

## 特集 成人のAD/HD—見逃された疾患—

## 成人のAD/HDの診断\*

● 岩波 明\*\*/太田晴久\*\*\*/金井智恵子\*\*\*/山田貴志\*\*\*

Key Words : AD/HD, MBD, PDD, ASD, rating scale

## AD/HDの概念

1902年に英国の小児科医であるStillによって、AD/HDによると思われる子供の行動が最初に報告された<sup>1)</sup>。その特徴は道徳的抑制の欠如にあるとされ、しばしば攻撃的となり、規則に反抗して感情的になりやすいことに加えて、注意の維持に問題があるとされた。それは当時「Still病」と呼ばれた。その後、1918年のエコノモ脳炎の大流行をきっかけに、脳炎の後遺症としてStill病と類似の症状を呈することがみられ、脳損傷症候群(brain damage behavioral syndrome)として報告された<sup>2)</sup>。1960年代には、明らかな神経病理学的所見がない症例でも、多彩な行動の異常や学習障害を呈することから、微細な脳損傷や中枢神経系の未熟さが原因として想定され、「微細脳機能障害:minimal brain dysfunction(MBD)」という概念が提唱されるようになった<sup>3)</sup>。その症状として、激しい多動、短い注意集中時間、衝動性、協調運動の障害といった特徴に加えて、読み書き、計算など学習の障害、神経学的徵候や脳波異常を伴うことが多いとされている。しかし、MBDはあまりにも多様な症状を含んでいることや、中枢神経が損傷されている明らかな

所見がないにもかかわらず脳障害の概念を用いることへの批判があった。

1968年に出版されたDSM-II<sup>4)</sup>において、MBDは多動症候群と学習障害の2つに分けられ、「子どもの多動性反応:hyperkinetic reaction of childhood」という診断名が示された。その後、多動性は注意の維持困難、衝動性のコントロール障害による二次的なものであるとの考え方方が示され<sup>5)</sup>、DSM-III<sup>6)</sup>(1980年)では「注意欠陥障害:attention deficit disorder(ADD)」として全体が定義されるようになった。このことは、多動のない子供もその中に含まれるということであり、多動を伴う注意欠陥障害(ADHD), 多動を伴わない注意欠陥障害(ADDW), 注意欠陥障害の残遺型(ADDR)の3つのグループが設定された。しかし、1987年のDSM-III-R<sup>7)</sup>では、注意力、衝動性、多動性と別々に決められたカットオフポイントを検討したところ、ADDWの診断カテゴリーは作成困難であるとされ、「注意欠陥多動性障害:attention deficit hyperactive disorder(ADHD)」として、注意欠陥、衝動性、多動の3つを区別しない症状リストのうち、少なくとも8項目を満たせば診断できるように変更された。しかし、ADDWの診断名がなくなったことへの異論があったため、DSM-IV<sup>8)</sup>(1994年)では多動性が目立たなくても診断できるようになり、診

\* Diagnosis of adult AD/HD.

\*\* Akira IWANAMI, M.D.: 昭和大学医学部精神医学教室(〒142-8666 東京都品川区旗の台1-5-8); Department of Psychiatry, Showa University School of Medicine, Tokyo 142-8666, Japan.

\*\*\* Haruhisa OTA, M.D., Chieko KANAI, Ph.D. &amp; Takashi YAMADA, M.D.: 昭和大学烏山病院精神科; Department of Psychiatry, Showa University Karasuyama Hospital, Tokyo, Japan.

表1 成人期AD/HDの評価尺度

尺度	著者	評価点	下位尺度と項目数	試行時間	日本語版
1. CAARS	Conners et al.	0~3点	DSM-IV(66), 情緒不安定(30), 自己概念の障害(26)	10~20分	
2. CSS	Barkey & Murphy	0~3点	DSM-IV(18), ①社会的な障害(10), ②ODD(8)	15分	
3. Brown ADD-RS	Brown	0~3点	40項目(下位尺度: ①仕事の組織化, ②注意と集中力の維持, ③注意力や努力の継続性, ④フラストレーション(欲求不満)やその他の感情のコントロール, ⑤ワーキング・メモリーの使用)	15分	
4. ASRS-v1.1	Adler et al./WHO	0~4点	DSM-IV(18)	5分	
5. ADHD-RS-IV	Du Paul et al.	0~3点	DSM-IV(18)	8分	○
6. WURS	Wender	0~4点	Utah基準	10~20分	

断名が「注意欠陥/多動性障害(AD/HD)」となり、不注意優勢型、多動性一衝動性優勢型、混合型という3つの項目が設定された。不注意もしくは多動一衝動性のそれぞれ9項目の症状のうち、両者とも6項目以上満たしている場合を混合型、不注意のみ満たしている場合を不注意優勢型、多動一衝動性のみ満たしている場合を多動性一衝動性優勢型と診断することに変更された。その後に出版されたDSM-IV-TR<sup>9)</sup>(2000年)ではDSM-IVの診断基準と大きな変化はみられないが、子供の頃に不注意であったとか多動であったとかいう点を想起したことだけを根拠として、成人にAD/HDの診断を下すことには要注意であり、学校での記録などの傍証的情報源が診断の精度を改善するのに役立つとの説明文が追記された。

一方、WHOの診断基準であるICDでは、ICD-8には多動という特徴で分類された診断項目はなく、1965年のICD-9<sup>10)</sup>になって「小児期の多動性症候群: hyperkinetic syndrome of childhood」としてはじめて採用され、活動性と注意の単純な障害、発達遅滞を伴う多動、多動性行為障害、その他特定不能のもの、という下位項目が示されている。その後、ICD-10<sup>11)</sup>(1992年)で「多動性障害: hyperkinetic disorders」という診断名が記載されるようになり、活動性および注意の障害、多動性行為障害、他の多動性障害、特定不能の多動性障害という下位分類が示されている。DSM-IV-TRでは不注意、多動、衝動性といった基本症状のいずれかが満たされない場合もAD/HDの診断が下せるのに対して、ICD-10では多動

性が必須であり、その点で疾患概念がDSMよりも限定的となっている。いずれにしろAD/HDの概念は確立したものとはいえず、近縁疾患との鑑別については、かなりのあいまいさを残している。特に広汎性発達障害で多動を伴う例については、診断に迷うケースが多いのが現状である。

### 成人期のAD/HDの評価尺度

DSM-IVに基づいて、成人期のAD/HDを診断する場合には、患者の養育者による振り返り、あるいは第三者からの本人に関する幼少期の発達の情報が必要となる。また、AD/HD患者においては、学習障害、気分障害、行為障害(CD), 反抗挑戦性障害(ODD), 反社会性パーソナリティ障害などの他の精神障害との併発が報告されている<sup>12)</sup>。この項目では、代表的な成人期AD/HDの評価尺度について概説する(表1)。現在のところ、成人期AD/HDの日本語版の評価尺度は標準化されていないため、今後はわが国において日本語版の評価尺度の開発が必要である。

#### 1. The Conners' Adult ADHD Rating Scales (CAARS)

CAARS<sup>13)</sup>は一般的に広く使用されている評価尺度である。CAARSは4段階(0=まったくない, 1=ほとんどない, 2=かなりある, 3=ほとんどある)で評価される。CAARSには、自己評価(CAARS-SR)と、本人との関係者(配偶者、友人、両親など)による行動観察に基づく評価(CAARS-OR)の2つのタイプがあり、さらに長時間、短

時間用、およびスクリーニング版がある。CAARSはDSM-IVの診断基準に含まれる「不注意、衝動性・多動性」の領域だけではなく、「情緒不安定」、「自己概念の障害」の領域についても評価が可能である。

## 2. Current Symptoms Scale(CSS)

CSS<sup>14)</sup>は、成人の被験者に対して、過去6カ月間の行動に関する質問を行う。CSSは4段階(0=まったく・めったにない、1=ときどきある、2=しばしばある、3=よくある)で評価される。CAARSと同様に、CSSはCSS-OR(他者からの行動観察に基づく評価)とCSS-SR(自己評価)の2つのタイプがある。CSSは3つの領域(①DSM-IVのAD/HDの診断基準18項目に基づく項目、②DSM-IVのAD/HD症状による機能障害に基づく項目、③ODD症状に基づく項目)に分類される。

## 3. Brown Attention-Deficit Disorder Rating Scale for Adults(Brown ADD-RS)

Brown ADD-RS<sup>15)</sup>は、DSM-IVのAD/HDの診断基準が発表される前に、開発された評価尺度である。Brown ADD-RSは、高校生～成人用の尺度であり、主にADDの「不注意」の特徴を評価する。この尺度は5つの領域(①仕事の組織化、②注意と集中力の維持、③注意力や努力の継続性、④フラストレーション(欲求不満)やその他の感情のコントロール、⑤ワーキング・メモリーの使用)に分類される。

## 4. Adult ADHD Self-Report Scale-v1.1(ASRS-v1.1) Symptom Checklist

ASRS-v1.1<sup>16)</sup>は18項目から構成される自記式質問紙であり、世界保健機構(WHO)との共同で作成された。ASRS-v1.1はDSM-IVのAD/HDの診断に基づいており、評価は症状の重症度よりも頻度を重視している。たとえば、「家庭や仕事先で物をなくすことはどのくらいの頻度ですか?」、「つまらない、あるいは難しいプロジェクトを行うときに、不注意なミスをしてしまう頻度はどのくらいありますか?」などがあげられる。ASRS-v1.1は5段階(0=まったくない、1=めったにない、2=ときどきある、3=しばしばある、4=よくある)で評価する。

## 5. ADHD Rating Scale-IV(ADHD-RS-IV)

ADHD-RS-IV<sup>17)</sup>は、ADHD Rating Scale(ADHD-

RS)<sup>18)</sup>の改定版であり、幼児～児童期用の尺度である。しかしながら、ADHD-RS-IVはトレーニングを受けた臨床家が、幼児期～児童期に関するいくつかの項目を成人期に置き換えて、成人にも使用することが可能である<sup>19)</sup>。最近では、成人の薬理学の臨床試験に用いられている<sup>20)</sup>。ADHD-RS-IVはDSM-IVのAD/HDの診断に基づいており、親あるいは教師からの子どもの行動観察に基づいて4段階(0=めったにない、1=少しはある、2=よくある、3=かなりある)で評価される。現在では、ADHD-RS-IVを翻訳した日本語版が出版されている<sup>17)</sup>。

## 6. Wender Uta Rating Scale(WURS)

WURS<sup>21)22)</sup>は、成人の被験者が幼少期の頃について振り返り、幼少期のAD/HDの診断を満たすかどうかについて評価をする尺度である。61項目から構成されるWURSは、成人の被験者が本人の幼少期のAD/HDの特徴について、5段階(0=まったくない・わずかにある、1=少しはある、2=適度に、3=かなりある、4=大いにある)で評価する。WURSは“Minimal Brain Dysfunction in Children”<sup>23)</sup>の論文(DSM-IVのAD/HDの基準18項目よりも詳細に記述されている)の中の項目に基づいている。

## AD/HDとPDDの鑑別診断

DSM-IV-TRに基づいてAD/HDを診断する場合、そのE項目に除外診断が明記されており、「その症状は広汎性発達障害、統合失調症、他の精神病性障害の経過中のみに生じるのではなく、他の精神疾患(例：気分障害、不安障害、解離性障害、人格障害)の存在によって、より適切に説明ができる訳ではない」と書かれている。したがって、国際的な診断基準によりAD/HDと診断するには、まず何よりも高機能の広汎性発達障害との鑑別が重要となる<sup>24)</sup>。

### 1. AD/HDとPDDの類似点と相違点

表2<sup>25)</sup>にライフサイクルからみたAD/HDとPDDの類似点と相違点を示した。表にあるように、診察室で観察されたり、家族などから話される問題行動には類似点が多く、その鑑別には困難が伴う。川谷ら<sup>26)</sup>は、AD/HDからPDDに診断変更された症例を後方視的に検討した。当初AD/

表2 ライフサイクルからみたAD/HDとPDDの類似点と相違点

ライフサイクル	AD/HD	PDD
妊娠中	子宮を蹴る動き、胎動が激しい	
乳児期	非常に手がかかる よく泣いて、なだめることが難しい 食事が習慣化しにくく、偏食傾向が目立つ	まったく手がからない 睡眠障害
幼児期	好奇心旺盛、興味が尽きない 感覚にときに過敏 一つの遊びに集中できない ひとなつこい、物怖じしない	不安・恐怖感が強い、偏った興味や知識 感覚過敏 繰り返す、広がらない遊び 一人でいることを好む、 人なつこくみられることがある 指示に従わない かんしゃくが強い ともかくじっとしてない トイレなどの発達課題の達成が遅い 睡眠障害 言葉の遅れ 家族が対応困難と感じている
学童期	怒りをあらわにしやすい 最後まで課題に取り組めない (根気が続かない) 容易に注意をそらす、うわの空 注意を保ち続けるのが難しい 衝動的である 友人と円満な関係性を保つことが難しい じっとしていられない	感情の表出が苦手、わかりにくい 最後まで見届けないといられない (融通が利かない)

HDと診断された201例のうち66例(33%)に診断変更があり、その多くで言語発達遅滞または著しい多動を呈し、高機能例(IQ 85以上)が過半数を占めたと報告している。

同様にAD/HDとPDDの鑑別の困難さについて言及した報告は近年相次いでいる。Jensenら<sup>27)</sup>は、児童精神科に紹介されPDD-NOSと診断された19例のうち14例(74%)が当初AD/HDと診断されていたと報告している。Yoshidaら<sup>28)</sup>は、高機能PDD 53例のうち36例(68%)がAD/HD診断基準(DSM-IV)に合致し、不注意優勢型が多かったと報告した。Goldsteinら<sup>29)</sup>もPDD 27例のうち16例(59%)がAD/HDの診断基準(DSM-IV)を満たし、混合型が9例、不注意優勢型が7例あったとしている。Strumら<sup>30)</sup>は、高機能PDD 101例を調査し、95%に注意障害があり、50%に衝動性の問題があると報告した。Sinzigら<sup>31)</sup>は、83人のASD (autism spectrum disorder)児童を対象とし、その中でDSM-IVによるAD/HDの診断基準を満たす群と満たさない群で比較をした。ASDの53%はAD/HDの診断基準に合致し、多動とコミュニケーション

不注意と常同行為に相關があるとしている。

以上の報告のように、高機能PDDにはAD/HDの症状を高頻度に認めるため、AD/HDと診断した場合には、PDDの有無や程度について慎重に検討することが必要である。しかし、多動や衝動性といった外から捉えやすい行動とは違い、PDDで認められるコミュニケーションや対人関係の問題は見逃されやすい。このような問題は同年齢集団他者との対等な関係性を持つ状況でより明らかとなるのであり、診察室の空間や授業時間中のような構造化された場面では、多動、衝動性や不注意といったAD/HD特性の方がはるかに観察されやすいからである。したがって、診断にあたっては親や教師など多様な観察者、観察場面を検討することが求められる。AD/HDを診断する際にPDDの症状を慎重に調べ、もしPDDの診断基準を満たすのであれば、現在の診断基準からはPDDの単独診断がつくこととなるが、実際の臨床では重複診断を下す方が有益であると考える臨床家も多い。

PDDとASDはしばしば同義語のように使用されるが、この2つの概念は微妙に異なっている。PDDは国際的診断基準であるDSM-IV-TR, ICD-10において用いられている概念であり、対人的相互反応とコミュニケーションにおける質的な障害、行動興味および活動の限定された反復的で常規的な様式によって特徴づけられる一群の障害と定義される。一方、ASDはWing<sup>32)</sup>が提唱したものであり、社会性障害、コミュニケーション障害、イマジネーション障害の3つ組で定義され、レット障害や小児崩壊性障害を通常含まず、「正常」との境界も明瞭ではない。また、ASDはいかなる精神障害、発達障害とも合併するとしており、AD/HDとの併存を認めている。この点について内山<sup>33)</sup>は、ASD概念は研究や統計のためというより、日常臨床の必要性から提出された概念であると述べている。

## 2. 重複診断の必要性、PDDにAD/HD症状が伴う場合の薬物療法

臨床的にはPDDとAD/HDの両方の症状を持つ症例は確かに存在し、その場合両方の支援策が必要である。それは生活指導面ばかりではなく、薬物療法の点からも重複診断は重要である。2005年米国の報告<sup>34)</sup>によると、5~14歳、72例の多動を伴うPDDに対してメチルフェニデートを投与したところ、多動の評価尺度において49%に有効であった。Jahromiら<sup>35)</sup>は、多動を伴うPDD児童(5~13歳)33例に対してメチルフェニデートを投与したところ、共同注意、情動のコントロールなど、PDDの社会的行動まで改善したと報告している。石崎ら<sup>36)</sup>は、多動性を伴うPDD 38例のうち、30例(79%)でメチルフェニデートが有効であり、その中でIQ>80の10症例についてはすべて有効であったと報告している。PDDとAD/HD症状が伴う場合の薬物療法については、十分な研究蓄積があるわけではなく、今後もさらなる検討が必要であるが、上記の報告は重複診断の有用性を示唆していると思われる。

## 文 献

- 1) Still GF. The coulston lectures on some abnormal physical conditions in children. Lancet 1902 ; 1 : 1008-12.
- 2) 上村菊朗、森永良子. 小児のMBD—微細脳障害症候群の臨床—. 東京：医歯薬出版；1980.
- 3) 長畠正道. 脳器質的症候群. 小林 登、多田啓也、藪内庵治・編. 新小児医学大系、第14巻 B. 小児精神医学 II. 東京：中山書店；1985. p. 187-220.
- 4) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 2th ed. Washington DC : APA ; 1968.
- 5) Douglas VI. Stop, look and listen : The problem of sustain attention and impulse control in hyperactive and normal children. Can J Behav Sci 1972 ; 4 : 259-81.
- 6) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3th ed. Washington DC : APA ; 1980.
- 7) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3th ed. Rev. Washington DC : APA ; 1987.
- 8) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington DC : APA ; 1994.
- 9) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Text Revision. Washington DC : APA ; 1987.
- 10) World Health Organization. Manual of the International Statistical Classification of Diseases. Vol.1 and 2. Geneva : WHO ; 1965.
- 11) World Health Organization. Classification of Mental and Behavioural Disorders : Clinical Description and Diagnostic Guidelines. Geneva : WHO ; 1992.
- 12) Pliszka S. Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with psychiatry disorder : an overview. J Clin Psychiatry 1998 ; 59 Suppl 7 : 50-8.
- 13) Conners CK, Ehrhard D, Sparrow D. CAARS Adult ADHD Rating Scales. New York : MHS ; 1999.
- 14) Barkley RA, Murphy KR. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. New York : A Clinical Workbook Guilford ; 1998.
- 15) Brown TE. Attention-Deficit Disorder Rating Scale for Adult. San Antonio : the Psychological Corporation ; 1996.
- 16) Adler LA, Kessler RC, Spencer T. Adult ADHD Self-Report Scale-v1.1 (ASRS-v1.1) Symptom Checklist.

- New York : World Health Organization ; 2003.
- 17) Du Paul GJ, Power TJ, Anastopoulos AD, et al. ADHD Rating Scale-IV : Checklists, Norms, and Clinical Interpretation. New York : Guilford Press ; 1998. [市川宏伸, 田中康雄・監. 坂本 律・訳. 診断・対応のためのADHD評価スケール ADHD-RS [DSM準拠] チェックリスト, 標準値とその臨床的解釈. 東京 : 明石書店 ; 2008.]
  - 18) Du Paul GJ. Parent and teacher ratings of ADHD symptoms : psychometric properties in a community-based sample. *J Clin Child Psychol* 1991 ; 20 : 245-53.
  - 19) Kevin RM, Lenard AA. Assessing attention-deficit/hyperactivity disorder in adults : focus on rating scales. *J Clin Psychiatr* 2004 ; 65 Suppl 3 : 12-7.
  - 20) Rösler M, Retz W, Thome J, et al. Psychopathological rating scales for diagnostic use in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2006 ; 256 Suppl 7 : 3-11.
  - 21) Wender PH. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in Adults. Oxford, New York : Oxford University Press ; 1995.
  - 22) Ward MF, Wender PH, Reimherr FW. The Wender Uta Rating Scale : an aid the retrospective diagnosis of childhood attention-deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry* 1993 ; 155 : 885-90.
  - 23) Wender PH. Minimal Brain Dysfunction in Children. New York : John Wiley & Sons ; 1971.
  - 24) 内山登紀夫. ADHDの診断. 臨床精神医学 2008 ; 37 : 147-52.
  - 25) 田中康雄. ADHDの診断・評価—鑑別診断—広汎性発達障害との鑑別. 齋藤万比古, 渡部京太・編. 注意欠如・多動性障害—ADHD—の診断・治療ガイドライン. 東京 : じほう ; 2008. p. 97-9.
  - 26) 川谷正男, 中井昭夫, 真弓光文, ほか. 注意欠陥/多動性障害から広汎性発達障害に診断変更された症例の後方視的検討. 脳と発達 2009 ; 41 : 11-6.
  - 27) Jensen VK, Larrieu JA, Mac KK. Differential diagnosis between attention-deficit/hyperactivity disorder and pervasive developmental disorder not otherwise specified. *Clin Pediatr* 1997 ; 36 : 551-61.
  - 28) Yoshida Y, Uchiyama T. The clinical necessity for assessing attention deficit/hyperactivity disorder (AD/HD) symptoms in children with high-functioning pervasive developmental disorder (PDD). *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2004 ; 13 : 307-14.
  - 29) Goldstein S, Schwebach AJ. The comorbidity of pervasive developmental disorder and attention deficit/hyperactivity disorder : results of a retrospective chart review. *J Autism Dev Disord* 2004 ; 34 : 329-39.
  - 30) Strum H, Fernell E, Gillberg C. Autism spectrum disorders in children, with normal intellectual levels : associated impairments and subgroups. *Dev Med Child Neurol* 2004 ; 46 : 444-7.
  - 31) Sinzig J, Walter D, Doepfner M. Attention deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents with autism spectrum disorder : symptom or syndrome? *J Atten Disord* 2009 ; 13 : 117-26.
  - 32) Wing L. The Autistic Spectrum, A Guide for Parents and Professionals. London : Constable and Company Limited ; 1996.
  - 33) 内山登紀夫. 注意欠陥/多動性障害と広汎性発達障害. 臨床精神医学 2007 ; 36 : 603-6.
  - 34) Research Units on Pediatric Psychopharmacology Network. Randomized, controlled, cross-over trial of methylphenidate in pervasive developmental disorders with hyperactivity. *Arch Gen Psychiatry* 2005 ; 62 : 1266-74.
  - 35) Jahromi LB, Kasari CL, McCracken JT, et al. Positive effects of methylphenidate on social communication and self-regulation in children with pervasive developmental disorders and hyperactivity. *J Autism Dev Disord* 2009 ; 39 : 395-404.
  - 36) 石崎朝世, 州鎌倫子. 多動性障害および多動性を有する広汎性発達障害141例に対するmethylphenidateによる治療経験. 脳と発達 2001 ; 33 : 323-8.