

# オックスフォード大学版 BPRS の再試験信頼度

— 国立精神衛生研究所主催多施設共同研究の予備調査 —

北村俊則	町澤静夫	丸山 晋
中川泰彬	森田昌宏	佐藤哲哉
須賀良一	南海昌博	内山 真
藤原茂樹	杠 岳文	伊藤順一郎
児玉和宏	古関啓二郎	高沢 昇
森平淳子		

## オックスフォード大学版 Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) の再試験信頼度

### —— 国立精神衛生研究所主催多施設共同研究の予備調査 ——

北村俊則・町澤静夫・丸山 晋・中川泰彬

国立精神衛生研究所

森田昌宏・佐藤哲哉・須賀良一

新潟大学医学部精神神経科

南海昌博・内山 真

東京医科歯科大学医学部精神神経科

藤原茂樹・杠 岳文

慶応義塾大学医学部精神神経科

伊藤順一郎・児玉和宏・古関啓二郎

千葉大学医学部精神神経科

高沢 昇・森平淳子

帝京大学医学部精神神経科

## Test-Retest Reliability of Oxford University Version of the Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) : A Preliminary Survey of Multicentre Collaborative Study Initiated by the National Institute of Mental Health.

T. Kitamura · S. Machizawa · S. Maruyama · Y. Nakagawa

National Institute of Mental Health

M. Morita · T. Sato · R. Suga

Department of Psychiatry, School of Medicine, Niigata University

M. Nankai · M. Uchiyama

Department of Psychiatry, School of Medicine, Tokyo Medical and Dental University

S. Fujihara · T. Yuzuriha

Department of Psychiatry, School of Medicine, Keio Gijuku University

J. Itoh · K. Kodama · K. Koseki

Department of Psychiatry, School of Medicine, Chida University

N. Takazawa · J. Moridaira

Department of Psychiatry, School of Medicine, Teikyo University

## Summary

Oxford version of the Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) was developed by Kolakowska to make the original scale more operationalised in severity assessment and the interview more structured. This BPRS was translated into Japanese by the senior author. It was applied for 25 psychiatric in-patients by pairs of psychiatrists in a test-retest fashion. The scores of the two raters were found highly correlated for most of the rating items.

## I. はじめに

精神医学の領域で実証的な研究を行なうに際して被検者の精神現在症を操作的定義にもとづいて評価することが基礎的手続きとして不可欠である。これまでに抑うつ状態、不安状態、躁状態、精神分裂病の欠陥状態などに関する評価尺度がそれぞれ発表され、多くの臨床研究で用いられてきている。精神病像を中心としさらにそれ以外の精神症状までを広範囲に抱括した評価尺度としては Overall らが作成した Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)<sup>10)</sup>が有名で、日本においても慶應義塾大学医学部精神神経科精神薬理研究班による日本語版が、主として精神分裂病を対象とした研究で頻用されている。

ところで評価尺度はその信頼性が高いことが要求される。信頼性の検討方法としては、評価尺度の内的整合性(Cronbachの $\alpha$ 係数など)、評定者間信頼度、再試験信頼度などが用いられている。評価尺度のこれらの信頼度の影響を与える諸要因について、我々はすでに感情病および精神分裂病用面接基準(SADS)を例にとって検討を加えた<sup>8),9)</sup>。これらの要因なかでも評価尺度そのものの構成は重要である。ことに評価尺度の各項目(症状)の重症度評価のアンカーポイントを明確に定義することと、各項目をききだすための設問を用意することが近年重視されている。

BPRSの重症度判定は評定を行なう医師の「症状なし」から「非常に高度」までの7段階評価を自からの経験から下すよう指示されている。従って重症度評価が各医師のそれまでの臨床経験の内容に大きく左右される危険性が高い。また各項目をききだすための設問(質問内容)も

BPRSには与えられていない。

こういったBPRSの評価尺度としての欠点を補うためオックスフォード大学のKolakowska<sup>7)</sup>は新しくBPRSの各項目を操作的に定義し、設問を与え、重症度評価のアンカーポイントを明文化した。我々はオックスフォード大学版BPRSの英語原文を用いて英国の精神病院の入院患者を対象として評定者間信頼度を検討し<sup>4)</sup>、いくつかの臨床研究において使用<sup>5),6)</sup>し、これが大変使いやすいことを認めた。そこで今回、オックスフォード大学版BPRSの日本語訳を原著者Kolakowskaの許可を得たうえで行ない、国立精神衛生研究所が主催する多施設共同研究(「精神障害の病態の変容とそれに伴う診断基準の対応に関する体系的研究」<sup>2)</sup>)において用いることにした。

「精神障害の病態の変容とそれに伴う診断基準の対応に関する体系的研究」は機能性精神病を対象とし、各種の操作的診断基準に評価尺度を適用した結果を同一被検者に関する従来診断による評価と比較することにより精神科診断の問題をさぐることを目的としたものである。本調査に先だって小規模の予備調査を行なったが、その際オックスフォード大学版BPRSの再試験法による信頼度検定を行った。いくつかの知見を得たのでここに報告する。

## II. 対象と方法

「精神障害の病態の変容とそれに伴う診断基準の対応に関する体系的研究」参加施設(4つの大学病院精神科病棟と2つの単科精神病院)において特定の inclusion criteria を設けずに入院患者25名を抽出した。

12名の精神科医が2名1組を作りそれぞれ数名の患者を評価した。評価にあたっては研究用診断基準 Research Diagnostic Criteria (RDC)<sup>14)</sup>、ハミルトンうつ病評価尺度<sup>3)</sup>、陰性症状評価尺度 Scale for the Assessment of Negative Symptoms(SANS)<sup>11)</sup>のそれぞれの項目について評価記載した。そして、まず第1の精神科医が面接を行なった後に日をあらためて第2の精神科医が面接を施行するという再試験法をとった。

BPRSは前述のようにオックスフォード大学版BPRSを日本語に訳したものを使用した(付録参照)。BPRSは医師が使用するものであり、患者が記入する質問票ではないため和文の英文への再翻訳は行わなかった。BPRSは18項目より構成されており、Overallらの原法の興奮(項目17)と見当識障害(項目18)がオックスフォード大学版では高揚気分と精神運動興奮にそれぞれ変更されている。またOverallの原法では症状なしを1点、非常に高度を7点として7段階評価を行なっているが、オックスフォード大学版ではそれぞれ0点と6点が与えられている。BPRSの18項目の単純加算がBPRSの総合点であるが、オックスフォード大学版では総合点は0点から108点の範囲を示ることになる。従って最低総合点が0に設定できる長所ある。

各項目に関する両精神科医の評定の相関をPearsonの積率相関で求めた。

### III. 結 果

#### 1. 対象患者の特徴

25名の対象患者は、男子16名、女性9名で、年齢は17歳~74歳(平均年齢43.6±16.0歳)であった。

職業歴は、事業主1名、事務職4名、技術職2名、労務職3名、主婦5名、学生3名、無職5名、不明2名であった。

結婚歴は独身9名、既婚11名、再婚1名、離婚1名、死別1名、不明2名であった。

教育歴は小学校卒業4名、中学校卒業4名、高校卒業9名、短期大学卒業1名、大学卒業

1名、大学院卒業4名、不明2名であった。

RDCに従った診断は両評定者間で異なる症例もあったため、ここでは便宜上第1の評定者のRDC診断に準拠した(RDCの評定者間信頼度については別に報告する)。RDCの現在挿話診断は精神分裂病8例、分裂感情病抑うつ型1例、精神分裂病残遺状態に重なった抑うつ症候群1例、躁病3例、軽躁病1例、定型うつ病15例、準定型うつ病1例、双極病I 6例、双極病II 2例、分裂型特徴1例であった。例数の合計が25を越えるのは、現在挿話診断に重複診断が許されているからである。

#### 2. BPRSの再試験信頼度

BPRSの項目のなかで誇大性(相関係数0.897)、抑うつ気分(0.728)、幻覚(0.823)、情動鈍麻もしくは不適切な情動(0.848)、高揚気分(0.959)、精神運動興奮(0.828)といった項目は両精神科医の評定の高い相関が認められた(表1)。その一方でいくつかの項目の相関は低いものがあつた。

表1 BPRSの評定者間信頼度

BPRSの項目	相 関 係 数
心氣的訴え	.539 **
不安	.410 *
感情的引きこもり	.607 ***
思考解体	.494 **
罪業感	.591 ***
緊張	.259 NS
衝動的な行動や姿勢	.544 **
誇大性	.897 ***
抑うつ気分	.728 ***
敵意	-.093 NS
疑惑	.405 *
幻覚	.823 ***
運動減退	.518 **
非協調性	.291 NS
思考内容の異常	.694 ***
情動鈍麻もしくは不適切な情動	.848 ***
高揚気分	.959 ***
精神運動興奮	.828 ***
総合点	.554 ***

NS, 有意でない; \* P < 0.05;

\*\* P < 0.01; \*\*\* P < 0.001

#### IV. 考 察

臨床評価の信頼度の検定方法のなかでは同席面接法によるものより再試験法によるものがより厳格な手段である。同席面接法においては両評定者に与えられる情報は同一であり、患者に由来する要因が評価の不一致をきたすとは考えにくい。同席面接法における評価の不一致は両評定者間で各症状の概念が異なっていたり、概念は同じでもどこから症状をありとするか（例えばどの程度ゆううつだと抑うつ気分ありとするか）の閾値が異なるために生じると思われる。これに対して再試験法では両評定者が別時点で面接を行なうため、被検者が面接場面によって述べる内容をかえたり（例えば親しみを持てた面接者には不安感を訴えるがそうでないと不安については訴えない）、2回の面接の間に症状そのものが変化したり、さらには評定者の面接方法や面接技術が異なることが評価の不一致の要因として加わるであろう。

今回の調査は再試験法を採用した。そのため同席面接法<sup>4)</sup>に比較すると信頼度がやや低くあらわれることは期待されたとうりである。しかしそのなかでも誇大性、幻覚、情動鈍麻もしくは不適切な情動、抑うつ気分、高揚気分、精神運動興奮などが高い相関を示した。これらの症状は精神分裂病、うつ病、躁病といった主要な機能的な精神病に頻回に出現し、かつ診断上も重要な症状である。したがってオックスフォード大学版 BPRS は機能的な精神病的臨床評価を行なうにあたって信頼性のある尺度であるといえる。

ことに情動鈍麻もしくは不適切な情動は従来信頼度が低いと報告されていたが、今回たいへん高い相関を示したことは目立った所見といえる。本研究では精神科医が BPRS に加えて SANS の評価を施行した。SANS のおいては情動鈍麻を含めた陰性症状について詳細な操作的規定をもうけている。この SANS の操作的規定が BPRS を採点するに際して情動鈍麻の評価の信頼性を高めていることも考えられる。

一方相関の低かった項目もいくつか認められた。緊張、非協調性、敵意といった項目は面接場面によって大きく変化することが当然予想されるものである。衝動的な行動や姿勢、運動減退という行動面の症状や不安、思考解体、疑惑という精神症状については、重症度の量的変化にアンカーポイントを賦与する際に評定者の主観がはいる可能性が高いと思われる。これらの項目は機能的な精神障害の評価において重要な症状であるから、これらの症状の評価の不一致の原因の究明とその対策が今後有の大切な課題である。

しかしオックスフォード大学版 BPRS は再試験法という厳格な手法を用いても概して非常に高い評定者間の相関を示したことは、これが今後の研究において充分信頼性をもって用いることができることを示しているといえる。

（本研究は厚生省特別研究費の援助による。）

#### 文 献

- (1) Andreasen, N.C.: 陰性症状評価尺度 (SANS) (岡崎裕士, 安西信雄, 太田敏男ほか訳). 臨床精神医学, 13: 999-1010, 1984
- (2) 土居健郎, 中川泰彬, 高橋宏ほか: 精神障害の病態の変容とそれに伴う診断基準の対応に関する研究計画について, 精神衛生研究, 31: 143-151, 1985
- (3) Hamilton, M.: A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatr 23: 56-61, 1960
- (4) 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
- (5) Kitamura, T., Kahn, A., Kumar, R. & Mackintosh, J.H.: Blink rate and blunted affect among chronic schizophrenic patients. Biol Psychiatr 19: 429-434, 1984
- (6) Kitamura, T., Kahn, A. & Kumar, R.: Reliability of clinical assessment of blunted affect. Acta Psychiatr Scand 69: 242-249, 1984

- (7) Kolakowska, T.: Brief Psychiatric Rating Scale. Glossaries and Rating Instructions. Oxford University, Oxford, 1976
- (8) McDonald-Scott, P., 北村俊則, 島悟: 精神医学研究における SADS の役割. I. 臨床評価の不一致の原因と SADS の成立. 精神医学 (投稿中)
- (9) McDonald-Scott, P., 北村俊則, 島悟: 精神医学研究における SADS の役割. II. SADS の信頼性と他の面接基準との比較. 精神医学 (投稿中)
- (10) Overall, J. & Gorham, D.R.: The brief psychiatric rating scale. Psychol Rep 10: 799-812, 1962
- (11) 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, 平松謙一, 亀山知道ほか 訳, 国際医書出版, 東京, 1982

## 付 録

## Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)

## 用語集と評価方法

T. Kolakowska 著 北村俊則 訳

## はじめに

Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) は1962年に発表され、16項目からなる症状がそれぞれ「なし」から「非常に高度」にいたる7段階で評価されるものである。Overall と Gorham は16の症状のそれぞれを解説しているものの、その重症度評価の方法についてはごく一般的な指示を与えているのみである。彼等の指示によれば、「各精神病理学的症状の程度の評価を行なうにあたっては、当該症状を呈する患者すべてをその基準として用いなければならない。当該症状を示す患者全体の中で、この特定の患者の症状の重症度はどれほどであるか？」と考えるのである。この指示には重症度をどう定量化するかについて多大な自由が残されている。それぞれの評定者は各症状について「軽度」とはどういうものか、「中等度」とはどういうものかを自分で定義しなければならない。これまで発表された BPRS に基づいて行なわれた研究ではこれらの重症度の判定方法についての詳細には触れていない。

我々の今回の用語集\*は異なる評価状況でも、異なる患者に対しても、そしてある程度までは異なる評定者によるものでも一定の症状評価が行なえるような枠組を与えることを目的としている。Overall と Gorham の原法による症状定義と重症度の7段階評価には従った。また本評価尺度の予備的研究の後に、2つの項目、すなわち高揚気分と精神運動興奮を追加したが、これは精神病患者が呈する病的行動をさらに完全に包括するためである。

重症度についての一般的基準としては、(1)症状の強さ、(2)症状の頻度と持続性、(3)一般的行動や機能に対する症状の影響力の3点を挙げた。評価を可及的に一貫したものとするため、この3つの基準をすべての評価症状に適用した。しかし異質な症状に対するこのような段階づけは必然的に恣意的かつ人工的である。重症度の評点の間隔は同じではなく、重症度4点とされた症状は同じ症状の重症度2点の2倍重篤であるとはいえないことは明記しなければならない。また「総合点」については、これは異質の要素のそれぞれについての順位を単に加算した総計であり、これらの順位は相互に比較するものではないことも心に留めておかなければならない。特に2名の患者の「総合点」が同じだとしても、両者の疾病の重症度が同一であるということではない。

他の評定尺度でも同様であるが BPRS は症状を半定量的に記述するものであり、個々の患者について経時的に出現した変化や、患者間の症状プロフィールの差異を測定することができるのである。

## BPRS 用面接の手引きと用語解説

## 導 入

私は \_\_\_\_\_ です。はじめにあなたが最近どんな問題で困っているのかについておしえて下さい。治療方針を立てる上で重要です。(あなたがどんな具合か、時々お会いしておたずねするつもりです。)

\*原註: W.J. Turner (Central Islip 州立病院, 1963) による用語集と Henninger (ユール大学精神科) による評価方法が著者の好意により入手できた。これらは症状重症度の操作的定義を複製する例として大変有用であるが、どちらも我々の目的には充分満足のものではなかった。面接の手引きは Wing らの PSE (1974) にもとづいている。

### 非指示的部分 (5～10分)

面接のこの部分は観察可能な行動（すなわち感情的引きこもり、思考解体、緊張、衝動的行動や姿勢、運動制止、非協調性、精神運動興奮）の評価をする資料を与える。また患者が体験した症状を引き出すこともある。適当と思われれば、自発的に述べられた症状をさらに質問を加えて明確にすることもできる。そうすることによって面接の指示的部分になってからその症状に再びもどって質問を繰り返す必要がなくなるのである。

問。あなたが困っている事で主なものはどんなことですか。

問。なぜこの病院にいるのですか。何のため治療が必要なのですか。

症状やその強さについて患者の体験や訴えをさらに明らかにするため適当と思われる質問を追加する。

### 指示的部分

本評価尺度の各項目について非指示的部分で包括されなかった症状について質問を行なう。カッコ内の質問は、それまでの返答や患者の行動からその症状が存在するかもしれないと思われる時のみ行なう。適当と思われるなら、質問の順序や言いまわしを変更する。

#### 1. 心氣的訴え

身体の状態についての関心の程度。身体の状態に関する訴えに相当する臨床所見の有無に拘らずに評価する。身体的原因があれば欄外に記入する。

問。身体の様子はどうですか、身体のことを心配していますか。体のことでどこか悪いところがありますか。(それは何ですか。どの位真剣にそのことを考えているのですか。それがあなたの生活にどの位影響を与えていますか。)

0) 症状なし。

1) ごく軽度。身体の状態について直接問われた時のみ軽度の訴え。

2) 軽度。自発的な軽度の訴え。身体の状態についての過度の懸念。

3) 中等度。身体の状態への没頭(心氣的態度)。身体症状が主訴であり、面接の最初に出てくる話題である。

4) やや高度。身体症状に集中。絶えまなく訴え、援助を求める。いわゆる癌恐怖、梅毒恐怖等。

5) 高度。心気妄想があり、通常奇異な訴えと顕著な不安を呈する。それ以外の事柄を忘れるほど心気妄想に没頭。

6) 非常に高度。持続性の心気妄想で(恐怖や絶望といった)感情面の負担があり、今にも死ぬのではないかと、重い障害になるのではないかとという予期を示す。

#### 2. 不安

心配、過度の懸念、不安、恐怖といった主観的体験。言語的訴えのみに基づいて評価し、身体的徴候からは推論しない。(後者は緊張の項で評価する。)

問. ひどく気にやみますか。何かについて心配しますか。緊張したりピクピクしたりしますか。(どの位ひどく感じますか。)ひどく不安になったり、何かを恐れたりしたことが最近ありますか。(それはどんな具合でしたか。何についてでしたか。)

何かおそろしいことが起りそうな感じがしたことがありますか。(どんな風でしたか。どの位ひどい感じでしたか。)

例えば一人になるとか、外出するとか、人ごみの中にいるとか特定の状況で不安になりますか。(どの位頻回におこりますか。どの位ひどいでしょうか。そのために他のことが出来なくなりますか。)

0) 症状なし。

1) ごく軽度。質問された時のみ。軽度かつごく稀な不快感や懸念。

2) 軽度。軽度で一過性のイライラ、緊張。些細な事柄への過度の懸念。もしくは特定の状況に関連した軽度の不安。

3) 中等度。たいていの間出現するイライラ感、緊張、不安感、動揺、もしくは特定の状況に関連した急性の不安発作。

4) やや高度。たいていの間出現する「ふるえ」、「こわさ」、もしくは頻回の急性の不安発作。

5) 高度。それ以外の心的事柄を忘れるほどに、喪失、みはなされ、障害を予期するための持続的恐怖感やおびえ。

6) 非常に高度。恐慌状態。

### 3. 感情的引きこもり

面接状況に対する関与の欠如。感情的接触を評価する。観察に基づいてのみ評価する。(ここでは抑うつ、不安やその他の感情の表出に由来する接触障害は評価しない。)

0) 症状なし。

1) ごく軽度。冷たい。打ちとけない。

2) 軽度。興味を示さない。飽きやすい。自発性がない。

3) 中等度。返答が短い。形式的。声が平板。表情の変化が少ししかない。

4) やや高度。いくつかの質問に答えるのみ。視線を合わせることを避ける。感情的反応が欠如もしくは不適切。

5) 高度。緘黙もしくは言語による返答が不適切。しかし表情やジェスチャーにいくらの反応を認める。

6) 非常に高度。全く反応を欠く。

### 4. 思考解体

思考形式の障害。主に観察に基づいての評価。

問. 明確に考えることができますか。(何がむずかしいのですか。)

考えが混乱したり遅くなったりしますか。  
最近では集中力はどうか。

- 0) 症状なし。
- 1) ごく軽度。主観的なもののみ、もしくは多少の不明瞭、注意散漫、迂遠。
- 2) 軽度。1と同様、しかし面接中明らかに出現。
- 3) 中等度。多少の無関係、連合弛緩、言語新作、途絶、筋道を失なう。返答に理解困難なものもある。
- 4) やや高度。3と同様、しかし意思の疎通が困難。
- 6) 非常に高度。会話が理解不可能。(言語のサラダ、分裂言語、支離滅裂)

### 5. 罪業感

過去の行為についての呵責、自責、自己非難。罪の予期、罪を受けて当然だと思う。

- 問。自分自身を責めるほうですか。  
自分の問題について自分を責めますか。  
何かのことで自分が責められてるとか、訴えられていると感まじすか。  
(何についてですか、罰を受けても当然だと考えますか。)

- 0) 症状なし。
- 1) ごく軽度。質問されたときのみ。過去の行為について多少の軽度の後悔。内容の発展はない。
- 2) 軽度。過去の行為についての後悔。些細な事についての自責傾向。
- 3) 中等度。良心の呵責および自責的思いめぐらし。
- 4) やや高度。うまくゆかないことすべてについての自己卑下と自己非難を示す広範囲にわたる罪業感。
- 5) 高度。罪業妄想、罪責妄想。
- 6) 非常に高度。

### 6. 緊張

不安(激越にまで及ぶ)、緊張、過敏焦燥の身体的および運動機能における徴候。観察に基づいての評価。

- 0) 症状なし。
- 1) ごく軽度。
- 2) 軽度。 } 過度に注意深い。多少緊張した姿勢。時々紅潮。時々不必要な小さな動き。
- 3) 中等度。多少の不安の自律神経症状。頻回の不必要な小さな動き。落ちつきのなさ。緊張した姿勢。
- 4) やや高度。不安の自律神経症状。振戦。落ちつきがなく、姿勢をかえたり立ち上ったりする。もみ手。歩きまわる。
- 5) 高度。運動機能の激越、歩きまわり、頭を叩きつけ、筋のトーンスが上っているための緊張で動

かないのどの症状を示す。多少の接触は可能。

6) 非常に高度。5と同じ。しかしコントロール不可能。接触不可能。

### 7. 衛奇的な行動や姿勢

風変り，常同的，不適切，奇妙な行動および態度。観察に基づいての評価。

0) 症状なし。

- 1) ごく軽度。 } 多少の風変りな姿勢。時々的小さな不必要で反復性の運動（手をのぞきこむ，頭を
- 2) 軽度。 } 揺くなど）。
- 3) 中等度。頻回の常同的運動。時々の大粗な常同的運動（身体を揺り動かす，敬礼する，魔術的な運動，奇異な姿勢），しかめまゆ。
- 4) やや高度。しかめまゆ。常同的運動。たいていの間粗大な。常同的あるいは奇異な姿勢。
- 5) 高度。持続的な常同的運動，しかめまゆ，あるいは奇異な姿勢。やめさせることは可能。
- 6) 非常に高度。絶え間のない常同的な不自然な運動および態度で，コントロール不可能。

### 8. 誇大性

過大な自己評価，優越感，異常な才能，重要性，力量，富，使命。

問。他人に比較して自分をどう思いますか。

（患者が劣等感を持っているならここで打ち切る。）

自分が何か秀れていると感じますか。

何か自分に特別なことがあると感じますか。（たとえば，特別な力量や才能があるとか，何かの使命を帯いているとか）。

0) 症状なし。

- 1) ごく軽度。自己評価の誇張。
- 2) 軽度。優越感，重要性，才能，能力があると感じる。自慢。特別扱われることを望む。
- 3) 中等度。自分の稀な能力，特別な責任，重要な役割，偉大な業績を確信する。
- 4) やや高度。力量，越自然的能力，使命についての妄想的確信。
- 5) 高度。誇大妄想（偉大な指導者，予言者等）。行動のほとんどを支配している。
- 6) 非常に高度。強度の誇大妄想と全能感に全く没頭。

### 9. 抑うつ気分

悲哀，絶望，無力，悲観といった感情を訴える。重症度を評価する際には被検者の表情や泣く様子を考慮に入れる。しかし罪業感，運動減退，心氣的訴えは考慮にいけない。

問。気分は良いですか，それとも最近は落ちこんだりゆううつだったりします。泣いたりしますか。

（ゆううつなのはいつもですか，時々ですか，どの位ひどいのですか，何がゆううつなのですか。）

将来のことについてはどう考えていますか。（絶望的だと感じますか。）

生きていてもつまらないと感じますか。(死んでしまったらよいと感じたことがありますか。実際に何かをしましたか。)

(誇大性に関する質問から自己卑下の所見がみとめられるなら：人と比べて見劣りがするとか、価値がないと感じますか。)

- 0) 症状なし。
- 1) ごく軽度。一過性の悲哀感。外見上抑うつ徴候なし。
- 2) 軽度。気力喪失の訴え。沈んでいる。くよくよする。悲しい。
- 3) 中等度。外見上抑うつ。悲しい。どうしようもない。
- 4) やや高度。抑うつ徴候(通常はいくらかの制止もしくは激越を示す)。絶望感。希望喪失。抑うつ内容が前景。自殺念慮。
- 5) 高度。抑うつ徴候を示す広範囲で重篤な抑うつ。抑うつ性妄想。死や自殺への没頭。
- 6) 非常に高度。抑うつ性昏迷もしくは激越。はなばなしい抑うつ性妄想。自己破壊行為。

#### 10. 敵意

他者に対する敵意、軽べつ、憎悪の表情。面接場面外のイライラした、敵対的、攻撃的行為で患者自身により報告され、最近の病歴から知られているもの。面接者に対する敵意は非協調性の項で評価する。

問. まわりの人とはどうですか。まわりの人があなたをイライラさせたりしますか。人と口論しますか。どの位おこるのですか。人に怒鳴ることがありましたか。怒って、人をなぐったことがありますか。

- 0) 症状なし。
- 1) ごく軽度。他人への過度の批難。
- 2) 軽度。嫌悪。あらさがし、憤り、焦燥。
- 3) 中等度。顕著な焦燥。敵対的態度。告発、侮辱、言語的脅迫を呈する怒りの爆発。
- 4) やや高度。頻回の言語的攻撃性、時々の身体的攻撃性。
- 5) 高度。全般性の言語的攻撃性、頻回の身体的攻撃性、破壊的行為を呈する持続性の緊張した敵対的態度。
- 6) 非常に高度。無差別の持続性の言語的および身体的攻撃性(どなり声での侮辱と脅迫。家具をこす。近づく人をなぐる。)

#### 11. 疑 惑

患者に対し他者からの悪意や妨害または差別待遇があるという確信。自意識の増加や軽度の疑惑から関係念慮や迫害妄想まで含める。ここには妄想気分も含める。

問. 人が特別な注意をあなたに払っていると感じますか。(どんなことからそう考えるのですか。) 人があなたのことを批判して話しているとか、笑っているようですか。(例えばどんなことですか。) 周囲の人があなたについてほめかすと、裏の意味のあることを言っているようですか。いろ

いろいろな事柄が特別に処理されているようですか。テレビや新聞で、あなたに関係していることが出ますか。(そのことについてどう説明しますか。)

人のために困難にひきこまれたりしますか。(だれがするのですか。故意にあなたを傷つけようとする人がいるのですか。そのことについてどう説明しますか。)

説明できないような何か変わった、普通でないことが起こると感じたことがありますか。(どんな風でしたか。)

0) 症状なし。

1) ごく軽度。自意識、他人への信頼の欠如。

2) 軽度。漠然とした関係念慮。自分のことを笑っている、些細なことで反対されているなどと人を疑う傾向。

3) 中等度。被害的態度。関係もしくは迫害念慮。しかしその内容は漠然として、弱くて、体系化されておらず、残遺的である。

4) やや高度。活発で感情面の負担のある被害妄想。いくらかの体系化、あるいは妄想気分。

5) 高度。はなばなしく活発に仕上げられた被害妄想体系、もしくは強力な妄想気分

6) 非常に高度。すべてを包括するはなばなしい被害妄想体系もしくは圧倒的な妄想気分。

## 12. 幻覚

外界からの刺激のない知覚。錯覚や明瞭な精神的表象からは区別する。

問. 誰にでもお聞きするごく当り前の質問ですが、まわりに誰もいない時とか、他に何も原因になるようなものがない時に、物音や人の声などが聞こえてくるような気がしたことがありますか。

(どんな物音ですか。言葉としてきき分ことができますか。幻声はなんといいていますか。あなたの名前を呼んでいるのですか。あなたのことを「あの人は」などといって噂をしているのですか。あなたのやっていることを批評しているのですか。命令するのですか。脅かすのですか。責めるのですか。悪口を言うのですか。安心させてくれるのですか。)

そのような声は頭の中でするものですか。それともまるで耳を通して外から聞こえるのですか。

(だれの声ですか。)

見ることでいつもと違った体験をしましたか。ほかの人が見ることのできないようなものを見たことはありますか。

(どんなものですか。いつでしたか。おそろしかったですか。完全に目が醒めているとき起ったのですか。)

物のおいや味がいつもと違うことはありますか。

体の中に変った感じがありますか。

0) 症状なし。

1) ごく軽度。患者の報告する体験の質が幻覚といえるか疑わしい。入眠幻覚。

2) 軽度。孤立した断片的幻覚体験(光、自分の名前が呼ばれる)。

3) 中等度。言語幻覚もしくは完全に発展した他のか感覚の幻覚で、明らかに存在するが出現頻度の稀なもの。行動に影響しない。いくらかの洞察。

- 4) やや高度。頻回の幻覚，患者がそれに反応する。洞察なし。
- 5) 高度。持続性で強度の幻覚。患者の行動を決定する。
- 6) 非常に高度。強大な幻覚。幻覚状態（急性せん妄や急性幻覚症の時のような）。患者は幻覚体験に完全に没頭。接触不可能。

### 13. 運動減退

運動および会話の速度の量的低下。患者の行動観察のみから評価する。

- 0) 症状なし。
- 1) ごく軽度。主観のみ。自発性欠如。会話もしくは運動におけるわずかな躊躇。
- 2) 軽度。1と同様でかつ会話に間がある。返答はおくれて、かつ短い。しかし文章は完成している。
- 3) 中等度。運動の減退。会話に自発性がない。声は低い。返答はおくれ、短くあるいは不完全。
- 4) やや高度。表情の変化がすこしもない。運動は遅く、躊躇しがちで、不完全。会話は単語のみで、ささやくような発語であり、質問された時のみのものである。
- 5) 高度。亜昏迷。
- 6) 非常に高度。

### 14. 非協調性

面接者および面接状況に対する敵意と抵抗。観察に基づく評価。

- 0) 症状なし。
- 1) ごく軽度。会話と行動が過度に形式的。
- 2) 軽度。ある質問には答えたがらない。面接に対して多少のいらだちを示す。返答が短い。
- 3) 中等度。ある質問には反対する。返答は短かいが不明瞭で回避的。面接に対して明らかないらだちを示す。面接を最後まで遂行するのが困難。
- 4) やや高度。面接者に対する表だって敵対的態度。面接室を出ようとする。面接を最後まで遂行するのか不可能。
- 5) 高度。診察を受けたり面接室にはいるのを拒否する。返答は不適切もしくは緘黙、あるいは口ぎたない。面接は不可能だが多少の接触はもてる。
- 6) 非常に高度。面接不可能。面接室にはいたり、そこにいることを拒否する。質問や命令に対して従わない。あるいは持続的に攻撃的。

### 15. 思考内容の異常

通常ではみられない、奇妙、奇怪な思考内容、すなわち強迫観念、優格観念、風変りな確信や理論、妄想性の曲解、すべての妄想。この項では内容の非通常性についてのみ評価し、思考過程の解体の程度は評価しない。本面接中の非指示的部分および指示的部分で得られた通常ではみられない思考内容は、たとえ他の項（例、心氣的訴え、罪責感、誇大性、疑惑等）ですでに評価されていてもここで再び評価する。またここでは離人症（妄想性のもも非妄想性のもも含める）、病的嫉妬、妊娠妄想、性的妄想、空想的妄想、破局妄想、影響妄想、思考吹入等の内容も評価する。

問. BPRS に明記されていない異常な思考内容を引き出すには、患者の病歴や面接中の行動からの情報に基づいて適切と思われる質問を追加する。

0) 症状なし。

- 1) ごく軽度。孤立した優格観念もしくは通常ではみられない信念。稀な強迫観念。
- 2) 軽度。優格観念。通常ではみられない信念。風変りな理論。強迫観念。
- 3) 中等度。患者にとって相当に重大な意味を持つ奇怪な理論や確信。
- 4) やや高度。奇怪な理論への没頭、もしくは妄想が他の活動を制限し思考内容の前景に立つ。
- 5) 高度。奇怪な理論もしくは妄想が思考内容および行動の大部分を決定する。
- 6) 非常に高度。すべてを包括する奇怪な理論もしくは圧倒的な妄想が行動と思考内容のすべてを決定する。

#### 16. 情動鈍麻もしくは不適切な情動

感情緊張の低下もしくは不適切、並びに正常の感受性や興味、関心の明らかな欠如。無関心、無欲症。表現された感情がその状況や思考内容に対して不適切。観察に基づく評価。

0) 症状なし。

- 1) ごく軽度。感情反応に自発性を欠く。
- 2) 軽度。感情反応が稀で固い。もしくは時に文脈からはずれたものである。
- 3) 中等度。無欲的。感情が平板。家族、友人、環境、自分の将来についてすこしも興味を示さない。妄想のある場合は、その妄想がまだ感情の変化を伴なう。不適切に歯をむき出して笑う。
- 4) やや高度。無欲と引きこもり。自分の置かれている状況に無関心。妄想や幻覚が情動の色づけを欠く。不適切な情動。
- 5) 高度。顕著な無欲と引きこもり。興味の欠如。情動の表出が欠如、もしくは非常に不適切。身なりや行動に注意を払わない。
- 6) 非常に高度。完全な無欲と引きこもりに加えて自分に関する基本的な事柄についても注意を払わない。情動は、仮に表出されたとしても非常に不適切。

#### 17. 高揚気分

健康感の増大から、多幸症と軽躁、さらには躁状態と恍惚状態まで。

問. 特に陽気とか、調子が良いとか、調子が高いとか感じますか。

普段に比べて休息や睡眠が少なくても済みますか。普段より活発ですか。気力や体力があり余ったり、すばらしい考えが出たり、新しい計画をたてたりとか、普段より物を買ったり、余計な金を使ったりしますか。

0) 症状なし。

- 1) ごく軽度。健康感の増大。
- 2) 軽度。幸福で力が充実した感じ。過度に楽天的。多弁。目的ある活動が増加。
- 3) 中等度。調子が高い、興奮している、いつも幸福だ、自分は強いなどと感じる。落ち着かない。

イライラ。言語促迫。転導性亢進。多動だが目的ある活動が障害される。

- 4) やや高度。歓喜と怒りが交互にあらわれる。会話は大声で速い。連合は（音や韻によって）表面的。混乱した多動。
- 5) 高度。恍惚もしくは歓喜と怒りが交互にあらわれる。持続的にしゃべり、どなり、歌う。観念奔逸。意味のある会話が限られている。常に動いている。
- 6) 非常に高度。5と同じだがその程度が極端。意味のある接触が不可能。

#### 18. 精神運動興奮

会話と行動の量と出現率の増大。観察に基づく評価。

- 0) 症状なし。
- 1) ごく軽度。多弁。
- 2) 軽度。多弁かつ多動。
- 3) 中等度。会話が大声で早い。落ち着かない。運動が早い。目的ある活動が障害される。
- 4) やや高度。会話がとぎれない。頻回な叫び声。常に動いている（徘徊、踊り）。活動が混乱している。
- 5) 高度。混乱した会話がとぎれない（言葉のサラダ、叫んで脅迫する、卑わいな内容、断片的な言葉）。破壊的な行動興奮。
- 6) 非常に高度。持続的で制御不可能な混乱した運動興奮および言語興奮で、極度の疲労に至るもの（たとえば緊張病性興奮、せん妄、急性躁病等に見られる）。