

臨床 EFT(感情解放テクニック)を使った PTSD 治療のガイドライン

Dawson Church¹, Peta Stapleton², Phil Mollon³, David Feinstein⁴, Elizabeth Boath⁵,
David Mackay⁶ and Rebecca Sims²

1. National Institute for Integrative Healthcare, Fulton, CA 20759, USA
2. School of Psychology, Faculty of Society and Design, Bond University, Robina, Gold Coast, QLD 4229, Australia
3. Institute of Psychoanalysis, London W9 2BT, UK
4. Private Practice, Ashland, OR 97520, USA
5. Department of Social Work and Social Welfare, School of Health and Social Care, Staffordshire University, Staffordshire ST42DE, UK
6. Asociacion Hispana de EFT, Mexico City 72150, Mexico

投稿：2018/10/24 受理：2018/12/7 掲載：2018/12/12

《抄録》

臨床 EFT (感情解放テクニック) は、認知療法と暴露療法の要素と指圧を組み合わせたエビデンスに基づいた治療法である。この手法は 100 以上の臨床試験で検証されている。心的外傷後ストレス障害 (PTSD) に対するその有効性は、退役軍人、性暴力の犠牲者、PTSD 患者の配偶者、自動車事故の生存者、囚人、入院患者、青少年、および自然災害や人為的災害の生存者など、さまざまな人口統計グループで調査されている。不安、うつ病、および PTSD に対する EFT のメタアナリシスは、精神薬理学と従来の心理療法の両方を超える治療効果を示している。PTSD の治療に関する EFT の研究は、次の事象を示している。(a) 一般的に 4 回から 10 回のセッションで治療が有効に終了する。(b) グループ療法のセッションに高い効果が認められる。(c) 不安や抑うつなどの併存症状が同時に改善する。(d) 有害事象のリスクが少ない。(e) 心理的な改善と同様に生理学的な改善が認められる。(f) 治療効果が持続する。(g) 費用対効果が高い。(h) ストレスホルモンや遺伝子などのバイオマーカーが改善される。(i) オンラインおよび遠隔医療アプリを用いて施術できる。この論文は、文献と詳細な施術者の調査を基に PTSD の治療に

EFT を使用するためのガイドラインを提示している。また、この手法のトレーニングを提供し研究をサポートしている主要機関の審査を受けている。このガイドラインは、不顕性 PTSD に 5 回の治療セッション、PTSD に 10 回の治療セッション、反応の見られない患者と発達性トラウマ障害の患者には、集中的な心理療法または精神薬理学的手法、またはその両方を用いるステップケア・モデルを推奨している。グループセラピー、ソーシャルサポート、アプリ、オンラインおよび遠隔医療の方法もまた治療計画の成功に役立つ。

キーワード：感情解放テクニック (EFT)、退役軍人、心的外傷後ストレス障害 (PTSD)、臨床ガイドライン

1. 序論

現在、世界中の成人の 70%以上、米国では 700 万人が、心的外傷後ストレス障害 (PTSD) に苦しんでいる。紛争地域にいた人の最大 30%が、この症状を発症する。その半数は専門家の助けを求めるとはならない [1-3]。世界的に、条件付き PTSD のリスクは暴力に伴うトラウマを受けた後に上昇し、以前に暴力に伴うトラウマに暴露したことがあると、その後、PTSD に対する一般的脆弱性が高まる [2]。一生のうちに PTSD を負う確率さまざま (社会背景と居住国に関連する)、1.3%から 12.2%の範囲である [3]。心的外傷後ストレス障害は、自然災害、身体的または性的虐待、暴力犯罪、または戦争などの脅威にさらされた後に発症する [2,3]。治療を受けていない場合、PTSD の平均的な罹患期間は 5 年を超え、治療を受けると 3 年である。平均的な症状の持続期間は、以前考えられていたよりかなり長い [2,4]。

治療方法として心理的介入と薬理的介入の両方が発展してきた。認知療法と暴露療法は効果的であり症状の軽減が見込まれるが、1980 年から 2015 年の間に行われた軍人および退役軍人に対する認知処理療法と持続暴露療法の研究のレビューでは、治療終了時において、3分の2が依然としての PTSD の診断基準に合致していた [5]。804 人の臨床医が関わり 1931 人の退役軍人を対象とした持続暴露療法の別の研究結果は、まだいくらか良いものであったが、それでも治療後において 46%が PTSD の診断基準を満たすものであった [6]。選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (SSRI) のような薬理的介入は、PTSD 患者の約 60%に症状の緩和が見られるが、完全寛解するのは 20%から 30% にすぎない。また、薬の投与を中止すると症状が再発する傾向がある [7]。

特に治療を受けた後でも依然として PTSD に苦しむ何百万もの人にとって、より効果的な治療法が必要であることは明らかである。この論文では、潜在的に非常に効果的な治療

法として臨床 EFT (Emotional Freedom Techniques) について考察する。そして、臨床試験とプラクティショナーの情報から体系的に導き出された PTSD 治療ガイドラインを提示する。

1.1. PTSD の性質と治療

心的外傷後ストレス障害の症状には、フラッシュバック、悪夢、侵入思考、重度の不安、過覚醒、睡眠障害、身体的攻撃、および集中力の低下がある。これらの症状は、否定的な思考や記憶を想起させたり、危険な状況や個人に関わるようになっていたりするだけでなく、健康や人間関係に悪影響を及ぼし、仕事の効率を悪化させる。ほとんどの人は一生の間に危険な出来事に遭遇することはあるが。大多数は PTSD を発症することはない [8]。

1.2. 有病率

重大なトラウマを経験した人の最大 30%が PTSD を発症し [9]、一生の内に PTSD を発症する人は 1.3% から 12.2%、年間では 0.2%から 3.8%である [3]。低所得地域、紛争地域および紛争後の地域、およびメンタルヘルスケアへのアクセスが少ない国でより高い有病率が見られる [10]。発症する個人的要因は、脅迫的な出来事の種類、曝露時の年齢、性別、および既存の心理的脆弱性などがあげられる [2]。たとえば、子供の頃にトラウマを負っていた場合、PTSD を発症する可能性が高くなる。女性は男性に比べ 2 倍以上の確率で PTSD を発症する [11]。

1.3. 予後

1998 年から 2010 年の間に発表された長期的研究のレビューでは、トラウマ的出来事に遭遇した人のうち、平均 28.8%が、その出来事の 1 か月以内に PTSD に似た症状を発症した。ただし、範囲は 3.1%から 87.5%と広い。12 か月では 17.0%で、範囲は 0.6%から 43.8%である [12]。PTSD 患者の 3 分の 1 以上が回復しない [9]。心的外傷後ストレス障害は「治療困難」であり、症状管理のみが現実的な「一般的な臨床問題」として広く認識されている ([13], p. 511)。治療をうけなかった人の PTSD 症状の持続期間に関する包括的レビューは、平均 51.7%が、トラウマ的出来事から 5 か月以内に症状が寛解する（範囲は 8%から 89%）。そして、PTSD は、3 年以上の期間が経過した後、約半数の個人でのみ寛解する傾向がある [14]。診断がトラウマ的出来事から 5 か月以上経過した後に行われた場合、予後は悪化する [14]。

1.4. 診断と評価

PTSD の診断と評価に役立つ決定的な生物学的検査は現在ないが、PTSD の症状を確かめるチェックリストとインタビューが開発され、診断を助けるために検証されている。DSM-5 の PTSD スケール (CAPS-5) は、PTSD 評価のゴールドスタンダードと考えられている [15]。これは 30 項目のインタビューで、さまざまな状況で役立ち、約 30 から 60 分かかる [15]。また、よく使われるのは、DSM-5 (PCL-5) の自己報告 PTSD チェックリストで、これは 20 項目で構成され 10 分以内に終了する [15]。

1.5. 複雑性 PTSD

子供の頃にトラウマを受けた人について、「発達性トラウマ障害」または「複雑性 PTSD」と呼ばれる別の診断カテゴリーが提案されている [16,17]。子供の脳は発達途上であり、特に生後 6 年間は、深刻なトラウマに対処する方法が限られているため、特に治療が困難な機能不全性の情動学習が起こる [18]。幼少期の不安定な愛着はまた、人間関係や世界について強固なディストピア的な信念をもたらす [17]。世界保健機関 [19] は、主要な保健機関として初めて「複雑性 PTSD」を診断ガイドラインに採用した。

1.6. 遅発性 PTSD

心的外傷後ストレス障害の症状は、心的外傷を受けた出来事の数ヶ月後に現れることがある。遅発性 PTSD (発症の原因となった出来事から 6 ヶ月以上経過してから発症すると定義される) に関する研究は限られているが、既存の研究のレビューによると、「先行症状がない遅発性 PTSD はまれであるが、一方、先行症状の悪化や再活性化を示す遅発性発症は、軍人の PTSD で平均 38.2%、一般市民の PTSD で 15.3%であった [20]。

1.7. 従来 of PTSD 治療法

PTSD の発症と持続には、心理的要因だけでなく生物学的要因も寄与している。薬理学的および心理学的介入は、PTSD 症状を有意に軽減することが示されている [8]。それぞれについて、ここで簡単に説明する。

1.8. 薬理的介入

PTSD の薬理的治療に関する研究のほとんどは、選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (SSRIs) に焦点を当てたものである。これは、回避行動、過覚醒、および出来事の侵入

的再体験の減少など、PTSD 症状に対する広範な効果をもたらすことが分かっている [21]。これらの変化は患者の生活の質を改善する。SSRIs の使用期間が長いことほど（例えば、12 週間ではなく 36 週間）、より高い治療反応が見られる。しかし、SSRIs の中止は、しばしば PTSD 症状の再発をもたらす [21,22]。心理療法と組み合わせた薬理的介入は、PTSD の治療に効果的であるが、多くの患者はどちらにも反応しない [23]。

1.9. 心理学的介入

曝露指向の行動介入は、PTSD の治療に頻繁に使用される。これらは、恐怖は曝露によって条件付けされ、消滅するという原則に基づいている [8]。持続曝露療法は、8~15 回のセッションからなり、セッション時間は 60~90 分で、週に 1~2 回実施される [24]。持続曝露療法は、PTSD と診断された退役軍人の 60% に臨床的利益が見られた [6]。

心理学的介入は、主に症状や行動に焦点を当てるよりも、むしろ認知に重点を置くように発展してきた [6]。これらの方法のうち最も一般的なものの 1 つが認知処理療法（CPT）であり、これは不適応な思考パターンの修正に集中するものである。CPT の治療コースは、一般に 12 回のセッションで構成され、より有用な、あるいはより正確な思考パターンを生み出すことを目的とし、トラウマとなった出来事について自分で書いたインパクト・ステートメントを利用する [8]。認知処理療法は、ウェイトリスト・コントロール群よりも明らかに優れており、また、いくつかの研究は、持続曝露法よりも優れていることを示している [26]。

トラウマフォーカスト認知行動療法（TF-CBT）は、PTSD を含むトラウマに関連する感情的・行動的問題を治療するために用いられる心理学的介入である [27]。TF-CBT の目標は、心理教育を提供し、リラクゼーション、トラウマのナレーションとプロセッシング、実生活内での漸進的な曝露などの技法を用いて、感情、思考、行動を特定してコーピングするのを支援することである。他の認知療法プロトコルや、曝露療法と認知療法を組み合わせたプロトコルも、PTSD の治療に有望な結果を示している [28]。これらの進歩にもかかわらず、患者の 46%~66% は、認知療法または持続曝露療法の施術後であっても PTSD の診断基準を満たしたままであり、研究によると、クライアントは、必要な期間、これらのタイプの療法を継続していないことが示されている [5,6,23]。

眼球運動による脱感作と再処理法（EMDR）は、トラウマ記憶に焦点を当てながら両目を動かすと脱感作と認知的再構成を同時に引き起こす（p.13）という Shapiro [29] の観察に基づいている。両目の動きや他の形の両側からの刺激は、記憶に付随した苦痛を軽減し、より適応的な思考パターンを実現する [30]。PTSD の治療に関する研究は、認知行動療法と EMDR は、長期的には精神薬理学と同等、またはそれ以上の効果を持つことを示唆している [28]。

1.10. 退役軍人の PTSD

心的外傷後ストレス障害は、戦争に関連した PTSD を持つ人に特に多くみられ、治療が困難である [2]。治療を受けたとしても、退役軍人の最大 3 分の 2 が PTSD の診断基準を満たす。PTSD に関連する身体的、心理的、社会的、職業的機能の障害によって、家族や地域社会への適応にも悪影響が及ぶ。一方、退役軍人の PTSD がもたらす経済的負担は、個人にとっても政府にとっても甚大である [15]。

複数の要因が、軍人が PTSD を発症する可能性に影響を及ぼしている。その要因とは、トラウマを受けたときの年齢が若い、少数民族に属している、社会経済的地位が低い、軍隊の階級が低い、教育水準が低い、派遣回数が多い、派遣期間が長い、過去に心理的問題を抱えたことがある、社会的支援の欠如などが挙げられる [31]。

1.11. 臨床 EFT

1990 年代初頭に開発された臨床 EFT は、従来の心理療法と身体的刺激を組み合わせた心理生理学的介入である。米国心理学会は、2011 年から EFT に対して継続教育クレジットを提供している。英国では、政府機関である英国国立臨床研究所が、PTSD の治療法として「身体療法と認知療法の併用」というカテゴリーを設けており、その中に EFT が含まれている。EFT には様々な種類があるが、臨床 EFT は、米国心理学会 第 12 部（臨床心理学）の基準に準拠した臨床試験で検証されていることが特徴である [32,33]。臨床 EFT の研究は、EFT マニュアル第三版のプロトコルに準拠している [34]。この論文で述べる PTSD 治療のガイドラインは、「EFT」、「臨床 EFT」、またはその他のバリエーションで呼ばれていても、主にそのマニュアルに基づいた治療アプローチである。

2. 臨床 EFT プロトコル

臨床 EFT の認知的要素は、認知行動療法と暴露療法と同様なものである。PTSD の治療の典型的な手順は、トラウマとなる出来事の詳細を鮮明に思い起こし（暴露）、同時に、その記憶を感情的に中立な表現に置き換える（認知的リフレーミング）。EFT は、これらの認知と暴露の要素に、あらかじめ設定された 8 つのツボ（経穴）を指先でトントンと叩いて刺激することを加える [34]。そのため、EFT は単に「タッピング」と呼ばれることが多く、『EFT マニュアル』[34] には、試験により検証された手順の概要が記載されている。典型的な手順は、例えば、トラウマとなる出来事とそれに関連する感情への言及からなる「セットアップ・ステートメント」と、自己受容のステートメントとツボのタッピングを組み合わせたものである。典型的なセットアップ・ステートメントの文言は、

「爆弾が爆発した恐怖を鮮明に憶えているけれども、私は自分自身を深く完全に受け入れます」といったものである。セットアップ・ステートメントを言う間、クライアントは空手チョップ・ポイントのツボを叩く。次に、マニュアル [34] に記載されている 8 つのツボを、2 本の指で叩く。ツボのポイントは、眉頭、目の横、目の下、鼻の下、唇の下、鎖骨の下、脇の下、頭頂である。タッピングしている間、クライアントは「リマインダー・フレーズ」（通常はセットアップ・ステートメントの短縮版、例えば、"恐怖"のような 1 つか 2 つの単語）を唱える。EFT の手順の効果を判断するために、クライアントが、トラウマとなった出来事の強度を、主観的苦痛尺度（Subjective Units of Distress SUD）を使って評価する [34]。これは、0（苦痛なし）から 10（最大苦痛）までの 11 段階のリッカー尺度である。この評価は、1 回のセッション中に何度も行われ、セラピストが次の治療ステップに移るのを決定する際の指針となる。

ツボのタッピングが、EFT 治療後に報告される良好な結果にとって不可欠な要素であるのか、もしくは、認知、暴露、および非特異的な治療要素が主な有効成分であるかどうかという疑問について、6 つの比較研究とメタ解析が行われた [35]。ツボのタッピングを含むプロトコルと含まないプロトコルを比較したところ、ツボのタッピングを含むプロトコルでは、他の構成要素を含むプロトコルに比べ、有意に大きな効果量を示した。

2.1. EFT 治療後の生物学的マーカーの変化

身体的要素を強く含む療法であることから予想されるように、EFT 治療後に生物学的マーカーに測定可能な変化が見られる。コルチゾールの減少は、支援的カウンセリング後のコルチゾールの減少よりも統計的に大きいことが確認された [36]。脳内の血流パターンの変化が、治療前後の fMRI 測定で確認された [37]。EFT 治療のエピジェネティックな効果を検証した研究では、健康やメンタルヘルスに関連するさまざまな遺伝子の制御が確認された [36,38,39]。例えば、1 時間の EFT のセッションで、学習と記憶、白質の再生、シナプス結合の強化、DNA 損傷後の神経細胞の耐性、腫瘍の抑制、インスリン調節、免疫力強化、炎症、抗ウイルス活性など、72 の遺伝子の制御が見られた [39]。

2.2. 有効性

EFT やその他のツボを使った心理療法が有効であることを示すエビデンスは、近年着実に増加している。2012 年 4 月までの文献のシステマティック・レビュー [41] では、51 のアウトカム研究（18 のランダム化比較試験を含む）が確認された。その 6 年後には、半数近くがランダム化比較試験の 100 以上の臨床試験が、一貫してポジティブな臨床結果をもたらすことを示している。（オンライン・データベース www.Research.EFTuniverse.com から入手可能）また、このアプローチは、40 以上のピアレビュー論文やシステマティッ

ク・レビューの対象になっており、さまざまな障害に対するエビデンスに基づく治療法として確立されている [42]。例えば、不安障害 [42]、うつ病 [43]、PTSD [44] に対する EFT のメタアナリシスでは、それぞれ大きな効果量が示されている（コーエンの d またはヘッジの g が 0.8 以上）。

2.3. 臨床 EFT による PTSD の治療

PTSD に関するメタアナリシスでは、7つのランダム化比較試験を調査した [44]。感情解放テクニックは、他のエビデンスに基づく治療法、特に認知行動療法と EMDR と同等の結果が見られ、その効果量は精神薬物療法を上回った。このような勇気づけられる知見の結果、臨床 EFT は、PTSD の治療において、さまざまな機関に導入されつつある。例えば、米軍最大の基地であるフォートフッドでは、PTSD の改善を目的としたリラクゼーションテクニックと EFT および EMDR を組み合わせた「戦士の戦闘ストレス・リセットプログラム」で使用されている [45]。この研究グループは、PTSD の改善に必要な治療期間が 4~10 セッションであることを明らかにした [44]。

2.4. さまざまな集団に見られる治療効果

PTSD に対する EFT の有効性は、退役軍人、性暴力被害者、PTSD 患者の配偶者、自動車事故の被害者、囚人、病院患者、青少年、自然災害や人災の生存者など、さまざまな集団で調査されている [41]。文献に示された臨床結果は、さまざまな集団や状況に一般化できるようである。実際、PTSD の臨床試験では、ほとんど、あるいはまったく進歩のないクライアントは 10%未満であると報告されている。このことは脱落率の低さに反映されている。EFT の PTSD の治療効果に関するメタアナリシスで報告された 7つの研究において、平均脱落率は 10%未満であった [44]。

2.5. 安全性

PTSD の治療における臨床上のジレンマの中核は、回復のためにはトラウマとなる記憶に対峙し、処理する必要があることである。これらの記憶へのアプローチは、再トラウマ化し、症状が悪化する危険性がある [46-48]。トラウマ的記憶は自伝的記憶とは異なり、より感覚運動的な形で保存され、外傷体験の追体験となる。さらに言語が介在していない未統合モードであることが多い [16,49]。臨床 EFT には、段階的にトラウマ記憶にアプローチし、各段階で覚醒度を下げることで、再トラウマ化の危険性を最小限に抑えるように設計された固有の手順がある。これにより治療が非常に穏やかで安全なものになっている。このアプローチにより、クライアントはトラウマとなる記憶を感情的な苦痛なく話す

ことができる。千人以上の被験者を対象とした研究のレビューでは、「有害事象」は報告されていない ([41] p. 650)。臨床 EFT の PTSD 治療における有効性と安全性を実証する広範な研究に基づいて、VA (アメリカ合衆国退役軍人省) は、臨床 EFT を「一般的に安全な治療法」として指定した [50]。

2.6. グループ・セッション

個別の治療セッションに加えて、グループ EFT も効果的である [51]。EFT グループ・セッションのユニークなダイナミズムは、「ボローイング・ベネフィット」と呼ばれている (Church, 2013b)。ボローイング・ベネフィットとは、グループメンバーのひとりが、セラピストのガイドに従ってタッピングすると同時に、他のグループメンバーもそれを見ながら一緒にタッピングすることで、他のグループメンバーも、それぞれの個人的な問題の SUD レベルを下げるができることを言う。いくつかの研究は、ボローイング・ベネフィットは、参加者に大きな臨床的利益をもたらすことを示している [52-54]。例えば、退役軍人 218 名とその配偶者を対象とした研究で、PTSD の症状を 7 日間のリトリートの前後で評価した。そのリトリートでは、ボローイング・ベネフィットを利用したグループ・セッションが中心的な治療活動の 1 つであった [53]。リトリートに参加する前、退役軍人の 83% が、症状チェックリストで PTSD のカットオフ値を超えていたが、リトリート後、この値は 28% に減少していた。配偶者については、リトリート参加前は 29% が PTSD の範囲にあったが、リトリート後は 4% であった。

2.7. オンライン、アプリ、遠隔医療による治療セッション

線維筋痛症患者を対象とした研究では、EFT プロトコルを用いて、すべてオンラインでセッションが行われたが [55]、不安、抑うつ、および疼痛に非常に有意な改善が認められた。別の研究では、PTSD 症状ある退役軍人のグループを対象に、対面式の EFT セッションと電話での EFT セッションを比較した [56]。対面式セッションでは非常に有意な結果が見られた (PTSD の範囲以下への症状軽減率 91% に対して、電話セッションの場合は 67%)。67% の回復率は最善とは言えないかもしれないが、精神薬理学とオフィスでのトークセラピーの研究のメタアナリシスで確認された回復率より優れている。例えば、PTSD の治療において大きな効果量を示したメタアナリシス・レビューの比較では、認知療法 (ヘッジの $g = 1.63$)、暴露療法 (1.08)、EMDR (1.01)、およびトピラマートを使った薬物療法 (1.20) である [44]。一方、彼らがレビューした PTSD に対する EFT 治療に関する 7 つの研究のうち 6 つが、それぞれの効果量を上回り、7 件すべてが大きな効果を示した。いずれにせよ、EFT のオンラインおよび電話によるセッションから得られた予備

的な証拠は、このような遠隔介入によって心理的な改善がもたらされることを示している。

PTSD の治療に EFT を使うセルフガイド型のオンライン・プログラムも用意されている。退役軍人が臨床 EFT のプラクティショナーにアクセスできるようにすることに加え、ベテランズ・ストレス・プロジェクトのウェブサイト (www.StressProject.org, National Institute for Integrative Healthcare のプログラム) では、バトルタップと呼ばれる仮想対話型セラピープログラムを提供している [58]。バトルタップでは、退役軍人がログインし、自分の好きな時間と場所でタッピング・セッションを行うことができ、完全な匿名性が確保されている。退役軍人はサイトに入った後、自分の問題を説明し、それに従ってソフトウェアが、カスタマイズされたセットアップ・ステートメントを作成する。それから、PTSD の症状を軽減するためにボローイング・ベネフィットを使う他の退役軍人のビデオセッションの録画を見ながらガイドに従いタッピングを行う。バトルタップは、米国精神医学会 56 部会が推奨する様々な PTSD アプリやその他のリソースを利用することができる (Trauma Psychology, <https://www.apatraumadivision.org/793/veteran-resources.html#apps>)。バトルタップのウェブサイトは、現在開発中の EFT アプリも退役軍人に紹介する予定である。

2.8. PTSD と併存する疾患の同時治療

心的外傷後ストレス障害は、他の症状、多くの場合、うつ病、不安障害、物質依存や乱用、慢性疼痛と併存している [14]。感情解放テクニックの研究は、PTSD と併存する疾患の関係を調査し、PTSD 症状の軽減が、他の疾患の軽減と相関していることを示している [53, 58]。退役軍人が PTSD の治療に成功した場合、外傷性脳損傷の症状のレベルもまた低下している [59,60]。ボローイング・ベネフィットを用いた PTSD のグループ治療もまた、うつ病と不安障害の同時軽減が見られた [52,53]。

2.9. 予防とレジリエンス

PTSD 症状の亢進は、たとえ不顕性であっても、うつ病やアルコール依存症、健康問題だけでなく、後の PTSD 診断の危険因子であることが示されている [61,62]。感情解放テクニックは、症状を早期に治療し、回復力を高め、病気の進行を阻止するための予防手段として採用されている。ある研究では、21 人の退役軍人が、標準的な PTSD の指標で、高めの、しかし潜在的なスコアが、6 回の EFT セッション後に高めの範囲から外れた [61]。研究参加者の回復は持続的であり、3 ヶ月および 6 ヶ月のフォローアップ期間において、スコアは上昇することなく維持された。

2.10. 有効性のまとめ

既存のランダム化比較試験およびメタアナリシスは、臨床 EFT は PTSD の治療に有効で、健康および精神衛生上の広範な利益が見込めることを示している [36, 39, 42, 44, 60, 62-64]。これには以下のものが含まれる。(a) 84%から 90%の退役軍人の PTSD の症状の改善 (b) 長期的・持続的な治療効果 (c) 様々な集団に一般化可能 (d) 比較的短期間の治療期間、一般的に 4~10 回のセッション (e) 個人治療と同様に集団治療でも効果的 (f) 電話やオンライン・セッションの有効性 (g) ライフコーチもしくは有資格のメンタルヘルス専門家によって提供されたときの有効性 (h) 不安やうつ病などの併存疾患の改善 (i) 従来の治療法と比較した場合の費用対効果 (j) 少ない有害事象リスク。EFT の生理的な効果として、(a) コルチゾールなどのストレスホルモンの低下 (b) 痛みや外傷性脳損傷などの症状の軽減 (c) ストレス遺伝子の発現に対するエピジェネティックな効果 (d) 安静時心拍数、血圧、免疫グロブリンなどの健康全般の指標の改善があげられる。

3. EFT で PTSD を治療するときの臨床的ガイドライン

PTSD を、EFT を使って治療するときの予備的ガイドラインは、詳細なプラクティショナーの調査、経験的エビデンスのレビュー、および症例研究から導き出された [57]。この調査は、米国と英国で EFT を使用する専門家グループ、およびプラクティショナーのネットワークに対して行われた。この調査では、さまざまな PTSD の重症度における EFT の治療期間、最も一般的に使用される PTSD の評価手法、治療効果、PTSD の治療に最も有益と思われる特定の EFT テクニックなどに関する情報を得た。回答は 448 名のプラクティショナーから得られた。EFT のトレーニングや研究に携わっている主要な専門機関の代表者の意見を聞き、ここに示す臨床ガイドラインを完成させた [65]。これらの組織は、米国では、アルファベット順に、Association for Comprehensive Energy Psychology、the Energy Medicine Institute、Energy Psychology Group、と the National Institute for Integrative Healthcare である。カナダでは、Canadian Association for Integrative and Energy Therapies。イギリスでは、EFT International (旧称：The Association for the Advancement of Meridian Energy Therapy)。オーストラリアでは、Evidence-Based EFT Training Group。スペイン語圏では、Asociacion Hispana de EFT (AHEFT)。フランス語圏では、the Institut Francais de Psychologique Energetique Clinique (IFPEC) である。

3.1. ステップケア・モデル

本ガイドラインは、英国国立医療技術評価機構（NICE・the National Institute for Clinical Excellence）と米国の退役軍人省が採用しているステップケア・モデルに基づいている。このモデルは、PTSD 治療において、最も侵襲性が低く、最も効果的と思われる介入を最初に行うことを推奨している。この最初のステップで効果が得られない場合のみ、精神薬理学や集中的な精神療法などのより侵襲的な治療へと進む。統合医療では、介入プロセスを通じて、患者の福利のあらゆる側面とあらゆる治療法の選択肢を考慮する必要がある。

3.2. NICE ガイドライン

PTSD の治療に関する NICE ガイドラインでは、PTSD の識別、評価、心理教育、積極的なモニタリング、そしてさらなる評価のためのリファールを最初の「ステップ」として提案している [66]。評価には、通常、精神医学的病歴の聴取と、併存する疾患、依存症、飲酒傾向、身体的な健康状態、社会的支援や家族支援の利用可能性、住居やその他の生活環境などの調査が含まれる。収集された情報によっては、他の機関へ紹介することもある。NICE ガイドラインは、ある程度統合されたサービスが利用可能な英国の国民保健サービスでの使用を想定していることに留意されたい。NICE ガイドラインが推奨する PTSD 治療の第二段階は、TF-CBT（トラウマ・フォーカスト認知行動療法）や EMDR を用いた心理療法である。最初の 2 つのステップに十分な反応を示さない患者に対して、NICE ガイドラインは第 3 ステップとして薬物療法を推奨している。

3.3. EFT ガイドライン

ここで紹介する臨床ガイドラインは、PTSD を治療する際に選択する心理療法として、臨床 EFT を使用するためのものである。治療プロトコルは、スコアによってリスクの示された不顕性 PTSD 患者に対する 5 セッションを含み、臨床的カットオフ値以上の患者に対しては 10 回のセッションを行う。10 回のセッションは、PTSD 治療に関する EFT のメタアナリシスでは、効果的な治療を行うためのセッション回数内で最も保守的なものである（すなわち、改善するために通常必要とされる最大セッション数） [45]。これらのセッションは、通常通りの治療に加えて行われる。経穴タッピングは患者が自分で安全に使用することができ、一般に、セッションの間に高揚した感情を落ち着かせるために使用される。また、ガイドラインでは、クライアントに、バトルタップやその他の個人指導などのオンラインサービスや、配偶者やその他の家族も参加するボローイング・ベネフィット・グループへのアクセスなど、補助的なリソースを提供することを推奨している。

ステップ3は、最初の2段階を経てもなおPTSD症状を示す患者に適用される。また、ステップ3は、PTSDと発達性トラウマの既往歴のある患者に即座に適用されることがある。これには、集中的な心理療法（高頻度、長期間、臨床プロトコルの追加、自殺念慮やその他の理由で入院が必要な場合は入院治療）と精神薬理療法、もしくはその組み合わせが含まれる。臨床ガイドラインは、表1にまとめられている。

表1. 心的外傷後ストレス障害（PTSD）を感情解放テクニック（EFT）で治療するときの臨床ガイドライン

指標	治療法
PCL-4*スコア 35-49 (リスクはあるが不顕性)	ステップ1：通常の治療とEFT個人セッション5回、バトルタッグ対話型オンラインコーチの活用に関する指導コンサルテーション1回、配偶者や家族を招いてのボローイング・ベネフィット・グループセラピーを推奨
PCL-4スコア 50点以上 (PTSDの範囲)	ステップ2：通常の治療とEFT個人セッション10回、バトルタッグ対話型オンラインコーチの活用に関する指導コンサルテーション2回、配偶者や家族を招いてのボローイング・ベネフィット・グループセラピーを推奨
PCL-4のスコアが50以上で 発達性トラウマの既往あり、 またはステップ1,2終了後、 PTSD症状が持続	ステップ3：上記に加えて、高頻度、長期間、臨床プロトコルの追加、自殺念慮やその他の理由で入院が必要な場合は入院治療）と精神薬理療法、もしくはその組み合わせ

* PTSD チェックリスト-4

3.4. アセスメント方法

EFTによるPTSD治療のための臨床ガイドラインは、PCL-4（PTSDチェックリスト-4）に基づいている。これは17項目で、軍用（PCL-M）、民間（PCL-C）、および特定のトラウマ（PCL-S）バージョンがある [67]。PCL-4は、PTSD症状の主観的重症度を評価するのに非常に有効である。新しいバージョンのPCL-5が導入されているが [68]、出版されたPTSDに関する文献のほとんどはPCL-4を使用している。PCL-4スコア35～49点は、退役軍人のPTSDリスクを示しており、50点以上がPTSD診断のカットオフ値である。PCL-4スコアが10～20ポイント低下すると、臨床的に有意な改善を示すとされる

[69]。PCL は、各セッションの直前または直後に実施することで、症状の変化をモニターすることができる。本ガイドラインにおける PCL-4 の使用は、症状の重症度を示すものであり、他のバージョンでの研究が進んだ場合には、他の手法や PCL-5 を使用することを妨げるものではない。

3.5. ガイドラインの適用

本ガイドラインの策定と改善に協力した EFT に関わる主要な組織の代表者は、本ガイドラインを適用する際のいくつかの追加的な考慮事項と注意事項を提示している。

3.6. プラクティショナーの自由裁量

臨床試験において、プラクティショナーは文書化された施術マニュアルに沿って施術することが求められ、マニュアルへの忠実性は通常、監督者によって監視される。このようにマニュアル化された方法を厳格に遵守することは、ある研究で検証された方法が、別の研究でも同じであることが保証されるため、臨床研究においては慣習的な基準となっている。しかし、このような定型的な手法は、臨床現場において、特に経験豊富なプラクティショナーはほとんど取らない。臨床家は患者の福利を志向するものであり、クライアントにとって何が最も効果的であるかを見極めて方法を変更したり組み合わせたりする [6]。心理学でも医学でも、多くの革新は、クライアントの困難な状況下で新しいことを試みた好奇心旺盛なプラクティショナーによってもたらされた [32]。ほとんどの場面で、臨床家は、エビデンスに基づくものであれば、採用する治療法に大きな自由度を持っている。ガイドラインは発表された文献や専門家の意見と一致しているが、あくまでガイドラインである。ガイドラインは治療の方針を決定するのに有用であるが、実際には、クライアントごと、セッションごとに、プラクティショナーによって修正されるべきである。

3.7. 発達性トラウマ

臨床試験では、86%から 90%の退役軍人が、6回のセッションで PTSD の閾値以下まで症状が改善されたが、しばしば、少数の試験参加者が反応しないことがある。これは発達性トラウマの存在が、研究デザインに組み込まれていないためだと考えられている [50]。発達性トラウマは、子供の脳、人格、愛着パターン、スキーマ、人間関係の内的モデルが形成されつつある時期にトラウマ的な出来事が起こることによって生じる。その結果、PTSD によって生じる神経回路は、重要な発達段階において、感情を司る中脳で発火し、配線され、ストレスのパターンが、子供の対人関係の神経回路と愛着テンプレートに埋め

込まれる [17,70]。このような神経学的に形成された外傷体験は、その後の発達の基礎となる神経回路を形成すると考えられる [16]。PTSD の治療における EFT の成功は、幼少期のトラウマを原因とした複雑な性格や対人関係の困難にも有効であることを示唆している [48,70,71]。臨床 EFT には、非言語的な身体的手順が含まれる。発達性トラウマは非言語的にコード化され、言語習得前に起こることもあるため、主に認知的な方法よりも有効である可能性が高い。初期評価において、臨床的 PTSD を呈するクライアントの発達性トラウマは、ガイドラインで規定されているステップ 3 を中心とした治療を要する要因として留意すべきである。

3.8. 無資格の施術者

EFT の基本的なプロトコルは、比較的簡単に習得できるため、無資格のプラクティショナーが、精神疾患の可能性を事前に評価することなく使用し、不幸な結果を招いたことがある。EFT は、PTSD の治療において、資格を持ったライフコーチなどの関連するケア提供者によって成功裏に適用されているが [72]、既存の EFT プラクティショナー・トレーニングプログラムで扱われるトピックに習熟することは、責任ある施術に不可欠である。

3.9. プラクティショナー・トレーニング

臨床 EFT の 48 のテクニックのうち、いくつかのテクニックは、PTSD や発達性トラウマのケースで使用するために慎重に開発されたものである [33]。EFT のプラクティショナーを認定している主な団体では、認定に先立ち、徹底したカリキュラムに基づく教育プログラムを要求している。この学術的かつ実践的なトレーニングは、EFT の基本原理を深く理解し、EFT を施術するための中核的なスキルを身につけることを目的としている。これらの原則とスキルは、心理学、心理療法、神経生物学などの関連分野と統合されている。セッションの実践は評価され、ガイダンスが与えられる。また、EFT の実践で起こりうる倫理的問題が検討されている。トレーニングが、まだメンタルヘルス専門家の免許を持っていない個人を指向している場合、重篤な精神疾患の知識、紹介状の適切な使用、およびその他の診療範囲の問題などの要素が追加される。さらに、プログラムの卒業生には、倫理規範の詳細な規定のある EFT 専門組織の会員になることが強く推奨される。

3.10. 主治医との関係

PTSD の症状は広範囲に及ぶため、EFT セラピストと主治医との間で、オープンなコミュニケーションをとることが強く推奨される。PTSD の治療を行う際には、早期に離脱届に署名する必要がある。

3.11. セルフヘルプ・アプリケーション

過去四半世紀にわたり、何百万人もの人々が EFT セルフヘルプ・ガイドをダウンロードし、オンライン・トレーニングに参加してきた。EFT を指導している人々の間では、このアプローチが安全であり、一貫して感情的苦痛を軽減するという点で意見が一致している [41]。プラクティショナーは、治療の初期段階でクライアントに EFT を教え、苦痛を感じる出来事が起きたときに日常的に EFT を使うよう勧めている。

4. 結論

費用対効果の高い治療法が迅速に導入されない限り、退役軍人の PTSD 治療の推定コストは 1 兆ドルを超える可能性がある [62]。臨床 EFT は、広く採用されれば、費用対効果の高いエビデンスに基づく治療法として期待できる。

指圧と認知療法と暴露療法の要素を組み合わせた EFT は、100 を超える臨床試験で検証されており、さまざまな人々や心理状態に対する有効性が実証されている。治療効果は、薬理的介入や従来の心理療法と同等かそれ以上のものが認められる。

EFT は、一般的に 4~10 回のセッションで PTSD に効果を発揮する。質の高い、しかし比較的簡潔な認定プログラムを修了した後、資格を持つ心理療法士、医療従事者、またはライフコーチによって、個人またはグループの環境で施術することができる。EFT による PTSD の治療には、通常、併存する疾患の同時改善が伴う。

PTSD の治療に EFT を使う臨床ガイドラインが開発され、ステップケア・アプローチが採用されている。不顕性 PTSD の症状には、5 回の EFT セッションが推奨されており、臨床的 PTSD には 10 セッション、反応のない患者や発達性トラウマの患者には集中的な心理療法または精神薬物療法、あるいはその両方が推奨される。さらに、家族支援、ボローイング・ベネフィットを利用したグループ EFT、およびオンラインリソースが、個人セッションの補助として推奨される。経験的に検証された費用対効果の高い療法として、EFT は、PTSD の治療を行う臨床家の最優先の介入手法として推奨される。

Author Contributions: The following contributions were made by each author:

conceptualization, D.C. and D.F.; methodology, D.C.; writing—original draft preparation, R.S., P.S., D.C. and D.F.; writing—review and editing, D.F., P.M., D.M., D.C., E.B. and P.S.

Funding: The Dreamscience Foundation and the Tapping Solution Foundation provided funding for the drafting of this paper.

Conflicts of Interest: Authors Boath, Church, Feinstein, MacKay, Mollon, and Stapleton derive income from publications and presentations related to the technique described.

References and Note

1. PTSD Alliance. What is PTSD. Available online: <http://www.ptsdalliance.org/about-ptsd> (accessed on 7 October 2018).
2. Kessler, R.C.; Aguilar-Gaxiola, S.; Alonso, J.; Benjet, C.; Bromet, E.J.; Cardoso, G.; Degenhardt, L.; de Girolamo, G.; Dinolova, R.V.; Ferry, F.; et al. Trauma and PTSD in the WHO world mental health surveys. *Eur. J. Psychotraumatol.* 2017, 8, 1353383. [CrossRef] [PubMed]
3. Shalev, A.; Liberzon, I.; Marmar, C. Post-traumatic stress disorder. *N. Engl. J. Med.* 2017, 376, 2459–2469. [CrossRef] [PubMed]
4. Kessler, R.C.; Sonnega, A.; Bromet, E.; Hughes, M.; Nelson, C.B. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch. Gen. Psychiatry* 1995, 52, 1048–1060. [CrossRef] [PubMed]
5. Steenkamp, M.M.; Litz, B.T.; Hoge, C.W.; Marmar, C.R. Psychotherapy for military-related PTSD: A review of randomized clinical trials. *J. Am. Med. Assoc.* 2015, 314, 489–500. [CrossRef] [PubMed]
6. Eftekhari, A.; Ruzek, J.I.; Crowley, J.J.; Rosen, C.S.; Greenbaum, M.A.; Karlin, B.E. Effectiveness of national implementation of prolonged exposure therapy in veterans affairs care. *JAMA Psychiatry* 2013, 70, 949–955. [CrossRef] [PubMed]
7. Alexander, W. Pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder in combat veterans: Focus on antidepressants and atypical antipsychotic agents. *Pharm. Ther.* 2012, 37, 32–38.
8. Lancaster, C.L.; Teeters, J.B.; Gros, D.F.; Back, S.E. Posttraumatic stress disorder: Overview of evidence-based assessment and treatment. *J. Clin. Med.* 2016, 5, 105–118. [CrossRef]
9. Grinage, B.D. Diagnosis and management of post-traumatic stress disorder. *Am. Fam. Physician* 2003, 68, 2401–2409.
10. Atwoli, L.; Stein, D.J.; Koenen, K.C.; McLaughlin, K.A. Epidemiology of posttraumatic stress disorder: Prevalence, correlates and consequences. *Curr. Opin. Psychiatry* 2015, 28, 307–311. [CrossRef]

11. Gradus, J.L. Epidemiology of PTSD. National Center for PTSD. 2017. Available online: <https://www.ptsd.va.gov/professional/PTSD-overview/epidemiological-facts-ptsd.asp> (accessed on 7 October 2018).
12. Santiago, P.N.; Ursano, R.J.; Gray, C.L.; Pynoos, R.S.; Spiegel, D.; Lewis-Fernandez, R.; Friedman, M.J.; Fullerton, C.S. A systematic review of PTSD prevalence and trajectories in DSM-5 defined trauma exposed populations: Intentional and non-intentional traumatic events. *PLoS ONE* 2013, 8, e59236. [CrossRef]
13. Dunlop, B.W.; Kaye, J.L.; Youngner, C.; Rothbaum, B. Assessing treatment-resistant posttraumatic stress disorder: The Emory treatment resistance interview for PTSD (E-TRIP). *Behav. Sci.* 2014, 4, 511–527. [CrossRef] [PubMed]
14. Morina, N.; Wicherts, J.M.; Lobbrecht, J.; Priebe, S. Remission from post-traumatic stress disorder in adults: A systematic review and meta-analysis of long term outcome studies. *Clin. Psychol. Rev.* 2014, 34, 249–255. [CrossRef] [PubMed]
15. Reisman, M. PTSD treatment for veterans: What’s working, what’s new, and what’s next. *Pharm. Ther.* 2016, 41, 623–634.
16. Van der Kolk, B.A. Developmental trauma disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatr. Ann.* 2005, 35, 401–408. [CrossRef]
17. Van der Kolk, B.A. *The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma*; Penguin Books: New York, NY, USA, 2015.
18. Schore, A.N. *Affect Regulation and the Origin of the Self: The Neurobiology of Emotional Development*; Routledge: New York, NY, USA, 2016.
19. World Health Organisation. *The ICD-11 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*; World Health Organisation: Geneva, Switzerland, 2018.
20. Andrews, B.; Brewin, C.R.; Philpott, R.; Stewart, L. Delayed-onset posttraumatic stress disorder: A systematic review of the evidence. *Am. J. Psychiatry* 2007, 164, 1319–1326. [CrossRef]
21. Friedman, M.J.; Davidson, J.R. Pharmacotherapy for PTSD. In *Handbook of PTSD: Science and Practice*, 2nd ed.; Friedman, M.J., Keane, T.M., Resick, P.A., Eds.; The Guilford Press: New York, NY, USA, 2007; pp. 376–405.
22. Londeborg, P.D.; Hegel, M.T.; Goldstein, S.; Goldstein, D.; Himmelhoch, J.M.; Maddock, R.; Patterson, W.M.; Farfel, G.M. Sertraline treatment of posttraumatic stress disorder: Results of 24 weeks of open-label continuation treatment. *J. Clin. Psychiatry* 2001, 62, 325–331. [CrossRef] [PubMed]
23. Watts, B.V. Meta-analysis of the efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder. *J. Clin. Psychiatry* 2013, 74, 541–550. [CrossRef]

24. Foa, E.B.; Hembree, E.A.; Cahill, S.P.; Rauch, S.A.; Riggs, D.S.; Feeny, N.C.; Yadin, E. Randomized trial of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder with and without cognitive restructuring: Outcome at academic and community clinics. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2005, 73, 953–964. [CrossRef]
25. Resick, P.A.; Monson, C.M.; Chard, K.M. *Cognitive Processing Therapy: Veteran/Military Version*; Department of Veterans' Affairs: Washington, DC, USA, 2007.
26. Resick, P.A.; Nishith, P.; Weaver, T.L.; Astin, M.C.; Feuer, C.A. A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2002, 70, 867–879. [CrossRef]
27. Ponniah, K.; Hollon, S.D. Empirically supported psychological treatment for adult acute stress and posttraumatic stress disorder: A review. *Depress. Anxiety* 2009, 26, 1086–1109. [CrossRef]
28. Powers, M.B.; Halpern, J.M.; Ferenschak, M.P.; Cillihan, S.J.; Foa, E.B. A meta-analytic review of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. *Clin. Psychol. Rev.* 2010, 30, 635–641. [CrossRef] [PubMed]
29. Shapiro, F. *Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Basic Principles, Protocols, and Procedures*, 2nd ed.; Guilford: New York, NY, USA, 2001.
30. Shapiro, F.; Maxfield, L. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Information processing in the treatment of trauma. *J. Clin. Psychol.* 2001, 58, 933–946. [CrossRef] [PubMed]
31. Xue, C.; Ge, Y.; Tang, B.; Liu, Y.; Kang, P.; Wang, M.; Zhang, L. A meta-analysis of risk factors for combat-related PTSD among military personnel and veterans. *PLoS ONE* 2015, 10, e0120270. [CrossRef][PubMed]
32. Chambless, D.; Hollon, S.D. Defining empirically supported therapies. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1998, 66, 7–18. [CrossRef] [PubMed]
33. Church, D.; Feinstein, D.; Palmer-Hoffman, J.; Stein, P.K.; Tranguch, A. Empirically supported psychological treatments: The challenge of evaluating clinical innovations. *J. Nerv. Ment. Dis.* 2014, 202, 699–709. [CrossRef][PubMed]
34. Church, D. *The EFT Manual*, 3rd ed.; Energy Psychology Press: Santa Rosa, CA, USA, 2013.
35. Church, D.; Stapleton, P.; Gallo, F.; Yang, A. Is acupuncture an active or inert ingredient in Emotional Freedom Techniques (EFT)? A meta-analysis of component studies. *J. Nerv. Ment. Dis.* 2018, 206, 783–793. [CrossRef]

36. Church, D.; Yount, G.; Brooks, A. The effect of emotional freedom techniques on stress biochemistry: A randomized controlled trial. *J. Nerv. Ment. Dis.* 2012, 200, 891–896. [CrossRef]
37. Stapleton, P.; Buchan, C.; Mitchell, I.; McGrath, J.; Gorton, P.; Carter, B. Neural changes in overweight adults with food cravings after Emotional Freedom Techniques treatment: Pilot data from a clinical trial. 2018, under review.
38. Maharaj, M.E. Differential gene expression after Emotional Freedom Techniques (EFT) treatment: A novel pilot protocol for salivary mRNA assessment. *Energy Psychol. Theory Res. Treat.* 2016, 8, 17–32. [CrossRef]
39. Church, D.; Yount, G.; Rachlin, K.; Fox, L.; Nelms, J. Epigenetic effects of PTSD remediation in veterans using clinical emotional freedom techniques: A randomized controlled pilot study. *Am. J. Health Promot.* 2018, 32, 112–122. [CrossRef]
40. Feinstein, D. Acupoint stimulation in treating psychological disorders: Evidence of efficacy. *Rev. Gen. Psychol.* 2012, 16, 364–380. [CrossRef]
41. Church, D. Clinical EFT as an evidence-based practice for the treatment of psychological and physiological conditions. *Psychology* 2013, 4, 4646–4654. [CrossRef]
42. Clond, M. Emotional freedom techniques for anxiety: A systematic review with eta-analysis. *J. Nerv. Ment. Dis.* 2016, 204, 388–395. [CrossRef] [PubMed]
43. Nelms, J.; Castel, D. A systematic review and meta-analysis of randomised and non-randomised trials of emotional freedom techniques (EFT) for the treatment of depression. *Explor. J. Sci. Heal.* 2016, 12, 416–426. [CrossRef]
44. Sebastian, B.; Nelms, J. The effectiveness of emotional freedom techniques in the treatment of posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Explor. J. Sci. Heal.* 2017, 13, 16–25. [CrossRef] [PubMed]
45. Libretto, S.; Hilton, L.; Gorodn, S.; Zhang, W. Effects of Integrative PTSD Treatment in a Military Health Setting. *Energy Psychol. Theory Res. Treat.* 2015, 7, 33–44. [CrossRef]
46. Becker, B.C.; Zayfert, C.; Anderson, E. A survey of psychologists' attitudes towards and utilization of exposure therapy for PTSD. *Behav. Res. Ther.* 2004, 42, 277–292. [CrossRef]
47. Cloitre, M.; Courtois, C.A.; Charuvastra, A.; Carapezza, R.; Stolbach, B.C.; Green, B.L. Treatment of complex PTSD: Results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *J. Trauma. Stress* 2011, 24, 615–627. [CrossRef]
48. Mollon, P. *Psychoanalytic Energy Psychotherapy*; Karnac: London, UK, 2008.
49. Mollon, P. *Remembering Trauma. A Clinician's Guide to Memory and Illusion*; Whurr/Wiley: London, UK, 2002.

50. Church, D. Veterans Administration Approves EFT (Emotional Freedom Techniques) Treatment. Huffington Post 2017. Available online: https://www.huffingtonpost.com/entry/veterans-administration-approveseft-emotional-freedom_us_597fc82ee4b0cb4fc1c73be2 (accessed on 4 June 2018).
51. Palmer-Hoffman, J.; Brooks, A.J. Psychological symptom change after group application of emotional freedom techniques (EFT). *Energy Psychol. Theory Res. Treat.* 2011, 3, 33–38. [CrossRef]
52. Bach, D.; Groesbeck, G.; Stapleton, P.; Banton, S.; Blickheuser, K.; Church, D. Clinical EFT (Emotional Freedom Techniques) improves multiple physiological markers of health. *J. Integr. Complement. Altern. Med.* 2016, 4, 645–654.
53. Church, D.; House, D. Borrowing benefits: Group treatment with Clinical Emotional Freedom Techniques is associated with simultaneous reductions in posttraumatic stress disorder, anxiety, and depression symptoms. *J. Evid. Based Integr. Med.* 2018, 23, 2156587218756510. [CrossRef] [PubMed]
54. Church, D.; Brooks, A.J. The effect of a brief EFT (Emotional Freedom Techniques) self-intervention on anxiety, depression, pain, and cravings in healthcare workers. *Integr. Med. A Clin. J.* 2010, 9, 40–44.
55. Brattberg, G. Self-administered EFT (Emotional Freedom Techniques) in individuals with fibromyalgia: A randomized trial. *Integr. Med. A Clin. J.* 2008, 7, 30–35.
56. Hartung, J.; Stein, P. Telephone delivery of EFT (Emotional Freedom Techniques) remediates PTSD symptoms in veterans: A randomized controlled trial. *Energy Psychol. Theory Res. Treat.* 2012, 4, 33–42.
57. Church, D.; Stern, S.; Boath, E.; Stewart, A.; Feinstein, D.; Clond, M. Using emotional freedom techniques (EFT) to treat PTSD in veterans: A review of the evidence, survey of practitioners, and proposed clinical guidelines. *Perm. J.* 2017, 21, 16–100. [CrossRef]
58. Church, D.; Brooks, A.J. CAM and energy psychology techniques remediate PTSD symptoms in veterans and spouses. *Explor. J. Sci. Heal.* 2014, 10, 24–33. [CrossRef]
59. Church, D.; Palmer-Hoffman, J. TBI symptoms improve after PTSD remediation with Emotional Freedom Techniques. *Traumatology* 2014, 20, 172–181. [CrossRef]
60. Geronilla, L.; Minewiser, L.; Mollon, P.; McWilliams, M.; Clond, M. EFT (Emotional Freedom Techniques) remediates PTSD and psychological symptoms in veterans: A randomized controlled replication trial. *Energy Psychol. Theory Res. Treat.* 2016, 8, 29–41. [CrossRef]
61. Church, D.; Sparks, T.; Clond, M. EFT (Emotional Freedom Techniques) and resiliency in veterans at risk for PTSD: A randomized controlled trial. *Explor. J. Sci. Heal.* 2016, 12, 355–365. [CrossRef]

62. Church, D. Reductions in pain, depression, and anxiety symptoms after PTSD remediation in veterans. *Explor. J. Sci. Heal.* 2014, 10, 162–169. [CrossRef]
63. Gilomen, S.A.; Lee, C.W. The efficacy of acupoint stimulation in the treatment of psychological distress: A meta-analysis. *J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry* 2015, 48, 140–148. [CrossRef] [PubMed]
64. Karatzias, T.; Power, K.; Brown, K.; McGoldrick, T.; Begum, M.; Young, J.; Loughran, P.; Chowliara, Z.; Adams, S. A controlled comparison of the effectiveness and efficiency of two psychological treatments for Posttraumatic Stress Disorder: Eye Movement Desensitization and Reprocessing vs Emotional Freedom Techniques. *J. Nerv. Ment. Disord.* 2011, 199, 372–378. [CrossRef] [PubMed]
65. MacKay, D. EFT Consortium meeting minutes, 17:00–18:15 GMT, 17 August 2018.
66. National Institute for Clinical Excellence. Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD): The Management of PTSD in Adults and Children in Primary and Secondary Care. 2005. Available online: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg26> (accessed on 3 June 2018).
67. Wilkins, K.C.; Lang, A.J.; Norman, S.B. Synthesis of the Psychometric Properties of the PTSD Checklist (PCL) Military, Civilian, and Specific Versions. *Depress. Anxiety* 2011, 28, 596–606. [CrossRef] [PubMed]
68. Blevins, C.A.; Weathers, F.W.; Davis, M.T.; Witte, T.K.; Domino, J.L. The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and initial psychometric evaluation. *J. Trauma. Stress* 2015, 28, 489–498. [CrossRef] [PubMed]
69. Bliese, P.D.; Wright, K.M.; Adler, A.B.; Cabrera, O.; Castro, C.A.; Hoge, C.W. Validating the primary care posttraumatic stress disorder screen and the posttraumatic stress disorder checklist with soldiers returning from combat. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2008, 76, 272–281. [CrossRef] [PubMed]
70. Beutler, L.E. Have all won and must all have prizes? Revisiting Luborsky et al.'s verdict. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1991, 59, 226–232. [CrossRef] [PubMed]
71. Allen, J.G. *Traumatic Relationships and Serious Mental Disorders*; Wiley: New York, NY, USA, 2001.
72. Mollon, P. *EMDR and the Energy Therapies*; Karnac: London, UK, 2005.
73. Stein, P.K.; Brooks, A.J. Efficacy of EFT provided by coaches vs. licensed therapists in veterans with PTSD. *Energy Psychol. Theory Res. Treat.* 2011, 3, 11–18. [CrossRef]