

成人期の ADHD 患者に対する補償方略の獲得をターゲットとした

心理療法の検討

Effects of psycho-social treatment for adult ADHD

focus on acquiring compensatory strategies

平成 25 年度

北海道医療大学大学院心理科学研究科

臨床心理学専攻

金 澤 潤 一 郎

目 次

第 1 章 成人期の注意欠如・多動性障害に関する研究動向

第 1 節 成人期の注意欠如・多動性障害の概要	1
第 1 項 成人期の注意欠如・多動性障害の概念と診断	1
第 2 項 成人期の ADHD の有病率	4
第 3 項 ADHD の児童期からの経過および成人期の ADHD 患者の病態	6
第 4 項 ADHD の遺伝的・生物学的要因	7
第 5 項 成人期の ADHD の併存症	9
第 6 項 成人期の ADHD のアセスメント	11
第 2 節 成人期の ADHD と機能障害	14
第 3 節 成人期の ADHD に対する治療	16
第 1 項 成人期の ADHD に対する治療や支援の目標	16
第 2 項 成人期の ADHD に対する薬物療法	16
第 3 項 成人期の ADHD に対する心理社会的治療	18
1. 心理教育	18
2. 認知行動的技法	19
3. コーチング	20
第 4 項 成人期の ADHD における心理社会的治療の治療効果研究	20
第 4 節 わが国の成人期の ADHD への心理社会的研究の現状	25

第 2 章 これまでの研究の問題点と本研究の目的, 意義

第 1 節 これまでの研究の問題の整理と本研究の目的	27
第 2 節 補償方略の定義	28
第 3 節 本論文の構成	28
第 4 節 本論文の意義	30

第 3 章 Adult Attention Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms Scale (AASS) の開発 (研究 1)

第 1 節 問題と目的	32
第 2 節 方 法	33
第 3 節 結 果	36
第 4 節 考 察	39

第 4 章 成人期の ADHD 患者が行う補償方略の測定法の開発（研究 2）	
第 1 節 問題と目的	44
第 1 項 予備調査 ADHD 症状への対処として機能する補償方略定	44
第 2 節 本調査の目的	51
第 3 節 方 法	51
第 4 節 結 果	54
第 5 節 考 察	58
第 5 章 成人期の ADHD 患者の補償方略と気分状態が機能障害に及ぼす影響（研究 3）	
第 1 節 問題と目的	61
第 2 節 方 法	62
第 3 節 結 果	66
第 4 節 考 察	72
第 6 章 成人期の ADHD 患者に対する補償方略に特化した認知行動療法の効果（研究 4）	
第 1 節 問題と目的	75
第 2 節 方 法	75
第 3 節 結 果	80
第 4 節 考 察	83
第 7 章 総合考察	
第 1 節 本論文結果のまとめ	86
第 2 節 成人期の ADHD に対する認知行動療法プログラムを実施する際の提言	88
第 3 節 本論文の限界と今後の課題	90
第 1 項 成人に対しての ADHD 診断に関する問題	90
第 2 項 治療プログラムと臨床的効果の一般性	90
第 3 項 心理社会的治療の長期的な効果維持	91
第 4 項 他の治療法との効果比較や併用による効果	91
引用文献	93

第1章 成人期の注意欠如・多動性障害に関する研究動向と課題

第1節 成人期の注意欠如・多動性障害の概要

第1項 成人期の注意欠如・多動性障害の概念と診断

注意欠如・多動性障害（Attention Deficit/Hyperactivity Disorder：ADHD）は、不注意、多動性、衝動性を主症状とする発達障害であり、児童思春期に最も頻繁に認められる精神科領域における疾患である（Goldman, Genel, Bezman, & Slanetz, 1998; Jensen, Kettle, Roper, Sloan, Dulcan, Hoven, Bird, Bauermeister, & Payne, 1999）。ADHDは、1960年代までは病因として脳に器質的損傷が存在するという仮説に基づいて、微細脳機能障害、あるいは微細脳損傷などの名称で記載され、児童期までに限られた障害として一般的に認知されていた（朝倉・松本, 2004）。しかし、1970年代以降の予備調査によって、青年期では70～80%、成人期になってもなお50～60%にADHD症状が維持されることが示され、青年や成人においてもADHDは学業・業績不振、対人関係・情緒的問題、自尊心の低下などさまざまな社会生活上の問題を引き起こしていることが明らかにされた（Barkley, 1998; Barkley, Fischer, Smallish, & Fletcher, 2002; Wood, Reimherr, Wender, & Johnson, 1976）。このように徐々に成人期にもADHDが維持されることが科学的に実証されてきたが、（1）成人期のADHD症状は当人の能力や努力の欠落として認識され続けている、（2）ADHDが児童期に限られた疾患であると信じられている、（3）不安や抑うつ症状などの成人期のADHDによく見られる併存症のためにADHDが見逃されてしまう、（4）医療現場における成人期のADHDに関する認識不足などの理由によって、成人期のADHDは見過ごされてしまうことが多い（Wadsworth & Harper, 2007）。このことから、Resnick（2000, 大賀・霜山監訳 2003）は成人期のADHDを「隠された疾患（The Hidden Disorder）」と呼んでいる。

成人期のADHDに関する診断基準が初めて記述されたのは、ADHDを注意欠陥障害（Attention Deficit Disorder：ADD）と定義したDSM-III（APA, 1980）である。このなかで成人のADDは「注意欠陥障害残遺型」として児童期までの障害ではなく、思春期青年期以降も持続することが示された。続くDSM-III-R（APA, 1987）では、破壊的行動障害の中で現行名称と同様のADHDと改められ、多動を伴わない注意欠陥障害は「分類不能の注意欠陥障害」とされた。さらに1994年刊行のDSM-IVで、ADDのすべてのタイプはADHD（注意欠陥/多動性障害）に一元化され、多動のないADDは「注意欠陥/多動性障害・不注意優勢型」として位置づけられた。これによってDSM-III（APA, 1980）までは成人期のADHDはあくまで児童期のADHDの残遺型であったが、DSM-IV（APA, 1994）では、児童期のADHDと同様に「不注意優勢型」、「多動性-衝動性優勢型」、不注意と多動-衝動性の両方の

第1章の一部は、精神科治療学 第28巻301頁～306頁において公表されている。

症状を満たす「混合型」という診断カテゴリーが全ての年齢に適応可能となり、ADHDが児童期に特有な発達障害ではなく、思春期、成人期までを含むことが一般的な概念として提唱された (Doyle, 2004)。

医療機関が対応する成人期の ADHD は大きく 2 つに分けられる (朝倉・松本, 2004)。第 1 群は、ADHD の症状とそれに伴う障害のために、幼少期から医療機関に受診し診断され追跡される群であり、第 2 群は、幼少期から ADHD の症状とそれによる障害はあるものの、児童期・思春期までは顕著な社会的機能不全が起こらず、青年期・成人期と成長するに伴い社会的活動が複雑になることで明らかな社会的機能不全が生じた結果、成人期に初めて受診し診断を受ける群である。Roy-Byrne, Scheele, Brinkley, Ward, Wiatrak, Russo, Townes, & Varley (1997) は、ADHD の評価を求めて受診した 143 名の成人のうち 46 名 (32%) が診断基準に合致し、46 名 (32%) が診断基準に合致せず、さらに 51 名 (36%) が児童期の情報が得られないか、あるいは現在重症の精神障害や物質依存障害を並存しているために診断することができなかつたと報告している。また成人期の ADHD 患者のうち、児童期に診断を受けた者はわずか 25% であるという報告 (Faraone, Spencer, Montano, & Biederman, 2004) もなされていることから、成人期に初めて受診する群にも ADHD と診断される者が一定数認められることが明らかとなっている。この点について、自らを ADHD と疑うことを主訴として受診する成人症例を対象としたわが国の研究 (朝倉・松本・尾中・小石・中村・木村・山崎, 2003) においても、47 例中 19 例 (40.4%) が ADHD と診断されたことが報告されている。このことから、欧米での報告と同様にわが国においても、成人期になって初めて受診する群にも ADHD と診断されることが多いと推察できる。

一方で、朝倉他 (2003) では 3 例 (6.4%) が児童期 (7 歳未満) の情報が得られずに診断保留となっており、成人では DSM-IV-TR (APA, 2000 : Table 1-1) の診断基準 B に明記されている 7 歳以前の ADHD 症状の存在を評価することが困難であることが問題となっている。この点について、ADHD は児童期に限らない持続性の行動障害とみなされてきているため (Barkley, 1998; Barkley et al., 2002), 児童期の ADHD 症状の存在の確認を 7 歳未満という限定にこだわる必要はないとする研究もある (例えば、松本・上篠・山口・岡田・吉川, 2004 ; Willoughby, Curran, Costello, & Angold, 2000)。この点について、Faraone, Biederman, Spencer, Mick, Murray, Petty, Adamson, & Monuteaux (2006) は、成人期の ADHD 患者を対象に DSM-IV (APA, 1994) の基準に合致した 7 歳以前に ADHD 症状が見られた群と、8 歳以上に ADHD 症状が見られた群を比較したところ、両群の機能障害 (学業状態, 触法行為, 交通事故など) に有意差が見いだせないことを示し、結論として 7 歳以前に症状が顕在化することは稀であり、児童期の ADHD 症状を確認する際には 12 歳までの ADHD 主症状を評価することが成人にはもっとも妥当としている。これらの知見から、DSM-5 (APA, 2013) では成人後に ADHD の診断を求める者に対しては、現在の ADHD 症状だけでなく、児童期の ADHD 症状を評価する際には、12 歳以前の ADHD 症状を確認する必要があるとされている。

Table 1-1 DSM-IV-TR (APA, 2000) による注意欠陥/多動性障害の診断基準

- A. (1)か(2)のどちらか:
 (1)以下の**不注意**の症状のうち6つ(またはそれ以上)が少なくとも6ヶ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:
<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、または不注意な間違いをする。
 (b) 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。
 (c) 直接話しかけられたときにしばしば聞いていないように見える。
 (d) しばしば指示に従えず、学業、用事、または職場での義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) 課題や活動に必要なもの(例:おもちゃ、学校の宿題、鉛筆、本、または道具)をしばしばなくしてしまう。
 (h) しばしば外からの刺激によってすぐ気が散ってしまう。
 (i) しばしば日々の活動で忘れっぽい。
- (2)以下の**多動性・衝動性**の症状のうち6つ(またはそれ以上)が少なくとも6ヶ月間持続したことがあり、その程度は不適応的で、発達水準に相応しない:
<多動性>
 (a) しばしば手足をそれわ動かす、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ったりする(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“じっとしてはいない”、またはまるで“エンジンで動かされるように”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に答え始めてしまう。
 (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:会話やゲームに干渉する)。
- B. 多動性・衝動性または不注意の症状のいくつかが7歳以前に存在し、障害を引き起こしている。
 C. これらの症状による障害が2つ以上の状況[例:学校(または職場)と家庭]において存在する。
 D. 社会的、学業的、または職業的機能において、臨床上に著しい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ぬ。
 E. その症状は広汎性発達障害、統合失調症、または他の精神病性障害の経過中にのみ起こるものではなく、他の精神疾患(例:気分障害、不安障害、解離性障害、またはパーソナリティ障害)ではうまく説明されない。
- ▶**病型に基づいてコード番号をつけよ**
 314.01 **注意欠陥/多動性障害、混合型**:過去6ヶ月間A1とA2の基準を満たしている場合
 314.00 **注意欠陥/多動性障害、不注意優勢型**:過去6ヶ月、基準A1を満たすがA2を満たさない場合
 314.01 **注意欠陥/多動性障害、多動性・衝動性優勢型**:過去6ヶ月間A2を満たすがA1を満たさない場合
- コード番号をつけるうえでの注意**
 (特に青年および成人で)現在、基準を完全に満たさない症状をもつ者には“部分寛解”と特定しておくべきである。
- 314.9 特定不能の注意欠陥/多動性障害**
 このカテゴリーは、不注意または多動性・衝動性の症状が優勢であるが注意欠陥/多動性障害の基準を満たさないような障害のためのものである。
 例として次のものがある。
1. その症状や機能障害は「注意欠陥/多動性障害、不注意優勢型」の基準を満たすが、発症年齢が7歳以降である者
 2. 不注意を伴い、臨床上に著大な機能障害があるが、その症状型には、この疾患の基準を完全には満たさず、しかし、鈍重さ、白屋夢、活動性低下の著しい行動様式をもつ者

DSM-IV-TR (APA, 2000) によると, ADHD は不注意の診断基準のみを満たす「不注意優勢型」, 多動性-衝動性の診断基準のみを満たす「多動性-衝動性優勢型」, その両者の診断基準を満たす「混合型」のサブタイプがあり, サブタイプによって症状が異なる。また, 「特に青年および成人で現在, 基準を完全に満たさない症状をもつ者には“部分寛解”と特定しておくべき」とされており (APA, 2000), 成人では ADHD の診断基準に満たさずとも社会生活に障害を受けていることが問題となっている。DSM-IV-TR (APA, 2000) では DSM-IV (APA, 1994) と同様に, 児童期だけではなく成人を含めた全年齢が ADHD として適用されているが, 児童用の ADHD の診断基準を成人にも使用している。そのために診断基準の項目内容が, 「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」というように成人に適當ではないこと, また多動性-衝動性は成長とともに減少し, 不注意の症状が主に成人期まで残遺するといわれているにも関わらず (例えば Biederman, 2004; Cantwell, 1985), 成人の ADHD のための独立した診断基準はなく, 児童期と同様の診断基準では成人の ADHD に適當ではない可能性があるなどの問題があるため, 成人の ADHD の診断には注意が必要である (Murphy & Adler, 2004 : Table 1-2)。

成人期の ADHD の診断のためには, 構造化面接, 自己評価・他者評価による質問紙, 神経心理学的検査などが用いられる。しかし, 構造化面接は児童用 ADHD の構造化面接を成人に適用しているもの (例えば, Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children; Orvaschel, 1985), もしくは成人用だが DSM-IV (1994) の診断基準に準拠しておらず, 施行にも 60 分以上と長時間を費やしてしまうもののみが存在する (Conners' Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV; Epstein, Johnson, & Conners, 2001)。成人期の ADHD の神経心理学的検査についてのメタ分析によると (Schoechlin & Engel, 2005), 成人期の ADHD 患者は健常群と比較して複雑な注意と言語性記憶では障害が認められるが, 全般的には実行機能の障害は認められない。したがって, 成人の ADHD を診断するためには, 医師による構造化面接, 自己評価・他者評価による質問紙, 神経心理学的検査などを組み合わせる必要がある。

第2項 成人期の ADHD の有病率

米国の National Comorbidity Survey Replication によると, 成人期の ADHD の有病率は 4.4%とされている (Kessler, Adler, Barkley, Biederman, Conners, Delmer, Faraone, Greenhill, Howes, Secnik, Spencer, Ustun, Walters, & Zaslavsky, 2006)。またアメリカ大陸, ヨーロッパ諸国, 中近東諸国の約 1 万人のデータを用いて世界保健機構が行った研究 (Fayyad, de Graaf, Kessler, Alonso, Angermeyer, Demyttenaere, de Girolamo, Haro, Karam, Lara, Lépine, Ormel, Posada-Villa, Zaslavsky, & Jin, 2007) では, 成人期の ADHD の有病率は 3.4% (範囲 1.2-7.3%) とされている。これらの数字は, 1978 年から 2005 年までの世界中の研究を総括した 18 歳以下の ADHD 研究の有病率が 5.29% (Polanczyk, de Lima, Horta, Biederman, & Rohde, 2007)

Table 1-2 成人ADHDを特定するために重要な質問

1. 主症状(不注意, 多動, 衝動性)が現在存在するか?
 2. ADHD症状が学校, 職場, 社会生活を障害し, 日々の生活に影響を与えているか?
 3. 児童期から継続して多場面においてADHD症状がみられるか?
そうでなければ, 成長するまで症状がみられなかった, もしくは症状が行き来する
もっともな理由があるか?
 4. 症状が環境要因や状況要因や個人の怠慢によって引き起こされていないか?
 5. 症状が精神疾患や身体疾患でより説明できるか?
 6. 他の精神疾患の診断とADHD症状が共存していないか?
-

(Murphy & Adler, 2004)

であり、その 40～60%程度が成人期にまで症状が持続する (Barkley, 1998; Barkley et al., 2002) ことを踏まえると、妥当であると考えられる。また Fayyad et al. (2007) によると、成人期の ADHD は高所得諸国では有病率が高く推定されており、一方で低所得諸国では低く推定されることが示されている。

性差については、児童期の ADHD では男女比が 10:1 と男児に極端に多いが、成人では 2:1 とする報告 (Wilens, Biederman, & Spencer, 2002) や 1.5:1 とする報告 (Fayyad et al., 2007) があり、成人期には児童期ほどの男女比の相違は見られない。これは女兒に破壊的な行動を行う者や学習障害を併存する者が男児と比較して少ないことが原因として挙げられており (Biederman, Faraone, Monuteaux, Bober, & Cadogen, 2004), その結果、女兒は ADHD を見逃されている可能性が高くなってしまう。そこで成人期で初めて ADHD の診断を受ける者については、成人するまでに診断されていないこと (ADHD 症状が何らかの理由によって顕在化してこなかったこと) を考慮しながら診断を行うこと、また成人するまで ADHD が見過ごされていることによって成育歴や教育歴などで困難を示してきた者に対する効果的な治療法も考慮する必要がある (Wilens, Biederman, & Spencer, 2002) と指摘されている。

サブタイプに関しては、DSM-IV (APA,1994) による不注意優勢型、多動-衝動性優勢型、混合型という ADHD のサブタイプによって男女間の比率に相違がないことが検証されている (Biederman, Faraone, Spencer, Wilens, Mick, & Lapey, 1994)。さらに同様の結果が追試によっても確認されており (Biederman et al., 2004), ADHD の男女比としては児童期と比較すると成人期では男女比が接近するもののやや男性が多いことは上述のとおりであるが、症状の現れ方には性別による相違はみられない。さらに成人期の ADHD では男女ともに不注意と多動-衝動性の両方が症状として現れる混合型が最も多く (53.5%), 続いて不注意優勢型と続き (40%), 多動-衝動性優勢型が最も少ない (6.5%) ことが示されてきた (Grevet, Bau, Salgado, Fischer, Kalil, Victor, Garcia, Sousa, Rohde, & Belmonte-de-Abreu, 2006)。これらの結果から、成人期の ADHD 患者の大半は混合型と不注意優勢型であることが報告されている。

第3項 ADHD の児童期からの経過および成人期の ADHD 患者の病態

Biederman (2004) は ADHD と診断された児童の約 40%は成人期にも ADHD 症状が診断基準を満たし、約 60%については診断基準を満たさずとも ADHD 症状が部分的に残遺することを報告している。さらに、ADHD 症状の残遺に限らず、児童期に ADHD と診断された者の約 90%が成人しても全体的な機能を障害されていることから、Barkley (2002) は「ADHD 児は成長に伴い DSM の診断基準からは脱却するが、これは彼らが ADHD そのものから脱却するということは示さない」と指摘している。

児童期から青年期、成人期にかけての ADHD 症状の変遷としては、多動は約 50%, 衝動性は約 40%程度が年齢とともに減少するが、不注意は約 20%程度しか減少せず (Wilens,

Biederman, & Spencer, 2002), ADHD の 3 つの症状の中でも不注意が特に成人期まで持続しやすいことが一般的に指摘されている (Biederman, Mick, & Faraone, 2000)。したがって、児童期の ADHD では不注意優勢型は 3% から 5% 程度と推定されるが、成人期の ADHD では大部分が不注意優勢型もしくは混合型であるとの報告がある (Erk, 2000)。

成人期に ADHD 症状によって引き起こされる随伴症状としては、先延ばしや不満耐性の弱さ、激しい気分変動、動機の低さなどが挙げられる (Weiss & Weiss, 2004 : Table 1-3)。不注意、衝動性・多動性という ADHD 主症状とこれらの 2 次症状によって成人期の ADHD 患者は日常生活にさまざまな支障をきたす。成人期の ADHD 患者が引き起こしやすい日常生活における一般的な問題としては、スケジュール管理のミス、部屋や仕事場の片付けの困難、約束を忘れる、遅刻、怒りの爆発、婚姻関係の問題、子育てにおける困難、請求書や税金の支払い、財務管理などが挙げられる (Gibbins & Weiss, 2007)。また、成人期に特徴的な日常生活上の問題として、欧米では自動車の運転に関する研究がいくつか行われている (例えば、Barkley, Guevremont, Anastopoulos, DuPaul, & Shelton, 1993; Woodward, Fergusson, & Horwood, 2000)。成人期の ADHD 患者は、健常群と比較して高速道路での事故、追突事故などが有意に多く、交通事故の総数のみならず、重大な事故を引き起こす可能性が健常群よりも高いことが示されている (Fried, Petty, Surman, Reimer, Aleardi, Martin, Coughlin, & Biederman, 2006)。

その他の成人期の ADHD 患者の病態としては、ADHD 患者は初めて性交渉をもつことが健常者よりも早く、交際が長く続かないために交際相手も多い。また、彼らは非避妊率が高いために未成年の妊娠や性感染の可能性が高いことも示されている (Barkley, 2002)。さらに Biederman, Faraone, Spencer, Mick, Monuteaux, & Aleardi (2006) は、成人期の ADHD 患者群は性別と年齢を一致させた健常群と比較して、高校と大学を卒業する者が少ないこと、就労している者が少ないこと、逮捕歴・離婚歴が多いこと、生活に満足していないことを明らかにしている。

第 4 項 ADHD の遺伝的・生物学的要因

Barkley (1998) は、ADHD は生物学的な抑制の欠如と自己調節の困難が本態であり、不注意や多動・衝動性のような顕在化する中心症状は、個人がもつ生物学的な基盤と環境との相互作用の結果として現れると提唱している。この ADHD の生物学的基盤を Barkley (1997) は「行動抑制システム」の欠損としており、(1) 非言語的ワーキングメモリー、(2) 自己言語の内在化、(3) 感情と覚醒の自己調整、(4) 観察した行動の構成要素の再構築など、実行機能を中心とした生物学的基盤の欠損を ADHD の本態としている。また脳画像研究や神経心理学研究から、背外側前頭前野、前部帯状回背側部、大脳基底核など、注意と実行機能を仲介する認知機能の障害が ADHD 症状を引き起こしていると考えられている (Kaplan & Stevens, 2002; Seidman, Valera, & Bush, 2004)。さらに認知機能の能力の低さは、

Table 1-3 成人期のADHDの2次症状

反応過敏
危険行為に走る;弱い刺激に対する耐性のなさ
環境依存
先延ばし
強制されると実行できない
気分変動
動機の低さ
感情が爆発してしまう
社会的スキルの欠損や社会的判断の欠如
不満耐性の低さ
睡眠, 栄養, 運動, 健康の不安定さ

Weiss & Weiss (2004)

多動性や衝動性ではなく、不注意や順序立ての問題と特に関連があると考えられている (Casey, Nigg, & Durston, 2007)。

このように ADHD の生物学的要因としては、神経心理学的要因として実行機能が大きな要因となることが示されている。その一方で、成人期の ADHD 患者を対象とした実行機能に関する研究のメタ分析によると (Boonstra, Oosterlaan, Sergeant, & Buitelaar, 2005)、言語的流暢性 ($d=0.62$)、抑制 ($d=0.64$, $d=0.89$) などの実行機能には中程度かそれ以上の効果サイズが見られたが、反応の整合性 ($d=0.57$) や語彙読み課題 ($d=0.60$)、色の呼称 ($d=0.62$) など実行機能以外の領域にも同程度の効果サイズが見られたことから、成人期の ADHD の神経心理学的欠損として実行機能だけが取り上げられるべきではないという指摘もある。このように ADHD は神経心理学的な素因をもつものの、特定の神経心理学的な欠損を見出すには至っていない。

成人期の ADHD 患者に関する脳画像研究もおこなわれてきたが、ADHD に特有な脳機能の欠損も断定に至るまでには実証的研究が積み重ねられていない (Bush, Valera, & Seidman, 2005)。その理由として精神疾患や ADHD 以外の発達障害との併存が多いことや、不注意優勢型、多動-衝動性優勢型、混合型のサブタイプによる相違も考えられるため、今後このような併存症やサブタイプを考慮した生物学的研究が求められている。

ADHD に関する生物学的要因としては、遺伝的素因の研究も数多くなされている。一般人口よりも二卵性双生児の場合には ADHD の有病率が高く、一卵性双生児では有病率がさらに高まることから (Gjone, Stevenson, & Sundet, 1996; Levy, Hay, McStephne, Wood, & Waldman, 1997; Sherman, Iacono, & McGue, 1997)、ADHD には遺伝要因が強く関与していることが示唆されている。

第 5 項 成人期の ADHD の併存症

成人期の ADHD 患者は精神疾患を併存することが非常に多く、約 70%がなんらかの併存症を患っているため (Pierce, 2003)、診断や治療計画を立てる際には成人期の ADHD に高率で併存する症状の評価も必要となる。実際、Kessler et al. (2006) による疫学調査では、成人で ADHD の診断を受けている者、あるいはスクリーニング検査によって ADHD 診断レベルの ADHD 症状をもつ者は、気分障害 (38.3%)、不安障害 (47.1%)、物質使用障害 (15.2%) を高確率で併存し、ADHD をもたない者 (スクリーニング検査で陰性の者) よりもさまざまな精神科疾患を患う確率が高いことが示されている (Table 1-4)。

一方で、気分障害患者の 13.1%、不安障害患者の 9.5%、物質使用障害患者の 10.8%が ADHD のスクリーニング検査で陽性 (ADHD を併存する) となることが指摘されている。このことから、精神科では成人期の ADHD を見落としやすく、併存症としてみられる精神疾患のみの診断を受けていることも多いため、ADHD の存在を見過ごされている危険性がある (Kessler et al., 2006 : Table 1-4)。Kessler et al. (2006) の疫学調査では治療法について

Table 1-4 成人期のADHDと他のDSM-IV疾患との合併

	ADHDの有病率						ADHD以外の疾患の有病率						
	他の疾患有り			他の疾患無し			ADHD有り			ADHD無し			
	%	SE		%	SE		%	SE		%	SE		
面接前12ヶ月間における合併症													
気分障害													
大うつ病性障害	9.4	2.3	3.7	0.5	18.6	4.2	7.8	0.4	2.7	*	1.5- 4.9		
気分変調性障害	22.6	5.8	3.7	0.5	12.8	3.4	1.9	0.2	7.5	*	3.8-15.0		
双極性障害	21.2	3.9	3.5	0.5	19.4	3.8	3.1	0.3	7.4	*	4.6-12.0		
いづれかの気分障害	13.1	2.3	2.9	0.5	38.3	5.5	11.1	0.6	5.0	*	3.0- 8.2		
不安障害													
全般性不安障害	11.9	3.9	4.0	0.5	8.0	2.5	2.6	0.3	3.2	*	1.5- 6.9		
外傷後ストレス障害	13.4	3.4	3.8	0.5	11.9	3.0	3.3	0.4	3.9	*	2.1- 7.3		
パニック障害	11.1	3.0	3.9	0.5	8.9	2.5	3.1	0.3	3.0	*	1.6- 5.9		
広場恐怖	19.1	9.0	4.0	0.5	4.0	2.0	0.7	0.1	5.5	*	1.6-18.5		
特定の恐怖症	9.4	1.9	3.6	0.5	22.7	4.2	9.5	0.6	2.8	*	1.7- 4.6		
社会恐怖	14.0	2.5	3.2	0.5	29.3	4.3	7.8	0.5	4.9	*	3.1- 7.6		
強迫性障害	6.5	5.2	4.2	0.5	2.7	2.0	1.3	0.4	1.5		0.2- 9.4		
いづれかの不安障害	9.5	1.4	2.8	0.5	47.1	5.0	19.5	0.7	3.7	*	2.4- 5.5		
物質関連障害													
アルコール乱用	9.5	4.2	4.0	0.5	5.9	2.5	2.4	0.2	2.5		0.9- 6.6		
アルコール依存	11.1	5.9	4.0	0.5	5.8	2.9	2.0	0.4	2.8		0.8- 9.8		
薬物乱用	7.2	6.6	4.1	0.5	2.4	2.3	1.4	0.2	1.5		0.2-10.5		
薬物依存	25.4	11.7	4.0	0.5	4.4	2.3	0.6	0.1	7.9	*	2.3-27.3		
いづれかの物質関連障害	10.8	3.6	3.8	0.5	15.2	4.8	5.6	0.6	3.0	*	1.4- 6.5		
衝動制御の障害													
間欠性爆発性障害	12.3	2.5	3.6	0.5	19.6	3.8	6.1	0.5	3.7	*	2.2- 6.5		

SE: 標準誤差

* $p < 0.05$

(Kessler et al., 2006より抜粋)

も言及しており、成人で ADHD のスクリーニング検査で陽性となった者の中で、調査実施前の 1 年以内に併存する気分障害などへの治療ではなく、ADHD についての治療（薬物療法や心理療法）を受けていたのはわずか 10.9%であることを報告している。これらの結果から、積極的に成人期の ADHD に対する診断と治療を行っている米国でも、成人で ADHD の診断を受けるべき者の中で ADHD に対する治療を受けている割合が非常に低いことが問題視されている。

多くの先行研究によって、抑うつ症状は成人の ADHD の併存症として一般的な症状であり（例えば、Biederman, 2004; Kennemer & Goldstein, 2005; Pierce, 2003）、ADHD と抑うつ症状を区別することは容易ではないことが指摘されている（Biederman, Mick, & Faraone, 1998; Steer, Ranieri, Kumar, & Beck, 2003）。また ADHD の特徴である衝動性は素行障害を含む怒りのコントロールの問題と関連があることが指摘されている（Ramirez, Rosen, Deffenbacher, Hurst, Nicoletta, Rosencranz, & Smith, 1997; Richards, Deffenbacher, & Rosén, 2002）。このような併存症の観点からも、成人期の ADHD 患者は生活の中で複数の困難さを抱えるといえる。

成人期の ADHD は、注意欠陥、感情調整の不足、衝動性コントロールの不足、物質乱用、対人関係のまずさ、低い自尊心、嫌悪的な感情状態など境界性パーソナリティ障害と類似する症状を呈することが指摘されており（Philipsen, 2006）、境界性パーソナリティ障害との鑑別も問題となる（Weiss & Weiss, 2004 : Table 1-5）。

さらにアスペルガー障害や学習障害など他の発達障害と併存することも頻繁であり（Nutt, Fone, Asherson, Bramble, Hill, Matthews, Morris, Santosh, Sonuga-Barke, Taylor, Weiss, & Young, 2007）、総合すると成人期の ADHD 患者の 70~87%が何らかの精神疾患もしくは発達障害を併存していることから（McGough, Smalley, McCracken, Yang, Del’Homme, Lynn, & Loo, 2005; Shekim, Asarnow, Hess, Zaucha, & Wheeler, 1990; Wilens, Biederman, & Spencer, 2002）、成人では ADHD とその他の疾患との鑑別診断や併存診断、また適切な治療が困難となっている。

第 6 項 成人期の ADHD のアセスメント

欧米では標準化された成人 ADHD 用質問紙は数多く作成されており（例えば、Brown, 1996; Conners, Erhardt, Epstein, Parker, Sitarenosis, & Sparrow 1999 ; Kessler, Adler, Ames, Demler, Faraone, Hiripi, Howes, Jin, Secnik, Spencer, Ustun, & Walter, 2005 ; Ward, Wender, & Reimherr, 1993 : Table 1-6）、診断のための情報収集の補助や治療効果の判定に幅広く使用されている。Belendiuk, Clarke, Chronis, & Raggi (2007) によると、自記式質問紙によって成人期の ADHD 患者が ADHD 症状を評価することは有用であることが示されている一方で、臨床現場では ADHD に対する第一選択薬である中枢神経刺激薬の乱用や転売を目的とした者が ADHD の診断を受けようとして自己評定による評価を不正に実施する危険性が

Table 1-5 成人期のADHDと境界性パーソナリティ障害の鑑別

成人期のADHD	境界性パーソナリティ障害
発症が早い	思春期に発症
愛嬌がある, 素直	怒り・否定的
安定した対人関係	激しい, 嵐のような対人関係
冒険心がある	恐怖を回避する
予測不能	巧みに操作したがる
雰囲気鈍感	過過敏, 事実を歪める
判断を間違う	やや統合失調症様
行き当たりばったりな衝動性	害そうとする気で満ち溢れている

(Weiss & Weiss, 2004)

Table 1-6 主要な成人期のADHDに関する尺度

尺度名	BADDS	WURS	WRAADS	CAARS	ASRS
形式	自記式	自記式	治療者評価	自記式・観察者評価	自記式
測定領域	組織化, 注意持続, 感情調節, 作業記憶	過活動, 不注意, 注意散漫, 衝動性, 感情の不安定さ, 機嫌, 未成熟, 仲間関係, 反抗性, 挑戦的態度, 敵意, 非行行動, 学業面の問題	注意困難, 落ち着きのなさ, 感情の不安定さ, 多動, 感情の過敏性, 機嫌無秩序さ, 衝動性	不注意, 多動, 衝動性, 自己意識	不注意, 多動, 衝動性
項目数	40	61&25 (2バージョン)	28	42&26 (2バージョン)	18
長所	認知機能重視, 短時間	比較的短時間, スクリーニングに有用	短時間, 重症度評価	成人用項目, 不注意・多動の下位尺度	短時間, 成人用項目
短所	診断には使用できない	DSM-IVに準拠していない	DSM-IVに準拠していない	DSM-IVの症状ではない	診断には不十分
その他	ADHDではなくADD測定	成人に幼児期の症状を質問			WHO作成

Note: BADDS(The Brown Attention Deficit Disorder Scales for Adults; Brown, 1996), WURS(Wender Utah Rating Scale; Ward et al., 1993), WRAADS(the Wender-Reimherr Adult Attention Deficit Disorder Scale; Wender, 1995; Wender et al., 2000), CAARS(The Conners Adult ADHD Scales; Conners et al., 1999), ASRS(the Adult Self-Report Scale; Adler et al., 2003)

あることや、ADHD 症状によって患者の洞察力が低下するために実際よりも症状を低く評価してしまう問題も起きる可能性もあると警告されている (Gibbins & Weiss, 2007)。そのため、他者評価による評定や、ADHD 症状がさまざまな環境で起きているかどうか、治療に対する反応などを繰り返し評価する必要がある。

成人期の ADHD では、児童期にも ADHD 症状によって生活や学業などが支障されていたことを評価する必要がある。しかし、臨床現場では成人期の ADHD 患者の養育者からの協力が得られないことが多く、患者自身に児童期の ADHD 症状を振り返ることによって評価することが多いが、患者自身が児童期の ADHD 症状を正確に報告できているかが疑問視されている。この問題について、Murphy & Schachar (2000) は、成人期の ADHD 患者と観察者 (養育者と配偶者) 間の ADHD 症状評価得点の相関を求めたところ、成人期の ADHD 患者が自記式尺度によって評価した ADHD 症状得点は、幼少期の ADHD 症状については養育者と、現在の ADHD 症状については配偶者と高い相関があり、成人期の ADHD 患者が児童期と現在の ADHD 症状を正確に記録していることを示した。このことから、成人が児童期を振り返って ADHD 症状が存在したかを確認することができる自記式質問紙を使用することは有用であると示唆されている。

海外では成人期の ADHD のアセスメントとしては自記式による評価尺度が一般的に使用されているものの、わが国においては今のところ成人 ADHD 用の標準化された自記式尺度は開発されておらず (田中, 2004)、成人の ADHD 患者の現在および児童期の ADHD 症状を評価することが困難であることが問題となっている。

第 2 節 成人期の ADHD と機能障害

ADHD 様の症状である不注意や忘れやすさ、多動性、衝動性などの行動特性は ADHD をもたない者にも観察されるものである。この点について、ADHD をもつ者と ADHD をもたない者の間の ADHD 症状が量的な違いであるのか (ADHD 症状に連続性があるのか)、あるいは質的な違いなのか (ADHD 症状が非連続的であるのか) を検討する taxometric analysis が行われている。Haslan, Williams, Prior, Haslam, Graetz, & Sawyer (2006) は 1774 名の児童 (6-12 歳)、1222 名の青年 (13-17 歳) を対象に、診断面接と親評価の ADHD 症状を測定して taxometric analysis を行った。その結果、ADHD 症状は連続的であると結論づけた。また Frazier, Youngstrom, & Naugle (2007) は、5 歳から 66 歳までの 437 名を対象に自己評価式尺度と神経心理学的検査を実施して taxometric analysis を行い、ADHD 症状には連続性があることを指摘した。つまり、優先順位づけや先延ばしなどの ADHD 様の症状はすべての者が有しており、質的には相違がないが量的な違いが ADHD か否かを決める。言い換えれば、ADHD 症状を有するか、有さないかではなく、すべての者がもつ ADHD 症状が一定の基準を超えた場合に ADHD とするという考え方が支持された。

このように ADHD 症状の程度も診断の際には重要となるが、Barkley (1998) は、診断

基準を適用する際に、ADHDによってどのような生活上の不具合が起きているかを具体的に記述することが極めて重要であると指摘している。つまり、ADHDの症状が単にたびたび（あるいは頻繁に）出現するだけでは、かならずしもADHDであるとは限らず、むしろADHDの症状が家庭や学校、職場など複数場面で主な日常生活を妨げたり、破壊的な影響をもたらしたりする深刻な場合にのみ診断を下すことができる。そのためDSM-IV-TR（APA, 2000）やDSM-5（2013）では、診断基準としてADHD症状によって生活が支障されているかの有無、つまり機能障害が診断に必要であることが明示されている。

これまでADHD症状と機能障害の関連についていくつか研究がなされてきており、ADHD症状と機能障害を別々の次元でとらえることが推奨されている（Gordon, Antshel, Faraone, Barkley, Lewandowski, Hudziak, Biederman, & Cunningham, 2006）。例えば、DSM-IVに基づいた児童期・思春期のADHD研究では、6歳から17歳までの3597名の児童期・思春期のサンプルを症状（診断基準A）のみを用いると7.5%が診断基準に合致するが、機能障害（診断基準D）を考慮すると6.8%にまで診断基準に合致する割合が減少する（Graetz, Sawyer, Hazell, Arney, & Baghurst, 2001）。またDSM-III-Rを用いて2400人の児童を対象とした研究においても、機能障害を加味すると有病率は5%から4%に減少した（Breton, Bergeron, Valla, Berthiaume, Gaudet, Lambert, St-Georges, Houde, & Lepine, 1999）。それゆえ、Faraone, Sergeant, Gillberg, & Biederman（2003）は疫学的研究を集約した研究において、機能障害を見逃ごすことで偽陽性が高まり、有病率や診断の確定を誤らせる要因となると警告している。

さらに成人期のADHDに関しては、機能障害だけではなくDSM-IV-TR（APA, 2000）の主症状の基準も診断の際の問題となる。児童期から年齢を重ねるにつれてADHD主症状の表出の仕方や生活様式が変化していくにも関わらず、DSM-IV-TR（APA, 2000）では基本的に小児を対象としているため、児童と成人に同一の診断基準をそのまま成人に当てはめようとすると不都合が生じる（McGough & Barkley, 2004; 高梨・岡野・宮下・石川・板垣・橋上・増子・丹羽, 2004）。したがって成人では、主症状を定義している診断基準Aの「不注意、もしくは多動性-衝動性の各9症状のうち各6症状を少なくとも6ヶ月以上持続したことがある」という基準を満たさずとも機能障害が引き起こされることが明らかとなっている（Faraone et al., 2006）。そのためDSM-IV-TR（APA, 2000）においても、「（特に青年および成人で）現在、基準を完全に満たさない症状を持つ者には“部分寛解”と特定しておくべきである」と別記されている。

一方で、DSM-IV-TR（APA, 2000）の特定不能のADHDのように、ADHD主症状が診断基準を満たすほど重度でなくとも、機能障害を生じている者が思春期・成人期では多く存在する（Able, Johnston, Adler, & Swindle, 2007; Biederman, Mick, & Faraone, 2000; Faraone, Biederman, & Mick, 2006）。これらの点をふまえると、神経心理学的な原因によってもたらされるADHD主症状の重症度のみによって直接的に機能障害の重症度が決定されるわけではないこと、つまり、ADHD主症状が機能障害を引き起こす影響は、なんらかの媒介変

数によって緩衝または増悪されていることが考えられる。支援や治療を考える際には、ADHD 症状だけでなく、この媒介要因と特定して改善することで生活上の困難さを軽減することが可能となる可能性がある。

第 3 節 成人期の ADHD に対する治療

第 1 項 成人期の ADHD に対する治療や支援の目標

成人期の ADHD 患者は幼少期からの失敗経験が積み重さなり、気分障害（38.3%）、不安障害（47.1%）と高確率で併存するなど ADHD をもたない者よりもさまざまな精神科的併存疾患を患う確率が高い（Kessler et al., 2006）。さらに DSM-IV-TR の特定不能の ADHD のように、ADHD 症状が診断基準を完全に満たすほど重度でなくとも機能障害を生じている者が思春期や成人期では多く存在することから（Able et al., 2007）、DSM-5（2013）では 17 歳以上の ADHD 患者では、児童期の ADHD よりも診断基準に合致する症状が少なくとも（不注意症状、多動性/衝動性症状の各 9 項目中 5 項目）ADHD と診断することが可能となっている。さらに通常 6 ヶ月以上 ADHD 症状が存在することが必要であるが、6 ヶ月未満でも ADHD 症状が認められると部分寛解として記載することとなっている。このように、特に成人では、ADHD 症状自体よりも ADHD 症状によって機能障害（生活上の問題）が生じることに重点が置かれてきており、支援を考える際には、生活をどのように改善するか、あるいは現在の生活と目指す生活のギャップをどのようにして近づけるかという観点が必要となる。

まとめると成人期の ADHD 支援の目標としては、短期的には ADHD 症状や併存する不安症状や抑うつ症状の低減であるが、長期的には症状の改善を含めた生活上の困難さを可能な限り緩和すること、あるいは患者の潜在能力を最大限発揮できるように補助することである（Weiss, Safren, Solanto, Hechtman, Rostain, Ramsay, & Murray, 2008）。言い換えれば、成人期の ADHD 患者は神経生物学的な ADHD 症状自体から直接的に困難さを感じているのではなく、ADHD 症状をもちながら、与えられている環境の中で生活することに困難さを抱えている。したがって、ADHD 症状をもちながらもいかに適応的に生活していくか、生まれ持った特性をもちながら、いかに生活上の困り感を減らすかが心理療法や薬物療法の長期的な目標となる。

第 2 項 成人期の ADHD に対する薬物療法

成人期の ADHD に対する向精神薬としては、欧米では主に中枢神経刺激薬である塩酸メ

ADHD 治療薬の動向は、本論文審査時（2013 年 10 月）に基づいている。

チルフェニデートが使用され、薬物療法が確実な治療選択肢となっている (Nutt et al., 2007)。二重盲検統制試験のメタ分析 (Faraone, Spencer, Aleardi, Pagano, & Biederman, 2004) によると、効果サイズは 0.9 と大きく、塩酸メチルフェニデートは児童期の ADHD と同様に、ADHD 症状を薬物療法の効果が持続する期間においては減弱させることが明らかとなっている。塩酸メチルフェニデートは服用約 30 分後に薬効が出現し、3 時間から 4 時間程度持続する。そのため、薬効が消失する約 4 時間毎 (1 日に 3 回程度) に服用する必要がある (Asherson, 2005)。

米国の 250 万人規模の研究 (Castle, Aubert, Verbrugge, Khalid, & Epstein, 2007) によると、2005 年には児童 (0 歳から 19 歳まで) の 4.4%、成人 (20 歳以上) の 0.8% が ADHD に対する薬物療法を受けていた。男女比については、児童では男児 (6.1%) の方が女児 (2.6%) よりも高い確率で服用していたが、成人の男女比は同程度であった。さらに、2000 年から 2005 年にかけて ADHD に対する処方数は年率で 11.8% 増加するなど急激に ADHD に対する治療薬の服用者数が増加しており、成人合計の増加率は 15.3% と高く、特に成人女性の増加率は 18.1% であり、成人で ADHD 治療薬の服薬率が急速に高まっていることが示されている。しかしながら、成人の 20% から 50% が不十分な治療効果や薬物の副作用に耐えることができないという理由から未反応者となっていることや (Wender, 1998; Wilens, Spencer, Biederman, Brown, Tanguay, Monuteaux, & Blake, 2002)、反応者とみなされた成人期の ADHD 患者も、一般的には ADHD 症状の 50% かそれ以下にしか治療効果がない (Wilens, Biederman, & Spencer, 1998; Wilens et al., 2002) ことも指摘されており、中枢神経刺激薬を服用することだけでは十分な治療効果が得られないことも問題となっている。

わが国では塩酸メチルフェニデートは睡眠障害の一部 (ナルコレプシー)、蔓延性うつ病、難知性うつ病へのみの使用が認められており、ADHD への保険適用外での使用となるため、ADHD に対する塩酸メチルフェニデートの処方 は医師の責任と判断に委ねられていた (市川, 2006)。このような状況の中、塩酸メチルフェニデートの依存や乱用の問題から、蔓延性うつ病と難知性うつ病への適用を平成 19 年 10 月 26 日に厚生労働省が取り消したことによって、塩酸メチルフェニデートの適応症はナルコレプシーのみとされた (厚生労働省, 2007)。また、塩酸メチルフェニデートの徐放薬 (商品名コンサータ) が平成 19 年 10 月 26 日に ADHD 治療薬として初めて承認されたが、適用が児童に限られており、原則的に 18 歳以上への投与は認められていない (厚生労働省, 2007)。一方、選択的ノルエピネフリン再取り込み阻害剤 (SNRI) であるアトモキセチンが発売され、2012 年 8 月に成人にも適用範囲が拡大され投与可能となった (日本イーライ・リリー, 2012)。このように成人期の ADHD に対してはわが国では、2013 年 10 月現在、SNRI が 1 剤のみ使用可能であり、欧米と比較すると薬物療法が十分に整備されていないのが現状である。

第3項 成人期のADHDに対する心理社会的治療

児童期のADHD児に対して薬物療法に心理社会的治療を加えた **The Multimodal Treatment Study (MTA Cooperative Group, 1999)** では、薬物療法に心理療法を付加した結果、著しい治療効果の向上は見られなかった。ADHD児に対する心理療法に関する効果が顕著ではない要因のひとつとしては、ADHD児の心理療法に対する動機の低さが挙げられている。ADHD児は教師の勧めによって両親に伴われて来院するために、自分に支援や治療が必要な理由も十分に理解していないことも多いが、成人期のADHD患者の中でも、特に成人となって以降に受診した者は自らの意志で来院していることから治療に対する動機が高い。そのため心理社会的治療への動機付けも高いことが多い (Nutt et al., 2007)。

薬物療法が成人期のADHDに有効であることはこれまでに示してきたとおりであるが、薬物療法は日常生活に直接関係するコーピングの具体的な方略と技術に関連する機能障害には直接的には効果がない可能性があるため (Safren, Sprich, Chulvick, & Otto, 2004)、心理社会的治療として、学業や仕事上の成績不振、支払いの先延ばしなど直接的にQOLを低下させる仕事上・学業上・対人関係上の困難さへの問題解決的介入が求められている (Biederman, Faraone, Spencer, Wilens, Norman, Lapey, Mick, Lehman, & Doyle, 1993)。そのため、薬物療法に加えて、構造化され、実行スキルを高め、併存しやすい不安と抑うつに対処するための心理社会的治療を導入することで機能障害の改善を図ることが、成人期のADHDに関する複数のガイドラインで推奨されている (Hallowell, 1995; McDermott, 2000; Nadeau, 1995; Nutt et al., 2007)。

現在に至るまで、複数の研究によって成人期のADHDに対する心理社会的治療が行われていることが示されている。以下に、代表的な治療構成要素について説明する。

1. 心理教育

心理教育は多くの精神疾患に対する精神療法で重要視されており、成人期のADHDに対しても不可欠な治療構成要素である (例えば, Murphy, 2005; Safren, Otto, Sprich, Winett, Wilens, & Biederman, 2005)。成人期のADHDに対する心理教育では、第1にADHDや成人期のADHDの特徴や考え方を患者に対して説明する。第2に、知能検査や性格検査などの検査結果から患者の特性(神経心理学的なADHD症状だけでなく、性格などを含めた患者の長所と短所の両方)を丁寧に説明する。できればこれまでの失敗経験を患者に語ってもらい、その例を用いながら、機能分析などの認知行動理論も用いて、患者の神経心理学的特性、認知的特性、行動的特性について患者と支援者が相互に理解する。つまり、心理教育を通じて、患者がADHD特性を踏まえた自己理解を深めることによって、今後のセルフ・コントロールを高める自信をもつことも重要である。

心理教育によってADHDについて正確な知識を得ることは、特に治療初期には治療へ

の動機づけを高めるために重要であるとともに、治療が継続される間、自己理解を高めるために何度も繰り返される必要がある (Murphy, 2005)。また心理教育では、ADHD についての知識を深めるだけでなく、ADHD が患者の生活にどのような影響を与えているか (先延ばしや物忘れなど) を学ぶことで、これまでの人生での困難さが自らの性格や怠惰によるものではなく、神経生物学的要因が引き起こしていたことを知ることで、今後の変化への回復力を高めることとなるのが目的の 1 つとなる (Ramsay & Rostain, 2007)。さらに心理教育を進めながら、「支援者が患者に対して指示的に教育をするのではなく、患者と支援者が共同して話し合っていくながら患者に必要な技法や工夫を学んでいく」という支援スタンス (協働的実証主義) を、患者と支援者の間で作り上げていくこと、あるいは支援者がそのような態度や雰囲気の中で患者に接することによって治療に対する動機づけを高めることも治療初期の心理教育では重要な役割となる。

2. 認知行動的技法

Murphy (2005) は成人期の ADHD 患者には積極的、実用的、行動的なアプローチが効果的であることと指摘しており、認知行動的技法は特に ADHD に対する治療として適していると考えられている (McDermott, 2000)。また認知行動的技法は成人期の ADHD 患者に併存しやすい抑うつや不安症状に対する治療としても有用であることから、成人期の ADHD 患者に対しては ADHD そのものへの効果のみではなく幅広い効果が期待される (Asherson, 2005)。

成人期の ADHD に対する認知行動的技法では、薬物療法では補うことができない ADHD 症状に対する対処方略の習得を目指す行動的技法と、ADHD 症状を持ちながら生活する上での慢性的な感情への対処である認知的技法の 2 つが主要な治療構成要素となる (Ramsay & Rostain, 2005; Safren et al., 2005)。

このような ADHD 主症状に対する行動的技法は「補償方略」と呼ばれる (Murphy, 2005; Safren et al., 2004)。具体的な補償方略としては、やることリスト (to-do list) を活用することで重要な仕事を書き記し、仕事の優先順位を決めて重要なものから取り掛かることや、タイマーを積極的に活用することで時間を有効に費やすようにすることなどであり、ADHD の症状によって日常生活が支障されないようにする対処法である (Safren et al., 2004)。Safren et al. (2005) によると、補償方略は決して難易度が高いものではないが、成人期の ADHD 患者は補償方略を単独で習得し習慣化することは非常に困難であるため、治療者はセラピーの中で補償方略をスモールステップで現実的な目標を設定し、問題解決技法を用いながら、患者が補償方略を習慣化するように補助を行うとされている。

3. コーチング

これまで刊行された成人期の ADHD に対するコーチングの研究としては Swartz, Prevat, & Proctor (2005) が大学生を対象に行った報告のみであるが、いくつかの展望論文によって記述がなされている（例えば, Asherson, 2005; Murphy, 2005）。Asherson (2005) によれば、コーチングとは構造的で支持的な治療法であり、個人や集団に対して行われる。コーチングの目的は特定の問題に対する新たな問題解決的スキルの習得である。例えば、ADHD 症状によってスケジュール管理や順序立てをするスキルを学ぶことを失敗している場合に、チェックリストや電子手帳などを使用しながら、時間管理などの方法を段階的に学ぶことなどがコーチングにあたる。

コーチングは、Safren et al. (2005) が行ったような認知行動療法の行動的技法とは習得するスキルは類似する。しかしコーチングと認知行動的技法の相違点としては、系統的な症状の評価、診断、心理療法・発達障害・薬物療法に関する理論体系の有無などが挙げられている (Ramsay & Rostain, 2007)。つまりコーチングは認知行動的技法のように認知・行動・感情・信念などが複雑に交互に作用し機能障害に影響を与えるというモデルに基づいた支援法ではない。コーチングの指導者であるコーチはあくまで日々の生活技術の改善のみの促進を目指し、臨床的な認知行動的問題である抑うつや不安などの症状には触れないことが原則である (Goldstein, 2005)。

以上のように、成人期の ADHD に対する主要な心理社会的治療の各技法について説明を行った。しかし実際の臨床現場では成人期の ADHD に対する技法の使用が治療の成功を意味するとは限らない。成人期の ADHD に対して心理社会的治療を行うに当たっては ADHD の特徴を考慮したいくつかの配慮が必要となる。Ramsay & Rostain (2007) は成人期の ADHD 患者に対する心理社会的治療を行う際に留意する点として、心理教育、治療同盟、認知的変容、ケースの概念化などを挙げている。これらを Table 1-7 に示す。この中で成人期の ADHD 特有の留意点としては、「患者が抱える特定の機能障害に焦点を当て続ける」がある。これは、ADHD 症状は仕事、家事、対人関係など数多くの機能障害をもたらすが、その中で治療者は患者が根本的な問題となる自らの神経心理学的スタイル（例えば、集中、注意の転導性など）に気付くことを補助し、当人に適した対処方法のレパトリーを練習することである。この過程は多大な努力を要するが、ADHD と共に生活していくための効果的な長期的対処方法を身につけるために重要とされている (Ramsay & Rostain, 2007)。

第 4 項 成人期の ADHD における心理社会的治療の治療効果研究

成人期の ADHD に対する心理社会的治療を Table 1-8 にまとめた。この分野の先駆的研究としては、Stevenson, Whitmont, Bornholt, Livesey, & Stevenson (2002) が Cognitive remediation program (CRP) を開発した。CRP は Safren et al. (2005) の認知行動療法と同様

Table 1-7 成人期のADHDへの心理社会的介入における臨床的助言

-
1. 積極的な治療者 - 患者間関係と患者との共同の維持
 2. 患者の変化に対するレディネスを評価する（例えば、動機付けなど）
 3. ADHDに関する心理教育を行う
 4. 治療関係の質に注意を払う
 5. 患者が抱える特定の機能障害に焦点を当て続ける
 6. 認知的変容を行い、回復力を高める
 7. 成人期のADHDに対する治療プロセスは試行錯誤が常であることを認識する
 8. ADHDと共に生きるための対処方略を身につけることを促進する
 9. ケースの概念化を続ける
 10. その他に付加すべき介入を検討する（薬物療法やコーチングなど）
-

(Ramsay & Rostain, 2007)

Table 1-8 成人期のADHDに対する心理社会的治療のまとめ

著者	刊行年	群構成	治療形態	主要な治療ターゲットと介入内容, 特徴
Wilens et al.	1999	介入前後の治療効果	個人	ADHD症状と併存症, 認知的スキーマと信念の変容
Hesslinger et al.	2002	介入前後の治療効果	集団	マインドフルネス, 行動分析, 情動調節, セルフマネジメント
Stevenson et al.	2002	介入群と待機群の比較	集団	不注意, 動機の低さ, 順序立て, 衝動性, 怒りのコントロール
Safren et al.	2005	CBT+薬物療法群 vs 薬物療法群	個人	順序立てと計画化, 注意散漫への対処, 認知的再構成法
Rostain & Ramsay	2006	介入前後の治療効果	個人	対処方略の獲得, 非機能的思考の特定と修正
Philipsen et al.	2007	介入前後の治療効果	集団	マインドフルネス, 行動分析, 情動調節, ストレスマネジメント
Virta et al.	2008	介入前後の治療効果	集団	情動調節, 対人関係, 衝動性と併存症, 自尊心
Solanto et al.	2008	介入前後の治療効果	集団	時間管理, 順序立て, 計画スキルなどの補償方略の習得
Zylowska et al.	2008	介入前後の治療効果	集団	マインドフルネス
Bramham et al.	2009	CBT+薬物療法群 vs 薬物療法群	集団	不満耐性の低さ, 不注意・衝動性コントロール, 時間管理・問題解決
Safren et al.	2010	CBT群 vs 心理教育+リラクゼーション法群	個人	Safren et al. (2005)と同様の内容, 両群に薬物療法(通常治療)
Ramsay & Rostain	2011	介入前後の治療効果	個人	少数事例(5名)に対して薬物療法を実施せずにCBTの効果検討
Emilsson et al.	2011	CBT+薬物療法群 vs 薬物療法群	集団	CBT+薬物療法群の方が有意に改善
Weiss et al.	2012	CBT群 vs CBT+薬物療法群	個人	両群に群間差なく, 薬物療法を併用せずとも一定の効果あり

Note. ADHD= Attention Deficit/Hyperactivity Disorder, CBT=Cognitive Behavior Therapy.

に、順序立てなどの補償方略の習得や、怒りの管理などの認知的技法を治療構成要素としており、ADHD から派生する問題に焦点を当てている。22名の介入群はウェイトリングリスト統制群と比較してADHD症状、順序立て、自尊心、状態・特性怒りにおいて有意な改善を示し、さらにADHD症状と順序立ては1年後のフォローアップ時にも維持された。

Wilens, McDermott, Bierderman, Abrantes, Haesy, & Spencer (1999) は26名の成人期のADHD患者への認知療法をレビューした結果、認知療法によってADHD症状、抑うつ・不安、機能障害に有意な改善が見られたことを報告した。また Rostain & Ramsay (2006) は、43名の成人期のADHD患者に対して薬物療法（中枢神経刺激薬）と認知行動的介入を行った。認知行動療法は16セッションであり、治療期間は6ヶ月であった。その結果、治療前後でADHD症状、自己記述式による抑うつ、不安、絶望感、および治療者評定による抑うつ、不安、ADHD重症度、全般的機能において有意な改善が見られた。成人期のADHDと類似する症状を呈することがある境界性パーソナリティ障害に対する認知行動的介入である弁証法的認知行動療法を成人期のADHDに適応させた介入の効果も示されている (Hesslinger, van Elst, Nyberg, Dykieriek, Richter, Berner, & Ebert, 2002)。この研究では13週間にわたって集団形式による衝動性コントロール、対人スキル、ストレスマネジメントなどのスキル習得を目指すものであった。対象は8名と少数であったが、治療前後でADHD症状、抑うつ、主観的健康度、神経心理学的検査に改善が見られた。さらに研究参加者はグループメンバーや治療者との対人関係やADHDに関する心理教育が最も有用であったことが報告されている。

治療効果が実証されている成人期のADHDに対する主要な心理社会的治療としては、Safren et al. (2004) が「薬物療法を受けていても症状が残存する成人期のADHD患者に対する認知行動療法」を開発しており、薬物療法にこの心理療法を追加した群は、通常治療群（薬物療法）と比較してADHD主症状（不注意、多動性、衝動性）、臨床全般的印象尺度、抑うつ、不安において自己評価と他者評価で有意な改善を示した (Safren et al., 2005)。この治療法の構成要素は、心理教育、服薬管理、組織化と計画化、注意散漫へのコーピング、認知再構成法、注意持続時間の引き伸ばし、怒りの管理、コミュニケーションスキルの向上であった。Safren et al. (2005) による成人期のADHDに対する認知行動療法は、神経心理学的障害を基盤としたADHD主症状が機能障害に直接的に影響を与えるのではなく、ADHD主症状が機能障害に与える影響を認知行動的変数が媒介するという認知行動モデルに基づいている (Safren et al., 2004 : Figure 1-1)。

このモデルでは、不注意、衝動性などのADHD主症状と、ADHD主症状に起因する幼少期からの失敗経験が、抑うつ・不安・怒りなどの認知的変数を増幅させることによって、成人のADHD患者が日常生活を支障なく過ごすための補償方略を用いることを失敗させる。そして最終的に機能障害に悪影響を与える。この研究は、仮想モデルが提唱され、その仮想モデルに基づいて治療効果を示した唯一のものであり、その後、Safren,

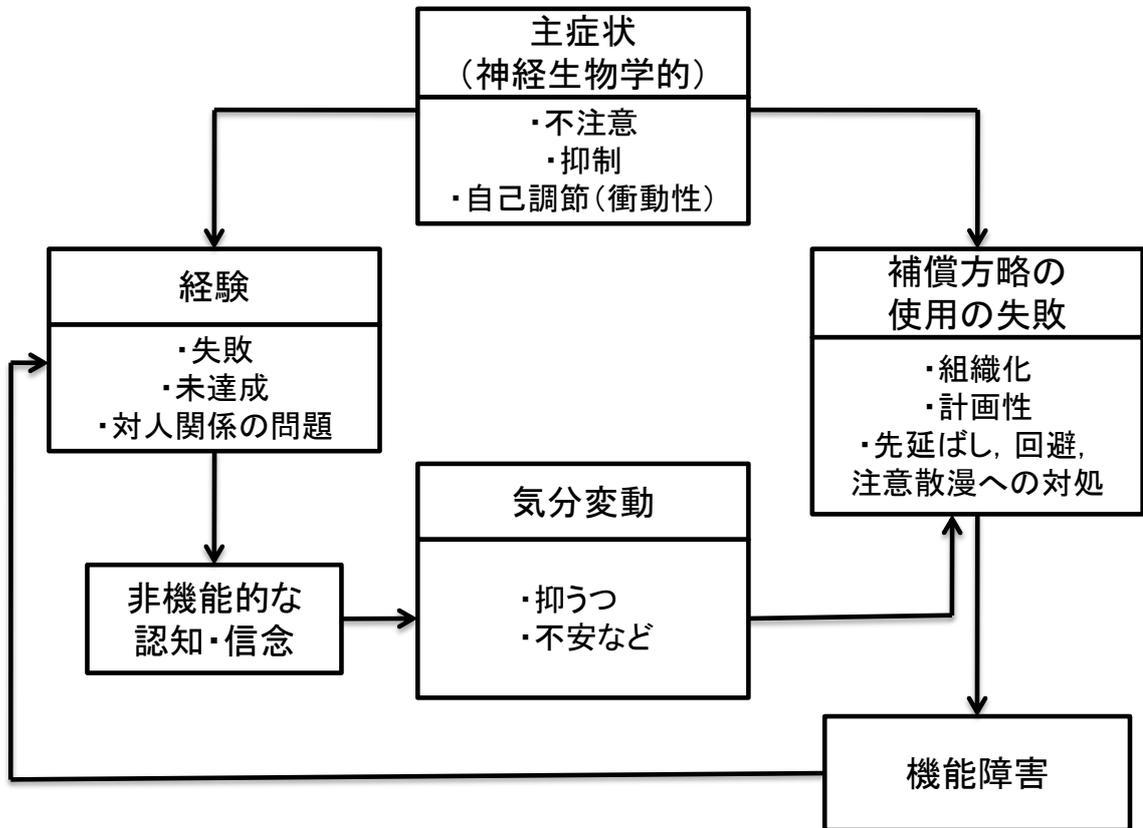


Figure 1-1 成人期のADHDの認知行動モデル
(Safren et al., 2004)

Note. ADHD = Attention Deficit/Hyperactivity Disorder.

Sprich, Mimiaga, Surman, Knouse, Groves, & Otto (2010) では、通常治療（薬物療法）に同様の治療構成要素を実施した CBT 群が、通常治療に心理教育とリラクゼーション法を加えて実施した群と比較して ADHD 症状と Clinical Global Impression で有意な改善を示し、その効果はフォローアップでも維持された。これらの Safren 班の研究が心理社会的治療の治療効果を示すものとして最も影響力が強いものである。

これまでは ADHD に対しては薬物療法が主要な治療法であり、心理社会的治療は薬物療法に付加されることで治療効果が強まることが実証されてきた。しかし、臨床現場では軽度の成人期の ADHD 患者には薬物療法は行わず、心理社会的治療のみを実施することで生活改善を図ることが行われてきた。この点について、Weiss, Murray, Wasdell, Greenfield, Giles, & Hechtman (2012) は CBT 群 (N=25) と薬物療法と CBT の併用群 (N=23) の治療効果を比較したところ、時期の主効果は見られたものの群間に有意差がみられなかったことから、比較的軽度の成人期の ADHD に対しては薬物療法を行わずに CBT 単独でも臨床的改善を示す可能性があることを指摘している。これらの研究の結果、ADHD 症状や機能障害の程度が軽度から中程度の患者には、薬物療法の使用の有無に限らず心理療法を行うことが欧米の治療ガイドラインで推奨されており (Nutt et al., 2007)、米国心理学会でも成人期の ADHD に対する CBT は「研究によって強く支持が得られている心理療法」として認定されている (American Psychological Association, Division 12, 2013)。

このように 1999 年以降、成人期の ADHD に対する心理社会的治療はその効果が実証されてきており、近年では特に比較的軽度の成人期の ADHD 患者には、心理社会的治療を優先して実施することがスタンダードな支援法として定着しつつある。

第 4 節 わが国の成人期の ADHD への心理社会的研究の現状

わが国においては、2004 年に精神科治療学で 2 号続けて「成人における ADD, ADHD」という特集が組まれており、2013 年にも同雑誌で「おとなの ADHD 臨床」が 2 号にわたって特集されている。このように 2000 年以降、成人期の ADHD が認知され、注目を浴び始めている。また 2005 年 4 月に施行された発達障害者支援法においても、脳の機能障害として症状が通常年齢で見られ始める ADHD を含んだ発達障害者に対して、ライフサイクルに応じた継続的な支援が必要なことが明示されている (厚生労働省, 2005)。ADHD についての治療ガイドラインとしては、2006 年に「改訂版 注意欠陥/多動性障害-ADHD-の診断・治療ガイドライン」が編集された (齊藤・渡部, 2006)。この治療ガイドラインには「ADHD の中長期経過」として成人期の ADHD について記述されており、また「青年期および成人の個人精神療法, 集団精神療法」として成人期の ADHD に対する心理社会的治療についても言及されている。

心理社会的治療における研究としては、医師が自らの治療技法について言及した研究(例

えば、市橋，2004；岡野・高梨・上野・石川・板垣・橋上・宮下・増子・丹羽，2004）や、海外の治療法に関する展望論文（斉藤・西松，2004）が見られるものの、心理社会的治療の効果研究はわが国では刊行されていない。

田中（2005）は、成人期の ADHD はさまざまな併存症や日常生活上の困難を抱えているにも関わらず、わが国では特に児童期よりも支援する者が圧倒的に少ない上に、児童期ほどに薬物療法による劇的な効果も見られないと指摘しており、医療者側からわが国における成人期の ADHD に対する心理社会的治療の促進が求められている。さらに、わが国の成人期の ADHD 患者を対象に行ったアンケートにおいて、「薬物療法以外の治療法の普及」、「カウンセリングの充実」などが今後の治療として必要であると報告されている（金澤・山内・岡島・樋町・中島・坂野，2007）。つまり、患者側からもわが国における成人期の ADHD に対する心理社会的治療の普及と促進が求められている。

以上の知見から、成人期の ADHD に対する心理社会的治療としては、抑うつや不安や怒りなどの認知的変数に対する介入と、順序立てや注意散漫のような成人期の ADHD 患者に特有の行動的特徴を補うための補償方略を習得するための行動的技法が成人期の ADHD に対しては有効な治療構成要素となると考えられる。また Safren et al.（2005）や Rostain & Ramsay（2006）のように薬物療法によって ADHD 主症状を抑え、さらに心理社会的治療を加えることによって、薬物療法では獲得することができない補償方略や認知的変数への対処を習得することで日常生活を過ごしやすくすることを目的とすることが、成人期の ADHD に対する心理社会的治療の位置づけとなっていると考えられる。しかしながら、心理社会的治療の基盤となる Safren et al.（2004）が示した成人期の ADHD 認知行動モデルは臨床経験から想定されるモデルであるために、このモデルについてこれまで実証的な検証が行われていないことや、わが国ではいまだ成人期の ADHD 患者に対しての心理社会的治療の効果研究が実施されていないことが問題となっている。

第2章 従来の研究の問題点と本論文の目的, 意義

第1節 従来の研究における問題点の整理と本論文の目的

第1章では, 成人期の ADHD に対する概要と心理社会的治療に関する研究の展望を行った。その結果, 成人期の ADHD には, (1) 気分障害や不安障害などの併存症が非常に多く, (2) ADHD 症状が診断基準 A を満たすほどであっても機能は不全されていない可能性があり, 逆に (3) ADHD 症状が診断基準 A を満たさずとも社会生活が障害されていることもある, という特徴があることがわかった。また, 脳機能の障害である ADHD は治癒することは根本的には不可能である。したがって, ADHD 症状を抱える患者にとって, どのような生活機能がどの程度障害されているかを考慮した上で機能的寛解を目指すこと, つまり ADHD 症状自体を最終的に軽減させることではなく, いかにして日常生活上の問題を軽減していくかが成人期の ADHD の治療目標となる (Biederman, Faraone, Milberger, Curtis, Chen, Marrs, Ouellette, Moor, & Spencer, 1996; Weiss, Gadow, & Wasdell, 2006)。さらに, 成人期の ADHD に対して認知的技法と行動的技法を組み合わせた認知行動療法の有効性が示され, 特に行動的技法として ADHD 症状による日常生活の支障度を減弱させるための補償方略が, 成人期の ADHD の改善において必要な治療要素であることが示唆された。補償方略の習得は成人期の ADHD に特有な治療構成要素であることから注目される概念である。しかしながら, これまでの成人期の ADHD への心理社会的治療に関する研究には以下の問題点が考えられた。

(1) わが国においては, 成人期の ADHD 患者の症状評価を行う自己評定式尺度が開発されていないこともあり, 基礎研究や治療効果の判定を行うにあたって大きな障害となっている。

(2) 成人期の ADHD への心理社会的治療に関する研究では, 認知的な技法と行動的な技法を組み合わせることが有効であることが示された。しかし主要な治療構成要素である行動的な技法の中でも, 特に成人期の ADHD では特徴的な介入技法である補償方略に関する実証的な研究はなされておらず, 成人期の ADHD 患者が実際にどのような補償方略を行っているかについて明らかにされていない。

(3) これまでの成人期の ADHD に対する心理社会的治療の中で, 最も高い治療効果を示した Safren et al. (2004) が提唱した成人期の ADHD の認知行動モデルは臨床経験から想定されたものであるため, 実証的な検討はこれまで行われていない。そのため, Safren et al. (2004) の認知行動モデルで用いられた主要な変数である ADHD 症状, 補償方略, 気分状態が治療アウトカムである機能障害とどのような関連があるのかが検討されていない。特に成人期の ADHD に対する心理療法の主要な治療構成要素である補償方略が機能障害を緩和する要因として考えられるが, 実際に補償方略が, ADHD 症状が機能障害に与える影響を緩和する要因となるのかが実証的に検討されていない。

(4) わが国では成人期の ADHD に対する認知行動療法の効果研究が実施されていない。また海外においても中心的な治療構成要素である補償方略単独の介入による治療効果が検討されていない。

以上の問題点を解決するために、本論文では成人期の ADHD 患者を対象とした調査研究、および介入研究を実施することを目的とする。

第2節 補償方略の定義

Ramsay & Rostain (2008 武田・坂野監訳 2012) は、補償方略を「当初は適応的に見えるが、知らぬ間に維持され最終的には不適応的な信念となるスキーマと中核信念 (p62)」と定義しており、具体例として、優先順位が低く簡単な課題をいくつか終わらせて、優先順位が高く難しい課題を回避する「疑似成功感」、未解決の課題の困難度を拡大視してしまい、自分がその課題を完遂する能力に疑いを持つ。結果として先延ばし行動を合理化するという「予期的回避／先延ばし」などを挙げている。

一方で Safren et al. (2004) によると、成人期の ADHD 患者は神経心理学的欠損である ADHD 主症状が機能障害を引き起こさないようにすることを目的として、スケジュールを管理するためのリストの活用、ひとつひとつ課題をやり遂げるための問題解決的行動など、日常生活の各場面においてさまざまな補助的な対処方法を行う。この補助的な対処方略を補償方略と呼んでいる。そして成人期の ADHD 患者が個人に適した補償方略を習得していないため、または本来習得している補償方略が ADHD 症状や気分状態が悪化することで用いることができなくなるために機能障害が引き起こされると述べている。また、これまでの成人期の ADHD に対する心理社会的治療の主要な治療構成要素として、補償方略を習得することが複数の先行研究で挙げられており (例えば, Safren et al., 2005; Stevenson et al., 2002), 補償方略は訓練によって習得可能なことが示されている。前述の Ramsay & Rostain (2008 武田・坂野監訳 2012) も Safren et al. (2004) の意味での補償方略を「これまで ADHD の研究で検討されてきた」概念として取り扱っていること、また本論文では成人期の認知行動療法における行動的技法である補償方略に関して論じることから、Safren et al. (2004) の定義を踏襲することとする。

以上のことから、本論文では補償方略を「日常生活を支障なく過ごすために成人期の ADHD 患者が行う行動的対処法」と定義する。

第3節 本論文の構成

本論文の構成は、Figure 2-1 に示したとおりである。成人期の ADHD の特徴や治療法に関する研究動向を展望した第1章、従来の研究の問題点を明らかにし、本論文の目的と意義について論じた第2章を受けて、本論文は以下の構成で展開される。

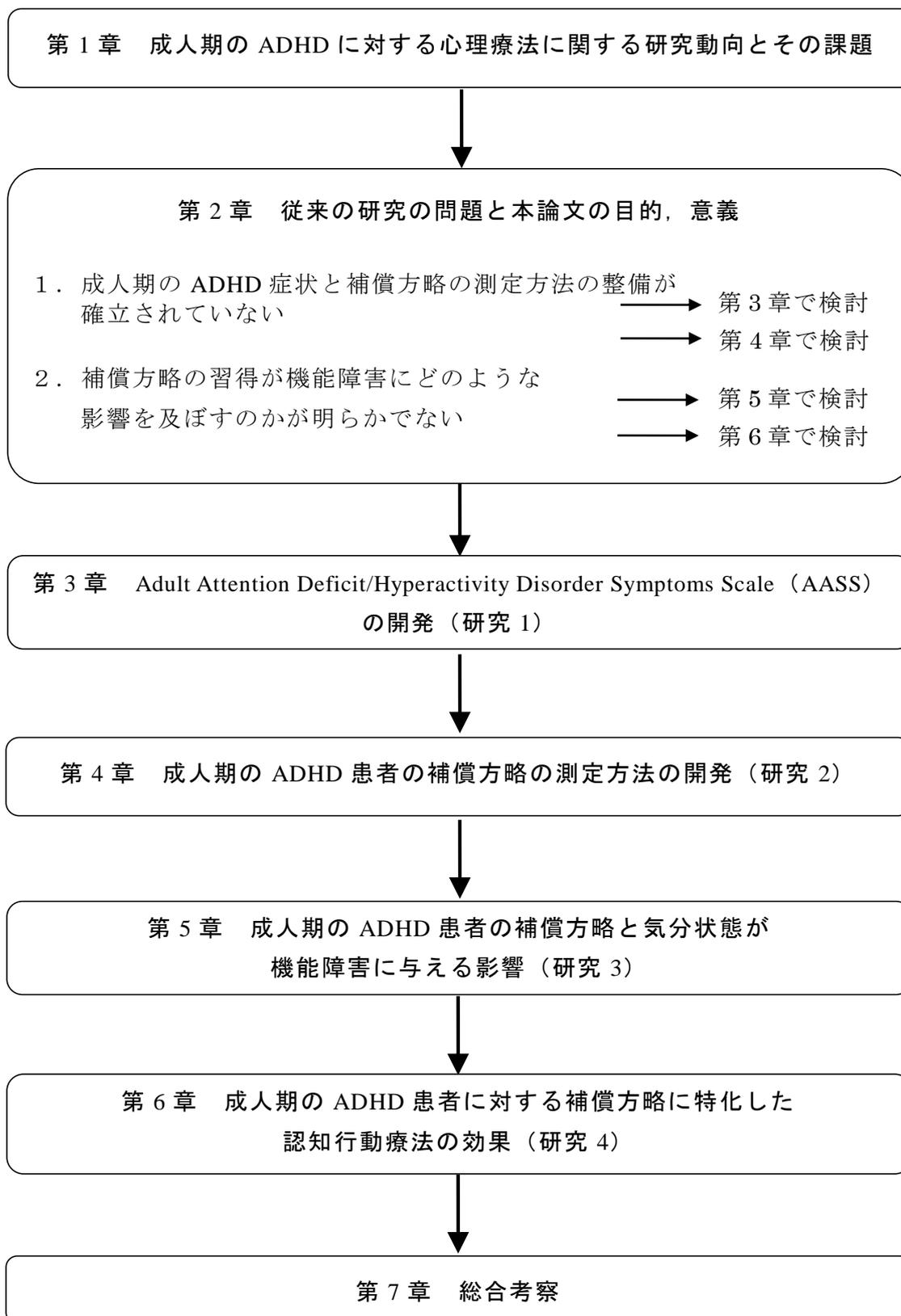


Figure 2-1 本研究の構成

第3章では、既述の問題(1)を解決するために、成人期のADHD症状の重症度を測定することができる自記式質問紙を開発する。第4章では、問題点(2)を解決するために、補償方略の具体的な内容を明らかにして、補償方略を測定することができる自記式尺度を開発する。第5章では、問題点(3)を解決するために、Safren et al. (2004)の成人期の認知行動モデルにおいて直接的、あるいは間接的に機能障害に影響を与える変数であるADHD症状、気分状態、補償方略が実際に機能障害を悪化させる、または緩和しているかを明らかにするための調査研究を行う。第6章では、問題点(4)を解決するために、成人期のADHD患者を対象に補償方略の習得に特化した認知行動療法に基づいた介入が機能障害の改善をもたらすかを明らかにするための介入研究を行う。最後に第7章では、第3章から第6章までの結果を受けて、本論文によって明らかにされた結果を集約するとともに、臨床場面における活用法や今後の課題について総合的な考察を行う。

第4節 本論文の意義

ADHDは児童期に限らず、成人でも問題となることが広く知られてきているものの、その認知度や有病率(3.4%; Fayyad et al., 2007)を鑑みると、成人患者に対する支援法や治療法は十分に整備されていない。成人期に限らず、児童期においても、ADHDに対しては薬物療法が主要な治療法である。これまで薬物療法は一定の効果が示されているものの、ADHDが神経心理学的要因によって不適応行動が引き起こされる発達障害であるという特性上、薬物療法を含んだあらゆる治療法によるADHDの治癒や根治は不可能である。そのため、特に自立が必要とされる成人では、ADHDを抱えながらもいかに生活上の困難さを減らすか、あるいはより適応的な生活を送るかが最終的な支援目標となる(Weiss et al., 2008)。その目標を達成するためには薬物療法も必要ではあるが、生活を直接支えるという点で、近年効果が実証されてきている心理社会的治療も重要な治療選択肢となる。

本論文は、わが国で初めてとなる成人期のADHD患者に対する心理社会的治療の介入研究である。特に本論文で注目する認知行動療法は、成人期のADHD患者に併存しやすい抑うつ症状や不安症状に対する治療としても有用であることから、ADHDへの効果のみだけでなく、併存症を含めた幅広い効果が期待される(Asherson, 2005)。成人期のADHDに対する認知行動療法の中でも、認知行動療法に基づいた理論背景(Safren et al., 2004)をもつ介入法の中心的な治療構成要素である補償方略に特化した介入法が、治療目標である機能障害を緩和するか否かを検討するという研究はこれまでに類を見ない。本論文において、成人期のADHDに対する心理社会的治療の介入研究の治療効果が検討できるだけでなく、その治療メカニズムを検証するという点で独創的であり、これは心理療法を科学的視点から考察するという点で重要である。

わが国でこれまで成人期のADHDに対する心理社会的治療の介入研究が実施されてこなかった理由のひとつに、わが国では成人期のADHD症状を測定する自記式尺度が開発され

ていないことが挙げられる。これまで Safren et al. (2004) の補償方略は、心理社会的治療の介入における治療ターゲットである。補償方略は臨床的経験から得られた概念であったため、実際に成人期の ADHD 患者がどのような補償方略を行っているかという検討は行われてこなかった。本論文によって補償方略にどのようなものが存在するかを実証的に明らかにすることは、海外においても検討がなされておらず、また臨床場面においても個人に適した補償方略を見出して習得できるという点で有用である。さらに成人期の ADHD 症状を測定する自記式尺度、また補償方略を測定する自記式尺度が開発されることによって、今後、治療効果の測定を数量的に行うことができるという点でも有用である。

本論文は、約 500 万人と推定されるわが国の成人期の ADHD 患者に提供することができる非薬物療法の標準的治療プログラムの確立に寄与することができる。また、発達障害者支援法で明記されているライフサイクルに応じた継続的な支援の一環として、発達障害の中で最も有病率が高い ADHD 児が成人した際の支援や治療法の発展に寄与することが期待できる。

第3章 Adult Attention Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms Scale (AASS) の開発 (研究 1)

第1節 問題と目的

ADHD をもつ児童の ADHD 症状を評定する際には、教室を動き回るなどの他者から観察しやすい症状が主となるために他者評価を用いることが多い。一方、成人患者の ADHD 症状を測定するためには、成人では先延ばしや注意散漫さなど他者からは問題の程度の判断が困難な症状が主となることから、自己評定式による測定が推奨されている (Ward, Wender, & Reimherr, 1993)。実際、欧米では標準化された成人期の ADHD に対する自己評定式尺度 (例えば, Conners et al., 1999) が幅広く使用されている。わが国では成人期の ADHD 症状を測定する自己評定式尺度は、スクリーニング用 Conners 成人期 ADHD 評価尺度 (Conners adult ADHD rating scale; Conners et al., 1999) の日本語版 (他者評定式, 自己評定式; 高橋・多喜田・市川・榎本・岡田・齊藤・澤田・丹羽・根来・松本・田中, 2011) のみが開発されているが、この尺度はスクリーニングのために開発されていることから、治療効果の検討を行う際の症状評価には使用できない。そのため、適切な支援法や治療法を考案するにあたって成人期の ADHD 症状を測定する自己評定式尺度の開発が求められる。

DSM-IV-TR (APA, 2000) では ADHD を児童から成人まで包括しているが、17 歳までを対象とした研究結果から構成されているため、診断基準 A の項目をそのまま成人に適用できるかについては検討が必要となる。この点について、先行研究において DSM-IV (1994) をもとにした自己評定式質問紙は、半構造化面接の結果を十分に予測すること (Magnússon, Smári, Sigurðardóttir, Baldursson, Sigmundsson, Kristjánsson, Sigurdardóttir, Hreidarsson, Sigurbjörnsdóttir, & Gudmundsson, 2006 : 感度=.80, 特異度=.98 ; Mehringer, Downey, Schuh, Pomerleau, Snedecor, & Schbiner, 2002 : 感度=.80, 特異度=.60) が示されている。これらの報告から、DSM-IV (1994) の診断基準をもとに自己評定式尺度を作成することで、成人期の ADHD 症状の重症度を測定できると言えよう。

ところで、先延ばしなどの ADHD 症状は ADHD 患者に限らず、誰にでも認められる現象である。ADHD 症状が診断レベルかどうかを決定する際には、ADHD 症状を有するか、あるいは有さないかではなく、すべての者がもつ ADHD 症状が一定の基準を超えた場合に ADHD とするという考え方 (ADHD をもつ者ともたない者の間に ADHD 症状は連続性がある) が支持されている (Haslan et al., 2006; Frazier, Youngstrom, & Naugle, 2007)。

しかしながら、ADHD 症状が重篤であることが直接的に生活支障度を決定するわけではない。これまで ADHD 症状と機能障害の関連についていくつか研究がなされてきており、ADHD 症状と機能障害を別々の次元でとらえることが推奨されている (Gordon et al., 2006)。そこで本研究では、一般成人を対象に DSM-IV (1994) にもとづいた成人期の ADHD 症状を測定するための自己評定式尺度である Adult ADHD Symptoms Scale (AASS) の開発を行

い、成人期の ADHD 患者と一般成人の間に機能障害や成人期の ADHD 患者で問題となりやすい気分状態で弁別が可能なかどうかを検討することで、信頼性と妥当性を確認することを目的とした。

第 2 節 方 法

1. 調査対象者

(1) 一般成人群

首都圏および地方都市に在住の 18 歳から 60 歳までの一般成人、および大学生と大学院生の 1791 名に調査用紙を配布した。回収された 852 名（回収率 47.6%）から記入漏れのあったものを除いた有効回答者 770 名（男性 451 名：平均年齢 28.29 ± 10.53 歳；女性 319 名：平均年齢 30.39 ± 12.01 歳）を分析対象とした。ADHD 症状には患者と非患者の間に連続性があることが示されているため（Haslan et al., 2006; Frazier, Youngstrom, & Naugle, 2007），本研究では一般成人群の回答を用いて AASS を作成した。

(2) ADHD 群

成人期の ADHD 当事者が主宰する ADHD の自助グループに参加する者 300 名に調査用紙を配布した。回収された 103 名（回収率 34.3%）から、統合失調症、パーソナリティ障害の診断を受けている者の回答を除外した。残りの 98 名のうち、18 歳以上 60 歳以下で ADHD の診断を受けている男女 45 名（男性 13 名：平均年齢 33.85 ± 6.76 歳，女性 32 名：平均年齢 36.69 ± 8.00 歳）を分析対象とした。一般成人群と ADHD 群の AASS 得点を比較することで臨床的妥当性を検討した。

2. 調査材料

(1) AASS

本研究にて作成した成人期の ADHD 症状の重症度を測定する自己評定式尺度である。DSM-IV（1994）に準拠した AASS の質問項目の検討を臨床心理学専攻の大学院生 8 名と臨床心理士 3 名によって行われた。改編前には「課題や活動に必要なもの（例えば、おもちゃ、学校の宿題、鉛筆、本、または道具）をしばしばなくしてしまう」だったものを、改編後には「課題や仕事を行うのに必要なもの（例えば、ペン、本、書類など）をなくしてしまうことがあった」とするように、項目の大意は修正せず、成人の生活に適する文言に改編を行っている。「現在から過去 6 ヶ月の間で以下のことがらについてどのくらい当てはまるのかをお聞きします」という教示文に対して「1：ない、またはほとんどない」～「4：非常にあった」の 4 件法で回答を求めた。臨床心理学専攻の大学院生 8 名によって行

い、成人に適した表現に改変した。18 項目から成り、「1:ほとんどない」から「4:非常によくあった」の 4 件法で回答を求めた (Table 3-1)。

(2) Sheehan Disability Scale 日本語版 (SDISS ; 吉田・大坪・土田・和田・上島・福居, 2004)

仕事/学業, 社会生活, 家庭内のコミュニケーションや役割における支障度を測定する自記式尺度である。合計 3 項目, 「0:全く支障なし」～「10:極めて支障あり」の 11 件法で回答を求めた。回答は 0 が全く支障なし, 1～3 まだが軽度, 4～6 まだが中程度, 7～9 まだが重度, 10 が最重度の機能障害を示す。各項目は「この 1 ヶ月間, 何らかの精神的な問題により, 仕事, 学業, 家事などに, どの程度支障がでていますか?」というように問うが, 「何らかの精神的な問題により」に ADHD を含めずに回答する者がある可能性があるため, 「何らかの精神的な問題 (ADHD と含む) により」と説明を付加した。

成人期の ADHD 症状は日常生活を支障する (Biederman et al., 2006)。そのため AASS 得点との間に有意な正の相関関係が予測されることから, 併存的妥当性の検討のために用いた。SDISS は吉田他 (2004) によって信頼性と妥当性が確認されている。

(3) 日本語版 Profile of Mood States 短縮版 (POMS ; 横山, 2005)

個人の気分と感情の程度を測定する自己評定式尺度である。成人期の ADHD 患者は気分障害や不安障害を併存しやすいため (Kessler et al., 2006), AASS 得点との間には有意な正の相関関係が予想されることから, 併存的妥当性の検討のために用いた。5 因子 30 項目から成り, 「0:まったくなかった」から「4:非常に多くあった」までの 5 件法で構成される。本研究では, 「抑うつ-落ち込み」「緊張-不安」の 2 因子 10 項目を採用した。素得点は年齢と性別の影響を受けるため, T 得点を解析に用いた。T 得点は 60 点未満までが「健常」, 60 点以上 75 点未満が「他の訴えとあわせ, 専門医を受診させるか否かを判断する」とされる。POMS は横山 (2005) によって信頼性と妥当性が確認されている。

(4) フェイスシート

年齢, 性別, ADHD 診断の有無, 精神疾患の診断について回答を求めた。加齢とともに ADHD 症状は減少するため (Wilens, Biederman, & Spencer, 2002), AASS 得点は年齢と負の相関関係にあり, さらに年齢の影響を統制しても, AASS 得点は SDISS 得点と POMS 得点との間に正の相関関係にあることが予想される。

3. 手続き

調査は無記名で行われ, データは統計的に処理されることや, 個人情報の保護について書面で説明し, 調査協力に同意する者のみ記入を求めた。一般成人群は平成 21 年 10 月～

Table 3-1 Adult Attention Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms Scale (AASS)

現在から過去6ヶ月の間で、以下のことがらについてどのくらい当てはまるのをお聞きます。

もつとも当てはまるものを(1=ほとんどない 2=ときどきあった 3=よくあった 4=非常によくあった)の中から1つだけ選んでください。

1. 直接人から話しかけられても、聞いていないことがあった。
2. 課題をしたり、遊んだりすることに集中し続けることが難しかった。
3. 学校での勉強やその他の活動(例えば、仕事、アルバイトなど)で、細かいところまで注意が行き届かなかったり、うっかり間違えることがあった。
4. 先生や上司などの指示に従えず、学校の勉強や用事、仕事を最後までやり遂げることができなかった。
5. やろうとしていること(例えば、課題や活動)を順序立てることが難しかった。
6. 努力し続けなければならないこと(例えば、学校の勉強や仕事など)を避けたり、いやいや行うことがあった。
7. 課題や仕事を行うのに必要なもの(例えば、ペン、本、書類など)をなくしてしまうことがあった。
8. 周囲でのちょっとした雑音や出来事(例えば、車のクラクション、周囲の会話など)で、気が散ってしまうことがあった。
9. 毎日の生活の中で忘れっぽいことがあった(例えば、人との約束を忘れたり、弁当を忘れたりする)。
10. 座っていても、手足をそわそわ動かしたり、もじもじすることがあった。
11. 座っていなければならない時(例えば、授業、仕事など)にじっと座っていることができず、席を離れることがあった。
12. 座っていなければいけない時でも、やたらと動き回ったり、落ち着かないと感ずることがあった。
13. 遊びや余暇活動(例えば、仕事や学校以外の時間)を行っている間、落ち着いていることが難しかった。
14. じっとしていられない、または何かに駆り立てられるように行動したことがあった。
15. しゃべりすぎるものがあった。
16. 相手の質問や話が終わらないうちに、出し抜けて答えてしまうことがあった。
17. 順番を待つのが難しいことがあった。
18. 他人を妨害したり、邪魔をしてしまい、学校の勉強や仕事、対人関係で問題が起こることがあった。

12月、ADHD群は平成19年11月～12月に直接記入法と郵送法によって調査票を回収した。なお、本研究は北海道医療大学心理科学部・心理科学研究科倫理委員会、成人期のADHD自助グループの理事会にて審査され、承認を得ている。

第3節 結果

1. 項目分析

AASSの各項目の弁別力を検討するため、合計得点を基準に上下25%に分けたGP分析を行った。その結果、すべての項目で上位群と下位群に有意な群間差が認められたことから ($p < 0.01$)、全18項目を分析に用いた。

2. 因子構造の検討

DSM-IV (1994)ではADHD症状は高次2因子構造を採用しており、不注意因子と、多動性と衝動性をまとめた高次の多動性-衝動性因子の2因子から構成されているが、成人に当てはめた場合には不注意、多動性、衝動性の3因子構造であるとの報告 (Span, Earleywine, & Strybel, 2002)もある。そこで本研究では、DSM-IV (1994)の高次2因子構造、Span, Earleywine, & Strybel (2002)の3因子構造の2つのモデルを設定して確認的因子分析を行った。その結果、DSM-IV (1994)高次2因子構造のモデルの適合度の方が高いことから (Table 3-2)、高次2因子構造を採用した。高次2因子構造と下位因子への標準化係数を Figure 3-1 に示した。各因子に対する項目の負荷量を示すパス係数は十分に高い値であった (.50～.82)。

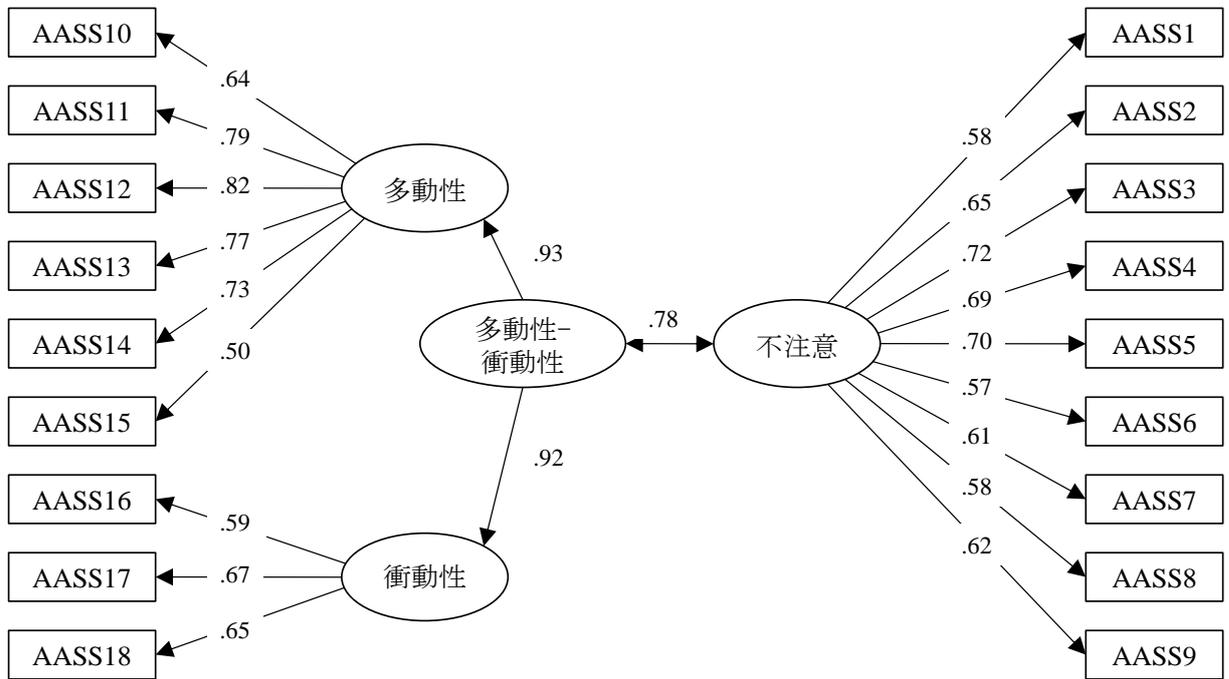
3. 信頼性の検討

AASSの内的整合性を検討するために、AASSの合計得点と各下位尺度得点に対してCronbachの α 係数を算出した。衝動性因子は3項目と項目数が少ないことから、項目数の影響を受けにくいMcDonaldの ω 係数 (豊田, 2003)も算出した。その結果、合計得点、すべての下位尺度において十分な内的整合性が示された (合計得点: $\alpha = .91$, $\omega = .98$; 多動性-衝動性: $\alpha = .87$, $\omega = .98$; 多動性: $\alpha = .84$, $\omega = .97$; 衝動性: $\alpha = .65$, $\omega = .93$; 不注意: $\alpha = .86$, $\omega = .96$)。この結果から、AASSは十分な内的整合性を有することが確認された。

Table 3-2 AASSの因子分析モデルの適合度 ($n=770$)

	AGFI	CFI	RMSEA	AIC	BIC
高次2因子モデル (DSM-IVモデル)	.876	.904	.073	755.865	932.427
3因子モデル (Span et al.[2002]モデル)	.875	.904	.073	757.837	939.046

Note. AASS=Adult Attention Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms Scale, AGFI=Adjusted Goodness of Fit Index, CFI=Comparative Fit Index, RMSEA=Root Mean Square Error of Approximation, AIC=Akaike Information Criterion, BIC=Bayesian Information Criterion. AGFI, CFIは1.00に近いほどモデルの適合度が高く, RMSEA, AIC, BICは数値が小さいほど適合が良好である。



Note. 誤差変数は省略。係数は全て1%水準で有意。
 AASS= Adult Attention Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms Scale.

Figure 3-1 AASSの高次2因子モデルの確認的因子分析結果(n=770)

4. 妥当性の検討

(1) 内容的妥当性

AASS は国際的な診断基準である DSM-IV (1994) の項目を使用し、全項目が診断基準である DSM-IV (1994) と同様の高次 2 因子を構成していることから、内容的妥当性が確認された。

(2) 併存的妥当性

AASS と各変数間の相関分析と年齢を制御変数とした偏相関分析を行った (Table 3-3)。その結果、AASS 得点と SDISS 得点の間に有意な弱い正の相関関係 ($r = .23 \sim .33$) が認められた。また AASS と POMS 得点の間に有意な弱い正の相関関係 ($r = .19 \sim .37$) が認められた。さらに年齢を統制したところ、AASS 得点は SDISS 得点 ($r = .23 \sim .33$) と POMS 得点 ($r = .20 \sim .38$) との間に有意な弱い正の相関関係があることが示された。これらの結果から、AASS の併存的妥当性が確認された。

(3) 調査対象者の記述統計量と臨床的妥当性

一般成人群と ADHD 群の記述統計量を (Table 3-4) に記した。本研究で得られた SDISS 得点は、一般成人群では軽度の機能障害を示し、一方、ADHD 群では重度の機能障害を示した。また POMS 得点は、一般成人群は健常値を示したが、ADHD 群では非常に重度であった。AASS 得点の性差について検討した結果、合計得点とすべての下位尺度において男性の方が有意に高い得点を示した (Table 3-5)。このことから、成人では女性よりも男性の方が ADHD 症状は高いことが示された。両群の AASS 得点について t 検定 (Welch 法) を用いて比較検討した (Table 3-4)。その結果、ADHD 群は一般成人群と比較して AASS 得点が高いことが示された。また効果量 (d) を算出した結果、ADHD 群と一般成人群との間の AASS の得点差は大きいことがわかった ($d = 0.99 \sim 1.63$)。これらの結果から、AASS は成人期の ADHD 症状の重症度を十分に弁別する力をもち、高い臨床的妥当性を有することが示された。

第 4 節 考 察

本研究の目的は、成人期の ADHD 症状を測定する自己評定式尺度を開発し、信頼性と妥当性を確認することであった。AASS は DSM-IV (1994) と同様の高次 2 因子構造であり、許容可能な適合度を示したことから、内容的妥当性と因子的妥当性が示された。AASS が DSM-IV (1994) と同様の高次 2 因子構造であることは、児童期だけでなく、成人期にも不注意優勢型、多動性-衝動性優勢型、その双方の得点が高い場合には混合型という 3 つのサブタイプが存在することを示唆している。さらに高次 2 因子を採用したことによって、

Table 3-3 AASSと関連指標との相関関係 ($n = 770$)

(1) Pearsonの積率相関

	年齢	SDISS	POMS	
			緊張不安	抑うつ 落ち込み
多動性-衝動性	-.21 **	.26 **	.35 **	.21 **
多動性	-.22 **	.25 **	.35 **	.19 **
衝動性	-.14 **	.23 **	.28 **	.19 **
不注意	-.26 **	.33 **	.37 **	.22 **

(2) 年齢を制御変数とした偏相関

	SDISS	POMS	
		緊張不安	抑うつ 落ち込み
多動性-衝動性	.26 **	.36 **	.22 **
多動性	.25 **	.35 **	.20 **
衝動性	.23 **	.28 **	.20 **
不注意	.33 **	.38 **	.23 **

Note. AASS=Adult Attention Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms Scale,

SDISS=Sheehan Disability Scale 日本語版,

POMS=日本語版Profile of Mood State. ** $p < 0.01$.

Table 3-4 一般成人群と ADHD 群の記述統計量

	一般成人群 (n=770)		AD/HD群 (n=45)		t値	d
	Mean	SD	Mean	SD		
年 齢	29.16	11.21	35.87	7.70	5.51 **	
AASS 多動性-衝動性	13.15	4.57	19.49	7.04	5.97 **	1.09
多動性	8.90	3.38	13.09	4.82	5.75 **	1.02
衝動性	4.25	1.54	6.40	2.80	5.10 **	0.99
不注意	16.21	5.04	24.98	5.75	10.01 **	1.63
AASS合計	29.36	8.79	44.47	11.43	8.72 **	1.51
SDISS	5.96	6.96	17.82	7.96	9.78 **	1.59
POMS 緊張-不安	48.28	10.71	62.69	13.01	7.29 **	1.22
抑うつ-落ち込み	51.66	17.63	65.09	15.58	5.58 **	0.81

Note . ADHD=Attention Deficit/Hyperactivity Disorder,

AASS=Adult Attention Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms Scale,

SDISS=Sheehan Disability Scale日本語版, POMS=日本語版Profile of Mood State.

群間比較には Welch法を用いた。d =Cohen's d. ** p < 0.01.

Table 3-5 一般成人群におけるAASS得点の性差

	男性 (<i>n</i> =451)		女性 (<i>n</i> =319)		<i>t</i> 値	<i>d</i>
	<i>Mean</i>	<i>SD</i>	<i>Mean</i>	<i>SD</i>		
多動性-衝動性	13.81	4.93	12.22	3.82	5.04 **	0.36
多動性	9.40	3.65	8.18	2.80	5.22 **	0.38
衝動性	4.41	1.65	4.03	1.33	3.50 **	0.26
不注意	16.66	5.32	15.56	4.54	3.08 **	0.22
AASS合計	30.47	9.45	27.78	7.43	4.40 **	0.32

Note . AASS=Adult Attention Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms Scale.

群間比較にはWelch法を用いた。*d* =Cohen's *d*. ** *p* < 0.01.

「多動性－衝動性」を「多動性」と「衝動性」と個別の得点化が可能となる。児童期では顕著な多動性が成人期には落ち着くが、一方で衝動性は行為障害を含む怒りのコントロールの問題との関連が指摘されている (Richards, Deffenbacher, & Rosén, 2002)。したがって、「多動性」と「衝動性」を個別に測定することは臨床上有用であろう。

AASS の内的整合性を検討したところ、各因子と項目合計のすべてが十分に高い値であった。「衝動性」のみ項目数の影響を受ける α 係数がやや低かったが、項目数の影響を受けない ω 係数 (豊田, 2003) では高い値を示したため、項目数が 3 項目と少ないために α 係数が低くなったと考えられる。これらの結果から、AASS は十分な内的整合性を有していると判断できる。

疫学調査 (Kessler et al., 2006) では成人期の ADHD 患者は気分障害や不安障害の併存率が一般成人と比較して有意に高いことが示されている。本研究の併存的妥当性の結果は、こうした先行研究の結果に沿ったものと考えられ、成人期の ADHD では、ADHD 症状から生じる精神症状に対する対処が必要なことが確認された。

臨床的妥当性に関して、ADHD 患者の AASS 得点は有意に一般成人よりも高く、0.8 以上が大きいとされる効果量 (Cohen, 1992) も大きいことから、AASS の臨床的妥当性が示された。特に成人期の特徴であり、日常生活を大きく支障する不注意症状 (Stavro, Ettenhofer, & Nigg, 2007) は効果量が大きく ($d=1.63$)、ADHD 患者は一般成人と比較して特に不注意症状が強い可能性がある。以上のことから、AASS によって一般成人と ADHD 患者を鑑別することができることが示された。

成人では ADHD 発症率の性差は 1.5:1 とする報告 (Fayyad et al., 2007) があり、児童期ほどではないものの、女性と比較して男性の ADHD 症状が強い。一方で、ADHD のサブタイプには性差はみられないとの報告がある (Biderman et al., 2004)。本研究の結果はこれらの知見と一致しており、男性は特定の ADHD 症状が強いのではなく、全般的に ADHD 症状が強いことが示された。

本研究の限界点として、わが国では成人期の ADHD 症状を測定するその他の自己評定式尺度や半構造化面接が開発されていないために収束的妥当性の検討が困難な点が挙げられる。また今後、ADHD 患者との鑑別のためにカットオフ得点を設定することで臨床的な有用性を高めることができる。さらに信頼性の一部として再検査信頼性を検討していないことも問題点である。このような限界点はあるものの、本研究で開発された AASS は成人の ADHD 症状を測定する自己評定式尺度として一定の有用性をもつことが示唆された。

第4章 成人期のADHD患者が行う補償方略の測定法の開発（研究2）

第1節 問題と目的

成人期のADHDに対する心理療法として、Safren et al. (2004)は成人期のADHDに特化した認知行動モデルに基づいた心理療法を開発し、無作為化比較試験によって治療効果を示した(Safren et al., 2005)。この認知行動モデルでは、ADHD症状と、抑うつ・不安などのADHD主症状や併存症状が、成人期のADHD患者が日常生活を支障なく過ごすための補償方略を適応的に用いることを妨げる結果、最終的に機能障害に悪影響を与えるとされている。補償方略とは、「日常生活を支障なく過ごすために成人期のADHD患者が行う行動的対処法」と定義される。補償方略の習得は成人期のADHD患者が苦手とする優先順位づけや注意散漫などを軽減することで日常生活を送りやすくする手助けとなるため、成人期のADHDに対する心理療法の中で重要な治療構成要素である(Stevenson et al., 2002)。治療目標の設定や治療効果の測定を定量的に行うためにも、まず成人期のADHD患者が行う補償方略の整理を行う必要がある。

第1章で述べたように、Safren et al. (2004)の認知行動モデルで示される成人期のADHD患者が用いる補償方略は、臨床経験から想定される概念である。そのため、成人期のADHD患者が実際にどのような補償方略を行っているかについては、これまで実証的な検討が行われていない。成人期のADHD患者が実際に活用している補償方略を明らかにすること、さらには補償方略を測定することができる自記式尺度を開発することで、補償方略に関する治療目標の選定や治療効果の測定が可能となる。そこで本研究では、成人期のADHD当事者が主宰する自助グループに参加する者を対象として調査を行い、成人期のADHD患者が行う補償方略を測定することができる自記式尺度(Adult ADHD Compensatory strategies Checklist: AACC)を開発することを目的とする。本研究によって、わが国の成人期のADHD患者の補償方略についての実態が明らかとなり、心理社会的介入を行う際の基礎資料を得ることができる。

第1項 予備調査 ADHD症状への対処として機能する補償方略の選定

1. 目的

成人期のADHD患者が行う補償方略に関しては、臨床経験によって選ばれたものを心理社会的介入において用いているのが現状であるため、実証的なデータに基づいた成人期のADHD患者が行う補償方略を測定する自記式尺度を開発する必要がある。そこで予備調査では、成人期のADHD患者が実際に行っている補償方略について、自由記述式による回答を求めた。そして挙げられた補償方略の中から効果があると感じているもの、およびその

補償方略を行う頻度についての回答を得ることによって、成人期の ADHD 患者が行う補償方略の中で、ADHD 症状への対処として機能するものを選定することを目的とした。

2. 項目収集

成人期の ADHD 当事者が主宰する ADHD の自助グループの中で、各地方で中心的に自助活動を運営している男女 4 名（平均年齢：41.00±4.32 歳；このうち ADHD の診断を受けている者 3 名）を対象に調査を行い、自らが行っている日常生活上の工夫、または自助活動を行う上でこれまでに他者が行っている日常生活上の工夫で効果があるものをできるだけ多く挙げるよう回答を求めた。なお、調査項目は先行研究（Hallowell, 1995; Nadeau, 1995; Safren et al., 2004）を参考に、補償方略によって克服することができる ADHD 症状から派生する日常生活上の問題（先延ばし、順序立てとスケジュール管理、注意散漫）を挙げ、それぞれについて「どのような工夫を行っているか」について自由記述による回答を求めた。また、その他に ADHD 症状から派生する日常生活上の問題も存在する可能性もあるため、その他の ADHD 症状から派生する日常生活上の問題に対して行っている補償方略についても自由記述による回答を求めた。その結果、「先延ばし」に対する補償方略が 26 項目、「順序立てとスケジュール管理」に対する補償方略が 13 項目、「注意散漫」に対する補償方略が 8 項目、「その他の ADHD 症状から派生する問題」に対する補償方略が 20 項目、合計 67 項目の第 1 次項目プールが作成された。

次に、臨床心理学を専攻する大学院生 6 名によって、第 1 次項目プールのそれぞれの項目が重複なく独立した意味をなすように整理を行い、さらに先行研究（Hallowell, 1995; Nadeau, 1995; Safren et al., 2004）と照らし合わせ、補償方略として適当と判断された項目を選定した。また、本調査では補償方略として含まれるべき項目が漏れている可能性が考えられるため、補償方略による介入についての先行研究（Safren, Perlan, Sprich, & Otto, 2005 坂野監訳 2011）を参考に、本調査では挙げられなかった補償方略 2 項目を追加した。その結果、「先延ばし」に対する補償方略が 8 項目、「順序立てとスケジュール管理」に対する補償方略が 7 項目、「注意散漫」に対する補償方略が 5 項目、「その他の ADHD 症状から派生する問題」に対する補償方略が 4 項目、合計 24 項目の第 2 次項目プールが作成された（Table 4-1）。

3. 方法

(1) 調査対象者

成人期の ADHD 当事者が主宰する ADHD の自助グループに参加する者 42 名（男性 9 名、女性 32 名、未記入 1 名）を対象に調査を行った。このうち、20 歳以上 65 歳未満、ADHD の診断を受けている者 17 名（男性 4 名、女性 13 名）および、診断は受けておらずとも

Table 4-1 成人期の ADHD 患者 が用いる補償方略の第2次項目ブール

<p>「先延ばし」 に対する補償方略</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 先延ばしをしないように、他人に相談して見通しをもつ。 2. 先延ばしをしないように、やりたくないことから取り掛かる。 3. 先延ばしをしないように、他人にやるべきことを促してもらおう。 4. 先延ばしをしないように、自分のスケジュールを周囲の人に伝える。 5. 先延ばしをしないように、本当にやらなければならない仕事なのかをよく考える。 6. 先延ばしをしないように、場所や環境をかえて仕事や課題を行う。 7. 先延ばしをしないように、気分転換をする(旅行や趣味など)。 8. 先延ばしをしないように、やるべきことを行わないことによる最悪の結果をイメージする。
<p>「順序立てとスケジュール管理」 に対する補償方略</p>	<ol style="list-style-type: none"> 9. 仕事や課題を忘れないように、その場で行う。 10. 仕事や課題が遅れて怒られても、落ち込み過ぎないようにする。 11. 仕事や予定を忘れないように、頭に浮かんだことをノートやメモに書き留める。 12. 仕事や予定を忘れないように、スケジュール帳(携帯電話の機能を含む)やシステム手帳を使用する。 13. 仕事や予定を忘れないように、携帯電話や時計などのアラーム機能を用いる。 14. 仕事や課題をすべて書き出して優先順位をつける。 15. 仕事や予定を忘れないように、カレンダーに予定を書き込む。
<p>「注意散漫」 に対する補償方略</p>	<ol style="list-style-type: none"> 16. 集中できるように、大きな仕事や課題をいくつかの小さな仕事や課題に分割する。 17. 集中できるように、雑音や話し声がない静かな場所を見つける。 18. 集中できるように、集中できる環境を作る努力をする。 19. 集中できるように、ヘッドフォンで音楽を聴いたり、耳栓をして周囲の音を遮断する。 20. 集中できるように、仕事や課題を自分の集中力が続く長さに分割する。
<p>「その他のAD/HD症状から派生する問題」 に対する補償方略</p>	<ol style="list-style-type: none"> 21. こまめに休息をとって疲れ過ぎないようにする。 22. 自分が苦手なことを事前に相手に伝えておく。 23. AD/HD症状を理解して協力してくれる友人をつくる。 24. 重要書類(郵便物や請求書など)を決まった場所に保管する。

ADHD 症状を自覚し、現在および児童期に ADHD 主症状が複数場面で見られる、および見られた者 5 名（男性 2 名，女性 2 名，未記入 1 名：ADHD 傾向群）の合計 22 名（男性 6 名，女性 15 名，未記入 1 名：ADHD 群）を対象とした。また，ADHD と他の発達障害との並列診断は禁じられているが，実際の臨床現場では他の発達障害との併存が存在することはよく指摘されているため（高梨他，2004），ADHD 以外の発達障害の診断を受けている者も対象とした。

(2) 調査材料

(i) フェイスシート

1) 年齢，2) 性別，3) 現在の ADHD 診断の有無，4) ADHD 以外の発達障害の診断（アスペルガー障害，自閉症，学習障害などを選択肢として提示，複数回答可），5) 現在の精神疾患の診断（大うつ病，社会不安障害，強迫性障害，パニック障害などの気分障害と不安障害，統合失調症，パーソナリティ障害を選択肢として提示，複数回答可）で構成された。

(ii) 成人期の ADHD 患者の補償方略チェックリスト第 2 次項目プール版

第 2 次項目プールとして選定された 24 項目の補償方略について，頻度について 6 件法（「0：全く行っていない」～「5：いつも行っている」），効果について 6 件法（「0：全く軽減しない」～「5：かなり軽減する」）によって，それぞれ回答を求めた。

(iii) AASS

第 3 章（研究 1）で開発した成人期の ADHD 症状の程度を測定するための自記式尺度である。不注意因子と多動性-衝動性因子の 2 項目 18 項目で構成されている。本節では，自助グループ活動に参加する者のうち ADHD の診断を受けていない者の中から ADHD 症状を示す者の ADHD 症状が，ADHD と診断を受けている者と同程度かどうかを確認するために用いた。

(iv) 児童期の ADHD 症状チェックリスト

発達障害は児童期から成人期まで慢性的に症状がみとめられることが診断基準の一つとなる。そこで児童期（12 歳まで）に ADHD 症状が見られたかを成人期の ADHD 患者に確認するため，自記式尺度によって児童期の ADHD の有無を確認した。児童期の ADHD 症状チェックリストは DSM-IV-TR（2000）に準拠しており，不注意 9 項目，多動-衝動性 9 項目の合計 18 項目で構成され，それぞれの項目について「はい」もしくは「いいえ」で回答を求めた。DSM-IV-TR（2000）と同様に，不注意症状と多動性 - 衝動性症状のいずれかが 9 項目中 6 項目を満たせば児童期に ADHD 症状がみられたとみなした。なお，DSM-IV-TR（2000）では ADHD 症状が 7 歳以前にみられることが診断に必要なであるが，DSM-5（2013）

では 12 歳以前の ADHD 症状の確認と年齢が引き上げられていること、また Faraone et al. (2006) は、7 歳以前に ADHD 症状が顕在化することは稀であり、成人に児童期の ADHD 症状を確認する際には 12 歳までの ADHD 主症状を評価することが妥当としている。したがって、児童期の ADHD 症状の確認の際には 12 歳以下の ADHD 症状を確認することとした。本研究では ADHD の診断を受けてはいないものの、成人期（現在）だけではなく、児童期にも ADHD 症状がみられた者を ADHD 傾向群とした。

4. 手続き

平成 19 年 10 月に札幌および東京で実施された成人 ADHD 自助グループの定例会において調査表を配布し、その場で回答を求めた。

5. 解析方法

解析には SPSS15.0J を用いた。

6. 倫理的配慮

インフォームド・コンセントに関しては、調査実施に先立ち成人 ADHD 自助グループ代表に調査の趣旨を説明し、調査票の配布に関する承諾を得た。そして、調査実施の当日に成人 ADHD 自助グループの代表、または研究者自身から定例会の参加者に対して、調査趣旨の説明と本調査で得られた情報の利用方法について説明した。その上で調査への同意を得られた回答者を対象に調査を実施した。なお、本研究への協力はあくまで任意であり強制ではないこと、および今後の自助グループ活動への影響がないことを明示した。また、本研究は無記名式で実施し、個人のプライバシーには最大限配慮することを明示した。なお、本研究は北海道医療大学心理学部・心理科学研究科倫理委員会の承認を得て行われた。

7. 結果と考察

(1) ADHD 診断群と ADHD 傾向群の ADHD 症状の検討

ADHD の診断を受けている者と ADHD 傾向群の現在の ADHD 症状合計得点について、Mann-Whitney の U 検定を行ったところ有意差が見られなかったことから（中央値：ADHD 群 20.00 点、ADHD 傾向群 29.00 点； $U=33.5, n.s.$ ）、ADHD を診断されておらずとも、ADHD 傾向群は ADHD の診断を受けている者との間に現在の ADHD 症状に大きな差異はないと考えられた。したがって、ADHD の診断を受けている者と ADHD 傾向群のデータを合わせ

て ADHD 群として解析を行った。

(2) ADHD 症状への対処として機能する補償方略の選定

成人期の ADHD 患者の補償方略チェックリスト第 2 次項目プール版についての回答のうち、頻度および効果で中程度以上（0～5 までの 6 件法の 3 以上）と答えた者の割合を Table 4-2 に示した。成人期の ADHD 患者が行う補償方略について、頻度および効果で中程度以上（0～5 までの 6 件法の 3 以上）と回答した者と中程度以下（0～5 までの 6 件法の 2 以下）と答えた者の人数について χ^2 検定を行った（Table 4-2）。なお、頻度で 0 と答えた者の効果についての回答は、実際にその補償方略を行った結果の効果ではないため、効果においては削除した。Table 4-2 から、補償方略の頻度に関して「1. 先延ばしをしないように、他人に相談して見通しをもつ」、「2. 先延ばしをしないように、やりたくないことから取り掛かる」、「4. 先延ばしをしないように、自分のスケジュールを周囲の人に伝える」、「16. 集中できるように、大きな仕事や課題をいくつかの小さな仕事や課題に分割する」、「19. 集中できるように、ヘッドフォンで音楽を聴いたり、耳栓をして周囲の音を遮断する」、「20. 集中できるように、仕事や課題を自分の集中力が続く長さに分割する」、「23. ADHD 症状を理解して協力してくれる友人をつくる」の 6 項目は調査対象者の半数以下の者が行っていた補償方略であったが、その他の 17 項目の補償方略は成人期の ADHD 患者の 50%以上の者が中程度以上用いられていることが示された。特に項目 1 は行っている者が有意に少ない補償方略であった。次に効果に関して、「1. 先延ばしをしないように、他人に相談して見通しをもつ」を除く 23 項目が、成人期の ADHD 患者の 50%以上の者が主観的に効果的であると答えた。

補償方略に関しては、これまで Safren et al. (2005) や Stevenson et al. (2002) など治療構成要素として補償方略が扱われてきたが実証的な検討は行われておらず、本節は成人期の ADHD 患者の行う補償方略について自由記述式によって回答を求めたという点で新しい知見となった。第 2 次項目プールで挙げられた補償方略のうち、全 24 項目中 18 項目（75%）は ADHD 群が中程度以上行っている補償方略であった。さらに、項目 9、項目 10、項目 11、項目 12、項目 13、項目 18、項目 22 は、成人期の ADHD 患者が特に頻繁に行っている補償方略である可能性が示された。

また効果については、頻度でも多くの者が行っていなかった「1. 先延ばしをしないように、他人に相談して見通しをもつ」の 1 項目を除く 23 項目（95.8%）は中程度以上に効果がある（50%以上の者が効果 3 以上と回答している）と答えていることから、これら 23 項目については、主観的にはあるが、成人期の ADHD 患者はそれらの補償方略が効果的であると感じていることが示された。特に項目 3、項目 9、項目 11、項目 12、項目 13、項目 17、項目 22、項目 23 については、効果的であると答えた者が有意に多く、主観的な効果が高い補償方略であること可能性が示された。これらの結果から、頻度と効果がともに低かった（50%以下）項目 1 を除いた第 2 次項目プール 23 項目が選定された。さらに第 2 次

Table 4-2 成人期の ADHD 患者が行う補償方略の頻度と主観的効果

	頻度3以上 ^{b)}	χ^2	効果3以上 ^{a)c)}	χ^2
1. 先延ばしをしないように、他人に相談して見通しをもつ。	9.52%	13.76**	35.71%	1.14
2. 先延ばしをしないように、やりたくないことから取り掛かる。	38.10%	1.19	50.00%	0.00
3. 先延ばしをしないように、他人にやるべきことを促してもらおう。	57.14%	0.43	87.50%	9.00**
4. 先延ばしをしないように、自分のスケジュールを周囲の人に伝える。	47.62%	0.05	57.14%	0.29
5. 先延ばしをしないように、本当にやらなければならない仕事なのかをよく考える。	57.14%	0.48	62.50%	1.00
6. 先延ばしをしないように、場所や環境をかえて仕事や課題を行う。	61.90%	1.19	68.42%	2.58
7. 先延ばしをしないように、気分転換をする(旅行や趣味など)。	61.90%	1.19	61.11%	0.89
8. 先延ばしをしないように、やるべきことを行わないことによる最悪の結果をイメージする。	57.14%	0.43	60.00%	0.60
9. 仕事や課題を忘れないように、その場で行う。	76.19%	5.76*	89.47%	11.84**
10. 仕事や課題が遅れて怒られても、落ち込みすぎないようにする。	75.00%	5.00*	57.89%	0.47
11. 仕事や予定を忘れないように、頭に浮かんだことをノートやメモに書き留める。	90.00%	12.80**	84.21%	8.90**
12. 仕事や予定を忘れないように、スケジュール帳(携帯電話の機能を含む)やシステム手帳を使用する。	85.00%	9.80**	94.44%	14.22**
13. 仕事や予定を忘れないように、携帯電話や時計などのアラーム機能を用いる。	75.00%	5.00*	83.33%	8.00**
14. 仕事や課題をすべて書き出して優先順位をつける。	60.00%	0.80	64.71%	1.47
15. 仕事や予定を忘れないようにカレンダーに予定を書き込む。	55.00%	0.20	73.33%	3.27
16. 集中できるように、大きな仕事や課題をいくつかの小さな仕事や課題に分割する。	47.62%	0.05	56.25%	0.25
17. 集中できるように、雑音や話し声がない静かな場所を見つめる。	61.90%	1.19	87.50%	9.00**
18. 集中できるように、集中できる環境を作る努力をする。	80.95%	8.05**	65.00%	1.80
19. 集中できるように、ヘッドフォンで音楽を聴いたり、耳栓をして周囲の音を遮断する。	28.57%	3.86	50.00%	0.00
20. 集中できるように、仕事や課題を自分の集中力が続く長さで分割する。	38.10%	1.19	63.64%	0.82
21. こまめに休息をとって疲れすぎないようにする。	66.67%	2.33	66.67%	1.67
22. 自分が苦手なことを事前に相手に相手に伝えておく。	76.19%	5.76*	84.21%	8.90**
23. AD/HD症状を理解して協力してくれる友人をつくる。	47.62%	0.05	75.00%	4.00*
24. 重要書類(郵便物や請求書など)をきままった場所に保管する。	57.14%	0.43	64.71%	1.47

^{a)} 頻度で0と答えた者の回答は削除した。

^{b)} 0~5までの6件法で回答を求めたため、3以上は頻度中程度以上を示す。

^{c)} 0~5までの6件法で回答を求めたため、3以上は効果中程度以上を示す。

** $p < 0.01$, * $p < 0.05$

項目プールの効果についての回答が中程度以上(6件法で3以上)の項目を抽出した結果、合計20項目の最終項目プールが選定された(Table 4-3)。これらの項目はADHD患者が行う補償方略の中でADHD症状が日常生活に与える影響を緩衝する効果があると考えられ、本研究で扱う補償方略として適切な項目であると判断された。

第2節 本調査の目的

本調査では、予備調査においてADHD症状への対処として機能する補償方略として選定された最終項目プールの20項目を用いて、補償方略を測定する自記式尺度の開発を行うことを目的とした。

第3節 方法

1. 調査対象者

成人期のADHD当事者が主宰するADHDの自助グループに参加する男女103名(男性29名、女性73名、未記入1名、平均 37.95 ± 8.75 歳)に調査を行った。フェイスシートの回答によって統合失調症(4名)、パーソナリティ障害(1名)の診断を受けていると答えた者の回答、および欠損値がフェイスシートを除く全項目の5%以上(4項目以上)に見られた調査対象者の回答を除外した。残りの98名のうち、20歳以上65歳未満でADHDの診断を受けている男女45名(男性13名、女性32名、平均年齢 35.87 ± 7.70 歳)を対象とした。また、未受診であるためにADHDの診断を受けていない者も未診断者の中に含まれることが考えられるため、ADHDの診断は受けておらずともADHD症状を自覚し、現在および児童期にADHD主症状が不注意もしくは多動・衝動性のいずれかがDSM-IV-TR(APA, 2000)の基準(9項目中6項目)を満たし、ADHD症状が複数場面で見られる、および見られた者9名(男性4名、女性5名、平均年齢 35.11 ± 6.74 歳)を加えた54名を最終的な分析対象とした。

また、DSM-IV-TR(2000)ではADHDと自閉症スペクトラム障害との並列診断は禁じられているが、実際の臨床現場では他の発達障害との併存が存在することはよく指摘されているため(高梨他, 2004)、ADHD以外の発達障害の診断を受けている者も対象とした。

2. 調査材料

(1) フェイスシート

①年齢、②性別、③教育歴、④現在の就労状態、⑤現在のADHD診断の有無、⑥ADHDの診断年齢、⑦ADHD以外の発達障害の診断(アスペルガー障害、自閉症、学習障害など

Table 4-3 成人期のADHD患者が用いる補償方略の最終項目ブール

<p>「先延ばし」 に対する補償方略</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 先延ばしをしないように、他人にやるべきことを促してもらう。 2. 先延ばしをしないように、自分のスケジュールを周囲の人に伝える。 3. 先延ばしをしないように、本当にやらなければならない仕事なのかをよく考える。 4. 先延ばしをしないように、場所や環境をかえて仕事や課題を行う。 5. 先延ばしをしないように、気分転換をする(旅行や趣味など)。 6. 先延ばしをしないように、やるべきことを行わないことによる最悪の結果をイメージする。
<p>「順序立てとスケジュール管理」 に対する補償方略</p>	<ol style="list-style-type: none"> 7. 仕事や課題を忘れないように、その場で行う。 8. 仕事や課題が遅れて怒られても、落ち込み過ぎないようにする。 9. 仕事や予定を忘れないように、頭に浮かんだことをノートやメモに書き留める。 10. 仕事や予定を忘れないように、スケジュール帳(携帯電話の機能を含む)やシステム手帳を使用する。 11. 仕事や予定を忘れないように、携帯電話や時計などのアラーム機能を用いる。 12. 仕事や課題をすべて書き出して優先順位をつける。 13. 仕事や予定を忘れないように、カレンダーに予定を書き込む。
<p>「注意散漫」 に対する補償方略</p>	<ol style="list-style-type: none"> 14. 集中できるように、雑音や話し声がない静かな場所を見つける。 15. 集中できるように、集中できる環境を作る努力をする。 16. 集中できるように、仕事や課題を自分の集中力が続く長さに分割する。
<p>「その他のADHD症状から派生する問題」 に対する補償方略</p>	<ol style="list-style-type: none"> 17. こまめに休息をとって疲れ過ぎないようにする。 18. 自分が苦手なことを事前に相手に相手に伝えておく。 19. ADHD症状を理解して協力してくれる友人をつくる。 20. 重要書類(郵便物や請求書など)を決まった場所に保管する。

を選択肢として提示，複数回答可)，⑧現在の精神疾患の診断（大うつ病，社会不安障害，強迫性障害，パニック障害などの気分障害と不安障害，統合失調症，パーソナリティ障害）を選択肢として提示，複数回答可）。

(2) AACC 最終項目プール版 (Table 4-3)

予備調査の結果選定された，ADHD 患者が行う補償方略の中で ADHD 症状が日常生活に与える影響を緩衝する効果があると考えられる項目である。本調査では，この 20 項目を最終項目プールとして，「0：まったく行っていない」～「5：いつも行っている」の頻度の 6 件法によって回答を求めた。

(3) AASS

第 3 章（研究 1）で開発した成人期の ADHD 症状の程度を測定するための自記式尺度である。不注意因子と多動性-衝動性因子の 2 項目 18 項目で構成されている。

(4) 児童期の ADHD 症状チェックリスト

発達障害は児童期から成人期まで慢性的に症状がみとめられることが診断基準の一つとなる。そこで児童期（12 歳まで）に ADHD 症状が見られたかを成人期の ADHD 患者に確認するため，自記式尺度によって児童期の ADHD の有無を確認した。DSM-IV-TR（2000）に準拠しており，不注意 9 項目，多動-衝動性 9 項目の合計 18 項目で構成され，それぞれの項目について「はい」もしくは「いいえ」で回答を求めた。DSM-IV-TR（2000）と同様に，不注意症状と多動性 - 衝動性症状のいずれかが 9 項目中 6 項目を満たせば児童期に ADHD 症状がみられたとみなした。なお，DSM-IV-TR（2000）では ADHD 症状が 7 歳以前にみられることが診断に必要であるが，DSM-5（2013）では 12 歳以前の ADHD 症状の確認と年齢が引き上げられていること，また Faraone et al.（2006）は，7 歳以前に ADHD 症状が顕在化することは稀であり，成人に児童期の ADHD 症状を確認する際には 12 歳までの ADHD 主症状を評価することが妥当としていることから，児童期の ADHD 症状の確認の際には 12 歳以下の ADHD 症状を確認することとした。本研究では ADHD の診断を受けてはいないものの，成人期（現在）だけではなく，児童期にも ADHD 症状がみられた者も分析対象とした。

3. 手続き

平成 19 年 11 月～12 月に札幌および東京で実施された成人 ADHD 自助グループの定例会において調査表を配布し，その場で回答を求めた。また郵送によって回答を求め，同封した返信用封筒にて調査表を回収した。解析に用いた調査対象者 54 名のうち，直接回収した者 33 名，郵送によって回収した者 21 名であった。回収方法を独立変数，各回収法によ

て得られた調査対象者数を従属変数として χ^2 検定を行った結果、回収方式による調査対象者の割合に有意な差は見られなかった ($\chi^2(1)=2.67, n.s.$)。また回収方法を独立変数、本節における主要な測度となる ADHD 症状合計点、補償方略合計得点、POMS 平均得点、SDISS 合計得点を従属変数とした t 検定を行った結果、ADHD 症状合計点 ($t(52)=1.52, n.s.$)、補償方略合計得点 ($t(52)=0.23, n.s.$)、POMS 平均得点 ($t(52)=-1.41, n.s.$)、SDISS 合計得点 ($t(52)=-1.52, n.s.$) のすべての変数において回収方法による有意な得点差は見られなかった。このことから、回収方法の違いによる各得点の歪みは認められないと考えられた。

4. 解析方法

解析には SPSS15.0J を用いた。

5. データ処理

欠損値に関しては、フェイスシートを除く項目全体の 5%以下 (3 項目以下) に欠損値が見られた場合には各項目の平均値によって補完を行った。

6. 倫理的配慮

インフォームド・コンセントに関しては、調査実施に先立ち成人 ADHD 自助グループ「NPO 法人 大人の ADD&ADHD の会 SOAA」の代表に調査の趣旨を説明し、調査票の配布に関する承諾を得た。そして、調査実施の当日に成人 ADHD 自助グループの代表、または研究者自身から定例会の参加者に対して、調査趣旨の説明と本調査で得られた情報の利用方法について説明をおこなった。その上で調査への同意を得られた回答者を対象に調査を実施した。なお、本調査への協力はあくまで任意であり強制ではないこと、および今後の自助グループ活動への影響がないことを明示した。また、本調査は無記名式で実施し、個人のプライバシーには最大限配慮することを明示した。なお、本研究は北海道医療大学心理科学部・心理科学研究科倫理委員会の承認を得て行われた。

第 4 節 結 果

1. AACC の因子構造について

AACC の因子構造を明らかにするために、18 項目に対して主因子法による探索的因子分析を行った。スクリープロットの形状から、3 因子構造が妥当であると判断された。因子数を指定し、再度、主因子法、プロマックス回転による探索的因子分析を行い、因子負

荷量が.35 に満たなかった項目および二重負荷の項目を除いて、再度同様の因子分析を行った。その結果、3 因子 16 項目を抽出した (Table 4-4)。累積寄与率は 46.34%であった。

AACC

の項目収集から因子構造の検討までの調査手続きを Figure 4-1 に示した。

第1因子は7項目で構成されている。各因子に高い負荷量を示した内容を検討した結果、「9. 仕事や予定を忘れないように、頭に浮かんだことをノートやメモに書き留める」、「12. 仕事や課題をすべて書き出して優先順位をつける」、「13. 仕事や予定を忘れないように、カレンダーに予定を書き込む」に代表されるように、仕事や予定の整理を促進させるための自らの工夫であるため、「仕事・課題の管理」に対する補償方略であると解釈した。

第2因子は5項目で構成されている。各因子に高い因子負荷量を示した内容を検討した結果、「16. 集中できるように、仕事や課題を自分の集中力が続く長さに分割する」、「17. こまめに休息をとって疲れ過ぎないようにする」、「14. 集中できるように、雑音や話し声がない静かな場所を見つける」に代表されるように、仕事や課題自体の処理能力を高めると言うよりも、自分や環境を整えていると考えられたため、「環境調整」のための補償方略であると解釈した。

第3因子は、4項目で構成されている。各因子に高い因子負荷量を示した内容を検討した結果、「1. 先延ばしをしないように、他人にやるべきことを促してもらう」、「19. ADHD 症状を理解して協力してくれる友人をつくる」、「2. 先延ばしをしないように、自分のスケジュールを周囲の人に伝える」に代表されるように、自らの力で ADHD 症状を克服するというよりも周囲の他者の力を借りて ADHD 症状に対処しているため、「サポート希求」という補償方略であると解釈した。

成人期の ADHD 患者の補償方略チェックリストの各下位尺度の因子間相関については、3つの下位尺度のうち、「仕事・課題の管理」と「環境調整」($r=.54$)、「環境調整」と「サポート希求」($r=.50$)には中程度の正の相関関係が認められた。また、「仕事・課題の管理」と「サポート希求」($r=.29$)には弱い相関関係が認められた。したがって、AACCの3つの下位尺度間にはお互いに有意な正の相関関係が認められた。

2. AACC の信頼性の検討

AACC の信頼性を検討するため、Cronbach の α 係数を算出したところ、AACC 全体、および各因子すべてにおいて十分な値が得られた (AACC 全体: $\alpha=.87$, 第1因子: $\alpha=.81$, 第2因子: $\alpha=.76$, 第3因子: $\alpha=.74$)。したがって、AACC は高い内的整合性を有する自記式尺度であると判断することができ、各因子はそれぞれ下位因子としての信頼性を満たしていると考えられた。

Table 4-4 成人期のADHD患者の補償方略チェックリストの因子分析結果 (n=54)

Items ($\alpha=.87$)	Factor loadings		
	I	II	III
I. 仕事・課題の管理 ($\alpha=.81$)			
9. 仕事や予定を忘れないように、頭に浮かんだことをノートやメモに書き留める	.90	-.17	-.05
12. 仕事や課題をすべて書き出して優先順位をつける	.76	.00	.02
13. 仕事や予定を忘れないように、カレンダーに予定を書き込む	.66	.05	-.14
20. 重要書類(郵便物や請求書など)を決まった場所に保管する	.54	-.15	.28
3. 先延ばしをしないように、本当にやらなければならない仕事なのかをよく考える	.39	.24	.01
7. 仕事や課題を忘れないように、その場で行う	.38	.14	.18
15. 集中できるように、集中できる環境を作る努力をする	.35	.34	.16
II. 環境調整 ($\alpha=.76$)			
16. 集中できるように、仕事や課題を自分の集中力が続く長さ分割する	.03	.87	-.17
17. こまめに休憩をとって疲れ過ぎないようにする	-.18	.68	.07
18. 自分が苦手なことを事前に相手に相手に伝えておく	-.02	.65	.18
14. 集中できるように、雑音や話し声がない静かな場所を見つける	.32	.49	-.17
5. 先延ばしをしないように、気分転換をする(旅行や趣味など)	-.01	.37	.29
III. サポート希求 ($\alpha=.74$)			
1. 先延ばしをしないように、他人にやるべきことを促してもらう	-.13	-.12	.88
8. 仕事や課題が遅れて怒られても、落ち込み過ぎないようにする	.17	-.10	.57
19. ADHD症状を理解して協力してくれる友人をつくる	-.02	.21	.57
2. 先延ばしをしないように、自分のスケジュールを周囲の人に伝える	.02	.26	.49
Factor correlation			
I	1.00	.54	.29
II		1.00	.50
III			1.00

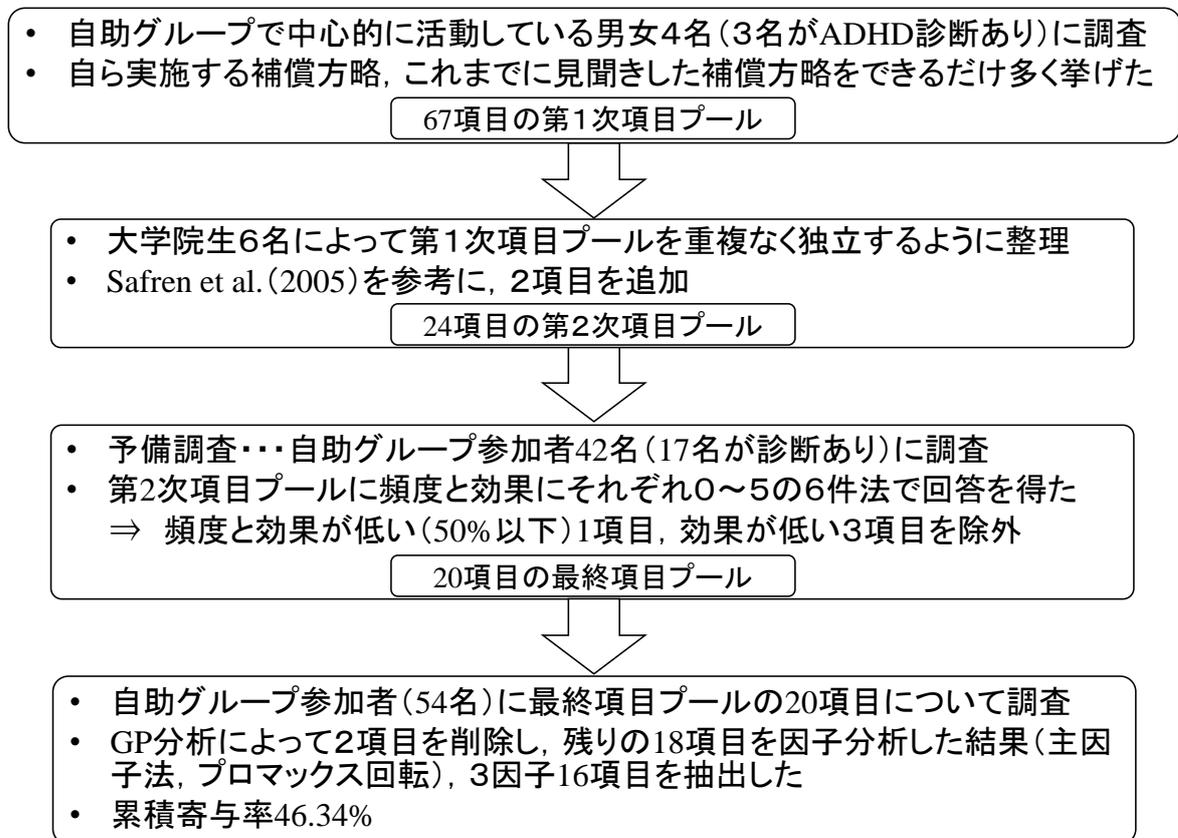


Figure 4-1 成人期のADHD患者の補償方略チェックリストの調査手続き

3. 性差の検討

AACC の合計得点と各下位尺度得点の平均値と標準偏差を男女別に算出した結果を Table 4-5 に示した。性差の検討を行うため、AACC の合計得点と各下位尺度得点について t 検定を行った。その結果、すべての得点において有意差が認められなかった。したがって、補償方略には大きな性差がないと考えられた。

第5節 考察

本章の目的は、成人期の ADHD 患者が行う補償方略を測定することができる自記式尺度である AACC の開発を行うことであった。AACC の 16 項目について探索的因子分析を行ったところ、第 1 因子として「仕事・課題の管理」が抽出され、7 項目のうち 5 項目が仕事や予定の整理を促進させるための工夫であった。先行研究においても成人期の ADHD 患者が行う補償方略として、カレンダーに予定を書き込むことなどが指摘されていることから (Nadeau, 1995)、本章における知見と一致するものであった。第 2 因子としては、「環境調整」が抽出され、5 項目中 3 項目で気分転換をすることや、疲れ過ぎないようにするなど、課題や仕事自体の効率を高めることやミスが減らそうとする方法というよりも、自分や環境を整えることに主眼を置いている項目から構成されていることから、「環境調節」を示す因子であることが示された。第 3 因子としては、「サポート希求」が抽出され、4 項目中 3 項目が自らの力で直接的に ADHD 症状を克服するというよりも、周囲の他者のサポートをことによって ADHD 症状に対処するものであった。補償方略の習得による行動面への介入と抑うつや不安などの認知面への介入による治療に効果が認められたことを報告した Safren et al. (2005) の成人期の ADHD 患者に対する認知行動療法においても、6 つの主要な治療構成要素のひとつとしてコミュニケーションスキルの向上が含まれており、「仕事・課題の管理」因子や「環境調整」因子のように自らの力で ADHD 症状が機能障害に与える影響を緩和させようとするだけが補償方略ではなく、この「サポート希求」因子のように、周囲の人の力を適切に活用することも成人期の ADHD 患者が行う補償方略として適切であることが示された。

因子間相関の結果から、「仕事・課題の管理」因子と「環境調整」因子、および「サポート希求」因子と「環境調整」因子との間には中程度の正の相関関係があるが、「仕事・課題の管理」因子と「サポート希求」因子との間には弱い正の相関関係が見られた。このことから、「仕事・課題の管理」因子と「サポート希求」因子にも正の相関関係はあるものの、他の 3 因子間よりもその関係性が弱いことがわかった。また、成人期の ADHD 患者が行う補償方略チェックリストの信頼性に関しては、十分な内的整合性が確認された。

成人期の ADHD 患者が行う補償方略チェックリストの性差に関する検討から、各下位因子と合計得点において性差は認められないことがわかった。これまで補償方略に関しての

Table 4-5 成人期のADHD患者の補償方略チェックリストの性差の検討

	全体(<i>n</i> =54) Mean (SD)	男性(<i>n</i> =17) Mean (SD)	女性(<i>n</i> =37) Mean (SD)	<i>t</i> 値
仕事・課題の管理	20.09 (7.64)	19.12 (7.46)	20.54 (7.78)	0.63 <i>n.s.</i>
環境調整	12.37 (5.64)	12.59 (5.30)	12.27 (5.86)	0.20 <i>n.s.</i>
サポート希求	7.46 (4.41)	7.29 (3.93)	7.54 (4.66)	0.19 <i>n.s.</i>
補償方略合計	39.93 (14.44)	39.00 (12.29)	40.35 (15.46)	0.32 <i>n.s.</i>

実証的な検討はなされていないために、この結果が妥当であるかの断定はできないが、補償方略の種類にかかわらず、補償方略を行う頻度に性差がないことが明らかとなった。

補償方略の習得は、成人期の ADHD 患者に対する認知行動療法の中でも主要な治療構成要素である。本章で見出された補償方略は、臨床場面では、自記式尺度として使用することで補償方略を習得している度合を継続的に評価することが可能となる。また、患者によっては必要な補償方略に個人差があることも考えられる。つまり患者と支援者が AACC をもとにこれまでの失敗経験や現在の生活上での困難な点について話し合い、目の前の患者が習得すべき補償方略を選定するなど、治療計画を立てる際の指針とすることも可能であろう。さらに、補償方略の概念の説明や、本章で見出された 3 種類の補償方略（仕事・課題の管理、環境調整、サポート希求）についての心理教育を行う際にも役立つツールとなる。

本研究では予備調査によって補償方略としての概念に当てはまるように頻度と効果について検討を行った項目を用いて AACC を作成した。しかし、本調査では信頼性では内的整合性、妥当性では因子的妥当性を確認するにとどまった。したがって今後は、AACC の併存的妥当性や、実際に補償方略に焦点を当てた心理社会的治療を実施した際に、AACC 得点が増減するのかを確認する必要がある。

また本研究の調査対象者はすべて成人期の ADHD 患者が主宰する自助グループの会員や参加者であったため、臨床場面での成人期の ADHD 患者よりも補償方略に関する知識が豊富であった可能性もある。そのため、自助グループに参加する者と参加していない者の AACC 得点を比較することや、自助グループに参加し、参加者から補償方略に関する知識を得ることによって AACC 得点が増加するかどうかを検討すべきであろう。

第5章 成人期の ADHD 患者の補償方略と気分状態が機能障害に与える影響（研究3）

第1節 問題と目的

成人期の ADHD は児童に限定された発達障害ではなく、成人期まで ADHD 症状が持続し、その結果として日常生活に支障をきたすことが明らかとなっている。成人期の ADHD 患者は幼少期からの失敗経験が積み重なり、気分障害（38.3%）、不安障害（47.1%）を高確率で併存するなど、ADHD をもたない者よりもさまざまな精神科疾患を併存する確率が高い（Kessler et al., 2006）。さらに DSM-IV-TR の特定不能の ADHD のように、ADHD 症状が診断基準を完全に満たすほど重度でなくとも機能障害を生じている者が思春期・成人期では多く存在することが明らかとなっており（Able et al., 2007）、ADHD 症状と機能障害を別々の次元でとらえることが推奨されている（Gordon et al., 2006）。そのため支援の目標としては、短期的には ADHD 症状や併存する不安症状や抑うつ症状などの症状の軽減であるが、長期的には症状の改善を含めた生活上の困難さを可能な限り緩和することである（Weiss et al., 2008）。したがって、成人期の ADHD 患者の ADHD 症状や併存症状、機能障害を軽減する可能性のある要因を理解しておくことは、適切な治療法を選択するうえで重要であろう。

これまで成人期の ADHD に対する治療法として、欧米では中枢神経刺激薬を中心とした薬物療法が普及している。非薬物療法である心理社会的治療も第1章で展望したように、効果研究が少ずつ積み重ねられてきており、その結果、ADHD 症状や機能障害の程度が軽度から中程度の患者には、薬物療法の使用の有無に限らず心理療法を行うことが欧米の治療ガイドラインで推奨されている（Nutt et al., 2007）。さらに米国心理学会でも、成人期の ADHD に対する認知行動療法は「研究によって強く支持が得られている心理療法」として認定されている（American Psychological Association, Division 12, 2013）。

成人期の ADHD に対する認知行動療法の治療構成要素の中で ADHD 症状や併存症状、機能障害を軽減する可能性のある要因として取り扱われているものとしては、「日常生活を支障なく過ごすために成人期の ADHD 患者が行う行動的対処法（例えば、大きな課題を小さな複数の課題に分割する、多くの課題を書き出して優先順位を付ける）」や「非適応的な認知や信念」がある（Safren, Sprich, Chulvick, & Otto, 2004）。前者は補償方略（Compensatory Strategies）と呼ばれている。成人期の ADHD における認知行動モデル（Safren et al., 2004）では、ADHD 症状と併存しやすい抑うつ症状や不安症状などの気分状態が、成人期の ADHD 患者が日常生活を支障なく過ごすための補償方略を用いることを失敗させた結果、最終的に機能障害に悪影響を与える。実際、Safren et al.（2005）は、薬物療法を受けていても症状が残遺する成人期の ADHD 患者を対象に補償方略の習得と

第5章の1部は、ストレスマネジメント研究（印刷中）で公開予定である。

非適応的な認知や信念に対する介入による治療効果を示している。その他にも、Solanto et al. (2008) や Virta et al. (2008) が補償方略の習得による介入効果を示している。成人期の ADHD に対する認知行動療法において補償方略を習得することは直接的に機能障害を軽減するだけでなく、幼少期から続く日常生活上の失敗が改善されることによって非適応的な認知や信念の改善しやすくなる役割も果たすことも期待される (Rostain & Ramsay, 2006; Safren et al., 2005; Solanto et al., 2008)。そのため、補償方略は成人期の ADHD に対する心理療法において重要な治療構成要素となる。

このように成人期の ADHD に対して認知行動療法の効果研究が実施されてきた。そして成人期の ADHD 患者の ADHD 症状や併存症状としての気分状態、機能障害を軽減する要因のひとつとして補償方略が挙げられる。しかし Safren et al. (2004) の認知行動モデルは臨床的示唆から考案されたモデルであるために、これまで実証的な検討が行われていない。また補償方略が ADHD 症状や併存症状、機能障害と数量的にどのような関連があるのか、特に長期的な治療目標となる機能障害 (Weiss et al., 2008) との関連が明らかになっていないことが問題となっている。そこで本研究では成人期の ADHD 患者を対象に調査研究を行い、補償方略が ADHD 症状、気分状態、機能障害とどのような関連があるのかを検討することを目的とした。

第2節 方法

1. 研究協力者

成人期の ADHD 当事者が主宰する ADHD の自助グループに参加する成人男女 103 名 (男性 29 名, 女性 73 名, 未記入 1 名, 平均 37.95 ± 8.75 歳) に調査を実施した。フェイスシートの回答によって統合失調症 (4 名), パーソナリティ障害 (1 名) の診断を受けていると答えた者の回答を除外した。残りの 98 名のうち, 20 歳以上 65 歳未満で ADHD の診断を受けている男女 48 名 (男性 15 名, 女性 33 名, 平均年齢 36.56 ± 7.70 歳) を対象とした。さらに, 研究協力者の中で未受診であるために ADHD の診断を受けていない者も含まれることが考えられるため, ADHD の診断は受けておらずとも ADHD 症状を自覚し, 現在および児童期に ADHD 主症状のうち不注意もしくは多動 - 衝動性のいずれかが DSM-IV-TR の基準 (9 項目中 6 項目) を満たす者 16 名 (男性 7 名, 女性 9 名, 平均年齢 37.50 ± 6.74 歳) を加えた 64 名 (男性 22 名, 女性 42 名, 平均 36.80 ± 8.25 歳) を最終的な分析対象とした。

なお, DSM-IV-TR (2000) では ADHD と自閉症スペクトラム障害との並列診断は禁じられているが, 実際の臨床現場では ADHD 患者が自閉症スペクトラム障害など ADHD 以外の発達障害を併存することは頻繁に指摘されていること (高梨他, 2004), さらに DSM-5 (2013) では ADHD と自閉症スペクトラム障害の併記が認められているため, ADHD 症状が認められながらも ADHD 以外の発達障害の診断 (特に自閉症スペクトラム障害) を受け

ている者も対象とした。

2. 調査材料

(1) フェイスシート

調査対象者の属性を調査するために、①年齢、②性別、③教育歴、④現在の就労状態、⑤現在の ADHD 診断の有無、⑥ADHD の診断年齢、⑦ADHD 以外の発達障害の診断（アスペルガー障害、自閉症、学習障害などを選択肢として提示、複数回答可）、⑧現在の精神疾患の診断（大うつ病、社交不安障害、強迫性障害、パニック障害などの気分障害と不安障害、統合失調症、パーソナリティ障害、その他を選択肢として提示、複数回答可）、⑨ADHD に対する治療薬を服薬している者の治療薬名（中枢神経刺激薬、SSRI などを選択肢として提示、複数回答可）に回答を求めた。

(2) 成人期の ADHD 症状

第 3 章（研究 1）で開発した成人期の ADHD 症状の重症度を測定する自記式尺度である成人期の ADHD 症状尺度（Adult ADHD Symptoms Scale : AASS）を用いた。AASS は DSM-IV-TR（2000）の ADHD の項目を成人に適するように修正した 18 項目の質問から構成される。「0：ない、またはほとんどない」、「1：ときどきあった」、「2：しばしばあった」、「3：非常にあった」の頻度の 4 件法によって回答を求めた。不注意症状因子と多動性 - 衝動性症状因子の 2 因子から構成されるが、本研究では総合的な ADHD 症状を測定する目的で使用するため、ADHD 症状得点として合計得点を用いた。

(3) 児童期の ADHD 症状

発達障害は児童期から成人期まで慢性的に症状がみとめられることが診断基準の一つとなる。そこで児童期（12 歳まで）に ADHD 症状が見られたかを成人期の ADHD 患者に確認するため、自記式尺度によって児童期の ADHD の有無を確認した。DSM-IV-TR に準拠しており、不注意 9 項目、多動-衝動性 9 項目の合計 18 項目で構成され、それぞれの項目について「はい」もしくは「いいえ」で回答を求めた。DSM-IV-TR と同様に、不注意症状と多動性 - 衝動性症状のいずれかが 9 項目中 6 項目を満たせば児童期に ADHD 症状がみられたとみなした。なお、DSM-IV-TR では ADHD 症状が 7 歳以前にみられることが診断に必要であるが、DSM-5（2013）では 12 歳以前の ADHD 症状の確認と年齢が引き上げられていること、また Faraone et al.（2006）は、7 歳以前に ADHD 症状が顕在化することは稀であり、成人に児童期の ADHD 症状を確認する際には 12 歳までの ADHD 主症状を評価することが妥当としていることから、児童期の ADHD 症状の確認の際には 12 歳以下の ADHD 症状を確認することとした。本研究では成人期（現在）だけでなく、児童期にも ADHD 症状がみられた者を対象とした。

(4) 補償方略

第4章(研究2)で開発した成人期のADHD患者の補償方略チェックリストを用いて成人期のADHD患者が行う行動的対処法である補償方略を測定した。自記式尺度であり、3因子(仕事・課題の管理7項目、環境調整5項目、サポート希求4項目)合計16項目で構成される。「0:まったく行っていない」～「5:いつも行っている」の頻度の6件法によって回答を求めた。本研究では合計得点を用いて補償方略得点とした。

(5) 気分状態

個人の気分や感情の程度を測定するために日本語版 Profile of Mood States 短縮版(POMS; 横山, 2005)を使用した。「抑うつ-落ち込み」「活気」「怒り-敵意」「疲労」「緊張-不安」「混乱」の6因子30項目、「全くなかった」から「非常に多くあった」までの5件法で構成される。POMSの素得点は性別や年齢によって影響を受けることため、T得点を算出して解析に用いた。T得点は、60点未満までが「健常」、60点以上75点未満が「他の訴えとあわせ、専門医を受診させるか否かを判断する」とされている。横山(2005)によって信頼性と妥当性が示されている。本研究では、全般的な不快気分が機能障害に与える影響を検討することを目的としているため、否定的気分(不安、抑うつ、怒り、疲労、混乱)を加法した後に、肯定的気分である活気を除法した得点(Total Mood Disturbance)を気分状態得点として用いた。

(6) 機能障害

成人期のADHDをもつ者の機能障害を測定するために Sheehan Disability Scale 日本語版(SDISS; 吉田他, 2004)を用いた。SDISSは仕事/学業, 社会生活, 家庭内のコミュニケーションや役割における支障度を測定する自記式尺度である。合計3項目、「0:全く支障なし」～「10:極めて支障あり」の11件法で回答を求めた。回答は0が全く支障なし, 1～3までが軽度, 4～6までが中程度, 7～9までが重度, 10が最重度の機能障害を示した。各項目は「この1ヵ月間, 何らかの精神的な問題により, 仕事や学業, 家事などに, どの程度支障がでていますか?」というように問うが, 「何らかの精神的な問題により」にADHDを含めずに回答する者がいる可能性があるため, 「何らかの精神的な問題(ADHDを含む)により」と説明を付加した。吉田他(2004)によって信頼性と妥当性が検証されている。

SDISSは精神科を受診する患者全般を対象とした尺度であるため, 成人期のADHD患者に特徴的な機能障害も同時に測定する必要がある。Safren et al. (2005)では「先延ばし」「順序立てとスケジュール管理」「注意散漫」が成人期のADHD患者が主に生活を支障することを指摘しているため, 「先延ばし」「順序立てとスケジュール管理」「注意散漫」が生活を支障する程度について各1項目合計3項目11件法(0～10)で解答を求めた(Daily Impairment of Adult ADHD: DIAA)。質問項目は「この1ヵ月間, 先延ばし(あるいは順序立てとスケジュール管理, 注意散漫)によって, 生活にどの程度支障がでていますか?」

という質問で構成された。本研究では SDISS と DIAA の合計得点をそれぞれ標準化し (z 得点に変換), その後に合計した得点を成人期の ADHD 患者の機能障害得点として用いた。

3. インフォームド・コンセントと調査方法

調査実施に関して成人期の ADHD 自助グループの代表に調査の趣旨を説明し、理事会において調査票の配布に関する承諾を得た。その上で自助グループ参加者の中から調査への同意を得られた者を対象に調査を実施した。回収方法は直接回収法と郵送法を用いた。なお、本研究への協力はあくまで任意であり強制ではないこと、および今後の自助グループ活動への影響がないことを各自に書面にて明示した。また、本研究は無記名式で実施し、個人のプライバシーには最大限配慮することを明示した。なお、本研究は北海道医療大学心理学部・心理科学研究科倫理委員会の承認を得て行われた。

4. 統計解析

ADHD 症状、補償方略、気分状態、機能障害の関連を検討するために *Pearson* の積率相関分析を行った。しかし相関分析の結果のみでは、補償方略および気分状態と機能障害の関連が、ADHD 症状の影響による疑似相関である可能性を否定できない。そこで、① ADHD 症状の影響を統計的に統制したうえで、補償方略および気分状態がどの程度機能障害と関連しているのか、② ADHD 症状、補償方略、気分状態の相互作用がどのように機能障害と関連しているか、の 2 点を、機能障害得点を目的変数とする階層的重回帰分析によって検討した。具体的には、Step 1 として、ADHD 症状の影響を統制するために、成人期の ADHD 症状合計得点を説明変数として投入した。次に Step 2 として、補償方略合計得点を説明変数として投入し、補償方略と機能障害との関連を検討した。さらに Step 3 として、Total Mood Disturbance (気分状態) 得点を説明変数として投入し、気分状態と機能障害との関連を検討した。最後に Step 4 として、ADHD 症状と気分状態の交互作用得点、気分状態と補償方略の交互作用得点、ADHD 症状と補償方略の交互作用得点を投入し、各説明変数の相互作用と機能障害との関連を検討した。なお、交互作用得点を求める際は、交互作用得点に用いた変数同士の相関係数が非常に高くなるために多重共線性の問題が発生する(前田, 2008)。この問題を避けるため、交互作用得点に用いる各説明変数はあらかじめ z 得点に変換して解析を行った。

統計解析には IBM SPSS Statistics 22 for Windows を用いた。

第3節 結果

1. デモグラフィックデータ

研究協力者の属性を Table 5-1 に示した。Table 5-1 より、教育歴としては 26 名 (40.63%) の者が大学または大学院を卒業していることがわかった。一方、就労状況では無職・休職中と答えた者が 13 名 (20.31%) と多いことがわかった。研究協力者の中で ADHD の診断を受けた者は 75% (48 名) であったが、そのほぼ全員 (1 名を除く) が成人後に診断を受けていた。また ADHD だけでなく、自閉症スペクトラム障害を中心に発達障害の併存診断を受けているものも少なからず存在した。大うつ病を主として気分障害や不安障害の診断を受けている者も多く、Kessler et al. (2006) と同様に ADHD による 2 次障害を抱える者も多かった。調査を実施した時期は成人期の ADHD に対する中枢神経刺激薬の処方制限が制限されて間もなくであったこともあり、中枢神経刺激薬を服用する者も散見されるが、大半の者は抗うつ薬や抗不安薬を処方されていた。

2. 記述統計量

ADHD 診断の有無によって調査対象者の特徴が異なるか否かを判断するために、ADHD と診断を受けている者 (診断あり) と ADHD と診断を受けていない者 (診断なし) の記述統計量を Table 5-2 に示した。また調査協力者全員の記述統計量を Table 5-2 に示した。なお、機能障害得点は標準化する前の得点を示している。ADHD 診断の有無による得点の差異を t 検定によって比較した結果、補償方略得点でのみ診断ありの方が有意に高得点であったが ($t(62)=3.17, p<.01$)、その他の得点に有意差は認められなかった。つまり、ADHD 症状、気分状態、機能障害では診断の有無による有意な違いは認められなかったが、ADHD の診断を受けている者は補償方略を多く行っていることがわかった。

また Table 5-2 から、調査対象者の ADHD 症状 (AASS 得点) については第 3 章 (研究 1) の ADHD 群 (不注意症状 = 平均 24.98 ± 5.75 点、多動性-衝動性症状 = 平均 19.49 ± 7.04 点、ADHD 症状合計 = 平均 44.47 ± 11.43 点) と同程度であった。つまり、本研究における調査対象者の ADHD 症状は成人期の ADHD 患者と同程度であったといえる。

次に、気分状態 (POMS 得点) については、否定的な気分の「怒り - 敵意」を除いた因子 (「緊張 - 不安」, 「抑うつ - 落ち込み」, 「疲労」, 「混乱」) の T 得点が 60 点を上回っていた。さらに肯定的な気分状態である「活気」の T 得点が 45 点を下回っていたことから、調査対象者の気分状態は平均的な日本人と比較して悪い状態にあったことがうかがえる。

補償方略得点については、第 4 章 (研究 2) で調査対象となった ADHD 患者の補償方略チェックリスト合計得点 (平均 39.13 ± 14.56 点) よりも高い値であり、本調査対象者は

Table 5-1 研究協力者の属性 (N=64)

教育歴	中学校卒業=2名, 高校卒業=20名, 専修短大卒業=16名, 大学・大学院卒業=26名
就労状況	正社員=23名, パート・アルバイト=15名, 派遣社員=5名, 無職・休職中=13名, 主婦(主夫)=6名, その他=2名
ADHDの診断を受けている者	48名 (75%)
ADHDの診断を受けた年齢(N=48)	32.79±7.83歳(範囲18~40)
ADHD以外の発達障害の診断 ^{*2}	自閉症スペクトラム障害=14名, 学習障害=5名, トウレット障害=1名
精神疾患の診断 ^{*2}	大うつ病=13名, 社交不安障害=5名, 双極性障害=4名, パニック障害=2名, その他=5名 ^{*1}
処方されている向精神薬 ^{*2}	抗うつ薬=26名, 抗不安薬=15名, 中枢神経刺激薬=14名, 抗てんかん薬=9名, 抗精神病薬=1名, 漢方=1名, 未服薬=10名

Note. ^{*1} 不安障害, 適応障害, 気分障害, 神経症; ^{*2} 複数回答可

Table 5-2 各変数の記述統計量

	診断あり (N=48)		診断なし (N=16)		合計 (N=64)	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
ADHD症状						
不注意症状	24.94	5.58	27.81	4.28	25.66	5.40
多動性・衝動性症状	19.06	7.19	20.44	6.02	19.41	6.89
ADHD症状合計	44.00	11.32	48.25	6.87	45.06	10.50
気分状態						
緊張-不安	62.23	13.28	68.13	11.18	63.70	12.96
抑うつ-落ち込み	64.92	15.09	70.44	12.19	66.30	14.53
怒り-敵意	56.88	12.71	59.25	11.26	57.47	12.32
活気	45.69	11.79	40.81	10.58	44.47	11.62
疲労	63.33	11.63	65.44	10.87	63.86	11.40
混乱	73.15	11.54	78.94	8.74	74.59	11.13
Total Mood Disturbance	274.81	58.95	301.38	47.18	281.45	57.07
補償方略合計	54.42	14.68	39.94	18.93 **	50.80	16.91
機能障害						
DIAA	20.31	5.54	22.00	5.69	20.73	5.58
SDISS	17.92	8.10	18.88	8.42	18.16	8.13
機能障害合計	38.23	10.27	40.88	12.26	38.89	10.76

Note. DIAA: Daily Impairment of Adult ADHD, SDISS: Sheehan Disability Scale

** $p < .01$

散漫」=7.03±1.97点), SDISS (仕事/学業=平均 6.98±2.96点; 社会生活=平均 6.00±3.16点; 家庭内のコミュニケーションや役割=平均 5.17±3.45点)は各項目の平均得点が高く, 調査対象者は生活に困難さを抱えていることがわかった。

3. 各指標の関連

次に ADHD 症状, 補償方略, 気分状態と機能障害について *Pearson* の積率相関係数を算出した結果, 機能障害とはそれぞれ ADHD 症状 ($r=.38, p<.001$) と気分状態 ($r=.47, p<.001$) が有意な正の相関関係が, 補償方略 ($r=-.39, p<.001$) が有意な負の相関関係が示された (Table 5-3)。また, 気分状態と補償方略の間に有意な負の相関関係が示された ($r=-.24, p<.05$)。

4. 各指標が機能障害に与える影響

ADHD 症状の影響を統計的に統制したうえで, 補償方略および気分状態がどの程度機能障害と関連しているのか, ADHD 症状, 補償方略, 気分状態の相互作用がどのように機能障害と関連しているのか, の2点を検討するために, 機能障害得点を目的変数とする階層的重回帰分析を行った。多重共線性が発生しているかどうかを検討するために Variance Inflation Factor (VIF) を算出したところ, VIF は 1.22~2.13 であった。また説明変数の各尺度間の相関係数は弱い相関関係 ($r=-.24\sim.21$) であったことから, 多重共線性は発生していないと判断された。ADHD 症状, 補償方略, 気分状態と各交互作用を説明変数, 機能障害を目的変数とした4つの Step の階層的重回帰分析を行った (Table 5-4)。その結果, すべての Step で R^2 に有意性が認められた。また Step 1 から Step 3 にかけては R^2 の変化量が有意であったが, 交互作用を投入した Step 4 では有意な増加は認められなかった。Step 4 の結果から, ADHD 症状 ($\beta=.31, p<.05$) と気分状態 ($\beta=.28, p<.01$) は機能障害と正の関連性があり, 補償方略 ($\beta=-.26, p<.05$) は ADHD 症状を統制しても機能障害と負の関連性があることが示された。なお本研究は ADHD 症状を統制したうえで補償方略と気分状態が機能障害とどのような関連があるかを探索的に検討している。したがって説明変数を投入する順序を入れ替えて検討したところ, Table 5-4 のように Step 1 で ADHD 症状, Step 2 で補償方略, Step 3 で気分状態, Step 4 で各交互作用を投入するモデルの当てはまりが最も良好であった。

Table 5-3 変数間の相関係数

	機能障害	ADHD症状	補償方略	気分状態
機能障害	—	.38**	-.39**	.47**
ADHD症状		—	-.15	.21*
補償方略			—	-.24*
気分状態				—

Note. * $p < .05$, ** $p < .001$

Table 5-4 機能障害についての階層的重回帰分析の結果

	Step 1			Step 2			Step 3			Step 4		
	β	t		β	t		β	t		β	t	
ADHD症状	.38	3.27	**	.33	2.97	**	.27	2.57	*	.31	2.54	*
補償方略				-.37	3.01	**	-.26	2.46	*	-.26	2.24	*
気分状態							.35	3.28	**	.28	2.25	*
ADHD症状×気分状態										-.03	0.23	
気分状態×補償方略										.15	1.20	
ADHD症状×補償方略										-.05	0.32	
R^2		.15	**		.26	**		.37	**		.39	**
ΔR^2		.15	**		.11	**		.11	**		.02	
調整済み R^2		.13	**		.23	**		.34	**		.32	**

Note. * $p < .05$, ** $p < .001$

第4節 考 察

本章の目的は、成人期の ADHD 患者が行う補償方略が ADHD 症状、気分状態、機能障害とどのような関連があるのかを検討することであった。さらに ADHD 症状と機能障害の関連を考慮したうえで、これらの検討が行われた。階層的重回帰分析の結果、補償方略は機能障害と有意な負の関連性があることが示され、ADHD 症状の影響を統制した上でも有意な重相関係数の増分がみられた。このことから、成人期の ADHD 患者は先天的な特徴である ADHD 症状を持ちながらも、補償方略を習得することによって機能障害を軽減できる可能性がある。

さらに本研究では ADHD 症状、気分状態、補償方略の間の交互作用得点と機能障害得点の間には有意な関連が認められなかった。Safren et al. (2004) の認知行動モデルでは ADHD 症状と気分状態は機能障害に直接影響を及ぼさず、補償方略を媒介して機能障害に影響を与える。しかし本研究の結果は ADHD 症状と気分状態も補償方略と同様に直接的に機能障害に影響を与えることを示唆しており、この点において Safren et al. (2004) の認知行動モデルに疑問を投げかけるものである。つまり、ADHD 症状や気分状態の程度にかかわらず、補償方略を多く行っている者ほど機能障害得点が低いことが示され、補償方略は ADHD 症状や気分状態の程度とは別に機能障害を軽減することが示された。一方で、この結果はたとえ補償方略を習慣化していたとしても、それとは無関係に ADHD 症状や気分状態が機能障害に対して相対的に強く関係するとも言える。Safren et al.

(2005) に代表されるこれまでの成人期の ADHD に対する認知行動療法では、補償方略の習得を目指した治療構成要素だけではなく、認知的再構成法や問題解決療法など、考え方の多様性を増やすことによって感情や気分が与える悪影響を減少されることを目指した認知的技法も治療構成要素として含まれている。補償方略の習得は成人期の ADHD に対する心理療法に特有の治療構成要素であるが、このように従来の認知行動療法の治療構成要素を組み合わせることで治療効果を高めている可能性がある。どの治療構成要素が特に成人期の ADHD に対して有効であるかを比較するためにも、今後、補償方略の習得のみを実施する群、認知再構成法など認知的技法のみを実施する群、その両方を実施する群など治療構成要素を要因とした介入研究を実施することで特定の治療構成要素が機能障害に与える影響を検討することが可能となる。

補償方略と機能障害には負の関連があることが認められたが、補償方略と機能障害の間の標準偏回帰係数 ($\beta = -.26$) は弱い値であった。Safren et al. (2005) は、補償方略は決して難易度が高いものではないものの、成人期の ADHD 患者は補償方略を単独で習得して習慣化することは非常に困難であると示唆している。本研究の分析対象者の 75% は ADHD 診断を受けていると回答しており、これらの者は医療機関を利用している。本研究では通院期間や心理療法を受けているかを確認していないものの、分析対象者は通院先、あるいは調査を実施した自助グループで支援に関する情報を得ているであろう。それ

にも関わらず、補償方略を習慣化するには至っていない可能性がある。また機能障害を緩和させるために必要な補償方略には個人差が大きいことが推測される。つまり、ある者には必要な補償方略が別の者には必要ではない、あるいは少数の補償方略を習得することで機能障害を緩和できる者もいれば、多くの補償方略を必要とする者もいることが考えられる。本研究では補償方略尺度の全項目を使用して補償方略を包括的に測定したために、補償方略と機能障害の間の標準偏回帰係数が弱い値となった可能性がある。

ADHD 症状と気分状態は機能障害との間に有意な正の関連がみられた。すなわち、成人期の ADHD 患者は ADHD 症状や気分状態が重度であるほど機能障害が高いことが示唆された。Gjervan, Torgersen, Nordahl, & Rasmussen (2012) は不注意症状が重度であるほど収入が減少すること ($\beta = -.32, p < .05$) を示した。本研究では機能障害得点の 1 項目として仕事/学業における支障度を測定しているために Gjervan et al. (2012) における収入とは機能障害としての概念に相違はあるものの、本研究で得られた ADHD 症状と機能障害との関連は部分的に一致する結果となった。成人期の ADHD 患者は多くの精神疾患も併存することが指摘されている (例えば, Kessler et al., 2006)。本研究では気分状態についてのみの回答を得ており、精神病理に関する質問紙を用いていないが、気分状態と機能障害の関連は補償方略と機能障害の関連と同程度の強度の値を示した。さらに POMS の各因子得点では 6 因子中 4 因子で「他の訴えとあわせ、専門医を受診させるか否かを判断する」に該当した。これらのことから、わが国でも成人期の ADHD 患者は ADHD 症状だけでなく、精神的・情緒的な問題によって機能障害が悪化している可能性がある。

本研究の限界点としては、研究協力者を成人期の ADHD 患者が主催する自助グループで募集したために、一般的に受診する患者層を包括していないことが挙げられる。また、本研究の研究協力者の ADHD と診断された年齢は全員が 18 歳以上であったことから、児童期から ADHD と診断され薬物療法や心理療法を継続的に受けてきた患者が調査対象ではなかったと言える。児童期には多動性症状が顕著ではないために未受診であり、成人後に顕著となった不注意症状によって生活が支障された結果、ADHD と精神疾患を同時に診断される患者も多く存在する (朝倉他, 2003)。このように、成人後に診断を受けることが多い不注意症状が優勢な成人期の ADHD 患者に対しては、特に本研究の結果を反映することができるだろう。

次に本研究では対象者の選定のために、自己報告によって ADHD と診断されたと答えた者、そして未診断の者に対しても自記式尺度によって現在および児童期において ADHD 症状を認めたことを確認して研究に包括した。成人期と児童期の ADHD 症状を確認したとは言え、自記式尺度にのみによって ADHD 症状を確認したことは本研究の限界点のひとつであった。また ADHD の診断の有無を確認するだけでは誤診があった場合に ADHD ではない者が研究に包括される危険性がある。そのため ADHD の診断の有無によって研究に包括するかどうかを判断することは限界がある。この問題点に関しては、今後、ADHD の診断の有無に限らず標準化された半構造化面接など一定の基準を用いて

ADHDの有無を判断して対象者の選定を行うことが必要となる。しかし、本研究では成人期のADHDに関する自助グループに参加する者を対象としていることから、本人がADHD症状によって困り感を持っていると言える。ADHDの診断を受けている者と未診断の者のADHD症状、気分状態、機能障害には有意差が認められず、さらに本研究で得られた成人期のADHD症状尺度の得点は、金澤他（2010）の成人期のADHD患者群の得点程度であった。これらのことから、本研究の研究協力者はADHD症状を一定程度有する者であったと考えられる。

最後に、本研究は横断的な一過性の横断的調査研究であるために、因果関係を示すに至っていない。つまり本研究で得られた補償方略、気分状態、ADHD症状と機能障害との関連性は、言い換えれば、機能障害が悪化することで気分状態が悪化し、補償方略を適切に行うことが困難になるという可能性も否定できない。補償方略と機能障害との因果関係を明確にするためにも、補償方略の習得による心理療法の効果を検討したVirta et al.

（2008）のように、成人期のADHD患者を対象として補償方略を習得することによる縦断的デザインを用いた介入研究を実施することが今後必要となる。

本研究では、上記のような限界はあるものの、ADHD症状と気分状態が機能障害を悪化させる可能性があること、また補償方略を身につけることが機能障害の軽減につながる可能性を示した。ADHD児とは異なり、成人期のADHD患者は人生経験や習得してきたスキルが多く、認知的にも発達している。そのためADHDを抱えながらも治療者の援助を得ながら能動的に対処法を学ぶことを通してのセルフヘルプが可能となる（Safren et al., 2005）。今後、本研究で示された課題を検討し、補償方略と機能障害の関連をより明確にすることで、成人期のADHD患者に対する治療法の立案につながる示唆が得られると考えられる。

第6章 成人期のADHD患者に対する補償方略に特化した認知行動療法の効果 (研究4)

第1節 問題と目的

成人期のADHDに対する治療法としては、欧米においては中枢刺激薬が複数の治療ガイドラインで第一選択薬となっているが(Nutt et al., 2007)、薬物療法によってADHD症状に改善がみられたとしても、それが日常生活上の問題の改善に直接的に繋がるわけではないため(Ramsay & Rostein, 2005)、日常生活を支える対処法の習得や、ADHDに併存する抑うつや不安を自己管理する目的で認知行動療法が付加されている(例えば, Safren et al., 2005)。

成人期のADHDに対する心理療法では、ADHD症状が機能障害に与える影響を、補償方略と気分状態などの認知行動的変数が媒介する認知行動モデル(Safren et al., 2004)に基づいた心理療法が最も高いエビデンスを示している。補償方略とは、「日常生活を支障なく過ごすために成人期のADHD患者が行う行動的対処法」と定義され、仕事や課題を集中力が続く長さに分割するなど、成人期のADHDの日常生活を直接支えるための対処法である。

しかし、補償方略に介入することで機能障害が改善されるかを検討した研究はSafren 班の研究(2005; 2010)など限られている。またSafren et al. (2005)は薬物療法も併用していることから、認知面(認知的再構成法)と行動面(補償方略)の双方を治療構成要素として用いていることから、補償方略の習得のみによって機能障害が改善されるかは明らかではない。このうち認知的再構成法などの技法はうつ病をはじめ、多くの疾患に対して実施されるいわばCBTに共通した治療構成要素であるが、補償方略の習得は成人期のADHDに対するCBTにおいて特有の治療構成要素である。そのため、補償方略の習得によって機能障害を緩和することができることを実証することは、成人期のADHDに対して特有の治療構成要素が必要か否かを判断することにもつながる。したがって本研究では、薬物療法を行っていない成人期のADHD患者を対象として補償方略の習得を目的とした介入を行い、その効果を検討することを目的とした。本研究によって、成人期のADHD患者に対して欧米の第一選択薬を使用することができないわが国においても認知行動療法が適用可能かどうかを検討できる。さらに成人期のADHD患者に対する補償方略に特化した介入法の効果を検証することができる。

第2節 方法

1. 研究協力者

(1) 包括基準

成人期の ADHD 当事者が主宰する自助グループに参加する者、または医療機関に通院している成人期の ADHD 患者で、以下の基準を満たした者に研究協力を依頼し、同意が得られた者。①20 歳から 60 歳まで、②児童期から ADHD 症状がみられる者、③ADHD 症状によって日常生活が支障されていると訴える者。

なお、DSM-IV-TR (2000) では ADHD と自閉症スペクトラム障害との並列診断は禁じられているが、実際の臨床現場では ADHD 患者が自閉症スペクトラム障害など ADHD 以外の発達障害を併存することは頻繁に指摘されていること (高梨他, 2004)、さらに DSM-5 (2013) では ADHD と自閉症スペクトラム障害の併記が認められているため、ADHD 症状が認められながらも ADHD 以外の発達障害の診断 (特に自閉症スペクトラム障害) を受けている者も対象とした。

(2) 除外基準

①薬物依存である、②希死念慮など深刻な精神的問題を抱えている、③統合失調症、認知症、てんかん、およびパーソナリティ障害の診断を受けている、④研究時に他の心理学的治療を受けている。

本研究に対して 14 名から参加希望があった。研究者が面談を行い、フェイスシートへの記入を求め、研究の概要について説明を行った。その結果、てんかんの診断がある者 (1 名)、アスペルガー障害のみの診断を受けている者 (1 名)、研究への継続的な参加が不可能であった者 (1 名) の 3 名を除いた 11 名を研究協力者とした。研究力者は成人期の ADHD 当事者の自助グループへの参加者 5 名、医療機関で診断を受けた成人期の ADHD 患者 6 名、合計 11 名 (平均 39.09 ± 13.40 歳 : 男性 5 名、女性 6 名 ; 範囲 20~55 歳) であった。

2. 手続き

本研究への参加を希望し、インフォームド・コンセントに同意の得られた者に対し、1 週間に 1 回のセッションを 6 回実施した。1 回のセッションは 60 分であった。研究協力者は介入前、介入後、本プログラム終了後 1 ヶ月後にすべての自己評定式尺度への回答を求められた。

3. セッション内容

これまでの成人期の ADHD に対する CBT の中で主要な研究となっており、補償方略の習得を主な治療構成要素とする Safren et al. (2005) の治療マニュアルである Safren, Perlman et al. (2005 坂野 2011) は 4 つの治療段階から構成されている。各段階は複数の治療構成要素が含まれるが、第 1 段階は「心理教育、順序立てと計画性」、第 2 段階は「注意の散漫さを減らす」、第 3 段階は「適応的な考え方」、第 4 段階は「追加のスキル」となっている。

このうち、第3段階である「適応的な考え方」は認知療法の心理教育と認知的再構成法であるため補償方略の習得を目指していない。その他の3つの段階は補償方略の習得を目指している。そのため、本研究では Safren, Perlman et al. (2005 坂野 2011) の第1段階、第2段階、第4段階に該当する治療構成要素を全6回のセッションを通じて実施した。具体的な介入内容は、1回目が心理教育(第1段階)、2回目が順序立てと計画性(第1段階)、3回目が問題解決と課題の分割(第1段階)、4回目が書類の整理と注意持続訓練(第1段階と第2段階)、5回目が環境調整(第2段階)、6回目が先延ばし行動への対応と再発予防(第4段階)であった。

この中で特異的な治療構成要素について概説する。順序立てと計画性とは、やることリストを作成して、それぞれの課題を「A: 今日、明日中で終えなければならない課題」、「B: 長期的に終わらせれば良い、それほど重要ではない課題」、「C: 重要性が最も低い課題で、すぐに終結することができるために魅力的に感じるが、実際はA課題やB課題ほど重要ではないもの」に分別する。ADHD患者は脳内で優先順位をつける事は苦手であるが、紙面などに書き出して視覚化することで優先順位を決定しやすくなり、結果として本人なりに順序立てることができるようになる。次に、注意持続訓練は集中力の持続時間を実質的に延ばすのではなく、退屈な課題を行う際の集中力が持続する時間を測定し、その時間に合わせて課題を分割して行うことである。例えば、苦手な課題を合計で30分間行う際に、苦手な課題を行う際の集中力が続く時間が10分間とすると、10分間は集中して課題に取り組み、その後、数分間休憩する。そして再度10分間課題に集中する。これを3回繰り返すことで、合計すると課題を完遂するために必要な30分間課題を行うことができるという補償方略である。

4. 測定指標

(1) フェイスシート

調査対象者の属性を調査するために、①年齢、②性別、③教育歴、④現在の就労状態、⑤現在のADHD診断の有無、⑥ADHD以外の発達障害の診断(アスペルガー障害、自閉症、学習障害などを選択肢として提示、複数回答可)、⑦現在の精神疾患の診断(大うつ病、社交不安障害、強迫性障害、パニック障害などの気分障害と不安障害、統合失調症、パーソナリティ障害、その他を選択肢として提示、複数回答可)、⑧ADHDに対する治療薬を服薬している者の治療薬名(中枢神経刺激薬、SSRIなどを選択肢として提示、複数回答可)に回答を求めた。

(2) 成人期のADHD症状

第3章(研究1)で開発した成人期のADHD症状の重症度を測定する自記式尺度である成人期のADHD症状尺度(Adult ADHD Symptoms Scale : AASS)を用いた。AASSはDSM-

IV-TR (2000) の ADHD の項目を成人に適するように修正した 18 項目の質問から構成される。「0: ない, またはほとんどない」, 「1: ときどきあった」, 「2: しばしばあった」, 「3: 非常にあった」の頻度の 4 件法によって回答を求めた。不注意症状因子と多動性 - 衝動性症状因子の 2 因子から構成される。

(3) 児童期の ADHD 症状

発達障害は児童期から成人期まで慢性的に症状がみとめられることが診断基準の一つとなる。そこで児童期 (12 歳まで) に ADHD 症状が見られたかを成人期の ADHD 患者に確認するため, 自記式尺度によって児童期の ADHD の有無を確認した。DSM-IV-TR に準拠しており, 不注意 9 項目, 多動-衝動性 9 項目の合計 18 項目で構成され, それぞれの項目について「はい」もしくは「いいえ」で回答を求めた。DSM-IV-TR と同様に, 不注意症状と多動性 - 衝動性症状のいずれかが 9 項目中 6 項目を満たせば児童期に ADHD 症状がみられたとみなした。なお, DSM-IV-TR では ADHD 症状が 7 歳以前にみられることが診断に必要であるが, DSM-5 (2013) では 12 歳以前の ADHD 症状の確認と年齢が引き上げられていること, また Faraone et al. (2006) は, 7 歳以前に ADHD 症状が顕在化することは稀であり, 成人に児童期の ADHD 症状を確認する際には 12 歳までの ADHD 主症状を評価することが妥当としていることから, 児童期の ADHD 症状の確認の際には 12 歳以下の ADHD 症状を確認することとした。本研究では成人期 (現在) だけではなく, 児童期にも ADHD 症状がみられた者を対象とした。

(4) 補償方略

第 4 章 (研究 2) で開発した成人期の ADHD 患者の補償方略チェックリスト (Adult ADHD Compensatory Checklist : AACC) を用いて成人期の ADHD 患者が行う行動的対処法である補償方略を測定した。自記式尺度であり, 3 因子 (仕事・課題の管理 7 項目, 環境調整 5 項目, サポート希求 4 項目) 合計 16 項目で構成される。「0: まったく行っていない」～「5: いつも行っている」の頻度の 6 件法によって回答を求めた。本研究では補償方略の習得によって各変数がどのように変化するかを検討することを目的としているため, 操作チェックとして補償方略を頻度だけではなく, 習得度についても評定を求めた。習得度の評定法については Solanto et al. (2008) を参考に「0: 平均よりかなり下手」～「5: 平均よりかなり上手い」の 6 件法によって回答を求めた。

(5) 気分状態

個人の気分や感情の程度を測定するために日本語版 Profile of Mood States 短縮版 (POMS; 横山, 2005) を使用した。「抑うつ - 落ち込み」「活気」「怒り - 敵意」「疲労」「緊張 - 不安」「混乱」の 6 因子 30 項目, 「全くなかった」から「非常に多くあった」までの 5 件法で構成される。POMS の素得点は性別や年齢によって影響を受けることため, T 得点を算出し

て解析に用いた。T 得点は、60 点未満までが「健常」、60 点以上 75 点未満が「他の訴えとあわせ、専門医を受診させるか否かを判断する」とされている。横山（2005）によって信頼性と妥当性が示されている。本研究では、介入効果を検討することが目的であったため、介入目標に適した因子（「抑うつ - 落ち込み」「怒り - 敵意」「緊張 - 不安」「混乱」）を用いた。

(6) 機能障害

成人期の ADHD をもつ者の機能障害を測定するために Sheehan Disability Scale 日本語版 (SDISS ; 吉田他, 2004) を用いた。SDISS は仕事/学業, 社会生活, 家庭内のコミュニケーションや役割における支障度を測定する自記式尺度である。合計 3 項目, 「0 : 全く支障なし」～「10 : 極めて支障あり」の 11 件法で回答を求めた。回答は 0 が全く支障なし, 1～3 までが軽度, 4～6 までが中程度, 7～9 までが重度, 10 が最重度の機能障害を示した。各項目は「この 1 ヶ月間, 何らかの精神的な問題により, 仕事や学業, 家事などに, どの程度支障がでていますか?」というように問うが, 「何らかの精神的な問題により」に ADHD を含めずに回答する者がいる可能性があるため, 「何らかの精神的な問題 (ADHD と含む) により」と説明を付加した。吉田他 (2004) によって信頼性と妥当性が検証されている。

SDISS は精神科を受診する患者全般を対象とした尺度であるため, 成人期の ADHD 患者に特徴的な機能障害も同時に測定する必要がある。Safren et al. (2005) では「先延ばし」「順序立てとスケジュール管理」「注意散漫」が成人期の ADHD 患者が主に生活を支障することを指摘しているため, 「先延ばし」「順序立てとスケジュール管理」「注意散漫」が生活を支障する程度について各 1 項目合計 3 項目 11 件法 (0～10) で解答を求めた (Daily Impairment of Adult ADHD: DIAA)。質問項目は「この 1 ヶ月間, 先延ばし (あるいは順序立てとスケジュール管理, 注意散漫) によって, 生活にどの程度支障がでていますか?」という質問で構成された。

5. 統計解析

本プログラムによる治療効果を検討するため, 各指標の得点について Friedman 検定を行い, 有意差がみられた指標については多重比較としてボンフェローニの不等式による修正を行った上で, Wilcoxon の符合付き順位検定を行い, 介入前の得点と各時期の得点の比較を行った。また介入の効果を検討するために, 効果量 (r) を算出した。効果量 (r) には大きな効果量, 中程度の効果量, 小さな効果量と程度がわかれており, その基準はそれぞれ $r > .50$ (大きい), $r = .30 \sim .50$ (中程度), $r < .10$ (小さい) とされている (Cohen, 1992)。

統計的解析には, SPSS Statistics 22 を用いた。

6. 倫理的配慮

研究実施に関して成人期の ADHD 自助グループの代表に研究趣旨を説明し、理事会において研究参加に関する承諾を得た。その上で自助グループ参加者の中から同意を得られた者を対象に研究を実施した。本研究への協力はあくまで任意であり強制ではないこと、および今後の自助グループ活動への影響がないことを各自に書面にて明示し、書面によって同意を得た。また、本研究は無記名式で実施し、個人のプライバシーには最大限配慮することを明示した。なお、本研究は北海道医療大学心理科学部・心理科学研究科倫理委員会の承認を得て行われた。

第3節 結果

1. デモグラフィックデータ

研究協力者のデモグラフィックデータを Table 6-1 に示した。児童期の ADHD 症状は不注意優勢型と混合型で 11 名中 10 名であり（多動性 - 衝動性優勢型は 1 名）、これらの者は児童期に顕著な不注意症状がみとめられた。またアスペルガー障害の診断も併せて受けている者が 2 名であった。精神疾患と診断された者は 1 名であった。すべての研究協力者は向精神薬を服用していないことがフェイスシートによって確認された。

2. 介入前後の測定指標の変化と臨床的な改善効果

介入による測定指標の変化を Table 6-2 に示した。測定指標の変化について、Friedman 検定と多重比較を実施した結果、介入前から介入後にかけて AASS 得点、POMS の「緊張 - 不安」得点と「混乱」得点、SDISS 得点、DIAA 得点が有意に減少し、AACC 得点が有意に増加した（すべて $p < .05$ ）。POMS の「抑うつ - 落ち込み」得点（介入前 = 平均 59.90 ± 12.46 点、介入後 = 平均 48.91 ± 11.82 点）と「敵意 - 怒り」得点（介入前 = 平均 54.09 ± 6.20 点、介入後 = 平均 49.91 ± 7.27 点）では有意な改善効果が認められなかったが（共に *n.s.*）、介入後にはいずれも得点が低下し、平均得点以下（T 得点であるため 50 点）にまで得点が下がった。

AASS 得点では、介入前には第 3 章（研究 1）の ADHD 群程度の得点（ADHD 群：不注意症状得点 = 平均 24.98 ± 5.75 点、多動性 - 衝動性症状得点 = 平均 19.49 ± 7.04 点）であったが、介入後には一般成人群程度の得点（一般成人群：不注意症状得点 = 平均 16.21 ± 5.04 点、多動性 - 衝動性症状得点 = 平均 13.15 ± 4.57 点）にまで減少した。POMS 得点はすべての指標で介入後に健常域に達した。さらに、SDISS 得点は介入前にはすべての指標で「重度」の支障度であったが、介入後には「軽度」の支障度まで減少した。

効果量の結果から、すべての指標で本研究の介入プログラムには大きな効果 ($r = .57 \sim .89$)

Table 6-1 研究協力者の属性 (N=11)

教育歴	高校卒業=1名, 専修短大卒業=5名, 大学・大学院卒業=5名
就労状況	正社員=2名, 無職・休職中=6名, 主婦(主夫)=2名, その他=1名
ADHDの診断を受けている者	6名(55%)
ADHD以外の発達障害の診断	自閉症スペクトラム障害=2名(18%)
精神疾患の診断	社交不安障害=1名(9%)

Table 6-2 成人期のADHD患者に対する補償方略の習得による認知行動療法の効果

		Mean (SD)						χ^2	Post-ES (<i>r</i>)	FU-ES (<i>r</i>)
		Pretreatment		Posttreatment		1-month FU				
AASS	不注意	25.00	(5.74) ^a	14.09	(2.84) ^b	14.91	(4.25) ^b	16.79 [*]	.89	.85
	多動性-衝動性	15.27	(4.78) ^a	11.00	(2.37) ^b	11.00	(3.61) ^b	16.67 [*]	.85	.85
AACC (頻度)	仕事・課題の管理	19.00	(5.93) ^a	27.91	(3.70) ^b	26.18	(2.99) ^b	11.12 [*]	.78	.80
	環境調整	11.36	(3.75) ^a	16.64	(3.08) ^b	15.91	(3.18) ^b	12.63 [*]	.85	.84
	サポート希求	7.46	(4.32) ^a	12.27	(2.87) ^b	11.45	(3.47) ^b	13.51 [*]	.85	.85
AACC (習得度)	仕事・課題の管理	15.18	(7.63) ^a	28.18	(4.73) ^b	26.27	(4.71) ^b	16.23 [*]	.89	.83
	環境調整	9.36	(4.06) ^a	17.36	(3.96) ^b	16.36	(3.80) ^b	13.54 [*]	.89	.82
	サポート希求	7.55	(4.41) ^a	13.27	(2.00) ^b	12.36	(2.90) ^b	12.67 [*]	.85	.70
POMS	緊張-不安	59.90	(12.46) ^a	48.91	(11.82) ^b	52.27	(10.41) ^a	5.50	.82	.50
	抑うつ-落ち込み	60.18	(11.29) ^a	54.09	(7.66) ^a	56.36	(9.67) ^a	9.42 [*]	.67	.47
	敵意-怒り	54.09	(6.20) ^a	49.91	(7.27) ^a	46.91	(7.46) ^b	10.65 [*]	.57	.78
	混乱	70.90	(10.77) ^a	56.09	(7.99) ^b	55.91	(8.13) ^b	9.60 [*]	.86	.70
SDISS	仕事/学業	8.18	(1.60) ^a	2.63	(1.69) ^b	3.45	(2.70) ^b	16.80 [*]	.89	.85
	社会生活	6.00	(1.73) ^a	2.10	(1.51) ^b	3.18	(2.60) ^b	13.28 [*]	.85	.68
	家庭内のコミュニケーション や役割	6.55	(1.75) ^a	2.37	(1.43) ^b	3.64	(2.73) ^b	16.35 [*]	.89	.71
DIAA	先延ばし	6.91	(2.12) ^a	2.82	(1.66) ^b	3.90	(1.76) ^b	16.67 [*]	.89	.85
	もの忘れ	6.09	(2.59) ^a	2.82	(1.33) ^b	3.63	(1.36) ^b	10.76 [*]	.81	.73
	注意散漫	6.55	(2.33) ^a	3.27	(1.56) ^b	3.64	(1.50) ^b	12.15 [*]	.85	.77

Note . FU: follow-up, ES: effect size, AASS: Adult Attention deficit/hyperactivity disorder Symptoms Scale,
AACC: Adult Attention deficit/hyperactivity disorder Compensatory strategies Checklist,
POMS: 日本語版Profile of Mood State, SDISS: Sheehan Disability Scale日本語版,
DIAA: Daily impairments of adult ADHD.

* $p < .05$.

があったことが示された。これらの結果から、本研究で用いた介入プログラムによって、補償方略の頻度と習得度が増加し、ADHD 症状、気分状態、日常機能障害の得点が減少したことがわかった。本研究による介入プログラムは ADHD 症状、気分状態、機能障害を健常域にまで改善させる効果があることが示された。

3. 介入終了 1 ヶ月後フォローアップ時の効果の維持 (Table 6-2)

介入終了 1 ヶ月後にフォローアップ調査を実施した結果、POMS の「緊張 - 不安」得点、「抑うつ - 落ち込み」得点（共に *n.s.*）以外のすべての指標で介入前と比較して有意な改善が維持された ($p < .05$)。また、統計的に有意差のみられなかった POMS の「緊張 - 不安」得点（介入前 = 平均 59.90 ± 12.46 点、フォローアップ = 平均 52.27 ± 10.41 点）、「抑うつ - 落ち込み」得点（介入前 = 平均 60.18 ± 11.29 点、フォローアップ = 平均 56.36 ± 9.67 点）は「健常」の範囲内で維持された。さらに、その他のすべての指標でも臨床的に「健常」の範囲内で維持された。

効果量の結果から、POMS の「抑うつ - 落ち込み」得点のみ中程度の効果 ($r = .47$) であったが、その他の指標では大きな効果量を示した ($r = .50 \sim .85$)。これらの結果から、成人期の ADHD 症状を訴える者に対して比較的短期間（6 回）の個人形式による認知行動療法の効果は介入 1 ヶ月後まで維持されることが明らかとなった。

第 4 節 考 察

本研究の目的は、成人期の ADHD 患者に対して補償方略の習得による介入プログラムを行い、その効果を検討することであった。本研究の結果から、成人期の ADHD 症状を訴える者に対して補償方略の習得による心理療法を行うことで、ADHD 症状、気分状態、機能障害の改善が可能なが示唆された。児童では教室を走り回るなどの多動性症状が目立つが、成人では不注意優勢型と不注意症状と多動性 - 衝動性症状の両方を呈す混合型で 95% を占めることから (Erk, 2000)、不注意症状が中心的な症状となる。また成人では機能障害に与える影響は多動性 - 衝動性症状 ($\beta = -.16$) よりも不注意症状の方が強い ($\beta = -.82$) ことが示されている (Stavro, Ettenhofer, & Nigg, 2007)。本研究は不注意症状への対処法に特化した介入法であったため、先行研究 (Safren et al., 2010; Solanto et al., 2008) と比較して 6 回という短期間の介入であったにもかかわらず効果が示された可能性がある。成人期の ADHD 患者はさまざまな併存症状をもち (Kessler et al., 2006)、多くの生活上の問題を抱える。そのため臨床場面では治療目標を焦点化することが難しい。しかし本研究で実施した不注意症状に対する補償方略に特化した介入を基礎的介入として、その後に個々の患者に適した介入を行うというような試みが可能となることが示唆された。このことは Weiss et al. (2008) でも議論されており、併存症状が重度でない限りは ADHD 症状や ADHD 症状

から派生する生活上の問題に焦点を当てることが推奨されている。

本研究の研究協力者は、成人期の ADHD に対して海外で中心的な治療薬である中枢刺激薬や向精神薬を服用していない者であった。全員が ADHD の診断を受けた者ではなかったが、ADHD 症状によって生活の困難さを訴える者の ADHD 症状、気分状態、機能障害を心理療法によって改善できることが示されたことは、中枢刺激薬を使用することができないわが国では特に有益な情報を提供するものであろう。Weiss et al. (2012) は認知行動療法単独の群と薬物療法に認知行動療法を併用した群を比較したところ、群間に有意差がなく、ADHD 症状や併存症状が重篤でない場合、認知行動療法単独でも治療効果があることを示唆している。本研究の結果は Weiss et al. (2012) のように薬物療法を併用した群との比較を行っていないが、軽度から中程度の ADHD 症状をもち、併存症状も重度ではない成人期の ADHD 患者に対する治療法として有効性を示すものであろう。

わが国では、児童期の ADHD では「GAF 値 61 以上（軽度の機能障害）では基本的に心理社会的治療・支援、GAF 値 51～60（中程度の機能障害）では薬物療法の追加を検討する（斉藤・渡部，2008）」と治療ガイドラインで明記されている。DSM-5（2013）でも ADHD では重症度を特定することが義務付けられている。これらのことから、例えば重症度が高い患者には薬物療法を中心として福祉的支援や心理的治療を含んだ包括的な支援、軽度の患者には薬物療法は実施せず、認知行動療法を中心とした心理社会的治療を行うなど、成人期の ADHD に対しても重症度によって治療法が選択されることが求められるだろう。今後、薬物療法が整備された後にも、児童と同様に、成人に対しても薬物療法のみではなく、本研究で示したような心理社会的治療を患者の機能障害に合わせて選択することができる可能性が示唆された。

本研究では、直接的に働きかけてはいないにも関わらず気分状態にも改善が認められた。この点について、林（2009）は先延ばし傾向が高いほど、先延ばしに関連する自動思考（例えば、「私はだらしがない」などの自己行為批判、「終わらなかつたらどうしよう」などの達成困難）を生じさせる契機となり、その結果として抑うつ感情や不安感情が強まる「先延ばし傾向と感情の自動思考媒介説」を提唱している。本研究では先延ばしを主とする不注意症状が改善したことで、先延ばしに関連する自動思考が修正され、気分状態が改善したことが考えられる。しかし、本研究では児童思考などの認知面については検討を行っていないため、今後の検討が必要となる。また、気分状態の改善は認められたものの、効果量では他の指標と比較すると小さい結果であった。このことから、抑うつ症状や不安症状などが一定程度以上の成人期の ADHD 患者に対しては、気分障害や不安障害に対する薬物療法や心理療法を追加することで治療効果が高まる可能性がある。

本研究はいくつかの課題も残されている。第 1 に、補償方略の習得は先行研究でも中心的な技法となる（例えば、Solanto et al., 2008）が、多くの研究では補償方略の習得後に認知的再構成法などの認知的要素を主体とした認知療法を加えている（例えば、Safren et al., 2005）。本研究では臨床的な改善は維持されたものの、気分状態の緊張 - 不安得点、抑うつ

- 落ち込み得点が1ヶ月フォローアップで効果量がやや減少した。今後は、自動思考や非機能的な思考など、気分状態に直接的に働きかける認知的技法の治療ターゲットとなる思考や認知が補償方略の習得のみによって改善するのか、または認知的技法を組み合わせる必要があるのかを検討する必要がある。第2に、統制群が設定されていないため、治療への期待などのプラセボ効果が働いた可能性も考えられる。今後はサンプル数を増やすとともに、統制群を設定した比較試験やランダム化比較試験による検討、長期的なフォローアップが必要となる。第3に、成人期のADHDに対する治療薬が整備された後には、薬物療法と本研究で行った認知行動療法の併用による治療効果の検討を行う必要がある。第4に、本研究の研究協力者は自らADHD症状によって困難さを訴える者の中で、児童期にもADHD症状が確認された者を対象とした。今後は、研究協力者のリクルート時に標準化されたスクリーニングツールを用いることが望まれる。最後に、本研究の介入は成人期のADHDに対する心理療法を専門とする研究者1名によって行われた。そのため、研究者による要因と治療プログラムによる要因を識別することが不可能である。今後は、多施設の複数人の心理士によるMulti-site RCTを行うことで、治療者の要因を統制することが必要となる。これらの課題を改善していくことで、成人期のADHDに対する認知行動療法に関する一層の理解が期待できると考えられる。

第7章 総合考察

第1節 本論文結果のまとめ

本論文の目的は、成人期の ADHD に対する心理社会的治療の中でも特に注目されている認知行動療法の主要な治療構成要素である補償方略に関して、調査研究によって認知行動療モデルの変数が機能障害を緩和するかを検討するとともに、実際に補償方略に特化した介入プログラムの効果を検証することであった。本論文の結果を章ごとにまとめると、次の通りである。

第1章で成人期の ADHD についての概要と心理社会的治療に関する研究の展望を行った後、第2章では成人期の ADHD に対する心理社会的治療に関する問題点を次のように整理し、本論文の目的と意義を述べた。

(1) わが国においては、成人期の ADHD 患者の症状評価を行う自己評定式尺度が開発されていないこともあり、基礎研究や治療効果の判定を行うにあたって大きな障害となっている。

(2) 成人期の ADHD への心理社会的治療に関する研究では、認知的な技法と行動的な技法を組み合わせることが有効であることが示されたが、主要な治療構成要素である行動的な技法の中でも、特に成人期の ADHD では特徴的な介入技法である補償方略に関する実証的な研究が行われていない。そのため、成人期の ADHD 患者が実際にどのような補償方略を行っているかについて明らかにされていない。

(3) これまでの成人期の ADHD に対する心理社会的治療の中で、最も高い治療効果を示した Safren et al. (2004) が提唱した成人期の ADHD の認知行動モデルは臨床経験から想定されたものであるため、実証的な検討はこれまで行われていない。そのため、Safren et al. (2004) の認知行動モデルで用いられた主要な変数である ADHD 症状、補償方略、気分状態が治療アウトカムである機能障害とどのような関連があるのかが検討されていない。

(4) わが国では成人期の ADHD に対する認知行動療法の効果研究が実施されていない。また海外においても成人期の ADHD への治療薬を未服薬の患者に対して、成人期の ADHD の認知行動療法で中心的な治療構成要素である補償方略の習得のみによる治療効果が検討されていない。

その後、問題(1)を解決するため、第3章では、成人期の ADHD 症状の重症度を測定することができる自己評定式尺度紙を開発することを目的とした。その結果、DSM-IV-TR (2000)と同様の不注意症状、多動性 - 衝動性症状の高次2因子構造をもつ18項目の Adult Attention Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms Scale (AASS) が作成された。AASSは信頼性と妥当性を有しており、これまで成人期の ADHD 症状の重症度を測定する自己評定式尺度が開発されていないわが国において、症状の評価、治療効果の評価のために有用であろう。

問題(2)を解決するために、第4章では補償方略の具体的な内容を明らかにして、補償方略を測定することができる自己評定式尺度を開発することを目的とした。成人期のADHD患者を対象に調査を繰り返し、最終的に3因子16項目から構成されるAdult ADHD Compensatory strategies Checklist (AACC)を開発した。これまで補償方略は成人期のADHD患者に対する心理社会的治療の治療ターゲットであったにも関わらず、具体的にどのような対処法があるのかについては実証されてこなかった。本章によって補償方略は3種類に大別されること(仕事・課題の管理, 環境調整, サポート希求)が明らかになったことや、具体的な補償方略が示されたことで、心理社会的治療を行う際に心理教育や治療目標の決定, あるいは補償方略をどの程度習得してきたかという治療効果の測定を行うことが可能となった。

問題点(3)を解決するために、第5章ではSafren et al. (2004)の成人期の認知行動モデルにおいて直接的, あるいは間接的に機能障害に影響を与える変数であるADHD症状, 気分状態, 補償方略が実際に機能障害を悪化させる, または緩和しているかを明らかにするために、成人期のADHD患者を対象に調査研究を行った。その結果, ADHD症状と気分状態は機能障害を悪化させることが示唆された。また, 成人期のADHDに対する認知行動療法の主要な治療構成要素である補償方略が機能障害を緩和していること, そして気分状態と補償方略の間に負の相関がある点を考慮すると, 成人期のADHD患者の機能障害を改善するために, 気分状態と補償方略への介入が有効であることが示された。この結果はSafren et al. (2004)の認知行動モデルと一致するものであり, 効果が確認されつつある成人期のADHDに対する介入研究(Safren et al., 2005; Safren et al., 2010)の作用機序を説明する結果となった。その一方で, Safren et al. (2004)の認知行動モデルとは一部で異なる結果も得られた。Safren et al. (2004)ではADHD症状と補償方略, 気分状態と補償方略の交互作用が機能障害を増悪, あるいは緩和させる要因として想定されているが, 本章ではそれらの交互作用は認められず, ADHD症状, 補償方略, 気分状態がそれぞれ直接的に機能障害と関連することが示唆された。

問題点(4)を解決するために、第6章では成人期のADHD患者を対象に補償方略の習得に特化した認知行動療法に基づいた介入が, 機能障害の改善をもたらすかを明らかにするための介入研究を行った。成人期のADHD症状を訴える者に対して補償方略の習得による心理療法を行うことで, ADHD症状, 気分状態, 機能障害の改善が可能なことが示唆された。成人では不注意優勢型と不注意症状と多動性 - 衝動性症状の両方を呈す混合型で95%を占めることから(Erk, 2000), 不注意症状が中心的な症状となる。また成人では機能障害に与える影響は多動性 - 衝動性症状($\beta = -.16$)よりも不注意症状の方が強い($\beta = -.82$)ことが示されている(Stavro, Ettenhofer, & Nigg, 2007)。本研究は不注意症状への対処法に特化した介入法であったため, 先行研究(Safren et al., 2010; Solanto et al., 2008)と比較して6回という短期間の介入であったにも関わらず効果が示された可能性がある。成人期のADHD患者はさまざまな併存症状をもち(Kessler et al., 2006), 多くの生活上の問題

を抱える。そのため臨床場面では治療目標を焦点化することが難しい。しかし本研究で実施した主に不注意症状に対する補償方略に特化した介入を基礎的介入として、その後に関々の患者に適した介入を行うというような試みが可能となることが示唆された。

第2節 成人期の ADHD に対する認知行動療法プログラムを実施する際の提言

本研究は成人期の ADHD 患者に対する主要な治療構成要素である補償方略が機能障害に及ぼす影響を明らかにするための一連の研究であり、補償方略の具体的な内容を明らかにし、補償方略が機能障害を緩和する要因となりうること、さらにわが国においても比較的短期間による補償方略に特化した認知行動療法が有効であることが示唆された。

これまで成人期に対する心理社会的治療は薬物療法に付加して実施されるという位置づけであったが、Weiss et al. (2011) は薬物療法を行わずとも認知行動療法単独で効果を示している。本研究も Weiss et al. (2011) のように、ADHD に対する薬物療法を行っていない成人期の ADHD 患者に対する認知行動療法の効果を示したものである。したがって、DSM-5 (2013) で ADHD は重症度を特定することが義務付けられていることや、「GAF 値 61 以上（軽度の機能障害）では基本的に心理社会的治療・支援、GAF 値 51～60（中程度の機能障害）では薬物療法の追加を検討する（斉藤・渡部, 2008）」と児童期の ADHD の治療ガイドラインで明記されているように、今後、わが国においても、例えば重症度が高い患者には薬物療法を中心として福祉的支援や心理的治療を含んだ包括的な支援を行い、軽度の患者には薬物療法や福祉的支援は実施せず、認知行動療法を中心とした心理社会的治療から治療を開始するなど、重症度によって治療法が選択されることが求められるだろう。わが国で薬物療法が整備された後にも、児童と同様に、成人に対しても薬物療法のみではなく、本研究で示したような心理社会的治療を患者の機能障害に合わせて選択することができる可能性が示唆された。

本研究では第5章によって気分状態が ADHD 症状と同程度に機能障害に悪影響を与えていたことが示された。このことから成人期の ADHD に対する治療では、ADHD 症状のものだけでなく高頻度で併存する気分障害や不安障害 (Kessler et al., 2006) への対処も必要となることが実証的に示された。つまり成人期の ADHD 患者に対しては補償方略の習得を基礎的な治療構成要素として実施し、それに加えて患者の併存症や気分状態に合わせて、認知行動療法で用いられるストレスマネジメント、アンガーマネジメント、強迫症状や社交不安症状などへの対処を実施することで、患者の日常生活上の困難さを軽減することが可能となるだろう。この点に関して、第6章では補償方略に特化した認知行動療法を実施することで気分状態の改善も認められた。つまり、成人期の ADHD 患者に気分障害や不安障害などの併存症状がみられたとしても、補償方略を中心とした成人期の ADHD に対する心理社会的治療を行うことで、気分状態に対しても介入効果を得ることが可能と言える。Weiss et al. (2008) は併存症状が重度でない限りは ADHD 症状や ADHD 症状から派生する

生活上の問題に焦点を当てることを推奨している。したがって、併存症状が重度でない場合、まず補償方略の習得を中心とした治療を実施し、それでも併存症状が問題となる場合に併存症状に対する薬物療法や前述したような認知行動療法の治療技法を追加することが提案できる。このことは治療効果が高まるだけでなく、治療期間の短縮にも繋がる可能性があり、職業上の問題から経済的に困窮していることが多い成人期の ADHD 患者にとって医療費の削減にも寄与することができる可能性がある。

Safren et al. (2004) の認知行動モデルでは ADHD 症状と気分状態は直接的には機能障害を悪化させるというものではなく、補償方略を媒介して機能障害と関連する。しかし、本研究の第 5 章で得られた結果は、補償方略が機能障害と関連するという点では Safren et al. (2004) と一致するものの、ADHD 症状と補償方略、あるいは気分状態と補償方略の相互作用が機能障害と関連せず、各変数は直接的に機能障害と関連するという点で一致しなかった。第 6 章の補償方略の習得に特化した介入研究では、補償方略の習得のみを行ったにも関わらず、機能障害だけでなく ADHD 症状や気分状態にも改善が認められた。Safren et al. (2004) の認知行動モデルでは機能障害は ADHD 症状と気分状態から影響を受けた補償方略から影響を受けるが、そのような一方向的な因果関係でなく、機能障害は失敗経験と関連し、その結果として気分状態に影響を与えるという循環モデルでもある。したがって、補償方略を習得することは直接的に機能障害を緩和することだけでなく、失敗経験を減少させることによって気分状態も緩和するという間接的な役割も担っている。これらのことから、臨床的には第 6 章の介入研究のように、気分状態や併存症が軽度な場合には補償方略の習得を目指すことで気分状態も緩和することが説明される。第 5 章の調査研究ではサンプル数の問題もあり、階層的重回帰分析を行ったために、機能障害と関連する要因について一方向的な検討を行ったにすぎず、このような循環モデルを検討できていない。今後は大規模な調査を実施し、構造方程式モデリングを用いて Safren et al. (2004) のような循環モデルの検討、あるいは第 5 章で得られた結果を考慮して ADHD 症状や気分状態から機能障害にもパスを追加した修正 Safren モデルの検討も必要となる。

成人期の ADHD 患者に対して心理療法や薬物療法を実施する際には、第 3 章で開発した Adult ADHD Symptoms Scale (AASS)、第 4 章で開発した成人期の Adult ADHD Compensatory Checklist (AACC) を使用することが有用である。特に AACC は成人期の ADHD に対する認知行動療法の中で基盤となる補償方略の程度を測定する自記式尺度である。AACC は心理療法や薬物療法を行いながら日常生活を支えるために必要な補償方略を身につけているかを確認するだけでなく、心理教育において特に有用であろう。臨床では、査定面接で AACC への回答を求めるが、得点を算出するだけでなく、患者がこれまで実施してこなかった補償方略が記載されているため、患者本人が特定の項目（補償方略）が効果的であることを予想することで治療動機が高まることも多い。さらに患者の生活上の困りごとを支援者が傾聴しながら、AACC のどの項目を実施すると効果的かを話し合うことも可能である。成人期の ADHD 患者は短期的聴覚記憶に乏しい者も多いため、AACC の項目を視覚的

に提示しながら面接目標を話し合うことは有用であろう。また、成人期の ADHD 患者は「すでに自分なりにいろいろな補償方略を実施してきたが上手くいかない」と訴える者も多いが、多くの場合、患者は類似する方法のみを試して失敗している。AACC は「仕事・課題の管理」、「環境調整」、「サポート希求」という 3 因子から構成されている。患者がこれまで失敗してきた補償方略がどの因子に該当するかを特定し、その他の因子に該当する補償方略も存在することを話し合い、そして実施していくことも可能となる。これは患者の治療動機を高めるだけでなく、患者の認知を柔軟にすること、常に多くの選択肢が存在するという多様性を身につけることにも繋がるため、補償方略の習得後に実施する認知的技法に取り組みやすくなる可能性もある。

第 3 節 本論文の限界と今後の課題

第 1 項 成人に対しての ADHD 診断に関する問題

心理社会的治療の研究と臨床が普及していないだけでなく、海外で盛んに用いられている薬物療法もわが国では 2013 年 10 月の段階で 1 種類のみが適用となっておらず、成人期の ADHD 患者に対する支援や治療はいまだ整備されていない。そのため、児童期に ADHD と診断されなかった者に対して、成人後に診断をするための評価尺度が十分に開発されていない。特に診断や症状評価で有用とされる構造化面接の標準化が行われておらず、本論文においては標準化されたスクリーニングツールを用いることができなかった。さらに、成人に対して診断を下す場合、本人だけではなく、患者の児童期のことをよく知る他者からの他者評価による ADHD 症状の評定が重要視される。多くの場合、両親が他者評価の評価者となるが、成人の場合、両親から独立して生活している者、すでに両親が他界している者、対人関係の問題で両親と交流が少ないなど、両親との連絡が困難な患者も多い。したがって、厳密な ADHD 診断を下すための情報をそろえることが非常に難しいことも、成人期の ADHD 臨床や研究を阻害している。

本論文では児童期の ADHD 症状を確認するために、DSM-IV-TR (2000) にもとづいた自己評定式尺度を用いたが、この方法は妥当性が検討されておらず、児童期の ADHD 症状を正確に確認できたとは言い難いことが本論文の限界のひとつである。

第 2 項 治療プログラムと臨床的効果の一般性

第 6 章で用いた治療プログラムは Safren et al. (2005 ; 2010) の治療プログラムをまとめた著書 (Safren, Perlman et al., 2005, 坂野監訳 2011) の中から、行動的技法 (補償方略) を抜粋した。介入内容は、1 回目が心理教育、2 回目が順序立てと計画性、3 回目が問題解決と課題の分割、4 回目が書類の整理と注意持続訓練、5 回目が環境調整、6 回目が先延ばしへの対処と再発予防であった。本論文ではこの 6 回の認知行動療法プログラムによって効果が実証されたが、本研究の介入は成人期の ADHD に対する心理療法を専門とする研究者

1名によって行われた。そのため、研究者による要因と治療プログラムによる要因を識別することが不可能である。今後は、多施設の複数人の心理士による **Multi-site Randomized Control Trial (RCT)** を行うことで、治療者の要因を統制することが必要となる。

治療プログラム固有の効果を検証するためには **RCT** を用いることが求められる。第6章ではわが国では初めてとなる成人期の **ADHD** に対する心理療法の効果を示したが、**RCT** を実施することができなかった。その理由としては、萌芽段階にある成人期の **ADHD** 研究において研究協力者の募集と選定が非常に困難であり、統制群を設定することができなかったこと、あるいは時間的な制限によって待機統制群を設定することが難しかったことが挙げられる。また本研究に参加した成人期の **ADHD** 患者は退職して間もない者など研究協力者側にも時間的制限があり、早急の対応を迫られている者も多かったために待機統制群を設定することが困難であった。今後は複数の医療機関と連携して系統立てて研究協力者の募集と選定を行うなど、**RCT** を実施するための綿密なシステムを構築し、十分な研究協力者数の確保、より厳密なスクリーニングによる研究協力者の設定、システム化された待機統制群の設定、知能検査の実施などによる詳細な研究協力者の属性の把握が必要となる。

第3項 心理社会的治療の長期的な効果維持

成人期の **ADHD** に対する心理社会的治療の終結は、他の精神疾患に対するアプローチとやや異なる。**ADHD** は完治や治癒するものではないため、生活上の問題を完全に消失させるというよりも、問題を抱えながらも本人なりの解決法や対処法を考え、本人なりにより良い生活を送ることが治療後の目標となる。したがって心理療法の終結後には、患者自らが **ADHD** 症状を抱えながら生活を営んでいくことができなければならず、最低限のセルフ・コントロールする力を身につけ、患者が「自分自身の専門家」のように自分と問題を切り離してとらえ、客観的に問題解決を図ることができるようになる必要がある。第6章では補償方略に特化した認知行動療法プログラムを実施し、治療後と治療終了1ヶ月後のフォローアップでは介入の効果が維持されていることがわかった。このように長期間、仕事や家庭で良好な状況が継続すれば、昇進や再就職など、社会的に適応的とされる社会的変化が起こる。もちろん肯定的な社会的変化は望ましいことであり、患者の求めることであるが、これは言い換えれば、昇進や再就職に伴う新しい役割への適応や社会的責任の増加など、新しい問題が生じるというデメリットにもなる。したがって、治療終結後1ヶ月という短期的なフォローアップではなく、年単位の長期的なフォローアップや生活上の変化を評定していくことも今後の課題となる。

第4項 他の治療法との効果比較や組み合わせによる効果

第6章では、成人期の **ADHD** に対する治療薬を未服薬の者を対象に、補償方略に特化した認知行動療法プログラムの効果検討を行った。欧米では成人期の **ADHD** に対しては薬物療法に心理療法を付加することが一般的に認知されてきており、先行研究でも大半が通常

治療(薬物療法)に心理社会的治療を加えた研究が大半を占める(例えば, Safren et al., 2010)。したがって, 成人期の ADHD に対する治療薬が整備された後には, 成人期の ADHD に対する薬物療法(中枢神経刺激薬, アトモキセチン)と本研究で行った認知行動療法の併用による治療効果が, 認知行動療法単独と比較して治療効果が高まるのかを検討する必要がある。あるいは成人期の ADHD 患者を重症度や併存症で弁別した上で, 薬物療法と心理社会的治療を組み合わせたり, 心理社会的治療を単独で行ったりする中で, 患者に適した治療法を提案できる研究を積み重ねていく必要がある。

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**, 97-107.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Third edition (DSM-III)*. Washington, D. C.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Third edition-Revision (DSM-III-R)*. Washington, D. C.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition (DSM-IV)*. Washington, D. C.
(高橋三郎・大野 裕・染矢俊幸 (訳) (1995). DSM-IV 精神疾患の分類と診断の手引き, 医学書院)
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition-Text Revision (DSM-IV-TR)*. Washington, D. C.: American Psychiatric Association.
(高橋三郎・大野 裕・染矢俊幸 (訳) (2002). DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル 医学書院)
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth edition (DSM-5)*. Washington, D. C.: American Psychiatric Association.
- American Psychological Association, Division 12 (2013). *Society of Clinical Psychology: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (Adults)*.
<http://www.div12.org/PsychologicalTreatments/disorders/adhd_main.php> (2013年9月8日)
- 朝倉 新・松本英夫 (2004). ADHD の現在 臨床精神医学, **33**, 4, 429-435.
(Asakura, A., & Matsumoto, H)
- 朝倉 新・松本英夫・尾中啓枝・小石誠二・中村優里・木村友昭・山崎晃資 (2003). 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 児童青年精神医学とその近接領域, **44**, 1-15.
(Asakura, A., Matsumoto, H., Onaka, K., Koishi, S., Nakamura, Y., Kimura, T., & Yamazaki, K.)
- Asherson, P. (2005). Clinical assessment and treatment of attention deficit hyperactivity disorder in adults. *Expert Review of Neurotherapeutics*, **5**, 525-539.
- Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibitions, sustained attention, and executive functions: Consulting a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, **121**, 65-94.
- Barkley, R. A. (1998). *Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. 2nd ed. New York: Guilford Press.
- Barkley, R. A. (2002). Major life activity and health outcomes associated with attention-

- deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Psychology*, **63**, 10-15.
- Barkley, R. A., Fischer, M., Smallish, L., & Fletcher, K. (2002). The persistence of attention-deficit/hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, **111**, 279-289.
- Barkley, R. A., Guevremont, D. C., Anastopoulos, A. D., DuPaul, G. J., & Shelton, T. L. (1993). Driving-related risks and outcomes of attention deficit hyperactivity disorder in adolescents and young adults: A 3- to 5-year follow up survey. *Pediatrics*, **92**, 212-218.
- Beck, J. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford Press.
- Belendiuk, K. A., Clarke, T. L., Chronis, A. M., & Raggi, V. L. (2007). Assessing the concordance of measures used to diagnosis adult ADHD. *Journal of Attention Disorders*, **10**, 276-287.
- Biederman, J. (2004). Impact of comorbidity in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, **65**, 3-7.
- Biederman, J., Faraone, S. V., Knee, D., & Munir, K. (1990). Retrospective assessment of DSM-III attention deficit disorder in nonreferred individuals. *Journal of Clinical Psychiatry*, **51**, 102-106.
- Biederman, J., Faraone, S. V., Milberger, S., Curtis, S., Chen, L., Marrs, A., Ouellette, C., Moor, P., & Spencer, T. (1996). Predictors of persistence and remission of AD/HD into adolescence: Results from a four-year prospective follow-up. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, **35**, 343-351.
- Biederman, J., Faraone, S. V., Monuteaux, M. C., Bober, M., & Cadogen, E. (2004). Gender effects on attention-deficit/hyperactivity disorder in adults, revised. *Biological Psychiatry*, **55**, 692-700.
- Biederman, J., Faraone, S. V., Spencer, T. J., Mick, E., Monuteaux, M. C., & Aleardi, M. (2006). Functional impairments in adults with self-reports of diagnosed ADHD: A controlled study of 1001 adults in the community. *Journal of Clinical Psychiatry*, **67**, 524-540.
- Biederman, J., Faraone, S. V., Spencer, T., Wilens, T., Mick, E., & Lapey, K. A. (1994). Gender differences in a sample of adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Psychiatry Research*, **53**, 13-29.
- Biederman, J., Faraone, S.V., Spencer, T., Wilens, T., Norman, D., Lapey, K. A., Mick, E., Lehman, B. K., & Doyle, A. (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. (1998). Depression in attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): “True” depression or demoralization? *Journal of Affective Disorders*, **47**, 113-122.
- Biederman, J., Mick, E., & Faraone, S. V. (2000). Age-dependent decline of symptoms of attention

- deficit hyperactivity disorder: Impact of remission definition and symptom type. *American Journal of Psychiatry*, **157**, 816-818.
- Boonstra, A. M., Oosterlaan, J., Sergeant, J., & Buitelaar, J. (2005). Executive functioning in adult ADHD: A meta-analytic review. *Psychological Medicine*, **35**, 1097-1108.
- Breton, J., Bergeron, L., Valla, J. P., Berthiaume, C., Gaudet, N., Lambert, J., St-Georges, M., Houde, L., & Lepine, S. (1999). Quebec children mental health survey: Prevalence of DSM-III-R mental health disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **34**, 535-544.
- Brown, T. E. (1996). *Brown Attention-Deficit Disorder Scales*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Bush, G., Valera, E. M., & Seidman, L. J. (2005). Functional neuroimaging of attention-deficit/hyperactivity disorder: A review and suggested future directions. *Biological Psychiatry*, **57**, 1273-1284.
- Cantwell, D. P. (1985). Hyperactive children have grown up: What have we learned about what happens to them? *Archives of General Psychiatry*, **42**, 1026-1028.
- Casey, B. J., Nigg, J. T., & Durston, S. (2007). New potential leads in the biology and treatment of attention deficit-hyperactivity disorder. *Current Opinion in Neurology*, **20**, 119-124.
- Castle, L., Aubert, R. E., Verbrugge, R. R., Khalid, M., & Epstein, R. S. (2007). Trends in medication treatment for ADHD. *Journal of Attention Disorders*, **10**, 335-342.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, **112**, 155-59.
- Conners, C. K., Erhardt, D., Epstein, J. N., Parker, J. D. A., Sitarenosis, G., & Sparrow, E. (1999). Self-ratings of ADHD symptoms in adults I: Factor structure and normative data. *Journal of Attention Disorders*, **3**, 141-151.
- Doyle, R. (2004). The history of adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, **27**, 203-214.
- Emilsson, B., Gudjonsson, G., Sigurdsson, J. F., Baldursson, G., Einarsson, E., Olafsdottir, H., & Young, S. (2011). Cognitive behaviour therapy in medication-treated adults with ADHD and persistent symptoms: A randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, **11**:116.
- Epstein, J. N., Johnson, D. E., & Conners, C. K. (2001). *Conners' Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV (CAADID)*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems Inc.
- Erk, R. R. (2000). Five frameworks for increasing understanding and effective treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder: Predominately inattentive type. *Journal of Counseling & Development*, **78**, 389-399.
- Faraone, S. V., Biederman, J., & Mick, E. (2006). The age dependent decline of attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analysis of follow-up studies. *Psychological Medicine*, **35**, 159-165.
- Faraone, S. V., Biederman, J., Spencer, T., Mick, E., Murray, K., Petty, C., Adamson, J. J., &

- Monuteaux, M. C. (2006). Diagnosing adult attention deficit hyperactivity disorder: Are late onset and subthreshold diagnoses valid? *American Journal of Psychiatry*, **163**, 1720-1729.
- Faraone, S. V., Sergeant, J., Gillberg, C., & Biederman, J. (2003). The worldwide prevalence of ADHD: Is it an American condition? *World Psychiatry*, **2**, 104-113.
- Faraone, S. V., Spencer, T. J., Aleardi, M., Pagano, C., & Biederman, J. (2004). Meta-analysis of the efficacy of methylphenidate for treating adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, **24**, 24-29.
- Faraone, S. V., Spencer, T. J., Montano, C. B., & Biederman, J. (2004). Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. A survey of current practice in psychiatry and primary care. *Archives of Internal Medicine*, **164**, 1221-1226.
- Fayyad, J., de Graaf, R., Kessler, R., Alonso, J., Angermeyer, M., Demyttenaere, K., de Girolamo, G., Haro, J. M., Karam, E. G., Lara, C., Lépine, J. -P., Ormel, J., Posada-Villa, J., Zaslavsky, A. M., & Jin, R. (2007). Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *British Journal of Psychiatry*, **190**, 402-409.
- Frazier, T. W., Youngstrom, E. A., & Naugle, R. I. (2007). The latent structure of attention-deficit/hyperactivity disorder in a clinic-referred sample. *Neuropsychology*, **21**, 45-64.
- Fried, R., Petty, C. R., Surman, C. B., Reimer, B., Aleardi, M., Martin, J. M., Coughlin, J. F., & Biederman, J. (2006). Characterizing impaired driving in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: A controlled study. *Journal of Clinical Psychiatry*, **67**, 567-574.
- Gibbins, C., & Weiss, M. (2007). Clinical recommendations in current practice guidelines for diagnosis and treatment of ADHD in adults. *Current Psychiatry Reports*, **9**, 420-426.
- Gjervan, B., Torgersen, T., Nordahl, H. H., & Rasmussen, K. (2012). Functional impairments and occupational outcome in adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, **16**, 544-552.
- Gjone, H., Stevenson, J., & Sundet, J. M. (1996). Genetic influence on parent-reported attention-related problems in a Norwegian general population twin sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **35**, 588-596.
- Goldman, L., Genel, M., Bezman, R., & Slanetz, P. (1998). Diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Journal of the American Medical Association*, **279**, 1100-1107.
- Goldstein, S. (2005). Coaching as a treatment for ADHD. *Journal of Attention Disorders*, **9**, 379-381.
- Gordon, M., Antshel, K., Faraone, S., Barkley, R., Lewandowski, L., Hudziak, J., Biederman, J., & Cunningham, C. (2006). Symptom versus impairment: The case for respecting DSM-IV's criterion D. *Journal of Attention Disorders*, **9**, 465-475.
- Graetz, B. W., Sawyer, M. G., Hazell, P. L., Arney, F., & Baghurst, P. (2001). Validity of DSM-IV ADHD subtypes in a nationally representative sample of Australian children and adolescents.

- Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, **38**, 1158-1164.
- Grevet, E. H., Bau, C. H. D., Salgado, C. A. I., Fischer, A. G., Kalil, K., Victor, M., Garcia, C. R., Sousa, N. O., Rohde, L. A., & Belmonte-de-Abreu, P. (2006). Lack of gender effects on subtype outcomes in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: Support for the validity of subtypes. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, **256**, 311-319.
- Haslam, N., Williams, B., Prior, M., Haslam, R., Graetz, B., & Sawyer, M. (2006). The latent structure of attention-deficit/hyperactivity disorder: A taxometric analysis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, **40**, 639-647.
- Hallowell, E. M. (1995). Psychotherapy of adult attention deficit disorder. In K. G. Nadeau (Ed.). *A comprehensive guide to attention deficit disorder in adults: Research, diagnosis, and treatment*. New York: Brunner/ Mazel, pp.146-167.
- 林 潤一郎 (2009). 先延ばし後の思考内容と感情の関連 - 先延ばし傾向に着目して - 心理学研究, **79**, 514-521.
(Hayashi, J.)
- Hesslinger, B., van Elst, L. T., Nyberg, E., Dykieriek, P., Richter, H., Berner, M., & Ebert, D. (2002). Psychotherapy of attention deficit hyperactivity disorder in adults: A pilot study using a structured skills training program. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, **252**, 177-184.
- 市川宏伸 (2006). 思春期の AD/HD の薬物療法 精神科治療学, **21**, 381-387.
(Ichikawa, H)
- 市橋秀夫 (2004). 成人における ADD, ADHD: 私の治療技法 精神科治療学, **19**, 547-552.
(Ichihashi, H)
- Jensen, P., Kettle, L., Roper, M., Sloan, M. T., Dulcan, M. K., Hoven, C., Bird, H. R., Bauermeister, J. J., & Payne, J. D. (1999). Are stimulants overprescribed? Treatment of ADHD in four U. S. communities. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, **38**, 797-804.
- 金澤潤一郎 (2013). おとなの ADHD に対する心理社会的治療 精神科治療学, **28**, 301-306.
- 金澤潤一郎・山内 剛・岡島 義・樋町美華・中島 俊・坂野雄二 (2007). 成人の AD/HD 自助グループのアンケートから (1) - デモグラフィックデータと治療に対する評価の検討 - 日本行動療法学会第 33 回発表論文集, 452-453.
(Kanazawa, J., Yamauchi, G., Okajima, I., Himachi, M., Nakajima, S., & Sakano, Y)
- Kaplan, R. F., & Stevens, M. C. (2002). A review of adult ADHD: A neuropsychological and neuroimaging perspectives. *CNS Spectrums*, **7**, 355-362.
- Kennemer, K., & Goldstein, S. (2005). Incidence of ADHD in adults with severe mental health problems. *Applied Neuropsychology*, **12**, 77-82.

- Kessler, R. C., Adler, L., Ames, M., Demler, O., Faraone, S., Hiripi, E., Howes, M. J., Jin, R., Secnik, K., Spencer, T., Ustun, B., & Walter, 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**, 245-356.
- Kessler, R. C., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C., Delmer, O., Faraone, S., Greenhill, L., Howes, M., Secnik, K., Spencer, T., Ustun, T., Walters, E., & Zaslavsky, A. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: Result from the national comorbidity survey replication. *American Journal of Psychiatry*, **164**, 716-723.
- 厚生労働省 (2005). 発達障害者支援法の施行について 厚生労働省 2005年4月1日
<<http://www.mhlw.go.jp/topics/2005/04/tp0412-1e.html>> (2006年7月17日現在)
- 厚生労働省 (2007). 塩酸メチルフェニデート製剤の使用にあたっての留意事項について 平成19年10月26日付け厚生労働省医薬食品局総務課, 審査管理課, 安全対策課, 監視指導・麻薬対策課事務連絡 厚生労働省 2007年10月26日
<<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2007/10/dl/h1026-3a.pdf>> (2007年12月20日現在)
- Levy, F., Hay, D. A., McStephne, M., Wood, C., & Waldman, I. (1997). Attention-deficit hyperactivity disorder: A category or a continuum? *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, **36**, 737-744.
- 前田和寛 (2008). 重回帰分析の応用的手法 - 交互作用項ならびに統制変数を含む分析 - 比治山大学短期大学部紀要, **43**, 69-73.
(Maeda, K.)
- Magnússon, P., Smári, J., Sigurðardóttir, D., Baldursson, G., Sigmundsson, J., Kristjánsson, K., Sigurdardóttir, S., Hreidarsson, S., Sigurbjörnsdóttir, S., & Gudmundsson, O. O. (2006). Validity of self-report and informant rating scales of adult ADHD symptoms in comparison with a semistructured diagnostic interview. *Journal of Attention Disorders*, **9**, 494-503.
- 松本俊彦・上籙敦史・山口亜希子・岡田幸之・吉川和男 (2004). 覚せい剤依存症成人患者における注意欠陥/多動性障害の既往-Wender Utah Rating Scale を用いた予備的研究 精神医学, **46**, 1289-1297.
(Matsumoto, T., Kamijo, A., Yamaguchi, A., Okada, T., & Yoshikawa, K)
- McDermott, S. P. (2000). Cognitive therapy of adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. In T. Brown (Ed.). *Attention deficit disorders and comorbidity in children, adolescents, and adults*. Washington, DC: American Psychiatric Press, pp.569-606.
- McGough, J. J., & Barkley, R. A. (2004). Diagnostic controversies in adult attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, **161**, 1948-1956.
- McGough, J., Smalley, S. L., McCracken, J. T., Yang, M., Del'Homme, M., Lynn, D. E., & Loo, S. (2005). Psychiatric comorbidity in adult attention deficit hyperactivity disorder: Finding from multiplex families. *American Journal of Psychiatry*, **162**, 1621-1627.

- Mehring, A. M., Downey, K.K., Schuh, L. M. Pomerleau, C. S., Snedecor, S. M., & Schbinder, H. (2002). The Assessment of Hyperactivity and Attention (AHA): Development and preliminary validation of a brief self- assessment of adult ADHD. *Journal of Attention Disorders*, **5**, 223-231.
- MTA Cooperative Group (1999). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. Multimodal treatment study of children with ADHD. *Archives of General Psychiatry*, **56**, 1073-1086.
- Murphy, K. (2005). Psychosocial treatments for ADHD in teens and adults: A practice-friendly review. *Journal of Clinical Psychology*, **61**, 607-619.
- Murphy, K. R., & Adler, L. A. (2004). Assessing Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in adults: Focus on rating scales. *Journal of Clinical Psychiatry*, **65**, 12-17.
- Murphy, P., & Schachar, R. (2000). Use of self-ratings in the assessment of attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, **157**, 1156-1159.
- Nadeau, K. G. (1995). Life management skills for the adult with ADD. In K. G. Nadeau (Ed.). *A comprehensive guide to attention deficit disorder in adults: research, diagnosis, and treatment*. New York: Brunner/ Mazel, pp.191-217.
- 日本イーライリリー (2012). プレスリリース - 注意欠陥/多動性障害 (AD/HD) 治療剤「ストラテラ®」日本で初めて成人期の AD/HD への適応承認 平成 24 年 8 月 24 日 <https://www.lilly.co.jp/pressrelease/2012/news_2012_120.aspx> (平成 25 年 10 月 24 日現在)
- Nutt, D. J., Fone, K., Asherson, P., Bramble, D., Hill, P., Matthews, K., Morris, K. A., Santosh, P., Sonuga-Barke, E., Taylor, E., Weiss, M., & Young, S. (2007). Evidence-based guidelines for management of attention-deficit/hyperactivity disorder in adolescents in transition to adult services and in adults: Recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology*, **21**, 10-41.
- 岡野高明・高梨靖子・上野卓弥・石川大道・板垣俊太郎・橋上慎平・宮下伯容・増子博文・丹羽真一 (2004). 成人発達障害に対する治療の実際 精神科治療学, **19**, 553-562. (Okano, T., Takanashi, Y., Ueno, T., Ishikawa, H., Itagaki, S., Hashigami, S., Miyashita, N., Mashiko, H., & Niwa, S.)
- Orvaschel, H. (1985). Psychiatric interviews suitable for use in research with children and adolescents. *Psychological Bulletin*, **21**, 737-745.
- Pierce, K. (2003). Attention-deficit/hyperactivity disorder and comorbidity. *Primary Psychiatry*, **10**, 69-70, 75-76.
- Philipsen, A. (2006). Differential diagnosis and comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and borderline personality disorder (BPD) in adults. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, **256**, 142-146.

- Polanczyk, G., de Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis. *American Journal of Psychiatry*, **164**, 942-948.
- Ramirez, C. A., Rosen, L. A., Deffenbacher, J. F., Hurst, H., Nicoletta, C., Rosencranz, T., & Smith, K. (1997). Anger and anger expression in adults with high ADHD symptoms. *Journal of Attention Disorders*, **2**, 115-128.
- Ramsay, J. R., & Rostain, A. L. (2005). Adapting psychotherapy to meet the needs of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, **42**, 72-84.
- Ramsay, J. R., & Rostain, A. L. (2007). Psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder in adults: Current evidence and future directions. *Professional Psychology: Research and Practice*, **38**, 338-346.
- Ramsay, R., & Rostain, A. (2008). *Cognitive-Behavioral Therapy for Adult ADHD: An Integrative Psychosocial and Medical Approach*. Routledge. (武田俊信・坂野雄二 (監訳) 武田俊信・金澤潤一郎 (翻訳) (2012). 成人の ADHD に対する認知行動療法 金剛出版)
- Ramsay, J. R., & Rostain, A. L. (2011). CBT without medications for adult ADHD: An open pilot study of five patients. *Journal of Cognitive Psychotherapy, An International Quarterly*, **25**, 277-289.
- Resnick, R. J. (2000). *The Hidden Disorder. A clinician's guide to attention deficit hyperactivity disorder in adults*. American Psychological Association, Washington, D. C.
(大賀健太郎・霜山孝子 (監訳) (2003). 成人の ADHD, 臨床ガイドブック. 東京書籍, 東京)
- Richards, T. L., Deffenbacher, J. L., & Rosén, L. A. (2002). Driving anger and other driving-related behaviors in high and low ADHD symptom college students. *Journal of Attention Disorders*, **6**, 25-39.
- Rostain, A. L., & Ramsay, J. R. (2006). A combined treatment approach for adults with ADHD: Results of an open study of 43 patients. *Journal of Attention Disorders*, **10**, 150-159.
- Roy-Byrne, P., Scheele, L., Brinkley, J., Ward, N., Wiatrak, C., Russo, J., Townes, B., & Varley, C. (1997). Adult attention-deficit hyperactivity disorder: Assessment guidelines based on clinical presentation to a specific clinic. *Comprehensive Psychiatry*, **38**, 133-140.
- Safren, S. A., Otto, M. W., Sprich, S., Winett, C. L., Wilens, T. E., & Biederman, J. (2005). Cognitive-behavioral therapy for ADHD in medication-treated adults with continued symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, **43**, 831-842.
- Safren, S. A., Perlman, C. A., Sprich, S., & Otto, M. W. (2005). *Mastering your adult ADHD: A cognitive behavioral treatment program. Therapist guide*. New York, NY.: Oxford University Press.

- (坂野雄二(監訳) 金澤潤一郎他(翻訳) (2011). 大人の ADHD の認知行動療法 - セラピストガイド -. 日本評論社)
- Safren, S. A., Sprich, S., Mimiaga, M. J., Surman, C., Knouse, L., Groves, M., & Otto, M. W. (2010). Cognitive behavioral therapy vs relaxation with educational support for medication-treated adults with ADHD and persistent symptoms. *Journal of the American Medical Association*, **304**, 875-880.
- Safren, S. A., Sprich, S., Chulvick, S., & Otto, M. W. (2004). Psychosocial treatments for adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, **27**, 349-360.
- 齊藤万比古・渡部京太 (編) (2006). 改訂版改訂版 注意欠陥/多動性障害-AD/HD-の診断・治療ガイドライン じほう, 東京
(Saito, K., & Watanabe, K)
- 齊藤卓弥・西松能子 (2004). 成人の注意欠陥・多動性障害 (ADHD) の evidence に基づいた管理 精神科治療学, **19**, 471-481.
(Saito, T., & Nishimatsu, Y.)
- Schoechlin, C., & Engel, R. R. (2005). Neuropsychological performance in adult attention-deficit hyperactivity disorder: Meta-analysis of empirical data. *Archives of Clinical Neuropsychology*, **20**, 727-744.
- Seidman, L. J., Valera, E. M., & Bush, G. (2004). Brain function and structure in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder, *Psychiatric Clinics of North America*, **27**, 323-347.
- Shekim, W. O., Asarnow, R. F., Hess, E., Zaucha, K., & Wheeler, N. (1990). A clinical and demographic profile of a sample of adults with attention deficit hyperactivity disorder, residual state. *Comprehensive Psychiatry*, **31**, 416-425.
- Sherman, D. K., Iacono, W. G., & McGue, M. K. (1997). Attention-deficit hyperactivity disorder dimensions: A twin study of inattention and impulsivity-hyperactivity. *Journal of American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, **36**, 745-753.
- Solanto, M., V., Marks, D. J., Mitchell, K. J., Wasserstein, J., & Kofman, M. D. (2008). Development of a new psychosocial treatment for adult ADHD. *Journal of Attention Disorders*, **11**, 728-736.
- Span, S. A., Earleywine, M., & Strybel, T. Z. (2002). Confirming the factor structure of attention deficit hyperactivity disorder symptoms in adults, nonclinical samples. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, **24**, 129-136.
- Stavro, G. M., Ettenhofer, M. L., & Nigg, J. T. (2007). Executive functions and adaptive functioning in young adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the International Neuropsychological Society*, **13**, 324-334.
- Steer, R. A., Ranieri, W. F., Kumar, G., & Beck, A. T. (2003). Beck depression inventory-II items

- associated with self-reported symptoms of ADHD in adult psychiatric outpatients. *Journal of Personality Assessment*, **80**, 58-63.
- Stevenson, C. S., Whitmont, S., Bornholt, L., Livesey, D., & Stevenson, R. J. (2002). A cognitive remediation programme for adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, **36**, 610-616.
- Swartz, S. L., Prevatte, F., & Proctor, B. E. (2005). A coaching intervention for college students with attention deficit/hyperactivity disorder. *Psychology in the Schools*, **42**, 647-656.
- 高橋道宏・多喜田保志・市川宏伸・榎本哲郎・岡田 俊・齊藤万比古・澤田将幸・丹羽真一・根來秀樹・松本英夫・田中康雄 (2011). 成人期の ADHD 症状評価尺度 CAARS-screening version (CAARS-SV) 日本語版の信頼性および妥当性の検討 *精神医学*, **53**, 23-34.
- (Takahashi, M., Takita, Y., Ichikawa, H., Enomoto, T., Okada, T., Saito, K., Sawada, M., Niwa, S., Negoro, H., Matsumoto, H., & Tanaka, Y.)
- 高梨靖子・岡野高明・宮下伯容・石川大道・板垣俊太郎・橋上慎平・増子博文・丹羽真一 (2004). 成人における ADD, ADHD の診断と検査 -治療のための診断と検査- *精神科治療学*, **19**, 443-450.
- (Takanashi, Y., Okano, T., Miyashita, N., Ishikawa, H., Itagaki, S., Hashigami, S., Mashiko, H., & Niwa, S.)
- 田中康雄 (2004). 成人における ADHD *精神科治療学*, **19**, 415-425.
- (Tanaka, Y.)
- 田中康雄 (2005). ライフサイクルを視野に入れた ADHD (注意欠陥多動性障害) 治療の展開 *臨床精神薬理*, **8**, 863-870.
- (Tanaka, Y.)
- 豊田秀樹 (2003). 共分散構造分析 [疑問偏] -構造方程式モデリング-. 東京, 朝倉書店.
- Wadsworth, J., & Harper, D. C. (2007). Adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: Assessment and treatment strategies. *Journal of Counseling & Development*, **85**, 101-108.
- Ward, M. F., Wender, P. H., & Reimherr, F. M. (1993). The Wender Utah Rating Scale: An aid in the retrospective diagnosis of childhood Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *American Journal of Psychiatry*, **150**, 6, 885-890.
- Weiss, M. D., Gadow, K., & Wasdell, M. B. (2006). Effectiveness outcomes in attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, **67**, 38-45.
- Weiss, M., Murray, C., Wasdell, M., Greenfield, B., Giles, L., & Hechtman, L. (2012). A randomized controlled trial of CBT therapy for adults with ADHD with and without medication. *BMC Psychiatry*, **12**: 30.
- Weiss, M., Safren, S. A., Solanto, M. V., Hechtman, L., Rostain, A. L., Ramsay, J. R., & Murray, C. (2008). Research forum on psychological treatment of adults with ADHD. *Journal of*

- Attention Disorders*, **11**, 642-651.
- Weiss, M. D., & Weiss, J. R. (2004). A guide to the treatment of adults with ADHD. *Journal of Clinical Psychiatry*, **65**, 27-37.
- Wender, P. H. (1995). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in Adult. Oxford University Press, New York. (福島 章, 延与和子訳 (2002). 成人期の ADHD 新曜社)
- Wender, P. H. (1998). Pharmacotherapy of attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. *Journal of Clinical Psychiatry*, **59**, 76-79.
- Wender, P. H., Ward, M. F., Reimherr, F. W., & Marchant, B. K. (2000). ADHD in adults. *Journal of American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, **39**, 543.
- Wilens, T. E., Biederman, J., & Spencer, T. J. (1998). Pharmacotherapy of attention deficit/hyperactivity disorder in adults. *CNS Drugs*, **9**, 347-356.
- Wilens, T. E., Biederman, J., & Spencer, T. J. (2002). Attention deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. *Annual Review of Medicine*, **53**, 113-131.
- Wilens, T. E., McDermott, S. P., Biederman, J., Abrantes, A., Hahesy, A., & Spencer, T. J. (1999). Cognitive therapy in the treatment of adults with ADHD: A systematic chart review of 26 cases. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, **13**, 215-226.
- Wilens, T. E., Spencer, T. J., Biederman, J., Brown, S., Tanguay, S., Monuteaux, M. C., & Blake, C. (2002). A review of the pharmacotherapy of adult attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Attention Disorders*, **5**, 189-202.
- Willoughby, M. T., Curran, P. J., Costello, E. J., & Angold, A. (2000). Implication of early versus late onset of attention-deficit hyperactivity disorder symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **39**, 1512-1519.
- Wood, D. R., Reimherr, F. W., Wender, P. H., & Johnson, G. E. (1976). Diagnosis and treatment of minimal brain dysfunction in adults: a preliminary report. *Archives of General Psychiatry*, **33**, 1453-1460.
- Woodward, L. J., Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. (2000). Driving outcomes of young people with attentional difficulties in adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, **39**, 627-634.
- 横山和仁 (編著) (2005). POMS 短縮版手引きと事例解説 金子書房
(Yokoyama, K)
- 吉田卓史・大坪天平・土田英人・和田良久・上島国利・福居顯二 (2004). Sheehan Disability Scale (SDISS) 日本語版の作成と信頼性および妥当性の検討 臨床精神薬理, **7**, 1645-1653.
(Yoshida, T., Otsubo, T., Tsuchida, H., Wada, Y., Kamijima, K., & Fukui, K.)