

ケース2：Dさん（18歳，男性）

Dさんはアジア系アメリカ人の18歳の男性。ADHDであるかどうかを判断してもらうため、アセスメントを受けに来た。

背景情報

最近まで母親と同居していたが、現在はルームメイトと一緒に住んでいる。高校を卒業し、次年度から工科短大の1年次に入学する予定で、将来的には4年制大学に編入したいと考えている。両親はDさんが12歳のときに離婚。その後は弟と一緒に母親のもとで暮らし、父親とも頻繁に接触がある。

病歴

身体的な健康状態はおおむね良好に見える。身体的・性的な虐待やその他の精神的外傷を経験したことはないという。薬物乱用と気分障害および不安障害の主要症状に関するスクリーニング質問でも、問題は認められなかった。12歳のとき（両親の離婚後）に母親が受診していた精神医療の専門家と数回面談した以外に精神科の治療を受けた履歴はなく、向精神薬を服用したことは一度もない。

学校歴

本人の話によれば、小学校時代の成績は平均的な範囲だったというが、中学校では「C」や「D」の評価を受けるようになり、高校では成績が振るわず卒業するのがやっとだった。教師からは、能力に見合う成績に達していない、授業をよく聞いていない、努力が足りないなどと言われた。しかし本人は、相当な努力をしたが、集中できない、忘れっぽい、整理が苦手といった問題のせいで成績が上がらなかったと思っている。特に問題だったのは時間制限のある試験で、うわの空になったり気が散ったりしやすいために、時間内に試験を終わらせることができなかった。学校時代を通じて教師からは学習能力があるとみなされていて、

特異的学習障害がある可能性を指摘されたことはないという。

症状

ADHDの主要症状と随伴症状を共に扱う半構造化面接をDさんに実施した。その回答から、様々な作業（授業、読書、車の運転、会話、宿題など）で注意力が続かない、気が散りやすい、忘れっぽい、整理ができない、細かいことに注意を払わない、精神的な努力の持続が必要な作業を避けたり嫌がったりするといった問題が長年にわたって続いていることがうかがえた。また、手遊びやそわそわした落ち着きのない行動、じっと座っているのが苦手、全体的に活動レベルが高い、座って活動を続けられない、強い刺激を求める、危険性のある活動をしたがるといった問題に関係する項目も該当すると答えた。本人によればこうした症状は慢性的で、小児期初期から（「覚えている限りずっと」）変わらずに続いている。また、これらの症状は様々な環境で現れるという。

Dさんに現れている症状は学業不振の原因になっているだけでなく、父親の会社での配達員としての仕事の妨げにもなっている。運転中に注意が散漫になったり、配達物や通りの場所を忘れていたりして、同じ配達先への道順を何度もたずねることになってしまうという。こうした症状はある程度の主観的苦痛を伴っていると思われ、Dさんが大学入学を目前にしているのに特に懸念される点である。しっかり勉強したいという意欲はあるが、学業上の課題をこなす能力にこれらの症状が悪影響を及ぼすのではないかと心配しているようだ。

CAARSの結果

Dさんには精神科医と対面の問診を行う直前に自己記入式（スクリーニング版：CAARS-S:SV⁴）を実施した。図3.3（次ページ）はこの自己記入式用紙のプロフィール用紙である。また、Dさんの母親には、精神科医の問診に先立って観察者評価式（スクリーニング版：CAARS-O:SV⁴）

4 日本語版は未公開。

を実施した。図3.4は、母親による観察者評価式用紙のプロフィール用紙である。

臨床所見

Dさんは多動性と衝動性の症状もいくつか報告しているが、顕著にみられるのは注意力と実行機能の欠如であり、これは「ADHD、不注意優勢型」の診断基準とほぼ一致する。

治療指針

中枢刺激薬には子どもや成人のADHDの中核症状および随伴症状を改善する効果があると立証されていることから、Dさんには中枢刺激薬を試してみることが有効と考えられる。中枢刺激薬の投与を行う場合、Dさんに副作用と、特に人と接する際や学校、職場など、注意力の持続が求められる場での自己制御行動についての記録を毎日つけてもらう必要がある。

Dさんの学業上の課題をこなす能力は薬物療法で改善する可能性はあるが、学校で受けられる学習支援サービスも利用すべきである。IQ検査と学力検査を含むアセスメントを受ければ、現在の知能と学力水準を確認し、強みと弱みを特定できるほか、学習障害の可能性を除外できると思われる。

ケース3：Pさん（53歳、男性）

Pさんは53歳の白人男性。注意欠如障害を疑った家庭医からの紹介でアセスメントを受けにきた。

背景情報

現在は4人目の妻がいる。前の3人の妻とはいずれも離婚した。最初の結婚でもうけた3人の子ども（それぞれ22歳、25歳、26歳）がいる。

高卒で、現在は総合建設請負業者として働いている。以前は配管工や大工をしていた。ADHDの症状の多くが自分の長年の行動に当てはまることに気づいてから、自分はADHDなのではないかと疑っている。

病歴

症状の発現や持続に関係する身体疾患はないようである。ヘルペスが陽性で、何種類かのアレルギーがある。17歳のときに受けた神経学的検査でてんかん小発作があると推定診断されたが、他の医師による確定診断は得られなかった。大発作の病歴はなく、最近軽度の発作がみられた徴候もない。飲酒と娯楽目的の薬物使用の経験はあるが、本人の話によれば薬物乱用や依存症をうかがわせる使用パターンではない。

学校歴

本人の話では、子どもの頃は過度に活発だったりそわそわしたりすることはなかったが、小学校の頃からずっと不注意の症状があった。当時の教師からは、よく白昼夢をみるし集中力に欠けると言われ、成績は能力に見合うレベルに程遠いとみなされていた。青年期には、わざと反抗的な態度をとるようなことはなかったが、能力から期待される成績がとれない、指示に最後まで従えない、作業を終わらせられないといった問題が家族の仲たがいや両親との不和の原因になった。こうした症状は家庭でも学校でも対人関係においても共通してみられ、主観的苦痛と複数領域にわたる機能低下も伴った。小学校の成績はかなりよかった（ほとんどが「A」か「B」）が、教師に不注意は指摘されていた。その後は中学校で「C」がつき、高校では「D」や「F」ばかりだった。成績不振のせいで高校を3年のときに中退したが、翌年に課程を履修し終えて高校卒業資格を得た。

症状

ADHDの主要症状と随伴症状を共に扱う半構造化面接をPさんに実施した。主要症状には、各種の作業や計画を最後まで終わらせるのが苦手、なかなか集中できない、あきっぽい、忘れっぽい、整理ができないなどがあり、その結果、効果的なコミュニケーションをとったり、自分の能力に見合うレベルでの物事の遂行ができないでいた。読書や授業、会話、家事や仕事上の作業のときに注意力を持続するのに苦労していた。その他

に、気が散りやすい、することを次々に変える、作業を終えられない（短期的、長期的ともに）、整理ができない、人の話を聞かない、忘れっぽい、物をなくす、細かいことに注意を払わない、不注意によるミスをする、精神的な努力の持続が必要な作業を（先延ばしして）避けるといった問題があった。本人も自分のことを、あきっぱく、よく白昼夢をみがちだと話している。

現在の仕事では、こうした症状によって能率と生産性が大きく下がり、成果のレベルが上がらない原因になっていると本人は考えている。仕事関係の作業はだいたい完了できるが、普通の倍くらいの時間がかかり、能率の悪さを他人に悟られるのではないかという不安を抱えながら仕事をしている。以前の仕事でも、整理ができない、忘れっぽい、不注意、あきっぽい傾向などが遂行の妨げになることがあった。対人関係能力に関しては、これらの問題が他の要因と合わさって、過去の結婚の失敗や今の妻とのいざこざの一因になっているとPさんは思っている。

CAARSの結果

Pさんには心理士と対面の問診を行う直前に自己記入式（通常版：CAARS-S:L）を実施した。図3.5（次ページ）はこの自己記入式用紙のプロフィール用紙である。矛盾指標によれば回答は妥当である（矛盾指標の合計は1点）。

臨床所見

複数の情報源からのデータが、Pさんは明らかにADHDの診断基準を満たすことを示している。具体的には、DSM-IVによる「ADHD、不注意優勢型」の基準に該当する。Pさんがあると答えた不注意型症状の数（行動上の基準9項目のうち9つ）、重症度、持続期間は、この障害のDSM-IV基準を満たしている。多動性-衝動性型症状もいくつか報告されているが、その数と重症度は「ADHD、混合型」と診断できる基準に達していない。

治療指針

Pさんには中枢刺激薬を試してみることが有効かもしれない。薬がPさんに有効であれば、注意持続時間や作業達成度、自己管理能力が向上し、衝動性、気の散りやすさ、落ち着きのなさが低減するだろう（薬物に反応しない成人もいる）。中枢刺激薬による投薬治療を行う場合、Pさんには副作用と日々の行動、特に注意力の持続が必要な人と接する場面や職場での行動について詳しい記録を毎日つけてもらう必要がある。ADHDの成人にみられる忘れっぽさや自己管理能力不足は、外的構造化の手法を提示することで改善される場合が多い。たとえば、頻繁にリストやメモ、色による分類方法を使う、決まった日課や手順を守る、忘れてはいけないことを目のつくところに書いておく、持ち物をファイルで整理する、作業の優先順位づけ、大きな作業を対応しやすい小さな課題に分けるなどの方法がある。これらの方法にあわせて、時間や優先事項、予定表の管理に役立つコンピュータ・ソフトウェアを利用するのも有効と思われる。また、時間や持ち物の管理スキルを学ぶための本を読んだり、セミナーに参加したりすれば、一層の進歩が期待できる。ただし、自発的な方法だけでは不十分であることがわかっているため、こうしたスキルを教えた経験のある行動療法が専門の精神医療の専門家に相談することを検討したほうがよい。

ケース4：Sさん（44歳，男性）

Sさんは44歳の白人男性。ADHDかどうかを判断するため、自らアセスメントを受けに来院した。

背景情報

現在は、10年前に結婚した妻と4歳の娘と同居している。州立大学を卒業し、グラフィックデザイナーの仕事をしなが、妻と共同で事業を営んでいる。幼少のときからずっと多動性と忍耐力のなさに関する慢性的な問題を抱えていることから、ADHDではないかと疑うようになった。

本人によれば、こうした症状はほぼ生まれてからずっと続いているという。Sさんは養子で、実の親族については何も知らない。

病歴

養子であるため、出生前と出生時に関する情報はない。小児期に重篤な疾患にかかったことはないという。現在の健康状態は良好で、服用中の薬もない。心臓疾患、肝臓疾患、てんかん、チック、高血圧、重篤な頭部外傷、甲状腺疾患の病歴は報告されていない。飲酒の習慣があり、週に何度か適量を飲むが、現在も過去にも乱用をうかがわせるような飲み方はしていないという。同様に、現在も過去にも不法薬物を乱用したことはない。喫煙の本数は1日10本以下。

学校歴

本人の報告によれば、幼稚園の頃から、じっと座ってられない、今している活動に集中できないといった問題があった。また、養父母から話をちゃんと聞いていないようにみえるとたびたび言われた。ADHDの症状は家庭、学校、職場で共通してみられ、これらの領域でのいくらかの機能低下を伴っていたようである。じっと座ってられない、注意力ややる気が持続しない、作業を効率よく終わられないといった問題はすべて、小学校（成績は主に「B」か「C」）から高校（GPA 3.2）、大学（GPA 2.4）を通じて学業不振の一因となった。標準化された検査の結果からも教師の

印象でも、これらの学業成績はSさんの認知能力から期待されるレベルに達していないとみられた。

症状

ADHDの主要症状と随伴症状を共に扱う半構造化面接をSさんに実施した。その回答から、不注意、過活動、衝動性の著しい特徴があることがわかった。本人が認めた不注意型症状には、作業に注意力を持続できない、気が散りやすい、作業を終えられない、活動が終わらないうちに別の活動に移ることがしばしばある、あきっぽい、他人の話を聞いていないようにみえる、精神的努力の持続が必要な作業を避けるなどがある。本人によれば、注意持続時間は興味を引かれる作業の場合でも限られているが、興味のない作業のときは集中力がほとんど続かず、最後まで終わることがなかなかできないという。いつもだらしなくて整理が苦手だという話も出たが、大事なことを書き留めたり、優先事項をリストにしたりするほか、几帳面な妻が給与の支払いや帳簿の記入、文書業務などをやってくれるので助かっているという。多動性の症状には、活動レベルが全般的に平均より高い、じっと座ってられない、いつも動き回っていないと気がすまない、そわそわする、落ち着きがないなどがある。衝動性の特徴も多く報告されている。本人は忍耐力がなく順番待ちが苦手という点を強調したが、強い刺激を求めるほうだとも話した（モーターボート、オートバイ、たまにスカイダイビングなど）。

症状に関係する仕事上の問題は、主に文書業務への対応と効率よく作業を終えることにかかわっている。かなり忍耐力がないほうで、そのためにある種の活動を控える（順番待ちの列を避ける、渋滞がひどいときは車に乗らないなど）こともある。時間がたつうちに自分の問題に気づくようになり、そうした問題を補ったり、悪影響がありそうな状況を避けたりできるようになったという。確かにSさんの職業遂行能力からすれば、一部の症状には適応的な対応ができると考えられる。

CAARSの結果

Sさんには心理士との予備問診の直前に自己記入式(短縮版:CAARS-S:S⁵)を実施した。図3.6はこの自己記入式用紙のプロフィール用紙である。矛盾指標によれば回答は妥当である(矛盾指標の合計は4点)。

Sさんの妻には、クリニックでの予備問診のときに観察者評価式(短縮版:CAARS-O:S⁵)を実施した。図3.7(34ページ)はこの観察者評価式用紙のプロフィール用紙である。矛盾指標によれば回答は妥当である(矛盾指標の合計は2点)。

臨床所見

主診断は「ADHD,混合型」である。Sさんから報告された不注意,多動性,衝動性の症状の重症度と持続期間はこの障害のDSM-IV診断基準を満たしている。妻による観察結果もこの診断を裏づけているように見受けられる。症状は早期発現型で,慢性的で変わりがなく,各領域に共通しており,主観的苦痛とある程度の機能低下を共に伴っている。

治療指針

Sさんには中枢刺激薬を試してみることが有効と思われる。薬がSさんに有効であれば,注意持続時間や作業達成度,自己管理が向上し,衝動性,気の散りやすさ,落ち着きのなさが低減するだろう(薬物に反応しない成人もいる)。

臨床フォローアップ

クリニックでの予備問診の6カ月後,薬物療法開始からは5カ月半後に,Sさんに再び来院してもらい,フォローアップ問診を行った。このときに自己記入式(短縮版:CAARS-S:S⁵)を再度実施した。図3.8(35ページ)はこの自己記入式用紙のプロフィール用紙である。フォローアップ問診での臨床所見は治療の効果が出ていることを示しており,CAARSの結果もこの所見と一致した。

ケース5:Wさん(26歳,女性)

Wさんは26歳の既婚の白人女性。職業は歯科衛生士。ADHDの評価を受けるために来院した。

背景情報

現在は6年前に結婚した金融アドバイザーの夫(29歳)と同居している。Wさんによれば,落ち着きがない,人の話に口を挟む,家事を最後まで終えられない,「小言」や「命令口調」といった彼女の振る舞いのせいで問題が起きることはあるものの,幸せで健全な安定した結婚生活を送っている。アメリカ中西部の出身で,おおむね幸せな子ども時代だったが,両親の高い期待に応えなければと思ったり,「間違っただけを言ってしまう」のではないかと母親を怒らせてしまうのではないかと気に病んだりすることがよくあったという。子どもの頃の家庭の雰囲気には,宗教的価値観や高い道徳的標準,きちんと決められた厳格な日課やルールや結果による賞罰を重んじた「申し分のない家庭」でありたいという両親の意思が大きく影響していた。自分にとって「親友」である母親とは今でもとても親密な関係で,消防士だった父親ともずっと仲がよい。

18歳のときに大学に通うため実家を離れ,結婚してからまた別の都市に引っ越した。結婚後の転居の理由の1つは,もっと両親から自立したかったからだという。

病歴

満期産の経膈分娩で生まれたが,逆子だった。出生時は健康だったと聞いており,母親は妊娠中,喫煙も飲酒もその他の薬物使用もせず,おおむね健康だった。言葉や運動技能,身辺自立の発達について異常や遅れは何もなかったという。小児期はおおむね健康だったが,アレルギーがあった。20歳のときにスキーで首の筋肉をいため,それ以来たびたび頭痛や首の痛みに悩まされている。現在はアレルギーの治療を受けており,服用中の薬は避妊用ピルと首の痛みと頭痛に対し,必

5 日本語版は未公開。

CAARS-Observer: Short Version (CAARS-O:S) – Profile Form

Name: Mr. S

Your Name: Mrs. S

Gender: M F Age: 44

Gender: M F Age: 40

Today's Date: 05/19/98 I am this person's: spouse parent sibling other:

M1 = Males 18 to 29 years of age
M2 = Males 30 to 39 years of age
M3 = Males 40 to 49 years of age
M4 = Males 50 years of age or older

F1 = Females 18 to 29 years of age
F2 = Females 30 to 39 years of age
F3 = Females 40 to 49 years of age
F4 = Females 50 years of age or older

A. Inattention/Memory Problems
B. Hyperactivity/Restlessness
C. Impulsivity/Emotional Lability
D. Problems with Self-Concept
E. ADHD Index

PROFILE FOR MALES										PROFILE FOR FEMALES										
A		B		C		D		E		A		B		C		D		E		T
T	M1 M2 M3 M4	M1 M2 M3 M4	M1 M2 M3 M4	M1 M2 M3 M4	M1 M2 M3 M4	M1 M2 M3 M4	M1 M2 M3 M4	M1 M2 M3 M4	M1 M2 M3 M4	F1 F2 F3 F4	F1 F2 F3 F4	F1 F2 F3 F4	F1 F2 F3 F4	F1 F2 F3 F4	F1 F2 F3 F4	F1 F2 F3 F4	F1 F2 F3 F4	F1 F2 F3 F4	T	
81																				
80																				
79																				
78																				
77																				
76																				
75																				
74																				
73																				
72																				
71																				
70																				
69																				
68																				
67																				
66																				
65																				
64																				
63																				
62																				
61																				
60																				
59																				
58																				
57																				
56																				
55																				
54																				
53																				
52																				
51																				
50																				
49																				
48																				
47																				
46																				
45																				
44																				
43																				
42																				
41																				
40																				
39																				
38																				
37																				
36																				
35																				
34																				
33																				
32																				
31																				
30																				

Copyright © 1998, Multi-Health Systems Inc. All rights reserved. In the U.S.A., P.O. Box 950, North Tonawanda, NY 14120-0950, (800) 456-3003. In Canada, 3770 Victoria Park Ave., Toronto, ON M2H 3M6, (800) 268-6011. International, +1-416-492-2627. Fax, +1-416-492-3343 or (888) 540-4484.

図3.7 Sさんの初回の観察者評価式用紙(短縮版)男性用プロフィール用紙(ケース4)

要に応じてモトリン[®]、タイレノール[®]（市販の解熱鎮痛剤）、サイクロベンザプリン（筋弛緩薬）である。喫煙はせず、アルコールやその他の薬物の重大な乱用の経験はない。週に1回以下、少量の飲酒をする（蒸留酒1オンス、ビール1本など）。

学校歴

学校の成績はおおむね平均以上で、小学校時代を通じて「B」以上、中学と高校では「A」と「B」だった。早くから教師には「多動」とみなされ、じっと座ってられない、注意力が持続しない、順番を待たずに話す、忍耐力がない、好ましくないやり方で注目を引こうとするといった問題を指摘された。中学・高校時代は注意力の問題に関して目立った記憶はないが、落ち着きがない、衝動的に話すといった問題はずっと続いていた。また、注意が散漫で気が散りやすいために、読書や勉強を効果的に行えないという問題も常にあった。宿題を終わらせることは特に問題ではなかったが、それは主として両親から厳格な日課や結果による賞罰を課せられ、高い期待を寄せられていたおかげだという。しかし大学に進むと、じっと座ってられない、気が散りやすい、あきっぽいといった問題に加え、以前にはなかった自由や人づきあいと、学業に労力を注ぐ必要性とのバランスがとれなくなったことにより、学業上の課題を十分にこなせなくなった。こうした問題が原因で一旦は大学を中退したが、翌年には精神的にも落ち着きと意欲が増して復学し、一層の努力をするようになった。卒業までの成績は「ほとんどが「B」で、「A」と「C」がいくつか」だった。

症状

ADHDの主要症状と随伴症状を共に扱う半構造化面接をWさんに実施した。主な症状には、注意力が持続しない、落ち着きがない、作業を終えられない、不安症状などがある。注意力に関する問題には、興味を引かれない作業（読書、勉強、家の雑事など）のときに特に著しく注意力が

持続しない、気が散りやすい、作業を終えないまま別の作業に次々と移る、忘れっぽい、精神的努力の持続が必要な作業を避ける、またはひどく嫌がるといった特徴がある。また、必要とわかっていても元々関心のない作業はなかなか終えられないと言う。衝動性については、前もって十分考えずに意見を言う、早合点の答えや意見をうっかり言う、人の話に口を挟んだり邪魔をしたりする、忍耐力がない、欲求をすぐに満足させたがる、早まった決断をする、「考えずに行動する」といった傾向に現れている。

本人は自分のことを、そわそわして落ち着きがなく、「絶えず動き回って」いて、長い時間じっと座っているのが慢性的に苦手だと言う。過度に口数が多い、一人でいることや、それより程度は低いが静かな活動が苦手という問題も認められた。現在の仕事に関しては、今の仕事が「大好き」で、求められる作業には興味を引かれると感じているので、作業を終えるのに苦勞することはない。ただし、常に何かしていないと気がすまず、じっと座ってられない、衝動的に言葉を発するといった問題のせいで職場で苦勞することがある。また、落ち着きがない、家事を終えられない、夫が別のことをしているときに邪魔をするといった傾向が、夫とのもめごとの原因になることがあると言う。

CAARSの結果

クリニックで心理士と対面の問診を行う直前に、Wさんに自己記入式（通常版：CAARS-S:L）を実施した。図3.9は、この自己記入式用紙のプロフィール用紙である。矛盾指標によれば回答は妥当である（矛盾指標の合計は5点）。

臨床所見

CAARSの結果は、Wさんが「ADHD、混合型」の現行の診断基準を満たすことを示している。加えて、全般性不安障害をうかがわせる著しい不安症状もみられる。具体的には、だいたいいつも緊張した不安な気分、リラックスできないと感じ、なぜかわからないが「あがってしまう」

ことがたびたびあるという。様々な問題（予想される未来の出来事、仕事や家事に関する必要な作業を終えられないのではないかと、間違っただけを言ったりしたりするのではないかなど）に関して、頻繁に過剰で非現実的な心配をする傾向がある。また、自分の能力を過度に気にしがちで、終わらせなければならない作業がいくつもあると荷が重すぎると感じる、自分を否定的に評価しがち、自己意識が平均以上に高い、何度も確認しないと気がすまないといった特徴を示している。発汗、頭痛、吐き気、胃のむかつき、めまい、トイレが近い、睡眠中にすぐ目が覚めるといった身体的な不安症状も頻繁にある。以上のような不安症状の大半は、成人初期から始まったという。パニック発作、広場恐怖、社会恐怖、小児期の分離不安障害の病歴のスクリーニング検査は、いずれも陰性であった。

治療指針

推奨される治療は、薬物療法と心理社会的介入の併用である。薬物療法は ADHD の中核症状と随伴症状（不注意、落ち着きのなさ、衝動性を含む）の改善に有効であるとともに、不安症状の軽減にも役立つかもしれない。投薬内容としては、中枢刺激薬、抗うつ薬、抗不安薬を単独で、または組み合わせて用いるなどいくつかの方法が考えられる。また、Wさんは、ADHD および関連障害の人への支援と情報提供を目的とした組織に参加することが有効と思われる。認知行動的介入は単独または薬物療法との併用により、過剰な不安症状の軽減に有益だろう。この種の治療では、特定の行動的手法（リラクゼーション法や深呼吸の訓練など）と、全般的な緊張レベルを下げ、より現実的な予期と思考のパターンを形成し、不安症状に気づき対処する能力を高めるための認知的コーピングスキルを指導する。

ケース 6：G さん（49歳、男性）

医師の G さんは、ADHD かどうかを判断するため、自らアセスメントを受けに来院した。

背景情報

G さんは49歳の白人男性。息子が2人いる（24歳と16歳）。有名な医科大学で医師となり、現在は病院勤務医として働いている。以前は家庭医や救命救急医をしており、1970年代初めに作家として小説を出版したこともある。二度結婚したが、いずれも離婚した（二度目の離婚は1993年）。同僚らが G さんに ADHD の長期的な症状があることに気づいたことから、障害を自覚するようになった。ADHD を疑うようになった理由は、不注意、気が散りやすい、計画性がない、整理力がないといった慢性的な問題があったためである。このうち計画性と整理力の問題が特に気になっており、自分は非常にだらしなく、先延ばしの傾向があり、私生活でも仕事上でもきちんと計画を立てられないことが障害になっているという。

病歴

身体的虐待、性的虐待、その他の精神的外傷の履歴は報告されていない。ただし、アルコール（明らかな依存症）とコカインを乱用した履歴がある。30日間の薬物乱用治療プログラムを受けたが、治療による十分な進歩が得られなかったことから、何カ月か後に二度目の30日間のプログラムを受けた。この治療により一旦は薬物使用をやめたが、コカインの使用が再発したため、再度28日間のプログラムを受けることになった。それ以降は麻薬もその他の薬物も、市販の頭痛薬を除いては一切使用していない。過去5年間は飲酒もしていない。5年前から匿名断酒会（AA）に参加しており、このアセスメント時には週に2、3回定期的にミーティングに出席していた。

学校歴

G さんは若い頃こそ過活動や衝動性ははなはだしくなかったが、子どもの頃は不注意、気が散りやすい、整理ができない、並んで順番を待てない、席に座ってられない、雑事や宿題その他の作業を終えられないといった問題があった記憶がある。知能は平均をはるかに上回っていた証拠があるが、学齢期初期は、宿題の大半を終えられな

い、あるいは提出しない、授業中に気が散ってばかりいる、勉強にほとんどやる気を示さないといった問題がありながら、能力の高さのおかげで平均前後の成績がとれていた。高校に入るといづらか成績は上がったが、宿題を終えられない、レポートや課題の提出が遅れるといった問題は依然としてあった。大学の1年目は、先延ばし、学習習慣の乏しさ、以前から続く注意力や整理力の問題のせいでまったくうまくいかず、成績評価はほとんどが「F」だったため、中退を決めた。

しかし、その後、心理士と関わったことが大きく影響し、はるかに高いレベルの構造化を生活に取り入れるようになった（厳密に決めたスケジュールを守る、リストやメモを多用するなど）。こうした変化のおかげで、入学し直したコロラドの大学では大幅に成績が上がった。このレベルの努力と構造化を持続するのは難しく、さらに不注意や作業遂行力の問題が続いていたのに加え、学業以外のより魅力的な関心事に注意が向くようになったことから、医科大学では順調には行かなかった。自分にはトップレベルでやっていける能力があると思っていたにもかかわらず、卒業時の成績はクラスで低いほうから3分の1以内だった。上記のような問題が学業上の要求を満たす能力に悪影響を及ぼし、医師にはなったものの、能力に見合うレベルの成績に達しなかった要因になったと思われる。

症状

ADHDの主要症状と随伴症状を共に扱う半構造化面接をGさんに実施した。その回答から、多数の不注意型のADHD症状と、少数ながら多動性-衝動性型の症状がみられることがわかった。具体的には、各種の作業や活動（講義、指導、会話、テレビ、事務作業）で注意力が持続しない、あきっぽい・気が散りやすい、活動を終えないまま別の活動に次々と移る、他人の話を聞いていないようにみえる、短期の作業（論文を読む、手紙を書く、日常の雑事など）も長期的な計画（スペイン語の勉強など）も最後まで終えられないといった問題がある。また、細かいことに注意を払わ

ない、不注意によるミスを防げない、物を見つけれられないといった問題もあり、職場でも私生活でも整理力のなさや先延ばし、忘れっぽさを経験している。

本人によれば、注意力の問題が特に著しいのは、本質的に関心を引かれない活動や、差し迫った締め切りに追われない仕事をしているときである。多動性-衝動性型の症状には、長い間じっと座ってられない、自分の順番を待てない、ペースが速く危険性のある活動を好む、スピード違反の切符を切られることが多い、衝動的に物を言う傾向がややある（人の話をさえぎる、事前に十分考えずに答えや意見をうっかり言うなど）などがある。

職場では十分に作業を遂行でき、同僚や患者から尊敬されてもいるが、職業上の遂行能力は注意力の問題や整理力のなさによる悪影響を受けているという。特に忘れっぽい（処方箋を書くのを忘れるなど）、事務作業や必要な資料を読むのが苦手といった問題がある。苦痛と機能低下の証拠が最も顕著なのはおそらく私生活の分野で、金銭管理がいつもうまくできない、安定した恋愛関係を築けない、潜在能力を最大限に発揮できないことに対する罪悪感、整理力のなさや忘れっぽさを補ってもらおうと人に依存しすぎることなどが、対人関係のストレスの原因になっている。

CAARSの結果

心理士と対面の問診を行う直前に、Gさんに自己記入式（通常版：CAARS-S:L）を実施した。図3.10（次ページ）は、この自己記入式用紙のプロフィール用紙である。矛盾指標によれば回答は妥当である（矛盾指標の合計は2点）。

臨床所見

CAARSの結果は、Gさんが「ADHD、不注意優勢型」の（現行の）診断基準を満たすことを示している。Gさんがあると回答した不注意症状の数（9項目のうち8つ）、持続期間、重症度は、DSM-IVによる「ADHD、不注意優勢型」の基準を満たしている。「ADHD、混合型」の基準と

なる数には満たないものの、多動性-衝動性の面でもいくつかの問題を示している。

治療指針

Gさんには、ADHDの主要症状と随伴症状の治療における有効性が確立されている薬剤を試してみることが有効と思われる。成人に対して注意持続時間や作業達成度、自己管理を向上させると同時に、衝動性、気の散りやすさ、落ち着きのなさを低減する効果のある中枢刺激薬の使用を検討すべきである。ADHDの子どものサンプル群における中枢刺激薬の有効性についての研究では、約70~80%以上の子どもに効果が認められると示唆されている。ADHDの成人に対する中枢刺激薬の効果については、まだそれほど研究が行われていないが、近年実施されたいくつかのプラセボ対照試験では、おおむね好ましい効果が示唆されている。Gさんのように薬物乱用の履歴がある人の場合、薬物療法に関しては判断が難しいところがある。こうした患者に対する中枢刺激薬の処方では、薬物乱用のリスクを伴う。経口投与の中枢刺激薬では通常服用量の範囲内であれば高揚感は生じないが、静脈注射または鼻からの吸引で大量に摂取した場合は生じることがある。しかし、ことに薬物乱用を克服ずみと思われる場合は、機能低下を伴うADHDの患者に対し、有効と考えられる治療を差し控えるのも望ましくない。

臨床フォローアップ

Gさんには、ADHDの一般的な薬物療法によ

る治療を行った。治療を開始した週の初めに自己記入式（スクリーニング版：CAARS-S:SV⁶）を実施したところ、実質的なADHD症状を呈しているという臨床所見と一致し、すべての尺度のT得点が70を上回った。薬物治療の開始から2カ月（8週間）後に再度自己記入式（スクリーニング版）を実施した。このときは、薬物治療の効果が認められるという臨床所見と一致し、すべてのT得点が70未満であった。図3.11は、Gさんの治療前に行った1回目の自己記入式（スクリーニング版）の結果と、薬物治療を8週間行った後の2回目の結果を共に記入したプロフィール用紙である。プロフィール用紙をこのように使えば、継時的な得点の変化を視覚的な形で記録することができる。

まとめ

CAARSを使用する可能性のある方は、アセスメントと診断報告を行うにはCAARSのような評価手段とその他のデータにもとづいて、結論の根拠を詳細に示す必要があることに留意していただきたい。ここにあげたケーススタディに書かれている詳細さのレベルは、一般的にあってアセスメントや診断報告には不十分である。CAARSの真の有用性は、ADHDの成人に対する診断と治療に役立つ知見を提供できる機能にある。ここでは、様々な状況や文脈におけるCAARSの使い方を例示し、実践の場でのCAARSの使い方を明確にするために、多様なケースを提示した。

6 日本語版は未公開。

第4章

成人 ADHD の評価と CAARS の開発

注意欠如・多動性障害 (ADHD) は長らく、思春期が終わるとおおむね治まる症状と考えられていた。しかし、1980年代から90年代初期にかけて実施された一連の縦断的研究の結果、ADHD は慢性的なものである場合が非常に多いことが明らかになった (Klein & Mannuzza, 1991; Weiss & Hechtman, 1993 を参照)。子どもの頃に ADHD と診断された人の大半は青年期に入っても症状が続き、成人になっても続く場合も多い。最近の報告によれば、ADHD と診断された子どもの50~65%には、成人期に達した時点でも症状がみられる (Barkley, 1995)。こうした成人には、ADHD 症状が続くのに加えて、教育や職業における達成度が低く、不安定就労や薬物乱用、反社会的行動のリスクが高くなることがわかっている (Barkley, Murphy, & Kwasnik, 1996; Mannuzza, Klein, Bessler, Malloy, & LaPadula, 1993; Weiss & Hechtman, 1993)。

以上のような研究結果を受け、成人の注意欠如・多動性障害の現象学、アセスメント、診断および治療への関心が近年劇的に高まっている。しかし、看過してはならないのは、成人 ADHD にかかわる臨床活動のペースに、アセスメント、診断、治療のための実証的に検証された手法の開発が追いついていないことである。成人 ADHD の現象学についての知識は、いまだにきわめて未熟な状態にある。この障害に関する現在の知見の多くは、蓄積された症例の臨床所見や逸話的報告から形成されたものであり (Hallowell & Ratey, 1994)、信頼性と妥当性の確認された実証にもとづく評価手段 (構造化面接、標準化された評価尺度など) が欠けているのである。

研究の進展を妨げている大きな要因の1つは、成人 ADHD の妥当な診断基準についての総意がまだまとまっていないことである。DSM-IV

(APA, 1994) に示された ADHD の一連の基準は医師や研究者の間で広く採用されてはいるものの、いくつかの重要な制約を伴う。この診断基準は、4~16歳の子どもおよび青年を対象とした実地検査をもとに作成されている。したがって、次のような理由から、DSM-IV の基準を ADHD の成人に適用することには問題があると考えられる。

- ADHD 症状の現象学上および機能上の影響には、年齢に伴う変化がある (March, Wells, Conners, 1995; Weiss & Hechtman, 1993 を参照)。DSM-IV の項目は、成人の中核症状 (自己管理、計画性、時間管理など) が十分にサンプリングされていないため、内容的妥当性に欠けるおそれがある。
- DSM-IV 項目の文言は、成人には不適切なおそれがある。
- ADHD を3つのサブタイプ (不注意優勢型、多動性-衝動性優勢型、混合型) に分類することが妥当であるかどうかは、成人に関してはわかっていない。

成人 ADHD の診断基準として DSM-IV の代わりに広く用いられているのは、ユタ診断基準である (Wender, 1995; Wender, Reimherr, & Wood, 1981)。この基準は、成人 ADHD に関する研究を促進させ、成人期におけるこの障害の現れ方の解明を促す刺激になったという意味での価値はあるものの、やはり次のようないくつかの制約があることから批判されてきた (Conners, Wells, Parker, Sitarenios, & Diamond, 1997 を参照)。

- 実証的な検証が欠けている。
- 旧式 (DSM-III) の ADHD 基準に関連づけ