

学生のメンタルヘルス調査2006： 予備調査の結果報告

西村 由貴* 田中由紀子* 齋藤 圭美*
久根木康子*

学校における精神保健スクリーニングは、ごく早期の段階で非常に重要だが繊細な実践課題である^{1),2)}。オーストリアの全国調査では13から17歳の少年の13%が親からみて、19%が自己申告で精神的問題を有していた。このうち専門サービスを利用しているのは、それぞれ13%、20%にすぎなかった³⁾。米国の National Comorbidity Survey (NCS) では、社会不安障害 social anxiety disorder (SAD) の初発年齢は13から14歳とされており、分離不安障害(7歳)に次いで発症年齢が低い^{4),5)}。また不安障害の79%以上が最低1つの合併症を有するとされており⁴⁾、不安障害の早期診断と治療は合併症の発症と合わせて、その学生のその後の人生を大きく左右する一要因といっても過言ではないであろう。

著者らは、2005年の慶應義塾大学三田キャンパスの学生健康診断実施時に受診者全員に「適応調査」を実施した⁶⁾。この際、殆どの学生が大学生生活に適応しており、特定の大学活動—授業、試験、ゼミ、課外活動、就職活動など—と関連する不適応の申告はなかった。ストレス時は、自分なりの方法で解決しており、保健管理センターを初めとする医療機関を利用する必要

性を感じている学生が極めて少ないことが判明した。しかし一方で、大学保健管理センターで精神科診療を受けることができることを知っている学生は3割であり、今回の調査で初めて知った生徒が多かったことも事実であった。本年度は、更に日吉キャンパスにおいても調査を実施し、思春期から青年期に発生率の高い精神科疾患の潜在有病率に調査の焦点を当てることとした。特に社会不安障害は、登校に困難をきたしたり、人前で発表したり自分の意見を述べる際に著しい困難を生じる。これらの問題は、単に大学の授業の単位取得の問題にとどまらず、就職活動に困難を招き、自分の可能性に限界を生じさせる一要因となりかねない。仮に就職が決まっても、就職先は学生という目で見えてくれなくなるため、対人不安が社会適応の大きな障壁となるであろう。これらを鑑みると、社会人になる前に対処法を身につけておきたいものである。

本研究では、三田および日吉キャンパスに所属する学生の間に、とりわけ思春期から青年期にかけて発症するとされる社会不安障害、それと合併しやすく深刻な問題を引き起こすパニック障害、うつ病、自傷行為の有病率を明らかに

* 慶應義塾大学保健管理センター

することを目的とした。さらに、社会不安障害では Liebowitz 社会不安尺度を用いて精査を実施し、今後の対応について検討を行った。

対象と方法

2006年4月および5月に慶應義塾大学日吉キャンパスおよび三田キャンパスで学生健康診断を実施する際、受診者全員を対象に「学生のメンタルヘルス問診票」(図1)を配布し

た。健診会場で記入を求め、即日回収として、24000件が回収された。また上記問診票の問1と問2の両方が「はい」だった者には「Liebowitz 社会不安尺度 Social Anxiety Scale (LSAS) 日本語版」(図2)⁷⁾をわたし、実施は自己判断に任せた。本研究は、有病率の把握と保健管理センターで精神科診療を受けることができることをアピールすることを目指しており、氏名・学生番号など個人情報の記入は求めなかった。

保健管理センターでは、昨年度「学生のストレスに関する調査」を実施し、多くの学生がストレスを感じながら生活していること、7割の人が保健管理センターで診療を受けられることを知らないことがわかりました。

今回、青年期に体験しやすい症状、学生生活に支障をきたすメンタルな問題がどの程度存在するかを把握し、これについてセンター診療所をご利用いただけることをお知らせする目的でこの調査を実施しております。この調査で知り得た情報は統計的に処理するのみであり、それ以外の目的で一切に使用いたしません。ご協力よろしくお願いたします。なおご不明点、ご意見・ご質問などございましたら、保健管理センター(三田 03-5427-1607; 日吉 045-566-1055; 信濃町 03-5383-3634)までお問い合わせください。

以下の性別・学部・学年の該当箇所を○で囲んで下さい。また年齢は数値で出身地は都道府県名で____にご記入ください。

性別:(男性・女性) 年齢:(満____歳) 出身地域:(____都道府県)

学部:文・経・法・商・医・理・薬・工・農・学・部・科 学年:1・2・3・4

以下の質問の該当するものを○で囲んでください。

問1. この1ヶ月間、人に見られたり注目をあびたりすることに不安や恐怖・戸惑いを感じ、顔面紅潮・発汗・手の振るえ・吐き気・尿意といった症状が出たり、恥をかきそうな状況を恐れたりしましたか？

はい いいえ

問2. その不安・恐怖が強すぎて、日常生活が妨げられますか？また、そういう場面を避けようとしていますか？

はい いいえ

問3. この2週間、毎日のように一日中ずっと憂鬱であったり、沈んだ気持ちでいましたか？

はい いいえ

問4. この2週間、ほとんどのことに興味もてない、大抵いつもなら楽しめていたことが楽しめなくなっていましたか？

はい いいえ

問5. この2週間、ほとんどいつも悩まされていた症状にすべて○をつけてください。

①何もやる気がしない ③不安感・イライラ感 ④物忘れ ⑤人と会うのが億劫
⑥食欲がない・食べてもおいしくない ⑦醒れない(寝つきが悪い・目が覚める・熟睡感がない)
⑧だるい・疲れやすい ⑨いくら寝ても寝足りない ⑩感情の振幅が狭くなった
⑪仕事・勉強・生活上の課題に時間がかかる・こなせない・ミスが多い

問6. 大抵の人は何でもよいような状況で、突然、不安、おびえ、居心地の悪さ、息苦しさを感ずるような発作を1回以上経験したことがありますか？

はい いいえ

問7. その発作は10分以内に頂点に達しましたか？

はい いいえ

問8. この1ヶ月間、生きているのがつらくなったり、死にたくなったりして具体的な(自傷)行動をとったことがありますか？(自殺関連サイトをみる、リストカットをする、薬を大量服用するなど)

はい いいえ

ご協力ありがとうございました

図1 慶應義塾大学 学生のメンタルヘルス問診票

なお, 本調査は保健管理センター内の倫理審査を経て承認を得たものである。

調査票

学生のメンタルヘルス問診票 (付録 A): これは, 精神疾患簡易構造化面接法 The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI)⁸⁾ を自己診断用に用いたものである。MINI は本来, うつ, パニック障害など 23 の精神障害の診断を行うための構造化面接法で,

妥当性に関しては欧米の精神科医と一般臨床医だけでなく, 日本国内でも検証が行われ, 臨床現場における信頼性, 妥当性ともに証明されている。本来構造化面接に基づく精神疾患診断ツールであるが, 本人が疾患傾向をみるため, 自己診断するためにも用いられている。今回は, 青年期に有病率が高いとされ, 学生生活に深刻な支障を生じる可能性があり, 保健管理センターで早期対応をすべき対象疾患として, 社

お願い: この 1 週間にあなたが感じていた様子に最もよく当てはまる番号を, 項目ごとに 1 つだけ選んで記入してください。項目をとばしたりせずに全部埋めてください。

	【恐怖感 / 不安感】 0: まったく感じない 1: 少しは感じる 2: はっきりと感じる 3: 非常に強く感じる				【回避】 0: まったく回避しない 1: 回避する (確率 1/3 以下) 2: 回避する (確率 1/2 以下) 3: 回避する (確率 2/3 以上 または 100%)			
1. 人前で電話をかける (P)	0	1	2	3	0	1	2	3
2. 少人数のグループ活動に参加する (P)	0	1	2	3	0	1	2	3
3. 公共の場所で食事をする (P)	0	1	2	3	0	1	2	3
4. 人と一緒に公共の場所でお酒 (飲み物) を飲む (P)	0	1	2	3	0	1	2	3
5. 権威ある人と話をする (S)	0	1	2	3	0	1	2	3
6. 観衆の前で何か行為をしたり話をする (P)	0	1	2	3	0	1	2	3
7. パーティーに行く (S)	0	1	2	3	0	1	2	3
8. 人に姿を見られながら仕事 (勉強) する (P)	0	1	2	3	0	1	2	3
9. 人に見られながら字を書く (P)	0	1	2	3	0	1	2	3
10. あまりよく知らない人に電話をする (S)	0	1	2	3	0	1	2	3
11. あまりよく知らない人達と話し合う (S)	0	1	2	3	0	1	2	3
12. まったく初対面の人と会う (S)	0	1	2	3	0	1	2	3
13. 公衆トイレで用を足す (P)	0	1	2	3	0	1	2	3
14. 他の人達が驚愕して待っている部屋に入っていく (P)	0	1	2	3	0	1	2	3
15. 人々の注目を浴びる (S)	0	1	2	3	0	1	2	3
16. 会議で意見を言う (P)	0	1	2	3	0	1	2	3
17. 試験を受ける (P)	0	1	2	3	0	1	2	3
18. あまりよく知らない人に不賛成であると言う (S)	0	1	2	3	0	1	2	3
19. あまりよく知らない人と目を合わせる (S)	0	1	2	3	0	1	2	3
20. 仲間の前で報告をする (P)	0	1	2	3	0	1	2	3
21. 誰かを誘おうとする (P)	0	1	2	3	0	1	2	3
22. 店に品物を返品する (S)	0	1	2	3	0	1	2	3
23. パーティーを主催する (S)	0	1	2	3	0	1	2	3
24. 強引なセールスマンの誘いに抵抗する (S)	0	1	2	3	0	1	2	3

恐怖感 / 不安感合計 _____

回避合計 _____

総合計 _____

図 2 Liebowitz Social Anxiety Scale 日本語版 (LSAS-J) スコアシート

会不安障害、うつ病、パニック障害、自傷行為の4つについてとりあげた。

Liebowits 社会不安尺度 Liebowits Social Anxiety Scale (LSAS) 日本語版 (図2)：これは社会不安障害の重症度を測定するための自己記入式アンケート調査票である。24の対人場面や状況設定それぞれに対して、どの程度不安や恐怖を感じるかを4件法 (0 = まったく感じない；3 = 非常に強く感じる) で記入するよう求め (不安・恐怖尺度)、その不安・恐怖感の原因で同じ対人場面や状況を避けようとする程度を同じく4件法 (0 = まったく回避しない；3 = 回避する (確率2/3以上または100%)) で記入するよう求める (回避尺度) ものである。不安・恐怖尺度の合計と回避尺度の合計を加算し (範囲：0から144)、スコアが55～65は中等度、65～80は相当程度、80～95は重度、95～は極めて重度とされている。今回の調査では、上記のメンタルヘルス問診表にて問1と2の両方が「はい」となった者に本調査表をわたし、本人の判断で記入採点を行い、50点以上であれば受診したほうがいい旨を知らせた。保健管理センターでは、LSASを持参の上相談に来れば、初回の面談は無料とした。

統計処理にはSPSSver.14を用いた。尺度変

数の差の分析にはカイ二乗検定を用いた。本研究では、有意水準1%で報告している。

成 績

回収された24000件のうち書きもれ、不適格な記述で分析対象外のデータを除いた21462件が今回分析の対象となった。性別は、男性13183名 (68.1%)、女性6132名 (31.9%) であった。平均年齢は、20.6才 (min18; max30; SD ±2.4) であった。出身地域は69.4%が関東地方、6.9%が東海ほか全国に分布しており、外国人も1.9%含まれていた。学部構成は、法学部が最も多く20.0% (n=4198)、理工学部19.4% (n=4073)、経済学部18.7% (n=3918)、商学部15.3% (n=3207)、文学部13.2% (n=2774)、修士課程8.3% (n=1730)、法科大学院2.3% (n=477)、博士課程2.1% (n=431) となっていた。

1. 社会不安障害 SAD

問1および問2の両方が「はい」となった場合をSADとした。今回対象中2.8% (n=592) がこれに該当した。性別により有意差はみられなかった。学部別にみると文学部で有意に高い割合を占めし (9.5%)、理工学部 (0.1%) で低くなっていた (表参照)。社会不安障害に該当する者のうち、うつ病、パニック障害、自傷行

表

	社会不安障害				うつ病				パニック障害				自傷行為			
	該 当	(%)	不該当	(%)	該 当	(%)	不該当	(%)	該 当	(%)	不該当	(%)	該 当	(%)	不該当	(%)
合 計	592	2.8	20286	97.2	803	3.9	20037	96.1	1260	6.0	19648	94.0	118	0.6	20788	99.4
法	112	2.7	4066	97.3	76	1.8	4102	98.2	361	8.6	3823	91.4	1	0.0	4187	100.0
理工	4	0.1	4038	99.9	6	0.1	4040	99.9	9	0.2	4048	99.8	0	0.0	4053	100.0
経済	80	2.0	3828	98.0	125	3.2	3767	96.8	447	11.4	3457	88.6	117	3.0	3787	97.0
商	81	2.5	3111	97.5	150	4.7	3038	95.3	156	4.9	3043	95.1	0	0.0	3203	100.0
文	263	9.5	2507	90.5	324	11.7	2439	88.3	283	10.2	2487	89.8	0	0.0	2766	100.0
修士	44	2.6	1680	97.4	38	2.2	1672	97.8	2	0.1	1726	99.9	0	0.0	1726	100.0
博士	4	0.8	473	99.2	27	6.3	403	93.7	0	0.0	477	100.0	0	0.0	477	100.0
法科	4	0.9	427	99.1	57	12.0	419	88.0	2	0.5	429	99.5	0	0.0	431	100.0
その他	0	0.0	156	100.0	0	0.0	157	100.0	0	0.0	158	100.0	0	0.0	158	100.0

為該当者はそれぞれ36.3%, 42.4%, 7.1%であり, 全体の有病率 (それぞれ3.8%, 5.9%, 0.6%) より有意に高い割合を示した。

2. うつ

問3と4の両方が「はい」となり, 問5の11項目中5項目以上に該当項目が見つかった者を「うつ病」とした。今回対象中, 3.9% (n=803) がこれに該当した。性別で見ると, 女性において有意に高い割合を示していた (5.0%)。学部別にみると, 法科大学院 (12.0%), 文学部 (11.7%), 博士課程 (6.3%) でうつ病者の割合が有意に高くなっていた (表参照)。うつ病該当者のうち社会不安障害, パニック障害, 自傷行為の該当者はそれぞれ25.2%, 31.6%, 9.0%であり, 全体の有病率 (それぞれ2.6%, 5.9%, 0.6%) より極めて高い割合を示した。

3. パニック障害

問6と7の両方が「はい」となった者を「パニック障害」とした。今回対象の6.0%がこれに該当した。性別で見ると男性5.3%, 女性7.1%と女性における有病率が有意に高くなっていた。学部別に見ると経済学部 (11.4%) と文学部 (10.2%) において有病率が高くなっていた (表参照)。パニック障害該当者のうち, SADのある者は19.0%, 自傷行為のある者は4.8%と平均より有意に高い割合を示した。

4. 自傷行為

今回対象の0.6% (n=118) が自傷行為を報告していた。性別で見ると, 男性0.4%, 女性0.8%となっていた。自傷行為の既往歴のある者では, パニック障害の該当者が50.8%と, 平均 (5.9%) よりきわめて高い割合を示していた。

5. Liebowitz 社会不安尺度

L A S Aを配布された者は561名おり, このうち受診にまで至ったのは24名であった。女性9名, 男性15名であった。統計分析にたえる数ではなかったため, 今回は特に分析を加えな

かった。受診した者も50点に満たない事例も少なからずあり, 心配だから来た, 以前から気になっていたのでこの際相談しておこうと思った, という動機から受診していた。多くの者が性格の問題だと思っていた。中等度からやや重症事例は, 投薬加療にまで至っており, これによって学校生活に適応可能となっている。

考 察

今回調査は, 社会不安障害やうつ病が青年期において高い有病率を示すこと, 社会不安障害とうつ病, パニック障害, 自傷行為 (自殺未遂を含む) の合併が多いという先行研究^{5), 8)}を支持する結果となっており, これは長期予後の悪さと関連している⁵⁾。

うつ病は不安障害から派生している⁹⁾とされている。

SADの生涯有病率の欧米における報告は3から13%^{4), 10)}, イランでは0.82% (男性0.4%; 女性1.3%)⁸⁾と欧米より低くアジア諸国と同程度と報告されていた。オーストラリアの全国大規模調査では過去1年間の有病率は2.3%¹¹⁾, 米国の全国調査では, 人生のある時点で人口の8%が罹っているとされている⁵⁾。日本人に関する大規模疫学調査に関しては, 現在までPubmedをはじめとする文献検索エンジン上存在せず, わが国のある大学病院精神科外来の初診患者調査で1.04%であった¹²⁾。先行研究では, わずかに女性の割合が多いと^{5), 10), 13)}されているが, 今回調査対象では性別による有意差はなかった。Shindoらによる発症年齢の平均は18.6±7.8才¹²⁾と先行研究の平均発症年齢より5年ほど遅いが, 日本の一施設の時点調査であるため日本のデータとして一般化することは困難であるといえよう。

うつ病はSAD患者ではしばしば見られ, SAD患者は通常平均より7倍うつになりやすく¹⁰⁾,

SAD の59%が他の合併症を現在有し、41%が現在うつ病、うち92.5%がSADの発症後の発症とされた¹⁴⁾。今回の調査結果も、こうしたいくつかの疾患にSADが先行して発症し、その後これらが合併するのではないか^{5), 10)}との先行研究を支持する所見を示している。本研究においても、SAD中36.3%がうつ病に該当していた。SADの治療の有効性は高いにも関わらず、その利用度はきわめて低い⁵⁾。

自傷行為との関連性では、成人SADは平均より13倍自殺企図しやすい¹⁰⁾とされており、本研究でもSAD中の自傷行為経験者(9.0%)が平均より有意に高い割合を示していた。

うつ病の有病率については、タイにおける高校生の無作為抽出研究で20-21%¹⁵⁾とされている。うつ病性障害は女性により共通して見られる³⁾。介入計画のために重要な青年期後期と成人期の間の転換期のうつ病があることを示唆している¹³⁾。

パニック障害の有病率は3.5%⁵⁾とされている。合併が多いとされる大うつ病、物質使用障害や社会統計学的データを同時にコントロールしてもなお、パニック発作またはパニック障害のどちらかのある患者は、自殺念慮のリスクが有意に高いとされ¹⁶⁾、今回の調査でもこれを支持する結果が得られた。米国ではパニック発作の30%がSADを有する¹⁰⁾とされ、本研究ではパニック障害の19.0%がSADを有するという同様の結果を示していた。

自傷行為の中には、近年自殺企図の一表現ではなく、意図的自傷行為、自殺のそぶり、その反復などがしばしば見られるようになっており、これらは死を意図した自傷行為と区別する必要がある¹⁷⁾とされている。自殺リスクの高い若年者の問題は精神保健医療の優先課題と考えられ¹⁹⁾、今回調査でもこれを意識して調査項目に加えてある。しかし自殺企図の定義と分

類図式は研究にきわめて幅があり、概念上、方法論上、臨床的問題がある¹⁷⁾ため、先行研究との比較の難しさも存在する。自殺企図の有病率は2.7%、自殺のそぶりの有病率は1.9%とされる。大学入学以来自殺について考えているという大学生が9-32%いる¹⁹⁾⁻²¹⁾。このように若年層における自傷行為・自殺念慮の問題は深刻である。全米の合併症サーベイにおける18歳以降の世帯調査では、自殺念慮・計画・企図の12ヶ月有病率の推計は、2.6、0.7と0.4%であった²²⁾。自殺の問題を真剣に取り上げることが大学教育の重要な一部であるのではないか。Kleinらは、自殺のリスク因子を判別し学習することが学生自身にとっても重要であるとしている²³⁾。さらに自殺リスクの若年者は、大うつ病とか、気分変調症のほか、物質乱用や恐怖症のように気分障害との診断を受ける傾向が高い²⁴⁾。青少年期の意図的自傷行為の反復にはプライマリケア医、小児科、外科、精神科などの医者が日常臨床においてしばしば遭遇するのであるが、現在までのところ、これを減らすためのエビデンス・ベースの有効な治療介入方法は発表されていない²⁵⁾。

さらに今回、学部による有病率の有意差という先行研究ではまったく触れられていない分野についての所見が得られた。文学部では、SADとうつ病、パニック障害の有病率が他の学部にしり有意に高くなっていた。法科大学院におけるうつ病の高い有病率については、2005年度より導入され新制度であり、慶應義塾大学にも新設された部門であったため著者らの予想していたものであった。経済学部では、パニック障害と自傷行為の有病率が有意に高く、特に自傷行為該当者については、その99.2%が経済学部生であった。本調査における学部による有病率の偏りについては、有病率調査のための人口統計学的変数を伴わない簡潔な調査であった

ことから, 説明するには十分とは言えず, 著者らの調査対象の結果以外先行研究がないことから一般化するには尚早であるといえよう。

今後, 調査を継続していくことと, SAD の対応策を打ち出すこと, 自傷行為とりわけ意図的それについての判別, 原因と防止について大学保健管理センターでできる対応策について検討を重ねていくことが課題であるといえよう。統合された, 包括的学校精神保健プログラムの一環としてのスクリーニングは, 学校の使命を補完し, 必要とする青少年の支援をし, 効果的なサービスに結びつける²⁾ 有用な手段といえよう。また他大学との共同調査を展開することができれば, より普遍的結果として考えていくことができるといえよう。

総 括

今回, 2006年度三田・日吉キャンパスの学生における有病率調査の結果, 社会不安障害が2.6%, うつ病3.8%, パニック障害6.0%, 自傷行為0.6%であった。社会不安障害は, うつ病, パニック障害, 自傷行為との合併率が高く, SAD の早期発見・早期治療の重要性が示唆された。文学部は各疾患の有病率が高いこと, 経済学部はパニックと自傷, 法科大学院はうつの有病率が高くなっており, 更なるデータの積み重ねと原因解明が課題とされた。

文 献

- 1) 西村由貴, 他: 学校ベースの精神保健医療のあり方. 慶應保健研究 24: 111-118, 2006
- 2) Weist MD, et al: *Mental* health screening in schools. *Journal of School Health* 77: 53-58, 2007
- 3) Sawyer M, et al: The *Mental* Health of 13-17 Year-Olds in Australia: Findings from the *National Survey of Mental Health and Well-Being*. *Journal of Youth & Adolescence* 36: 185-194, 2007
- 4) Kessler RC et al: Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 51: 8-19, 1994
- 5) Keller MB: The lifelong course of social anxiety disorder: a clinical perspective. *Acta Psychiatr Scand* 108: 85-94, 2003
- 6) 久根木康子, 他: 大学における学生のストレス対処法の現状. 慶應保健研究 24: 69-74, 2006
- 7) Liebowitz MR: Pharmacotherapy of social phobia. *J Clin Psychiatry*. 54 Suppl: 31-35, 1993
- 8) Sheehan DV, et al: Mini-International Neuropsychiatric Interview. 1990 (大坪天平, 上島国利訳『精神疾患簡易構造化面接法 日本語版』5.0.0, 2003)
- 9) Mohammadi, M-R, et al: Prevalence of social phobia and its comorbidity with psychiatric disorders in Iran. *Depression & Anxiety* (1091-4269), 23: 405-411, 2006
- 10) Harvard Medical School: Beyond shyness and stage fright: social anxiety disorder. *Harvard Medical Health Letter* 20(4): 1-4, 2003
- 11) Lampe L, et al: Social phobia in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being (NSMHWB). *Psychological Medicine* 33 : 637-646, 2003
- 12) Shindo M, et al: Clinical features and treatment outcome in Japanese patients with social anxiety disorder: Chart review study. *Psychiatry & Clinical Neurosciences* 60: 410-416, 2006
- 13) Nguyen CT, et al: Correlates of depressive and anxiety disorders among young Canadians. *Can J Psychiatry* 50: 620-628, 2005
- 14) Bassiony MM: Social anxiety disorder and depression in Saudi Arabia. *Depression and Anxiety* 21: 90-94, 2005
- 15) Charoensuk S: Negative thinking : A key factor in depressive symptoms in Thai adolescents. *Issues in Mental Health Nursing* 28: 55-74, 2007
- 16) Goodwin R, et al: Panic and suicidal ideation in primary care. *Depression and Anxiety* 14: 244-246, 2001
- 17) Nock MK, et al: Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: Analysis of National Comorbidity Survey. *Journal of American Psychology* 115: 6161-623, 2006
- 18) Fortune S, et al: Suicide Behavior in a clinical

- sample of children and adolescents in New Zealand. *New Zealand Journal of Psychology* 34: 164-170, 2005
- 19) Barrios LC, Everett SA, Simon TR, Brener ND. Suicide ideation among US college students. Associations with other injury risk behaviors. *J Am Coll Health*. 48: 229-33, 2000
- 20) Westefeld JS, et al: Perceptions concerning college student suicide: data from four universities. *Suicide Life Threat Behav*. 35: 640-645, 2005
- 21) Furr SR, et al: Suicide and depression among college students: a decade later. *Professional Psychology: Research & Practice* 32: 97-100, 2001
- 22) Borges G, et al: A risk index for 12-month suicide attempts in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) The views and opinions in this report are those of the authors and should not be constructed to represent the views of the sponsoring... *Psychological Medicine* 36: 1747-1757, 2006
- 23) Klein DN, et al: Toward guideline for evidence-based assessment of depression in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 34: 412-432, 2005
- 24) Kashani JH, et al: Family characteristics and behavior problems of suicidal and non-suicidal children and adolescents. *Child Psychiatry and Human Development* 29: 157-168, 1998
- 25) Burns J, et al: Clinical management of deliberate self-harm in young people: the need for evidence-based approaches to reduce repetition. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 39: 121-128, 2005