

保健のしおり

14. 精神衛生

東北大学保健管理センター

昭和 58 年

目 次

I. 健全な精神とは	1
II. 精神衛生	3
III. 精神分裂病	4
IV. うつ病	6
V. 自殺	7
VI. student apathy	9
VII. 心身症	10
VIII. 精神衛生相談	11

精神衛生

東北大学保健管理センター

助教授 宮 腰 孝

〔I〕 健全な精神とは

われわれは身体の健康について考える機会は少なくないが、心(精神)の健康についてはどうであろうか。

古来、健全な精神は健全な肉体にやどるといわれてきたが、1917年 W.A. White は彼の著書 The Principles of Mental Hygiene の序文のなかで、この諺は真実を半分しかいいあてていないと述べ、さらに「a healthy body can only exist as its behaviour is influenced and controlled by a healthy mind」と書き改められるべきであると主張している。精神の健全性に重点を置き、誤解を防ごうとすれば当然のことにように思える。

それにしても“健全な精神”とはどんな状態を指すのであろうか。

精神の正常と異常

まず、精神の正常と異常のきめられ方から述べてみたい。われわれの身長は男性であれば170cm前後に平均値があり、それより高い人ほど数は少なくなり、また低い人も少なくなる。身長が1m位だったり、250cm以上もあると非常にめだち異常といわれよう。

平均からの隔りが大でかつ頻度が極めて小だからである。このような平均値概念をもちこんだ分類は平均規準といわれ、自然科学的処理法の基本になっている。精神現象を数量化することはできな

いが、上記になぞらえて正規分布曲線を想定して、平均規準によって正常・異常をきめることは可能である。たとえば、適当に嫉妬心を有している人が一番多くて正常とされ、あまりに激しい嫉妬心を持っている人や、嫉妬心が全くない人はめずらしくて異常といわれるといった具合である。ところが、知能をとりあげてみるとあてはまらないところが出てくる。知能は便宜的に知能指数として数値化され正規分布曲線であらわすことができる。中央を100として、70~130を正常、70以下は「異常」ときめることはできるが、130以上を同じ「異常」とすることは実際的でない。人間社会においては知能が高いことは望ましいことと考えられているからである。そこに価値判断が加えられるので、これを価値規準という。また、人間の人格や行為は社会的諸条件によって規定される。ある社会制度において許容される行為が、他の社会制度では犯罪であったり非行であったりする。法律、道徳、慣習などや国家形態が関与するもので、これを規範的規準といいこれも一種の価値規準である。実際には、精神の正常、異常の概念はこれらの規準が複雑に組み合わされて決められている。

精神の健康と不健康

精神的健康、不健康も上記の精神の正常と異常のきめられ方を基礎にしているが、これに疾患概念が取り入れられ、より医学的価値判断が加えられて決定されるといえよう。たとえば、精神的不健康と密接な関係がある精神障害は、病的もしくは平均的な枠からはみでた異常な精神機能とされている。ここで病的とあるのが精神医学的判断に則っているのである。

国際疾患分類 (ICD-9) では、精神障害を精神病、神経症・性格

障害・その他の非精神病性精神障害および精神遅滞の3群にわけられており、精神病は正常の精神機能とは病的に区別されるもので、病因および症候が同一で、症候と病理が一致するという疾患概念を満たすものと想定されている。ところが、これらの条件を充足している精神病は極く一部であるため、「精神病とは精神機能の障害が大で、社会適応能力が顕著に低下し、自己の生命維持に重大な支障をきたすほど深刻な状態で、しかも、その状態に対する自覚がしばしば不充分であったり欠落しており、言動の統御が困難なもの」などとの説明がなされている。この概念は、内容を吟味すれば時代や社会の通念によって影響を受けざるをえない疾病観であるとわかる。したがって、精神障害の概念が多元的要因を含んであいまいであり、それが精神的不健康の定義をより複雑にしているといえよう。

世界保健機構 (WHO) の健康に関する憲章のなかに "HEALTH is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity." (健康とは単に疾病又は虚弱でないというだけではなく、身体的に、精神的にそして社会的に完全に良好な状態である) と規定されている。健康の概念の複雑さや、表現の困難さを勘案すれば、簡明にして妙をえた定義といえよう。

〔II〕 精神衛生

精神衛生とは精神の健康に関する衛生であり、狭義には精神障害および種々の精神的不健康の予防を目的とするが、広義には、積極的に精神の健康を保持し増進させることをめざす実践的学問

である。したがって、狭義の精神衛生では精神障害や種々の精神的な不健康を対象としているので、当然、精神医学が基礎になっており、広義にも精神医学のうえに精神の健康に関与するあらゆる研究および実践の分野が積極的に参加し、連携をとることが要請されている。ここから、精神の健康を論ずるとき、すくなくとも精神医学に対する正しい理解とその知識が必要であるが実際にはどうであろうか。

この小冊子では、大学生の精神衛生に関して最少限必要な精神医学の知識と、精神衛生相談の実際についてふれてみたい。

〔Ⅲ〕 精神分裂病（症）

精神病の代表とされる重要な病気である。発生率または罹病危険率が一般人口の約0.7%と高く、発病年齢が20歳代に最も多く、診断に役立つ身体症状や検査所見は発見されておらず、肝腎な精神症状も初期には非特異的で目立たないため発見が遅れやすく、治療や対応が不適切であると全人格に障害が及んで社会適応が著しく困難になることが少なくないという点で重視される。

発生率に男女差がなく、一部遺伝性が認められることがあるが、従来は遺伝性が強調されすぎたと考えられる。家庭や社会の環境、精神的要因などが、発病や症状増悪に重要な役割を果たすことが多く、真の原因は今のところ不明といわざるをえない。

幻聴や被害妄想それに「自分の考えが他人に伝わっていく」とか「自分の考えが誰かに操られている」などという独特の思考障害などは有名であるが、これらは病状の最盛期に活発に出現する

もので、すこし慢性化すると感情の豊さが失なわれ、自閉的生活を延々と続け、めだたなくなることが多い。診断上、また早期治療の為に大切なのは初期症状である。

初期の自覚症状としては、思考力・集中力の低下、易疲労・倦怠感、不眠などととも周囲の事象が生き生きと感じられない（離人感）とか、周囲の世界がなんとなく変っていやなことが起こりそうだ（妄想気分）とか、他人の何気ないしぐさや表情が自分に対して意味あり気に受けとれたり、悪意があるように見えたりする（異常な意味意識）。客観的には、口数が少なくなり、行動が不活発で自閉的となり、何か性格や生活様式に変化が生じてくる。また、不安、緊張状態に陥っている割には理由が判然とせず、周囲の人には違和感や不自然さが感じられるようになる。

このような初期の症状は精神分裂病に特異的なものではないし、神経症やうつ病などでも似たような症状が出うるので精神分裂病であることが見逃されることが多い。とくに、家族や身近な友人達は本人の言動を了解的に受けとめやすく、かえって異常性に気付くのが遅れがちなものである。初期には本人自身が心の異和感を感じ、自発的に精神科受診を希望することが少なくない。

初期に治療を受けると、入院せずに外来だけで済み、しかも完全に治癒するのが普通である。たゞし、再発防止のための工夫が必要で多く、十分に経過観察を受けたり、援助態勢を組んでもらうこともある。精神分裂病全体の転帰をみても約1/4が完全に治癒し、1/2が再発を繰り返したり、軽微な欠陥を残すが、社会に適応して生活可能であるとされ、援助が適切であればさらに良好な経過をたどる。したがって、精神分裂病は決して悪性の遺伝病

でもなければ不治の病でもないのである。

〔Ⅳ〕 う つ 病

精神分裂病とならんで原因不明な精神病の代表とされる躁うつ病は、発生率が約0.5%でかなり高いものである。躁うつ病は躁とうつの相を繰返す両極型、躁相のみが出現する単極型躁病、それにうつ相のみが繰返される単極型うつ病に分類される。最近では単極型うつ病が増加しており、躁うつ病全体の約60%を占めている。また、大学生にもよくみられるのがこのうつ病である。

うつ病の中心症状は憂うつな気分で何をみても楽しくなく、悲観的で絶望的になりやすい感情障害である。思考は渋滞し抑制され、考えたことを行動に移すことはさらに強く抑制される。自分への評価は低下し、自信を失い、強い罪責感を抱く。しばしばいしれぬ不安感につきまとわれたり、強い焦燥を示して落ち着きなくなる。また、自殺念慮や希死念慮を有していることが多い。

ところが、初期には身体的苦痛を訴え、身体症状が前景に出ているため、抑うつ感情が見逃されやすい(仮面うつ病)。身体症状としては、頭痛、頭重、動悸、めまい、便秘、疲労・倦怠感など非特異的なもので、神経症で出現するものと似ているが、うつ病の場合は深刻であり、入眠困難、早朝覚醒などを示す強い睡眠障害や、体重が急速に減るような極端な食欲減退などがあり、すっかり生気を失っていることが多い。内科的諸検査を受けていたことはないと言われるが、病状は一向に改善されないのですらに落込んでしまう。

うつ病者の性格は循環性格よりは執着性格(下田)が多いとき

れている。即ち、几帳面で勤勉、良心的で責任感が強いが、柔軟性に乏しく、挫折するともろく極端に悲観しやすいのが特徴である。軌道に乗っているときは仕事に熱中し人一倍努力するので他人からの評価も高いが、抑うつ状態になるととくに自覚的な作業能率が顕著に低下するので、自分でも焦るし、周囲の人達も励ますことが多い。しかしながら、その激励に応えられない自分を悲観するため病状は悪化しやすい。とくに、初期及び回復期には行動力があるためかえって自殺の危険性が高まるので注意を要する。

うつ病かもしれないとわかったときには、可能なかぎり早く精神科を受診し診断を受けることが望ましい。専門家の治療によってかならず治る病であるからである。実際には、本人自身もうつ病のことは全く念頭になかったり、周囲の人々もそれほど深刻であるとは考えず、専門医受診まで思い及ばぬことが多く、身体的診療科を巡りやすいが、たとえ、自分でうつ病らしいと感じても精神科受診にはかなり決心のいるものである。また、周囲の人々が精神科受診をすすめるには十分な配慮が必要であり、これについては後程の項で述べる。

〔Ⅴ〕 自 殺

自殺は自己の殺害ないし自己の生命を奪う行為とされているが、厳密に定義しようとする、"ある程度成熟した人格を持つ人間が、自らの意志にもとづいて死を求め、その結果を予測して、自己の生命を絶つ目的をもった行動をとるとき自殺とする。"ということになる。したがって、自殺の判定はかならずしも容易ではなく、故意に隠蔽されることも少なくない。そのため統計上の数値

吟味には慎重を要する。

日本における自殺者数は毎年2万人をこえており、交通事故で死亡する人の倍以上ある。自殺未遂者は既遂者の何倍もあり、希死念慮を有する人や、めだたない自殺企図行為のあった人々はそのまた何倍にも達するであろう。

本学学生自殺者数

	年 別									総 数	年平均	10万人比
	50	51	52	53	54	55	56	57				
自殺	3	2	3	3	0	3	2	1	17	2.1	21.7	
事故死	2	2	2	3	0	2	2	2	15	1.9	19.6	
病死	4	2	1	1	0	1	1	2	12	1.5	15.5	
計	9	6	6	7	0	6	5	5	44	5.5	56.9	

(参考) 日本全国15~24歳自殺率(人口10万対) 14.7 (昭和52年)
東京大学、学生自殺率(10万対) 36.0 (昭和51~55年平均)
京都大学、学生自殺率(10万対) 88.0 (昭和50年度)

上表は本学学生(院生を除く)の自殺者数である。一般人口の同年令層の死亡者率と比較してみると、事故死、病死は本学学生の方が低く、自殺は高い。本学での死亡退学者の4割が自殺である。

自殺は周囲の人々に衝撃的影響を与え、しかも、関係者をさらに自殺に吸引する危険性がある。また、現代の青年の自殺では、十分に覚悟を決めて計画的に実行することが少なくなってきたと言われており、助けられたい気持が強く内在していることが多い。ときには迷いぬきながら、一方では深く考えないでずるずる死に接近していくこともあるが、最後まで生を求めて救助信号を出しているといえよう。前途有為であり、様々な可能性を有してい

る青年だけに、その自殺は社会的損失が大である。ここに、自殺は積極的に防止されるべきであると考えられる。しかも、援助態勢を組むことで自殺防止が可能であることが少なくないのでなおさらである。

悩みが深刻になるほど身近な人にも相談できなくなるが、死ぬしかない絶望して実行に移す直前まで、直接、間接のさまざまな形の予告信号を出していることが多いことから、孤立傾向のある友人にはこちらから声をかける必要があり、しかも相手の悩みを感度よく受けとめることが重要になってくる。

〔VI〕 student apathy (無気力学生)

1970年、P.A.Walter が、さしたる理由なく無気力になって、長期間出校しないで低迷する一群の大学生について報告、本邦では笠原、山田らによって紹介された。学業以外のことにはときに熱心になることもあり、男子学生に特有で、男性同一性にゆがみを有していることが多いという。入学後の大学生活に失望したり、次の生きがいを発見するまでの弛緩した昏迷状況が背景にある不適応と解釈されている。その重症者が少なくとも大学生の1%はいて増加傾向にある。実際には、体の不調を訴えて心気の状態を示す者や、抑うつ感情を内在させている場合もあり、うつ病との区別は必ずしも容易ではない。最近では、男女差はあまりないようである。

問題は、このような状態に陥ると、高校生における登校拒否と同様に、困難な状況に出会うと回避したり逃避したりして事態を更に悪化させ挫折感を深めていくし、周囲の理解も得にくいこと

もあって長期化しやすいことである。大学における留年、休学、退学との関連が深まりつつあると考えられるので、大学としての取り組み方が検討されなければならない時期にあるし、重症者に対しては、うつ病に準じた対策が必要のようであり、カウンセラーや精神科医と連携をとることが望ましい。

〔VII〕 心身症

心身症 (psychosomatic diseases) は「身体症状を主とするが、その診断や治療に心理的因子についての配慮がとくに重要な意味をもつ病態」と定義されている (1970年日本心身医学会)。ここに病態とあるように、心身症は独立した疾患単位をさすのではなく、身体的諸疾患のうちで上記定義にあてはまる症例に対して用いられる。たとえば、胃潰瘍は内科の疾患であるが、心理的ストレスの加重によって発症することが多く、治療に際しても心理的や環境上の諸条件を配慮することがしばしば重要であるが、このような症例は心身症とされる。そのほかに、円形脱毛症、気管支喘息、潰瘍性大腸炎、月経困難症、自律神経失調症などがよく例にあげられる。

神経症 (Neurose, neurosis) のうちで、明瞭な身体症状を呈する一群、たとえば、ヒステリーの過呼吸症状群などを心身症として扱うほうが便利であるとか、神経症より軽症なものを心身症としようとする傾向があるが、両者の概念の基盤が異なるため、議論が深まらないことが多い。東北大学医学部附属病院には心身症を対象とする心療内科があるが、神経症や精神病の患者が受診することが少なくない。精神科受診に抵抗を感じて心療内科を訪れ

るものと思われるが、心の問題をきいてもらえる窓口が1つでも多いことは望ましいことで、これからは心療内科と精神科との連携が密になっていくものと考ええる。

〔VIII〕 精神衛生相談

東北大学における保健サービス業務は、昭和5年設立の学生保健診療所に溯ることができる。これは現在の保健管理センターの前身である。精神衛生関係の相談は昭和36年6月教養部に独自に設けられた学生相談所によってはじめられた。この相談所は昭和39年になって正式な学内機関として位置づけられ、学生の個人的悩みについて相談に応じ、助言を行いながら今日に至っている。現在では、年間の面接者数は300~400名、延面接件数は600件に達している。問題別では、学科進路相談、精神衛生相談が各30%ぐらいでもっとも多い。

昭和44年7月、機構改正によって、それまでの学生保健診療所は保健管理センターとなった。同時に、精神科医による精神衛生相談が定期的に開かれるようになった。保健管理センターの目的は「学生の保健に関し、次条に定める業務を行ない、もって学生の保健の保持、増進を図ること」となっていて、その業務の一つに精神衛生対策が入っている。

最近の調査によると、東北大生の退学者および休学者の過半数が精神衛生上の問題によるもので、除々に増加傾向にある。死亡者退学については自殺の項で述べた通りである。

教養部から後期、専門課程に進級する際のいわゆる留年者は毎年20%近くに達しているが、精神衛生上の問題をかゝえている例

が少なくないと推測される。また、保健管理センターの精神衛生相談に院生が過半数を占めているところから、大学院生がかゝえる問題の深刻さが窺える。稲浪によると、大学生のうち、精神医療を要する学生は約1%、精神科医による定期的助言を要する学生は約6%と報告しているが大変な数である。末尾に、学内外の相談機関や診療機関一覧をかゝげたが、十分に活用されているとはいえない。

精神衛生に関する相談を希望する場合には、学内では、学生相談所と保健管理センターがあり、電話又は直接訪ねて申込みばよい。学生相談所では、本学の教官がカウンセリングを実施している。相談所は教養部キャンパス内にあるが、学部学生や院生の相談にも応じてくれる。保健管理センターでは、片平分室において毎週月・水・金の午後、専任の精神科医が精神衛生相談に応じている。学生、院生は勿論、職員も相談できる。精神医学的治療を希望されたりその治療が必要を認められるときには、東北大学医学部附属病院神経精神科を紹介するが、同科を直接受診してもよい。

悩みをかかえている友人の話をきいて、専門家の相談を受けたほうがよいのではないかと判断した場合、その友人にその旨をすゝめるには細心の配慮が必要である。とくに、うつ状態で気が弱くなっている時には、精神科受診をすゝめられると、周囲から見離されたと思い、自殺を決意してしまう場合がある。

大切なことは、隣人として善意をこめて声をかけることである。何とかして彼の悩みを理解しようとするのが彼の心を開かせると思うからである。自身の異常性について自覚のない相手に話をする場合も、基本的には上述と変りはない。時間をかけて何回

でも話をきいてみると良い。もし、あいにくと強く拒否された場合には、どのようにすれば良いか専門家に相談すべきであろう。

〒980 仙台市本町一丁目4-2 東北大学医学部附属病院
 仙台市アイビル0020-2 電話 22-1111 1-1 目下二平市台南 080 千
 〒980 仙台市青葉区南1-6 電話 25-2101

仙台市北保健所 電話 25-7211
 仙台市東保健所 電話 21-2111
 仙台市南保健所 電話 47-1111
 宮城県内 電話 72-1111
 宮城県内 電話 22-1800
 宮城県内 電話 75-4321

総合病院
 東北大学医学部附属病院 神経精神科
 国立仙台病院 精神科 電話 22-1800
 東北学生年金病院 電話 55-1221
 仙台鉄道病院 神経科 電話 21-1221

仙台市立病院 神経科	千	11月-96
東北大学医学部附属病院 神経精神科	9:00-13:00	11月-96
	9:00-13:00	土

仙台市立病院 神経科 電話 21-1221
 宮城県立名取病院 (名取市) 電話 22-8220
 東北会病院 (米沢・精神科) 電話 24-0401
 国見台病院 (国見・精神科) 電話 22-1111

学内相談機関

東北大学保健管理センター

〒980 仙台市片平二丁目1-1 電話27-6200代表

内線2232, 2246

精神衛生

相談日 毎週月・水・金(午後)

問い合わせは下記分室・保健室でも可

川内地区分室 電話 22-1800 内線 5689

工学部保健室 電話 22-1800 内線 5690

農学部保健室 電話 72-4321 内線 344

医学部・歯学部保健室 電話 74-1111 内線 2272

東北大学学生相談所

〒980 仙台市川内 電話 22-1800代表

内線 5688

相談日

曜日	時間	時間	
		午 前	午 後
月 ~ 金		9:00~12:00	1:00~5:00
土		9:00~12:00	—

上記のほか、東北大学医学部附属病院神経精神科でも相談に応ずる。

電話 74-1111 内線 { 2627 (神経精神科・外来)
2617 (神経精神科・医局)

公的相談機関(仙台市内)

宮城県精神衛生センター

〒980 仙台市本町一丁目4-39

電話24-1491

仙台市デイケアセンター

〒980 仙台市荒巻字三居沢1-6

電話65-2191

仙台市北保健所 電話 25-7211

仙台市東保健所 電話 91-2111

仙台市南保健所 電話 47-1111

宮黒保健所 電話 72-1111

診療機関(仙台市内及び近郊)

総合病院

東北大学医学部附属病院 神経精神科 電話 74-1111

国立仙台病院 精神科 電話 93-1111

東北厚生年金病院 精神科 電話 59-1221

仙台鉄道病院 神経科 電話 21-3221

仙台市立病院 神経精神科 電話 66-7111

東北通信病院 精神科 電話 96-5711

専門病院

宮城県立名取病院(名取市) 電話 02238-4-2238

東北会病院 電話 34-0461

国見台病院 電話 34-5251

安田病院 電話 56-5166
 台原高柳病院 電話 73-2525
 春日療養園 電話 41-4641
 青葉病院 電話 57-7586

診療所

三塚神経科内科クリニック(土樋) 電話 27-1710
 原町三塚神経科内科クリニック(市内原町) 電話 93-6811
 原田クリニック(花京院) 電話 65-0366
 岩田神経科内科クリニック(南光台) 電話 25-0051
 阿部内科神経科医院 電話 56-1804
 盛田医院 電話 51-5757
 アイクリニック(倉持医師、木曜休診・市内中央) 電話 65-0155
 青木神経科内科クリニック(岩沼) 電話02232-4-5501

午前	午後
9:00-12:00	13:00-17:00
土	9:00-17:00

上記のほか、東北大学医学部附属病院(仙台市青葉区)にて神経科専門外来を開設し、
 (市原谷) 電話 05328-1-2338
 (2627 (神経科・外科) 電話 34-0461
 (2617 (神経科・泌尿) 電話 72-1111)