

# 大学生に生じがちな精神的な問題

## （気分障害、不安障害を中心に）

田中生雅  
（岐阜大学 保健管理センター 准教授）

### 一 はじめに

全国の大学での学生相談者数の増加や、一九九六年より自殺が大学生の死因の第一位であるとの実態<sup>1)</sup>もあって、大学生世代のメンタルヘルス問題に以前より遥かに多くの注目が集まるようになりました。学内の調査でも精神科を受診し投薬治療を受ける学生、精神医学上での診断がつく学生が増え、メンタルヘルス相談を訪れる学生の三分の一程度となつてきています<sup>2)</sup>。若い世代で精神医療受診者が増加する中、「バイト先などで友人から処方薬を譲り受けた」

等の話を耳にすることもあり、処方を受けた薬剤を他人に譲渡することは違法（向精神薬取締法）であることなどを学生に指導する場面も増えてきました。一方、学生の人間力や社会力の育成という視点では、戦後日本人の平均寿命の延長と共に、人生における青年期の時期も後方にシフト、長期化し、本来大学時代は青年期の自分探しやアイデンティティ確立、確認といった心理学的発達が課題となる時期でありましたが、卒業以降に心理的な成長課題を持ち越したり、就職難から就職先が見つからず、卒後を見据えた指導や支援を考えなければならない者も見かけるようになり

ました。本稿では最近の大学でよく見受けられる精神科疾患（特に気分障害や不安障害）に関する概説を中心に、学内連携と支援における課題について述べたいと思います。

## 二 ゆううつで元気が無くなり、学業生活が停滞する

「ゆううつな気分が続いているのです」という訴えで学生相談室や保健管理センターを訪れる学生は非常に多く、勉学への支障をきたしている場合も多いですが、「ゆううつ」の原因は疾患としての「気分障害（躁うつ病・うつ病）」である場合もそうでない場合もあり、どうあるかによって治療や対処、経過も大きく変わります。大学生世代での「ゆううつ、意欲低下」の原因には、① 事故後等の脳の器質性変化と機能の低下に伴うゆううつ ② 内分泌疾患等身体疾患の症状としてのゆううつ ③ 気分障害「うつ病」「躁うつ病」のゆううつ ④ 統合失調症の症状としての意欲低下 ⑤ 強迫性障害、境界性人格障害からのゆううつ ⑥ 糖尿病や重度の身体疾患の罹患等と併発したゆううつ ⑦ 学校の人間関係や環境の変化が誘因となったストレスからくるゆううつ ⑧ 学業から逃避してしまうゆううつ ⑨ 就職活動の失敗、留年を悲観してのゆううつ ⑩ 日常的な悩み事や内省的で哲学的な悩みとしてのゆううつ

と多岐にわたります。身体的要因の影響をうけるゆううつ、精神病としての要素の大きいゆううつ、心理的な要素の大きいゆううつがあることをまず理解することが大切です。

メンタルヘルスの専門職のいる大学では①から⑧を精神科学校医が担当し、⑦から⑩を臨床心理士や学生相談員が担当しているのですが、学校生活や就職活動の失敗からくるゆううつであっても、時に非常に早い経過で自殺にまでいたってしまうケースもあり、必要時に両者で相談しあって協働対応できる体制が大切になると思われます。また、国内では診断基準を用いた臨床判断が定着するに伴って、医療機関にかかって「気分障害」「うつ病」と診断される人が著しく増加している事実もあります。以下に気分障害（うつ病・躁うつ病）、最近提唱されている新しいタイプのうつ病について説明いたします。

### 気分障害<sup>3,4)</sup>

一般に、気分障害の基本症状には、過活動と気分の高まりを特徴とする時期である「躁状態」と活動低下と気分が沈む変化である「うつ状態」があります。基本的な区別に、躁状態とうつ状態を繰り返すもの「双極型（躁うつ病）」、うっただけ繰り返すもの「単極型（うつ病）」があり、実際

には後者が多いです。従来、気分障害では発病前の性格に共通点が多いといわれてきました。双極型（躁うつ病）では社会的で同調的な循環気質との関連があるといわれ、単極型（うつ病）では「几帳面」「秩序志向」「他者配慮」等メラニコリー親和性性格との関連がいわれてきました。このところは単極型（うつ病）に非定型の特徴をもつ「非定型うつ病」の分類があり、特に若い層での病者の心理的構造や経過から現代型うつ病等新しいタイプのうつ病モデルの報告もあります。

(A) 躁うつ病

躁の時期は気分が高揚し、おしゃべりとなり、よく動きまわります。対人ルールを気安く乗り越え、なれなれしくなります。躁状態の気分高揚は、興奮にいたるまでさまざまあります。気分が変わりやすく、しばしば攻撃的となります。過活動を何日続けても、疲れて倒れこみません。しかし、多くの場合、その後うつとなります。DSM-IV-TR等診断基準で基準をみたす躁状態を呈する場合双極I型障害と呼び、一回以上のうつ病と社会的問題行動や精神病症状のない軽躁状態がある場合を双極II型障害といいます。双極II型障害ではうつ状態が長引いたり、再発しやすく、不安障害や摂食障害を合併しやすい、自殺の危険が高いなど

うつ病と区別するべき点があり経過も複雑になります。双極II型は人格障害との関連もあります。治療はリチウム、カルバマゼピン、バルプロ酸など気分安定薬を中心に行います。

(B) うつ病

典型的なうつ病ではうつの時期は気分が落ち込んで何をしようという気力がなくなったりします。うつ病ではこのようなゆううつな気分は朝が強く、夕方から夜にかけて軽くなるといった特有の日内変動を示すことがあります。気持ちの変化だけでなく、身体的な症状を引き起こすことも多いです。不眠（早朝覚醒）や食欲不振などがよく見られます。（図

図1 うつ病の症状

<基本的な症状>



●気分が重く沈みこむ



<よく見られる症状>

- 食欲がない
- 疲れやすい
- 眠れない
- 判断がなかなかできない
- 自分に価値がないと思う



●興味や意欲がなくなっている

<身体的症状>

- 頭痛
- 便秘
- 体重の増加や減少
- 月経異常
- 口渇



1) 上記のようなうつ病は「メラニコリー型うつ病(定型うつ病)」と呼ばれます。

一方、メラニコリー型うつ病とは反対に楽しい出来事に反応して気分が明るくなる、食欲が増加して体重が増える、過眠と対人関係で過敏になるなどの特徴をもつうつ病を「非定型うつ病」といいます。

治療は抗うつ薬を主体とした薬物療法と精神療法をおこないます。非定型うつ病では認知行動療法や対人関係療法などの精神療法が中心になる場合もあります。

また「現代型うつ病(松浪、一九九五)」「未熟型うつ病(阿部、一九九五)」「ディスチミア親和型うつ病(樽味、二〇〇五)」は、若い層で見られるうつ病として国内で報告されています。他者配慮性や、几帳面といったメラニコリー親和型の性質はもたず、自己愛的で、能力より負荷が過大になるとうつ症状がでます。うつ症状で休むことができますが、自責や罪責感には乏しいです。

(C) うつ状態

診断名が「うつ状態」となっている場合、症状に抑うつ気分や意欲の減退があるが、統合失調症や人格障害など他の精神疾患で生じている場合、環境への適応失敗など状況で変動する適応障害である場合があります。原因となる疾

患からの回復状況や本人の適応状況がうつ状態の回復のカギとなることが多く、診断名が「うつ病」でないからといって経過が良いわけではありません。

(D) 冬期うつ病

毎年冬になると意欲の低下や過眠、食欲増加等の症状を呈するうつ状態を「冬期うつ病」と呼びます。冬眠と似ており、日照時間との関連が指摘されています。

(E) 気分変動性障害

二年間以上の長い期間軽度の抑うつ気分がある日が続く状態です。気力がなく、集中困難を生じ、自信のなさを訴えます。その後、症状が重くなり、うつ病に発展する者もいます。

(F) 頭部器質性変化によるうつ状態

様々な人格変化があり感情が鈍磨して活動が低下するタイプもあります。障害が固定化する傾向が高く、向精神薬で対症的に治療します。

三 教室に入るのが怖い、急な不安におそわれる

不登校では、集団生活へのなじめなさ、良好な友人関係が結べないことが主題となる場合が多いですが、「教室の扉の前まで来たが中に入れない」とか「列車の中や雑踏の

中で動悸や不安が生じる」「特にトラブルはないが不安である」という訴えで精神的に診断すると社交不安障害やパニック障害、恐怖症、全般性不安障害とつく者もおります。学内で結果的に不登校による学業不適応として対応されている場合もあるでしょうが、病気という視点で考え治療を受けることで大きな展開がある場合があります。

### 不安障害<sup>34)</sup>

「不安は対象なき恐怖」などといわれますが、実際には特定の対象がある場合とない場合があります、対象がない場合は安全が保障されていないという感じになります。強烈な不安感と恐怖感が発作的になる場合（パニック障害）があります。死の恐怖に近い場合もあります。また純粹な不安感のままの持続の場合もあります。不安障害は自律神経系の過活動の身体的兆候を伴います。動悸、呼吸のしづらさのほか、口渇、発汗があります。

不安障害にはパニック障害のほか、広場恐怖（広々とした場所や、戸外で一人にいるとき、あるいは、雑踏にいるときにおこる恐怖）、全般性不安障害（日常の様々な活動や出来事に過剰に不安や心配をする）、動物や高所、針など特定の対象への恐怖症、社交不安障害（人前で話すこと

など社会状況への不合理な恐怖）、強迫性障害（手洗いや確認の反復的行動など）、外傷後ストレス障害（通常のレベルを超えた大きなストレスによる不安）があります。（図2）不安障害は女性に多いといわれています。気分障害を合併することも多いです。治療はSSRI（選択的セロトニン再取り込み阻害薬）やベンゾジアゼピン系抗不安薬を中心とした薬物療法、認知・行動療法などの精神療法をおこないます。

#### 四 治療を受けることと学校生活への適応

大学生の精神的不調は日常生活への支障の少ないものから、経過が長期化したりその後の社会生活能力に影響を与

図2 不安障害



える重度の精神疾患の場合まであります。入院治療や長期の自宅療養で、大学欠席が長期化すれば、留年や休学、退学の原因となります。しかし、長期に欠席となる学生は治療を受ける学生のごく一部であり、大半は外来治療を受けながら大学生活を送ることとなります。

大学生の精神的不調とQOLについて我々は、平成二〇年度に学生定期健康診断に際し、学生のメンタルヘルス調査としてGHQ (General Health Questionnaire) 六〇項目とWHO QOL-26の同時調査を行い、学外精神医療機関受診状況を併せ検討しました<sup>5)</sup>。結果では、GHQ調査、WHO QOL-26の得点についての解析で、ピアソン相関係数は、 $r = -0.554$  ( $p < 0.0001$ )と中程度にとどまるものの、得点が高く、精神的不調があると思われる学生についてはQOLを下げる学生も多いことがわかりました。また、もう一つの検討で医療機関や保健管理センターでメンタルケアを受けている学生と受けていない学生(健常群)を比較したところ、治療やケアを受けている学生はGHQは高得点であったが、QOLを下げる結果にはなりませんでした。(表1)治療やメンタルケアを受けている学生については、健診時に個別に面談による経過観察を行いました。医療が継続的に受けられているものがほとんどで経過が悪化している

表1 メンタルケアを受けている学生のGHQとQOL-26得点平均

	健常群 (n=646)	メンタルケア群 (n=29)	p
GHQ 総得点	8.327 ± 9.027	14.448 ± 14.547	0.0418
- 身体的症状	1.305 ± 1.549	2.103 ± 2.041	0.0483
- 不安と不眠	1.198 ± 1.616	2.310 ± 2.285	0.0022
- 社会的活動障害	0.505 ± 1.085	1.000 ± 1.753	0.1785
- うつ症状	0.491 ± 1.176	1.207 ± 2.077	0.0252
QOL-26 総得点	3.398 ± 0.436	3.298 ± 0.654	0.164
- physical	3.634 ± 0.501	3.448 ± 0.714	0.1
- psycho	3.320 ± 0.550	3.173 ± 0.866	0.1968
- social	3.439 ± 0.606	3.344 ± 0.681	0.391
- enviromental	3.315 ± 0.498	3.334 ± 0.704	0.5459

Mann-Whitney's U test

例はありませんでした。

心の病で治療を受けている学生については学業不適応につながるのではないかとマイナスのイメージを惹起しがちです。上述の結果からは精神的不調は学生のQOLを下げる一因なのでしょうが、病気であれば、治療や関係者の適切な対応で後の経過が良好なケースも多いです。この場合、治療継続を促す学校保健支援と学生の健康状態と生活能力を考慮した個別の環境調節や生活支援が重要になってくると思われます。治療が長期化する者には卒業を見据えた指導も必要です。またトラブル（事例化）があつて病気とは考えられないケースや病気はないがQOLが低下しているケースの場合は、学生の学力や性格、モチベーション不足、ミスマッチ、経済力等の健康面以外の問題を考えるのが良いかもしれません。このような学生の悩みは、より教員や大学の相談窓口（当大学では一九年度より新規に学生ラウンジ（よろず相談窓口）を開設した）など学内の諸機関と連携協力が必要です。

また、心の病気の治療では、薬物療法の占める位置は大きく、ごく一部の例を除いては薬物療法が行われます。脳に作用して心の働きに影響する薬は「向精神薬」と呼ばれます。落ち込んだ気分を鎮めその起伏を調整するもの、幻

覚・妄想など過激になった神経を遮断するものなど、症状に応じて使い分けられます。治療で用いられる薬剤には眠気やだるさ、起立性低血圧など学業生活に支障を生じることがあるかもしれない副作用もあり、注意が必要です。最近では精神医療機関を受診するにあたり、敷居が低くなったためか「ゆううつなのは病気からではないか」と医療機関を受診し、安易にまたは根拠なくSSRIやSNRIなどの抗うつ薬やベンゾジアゼピン系抗不安薬の処方を受けたり、また投薬をされた向精神薬を大量服薬する学生が少なからずいる現状もあります。学内のメンタルヘルスに関わる医療専門職員は経過観察をするにあたり充分に注意し、また学内の教職員へ管理上の諸問題に関する啓発活動を行っていくことが大切と考えます。

服薬だけでなく、問題となる状況から抜け出し、再発を防止するために、なぜそうなったかを考えなければならぬ場合もしばしばあります。心の傷やしこりに「支持的療法」もしくは性格や人間関係の持ち方に踏み込んだ「切開的療法」と呼ばれる精神療法、家庭や職場、学校の環境に問題がある場合は「環境調整」が必要となります。特に若い世代の心の病気については、薬物療法と心理・社会的な介入を組み合わせた治療が必要な場合が殆どです。

五 おわりに

ストレス社会と呼ばれるようになり久しく、メンタルヘルス失調は誰に生じても不思議ではなりました。解決のために、問題点を的確に把握し、連携する相談窓口の特性をよく理解して、医療が必要であれば医療専門職、人間関係の悩みや将来の職業選択であればスクールカウンセラーや学生相談員、経済的な悩みや生活上の悩みであれば学生支援専門職員というように適切につなげていくことが大切です。学習機会を通じて其々の窓口の対応能力をますます向上させることも学生支援に求められていると考えます。

参考文献

- 1) 内田千代子. 二二年の調査からみた大学生の自殺の特徴と危険因子—予防の手掛かりを探る— 精神神経学雑誌 一一二、五四三—五六〇、二〇一〇
- 2) 田中生雅、山本真由美 ほか. 岐阜大学大学生メンタルヘルス相談の変遷と最近の動向—岐阜大学保健管理センターアンケート調査および学生の健康白書二〇〇五(本学結果)より—. 岐阜大学医学部紀要 五五・四三—五〇、二〇〇八.
- 3) 山本真由美監修. 大学生の健康ナビ—キャンパスライフの健康管理— 岐阜県大学保健管理研究会企画、二〇〇九.
- 4) 樋口輝彦、野村総一郎 編. こころの医学事典 日本評論社

二〇一〇  
田中生雅、佐渡忠洋 ほか. 大学生の精神的健康度とQOL、CAMPUS HEALTH 46 (1)、三二七—三二九、二〇〇九.