

依存症クリニックにおけるトラウマ治療を基礎とした

エネルギー心理学療法を用いた患者のリハビリテーション

Adriana Popescu, Avery Lane for Women, Novato, California, USA

【抄録】

エネルギー心理学 (Energy Psychology・EP) は革新的で効果の高い治療法であり、依存症やそれと併発する障害、特に心的外傷後ストレス障害 (PTSD) の治療に効果的である。本論では、現在の依存症治療パラダイムの限界を提示し、EP のアプローチを使用して、女性向けの二重診断治療プログラムが、これらの限界に対処するさまざまな方法を紹介する。また、本論では、EP とその作用機序に関する研究、治療施設での EP の使用方法の具体的な事例、ケーススタディ、患者とセラピストのフィードバック、治療ガイドライン、治療効果に関するデータを紹介する。3年半にわたって行われたプログラムの123名の患者のメンタルヘルスの症状の軽減に関するデータは次のようなものである。うつ病スコアは入院時の79% から最終調査時の16% に減少 ($p < .001$)、不安スコアは73% から8% に減少 ($p < .001$)、トラウマ症状は76% から30% に減少 ($p < .001$)、自殺傾向は53% から11% に減少 ($p < .001$)、過食症状は33% から11% に減少 ($p = .01$)、代償的摂食障害行動は41% から11% に減少した ($p = .074$)。提示されたエビデンスは、EP が、併発障害、特に感情の自己調整、認知的再構築、トラウマ処理に非常に効果的な補助的治療法となり得ることを示している。エイブリーレーンの研究で得られたデータと臨床結果は、メタアナリシス、臨床試験、および他の治療施設で得られた結果と一致している。本論は、EP が依存症治療の基準となりえる、エビデンスに基づいた効果的なアプローチであることを示している。

エイドリアナ・ポペスク博士は、臨床心理士の資格を持ち、民間診療施設「エイブリーレーン・フォー・ウィメン」の臨床ディレクターであり、依存症と精神疾患を持つ女性のための革新的な治療プログラムを行っている。彼女は「コンシャス・ビーイング・ワークブック」と「コンシャス・リカバリー・メソッド・ワークブック」の共著者である。

キーワード：依存症、二重診断、トラウマ、PTSD、うつ病、不安症、エネルギー心理学、感情解放テクニック、EFT

薬物使用と精神障害は、米国では依然として診断も治療も十分に行われていない健康問題である。薬物乱用・精神衛生局（Substance Abuse and Mental Health Services Administration・SAMHSA 2020）によると、2019年には米国の18歳以上の成人の20.6%（5,150万人）が精神疾患を抱えていた。その内、前年に精神保健サービスを受けたのは約44.8%（2,300万人）に過ぎなかった。

さらに、国立薬物乱用研究所（National Institute on Drug Abuse・NIDA 2020）は、複数の全国人口調査で、生涯に精神疾患を経験した人の約半数が薬物使用障害も経験し、その逆も同様であることを報告している（Santucci 2012）。これは二重診断、または併発障害と呼ばれる。

精神疾患と薬物使用障害を併発している患者の統計は、気が滅入るものがある。ある調査によると、米国で薬物使用障害を持つ2,030万人のうち、37.9%が精神障害も患っており、精神障害を持つ4,110万人のうち、18.2%が薬物使用障害も患っている。治療が必要な人のうち、52.5%は薬物使用の治療も精神疾患の治療も受けておらず、34.5%は精神疾患の治療のみ、3.9%は薬物使用治療のみを受けており、薬物使用と精神疾患の両方の治療を受けた人はわずか9.1%であった（Han et al. 2017）。

研究によると、併発障害があると、治療へのアクセスだけでなく、薬物乱用治療の結果にも影響が及ぶ。併存疾患のある患者は、精神疾患のない患者よりも治療の遵守率が低く（DeMarce et al. 2008）、治療のドロップアウト率も高い（Kelly & Daley 2013、Torrens et al. 2012）。

また、二重診断治療の過程と結果におけるトラウマの影響にも留意することが重要である。慢性ストレス、トラウマ、小児期逆境体験など、多くの外的影響が薬物使用障害と精神疾患の両方のリスク増加と関連している（NIDA 2020）。SAMHSA（2020）は、2019年にメンタルヘルス治療を求めた人のうち、44.7%がトラウマを経験し、41.9%が心的外傷後ストレス障害（PTSD）の診断基準を満たしていたと報告している。トラウマを経験した人は、薬物使用障害のリスクが非常に高く、治療結果も悪くなる（Berenz & Coffey 2012）。

現在の治療パラダイム

従来の標準治療による依存症治療の有効性は、望ましいものではない。薬物使用と精神疾患を併発している患者の複雑なニーズに十分対応できていない。NIDA

(2020)によると、併発疾患に対処するには包括的で統合された治療法が必要であり、併発疾患に対する統合治療は、各診断に対する個別の治療と比較して一貫して優れていることがわかっている (DeMarce et al. 2008、Kelly & Daley 2013、Torrens et al. 2012)。しかし、調査によると、米国の薬物使用治療プログラムのうち、総合的に対応できるものはわずか約 18%、精神疾患治療プログラムでは 9% に過ぎない (McGovern et al. 2014)。

従来の薬物乱用治療は、主に依存症の環境的要因に焦点を当て、心理教育やピアサポート (12 ステップ・プログラムなど) などの心理社会的介入を行っている。メンタルヘルスの問題は、向精神薬に対する長年の偏見があるため見過ごされがちで、多くのプログラムでは、心理療法を提供できる資格のあるメンタルヘルスの専門家や、薬の処方、調剤、監視ができる精神科医や看護師を雇用していない (McGovern et al. 2014)。ごく最近になって、オピオイドの蔓延と政府の規制が拡大し、薬物補助療法 (medication assisted therapy・MAT) などの生物学的アプローチを取り入れた治療プログラムが増えている。

これは、この治療パラダイムで、長期間の禁酒の成功率が極めて低いことを説明する理由のひとつかもしれない。アルコール依存症の治療結果のメタアナリシスでは、治療を受けた人の平均の短期禁酒率はわずか 43% であった (Monahan & Finney 1996)。退院後の再発と再入院は通常のこと、再発のリスクは禁酒後 4~5 年までは軽減されていない

(Dawson 1996、De Soto et al. 1989、Vaillant 1996)。治療に関する後ろ向き研究および前向き研究によると、ほとんどの患者は安定した禁酒状態に達するまでに 3~4 回の治療を受ける (Anglin et al. 1997、Hser et al. 1997)。治療後 10 年で長期禁酒率は 57% に上昇するが、死亡リスクも上昇し、フォローアップ期間中にアルコール依存症患者は、対応する地域の対照群よりも 9.5 倍死亡する確率が高い (Finney & Moos 1991)。

現在の治療パラダイムに関するもうひとつの懸念は、トラウマと PTSD の治療が不十分であることにある。PTSD の有病率は、併発する薬物使用障害を患う人の方が、そうでない人よりも 1.4~5 倍高い (Cottler et al. 1992)。女性は特にトラウマの影響を強く受けており、薬物乱用で治療を求める女性のうち、身体的または性的虐待を受けている割合は 55% から 99% に及び、これらの女性の多くは PTSD の診断と一致する症状を呈している (Najavits et al. 1997)。

従来の薬物乱用プログラムでは、トラウマの治療が必ずしも行われるわけではない。トラウマは依存症の根本的な原因として特定される場合もあるが、これまでの考え方では、回復初期にトラウマを処理するのではなく、クライアントが少なくとも 6 か月から 1 年間は禁酒するまで待つというものであった。しかし、これらのクライアントは、フラッシュバック、過度の警戒、不安の高まり、神経系の過覚醒状態などトラウマや PTSD の症状が繰り返し現れるため、この期間禁酒を維持できないことが多い。PTSD 患者は、不安を和らげ、トラウマ症状に向き合うのを回避するために、薬物を使用することが多い (Boden et al. 2014)。

PTSD の標準治療である認知処理療法と持続曝露療法は、支持的トークセラピーよりも効果的であることが証明されているが、Steenkamp et al. (2015) によるメタレビューでは、多くの患者が何らかの利益を得たものの、約3分の2が治療終了後も PTSD の診断基準を満たしていることがわかっている。

したがって、従来の治療プログラムは、研究で示唆されている依存症や精神疾患の根本的な原因のすべてに対処しているわけではなく、精神疾患の症状やトラウマを処理するための適切なコーピング・スキルを人々に提供しているわけではない。エネルギー心理学 (EP) は、これらの限界に対処できる革新的で包括的なアプローチを提供している。

エネルギー心理学

エネルギー心理学とは何か？ EP の専門組織である包括的エネルギー心理学協会 (Association For Comprehensive Energy Psychology ・ ACEP n.d.) は、次のように説明している。

エネルギー心理学 (EP) は、人間のエネルギー・フィールドに戦略的かつ系統的に介入し、身体的、精神的、感情的、霊的な健康を高めるようにデザインされた手法で構成されている。これらのアプローチは、心理療法、カウンセリング、コーチング、エネルギーヒーリング、健康の最適化の施術者によって使用されている。

EP の手法は、認知的介入（焦点を当てた気付きやトラウマ記憶への想像による暴露を含む）と、経絡、チャクラ、バイオフィールドなどの人間のバイオエネルギー・システムへの介入を組み合わせたものである。介入によりバイオエネルギー・システムを活性化すると、ワークの速度や効率が向上すると考えられている。

施術者は、問題を体系的で相互作用的なバイオエネルギーのパターンと見なす。これには、神経生物学的プロセス、電気生理学、意識、バイオエネルギー・システム（バイオフィールド、チャクラ、経絡を含む）間の絶え間ない複雑なコミュニケーションが含まれる。施術者は、実証された、および自分で行うさまざまなテクニックを使用して、クライアントが、これらのシステム全体を流れる情報とエネルギーをシフトさせるのを支援する。ほとんどの EP のアプローチは、アクティブで、集中的で、構造化されている。EP のアプローチは、1) 独立した介入として使用することも、2) より広範な臨床治療、変化を促すプログラム、または健康の最適化に統合することも可能である。

変化を促進するために、EP メソッドは、心理科学、鍼灸経絡理論、神経科学、物理学/量子力学、生物学、医学、カイロプラクティックなどの関連分野の概念とテクニックを統

合している。1970年代以降、これらの手法は、臨床経験と複数の応用分野にわたる研究を通じてさらに発展、改良されてきた。

1980年、心理学者のロジャー キャラハン¹は、思考場療法 (Thought Field Therapy ・ TFT 1985) を開発して、指圧の原理を心理療法に効果的に応用した。TFT では、クライアントは、身体にある一連の経穴を指先で軽くたたきながら、動揺を引き起こす思考に注意を集中する。鍼治療と指圧の元となった伝統的な中国医学によれば、このツボの刺激は、対処すべき問題を生み出すエネルギー・ブロックを解放し、体内のエネルギーの流れのバランスを回復させ、心理的問題を解決する (Feinstein 2018)。

キャラハンは、恐怖症や PTSD、不安障害に苦しむ多くのクライアントにこれらの原則を効果的に適用した。キャラハンの研究結果が成功したことで、彼は TFT のコースを開始し、彼の生徒は TFT の独自のバリエーションを開発した。これには、ゲアリー・クレイグの感情解放テクニック (Emotional Freedom Techniques ・ EFT、Craig & Fowlie 1995)、ラリー・ニムズの Be Set Free Fast (BSFF、Nims & Sotkin 2003)、その他多数が含まれる。現在、臨床診療で最も頻繁に研究され、使用されている手法は EFT である。

EP のアプローチは、現在、いくつかの既存の治療パラダイムに組み込まれている。シュルツ (2009) は、小児性虐待に取り組む資格のあるメンタルヘルス専門家が、EP と認知行動療法 (CBT)、眼球運動による脱感作および再処理 (EMDR)、解決志向療法などのより伝統的なトラウマ治療法を組み合わせ用いていることを発見した。この研究に参加したセラピストの 1 人は、「性的虐待の被害者にとって、エネルギー療法は理想的です。トラウマについて話したり、トラウマを再び体験したりする必要性が低いからです。これにより、トラウマを再び経験する可能性が低くなります」と述べている (p. 18)。

EP は、テキサス州フォートフッドのカール R. ダーナル陸軍医療センターの健康プログラムである「戦闘ストレス・リセットプログラム」(Warrior Combat Stress Reset Program) などの正式な治療プログラムでも使用されている。このプログラムでは、PTSD を患う現役兵士を、EP とトラウマに焦点を当てた行動健康テクニック、鍼治療、マッサージ、レイキ、リフレクソロジー、ヨガなどの補完代替医療 (complementary and alternative medicine ・ CAM) を組み合わせた手法で治療し、成功を取めた (Libretto et al. 2015)。

典型的な治療プロトコル

典型的なタッピングベースの EP の治療セッションでは、クライアントは辛い出来事や記憶、否定的または制限的な信念、苦痛を伴う感情、または痛みや緊張などの不快な身体感覚について考えながら、同時に規定された一連のツボをタッピングする (Feinstein 2018)。EFT の場合、これと同時に否定的なストレス要因と肯定的なアフメーションを

組み合わせた言葉を唱える。例えば、「私は不安を感じているけれども、自分を愛し、受け入れます」などである。

苦痛の強さは、0 から 10 までの主観的苦痛単位 (Subjective Units of Distress・SUD) スケール (Wolpe 1968) で測定する。ストレス要因のさまざまなアスペクトに数ラウンドのタッピングをすると (通常は 1 ラウンド 1~3 分)、SUD レベルは低下し、問題のアスペクトに関して主観的な苦痛がかなり軽減する。

BSFF (Be Set Free Fast) (Nims & Sotkin 2003) もよく使用される EP のテクニックである。BSFF では、問題の原因となる否定的な感情の根源をクリアにするというクライアントの合図 (キュー) により、潜在意識に指示を与える。キューは、単語やフレーズ (「平和」、「リラックス」、「手放す」など)、視覚的なイメージ (自然の落ち着いた風景など)、または身体的なジェスチャー (胸に手を当てるなど) である。EFT と同じように、苦痛のレベルを測定するために SUD スケールを使用する。クライアントは、SUD レベルが低下し不快を感じなくなるまで、苦痛を引き起こしているすべての考え、信念、感情、および身体感覚に対してキューを使用する。

ブレインスポッティング (BSP Grand 2013) は、トラウマ的な記憶の苦痛を軽減する心理療法であり、EMDR (Shapiro 1995) から派生したものである。BSP は、特定の目の位置を使用して、身体的・感情的な痛み、トラウマ、解離、およびその他のさまざまな症状の神経生理学的原因にアクセスし、処理し、解放する。左右の脳の刺激は、イヤホンで聞くバイオリテラル・サウンドによって強化される。セッションでは、クライアントは、症状や問題の身体感覚に焦点を当て、苦痛を最も引き起こす目の位置 (ブレインスポット) を特定する。クライアントが、そのブレインスポットに視線を固定することにより脳内の統合と治癒のプロセスが刺激される。神経系内の反射レベルまたは細胞レベルで起こると思われるこの処理により、以前に条件付けされた不適応な感情的および生理的反応の脱条件付けが起こる。ブレインスポッティングは、トラウマから自分自身を治癒する身体本来の能力に集中し、刺激し、活性化するようである。

これらの手法はすべて苦痛を軽減することができるが、同時に内部リソースを確立し、強化するためにも使用できる。例えば、EFT と BSFF では、否定的な感情と苦痛が軽減された後に、肯定的なアフターメーションを刷り込むことができる。BSP を使用すると、クライアントは既存の肯定的なリソース状態を拡張し、リソースとトラウマの間を「振り子のように」移動して、激しいトラウマや感情的な問題をより緩やかに段階的に処理し、脱感作することができる。

作用機序

キャラハンの最初の発見以来、EP のメカニズムはさらに研究され、明らかにされてきた。Feinstein (2018) は、EP は、指圧などによって過覚醒を軽減する介入と暴露療法を組み合わせたものであると説明している。これにより、リラクゼーションや横隔膜呼吸法などの他の暴露ベースの治療よりも迅速かつ強力な治療結果が得られる。

基本的な作用機序は、経穴をタップすると、闘争・逃走・凍結反応に関連し、記憶の保存の役割も果たす感情中枢である扁桃体に電気信号が送られることにあるようである。ハーバード大学医学部で行われた鍼治療のメカニズムに関する研究によると、特定のツボを叩いたり、圧力をかけたりすると、扁桃体に不活性化信号が送られ、一連の生化学反応が起こり、神経系がよりリラックスした状態に移行し、交感神経系の覚醒から副交感神経系の弛緩に移行する (Fang et al. 2009、Hui et al. 2000)。他の研究では、経穴の刺激によって脳と身体に大きな変化が見られ、脳波パターンの正常化 (Lambrou et al. 2003、Swingle 2010)、心拍変動、ハートコヒーレンス、安静時の心拍数・血圧の変化 (Bach et al. 2019)、コルチゾール濃度の低下 (Church et al. 2012)、脳内の血流の変化 (Stapleton 2019)、健康状態や精神状態の改善に関連する遺伝子発現の変化 (Church et al. 2018、Maharaj 2016) が起こることが実証されている。

タッピング治療のさらなる要素として、心理的問題、特にトラウマ治療に効果が認められる記憶の再固定化があげられる。Feinstein (2018) によると、扁桃体はタッピングによる非活性化信号を受け取った後、今度は記憶の保存を司る海馬に信号を送り、感情的苦痛を伴わずに出来事や問題の記憶を再記録する。これは記憶の再固定化と呼ばれる現象である。これにより、ストレス反応を引き起こす神経経路が永久に変化し、ストレス要因に遭遇しても大脳辺縁系が覚醒することなく、ストレス反応が実質的に消滅する (Schiller et al. 2010)。

タッピングの安全性に関して、Church (2013 p. 650) は、1,000 人以上が参加した臨床試験のレビューで有害事象は報告されていないと述べている。小児性虐待の被害者の治療に EP を使用するセラピストは、トラウマとなる記憶に圧倒されて再トラウマ化することが少ないため、クライアントはこのアプローチを好むと述べている (Schulz 2009、White 2015)。

エネルギー心理学に関する研究

250 件を超えるレビュー記事、研究調査、メタアナリシスが、EP に関する専門的な査読付きジャーナルに掲載されている (ACEP n.d.)。

EFT や TFT などの EP のタッピング手法は、依存症治療でよく見られる PTSD やトラウマ、うつ病、不安、依存症、およびその他の症状を緩和するのに効果的であることが多くの研究で示されている (Feinstein 2018、Sakai et al. 2001)。EP と依存症に関する研究

によると、EFTは、不安やうつ病などの依存症行動の感情的トリガーを軽減する上で効果があることが示されている（Church & Brooks 2010、Church & Brooks 2013、Stapleton et al. 2020）。

Stapletonは、肥満の成人の食べ物への渴望に関する一連の研究を発表しており、EFTが食べ物への渴望を効果的に軽減できることを実証している。fMRI画像では、依存症行動に関与していると考えられている大脳辺縁系の活動が低下していることが示されている（Stapleton et al. 2019）。

依存症とEPに関する研究の多くは、食べ物への渴望に関するものであるが、EFTは、渴望、離脱症状、再発の引き金、恐怖、不快感などに対処することで、禁煙を支援するためにも効果的に使用されてきた（Stapleton et al. 2013）。Feinstein（2021）は、薬物使用障害にEPを適用するためのプロトコルを概説している。プロトコルの具体的内容は以下の通りである。（a）渴望を和らげ、誘因に対する不適応な感情的または行動的反応を再プログラムすること、（b）薬物乱用を誘発する未解決の感情的問題に対処すること、（c）痛み、ストレス、不安、渴望をより適切に管理するためのスキルを身に付けること、（d）自尊心と自信を高めること。

不安、うつ病、PTSDについて、いくつかのEP治療のメタアナリシスが実施されている。不安障害に対するタッピングの効果を調べた14件のランダム化比較試験（RCT）のメタアナリシスでは、1.23と大きな効果量が示されている（Clond 2016）。タッピングのうつ病に対する効果については、12件のRCTのメタアナリシスで1.85という大きな効果量が示された（Nelms & Castel 2016）。PTSDについては、7件のRCTで2.96という非常に大きな効果量であった（Sebastian & Nelms 2016）。

EPをさまざまなメンタルヘルスの問題について認知行動療法（CBT）などの他のエビデンスに基づく治療法と比較したところ、8つの研究で、EPの結果はCBTの結果と同等かそれ以上であり、その効果は長期間にわたって持続することが判明した（Feinstein 2018）。Feinsteinは、多くの研究でEPの手法の方がCBTよりも早く結果が得られ、治療セッション数が少なく済むことを強調しており、これは、この手法が費用対効果に優れていることを示している。

EMDRとの比較では、どちらのアプローチも4回未満のセッションで大きな効果を示した（Karatzias et al. 2011）。エイブリーレーンで使用されているブレインスポッティング（BSP）はEMDRから派生したものであるため、これは特に注目に値する。EMDRとBSPの眼球運動は、EFTの9ガミュートの眼球運動と同様に機能している可能性がある（D. Church、個人通信、2021/01/29）。

これらの新たな研究結果は、EFTが心理的苦痛を軽減し、未解決のトラウマを処理し、薬物への衝動を軽減することで、依存症治療の効果的で即効性のある補助手段となることを示唆している。

エイブリーレーン治療プログラム

エイブリーレーン・フォー・ウィメン (Avery Lane for Women) は、カリフォルニア州ノバト、サンフランシスコのベイエリアにある 8 床の私立の居住型治療施設で、30~90 日間の滞在型の治療を提供している。加えて、最大 12 人の女性のための外来サービスも提供している (averylanewomensrehab.com)。エイブリーレーンは、薬物使用と精神疾患、特にトラウマを負っている女性の治療を行っている。また、エンブリーレーンは、デトックス、居住型治療、部分入院、集中外来治療の 4 つのレベルの治療を提供しており、禁酒生活環境でのサポート付き住宅のオプションもある。このプログラムでは、動機づけ面接 (MI)、薬物補助療法 (MAT)、認知行動療法 (CBT)、弁証法的行動療法 (DBT)、再発防止、プロセスグループ、12 ステップおよびその他の自助グループなど、従来のゴールドスタンダードの薬物乱用治療に加えて、マッサージ、レイキ、アクセスバーズ、ヨガ、マインドフルネス、瞑想、アートセラピー、自然療法、馬を使ったセラピーなど、さまざまな補完代替療法も提供している。トラウマに特化したカリキュラムには、「Seeking Safety」と「Beyond Trauma」があり、クライアントはファミリーシステム、アンガーマネジメント、共依存、医療教育、ライフスキル、コンシャス・リカバリーなどのクラスにも参加できる。

入院治療のクライアントは通常、週に 2 回の個別セラピーセッションを受け、外来クライアントは 1 回受ける。他の二重診断プログラムとは異なり、トラウマ治療は、24 時間 365 日のスタッフサポートがある安全で隔離された環境で、治療のかなり早い段階で開始される。また、このプログラムは、他のプログラムでは通常見られない、同じセラピストが、ひとりのクライアントに、すべてのレベルのケアに付き添うというユニークな特徴がある。これにより、クライアントとセラピストの間に強い絆が形成され、長期間に渡り治療が深まる。多くのクライアントは、治療終了後にセラピストの個人診療を受けるが、これは他の治療センターでは通常禁止されており、当プログラムの特徴となっている。

エイブリーレーンにおけるエネルギー心理学の治療

著者 (エイブリーレーンの臨床ディレクター) は、2000 年以來、個人的に、また個人診療で EP を使用しており、これには、EFT、TFT、BSFF、タバス指圧テクニック (TAT)、神経感情テクニック (NET)、レイキ、アクセス・コンシャスネス、そして、EP テクニックとして正式には認められていないものの、同様の機能を持つと思われるブレインスポッティング (BSP) が含まれる。これらの手法のいくつかは、エイブリーレーンの治療に取り入れられている。EFT、BSFF、および BSP が、最も頻繁に使用されている手法である。

クライアントに治療を提供する場合、保険会社や認定機関などの第三者は、通常、エビデンスに基づく療法の使用を要求してくる。EP は臨床的および研究的証拠の裏付けが増えており、これらの基準を満たしている。ACEP (n.d.) によると、EFT や TFT などの手法はエビデンスに基づいており、心理療法の様式に関する公開された研究としては上位 10% に入っている。

アメリカ心理学会 (APA) 第 12 部会の実証的に検証された治療法に関する作業部会によって定義された基準を適用すると、EFT は、不安、うつ病、PTSD、恐怖症に対する有効性が実証されている (Feinstein 2018)。2016 年、TFT は NREPP (the National Repository of Evidence Based Practices and Procedures・エビデンスに基づく施術および手順の国立リポジトリ) (SAMHSA [Substance Abuse and Mental Health Services Administration・物乱用・精神衛生管理庁] の一部門) によって、エビデンスに基づく治療法として認証された。EFT は数年前に同機関が資金提供を停止するまで、同機関で検討されていた (ACEP n.d.)。

エイブリーレーンでは、EP の手法がグループおよび個人のセラピーセッションに組み込まれている。本論の著者は、週に 2 つの EP グループを運営しており、1 つは居住型患者向け、もう 1 つは外来患者向けである。グループでは、患者はタッピングの科学的仕組みを学び、薬物使用やメンタルヘルスに関連するさまざまなトピックについてグループ・タッピングの実習を行う。また、グループリーダーの支援を受けて、グループレベルで個人的な問題にも取り組む。

すべての臨床スタッフは、指定されたトレーニング・セッションで EP の手法を学んでおり、グループや個人のセッションでのこの手法の使用法を学び、サポートするために EP グループに同席することもある。また、すべてのセラピストは、BSP のトレーニングも受けている。

患者が学ぶすべての主要なコーピング・スキル (EP ツールを含む) は、最前線のスタッフ、つまり居住型カウンセラー (residential counselors・RCs) も学んでいるが、これは他の治療センターでは通常行われていない。RCs は、外出時、患者が症状に悩まされたとき、共同生活で人間関係に葛藤が生じたときなど、クライアントがツールを使用できるようにサポートすることができる。EP のトレーニングのスタッフは、クライアントが受け取るのと同じ配布資料を受け取り、特に治療の現場で逆転移が起こったときに、自分自身の問題に対処するためにツールを自分で使用するよう奨励される。タッピングはクライアントだけでなく、臨床医やプログラム・スタッフにもメリットがある。彼らは、ストレスを軽減し、平和と幸福感を高めるために自分自身にタッピングする方法を学ぶ。それから、ロールプレイを使用して、より健康的なコーピング・スキルで困難な状況に対処する方法をモデルとしてクライアントに示す。

併発障害に対するエネルギー心理学による心理療法

エイブリー・レーン・プログラムは、依存症、不安、うつ病、PTSD、トラウマなど、それら問題の身体的、精神的、感情的、霊的な要素を治療するための総合的かつ包括的なアプローチを採用している。EPのテクニックは、このアプローチの不可欠な要素である。

EPツールは、依存症の4つのC、つまり渴望 (craving)、強迫 (compulsion)、コントロール不能 (loss of control)、否定的帰結にかかわらず継続して使用 (continued use despite consequences) という問題に対処するために、他の標準的な治療法と組み合わせて使用される (Amen & Smith 2010)。また、EPツールは、動機づけ面接 (Miller & Rollnick 2013) の効力を高め、クライアントの変化に対する葛藤や、変化についての制限的な信念を探り、それら解消し、変化した場合に何が起こるか、人々が自分についてどう思うかについての恐れ、疑い、不安に対処する。

依存症に対するBSPまたはEPツールの使用方法として、クライアントの飲酒や薬物使用への渴望を軽減する、渴望を引き起こす身体的痛みを和らげる、薬物使用の引き金となる不安、悲しみ、恥、憤りなどの感情を軽減する、依存行動の根底にある「私は十分ではない」や「私は悪い人間だ」などの制限的な信念を再構成して解消する、空虚感や自分/他者/高次の力との分離感を小さくするなどがある。

セラピストは、さまざまなテクニックの専門知識のレベルが異なり、一部のセラピストは特定のアプローチを他のものよりも好む。クライアントもまた、特定のツールに容易に反応する個別の傾向があり、セラピストはクライアントの希望を尊重する。本論の著者は、セッションでどのテクニックを使用するかを選択する際に、まずクライアントの好みを尊重し、また臨床現場での直観に従う。

EPは、認知行動療法 (CBT) などの他の標準化された治療法と組み合わせて使うこともできる。EPグループでは、CBTの思考記録を行い、次にタッピングやBSFFなどのEPテクニックを使用して、残っている感情的苦痛を軽減する。

このツールは心理的逆転の治療にも使用できる。心理的逆転とは、Callahan (1995) が提唱した概念で、潜在意識にある自己破壊的信念である (例えば、クライアントが問題を抱え続けることで得る二次的利益、または「これを手放すことは私にとって安全ではない」、「私はこれから自由になる資格がない」、「これを変えたら自分が嫌いになる」などの概念)。また、EPは肯定的な意図 (アフメーションなど) を設定するためにも使用できる。

「Seeking Safety」や「Beyond Trauma」などのトラウマに特化したグループでは、クライアントが、取り組んでいるトラウマ記憶によって感情が不安定になった場合、一度そこから離れてタッピングを続けることで苦痛のレベルを軽減することができる。また、タッピングは、解離状態のクライアントがグラウンディングし、自分の体に戻るのを助けるためにも使用できる。

エイブリーレーンでこれらのツールを臨床現場で使うことによって、クライアントが薬物使用のきっかけとなる感情的苦痛を軽減できれば、アルコールや薬物で気分が良くなるという考えを捨て、他の選択肢があることを思い出し、前向きな自己対話や肯定的なアフメーションに取り組むなど、依存行動を効果的に抑制できることが示された。よって、これらのツールは、感情のセルフコントロールのためのコーピング・スキルとしてクライアントに教えられている。

EP テクニックは、現在の問題の根底にある原因を治療するために利用されており、それは未解決のトラウマや、現在も繰り返し再生される過去の辛い記憶であることが多い。EP テクニックは、トラウマとなっている滞ったエネルギーを身体から迅速かつ効果的に解放する身体療法の一種であると考えられることができる。これらのツールは、PTSD に関連する神経系の過覚醒や闘争・逃走・凍結反応から抜け出すのにも役立つ。

これらの神経系を落ち着かせるテクニックを使用する利点は、EP テクニックにより論理的思考と高次の処理能力がすぐにオンラインに戻り、クライアントがストレスにさらされていたときに行っていた危険な行動や自傷行為ではなく、より安全で賢明な選択を行えるようになることである。クライアントは、激しい感情的苦痛にさらされ、闘争・逃走・凍結状態にあるときは正しく考えることができない。そのため、そのようなとき、CBT などの多くの戦略はあまり効果的とはいえない。

研究方法

エイブリーレーンは、入院時、退院時、および治療期間中の一週間ごとに、クライアントの自己報告の測定値を記録するために、Vista Research Group (www.vista-research-group.com) のサービスを採用している。使用した標準化ツールは、Patient Health Questionnaire depression module (PHQ-9 Kroenke et al, 2001)、Generalized Anxiety Disorder-7 scale (GAD-7 Spitzer et al. 2006)、PTSD Checklist-6 (PCL-6 Lang et al. 2012)、Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS Posner et al. 2011)、Eating Disorder Diagnostic Scale (EDDS Stice et al. 2000) のほか、飲酒や薬物使用への渴望の頻度を評価する質問票など、標準化されていない質問票も多数使用している。クライアントは、治療中の進捗状況を評価するため、自発的にこれらの質問票に回答するよう求められる。

被験者の内訳

表1は、2017年11月2日から2021年2月9日までの期間にデータが収集された147人のクライアントの内訳の詳細を示している。

主な使用薬物に関しては、データグループのクライアントの64%がアルコール、8%がメタンフェタミン、7%がアヘン剤、3%が大麻、3%がベンゾジアゼピン、3%がヘロイン、3%がアンフェタミン、2%がコカイン、1%が吸入薬、6%がその他であると回答した。

依存症のレベルは、クライアントの52%が重度（DSM-5で規定されたすべての基準を満たす）、40%がやや重度（DSM-5の基準の6~10項目を満たす）、3%が中程度、3%が軽度と判定され、薬物使用障害がないと報告したクライアントはわずか1%であった。

クライアントの39%が、これが初めての薬物治療プログラムへの参加であり、9%が以前に1回の経験があり、26%が2回から3回、18%が4回から6回、6%が7回から9回、1%が10回以上参加したことがあると報告した。

メンタルヘルスの症状に関しては、治療プログラム開始時に140人のクライアントのうち88%がうつ病症状を報告し（40%が重度のうつ病、27%がやや重度、11%が中程度、10%が軽度）、93%が不安症状（50%が重度、24%が中等度、19%が軽度）、83%がトラウマ症状（69%が重度のPTSD、6%がPTSDの可能性大、2%がPTSDの可能性あり、6%が軽度のPTSD）を報告した。

自殺傾向に関しては、クライアントの53%が、死にたい、または眠りについたら目覚めたくないと感じていると回答し、35%が自殺願望を認め、24%が自殺の方法について考えたことがあり、14%がそれらの考えに基づいて行動するつもりであり、10%が詳細を練り始め、10%が計画を実行するつもりであり、10%が最近自殺の準備をし、または試みたと回答した。

摂食障害については、クライアントの35%が過食（夜間の苦痛を伴う飲食、大量の食物の摂取、制御の喪失）を報告し、45%が代償行動（断食、嘔吐、食事の抑制のための激しい運動、下剤/利尿剤の使用）を報告し、4%が低BMI/拒食症の可能性を報告した。

全体的に、治療を受けている人々は、重度の障害を抱えて二重診断を受けた女性のグループであり、その大多数は以前に治療を受けており、特にうつ病、不安、トラウマ、自殺傾向、摂食障害、PTSDなど、いくつかの深刻なメンタルヘルスおよび薬物使用障害を抱えている。

Table 1. *Client Demographics*

Age	Age range: 18–73 Median age: 39
Ethnicity	86% Caucasian, non-Hispanic 3% Hispanic/Latina 3% Asian 1% African-American 8% Other
Marital status	42% Single/never married 33% Married 15% Divorced 8% Separated 1% Widowed
Highest education attained	1% Doctorate degree 7% Master’s degree 35% Bachelor’s degree 12% Associate’s degree 26% Some college 9% High school/GED 1% Did not graduate high school 9% Other
Employment	25% Employed full-time 11% Employed part-time 9% Working in the home 4% Going to school 2% Working and going to school 26% Not working or going to school by choice 6% Not working or going to school due to being fired or kicked out 16% Other
Living situation	62% Stable, living in own home or dorm room 14% Stable, living in family’s home 6% Stable, other 4% Stable, living in a sober living environment 8% Unstable, other 6% Unstable, moving from place to place 1% Homeless

結果

全クライアントの平均入院期間は 63 日 (n = 119)、解毒/入院レベルのケアを受けたクライアントは 33 日 (n = 63)、部分入院/集中外来レベルのケアを受けたクライアントは 101 日 (n = 56) であった。

全クライアントの 77% が治療を無事に完了し (n = 130)、8% が医師の助言に反して早期退院し、8% が管理上の理由で退院し、5% が別の治療プログラムに移され、2% がその他の理由で退院した。Vista Research Group のサービスを利用している他の民間治療プログラム (n = 37,443) と比較すると、エイブリーレーンは同様に、わずかに優れた成果を示した。他の医療プログラムのデータによると、平均して 73% のクライアントが治療を完了し、11% が医師の助言に反して早期に退院し、5% が管理上の理由で終了し、4% が別の治療プログラムに移行し、5% がその他の理由で退院した (M. O'Sullivan、個人的なコミュニケーション、2021 年 4 月 29 日)。

全国統計と比較すると、エイブリーレーンの結果は、2017 年治療エピソードデータセット (TEDS-D、SAMHSA、2019) で示された結果よりも大幅に優れている。このデータでは、41% という低い完了率、30% が治療を中断し、22% が別の治療を受けるため他に移されている。

TEDS データセットは、主に連邦政府または州政府から資金提供を受けた公的資金による治療プログラムで構成されていることに留意する必要がある。エイブリーレーンは、保険と自己負担から収益を得ている民間団体である。

入院時と退院時 (または退院前の最後の調査時) の自己報告の測定値を比較すると、大多数のクライアント (n = 116~123) で、メンタルヘルス症状の大幅な改善が示された。PHQ-9 のうつ病スコアは、入院時の平均 79% から最後の調査では 16% に低下した ($p < .001$) (図 1)。GAD-7 の不安スコアは、73% から 8% に低下した ($p < .001$) (図 2)。トラウマ症状の PCL-6 スコアは、76% から 30% に低下し、PTSD の可能性のある閾値を下回った ($p < .001$) (図 3)。C-SSRS で測定された自殺傾向レベルは、入院時に死にたいと願う患者が 53% という高い数値から、最後の調査では 11% に低下し ($p < .001$)、他の自殺行動も同様に減少した (図 4)。EDDS が示す摂食障害では、過食率が 33% から 11% に低下し ($p = .01$)、代償行動は 41% から 11% に低下した ($p = .074$) (図 5)。

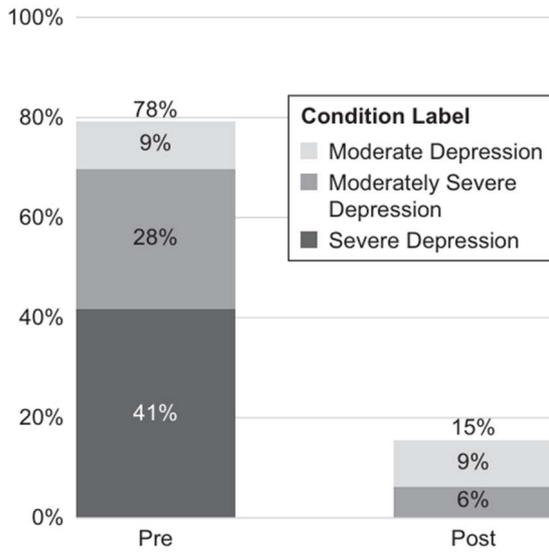


Figure 1. Patient progress on progression symptoms (PHQ-9), $n = 116$.

(图 1)

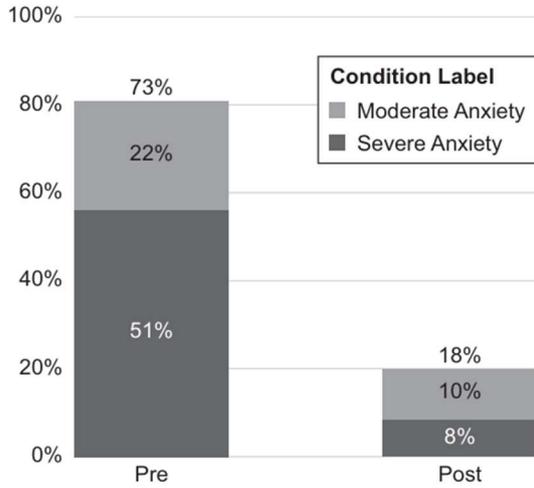


Figure 2. Patient progress on anxiety symptoms (GAD-7), $n = 116$.

(图 2)

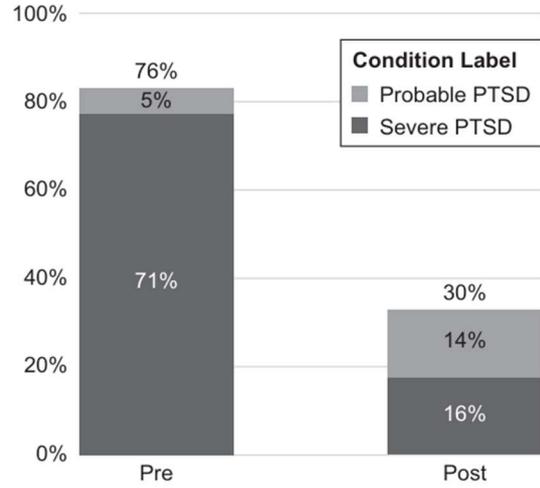


Figure 3. Patient progress on trauma symptoms (PCL-6), $n = 116$.

(图 3)

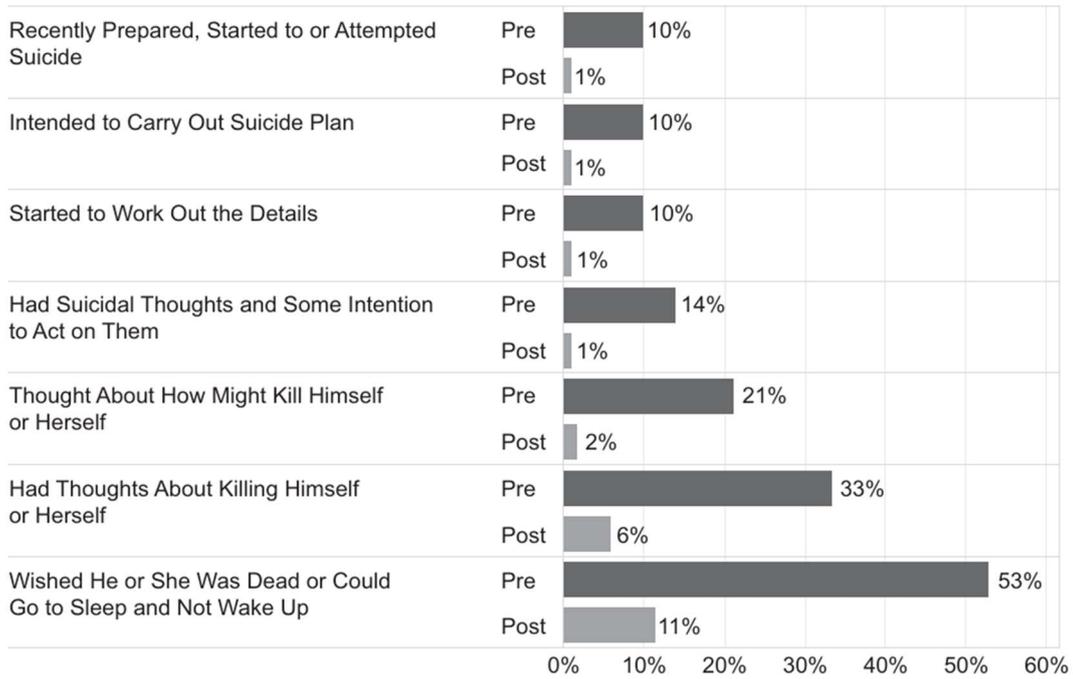


Figure 4. Patient progress on suicidal thoughts and intention, $n = 123$.

(图 4)

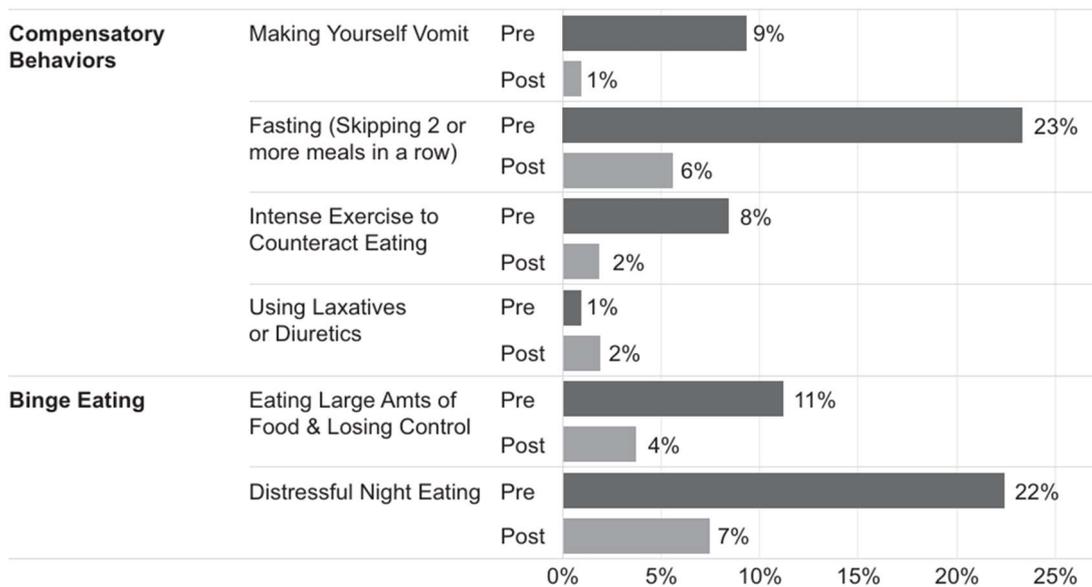


Figure 5. Percent of patients exhibiting eating disorder symptoms (EDDS), $n = 107$.

(图 5)

クライアントのフィードバック

エイブリーレーンの治療を受けたクライアントの 82% が「非常に満足」していると報告している。12% が「やや満足」、3% が「どちらでもない」、3% が「やや不満」または「非常に不満」であった（図 6）。

EP 手法の使用に関しては、最初は懐疑的で、その手法が奇妙だと判断したクライアントもいた。彼女らは EFT などの EP アプローチの背後にある科学について学ぶことは非常に有益であると報告している。その後、グループまたは個人セッションで試してみても、数分でストレスが解消されることを経験すると（アルコールや薬物よりも速い）、彼女らはたいてい納得した。クライアントは、主にうつ症状、不安、自尊心の低さ、恥、怒りなどの感情を鎮めるため、またはトラウマや PTSD の症状に対処するためにアルコールや薬物を使用している。これらのツールを使って、より健康的な方法で自分の気持ちを変えることができる気づいたとき、彼女らは力を得て、自尊心と自己効力感が高まり始めた。

この戦略は劇的な結果を生み出しているようである。クライアントは、トラウマ、制限的な信念、自尊心の低さを癒し、人間関係と対人コミュニケーションの改善に向けて大きな変化を遂げている。スタッフはツールに感謝しており、共感疲労や共依存に陥ることなくクライアントを支援する力を得ていると感じている。クライアント満足度調査から抜粋した具体的な引用は次のとおりである。

「脳の再配線をするために自分自身と依存症について多くを学んでいるように感じるし、不安に対処するツールを学んでいる。」

「ローカルな小規模で女性中心の代替コーピング・スキル、徹底した出口計画。治療を受けた中で最高のケアです。」

「本当に多くのことを学んでいます。また、治療の多様性も気に入っています。先生も方法もさまざまです。これは私にとって良いことです。なぜなら、何かひとつのことが私を助けてくれるとは思っておらず、組み合わせが必要だと思うからです。」

「ここに来ることができて本当に感謝しています。未処理のトラウマ・エネルギーを解消することは、私の禁酒にとって非常に重要で、ここでは非常に組織的に行われています。やったー！」

「私のセラピストは素晴らしく、ブレインスポッティングは驚くほど効果があります！彼女と一緒にいるととても快適で安心できました。彼女は、私が回復するまで薬物使用につながった困難なトラウマや記憶を乗り越えるのを助けてくれました。彼女は優しく親切に私に接してくれました。エイブリーレーンを去った後も彼女と一緒にワークを続けられる（そしてお金が払える）ことを願っています。なぜなら、私は彼女と彼女がブレインセラピーで行っている仕事に感心しているからです。セッションで取り組まなければならない

いにもかかわらず、確信が持てなかった自分の力と価値を感じることができ、とても素晴らしいと感じています。」

「集中的なトラウマワークを行うホリスティック・アプローチは信じられないほど効果的です…私のセラピストは直感的に理解しているようです。人生でこれほど安全で、愛され、理解されていると感じたことはありませんでした。私は平和を見つけました。現在、彼らは私とその平和を長く維持できるように取り組んでいます…私は再び希望を持っています。」

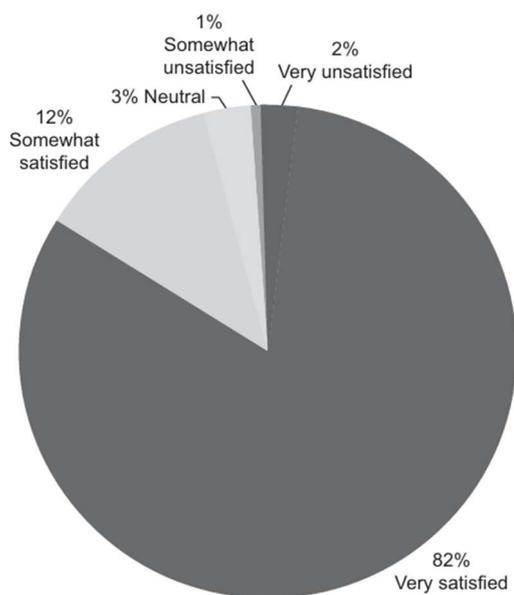


Figure 6. Patient satisfaction with treatment, $n = 518$.

(図6)

セラピストのフィードバック

エイブリーレーンのセラピスト数名（以前は EP ツールの使用経験がほとんど、またはまったくなかった）が、これらのテクニックについて次のように語っている。

セラピスト #1 「EP を初めて知ったとき、私は自分自身に EP ツールを使い始めました。思考、感覚、感情が、いかに早く前向きに変化するのいかに驚きました。ツールを使用するたびに、同じ前向きな結果が得られました。まるでリセットボタンが押されたかのように、より集中してできました。私はクライアントにツールを使い始めましたが、それぞれが同様の体験を報告し、セッションの合間にもツールを自主的に使い続けていること

に気付きました。ツールは、ストレスや不安を軽減し、感情の調整力を高め、クライアントに自信と安全感を与えるため、トラウマを抱えたクライアントに特に効果的でした。」

「治療中のクライアントは同様の結果を経験しており、グループでこれらのツールを学び、使用し、お互いの症状の軽減を知るという追加のメリットもあります。これらのツールは心と体のプロセスを同時に活性化するため、クライアントは治療中の限られた時間を実際の変化と治癒のためにより有効に活用できます。」

セラピスト#2 「クライアントと私にとって EP ツールの最大のメリットは、不安が即時に軽減することです (短期的な利益)。二次的な長期的な利益は、お酒を飲まずにいられるという信念を強化する自信や自尊心の向上であるようです。」

セラピスト#3 「セラピストとしての私の経験では、EP は、クライアントが、深く永続的な変化をもたらすある種のシフトを直接体験し、内面化し、再体験できるように、クライアントをエンパワーする私の能力を高めてくれます。また、セラピストとしての私の経験では、信念は簡単には変化しません。単純な「トークセラピー」のレベルにとどまることは、比較的制限をもたらすものといえます。逆に、クライアントがより全体的な意識を体験できるようにエネルギー調整テクニックを取り入れることもできます。そして、EP ツールから得た経験と信念により、クライアントは、心理的柔軟性の足場としてセラピストに依存するというよりも、エンパワーされた創造的な存在として自分の力で成長することができます。EP ツールを使用すると、使用しない場合と比較して、クライアントは、はるかに深く大きく進化します。疑いの余地はありません。」

ケーススタディ

EP テクニックで治療したクライアントの例をいくつか紹介する。

クライアント#1 このクライアントは 36 歳の女性で、重度のうつ病、PTSD、不安障害と診断され、オピオイド (静脈内ヘロインおよびオキシコンチン)、アルコール、大麻使用障害などの多剤使用をしていた。治療前、彼女は 2 年以上医療従事者として働いておらず、自宅で一人孤立し、栄養失調で機能不全に陥っていた。彼女は生涯を通じて家族から身体的および精神的虐待を受けており、入院時には重度のうつ病、消極的な自殺念慮、やる気の低下、絶望感、およびフラッシュバック、過度の警戒心、侵入思考、過度の自己非難、精神的苦痛、強い不安と感情の高ぶり、前向きな感情を経験することの困難さなどの PTSD の症状を示していた。

クライアント#1 は、私たちのデトックス/居住プログラムに 52 日間、部分入院プログラムに 40 日間、集中外来プログラムに 45 日間参加した。その間、彼女は合計 221 の治療グ

グループに参加し、そのうち 21 は EP グループであった。彼女は、治療目標、ケース管理、アフターケア計画、ファミリー・ダイナミクスなどに焦点を当てた 15 回の個別セラピーセッションと、BSP や EFT などの手法を用いた著者との 21 回の個別セラピーセッションを受けた。これらのセッションでは、トラウマ処理（家族による虐待や、治療中のエイブリーレーンのセラピストの予期せぬ死など）、否定的な自己認識、高いレベルの恥と罪悪感、極端に低い自尊心に焦点を当てた。クライアントはまた、治療中に学んだ EP やその他のツールを熱心に実践し、日常生活に応用した。このクライアントは治療で大きな進歩を遂げた。外来治療から無事に退院した時点で、彼女は、薬物補助療法（MAT）で安定し、7 か月間禁酒し、タバコをやめることができ、禁酒のサポートシステムを構築し、虐待的な家族とのより健全な境界線を引くことを学んだ。彼女は、主な虐待者が悪質なナルシストであることに気づき、虐待を受ける自分に対する自責の念や恥の気持ちから解放された。

メンタルヘルスの面では、うつ症状や自殺願望が和らぎ、不安や PTSD 症状が大幅に軽減した。ポジティブな感情を抱けるようになり、楽しい活動に参加し、スピリチュアルなつながりと成長を経験し始めた。彼女は、老後の自分をイメージする感覚を初めて感じたと報告している。以前は、それ以前に自殺するだろうと考えていた。彼女のモチベーション・レベルは高まり、仕事に復帰する準備に向けて一歩を踏み出した。

Vista の自己申告調査では、うつ病スコアが 16/27（中程度に重度のうつ病）から 4/27（うつ病なし）に低下、不安は 12/21（中程度の不安）から 2/21（最小の不安）に減少、トラウマ症状は 21/30（重度）から 7/30（軽度）に軽減、自殺願望は 3/7 から 0/7（自殺願望なし）に低下、摂食障害行動は週 4 回から 0 回に減少、薬物やアルコールへの渴望の頻度と重度は、中程度から軽度に減少した。

クライアント#2 このクライアントは 33 歳の女性で、PTSD、大うつ病性障害、アルコール障害、およびオピオイドとコカインの大量使用歴があった。このクライアントは以前、別のプログラムで 26 日間の入院治療を完了し、8 か月間禁酒を続けていたが再発し、集中外来プログラムに参加した。最近、彼女を育ててくれた祖父母が亡くなったことに対する悲しみがきっかけで、アルコール、オピオイド、コカインの大量使用が再発し、浴室で意識を失っているのを発見された。彼女は治療の必要性を認識し、未解決のトラウマと悲しみにより向き合う気持ちになったため治療プログラムに参加した。

このクライアントは、特に子供時代に大きなトラウマを受けたと報告している。彼女は薬物依存症の両親のもとで育ち、身体的、精神的、性的虐待を受けていた。彼女は 7 歳の時に祖父母と暮らすために家を離れ、性的虐待を行った家族は刑務所に入れられた。その時から彼女は PTSD の症状である侵入的な記憶やフラッシュバック、頻繁な悪夢、過度の警戒心を経験し、慢性的で疲れ果てるような不安や恥から解放されるために薬物を使用す

るようになった。彼女は心配や恥から気をそらすために仕事中毒などの完璧主義的な性格を身につけたが、他に何もしていないときは飲まずにはいられなかった。

彼女は虐待の過去について非常に恥ずかしく感じていたため、他人とつながるのに苦労した。他人が彼女のことを知ったり、親密な形で支えたりすることは、自分の恥を知られることであり、それはできずに社会的に孤立した。彼女はまた共依存の傾向があり、成人してからは親密なパートナーから暴力を受けた経歴があり、境界線が曖昧であった。

祖父母の死後、クライアントの羞恥心と精神的孤立が増し、無気力、社会活動の低下、食事の大幅な制限を伴ううつ病が続いた。また、治療に初めて来たときには重度の不安症状も示し、アイコンタクトやグループでの会話ができなかった。

クライアントは32日間のデトックス/居住プログラムに参加し、その後15日間の部分入院プログラムに参加した。彼女は合計78の治療グループに参加し、その中には8つのEPグループも含まれていた。彼女は11回の個別セラピーセッションを受け、その中には悲しみとトラウマの処理のためのBSPセッション1回とEFTタッピングに重点を置いたセッション2回が含まれていた。彼女はEFTの科学的説明に好意的に反応し、不安の調整にEFTを使い始め、その結果、彼女は自動思考と根底にある否定的な信念を克服する力を得ることができた。彼女はタッピングを使って罪悪感を克服し、より力強いエネルギーへと移行することができた。1~2週間以内に、彼女は傷付きやすさを共有する意思にも顕著な変化を示した。彼女は虐待歴についてオープンに話すことができ、恥の感情を変化させることができた。彼女はまた、健全な境界線を維持するのを妨げる共依存と完璧主義を克服するためにタッピングを使用した。その結果、サポート関係の構築や仕事中毒の減少など、セルフケアする意思と自尊心が向上した。

クライアント#2は、悲しみが亡くなった人々への感謝の気持ちに変わり、夢の中でも彼らとのつながりが新たになったと報告した。彼女はまた、長い間まったく欠けていた、これからの人生を楽しめるという希望を感じたと述べた。彼女は治療中にスピリチュアルな目覚めを経験したと自認し、「エイブリーレーンは、私がこれまで知らなかった回復に関する多くの扉を開いてくれました」と述べた。

全体として、クライアントは、うつ病とPTSDの侵入の症状（悪夢、過度の警戒、フラッシュバック）の寛解を経験し、新しいツールにより状況不安に対処することができた。彼女が報告した孤立行動は改善し、健康的な娯楽と社会的交流が増加した。退院時には、彼女は希望と喜びを感じるに値し、以前のように苦しみを受け入れる必要はなく平和を感じていると報告した。

クライアント#2が比較的短期間で素晴らしい進歩を遂げたことは、Vista調査の結果によって裏付けられている。彼女の自己申告によるうつ病スコアは、23/27（重度のうつ病）から0/27（うつ病なし）に低下し、不安は12/21（中程度の不安）から0/21（なし）に軽減、トラウマの症状は19/30（重度）から6/30（軽度）に、摂食障害は週7回以上から0回に減少、薬物やアルコールへの渴望は、ほぼゼロであった。

結論

臨床医および管理者として依存症治療の分野で20年以上働いてきた著者は、薬物乱用治療を求める患者の大多数が併発障害に苦しんでいることを何度も目撃してきた。これは研究によって裏付けられている (NIDA 2020)。彼女らは通常、薬物使用の主な引き金となる否定的な思考や感情に効果的に対処するコーピング・スキルを欠いている。メンタルヘルス上の症状を適切に管理できなければ、患者が長期間、薬物使用を止めることはほぼ不可能である。

さらに、臨床症例の大半には未解決のトラウマが存在する。過覚醒などの症状は、患者を常に闘争・逃走・凍結状態に置く神経系の過剰活動から生じる。これが、多くの患者が薬物やアルコールで「自己投薬」している主な理由である。トラウマ反応を再調整する方法を学ばなければ、彼らは薬物なしではいられなだろう。この論文で引用されている研究は、これらの観察を裏付けている。

研究と臨床現場は、これらの身体的、精神的、感情的、霊的な要素に対処する効果的で総合的なアプローチが必要であることを示唆している。EPは、感情の自己調整とより深いトラウマ処理のためのツールをクライアントに提供する。EPテクニックは非常に迅速で、副作用はほとんどなく、セラピストとクライアントの両方がエンパワーされる。

文献で報告され、エイブリーレーンでの活動によって裏付けられたEPの利点は、(a) 従来のトークセラピーやその他のエビデンスに基づくアプローチよりも迅速かつ効果的にトラウマを軽減・除去すること、(b) トラウマによって妨げられていた洞察や肯定的な認知が向上すること、(c) 薬物やアルコールの助けを借りずに自分で自分の感情を制御できるようになることで、自己コントロールの感覚や自信が高まること (Feinstein 2018) などがあげられる。

エイブリーレーンの患者は、重度の障害を持つ二重診断を受けた女性たちで、その大部分は以前に治療を受けており、特にうつ病、不安、トラウマ、自殺傾向、摂食障害、PTSDなど、深刻なメンタルヘルスおよび薬物使用障害を患っている。最初はEPに懐疑的だったクライアントも、EPを裏付ける科学と研究について知り、自分で試してみると、渴望、メンタルヘルスの症状、核となる制限的な信念、変化へのモチベーションなど、さまざまな領域にツールを使うことに前向きになった。これらのコーピング・ツールを使って、より健康的な方法で自分の気持ちを変えることができるとわかると、彼女らはエンパワーされ、自尊心と自己効力感が高まり、人間関係、対人コミュニケーション、全体的な生活の質が向上した。この研究で、エイブリーレーンで得られた具体的な結果は、自己申告レベルで、うつ病、不安、PTSD、自殺傾向が統計的に有意に減少し、ほとんどの指標で $p < .001$ であった (摂食障害行動を除く)。摂食障害の結果は、エイブリーレー

ンでは、摂食障害の治療は専門ではなく、スタッフがこの分野の専門家ではないこと、より重度の摂食障害の患者は、通常、摂食障害専門プログラムに行くことが原因と考えられる。

エイブリーレーンのデータは、過食 (Stapleton et al. 2019) や禁煙 (Stapleton et al. 2013) などの依存性行動に関する他の研究の結果を裏付けている。依存症の患者は、感情的苦痛やメンタルヘルスの症状を、薬物を使って「自己投薬」しようとするのであり、私たちの結果は、Church と Brooks (2010、2013) および Stapleton et al. (2020) の研究をさらに裏付け、不安、うつ病、PTSD の症状を軽減することは、薬物使用の削減に有益な効果があることを示唆している。フォートフッドのリセット・プログラム (Libretto et al. 2015) と同様に、伝統的な心理療法、EP、補完代替療法を含むエイブリーレーンの PTSD 治療の統合的アプローチは、うつ病、不安、PTSD などの症状を軽減するのに非常に効果的である。

この研究の限界としては、サンプル数が比較的小さく、人口統計学的に多様性が低いこと (n = 123)、コントロール・グループやその他の比較グループがないこと、そして得られた強力な結果を達成するのにどのテクニックが最も効果的であったかを区別できないことがあげられる。結果が時間の経過とともに維持されるかどうかを確認するためのより長い追跡調査も有用であり、この目的で、エイブリーレーンは最近、Vista Research Group を採用してこれらのデータの収集を開始した。

脳画像検査やエピジェネティクスの研究を通じて脳の機能について科学がさらに解明されるにつれ、EP テクニックの根底にあるメカニズムや、依存症と精神疾患の両方に苦しむ二重診断を受けた人たちの脳に、これらのテクニックがどのような良い影響を与えるかがより明らかになるであろう。この集団に対する EP テクニックの有効性を検証し、治療期間を短縮できる実行可能な費用対効果の高いアプローチとしての可能性を評価するには、さらなる研究が必要である。

現在の治療アプローチに EP を追加したい施設に推奨される治療ガイドラインには、次のものがある。EP に精通し熟練したセラピストを 1 人以上雇用する。これらのセラピストに他のスタッフ (最前線のスタッフを含む) に対してテクニックを実演してもらい、ロールプレイを行い、スタッフ同士でクライアントと作業する際に生じる個人的な問題や転移/逆転移の問題について練習してもらおう。EP ツールをグループセラピーで教える場合、他のスタッフも参加させて、経験豊富な施術者がスキルを教え、特定のクライアントの問題にスキルをどのように使うのかを観察できるようにする。グループセッションと個人セッションを、YouTube ビデオやその他のリソース (毎年開催される Tapping World Summit (thetappingsolution.com)、ACEP の Resilience リソース (www.r4r.support)、EFT Universe (eftuniverse.com) などのビデオ、オーディオ、配布資料など) で補う。トレーニングを受けた EP 施術者が継続的にケース相談に応じられるようにし、スキルを成長させ強化するために定期的に復習や追加のトレーニングを提供するようにする。

特に、クライアントにこれらの新しい治療法を紹介しようとする場合、スタッフの同意が非常に重要である。臨床医やカウンセラー（特に自分の好みのアプローチに固執している人）に、これらの奇妙に見えるテクニックが効果的であることを納得させるには、ある程度の時間がかかるかもしれない。EP の背景にある研究と科学を説明することは、この点で非常に有益である。スタッフに自分の問題に対してツールを試してもらい、クライアントがそれを使って得られる肯定的な結果を観察することが、彼らの視点を変える鍵となる。スタッフの大多数がツールに対してオープンで支持的になると、他のスタッフも参加するようになる。エイブリーレーンでは、スタッフは EP ツールに感謝しており、共感疲労、代理トラウマ、共依存に陥ることなくクライアントを支援する力を得ている。これにより、最終的にスタッフの士気と従業員の定着率が向上した。

エイブリーレーンは設立から 4 年で EP をプログラムの標準治療として導入することに成功した。他のプログラムも私たちの経験に触発されて、これらのアプローチを自ら試してくれることを願っている。あるセラピストは、EP によるトラウマ治療についての論文で、「エネルギー心理学は、平穏と繁栄の体験をもたらす変容のプロセスを促進する可能性がある」と書いている (White 2015 p. 2)。多くのクライアントとスタッフが EP のおかげで、これらの強力な結果を体験している。

エイブリーレーンのデータと臨床結果は、メタアナリシス、臨床試験、および他の治療センターでの経験から得られた結果と一致している。この文献は、EP が効果的な依存症治療の標準となる、強力でエビデンスに基づくアプローチであることを示している。

References

- Amen, D. G., & Smith, D. E. (2010). *Unchain your brain*. Irvine, CA: MindWorks Press.
- Anglin, M. D., Hser, Y. I., & Grella, C. E. (1997). Drug addiction and treatment careers among clients in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors, 11*(4), 308. doi:10.1037/0893-164X.11.4.308
- Association of Comprehensive Energy Psychology (ACEP). (n.d.). Retrieved from www.energypsych.org
- Bach, D., Groesbeck, G., Stapleton, P., Banton, S., Blickheuser, K., & Church, D. (2019). Clinical EFT (Emotional Freedom Techniques) improves multiple physiological markers of health. *Journal of Evidence-Based Integrative Medicine, 24*. doi:10.1177/2515690X18823691
- Berenz, E. C., & Coffey, S. F. (2012). Treatment of co-occurring posttraumatic stress disorder and substance use disorders. *Current Psychiatry Reports, 14*(5), 469–477. doi:10.1007/s11920-012-0300-0
- Boden, M. T., Kimerling, R., Kulkarni, M., Bonn-Miller, M. O., Weaver, C., & Trafton J. (2014). Coping among military veterans with PTSD in substance use disorder treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment, 47*(2), 160–167. doi:10.1016/j.jsat.2014.03.006
- Callahan, R. J. (1985). *Five minute phobia cure: Dr. Callahan's treatment for fears, phobias, and self-sabotage*. Blair, NE: Enterprise.
- Callahan, R. J. (1995). A Thought Field Therapy (TFT) algorithm for trauma. *Traumatology, 1*(1), 7–13. doi:10.1177/153476569500100102
- Church, D. (2013). Clinical EFT as an evidence-based practice for the treatment of psychological and physiological conditions. *Psychology, 4*(8), 645–654. doi:10.4236/psych.2013.48092
- Church, D., & Brooks, A. J. (2010). The effect of a brief EFT (Emotional Freedom Techniques) self-intervention on anxiety, depression, pain and cravings in healthcare workers. *Integrative Medicine: A Clinician's Journal, 9*(5), 40–44.
- Church, D., & Brooks, A. J. (2013). The effect of EFT (Emotional Freedom Techniques) on psychological symptoms in addiction treatment: A pilot study. *Journal of Scientific Research and Reports, 2*(1), 315–323. doi:10.9734/JSRR/2013/3500
- Church, D., Yount, G., & Brooks, A. J. (2012). The effect of Emotional Freedom Techniques on stress biochemistry: A randomized controlled trial. *Journal of Nervous and Mental Disease, 200*(10), 891–896. doi:10.1097/NMD.0b013e31826b9fc1
- Church, D., Yount, G., Rachlin, K., Fox, L., & Nelms, J. (2016). Epigenetic effects of PTSD remediation in veterans using clinical Emotional Freedom Techniques: A randomized controlled pilot study. *American Journal of Health Promotion, 32*(1), 112–122. doi:10.1177/0890117116661154
- Clond, M. (2016). Emotional Freedom Techniques for anxiety: A systematic review with meta-analysis. *Journal of Nervous and Mental Disease, 204*(5), 388–395. doi:10.1097/NMD.0000000000000483
- Cottler, L. B., Compton, W. M., Mager, D., Spitznagel, E. L., & Janca, A. (1992). Posttraumatic stress disorder among substance users from the general population. *American Journal of Psychiatry, 149*(5), 664–670. doi:10.1176/ajp.149.5.664
- Craig, G., & Fowlie, A. (1995). *Emotional freedom techniques: The manual*. Sea Ranch, CA: Gary Craig.
- Dawson, D. A. (1996). Correlates of past-year status among treated and untreated persons with former alcohol dependence: United States. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 20*(4), 771–779. doi:10.1111/j.1530-0277.1996.tb01685.x
- DeMarce, J. M., Lash, S. J., Stephens, R. S., Grambow, S. C., & Burden, J. L. (2008). Promoting continuing care adherence among substance abusers with co-occurring psychiatric disorders following residential treatment. *Addictive Behaviors, 33*(9), 1104–1112. doi:10.1016/j.addbeh.2008.02.008
- De Soto, C. B., O'Donnell, W. E., & De Soto, J. L. (1989). Long-term recovery in alcoholics. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 13*(5), 693–697. doi:10.1111/j.1530-0277.1989.tb00406.x
- Fang, J., Jin, Z., Wang, Y., Li, K., Kong, J., Nixon, E. E., ... Hui, K. K.-S. (2009). The salient characteristics of the central effects of acupuncture needling: Limbic-paralimbic-neocortical network modulation. *Human Brain Mapping, 30*(4), 1196–1206. doi:10.1002/hbm.20583
- Feinstein, D. (2018). Energy psychology: Efficacy, speed, mechanisms. *Explore: The Journal of Science and Healing, 15*(5), 340–351. doi:10.1016/j.explore.2018.11.003
- Feinstein, D. (2021). Energy Psychology in the treatment of substance use disorders. In Rita Carroll (Ed.), *Complementary and integrative approaches to substance use disorders*. Hauppauge, NY: Nova Science.
- Finney, J. W., & Moos, R. H. (1991). The long-term course of treated alcoholism: I. Mortality, relapse and remission rates and comparisons with community controls. *Journal of Studies on Alcohol, 52*(1), 44–54. doi:10.15288/jsa.1991.52.44
- Grand, D. (2013). *Brainspotting: The revolutionary new therapy for rapid and effective change*. Boulder, CO: Sounds True.
- Han, B., Compton, W. M., Blanco, C., & Colpe, L. J. (2017). Prevalence, treatment, and unmet treatment needs of US adults with mental health and substance use disorders. *Health Affairs, 36*(10), 1739–1747. doi:10.1377/hlthaff.2017.0584
- Hser, Y. I., Anglin, M. D., Grella, C., Longshore, D., & Prendergast, M. L. (1997). Drug treatment careers. A conceptual framework and existing research findings. *Journal of Substance Abuse Treatment, 6*, 543–558. doi:10.1016/S0740-5472(97)00016-0
- Hui, K. K., Liu, J., Makris, N., Gollub, R. L., Chen, A. J., Moore, C. I., ... Kwong, K. K. (2000). Acupuncture modulates the limbic system and subcortical gray structures of the human brain: evidence from fMRI studies in normal subjects. *Human Brain Mapping, 9*(1), 13–25. doi:10.1002/(sici)1097-0193(2000)9:1<13::aid-hbm2>3.0.co;2-f
- Karatzias, T., Power, K., Brown, K., McGoldrick, T., Begum, M., Young, J., ... Adams, S. (2011). A controlled comparison of the effectiveness and efficiency of two psychological therapies for posttraumatic stress disorder: Eye Movement Desensitization and Reprocessing vs. Emotional Freedom Techniques. *Journal of Nervous and Mental Disease, 199*(6), 372–378. doi:10.1097/NMD.0b013e31821cd262
- Kelly, T. M., & Daley, D. C. (2013). Integrated treatment of substance use and psychiatric disorders. *Social Work Public Health, 28*, 388–406. doi:10.1080/19371918.2013.774673
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure.

- Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613. doi:10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x
- Lambrou, P. T., Pratt, G. J., & Chevalier, G. (2003). Physiological and psychological effects of a mind/body therapy on claustrophobia. *Subtle Energies and Energy Medicine*, 14(3), 239–251.
- Lang, A. J., Wilkins, K., Roy-Byrne, P. P., Golinelli, D., Chavira, D., Sherbourne, C., ... Stein, M. B. (2012). Abbreviated PTSD Checklist (PCL) as a guide to clinical response. *General Hospital Psychiatry*, 34(4), 332–338. doi:10.1016/j.genhosppsych.2012.02.003
- Libretto, S., Hilton, L., Gordon, S., Zhang, W., & Wesch, J. (2015). Effects of integrative PTSD treatment in a military health setting. *Energy Psychology: Theory, Research, and Treatment*, 7(2), 33–44. doi:10.9769/EPJ.2015.11.1.SL
- Maharaj, M. E. (2016). Differential gene expression after Emotional Freedom Techniques (EFT) treatment: A novel pilot protocol for salivary mRNA assessment. *Energy Psychology: Theory, Research, and Treatment*, 8(1), 17–32. doi:10.9769/EPJ.2016.8.1.MM
- McGovern, M. P., Lambert-Harris, C., Gotham, H. J., Claus, R. E., & Xie, H. (2014). Dual diagnosis capability in mental health and addiction treatment services: An assessment of programs across multiple state systems. *Administration and Policy in Mental Health*, 41(2), 205–214. doi:10.1007/s10488-012-0449-1
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change*. New York, NY: Guilford Press.
- Monahan, S., & Finney, J. (1996). Explaining abstinence rates following treatment for alcohol abuse. A quantitative synthesis of patient, research design, and treatment effects. *Addiction*, 91, 787–805. doi:10.1046/j.1360-0443.1996.9167876.x
- Najavits, L. M., Weiss, R. D., & Shaw, S. R. (1997). The link between substance abuse and posttraumatic stress disorder in women: A research review. *American Journal on Addictions*, 6(4), 273–283. doi:10.1111/j.1521-0391.1997.tb00408.x
- National Institute on Drug Abuse (NIDA). (2020). *Common comorbidities with substance use disorders research report*. Retrieved from <https://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/common-comorbidities-substance-use-disorders/introduction>
- Nelms, J., & Castel, D. (2016). A systematic review and meta-analysis of randomized and non-randomized trials of Emotional Freedom Techniques (EFT) for the treatment of depression. *Explore: The Journal of Science and Healing*, 12(6), 416–426. doi:10.1016/j.explore.2016.08.001
- Nims, L. P., & Sotkin, J. (2003). *Be Set Free Fast!: A revolutionary new way to eliminate discomforts*. Santa Fe, NM: Sotkin Enterprises.
- Posner, K., Brown, G. K., Stanley, B., Brent, D. A., Yershova, K. V., Oquendo, M. A., ... Mann, J. J. (2011). The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: Initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *American Journal of Psychiatry*, 168(12), 1266–1277. doi:10.1176/appi.ajp.2011.10111704
- Sakai, C., Paperny, D., Mathews, M., Tanida, G., Boyd, G., Simons, A., ... Nutter, L. (2001). Thought Field Therapy clinical applications: Utilization in an HMO in behavioral medicine and behavioral health services. *Journal of Clinical Psychology*, 57(10), 1229–1235. doi:10.1002/jclp.1088
- Santucci, K. (2012). Psychiatric disease and drug abuse. *Current Opinion in Pediatrics*, 24(2), 233–237. doi:10.1097/MOP.0b013e3283504fbf
- Schiller, D., Monfils, M. H., Raio, C. M., Johnson, D. C., Ledoux, J. E., & Phelps, E. A. (2010). Preventing the return of fear in humans using reconsolidation update mechanisms. *Nature*, 463(7277), 49–53. doi:10.1038/nature08637
- Schulz, P. (2009). Integrating energy psychology into treatment for adult survivors of childhood sexual abuse. *Energy Psychology: Theory, Research, and Treatment*, 1(1), 15–22. doi:10.9769/EPJ.2009.1.1.KS
- Sebastian, B., & Nelms, J. (2016). The effectiveness of Emotional Freedom Techniques in the treatment of posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Explore: The Journal of Science and Healing*, 13(1), 16–25. doi:10.1016/j.explore.2016.10.001
- Shapiro, F. (1995). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures* (1st ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092–1097. doi:10.1001/archinte.166.10.1092
- Stapleton, P. (2019). *The science behind tapping: A proven stress management technique for the mind and body*. Carlsbad, CA: Hay House.
- Stapleton, P., Buchan, C., Mitchell, I., McGrath, Y., Gorton, P., & Carter, B. (2019). An initial investigation of neural changes in overweight adults with food cravings after Emotional Freedom Techniques. *OBM Integrative and Complementary Medicine*, 4(1), 14.
- Stapleton, P., Lilley-Hale, E., Mackintosh, G., & Sparenburg, E. (2020). Online delivery of Emotional Freedom Techniques for food cravings and weight management: 2-year follow-up. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 26(2), 98–106. doi:10.1089/acm.2019.0309
- Stapleton, P. B., Porter, B., & Sheldon, T. (2013). Quitting smoking: How to use Emotional Freedom Techniques. *International Journal of Healing and Caring*, 13(1), 1–16. Retrieved from <http://www.ijhc.org/2016/01/quitting-smoking-how-to-use-emotional-freedom-techniques-peta-stapleton-brett-porter-terri-sheldon/>
- Steenkamp, M. M., Litz, B. T., Hoge, C. W., Marmar, C. R. (2015). Psychotherapy for military-related PTSD: A review of randomized clinical trials. *JAMA*, 314(5), 489–500. doi:10.1001/jama.2015.8370
- Stice, E., Telch, C. F., & Rizvi, S. L. (2000). Development and validation of the Eating Disorder Diagnostic Scale: A brief self-report measure of anorexia, bulimia, and binge-eating disorder. *Psychological Assessment*, 12(2), 123–131. doi:10.1037//1040-3590.12.2.123
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2019). *Treatment Episode Data Set (TEDS): 2017. Admissions to and Discharges from Publicly-Funded Substance Use Treatment*. Rockville, MD: Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Retrieved from https://www.dasis.samhsa.gov/dasis2/teds_pubs/TEDS-2017-R.pdf
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2020). *Key substance use and mental*

- health indicators in the United States: Results from the 2019 National Survey on Drug Use and Health* (HHS Publication No. PEP20-07-01-001). Rockville, MD: Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Retrieved from <https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/reports/rpt29393/2019NSDUHFFRPFDFWHTML/2019NSDUHFFR1PFDW090120.pdf>
- Swingle, P. (2010). EFT in the neurotherapeutic treatment of seizure disorders. *Energy Psychology: Theory, Research, and Treatment*, 2(1), 27–38. doi:10.9769.EPJ.2010.2.1.PGS
- Torrens, M., Rossi, P. C., Martinez-Riera, R., Martinez-Sanvisens, D., & Bulbena, A. (2012). Psychiatric comorbidity and substance use disorders: Treatment in parallel systems or in one integrated system? *Substance Use and Misuse*, 47(8–9), 1005–1014. doi:10.3109/10826084.2012.663296
- Vaillant, G. E. (1996). *The natural history of alcoholism revisited*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- White, I. C. (2015). *It helps me to love my work: An interpretative phenomenological analysis of the senior therapist experience of using Energy Psychology in Psychotherapy for Trauma* (Master's thesis). Retrieved from <http://hdl.handle.net/10788/2054>
- Wolpe, J. (1968). Psychotherapy by reciprocal inhibition. *Conditional Reflex: A Pavlovian Journal of Research and Therapy*, 3(4), 234–240.