

究においては、アセスメント1回につき、被験者に1000円のギフトカードを謝礼として提供することとする。

18. 健康被害の補償および保険への加入

(1) 健康被害の補償

東大病院においては、試験等への参加に起因して生じた健康被害を本院にて治療した場合の治療費のうち、患者負担分について東大病院の医療費減免制度に基づく申請をする。他の施設においては、それぞれの規定に従う。

(2) 賠償保険への加入

賠償責任に備え、試験責任医師および試験分担医師は賠償責任保険に加入する。

19. GCPおよびヘルシンキ宣言への対応

本試験はGCPを準用するものとする。また、ヘルシンキ宣言（2000年改訂）を遵守して実施する。

20. 記録の保存

試験責任医師は、試験等の実施に係わる必須文書（申請書類の控え、病院長からの通知文書、各種申請書・報告書の控え、被験者識別コードリスト、同意書、症例報告書等の控え、その他データの信頼性を保証するのに必要な書類または記録など）を保存し、研究発表後5年間は保存しなければならない。

21. 研究計画の登録および研究結果の公表

(1) 研究計画の登録

倫理申請を通過した後、試験実施期間が開始されるまでに、試験計画の内容をUMIN-CTRに登録する。

(2) 研究結果の公表

試験責任（分担）医師が、平成24年度中に中間解析の結果を論文投稿することでデータを公表する。また、指針の規定に従い、結果を総括報告書等にまとめて厚生労働省に報告する。

22. 研究組織

<研究共同代表者>

西田淳志 東京都医学研究機構東京都精神医学総合研究所心の健康づくりプロジェクト
研究員 03-3304-5701（内線 506）

笠井清登 東京大学医学部精神神経科 教授 03-3815-5411 (内線 33600)

<実施施設・試験責任医師>

(実施施設名)	(責任医師名)	(職名)	(連絡先)
東京都立松沢病院 精神科	岡崎祐士	院長	03-3303-7211
東京大学医学部精神神経科	笠井清登	教授	03-3815-5411

三重県立こころの医療センター 精神科	原田雅典	院長	059-235-2125
社会医療法人居仁会(総合心療センターひなが、ささがわ通り 心・身クリニック)	藤田康平	理事長	059-345-2356

23. 研究資金および利益相反

本試験は、平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合 研究事業（精神障害 分野））、精神病初回発症例の疫学研究および早期支援・早期治療法の開発と効果確認に関する臨床研究の研究助成を得て実施する。本試験の計画・実施・報告において、試験の結果および結果の解釈に影響を及ぼすような「起こりえる利益相反」は存在しないこと、および試験の実施が被験者の権利・利益をそこねることがないことを確認する。

24. 実施計画書等の変更

実施計画書や同意説明文書の変更（改訂）を行う場合は予め各医療機関の倫理委員会の承認を必要とする。各医療機関で試験実施計画書の変更を求められた場合は、試験責任医師は、研究代表者との合意の上、当該機関での試験実施計画書を変更することができる。

25. 参考資料・文献リスト

1. van Os J, Kapur S. Schizophrenia. Lancet. 2009; 374: 635-45.
2. A decade for psychiatric disorders. Nature. 2010; 463: 9.
3. Craig TK, et al. The Lambeth Early Onset (LEO) Team: randomised controlled trial of the effectiveness of specialised care for early psychosis. BMJ. 2004; 329: 1067.
4. Morrison AP, et al. Cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultra-high risk: randomised controlled trial. Br J Psychiatry. 2004; 185: 291-7.
5. Garety PA, et al. Cognitive-behavioural therapy and family intervention for relapse prevention and symptom reduction in psychosis: randomised controlled trial. Br J Psychiatry. 2008; 192: 412-23.
6. Bertelsen M, et al. Five-year follow-up of a randomized multicenter trial of intensive early intervention vs standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness: the OPUS trial. Arch Gen Psychiatry. 2008; 65: 762-71.
7. Petersen L, et al. A randomised multicentre trial of integrated versus standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness. BMJ. 2005; 331: 60

- 2.
8. WHO. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision. 2003.
9. Matsuoka K, et al. Estimation of premorbid IQ in individuals with Alzheimer's disease using Japanese ideographic script (Kanji) compound words: Japanese version of National Adult Reading Test. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2006; 60: 332-9.
10. Matsuoka K, Kim Y. Japanese Adult Reading Test. Shinko-Igaku publishers; 2006.
11. EPPIC. Case Management in Early Psychosis: A Handbook.
12. Uetsuki M, et al. Estimation of Premorbid IQ by Shortened Version of JARTs in Schizophrenia. *Seishin Igaku.* 2007; 49: 17-23.
13. Kay SR, et al. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1987; 13: 261-76.
14. APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Ed. . American Psychiatric Press. ; 1994.

付録

別表1. 該当診断リスト

- F20.0 妄想型統合失調症
- F20.1 破瓜型統合失調症
- F20.2 緊張型統合失調症
- F20.3 型分類困難な統合失調症
- F20.4 統合失調症後抑うつ
- F20.5 残遺型統合失調症
- F20.8 その他の統合失調症
- F20.9 統合失調症，詳細不明
- F22.0 妄想性障害
- F22.8 その他の持続性妄想性障害
- F22.9 持続性妄想性障害，詳細不明
- F23.0 統合失調症症状を伴わない急性多形性精神病性障害
- F23.1 統合失調症症状を伴う急性多形性精神病性障害
- F23.2 急性統合失調症様精神病性障害
- F23.3 その他の妄想を主とする急性精神病性障害
- F23.8 その他の急性一過性精神病性障害
- F23.9 急性一過性精神病性障害，詳細不明
- F25.0 統合失調感情障害，躁病型
- F25.1 統合失調感情障害，うつ病型
- F25.2 統合失調感情障害，混合型
- F25.8 その他の統合失調感情障害
- F25.9 統合失調感情障害，詳細不明
- F28 その他の非器質性精神病性障害
- F29 詳細不明の非器質性精神病

- F30.2 精神病症状を伴う躁病

- F31.0 双極性感情障害，現在軽躁病エピソード
- F31.1 双極性感情障害，現在精神病症状を伴わない躁病エピソード
- F31.2 双極性感情障害，現在精神病症状を伴う躁病エピソード
- F31.3 双極性感情障害，現在軽症又は中等症のうつ病エピソード
- F31.4 双極性感情障害，現在精神病症状を伴わない重症うつ病エピソード
- F31.5 双極性感情障害，現在精神病症状を伴う重症うつ病エピソード
- F31.6 双極性感情障害，現在混合性エピソード
- F31.7 双極性感情障害，現在寛解中のもの
- F31.8 その他の双極性感情障害

F31.9 双極性感情障害，詳細不明

F32.3 精神病症状を伴う重症うつ病エピソード

F33.3 反復性うつ病性障害，現在精神病症状を伴う重症エピソード

別表2. 施設状況報告書

施設状況報告書

報告年月日 平成 年 月 日

施設名称

試験責任（分担）医師名

当施設における、自主臨床試験「早期精神病に対する包括的な早期支援・治療の多施設ランダム化比較試験」についての施設状況は以下の通りです。

精神科病床 閉鎖 床 開放 床

デイケア・作業所等リハビリ施設 あり () なし

家族支援教室 あり () なし

キャッチメントエリア

該当地域における人口 約 万人

ケースマネジメント会議開催 月 回以上を予定

施設独自の登録基準

登録・割付管理者

治療医師

CM介入群

通常治療群

ケースマネージャー

評価者

別表3. 治療満足度

あなたは、医師、看護師、ケースマネージャーなど総合して、ここまでの治療に満足していますか？ 名前を書く必要はありません。書き終わったら半分に折ってのりづけして提出してください。

1. 非常に満足している
2. 満足している
3. 不満である
4. 非常に不満である

ご家族の方は、ご本人のここまでの治療に満足していますか？

1. 非常に満足している
2. 満足している
3. 不満である
4. 非常に不満である

ありがとうございました。

ID. _____

別表4. 重篤な有害事象報告書

重篤な有害事象報告書

報告年月日 平成 年 月 日

施設名称 _____

試験責任（分担）医師名 _____

当施設にて、重篤な有害事象が発生いたしましたので、ご報告いたします。

有害事象の種類

1. 死亡
2. 死亡の恐れ、すべての自殺企図
3. 永続的または顕著な障害若しくは機能不全に陥る行為
4. その他

1) から 3) に準じて重篤。即座に生命を脅かしたり、死や入院には至らなくとも、他者を危機にさらしたり、「死亡」「死亡の恐れ」「永続的または顕著な障害若しくは機能不全に陥る」ような結果に至らぬように処置を必要としたりする重大な事象の場合に該当する。例えば、過量服薬のために救命処置を受ける、リストカットのため縫合処置を受ける等は 2 に該当する。

該当者ID _____

有害事象名 _____

発現日 平成 年 月 日

- 程度
1. 通常の活動に支障を来たさないと考えられる程度
 2. 通常の活動に支障を来たすと考えられる程度
 3. 通常の活動を不可能にすると考えられる程度

- 重篤度
0. 非重篤
 1. 重篤

- 処置
0. 非処置
 1. 処置

転帰 (確認日 平成 年 月 日 転帰日 平成 年 月 日)

1. 回復
2. 軽快
3. 未回復
4. 後遺症
5. 死亡

治療との因果関係 0. 関連性なし

CM 介入以外の要因 (例 ; 併用薬、合併症) と特定できる

または時間的な関係から関連性がないと判断できる

1. 多分なし

CM 介入以外の要因 (例 : 併用薬、合併症) の可能性が高い、または時間的な関係から関連性がありそうもない

2. 可能性小

CM 介入以外の要因 (例 : 併用薬、合併症) が確実ではないが、時間的な関係から関連性が妥当であるなど CM 介入との関連性も否定し得ない

3. 可能性大

CM 介入による可能性がある、即ち CM 介入以外の要因 (例 : 併用薬、合併症) による可能性が低く、時間的な関連性が示唆される

4. ほぼ確実

CM 介入以外の要因 (例 : 併用薬、合併症) では合理的な説明が成り立たず、時間的な関係から関連性が強く示唆される

備考

早期精神病のケースマネジメント ハンドブック（抜粋）

EPPIC(2001): Case management in early psychosis: a handbook. Melbourne: EPPIC

監訳：針間博彦

翻訳：石倉習子 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

謝辞.....	5
第1部：早期精神病.....	6
1.1 早期精神病入門.....	6
1.1.1 定義、診断.....	6
1.1.2 精神病の新たな概念.....	7
1.1.3 回復のモデル-そして楽観の余地.....	8
1.2 初回エピソード精神病の特徴.....	10
1.2.1 発達面の状況.....	10
1.2.2 発達上の軌道を回復する.....	10
1.3 介入の原則.....	12
1.3.1 早期介入の利点.....	12
1.3.2 早期介入の目標—「正しい方法にする」.....	12
第2部：早期精神病的ケースマネジメント入門.....	13
2.1 ケースマネジメントとは何か.....	13
2.2 ケースマネジメントのモデル.....	14
第3部：ケースマネジメントの実際.....	16
3.1 ケースマネジャーの目標と課題.....	16
3.2 急性期.....	17
3.2.1 目標.....	17
3.2.3 情報と心理教育.....	17
3.2.4 薬物治療および他の治療に対するアドヒアランス.....	19
3.2.5 「ダメージコントロール」.....	21
3.2.6 治療的ラポールの確立.....	22
3.2.7 心理的適応.....	23
3.3 回復期.....	25
3.3.1 目標.....	25
3.3.2 回復早期.....	25
3.3.3 回復期の臨床問題.....	26
3.3.4 回復後期.....	27
3.3.5 回復期の遷延.....	30
第4部：特定の問題.....	33
4.1 薬物治療.....	33
4.2 心理的介入.....	36
4.2.1 論拠.....	36
4.2.2 認知行動療法.....	37
4.2.3 変化を促す.....	37
4.2.4 認知指向的精神療法.....	37
4.3 家族支援.....	43
4.4 文化的問題.....	46
4.5 物質乱用.....	48

4.6	パーソナリティ障害	51
4.7	感情病性精神病	52
4.8	他の精神医学的併存症	55
4.9	再発予防	56
4.10	自殺予防	58
第5部：ケースマネジメントの枠組み		61
5.1	ケアの連続性	61
5.2	担当数とデータベース	62
5.3	ケースマネジメントチーム	63
5.4	専門能力開発とスーパーヴィジョン	65
5.5	評価	67

本書の使い方

このハンドブックは精神病性疾患の早期段階にある人に対するケースマネジメントの原則と実践に関する入門書である。

オーストラリアでは、ケースマネジャーが有する資格と経験にはかなりの個人差があり、彼らが働く精神保健システムにもかなりの違いがある。このハンドブックではケースマネジメントの理論的背景について述べ、理論を実践する方法について説明する。

第1部では精神病性疾患の特徴について述べる。疾病の早期段階においては正確な診断を下すことは困難なことがあるが、だからといって効果的な介入を遅らせる必要はないことが強調されている。また、初回エピソード精神病に特有の諸特徴や、とくに発達上重要な段階である思春期後期から成人期早期にかけてしばしば生じることが強調されている。

第2部ではケースマネジメントの概念と、ケースマネジャーが精神医療システムの中で果たしうる役割について述べる。ケースマネジャーは重要な治療的役割を果たし、他の人が行うケアを単にコーディネートする以上のことを行うことが想定されている。

第3部では精神病の急性期および回復期におけるケースマネジャーの目標と課題について概説する。個々のケースマネジャーが果たす役割は、それぞれが受けた研修と有する経験に大きく左右されるが、基本となる原則に基づいている。

第4部では薬物治療に関して援助する上でのケースマネジャーの役割、早期精神病に用いられうる心理教育の例、家族支援、文化的問題、再発予防の援助など、疾病のいずれの段階においても重要ないくつかの特有の問題について述べる。

第5部では、患者に効果的介入を提供し、またケースマネジャーに支持的な専門的環境を提供する能力のある組織的構造の中でケースマネジメントが行われることについて述べる。

本書の意図

この文書は精神保健従事者が使用するガイドとして作成されたものである。早期精神病を体験している人に対するケースマネジメントおよび治療的手順に関する決定的なアプローチを示そうとするものではなく、個々の例について検討する際の専門的判断に取って代わるものではない。

謝辞

このハンドブックはさまざまな EPPIC のプログラムを通じて早期精神病患者の治療に関わった多くの臨床家と協議されて作成された。内容は Richard Bell、Jane Edwards、John Gleeson、Darryl Wade によるところが大きい。EPPIC ケースマネジメントチームの他の多くのメンバーも貴重な情報と助言を提供してくれた。Tony James はこのハンドブックの出版準備に尽力してくれた。

本文は多くの最近の発表論文や現在進行中の企画に基づいており、それらの業績に対しても謝辞を述べる。

第 1 部：早期精神病

1.1 早期精神病入門

1.1.1 定義、診断

早期精神病を有する人に対するケアが関心を集めており、症状の早期発見と効果的介入が長期予後を改善しうるということが知られるようになっている。「精神病(状態)psychosis」という語は、次の特徴を示す障害群を指す。

- ・ 現実の性質に対する誤った解釈。これは幻覚（知覚の障害）や妄想（確信および環境に対する解釈の障害）などの症状に反映される。
- ・ まとまりのない会話パターン（思考障害）および他の認知的変化

「早期精神病 early psychosis」という語はただ 1 つの定義があるわけではないが、通常次のものを含んでいる。

- ・ 前駆期。この時期になんらかの変化が生じるが、精神病症状はいまだ生じていない。
- ・ 初回エピソード精神病から 5 年後までの期間。

精神病(状態)とは 1 つの症候群、すなわち 1 つの明確な症状パターンであり、さまざまな原因から生じうる（表 1）。統合失調症は精神病症状を伴う多くの病態の 1 つにすぎない。早期段階では正確な診断が困難なことがあり、予備的な診断を下しても、疾病の特徴が次第に明らかになると共に、それは変更される、あるいはより明確化されることがある。

精神病性疾病の経過において早期に正確な診断をつけようとする、いくつかの悪影響が生じうる。たとえば、「統合失調症」といった「レッテル」をあまりにも早く貼ってしまうと、患者と家族に不要なスティグマを与え、予後に関して不当に悲観的な見方を伴いかねない。実際は、初回エピソード精神病的予後はさまざまであり、障害の多くの側面が適切な介入に対して良い反応を示す。この早期段階に正確な診断を下せないからといって効果的介入が遅れない限り、悲観ではなく希望を与えるほうが望ましい。

診断が何であれ、精神病症状を有する人は苦しんでいることが多く、生活に相当な支障が生じているかもしれず、支援を必要としている。

精神疾患の診断基準は静的なものではない。それは時間の経過と共に変更されるものであるし、また国によって異なる診断システムが用いられていることもある。こうしたシステムの一つに、米国精神医学会が作成した「精神障害の診断および統計マニュアル」(DSM: the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)がある。DSM は定期的に改定されており、精神科医のための最新版は 1994 年に発表された第 4 版 (DSM-IV) である。もう一つのシステムは「国際疾病分類」(ICD: the International Statistical Classification of Diseases) であり、これは第 10 版 (ICD-10) が最新版である。

1.1.2 精神病の新たな概念

19世紀にフランスの精神科医モレル Morel が「早発性認知症 dementia praecox」という言葉を用いて、現在、統合失調症と呼ばれているものを記述した。エミール・クレペリン Emil Kraepelin はその定義を明確にし、この疾病は長期の、荒廃に至る経過をたどるという原則を打ち立てた。この長期にわたる荒廃化という想定が20世紀のほとんどの期間続いたが、近年、この考え方は疑問視され始めている。精神病一般、とくに統合失調症に対するこうした悲観的な「クレペリン的」見解には欠点があり、その一部を表2に挙げた。

生物心理社会的システム

精神病に対する現在のアプローチでは、疾病は時間の経過と共に変化し得るものであり、またその人の発達および環境と密接な関連があることが強調される。ひとりの人間は、生物学的、心理的および社会的要素を含む動的なシステムである生物心理社会的システムの中で機能しているとみなすことが可能である。

- ・ 生物学的要因にはその人の遺伝、生理学、生化学および身体的体質がある。
- ・ 心理的要因にはその人の生育、情動体験および人との相互作用がある。
- ・ 社会的要因はその人の現在の生活状況および社会文化的状況を反映する。

生物心理社会的システムのさまざまな要素間の関連は、精神病によって重度の障害を受けうる。たとえば、活動期の精神病を有することの生物学的影響は、精神病を体験することに対するその人の心理的反応によって、また疾病が家族や友人との関係といった環境要因に与える影響や、学業や仕事に与える影響によって、より複雑なものとなる。

生物学的、心理的、社会的要素の間に生じる相互作用を確認すると、次のことに役立つ。

- ・ 精神病状態の発現の一因となった可能性のある要因を分析すること
- ・ その人の生活の中で、精神病状態の発現によって影響された領域を見いだすこと
- ・ 精神病状態によって障害を受けた領域を回復することを目的とした介入

一次的病態と二次的病態

一次的病態とは精神病状態に直接起因するものであり、たとえば幻覚、妄想、解体によって引き起こされる苦痛と混乱である。二次的病態とは精神病状態という体験、その実際的影響およびその治療に対するその人の反応に起因するものである。一次的病態と二次的病態の違いを認識することは、精神病状態を解釈する上で役立つ。精神病状態による影響をよりよく理解できるようになり、転帰を改善するための戦略を作成する際に役立つ。

例

ある高校生は活動期の精神病の間、集中力が低下し、そのため大事な試験のために勉強することができなくなった。試験に不合格となり、そのためうつ状態となった。

この場合、一次的病態は認知障害であり、二次的病態は学業成績の悪化や試験に不合格となったことに対する抑うつ的な心理的反応などである。

ストレス-脆弱性モデル

精神病状態に対する生物心理社会的アプローチとは、疾病の「原因」が生物学的要因だけではないことを認めるものである。

現在、精神病状態の発現にはストレスと基礎にある脆弱性との相互作用が関連していると考えられている。脆弱性の原因として可能性のあるものに、その人の遺伝的性質、あるいは発達上のなんらかの出来事がある。その人が脆弱であればあるほど、症状発現の引きがねとなるストレスは小さくなる。生物学的、社会的および心理的ストレスと生物学的脆弱性を考慮することは、最適な治療計画を作成し回復を強化することに役立つはずである。

1.1.3 回復のモデル-そして楽観の余地

精神病はもはや不可避免的な荒廃が存在する病態とは考えられていない。そうではなく、大半の患者では相当な回復あるいはかなりの改善が期待されうる。だが、統合失調症を含むいくつかの病態では、精神病症状の再発がよくみられることを認めなければならない。たとえば、Robinsonら（1999）は、統合失調症患者の16%は初回エピソード精神病から1年以内に再発し、82%は5年以内に再発したと報告している。

疾病の経過を初回前駆期から回復までの一連の諸段階として考えると役立つ。

前駆期 prodrome

精神病を体験する人の大半には、後方視的には、行動が変化した、あるいは精神病前の症状を体験したかもしれない期間があったとみなすことが可能である。前駆期は数年間続くことがあり、精神病性障害の最初期の現れであると考えられる。

急性期 acute phase

急性期は妄想、幻覚、思考障害といった精神病症状の出現によって特徴付けられる。抑うつ、強迫性障害、外傷後ストレス障害、不安障害、物質乱用、パーソナリティ障害といった合併する（すなわち併存する）病態が存在することもある。

急性精神病症状が出現することが、初めて精神保健サービスを利用するきっかけとなることが多い。治療の目標は急性症状を軽減し、二次的病態を予防あるいは治療し、心理社会的回復のための土台を築くことである。

陽性症状の寛解は、抗精神病薬による十分な治療が行われた場合、6ヶ月目には85-90%の人に得られる（Lieberman et al, 1993、Power et al, 1998）。

回復期 recovery

回復期は2つの段階にわけて考えることが可能である。

- ・回復期早期：急性期治療後の約6か月。
- ・回復期後期：典型的には約18か月続く。

回復期のケースマネジメントの焦点は、精神病を体験した人が疾病を理解し、今後の目標を達成できるようにするさまざまな技能を習得するよう助けることである。

長期のマネジメントと支援のためのプラン作成は、回復期後期の不可欠な構成要素である。再発の可能性を考慮し、その対策のためのプランを作成すべきである。

1.2 初回エピソード精神病の特徴

1.2.1 発達面の状況

初回エピソード精神病は思春期後期から成人期早期にかけて始まることが多い。この時期は発達重要な段階と一致しているため、疾病を評価し治療する際は、正常な場合でも起こりうる心理的および社会的変化を考慮に入れなければならない。17歳から22歳までの年齢は「成人早期の移行」期と呼ばれている。この時期は大きな発達上の課題があり、その一部を表3に示す。

思春期と成人早期は人が「自分の力を見せつけ」、生活上の事柄をコントロールできることを誇示しうる時期である。仲間グループがその人の社会的自己の形成に役立つなど、より重要なものとなる。この過程において、他者とうまくやっていくこと、他者を導くこととともに、他者から個別化することを学ぶのである。

精神病の影響は次のように表現されている。

「精神病が自己と発達に与える影響は潜在的にすさまじいものであり、発達上の軌道に脱線、切断、ゆがみ、麻痺を生じうる。精神病は人が自分自身、環境、未来を組み立てる方法を変える力があり、その人が比較的若く発達面で「未熟」である場合、荒廃はさらに強力なものとなる」(Jackson et al, 1999)

精神病を有する人は自分に起こっていることによって混乱し、外傷を与えられることが多い。若者では、こうした状況は次の要因によってより複雑となる。

- ・物質乱用を有する率が高い（これは臨床病像と治療も複雑にする）
- ・過去に医療の専門家一般、とくに精神保健の専門家に相談した経験がほとんどなく、そのため状況の不確実性が増す
- ・精神疾患に対する否定的な固定観念
- ・入院に対する恐れ
- ・疾病に対する保護的戦略としての否認の使用
- ・自分は不死身であると強く思い込み、自分は調子が悪くて治療を要することに対する受容が不良である

1.2.2 発達上の軌道を回復する

思春期後期から成人早期では、発達上の課題は正常な場合、別々の人であってもほぼ同じ順に同じ割合で取り組まれる。その結果、ほとんどの若者は行動と期待の点で仲間グループと類似し、また自分自身そして家族の期待と一致したままにとどまっている。

正常な発達が障害されると、仲間との「足並みが乱れ」、自己認識が変容し、社会的孤立と意気消沈が生じうる。正常な発達上の軌道から外れると、将来の達成の可能性が少なくなりやすい。

効果的な介入は正常な社会的および心理的発達を回復するという希望を与える。また、精神病は脳にとって「有害」であり、永久的な悪影響を与えるという理論によれば (Wyatt, 1991)、早期精神病に対する効果的治療は長期的な生物学的利益がある可能性がある。

例

デビッドは現在 18 歳であり、重度の解体、幻聴、抑うつを呈した。

デビッドによれば、大量の大麻を使っていた約 2 年前、最初の症状が出現した。症状は変動したが、結局、他の人と一緒に生活することに対処できないと思い、シェアしていたアパートから安宿へと引っ越した。次第に友人の誰とも連絡を取らなくなり、すっかり抑うつ的になった。考えがまとまらなくなったが、どのように助けを求めたらいいのか分からなかった。この間、デビッドには強迫症状もあり、感染と清潔の必要性について支障をきたすほど過度の懸念があった。

デビッドは精神病の治療が開始されたが、症状がコントロールされるまでに 6 か月かかった。活動期の精神病症状が消褪すると、自分には友人も社会的支援も就職の機会もなく、立ち戻るところがないと感じ、「元気がなく」「あてもない」と感じた。

精神保健サービスが職業リハビリテーションを行うことによって支援したところ、デビッドは以前からやりたいと思っていた住宅塗装の仕事を見つけた。

デビッドのケースは、若者の初回エピソード精神病が引き起こす障害がいかに広範にわたるものであるかを示している。長期の前駆期の存在は、より早く疾病を発見し、社会的および心理的機能の崩壊を防ぐために介入しうる可能性を強調している。

発達上の課題の多くは年齢に関連しているので、その人の発達と正常な発達上の軌道と間のギャップが大きくなるほど、「追いつく」という課題はますます困難になる。

未治療の精神病が若者に与える影響を表 4 に要約した。