◆解　説◆

学生にみられる精神障害
―統合失調症、気分障害を中心に―

藤田　長太郎
（大分大学保健管理センター教授）

はじめに

大学生の年代は心理社会的に大きな変化を遂げる時期であるが、それだけに危機的となりやすく種々の精神障害が好発する時期でもある。精神障害になると不安や抑うつ感、意欲低下、幻覚・妄想などの精神症状とともに食欲低下や不眠、倦怠感などの体の症状、そして不登校や引きこもり、周囲の人たちとのトラブル、場合によっては興奮や自殺企図などの問題行動が生じてくる。そのため早めにみつけ、医療に結びつけたり保護者や大学の教職員による支援が必要となる。

ところで全国大学メンタルヘルス研究会では、茨城大学保健管理センターが中心となって三〇年前より全国の国立大学における休学・退学学生の実態調査を行っている。それによると休学する学生の比率は学生全体の二・五％、退学率は一・五％（二〇〇七年調査）であった。そのうち休学および退学の理由が「精神障害」であったのはそれぞれ九・九％と三・四％（二〇〇七年調査）であり、これに「精神障害の疑い」や「ステューデントアパシー」なども含めるとメンタルヘルス上の問題による休学・退学はおおよそ二五％（二〇〇六年調査）であった。こうしたことから精

神障害をもつ学生に対しては、安心して学生生活を送ることが出来るように働きかけるとともに学業面での配慮も欠かせない。

そこで本稿では精神障害、とりわけ統合失調症と気分障害（うつ病、躁うつ病）に関する基本的知識と医療的対応を概説し、そこから大学内での具体的なかかわり方について述べることにする。

一　統合失調症

一）どのような病気か

統合失調症とは元々精神分裂病と呼ばれていた病気である。この病気に対しては「何をするかわからない」などといった偏見が強く、以前の病名はそうしたイメージを助長するとして精神障害者やその家族会を中心に呼称変更の活動があり、二〇〇二年に現在の病名に変更された。確かに新しい病名の方が病気の特徴をとらえており、文字通り「統合」（まとまり）が緩んで心のバランスを崩す病気である。古くはクレペリンが「指揮者のいないオーケストラ」に例えたように知的問題や意識障害があるのではなく、知覚や判断、感情、行動面など全体としてのまとまりや調和が悪くなるためにぎごちなさや不自然な言動がみられるようになってくる。

もちろん個人差があり、こうした病気の症状があっても軽度である場合には傍目からは「病気」とみられることもなく日常生活や勉学・仕事にそれほど支障をきたさないこともある。発症は一〇代後半から二〇代にかけてが多く、世界のどの国でも一三〇人に一人（〇・七～〇・八％）が罹るとされ、決して珍しい病気ではない。なお、原因は不明であるが、抗精神病薬が効果的であることを考えると脳内の神経伝達物質（ドーパミン）の調節の障害やドーパミン受容体の障害が想定される。また、体質やストレスなどもこの病気の発症・再発に影響する。

①症状

大きく陽性症状と陰性症状とからなる。意欲・エネルギー水準の低下を陰性症状と呼び、幻覚や妄想、考えのまとまりにくさなどの表面化してくる症状を陽性症状と呼ぶ（表1参照）。

②経過

大人として自立しようとする時期に発病する。最初は気

表１　統合失調症の症状

陽性症状	陰性症状
・幻覚－幻聴・幻声が多い。その内容は自分の悪口や批判など ・妄想－訂正不能な判断の誤り。被害的な内容や自分に関係づける内容が多い（「皆から嫌がられている」「あてこすりをされる」等） ・思考障害－考えがまとまらず、話す内容もちぐはぐになる。「自分の考えが皆に筒抜けになっている」と感じることもある ・感情・気分の変化－興奮、抑うつ	・意欲やエネルギー水準の低下－勉学・仕事の能率の低下、精神的に疲れやすくなる ・自閉的生活－人を避けるようになったり、学校や勤めを休むようになる ・生活様式の変化－日常生活がだらしなくなったり身の回りのことにかまわなくなる

分がすぐれなくなり、疲れやすさ・体のだるさなど心身の不全感がみられる（数週間）。次いで物音や声にピリピリしたり不眠がみられるようになり、その後幻覚や妄想が生じてくる。こうした症状がみられる時期を急性期と呼び、三～四ヶ月続く。その後これらの症状がおさまると一種の虚脱状態となり、元気がみられなくなる。そして気力低下や脱力感が数ヶ月続くために横になる時間も多く、家族は心配するがこれも次第に改善するようになる。ただし、回復してもいくらか後遺症としての気力低下が残ったり、ストレスや不眠が続くと再発したりすることがあるので無理しすぎないようにした方が良い。

なお、統合失調症は大きく三つのタイプに分かれる。破瓜型（解体型）は陰性症状が強く経過も長くなりやすい。一方、妄想型や緊張型は陽性症状が強く、緊張型では興奮したり逆にぼっーとしたようになり動きが乏しくなったりすることもあるが、良くなると後遺症は比較的少ない。因みに精神障害者に対する偏見はこうした陽性症状や興奮によるものが大きいが、精神障害者が刑事事件をおこす比率は一般と同じであり、むしろこうした病気になる人は元来おとなしく控えめである。

二）学生の症例

複数の学生事例の特徴をとり出して一つのケースとしたものを紹介する。

A子：大学二年になり、講義やゼミで忙しくなってきたため以前から続けるかどうか迷っていたサークルを退部しようとしたが、「順番」ということでサークルの会計を担当せざるをえなくなり苦しくなった。サークルの人間関係にも疲れ、孤立したように感じていたうえにゼミの課題もこなせず「自分はダメだ」と思う気持ちが強まっていった。

誰にも相談できずにいたところ体がだるくなり、疲れて食事量も減り、寝つきが悪くなった。講義にも集中できず、サークルからも足が遠のいていたところ会計のミスを先輩から注意された。その後一層睡眠がとれなくなり「サークル内で自分のことを馬鹿にされている」という思いが強まり、キャンパス内でも知らない学生や職員から「あいつはどうしようもない奴だ」と言われているように感じ始めた。そのうち知らない人の声で「もういい加減にしろ」「死ね」と聞こえるようになってきた（幻聴）。

そして大学に全く出てこなくなったために心配したサークルの友人がアパートを訪ねたところ、友人の顔を見るなり「もうやめて！」「悪く言うのは勘弁して！」と叫んだりソワソワした様子で普通ではなかった。そのため他の友人にも来てもらいA子をなだめながら大学の保健管理センターに連れていった。結局、保健管理センターから両親に連絡をとり迎えに来てもらった。その後自宅で養生しながら精神科に通院したところ、四～五ヶ月で回復した。

三）病院での治療

このような統合失調症の急性症状に抗精神病薬は有効である。薬を服用しながら睡眠を十分とることと保護的な環境で過ごすことにより症状は改善する。しかし、幻覚や妄想に左右されて混乱や興奮が強い場合などは入院治療が必要となる。

急性症状がおさまってからも再発防止と維持療法のために抗精神病薬は長期に服用するが、病気をかかえながら生活していくうえで、心配事を相談するなど精神療法（心理的サポート）は欠かせない。また、病気のことを本人や家族が学ぶ心理教育的アプローチもある。

病気の陰性症状が続く場合のリハビリテーションにはデイケア（昼間に病院で作業やレクレーションを行う）や作業療法があり、これには本人が孤立しないようにする意義もある。また、デイケアでは人との付き合い方や対処の仕

方を学ぶSST（ソーシャル・スキルズ・トレーニング：社会技能訓練）を行うことがある。

二　気分障害

一）どのような病気か

従来、うつ病や躁うつ病と呼ばれてきた病気である。うつ病は気分・気力など心のエネルギーが低下し不眠や食思不振、脱力感などの身体症状をともなう。そしてこうしたひとかたまりの症状が一定期間（二週間以上）続くために生活に支障をきたすようになる。また、躁病はうつ病とは逆に気分が高揚し気力も溢れてエネルギッシュになるが、空回りするために怒りっぽくなったり、人とのトラブルや浪費などがみられる。そしてこの躁とうつを繰り返すものを躁うつ病（双極性気分障害）と呼ぶ。

近年、うつ病は増加して、わが国では一五人に一人が生涯のうちに罹る病気とされており、自殺との関連も高い。また、病気の引き金になるのは肉親との別れや失恋、挫折などの喪失体験や過労・ストレスである。なお、うつ病の原因は不明であるが、脳内の神経伝達物質（セロトニン、ノルアドレナリン）の調節障害が想定されている。

①症状

うつ病の症状を表2に示す。精神症状と身体症状があるが、基本的には気分の障害であるために統合失調症のような幻覚や後遺症（陰性症状）はみられない。うつ病は五～六ヶ月で回復する病気であるが、慢性的に二年・三年とうつ状態が続くタイプも二割弱あって、「心の風邪」と軽く呼べるものではない。

②うつ病のタイプ

うつ病にはさまざまなタイプがみられる。これまで述べてきたのは典型的なうつ病の症状であって、実際にはバリエーションがある。大きくは表3のように五つのタイプがある。

二）学生の症例

ここでも複数の事例の特徴をとり出したケースを紹介する。

B男：大学三年までは学業面でも友人関係でも問題なく過ごしてきたが、三年の終わり頃から始めた就職活動がうまくいかず疲れも溜まってきた。四年になってからは卒業研究のテーマが決まらず苦しくなった。四年の七月に就職

表２　うつ病の症状

精神症状	身体症状
・抑うつ気分－気分が落ちて、ふさぎこむようになる。自殺念慮や不安・焦燥感がみられる場合もある	・睡眠障害－入眠・熟眠の障害、あるいは早朝覚醒
・気力低下－やる気がなくなり、何をするのも億劫となる	・食思不振－食欲の低下、あるいは砂をかむような食事
・思考の抑制－考えが進まず、集中力や決断力が低下する	・性欲の低下－性的関心の低下
・興味・関心の低下－テレビや音楽など好きなことにも関心が向かなくなる	・易疲労感、疼痛－脱力感や頭痛・腰痛などがみられる

表３　うつ病のタイプ

・メランコリー親和型うつ病
　几帳面・真面目な人にみられる典型的なうつ病。昔に比べると少ない

・双極性障害（躁うつ病）
　躁とうつを繰り返すタイプ。双極Ⅱ型（うつと軽い躁がみられる）もある

・気分変調症
　ひどくはないが、慢性的な「うつ」がずるずると２年以上続くもの。他責的となったり不満が多い。２年未満では「ディスチミア親和型うつ病」(樽味)などと呼ばれる

・非定型うつ病
　過食、過眠、強い倦怠感がみられる。過敏で、状況による気分の変化がある

・適応障害
　環境や心理的要因のために抑うつ的となるもの

先が内定したものの、九月になっても卒業研究のめどが立たず「どのように研究を進めたら良いのか」わからなくなってきた。指導教員は学生が自分で考えて進めることを方針としていたためB男は指導教員に聞きづらく、かといって自分では出来ずに自信をなくし、ふさぎ込むようになった。

一〇月以降は焦りが強まり、何とか頑張ろうとしたがよく眠れなくなり、勉強に集中できなくなり体が鉛のように重くなってきた。そして、講義やゼミも欠席するようになったため指導教員がB男を呼び出して面接したところ、顔色がすぐれなかったうえに一ヶ月以上よく眠れず意欲も落ちて悲観的となっていたため、保健管理センターを紹介した。保健管理センターでは「うつ病」の説明をし、B男の了解をとったうえで保護者に連絡する一方、病院受診を勧めた。結局、うつ状態が改善するのに半年かかったため残念ながら卒業は延期となった。

三）病院での治療

うつ病の治療は休養と抗うつ剤の服用である。服薬を開始して効果が現れるまで約二週間かかるが、最近よく用いられるタイプの抗うつ薬（SSRI：選択的セロトニン再取り込み阻害薬）は副作用が少ない。一方、双極性障害（躁うつ病）の治療は気分調整薬（リチウム塩など）の服用が基本となり、状態に応じて精神安定剤や抗うつ剤が追加される。また、躁状態で抑制がきかず逸脱行動が多い時やうつ状態で自殺念慮が強い時には入院となる。こうした病気を抱えると物事の見方が悲観的となり、回復してからも自分のことを低く評価しがちとなるため認知療法（見方の偏りを修正する）や支持的な精神療法が行われる。

三　大学内でどのように対応するか

大学の教職員は学業面や学生生活上のことで日常的に学生と接している。学生が個人的なことで相談に来る場合には教職員の立場で、あるいは人生の先輩として話を聴き、必要に応じて助言することが学生を勇気づけ自分の問題にとり組んでいくことに繋がる。しかし、学生に心の病気がある場合には、基本的には支持的に接しつつ心理カウンセラーや精神科医への紹介を考慮する必要がある。また、紹介後も学生とのかかわりを続けていて対応に迷う時にはカウンセラーに連絡をとった方が良い。

一）心の病気を疑う場合

心の病気がある時には学生の態度や雰囲気がいつもとは異なる。すなわち表情に生気がなかったり、表情や態度が硬くてコミュニケーションをとりにくかったり、口数が少ないだけでなく話の内容がまとまりにくかったりする。もちろん興奮や衝動行為、多弁、妄想など明らかに病的な言動がみられる場合もある。また、「何となくおかしい」という勘も大切である。

そうした場合には、同級生や教務係（出席・単位取得状況）からの情報も参考にしたいところである。学生に声をかけたり、「きつそうに見えるが体調はどう?」と尋ねてみて睡眠や食事が十分とれていないようなら、そのことを糸口に話をしてみる。そして、次回の面接を約束したり必要に応じ保健管理センターや学生相談室に行くことを勧めたりする。また学生は、教職員が保健管理センターまで同伴すると、カウンセラーとの相談に応じることもある。なお、自殺念慮が強いなど事態が深刻な場合には、保護者への連絡も考慮する。

二）基本的対応、接し方

気分障害のうつ状態が強い場合には学業困難となるため大学の講義には欠席しがちとなる。その場合には療養を優先させることになる。うつ状態が軽度の場合や回復して大学の講義に出ている時には外見は普通に見えるが、それでも実際にはかなり神経を使っていることが多い。もし「うつ」であるとわかった場合には学生に「今は大体何割くらいの調子?」と尋ねてみて「六割」とか「七割」などの答えが返ってきたら、その程度に応じた課題の与え方や指導をした方が良い。この「調子は何割」と学生が言うのは意外と的を射ているものである。ただ、この質問は学生が率直に答えやすい雰囲気でしないと学生も背伸びをして「もう普通です。大丈夫です」と答えかねないので注意を要する。

とにかくうつ状態では何をするのも億劫で体がだるくなりやすい。例えると三八度くらいの発熱がある時の状態をわれわれが思い浮かべるといくらか共感しやすくなるのではないだろうか。したがって、うつ病の学生に「挫けないで」と励ますことはあっても叱咤激励は禁物である。

一方、統合失調症の場合には、急性症状（陽性症状）が華々しいときは服薬や精神的安静など療養を優先させる。回復に向かい気力低下などの陰性症状を残して大学に復帰した場合の対応の留意点は以下の通りである。なお、病気

の程度が軽い場合には陰性症状も少ないため通常の指導をしても問題ないが、いくらか配慮してもらえると学生も心強く感じる。

①「注意の幅の狭さ」「全体把握の困難さ」「融通のきかなさ」「高望みしがち」などの特徴があるために能率が落ちたり、他の学生と協調することが難しくなることがある。それでも本人は生真面目にやろうとしているので、ストレートに注意・叱責するのではなく、コーチするようなやり方、つまりゆっくりと分かり易く穏やかに言うようにする。

②「たくさんの課題に直面したときに混乱」しやすくなる。したがって出来るだけ複合的な課題やあいまいな指示となることは避けて、簡潔で分かり易い言い方や指導をする。

③「自信がなく批判に弱い」面があるので注意すべき点は注意するにしても基本的には親切に接する。

④「精神的に疲れやすい」面がどうしても残るため「障害（ハンディ）をもった学生」として理解し対応する。教職員の中には「病気はきちんと治してから復学した方が良い」と思われる人もいますが、最近では「生活しながら治療していくことの重要性」が考えられていますので、ご理解いただけると幸いです。

こうした特徴があるため、病気の陰性症状が強い場合にはどうしても休学や退学となることがある。しかし、指導教員が保健管理センターと連携しながら学生を大きく受けとめ柔軟に対応・指導してもらえる場合には、留年しながらも卒業にこぎつけることが可能となる。

そうした意味では指導教員など教職員が自分たちだけで抱え込むのではなく、医療や保健管理センター、学生相談室との協同作業とでもいったやり方で進めていく方が間違いが少なくなるし、学生にとっても安心できる形となる。また、心の病気をもつ学生が仲間や友人を得て安定することもしばしば経験する。

四　おわりに

精神的問題や精神障害をもつ学生を前にすると「どうにかしてあげたい」「でも、どう対応したらよいか」という気持ちになることがある。しかし、私の経験から言うと「どう対応するか」と考える前に、相手のその時々の気持ちや状況を尋ね、配慮しながらとにかく「相手との関係」をつ

くっていこうとすると学生は前に進み出すことが多い。

医療における医師・患者関係や学生相談におけるカウンセラー・クライエント関係では、信頼関係をつくること自体が治療的となることがあるが、心の病気をもつ学生にとって家族や友人、そして教員・職員との「かかわり」をもてることほど大きなサポートはない。

心の病気を抱える学生も一〇〇％全部が病気ということはないので、孤立感や劣等感をもつ本人を大きく受けとめつつ「良い面」や「健康な面」を支持し、学業や生活面など大学という場でいかに学生の心を成長させていくか、といった観点で接していくことが、心の病気をもつ学生に対するケアにもなり教育活動にもなると考える。

〈参考文献〉

内田千代子：大学における休・退学、留年学生に関する調査 第二九報。第三〇回全国大学メンタルヘルス報告書：七〇―八五、二〇〇九

野村総一郎：うつ病をなおす。講談社現代新書、東京、二〇〇四

樽味伸：現代社会が生む〝ディスチミア親和型〟。臨床精神医学三四：六八七―六九四、二〇〇五