

## 特集 カタトニア（緊張病）の治療を問い直す

## カタトニアの「操作的診断・治療」化

上田 諭

カタトニアは、「精神疾患によるもの」と「それ以外の身体的疾患によるもの」を含む症候群である。その治療は、まず基礎疾患を同定することが求められる。現行のカタトニア治療では、その点があいまいになっている傾向が強い。FinkとTaylorによる『Catatonia: A Clinician's Guide to Diagnosis and Treatment』(2003)が始まりである。鈴木一正による邦訳『カタトニア—臨床医のための診断・治療ガイド』(2007)は精神科臨床を変えた。本書では、カタトニアの基礎疾患は統合失調症よりも気分障害が多く、さらに中枢神経疾患も珍しくないことが説かれた。強調されたのは、それまで「緊張病」に通常行われていたハロペリドールの点滴治療が、悪性症候群を招きかねない不適切な方法であることだ。代わりに、ベンゾジアゼピン (BZ) と電気けいれん療法 (ECT) が適切であることが示された。日本の新たな「カタトニア」臨床の始まりであった。ところが、本書は治療法を強調するあまり、前提となる基礎疾患の鑑別がおろそかになった。現れたのは、カタトニアの「操作的診断・治療」化ともいうべき現象である。伝統的な治療技法になかった「BZ チャレンジ」という手法も浸透し始めた。少量のBZを投与し、カタトニアなら反応があるとする鑑別法である。診断基準に挙げられている症候がいくつかあれば、このBZチャレンジを行って「カタトニア」を判別し、BZの投与を始め、ECTを準備する。そこでは、症候学的な検討と基礎疾患の鑑別はしばしばおろそかにされる。カタトニアの基礎疾患の鑑別は必須であり、基礎疾患の治療がまず優先されるべきなのは言うまでもない。中枢神経系の急性疾患の見逃しは、時に致命的な経過をとる。BZやECTがその死期を早める危険もある。カタトニアが症候群である以上、症候を見分け、疾患鑑別を行って治療することが不可欠と思われる。

<索引用語：カタトニア、双極性障害、悪性カタトニア、ベンゾジアゼピン、電気けいれん療法>

## はじめに

カタトニアは、単一の疾患類型ではなく、「精神疾患によるもの」と「それ以外の身体的疾患によるもの」を含む症候群である。症候群であることを考えれば、その診断・治療では、前提として基礎疾患を同定することが求められる。ところが、わが国で現在行われているカタトニア治療では、その点があいまいにされる傾向がみられるのである。すなわち、基礎疾患の同定をあいまいにしたまま、状態像のみをみて、あるいは症状を数え上げて診断を確定し、「状態像または症状に投薬・

対処」という形で治療をする傾向である。本稿では、それを「操作的診断・治療」と呼ぶ。世界的にDSMによる操作的診断の一般化が進んでいることを考えれば、カタトニアに対するこの手法もまた、DSM診断の影響を受けたものであろうが、それは好ましい臨床手法ではない。カタトニアの本来あるべき評価と診断、さらに治療について考えたい。

## I. カタトニア臨床の変化の功罪

カタトニアとは、長く「緊張病」と呼ばれてき

たものの英語 (catatonia) 読みによる呼称である。緊張病は、統合失調症の最重症型と考えられ、破瓜型、妄想型と並んで亜型の1つと考えられてきた。治療は、ハロペリドール (HPD) の点滴投与が主となり、効果がなければ増量するという方法が長く行われた。治療転帰は必ずしも良好ではなく、高熱を伴うようになった結果、悪性緊張病(あるいは致死性緊張病)や悪性症候群に発展してしまう例が少なからず見受けられた。最重症の統合失調症といわれたゆえである。

緊張病は昏迷を伴うことが多かった。昏迷には、緊張病の典型的昏迷である筋強剛の非常に強い緊張性昏迷と、筋強剛のない弛緩性昏迷の2種があったが、これが鑑別されることなく、昏迷をみると緊張病だと考えられてHPDを主とする抗精神病薬が投与される傾向もあった。これもまた、昏迷に対する適切な対応とならず、治療が遅延する原因になっていたと言わざるを得ない。

このような不適切な治療を含む過去の緊張病に対する精神科治療を変えたのが、Fink, M. と Taylor, M. A. による『Catatonia: A Clinician's Guide to Diagnosis and Treatment』(2003)<sup>4)</sup>の鈴木一正による翻訳『カタトニア—臨床家のための診断・治療ガイド』(2007)<sup>7)</sup>(以下、『カタトニア』と略す)であった。本書は、緊張病をカタトニアと言い換え、カタトニアが統合失調症の症状ではなく症候群であり、中枢神経疾患を含め種々の身体的原因によって生じること、双極性障害で最も多くみられることを示した。治療に関しても、しばしば行われてきたHPDの投与は、悪性症候群を誘発する危険が高く不適切であり、ベンゾジアゼピン (BZ) と電気けいれん療法 (electroconvulsive therapy: ECT) が適切な治療であると説いた。その際、BZに対する反応性をみるために、まず少量のBZを経静脈的に試験的に投与してみる「BZ チャレンジテスト」を提唱した。このテストで昏迷などのカタトニア症状に改善の反応があれば、「BZ チャレンジ陽性」としてBZの高用量投与へと進む。それで十分な改善がみられないときは、ECTを行うというものである。また、高

熱を伴うカタトニアを悪性カタトニアと呼び、高用量BZとECTの併用という治療が提案された。

本書によって、日本のカタトニア臨床は明らかに変化の道に歩み出した。その変化には功罪両方があったといえる。「功」としては、以下のことが理解されたことである。カタトニアという状態は、統合失調症のみに現れるのではなく、他の精神疾患および身体的疾患によっても生じること、治療はHPDに代表される抗精神病薬がむしろ有害であること、適切なのはBZとECTによる治療であることである。それまでの慣習的ともいえる治療対応から、診断・治療を手順として明示した点も大きかった。

一方で「罪」として挙げられるのは、1つはどのような症状をカタトニアとするのかを単純化しすぎたことである。本書では、診断基準が挙げられているが、確定された内容ではなく、原著者の推奨するものと別の研究者のものが掲げられ、またDSMの診断基準にもふれられている。これらによれば、カタトニアの特異的症狀を欠いても診断できてしまうきらいがあり、カタトニアが過剰診断される懸念がある。

もう1つは、原因疾患の見極めが不十分になる危険である。本書では、「BZ チャレンジテスト」という新しい手法が提案され、その陽性・陰性によってカタトニアが診断できるとされた。このテストは非常に簡略かつ明解で施行しやすいものであったため、あたかもカタトニア診断に万能であるかのような印象を臨床の現場に与えたのである。以下、この2つの問題点を検討したい。

## II. どの症状がカタトニアなのか

どんな症状がカタトニアであるのかという問題に対し、『カタトニア』では、FinkとTaylorが推奨する診断基準(表)として、無言・無動すなわち昏迷を基本とする方針がみられる。ただし、昏迷だけではカタトニアと診断できないとし、昏迷に加えて、カタレプシー、命令自動、姿勢常同のうち1つの症状が必要だとしている。さらに、昏迷がない場合には、この3症状と常同症、反響現

表 Fink と Taylor が推奨するカトニアの診断基準

- |   |
|---|
| A. 無動, 無言, 昏迷が少なくとも1時間持続し, 以下の症状を少なくとも1つ以上伴う:<br>カタレプシー, 命令自動, 姿勢常同                             |
| B. 無動, 無言, 昏迷がない場合, 以下の症状が少なくとも2つ以上, 2回以上観察または誘発される:<br>常同症, 反響現象, カタレプシー, 命令自動, 姿勢常同, 拒絶症, 両価性 |

(文献4, 7より引用)

象, 拒絶症, 両価性のうち2つが2回以上観察されることとされている。ここに Fink と Taylor が挙げていた症状は, 昏迷を除けば, カトニア以外ではみられにくい特異的といえる症状であり, カトニアの診断基準としてかなり精密なものといつてよい。

そのうえで Fink と Taylor は本書のなかで, DSM-IV<sup>1)</sup>の診断基準について, 非特異的症状を同列に扱っているとして批判する。DSM-IVでは, ①カタレプシーまたは昏迷, ②過剰な運動活動性, ③極度の拒絶, ④姿勢保持, ⑤反響言語または反響動作が項目として挙げられ, このうち2つが優勢となるのが「緊張病性の特徴 (Catatonic Features Specifier)」の基準になっている。DSM-5<sup>2)</sup>の「緊張病の特定用語 (Catatonia Specifier)」では, 基準項目は12に増えているものの, 基本的に DSM-IVの方針は踏襲されている。これに対し彼らは, 昏迷や過剰な運動活動性 (DSM-5では「外的刺激の影響によらない興奮」) はカトニアの特異的症状ではないと指摘し, また反響言語または反響動作は, カトニアでなくとも出てはすぐ消える症状であり, 持続期間などが決められていないことを問題視した。これらは, 診断に際して注意すべき重要な観点であると思われる。

ところが, 本書ではカトニアを厳密に捉えようという姿勢がみられる一方で, 列挙した23症状のうち2つ以上あれば診断できるとする Bush, G. ら<sup>3)</sup>の評価尺度を巻末に掲載しており, カトニア症状がより広く捉えられ診断されるものになっている。診断基準が複数存在する状況で, 少なく

とも臨床で役立つ診断基準を確定することが必要といえる。

現状では, 日本でも若手中堅医師を中心に「診断バイブル」ともなっている DSM が頻繁に用いられることを考えれば, カトニアには過剰診断のおそれがあると言わざるを得ない。

### Ⅲ. 原因疾患が同定できているか

『カトニア』では, 急性期処置として, 「入院, BZ のチャレンジテスト, BZ 治療, 輸液と電解質の補正, 抗精神病薬を中止, 長期間の無動を避ける, 基盤にある神経障害や一般の身体障害を同定し治療する, 4日間で改善がなければ, ECT を施行」と記している。もし, 処置を記載の順序ですべきだということなら, 問題がある。この順で行うと, BZ 治療を開始してしまってから, 電解質の補正などを行うことになり, 臨床的なアプローチとしてあり得ない。おそらくは, 入院後これらを同時並行的に行うと指示したものと理解したい。このなかで, 「基盤にある神経障害や一般の身体障害を同定し治療する」は, 他をおいても優先されなければならないと思われるからである。カトニアが症候群である以上, 症状から「症候群診断」をした後は, まず原因疾患を探索することは不可欠である。ところが本書では, この点がほとんど強調されていない。それより先に「BZ チャレンジ」を行う方がよいかのように読める点に大きな問題がある。

BZ チャレンジに似た古典的手法として, 「イソミタール<sup>®</sup> (一般名アモバルビタール) インタビュー」または「セルシン<sup>®</sup> (同ジアゼパム) インタビュー」というものがある。昏迷に対して, 器質因を除外した後, 原因が統合失調症性かうつ病性かヒステリー(解離)性かを鑑別するために, 行う面接手技である。この昏迷の鑑別は, その後の治療法がまったく変わるため, 非常に重要な手法であり<sup>8)</sup>, BZ チャレンジが BZ 投与後の反応をみるだけの手技であるのに対し, この手法は投与後の昏迷が緩んだタイミングで面接を行い, 患者の内心を聴取する。BZ チャレンジとは目的も方

法も本質的に異なる。昏迷だけではカタトニアと診断できないのは、『カタトニア』でも述べられている通りであり、BZ チャレンジの対象にもならない。BZ チャレンジの前に必須なのは、基礎疾患の検索である。

しかし、本書が原因疾患の検索の重要性について記載していないわけではない。悪性カタトニアと思われる病像について「しばしば脳炎にみえるが、脳炎と判明するものはまれである」と書きながら、「まれな例」としてリンパ球性脳髄膜炎のケースを挙げ、ECTも無効であったことを記している。また、急性ウイルス脳炎のカタトニアのケースでは当然のように、「診断が適切に下されれば、抗生剤と抗ウイルス剤によって、脳炎とカタトニアを緩和させることができる」と書き、BZ や ECT にはまったくふれていない。代謝障害のケースでは、「カタトニアと診断されると、身体検索により病因がすぐに明らかにされ、適切な身体治療が施されると通常カタトニアも軽快する」と書かれている。

これらを読むと、基礎疾患の検索と治療が優先されることは、Fink と Taylor にとっては自明のことであるために、強調して書かれる必要はなかったのだと思われる。本書から学ぶときの大きな「落とし穴」になる。現在のカタトニア臨床で、BZ チャレンジという簡略な具体的手法だけが先行している状況に、本書の影響があることは否めない。

基礎疾患である中枢神経系の急性疾患の見逃しが、致命的な経過をとる可能性もある。1960 年から 1970 年にかけて「致死性緊張病」（現在の悪性カタトニア）関連の報告が多く行われた<sup>6)</sup>。石井らは、致死性緊張病様の症状を呈し ECT を 4 回行い、最終 ECT から 2 日後に死亡した症例を報告している<sup>5)</sup>。剖検の結果、急性リンパ球髄膜炎であった。つまり致死性緊張病ではなく、ECT の適応もなかったのである。石井は、「致死性緊張病の病像は、脳炎ほかいろいろの脳器質性疾患によって引き起こされる。まずこれらの除外が非常に重要で、致死性緊張病診断はよほど慎重にすべ

きだ」という趣旨のまとめを述べている。このような疾患にはもちろん、BZ や ECT は治療として適当ではないばかりか有害である可能性がある。

## おわりに

『カタトニア』によって、緊張病の捉え方は統合失調症から「さまざまな疾患による症候群」へと変わり、有効な治療は BZ と ECT だという認識が広がったことは、臨床上大きな一歩であった。一方で、症状を数え上げて診断し、原因疾患の探索の前に簡易な手法（BZ チャレンジテスト）で判定して、BZ を投与し治療を進める傾向が生まれた。これは、カタトニアの「操作的診断・治療」化というべき現象であった。簡易な判定手法は参考にとどめ、特異的症候を見極めて診断し、身体的検索により原因疾患の鑑別を行ったうえで治療することが不可欠であろう。原因疾患がある種の脳炎であった場合、BZ や ECT 治療は無効なばかりか、予後を悪化させる可能性があることも十分わきまえる必要がある。

なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

## 文 献

- 1) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed (DSM-IV). American Psychiatric Association, Washington, D. C., 1994 (高橋三郎, 大野 裕, 染矢俊幸訳 : DSM-IV 精神疾患の診断・統計マニュアル, 医学書院, 東京, 1995)
- 2) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed (DSM-5). American Psychiatric Publishing, Arlington, 2013 (日本精神神経学会 日本語版用語監修, 高橋三郎, 大野 裕監訳 : DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル, 医学書院, 東京, 2014)
- 3) Bush, G., Fink, M., Petrides, G., et al. : Catatonia. I. Rating scale and standardized examination. Acta Psychiatr Scand, 93 ; 129-136, 1996
- 4) Fink, M., Taylor, M. A. : Catatonia : A Clinician's Guide to Diagnosis and Treatment. Cambridge University Press, Cambridge, 2003
- 5) 石井 毅, 坂本皓哉, 森松義雄ほか : いわゆる急

性致死性緊張病を思わせる臨床症状を示し、脳病理で脳腫脹、急性リンパ球髄膜脳炎の見られた例。精神医学, 14; 1043-1047, 1972

6) 三好功峰, 出口武夫, 本多 進ほか:「熱発と緊張病」所謂致死性緊張病及びその近縁疾患について。精神誌, 70; 52-65, 1968

7) 鈴木一正訳:カタトニア—臨床家のための診断・治療ガイド。星和書店, 東京, 2007

8) 上田 論:鑑別しにくい精神症状や行動障害をどう診分けるか「ぼーっとしている」。精神科治療学, 32; 21-23, 2017

---

## A Current Trend toward Operational Diagnosis and Treatment for Catatonia

Satoshi UEDA

*Department of Rehabilitation Sciences, University of Tokyo Health Sciences*

Catatonia is a syndrome caused by psychiatric and other medical conditions. It is essential to identify underlying conditions before initiating its treatment. However, few psychiatrists in Japan actually regard the basic clinical procedure as important in the current treatment of catatonia. What had a great effect on Japanese clinical practice was a publication by a Japanese psychiatrist, Kazumasa Suzuki, who in 2007 translated “Catatonia : A Clinicians’ Guide to Diagnosis and Treatment” written by Fink and Taylor in 2003. They mentioned that the most common underlying condition of catatonia was bipolar mood disorder rather than schizophrenia, and that central nervous system diseases also induced the syndrome. Moreover, they stressed that intravenous haloperidol, which had been used for catatonia as part of standard practice in Japan, was inappropriate, potentially inducing malignant syndrome, and benzodiazepine (BZ) therapy and electroconvulsive therapy (ECT) were deemed appropriate. Japanese psychiatrists were willing to go along with the proposal, but the problem was that, although Fink and Taylor considered it quite natural to differentiate underlying conditions prior to BZ therapy or ECT, they did not emphasize this in their text. As a result, an unfavorable trend toward operational diagnosis and treatment for catatonia has spread in the clinical setting in Japan. Based on the number of articles concerning the diagnosis criteria, instead of carefully observing patients’ symptoms, the diagnosis of catatonia was reached quickly, and BZ therapy has often been initiated before detection of the underlying disorders, or ECT was prepared. Needless to say, the underlying disease causing catatonia must be identified and treated as the first priority. Should an acute central nervous system disease such as encephalitis be missed, the situation could have a fatal outcome. BZ therapy or ECT could possibly worsen patients’ conditions, inviting early death. Psychiatrists should reconfirm that identification and treatment of any underlying disease should precede the treatment of catatonia, which is a syndrome, not a certain disease.

< Author’s abstract >

< **Keywords** : catatonia, bipolar disorder, malignant catatonia, benzodiazepine, electroconvulsive therapy >

---