

EMDR 20 年の歩み——過去，現在，未来

兵庫教育大学 市井雅哉

EMDR のキーワードの1つは連想チャンネルである。“EMDR”をターゲットに眼球運動を加えるといくつかのチャンネルが開ける。チャンネルに沿って、EMDR の20年を振り返り、未来を展望してみよう。

I. 1つ目のチャンネル=アメリカ

1. EMDR の始まりと研究の発展

EMDR は1987年、Francine Shapiro 博士が公園を散歩中に偶然に発見された。何か悩み事について考えていたところ、ふと気持ちが楽になり、その前に自分が意図しないで左右方向の眼球運動を行っていたことに気づいた。さらに、もう一度悩み事について考えても、不快な感情を伴わないことを発見した。この時点では、眼球運動がリラクゼーション効果を持ち、不快感を脱感作するのではと考え、EMD (眼球運動による脱感作法) と名づけた (Shapiro, 1995)。

この効果を実証しようと、実際の PTSD のクライアント 22 名を対象に無作為に治療群とプラセボ群に振り分けた (Shapiro, 1989)。クライアントはレイプ被害者、ベトナム帰還兵、性的虐待を受けた人などで、年齢は 11 ~ 57 歳 (平均年齢は 37 歳)、記憶の長さは短い人で 1 年、長い人は 47 年間持続しており、他の治療も短い人で 2 カ月、長い人は 25 年間受けていて、決して治療が容易にいくと考えられる人たちではなかった。しかし、EMD による治療群はわずか 1 セッションで、できごとをイメージしても恐怖感はほとんど感じなくなった。驚くべき変化である。一方、外傷体験について話を聞いたのみのプラセボ群では前後で恐怖感に差が見られていない。EMDR で用いるもう一つの重要な従属変数である肯定的な認知の妥当性尺度 (VOC: たとえば、「私は安全だ」「私

は愛されるに値する」などの肯定的認知を信じられる程度) でも、治療群は有意に上昇したが、プラセボ群では変化がなかった。さらに、3 カ月後のフォローアップでも効果は維持されていた。この論文の発刊された 1989 年がいわば EMDR がこの世に生まれた年と考えられており、2009 年で 20 年を迎えたこととなる。

1989 年当初、眼球運動にリラクゼーション効果があり、新しい脱感作法と Shapiro も考えて、EMD とネーミングしたが、1991 年時点ではすでに適応的な情報処理モデルが提唱され、再処理が中心の原理であると考えられるようになった。すなわち、あるイメージに条件づけられた恐怖が消去されるような古典的条件づけに基づいた考え方ではなく、記憶そのものがダイナミックに移行する情報処理過程がもともと生体において、それが滞っている状態が病理であり、そこからこの過程を再開させる役割を EMDR が果たすと考えられている。

Shapiro の 1989 年の論文は、大変な注目を集め、追試的な研究が行われたが、さまざまな懐疑的な評論も提示された。1994 年には、2 つの展望論文が公刊されたが (Greenwald, 1994; Acierno, et al., 1994)、研究間で効果に一貫性はなく、今後さらに客観的指標、生理的指標を用いた研究が必要という結論だった。この年には EMDRIA (EMDR



写真 1 Francine Shapiro 博士。2006 年撮影

国際協会)が非営利団体として設立され、学術会議が開催されるようになった。これまでは、EMDR 研究所というトレーニングを提供する Shapiro の個人的営利団体のみがあったが、健全な EMDR の発展のために独立した団体が生まれた。また、同年、EMDR のバイブルである Shapiro, F. の『Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols, and Procedures』が出版され、EMDR の標準化された治療が公刊された。この書物の中では実習を経ての実施が推奨されているが、マニュアルをもとに、間違った形の EMDR 実践が行われた事実もあるようだ。1995 年には EMDR-HAP (Humanitarian Assistance Program) という非営利の人道支援のボランティア団体が生まれ、第三国や被災地域への治療者、トレーナーの派遣を行っている。

Wilson et al. (1995, 1997) は、80 名の PTSD、部分 PTSD 患者を EMDR 群と、遅延 EMDR 群に振り分け、3 セッションの EMDR 治療を施した。指標は、BDI, IES, SCL, STAI, SUD, VOC であった。EMDR 群で 3 セッション後に大きな改善が見られ、遅延 EMDR 群はその間は改善が見られず、治療を受けてからは同様に大きな改善が見られた。これは、15 カ月後も維持されていた。この研究はまさしく、客観的な指標を用いての維持も含めた実証と言え、先の展望論文の批判に答え、大きなインパクトを与えた。

Marcus et al. (1997) は、67 名の PTSD 患者を EMDR 群、標準的治療群に無作為に振り分けた。SCL-90 R, BDI, IES, M-PTSD, STAI, SUD といった指標を用いて、ブラインドの評価者が治療前と 3 セッション後、治療終了後の評価を行った。EMDR 群がより短いセッションで有意に大きな改善を示した。この研究は、通常健康保険適用の病院で行われたものである点が大きく評価できる。

他にも、性被害にあった成人女性 (Rothbaum, 1997)、外傷経験の女性 (Scheck et al., 1998)、子ども時代に性虐待にあった女性 (Edmond et al., 1999) などで、統制群、対照治療群に比べて有意に大きな症状の改善を示した。

2. 逆風との戦い (一進一退の攻防)

1998 年に、アメリカ心理学会 (APA) 第 12 部会 (Chambless et al., 1998) は EMDR は市民の PTSD に対する実証的に妥当な治療であると述べている。「市民の」は戦闘帰還兵に効かないことを意味しているが、十分なセッション数を割り振らない研究から導かれた誤った結論と言えよう。

メタ分析でも、これらの技法の効果が検討されている。Van Etten & Taylor (1998) は、38 の研究、61 の治療効果試験のメタ分析で薬物治療を含めた PTSD 治療のすべての治療法を比較した。EMDR は、その他の治療よりも効果的で、さらに効率的であることがわかった (行動療法よりも 3 倍早い)。フォローアップ段階では行動療法の効果の量は安定していたが、EMDR の効果はフォローアップ段階でも増加の傾向があった。

1999 年には、Journal of Anxiety Disorders 13 (1-2) Pergamon 全 236 頁で EMDR の特集 (13 論文) が組まれた。1 冊丸ごとで EMDR を取り上げているが、懐疑的な論調の論文も少なからず含まれていた。

Levin et al. (1999) は SPECT を用いて、脳の治療前後の変化を測定している。SPECT (Single Photon Emission Computed Tomography) を PTSD 患者 6 人の 3 セッションの EMDR 治療の前後で測定した。また、心理テストでストレス、PTSD、抑うつに改善が見られた。ロールシャッハテストでも環境への警戒時間が減り、自我資源が増加した。SPECT では、治療後脳の 2 つの領域 (前部帯状回と左前頭前野) が活性化したことを、6 名中 4 名で確認した。辺縁系レベルの覚醒は下げないが、代わりに想像上の脅威と現実の区別をつける能力を高めると考えられている。脳レベルでの変化を検出した点で評価される。

2000 年には、国際トラウマティックストレス学会 (ISTSS) の実践ガイドライン (Chemtob, et al., 2000) において、EMDR は PTSD に対して効果的な治療法の 1 つとして位置づけられたが、評価は A/B で、CBT (認知行動療法) の A よりも低い評価を得ている。

展望の際に用いられるメタ分析は効果値という数値で議論できる分、客観性が高いように思われがちである。しかし、どの研究を算出の際に含めるかで当然結果が異なり、ここには主観的な判断

が入り込む余地が大いにある。たとえば、数多くの研究を含める方がよりよいメタ分析とは決して言えない。この点を Foa & Meadows (1998) は指摘して、黄金基準を提案した。さらに、Maxfield & Hyer (2002) は、3項目を追加した改訂黄金基準を提案している。12の EMDR 研究を対象に研究の質をチェックしながら、メタ分析を行った。より研究が厳密なほど、より効果が大きいことを見いだしている。

Davidson & Parker (2001) は 34 の研究を対象に EMDR は暴露療法や他の認知行動療法と同等で、暴露療法が 1, 2 時間の毎日のホームワークを課し、EMDR はそれがないことは特筆すべきであると述べている。また、一方では眼球運動のあるなしで差がないとして、EMDR における眼球運動の必要性に疑義を唱えている。

このころ 2001 年には 9.11 世界同時多発テロ事件が起き、アメリカでのトラウマへの関心がより高まっている。

Rogers & Silver (2002) は、眼球運動なしの EMDR が、ありの EMDR と効果が変わらないとしたいいくつかの研究について批判を述べている。すなわち、ほとんどの研究のサンプルが小さすぎて差が出ないこと、ほとんどの研究の治療期間が短いこと、また、いくつかの研究は大学生などの臨牀的でない被験者を用いていることなどを指摘している。

また、彼らは、心的外傷への暴露療法の理論的基盤と臨床実践について、肯定的な治療結果のために必要な条件と禁忌の手続きを再検討した。EMDR をこれらの条件と手続きに照らして考えると、EMDR で行われる暴露の時間はきわめて短いので、生理学的馴化が起こらず、自発的な連想を用いていることから、イメージが移り変わり、これでは、ほとんど効果がないか、または否定的な結果を示すことが予想される。しかし、実際には多くの研究で肯定的結果が示されている。さらに、暴露によって不安は低減できても、罪悪感や恥に関しては認知的な介入を必要としている。EMDR は不安のみでなく罪悪感や恥も低減できることから、暴露と異なるメカニズムが働くと考えられ、情報と結合した情動を処理する情動処理モデルではなく、情報そのものを処理することで情動も処理されてしまう情報処理モデルでの説

明が妥当であろうとしている。

Power et al. (2002) は、交通事故、暴行、性被害などの PTSD 患者を集めて、1 群 30 名程度を EMDR とイクスポージャー+認知的再構成法、ウェイトングリストに振り分けた。10 週間の両介入は同等に効果的であるが、EMDR の方が早かった。平均セッション数は、EMDR で 4.2 回、イクスポージャー+認知的再構成法が 6.4 回だった。さらに、15 カ月後のフォローアップデータでは、イクスポージャー+認知的再構成法の被験者の中には、平均値への回帰が見られたが、EMDR の被験者では、改善は維持か、向上した。

Lee et al. (2002)^{注1)}では、EMDR とストレス免疫訓練+長時間イクスポージャー (SITPE) との比較を行っている。PTSD に罹患した 24 人の被験者が治療条件の 1 つにランダムに振り分けられた。効果を測る尺度は、自己報告、観察者による評価である。多岐にわたる PTSD の尺度での測定では、治療終了の時点で、治療間の有意な差はなかった。侵入下位尺度では、EMDR は SITPE よりも有意な改善を示していた。フォローアップでは、EMDR はすべての尺度で、より大きな改善を示していた。

災害に遭った子ども (Chemtob et al., 2002)、問題行動の少年 (Soberman et al., 2002) など子どもに対しての EMDR の効果も統制群との比較で実証されている。

Department of Veterans Affairs & Department of Defense (アメリカ合衆国退役軍人局、国防省) (2004) VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Post-Traumatic Stress. (Washington, D.C., では、EMDR は PTSD 治療のための、最高レベルの根拠を与えられ、推奨されている 4 つの療法の 1 つである。

Therapy Advisor (2004) (www.therapyadvisor.com) という NIMH がスポンサーのウェブサイトでさまざまな障害のための方法のリストを挙げている。EMDR は PTSD のための 3 つの方法の 1 つに挙げられている。

Seidler & Wagner (2006) は、PTSD に対する EMDR と CBT の効果について、1989 年から

注1) Lee はオーストラリアの研究者であるが、流れに沿ってここで紹介する。

2005年に発表された、PTSDに罹患した成人のクライアントに対してCBTとEMDRを直接比較しているRCT(無作為比較試験)を精査した。基準に沿って、7つの研究が選択され、PTSDと抑うつの変化を効果判定の指標としたメタ分析の結果、PTSD症状の改善についての効果値は治療後で+0.28、フォローアップで+0.13であった(+はEMDRの方がCBTよりも効果があったことを示している)。抑うつの改善についての効果値は治療後で+0.40、フォローアップで+0.12であった。しかし、個別の研究では算出される効果値の違いが大きく、本研究のメタ分析において治療法の優位性は証明されず、EMDRとCBTは同等に効果があり、両者の違いは有意な差でない。今後の研究は、2つの治療法の効果や有効性、効率に焦点を当てるのではなく、どのようなトラウマの患者がどちらの治療法から利益を得る可能性があるかを明確にしようとするものであるべきであるが、EMDRの要素である眼球運動が治療結果に貢献しているのかが不明と述べている。

EMDRの効果への疑義はほぼなくなっているが、EMDRにおける眼球運動の役割を否定する認知行動療法の立場は、「EMDRで起こっている現象は暴露と認知的介入によるもので、EMDRは不要な眼球運動を除けば認知行動療法である」と主張している。一方、EMDRの側は「そこで起こっているのは眼球運動を介しての脳への刺激によって起こる記憶の再処理である」としている。

メカニズムに関してLeeは画期的な研究を行った(Lee, 2006)。44名のPTSD患者にEMDR治療を行い、セットごとの反応を①Distancing(時間空間的距離)、②Reliving(再体験)、③Associated(連想)、④Affect(否定的感情)の4つのカテゴリーに分類した($\kappa=0.84$)。その結果、IES-Rの低下という治療効果と関連しているのは時間空間的距離であり、再体験ではないことがわかった。これは、EMDRの治療メカニズムは、イクスポージャーの再体験ではなく、二重注意刺激による出来事と距離が取れることであるということになる。

2007年には、van der Kolk et al. (2007)が、PTSDに対するEMDR、SSRI(フルオキセチン)、プラセボの効果を比較した。PTSD 88名の被験者に、8週間の治療を与え、治療直後および治療

6カ月後に、CAPS、DSM-IV、BDI-IIをアセスメントした。成人期発症の患者では、CAPS、BDI-IIで治療直後と治療6カ月後でともにEMDR群がSSRI群よりも有意に改善した。また、治療6カ月後の時点では、EMDRを受けた成人期発症の患者の75%、児童期発症の患者の33%が無症状の状態となっていたが、SSRI群はいずれの発症時期でも0%であった。児童期発症の患者のほとんどはいずれの群においても寛解には至らなかったが、SSRIが児童期発症の患者の症状を中程度緩和する役割を示唆した。

2007年に、学術雑誌『Journal of EMDR Practice and Research』(写真2)が発刊され、すぐにMedlineやPsychINFOに所蔵された。コクランライブラリーにもEMDRは認められている。

2008年にはFrancine Shapiro Library (<http://emdr.nku.edu/emdr.php>)がウェブ上に開設され、EMDR関連の文献へのアクセスが非常に楽になった。これからの研究に大いに貢献してくれるだろう。

少しずつEMDRへの追い風が吹いてきているようにも感じるが、なかなか抵抗勢力も批判の矛先を緩めず、まさしく一進一退の攻防が続いている。

II. 2つ目のチャンネル=日本

1991年の冬Shapiroの弟子であるRussell博士が私用で来日した際、東京大学医学部と早稲田大学文学部でEMDの小規模な勉強会が開催された。参加者の中に東大医学部の熊野宏昭氏や、市井がいた。熊野氏は最早期にEMDの臨床適用を行動療法学会に発表した(熊野ら, 1992)。1995年の

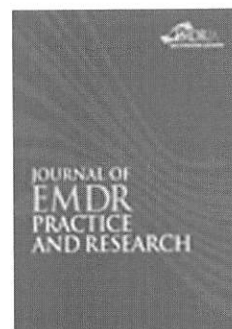


写真2 Journal of EMDR Practice and Researchの表紙

2月、当時早稲田大学の助手であった市井が、阪神淡路大震災後の神戸に赴き、地震によるPTSDの2ケースに対してEMD（眼球運動による脱感作法）を適用した。1995年7月に福岡で行われた環太平洋ブリーフサイコセラピー会議にMRI（Nental Research Institute）の主任研究員でもあるShapiro氏が招かれた折に、震災の1症例を市井が発表した。Shapiro氏は市井の実践を高く評価したが、その手続きが現在のEMDRではない古いものであることを指摘し、アメリカでのEMDRトレーニングに市井を招待した。市井は1995年にサンフランシスコでレベル1トレーニングを1996年にデンバーでレベル2を、Shapiroトレーナーの下で受講した。

また、1995年の来日の際に黒田昌弘氏、北村雅子氏などのエリクソンクラブのメンバーが日本でのEMDRトレーニング開催の要請をShapiroにし、翌年3月にオーストラリアからGary Fulcher氏が派遣され、森俊夫氏の協力のもと東京大学において第1回のEMDRレベル1トレーニングが約20名で実施された。これ以来日本でのトレーニングの形式は、アメリカのEMDR研究所の訓練方法がとられている。修了者の継続的なネットワーク組織としてのEMDR-Network, JAPANが1996年当初から生まれ、年に1度（現在は2度）のニューズレターの発刊を行ってきた。2年後からは当時琉球大学の市井が事務的なことを引き継ぎ、カリフォルニアからAndrew Leeds博士らを招いてのトレーニングが年に1～2回開催された。1回の参加者の人数は初期は30名程度だったが、最近では50～90名の規模（ファシリテーターの人数によって規定される）となっている。日本人のファシリテーターも生まれ、市井雅哉、太田茂行、北村雅子、崎尾英子（故人）、白川美也子、田中究、本多正道（以上は日本

EMDR学会認定コンサルタント）、大澤智子、菊池安希子、仁木啓介、福井義一、近藤千加子、竹内伸が名を連ねている。最近の2006年からは日本人トレーナー市井雅哉によるトレーニングが開催され、通訳抜きでのトレーニングが可能となっている。

2004年には、Shapiroのテキストの訳書が刊行され、日本での普及に大きな足がかりを与えた。また、この年と翌年には、研修会にBob TinkerとSandra Wilsonを招いて子どものワークショップが開催された。

神戸でWCBCT（世界行動療法認知療法会議）が開催され招待講師としてBessell van der Kolk, Andrew Leedsが招かれた（世界行動療法認知療法会議神戸大会プログラム委員会、2008）。また、EMDRに関するシンポジウムも、Bessell van der Kolk, Andrew Leeds, Sandra Foster, Masaya Ichiiをシンポジストとして開かれた。

2006年からはEMDR-Network JAPANから名称を日本EMDR学会（事務局は兵庫教育大学市井研究室）と改め、学術大会、継続研修を年に1回開催している。第1回が東京、京都、岐阜、名古屋と回を重ね、今年は第5回大会が神戸である。また、資格（EMDR臨床資格、EMDRコンサルタント）や研修（Part 1, 2, 大学院コース）の認定作業も行っている。この2006年と翌年にはCarol Forgash氏とJim Knipe博士を招き、解離性障害についてのワークショップを行った。2008年にはCarolyn Settle氏を招いて再び子どものワークショップが開催された。2010年はSandra Paulsen博士とUlrich Lanus博士が招かれ、解離のワークショップが開催される。

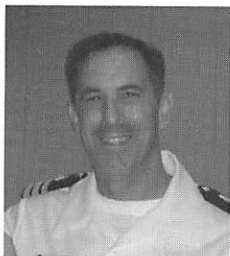


写真3 Mark Russell 博士

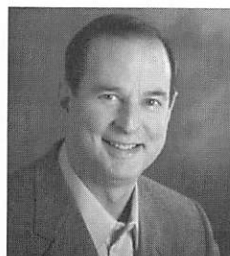


写真4 Andrew Leeds 博士



写真5 Sandra Wilson, Bob Tinker 両博士夫妻

2009年この学術雑誌が発刊され、学術団体としての要件を揃えたといえる。日本でも研究が盛んになりつつある (Ohtani et al., 2009)。

Ⅲ. 3つ目のチャンネル=ヨーロッパ

ヨーロッパでも早くから EMDR は注目を浴び、さまざまな国や地域が EMDR を PTSD への有効な治療として評価している。2001年英国保健省、2002年イスラエル国立精神衛生会議、2003年オランダ国立議院運営委員会、同年北アイルランド保健省、同年スウェーデン・ストックホルム市医療プログラム委員会、2004年フランス国立医学研究所、2005年英国立臨床先進研究所 (NICE) が EMDR を治療ガイドラインに載せている。

EMDR Europe Conference は、第1回が2000年にオランダのユトレヒトで行われ、第2回2001年に英国のロンドン、第3回2002年ドイツのフランクフルト、第4回2003年イタリアのローマ、第5回2004年スウェーデンのストックホルム、第6回が2005年にベルギーのブリュッセル、第7回が2006年トルコのイスタンブール、第8回が2007年フランスのパリ、第9回が2008年に英国のロンドンで、第10回が2009年にオランダのアムステルダムで開催された。私の固定概念ではヨーロッパは精神分析が強いような印象を持っていたが、このように各国で EMDR が受け入れられてきていることを感じる。昨年、私が参加した印象では臨床のワークショップもあるが、若手の発表など研究色が結構あって、学会らしいと感じた。第11回は2010年ドイツのハンブルクで開催される。ドイツやイスラエルは HAP (人道支援プログラム) の活動にも大変熱心でアジア地域への支援にも熱心である。



写真6 Carol Forgash 氏

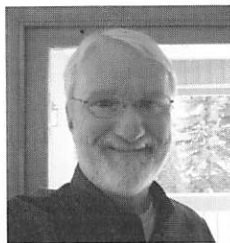


写真7 Jim Knipe 博士



写真8 Carolyn Settle 氏。長良川鶴飼いで

Ⅳ. 4つ目のチャンネル=アジア・オセアニア

アジアの大きな特徴は多様性と言えるかも知れない。多様性は言語にもあるが、経済的な発展においても先進国と途上国の間には大きな隔りがある。これは、臨床心理学や精神医学を取り巻く環境についても言えるかも知れない。

オーストラリアは、ある企業の社長が戦闘帰還兵で、彼がトラウマ処理の EMDR 治療を Shapiro に受けて、彼の財力で初めに2500人規模のトレーニングが開かれたという。日本でトレーニングを行ったのもオーストラリアチームであるが、Gery Falcher 氏の自動車事故などもあり、伸び悩んだ感じがある。広大な国土も災いしてオーストラリアの EMDR 組織は、会員が30名余と、その求心力はあまり強いとは言えない。英語圏であるがゆえに、欧米との情報交換の方が、国内の情報交換より、情報量が多いというような事情もあるようだ。しかし、2007年には、オーストラリア PTSD 精神保健局が EMDR を治療ガイドラインに載せている。

韓国では、2001年漢陽大学の金大虎教授がカナダ留学中に訓練を受けて帰国。この後、彼の周囲の人たちが日本、香港などで EMDR の訓練を受け、治療者が増えた。特に元老である金光先生が直接日本で訓練を受けて後輩たちに推奨した。何といても特筆すべきは、EMDR が保険診療として認定されていることである。90分あたり、約15,000円の診療報酬が支払われる (2002年8月1日保健福祉部考試第2002-49号によって EMDR は医療行為 [精神療法] で公式指定)。脳磁図を用いた研究も盛んに行われている (Oh & Choi, 2007)。

台湾のEMDRの歴史は浅い。2006年に国立台湾師範大学教授のPei-li Wu氏がトレーニングを受けてから注目を浴びるようになっていく。彼女は一昨年の岐阜大会にも参加してくれた。日本チームに台湾でのトレーニングをして欲しいという要請が来ている。

インド洋を取り巻くインドネシア、タイ、バングラデシュ、スリランカ、インドなどは、2004年インド洋東部でのTSUNAMI被害が起こり、EMDR-HAPの支援が活発に行われたのが1つの契機になってEMDRが広がったといえる。TSUNAMI以前も含めてドイツチームが中国、インド、インドネシアを支援、イスラエルチームが香港、韓国を支援、アメリカチームが中国、スリランカ、タイを支援している。

今年2010年7月に第1回アジアEMDR会議がインドネシアのバリで開催され、Shapiroやvan der Kolkの来バリが予定されている。先進国と途上国が混在しており、言語や宗教の多様性もあって、アジアを1つにまとめることは容易ではないだろう。しかし、EMDRの貢献の可能性はアジア地域でも大いに探られるべきであろう。精神保健の専門家があまりいない地域では、むしろEMDRがモデルとしての役割を果たして、引っ張っていけるのかも知れない。

V. EMDRの未来

1. 適用範囲の拡大

EMDRが否定的な記憶を扱えることから、PTSDのみに効果が限定されないことは容易に想像できる。過去経験が疾患のもとになっている精神疾患は、数え上げればきりがないだろう。急性ストレス障害、PTSD、適応障害、特定恐怖、成人期に始まる薬物依存、思春期に始まる薬物依存、社会恐怖、慢性のうつ病、全般性不安障害、強迫性障害、他に特定不能な解離性障害、解離性同一性障害、境界性人格障害、愛着障害。これらはいずれも否定的な過去経験がもとになっている可能性のある疾患である。トラウマの時期（成人後か思春期以前か幼児期）や、頻度（急性か慢性か）、さらには、愛着形成の失敗などをスペクトラムのようにとらえることで、EMDRでの必要なプロトコルを変えることが提案されている。ま

だ、現時点では十分なエビデンスが得られたとは言えないので、実践を積み、統制研究を待ちたい。

2. 子どもでのガイドラインの確立

子どもへのEMDRを用いたRCT研究として、32名のハリケーン被害のPTSD小学生への3回のEMDR治療群と治療遅延群の比較（Chemtob et al., 2002）、施設入所・通所中の29名の非行少年（10～16歳）への3回の通常処遇＋EMDR治療と通常処遇＋無治療統制群の比較（Soberman et al., 2002）、33人のPTSD児童（6～16歳）への8回のEMDR治療群と待機群との比較（Ahmad et al., 2007; 2008）、病院へ通院・入院する26人の行動問題のある児童（平均10.4歳）への4回のEMDRとCBTの比較（Wanders et al., 2008）がある。無治療との間では、EMDR群は有意に大きな改善を示しており、他の治療群との比較では、他の治療も改善を示していたが、EMDR群がより大きな改善を示した指標もあった。今後、この分野での治療ガイドラインの確立が期待される。

3. 発達障害への適用

発達障害的なこだわりの強いクライアントにおいて、通常のストレスが大きなトラウマになる可能性が指摘されている。また、彼らが、たくさん周囲からの叱責を受けることで2次的に「自分はバカで、生きる価値がない」などと自信をなくすことも多いだろう。彼らへのEMDRは健常児・者へのEMDRとはやや異なった工夫が必要になるようだが、有効性が指摘されている（杉山, 2009; 幸田ら, 2008）。

4. 加害者臨床

加害者の中で、かつての被害体験が未処理であることが加害行為に結びついている例があると指摘されている。性虐待、身体虐待などの記憶を処理することで、性衝動や攻撃衝動が弱まったり、自分の加害衝動のメカニズムを理解することで贖罪意識が出ることが報告されている（Ricci, 2006; Soberman et al., 2002）。

5. 抑うつ

この疾患に対しては認知療法の効果が高く評価

されている。EMDRは、外傷記憶に伴う抑うつ症状に効果があることはわかっているが、外傷記憶とまでいかないストレスな出来事に対しても用いられうる (Bae et al., 2008)。こうした出来事からの抑うつに対しても効果があれば、今後、認知療法との有効性の比較、適合性の解明は重要な課題であろう。認知療法での認知修正は現在の思考に焦点を当てることが多く、より核に近い、コアビリーフとかスキーマと言われるような深い部分、歴史の古い部分に到達するのが容易ではない印象がある。EMDRは、そうしたスキーマが形成された過程となる昔の経験を扱うことができるので、より核となるような認知の変容に有効であることが考えられ、検討する必要がある。

6. 身体疾患領域への貢献

慢性疼痛や幻肢痛などの痛みの領域にもEMDRの拡大の可能性はあるだろう (Grant & Threlfo, 2002; 天野ら, 印刷中)。Tinker & Wilson (2005) は、幻肢痛プロトコルを提案している。まず、事前アセスメントとして、2-3時間かけて、生育歴の聴取とラポールの形成、ライフスタイルの変化、自尊心の変化、療法・薬物の量、社会生活、職業、レクリエーション、性生活、QOL、の衝撃を聴取する。次に、痛みの発症に関わるトラウマ記憶をターゲットにしてEMDRを行い、そのトラウマ感情と否定的認知による障害度 (SUDs: Subjective Units of Disturbance Scale 0-10) が0になるまで、EMのセットを続ける。体感した痛覚を疼痛尺度 (VAS: visual analogue scale) で詳細にアセスメントし、最も激しい疼痛から順に疼痛記憶をEMDRで処理する。それぞれの痛みに対して、VASが2以下になるまで続ける。フォローアップとして、1, 3カ月後に、日常生活の変化と疼痛のVASを確認する。身体が記憶している痛みを解消できるのは、EMDRならではの感がある。

今後メカニズムが解明されるにつれ、EMDRの可能性は無限に広がる気がしている。心も身体も過去の記憶に支配されており、肯定的な記憶を使うことで、生きやすくなり、否定的な記憶も次の危険回避のためには役に立つ。不必要に否定的な記憶に支配されれば、緊張や不安が高まる。肯

定的な記憶と否定的な記憶をいかにバランスよく使うかが要である。火の使用が人類を大きな進歩に導いたが、今後、眼球運動の使用は現代人をどう発展させるのか見物である。

引用文献

- Acierno, R., Hersen, M., Van-Hasselt, V.B., Tremont, G. (1994). Review of the validation and dissemination of eye-movement desensitization and reprocessing: A scientific and ethical dilemma. *Clinical Psychology Review*, 14, 287-299.
- Ahmad, A., Larsson, B., Sundelin-Wahlsten, V. (2007). EMDR treatment for children with PTSD: results of a randomized controlled trial. *Nord. J. Psychiatry*, 61, 349-354.
- Ahmad, A., Sundelin-Wahlsten, V. (2008). Applying EMDR on children with PTSD. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 17, 122-132.
- 天野玉記・精山明敏・十一元三 (印刷中). 左右の交互刺激を用いた幻肢痛治療法により慢性痛が改善した症例. 日本ペインクリニック学会誌.
- Bae, H., Kim, D., & Park, Y. C. (2008). Eye movement desensitization and reprocessing for adolescent depression. *Psychiatry Investigation*, 5, 60-65.
- Chambless, D. L. et al. (1998). Update of empirically validated therapies, II. *The Clinical Psychologist*, 51, 3-16.
- Chemtob, C. M., Nakashima, J., & Carlson, J. G. (2002). Brief-treatment for elementary school children with disaster-related PTSD: A field study. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 99-112.
- Chemtob, C. M., Tolin, D. F., van der Kolk, B. A., & Pitman, R. K. (2000). Eye movement desensitization and reprocessing. In E. B. Foa, T. M. Keane, & M. J. Friedman (Eds.) *Effective Treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York: Guilford Press. Pp.139-154, 333-335.
- Davidson, P. R. & Parker, K. C. H. (2001). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): A meta-analysis. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 69, 305-316.
- Department of Veterans Affairs & Department of Defense (2004). *VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management Of Post-Traumatic Stress*. Washington, D. C.
- Edmond, T. E., Rubin, A., & Wambach, K. G. (1999). The effectiveness of EMDR with adult female sur-

- vivors of childhood sexual abuse. *Social Work Research*, 23, 103-116.
- Foa, E. B. & Meadows, E. A. (1997). Psychosocial treatments for posttraumatic stress disorder: A critical review. *Annual Review of Psychology*, 48, 449-480.
- Grant, M. & Threlfo, C. (2002). EMDR in the treatment of chronic pain. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 1505-1520.
- Greenwald, R. (1994). Eye movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): An Overview. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 24, 15-34.
- Lee, C., Gavriel, H., Drummond, P., Richards, J., & Greenwald, R. (2002). Treatment of PTSD: stress inoculation training with prolonged exposure compared to EMDR. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 1071-1089.
- Lee, C., Taylor, G., Drummond, P. (2006). The active ingredient in EMDR: is it traditional exposure or dual focus of attention? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 97-107.
- Levin, P., Lazrove, S., & van der Kolk, B. (1999). What psychological testing and neuroimaging tell us about the treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD) by eye movement desensitization and reprocessing (EMDR). *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 159-172.
- Marcus, S., Marquis, P., & Sakai, C. (1997). Controlled study of treatment of PTSD using EMDR in an HMO setting. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 34, 307-315.
- Maxfield, L. & Hyer, L. (2002). The relationship between efficacy and methodology in studies investigating EMDR treatment of PTSD. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 23-41.
- Oh, D. H. & Choi, J. (2007). Changes in the regional cerebral perfusion after eye movement desensitization and reprocessing: A SPECT study of two cases. *Journal of EMDR Practice and Research*, 1, 24-30.
- Ohtani, T., Matsuo, T., Kasai, K., Kato, T., & Kato, N. (2009). Hemodynamic responses of eye movement desensitization and reprocessing in post-traumatic stress disorders. *Neuroscience Research*, 65, 375-383.
- Power, K., McGoldrick, T., & Brown, K. (2002). A controlled comparison of EMDR versus Exposure plus cognitive restructuring versus wait list in the treatment of post traumatic stress disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 299-318.
- Ricci, R. J. (2006). Trauma resolution using eye movement desensitization and reprocessing with an incestuous sex offender: An instrumental case study. *Clinical Case Studies*, 5, 248-265.
- Rogers, S. & Silver, S. M. (2002). Is EMDR an exposure therapy? A review of trauma protocols. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 43-59.
- Rothbaum, B. O. (1997). A controlled study of eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of posttraumatic stress disorder sexual assault victims. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 61, 317-334.
- Scheck, M. M., Schaeffer, J. A., & Gillette, C. (1998). Brief psychological intervention with traumatized young women: The efficacy of eye movement desensitization and reprocessing. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 25-44.
- Seidler G. H. & Wagner F. E. (2006). Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: a meta-analytic study. *Psychol. Med.*, 36, 1515-1522.
- Shapiro, F. (1989). Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 199-223.
- シャピロ, F. 市井雅哉 (監訳) (2004). EMDR: 外傷記憶を処理する心理療法. 二瓶社. (Shapiro, F. (1995). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols, and Procedures*, 1st Ed. New York: Guilford Press.)
- Soberman, G. B., Greenwald, R., & Rule, D. L. (2002). A controlled study of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for boys with conduct problems. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 6, 217-236.
- 杉山登志郎 (2009). そだちの臨床—発達精神病理学の新天地. 日本評論社.
- 世界行動療法認知療法会議神戸大会プログラム委員会, 2008 PTSD・強迫性障害・統合失調症・妄想への対応. 金子書房.
- Tinker, R. & Wilson, S. (2005). The phantom limb pain protocol. In R. Shapiro (Ed.) *EMDR Solutions: Pathways to Healing*. New York: W. W. Norton & Co. Pp.147-159.
- van der Kolk B. A., Spinazzaola J., Blaustein M. E., (2007). A randomized clinical trial of eye move-

- ment desensitization and reprocessing (EMDR), fluoxetine, and pill placebo in the treatment of posttraumatic stress disorder: treatment effects and long-term maintenance. *Journal of Clinical Psychiatry*, *68*, 37-46.
- Van Etten, M. L. & Taylor, S. (1998). Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder: a meta-analysis. *Clinical Psychology Psychotherapy*, *5*, 126-144.
- Wanders, F., Serra, M., & de Jongh, A. (2008). EMDR versus CBT for children with self-esteem and behavioral problems: A randomized controlled trial. *Journal of EMDR Practice and Research*, *2*, 180-189.
- Wilson, S., Becker, L., & Tinker, R. (1995). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for psychologically traumatized individuals. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, *63*, 928-937.
- Wilson, S., Becker, L., & Tinker, R. (1997). Fifteen-month follow-up of EMDR treatment for post-traumatic stress disorder and psychological trauma. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, *65*, 1047-1056.
- 幸田有史・廣瀬公人・田中一史・上鹿渡和宏・田中浩一郎・門眞一郎 (2008). 自閉症スペクトラムに合併したトラウマ関連障害へのアプローチ—EMDRの一使用例を通して—. *こころのりんしょう à la carte*, *27*, 311-316.