

〈原著論文〉

注意欠如多動症を併存するアルコール使用障害患者の臨床的特徴

原 正吾

川崎医科大学精神科学, 〒701-0192 倉敷市松島577

抄録 精神科臨床において、他の精神疾患に注意欠如多動症 (Attention Deficit Hyperactivity Disorder; ADHD) が併存することで、治療が困難になりやすいことが近年注目されている。アルコール使用障害患者において、ADHDの併存が多いことは報告されているが、その臨床特徴が再飲酒にどのように影響するかについての研究はこれまでなく、本研究ではそれらを検討した。

DSM-5によってアルコール使用障害と診断された20歳以上の患者33名を対象とし、ADHD群と非ADHD群に分け、アルコール再飲酒リスク評価尺度 (ARRS: Alcohol Relapse Risk Scale)、コナーズ成人ADHD評価スケール日本語版 (CAARS: Conners' Adult ADHD Rating Scale)、ベックうつ病評価尺度 (BDI-II: Beck Depression Inventory-Second Edition)、自閉症スペクトラム指数日本語版 (AQ-J: Autism Spectrum Quotient-Japanese Version) を用いて症状を評価した。

結果は、ADHD群でARRS総得点が有意に高く、下位項目でも「刺激脆弱性」「感情面の問題」「ポジティブ期待」が有意に高かった。また、BDI-IIにおいてもADHD群が有意に高かった。

アルコール使用障害患者は、ADHDを伴うと再飲酒リスクが有意に上がり、自覚的な抑うつ症状も有意に高いことが示された。これらに留意して診療を行うことで、再飲酒を防ぐ可能性があることが示唆された。

doi:10.11482/KMJ-J42(2)69 (平成28年5月18日受理)

キーワード: アルコール使用障害, 注意欠如多動症, 再飲酒リスク

緒言

いわゆるアルコール依存症は、依存を伴わず乱用などの問題を抱える患者も多いため、近年は依存や乱用などを含めた「アルコール使用障害」という疾患概念で扱われている。その治療は断酒への導入と断酒の維持に分けられる。まずは断酒への導入が必須であることは言うまでもないが、それに勝るとも劣らず断酒の維持が重要である。なぜならばアルコール使用障害では再飲酒率が非常に高く、これまでの長期予後研究において断酒継続率は、退院直後から激減

し、1年後には30%前後となり、退院後2年以降は20%前後に収束すると報告されている¹⁻³⁾。

再飲酒を防ぐためには、再飲酒のリスクファクターの評価が重要であり、これまでさまざまな先行研究が行われている^{4,5)}。海外では、アルコール以外の薬物依存の研究として行われているものが多く、Tiffanyらは、42の質問からなるコカイン渴望質問紙 (CCQ) を開発し、再使用リスク因子として「薬物使用欲求」「薬物使用の意思と計画」「薬物使用で得られる効果への期待」「薬物を使用していない状況

別刷請求先

原 正吾

〒701-0192 岡山県倉敷市松島577

川崎医科大学精神科学

電話: 086 (462) 1111

ファックス: 086 (462) 1199

Eメール: harasho5go@gmail.com

での不快感の軽減への期待」「薬物使用のコントロールの欠如」の5つの因子を挙げている⁶⁾。Heishmanらは、これを元にして47の質問からなるマリファナ渴望質問紙 (MCQ) を開発し、「薬物使用に対する衝動性」「不安や抑うつなど感情面の問題」「薬物使用で得られる期待」「薬物使用への意思」の4つの因子をあげている⁷⁾。これらを参考にし、コカインやマリファナなど薬物の種類を限定しない汎用性のある質問紙として、わが国の東京都医学総合研究所のOgaiらは、43の質問からなる刺激薬物再使用リスク評価尺度 (SRRS) を開発した⁸⁾。Ogaiらは、さらにこれを日本のアルコール臨床に合わせた形に改変したアルコール再飲酒リスク評価尺度 (ARRS) (2009) を開発し⁹⁾、これがわが国のアルコール臨床で用いられている。

注意欠如多動症 (Attention Deficit Hyperactivity Disorder ; ADHD) は不注意、多動性、衝動性を三主徴とする発達障害であり、かつては成人するにつれて軽快すると考えられていた。しかし近年、三主徴のうち多動は軽快するため一見目立たなくなるが、不注意は残存し、ミスが多いなどのため、仕事や日常生活に困難を伴うことが知られてきている¹⁰⁾。

そして近年、成人における ADHD と他の精神疾患の合併が注目されている¹¹⁾。うつ病など他の精神疾患を併存すると、ADHD を伴っていることが見えにくくなり、それに気づかないまま治療を行うと治療効果が不十分となることや、ADHD の併存に気づいてそれを踏まえた

治療や対応をすると治療成績が改善することが言われている¹²⁾。このように、従来の精神疾患をもつ患者に、ADHD などの発達障害の併存があることに気づく手法の研究が、各精神疾患について行われている¹³⁾。

アルコール使用障害と ADHD との併存については、ADHD 患者を対象としたアルコール使用障害併存についての研究はいくつかあるが、アルコール使用障害患者を対象として ADHD の有無で二群に分けた研究はわずか¹⁴⁻¹⁷⁾しかなく、再飲酒リスクの視点で比較した研究はこれまでない。

本研究の目的は、アルコール使用障害の患者を ADHD の有無で二群に分け、再飲酒リスクおよびその因子を比較して検討することである。

対 象

2014年12月から2015年12月の間に川崎医科大学附属病院心療科と慈圭病院の外来および入院中の20歳以上の患者で、米国精神医学会による精神疾患の診断・統計マニュアル (DSM-5)¹⁸⁾によってアルコール使用障害と診断された者のうち、本研究について説明を行い、文書による同意が得られた33名を対象とした。アルコール誘発性精神病性障害を含む精神病性障害、アルコール誘発性認知症を含む認知症、器質性精神障害および精神遅滞と診断されたものは除外した。双極性障害およびうつ病で躁状態、軽躁状態、うつ状態の治療中のものも除外した。

なお、本研究は川崎医科大学の倫理委員会の

表1 ADHD群と非ADHD群のプロフィールの比較

	非ADHD群 (n=26)	ADHD群 (n=7)	P
年齢 †	60.3±10.1	52.4±10.8	0.091
男性率 (%) ‡	73.10%	71.4%	0.911
断酒期間 (月) †	6.35±8.66	8.14±8.15	0.636
ADHD指標 (CAARS) †	53.1±8.03	70.3±6.30	0.000 ※
AQ-J †	19.9±7.04	25.1±5.94	0.091
BDI- II †	15.1±11.0	25.9±9.70	0.030 ※

† : t-test ‡ : Chi-squared test ※P<0.05

断酒期間については、調査時の断酒が継続している期間で、2年以上断酒が継続しているものについては、24ヶ月とした。

承認（受付番号2005-1）および慈恵病院の倫理委員会の承認（受付番号98号（26-16））を得ており、大学の研究費のみを用い、他からの助成は受けておらず、利益相反はない。

方法

いずれの対象も、断酒期間が1ヶ月以上継続している状態で以下に示す自己記入式の質問紙を用いて精神症状の評価を行った。

精神症状の評価

自記式質問紙であるアルコール再飲酒リスク評価尺度（ARRS：Alcohol Relapse Risk Scale）、コナーズ成人ADHD評価スケール日本語版（CAARS：Conners' Adult ADHD Rating Scale）、ベックうつ病評価尺度（BDI-II：Beck Depression Inventory-Second Edition）、自閉症スペクトラム指数日本語版（AQ-J：Autism Spectrum Quotient-Japanese Version）の記入を依頼した。

・アルコール再飲酒リスク評価尺度日本語版（ARRS：Alcohol Relapse Risk Scale）^{9, 19)}

自己記入式の32項目の質問紙で、アルコール使用障害患者の再飲酒リスクを定量的に評価することができる。各質問は「刺激への脆弱性」、「感情面の問題」、「飲酒の衝動性」、「酒害認識の不足」、「飲酒へのポジティブな期待」の5つの下位項目（因子）に分類されており、全質問の一覧は表3に示す通りである。質問には「病識の強さ」の項目もあるが、これは参考とされ点数計算には入れないことになっている。

・コナーズ成人ADHD評価スケール日本語版（CAARS：Conners' Adult ADHD Rating Scale）²⁰⁾

成人に見られるADHD症状を評価する質問紙で、目的に応じて6種類あるが、本研究では66項目の質問からなるlong versionの自己記入式質問紙を用いた。不注意/記憶の問題、多動性/落ち着きのなさ、衝動性/情緒不安定、自己概念の問題の4つの下位項目と全体的ADHD症状を評価するADHD指標があり、これは全体的ADHD症状の点数を年齢補正したT得点が65点以上の場合にADHD傾向ありと

される。

・ベックうつ病評価尺度（BDI-II：Beck Depression Inventory-Second Edition）^{21, 22)}

患者の主観的、自覚的抑うつ症状の重症度を評価する21項目の自己記入式の質問紙である。63点満点で10～15点：軽度、16～19点：軽度～中等度、20～29点：中等度～重度、30点～：重度のうつ状態とされている。

・自閉症スペクトラム指数日本語版（AQ-J：Autism Spectrum Quotient-Japanese Version）^{23, 24)}

自閉症スペクトラム傾向を測定する自己記入式の質問紙である。質問項目は50項目で50点満点中33点以上が自閉症スペクトラム傾向ありとされる。

ADHDの診断

ADHDの診断については、DSM-5の診断基準を用いた。ADHDは発達障害であり、その症状は児童期から認められる必要があるため、DSM-5ではその症状が12歳以前から認められることを条件としている。しかし、アルコール使用障害の患者では、家庭状況や親との関係の悪化などのため、児童期の情報が得られない例が少なくない。児童期の情報については本人への質問とともに、可能な限り養育者から、養育者がいない場合は兄弟などから聴取したが、それでも十分な情報が得られない者もいるため、現在の症状で診断基準を満たし、かつCAARSのADHD指標のT得点が65点以上であるものを本研究ではADHDありとした。

統計学的解析

本研究では、ADHD群と非ADHD群の2群における患者背景、各評価尺度の平均値の比較について統計学的比較を行った。連続変数については、t検定（対応のないt検定）を用い、カテゴリ変数についてはカイ2乗検定を行った。また、ADHDの有無を従属変数、ARRSの下位項目を独立変数とし、変数の選択は増減法を用いて、ロジスティック回帰分析で検討した。統計学的処理はExcel統計2015を用いた。いずれもp値が0.05未満であるときに統計学的に有意とした。

表2 ARRS 下位項目の比較

	非 ADHD 群 (n=26)	ADHD 群 (n=7)	P
ARRS (総合点)	39.3±6.27	50.1±5.41	0.000 ※
刺激脆弱性	11.5±2.99	15.0±4.44	0.025 ※
感情面の問題	11.9±2.85	18.6±2.82	0.000 ※
アルコールへの衝動性	3.81±1.04	4.29±1.28	0.327
酒害認識の欠如	7.92±2.51	6.71±1.91	0.259
アルコールへのポジティブ期待	4.15±1.35	5.43±1.50	0.044 ※

※ t-test P<0.05

表3 ARRS の各質問項目 23)より引用

【刺激脆弱性】	
3) 目の前で酒をすすめられたら断われない	
13) 目の前で酒を誘われたら、NO とはいえない	*
16) 街で友達に誘われれば飲んでしまうと思う	○
18) ひとりになったら飲んでしまう	*
20) 病院の中でも友達に誘われれば飲んでしまう	
23) 目の前に実際に酒があれば飲んでしまう	
27) 飲み会などでもりあがったときには飲んでしまうかもしれない	
31) 近い将来、酒を飲む気がする	
32) 体をこわしてでも酒が飲みたいと思う	*
【感情面の問題】	
2) まわりの人の言葉がわずらわしいと思う	○
4) いらいらしている	◎
7) 何に対してもやる気がない	○
11) 孤独でさみしいと感じている	◎
14) 退屈だなと感じている	
17) 将来にたいして不安を感じている	○
21) 自分の気持ちがコントロールできないと感じている	○
22) 仕事や就職について、大きな問題をかかえている	
【アルコールへの衝動性】	
6) 酒を飲むためならほとんど何でもするだろう	
26) 酒を買うお金をかせぐためならなんでもしようと思う	
29) 盗んでも酒がほしいと思うことがある	
【酒害認識 (ネガティブ期待) の欠如】	
5) もし少しでも酒を飲んだら、飲み続けてしまうだろう	
12) もし、酒を飲んだら、すぐにまともな行動がとれなくなってしまうと思う	
19) もし酒を飲んだら、仕事に影響が出ると思う	
25) 酒を飲んだら、落ち着かなさを感じると思う	
【アルコールへのポジティブ期待】	
15) もし酒を飲めば、どうしようもないさびしさから救われるように感じるだろう	*
28) 酒を飲むと、なんでもものごとがうまくいくように感じる	○
30) 酒を飲むと元気になる気がする	
【病識の強さ】	
1) 自分の力だけで酒をやめられると思う	
8) ずっと酒を飲まないでやっていくことができそうだ	
9) もう大丈夫だと思う	
10) もう酒を飲まないという自信がある	
24) 自分は依存症だと思う	

t 検定で ADHD 群と非 ADHD 群の平均値の差を比較し有意差を認めたものに対して印を付記した。
 (◎ P<0.001 ○ P<0.01 * P<0.05)

結果

対象患者は31～77歳の33名で、そのうち7名がADHD群に分類された。両群のプロフィールを表1に示す。AQ-Jについては有意な差を認めなかったが、BDI-IIでは、ADHD群が非ADHD群と比べ有意に高い得点となった。

CAARSでは「ADHD指標」「不注意/記憶」「多動性/落ち着かなさ」「衝動性/情緒不安定」「自己概念」すべての項目でADHD群が有意に高かった。

ARRSについては、ADHD群の方が総合点で有意に高く、また下位項目では「刺激脆弱性」「感情面の問題」「ポジティブ期待」の項目でADHD群が有意差に高かった(表2)。また、ADHDの有無とARRSの下位項目に関して行ったロジスティック回帰分析では、「感情面の問題」がADHDの有無との有意な関連性を示した(偏回帰係数0.6384, $P=0.0044$, オッズ比1.8934, 95%信頼区間1.2203-2.9379)。

考察

CAARSについては、全ての項目および総合指標であるADHD指標でADHD群が強く有意に高かったが、CARRSはADHDの指標であるので当然の結果であった。

AQ-Jについては、ADHDがある人は自閉症スペクトラム傾向も伴っていることがしばしばあるためAQ-Jを調べたが、両群に有意な差はなかった。従って、本研究において両群で差を認めた項目については自閉症スペクトラム傾向による差ではないと考えられた。

BDI-IIについて

ADHD群では非ADHD群よりもBDI-IIが有意に高かった。これは、ADHD群の方が、自覚的抑うつ症状が強いことを示している。ADHD患者は失敗体験や叱られる体験が多いなどの理由のため、抑うつ症状を伴いやすいことが従来から言われている²⁵⁾。本研究と同様に、アルコール使用障害患者をADHDの有無で2群に分け、BDI-IIの点数を比較した研究はこれまでもいくつかあり、Kimら¹⁵⁾もADHD

群でBDI-IIが有意に高かったと報告しており、本研究と同様の結果であった。

ただ、「対象」に示した通り、本研究ではうつ状態を治療中の患者は除外されている。BDI-IIの点数は非ADHD群でも中等度、ADHD群では中等度～重度のうつ状態に相当する高い値となったことから、うつ病と診断されるほどの状態ではなくとも、ADHDを伴うアルコール使用障害患者は、かなりの自覚的抑うつ症状を持っていることには留意する必要があると考えられた。先のKimらもうつ病は除外しているにも関わらず、非ADHD群は平均35.4点で重度のうつ状態、ADHD群は平均45.1点の極度のうつ状態とのデータを報告している。Abulesoudら²⁶⁾は、アルコール依存症患者のBDIを平均 19.9 ± 10.6 の高値だったと報告している。また、Duranら²⁷⁾は、ADHD群のBDIは平均 28.76 ± 10.52 で、非ADHD群の平均 18.42 ± 9.85 より有意に高かったと報告している。これらと本研究の結果から、アルコール使用障害とADHD併存によって、BDIが更に高くなる可能性が考えられた。

ARRSについて

ADHD群では非ADHD群よりARRSの総得点、刺激脆弱性、感情面の問題、ポジティブ期待、の点数が有意に高かった。アルコール使用障害にADHDを併存すると、再飲酒リスクが有意に高くなることを示唆していると考えられた。

「感情面の問題」の点数はADHD群が非ADHD群より6.7点も高く、ARRS総得点の差10.8の6割以上を占めた。表3に示す通り「感情面の問題」の質問項目は、自覚的抑うつ感がある場合は「当てはまる」と回答しやすいと考えられる。そのため、ARRS総得点がADHD群で有意に高くなった要因は、ADHDそのものだけでなく、ADHDに伴う抑うつ傾向にもあると考えられた。

なお、断酒してすぐの「離脱期」には、身体的離脱症状や不安、イライラなど様々な精神症状が起りうる。そのため、本研究では断酒期間が1ヶ月以上継続している例のみを対象とし

た。従って、離脱期の精神症状が「感情面の問題」の点数に与える影響はないと考えられた。

一方、ARRSの項目の中で、「アルコールへの衝動」「酒害認識の欠如」は有意な差を認めなかった。ADHDでは「したいと思ったら我慢できない」「待てない」などの衝動性があるので、再飲酒についても衝動性の点数が高くなるのではないかと考えられたが、実際には有意な差はなかった。ADHDを併っても再飲酒の衝動性は有意に高くはならないことを示していると考えられた。「酒害認識の欠如」についても有意な差はなく、再飲酒によって悪い事態に陥ることへの認識がADHD群において有意に欠如しているわけではないことを示していると考えられた。

刺激脆弱性がADHD群で有意に高かった点については、外部からの刺激によって気が散ってしまうADHDの不注意症状が関連している可能性が考えられた。ポジティブ期待がADHD群で有意に高かった点についても、目の前の期待に気が取られていしまう不注意症状が関連している可能性が考えられた。

ARRSで特に有意な差が見られた質問には、表3において◎、○を付記した。再飲酒リスクを下げるためには、「イライラしている」「孤独でさみしい」などの状態に対するアプローチが重要であることが示唆された。ADHDでは、失敗体験の積み重ねなどにより、「失敗に懲りていない」ように見えて、実は自己評価が非常に低いことが指摘されている²⁵⁾。本研究はADHDを併存するアルコール使用障害に特化した治療法の開発に寄与する可能性があると考えられる。断酒治療を継続して受けていることを高く評価する以外にも、生活場面での些細なことなどでも本人の良いところを見つけ評価、指摘し気づかせることや、アルコール使用障害では集団精神療法が頻用されるので、そういった場で、「さみしく」ならないような集団体験をしてもらうことやお互いの長所を見つけ合うような集団精神療法を行うなどが、本研究から示唆されるADHDの併存に合わせた具体的な工夫

として考えられる。

ARRSからADHDを疑う可能性について

33名中、ADHD群は7名であったが、短時間面接をするだけでADHDだと思われた者も2名いたが、5名はCAARSを実施するまで、ADHDとは気づかれなかった。アルコール使用障害においても、ADHDの併存は注意しないと気づかれないことを示していると考えられた。ロジスティック回帰分析で「感情面の問題」がADHDの有無との有意な関連性を示したことは、アルコール使用障害患者にARRSを行う場合、「感情面の問題」の点数が高い場合は、ADHDの併存も考慮に入れるべきであることを示していると考えられた。

限界と課題

まず、本研究では症例数が十分とは言えず、さらに症例数を増やしての検討が望まれる。次に、ADHDの診断については、養育者からの情報が十分でない例があり、児童期からのADHD症状の存在の有無が不明のままの症例があることも限界の1つである。そして、うつ状態とされていないにも関わらず、自覚的抑うつ症状の点数がADHD群では有意に高かったため、自覚的抑うつ症状がありながらも、それが見逃されている可能性が否定できない。ただ、和辻は、自閉スペクトラムを伴ううつ状態の患者では、うつ状態の他覚的評価に比べて患者の自覚的抑うつ症状の点数が有意に高くなることを指摘している¹³⁾。そのため今後は、自覚的抑うつ症状を測るBDI-IIに加えて、他覚的うつ状態を評価するハミルトンうつ病評価「ハミルトンうつ病評価尺度」を併用するなどが課題だと考えられた。

謝辞

本稿を終えるにあたり、本研究全体を指導いただいた青木省三先生（川崎医科大学精神科学教室主任教授）に深謝いたします。また、貴重なご助言をいただきました石原武士先生（川崎医科大学精神科学教室教授）、直接ご指導していただいた村上伸治先生（川崎医科大

学精神科学教室講師), 統計について指導をいただいた瀧川真也先生(川崎医療福祉大学), 患者調査に尽力していただいた藤原史子先生(慈圭病院)ならびに堀井茂男先生(慈圭病院)に感謝いたします。

引用文献

- 1) Dawson DA, Grant BF, Stinson FS, Chou PS, Huang B, Ruan WJ: Recovery from DSM-IV alcohol dependence: United States, 2001-2002. *Addiction* 100: 281-292, 2005
- 2) Dawson DA, Goldstein RB, Grant BF: Rates and correlates of relapse among individuals in remission from DSM-IV alcohol dependence: a 3-year follow-up. *Alcohol Clin Exp Res* 31: 2036-2045, 2007
- 3) 西村伊三男, 福居顕二: アルコール依存症の長期予後. *臨床精神医学* 43: 1409-1413, 2014
- 4) Anton RF, Moak DH, Latham PK: The Obsessive Compulsive Drinking Scale: a self-rated instrument for the quantification of thoughts about alcohol and drinking behavior. *Alcohol Clin Exp Res* 19: 92-99, 1995
- 5) Zywiak WH, Stout RL, Longabaugh R, Dyck I, Connors GJ, Maisto SA: Relapse-onset factors in Project MATCH: the Relapse Questionnaire. *J Subst Abuse Treat* 31: 341-345, 2006
- 6) Tiffany ST, Singleton E, Haertzen CA, Henningfield JE: The development of a cocaine craving questionnaire. *Drug Alcohol Depend* 34: 19-28, 1993
- 7) Heishman SJ, Singleton EG, Liguori A: Marijuana Craving Questionnaire: development and initial validation of a self-report instrument. *Addiction* 96: 1023-1034, 2001
- 8) Ogai Y, Haraguchi A, Kondo A, *et al.*: Development and validation of the Stimulant Relapse Risk Scale for drug abusers in Japan. *Drug Alcohol Depend* 88: 174-181, 2007
- 9) Ogai Y, Yamashita M, Endo K, *et al.*: Application of the Relapse Risk Scale to alcohol-dependent individuals in Japan: comparison with stimulant abusers. *Drug Alcohol Depend* 101: 20-26, 2009
- 10) Biederman J, Mick E, Faraone SV: Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: impact of remission definition and symptom type. *Am J Psychiatry* 157: 816-818, 2000
- 11) Kessler RC, Adler L, Barkley R, *et al.*: The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry* 163: 716-723, 2006
- 12) Pehlivanidis A, Papanikolaou K, Spyropolou AC, Papadimitriou GN: Comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder in adult psychiatric outpatients with depressive or anxiety disorders. *Int J Psychiatry Clin Pract* 18: 265-271, 2014
- 13) 和辻大樹: 広汎性発達障害を基盤にもつ抑うつ状態の臨床的特徴. *川崎医学会誌* 38: 189-200, 2012
- 14) 鈴木健二, 武田綾: 注意欠陥多動性障害 (ADHD) を伴うヤングアルコール自己記入式 ADHD チェックリスト (DSM-III-R) を使用した研究. *精神医学* 43: 1011-1016, 2001
- 15) Kim JW, Park CS, Hwang JW, Shin MS, Hong KE, Cho SC, Kim BN: Clinical and genetic characteristics of Korean male alcoholics with and without attention deficit hyperactivity disorder. *Alcohol Alcohol*, 41: 407-411, 2006
- 16) Ohlmeier MD, Peters K, Te Wildt BT, Zedler M, Ziegenbein M, Wiese B, Emrich HM, Schneider U: Comorbidity of alcohol and substance dependence with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Alcohol Alcohol* 43: 300-304, 2008
- 17) Seitz A, Wapp M, Burren Y, Stutz S, Schläfli K, Moggi F: Association between craving and attention deficit/hyperactivity disorder symptoms among patients with alcohol use disorders. *Am J Addict* 22: 292-296, 2013
- 18) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-5. American Psychiatric Association. Washington, D. C., 2013 (日本精神神経学会監修, 高橋三郎, 大野裕監訳: DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル. 東京, 医学書院. 2014, pp473-496)
- 19) <http://www.igakuken.or.jp/abuse/research/dependence/arrs.html> (2016.2.19)
- 20) Conners CK, Erhardt DE, Sparrow E: Conners' adult ADHD rating scales (CAARS). Multi-Health Systems, Inc., Toronto, Ontario, Canada, 1999 (中村和彦監修, 柴木史緒, 大西将史監訳: CAARSTM 日本語版. 東京, 金子書房. 2012)
- 21) Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J: An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 4: 561-571, 1961
- 22) Beck AT, Steer RA, Ball R, Ranieri W: Comparison of Beck Depression Inventories - I A and - II in psychiatric outpatients. *J Pers Assess* 67: 588-597, 1996
- 23) Baron-Cohen S, Wheelwright S, Skinner R, Martin J, Clubley E. The autism-spectrum quotient (AQ): evidence

- from Asperger syndrome / high-functioning autism, males and females, scientists and mathematicians. *J Autism Dev Disord* 31: 5-17, 2001
- 24) 若林明雄, 東條吉邦, Baron-Cohen S, Wheelwright S: 自閉症スペクトラム指数 (AQ) 日本語版の標準化 - 高機能臨床群と健常成人による検討 -. *心理学研究* 75: 78-84, 2004
- 25) 田中康雄: 生活障害の視点からみた成人期の ADHD. *精神科治療学* 28: 259-265, 2013
- 26) Abulseoud OA, Karpyak VM, Schneekloth T, Hall-Flavin DK, Loukianova LL, Geske JR, Biernacka JM, Mrazek DA, Frye MA: A retrospective study of gender differences in depressive symptoms and risk of relapse in patients with alcohol dependence. *Am J Addict* 22: 437-442, 2013
- 27) Duran Ş, Fıstıkcı N, Keyvan A, Bilici M, Çalışkan M: ADHD in adult psychiatric outpatients: prevalence and comorbidity. *Turk Psikiyatri Derg* 25: 84-93, 2014

〈Regular Article〉

Clinical features of alcohol use disorder patients comorbid attention deficit hyperactivity disorder

Shogo HARA

Department of Psychiatry, 577 Matsushima, Kurashiki, 701-0192, Japan

ABSTRACT In recent years, it has been noted that treatment of psychiatric disorders comorbid with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) tends to be difficult. ADHD often co-occurs with alcohol-use disorders coexist. The clinical features of these comorbid conditions have not yet been studied. This study investigated these clinical features in adult patients.

We investigated for 33 patients who had a diagnosis of alcohol-use disorder, as defined by the DSM-5, who were 20 years or older. We divided them into a group with comorbid ADHD (ADHD group) and a non-ADHD group, and evaluated the symptoms using the Alcohol Relapse Risk Scale (ARRS), Conners's Adult ADHD Rating Scale Japanese version (CAARS), the Beck Depression Inventory Second Edition (BDI-II), and the Autism Spectrum Quotient Japanese version (AQ-J).

We found that the ARRS total score was significantly higher in the ADHD group, with the "stimulus-induced vulnerability," "emotional problems" "positive expectancy for alcohol" in sub-items being significantly higher in the ADHD group than in the non-ADHD group. In addition, the total score of the BDI-II was also significantly higher in the ADHD group than in the non-ADHD group.

Patients with alcohol-use disorders have a significant relapse risk, and when comorbid for ADHD, such patients have even higher subjective depressive symptoms. Relapse may be prevented by attending to these symptoms by giving medical care. *(Accepted on May 18, 2016)*

Key words : Alcohol use disorder, ADHD, Relapse risk

Corresponding author

Shogo Hara

Department of Psychiatry, Kawasaki Medical School,
577 Matsushima, Kurashiki, 701-0192, Japan.

Phone : 81 86 462 1111

Fax : 81 86 464 1193

E-mail : harasho5go@gmail.com

