

□資料□

陰性症状評価尺度 (SANS)

Nancy C. Andreasen M.D.¹⁾, Ph. D. 著

岡崎 祐士 安西 信雄 太田 敏男
島 悟 北村 俊則 訳

臨床精神医学 第13巻 第8号 別刷

国際医書出版

□資料□

陰性症状評価尺度 (SANS)

Nancy C. Andreasen M.D.¹⁾, Ph. D. 著岡崎 祐士²⁾ 安西 信雄²⁾ 太田 敏男³⁾
島 悟⁴⁾ 北村 俊則⁵⁾ 訳

はじめに

ここに紹介するのは Andreasen, N.C. 教授作成の陰性症状評価尺度 (Scale for the Assessment of Negative Symptoms; SANS) を訳出したものである。

SANS は原著者が解説冒頭に述べているように、精神分裂病によく認められる5つの表出や行動の異常を陰性症状とみなし、それを定量的に評価するために開発されたものである。

精神分裂病の症状を陽性症状と陰性症状とに二分する見方は、Hughlings-Jackson の概念を借用した Ey³⁾ を嚆矢とするようである。その後 Hughlings-Jackson の仮説的立場からではなく、より現象記述的に用いられるようになった。Wing^{12,13)} は幻覚や妄想などの florid (多彩な)・productive (産出的)症状に陽性症状、情動や思考の貧困などの症状に陰性症状あるいは臨床的貧困症状群 (the clinical poverty syndrome) という用語を当てた。WHO の IPSS (精神分裂病の国際パイロット研究) の結果にもとづいて、Carpenter ら⁴⁾ は情動鈍麻のような陰性症状の方が Schneider の一級症状のような陽性症状よりも、分裂病を非分裂病性精神

病からよく区別し、予後不良性との相関が大きいと報告し、分裂病症状を陽性症状と陰性症状とに分けることは意義があると述べている。

しかし診断信頼性が高いという理由で、1970年代は Schneider の一級症状をはじめとする陽性症状が重視された。この時期に作成された諸診断基準^{1,10)} にはこの動向が反映している。

他方、診断信頼性が低いという理由で避けられる傾向にあった陰性症状は、同時代の心理・生理学的研究においてはむしろ重視された。分裂病の素因ないしは形質 (trait) の病態仮説としての過覚醒——反応低下 (hyperarousal-hyporeactive), 注意, 認知の欠陥などと陰性症状との関連が推論^{2,6)} された。さらに精神病薬による治療に反応しない慢性の欠陥症状が分裂病治療上大きな問題⁹⁾ になり、この反応不良の一群の症状を陰性症状とよぶ傾向も生じた。Crow⁵⁾ はこの動向と70年代中期以後の分裂病脳の CT 知見を結合し、分裂病に陽性と陰性の2つの症候群を仮定する説を提出している。

わが国では従来より精神分裂病は多くの場合陽性症状だけでは診断されず、陰性症状を含む表出や接触 (Kontakt) の異常が重視されてきた。これはドイツ精神医学、特に Bleuler E 等の影響が強かったという歴史的事情もあろう。最近の DSM-III をはじめとする診断基準の紹介によって、こうした考え方に若干の変化が生じているが、実際の臨床では従来の行き方が存続していると思われる。なお、今後とも新しい診断基準や分類案に対しては、その限定的目的や限界をわきまえておく必要がある。

The Japanese Version of Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS)

¹⁾ Professor, Department of Psychiatry, University of Iowa College of Medicine, Iowa City, Iowa 52242, USA.

²⁾ 東京大学医学部精神医学教室
〒113 東京都文京区本郷 7-3-1]

³⁾ 埼玉医科大学精神医学教室

⁴⁾ 慶応義塾大学医学部精神神経科

⁵⁾ 国立精神衛生研究所

わが国では陰性症状にも等しく重点がおかれてきたとはいえ、その定量的・客観的評価の試みは極めて少ない。分裂病の表出や対人反応の障害を重視する立津¹¹⁾の語動係数による得点化が唯一のものようである。わが国の精神科医の集積された経験を生かすならば、実情に則した有用な評価法の開発も可能であろう。本評価尺度を紹介しようと思いついた理由の一つは、そのための叩き台に成りうると思ったためである。

岡崎らは Andreasen 教授の了解を得て1983年2月から訳出作業を進めていたが、同秋に北村らが独立に SANS の訳出を行っていることを知る機会があった。われわれは同一尺度の2つの訳がでて無用の混乱をきたすことを回避し、日頃直接意見を交す機会の少ない両者が討論することの積極的意義において一致し、共同訳の作業を進めてきた。1984年2月に5人の共同訳とすることの了解を改めて原著者より得て、ここに紹介する次第である。

訳語は精神神経学会の用語集や既訳の用語を参照して、分かりやすくするよう努めたつもりである。不適切な点もなしとしないので、症状や下位項目は原語を付記した。

われわれの field trial の経験^{6,8)}ではかなり良好な評価者間の一致が得られた。本尺度の内容を理解し一定の訓練を行えば、面接は不自然にならずに済み、対象者1人あたり20数分程度で評価が可能であった。比較的手頃なものである。そのためには実情に則した準構成面接手順を作ることが望ましい⁸⁾。

最後に、あらためてわが国の実情に則した有用な陰性症状の評価尺度が開発されることを期待したい。

文 献

- 1) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third edition (DSM-III). APA, 1980
- 2) 安藤晴延, 島藺安雄: 精神分裂病の神経生理学・精神生理学。(融 道男編) 精神疾患の病因研究。金剛出版, 東京, 1980
- 3) アンリ・エイ (石野博志訳): エイ 精神分裂病。金剛出版, 東京, 1981
- 4) Carpenter, W.T. Jr., Bartko, J.J., Strauss, J.S. et al: Signs and symptoms as predictor of outcome.: A report from the international pilot study of schizophrenia. Am J Psychiatry 135: 940-944, 1978
- 5) Crow, T.J.: Molecular pathology of schizophrenia: more than one disease process. Br Med J 12: 66-68, 1980
- 6) 北村俊則, 島 悟: 慢性精神分裂病における陰性症状評価尺度の評価者間信頼性。慶應医学 61: 277-283, 1984
- 7) 丹羽真一, 斎藤 治, 亀山知道ほか: 精神分裂病の認知機能の障害。臨床精神医学 11: 1407-1419, 1982
- 8) 太田敏男, 岡崎祐士, 安西信雄: 陰性症状評価尺度 (SANS) 日本語版の信頼性の検討。臨床精神医学 (印刷中), 1984
- 9) 岡崎祐士, 太田敏男: 精神分裂病の陽性症状と陰性症状。臨床精神医学 11: 1337-1350, 1982
- 10) Spitzer, R.L., Endicott, J. & Robins, E.: Research Diagnostic Criteria (RDC) for a selected group of functional disorders. Third Edition, New York State Psychiatric Institute, Biometrics Research Department, NY, 1981
- 11) 立津政順: 脳の形態学。(臺, 島藺, 村上編) 現代精神医学体系10B, 精神分裂病II。中山書店, 東京, 14-45, 1978
- 12) Wing, J.K.: Clinical concepts of schizophrenia. in Schizophrenia towards a new synthesis, Wing JK (ed). Academic Press, London, 1-30, 1978
- 13) Wing, J.K. & Brown, G.W.: Institutionalism and schizophrenia. Cambridge at the University Press, London, 1970

1) American Psychiatric Association: Diagnostic

陰性症状評価尺度 (SANS)

解 説

この評価尺度は、中核分裂病 core schizophrenia (過程分裂病 process schizophrenia, 分裂病性欠陥状態 schizophrenic defect state, 陰性分裂病 negative schizophrenia) にしばしば認められる5つの重要な症状の評価を容易にするため開発されたものである。5つの症状とは情動の平板化・情動鈍麻, 思考の貧困, 意欲・発動性欠如, 快感消失・非社交性, 注意の障害である。

従来こうした陰性症状の重要性は研究者や臨床家により認められてはいたが, 最近の研究ではあまりに信頼度が低く, また主観的にすぎるということから, こうした陰性症状の有用性が過少評価され, その代わりに妄想や幻覚の重要性が強調される傾向にあった。しかし, ごく最近こうした陰性症状が, 治療への反応性, 長期予後, CT スキャンで見られる脳室拡大と関連していることが分かるにつれ, 再び関心を持たれるようになってきた。

この評価尺度 SANS は, 以前に情動や言語活動を評価するため作製された2つの尺度——思考, 言語, コミュニケーションの評価尺度 TLC および情動評価尺度 Affect Rating Scale——を基に開発された。上記の2つの評価尺度は, 言語内容や情動を評価する上で信頼性のあることがすでに明らかにされている。それに加えて, 新しい評価尺度には意欲・発動性欠如, 快感消失, 注意の障害を評価できるよう項目を追加したわけである。現在この尺度の信頼性の検討が行われている^{訳注1)}。

本評価尺度を使用する際, 研究の性質により適切な「評価対象期間」を設定する必要がある。こ

の評価尺度は PSE (Present State Examination) と同様, 過去1カ月を対象期間として選ぶことを予想して作られている。意欲・発動性欠如, 快感消失といった項目は比較的一定し持続していて, 継続的にあまり変化しない状態を評価するわけであるが, しかし治療や予後研究に適用され, また臨床症状の変化を測定するために, 過去1カ月間の状態を表せるよう配慮して項目が作られている。また外来・入院の両方に用いられるようにも配慮して作られている。

5つの症状(情動の平板化・情動鈍麻, 思考の貧困, 意欲・発動性欠如, 快感消失・非社交性, 注意の障害)の評価は系統的に規定されている。簡単な説明と用語の定義にひきつづき, 各症状はいくつかの観察可能な下位項目に分かれ, それぞれについて6段階評価が行われる。こうした下位項目は研究者や看護婦らによる直接観察とか, 家族や患者自身との面接など多数の情報源にもとづいて評価するのが理想的である。

各下位項目の評価にひきつづいて患者自身の主観的症状評価の項目がある。これは患者自身の自己評価にもとづいてのみ評価するものである。主観的评价是その症状の全体的な重症度と全く相関しない場合もあろう。例えば, 情動鈍麻の著しい患者は, 情動鈍麻をほとんど意識していないこともある。それゆえ, この項目を総合点による評価を行う場合には除外することも可能である。

(個々の症状を記載する)最後の 下位項目は総合評価である。これは種々の下位項目の内容や重症度を考慮した真の全体的評価である。ひとつの下位項目で重症度が高ければ, 他の下位項目で特に高い値がなくても総合評価が非常に高くなる場合もある。たとえば, 会話量の貧困(項目10)が高度な場合は, 思考の貧困の総合評価(項目15)が「5」となる。これは途絶(項目12)という現象はそれほど見られるものではなく, さらに定義からして会話内容の貧困(項目11)は, 会話量の

訳注1) この検討はすでに終了している(Andreasen, N.C.: Negative symptoms in schizophrenia. Definition and reliability. Arch Gen Psychiatry 39: 784-788, 1982)

貧困(項目10)が強度の場合は存在しないからである。

I. 情動の平板化・情動鈍麻 Affective Flattening or Blunting

情動の平板化・情動鈍麻とは、情動表出、反応性、感情の特有な貧困である。情動の平板化は、通常の面接中に患者の行動や反応を観察することで評価する。下位項目の中には薬物により影響を受けるものもある。たとえばフェノチアジン系薬物では、パーキンソン症状様の副作用として仮面様顔貌と協同動作の緩慢化をもたらす。しかし情動の他の面、例えば反応性や適切さといったものは影響を受けない。

1. 表情変化欠如 Unchanging Facial Expression

患者の顔はぎこちなく機械的で、凍りついているようにみえる。話の情動的な内容が変わっても表情は変わらない。変わったとしても、通常予想されるほどには変化しない。フェノチアジン系薬物は部分的にはこのような効果を生じるので、面接者は患者が薬物投与を受けているかどうかに配慮する必要があるが、そのことで評価を「修正」してはならない。

- 0. なし。表情が正常、あるいは変化しやすい。
- 1. 疑わしい。
- 2. 軽度。表情がいくぶん減少している。
- 3. 中等度。表情がかなり減少している。
- 4. 重度。表情が著明に減少している。
- 5. 最重度。表情がほとんど変化しない。

2. 自発的動きの減少 Decreased Spontaneous Movement

面接中じっと座っており、自発的な運動はほとんどあるいはまったく見られない。座っている位置を変えない。手足を動かさない。また自発的な動作があってもそれは通常予想されるより少ない。

- 0. なし。普通に動く、または過剰に動く。
- 1. 疑わしい。
- 2. 軽度。自発的動きがいくぶん減少している。
- 3. 中等度。自発的動きがかなり減少している。
- 4. 重度。自発的動きが著明に減少している。
- 5. 最重度。面接中動かない。

3. 身振りによる表現の減少 Paucity of Expressive Gestures

自分の考えを表現するのに体を使わない。例えば手でジェスチャーしたり、話に熱中して椅子から身を乗り出すとか、リラックスした時、後によりかかるとか。これは自発的動きの減少に重なって生じることがある。

- 0. なし。身振りを普通に、あるいは過度に用いる。
- 1. 疑わしい。
- 2. 軽度。身振りで表現するのが、いくぶん減少している。
- 3. 中等度。身振りで表現するのが、かなり減少している。
- 4. 重度。身振りで表現するのが、著明に減少している。
- 5. 最重度。表出の補助手段として身体を全く用いない。

4. 視線による表現の減少 Poor Eye Contact

目をそらしたり、表現の一手段として目を使うことがない。話をしている時でも宙の一点を見つめている。

- 0. なし、視線を良く合わせるし、目で表現する。
- 1. 疑わしい。
- 2. 軽度。視線を合わせたり、目で表現するのがいくぶん減少している。
- 3. 中等度。視線を合わせたり、目で表現するのがかなり減少している。
- 4. 重度。ほとんど視線を合わせない。
- 5. 最重度。まったく面接者を見ない。

5. 情動反応性欠如 Affective Nonresponsivity

しかるべき契けがあっても微笑んだり笑ったりしない。普通の人になら笑いを引き起こせるように、こちらから微笑んだり、冗談をいったりすることにより判定する。また面接者は自らほほえみながら「どうやったらニコリできるか忘れたのですか。」ときいてもよい。

- 0. なし。
- 1. 疑わしい。
- 2. 軽度。わずかであるが、明らかに反応性が減少している。

3. 中等度。反応性が中等度に減少している。
4. 重度。反応性が著明に減少している。
5. 最重度。たとえ促されてもほとんど反応を示さない。
6. **場にそぐわない情動 Inappropriate Affect**

表出される情動が場にそぐわず、情況に一致しないことをいい、たんなる平板化とか鈍麻ではない。この情動障害は真剣な話や悲しい話をしている時に逆に笑ったり、馬鹿げた表情をするといった形でみられるのが典型的である。(時に患者は不快や困惑を覚えるような真剣な話をしている際に笑いをうかべたり、声を出して笑うことがある。この場合の笑いは場にそぐわないように見えるが、これは不安によるものであり、場にそぐわない情動とはとらない。) また情動鈍麻や情動の平板化だけでは「場にそぐわない」として評価しない。

0. なし。情動は場にそぐわないものでない。
1. 疑わしい。
2. 軽度。少なくとも1回、場にそぐわない笑いや他の情動が認められる。
3. 中等度。時に場にそぐわない情動が認められる。
4. 重度。場にそぐわない情動が頻回に認められる。
5. 最重度。ほとんどの情動は場にそぐわないものである。

7. 声の抑揚の欠如 Lack of Vocal Inflection

通常認められるはずの声の抑揚がみられない。話し方は単調で、重要な単語でも声の高低や大きさを変えない。また話題によって声の調子を変えず、個人的な話で声をひそめるとか、興奮するような話題や大声を出すようなところでも声を高めない。

0. なし。
1. 疑わしい。
2. 軽度。声の抑揚がいくぶん減少している。
3. 中等度。声の抑揚が明らかに減少している。
4. 重度。声の抑揚が著明に減少している。
5. 最重度。ほとんどの会話が単調。
8. **情動の平板化・情動鈍麻の主観的評価**

Subjective Complaints of Emotional Emp-

teness or Loss of Feeling

患者は何に対しても感情が湧かなくなったと訴える。「空虚な感じ」がすると述べることもある。普通この空虚感は、うつ病に伴う悲哀や不快感とは明らかに異なるものとして認められる。

0. なし。患者は感情の強さは普通ないし普通以上だと語る。
1. 疑わしい。
2. 軽度。主観的感情が若干ではあるが確実に減少している。
3. 中等度。感情が中等度に減少している。
4. 重度。感情がかなり減少している。
5. 最重度。普通には感じられない時が大部分であると訴える。

9. 情動の平板化・情動鈍麻の総合評価

Global Rating of Affective Flattening

情動の平板化・情動鈍麻の全体的な程度を評価する。反応性の減少、場にそぐわない情動、感情の強さの減少といった中核的な症状に特に注意する。

0. なし。
1. 疑わしい。
2. 軽度。
3. 中等度。
4. 重度。
5. 最重度。

II. 思考の貧困

Alogia

思考の貧困とは、精神分裂病者にしばしばみられる思考や認知の貧困を表すために作られた概括的な用語である (alogia: ギリシ語で a=no, non; logos=mind, thought)。思考の貧困を伴う患者の思考過程は、空虚で、誇張され、あるいは緩慢である。思考は直接には観察し得ないので患者の会話から推測される。思考の貧困の主要な症状は2つあり、ひとつは途絶えがちで空虚な会話(会話量の貧困)であり、もうひとつは途絶えなく続くが空虚な話(会話内容の貧困)である。また途絶え、応答潜時の延長も思考の貧困の存在を反映するものである。

10. 会話量の貧困 Poverty of Speech

自発語の量が減少し、質問に対する返答は短く過剰に具体的で、簡単になりがちである。自ら他の情報を付け加えて語ることはほとんどない。例えば「何人お子さんがいますか。」という質問に対して「2人、女の子と男の子。女の子は13歳で男の子は10歳。」と答えるとする。「2人」というのが、この質問に対する必要最小限の返答であり、残りは付加的情報である。この症状がある時は返答が一単語で、質問の一部には答えないこともある。こうした話し方に対して、面接者が患者にもうすこし努力して答えるよう要請せざるをえないことが往々にしてある。この症状を明らかにするためには、返答を考えたりしゃべったりするのに十分な時間を患者に与えなければならない。

例：

面接者「政治に汚職が多いと思いますか。」

患者「うん、まあね。」

面接者「政治家の汚職に対する処置はあれで良いと思いますか。」

患者「わからない。」

面接者「ところで、入院する前は働いていたのですか。」

患者「いえ。」

面接者「以前はどんな仕事をしていたのですか。」

患者「用務員とかペンキ屋とか。」

面接者「今は何をしているのですか。」

患者「いや、仕事は好きじゃないから。馬鹿馬鹿しくって。」

面接者「学校はどこまで行きましたか。」

患者「まだ高校生。」

面接者「現在おいくつですか。」

患者「18。」

0. なし。質問に対する返答には付加的情報が自発的に加わり、内容は十分かつ適切なものである。

1. 疑わしい。

2. 軽度。内容は適切なものであるが、付加的情報が加わらない返答が時々ある。

3. 中等度。一部の返答は（ある程度の長さはあるとしても）適切な付加的情報を欠くもので

あり、多くの返答は一単語であるか、そうでなくても非常に短い（「はい」、「いいえ」、「多分」、「わからない」、「先週」）。

4. 重度。（返答はあるが）2～3語を越えることはめったにない。

5. 最重度。ほとんど話さず、質問にこたえないことも時にある。

11. 会話内容の貧困 Poverty of Content of Speech

返答は十分長く、会話量も適当であるが、中味が乏しく何の情報も伝達しない。言語は曖昧でしばしば抽象的すぎたり、あるいは具体的すぎたり、また繰り返しが多く型にはまっている。患者がある程度話をするものの、質問には十分なだけ答えてはいない場合に、この症状が存在すると判定する。あるいは患者は必要な情報を提供するものの、そうするのに多言を費やし、返事は冗長で一言や二言に要約できる場合もこれにあてはまる。こうした話し方を「空虚な哲学的思考」empty philosophizing と形容することもある。

除外：くどくど言う患者があれこれ詳細を述べる迂遠な思考はここに含めない。

例：

面接者「じゃどうして、皆、神を信じるのでしょうか。」

患者「そうですね、まず神様は、あの、皆の救世主だからですね。私と一緒に歩み、私と話をし、そして、えーと、私の理解するところではえーと、多くの人は実際には、うーん、自分自身も知らないんですね、なぜって、うーん、違うんですね。皆、自分のことを知らないんですよ、判らないんですね。私みたいじゃなくて、沢山の、うーん、神様が一緒に歩いているのを、話しかけているのを理解しないんですよ。それにえーっと、進むべき道を指し示しているんです。それに私にはわかるんですが、どの男も女も同じ方向には向いていないんです。違った道を歩むんです。えーっと、イエス様が歩むよう望まれた道を、私、私自身、私は、だから、善悪の区別でも、善を行うように決められているんです。それ以上もそれ以下もできないんです。」

0. なし。

1. 疑わしい。
2. 軽度。返事が漠然として理解しにくく、あるいは著しく要約の可能な返答が時折ある。
3. 中等度。少なくとも面接中の1/4で返答が漠然としたもの、あるいは著しく要約の可能なものである。
4. 重度。返答のすくなくとも半分が漠然としていたり、理解しがたい。
5. 最重度。返答のほとんどすべてが漠然として理解しがたく、あるいは著しく要約が可能なものである。

12. 途絶 Blocking

ある考えや意見を言い終わらないうちに会話が途絶える。数秒間ないし数分間沈黙した後、今話していたことや、言うつもりだったことを思い出せないと訴える。患者が自分から考えがどこかへいってしまったと訴えるか、あるいはこちらからの質問に対して自分の沈黙はそのせいだったと答えるときのみ、途絶があると判断する。

0. なし。
 1. 疑わしい。
 2. 軽度。15分間に1回の途絶。
 3. 中等度。15分間に2回の途絶。
 4. 重度。15分間に3回の途絶。
 5. 最重度。15分間に4回以上の途絶。
- #### 13. 応答潜時の延長 Increased Latency of Response

質問に対して返事をするのに普通よりも長い時間がかかる。あたかも「よそよそしく」見えることもあり、患者が質問を聞いているのかどうか、面接者が疑問を抱くことがある。しかし、促してみれば大概患者は質問を聞いてはいるが、質問に答えようとしても考えをまとめるのが困難であることが判明する。

0. なし。すぐに返答する。
1. 疑わしい。
2. 軽度。答えるまでにわずかの間をおくことが時折ある。
3. 中等度。応答潜時がかなり増加している。
4. 重度。応答潜時が著明に増加している。
5. 最重度。ほとんどすべての返答の前に長い間がある。

14. 思考の貧困の主観的評価 Subjective Rating of Alogia

質問に対して、患者は他人に話す時に考えたり、考えをまとめたりするのに困難を覚えると訴える。

0. 症状なし。主観的には思考が空虚だという訴えはない。
1. 疑わしい。
2. 軽度。いくぶんではあるが確実な減退を訴える。
3. 中等度。かなりの減退を認める。
4. 重度。著明な減退を認める。
5. 最重度。ほとんど常に考えが空虚で思考するのに困難を覚える。

15. 思考の貧困の総合評価 Global Rating of Alogia

思考の貧困の中核症状は会話量の貧困と会話内容の貧困であり、全体的評価はこの2症状を特に重視する。

0. なし。
1. 疑わしい。
2. 軽度。いくぶんではあるが確実な思考の貧困がある。
3. 中等度。かなりの思考の貧困がある。
4. 重度。多くの時間にわたって思考の貧困がある。
5. 最重度。ほとんど常に思考の貧困がある。

III. 意欲・発動性欠如

Avolition-Apathy

意欲・発動性欠如とは、気力、欲動、興味の喪失を特徴とし、様々な仕事を始めたり、それを継続することができないものである。うつ病に伴う気力や興味の減少と異なり、精神分裂病でみられる発動性欠如は比較的慢性かつ持続性であり、悲哀や抑うつ感情を伴わないことが多い。この発動性欠如はしばしば社会的、経済的に重大な障害を引き起こす。

16. 身だしなみと清潔度 Grooming and Hygiene

正常者に比較して身づくろいや個人の衛生状態に注意を払わない。衣類はだらしく古臭くて汚

れている。あまり風呂に入らず、髪、爪、歯を構わず、その結果、髪は脂ぎって、とかしておらず、手は汚れて、体臭は強く、歯は汚く、口臭も強い。全体的に身なりがひどくだらしない。極端な場合は便の始末もできず糞で汚れている。

0. なし。
1. 疑わしい。
2. 軽度。わずかではあるが明らかに身なりに注意を払っていないという徴候が存在する。
3. 中等度。身なりはいくぶんだらしない。
4. 重度。身なりはかなりだらしない。
5. 最重度。身なりは極度にだらしない。

17. 職業・学業持続性欠如 Impersistence at Work or School

同じ年頃の同性の者に比べて仕事（または学業）を探したり、継続する上で支障がある。学生であれば宿題をせず、場合によっては授業にも出席しない。学業成績もこうしたことを反映して下がる傾向がある。大学生であれば単位は登録するものの、1学期が終了する前に一部あるいは全部の単位を落としてしまう。働いている者では職務を持続して行えず、また明らかな無責任のために仕事を失ってしまう。気ままに仕事場に現れてもすぐにうろろし出し、割当てられた仕事もやり終えることができず、あるいは減茶減茶なやり方でやってしまう。ただ家においてゴロゴロしていて仕事を探そうともしなかったり、たまに気の向いた時に職を探しに出かけるだけである。主婦や定年後の人では買物や掃除といった家事や雑用をやらす、またやっただとしても明らかに注意が散漫で熱心が乏しい。

0. なし。
1. 疑わしい。
2. 軽度。仕事や学業を継続できないという僅かな徴候がある。
3. 中等度。仕事や学業を継続できないという明らかな徴候がある。
4. 重度。仕事や学業を継続できないという著明な徴候がある。
5. 最重度。常に仕事や学業を継続できない。

18. 身体的不活発 Physical Anergia

身体的な活気に乏しい。椅子に何時間も続けて

座り、自分からは全然動こうとしない。何かをするように促されてもちょっとやっちはすぐにうろろ歩いたり、あるいは作業を中止してまた椅子に座ってしまう。テレビを見るとかひとりでトランプをするといったような、あまり考える必要がなく体を使わない事柄に大部分の時間を費やしてしまう。家での状態も、家族にきいても患者はほとんどいつもただ椅子に坐りこんでいるだけである。家にも入院していてもほとんどいつも部屋にいて座っている。

0. なし。
1. 疑わしい。
2. 軽度。
3. 中等度。
4. 重度。
5. 最重度。

19. 意欲・発動性欠如の主観的評価 Subjective Complaints of Avolition and Apathy

意欲や気力がいくぶん減少していることに患者が気がついていることがある。しかし、情動的に「私は何も気にしない」とか、認知的に「物事に集中できない」といった訴えは情動の平板化・情動鈍麻や注意の障害の部で評価し、ここでは主観的に意欲や気力の低下を感じることをのみを評価する。ただし、極端な発動性欠如の状態でも何も主観的には訴えないこともしばしば認められる。

0. なし。
1. 疑わしい。
2. 軽度。
3. 中等度。
4. 重度。
5. 最重度。

20. 意欲・発動性欠如の総合評価 Global Rating

年齢や社会的地位を考慮して発動性欠如の重症度を全体的に評価する。もし、ある1つか2つの症状が特に顕著であれば、それに大きな重みをつけて総合評価をくだしてよい。

0. なし。
1. 疑わしい。
2. 軽度。
3. 中等度。

4. 重度。
5. 最重度。

IV. 快感消失・非社交性

Anhedonia-Asociality

分裂病患者が物事に対して興味を抱いたり、楽しみを覚えたりすることに困難を感じる事が本症状である。普通なら楽しめる活動に興味を失くしたとか、普通なら愉快だと考えられる活動に参加しても面白く感じない、あるいは様々な種類の社会的関係を形成しえないとして表現されるものである。

21. 娯楽への関心と余暇活動 Recreational Interests and Activities

好きなこと、スポーツ、趣味、余暇活動がほとんどまたはまったくない。この症状の出現や進行は緩徐であるが、以前の水準より明らかに低下が認められる。興味の喪失が比較的軽度の場合、テレビを見るなどの受動的で特に努力のいらぬ活動に参加したり、時々気まぐれに物事に興味を示すことがある。しかし、興味の喪失が極度になると何らかの行動に参加したり楽しむことがまったくできなくなる。この項を評価するに際しては、レクリエーションへの興味の質と量の両方を合わせて考慮する必要がある。

0. なし。
1. 疑わしい。
2. 軽度。
3. 中等度。
4. 重度。
5. 最重度。

22. 性的関心と性行為 Sexual Interest and Activity

性的関心や性行為が、年齢や結婚歴からみて正常と思われる範囲より減少している場合がある。結婚している場合は、セックスに興味も抱かなかったり、相手の要求に応じる形でのみ性行為を行う。極端な場合はまったく性行為をしない。独身の場合は長期間性行為がなく、あるいは性的欲求を満たす努力をしない。既婚であれ独身であれ主観的には性欲をほとんど感じず、例えば性行為や自慰をしてもほとんど感じないと訴える。

0. なし。
1. 疑わしい。
2. 軽度。
3. 中等度。
4. 重度。
5. 最重度。

23. 親密さや親近感を感じる能力 Ability to Feel Intimacy and Closeness

年齢、性別、家族状況に応じて適度と思われる親しい親密な人間関係を作れない。若い患者については、異性、両親、同胞との関係を評価する。年配の既婚者については配偶者や子供との関係を評価し、年配の独身者については異性、近所に住んでいる家族との関係を評価する。患者は家族に対しほとんどまたはまったく愛情を示さない。あるいは家族や異性と接触しようせず、一人で暮らし、いかなる親密な人間関係からも離れてまったく孤立した生活を営む。

0. なし。
1. 疑わしい。
2. 軽度。
3. 中等度。
4. 重度。
5. 最重度。

24. 友人関係 Relationship with Friends and Peers

男女の友人との関係が比較的限られている。友人はすくなく、あるいはまったくいない。また友人関係を作ろうともせず、大部分の時間を一人で過ごす。

0. なし。
1. 疑わしい。
2. 軽度。
3. 中等度。
4. 重度。
5. 最重度。

25. 快感消失・非社交性の主観的評価 Subjective Awareness of Anhedonia-Asociality

楽しく時を過ごせなくなったと訴えることがある。「物事を楽しめなくなった」「愉快なことがなくなった」「人と付き合ってもつまらない」などと表現することがある。

0. 症状なし。
1. 疑わしい。
2. 軽度。
3. 中等度。
4. 重度。
5. 最重度。

26. 快感消失・非社交性の総合評価 Global Rating of Anhedonia-Asociality

患者の年齢、性別、家族状況を考慮に入れて快感消失・非社交性の全体的な重症度を評価する。

0. なし。
1. 疑わしい。
2. 軽度。
3. 中等度。
4. 重度。
5. 最重度。

V. 注意の障害 Attention

分裂病患者では注意力が乏しいことが多い。注意を集中するのが困難で、散漫になってしまう。話しかけても無視したり、何か行動したり仕事をしている最中でも歩きまわったりする。正式のテストや面接中でも注意が散漫である。注意を集中するのに問題があることに自分で気がつくことも、そうでないこともある。

27. 社会的情況での注意の障害 Social Inattentiveness

社会的情況や活動において注意の障害が認められる。会話中によそ見をしたり、議論の時に話題をつかんでいなかったり、自分とは関係がないといった風である。特に理由もなく突然議論や仕事を中断する。そしてボーッとしていたり、心そこにあらずといった風である。ゲームをしたり、読書をしたり、テレビを見ていても集中していないように見える。

0. なし。
1. 疑わしい。
2. 軽度。
3. 中等度。
4. 重度。
5. 最重度。

28. 精神作業検査中の注意の障害 Inattentiveness during Mental Status Testing

十分な教育と知的能力があるにもかかわらず、簡単な知的能力のテストでもあまりできない。患者に「富士の山」を逆に言わせ、さらに（教育歴10年以上なら）100から7を順に、もしくは（教育歴10年未満なら）100から3を順に繰り返し5回引き算させることで評価する。逆唱および引き算の合計の満点を10点とする^{訳注2)}。

0. なし。誤答なし。
1. 疑わしい。誤答はないが、答えるまでにあれこれ迷ったり、一部まちがえてから自ら訂正する。
2. 軽度。誤答1個。
3. 中等度。誤答2個。
4. 重度。誤答3個。
5. 最重度。誤答4個以上。

29. 注意の障害の主観的評価 Subjective Complaints of Inattentiveness

患者自身が注意を集中したり、注意をひとつのことに向けるのがむずかしいと認める。仕事に心を向けられないとか、何事にも注意が向かないとか訴える。

0. なし。
1. 疑わしい。
2. 軽度。
3. 中等度。
4. 重度。
5. 最重度。

訳注2) [例1]「まやのふじ」(誤答2個), 100-7=「93, 87, 80, 73, 65」(誤答2個), 合計誤答4個。したがって評価は「最重度」となる。

[例2]「まやじふ□」(誤答3個), 100-7=「わからない」(誤答5個), 合計誤答8個。したがってこの評価も「最重度」となる。

[例3]「まやふ, じゃない, まやのじふ」(誤答0個, 自己訂正), 100-7=「93, 76, ちがった86です, 79, 72, 65」(誤答0個, , 自己訂正)。合計誤答は0個だが自己訂正があるため評価は「疑わしい」となる。

30. 注意の障害の総合評価 Global Rating

面接場面や検査上の所見を総合して注意の障害の全体的重症度を評価する。

0. なし。
1. 疑わしい。
2. 軽度。
3. 中等度。
4. 重度。
5. 最重度。

文 献

1) Andreasen, N.C. (1979) The clinical assessment of thought, language, and communication dis-

orders: I: The definition of terms and evaluation of their reliability. *Archives of General Psychiatry* 36: 1315-1321.

- 2) Andreasen, N.C. (1979) The clinical assessment of thought, language, and communication disorders: II: Diagnostic significance. *Archives of General Psychiatry* 36: 1325-1330.
 - 3) Andreasen, N.C. (1979) Scale for the Assessment of Thought, Language, and Communication (TLC).*
 - 4) Andreasen, N.C. (1979) Affective flattening and the criteria for schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 136: 944-946.
 - 5) Andreasen, N.C. (1979) Affect Rating Scale.*
- * Available upon request from Dr. Andreasen.

次頁に [付 1] 陰性症状評価尺度
[付 2] 得点集計表

〔付 1〕 陰性症状評価尺度

患者名 _____

性別 男 女

年齢 _____ 歳

評定者 _____

評定日 年 月 日

- 評点基準
0. なし
 1. 疑わしい。
 2. 軽度。
 3. 中等度。
 4. 重度。
 5. 最重度。

I. 情動の平板化・情動鈍麻

1. 表情変化欠如 012345
2. 自発的動きの減少 012345
3. 身振りによる表現の減少 012345
4. 視線による表現の減少 012345
5. 情動反応性欠如 012345
6. 場にそぐわない情動 012345
7. 声の抑揚の欠如 012345
8. 情動の平板化・情動鈍麻の主観的評価 012345
9. 情動の平板化・情動鈍麻の総合評価 012345

II. 思考の貧困

10. 会話量の貧困 012345
11. 会話内容の貧困 012345
12. 途絶 012345
13. 返答潜時の延長 012345
14. 思考の貧困の主観的評価 012345
15. 思考の貧困の総合評価 012345

III. 意欲・発動性欠如

16. 身だしなみと清潔度 012345

17. 職業・学業持続性欠如 012345
18. 身体的不活発 012345
19. 意欲・発動性欠如の主観的評価 012345
20. 意欲・発動性欠如の総合評価 012345

IV. 快感消失・非社交性

21. 娯楽への関心と余暇活動 012345
22. 性的関心と性行為 012345
23. 親密さや親近感を感じる能力 012345
24. 友人関係 012345
25. 快感消失・非社交性の主観的評価 012345
26. 快感消失・非社交性の総合評価 012345

V. 注意の障害

27. 社会的状況での注意の障害 012345
28. 精神作業検査中の注意の障害 012345
29. 注意の障害の主観的評価 012345
30. 注意の障害の総合評価 012345

〔付 2〕 得点集計表

| 下位尺度得点 | 評価点 |
|------------------------------------|-----|
| I. 情動の平板化・情動鈍麻 (1 + + 9) | |
| II. 思考の貧困 (10 + + 15) | |
| III. 意欲・発動性欠如 (16 + + 20) | |
| IV. 快感消失・非社交性 (21 + + 26) | |
| V. 注意の障害 (27 + + 30) | |
| 要約得点 (9 + 15 + 20 + 26 + 30) | |
| 総合得点 (1 + 2 + 29 + 30) | |

注) 数字は各下位項目の得点を意味する。

* 付 1, 2 は訳者らが作成しつけ加えたものである。