

1. 高齢者の気分障害

井藤 佳恵 栗田 圭一

要約 高齢者の精神疾患のなかで、気分障害は認知症とならんで頻度が高い。

近年、気分障害の概念は拡大傾向にあり、臨床の間では多少の混乱がみられることから、まずは気分障害とはどのような病態を指すのかを整理する必要があるだろう。

そのうえで、老年期の気分障害は、若年期の気分障害とは異なる特徴をもつことを理解し、適切な診断と治療を行う必要がある。

Key words : 老年期, うつ病, 双極性障害, 躁病, 躁状態

(日老医誌 2012; 49: 534-540)

はじめに～気分障害の疾患概念

現在、臨床場面では、DSM-IV-TR, ICD-10による操作的診断と、従来診断とが入りまじっている感があり、一方で「新型うつ病」「双極スペクトラム」などにみられるように気分障害の概念が拡大し、気分障害の概念が混乱している印象を受ける。

気分障害の概念は、社会背景の影響をも受けながら、時代と共に変遷している。国際疾病分類ICD-10によれば、気分障害における基本障害とは「気分あるいは感情の変化であり、ふつう抑うつへ変化したり（不安をともなうことも、ともなわないこともある）、あるいは高揚へ変化したりする。この気分の変化は、通常全般的な活動性の変化をともない、その他の症状は多くがその変化から二次的に生じたものか、あるいはそれとの関連性が容易に理解できるものである」とされる。歴史的には、気分障害の概念とはどういったものであったのか、まずは簡単に追ってみることにする。

気分障害の最初の記載は古代ギリシアにまでさかのぼる。Hippocrates (BC460~370)は、精神疾患をメランコリー、マニー、パラノイアに分類した。その後、ローマ時代にAretaeus of Cappadocia (AD 1世紀)が、「メランコリーはマニアの始まりであり、一部である」と記している。Aretaeusによる、マニーとメランコリーを

ひとつの疾患の異なる病期ととらえるこの記載が、双極性障害の概念の誕生であるとされる¹⁾。

19世紀半ばになると、単一精神病論が登場した。これはZeller (1804~1877), Neumann (1814~1884), Griesinger (1817~1868)らが提唱した概念で、「精神病はただ1つの疾患であり、疾患の進行段階によって異なる病像を呈するに過ぎない」とする。ZellerとGriesingerは、精神障害に(第1期)うつ状態、(第2期)躁状態、(第3期)妄想症、(第4期)認知症の4段階を区別し、第3期以降に進むと疾患の予後が不良になると考えた。

単一精神病論に対して、Klepelin (1856~1926)は、躁うつ病と早発性痴呆(統合失調症)は異なる疾患であるとして疾患単位を唱え、ここに躁うつ病の疾患概念が確立した。統合失調症と躁うつ病を2大精神病として、精神病性障害と気分障害を大別するKlepelinの分類は、DSM-IV-TRに至るまで大きな影響を及ぼしている。単極うつ病と双極性障害の区別は、Leonhard (1904~1988)による。

現在、症候学的観点からのみならず、分子生物学的研究において統合失調症と双極性障害に共通する遺伝子異常が同定されていることなどを背景として²⁾、気分障害と統合失調症を連続したスペクトラムとしてとらえる考え方が見直されている(図1³⁾)。

ICD-10およびDSM-IV-TRの気分障害の分類を表1、表2に示す。現在、気分障害の概念は、従来であれば統合失調症、人格障害、不安障害、物質関連障害などに含まれていた病態も含有し、著しく拡大している。本稿ではこのうち、うつ病性障害と双極性障害について述べる

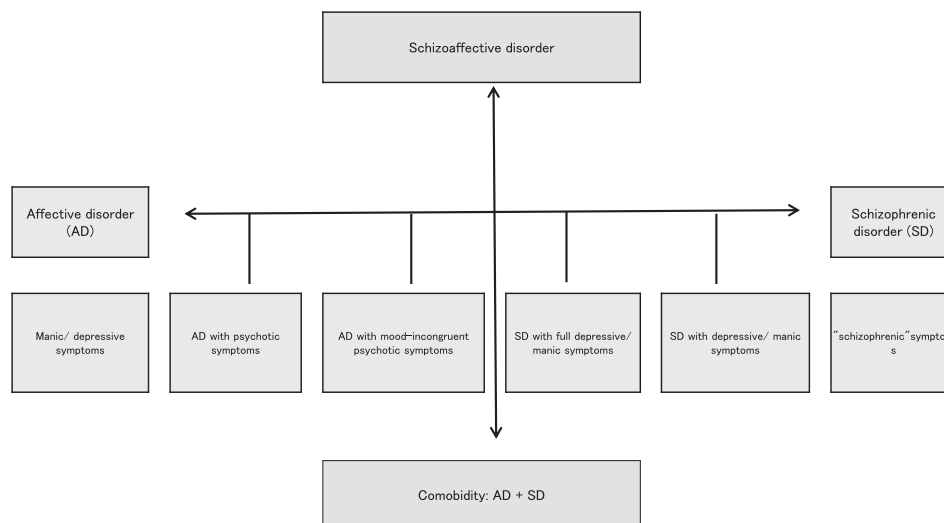


図1 The extended transition between affective and schizophrenia disorders. Moller H et al. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 258 (Suppl 2) : 48-73, 2008

表1 ICD-10 気分（感情）障害

F30	躁病エピソード
F31	双極性感情障害
F32	うつ病エピソード
F33	反復性うつ病性障害
F34	持続性気分（感情）障害
F38	他の気分（感情）障害
F39	特定不能の気分（感情）障害

ICD-10 精神および行動の障害 臨床記述と診断ガイドライン World Health Organization 融道男ら監訳 医学書院 1993

DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引き American Psychiatric Association 高橋三郎ら訳 医学書院 2002

表2 DSM-IV-TR 気分障害

うつ病性障害	
296.xx	大うつ病性障害
300.40	気分変調性障害
311.00	特定不能のうつ病性障害
双極性障害	
296.xx	双極I型障害
296.89	双極II型障害
301.13	気分循環性障害
296.80	特定不能の双極性障害
他の気分障害	
293.83	一般身体疾患による気分障害
	物質誘発性気分障害
296.90	特定不能の気分障害
309.00	適応障害, 抑うつ気分を伴うもの

ICD-10 精神および行動の障害 臨床記述と診断ガイドライン World Health Organization 融道男ら監訳 医学書院 1993

DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引き American Psychiatric Association 高橋三郎ら訳 医学書院 2002

ことにする。

気分障害の疫学

高齢者の精神疾患のなかで、気分障害は認知症とならんで頻度が高い。国内外の疫学調査によれば、認知症の有病率は現在65歳以上高齢者の8%程度⁴⁾。気分障害については、高齢者の1.8%に大うつ病、9.8%に小うつ病、13.5%に臨床的に明らかな抑うつ状態が認められる⁵⁾と報告されている。

しかし、高齢者は若年者にくらべて気分障害の有病率が高いのかという点については、未だ一致した結論をみない。うつ病に関しては、老年期のうつ病有病率がほかの年代に比べて高いという報告があるが⁶⁾⁷⁾、高くはないと

いう報告もある。全体としては、老年期に、大うつ病の頻度は低くなる可能性があるが、抑うつ症状の頻度は高くなることが示唆される⁵⁾。

躁状態についても、高齢者では反応性の躁状態が比較的容易に出現しやすいことが知られているが、高齢初発の躁病の有病率については、加齢に伴い発症率が上昇するという報告^{8)~10)}、低下するという報告¹¹⁾のどちらもあり、結論は出ていない。

表3 DSM-IV-TR うつ病エピソード診断基準

- A 以下のうち、5つ（またはそれ以上）が同じ2週間の間に存在し、病前に機能から変化を起している。これらの症状のうち少なくとも1つは、①抑うつ気分、あるいは②興味または喜びの喪失である。
- ①抑うつ気分
 - ②興味・喜びの喪失
 - ③食欲減退/増加
 - ④睡眠障害
 - ⑤制止/尚早
 - ⑥易疲労感・気力減退
 - ⑦無価値感・罪責感
 - ⑧思考力・集中力低下
 - ⑨自殺念慮
- B 症状は混合性エピソードの基準を満たさない
- C 症状は、臨床的に著しい苦痛、または社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の障害を引き起している。
- D 症状は、物質（例：乱用薬物、投薬）の直接的な生理作用、または一般身体疾患（例：甲状腺機能低下症）によるものではない。
- E 症状は死別反応ではうまく説明されない。すなわち、愛する者を失った後、症状が2か月を超えて続くか、または、著名な機能不全、無価値感への病的なとらわれ、自殺念慮、精神病性の症状、精神運動制止があることで特徴づけられる。

DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引き

American Psychiatric Association 高橋三郎ら訳 医学書院 2002

症 状

①うつ病性障害

プライマリケア医を受診する高齢者の10%程度にうつ病がみとめられると報告されている¹²⁾。

DSM-IV-TR、ICD-10では、年齢による診断基準の区別はないが（表3）、老年期のうつ病は、他の年代のうつ病とは異なる特徴を有することが指摘されている。臨床症状としては、焦燥感が強いこと、心気傾向を示すことが多いこと、遷延しやすいこと、妄想形成（貧困妄想、心気妄想、罪業妄想、迫害妄想）がみられやすいことなどが特徴としてあげられる。また、背景因子としては、脳の器質的変化、慢性疾患の合併、社会的役割の喪失や配偶者との死別などの喪失体験が重なること、経済的基盤の脆弱化、社会的孤立など、高齢者が抱えやすい状況がある。

こうした因子は、老年期うつ病のリスク因子¹³⁾¹⁴⁾であると同時に、老年期特有の生物的一心理的—社会的要因でもあるために、正常な老化過程¹⁵⁾、あるいは死別反応と解釈され、うつ病が過少診断される傾向がある。あるいは、慢性疾患や疼痛の存在、認知機能障害やアルコール乱用の存在が、診断と治療を困難にする場合をしばしば経験する。未治療の老年期うつ病は、認知機能障害、身体合併症、死亡等のリスクを高めるため、適切な診察でと診断をすることが重要である。

②双極性障害・躁状態

DSM-IV-TRの躁病エピソードの診断基準を（表4）に示す。

躁病エピソードでは、病気と認識されないまま、金遣いの荒さ、無謀な投資、尊大な態度や攻撃性などから、公私にわたる生活と人間関係が破綻することがある。病状が悪化しているにも関わらず、周囲の人々との軋轢のなかで必要な援助を得られなくなっていくことがあり、早急な対応が必要である。

高齢者の躁状態の特徴として、感染症、代謝性障害、内分泌異常などの身体疾患、抗うつ薬、レボドパ、降圧薬、H2プロロッカーなどの薬剤、頭部外傷、環境要因などによって惹起される二次性躁病が多いこと、躁状態がしばしばせん妄や認知症の症状に似ること、被害妄想を形成しやすいことなどが挙げられる。

治 療

抑うつ状態で受診した患者を診察したとき、単極性障害であるのか、双極性障害であるのかを診断することがまず重要である。

現在のエピソードが抑うつエピソードである場合には、こちらから聞き出さなければ軽躁・躁病エピソードが聴取できないことがしばしばある。特に、もともと発揚性格である場合、本人も家族も、軽躁エピソードを病的な状態とはとらえていないことが多いため、丁寧な問診が必要である。また、軽躁・躁病相の発症前の双極性

表4 DSM-IV-TR 躁病エピソード診断基準

A	気分が異常かつ持続的に高揚し、開放的で、またはいらだたしい、いつもとは異なった期間が、すくなくとも1週間持続する（入院治療が必要な場合はいかなる期間でもよい）。
B	気分障害の期間中、以下の症状のうち3つ（またはそれ以上）が持続しており、（気分が単にいらだたしい場合は4つ）、はっきりと認められる程度に存在している。 (1) 自尊心の肥大、または誇大 (2) 睡眠要求の減少 (3) 普段より多弁であるか、喋り続けようとする心迫 (4) 観念奔逸、またはいくつもの考えが競い合っているという主観的な体験 (5) 注意散漫 (6) 目標指向性の活動の増加、または精神運動性の焦燥 (7) まずい結果になる可能性が高い快楽的活動に熱中すること
C	症状は混合性エピソードの基準を満たさない
D	気分の障害は、職業的機能や日常の社会活動または他者との人間関係に著しい障害を起こすほど、または自己または他者を傷つけるのを防ぐために入院が必要であるほど重篤であるか、または精神病性の特徴が存在する。

DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引き

American Psychiatric Association 高橋三郎ら訳 医学書院 2002

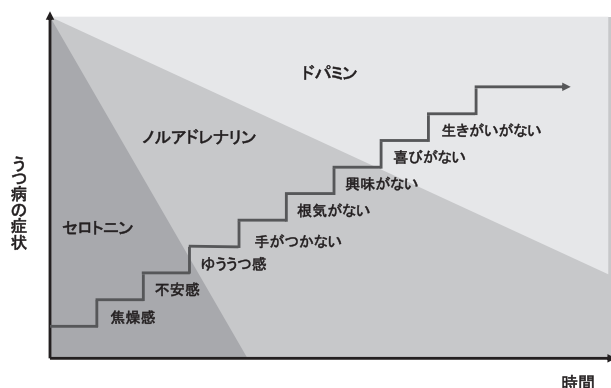


図2 うつ病の症状が消失していく順序と3種のモノアミンの関与

白川治：うつ病—最前線 薬物療法の実際 Clinical Neuroscience, 22 (2) : 202-207, 2004 より改変

障害である可能性もある。大うつ病の約10%、難治性大うつ病の約29~38%が診断未確定の双極性障害¹⁶⁾であるとされ、抑うつ状態であっても双極性障害である可能性を念頭に置いて治療に臨む必要がある。双極性うつ病に抗うつ薬を用いた場合、躁転あるいは急速交代化のリスクがあり、特に治療初期、増薬期には注意深い病状の観察が必要である。

①うつ病性障害

抗うつ薬による薬物療法は、選択的セロトニン再取り阻害薬 (SSRI) もしくはセロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬 (SNRI)、NaSSA (ノルアドレナリン・セロトニン作動性抗うつ薬) を少量・単剤から開始し、副作用と効果をみながら漸増していく。

高齢者に対する抗うつ薬の効果を検討した29のRCT

のレビュー¹⁷⁾では、SSRIとTCAsで効果の差異はなく、副作用による服薬中断は、SSRIに比べてTCAsの方が多かったと報告している。

抗うつ薬の効果発現にはある程度の期間を要する。抑うつ症状が消失していく順序が考えられており (図2)、不安、焦燥の軽減を初期の治療目標としながら、十分量の抗うつ薬の投与開始から概ね1カ月以上治療した後に効果判定を行う。また、症状が改善してきたときに減薬せず、維持することも大切である (図3)。

老年期のうつ病は遷延し、難治であることが多い。完全寛解にいたるのは30%¹⁸⁾、不安や睡眠障害などの症状が残存する場合には再燃までの期間が短いことが報告されている¹⁹⁾。また、老年期のうつ病では、認知機能障害が認められる場合も少なくない。抗うつ薬による治療を長期にわたって継続することで、認知症への移行率が低下するとの報告²⁰⁾がある一方で、SSRIによって認知機能が低下し、さらに、抗うつ薬に反応しない群において認知機能低下傾向がより顕著であるという報告もある²¹⁾。治療効果が得られないまま、漫然と投与を続けることは、こういった観点からも望ましくない。

認知症に合併する抑うつ状態に対する抗うつ薬の効果については、有効であるというエビデンスは乏しく²²⁾、日本神経学会の認知症疾患治療ガイドライン2010によれば、SSRI、SNRI、ドネペジルの投与を考慮しても良いというレベルにとどまる。

抗うつ薬の副作用として重要なものにアクチベーションがある。投与開始初期や増量時に見られる精神症状で、米国FDAは、不安、焦燥、パニック発作、不眠、易刺激性、敵意、攻撃性、衝動性、アカシジア、躁の10の

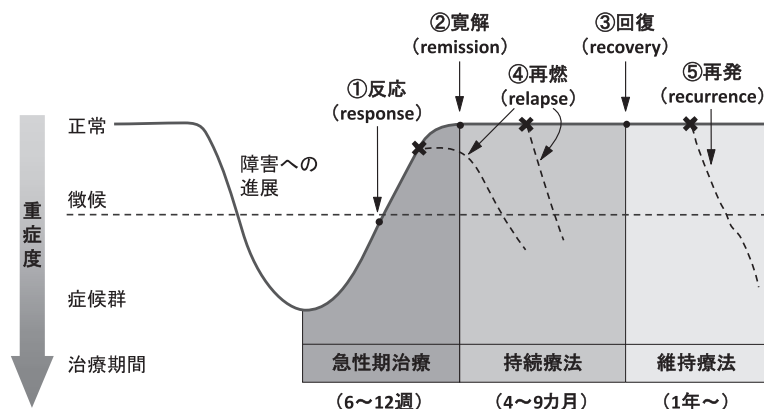


図3 うつ病の経過と薬物療法

大坪 天平:気分障害の薬物治療アルゴリズム 精神科薬物療法研究会編 じほう:3, 2003より改変. AHCPR Publication. CLINICAL PRACTICE GUIDELINE QUICK REFERENCE GUIDE FOR CLINICIANS (5):1~20, 1993

症状を挙げている。うつ病の症状なのか抗うつ薬によるアクチベーションなのか、判断が難しい場合もあるが、抗うつ薬の投与開始初期や増量時に起こりやすいため、このような時期にはとくに注意深く観察し、アクチベーションが疑われる場合には減量、漸減中止などの措置をとることが必要である。

併用薬について、不眠が目立つ場合に、ベンゾジアゼピン系およびその他の睡眠導入剤が処方される傾向にある。日本では、抗不安薬は比較的気軽に処方される印象があり、高齢の患者を診察していると、効果も判然としないまま中年期から20年以上の長期にわたってベンゾジアゼピン系薬剤を処方されているケースも珍しくない。しかし、抗不安薬の長期投与を推奨しているガイドラインはなく、高齢者に関して言えば、「加齢に伴い、中枢神経の感受性が増大し、効果も有害事象も出やすくなる。また代謝能の低下により効果が必要以上に持続するいわゆるハングオーバーをきたしやすく、日中の傾眠をもたらし、いっそうの夜間の不眠やせん妄に陥るリスクが高い。意識レベルの低下、認知機能の低下、ふらつきといった有害事象も多く、なるべく使用すべきではない」²³⁾ことに留意する必要がある。

身体合併症のある患者に抗うつ薬を投与する際の注意点としては、SSRI、TCAsとワルファリンの併用でワルファリンの血中濃度が上昇することが報告されている。

②双極性障害

躁病エピソードに対する薬物療法の第1選択は気分安定薬（リチウム、ラモトリギン、バルプロ酸、カルバマゼピン）である。躁状態が激しく、急速な鎮静を要する

場合には新規抗精神病薬（オランザピン、アリピプラゾールが保険適応）を併用し、症状が安定した後は気分安定薬で維持することが多い。

躁病エピソードの薬物療法として、日本うつ病学会治療ガイドラインI。双極性障害2012では、抗躁作用、再発防止効果から、リチウムを第1選択としている。リチウムでしばしば問題となるのは中毒症状である。血中濃度の測定をきちんと行うとともに、ACE阻害薬やループ利尿薬など、腎臓でのリチウム再吸収促進を促す薬剤や、NSAIDなどリチウムの腎排泄を低下させる薬剤との併用を避けて処方をする必要がある。

双極性うつ病に対する薬物療法として、抗うつ薬は推奨されない。抗うつ薬と気分安定薬との併用についても、エビデンスは十分ではない。保険適応があるのはオランザピンであるが、クエチアピンについても、最近の大規模RCTで有効性が報告されており²⁴⁾、またリチウム²⁵⁾、ラモトリギン²⁶⁾についても、メタアナリシスにより有効性が報告されている。

予後～認知症との関係について

気分障害と認知症の連続性の議論は、最近のトピックスの一つであろう。

うつ病・抑うつ状態と認知症は、しばしば併存し、若年期のうつ病あるいは抑うつ状態が認知症のリスク因子であること、あるいは、抑うつ症状が認知症の初期症状であることが知られている。認知症疾患ごとにとみると、アルツハイマー型認知症では30~50%にうつ病を合併し²⁷⁾、血管性認知症については、うつ病の発症や臨床経過に脳血管障害が関与しているうつ病をvascular de-

pression (脳血管性うつ病)と呼ぶことが提唱され、脳血管性うつ病では、しばしば認知機能低下が認められることが知られている。レビー小体型認知症は、McKeithらの診断基準²⁸⁾によれば、抑うつ症状が本疾患の支持的特徴のひとつである。

従来、うつ病と認知症とはまったく異なる疾患であるとされ、「うつ病性仮性認知症」を認知症と鑑別する必要が強調されていた。しかしながら、近年、「うつ病性仮性認知症」から認知症への移行は2年で12%²⁹⁾、3年で50%³⁰⁾、8年では89%³¹⁾と報告されており、「うつ病性仮性認知症」と認知症を一連のスペクトラムとしてとらえる考え方が広がりつつある。

気分障害の長期予後を追跡した研究は多くはない。Kessingらの長期追跡研究では、21年間の追跡で、認知症への移行頻度は双極性障害、単極性うつ病、統合失調症、神経症の順で高く³²⁾、また、29年間の追跡で、双極性障害と単極性うつ病では、エピソードの回数が多いほど認知症を発症する頻度が高かったと報告されている³³⁾。

おわりに

高齢者の脳機能は身体疾患や薬剤の影響を受けやすく、また、老年期には、気分障害のリスク因子となる生物的一心理的一社会的要因が重なって存在する。治療にあたっては、身体疾患の存在、向精神薬と身体疾患治療薬との相互作用、向精神薬の副作用などを考慮するとともに、エビデンスには乏しいものの、エピソードの引き金となったイベントについて理解する態度や支持的な態度で接することも必要である。また、再発を予防し、患者のQOLをできるだけ保つためには、家族を含めた疾患教育をおこない周囲の人々の理解と協力を得ることなども含め、退院後の生活環境を整えることも重要である。

参考文献

- 1) Marneros A, Goodwin F: Beyond major depression and euphoric mania. In: Bipolar Disorders Mixed States, Rapid-Cycling, and Atypical Forms, Marneros A, Goodwin F (eds), Cambridge University Press, Cambridge, 2005.
- 2) Craddock N, O'Donovan MC, Owen MJ: Psychosis genetics: modeling the relationship between schizophrenia, bipolar disorder, and mixed (or "schizoaffective") psychoses. *Schizophr Bull* 2009; 35: 482-490.
- 3) Moller HJ: Systematic of psychiatric disorders between categorical and dimensional approaches: Kraepelin's dichotomy and beyond. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2008; 258(Suppl 2): 48-73.
- 4) 大塚俊夫: 日本における痴呆性老人数の将来推計. 平成9年1月の「日本の将来推計人口」をもとに. *日精協誌* 2001; 20: 65-69.
- 5) Beekman AT, Copeland JR, Prince MJ: Review of community prevalence of depression in later life. *Br J Psychiatry* 1999; 174: 307-311.
- 6) Romanoski AJ, Folstein MF, Nestadt G, Chahal R, Merchant A, Brown CH, et al: The epidemiology of psychiatrist-ascertained depression and DSM-III depressive disorders. Results from the Eastern Baltimore Mental Health Survey Clinical Reappraisal. *Psychol Med* 1992; 22: 629-655.
- 7) Roberts RE, Kaplan GA, Shema SJ, Strawbridge WJ: Does growing old increase the risk for depression? *Am J Psychiatry* 1997; 154: 1384-1390.
- 8) Sibisi CD: Sex differences in the age of onset of bipolar affective illness. *Br J Psychiatry* 1990; 156: 842-845.
- 9) Eagles JM, Whalley LJ: Ageing and affective disorders: the age at first onset of affective disorders in Scotland, 1969-1978. *Br J Psychiatry* 1985; 147: 180-187.
- 10) Spicer CC, Hare EH, Slater E: Neurotic and psychotic forms of depressive illness: evidence from age-incidence in a national sample. *Br J Psychiatry* 1973; 123: 535-541.
- 11) Clayton PJ: The epidemiology of bipolar affective disorder. *Compr Psychiatry* 1981; 22: 31-43.
- 12) Lyness JM, Caine ED, King DA, Cox C, Yoediono Z: Psychiatric disorders in older primary care patients. *J Gen Intern Med* 1999; 14: 249-254.
- 13) Katon WJ: Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness. *Biol Psychiatry* 2003; 54: 216-226.
- 14) 小泉弥生, 栗田主一, 関 徹, 中谷直樹, 栗山進一, 鈴木寿則ほか: 都市在住高齢者におけるソーシャル・サポートと抑うつ症状の関連性. *日老医誌* 2004; 41: 426-433.
- 15) Sarkisian CA, Lee-Henderson MH, Mangione CM: Do depressed older adults who attribute depression to "old age" believe it is important to seek care? *J Gen Intern Med* 2003; 18: 1001-1005.
- 16) 井上 猛: 大うつ病. 今日精神疾患治療指針(樋口輝彦, 市川宏伸, 神庭重信, 朝田 隆, 中込和幸編), 医学書院, 東京, 2012.
- 17) Mottram P, Wilson K, Strobl J: Antidepressants for depressed elderly. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; CD 003491.
- 18) Azar AR, Chopra MP, Cho LY, Coakley E, Rudolph JL: Remission in major depression: results from a geriatric primary care population. *Int J Geriatr Psychiatry* 2011; 26: 48-55.
- 19) Dombrowski AY, Mulsant BH, Houck PR, Mazumdar S, Lenze EJ, Andreescu C, et al: Residual symptoms and recurrence during maintenance treatment of late-life depression. *J Affect Disord* 2007; 103: 77-82.
- 20) Kessing LV, Sondergard L, Forman JL, Andersen PK: Antidepressants and dementia. *J Affect Disord* 2009; 117: 24-29.
- 21) Culang ME, Sneed JR, Keilp JG, Rutherford BR, Pelton GH, Devanand DP, et al: Change in cognitive functioning following acute antidepressant treatment in late-life depression. *Am J Geriatr Psychiatry* 2009; 17: 881-888.
- 22) Banerjee S, Hellier J, Dewey M, Romeo R, Ballard C,

- Baldwin R, et al: Sertraline or mirtazapine for depression in dementia (HTA-SADD): a randomised, multicentre, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet* 2011; 378: 403-411.
- 23) 岡村 毅: 向精神薬利用に際しての留意事項 高齢者, 精神科診療データブック (松下正明編), 中山書店, 東京, 2010, p561-562.
- 24) Young AH, McElroy SL, Olausson B, Paulsson B: A randomised, placebo-controlled 52-week trial of continued quetiapine treatment in recently depressed patients with bipolar I and bipolar II disorder. *World J Biol Psychiatry* 2012.
- 25) Zornberg GL, Pope HG Jr: Treatment of depression in bipolar disorder: new directions for research. *J Clin Psychopharmacol* 1993; 13: 397-408.
- 26) Van Lieshout RJ, MacQueen GM: Efficacy and acceptability of mood stabilisers in the treatment of acute bipolar depression: systematic review. *Br J Psychiatry* 2010; 196: 266-273.
- 27) Steffens DC, Potter GG: Geriatric depression and cognitive impairment. *Psxcol. med* 2008; 38 (2): 163-175.
- 28) McKeith IG, Dickson DW, Lowe J, Emre M, O'Brien JT, Feldman H, et al: Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: third report of the DLB Consortium. *Neurology* 2005; 65: 1863-1872.
- 29) Murphy E: The prognosis of depression in old age. *Br J Psychiatry* 1983; 142: 111-119.
- 30) Rabins PV, Merchant A, Nestadt G: Criteria for diagnosing reversible dementia caused by depression: validation by 2-year follow-up. *Br J Psychiatry* 1984; 144: 488-492.
- 31) Reding M, Haycox J, Blass J: Depression in patients referred to a dementia clinic. A three-year prospective study. *Arch Neurol* 1985; 42: 894-896.
- 32) Kessing LV, Olsen EW, Mortensen PB, Andersen PK: Dementia in affective disorder: a case-register study. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 100: 176-185.
- 33) Kessing LV, Andersen PK: Does the risk of developing dementia increase with the number of episodes in patients with depressive disorder and in patients with bipolar disorder? *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2004; 75: 1662-1666.

理解を深める問題

- 問題 1. 双極性うつ病の薬物療法で最もエビデンスレベルの高いものを1つ選べ。
- 抗うつ薬単剤
 - 気分安定薬単剤
 - 抗精神病薬単剤
 - 抗うつ薬と気分安定薬の併用
 - 抗うつ薬と気分安定薬の併用
- 問題 2. リチウムについて正しいものを3つ選べ。
- 双極性うつ病に保険適応がある
 - 躁病, 双極性障害の躁状態に保険適応がある
 - 腎機能障害のある患者では禁忌である
 - ワルファリンとの併用でリチウムの血中濃度が上昇する
 - ACE 阻害薬との併用でリチウムの血中濃度が上昇する
- 問題 3. 抗うつ薬について正しいものを2つ選べ。
- 重大な副作用としてアクチベーションがあるが, これは高齢者でとくに多く認められる
 - アクチベーションは, 抗うつ薬の投与初期や増量時にみられることが多い
 - SSRI とワルファリンの併用で, ワルファリンの血中濃度が上昇する
 - 老年期のうつ病では, 症状が改善したら速やかに抗うつ薬を減薬することが望ましい
 - 双極性障害のうつ病相にも, 抗うつ薬による薬物療法が第1選択である
- 問題 4. うつ病と認知症との関係について正しいものを2つ選べ。
- うつ病と認知症とはまったく異なる病態である
 - うつ病はアルツハイマー型認知症のリスク因子である
 - 前頭側頭型認知症の初期症状として, 抑うつ状態はよくみられる
 - 長期予後研究では, うつ病は統合失調症よりも認知症に移行しやすい
 - 双極性障害から認知症への移行はまれである
- 問題 5. 老年期のうつ病のリスクファクターとして指摘されているものを3つ選べ。
- 男性
 - 社会的孤立
 - 慢性疾患
 - 疼痛
 - 高い自尊心