

第三に、そのようなカテゴリー診断学で診断を行った場合に混入し易い児童青年期の精神科的問題の中に、近年大きな論争を生じた一群がある。それは児童期の双極性障害の問題である。ADHD と双極性障害と子育て不全とは、相互に要因としても結果としても絡む可能性を持つ (Biederman et al, 1991)。

さらに、わが国において独自の問題が重なる。

第一に、発達障害全体が、広汎性発達障害 (PDD) への臨床的な研究と検討が中心となっており、その結果、わが国の状況は、世界的な基準に照らし合わせれば ADHD の過小診断、PDD の過剰診断と言えるのではないかと。ただし実際に二つの国で受診した児童について筆者の経験では、例えばアメリカ合衆国で ADHD と診断された中に、ADHD 評価尺度 (ADHD-RS) や PDD のチェックリストを用いて比較をしてみても、PDD 診断 (ただし高機能群であり社会的適応障害は比較的軽微) が正しいと考えられる児童がほとんどであり、むしろ欧米における ADHD の過剰診断、PDD の過小診断と言うべきではないかと実感される。これは社会性の問題に敏感なわが国と、行動上の問題に敏感な欧米の文化差を背景とするのではないかと考えられ、判断が難しい問題である。

第二に、わが国における小児への薬物療法の極めて異常な状態である。ほとんどの向精神薬が小児における承認を得ていない orphan drug であり、世界の標準的な薬物療法がわが国において出来ないことが続いていた。その結果、非常に限られた使用可能な薬物による独自の進化という、臨床薬理学におけるガラパゴス状況が見られる。ADHD においても例外ではない。最も基本的な ADHD 治療薬リタリン (methylphenidate) の使用が出来ず、その除放剤

の使用に登録制という著しい制限がかけられた世界に類のない状況である。

第三に、欧米以上に子ども虐待に対する医療再度の取り組みは遅れており、その結果、子育て不全に起因する慢性のトラウマが、精神科臨床において考慮されて来なかった。成人の ADHD と被虐待の問題のはるか以前に、児童における子ども虐待を巡る基礎的な臨床データが、わが国では欠落しているのである。

この様な事情を踏まえた上で、臨床的な視点から ADHD と子ども虐待の問題を検討してみたい。あいち小児保健医療総合センター (以下あいち小児センター) は、子ども虐待の専門外来を持つわが国唯一の医療機関である。同時に軽度発達障害治療センターとしても機能しており、さらに子どもの治療上必要があれば成人の治療も行って来た。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う。

2, 子育て支援外来を受診した ADHD の解析

2001年11月の開院から、2009年10月末までの8年間に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 (表1)。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。しかしこれまでわれわれは幾つかの報告を行ったように、被虐待児において ADHD の3症状である多動、不注意、衝動性の何らかの症状を示すものは非常に多く、全体の771名 (84.2%) におよぶ。脱抑制型の反応性愛着障害において、ADHD 類似の症状を示すことは希ではなく、この両者の鑑別は非常に困難である。ADHD 診断を行った153名はこの事実を考慮してもなお、著しい多動、不注意が認められた児童である。男女比を見ると5.7対1であり一般

人口における ADHD の男女比にほぼ一致している。もし、子ども虐待の結果生じるものであるのならより男女比は近づかずであり、このことは ADHD がプライマリの問題であることを強く示唆するものである。

表1 あいち小児センターで診療を行った子ども虐待の症例(2001.11~2009.10)

虐待の種類	男性	女性	合計	%
主として身体的	295	125	420	45.9
主としてネグレクト	87	59	146	15.9
主として心理的	97	88	185	21.2
主として性的	50	108	158	17.2
代理ミュンヒハウゼン	2	5	7	0.8
合計	531	385	916	100

われわれは、反応性愛着障害の結果生じた ADHD 様の病態と、従来の ADHD の鑑別店として、臨床的には解離症状の有無が一つの決め手になると報告した(杉山、2007)。従来の ADHD において解離性障害の存在は除外診断に含まれ、一般に ADHD に解離が併存することは無いからである。この ADHD 診断の 153 名について調べてみると、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ていた。このことは、ADHD がプライマリにあったとしても、それに子ども虐待が加算された場合には、解離が生じうると考えられ、従来の除外診断を機械的に適応することが困難な場合も少なくないことを示す。

さて、この 153 名に対して治療的な対応を試行してみると、著しい違いとして、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た。それなりに抗多動薬が有効であった者は 48 名(男児 43 名女児 5 名)で、一方、抗多動薬が無効であった者は 105 名であった。こちらの方のグループに用いられているのは一般に、抗精神病薬、気分調整薬、セロトニン再

取り込み阻害剤(SSRI)などの薬物であり、一般的な被虐待児のハイテンションや生理学的な乱れを是正する目的で使用される薬物と変わりがなかった。

アトモキセチンを用いた者が 12 名で、残り 36 名はリタリンもしくはコンサータを用い、外来でのフォローアップが継続しているものは、1 名以外コンサータに切り替えた。現在でもリタリンを使用している 1 名は、治療経過中に原因がよく分からない傾眠発作を生じるようになり、コンサータの効きが不十分で、非定型的なナルコレプシーとしてリタリンを使用し続けている。

表2 抗多動薬が有効な群とそれ以外の群の比較

	抗多動薬群 n=48(%)	その他の薬物使用群 n=105(%)	χ^2 乗値	p値
愛着障害	37 (77.1)	95 (90.5)	5.0	0.026
解離性障害	28 (58.3)	64 (61.0)	0.09	n.s.
ODD	18 (37.5)	19 (18.1)	6.76	0.009
CD	17 (35.4)	59 (56.2)	5.69	0.017
性的虐待	1 (2.1)	16 (15.2)	Fisher法	0.023

抗多動薬が有効な群の特徴を見るために、幾つかの併存症について検討を行った(表2)。抗多動薬群に有意に多く認められるものと、逆に認められないものが混在しており、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。ちなみに性的虐待は抗多動薬群で1名のみであった。この様な特徴を見ると、どうやら解離の併存は変わらないものの、抗多動薬が有効な ADHD 診断の群の方が、子ども虐待という点では軽症である。一方、無効群はというと、愛着障害 90%、解離性障害 61%、行為障害 56%など、極めて重症であることを示しており、ADHD 診断においてもなお、元々の ADHD に子ども虐待

が加算された群と、どちらかという和多動の基盤も非常に重症な愛着障害と育ち不全にあることが想定される群とに分けられるのではないかと考えられる。

言い換えると、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。

3, それぞれの症例

それぞれの代表例を取り上げてみる。

症例1 初診時5歳男児 ADHD(混合型)

母親は2回の結婚と2回の離婚をし、その後単身で子どもと生活をしてきた。夫からのDVがあったという。母親は子ども達に激しい虐待を加えており、患児の目を箸で刺したといった極めて激しい身体的虐待が記録されている。姉はミニ母親のようになっており、患児や妹に激しい暴力をふるい、また自分が母親のおなかの中にいる間にチンチンを落としてしまったのを患児が拾って付けた、私のチンチンを返せと、患児や妹を下半身を裸にして性器に暴力を加えるといった虐待もあったようである。5歳で保護され一時保護所を経て里親の元で育つようになった。

はじめは会話もままならなかったが、徐々に人との交流が出来るようになった。しかし里親への激しい甘えが生じ、里親の名字を名乗ることに固執し、本名をいわれるとパニックにすらなれた。学校が始まると、着席は辛うじていしても、じっと出来ず、他児へのしつこい挑発行為が続き、易怒的で、また会話は一方的だったため、あらためて里親から相談を受け、服

薬を開始した。この時点でのADHD-RSは不注意素点25点(99%)多動衝動素点21点(97%)合計素点46点(99%)であった。ごく少量の抗うつ薬と抗精神病薬によって易怒的な状態は幾らか治まったので、知能検査を行った。全IQ82と境界知能であったが、短期記憶など注意力を反映する会項目において欠落が認められたため、抗多動薬を開始した。コンサータの服用は著効し、はじめて座って課題に取り組めるようになった。しかしその後も、ハイテンションになって、フラッシュバックがひどくなり、急にかんしゃくを起こして暴れてその後ぼーとなってしまうといった状況が数ヶ月起きに生じていた。7歳になって以前より非常に落ち着いてきたが、ここで食欲不振が強くなったので、コンサータをアトモキセチンに変更した。その後、フラッシュバックの波が非常にあるので、アトモキセチンに加えて桂枝加芍薬湯と四物湯を3ヶ月ほど服用したところ、落ち着きが非常に良くなった。8歳になって、お化けの気配はまだするといっているが、学習にも落ち着いて取り組めていて、情緒的にも安定している。現在の処方薬は、アトモキセチン25mg、リスパリドン0.3mg、カルバマゼピン30mg、桂枝加芍薬湯1包である。

症例2 女児 5歳 ADHD(不注意優勢型)、愛着障害、解離性障害

ちなみに、患児の妹も保護され、別の里親の元で育てられることになった。当センターで継続的な治療を受けている。5歳時点で激しいスイッチングが見られ、その後、人のものを持ってきてしまったり、小動物をいじめる、閉じ込めるといった行動が著しくなった。確認をすると「やっちゃえ、盗っちゃえ」と女性の声が聞こえるという、解離性幻聴が認められたため、少

量の抗精神病薬を服用した。入学を前にして心理検査を実施したところ、兄と同じ注意力の問題が見られたのでコンサータを開始した。すると著効し、妹の方は食欲不振もなく、現在も少量の抗精神病薬および気分調整薬と共に服用を続けている。妹の現在の処方薬はコンサータ 18mg、リスペリドン 0.2mg、カルバマゼピン 25mg である。彼女の 5 歳時点での ADHD-RS は不注意 23 点 (99%)、多動衝動 9 点 (88%)、合計 32 点 (98%) で臨床的には混合型であった。

この症例は、激しい虐待を受け、その後遺症である解離性障害の諸症状とハイテンション、気分の変動が認められる。しかしながらその一方で、抗多動薬は有効である。つまり、この症例は ADHD の基盤がありそれに虐待が加わったと考えられる。

症例 3 症例 初診時 6 歳男児 ADHD(混合型)

父親と母親は不仲で、母親は精神科での長い治療歴があり、境界性人格障害と診断されていた。父親から母親への DV があった。子どもが産まれないため、母親は養子縁組をした。それが患児である。実親に関する情報はほとんど明らかになるものがない。この家庭に 0 歳で養子になり主として母親によって育てられたが、父親から母親への DV がエスカレートし、母親が怪我をすることもあり、両親は 2 歳にて離婚した。その後、患児 3 歳にて母親は再婚し、下に兄弟が産まれた。しかし今度もまた、父親から母親への激しい DV がやがて生じるようになった。さらに義父から患児へ、また幼い実子への激しい身体的虐待が生じるようになり、母親は再度離婚をした。

患児は幼児期から多動で、外出時に迷子にな

ることもあり、保育園では集団行動が著しく苦手であった。また下の兄弟に激しいやきもちを焼き、まだ幼い兄弟に対して、危険な暴力をふるうことがあり、母親は対応に苦慮していた。母親自身も気分の上下が著しく、特に季節の変わり目には気分変動が強くなり、全く動けなくなることもあり、また非常に被害的になることもあり、患児への体罰もあった。6 歳にて初診し、ADHD と診断した。この時に、解離性の幻覚と考えられる「お化けの声・お化けの姿」の訴えがあり、解離性障害の併存が認められた。6 歳時点での ADHD-RS は不注意素点 27 点 (99%)、多動衝動素点 12 点 (85%)、合計 39 点 (97%) であった。またこの当時から気分の変動が著しく、非常なハイテンションと、むしろ不機嫌な状況とがめまぐるしく交代で認められた。メチルフェニデートの服用は全く無効で、少量の抗精神病薬と SSRI によって衝動的な行動が治まるなど、幾らか有効であった。学校でも着席困難があり、学習の遅れが著しかった。

8 歳にて母親と患児の関係が非常に陰悪になり、母親に暴力を受け、さらに家を追い出される様な状況が再三生じたため児童相談所の介入が行われ、里親への委託がなされた。患児は預けられた年配の里親にまるで赤ちゃんの様に全面的な世話を求める一方、反抗や、時に金を盗むといった非行行為も見られた。しかし当センターでの治療の継続もあって、徐々に落ち着きを見せるようになった。9 歳を過ぎた頃から、ハイテンションと抑うつ的な状況の交代がさらに著しくなったため、SSRI を中止して、カルバマゼピンに変更した。その結果、気分変動は軽減し初めて学習やクラブ活動に熱心に取り組むことが出来るようになった。その後、母親からの強い要請があり、10 歳にて母親の元に戻った。

母親、患児、兄弟の子ども達の三つ巴で全員が不調になることも見られたが、患児ではなく弟を2ヶ月程度入院治療させるといった対応をした。患児は母親への著しい退行を示した時期があったが、母親のカルテを当センターに移動し、継続的な治療を当センターで実施した結果、母親の気分変動が軽減したこともあって、母親も何とか患児を受け止めることが出来るようになり、幾つかの危機的な状況を何とか事故に至らずに過ごすことが出来た。多動は著しく軽減したが、不注意は未だに継続している。11歳現在の処方リスペリドン 0.2mg、カルバマゼピン 25mg である。

この症例は、ADHDの診断基準を満たすが、同時に愛着障害や解離性障害の症状も強く認められる。症例2に見られる諸症状が重症の愛着障害を背景にするものであることは、経過からも伺える。これらの点は症例1にも見られないわけではない。しかし抗多動薬は全く無効であった。

4、子ども虐待によるADHDの病理

DSMを代表とするカテゴリー診断学においては、病因を特定しないことが1つの特徴となっている。つまり、症例2においてADHDの診断を行うことは、全く問題が無いと考えられる。しかしながら診断を行う目的はというと、治療的対応を組むためであり、それ故、治療が規定されない診断というのは欠陥を抱えており、見直しが必要といわざるをえない。子ども虐待は脳全体を巻き込む深刻な後遺症を生じる。その基本病理は、慢性のトラウマと愛着障害である。トラウマによって引き起こされる変化は、神経生理学的な立場から、注意集中と刺激弁別に異常が生じ刺激に対して検討を行わず即座に反応

する傾向が生じる (*van der Kolk, 1996*) ことが指摘されている。この様な過覚醒的警戒状態 (*hypervigilance ; Glodら, 1996*) は全ての刺激に過剰反応をする状態に他ならず、ADHDの臨床像に一致する。さらに余り指摘されていないことであるが、解離症状の存在は、ADHDにおける不注意項目を陽性にするため、不注意型のADHDと診断される可能性が高くなる (*Endo et al., 2006*)。子ども虐待が少なくとも後年には脳に深刻な後遺症を呈することはよく知られている。これは現実の症例を見れば一目瞭然である。症例2を始め被虐待児の示す症状はといえば、睡眠障害、注意力の障害という脳幹の異常がみられ、また協調運動障害、認知の凸凹という間脳、大脳皮質の問題があり、さらに衝動行為、対人関係の問題、記憶の障害は大脳辺縁系の機能不全を示唆し、実行機能の問題、学習の遅れは大脳皮質に起因すると考えられる問題である。実に、脳全体にダメージが認められるのである。症例1においても、抗多動薬は多動や不注意には有効であったとしても、解離性の幻覚など、それ以外の問題に対しては、別の治療を加えることが必要であった。症例1やその妹、また症例2においても基本的な愛着の修復という困難な作業を里親の献身的な努力によって果たすことが出来た。この点は、この症例がある程度改善を示した最も重要な点であると考えられる。

もう一つ、症例1、2において気分変動が認められることである。かれらは双極性障害なのだろうか。最近になって症例2のような子どもの気分障害に対して、*Sever mood dysregulation (:SMD)* (*Brotman et al., 2006*) という概念が登場した。双極性障害類似の *mood swing* を示す児童であるが、これまでのところ、

双極性書害よりもむしろ複雑性トラウマに近縁ではないかという指摘がなされている。重度の虐待体験という強烈な脳への慢性的刺激は、海馬、扁桃体、帯状回などの記憶や感情の中枢に異常を引き起こし、その一部は mood swing の臨床像となるのではないか。このハイテンション状態がまた ADHD の診断になるのであると考えられる。われわれはかつて、ADHD と子ども虐待による多動との鑑別点を解離の有無ではないかと述べた。この見解は誤りではないが、次の様に訂正が必要である。

一般の ADHD において解離は生じないが、ADHD に子ども虐待が掛け算になった症例においては解離性障害は併存することが希ではなく、この様な場合には、抗多動薬は一定の効果を示す。しかし従来の ADHD の基盤を持たない被虐待児において、ADHD 類似の臨床像を呈することは希ではなく、その様な場合には重症の愛着障害や、解離性障害、また反社会的行動がしばしば認められる。

5, 成人の ADHD と子ども虐待

Cantwell は ADHD に関する前方向視的研究を展望し、正常 30%、ADHD 症状の継続 40%、深刻な併存症の合併 30%とまとめた。しかしこの長期転帰の数字は、一般的な ADHD としては悪すぎるのではないかという印象を筆者としては拭いきれない。子ども虐待の治療の過程で、カルテを作成した親は、8 年間に 146 名であった。これらの成人の中で、著しい不注意が認められる者は実は少なくない。ただし重度の解離性障害を呈するものが 56 名 (38.4%) もおり、ADHD と診断が可能な成人は 4 名のみであった。これはカルテを作った親が圧倒的に女性に偏っていることも影響を受けている。146 名中、

カルテを作った男性は 10 名に過ぎない。加虐側の男性の資料を得るためには恐らく小児病院でのサンプルではなく、例えば成人の精神科、あるいは刑務所などで調査を行うことが必要なのではないかと考えられる。この 4 名にはしかし大きな特徴がある。第一に、1 名を除き、薬物依存の既往があること、性被害が 3 名に見られること、解離性障害、双極性障害が同じく 3 名に見られることである。ちなみに性被害の訴えない 1 名は、前思春期以前の生活史健忘が見られ、正確なところは自分でも分からないという。既に成人になっている症例の場合、広汎性発達障害以上に基盤となる問題のニワトリ・タマゴは判然としないことが多い。精神科外来への受診歴がある場合には、気分の上下を伴った境界性人格障害と診断されていることが多いように思う。

既に述べた、虐待臨床の中で、親の側にカルテを作った症例のうち、ADHD 診断の 2 例を紹介する。

症例 4 33 歳女性 アダルト ADHD、双極性障害

この症例は子どもの治療経過の中で、カルテを作る必要性が生じて、治療が開始された。ちなみに子どもは、チックを伴った ADHD である。

患者は幼児期から多動で、興味に従って突進する傾向があった。1 歳を過ぎたころから多動が目立ち、両親の側からすると大変に苦勞して育てたという。道路への飛び出しで交通事故になりかけたことがあるという。一方患者の側からは、両親は多忙で、患者は幼児期に親からの十分な世話を受けなかったと述べる。また出来の良いきょうだいと差別を受け育ったという。自分の要求が通らないと衝動的に乱暴をするこ

とがあった。小学校高学年頃から徐々に落ち着いたという。しかし「うっかり」が多く、忘れっぽいので、徐々にスケジュールを非常に気にするようになった。集団行動は問題が無く、成績はふるわなかったが何とか高校を卒業した。高校で、万引きをして捕まったことがあるという。それ以後は懲りて、非行はない。20歳で結婚し、子どもが出来たが、29歳で離婚した。その子どもは幼児期から多動で、様々なトラブルがあったが、小学校高学年になると学校での不応適が目立つようになり、当センターへ受診した。初診の時に、その子どもの忘れっぽいことが許せずに、母親である患者が体罰を繰り返していることが明らかになり、勧められカルテを作成した。

治療開始後、患者が小学校年代の記憶がごっそりと欠落していることが明らかになった。またスケジュールのこだわりは「予定を忘れてしまうので、それを書き出しておくのだけれど、それに沿って生活しないと忘れろと思ひ、少しでもスケジュールからずれると怒れてしまう」という。子どもがスケジュールを乱すので、患者は激怒し自分でも後で記憶が飛ぶような衝動的な体罰を繰り返していたのである。患者はまた、自分の過去を見るようで子どもの様々な失敗や、不応適行動に対しても、毎日のように激しい体罰を加えていたことが明らかになった。

患者に対して生育歴の作り直しをしながら過去のトラウマ処理を行った。これは容易な作業ではなかった。患者は小学校卒業時に、それまでの写真を全部焼いてしまったのであるという。患者のきょうだいに写真を提供してもらひ、それを手がかりに記憶を引き出し、そこから先はEMDRを用いて、解離を生じないで想起するという作業を続けた。その中で、小学校中学年

で火遊びからぼやを出し大騒ぎになった件など、様々な事件が思い起こされ、徐々に小学校年代の記憶がつながるようになった。彼女の問題行動に対して、両親と祖父が激しい体罰を加えていたことが明らかになったが、一方患者も、祖父を故意に怒らせることを繰り返すなど、反抗挑戦性障害の状態であったことが判明した。これらの治療によって、娘に対する虐待的な対応は劇的に改善したが、一方、今度は気分の上下が逆に明確になって来た。軽度の強迫および軽度の摂食障害も未だに併存している。フラッシュバックもあるので、桂枝加竜骨牡蛎湯 2.5g を服用し、幾らか安定した状態を得られた。

この症例は元々ADHDの既往を持つことは疑いないであろう。それに虐待とまで言わずとも、少なくとも子そだて不全が加わった症例と考えられる。現在の状態で、ADHD不注意優勢型の診断基準を満たすが、問題は解離が存在することである。では次の症例はどうだろうか。

症例5, 27歳女性 アダルト ADHD 薬物中毒、境界性人格障害

両親は患者が2歳にて離婚した。母親はすぐに再婚したが、義父からの激しい体罰があったという。幼児期から落ち着かず、後先を考えず衝動的に行動するところがあった。その一方で暗いところを異常に怖がるなど不安になりやすい所があった。勉強は苦手で、小学校高学年から授業について行けなくなった。小学校高学年で、万引きなどがあった。中学では不登校になり、中3にて情短へ入所した。15歳にて対所し、その後16歳で初婚、すぐに離婚し、19歳にて再婚したが夫からのDVあり23歳で離婚、26歳で再々婚したが27歳でまた離婚した。それぞれの夫との間に設けた子どもが計4人いる。子

どもの多動や、衝動的な問題行動によって受診し、患者自らの希望で患者にもカルテ作成した。子ども達は祖母が主として養育してきており、長男はADHDの診断基準を満たすが、解離症状もあり、反応性愛着障害も認められる。

患者は、15歳から16歳、18歳から19歳と週2日以上と習慣的にシンナーを用いていた時期があり、その後、睡眠薬の依存症、さらにアルコール依存もある。不眠、抑うつ、気分の変動、衝動的乱暴や衝動的な行動傾向、被害念慮、他者への操作傾向、自傷、自殺未遂などが認められ、子どもへのネグレクト、身体的暴力も続いている。長男はそのため、かつて母親が入所した情緒障害児短期治療施設に入所した。親子二代の入所は初めてであるという。患者への治療はなかなか継続せず、少し続いて切れることを繰り返している。それ以外の子ども達は祖母が養育している。ちなみに、長男もADHDの診断基準を満たすが、入所しての状況は比較的落ち着いており服薬なしで経過している。

上記の症例5もまた、現在の状態でADHD混合型の診断基準を満たす。しかし同時に解離、抑うつ、気分の変動、自傷、薬物依存などが同時に見られ、もし診断を当てはめるとすると、複雑性トラウマとして知られる症状群が最も良く患者の状態に合致する。またこれらの症例は児童期において先のSMDに含まれることもまた疑いない。病因を巡る議論を棚上げすれば症例5の患者にしてもADHDの症状を幼児期に示していた。欧米からのレポートを丹念に見ると、ADHDにおけるmaltreatmentの問題は、しばしば見られるものである。成人のADHDと子ども虐待との関係は、幼児期からもう一度、発達歴を辿り直し、その生来の問題とその後の環境による修飾を分けるという地道な作業を必要とし

ている。

文献

Biederman J, Faraone SV, Keenan K et al (1991): Evidence of familial association between attention deficit disorder and major affective disorders. Archives of General Psychiatry 48(7): 633-642

Brotman MA, Schmajuk M, Rich BA, Dickstein DP, Guyer AE, Costello EJ, Egger HL, Angold A, Pine DS, Leibenluft E.(2006) : Prevalence, clinical correlates, and longitudinal course of severe mood dysregulation in children. Biol Psychiatry. 60(9):991-997.

Endo, T., Sugiyama, T., Someya, T. : Attention-deficit/hyperactivity disorder and dissociative disorder among abused children. Psychiatry and Clinical Neurosciences, 60,434-438, 2006.

Glod CA, Teicher MH (1996) : Relationship between early abuse, posttraumatic stress disorder, and activity levels in prepubertal children. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 34: 1384-1393

Herman, J.L.(1992): Trauma and recovery. Basic Books, Harper Collins, Publishers, Inc., New York. (中井久夫訳：心的外傷と回復。みすず書房, 1998.)

杉山登志郎：非行と発達障害. 臨床心理学. 2 (2), 210-219, 2001

杉山登志郎：子ども虐待という第四の発達障害. 学研, 2007.

van der Kolk BA (1996) : 記憶する身体-外傷

後ストレス障害への精神生物学的アプローチ
- In: ト라우マティック・ストレス, PTSD
およびトラウマ反応の臨床と研究のすべて,
(ed.by van der Kolk BA, McFarlane AC,
Weisaeth L, 監訳 西澤哲) pp243-277, 誠信
書房

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
AD/HDの下位分類による予後の比較検討

分担研究者 市川宏伸 東京都立梅ヶ丘病院
研究協力者 中山淑子 東京都立梅ヶ丘病院
富永卓男 東京都立梅ヶ丘病院
川上俊亮 東京都立梅ヶ丘病院
須山聡 東京都立梅ヶ丘病院

研究要旨

当院外来初診患者数1600名中、初診時診断がAD/HDである者は10%程度（10年前は25%）である。近年はさらに、PDDとの重複診断の必要性も唱えられている。臨床での経過をみていくと、AD/HDの多動・衝動性優勢型、不注意優勢型、混合型それぞれの下位分類において、予後が異なることが推測される。しかしそのような調査はなされていないため、下位分類による予後の相違については未だ把握されていない。

今回我々は、AD/HDの下位分類による予後の違いを検討するため、小児期から成人期に至るまで当院通院を継続されている方を対象に、主治医への調査と併せて患者本人およびご家族へ向けた調査を実施した。

まず今年度は、小児の専門病院である当院で調査可能な範囲で、年齢推移に伴う本人とご家族の評価の相違について調査を行った。

その結果、本人の自覚に比べ、不注意項目についての親評価が改善傾向であった。成人期では不注意情報が親の元まで届かない、もしくは本人自身が工夫を身に付けたことが要因と考えられる。反対に、多動衝動性評価については、本人に比べ親は改善の意識に乏しかった。現在も継続して通院していることとも関連していることも推測された。

長期に経過を追跡できる症例は受診の必要のあるものだけであった。さらに当院が小児専門病院であり、成人期の患者の受診が少なかったことで、十分な結果が得られていない。今後、他調査機関への依頼や内容なども検討していきたい。

A. 研究目的

とを目的とした。

AD/HDの下位分類（多動・衝動性優勢型、不注意優勢型、混合型）において、予後を調査するこ

B. 研究方法

東京都立梅ヶ丘病院外来へ継続して通院している18歳以上（平成21年8月時点）の患者の中で、初診時診断がAD/HDとなっている患者を対象とした。外来主治医への調査用紙（初診時年齢、診断、治療内容、経過等）と併せ、本人とその保護者に対してADHD-RS評価表を依頼した。尚、ADHD-RSの評価表については、それぞれ現時点、小学校1年生時、中学校1年生時の節目とし、過去を振り返っての評価を行っていただいた。

[倫理面への配慮]

主治医への調査用紙及び本人・保護者への評価表は無記名であり、回答者のプライバシーは特定できない。また、同意書により直接説明をして同意を得ることに加え、評価表は自由返送となっているため、回答者の不利益も生じない。

C. 研究結果

44名について主治医から調査の依頼をし、6通の回答を得た。

【1】

結果の得られた6名の内訳は以下の通りであった。

①

初診年齢 16歳

現在年齢 23歳

職業状況 アルバイト

初診subtype 混合型

現在subtype 混合型

初診併存診断 うつ病

現在診断 AD/HD

AD/HD診断基準 AD/HDの症状を有する

現在併存診断 うつ病

GAF小1 40

GAF中1 60

GAF現在 80

薬物療法 メチルフェニデート使用歴あり、抗うつ薬

②

初診年齢 14歳

現在年齢 21歳

職業状況 大学生

初診subtype 不注意優勢型

現在subtype 不注意優勢型

初診併存診断 うつ病

現在診断 AD/HD

AD/HD診断基準 AD/HDの症状は有する

現在併存診断 うつ病

GAF小1 65

GAF中1 75

GAF現在 85

薬物療法 メチルフェニデート使用歴あり、抗うつ薬

③

初診年齢 8歳

現在年齢 19歳

職業状況 大学生

初診subtype 混合型

現在subtype 混合型

初診併存診断 なし

現在診断 アスペルガー症候群

AD/HD診断基準 AD/HDの症状は有する

現在併存診断 なし

GAF小1 80

GAF中1 70

GAF現在 60

薬物療法 メチルフェニデート使用歴あり

④

初診年齢 15歳

現在年齢 18歳

職業状況 浪人生

初診subtype 不注意優勢型

現在subtype 不注意優勢型

初診併存診断 なし

現在診断 AD/HD

AD/HD診断基準 AD/HDの診断基準を満たす

現在併存診断 うつ病

GAF小1 70

GAF中1 80

GAF現在 75

薬物療法 メチルフェニデート使用歴あり

⑤

初診年齢 8歳

現在年齢 19歳

職業状況 定職

初診subtype 混合型

現在subtype 不注意優勢型

初診併存診断 なし

現在診断 AD/HD

AD/HD診断基準 AD/HDの症状は有する

現在併存診断 なし

GAF小1 31

GAF中1 51

GAF現在 61

薬物療法 メチルフェニデート使用歴あり、抗うつ薬

⑥

初診年齢 14歳

現在年齢 19歳

職業状況 専門学校

初診subtype 不注意優勢型

現在subtype 混合型

初診併存診断 なし

現在診断 アスペルガー症候群

AD/HD診断基準 AD/HDの症状は有する

現在併存診断 なし

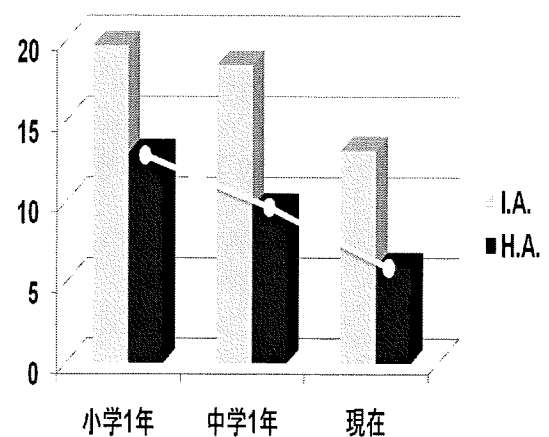
GAF小1 80

GAF中1 60

GAF現在 50

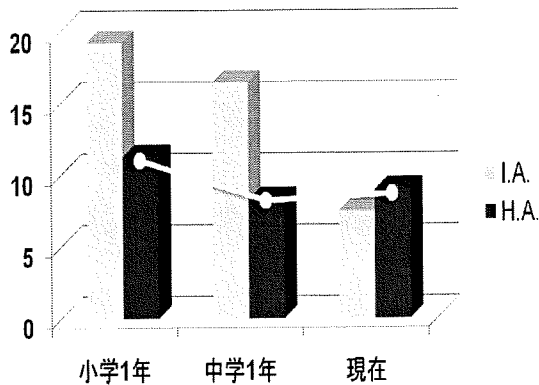
薬物療法 メチルフェニデート使用歴あり

【II】ADHD-RS IV 本人評価



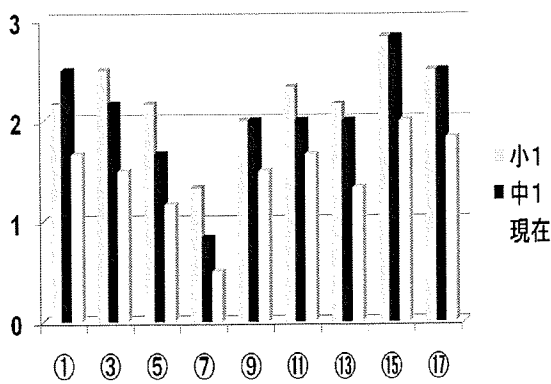
- ・ 不注意項目(I.A.)に関しては改善傾向であり、特に中1～現在の改善がみられた。
- ・ 多動衝動性項目(H.A.)については、一定の改善をみとめた。

【Ⅲ】ADHD-RS IV 親評価



- ・ 多動衝動性項目に関しては、親評価では変化に乏しい。
- ・ 不注意は改善傾向にあり、特に中1～現在にかけて改善がみられる。
- ・ 本人の自覚以上に不注意項目は改善をとり、逆に多動・衝動性項目について親評価では改善の意識に乏しかった。

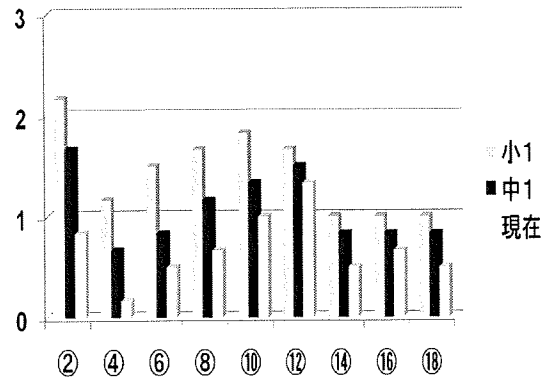
【Ⅳ】RS-IV 項目別本人評価 (I.A.)



不注意項目

①、⑨、⑮、⑰では中1までは大きな変化なかった。現在はすべての項目で改善傾向にある。

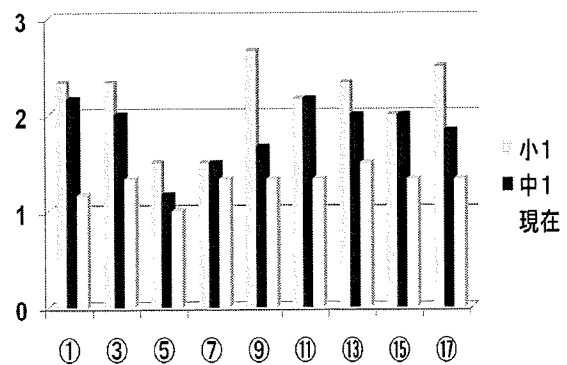
【Ⅴ】RS-IV 項目別本人評価 (H.A.)



多動衝動性項目

④、⑭、⑯、⑱に関しては、小1～現在に至るまで数値は低い。全体として各項目が年齢とともに下がっている。

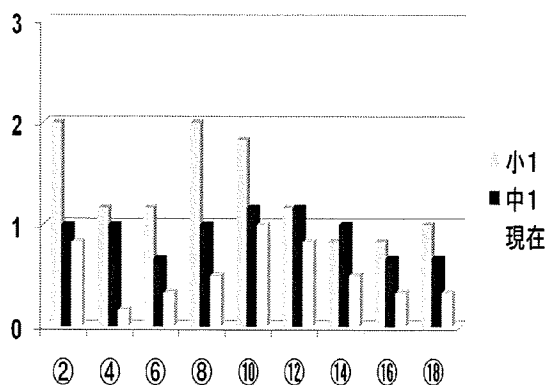
【Ⅵ】RS-IV 項目別親評価 (I.A.)



不注意項目

⑦、⑪、⑮では、中1まで改善は見られなかった。現在は全項目で改善傾向がみられる。

【VII】RS-IV 項目別親評価 (H.A.)



多動衝動性項目

⑫、⑭では、中1まで変化は見られなくなった。
②、⑩では、中1と現状は大きく変わらなかった。

D. 考察

本人の自覚に比べ、不注意項目についての親評価が改善傾向であった。成人期では不注意情報が親の元まで届かない、もしくは本人自身が工夫を身に付けたことが要因と考えられる。

反対に、多動・衝動性評価については、本人に比べ親は改善の意識に乏しかった。現在も継続して通院していることとも関連している可能性がある。

E. 結論

AD/HDの下位分類により、小1、中1、現在での本人、親評価の推移がみられた。全体数が未だ少なく、比較検討できる段階ではないが、今後調査の幅を広げていくことで、各々における予後の異なることが考えられる。

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

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

III. 研究成果の刊行に関する一覧表

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
齊藤卓弥	注意欠如多動性障害	小児科	50	1748-1754	2009
齊藤卓弥	Atomoxetine による ADHD 治療と Quality of Life(QoL)	精神薬理	12	1979-1985	2009
杉山登志郎	成人の発達障害	そだちの科学	13	2-13	2009
杉山登志郎	子ども虐待	児童青年精神医学とその近接領域	50	161-173	2009
杉山登志郎	児童養護施設における施設内性被害の現状と課題	子どもの虐待とネグレクト	11	172-181	2009
Nakamura K, Sekine Y, Ouchi Y, Tsujii M, Yoshikawa E, Futatsubashi M, Tsuchiya KJ, Sugihara G, Iwata Y, Suzuki K, Matsuzaki H, Suda S, Sugiyama T, Takei N, Mori N	Brain serotonin and dopamine transporter bindings in adults with high-functioning autism	Arch Gen Psychiatry	67	59-68	2010
Suzuki K, Nishimura K, Sugihara G, Nakamura K, Tsuchiya KJ, Matsumoto K, Takebayashi K, Isoda H, Sakahara H, Sugiyama T, Tsujii M, Takei N, Mori N	Metabolite alterations in the hippocampus of high-functioning adult subjects with autism	Int J Neuropsychopharmacol	13	529-534	2010

注意欠如多動性障害

さいとう たくや
齊藤 卓弥*

注意欠如多動性障害 (ADHD) は、発達に不相応な著しい不注意、多動、衝動性を特徴 (中核症状) とする行動の障害である。ADHD の症状の多くは思春期にも継続するが、年齢とともに ADHD 症状の表出は変わり、診断・評価が困難なことがある。最近、長時間作用型メチルフェニデートおよび非中枢神経刺激薬アトモキセチンの承認により薬物治療の選択肢も増え、思春期心性をふまえた適切な薬物療法および心理社会的介入を行い、症状の寛解および quality of life の改善を目指し、2次障害を予防していくことが重要である。

はじめに

注意欠如多動性障害 (attention deficit hyperactivity disorder: ADHD) は、発達に不相応な著しい不注意、多動、衝動性を特徴 (中核症状) とする行動の障害である。ADHD の頻度は 2~16% と報告されている。しかし頻度は診断基準・評価法によっても大きく異なり、学齢期の 3~7% が精神疾患の分類と診断の手引き第 4 版用修正版 (American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders Fourth edition, Text revision: DSM-IV-TR)⁶⁾ の ADHD の診断基準を満たすと報告されている¹⁾。ADHD は、中枢のドーパミンやノルエピネフリン系の関与が強く示唆され、家族内発症率も高く生物学的な要因が強く示唆されているが、成因は明らかではない。

現在、ADHD は遺伝的要因と環境要因が相互にかかわりあって発症する不均一な障害ととらえられている。現在の ADHD にあたる障害

は、1902 年にはじめてイギリスの小児科医、Still によって報告された。その後、何度かの診断概念の変化を経て現在の DSM-IV-TR の診断基準が作成された。しかしながらいまだに疾患概念・診断には多くの議論があり、今後も基礎研究・臨床研究の進歩とともに概念や診断が変わっていくと考えられている。

従来、ADHD は、小児の疾患であり、思春期には症状が改善すると考えられていた²⁾。しかし現在では小児期に ADHD と診断された子どもの約 70% が、不注意あるいは多動・衝動性といった中核症状を思春期あるいは成人期になってももち続けていることがわかってきており、思春期以降の評価・治療について注目されるようになってきている³⁾。

I 思春期 ADHD の臨床的特徴

思春期以降は、それまで ADHD 症状の中心であった多動が目立たなくなることが報告されている⁴⁾。思春期になると教室を歩き回るなど明らかな多動は消失するが、常にペンをくるくる回すなどの落ち着きのなさは移動性がない

* 日本医科大学精神医学

〒113-8603 東京都文京区千駄木 1-1-5

表 DSM-IV-TR の ADHD の症状

- 不注意**
- (a) 学業、仕事、またはその他の活動において、しばしば綿密に注意することができない。または、不注意な過ちをおかす。
 - (b) 課題または遊びの活動で注意を持続することがしばしば困難である。
 - (c) 直接話し掛けられた時にしばしば聞いていないようにみえる。
 - (d) しばしば指示に従えず、学業、用事、または職場での業務をやり遂げることができない。
(反抗的な行動または指示を理解できないためではなく)。
 - (e) 課題や活動を順序立てることがしばしば困難である。
 - (f) (学業や宿題のような) 精神的努力の持続を要する課題に従事することをしばしば避ける、嫌う、またはいやいや行う。
 - (g) (例えば、おもちゃ、学校の宿題、鉛筆、本、道具など) 課題や活動に必要なものをしばしばなくす。
 - (h) しばしば外からの刺激によって容易に注意をそらされる。
 - (i) しばしば毎日の活動を忘れてしまう。
- 多動性**
- (a) しばしば手足をそわそわと動かし、またはいすの上でもじもじする。
 - (b) しばしば教室や、その他、座っていることを要求される状況で席を離れる。
 - (c) しばしば不適切な状況で、余計に走り回ったり高い所へ上がったたりする
(青年または成人では落ち着かない感じの自覚のみに限られるかもしれない)。
 - (d) しばしば静かに遊んだり余暇活動につくことができない。
 - (e) しばしば“じっとしていない”または“まるでエンジンで動かされてるように”行動する。
 - (f) しばしばしゃべりすぎる。
- 衝動性**
- (g) しばしば質問が終わる前に出し抜けて答えてしまう。
 - (h) しばしば順番を待つことが困難である。
 - (i) しばしば他人を妨害し、邪魔する (例えば、会話やゲームに干渉する)。

(DSM-IV-TR, 2000⁹⁾)

ものへ変化していく。一方、衝動性や集中力欠如は継続して認められる。思春期には、治療により学業上の問題が改善する場合もあれば、それまで小児期には問題のなかった子どもに学業上の問題が出現してくることがある。思春期になり中学校・高校では学業の必要量が劇的に増え、また大人からの目が行き届かなくなりがちである⁹⁾。教科ごとに教師が変わったり科目の内容に変化があることも大きな要因となる。また、友人関係も複雑になり、社会的な関係にも大きな変化が起きてくる。これら環境・周囲からの期待の変化と患者の成熟が、思春期の ADHD の臨床的な表現形に大きな影響を与える。ADHD は、思春期以降不注意が優勢の場合には診断がむずかしい場合もある。

II 思春期 ADHD の評価と診断

ADHD の診断は、DSM-IV-TR に基づいて行われる。受診時に DSM-IV-TR に基づく十分な症状があること (表) に加えて、多動性、衝動性または不注意の症状が複数の場面で存在することと、そのいくつかが7歳以下に複数の状況において存在し、さらにその症状により社会的、学業的または職業的機能に障害があることが診断のために必要である (図1)。

思春期の ADHD の診断には、保護者から中核症状の開始時期、状況による行動の変化、中核症状による機能的な障害の程度について聞くことが重要である。このような情報を尋ねる際には、「お母さんが子どもさんのことで心配していることについて話してください」といった open-end の質問を使うことが有用である。し

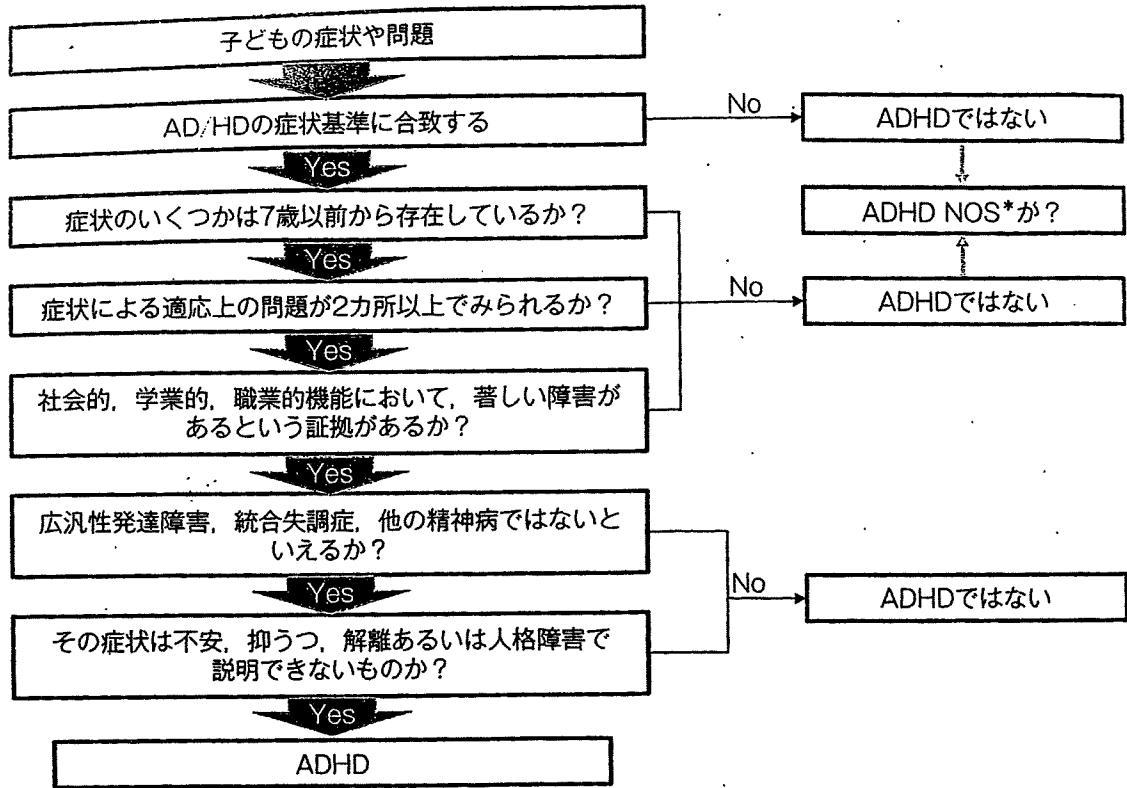


図1 DSM-IV-TR に準拠した ADHD の診断 (DSM-IV-TR, 2000⁹⁾)

*ADHD-not otherwise specified : 特定不能の ADHD. ADHD 症状の基準を満たしていない場合や、症状が7歳以下から存在しないなどの場合に適用される

かし、思春期における ADHD の評価・診断は、小児期より困難なことが多い。心理社会的な発達とともに症状が小児期ほど典型的ではなくなる。また、小児期には、子どもは一般的に親から細かく観察されており、学校でも一人の教師によって1日の大半の授業が教えられている。そのため ADHD の診断に必要な情報が小児期には得やすい。

思春期になると複数の教師によって授業が行われ、担任の教師でもごく一部の行動しか観察ができなくなり、家庭外の親の目が届かないところでの行動が増えることで、子どもたちの行動を直接観察し子どもの問題や長所を観察することが困難になる。親は、子どもの宿題への取り組み、学校の成績、1日の大まかな行動については情報を提供することはできるが、学校での機能、社会的な関わり、友人関係について直接的な観察に基づいた情報を提供することがむ

ずかしくなる。また、教師も休み時間や課外行動についての観察が十分にできなくなる。中学校では、成績や多動についての教師間の観察の一致度は高いが、それ以外の点では教師間の一致度は低いと報告されている⁷⁾。思春期の ADHD の評価の際には、小児期からの成績表、とくに成績表の行動覧から有用な情報が得られることがある。

また、評価を行う際に評価尺度を用いることは有用である。現在、ADHD-Rating Scale (ADHD-RS)、Connors ADHD Rating Scale など複数の評価尺度の信頼性、妥当性について検証中であり、近い将来日本でも使用可能となる。

臨床医にとって正確な診断を行うためには複数の異なった情報を収集することも重要であるが、同時に子ども自身からの情報を得ることが重要である。しかし、思春期の子どもの自立心やプライバシーを保ちたいという意志もありし

ばしば困難である。思春期の子どもたちは自分の症状や機能の障害を過少報告する傾向がある¹¹⁸⁾⁹⁾。海外では子どもの自記式の ADHD 評価尺度が使われているが現在日本では存在しない。

思春期 ADHD 患者の表出される ADHD の症状は、小児期のものと多くは類似する。しかし、問題が表出される環境が複雑になり、引き起こされる結果がしばしば重大な結果を引き起こす点が大きく異なる。したがって、思春期の 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 2 次障害の評価を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。その他の問題として、性感染症、望まれない妊娠、学習上の問題、非行などが挙げられている¹⁰⁾。

III 思春期 ADHD の治療

思春期 ADHD 患者の大部分は、小児期にすでに診断された患者である。多くの研究は、小児期の症状は思春期にも継続し治療が必要なことを示唆している¹¹⁾¹²⁾。ADHD の治療の基本的な目標は、ADHD をもつことによる不利益を軽減し、2 次的な障害を予防することである。

ADHD の治療は、大きく心理社会的治療と薬物療法に分けられる。従来 ADHD の治療の目標は、中核症状の軽減、通常 20~30% の軽減におかれていた。しかし近年、ADHD の治療の目標を症状の改善から ADHD 症状の寛解あるいは患者の quality of life (QoL) の改善におくことが提案されている。具体的には、ADHD の ADHD-RS の平均得点が 1 以下を寛解と定義し、具体的な治療ゴールとする試みが行われている。

治療の効果を評価するには、客観的な評価尺度を用いることが必要である。現在、DSM-IV

の ADHD 症状に焦点を当てた評価尺度の標準化が本邦でも行われており、評価尺度を用いることで親や教師によって短時間で治療の評価を行うことが可能である¹³⁾。一方、臨床的には、患者や患者の家族が治療を求めるのは必ずしも特異的な DSM-IV 症状ではなく、日々の日常生活における患者固有の問題や困難からであることが多い。したがって、患者を評価する際には、広く患者の問題あるいは障害を評価することがより効果的な介入を行うために重要である。米國小児科学会 ADHD 治療ガイドラインでは、① 親、兄弟・姉妹、教師、仲間との関係の改善、② 行動上の問題の軽減、③ 学習パフォーマンス（とくに、作業量、効率、完遂度、正確さ）の改善、④ 宿題や身の周りのことが一人でできる範囲が広がる、⑤ 自尊心が改善する、⑥ 社会での安全が高まるなどの 6 項目から 3 項目を選び出し、治療目標を設定しながら機能の改善を最大化することが推奨されている。

心理社会的治療と薬物治療は二者選択的なものではない。しかし、多くの症例ではまず心理社会的治療を行い、患者の生活環境の改善と個別的な支援を行うことが望ましい。

1. 心理社会的療法

ADHD をもつ子どもへの心理社会的な治療介入は、① 患者および患者を支える大人への疾病教育、② 学校をはじめとした生活環境での行動マネジメント、③ ペアレント・トレーニング、④ 患者個人への心理療法的アプローチに分けることができる年齢により必要な介入も異なってくる。思春期では、一般の子どもにおいても問題となる親子間の軋轢、学校などにおける権威者へ反抗、自己のアイデンティティ、異性交流、友人関係、自尊感情の問題などが、ADHD をもつ子どもにとっても大きな問題となってくる。一方で小児期までとは異なり患者本人が積極的に心理社会的な介入に取り組むかどうか介入の成否の鍵となる。ADHD をもつ子どもたちを積極的に治療に参加させること

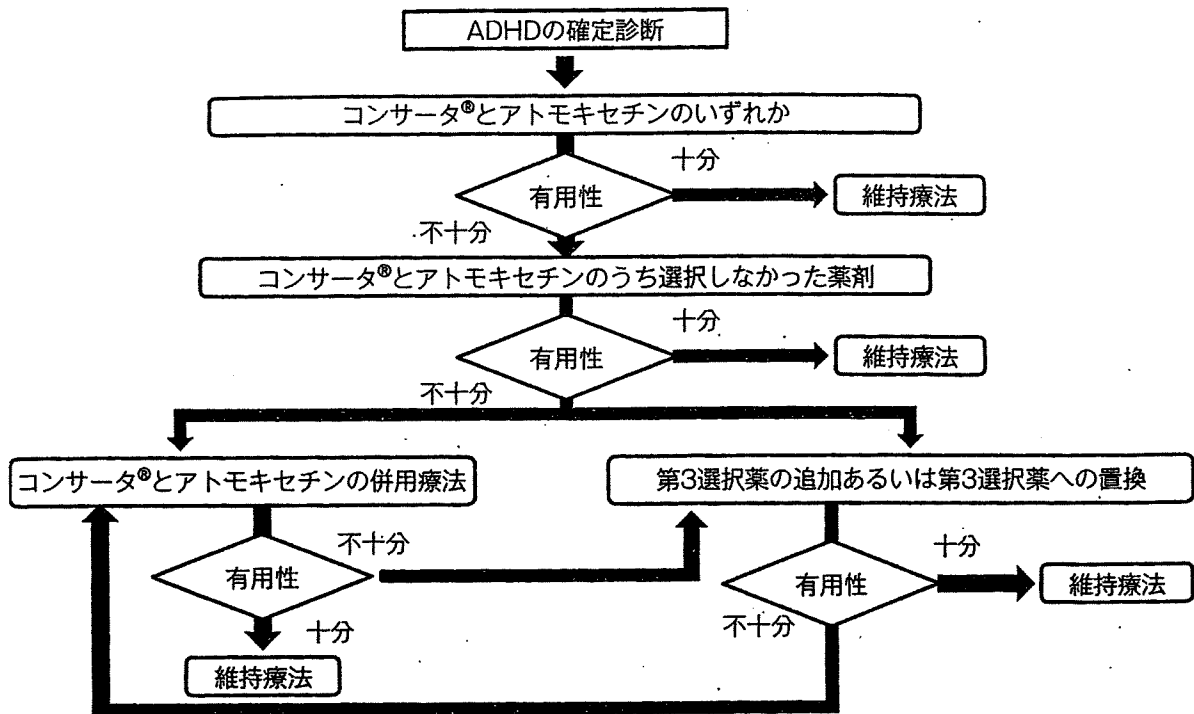


図2 ADHD薬物療法アルゴリズム (齋藤万比古ほか, 2008¹⁵⁾)

は重要である。また思春期では、合併症や2次的な障害の治療への配慮が十分に行われる必要がある¹⁴⁾。

2. 薬物療法

ADHDの薬物療法は、複数の治療マニュアル・アルゴリズムでも重要な治療の選択肢として考えられている。ADHDへの薬物療法は、大きく中枢刺激薬と非中枢刺激薬に分類される。日本でのADHDの薬物治療は、以前、中枢刺激薬メチルフェニデート(MPH)の短期作用型が健康保険適用外であるものの有効性から使用されていたが、2007年10月以降使用の厳格化がなされ、同時期2007年12月よりMPHの長時間作用型徐放剤MPH-OROSが18歳未満の健康保険適用を得て使用可能になり大きく変化した。さらに最近、非中枢刺激薬アトモキセチン(ATX)が承認されたことでより新しい選択肢が加わった。日本での薬物治療アルゴリズムでは、MPH-OROSあるいはATXを第1選択として用いることを推奨している(図2)¹⁵⁾。

MPH-OROSは、主にドーパミントランス

ポーターに結合し、前シナプスのドーパミンの取り込みを阻害することにより、シナプス間隙のドーパミン濃度を上昇させることで効果が発現する。およそ70%のADHD患者に効果的で、用量依存的にADHDの中核症状を改善する。MPHによる効果は、性別や年齢にかかわらずと報告されている。MPH-OROS錠は効果が服薬後直ちに出現し約12時間継続し、1日1回朝に服用する。MPH-OROS錠は最低量が18mgであり、54mgまで増量可能である。副作用として食欲抑制と睡眠障害がもっとも多く認められる。食欲抑制には、朝夕に十分な食事の摂取を促すこと、可能であれば休薬期間を作ることに対応し、服薬を継続できることが多い。副作用は用量依存的であることが多い。他には頭痛、チック、けいれん閾値の低下、血圧の上昇、嘔気、腹部不快感、まれに精神病症状を伴うことがある。さらに近年心血管系による突然死の報告がなされている。先天的な心奇形など心血管系の既往歴のある患者には心電図などによる定期的なモニターが勧められている。ま