

PREVENTION No.276

平成27年9月17日開催

「おとなの ADHD とアディクション」

新泉こころのクリニック 朝倉 新

1. ADHD を含めた発達障害について

発達障害とは、「先天的な中枢神経の機能障害」と定義され、アメリカ精神医学会の診断基準である DSM-5 では、「神経発達障害」と言われ、そのカテゴリーに ADHD も含まれることとなった。発達障害の症状は、他の精神疾患と異なり、状況によっては本人の長所や持ち味として、認識されることもあるため、「症状」というよりはむしろ「特性」と考えたほうが良い場合もある。我々が発達障害を持つ人たちに対応するとき、彼らの特性を無理に変えたり抑えたりすることではなく、いかにその特性に合わせた形で環境や対応を変えていくかが重要であると考え。

よって、診断についても流動的になる場合が多い。発達特性を持つ人の生活する時代や文化により、ある状況では診断され、別の状況では診断されないということが起こりえる。また、精神的ストレスが高まったときに、その人の生来的に持っている発達障害特性が顕在化し、急激に不適応状態に陥ることがある。同時に、発達障害以外の精神疾患を発症する、いわゆる「2次障害」を呈することもある。

現在「神経発達障害」の主な下位診断として、自閉スペクトラム症（Autism Spectrum Disorder : ASD）と、注意欠如多動症（Attention Deficit Hyperactivity Disorder:以下 ADHD とする）がある。

ASD は、「社会的コミュニケーションおよび相互関係における持続的障害」と「限定された反復する様式の行動、興味、活動」が、「発達早期の段階で必ず出現するが後になって明らかになるものもある」ものである（DSM-5）。

ADHD は、「多動」と「不注意」と「衝動性」の症状が12歳までに出現しているものである。1970年代までは、微細脳機能障害（Multiple Brain Dysfunction）と呼ばれていた。

いずれの障害も、「その症状が社会や職業その他の重要な機能に重大な障害を引き起こしている」という条件がつく（DSM-5）。今回は、この2つの発達障害のうち、ADHD を取り上げ、アディクションとの関連を述べる。

2. ADHD とアディクション

ADHD とアディクションの併存は、比較的高頻度に認められ、最近のメタ解析では ADHD と物質使用障害の併存率は 23.1% として報告がある。とくに ADHD と病的賭博の関連を述べた文献が目立つ。日本においては、今世紀に入ってから臨床研究が散見されるようになった。さらに近年、アディクション関連の書籍において ADHD をはじめとする発達障害を併存するケースへの対応を記載するものが出てきており、ADHD とアディクションの併存例の診断治療についての注目度は高まっている。

さて、日常臨床において、ADHD とアディクションの重複症例に出会った場合、どのようにかかわっていけばよいのか。これは私見となるが、ADHD を特性あるいは病前性格に近いものと位置づけ、その特性に合致した、柔軟性をもった対応をするのが良いと考える。今までの依存症治療はどうしてもパターンリズムに陥りがちで、既存の治療プログラムに合わない患者はドロップアウトせざるを得なかったところがある。発達特性を鑑みた柔軟性のあるプログラムを組み立てていくことが重要であると考えます。

3. 当クリニックにおける診断・治療の流れ

当クリニックにおいて ADHD を含む発達障害とアディクションの重複が疑われる患者を、どのように診断治療をしているのか、具体的に述べる。

初診予約の電話があると、初診患者の名前・住所を確認して、文書で初診の日時、場所、持参すべきものを表記した通知を郵送している。ADHD 特性がある場合、初診にまつわる情報を忘れてしまうことが多いため、前もってこのようなサポートをすることで、患者を確実に来院していただくことに多少なりとも役立っている。

診察場面では、あらかじめ記入していただいた問診票をもとに生育歴・現病歴を聴取する。その際、母子手帳や連絡帳や通知表を持参していただく。アディクションが疑われる人の中には、家族と疎遠になっていたり、両親からの虐待の既往があるケースが少なくないため、正確な生育歴が聴取できにくい場合がある。また、家族自体が発達特性を持っていると、得られる情報が偏ったものになりやすいことも注意が必要である。

さらに、Wechsler Adult Intelligence Scale（以下 WAIS とする）、描画テスト、PF スタディなどの心理検査と、Wender Utah Rating Scale、Conners' Adult ADHD Rating Scale、ADHD Rating Scale-IV などの評価尺度を使って、最終診断を DSM-5 で行う。

ADHD の含む発達障害の診断に関しては、煩雑で時間がかかることが難点であり、上にあげたものすべてを通常の医療機関の外来で行うには、人的時間的制約があり現実的ではない。その場合は、最低限、わかる範囲での生育歴の聴取と、評価スケール一つ、できれば、WAIS を施行することが望ましいだろう。

一方アディクション診断に関しては、その病歴、アディクションの家族歴、被虐待の既往を聴取する。久里浜式アルコール依存症スクリーニングテスト (KAST) を使用する場合がある。

診断に際しての留意点として、一般に幼少時期に虐待を受けた場合、「脱抑制社会関係障害」の診断がつくこともあり、臨床症状のみ評価すると ADHD との鑑別が困難なことがある

使用物質が中枢神経系に与える影響も考慮に入れるべきである。一見 ADHD の特性に見える行動が、中枢神経系が使用物質にさらされた結果である場合もある。

診断確定後は、患者ならびに家族や施設のスタッフに、集計した検査結果を書面にまとめて渡し診断内容を説明する。患者の特性を伝えたくて、苦手分野得意分野を整理して伝える。さらに今後当診療所のできる支援内容を伝える。具体的には医師による生活指導、ADHD 特性に関する教育などをおこなう短時間のカウンセリング、精神障害者保健福祉手帳、精神障害年金などの援助システムの説明と診断書作成、発達障害支援センターや障害者職業センターなどの施設の情報提供を行う。またアディクションの施設や自助グループに繋がっていない

い場合は、それらに関する情報提供も行う。またケースによっては発達障害の自助グループを勧めることもある。

薬物治療に関しては、主に ADHD 症候そのものよりむしろアディクションの周辺症状である気分の変動や不安焦燥感、不眠などをターゲットとする場合が多い。ADHD 症候に対する治療薬については、本邦では methylphenidate と atomoxetine が適応になっている。米国ではアディクションを併存する ADHD に対してこれらの薬物の使用でアディクションを含めた症状に一定の効果を示す報告がある。しかし、ADHD 特性に対する薬物療法導入に関しては、診断を確実に行ったうえで慎重に検討をすることが望ましい。個人的には、ADHD とアディクションの重複例で methylphenidate を使用した経験はない。

4. 当クリニックの外来患者統計

対象は 2008 年 5 月 12 日から 2012 年 9 月 29 日までに当院に受診した 20 歳以上の ADHD とアディクションの併存例 22 名(男性 20 名、女性 2 名)である。初診時年齢は 21 歳から 65 歳で平均 35.5 歳であった。年齢分布としては、20 歳代、30 歳代が全体の 80%以上を占める。依存対象をまとめると病的賭博のリハビリ施設と提携しているため、依存対象がギャンブルであるケースが多い。また 7 例に双極性障害、大うつ病、不安障害の 3 つ目の併存障害の診断がなされた。施設からの紹介以外はすべて ADHD 診断を目的として来院し、後の診察過程でアディクションの問題が明確になった。

5. ADHD とアディクションの重複例への対応について

ADHD 特性に沿った対応をすることが望ましいだろう。集団生活である場合は、他の集団構成員には、当人の持つ特性の説明が必要になる。

具体的な対応としては、注意の持続時間が短く、注意が容易に転動しやすいため、以下の工夫をする。重要な指示や相談は、刺激の少ない静かな場所で要点だけを短いフレーズで伝える。ミーティングでは、あらかじめ本人の発言のタイミングを予告する、メモの使用を許可するなどの対応方法をとる。日常生活では、整理しやすいように物に目印をつける、持ち物を多くしない、一度に複数の指示は控えるようにする。

また、雑多な刺激があるところに長時間いると疲労感が高くなり、さらに集中困難になる場合があるため、定期的に静かな場所で、休憩を入れることも必要であろう。

6. おわりに

ADHD は、操作的診断基準が定義した症候群にすぎない。むしろ一種の発達特性と考え、アディクションの治療方針決定の参考情報として位置づけたほうが妥当である場合もある。アディクションの治療が通り一遍のものでなく、深みを持った一人一人に合致した内容になるため、そのひとの ADHD 特性の理解が治療に生かされるとよい。