

2009年3月15日、16日
精神病早期介入セミナー概要

演者:

Dr Jo Smith, Consultant Clinical Psychologist and Early Intervention Lead with Worcestershire Mental Health Partnership NHS Trust and NIMHE Joint National Early Intervention Programme Lead for England

Dr Paul French, Nurse Consultant, Associate Director for Early Intervention in Greater Manchester West Mental Health NHS foundation Trust and CSIP North West Associate for Early Intervention

:

セミナーの目的:

1. 精神病早期介入および精神病発症「危険状態」の人に対する早期発見・早期介入の理論的根拠およびエビデンスを理解する
2. 早期介入サービスのコア構成要素を理解する
3. いかなる種類の介入が誰にとって適切であるかについて考える
4. 早期介入サービスを実施する際の主要な臨床上およびサービス上の問題について考える
5. 日本の状況での早期介入および早期発見サービスの実施について考える

教授方法:

演者からの発表

小グループでの討論

小グループでの課題

推奨図書:

- Birchwood M, Fowler D and Jackson C (2000) (EDS) Early Intervention in Psychosis. A Guide to Concepts, Evidence and Interventions. John Wiley and Sons Ltd., Chichester.
- Edwards J and McGorry P.D. (2002) Implementing Early Intervention in psychosis. A guide to Establishing Early Psychosis Services. Martin Dunitz Ltd., London. 水野雅文ほか（監訳）：精神疾患早期介入の実際 早期精神病サービスガイド、東京、金剛出版、2003
- IRIS (2000) Early Intervention Psychosis: Clinical Guidelines. Service Frameworks. IRIS/Rethink, Birmingham. 針間博彦ほか（訳）：精神病早期介入-臨床ガイドラインとサービスの枠組み(配布)
- The Sainsbury Centre for Mental Health (2003) A Window of Opportunity: A Practical Guide for Developing Early Intervention in Psychosis Services. SCMH, London
- French, P., Smith, J., Shiers, D. Read, M. and Rayne, M. eds. (2009) Promoting Recovery in Early Intervention. A Practice Manual. Blackwell Press, Oxford
- French, P & Morrison, A.P (2004) Early Detection and Cognitive Therapy for People at High Risk of Developing Psychosis: A treatment Approach. 松本和紀ほか（訳）：統合失調症の早期発見と認知療法—発症リスクの高い状態への治療的アプローチ、東京、星和書店、2006

役に立つホームページ:

www.iris-initiative.org.uk – 精神病早期介入サービスの優れた実践を促進する英国のサイト。早期発見・早期治療の指針、ダウンロード可能なファクトシート、パワーポイントのスライド。 .

www.bcscs.com -多くのダウンロード可能な役立つ情報が掲載されたカナダ・ブリティッシュコロンビアのサイトホームページ。

www.psychosissucks.ca – 若者に向けた精神病の役立つ説明が掲載されたカナダのサイト。

www.eppic.org.au – 初回エピソード精神病の人のための、非常に影響力のある豪州のサイト。若者と家族向けの包括的なダウンロード可能な情報シートが掲載されている。 .

www.am-i-ok.co.uk – 英国バッキンガムシャー早期介入サービスのサイト。

www.gethelpearly.ca/home.htm - カナダのオンタリオ精神病早期介入作業部会と連携して発展した「早期精神病介入(EPI)若者と家族教育運動」。

www.pepp.ca – カナダの PEPP 早期介入アプローチのサイト

www.tips-info.com/index.cfm?id=126154 – ノルウェイ TIPS のサイト。

www.wheres-your-head-at.com – バーミンガムの若者精神保健サービス・精神保健理解のためのサイト

Dr. 30 N9.CP.OT 30.
PSW 30

精神病早期介入セミナー 第1日(3月15日)のプログラム概要

挨拶と自己紹介

精神病早期介入：概観 **Early Intervention in Psychosis: Overview.**

論拠 Rationale
早期精神病宣言 Early Psychosis Declaration (EPD)
早期介入の原則 EI Principles
早期介入のコア構成要素 Core components of EI
サービスモデル Service Models
地方での実施 Implementation in a rural setting
思春期発症の初回エピソード精神病 Adolescent onset FEP
転帰の評価 Outcome evaluation
今後の課題 Further challenges
質疑 Questions

completion

演習：早期精神病宣言自己評価ツールの記入 **Exercise: EPD self assessment tool**

関わり、評価、定式化 **Engagement, Assessment and Formulation:**

関わり Engagement
思春期の人への対応 Working with adolescents
評価と定式化 Assessment and formulation
診断上の不確定性 Diagnostic uncertainty
ケアプラン作成 Care planning
ケースマネジメントの役割 Case management role
専門チームの役割 Specialist team roles
質疑 Questions

engagement

演習：ケーススタディ 1：評価と関わり **Exercise: Case study 1: assessment and**

心理・社会的介入 **Psycho-social Interventions:**

家族への心理教育 Family psycho-education
再発予防ツール Relapse prevention tools
認知行動療法による介入 CBT interventions
二次的病態に取り組む Tackling Secondary Morbidity
心理的適応 Psychological adjustment
グループワーク Group Work
質疑 Questions

他の介入方法 **Other Interventions:**

effect management

入院治療と在宅治療 Inpatient care and home treatment
薬物療法と副作用のマネジメント Pharmacotherapy and side

Social Roles

薬物/アルコールの問題 Drug/Alcohol problems
認知の問題 Cognitive difficulties
学業上、職業上および社会的役割 Educational, vocational and

Psychology/SKT/JS/BABCP

finance 実務：住居と生活費の援助 Pragmatics: help with housing and

身体的健康の見直し Physical Health reviews
Education コミュニティの能力開発と教育 Community Development and

質疑 Questions

家族支援 Working with Families:

家族のニーズ Needs of families

心理教育 Psychoeducation

家族に対する介入と支援 Family Intervention and support

同胞のニーズ Needs of Siblings

演習：ケーススタディ 2：定式化と介入プラン作成 Exercise: Case study 2:
formulation and intervention planning

初日終了

**精神病早期介入セミナー
第2日(3月16日)のプログラム概要**

挨拶と初日の復習 Welcome and review from day 1

早期発見：概観 Early Detection: Overview.

論拠 Rationale

エビデンス Evidence base

原則/ガイドライン Principles/Guidelines

介入 Interventions

実施 Implementation

質疑 Questions

啓発活動 Awareness Raising

教育キャンペーン Education campaigns

多くの機関と連携する Working with multiple agencies

質疑 Questions

Mental States 発症危険精神状態(ARMS)に対する介入方策 intervention strategies for At Risk

実行可能な介入の概観 Overview of potential interventions

文献のレビュー Review of literature

治療の選択肢 Treatment options

ARMS に対する認知行動療法 CBT for ARMS

質疑 Questions

**日本での早期発見・早期治療の実施 Implementing early detection and early
Intervention within Japan**

次のステップ Next steps

追加支援 Additional support

向上研修の必要性 Further Training needs

有用な資源 Useful resources
評価の戦略 Evaluation strategies
質疑 Questions

セミナー終了

スライド・配布資料翻訳

都立松沢病院

浅野未苗

石川博康

大島淑夫

岡田直大

崎川典子

白井有美

高浜三穂子

徳永太郎

豊田英真

針間博彦

日本、2009年3月

精神病早期介入 ワークショップ 第1日

ジョー・スミス Jo Smith
and
ポール・フレンチ Paul French



概観

2

概観

- 論拠
- 早期精神病宣言 (EPD)
- 早期介入の原則
- 早期介入のコア構成要素
- サービスモデル
- 地方での実施
- 思春期発症の初回エピソード精神病
- アウトカムの評価
- 今後の問題

3

初回エピソード精神病の 有病率と発生率

- コミュニティ内で1%の有病率
- 地方では10万人あたり10の新たなケース
- 都市部では10万人あたり50-60の新たなケース
- 2000人を担当する英国の平均的なかかりつけ医 (GP) は、年間1-2の新たなケースを診察する (場所とそこでの罹患率による)

4

支援へのアクセスと サービスの対応

- 世話をする人が援助希求を始めることが最も多い
- かかりつけ医 (GP) が受診経路で重要な役割
- 精神病未治療期間 (DUP) は平均12-18ヵ月
- 初回エピソード精神病の患者の80%が入院
- 50-60%の患者が強制入院
- サービスの介入は様々だが、症状の管理が優先される傾向がある
- 心理的、社会的、家族への介入はルーチンに含まれていない

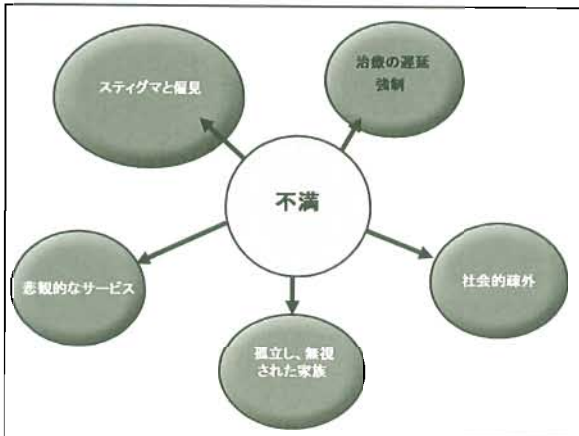
5

転帰

- 85%が6か月以内に完全寛解し、25%は1回のエピソードのみ
- 過半は今後の精神病エピソードのリスクがあり、2年以内に50%が再発し、寛解の速さ/質は再発を繰り返すたびに悪化する
- 45%が自殺企図を行い、10のうち1が既遂する
- 1/3は1年後にフォローアップできない
- 社会的疎外への経路: 88%が無職
- 健康面の不平等: 平均余命が20%短い

6

5年以内
最初の入院後体息が
トラウマに陥る
High risk
喫煙、栄養不足
運動不足

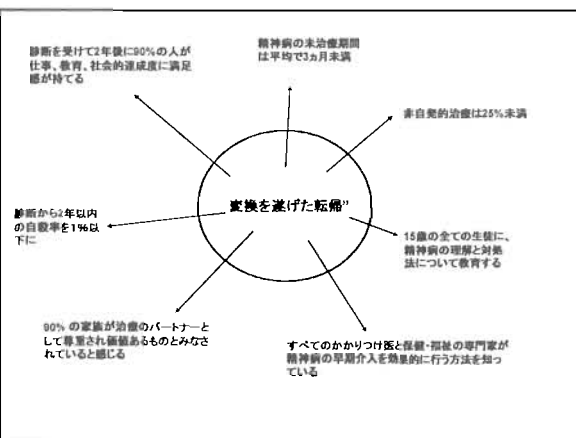
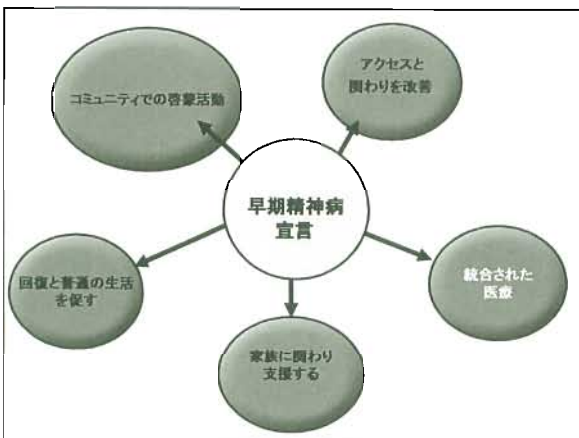


早期介入の論拠

「精神病早期介入」は研究に基づくで初回エピソード精神病の若者に対する治療パラダイムであり、3つのコンセプトからなる

- 精神病の早期発見
- 精神病未治療期間を短縮する
- 発症後の3～5年(臨界期)の目標を定めた介入が、後の生物学的、心理的、社会的転帰にとって重要である

9



早期介入の目的

- 精神病未治療期間の短縮のため、初回エピソード精神病の早期発見とマネジメントにおける一次医療と二次医療の連携を促進する
- 寛解を促し、再発を防ぐための効果的な早期介入を行う。介入は薬物治療だけでなく、認知行動療法、再発徴候についての話し合い、家族介入などの補助的な心理社会的介入がある。
- 体験が正常なものであると認め(正常化)、外傷の悪影響、抑うつ、自殺を減少させる
- ① 社会的、学業上、職業上の機能を最大にする

11

早期介入の指針となる原則とは

- 若者とユーザーに焦点を当てる
- 早期の、積極的な、持続的な関わり
- 診断の不確定性を受け入れる ← *diagnostic uncertainty*
- スティグマと制限が最も少ない環境で、抗精神病薬の患者自身の選択と低用量の使用、認知療法、再発予防戦略を重視した治療
- 社会的役割を強調
- 家族中心のアプローチ

12

生活正常化 normalizing

早期介入のコア構成要素1

- **明らかな精神病の早期発見と評価**
これには受診経路の調査と一次医療と二次医療の協力が必要となる
- **ケースマネジャーの早期からの持続的な関わり**
ケースマネジャーをできるだけ早期に割り当てることにより、「臨界期」全体を通じて関わりとラポールを築き、対象者・家族と共にいるようにする。積極的訪問モデル内で行うことが望ましい。

13

学校など → 専門家の評価 ... ケアの連続性
↓
一次医療 ← 何を始めるのか?

早期介入のコア構成要素2

- **包括的で共同的な共有の評価プラン**
包括的で共同的な、対象者と家族のニーズと好みに合わせた評価プランを作成すべきである
- **低用量の薬物治療**
急性精神病のマネジメントには、低用量の(非定型が望ましい)抗精神病薬による薬物治療と認知療法を行うべきである

← 家庭訪問
← 1/4 is drug free
week.

14

早期介入のコア構成要素3

- **家族アプローチ**
家族と友人は関わり、評価、治療、回復過程に積極的に関与すべきである
- **再発予防**
再発予防と治療抵抗性に対する戦略は、脆弱因子、予防、早期発見を含んだものを実施する

15

早期介入のコア構成要素4

- **仕事と評価される職業へのアクセス**
研修、仕事、評価される職業への経路を容易にする戦略を展開すべきである。
- **日常生活の基本的ニーズの評価**
ケアプランは日常生活の基本的ニーズを取り扱い、住居、金銭面、実質的支援のニーズが満たされ、定期的に見直されるようにする。

← 10年の教育
↓
定住の目標

16

早期介入のコア構成要素5

- **併存する問題の評価と治療**
介入は物質乱用、抑うつ、自殺念慮といった併存する問題の評価とマネジメントも含むべきである
- **公共教育の戦略**
精神病に対する肯定的イメージを促進し、その治療可能性を強調する地域的戦略

17

Appenger →
I地域社会の
つながり

早期介入サービスのモデル

- 専門の早期介入チーム/サービス
- 一般的な地域精神保健チーム(CMHT)モデル
- リエゾン一次医療モデル
- ユースサービスモデル
- ハイブリッド「ハブ集中方式」モデル

18

Manchester ... many young people
↓
Northwest ... rural. → different setting

早期介入専門チーム/サービス: 利点

- このモデルに基づく国際的エビデンス
- モデルに忠実
- 焦点と優先順位が明確な、資金が保証された専用のサービス
- チームの価値観/考え方/実践方法が共有されている
- 支援/スーパービジョン/マネジメントの手配
- スタッフの熱意と専念
- 専門的な知識とサービス提供

19

一般的な地域精神保健チーム(CMHT)モデル: 利点

- 一次医療および他の地域サービス/機関との連携が良い
- ケアに連続性があり、途切れない
- 地域的な対応に優れ、機を逃さない
- コストが低い
- 医療責任に関する議論が回避される
- 早期介入を他の運動と結び付ける可能性がある
- 既存の資源/チームを用いる

20

リエゾン一次医療モデル: 利点

- 受診経路において重要な役割を果たしている一次医療に対して特有の支援を行う
- リエゾンの役割は専門の早期介入サービスが行っても、あるいは一般的なチーム内の専門の早期介入ワーカーが行ってもよい
- ケアに連続性があり、途切れない
- 地域的な対応/柔軟性の能力
- 一次医療内での所有と学習
- スティグマを与えにくい/一次医療内での専門支援にアクセスしやすい

21

ユースサービスモデル: 利点

- 若者の「精神保健」を含む若者のニーズという文脈内での早期介入
- 「若者」中心が維持される
- 他のユース関連運動/機関との連携
- 若者を優先する他の資金拠出にアクセスできる
- 既存の若者関連の資源/拠点をを用いる
- 関わりやすく、スティグマが少ない
- 問題/支援のニーズ(社会的vs医学的)を理解するための代替モデル

22

④ ハイブリッド「ハブ集中方式」モデル: 利点

- 専任の早期介入チームワーカー(「スポーク」)が、専門の支援とスーパービジョンにアクセスするため「ハブ」と連携する
- 早期介入ワーカーが連携する専門の「ハブ」を維持することにより、モデルの忠実性が保証されやすい
- 一般的な精神保健チームの同僚との連携を容易にし、一般的なチーム内での所有と学習を促す
- 一般的なチーム内に拠点を置く専任の早期介入ワーカーを置くことにより、技能の希釈/資源の競争を防ぎやすい

23

サービスモデル: 地方における早期介入 障害と問題 1

- 精神病の罹患率と発生率は都市部よりも低い
- 国際的な早期介入サービスの大半は都市部ですめられてきた
- 地理的な距離/散在し不均一なコミュニティ
- 公共交通機関/アクセスの問題
- 資源の限界: 資金、人的資源(採用)、研修、仲間同士の支援

24

rural type community

やり方を変える必要がある

サービスモデル:地方における早期介入 障害と問題2

- サービスの基盤に乏しく、娯楽施設/機会が不足
(例:社会的、住居、雇用)
- 結び付きの強いコミュニティでのスティグマ、噂、
守秘に関する懸念
- 援助希求行動と早期の紹介が都市部よりも少ない

26

サービスモデル:重要な問題

- 早期介入の原則とコア構成要素への忠実さを維持すること
- 地域の状況、ニーズ、強み、既存のサービス形態に
適合/対応する柔軟性
- 受診経路の調査を含む、対象者と家族にとっての
アウトカムが達成されるようモニターする
- 早期介入サービスのモデルは転帰に影響を与える重
要な因子だが、実際に違いを生むのは提供されるサ
ービスの質である

26

思春期発症の初回エピソード精神病(FEP)

比較的少なく、13歳未満の発症はまれ:

- 10代の有病率は0.54%
- 13歳では、人口10万人あたり0.9人
- 18歳では、人口10万人あたり17.6人

(Gilberg et al, 1995)

- 成人患者の5%で、FEPは16歳以前
- 成人患者の20%で、FEPは20歳以前

(Hafner and Norøwworthy,1995)

27

思春期発症の初回エピソード精神病

- 転帰に関する取り組みは不十分であるが、大半が再発
を繰り返し著しい社会機能の障害を伴うなど予後不良で
あることを示唆している(Hollis,2000)
- フォローアップ後の診断的安定性(統合失調症あるいは
感情障害の診断基準を満たすこと)は、成人と同様
(Hollis,2000)
- 初回エピソード精神病の発現は、思春期の正常な発達
上の移行と社会機能および学業機能に重大な支障をき
たしうる
- 自殺のリスクがとくに高い群 (Rossall and
Mortensen,1997)

28

思春期発症の初回エピソード精神病 サービス提供上の問題

- 年齢に適したサービス提供の不足 (特に患者サービスの提供)
- 児童思春期精神保健サービス(CAMHS)と成人サービスは、ケアセ
クターが異なるために切り離されており、施設の組織構造も異なる
ことが多い
- CAMHSと成人サービス間の移行問題という経緯
- CAMHSと成人サービスは委託のプロセスが異なる
- 抗精神病薬による治療の処方と中止に関する年齢特有の情報が
限られている
- 未成年者を対象とした業務に関する法的問題 (情報開示の強化、
同意、守秘の問題)
- 「行動療法的家族介入」など精神病に対する心理社会的介入に関
して、CAMHSでの研修と専門性は限られている
- CAMHSと成人サービスでは、ケアモデル、言葉使い、業務方法が
異なる

29

思春期発症の初回エピソード精神病 サービスの提供

- 移行「連携ワーカー」
- CAMHSから早期介入への移行プロトコール
- 発達面と家族を中心とする
- CAMHSと成人精神保健サービス両方のチー
ムからの専門技能を混ぜる
- 年齢に適した危機対応と入院治療
- CAMHSと早期介入の合同研修の機会

早期介入臨床サービスの転帰

Worcestershire EIS 転帰データ (Smith, 2006; Smith, 2009)

| | 全国調査のデータ | Worces EIS 2006, n=78 | Worces EIS 2008, n=106 |
|---------------------|-------------|-----------------------|------------------------|
| 精神病未治療期間 (DUP) | 12-18m | 5-6m | TBC |
| FEPによる入院(早期介入の開始時)% | 80% | 41% | 17.5% |
| 精神保健法による入院% | 50% | 27% | 10% |
| 再入院 | 50% (2年後) | 28% (9.5%が精神保健法による入院) | 17% (56%が精神保健法による入院) |
| 12ヶ月後の関与継続率% | 50% | 100% (79%が関与良好) | 99% (70%が関与良好) |
| 家族の関与(満足度) | 49%(36%) | 91%(71%) | 84%(人平不飽) |
| 就労率(就学, 研修中を含む) | 8-18% | 55% | 56% |
| 自殺全例 | 48% | 21% | 7% |
| 自殺既遂 | 10%(最初の5年後) | 0% | 0% |

日本の全国調査データは? DHは同じか?

早期介入の転帰研究

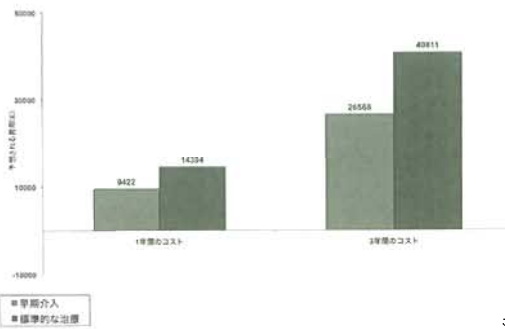
- 増加する国際的エビデンス: OPUS, EPPIC, LEO, Sweden Parachute Projectの転帰データ
- 文献: Addington, 2007, McGorry 2007 総説
- 英国の早期介入研究:
 - London MI-Data ロンドン全体の研究ネットワーク
 - 初回エピソード研究ネットワーク (FERN)
 - EDEN, National EDEN
- 英国の早期発見研究:
 - EDIE and EDIE2 trial
 - EDIT
 - REDIRECT

32

Local: (Lancaster, Cornwall, Birmingham, Cambridge, etc...)

英国における早期介入の費用経済データ

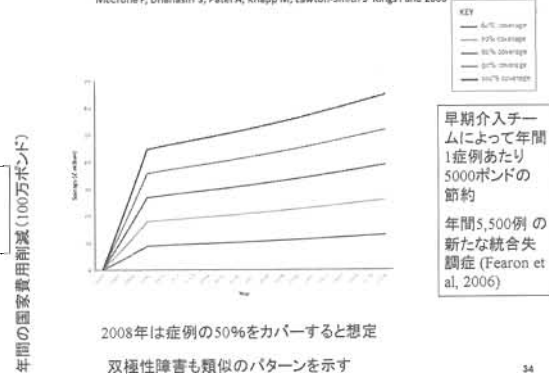
(McCrone, Dhanasari, Knapp 2007)



33

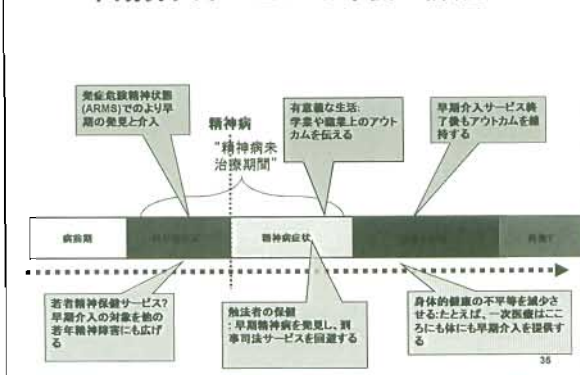
代償を払う: 2026年までのイングランドの精神医療費用

McCrone P, Dhanasari S, Patel A, Knapp M, Lawton-Smith S Kings Fund 2008



34

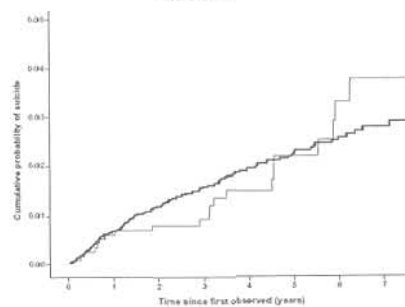
早期介入サービスの今後の課題



35

早期精神病治療群による自殺の生存率と

観察開始からの年数



Impact of a specialized early psychosis treatment programme on suicide. Retrospective cohort study Harris, Burgess, Chant, Pirikis McGorry Early Intervention in Psychiatry 2008; 24:11-21

**グループ演習:
早期精神病宣言(EPD)自己評価**

小グループで話し合い(同僚や同じ地域の人)、
「早期精神病宣言自己評価用紙」に記入し、
各地域での早期介入実施に関して今自分たちが
どの位置にいるのか、ベースライとなる評価を行
いましょう

関わり、評価、定式化

関わり、評価、定式化

- 関わり
- 思春期の人を対象にするには
- 評価と定式化
- 診断上の不確かさ
- ケアプラン作成
- ケースマネジメントの役割
- 専門チームの役割

関わり

- 対象者と共通する基盤がないか探す
- 体験に対する個人的説明モデルという早急な直面化を避ける
- 介入の柔軟な提供
- 実質的な援助を行い、対象者にとって重要な問題の解決に焦点を当てる
- 家庭訪問を行い、予約表は用いず、一人のワーカーが頻回にクライアントに接触する
- 処方薬を内服しないこと、不法薬物の使用、面会に応じないことは、関わりを終了させる理由にならない

関わり

- 若者の関心に焦点を当てる: 仕事や自立に関する若者の文化や目標を反映させる
- サービスにかからない危険のあるクライアントの持続的フォローアップによる積極的訪問モデル
- 関わりはクライアントが自覚するニーズに基づき、その人の強みを足場にする
- 自宅、カフェ、大学などスティグマの少ない場所での関わり
- 病識に乏しい場合、家族と共に、また家族を通じて対象者に関わるようにする
- 「チームアプローチ」は対象者のニーズとスタッフの技能をマッチさせ、サービス提供の連続性を保つ

思春期の人を対象にするには

- 思春期の発達を理解する: 自立と制御、抽象的思考、口論と反論、新しい技能の実践欲
- 感情のコミュニケーション: 聞き出しにくい、虚勢、防衛として用いられる否認と投影
- おうち返し、オープンクエスチョン、ユーモアを用いる
- 平易で中立的な質問を行い、関心事について問う
- 他の思春期の人の体験や反応について話し合う
- その人の強みを聞き出す

engagement

薬を飲まないこと保証

ユーザーフレンドリー

予約をキャンセルしにくいサービス

病友以外の話も、
異常体質
話すと自体
楽しい。

介入を拒否するケース 3~4回はフォローアップ必要

複数人がいるチーム: 性別の問題

精神病を背負っている
働いている人がいることE
知らない
アクセス

なぜ援助を求めようとしないのか

- 精神病とその治療可能性に関する知識が乏しい
- 問題が存在することの否認、あるいは援助がなくても問題は解決できるという確信
- 体験の魔術的/宗教的解釈モデル
- 精神保健の問題、専門家、治療に関するスティグマ、恐怖心、恥ずかしさ
- 専門家や治療に対する信頼不足
- 利用可能な援助に関する知識不足
- 問題の重大さを矮小化/最小化する
- 既存のネットワーク内に問題を留めたいという欲求

positive voice.
体験を →
身している
ケースもある。
↓
悪い声は。

評価 1

- 精神状態、治療歴と身体的健康(加えて関連する身体的検査)
- 生物学的、心理的および社会的脆弱性と強み
- リスク評価と犯罪歴 自殺など
- 発達歴
- 生活状況および経済状況
- 並存症: 精神遅滞、物質使用、抑うつ、不安、自殺傾向、社会回避、PTSD

評価 2

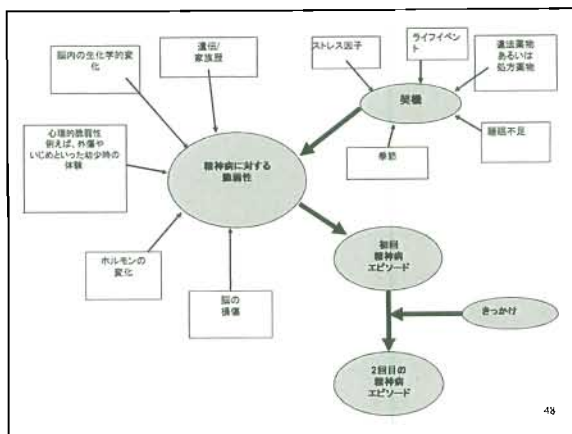
- 生活歴: 学歴、職歴、社会的人間関係(これまでに達成した最も高い学業および職業上の機能水準を含む)
- 前駆症の既往と病前の機能
- 受診経路
- 家族歴、人間関係、属性、理解
- 社会資源と社会ネットワークへのアクセス
- スティグマ問題、体験の解釈モデル、将来に対する見方

評価の要約

- 対象者の医学的、心理的、社会的、学業上および職業上のニーズ
- 対象者の強み
- 対象者が自身のニーズをどのように自覚しているか
- 家族の強みとニーズ

定式化

- ストレス脆弱性モデルに基づく生物-心理-社会的枠組み
- 対象者によって脆弱性、きっかけ、ストレスは異なる
- 脆弱な素因という文脈の中で精神病は生じる(生物-心理-社会的由来)
- 発症はイベントがきっかけとなる(ライフイベント、社会的逆境、薬物)
- 注意、知覚あるいは判断という認知過程の障害を生じる



診断が確定するには
時間がかかる

定式化(続き)

- 内的に生成された出来事(思考、記憶、希望、期待、恐怖)が外的な出来事(現在進行中の知覚と感覚)に帰せられるという混乱から、幻声が生じる
- 意味のない出来事が自分にとって意味があると感じられるという混乱から、妄想が生じる
- 感情の変化(とらわれ、苦痛、コントロールの喪失、有意味性)とそれに関連する行動の障害を伴う

49

④ 診断の不確定さを受け入れる

- 精神病状態の疑いvs.確定に基づく紹介。後者は再評価の閾値が低い
- 症状が安定するまで早急な診断は避ける
- 症状に基づく治療アプローチ
- 精神病状態に対するリスク/脆弱性の因子に基づく心理教育
- 初回エピソードに対して「精神病状態(psychosis)」ではなく「統合失調症」などの特定の診断を用いることは、信頼性が低い/非現実的であり、また否定的な固定観念を助長し、回復と転帰に対する期待を低くさせかねない

50

相手、当事者が使っている診断名を使う。否定的な心理を吐ける。

ケアプラン作成の焦点

- 精神病状態の発現に伴う外傷を最小にする
- 薬物治療と心理社会的介入による再発予防と二次的病態の軽減
- 回復促進とコミュニティへの再統合
- 改善の強化と適切なフォローアップの提供

51

ケアプラン作成の戦略

- クライアントに関わり、支持的治療同盟を發展させる
- バランスのとれた生物学的-心理社会的アプローチを用いる
- 少量の非定型抗精神病薬を用いる
- 疾病の病期とクライアントのニーズに目標を定めた適切な介入を行う
- ケアプラン作成とケア提供の経過に、家族、世話をする人、友人に参与してもらう
- ケアの連続性を確実なものにする

52

• 評価の必要性を評価する

ケースマネジャーの知識と技術

- ① 発達心理学
 - 精神医学、薬物治療、身体的健康
 - 薬物治療と副作用
 - 心理的治療と心理社会的介入
 - 物質乱用のマネジメント
 - リスクマネジメントと在宅治療
 - 抑うつ、自閉、精神遅滞、社会不安などの共存症問題
 - 認知の障害 *Autism, Asperger*
 - 社会的、学業上、職業上の介入
- ② 最新のバンドとレコードを!

53

入院の判断

専門家の紹介

ケースマネジャーの役割 1

- 「治療」モデルvs「仲介」モデル
- 対象者、家族、パートナーのニーズの評価
- 3年間の介入期間を通じて、クライアントのケア、サービス、見直しをコーディネートする
- 危機介入のためのプラン作成と時間外支援
- 治療関係を作る
- 積極的なフォローアップ

54

※ 専門家についているための知識が必要。
※ いろいろ教えてもらう。→ 関係を作る。

ケースマネージャーの役割 2

- 対象者、家族、パートナーに対する心理教育と支援を提供する
- 精神状態のモニタリング: 薬物治療および他の介入による影響、副作用、アドヒアランス
- 身体的健康のモニタリング
- 対象者と家族のカウンセリング
- 機能の低下を最小にする実際の支援を行い、コミュニティとのつながりを促す
- チームの同僚と共同で対象者と家族への臨床的介入を提供する

55

ケースマネージャーの役割 3

- 不安、物質乱用、抑うつ、PTSD、ストレスといった二次的な問題に取り組む
- 再発予防プランの作成
- 早期介入チーム内外の他の専門家、グループ、サービスへの紹介を連携しコーディネートする
- 学校、大学、雇用者と連携し復学や復職を進める
- 代理人として役割
- ケア終了プランの作成

56

医師の役割

- 診断 ← 4-6の他のメンバーの意見に基づき
- 薬物を処方し副作用をモニターする ← 英: T-2222の研究 維持の場合
- 身体的検査
- 医師の役割は責任のあるものであり、医療/司法問題を取り扱う
- 薬物治療と副作用を見直し、治療抵抗性の症状を同定する
- 身体的健康のモニタリング

57

心理士の役割

Leadley, Iqbal and Dodgson (2005) Clinical Psychologists and Early Intervention for Psychosis
BPS DCP E1 Psychology Briefing Paper

- 心理学的評価および定式化
- 専門的評価: 認知の障害と自閉
- 直接的な臨床業務: 精神病症状、社会不安、抑うつ、外傷、PTSD、強迫性障害、適応問題に対する個人およびグループでの心理的介入
- 間接的な臨床業務: ケアプランの心理的側面やクライアントへの心理的介入についてケースマネージャーへのコンサルタントとしての役割およびスーパービジョン
- チームの機能とプロセス
- 研究と評価
- 指導と発表
- サービスの作成
- 早期発見: 「発症リスク」のあるクライアントに対する認知行動療法による介入

58

他の専門家の役割

- 作業療法士: 社会的および職業的機能の評価と介入; 活動スケジュールの作成
- 復職ワーカー: 学業および職業上の回復ニーズに取り組む、個別職業紹介支援 (IPS) モデル
- 支援ワーカー: 社会機能、金銭管理、交通手段、ケアの予約、書類の記入などに関する支援
- 世話をする人のための支援ワーカー: 世話する人の評価、家族介入、心理教育と世話をする人の支援グループをコーディネートする

59

心理社会的介入

60

Q. Social Worker

チーム内(外) Hub&Spoke

engagement = 関係作り

ケースマネージャー: 看護・心理・OT

関わり
Q. 自己防衛的アプローチ?

@自分からどう関わってほしいか、考える

@motivational interview

本人の問題をどうおぼろげに問題にするか

Q. アプローチと
従事型の違い?

help seeking 1/3

non " 2/3

最初10年病歴ベース

→上手いかわ. 17年前65歳

心理社会的介入

- 家族の心理教育
- 早期徴候のモニタリングと介入
- 精神病症状のための認知行動療法
- 二次的病態に取り組むための認知行動療法
- 心理的適応
- グループワーク

61

家族への心理教育

- 発症、体験、確信、情動反応、介入の論拠を理解する枠組みを提供する
- 個別化されテラーされた、論破するのではなくレフレームする、その人の体験、確信、説明モデルと回復スタイルを受け入れるもの(統合する、あるいは封をする)
- 概念的枠組みとしてのストレス脆弱性モデル
- ステイグマを取り、正常なものと認める(正常化) ← 自信もたせろ
- 統制、適応および現実的樂觀を促す
- 再発防止を促進する
- 他の医学的病態との類似点を引き出す
- さまざまな教材とフォーマットを用いる

web情報
ITを使いこなす

62

若い人へは
信に
作ってもらう
経験者にまかそう

早期徴候のモニタリングと介入

- 再発防止は早期介入の主要目標である
- ストレス脆弱性モデルを用いた再発リスクに関する関わりと教育
- ストレスと脆弱性要因、ハイリスクな期間および行動の同定、修正および管理
- カード選びや時系列表を用いた、個別の「再発サイン」の同定
- 早期徴候に対応する「再発ドリル」の作成

63

★注意サインの同定、具体的なもの

早期徴候のモニタリングと介入

- 内服自己管理への同意
- 再発防止プランを支援する上でパートナーとその役割を確認する
- 危機時の支援手配に関する事前指示の作成
- 再発防止プランを文書化し共有する
- 再発モニタリングの予行と実践
- 再発サインを改良し再発ドリルを改善するための見直し

64

認知行動療法の目標

- 精神病症状を管理し、確信を修正し、個人的対処を強化する
- 心理的適応を促し、自信喪失、自己ステイグマ化、絶望という情動のおよび心理的問題の共存を予防あるいは軽減する
- **自尊心を守り強化する**
- 再発リスクを減少する
- 二次的病態を最小にする

65

認知行動療法の影響

- それに伴う混乱と深刻な情動に耐える
- 精神病体験およびその意味を探ることに伴うバイアスを評価する
- 問題の背景となる経緯を評価する。きっかけとなる出来事の性質は、欲求不満、孤独、失敗、内的葛藤、自尊心/安全保障感への脅威といった情動的問題を解く手がかりを与えてくれる

66

CBT: 早期からの方がやりやすい... CBTに対して
チーム各人が
役割分担することが重要。
↓
慢性期にはやりづらい。
• CBTが症状を軽減
症状に対する苦痛を軽減

- 枠組がCC2重要: 問題が個人のせいではない、と分かる

認知行動療法による介入

対象者が以下のことを理解する援助する

- 現在の体験/感情、生活歴、既存の確信に関連した、体験の内的あるいは個人的基盤
- 結論への飛躍、推論、感情的バイアスを通じて注意、判断、認知の自動思考プロセスに起こりうる障害の存在
- 体験と現在および以前の出来事との文脈/関係
- 精神病の外傷と折り合いをつける

67

認知行動療法: 精神病の維持1

- 最初に、異常体験(幻声や外的事象)は自分にとって意味がある(たとえば脅迫)、あるいは実存的に意味のある出来事である(たとえば神との接触)とみなされると、それは心理的反応を引き起こす
- 意味/目的、属性/期待を探り続け、心配、警戒、猜疑心という過程を経ることから、苦痛と防衛的行動が生じる
- その結果、記憶想起、日々の出来事の評価、過去/現在の体験の解釈にバイアスが生じる

68

他の意味は?

失業は → 深くかかると複雑さが増える

認知行動療法: 精神病の維持2

- 精神病体験を外的に生成されたもの、あるいは人生の意味や目的を与えるものとみなすことは、放棄することがより困難である
- 反対に、精神病体験を内的に生成されたものであって自身の脆弱性の一面を反映した自分自身の認知過程の一面とみなすことは、保護的である

69

精神症状に対する認知行動療法

- 自動思考の記録(出来事、考え、情動、行為)を用いた思考のモニタリング
- 思考における潜在的なバイアス/誤りを認識し同定する
- 想定を疑い、証拠と反証について、想定を検証し、証拠に反する体験を評価することを通じた、自動思考の論理的分析
- 気分/感情の調節および行動上の変化
- 基礎にある確信/図式の同定

70

二次的病態

- 二次的抑うつ(同一性、人生の方向性および主要な役割と地位の喪失。人生を制御不能な、価値のない、希望のないものとみなす)
- 社会不安(疎外され、避けられ、孤独だと感じる)
- 外傷(精神病体験や治療/薬物に関連し、過去の外傷に関連したPTSDを引き起こす)
- 自殺(精神病の意味、重大さ、影響を考えることに関連した抑うつと望みのなさ)

71

二次的病態

- 強迫性障害、パニック障害、全般性不安障害:
- 当初は精神病的体験と絡み合っていることがある。たとえば、妄想に対する応答としての不安や、妄想的確信を中立化するための強迫的儀式などである。
- これらの症状は精神病状態の消褪後に明らかになることがある
- 通常の活動を再開する経過の中で、人の手を借りずに処理や整理ができないことから、これらの症状が生じることがある

72

二次的病態を治療する 一般的アプローチ

- 広いレパートリーの認知行動療法に基づくこと
- 非精神病の領域における一次障害に対しては、有効性の確立された介入方法を用いること
- 心理教育の教材を用いること
- 機能不全的な確信/思考形式を発見するためのより複合的な認知的戦略、経験的な議論、エビデンスの収集と検証を行うこと

73

心理的適応

- クライエントの喪失、屈辱感、罵に落ちた感じを評価すること焦点を当てる
- 自責感を伴わない疾病の受容を促す
- 混沌に対する統制、適応、対処を促す
- 精神疾患に対する固定観念と自己スティグマ化の過程に挑む

74

グループワーク

- 社会的ネットワークの再構築
- 仲間グループによる支援と問題解決機能
- 社会的な相互作用技能と自信を身に付ける
- 目標設定と行動スケジュール作成
- 精神病について学んだ時や幻声に対処した時の体験について話し合う
- 生活技能と自信を身に付ける
- 自立、希望、回復を促す
- 年齢と病期に特化したグループ活動

76

他の介入方法

他の介入方法

- 薬物療法
- 入院治療と在宅治療
- 薬物/アルコールの使用
- 認知の問題
- 身体的健康のモニタリング
- 学業上、職業的および社会的役割
- 実際の支援: 住居、給付金、負債
- コミュニティでの能力開発と教育

77

薬物療法

- 診断を確認し器質的原因を除外するため、(可能であれば)最初は抗精神病薬を投与しない観察期間を設ける
- 非定型抗精神病薬の使用の閾値は低い
- ごく少量の抗精神病薬を、ベンゾジアゼピン系薬物を用いて非常に緩徐に滴定して使用する
- 治療アドヒアランスを促すことを通じて臨床的安定化をもたらす
- 寛解を目指す
- 治療抵抗性を早期に評価する(3ヶ月)
- 少なくとも1、2年間、薬物治療を維持する
- 副作用のモニタリングと副作用の積極的管理

78

Asperger's rap song
Information groups
心理教育

6~8人
SST-1000

① social confidence ② voices similar
(very interactive)
Year 月1回 課題を達成出来るように

→ 自身出来るようになる仲間が重要

お互いに学ぶようになる
x お金の節約・時間の節約

117. 6. 20
何人からこのグループで
どんなことをやって
何位回数にやるのか?

薬を飲んでも入りにくく中で、治療関係を強化 → 症状が出たらすぐ受診出来るように
右 = ダメ報告

入院治療と在宅治療

- 障害、スティグマ化、外傷を最小限にするために、可能な場合は必ず在宅治療を行うこと
- 時間外診療をカバーするシステムを設置する(危険解決/在宅治療チーム)
- 危機入院の回避を目指す: 在宅治療が実行不可能な場合、物質乱用、薬物治療の変更、リスクマネジメント、症状の安定化を達成するために入院が役立つ場合もある
- 年齢に適した、若者に優しい入院環境
- 治療の継続性を確実にするため、医学的責任は入院中も早期介入チームにある
- ケースマネージャーは入院治療にも退院プランにも関与する

79

物質乱用に取り組む

- 物質乱用と関連した症状安定の欠如
- 物質使用は健康に有害であることを強調する
- 対象者が精神病体験と物質乱用を関連付けるよう促す
- 物質乱用の理由を探り、こうしたニーズを満たす代替の方法を身に付けさせる。たとえば、弛緩法と不安管理訓練。
- 害の最小化に集中する。たとえば、使用量を最小にさせ、危険なエリア/活動を避けさせる
- 物質乱用を思いとどまるよう言ってくれる仲間を集める
- 「変化の諸段階」モデル: 変化の経過は時間がかかることがある

80

認知の問題

- 精神遅滞など病前のもののこともあれば、頭部外傷後など後天性のものもある
- 精神病後に記憶や注意における認知障害が生じることがある
- ケアプラン作成と必要な支援レベルに関しては、専門の神経心理的評価とアドバイスへのアクセスが必要である
- 介入には、認知の障害に対する個人あるいは環境の適応と、認知的修復戦略がある

81

身体的健康のモニタリング1

- 健康の不平等: 平均余命が20%減少
- 33% 自殺と外傷
- 66%は身体的理由による早すぎる死
 - 心疾患の割合は6倍
 - 抗精神病薬 - 肥満、糖尿病との関連(5倍の割合)
 - ライフスタイルの問題 - 貧困、食事、運動、喫煙(2倍の割合)
 - より貧困な医療 - 身体的健康サービスへのアクセスが不良; 差別、診断の影が薄くなる

82

身体的健康のモニタリング2

- 身体的健康リスクを評価する: 特に代謝および心血管系のリスク
- 喫煙状況、血圧、BMI(あるいは胴囲など肥満の指標)、空腹時血糖、血漿脂質(年一回測定)といったルーチンの身体的健康スクリーニング
- 治療のリスクと健康促進介入についての情報に基づく、治療の決定への参加を促す
- 身体的健康を促進する積極的行動: 3大健康リスクと戦う目標を設定した健康促進: 禁煙、食生活の改善、運動の増加

83

学業上、職業上および社会的役割1

- 50%は教育年数が10年未満であり、そのため長期雇用の見込みが制限されている
- 初回接触時、初回エピソード精神病の40-50%が無職(が初回エピソード統合失調症の60-70%が無職)だが、この数字は1年以内に75-95%にまで劇的に増加する
- 初回エピソード統合失調症の人の20%は就労経験がない
- 多くの若者が政府の給付金による「貧困のわな」にはまっている
- 非稼働は、社会資本の損失、ストレス因子の悪化、社会に認められた役割の欠如という点で、非経済的な損失を生じている
- 雇用不足は他の形態の社会参加に対する障壁である

84

大学教育は予備教育

EPSE

* clear pathway ... 就労への段階としてサポートが早く
あつて就労へのステップ

学業上、職業上および社会的役割2

- 診断の2年後、90%の人が就職、学業、社会的達成に満足していると報告すること
- 診断の2年後、90%の人が年齢/性別の同じ仲間とほぼ等しい就職/就学率を有すること
- 早期精神病宣言 (IEPA and WHO, 2004)



86

学業上、職業上、社会的役割3

- 個別の行動プログラムを作成する
- 就学と就労の準備に焦点を当てたグループを運営する
- 仕事も余暇も本流のものを維持・アクセスできるようにする
- 以下の理論を用いる
 - 個別就職斡旋支援
 - クライアント中心の実践
 - 作業療法
 - 解決に焦点を当てたアプローチ

86

現実の生活

実際の支援: 住居、給付金、負債

- 日常生活の基本的ニーズの評価:
- ケアプランは日常生活の基本的ニーズに取り組むべきであり、住居、金銭面、実際の支援が満たされ定期的に見直されるようにすること
- 関わりの機能: 自分の問題が健康と関連していると自覚していない人との関わり
- 仲介: 対象者を適切な支援機関につなげる。たとえば、福祉権、住宅斡旋、負債の管理など。
- 代理人: 負債の管理、家賃滞納、ホームレスに関して

87

コミュニティでの能力開発と教育

- 一次医療とCAMHSワーカーに研修を行う
- 地域のかかりつけ医に専門的研修を行い、一次/二次医療のコンサルテーションを容易にする
- 初回エピソード精神病に対するサービス全体を対象としたプロトコール/ガイドラインを作成する
- 看護師、薬局、若手医療スタッフなどに専門教育/研修を行う
- 警察、宗教団体、大学、ユース機関など他のサービス提供者に、精神病の若者のリスク要因、徴候と症状、特殊なニーズについて教育する
- コミュニティ内の若者のための運動体と連携する

88

家族支援

- 家族のニーズ
- 心理教育
- 家族に対する介入と支援
- 同胞のニーズ

89

家族支援

- 家族のニーズ
- 心理教育
- 家族に対する介入と支援
- 同胞のニーズ

89

www.irls-initiative.org.uk

家族介入のアウトカム

早期精神病宣言 Early Psychosis Declaration (EPD) WHO and IEPA, 2002

家族に対する関わりと支援における5年間の目標:

- 早期精神病宣言は家族に対する認識、研修、支援、関与を求めている:
- 2週間以内に家族と最初の連絡をとること
- 家族はニーズに適した効果的なサービスを受けること
- 90%の家族が尊重され治療におけるパートナーとして価値を認められていると感じること

91

援助希求と治療における 家族の体験

- 子どもに援助が必要であると説得するのが難しかった
- 援助の必要性を専門家に説得するのが難しかった
(平均して数か月かけて3回の相談、1/4は1年以上)
- 早期に援助が得られず、さらに悪化した後にやっと援助が得られた得られたという欲求不満
- とくに治療の急性期での関与不足と教育不足
- とくに入院中の治療チームとのコミュニケーション不足と連携不足

(Winefield and Harvey,1994 ; Yamashita,1999)

92

家族介入に関する論拠

- 家族が援助希求を始めて促すことが多い(60%の例)
- 初回エピソードの患者の60-70%が家族と同居している
- 対象者が関わりを拒む場合、家族が関わりを中心となる場合がある
- 家族は情報、情動面の支援、対処に関する助言を求めている
- 家族環境は長期転帰の重要な決定因子であり、介入の余地がある(感情表出研究)
- 障害後期での家族介入は再発リスクを低下させる上で有効である

93

初回エピソード精神病における家族介入(FI)

- 長期の精神病におけるFIの方法とアウトカムは、早期精神病に適用できない場合がある (Linzen et al 1996)
- 思春期の人の親は感情表出 (EE) の水準が低い (Arsanow et al 1994)
- Goldstein(1996)は家族介入を行った群でのみ、初回エピソードの例が多い方が再発率が低いことを見いだした
- 初回エピソードや思春期の例に限定した家族介入研究はほとんどない
- 方法論的限界が所見を制限している
- 転帰は様々だが、大半はFIの価値を支持している
- いくつかの低EEの家族の場合、FIは苦痛を増大させた (Linzen et al 1996)

94

初回エピソードの家族におけるEE

- 感情的過干渉 (EOI) は高い喪失の評価に関係している
- 批判的言辞 (CC) は低い喪失の評価に関係している
- 発症時EOIであった家族の50%は9カ月後に高CCに変化
- 批判は、非難し関係の絆を弱めることを通じて喪失の評価に対処する方法である可能性がある (Patterson et al, 2000)
- EOIの減少は将来に対する不安の変化に関係している
- CCの減少は恥/スティグマの変化に関係している
(Birchwood et al, in submission)

96

負担、不確定さ、スティグマ

負担は以下に関連する:

- 悲嘆
 - 将来に対する心配と不安
 - 精神病のある人と生活を共にするという要求
 - 社会的支援ネットワークの不足
 - ケアを提供する責任
- 精神疾患に対してスティグマのある態度を持つと負担は重くなる
子どもの疾患に関する不確定さが増すほど負担は重くなる
苦痛を引き起こす症状が多いほど負担は重くなる
(Czuchta and McCay,2001)

96

負担、不確定さ、スティグマ

不確定さは以下に関連する:

- 症状の性質
 - 体験に対する曖昧な説明(正常な思春期の行動であって発達上の一段階かもしれないし、ドラッグやアルコールを用いて実験しているのかもしれないし、精神疾患の徴候かもしれないなど)
 - 疾病の経過が予測不能であること
 - いかなる行動をとることが適切なのか決めかねること
 - 苦痛を引き起こす症状が多いほど不確定さが増す
 - 不確定さは恐怖心から身動きが取れない状態を生じる可能性がある
 - 親の教育レベルが高いと不確定さは小さい
- (Czuchta and McCay,2001) 97

負担、不確定さ、スティグマ

スティグマは以下に関連している:

- 罪悪感、恥ずかしさ、気まずさ
 - 対象者に対する否定的なレッテル貼りを避けようとする
 - 他人からの拒絶と差別に対する恐れ
 - コミュニティ内で地位が低下するのではないかと懸念
- スティグマは家族以外との接触が制限されることになる可能性がある
- スティグマは援助希求と支援の受け入れを阻害することがある
- (Czuchta and McCay,2001)
- 98

喪失と早期精神病

- 病理的とみなされる悲嘆と、問題とみなされる否認、回想、強い情動反応
 - 喪失の抽象的性質: 人を失うこと vs. 希望/願望の喪失と人間関係の変化
 - 喪失による急性の痛みは否認と知性化によって緩和される
 - 権利を奪われた喪失: この喪失は社会から認められておらず、喪の儀式もそのための言葉もない
 - 喪失について話すことがスティグマ/恥ずかしさによって制限され、専門家に認識されない
 - 子どもの死や頭部外傷に比べ、悲嘆は当初は弱い⁷が次第に強まる
- 99

Loss a Stage & 見極めに対応:

喪失と早期精神病

- 両親や同胞は同程度の悲嘆を呈し、大半の人は精神病を今まで耐えた中で最も苦しい出来事と見なす
 - 悲嘆の程度は対象者との接触の量に関係しない
 - 喪失の評価は認知であって事実ではない: 一連の期待に関連した物事の見方である
 - 家族が喪失に対処するのを援助することにより、批判が生じることを予防できる場合がある
 - 喪失の問題の取り組みなければ、FIは成功しがたい
- (Miller,1996; Lafond,1998)
- 100

精神病の早期段階に特有の問題

- 診断上の曖昧さ/不確定さ
 - 教育はあまり特有のものになりえない
 - 際立った感情症状の存在
 - これまで精神病の体験がない
 - 初回エピソードは急性であるため、なおさら不可解である
 - 家族以外はあまり支援を求めようとしな
 - 診断を受け入れることや再発の可能性という考えに抵抗を示す
 - 6か月以内に80%は寛解し、25%は1回のエピソードのみである
- (Goldstein,1996)
- 101

精神病エピソードの各病期

- **急性前期/前駆期:** 精神病前、12-24カ月にわたる症状の始まり
 - **急性期:** 極期症状、急激な機能低下
 - **安定化期:** 亜急性の回復、寛解の過程、症状が安定し始める、病識の改善、健康回復への動機付け
 - **維持期:** 達成した回復の安定化、再発予防
- (Goldstein,1996; Miller and Mason, 1999)
- 102

各病期に特有の家族介入

急性前期:

- 啓蒙活動
- 適切な援助へのアクセスを容易にする

急性期 (対象者と家族への並行支援):

- 関わりと治療同盟の確立
- 情動面のサポートの提供: 罪悪感、スティグマ、恥ずかしさ、喪失の問題に取り組む
- 希望や多少はコントロールできているという感覚を与える
- 精神病の概念を紹介する
- 内服や治療の必要性を受け入れるよう手助けをする

103

各病期に特有の家族介入

回復期(個々の家族単位):

- 精神病の性質に関する情報と教育
- 再発予防
- 内服と治療に対するコンプライアンスを促進する
- 回復を妨げる問題に取り組む (ノンコンプライアンス、否認、家族の過干渉)
- 物質乱用の問題に取り組む
- 現実的な職業/学業上のプランを促す
- 共同のプロセスで家族や患者に関わる

104

各病期に特有の家族介入

維持期 (家族単位 and/or 家族グループ単位):

- 内服や治療のコンプライアンスを支援する
- 問題解決法や対処技能を教える
- 社会化を促進する
- 学校、大学、仕事への復帰を支援する
- 薬物/アルコール使用を減らすよう促す
- 陰性症状、副作用、認知の欠損に関する問題に取り組む
- 早期徴候のモニタリングと危機プランの作成

105

早期精神病における家族支援の問題点

- **守秘義務:** 精神病のある対象者と家族との同盟を同時に形成するという葛藤に対処する (並行した介入を必要とする場合がある)
- **親の適切な懸念/支援と過保護との間でバランスをとる**
- 精神病のある対象者に自立と自身の健康に対する責任を促す
- **同胞のニーズに取り組む:** 同胞の変化との格闘、両親のとらわれ、自身の精神保健に関する不安に取り組む

106

家族介入の影響

- 回復を支援する家族との連携を促進すると同時に、家族(および同胞)支援のニーズに取り組む
- 介入は理論的に一貫しており、精神病の各病期に適切なものである必要がある
- 精神病に対する家族の適応の程度を理解し、負担、不確定さ、スティグマ、喪失、割り込み、自立といった重要な問題に取り組む
- 高EE的な行動の固定化とその前兆を防ぐ (喪失、罪悪感、恥ずかしさの評価)
- 環境や設定はニーズ/病期に適合する必要がある
- 希望、楽観、自尊心を提供する

107

④ 同胞のニーズ

- 同胞は自分の兄弟姉妹の変化と人間関係の変化に苦しむ
- 同胞は知識と経験が不足しており、家族で誰かが精神病状態になると、大きな困難や苦痛、ときに恐怖心を感じる
- 同胞は彼らの両親がとらわれていて、精神病状態の者ほど構ってもらえないと感じる場合がある
- 同胞は具合の悪い同胞に同情する
- 同胞は自分の精神保健や精神病のリスクに不安を抱く場合がある
- 同胞がサービスから情報や支援を得ることは稀である

108

家族は経験も知識もないのが当たり前

② 同胞に対する関わり (Smith et al 2008)

- 困難を軽視せず、正常なものであると認める(正常化)
- 精神病が誰のせいでもないことを強調する
- 回復の過程では同胞の協力や支援を促す
- 家族が取り組まねばならなかった問題に対し心からの気遣いを示す
- 家族の話し合いに同胞を関与させる
- 同胞の年齢に応じて関与を調整する
- 全体として、同胞が自身と家族全体にとって肯定的なアウトカムを見出せるようにする
- 家族の話し合いの時期と場所は臨機応変に行う(合理的な範囲で!)
- 同胞の関与を認め、積極的に強化する

109

※時間をかけて兄弟にも会う方にする。

同胞のニーズに応えるサービス (Smith et al 2008)

- 同胞が精神病について学べるよう手助けする
- 同胞に考え、気持ち、反応について話すよう促す
- 同胞に自身の人生を歩み続けるよう促す
- 同胞に対する支援を結集する
- 同胞が自分のできることに関して適切な眼界を設定し、現実的な見込みを持てるように手助けする
- 彼らが困難な状況や行動にいかに対処すべきか考えるのを手助けする
- 病気に冒された同胞とどのように関わればよいか学べるよう手助けする
- 助けになるよう何ができるか見つけられるよう手助けする

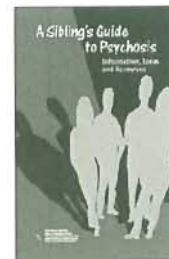
110

同胞支援の問題点 (Smith et al 2008)

- 同胞の重要な役割と彼らが提供できる資源を認識する
- 同胞の協力を得ることと彼らの自立を促すこととのうえで適正なバランスを保つ
- 家族全体の視点を取り入れる:
- 同胞の仲間からの支援のニーズに取り組む
- 同胞を交えた話し合いの時期は臨機応変に
- 同胞自身にも遺伝的脆弱さが潜在的にあることを教える
- 守秘義務に関する問題に気を配ること

111

同胞のための資源



112

↑
兄弟から
FC取り質問

↑
PT9"

同胞のためのウェブサイト

- www.sibs.org.uk
同胞のための一般的な英国のウェブサイト。
情報シート、ニュースレターの刊行、同胞支援、同胞のための研修ワークショップなどを行っている
- www.rethink.org/siblings
精神保健チャリティ団体リシンク(Rethink)が設立した、同胞が体験を共有し、支援を得るための新たなオンライン全英国ネットワーク。

113

精神病早期介入ワークショップ用ケーススタディ

ケーススタディ 1

あなたは最近家族と一緒に引っ越してきたフィルという名の25歳男性を往診するよう、かかりつけ医から依頼を受けました。かかりつけ医の紹介状には、フィルの母親がこの12カ月間、息子が引きこもり、猜疑的で妄想的になっていることを心配しており、フィルがおそらく精神病が生じつつあることの徴候だろうと書いてありました。

午後早くに家に到着すると、フィルの母親のノーマがあなたを迎え入れました。彼女がそれまで泣いていたのは明らかであり、フィルの姿は見当たりませんでした。母親と話をしたところ、あなたの訪問に備えて、1時間半ほど息子をベッドから出て来させようとしたが、まだベッドにしていると説明しました。フィルは精神的に具合が悪い訳ではないので精神保健サービスの人と会う必要はないと主張し、あなたに会うために起きることを拒否していました。母親は、どうやって息子を助ければいいのか途方に迷っていました。息子は何もせず一日中寝室で過ごしているとのことでした。母親は、息子の具合が悪いと感じており、息子を助けるにはどうするのが一番良いのか、彼は仕事に戻ることができるのか、と聞いています。

あなたはどうやって、今起こっていることの評価を始めますか。
あなたはどうやってフィルと家族に関わり始めますか。

① Mo インターフ.

- どんな仕事していたか.
- 緊急性の高さ
- Moの経済状況.
- 入院に
- 関係付けが重要.
- 趣味の話.

• 出生時 → 周産期.
• 家族構成

連絡先

② 自己紹介
③ 連絡先のこと.

- カに伝わることを伝える.
- 男性 or

↑ 1135年11月に侵入的.
• 医学的情報. • 本人に伝わる状況.

- Mo自身のアセスメント出来るか.
- カに伝わることを伝える
- どうやって関わるかが大事

まずはMoを通じて関係性を
築く。手紙など。

comprehensive

精神病早期介入ワークショップ用ケーススタディ

ケーススタディ 2

フィルと彼の家族に話を聞いて、十分に評価した後、あなたは今起こっている状況をより深く理解できるようになりました。

精神病症状を呈する前は、フィルはスポーツに情熱を注ぐ、エネルギーで外向的な若い男性でした。フィルは18歳で学校を卒業後、はじめはITで働いていましたが、ストレスが多く退屈だと思っていました。彼は、代わりの仕事を探し、コールセンターでの仕事に就きましたが、一年後に部署を移動しました。彼はこの仕事に大きなストレスを感じ、長く付き合っていた彼女と交際するのを止めました。フィルは仕事の同僚に対してとても猜疑的になり、彼らが自分のことを話していると思い込むようになりました。結局この仕事を辞め、その後、復職しようとしたのですが、成功していません。

現在、フィルはほとんどの時間寝て過ごしているように思われます。午後の遅い時間に起きて、早朝に眠りについています。フィルは起きている時間は、自室で気ままにコンピューターゲームをして過ごしています。定期的に行っているような活動はほとんどなく、他の人とも連絡をとることはほとんどありません。地元に住んでいる兄とメールで連絡をとるくらいです。フィルは自分に助けが必要であることに関して懐疑的になっています。自分の問題はすべて仕事のせいだと思っています。職場の同僚たちが自分に企んでいると確信しています。時々、両親もこの企みに関わっていると思うこともあります。

彼の母親のノーマと父親のフレッドは、どちらもフィルのことをとても心配しています。フィルの何かがおかしいことには気づいていますが、彼の問題が何であるのかについては、ほとんど分かりません。父のフレッドは、フィルは落ち込んでいると感じており、復職さえすれば元気になると思っています。母のノーマは、フィルに対してとても保護的で、自分ができることは息子のためにしようとしていますが、この年の若い男がほとんど何もせずにいることにとてもイライラしています。フレッドとノーマは、フィルが活動しないことに対してどのように対応するのが一番良いかという点について、意見がとても異なっています。父親は、息子は仕事をできるし、またすべきであるのに、国からの給付金を受け、また母親が彼のために何でもしているから復職する動機がないのだと思っています。母親は、フィルは病気であり、世話をする必要があると感じていますが、家でもっと手伝いをするようになってくれればそれでいいと思っています。

フィルの問題をどのように定式化しますか。

フィルや家族に対応する上でどんな目標を考えますか。

今日話し合った介入方法の中で、あなたはどれを用いたいですか。

あなたがその介入方法を選んだ理由は何ですか。

EE

Fa) = -2の
Mo) 違い

症例検討 2 情報収集用テンプレート

対象者

環境要因 / 社会要因

どこまでやるのか?

しんどい、困難な状況

活動性 低下

動機 低いのか?

主な情報

- 病前は外向的、スポーツに打ち込む、エネルギー高
- 高卒、25才男性
- IT → コールセンター → 異動でストレス → 彼の別居 (仕事)
- 昼夜逆転、コンピュータゲーム (12才月6日)
- Help Seeking はない、懐疑的、病識あり
- Mo. Fa. に 猜疑的、家庭内暴力、自殺リスクあり

目標

- まず本人に会って関係作り
- 本人の生活の情報収集 (他に人と交流を持つようになる?)
- 本人の困っていることを引き出す

介入

- コンピュータゲームがきっかけ → 部屋状況 健康促進
- 心理教育?
-
-
-

主な情報

- 傷病給付金
- 他人とのつながりがほとんどない
- 給付金受給中 → 経済状態を調べる (人によって違う)
- 従部署異動
- 父母同居、兄弟別居 → 地域に繋がりが少ない
- 転居して別居 (ばかり)
- PC 在玩っている * コールセンターは難しい

目標

- 生活リズムを整える (経済状況)
- インターネット、女性と付き合う能力がある
- Facebook

介入

- 本人のニーズに合わせて資源の提供
- 就労支援
- 自助グループへの紹介
- 地域になんてもらう

○ 家族が判断: せろうとしていること一掃。「息子を助けた」というのは一掃。何とか一緒にやっていきたい。Fa, Mo の行動が、どのような結果にまでつながっているかを伝える

家族と重要な他者

○ Fa. Mo. に対して理解を促す
「別のやり方が必要」
○ 他の家族と会う
○ Fa, Mo. の元々のニーズを話し合う、喪失体験の有無

主な情報

- Mo. - M.: 知識不足、保護的、E.E. 病識あり
- Fa. プレート: " " 病識なし、仕事
- 兄: 地元に住んでいる、メールで連絡
- Fa. と Mo. のニーズが異なる
- 彼を別れた

目標

- 精神疾患であることの説明
- 社会資源の情報、自分達の役割を伝える
- 緊急時の対応

介入

- 苦勞語、肯定的
- 兄に関わってもらう (どう関わってもらう? メールでアプローチ?)
- 心理教育
- 他の家族にアプローチ、ピアサポート

考えるべき問題

- 本人、家族が世帯を継ぐ母屋設定
- 彼女との関係
- 身体疾患の有無
- 依存
- 宗教
- 同居、別居に対する許容
- 通院の便 (GP との関係)
- 地域でのスティグマ
- Fa, Mo. 子役に対する期待 (家族史)
- Social Mapping: ... 昔の友人と接触出来るか? 彼女にも連絡してみたい
- 職場の上司に話している (最初は上手くいっていた)

○ 仕事場でのこと... 一緒にセリにいい同僚とどうやって一緒にやっていか

○ リソースを切り離す... 兄を連れて関わりを作る。ビデオゲームを使いながら 高めていく

○ 心理教育は早急... 兄と一緒にスキルの練習

○ CBT

○ 薬も使う

○ まずは職場での Coping 能力を 高めていく

○ ストレスマネジメントスキル

ケーススタディ 2 記入済テンプレート

対象者

| |
|--|
| <p><u>主な情報</u></p> <ul style="list-style-type: none">● 元々の機能レベルが高い。● 過去に復職しようとしたときに再発した。● もっと頑張ろうとすると、失敗するのではないかと思っている。● 活動が制限され社会的に孤立している。● 他人に猜疑的である。● 抑うつ的である。● 穏やか過ぎる？ <p>目標</p> <ul style="list-style-type: none">● 活動性レベルをあげる。 <p>介入</p> <ul style="list-style-type: none">● 薬剤療法を検討。● 目標の設定と活動スケジュールの作成。● 他人への猜疑心に対する認知行動療法、喪失と適応の問題。● 気分とストレスのマネジメント。● 再発防止への取り組み。 |
|--|

環境要因／社会的要因

| |
|---|
| <p><u>主な情報</u></p> <ul style="list-style-type: none">● 最近の配置替え - 限られた社会的ネットワークと新しい職場に慣れていないこと。● ? 経済状況。 <p>目標</p> <ul style="list-style-type: none">● 経済的状況の検討。● 新しい部署に慣れてもらう。 <p>介入</p> <ul style="list-style-type: none">● 給付金の資格があるか。● 地域の活動への参加の選択肢を検討する。例) スポーツ |
|---|

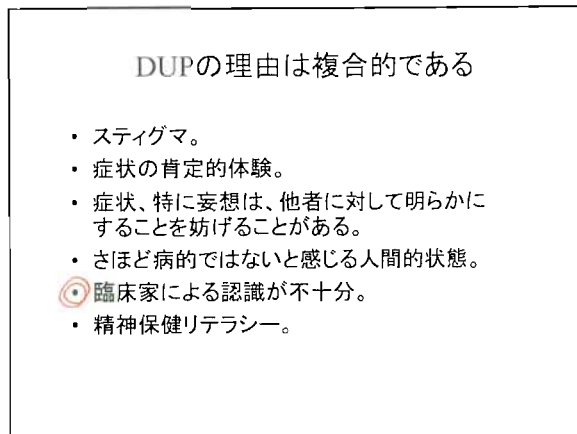
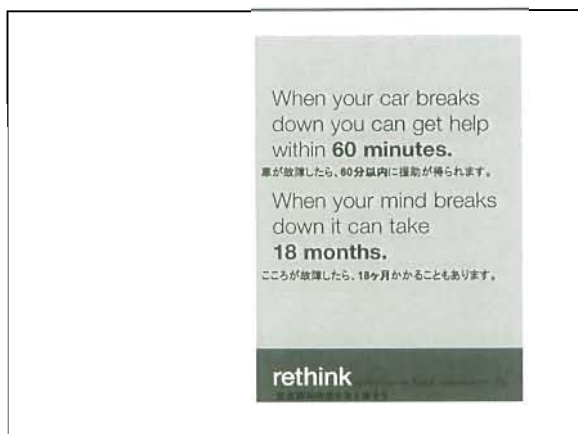
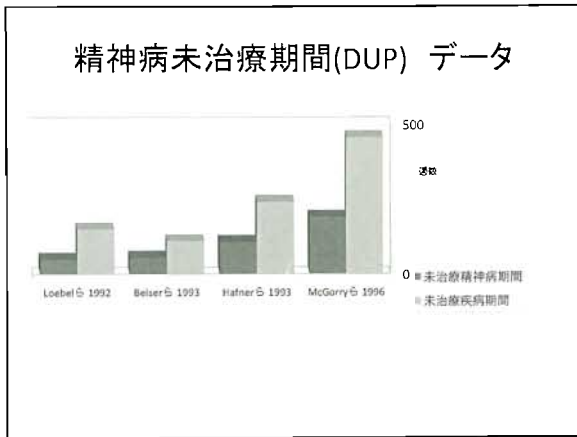
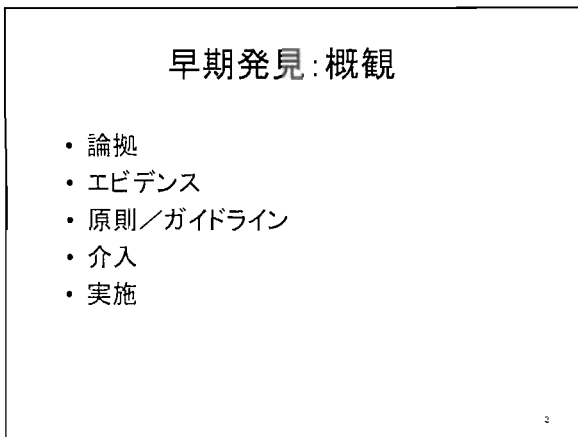
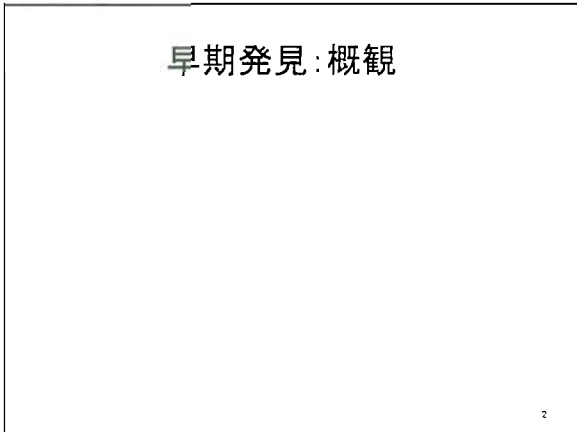
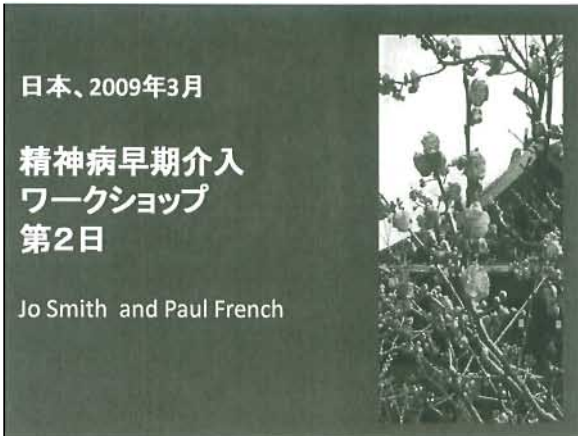
家族と重要な他者

| |
|---|
| <p><u>主な情報</u></p> <ul style="list-style-type: none">● 家族は支持的であるが、両親で捉え方と期待が非常に異なっている。● ? 母はかなり過保護。● ? 父は批判的。● 兄との関係は良好。 <p>ゴール</p> <ul style="list-style-type: none">● フィルの問題についての家族の理解を深める。● より現実的な期待をする。 <p>介入</p> <ul style="list-style-type: none">● 家族支援。例えば、情報、問題解決型、コミュニケーション技術● ? 地元の他の家族とのつながり |
|---|

その他の情報

| |
|---|
| <p><u>考えるべき問題</u></p> <ul style="list-style-type: none">● どのような活動にフィルは興味を持つか？またスポーツをやりたいと思うだろうか？● 長期の仕事に戻るのはフィルにとって実現可能であるか？長期的に復職は実現可能であるか。● フィルと兄がもっと長い時間一緒に過ごすことが出来ないか？● 身体的健康、食生活、運動を検討する。 |
|---|

window of opportunity: 非特異的症狀で困っている状態
2年間.



社会の中での優先順位と関係している。

薬物療法だけでは足りない
↓
DUPの定義

DUP/集中的心理社会的治療の遅れ(DIPT)?
de Haan L, Linszen DH, Lenior ME, de Win ED, Gorsira R. Schizophr Bull. 2003;29(2):341-8.

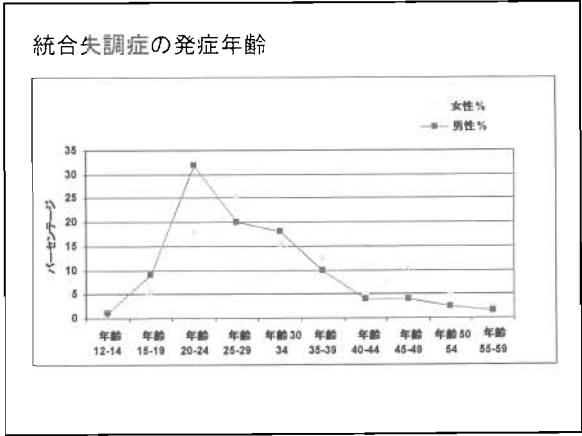
- 精神病未治療期間(DUP)は抗精神病薬による治療の遅れと定義され、統合失調症の不良な経過と関連していることがわかった。
- 集中的心理社会的治療の遅れ(DIPT)も転帰と関連している可能性がある。

DUP/集中的心理社会的治療の遅れ(DIPT)?
de Haan L, Linszen DH, Lenior ME, de Win ED, Gorsira R. Schizophr Bull. 2003;29(2):341-8.

- N=88
- 疾病の開始(発病)から8年間のフォローアップ。
- 発症年齢、性別、初回精神病エピソード治療期間に関して調整すると、集中的心理社会的治療の遅れのみが転帰における陰性症状と関連していた。
- DIPTは、抗精神病薬による治療のみの開始の遅れよりも、転帰における陰性症状の重要な予測因子となるかもしれない。

早期精神病を発見する

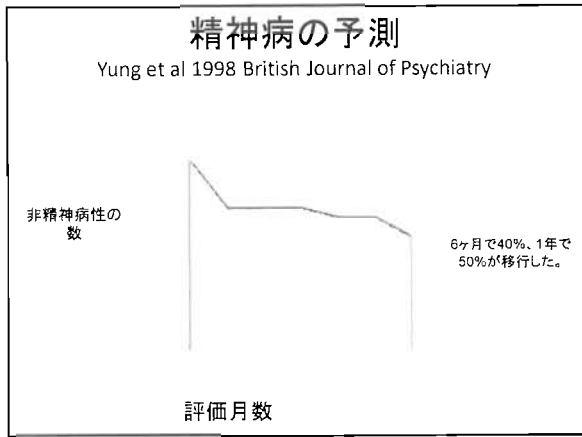
- 精神病の早期症状/徴候を有する若者は...
- 自分たちの苦痛に対する援助を希求しようとするかもしれないし、あるいは
- 他者を避けようとするかもしれない。
- しかし、自分たちの問題に関してしばしば漠然としている、あるいは問題を有していることを否認する。



Melbourne.

PACEの紹介基準

年齢は14歳から30歳
かつ
DSM-IVによる精神病性障害の家族歴かつGAFスケールの30点以上の低下
かつ/または
★ 弱い精神病症状が少なくとも週に数回生じる **80%**
かつ/または
J持続が1週間未満で自然に消褪する短期限定的間欠的精神病症状(BLIPS)



精神病の予測

Klosterkotter et al. Arch Gen Psychiatry. 2001;58:158-164

- N=110
- 専門の診療所から集められた
- BSABSを用いて評価された
- 9.6年間にわたるフォローアップ
- この非精神病性の外来患者のサンプルにおいて、BSABSの少なくとも1つの前駆症状を報告した人のうち、70%が後に精神病を生じた

同定のための評価

- 簡易精神症状評価尺度 (BPRS) Lukoff, Neuchterlein & Ventura (1993)
- 陽性・陰性症状評価尺度 (PANSS) Kay, Fiszbein & Opler (1987)
- 発症危険精神状態包括評価 (CAARMS) Pace clinic Yung et al 2002
- 前駆症状構造化面接 (SIPS)、前駆症状尺度 (SOPS) Prime clinic McGlashen, Miller, Woods, Rosen, Hoffman & Davidson
- ボン基底症状評価尺度 (BSABS) Klosterkoetter, Schultze-Lutter

いかなる予防戦略を用いるか

- MrazekとHaggerty(1994)は、予防的介入という概念を論じ、以下の3つの予防方策を同定した。
 - 普遍的universal: 全人口 ← 薬を水道水に入れる
 - 選択的selective: 特有の危険因子
 - 適応的indicated: 最小だが発見可能な精神病徴候

バッキンガムプロジェクトUK

Falloon 1985

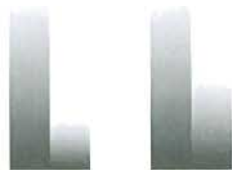
- かかりつけ医が早期精神病症状を同定する研修を受ける。
- 評価のため専門チームに紹介される。
- 陽性の早期症状を有する人が、少量の薬物治療、危機介入および家族介入により治療される。
- 転帰: 4年間で、統合失調症が10倍減少。
- だがいくつかの方法論的欠点(nが小さい)

(Falloon 1985)

精神病の予防

McGorry et al 2002 Archives of General Psychiatry

精神病への
移行率(%)



月数

PRIME研究

- オランザピンとプラセボの二重盲検比較
- 前駆症状がSOPSにより測定された
- N=60、年齢中央値は16歳
- 65%が男性
- 患者の93%が、軽度だが定義可能な精神病症状(弱い精神病症状)を有していた
- 平均GAFは42点であった
- オランザピンの投与量は5mg、10mg、15mgであった。
- 1年後、60名中15名が完全な精神病症候群を生じた。
- 精神病へ転換した者のうち、15名中8名がベースラインから1ヶ月以内に転換した

早期発見:問題

精神病前期における介入の倫理

解決法:

最小の危険/副作用の介入を用いる。

いつまでも精神病にならないような人にも有用な介入を用いる

説明された上での選択(informed choice)

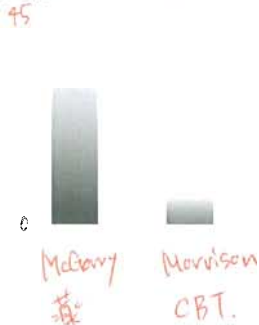
実際に助けとなった人と不必要な治療を受けた人との比率に従い、治療のコスト・ベネフィットのバランスをなんらかの方法で量らねばならない

Bentall, R.P. & Morrison, A.P. (2002) 百害あって一利なし:重度精神疾患を予防するための抗精神病薬の使用に対する反論.
Journal of Mental Health, 11, 351-356.

- 精神病は必ずしも恐ろしいものではない ← 文化による
- 予測はあまり正確でない(たとえば、60%の偽陽性)
- 薬物治療の副作用(致命的となることもある)
 - 非定型抗精神病薬は体重増加、性機能不全、糖尿病、心血管系の問題をきたすことが多い
- 薬物治療が発達途上の脳に与える影響は不明である

NY Times

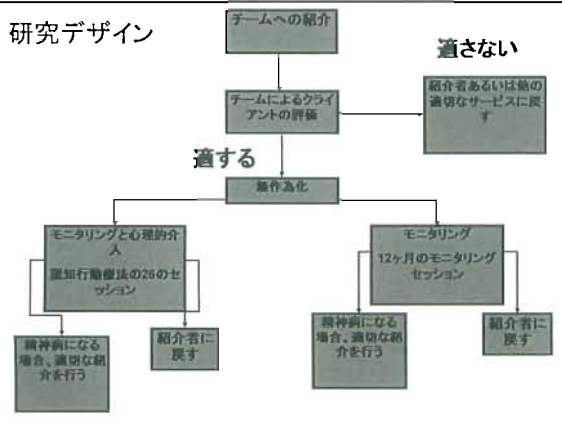
受容可能性のデータ: 脱落のパーセンテージ



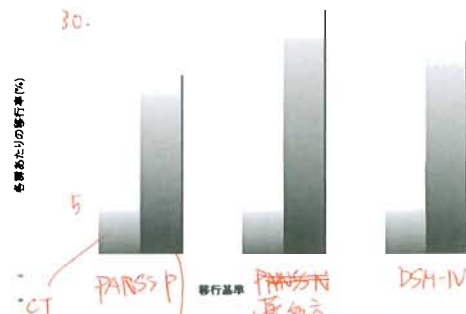
EDIE(早期発見・介入評価)

- 精神病への移行を正確に予測するリスクの指標を同定する
- 発症リスクのある人における移行率を低下させる上での認知療法介入の有効性を調べる
- 移行が生じる場合、疾病未治療期間および精神病未治療期間を短縮させる上でのモニタリング介入の有効性を決定する
- 移行が生じる場合、サービスに関わってもらう上での認知療法の有効性を調べる

研究デザイン



単組盲検無作為化対照試験 認知療法 vs 通常の治療
12ヶ月間のフォローアップからの予備的結果
Morrison, French et al 2004



TAU

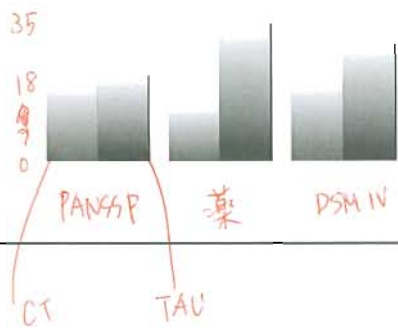
移行の予測因子

- PANSSで定義される移行:
 - 認知療法 (B = -3.13; SE = 1.42; p = 0.028; Exp(B) = 0.04)
 - 基線のPANSS陽性スコア (B = 0.41; SE = 0.20; p = 0.039; Exp(B) = 1.50)
 - PANSSで定義される移行を予防するための治療必要数(NNT)は6である。

移行の予測因子

- 抗精神病薬の処方
 - 認知療法CT (B = -2.86; SE = 1.17; p = 0.014; Exp(B) = 0.06)
 - 抗精神病薬の処方を予防するための治療必要数(NNT)は5
- DSM-IV診断
 - 認知療法 (B = -3.33; SE = 1.42; p = 0.019; Exp(B) = 0.04)
 - 精神病性障害のDSM-IV基準を満たすのを予防するための治療必要数(NNT)は5

単純盲検無作為化対照試験 認知療法 vs 従来療法 36ヶ月のフォローアップからの結果 Morrison, French et al 2006

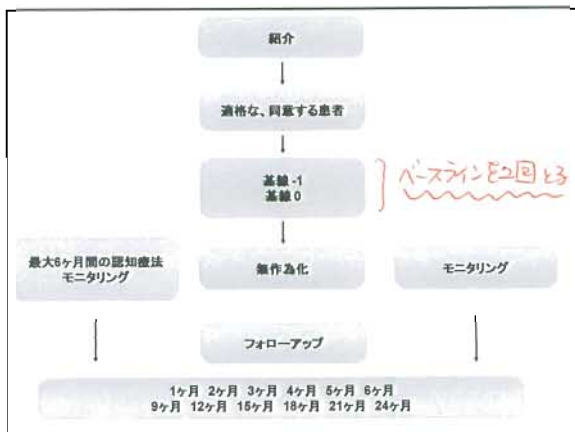


EDIE II

- 大規模無作為化対照試験
- 精神病の発現を予防するための心理的アプローチに関する世界初の多施設研究
- マンチェスター、~~バーミンガム~~、グラスゴー、ケンブリッジ、ノーリッジ ~~ワースター~~
- 320名の参加を目指す
- 精神病が生じるにリスクが高い人

転帰

- 主要なアウトカムはCAARMSによって測定される精神病への移行
- 経済費用分析など他の多くの変数も測定される
- これらの他の因子の一部は関心を引くであろう



EDIE 2・MRC(医学研究評議会)資金による臨床試験

- EDIE 2: 精神病への移行に対する認知療法と通常治療との比較に関する、3.5年間の無作為化対照試験
- 精神病の心理的予防に関する世界初の多施設研究
- 英国の4施設にわたる、発症リスクが極めて高い320名を集めることを目指す。
- 施設はマンチェスター、グラスゴーとクライド、バーミンガム、イーストアングリア/ケンブリッジ

パーセンテージ



年齢の範囲

- 平均年齢 20.86歳
- 範囲 14歳-34歳
- 中間値 20歳

機能の全体的評価(GAF)

- 基線-1における平均GAFスコア = 51.2 ←低い
- 範囲 基線-1 21-87
- 最大値の平均スコア 最大60.1
- 範囲 最大値 25 - 91
- これは、全無作為化にわたる15%の降下である。
- 基線0における平均 = 52.2
- 範囲 基線0 = 21 - 87

介入マニュアル



35

介入と実施

36

'発症リスクのある'クライアントを治療する

- '精神病性'ではないが非常に具合の悪いこの群をどう扱うかについての混乱
- 薬物治療 / 心理療法 / ケースマネジメントを比較した有効性のエビデンスがほとんどない
- ハイリスク群の扱いに関するガイドラインがIEPA(2005)で作成されたが、まだ地域サービスでは一貫した採用が行われていない
- 「早期発見レポート」(Parkerら 2007) - ガイドラインを提唱

国際早期精神医学会 (IEPA) 早期精神病臨床ガイドライン

- 2002年 コペンハーゲンで文書化
- 29人の著者
- 2005年 公表
- 2008年 改訂予定
- 以下をカバーする
 - 発症危険精神状態 (ARMS)
 - 初回エピソード
 - 回復期 (6-18 カ月) と臨界期

IEPA writing group Br J Psychiatry 2005
187 s48 s120-124

一般声明

- 早期発見は負担を軽減する
 - 長期的転帰を改善するかもしれない
- 公共教育が重要
- 初回エピソードにおける注意深い、少量の薬物治療
- 回復の促進には心理社会的治療が重要
- ユーザーと家族がよりよい治療の発展に関わる

IEPA writing group Br J Psychiatry 2005
187 s48 s120-124

精神病前の期間: 臨床ガイドライン

- 機能低下や説明できない焦燥のある若者には、発症危険精神状態 (ARMS) を考慮する必要がある

IEPA writing group Br J Psychiatry 2005
187 s48 s120-124

現在対応に対する治療対応が重要

精神病前の期間: 臨床ガイドライン

- ARMSを有し援助を求めている人は、関わり、評価、サービス提供が必要である
- 定期的なモニタリングと支援
- 抑うつや物質使用に対する特有の治療
- 対処技能を発達させる心理教育と援助
- 家族教育と支援
- 精神病のリスクに関する情報

IEPA writing group Br J Psychiatry 2005
187 s48 s120-124

精神病前の期間: 臨床ガイドライン

- スティグマが少ない環境でケアを提供する
 - 家庭、一次医療、若者に優しいオフィスなど
- 抗精神病薬は通常適応ではない
 - 例外: 自殺や暴力のリスク、急速な悪化
 - 使用する場合、6週間までの治療的試験と考える
- 援助が断られた場合、友人や家族からの支援を考慮する

IEPA writing group Br J Psychiatry 2005
187 s48 s120-124

介入方法-
バーミンガムED:IT(早期発見・介入チーム)

柔軟な治療選択肢としては...

| 介入のタイプ | 全体数 n=50 |
|----------------------------------|-------------|
| ■ケースマネージメント | 100.0% |
| ■個人認知行動療法 (Weston & French 2008) | 86.7% |
| ○ 集団認知行動療法 | 24.4% |
| ■家族支援/介入 | 35.0% |
| ○ 抗精神病薬 (n=20) | 6.7% |

workerが降身.

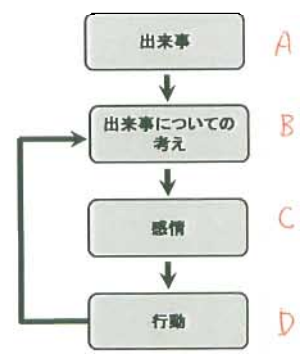
★薬は推奨されていない

6ヵ月ではコストがかる→18ヵ月でコストセーブ

演習

- もし頭の中に強い白い光が現れるのがはっきりと見え始めたら、どう思いますか。もしその光の中から次第にキリストの顔が現れたら、どう思いますか。
- それはどんな感じでしょうか。
- その体験をどう理解しますか。
- あなたのこれまでの体験は、この体験をいかに理解するか、またそれによってどんな感じがするかに影響を与えるでしょうか。

- 次のスライドでは、以下の指示を実行してください
- ゆっくり30数える間、青い点を凝視してください。
- 次に、目を閉じて頭を後ろに傾けてください。すると光の輪がゆっくりと現れます。それを見続けてください。
- 何が見えますか



若くて
学生で
知っている人はいない
孤立している人
だと、どう感じるか?

日本における早期介入の実施

49

日本における早期介入の実施

- 次のステップ
- 向上研修の必要性
- 有用な資源
- 評価

50

いろいろ地域で調査
まずは調査から → 政府に資金要求
key pathway player
GP

次のステップ

- 調査
- 受診経路の再検討
- 連携業務

51

調査と地域の把握

- 対象者と家族に関わり、サービスと治療を受けるに至る経路を正確に把握する
- 経路に携わる者に関わり、サービスへの経路、彼らのネットワーク、紹介の選択、コンタクトの時点で彼らが何を提供しているかを調べる
- アクセスポイントがどこにあるのか確認する
- ⑤ 良い経路も貧弱な経路も同定する
- モデルデザインについての情報を与える

52

pathway mapping
年齢により
システムが違ってくる
小児 → 成人

受診経路の再検討 1

初回コンタクトポイント:

- 誰がそれを提供しているか
- それは若者に気を配っているか
- それはどれくらいアクセスしやすいか
- 同意された紹介プロトコールはあるか
- 熟練した評価へのアクセスは迅速か
- 研修は十分か

53

受診経路の再検討 2

熟練した評価とのインターフェイス

- それは若者にとって受け入れやすいか
- それはスティグマを与えないか
- それはアクセスが容易か
- 評価は共同で行われているか
- 早期治療は奨励されているか

54

若い人: 簡単に受診(してほしい)
友達にすすめられようか
どうか

若い人がよく行く所

- マック・コンビニ・ネットカフェ・自販機
- コーヒー・コンビニ・ネットカフェ・自販機
- スタバ・Zoff・コンビニ・SNS

受診経路の再検討 3

サービスの提供

- ・対象者と家族との関わりは積極的か
- ・介入は精神病の早期段階に適しているか
- ・それは当事者を中心とし、コミュニティを基盤としているか
- ・このクライアント群にケアプラン作成はどのように用いられているか
- ・受診経路は評価され、サービスの配置と研修のニーズを評価するのに用いられているか
- ・疾病未治療期間はルーチンに評価されているか
- ・対応時間、与えられる介入、フォローアップ/ケアプログラムの使用に関する基準は定められているか
- ・アウトカムはクライアントと世話をする人に焦点を合わせているか
- ・何日間クライアントは精神保健法の下に置かれているか

55

連携業務1

- ・精神保健サービスは若者サービスを行っているか
- ・若者サービスは精神保健サービスを行っているか
- ・精神保健サービスは物質サービスを行っているか
- ・物質サービスは精神保健サービスを行っているか
- ・成人サービスは児童思春期精神保健サービス(CAMHS)の問題にほとんど気づいていないのか
- ⑤ CAMHSは成人サービスの問題にほとんど気づいていないのか
- ・刑事司法サービスは精神保健サービスの問題の知識をほとんど持っていないのか
- ・コミュニティは精神保健について知らないのか
- ・かかりつけ医達が精神病を扱う自信のレベルはさまざまなのか

55

正常の思春期が、援助が必要か、是極められる必要がある

⑤ 連携業務 2

- ・ 共同の研修と学習
- ・ 業務見学
- ・ 非精神保健の専門家を精神保健サービスで雇用
- ・ 精神保健職員を連携機関で雇用
- ・ より明確な経路と移行のプロトコール
- ・ より良い情報
- ・ より明確な方向指示
- ・ スーパーバージョン
- ・ 同じ言葉遣い

57

評価

アウトカムの領域:

- ・ 精神病症状および臨床症状
- ・ 社会機能
- ・ 学業上および職業上の機能
- ・ 能力低下
- ・ サービスに対する満足度
- ・ 物質乱用
- ・ 家族の負担と対処

55

抵抗をバネに努力出来た。必ず抵抗はある。抵抗を利用して良い成果を得る。そのためにはアウトカムの評価必要。

⑤ 「解決策が実現する」のアプローチ
「私達では手紙の出来事だよ」
X「〇〇してあげようか？」はダメ。

評価のための質問

- ・ 新しい紹介に関して精神病未治療期間(DUP)は以前より短縮しているか
- ・ 介入終了時に、クライアント/家族は精神病とその対処に関して理解は向上している、あるいはより適応的な理解をしているか
- ・ クライアントと家族は、受けたケアと転帰に満足しているか
- ・ 生活の質(QOL) は介入の経過を通して改善しているか

59

⑤ 介入で人生を変えられたかどうかが

有用な資源

- ・ 有用なウェブサイト(リスト参照)
www.iris-initiative.org.uk
- ・ 推奨図書(リスト参照)

French, P, Smith, J., Shiers, D., Reid, M. & Rayne, M. (2009) Promoting Recovery in Early Psychosis - A practice manual Blackwell.

Sainsbury Centre for Mental Health (2002) A Window of Opportunity: A practical Guide for Developing Early Intervention in Psychosis Services ISBN: 870480 59 7 www.scmh.org.uk

60

| 望ましいアウトカム | | 今どの段階にいるか | | | 行動計画 | | | |
|---|---|---------------|--|-----------------|-------|-------|------------|----------|
| WHO 合意声明の10の戦略提言 | ニューキャッスル宣言の5つの優先的アウトカム | 資源 / 有効性のシナリオ | 証明可能なエビデンス | 当てはまるところをチェックする | 必要な行動 | 誰が行うか | それによって変わる事 | いかに評価するか |
| 1. 一次医療での治療提供：早期発見と包括的なコミュニティに基づく精神保健サービスへのアクセス | 優先的アウトカム 2 アクセス、関わり、治療を改善する ⊕ 未治療期間 (DUP) の平均が3か月未満 ⊕ 初回の関わりで非自発的治療をすることが25%未満 ⊕ 援助希求の試みが3回行われるまでに、効果的な治療が提供される ⊕ 診断から最初の2年間の自殺率1%未満 | 低い | 一次医療従事者は早期精神病を発見し、治療を開始することができる | X | | | | |
| | | 中間 | 発見と治療を改善するために早期精神病を生じている人々の受診経路のパイロット調査を行う | | | | | |
| | | 高い | 精神病発症（精神病未治療期間）から支援へアクセスするのにかかる時間を減らす方策を作成する | 9 | | | | |
| | | | 一次医療・関連するコミュニティ機関・専門サービスの間で同意された紹介ガイドラインに基づき、統合的な受診経路がルーチンに評価されている | | | | | |
| | | | クライアントが早期介入にアクセスする特別なルートがある | 9 | | | | |

○羊

○早期精神病的概念

○コミュニティ

1. 一次医療 7/5
2. 薬物・心理社会 3/8
3. コミュニティア 3/10
4. 大衆教育 X 4/7
5. 当事者関与 0/5
6. 国家政策 X 0/7
7. 人材育成 0/6
8. 連携 0/11
9. コミュニティ 0/5
10. 研究支援 0/7

- 心理社会的介入 → OK.
- デジタルヘルス → OK.
- 大学の精神保健面接 → OK.
- コミュニティの研究 → OK.
- 家族・利用者の関与 → OK.
- 人材育成 → OK.

- 国家政策 → X
- 啓発活動 → X
- 薬物療法 → X
- コミュニティ → Δ
- 他セクターの連携 → OK.
- 研究支援 → OK.

| 望ましいアウトカム | | 今日の段階にいるか | | | 行動計画 | | | |
|------------------------------|---|---------------|---|-----------------|-------|-------|------------|----------|
| WHO 合意声明の 10 の戦略提言 | ニューキャッスル宣言の 5 つの優先的アウトカム | 資源 / 有効性のシナリオ | 証明可能なエビデンス | 当てはまるところをチェックする | 必要な行動 | 誰が行うか | それによって変わる事 | いかに評価するか |
| 2. 向精神薬による介入と心理社会的介入を利用可能にする | 優先的アウトカム 2 アクセス、関わり、治療を改善する ⊕ 未治療期間 (DUP) の平均が 3 か月未満 ⊕ 初回の関わりで非自発的治療をすることが 25% 未満 ⊕ 援助希求の試みが 3 回行われるまでに、効果的な治療が提供される ⊕ 診断から最初の 2 年間の自殺率 1% 未満 | 低い | 低用量の非定型抗精神病薬および他の関連する薬物療法が利用可能であり、全ての医療環境において早期精神病の若者にルーチンに提供されている | | | | | |
| | | | 実践的な心理社会的支援が家族、友人、コミュニティ組織者を通じて利用可能である | | | | | |
| | | 中間 | 包括的な医療・治療を提供するためのパイロット精神保健プログラムを開始する (すなわち、向精神薬による治療と心理社会的なケア—後者は利用者と家族にとって利用可能である) | | | | | |
| | | | 低用量の定型と非定型抗精神病薬が利用可能であり、全ての医療環境において早期精神病の若者にルーチンに提供されている | | | | | |
| | | 高い | 低用量の非定型抗精神病薬が第一選択薬物として用いられている | | | | | |
| | | | 認知行動療法がルーチンに利用可能である | ○ | | | | |
| | | | 家族介入がルーチンに利用可能である | ○ | | | | |
| | | | 次の治療プログラムがルーチンに提供される: 職業上の回復; 治療の継続; 再発予防; 物質使用の害の減少 | ○ | | | | |

| 望ましいアウトカム | | 今どの段階にいるか | | | 行動計画 | | | | |
|---|---|------------------------------------|--|-----------------|-------|-------|------------|----------|--|
| WHO 合意声明の10の戦略提言 | ニューキャッスル宣言の5つの優先的アウトカム | 資源 / 有効性のシナリオ | 証明可能なエビデンス | 当てはまるところをチェックする | 必要な行動 | 誰が行うか | それによって変わる事 | いかに評価するか | |
| 3. コミュニティでの医療提供：最も制限が少なく、最も強制が少ないサービスのアプローチを目指す | 優先的アウトカム2 アクセス、関わり、治療を改善する ⊕ 発症から未治療期間 (DUP) の平均が3か月以下 ⊕ 初回の関わりで強制的治療をすることが25%以下 ⊕ 援助希求の試みが3回以下で、効果的な治療が提供される ⊕ 診断から最初の2年以内の自殺率は1%以下 | 低い | 持続性で能力低下の経過をたどる早期精神病の人に対する治療という施設モデルおよび保護モデルから脱し、可能な場合は必ず早期精神病はコミュニティでのケアを提供する | | | | | | |
| | | | 伝統的精神病院ではなく一般病院精神科病棟の入院設備が好ましい | 0 | | | | | |
| | | 中間 | 犯罪司法サービスで対応される早期精神病の人をより適切に精神保健サービスに振り替える最初の計画を始める | | | | | | |
| | | | 早期精神病に非自発的治療をルーチンに評価する | | | | | | |
| | | 高い | 早期精神病に非自発的治療をすることを最小限にする戦略を作成する。例えば、住宅での介入、代替となる住居施設 | | | | | | |
| | | | 若者に焦点を当てた入院患者サービスがルーチンに利用可能である | | | | | | |
| | | | 若者に優しいデイプログラムを作成する | 0 | | | | | |
| | | | 精神病の若者の自立した生活を支援する若者向けの住宅施設を作る | 0 | | | | | |
| | | 早期精神病の人の自殺のリスクを減少する戦略が作られている | | | | | | | |
| | | 早期精神病の人が可能な場合は必ずコミュニティで治療とケアを受けている | | | | | | | |

| 望ましいアウトカム | | 今どの段階にいるか | | | 行動計画 | | | | |
|--|---|--|--|-----------------|-------|-------|-------------|-----------|--|
| WHO 合意声明の 10 の戦略提言 | ニューキャッスル宣言の 5 つの優先的アウトカム | 資源 / 有効性のシナリオ | 証明可能なエビデンス | 当てはまるところをチェックする | 必要な行動 | 誰が行うか | それによって変わるか? | いかに評価するか? | |
| 4. 大衆を教育する：精神病の早期発見およびより良いマネジメントの重要性と機会について、コミュニティの啓発活動を行う | <p>優先的アウトカム 1 コミュニティの啓発活動を行う</p> <p>⊕ 全ての 15 歳が正規の教育の中で精神病を理解し扱うための教育を与えられる</p> <p>⊕ 精神病に関する研修が教師とその他関係するコミュニティ機関に利用可能である</p> | 低い | 若者の精神疾患について啓発する公共キャンペーンを支援する | | | | | | |
| | | | 公共教育での NGO を支援する | | | | | | |
| | | 中間 | 精神疾患に対するスティグマと差別を減じる若者を対象としたキャンペーンを支援する | | | | | | |
| | | | 他のセクターと共同しエビデンスに基づく精神保健促進と早期介入プログラムを開始する | | | | | | |
| | | 高い | 早期精神病の発見と治療に関する啓発の公共キャンペーンを開始する | | | | | | |
| | | | 正規の教育の中で、すべての若者に精神病について教える | | | | | | |
| | | 精神理解のための研修を、教師、若者・福祉ワーカー、警察、犯罪司法サービス、他の関連するコミュニティ機関に対して提供される | | ○ | | | | | |

| 望ましいアウトカム | | 今どの段階にいるか | | | 行動計画 | | | |
|------------------------|---|---------------|---|-----------------|-------|-------|------------|-----------|
| WHO 合意声明の 10 の戦略提言 | ニューキャッスル宣言の 5 つの優先的アウトカム | 資源 / 有効性のシナリオ | 証明可能なエビデンス | 当てはまるところをチェックする | 必要な行動 | 誰が行うか | それによって変わる事 | いかに評価するか? |
| 5. コミュニティ・家族・利用者に関与させる | 優先的アウトカム 4 家族の関わりと支援 ⊕ サービスは家族あるいは重要な支援者に一週間以内に意味のある応答を行う ⊕ 90%の家族が、尊重され治療のパートナーとして尊重され評価されていると感じる | 低い | 早期精神病の若者、家族、主要な援助者のための自助グループの形成をサポートする | ○ | | | | |
| | | | NGO と精神保健行動計画の資金計画 | | | | | |
| | | 中間 | 家族や主な援助者が支援と早期精神病に関する情報にアクセスする手助けをするパイロット行動計画 | ○ | | | | |
| | | | サービスと方針決定にコミュニティ、消費者、家族の代表が参加している | ○ | | | | |
| 高い | 家族と主要な援助者は、そのニーズにあった有効なサービスを受け、必要な場合は代理人による支援を受ける。サービスは、次の点での有効性を体系的に示す。 ・家族と親しい友人に早期に関わる ・家族が治療のパートナーとして大切にされていると感じている | ○ | | | | | | |

| 望ましいアウトカム | | 今どの段階にいるか | | | 行動計画 | | | |
|-----------------------|--------------------------|---------------|---|-----------------|-------|-------|------------|-----------|
| WHO 合意声明の 10 の戦略提言 | ニューキャッスル宣言の 5 つの優先的アウトカム | 資源 / 有効性のシナリオ | 証明可能なエビデンス | 当てはまるところをチェックする | 必要な行動 | 誰が行うか | それによって変わる事 | いかに評価するか? |
| 6. 国家の政策・プログラム・立法化を行う | アウトカムの土台となる | 低い | 精神保健プログラムと政策を定式化する | | | | | |
| | | | 精神医療の予算を少なくとも GDP の 5%まで増やす | | | | | |
| | | 中間 | 早期精神病の人とその家族のためのサービスを改善する新たな政策と経済的支援 | | | | | |
| | | | 早期精神病の若者に焦点を当てた精神保健に関する支出の増加 | | | | | |
| | | 高い | サービスの政策、研修、方針決定に、利用者と家族の代表者が参加する | | | | | |
| | | | 精神病の早期介入は資源の投資によって示される主要な国家政策に含まれる | | | | | |
| | | | 精神病の若者とその家族のためのサービスの土台となる政策や医療費の点での取り組み | | | | | |
| | | | | | | | | |

| 望ましいアウトカム | | 今どの段階にいるか | | | 行動計画 | | | |
|--|--|---------------|---|-----------------|-------|-------|------------|-----------|
| WHO 合意声明の 10 の戦略提言 | ニューキャッスル宣言の 5 つの優先的アウトカム | 資源 / 有効性のシナリオ | 証明可能なエビデンス | 当てはまるところをチェックする | 必要な行動 | 誰が行うか | それによって変わる事 | いかに評価するか? |
| 7. 人材資源を育成する | 優先的アウトカム 5 実務家に学習を提供する ⊕ 精神病の若者の発見・ケア・治療が、すべての一次医療および社会的ケアの実務家の研修カリキュラムの一部である ⊕ 特有の早期介入研修プログラムが財政援助され、評価される | 低い | 一次医療の実務家は研修を通じて、精神病の若者には自分の精神保健に関して正当な関心とニーズを持っていることを認識している | ○ | | | | |
| | | | 精神科医と看護師に、早期精神病のケアと治療に関する理について研修を行う | ○ | | | | |
| | | 高い | 専門の精神保健実務家は早期精神病の若者の発見・ケア・治療の特有の研修を受けている | ○ | | | | |
| | | | 専門の精神保健の実務家は若者の精神障害の早期の発見・ケア・治療に関する進んだ技能と知識を持っている | ○ | | | | |
| | | | 精神病の若者とその家族の発見・ケア・治療は、すべての一次医療 (GP) ・ 社会保障実務家の研修プログラムの一部である | | | | | |
| 精神病理理解のための研修を、教師、若者・福祉ワーカー、警察、犯罪司法サービス、他の関連するコミュニティ機関に対して提供される | ○ | | | | | | | |

| 望ましいアウトカム | | 今どの段階にいるか | | | 行動計画 | | | |
|---|---|----------------------|---|---------------------------------|-------|-------|-----------------|---------------|
| WHO 合意声明 の 10 の戦略提 言 | ニューキャッスル宣言 の 5 つの優先的アウト カム | 資源 / 有効性の シナリオ | 証明可能なエビデンス | 当ては まると ころを チェッ クする | 必要な行動 | 誰が行うか | それによって 変わる事? | いかに評価 するか? |
| 8. 他のセク ターと連携す る：ますます 注目されてい る回復という 概念を容易に するため | 優先的アウトカム 1 コミュニティの啓発活 動を行う | 低い | 学校、職場の精神保健プログラム を始める | 0 | | | | |
| | | | NGO の活動を促進する | 0 | | | | |
| | ⊕ 全ての 15 歳が正 規の教育の中で精 神病を理解し扱う ための教育を与え られる | 中間 | 学校、職場の精神保健プログラム を強化する | 0 | | | | |
| | | | 物質乱用と精神病の治療プログラ ムが連携している | | | | | |
| | 優先的アウトカム 3 回復と日常生活の促進 | 高い | 就労、学業、余暇活動への支援を 示す効果的で若者に優しい統合プ ログラムを作る。有効性は次の点 で示される | 0 | | | | |
| | | | <ul style="list-style-type: none"> ・クライアントの満足度 ・雇用率 ・学業成績 ・住居確保 | | | | | |
| | ⊕ 診断から最初の 2 年以内の自殺率は 1%以下 | | | | | | | |
| | ⊕ 診断から 2 年後、 90%が雇用率・就 学率が、年齢/性 別を同じ仲間と同 様である | | | | | | | |
| | ⊕ 診断から 2 年後、 90%が雇用・教 育・社会的達成度 に満足感を持てる | | 早期精神病と物質乱用問題を合併 した人に対する医療・治療の統合 プログラムが、同じサービスシス テム内で提供されている | | | | | |

| 望ましいアウトカム | | 今どの段階にいるか | | | 行動計画 | | | |
|---------------------------------------|------------------------|---------------|--|-----------------|-------|-------|------------|-----------|
| WHO 合意声明の10の戦略提言 | ニューキャッスル宣言の5つの優先的アウトカム | 資源 / 有効性のシナリオ | 証明可能なエビデンス | 当てはまるところをチェックする | 必要な行動 | 誰が行うか | それによって変わる事 | いかに評価するか? |
| 9. コミュニティの精神保健をモニターする： 早期精神病の重要な指標 | アウトカムの土台となる | 低い | 基本的健康の情報システムでの精神障害を含む | ○ | | | | |
| | アウトカムの土台となる | | ハイリスク人口グループを調査する | ○ | | | | |
| | アウトカムの土台となる | 中間 | コミュニティの早期精神病の調査を始める | ○ | | | | |
| | アウトカムの土台となる | 高い | 精神病未治療期間を評価しうる早期精神病ための発展した精神保健モニターシステムを提供する；肯定的回復のアウトカム；健康面と社会面での罹患率；致死率（自殺を含む）；コストと負荷 | | | | | |
| | アウトカムの土台となる | | 早期精神病の予防と治療プログラムの有効性と費用効率をモニターする | | | | | |

| 望ましいアウトカム | | 今どの段階にいるか | | | 行動計画 | | | |
|---|--------------------------|---------------|---|-----------------|-------|-------|------------|----------|
| WHO 合意声明の 10 の戦略提言 | ニューキャッスル宣言の 5 つの優先的アウトカム | 資源 / 有効性のシナリオ | 証明可能なエビデンス | 当てはまるところをチェックする | 必要な行動 | 誰が行うか | それによって変わる事 | いかに評価するか |
| 10. 研究を支援する | アウトカムの土台となる | 低い | コミュニティでの早期精神病の有病率・過程・転帰・影響に関する研究を行う | Q | | | | |
| | | 中間 | 早期精神病をマネジメントするための有効性と費用効率の研究を始める | | | | | |
| | | 高い | 精神病の原因を研究する | Q | | | | |
| | | | 精神病の予防を研究する | Q | | | | |
| | | | 新しい心理社会的影響と精神科薬理学的影響を研究する | Q | | | | |
| | | | サービス提供のモデルを研究する 例えば都会モデル/地方モデル/点在する地方モデル | Q | | | | |
| 早期発見と早期介入の影響の両方の観点で、早期精神病（16歳以下）の子供・思春期の有病率とニーズに関して研究する | | | | | | | | |