

クがある場合には、1カ月以上の睡眠薬の使用は（断続的使用の場合を除いて）相対的禁忌である。GPP

4.20 心理療法から患者の能力を引き出すことの重大な妨げとなるほどPTSDの中核症状が重篤な場合には、抗うつ剤による薬物療法（上記 4.15 を参照）は成人における心理療法の補助と見なすべきである。GPP

4.21 PTSDに併存症状がある状態（例、うつ病、他の不安状態）が、心理療法から患者の能力を引き出すことの重大な妨げとなるほど重篤であったり、より急速な症状の軽減が重要な臨床的有益性をもたらすならば、その症状の治療のための明白なエビデンスに基づく薬物療法は、検討されるべきである。GPP

4.22 症状が薬物療法にうまく反応しない場合には、以下を検討する必要がある：

- a) 許容範囲内で投与量を増加させる。GPP
- b) 代替の抗うつ剤に切り替える。GPP
- c) 補助薬剤としてリスペリドン（risperidone）かオランザピン（olanzapine）を追加する。

GPP

d) 心理療法の可能性を再検討する。GPP

4.23 PTSDを抱えた成人患者が薬物療法に反応するなら、少なくとも12ヶ月間は継続してから段階的に使用を中止すべきである。B

4.24 PTSDを抱えた成人に対し薬物を使用するときは、処方手続きに関するベストプラクティスを適用すべきである。これには開始前の情報提供や、副作用のモニタリングとマネージメント、自殺リスクのモニタリング、適切な中断と使用中止が含まれる。GPP

4.25 重篤な自殺のリスクがあるならば、薬物療法を受ける成人のPTSD患者は、少なくとも毎週受診するべきである；重篤な自殺のリスクがない場合には、最初は隔週毎にコンタクトをとり、反応が良好の場合には3ヶ月後には頻度を減らしていくことを推奨する。情報提供とサポートにおける治療者の役割はマネージメントの重要な構成要素である。GPP

研究的推奨

4.26 異なるトラウマの人々を対象とした薬物療法とトラウマに焦点をあてた心理療法を比較する大規模な、よく統制された無作為化試験が行なわれるべきであるというNICEの推奨に、我われは同意する。

4.27 我われは、比較する両群を適切に設定した試験において、併用療法（薬物療法とトラウマに焦点をあてた心理療法）の潜在的可能性をさらに検討することを推奨する。（薬物療法群と薬物療法に加え心理療法を提供する群の2群比較では不十分である。現在の第一選択の治療法であるトラウマに焦点をあてた心理療法を単独で実施する群を、デザインに含める必要がある。）

6) 複合的な薬物療法

エビデンス要旨

初期無反応のケースにおいて、SSRI 治療の補助としてのオランザピン(olanzapine)(限定的なエビデンスによる支持)との複合的な薬物療法を検討しているエビデンスはほとんどない。

推奨

4.28 薬物療法に症状が反応しなかった場合、補助薬剤としてのオランザピン(olanzapine)の追加には検討が必要である。C

7) 治療導入における心理学的／薬理学的初期介入

エビデンス要旨

PTSD の初期治療にあたって薬物療法よりもトラウマに焦点をあてた CBT (認知行動療法) を支持する限定的なエビデンスを考慮すると、これらのガイドラインは、薬物療法よりもトラウマに焦点をあてた CBT を第一選択治療とする NICE ガイドラインの推薦を支持する。

推奨

4.29 一般医であれ専門の精神科医であれ、PTSD の薬物療法は、成人のための第一選択治療としてトラウマに焦点をあてた心理療法に優先してルーチンで使用すべきではない。B

8) 心理療法と薬物療法の複合的介入

エビデンス要旨

複合的介入の効果を単独介入と比較検討する文献はごくわずかしかない。エビデンスはいまだ決定的ではないが、薬物療法のみを組み合わせや心理療法のみを組み合わせがアウトカムを改善するというエビデンスはほとんどないものの、心理療法と薬物療法の複合により結果の向上が見られるようである(Otto et al, 2003; Rothbaum et al, 2006)。Otto の研究における母集団はカンボジア難民に特定されているので、オーストラリアにおける PTSD の人々の研究への一般化可能性は限られている。

推奨

4.30 第一選択の心理療法により効果が得られない場合には、治療者は補助的な薬物療法の開始を検討することが望ましい。GPP

4.31 薬物療法の開始が決定した際には、補助的な心理療法の適用を仮に／いつ開始するのか、患者の精神状態は常にモニターされるべきである。その間、実質的に心理教育の構成要素がある支持的心理療法は提供すべきである。GPP

これら推奨は、心理療法と薬物療法のための推奨と併せて参照されるべきである。

9) 心理社会的リハビリテーション

先行文献要旨

このレビューでは PTSD の心理社会的リハビリテーションを検討するエビデンスに基づ

いたアウトカム研究がないので、これら推奨は先行文献の要旨と専門家の見解により導き出されたものである。

心理社会的リハビリテーションは、関連する問題（ホームレスや社会的機能不全、危険行動や失業など）を最小化することにより、PTSD の人々の機能的な能力を改善し、回復を促進する可能性がある。焦点を定めた臨床と障害管理の介入は PTSD の人々の役割機能の改善、能力の向上、個人のニーズや能力に特有のスキルと資源の発達などに寄与し、疾患と関連した障害の回避や予防さらには減少を目的としている(HIMH, 2002)。

特に PTSD を有する人々における、心理社会的介入の有効性に関するレベルの高いエビデンスが入手できない一方で、このアプローチに基づく介入はさまざまな持続的な精神疾患を抱えている人々において、強力な実証的支持がある(Mueser et al, 2003)。例えば、集中的ケース・マネージメント、心理教育、および社会技能訓練は在院日数を減らし、症状軽減、社会機能の改善、家族のストレスの軽減などの多くの良好な結果に関連している(Dilk & Bond, 1996; Heinssen et al, 2000; Mueser et al, 1998; Phillips et al, 2001)。比較対照試験は援助付き雇用（迅速に一般就労へ復職を行う職場復帰リハビリテーションアプローチ）の有効性を立証した。それは人々の就職、雇用の維持、重篤な症状の顕著な軽減に寄与している(Bell et al, 1996; Bond et al, 2001; Cook et al, 2005)。他の研究では、働く人々は、彼らの症状によってさほど障害が現れず、自尊心の回復、および生活の質(QOL)の向上があることを示唆している(Arns & Linney, 1993; Mueser et al, 1997)。住居支援の提供は、ケース・マネージメントと臨床サービスと同時に、持続している PTSD 症状を抱えた人々の社会的参加の促進にかなり貢献することが報告されている(Rosenheck & Siebyl, 1998)。

心理社会的リハビリテーションは心理療法あるいは薬物療法とともに実施される一方で、この介入は多くの治療への潜在的な障壁（ホームレス、失業、および危険なライフスタイル上の行動）も取り扱い、それは治療への消極的態度をとったり、治療抵抗をする人々の疾病管理をしたりする上で有用なアプローチとなる(HIMH, 2002)。PTSD を有する人々に限定した中で有効性に関する高いレベルのエビデンスは存在しないが、他の様々な精神障害における心理社会的介入の使用を支持する強力な実証的エビデンスがあるので、これら心理社会的介入は持続的に PTSD 症状を経験している人々にとって有益となりうることを、ヘルスケア専門家は意識すべきことを意味している。

臨床的推奨

4.32 職業的または家族、社会的リハビリテーションなどの介入は、治療の開始時点から焦点をあてるべきである。GPP

4.33 PTSD 症状が3カ月またはそれ以上続く場合には、心理社会的なリハビリテーションは障害と関連した疾患の予防もしくは軽減のための介入として検討されるべきである。GPP

4.34 PTSD を抱える人々にとって、多くのエビデンスに基づく治療コースが有効でない場合には、心理社会的リハビリテーションの介入が障害を減らし、機能回復と社会復帰をもたらすかもしれない。GPP

4.35 ヘルスケアの専門家は、心理社会的リハビリテーションの潜在的効果を意識し、どう適切な情報とサービスにつなげるかについての実用的なアドバイスを増やすべきである。

GPP

4.36 心理社会的リハビリテーションの介入は、定期的なスーパーヴィジョンを受けた、有能で適切な資格を持った治療者によって提供されるべきである。GPP

4.37 心理社会的リハビリテーションは心理療法か薬物療法と組み合わせて補助療法として使用されることもある。GPP

研究的推奨

4.38 ウェルネス、リカバリー、リハビリテーションに焦点をおいた心理社会的機能への影響、および PTSD を有する人の外傷後成長(Posttraumatic growth)について調査されるべきである。

10) 理学療法と運動

エビデンス要旨

理学療法の研究が1つだけ同定された。この研究は、高一低周波の反復性経頭蓋磁気刺激法(rTMS)の効果を検討した。

高周波の rTMS はアウトカムの測定に基づき 14 日以上が対照群よりも効果的であると示唆する限定的なエビデンスがある。低周波 rTMS のエビデンスは決定的ではなかった。ただひとつの研究が限定的なエビデンスの提供をしているだけであり、rTMS は近年は研究環境外では利用できないので、rTMS に関して推奨はしない。

近年のレビューでは、他の PTSD 治療の補助としての運動の有効性が同定される研究はない。しかしながら、精神状態に及ぼす運動の有益な効果はより一般的に（特にうつ病）確立されてきたし、エビデンスのレビューの後に発表された最近の研究(Manger & Motta, 2005)は運動が、PTSD を抱える人々にも同様に有益な影響を与える可能性を示唆した。限定的なエビデンスにもかかわらず、治療者はセルフケアとストレスマネジメントの活動として運動を促進し、治療者による介入と併せて検討することがある。

推奨

4.39 一般的なメンタルヘルスケアの一環として、治療者は PTSD を抱える人々に、定期的な有酸素運動は症状管理とより広いセルフケア実践の一部として有用と助言するかもしれない。GPP

11) 併存疾患

エビデンス要旨

併存疾患の文脈における連続的な治療の領域における研究は、限定的ではあるが主に PTSD と併存する薬物依存(Substance abuse: SA)に焦点を当てている。限定的ではあるが全体

的には、SA と PTSD の複合的な治療を支持するエビデンスもある。連続、あるいは同時に適用されるかもしれない介入の構成要素についてのより強力なエビデンスを提供するため、構成要素を分解する研究が必要である。そのようなエビデンスがないので、これらのガイドラインは専門家の総意に基づいて、治療者に補足的な推奨を提供する。トラウマに焦点をあてた要素とともに、PTSD 治療の教育や症状管理の部分の開始は、物質使用のコントロールがある程度得られてからということもあるかもしれない

うつ病はよく PTSD と併存するもうひとつの状態である。自殺の危険性の早期かつ継続的なアセスメントは最も重要なことである。併存したうつ病と PTSD の治療の連続性を検討する研究はまだない。しかしながら、うつ病を併発した PTSD 治療の効果を概説した研究や、PTSD のアウトカムに否定的な影響として併存するうつ病の深刻度を識別する予測研究（導入部分で概説した（訳者注：本編には未掲載））がある。この情報は、PTSD と深刻なうつ病の文脈における治療の連続性についての以下の推奨で考察されている。

これら併発疾患がパーソナリティ障害とも結びつくのなら、それに合わせた特別な治療が、トラウマに焦点をあてたいかなる治療よりも先に必要になるかもしれない。上記研究に含まれる PTSD を抱えた人々の範囲と提供される介入は、オーストラリアとオーストラリアのヘルスケアの文脈に一般化可能である。

推奨

4.40 併存する PTSD とうつ病の文脈においては、うつ病はしばしば PTSD を治療することによって改善されるため、治療者は PTSD の治療を最初に検討するのがよいだろう。B

4.41 併発するうつ病が重篤で治療の取組みによる効果の妨げとなり、かつ自殺のリスクが高い場合、治療者は自殺リスクを管理し、PTSD 治療に優先してうつ病の治療に取り組むことが求められる。GPP

4.42 PTSD と物質使用障害の文脈においては、治療者は両方の疾患に取り組むことを検討すべきである。C

4.43 PTSD と物質使用障害の文脈においては、PTSD 患者が物質を使用せずにストレス管理ができて、薬物やアルコールの影響なくセッションに参加出来ることを示すまで、トラウマに焦点をあてた PTSD 治療の構成要素を始めるべきではない。D

4.44 PTSD と物質使用障害の文脈において、物質使用障害の治療が優先されると決定されたならば、その人が物質乱用をコントロールできるようになったら PTSD の情報と PTSD の症状管理法について治療に組み込むべきである。GPP

第5章 エビデンスのレビューと治療推奨：初期介入 潜在的なトラウマ的な出来事に曝露された成人への介入

1.2) 心理療法

エビデンス要旨

NICE ガイドライン以降、1つの研究が追加発表されている(Gamble et al, 2005)。この研究は、トラウマ的な出産の後にデブリーフィングが実施されたときに、フォローアップ時の産後うつ得点が改善されたことを報告している。しかしこのアウトカムに寄与しているかもしれない追加的な介入が、4-6 週間の間にあった。それゆえ、NICE で報告されている本質的な推奨は、この追加研究によって変更されていない。

NICE とこのレビューの両方によって出されたエビデンスの記述は、11 の適切な対照研究に由来している。そこでは、PTSD 症状や PTSD の診断の出現について、デブリーフィングと対照群には臨床的に重要な違いは見当たらないようであることが示唆されている。それゆえこれら推奨は、感情表出(Ventilation)あるいは出来事の語り(Narrative)に関する構造化されたデブリーフィングをルーチンに行ってはならないと示唆している NICE のアウトラインと一致する。その代わりに、治療者は必要な場合には「見守る」スタンスをとり、必要に応じて一般的な心理学的応急対応を併せて提供することが勧められる。心理学的応急対応は情報、安心、情緒的・具体的支援を提供する。追加的支援はその人のニーズに沿って漸次提供されるべきである。ルーチンで行なわれる感情表出と出来事の語りは、エビデンスにより支持されない。しかし、体験を語りたい人で、ストレス耐性の能力を示す人は、そのように支援すべきである。トラウマに曝露し、極度のストレスレベルのストレスとなった成人が、自傷他害のリスクがある場合には、すぐに危機介入と可能な精神医学的介入を提供しなければならない。

推奨

- 5.1 トラウマに曝露された成人に対し、心理学的デブリーフィングのような構造化された心理療法は、ルーチンに提供されるべきではない。C
- 5.2 トラウマに曝露された成人に対し、潜在的なトラウマ的な出来事に遭遇した人が支援を受け、当座のニーズが満たされ、長期に渡りモニターされるように、治療者は心理学的応急対応を実行すべきである。心理的応急対応では、情報、安心、情緒的・具体的支援を必要に応じて提供する。心理的応急対応は個々人のニーズに応じて段階的に提供されるべきである。GPP
- 5.3 体験を語ることを望んでおり、ストレス耐性のある、トラウマに曝露された成人は、そのような支援を受けるべきである。その際治療者は、重篤なストレスを抱える人にとって過度の表出は悪影響となる可能性について念頭に置いておかなければならない。GPP
- 5.4 ストレスが極端に悪化していたり、自傷他害のリスクがあつたりする成人に対しては、すぐに精神科的介入が提供されるべきである。GPP

1 3) 薬物療法

エビデンス要旨

NICE のレビューは、二つだけであるがすべての介入のための薬理的治療を検討する対照試験を見出した。そのうちのひとつ(Pitman et al, 2002)は、プラセボ条件を支持する結果であった。トラウマの曝露に続く薬物療法と初期介入に関する NICE のレビュー以降、我われはこれ以上の研究は見いだしていない。よって、NICE の推奨に沿って、非選択的なトラウマを抱えた人々に予防的介入の使用として、薬物療法を我われは推奨しない。

推奨

5.5 トラウマに曝露された成人に対し、薬物療法は予防的介入として非選択的に用いられるべきではない。C

1 4) 心理療法と薬物療法の複合的介入

エビデンス要旨

治療推奨を引き出せるような、質の高いエビデンスは充分にない。検索戦略で述べたように (訳者注: 本編には未掲載)、レベル I あるいは II のエビデンスがなく、それ以下のエビデンスを探した。心理療法の組み合わせを検討した 2 つのレベル III の研究が同定された。Richards et al. (2001) の研究は、Critical Incidence Stress Debriefing (CISD) を 1 カ月間個人療法のセッションと複合しても利点はないことを示唆した。Eid et al. (2001) は、ストレスマネージメント、業務的デブリーフィングと心理学的デブリーフィングを受けた軍隊の群と、同じ事故に遭遇し、ストレスマネージメント、業務的デブリーフィングだけを受け、集団心理学的デブリーフィングは受けない消防士の群を比較した。この研究は心理学的デブリーフィングの追加により利点もあると示唆する一方で、二つの異なる母集団における複合的治療の比較には慎重な解釈が求められる。このようにエビデンスが不十分なためこの段階では、潜在的にトラウマ的な出来事に曝された成人に対するあらゆる介入の複合的心理療法の治療推奨を引き出すうえで、信頼に足るエビデンスが十分にあるとは思えない。潜在的なトラウマ的な出来事に曝露されたすべての成人のための心理療法と薬物療法の複合について、推奨を作成するためのエビデンスもまた、不十分である。

推奨

推奨はまだ作成されていない。

急性ストレス障害 (ASD) の成人に対する介入

1 5) 心理療法

エビデンス要旨

現在急性ストレス障害(ASD)や急性 PTSD のためのトラウマに焦点をあてた CBT (認知行動療法) やリラクゼーション、支持的心理療法の有効性についての多数のエビデンスが増加

している。CBTのセルフヘルプに関する本は対照条件より優れた点は見出せない(Ehlers et al, 2003)。それゆえ、これらガイドラインはNICEガイドラインと同じく、治療者はASDや急性のPTSDに対してのトラウマに焦点をあてたCBTの治療を検討することを勧める。セッションの長さや回数は独立変数として、それ自体が実験的に検討されてこなかった。しかし対照研究や専門家の総意、NICEガイドラインの推奨を参照して、長さや回数について推奨が引き出された。ここで推奨された治療はASDと急性のPTSDに同じものである点に注意されたい。

上記研究と介入で提供されたトラウマを抱えた人々の範囲は、オーストラリアのPTSDの人々と、オーストラリアのヘルスケアの文脈に一般化可能である。

臨床的推奨

5.6 トラウマ的な出来事の少なくとも2週間後にASDまたはPTSDの反応を示す成人は、臨床的なアセスメントを行った上で、曝露あるいは認知療法を含むトラウマに焦点をあてたCBTを受けるべきである。A

5.7 ASDの成人に対しては、治療は個人ベースで提供されるべきである。B

5.8 ASDの成人に対しては、トラウマに焦点をあてたCBTは、通常的环境下において、5-10セッションが提供されるべきである。C

5.9 ASDの成人に対しては、想像曝露を含むセッションを念頭においた90分が必要である。C

5.10 トラウマに焦点をあてた介入は、トラウマの曝露の2週間以内に始めてはならない。GPP

5.11 ASDの成人に対する複合的心理療法による介入は、ルーチンに用いられるべきではない。C

研究的推奨

5.12 日常の臨床設定の中で、ASDのためのトラウマに焦点をあてたCBTと認知療法を評価するために、効果評価試験の実施が推奨される。

1.6) 薬物療法

エビデンス要旨

トラウマの曝露後の薬理的初期介入について、NICEレビュー以降、更なる研究は見いだせない。よって、NICEの推奨に沿って、我われはASDやそれに関連する疾患に予防的介入に用いるための薬物療法は推奨しない。しかし、我われは場合によって現在の急性(慢性)症状の管理のために薬物療法に利点があることは認識している。

臨床的推奨

5.13 薬物療法は個人の重篤なストレスが心理療法のみで対処できない場合(特に、極端な過覚醒パターンが存在するときなど)を除き、一般に成人のASDや関連する症状(すなわち、発症の4週間以内)には使用してはならない。GPP

5.14 薬物によく反応するうつ病の既往歴がある人には、臨床的に重篤な症状の進行性のパターン、例えば感情的なストレスの増加に伴う持続的な侵入症状、が現れている場合には、抗うつ薬の処方検討されるべきである。GPP

5.15 安心のための言葉かけや簡単な心理学的応急対応によって、重篤な睡眠障害が反応しない場合には、睡眠導入剤や他の薬物療法の慎重投与が短期的には適切かもしれない。GPP

研究的推奨

5.16 PTSD への移行や、治療の中断後の重症度に対する ASD の薬物療法の効果については、精査されるべきである。

17) 複合的介入

エビデンス要旨

急性ストレス障害と急性 PTSD の治療のためのトラウマに焦点をあてた CBT を支持する一連のエビデンスがある。方法論上の問題点により、推論には限界があるが、不安管理訓練や催眠を追加することの利点はほとんどないようである。よって、まとめると、これらのガイドラインは NICE の推奨と前のセクションで概説された推奨 (ASD と急性 PTSD の治療のためのトラウマに焦点をあてた CBT の使用を治療者は検討すべき) を支持する。ASD のための複合的な薬物療法あるいは薬物療法と心理療法の複合治療を検討する研究は、現在のところ同定されていない。

5.17 トラウマに焦点をあてた CBT は、ASD と急性 PTSD の治療に用いるべきである。A

別添2. 豪州ガイドラインの治療推奨要約

PTSD治療法	推奨	レベル*
心理療法	トラウマに焦点をあてた介入が提供されるべきである(現実曝露に加え、トラウマに焦点をあてた認知行動療法とEMDR)。	A
個人療法と集団療法	集団認知療法(トラウマに焦点をあてた/あてない)は個人療法に補助的に提供される方が良く、個人療法の代わりとなるものと見なされるべきではない。	C
自己実施型治療	エビデンスに基づく治療者による介入の代替として、自己実施型治療が指示されるべきではない。	B
薬物療法	薬物療法は一般医あるいは専門の精神科医のどちらによっても、成人のための治療の第一選択としてトラウマに焦点をあてた心理療法に優先してルーチンで用いられるべきではない。	A
治療導入における心理療法／薬物療法の選択	薬物療法が成人のPTSDの治療のために検討される場合には、SSRI抗うつ剤は一般医と精神科医のいずれにおいても第一に選択されるべきである。 一般医であれ専門の精神科医であれ、PTSDの薬物療法は、成人のための第一選択治療としてトラウマに焦点をあてた心理療法に優先してルーチンで使用すべきではない。	B
心理療法と薬物療法の複合的介入	第一選択の心理療法により効果が得られない場合には、治療者は補助的な薬物療法の開始を検討することが望ましい。	GPP
併存疾患治療	併存するPTSDとうつ病の文脈においては、うつ病はしばしばPTSDを治療することによって改善されるため、治療者はPTSDの治療を最初に検討するのがよいだろう。	B

Australian Guidelines for the Treatment of Adults with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder

*推奨レベル:A 治療指針とすに値する, B:多くの場合、治療指針となりうる, C:治療推奨の参考となるが、慎重な適用を要する、GPP:エビデンスは貧弱であり、注意して適用する必要がある。

初期介入法	推奨	レベル*
心理療法	トラウマに曝露された成人に対し、心理学的デブリーフィングのような構造化された心理療法は、ルーチンに提供されるべきではない。	C
薬物療法	トラウマに曝露された成人に対し、薬物療法は予防的介入として非選択的に用いられるべきではない。	C
ASD治療法	推奨	レベル*
心理療法	トラウマ的な出来事の少なくとも2週間後にASDまたはPTSDの反応を示す成人は、臨床的なアセスメントを行った上で、曝露あるいは認知療法を含むトラウマに焦点をあてた認知行動療法(CBT)を受けらるべきである。	A
薬物療法	薬物療法は重篤なストレスが心理療法のみで対処できない場合(特に、極端な過覚醒パターンが存在するときなど)を除き、一般に成人のASDや関連する症状(症状発現から4週間以内の時期)に使用してはならない。	GPP
複合的介入	ASDと急性PTSDの治療には、トラウマに焦点をあてたCBTを、用いるべきである。	A

Australian Guidelines for the Treatment of Adults with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder

*推奨レベル: A 治療指針とすると値する, B: 多くの場合、治療指針となりうる, C: 治療推奨の参考となるが、慎重な適用を要する, GPP: エビデンスは貧弱であり、注意して適用して適用する必要がある。

別添3. 豪州ガイドライン(2007)出版後に発表されたPTSDおよびASD治療研究

Authors	Year	Title	Journal Volume, Page	site	Intervention and Control Conditions	target population	Randomized(N) : Completers(N)	Follow-Up Period	results
Psychological interventions									
Başoğlu M, Salcıoğlu E, Livanou M.	2007	A randomized controlled study of single-session behavioural treatment of earthquake-related post-traumatic stress disorder using an earthquake simulator.	Psychol Med. 37(2):203-13	Turkey	single session of behavioural treatment vs. repeated assessments	earthquake survivors with PTSD	31 : 31 completed treatment, 30 completed 4w, and 31 completed 8w follow-up	2y	Between-group treatment effects at week 8 were significant on measures of fear, PTSD and self- and assessor-rated global improvement. Improvement rates were 40% at week 4, 72% at week 12, 80% at week 24, and 80% at 1-2-years follow-up, with large effect sizes on fear and PTSD measures. Post-session reduction in fear of earthquakes and increased sense of control over fear at follow-up related to improvement in PTSD.
Sijbrandij M, Olf M, Reitsma JB, Carlier IV, de Vries MH, Gersons BP.	2007	Treatment of acute posttraumatic stress disorder with brief cognitive behavioral therapy: a randomized controlled trial.	Am J Psychiatr. 164(1):82-90	Netherlands	Four 2-hour weekly sessions of exposure-based CBT vs. waiting list	Outpatient victims of civilian traumatic events	143 : 117 completed	4m	Symptoms of PTSD, anxiety, and depression decreased in both groups over time. 1w after the intervention, the CBT group had significantly fewer symptoms of PTSD than the comparison group, but this difference was smaller and no longer significant 4m after the intervention. Similar results were found for anxiety and depression scores. Subgroup analyses showed that CBT led to significantly lower PTSD scores at 4m in patients with baseline comorbid major depression and in patients who were included within the 1m after the traumatic incident both at 1w and at 4m.
Litz BT, Engel CC, Bryant RA, Papa A.	2007	A randomized, controlled proof-of-concept trial of an Internet-based, therapist-assisted self-management treatment for posttraumatic stress disorder.	Am J Psychiatry. 2007 Nov;164(11):1676-83.	USA	therapist-assisted, Internet-based, self-management cognitive behavior therapy vs. Internet-based supportive counseling	Service members with PTSD from the attack on the Pentagon on September 11th or the Iraq War	45 : 33 completed treatment, 24 completed 3m, and 18 completed 6m follow-up	6m	The dropout rate was similar to regular CBT (30%) and unrelated to treatment arm. In the intent-to-treat group, self-management CBT led to sharper declines in daily log-on ratings of PTSD symptoms and global depression. In the completer group, self-management CBT led to greater reductions in PTSD, depression, and anxiety scores at 6m. One-third of those who completed self-management CBT achieved high-end state functioning at 6m.
Schnurr PP, Friedman MJ, Engel CC, Foa EB, Shea MT, Chow BK, Resick PA, Thurston V, Orsillo SM, Haug R, Turner C, Bernardy N.	2007	Cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in women: a randomized controlled trial.	JAMA. 2007 Feb 28;297(8):820-30	USA	prolonged exposure (a type of CBT) vs. present-centered therapy (a supportive intervention)	female veterans (n=277) and active-duty personnel (n=7) with PTSD recruited from 9 VA medical centers, 2 VA readjustment counseling centers, and 1 military hospital	284 : 201 completed treatment	6m	Women who received prolonged exposure experienced greater reduction of PTSD symptoms relative to women who received present-centered therapy (effect size, 0.27; P = .03). The prolonged exposure group was more likely than the present-centered therapy group to no longer meet PTSD diagnostic criteria (41.0% vs 27.8%; odds ratio, 1.80; 95% confidence interval, 1.10-2.96; P = .01) and achieve total remission (15.2% vs 6.9%; odds ratio, 2.43; 95% confidence interval, 1.10-5.37; P = .01). Effects were consistent over time in longitudinal analyses, although in cross-sectional analyses most differences occurred immediately after treatment.

Authors	Year	Title	Journal Volume, Page	site	Intervention and Control Conditions	target population	Randomized(N) : Completers(N)	Follow-Up Period	results
Duffy M, Gillespie K, Clark DM.	2007	Post-traumatic stress disorder in the context of terrorism and other civil conflict in Northern Ireland: randomised controlled trial.	BMJ 334(7604):1147	Northern Ireland	Immediate cognitive therapy vs. waiting list control	58 consecutive patients with chronic PTSD (median 5.2y, range 3m to 32y) mostly resulting from multiple traumas linked to terrorism and other civil conflict	58 : 45	12w	At 12 weeks after randomisation, immediate cognitive therapy was associated with significantly greater improvement than the waiting list control group in the symptoms of PTSD, depression, and self reported occupational and social functioning. Effect sizes from before to after treatment were large. No change was observed in the control group.
van Emmerik AA, Kamphuis JH, Emmelkamp PM.	2008	Treating acute stress disorder and posttraumatic stress disorder with cognitive behavioral therapy or structured writing therapy: a randomized controlled trial.	Psychother Psychosom 77(2):93-100	Netherlands	Five 90-minute sessions of exposure-based CBT or a structured writing therapy (SWT) vs. waiting list	Outpatients following civilian trauma	125 : 85	No consistent point of long term followup	At posttest and follow-up, treatment was associated with improved diagnostic status and lower levels of intrusive symptoms, depression and state anxiety, while a trend was noted for the reduction of avoidance symptoms. Treatment did not result in lower levels of trait anxiety or dissociation. No differences in efficacy were detected between CBT and SWT.
Difede J, Malta LS, Best S, Henn-Haase C, Metzler T, Bryant R, Marmar C.	2007	A randomized controlled clinical treatment trial for World Trade Center attack-related PTSD in disaster workers.	J Nerv Ment Dis 195(10):861-5	USA	12-week cognitive-behavioral exposure treatment (CBT) vs. a treatment-as-usual condition.	disaster workers	31 : 22		Eight CBT and 14 treatment-as-usual participants completed treatment. An ANOVA examining changes in CAPS scores found significant main effects of Time, Group, and a Time x Group interaction (p 's < 0.010) with a significantly greater decline in symptom scores in the CBT group. Between-group effect sizes were large. Dropout was associated with lower income, less education, and higher alcohol consumption.
van der Kolk BA, Spinazzola J, Blaustein ME, Hopper JW, Hopper EK, Korn DL, Simpson WB.	2007	A randomized clinical trial of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), fluoxetine, and pill placebo in the treatment of posttraumatic stress disorder: treatment effects and long-term maintenance.	J Clin Psychiatry 2007 Jan;68(1):37-46	USA	EMDR vs. fluoxetine vs. pill placebo	PTSD diagnosed according to DSM-IV criteria	88 : 76 completed treatment and 39 completed follow-up	6m	The psychotherapy intervention was more successful than pharmacotherapy in achieving sustained reductions in PTSD and depression symptoms, but this benefit accrued primarily for adult-onset trauma survivors. At 6m follow-up, 75.0% of adult-onset versus 33.3% of child-onset trauma subjects receiving EMDR achieved asymptomatic end-state functioning compared with none in the fluoxetine group. For most childhood-onset trauma patients, neither treatment produced complete symptom remission.
Maercker A, Zöllner T, Menning H, Raabe S, Karl A.	2006	Dresden PTSD treatment study: randomized controlled trial of motor vehicle accident survivors.	BMC Psychiatry 2006 Jul 6:6:29	Germany	translated, modified, and extended CBT protocol by Blanchard and Hickling (2003) vs. wait-list control	motor vehicle accident survivors with chronic or severe subsyndromal PTSD whose native language is German	42 : 40 completed treatment and 17 completed 3m follow-up	3m	CAPS-scores showed significantly greater improvement in the CBT condition as compared to the wait list condition (group x time interaction effect size $d = 1.61$). Intent-to-treat analysis supported the outcome ($d = 1.34$). Categorical diagnostic data indicated clinical recovery of 67% (post-treatment) and 76% (3m FU) in the treatment group. Additionally, patients of the CBT condition showed significantly greater reductions in co-morbid major depression than the control condition. At follow-up the improvements were stable in the active treatment condition.

Authors	Year	Title	Journal, Volume, Page	site	Intervention and Control Conditions	target population	Randomized(N): Completers(N)	Follow-Up Period	results
Price CJ, McBride B, Hyerle L, Kivlahan DR.	2007	Mindful awareness in body-oriented therapy for female veterans with post-traumatic stress disorder taking prescription analgesics for chronic pain: a feasibility study.	Altern Ther Health Med. 2007 Nov-Dec;13(6):32-40	USA	treatment as usual (TAU) vs. treatment as usual and 8 weekly individual body-oriented therapy sessions (mindful awareness in body-oriented therapy group)	female veterans with PTSD and chronic pain taking prescription analgesics	14 : 14 completed treatment and 10 completed 3m follow-up	3m	Written questionnaires about intervention experience suggest increased tools for pain relief/relaxation, increased body/mind connection, and increased trust/safety. The response-to-process measures indicated the feasibility of implementing the manualized protocol and point to the need for longer sessions and a longer intervention period with this population.
Smyth JM, Hockemeyer JR, Tulloch H	2008	Expressive writing and post-traumatic stress disorder: effects on trauma symptoms, mood states, and cortisol reactivity.	Br J Health Psychol. 2008 Feb;13(Pt 1):85-93	USA	expressive writing (writing about their traumatic experience) vs. control group (writing about time management)	Volunteers with a verified diagnosis of PTSD	25 :	3m	Expressive writing was acceptable to patients with PTSD and appeared safe to utilize. No changes in PTSD diagnosis or symptoms were observed, but significant improvements in mood and post-traumatic growth were observed in the expressive writing group. Finally, expressive writing greatly attenuated neuroendocrine (cortisol) responses to trauma-related memories.
Pharmacological interventions									
Taylor FB, Martin P, Thompson C, Williams J, Mellman TA, Gross C, Peskind ER, Reskind MA	2008	Prazosin effects on objective sleep measures and clinical symptoms in civilian trauma posttraumatic stress disorder: a placebo-controlled study.	Biol Psychiatry. 2008 Mar 15;63(6):629-32.	USA	Prazosin vs. placebo	outpatients with chronic civilian trauma PTSD, frequent nightmares, and sleep disturbance	13 : 13		Prazosin compared with placebo significantly increased total sleep time by 94 min; increased rapid eye movement (REM) sleep time and mean REM period duration without altering sleep onset latency; significantly reduced trauma-related nightmares, distressed awakenings, and total PCL scores; significantly improved CGI-I scores; and changed PDRS scores toward normal dreaming.
Becker ME, Hertzberg MA, Moore SD, Dennis MF, Bukanya DS, Beckham JC.	2007	A placebo-controlled trial of bupropion SR in the treatment of chronic posttraumatic stress disorder.	J Clin Psychopharmacol. 2007 Apr;27(2):193-7	USA	bupropion sustained release (SR) vs. placebo in addition to their usual pharmacological care	patients with civilian- or military-related PTSD, approximately half who were already prescribed an SSRI and half who were not	30 : 23	8w	Although no between-group differences were detected, both groups reported a reduction in PTSD symptoms. In a hypothesis-generating post hoc analysis of responders versus nonresponders in the bupropion SR condition (defined as a Clinician Global Improvement score of at least minimally improved), it seemed that younger patients not currently on another antidepressant were more likely to benefit from bupropion.
Davidson J, Baldwin D, Stein DJ, Kuper E, Benattia I, Ahmed S, Pedersen R, Musngnung J.	2006	Treatment of posttraumatic stress disorder with venlafaxine extended release: a 6-month randomized controlled trial.	Arch Gen Psychiatry. 2006 Oct;63(10):1158-65	International study at 56 sites.	flexible doses of venlafaxine extended release (ER) (37.5-300 mg/d) vs. placebo for 24w	symptoms for 6m+, and CAPS score of 60+.	329 : 224	24w	Mean changes from baseline in CAPS total scores at end point were -51.7 for venlafaxine ER and -43.9 for placebo (P = .006). Improvement was significantly greater for the venlafaxine ER group than for the placebo group in cluster scores for reexperiencing (P = .008) and avoidance/numbing (P = .006), but not for hyperarousal. Remission rates were 50.9% for venlafaxine ER and 37.5% for placebo (P = .01). The venlafaxine ER group also showed significantly greater improvement at end point than the placebo group (P < .05) on all other reported outcome measures. The mean maximum daily dose of venlafaxine ER was 221.5 mg/d. Withdrawal rates were similar between groups with no significant difference in dropouts attributable to adverse events.

Authors	Year	Title	Journal, Volume, Page	site	Intervention and Control Conditions	target population	Randomized(N) : Completers(N)	Follow-Up Period	results
Spivak B, Strous RD, Shaked G, Shabash E, Kotler M, Weizman A.	2006	Reboxetine versus fluvoxamine in the treatment of motor vehicle accident-related posttraumatic stress disorder: a double-blind, fixed-dosage, controlled trial.	J Clin Psychopharmacol; 2006 Apr;26(2):152-6	Israel	fixed dose of either reboxetine (8 mg/d) vs. fluvoxamine (150 mg/d) for 8w	patients with MVA-related PTSD	40 : 28	8w	At baseline and at study end point, the 2 subgroups demonstrated no statistical differences in scores on PTSD, depression, and anxiety rating scales. Both medications led to significant improvements in all clinical scales measured. Nine patients receiving reboxetine and 3 receiving fluvoxamine withdrew from the study because of side effects.
Combined psychological and pharmacological interventions									
Rothbaum BO, Cahill SP, Foa EB, Davidson JR, Compton J, Connor KM, Astin MC, Hahn CG.	2006	Augmentation of sertraline with prolonged exposure in the treatment of posttraumatic stress disorder.	J Trauma Stress; 2006 Oct;19(5):825-38	USA	(10w of open label sertraline and then) five additional weeks of sertraline alone vs. sertraline plus 10 sessions of twice-weekly PE	Outpatient men and women with chronic PTSD	65 : 58	15w	sertraline led to a significant reduction in PTSD severity after 10w but was associated with no further reductions after five more weeks. Participants who received PE showed further reduction in PTSD severity. This augmentation effect was observed only for participants who showed a partial response to medication.
Physical therapies and exercise									
Bormann JE, Thorp S, Wetherell JL, Golshan S.	2008	A spiritually based group intervention for combat veterans with posttraumatic stress disorder: feasibility study.	J Holist Nurs; 2008 Jun;26(2):109-16.	USA	mantram repetition (the spiritual practice of repeating a sacred word/phrase throughout the day) vs. delayed-treatment control	veterans	33 : 29		Large effect sizes were found for reducing PTSD symptom severity ($d = -.72$), psychological distress ($d = -.73$) and increasing quality of life ($d = -.70$).
Hollifield M, Sinclair-Lian N, Warner TD, Hammerschlag R.	2007	Acupuncture for posttraumatic stress disorder: a randomized controlled pilot trial.	J Nerv Ment Dis; 2007 Jun;195(6):504-13	USA	empirically developed acupuncture treatment (ACU) vs. group CBT vs. wait-list control (WLC)			3m	Compared with the WLC condition in the ITT model, acupuncture provided large treatment effects for PTSD ($F [1, 46] = 12.60$; $p < 0.01$; Cohen's $d = 1.29$), similar in magnitude to group CBT ($F [1, 47] = 12.45$; $p < 0.01$; $d = 1.42$) (ACU vs. CBT, $d = 0.29$). Symptom reductions at end treatment were maintained at 3m follow-up for both interventions.
Comorbidity									
Dunn NJ, Rehm LP, Schillaci J, Soucek J, Mehta P, Ashton CM, Yanasak E, Hamilton JD.	2007	A randomized trial of self-management and psychoeducational group therapies for comorbid chronic posttraumatic stress disorder and depressive disorder.	J Trauma Stress; 2007 Jun;20(3):221-37	USA	evidence-based depression treatment (self-management therapy) vs. active-control therapy (psychoeducational group therapy)	male veterans with chronic combat-related PTSD and depressive disorder	111 : 78 completed treatment, 70 completed 3m, 71 completed 6m, 66 completed 12m follow-up	12m	Self-management therapy's modestly greater improvement on depression symptoms at treatment completion disappeared on follow-up. No other differences on symptoms or functioning appeared, although psychiatric outpatient utilization and overall outpatient costs were lower with self-management therapy.

Authors	Year	Title	Journal, Volume, Page	site	Intervention and Control Conditions	target population	Randomized(N) : Completers(N)	Follow-Up Period	results
adults exposed to potentially traumatic events									
Psychological interventions									
Gamble J, Creedy D, Moyle W, Webster J, McAllister M, Dickson P.	2005	Effectiveness of a counseling intervention after a traumatic childbirth: a randomized controlled trial.	Birth: 32(1):11-9	Australia	One session of face-to-face counseling and one session of telephone counseling lasting up to 60 minutes vs. treatment as usual	Mothers following traumatic birth	103 : 102 completed initial follow up, 103 completed 3m follow up	3m	At 3m follow-up, intervention group women reported decreased trauma symptoms, low relative risk of depression, low relative risk of stress, and low feelings of self-blame. Confidence about a future pregnancy was higher for these women than for control group women. Three intervention group women compared with 9 control group women met the diagnostic criteria for PTSD at 3m postpartum, but this result was not statistically significant.
Gidron Y, Gal R, Givati G, Laudan A, Snir Y, Benjamin J.	2007	Interactive effects of memory structuring and gender in preventing posttraumatic stress symptoms.	J Nerv Ment Dis. 195(2):179-82	Netherlands	Two sessions of memory structuring intervention vs. supportive listening phone conversations	Outpatient victims of an motor vehicle accidents	Number randomized unclear : 34 completed	3m	No overall group differences were found. However, a group by gender interaction revealed that, for women, the MSI was associated with less PTSD symptoms than the control treatment, while the opposite pattern was seen in men.
Kazak AE, Simms S, Alderfer MA, Rourke MT, Crump T, McClure K, Jones P, Rodriguez A, Boeving A, Hwang WT, Reilly A.	2005	Feasibility and preliminary outcomes from a pilot study of a brief psychological intervention for families of children newly diagnosed with cancer.	J Pediatr Psychol. 30(8):644-55	Philadelphia	Three 45-minute sessions of adapted CBT and family therapy intervention vs. treatment as usual	38 caregivers and parents of children newly diagnosed with cancer	38 : 31 completed available to follow up	2m	SCCIP-ND appears to be an acceptable intervention that can be used successfully with caregivers over the first few months after diagnosis. Recruitment and retention data document feasibility but also highlight challenges. Preliminary outcome data show changes in the desired direction [e.g., reduced anxiety and parental posttraumatic stress symptoms (PTSS)].
Marchand A, Guay S, Boyer R, Iucci S, Martin A, St-Hilaire M	2006	A randomized controlled trial of an adapted form of individual critical incident stress debriefing for victims of an armed robbery.	Brief Treat Crisis Interv. 6:122-129		Two 1-hour sessions of adapted critical incident stress debriefing vs. a no intervention control group	Outpatient victims of armed robbery	75 : 61 available at 1m follow up	3m	
Foa EB, Zoellner LA, Feeny NC	2006	An evaluation of three brief programs for facilitating recovery after assault.	J Trauma Stress. 19(1):29-43	Philadelphia	Four 2-hour sessions of exposure-based CBT vs. supportive counseling vs. continuous assessment	Female victims of sexual and non-sexual assault	90 : 66 completed	3m and 9m	Across all interventions, participants reported decreases in PTSD symptoms, depression, and anxiety over time. At postintervention, participants in B-CBT reported greater decreases in self-reported PTSD severity and a trend toward lower anxiety than those in SC. At 3m follow-up, participants in B-CBT evidenced lower general anxiety than those in SC and a trend toward lower self-reported PTSD severity. At last available follow-up (on average, 9m postassault), all three interventions were generally similar in outcome.
Wagner AW, Zatzick DF, Ghesquiere A, Jurkovich GJ	2007	Behavioral activation as an early intervention for posttraumatic stress disorder and depression among physically injured trauma survivors	Cogn Behav Pract. 14(4):341-349	Seattle, Washington	Up to six 90-minute sessions of behavioral activation and treatment as usual vs. treatment as usual	Inpatients following civilian trauma	8 : 8 completed	3m after trauma	Compared to treatment as usual (TAU), those who received BA showed improvement in PTSD symptom severity from pre- to posttreatment, and there was a trend for the BA group to score better than the TAU group on physical functioning. Contrary to expectation, this brief adaptation did not have an impact on depression.

Authors	Year	Title	Journal, Volume, Page	site	Intervention and Control Conditions	target population	Randomized(N); Completers(N)	Follow-Up Period	results
Holmes A, Hodgins G, Adey S, Menzel S, Danne P, Kossmann T, Juud F.	2007	Trial of interpersonal counselling after major physical trauma	Aust N Z J Psychiatry. 2007 Nov;41(11):926-33	Australia	interpersonal counselling (IPC) vs. treatment as usual	major physical trauma	117 : 58	6m	Only half the patients randomized to IPC completed the therapy. At 6m the level of depressive, anxiety and post-traumatic symptoms and the prevalence of psychiatric disorder did not differ significantly between the intervention and treatment-as-usual groups. Subjects with a past history of major depression who received IPC had significantly higher levels of depressive symptoms at 6m.
Sibrandij M, Oiff M, Reitsma JB, Carlier IV, Gersons BP.	2006	Emotional or educational debriefing after psychological trauma. Randomised controlled trial.	Br J Psychiatry. 2006 Aug;189:150-5	Netherlands	emotional ventilation debriefing vs. educational debriefing	adult survivors of a recent traumatic event	236 : 224 completed treatment, 193 completed 2w, 191 completed 6w, 177 completed 6m follow-up	6m	Psychiatric symptoms decreased in all three groups over time, without significant differences between the groups in symptoms of PTSD (P=0.33). Participants in the emotional debriefing group with high baseline hyperarousal score had significantly more PTSD symptoms at 6w than control participants (P=0.005).
Resnick H, Acerno R, Waldrop AE, King L, King D, Danielson C, Ruggiero KJ, Kilpatrick D.	2007	Randomized controlled evaluation of an early intervention to prevent post-rape psychopathology.	Behav Res Ther. 2007 Oct;45(10):2432-47	USA	video intervention (implemented prior to the forensic medical examination conducted within 72h post-sexual assault)	female victims of sexual assault	225 : 140	6m	At Time 1(6w), the intervention was associated with lower scores on measures of PTSD and depression among women with a prior rape history relative to scores among women with a prior rape history in the standard care condition. At Time 2(6m), depression scores were also lower among those with a prior rape history who were in the video relative to the standard care condition. Small effects indicating higher PTSD and Beck Anxiety Inventory (BAI) scores among women without a prior rape history in the video condition were observed at Time 1. Accelerated longitudinal growth curve analysis indicated a video prior rape history interaction for PTSD, yielding four patterns of symptom trajectory over time. Women with a prior rape history in the video condition generally maintained the lowest level of symptoms.
Lautrette A, Darmon M, Megarbane B, Joly LM, Chevret S, Adrie C, Barnoud D, Bleichner G, Bruel C, Choukroun G, Curtis JR, Fioux F, Galliot R, Garrouste-Orgeas M, Georges H, Goldgran-Toledano D, Jourdain M, Loubert G, Reigner J, Saidi F, Souweine B, Vincent F, Barnes NK, Pochard F, Schlemmer B, Azoulay E.	2007	A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU	N Engl J Med. 2007 Feb 1;356(5):469-78.	France	the intervention format (that included a proactive end-of-life conference and a brochure) vs. customary end-of-life conference	Family members of 126 patients dying in 22 ICUs	126 : 108 : 56 completed follow up	90d	Participants in the intervention group had longer conferences than those in the control group (median, 30 minutes [interquartile range, 19 to 45] vs. 20 minutes [interquartile range, 15 to 30]; P<0.001) and spent more of the time talking (median, 14 minutes [interquartile range, 8 to 20] vs. 5 minutes [interquartile range, 5 to 10]). On day 90, the 56 participants in the intervention group who responded to the telephone interview had a significantly lower median IES score than the 52 participants in the control group (27 vs. 39, P=0.02) and a lower prevalence of PTSD-related symptoms (45% vs. 69%, P=0.01). The median HADS score was also lower in the intervention group (11, vs. 17 in the control group; P=0.004), and symptoms of both anxiety and depression were less prevalent (anxiety, 45% vs. 67%; P=0.02; depression, 29% vs. 56%; P=0.003).

Authors	Year	Title	Journal, Volume, Page	site	Intervention and Control Conditions	target population	Randomized(N) : Completers(N)	Follow-Up Period	results
adults with ASD									
Psychological interventions									
Bryant RA, Moulds ML, Guthrie RM, Nixon RD.	2005	The additive benefit of hypnosis and cognitive-behavioral therapy in treating acute stress disorder.	J Consult Clin Psychol. 73(2):334-40	Australia	Six 90-minute sessions of exposure-based CBT or CBT plus hypnosis vs. supportive counselling	Outpatients following motor vehicle accidents or non-sexual assault	87 : 69 completed	6m and 3y	In terms of treatment completers (n=69), fewer participants in the CBT and CBT-hypnosis groups met criteria for PTSD at posttreatment and 6m follow-up than those in the SC group. CBT-hypnosis resulted in greater reduction in reexperiencing symptoms at posttreatment than CBT.
Bryant RA, Mastrodomenico J, Felmingham KL, Hopwood S, Kenny L, Kandris E, Cahill C, Creamer M.	2008	Treatment of acute stress disorder: a randomized controlled trial.	Arch Gen Psychiatry. 65(6):659-67	Australia	Five 90-minute sessions of exposure therapy or cognitive restructuring vs. waiting list	Outpatient victims of civilian trauma	90 : 69 completed	6m	ITT analyses indicated that at posttreatment, fewer patients in the exposure group had PTSD than those in the cognitive restructuring or wait-list groups (33% vs 63% vs 77%; P = .002). At follow-up, patients who underwent exposure therapy were more likely to not meet diagnostic criteria for PTSD than those who underwent cognitive restructuring (37% vs 63%; odds ratio, 2.10; 95%CI, 1.12-3.94; P = .05) and to achieve full remission (47% vs 13%; odds ratio, 2.78; 95%CI, 1.14-6.83; P = .005). On assessments of PTSD, depression, and anxiety, exposure resulted in markedly larger effect sizes at posttreatment and follow-up than cognitive restructuring.
Bryant RA, Moulds ML, Nixon RD, Mastrodomenico J, Felmingham K, Hopwood S.	2006	Hypnotherapy and cognitive behaviour therapy of acute stress disorder: a 3-year follow-up.	Behav Res Ther. 2006 Sep;44(9):1331-5	Australia	six sessions of CBT vs. CBT combined with hypnosis vs. supportive counselling (SC)	Civilian trauma survivors	87 : 69 (53 assessed)	3y	In terms of treatment completers, 2 CBT patients (10%), 4 CBT/hypnosis patients (22%), and 10 SC patients (63%) met PTSD criteria at 2y follow-up. Intent-to-treat analyses indicated that 12 CBT patients (36%), 14 CBT/hypnosis patients (46%), and 16 SC patients (67%) met PTSD criteria at 2y follow-up. Patients who received CBT and CBT/hypnosis reported less re-experiencing and less avoidance symptoms than patients who received SC.
Scholes C, Turpin G, Mason S.	2007	A randomised controlled trial to assess the effectiveness of providing self-help information to people with symptoms of acute stress disorder following a traumatic injury.	Behav Res Ther. 2007 Nov;45(11):2527-36	UK	Psycho-education (providing self-help information)	Patients attending accident and emergency (A&E) with ASD	227 : 125	3m, 6m	PTSD, anxiety and depression decreased (p<0.001) across time but there were no group differences in these measures or QOL. However, subjective ratings of the usefulness of the self-help booklet were very high.

III. 研究成果の刊行に関する一覧表

<書籍>

Suzuki Y, Tsutsumi A, Izutsu T, and Kim Y: Psychological Consequences More Than Half a Century After the Nagasaki Atomic Bombing. In: Radiation Health Risk Research: Tokyo, 2009. pp277-282.

金吉晴, 小西聖子 (監訳): PTSDの持続エクスポージャー療法. 星和書店, 東京, 2009.

<雑誌>

Shosh T, Kuriyama K, Aritake S, Enomoto M, Hida A, Tamura M, Kim Y, Mishima K: Sleep deprivation Influences Diurnal Variation of Human Time Perception with Prefrontal Activity Change: A Functional Near-Infrared Spectroscopy Study. PLoS ONE 5(1):e8395, 2010

Matsuoka Y, Nishi D, Nakajima S, Yonemoto N, Hashimoto K, Noguchi H, Homma M, Otomo Y, Kim Y: The Tachikawa Cohort of Motor Vehicle Accident Study investigating psychological distress: Design, methods and cohort profile. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 44(4):333-340, 2009

Matsuoka Y, Nishi D, Nakajima S, Yonemoto N, Noguchi H, Otomo Y, Kim Y: Impact of psychiatric morbidity on quality of life after motor vehicle accident at 1-month follow-up. Psychiatry Clin Neurosci 63(2): 235-237, 2009

Hirayasu Y, Kawanishi C, Yonemoto N, Ishizuka H, Okubo Y, Sakai A, Kishimoto T, Miyaoka H, Otsuka K, Kamiyo Y, Matsuoka Y, and Aruga T: A randomized controlled multicenter trial of post-suicide attempt case management for the prevention of further attempts in Japan (ACTION-J). BMC Public Health 9:364, 2009

Matsuoka Y, Nishi D, Yonemoto N, Nakajima S, Kim Y: Toward an explanation of inconsistent rates of PTSD across different countries: infant mortality rate as a marker of social circumstances and basic population health. Psychother Psychosom 79(1):56-57, 2010

Kohno Y, Maruyama M, Matsuoka Y, Matsushita T, Koeda H, Matsushima E: Relationship of psychological characteristics and self-efficacy in gastrointestinal cancer survivors. Psycho-Oncology 19(1):71-76, 2010