

友竹 正人 岡部 浩通

小松島赤十字病院 精神神経科

要旨

現代のような高齢化社会では、これまでよりも老年期における精神障害が重要な社会問題となってきた。老年期には、しばしば徘徊、不潔行為、食行動異常、幻覚・妄想、興奮・暴力、性的逸脱行為、自殺企図などの異常行動が認められ、これらの異常行動の背景には、脳器質性疾患、身体状況の悪化、機能的な精神障害などが存在することが多い。本稿では、異常行動を呈する高齢者に遭遇した場合の鑑別診断の手順として、意識障害の有無の検索から始まり、脳器質性疾患、機能的な精神障害について、日常の臨床で診療する機会の多い代表的な病態であるせん妄、痴呆、うつ病を中心にその診断と治療のポイントについて概説した。老年期の精神障害を考える場合、常に加齢という現象を念頭におき、身体状況や精神機能の衰退、社会的状況の変化などの要因が複雑にからみあって症状を形成していることに留意しつつ診療を行うことが重要である。

キーワード：老年期精神障害、せん妄、痴呆、うつ病、治療

はじめに

一般人口の高齢化がすすむにつれて、老年期における精神障害が重要な社会問題となってきた。老年期には、しばしば徘徊、不潔行為、食行動異常、幻覚・妄想、興奮・暴力、性的逸脱行為、自殺企図などの異常行動がみられるが、これらの異常行動の背景には、脳器質性疾患、身体状況の悪化、機能的な精神障害などが存在する機会が多い。老年期精神障害の診断に際しては、意識障害、痴呆、機能的な精神障害の順で有無を調べることになる。本稿では、鑑別診断の実際と日常の臨床場面で診療する機会の多い、せん妄、痴呆、うつ病を中心にその診断と治療のポイントについて概説した。

異常行動の鑑別診断

1. 意識障害の有無

高齢者に異常行動が認められた際には、常に意識障害の有無に注意する必要がある。臨床場面で最も問題となるのがせん妄である。Lipowski¹⁾によるとせん妄は「広範な脳機能低下に基づく、一過性の認知障害によって特徴づけられる精神医学的症候群」と定義され

ている。つまり、広範な脳機能低下が認められるにもかかわらず、昏睡状態を呈するような重度から中等度の意識障害ではなく、臨床的には認知障害の範囲内にとどまっているようなごく軽度の意識障害の場合、幻覚や妄想が出現し、このために患者が精神運動興奮を示すことがあり、これをせん妄という。

高齢者の精神症状の中でせん妄は高頻度に認められ、他の年齢層のそれと比較して、精神運動興奮は軽く、発現と消滅が緩やかで、持続時間が長い傾向がある。Lipowski¹⁾はせん妄をその臨床症状から、①hyperactive-hyperalert variant (過活動型)；精神運動興奮、錯乱、易刺激性、易怒性、不眠、衝動行為、徘徊、幻覚・妄想がみられる型、②hypoactive-hypoalert variant (低活動型)；無表情、無気力、傾眠傾向、的外れ応答、記憶力低下、失禁がみられうつ病と誤診されやすい型、③前記の2つが混合した型、の3型に分けており、この分類は後述する治療的観点からも有用と考えられる。表1は実際の臨床で最も頻繁に用いられているICD-10²⁾によるせん妄の診断基準である。

せん妄の成因には大きく分けると身体的要因、心理的要因、環境的要因の3つがある。身体的要因としては脳器質性疾患、心血管障害、感染症、代謝性疾患、治療薬による副作用などが挙げられる。また、心理的・環境的要因としては急激な環境の変化、疾病に対する

表1 せん妄の診断基準 (ICD-10)

以下のいずれの症状も軽重にかかわらず存在しなければならない。

- (a) 意識と注意の障害（意識は混濁から昏睡まで連続性があり、注意を方向づけ、集中し、維持、そして転導する能力が減弱している）。
- (b) 認知の全体的な障害（知覚のゆがみ、視覚的なものが最も多い錯覚および幻覚。抽象的な思考と理解の障害であるが、一過性の妄想をとまなうこともとまわらないこともあるが、典型的にはある程度の思考散乱が認められる。即時記憶および短期記憶の障害をとまなうが、長期記憶は比較的保たれている。時間に関する失見当識、ならびに重症例では場所と人物に関する失見当識を示す）。
- (c) 精神運動性障害（寡動あるいは多動と一方から他方へと予測不能な変化、反応時間延長。発語増加あるいは減少。驚愕反応の増大）。
- (d) 睡眠-覚醒周期の障害（不眠、あるいは、重症例では全睡眠の喪失あるいは睡眠-覚醒周期の逆転、昼間の眠気。症状の夜間増悪。覚醒後も幻覚として続くことがある、睡眠を妨げる夢または悪夢）。
- (e) 感情障害、たとえば抑うつ、不安あるいは恐怖、焦燥、多幸、無感情あるいは困惑。

不安、仕事に対する不安、家庭内の対人関係の悩み、離別・死別・別居、経済的問題、身体拘束などがある。高齢者ではこれらの要因が複雑に絡み合っており多要因性の場合が多い³⁾。

診断の際にしばしば問題となるのが痴呆との鑑別である。もちろん、痴呆患者がせん妄を起こすことも多いが両者の鑑別は重要である。せん妄は適切な治療によって回復する可逆的な病態であるが、痴呆は非可逆的であり、せん妄時の認知機能障害を痴呆と誤診してしまい治療が遅れた場合は、取り返しのきかない結果を生むこともある。せん妄も痴呆も受診時に家族が「呆けた」という表現を使うことが多いが、重要なことは、「いつから呆けたのか?」と質問することである⁴⁾。両者の鑑別のポイントとしてはまず発症様式の違いが挙げられる。痴呆の場合はいつから記憶障害が始まったのかとの質問に、家族は「2～3年前からです」などとはっきりとしない返答をするが、せん妄では「2日前からです」というように発症が急激であり日時の特定ができる。その他のポイントとしては症状の動揺性が挙げられる。せん妄の症状は一日の中でも動揺するが、痴呆は基本的に慢性の経過をとる。表2⁵⁾はせん妄と痴呆およびうつ病の鑑別のポイントを示している。

せん妄の際の軽微な意識障害を鋭敏に判別する方法に、注意障害に着目した簡易な検査法として、cheek-hand test（頬-手テスト）がある。これは、患者と

相対して座り、開眼させたままで、検者が兩人差し指を用いて、患者の手背と頬に軽く触れ、どこに触れたかを答えさせるものである。注意障害がなければ正解できるが、あれば2箇所触れたうちの1箇所しか答えなかつたりする⁴⁾。また、asterixis(姿勢保持不能症)に注目する方法もある。これは両上肢を前方に挙上させ、手首を重力に抗して背屈させた時、手関節・中手指関節の急激な掌屈とそれに続く急速な復元運動として確認できる。この方法は、軽度な意識障害の際の神経症候として利用でき、代謝性の障害では両側性に、限局性の脳病変では片側性に出現する⁶⁾。

2. 痴呆症状の有無

異常行動を呈している高齢者で、意識障害が除外された場合は痴呆症状の有無を調べることになる。もちろん、痴呆患者が様々な要因によってせん妄などの意識障害をきたし、その結果異常行動を起こす場合があるが、ここでは意識障害が否定されたとして、痴呆の有無を考えてみることにする。痴呆の鑑別診断で最も注意すべき点は treatable dementia（治療可能な痴呆）（表3）⁷⁾を見逃さないことである。痴呆とはあくまでも一つの症候群でありその原因は多彩である。したがって、痴呆と診断した場合にはすみやかにその原因疾患の鑑別を行う必要がある。treatable dementiaでは原因疾患を治療することにより痴呆症状の改善が期待できる。

表2 せん妄および痴呆、老年期うつ病の症状（新垣ら，1998）

	せん妄	痴呆	うつ病
発病様式	急性・亜急性	慢性	亜急性（心理的要因が契機）
持続時間	時間から週単位	持続性（年単位）	週から月単位
臨床経過	一過性、 日内変動 （夕方から夜間の増悪）	持続性 進行性 （緩徐または段階的）	持続性 日中変動 （午前中が悪い）
意識	低下・混濁	正常	ときに低下・混濁（高齢者）
注意	維持・転導性困難	減退	集中困難
知覚	錯覚・幻覚（特に幻視）	障害は目立たない	ときに出現（意識障害を伴う場合）
感情	一定せず（困惑・焦燥）	一定せず（感情失禁）	抑うつ、不安・焦燥
意欲・行動	まとまらず過活動 または、低活動	一定せず	低活動～昏迷
認知機能 見当識： 記憶： 思考：	障害（変動する） 即時再生の障害 散乱・幻夢様 知覚障害に由来する妄想	障害（固定性） 遅延再生の障害 内容の貧困化 記憶障害に由来する妄想	ときに障害（特に高齢者） ときに障害（特に高齢者） 抑制 自我感情の低下に由来する 微小妄想
睡眠覚醒リズム	日中傾眠・夜間不眠・断眠	アルツハイマー型：障害され 難い 血管性：睡眠の分断	入眠困難・早朝覚醒 臥床で経過するが日中は 眠らない
病前性格	無関係	無関係	一定の関係あり

表3 Treatable dementia の主な原因疾患（小田原ら，2000）

頭蓋内病変

水頭症、慢性硬膜下血腫、脳腫瘍、頭部外傷、脳血管障害

代謝異常・内分泌異常

低酸素状態（心疾患・呼吸器疾患・睡眠時無呼吸）

慢性腎不全

肝不全・肝性脳症

電解質異常（高・低ナトリウム血症、高・低カルシウム血症、低マグネシウム血症）

内分泌異常（甲状腺機能低下症・亢進症、クッシング症候群、アジソン病、高・低血糖）

自己免疫疾患（全身性エリテマトーデス、シェーグレン症候群、パーチェット病など）

ビタミン欠乏症（B1、B12、葉酸、E）

感染症

脳炎、髄膜炎、神経梅毒など

中毒性疾患

薬物（向精神薬、抗コリン薬、麻酔薬、降圧薬、強心剤、アルコールなど）

金属（鉛、有機水銀、マンガン、ヒ素など）

化学物質（有機溶剤、有機リン製剤、一酸化炭素など）

表4 痴呆の診断基準 (ICD-10)

- A. 日常生活機能が障害される記憶力低下。記憶力低下は、新しい情報を学習する場合に顕著であり、重症例ではさらに以前学習したことを再生することが困難である。記憶力低下は、言語的および非言語的のどちらであってもよい。
- B. 日常生活機能が障害される思考や情報処理過程における知的機能の低下。これらの証拠は、情報提供者との面接および神経心理学的検査の両者から得られなければならない。思考水準の低下は、以前備わっていた思考の操作や理解と比較して障害されていることから判定される。
- C. 病期中に意識の障害がない。しかし痴呆の経過中にせん妄の挿話が出現することはありうる。
- D. 情緒・社会的行動・動機づけのいずれかにおける障害。情緒の統制の変化は抑うつ、不確実、不注意、焦燥感として認められる。社会行動は下品であり、着衣が乱れ、食事癖、口ぎたなく話す等を認める。動機づけの障害は、不活発、冷淡として現れる。
- E. 病態は6カ月間以上持続する。

表4はICD-10²⁾による痴呆の診断基準を示している。痴呆の患者に認められる症状は大きく中核症状と随伴症状とに分けられる⁸⁾。中核症状は、記憶、計算、認知といった機能が障害されることによる知的障害である。そのため、記憶・記銘力障害、判断力低下、計算力低下、失語・失認・失行などの巣症状などが認められる。このような中核症状を持つ患者が、周囲の人々と接触・交流する中で2次的に出現してくるものが随伴症状である。周囲の人々の対応などが誘因となり、痴呆患者は抑うつ、不安・焦燥、不穏、不眠、徘徊、被害・関係妄想などの随伴症状を呈することになる。このような随伴症状が異常行動として周囲に認識されることになり、医療現場および介護などの際に問題となる。

痴呆のスクリーニングを目的とした検査で簡易に施行できるものとして、改訂長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R)⁹⁾がある。HDS-Rは見当識、単語の復唱、計算、単語の遅延再生、記憶想起、言語の流暢性などの9項目の設問で構成されている30点満点の質問紙であり、20点以下を痴呆、21点以上を非痴呆とした時に最も高い弁別率を示すため診断の参考になる。

3. 機能性精神障害

意識障害、痴呆が除外されれば、次は機能性精神障害を考えることになる。老年者の機能性精神障害で代表的なものがうつ病である。老年期のうつ病は、妄想形成傾向が強く、異常行動をきたしやすい。また、それ以外の年齢層のうつ病と比較して、より心因や反応性の関与が大きいことはよく知られていることであ

る。若年者に比べて、加齢の影響や心理的要因などが複雑に絡み合い非定型的な病像をとることが多い。

森¹⁰⁾は老年期のうつ病の臨床症状について、①一般に精神運動興奮が目立たず、強い不安、焦燥を伴うことが多い。時として、衝動的な自殺を企てる危険がある、②心気症状が強い。内容は便秘、消化器症状に関するものが多い、③妄想形成を伴いやすい。罪業妄想、心気妄想、貧困妄想などがみられ治療に抵抗性となる。また、強い被害妄想が認められることが多い、④仮面うつ病の形をとることが多い、⑤身体機能の低下のため、せん妄など一過性の意識障害の形をとりやすい、⑥精神運動抑制のため、一見すると、痴呆の症状を呈し、仮性痴呆という状態になる、などの特徴を挙げている。

鑑別すべき疾患としては、他の年代のうつ病に比べて、抑うつ気分よりも身体症状の訴えの比重が増すことから、不定愁訴、心気症、ヒステリーなどがあげられる。高齢者のうつ病で身体症状の訴えが多くなる一つの要因として社会文化的要因が挙げられる。我が国のように心の痛みを直接訴えることを潔しとしない文化、高齢になったならば分をわきまえて身を引くことを陰に陽に強要される雰囲気のある文化社会では、身体症状を通じて心の問題を周囲の人々に訴える傾向が強いことが指摘されている¹¹⁾。

4. その他の注意すべき疾患

高齢者に夜間の異常行動が認められた場合には、せん妄や痴呆に起因するもの以外に、REM睡眠行動障害 (REM sleep behavior disorder、以下RBD) を考

慮する必要がある。RBDでは激しい寝言や睡眠中に起き上がり歩行したり、物を投げたりするなどの異常行動が認められる。原因の見出せない特発性のものと神経疾患を伴っているもの、あるいは薬物の投与がきっかけとなって発現する症候性のものがある。せん妄との鑑別は、せん妄では夜間に増悪することが多いが、日中にも幻覚や見当識障害に基づく異常行動が認められる。一方、RBDでは日中は問題なく、夜間に限って症状が出現する。異常行動はREM睡眠期に一致して出現するため、入眠後、約90分頃に異常行動が出現し、その後、1時間から2時間の周期で繰り返し出現する。このように、夜間に周期的に異常行動が認められる場合はRBDの可能性が強い。また、RBDは睡眠中に起こるため、そばにいる者が体を揺り動かしたり声をかけることによって比較的容易に覚醒させることができる点もせん妄との鑑別のポイントである¹²⁾。

治 療

1. せん妄

せん妄の治療が重要である理由として青葉ら¹³⁾は、①せん妄は生命予後に関わる病態でありながら、原因の早期診断と適切な早期治療によって可逆的に改善しうる、②背後に脳器質性疾患による痴呆が存在した場合、せん妄はその重症度を倍加させる。したがって、せん妄治療はみかけ上の痴呆様症状を改善するのに役立つ、③せん妄は老人において極めて頻度が高く、これを治療することは介護を容易にし、さらに老人の生活の質を向上させる、ことを挙げている。せん妄は高齢者では多要因性に起こるため、その成因を明らかにすることが治療の第一歩である。発症にかかわる共通した病態は、脳機能障害に基づく意識障害であるため、治療を行う際にはできる限り鎮静ではなく脳機能の回復をめざす視点を持つことが大切である。まず、患者をできるだけ刺激の少ない場所に保護し、せん妄の原因を究明しながら、脳循環改善薬、脳代謝賦活薬なども併用して根気強く治療することになる。

鎮静のための薬物療法は、鎮静が必要な期間および前述のLipowski¹⁾によるせん妄の類型を考慮して行う必要がある。過活動型のせん妄で、時間単位での鎮静が必要な場合はdiazepam、flunitrazepamなどのベンゾジアゼピン系薬物の静注療法を行う。数日から週単

位での鎮静が必要な場合はhaloperidolの静注療法を行う。2.5mgから開始して状態をみながら増量し、不十分な場合は前述のベンゾジアゼピン系薬物を併用する。経口投与が可能になればhaloperidolを0.25～4mgの範囲で投与することになる。興奮の程度が弱ければsulpirideを10～60mgあるいはtiaprideを25～75mgの範囲で投与する。また、睡眠の確保のためにflunitrazepamを0.5～1mg程度併用することが多い⁵⁾。予防効果を目的とした月単位の鎮静が必要な場合はmianserin hydrochloride 5～30mgを夕食後に投与するのが有効である¹⁴⁾。一方、身体疾患の末期などで低活動型のせん妄を呈する症例には、薬物療法をできるだけ行わず、環境調整のみで対応することも必要となる。

一般的に、高齢者のせん妄患者に抗精神病薬を投与する際には抗アドレナリン作用、抗コリン作用が比較的弱く、加齢による体内動態の変化が少ないとされるブチロフェノン系の薬剤(haloperidol、bromperidol)がまず選択されることになる³⁾。しかし、高力価の抗精神病薬は、嚥下障害、薬剤性パーキンソンニズムなどの錐体外路症状を起こしやすく過鎮静をきたすことも多い。このため寝たきりの状態になりやすく、誤嚥性肺炎、褥瘡などを起こしやすくなる。高力価の抗精神病薬を使用する場合は、効果がみられたならば翌日からは投与量を50%程度減量し1週間以内に中止するなど、できるだけ短期間の使用にとどめるのが良いとされている¹⁵⁾。副作用の点から、ベンザイソキサゾール誘導体のrisperidoneは、haloperidolと比較して錐体外路系副作用の出現率が低く¹⁶⁾、低用量から慎重に使用すれば高齢者に対して安全性が高いと考えられる。

2. 痴呆

痴呆患者は、自分の意志の伝達能力が低下しているので、慎重な診察、周囲からの情報の収集を行い、異常行動の原因についてよく検討する必要がある。せん妄の合併以外にも身体状況の悪化などにより異常行動が出現する場合がある。例えば、骨折や虫歯などによる痛みや、喘息などによる呼吸状態の悪化、湿疹による痒み、風邪、軽い低血糖などが原因となって異常行動を起こすことがある。昼夜逆転などの睡眠障害や徘徊などに対しては、デイケアやデイサービスを利用することにより、生活にリズムが整い、問題が改善されることがあり、そのようなサービスを利用すること

で、家族の負担も軽減し、余裕をもって患者に接することができるようになる利点がある¹⁷⁾。このように、痴呆患者の異常行動の治療では、まず薬物療法以外に異常行動を改善できる方法がないかを十分検討することが重要である。周囲の人々の対応の仕方によって、随伴症状としての異常行動が出現あるいは増強されることはよくあることである。痴呆の治療および介護に関わる人々は、痴呆老人の人格を尊重するという意識を持つことが大切である。痴呆と診断されていても、知的機能はかなり残っており、人間としてのプライドや喜怒哀楽を感じる機能もかなりの時期まではみられることは知っておく必要がある⁸⁾。

痴呆患者の異常行動に対する薬物療法としては、興奮・攻撃性に対しては、緊急時には haloperidol 2.5～5 mg を静注または筋注、内服可能ならば haloperidol 1～6 mg を投与する。昼夜逆転し、強度の不眠が続く場合は眠前にフェノチアジン系抗精神病薬の prop-ericyazine 2～10mg、thioridazine 10～50mg を投与する。効果が不十分な場合は levomepromazine 5～50mg を使用する。抗精神病薬が無効か何らかの理由で使えない場合は、抗てんかん薬である carbamazepine や valproate が有効なことがある⁷⁾。睡眠薬を投与する際には、加齢による体内への蓄積効果を考慮して、半減期の短い薬物を選択することが望まれる。

3. うつ病

高齢者のうつ病では心理社会的因子が重要な役割を持っており、様々な喪失体験、家庭内の人間関係、自身の健康状態や財産管理などが発症と関連していることが多い。高齢者のうつ病患者の診察では、十分な時間をとって訴えを真摯に傾聴することが特に重要になる。高齢の患者では質問に対して答えがすぐに戻ってこなかったり、関連のない事柄をいつもでも話していることが珍しくないが、性急に途中でさえぎったりしないで、十分に時間をとって診察をすすめる心がけが必要である。治療への導入の段階では、まず身体症状に焦点を当てて問診する方法が薦められる。高齢者では特に精神疾患に対する偏見もあり、精神科を受診することに強い警戒心を持っているのが普通であるため、あえて精神症状に対する問診を後回しにして、まず身体的な診察から始めるなどの配慮が必要になる¹¹⁾。

治療は支持的・受容的な精神療法的アプローチを基

盤とした上での抗うつ薬療法が中心となる。選択すべき抗うつ薬としては、第一世代の三環系抗うつ薬では、desipramine、nortriptyline は抗コリン作用や鎮静作用が比較的弱いため高齢者には使用しやすい。第二世代の三環系抗うつ薬である amoxapine、dosulepin、lofepramine ならびに四環系の maprotiline、mianserin、setiptiline や二環系の trazodone なども安全性の点から高齢者向きと考えられる¹⁸⁾。近年、日本で認可された選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (SSRI) である fluvoxamine も副作用が少なく、高齢者で広く用いられてきている。

4. その他の疾患

RBD に対しては、特発性あるいは症候性のいずれにも、clonazepam をはじめとするベンゾジアゼピン系薬剤が有効である。その他には、三環系抗うつ薬や clonidine、L-tryptophan、carbamazepine が有効な場合がある¹⁹⁾。

文 献

- 1) Lipowski ZJ: Delirium ; acute confusional states. Oxford University Press, New York, 1990
- 2) World Health Organization: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. 1992
- 3) 根岸協一郎: せん妄の薬物療法. 臨床精神薬理 1: 1021-1028, 1998
- 4) 一瀬邦弘, 土井永史, 中村 満, 他: 痴呆とまぎらわしい病態—せん妄・仮性痴呆—. 精神科治療学 14(増): 37-44, 1999
- 5) 新垣 浩, 田中邦明, 松岡 豊, 他: 高齢者におけるせん妄の治療. 臨床精神薬理 1: 1259-1266, 1998
- 6) 土井永史: asterixis に注目しよう—軽度意識障害の診断の向上のために—. 総合病院精神医誌 10: 60-62, 1998
- 7) 小田原俊成, 小阪憲司: 痴呆を有する患者への対応—薬物療法を中心に—. 臨床精神薬理 3: 117-122, 2000
- 8) 新井平伊: 痴呆老人医療における諸問題と望まれる基本的姿勢. 精神科治療学 14(増): 9-13, 1999
- 9) 加藤伸司, 下垣 光, 小野寺敦志, 他: 改訂版長谷川式簡易知能評価スケール. HDS-R の作成.

- 老年精神医誌 2 : 1339-1347, 1991
- 10) 森 温理 : うつ病. Geriat.Med. 25 : 1147-1150, 1987
- 11) 高橋祥友 : 老年期うつ病. 日本評論社, 東京, 1998
- 12) 小山恵子, 平沢秀人 : 老人の夜間の異常行動-特にREM睡眠行動障害(RBD)について-. 精神科治療学 6 : 1357-1363, 1991
- 13) 青葉安里, 根岸協一郎 : せん妄の薬物療法. 臨床精神医学 19 : 221-227, 1990
- 14) Uchiyama M, Tanaka K, Isse K et al : Efficacy of mianserin on symptoms of delirium in the aged man; open trial study. Prog. Neuro-Psychopharmacol. Psychiatry 20 : 651-656, 1996
- 15) Jacobson SA, Leuchter AF : Delirium. Psychiatric Care in the Nursing Home. P. 57, Oxford University Press, New York, 1996
- 16) Zarate CA Jr, Baldessarini RJ, Siegel AJ et al : Risperidone in the elderly : a pharmacoepidemiologic study. J. Clin. Psychiatry 58 : 311-317, 1997
- 17) 千嶋達夫 : 老年期痴呆の昼夜逆転, 徘徊などの問題行動. 臨床精神薬理 3 : 597-599, 2000
- 18) 山口 登, 宇田川至 : 老年期うつ病の薬物療法-正しい薬物選択と投与量のあり方を中の一-. 臨床精神薬理 1 : 1029-1036, 1998
- 19) 高橋一志, 清水徹男 : レム睡眠行動障害とせん妄. 臨床精神薬理 1 : 1251-1257, 1998

Diagnosis and Treatment of Senile Mental Disorders

Masahito TOMOTAKE, Hiromichi OKABE

Division of Neuropsychiatry, Komatushima Red Cross Hospital

In an aging society such as today, mental disorders in the old age is becoming more serious social problem than ever. In the old age, abnormal behaviors such as fugue, foul deed, abnormal eating behavior, hallucination and delusion, agitation and violence, sexually deviated behavior and suicidal attempt are often recognized and, in the background of these abnormal behaviors, organic brain diseases, aggravation of physical conditions and functional psychosis are present in many cases. In this paper, we outline the points in diagnosis and treatment of organic brain diseases and functional psychosis with emphasis on delirium, dementia and depression, which are typical pathologies often encountered in every practice, in the process of differential diagnosis starting with examination of presence or absence of disturbance of consciousness when we meet an old person who show abnormal behaviors. In case senile mental disorders are considered, it is important to diagnosis keeping the phenomenon of aging in mind all the time as well as considering that factors including physical conditions, decline of mental faculties and changes in social conditions are linked complicatedly to form symptoms.

Key words : senile mental disorder, delirium, dementia, depression, treatment

Komatushima Red Cross Hospital Medical Journal 6 : 122-128, 2001
