

## 高齢者のうつ病性仮性痴呆の3例

川崎医科大学 精神科

山本 博一, 山川 公子, 笹野 友寿  
小林建太郎, 渡辺 昌祐

川崎病院 精神科

宮 崎 邦 彦

(昭和60年11月29日受付)

### Three Cases of Depressive Pseudodementia in the Elderly

Hirokazu Yamamoto, Kimiko Yamakawa  
Tomohisa Sasano, Kentaro Kobayashi  
and Shosuke Watanabe

Department of Psychiatry, Kawasaki Medical School

Kunihiko Miyazaki

Department of Psychiatry, Kawasaki Hospital

(Accepted on November 29, 1985)

高齢者に出現した認識障害にうつ病性仮性痴呆が関与したと考えられた3症例を検討して報告した。これら3例の認識障害はうつ病と脳の老化性変化や認識障害等の器質性脳障害が相互に関連して出現したものであると推察された。高齢者のうつ病性仮性痴呆は多様な病態構造を有し得ると考えられ、認識障害を呈する高齢患者の診断と治療に際しては、うつ病性仮性痴呆の存在の可能性を考慮に入れるべきであると考えられた。

Three elderly cases in which depressive pseudodementia was considered to be associated with cognitive impairment are reported. It is suggested that the cognitive impairment in these cases occurred as a result of depression interacting with factors of organic brain dysfunction, such as changes in the aging brain or delirium.

It is believed that depressive pseudodementia in the elderly may be due to various pathological conditions, and that in diagnosing and treating elderly patients presenting with cognitive impairment, the possibility of depressive pseudodementia should be taken into consideration.

Key Words ① Depressive pseudodementia ② Elderly patients  
③ Organic brain dysfunction

#### はじめに

高齢者のうつ病においては、記憶・記銘力障害、見当識障害等の痴呆様症状が一過的に認め

られることがあり<sup>1),2)</sup> うつ病性仮性痴呆と呼ばれて、<sup>3)</sup> 近年、関心が高まってきているが、なお、この病態はしばしば見逃されている。それは、第一に、老人における認識障害は痴呆と

見なされることが多いということ<sup>1),2),4)</sup> 第二に、老人のうつ病では、抑うつ感情、罪責感、卑小感等の精神症状が不明瞭であるのみならず、種々の身体疾患や脳動脈硬化などの加齢による脳器質変化、脳波やCTの異常、さらには意識障害や真性痴呆を伴うことがあり<sup>5)</sup> うつ病の診断が困難であることに起因している。しかし、うつ病は適切な診断と治療が行われれば予後は一般に良好であるので、認識障害を呈する患者の中からうつ病性仮性痴呆を見出すことが临床上重要である。本稿では、川崎医科大学精神科にて経験した高齢者のうつ病性仮性痴呆の3例について検討を加え報告する。

症 例

症例1 (Fig. 1): 71歳, 女性. 家族負因なし. 56歳時, 心疾患のため心臓 pacemaker 装着. 64歳時, 8ヵ月間のうつ病相の既往有り. 病前性格は心配性. 昭和58年3月, 孫の大学受験と pacemaker 入れ換え時期を気にかけていたが, 4月中旬より腹痛, 食欲不振, 不眠が出現し, まもなく緘黙, 終日臥床の生活となり,

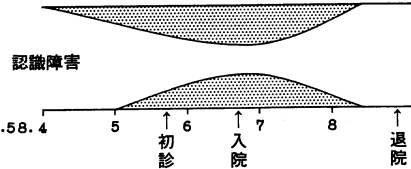
領識の障害や奇異な動作が見られるため6月23日当科へ入院した. 無表情で精神運動抑制が高度であり全面的に生活上の介助を要した. 脳波は基礎律動 8 Hz. slow  $\alpha$  wave で, 間歇的, びまん性に 6 Hz 前後の  $\theta$  wave を混入しており (Fig. 2), 頭部 CT では, 軽度の皮質萎縮

Y. I. 71 F

<既往歴> 64歳 うつ病相(8か月間)

<臨床経過>

心気, 抑うつ, 精神運動抑制



<薬剤> lofepramine 30-75-  
mianserin 30 —

<検査> EEG: slow  $\alpha$ ,  
 $\theta$  wave intermixed  
CT: cortical atrophy(+)  
ventricular dilatation(++)  
長谷川式 scale: 20.5 (7/11)  
32.5 (現在)

Fig. 1. Clinical course of case No.1.

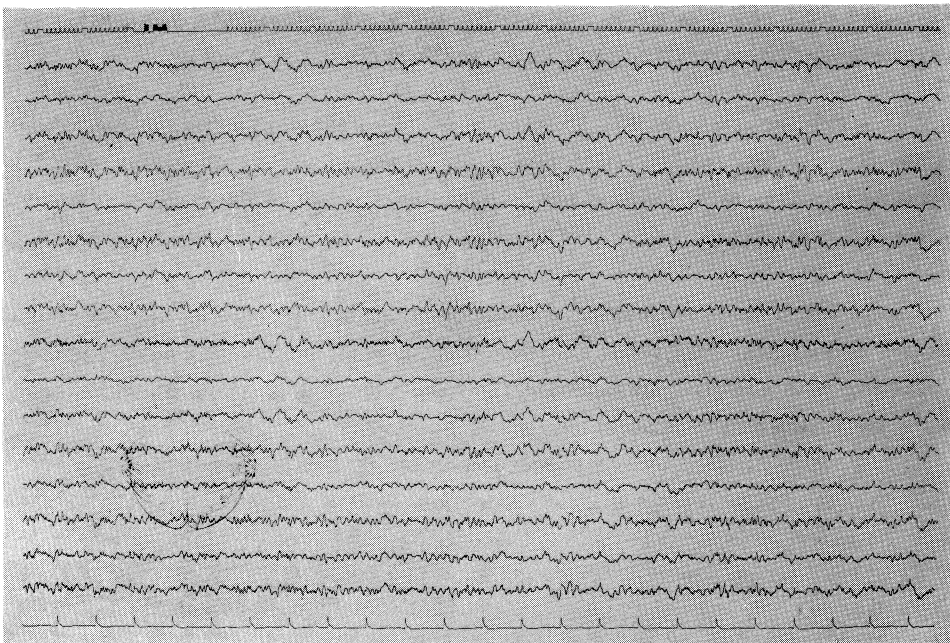


Fig. 2. EEG of case No.1.

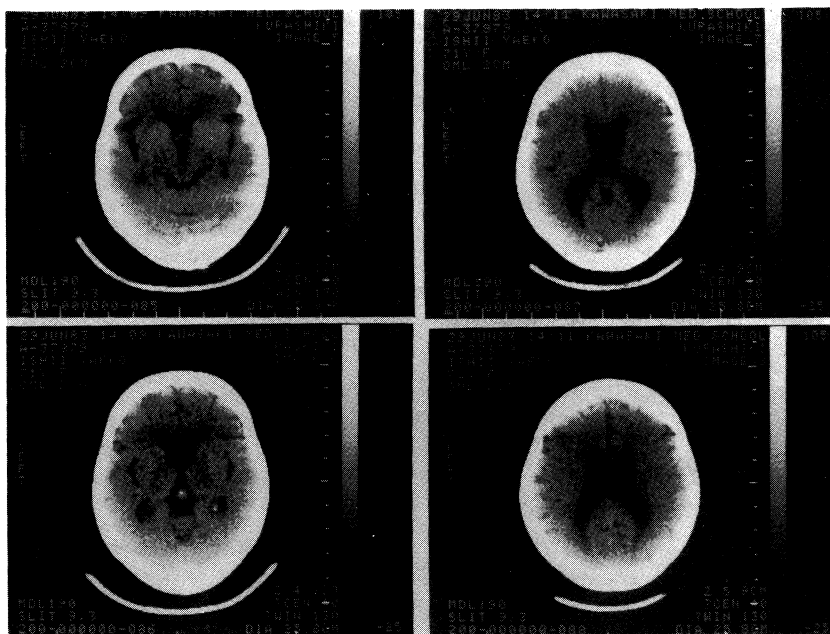


Fig. 3. Brain CT of case No. 1.

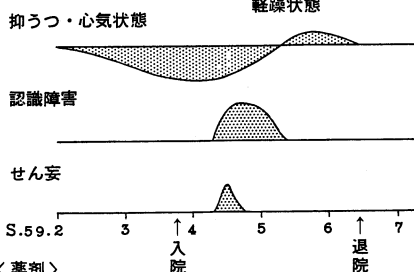
と中等度の脳室拡大を認めたが (Fig. 3), 神経学的局所症状は認めなかった。接触性は不良で、「腹が痛い、痰が出る…」などと独語しながら唾液を拭った紙片を何枚も懐に入れ、スプーンを逆さまに持つなど奇妙な動作が目立った。以前の病歴から lofepramine 30 mg/day で治療開始し、6月末より出現した排尿障害のため、mianserin 30 mg/day に変更した。7月上旬、表情、行動に幾らか改善をみたが、なお、質問に対する応答は焦点がずれていたり、少し考えて「忘れた」と答えることが多く、記憶力、見当識障害が持続していた。しかしその後、精神運動抑制が改善するのに伴い、8月下旬には、知的水準も完全に回復し、退院後も知的欠損は認められていない。

症例2 (Fig. 4): 61歳, 女性。家族負担なし。59歳時、約半年間のうつ病相とそれに続く躁病相の既往有り。執着性格。昭和59年2月同居していた次男の結婚後、淋しさ、不眠、焦躁感が出現し、3月には便秘への拘り、食欲不振、自殺念慮も認められ、うつ状態との診断にて3月27日入院となった。maprotiline 30 mg,

S. M. 61 F

<既往歴> 59歳 躁うつ病相(約半年間)

<臨床経過>



<薬剤> maprotiline 30-75-  
sulpiride 150-600-

<検査> EEG : (4/13)  
BGA 8~9 Hz,  
7 Hzθ rarely intermixed  
CT: W.N.L.  
長谷川式 scale: 19(4/12),  
21(4/20),  
26.5(5/2)

Fig. 4. Clinical course of case No. 2.

sulpiride 150 mg/day を主剤として治療を開始し、4月に入り、心気妄想に対して sulpiride 600 mg, maprotiline 75 mg/day に増量した頃より、記憶力、理解力低下を認め、4月12日長

長谷川式痴呆スケールで19点であった。EEGでは、基礎律動8~9 Hzで7 Hzの $\theta$  waveを少量混入していたが全体に比較的規則的で頭部CTは正常であった。4月14日には、夜間の徘徊や、時計に向かって電話しようとするなどの行動が見られ、薬物起因性のせん妄状態と考え、向精神薬の投薬を中止し脳代謝賦活剤を投与したが、数日間は質問に対して、「わからない」と答えることが多く、失見当識、計算力障害が認められた。4月20日頃には、注意、領識は改善し症状の動揺性や夜間の増悪が見られなくなったため、臨床的に意識障害は改善されたと評価されたが、なおも長谷川式痴呆スケールでは21点と低得点で記憶障害や軽い見当識の混乱を認め、その後も認識障害が約2週間持続していた。しかし5月に入り軽躁状態となって痴呆様症状は軽快した。

症例3 (Fig. 5): 69歳, 女性. 家族負因なし. 昭和53年, 夫との死別後一人暮らしでひきこもりがちになっていた. 昭和58年春頃より神経衰弱状態となり, 6月近医にて脳動脈硬化症との診断にて短期間入院し, ある程度の改善をみたが, 同年秋頃より不眠, 食欲不振, 動悸, 手指振戦が出現し, 心気のとらわれが強まり, 昭和59年4月20日当科を初診した. 初診時, 抑うつ症状とともに, 失見当識, 記憶力低下, 知的作業能力の低下を認め, 長谷川式痴呆スケールで21.5点であった. 6月28日当科入院時, 現病歴を話せず, 質問の了解不良で, 見当識障害を認めた. 眼底はKW II度, 脳波は基礎律動8 Hzでdiffuse  $\alpha$ の傾向, 頭部CTでは軽度皮質萎縮が認められ, 記憶力検査の成績不良の他, Grassi test 4.5点, Bender-Gestalt 113点と重度の器質的損傷が疑われた. maprotiline 30 mg, nicardipine 60 mg, さらに7月よりはmianserin 30 mg/day追加するも, 身の回りはだらしく, 絶望感と物忘れを強調して訴えていたが, 認識障害の程度は変動しやすく, しばしば行動との一貫性を欠いていた. 8月に入り, mianserin 60 mg/dayに増量以後, ちぐはぐな言動が少なくなり, 礼儀正しく協力的に

S.N. 69 F

<臨床経過>

S.53~ひきこもりがち

S.58春~神経衰弱状態

認識障害

抑うつ・心気症状

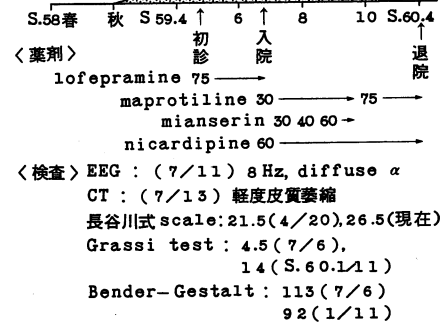


Fig. 5. Clinical course of case No. 3.

なり活動性も改善してきた。昭和60年1月の心理検査では、かなりの改善が見られるものの、依然として重度の知的損傷の段階と判定された。

## 考 察

高齢者ではうつ病の頻度が高く, Kiloh<sup>4)</sup>は, 内因性うつ病がその痴呆様症状のため痴呆と誤診されることが多いと指摘した. その後 Post<sup>2)</sup>をはじめとしてうつ病性 仮性痴呆の特徴ならびに真性痴呆との鑑別が数多く論じられた.<sup>1), 5)-8)</sup> うつ病性 仮性痴呆と真性痴呆の鑑別点は Table 1 に示す通りであるが, 特に高齢者でのその判別は容易とはいえない. なぜならば高齢者のうつ病では, 著明な精神運動抑制に加え, 種々の身体疾患, ことに脳器質変化の合併率が高く, 意識障害も起こしやすく, その認識障害は多要因性と考えられるからである.<sup>5)</sup> 特に最近ではうつ病と脳の構造的変化の内的関連が重視されてきている.<sup>1), 8)-10)</sup> 症例1はうつ病の既往を有し, 抑制症状にて発症し, 病極期には脳器質障害と区別できない痴呆様症状を呈し, 抗うつ剤治療にて抑うつ症状とともに認知機能の改善をみた. この例は脳波, CT に異常が認め

Table 1. Differential diagnosis of depressive pseudodementia vs. dementia.

	うつ病性仮性痴呆	痴 呆
精神疾患病歴*	感情病(家族歴参考)	不定
病前性格	執着, 強迫, 同調, 循環	不定
発 症*	急性~亜急性, 明瞭 うつ状態が先行	潜行性, 不明瞭 知能低下, 痴呆症状が先行
経 過	通常, 急速	通常, 緩徐
感 情	抑うつ, 不快気分, 不安, 心気 無感情的, 状況により無変化	表層的, 浅薄, 空虚, 刺激性 多幸, 動揺, 暗示により変化
思 考	絶望感, 罪業・心気妄想, 自殺 念慮, 自己イメージ不良	自責(-) 死について考える
知的障害の訴え方*	記憶・記銘力障害や知的障害を 悩み, 過剰に強調し, 詳述	障害を隠したり, 否認 過小評価
客観的知的障害*	部分的, 一過性, 不一致, 動揺 記憶障害は最近も昔も同等	全般性, 持続性, 一定 最近の記憶障害が優位
質問に対する応答*	反応遅延または努力せず “don't know” 返答	言い訳, はぐらかし, 怒り, 保続, “near-miss” 返答
行動と認知*	不一致	一致
日内変動*	朝方悪化	夜間悪化
見当識障害	軽度, 浅い混乱	中~高度
身体症状	易疲労, 早朝覚醒, 食欲低下, 体重減少	不眠
外 見	抑うつ的, 行動渋滞 衰弱感, 焦燥感	不関, だらしない, 感情と不一致な言動
神経症状	通常, ない	異常のある場合が多い
抗うつ剤等治療反応*	良好	不良
予 後	良好, 可逆性, 相性, 反復性	不良, 非可逆性

検査(心理検査, CT, EEG, DST等)は反復して参考とする

(\*は特に有用)

られ, 大森<sup>1)</sup>や Rabins ら<sup>9)</sup>の言うように, うつ病が潜在性のあるいは代償されていた脳の構造的変化を一過性に顕現化し, うつ病の回復とともに元来の代償性によって認知機能が回復したものと考えられる。症例2は双極性感情障害の既往を有し, うつ状態で発症し, 薬物治療開始後せん妄状態を発現したが, 意識障害が臨床的に改善されたと考えられた後も認識障害は持

続し, 躁転とともに軽快した。本例は, Janowsky<sup>9)</sup>が指摘したようにうつ病性仮性痴呆に薬剤起因性意識障害が合併した可能性が推測されたが, この場合の認識障害の評価は極めて困難であり, 柏瀬<sup>6)</sup>のように, 意識混濁や通過症候群など可逆的な器質的障害も仮性痴呆に含めるものもある。症例3では基盤に脳動脈硬化症が存在し, うつ病が重畳することにより認識障害が強調されて増悪し, うつ病の回復とともに器質性病変に基づく症状を残して認識障害の一部が改善したものと考えられた。このような器質性脳病変とうつ病の共存や重畳は少ないとはいえず,<sup>10)</sup> 治療的観点からは回復可能性を見出すことが重要であり, うつ病性仮性痴呆の関与した器質性障害と理解することが妥当であると考えられる。したがってこの例は, 大森<sup>1)</sup>の言う痴呆初期あるいは潜在的状況でのうつ病発症, もしくは, Feinberg<sup>7)</sup>の言う depressive syndrome of dementia に相当すると考えられた。

以上3例の高齢者に見られた認識障害は, 脳の生理学的ないし病的老人性変化, あるいは意識障害等の器質性脳障害とうつ病が相互に関連して構成され出現したものであり, その認識障害の一部はうつ病性仮性痴呆によると考えられた。したがって高齢者のうつ病性仮性痴呆は, 単に精神運動抑制によるもののみならず多様な病態構造を有し得るといえよう。さらに認識障

害を呈する高齢患者の診断と治療に際しては、身体的検査も必要であるが、感情障害の既往と発症様式を参考にし、脳器質変化の有無にかかわらず、うつ病性仮性痴呆の存在の可能性を考慮に入れ、意識障害の関与を検討した上で抑うつの評価を行い、確定診断が困難な場合、暫定

的にうつ病と診断して副作用に留意しながらうつ病に対する治療を試みる価値があると考えられた。

本論文の要旨は第32回中国・四国精神神経学会（昭和60年10月31日）において発表した。

## 文 献

- 1) 大森健一：老人の仮性痴呆とうつ病. 老年精神医学 1 : 225—234, 1984
- 2) Post, F.: Dementia, depression, and pseudodementia. *In* Psychiatric Aspects of Neurological Disease, ed. by Benson, F. & Blummer, D. New York, Grune & Stratton. 1975, pp. 99—120
- 3) 松下正明：抑うつ性仮性痴呆 (Depressive Pseudodementia) と分裂性仮性痴呆 (Schizophrenic Pseudodementia). 臨精医 10 : 1523—1531, 1981
- 4) Kiloh, L. G.: Pseudo-dementia. *Acta Psychiatr. Scand.* 37 : 336—351, 1961
- 5) Janowsky, D. S.: Pseudodementia in the elderly : Differential diagnosis and treatment. *J. clin. Psychiatry* 43 : 19—25, 1982
- 6) 柏瀬宏隆：仮性痴呆. *Pons* 6 : 12—16, 1984
- 7) Feinberg, T. and Goodman, B.: Affective illness, dementia, and pseudodementia. *J. clin. Psychiatry* 45 : 99—103, 1984
- 8) Rabins, P. V., Merchant, A. and Nestadt, G.: Criteria for diagnosing reversible dementia caused by depression : Validation by 2-year follow-up. *Br. J. Psychiatry* 144 : 488—492, 1984
- 9) McAllister, T. W.: Overview : Pseudodementia. *Am. J. Psychiatry* 140 : 528—533, 1983
- 10) Reifler, B. V., Larson, E. and Hanley, R.: Coexistence of cognitive impairment and depression in geriatric outpatients. *Am. J. Psychiatry* 139 : 623—626, 1982