

23. 不安障害／気分変調性障害 （胃の不快感・世紀末思想）

——EMDR法／認知行動療法／薬物療法——

市 井 雅 哉

クライアント：K. K. 27歳、女性、OL（短大卒）

主 訴：胃の不快感。食べられない。食事の際の緊張。将来への不安（世紀末思想を信じている）。母親への依存的傾向。健康への不安。悲観的な思考。無気力。嘔吐恐怖と抑うつ症状。

家庭環境・生育歴：

会社員の父、休日パート勤務の母、教員の妹（1歳年下）との4人暮らし。年子の妹がいるせいで、大人びた子どもで、あまり甘えたことがなかった。CIの幼少期に、母親が偏頭痛持ちでよく吐いており、それが怖くて、庭に逃げて耳をふさいでいた記憶がある。怖くて近寄れなかった。

既往歴：特記事項なし。

現病歴：

3年前、胃腸炎で自分自身が夜中突然に嘔吐し、翌日発熱した。それ以来、食中毒への恐怖感が出て、食事の量が半減し、胃薬を常用した。1年前には内科受診したが異常なく、心療内科受診。投薬（精神安定剤、抗不安剤）で8割くらい食べられるようになったが、数ヵ月前から症状再燃し、3年前の記憶が鮮明に蘇り、吐くことをいつも意識する。遠出は怖い。この間体重は6kg減少したが、過去2年間は40kg（身長157cm）で安定している。STAIの特性不安が54とやや不安が高く、BDIが20と中等度のうつ状態と思

われた。

心理査定：STAI特性不安 54（やや高い）、BDI 20（中等度うつ）

心理診断：不安障害（嘔吐）（DSM-IV 293.84）；気分変調性障害（DSM-IV 300.4）

治療経過：

第1回

3年前の嘔吐の記憶が現在の症状と直接関連していると思われたので、EMDRを用いて再処理を試みた。

〈EMDR前評定〉映像：トイレの床に座って泣いている。否定的な認知（NC）：私は惨めだ。肯定的認知（こう思えるようになりたいという認知）：PC）：これくらい平気。VOC（PCの信憑性）：4（1：正しくない-7：正しい）。感情：悲しい、怖い。SUD：9（0：障害なし-10：最大の障害）。身体感覚：胸に動悸。

5セット（1セットは約25往復の眼球運動（EM））の各セット後の報告は、①一瞬忘れた、動悸がなくなった、②心の中に入って、表面から遠ざかる、③ぼやけて考えられない、④イメージが違い、⑤埋もれていった。

〈EMDR後評定〉SUDは0に低下し、VOCは7に上昇し、動悸も感じなくなった。母親の嘔吐のイメージへの恐怖感も低減した。

第2回（2週間後）

BDIが2と大きな改善を示した。数年ぶりに食事が楽しみと思えた。再評価し、SUD：2、VOC：5（身体感覚はなし）だったので、3セットのEMを追加した。①イメージが小さい、②忘れてしまう、遠い、③思い出せない、と語った。SUDは0に低下し、VOCは7に上昇した。旅行も楽しみ、薬量も減った。夜中に震度5の地震があったが、平気で、その後すぐに寝てしまった。世紀末（ノストラダムスの大予言を心配していた）も何もないかと思える。おしゃれにも興味が湧いてきた。

第3回（3週間後）

BDIが18とうつ状態が再燃している。訴えが職場での対人関係に移り、出社拒否的な気分が語られた。認知療法の枠組みで非機能的な認知を明らかに

する。

状況：先輩に「それやったことないの？」とあきれた口調で言われた。感情：①怒り（50%）、②悔しさ（50%）、③悲しみ（20%）。認知：①もう2度と言われたくない。こんな風を感じていると相手は知らないだろう。相手も自分のように気を遣うべきだ。②この先輩は変わらない、自分が傷つかないようにならなくては。でもなれない。③先輩のこういう面がなくなればもとのびのび仕事ができるのに、ちゃんと調べなかった自分が悪い。このように先輩の言葉に傷つき、自己主張できない様子が語られた。

第4回（1ヵ月後）

BDIは11。胃の不快感が出て、まだ治っていないと悲しくなった。3年前の嘔吐と現在の職場への異動の時期が重なるので、人間関係が問題だったのかも？ 職場に苦手な怖い人がいて、もちろんそれを主張できないが、苦手と感じることに罪悪感を持っていた。その先輩を難しい人と感じている人は多いようだが、自分はそんなそぶりは見せたことがない。「他人の発言で全く動揺しない人間はいない」と傷つくことを受け入れるように、「他者を苦手に思うことが自然なことである」と論駁を試みた。退職や休職も考えたが、今の待遇は恵まれていて失うのは怖い。

第5回（2週間後）

BDIは14。心療内科で四環系抗うつ剤が処方された。仕事でのトラブルの処理で緊張。吐いた人を目撃したことで吐くことへの恐怖もやや再燃したので、将来の場面に備えるEMDRを行った。

〈EMDR前評定〉場面：吐きそうで恐怖を感じている。否定的な認知（NC）：怖い。肯定的認知（PC）：大丈夫。VOC（PCの信憑性）4。感情：怖い。SUD：9。身体感覚：胸に動悸。

5セットの各EMセット後、①浮かばない、②考えられない、③イメージが遠ざかる、④小さい、⑤ない、と変化した。

〈EMDR後評定〉動悸はすぐに消失し、SUDは0に低下し、VOCは7に上昇した。

自律訓練法（AT）を指導し、テープでの自宅練習を宿題とした。

第6回（2週間後）

BDIは2と低く、好調。薬物が抗うつ剤から精神安定剤に変わった。職場に自分の理解者が見つかった。以前は嫌っていた沈黙を敢えて無理せず破らずにいた。ATは順調。食欲はあまりないが、吐くことはたまに意識するのみ。薬の副作用で止まっていた生理が半年ぶりに復活した。EMを3セット追加した。

〈EMDR前評定〉場面：吐くイメージ。否定的な認知（NC）：困るなあ。肯定的認知（PC）：実際には吐かない。VOC（PCの信憑性）2。感情：怖い。SUD：5.5。身体感覚：動悸。

3セットのEMの後、イメージは思い出しづらくなって、なくなった。

〈EMDR後評定〉動悸はすぐに消失し、SUDは0に低下し、VOCは7に上昇した。

いつでも再開できることを伝えて治療を終結した。

フォローアップ

1年5ヵ月後に質問紙調査と、電話での面接を行った。第6回後、快調だったので、比較的早く、服薬、通院ともに止めた。今は仕事に自信を持って、楽しんでいる。食事も問題ない。治療への感想として、初めは話とアドバンス程度と思っていたので、方法があることに驚き、嬉しかったと述べた。

心理査定：

- ・Y-G性格検査 抑うつ性 73→4パーセントイル
- ・TEG AC 45→15
- ・BDI 20→0
- ・STAI 特性不安 54→30

心理テストでも治療前からフォローアップ時で以下のような改善を確認している。Y-G性格検査では、抑うつ性のパーセントイルが73%から4%に低下した。TEG（東大式エゴグラム）ではACが45から15に低下した。BDIが20から0へ、STAIのtraitが54から30へと低下した。

さらに、治療終結6年後に結婚したとの通知を受けた。さらに、今回、ケース報告の許可を頂くための電話をしたところ、仕事は退職したが、充実

した毎日を送っており、今から約2年前に風邪から夜中に嘔吐することがあったが、その後恐怖感へは発展しなかったとのことだった。

考 察：

このクライアントの主訴は初め嘔吐恐怖で、長い心療内科受診歴にもかかわらず軽快しなかったこともあって、うつ傾向もあった。EMDRで、急激に嘔吐恐怖のもととなった外傷体験のインパクトを低下させることができた。嘔吐恐怖を伴ったパニック障害に対するEMDR適用事例の報告（木津、⁽¹⁾1999）もあるように、こうした映像、音、臭いなどを伴う生理的不快感の記憶を処理するのにEMDRは適しているようである。その後、改めて自分の人生の問題を意識した時に、職場での対人関係において自分の自己主張できないパターンが問題としてクローズアップされた。

クライアントはこの二つの問題を関連づけるような洞察をしているが、こちらはあまり還元的に考えず、それぞれに対して個々に対応した。対人的な問題に対しては実際のよき理解者に恵まれたこともあって、非機能的認知を記録し、論駁する手続きをわずか2回行うだけで改善された。もちろん、本人のもともとの対人技能の高さも寄与していたと思われる。嘔吐に対する恐怖感も少し残存していたが、将来に備える形のEMDRを2回追加することで、合計6回の面接で治療自体を終え、より機能的な日常生活を送れるようになり、その効果は約8年が経過する今も維持されている。訴えや、症状に合わせて、EMDR、認知的再構成法、自律訓練法など多面的に介入したことが成功につながったと思われる。

EMDRの基本的なプロトコルでは最も古い記憶から順に扱うことが推奨される。このクライアントの場合、幼少期の母親の嘔吐の目撃場面を直接ターゲット記憶として扱う必要性があったのかも知れない。幼い子どもにとっては母親の激しく嘔吐する姿は自分の安全をも脅かしかねない恐怖であろう。この処理をしなかったために、自身の嘔吐に関してもきっかけがあると何度か再燃するような様子が見られたとも考えられる。こうしたより古い、しかも幼少期の記憶は「養分を与える記憶」として、現在の恐怖感の根源をなしていると考えられ、こうした記憶を処理することで、より最近の記憶の

処理がより容易になると説明されている。こうした点ではEMDRはやや精神分析的な側面を持っていて興味深い。しかし、問題の起源をずっと昔の過去に遡っても、今その記憶に働きかけられる点がEMDRの大きな利点である。

〔引用・参考文献〕

- (1) 木津明彦 1999 パニック障害の統合的治療におけるEMDRの位置づけ
こころの臨床アラカルト 18 (1), 83-87.

〔いちい・まさや 琉球大学教育学部助教授〕