

研究と報告

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 —

Patricia McDonald-Scott 北村 俊 則 島 悟

精 神 医 学

第28巻 第7号 別刷

1986年 7 月 15 日 発行

医学書院

## 研究と報告

## 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—

Patricia McDonald-Scott<sup>1)</sup> 北村俊則<sup>2)</sup> 島悟<sup>3)</sup>

抄録 精神症状の評価や精神科診断の不一致の原因として、被検者分散、情況分散、情報分散、基準分散、観察分散があるが、最後の3者に由来する不一致を少なくするためにさまざまな構造化面接が作成されている。米国国立精神衛生研究所の主催した多施設共同うつ病研究計画において研究用診断基準(RDC)に準拠した診断を行うために必要な情報を収集できるように編集された構造化面接が感情病および精神分裂病用面接基準(SADS)である。SADSは目的に応じて、標準版(第1部は現在挿話もしくは過去1年間の症状の有無と重症度を評価し、第2部は過去に出現した精神障害について簡略化した形で記載する)、生涯版(非患者を対象とする)、追跡版(症状の変化を記載する)が作られている。さらに総合評価尺度(GAS)、分野別総合評価、ハミルトンうつ病評価尺度への変換式が備えられている。

精神医学 28; 743-749, 1986

**Key words** Structured interview, Diagnostic criteria, Reliability, Research methodology

## I. はじめに

DSM-III<sup>1)</sup>, 研究用診断基準 Research Diagnostic Criteria (RDC)<sup>19)</sup>, ファイナー診断基準<sup>5)</sup>などといった明確な定義付けによる操作的診断基準が開発され広く使用されるようになってから、臨

床研究に携わるものの共通言語が与えられ、患者群の比較が容易になり、精神科診断の信頼度 reliability に関する悲観的見解はほぼ過去のものとなっているといえる。しかし、そうだからといってすべての問題が解決されたと考えるのは時期尚早である。特定の診断基準を用いたとしても種類の研究における対象患者が均一であることは保障されえないことが示唆され、情報収集とその評価方法の標準化の重要性が強調されている。

Helzer ら<sup>7)</sup> は、診断基準が一見正確に構成されているため同一の基準を用いて同定された患者群は診断学上同一であると考えがちであるが、特定の診断基準を使用すれば、より詳細な臨床的観察が行われているというような根拠はあまりなく、さらに経験ある臨床医が症状を評価する際の閾値に個人差が出る、として警告を出している。

一人の臨床家が臨床上の意義があると判断する症状も別の臨床家は「正常範囲」ととらえ、その結果診断上の不一致を生じることがある。このことは例えばデキサメサゾン抑制試験を施行した際のコルチゾールの非抑制例の出現率といった精神疾患の生物学的指標についての研究を別の研究者が追試する際にその重要性が認められる。

1986年4月1日受理

\* The Role of the Schedule for the Affective Disorders and Schizophrenia (SADS) in Psychiatric Research—I: Sources of disagreement of clinical evaluation and development of the SADS

- 1) ニューヨーク州立精神医学研究所(主任: Prof. J. Endicott), Department of Research Assessment, New York State Psychiatric Institute (Director: Prof. J. Endicott) および国立精神衛生研究所(所長: 高臣武史博士), National Institute of Mental Health (Director: Dr. T. Takatomi)
- 2) 国立精神衛生研究所(所長: 高臣武史博士), Toshinori Kitamura: National Institute of Mental Health (Director: Dr. T. Takatomi)
- 3) 慶応義塾大学医学部精神神経科学教室(主任: 保崎秀夫教授), Satoru Shima: Department of Neuropsychiatry, School of Medicine, Keio Gijuku University (Director: Prof. H. Hosaki)

表 1 診断評価の際の誤差分散

誤 差	問 題 点	対 処 法
被検者分散	症状についての異なる情報が出現。	無し (真の変化のことあり)。
情況分散	異なる面接時点で異なる情報が出現。	同一場面で評価する。
情報分散	異なる質問をするため異なる情報が出現。	標準化された面接手順を使用する。
基準分散	同一の情報だがそれを統合する方法が異なる。	基準を明文化する。
観察分散	同一の情報だが重症度や閾値の判定が異なる。	明文化されたアンカー・ポイントによる評価尺度を使用する。共同訓練。

このような問題を解決するために臨床面接を標準化 (構造化) することが勧められている<sup>7)</sup>。標準化面接という手順は、診断そのものの信頼性に影響を及ぼす誤差を小さくするばかりでなく、それぞれの症状に関する詳細な情報を与えることができる。感情病および精神分裂病用面接基準 Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (SADS) は多くの臨床研究において利用されてきている標準化面接手順のひとつである<sup>17)</sup>。本論文は第 1 報で臨床評価の信頼性に関する基礎的研究と SADS の目的や内容について概説し、第 2 報では SADS の信頼性に関する諸研究について検討を加える。

## II. 臨床評価の信頼性と評価不一致の原因

心理検査であれ臨床化学検査であれ、あるいは精神科診断であれ、評価手技の信頼性、すなわち同一条件下での再現性は重大な問題である。信頼性の高い評価手技が必ずしも妥当性が高いとはいえないが、信頼性の低い評価手技は妥当性にも欠けるであろう<sup>15)</sup>から、信頼性に関する問題は重大な要件のひとつである。

同一の患者の診断について精神科医間で不一致が出現することが稀でないことはすでに 1950 年代から多くの研究が指摘するところであり、このことに関する研究は 1970 年代まで続いた<sup>9, 11~13)</sup>。そして当然のことながら、このような不一致の原因についての検討が加えられたのである。この原因を解明し、それを最小限にすることができれば測定法の信頼度を上げ、妥当性検討を可能にできるのである。

さてある測定法の信頼度は真の状態に対する測定値の分散の程度であり、この分散が少ないほど信頼度が高いと考えられる。そしてこういった測

定上の誤差の分散が診断の不一致の原因を形成していると考えられることができる。

誤差の分散のなかで重要なものは 5 つあり<sup>16)</sup>、それらを表 1 に示した。このなかで被検者分散 subject variance と情況分散 occasion variance については被検者自身に焦点が当てられている。これらは被検者自身の変化や異なった面接情況によって生じるものであり、その解決は困難なことが多い。例えば自分の症状について午前と午後で多少とも異なる訴え方をすることもある。しかし症状そのものが時間の経過とともに変化もする。2 回目の面接が時間的に長く隔っているほどこのことは顕著になるであろう。この場合、被検者分散は情況分散とともに、時間経過に伴う診断や病像の変化といったことに関する研究のテーマとなっている。

残りの 3 つ、すなわち情報分散 information variance, 基準分散 criterion variance, 観察分散 observation variance は評定者に焦点が当てられており、克服すべき障害であると考えられている。

まず情報分散は、評定者が異なる質問を行ったり、異なる情報源に依存したりするために患者の症状や機能水準に関して異なる情報を入手することによって生じるものである。例えば患者によっては以前の躁症状を軽く報告したり、飲酒量を少なめにみつもらたりすることがある。家族員と面接してみると異なる症状が明らかになることもある。経験が浅いため一見正常にみえる被検者にうっかり問診するのをわすれ、妄想体系すべてについて情報が入手できないこともある。

次に基準分散は異なる診断手続や疾病概念が用いられるために異なる意味づけが同一の情報に与えられる際に生じるものである。古典的な例とし

てはいわゆる U.S.-U.K. 診断研究があり、ここでは米国と英国の精神科医の診断の不一致の大部分は精神分裂病の概念が両国間で異なることに由来していることが認められた<sup>9)</sup>。さらに基準分散が重要な役割を演ずる例としては内因性うつ病の疾病概念が挙げられよう。

最後の観察分散は、たとえ同一の現象であっても評定者の認知が異なる際に生じる誤差である。例えば一人の評定者がある患者の会話の軽度の解体を思考形式の障害の明らかな根拠としてとらえるのに対し、別の評定者はそれを正常範囲であるとして考えるような場合が観察分散に該当する。Wingら<sup>21)</sup>は現在症診察表 Present State Examination (PSE) を外来患者に適用した際、心理学者と精神科医で症状評価の閾値が異なることを見出した。すなわち前者が症状の水準を高く(重症に)取っていたのである。Wing らは、これは評価の際の基準となるものが前者では「正常者」であり、後者では重症の精神科患者であるという差から生じたのであると推測している。

さて診断の不一致の研究が始まったころは基準分散が信頼性低下の最大の原因であった。Wardら<sup>20)</sup>は疾病分類学的取り扱いが不十分なことが診断不一致の半分以上を説明するものであるとした。しかし次に重要な誤差の原因を形成したものは情報分散と観察分散によって代表される評定者の側の不統一性であった。

臨床判断に与える情報分散と観察分散の影響に関する実証的研究として Kendell<sup>8)</sup>の精神病性うつ病と神経症性うつ病の評価に関する研究がある。Kendell は精神病性-神経症性の峻別の重要性に対する医師の心がまえが症状認知と関連を持っていることを示したのである。そして精神科医に一定の考え方や期待を持たせないようにすることを検討しても無駄であるが、しかしこのような考え方や期待が与える影響を減ずるためのなんらかの実践的な方法を考慮することは有益であろうと述べている。

ところで従来行われてきている非構造化面接においては面接者が必要と感じた分野については質問を追加してゆくが、そう感じない分野については質問を一切省略してしまうため、上記の誤差が

生じやすいのである。より構造化された面接では質問の順番と質問の仕方が明文化され、症状とその重症度が定義され、必要なすべての精神症状が平均的かつ均質的に扱われているので、上記のようなさまざまな診断不一致の原因を少なくすることができるのである。構造化面接の代表例がこれから詳述する SADS である。

### III. SADS の内容

SADS の成立過程を歴史的にみても U.S.-U.K. 診断研究に端を発しており、英国側では現在症調査表 Present State Examination (PSE) が作成され、米国側ではまず面接時点の精神症状と過去 1 週間の社会適応能力に関する横断面的プロフィールを求めたため Psychiatric Status Schedule (PSS)<sup>14,18)</sup>が作成され、やがて現在の精神症状ばかりでなく生涯にわたる過去の症状についても包括すべく Current and Past Psychopathology Scale (CAPPS) が作成された<sup>4)</sup>。そして第 3 の面接手引きとして SADS が編集されたのである。SADS は症状や機能水準を記載するばかりでなく RDC に準拠した診断を下すのに必要な情報を採取する目的にあわせて編集された最初のものである。

SADS は RDC と同様に成立時点において米国立精神衛生研究所の主催する Clinical Research Branch Collaborative Program on the Psychobiology of Depression 研究の生物学部門と臨床部門の両部門において使用される目的で編集された。従って扱われている項目は広義に規定された感情障害と精神分裂病およびその鑑別診断上必要と思われる他の疾患における主要な症状に焦点が当てられている。しかし SADS が当初の研究のために作成されてから他の種々の目的に合わせて多くの研究において利用されており、また邦訳も完了している<sup>17)</sup>。

SADS は標準版 regular version、生涯版 lifetime version、追跡版 change version が一組で成している(表 2)。標準版 SADS はすべての項目(症状)とその定義が含まれているので他の版のいわば原型である。元来標準版 SADS は現時点で疾病挿話を呈している患者もしくは慢性の精神

表 2 SADS 面接

版	被 検 者	包括領域	結 果
標準版 第 1 部	現在疾病を持つ患者	現在挿話中（慢性疾患なら過去 1 年間の最も重症だった時の症状）	RDC 診断（現在挿話）、分野別総合評価、ハミルトンうつ病評価尺度変換式、総合評価尺度
第 2 部	同 上	既往歴 自殺歴 5 年間の社会機能状態 先行する疾病の転帰	RDC 診断（過去挿話） 現在の性格障害（RDC）
生涯版	非患者（患者親族、地域住民）現在の症状の詳細の不要な患者	標準版第 2 部と現在挿話の有無と持続期間	RDC 診断（現在挿話および過去挿話）
追跡版	患 者 非 患 者	過去 1 週間の症状と社会機能（標準版第 1 部の一部）	分野別総合評価、ハミルトンうつ病評価尺度変換式、総合評価尺度

表 3 標準版 SADS 第 1 部の包括領域

現在の疾病の発症期間と持続期間  
 以前の身体疾患や投薬の有無  
 ストレスの重症度  
 現在の挿話中の治療  
 現在の気分の変調と関連症状  
 抑うつ  
 不安（恐慌発作、恐怖、強迫）  
 現在の躁症状  
 アルコール乱用  
 薬物常用  
 反社会的行為  
 妄想  
 幻覚  
 奇異な行動  
 思考形式の障害  
 付加行動項目  
 総合評価尺度

障害を示している患者について使用するよう編集されているといえるが、しかし非患者群についても症状の程度を評定する目的で用いることもできる。標準版 SADS は 2 部に分かれている。第 1 部は現在挿話期間中もしくは過去 1 年間においても最も重症だった時点でのそれぞれの症状の有無と重症度を記載し、第 2 部は現在の疾患の出現に先だって認められる精神障害について簡略化した形で記載するものである。

生涯版 SADS は現在精神障害の挿話を呈している可能性の薄い被検者や現在の症状の重症度に関する情報が必要でない被検者について使用するよう編集されている。したがって各疾患の発病危険率を測定することに目的がある家族研究や疫

学的研究に適用されている。生涯版 SADS の内容と形式は標準版 SADS の第 2 部とほぼ同一であるが、各障害の現時点での有無とその持続期間を記載する項目が追加されている。

追跡版 SADS は標準版 SADS の過去 1 週間の横断面的評価の項目より構成されていて、症状の重症度の経時点変化や治療上の変化を調査する追跡研究に用いられるようになっている。

第 1 部に包括される項目の内容については他で詳述されているが<sup>2,10)</sup>、表 3 にはその要約が示されている。内容を明記してあるアンカー・ポイントを伴った 6 ないし 7 段階評価が施行される項目がほとんどである。これらのアンカー・ポイントはそれぞれの項目の評価に関して評定者にどんな種類の気分や行動がそこに扱われるかについて明確な例を示し、「重要」、「中等度」、「軽度」といった重症度の判断の閾値に個人差の出る可能性を極力おさえている。段階評価に関する例外は妄想と幻覚であり、ここでは各症状が単純に「存在しない」、「疑わしい」、「存在する」のいずれかであると評定される。さらに妄想と幻覚の重症度を被検者の行動に与える影響の程度によって表現する項目が追加されているが、ここでは上記のようなアンカー・ポイントを伴う 6 段階評価が行われる。このような手続きを踏み、標準版 SADS の第 1 部完了後に評定者は RDC の現在挿話診断(表 4)を決定することが可能となる。

ところで精神科診断は現在症や現在挿話以外の情報を必要とすることがある。例えば感情障害を

表 4 SADS から得られる RDC 現病診断

SADS 第 1 部	
精神分裂病	
分裂感情病 (躁型, 抑うつ型)	
躁病	
軽躁病	
定型うつ病	
準定型うつ病	
恐慌発作症	
強迫症	
恐怖症	
特定不能の機能性精神病	
SADS 第 2 部	
アルコール症	
薬物常用または依存	
断続型うつ病	
(慢性) 準定型うつ病	
全般型不安症	
循環気質型人格	
気分易変型人格	
ブリケ症	
反社会型人格	
分裂型特徴	

双極性と単極性に分類することは重要であり、また原発性うつ病と続発性うつ病の峻別に興味を持つ研究者もいる。このような区別を行うためには過去の病歴に関する情報は不可欠であり、標準版 SADS の第 2 部が扱うことはまさにこの点なのである。第 2 部における重点は各診断カテゴリーの有無に置かれているため症状は各診断カテゴリーの枠組みの中で存在したかしたかったかの評価がなされるのみで、第 1 部ほど詳細な重症度評価はなされない。発症年齢、最も長かった挿話の持続期間、機能障害の程度、治療内容が各疾患について記録される。

また第 2 部では過去の挿話性の障害を列挙するにとどまらず、現在までの物質常用症、性格障害、軽度の感情障害に関する情報が収集される(表 4)。生涯にわたる自殺行動も評価される。予後判定に重要であるとされている 3 つの項目、すなわち過去 5 年間の社会適応水準、過去 5 年間の最も健康的な機能水準、過去の挿話の転帰について評価が行われる。さらに偏執性、強迫性、外向性に関する性格傾向の総合判定の項目も含まれている。すでに述べたように、生涯版 SADS は標準版 SADS の第 2 部と同じ項目を含んでいる。

両者の差は前者では各疾患が現時点で認められるかをまず決定し、もし認められるのであればその持続期間を記載するように構成されている点である。

比較の対照となるべき基礎値(前値)を決定した上で同一の評価手段を一定の時間をおいてあてはめることが臨床症状の変化を測定する通常の手技である。そこで SADS の第 1 部においては感情障害、不安性障害、精神病像(妄想, 幻覚, 思考形式の障害)の症状を引き出すための 36 の項目と総合評価尺度 Global Assessment Scale (GAS) が 2 時点について採点されている。1 回は現在挿話の中で当該症状が最も重症であった時点についての評点であり、もう 1 回は基礎値をとる目的で過去 1 週間における評点がなされる。このように 2 時点での各症状の評価・評点を行うのは、挿話中の最も重症な時の症状評価が必ずしも過去 1 週間のそれを正しく反映するものでないための処置である。上記の 36 項目は別個の面接手引きと集計用紙にまとめられ、これを追跡版 SADS (SADS-C) と呼んでいる。この SADS-C を毎週や毎月とか施行することにより同一の項目や分野について経時的变化の観察が可能になった。

#### IV. 分野別総合評価と追跡版 SADS

診断基準により従来より均質な患者群を選択することができるようになったものなお種々の診断カテゴリーの中では重症度に幅があり、単なる症状の有無だけでは充分でないことが考えられる。そこで定型うつ病や躁病の診断基準を満たす患者群について、その症状の多様性をなんらかの方法でよりこまかく定義されたグループに分けることが望まれる。また定量的評価は患者群を重症度によって選別する際に大切になり、さらに経時的变化や治療による症状の水準の変化を測定する際にも重要性を持ってくるのである。

上記の諸点に答えるために SADS の第 1 部について分野別総合評価が開発された。これは類似の項目内容を持つ尺度の因子分析に基づき、さらに感情障害の研究における臨床的区分を考慮に入れて作製されたものである。抑うつ症状について

表 5 SADS 分野別総合評価

分野	$\alpha$ 係数
抑うつ感情と抑うつの思考	0.87
内因性特徴	0.80
抑うつ関連症状	0.79
自殺念慮と企図	0.80
不安	0.58
躁症状群	0.97
妄想・幻覚	0.87
思考形式の障害	0.47

4 分野, 躁症状, 不安, 妄想・幻覚, 思考形式の障害, 行動異常のそれぞれについて 1 分野が与えられている (表 5)。各分野の  $\alpha$  係数は大変高いものである。さらにこれらの大部分は追跡版 SADS でも求められるものである。

#### V. ハミルトンうつ病評価尺度変換式

SADS のもうひとつの特徴としてハミルトンうつ病評価尺度<sup>6)</sup> の総合点を抜粋する計算式が挙げられる。これは患者群を重症度で比較する際によく有用性が高い。あらためて面接をやり直したり, 別の集計用紙を追加して使用しなくても, SADS 評価を完了すれば自動的にハミルトンうつ病評価尺度の総合点が求められるように換算式が作られている。

この換算式について, 2 名の評定者 (面接者と観察者) が同席面接を行い, 両者が SADS-C と標準的なハミルトンうつ病評価尺度とを同時に評価・採点し, 前者から換算した総合点を後者の総合点と比較して検討した<sup>3)</sup>。その結果, 群内相関は 0.87~0.84 の範囲であり, さらに 65% において両総合点の差は 3 点以内であり, 79% においては 4 点以内であった。

#### VI. おわりに

このように SADS は精神症状の臨床評価の信頼性についての関心が高まるに伴って作成された。SADS は症状チェックのための詳細なガイドラインを与えることにより情報分散を低下させ, さらに特定のアンカー・ポイントを設定することにより観察分散を低下させる。こういった手段により SADS は精神科診断にとって重要な補助となるが, さらに特定の診断基準と合せることによ

り, 診断そのものの全般性の信頼度を高めることができる。しかし SADS の機能はそれに限られてはいない。信頼性の高い評価を可能にすることにより SADS がどのような価値を持つかについては第 2 部で述べる。

東京医科歯科大学医学部高橋良教授ならびに慶応義塾大学医学部保崎秀夫教授の御指導に感謝いたします。

#### 文 献

- 1) American Psychiatric Association, Committee on Nomenclature and Statistics: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd ed, American Psychiatric Association, Washington D. C., 1980. (高橋三郎, 花田耕一, 藤縄昭訳: DSM-III, 精神障害の分類と診断の手引き, 医学書院, 東京, 1982.)
- 2) Endicott J, Spitzer RL: A diagnostic interview. The schedule for affective disorders and schizophrenia. Arch Gen Psychiatry 35; 837, 1978.
- 3) Endicott J, Cohen J, Nee J, et al: Hamilton Depression Rating Scale. Extracted from regular and change version of the schedule for the Affective Disorders and Schizophrenia. Arch Gen Psychiatry 38; 98, 1981.
- 4) Endicott J: Identification of mental disorder in general population surveys: current status of epidemiological case finding techniques, 207-208, Public Health Conf. on Records and Statistics: The People's Health: Facts, Figures and the Future. DHEW Pub. # (PHS), 79-1214, US Dept. of HEW, PHS, Office of Health Research, Statistics and Technology, National Ctr. for Health Stat., Hyattsville, MD 20782, 1979.
- 5) Feighner JP, Robins E, Guze SB, et al: Diagnostic criteria for use in psychiatric research. Arch Gen Psychiatry 26; 57, 1973.
- 6) Hamilton M: A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatry 23; 56, 1960.
- 7) Helzer JE, Coryell W: More on DSM-III: How consistent are precise criteria? Biol Psychiatry 18; 1201, 1983.
- 8) Kendell RE: An important source of bias affecting ratings made by psychiatrists. J Psychiat Res 6; 135, 1968.
- 9) Kendell RE, Cooper JE, Gourlay AJ, et al: Diagnostic criteria of American and British psychiatrists. Arch Gen Psychiatry 25; 123, 1971.
- 10) 北村俊則, 島 悟, 崎尾英子, 他: 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. 臨床精神医学 13; 293, 1984.
- 11) Kreitman N, Sainsbury P, Morrissey J, et al:

- The reliability of psychiatric assessment: An analysis. *J Ment Sci* 107; 887, 1961.
- 12) Sandifer MG, Pettus G, Quade D: A study of psychiatric diagnosis. *J Nerv Ment Dis* 139; 350, 1964.
- 13) Schmidt HO, Fonda CP: The reliability of psychiatric diagnosis: A new look. *J Abnorm Psychol* 52; 262, 1956.
- 14) Spitzer RL, Endicott J, Fleiss JL: The Psychiatric Status Schedule: A technique for evaluating psychopathology and impairment in role functioning. *Arch Gen Psychiatry* 23; 41, 1970.
- 15) Spitzer RE, Fleiss JF: A reanalysis of psychiatric diagnosis. *Br J Psychiatry* 125; 341, 1974.
- 16) Spitzer RL, Endicott J, Robins E: Clinical criteria for psychiatric diagnosis and DSM-III. *Am J Psychiatry* 132; 1187, 1975.
- 17) Spitzer RE, Endicott J: Schedule for the Affective Disorders and Schizophrenia (SADS) (3rd ed.), Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute, 1978. (保崎秀夫監訳, 北村俊則, 加藤元一郎, 崎尾英子, 他訳: 感情病および精神分裂病用面接基準 [SADS], 星和書店, 東京, 1983.)
- 18) Spitzer RL, Endicott J, Cohen J, et al: The psychiatric status schedule for epidemiological research. Methodological considerations. *Arch Gen Psychiatry* 37; 1193, 1980.
- 19) Spitzer RL, Endicott J, Robins E: Research Diagnostic Criteria (RDC) for a Selected Group of Functional Disorders (3rd ed.), Biometric Research Department, New York State Psychiatric Institute, New York, 1981. (本多 裕, 岡崎祐士監訳, 安西信雄, 平松謙一, 亀山知道, 他訳: 精神医学用診断マニュアル, 国際医書出版, 東京, 1982.)
- 20) Ward CH, Beck AT, Mendelson M, et al: The psychiatric nomenclature. *Arch Gen Psychiatry* 7; 198, 1962.
- 21) Wing JK, Henderson AS, Winckle M: The rating of symptoms by a psychiatrist and a non-psychiatrist: A study of patients referred from general practice. *Psychol Med* 7; 713, 1977.

## □学会告知板□

## 第 5 回青年期精神医学研究会

1. 日 時 昭和61年 8 月 30 日 (土) 午前 9 時より午後 5 時 40 分まで
2. 会 場 愛知厚生年金会館  
〒464 名古屋市千種区池下町2-63 (電話) 052-761-4181 (代)  
国鉄名古屋駅より地下鉄東山線で20分, 池下駅下車すぐ。
3. 会 費 参加費 4,000円 (プログラム, 抄録代を含む)  
懇親会費 6,000円  
送金方法 郵便振替口座番号 名古屋 7-11536  
加入者名 青年期精神医学研究会
4. 参加手続 予め上記金額を上記口座にお振り込み下さい。折り返し, プログラム, 抄録集を郵送いたします。
5. その他の問い合わせ  
名古屋市瑞穂区瑞穂町 (〒 467)  
名古屋市立大学病院精神科 (電話 052-851-5511) 清水將之

## DSM-III ケースブック

R.L. Spitzer, 他著  
高橋三郎 訳  
花田耕一  
本多 裕

“DSM-III”は今日, 世界的関心を集めている。本書は「DSM-III 精神障害の分類と診断の手引」(1982年医学書院刊)の姉妹編としての症例編である。DSM-IIIの新しい精神障害の診断基準と分類を学ぶための生きた教材として, 精神医療に携わるすべての人々とつて必携の書である。

●A5 頁527 図57 1983 ¥9,200 〒400

医学書院 1113-911 東京・文京・本郷5-24-3 ☎東京(03)817-5657(販売部直通) 振替東京7-96693