

話 題

精神科疾患の診断基準

精神科領域における診断は、従来は患者の“全体像”（話しの内容、話し方、表情、生活様式の変化、対人関係、環境への適応性、種々のストレスの有無等々）を“総合的”に把握した上で行なうという考え方が主体であつた。現在においてもそのことには変わりはない。

ところがその一方で臨床精神科医の下す臨床診断の一致率が低いという、あまり名誉とはいえない事実が最近あきらかになつてきている。このことについては Kreitman らの行なつたイギリス国内での研究もあるが、興味をひくのは国際的比較研究であろう。

Cooper らはアメリカ（ニューヨーク）とイギリス（ロンドン）の精神科医を比較し、米国では精神分裂病が overdiagnose され、他方英国では躁うつ病が overdiagnose されていることを見いだした。患者との面接をビデオに録画した資料を使つているのだから、患者側の要因ではなく、診断する医師側の要因により米英の差が出たと考えられる。そして症状や徴候のとらえ方、どの症状を診断上重要視するかなどといった点で大西洋の両側で差異があることが明らかになつた。

さらに W. H. O. の行なつた精神分裂病のパイロット・スタディでは、英国のグループの作つた診断基準 (CATEGO) を各国で用い、同時に“臨床診断”もつけて両者がどれだけ一致するか比較が行なわれた。当然のことながら CATEGO による診断と臨床診断との一致率は英国においては9割以上の高率を示した。ところがアメリカヤソ連の症例は、その3~4割が CATEGO 診断とは異なる臨床診断がついていたのである。

このように各精神科医の持つある疾患の“イメージ”が異なることが明らかになつたからには、その“イメージ”の統一をはからなければならない。その作業の代表格といえるのがイギリスの PSE (Present State Examination)/CATEGO とアメリカの SADS (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia)/RDC (Research Diagnostic Criteria) である。

我々が無意識のうちに行なつている“総合”診断の過程は、第1に症状（行動面の特徴も含めた広義の症状）のリストを作り、第2に眼前にいる患者にそれをあてはめ各症状が存在しているかないかを確認、第3に一定の方式にのっとり症状の組み合わせから最終診断を

下すプロセスであると言えよう。このプロセスを明文化するため、まず症状のチェック・リスト (PSEとSADSが相当する) を作り、次にその組み合わせによる診断基準 (CATEGOとRDC) を作らなければならなかつたのである。

PSE/CATEGO のセットはロンドンの Wing らが作製し、前述の W. H. O. の精神分裂病のパイロット・スタディにおいて、その信頼性と有用性が検討されている。邦訳はつい最近長崎大学のグループの手によつて完了されている。

SADS/RDC はニューヨークの Spitzer らによつて作られたもので、そのひな型は有名な Feighner らによる診断基準である。これは米国精神医学会の定めた DSM-III に対応した基準となつている。この邦訳は現在著者が行なつている。

2つのセットともだいたい似かよつてはいるが、それぞれ長短があり、著者が英国での臨床研究で PSE を使用した限りでは、軽時的变化を追うには PSE は不適のように思える。

いずれにせよ、米英の代理戦争を日本で行なう必要はなく、我が国の事情に即した、かつそれぞれ、研究ないし臨床目的に応じたものを選択使用すればよいのであろう。

こういった作業が homogenous な患者群を抽出するためには必須の操作であり、ゴールではなくむしろ出発点であるということは自明の理であるのに、今まで遅々として歩みが進まなかつたのは、やはり人間の持つ多種多様な心理現象を扱う精神医学の特殊性と云うべきであろう。しかし精神医学が自然科学の一分野となるためには避けることのできない関門なのである。

北村俊則 (精神神経科)

CT スキャンの進歩

「EMI スキャナー」という題で「話題」欄に投稿して以来、約6年を経過した。当時、本邦に設置されていた CT スキャナーは数台にすぎなかつたが、現在では1,000台を越え、世界第2位といわれている。この間に第3世代および第4世代の CT と呼ばれる、スキャン時間数秒の CT が一般に使用されるようになり、画像もかなり良質のものが得られるようになってきている。慶應病院で