

総説 (教授就任記念講演)

思春期青年期の若者の抑うつ

井崎 ゆみ子

徳島大学キャンパスライフ健康支援センター保健管理部門

(令和3年3月15日受付) (令和3年4月7日受理)

はじめに

抑うつ症状は、出現頻度の高い病態として一般に広く知られている。抑うつを示す代表疾患であるうつ病も思春期以降で急激に有病率が上昇し、思春期青年期の若者の精神的健康にとっても大きな問題となっている。本稿では、はじめに若者の自殺と児童生徒の不登校の現況、次いで思春期青年期の若者に見られる抑うつについてその傾向と診断・治療について述べたのち、われわれの大学保健管理施設での、青年期後期に当たる若者の抑うつを中心とする精神的健康についての臨床的検討と予防を含めた取り組みについて述べる。

若者の自殺、児童生徒の不登校の現況

日本の15-34歳での若年者の死因の1位は自殺であり、自殺死亡率は16.3 (2015年) で先進国の中で最も高い。日本の全年齢階級での自殺者数は2009年をピークに減少し、学生・生徒に関しては、大学生では漸減傾向にあったが、小中高の児童生徒の自殺については2019年まで横ばいのままであった。しかし、コロナ禍に見舞われた2020年、19歳以下の未成年で14%増、小中高生の自殺者は増加し1980年の統計開始以来過去最多となり、深刻な状態といえる。学生・生徒の自殺の原因を統計からみると、中学生では学業不振、学友との不和、その他の学校問題、親子関係の不和、家族からのしつけ・叱責が多く、高校生になると、学業不振、進路の悩みに加え、うつ病、その他の精神疾患が多くなり、この傾向は大学生でも同様となっている¹⁾。

一方、児童生徒の不登校については、小中高いずれも増加し続けており、最も高率に出現する中学生で25人に1人 (2019年度) の割合となっている。不登校の要因の

統計では、本人の無気力・不安が34~40%で最も多く、その他、友人関係の問題、学業の不振、入学時の不適応、親子関係の問題、および生活リズムの乱れが主たる要因として挙げられている²⁾。

これらの傾向から、思春期青年期の若者は環境が大きく影響し、悩みやストレス、それらに対する無気力や不安などの心理的反応や、疾患としてのうつ病の罹患などが影響し合って自殺や不登校が生じていることが読み取れると思われる。

思春期青年期の子どもの抑うつ

臨床においては、児童を含む思春期青年期の子どもの抑うつは、気分障害としてのうつ病を中心とするうつ病性障害 (抑うつ障害群) や双極性障害、あるいは適応障害の中の抑うつを伴うものを主として、その周辺群に見られる抑うつ状態として捉えられる。特に気分障害圏の場合の治療は、一般的な成人の気分障害への対応を基盤としたものに子どもへのアプローチとして注意すべき点を踏まえて修正する必要がある。適応障害ははっきりと確認できるストレス因に対する心理的反応として生じるもので、抑うつや不安、情緒、行動の問題を示すものが子どもでも見られるが、抑うつを示すものについてはその症状がうつ病性障害の診断基準を満たさない程度のもを言う。子どものストレス因子にはさまざまなものがあるが、子どもや若者の場合、前述の統計のように、そのストレス因子に対する反応として自殺企図が生じる点には注意を要する。また、被虐待の子どもの情緒的な反応として意欲低下や無気力感、抑うつ気分などの抑うつが認められる。一方、抑うつ状態を示す子どもにはさまざまな併存症が成人以上に認められやすいことを念頭に置く必要がある。

思春期青年期の子どものうつ病

1. 気分障害の疫学

日本の子どもの気分障害の疫学調査では、小学4年生から中学1年生までの児童生徒に対し、経験のある児童精神科医が半構造化面接を行って診断した結果、中学1年生では、大うつ病性障害の有病率が4.1%、小うつ病性障害3.3%、気分変調症0.8%、双極性障害2.5%で、いずれかのお気分障害が10.7%であったとしている³⁾。

大うつ病性障害（うつ病）は、児童期にも発症するが、思春期に入り14歳頃から有病率の急な上昇がみられることが知られており、米国の最近の疫学調査では、青年期発症の大うつ病性障害の有病率は約8.2%と報告されている⁴⁾。性差については、児童期発症例は、男女比1:1であるが、青年期発症のうつ病では男女比は1:2となっており、これは男性より女性のうつ病が1.6~2倍多い成人と同様である。また、児童期発症のうつ病と診断されていた状態のうち、10~20%は平均10年後に双極性障害であると診断されているとも報告されており⁵⁾、慎重な診断・治療・経過観察が必要とされる。

2. うつ病性障害の診断基準

うつ病性障害は子どもと成人は同じ診断基準で診断できることになっている。アメリカ精神医学会による精神疾患の診断基準であるDSM-IVでは、うつ病性障害を、大うつ病性障害（うつ病）の他、気分変調性障害（うつ病よりも比較的軽いうつ状態が2年以上（子どもや青年では1年以上）慢性的に継続するもの）、及び、前述2つを満たさない程度で抑うつ症状をもつものを「特定不能のうつ病性障害（小うつ病性障害、月経前不快気分障害）」としていた。2013年改訂されたDSM-5では、DSM-IVの「特定不能のうつ病性障害」の下位分類の小うつ病性障害という診断名が消えた。新たな診断概念としては、児童青年期の子どもの抑うつ障害として6歳~18歳で初めて診断される激しい繰り返しのかんしゃく発作と、持続的な易怒性を示す疾患として、重篤気分調節症が追加されている。

3. うつ病の症状

児童青年期の子どもの場合、抑うつ気分の代わりに易怒的な気分でもうつ病の気分症状と捉えたとされている。うつ病の診断は、抑うつ気分（もしくは易怒的な気分）か興味喜びの喪失が減退の少なくとも1つを含む5

つ以上の症状を同じ2週間以上のほとんど1日中ほぼ毎日有し、学校や家庭での機能障害が明らかな場合に診断される。

日本と米国の児童青年のうつ病の中核症状についての報告を示す（表1）。児童青年のうつ病の症状は成人と似た症候が多いが、成人に比べて、抑うつ気分と並んでイライラ感が出現しやすく、青年期では児童期と比べて過眠が生じやすくなり、自殺思考・行動が、児童期および成人期と比べて多く、重症例でより目立つ⁶⁻⁸⁾。

経過の面では、18歳未満の青年期発症のうつ病は、成人期発症のうつ病と比し、より遺伝要因が強く、慢性で再発性の経過をとりやすいと報告されている⁹⁾。

4. うつ病の治療

2016年に改訂された日本うつ病学会のうつ病に対する治療ガイドラインには、新たに児童思春期のうつ病の治療についての項目が設けられた。児童思春期のうつ病の治療では、全例に行うべき基礎的な介入を重視し、成育歴を含めた患者背景、病態の包括的な理解、心理および疾病教育と環境調整、支持的な介入、家族への支援があげられている。薬物療法は必要に応じて選択される治療としての位置づけにとどまり、海外で有効性が指摘されている薬物の中で、日本で現在のところ、使用できる薬物エスシタロプラムとセルトラリンの2剤である。これらについても、プラセボとの有効性の差が成人に比べて少なく、有効性のエビデンスは成人に比べて弱いものになっている。一方、認知行動療法や対人関係療法は13歳以上の青年への有効性は示されている。また、中等症から重症のうつ病の青年の治療における認知行動療法と薬物療法（フルオキセチン：国内未承認）のコンビネーションは最も効果が支持されている。しかし、日本では、現時点ですべてのうつ病の治療薬が18歳未満において安全性・有効性について臨床試験で検証されていないため、治療においては適切なインフォームドコンセントが必要である¹⁰⁻¹³⁾。

うつ病の急性期抗うつ薬治療開始前後の自殺リスク（自殺既遂と深刻な自殺未遂）を6万5千人超の患者で調査した研究では、どの年齢層でも抗うつ薬開始1ヵ月前が最も自殺リスクが高く、抗うつ薬開始後徐々に減少したが、抗うつ薬治療開始後の自殺未遂のリスクを18歳未満、18歳~30歳未満、30歳~50歳、及びそれ以上の年齢階層別で比較すると、18歳未満が最も高く、年齢が高くなるほど低くなり、10万人あたりの発生率は成人78に

表1 児童青年期のうつ病性障害の症状 左：大うつ病性障害，気分変調症，小うつ病性障害の比較，右：児童期と思春期青年期の比較（文献6）7）より改変引用）

症状	傳田他 2001				Yorbik 他 2004		
	大うつ病性障害	気分変調性障害	小うつ病性障害		子ども (5.6-12.9歳)	青年 (13.0-17.9歳)	
抑うつ気分	58.7	66.7	66.7		92	94.9	
イライラ感，怒り	30.4	33.3	44.4		91.5	88.8	
興味・喜びの喪失	93.5	41.7	44.4	*	67.3	74.4	
食欲減退，体重減少	63	16.7	62.2	*	42.3	62.7	*
食欲亢進，体重増加	23.9	25	15.6		46	41.3	
不眠	71.7	58.3	48.9		64.8	68	
過眠	17.4	8.3	8.9		13.9	36	*
精神運動性の焦燥	2.2	0	0		39.1	33.7	
精神運動制止	2.2	0	2.2		39	47.2	
疲労感または気力の減退	100	83.3	77.8	*	68.8	83.6	*
無価値観，または過剰か不適切な罪責感	15.2	0	4.4		49.5	48.8	
思考力や集中力の減退	89.7	33.3	42.2	*	75.5	77.5	
死についての反復思考，自殺念慮，企図	45.7	25	2.2	*	71.1	97.4	*
日内変動（朝の悪化）	54.3	15.6	15.6		15.3	11.4	
絶望感	8.7	0	0		53.5	72.1	*

*p<0.01

対して18歳未満は314であった¹⁴⁾。

これらのことから，18歳未満の思春期青年期のうつ病の治療においては，特に成人の治療と異なる配慮と工夫が必要となり，また，18歳以上の青年期の若者のうつ病でも，自殺念慮や企図には十分留意が必要であるといえる。

青年期後期の若者の抑うつ

青年期後期の時期にあたる大学生の抑うつに着目し，われわれの観察研究や調査から見える若者の抑うつについて述べる。これらの研究は徳島大学病院倫理審査委員会の承認を得て行われた。

1. 大学入学時のメンタルヘルスとその後

大学入学時には大きな環境変化を経験するため，不安や抑うつ症状をきたしやすい時期であることを考慮して，新入生にメンタルヘルス健診を健康診断の一部として実施した。

メンタルヘルス不調に関するスクリーニングに用いる評価尺度としては，the Zung Self-Depression Scale (SDS)，Beck Depression Inventory (BDI)，General Health

Questionnaire (GHQ)，Center for Epidemiologic Study Depression Scale (CES-D) などが汎用されているが，あるスクリーニング方法を別のスクリーニング方法よりも推奨するエビデンスはほとんどなく，スクリーニングについては，適切な治療・管理が可能だという条件下で実施すべきだとされている¹⁵⁾。

われわれは不安や抑うつなどの症状を有する精神疾患を判別するのに優れているとされる検査GHQのうち，28項目版を使用した。GHQ28は「身体症状」「不安と不眠」「社会活動性の障害」「抑うつ傾向」の4つのサブスケールからなり，疾患性の閾値が5/6に設定されている。

実施初年度の結果とその分析について述べる。GHQ28の結果としては，回収率93% (1331名)で，一般のカットオフを超えた（6点以上の）者が25%おり，大学生を主とする青年層ではGHQ28の得点の上位群が概ね12点以上であるとされていることもあり，入学時のストレス反応による正常範囲の得点上昇を考慮し，二次健診対象者を，自殺念慮ありと回答した3%の者，または10点以上の者（回答者の8.6%）とした。この二次健診対象者に対して，フォローアップの面接を実施したところ，面接受診者の50%が症状なく問題なし（適応群），30%が

症状をもつが診断には至らない境界域(葛藤群), 21.8%が精神医学的な診断あり(診断群)という結果になった。診断については, 統合失調症圏1名, 不安障害, 適応障害などの神経症性障害16名, 摂食障害1名, 発達障害圏2名であった。面接時の状態により, 医療機関紹介, 当センターでの継続治療・相談, 精神保健指導, 心理教育, 学生相談への紹介などの対応を行った。スクリーニング検査と二次健診の結果の解析では, 入学時の検査では, 診断群は, 総得点と抑うつ傾向得点で差は少ないものの有意に他群より高かった。また, 面接時の再検査では, 適応群の平均が4.03点, 葛藤群が10.86点, 診断群は12.06点であり総得点およびすべてのサブスケールで適応群が有意に低かった(表2)。また, 入学時のGHQと面接時の再検査のGHQの比較では, 診断群以外は有意にGHQ得点が低下していた(図)。入学時の高いストレス反応を示している状態では, 時間経過で健康を回復する者および疾病閾値には至らない者と, 診断される者との全般的心理的反応および抑うつ反応の差は有意ではあるが, わずかであることが分かった¹⁶⁾。

その後実施した複数年度にわたる新入生に対するメンタルヘルス健診の結果を見ると, スクリーニングされて二次健診を受けた者のうち, 精神科的診断がついた者の割合の平均は16.9%であった。この結果は, 2次予防としてのスクリーニング効率という観点での限界を示している。それでは診断域にない人や, 心理的ストレス反応が強い人がスクリーニングされることは, 学生の精神保健上, 何らかの意味があるのであろうか。この疑問について, われわれは, 複数年度の入学生において, 入学時のメンタルヘルスの状態が, 4~6年間の在学中のメンタルヘルスとどう関連するかをわれわれの保健管理施設

の精神科への受診をアウトカムとして調査した¹⁷⁾。スクリーニングで二次健診対象者となった者は全体の10%, 二次健診対象者のうち二次健診を受診したものが4.6%, 未受診者が5.4%であった。10%の二次健診対象者と90%を占める非二次健診対象者について, それぞれ精神科受診のあるなしで比較, また, 二次健診対象者のうち, 二次健診未受診者と非二次健診対象者を同様に精神科受診のあるなしで比較検討した。その結果, 入学年度にかかわらず二次健診対象者が, 非二次健診対象者より精神科受診が5.5倍有意に多く, 二次健診対象者のうち, 二次健診未受診者では3.6倍多いことが分かった(表3)。

これらのことは入学時の高ストレス状態や不調が, のちの精神疾患のリスクの1つであるといえ, スクリーニングとフォローアップの取り組みは2次予防という観点からだけでなく, ストレス反応や不調から疾患への進展を予防するいわば1.5次予防の観点をもって対応することに意義がある可能性を示唆する。

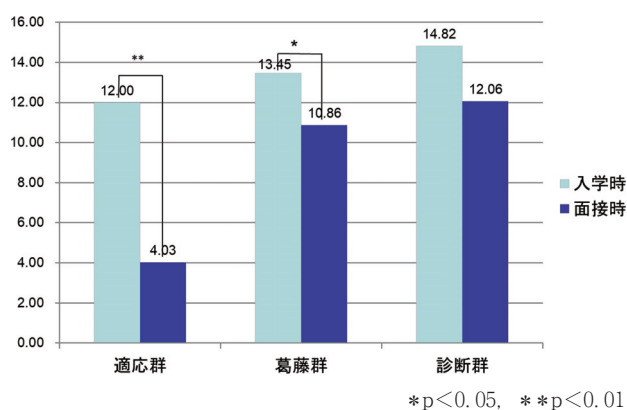


図 面接時の状態別の入学時と面接時の GHQ の変化 (文献16) より作成)

表2 面接受診者および3群の入学時と面接時の GHQ 得点, 因子別得点と3群間の比較(文献16)より引用)

	入学時						面接時							
	面接受診者	適応群	葛藤群	診断群	χ^2	p	面接受診者	適応群	葛藤群	診断群	χ^2	p		
GHQ 得点	13.03	12.00	13.45	14.82	7.796	0.020	*	7.71	4.03	10.86	12.06	33.624	<0.001	**
標準偏差	3.19	2.29	2.56	4.65				5.94	2.27	5.35	7.33			
身体症状	3.31	3.13	3.05	4.06	5.854	0.054		2.64	1.69	3.68	3.47	18.81	<0.001	**
不安と不眠	4.19	4.26	4.23	4.00	0.373	0.830		2.12	1.21	3.50	2.41	19.595	<0.001	**
活動性障害	2.67	2.49	2.77	2.94	0.220	0.896		1.74	0.87	1.77	3.71	22.599	<0.001	**
抑うつ傾向	2.86	2.13	3.41	3.82	8.544	0.014	*	1.21	0.26	1.91	2.47	20.488	<0.001	**

3群間の比較は, Kruskal Wallis 検定による統計検定量 χ^2 と p 値を示す。*p<0.05, **p<0.01

表3 保健管理センター精神科受診率の比較（文献17）より改変引用）

		精神科 受診なし	精神科 受診あり	精神科 受診率	Mantel-Haenszel 推定量		Mantel-Haenszel 検定	
1	二次健診対象者	466	55	10.6%	共通オッズ比	5.51	χ^2	117.5
	非二次健診対象者	4685	101	2.1%	95%信頼区間	3.92-7.76	p	0.000
2	二次健診受診者	206	36	14.9%	共通オッズ比	1.89	χ^2	4.22
	二次健診未受診者	260	19	6.8%	95%信頼区間	1.02-3.51	p	0.040
3	二次健診未受診者	260	19	6.8%	共通オッズ比	3.609	χ^2	26.08
	非二次健診対象者	4685	101	2.1%	95%信頼区間	2.16-6.03	p	0.000

1. 二次健診対象者と非二次健診対象者, 2. 二次健診受診者と二次健診未受診者, 3. 二次健診未受診者と非二次健診対象者の各2群間比較

2. 青年期後期のうつ病性障害

世界精神保健日本調査セカンドによる大規模疫学調査での年代別の12ヵ月有病率の調査結果によると、20-34歳で、いずれかの気分障害が5.7%、大うつ病性障害も4.6%で最も多くなっており、若い成人世代のうつ病性障害の有病率は成人以降の他の世代と比べて最も多くなっている¹⁸⁾。われわれの保健管理施設の精神科の近年の総受診者のうち21%を気分障害が占め、適応障害の抑うつを伴うものが23%で抑うつを示す状態をもつものが44%を占めた。後方視的カルテ調査によると、いずれかの気分障害と診断されたもののうち、大うつ病性障害が57%で小うつ病性障害、気分変調性障害などその他のうつ病性障害が32%であり、当施設でのうつ病性障害に占める大うつ病性障害の割合は、疫学調査での有病率と比べると低くなっており、うつ病性障害としては軽症例と慢性例の割合が多くなっていった。また、うつ病性障害の受診者の受診率は、本学の男女構成比で補正すると10年前の調査¹⁹⁾では1:2で女性が多かったが、近年は1:1で男子学生の比率が増加していた。うつ病性障害の症状においては、傾向の変化は認めなかった(表4)。背景に注目すると、何らかの精神的不調の既往をもつ者が51.7%で、このうち高校生時まで不調を経験していたものが7割を占めていた。経験した不調の内容として最も多かったものが未治療、未診断の抑うつ症状の経験で37%を占め、次いで多かったのがうつ病の既往であった。また、入学時のスクリーニングの陽性者が31%含まれていた。このカルテ調査からも、治療を必要としなかった範囲の抑うつを含めた不調の既往と、後のうつ病性障害の発症との関連が疑われる。

表4 大学生のうつ病性障害の症状（文献19）より改変引用）

症状	前回調査		今回調査	
	N	%	N	%
抑うつ気分	27	87.1%	51	87.9%
興味喜びの減退	20	64.5%	35	60.3%
食欲減退・体重減少	18	58.1%	33	56.9%
食欲亢進・体重増加	3	9.7%	3	5.2%
不眠(過眠なし)	14	45.2%	42	51.7%
睡眠過多	10	32.3%	12	20.7%
精神運動焦燥・制止	16	51.6%	25	43.1%
易疲労感・気力減退	29	93.5%	45	77.6%
罪責感	7	22.6%	11	19.0%
集中力の減退	18	58.1%	30	51.7%
自殺念慮・自殺企図	11	35.5%	21	36.2%

前回調査：H16-H20 今回調査：H26-R1

3. 睡眠習慣と不安・抑うつについてのアンケート調査
徳島大学の大学生・大学院生に対して、睡眠習慣と不安・抑うつについてアンケート調査を実施した。これは健康診断時に、調査の主旨に同意した学生に対して無記名、自記式で、4つの評価尺度を組み合わせたアンケートによって、睡眠の質、クロノタイプ(いわゆる朝型・夜型)、運動習慣と不安・抑うつについての関連を調査したもので、979名(回収率47%)から回答を得た。不安・抑うつについては、HADS(Hospital Anxiety Depression Scale)という不安(HADS-A)と抑うつ(HADS-D)の2つのコンポーネントからなる自己記入式の評価尺度を用いた。それぞれのコンポーネントで、11点以上が臨床的意義のある不安または抑うつ状態、8~10点が軽度の不安または抑うつ状態と判定される。HADSの結果では、有効回答912名中、軽度不安で43%、中等度不安で

表6 睡眠習慣と睡眠の質、クロノタイプと抑うつとの相関（文献20）より改変引用

Pearson の相関係数	就床時間	起床時間	PSQI	HADS-A	HADS-D	MEQ
就床時間	1	0.566**	0.221**	0.042	0.03	-0.466**
起床時間		1	0.106**	0.101**	0.109**	-0.461**
PSQI			1	0.314**	0.243**	-0.316**
HADS-A				1	0.398**	-0.120**
HADS-D					1	-0.155*
MEQ						1

*p<0.05, **p<0.01

表5 HADSの結果

HADS (n=921) 男性 60%		
HADS-A		7.70±3.83
≥8 軽度不安, n(%)		400(43%)
≥11 中等度不安, n(%)		209(23%)
HADS-D		7.27±3.30
≥8, 軽度抑うつ, n(%)		375(41%)
≥11, 中等度抑うつ, n(%)		139(15%)

23%, 抑うつについては、回答者の41%が軽度抑うつ、15%が中等度抑うつを示すという結果だった(表5)。次に、PSQI (Pittsburgh Sleep Quality Index) で評価した睡眠の質の主観的評価と、MEQ (morning evening questionnaire) で評価したクロノタイプと抑うつとの相関を見ると、HADS-Dスコアであらわされる抑うつは、起床時間の遅さと主観的な睡眠の質の悪さと夜型傾向と正の相関があった²⁰⁾(表6)。抑うつ傾向への対策のアプローチの1つとして、睡眠衛生への対策が挙げられると考えられる。

おわりに

思春期青年期の抑うつには、大うつ病性障害を中心とした気分障害の治療が必要とされるものから、悩みやストレスに対する強い心理的反応として見られるもの、睡眠等の生活習慣の影響が示唆されるものまでさまざまな状態があり、多面的なアプローチが求められる。今後さらに、思春期青年期の若者の抑うつを中心とする病態、早期介入についての検討を進めていきたい。

文 献

- 1) 厚生労働省自殺対策推進室：https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/jisatsu/jisatsutoukei-jisatsusyasu.html (2021.02.28アクセス)
- 2) 文部科学省初等中等教育局児童生徒課：令和元年度児童生徒の問題行動・不登校等生徒指導上の諸課題に関する調査結果について
- 3) 傳田健三：児童青年精神医学の診断学をめぐって 児童・青年期の気分障害の診断学 MINI-KID を用いた疫学調査から。児童青年精神医学とその近接領域, 49(3)：286-292, 2008
- 4) Kessler, R. C., Avenevoli, S., Costello, E. J., Georgiades, K., *et al.*: Prevalence, persistence, and sociodemographic correlates of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. Archives of general psychiatry., 69 : 372-380, 2012
- 5) Geller, B., Zimmerman, B., Williams, M., Bolhofner, K., *et al.*: Bipolar disorder at prospective follow-up of adults who had prepubertal major depressive disorder. The American journal of psychiatry., 158 : 125-127, 2001
- 6) 傳田健三, 佐々木幸哉, 朝倉聡, 北川信樹 他：児童・青年期の気分障害に関する臨床的研究。児童青年精神医学とその近接領域, 42 : 277-302, 2001
- 7) Yorbik, O., Birmaher, B., Axelson, D., Williamson, D. E., *et al.*: Clinical characteristics of depressive symptoms in children and adolescents with major depressive disorder. J Clin Psychiatry., 65 : 1654-1659, 2004
- 8) Ryan, N. D., Puig-Antich, J., Ambrosini, P., Rabinovich,

- H., *et al.* : The clinical picture of major depression in children and adolescents. *Archives of general psychiatry*, **44** : 854-861, 1987
- 9) Zisook, S., Rush, A. J., Lesser, I., Wisniewski, S. R., *et al.* : Preadult onset vs. adult onset of major depressive disorder : a replication study. *Acta Psychiatr Scand.*, **115** : 196-205, 2007
- 10) 日本うつ病学会 : 日本うつ病学会治療ガイドライン II. うつ病 (DSM-5)/ 大うつ病性障害 2016
- 11) von Knorring, A. L., Olsson, G. I., Thomsen, P. H., Lemming, O. M., *et al.* : A randomized, double-blind, placebo-controlled study of citalopram in adolescents with major depressive disorder. *Journal of clinical psychopharmacology*, **26** : 311-315, 2006
- 12) Emslie, G. J., Ventura, D., Korotzer, A., Tourkodimitris, S. : Escitalopram in the treatment of adolescent depression : a randomized placebo-controlled multisite trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, **48** : 721-729, 2009
- 13) March, J., Silva, S., Petrycki, S., Curry, J., *et al.* : Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression : Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS) randomized controlled trial. *JAMA*, **292** : 807-820, 2004
- 14) Simon, G. E., Savarino, J., Operskalski, B., Wan, P. S. : Suicide risk during antidepressant treatment. *Am J Psychiatry*, **163** : 41-47, 2006
- 15) 堤明純 : 職場におけるメンタルヘルス不調のスクリーニング. *総合健診*, **43** : 313-319, 2016
- 16) 井崎ゆみ子, 武久美奈子, 前田健一 : 大学新入生のメンタルヘルス : GHQによるスクリーニングと面接を施行して. *精神科治療学*, **25** : 523-530, 2010
- 17) 井崎ゆみ子, 武久美奈子, 大森哲郎 : 大学におけるメンタルヘルス対策の検討. *精神科治療学*, **32** : 697-704, 2017
- 18) 川上憲人 : 精神疾患の有病率等に関する大規模疫学調査研究 : 世界精神保健日本調査セカンド総合研究報告書, 2016
- 19) 井崎ゆみ子 : 大学生にみられたうつ病性障害の検討. *臨床精神医学*, **43** : 1077-1083, 2013
- 20) 井崎ゆみ子, 武内早苗, 先山あさこ, 西尾よしみ他 : 大学生・大学院生の睡眠とクロノタイプ, 運動習慣と抑うつとの関連の検討. *CAMPUS HEALTH*, **55** : 393-395, 2018

Depression among adolescents and young adults

Yumiko Izaki

Health Service Office, Health Service, Counseling and Accessibility Center, Tokushima University, Tokushima, Japan

SUMMARY

Depression is commonly known as frequent occurred status. Depressive disorder also has a rapid increase in prevalence after puberty, and has become a major problem for the mental health of adolescents and young adults. Depression in adolescents and young adults varies from those that require treatment for mood disorders, especially major depressive disorders, to those that are responses to worries or stress and are the effects of lifestyle. Therefore, for interventions it is required a multifaceted approach based on careful evaluation. It is necessary to further study the early intervention centered on depression in the future.

Key words : adolescent, young adult, depression