

■セミナー

老年期痴呆の臨床的構造

室 伏 君 士*

はじめに

老年期痴呆患者への医学・医療的接近には、次の三つに対する方向が問題になる。

1. 病気——老年期痴呆性疾患の原因の解明と、それにもとづく治療、特に薬物療法。
2. 症状——痴呆症候群の臨床像と病因との関係、その発現機序をわきまえた治療、特にリハビリテーション。
3. 人間——痴呆性老人の日常生活における障害のあり方の把握と、その心理機序に沿った ADL の改善や QOL の向上などのメンタルケア。

神経心理学の対象は、上述の痴呆症候群に対するものが主である。この痴呆の臨床構造には、複雑な痴呆の質的特徴（臨床類型）（室伏ら、1988）、それによる臨床・病理の相関、治療により動く要因（標的）、必要な治療的接近の手段、痴呆の経過や予後の要因などが含まれている。

痴呆の構造

これは大きく三つのレベルに分けられる（表1）。

1. 人格の知的面の障害（知的人格障害）

これは高等な精神機能の、統御の衰退といえる。統御（manage, rule）とは、全体を自分の思う通りに動かし、あるいは支配する力を一手にもつことで、知的能力を supervise するものともいえる。この障害は Alzheimer 型老

年痴呆に最もよくみられる。特殊には Pick 病に認める。

ここでまず気付かれるのは、その人が長年にわたり磨き獲得した個性的（personal）な精神特徴、つまり知性（intellect）が衰退してくることである。これはその人の持ち味となっている繊細な感情、道徳的態度、対人関係の配慮、情熱的あるいは冷静な関心や努力などで、その人の態度となっている特性の変化である。

このような中で、その人のものとなった（人格化した）個性的な感じ方や考え方や判断などの、理性（reason）の衰退も目立ってくる。これは Zutt（1964）のいう内省能力（Reflexionsvermögen）の減弱で、次の項で述べる彼の知的作業能力と合わせて、この二つは古くから狭義の痴呆といわれるもので、誰もが痴呆の定義として妥当と考えるものである。

これに関連して、身近な人でなくても誰にでも気付かれてくるのは、「老人性物忘れの悪性型（Kral）」である。これは加齢すると通常現われる単なる名称の度忘れや置き忘れなどの「良性型」の、年相応の生理的物忘れと異なっている。その悪性型の特徴は、自分が経験したという事実まで忘却し、それを教え示されてもわからず、当然知っているべきなじみの事まで忘れ、例えば知人から家族忘れ、はては自分忘れ、また忘れる自分に無自覚になっていく。これらは日常生活の習慣的行為（例えば料理、買物、対談、約束、仕事など）や学習や行動などに、脱落、錯誤、同じことの繰り返し、不能な

Clinical Structure of the Dementia in Elderly.

* 国立療養所菊池病院, Kunshi Murofushi : National Kikuchi Hospital

表1 痴呆の構造

<p>I. 高等な精神機能の<u>統御</u>の衰退 「知的性格障害」</p>	<p>磨き獲得された個性的精神特徴 (知性)(繊細な感情反応, 道徳的 態度, 趣味など) 人格化した(自分のものとなっ た)知的能力</p> <p>内省能力</p> <p>— 自覚, 生活史記憶, 自己見当 識 — 反省, 洞察, 関連, 比較, 批 判, 予測, 計画</p>	<p>痴呆 (狭義) Zutt</p> <p>↑</p> <p>↓</p>
<p>II. 知的手段の精神神経機序の <u>統合</u>の解体 「知的道具障害」</p>	<p>↓</p> <p>知的実行能力</p> <p>知的作業能力</p> <p>了解(認識)—思考—判断—表 現(言語・行為) (失語, 失行, 失認, 計算や 定位障害など)</p> <p>↑要素的知的能力 記銘, 注意集中, 発動性, 志 向, 認知など</p>	
<p>III. 知的存在を規定する生物学的 基盤の神経機構の<u>統制</u>の障害 (不全~鈍麻) 過多~寡少の極化傾向のなか での不安定・動揺~調整 不能(不随意, 失禁) 「人柄の本態変化」</p>	<p>↑</p> <p>生物学的基礎機能 意識・覚醒性, 情動・欲動, 発語・運動性など</p> <p>— 運動・精神活動の衝動・欲動性~不随意~遅鈍 — 感情の多幸~不安定(情動失禁)~呆然 — 行動の脱抑制~強迫, 常同~硬直</p>	

どの低質行為となって表わされる。いずれも自分のものとなったものの障害で、従来のその人の能力と違ってと把握される。陰性症状を主とする単純痴呆型と称されている。

この種のものの中で、特殊なものに老年性コルサコフ症候群を示すものがある。その内容としては、著明な近時記憶障害もあるが、特徴は再成の障害で、広範な逆行性生活史健忘であり、これは年齢逆行(若返り)や家族誤認・否認を伴ったりする。また誤見当(Falschorientierung)で、これは日時、場所、状況の自己の把握ができない失見当だけでなく、誤認による虚構的加工があり、例えば長く入院しているのに病院とわからず、お寺、学校、宿屋と思ったりする。さらに会話性の当意即答的あるいは常同的な当惑作話や創造作話がある。

これらを通してこのコルサコフ症候群は、その人に関するエピソード記憶が前景にあるが、これは単に記憶障害によるもののみでなく、誤認や虚構化が目立ち、背景に認知や判断などの独特な障害もあって、痴呆がらみのものである。これはむしろ意識障害がらみの健忘症候群とは、相異なるものである(Liebaladt, G. P. et al., 1971)。またこの症候群には、人格の自我解体の初期像が含まれたりしていることも見逃せない。

これらの症候群が進展し固定すると、長年の健忘期間中に得た知的体験や知識も脱落するので、意味記憶の障害もあって、比較、因果・関連づけ、疑問、反省、批判、判断、予測、計画などをすることが、困難・不能となる。これは痴呆として把握されるもので、健忘型痴呆

(Scheller, H., 1965)あるいはコルサコフ痴呆型(室伏, 1985)と称されるものである。この際には異常行動や精神症状などの陽性症状を併せもつことが多く、複合型痴呆と称されている。

しかしわれわれが問題にするのは、それらの単なる症状よりも、むしろこの症候群をもった患者の示す態度である。この種の人には活力もあり、昔からの習慣的・日常的な手順記憶的な行為は、多少の間違いはあっても、かなり自然に流暢にこなしている。日常の生き方としては悩まず、むしろ屈託がなく、病識がないといえる。体験的時間把握も悪いので、一貫した連続的な生活や自分がなく、常にその狭い刹那に生きて、横断面的存在様式といえる(室伏, 1987)。それだけに「今」を肯定して大切にしようとする必要があり、ケアのうえで重視される。

また自分の残存するわずかなものに対しては、固執や常同的であっても、忘れたりわからなくなったことに対しては、白紙のように消えて抛りどころとなる自分が希弱化している。したがって被影響性が高く、刺激は簡単に受け入れてその気になり、態度としてはむしろ同調・迎合的な傾向が目立つ。あるいはその反面には、応じられないことに対しては、わずかな自分なりのことを不適當ながらも答えたり主張して、もっともらしい対応をすることが目立ったりする。さらには、あっさり知りませんとか忘れましと回避したり、作話をもって切り抜けたりして、自分の生き方に破綻をきたさないような応待が、態度として身についたりしている。これをしつこく追及したり、間違いを矯正し続けていくと、困惑や混乱のもとに、自分の生き方を失わせて痴呆化の促進に加担するので注意する必要がある。

このような患者で特に指摘しておく現象は、彼らは忘れたりわからなくなったものに対して、二つの態度がとられることである(室伏, 1987; 室伏ら, 1988)。その1つは未知化(jamais connu)で、身内のものでも常に接触がないと、次第に全く知らない初めてのものになってしまうことである。例えば入院して娘の面会(心的距離)が遠のくと、年齢の若返りと

ともに、娘を妹、姪、知人、ついには他人にしてしまったりする。第2のものはこの逆で、既知化(déjà connu)ということで、他人でも常に一緒になじんで暮らしていると、以前からよく知っていたものにしてしまうことである。これは神経心理学的にいえば、未知・既知の相貌認知の障害ともいえる。例えば入院して毎日同じテーブルを囲んで暮らしていると、そのなじみの仲間の老女たちを、あによめ、いとこ、小学校の同級生、幼なじみなどに誤認して思い込んでいく。男女の場合は夫婦と信じ込むのも同じである。これらは親近感や同類感で結ばれているなじみ関係なので、安心、安定、安住がはかられて、異常行動や精神症状は緩和され、生き生きと活発に暮らしていき、ケアの重要な抛りどころとなる。

以上述べたこのレベルのものは、いわば前頭葉性のものが関与している部分も多く、その人格態度は間違っても当り前のこととして表わされ、もっともらしい対応をして内省能力が悪い。総じて、人格化した個性的な、特に生活史に関するエピソード記憶、自覚、自律性などの障害といえる。

2. 知的作業能力の障害

知的実行能力の予備・前提条件ともなる記銘、認知、志向性、精神発動性などの要素的な精神活動をもとにして、了解(認識)―判断―表現(言語・動作化)などの知的機能を、知的行為として統合する精神神経機構の解体によるものである。統合とは、機能を高めるために二つ以上のものを合わせて、一つのみとまりあるものにすることである。この実用的な認識、言語、行為とする働きは、知的手段として実行する道具障害(Werkzeugstörung)に属する。失語、失行、失認、計算や定位づけの障害など、各種の脳局在性の神経心理学的症状が含まれている。このような場合はまだらな知的衰退を示すことが多く、Henry Ey はまだら痴呆について、錯乱性要素の混入(悩むこと)、精神的基礎の障害(態度の問題)、道具障害の混在により、特徴づけられるという(Ey, H. et al., 1978)。

これに関係して、このようなまだら痴呆の老人患者ではその対応の際に、明確に答え、訴え、説明を出そうとする向きや努力はあるが、円滑に出なく、つまったり、意のままに出しえない不自由さ、固執あるいは強迫的な繰り返し、意に反したようなつかえ、何とか出そうとする試みや、あるいはどう出したらよいかわからない戸惑いやたじろぎ、慎重さを欠いて迸り出る思いつき、焦って断片的に出す不統一さ、ときには別途の内容になってしまい、しばしば困惑や混乱が認められる。しかしそれが続くうちに、馴れもあるが呆けもあって、多幸化のなかで問題にしない無頓着さになってくるものもあって、痴呆が顕現化する。このような傾向は、失語、失行、失認などの人に最も典型的に認められる。しかし道具障害のそうはっきりしない血管性痴呆の老人の日常の言動にも、多少ともこれに類した傾向が認められ、ケアで留意を要する。

また人格の芯が保たれているというのもその一端で、人に対する構え(態度)(Personlichkeitsfassad)の問題である。他人に対しては人を見て、人を選び、人みしりがあり、頼れるものへの接近、依存、独占などが認められる。そして対人態度のなかに、よい感情反応、関心注目、応答の向き、礼節、手ごたえなどが、多少にかかわらずあったりする。また自分に対しては、自己をわきまえ悩んだり、多少とも自分への態度をもっていたりする。これらは頑固でしっかりした主張的のものから、静かに穏やかに人を見守っているような受身のものまでである。これらの人格の芯の片鱗は、病前性格の名残りやその尖鋭化の多少の範囲にとどまるものである。われわれはその人の人格を避けて通れず、まともな対応の必要を感じさせ、ばかにしたりできないものである。

このような道具型(chrestic type)(de Boor, H., 1951)のまだら痴呆は、血管性痴呆に多くみられるが、また初老期アルツハイマー病の中期頃までにも認められ、しかしこの際には痴呆の姿としては、より全般的である。ところでアルツハイマー型老年痴呆では、融合して不明瞭

な道具障害性のものが、soft sign として認められることもあるが、global な痴呆の姿が前景化しているのが普通である。数カ月間一時的にややまれにあるのは、鏡現象、(類)人形現象である。また失語では超皮質性で流暢性のもの、失行では観念性で、意味性で錯誤行為的なもの、失認でも意味把握の困難などの傾向のものが、多いといえる。前記の老年性コルサコフ症候群も一種の道具障害とも考えられ、かつて Van der Horst (1932) がこの状態像を、これは全般的痴呆でなく、特殊な機能(彼によると時間把握)の障害されたまだら痴呆と称したことも想起される。しかし長く観察していると、全般的痴呆化に帰結するものが少なくない。

3. 知的に關与する要素的な基礎機能の統制の障害(調整障害)

統制(control, regulation)とは、てんでんばらばらになりがちなものをつまとめることで、したがって調整障害といえることができる。

これには意識・覚醒性、情動・欲動や精神運動の発動性などの基礎機能の、調整不能(不随意、自制不能すなわち失禁など)が問題になる。その表われ方は、量的には過多(hyper)と寡少(hypo)の極化傾向のなかで、不安定となりあるいは動揺するものから、はては強直、鈍麻するものまでである。特に注目されるのは、運動性も精神活動性も共調しながら障害されたりすることである。これらの精神と神経の活動性の相関は、錐体外路疾患やいわゆる皮質下性痴呆において、注意深い臨床家ならすぐ気づくことである(例えばアテトーゼ、舞蹈病、パーキンソン症候群など)。そこでは不随意性と過多と過少の運動障害と、覚醒・意識性の変化や情動・企図性などの精神活動との、同調的あるいは相互影響的な密接な関連が認められる。

ここでは知的活動についてみても、情動・欲動的に衝動性となって露呈化したり、不随意性に表出されたり、ついには緩徐・遅鈍となること、また感情面でも多幸から感情不安定で情動失禁となったり、ついには呆然となることが認められる。さらに行動面では、無抑制・欲求的

表2 通過症候群 (Durchgangssyndrom : Wieck)

軽 度	精神機能の減弱 (自分の身体や周囲の人へも関心が減少, 感情の乏しさ, 記憶力の減退) (神経学的脱落症状や自律神経症状などのための背景化)
中 等 度	行動や精神活動が遅くなり, 情緒反応の低下, 適応行為の困難, ときに記憶障害や思考障害が前景に出たりする。 これは経験の乏しいものには, 痴呆と誤認される。 感情障害: 願望や不安が反映, 平板な多幸や意気消沈, 感情不安定の持続, 著明な動揺が特徴的。 異常精神症状: 幻覚・妄想, 攻撃・興奮などがあり, 意識障害がらみあるいは残遺性で, これらにまきこまれている。 対人関係障害: 粗野ななれなれしさ, 過度の接近的態度, おせっかい, 羞恥心がなく, 執拗で, 自他をあまり考慮せず, 荒唐無稽な脱線行為。
重 度	健忘症候群 うつろな鈍い不安, 感情の貧困化・鈍麻・拒絶傾向あるいは無関心, 疎通困難

で接近・接触過多になったり, 逆に寡黙・離脱的で疎通困難になったりする。あるいは意志に反して不随意にそうせずにはいられない強迫傾向 (泣き, 笑いなど) や, それらにとらわれて固定したように繰り返す常同性, ついには融通もきかず硬くじっと固着した状態 (強直 Starreheit) などとなる。これらを知的観点からみると, 人柄の本態変化 (Wesensänderung) による表われと認められたりする。この種のもの, 痴呆の前段階として把握する人もあるが, 必ずしも痴呆に移行せず, これのみを残遺状態として残すものもある。

これらは血管性痴呆や初老期アルツハイマー病に見られるが, また錐体外路疾患でもその障害部位により, 多少ともまだら様相をもった特徴を, 各疾患により異にしてもつ痴呆様状態を示したりする。これはいわゆる皮質下性痴呆と称せられているものであるが, 広くは間脳・視床性精神症候群ともいえる。

これらの少なからざるものは, Wieck(1976)のいう機能精神病 (Funktionspsychose) で, これは精神科で心因・内因性のものを機能性精神病 (funktionelle Psychose) というのと異なるものである。それは脳障害での脳機能低下による各種の精神症状をさしている。これは可逆性症候群としては, 意識障害と通過症候群 (Durchgangssyndrom) が含まれている (表

2)。このうち特に後者の中等度通過症候群について, Wieck は経験のないものは痴呆と誤認するというが, これは可逆性で回復するのが普通である。例えば急性脳血管障害で意識障害が回復したあとに, 治るまでに表わす種々の精神神経症状をさしている。現在の薬物治療で動く範囲は, まさにこの通過症候群が主であり, また治療しうる痴呆 (treatable dementia) と称されているものも, 原因は各種あろうとも示す症状は, これに相当するものが極めて多いことを指摘しておく。つまり治療により動かさる要因や, 薬物療法の実際的な標的は, この精神神経機構の調整障害による範囲にあるといえる。またここでは, その障害による行動や感情反応のあり方をよくわきまえた精神科看護のケアが, 極めて有用であることを付言しておく。

ところで上に記した皮質下性痴呆は, 前頭葉機能とも連絡的に関係をもっているが, その純粋のものは, それぞれ似て異なる特徴もある。前頭葉性のものは, 先に述べたように自分のものとしての意図的—合目的的—巧みさの障害, 自発性 (自己の意識性, 個性的な興味や関心, 主体性・自律性など) の障害がある (弟子丸ら, 1982)。また状況に関係をもち (situationsabhängig) 外にひかれ, 思慮なくもてあそばれるように応じるところがあったりして

表3 痴呆に關与する要因

高等な精神機能の統御 (前頭葉性)	基礎的な神経精神機能の調整 (間脳視床性)
<p>知能の前提条件 (注意, 関心, 努力, 教養, 知識など)</p> <p>個人的な精神特徴 (個性的, 自覚的)</p> <p>振舞として (意図的, 情緒的行動)</p> <p>態度として (その人のものとして, 自分なり, 適切に)</p> <p>人間的 (situationsabhängig)</p> <p>表現 (状況に対し, 内なる精神内容の表われ)</p> <p>脱抑制 (人間的な活動性の脱分化, 脱個性の方向の障害) として</p> <p>質的 (適応的, 個性的)</p> <p>人格的 (その人のものとなったものとして)</p>	<p>知的機能の基礎条件 (意識・覚醒性, 情動・欲動の発動性など)</p> <p>共通の神経活動性 (随・不随意的, 興奮~抑制)</p> <p>運動 (動き) として (情動・衝動的)</p> <p>単なる方向として (興奮~抑制)</p> <p>生物学的 (reizabhängig)</p> <p>出現 (精神運動活動→刺激反応性や自生的)</p> <p>無抑制 (生物学的な発動性と方向の障害) として</p> <p>量的 (過多~寡少)</p> <p>生物的 (基礎的な活動性, エネルギーとして)</p>

知的適應の障害 (特定の脳皮質・髓質性)

課題に対して, 上記の兩者のもとに, 主体性をもって企図, 選択しながら,

意味 (理解, 認識) にそって, 表現 (言語・動作化) する統合の障害

目的にそった的確さ, 適度さ。(situationsanpassend, reizanpassend)

形式: 集中 (志向性), 持続 (一貫性), 流暢 (流動性), 秩序 (統一性)

思考過程: 内容と形式

内容一特に抽象的の障害 (健忘もあり, 関連, 比較, 洞察, 反省, 批判, 推測などの障害)

知的手段としての道具障害の問題

(Fremderregbarkeit), 与えられた外的状況の方向にそのまま単軌性 eingleisig に反応して, ひきずられる態度があったりする (Störning, G. F., 1965) (表3)。

これに比して間脳・視床性のもは, 不随意性というところに特徴があり, その機能性の特有な束縛や暴発を示して, 全人格が単純な刺激に欲動・情動の発動性の方向に, じかに引っぱられて (reizabhängig), とりこになる。これはその基盤にある内なる生物学的基礎機能の活動性亢進に押し流されるように, 促迫的・自生的 (dranghaft-autochthon) に起こり, あるいはその動きが滞って固着したりする。したがって, Schneider のいう意識した人間 (bewufter Menschen) でなくなる。しかし欲動・情動興奮が緩和されると, 思慮能力を再びもつようになる。このような状態が病期の後半期まで持続すると, なかには一方の陰性の極の寡少・抑止・緩徐・遲鈍化の方向に固定して, 痴呆様状態 (皮質下性痴呆) を示すものが一部にはあったりする。前半期の回復する通過症候群

を, Benson は treatable dementia とし, 後半期の固着しマイルドな痴呆様状態を示すものを, Albert が皮質下性痴呆に入れたようにも思われる。

おわりに

痴呆に対する現在の臨床の実際では, その診断基準とテスト・スケール化が盛んで, 痴呆の神経心理学的追究は忘れられがちになっている。これをひと昔のように回復させる必要があり, 上に記したように痴呆の臨床像の構造を略述した。今後は新しい神経科学の裏付けをもった追求が期待される。

(本論文の詳細は, 第12回日本神経心理学会総会のセミナーで発表した。)

文 献

- 1) de Boor, H.: Organische Wesensänderungen. Fsch. Neurol. Psychiat., 19; 147—178, 1951.
- 2) 弟子丸元紀, 小笠原嘉祐, 室伏君士: 前頭葉傷害を伴う重症脳傷害児の状態像について. 精神

- 医学, 24 ; 949—957, 1982.
- 3) Ey, H., Bernard, P. et Eriseet, H. : Manual de Psychiatrie. Masson et Cie, 1978.
 - 4) Liebaltd, G. P. u. Scheller, H. : Amnestisches Syndrom und Korsakow-Syndrom—zwei auch anatomisch-lokalisatorisch unterscheidbare Syndrome? *Nervenarzt*, 42 ; 402—413, 1971.
 - 5) 室伏君士, 田中良憲, 後藤基卿 : コルサコフ型老年痴呆の臨床像, *臨床精神医学*, 14 ; 1155—1163, 1985.
 - 6) 室伏君士編 : 老年期精神障害の臨床. 金剛出版, 東京, 1987.
 - 7) 室伏君士, 田中良憲, 後藤基卿 : 老年期痴呆の構造と臨床類型. *精神医学*, 30 ; 732—738, 848—855, 1988.
 - 8) Scheller, H. : Ueber den Bagriff der Demenz und unterscheidbare klinischer Formen von Demenzen. *Nervenarzt*, 36 ; 1—7, 1965.
 - 9) Störning, G. F. : Ueber personale Eingleisigkeit als hirnorganische Erscheinung. (Ein Beitrag zu diencephal-thalamischen, frontalen und apallischen Syndrom.) *Akt. Fragen. Psychiat. Neurol.*, 2 ; 182—197, 1965.
 - 10) Van der Horst, L. : Ueber die Psychologie der Korsakow-syndroms. *Mschr. Psychiat. Neurol.*, 83 ; 65—84, 1932.
 - 11) Wieck, H. H. : Lehrbuch der Psychiatrie. F. K. Schattauer-Verlag, Stuttgart, 1976.
 - 12) Zutt, J. : Was lehren uns die Demenzzustände über die menschliche Intelligenz? *Nervenarzt*, 35 ; 1—5, 1964.