

医薬品の適正使用に欠かせない情報です。使用前に必ずお読みください。

セルトラリン錠「DSEP」を 適正にご使用いただくために

対象：外傷後ストレス障害(PTSD)

選択的セロトニン再取り込み阻害剤 薬価基準収載

セルトラリン塩酸塩錠

セルトラリン錠25mg「DSEP」

セルトラリン錠50mg「DSEP」

セルトラリン錠100mg「DSEP」

劇薬、処方箋医薬品* *注意—医師等の処方箋により使用すること

2. 禁忌(次の患者には投与しないこと)

- 2.1 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者
- 2.2 MAO阻害剤を投与中あるいは投与中止後14日間以内の患者
[10.1、11.1.1 参照]
- 2.3 ピモジドを投与中の患者[10.1、11.1.8 参照]



第一三共エスファ株式会社

URL <https://www.daiichisankyo-ep.co.jp/>

[お問い合わせ先]

第一三共エスファ株式会社 お客様相談室

0120-100-601 受付時間：平日9:00～17:30 (土・日・祝日・弊社休日を除く)

目 次

適正使用に関するお願ひ 1

1. PTSDとは 2

(1) 心的外傷（トラウマ）体験について 2
(2) PTSDの主な症状 2

2. PTSDの診断 4

(1) PTSDの診断基準：DSM-5 4
(2) PTSDの診断方法 8
 ①自記式質問紙法 8
 ②構造化診断面接法 8
 ▼PTSDと他の精神疾患が併存している場合の注意点 8

3. PTSDの治療方法 9

(1) 精神療法 9
(2) 薬物療法 9

4. トラウマを経験した患者への対応 10

【参考文献】 12

適正使用に関するお願い

外傷後ストレス障害(PTSD)の診断は、原則的にはPTSDの治療経験が豊富な専門医が行うことが望ましいとされています。DSM[※]等の適切な診断基準に基づき慎重に実施し、基準を満たす場合にのみ施行してください。

※DSM : American Psychiatric Association(米国精神医学会)のDiagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders(精神疾患の診断・統計マニュアル)

最新のDSMであるDSM-5(Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth edition)の診断基準、実用的な診断ツールとしてDSMを基にしたCAPS(Clinician-Administered PTSD Scale)およびPDS(PTSD Diagnostic Scale)についても、その特徴や各診断ツールの入手方法を記載しましたので、診療の際に参考としてお役立てください。

【電子添文 抜粹】

5. 効能又は効果に関する注意

5.4 外傷後ストレス障害の診断は、DSM^{注)}等の適切な診断基準に基づき慎重に実施し、基準を満たす場合にのみ投与すること。

注) DSM : American Psychiatric Association(米国精神医学会)のDiagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders(精神疾患の診断・統計マニュアル)

8. 重要な基本的注意

〈外傷後ストレス障害〉

8.8 外傷後ストレス障害患者においては、症状の経過を十分に観察し、本剤を漫然と投与しないよう、定期的に本剤の投与継続の要否について検討すること。

9. 特定の背景を有する患者に関する注意

9.7 小児等

9.7.3 海外で実施された6~17歳の外傷後ストレス障害(DSM-IV^{注)}における分類)を対象としたプラセボ対照二重盲検比較試験において有効性が確認できなかったとの報告がある。当該試験にて自殺企図はみられなかったが、自殺念慮は本剤群でのみ4.5%(3/67例)にみられた⁵⁾(海外において本剤は小児外傷後ストレス障害患者に対する適応を有していない)。
[5.1、5.3、8.1-8.4、9.1.1、9.1.2、15.1.1 参照]

注) DSM-IV : American Psychiatric Association(米国精神医学会)のDiagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition(DSM-IV精神疾患の診断・統計マニュアル)

本剤をPTSDに対してご使用いただくために、ご注意いただきたい事項をまとめましたので、内容をご確認の上、適正な使用をお願いいたします。

1. PTSDとは

外傷後ストレス障害 (posttraumatic stress disorder: PTSD) は、心的外傷 (トラウマ) 体験 (死亡や重症に至るような事故や犯罪被害、地震等の災害、性的被害、虐待など) が原因として生じるストレス症候群であるとされています¹⁾。そのため、トラウマ体験を確認することがPTSDを診断する前提となります。

(1) 心的外傷 (トラウマ) 体験について²⁾

トラウマ体験を受けた結果、生じる精神的変調を「トラウマ反応」といいます。トラウマ反応の多くは、1カ月以内で自然に回復し症状も軽いのですが、一部は慢性化して患者さんに大きな苦痛や職業・社会生活などへ影響をもたらすことがあります。トラウマ反応の症状の持続期間が1カ月未満の場合は急性ストレス障害 (ASD)、1カ月以上持続する場合は外傷後ストレス障害 (PTSD) と診断されます。

(2) PTSDの主な症状

PTSDの症状は、①侵入 (再体験) 症状、②回避症状、③麻痺 (認知・気分の異常) 症状、④持続的な過覚醒症状の4つの症状群に分けられます³⁾。PTSD患者にみられる症状の例^{4, 5)}を、それぞれの症状群ごとに記します。

① 侵入 (再体験) 症状 (以下のうち1つ以上存在)

- 反復する、非自発的で、侵入的な記憶
- トラウマに関連した悪夢
- フラッシュバックのような解離反応 (短いエピソードから意識の完全な喪失まで)
- トラウマを思い出すものによって引き起こされる強烈で持続的な苦悩
- トラウマに関連した刺激によって引き起こされる顕著な身体反応

② 回避症状 (以下のうち1つ以上存在)

- トラウマに関連した考え方や気持ちの回避
- 人や場所といったトラウマを思い出させるものからの回避

③ 麻痺 (認知・気分の異常) 症状 (以下のうち2つ以上存在)

- トラウマに関連した重要なことの想起不能
- 持続する、自分自身や世界に対する否定的な信念や予想
- トラウマが起こったことや、その結果引き起こされたことに対する、持続する歪んだ自責感情や他責感情
- 持続する、トラウマに関連した否定的感情 (恐怖や怒り、罪責感、恥辱感など)
- 大切な活動に対する興味の著しい減少
- 他者との疎隔感
- 抑制された感情：肯定的な気持ちに長くなれないこと

④ 持続的な過覚醒症状（以下のうち2つ以上存在）

- 易刺激的、あるいは攻撃的な行動
- 自己破壊的な、あるいは無謀な行動
- 過剰な警戒心
- 驚愕反応
- 集中困難
- 睡眠障害

「PTSDの薬物療法ガイドライン：プライマリケア医のために」一般社団法人 日本トラウマティック・ストレス学会
第1版、2013年9月6日）より抜粋

上記のような症状が1ヵ月以上続き、その人に大きな苦痛や職業・家庭生活などへの影響をもたらします。

2. PTSDの診断

PTSDの診断は、一度の診察のみでは確定が容易でなく、治療が進むにつれて判明していく場合も珍しくありません。そのため、治療初期の段階でPTSDと確定診断する必要は必ずしもなく、その可能性を想定してその後の治療を計画することが求められます。

PTSDの疾病概念は、1980年に米国精神医学会による精神疾患の診断と統計のためのマニュアル第Ⅲ版 (Diagnosis and Statistical Manual 3rd: DSM-III) に初めて登場しました。現在、最も新しい同学会の定義としてDSM-5が定められていますので、その概要を以下に記します。

(1) PTSDの診断基準：DSM-5⁶⁾

心的外傷後ストレス障害

注：以下の基準は成人、青年、6歳を超える子どもについて適用する。6歳以下の子どもについては後述の基準を参照すること。

A. 実際にまたは危うく死ぬ、重症を負う、性的暴力を受ける出来事への、以下のいずれか1つ（またはそれ以上）の形による曝露

- ① 心的外傷的出来事を直接体験する。
- ② 他人に起こった出来事を直に目撃する。
- ③ 近親者または親しい友人に起こった心的外傷的出来事を耳にする。家族または友人が実際に死んだ出来事または危うく死にそうになった出来事の場合、それは暴力的なものまたは偶発的なものでなくてはならない。
- ④ 心的外傷的出来事の強い不快感をいだく細部に、繰り返しまたは極端に曝露される体験をする（例：遺体を収集する緊急対応要員、児童虐待の詳細に繰り返し曝露される警官）。

注：基準A4は、仕事に関連するものでない限り、電子媒体、テレビ、映像、または写真による曝露には適用されない。

B. 心的外傷的出来事の後に始まる、その心的外傷的出来事に関連した、以下のいずれか1つ（またはそれ以上）の侵入症状の存在

- ① 心的外傷的出来事の反復的、不随意的、および侵入的で苦痛な記憶

注：6歳を超える子どもの場合、心的外傷的出来事の主題または側面が表現された遊びを繰り返すことがある。

- ② 夢の内容と感情またはそのいずれかが心的外傷的出来事に関連している、反復的で苦痛な夢

注：子どもの場合、内容のはっきりしない恐ろしい夢がある。

- ③ 心的外傷的出来事が再び起こっているように感じる、またはそのように行動する解離症状（例：フラッシュバック）（このような反応は1つの連続体として生じ、非常に極端な場合は現実の状況への認識を完全に喪失するという形で現れる）。

注：子どもの場合、心的外傷に特異的な再演が遊びの中で起こることがある。

- ④ 心的外傷的出来事の側面を象徴するまたはそれに類似する、内的または外的なきっかけに曝露された際の強烈なまたは遷延する心理的苦痛

- ⑤ 心的外傷的出来事の側面を象徴するまたはそれに類似する、内的または外的なきっかけに対する顕著な生理学的反応

C. 心的外傷的出来事に関連する刺激の持続的回避。心的外傷的出来事の後に始まり、以下のいずれか1つまたは両方で示される。

- ① 心的外傷的出来事についての、または密接に関連する苦痛な記憶、思考、または感情の回避、または回避しようとする努力
- ② 心的外傷的出来事についての、または密接に関連する苦痛な記憶、思考、または感情を呼び起こすことに結びつくもの（人、場所、会話、行動、物、状況）の回避、または回避しようとする努力

D. 心的外傷的出来事に関連した認知と気分の陰性の変化。心的外傷的出来事の後に発現または悪化し、以下のいずれか2つの（またはそれ以上）で示される。

- ① 心的外傷的出来事の重要な側面の想起不能（通常は解離性健忘によるものであり、頭部外傷やアルコール、または薬物など他の要因によるものではない）
- ② 自分自身や他者、世界に対する持続的で過剰に否定的な信念や予想（例：「私が悪い」、「誰も信用できない」、「世界は徹底的に危険だ」、「私の全神経系は永久に破壊された」）
- ③ 自分自身や他者への非難につながる、心的外傷的出来事の原因や結果についての持続的でゆがんだ認識
- ④ 持続的な陰性の感情状態（例：恐怖、戦慄、怒り、罪悪感、または恥）
- ⑤ 重要な活動への関心または参加の著しい減退
- ⑥ 他者から孤立している、または疎遠になっている感覚
- ⑦ 陽性の情動を体験することが持続的にできないこと（例：幸福や満足、愛情を感じることができないこと）

E. 心的外傷的出来事と関連した、覚醒度と反応性の著しい変化。心的外傷的出来事の後に発現または悪化し、以下のいずれか2つ（またはそれ以上）で示される。

- ① 人や物に対する言語的または身体的な攻撃性で通常示される、（ほとんど挑発なしでの）いらだたしさと激しい怒り
- ② 無謀なまたは自己破壊的な行動
- ③ 過度の警戒心
- ④ 過剰な驚愕反応
- ⑤ 集中困難
- ⑥ 睡眠障害（例：入眠や睡眠維持の困難、または浅い眠り）

F. 障害（基準B,C,DおよびE）の持続が1カ月以上

G. その障害は、臨床的に意味のある苦痛、または社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている。

H. その障害は、物質（例：医薬品またはアルコール）または他の医学的疾患の生理学的作用によるものではない。

▶ いざれかを特定せよ

解離症状を伴う：症状が心的外傷後ストレス障害の基準を満たし、加えてストレス因への反応として、次のいざれかの症状を持続的または反復的に体験する。

1. **離人感**：自分の精神機能や身体から遊離し、あたかも外部の傍観者であるかのように感じる持続的または反復的な体験（例：夢の中にいるような感じ、自己または身体の非現実感や、時間が進むのが遅い感覚）
2. **現実感消失**：周囲の非現実感の持続的または反復的な体験（例：まわりの世界が非現実的で、夢のようで、ほんやりし、またはゆがんでいるように体験される）

注：この下位分類を用いるには、解離症状が物質（例：アルコール中毒中の意識喪失、行動）または他の医学的疾患（例：複雑部分発作）の生理学的作用によるものであってはならない。

▶ 該当すれば特定せよ

遅延顕症型：その出来事から少なくとも6ヵ月間（いくつかの症状の発症や発現が即時であったとしても）診断基準を完全には満たしていない場合

6歳以下の子どもの心的外傷後ストレス障害

A. 6歳以下の子どもにおける、実際にまたは危うく死ぬ、重症を負う、性的暴力を受ける出来事への、以下のいざれか1つ（またはそれ以上）の形による曝露：

- ① 心的外傷的出来事を直接体験する。
- ② 他人、特に主な養育者に起こった出来事を直に目撃する。

注：電子媒体、テレビ、映像、または写真のみで見た出来事は目撃に含めない。

- ③ 親または養育者に起こった心的外傷的出来事を耳にする。

B. 心的外傷的出来事の後に始まる、その心的外傷的出来事に関連した、以下のいざれか1つ（またはそれ以上）の侵入症状の存在：

- ① 心的外傷的出来事の反復的、不随意的、および侵入的で苦痛な記憶

注：自動的で侵入的な記憶は必ずしも苦痛として現れるわけではなく、再演する遊びとして表現されることがある。

- ② 夢の内容と情動またはそのいざれかが心的外傷的出来事に関連している、反復的で苦痛な夢

注：恐ろしい内容が心的外傷的出来事に関連していることを確認できないことがある。

- ③ 心的外傷的出来事が再び起こっているように感じる、またはそのように行動する解離症状（例：フラッシュバック）（このような反応は1つの連続体として生じ、非常に極端な場合は現実の状況への認識を完全に喪失するという形で現れる）。このような心的外傷に特異的な再演が遊びの中で起こることがある。

- ④ 心的外傷的出来事の側面を象徴するまたはそれに類似する、内的または外的なきっかけに曝露された際の強烈なまたは遷延する心理的苦痛

- ⑤ 心的外傷的出来事を想起させるものへの顕著な生理学的反応

C. 心的外傷的出来事に関連する刺激の持続的回避、または心的外傷的出来事に関連した認知と気分の陰性の変化で示される、以下の症状のいざれか1つ（またはそれ以上）が存在する必要があり、それは心的外傷的出来事の後に発現または悪化している。

刺激の持続的回避

- ① 心的外傷的出来事の記憶を喚起する行為、場所、身体的に思い出させるものの回避、または回避しようとする努力
- ② 心的外傷的出来事の記憶を喚起する人や会話、対人関係の回避、または回避しようとする努力

認知の陰性変化

- ③ 陰性の情動状態（例：恐怖、罪悪感、悲しみ、恥、混乱）の大幅な増加
- ④ 遊びの抑制を含め、重要な活動への関心または参加の著しい減退
- ⑤ 社会的な引きこもり行動
- ⑥ 陽性の情動を表出することの持続的減少

D. 心的外傷的出来事と関連した覚醒度と反応性の著しい変化。心的外傷的出来事の後に発現または悪化しており、以下のうち2つ（またはそれ以上）によって示される。

- ① 人や物に対する（極端なかんしゃくを含む）言語的または肉体的な攻撃性で通常示される、（ほとんど挑発なしでの）いらだたしさと激しい怒り
- ② 過度の警戒心
- ③ 過剰な驚愕反応
- ④ 集中困難
- ⑤ 睡眠障害（例：入眠や睡眠維持の困難、または浅い眠り）

E. 障害の持続が1カ月以上

F. その障害は、臨床的に意味のある苦痛、または両親や同胞、仲間、他の養育者との関係や学校活動における機能の障害を引き起こしている。

G. その障害は、物質（例：医薬品またはアルコール）または他の医学的疾患の生理学的作用によるものではない。

▶ いずれかを特定せよ

解離症状を伴う：症状が心的外傷後ストレス障害の基準を満たし、次のいずれかの症状を持続的または反復的に体験する。

1. **離人感**：自分の精神機能や身体から遊離し、あたかも外部の傍観者であるかのように感じる持続的または反復的な体験（例：夢の中にいるような感じ、自己または身体の非現実感や、時間が進むのが遅い感覚）
2. **現実感消失**：周囲の非現実感の持続的または反復的な体験（例：まわりの世界が非現実的で、夢のようで、ぼんやりし、またはゆがんでいるように体験される）

注：この下位分類を用いるには、解離症状が物質（例：意識喪失）または他の医学的疾患（例：複雑部分発作）の生理学的作用によるものであってはならない。

▶ 該当すれば特定せよ

遅延顯症型：その出来事から少なくとも6カ月間（いくつかの症状の発症や発現が即時であったとしても）診断基準を完全には満たしていない場合

(2) PTSDの診断方法

PTSDの診断は、構造化診断面接法と自記式質問紙法に大別されますが、目的に応じて双方を使い分けるのが適切といえます。日常診療の限られた時間内で、PTSDの多彩な症状を捉えることには限界があるため、例えば、症状の簡便なスクリーニングのために、まずは自記式質問紙法によるスクリーニングを行い、そこで抽出されたハイリスク者を対象として、構造化診断面接法により診断を確定するといった方法などが考えられます⁷⁾。

① 自記式質問紙法⁷⁾

● IES-R (Impact of Event Scale-Revised) 改訂出来事インパクト尺度^{*}

IES-RはHorowitzにより開発された出来事インパクト尺度をWeissらが改訂したもので、世界的に広く用いられています。最近1週間の再体験、回避、過覚醒の3症状に関する22項目の質問について、その強度を5段階(0~4点)で評価します。

※IES-R日本語版の質問紙および説明書は、公益財団法人東京都医学総合研究所ホームページよりダウンロードできます。

<http://www.igakuken.or.jp/mental-health/IES-R2014.pdf>

● PDS (Posttraumatic Diagnostic Scale) 外傷後ストレス診断面接尺度^{*}

PDSはDSM-IVのPTSD診断基準に準拠して作られた成人用の自記式質問用紙法で、過去1ヵ月間の症状頻度を4段階で評価します。

※PDSは、ストレス・災害時こころの情報支援センター 外傷後ストレス診断尺度よりダウンロードできます。

<https://www.ncnp.go.jp/saigai-kokoro/pdf/PDS.pdf>

② 構造化診断面接法

● CAPS (Clinician-Administered PTSD Scale) PTSD臨床診断面接尺度^{※7)}

CAPSは、最も精度の高い診断法として世界的に広く用いられています。専門的な講習を受けた面接者が、DSM-IVで示される17の症状項目について既定の質問を行い、症状の頻度と強度の両方をそれぞれ5段階で評価します。その後、患者の症状による全体的な苦痛の程度や社会的、職業的、総合的な障害の程度を5段階で評価します。

▼PTSDと他の精神疾患が併存している場合の注意点

PTSDはうつ病、睡眠障害、不安障害、アルコール依存など他の精神疾患の併存が多いことが知られています。併存疾患があると、自殺・自傷などの衝動行動が出現しやすくなるため⁸⁾、PTSDの治療にあたってはPTSD症状だけでなく、アルコール依存や他の精神疾患の存在、希死念慮に対する注意が必要です。

3. PTSDの治療方法

PTSD患者では、前述した症状や併存障害などのためにトラウマ体験以後の生活が大きく変化します。それまで可能だった活動が困難になったり、周囲から孤立する、引きこもるなど社会的活動が障害されたりします。そのような変化に対して、支持的・受容的・共感的な態度で接することはどのような治療を選択する場合にも重要です。

PTSDの治療は、治療者と患者との信頼関係の構築などの「基本的ケア」をベースに、長時間曝露療法などのトラウマ焦点化認知行動療法、EMDR：Eye Movement Desensitization and Reprocessing（眼球運動による脱感作と再処理法）を含めた「精神療法」、SSRIを中心とした「薬物療法」があります¹⁾。

（1）精神療法³⁾

認知行動療法などの精神療法は、多くのPTSD患者に対して有効です。治療者が患者の話をよく聴き、それを理解して支持すること（支持的精神療法）は、患者との信頼関係を構築していく上で重要であり、治療における基本的姿勢として大切です。

特に、トラウマに特化した認知行動療法（cognitive behavioral therapy：CBT）に関するエビデンスは多く、その有用性が実証されています。しかしながら、CBTを提供できる医療施設は精神科専門機関であっても限られており、専門的な精神療法のニーズに十分には応えられないのが現状です。

（2）薬物療法

PTSDの薬物療法にあたっては、International Pharmacological Algorithm ProjectによるPTSD薬物療法アルゴリズム⁹⁾、National Institute of Clinical Excellence¹⁰⁾、International Society for Traumatic Stress Studies¹¹⁾等のガイドラインが国内外で発刊されています。

PTSDに対する薬物療法として、国内で第一選択薬となっているのはセルトラリン、パロキセチンといった選択的セロトニン再取り込み阻害薬（selective serotonin reuptake inhibitor: SSRI）と呼ばれる抗うつ薬です。

選択的セロトニン再取り込み阻害薬（SSRI）は、PTSDの症状に対して多くの効果を認め、副作用が比較的少ないため、多くのガイドラインで第一選択薬として推奨されています。

4. トラウマを経験した患者への対応

PTSDの患者さんにとって、初診時に自らのトラウマ体験を話すことは大きな抵抗が生じるため、治療が進み信頼関係が築かれてから話をすることが少なくありません。PTSDが疑われる患者さんに対しては、積極的に何かあったかを尋ねる必要がありますが、その際には以下のような配慮が必要です[※]。

※「日本トラウマティック・ストレス学会：PTSD初期対応マニュアル：プライマリケア医のために」より抜粋¹²⁾。

(1) 患者さんの体験に共感し、丁寧に聴く

- PTSDを引き起こしたトラウマ体験は、非常に苦痛で過酷なものであるため、まず患者さんの苦しみや辛さに対して共感的に接することが重要です。特に最初の段階では、トラウマ体験を共感的に丁寧に聴くことが患者さんを安心させ、信頼関係を構築する上で役立ちます。
- トラウマ体験の詳細については、患者さんから無理に話を引き出さず、患者さんが話せる範囲のことを患者さんのペースで聴いていくことが大切です。
- 患者さんが取った行動への批判や、被害の軽視は控えなければなりません。

(2) 患者さんやご家族への説明が大切です

患者さんは、自らのPTSD症状には気づいていないか、またはそのような症状は自分の性格の弱さが原因だと考えていることが多いため、PTSDは誰にでも起こり得る病気であることを説明する必要があります。患者さんのみならず、ご家族や周囲の支援者にも伝えることが望まれます。

(3) 自分自身で症状に対処できる方法を教える

患者さんは、トラウマ体験によって無力感を感じ、自己コントロールを失っていることが多いものです。猛烈な不安やフラッシュバックが起きても、自分が対処できる方法を知っておくことは、自己コントロールを取り戻す上で有効です。呼吸法や、筋弛緩法、自律訓練法などが役に立ちます。

(4) 現実的な問題の対処を援助する

ひととおり症状の確認を終えたら、他に何か心配なことや気になっていることはないかを尋ねることは有用です。トラウマ体験を受けた患者さんは、現在の生活において困難や問題を抱えていることがあります。治療に際して、そのような現実的な問題に対応できるように支援していくことが望されます。

(5) 必要な社会資源やサポートへつなげる

トラウマ体験は、患者さん一人の力や医療だけで対処できないことがあります。医療機関では「優先順位の整理」「判断できるように一緒に考える」「必要な機関への紹介」などの支援が可能です。必要に応じて、刑事司法手続き、生活支援は専門的な支援機関などがあるので、それらの社会的サポートに患者さんをつなげることが必要です。

(6) 症状が改善しない、併存疾患の問題があるときは専門医を紹介する

薬物療法や支持的な対応を行ってもPTSD症状が改善しない場合、うつ病・アルコール依存症など併存疾患の問題がある場合、また自傷行為・自殺行動の危険がある場合には、入院施設を備えた精神科医療機関への紹介が望まれます。

詳細につきましては、一般社団法人日本トラウマティック・ストレス学会ホームページに掲載されている「PTSD初期対応マニュアル：プライマリケア医のために」
(https://www.jstss.org/docs/2013090600351/file_contents/manual.pdf) をご確認ください。

【参考文献】

- 1) 飛鳥井 望 : 外傷後ストレス障害, 臨床精神医学35(増刊号) : 145-150, 2006
- 2) 外傷ストレス関連障害に関する研究会 金 吉晴編 : 心的トラウマの理解とケア 第2版 総論1トラウマ 反応と診断 じほう : 2006
- 3) 日本トラウマティック・ストレス学会 : PTSDの薬物療法ガイドライン : プライマリケア医のために (第1版、2013年9月6日)
- 4) 高橋 三郎監修 : 精神科診断面接マニュアルSCID 第2版 日本評論社 : 206, 2010
- 5) 大坪 天平ほか訳 : M.I.N.I. 精神疾患簡易構造化面接法 日本語版 星和書店 : 34, 2003
- 6) 日本精神神経学会(日本語版用語監修), 高橋 三郎・大野 裕(監訳) : DSM-5精神疾患の診断・統計マニュアル 医学書院 : 269-272, 2014
- 7) 飛鳥井 望 : 第3章 治療法 症状評価尺度 最新医学別冊 心的外傷後ストレス障害(PTSD) 飛鳥井 望編 第1版 最新医学社 : 91-97, 2011
- 8) Calabrese, J. R. et al. : J Clin Psychiatry 72 (8) : 1072-1078, 2011
- 9) International Psychopharmacology Algorithm (IPAP) Project: The post-traumatic stress disorder (PTSD) algorithm. International Psychopharmacology Algorithm Project, 2006 (金 吉晴, 原 恵利子 翻訳 : IPAP PTSD薬物療法アルゴリズム日本語版. メディカルフロントインターナショナル : 2007)
- 10) National Institute for Clinical Excellence: Post-traumatic stress disorder: the management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. Royal College of Psychiatrists, London, 2005
- 11) Forbes D, Bisson JI, Monson CM, Berliner L : Effective Treatments for PTSD, 3rd edition. Guilford Press, New York, 2020 (飛鳥井 望監訳 : PTSD治療ガイドライン第3版 金剛出版 : 2022)
- 12) 日本トラウマティック・ストレス学会 : PTSD初期対応マニュアル : プライマリケア医のために (第1版、2013年9月6日)

MEMO

☆詳細は電子化された添付文書(電子添文)をご参照いただきますようお願い申し上げます。

最新の電子添文は以下のホームページに掲載しております。

- ・PMDAホームページ「医薬品に関する情報」:

<https://www.pmda.go.jp/safety/info-services/drugs/0001.html>

- ・弊社ホームページ:

<https://www.daiichisankyo-ep.co.jp/>

また、専用アプリ「添文ナビ」より、GS1データバーを読み取ることでも電子添文等をご参照いただけます。

セルトラリン錠「DSEP」 
(01)14987081184740

製造販売元

第一三共エスファ株式会社

東京都中央区日本橋本町3-5-1



販売提携

第一三共株式会社

東京都中央区日本橋本町3-5-1