

# 認知症と他の精神疾患との鑑別診断のポイント：概論

三村 将

認知症を的確に早期診断し、治療・対応・ケアに結びつけていくことは精神科医にとって喫緊の課題である。認知症の鑑別には大きく2つの段階に分けることができる。すなわち、まず第1段階として認知症か否かの鑑別があり、認知症以外の疾患の中核は精神・神経疾患である。第2段階は、認知症であると考えた場合、認知症内のいかなる臨床診断になるかの鑑別である。本稿では、主にこの第1段階に焦点をあて、認知症と他の精神疾患を鑑別することの意義と課題について述べた。当然ながら、両者を鑑別することの意義は疾患ごとの早期の適切な治療・対応につなげることである。しかし、今日的視点からは、両者は単に鑑別の対象のみならず、むしろ併存や精神疾患から認知症への移行、あるいは危険因子としての役割もクローズアップされている。したがって、横断面の診断のみならず、慎重に中長期的な縦断経過をみていく必要がある。その点をふまえたうえで、認知症と他の精神疾患との鑑別、特に気分障害、妄想性障害、発達障害についてコツとポイントを述べた。認知症と老年期うつ病の鑑別には、アパシーと抑うつなどの臨床症候を的確に捉え、失語や視空間認知障害などの神経心理学的所見を参照することが有用である。老年期の妄想症（遅発性パラフレニア）は近年、very late-onset schizophrenia-like psychosisとして注目されているが、少なくとも一部は認知症に移行することが知られている。臨床画像相関や臨床病理相関からは、アミロイドパチー、シヌクレオパチー、タウオパチーといった多様な背景をもつことが想定される。これらの高齢者で比較的良好な病態以外に、最近では高齢発症の双極性障害や、高齢になって顕在化してきた発達障害（自閉スペクトラム症、注意欠如・多動症、発達性読み書き障害）との鑑別が問題となるケースが増えてきている印象がある。

## 索引用語

老年期うつ病、老年期双極性障害、アパシー、老年期妄想性障害、発達障害

## はじめに

認知症を的確に早期診断し、治療・対応・ケアに結びつけていくことは精神科医にとって喫緊の課題である。日本

精神神経学会においても認知症委員会を通じて、認知症診療医という新たな学会資格を創出し、認知症に対する適切な臨床的対応を行うために、認知症に関するeラーニングシリーズおよび認知症診療医テキストを作成している<sup>16,17)</sup>。「認知症」は単一疾患ではなく、認知機能低下に伴

著者所属：慶應義塾大学予防医療センター

編 注：本特集は第118回日本精神神経学会学術総会シンポジウムをもとに水上勝義（筑波大学大学院人間総合科学学術院）を代表として企画された。

doi: 10.57369/pnj.24-073

い、日常生活に大きな支障が生じるようになった状態を指す、いわば症候群である。

認知症の鑑別には大きく2つの段階に分けて考えることができる。すなわち、第1段階として認知症か否かの鑑別があり、認知症を他の疾患群から区別することになる。認知症以外の疾患群は多くの場合、他の精神・神経疾患である。次に、第2段階は、なんらかの認知症であると考えた場合、認知症内のいかなる臨床診断、病因によるものであるかの鑑別である。本特集のもととなった第118回日本精神神経学会学術総会の認知症委員会シンポジウムでは、主にこの第1段階に焦点をあて、精神科医として知っておくべき認知症と、他の精神疾患との鑑別診断のポイントやコツを議論したが、本稿では同特集の他稿の各論に入る前に、総論的立場から俯瞰することとする。

## I. 認知症と他の精神疾患を鑑別する意義と課題

高齢者の精神科診療の場面でよく遭遇する病態は、しばしば「4D」と言われる。すなわち Dementia（認知症）と Depression（うつ病）、Delirium（せん妄）、Delusion（妄想症）である。したがって、認知症の診断にあたっては、まず、他の D、すなわちせん妄などの意識障害（身体疾患・薬剤性に起因する一過性の認知障害を含む）、老年期うつ病、老年期の妄想症（遅発性パラフレニア）といった病態からの鑑別が求められる。

認知症と他の精神疾患を鑑別する意義としては、当然のことであるが、早期の適切な診断確定が早期の適切な治療・対応につながる点が挙げられる。現症がかなり類似していても、それぞれの経過や治療方針は大きく異なり、本人・家族への治療計画の説明と同意のあり方も違ってくる。本人の心構えや周囲の人の本人への接し方のアドバイスもさまざまである。ただ、Kulak-Bejda, A. ら<sup>11)</sup>は、老年期うつ病や老年期双極性障害と同様、初期の認知症においても自殺のリスクが高まることに注意喚起している。

一方、背景疾患の鑑別は一筋縄ではいかないことも多い。例えば、認知症とせん妄の鑑別は重要ではあるが、両者は鑑別というよりむしろオーバーラップが問題となる。臨床的にはレビー小体型認知症（dementia with Lewy bodies：DLB）とせん妄を伴うアルツハイマー病（Alzheimer's disease：AD）とはよく似た症候を示し、鑑別に苦慮することが稀ではない。また、老年期うつ病や老年期妄想症も、単に認知症との鑑別のみならず、認知症とこれら

の精神疾患の併存、ないしは認知症の初期症状としての精神症状として捉えられる側面もある<sup>19)</sup>。Chiu, P. Y. らによれば、AD と DLB はそれぞれ 33%、44% でうつ病を伴っていると報告している<sup>1)</sup>。さらに、これらの老年期精神障害があると、長期的経過ではやがて認知症に移行していく、あるいは認知症の危険因子としての役割をもつという視点も重要である<sup>3)</sup>。認知症の12のリスク要因をまとめた Livingston, G. らの報告でも、うつ病は社会的孤立と並んで老年期のリスクのうち2番目に大きい（4%）ものとなっている<sup>12)</sup>。その意味では、たとえ横断面では精神疾患と診断したとしても、それはあくまでもその時点での暫定診断にとどまり、中長期的な縦断経過のなかで診断変更になる可能性がある<sup>20)</sup>。特に、高齢発症で精神疾患の家族歴のない老年期うつ病症例では、認知症を含めた神経変性疾患に移行する可能性を念頭におく。

## II. 鑑別診断のポイント

他稿による各論のなかで個別に詳細が述べられているが、著者なりの認知症の鑑別診断のポイントをまとめておく。

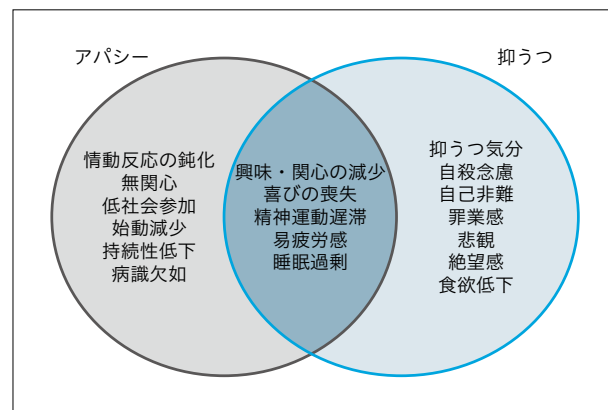
### 1. 認知症と気分障害の鑑別

認知症とうつ病との鑑別は言うまでもないが、実は認知症と双極性障害の鑑別も見逃さないようにする。双極性障害は、一般にうつ病より発症年齢が若い（老年期双極性障害：late-life bipolar disorder）。また、最近では高齢発症の双極性障害（late-onset bipolar disorder）も稀ではないということも知られてきている<sup>13)</sup>。認知症のなかでも、特に行動異常型前頭側頭型認知症（behavioral variant of frontotemporal dementia：bvFTD）と双極性障害との鑑別については後述する。

AD と老年期うつ病の鑑別ポイントを表1にまとめた。ポイントとして、抑うつとアパシーとの関係を理解しておくことが重要な視点である<sup>14)</sup>。うつ病の場合、当然ながら憂うつになったり、希死念慮が強くなったり、罪業気分が強くなったり、悲観的、絶望的になったりする。一方、アパシーは、抑うつ気分が目立つのではなく、むしろ無関心になる。行動が開始されなかったり、あるいは始めてもすぐやめてしまう。図のように、共通項として、興味・関心の減少、喜びの喪失、あるいは反応遅延、易疲労感、活動性の低下といったところはアパシーでも抑うつでも共通し

表1 ADと老年期うつ病の区別

	AD	うつ病
気分	多幸、無関心	抑うつ
態度	取り繕い	自己卑下
自己評価	楽観的	悲観的
深刻味	乏しい	過剰
生活障害	++	+
妄想	もの盗られ、嫉妬	微小-貧困、罪業、心気
訴え	家族>本人	本人>家族
睡眠	眠らない	眠れない

図 抑うつとアパシーの関係  
(文献14より引用)

てみられる。したがって、うつ病と認知症とは、抑うつ、アパシーという視点で考えたとき、共通する部分と、むしろ独立した部分があると考えべきである。ADのうつ状態では、一般的には抑うつ気分が目立つよりは、むしろ多幸的になって意欲低下が目立つ、すなわちアパシーを認めることのほうが多い<sup>7)</sup>。

また、ADは記憶障害、見当識障害、視空間認知障害を認めるが、これらの問題に対する深刻味が乏しく、むしろ楽観的であり、うつ病の人がこんなこともできなくなってしまった、と自己を過小評価することと対照的である。ADは診察場面では取り繕い行動や振り返り行動を認め、健忘などをうまくごまかしてしまう。

妄想に関しては、うつ病では、いわゆる微小妄想と呼ばれる貧困妄想、罪業妄想、心気妄想がみられる。一方、ADで最も多いのはもの盗られ妄想であり、次いで嫉妬妄想である。もの盗られ妄想については、ごく身近な家族、特に配偶者や嫁など、一番世話・介護をしている家族がターゲットになって疑われることが多い。

ADと老年期うつ病とは、神経心理学的観点からも異なっている。記憶については、ADでは記憶痕跡そのものが失われてしまうため、自由再生のみならず、手がかり再生や再認も障害されている。一方、うつ病の場合には、いくつかの選択肢から正解を見つけるような課題では正答できる。また、記憶検査に際しての自己評価では、ADでは実際の成績よりもできたと考えることが多いのに対して、うつ病の場合には、悲観的になって実際の検査成績よりも自己評価が不良であることが多い<sup>6)</sup>。言語に関しては、ADでは失語症を呈することは稀ではない。ADで認める失語は、基本的には流暢性であり、発話はなめらかでよどみなく話す、話がまとまらない。また、こちらが何を言って

いるか、十分理解できないという聴覚的言語理解の低下がみられる。

一方、病初期から話さなくなるような非流暢性失語を認めたときには、これはADではなく、むしろ前頭側頭葉変性症 (frontotemporal lobar degeneration: FTL) 圏内の非流暢性の原発性進行性失語症 (primary progressive aphasia: PPA、皮質基底核変性症や進行性核上性麻痺などを含む) が疑われる。しかし、うつ病で道具としての言語が障害されて失語症を呈することはまずない。うつ病と診断した人に失語症を認めることがあれば、むしろうつ病以外の疾患を念頭におくべきである。また、ADでは、視覚構成機能ないし視空間認知能力が障害されてくるが、うつ病ではそのようなことはない。したがって、ベッドサイドで行う立方体の模写、時計描画、手指構成のような検査が参考になる<sup>23)</sup>。

## 2. 認知症と妄想性障害の鑑別

妄想性障害は、近所の人から嫌がらせを受ける、毒ガスをまかれるといった顕著な被害妄想を主徴とするが、人格が比較的保たれている高齢者の病態は老年期妄想性障害ないし遅発性パラフレニアと呼ばれている。パラフレニアは、もともと Kraepelin, E. が1913年の『教科書第8版』のなかで、奇妙で体系的な妄想と幻聴を認めるものの、陰性症状と人格水準低下を欠くために統合失調症から区別した概念である。その後、Kraepelinのパラフレニアの診断に合致した74症例をフォローアップした Meyer, A. は、その半数近くが最終的に統合失調症の診断となったことを報告し、パラフレニアを独立した概念と考えるより統合失調症の一型と考えるのが妥当であると述べた<sup>8)</sup>。遅発性パラ



フレニアは、一方で認知症ではない、あるいは認知症には移行しないと考えられてきたが、近年では very late-onset schizophrenia-like psychosis (VLOSLP) という概念のもとに、その一群は prodromal な段階を経て AD に<sup>21)</sup>、また、別な一群は DLB に<sup>4,24)</sup>移行することがわかっている<sup>26)</sup>。

Shinagawa, S. らは FTD における精神病様状態を検討した先行研究をレビューし、幻覚も妄想も 0~50% の症例で認められており、全体としては約 10% に出現していたと報告している<sup>22)</sup>。特に TDP-43 type B や FUS の病理的背景をもつ症例では相対的に高いこと、*C9ORF72* や *GRN* の遺伝子変異を示す症例が多いことなどを報告している。孤発例が多い日本では状況が異なるが、注意が必要である。特異な病像と経過を呈する遅発性緊張病 (late catatonia) が認知症との鑑別を要する点でも重要であると指摘されているが<sup>9)</sup>、bvFTD との鑑別は重要である。

Moriguchi, S. らは老年期うつ病の症例に [<sup>11</sup>C] PBB3 を用いたタウ PET を施行し、一部の人でタウの蓄積がみられること、また、その蓄積は精神病症状のあるうつ病の人ほど高いことを見だしている<sup>15)</sup>。また、Yokota, O. らは、11 例の精神疾患 (精神病, n=7: うつ病, n=1: 双極性障害, n=2: 身体表現性障害, n=1) を神経病理学的に検討し、4 リピートタウの病理的特徴を呈していたことを報告している<sup>25)</sup>。このうち 1 例が非定型な進行性核上性麻痺の所見を示したが、9 例は嗜銀顆粒性認知症と診断された。これらの臨床画像相関ないし臨床病理相関を検討した研究からは、老年期精神障害の背景は多様であり、アミロイドパチー、シヌクレオパチー、タウオパチーのいずれの可能性もあることを示唆している。今後も高齢発症の精神疾患に関しては、ブレインバンクプロジェクトを介した臨床神経病理学的検討がさらに進むことが期待される。

### 3. 認知症と発達障害の鑑別

発達障害は本来、幼少期に気づかれる特性であるが、大学・大学院に在学中や就労してから問題が顕在化してくる成人期の発達障害が稀ではないことはよく知られている。最近ではさらに高齢になって定年退職後に気づかれる「老年期の発達障害」ともいえるケースにもしばしば遭遇する。

発達障害には自閉スペクトラム症 (autism spectrum disorder: ASD) や注意欠如・多動症 (attention deficit hyperactivity disorder: ADHD)、発達性読み書き障害 (developmental dyslexia) などのタイプがあるが、それぞれ AD, bvFTD, PPA<sup>2)</sup>などが主な鑑別対象となる。Sasa-

表 2 行動異常型前頭側頭型認知症 (bvFTD) と鑑別を要する疾患

#### 一次認知症

- ・アルツハイマー病 (AD)
- ・血管性認知症 (VD)
- ・レビー小体型認知症 (DLB)

#### 器質性神経疾患

- ・皮質基底核変性症、進行性核上性麻痺、ハンチントン病
- ・ウィルソン病
- ・神経軸索スフェロイド形成を伴う遺伝性びまん性白質脳症 (HDLs)
- ・脳腫瘍、血管障害
- ・神経梅毒、抗 NMDA 受容体抗体脳炎、ヘルペス脳炎など

#### 精神疾患

- ・強迫性障害
- ・妄想性障害 (遅発性パラフレニア)
- ・遅発性緊張病
- ・うつ病-退行期メランコリー
- ・双極性障害
- ・自閉スペクトラム症
- ・注意欠如・多動症

ki, H. らは、高齢の ADHD 患者が認知症と誤診される可能性を指摘しており、認知症の診断を受けた人の 1.6% が実際には ADHD であったと報告している<sup>20)</sup>。これらの ADHD 症例は、当然ながら Sasaki らの言うように “late-onset” ではなく “late-manifestation” であり、注意深い病歴聴取と観察により、もともと以前からあった傾向が加齢性変化や環境的要因などにより増強して症状が顕在化したことの証拠を得ることが肝要である。

加藤らは高額な配当を見込めるという投資話を盲信し、インターネット詐欺被害に遭うことを繰り返した 70 歳の症例を報告している<sup>5)</sup>。当初は bvFTD が疑われたが、やがて診察と検査を進めるうちに、元来の ASD 傾向が加齢とともに抑制機能に低下をきたしたものと考えられた。このようなケースでは、典型的な bvFTD の画像所見を認めないことや、神経心理学的検査結果がある程度の参考にはなるが、先述の ADHD の場合と同様、むしろ幼少期からの詳細な病歴をたどっていくことが鑑別診断を進めるもっとも重要なポイントである。

### 4. 行動異常型前頭側頭型認知症と精神疾患との鑑別

認知症のなかでも bvFTD は精神疾患との鑑別が難しい病態である。bvFTD と鑑別を要する疾患群を他の一次認知症、器質性神経疾患、そして精神疾患に分けて表 2 にまとめた。Krudop, W. A. らは、高齢発症の前頭葉症候群を呈した症例の背景疾患を検討し、bvFTD であったケー

スは40%程度であったとしている<sup>10)</sup>。そしてほぼ同数が精神疾患であり、残り2割は他の認知症を含む神経疾患であったという。

実際、bvFTDでは多彩な精神病症状を呈し、多くの精神疾患と鑑別を要する。統合失調症との鑑別については前述したが、他に双極性障害は躁状態による脱抑制、異常行動であっても、うつ状態による顕著なアパシーであってもbvFTDとの鑑別を要する。さらに、必ずしも高齢発症に限らず、より若年発症の双極性障害であっても、その約1割が経過のなかで欠損症候群を呈し、前頭葉機能検査の成績も著明に低下することは特筆に値する<sup>18)</sup>。

## おわりに

超高齢社会の進展する日本では、日常臨床のなかで多様な老年期の精神疾患に遭遇することになる。そのような場面で、認知症を中心に他の精神疾患との的確な鑑別が重要であることは論を俟たないが、今日的視点からは、さらに疾患の併存や移行、リスクになる可能性にも目を配る必要がある。

なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

## 文献

- 1) Chiu, P. Y., Wang, C. W., Tsai, C. T., et al. : Depression in dementia with Lewy bodies : a comparison with Alzheimer's disease. *PLoS One*, 12 (6) ; e0179399, 2017
- 2) Dos Reis, T. G., Machado, T. H., Caramelli, P., et al. : Investigation of the association between history of learning disabilities and primary progressive aphasia in Brazilian Portuguese speakers. *Front Neurol*, 13 ; 703729, 2022
- 3) Fujishiro, H., Iseki, E., Nakamura, S., et al. : Dementia with Lewy bodies : early diagnostic challenges. *Psychogeriatrics*, 13 (2) ; 128-138, 2013
- 4) Kanemoto, H., Satake, Y., Suehiro, T., et al. : Characteristics of very late-onset schizophrenia-like psychosis as prodromal dementia with Lewy bodies : a cross-sectional study. *Alzheimers Res Ther*, 14 (1) ; 137, 2022
- 5) 加藤 隆, 森山 泰, 三村 将 : 認知症 症例3 minor neurocognitive disorders/特定不能の認知症. 精神疾患の脳画像ケースカンファレンス—診断と治療へのアプローチ (福田正人監, 笠井清登ほか編). 中山書店, 東京, p.255-258, 2014
- 6) Kazui, H., Hirano, N., Hashimoto, M., et al. : Symptoms underlying unawareness of memory impairment in patients with mild Alzheimer's disease. *J Geriatr Psychiatry Neurol*, 19 (1) ; 3-12, 2006

- 7) Kazui, H., Yoshiyama, K., Kanemoto, H., et al. : Differences of behavioral and psychological symptoms of dementia in disease severity in four major dementias. *PLoS One*, 11 (8) ; e0161092, 2016
- 8) Kendler, K. S. : Wilhelm Mayer's follow-up study of Kraepelin's cases of paraphrenia : diagnostic validity in 1921. *Mol Psychiatry*, 28 (1) ; 236-241, 2023
- 9) Kocha, H., Moriguchi, S., Mimura, M. : Revisiting the concept of late catatonia. *Compr Psychiatry*, 55 (7) ; 1485-1490, 2014
- 10) Krudop, W. A., Kerssens, C. J., Dols, A., et al. : Identifying bvFTD within the wide spectrum of late onset frontal lobe syndrome : a clinical approach. *Am J Geriatr Psychiatry*, 23 (10) ; 1056-1066, 2015
- 11) Kulak-Bejda, A., Bejda, G., Waszkiewicz, N. : Mental disorders, cognitive impairment and the risk of suicide in older adults. *Front Psychiatry*, 12 ; 695286, 2021
- 12) Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A., et al. : Dementia prevention, intervention, and care : 2020 report of the Lancet Commission. *Lancet*, 396 (10248) ; 413-446, 2020
- 13) McKenzie, A. K., Chawla, R., Patel, B., et al. : Late-onset bipolar disorder : considerations for diagnosis and treatment. *Cureus*, 15 (5) ; e39278, 2023
- 14) 三村 将 : パーキンソン病のうつとアパシー. *BRAIN and NERVE*, 59 (9) ; 935-942, 2007
- 15) Moriguchi, S., Takahata, K., Shimada, H., et al. : Excess tau PET ligand retention in elderly patients with major depressive disorder. *Mol Psychiatry*, 26 (10) ; 5856-5863, 2021
- 16) 日本精神神経学会認知症委員会編 : 日本精神神経学会認知症診療医テキスト. 新興医学出版社, 東京, 2019
- 17) 日本精神神経学会認知症委員会編 : 日本精神神経学会認知症診療医テキスト 2—症例とQ & Aに学ぶ—. 新興医学出版社, 東京, 2021
- 18) Nio, S., Suzuki, T., Uchida, H., et al. : Deficit status in bipolar disorder : investigation on prevalence rate and description of seven cases. *J Affect Disord*, 143 (1-3) ; 248-252, 2012
- 19) Ochi, S., Mori, T., Iga, J., et al. : Prevalence of comorbid dementia in late-life depression and bipolar disorder : a retrospective inpatient study. *J Alzheimers Dis Rep*, 6 (1) ; 589-598, 2022
- 20) Sasaki, H., Jono, T., Fukuhara, R., et al. : Late-manifestation of attention-deficit/hyperactivity disorder in older adults : an observational study. *BMC Psychiatry*, 22 (1) ; 354, 2022
- 21) Satake, Y., Kanemoto, H., Taomoto, D., et al. : Characteristics of very late-onset schizophrenia-like psychosis classified with the biomarkers for Alzheimer's disease : a retrospective cross-sectional study. *Int Psychogeriatr*, 36 (1) ; 64-77, 2024
- 22) Shinagawa, S., Nakajima, S., Plitman, E., et al. : Psychosis in frontotemporal dementia. *J Alzheimers Dis*, 42 (2) ; 485-499, 2014
- 23) Tabuchi, H., Konishi, M., Saito, N., et al. : Reverse fox test for detecting visuospatial dysfunction corresponding to parietal hypoperfusion in mild Alzheimer's disease. *Am J Alzheimers Dis Other Dement*, 29 (2) ; 177-182, 2014
- 24) Utsumi, K., Fukatsu, R., Hara, Y., et al. : Psychotic features among patients in the prodromal stage of dementia with Lewy bodies during longitudinal observation. *J Alzheimers Dis*, 83

(4) ; 1917-1927, 2021  
25) Yokota, O., Miki, T., Ishizu, H., et al. : Four-repeat tauopathies and late-onset psychiatric disorders : etiological relevance or incidental findings? *Neuropathology*, 43 (1) ; 51-71, 2023

26) Zazaian, D., Gifford, L., Rath, S. : A case series of very late-onset schizophrenia-like psychosis : is it a dimension of dementia? *J Psychiatr Pract*, 27 (6) ; 478-482, 2021

## Overview of Differential Diagnosis of Dementia and Other Psychiatric Disorders

Masaru MIMURA

Center for Preventive Medicine, Keio University School of Medicine

In recent times, the critical task for psychiatrists is to accurately diagnose dementia at an early stage and facilitate corresponding treatment and care. Dementia diagnosis can be bifurcated into two major steps. Initially, the task is to discern whether the issue is dementia or not, where the core of non-dementia diseases generally lies within the realm of mental and neurological disorders. The second phase involves distinguishing the specific clinical diagnosis within the spectrum of dementia, should dementia be suspected. In this article, we chiefly focus on the first stage, emphasizing the significance and challenges of differentiating dementia from other mental illnesses. The primary importance of this differentiation, evidently, is to foster early and appropriate treatment and responses for each disease. However, from a contemporary standpoint, these elements are not merely subjects of differentiation but also underscored for their potential coexistence, transitions from mental illness to dementia, or roles as risk factors. Consequently, it is essential not only to conduct cross-sectional diagnoses but also to carefully observe the medium-to-long-term longitudinal progression. Considering the above aspects, this article delineates tips and points for distinguishing dementia from other mental illnesses, with special focus on mood disorders, delusional disorders, and developmental disorders. In distinguishing dementia from geriatric depression, it is beneficial to accurately identify clinical symptoms like apathy and depression, and refer to neuropsychological findings, such as aphasia or visual spatial cognitive impairments. Furthermore, geriatric delusional disorders (late-onset paraphrenia) have been garnering attention lately as Very Late-Onset Schizophrenia-Like Psychosis, with at least a portion of cases known to transition into dementia. Based on clinical imaging correlations and pathological correlations, it is assumed that these disorders possess varied backgrounds including amyloidopathy, synucleinopathy, and tauopathy. Besides these relatively common pathologies in the elderly, there has been a noticeable increase in cases that involve distinguishing from late-onset bipolar disorders or developmental disorders manifesting in old age (like autism spectrum disorders, attention-deficit hyperactivity disorder, and developmental dyslexia), posing a significant challenge.

### Author's abstract

#### Keywords

late-life depression, late-life bipolar disorder, apathy, late-life delusional disorder, developmental disorder