

検証 No.	記載 ページ	Statement	引用文献	研究デザイン	引用文献の記載	ベアのコメント	ベア判定	福井大学の指摘	WGでの検討内容 (ベア判定2のみ)	Statementの修正	備考
1	45	気分一致しない精神病性の特徴を有する場合は予後が悪い可能性がある	APA, 1994 Maj et al, 2007	APA: DSM-IV Maj: prospective study	Maj: There was no significant difference between patient with mood-congruent delusions only and those with mood-incongruent delusions with respect to any demographic, historical, or index episode variable (Table 2).	Maj: 不適切	2	有り	Demographic dataには有意差がないが、転帰に関しては記載がない？ →Statementを削除。	削除。	
2	45	精神病性の特徴はうつ病の15%に見られ	Johnson et al, 1991 Ohayon et al, 2002	Johnson: observational study Oayon: observational study	Johnson: Overall, 14.7% of cases of major depression were found to be psychotic. Ohayon: Overall, 10.6% of subjects with a major depressive episode had only delusions, 6.8% had only hallucinations, and 1.2% had both delusions and hallucinations.	Johnson論文に関しては正しい。 Ohayon論文に関しては、DSM-IVで診断されたうつ病患者の中で、10.6% (妄想のみ)、6.8% (幻覚のみ)、1.2% (幻覚・妄想双方) であるため、有病率は18.6%であり、正確には15%ではない。	2	無し	14.7%~18.6%とするほうがよい、もしくはOhayon et alの論文を削除 →15%程度に修正する。	精神病性の特徴はうつ病の15%程度に見られ	
3	45	精神病性の特徴は老年期うつ病では45%にのぼる	Meyers et al, 1986	Retrospective study	A study of 161 consecutively admitted elderly major depressives with a mean age of 71.7 ± 6.6 revealed that 72 patients (45%) were delusional.	幻覚を有する老年期うつ病には言及されておらず、正確には妄想を伴ううつ病が45%であり、幻覚を伴うものを加えた精神病性の特徴をもつものは45%より高いと推定される。 この論文では老年期うつ病を60歳以上の発症としている。	2	無し	実際は45%以上と考えられる →修正なし。		
4	45	精神病性の特徴は入院を要するうつ病では25%に見られる	Coryell et al, 1984	Retrospective study	From March 1981 through June 1983 consecutively admitted patients were included... Of 257 subjects with DSM-III major depression, 65 (25.3 per cent) had either delusion or hallucinations.	正しい	1	無し			
5	45	非精神病性うつ病と比較すると、再発率が高く、入院回数も多く、エピソードも長く、生活能力の低下が著しく (Basso et al, 1999)、自殺率や死亡率も高い (Basso et al, 1999)。	Basso et al, 1999	Retrospective study		神経心理学的検査を行っており、臨床的なエピソードは解析に含まれていない。	2	有り	「再発率が高く、入院回数も多く、エピソードも長く、生活能力の低下が著しく」を削除。	非精神病性うつ病と比較すると自殺率や死亡率も高い。	
6	45	自殺率や死亡率も高い (Basso et al, 1999; Thakur et al, 1999; Vythilingam et al, 2003)。	Basso et al, 1999 Thakur et al, 1999 Vythilingam et al, 2003	Basso: Retrospective study Thakur: observational study Vythilingam: Retrospective study	Basso: 不適切 Thakur (1): Age-adjusted analyses also revealed psychotic depressed patients to be two-thirds again as likely to be suicidal (P = 0.002) Thakur (2): Based on the Carroll Self-Rating Depression Scale, age-adjusted analyses showed more feelings of worthlessness (P = 0.06) and more suicidal thoughts (P = 0.004) in the psychotic as compared to the non-psychotic group Vythilingam: A proportional hazards model, in which age and medical status were entered as covariates, emonstrated a significantly higher hazard for death in patients with psychotic depression than for patients with nonpsychotic depression (Figure 1).	Basso: 臨床的な項目は解析されていない Thakur (1): 精神病性うつ病患者は3分の2の患者で再度、自殺企図を行う？ Thakur (2): 希死念慮を有する割合は高い Vythilingam: 正しい	2	有り	Basso: 間違い Thakur: suicidalが自殺企図という意図で使われていると思われる。自殺率という言葉が間違いと考えられる	自殺率や死亡率も高い (Thakur et al, 1999; Vythilingam et al, 2003)。	
7	45	特に高齢者の場合はレビー小体型認知症などの認知症との鑑別も必要である。	Takahashi et al, 2009	Retrospective study	As shown in the results section, approximately 14% of the presenile and senile patients who had been diagnosed as having depression or related disorders before or at the time of admission to our ward came to be re-diagnosed as having DLB at the time of their discharge.	論文の中で明言はされていないが、執筆者の解釈として鑑別が必要としている？	1	無し	論文には書いてないが、筆者の解釈として鑑別まで話を広げている		
8	46	メタ解析の結果から、プラセボ反応率は非精神病性うつ病で30-40%であるのに対して精神病性うつ病は10%未満であるが、三環系抗うつ薬への反応率は35%であった	Khan et al, 1991	Literature Review	(1) It is to be noted that the placebo response rate among MD patients is about 30 to 40% (Khan and Brown, 1992) compared to a very low response rate (<10%) among MD-P patients (Kantor and Glassman, 1977, Glassman et al, 1981, Spiker and Kupfer, 1988). (2) In the reviewed literature, the overall response rate to TCA's was 35% (204/585) in MD-P patients compared to 60% (694/1149) in MD patients.	(1) メタ解析は行っておらず、Literature Reviewとして反応率を出しており間違い。 (2) Literature Reviewの結果、三環系抗うつ薬への反応率は35%であった→正しい	2	有り	メタ解析ではない。 →「メタ解析の結果から、」を「文献レビューの結果から」に修正。	文献レビューの結果から、プラセボ反応率は非精神病性うつ病で30-40%であるのに対して精神病性うつ病は10%未満であるが、三環系抗うつ薬への反応率は35%であった	

検証No.	記載ページ	Statement	引用文献	研究デザイン	引用文献の記載	ベアのコメント	ベア判定	福井大学の指摘	WGでの検討内容(ベア判定2のみ)	Statementの修正	備考
9	46	三環系抗うつ薬が新規抗うつ薬より優れている可能性が示唆されているが (Bruijn et al, 1996; van den Broek et al, 2004; Wijkstra et al, 2005)	Bruijn et al, 1996 van den Broek et al, 2004 Wijkstra et al, 2005	Bruijn: RCT van den Broek: RCT Wijkstra: poolingした上で比較した Wijkstraの論文は各セクションによって研究デザインが変わるので注意が必要	Bruijn: The response on imipramine, 23/44 (52.3%), differed significantly from the response on mirtazapine: 10/44 22.7%) ($\chi^2 = 6.7$; $df = 1$; $P = 0.008$). van den Broek: (1) Psychotic features did not significantly alter the response to treatment. (2) The response rate ratio for fluvoxamine relative to imipramine for an HRSD score ≤ 7 was: 0.64 (CI: 0.31–1.32, $P=0.22$). Wijkstra: (1) In the study of van den Broek 2004a imipramine was statistically more significantly in eMectiveness than fluvoxamine (RR 2.10, 95% CI 1.06 to 4.17, $P=0.03$). In the study of Bruijn 1996 imipramine was statistically more significantly in eMectiveness than mirtazapine (RR 3.00, 95% CI 1.01 to 8.95, $P=0.05$). (2) In two studies TCAs were compared to an antidepressant of another class. When pooling the van den Broek 2004a and Bruijn 1996 studies TCAs were statistically significant compared to non-TCAs (RR 2.36, 95% CI 1.32 to 4.23, $P=0.004$).	Bruijn: 正しい van den Broek: 有意差なし Wijkstra: 上記2論文を引用しており、有意差ありとしている。さらに、上記2つの論文をpoolingした同様に、イミプラミン群で有意に改善があったとしている。	2	有り	van den Broek論文を削除する	三環系抗うつ薬が新規抗うつ薬より優れている可能性が示唆されているが (Bruijn et al, 1996; Wijkstra et al, 2005)	
10	46	新規抗うつ薬の単剤治療も比較的高い有用性が示唆されている	Zanardi et al, 1996 Gatti et al, 1996 Zanardi et al, 1998 Zanardi et al, 2000	Zanardi 1996: RCT Gatti: RCT Zanardi: R?CT Zanardi: RCT	Zanardi 1996: The response rates were 75% and 46% for sertraline and proxetine, respectively. Gatti: Of the 57 subjects who completed the trial, 84.2% (N = 48) recovered. Zanardi 1998: Table 3に時系列での寛解率が記載されている Zanardi 2000: All 14 inpatients who received fluvoxamine completed the study, and 11 (78.6%) of them met the response criteria. Of the 14 patients treated with venlafaxine, 12 (85.7%) completed the study, and 7 (58.3%) of these recovered.	Zanardi 1996: 46%を比較的高い有用性と判断する場合は可。 Gatti: 84.2%がfluvoxamineで改善 Zanardi 1998: Fliboxamine + placebo群において、治療後6週で80%が改善 Zanardi 2000: 78.6% (fluvoxamine), 58.3% (venlafaxin) の改善率	1	有り	「新規抗うつ薬の単剤治療も有効性が示唆されている」に修正。	新規抗うつ薬の単剤治療も有効性が示唆されている	
11	46	日本で精神病性うつ病に使用されることの多い amoxapine は三環系抗うつ薬と定型抗精神病薬の併用と同等の効果がみられ、さらに副作用が少ないという報告がある	Anton et al, 1990 Anton et al, 1993	Anton 1990: R?CT Anton 1993: R?CT	Anton 1990: ANCOVA showed that there was a significant improvement in both depression and BPRS scores at each treatment week over baseline for both groups. --- Notable, 14 (82%) of the 17 patients given amoxapine and 18 (86%) of the 21 patients given amitriptyline plus perphenazine showed moderate to marked improvement during treatment. ---the only side effect to reach statistical significance at the $p \leq 0.05$ level was dry mouth Anton 1993: All four medication groups demonstrated similar improvements on depression ratings ($F = 1.11$, $df 1,32$, $P = 0.29$) and psychosis ratings ($F = 0.50$, $df 1,32$, $P = 0.49$).	Anton 1990: 効果は同等と考えられるが、併用群で有意にみられた副作用は口渇のみであったため、amoxapine群で副作用が少ないと言えるかは疑問。 Anton 1993: 統計学的には(mood congruent vs mood incongruent) vs (amoxapine vs amitriptyline + perphenazine)の4群で改善率に有意差なし	2	無し	口渇しか副作用に差がないため言い過ぎ？ 「さらに副作用が少ないという報告がある」は削除。	日本で精神病性うつ病に使用されることの多い amoxapine は三環系抗うつ薬と定型抗精神病薬の併用と同等の効果がみられるという報告がある。	
12	46	過去の臨床研究の反応率の比較では、三環系抗うつ薬単剤は 34%、定型抗精神病薬単剤は 51%であったのに対して併用療法は 77%であった	Kroessler, 1985	Literature Review	The overall success rate in the TCA alone group was 34%, which is significantly less than the response to the other modalities. In the group treated with AP alone, 51% had a favorable outcome, which indicates that there are patients with primary depressive illness and delusions that will respond to APs. The overall response rate in the TCA/AP group is 77%.	正しい	1	有り			

検証 No.	記載 ページ	Statement	引用文献	研究デザイン	引用文献の記載	ベアのコメント	ベア判定	福井大学の指摘	WGでの検討内容 (ベア判定2のみ)	Statementの修正	備考
13	46	新規抗うつ薬と非定型抗精神病薬の併用も、非定型抗精神病薬単剤あるいはプラセボと比較すると反応率が高い	Rothschild et al, 2004 Meyers et al, 2009	Rothschild et al: RCT Meyers: RCT	Rothschild: For trial 1, the OLZ group response rate was not significantly different from the PLA group; however, the OFC group response rate was significantly higher than either the PLA or OLZ groups (overall P = 0.014, x2 = 8.472, df = 2) (Fig. 2). For trial 2, the among-group differences were nonsignificant, although the numeric pattern was similar, with the OFC group having the highest response rate and the PLA group having the lowest (Fig. 2). Remission rates among groups were not significantly different for trial 1 (OLZ 12%, PLA 8%, OFC 23%; P = 0.210, x2 = 3.12, df = 2) or trial 2 (OLZ 15%, PLA 14%, OFC 17%; P = 0.919, x2 = 0.17, df = 2). Meyers: Fifty-four of the 129 (41.9%) participants assigned to combination therapy were in remission at their last assessment compared to 31 of the 130 (23.9%) who received olanzapine monotherapy ($\chi^2 1 = 9.53, p=.002$).	Rothschild: Trial 1では併用群で非定型抗精神病薬群、プラセボより反応率は有意に良かった。Trial 2では傾向は同じであったが、統計学的な有意差は認めなかった。 傾向は同じだが、統計学帝に再現はされておらず、傾向があるとするほうがいい？ Meyers: 併用群で有意差をもって寛解率に差あり。Responseではなく remissionであるため、こちらは寛解率 (HAM-D \leq 10) のみをみている。	2	無し	Meyers: 寛解率と正すべきか →「反応率および寛解率が高いという報告がある。」に修正。	新規抗うつ薬と非定型抗精神病薬の併用も、非定型抗精神病薬単剤あるいはプラセボと比較すると反応率および寛解率が高いという報告がある。	
14	46	2006年に発表されたメタ解析では、抗うつ薬と抗精神病薬の併用の有効性は、抗うつ薬単剤と比べて優越する傾向はあるものの、統計学的有意差にはいたらなかった	Wijkstra et al, 2006	meta-analysis	Tentrialswereincludedinthereview.We foundno evidence that the combination of an antidepressantwith an antipsychotic ismore effective than an antidepressant alone.This combination was statisticallymore effective than an antipsychotic alone.	正しい ただし、2 or 3論文ずつメタ解析をしているが、全てをまとめて解析したわけではないため、あくまでReview articleとして扱うほうがいいのかもわからない	1	無し			
15	46	最近の臨床研究をいくつか追加したメタ解析では、抗うつ薬と抗精神病薬の併用療法がそれぞれの単剤療法よりも有意に有効であることが示された	Farahani et al, 2012 Wijkstra et al, 2013	Farahani: meta-analysis Wijkstra: meta-analysis or pooling study?	Farahani: Antipsychotic-antidepressant co-treatment outperformed antidepressant monotherapy regarding less study-defined inefficacy (N=6, n=378, RR:0.76, CI:0.60,0.96, p=0.03, I2=34%; NNT=7, CI:4-20, p=0.009) --- Antidepressant-antipsychotic co-treatment also outperformed antipsychotic monotherapy regarding less study-defined inefficacy (N=4, n=447, RR:0.73, CI:0.63,0.84, p<0.0001, I2=0%; NNT=5, CI:4-8, p<.0001) and depression (N=4, n=428, ES:-0.49, CI:-0.75,-0.23, p=0.0002, I2=27) Wijkstra: Comparison 7. Antidepressant plus antipsychotic versus placebo plus antipsychotic Comparison 8. Pooling of these five studies results in a difference favouring the combination (RR 1.44; 95% CI 1.15 to 1.80, P = 0.002; Analysis 7.1).	Farahani: 正しい Wijkstra: vs antipsychotic; 正しい vs antidepressant; 正しい	1	有り			
16	46	上述のように、定型抗精神病薬あるいは非定型抗精神病薬の単剤治療は、それぞれに抗うつ薬を併用した場合に比べ効果が劣る。抗精神病薬単剤と抗うつ薬単剤を比較した試験では有意ではないが抗精神病薬単剤の効果が劣る傾向にある	Wijkstra et al, 2005	Chocran Review	We found one RCT comparing an antidepressant with an antipsychotic. In this trial (Spiker 1985) the difference between perphenazine and amitriptyline was not statistically significant (RR 2.09, 95% CI 0.64 to 6.82, P=0.22)	Spiker 1985の論文を引用。引用元はSpikerにしたほうがいいか。 傾向の定義をしていない、かつ一つのRCTしかないため、「抗うつ薬 vs 抗精神病薬」というくりではなく、具体的な薬剤名を出すに留めたほうがいいように思える	2	有り	修正なし。		
17	46	精神病性うつ病が、薬物療法よりもECTに反応するという報告が存在する (Kroessler, 1985; Pande et al, 1990; Parker et al, 1991)。	Kroessler, 1985 Pande et al, 1990 Parker et al, 1991	Krossler: Literature review Pande: open label Parker: observational study	Krossler: The overall responses were 34% in the group treated with TCA, 51% in the AP group, 77% in the TCA/AP group, and 82% in the ECT group. Pande: no description Parker 1991: no description	Krossler: ECT群での効果率が確かに高いが、TCA/AP群とはあまり変わらないように思える。 Pande: 薬物内服群を設定していないため、不適切な引用 Parker: 治療効果をみている論文ではないため、不適切な引用	2	有り	Pande et al, 1990, Parker et al, 1991を削除。	精神病性うつ病が、薬物療法よりもECTに反応するという報告が存在する (Kroessler, 1985)	

検証No.	記載ページ	Statement	引用文献	研究デザイン	引用文献の記載	ベアのコメント	ベア判定	福井大学の指摘	WGでの検討内容(ベア判定2のみ)	Statementの修正	備考
18	46	精神病性うつ病は非精神病性うつ病よりもECTへの反応率が高いという報告もある(Petrides et al, 2001)。	Petrides et al, 2001	Retrospective study	The strong association between remission status and presence/absence of psychotic depression held after adjustment for age, initial severity (HRSD baseline), age at onset of first illness, and number of prior episodes (β -coefficient for psychosis from multivariable logistic regression model = 0.202, $p < 0.001$).	正しい	1	無し	Pande et al, 1990の引用を追加。	精神病性うつ病は非精神病性うつ病よりもECTへの反応率が高いという報告もある(Pande et al, 1990; Petrides et al, 2001)。	
19	46	また、ECTは薬物療法に比べて約2週間早く反応がみられたという報告もある(Rothschild, 1996)	Rothschild, 1996	SR		記載なし	2	有り	2週間ではなく、3週であった。引用文献をFlint 1998 (PMID: 9489577)に修正。	また、ECTは薬物療法に比べて約3週間早く反応がみられたという報告もある(Flint et al, 1998)	
20	46	精神病性うつ病患者の追跡研究では退院後1年以内に80%以上の患者が再発しており、最も多かったのは服薬を中止した時や抗精神病薬を減量している時であった	Aronson et al, 1988	Retrospective study	Eighty-two of these 98 relapses (82.5%) occurred within the first year, and 26 (26.5%) within the first 3 months after a previous episode. The majority of the relapses (41/98; 41.8%) occurred while medication-free. Twenty-six relapses (26.5%) occurred during or within 2 months following an AP taper while still on stable doses of ADS (14/98) or lithium (12/98).	正しい	1	無し			
21	46	抗うつ薬と抗精神病薬の併用で寛解した患者に、減量せず維持した3ヵ月は再発がなかったが、その後抗精神病薬を減量すると27%で再発の兆候が見られた。	Rothschild et al, 2003	prospective study	No patients relapsed during the next 3 months of treatment with fluoxetine and perphenazine. After taper of the perphenazine (after 4 months of treatment with fluoxetine and perphenazine), 22 (73%) of the 30 patients remained well and did not exhibit signs of relapse over the next 11 months. Eight (27%) of the 30 patients exhibited signs of an impending relapse within 2 months of the perphenazine taper	正しい	1	無し			
22	46	エピソード期間が長い患者、過去の再発回数が多い患者、発症年齢の若い患者で再発しやすい傾向にあった	Rothschild et al, 2003	prospective study	Patients who relapsed were more likely to have had a longer duration of the current episode, a greater number of previous episodes, and an earlier age at onset and were more likely to be younger (under the age of 30 years).	正しい	1	無し			
23	46	抗うつ薬と抗精神病薬の併用で寛解した初回エピソードの患者では、抗精神病薬は数ヵ月、抗うつ薬は少なくとも1年以上継続するべきであるという見解がある	Tyrka et al, 2006	NR	After remission is achieved, the available data indicate that antidepressant medication should be continued for at least 1 year and antipsychotic medication for a minimum of 4-8 months in first-episode patients.	併用で寛解した後の維持療法とは述べていないので、福井大学の指摘は正しい。数か月ではなく4~8か月と記載するほうがいい?	2	有り	修正なし。		

検証No.	記載ページ	Statement	引用文献	研究デザイン	引用文献の記載	ベアのコメント	ベア判定	福井大学の指摘	WGでの検討内容(ベア判定2のみ)	Statementの修正	備考
24	46	抗うつ薬と抗精神病薬の併用および抗うつ薬単剤に対する反応例を対象とした4ヵ月間のオープン継続試験では、反応率の維持と寛解率の増加に差は見られなかった	Wijkstra et al, 2010	prospective study	Most patients remained responders (51/59, 86.4%), being 96.2% (51/53) of those who completed the follow-up: 16/17 (94%) on imipramine, 12/12 (100%) on venlafaxine and 23/24 (96%) on the combination (p = 1.00). Thus, in addition to one relapse among the drop outs, two patients relapsed: one on imipramine and one on venlafaxine + quetiapine. Remission rate increased during follow-up from 35 out of 59 responders (59.3%) at weeks 7 to 46 out of 53 responders (86.8%) at week 22: 15/17 (88%) on imipramine, 11/12 (92%) on venlafaxine and 20/24 (83%) on venlafaxine + quetiapine (p = 0.88). The HAM-D decreased from week 7 to week 22 in all groups (imipramine 3.2 (95% CI 0.9-5.6) points, venlafaxine 2.1 (0.5 - 3.6), venlafaxine + quetiapine 1.8 points (- 0.6-4.1)). Decreases during follow-up were statistically significant except for the venlafaxine + quetiapine group, while there were no significant differences between treatment groups (p = 0.61). For the CGI the same pattern was observed.あるいはResponse achieved after 7 weeks acute treatment of patients with psychotic depression with imipramine, venlafaxine or venlafaxine + quetiapine, was maintained during the 4 month follow-up and medication was well tolerated, although weight increase appeared as a clinical problem.	正しいと思われる	1	無し			
25	46	ECTに反応した精神病性うつ病の再発率は高い (Sackeim et al, 2001 ; Meyers et al, 2001)	Sackeim et al, 2001	RCT	We found that psychotically depressed patients had a lower relapse rate than medication-resistant nonpsy-chotic patients.	正しくなく、Spiker 1985 PMID: 11940820, Aronson 1987 PMID: 11940926が適当と思われるとのこと	2	有り	Sackeim et al, 2001は削除し、引用文献をSpiker 1985 PMID: 11940820, Aronson 1987 PMID: 11940926に変更する。	ECTに反応した精神病性うつ病の再発率は高い (Spiker et al, 1985; Aronson et al, 1987)	
26	46	ECTに反応した精神病性うつ病の再発率は高い (Sackeim et al, 2001 ; Meyers et al, 2001)	Meyers et al, 2001	RCT	relapse rate of 25% is below that reported in naturalistic studies.	正しくない 25%が高いかどうか	2	有り	Meyers et al, 2001を削除。	ECTに反応した精神病性うつ病の再発率は高い (Spiker et al, 1985; Aronson et al, 1987)	
27	46	ECTで症状が改善した患者に抗うつ薬による維持療法を行ったところ、約半数の患者が2年以内に再発した	Flint et al, 1998	prospective study	The cumulative probability of remaining well without relapse or recurrence was 0.488 for the psychotic group and 0.821 for the nonpsychotic group (p=0.001).	正しい	1	無し			
28	46	ECTで寛解した老年期の精神病性うつ病患者に抗うつ薬による維持療法と抗うつ薬とECTの併用による維持療法を比較した場合、併用療法の再発が有意に少なかった	Navarro et al, 2008	RCT	Over 2 years of treatment in elderly, psychotic, unipolar depressed ECT (plus nortriptyline) remitters, the mean survival time was significantly longer in the combined ECT plus nortriptyline subgroup than in the nortriptyline subgroup.	正しい	1	無し			
29	47	緊張病症状は入院患者の約10%に見られる	Francis et al, 2010a J ECT	editorial (NR?)	In the 10 principal prospective studies from sites around the world, catatonia syndrome was identified in a mean (SEM) percentage of 9.8% (1.4%) of adult admissions.	正しい	1	無し			
30	47	基礎疾患は様々であって、44%が気分障害であり28%が統合失調症であったと報告されている	Ungvari et al, 2010	NR	In a review of 11 studies surveying the rates of disorders underlying catatonia, we found a mean of 28% of catatonic patients diagnosed with schizophrenia (range 7%-67%) vs 44% diagnosed with mood disorders (range 28%-71%).	この引用自体は正しいが、福井大学はその孫引きの原典にその記載がないと指摘している。ただし、原典であるCaroff 2004のPage 22, Table 2-5においてMood TotalとSchizophreniaを平均すると該当する数字になる。 合算方法の相談は必要?	2	有り	修正なし。		

検証 No.	記載 ページ	Statement	引用文献	研究デザイン	引用文献の記載	ベアコメント	ベア判定	福井大学の指摘	WGでの検討内容 (ベア判定2のみ)	Statementの修正	備考
31	47	緊張病を伴ううつ病を対象を限定した臨床研究は少ないが、無言状態や昏迷状態にはベンゾジアゼピンの経口あるいは非経口投与が有効である	Francis, 2010b	NR	The common symptoms of mutism and withdrawal or negativism prevent a full mental status examination to allow differentiation of underlying disorders. In addition, the treatment of catatonia varies from that of other major psychiatric disorders. It typically responds well to lorazepam and related benzodiazepines, amobarbital, as well as electroconvulsive therapy (ECT)の部分かBenzodiazepines seem effective for catatonia attributed to psychiatric illness, neuroleptic toxicity, and a variety of other conditions. Age, sex, and severity of catatonia do not seem to predict treatment responseのところ？	無言状態や昏迷状態には有効とまでは書いていない。緊張病自体に有効であるとは書いてあるので。ただし共通の症状として無言などが当てはまるので、これらを含ませた上では正しいとして良いか	2	無し	「無言状態や昏迷状態には」を削除。	緊張病を伴ううつ病を対象を限定した臨床研究は少ないが、ベンゾジアゼピンの経口あるいは非経口投与が有効である	
32	47	抗精神病薬の効果に関しては結果が一致しておらず、緊張病症状の悪化や悪性症候群の誘発に注意を促す報告もある	Hawkins et al, 1995	SR	There were forty treatments with antipsychotics alone, only three (7.5%) of which responded completely ⁴ (Figure 1). Of the four patients who died within four weeks of the diagnosis of catatonia, two had prior exposure to an antipsychotic for treatment of their catatonia [39, 50, 51, 78]. In addition, four cases of NMS developed after antipsychotics were used to treat catatonia [67].およびSince psychogenic catatonia and malignant catatonia are often difficult to distinguish from neuroleptic-induced catatonia and NMS respectively, the use of antipsychotic medication in the treatment of catatonia may make this diagnostic distinction impossible [12, 100-102] or even worsen the catatonia [13, 14, 101].	正しいと考えて良いと思われる	1	無し			
33	47	抗精神病薬の効果に関しては結果が一致しておらず、緊張病症状の悪化や悪性症候群の誘発に注意を促す報告もある	White et al, 2000	prospective study	In these 17 cases, it was observed that a catatonic syndrome developed into a lifethreatening illness following the short-term administration of a neuroleptic at a single dose in nine cases. The clinical features were consistent with the phenomenon that has now become known in the scientific literature as neuroleptic malignant syndrome, although these features were equally compatible with what was regarded in the past as the lethal variant of catatonia.	正しいと思われる	1	無し			
34	47	症例報告では非定型抗精神病薬の有効性を示すものも多い	Van Den Eede et al, 2005	NR	In most cases of non-MC a reduction of the catatonic symptoms is reported upon treatment with atypical antipsychotics.	正しいと思われる	1	無し			
35	47	緊張病症状に対するベンゾジアゼピンの反応率が79%に対して、ECTの反応率は85%であった	Hawkins et al, 1995	SR	There was a total of seventy-two treatment episodes in twenty reports with lorazepam alone, and a total of 79 percent of these (57 of 72) resulted in complete resolution of catatonia. Electroconvulsive therapy, although less frequently used as compared to ben-zodiazepines (N = 53, it demonstrated superior efficacy with an 85 percent complete responderate in catatonic episodesin which it was used alone.	記載はある	1	有り			
36	47	ECTは致死性緊張病や悪性症候群を含むすべての緊張病症状に有効であり、小児や妊婦、高齢者や身体合併症のある患者にも有効であることが示されている	Zisselman et al, 2010	Case report and literature review	Case series and open prospective trials suggest that ECT is a highly effective treatment for all forms of catatonia, including malignant catatonia and neuroleptic malignant syndrome. The literature also supports the use of ECT for malignant catatonia in children, pregnant women, elderly persons, and medically compromised patients.	記載あり	1	有り			

検証No.	記載ページ	Statement	引用文献	研究デザイン	引用文献の記載	ベアのコメント	ベア判定	福井大学の指摘	WGでの検討内容(ベア判定2のみ)	Statementの修正	備考
37	47	ECTにより改善した緊張病を伴ううつ病患者を追跡すると、抗うつ作用を有する薬物療法を継続していたグループの再入院や死亡が少なかった	Swartz et al, 2001	prospective study	Ten (77%) of the AMM group had at least good recent function, that is, impairment rating under 4 (Fig. 1). None of the six patients in the other group had good or better recent function, which was a significant difference ($p = 0.004$, corrected $\chi^2 = 8.26$, Fisher's exact = 0.003). Upon selection of SSRI patients from this group, absence of good outcome remained significantly more frequent with SSRIs than with AMMs ($p = 0.032$, corrected $\chi^2 = 4.62$). Alternatively, considering good outcome as alive with at most one rehospitalization, 10 patients showed good outcome. All 10 were discharged on AMM. Again, of the six patients not given AMM, all had poor outcome, that is, no longer alive or at least three rehospitalizations. This difference is significant ($p = 0.004$, corrected $\chi^2 = 8.26$) but is related to the result about function by substantial subject overlap. Rehospitalizations were zero for seven patients, one for three, two for one, three for five, and four for three (the same who died). The time elapsed between index hospitalization discharge and determination of outcome in this study was not shorter for the good outcome group (mean 44.0 months) than the poor outcome group (mean 36.9 months); these numbers apply to both methods of outcomerating.	【AMMの定義】 These rules led to the inclusion of tricyclic antidepressants, lithium, bupropion, and high-dose venlafaxine as AMMs. AMMsを飲んでない群にはSSRIも含まれているので、間違い？	2	無し	AMMsに含まれていない、SSRIも抗うつ作用を有する。 「抗うつ作用を有する薬物療法」を「TCA、リチウム、ブプロピオンまたは高用量のベンラファキシンによる薬物療法」に修正。	ECTにより改善した緊張病を伴ううつ病患者を追跡すると、TCA、リチウム、ブプロピオンまたは高用量のベンラファキシンによる薬物療法を継続していたグループの再入院や死亡が少なかった	