

意外に多い学生達のうつ病

松村人志

Unexpectedly Large Number of Students Are Suffering Depressive Conditions

Hitoshi MATSUMURA

Osaka University of Pharmaceutical Sciences, 4-20-1, Nasahara, Takatsuki, Osaka 569-1094, Japan

(Received January 11, 2017)

Abstract In 2013, it was written that the mean age at onset of the first manic, hypomanic, or major depressive episode of bipolar I disorder was 18 years, and that the incidence of major depressive disorder peaks in the 20s; whereas, in 2003, the mean ages at onset of the first episode of bipolar I disorder and major depressive disorder were believed to be 30 and 40 years, respectively. In the period from 2003 to 2013, American psychiatrists seem to have developed in their skills to correctly diagnose these two psychiatric disorders especially among the young people. Thus, it has appeared that depressive conditions are very common psychiatric problems in the university students, and that more than 200 students among the almost 2000 total students in our University are suffering depressive conditions. Students with mild depression might undergo their burdensome university lives without having dejecting experiences such as repeating years and be ameliorated as natural courses of their respective conditions; however, it may be desirable for some students with more severe depressive states to receive drug therapy before repeating years. Depressive conditions are more uneasy to be noticed by neighbors as well as by patients' selves than be expected; therefore, we had better assume the occurrence of a depressive condition if the student becomes less active than usual, because depressive conditions are probably the most common mental problems among the students. Asking them about unfavorable changes in bed-time sleeping and in body weight may be helpful for starting support towards their hopeful and active lives, and it is recommended to the University staff to search for the way to approach and support depressive students.

Key words —depression, bipolar disorder, student, medication

1. はじめに

平成 28 年 9 月 12 日の阪和地区月曜懇談会 9 月例会での講演依頼を頂き、『意外に多い学生達のうつ病』との演題で話をさせていただいた。講演の内容に加えて、講演で話せなかったことも含め、学生達の『うつ』を中心に、現在の私の考えをまとめてみることにした。なお、阪和地区月曜懇談会は、近畿内にある各大学において学生部・学生課に関与しておられる教職員の皆様の情報交換会と理解している。

さて、精神疾患は、2013 年度から国の医療計画に組み込まれている。すなわち、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病と共に、5 大疾病の一つになった。実は、何らかの精神疾患とのことで医療機関に掛かっている人は意外に多く、まだ医療機関に相談はしていないがご自身が悩んでいるか周囲を困らせている、あるいは悩ませている人を加えると、驚くほどの数になることが予想される。このように罹患者数が非常に多いことが予想される疾病が 5 大疾病の一つになるのは当然であろう。

さて、精神疾患と言っても種類は多い。私が診療し、あるいは相談に乗ってきた例からすると、本学を含め多くの大学の学生達の中では、取り分けうつ病を中心とした気分障害が多いのではないかと思う。次に多いという印象を持つのは、少し意外だが、パーソナリティ障害である。うつ病については本論で述べるので、ここではパーソナリティ障害について、簡単に触れておく。

パーソナリティ障害にはA群、B群、C群、及びそれ以外、と大きく分類されているが、この中で近年特に注目されるのがB群である。B群パーソナリティ障害は、境界性、反社会性、自己愛性、演技性という4つのパーソナリティ障害に細分されているが、境界性人格構造 *borderline personality organization* と呼ばれる共通の基盤があるという説があり、社会に不信感と混乱を引き起こし、犯罪、冤罪の温床になり得る点で、注目すべき精神の疾患である。多くは思春期を過ぎ、20歳前後から問題が生じ始め、その後徐々に周囲を巻き込んで深刻なトラブルを引き起こしていく。但し、反社会性パーソナリティ障害はより若年期より問題が目立っている場合が多々ある。

パーソナリティ障害の場合は、自分が病気で苦しんでいるとは考えていないので、精神科を受診しないのが普通だが、まれに精神科医を利用する為に精神科外来を訪れることがある。通常の精神科患者が、自責的であったり、悩みの原因を自分自身の内面に向かって追及したりするのに対して、B群パーソナリティ障害の人々は他人を攻撃することで自分が何らかの利益、すなわち賠償金なり自分の快感なりを得ることを目指す点が大きく異なっている。

日本の精神科医の多くはパーソナリティ障害の治療に関わることには消極的であるが、それはこの障害が医療者に対しても加害的であり、かつ治療的試みによって簡単には改善しないからである。いかなる治療を施しても、驚くほど変化しないのがこの疾患の特徴であるとさえ言われているので、関わることで苦勞と負担が増え、問題が収束する可能性は低いままであることが多い。また障害を抱えている者自身も、金銭等の何らかの現

实的利益が得られる見込みがない限り、自ら進んで精神科を受診することは少なく、このことは逆に言うと、自分の病気を治したいとか、自分が良くなりたいとかというような受診動機ではないことを示唆している。

この疾患の患者は、精神科病院ではなく、刑務所において多く見られるとも言われている。軽症のB群パーソナリティ障害は人口100人の内1～2人程度かと思われるが、刑務所に入っている程重度の者は1000人に1～3人程度ではないかと私は予想している。反社会性パーソナリティ障害は、男性に多く、詐欺、恐喝、暴力、傷害、殺人に直結しやすいのに比べ、境界性パーソナリティ障害は女性に多く、水面下で他人の心理を操作することが主な手段になるので、そのような人との接触を経験したことがなければ、すぐには見抜けない。

気分障害及びパーソナリティ障害以外の疾患についても、簡単に触れておく。まず統合失調症は生涯発病率が100人に1人弱と言われていて決して珍しくはないが、発病時期としては典型的には思春期前後であるので、大学入学前に脳機能が低下する為なのか、大学生の中で見ることは皆無ではないが比較的珍しい。次にパニック障害は時々目にし、また過換気症候群が生じると人目を引くが、個人レベル、あるいは周囲の友人や教員の協力で何とか対応されていることが多いように思われる。強迫性障害については、恐らく軽症例は多いのだろうと予想するが、ほとんどが個人レベルで堪え忍ばれているものと予想する。最後にいわゆる社交不安症（社交恐怖）は時々遭遇するが、本学でこの疾患のみが原因で相談に乗ったという経験は記憶になく、ほとんどはうつ病等の他の疾患で相談に乗っている内に、社交不安症の併存が疑われるというものであった。解離性障害や転換性障害と呼ばれるものもあるが、説明し始めると複雑で長くなるので割愛する。

下記では、大学生の中で頻繁に問題となり、かつ対応することで本人の苦しみや大学の教職員の混乱が緩和される可能性があるという観点から、気分障害すなわちうつ病及び双極性障害（躁うつ

病)について説明する。

2. うつ病は「心の風邪」か

世間では「うつ病は心の風邪」といった表現で知られている。うつ病を特殊なものと考えず、積極的に医療機関に相談して欲しいとの意図で、このような表現が広められているのかもしれない。しかし、この表現は少なくとも次の2つの点で誤解されやすい。

まず1つ目は、この表現は、うつ病に罹患したら、風邪を引いた時のように、自分の調子がおかしいと簡単に自覚されるかのような印象を与えている。しかし実際は、うつ病という病態が自覚されることなどほとんど期待できない。

2つ目は、この表現は、あたかもうつ病は風邪のように軽微な疾病で、放置しても自然に治癒するかのような印象を与えている。確かに自然治癒する症例も少なからずあるはずだが、他方で、早期の自然治癒など全く期待できないような中等度以上のうつ病の症例も結構多いのである。

少なくとも以上の2つの観点で、うつ病は心の風邪というほど簡単な病気ではないので、誤解しないように願いたい。

3. うつ病は見極めるのが困難な疾病である

まず、うつ病が如何に自覚しにくく、且つ客観的に診断しにくい疾病であるかを説明したい。米国精神医学会 American Psychiatric Association が作成した最新版の診断基準である『DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル Diagnostic and statistical manual of mental disorders fifth edition (DSM-5)』¹⁾のうつ病診断の為に列挙されている症状の概要を表に示した。この中で、(1) 抑うつ気分 と (2) 興味または喜びの喪失 の少なくとも1つは必須の症状である。

これら症状の中で、『(2) 興味または喜びの喪失』は、「何をやっても面白くない」とか、「今まで楽しんでいた趣味に対してさえ興味が持てなくなった」という風に自覚されるのでまだわかりや

表 DSM-5 においてうつ病診断のために列挙されている症状概要

(1)	抑うつ気分
(2)	興味または喜びの喪失
(3)	体重の急激な減少（または増加）
(4)	不眠（または過眠）
(5)	焦燥や制止
(6)	疲労感または気力の減退
(7)	無価値観や罪責感
(8)	思考力・集中力の減退や決断困難
(9)	自殺念慮・自殺企図・自殺の計画

すいが、他方、一般的に気がふさぐと意識される『(1) 抑うつ気分』は、腹や頭が痛いというような自分自身に対する侵害的な感覚ではないので、症状と意識されにくい。

『(7) 無価値観、罪責感』についても、自分が人の役に立っているかどうかといったことは、普段はあまり意識されていないし、もし自分が世の中の役に立っていないと意識されたとしても、それが異常な『症状』とは普通は考えない。また、人生にはいろいろなことがあるので、罪責感を持つことは、誰でも時々あるいはしばしばあると思われるが、それがうつ病の症状だと認識することは、一般にはまず無かろう。

『(8) 集中力の減退』は症状として比較的意識されやすいものではあるが、集中できないと分析する思考力そのものが減退するので、「集中力がなくなった」と医師に相談することも思い浮かばなくなってくるものだ。

『(9) 自殺念慮・自殺企図・自殺の計画』はうつ病の症状として広く知られているところである。但し、うつ病の患者でも「自殺など考えたこともない」という人も多々おられるので、「うつ病＝自殺」と短絡的に考えるのは明らかに誤りであるので、念のため。さて、もし自殺念慮があったとしても、それを赤の他人に打ち明けることは少ない。精神科の外来患者ですら、自殺念慮を自分の方から担当医師に話す人はそういない。ところが、奥さんであったり、親であったり、普段一

緒に生活している、本人にとって気の許せる誰かには話していることが多いので、そのような人に問いかけることで初めて、本人が朝起きてから夜寝るまで、意識のある間はずっと死ぬことばかり考え、そして話している…などという事実が明らかになる。

以上のように、診断のための症状を聞き出したり見抜いたりするのは、簡単なようで実は意外に難しく、結果的に目の前にいる人がうつ病であることに気付かないということが、精神科医の中でも生じやすい。ましてやご本人が、自分がうつ病ではないかと合理的に疑うことは困難であり、従ってうつ病だからと自ら医療機関を訪れることは期待できない。

加えて、うつ病の人は暗く悲しそうであるので見ればすぐに分かると思われ勝ちであるが、今の社会では、人前で自分の感情をそのまま表情に表す人はむしろ珍しい。精神科に受診する時でさえ、気を遣ってにこやかな表情で礼儀正しく話をされる患者が多いので、かなり経験を積んだ精神科医でも気付かないことがある。

以上をまとめると、うつ病の諸症状は、本人にも意識されにくく、そして周囲の者からも気付かれにくいということになる。従って、急に成績が落ちたとか、あるいは中高生の時にはもっと勉強もできたし活動的であった学生が大学入学後いつまで経ってもパツとしない等の状況に出くわした場合には、意識的にうつ病を疑ってみなければ到底真実は知り得ないということになる。

ここで重要となるのが、「意識的にうつ病を疑った際に判断に役立つのが、睡眠と体重である」という事実である。うつ病の場合は、夜中に目が醒めることが多くなり、且つ早朝から覚醒してしまうので、朝の起床時にうっとうしさが強く感じられるようになる。また、味も空腹感も感じにくくなり、さらに多少の空腹感があっても何か食べたいという興味・関心・意欲が生じなくなり、結果的に食事の量が減り、体重が短期間の内に激減することになる。1か月の間に8kgも体重が減ったなどという驚くほどの体重減少が生じることも稀ではない。

ただ、時々正反対のことが生じるのでややこしい。つまり、うつ状態に陥って、終日「食っちゃ寝、また食っちゃ寝」の状態になる場合があり、この場合は睡眠の質を問題にしなければ睡眠過剰の様相を呈し、且つ体重が増加して肥満傾向を示すという結果になる。

いずれにせよ、不眠と体重減少、あるいは、見かけ上の過眠と体重増加は、データとして掴みやすく、うつ病かどうかを検討する最初の手掛かりとなる。まずはこのような症状群を確認して、確かにこれらが有れば、上記の他の症状について、注意深く聞き出していくという作業に移行するのが現実的であろう。

4. うつ病をどのように理解すべきか

世間一般のうつ病に対する考え方として、心の持ちようで良くなるというのがある。確かに、支持的精神療法を用いることで、患者さんの気持ちが楽になったり、一時的に症状が軽くなったりする場合はある。しかし、精神療法だけで中等度以上のうつ病が治るかと言えば、それは現実的には難しいと答えざるを得ない。

英国などでは、うつ病を対象とする認知（行動）療法が薬物療法より優先されると聞かすが、うつ病を対象とする認知（行動）療法の彼らのビデオ²⁾を見る限りでは、彼らが扱っている患者は結構おしゃべりであり、われわれが対応しているのと同じうつ病であるのか疑わしいと思ってしまう。われわれが診ているうつ病の患者さんは、一部の例外を除いて、さほど多弁であることはない。国民性なのか、あるいは英国ではより軽症の時期から医師に相談する例が多いのか、といった可能性も考えなければならないが、少なくとも中等度以上のうつ病の場合、ほとんど会話にならないことが多く、精神療法がそもそも成立しない場合が多い。

またうつ病は、気分が波があって、うつ状態が悪化したり自然に改善したりするものとかつては考えられていた。確かに、双極性障害では、長期的に観察すれば、そのような変化が認められる。

しかしうつ病となるとどうなのか。循環性ならば、治療をせずに様子を観ていれば、そのうち自然と症状が消退するはずである。しかし放置すればそのままずっとうつ状態が変化せずに持続するケースも多いのである。この場合は、治療せずに経過を観るとするのは現実的な対応策とは言い難い。

5. うつ病と双極性障害（躁うつ病）

昔は、うつ病と双極性障害（躁うつ病）の抑うつとは明確に区別されていなかった。例えば上記のDSM-5の一つ前の版であるDSM-IV-TR（2000年発行）では、うつ病性障害（うつ病）も双極性障害（躁うつ病）も、『気分障害』の下位分類の一種であった。ところがDSM-5（2013年発行）では、『双極性障害および関連障害群』と『抑うつ障害群』とはそれぞれ独立した章に分けて記述されている。これは、うつ病と躁うつ病とは異なった疾病であると見做すとの方向性が明確に示されたものである。

その理由の一つは、躁うつ病の抑うつに対して抗うつ薬を処方しても効果が極めて得られにくいことに加え、効果が出始めたときと喜んだのも束の間、突然躁状態に突入することが多く経験されるためである。

因みに、躁病は気分が異常に高揚し、活気と自信がみなぎる羨ましい状態と思われ勝ちである。しかし、躁病を何度も経験するご本人にとっては、自分の感情のコントロールもできず、自分の意に反して自分自身が暴走していく状態になるので、つらくまた恥ずかしい体験かと思われる。その為もあろうか、重度の双極性障害すなわち双極I型障害の自殺率は、うつ病患者の自殺率よりもかなり高いと思われる。

結果的に、双極性障害における抑うつに対しては、抗うつ薬は使用するとしてもかなり控え目で慎重にならざるを得ない。双極性障害の抑うつに対する治療は、基本的には気分安定薬と呼ばれる薬物を中心に行われ、そのみではどうにもならない場合にのみ、僅かな抗うつ薬等を使用すると

いうことになる。つまり、双極性障害における抑うつとうつ病の抑うつとは、抗うつ薬に対する反応性が異なっており、そのため薬物治療の方向性が異なるのである。ただ、精神科領域でこのようなことが意識されるようになったのは、比較的近年になってからのことである。

そうになると、患者の抑うつに遭遇して、それが双極性障害なのかうつ病なのかを見極めることが非常に重要になる。ところが、双方の抑うつで症状の違いは全くない。そこで、病歴を丹念にとつて、以前に躁病や軽躁病の期間（これらを躁病エピソード及び軽躁病エピソードと呼んでいる）があったかどうか等を聞き出す努力をするのだが、例えば中学生の時は陽気だったとか、高校の時は勉強で頑張ったといった事実があったとしても、それらが躁病エピソードあるいは軽躁病エピソードであったかどうかは、通常は判断できない。

実は、かなり重度の躁病エピソードの人に出会ったとしても、躁病を疑わずに聞いていれば、「優秀で自信に満ちた人だ」とか、あるいは「陽気で積極的な人だ」といった印象を持つだけで、目の前のその人が実は躁病であるなどとは気付かないものである。自分がよく知っている領域の話であれば、現実には到底あり得ないといった論理的矛盾に気付くことも可能かもしれないが、自分がさほど詳しくない領域の話なら、詰めの甘さを感じつつも、何となく感心してしまうことが多い。従って、家族から、このままでは本人の散財により破産してしまう等の事情を説明されるまでは、躁病であると思いつかないこともあるほどである。

実際に目の当たりにしている場合でもこのような状況であるので、過去についてはなおさら分かりにくい。となると、躁病あるいは軽躁病エピソードが存在したとの既往歴が入手できない限りは、目の前の抑うつ状態に対しては、まずは抗うつ薬を用いた薬物治療を始めてみて、薬に対する反応の仕方を観察しながら、最終判断をするということにならざるを得ないことが多い。

近い将来には、血液検査等で判断できるようになる可能性はあると思うが、それでも健常かう

つ病かを判断するより、双極性障害の抑うつかうつ病の抑うつかの判別は、難しいだろう。

またこの際ついでに述べれば、診断技術が向上した暁には、双極性障害と診断される症例がかなり増えると予想される。

6. 診断の難しさを示す一例

精神科疾患に関する診断の難しさを示す一例を挙げる。

男性患者 A (18 歳) は、大学入学後錯乱状態となり、病院 X の精神科に勤務していた私の外来を受診した。精神科受診はこれが最初である。その後 1～2 年の内に、ある程度症状が改善し、別の大学を受験し直して再び合格した。そうこうしているうちにうつが悪化したのか、自殺未遂があり、緊急で病院 Y に入院となった。そこでは統合失調症として治療され、寛解して退院したが、治療方針に納得できないと、その後私が別の病院 Z で診療していることを聞き付けて、私の外来を再び訪ねてきた。

病院 Y では統合失調症との診断を受けて抗精神病薬を中心とした薬物治療を受けていたのだが、その治療により気分は幾分楽にはなったが、活力が出ず、自宅に引き籠もった生活をしていった。私が引き継いだ当初は、主薬は非定型抗精神病薬 (第二世代抗精神病薬とも呼ばれる) の一つであるオランザピンであった。多少とも活動性が出てきた頃に社会復帰を考えることになり、ある企業に入社した。仕事を始めてから「今の薬物療法では職場でやっていけるだけの活力が出ない」と訴えるようになった。そして、最初に X 病院で私が診療していた頃、私が処方していた三環系抗うつ薬クロミプラミン塩酸塩が、実は自分に一番合っていたと話し始めた。

もし統合失調症なら、抗うつ薬を投与することで、かえって妄想や幻覚が増強され、病状が悪化することが多いが、思い切ってクロミプラミンの投与を開始することにした。患者本人とよく話し合った上で、そして抗うつ薬でかえって状態が悪化することもあり得ると危険性を認識させた上

で、抗精神病薬をそのままに、抗うつ薬を追加し、経過を観察した。心配した症状の悪化も観られなかったため、徐々に抗うつ薬を増量、逆に抗精神病薬を減量していき、最終的にはクロミプラミン塩酸塩単剤の十分量での治療に至った。

クロミプラミン塩酸塩単剤での治療が 1 年以上続き、そこで次に状態を観ながら抗うつ薬の減量を試み、ほぼ 4 年を懸けて遂に薬物治療を完全に終了することができた。この間、職場ではストレスでイライラを募らせ、さらに対人関係上のトラブルもあったが、何とか凌ぎ続けることができた。精神病症状も出現せず、過酷な労働条件にも驚くほどの粘り強さと努力を維持し、以前の病的状態はほぼ完全に治癒したのではないかと思われるまでになった。

しかし、抗うつ薬中止後ほぼ半年して、再びいろいろと悩み始めた。職場の状況がさらに悪化したのか、うつ状態が再発・悪化して対応力が低下したのか、判断が難しかった。実際に職場の状況はかなり厳しく、本人が就職する際に力になってくれた上司も会社を去っていたし、本人もいつ解雇されるかわからないような状況が続いていたことは、父親から話を聞いていた。このままでは、最悪の場合自殺もあり得ると懸念し、抗うつ薬の再開を決断した。

クロミプラミン塩酸塩は副作用が強いので、今度は SSRI や SNRI と呼ばれる新しいタイプの抗うつ薬で治療を試みた。それが奏効して活力が改善し、その後も、思い切って自分から職場を変える決断をするなどさまざまな困難を乗り越え、現在に至っている。現在は職場での信頼も得られるようになり、ようやく社会人らしい生活になってきている。

さて、この患者の場合、統合失調症ではなくて、うつ病であることは、以上の経過を見れば明らかである。ではなぜ Y 病院で統合失調症と診断されたのか。私の記憶の中でも、私が X 病院で診療にあたっていた当時、「脳の前の部分が溶けている」といった奇妙な訴えをしていたことを記憶している。この様なことを訴えられると、医師は体感幻覚ではないかと疑ってしまう。体感幻

覚が統合失調症の典型的な症状かどうかは怪しいのだが、思わず統合失調症を連想してしまう症状ではある。そして、この患者の悩みが、他人と巧くつきあえない、疎まれている、非難されている、仲間外れにされている、等々と対人関係上の困難であったことも統合失調症を連想させたのだらうと思う。当初は、表情も暗く乏しく、やや冷たい印象を与えることもあった。これらの特徴も統合失調症を連想させるものであった。

他方、統合失調症にしては当てはまらない特徴も見られた。例えば、人との付き合いだが、統合失調症の場合、豊かな友人関係が持続することは少ないが、Aの場合は、高校の友人数名との付き合いは、完全に途絶えてはいなかった。もちろん、年齢と共にお互いに会う機会はずっと少なくなっただけで、それは誰にでも生じる範囲内のことと思われた。また、統合失調症に見られることが多い、自分を批判したり馬鹿にしたりする他者の声という形での明確な幻聴は、Aには生じていなかった。

以上の点をまとめると、明らかに統合失調症であると言える決定的な症状には欠けていたが、統合失調症を疑わせるいくつかの特徴を備えていた、ということになる。このような場合に判断が分かれる。いずれにせよ、この症例は、専門家であるはずの精神科医でも、本質を簡単に見抜くことが困難な例があることを示している。

次に、うつ病であったのなら、何故非定型抗精神病薬による治療により、ある程度の改善を示したのか。これも比較的近年のことだが、非定型抗精神病薬の中でも、特にオランザピンやクエチアピンは、海外では既に、治療抵抗性うつ病に使用されている。中でもオランザピンは、統合失調症患者に使用しても、気分を朗らかにしたり機嫌を良くしたり、多少活動的にしたりする印象を持つし、クエチアピンも似た傾向がある。別の非定型抗精神病薬であるアリピプラゾールは、我が国においてもうつ病に使用可能になっているが、オランザピンやクエチアピンも、いずれ統合失調症のみならずうつ病の治療薬としても保険適用されるようになると予想される。

しかしながら、これら非定型抗精神病薬は、効き方が抗うつ薬とは異なっており、抗うつ薬ほど積極的に気分や行動力を賦活するわけではなさそうである。要するに非定型抗精神病薬はSSRI等の通常の抗うつ薬より優れた抗うつ薬ということではなく、それぞれの薬剤がうつ病のそれぞれ異なった側面を改善する傾向があるのだと考えた方が良い。

いずれにせよ、うつ病の薬物治療は、表面からは見えにくい『うつ』の諸症状を個々の薬物の個性を巧く利用して軽減させる対症療法の技法であるということになる。薬物治療が功を奏して少しでも良い状態が長い年月経過する内に、自分や自分の人生に対する安堵感が増し、そして生活上の種々ポジティブな体験が積み重ねられ、社会や人間に対する以前ネガティブだった認知が健全化されるのだらう。本人が経験を通して自信と安堵感を回復させるのと並行して、脳内の神経機能が正常化・安定化していくのだらうと思われる。

7. うつ病の発病時期

さて、うつ病の発病時期について述べたい。原著(2003年出版)の翻訳『カプラン臨床精神医学テキスト第2版DSM-IV-TR診断基準の臨床への展開』(2004)の気分障害の章には、双極I型障害(躁うつ病の重症型と考えると良い)の発病年齢は5・6歳から50歳以上までで平均30歳、大うつ病性障害(典型的なうつ病と考えると良い)の平均発病年齢は約40歳となっている。そして「最近の疫学的資料からは、大うつ病性障害の発生率が20歳以下の人々の間で増加しているのではないかと示唆されている」と書き添えられている。

これに対して、2013年に原著が刊行され、2014年に発行された翻訳版『DSM-5精神疾患の診断・統計マニュアル』では、双極I型障害の最初の躁病・軽躁病・抑うつエピソードの発症は平均約18歳、うつ病については、「いかなる年齢においても発症するが、その確率は思春期以降に大きく増加…米国では発症は20代で最も高く…」

となっている。

つまり2003年から2013年までの10年の間に、双極性障害もうつ病も、発病年齢が10年以上若年にシフトしたことになる。本当に若い人々の中で双極性障害やうつ病が増加しているのかどうか、本当のところは知りようがないが、双極性障害やうつ病に対する臨床医の知識や診断力が、米国において向上した影響が大きいと考えられる。つまり若者の抑うつは、昔から頻度が高かったのだが、それがうつ病や双極性障害とは気付かれていなかった、ということではないだろうか。世界の精神医学の権威と言われる学者の間でもこのような実態である。実は、精神科疾患に対する理解が深化し整理され始めたのは極めて近年のことなのである。

いずれにせよ、われわれの大学の学生達に、うつ病や双極性障害が多いとしても、決して特異なことではない。若い人々の間での実際の有病率に関する正確な数字は得難いが、さまざまなタイプの双極性障害およびその関連障害群、さまざまなタイプの抑うつ障害群を全て含めて考えれば、どんなに少なく見積もっても大学生の10%を超える人達が、何らかの抑うつ症状を抱えていることになると思われる。

8. 治療か、あるいは経過観察か

われわれの大学には2000名近くの学生がいるので、抑うつ症状を体験しているのは200名以上という計算になる。平均すると各学年30名以上になる。確かに、他の学生より顕著に意欲のない学生、あるいは元気のない学生は、それ位の数は居そうである。そういう学生達は、勉学に対しても集中できず、興味も持てないので、成績は芳しくはなからう。

それでも抑うつ状態の程度が軽度なら、そしてもともとの実力に余裕のある学生なら、成績は特に良くはないが、左程悪くもなく、周囲の注意を引かないまま学生生活を終えることも可能かもしれない。あるいは、自然と軽快したりする場合もあるのだろう。従って中等度から重度の抑うつ状

態で、且つ軽快の兆しがなかなか見えない学生達が、留年する等の何らかの問題で教員の目を引くようになるのだと思う。但し、精神の不調はうつ病や双極性障害だけではないので、留年生全員がうつ病か双極性障害というわけではない。

抗うつ薬がまだ発達していなかった時代にはどのように治療していたのだろうか。私が聞いたところでは、転地療養が主である。温泉地などに赴いて、気分を変えることが大切と聞いた。全く異なる環境に順応し、いつもと異なる人々と交流しなければならぬので、脳は種々新しいことを学習する必要に迫られる。そうすると今まで使っていた思考回路が当面は役に立たないので、その回路は休眠状態となる。これが脳を休めるのに効果的なのだという理屈になる。今までと異なる思考回路を使えば良いということなら、温泉地でなくても、病院への入院でも良いということになる。実際、精神科病院に入院するだけで、多少は良くなるということが、一般的に経験されるものである。しかしながら、本格的に軽快するかというと、現実には左程甘くはない。重度のうつ病の場合は特に、転地療養の程度ではなかなか軽快には至らない。

結局、薬物治療をしなくても、何とかなっていくケースも稀にはあるのだろうが、重度のうつ状態に陥って、留年を繰り返すような状況になれば、積極的に薬物治療を始めた方が現実的ではなかろうかということになる。但し、強制はできない。

9. 自殺について

厚生労働省の平成23年人口動態統計³⁾によると、男女合計での死因順位としては、自殺は7番目となっており、死亡数は28,874で全死亡数の2.3%となっている。時期はずれるが、警察庁統計⁴⁾において、平成21年の総自殺者数32,845人の内、原因・動機が特定されたのは24,434人、その内うつ病が特定されたのは6,949人となっている。うつ病以外では、統合失調症1,394人、アルコール依存症336人、薬物乱用63人となって

いる。原因・動機として、健康問題以外とされている項目では、経済・生活問題 8,377 人、家庭問題 4,117 人、勤務問題 2,528 人、男女問題 1,121 人、学校問題 364 人となっている。結局、総自殺者数の少なくとも 21% (6,949/32,845) において、うつ病が特定されたということである。しかしアルコール依存症者も、自殺する時はうつ状態になっている可能性が高い。また、経済・生活問題で自殺した人々の中には、孤軍奮闘の末、力尽きて抑うつ状態に陥って自殺した方々も少なくないであろうことは想像に難くない。このように考えると、この 21% というのは、「どんなに低く見積もっても」という意味と解釈する必要がある。つまり、精神科に通院して診断を受けていなかったものでうつ病と特定されなかったが、実はうつ病になっていたという人々が、相当数いるはずである。

うつ病の患者にとって、生と死の敷居は限りなく低くなるようで、死は手を伸ばせばすぐに届くほどの至近なものになるようである。問題は、いつ、どこで、どのような方法で死ぬか、それだけになっている状況が垣間見られることが多々ある。

死ぬことに取り憑かれた、と言うより、「死に取り憑いた」うつ病あるいは抑うつ状態の患者さんと言った方が事実に符合している。そのような患者さんに、自殺をせずに、その後数日や数週間ではなく、何年も何十年も生き続けていただくというのは、実際にはかなり難しいことである。

うつ病や双極性障害の患者さんは、抑うつエピソードの真っ最中に自殺するのではなく、良くなってきた時、あるいはこれから悪化しそうだがまだ悪くなっていない時に自殺する。家族も医療者も、やっと大変な時期を乗り越えたと安堵し始めた時や、全く警戒していない時に、思いがけないタイミングで自殺し亡くなってしまうことが多い。

結局、うつが進行して重度になってから何とかしようとするのでは、手遅れなのかもしれない。そこで、うつにならないように、あるいは、もしうつになったとしても、できるだけその早期に解

決するよう働きかけるのが理想である。というのも、うつの期間が長くなればなるほど、その間に失敗や、不手際といったネガティブな体験が増え、さらに周囲の者からの批判や批難に晒される機会も増え、あるいは批判や批難に晒されていると思込む期間が増え、ますます症状も状況も悪化し、社会の中に立ち戻って活躍するのが難しくなるからである。

10. セロトニン症候群

抗うつ薬で治療している際に、気を付けなければならないことの一つに、セロトニン症候群がある。それまで苦勞しながら治療を続けてきて少し良くなりかけた頃に、急に状態が悪化して落ち着きがなくなったりすると、服薬を怠ったのか、何かより大きな生活上の負担が生じてうつ状態が悪化したのか、等と捉えるのが普通であろう。もし本当にそうならば、抗うつ薬や抗不安薬等の治療薬を増量する方向で対応することになる。

うつが悪化しているのに、抗うつ薬を減量してしまえば、抑うつエピソードを長引かせ、将来の自殺の危険性を高めることになりかねない。しかし、もしそれがセロトニン症候群ならば、逆に抗うつ薬を減量しなければ、事態はさらに悪化する。

セロトニン症候群は、情報としては十分に流布されているが、医療の現場では案外わかりにくい。正に経験と注意深さが物を言う局面であり、症状と経過を注意深く検討し、さまざまな可能性の中から、正しく判断されなければ不幸な結末になりかねない。

11. まとめ—うつ病に早く気付くには

以上記述した様に、うつ病は学生の罹患率がかなり高い疾病である。しかしながら、症状からうつ病に気付くのは、実はかなり困難である。そこで、学生の成績が急激に低下したとか、大学に出てこなくなったとか、あるいは入学時の成績が左程悪くないのに、入学後パツとしないとかの状況

があれば、まずはうつ病を疑うのが賢明だと思われる。

うつ病であると仮定してみて、睡眠や体重に変化があるかどうかをチェックできれば好ましい。さらに、本人の行動パターンについて、やや長期間にわたって情報収集を行い、また観察し、うつ病や双極性障害に当てはまる症状について検討するのがよい。もし、当てはまるようであれば、対策を考える必要がある。うつ病や双極性障害の可能性が低ければ、それ以外の疾病あるいは特殊な事情の存在について、続けて検討する必要がある。

もしうつ病や双極性障害の可能性が高い場合、もちろん薬物治療を受けるかどうかは、本人次第であり、強制することはできない。特に軽度の場合は、自然軽快もあり得るので、この場合は医療機関を訪れるに至らず、詳細は不明である。しかしながら、抑うつ状態の結果としてネガティブな

体験を繰り返すようになれば、将来を楽観できなくなることも事実である。その場合は時期をみて、健康管理支援室あるいは学生相談室にて、まずは相談に乗っていただくようにするのが良いのではないかと思う。大切なことは、大学側が、そのような学生の面倒を看っていく態勢を整えることではないだろうか。

参考文献

- 1) DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル. 高橋三郎, 大野 裕 監訳. 医学書院, 2014.
- 2) DVD+BOOK, Beck & Beck の認知行動療法ライブセッション. 日本語版監修・解説 古川壽亮. 医学書院, 2008.
- 3) <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai11/kekka03.html>
- 4) <http://www.mhlw.go.jp/seisaku/2010/07/03.html>