

ADHD

診断と治療

定義

成因

疫学

定義

中枢神経系の機能不全という生物学的基盤を有する
発達障害(生来的な脳機能の障害)

3症状を主症状とする疾患

注意の障害(持続的、選択的注意の困難・転導性の亢進(問題解決の困難))

多動性 (動き、言葉の多さ・内的な落ち着きのなさ)

衝動性 (動き、言葉の制御困難)

脆弱な抑制コントロールによるもの？

神経心理学的には行動制御の障害として現れる

実行機能の障害(段取り・計画性の困難)

報酬系の障害 (報酬の遅延困難:報酬を待てない)

時間処理の障害(時間的不注意:順序、時間配分が困難)

成因

遺伝

ADHDの平均遺伝率は高く、推定他は76%

一卵性双生児一致率 > 90%

複数の遺伝子変異と環境要因との組み合わせが、発症のリスクを上げる

成人期のADHD診療ガイドブック 樋口輝彦他じほう

ドーパミントランスポーター (dopamine transporter: DAT) 遺伝子の検討

環境要因

周産期障害, 低出生体重, 母親の妊娠中のアルコール摂取や喫煙など

胎児期の母親の不安との関係

他

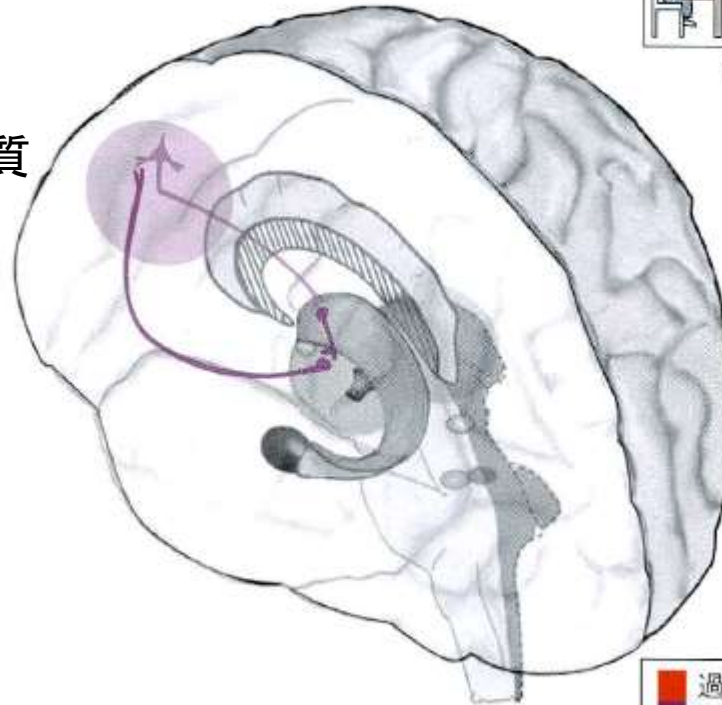
持続的注意



背外側前頭前皮質

線条体

視床



線条複合体に投射する背外側前頭前皮質 (DLPFC) を含む
皮質-線条体-視床-皮質 (CSTC) 回路によって調節されている

選択的注意



不注意

背側前帯状皮質(dACC)

線条複合体

視床



背側前帯状皮質(dACC)からはじまり、線条複合体に投射後、視床に投射し、dACCに戻る皮質-線条体-視床-皮質(CSTC)回路により調節される

衝動性



衝動性

眼窩前頭皮質

視床

線条複合体

眼窩前頭皮質・線条複合体・視床などを含む
皮質-線条体-視床-皮質(CSTC)回路と関連



多動性

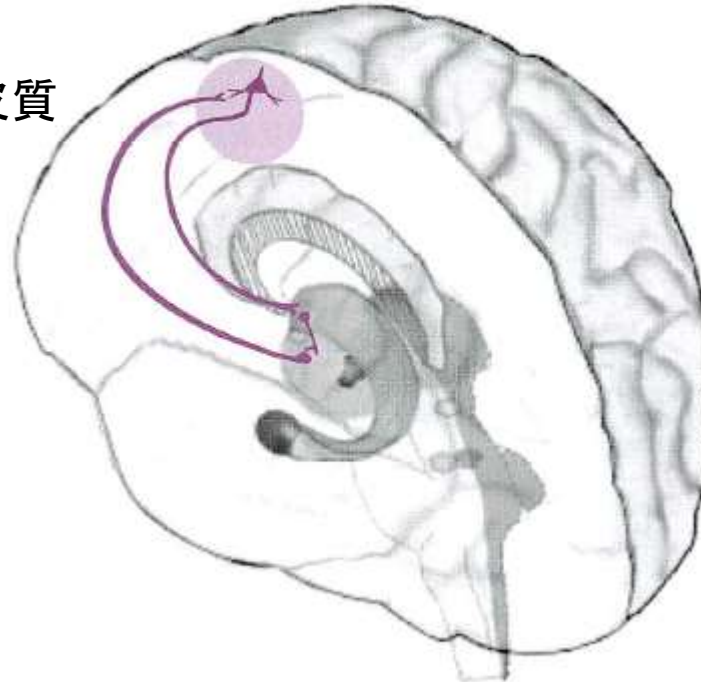


多動性

前頭前運動皮質

被殻(外側線条体)

視床

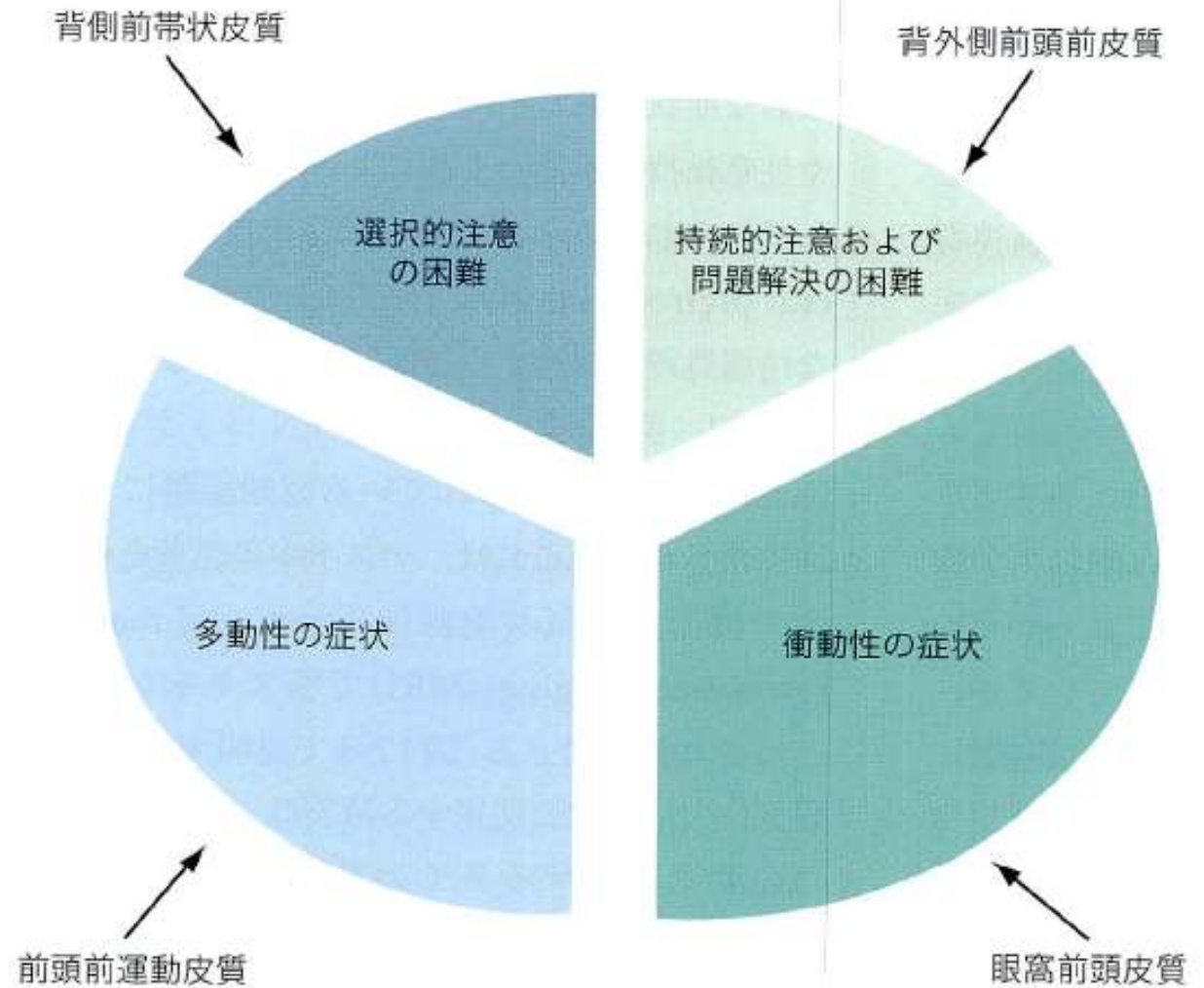


前頭前運動皮質から被殻(外側線条体)そして視床に至り、前頭前運動皮質に戻る
皮質-線条体-視床一皮質(CSTO回路)によって調節される

中核症状

前頭前皮質に関連

ADHD：多様な機能をもつ前頭前皮質に関連すると仮定されている中核症状



前頭葉・大脳基底核の異常を中心とした局所的脳構造異常

前部前頭皮質(特に右)の脳皮質の発達遅延 実行機能・報酬系に関わる

淡蒼球・右被殻・右尾状核・前帯状皮質・小脳後下虫部・脳梁膨大部の体積減少

ネットワークレベルの異常

前頭—線条体—帯状回, 前頭—頭頂, 前頭—小脳, 頭頂—後頭
の白質線維の結合が減少

光ポグラフィー検査(NIRS)

一定時間の大脳皮質の酸素消費量

前頭眼窩部を中心に酸素消費量の低下

アトモキセチン投与後に症状の改善とともに同変化の改善

誘発電位

認知情報処理過程 機能的問題

誘発電位の振幅の低下が治療後に回復

実行機能系の障害(前頭葉一線条体回路)

行動抑制の困難さ→実行機能の困難

報酬系の障害(眼窩一前頭一腹側線条体)

即時報酬への選好・報酬遅延に対する嫌悪

CFP回路(帯状皮質一前頭葉一頭頂葉のネットワーク)

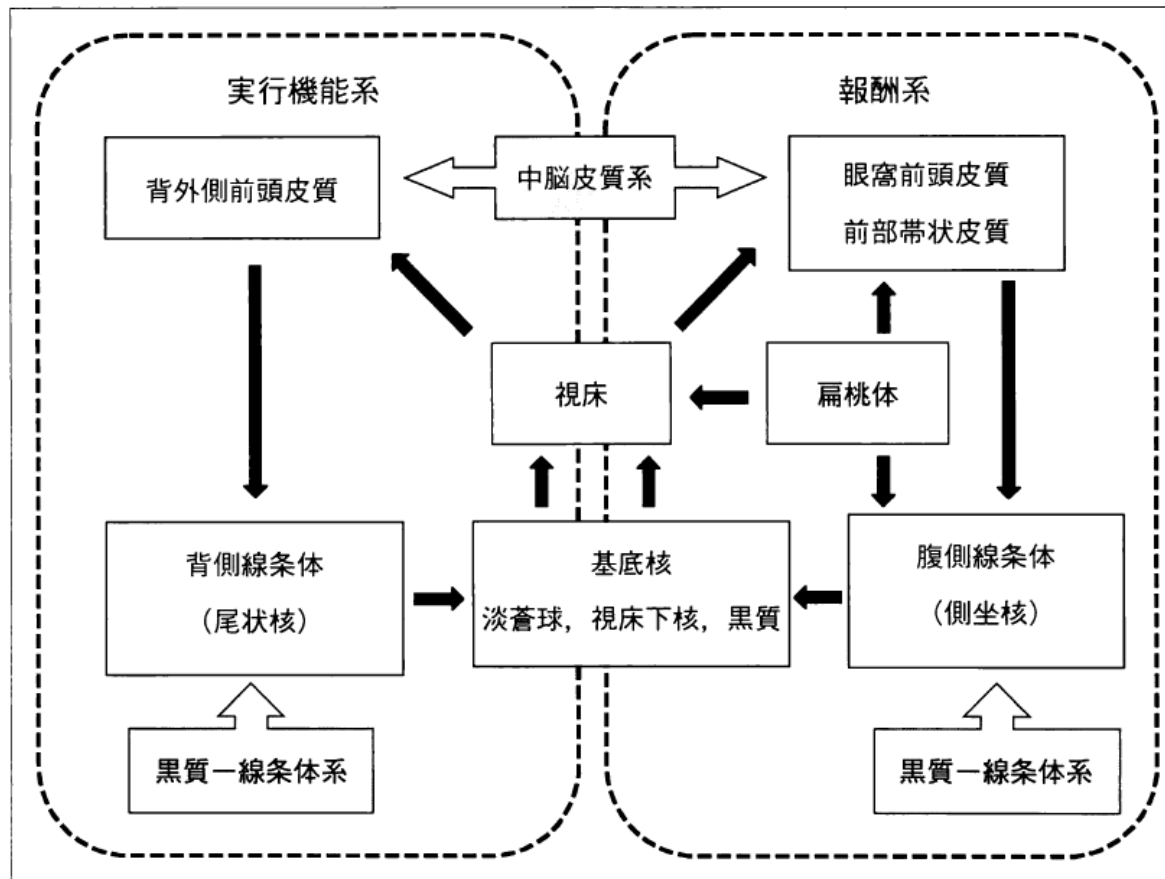


図2 Sonuga-BarkeによるADHDのdual pathwayモデル(文献²⁰)より引用改変)

注意と行動の調節

前頭前皮質におけるドーパミンとノルアドレナリンの適度な遊離が必要

持続性発火	ベースラインにおける正常な発火
相同性発火	学習や報酬条件付けを強化

前頭前皮質

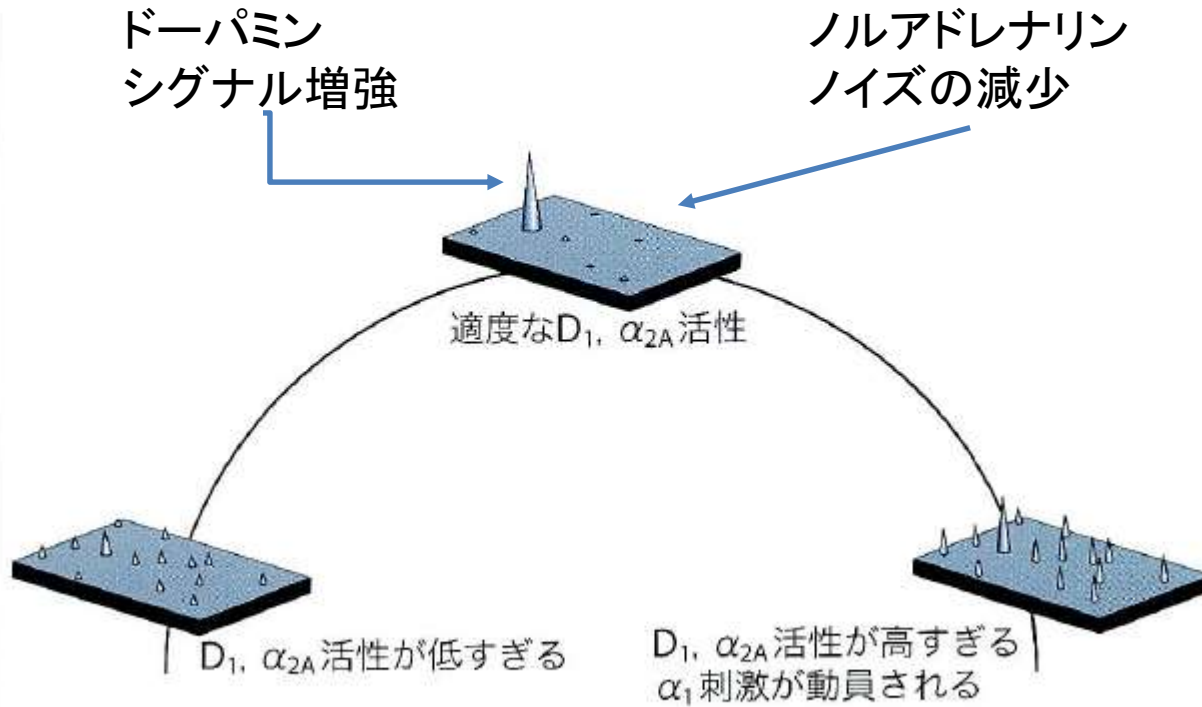
ドーパミン

不適切な結合を防ぎノイズを減少

ノルアドレナリン

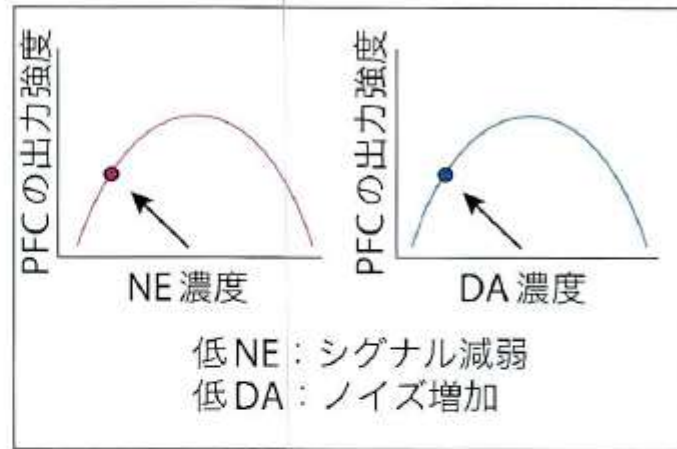
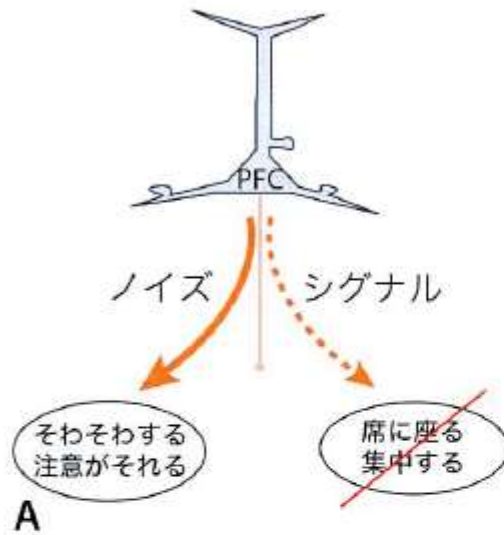
結合性を強めて入力シグナルの増強

錐体神経細胞の機能

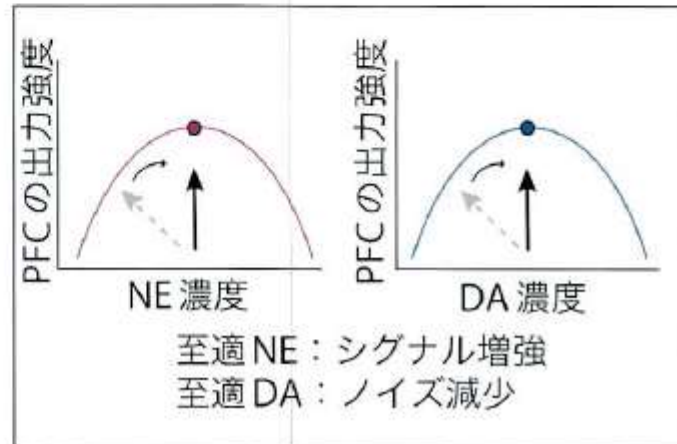
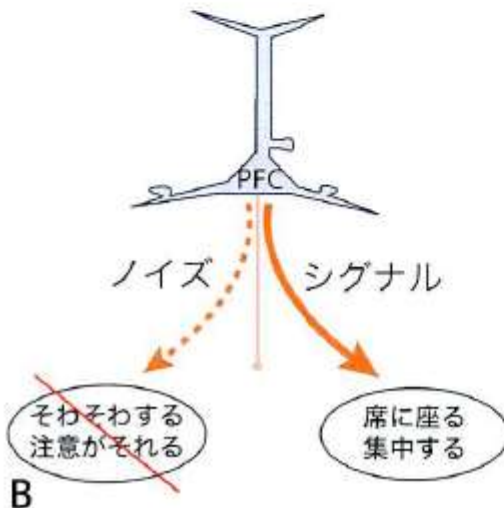


ADHD の前頭前皮質におけるノルエピネフリンとドーパミンの濃度の重要性

ADHD：仮説上、PFCで低シグナル
および高ノイズ



治療：ノルエピネフリンとドーパミンの増加



疫学

DSM5 子供の約5% 成人の2.5%_(DSM5) (成人ADHD: 1.2-7.3% : WHOでは3.4%_(大人))

成人の2-3%程度か

子供のADHD 多動性は減少するが、不注意と衝動性は持続する

半数が成人まで症状・問題が持続

3割は診断基準を満たす

成人 不注意優勢型の割合↑

有病率の性差がなくなる傾向 男:女=小児5:1 → 成人 1:1

「不注意優勢型」は女子に多く、低年齢ではADHDの存在に気づかれないが、成人になり社会生活や家庭生活のなかで不適応が目立って気づく例が多い？

成人のADHDのうち11%しか治療を受けていない

特性や性格としてとらえている場合が多い

並存障害の治療として受ける場合も多い

成人期のADHD診療ガイドブック 樋口輝彦他 じほう

成人期 ADHD の世界的有病率¹

2007 年の世界保健機関世界精神保健調査 (WMH) によれば, 成人期 ADHD の世界的有病率は 3.4% と推定されている

国	有病率, % (SE)	n	
ベルギー	4.1 (1.5)	486	
コロンビア	1.9 (0.5)	1731	
フランス	7.3 (1.8)	727	
ドイツ	3.1 (0.8)	621	
イタリア	2.8 (0.6)	853	
レバノン	1.8 (0.7)	595	
メキシコ	1.9 (0.4)	1736	
オランダ	5.0 (1.6)	516	
スペイン	1.2 (0.6)	960	
米国	5.2 (0.6)	3197	
合計	3.4 (0.4)	11422	SE= 標準誤差

1. Fayyad et al. *Br J Psychiatry*. 190 : 402-409, 2007.

子供

文部科学省のH24年調査

教育上発達的問題で1割近くの子供に配慮を要する

通常学級在籍者

「教育上の配慮を要する児童・生徒」の割合は6.5%

学習障害的な著しい困難が4.5%

行動面で著しい困難が3.1%

対人面で著しい困難が1.1%

特別支援学級を受けている、発達障害児童・生徒は1.4%

7.9%

診断

症状

検査

現時点では症状より

並存障害

鑑別診断

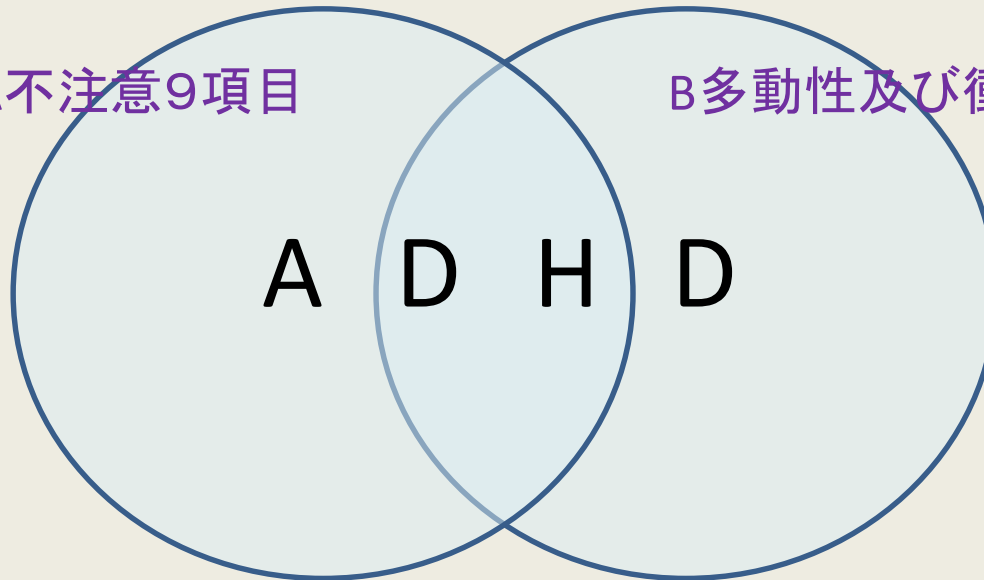
重なる

診断 (DSM-5)

DSM5 診断症状項目

A不注意9項目

B多動性及び衝動性9項目



A 及び/又は B の 6項目以上(17歳以上では5つ以上)

6か月持続したことがある

2つ以上の状況(家・学校・職場等)で現れ生活に支障

症状のいくつかは12歳以前より存在

大人になって気づかれる場合

1. 不注意症状が主で子供時代は問題とされずに来たものが、社会生活上或いはストレス下で顕在化
2. 治療中の疾患への脆弱性にADHDが絡んでいる場合

低年齢では周囲から目立たなかった

学力が優秀であるため問題視されなかった

保護者も似た面があり、違和感を持たなかった

軽症で気づかれず、大人になり負担が増して顕在化した

大人になってからの診断

困難 ほかの可能性を鑑別しながら、「暫定的診断」に至るまでを達成目標

田中康雄:成人におけるADHDの診断の鍵と限界吟味 精神科治療学,19:457-464 2004

人格形成過程による変容の評価

他疾患との鑑別診断

並存障害の鑑別 1つの精神的共存障害を認める場合が44%, 2つ以上が32%, 3つ以上が11%

成人期のADHD診療ガイドブック 樋口輝彦他 じほう

診断基準を満たさない特定不能のADHDでも機能障害を生じている場合が多い

AbleSL,etal:Functional and psychosocial impairment in adults with Undiagnosed ADHD. Psychological Medicine.37:97-107,2007

症状と機能障害を別の次元でとらえる必要性

臨床域に達していなくても

学業・業務上の不振

スケジュールが守れない

忘れ物が多い

人間関係の構築が苦手

傾聴できない

社会的スキルが身につかない

他に

ケガが多い

交通違反・事故が多い

家庭内問題が多い

情緒不安定性

自己評価が低い

自信が持てない

社会適応不全

無計画にお金を使う

ゲームやギャンブルにのめりこむ

言葉で表現することがうまくできない

人を頼りすぎる

計画の変更ができない

症状

DSM-5 診断症状項目

A.不注意

a ケアレスミスが多く、仕事はずさんでいいかげん

細密に注意することができない。または不注意な間違い

物事の全体像を見ようとする前に動いてしまい、

取り組んでいる作業で細部を見逃すケアレス・ミスの多さ

b 気が散りやすい・根気がない

課題や遊びの活動で注意を集中し続けることがしばしば困難である

講義や会話、あるいは長い文章を読むことに集中し続けることが難しい

c 会話中、上の空のように見える

直接話しかけられときにしばしば聞いていないようにみえる

d 指示されたことをやり遂げられない・やり遂げるのに多大な努力を要する

集中を失い、すぐにわき道にそれてしまう

性格的な「ずさんさ」や反抗的な行動ではない

頑張ってもゴールまでたどり着けない、あるいは大きな努力を要する

e 整理が出来ず、仕事が時間通りに終わらず、遅刻も多い

課題や活動を順序立てることが困難

連続する作業をやり遂げることが難しい。

用具やその付属物の整理が困難で、取りちらかした、まとまらない仕事

時間管理が下手、締め切りに間に合わない。期限が守れず仕事がたまる

f 面倒なことを避ける傾向

精神的努力の持続を要する苦手な課題(学業・仕事)を避ける、嫌う、いやいや行う

レポートや書類の作成、長い文書の検討等

g 失くしものが多い

学校の道具・鉛筆・本・道具・財布・鍵・事務書類・メガネ・携帯電話等

h 気が散りやすい

外からの刺激によってすぐ気が散ってしまう

やたらと関係ないことが浮かんで来て集中できない

i 忘れっぽい

用事、現在のおつかい。

青年や成人では折りかえし電話・勘定を払うこと、約束を守ること等

B.多動性

a 体動が多い

手足をそわそわ動かしたり, トントンたいたり, 打ちならしたり, でもじもじする

b 離席等その場にとどまり続けられない

学校・職場あるいは座っていることを求められる場面で自分の席を離れてしまう

成人のオフィスなどでの離席の場合

高度な言い訳(喫煙の為等)や合理化(空気が悪い等)で隠される。

目立つほど頻回に席を立ち部屋を出る、

会議や研修会などの場に留まり続けられない

c 落ち着きがない

不適切な状況でしばしば走り回ったり高い所へ登ったりする

成人ではその自覚にとどまることもある

何か落ち着かない、むずむずするといった不快な感じ

d 状況に不適切な騒々しさ

静かに遊んだり余暇活動につくことができない。

活動時に立てる物音を合理的に統制する能力に障害があり、
状況に不適切な騒々しさを見出す

e じっとしてられない

“じっとしていない”またはまるで“エンジンで動かされているように”行動する
大人の場合

食堂や会議などで長時間じっとしていることができない、居心地が悪い
他者の目からは落ちつきのない人、じっとしてられない人、
一緒にいることが困難とみえるかもしれない

f おしゃべり

しばしばしゃべりすぎる

C.衝動性

g 待てない(会話)

質問が終わる前に出し抜けに答え始めてしまう

大人の場合 人の言いかけたことを代わりに言ってしまうたり、
許可なく話しはじめたり、自分の番を待てない

Cf. 自閉症: 会話の文脈が読めないまま無関係に固執している話題を話し始めてしまう
ADHD: 文脈への割り込み

h 待てない(行動)

自分の順番を待つことが困難或いは待つ場面を回避する

i ちょっかいをだす

他人を妨害し、邪魔する、許可を得ずに他人の物を使い始める

他人のしていることに口出ししたり、取り上げてしまったりする

後先考えずに思いつきで行動する・飽きっぽく1つのことが長続きしない

A.不注意

全体像が見えず、細部を見逃し、
仕事がずさん・失くしものが多い
忘れっぽい

1. 不注意

講義、会話、書類を**読み続けること**
が苦手又は避ける

2. 注意の持続性の 困難(b)

関係のないことが浮かんできたり、
些事から横道へそれてしまい、
課題、仕事を完遂できない
いくつもの課題の同時進行

3. 転導性の亢進(h)

時間管理が下手・
間に合わない・遅刻

4. 課題や活動の 順序立てが困難 (実行機能)(e)

a. ケアレスミス

g. **失くしものが多い**

i. **忘れっぽい**

c. **話を聞けない**

d. **仕事完遂困難**

仕事家事ができない

f. **困難な仕事を避ける**

B. 多動性

1. 多動 状況に拘わらず体動、動きが多く、じっとしてられない或いは落ち着かない感じ
2. おしゃべりで騒がしい

C. 衝動性

1. 待てない(会話、行動)
2. 我慢できない(ちよっかいを出す・思い付きの行動・時に乱暴さ)

思い付きで行動

多動・衝動性は環境に影響されやすい
静かな環境では目立たず(学校>家庭)

衝動性は社会適応に大きく影響

他の特徴

気分

低いストレス耐性

新奇追及傾向と独創性

のめりこみと過集中

依存症や嗜癖傾向

変動しやすい

心配性で不安から感情の爆発

飽きっぽい・創造的・直感的・ひらめきがある

好きなことには集中

酒・タバコ・ギャンブル・セックス・パソコン・浪費

星野仁彦

【基本的症状】

- ①多動（運動過多）：いつも落ち着きがなくソワソワしている
- ②不注意（注意散漫）：気が散りやすく、集中できない
- ③衝動性：後先考えずに思いつきで行動する
- ④仕事の先延ばし傾向・業績不振：期限が守れず、仕事がたまる
- ⑤感情の不安定：気分が変動しやすい
- ⑥低いストレス耐性：心配と不安が感情の暴発を招く
- ⑦対人スキル・社会性の未熟：空気が読めず、人の話が聞けない **ASD的要因**
- ⑧低い自己評価と自尊心：マイナス思考とつる劣等感 **二次的要因**
- ⑨新奇追求傾向と独創性：飽きっぽく1つのことが長続きしない

【随伴症状】

- ⑩整理整頓ができず、忘れ物が多い：仕事はできても家事が不得手
- ⑪計画性がなく、管理が不得手：低すぎる日常生活のスキル
- ⑫事故傾性：交通事故、産業事故など
- ⑬夜間の低い睡眠効率と昼間の居眠り
- ⑭習癖：男性に多いチック症、女性に多い抜毛癖
- ⑮さまざまな依存症や嗜癖行動に走る：アルコール、タバコ、薬物、ギャンブル、浪費、セックスなど
- ⑯のめり込みとマニアック傾向：パソコン、ゲーム、その他

ハロウェルとレイテイの診断基準

1. 過去の成果に関わらず力が出し切れない。
目標に到達していないと感じる (不適応感)
2. 何事にも計画性がない (金銭, 時間, 書類, 身の整理など)
3. 物事をだらだらと先送りしたり, 仕事に取りかかるのが困難 (先延ばし傾向)
4. たくさんの計画が同時進行し, 完成しない
5. タイミングや場所や状況を考えず, 頭に浮かんだことを, パツと言う傾向
6. 常に強い刺激を追い求める (新奇追求傾向)
7. 退屈さに耐えられず飽きっぽい
8. すぐに気が散り, 集中力がない。読書や会話の集中に心がお留守になる。興味のあることには非常に集中できる (過集中)
9. しばしば創造的, 直感的かつ知識が広い。
ひらめきがある
10. 決められたやり方や「適切な」手順に従うのが苦手

11. 短気で, ストレスや欲求不満に耐えられない
12. 衝動的または攻撃的
13. 必要もないのに際限なく心配する傾向
14. 何事にも不安が強い
15. 気分が変わりやすい
16. 気ぜわしい, せっかち
17. 耽溺の傾向 (アルコール・薬物・ギャンブル・異性関係など) とマニアックな傾向
18. 慢性的なセルフ・エスティーム (自尊心) の低さ
19. 不正確な自己認識 (認知)
20. ADHD または衝動や気分を自分でコントロールしにくいなどの家族歴がある
 - ・小児期に ADHD だった
 - ・他の精神障害あるいは疾患で説明のつかない状態にある

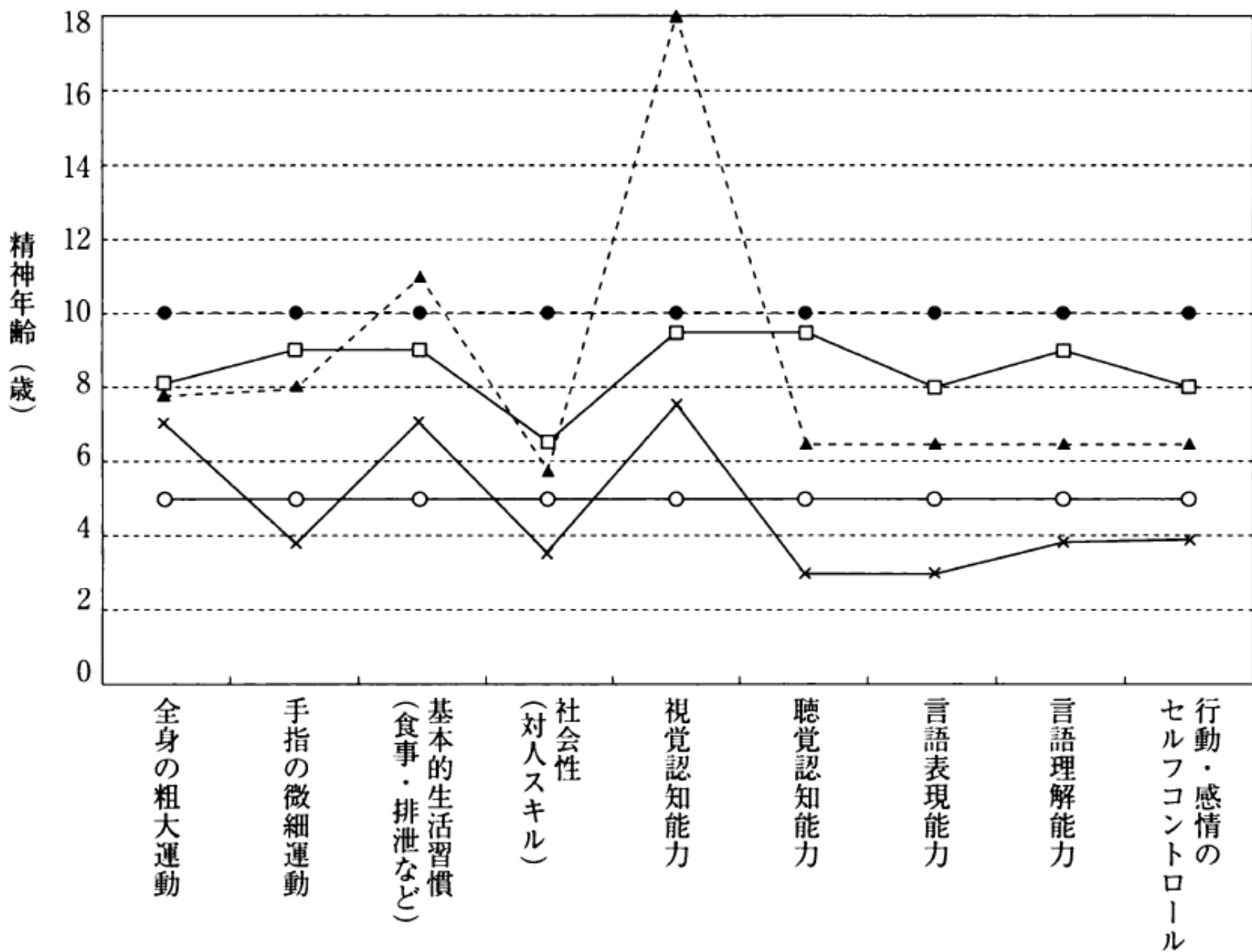
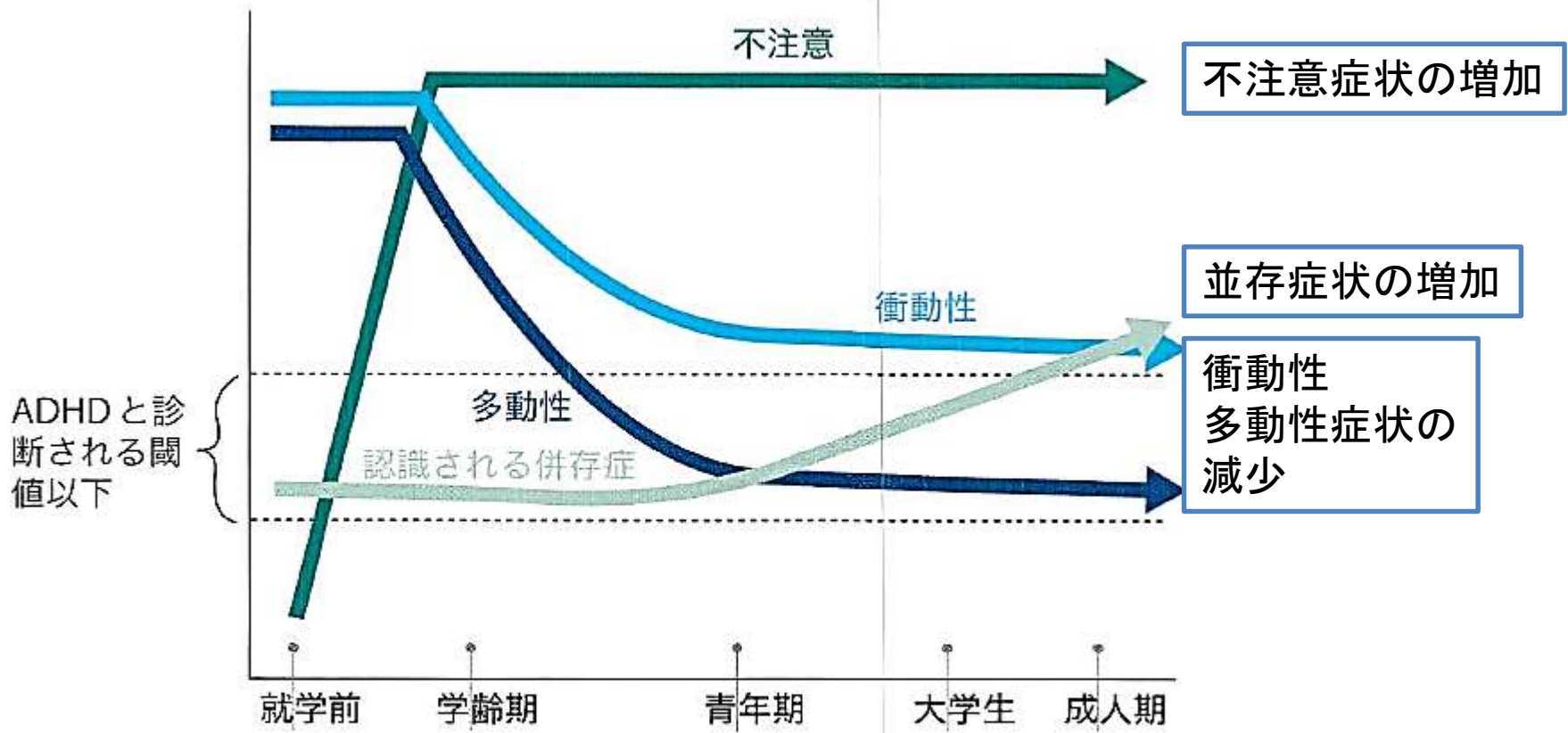


図1 各種の発達障害の発達プロフィール (生活年齢10歳の場合)

●-定型発達児, □-ADHD, ▲-高機能自閉症 (アスペルガー), ○-知的障害 (精神遅滞), ×-低機能自閉症

症状の加齢による変化

ADHDへの発達の影響



ADHDと診断される閾値以下

- | | | | | |
|--------|--------------|----------------|----------|----------|
| ・ 行動障害 | ・ 行動障害 | ・ 学業上の困難 | ・ 学業の失敗 | ・ 職業上の失敗 |
| | ・ 学業上の困難 | ・ 社会的相互作用の困難 | ・ 職業上の困難 | ・ 自信の問題 |
| | ・ 社会的相互作用の困難 | ・ 自信の問題 | ・ 自信の問題 | ・ 関係性の問題 |
| | ・ 自信の問題 | ・ 法律上の問題、喫煙、傷害 | ・ 物質乱用 | ・ 傷害、事故 |
| | | | ・ 傷害、事故 | ・ 物質乱用 |

成長に伴う不注意症状の変化¹⁻³

不注意に関してはある程度症状が代償されるので、訴えない成人が多い

DSM-IV 不注意に関する症状

- ◆ 注意を持続するのが困難
- ◆ 気が散りやすく、忘れっぽい
- ◆ 人の話を聞かない
- ◆ 指示通りの行動ができない
- ◆ 整理整頓ができない
- ◆ 物をなくしたり、置き忘れたりする



成人に多く見られる症状

- ◆ 注意を持続するのが困難
(会議, 読字, 事務処理)
- ◆ やる気がなく先延ばしにする
- ◆ 仕事が遅い, 非効率的
- ◆ 支離滅裂
- ◆ 時間管理が下手
- ◆ 業務完遂が困難
- ◆ 物をなくしたり、置き忘れたりする

1. American Psychiatric Association, DSM-IV TR, 2000.

2. Adler L, et al. *Psychiatr Clin N Am*, 27 : 187-201, 2004.

3. Weiss M, et al. *ADHD in Adulthood : A Guide to Current Theory, Diagnosis and Treatment*, 1999.

成長に伴う多動症状の変化¹⁻³

落ち着きのない状態が減弱する

DSM-IV 多動性に関する症状

- ◆ 過剰におしゃべりをする
- ◆ 体をもじもじしたり、よじ登ったりする
- ◆ 静かに遊んだり、課題に取り組むことができない
- ◆ 「あちこち動き回ったり」、体をそわそわさせる
- ◆ 走り回ったり、よく考えずに行動したりする



成人に多く見られる症状

- ◆ 過剰におしゃべりをする
- ◆ 内的な落ち着きのなさ
- ◆ 「感情が高ぶる」
- ◆ 自ら多忙な仕事を選ぶ
- ◆ 薬やアルコールによる「自己治療」
- ◆ 目的のない動き(貧乏揺すり)

1. American Psychiatric Association, DSM-IV TR, 2000.

2. Adler L, et al. *Psychiatr Clin N Am*, 27 : 187-201, 2004.

3. Weiss M, et al. *ADHD in Adulthood : A Guide to Current Theory, Diagnosis and Treatment*, 1999.

成長に伴う衝動症状の変化¹⁻³

成人期の衝動性はより深刻な結果を招くことが多い

DSM-IV 衝動性に関する症状

- ◆ うっかり答を口に出す
- ◆ 順番を待つことができない
- ◆ 他人に口を挟んだり、邪魔をしたりする



成人に多く見られる症状

- ◆ 易刺激性・短気
- ◆ 衝動的に転職
- ◆ 運転中のスピードの出し過ぎ
・ 交通事故
- ◆ 喫煙・カフェイン摂取
- ◆ 危険なセックス

1. American Psychiatric Association, DSM-IV TR, 2000.

2. Adler L, et al. *Psychiatr Clin N Am*, 27 : 187-201, 2004.

3. Weiss M, et al. *ADHD in Adulthood : A Guide to Current Theory, Diagnosis and Treatment*, 1999.

表 1.1 年齢別の典型症状

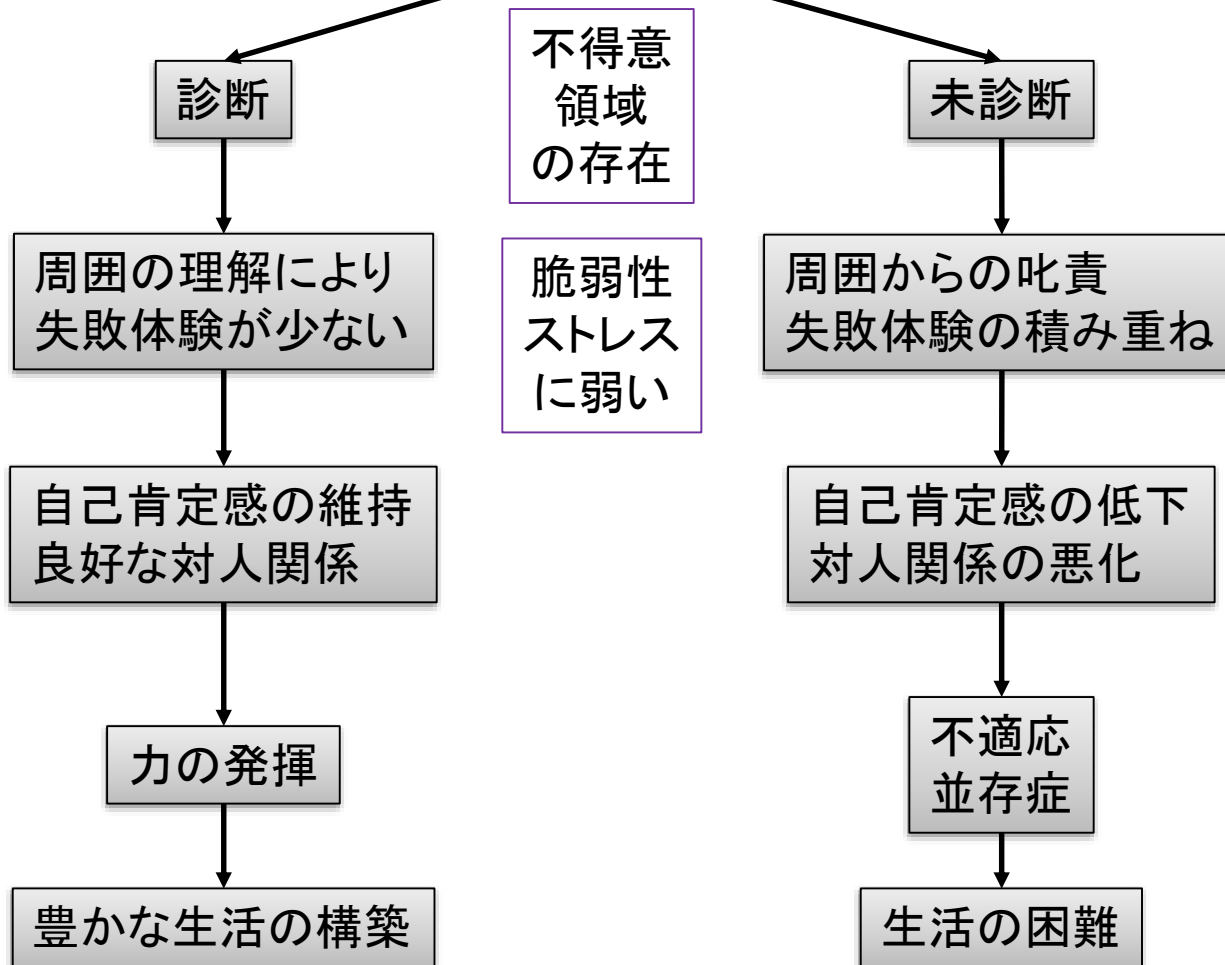
	不注意	多動	衝動
就学前	<ul style="list-style-type: none"> • 1つの遊びが3分以内 • 行動が不完全 • 話を聞かない 	<ul style="list-style-type: none"> • めまぐるしい動き 	<ul style="list-style-type: none"> • 話を聞かず、危険意識が低い
小学生	<ul style="list-style-type: none"> • 1つの活動が10分以内と短い • 次々に行動が変わる • 忘れっぽく、気が散りやすい 	<ul style="list-style-type: none"> • 静かにすべきところで落ち着きがない 	<ul style="list-style-type: none"> • 順番を待てない • 他児の邪魔をし、だしぬけに答えを言う、割り込みや事故が多い
思春期	<ul style="list-style-type: none"> • 周りに比べ持続力がない • 細かなミスが多い • 計画性が低い 	<ul style="list-style-type: none"> • そわそわする 	<ul style="list-style-type: none"> • 自己統制力の低さ、無謀で危険を顧みない
成人	<ul style="list-style-type: none"> • 細かな作業を完遂できない • 約束を忘れる • 先の見通しを立てられない 	<ul style="list-style-type: none"> • 落ち着きのなさの自覚 	<ul style="list-style-type: none"> • 自動車などの事故、早まった決断 • せっかち

出典：Rutter M, et al : Child and Adolescent Psychiatry 4th edition, Blackwell Publishing, 2003より作成

96%が12～14歳までには明らかとなる

障害として顕在化するか否か、又、その時期や状態については、置かれている社会環境や知的水準に大きく影響される。

軽度発達障害



不得意領域の存在

脆弱性
ストレスに弱い

小学校高学年頃より不適応
不登校等

社会へ出て
ストレスが増えて
不適応

検査

スクリーニング

ASRS (Adult ADHD Self Report Scale-Screener)

DSM-IV 診断基準A6項目: 4点以上でADHDの疑い

診断ツール

CAADID (Conners 'Adult ADHD Diagnostic Interview for DSMIV)

パート1: 家族歴・既往歴・生活歴・現病歴

パート2: 子供の頃: 現在の状況 (DSM-IV)

重症度把握

ADHD-RS-IV

子供: 学校と家庭

大人: 家庭と職場

CAARS (Conners' Adult ADHD Rating Scale)

経過観察

ADHD症状チェックリスト

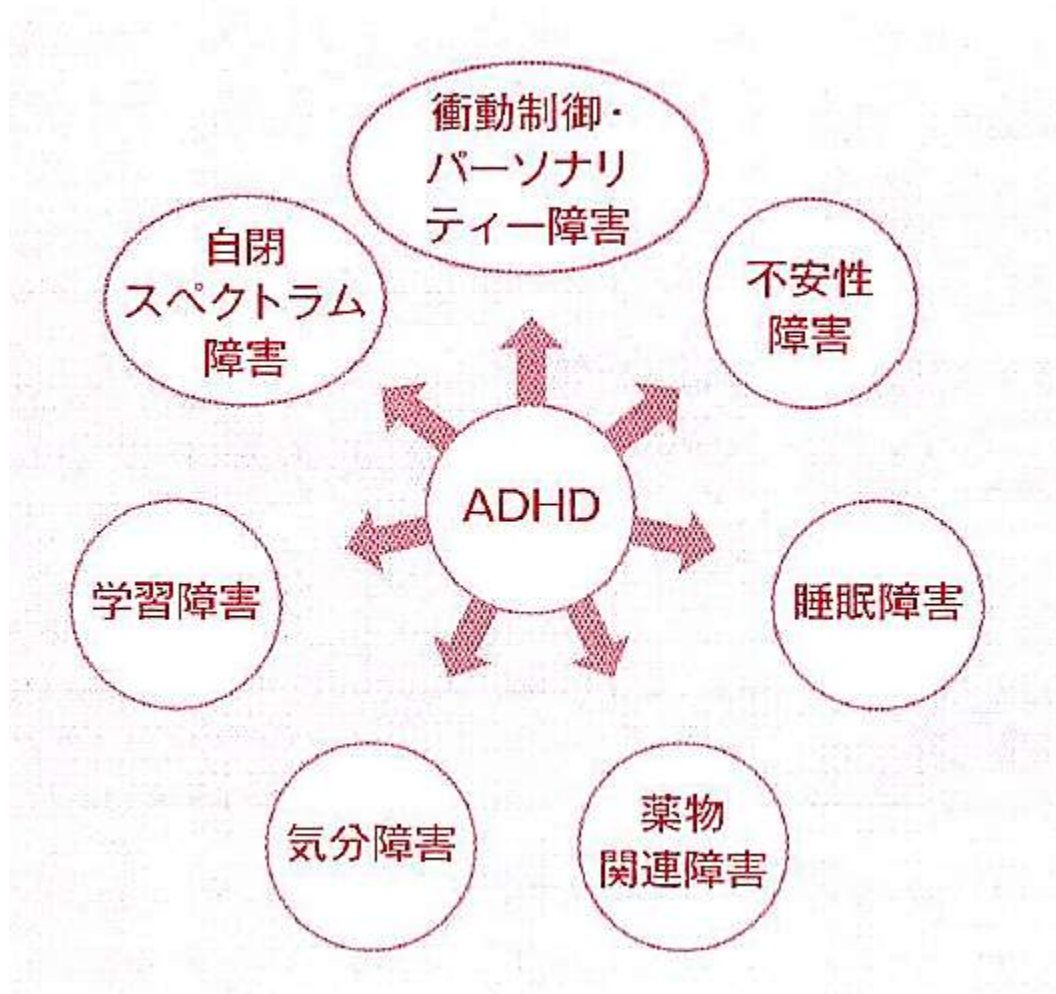
並存障害

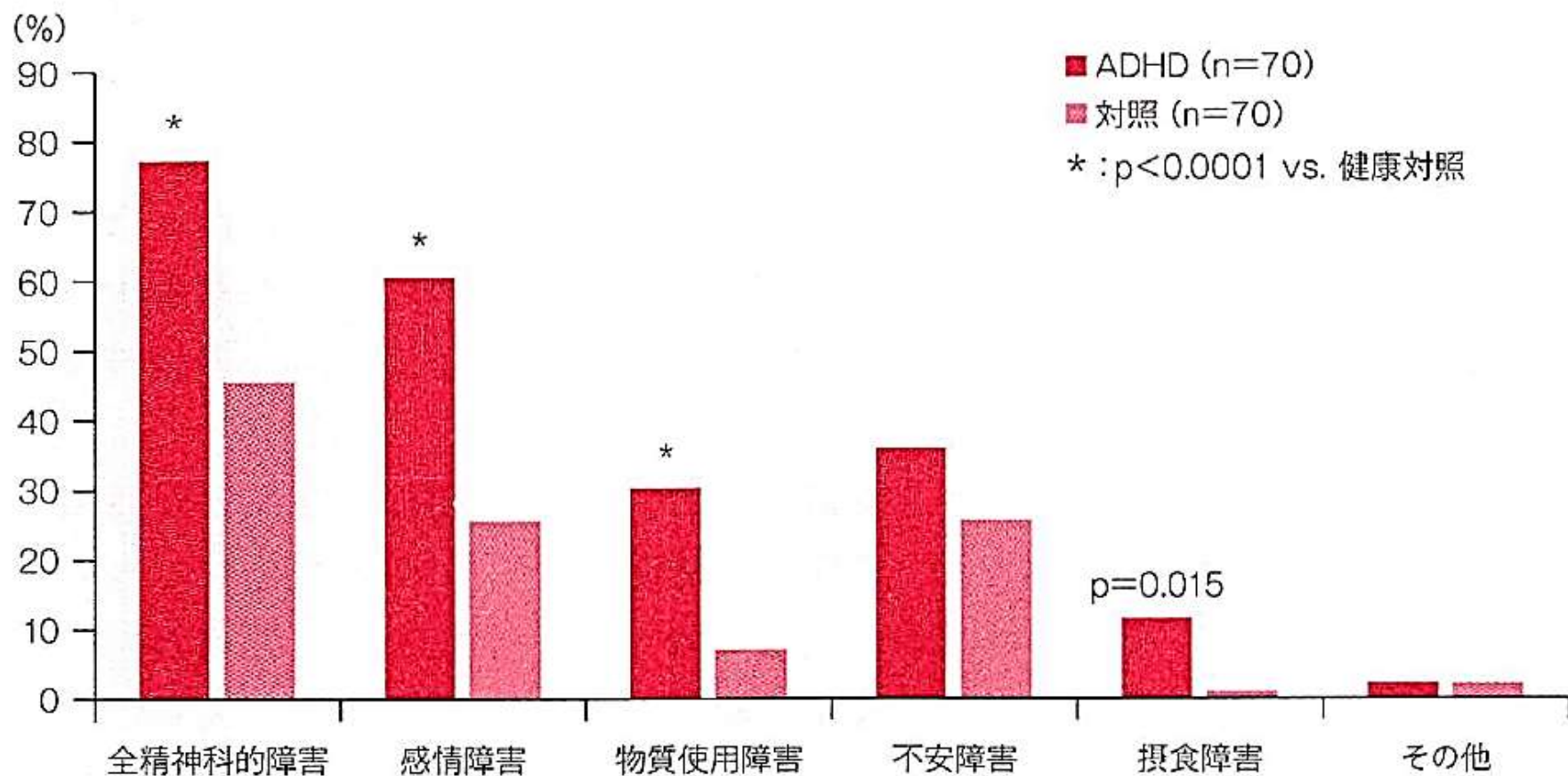
成人期ADHDにおける精神科疾患の併存率は70%前後

複数の併存障害を持つ患者も多い

精神科合併症が多い

ADHDの認識,治療を困難に





出典：Sobanski E, et al : Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 2007 より改変

図2.3 成人ADHDにおける精神科的障害の併存—生涯罹病率—

併存症状は、

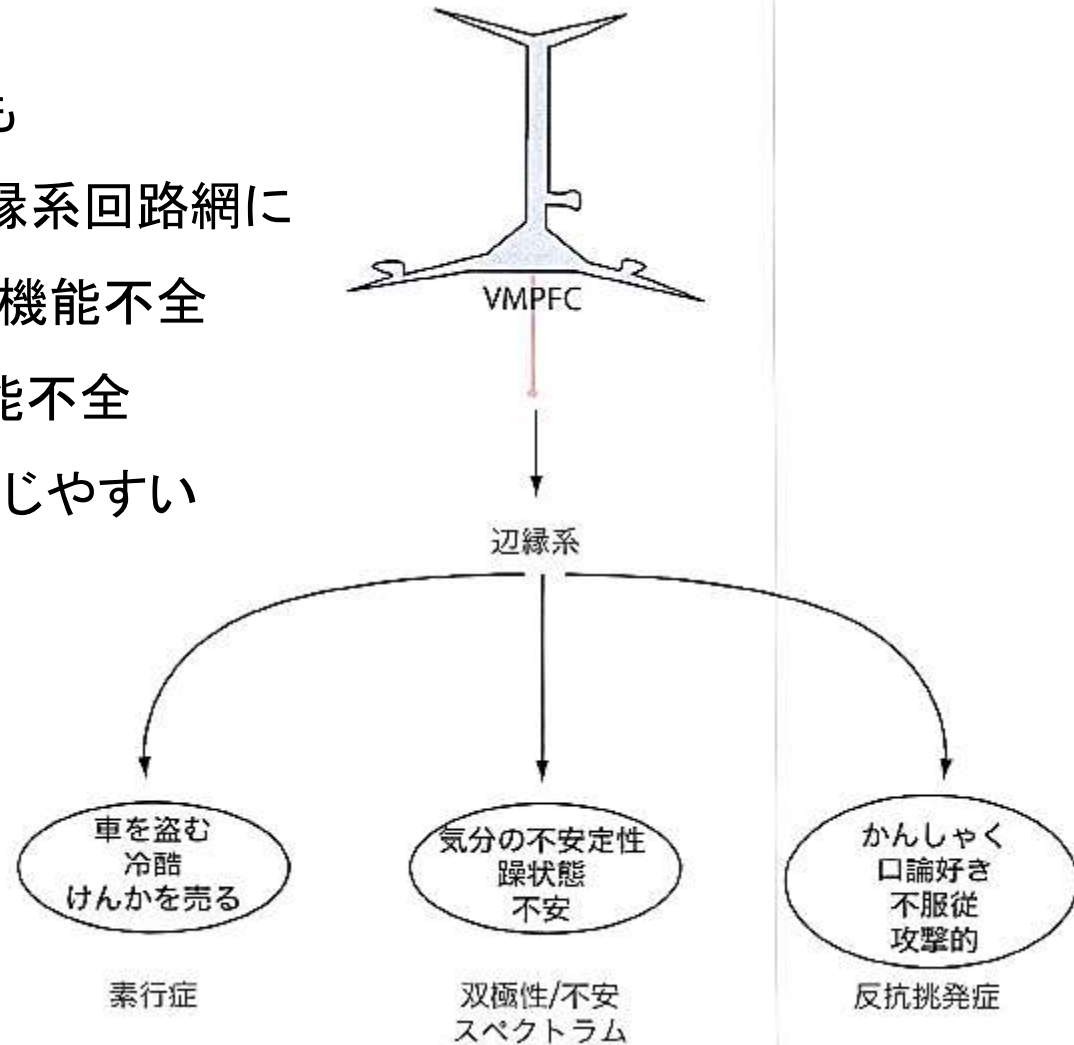
環境要因以外にも

前頭前皮質-辺縁系回路網に

ADHDと類似の機能不全

又は更なる機能不全

の結果としても生じやすい



ADHDと自閉症スペクトラム障害(ASD)

成人期にADHDのと診断されるケースの**少なくとも過半数はASD関連の障害に併発**

成因 共通の遺伝子型からADHDとASDという異なった表現型が生じる可能性

ASDの遺伝子型に対してADHD関連の遺伝子型が調節因子として作用

.....

症状の特徴 何がASD由来で、何がADHD由来なのか、という区別は困難

ADHDにしては融通が利かず、ASDにしては「けじめがない」という特徴

典型的なASD: 強迫的・固執的(1つの行動パターンから抜け出しにくい)

ASD+ADHD: 特定の関心分野に異常なほどのエネルギーを注ぎ込む一方、
案外あっさり昨日までやっていたことを放擲して、突然に全く別の角度からの
アプローチに切り替えるような、生活面・行動面での意外性

アイディアは豊かでも、合併するADHD特性によって、細部を詰められない傾向、
行き当たりばったりで継続性に欠けている(几帳面さは目立たなくなる)

ASD的な展望記憶の障害とADHDの先延ばしと結び付くと、無計画さの印象を強める
が、一般的な人の場合よりも、物事を抽象的な水準で一貫させておきたいという強い傾向

典型的なASDよりもユーモアを解し、典型的なADHDよりあきらめが悪くどい感じ

典型的なADHDと違い、社会と折り合いをつけにくく、かくあるべき人間になれず、
自責的になりやすい。良いときと悪い時が両極端の傾向。

ADHDと気分障害

成人ADHDの約2割に双極性障害

気分障害をもつ成人の13.1%にADHDが合併

発達障害と気分障害が合併する場合には、気分障害の症状の表現形がしばしば典型的なものとは異なることからしばしば診断が困難

成人期のADHD診療ガイドブック 樋口輝彦他 じほう

脳の機能障害や遺伝的要因の他に自己評価や自尊心の低さの影響も

ADHDと精神病障害

統合失調症への発展は否定的

ADHD及び又はASDの患者241名中

5%が精神病症状を伴う双極性障害

5%が統合失調症、その他の精神病性障害

成人期ADHDにおける併存と鑑別 渡部京太 精神科治療学28(2);147-154,2013

おなのADHDと統合失調症 精神科治療学28(2);191-198,2013

ADHDと不安障害

ADHDの47.1%に合併

パニック障害・広場恐怖・心的外傷後ストレス障害
社交不安障害・特定の恐怖症

成人の不安性障害患者のなかで,ADHDを併存しているのは9.5%

成人期のADHD診療ガイドブック 樋口輝彦他 じほう

ADHDと睡眠障害

子供:入眠時の抵抗:睡眠の不安定性等睡眠の問題は優位に多い

夜眠れず、朝起きれない

睡眠潜時の延長, 睡眠段階シフトの増加, 睡眠時間の短縮,
睡眠効率の低下, 無呼吸/低呼吸指数の高値

閉塞性睡眠時無呼吸症候群 アデノイド・扁桃腺肥大→外科的治療
むずむず足症候群 鉄欠乏によるドパミン系異常の関与

ADHDと衝動制御障害/パーソナリティ障害

パーソナリティ障害の発現率が対照群より有意に高い

成人期ADHDにおける併存と鑑別 渡部京太 精神科治療学28(2);147-154,2013

特にクラスターBやクラスターCの合併が高頻度

Miller,T,W,,NiggJ.T,,Faraone,S,V,etal.:Axis1 and II comorbidity in adults with ADHD J Abnorm Psycho1.,116;519-528,2007.

ADHDの19.6%に衝動制御障害が併存し、生涯有病率は70%(NCR-S)

NCS-R:DSM-IVに基づいて行われた成人ADHD患者の併存障害の疫学的調査

反社会性パーソナリティ障害(ASPD) (注意の問題・衝動性等)

破壊行動障害マーチ(ADHD → 反抗挑戦性障害 → 素行障害 → ASPD)

成人早期にADHD群では12-27%にASPDを合併

境界性パーソナリティ障害(BPD) (衝動制御の低下・情動不安定等がADHDと共通)

BPDの10-25%がADHDを併存?

ADHDのBPDの併存は、非ADHD群と比較して10~13倍高い

ボーダーラインパーソナリティ障害・反社会的パーソナリティ障害の38~65%

幼少期のADHDあるいは成人期にまで持続したADHDが認められる

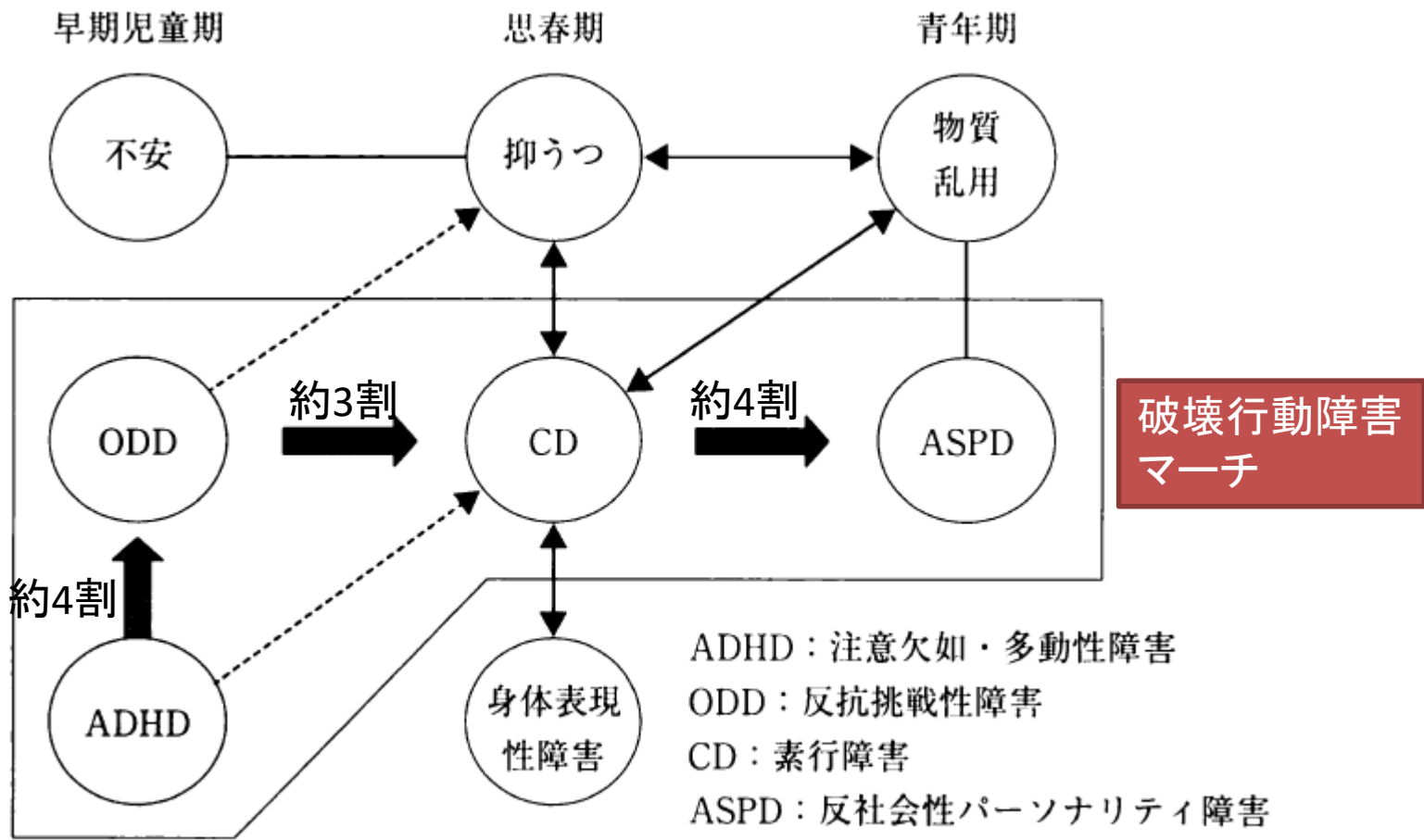
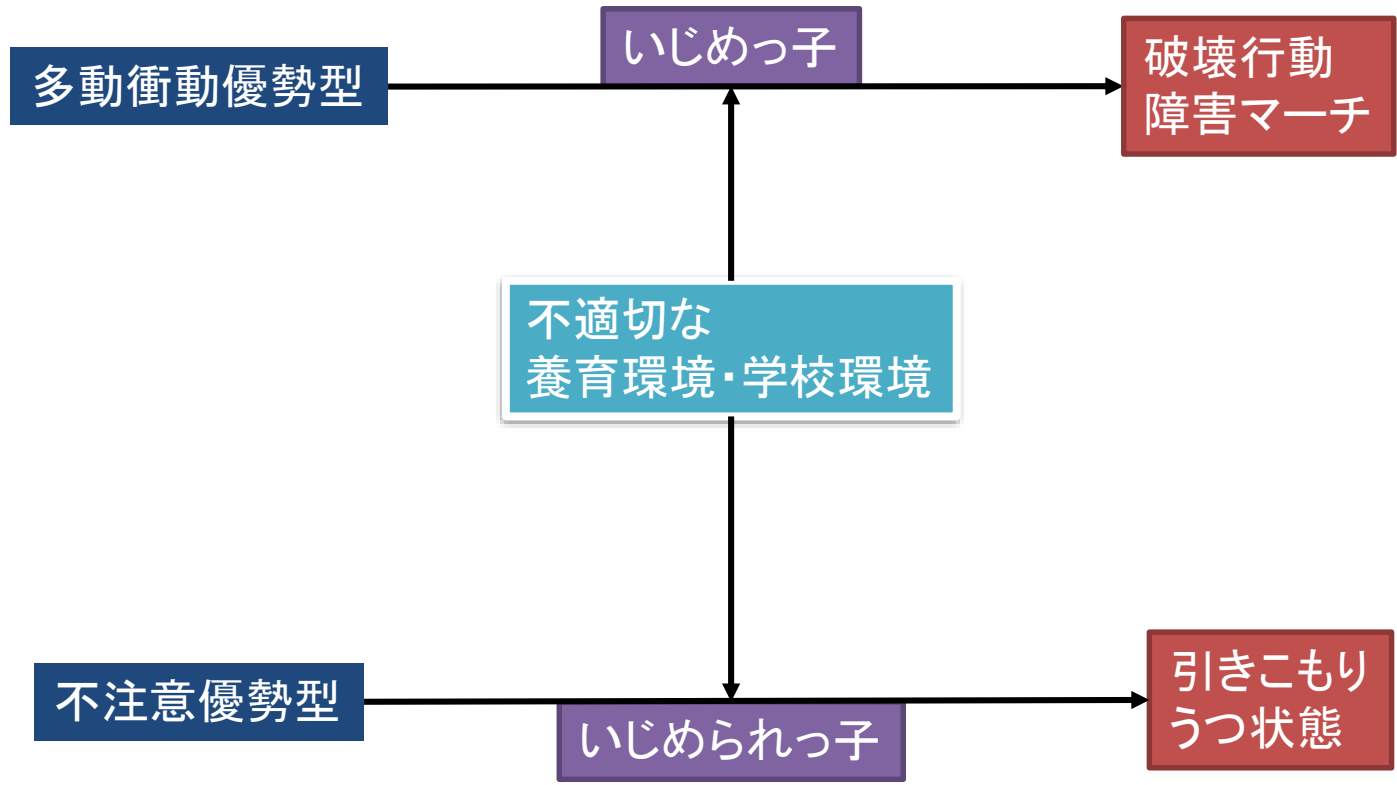


図1 破壊的行動障害と合併症の発達上の連続性（文献14を一部改変）



パーソナリティ障害(以下の領域における著しく偏った内的体験及び行動の持続的様式で本人又は社会が悩むような著しい性格的な偏り)

認知 自分, 他者, 出来事の見方、考え方

感情 情動反応の範囲, 強さ, 安定性, および適切さ

衝動の制御

対人関係機能

ADHDの中核的な症状と関係

ADHDそのものをパーソナリティ障害としてみることも可能
(ADHD概念の成立まではそのように扱われた)

二次的に対人関係機能が障害されていると、容易にパーソナリティ障害と誤診される

→ 合併症の他に、パーソナリティ障害とされているADHDの存在もあるか

表2 成人のADHDのユタ診断基準
(文献36より抜粋して引用)

- A. 成人期に特徴①と②がともに存在する一両親がそれらに気づいているか、他者が彼にそうであると言う一と同時に、③から⑦の特徴のうちの2つがある。
- ①持続的な運動性多動
 - ②注意困難
 - ③感情の易変性
 - ④かんしゃく
 - ⑤課題遂行不能と順序立ての困難
 - ⑥ストレス不耐性
 - ⑦衝動性
- B. 次の障害がないこと
- ①反社会性パーソナリティ障害
 - ②大感情障害
- C. 次の障害の徴候と症状がないこと
- ①統合失調症
 - ②統合失調感情障害
- D. 統合失調型あるいは境界性パーソナリティ障害、またはその特徴がないこと

表1 ADHD成人とBPDの類似した臨床特徴 (文献28より引用)

注意の欠如
感情調整の困難
衝動制御の困難
物質乱用
対人関係の障害
低い自己評価
不快な内的緊張の状態

ADHDとBPDと共通

脳面像や精神薬理学的研究からは、共通の神経生物学的な機能不全の証拠も

一部の患者では明確に分離できない可能性

ADHD	境界性人格障害
衝動性は一時的、状況依存的で あまり激しくなく断続的	激しく時に強迫的 (万引き、無茶食い等)
怒りは急速に生じて、短期間	不安定で激しい対人関係 操作性、依存欲求 空虚感、見捨てられ不安 同一性障害、自殺念慮

ADHDとBPDの両方の遺伝子を持った患者では両社の病理を生じるが、
BPDの遺伝率は比較的高く、ADHDの特性をベースに二次的にBPDが出現するとは
考えにくい

→ADHDとBPDの合併の多さは操作的診断によるものか？

ADHDと物質関連障害

一般群よりADHD成人群が多い

成人ADHD患者の15.2%が物質関連障害をもち生涯有病率は36% (NCS-R)

成人のADHDは、非ADHD群に比べて物質乱用が5倍以上多い

成人期のADHD診療ガイドブック 樋口輝彦他じほう

ドーパミン低活性 → 薬物による自己治療的要因

薬物依存や嗜癖動による快感の回復

ADHDのもつ衝動性、報酬系の問題、新奇刺激を求める傾向と
その基底にある共通の遺伝的メカニズムも推測されている

ニコチン使用の有病率は健常群の2倍以上

ADHD症状の数とタバコの使用とは相関

他、酒、コカイン、マリファナ等

注意：嗜癖を持つ人の生活歴は複雑なことが多い

虐待の既往歴のある患者 → 脱抑制型の反応性愛着障害

→ ADHDとの鑑別

ADHDと学習障害

ADHDの20－80%に合併

特に不注意優勢型が多い

(不注意や多動による成績低下とは違う)

成人ADHDと身体疾患の合併

不注意や衝動性と高血圧や肥満が相関

肥満・高血圧は成人初期より非ADHD群と比べて出現しやすい

食事管理や過食等の問題等

鑑別診断

表2.3 成人ADHDと鑑別すべき疾患

1. 反抗挑戦性障害：
2. 間欠性爆発性障害：成人期のADHDは、うつ状態、気分の易変性、いらいら
3. その他の神経発達障害
4. 特定の学習障害
5. 精神遅滞
6. 広汎性発達障害
7. 不安性障害
8. うつ病性障害
9. 双極性障害
10. Disruptive mood dysregulation disorder
11. 物質使用障害
12. パーソナリティー障害
13. 精神病障害
14. 薬物によるADHD症状
15. 神経認知障害

*** 鑑別診断と併存疾患が重複**

<p>注意欠如・多動症は、発達の水準に不相応で、社会的および学業的・職業的活動に悪影響を及ぼす不注意，多動，および衝動性によって特徴づけられ，以下の精神疾患と鑑別されなければならない。</p>	<p>注意欠如・多動症と対比して</p>
<p>活動的な子どもの標準的な行動</p>	<p>発達の水準に矛盾しない。</p>
<p>刺激の少ない環境</p>	<p>退屈と関連した不注意を引き起こす。</p>
<p>反抗挑発症</p> <p>出来ないのではなく 拒否する</p>	<p>他人の要求に従うのを拒否するため，仕事や学校の課題に抵抗することで特徴づけられるかもしれない。否定，敵意，反抗を伴う。しかしながら，注意欠如・多動症では，学校や精神的負担のある課題への嫌悪は，精神的努力を維持することが困難なこと，指示を忘れてしまうこと，衝動性による。</p>
<p>間欠爆発症</p> <p>他者への言語的・身体的攻撃性</p>	<p>同じく高い水準の衝動的な行動によって特徴づけられるが，注意欠如・多動症と異なり，他人に対する深刻な攻撃性のエピソードをもつ。反復する衝動的な攻撃的な爆発が，注意欠如・多動症に通常に認められる程度以上で，独立した臨床的関与を要すれば，間欠爆発症の追加診断がなされうる。</p>

注意欠如・多動症と対比して

<p>素行症</p> <p>反社会的行動</p>	<p>高い水準の衝動性によって特徴づけられるかもしれないが、反社会的な行動の様式も存在する。</p>
<p>常同運動症</p> <p>反復性運動行動</p>	<p>注意欠如・多動症での運動行動の増加と似ていることのある反復性の運動行動によって特徴づけられる。しかしながら、注意欠如・多動症でのそわそわした落ち着きのなさが典型的には全般的なものであるのに対して、常同運動症の運動行動は、注意欠如・多動症とは対照的に、一般には固定的で反復的である（例：体を揺する、自分を噛む）。</p>
<p>限局性学習症</p> <p>不注意はあっても限られた場面</p>	<p>欲求不満、関心の欠如、または限られた能力のための不注意な行動によって特徴づけられるかもしれない。しかし、注意欠如・多動症を伴わない限局性学習症の人の不注意は、学校の勉強以外では障害されない。</p>
<p>知的能力障害（知的発達症）</p> <p>能力に不釣り合いな場面での不注意・多動・衝動性の発現</p>	<p>その人の知的能力には不適切な学業的状况におかれた子どもの中で、不注意、多動、および衝動性の症状によって特徴づけられるかもしれない。注意欠如・多動症を伴わない知的能力障害の人では、非学業的な課題を行う間は症状を認めない。知的能力障害の人を注意欠如・多動症と診断するには、不注意や多動が、その人の精神年齢からみて度を超していることが必要である。</p>

注意欠如・多動症と対比して

<p>自閉スペクトラム症</p> <p>社会性等の問題は、不注意や衝動性を原因としない。逆に同一性の保持を認める</p>	<p>出来事の成り行きが、自分の思っているものから変化することに耐えられずかんしゃく発作を起こすのと同様に、社会的コミュニケーションにおける欠陥による社会的離脱や社会的孤立によって特徴づけられるかもしれないが、注意欠如・多動症における社会的機能不全および仲間からの拒絶は、不注意、多動といった症状に関連し、また無作法とかんしゃくは、衝動性または自制心不良と関連する。</p>
<p>脱抑制型対人交流障害</p> <p>極端な養育欠如による社会的脱抑制</p>	<p>社会的脱抑制によって特徴づけられるが、注意欠如・多動症症状群のすべてがあるわけではない。脱抑制型対人交流障害の子どもは、極端な養育の欠如も経験している。</p>
<p>重篤気分調節症</p> <p>慢性で激しい持続的な易怒性 怒り・痙攣発作</p>	<p>広範な易怒性や欲求不満に対する不耐性によって特徴づけられる。ほとんどの重篤気分調整症の子どもおよび青年には、注意欠如・多動症の基準を満たす症状もあるので、追加診断が与えられるかもしれない。</p>
<p>不安症群</p> <p>心配・考えすぎから不注意に めまい等の自律神経症状</p>	<p>恐怖、心配、および反芻思考による不注意の症状によって特徴づけられるかもしれない。注意欠如・多動症においては、不注意は、外からの刺激または新規の活動に気をとられること、または楽しい活動への没頭による。</p>

注意欠如・多動症と対比して

<p>うつ病 病相期のみの注意・集中困難</p>	<p>集中困難によって特徴づけられるかもしれないが、集中不良は、抑うつエピソードの間のみで顕著となる。</p>
<p>双極Ⅰ型および双極Ⅱ型障害 病相期のみの多動・不注意・衝動症状</p>	<p>活動の増加、集中不良、衝動性の増大、注意散漫によって特徴づけられるかもしれないが、これらの特徴は挿話性で、一度に数日間から数週間の間起こる。さらに、症状は、高揚したまたは易怒的な気分、誇大性、他の特異的な双極性の特徴を伴う。注意欠如・多動症の患者では、同じ1日の中で気分の有意の変化を示すかもしれないが、このような易変性は、躁病エピソードまたは軽躁病エピソードとははっきりと識別され、双極Ⅰ型または双極Ⅱ型障害の臨床的指標とするには、少なくとも1週間（または、軽躁病エピソードの場合は4日間）、維持され持続されなければならない。</p>
<p>境界性、反社会性、自己愛性パーソナリティ障害</p>	<p>まとまりのなさ、社会的侵害、情動不安定、認知不安定の特徴が共通している。これらの障害は、自傷、反社会的行動、見捨てられることへの恐怖、共感性の欠如のような、その他の不適応的な特徴の存在によって、注意欠如・多動症と区別される。注意欠如・多動症とパーソナリティ障害の基準をともに満たす場合には、両方の診断が下されるかもしれない。</p>

注意欠如・多動症と対比して

<p>医薬品誘発性注意欠如・多動症症状</p> <p>下記*</p>	<p>医薬品〔例：気管支拡張剤，イソニアジド，神経遮断薬（アカシジアを引き起こす），甲状腺補充療法薬〕に起因する不注意，多動，または衝動性の症状によって特徴づけられ，医薬品が中止されたときには寛解する．症状が医薬品使用の間のみにかかる場合には，注意欠如・多動症とは診断されない．</p>
<p>神経認知障害群</p> <p>経過の違い</p>	<p>認知機能障害によって特徴づけられ，注意欠如・多動症におけるそれと似ているかもしれないが，それらはより遅い年齢で発症することで鑑別される．</p>

DSM-5鑑別診断ハンドブック MiChqel B.First,M.D.高橋三郎訳 医学書院

* 抗てんかん薬・抗ヒスタミン薬・ベンゾジアゼピン系薬・β遮断薬，テオフィリンなどの薬物は不注意や眠気を引き起こし，
カフェインはイライラや落ちつきのなさを引き起こす。
アルコールや非合法薬物も行動上の変化を引き起こす

成人期のADHD診療ガイドブック 樋口輝彦他じほう

表2.5 鑑別に必要な検査

<ul style="list-style-type: none">• 血液検査<ul style="list-style-type: none">ー血算ー生化学検査ー内分泌検査（甲状腺機能など）• 脳波	<ul style="list-style-type: none">• MRI, CTなどの脳画像検査• 神経学的評価• 必要に応じて,<ul style="list-style-type: none">ー代謝疾患のスクリーニング, 聴力検査, 視力検査, DNA検査
---	---

表2.6 成人ADHDと鑑別を要する疾患・状況

<ul style="list-style-type: none">• 内科疾患<ul style="list-style-type: none">ー慢性疾患ー睡眠障害ー聴力障害• 薬物の影響<ul style="list-style-type: none">ー抗てんかん薬ーステロイドー抗ヒスタミン薬ーカフェインーニコチン	<ul style="list-style-type: none">• 神経学的疾患<ul style="list-style-type: none">ー脳外傷ーてんかん• 内分泌, 代謝, 遺伝的疾患<ul style="list-style-type: none">ー肥満ー甲状腺疾患• 耳鼻科疾患• 発達上の障害• 他の精神疾患
---	--

治療

環境調整

精神療法

藥物療法

治療

治療目標

学校や家庭における悪循環や不適応状態が好転し、
ADHD症状を自己の人格特性（「自分らしさ」）
として折り合えるようになること

注意欠如・多動性障害—ADHD—の診断治療ガイドライン 齊藤万比古他・編 第3版じほう

生活障害(生きずらさ)の改善

人間関係・仕事上の問題・社会的な機能・自尊心などを含めた全ての問題に焦点

ライフステージを通じた支援が必要

小児期

良い面の指摘・強化

→ 自己評価の低下を抑え存在感・自信の回復

成人

特性が生かした仕事・生活

心理社会的治療

環境調整

生活環境の調整

パートナーや家族関係 自己開示から

職場の調整 自己開示は検討後

福祉制度の利用

精神療法

生活への工夫 認知行動療法他

薬物療法

アトモキセチン

メチルフェニデート

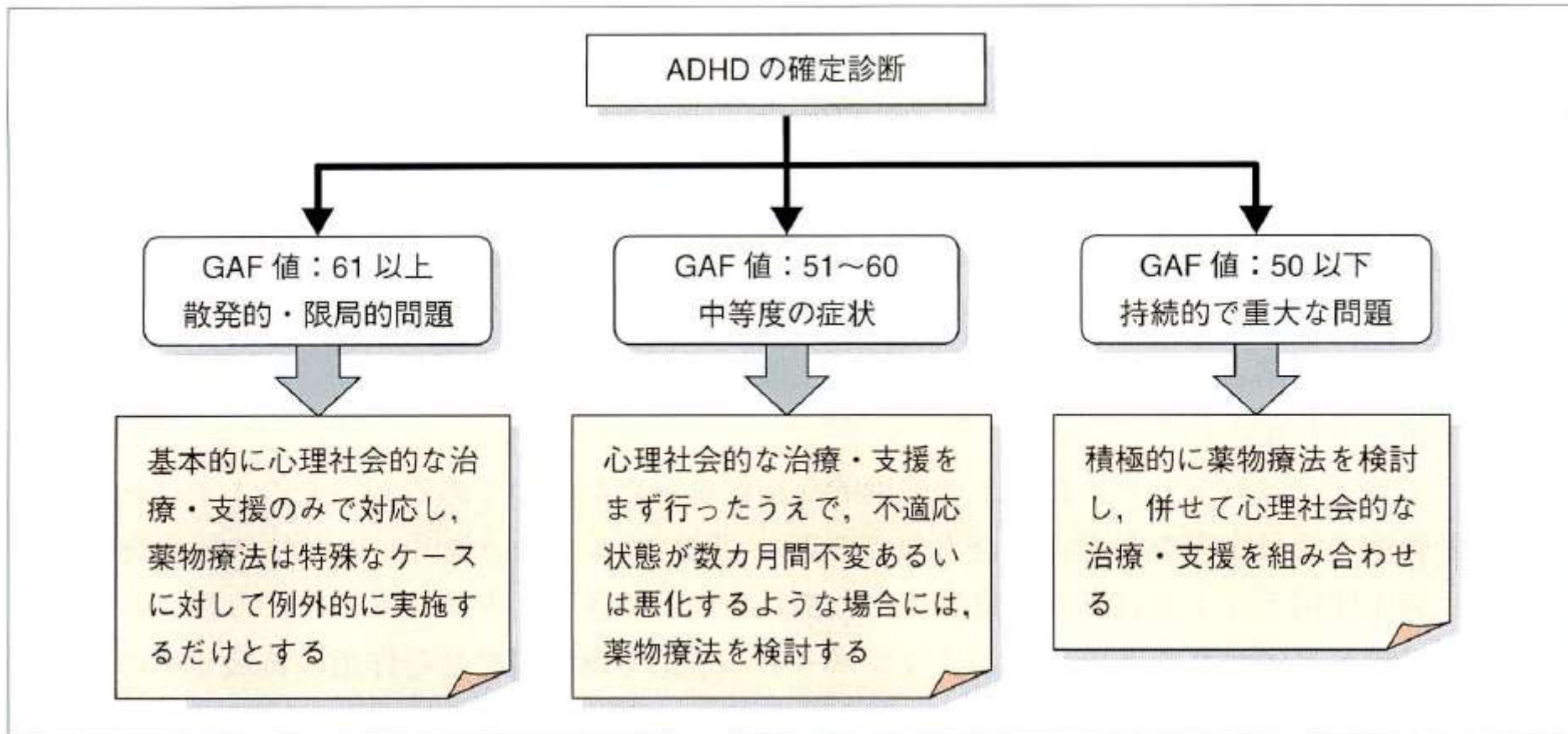


図 14 ADHD 治療における薬物療法の選択基準

仕事は維持しているが、
評価は低く、対人関係も不良で
居場所がないと感じている等

仕事が長続きせず転職を
繰り返している

並存症状の治療



ADHD症状の治療



受診動機の症状の改善

非薬物療法(精神療法・環境調整)

薬物療法(状態に応じた薬物療法)

機能障害に応じて

非薬物療法(対処法・精神療法・環境調整)

薬物療法(アトモキセチン・メチルフェニデート)

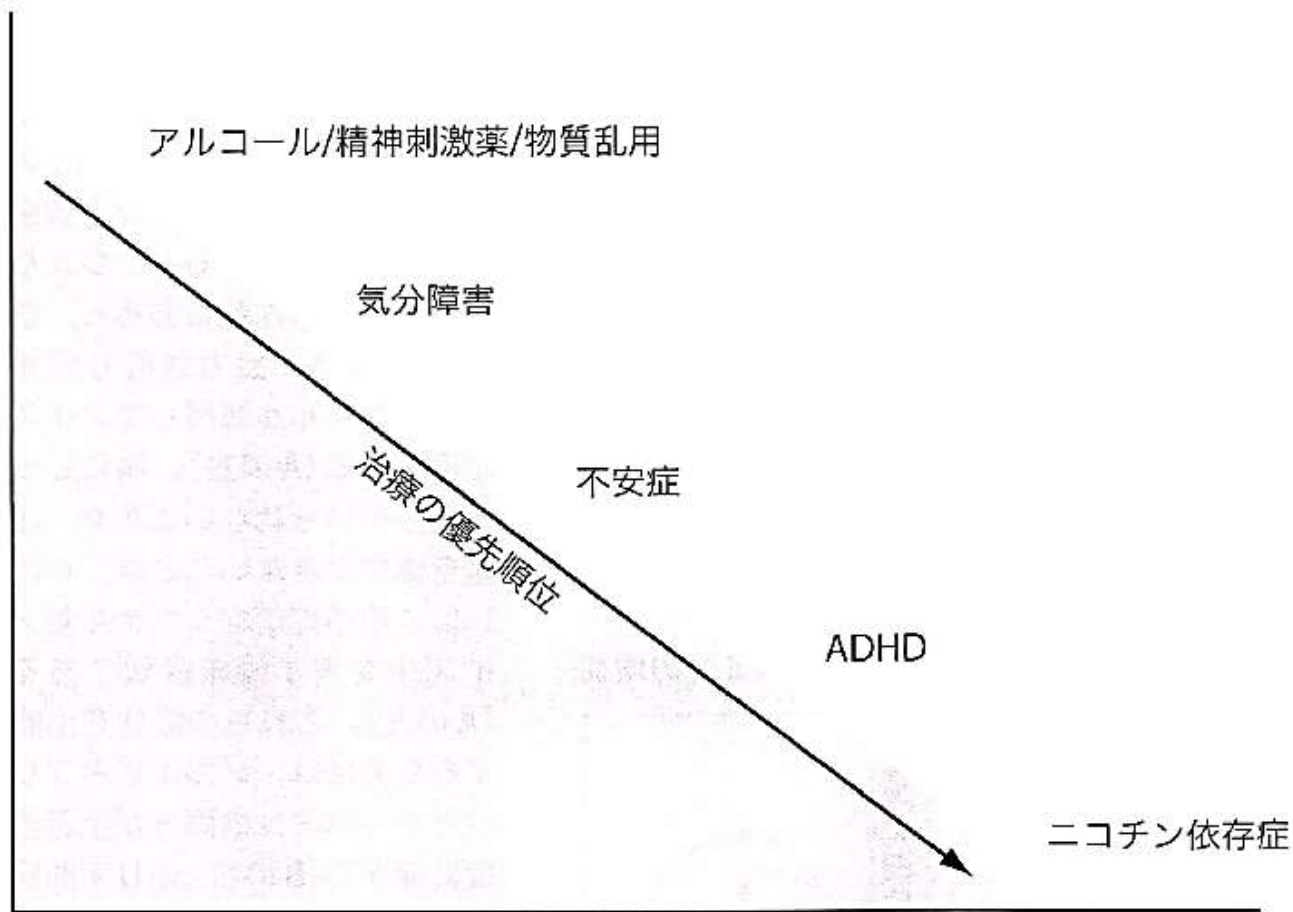
機能障害の改善

* 軽度のうつ状態や不安障害は、
ADHDの治療を優先

アトモキセチンのみの治療で
社会不安障害等の改善も期待できる

* 主訴から治療

何を先に治療すべきか？



ニコチンがドーパミン遊離を促進しADHD症状を主観的に改善
→ADHDにニコチン依存症が多い

↑ 成人期での治療はしばしばここで終了

↑ 小児/青年期での治療はしばしばここからはじまる

図12-21 注意欠如・多動症 (ADHD) と併存症：何を先に治療すべきか？ ADHDと併存症をもつ患者に精神薬理学者はどう対処すればよいか？ 正確な診断に到達したならば、すべての疾患を、しかも最も重度の障害を考慮して適切に治療する必要がある。このことは、ある患者では最初にアルコール乱用を安定化させる必要があるが、他の患者ではADHD症状のほうが基礎にある不安症よりも重症度が高いかもしれないことを意味する。さらに、これらの疾患の治療に使用される薬物には、併存する疾患を悪化させるかもしれないものがある。そのため適切な治療法を選択するには注意が必要である。したがって、それぞれの患者ごとに個別化された治療計画を、症状ポートフォリオに沿って確立しなければならない。

環境調整

家庭環境の調整

大人のADHDでは家族臨床は確立されていない

大人になって事例化する例は、家族は症状に慣れていて問題視していない

20歳以下で診断されている例は、20歳以下の頃の家族システムのひずみを認める

家族への心理教育的アプローチ等

夫婦の2者関係が、子供を巻き込むことを避ける

職場の調整

1. 職場の環境整備(物理的スペースを見直す:
気が散りそうなものを隠す等刺激の少ない環境)
2. 活動の準備を1つずつ順を追って行う(一度に説明しない)
3. 毎日のスケジュールの点検を一緒に行う人を付ける,
4. 単調すぎる仕事をしない,
5. 指示はその人に明確に伝える(ときにリストアップした文章を手渡す)
6. 理解ある司僚上司を多く配置する.

本人がメモする時間は待つ
同時に複数の指示をしない,
パターン化・マニュアル化した仕事に熟練させる

決まったパターンで日常生活をこなしていくようにする

過集中への対応: 休息・落ち着ける自分だけのスペース

ADHDに向いている仕事や作業

得意な技術・能力・発想を自由に活かせる専門職が理想

芸術家・研究者・学者等

自由業で、作業手順などの枠組みが明確な定型業務

(堅苦しい組織の中で束縛される職場環境は不向き)

ADHDに向いていない仕事や作業

綿密な注意力・細密さを必要とする仕事や、熟練した対人スキルを要する仕事

さまざまな刺激が多く落ちつかない環境の職場

同時に複数の作業を行ったり臨機応変な対応が必要な業務

ミスが重大事故につながる仕事

協調運動障害を伴う場合は器用さを要求される作業

職場対応

問題点のリストアップ

落ち着きがない

途中で投げ出す

こつこつと努力しない

時間にルーズ

表裏の特徴

好奇心旺盛

発達は豊か

いざというときは力を発揮する

が、肝心な時は遅刻しない

「〇〇であるが、△△である」と記載できることの多い人

適材適所で得意面を伸ばせるように配慮

能力の凸凹 苦手なことを基準に期待値を設定。

低値安定、たまに高パフォーマンス

衝動性の対応

何かしている時は余計な雑談を避けて、注意がそれることを避ける

不注意症状の対応

一定水準のミスは必ず起きると前提し、ミスの有無をチェックする役割の人を配置

一定の範囲内であればよしとし、それ以下でも咎めず、それ以上でも期待しない

時間にルーズな人への対応

時間にはルーズであっても良い結果を残すという人の場合.

時間を守る努力をさせることよりも良い結果を残すことに専念してもらい、
時間の管理については介助

遅刻の理由 時間が余ると他のことをやり始めて遅れたりする。

→時間が余った時の時間管理も重要

福祉制度の利用

表3.4 成人期ADHDに関する法律・制度

成人期のADHD診療ガイドブック 樋口輝彦他 じほう

発達障害者支援センター
(ライズ・アシスト)

障害者雇用

特別支援教育

福祉手帳
自立支援医療の対象

(精神障害者年金は不可)

アトモキセチンの使用認可

コンサータの使用認可

2005年4月	発達障害者支援法が施行。成人の発達障害への支援も明記され、発達障害者支援センターが設立された。
2005年10月	全国の地域障害者職業支援センターで「精神障害者（発達障害者含む）総合雇用支援」が開始された。
2006年4月	精神障害者（発達障害者含む）も障害者雇用枠の対象となった。
2006年12月	国連総会で障害者権利条約が採択され、2007年9月、同条約に日本も署名。ただし“合理的配慮”についての議論から国内法の整備が追いつかず批准されていない。
2007年4月	「学校教育法等の一部を改正する法律案」を受け特別支援教育が始まり普通学級で発達障害児への支援が開始された。
2011年1月	大学入試センター試験で発達障害をもつ受験生の特別措置が認められ、同年4月大学に入学した。
2011年1月	厚生労働省が発達障害者（ADHD含む）も精神障害者保健福祉手帳と自立支援医療の対象であると明記した通達を出し同年4月から交付された。
2011年8月	障害者基本法が改正され、障害者の定義に「身体障害、知的障害、精神障害（発達障害を含む）」と児童、成人を問わず発達障害者に適切な支援を行うことが明記された。
2012年8月	18歳以上で新規にADHDと診断された人へのアトモキセチンの投与が認可された。
2013年3月	厚生労働省労働政策審議会が精神障害者も障害者の法定雇用義務に含めるよう求めた答申案が出され、2018年4月から実施するよう「障害者の雇用促進等に関する法律」の一部改正が国会に提出の見込み。
2013年4月	障害者自立支援法が障害者総合支援法に改正され、施行された。
2013年4月	障害者雇用率が一般企業で1.8%から2.0%に拡大された。
2013年4月	障害者に必要な配慮や措置をしない“合理的配慮の不提供の禁止”を含む障害者差別解消法案が国会に提出。成立・施行されれば障害者権利条約も批准される見通し。

2014年

障害者枠就労

表3.5 一般就労と障害者就労の比較

①一般就労	
メリット	<ul style="list-style-type: none"> ○職種、選択幅が広い ○正社員としての正規雇用が多い ○給料等の労働条件面で一般の従業員と同等の扱いを受ける ○職場のなかで特別扱いされない
デメリット	<ul style="list-style-type: none"> ×障害者への支援制度を使えない ×就活で困難があってもADHDの特性に配慮した支援は受けられない ×ADHDの特性に合った仕事を見つけるジョブマッチングが難しい ×多様な能力を求められることが多いので、特定の領域に優れているADHDには不利な職場が多い ×残業、出張、休日出勤も求められるため負担になる ×ADHDの特性を理解して配慮する上司や産業医を得ることは難しい ×ジョブコーチが職場を訪問しての支援ができない ×定期採用のいわゆる“就活”以外での雇用枠は少ない ×医療機関への通院が確保しづらい、職場で服薬しづらい
②障害者就労	
メリット	<ul style="list-style-type: none"> ○民間企業で2.0%の障害者枠が使える ○ハローワークの専門援助部門での相談ができる ○障害者職業センター、ジョブコーチなどの支援が得られる ○ADHDの特性に合ったジョブマッチングを行いやすい ○気軽に働きはじめるトライアル雇用が活用できる ○既卒、新卒を問わず、いつからでも始めることができる ○障害者への助成金などの経済的な支援を受けられる ○仕事内容や労働時間、職場環境を配慮してもらえる ○ある決まった特定の仕事（定型業務）だけが続ければ良い職場が多い ○医療機関への通院時間が確保できる、服薬しやすい
デメリット	<ul style="list-style-type: none"> ×障害者手帳を取得する必要があるため、医療機関を受診し保護者もよんで発達歴を取るなど手間がかかる ×職種や業務の内容は定型作業や単純作業が主で、大学で専門知識を身につけても役立たないことが多い ×就職できる会社や事業所は少なく、制約される ×正規雇用は少なく、パートや派遣など非正規雇用が多い ×給料等の待遇、労働条件が一般就労よりもよくない ×職場で障害を開示する必要があり、特別扱いがかえって負担になる

精神療法

告知

心理教育

ADHDの理解

自己の長所と短所の確認

精神療法

認知行動療法

個人の行動と認知に焦点を当てた治療法

機能分析

きっかけ・維持要因を明らかにして対処法を考える

問題解決療法

問題解決能力・思考の柔軟性を高め適応的効果的解決方法を

生物—心理—社会モデル

生物学的観点・心理学的観点・環境状況的観点
より出来事をとらえなおす

診断のあいまいさ

傷害というよりも個性・特性であること の確認

これまでの生活の振り返り



ADHDとの孤軍奮闘への労い



あなたが悪いのではなく、あなたのやり方が間違っていた



ADHDの特性があることを知らずに生きてきた自分から、
ADHDと一緒に仲良く生きる新しい自分作りに挑戦

心理教育

ADHDや成人期のADHDの特徴や考え方の説明

自己理解を深め、今後のセルフ・コントロールを高める自信を持つ

患者の特性

神経心理学的なADHD症状

性格等を含めた患者の長所と短所
(知能検査や性格検査などの検査結果より)の説明

失敗経験より、下記機能分析などの認知行動理論を用いて、
患者の心理学的特性、認知的特性、行動的特性について
患者と支援者が相互に理解

共同の実証主義

指示的に教育をするのではなく患者と支援者が共同して話し合っているながら
患者に必要な技法や工夫を学んでいく」という支援スタンス

→治療に対する動機付けを高める

認知行動療法

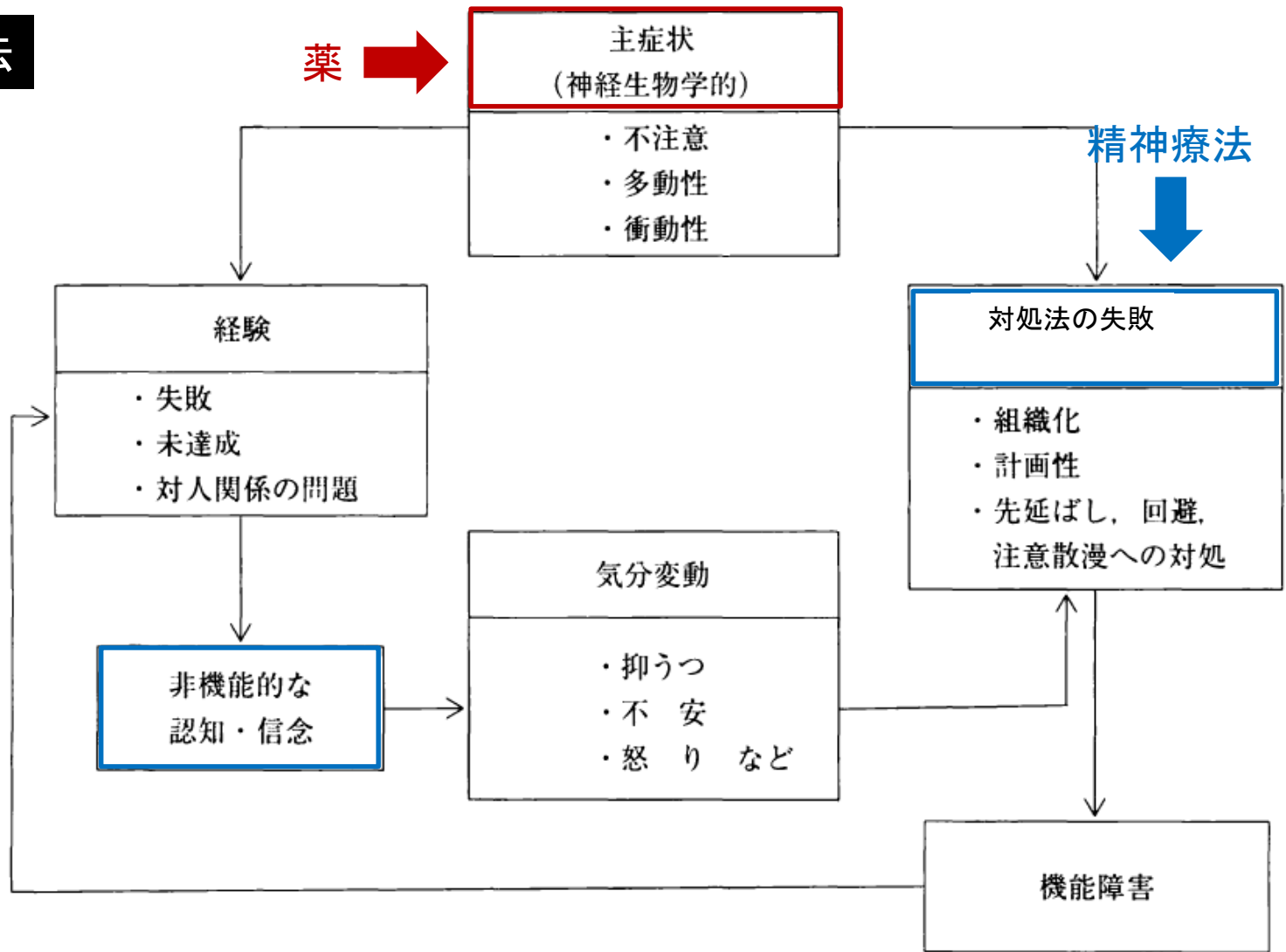


図1 成人期の ADHD の認知行動モデル (文献5より引用)

表3.1 成人期ADHDの典型的な症状に対する認知的な介入と行動的な介入

成人期ADHDの問題	内容(典型的な症状)	認知(認知再構成)	行動(スキル訓練)
自尊心の低さ	劣等感が強く、自分は駄目で、愚かで、嫌われ者だと考えることが多い。批判などに過敏に反応	認知再構成:「自分自身を信用できない (self mistrust)や自分是不適切だ (inadequacy)」というスキーマに対応	_____
計画困難, 達成困難	課題を完了することが難しく、許容範囲以上に抱え込む傾向がある。前の課題が終わらない時点で次を始める	_____	スキルトレーニング: ゴール設定
無秩序なライフスタイル	遅刻が多く、せっかちで、準備が不足。金銭管理が困難。仕事場は散らかっていて、しばしば必要な物が見つからない	_____	スキルトレーニング: セルフケア (睡眠衛生, 時間の見積もり方), 整理整頓
問題解決能力の低さ	概して先の見通しが甘く、困難などが生じたときの問題解決能力が不足している	_____	問題解決法, ゴール設定, 優先順位
根気強さの不足	根気強さに欠け、頻繁に転職や引っ越しを繰り返す。困難や退屈な作業をすぐにあきらめる。熱しやすく冷めやすい	マインドフルネス: 注意を妨害する刺激を与えながらの集中訓練	_____
社会的能力の欠如	後先を考えずに話したり、相手の会話に割り込んだりする。社会的な合図などを汲みとれない。社会的スキル獲得の遅延	_____	スキルトレーニング: コミュニケーションスキル
慢性的な不成功パターン	一般的に学校では実力に釣りあった成績をとれない。仕事では予想されているような出世や昇進ができない	認知再構成: 「失敗する (failure)」というスキーマに対して	_____
仲間関係の乏しさ	仲間に拒まれることが多く、頻繁に社会的に不適切な言動をしてしまうことから、長期間に及ぶ関係を保てない	_____	スキルトレーニング: コミュニケーションスキル
読書時の集中困難	読書の際に筋を追えない。同じセクションを何度も読みかえす	_____	スキルトレーニング: 集中訓練
一貫性の欠如	あらゆる状況で均一の質を保つことが難しく、結果は状況や時間などに左右される	認知再構成: 「不安定だ (instability)」という考えを適応的考えにする	_____
先延ばし	未完了の課題を必要以上に重大に感じることで完了する自信をなくし、着手できないなどの理由から先延ばしにする	_____	スキルトレーニング: 先延ばしにしない戦略 タイムマネジメント (スケジューリング, to do list)
瀬戸際戦術	課題に取りかかるのをギリギリまで待つ。締め切りがきてから仕事を始めるなど	_____	スキルトレーニング: タイムマネジメント (スケジューリング, to do list)
優先順位の混乱	優先順位の低い課題をいくつか終えることで安心し、優先順位が高く困難な課題を放置する	_____	スキルトレーニング: 優先順位のつけ方 (to do list, ABC順位をつける)
無抵抗主義	状況を悲観的にとらえ、当然と思われる権利なども主張せず、与えられた状況を受け入れる	認知再構成: 「無能である (incompetence)」というスキーマに対して	_____

機能分析

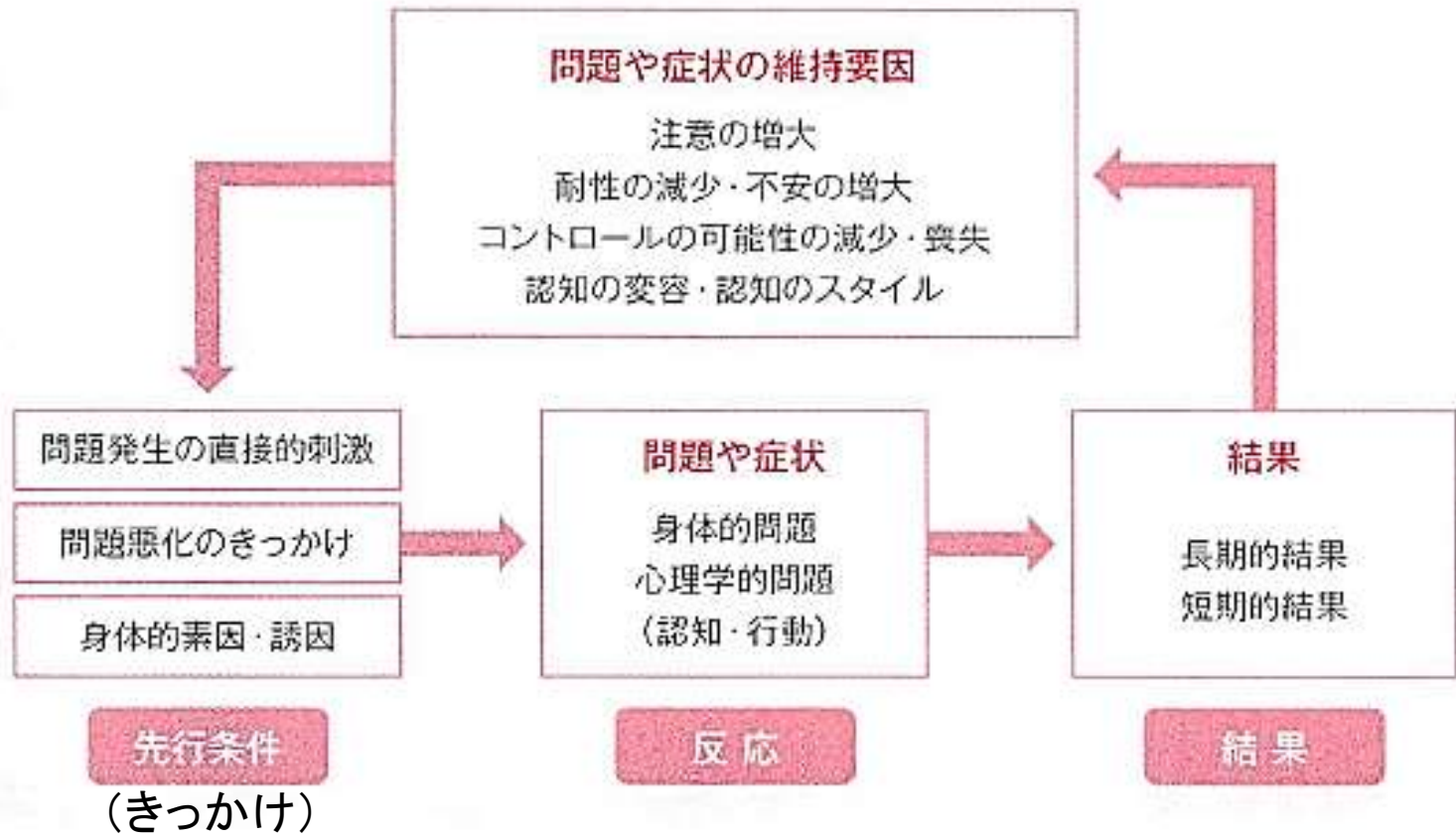


図 3.2 問題や症状の機能分析

問題解決療法

問題の特定



ブレインストーミング: 多くの解決方法



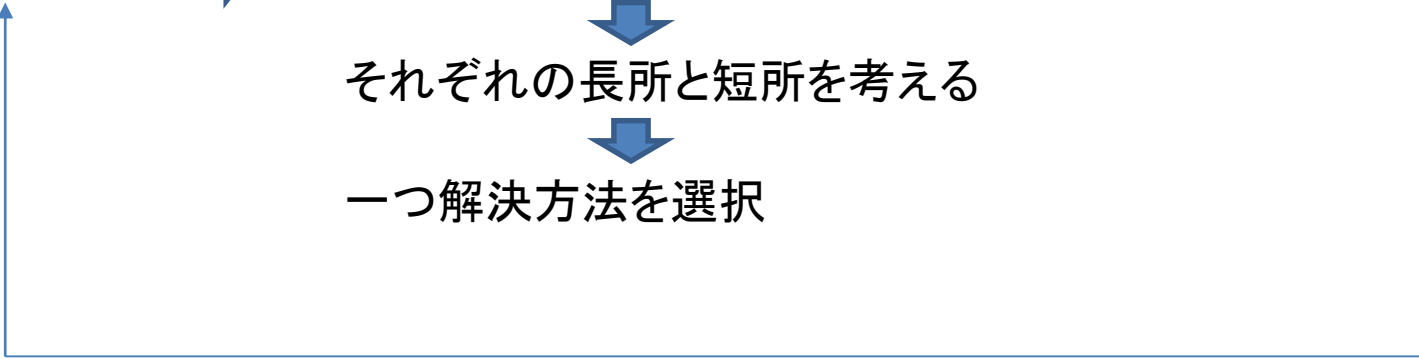
それぞれの長所と短所を考える



一つ解決方法を選択



検証



生物—心理—社会モデル

問題を多角的視点から客観的にとらえなおす

多くの要因が重なったときにADHD症状から派生する行動(先延ばし、暴力等)

コントロールしやすい要因や、今後予測できる要因を特定して対処

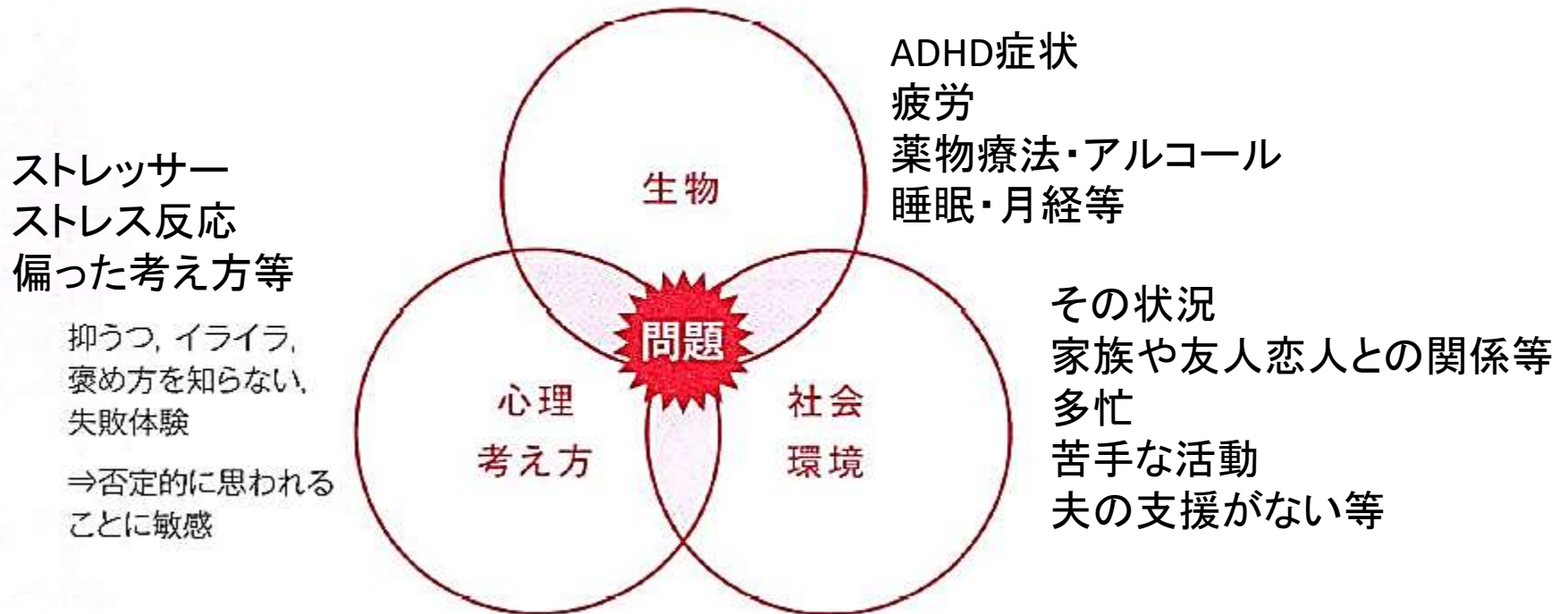


図3.4 生物-心理-社会モデル

「例外」: 失敗体験だけに焦点を当てず、成功体験などの例外を探す質問をする

→2次障害への対応

- うまくいっているのなら、変えようとするな。
- もし一度やって、うまくいったのなら、またそれをせよ。
- もしうまくいっていないのであれば、違うことをせよ。

表5.2 不注意ゆえの生活に対抗するには

計画性を育てる	
例	<ul style="list-style-type: none"> • 行動に移す前に、白紙に今日やることを浮かんだ順番でよいからリストアップする。職場なら同僚、上司に確認をもらい、家庭なら配偶者や親と一緒に検討するほうがよいだろう。 • 次に、出そろったやるべきリストに優先順位をつける。これも誰かと一緒にやるほうがよい。すると、今日中にやらねばならないこと、あるいは午前中にやらねばならないものが明確になる。 • さらにその一つひとつの課題にどの程度の時間がかかるかを予測して書きこみ、その予測時間をもとに1日の勤務時間に優先順位に配慮しながら、流れを作る。あとはその予定にそって行動する。予測時間の隣に、実際に要した時間を記入しておく。 • 1日の終わりに、誰かと一緒に今日1日の流れを振り返る。予測時間と実務時間のずれや、今日中にどこまでの優先順位の仕事を終えることができたかを検討する。実務時間が予測時間を大幅に超過した場合は、予測がそもそも甘くなかったかを検討する。今日できなかったものは、明日の日付をつけた白紙の用紙に書きこんでくと、翌日のやるべきリストの一部ができる。 • 仕事の見通しなどが上手にできないために過剰な仕事を安請けあいしてしまう場合や、普段から迷惑をかけているのでと、無理に請け負ってしまうこともある。いずれもいったん「検討させてください」と保留する。即答しないことが大切である。

表5.1 生活の乱れに対抗するには

お金のつまずきに対抗する	
例	<ul style="list-style-type: none"> • 知らず知らず多額になってしまうので、できるだけカードを使わないほうがよい。 • どうしてもクレジットカードが必要な場合は、1枚に限定して限度額をできるだけ下げておくなどの工夫をする。 • 財布に入れておくお金は、週単位あるいは1日単位に限定する。 • 給料が支給されたときは、最初に光熱費、食費、交際費、返済費、携帯電話代などと分別してそれぞれ封筒に入れ、それぞれのお金の使用目的を明確にしてしまう。
過食やギャンブルに対抗する	
例	<ul style="list-style-type: none"> • どのような頻度で行われているかをカレンダーに印をつけるなどでチェックする。そのチェックも配偶者、親、友人の力を借りてもよい。 • 次に、どのようなときに抑制力が低下するかを自己点検する。週の最後の頃、ストレスがたまったとき、お金が入ったときなど、何かしらの先行する条件がないかを点検する。 • 思いとどまったときは、どのような気持ちあるいは状況であったのかを振り返る。 • それらの記録をもとに、行動変更を基本とした解決策と一緒に検討する。
生活リズムの乱れに対抗する	
例	<ul style="list-style-type: none"> • まず1カ月の生活リズムを睡眠表などを援用して記録してもらおう。入床・起床をできるだけ頑張って記載してもらおう。日中の過ごし方も記録してもらおう。 • 本当はどのように生活したいかを尋ねて、その理想に近づけられるように目標を設定して、目標達成に向けて毎日「意識した」生活を促す。 • 定期的に検討し、目標値の引き下げや、きちんと過ごす日と、翌日の予定から多少羽目を外してもよい日を設定して、生活にメリハリをつける。

順序立てと計画性

リストアップ・優先順位・予測時間・検討

優先順位の決定(A.今日明日中に終わらせなくてはならない課題

B.長期的に終わらせればよい課題

C.重要性の最も低い課題。

) →視覚化

注意持続訓練

退屈な課題の集中力の持続時間を知り、その時間に合わせて課題を分割して行う

スケジュール管理

毎朝スケジュールを確認する時間・行程を決めておく

パソコン連動カレンダー・ボイスメモ・自分宛てのメール

自己コントロール(衝動・怒りのコントロール)

タイムアウト(深呼吸や数を数える・その場を離れる)

アンガーログ(不安や怒りを記録し事前の対処を試みる)

ストレスに早めに気づいて解消する(リラクゼーション等)

薬物療法

適応

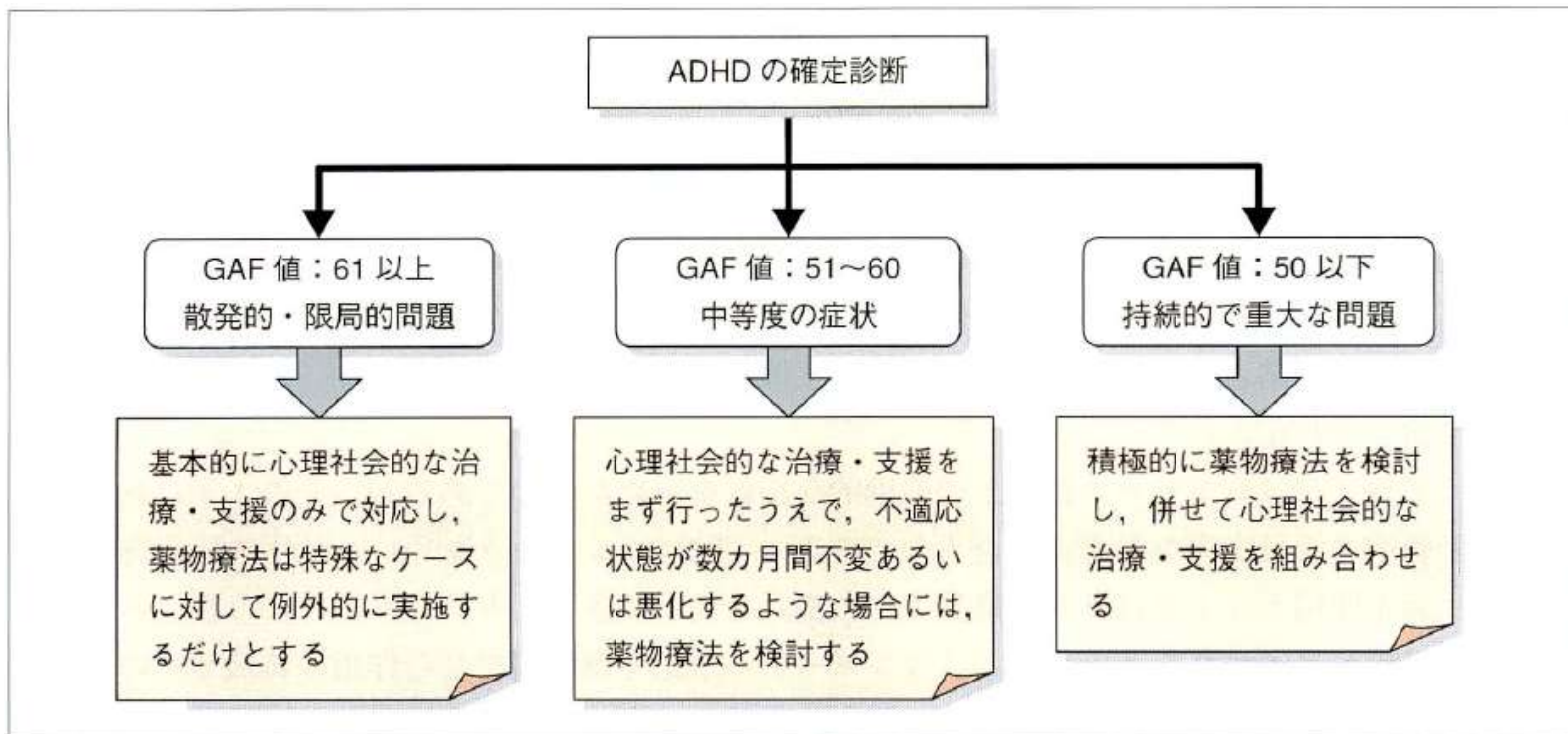


図 14 ADHD 治療における薬物療法の選択基準

注意欠如・多動性障害—ADHD—の診断治療ガイドライン 斉藤万比古他・編 第3版じほう

仕事は維持しているが、
評価は低く、対人関係も不良で
居場所がないと感じている等

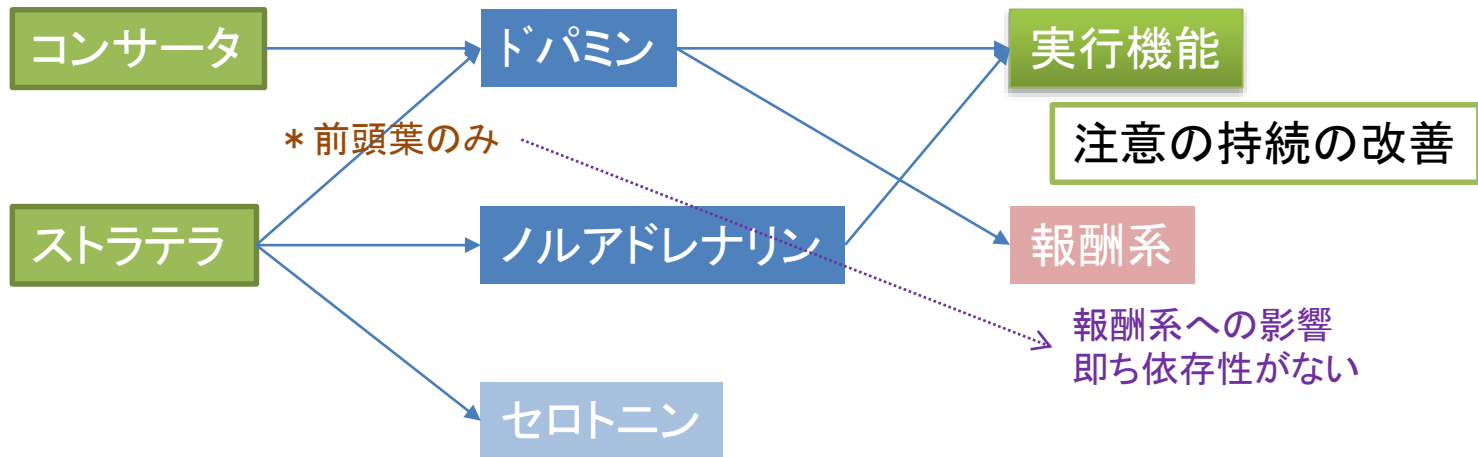
仕事が長続きせず転職を
繰り返している

薬理

ドーパミンやノルアドレナリンの再取り込みの阻害による
神経伝達の回復・強化



ドーパミン・ノルアドレナリン作動性神経等の機能の回復



* 前頭葉

神経細胞へのドーパミンの再取り込みの一部が
ノルアドレナリントランスポーターによって行われている
と考えられている

○30-40%の無効例がある

○小脳・脳梁・帯状回の異常などについては説明ができず、

アトモキセチン(コンサータ)
は報酬系への影響がなく
依存性がない

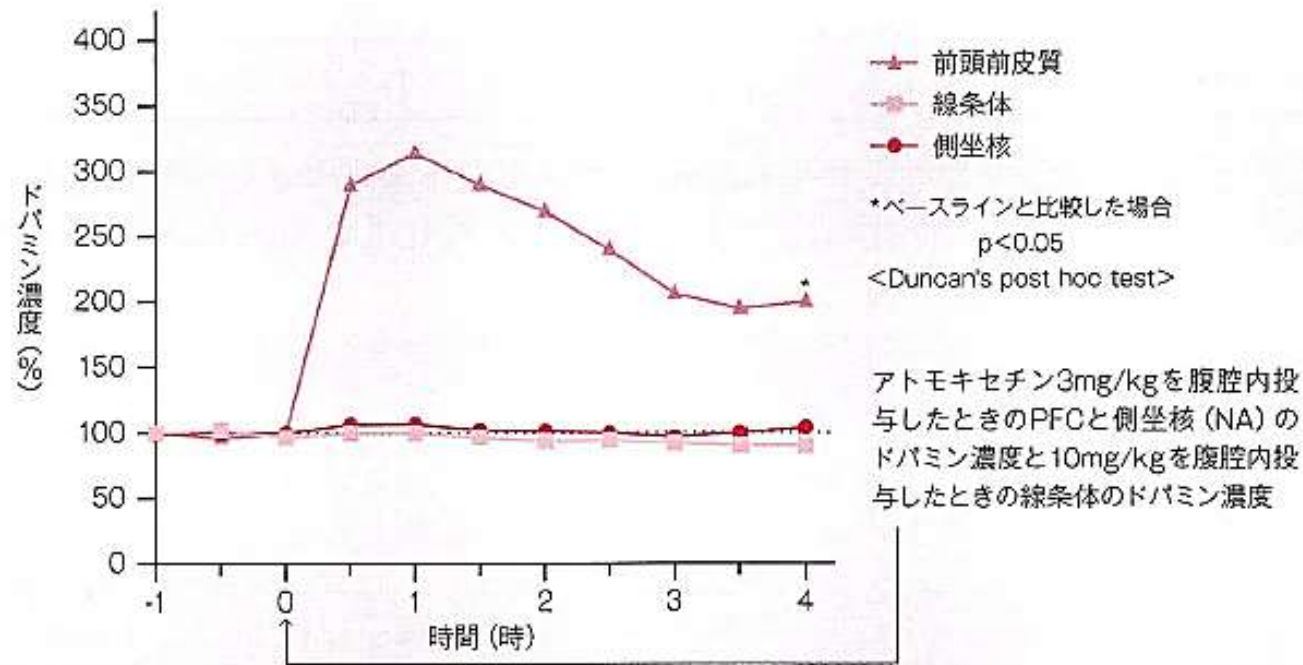
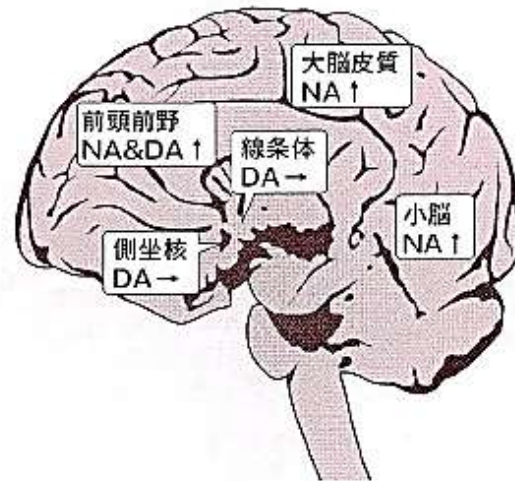


図4.5 アトモキセチン投与によるドパミン濃度の変化



DA: ドパミン
NA: ノルアドレナリン

アトモキセチンがNAトランスポーターに及ぼす作用によって影響を受ける可能性がある領域を示した概念図

図4.6 アトモキセチンの各脳領域への効果

メチルフェニデート徐放剤(コンサータ)

薬理

ドパミン(とノルアドレナリン)再取り込み阻害による中枢神経刺激

(ドパミン>ノルアドレナリン : 約10倍から数十倍)

前頭葉への作用により症状が改善 (側坐核への作用により依存の問題)

禁忌

緑内障・甲状腺機能亢進症・狭心症・不整頻拍・褐色細胞腫

運動性チック・tourette症候群又はその既往歴・家族歴のある患者

過度の不安や重症のうつ病等の精神症状

慎重投与

てんかんまたはその既往歴のある患者

高血圧・心不全・心筋梗塞の既往

脳血管障害のある又はその既往歴のある患者

精神疾患:統合失調症・精神病性障害・双極性障害

薬物依存又はアルコール中毒等の既往歴のある患者(乱用・依存の恐れ)

相互作用

MAO阻害薬は併用禁忌

三環系抗うつ薬・SSRIの作用増強

副作用

食欲不振・不眠症・体重減少・依存性・(易刺激性)

6歳未満は原則として使用しない

18歳未満の患者：

通常、18歳未満の患者にはメチルフェニデート塩酸塩として18mgを初回用量、18～45mgを維持用量として、1日1回朝経口投与する。増量が必要な場合は、1週間以上の間隔をあけて1日用量として9mg又は18mgの増量を行う。なお、症状により適宜増減する。ただし、1日用量は54mgを超えないこと。

18歳以上の患者：

通常、18歳以上の患者にはメチルフェニデート塩酸塩として18mgを初回用量として、1日1回朝経口投与する。増量が必要な場合は、1週間以上の間隔をあけて1日用量として9mg又は18mgの増量を行う。なお、症状により適宜増減する。ただし、1日用量は72mgを超えないこと。

12時間効果があるので、午後は服薬を避ける(不眠になるため)

アトモキセチン(ストラテラ)

薬理

前頭葉におけるノルアドレナリン再取り込み阻害による中枢神経刺激
(ドパミン再取り込みの一部がノルアドレナリン再取り込みによる→ドパミン濃度↑)

側坐核への影響がない → 乱用や依存の問題がない
チックなどとの関連が少ない

禁忌

重篤な心血管障害のある患者
閉塞隅角緑内障のある患者
褐色細胞腫又はその既往のある患者

慎重投与

肝機能障害・腎機能障害のある患者
痙攣発作・心疾患(QT延長を含む)又はそれらの既往のある患者
高血圧症・脳血管障害又はそれらの既往のある患者
起立性低血圧の既往歴・排尿困難のある患者
精神疾患: 精神病性障害・双極性障害

相互作用

MAO阻害薬との併用は禁忌・CYP2D&アイソザイム系で代謝される。
→CYP2D6阻害作用を持つパキシルとの併用でATMの血中濃度上昇。

副作用

吐き気・食欲減退・頭痛・便秘・口渇・傾眠・めまい・動悸・体重減少・(早朝覚醒)

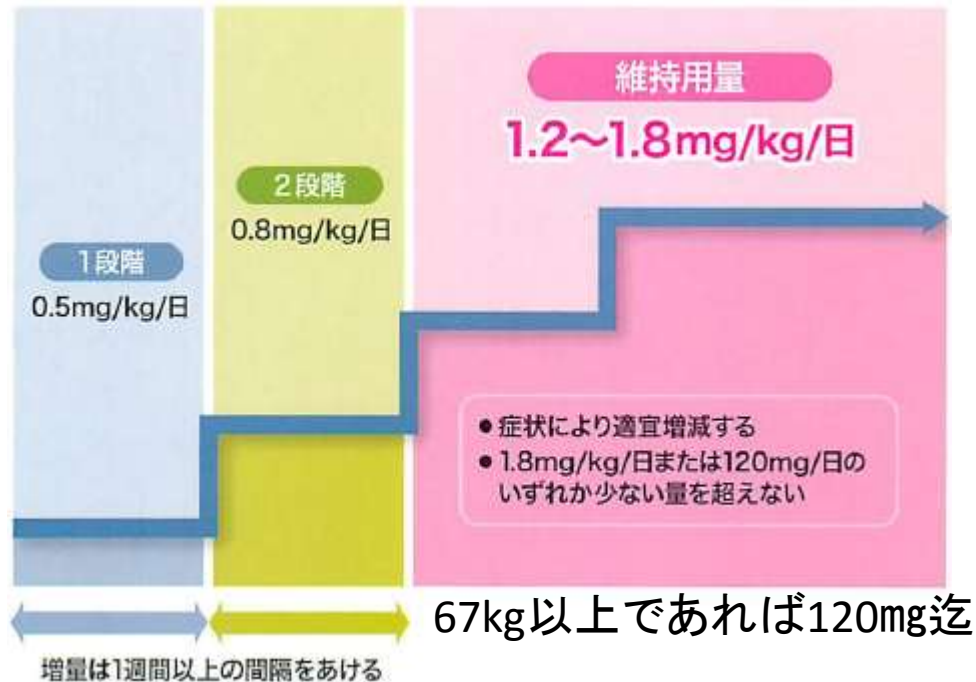
用量

6歳未満は原則として使用しない

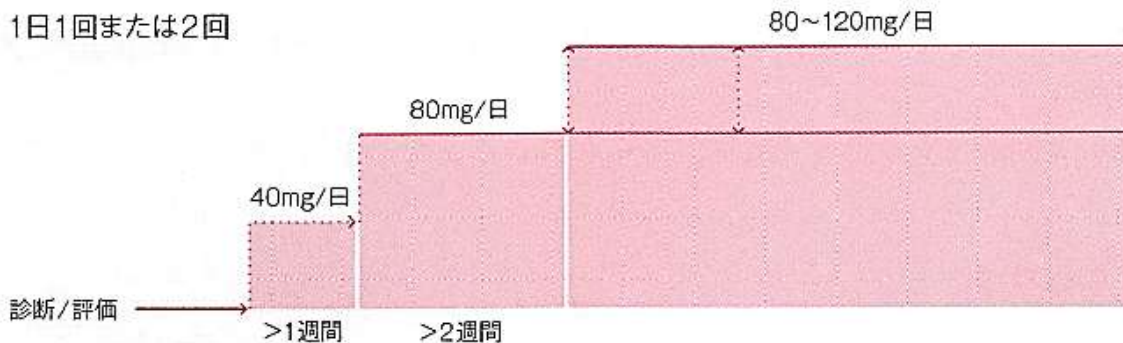
18歳未満



18歳以上



1日1回または2回



1. 初回投与量: 40mg/日
2. 維持用量: 80~120mg/日
3. 1日1回または2回
4. 漸増期間において副作用（消化器症状および頭痛）が発現する傾向がある
→基本的にこれらは一過性であり、時間とともに消失する傾向にある
5. 効果発現は緩徐である（即効性ではない） 2 - 4週間かかる

肝チトクローム酵素CYP2D6の代謝を受けて尿中に排泄される。

パキシル等上記阻害作用を有する薬剤に注意

図 4.12 アトモキセチンの投与量と漸増方法

コンサータとストラテラの作用の違い

	コンサータ	ストラテラ
薬により改善した者 下前頭回と上下帯状回の 課題時の活性	負の相関 ↓ Task-negative Network に関連	正の相関 ↓ Task-positive Network に関連
何もしていないときの脳の活動 (デフォルトネットワークモード)		課題時に活性化された 脳の活動

効果判定

中核症状の改善

生活機能の改善

ツール

1. CGI
2. CAARS (Conners' Adult ADHD Rating Scale)
3. AISRS (ADHD investigator Symptom Rating Scale)
4. AAQoL ((Adult ADHD Quality of Life Measure) QOL
5. BRIEF-A (Behavior Rating Inventory of Executive Function) 実行機能

判定時期

コンサータ 即効性

ストラテラ 維持用量に達して2週以上経ってから

ADHD 症状チェックリスト

あてはまるところへ○を入れてください

- 0 だいたいできる
- 1 できる方が多い
- 2 どちらともいえない
- 3 できない方が多い
- 4 ほとんどできない

		0	1	2	3	4
朝の支度	朝すぐに起きられますか？					
	時間通りに外出の準備ができますか？					
	忘れ物なく外出できますか？					
職場・学校	注意を持続して1つの仕事（課題）にあたれますか？					
	順序だてて仕事（課題）を片付けることができますか？					
	仕事（課題）の締め切りを守れますか？					
	仕事（課題）の内容は正確ですか？					
	上司同僚得意先（教師友人）の話を最後まで聞くことができますか？					
	指示に従って作業をやり遂げることができますか？					
	会議（授業中）などで落ち着いて座っていることができますか？					
余暇活動	待ち合わせなど、約束の時間を守れますか？					
	映画鑑賞や読書に長時間集中できますか？					
	映画館やレストランなどで落ち着いて座っていることができますか？					
夜間	家族と言い争いなく過ごせますか？					
	夜中に目覚めることなく熟睡できますか？					
生活全体	周囲に受け入れられ、情緒が安定していますか？					
	周囲と言い争いなく過ごせていますか？					
	家族と安心して一緒に行動できますか？					