

前方型痴呆のケア、リハビリテーション、薬物療法

Care, Rehabilitation, and Medication of Anterior-type dementia

池田 学*

Key Words : 前方型痴呆, Pick 病, ケア, リハビリテーション, 薬物療法
Anterior-type dementia, Pick's disease, Care, Rehabilitation, Medication

要約：Pick 病をはじめとする前方型痴呆は、脱抑制や常同行動などの特徴的な行動異常により、処遇の最も困難な疾患と考えられている。しかし、Alzheimer 病のような全般性痴呆と異なり、保たれている機能と障害されている機能が鮮明に分かれるので、保たれている機能を強化し、障害されている機能を逆に利用したり適応的な行動に変容させたりすることにより、質の高いケアが可能となる。また、損傷部位によって症例ごとに多様な症状を呈する脳血管性痴呆とも異なり比較的均一な症状を呈するので、共通のケアやリハビリテーションの手法を用いることが可能である。まず、前方型痴呆の主症状を整理した上で、作業療法を中心としたケアやリハビリテーションの要点を述べ、病初期にはコミュニケーションの障害が前景に立つ側頭葉の限局性萎縮例における言語療法の可能性を検討した。最後に、選択的セロトニン再取り込み阻害薬を中心とした薬物療法について紹介した。

はじめに

Pick 病をはじめとする前方型痴呆は、脱抑制や常同行動などの特徴的な行動異常により、処遇の最も困難な疾患と考えられている（室伏、1993）。問題行動は、患者本人の生命を脅かしたり、家族にとってあるいは社会的に認容できない異常行動と定義できるが、前方型痴呆患者は、その問題行動によって家庭介護ならびに病棟内ケアに甚だしい困難をきたす。しかし、Alzheimer 病のような全般性の痴呆と異なり、保たれている機能と障害されている機能が鮮明に分かれるので、保たれている機能を強化し、障害されている機能を利用したり適応的な行動に変容させたりすることにより、質の高いケアが実施できる可能性がある。また、損傷部位によって症例ごとに多様な症状を呈する脳血管性痴呆とも異なり、比較的均一な症状を呈するので、共通のケアやリハビリ

テーションの手法を用いることが可能である。前方型痴呆の中でも側頭葉に病変の主座を有し語義失語を呈する一群（側頭葉優位型 Pick 病ないし Semantic dementia ; SD）は、病初期にはコミュニケーションの障害が前景に立つので、言語療法を検討する必要がある。これらの可能性について、まず前方型痴呆の主症状を簡単に整理した上で、自験例に基づいて報告する。最後に、ようやく検討が始まった前方型痴呆に対する薬物療法について紹介する。

1. 前方型痴呆の行動異常と精神症状

前方型痴呆に含まれる各症候群は、経過の比較的初期の段階から共通の精神症状と行動異常を呈していると考えられ（池田ら、2000），これらは

* 愛媛大学医学部神経精神医学教室 Department of Neuropsychiatry, Ehime University School of Medicine
Shigenobu Ehime 791-0295 Japan

古典的な Pick 病の症状として記載されてきたものである（池田ら，1996 a）。ここでは病巣の中心が前頭葉にある各症候群に共通の主要な症状を概観し、最後に SD に特異的であると考えられている意味記憶障害についても触れる。

a. 病識の欠如

病初期より、欠如している。病感すら全く失われていると感じられることが多い。ある程度の病感を有しているのではないかと感じられるのは、萎縮がほぼ側頭葉に限局し語義失語（田辺ら，1992；井村，1967）を呈している SD 例であるが、多くの場合深刻感を伴う真の意味での病識は失われており、訴えも言語障害の範囲を超えない。すなわち、その言語障害の生活上への影響についての把握などは欠如している。

b. 感情・情動変化

多幸的に変化していることが多い一方、焦燥感が強く不機嫌を呈している例もある。感情鈍麻、無表情もしばしばみられる。また、一部には、冷ややかで疎通性が得られず精神病患者から受けるようなプレコックス感が感じられる例もある。多幸的、児戲的な性格変化（モリア）は、前頭葉眼窩面の障害が指摘されている（Spatz, 1937）。その一方で異常な従順さ（placidity）、柔軟さがみられる。異常な従順は一般的には前頭葉損傷あるいは Krüver-Bucy 症候群のごとき側頭葉損傷でみられるが、田辺（1992）は SD 例で多くみられることを指摘し、扁桃体との関連を推定している。

c. 脱抑制（欲動的脱制止（Schneider, 1927））・反社会的行動

本能のおもむくままの我が道を行く行動（Going my way behavior）（Tanabe et al, 1999）は、前方連合野から辺縁系への抑制が外れた結果と理解できる。衝動的な暴力行為がみられることがある。しかし、始終みられるわけではなく、常同行為が遮られたときに出現しやすい。盜食や窃盗はしばしば認められるが、悪気はなく指摘されてもあっけらかんとしている。脱抑制は、前頭葉眼窩面の障害でも出現すると言われているが（Spatz, 1937），側頭葉との関連も指摘されている（山崎ら，1966）。

d. 自発性の低下

前頭葉に病変の主座を有する例では、短期間ではあるが後述の常同行動が出現し、その後自発性の低下が進むことが多い。自発性の低下は、脳血管性痴呆においてもしばしばみられる症状の一つであるが、前方型痴呆の場合はその病初期には常同行動や落ち着きの無さと共に存してみられることが多く、昼寝をしているかと思うと常通りに周遊する。

少なくともその一部は自発性の低下との関連が考えられる症状に「考え方」（Denkfaulheit）（Braünmuhl, 1934）がある。特に検査場面では、少し複雑な課題になると、自ら考えようとはせず「あんたはん、やりなはれ。」と検者にやらせようしたり、よく考えもせずに即座に答えたりする（当意即答）ことがしばしばみられ、後述する立ち去り行動へと続くことが多い。一般的に自発性低下は前頭葉内側面、特に前部帯状回の傷害と関係がいわれているが（森, 1996），前頭葉穹隆面の萎縮との関連も指摘されている（Spatz, 1937）。

e. 無関心

比較的初期からみられる。病棟でも、他患に話しかけることはほとんど観察されない。考え方や後述する立ち去り行動も無関心の関与が考えられる。時々みられる放尿も、無関心・無頓着な態度の延長線上にある症状かもしれない。

f. 常同行動

自発性の低下や無関心が前景に立つ前にほぼ全例で認められる。常同行動は自発性の低下が目立ち始めると速やかに消失し、見過ごされる可能性もある。神経基盤としては、前頭葉眼窩面が疑われる（森, 1996），側頭葉との関連も論じられている。病棟では、デイルームのきまったく椅子に座るという常同行動が形成されやすいが、日常生活では常通り周遊や常通り食行動異常が目立つことが多い。言語面では、滞続言語の形で出現する。

1) 常通り周遊（roaming）（Mendez et al, 1993）

高頻度にみられる症状である。1 日中数 km の同じコースを歩き続けたり、数 10 km のコースを毎日周遊し、その途中で行う、さい錢泥棒、

花や果物を盗ってくるといった軽犯罪がしばしば社会的な問題となる。進行期まで道に迷うことはほとんどない。初診時、真っ黒に日焼けしていることもよくあり、夏には脱水症状で倒れるまで歩き続けることもあるので、注意を要する。Mendez の報告 (1993) では、Alzheimer 病との鑑別点として、脱抑制や口唇傾向とともに重視されている。

2) 常的食行動異常 (野村ら, 1999)

決まった数少ない品目を毎日食べようとする。甘物の多量飲食が目立つことが多い。また、女性の場合は調理が常的になり、作る副食の種類が減少したり味噌汁の具が変わらなくなることがある。

3) 時刻表的生活

常同行動が時間軸上に展開した場合、時刻表的生活となる。この場合、常同行動は強く時間に規定されるため、強迫性を帯びる。診察時には、しきりに時計を見て時間を気にする例もある。時間軸上のスパンは分・時間単位にとどまらず、日単位、週単位のこともあり、行動が曜日に規定されているような例もある。

4) 反復行為

絶えず膝を手で擦り続けたり、手をパチパチと叩くような行動がみられる。言語面では、同語反復や反復書字の形で現れる。反復言語は、Guiraud (1936) により PEMA 症候群 (反復言語 : palilalie, 反響言語 : écholalie, 緘默 : mutisme, 失表情 : amimie) としてまとめられ線条体との関連が示唆され、後に Tissot ら (1975) により PES 症候群 (反復言語、反響言語、常同行為) としてまとめられ、Pick 病の前頭葉穹窿面萎縮群と側頭葉・前頭葉萎縮群との関連が指摘されている。

5) 強迫症状

比較的まれな症状であるが、Tissot ら (1975) は剖検 32 例中 11 例に強迫的な戸締まりの確認行為や手洗い行動を認めている。自験例でも、階段を上がる際に 1 から 6 まで数字を数え何度もかのところで足を踏み出すといった強迫的・儀式的行動がみられた例もある (田辺ら, 1993)。症状自体は神経症でみられるものと同様であるが、高橋

(1991) が指摘しているように自己の強迫症状に対する自我違和性が認められない点で異なる。一般に強迫症状は下部前頭前野、帯状回前部、線条体領域との関連が指摘されている (McGuire, 1995)。

常同行動と強迫症状の症状学的境界は任意のものに過ぎない (森, 1996; 高橋, 1991) といった意見がある。高橋 (1991) が指摘しているようにその本質としての繰り返し現象は痴呆の進行度とは無関係に発現するが、観念情動的内容や意図的価値を伴う系統的行動から機械的・自動的な要素的行動への退行過程は痴呆の進行過程にほぼ平行しているようであり、さまざまな程度に強迫性を伴っているといえる。しかし、月曜日には喫茶店に行き、火曜日には囲碁を打ちに行く、といった曜日毎に多様性をもった常同行動や、卵料理といえば炒り卵しか作らなくなっているのに、夫が目玉焼きを頼めば上手に作ることができるといった常的調理行動は、強迫的行為とは異なり Pick 病にほぼ特異的にみられ、このような場合には強迫性は乏しい。

g. 被影響性の亢進

被影響性の亢進ないし環境依存症候群は、前方連合野が障害され後方連合野への抑制が外れ、後方連合野が本来有している状況依存性が解放された結果、すなわち外的刺激あるいは内的要求に対する被刺激閾値が低下し、その処理は短絡的で反射的、無反省となつたものと理解できる (森, 1996)。日常生活場面では、介護者が首をかしげるのを見て同じように首をかしげる反響ないし模倣行為、何かの文句につられて即座に歌を唄い出す、他患への質問に先んじて応じる、視覚に入った看板の文字をいちいち読み上げる、といった行為で表れる。検査場面では、物品や検者の動作が提示された時、強迫的にことばで応じてしまう (物品の場合は呼称し、検者がチョキの形の手を見せた時は「チョキ」「V」ないし「2」などと言語化する) 強迫的言語応答がみられる (Shimomura et al, 1998)。責任病巣としては、前頭葉内側面が疑われている。

h. 転導性の亢進、維持困難

ある行為を持続して続けることができない。注

意障害、あるいは運動維持困難との関連が考えられる。Klüver-Bucy 症候群の hypermetamorphosis との関連で論じられることもあるが、必ずしも外界の刺激に対して過剰に反応するだけではなく、外界の刺激が無くても落ち着かない。立ち去り行動は診察・検査場面でしばしば観察される。この言葉を記載した吉田ら（1981）は、新しい課題、状況からの逃避の極端な表現である可能性を示唆しているが、考え不精や転導性の亢進とも関連のある症状のように思われる。

i. 意味記憶障害（池田ら, 1999 a ; 池田ら, 1999 b）

SD とは、マン彻スター大学の Snowden ら（1989）によって、限局性の脳萎縮により“語の意味”（word meaning ないし semantics），あるいは物品の意味などの他の意味記憶が進行性におかされていく病態に与えられた用語である。その後、この名称はケンブリッジ大学の Hodges ら（1992）によっても用いられたが、そこでは言語の音韻的側面や統語面が保たれている一方で語の意味的側面が重篤に障害される病像をさし、まさに本邦の語義失語像（井村, 1967；田辺ら, 1992）に当たる。すなわち、具体語の呼称課題、指示課題において一貫した障害がみられる（語想起障害と再認の障害、二方向性の障害）。障害の認められる語に関しては、既知感を認めず、語頭音効果も概して認めず、したがって定義することなど到底不可能である。しかし、統語関係の理解は良好で、動詞や形容詞、助詞や副詞の操作は相対的に保たれているので、具体語の意味がわかれれば、Marie の 3 枚の紙試験や Token Test にはほとんど障害を呈さない。語性錯語はみられても、字性錯語は目立たない。これらの症例の意味記憶障害は言語にとどまらず、物品そのものや相貌にも及んでいる例もある。自験の元医師の例との会話でみられるように、<リハビリをしましよう>と勧めると「リハビリって何や」と答える。実物のエンピツを見せて呼称させる課題で答えられず、<これはエンピ・・・・>とヒントを出すと「ああ、エンピでしたか」と答える。すなわち、統語関係の理解は良好であるので、「リハビリ」という語のまとまりを取り出せるが、「エンピ」

も違和感なく言語単位であるかのように取り出してくる。したがって、「リハビリ」や「エンピツ」という語の音韻形式すなわちひとまとまりの音系列が保たれているとは考え難い。漢字の類音的錯読は顕著で、団子を「だんし」、海老を「かいろう」と読む。漢字の類音的錯書は、「わからない」と書くのをためらうが、促すと汽車を寄車、色気を色毛などと書く類音的錯書がみられる。仮名の操作は良く保たれている。

2. 前方型痴呆のケアとリハビリテーション

ケアを考えるにあたって、上述したように前方型痴呆が呈する症状は驚くほど均質でかつ上記のように特徴的であること、さらに全般性痴呆と呼ばれる Alzheimer 病と異なり、病期が進行しても保たれている機能が数多くあることを捉えておくことは重要である。

a. 保たれている機能の利用

エピソード記憶が保たれていることを利用すれば、担当の看護スタッフや OT スタッフを決め、一貫して同じ患者を受け持ちケアをすることにより、またケアの場を決めるこにより、立ち去り行為や考え方の目立つ例でも、なじみの関係をつくることは十分可能である（池田ら, 1995；西川ら, 2000）。

また、知覚・運動機能、視空間認知機能、手続記憶などが保たれていることから、運動技能、知覚技能などを基盤とする各種作業を導入しやすい。過去の生活歴（仕事や趣味、嗜好）を把握し、活動メニューを選択することも重要である（西川ら, 1999）。

b. 症状の利用

強迫・常同行動を利用すれば、毎日決まった時間にデイケア・デイサービスに参加することなどが時刻表的生活に組み込まれ、定期的な社会資源の利用が可能となる（西川ら, 2000）。さらに、長時間にわたって比較的単調な作業を繰り返すことも負担にならない。

被影響性の亢進の利用については、作業活動の

導入時にあらかじめ机の上に作業の材料や道具を準備しておくと、自発的に作業を開始させられる点や、立ち去り行動が出現し、立ち上がった時やその場を離れそうな時に、作業道具を手渡すとその場で立ったまま作業を開始し、その後着席を促しやすい点などで有効な利用法が確認されている（西川ら，2000 b）。

編物やカラオケなど、本人の趣味を1日の日課に組み入れられれば、被影響性の亢進や常同症といった固執傾向により、患者はその行為に没頭する。その間は、問題行動も減少し、介護の負担は減少する。筆者らはそれを“ルーティーン化療法 routinizing therapy”（Tanabe et al, 1999）と名付けて、多くの前方型痴呆患者で実践し、効果をあげている。

c. 適応的行動への変容

万引きや、危険な場所へ立ち寄ることなどの問題行動が、時刻表的生活化、常同化し、それを中止したい場合は、短期間の入院治療を行う。その場合、適切な誘導により入院後2～3週間の間に新たに形成されるパターン化された行動を、患者にとって少しでもQOLが高い適応的な常同行動にすることが重要である（池田ら，1996 b）。

d. Semantic Dementia のリハビリテーション

SD の呈する進行性失語症状に対して、リハビリテーションが試みられている（Graham et al, 1999；池田ら, 1997）。いずれも、1年以上にわたって、意味的なカテゴリーが共通の語を線画などと組合させて再学習ないし新たに学習させることを試みている。Graham らは、カテゴリー別語産生課題を用いて、すでに患者が自ら用いていた方略（カテゴリー別の多数のカラー線画とその名称でページが構成されている The Oxford English Picture Dictionary の名称を隠して各線画を呼称する練習を繰り返す）を援用して、リハビリテーションを行った。我々も、伊藤らの90単語試験（伊藤ら, 1994）や地図などを用いて、線画や県名・国名などの呼称と指示の訓練を行った。結果は、訓練した語に関しては完全に呼称できるようになったものの、実際の生活における汎化や同じカテゴリーに属する非訓練語の再学習はみられなかった。再学習した語に関しても、Gra-

ham らの症例では辞書で学習した順番で語産生がみられ、我々の症例でも疾患の進行に伴って線画の配置の順番にしか呼称できなくなった。さらに、我々は別の症例に対して、訓練前に呼称が可能であった語に限定して訓練を継続したが、疾患の進行に伴って呼称可能な語は減少していった（鉢石ら, 1999）。したがって、現時点では、SD の呈する進行性失語（語義失語）に対する有効な言語療法は報告されていない。

Graham らの症例は十分な病識を有していたので、毎日の訓練により失語症状の進行を認識して、抑うつ症状を呈した。一方、我々の症例は訓練前から脱抑制的な行動が見られ始めていて、出勤を止められていた職場に妻の制止を振り切り出て行こうとするなど在宅での介護が破綻しかけていたが、1日数時間自ら訓練に没頭し精神的にも落ち着いた。2例目の患者においてもこのような間接的な効果は認められ、在宅での介護を可能にしている。

e. 留意事項

立ち去り行動や考え方による中断を防ぐためには、活動内容を最初は自由度が低く失敗することが少なく、かつそれ程熱心に取り組まなくとも完成するようなものから、次第に自由度の高い作業へと展開していくことが必要である（西川ら, 2000 b）。

1) にも述べたように、担当のスタッフや場所を固定すれば比較的短期間になじみの関係を形成することができる。入院治療においても、一度入院した病棟にはなじみの関係が形成されやすい（池田ら, 1996 b）。

周囲への無関心や協調性の欠如から集団での活動には馴染まず、マンツーマンでの有効性が指摘されている（小倉, 1994；佐々木, 1995）。また、被影響性や転導性の亢進による作業の中止を防止するためには、刺激の少ない環境を設定することも重要である。

常同行動を無理に遮ろうとしたときに脱抑制的暴力行動が出現しやすい。上述したように、入院中に形成されやすい常同行動のひとつに、デイルームで“決まった椅子”に座る行動がある。脱抑制的傾向の強い例では、自分の“決まった椅

子”に他患が座ると大声で怒鳴ったり睨みつける行動がみられることがあるので、その都度看護者の介入が必要である。在宅時にも、大きな問題を引き起こす可能性がない限り、患者の常同行動を容認するような姿勢によって、暴力行為を減らすことができると考えられる。

また、常同行動を利用して毎日決まった時間にデイケアに参加することなどを時刻表的生活中に組み込むことは可能であるが、休日にも来所したり、送迎車を待てなくなるといった新たな問題行動が生じる可能性がある（西川ら、2000a）。

自発性が極端に低下すると摂食などにも支障をきたすようになるが、入院によってマンツーマンの集中的な介護が可能となり、自発性の低下を改善できる場合がある（池田ら、1996b）。

f. 家族指導

短期間の入院により患者の行動異常の評価をもとにして個々の患者に応じた家族指導が行え、患者に対する家族の構えを改善できることも大きな利点である。家族は精神的にも肉体的にも疲労困憊していることが多いので、短期間とはいっても休養の機会を得て冷静に介護体制を整える余裕が持てることはまず利点となろう。また、前方型痴呆の病態を理解することによって介護者の負担感が著しく軽減する可能性がある。例えば、「徘徊・迷子」は痴呆患者の介護者にとって最も深刻に受けとめられる問題行動の一つであるが、記憶・見当識が比較的保たれている前方型痴呆の周遊行動は、Alzheimer病の徘徊とは異なり、ほぼ同じコースを巡り、病状が相当進行するまで道に迷うことではなく、周遊するコースの安全が確認されていれば介護者の同伴は必要ない。このようなことを介護者に理解させ、家族の同伴を中止すれば介護者の精神的・肉体的負担感は著しく軽減できる（池田ら、1996b）。

3. 前方型痴呆の薬物療法

有効な薬物療法はなく、興奮や暴力、問題行動に対して抗精神病薬の投与が余儀なくされてきた（小阪、1988）。しかし痴呆症患者に対して抗精神

病薬を使用することは、過鎮静、錐体外路系副作用や、さらに抗コリン性抗パーキンソン薬の併用も加わり、ADLの低下や認知機能の悪化をきたしうる。入院観察下での必要最小限の抗精神病薬を決定することは意味がある（池田、1996b）。

最近になって選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (selective serotonin reuptake inhibitor : SSRI) が、前方型痴呆の脱抑制、常同症、食行動異常に効果があるという報告がなされている (Swartz et al, 1997)。この研究は小規模なオープン試験であり十分な検討ができているとは言い難いが、各種SSRIの強迫性障害 (obsessive-compulsive disorder : OCD) に対する有効性は確認されており、前方型痴呆の常同・強迫症状に対しても効果が期待される。また、相対的セロトニン再取り込み阻害薬についても、前方型痴呆の反響・反復行動に対する効果が報告されている（池尻ら、1997）。

文 献

- 1) Braunmühl A, Leonhard K : Über ein Schwesternpaar mit Pick'scher Krankheit. Z ges Neurol, 150 : 209-241, 1934.
- 2) Cummings JL, Duchen LW : Klüver-Bucy syndrome in Pick disease ; clinical and pathologic correlations. Neurology, 31 : 1415-1422, 1981.
- 3) Graham KS, Patterson K, Pratt KH, et al : Relearning and subsequent forgetting of semantic category exemplars in a case of semantic dementia. Neuropsychology, 13 : 359-380, 1999.
- 4) Guiraud P : Analyse du symptome de stereotypie. Encephale, 31 : 229-270, 1936.
- 5) Hodges JR, Patterson K, Oxbury S, et al : Semantic dementia : progressive fluent aphasia with temporal lobe atrophy. Brain, 115 : 1783-1806, 1992.
- 6) 池田 学, 田辺敬貴, 堀野 敬, 他 : Pick病のケア - 保たれている手続記憶を用いて -. 精神経誌, 97 : 179-192, 1995.
- 7) 池田 学, 森 悅朗 : ピック病における人格変化と行動異常. 老年精神医学雑誌, 7 : 255-261, 1996a.
- 8) 池田 学, 今村 徹, 池尻義隆, 他 : Pick病患者の

- 短期入院による在宅介護の支援. 精神経誌, 98 : 822-829, 1996 b.
- 9) 池田 学, 下村辰雄, 高月容子, 他: 限局性脳萎縮による語義失語は語を再獲得するか?. 失語症研究, 17 : 60, 1997.
- 10) 池田 学, 小森憲治郎, 田辺敬貴: 意味記憶とその障害. 精神医学, 41 : 35-40, 1999 a.
- 11) 池田 学, 田辺敬貴: 脳部位と神経心理学的症状-側頭葉. 臨床精神医学講座 第21巻 脳と行動(松下正明 総編). 中山書店, 東京, 1999 b, pp 319-331.
- 12) 池田 学, 田辺敬貴: 前方型痴呆の神経心理学. 精神経誌, 102 : 113-124, 2000.
- 13) 池尻義隆, 田辺敬貴: 非 Pick 病性の前頭側頭型痴呆-ナイフの刃状の脳萎縮を呈さず, 著明な反復行為がみられた女性例. 精神科ケースライブリーV 脳疾患による精神障害(三好功峰, 編). 中山書店, 東京, 1998, pp 33-45.
- 14) 井村恒郎: 失語の意味型-語義失語について-. 精神医学研究 2. みすず書房, 東京, 1967, pp 292-303.
- 15) 伊藤皇一, 中川賀嗣, 池田 学, 他: 語義失語における語の意味カテゴリー特異性障害. 失語症研究, 14 : 221-229, 1994.
- 16) 鉢石和彦, 池田 学, 牧 徳彦, 他: 限局性脳萎縮による語義失語例に対する言語訓練の検討. 失語症研究, 20 : 58-59, 2000.
- 17) 小阪憲司: 老化性痴呆の臨床. 金剛出版, 東京, 1988, pp 210-232.
- 18) McGuire PK : The brain in obsessive-compulsive disorder. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 59 : 457-459, 1995.
- 19) Mendez MF, Selwood A, Mastri AR, et al : Pick's disease versus Alzheimer's disease : a comparison of clinical characteristics. Neurology, 43 : 289-292, 1993.
- 20) 森 悅朗: 前頭前野病変による行為障害・行動障害. 精神心理, 12 : 106-113, 1996.
- 21) 室伏君士: 老年期痴呆患者の精神病理. (西村健, 編) 精神医学レビューNo.8 老年期の精神障害. ライフサイエンス社, 東京, 1993, pp 21-31.
- 22) 野村美千江, 池田 学, 繁信和恵, 他: 痴呆性老人の食行動異常-アルツハイマー病とピック病を中心に-. 老年精神医学雑誌, 10 : 1392-1397, 1999.
- 23) 小倉真理子, 平尾一幸, 吉田 文, 他: Pick 病に対する OT アプローチ. 作業療法, 13 (特別号) : 351, 1994.
- 24) 佐々木 健, 山口和生: 痴呆性老人に対するリハビリテーション的アプローチ-作業療法を中心として. 老年精神医学雑誌, 6 : 1407-1415, 1995.
- 25) Schneider C : Über Picksche Krankheit. Mschr Psychiat Neurol, 65 : 230-275, 1927.
- 26) Shimomura T, Mori T : Obstinate imitation behaviour in differentiation of frontotemporal dementia from Alzheimer's disease. Lancet, 352 : 623-624, 1998.
- 27) Snowden JS, Goulding PJ, Neary D : Semantic dementia : a form of circumscribed cerebral atrophy. Behav Neurol, 2 : 167-182, 1989.
- 28) Spatz H : Über die Bedeutung der basalen Rinde. Auf Grund von Beobachtungen bei Pick-scher Krankheit und bei gedeckten Hirnverletzungen. Z Neur, 158 : 208-232, 1937.
- 29) Swartz JR, Miller BL, Lesser IM, et al : Frontotemporal dementia ; treatment response to serotonin selective reuptake inhibitors. J Clin Psychiatry, 58 : 212-216, 1997.
- 30) 高橋克朗: 痴呆と常同・強迫行動(Pick 病など). 精神心理, 7 : 19-26, 1991.
- 31) 田辺敬貴: 語義失語・その人となり-器質性病変と性格の変容-. 精神心理, 8 : 34-42, 1992.
- 32) 田辺敬貴, 池田 学, 中川賀嗣, 他: 語義失語と意味記憶障害. 失語症研究, 12 : 153-167, 1992.
- 33) 田辺敬貴, 池田 学, 中川賀嗣, 他: 脳変性疾患の脳画像と神経心理. (西村 健, 編) 精神医学レビュー No.8 老年期の精神障害. ライフ・サイエンス, 東京, 1993, pp.32-52.
- 34) Tanabe H, Ikeda M, Komori K : Behavioral symptomatology and care of patients with frontotemporal lobe degeneration -Based on the aspects of the phylogenetic and ontogenetic processes. Dement Geriatr Cogn Disord, 10 : 50-54, 1999.
- 35) Tissot R, Constantinidis J, Richard J : La Maladie de Pick. Masson et Cie, Editeurs, Paris, 1975.
- 36) 西川志保, 馬場麻里子, 平尾一幸, 他: ピック病の立ち去り行動に対するアプローチ. OT ジャーナル, 33 : 101-106, 1999.
- 37) 西川志保, 池田 学, 繁信和恵, 他: 前頭側頭型痴

- 呆（ピック型）におけるデイケア活動の試み－問題行動を中心に－. 総合リハ, 28: 477-488, 2000 a
38) 西川志保, 池田 学, 繁信和恵, 他: 立ち去り行動
の著しい前頭側頭型痴呆患者に対する症状の利用
と段階的アプローチ. 認知リハビリテーション
2000, 新興医学出版社, 東京, 2000 b, pp.125-129
- 39) 山崎達二: Pick 病の臨床病理学的研究－とくに
人格変化を中心として－. 精神経誌, 68: 891-908,
1966.
40) 吉田哲雄, 松下正明, 長尾佳子, 他: 前頭葉型 Pick
病の 1 例－前頭葉症状群ならびに「立ち去り行
動」を関連して－. 精神経誌, 83: 129-146, 1981.