

症状チェックリストとしての「感情病および
精神分裂病用面接基準」(SADS) と「現在症
診察表」(PSE) の比較

北村 俊則 島 悟 崎尾 英子
高橋 龍太郎 加藤 元一郎

臨床精神医学 第13巻 第3号 別刷

国際医書出版

研究報告

症状チェックリストとしての「感情病および精神分裂病用面接基準」(SADS) と「現在症診察表」(PSE) の比較

北村 俊則* 島 悟* 崎尾 英子*
高橋 龍太郎* 加藤 元一郎*

抄録：精神疾患の診断基準の信頼度を改良するためには、面接の指針に従っていわゆる標準化された面接を行い、症状チェックリストを使用することが望ましい。こういう試みとして有名な「感情病および精神分裂病用面接基準」(SADS) と「現在症診察表」(PSE) があり、今回は両者を比較した。

両者の項目数(症状数)はほぼ同じであるが SADS は情動面の症状に、PSE は精神病的症状に重点が置いてある。しかし面接の様子をビデオテープに録画しておけば両者の互換性は著しく高い。

既往歴(生涯診断)、病態の変化の追跡、ハミルトンうつ病評価尺度への変換、家族歴の調査などについては PSE に比較し SADS が優れていると思えた。

臨床精神医学 13 : 293~299

Key words: *symptom check list, diagnosis, interview, reliability, video-recording*

はじめに

精神疾患の診断基準の信頼度に影響を及ぼす種々の因子は、患者に由来するものと評定者(面接者)に由来するものとに大別できる⁴⁾。評定者に由来するものとしては、同一の診断基準を使用したとしても、それぞれの評定者により各症状の概念(定義)が異なること(criterion variance)、同一の定義を用いても各症状がそれぞれの症例で存在するとして判定する閾値が異なること(observation variance)、さらに面接技法の相違により症状の抽出に差をきたすこと(information variance)などが含まれる。

これら評定者由来のバイアスを取り除き診断基準の信頼度を維持するためには、各症状の定義、症状の重症度判定の目安、症状をききだすための

質問方法の指定などが必要になり、こういった面接の指針 interview guide に従い構造化された面接 structured interview^{8,17,21)}(標準化された面接 standardized interview)をもち、症状チェックリスト symptom check list を活用することが近年盛んになってきている。

面接の指針を伴う症状チェックリストとして有名なものに、Spitzer らの作製した「感情病および精神分裂病用面接基準」Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (SADS)¹⁸⁾、Wing らの作製した現在症診察表 Present State Examination (PSE)^{10,23)}がある。われわれは今回 SADS の和訳を行う機会に恵まれ¹⁸⁾、また PSE については臨床研究において使用した経験^{13~15)}もあり、今回この二つの症状チェックリストを比較検討した。

I. SADS, PSE 作製の経緯

SADS は米国の National Institute of Mental Health が主催した Collaborative program on the psychobiology of depression のために New York

Symptom Check Lists. A Comparison of Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (SADS) and Present State Examination (PSE)

* 慶應義塾大学医学部精神神経科学教室

[〒160 東京都新宿区信濃町 35]

表 1 SADS と PSE の比較。総合項目数。各群での項目数、一方のチェックリストからは自動変換できない項目数

	SADS 項目 数	PSE 項目 数	PSE から SADS に自動変換でき ない項目数	SADS から PSE に自動変換でき ない項目数
D	41	26	24	9
M	19	3	15	0
N	23	26	11	13
P	34	41	15	26
B	18	31	9	24
O	46	50	36	26
合計	181	177	110	98

State Psychiatric Institute の Robert L. Spitzer と Jean Endicott が作製したもので⁷⁾、第3版が1978年に完成し、これが現在のところ最終案となっている。ただし、1979年10月にわずかの修正が加わった改版ができています。

PSE は英国の Institute of Psychiatry MRC Social Psychiatry Unit の John K. Wing を中心に作製されたもので、世界保健機構の主催した International Pilot Study of Schizophrenia^{16,25)}において使用されたものである。PSE は版を重ね現在第9版までできており、これが最終案のように思われる。

表 2 SADS および PSE の D 群に属する項目の対比

番 号	SADS 項目名	番 号	PSE 項目名	番 号	SADS 項目名	番 号	PSE 項目名
234	抑うつ感情	023	抑うつ気分	328	社会的引きこもり	028	社会からのひきこもり
236*	気分の質的变化	—	—	334	激越	008	落ち着きのなさ
237*	特定の心配事との関連	—	—	335*	静座不能	—	—
240	自責感	{ 032*	罪責的関係念慮	336*	徘徊	—	—
		{ 033	病的罪責感	337*	もみ手	—	—
		{ 088	罪責妄想	338*	毛、皮膚、着衣を裂く	—	—
242	否定的自己評価	029	自己過小評価	339*	不平不満の爆発	—	—
244	厭世観	024	希望喪失	340*	喋べりつづける	—	—
246	自殺傾向	025	自殺念慮ないし企図	342*	精神運動制止	—	—
248*	自殺の素振りの回数	—	—	343*	会話の遅速化	—	—
249*	自殺の真剣度	—	—	344*	間の増大	—	—
250*	医学的危険度	—	—	345*	低く単調な会話	—	—
272	不眠	{ 035	入眠困難	346*	無言、会話量低下	—	—
		{ 037	早朝覚醒	347*	身体運動の遅速化	—	—
273	初期不眠症	035	入眠困難	350*	反応性	—	—
274*	中期不眠症	—	—	351	日内変動・朝方悪化	—	朝方抑うつ
275	末期不眠症	037	早朝覚醒	352*	日内変動・夕方悪化	—	—
314*	睡眠過多	—	—	430	罪業妄想	088	罪業妄想
315	気力低下	{ 006	疲労			030*	自信喪失
		{ 036	主観的無気力			038*	性欲減退
317*	食欲不振	—	—			039*	月経前症状悪化
319	体重減少	034	体重減少			051*	知覚鈍麻
320*	食欲増加	—	—			054*	感情喪失
321*	体重増加	—	—			090*	離人妄想
324	決断力低下	019	思考不全			091*	心気妄想
325	集中力低下	020	集中力貧困			092*	破局妄想
326	興味の喪失	022	興味喪失				

* 印の項目は一方のチェックリストからは自動変換できない項目

表 3 SADS および PSE のM群に属する項目の対比

番号	SADS 項目名	番号	PSE 項目名	番号	SADS 項目名	番号	PSE 項目名
353	高揚・発揚気分	041	誇大気分	369*	躁感情の公衆への表示	—	
355*	睡眠量減少	—		370*	経済的無分別	—	
357*	精力増大	—		371*	できない仕事の負請	—	
359*	行動増加	—		372*	反社会的行為	—	
361	誇大性	043	誇大観念および行動	373*	過剰の性行動	—	
364	表立った焦躁	040	刺激性	374*	泥酔	—	
365*	運動系の過活動	—		375*	著明に奇怪な行動	—	
366*	会話の加速・切迫	—		413*	判断力の貧困	—	
367	思考の加速	042	主観的な観念運動心迫	414*	持続期間	—	
368*	他人への押しつけ・挑発	—					

* 印の項目は一方のチェックリストからは自動変換できない項目

II. SADS と PSE の項目の比較

SADS と PSE の症状チェックリストとしての機能を比較すると次のような特徴が認められる。

第一にその項目の内容に相違がある。SADS は全部で210項目あるが、そのうち29項目は面接直前の1週間についての項目で、これは past week items と称され、挿話全体についての評価の項目である whole episode items に内容的には重複している。したがって、実質的には項目数は181といえる。PSE は140項目あるが、これに病因目録 Actiology Schedule という付加項目が37項目あり、総計177項目となる。したがって、SADS が181項目、PSE が177項目で、項目数についてはほぼ同数である。

次に SADS と PSE の各項目をそれぞれが扱う内容に応じて6群に分けてみた。すなわち、抑うつ、不安を扱うD群、躁症状を扱うM群、神経症症状を扱うN群、妄想・幻覚などの精神病症状を扱うP群、行動・情動・会話を扱うB群、その他のO型である(表1)。

D群(表2)とM群(表3)についてはSADSに項目数が多くなっているが、P群(表4)ではPSEに多くなっている。N群とO群ではSADSとPSEがほぼ同数であった。このことからSADSは抑うつや躁といった情動面の症状に重点を置いており、PSEは妄想や幻覚といった精神病的症

状に重点をおいていることがうかがえる。

さて、SADSもPSEも最終的な集計用紙 score sheet に各症状の採点を記入しているためこの集計用紙を用いてSADSとPSEの間の変換式を作製することが可能である。しかし、ここでは変換不可能な項目に焦点をあててみる。まずPSEからSADSに変換する場合に、SADSの項目のなかでPSEからは変換できない項目、つまりSADSに独特の項目がある。逆にSADSからPSEに変換する場合に、PSE項目の中でSADSからは自動変換できない項目もある(表1)。これを比較してみるとM群やD群にSADSに独特な項目が、P群にPSEに独特な項目が多いことがわかる。

III. ビデオ面接における SADS と PSE の互換性

近年は精神科における面接の様子をビデオに録画し、その上で臨床症状の評価尺度や診断基準を多人数で適用し、その inter-rater reliability を計測したり、録画のプレイバックを繰り返して test-retest reliability を求めたりすることが行われている^{4,11,12)}。各症例についての集計用紙の資料のみが記録として残されることに比較して、ビデオテープが保存されていれば集計用紙に収められなかった多くの情報が再現されるという利点がある。では次にSADSもしくはPSEに従って面接を行い、それをビデオにて再現して、もう一方

表 4 SADS および PSE の P 群に属する項目の対比

番号	SADS 項目名	番号	PSE 項目名	番号	SADS 項目名	番号	PSE 項目名
—	—	013*	妄想による不安	—	—	080*	妄想的説明 (物理的力)
—	—	049*	不気味さと妄想気分	—	—	081*	妄想的説明 (外的浸透)
—	—	050*	知覚亢進	—	—	082*	一次妄想
—	—	052*	知覚変容	—	—	083*	下位文化的な影響による妄想
—	—	053*	時間感覚の変化	—	—	084	嫉妬妄想
426	思考吹入	055	考想吹入	429	嫉妬妄想	085*	妊娠妄想
425*	考想伝播	056*	考想化声または考想伝播	—	—	086*	性的妄想
443	注釈する形の幻聴	057*	考想反響および考想批判	—	—	087	空想的妄想
427	思考奪取	058	考想奪取	438	性質の奇異・空想性	089	容姿に関する妄想
424	心や考えが読まれてしまう妄想	059	考想察知妄想	432	身体的妄想	093*	妄想の体系化
—	—	—	(1)音楽・こつこつ叩く音(2)つぶやき声、囁声き	—	—	094*	妄想に関する隠蔽度
453*	断片的幻覚	060*	患者についての声	—	—	095*	全般的な妄想へのとらわれ
444	会話性の複数の幻聴	062	患者に話しかける声	433	妄想の重症度	096	行動化された妄想
445	非情動性言語幻覚	063	患者に話しかける声	450*	幻覚の重症度	104	洞察 (精神病)
442	幻聴	—	—	—	(465 機能障害)	107	社会的能力の障害 (精神病による)
446	幻視	066	幻視	435*	妄想中の意識	—	—
447	幻嗅	068	幻嗅	436*	被害・嫉妬以外の妄想	—	—
—	—	069*	自己臭妄想	437*	情動との一致度 (妄想)	—	—
448*	幻触・身体幻覚	070	他の幻覚	439*	多重妄想	—	—
423	影響妄想	071	させられ体験	440*	断片的妄想	—	—
—	—	072*	関係妄想	449*	誇大・被害性の幻覚	—	—
422	関係妄想	073*	妄想様曲解および人物誤認	452*	情動との一致度 (幻覚)	—	—
418	被害傾向	—	—	454*	幻覚中の意識	—	—
428	被害妄想	074	被害妄想	455*	最低1週間持続する妄想を伴う幻覚	—	—
—	—	075*	被援助妄想	456*	最低1ヵ月持続する幻覚	—	—
—	—	076*	能力についての誇大妄想	457*	非情動性幻覚	—	—
431	誇大妄想	077*	誇大的血統妄想	458*	奇異な行動	—	—
—	—	078*	妄想的説明 (宗教)	—	—	—	—
—	—	079*	妄想的説明 (催眠術など)	—	—	—	—

* 印の項目は一方のチェックリストからは自動変換できない項目

の症状チェックリストを適用した場合どこまで情報が増えるかを考察してみたい。

SADS と PSE の項目にある質問文を対比し、

取り扱われている精神病理学的現象をみてみると、両者には多少の用語上の不一致や現象の細分化の相違が認められる。

すなわち、神経症性症状についてみると、PSEで神経性の緊張(症状番号10)と主観的不安(同11)は呼称こそ異なるが、SADSでは精神的不安(同265)と身体的不安(同263)にそれぞれ相当し、ほぼ同一の現象を扱っている。

精神病性症状については、PSEでは考想化声と考想伝播(症状番号56)が、さらに考想反響と考想批判(同57)がひとまとめの項目とされている。これに対してSADSでは考想化声や考想反響に対する独立した項目がなく幻聴の項目で扱われることになるが、考想伝播については1項目(同425)が与えられている。そして、SADSでは考想批判と行動批判を統一して注釈する形の幻聴(同443)として扱っている。また、PSEで関係妄想(同72)と妄想様曲解および人物誤認(同73)と別個に扱われた現象は、SADSでは関係妄想(同423)としてひとまとめにされている。

しかし、このような相違は用語上の問題であり、ビデオ面接を通して判断を下す際にはさほどの問題は生じないものである。他の項目についてもSADSないしPSEにそった面接を行っていれば得られる情報からおおよそ判断できるものが多く、したがってビデオ録画を用いれば大多数の項目について互換性があるといえる。

しかし、なお両者には特徴的な項目が残る。これらは面接者が積極的に質問しない限り被検者から自主的には情報が与えられる可能性の低いものである。PSEについてはD群の3項目、月経前の症状悪化(Premenstrual exacerbation)、知覚鈍麻(Dulled perception)、感情喪失(Lost affect)であり、SADSについてはD群の気分の質的相違(Quality of mood)とO群の分裂感情病についての鑑別項目、ならびに循環についての判定項目である。気分の質的相違とは「特に親しい人が死んだ時に抱くであろうような種類の気分とは質的に異なる抑うつ感¹⁸⁾」のことであり、いわゆるNew Castle Scale⁵⁾で内因性うつ病の症状の一つとして取り上げられたもので、RDCの内因性定型うつ病やDSM-IIIのメランコリアの規準を満たす1項目として診断上も重要な症状である。ところが、この症状について患者が自から訴えることはわれわれの臨床経験からは大変稀である。したが

って、これらの特殊な項目について前もって注意を払えば、SADSで面接を行っても、PSEで面接を行っても、ビデオ録画を用いて両者の症状チェックリストを書き込まずことが可能である。

IV. その他の相違点

SADSとPSEの違いの第二点は、集計用紙から導かれる診断決定のための基礎となるものが、SADSではResearch Diagnostic Criteria(RDC)^{19,20)}であり、PSEではCatego²³⁾であることである。RDCはその後に開発されたDSM-III^{1,2)}の前駆となる診断基準であるからDSM-IIIに酷似している²²⁾。一方、Categoはコンピュータに入力して診断するものであるが、国際疾病分類第8版²⁴⁾に一致した最終診断が得られるようになっている。

第三に、症状チェックリストが包括する期間がPSEでは面接に先だつ4週間に限られている。これに対しSADSではその第1部が現在の挿話全体、もしくは現在の挿話が12カ月を超える場合には過去1年間を扱い、第2部が第1部に含まれない過去の既往をすべて扱うようになっている。

各症状の重症度決定にあたっては、PSEでは過去4週間にわたる症状の程度をみて3段階に分けて重症度を決定するが、SADSでは現在の挿話の中で各症状について、その症状が最も重症だった週における重症度を6段階で採点する方式をとっている。これに加えて面接直前の1週間の重症度も評価するよう指示されており、これがpast week itemsである。

症状チェックリストを記入するのに必要な情報源については、PSEは原則として患者との面接となっているが、SADSは患者との面接、患者の家族との面接、以前のカルテ、他院からの紹介状、病棟内での看護者の観察など、入手できるすべての情報を用いて採点するよう指示されており、情報源の間で不一致が生じた際には評定者が臨床的判断を下すよう決められている。

経時的に精神病理学的変化を追跡する場合には総合的な症状チェックリストを用いても有利でないことが多い。SADSでは前に述べたpast week itemsを繰り返して使用することで精神病理学的

現象の変化を把握するよう構成されており、これは追跡版 SADS (SADS-C) とよばれている。さらに SADS-C あるいは標準版の SADS よりハミルトンのうつ病評価尺度⁹⁾を自動的に換算できるようになっている⁶⁾。PSE は症状チェックリストから導き出される症状群プロフィールを追跡用に用いることが多い。

患者の家族歴を調査する場合、直接家族と面接できることはむしろ少なく、多くの場合は他の家族の構成員から間接的に収集した情報であったり、また昔の外来カルテや入院カルテであったりする。そのため、SADS や PSE のような詳細な症状チェックリストをそのままあてはめると評価不能の症状が多くて診断ができなくなってしまう。SADS ではこういった家族歴聴取の困難さを考慮し、Winokur らの方法を基礎にして Family History Research Diagnostic Criteria (FH-RDC) という家族歴用の診断基準が開発された³⁾。FH-RDC の信頼度検定を現在われわれのグループで施行中である。PSE には家族歴用の基準はないが、症状群プロフィールを適用することが可能である。

一般人口中の疫学的調査や過去に精神科治療歴があるが、現在無症状である患者群などの調査においても SADS や PSE のように現在の精神的現在症を調査する基準では不相当である。SADS では、そのため標準版の第2部に手を加えて既往歴調査に適した生涯版 Life Time Version を作製している (SADS-L)。これは標準版 SADS の第1部が精神病理学的症状に焦点をあてているのに対し、各診断概念ごとに被検者が現在にいたるまでに経験したか否かを確認してゆく形式をとっている。PSE は、前述のように面接直前の4週間のみに限られているため、既往歴について直接あてはめるべき基準は存在しない。しかし、過去の病歴についての十分な情報が入手できれば PSE をそのまま適用することも可能ではあるが、むしろ症状群チェックリストをあてはめた方が有用であろう。

おわりに

以上のように、現在の挿話について調査する際

は SADS は情動病圏の疾病に PSE は精神分裂病圏の疾病に適しているが、両者ともビデオ録画を行ってから評価をすれば相互の変換は可能である。また、現在の挿話以外に過去の既往、追跡調査、家族歴調査、疫学調査などに際しては SADS を使用した方がより体系的に情報を求めることができると思われる。

謝辞 慶應義塾大学医学部精神神経科学教室保崎秀夫教授のご指導に感謝いたします。本論文の要旨は第2回精神科国際診断基準研究会(昭和47年11月)において発表した。

文献

- 1) American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.) American Psychiatric Association, Washington D.C., 1980
- 2) American Psychiatric Association: Quick reference to the diagnostic criteria from DSM-III. American Psychiatric Association, Washington D.C., 1980 (DSM-III 精神障害の分類と診断の手引. 高橋三郎, 花田耕一, 藤縄 昭 (訳). 医学書院, 東京, 1982)
- 3) Andreasen, N.C., Endicott, J., Spitzer, R.L. et al: The family history method using diagnostic criteria. Reliability and validity. Arch Gen Psychiatry 34: 1229-1235, 1977
- 4) Andreasen, N.C., McDonald-Scott, P., Grove, W.M. et al: Assessment of reliability in multicenter collaborative research with a videotape approach. Am J Psychiatry 139: 876-882, 1982
- 5) Carney, M.W.P., Roth, M. & Garside, R.F.: The diagnosis of depressive syndromes and the prediction of E.C.T. response. Br J Psychiatry 111: 659-674, 1965
- 6) Endicott, J., Cohen, J., Nee, J. et al: Hamilton depression rating scale. Extracted from regular and change version of the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia. Arch Gen Psychiatry 38: 98-103, 1981
- 7) Endicott, J. & Spitzer, R.L.: A diagnostic interview. The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia. Arch Gen Psychiatry 35: 837-844, 1978
- 8) Goldberg, D.P., Cooper, B., Eastwood, M.R. et al: A standardized psychiatric interview for use

- in community surveys. *Br J Psychiatry* 24: 18-23, 1970
- 9) Hamilton, M.: A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 23: 56-62, 1960
 - 10) Kendell, R.E., Everett, B., Cooper, J.E. et al: The reliability of the "Present State Examination". *Soc Psychiatry* 3: 123-129, 1968
 - 11) 北村俊則, Kahn, A. & Kumar, R.: 慢性精神分裂病の評価尺度. I. Wing の Symptom Rating Scale と Ward Behaviour Rating Scale について. *慶応医学* 59: 385-400, 1982
 - 12) 北村俊則, Kahn, A. & Kumar, R.: 慢性精神分裂病の評価尺度. II. Brief Psychiatric Rating Scale と Present State Examination について. *慶応医学* 60: 177-187, 1983
 - 13) Kitamura, T. & Kumar, R.: Time passes slowly for patients with depressive state. *Acta Psychiatr Scand* 65: 415-420, 1982
 - 14) Kitamura, T. & Kumar R.: Controlled study on time reproduction of depressive patients. *Psychopathology* 17: 24-27, 1984
 - 15) Kitamura, T. & Kumar, R.: Time estimation and time production in depressive patients. *Acta Psychiatr Scand* 85: 15-21, 1983
 - 16) Leading article: Schizophrenia in different cultures. *Br Med J* 1: 271-272, 1980
 - 17) Saghir, M.T.: A comparison of some aspects of structured and unstructured psychiatric interviews. *Am J Psychiatry* 128: 180-184, 1971
 - 18) Spitzer, R.L. & Endicott, J.: Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (SADS) (3rd ed.) Biometric Research, New York State Psychiatric Institute, New York, 1979 (感情病および精神分裂病用面接基準. 保崎秀夫監訳, 北村俊則, 加藤元一郎, 崎尾英子, 島 悟, 高橋龍太郎訳. 星和書店, 東京, 1983)
 - 19) Spitzer, R.L., Endicott, J. & Robins, E.: Research Diagnostic Criteria. Rationale and reliability. *Arch Gen Psychiatry* 35: 773-782, 1978
 - 20) Spitzer R.L., Endicott, J. & Robins, E.: Research Diagnostic Criteria (RDC) (3rd ed.) Biometric Research, New York State Psychiatric Institute, New York, 1981 (精神医学研究用診断マニュアル. 本多 裕, 岡崎祐士監訳; 安西信雄, 平松精一, 亀山知道ほか共訳. 国際医書出版, 東京, 1982)
 - 21) Tsuang, M.T., Woolson, R.F. & Simpson, J.C.: The Iowa structured psychiatric interview: Rationale, reliability, and validity. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 283, 1980
 - 22) Williams, J.B.W. & Spitzer, R.L.: Research Diagnostic Criteria and DSM-III. An annotated comparison. *Arch Gen Psychiatry* 39: 1283-1289, 1982
 - 23) Wing, J.K., Cooper, J.E. & Sartorius, N.: Measurement and classification of psychiatric symptoms. An introduction manual for the PSE and Catego programme. Cambridge University Press, London, 1974 (精神症状の測定と分類. 現在症診察表とカテゴプログラムのための指導手引, 高橋 良, 中根允文訳, 医学書院, 東京, 1981)
 - 24) World Health Organization: Glossary of mental disorders and guide to their classification for use in conjunction with the International Classification of Diseases, 8th Revision. World Health Organization, Geneva, 1974
 - 25) World Health Organization: Schizophrenia. An international follow-up study. John Wiley and Sons, Chichester, 1979