

## 早期精神病への心理社会的アプローチ ——臨床ガイドランスの解説——

松本 和紀

初回エピソード精神病 (FEP) とそのリスク状態である at-risk mental state (ARMS) への臨床研究と実践の取り組みは、近年、多くのエビデンスと経験を蓄積してきた。海外では FEP と ARMS を含む早期精神病について、複数のガイドラインやガイドランスが公表されているが、わが国でも、日本医療研究開発機構 (AMED) の研究事業として「早期精神病的診療プランと実践例—予備的ガイドランス 2017—」が公表された。本稿は、このガイドランスにそって FEP と ARMS の心理社会的アプローチについて解説を行った。FEP と ARMS のいずれにおいても、心理社会的アプローチは介入手段の中核と考えられており、一人ひとりの個別性を包括的に評価したうえで、長期的な予後の改善をめざす視点から、適切に介入方法を選択していくことが大切である。FEP への治療の導入では、治療関係の構築に細心の注意を払う必要がある。全人的な包括的評価が必要であり、就労、教育、住居、対人関係、健康など、当事者にとって重要なニーズを理解し、これを満たすための介入が推奨される。また、ARMS に対しては、臨床的な異種性の高さを十分に理解したうえで、低強度の非特異的なアプローチから高強度の特異的なアプローチへと、必要に応じて段階的に治療法を選択することが推奨される。併存する症状や精神疾患に対しての標準治療を提供することも心がける。FEP と ARMS は、異なる臨床病期にあり、それぞれに異なる特徴もある。臨床病期に応じた適切な診療を提供する必要がある。

<索引用語：早期精神病，初回エピソード精神病，at-risk mental state，臨床的ハイリスク状態，早期介入>

### はじめに

初回エピソード精神病 (first episode psychosis : FEP) とそのリスク状態である at-risk mental state (ARMS) への取り組みは、近年のさまざまな臨床研究と実践的取り組みにより多くのエビデンスと経験を蓄積してきた。その成果は、標準医療の一部としていくつかの国や地域に取り込まれ、複数のガイドラインやガイドランスが公表されている<sup>3,8,16)</sup>。わが国でも、国立研究開発法人日本医療研究開発機構 (AMED) の研究事業として「早期精神病的診療プランと実践例—予備的ガイドランス 2017—」(研究代表者：水野雅文)〔日本精

神保健・予防学会ホームページでダウンロード可能)<sup>15)</sup>が公表された。本稿では、FEP と ARMS に対する心理社会的アプローチについて、このガイドランスに則りながら解説したい。

### I. FEP への介入

#### 1. 治療関係・信頼関係の構築と維持の強調

治療関係・信頼関係の構築と維持は、あらゆる精神疾患の治療において重要なことは言うまでもない。しかし、FEP では精神病未治療期間 (duration of untreated psychosis : DUP) が長く、さらに、治療開始後に治療から脱落する者も多い。こ

表1 FEP のアセスメント

---

2.1.2 アセスメント

- ・FEP の患者に対しては生物・心理・社会の領域における全人的な包括的評価を行う。
- ・アセスメントの開始は、治療の始まりでもある。患者の安全に配慮したうえで、信頼関係と治療関係の構築を大切にす。
- ・アセスメントの実施には、精神科医に加えて、必要に応じ看護師、精神保健福祉士、心理士、作業療法士、精神科医以外の医師などの多職種が参加する。

アセスメントは継続的に進めていくプロセスとして実施する。

---

(文献 15 より引用)

表2 FEP において治療関係の構築を阻害する患者側の要因の例

---

- ・猜疑心/不信任感
- ・精神病症状
- ・陰性症状/認知機能障害
- ・病識の乏しさ
- ・スティグマ、知識不足
- ・トラウマ体験
- ・社交不安/対人恐怖
- ・支援に対する過去の不快な経験
- ・若者心性/若者の自立心
- ・他に優先したい事柄(仕事、学業、友人関係、恋愛、趣味など)

---

(文献 14 より引用)

表3 FEP の包括的な心理社会的評価

---

- ・虐待(身体的・精神的)、幼少期の親との別離、トラウマ、いじめの既往
- ・精神疾患についてのスティグマや偏見:罹病したことについての個人的な文脈についての理解や病識などを含む
- ・家族についての評価:家族のニーズ、精神病についての知識、患者の精神疾患が家族に及ぼす影響、ストレス、対処のための資源などを含む
- ・対人関係:友人、ソーシャル・ネットワーク
- ・学業と就労:最終学歴、就労歴、学校や職場との関係、ニーズ
- ・ストレス
- ・利用できる心理・社会的資源
- ・経済的な状態

---

(文献 15 より引用)

表4 FEP に対する介入の原則

---

4.1.2.1 FEP の管理には、包括的な身体治療と心理社会的介入から成る、総合的なアプローチが必要。

4.1.2.2 精神症状の緩和だけではなく、就労、教育、対人関係、健康など患者が重要と捉えている領域でのニーズを満たすことを目標にする。

4.1.2.3 FEP の治療は、できるだけ制限の少ない治療環境で行う。

4.1.2.4 必要に応じて、訪問診療や訪問看護などのアウトリーチによる治療を行う。

4.1.2.5 海外では早期精神病に対する専門サービスが包括的な治療を提供しており、対費用効果が高いことが示されている。こうしたサービスは2~5年間、継続的に提供されている。

---

(文献 15 より引用)

のため、FEP への介入では、治療関係・信頼関係の構築と維持が特に重要となる(表1)。しかし、FEP では、さまざまな要因によって、安定した関係構築が阻害される(表2)。治療者や支援者は、こうした要因に対応するための知識やスキルを高める必要がある。

FEP の心理社会的評価では、全人的な包括的評価が必要であり(表1, 3)、この目的のためには、多職種によるアセスメントを心がける。

## 2. FEP に対する介入の原則

FEP に対する介入の原則は表4にまとめた。

FEP の当事者のニーズ調査では、就労、教育、住居、対人関係、健康の5つの領域のニーズが高いことが示されている<sup>19)</sup>。医師は、精神症状や服薬管理への関心が高いかもしれないが、これに加えて、当事者が重要と考えるニーズを理解し、これを満たすために協働することが推奨される。

こうした介入の原則を実践するための方法として、海外の先進地域ではアウトリーチを基盤とした地域での包括的な早期介入サービスが導入されている(表5)。FEP に対する特別な早期介入では、介入期間中に社会機能や職業機能の改善、精神症状の改善、再入院率の低下がもたらされ

表5 包括的な早期介入サービス

---

- ・アウトリーチ
- ・多職種チーム
- ・ケースマネジメント
- ・抗精神病薬の使用と管理
- ・個人精神療法 (CBT など)
- ・家族介入
- ・就労支援

---

(文献 14 より引用)

る<sup>1,18)</sup>。このような早期介入サービスは、米国でも最近効果が確認され<sup>7)</sup>、米国政府は多額の予算を投入して全米各地にこうしたサービスを展開している。

### 3. FEP に対する心理社会的なアプローチ (表6)

統合失調症に対する心理社会的なアプローチとして最もエビデンスが高い介入法の1つは家族介入であり、FEP においても主要な心理社会的介入アプローチである<sup>16)</sup>。FEP の家族は、慢性期の統合失調症と比べ、敵意や批判などの感情表出はそれほど高くないことが多い。しかし、当事者の家族はさまざまな悩みを抱え、家族自身が精神的な問題を抱えることもある<sup>4)</sup>。家族の苦痛は、批判的態度の悪化や慢性化へと結びつくおそれがあり、これを防ぐという視点からも支援が必要である。

FEP の家族や当事者に対する心理教育では、対象者が疾患の早期段階にあるという特性に配慮する必要がある。精神病が慢性進行性に経過するという悲観的なモデルを押しつけるのではなく、一人ひとりに合わせたリカバリー・モデルを現実的楽観主義の姿勢で共有する。

FEP の当事者の多くは、就学や就労を望んでおり、社会参画は重要な目標となる。統合失調症などで成果を挙げている個別就労支援は、FEP でも効果が示されている<sup>9)</sup>。必要に応じて精神保健福祉士を含めた多職種と連携し、就労移行支援サービスを利用したり、学校関係者や職場の関係者と連携するなどして、具体的な支援を積極的に導入することが推奨される。

表6 FEP に対する心理社会的なアプローチ

#### 4.1.4 心理社会的アプローチ：

治療を必要とするあらゆる FEP の患者に対し心理社会的介入を提供する。一般的な支持療法やケースマネジメントに加えて、本人や家族への心理教育、家族介入、認知行動的な治療 (CBT や CRT を含む)、職業リハビリテーションなどが含まれる。

#### 4.1.5 家族介入：

患者が疾患の早期段階にあるという特性に配慮して実施されるべきである。可能であれば、家族と当事者が一緒に参加するセッションをもつことが奨められる。英国のガイドラインでは最低10回のセッションを3ヵ月から1年間で実施することを推奨している。

#### 4.1.6 就労・就学支援：

就労や就学に向けた支援のために、直接的な介入を行ったり、支援サービスの調整を行う。就労支援としては援助付き雇用、特に個別就労支援プログラムが奨められる。

#### 4.1.7 身体的健康への介入：

身体医学的評価を定期的に行い、血圧/血糖/脂質代謝、心血管系の指標を定期的にモニター。体重増加を避けるために、生活習慣への介入を行う。

---

CRT：認知矯正療法

(文献 15 より引用)

精神病に罹患することは、心血管疾患、2型糖尿病、喫煙者になるリスクが高く、寿命の短縮に結びつく<sup>17)</sup>。このため、疾患の早期段階から、長期的な身体的健康に配慮した医学的管理、薬物療法、生活習慣への介入を行う必要がある<sup>6)</sup>。

統合失調症や精神病に対する認知行動療法 (cognitive behavioral therapy : CBT) は、日本ではまだ十分に普及はしていないが、疾患の早期段階でも必要に応じた心理的治療を行うことには意義がある<sup>11)</sup>。特に、持続性の陽性症状、抑うつ症状、社交不安症状、強迫症状、心的外傷後ストレス障害 (posttraumatic stress disorder : PTSD) やトラウマの問題などに対して、認知行動療法を試みることが考えられるだろう。

## II. ARMS への介入

### 1. ARMS の特徴<sup>2,8)</sup>

ARMS は、精神病の移行リスクが高い精神状態であるが、実際に精神病に移行するリスクは、メ

表7 ARMS への介入の目的と一般的な原則

## 4.2.1 介入の目的

ARMS への介入は、精神病への移行を予防することは重要な目的の1つである。しかし、精神病への移行予防のみを唯一の目的とすべきではなく、現在の症状や問題に伴う苦痛を緩和し、社会的、学業的、職業的な機能障害の予防や回復をめざすべきである。

## 4.2.2 ARMS への介入の一般的な原則

## 4.2.2.1 段階的ケアアプローチ

ARMS への介入では、段階的ケアアプローチが推奨される。段階的ケアアプローチでは、患者の臨床的な重症度や緊急性の高さに応じて、低強度の非特異的なアプローチから高強度の特異的なアプローチのなかから治療法が選択される。

## 4.2.2.2 臨床経過に応じた治療

ARMS の臨床経過は多様であるため、経過に応じて治療計画を修正していくことが必要である。

(文献 15 より引用)

夕解析によれば6 ヶ月で 18%、1 年で 22%、2 年で 29%、3 年で 32%、3 年以上で 36% であり、近年はこれよりも低い移行率の報告も多い。つまり、ARMS から精神病に移行しない者の割合のほうが実際には高く、精神病に移行しない ARMS のなかには、すっかり回復し、長期的に安定した経過をたどる者もいる。一方、ARMS の多くは、最初の診察の時点で、抑うつや不安などの精神症状を示す。精神病に移行しない場合であっても、抑うつ性の気分障害、双極性障害、不安障害、PTSD などの精神障害として経過し、社会機能が十分に回復しないままの者も多い。このように ARMS は、臨床的には異種性が高く、多様な予後をたどる。

## 2. ARMS への介入の一般的な原則 (表 7)

ARMS では、精神病に移行する者は一部にとどまり、多くの当事者は、弱い精神病症状のほかにも複数の精神症状に苦痛を感じていたり、社会的、学業的、職業的な問題に困っている。介入においては、このような当事者の苦痛や困っている問題の解決に焦点をあてることが重要であり、幅広い視点から長期予後の改善をめざすべきである。

表8 ARMS への心理社会的介入

## 4.2.3 心理社会的介入

4.2.3.1 治療を必要とするあらゆる ARMS の患者に対し心理社会的介入を提供する。

4.2.3.2 ARMS に対する一般的な心理社会的介入を、個々の事例の必要性に応じ提供する。これには、定期的な経過観察、支持的な精神療法、家族介入、ケースマネジメントなどが含まれる。

4.2.3.3 支持的な治療は、患者の社会機能を改善する可能性がある。

4.2.3.4 患者のニーズに応じて「ARMS のための CBT」を提供することが奨められる。

4.2.3.5 併存診断 (例: うつ病, 社交不安障害, 強迫性障害, PTSD, パニック障害) がある場合には、併存診断に対する標準治療 (CBT などの精神療法や薬物療法を含む) を治療計画のなかに含める。

(文献 15 より引用)

ARMS の異種性を鑑みれば、ARMS では一人ひとりの精神症状の特徴に合わせた介入が必要であり、一律に特定の介入を行うべきではない。多様な予後をとりうることを理解したうえで、低強度の非特異的なアプローチから高強度の特異的なアプローチへと、必要に応じて段階的に治療法を選択することが推奨される<sup>20)</sup>。むろん、臨床的な重症度や緊急度に応じて、治療法を選択することは言うまでもない。また、ARMS の臨床経過は多様であり、なかには、病像が短期間のうちに変化する者もいる。臨床経過に応じて、適宜、治療計画を修正する。

## 3. ARMS に対する介入 (表 8)

これまでの研究で、ARMS に対しては支持的な精神療法やケースマネジメントなどの通常治療に加えて、認知行動療法、抗精神病薬、オメガ 3 脂肪酸などの特別な介入を付加することで、介入期間中に精神病に移行する割合がおおよそ半減することが知られている<sup>10)</sup>。しかし、抗精神病薬治療は服薬中断者が多く、副作用の問題もあるため、一般的には治療の第一選択肢とは考えられていない。非特異的な治療法や認知行動療法などの治療

法に効果が認められない場合<sup>20)</sup>、臨床的に緊急性が高い場合などに限定して用いられるべきだと考えられている。また、抗精神病薬を投与した場合でも、漫然と長期投与するのではなく、適宜、必要性についての検討を行い、減量、中止をめざすことが原則である<sup>5)</sup>。

認知行動療法は、ARMS に対する特別な介入方法として最も研究されており、メタ解析でも精神病移行率を低下させる効果があることが示されている<sup>12)</sup>。日本におけるオープン・トライアルでも、弱い精神病症状、抑うつ、不安、全般機能が認知行動療法の介入終了後に高い効果量で改善し、その効果は半年後の追跡時にも維持された<sup>13)</sup>。認知行動療法は、ARMS に併存するうつ病、社交不安障害、強迫性障害、PTSD などにも効果があり、こうした併存症の治療という点からも推奨される。

一方で、特別な介入を行わずとも、定期的な経過観察、支持的な精神療法、家族介入、ケースマネジメントなどの心理社会的介入で多くの ARMS の臨床症状が改善することも知られており、あらゆる ARMS に対して、心理社会的介入を提供することが推奨される。

また、前述の通り、ARMS では、さまざまな精神疾患を併存するが、この併存する精神疾患に対する標準治療を提供することも重要である。必要に応じて、SSRI、SNRI、NaSSA などの薬物療法や認知行動療法を行うことが推奨される。

### おわりに

「早期精神病的診療プランと実践例—予備的ガイダンス 2017—」<sup>15)</sup>は、暫定的なガイダンスであり、今後、さらなるエビデンスの蓄積や日本の臨床現場に即した内容へと更新していく必要がある。このためには、実際にこのガイダンスに目を通した臨床現場のスタッフや専門家からの意見を反映し、実践的な観点から具体的な改善や修正を検討していくことも必要だろう。また、臨床現場でガイダンスが推奨する治療が広く行われるようにするためには、必要な研修の機会を増やした

り、制度改革を求めていくことも重要だろう。今後は、精神疾患の予防や早期介入の実現に向けて、より多くの関係者がこの領域に関心をもち、多くの実践を試みることに期待したい。

なお、本稿の趣旨は上記ガイダンス<sup>15)</sup>の概略紹介であり、同じくガイダンスの概略を紹介した他稿<sup>14)</sup>と内容が重複することをご了承いただきたい。

### 利益相反

受託研究費：NEC ソリューションイノベータ株式会社  
その他、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

### 文 献

- 1) Craig, T. K., Garety, P., Power, P., et al. : The Lambeth Early Onset (LEO) Team : randomised controlled trial of the effectiveness of specialised care for early psychosis. *BMJ*, 329 (7474) ; 1067, 2004
- 2) Fusar-Poli, P., McGorry, P. D., Kane, J. M. : Improving outcomes of first-episode psychosis : an overview. *World Psychiatry*, 16 (3) ; 251-265, 2017
- 3) Galletly, C., Castle, D., Dark, F., et al. : Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the management of schizophrenia and related disorders. *Aust N Z J Psychiatry*, 50 (5) ; 410-472, 2016
- 4) Hamaie, Y., Ohmuro, N., Katsura, M., et al. : Criticism and depression among the caregivers of at-risk mental state and first-episode psychosis patients. *PLoS One*, 11 (2) ; e0149875, 2016
- 5) International Early Psychosis Association Writing Group : International clinical practice guidelines for early psychosis. *Br J Psychiatry Suppl*, 48 ; s120-124, 2005
- 6) iphYs : Healthy Active Lives (HeAL) : Keeping the Body in Mind in Youth with Psychosis (<https://www.iphys.org.au/>) (参照 2019-01-16)
- 7) Kane, J. M., Robinson, D. G., Schooler, N. R., et al. : Comprehensive versus usual community care for first-episode psychosis : 2-year outcomes from the NIMH RAISE early treatment program. *Am J Psychiatry*, 173 (4) ; 362-372, 2016
- 8) 桂 雅宏, 阿部光一, 國分恭子ほか : ARMS への早期介入—議論の整理と海外ガイドラインの紹介—。精神

医学, 58 (7); 571-579, 2016

9) Killackey, E., Jackson, H. J., McGorry, P. D.: Vocational intervention in first-episode psychosis: individual placement and support v. treatment as usual. *Br J Psychiatry*, 193 (2); 114-120, 2008

10) 松本和紀, 國分恭子, 砂川恵美ほか: 早期介入研究アップデート—ARMS に対する心理社会的アプローチの現状と課題, *日本社会精神医学会雑誌*, 24 (4); 400-408, 2015

11) 松本和紀: 精神病性障害に対する認知行動療法. *精神医学*, 59 (5); 467-473, 2017

12) 松本和紀, 濱家由美子, 富本和歩: ARMS (アットリスク精神状態) に対する認知行動療法の現状. *最新精神医学*, 23 (2); 105-112, 2018

13) Matsumoto, K., Ohmuro, N., Tsujino, N., et al.: open-label study of cognitive behavioural therapy for individuals with at-risk mental state: feasibility in the Japanese clinical setting. *Early Interv Psychiatry*, 13(1); 137-141, 2019

14) 松本和紀: 早期精神病への心理社会的アプローチ. *北陸精神神経学雑誌* (印刷中)

15) 水野雅文, 鈴木道雄, 松本和紀ほか: 早期精神病

の診療プランと実践例—予備的ガイダンス 2017— (<http://www.jseip.jp/top/document>) (参照 2018-12-13)

16) National Institute for Health and Care Excellence: Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management. National Institute for Health and Care Excellence, London, 2014

17) Olfson, M., Gerhard, T., Huang, C., et al.: Premature mortality among adults with schizophrenia in the United States. *JAMA Psychiatry*, 72 (12); 1172-1181, 2015

18) Petersen, L., Jeppesen, P., Thorup, A., et al.: A randomised multicentre trial of integrated versus standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness. *BMJ*, 331 (7517); 602, 2005

19) Ramsay, C. E., Broussard, B., Goulding, S. M., et al.: Life and treatment goals of individuals hospitalized for first-episode nonaffective psychosis. *Psychiatry Res*, 189 (3); 344-348, 2011

20) Schmidt, S. J., Schultze-Lutter, F., Schimmelmann, B. G., et al.: EPA guidance on the early intervention in clinical high risk states of psychoses. *Eur Psychiatry*, 30 (3); 388-404, 2015

## Psychosocial Approach to Early Psychosis : An Explanation of Japanese Clinical Guidance

Kazunori MATSUMOTO

*Department of Psychiatry, Tohoku University Graduate School of Medicine*

In recent years, much evidence and experiences have been accumulated regarding clinical research and practical initiatives for First Episode Psychosis (FEP) and at-risk mental state (ARMS), the state of being at risk for FEP. Overseas, multiple guidelines have been put forth regarding early stage of psychosis including FEP and ARMS. In Japan as well, the “Treatment Plans and Implementation for Early Psychosis : Preliminary Guidance 2017” has been released as a research project of the Japan Agency for Medical Research and Development (AMED). This manuscript explains a psychosocial approach to FEP and ARMS, and the related guidance for their management. For both FEP and ARMS, a psychosocial approach is considered the nucleus of interventional measures. It is essential to select an appropriate intervention method, from the perspective of long-term improvement in the prognosis, after comprehensively evaluating each particular case. During the introduction of treatment with FEP, it is necessary to pay careful attention to establish and maintain a therapeutic alliance. A whole-person, comprehensive assessment is important. An intervention which understands the basic needs of the patient, such as work, education, living situation, interpersonal relationships, and health, and is able to meet such needs is recommended. Regarding ARMS, it is recommended to select a treatment method ranging from a low-intensity, non-specific approach to a high-intensity, specific approach and, if necessary, to perform such selection in a step-by-step manner, upon understanding the high level of clinical heterogeneity. We also strive to provide standard treatment for comorbid symptoms and psychiatric conditions. FEP and ARMS are different clinical stages and have different characteristics. It is necessary to provide appropriate intervention according to the clinical stage.

< Author’s abstract >

< **Keywords** : early psychosis, first episode psychosis, at-risk mental state, clinical high risk state, early intervention >

---