



シンポジウム：社会を動かすサイコセラピーの力

EMDR

—PTSDに効果的な心理療法

市井雅哉*

抄録：EMDR（眼球運動による脱感作と再処理法）はPTSDを治療できると推奨されている実証性の高い心理療法である。EMDRは外傷記憶を処理でき、外傷記憶が関連する疾患は幅広いので、その適用範囲はPTSDにとどまらず広範囲にわたる。PTSDの診断基準はDSM-5に向け現在改訂中であるがAクライテリオンから主観性の項目が消えるようで、そこには、外傷周縁の解離がPTSDの深刻度を予測できる問題が絡んでいる。また、侵入的な症状と鈍麻性の症状の両方が含まれているのが特徴的で、幅広い症状を扱う治療法が求められているといえる。EMDRの手続きと治療モデル-適応的情報処理モデルを概略し、外傷的な記憶を出来事の肯定的な要素と結びつけることができる可能性について述べた。EMDRの適用の際には、個人がもつ外傷記憶を、生育歴全体に及んで聴取し、必要に応じて養育早期などの過去にさかのぼり処理することが大きな改善へとつながる。症例では、40代の公務員男性で、EMDRによる警察での冤罪被害記憶の処理、また養育早期の親からの虐待的記憶の処理が自殺企図や抑うつ改善につながった治療例を紹介した。

Key words：EMDR, PTSD, 外傷記憶, DSM-5, 脆弱性

EMDRの有効性

EMDR（Eye Movement Desensitization and Reprocessing：眼球運動による脱感作と再処理法）は、1989年にカリフォルニアの臨床心理士F. Shapiroによって発表された新しい心理療法である¹⁾。発表から20年余が経過した今日、英国保健省、米国心理学会、米国精神医学会、米国国防省・退役軍人局、ドイツ、フランス、オーストラリア、スウェーデン、イスラエル、北アイルランド、国際トラウマティックストレス学会、コクランライブラリーなど、世界各地のPTSD（心的外傷後ストレス障害）の治療ガイドラインで、実証された妥当性のある方法とし

て推奨されている。

EMDRは外傷的記憶を処理できることから、その適用範囲はPTSDに限るものではない。例えば、外傷関連症状のスペクトラムとして、PTSD症状、解離症状、感情調節不全、身体化、抑うつ、仕事や対人関係上の問題を並べる提案もある²⁾。岡野³⁾は、外傷性精神障害として、PTSD、解離性同一性障害（DID）、その他の解離性障害、自傷行為や自殺企図、境界性パーソナリティ障害（BPD）、身体化障害、適応障害、うつ病・うつ状態、パニック障害、摂食障害、行為障害、自己愛性パーソナリティ障害・回避性パーソナリティ障害・社交不安障害、強迫神経症・強迫性パーソナリティ障害、ヒステリーを列挙している。

このように、心的外傷が関連している精神障害の存在は広く認められており、外傷記憶に焦

*兵庫教育大学大学院（連絡先：市井雅哉，〒673-1494 兵庫県加東市下久米942-1）

点を当て、その記憶が惹起する不快感情を低下させ、否定的自己認識を好転できる EMDR の適用範囲も広範囲であると考えられる。

PTSD の診断基準

ところで、再び PTSD に絞って、診断基準をみてみよう。精神疾患の診断基準としてわが国にも大きな影響力をもつ、今現在の DSM-IV-TR は、現在改訂作業が進んでおり、2013 年には DSM-5^{注1)}が発表される予定である。

PTSD について、最終版ではないので、まだわからない面もあるが、2010 年の 8 月の時点 (APA, 2010)⁴⁾のもので、DSM-IV-TR⁵⁾と DSM-5 の比較を試みてみよう。

DSM-IV-TR の A クライテリオンにおいて、は、下記のように記載されている。

その人は、以下の 2 つがともに認められる外傷的な事件に曝露されたことがある。

1. 実際にまたは危うく死ぬまたは重傷を負うような出来事を、1 度または数度、あるいは自分または他人の身体の保全に迫る危険を、その人が体験し、目撃し、または直面した。

2. その人の反応は強い恐怖、無力感または戦慄に関するものである。

注：子どもの場合はむしろ、まとまりのないまたは興奮した行動によって表現されることがある。

一方、DSM-5 の A クライテリオンでは、以下のようなものである。

その人は、以下のような出来事の 1 つかそれ以上に曝された。現実の死もしくは、死の怖れ、現実の深刻なケガもしくは、深刻なケガの怖れ、現実の性的な暴行、もしくは暴行の怖れが、以下の 1 つ（もしくはそれ以上）の様相で体験された。

1. 自身が経験した。

2. 他人に、起こるのを、直接目撃した。

3. 親しい親族、親しい友人に起こった出来事が、現実の死、もしくは死の怖れが、暴力的か、不慮であったことがわかった。

4. 死の嫌悪的な詳細に、くりかえし、もしくは極端に曝された（例えば、死体の部分を集める第一反応者、児童虐待の詳細に繰り返し曝された警察官）。これは、電子メディア、テレビ、映画、写真を通してのものには当てはまらないが、仕事関連の場合には例外である。

これらを見比べると、「性的な暴行」がきちんと言明された点、他人の被害の目撃を「他人に、起こるのを、直接目撃」「親しい親族、親しい友人に起こった出来事」の不慮性、さらには職業的な曝露にも言及しており、拡大され、より網羅されている印象を受ける。一方、「反応は強い恐怖、無力感または戦慄に関するもの」と出来事当時の主観的反応が含まれていたのが消え、より環境の客観的な記述でこのクライテリオンが斉一化されているとみることができよう。

この主観的な部分が消えたことは大きな意味をもつと考えられる。III、III-R から IV への改訂の際に、この主観的反応が加えられ、外傷の主観性が強調されるようになった。被害者の体験を重視する考え方は、今のいじめの定義（文部科学省、2006）⁶⁾などにも反映されてきているといえる。疫学的な研究によれば、外傷の深刻度と外傷性の反応の関係において、量-反応関係が見い出されない例がある⁷⁾。したがって、物理量ではない心理量としての主観的体験が持ち出されることとなった。

しかし、今回いわば逆行する形で、この主観が排除された。岡野³⁾も指摘するように、外傷周縁の解離が生じれば、憶えていないとか、何も感じないといった反応となり、この主観は意味をなさなくなる。外傷周縁の解離反応こそは後の PTSD を促す危険因子とされており⁸⁾⁹⁾、深

注1) 「V」ではなく、「5」と算用数字による表記に変更される。

Table 1 DSM-IV-TR の PTSD 診断基準の C クライテリオン

以下の3つ（またはそれ以上）によって示される、(外傷以前には存在していなかった) 外傷と関連した刺激の持続的回避と、全般的反応性の麻痺

1. 外傷と関連した思考、感情、または会話を回避しようとする努力、
2. 外傷を想起させる活動、場所、または人物を避けようとする努力、
3. 外傷の重要な側面の想起不能、
4. 重要な活動への関心または参加の著しい減退、
5. 他の人から孤立している、または疎遠になっているという感覚、
6. 感情の範囲の縮小 (例: 愛の感情をもつことができない)、
7. 未来が短縮した感覚 (例: 仕事、結婚、子供、または正常な一生を期待しない)。

高橋三郎, 大野 裕, 染矢俊幸 (訳): DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル, 医学書院, p450, 2002 より

Table 2 DSM-5 の PTSD 診断基準の C と D クライテリオン

C クライテリオン

以下の1つ（またはそれ以上）を避けようとする努力によって示される、(外傷以後に始まった) 外傷と関連した刺激の持続的回避、

1. 外傷的出来事の想起を引き起こす、内的な刺激 (思考、感情、身体感覚) を避ける
2. 外傷的出来事の想起を引き起こす、外的な刺激 (人々、場所、会話、活動、物、状況) を避ける

D クライテリオン

以下の3つ（もしくはそれ以上）で示される、外傷的出来事と関連した認知と気分の否定的な変容 (外傷的出来事の後に始まったか、悪化した)。

1. 外傷的出来事の重要な側面を思い出せない、
2. 持続的で極端な、自身、他者、世界、についての否定的な予測 (例えば、「私は悪い」「誰も信用できない」「自分の魂を永遠に失った」「私の神経系全体が壊れてしまった」「世界は完全に危険だ」)
3. 外傷的出来事の原因、もしくは結果について、自己、もしくは他者を持続的に歪んで責める
4. 持続する否定的な情動状態、例えば、恐怖、戦慄、怒り、罪悪感、恥
5. 重要な活動における興味、もしくは参加の著しい減退
6. 他者からの、解離感、もしくは疎隔感、
7. 肯定的な情動を持続的に経験できない、

刻な PTSD 患者の中に、出来事を想起しても感情が出てこない例もあろう。今回の主観の排除の背景には、このような解離の側面が重要視されたことが推察でき、新たな視点で「主観」「客観」が取り扱われたということになるのであろう。

いずれにせよ、こうした発症のきっかけになる出来事の記述があるのが、PTSD という診断の大きな特徴であり、治療において、このきっかけとなる出来事の記憶をどのように扱えるかが、成否を分けると考えてよい。

B クライテリオンの侵入の項目は、侵入的想起、悪夢、解離的反応、心理的苦痛、顕著な生理的反応などでほぼ変更がない。

続いて、DSM-IV-TR での回避・麻痺の項目 (C クライテリオン [Table 1]) が、DSM-5 で

回避の項目 (C クライテリオン) と認知と気分の否定的な変容の項目 (D クライテリオン) に分かれている (Table 2)。

この異同の特徴としては、回避対象に内的刺激が言及されたこと、認知の変容 (否定的予測、罪悪感) が言及されたことが指摘できるだろう。また、DSM-5 において特に顕著になったわけではないが、興味減退、肯定的情動の不持続は抑うつと大いに重なっている症状で、回避と併せてひきこもる傾向となる。

さらに、次の D クライテリオン (IV-TR) もしくは、E (5) は覚醒亢進で、診断基準が2つ以上から3つ以上に変更されているが、内容的には変化はなく、不安の高まりを示す症状といえよう。

B (侵入)、C (回避)、D (健忘、解離、疎隔

を含めた認知・気分の否定的変容), E (過覚醒) に示されているのは, 侵襲反応や過覚醒反応と鈍麻反応という不安症状と解離症状, 抑うつ症状の混在といえるだろう。治療を考える際には, 解離を解くこと, 不安を低減し, さらに, 認知を変容し, 自己肯定感や他者への信頼感を高めることが望まれる。

PTSD への脆弱性

さて, 治療を考える際には, どの記憶を扱うかが重要である。小さい時の愛着形成が健全で, 対人関係に問題がなく, ほどほどの学業成績で, さまざまな成功体験もある人と, そうでない人では, 成人してからの外傷体験への反応が異なることは予測できる。例えば, Ahmed¹⁰⁾は, PTSD の脆弱因子の内的な因子として, 女性であること, 安全の感覚がもてないこと, 社会からサポートされている感覚がもてないこと, 神経質な傾向が大きいこと, すでに精神病理が存在していること, 外傷的な出来事に対してネガティブな評価をもつことを挙げ, さらに, 外的な因子として, 教育レベルが低いこと, 市民権を有さないこと, 過去に外傷体験があり, その外傷が深刻であることを挙げている。また, Davidson ら¹¹⁾は, 個人が外傷性の反応を起こすリスクファクターとして, 精神障害に関する遺伝負因があること, 小児期の外傷の既往があること, 特定の性格傾向 (反社会的, 依存的, 被害妄想的パーソナリティ障害, 境界性パーソナリティ障害など) を有すること, 最近ストレスや外傷を経験していること, サポート・システムが不十分なこと, 最近の深刻な飲酒の既往があること, 起きたことを自分がコントロールできないと感じることを挙げている。

共通して指摘されているものとして, ソーシャルサポートの不十分さが指摘されているが, これはどの精神疾患でも同様と考えられる。また, 過去や, 小児期の外傷の存在も指摘されており, 直接引き金となった外傷体験以前の記

憶を扱うことの有効性が推測される。EMDR では, 「養分を与える記憶」という名前で, 養育早期の記憶が成人期の否定的な記憶にマイナスの養分を与えてしまうという現象に注目している。例えば, 成人後の交通事故の際に感じた「無力感」(認知や身体感覚) が幼少期に受けた虐待の際に感じた「無力感」(認知や身体感覚) に支えられてしまうと, いくら交通事故の記憶に焦点を当てて, 適切に対処ができたとか, 無事に助けられたとか, 心配してくれた人がいたなどと, 肯定的な要素がみつかったも, 十分な回復へと至らない。基盤となる養育早期の記憶に焦点を当てて, 「無力感」が不適切な養育者によるものであり, 責任が, 自分になく, 怒りや憎しみを感じるのは自然なこと, 本来はもっと適切に保護され, 関心が与えられるべきだったこと, 今からでも, 当時の自分に対してそれらを与えることで傷を癒し, 成長を促すことができることなどを行うことで, マイナスの養分を断ち切ることができると考えている。

EMDR の手続き

EMDR では, 処理すべき否定的記憶をアセスメントし, そこに眼球運動などの両側性の刺激を加え, 再処理 (脱感作, 肯定的認知の植え付け, ボディスキャン) する。

アセスメントでは, 否定的出来事を代表する映像, それを考えた時に出てくる否定的自己認知, 置き換えたい肯定的自己認知, その信憑性 (validity of cognition : VOC), 映像と否定的自己認知に伴う否定的感情, その強度 (subjective unit of disturbance : SUDs), そして身体感覚を同定する。

このように, 否定的出来事を意識に上らせた状態で, 眼球運動 (もしくは, 左右交互のリズミカルな触覚刺激, 聴覚刺激) を加える。1セットは約 25~30 往復であり, 時間は, 12~20 秒程度となる。深呼吸をしてもらい, 頭に浮かぶことを報告してもらい。それは, 映像でも, 考

えでも、身体感覚でも構わない。新たに浮かんだものに焦点を当て、続けて両側性刺激を与え、また、深呼吸後、想起されたものの報告を受けるという手続きを繰り返す。連想に任せて、イメージが広がったり、時代が下ったりするのにも沿っていく。否定的な感情が消え(脱感作)、肯定的認知を信じられる程度が上がり(認知の植え付け)、不快な身体感覚が消失する(ボディスキャン)まで、基本的にはこうした手続きが続けられる。

EMDR の治療モデル

EMDR はトラウマ記憶にどのように作用して効果を上げるのだろうか？ EMDR では、適応的な情報処理モデルという考え方を採用している。行動療法や認知行動療法が条件づけという学習理論をもとに考えているのとは異なっている。適応的な情報処理とは、われわれの脳が本来もっている情報処理過程であり、否定的な記憶に何度もアクセスし、考えたり、人に聞いてもらったり、夢に見たりしながら、原因や対処を考え、徐々に冷静さを取り戻し、やがては、さほど気にならない出来事にまで動かしていく過程である。この最終的な到達点を適応的解決と呼び、ここまで滞りなく進むのであれば当然専門家による介入などは必要ない。PTSD のような病気の状態は、この過程がどこかで阻害され、自身の力ではもはや適応的解決には至れない。何度アクセスをかけても、映像も感情も鮮明なままで、理不尽さのみが意識され、対処方略が浮かばず、自責や運命を呪うような認知に支配されている状態である。

EMDR では、連想が賦活され、否定的な記憶の周辺にある肯定的な記憶と結びつくことで、この動きが促進される。EMDR によって引き起こされるイメージの変容は、一様ではないが、周辺部分がみえる、時間が経過し、出来事の全体像がみえる、などの変化が起こるとその中には肯定的な部分が紛れ込む。今渦中にいるわけ

ではないから、最低限出来事は終わっている。周りには、終わるために手を貸してくれた人、心配してくれる人などがみつかるかもしれない。以前の乗り越えた記憶が出てくるかもしれないし、出来事の時にできなかった本当はやりたかったことがやれている場面が出てくるかもしれない。逃げることだったり、怒りをぶつけることだったり、謝罪することだったりする。実際にやらなかったことが、心残りとして残り続けることで、終わった過去のこととして終止符が打てないままに残される。最終回を見損なったドラマのように、なんかスッキリしないままになる。われわれの脳は、きちんと終わることを期待している。期待が裏切られることで、そこに思いが残る。脳が待機状態のまま、待機電力を使い続けている。きちんと終わるともう待機電力は不要で、電源がオフにできる。出来事を過去として、箱に入れて、押入れにしまう。アルバムに貼って、閉じられる。

この考え方は、解離への対処も含んでいる。相性がいいのかもしれない。孤立していた情報を周囲の情報とつなげることで治療が進むとすれば、消去を用いて、条件づけられた不安を低減する考え方とは大きく異なるわけである。

症例

患者 (CI) : 40 代, 既婚男性, 公務員, 2 児の父。

主訴: 自殺企図, フラッシュバック, 抑うつ感。

家族: 結婚 16 年で, 妻と共稼ぎである。子は小学生 2 人だが, どう接していいかわからないと述べられた。

原家族・生育歴: 厳格な父 (自営業), ヒステリックな母 (教員), 優秀な兄 (一流大学卒) との 4 人家族。兄と比べられ「ぼんくら」と言われて育つ。16 歳で, 連続放火殺人の冤罪で逮捕, 自白し, 刑に服する。すぐに真犯人が見つかり, 釈放された後, 高校中退, 家出し, さま

ざまな苦労の後（ストリップの照明係，トラック運転手，パチンコ店員，ホームレス），大検，大学進学，大学院修士課程修了，中途採用で公務員に合格した。しかし，仕事上の行き違いで警察の取調室へ入り，20年ぶりにフラッシュバック，人と会いたくないなど抑うつになる，パニック発作もある。

これまでの治療歴：X-2年11月，パニック障害に対して遠隔地で受診したが，受診頻度は低かった。

X-1年12月，自殺願望が出て近隣のクリニックを受診し，総合病院精神科外来を紹介される。薬物療法（levomepromazine〔抗精神病薬〕5mg×3錠，alprazolam〔ベンゾジアゼピン系抗不安薬〕0.4mg×2錠，flunitrazepam〔ベンゾジアゼピン系抗不安薬〕2mg×1錠）を開始した。

X年2月上旬，自殺未遂で同精神科入院となった。

X年2月下旬，自殺願望が出て，本人希望で再入院となった。

X年3月上旬，筆者にEMDR適応ではと紹介された。

冤罪の記憶は，ずっと解離され，適応的に生きていたのに，あるきっかけで外傷的記憶が想起され，激烈な症状として現れ，自殺企図・未遂へと至っている。

1. 治療経過(第1期：第1～11セッション)

#1：生育歴聴取で，処理すべきトラウマ記憶としては，T（トラウマ）1：冤罪はれて釈放後，自宅で父母から「なぜ自供したか」と責められる，T2：取り調べの拷問（壁に向かって「私は最低の人間だ」と叫ぶ），T3：誘導質問され，調書がねつ造されていく，T4：取り調べの拷問（机の足のせに両手首を固定，天板に顎を乗せ，首を後ろに引っ張られる），T5：最近の自殺未遂（公園で首吊りをする直前に取り押さえられる），T6：冤罪，転居後，大量服薬リストカットの6つを取り上げた。

#2：安全な場所，RDI（resource development and installation：資源の開発と植え付け）^{注2)}①（祖父母との買い物），RDI②（採用通知）を行い，否定的記憶を扱う準備として，安全感，肯定感を高めた。

#3：T1の再処理（26セット）SUDs^{注3)}：9→3
T1の再処理では，「なぜ自供したか」と責める父親を祖父母がたしなめる。過去の父親に丸くなった今の父親がだぶるなどといったイメージの出現が語られた。実際の祖父母がよくしてくれた記憶（RDI）が自発的に使われているように思われる。

#4：T2の再処理（29セット）SUDs：9→1.5
T2の再処理では，最後に「よく4日間もがんばったな」と自分を誇りに思う感想を述べ，肯定的な見方が出現したと感じられた。

#5：T3の再処理（20セット）SUDs：7→1
T3の再処理では，初めは非常に強い絶望感，あきらめが体験されていた。したがって，眼球運動を使って，自然に処理が起こることにまかせずに，言語的に強力に援助することで，実際にはできなかった発言（「自分はやっていない，帰る」）や行動（取調室を自ら出ていく）のイメージが出て，絶望感，無力感から解放された。援助はするが，イメージは自ら生成したものであり，イメージ誘導とは異なる。もちろんこれで出来事の記憶を書き換えることはできないが，絶望感のみに支配されていた記憶に肯定的な要素を紛れ込ませることはできたはずである。今後彼が日常で再想起する時には肯定的な要素へのアクセスも自然と起こりうるし，そうでなくても，意図的にそちらを選ぶことは可能となるだろう。

#6：T4の再処理（15セット）SUDs：10→0

注2) 肯定的記憶に焦点を当て，五感で再体験することで，肯定的ネットワークを活性化して活用できる状態にする。やり方の詳細は市井¹²⁾参照

注3) 主観的障害単位0～10（記憶を想起した際の苦痛の度合い）

T1～T4 は、高校生時代の冤罪被害にかかわる記憶を、やや時間は前後するが、苦痛の大きいものから順に扱った。

#7: T5の再処理 (10セット) SUDs: 7→1

#8～#9: T6の再処理の準備

#10: T6の再処理 (21セット) SUDs: 7→1

続くT5は、最近の記憶で、直接の受診に至るきっかけとなる記憶である。T6は、再び高校生時代頃の記憶を扱った。T5とも関連して、直接自死とかかわる記憶を扱っておく必要があると判断したためである。

#11: アセスメント、終結

扱った記憶すべてにおいて、SUDsが低い状態が確認され、日常適応も改善されたため終結とした。

2. 治療経過(第2期: 第12～17セッション)

このように、いったん改善したと思われたクライアントが、知人の死が重なり、ストレスフルな状況で、子どもの行動がきっかけになり自傷行為(頭を壁などに脳震盪を起こすほどぶつける)を起こしたため、8カ月後に治療を再開した。今度は、第1期では扱われなかった養育早期の記憶(養分を与える記憶)を扱った。

T7: 母親からの虐待的しつけ(答えが合うまでドリルを何度でも全部書き直させたり、縛つての体罰)、T8: 父親からの虐待的しつけ(「相手が頭がよければお前が悪い」、廊下での空気椅子)、T9: 妻子の行動から、CIが頭をぶつけ、精神科入院となる。(最近の記憶)が扱うべき記憶として選出された。

#12: 8カ月後再開、RDI①復習

#13: T7の再処理 (20セット) SUDs: 10→1.5

この方法に行き過ぎがあったことを母親に認識させることができ、縄をほどいてもらうイメージが出現した。

#14: T8の再処理 (15セット) SUDs: 10→1

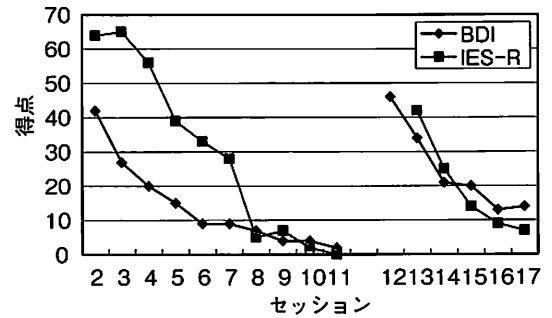


Fig.1 クライアントのBDI, IES-Rの推移

大人の自分が子どもの自分を介抱し、その後1階に連れて行き、祖父母に介抱してもらうイメージが出現した。

#15: T9の再処理 (22セット) SUDs: 9.5→1

#16: 「現在の引き金」として、「子どもが言うことを聞かないで、疎外感を感じ、書斎にこもり、ドアを蹴飛ばし、頭を壁にぶつける」場面を17セットで処理した。SUDs: 9→0

#17: RDI 大検に受かったり、大学に受かったとき、母親が「よかった、よかった」と喜び、父親が「今日一日仕事していて気持ちよかった」と言った。祖父母も加わり、みんな喜んで夕食を食べている。PC(肯定的認知): 私は愛される。私は重要だ (Fig.1)。

その後、良好に経過していた時に、筆者が転出し、他の精神科医にフォローアップをしていた。後になって、再び抑うつ状態が出現し、その時に、解離されていた、他の警察に逮捕されていた記憶が出現したとのことである。本人も忘れていた逮捕の記憶がまだ未処理で残っていたとのことである。それを扱うことで、抑うつ状態の軽快がみられたとのことであった。

まとめ

この症例では、発症時のきっかけは、仕事上のことでの警察での勾留で、これ自体は大きなトラウマではない。しかし、16歳時の冤罪被害の記憶がよみがえったことにより、パニック発

作、自殺企図など深刻な症状を呈している。場面の類似性から、比較的簡単にこの関連が推測でき、冤罪被害にまつわるさまざまな記憶をEMDRで処理することで、いったん軽快するが、友人の死のストレスや家庭でのささいな親子関係、夫婦関係のことが引き金となり、再び自傷行為が発生する。養育早期の記憶を扱うことで再び回復した。しかし、さらにまだ、扱うべき警察関連の記憶が解離されて残されていたとのことであり、これを扱うことで適応が改善できた。

EMDRはPTSDを治療できると推奨されている実証性の高い心理療法である。外傷記憶を処理できるので、その適用範囲はPTSDにとどまらず広範囲に渡る。適用の際には、個人がもつ外傷記憶を、生育歴全体に及んで聴取し、必要に応じて養育早期などの過去にさかのぼり処理することが大きな改善へとつながる。

文献

- 1) Shapiro F, Eye Movement Desensitization and Reprocessing : Principles, Procedures and Protocols 2nd ed. Guilford Press, New York, 2004 (市井雅哉 [監訳] : EMDR—外傷記憶を処理する心理療法, 二瓶社, 2004)
- 2) van der Kolk BA, McFarlane AC, van der Hart O : A general approach to treatment of posttraumatic stress disorder. In : van der Kolk BA, McFarlane AC, Weisaeth L (eds) Traumatic Stress : The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society. Guilford Press, pp417-440, 1996 (西澤 哲 [監訳] : トラウマ

ティック・ストレス—PTSD およびトラウマ反応の臨床と研究のすべて, 誠信書房, 2001)

- 3) 岡野憲一郎 : 新外傷性精神障害—トラウマ理論を越えて—, 岩崎学術出版社, 2009
- 4) APA, 2010 <http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/proposedrevision.aspx?rid=165>.
- 5) 高橋三郎, 大野 裕, 染矢俊幸 (訳) : DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル, 医学書院, 2002
- 6) 文部科学省, 2006 http://www.mext.go.jp/component/a_menu/education/detail/_icsFiles/fieldfile/2011/05/18/1304156_01_1.pdf
- 7) Perry S, Difede J, Musngi G, et al : Predictors of posttraumatic stress disorder after burn injury. *Am J Psychiatry* 149 : 931-935, 1992
- 8) Koopman C, Classen C, Spiegel D : Predictors of posttraumatic stress symptoms among survivors of the Oakland/Barkley, Calif., firestorm. *Am J Psychiatry* 151 : 888-894, 1994
- 9) Shalev AY : Stress versus traumatic stress : from acute homeostatic reactions to chronic psychopathology. In : van der Kolk BA, McFarlane AC, Weisaeth L (eds) Traumatic Stress : The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society, Guilford Press, New York, 1996 (西澤 哲 [監訳] : トラウマティック・ストレス—PTSD およびトラウマ反応の臨床と研究のすべて, 誠信書房, 2001)
- 10) Ahmed AS : PTSD, Resilience and vulnerability. *Advances in Psychiatric Treatment* 13 : 369-375, 2007
- 11) Davidson J, Fairbank J : The epidemiology of posttraumatic stress disorder. In : Davidson J, Foa E (ed) Post Traumatic Stress Disorder. DSM- IV and Beyond. American Psychiatric Press. Washington DC, pp147-169, 1993
- 12) 市井雅哉 : 感情をコントロールする—肯定的な記憶の活かし方. 児童心理臨時増刊 855 : 74-81, 2007

EMDR : Effective Psychotherapy for PTSD

Masaya Ichii*

*Hyogo University of Teacher Education

(Mailing Address : Masaya Ichii, 942-1 Shimokume, Katou-shi, Hyogo 673-1494, Japan)

EMDR is valid and empirically supported psychotherapy, which is recommended for PTSD. The application range of EMDR is considered to be wider than PTSD, since traumatic memories are related to various mental disorders, and which are well treated by EMDR. Diagnostic criteria of PTSD is being revised for DSM-5, and the subjective criteria in criterion A seems to be erased, because peri-traumatic dissociative symptoms can predict the severity of PTSD. The characteristics of PTSD include both intrusive and dissociative symptoms. Psychotherapies must focus on the wide range of these symptoms. I take general view of EMDR procedures and the therapeutic model : the adaptive information processing model, where EMDR can link traumatic memory with positive aspects of events, is discussed in detail. When applying EMDR to PTSD clients, traumatic memories must be identified throughout the life-long history, so that they can get adequate improvements. A forty-year old male civil servant was treated by EMDR, for his traumatic memories due to false accusations by the police and for abuse treatment from his parents. Treating the negative histories comprehensively can decrease suicidal ideation and depressive symptoms and recover healthy function.

Key words : EMDR, PTSD, traumatic memory, DSM-5, vulnerability

●お知らせ

第13回日本リハビリテーション心理研究会

会期：2012年10月14日(日)9:30~16:30

会場：高崎健康福祉大学1号館(群馬県高崎市中大類町37-1)

テーマ：「退院をめぐる患者・家族・スタッフの心理—入院治療と在宅ケアの間で—」

参加費：一般7,000円 学生3,000円(ホームページから参加登録)

研究会ホームページ：<http://rehapsycho.yaekumo.com/>

お問い合わせ：日本リハビリテーション心理研究会

E-mail：rehapsych@yahoo.co.jp