

認知症周辺症状 (BPSD) に対する EMDR

天野玉記*¹, 市井雅哉*²

抄録：認知症周辺症状 (BPSD) 改善に有効な心理療法として、過去の記憶にアクセスする回想法やバリデーショなどの非薬物療法が注目されている。一方、EMDR がトラウマ記憶の処理に効果的な心理療法であることを鑑み、トラウマ記憶による BPSD とみられる 2 事例の認知症高齢者に対して EMDR を試みた。事例 1 は若年性アルツハイマーの女性 (67 歳)、事例 2 は脳血管性認知症の男性 (85 歳) で、EMDR によるトラウマ記憶の処理により、前者の女性は罵声が少なくなり笑顔が増え、後者の男性は不穏と大声が大幅に減少した。これらの結果から、EMDR はトラウマ記憶によると思われる一部の BPSD に効果のある心理療法であることが示唆された。

EMDR 研究, 1; 24-33, 2009

キーワード：認知症周辺症状(BPSD)、非薬物療法、EMDR、RDI

I. 問題と目的

認知症とは正常に発達した精神機能が脳の機能障害により病的に低下し、社会生活に支障をきたすようになった状態で、明確な病態を示しているものではなく、臨床的な症候群の名称である。中核症状として記憶障害・失語・失行・失認・実行機能障害などが起こり、周辺症状 (behavioral and psychological symptoms of dementia: BPSD) として精神障害や行動障害が挙げられる。たとえば、アルツハイマー病による睡眠障害では夕方や夜間にせん妄を伴いやすく意識混濁に加えて幻覚や錯覚がみられる状態になる場合 (千葉, 2007)、脳血管性認知症では、脳の障害部位により失語症や麻痺を併発する場合や人格変容・感情

統制の混乱が現れる場合など、症状は大きく違って現れる。またレビー小体型認知症は、存在感のある幻視・幻覚が起こる。

認知症の具体的な治療法がない今日、介護の現場ではこれらの BPSD に対するケアが難しく、激しい BPSD への対処として薬物療法に頼らざるをえない現状があるが、抗精神病薬の投与は転倒リスクや死亡リスクが高く危険である。そのため、BPSD に対する非薬物療法はリスクも少なく介護負担を軽減する治療法として大きく注目されている (斉藤, 2006)。深津 (2007) によると、アメリカ精神医学会 (APA) の治療ガイドラインはアルツハイマー病と認知症に関する特別な精神療法・心理療法において、行動、感情、認知、刺激に焦点を当てたアプローチを示しており、日本でもリアリティ・オリエンテーション (reality orientation: RO)、行動療法、回想法、バリデーショ、音楽療法、園芸療法等が BPSD の非薬物療法として用いられていると紹介されている。その中でも、過去の記憶にアクセスする療法である回想法やバリデーショについては、老人施設の介護士にも行い易い療法として受け入れられている。

回想法はアメリカの精神科医、Butler (1963) によって提唱された療法であり、回想を「自分の

2007 年 12 月 20 日受稿、2009 年 2 月 9 日受理

*¹ 特別養護老人ホーム清住園

[〒 671-0205 兵庫県姫路市飾東町清住 555]

Tamaki Amano: Nursing Home for the elderly, Kiyosumi-en, 555, Kiyosumi, Shikito-cho, Himeji-shi, Hyogo, 671-0205 Japan

*² 兵庫教育大学発達心理臨床研究センター

Masaya Ichii: Center for Research on Human Development and Clinical Psychology, Hyogo University of Teacher Education.

人生を整理し捉え直す」というポジティブなものとして意味づけ、共感的に支持的に傾聴することによって心理的に安定させることができるとしている。また、バリデーションはアメリカのソーシャルワーカー、Feil (1993) が開発した認知症高齢者のための療法である。アルツハイマー病や脳血管性認知症を発症した高齢者は、見当識障害を起こし、過去の記憶の中に生きることが多い。人生の課題を解決せず押し込めたまま認知症を発症した認知症高齢者は、過去の解決されていない課題が現実感を伴って浮かび上がり、それまで押し殺してきた痛みを伴う感情が表面化しBPSDとなる場合がある。バリデーションは、そのような認知症高齢者を受容と共感により認めることで安定化を図る療法である。

しかし、両療法の問題点として、回想法は深刻な心の問題に深入りしないようにするので、過去の否定的な記憶を扱わないことが多い。さらに、重度化した認知症高齢者は過去の記憶の中に生きている場合が多いため、現在から過去を認識して回想することができない場合が多い。またバリデーションは過去のトラウマ記憶にアクセスする心理療法であるが、言語理解能力の低下や感情の吐露が激しい重度化した認知症高齢者には言語などによる共感だけでは効果が出にくいことがある。

一方、これらの療法と同様に過去の記憶にアクセスする、1989年にShapiroが開発し、その後体系化したEMDR (eye movement desensitization and reprocessing) (Shapiro, 1995, 2001) は、トラウマ的記憶と肯定的記憶の両者ともにアクセスすることができる療法であり、重度化した認知症高齢者に対しても両側性刺激を行うことで、言語だけでなく五感に訴えることができる利点がある。つまりトラウマ記憶にアクセスして加速情報処理を行うEMDRと、肯定的記憶にアクセスして行う資源の開発と植え付け (resource development and installation : RDI) を併用すれば、重度化した認知症高齢者に対して、否定的記憶の処理と肯定的資源としての記憶の植え付けを同じセッション内に行うことができると考える。

ところで、認知症のBPSDのパターンは病因に関係なく徘徊・金切り声・暴言など、同じような症状を示すことが多い。それはBPSDの原因が個人の問題に起因する場合が認められ、個人の

性格・生活歴・認知のくせなど個人固有の〈こころのありよう〉に左右される可能性があるように思われる。つまりBPSDは認知症を起こす病因により脳の機能障害が起こり、中核症状である記憶障害や見当識障害などが現れ、個人の心に混乱が生じるため、健常時には理性や社会通念上の習慣により抑制されていた感情がコントロールを失い表出し始め、様々な行動障害や精神障害に陥っている状態と考えられる。

そこで本研究では、家族から聞き取ったアセスメント情報から、BPSD時に繰り返し大声で発せられる言葉は、クライアントがトラウマ記憶の再体験状態に入っている表れであると仮説をたて、そのBPSD状態のまま両側性の刺激を加えることによりトラウマ記憶を処理することができるのではないかと考え、EMDRを2事例で試行した。

II. 方 法

1. 対象者およびアセスメント

事例1

1) 対象者：A子 (67歳、女性)

- (1) デイサービスおよび通所介護サービス利用の高齢者。
- (2) 若年性アルツハイマー (Alzheimer's disease : AD) による認知症患者。
- (3) プロフィール

A子は54歳の頃より健忘が出現し始め徐々に進行し、59歳より症状が顕著となった。物盗られ妄想の出現、意欲・活動性の低下が認められ、掃除・料理など家事全般をしなくなった。MRIでは著明な前頭葉と頭頂葉の脳の萎縮が見られ、側頭葉内側部の萎縮も認められた。またPET所見からもアルツハイマー病を強く疑われた。総合的な検査結果から「比較的若年発症で視覚認知障害、理解障害の強いやや特殊型のアルツハイマー病」と診断された。60歳の時、ADがかなり進行してきたとの判断から、認知症治療薬である塩酸ドネペジル (アリセプト) を処方されたが、興奮と攻撃性を持つようになったため家族の要望により投薬を中断した。病院での神経心理検査の主なデータとしては、MMSE (Mini-Mental State Examination) は15/30、

WAIS-R (Wechsler Adult Intelligence Scale Revised : ウェクスラー成人知能検査) は VIQ 69・PIQ 50・FIQ 59 であった。

施設利用状況については、60歳よりデイサービスを利用し始め65歳頃より通所介護サービス(ショートサービス)も定期的に利用していた。しかし、認知症の進行とともに徘徊が頻発し、職員に対し暴言・暴力も度々みられた。さらにレビー小体認知症の症状に類似する幻覚・幻聴があり、独語・金切り声などの不穏状態が長時間続くこともしばしばあった。200X年、67歳の時、医師による長谷川式簡易知能評価スケール(Hasegawa Dementia Scale-Revised : HDS-R)は1/30、筆者の行ったMMSEは0/30であることより、BPSDの激しい重度の認知症と診断された。

2) アセスメント

A子はBPSDの代表的行動として徘徊が先行すると考えたため、ターゲット行動を「徘徊」とし、30分間隔のタイムサンプル法で5日間記録し、機能分析を行った。機能分析の結果を、縦軸に5日間の積算徘徊回数、横軸に1日の時刻をとり、徘徊発生時間帯のグラフを表したところ、徘徊行動の頻発時間帯は、10:00~10:30、11:30~12:00、14:00~14:30となった(Fig.1)。

3) 介入方法

- (1)実施場所：特別養護老人ホームC。デイルーム。
- (2)実施期間：200X年5月~200X年7月。
- (3)介入時間：機能分析の結果(Fig.1)より、介入は10:00~11:00または、14:00~16:00の徘徊頻発時間帯で、大声で罵声を発する状態になったとき随時行う。
- (4)介入方法：EMDRによるセッション(後述)。
- (5)ターゲット行動：幻覚妄想による金切り声や攻撃的な暴言・暴力など。

事例2

1) 対象者：B男(85歳、男性)

- (1)特別養護老人ホームCの入所者。
- (2)脳血管性疾患の後遺症による認知症患者(vascular dementia : VaD)。
- (3)プロフィール

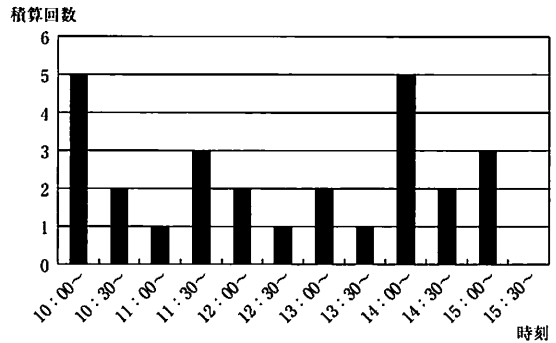


Fig.1 A子の1日における時間別徘徊頻度

B男は、79歳で脳梗塞後遺症による脳血管性認知症と診断され、下半身麻痺で特別養護老人ホームCに入所。脳循環・代謝改善薬グラマリールを服用。BPSDとして、徘徊、不眠、夜間せん妄、介護への抵抗、金切り声が終日続く状態であった。

200X年、85歳時の神経心理テストの結果、MMSEは7/30と重度の認知症であったが、老人性うつ病テストは正常レベルであった。また介護士によるCMAI興奮度-質問表(Cohen-Mansfield Agitation Inventory)は51点と高く、目立った項目として「徘徊」「金切り声」「介護者をすぐ呼ぶ」「じっとしてられない」が1時間に数回発生する状態であった。以上のテスト結果よりBPSDの顕著な重度の認知症と思われた。

介護士によるケース記録には、「1人になると不穏になりやすく、目をつぶっての独語が突然大声になったり泣き顔になったり不安な表情に変わり、幻覚妄想も多い。話しかけると不穏は少なくなり穏やかになる。機嫌がいいときは自分の生い立ちを語られたりもする。作業療法・学習療法・音楽療法などは積極的に参加され楽しそうにされる」と書かれていた。

2) アセスメント

B男のBPSDの状態を分析するため、24時間継続の30分間隔のタイムサンプル法を行った。ターゲット行動として「金切り声を伴う不穏」と「不穏状態で発した言葉」を10日間記録し、機能分析を行った(「不穏」とは、介護現場で習慣的に使用されている言葉で、穏やかでない状態を総称しており、「なんらかのBPSD状態」

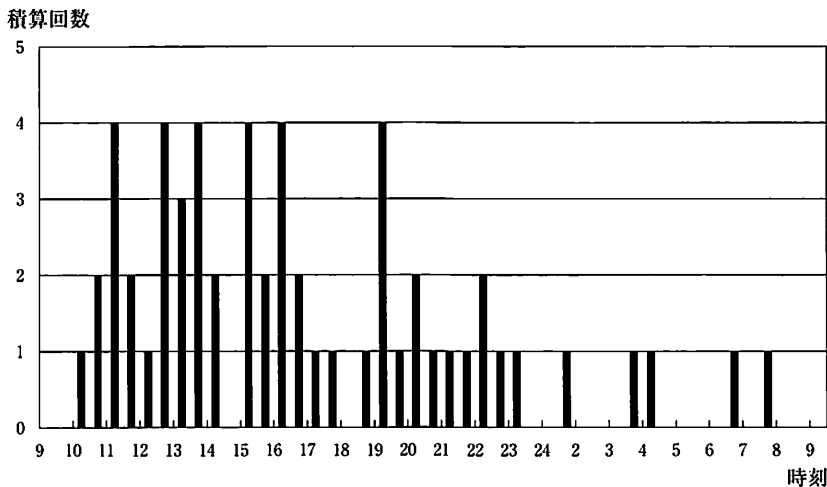


Fig. 2 B男の1日における時間別不穏発生頻度

という意味である)。

機能分析の結果を、縦軸に10日間の積算不穏時間、横軸に1日の時刻をとり、不穏発生時間帯のグラフを表した (Fig. 2)。グラフより不穏は夜間より昼間に多く、頻発時間帯は、11:00~11:30、12:30~14:00、15:00~16:30、19:00~19:30となり、食事やおやつの時間を除く昼間の自由時間や就寝前の時間など、施設内の日常生活の中で孤独になる時間帯に頻発に発生していることがわかった (Fig. 2)。

3) 介入方法

- (1)実施場所：特別養護老人ホーム C。
- (2)実施期間：200X年6月~200X年8月。
- (3)介入時間：機能分析の結果 (Fig. 2) より、介入は昼間の不穏発生時に随時行う。
- (4)介入方法：
 - 介入 I …介護士による声かけ。
 - 介入 II …EMDR セッション (後述)。
- (5)ターゲット行動：幻覚妄想によると思われる突発的な大声。

2. EMDR セッションの介入手続き

認知症のクライアントは短期記憶の低下のためセラピストを記憶していない場合が多く、毎回初めてのクライアントに接するようにラポールをとる必要があるなど、標準的な EMDR プロトコルではなく認知症高齢者に対する特別な介入手続きが必要であると考え改変した。

〈介入手続き〉

アセスメントは家族か、または本人の比較的意識のはっきりしているときに事前に行い、そのアセスメントに基づいた行動観察を行う (手順 1)。また、認知症高齢者へのアプローチの方法は、バリテーションの手法を取り入れながら、クライアントの能力に合わせた侵襲的でない方法で行う (手順 2~5)。EMDR および RDI を行う (手順 6~7)。

- ・手順 1 …家族または本人のアセスメントに基づき、クライアントの BPSD の状態がトラウマ場面の再体験かどうか行動観察を行う。
- ・手順 2 …クライアントの正面に位置し、アイコンタクトを保つ。視覚の衰えている高齢者には、視野に入るようにできるだけ顔を近づける。
- ・手順 3 …クライアントの顔の表情を観察し、感情の動きに合わせ、声かけを行う。興奮が強い場合は、できるだけ低い落ち着いた声で、ゆったりとした口調で語りかけるように話す。
- ・手順 4 …クライアントの使ったキーワードを使いクライアントの言葉を繰り返し、ラポールを築く。
- ・手順 5 …クライアントに触れてもいいか確認し、両手にそっとタッチングする。拒否のあるときは触れない。
- ・手順 6 …EMDR
トラウマ記憶に焦点をしぼり、両側性刺激のタッピングを行い過去の記憶を処理する (後

出の逐語録抜粋を参照)。

・手順7…RDI (事例2のみ)

クライアントの好ましい資源となる記憶や感覚(視覚・味覚・聴覚・嗅覚・触覚など)を見つけ、言葉や身体感覚で想起を促しその感覚やイメージに両側性刺激のタッピングを加える。

Ⅲ. 結 果

事例1

1) セッション前のアセスメント

(1) 生育歴の聴取 (夫より)

子ども時代はかなり貧しい生活を送ったようだが、本人があまり話しながらなかったので詳しいことは聞いていない。両親兄弟親戚がほとんどいない状態で結婚。結婚後、厳しい姑に従う生活を送りながら夫と共に駄菓子屋を営み、子ども4人(男2人、女2人)を育てた。

日常的に姑の罵声があり、嫁として姑に黙って仕える忍従の生活を送った。また従業員も数名おり、大人しい性格のため従業員にも気を使う生活をしてきた。

(2) 徘徊の様子 (ケース記録より)

「廊下を大声で叫びながら前屈姿勢で自立歩行。制止しようとするすると罵声を浴びせ、手を払いのけ、止まろうとしない。大声の内容はほとんどいつも同じで、3人の妄想が見えているようである。大声で罵声を浴びせている。」

2) EMDRセッションの経過

セッション#1～3

トラウマ場面の聞き取りと、トラウマ記憶の処理。幻覚妄想状態のA子にタッピングをしながら、今見えているものを語ってもらった。

〈トラウマ場面のまとめ〉

父の借金のため、3人の借金取りの女性がいきなり家にやってきて、そこに後からもう1人の男性が入ってきて4人になった。幼いA子の服まで脱がせて持っていった。

〈EMDRセッション〉

興奮状態で、大声で叫びながら徘徊が続いているA子に対し、静かな廊下脇のソファ

に誘導。A子を座らせ、セラピスト(Th)はA子の真正面に座り、膝にタッピングしながらセッションを行った。

〈逐語録抜粋〉

A子: 3人, 3人がね。3人がごじゃらごじゃら言うてね。3人が4人になって。勝手にね、ごじゃらごじゃら言うて。ご飯を食べてる。あほか、ぐずぐずして。ほんまに。おらんでええわ。あほか、あほ。(興奮状態のA子に、アイコンタクトをとり、タッピングを加える)

Th: 大丈夫ですよ。A子さんは大切な人ですよ。よく頑張っておられますね。ここでは誰もA子さんのことを怒らないですよ。大丈夫ですよ。(興奮状態のA子に繰り返し、声かけとタッピングを続ける)

A子: (数分後) 大丈夫? (顔をまっすぐにしてじっとThを見る)

Th: はい、大丈夫ですよ。ここでは、みんなやさしいですよ。大丈夫ですよ。

A子: (少しトーンが落ちて) うんうん、大丈夫。ごじゃらごじゃら言うねん。あほか言うねん。3人ご飯食べにくるねん。ほいで、4人になるねん。ごじゃごじゃ言うて。

Th: 大丈夫。ここは安全ですよ。誰もA子さんをいじめないから大丈夫ですよ。

A子: (うなずく) (繰り返し、タッピングは続ける)

Th: そうね、A子さん。ゆっくり背もたれにもたれてください。ゆっくりでいいですよ。(お尻を後ろにずらして、背もたれにもたれようとする) いいですね。そうそう、ゆったりもたれて、ゆっくりしましょう。(興奮がおさまってくる)

A子: 3人が3人で、あほか言うて、あほ言うて。

Th: そうですね。A子さんしんどかったね。頑張ったね。大変だったね。でも、もう大丈夫。ここは安全ですよ。だれもA子さんを怒る人はいないですよ。

A子: うん、うん。(落ち着いてくる。大きな目でじっとThを見て穏やかな表情になる。Thは声かけをしながらタッピングを続ける)

セッション# 4～6

クライアントは1日に数回幻覚を訴え、不穏になった。特にトラウマ記憶の3人の女性の幻覚が出てきて不穏状態になったときには、3人の女性はクライアントに危害を与えないという認知の編み込みを行った。しかし、認知症による記憶障害があるため単純な言葉に置き換える必要があった。そこでThは「大丈夫」という言葉による認知の編み込みを行った。

〈A子のケースカンファレンス〉

EMDRセッション終結後にケースカンファレンスを行い、A子が3人の女性の幻覚により不穏になった場合は、アイコンタクトをとり「大丈夫」という言葉かけを行うようスタッフ全員に申し合わせ事項として伝えた。

3) ベースライン期・介入期のケース記録 (Table 1)

ベースライン期および介入期は約2カ月間であった。セッションの介入効果を検証するため、介護士が日々記録するA子のケース記録からその間の記述を抜粋した。ケース記録より、ベースライン期ではほぼ毎日のようにA子の罵声や介護拒否および極度の興奮状態の記述があり、激しいBPSD状態であったことがわかった。また、介護士の対応としては、1対1で受容的な態度で見守り、興奮を鎮静するような言葉かけを独自で行っていたことがわかった。EMDRによるトラウマの処理後は介護士により、認知の編み込みで用いた「大丈夫」という言葉を使い、継続的な声かけを行った。すると、慢性的な悪態・罵声が少なくなり笑顔が増えた。スタッフの声かけにもよく反応するようになった。徘徊は相変わらず頻発していたが、大声で好きな歌を歌ったり無言で黙々と歩き回るようになった。

事例2

1) セッション前のアセスメント

(1) 生育歴 (家族より)

戦争に行き満州で終戦。戦後、会社勤務のうち学校の用務員として勤務。家が火事になったり、泥棒に入られた経験があった。

(2) 施設内での生活 (介護日誌より抜粋)

平素は穏やかな性格で静かに過ごされるが、

Table 1 A子のケース記録抜粋

	月日	興奮度	特記事項
ベースライン期	5/2	++	激しい不穏状態。
	/3	+	不穏、興奮。
	/4	+	介護拒否。
	/5	+	興奮。
	/6	++	入浴を境に興奮激しくなる。マンツーマン対応。
	5/26	+	奇声時々あり。表情険しい。
	/30	+	午後より独語あり。不穏。
	/31	+	周囲への無関心は益々ひどくなった。
	6/1	++	大声・怒声が来園時からかなりあった。デイルームで過ごせないことが多々ある。
	/2	+	突然の大声、奇声がよく聞かれる。徘徊頻発。
介入期	/6	+	午前不穏。大声・暴言が聞かれる。午後少し落ち着かれるも、時々暴言が聞かれる。
	6/25	+	廊下を大声を出しながら徘徊。
			デイルームに誘導するが、拒否。再度廊下を徘徊される。
	/26	-	素足で歩く。大きな不穏なく、静かに徘徊されている。
	7/1	-	風邪気味で鼻声。機嫌が良い。
	/2	-	素足で廊下を静かに徘徊する。穏やか。
	/8	-	機嫌よく話をされる。
	/9	-	比較的穏やかに過ごされる。
			あまり、大声も出されず、椅子に座っていることが多かった。
	6/19		〈興奮が強く大きい声を出される時の対応〉 1. 座ってもらう。 2. ねぎらいの言葉と、安全な場所にいることを告げる。 3. 可能なら手を握るか背中をさすりながら、アイコンタクトをとり「大丈夫」と言う。 (ケース記録:「6/19の申し合わせ事項」の欄を抜粋)

目を瞑って妄想状態に陥ると1時間以上その状態が続き、苦しそうに大声を出して叫び、助けを求める。

2) 介入I期: 介護士による声かけ

B男が不穏状態に陥ると「目を開けてください。ここはCですよ。大丈夫ですよ」と声かけをし、妄想状態を制止する介入をした。介護士全員で

5日間行った。

3) 介入Ⅱ期：EMDRセッション

(1) EMDRセッションの手続き

火事の場面と泥棒に入られた場面において、その場面の再体験と思われる大声が始まったら、その状態のままで両側性刺激のタッピングを加えた。その後RDIを行った。

(2) セッションの経過

セッション#1：火事の場面

〈逐語録抜粋〉

B男：火事や、もうあかん、わーわー！

(目を瞑ったまま、興奮状態のB男にタッピングを加える)

Th：大丈夫ですよ、B男さん。ここは安全ですよ。火事はもう終わったことですよ。

B男：わー、鍵がかかっている。出られへん。わーわー！

Th：消防車がすぐ来ます。消防車のサイレンが聞こえますよ。聞いてみてください。

B男：早よう。早よう来てくれ。出られへん。〇〇がおれへん。

Th：消防車のサイレンが聞こえてきますよ。消防車が来て、火事を消し始めましたよ。大丈夫ですよ。

B男：(うなずく) ここやー！ 出られへん。

Th：大丈夫ですよ。レスキュー隊が、助けてくれますよ。鍵が開きますよ。出られますよ。

B男：あー、助かった。

Th：奥様もお子さんも皆さんご無事ですよ。見渡してください。大丈夫ですよ。

B男：あー、〇〇もおる。△△も。みんなおる。助かった。

Th：目を開けてください。もう大丈夫ですよ。(目を開けて、じっとThを見て)

B男：あー、助かった。ありがとう。

セッション#2：泥棒の場面

〈逐語録抜粋〉

B男：泥棒や、わーわー！(目をつぶったまま興奮状態のB男にタッピングを加える)

Th：大丈夫ですよ、B男さん。泥棒はすぐに捕まりますよ。警察がすぐ来てくれますよ。

B男：わー、犯人が逃げた。わしを殴ろうとする。わー！

Th：警察が捕まえてくれるので、B男さんは

犯人から逃げましょう。

B男：殴ってくる。

Th：逃げていいんですよ。警察にまかせましょう。警察が来ましたよ。犯人はすぐ捕まりますよ。(黙っているが、場面が動いているようなのでタッピングを続ける)

B男：(うなずく) 警察が来た。犯人が捕まった。

Th：息子さんは警察官になっておられますよね。息子さんが助けてくれますよ。

B男：そうや、息子が警察や。そうや。

Th：大丈夫ですよ。もう安心してください。犯人は捕まりました。お金も戻ってきましたよ。もう殴りに来たりしませんよ。息子さんも助けてくれますよ。(穏やかな表情になる)

B男：そうや、息子が警察や。

セッション#3, #4

火事と泥棒の記憶を処理した後、他のスモールトラウマの記憶と思われる場面(たとえば会社で上司に叱られている場面など)が出てきたので、それについてもEMDRを行った。

セッション#5

RDI：カレー

好きな食べ物であるカレーの味をイメージして味覚を楽しむ。

セッション#6

RDI：孫の幼稚園の入園式

幼稚園の制服姿の孫を想起して「可愛い、可愛い」と連発して嬉しそうにする。

4) ベースライン期・介入Ⅰ期・介入Ⅱ期のケース記録 (Table 2)

ベースライン期では、ほぼ毎日のように1時間以上にわたって不穏状態が続き、苦しそうな表情や恐怖の言葉が出ていた。

介入Ⅰ期の介護士による言葉かけにより、大声の回数や、長時間の不穏状態は少し減少したが、火事と泥棒に入られた場面での恐怖の大声はなくならなかった。また大声の内容に変化はほとんど見られなかった。

介入Ⅱ期のEMDRセッション後は、妄想による不穏状態は激減し、大声がほとんどなくなった。特に火事と泥棒の場面はその後ケース記録に書かれることはなかった。また、閉眼状態で日中を過ごすことが多いが、夜も良眠し夜間の

Table 2 B男のケース記録抜粋

	月日	時間	大声の内容
ベースライン期	6/25	12:30	頭が破裂してしまう。
		14:10	誰か走ってきたが、姉が倒れたんですか？
	6/26	6:00	〇〇さん！（叫ぶ）
		18:15	うわーっ、うわーっ！（叫ぶ）
		19:00	うわーっ！（叫ぶ）
	6/27	7:00	あー、あー！（叫ぶ）
		9:00	字が見えない！（叫び、独語が始まる）
		11:00	泥棒や、なんでわしだけ災難があるんや！（声をかけると殴ろうとする）
		20:00	わしが持っていた2万円損した。えらいことした。
	6/28	11:30	うわーっ、うわーっ！（叫ぶ）
		12:20	うわーっ、うわーっ！（叫ぶ）
		13:00	うわーっ、うわーっ！（叫ぶ）
		21:00	うわーっ、うわーっ！（叫ぶ）
	6/29	4:00	△△、どこにおるー！（叫ぶ）
		4:30	□□へ行かなあかん。
		11:30	うわーっ、うわーっ！（叫ぶ）
		14:00	うわーっ、うわーっ！誰もおらへん！（叫ぶ）
		19:00	うわーっ、うわーっ！（叫ぶ）
	6/30	6:00	うわーっ、うわーっ！（叫ぶ）
	6/31	9:00	あー、あー！教えて！
		11:30	あー、あー！
		13:30	××さんはどこ？
	7/1	9:30	教えて！
		15:30	うわーっ、うわーっ！（叫ぶ）
		17:30	うわーっ、うわーっ！火事があって犯人が逃げた。やけどした。
		23:30	うわーっ、うわーっ！車がパンクした。パンクや！
	7/2	9:30	うわーっ、うわーっ！（叫ぶ）
		13:30	お願いします！
7/3	13:30	仕事せなあかんに忘れた！	
	16:30	お願いします！	
介入Ⅰ期（介護士による声かけ）	7/11	10:30	あーあー、もう何もできひん。
	7/12	13:30	あーあー、もう何もいりません。
		1:00	うわーっ、うわーっ！1回だけ。
	7/13	15:30	あーあー、鍵かかってる。
		22:00	うわーっ、うわーっ！（叫ぶ）
		2:50	〇〇がおるー。（興奮）
	7/14	13:30	うわーっ、うわーっ！（叫ぶ）
16:30		うー、うー。	
7/15	13:30	うー、うー。	
16:30	はよー、はよー！（叫ぶ）		
介入Ⅱ期（EMDR）	8/1	0:00	うわーっ、うわーっ！（叫ぶ）（お茶を飲んで頂くが落ち着かれない）
		0:30	（落ち着かれない朝まで良眠される）
	8/2	12:30	（昼食時お盆の上にご飯やおかずをばら撒いたり、テーブルの花を引き抜く行為あり。大声はなし）
	8/8		（目を瞑って無言で声かけしても無言のまま。苦しそうな表情なし）
	8/9		（目を瞑って無言。声かけをすると閉眼される）
	8/15		（目を瞑って無言で車椅子で自走徘徊）
8/17		（声かけに返答なく閉眼されたまま。大声なし）	

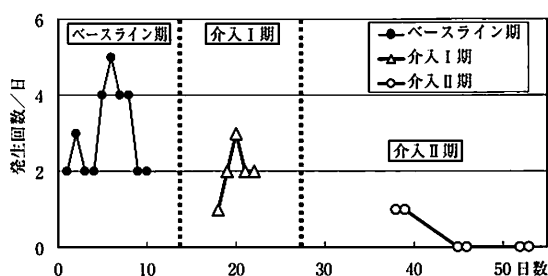


Fig. 3 B男の大声を伴う不穏の発生回数の推移

大声もほとんどなくなった。しかし、不穏状態が完全に消失したわけではなかった (Table 2)。

5) 「大声を伴う不穏の発生回数」の推移

縦軸に「大声を伴う不穏」となった回数を、横軸に記録日を取り、大声を伴う不穏の回数の変化を時系列のグラフに表した (Fig. 3)。

グラフより、ベースライン期での大声を伴う不穏回数は1日平均3回で、ほぼ毎日発生していたが、介護士による声かけを行った介入Ⅰ期では1日平均2回となり、EMDRセッションによる介入Ⅱ期では激減した。また、EMDRのセッションが進みトラウマ記憶が処理されてからは、大声の発生回数が0回となった (Fig. 3)。

6) セッション後の様子

〈火事〉と〈泥棒〉のトラウマ場面に翻弄され再体験のような症状で長年苦しんでいた状況がわずか数セッションで処理され、間欠的に発する突然の大声が激減した。処理後も閉眼状態での車椅子の自走による徘徊は続いたが、苦しそうな状態が長時間続くようなことはほとんどなくなった。EMDR介入のセッション後約半年で持病の喘息悪化のため亡くなったが、亡くなるまで〈火事〉と〈泥棒〉の再体験の症状が出てくることはなかった。

IV. 考 察

本研究の事例1, 2では、EMDRによりBPSD症状の解消という結果が得られた。そこで、この2事例はトラウマ記憶の再体験により不穏状態を呈していた可能性が高く、EMDRによる記憶の処理によりBPSDの症状が大きく改善したといえる。

また、RDIはクライアントの思い出す語りに

添いながら、1人で語るのではなく共感してもらいながら話すという経験（支持的に傾聴してもらう経験）を重視し、回想法的な手続きで行った。この記憶の肯定的な部分にアクセスした方法は、見当識障害のある高齢者にとってプラスのネットワークを刺激することにより個人の気分の好転を図り、精神的安定化につながると考えられる。

本研究の結果、EMDRによる記憶の処理によりBPSD症状の改善がみられたことから、一部のBPSDの非薬物療法としてEMDRの有用性は大きいと考える。一方、限界についても考えておく必要がある。本研究の2事例は、EMDR適応の有効なケースであったが、無効なケースとの見極めが難しいかもしれない。施設ではクライアントとの関わりが数年におよび、クライアントの状態を常に把握できる環境であるためトラウマ記憶である可能性を見極め易かったことなどを考えると、今後の課題として事例を増やし、EMDRが有効なトラウマ記憶によるBPSDであるかどうかを見極める手順を確立する必要があると思われる。

なお、本事例のクライアントに関しては家族に書面にて研究協力の説明と依頼を行い、倫理面に

おいて十分配慮した。

引用文献

- Butler, R. N. (1963). The life review: An interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry*, 26, 65-76.
- フェイル, N. 藤沢喜勝 (監訳)・篠崎人理・高橋誠一 (訳) (2001). バリテーション—認知症の人との超コミュニケーション法. 筒井書房. (Feil, N. (1993). *The Validation Breakthrough : Simple Techniques for Communicating with People with "Alzheimer's-Type Dementia"*. Health Professions Pr.)
- 深津亮 (2007). 認知症に対する非薬物療法—パラダイムとしての必要性—. 老年精神医学雑誌, 18, 653-657.
- 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, 2001). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, and Procedures*. N.Y.: Guilford.)
- 斉藤正彦 (2006). 認知症における非薬物療法研究の課題と展望. 老年精神医学雑誌, 17, 711-717.
- 千葉茂 (2007). 認知症における睡眠障害. 日本認知症ケア学会誌, 6, 96-103.

Treatment of behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) with EMDR

Tamaki Amano*¹, Masaya Ichii*²

Non-pharmacological therapies such as Reminiscence therapy and Validation therapy which access to past memories in the treatment of BPSD (behavioral and psychological symptoms of dementia) have been proven to be effective. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), another form of therapy which also accesses to memory, has been proven effective in the processing of traumatic memories. In this paper, two BPSD cases believed to be caused by traumatic memories and treated by EMDR are discussed: the first with a 67-year-old female patient suffering from early-onset Alzheimer's disease, and the second with an 85-year-old male patient suffering from vascular dementia. As a result of processing traumatic memories with EMDR, the female patient's chronic cursing decreases and she smiles more often, and the male patient's restlessness and loud voice are drastically reduced. These results indicate EMDR as an effective psychotherapy for some BPSD cases which are caused by traumatic memories.

Japanese Journal of EMDR Research & Practice, 1 ; 24-33, 2009

Key words : behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD), non-pharmacological therapies, eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), resource development and installation (RDI)

*¹ Nursing Home for the elderly, Kiyosumi-en, 555, Kiyosumi, Shikito-cho, Himeji-shi, Hyogo, 671-0205 Japan

*² Center for Research on Human Development and Clinical Psychology, Hyogo University of Teacher Education.