



## 高齢者の統合失調症と妄想性障害

大阪府立大学総合リハビリテーション学部

西 川 隆

Kraepelin E (1893) の早発認知症 Dementia Praecox 以来、統合失調症の概念とは「青年期ないし成人前期に発病し進行的に認知症様の欠陥状態にいたる内因性精神病」であった。しかし実際には症状・経過ともに若年発症例と区別しがたい中高齢の初発例もみられ、これをいかに扱うかが永らく問題とされてきた。本邦では「老年性精神病」という診断名を用いてこられた諸家も多いことであろう。本講演では遅発統合失調症 late-onset schizophrenia をめぐる議論をふり返り、その病像の特徴と鑑別診断、治療についてまとめたい。

### 1. 遅発統合失調症

Bleuler M (1943) は症候的には統合失調症と考えられる 40 歳以降の初発例をことに遅発統合失調症 Spätschizophrenie と称した。Bleuler M によれば、統合失調症の約 15% が遅発例であり、女性に多いという。また、その約半数は早発例の妄想型に相当する病像を呈するが、他の約半数はパラフレニー様、不安・抑うつから移行する緊張病、急性錯乱性、という若年例では少ない病像を呈する 3 群からなるという。

また、Kraepelin E (1912) は妄想以外の精神症状が目立たない一群をパラフレニーと名付けて早発認知症と区別していたが、これについても Roth M (1955) は 60 歳以降の初発例が少なからず存在することを指摘し、これを遅発パラフレニー late paraphrenia と名付けた。Roth によれば、精神科入院患者の約 10% を占め、7:1 の比率で女性に多いという。Roth 自身は遅発パラフレニーを統合失調症の 1 異型と考えているようである。

統合失調症の初発年齢に関しては DSM の診断体系においても混乱が生じた。DSM- (1980) では統合失調症の診断基準に 45 歳未満の発症という項目が設けられており、45 歳以降の初発例には atypical psychosis という別の分類名が当てられていた。続く DSM-

-R (1987) では診断基準から年齢の項目が削除され、45 歳以降の初発例には late-onset を付すことが定められた。DSM- (1994) および DSM- TR (2000) では統合失調症は 45 歳以上でも初発しうることがより強調されているが、病像に関する早発例との相違

#### 【略 歴】

##### (学歴・職歴)

昭和 54 年 信州大学医学部卒業

昭和 54~55 年 大阪大学精神医学教室入局, 研修

昭和 55 年~平成 2 年 星ヶ丘厚生年金病院神経科勤務

平成 2~7 年 大阪船員保険病院神経科精神科部長

平成 7~15 年 大阪大学大学院医学系研究科精神医学講座講師, 病棟医長, 外来医長等歴任

平成 15~17 年 大阪府立看護大学総合リハビリテーション学部教授

平成 17 年~現在 大阪府立大学総合リハビリテーション学部教授

##### (学会活動・社会活動)

日本高次脳機能障害学会評議員・編集委員, 日本神経心理学会評議員, 日本老年精神医学会評議員, 等

大阪府精神医療審査会, 等

##### (専門分野)

老年精神医学, 神経心理学

点が指摘されている。

Howard Rら(2000)は40歳から60歳の初発例を遅発統合失調症 late-onset schizophrenia, 60歳以降の初発例を最遅発性統合失調症様精神病 late-onset schizophrenia-like psychosis と名付け, 前者を統合失調症の遅発型と考えているが, 後者については統合失調症とは異なる疾患である余地を残している。

このような遅発統合失調症については, 統合失調症以外の疾患が含まれているという批判的議論がある。統合失調症自体の病因が不明で生物学的マーカーが見出されておらず, DSMをはじめとする現在の診断体系において障害 disorder と位置づけられていることからすれば, 遅発統合失調症もまた症候群にすぎないことはむしろ当然であるように思われる。

## 2. 遅発統合失調症の症候的特徴

従来指摘されている遅発例の早発例と比較した特徴は, 女性に多い(なかでも社会的に孤立している女性に多い), パラフレニーを含めた妄想型が多いが, 抑うつ・不安に始まる緊張病様症状や錯乱(意識変容)を呈する型もある, 感情や社会的機能は保たれ, 解体型や陰性症状は少ない, 視覚ないし聴覚障害の合併が健常者に比して多い(なかでも遅発パラフレニーでは Roth によれば約40%に中等度から高度の聴覚障害を伴う), 抗精神病薬の反応は良好であることが多い, 閉経, ヒト白血球抗原サブタイプ, 脳血管障害などが危険因子である可能性, 等である。これらには生物学的要因と心理・社会的要因が含まれている。つまり, 病態発生的要因と病像形成的要因がともに関与していることがうかがわれる。

## 3. 鑑別診断

### 1) 認知症

アルツハイマー病の40%前後に妄想がみられる。妄想の主題は, 物盗られ妄想, 見捨てられ妄想, 人物・場所に関する誤認妄想が多いがその他多種類の妄想が出現しうる。妄想の対象となる人物は家人や知人など具体的で限定的であることが多い。血管性認知症ではアルツハイマー病ほど目立たないがやはり妄想を呈しうる。レビー小体型認知症では臨床的診断基準の1つに幻視が挙げられ, 妄想の出現率も高い。多くの場合, 幻覚・妄想の内容および認知機能障害・画像診断などにより鑑別が可能であるが, 認知機能の障害が明らかになる前に幻覚・妄想が目立つ例や, 妄想の内容が荒唐無稽な例では, 早期の鑑別が困難な場合がある。

### 2) 譫妄

高齢者ではしばしば, 脱水・低栄養・電解質異常・感染症などの全身状態の悪化や, 環境の変化に伴って譫妄をきたし, 断片的で一貫性のない幻覚や妄想を呈する。変化する症状と可逆的な経過によって鑑別は容易である。

### 3) アルコール関連性持続性精神病状態

長期多量飲酒者の一部が統合失調様の慢性精神病状態に陥ることがある。また古くから多量飲酒者にしばしば嫉妬妄想が出現する

ことが知られている。

#### 4) 薬剤の副作用による幻覚妄想状態および譫妄

抗パーキンソン剤，抗うつ薬，ベンゾジアゼピン系抗不安薬，ステロイド，H<sub>2</sub>受容体拮抗薬，抗ヒスタミン剤，ジギタリス製剤などによる副作用，および鎮静系薬剤の退薬症状として，幻覚妄想および譫妄が出現する場合がある。

#### 4. 薬物療法

高齢者では，肝の異化代謝，腎の排泄の低下による薬物血中濃度の上昇，血漿蛋白の低下による遊離型薬物の上昇，体脂肪率の増加による脂溶性薬物の半減期延長，等により向精神薬の作用が増強・遷延するので，過量投与になりやすい。また，全般的な身体機能・精神機能の低下より過鎮静，脱力，認知機能低下などの副作用が発現しやすい。薬物治療にあたっては，副作用の少ない非定型抗精神病薬の単剤・低用量・漸増投与が望ましい。