

保健のしおり

10. 大学生の精神衛生

東北大学保健管理センター

昭和 54 年

目 次

大学生の精神衛生

I. はじめに	1
II. 精神衛生(Mental Hygiene)とは	2
1. 健康について考えてみる	
2. 精神的な健康とは	
3. 精神衛生とは	
III. 発達段階における大学生の位置	3
IV. 青年中期から成人前期にかけて負わされている社会的課題	4
V. からだの変化とこころのうごき	5
VI. 精神障害の分類と治療の概要	6
1. 原因による精神障害の分類	
2. 精神障害の治療	
VII. 大学生と精神障害	8
1. 神経症性の障害	
2. 躁うつ病性の障害	
3. 精神分裂病性の障害	
4. ボーダーラインケース(境界例)群	
5. てんかん性の精神障害	
VIII. 精神的変調の初期徴候のめやす	13
1. 自分自身の場合	
2. まわりの人の場合	
IX. 精神障害についてのいくつかの誤解	14
X. 精神衛生に関する相談の窓口	15

大学生の精神衛生

東北大学医学部神経精神科講師
東北大学保健管理センター学医

大 平 常 元

I. はじめに

大学生の多くが年代的に属している青年期は、人生の中でも最も精神的・身体的に変化に富み、不安に満ちた時期である。

事実この時期は精神障害の好発時期であり、大学生の5～10%は精神医学的な援助を求めていると言われている。精神的な健康に対する関心が高く、疑問も多いのがこの時期の特徴でもある。

しかし現状では大学生の精神衛生に関する知識は必ずしも十分ではなく、いたずらに一人で悩むのみで問題の解決を遅らせ、あるいは無知のために間違った解決の方法を選んでしまい、一生の方向をあやまってしまったという例が数多くみられている。

自分たちの属している年代の心理的・精神的状況の一般的な傾向を知り、精神衛生に関するある程度の知識を持つことによって、問題を適切に処理し、より健康な大学生生活を送って欲しいと願っている。

II. 精神衛生 (Mental Hygiene) とは

1. 健康について考えてみる

精神衛生とは何かを述べる前に、健康とは何かについて考えてみよう。「健康とは一体何だろうか」、あらためて健康について考え、自分なりに健康を定義づけてみようとするとはなほだ心もとないことに気がつく。病気を通して健康を考えようとして、「健康とは病気でない状態である」と言いかえてみたところで、それでは一体病気とは何か、という疑問がすぐ湧いてこよう。

健康と病気とは一対の概念なので、病気もまたいざ概念的にとらえようとする、健康と同じように大変な問題を抱えているということがわかる。

とりわけ現代のように、急性の、たとえば細菌の病気のような、いわば病気が克服され、それにひきかえ慢性の病気が増加しつつあるという状況の中では、健康と病気の境界は、ますますぼやかりし、区別のはっきりしにくい状態となっている。

しかし従来から、健康と病気ははっきりした境界を持って区別し得るものだったのだろうか。

実は健康も病気も、時代や地域によってある程度異なる相対的な価値概念であり、ある時代・ある地域で健康と考えられているものが、別のある時代・ある地域では不健康、病気と考えられるということがあり得ることなのである。

すなわち、どのような状態を健康と呼び、どのような状態を病気と呼ぶのかは、ある時代・ある地域の「約束ごと」のひとつなのだとすることも出来る。

世界保健機構(WHO)の次のような健康に関する規定もまた、たとえば「身体的にも精神的にも社会的にも完全によい状態」は実際にはあり得ないので、こうありたいという願望をこめた理想としての健康概念であり、とりあえずこのような状態を目指そうではないかという約束ごとのひとつなのである。

「健康とは身体的にも精神的にも社会的にも完全に良い状態を意味するものであって、ただ単に病気や虚弱でないというだけではない。」

— 世界保健機構の健康に関する憲章 —

2. 精神的な健康とは

「精神的な健康」もまた当然のことながら健康についての一般的な概念の中でとらえることが出来る。

すなわち、精神的な健康の規準もまた時代や地域によってある程度かわり得る約束ごとのひとつであり、絶対的な規準はない。

「明朗活発であること」が精神的に健康であるとされることも、「物静かで沈着冷静であること」が精神的に健康であるとされることもど

ちらもあり得ることであろう。

あるいはスポーツマンを精神的に健康な人間の理想と考える場合も、科学者を理想と考える場合(理想的健康規準)もあり、その一方では、ある集団の考え方、感じ方、行動などの平均に近い状態にある人間が精神的な健康の標準(平均的健康規準)と考えられる場合もあり得るのである。

精神医学的には、平均的健康規準が健康を測る尺度となっているが、これも精神医学上のひとつの約束ごとなのである。

この平均的健康規準には時代や地域によって健康像が変わり得るといふ相対的要素が加味されている。

3. 精神衛生とは

一般健康人の精神的健康を保持し、さらに向上させることに目標をおくのが**広義の精神衛生**である。この場合精神的健康のモデルとしてどのような健康像を選ぶのが問題となってくる。精神衛生の目指す方向は、どのような健康像を選ぶかによって変わってくるからである。

歴史的には、この精神衛生という言葉が、精神病を経験し、回復したアメリカの一市民である C. Beers らの精神障害者に対する援助活動や精神障害に関する啓蒙運動を通して生まれて来たということと関連して精神医学的には、(1)精神障害の発生を予防し(第1次予防)、(2)精神障害の早期治療と再発防止とを目指し(第2次予防)、(3)精神障害の社会復帰の促進をする、という3つの予防を目標とした**狭義の精神衛生**を、一般に**精神衛生**と呼んでいる。

Ⅲ. 発達段階における大学生の位置

ところで出生から老人にいたる発達段階の中で、大学生はどのような年代に属しているのであろうか。

発達段階についての区分は人によってさまざまであるが、たとえば Cole & Hall は、年代的に次のように区分している。

○乳幼児期：出生～2才

○小児前期：2～5才

○小児中期：6～10才(女子)

6～12才(男子)

○前青年期(又は小児後期)：

11～12才(女子)

13～14才(男子)

○青年前期：12～14才(女子)

15～16才(男子)

○青年中期：15～17才(女子)

17～18才(男子)

○青年後期：18～20才(女子)

19～20才(男子)

○成人前期：21～34才

○成人中期：35～49才

○成人後期：50～64才

○老人前期：65～74才

○老人期：75才～

(結婚、子供の出生、子供の学校生活→就職→結婚、仕事からの引退、死というファミリー・ライフ・サイクルはほぼこの年代区分に応じて展開している)。

この年代区分によれば、ほとんどの大学生がより正確には、**青年中期**から**成人前期**にかけて位置しているということになる。

Ⅳ. 青年中期から成人前期にかけて負わされている社会的課題

大学生が青年中期から成人前期に位置しているとすれば、この時期に課せられている社会的役割、課題はどのようなものであろうか。

Harvighurstはほぼ次のようなものではないかという。すなわち、**青年中・後期**では、①友人(同性も異性も)とこれまでとは違った新しい、成熟したつき合いが出来るようになること、②男性は男性らしく、女性性は女性らしい役割をとれるようになること、③両親や大人からの精

神的・情緒的な独立、④仕事につく準備をし、あるいは仕事を選ぶこと、⑤結婚の準備あるいは家庭生活を営む準備をすること、⑥市民として必要な知識・技術を得、それをさらに発展させること、⑦社会的に責任ある行動をとること、⑧行動の規準としてのモラルや価値体系を獲得すること、などであり、また成人前期にあっては、①配偶者を選ぶこと、②結婚し家庭を営むに必要な知識を得ること、③家庭をつくること、④子供をつくること、⑤仕事に就くこと、⑥市民としての責任をとること、⑦生涯にわたって所属する集団を見つけること、などである。

もちろんこれらは一般的な傾向を示したにすぎず、必ずしも適当でない項目もいくつか認められる。特に大学生などには、学習期間が長くなり、就職や結婚がおくれ、経済的にも親に依存する期間が長く独立がおそくなるなど青年後期の遷延という現象が最近みとめられている。

V. からだの変化とこころのうごき

さて大学生が位置している青年中期から成人前期にかけてのうち、とりわけ変化の激しい青年中期から青年後期にかけてはどのような身体的・精神的变化がみられ、特に精神的にはどのような状態にあるのだろうか。

小児期と成人期の間にあって、この時期は身体的にはほぼ成熟に達する。

男性では射精(15才で90%が経験)、変声、発毛、骨格筋系の発達、女性では初潮(13才で80%が経験)、乳房のふくらみ、発毛、脂肪沈着などの変化が現われ、このような外面的な変化によって、精神的にも大人であることを拒否することが出来なくなる。

このような身体的な変化と関連して、これまでの自分との違いに異和感を覚え、性的なはじらい、好奇心と同時に性に関する不安がみられる。乳房の形態や性器の大小、体毛の多少、体臭、夢精、自慰(21才で男子の92%、女子の30%が経験)、月経の不規則などについて

過度に気にかけて劣等感に悩まされる者が多くみられる。

一方精神的には、論理的、抽象的な考え方を好み、客観的な態度をとろうとし、感情面、情緒面での変動が著しく、相反する感情、考えの中でゆれ動くことになる。感情や考えが変わりやすいこと、これがこの時期の特徴である。この変わりやすさの中で、「一体自分は何かのか」、「どれが本当の自分なのか」ととまどい悩むということになる。

激情ともうい感じ、過敏さと注意集中力の散漫、自分に対するうぬぼれと自信のなさ、親や大人に依存しようとする反面対立しようとし、尊敬と同時に批判し、仲間から離れて孤独を求めようとする一方集団を求め、集団に所属しようとし、また愛情と憎しみ、肯定と否定など相反する感情の中で動揺し(感情の両面性)、しかも感情が極端から極端へと急激に変化する(感情の両極性)。

小児期の比較的安定していた自分に比べ、このように極端に変化する自分に驚き、不安を覚え、これは自分だけに現われた変化ではないか、という「自分だけ意識」に悩み、時には「精神病になったのではないか」とさえ恐れる。このような恐れは、その個人が独創的、創造的であればあるほど、また小児期での家庭的状況、生育条件に変化が大きいほど、また身体的なハンデキャップや遺伝的な負因などがあるほど強く感じられ、心理的に危機的な状況に、いわゆる青年期危機に陥りやすくなると言われている。

あるいは小児期のより本能的、衝動的な、いわば「身体的な自分」と社会から与えられた課題を負いながらまだ十分でない「精神的な自分」とのずれに悩みながら、「だれでもないかけがえのない自分」を創り出そうと闘い、いまだ判然としない将来の自分の姿に不安を感じているという状態にあるとも言えるかもしれない。

VI. 精神障害の分類と治療の概要

ここで精神障害の分類と治療についてごく簡単にふれておく。

1. 原因による精神障害の分類

精神障害はその原因から3つに分類して考えると便利である。すなわち、

(1)精神的原因によって起る精神障害(心因性精神障害)：ひろく神経症、ノイローゼなどと呼ばれている精神的な原因によって起ってくる精神障害であり、心因反応、心因性精神障害、異常体験反応などと呼ばれているものとはほぼ同じものである。精神的な原因といっても、より性格的な原因と関係して起るものからより状況や環境の変化と関係して起るものまでさまざまである。小児期の体験(精神的外傷)が人格形成に関与して神経症の原因になっている場合も少なくない。不安神経症、ヒステリー、恐怖症、強迫神経症、抑うつ神経症、神経衰弱、離人神経症、心気症などの他に、妄想反応、原始反応、森田神経質、性格反応、状況反応、拘禁反応などをあげることが出来る。原則として予後が良く、神経症が精神病に移行することはない。

精神療法を中心とし場合により作用の弱い薬物を補助的に用いるのが一般的な神経症の治療であり、数回の面接や簡単なカウンセリングで良くなってしまふ例も多い。

(2)身体的な原因によって起る精神障害(外因性精神障害、症状性精神障害)：身体的な病気、たとえば脳の各種の炎症、頭部外傷、脳腫瘍、初老期痴呆などを含む老人性脳疾患、急性薬物中毒、急性伝染病、パセドウ病などの内分泌障害、尿毒症、アルコールや薬物への依存などと関連して起ってくる精神障害であり、その他にてんかん、精神薄弱の大部分も含まれる。それぞれの身体的病気の原因に応じて治療をすすめるが、アルコールや薬物などに対する依存傾向の強い場合には、精神療法的な働きかけが必要となる。

(3)原因のはっきりしない精神障害(内因性精神障害)：現在のところ身体的な原因とも精神的な原因とも原因のはっきりしない精神障害であり、精神分裂病、躁うつ病、ボーダーラインケースの一部などがこの中に入る。

治療には薬物療法を中心に精神療法と後で述べる社会療法の3つを合わせて行うのがよいとされている。

2. 精神障害の治療

精神障害の治療も次のような3つに分けて考えると便利である。すなわち、**精神療法**、**身体療法**、**社会療法**の3つである。これらにつ

いて簡単にふれておくと、

(1)**精神療法**とは、精神的な働きかけによって障害の改善を目指そうとするもので、一般精神療法、精神分析療法、催眠療法、実存分析、自律訓練法、行動療法、遊戯療法、演劇療法、森田療法、小集団精神療法などをあげることが出来る。(なお催眠療法や長期にわたる精神分析療法は問題も多く、最近ではあまり用いられていない。)

(2)**身体療法**とは、薬物療法、熱療法、電撃療法など身体に直接働きかける治療法であるが、最近では薬物療法がその中心である。

薬物には作用の弱い抗不安剤、作用の強い抗精神病薬、うつ病に用いる抗うつ剤、てんかんに対する抗けいれん剤などがある。これらの薬物の発達によって精神障害の改善率は著しく高まり、また大部分の精神障害の外來治療が可能になってきた。

(3)**社会療法**とは、生活指導、作業療法、レクリエーション療法、デイ・ケア、ナイト・ケア、集団療法、その他障害者の社会的適応をひろげることが目標に行われるものである。

これらの精神療法、身体療法、社会療法はそれぞれが独立しているのではなく、互いに補い合う関係にある。

Ⅶ. 大学生と精神障害

近年、キャンパス・サイキアトリーとかカレッジ・サイキアトリーあるいは**大学精神医学**などとして大学生の精神衛生が問題にされるようになったのは、一般青年群に比べて極だって大学生群に特有な精神障害が認められるとか、精神障害の発病率が高いとかとは必ずしも関係がなく、大学進学率が高まり大学生の数が急増しているということと関係があると考えられている。もちろん大学生はその生活の中心が勉学や研究であること、家族から離れ単身生活を送っている者が多いことその他に、大学生には精神薄弱のような知能障害は認められないことなどの特徴はあるかもしれない。たとえば勉学や研究と関連して、それを拒否しようとする例、集中困難を訴える例、より高いレベルの仕事を求め追いつげ勉学や研究を放棄してしまう例、他に不登校、

怠学、ドロップアウト、留年などの現象もみられているが、この中には精神障害が一次的な原因となっている例も多く、しばしば学期末試験や就職を前にした時期、留年の期限の切れる時期になってはじめて精神科的な相談を求めて来る。なるべく早い時期での相談を心がけるべきである。

しかしいずれにしても大学は一般社会の集団、組織に比べるといろいろな面で許容度が高く、時間的にも余裕があるので、この大学時代に問題となっている障害を治療するという努力が大切であろう。

以下に大学生に比較的多い障害のいくつかあげ、簡単に説明しておく。

1. **神経症性の障害**：神経症性の障害でも次のものが多い。すなわち、**(1)不安神経症**：突然、このままでは死んでしまうのではないかとひどい不安発作に襲われて、いてもたってもいられなくなるのが典型的なものであり、ちょっとした体の変化をきっかけに、動悸、呼吸困難、胸部のしめつけられる感じ、めまい、吐気、冷汗、手指のふるえ、四肢のしびれなど自律神経系の症状を訴えるもの。以前に長期にわたる病気や家族の病気、死などを経験した者に多くみられる。**(2)恐怖症**：この中では対人恐怖が最も多く、他人の視線が気になる視線恐怖、人前に出ると赤面する赤面恐怖、自分の顔や体の一部がおかしいのではないかと恐れる醜形恐怖などの他に、人前に出ると緊張する、自分の体から何か不快な臭いが出ているようで気になるなども対人恐怖の一種である。繊細な心くばりとともに高い自尊心を持ち、むしろ愛情深く、しつけのきびしい家庭に育った者に多いという。その他精神病恐怖、不潔恐怖などもしばしばみられる恐怖症である。**(3)強迫神経症**：自分でも馬鹿らしい、不合理だと思いながらもある考えが頭に浮ぶとその考えを追い払うことが出来ずに苦しむ**(強迫観念)**、あるいは馬鹿らしい、不合理だと思いながら、その行動をくり返し行わずにはいられない**(強迫行動)**などの観念や行動にとらわれて日常生活にも支障を来すような状態を強迫神経症と言う。不潔恐怖と関係してみられる、いくら手を洗っても不潔ではないかという不安から手を洗うことをやめることが出来ない**洗浄強迫**、あらたまった場面になるとかえって汚ない言葉を出してしまう**コプロラリー**、就床前にきま

った動作をしないと寝つけぬ**就眠儀式**、あるいはことごとく計算しないと気がすまぬ**計算癖**などの他に**質問癖**、**穿さく癖**、**研究強迫**といったものもみられる。強迫現象は多かれ少なかれだれにでも認められる現象で、そのために日常生活に支障を来し、自分自身が非常に悩んでいる場合にのみ治療の対象となる。幼児期の親の厳しすぎるしつけや訓練の強制が原因の一つではないとも考えられている。

(4)抑うつ神経症：青年期に特に多い神経症性の憂うつ状態であり、精神的な原因のために憂うつで、気分がいらいらし、怒りっぽく、不気嫌で焦躁感が強く、劣等感、厭世感に悩まされる。自己中心的な傾向がみられ、自殺傾向も認められる。

(5)心気症：実際には病気ではないにもかかわらず癌ではないか、脳腫瘍ではないか、梅毒ではないかなど重大な病気と思い込み、おびえ、医師の説明を信じないで、そのために病院を転々とかえるような神経症である。幼児期に両親の愛情の薄かった者に多くみられるという。

(6)その他：以上の他に、「自分が自分でない感じ」、「周囲の人や風景をみても全く実感がわかない」などと訴える**離人神経症**、自律神経系のさまざまな不安定状態を示す**神経衰弱**、小児的、依存的な未熟な人格構造と関係しておこる**ヒステリー**などもあるが、多くはない。心身症も精神科的には神経症圏のものと考えることが出来る。

2. **躁うつ病性の障害**：内因性の感情状態の病気であり、**躁状態**とうつ状態をくり返すもの**(両極性)**が多いことから循環病という場合もあるが、躁状態とうつ状態をくり返す躁うつ病、うつ状態のみあるいは躁状態のみ**(単極性)**をくり返すうつ病あるいは躁病などがある。

躁状態の極期には、爽快気分が中心で、じっとしておれず活動的に動きまわり、口数が多く、話のテンポが早く、話題が転々と変わり飛躍し、話の内容は大げさであり、自信に満ちた話し方をする。態度はごう満、横柄にみえ、他人に過度に干渉し、世話をやく。時間かまわず知人を訪問、電話をかけ、出歩いて unnecessary なものを買ひ、夜もほとんど眠らず喋りまくるので酔っぱらって騒いでいるような印象さえ与える。これに対して**うつ状態**は、気分が沈み、口数少なく、何をしてもおっくうで、何事にも興味がわかず、他人に会いたがらな

い。自分に自信が持てず、何事にも悲観的になり、つまらぬ失敗を気にかけ、申し訳ないと罪業感を覚え、苦しみを解決するには自殺しかないと思いつめ、自殺念慮を抱く。焦躁感、離人感も強い。また身体的な不安感も多く、不眠、食思不振、体重減少、口渴、便秘、頭重感、頭痛、めまい、動悸、発熱などの自律神経症状も認められる。気分は一日の内でも変動し、特に朝方調子が悪く、夕方になると気分が良くなるという日内変動が内因性うつ病の特徴であると考えられる者もいるが、病前性格としての几張面、仕事熱心で凝り性、完全癖が内因性うつ病の性格特性として重要な意味を持つと考えている者もある。

躁状態、うつ状態ともに薬物によく反応する。治療開始後1~3ヶ月でほぼ完全におさまる。特にうつ状態に対する抗うつ剤の効果は2~3週間目に現われる。学業や研究を続けながらの外來治療も可能である。

3. 精神分裂病性の障害：ここ数年来精神分裂病についての考え方治療法が急速に変化しつつあり、これ迄の精神分裂病に関する記載には問題が多いことが指摘されはじめています。精神分裂病の原因はさまざまな因子がかさなり合っていると考えられ、病像も軽症のものから重症のものまで、また予後も経過の長いものから短かいものまで全くさまざまであり、同じ病像で同じ経過を示すものはないのではないかと考えている者もいるほどである。特に大学生の精神分裂病は軽症例が多く、神経症圏のものと鑑別が困難であり、予後のよい例が多いとも言われている。学歴の高い者、仕事を持っている者、結婚している者、病前性格に偏りの少ない者などの精神分裂病の予後は良い場合が多いという。

薬物治療を受けながら、出来れば学校に通いながら治療するのが最も良い。同じような病気の仲間と支え合いながら治療を続けるのもよい方法である。

精神分裂病の診断のめやすは K. Schneider によれば次のようである。すなわち、

(1)自分の考えていることが声になって聴えてくる、(2)だれもいないのに自分に話しかけてくる声が聴えてくるので、自分もそれに頭の中で声を出して答えてしまう、(3)自分が何か行動をすると、いちいちその

行動を批評する声が聴えてくる、(4)自分の体に電気や電波がかけられる、だれかに自分の体がいたずらされる、(5)考えがだれかに抜きとられる、だれかに考えがじゃまされて考えがうまくすまない、(6)自分の考えていることが周囲に全て伝わってしまうので、考えていることが皆にわかれてしまう、(7)とり立ててどうという事もない現象・知覚が自分と関係して起っているという体験がよくある、(8)だれかに自分があやつられているという体験がある、などである。

精神分裂病者は「自分は精神病である」という病気に対する洞察、病識に欠ける、と言われていたが、必ずしもそうではなく、病気のある時期を除けば、本人は自分なりに何らかの身体的、精神的に異常な状態にあると感じている。すなわち異常性意識を持っている。本人が病気であることを否定するのは、仲間から排除されるのではないかという防衛機制によると考えられ、病者本人が最も悩み、不安におびえているのである。もし2、3年の長期にわたる経過をとる場合でも決してあきらめず治療努力を続けることが大事である。

4. ボーダーラインケース(境界例)群

神経症圏のものとも精神分裂病圏のものとも判別し難い病像を示し、その中間帯に位置していると考えられる一群の精神障害で、高学歴の者、インテリ青年層の者に多いと言われている。大学生の精神障害の特徴的なものではないかと指摘する者もいるが、神経症的な偽神経症性分裂病、幻嗅症、正視恐怖、醜形恐怖、男子青年の恋愛妄想などの一部がボーダーラインケースに入ると考えられている。

5. てんかん性の精神障害

脳の電気活動の発作的異常と関連して起る反復性の脳性発作である。脳波検査によって発見することが出来、ほとんどの発作はけいれん剤によってコントロールすることが出来る。

突然の意識消失とけいれんをみる全身性の大発作だけでなく、姿勢を保持する筋肉の緊張が突然消失し倒れあるいはよろめく脱力発作などの他に、身体の一部からはじまり半身又は全身のけいれんをみるが意識消失を伴わぬジャクソン型発作、無意識の状態ながら一見まとまった行動をとる精神運動発作、物が大きくみえたり、小さくみえたり、

ゆがんでみえたり、昔の光景がパノラマ様に浮んできたり、不快な臭が感じられるといった感覚発作、精神発作もてんかん発作の一種である。

Ⅷ. 精神的変調の初期徴候のめやす

精神障害の診断は専門家の時間をかけた診察にゆだねるしかないが、精神的変調、精神障害の初期の徴候のめやすをいくつかあげておく。

1. 自分自身の場合

- (1) いつもならできることが出来ない。あせる、情なく思う。自分が臍甲斐ない。
- (2) 元気がない。生き生きとした力が無い。なにをするのも億劫である。人に会うということが気が重い。
- (3) 考えがまとまらない。堂々めぐりばかりしていて判断がつけにくい。
- (4) 失敗、悲しみ、失望、落胆、病氣などがあっても、そのためにガックリきていつまでも立ち直れない。
- (5) 電車に乗ると心臓が苦しくなり、今にもどうにかなりそうだ。こわくてたまらない。
- (6) いつも緊張している。
- (7) 深酒を飲む。そのためにまずいこともだんだん重なってきている。やめなければいけないと思うがやめられない。
- (8) 人々の態度や自分を見る目つきが、近ごろ何か意味ありげで不安だ。また陰で自分のうわさをしているように感じる。
- (9) 困った、どうにもならない感じがする。その理由がまったく判らない。
- (10) 自分が自分でないように感じる。現実感が薄れてきて、なにごとにも興味が湧いてこない。

2. まわりの人の場合

- (1) この頃、口数が減った。表情に乏しい。人と話をしなくなった。
- (2) ひとり言をいう。ひとり笑いをする。
- (3) この頃、怒りっぽくなった。
- (4) 妙なことをいう。問い返しても、説明にまとまりを欠いている。

(5) この頃ひどくお喋りになったり、おせっかいになってきた。破廉恥なことを平気とする。

(6) 酒がだんだんひどくなってきた。体をこわしたり、職場へ酒気をおびて出てくる。

(7) 服装が目立ってだらしくなった。

(8) 積極性がない。注意しても全然かわらない。

(9) 仕事を教えても理解力が悪い。仕事のミスが多くなった。

(10) 仕事中心にときどき放心状態になるようだ。眠り込んでしまうこともある。

(以上厚生省編「家庭の精神衛生」より)

以上のようなことがあっても、全て病的で精神科的な治療が必要というわけではない。

しかし、精神科的な相談をする場合のめやすとはなるかもしれない。

Ⅸ. 精神障害についてのいくつかの誤解

保健管理センターの精神衛生相談を訪ねてくる学生諸君が話す精神障害についての誤った考え方のいくつかをあげてみると次のようなものがある。すなわち、

○神経症(ノイローゼ)は精神病と同じだ。○精神障害は治らない。相談しても無駄だ。○自分は性格異常だ。性格異常は一生治らないのだから相談すること自体無意味なことだ。○こんな体験は自分だけに違いない。解ってくれる人などいないし、治療など出来る訳がない。○精神障害の治療は長くかかる。入院治療が中心だ。○一度薬をのむとやめられなくなる。治療を受けると薬をのまされるからいやだ。○精神病になると全く自分が失われてしまう。○精神病であることは表情や態度、行動ですぐにわかる。○精神衛生の相談をすると就職の時に知られてしまう、などなど。

これらは全て誤った考え方である。

神経症は精神病ではなく精神病に移行することもない。性格や自分だけの問題と考えられている問題も実は青年期一般の心性であったり、信頼出来る人と相談することで簡単に解決するものであったりする場

合が多い。また学生の精神科的治療状況をみると、1人当たり平均受診回数は6～7回で、2、3回のカウンセリング、精神療法で軽快している例が多く、外来治療がその中心になっている。精神病になると全く自分が失われてしまうというのも事実ではない。急性の一時期を除けば異常性意識は常に保たれている。更に表情や態度、行動だけで精神病の診断がつけられることはなく、内部体験をよく聞くことによっ

てはじめて正確な診断が可能となるのである。いずれにしても問題の解決がこじれ、時間を要している場合には自己診断や素人判断による誤った解決を防ぐためにも是非専門家に相談してみたいものである。

X. 精神衛生に関する相談の窓口

本学内であれば各学部にある**保健管理センター分室**、あるいは**保健室**(片平地区分室、川内地区分室、医学部・歯学部保健室、工学部保健室、農学部保健室、場合により川内学生相談所)を直接訪ね、または電話で、「**精神衛生に関する相談をしたい**」旨を伝えるとよい。

治療を直接希望する場合は**東北大学医学部附属病院神経精神科**を訪ねてもよい。

学外であれば**神経科・内科医院**(または**内科・神経科医院**)または**神経科・内科クリニック**が精神科専門医が診察している診療所である。総合病院では**神経精神科**あるいは**精神科**(国立仙台病院など)を訪ねるのがよい。

参考文献

1. Clarke, P. A.; Child-Adolescent Psychology, Chales E. Merrill Pub. (1968)
2. Schneider, K.; Klinische Psychopathologie, Georg Thieme Verlag (1962)
3. Langen, D.; Die Weiterentwicklung krisenhafter Pufertätsverläufe, Nervenarzt, 581～585, 46 (1975)
4. 樋口幸吉; 青年期の異常心理学、異常心理学講座(井村ら編)第4巻、みすず書房(昭42)
5. 西園昌久; 対人関係論、精神医学、19巻12号 (1977)
6. 笠原嘉編; 正視恐怖・体臭恐怖、医学書院 (1972)
7. 厚生省公衆衛生課編; 家庭の精神衛生 (1979)