

# 軽躁症状に関連する要因の検討

## —短大生における社会的スキルと ストレス対処方略を関連要因として—

木 村 拓 磨  
鈴 木 太

**摘要：**現代、若年層のうつ病の有病率の上昇が指摘されるとともに、双極性障害が間違っ大うつ病と診断されるケースもしばしば見られる。そのような中、軽躁症状を有するものは双極性障害に移行する率が高く、軽躁症状を把握することは临床上重要であると指摘されている。本研究は、短大生を対象として軽躁症状を把握すること、および社会的スキルやコーピングスタイルと軽躁症状との関連性を明らかにすることを目的に実施した。その結果、本研究の対象となった短大生の多くは、軽躁症状を有すること。軽躁症状と感情統制は強い負の相関係数を示すことが明らかとなった。本研究の限界として、自己記入式質問紙のみを用いていることが挙げられた。今後、他者による客観的な評価をいれるなど、別の評価方法を用いることが必要だと考えられた。また、抑うつ傾向の高い学生や、軽躁症状を有する学生に対して IPT や DBT が予防的な介入となりえるのか検証が必要である。

### 1. はじめに

短期大学の教員をしていると、日々学生の悩みを聞くことが多くなる。その際に、うつ症状であったり、不安症状であれば大学の保健室を利用しながら対応することが可能である例もある。しかしながら、昨今では、いわゆる"テンションが高い"かと思えば突然気分が落ち込み、休学となったり、退学していく学生も散見される。そのような学生においては、教員や事務職員も唐突過ぎて十分なケアをできないケースが多いように思われる。

うつ病の発症率は思春期以降増大し、20 歳代にはピークに達するといわれている (American Psychiatric Association, 2014) <sup>1)</sup>。日本においても、若年層のうつ病の有病率の上昇が指摘されており (川上, 2003) <sup>2)</sup>、平成 26 年における厚生労働省の患者調査によると、2014 年 10 月における気分障害患者 (主としてうつ病、躁うつ病) 数は 15 歳から 39 歳までで、25 万 9 千人に

ものぼっている<sup>3)</sup>。これは統計を取り始めた1996年の1.5倍になっている。うつ病においては、平成29年版自殺対策白書によれば、2015年度の日本の若者の自殺は、15歳から39歳までの死因の第1位となっている<sup>4)</sup>。さらに、学生・生徒においては、平成28年に791名が自殺既遂しており、その半数が大学生となっている。自殺のリスクとしては、精神疾患を有する若者の自殺率が高くなっている（内閣府自殺対策推進室，2017）<sup>4)</sup>。特に双極性障害においては自殺リスクが高く、18ヵ月の間に自殺を試みた患者は、双極性障害が19.9%、大うつ病性障害が9.5%であった（Holma et al., 2014）<sup>5)</sup>。さらに罹患20年後の自殺率は6%以上でと言われている（Nordentoft et al., 2011）<sup>6)</sup>。双極性障害患者は、離婚率も高く対人関係的な問題を多く起こしやすい。欧米においては、双極性障害を双極スペクトラムとしてひろく捉えると、その有病率は13.5%にもおぼると報告されている（田中，2008；Hantouche et al., 1998）<sup>7)8)</sup>。双極性障害は抑うつエピソードや軽躁エピソードの再燃と寛解を繰り返す精神障害であるが、青年期から成人期早期にかけて、抑うつエピソードで発症することが多いといわれている。短期大学や大学への入学は生活環境と対人関係の両面で大きな変化を引き起こし、このようなストレスが、抑うつエピソードの誘因となることはよく知られている。また、双極Ⅰ型障害（Bipolar I Disorder：BP-I）、特に双極Ⅱ型障害（Bipolar II Disorder：BP-II）は、大うつ病性障害と診断されてしまうケースがしばしば見られ、そのことで適切な治療を受けることができないことがある（Hirschfeld et al., 2003）<sup>9)</sup>。さらに、うつ病を経験したものは、軽躁症状を病理学的に知覚するとは必ずしも言えないので、それを医師に自発的に報告しないといわれている（管，2015）<sup>10)</sup>。軽躁症状はBP-IIの診断基準にもあり、BP-IIにおいては併存症が多いことも明らかとなっている（Vieta ら，2000）<sup>11)</sup>。軽躁症状とはDSM-Vによると、高揚した、または開放的な気分があるが、顕著な障害または苦痛を引き起こさず、活動性または活力の亢進などの特徴的な症状を伴う易怒的な気分が異常で持続する<sup>1)</sup>。

軽躁症状については、注意欠如・多動性症（Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder；ADHD）との併存も言及されている。Dilsaver ら（2003）によると、平均5.3歳のADHD男児92例中の51例（55%）、平均8.2歳のADHD女児12例中5例（41%）に双極性障害を診断している<sup>12)</sup>。成人期においては、ADHDの19%が双極性障害を併存すると報告されている（Kessler et al., 2006）<sup>13)</sup>。ADHDにおいても何らかの併存症を有するリスクが高いことが明らかとなっている（鈴木，2005、木村ら，2015）<sup>14)15)</sup>。双極性障害に認められる躁病/軽躁病エピソードと、注意欠如多動性症は、症候学的な共通点が多く、過度の活動性、衝動的行動、判断力の低さ、問題の否認によって特徴づけられる（鈴木，2009）<sup>16)</sup>。あるメタアナリシスによれば、児童青年期双極性障害の89%に多動、84%に不注意、82%に多弁が認められる（鈴木，2009；Kowatch et al., 2005）<sup>16)17)</sup>。鈴木（2009）はDSM-IV診断基準において、この3つの症状は躁病/軽躁病エピソードとADHDのいずれにも含まれており、両者の併存や鑑別のとらえ方は临床上重要な問題であると指摘しており、これはDSM-Vにおいても同様であると考えられる。つまり、双極性障害児童青年を含めた併存症の有無でADHDを分類することは、病因、治療に関する新たな知見に

つながっていく可能性が述べられている（鈴木, 2009; Jensen et al., 1997）<sup>16)18)</sup>。

このような軽躁症状を確認することは難しいことではあるが、軽躁症状を把握しておくことは臨床的にはとても重要である。たとえば、Alloy ら（2012）は、18 歳から 24 歳までの一般大学生 20500 名のうち、軽躁症状などの“soft”な双極スペクトラム条件を有する 57 名に対して平均 4.5 年間の追跡を実施し、6 名（10.5%）が BP-I へ、24 名（42.1%）が BP-II へ移行したことを明らかにした<sup>19)</sup>。このように軽躁症状は BP-I や BP-II への移行を予測していると言える。一方で、Holtmann ら（2009）は健常学生を対象に、HCL-32（Hypomania Checklist 32）を実施し、軽躁症状のポジティブな側面を表していると考えられる因子について論じている<sup>20)</sup>。さらに、Holtmann ら（2009）は、未成年者の軽躁成分は成人の内的構造と質的に異なる可能性を示唆している<sup>20)</sup>。

本研究は、短大生を対象として、軽躁自記式評価尺度（Hypomania Checklist 33 : HCL-33）とベック抑うつ質問票（Beck Depression Inventory – II : BDI-II）を用い、短大生の軽躁症状と抑うつ症状の把握することが目的である。さらに、ソーシャルスキル（成人用ソーシャルスキル自己評価尺度）、ストレスコーピング（Tri-Axial Coping Scale : TAC-24）と軽躁症状および抑うつ症状との関連について検討を行う。

## 2. 研究方法

### (1) 対象

201X 年度新たに保育者養成校へ入学し短大生 30 名（男性 4 名、女性 26 名）を対象に、HCL-33、BDI-II、成人用ソーシャルスキル自己評価尺度、TAC-24 を実施した。個人情報保護の観点から、質問紙はすべて無記名とした。なお、対象者は事前に研究参加に対する同意書に同意を得られた学生だけとした。

配布場所は、30 名すべてが集まるゼミの時間を使用し、研究責任者が用紙を配布の上、注意事項の説明、同意の説明を実施した。

### (2) 倫理的配慮

対象者に対して、本研究の目的、方法、個人情報に関して機密が守られることを説明した。さらに、回答は任意で行われ、回答中に気分不良になった場合は回答を中断しても良いこと、回答を行わなくとも、本授業や他の授業科目において不利益は一切ないことを説明した。対象者が本研究の参加に同意できる場合は、同意書に名前を記載することを求めた。

### (3) 質問紙内容

#### HCL-33

軽躁チェックリスト（Hypomania Checklist ; HCL）とは、2005 年にスイス・チューリッヒ

の精神医学者 Jules Angst を中心とする双極性スペクトラム概念の臨床研究グループが国際専門誌に発表した軽躁症状 (hypomania) についての自記式評価尺度である<sup>21)</sup>。2008年に軽躁チェックリスト改定第1版 (Hypomania Checklist 32 Revised 1 ; HCL-32 R1) 日本語版を開発して再発表された<sup>22)</sup>。2013年5月に、米国においてDSM-5が正式に発表されて、双極性障害の診断基準にもいくつかの変更点が見られている<sup>23)</sup>。そのような国際的な動向を反映して、2013年秋に、原著者 Angst は HCL-32 の改定第3版を HCL-33 (Hypomania Checklist-33) として再改訂した。それを受け、阿部ら (2014) は日本語版 HCL-33 を作成した<sup>24)</sup>。

HCL-33 はあくまで軽躁症状を同定するための感度の高い自記式評価スクリーニング尺度であって、必ずしも確定診断ツールではないとされている (阿部ら, 2014)<sup>24)</sup>。HCL-33 は 10 の質問から構成されている。本研究では、具体的に軽躁エピソード時に見られた症状を把握する質問 3 の 33 個の質問項目について分析を行った。また、本研究では Holtmann ら (2009) を参照し、「active-elated」、「Disinhibited / stimulation-seeking」、「irritable-erratic」の3因子による構成を仮定した。分析を行う質問項目はすべて「はい」、「いいえ」の2択で回答するものであった。「はい」を1点、「いいえ」を0点で合計得点を算出する。Carta ら (2006) によれば、HCL-32 においてはカットオフを8とした場合、感度が0.90、特異度が0.42であり、特にBP-IIへの反応が良好であった<sup>25)</sup>。

### 3次元モデルにもとづく対処方略尺度 (Tri-Axial Coping Scale-24 : 以下 TAC-24)

TAC-24 は神村ら (1995) によって作成された<sup>26)</sup>。TAC-24 は「カタルシス」「放棄・諦め」「情報取取」「気晴らし」「回避的思考」「肯定的解釈」「計画立案」「責任転嫁」の8因子について各3項目、全24の質問項目で構成されている。各質問項目に関してどの程度行っているか (考えているか) について5件法で測定する質問紙である。なお、TAC-24 は8因子を3つに分類して測定することが可能である。本研究では、コーピングの分類次元として「問題焦点—情動焦点 (問題解決サポート希求)」軸、「接近—回避 (問題回避)」軸、「反応系 (肯定的解釈と気そらし)」軸の3つの軸を設定している。

### BDI-II

BDI-II は Beck ら (1996) によって作成された<sup>27)</sup>。BDI-II の日本語版も作成され、本研究では日本語版を用いた<sup>27)</sup>。BDI-II は全21項目から構成され、最近2週間についてうつ症状の程度を4件法にて測定する質問紙である。それぞれの回答について、1から4点で評価し、合計得点が高いほどうつ症状に対する主観的な重症度が高いことが示される。

### 成人用ソーシャルスキル自己評定尺度

成人用ソーシャルスキル自己評定尺度は相川ら (2005) によって作成された<sup>28)</sup>。成人用ソーシャルスキル自己評定尺度は「関係開始」「解説」「主張性」「感情統制」「関係維持」「記号化」

軽躁症状に関連する要因の検討—短大生における社会的スキルとストレス対処方略を関連要因として—

という6つの下位スキル尺度から成る35項目から構成され、各項目について、回答者自身がどの程度当てはまるか4件法で測定する質問紙である。ソーシャルスキルが高いほど高得点となるように1点から4点に得点化し、計35項目の合計を尺度全体の得点となる。

#### (4) 分析対象者

研究に参加の同意を示した学生 26 名（男性 4 名、女性 22 名）のうち、記入ミスや記入漏れがあった者を除いた 16 名（男性 3 名、女性 13 名）を分析対象者とした（有効回答率：61.5%）。

### 3. 結果

#### (1) 各質問紙の記述統計量

Table1 に各質問紙の記述統計量の結果を示した。HCL-33 の合計得点は 14.69±4.50 点であった。また、BDI-II においては、合計得点が 21.13±11.15 であった。

Table 1 各質問紙の記述統計量

質問紙		平均得点	標準偏差
HCL-33	active-related	6.81	2.66
	disinhibited/stimulation-seeking	1.31	1.01
	irritable-erratic	5.69	2.15
	合計	14.69	4.50
TAC-24	問題解決サポート希求	30.19	5.98
	問題回避	14.63	5.50
	肯定的解釈と気そらし	26.56	5.35
BDI	合計得点	21.13	11.15
成人用ソーシャルスキル 自己評定尺度	関係開始	19.50	5.32
	解読	15.31	3.38
	主張性	15.31	3.63
	感情統制	7.63	3.22
	関係維持	10.50	1.67
	記号化	10.88	3.36

(2) HCL-33 と BDI-II との関連

Table2 に HCL-33 と BDI-II との *pearson* の積率相関係数を示した。その結果、HCL-33 と BDI-II との間に有意な相関係数は得られなかった。

Table2 HCL-33 と BDI-II の *pearson* の積率相関係数

		BDI 合計
HCL - 33	active - elated	-0.15
	disinhibited / stimulation- seeking	0.14
	irritable - erratic	-0.05

Table3 HCL-33 および BDI-II と TAC-24 および成人式ソーシャルスキル自己評定尺度との *pearson* の積率相関係数

		HCL-33			BDI
		active - elated	disinhibited / stimulation - seeking	irritable - erratic	合計
TAC-24	問題解決サポート希求	0.32	-0.03	-0.07	-0.55**
	問題回避	-0.01	-0.37	0.10	-0.21
	肯定的解釈と気そらし	0.37	0.16	0.17	-0.50*
成人式ソーシャルスキル自己評定尺度	関係開始	0.49†	0.13	0.13	-0.05
	解読	0.34	0.28	-0.04	0.15
	主張性	0.63**	-0.08	0.50*	-0.18
	感情統制	-0.74**	0.10	-0.77***	-0.16
	関係維持記号化	-0.02	0.49†	-0.27	-0.33
		0.61*	0.13	0.51*	0.09

\*\*\*. 相関係数は 0.1%水準で有意（両側）です。

\*\*. 相関係数は 1%水準で有意（両側）です。

\*. 相関係数は 5%水準で有意（両側）です。

†. 相関係数は 10%水準で有意（両側）です。

### (3) HCL-33 と TAC-24 および成人用ソーシャルスキル自己評価尺度との関連

軽躁症状とストレスコーピングとソーシャルスキルとの関連を明らかにするため、Table3 に各尺度との *pearson* の積率相関係数を示した。その結果、HCL-33 と TAC-24 の間に有意な相関係数は確認されなかった。HCL-33 と、成人用ソーシャルスキル自己評価尺度について、*active - elated* と主張性に正の相関係数 ( $r = 0.63, p < .01$ ) が、同じく記号化と正の相関係数 ( $r = 0.61, p < .01$ )、関係開始と正の相関係数 ( $r = 0.49, p < .10$ ) が得られた。また、感情統制とは強い負の相関係数 ( $r = -0.74, p < .01$ ) が得られた。*Disinhibited / stimulation-seeking* と関係維持との間に正の相関係数 ( $r = 0.49, p < .10$ ) が得られた。*Irritable - erratic* と主張性 ( $r = 0.50, p < .05$ ) と記号化 ( $r = 0.51, p < .05$ ) にそれぞれ正の相関係数が得られた。感情統制とは強い負の相関係数 ( $r = -0.77, p < .001$ ) が得られた。

### (4) BDI-II と TAC-24 および成人用ソーシャルスキル自己評価尺度との関連

抑うつ症状とストレスコーピングとソーシャルスキルとの関連を明らかにするため、Table3 に各尺度との *pearson* の積率相関係数を示した。BDI-II と TAC-24 について、BDI-II の得点と問題解決サポート希求 ( $r = -0.55, p < .01$ ) と肯定的解釈と気そらしとの間に負の相関係数 ( $r = -0.50, p < .05$ ) が得られた。また、BDI-II と成人用ソーシャルスキル自己評価尺度との間に有意な相関係数は得られなかった。

## 4. 考察

### (1) 短大生における軽躁症状と抑うつ症状について

保育者を養成している短期大学生を対象に、軽躁症状を測る HCL-33 および、抑うつ症状を測る BDI-II を実施した。その結果、HCL-33 の平均合計得点は 14.69 点であった。Holtmann ら (2009) は、ドイツの青年を対象に HCL-32 を実施している。その中で *non - Hypomanic* の青年たちの平均得点は 15.8 点であった<sup>20)</sup>。質問紙が異なるため、本研究と単純に比較はできないが、概ね平均得点としては、軽躁症状は臨床的な問題となるほど高くはないと考えられる。しかしながら、Carta ら (2006) が行った研究では、HCL-32 ではあるがカットオフ値を 8 点にすると感度が良いことが明らかとなっている<sup>25)</sup>。つまり、本研究の平均得点は問題ないとするほど低いとは言えず、高得点を示す学生は含まれているため、学校生活の中で様子を観察することは重要であろう。また、HCL-33 の「*active - elated*」因子と「*irritable - erratic*」因子をみると、「*active - elated*」因子には「私は、よりエネルギーで活発だと感じる」や「私はより自信がある」といった、活動的であることを表す内容で構成されており、Holtmann らによれば、健常学生のポジティブな側面として捉えることができる可能性を示唆していた。一方「*irritable - erratic*」因子は、「私は、睡眠がそれほど必要ない」や「私は、より早く運転する。または、運転の際に危険を冒しがちである」といった、活動的というよりもやや過活動にあたる内容であった。しかし

ながら、本研究において、「active - elated」因子と「irritable - erratic」因子との相関係数は  $r=0.70$  ( $p<.005$ ) と高い相関係数が認められ、本研究の対象者においては「active - elated」因子と「irritable - erratic」因子とを明確に分けて考えられていない可能性が考えられた。

BDI-IIの平均得点は21.13点と高得点であった。宮里ら(2012)は、女子短期大学生の傾向として、抑うつ傾向が高いこと、人の目や評価を気にする傾向が高いこと、抑うつ傾向などの精神的健康度に相談相手の有無が関連していること、抑うつ傾向が高い学生は学業不振となりやすいことをあげている<sup>29)</sup>。このような傾向を本研究も支持していると考えられた。

### (2) 軽躁症状とソーシャルスキルおよびストレスコーピングとの関連

本研究ではHCL-33と成人用ソーシャルスキル自己評定尺度との関連は確認できた。「active - elated」、「irritable - erratic」といった因子は、「主張性」、「記号化」といったソーシャルスキルの因子と正の相関係数を示し、「感情統制」とは強い負の相関係数を示した。つまり、活動的であるほど主張的であると理解している可能性があると考えられた。さらに「記号化」のスキル尺度には「表情が豊かである」、「身振り手振りをまじえて話すのが得意である」といった表現するスキルであるとも考えられ、活動的であるほど表現するスキル(記号化)が高いと理解していると推察された。「感情統制」との相関係数を見ると高い負の相関係数を示しており、軽躁症状があるほど感情統制は困難になると感じていることが明らかとなった。HCL-33とTAC-24との関連は見られなかった。関連が見られなかった理由として以下の2つの点が考えられた。1つは、軽躁症状はストレスコーピングとは関係が希薄であり、コーピングスキルの訓練などを行っても軽躁症状への影響は小さいことが推察できた。つまりストレスコーピングスキルを身につけようとも軽躁症状には影響は示さないということである。2点目は、軽躁症状とストレスコーピングスキルと関連が見られなかったのは、感情統制が上手く行えず、ストレスコーピングスキルを発揮できていない可能性である。このことは、コーピングスキルを身につけることに意味がないのではなく、感情統制が上手く行えないためにコーピングスキルを適切に利用できないというものである。Johnsonら(2007)によると、双極性障害を有さない個人と比べて、双極性障害を有する個人がより強い感情反応を経験する傾向により、感情を調節することの困難さが悪化する可能性がある<sup>30)</sup>。このことから、感情調節不全に対するアプローチとして弁証法的行動療法(Dialectical behavior therapy (DBT))が有効であると考えられ、Eisnerら(2017)は双極性障害の患者に対してグループDBTを実施している。その結果、マインドフルネス、感情調節および苦痛寛容の領域におけるスキルの獲得、ならびに心理的幸福の改善および感情反応性の低下を示した<sup>31)</sup>。この研究の結果は、DBTが双極性障害患者のための実行可能な補助的介入であると考えられ、軽躁症状の改善へも効果を及ぼす可能性が考えられた。

### (3) 限界と課題

本研究では、Holtmannら(2009)研究から得られたHCL-33の因子構造を基に分析を行った。



しかしながら、本邦の短大生における軽躁症状の因子構造とは異なる可能性も考えられた。本研究の対象者は 16 名と少なかったため、今後は対象人数を増やし、HCL-33 の因子構造を確認することも必要である。

本研究に用いた質問紙はすべて自記式の質問紙であった。そのため質問紙に関する回答は自分が自覚しているスキルについて評価しており、客観的にソーシャルスキルやコーピングスタイルを測定しているわけではない。つまり、自分はソーシャルスキルが高いと以为ていても実際にはそうでない場合も考えられ、逆も推察することができる。今後は客観的な指標を図るなどして、自覚しているスキルと客観的に見られるものとの間に乖離がないか調査を行う必要があると考えられた。

思春期うつ病に対して、重要な他者とのコミュニケーションスキルを向上させ、うつ病を治療する対人関係療法 (Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents: IPT-A) のエビデンスが確立されてきている<sup>32)</sup>。双極性障害に対しては、IPT を組み込んだ対人関係社会リズム療法が治療法として用いられる (Frank et al.1990)<sup>33)</sup>。対人関係社会リズム療法は日常生活および睡眠/覚醒サイクルを安定させることによって、成人の双極性障害の再発を遅延させる (Goldstein et al.2014)<sup>34)</sup>。青年期の双極性障害に対しても検証が進められている (Vallarino et al. 2015)<sup>35)</sup>。本研究が対象とした短大生は、保育者養成課程の学生であった。つまり、今後社会に出て子どもたちの支援をしていく仕事を担う学生である。子どもたちを支援する学生の抑うつ傾向が高かったり、感情統制が難しいといった特徴があれば、直接支援するはずの子どもに影響を及ぼすことが考えられる。また、そういった症状から学生生活が困難になってしまうことも大きな問題であるといえる。さらに、田中ら (2012) の保育士のバーンアウトの状況に関する研究からも、保育士のバーンアウトの状況は、他の対人援助職とともに憂慮すべき問題であると示唆されている<sup>36)</sup>。保育者を養成する短大において、抑うつ傾向が高い学生、あるいは、軽躁症状のみられる学生に対しては、抑うつ傾向を軽減させるための対人関係のコミュニケーションスキルを向上させるプログラムや、感情統制スキルを向上させるようなプログラムを大学として提供し、抑うつ症状や軽躁症状に対して予防的な介入となりえるのか検証していく必要があると考えられた。

## 参考文献

- 1) American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5<sup>th</sup> ed.). Washington, DC: Author. (高橋三郎・大野裕 (監訳) (2014). DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル, 医学書院).
- 2) 川上憲人 (2003). 心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究厚生労働省厚生労働科学研究費補助金 厚生労働科学特別研究事業平成 14 年度総括・分担研究報告書.
- 3) 厚生労働省.平成 26 年 (2014) 患者調査の概況, 厚生労働省ホームページ, <[http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL08020103.do?\\_csvDownload\\_&fileId=000007530478&release](http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL08020103.do?_csvDownload_&fileId=000007530478&release)>

Count=1) (2017年10月30閲覧)

- 4) 内閣府自殺対策推進室 (2017) . 平成 29 年度版自殺対策白書 . 内閣府 .  
(<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/jisatsu/17/index.html>) (2017年10月31日閲覧)
- 5) Holma, I., Haukka, J., Suominen, K., Valtonen, H. M., Mantere, O., Melartin, T. K., Sokero, T. P., Oquendo, M. A., Isometsä, E. T. (2014). Differences in incidence of suicide attempts between bipolar I and II disorders and major depressive disorder, *Bipolar Disorders* 16, 6, 652-661.
- 6) Nordentoft, M., Mortensen, P. B., Pedersen, C. B. (2011). Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. *Arch Gen Psychiatry* 68, 1058-64.
- 7) 田中輝明、小山司 (2009) . 双極性障害の早期診断と治療, *心身医学* 49, 9, 979-985.
- 8) Hantouche, E. G., Akiskal, H. S., Lancrenon, S., Allilaire, J. F., Sechter, D., Azorin, J. M., Bourgeois, M., Fraud, J. P., Châtenet-Duchêne, L. (1998). Systematic clinical methodology for validating bipolar-II disorder: data in mid-stream from a French national multi-site study (EPIDEP), *Affect Disord* 50, 163-173.
- 9) Hirschfeld, R. M. A., Lewis, L., Vornik, L. A. (2000) . Perceptions and impact of bipolar disorder: how far have we really come? results of the National Depressive and Manic-Depressive Association 2000 survey of individuals with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 64, 2, 161-174.
- 10) 管さくら, 端詰勝敬, 藤田欣也, 坪井康次 (2015) . 心療内科通院患者の双極スペクトラムの併存に関するスクリーニング調査, *心身医学* 55, 8, 967-974.
- 11) Vieta, E., Colom, F., Martínez, A. A., Benabarre, A., Reinares, M., Gastó, C. (2000). Bipolar II disorder and comorbidity, *Comprehensive Psychiatry* 41, 5, 339-343.
- 12) Dilsaver, S., Henderson-Fuller, S., Akiskal, H. (2003). Occult mood disorders in 104 consecutively presenting children referred for the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in a community mental health clinic. *J Clin Psychiatry* 64, 1170-1176.
- 13) Kessler, R., Adler, L., Barkley R et al. (2006a): The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry* 163, 716-723.
- 14) 鈴木太 (2005). 学童期の注意欠陥多動性障害児における併存症. *児童青年精神医学とその近接領域* 46, 35-48.
- 15) 木村拓磨, 鈴木太 (2016) 情緒障害児短期治療施設入所児童における ADHD 症状と併存症, *子ども学研究論集*, 第 8 号, 75-85.
- 16) 鈴木太 (2009) . 注意欠陥多動性障害と双極性障害. *児童青年精神医学とその近接領域* 50, 4, 365-376.
- 17) Kowatch, R. A., Youngstrom, E. A., Danielyan A. & Findling, R. L. (2005). Review and meta-analysis of the phenomenology and clinical characteristics of mania in children and adolescents. *Bipolar Disord* 7, 483-496.
- 18) Jensen, P., Martin, D., & Cantwell, D. (1997). Comorbidity in ADHD: Implications for research,

- practice, and DSM-V. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 36, 1065-1079.
- 19) Alloy, L. B., Urošević, S., Abramson, L. Y., Jager-Hyman, S., Nusslock, R., Whitehouse, W. G., & Hogan, M. (2012). Progression along the Bipolar Spectrum: A Longitudinal Study of Predictors of Conversion from Bipolar Spectrum Conditions to Bipolar I and II Disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 121, 1, 16–27.
  - 20) Holtmann, M., Pörtner, F., Duketis, E., Flechtner, H. H., & Angst, J. (2009). Validation of the Hypomania Checklist (HCL-32) in a nonclinical sample of German adolescents. *Journal of Adolescence* 32, 1075-1088.
  - 21) Angst, J., Adolfsson, R., Benazzi, F., Gamma, A., Hantouche, E., Meyer, T. D., Skeppar, P., Vieta, E., Scott, J. (2005). The HCL-32 : towards a self-assessment tool for hypomanic symptoms in outpatients. *J Affect Disord* 88, 217-233.
  - 22) 阿部又一郎, 肥田昌子, 三島和夫, Jules Angst. (2012). Hypomania Check List 改定第 1 版 (HCL-32 R1) の紹介と日本語版作成の試み. *精神科* 20, 554-566.
  - 23) 仁王進太郎 (2013) 双極性障害概念のこれまでとこれから, *精神医学* 55, 7-19.
  - 24) 阿部又一郎, Angst, J. (2014). 軽躁自記式評価尺度 (HCL-33) 日本語版試案を作成する, *精神科* 24, 2, 271-276.
  - 25) Carta, M. G., Hardoy, M. C., Cadeddu, M. Murru, A., Campus, A., Morosini, P. L., Gamma, A., Angst, J. (2006). The accuracy of the Italian version of the Hypomania Checklist (HCL-32) for the screening of bipolar disorders and comparison with the Mood Disorder Questionnaire (MDQ) in a clinical sample. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 2, 2.
  - 26) 神村栄一, 海老原由香, 佐藤健二, 戸ヶ崎泰子, 坂野雄二 (1995) 対処方略三次元モデルの検討と新しい尺度 (TAC-24) の作成, *筑波大学教育相談研究* 33, 41-47.
  - 27) Beck, A., Steer, R., Brown, G. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation. (小嶋雅代, 古川壽亮 (訳著) 2003 日本語版 日本語版 BDI-II ベック抑うつ質問票—手引き 日本文化科学社.
  - 28) 相川充, 藤田正美 (2005). 成人用ソーシャルスキル自己評定尺度の構成, *東京学芸大学紀要 1 部門* 56, 87-93.
  - 29) 宮里新之介, 松元理恵子 (2012). 女子短期大学生の抑うつ感と学生生活上の多様なストレスとの関連(人文・社会科学編). *鹿児島女子短期大学紀要* 47, 175-185.
  - 30) Johnson, S. L., Gruber, J. L., & Eisner, L. R. (2007). Emotion and bipolar disorder. In J. Rottenberg & S. L. Johnson (Eds.), *Emotion and Psychopathology*. Washington, DC: American Psychological Association. 123–150.
  - 31) Eisner, L., Eddie, D., Harley, R., Jacobo, M., Nierenberg, A. A., Deckersbach, T. (2017). Dialectical Behavior Therapy Group Skills Training for Bipolar Disorder. *Behavior Therapy*, Volume 48, Issue 4,

557-566.

- 32) Mufson, L., Dorta, K. P., Moreau, D., Weissman, M. M. (2004). *Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents, Second Edition*, New York, The Guilford Press. (鈴木太 (訳), 永田利彦 (監訳) (2016) . 思春期うつ病の対人関係療法, 創元社)
- 33) Frank, E., Swartz, H. A., Kupfer, D. J. (1990). *Interpersonal and Social Rhythm Therapy: Managing the Chaos of Bipolar Disorder*
- 34) Goldstein, T. R., Fersch-Podrat, R., Axelson, D. A., Gilbert, A., Hlastala, S. A., Birmaher, B., Frank, E. (2014). Early intervention for adolescents at high risk for the development of bipolar disorder: pilot study of Interpersonal and Social Rhythm Therapy (IPSRT). *Psychotherapy (Chic)*. 51, 1, 180-189.
- 35) Vallarino, M., Henry, C., Etain, B., Gehue, L. J., Mancneil, C., Scott, E. M., Barbato, A., Conus, P., Hlastala, S. A., Fristad, M., Miklowitz, D. J., Scott, j. (2015). An evidence map of psychosocial interventions for the earliest atage of bipolar disorder. *Lancet Psychiatry*, 2, 548-563.
- 36) 田中紀衣, 村松公美子, 片桐敦子, 村松芳幸, 宮岡等 (2012) . 保育従事者におけるバーンアウトとコーピングに関する検討ー看護師との比較ー, *新潟青陵大学大学院臨床心理学研究* 6, 41-45.

(名古屋経営短期大学子ども学科 講師)

(福井大学医学部付属病院 子どもどころ診療部 准教授)