

ADHD の結果として、社会的生活における困難さ(impairment)を抱えていることが問題となる。

1) Social Adjustment Scale Self-Report (SAS-SR)

SAS-R は、Weissman & Bothwell(1976)、Weissman & MHS Staff(1999)によって作成された尺度であり、社会的状況における適応の程度を、行動に関する3つの側面と、満足度に関する1つの側面から測定する。各項目について5段階で自己評定する尺度であり、主に薬物療法の効果測定に使用される。本尺度は、MHS より販売されており、日本語版も作成されている (Suzuki et al., 2003)。

Biederman, et al. (2008) では、成人の ADHD 群とコントロール群について SAS の得点を比較したところ、ADHD 群の方が有意に社会的適応度が低いことが示唆された。

2) Sheehan Disability Scale

Sheehan Disability Scale (Sheehan, 1983; Leon, et al., 1997) は、患者の生活領域を Work/School (仕事領域/学校)、Social (社会生活および余暇活動)、Family (家庭生活および家庭の役割) の3つに分類し、それぞれの適応度を評価する。

Adler et al.(2008) による研究では、Atomoxetine の効果を調べるために DSM-IV の診断基準を満たす患者 384 名を対象として、97 週の治療を実施 (open label) した。その結果、Sheehan Disability Scale の Worl/school, Family, Social の3領域全てで、有意な得点の低下がみられ、治療の効果が示唆された。

②労働遂行能力 (work performance) WHO Health and Work Performance Questionnaire

(HPQ)

子どもの ADHD において学校生活が問題となるように、成人の ADHD では、職業生活が問題となる。

HPQ は、Kessler et al. (2003)によって、労働における遂行能力を測定する尺度として作成された尺度である。HPQ は、労働者が休業している状態 (absenteeism) と、出勤しているが労働遂行能力が低下している状態 (presenteeism) についての項目があり、いずれも労働の損失をもたらすものとされている。Absenteeism は、文字通りの客観的な休業状況を示すのに対して、presenteeism は、健康問題による労働遂行能力の低下であり、種々の精神障害が関連すると考えられている (我が国では、山下・荒木田, 2006 に詳しい)。この他に、過去1年間での職場における事故・損害 (accidents-injuries) の発生についての項目と、過去1年間での心身の状態についての項目があり、広く労働における遂行能力の問題を把握することが可能である。

Kessler et al. (2009) は、米国の製造工場に従事する8千人以上の成人を対象に HPQ を用いた大規模調査を行った。その結果、DSM-IV の ADHD の診断基準を満たす者が 1.9%存在し、彼らは年齢、性別、職種、労働時間などを統制した場合にも、そうではない者に比べて労働遂行能力が低く、病欠が多く、事故・損害が多いことが明らかになった。

③主観的幸福感 (subjective well-being)

成人 ADHD 患者は、障害のために、否定的な人生を歩むことが多い。彼らは低い自尊心、貧しい対人関係そして学業上の低い成果しか得られない半面、問題解決のための手段を求める。そのことが、彼らの QOL に影響を及ぼしている可能

性がある (Kessler et al., 2009)。

Adult ADHD Quality of Life Scale(AAQOL)

Brod et al., (2005, 2006) によって作成された AAQOL は、成人の ADHD 患者に焦点を当てた尺度構成となっていることが特徴である。Life productivity , Psychological Health , Relationships, Life outlook の 4 つの側面から 5 段階で自己評価する形式である。

Able et al. (2007)では、診断が下りている成人 ADHD 患者 (Diagnosed ADHD) と、それまで診断されていなかったが成人 ADHD の基準を満たす群 (Undiagnosed ADHD) , Non-ADHD Control について比較を行っている。残念ながら Undiagnosed ADHD との比較のみで、control と Diagnosed ADHD の検定結果はない。しかし、得点の差からみて、Diagnosed ADHD と Undiagnosed ADHD は、ともに Non-ADHD Control よりも 4 下位尺度全てで QOL が低いことが示唆される。他には、一般的な QOL 尺度や、Well-being を測定する尺度 (General Well-Being Schedule: GWB; Fazio, 1977)なども使用されている。

7. まとめ

本研究では、成人期 ADHD の臨床および研究において、研究の進んでいる欧米において使用されているアセスメントツールを概観した。その結果、欧米では多くのアセスメントツールが開発され、これらを使用した知見が蓄積されていることが明らかになった。成人期の ADHD についての研究は、我が国ではまだ始まったばかりであり、確立されたアセスメントや治療の方法は存在しない。しかし、今後これらの整備が進むことで、成人期 ADHD の適切なアセスメントが可能になるとともに、欧米と同じ視点から我が国の成人期

ADHD の特徴について検討することが可能になる。本研究で取り上げたアセスメントツールを我が国でも使用できるようにすることが急務である。

引用文献

- Able, S. L., Johnston, J. A., Adler, L. A., & Swindle, R. W. (2007). Functional and psychosocial impairment in adults with undiagnosed ADHD. *Psychological Medicine*, 37, pp. 97-107.
- Adler, L. A., Faraone, S. V., Spencer, T. J., Michelson, D., Reimherr, F. W., Glatt, S.J., Marchant, B. K., & Biederman, J. (2008). The reliability and validity of self- and investigator ratings of ADHD in adults. *Journal of Attention Disorder*, 11, 711-719.
- Adler, L.A., et al. (2009). Atomoxetine treatment in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder and comorbid social anxiety disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 41, 795-800.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Press. (アメリカ精神医学会 (編) 高橋三郎・大野裕・染矢俊幸 (訳) (1996). DSM-IV 精神疾患の診断・統計マニュアル 医学書院)
- Barkley, R. A. (1997). ADHD in adults: Comorbidity and adaptive impairments (Grant No. 1R01MH054509-054501A054502). Bethesda, MD: National Institute of Mental Health.
- Barkley, R. A. & Murphy, K. (1998). Attention deficit hyperactivity disorder: A clinical

- workbook(3rd ed.). New York: Guilford Press.
- Barkley, R. A., Murphy, K. R., & Kwasnik, D. (1996). Psychological adjustment and adaptive impairments in young adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 1, 41-54.
- Beck, A. T. Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Biederman, J., Faraone, S., Spencer, T., Wilens, T., Norman, D., Lapey, K. A. 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., Petty, C. R., Fried, R., Black, S., Faneuil, A., Doyle, A. E., & Faraone, S. V. (2008). Discordance between psychometric testing and questionnaire-based definitions of executive function deficits in individuals with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 12, 92-102.
- Biederman, J., Petty, C. R., Fried, R., Fontanella, J., Doyle, A. E., Seidman, L. J., & Faraone, S. V. (2007). Can self-reported behavioral scales assess executive function deficits? A controlled study of adults with ADHD. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 195, 240-246.
- Brod M., Johnston, J., Able, S., & Swindle, R. (2006). Validation of the Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Quality-of-Life Scale (AAQoL): A Disease-Specific Quality-of-Life Measure. *Quality of Life Research*, 15, 117-129.
- Brod, M., Perwien, A., Adler, L., Spencer, T., & Johnston, J. (2005). Conceptualization and assessment of Quality of Life for Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Primary Psychiatry*, 12, 58-64.
- Brown, T. E. (1996). *The Brown Attention-Deficit Disorder Scales (Brown ADD Scales)*. The Psychological Corporation.
- Chao, C. Y., Gau, S. S., Mao, W. C., Shyu, J. F., Chen, Y. C., & Yeh, C. B. (2008). Relationship of attention-deficit-hyperactivity disorder symptoms, depressive/anxiety symptoms, and life quality in young men. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62, 421-426.
- Conners, C. K. (1994). *Conners Adult ADHD History Form*. Toronto, Canada: Multi-Health Systems.
- Conners, C. K. (1995). *Conners Continuous Performance Test*. Toronto, Canada: Multi-Health Systems.
- Conners, C. K., Erhardt, D., & Sparrow, D., (1999). *CAARS Adult ADHD Rating Scales*. New York: Multi-Health Systems.
- Conners, C. K., Epstein, J. N., Angolt, A., & Klaric, J. (2003). Continuous performance test performance in a normative epidemiological sample, *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31, 555-562.
- Conners, C. K. & MHS Staff (2000). *Conners Continuous Performance Test II*. Tonawanda, New York: Multi-Health Systems.
- Epstein, J., Johnson, D. E., & Conners, C. K. (2001). *Conners' Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV (CAADID)*. New York:

- Multi-Health Systems.
- Eysenck, S. B. G. (1990). A cross-cultural study of impulsiveness, venturesomeness and empathy: Germany and England. *Zeitschr Diff Diagn Psychol*, 11, 209-213.
- Fazio, A. F. (1977). A concurrent validation study of the NCHS General Well-Being Schedule. *Vital Health Stat 2*, 73, 1-53.
- 福原俊一, 竹上未紗, 鈴鳴よしみ, 陳和夫, 井上雄一, 角谷寛, 岡靖哲, 野口裕之, 脇田貴文, 並川努, 中村敬哉, 三嶋理晃, Murray W. Johns. (2006). 日本語版 the Epworth Sleepiness Scale(JESS) ～これまで使用されていた多くの「日本語版」との主な差異と改訂～. 日本呼吸器学会雑誌, 44, 896-898.
- Greenberg, L. M. & Dupuy, T. R. (1988-1993). *Test of variables of attention (TOVA)*. Los Alamos, CA: Universal Attention Disorders.
- Gordon, M. (1983). *The Gordon Diagnostic System*. Dewitt, New York: Gordon Systems.
- Hallowell, E. M. & Ratey, J. J. (1994). *Driven to distraction*. New York: Ballantine.
- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*, 32, 50-55.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 23, 56-62.
- Johns, M. W. (1991). A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale. *Sleep*, 14, 540-545.
- Kessler, R. C., Adler, L., Ames, M., Demler, O., Faraone, S., Hiripi, E., Howes, M. J., Jin, R., Secnik, K., Spencer, T., Ustun, T. B., Walters, E.E. (2005). The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychological Medicine*, 35, 245-256.
- Kessler, R. C., Barber, C., Beck, A. T., Berglund, P., Cleary, P.D., McKenas, D., Pronk, N., Simon, G, Stang, P., Ustun, T. B., Wang, P. (2003). The World Health Organization Health and Work Performance Questionnaire (HPQ). *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 45, 156-174.
- Kessler, R. C., Lane, M., Stang, P. E., & Van Brunt, D. L. (2009). The prevalence and workplace costs of adult attention deficit hyperactivity disorder in a large manufacturing firm. *Psychological Medicine*, 39, 137-147.
- Leon, A.C., Olfson, M., Portera, I., Farber, L., & Sheehan, D. V. (1997). Assessing psychiatric impairment in primary care with the Sheehan Disability Scale. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 27, 93-105.
- Liebowitz, M. R. (1987). Social phobia. *Modern Problems of Pharmacopsychiatry*, 22, 141-173.
- McCann, B. S., Scheele, L., Ward, N., & Roy-Byrne, P. (2000). Discriminant validity of the Wender Utah Rating Scale for attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 12, 240-245.
- Nylander, L., Holmqvist, M., Gustafson, L., & Gillberg, C. (2009). ADHD in adult psychiatry. Minimum rates and clinical presentation in general psychiatry outpatients. *Nordic J*

- Journal of Psychiatry*, **63**, 64-71.
- Oosterloo, M., Lammers, G. J., Overeem, S., de Noord, I., & Kooij, J. J. (2006). Possible confusion between primary hypersomnia and adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatry Research*, **30**, 143, 293-297.
- Reimherr, F. W., Marchant, B. K., Strong, R. E., Hedges, D. W., Adler, L., Spencer, T. J., West, S. A., & Soni, P. (2005). Emotional dysregulation in adult ADHD and response to atomoxetine. *Biological Psychiatry*, **58**, 125-131.
- Reimherr, F. W., Williams, E. D., Strong, R. E., Mestas, R., Soni, P., & Marchant, B. K. (2007). A double-blind, placebo-controlled, crossover study of osmotic release oral system methylphenidate in adults with ADHD with assessment of oppositional and emotional dimensions of the disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, **68**, 93-101.
- Resnick, R. J. (2000). The hidden disorder : a clinician's guide to attention deficit hyperactivity disorder in adults. Washington, DC: American Psychological Association. (レズニック, R. J. 紅葉誠一 (訳) 成人の ADHD : 臨床ガイドブック 東京書籍.)
- Retz, W., Thome, J., Blocher, D., Baader, M., & Rösler, M. (2002). Association of attention deficit hyperactivity disorder-related psychopathology and personality traits with the serotonin transporter promoter region polymorphism. *Neuroscience Letters*, **319**, 133-136.
- Robison, R. J., Reimherr, F. W., Marchant, B. K., Faraone, S. V., Adler, L. A., & West, S. A. (2008). Gender differences in 2 clinical trials of adults with attention deficit/hyperactivity disorder: a retrospective data analysis. *Journal of Clinical Psychiatry*, **69**, 213-221.
- Rösler, M., Retz, W., Thome, J., Schneider, M., Stieglitz, R. D., & Falkai, P. (2006). Psychopathological rating scales for diagnostic use in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, **256**, 3-11.
- Rosvold, H. E., Mirsky, A. F., Sarason, I. Bransome, Jr., Edwin, D., Beck, L. H. (1956). A continuous performance test of brain damage, *Journal of Consulting Psychology*, **20**, 343-350.
- Sanford, J. A. & Turner, A. (1996). Integrated visual and auditory continuous performance test. Richmond, VA: Author.
- Sheehan, D.V. (1983). The Anxiety Disease. New York, Scribner's
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). *Manual for State-Trait Anxiety Inventory (Self-Evaluation Questionnaire)*. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press. (肥田野直・福原眞知子・岩脇三良・曾我祥子・Spielberger, C. D. (2000). 新版 STAI マニュアル 実務教育出版.)
- Suzuki et al., (2003). Reliability, validity and standardization of the Japanese version of the Social Adjustment Scale-Self Report. *Psychiatry Clinical Neuroscience*, **57**, 441-446.
- 津島靖子・眞田 敏・柳原正文 (2008). 注意機能

- の測定に用いられる Continuous Performance Test に関する文献的研究—測定条件の違いが成績に及ぼす影響— 岡山大学教育学部研究集録, 137, 125-131.
- Ward, M. F., Wender, P. H., & Reimherr, F. W. (1993). The Wender Utah Rating Scale: An aid in the retrospective diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150, 885-890.
- Weiss, M. Hechtman, L. T., & Weiss, G. (1999). *ADHD in adulthood : a guide to current theory, diagnosis, and treatment*. Baltimore, Md.: Johns Hopkins University Press.
- Weissman , M. M., & Bothwell, S. (1976). Assessment of social adjustment by patient self-report. *Archives of General Psychiatry*, 33,1111-1115.
- Weissman, M., & MHS Staff. (1999). *Social Adjustment Scale-Self Report(SAS-SR) User's Manual*. North Tnawanda, New York: Multi-Health Systems.
- Wender, P. H. (1985). The AQCC (Adult Questionnaire Childhood Characteristics) scale. *Psychopharmacology Bulletin*, 21, 927-928.
- Wender, P. H. (1995). Attention deficit hyperactivity disorder in adults. New York: Oxford University Press. (ウエンダー, P. H. 福島章・延与和子 (訳) 成人期の ADHD—病理と治療— 新曜社, 2002)
- 山下未来・荒木田美香子 (2006). Presenteeism の概念分析および本邦における活用可能性 産業衛生学雑誌, 48 , 201-213.
- F. 健康危険情報
該当なし
- G. 研究発表
特になし
- H. 知的財産権の出願・登録状況
1. 特許取得
特になし
 2. 実用新案登録
特になし
 3. その他
特になし

厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）

分担研究報告書

成人期注意欠陥・多動性障害の疫学、診断、治療法に関する研究

実態把握と診断・治療の指針作成に関する研究（1）

分担研究者 齊藤万比古¹⁾

研究協力者 渡部京太¹⁾ 小平雅基¹⁾ 宇佐美政英¹⁾ 岩垂貴喜¹⁾

宮崎央桂¹⁾ 黒江美穂子¹⁾ 大西豊史¹⁾ 青木桃子¹⁾ 永田真由¹⁾

勝見千晶¹⁾

1) 国立国際医療センター国府台病院児童精神科

研究要旨

1990年代に米国を中心に行われた注意欠如・多動性障害（以下、ADHDと略す）の子どもの予後追跡調査から、青年期、成人期にもADHD症状が持続し社会適応に影響を与えること、そして成人になるとADHDを基盤にして大うつ病、物質関連障害、反社会性パーソナリティ障害、境界性パーソナリティ障害、不安障害といった多彩な併存障害を示すようになることが明らかになってきている。成人期ADHDは、ADHDの症状を持つ成人、あるいはADHDの児童が成人後もその症状を残存している状態と考えられるようになってきており、DSMの診断基準に沿って診断することが一般的である。Barkleyらは、ADHDの一次性および中核的障害として行動の抑制性制御の障害を考え、ADHDにおけるその他の遂行機能障害を二次的に説明する包括的理論を提唱しているが、なかでも遂行機能障害に注目し、注意散漫（distractibility）、衝動性、集中や持続の困難さ、working memoryと組織化の問題と関連する項目がもっとも成人期ADHDを特徴づけており、多動と関連した項目は成人期ADHDの特徴を反映していないと考えられると報告している。そして、Barkleyらは、①ADHDと診断された群（146名）、②クリニックを受診したnon-ADHD対照群（97名）、③community対照群（109名）を対象として、成人のADHDに認められる遂行機能における困難を含む91項目の徴候のうち、ADHDをもつ成人症例の少なくとも65%に認められる38項目からこれら3群を識別する最適な9項目を抽出し、さらにこの9項目とDSM-IV-TRにおける18項目について3群の識別に適しているかを検証した。その結果としてDSM-Vにむけて成人期ADHDの診断基準を提案しているが、その診断基準を紹介した。

A. 研究目的

1990年代に米国を中心に行われたADHDの子どもの予後追跡調査から、青年期、成人期にもADHD症状が持続し、社会適応に影響を与えるこ

とが明らかになってきている。Barkleyら¹⁾は、ADHDの子どもの前向き経過追跡研究を行い、平均20歳の時点でADHD群のセルフレポートにおいては3～5%が診断基準を満たしているが、

DSM-IVの診断基準を用いての親の評価において症状が持続しているのは42%に及ぶと報告している。さらにBarkleyら¹⁾は、ADHD群においては大うつ病や物質関連障害の発現率、さらには反社会性パーソナリティ障害、受動攻撃的パーソナリティ障害、境界性パーソナリティ障害、演技性パーソナリティ障害といったパーソナリティ障害の発現率が対照群よりも有意に高いことを報告している。これらのことから、年齢とともにADHD症状は減少していくものの残存し、さらに成人になるとADHDを基盤にして大うつ病、物質関連障害、反社会性パーソナリティ障害、境界性パーソナリティ障害、不安障害といった多彩な併存障害を示すようになることがうかがわれる。

わが国で作成された「第3版 注意欠如・多動性障害 (ADHD) の診断・治療ガイドライン」では、成人期ADHDについて「成人のADHDは存在するのか、もし存在するとすればどのくらいいるのか」という点に関しては、この課題のわが国における研究資料の乏しさから、現在のところ「成人期にもADHDは存在する」とだけしかいえないのが現状である。いうまでもなくADHDは後天性障害ではないため、成人期に初めて発症するということはありえない。成人のADHDは、成人に達してもADHDの診断基準を依然として満たす子ども時代からの『継続群』と、児童思春期の間には発見されなかったADHD児が成人期に生じた何らかの不適応状態の評価を通じて初めてADHDと診断される『新規発見群』の両者を併せたものから成立していると考えるのが合理的である」とふれている²⁾。成人期ADHDは、ADHDの症状を持つ成人、あるいはADHDの児童が成人後もその症状を残存している状態と考えられるようになってきている。本研究の目的は、成人期ADHDの先行研究をレビューし、成人期

のADHDの疾患概念について検討する資料を収集することである。

B. 研究方法

成人期ADHDの概念について、1) 米国精神医学会の診断基準であるDSM (Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders) における成人期ADHDの概念の変遷、2) 米国を中心に報告されている成人期ADHDの診断基準、3) 米国において成人期ADHDを精力的に研究しているBarkleyらの先行研究をレビューし、成人期ADHDの疾患概念について検討する。

C. 結果

1) DSMにおける成人期ADHDの概念の変遷：

DSM-II (1968) では、小児と青年の行動異常に小児期 (青年期) の多動性反応が記載された。DSM-III (1980) では、不注意を中核症状ととらえて注意欠陥障害 (ADD) の診断名で、青年期以降に症状の一部が持続する例をADD残遺型として分類した。DSM-III-R (1987) では、多動も中核症状ととらえて注意欠陥多動性障害 (ADHD) の診断名に変更されたが、14症状のうち不注意と衝動性の項目で8項目以上が該当すれば、多動がなくともADHDの診断は可能であった。DSM-IVになって、不注意と多動・衝動性のどちらの症状も一定数以上該当する者をADHDと診断するように変更された。そして青年や成人で一部の症状が持続するものはADHD部分寛解とするように求めている。DSMでは年齢が除外項目になっておらず、成人のADHDの診断は可能である。しかし、DSM-IV-TRになって、すべての基準を満たす成人のADHDが本文中に初めて記載された。

2) 成人期ADHDの診断基準：

Hallowell と Ratey³⁾ の成人期 ADD の診断基準は、成人期 ADD、ADHD の症状をすべて列挙することに重点をおいて作成された (表 1)。20 項目のうち 15 項目以上を認めることと、児童期に ADD、ADHD が存在したことから成人期 ADD、ADHD と診断される。

Wender⁴⁾ は、多動性 (じっとしてられない、くつろげない、常に動き回っている、じっと座って仕事をするのができない、活動をしていないと不快である)、不注意 (会話に集中してられない、読み物に集中できない、何度も読み直さないと理解できない、物事を忘れやすい) に加えて、表 2 にあげた以下の 5 つ、1) 感情の不安定性、2) 激しやすさ、3) 感情の揺れ動きやすさ、4) 順序立てて行動できない、5) 衝動性、のうち少なくとも 2 つを成人期 ADHD の診断に必要な症状としている。しかし、いかなる診断基準においても、7 歳以前から症状が存在すること、すなわち児童期から ADHD であったことが求められるが、成人期になってからの受診では、就学前のエピソードを把握しにくいという問題点がある。

3) Barkley らが提案している成人期 ADHD の疾患概念:

Barkley⁵⁾ は、ADHD の一次性および中核的障害として行動の抑制性制御の障害を考え、ADHD におけるその他の遂行機能障害を二次的に説明する包括的理論を提唱した。これは、ADHD の多様な機能障害を、前頭葉機能障害ないしは背外側前頭前野皮質-尾状核-淡蒼球-視床という神経回路が果たす遂行機能の障害と関連づけて理論的に説明したものである。

Barkley ら⁶⁾ は、①ADHD と診断された群 (146 名)、②クリニックを受診した non-ADHD 対照群 (97 名)、③community 対照群 (109 名) を対象として、成人の ADHD に認められる遂行機能に

おける困難を含む 91 項目の徴候のうち、ADHD をもつ成人症例の少なくとも 65% に認められる 38 項目 からこれら 3 群を識別する最適な 9 項目を抽出し、さらにこの 9 項目と DSM-IV-TR における 18 項目について 3 群の識別に適しているかを検証した。この研究は UMASS study と呼ばれているが、その結果として、①community 対照群と ADHD 群を区別する 1 つの最適な DSM の徴候、②non-ADHD 対照群と ADHD 群を区別する 6 つの最適な徴候、③さらに補足的に DSM の徴候 2 項目を追加し、成人期 ADHD の診断に適する計 9 項目を抽出し、DSM-V にむけて成人期 ADHD の診断基準を提案している (表 3)。

また Barkley ら⁶⁾ は、ADHD の子どもの前向き経過追跡研究 (Milwaukee study と呼ばれる) の対象についても検討している。①子どもの頃に診断された多動群 (Hyperactive group: 158 名)、②community 対照群 (81 名) を、27 歳時の follow-up study では、①多動群 135 名 (85%)、②community 対照群 75 名 (93%) の調査を行った。成人についても、この 9 項目の徴候が UMASS Study とまったく同様というわけではなかったが、27 歳時の follow-up study では障害が持続していた成人期 ADHD をよく区別しうることがわかった。さらに UMASS Study と同じ解析を、Milwaukee study の対象にも行ったところ、よく似ているが同じではない 8 つの項目が、①多動児と診断され現在も ADHD 症状を認めると自己評価した群 (H+ADHD 群) と、その他の 2 群、すなわち②多動と診断され現在は ADHD 症状を認めない自己評価した群 (H-ADHD 群)、③community 対照群を区別できることがわかった。

これらの研究の結果から、Barkley らは注意散漫 (distractibility)、衝動性、集中や持続の困難さ、working memory と組織化の問題と関連する

項目はもともと成人期 ADHD を特徴づけており、多動と関連した項目は成人期 ADHD の特徴を反映していないと考えられると報告している。

D. まとめ

1990 年代に米国を中心に行われた注意欠如・多動性障害（以下、ADHD と略す）の子どもの予後追跡調査から、青年期、成人期にも ADHD 症状が持続し社会適応に影響を与えること、そして成人になると ADHD を基盤にして大うつ病、物質関連障害、反社会性パーソナリティ障害、境界性パーソナリティ障害、不安障害といった多彩な併存障害を示すようになることが明らかになってきている。成人期 ADHD は、ADHD の症状を持つ成人、あるいは ADHD の児童が成人後もその症状を残存している状態と考えられるようになってきており、DSM の診断基準に沿って診断することが一般的である。

Barkley らは、ADHD の一次性および中核的障害として行動の抑制性制御の障害を考え、ADHD におけるその他の遂行機能障害を二次的に説明する包括的理論を提唱しているが、なかでも遂行機能障害に注目し、注意散漫（distractibility）、衝動性、集中や持続の困難さ、working memory と組織化の問題と関連する項目がもともと成人期 ADHD を特徴づけており、多動と関連した項目は成人期 ADHD の特徴を反映していないと考えられると報告している。そして、Barkley らは、①ADHD と診断された群（146 名）、②クリニックを受診した non-ADHD 対照群（97 名）、③community 対照群（109 名）を対象として、成人の ADHD に認められる遂行機能における困難を含む 91 項目の徴候のうち、ADHD をもつ成人症例の少なくとも 65% に認められる 38 項目からこれら 3 群を識別する最適な 9 項目を抽出し、さ

らにこの 9 項目と DSM-IV-TR における 18 項目について 3 群の識別に適しているかを検証した。その結果として DSM-V にむけて成人期 ADHD の診断基準を提案している（表 3）。成人期 ADHD の行動特性は、この提案された成人期 ADHD の診断基準からよく反映しており、有用であると考えられる。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表

齊藤万比古：注意欠陥多動性障害(ADHD)

C. 最近の話題として. 市川宏伸, 鈴木俊介

(編)：日常診療で出会う発達障害のみかた.

pp106-114, 中外医学社, 東京, 2009

齊藤万比古, 磯野友厚：アスペルガー症候群の

疫学. 榊原洋一 (編)：アスペルガー症候群の子

どもの発達理解と発達援助, pp8-19

ミネルヴァ書房, 京都, 2009

齊藤万比古(編著)：子どもの心の診療シリーズ 1

子どもの心の診療入門, 中山書店, 東京, 2009

齊藤万比古 (編著)：発達障害が引き起こす二次

障害のケアとサポート. 学研, 東京, 2009

2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む) 1. 特許取得 なし

2. 実用新案登録 なし

3. その他 なし

文献

1) Barkley RA: Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. Third Edition.

- New York, The Guilford Press ; 2006.
- 2) 齊藤万比古、渡部京太編：第 3 版 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.
 - 3) Hallowell,EM, Ratey, J. Driven to distraction: Recognizing and coping attention with attention deficit disorder from childhood through adulthood. New York, Pantheon Books, 1994
 - 4) Wender, P.H. : Attention-deficit Hyperactivity Disorder in Adults. New York, Oxford University Press ; 1998.
 - 5) Barkley, RA. : Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. Psychol.Bull. 121:65-94,1997.
 - 6) Barkley,RA.,Murphy,KR.,Fischer,M. : ADHD in Adults. New York, The Guilford Press ; 2008

表1 Hallowell and Ratey の成人期 ADD 診断基準 (1994)

-
- A) 以下のような慢性的な困難が 15 項目以上認められる。
- 1) 実力を発揮できていない、目標を達成できないという感覚 (実際の成果にもかかわらず)。
 - 2) 秩序だった行動をとれない。
 - 3) 物事を先延ばしにする。あるいは、いつも取りかかりが遅れる。
 - 4) 多くの計画を同時に進めるが、大部分は最後までやり遂げられない。
 - 5) 頭に浮かんできたことを話しのタイミングや状況を考えずに口に出してしまう。
 - 6) 頻繁に強い刺激を求める。
 - 7) 退屈な状態に我慢できない。
 - 8) すぐに気が散る。注意の集中が難しい。読書や会話の最中にほかのことを考え、上の空になる (時には異常なほど集中することがある)。
 - 9) しばしば創造性や直感、高い知性を示す。
 - 10) 決められたやり方、“適切な”手順を守ることが困難。
 - 11) 気が短く、ストレスや欲求不満に耐えられない。
 - 12) 衝動的、言葉と行動の両面で衝動性が見られる (金銭の使い方、計画の変更、新しい企画や職業を選択する際の衝動性)。
- B) 子どものときに ADD であった (正式な診断以外にも、過去を振り返った時にそのような徴候や症状が思い当たる場合も含む)。
- C) 他の医学的あるいは精神医学的状态では説明がつかない。
- 注) 各項目は、そのような行動が同じ精神年齢の大部分の大人と比べて、より頻繁に観察される場合にのみあてはまるとみなす。
-

(著者らが、Hallowell, EM, Ratey, J. Driven to distraction: Recognizing and coping attention with attention deficit disorder from childhood through adulthood. New York, NY; Pantheon Books, 1994 を改変)

表2 Wender の成人期 ADHD 診断基準 (1998)

1) 多動性

- ①じっとしてられない。
- ②くつろげない。
- ③常に動き回っている。
- ④じっと座って仕事をするができない。
- ⑤活動をしていないと不快である。

2) 不注意

- ①会話に集中してられない。
- ②読み物に集中できない。
- ③何度も読み直さないと理解できない。
- ④物事を忘れやすい。

3) 感情の不安定性

気分変動、うつから軽度の高揚感までを変動する

4) 激しやすさ

かんしゃくをおこす、気が短い、怒りの制御が困難

5) 感情の揺れ動きやすさ

困惑しやすい、取り乱しやすい、
ストレスが加わるとまいってしまう
日常的なストレスで混乱しやすい

6) 順序立てて行動できない

作業を完遂できない、仕事を順序立てて行えない
家事を順序立てて行えない
遅刻したり、物事の優先順位を考えて行動することができない
場当たりの行動をする

7) 衝動性

熟慮せずに行動する、待てない
思いつきで行動する、文脈を考えない、危険な行動に及ぶ

(著者らが、Wender, P.H. Attention-deficit Hyperactivity Disorder in Adults. New York, NY: Oxford University Press, 1998 を改変)

表3 DSM-Vにむけて提案された成人期ADHDの診断基準

-
- A) 以下の症状のうち6つが少なくとも6カ月間持続したことがあり、その程度は不適応的で発達の水準に相応しないもの。
- 1) しばしば外からの刺激や関係のない思考によって容易に気が散ってしまう。
 - 2) しばしば衝動的に意思決定を行う。
 - 3) しばしばそうすべき時に作業やふるまいを中断することが困難である。
 - 4) しばしば、計画や課題を、注意して指示を読んだり聞いたりすることなく始める。
 - 5) 彼あるいは彼女は、他者との約束や契約を守ることがしばしば不十分である。
 - 6) しばしば適切な順番や順序で物事を行うことが困難である。
 - 7) しばしば自動車他の人よりも非常に速く運転する可能性がある（行き過ぎたスピード違反）【運転経験のない成人のための代替症状：しばしば余暇活動や楽しい物事に静かに取り組むことが困難である】。
 - 8) 課題または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。
 - 9) 課題や活動を計画することがしばしば困難である。

（下線はDSM-IV-TRの項目と同じ）

- B) 障害を引き起こす症状のいくつかは小児期から思春期の間が存在していた（16歳以前）。
- C) 症状からくる障害のいくつかは2つ以上の状況（例：仕事、教育的活動、家庭生活、地域社会の行事、社会関係）において存在する。
- D) これらは社会的、学業的、家庭的（デート、結婚、または同棲、経済、運転、子育て）など、職業的、もしくは地域社会的機能において、臨床的に有意な障害が存在するという明確な証拠が存在しなければならない。
- E) その症状は広汎性発達障害、統合失調症、あるいは他の精神病性障害の経過中のみ起こるものではなく、また他の精神疾患（例：気分障害、不安障害、解離性障害、パーソナリティ障害）ではうまく説明されない。
-

（著者らが、ADHD IN ADULTS, WHAT THE SCIENCE SAYS, BARKLEY RA, MURPHY KR, FISCHER M, The Guilford Press

ADHD の障害概念と併存する大うつ病および双極性障害の実態について

分担研究者 日本医科大学精神医学教室 齊藤卓弥

研究要旨：成人の注意欠如・多動性障害(Attention deficit hyperactivity disorder; ADHD) は、成人の約 2 から 6%に診断されると推定されている。成人の ADHD の症状は、子どもの ADHD の症状に類似し、仕事、社会生活、対人関係と広範な機能の障害をきたす。子どもの ADHD が 1902 年より記載が始まったのに対して、成人の ADHD は、1976 年に Wood らによって記載されるまで注目されることはなかった。長く ADHD は児童期に限定され、成人に達すると治癒する疾患と考えられていた。最近、ADHD は、児童期だけの疾患としてではなく、成年期に至っても多くの患者は機能上の障害を残し慢性的な疾患として考えられてきている。しかしながら、海外でも成人の ADHD の治療の歴史は浅く、診断および治療が未だ定着していない。2003 年に海外で初めて成人の ADHD の治療薬として Atomoxetine が正式に認可されたばかりである。現在、診断および治療のガイドライン作りが行われ始めている。この報告書では海外における evidence に基づいた成人の診断・診療を中心とした、最近の成人 ADHD の障害概念について概説する。また、併存の確率が高いとされる大うつ病および双極性障害の実態について文献的な検討を行ったので報告する。

現在、DSM システム・ICD システムでも診断・分類基準の改訂期にあたり成人 ADHD の診断の概念や基準の変化とともに大きな転機にあり、今後成人に特化した診断分類や診断法が確立される可能性がある。一方、複数の先行研究から成人 ADHD に気分障害が合併することが明らかになった。

A. 研究目的

存在する文献やアルゴリズムにから現在の成人の ADHD の特徴や診断について検討を行い、今後の成人 ADHD の診断基準のあり方について考察する。また、現在の ADHD の気分障害についての併存についての調査を文献的な検索を行う。

B. 結果

子どもの ADHD は、約 5%から 10%の子どもたちに診断される児童思春期に最も頻繁に認められる精神科疾患である。多くの患者はこの時期に診断され治療が開始されるが、成人に達するまで診断・治療が

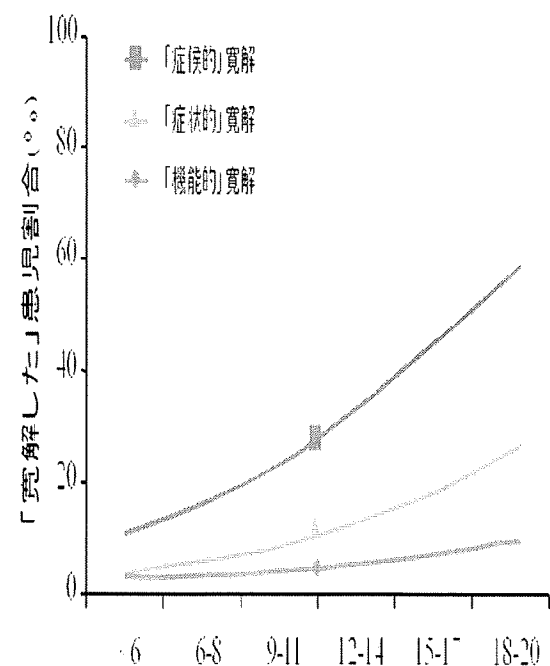
なされない症例もある。ADHD の症状は発達段階や年齢によって影響を受け、顕在化する症状は年齢によって異なることがしばしばで、成人の ADHD 症状は、典型的な子どもの ADHD 症状と異なることがある。子どもの ADHD の症状は学校で顕著で、成人の ADHD の症状は職場、社会・対人関係、夫婦関係の中で顕著に見られる。ADHD を持つ成人は、学校から退学したり、失職、夫婦間の問題を持つ危険性が高い¹⁾。般に比べて、教育年数が短く、職業上の達成・社会技能も低いことが報告されている。また、医学的な問題、喫煙、飲酒、薬物乱用、重大な交通事故の危険性が高いことも報告されている¹⁾。子供の

ADHD は、圧倒的に男児に多く診断されるが、成人においては男女差が狭まる。男児において ADHD は多動性・衝動性型をとることが多く、子どもの時に顕在化しやすいことが児童期の発症の性差につながると考えられている。通常は子供の ADHD 症状特に多動性は年齢とともに改善すると報告されているが、子供の時の症状と成人になってからの症状には一貫性が認められる。また、男女間に子どもの時からの症状の改善率に違いがないとされている¹⁾。現在まで、1) 基本的に、成人になるまで ADHD の診断がなされないことはあっても、成人発症の ADHD はない、2) ADHD の症状は成人になるにつれて改善するものの、成人の生活は子供の生活とは異なる責任や役割のため、症状の改善が必ずしも機能の改善には結びつかない、3) 治療されない ADHD は、様々な合併症を引き起こすことも知られており、成人における ADHD を正確に診断し、治療を行うことは重要であると考えられてきており、成人の ADHD の診断の過程は、子どもの ADHD の診断過程に準じ、DSM-IV-TR においては、成人の ADHD の診断と、子供の ADHD の診断は同一の診断基準が用いられる。診断の過程において、現在の ADHD 症状の確認、児童期の ADHD の症状の確認、ADHD 症状による機能の障害の確認、心理・身体発達歴、精神科合併疾患の有無、身体疾患の有無など、系統だった情報収集が重要である)。

現在、DSM-IV の ADHD の診断を満たすためには、現在の ADHD 症状と児童期(7 歳以前)の ADHD 症状を評価する必要がある。児童期の ADHD 症状を評価するために質問紙が使われている。また、しばしば 7 歳以前の症状を患者本人から正確に得ることが難しく、また、7 歳という年齢に妥当性がないことから現在改定中の DSM-5 の草案では 12 歳以前に症状があることに変更されることが議論されている。患者の家族、学校の通信簿等の客観的な情

報を得ることが正確な診断の上で重要であるが、今後の診断基準では家族・上司からの 2 つの異なる情報源から直接に診断にかかわる情報を標準化された形で集めてくる必要がある。成人の ADHD の診断に大きなインパクトを与える可能性がある。

Biederman らの追跡調査(下の図1参照)では、児童期に ADHD と診断された患者の 38%は、19 歳になっても ADHD の診断を満たし、72%は何らかの ADHD 症状を示す。さらに、90%は臨床的な生活機能上の障害を残ることが報告されている。



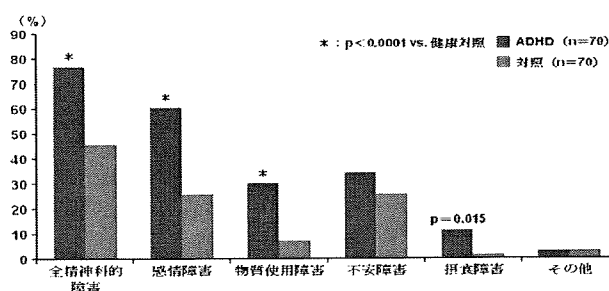
これらの調査結果は ADHD 児は成人になって ADHD の診断基準を満たさなくなっても、機能障害が続いていることが明らかになってきている。これは、一つには ADHD の子どもの多くが、他の精神疾患を合併することが多いことも報告されることも多く、ADHD とは別な併存した疾患からの機能の障害が残存すると考える研究者もいる。一方で症候的な改善と機能の改善乖離は、成人の ADHD の過敏性が低いために存在すると考えて成人の ADHD の診断に必要な症状の項目数を半分に減らす案を提案している。

ADHD と年齢を一致させた健常群での成人で

の比較では、健常群 45.6%に比べて ADHD は 71.1%に精神科合併症を持っており、ADHD が精神科合併症を持つ比率が有意に高いことが報告されている（図2）。中でも大うつ病を初めとする気分障害の合併率が ADHD 群では高い。多くの合併症例の場合、うつ病の発症に先行して ADHD が発症しており、ADHD 治療は大うつ病の発症を有意に遅らせることが報告されている（図2）。

思春期以降の ADHD の評価や治療は、ADHD の中核症状に止まらず、さまざまな合併障害や二次障害の評価し治療を行うことが不可欠である。精神科合併障害としては、うつ病など気分障害、不安障害、アルコール・薬物関連障害、反抗挑戦性障害、行為障害が挙げられている。

ADHD と双極性障害の合併は最近大きな論議を呼んでいる。ADHD を持つ子どもの 11-23%に双極性障害が合併し、双極性障害を持つ子どもの 41-91%に ADHD が合併していると報告されている。このように ADHD と双極性障害の合併が高いのは、一つには子どもにおける双極性障害が認知されるようになって日が浅く双極性障害の診断が低年齢の子どもでは確立していないことがある。しばしば双極性障害の治療と ADHD の治療はお互いに合併する疾患の症状の増悪を引き起こす可能性があり、正確な診断と慎重な治療的な判断が求められる。一般的に双極性障害と双極性障害が合併した際には双極性障害に対する治療をまず行い、引き続いて ADHD の治療を行うことが推奨されている。



C. 結論

現在の成人の ADHD 症状を評価し、診断を行うためには半構造化質問紙が用いられる。また、患者から直接得られる情報によって、症状を過大評価したり、過小評価することがしばしばあると報告されている¹⁾。このため、ADHD の症状についても、理想的には家族・友人からの客観的な情報を得ることが正確な診断のために有効である。今後、丁寧な発達歴を取ることは、ADHD の症状が児童期より存在したことを知る上でも、その他の疾患を除外診断する上においても重要である。母親の妊娠中の飲酒・喫煙・出産時の合併症も ADHD の危険因子として知られている。また、ADHD の発症には遺伝要因が関与していることも報告されており、ADHD の家族負因についての情報も診断の上で重要である。現在アメリカでは ADHD の症状のスクリーニングのための診断質問紙が何種類もあり、診断のための情報収集の補助や治療効果の判定に使われており本邦でも翻訳の妥当性・信頼性の検討を行うとともに、成人の ADHD という疾患に特異的な機能評価尺度を構築していくことが成人の ADHD の診断の閾値の問題に対しての解答を導き出すためにも今後重要である。

G. 研究発表

論文・書籍

1. 齊藤卓弥 他 アメリカにおける精神科と他の職種との連携 -不登校へのチーム・アプ

- ローチの紹介- 臨床精神医学38 (9)
1286-1296, 2009
2. 齊藤卓弥 小児・思春期のうつ病に対する薬物療法の実際 Progress in Medicine 7 (2)82-88, 2009
 3. 齊藤卓弥 注意欠如多動性障害 小児科 50 (11) , 2009
 4. 齊藤卓弥 児童精神科領域における薬物療法 児童青年精神医学とその近接領域 50(3)292-297, 2009
 5. 宮古孝明、上田諭、齊藤卓弥他 Flumazenil の麻酔前投与を行いbenzodiazepineとECTの併用療法が著効した緊張病症候群の1症例 臨床精神医学38 (9) 1397-1404, 2009
 6. 川島義高 伊藤敬雄 中井有希 齊藤卓弥他 思春期の自殺企図症例に対する精神科と他科との連携—高度救命救急センターにおける臨床心理士の役割— 臨床精神医学 38 (9) 1279-1286, 2009
 7. 齊藤卓弥 AtomoxetineによるADHD治療とQuality of Life(QoL) 臨床精神薬理 12 (9) 1979-1985, 2009
 8. 齊藤卓弥 メチールフェニデート徐放剤の臨床エビデンス 精神科 12 (4) 304-309 2009
 9. 齊藤卓弥 児童青年精神医学セミナー (日本児童青年精神医学会監修) 児童精神科領域における薬物療法 173-198 金剛出版, 2009
 10. 齊藤卓弥 薬物療法 双極性障害とその周辺: 子どもの精神病性障害 齊藤万比古 総編集210-224 中山書店, 2009
 11. 後藤太郎、齊藤卓弥他 AD/HDの評価尺度 「親による一日/一週間の朝夜の行動評価-改訂版Daily /Weekly Parent Rating of Evening and Morning Behavior-Revised (DPREMB-R/WPREMB-R)」 臨床精神薬理 13 (3) 525-531, 2010
 12. 齊藤卓弥 児童のうつ病治療の実際 Depression Frontier7 (2) 82-88, 2009
- 学会発表
1. 齊藤卓弥 児童思春期と危機介入に関して 第17回日本精神科救急学会 2009年山形
 2. 齊藤卓弥 他 精神科 Bed side learning の現状と問題点 日本精神神経学会 2009年神戸
 3. 齊藤卓弥他 児童思春期精神科における専門医療従事者の養成のための実施研修プログラム開発に関する研究事業報告(その2) パイロット研修プログラムよりの結果と課題 日本児童青年精神医学会総会 2009年京都
 4. 山田佐登留, 牛島定信, 市川宏伸, 泉本雄司, 大井正巳, 大澤多美子, 岡田章, 河合健彦, 清田晃生, 齋藤慶子, 齊藤卓弥他, 児童思春期精神科における専門医療従事者の養成のための実施研修プログラム開発に関する研究事業報告(その1) アンケート結果及び入院施設での研修) 日本児童青年精神医学会総会 2009年京都
 5. 今野歩, 二通藤乃, 齊藤卓弥小児科病棟でのリエゾン活動、日本児童青年精神医学会総会 2009年京都
 6. 齊藤卓弥, 南和行, 後藤太郎親による一日の朝夜の行動評価 改訂版(the Daily Parent Rating of Evening and Morning Behavior-Revised)日本語版の作成と臨床への利用 日本児童青年精神医学会総会 2009年京都

7. 齊藤卓弥, 舘野周, 西條朋行, 大久保善朗
精神科クリニックの現状と
問題点 日本医学教育学会総会 2009年大
阪
8. 齊藤卓弥 成人期の発達障害と心身医療 気
分障害と発達障害、および、米国における成
人期発達障害の取り組み 第1回日本心身医
学5学会合同集会 2009年東京

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定も含む）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）
分担研究報告書

成人期の ADHD と虐待系多動の鑑別と診断、治療
ADHD と子ども虐待

分担研究者 杉山登志郎 あいち小児保健医療総合センター
研究協力者 山村 淳一 あいち小児保健医療総合センター

要旨

基礎資料として、あいち小児センターの臨床資料の検討を行った。あいち小児センターの子育て支援外来を受診した被虐待児は総数 916 名であった。初診において、ADHD の診断を受けたものはこのうち 153 名（男児 130 名女児 23 名）であった。このうち 92 名（男児 75 名、女児 17 名）に何らかの解離性障害の症状が認められた。抗多動薬がそれなりに有効であった者と、そうでなかった者に分けられ、有効であった者は 48 名（男児 43 名女児 5 名）で、抗多動薬が無効であった者は 105 名であった。反抗挑戦性障害は抗多動薬群に有意に多いが、愛着障害、行為障害はその他の薬物群に有意に多かった。元々の ADHD の基盤がある者に関しては、抗多動薬は有効な者が多く、全体としては軽症であるが、ADHD 診断が可能な抗多動薬が無効な群は、どうやら非常に重症な愛着障害を背後に持つ被虐待児であることが示された。

成人においてカルテを作った 146 名中元被虐待児である ADHD 診断の 4 名は、薬物依存、性被害の既往がみられ、重症の解離性障害および双極性障害の併存が認められた。

1. はじめに：問題の所在

注意欠陥多動性障害（ADHD）と子ども虐待は、複雑な論議を引き起こす問題になっている。この問題は、成人期の ADHD という問題を考える上で極めて重要な資料を提供するものである。またこの問題には、わが国の児童青年期精神医学における独自の状況が色濃く反映されており、それについても触れる必要がある。はじめに論点となる問題を明確にしておきたい。

第一に、世界的なレベルで、生物学的な要因を中核に考えられてきた膨大な ADHD 研究の中では、maltreatment(子育て不全と訳す)による反応性愛着障害など、子ども虐待に認めら

れる一連の ADHD 類似の臨床像に対して、大きな関心を払ってこなかった。むしろ ADHD の一連の併存症としての反抗挑戦性障害や行為障害に対して多くの調査が行われて来た（杉山、2001）。

第二に、DSM-IIIに始まるカテゴリー診断学および操作的診断基準は、病因を特定しないことを謳っていた。つまり病因が生物学的な脆弱性であろうと、子育て不全によって引き起こされた後遺症であろうと、診断基準を満たす限り ADHD と診断することは問題ない。もちろん診断の意味という問題はあるが、これについては後に検討を行う。