

Adult AD/HD の臨床的研究

—臨床的特徴と診断における問題点を中心に—

松本 英夫 朝倉 新 尾中 啓枝
 小石 誠二 中村 優里 山崎 晃資
 (東海大学医学部内科学系精神科学部門)
 木村 友昭
 (東海大学医学部医用工学情報学)

<要 旨>

Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (Adult AD/HD) については、本邦では臨床家の認識は未だ十分ではなく、調査研究もなされていない。しかし、近年インターネットなどで Adult AD/HD についての情報が流布されるようになり、東海大学病院精神科外来でも、「自分は AD/HD ではないか」との主訴で受診する症例が増加してきた。そこで、われわれは Adult AD/HD の臨床的特徴と診断における問題点を検討した。対象は、2000年4月から2001年3月までに東海大学病院精神科児童青年精神科外来に、上記の主訴で受診した症例15例(男性7例、女性8例)である。方法は、現病歴、生育歴の聴取と共に、ADHD Rating Scale-IV 日本語版 (ADHD RS-IV-J) を用いて現在の状態を評価し、ADHD RS-IV-J あるいは小学校時代の通知表を用いて7歳未満の行動特徴を評価した。さらに脳波検査、WAIS-R、ベンダー・ゲシュタルト・テストの諸検査を行った。これらの所見を統合して、DSM-IVで診断した結果、5例(33.3%)がAD/HDと診断された。各症例のADHD RS-IV得点と、DSM-IVの項目Aを検討した結果、全例が不注意優勢型であった。ベンダー・ゲシュタルト・テストとWAIS-Rで児童期のAD/HDと類似する結果が得られた。

<キーワード>

Adult, Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (AD/HD), Asperger's Disorder, Inattention Type, ADHD Rating Scale-IV Japanese Version

【はじめに】

Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (Adult AD/HD) の概念は、欧米では1960年代後半からすでに Adult Minimal Brain Dysfunction (Adult MBD) として記載されていた。例えば、MBD の小児を成人期まで追跡した予後研究 (Mendelson et al., 1971; Menkes et al., 1967) や、15~25歳の軽度脳損傷が明らかでない15例を対象に、神経心理学的および精神医学的評価を行った研究 (Hartcollis, 1968) のなかで Adult MBD に関する概念の記載がある。また、多動性と衝動性をもつ成人105例を対象として神経心理学的検討を行った研究では、そのなかの42例に脳損傷の徴候が認められたと報告されている (Quitkin et al., 1969)。その後欧米では、1970年代から1980年代にかけて、病因を想定した概念であるMBDから症候論を基

礎としたAD/HDの概念に移行していった。それと共に、Adult AD/HDの概念についても病因論から症候論へと移行し、Adult AD/HDはAD/HDの症状を持つ成人、あるいはAD/HDの小児が成人後もその症状が残存している状態と定義されるようになった (Barkley, 1998)。そして1990年代に入ると、AD/HDを持つ小児の大規模な追跡研究がいくつか行われるようになった (Barkley et al., 1990; Mannuzza et al., 1993; Weiss et al., 1993)。さらにAdult AD/HDそのものを対象とした臨床研究としては、外来を訪れるAdult AD/HDの患者がどのような訴えをもち、いかなる合併症があるかなどを調査した報告がなされた (Barkley et al., 1998)。一方本邦においては、上記のようなAD/HDの小児の追跡研究や、Adult AD/HDそのものを対象とした研究

に関する論文はまだ少ない。しかし近年、Adult AD/HD についての翻訳書がいくつか発行され、インターネットで専門のサイトやホームページが設立されるようになり、その概念が広く知られるようになった。それと共に東海大学病院精神科外来においても、「自分も AD/HD ではないか」ということを主訴に受診する成人の症例が目立つようになってきた。そこで今回は、これらの症例を対象にその臨床像の概要を調査すると共に、Adult AD/HD と診断された患者の臨床像を調べ、さらに診断に関する問題点とその意義について検討することにした。

【対象および方法】

対象は、2000年4月から2001年3月までに東海大学病院精神科児童青年精神科外来に、「整理整頓ができない」、「時間が守れない」、あるいは「物事の優先順位がわからない」などのために、「自分はAD/HDではないか」という主訴で受診した15例（男性7例、女性8例）である。全例に両親の来院を依頼したが、両親と直接面接できた症例はなかった。これらの症例から臨床症状、受診時の職業、生育歴および精神科通院歴とそのときの病名について聴取した。なお生育歴に関しては、小学校の通知表の記載を参考に検討した。

各症例について、現在と7歳未満の臨床症状を評価するために、山崎らが作成した ADHD Rating Scale-IV (DuPaul et al., 1998) の日本語版 (ADHD RS-IV-J) を使用した。ADHD Rating Scale-IV は、患者の不注目の多動・衝動性の症状の頻度を評価するための尺度である。今回はまず現在の症状を評価するために、患者の両親、配偶者または親しい友人に現在の行動特徴を ADHD RS-IV-J に記入してもらうように患者を介して依頼した。次に7歳未満の状況を調査するために、当時の行動特徴を ADHD RS-IV-J で評価してもらうように患者を介して両親に依頼した。

診断は DSM-IV (1994) に基づいて行った。ただし項目 A、B については今回以下の手続きで行った。項目 A については、上述した患者の家族や配偶者などがチェックした ADHD RS-IV-J による現在の行動評価を参考にし、外来担当医が各症例の精神科現症を検討し、日常生活上の問題点を聴取することによって症状の評価を行った。項目 B (多動性・衝動性または不注意の症状のいくつかが7歳未満に存在し、障害を引き起こしている) については、両親の記載した ADHD RS-IV-J、あるいは7歳未満に相当する小学校当時の通知表の記載に基づいて評価した。この際、ADHD RS-IV-J あるいは通知表だけでは障害が存在することまでを厳密に確定することはできないため、今回お症状の存在を確認するこ

とによって項目 B を満たすこととした。以上の過程を、外来担当医および共同研究者で症例検討会を開き、各症例の診断を確定した。

以上の手続きによって対象を、AD/HD と診断できる AD/HD 群、項目 B 以外の診断基準を満たすものの、項目 B の情報が得られないため診断を確定できなかった AD/HD 診断保留群、AD/HD とは診断できなかった非 AD/HD 群の3群に分けて分類した。さらに、非 AD/HD 群については、DSM-IV によって他の精神疾患と診断出来るかどうかを検討した。

さらに AD/HD 群、AD/HD 診断保留群の全例と非 AD/HD 群の6例に脳波検査、AD/HD 群、AD/HD 診断保留群、非 AD/HD 群の全例に WAIS-R、AD/HD 群、AD/HD 診断保留群の全例と非 AD/HD 群の6例にベンダー・ゲシュタルト・テストを施行した。

そして、それぞれの検査結果と診断を本人に伝え、今後当院で出来る援助方法 (薬物療法、生活指導) を説明した上で、本人が診断を受けたことに関する感想を尋ねた。

【結果】

対象とした15例の年齢は21歳から44歳で、平均は30.1歳であった。現在の職業については会社員7例、大学生2例、大学院生2例、フリーター2例、主婦2例で、明らかに社会的不適応を起している症例認められなかった。

対象となった15例の診断の内訳は、AD/HD 群5例、AD/HD 診断保留群3例、非 AD/HD 群7例であった。表1、2 に AD/HD 群、表3、4 に AD/HD 診断保留群、表5、6 に非 AD/HD 群の各症例の概要を示した。また、表7は、DSM-IV による AD/HD の診断基準のなかの A、B 項目を挙げ、項目 A については、不注意症状と多動・衝動性の症状のそれぞれ9項目について、症例ごとに該当症状を示した。○は該当することを示し、無表示は該当しないことを示している。さらに、項目 B については、7歳未満に症状と障害があった事実が確認された症例を○、確認されなかった症例を無表示、情報が得られなかった症例を△とした。

以下に各群の症例の特徴を示す。

1. AD/HD 群の特徴

AD/HD 群と診断された症例は次のような特徴がみられた。

① 臨床像の概要 (表1, 7)

5例 (33.3%、男性3例、女性2例) の年齢は24歳から31歳、平均27.2歳であった。職業は、会社員が3例、大学院生1例、フリーター1例であった。

自分がAD/HDであると思った根拠は、整理困難2例、職務の遂行困難2例、物忘れが多い、物事を順序立てできない、判断できない、組み立てて話すことができないが、各1例ずつであった(重複あり)。生育歴では、熱性痙攣、遺尿が1例ずつ(症例1, 3)、体育が苦手であったものが2例(症例1, 3)認められた。通知表を入手できたものが3例(症例2, 4, 5)あり、小学校1, 2年生で記載されている教師の評価として、落ち着きがないと書かれていたものが2例(症例4, 5)、集中力に欠けると書かれていたものが1例(症例2)認められた。受診前にすでに他の医療機関を受診しており、AD/HD以外の診断をつけられていた症例が2例(症例3-パニック障害、症例5-心因反応)あった。そして、症例3は現在も症状が持続しているため、引き続き筆者が薬物治療を行っている。診断時を伝えたときの反応は、「心の整理がついた」(症例1, 3)、「ほっとした」(症例2)、「これからどうしよう」(症例4)、反応がなかった(症例5)であった。

DSM-IVによるAD/HDの診断基準の項目Aについては、AD/HD群の全例が多動・衝動性症状の該当項目より不注意症状の該当項目が多く、不注意優勢型と判断された。

② 検査結果の概要(表2)

現在の状態についてのADHD RS-IV-Jは、総合の平均得点が21.4ポイントであり、各症例の総合得点は、AD/HDを疑うメルクマールである14~16ポイント(山崎ら, 2002)以上であった。また不注意項目の平均得点が17.6ポイント(15~20ポイント)、多動・衝動性項目の平均得点が3.6ポイント(0~6ポイント)であり、各症例を見ても不注意項目得点が多動・衝動性得点より高く、ADHD RS-IV-Jにおいても全例が不注意優勢型と診断できると考えられた。7歳未満の状況については、家族によるADHD RS-IV-Jの回顧的評価が得られたものが3例(37.7%)であった。また、不注意項目得点が多動・衝動性項目得点より高く(症例1:不注意項目得点18, 多動・衝動性項目得点3, 症例3:不注意項目得点14, 多動・衝動性項目得点7, 症例4:不注意項目得点12, 多動・衝動性項目得点4)、7歳未満の時期に、特に不注意項目においてAD/HDの症状が存在したと考えられた。

全例で脳波検査を施行した。徐波の混入が目立つものが2例(症例1, 4)あったが、概ね正常範囲であった。WAIS-Rでは平均総合IQは113.6(90~124)であった。言語性IQと動作性IQの差は大きく、平均18.4, 最大34であった。ベンダー・ゲシュタルト・テストでは、パスカル・サツテル法による平均得点は

64.2(34~140)であった。情緒指標の特徴としては、情緒が不安定(3例)、関心や注意の欠乏、散漫さ(3例)、衝動性や不安(4例)が目立った。

2. AD/HD 診断保留群の特徴(表3, 4)

この群はDSM-IVの項目B以外を満たすが、項目Bについての情報が得られなかった症例で、症例6(21歳, 女性)、症例7(40歳, 女性)、症例8(44歳, 男性)の3例であった。主訴は、3例とも整理困難で、AD/HD診断群と同様であった。現在の症状だけで評価すると、3例とも不注意優勢型に相当した。さらにベンダー・ゲシュタルト・テストでも平均得点が99.3と高値を示し、AD/HD群と同様の結果であった。

3. 非AD/HD 群の特徴(表5, 6)

① 臨床像の概要

年齢は21歳から44歳で、平均は30.0歳であった。職業は、会社員3例、大学生1例、大学院生1例、主婦1例、フリーター1例であった。自分がAD/HDであると思った根拠は、整理困難2例、集団不適応1例、雑談の仕方がわからない、感動しない、挨拶ができない、自分の感情が話せない、などの情緒交流に関するものがそれぞれ1例ずつであった。当院に受診する前に、他の医療機関を受診していたものが2例(症例13, 14)あり、いずれも神経症の診断を受けていた。診断は、アスペルガー障害4例、境界性、回避性、分裂病質人格障害が各1例ずつであった。

② 検査結果の概要

現在の状態についてのADHD RS-IV-Jに関しては、不注意項目の平均得点は10.1ポイント(3~22ポイント)、多動性・衝動性項目の平均得点は5.4ポイント(0~9ポイント)、総合の平均得点は12.9ポイント(4~31ポイント)であった。7歳未満の状況については、唯一回答が得られた症例10は、ADHD RS-IV-Jにおいて不注意項目得点が23ポイント、多動・衝動性項目得点が14ポイントであった。脳波は、3例のみ施行したが特に異常は認められなかった。WAIS-Rの総合IQの平均は108.1(86~128)であった。

【考察】

日常生活上のいくつかの問題から、「自分はAD/HDではないか」という主訴で外来を受診した成人15例のなかで、5例(33.3%)がAD/HDであると診断された。AD/HD群の特徴は以下のとおりであった。DSM-IVの項目Aについては、5例とも不注意症状の該当数が、多

動・衝動性症状の該当数より多く、サブタイプは全例が不注意優勢型であった。知能検査では、全例が正常範囲であったが、言語性IQと動作性IQの差は大きく、平均18.4、最大34であった。ベンダー・ゲシュタルト・テストでは、パスカル・サッテル法の得点が高いものが多かった。一方、非AD/HD群では、アスペルガー障害が40.0%であった。

1. Adult AD/HD の診断

Barkleyら(1998)は、Adult AD/HDに関する17編の前方視的、後方視的調査をまとめ、児童期にAD/HDと診断された症例の50~80%が成人になってもAD/HDの症状および症状に伴う障害を残存させていると報告した。前述したようにわが国においては、Adult AD/HDの系統的な調査はほとんど行われておらず、今回AD/HDと診断された症例は5例と数少ないが、本邦におけるAdult AD/HDについて検討するためには貴重な症例であると考えられる。

今回Adult AD/HDと診断された5症例では、1例が母親によって児童期の状態を回顧的に記載してもらったADHD RS-IV-Jと通知表から、2例が母親の記載したADHD RS-IV-Jから、さらに2例が通知表の情報から、7歳未満の時期にAD/HDの症状が存在したと推測された。

今回のように成人期に至って初診した患者についてAdult AD/HDであるか否かを診断する場合、問題となるのは、DSM-IVにおける診断基準の項目Bの扱いである。DSMの診断体系では、その第3版(1980)から一貫して7歳未満で症状が存在することを診断基準に取り入れてきた。しかし実際の臨床において成人期に初診した患者を対象とする場合、7歳未満の時期においてAD/HDに該当する症状や、それに伴う障害があったかどうかを確認することは困難なことが多い。なぜなら、本人が当時のことを覚えているとは限らず、もし本人が当時のことを覚えていたとしても、客観性に欠ける情報であるからである。さらに患者はすでに独立して生活していることが多く、今回のように両親などの家族の協力が得られにくいことが多いと考えられる。また、もし両親から情報が得られても、その信頼性に関して疑問視する報告もある(Greenら, 1991; Angoldら, 1996)。一方、Barkley & Biederman(1997)は、AD/HDの診断に際して、歴史的、経験的、概念的、実際的にそれぞれの見地から検討した結果、症状や症状による障害の発現の年齢にこだわることには臨床的な利点はないと述べ、項目Bの見直しを主張している。またApplegateら(1997)は、DSM-IVのフィールド・トライアルの中で、AD/HDの不注意優勢型の43%は、7歳未満の症状による明らかな障害はなかったと報告している。さらに

Willoughbyら(2000)は、9歳から16歳までのAD/HD患者を対象に症状の発現時期について調査した結果、不注意優勢型群の26%が7歳以降に症状が認められたとし、AD/HDの診断に際して、特に不注意優勢型に関しては、項目Bは必ずしも必要ではないと結論づけている。以上のように、Adult AD/HDを診断する際、項目Bに関しては、厳密に適用する必要はないという意見が多く見られるようになり、今後も引き続き検討が必要であると考えられる。今回の調査の結果でも、7歳未満の情報が見られず、診断が保留になった症例が3例あった。この3例の臨床像および心理検査の結果はAD/HD群の症例のそれと非常に類似しているものであった。今後は、このような症例を臨床において扱わなければならない機会が多くなることも予想され、AD/HDとして診断・治療を行っていくべきかどうかを議論する必要があると考えられる。

2. Adult AD/HD のサブタイプ

サブタイプに関しては、AD/HDと診断された症例のすべてが不注意優勢型と分類された。ちなみにAD/HD診断保留群も全例が不注意優勢型に相当した。現在の状態を評価したADHD RS-IV-Jにおいても、AD/HD群全例の不注意項目得点が多動・衝動性項目得点を上回っていた。Millsteinら(1997)の研究においても、不注意の症状がAdult AD/HDのケースには際立っていると述べている。今回の調査では、症例1が家族によるADHD RS-IV-Jの回顧的記載から、症例4が同じく母親によるADHD RS-IV-Jの記載と通知表から、症例5が通知表から、7歳未満の時期に不注意症状に加えて多動・衝動性症状が頻度は少ないながらも存在し、現在の症状が目立たなくなっている症例があった。これはBrownら(1995)やAchenbachら(1995)が指摘するように、幼少時に混合型であったものが、自然経過において多動・衝動性の症状が改善して不注意の症状のみ残存したものと考えられる。

3. 検査結果

脳波、WAIS-R、ベンダー・ゲシュタルト・テストに関して、Adult AD/HDにおける詳細な研究は今のところない。一般にAD/HD児の脳波所見については、徐波が多く認められるという報告(Chabot et al., 1996)、β波が減少するという報告(Callaway et al., 1983; Mann et al., 1992)がある。今回の症例でも、徐波が多く混入する症例が2例認められ、上記の報告を裏付ける結果であると考えられる。また、WAIS-Rについては、Murphyら(1998)は言語性IQと動作性IQの乖離は、Adult AD/HDでは、しばしば認められるものであるとしている。今回の報告でも、言語性IQと動作性IQの乖離は

平均18.4, 最大34と大きくMurphyらと同様の結果が得られている。また、ベンダー・ゲシュタルト・テストについては、正常成人のパスカル・サッテル法による平均得点が約20点である(Pascal, 1952)が、すべての症例がこれより上回っていた。以上の脳波やベンダー・ゲシュタルト・テストの結果は、Adult AD/HDの患者において脳の器質的障害の存在を示唆しているものと言える(Piotrowski, 1995)。

4. 合併症

AD/HDの合併症に関する米国の調査では、Adult AD/HDの77%が何らかの精神障害を持っていると報告されている(Biederman et al., 1993)。一方、今回の調査では5例中2例(40.0%)が過去に何らかの精神医学的診断を受けており、Biedermanら(1993)の調査よりも合併症を有する率が高い結果であった。合併症の有病率については今後も症例の蓄積による検討が必要であるが、本邦の一般の精神科医のなかでは、未だAdult AD/HDの概念が一般的ではないため、2次的に合併した症状をみて診断しているものと推測される。そのため今後、精神科医をはじめとした精神科医療従事者に対してAdult AD/HDの概念を浸透させていく必要があると考えられる。

さて、今回の症例は全例が、マスコミやインターネットなどから得られたAdult AD/HDに関する情報のなかから、自分との共通点を見出し、医療機関を自発的に訪れたものに限定されている。Barkley(1998)は、成人になって初めて医療機関を受診したAdult AD/HDと、児童期にAD/HDと診断された症例を成人期までフォローアップしたものを比較して、以下の結果を報告している。すなわち、成人期に初診したAD/HD群は、フォローアップ群に比べて不安障害がより重症であるが、知的で高学歴である。一方フォローアップ群は、Adult AD/HD群に比べて反抗挑戦性障害、行為障害、反社会性人格障害の合併が多いと報告している。今回のわかれの症例においても、現症や生育歴をとおして反抗挑戦性障害、行為障害、反社会性人格障害を合併する症例は認められず、Barkley(1998)の報告と同様の結果であった。しかし、今回の症例は全例が比較的社会的適応の良好な一群を見ているに過ぎないということもできる。したがって、今回の症例は決してAdult AD/HDを代表する(representative)症例と言いきることはできず、Adult AD/HDの全体像を把握するためには、今後「自分がAD/HDではないか」との主訴で外来を訪れる患者以外の症例群の蓄積が必要であると考えられる。

5. 非AD/HD群について

ここでは、A, Bの両項目共に満たさない7例につい

て述べる。非AD/HD群のなかでアスペルガー障害が7例中4例(57.1%)と多くを占め、他の3例は何らかの人格障害と診断された。AD/HDとアスペルガー障害との合併については、Gillberg(1998)はAD/HD症状を合併するアスペルガー障害と、合併しないアスペルガー障害が存在すると述べている。今回の症例では前者が症例10であり、後者が症例9, 11, 12である。前者の場合はAD/HDの症状が実際に存在するため受診した。一方後者の場合は、本人の意識する問題点は実際にはAD/HDの症状ではなかった。このことについて推測できることは、インターネットにおけるホームページではAD/HD、学習障害あるいは発達障害などが混同して載せられていることが多く、誤った情報が流れている可能性が高いということである。

6. Adult AD/HDの診断をすることの意義

彼らは皆、幼少時から社会生活における不適応感を持っており、自分だけがどうもうまくいかないのは何故なのかと感じて生活してきたと語っている。いくら努力しても思うようにいかない、あるいは、他の人に比べて多くの努力をしなければ達成できないことがほとんどであったという。彼らにAD/HDの診断を伝えると、「心の整理がついた」という反応がなされることが多い。その後、AD/HDと診断されたうちの4例は外来診察場面を生活上や職業上の問題点を解決する場として利用している。今までの生活史に耳を傾け、Adult AD/HDであることを伝え、彼らの理解者の一人として援助していくことは有意義であると思われる。またこのようなAdult AD/HDの人々が存在することを認識することは、わかれが児童期におけるAD/HDを診断し、治療・援助していく際にも役立つものと考えられる。

本論文の要旨は第42回日本児童青年精神医学会総会(金沢市, 2001)において報告した。

【参考文献】

- Achenbach, T.M., Howell, C.T., McConaughy, S.H. et al. (1995): Six-year predictions of problems in a national sample of children and youth: I. Cross-informant syndromes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 336-344.
- American Psychiatric association (1980): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, the third edition.*

- Washington, D.C., American Psychiatric Association
- American Psychiatric association (1994): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, forth edition. Washington, D.C., American Psychiatric Association
- Angold, A., Erkanli, A., Costello, J.E., et al. (1996): Precision, reliability, and accuracy in the dating of symptom onsets in child and adolescent psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 657-664.
- Applegate, B., Lahey, B., Hart, E. et al. (1997): Validity of the age of onset criterion for attention-deficit/hyperactivity disorder : A report from the DSM-4 field trials. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1211-1221.
- Barkley, R.A. (1998): Developmental course, adult outcome, and clinic-referred ADHD adults. In Barkley RA (ed) : *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder*, ed 2. New York, Guilford Press, pp 186-224.
- Barkley, R.A. (1998): History. In Barkley R.A. (ed) : *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder*, ed 2. New York, Guilford Press, pp 3-40.
- Barkley, R.A., Biederman, J. (1997): Toward a broader definition of the age-of-onset criterion for attention-deficit hyperactivity disorder . *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1204-1210.
- Barkley, R.A., Fisher, M., Edelbrock, C.S. et al. (1990): The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: I. An 8-year prospective followup study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 546-557.
- Biederman, J., Faraone, S.V., Milberger, S. (1996): Predictors of persistence and remission of ADHD into Adolescence: Results from a four-year prospective follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 343-351.
- Biederman, J., Faraone, S.V., Spencer, T. et al. (1993): Patterns of psychiatric comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1792-1798
- Biederman, J., Mick, E., Faraone, S.V. (2000): Age dependent decline of ADHD symptoms revisited: impact of remission definition and symptom subtype. *American Journal of Psychiatry*. 157, 816-818.
- Brown, T.E., Gammon, G.D. (1995): Differential Diagnosis of ADD versus ADHD in adults. In: KG. Nadeau (ed.), *Comprehensive guide to attention deficit disorder in adults* (pp. 93-107). New York: Brunner/Mazel
- Callaway, E., Halliday, R., Naylor, H. (1983): Hyperactive children's event-related potentials fail to support underarousal and maturational-lag theories. *Architect of General Psychiatry*, 40, 1243-1248.
- Chabot, R.J., Serfontein, G. (1996): Quantitative electroencephalographic profiles of children with attention deficit disorder. *Biological Psychiatry*, 40, 951-963.
- DuPaul, G.J., Power, T.J., Anastopoulos, A.D. (1998): *ADHD Rating Scale -IV Checklists, Norms, and Clinical Interpretation*
- Faraone, S.V., Biederman, J., Spencer, T. et al. (2000): *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Adults: An Overview*. *Biological Psychiatry*, 48, 9-20.
- Gillberg, C. (1998): Asperger syndrome and high functioning autism. *British Journal of Psychiatry*, 172, 200-209.
- Green, S.M., Loeber, R., Lahey, B.B. (1991): Stability of mothers' recall of the age of onset of their child's attention and hyperactive problems. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 135-137.

- Hartcollis, P. (1968): The syndrome of minimal brain dysfunction in young adult patients. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 32, 102-114.
- Mann, C.A., Lubar, J.F., Zimmerman, A.W. et al (1992): Quantitative analysis of EEG in boys with attention-deficit hyperactivity disorder. *Pediatric Neurology*, 8, 30-36
- Mannuzza, S., Klein, R.G., Bessler A., et al. (1993): Adult outcome of hyperactive boys: Educational achievement, occupational rank, and psychiatric status. *Architect General Psychiatry*, 50, 565-576.
- Mendelson, W., Johnson, N., Stewart, M.A. (1971): Hyperactive children as teenagers: A followup study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 153, 273-279.
- Menkes, M., Rowe, J., Menkes, J. (1967): A five-year follow-up study on the hyperactive child with minimal brain dysfunction. *Pediatrics*, 39, 393-399.
- Millstein, R., Wilens, T., Biederman, J. et al. (1997): Presenting ADHD symptoms and subtypes in clinically referred adults with ADHD. *Journal of Attention Disorder*, 2, 159-166.
- Murphy, KR., Gordon, M., (1998): Assessment of Adults with ADHD. In Barkley (ed) : *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder*, ed 2. New York, Guilford Press, pp 345-369.
- Pascal. G.R., Suttell, B.J. (1951): The Bender Gestalt test : It's Quantification and validity for adults. New York, Grune & Stratton.
- Piotrowski, C., (1995): A review of the clinical and research use of the Bender-Gestalt test. *Perception of Motor Skills*, 81, 1272-1274.
- Quitkin, F., Klein, D.F. (1969): Two Behavioral syndromes in young adults related to possible minimal brain dysfunction. *Journal of Psychiatric Research*, 7, 131-142.
- Weiss, G., Hechtman, L.T., Milroy, T., et al. (1985): Psychiatric status of hyperactives as adults. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 24, 211-220
- Weiss, G., Hechtman, L.T. (1993): *Hyperactive children grown up* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Willoughby, M.T., Curran, P.J., Costello, E.J. et al. (2000): Implication of Early Versus Late Onset of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1512-1519.
- 山崎晃資, 木村友昭, 小石誠二 他(2002): 注意欠陥/多動性障害の評価尺度の作成と判別能力に関する研究—ADHD Rating Scale-IV日本版の標準値— : (印刷中)

表1 AD/HD 群の概要 (1)

| 症例 | 年齢 | 性別 | 職業 | 主訴 | 生育歴 | 通院歴 | 診断時の反応 |
|----|----|----|-------|-------------|------------------|--------|---------|
| 1 | 24 | 女 | フリーター | 物忘れ、順序だて困難 | 6歳まで遺尿 体育苦手 | (-) | 整理がついた |
| 2 | 24 | 男 | 会社員 | 職務困難、集団作業困難 | 不注意 (+) (通知表) | (-) | ほっとした |
| 3 | 27 | 女 | 大学院生 | 整理困難、判断できない | 2歳熱性痙攣 体育苦手 | パニック障害 | 整理がついた |
| 4 | 30 | 男 | 会社員 | 整理困難、職務困難 | 多動 (+) 消極的 (通知表) | (-) | これからが不安 |
| 5 | 31 | 男 | 会社員 | 組み立てて話せない | 多動 (+) (通知表) | 心因反応 | (-) |
| 平均 | 27 | | | | | | |

表2 AD/HD 群の概要 (2)

| 症例 | 現在の AD/HD RS-IV-J | | 7未満の AD/HD RS-IV-J | | VIQ・PIQ・TIQ | 脳波 | ベンダーゲ シュタルト・ テスト |
|----|----------------------|--|-----------------------|--|-------------------|------|------------------------|
| | IA・HI・T | | IA・HI・T | | | | |
| 1 | 16・0・16 | | 18・3・21 | | 89・95・90 | 徐波混入 | 67 |
| 2 | 20・5・25 | | | | 130・96・119 | 正常 | 34 |
| 3 | 15・6・21 | | 14・7・21 | | 127・111・124 | 正常 | 140 |
| 4 | 19・3・22 | | 12・4・16 | | 113・119・116 | 徐波混入 | 44 |
| 5 | 18・5・23 | | | | 106・136・119 | 正常 | 36 |
| 平均 | 17.6・3.6・21.4 | | 14.7・4.7・19.3 | | 111.4・111.4・113.6 | | 64.2 |

IA;不注意得点
HI;多動・衝動性得点
T;総合得点

VIQ;言語性IQ
PIQ;動作性IQ
TIQ;総合IQ

表3 AD/HD 診断保留群の
概要 (1)

| 症例 | 年齢 | 性別 | 職業 | 主訴 | 通院歴 | 診断(DSM-IV) |
|----|----|----|-----|------------|-----|------------|
| 6 | 21 | 女 | 大学生 | 整理困難、情緒不安定 | うつ病 | 保留 |
| 7 | 40 | 女 | 主婦 | 整理困難 | (-) | 保留 |
| 8 | 44 | 男 | 会社員 | 整理困難 | (-) | 保留 |
| 平均 | 35 | | | | | |

表4 AD/HD 診断保留群の
概要(2)

| 症例 | 現在の AD/HD-RS-IV | | | 脳波 | ベンダー ゲシュタ ルト・テスト |
|----|--------------------|-------------------|--|----|------------------------|
| | IA・HI・T | VIQ・PIQ・TIQ | | | |
| 6 | 26・8・34 | 103・82・94 | | 正常 | 38 |
| 7 | 15・6・21 | 115・108・114 | | 正常 | 206 |
| 8 | 23・8・31 | 129・125・131 | | 正常 | 51 |
| 平均 | 21.3・7.3・28.6 | 115.6・105.0・113.0 | | | 99.3 |

表5 非AD/HD 群の概要(1)

| 症例 | 年齢 | 性別 | 職業 | 主訴 | 生育歴 | 通院歴・他 | |
|----|----|----|-------|----------------|-------------------|-------|------------|
| | | | | | | 院での診断 | 診断(DSM-IV) |
| 9 | 21 | 女 | 大学生 | 雑談の仕方が分からない | 寝返りの遅れ 体育苦手 | (-) | アスペルガー障害 |
| 10 | 24 | 男 | 大学院生 | 整理困難、物忘れ、情緒不安定 | 8歳まで夜尿 多動(+) 体育苦手 | (-) | アスペルガー障害 |
| 11 | 28 | 女 | 会社員 | 感動しない | | (-) | アスペルガー障害 |
| 12 | 29 | 女 | 主婦 | 整理困難、 | | (-) | 境界型人格障害 |
| 13 | 31 | 男 | フリーター | 集団不適應 | 多動(-) | 神経症 | アスペルガー障害 |
| 14 | 33 | 女 | 会社員 | 挨拶が出来ない | 消極的 | 神経症 | 回避性人格障害 |
| 15 | 44 | 男 | 会社員 | 感情が話せない | 集中困難 | (-) | 分裂病質人格障害 |
| 平均 | 30 | | | | | | |

表6 非AD/HD 群の概要(2)

| 症例 | 現在の | 7歳未満の | VIQ・PIQ・TIQ | 脳波 | ベンダー ゲシュタ ルト・テ スト |
|----|------------------------|----------------------------|-------------------|----|----------------------------|
| | AD/HD-RS-IV IA・HI・T | AD/HD-RS- IV IA・HI・T | | | |
| 9 | 22・9・31 | | 102・67・86 | | 10 |
| 10 | 16・6・22 | 23・14・37 | 123・105・118 | 正常 | 11 |
| 11 | 3・2・5 | | 105・118・110 | | 29 |
| 12 | 12・1・13 | | 82・90・85 | 正常 | |
| 13 | 6・1・7 | | 111・107・110 | | 34 |
| 14 | 8・0・8 | | 115・124・120 | | 30 |
| 15 | 4・0・4 | | 135・112・128 | 正常 | 38 |
| 平均 | 10.1・5.4・12.9 | 23・14・37 | 110.4・103.3・108.1 | | 25.3 |

表7 DSM-IVによる症状評価

| 診断項目 | 症例 | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|----|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| I.A(不注意項目) | | | | | | | | | | | | | | | |
| a 仕事他の活動について、綿密に注意することが出来ない | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| b 課題について注意を持続させることの困難 | ○ | | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| c 直接話し掛けられたとき聞いていないように見える | | ○ | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| d 指示に従えず、用事、職場の義務をやり遂げられない | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| e 課題や活動を順序だてることが困難 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| f 精神的努力の持続を要する課題に従事することを避ける | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| g 課題に必要なものをなくす | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| h 外からの刺激によって容易に注意をそらされる | | | | ○ | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| i 毎日の活動を忘れてしまう | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 項目A H.I(多動・衝動性項目) | | | | | | | | | | | | | | | |
| a 手足をそわそわ動かし、椅子の上でもじもじする | ○ | | | | | | | | | | | | | | |
| b 座っている事を要求される状況で席を離れる | | | | | | | | | | | | | | | |
| c 不適切な状況で走り回ったりしたくなる | ○ | ○ | | | | | | | | | | | | | |
| d 静かに余暇活動につくことが出来ない | | | | | | | | | | | | | | | |
| e じっとしていない、エンジンに動かされているようだ | | | | | | | | | | | | | | | |
| f シャベリすぎる | | | | ○ | | | | | | | | | | | |
| g 質問が終わる前に出し抜けに答える | | | | | ○ | ○ | ○ | ○ | | | | | | | |
| h 順番を待つことが困難である | | | | | | | | | | | | | | | |
| i 他人を妨害し、邪魔をする | | | | ○ | | | | | | | | | | | |
| 項目B 症状のいくつかが7歳未満に存在し、障害を引き起こす | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ |