

第 2 回 2024.02.24

「若者のメンタルヘルス事情」

工藤 喬 氏

大阪大学キャンパスライフ健康支援・相談センター センター長
大阪大学大学院 医学系研究科精神健康医学 教授

若者のメンタルヘルス事情に関して端的に言いますと、自殺を既遂する手前で、我々のような専門職に行き着いていません。それが非常に大きな問題だと思います。裏返せば、我々の前にさえ来ていただければ、自殺は防げるのではないかというのが今日主張したいテーマになります。

全国の国立大学 78 校の保健センター（保健管理施設）が集まって、調査した結果をまずお示したいと思います。「大学における休学・退学・留年学生に関する調査」（2014 年）です。この中で自殺者についてのデータも取っています。大学生の病死や事故死は近年減る傾向にありますが、残念ながら自殺者は増加傾向にあります。

自殺をしてしまった学生さんに対して、保健管理センターがそれ以前にどれだけ関与していたかという点、16%に過ぎませんでした。また、実際に精神疾患の病名が付いていた人は 9%だけで、あとは「不明」となっています。残念ながら自殺をしてしまった学生さんは、我々のような専門施設の関与ができておらず、きちんと診断して対応することもできていなかったのです。

この調査は主に、休学や留年などの影響をみるものです。2014年に自殺した学生（10万人あたり17.9人）の中で、休学歴がある人は22.4%、留年歴がある人は37.3%という割合になりました。

休学率を専攻別・男女別で見ると、文系（4年制）の男性が一番高く、3%を超えています。退学率や留

年率も文系（4年制）の男性が一番高く、退学率は7%、留年率は3%を超えています。こうしたことが自殺傾向につながる可能性があるため、理由を調査していません。

休学理由を男女別にみると、女性は進路上の問題を大きくとらえて休学につながっていましたが、男性は大学外の理由で休学につながることが多い特徴がみられました。また、休学理由を専攻別にみると、文系の学生は進路上の問題が休学につながる傾向がありました。入学時から決まった道がわりと定まっている理系と比べて、文系の学生は幅広い方向性があるので、このような傾向になっているのかもしれませんが。

退学理由を男女別にみると、男性は大学外の理由で退学するという、休学理由と似た傾向になっていました。専攻別でも休学利用と似た傾向になりましたが、理系の場合、自分と合わない道だと分かると退学してしまいがちなのかもしれません。

また、学生が精神の病気を持っていたかどうかも問題となります。そこでこの調査では、休学理由となったメンタル不調も調べています。その結果、うつ病をはじめとする気分（感情）障害（F3）が約半数にあたる47%、神経症性障害など（F4）が31%となっています。退学利用となったメンタル不調も、ほぼ似たような結果になりました。

最終的に自殺につながってしまった学生さんのうち、診断がついていた人の病名を調べた調査（1985年から2005年の国立大学74校の調査）でも、やは

りトップは気分障害 (F3) で 42% を占めました。次が統合失調症などの精神病 (F2) で 36% となっています。学生さんの自殺を考えるにあたっては、気分障害、特にうつ病についてどう考えていくか、というのが重要なポイントになるのです。

うつ病は、抑うつ気分などの感情の異常がメインの症状であると思われがちですが、思考の異常、意欲・行動の異常など様々な症状が出ますし、身体症状を伴うのも大きな特徴です。具体的な症状としては、感情の異常では抑うつ気分や不安・焦燥が表れ、患者さんは「気が滅入る」「落ち込む」などと訴えます。典型的なうつ病の症状には日内変動があり、一般的には朝に調子が悪くなります。そのため、「気が滅入る」などの症状が夕方以降や夜に出てくると、典型的なうつ状態とは言えないかもしれません。

また、意欲・行動の異常では「やる気が出ない」「日常的なことをするのも億劫」などの精神運動抑制 (制止) が表れ、思考の異常では「考えが浮かばない」「考えがまとまらない」などの思考抑制 (制止) と、場合によっては罪業妄想・心気妄想・貧困妄想といった微小妄想が表れることもあります。

こうした精神症状だけではなく、うつ病には身体症状が伴う場合が多いことも考えておく必要があります。一般的には、睡眠障害、疲労・倦怠感、食欲不振などが出てきますが、頭重・頭痛、性欲減退、便秘・下痢、口渇、体重減少、めまい、月経異常などが出てくるともあります。このような身体症状で、精神症状が隠されているような状況 (仮面うつ病) も存在します。

うつ病はなぜ起こるのでしょうか。うつ病の発症メカニズムを一元的に語ることはできません。精神医学的には、心理的要因、内因・性格、身体的要因、という三つの要素が重なって、うつ病を発症するという考え方が正しいとされています。ともすると、心因や環境的な要因ばかりを探しがちですが、もともとの内因であるとか、場合によっては身体的な要因がうつ症状を生んでいることもあります。

Kielholz の病因論的うつ病分類という有名な分類があります。身体因と心因のそれぞれの比重で、器質

性うつ病 (身体因性うつ病)、症状性うつ病 (身体因性うつ病)、循環性うつ病 (内因性うつ病)、晩発性うつ病 (内因性うつ病)、神経症性うつ病 (心因性うつ病)、反応性うつ病 (心因性うつ病) など、様々な病態を起こしてくることを、この分類のグラフが語っています。

その人のうつ状態はどういう原因で生じているのか、分析していくことが非常に重要です。なぜかという、治療につながっていくからです。環境因が主なうつ状態の場合は環境調整が必要になりますし、逆に身体因が主であれば身体的な治療が必要になります。病因は性急に判断するのではなく、いろいろな状況を分析しながら考えていくことが大切です。

身体的要因によるうつ病の中で、精神科の臨床現場でわりとお目にかかることがあるのは甲状腺機能低下症の人です。この病気の人は一見、うつ病のようにみえます。血液検査をして甲状腺ホルモンの値を測らないと、ずっと観察していても分かりません。このような病気は色々あるので、身体的なチェックが必要になるということを、肝に銘じなければなりません。がんの患者さんも、うつ病になると言われていますし、高齢の人では認知症が隠れている場合もあります。

薬物によるうつ症状も身体的要因のひとつです。インターフェロン、降圧剤 (レセルピン、 β 遮断薬、メチルドパ、クロニジン)、副腎皮質ホルモン、経口避妊薬、潰瘍治療薬 (シメチジン、ラニチジンなど)、抗パーキンソン薬 (レポドーパ、プロモクリプチンなど)、抗悪性腫瘍薬 (ピンクリスチン、ビンブラスチンなど)、抗結核薬 (サイクロセリン、イソニアジド、エチオナミドなど)、抗精神病薬 (フルフェナジン、ハロペリドールなど)、鎮痛薬 (ペンタゾシン、インドメタシン、イブプロフェン、アスピリンなど) 等が、うつ症状を起こしやすい薬物として知られています。そのため、飲んでいる薬もチェックする必要があります。

うつ病の引き金となる心理的要因は、学生さんでしたら、学業がうまくいかない、就職がうまくいかない、友達関係で悩んでいる、などを考えやすいわけですが、しかし、ここで我々のような専門職が注意しなければいけないのは、うつ病の引き金は人それぞれだという

点です。会社での昇進とか、就職が決まったとか、ふつうであればおめでたい状況の時に、うつ状態になる人もおられます。その人の人生の大きな転機が、良いことでも悪いことでも、うつ病の引き金になりうるのです。「さすがにそんなことでうつ病にはならないだろう」とこっちが勝手に考えるのではなく、何か大きな人生の転機がなかったかどうか、しっかり聞き取っていく必要があります。

内因・性格については、メランコリー親和型性格の人がうつ病になりやすいと言われていています。秩序を重んじる、几帳面、真面目、自分を抑えて他人を優先する、というような性格を指します。非常に良い人なのですが、そうした人がうつ病になりやすいとテレンバツハが提唱しています。それに近い概念として、日本の下田光造先生が執着気質というものを提唱しました。几帳面、熱中性、仕事熱心、凝り性、正義感が強い、という特徴があり、このような人がうつ病になりやすいと言われていています。

一方で、循環気質というものもあります。非常に社会的で、他者と同調し、非常に現実的な考え方をする、いわゆる親分肌な感じのエネリギッシュな人です。このような人は躁うつ病になりやすいと言われていています。ですので、もともと持っている性格がうつ病になりやすいこともありますので、内因や性格にも目を向ける必要があります。

うつ病の治療では、薬物療法だけでなく精神療法が必要になります。この2つの方法が両輪のように働いてはじめて、確実な治療ができると言われていています。抗うつ薬は、まず三環系が発売されて臨床で使われ始めた歴史があります。抗うつ薬は、シナプス間の伝達を終えたセロトニンやノルアドレナリンなどの神経伝達物質が、再利用のために再取り込みされるのを防ぎ、これらの物質をシナプス上で増やす働きがあります。これで抗うつ効果が生まれるわけですが、三環系抗うつ薬は、セロトニンやノルアドレナリンの再取り込み阻害作用を目指して作った薬ではなく、他の用途で作られた薬がたまたま抗うつ作用を持っていたため、使われ始めました。そのため他の神経伝達物質に対する作用も持っていて、これが問題となりました。特に、アセチルコリンに対する作用も持っていて、大きな副作用につながりました。抗コリン作用や心毒性などです。

抗コリン作用は、口渇や便秘などの副作用が知られていますが、場合によっては致死的なことがあります。私が精神科医になったばかりの頃は、この三環系抗うつ薬が主流だったのですが、自殺目的のオーバードーズがよく起きました。すると抗コリン作用が強くて、患者さんが亡くなることもありました。ですので、抗コリン作用があるというのは、非常に大きな問題だったわけです。そこで開発されたのが、現在主流となっている抗うつ薬 SSRI です。

SSRI は、選択的にセロトニンの再取り込みだけを阻害する薬です。セロトニンの再取り込み口だけを塞ぐため、アセチルコリン受容体への作用は持っておらず、抗コリン作用の心配があまりありません。安全で使いやすい薬になったのです。そのため最近では、抗うつ薬 (SSRI) をオーバードーズして救急に運ばれても、ほぼ助かるようになりました。命を落とすことは非常に稀になっています。

ですが安全とはいえ、問題点もあります。まず、離脱症状が強くて出てきます。SSRI を急激に止めると、離脱症状によって逆に症状がひどくなってしまうのです。投与初期には、アクチベーション症候群と言いまして、アクティブになり過ぎてしまうこともあります。これが厄介なのは、自殺につながりやすいことです。そこで SSRI の添付文書には、アクチベーションに注意と書いてあります。特に若年者に出やすいので、投与初期には自殺の恐れに注意しないといけません。

また、もともと躁うつ的なキャラクターを持っている患者さんの場合は、躁うつサイクルが早くなってしまうラピッドサイクリングにも注意が必要です。これも自殺などにつながりやすいので問題視されています。SSRI は身体的には安全な薬になったのですが、投与初期、特に若者に対しては、アクチベーションやラピッドサイクリングへの注意が必要なのです。

うつ病の患者さんに対する精神療法としては、笠原嘉先生の小精神療法が対応のエッセンスとなっています。うつ状態の患者さんの多くは、気の緩みや怠けのせいでそうになっていると思っています。自分が病気だとは思っていない場合が多いのです。そこでまずは、うつ状態という「不調」であることを丁寧に説明して、休息を取ることを促します。

それからもうひとつ重要な点は、うつ病の患者さんは多くの場合、大きな決断をしようとされます。例えば学生さんであれば退学、会社員であれば退職などです。これは錯覚なのですが、大きな決断をすれば今のうつ状態が改善できるのではないかと、思い込むのです。そのような場合の対応として重要なのは、「大きな決断は不調が終わるまで延期しておきましょう」「今決めるのではなくもう少し先延ばししましょう」と働きかけることです。

重大な決断の究極は、自己破壊的な自殺企図です。うつ病の患者さんの前で自殺の話題にふれることは、我々専門家でも根性があることですが、そこはあまり隠さず、話をするのが非常に重要です。患者さんの多くはメランコリー親和型の性格なので、約束は守ろうとされます。そこで、自己破壊的な行為はしないようにしようと、約束を交わすことも非常に重要です。うつ病の症状は一進一退ですが、ある一定の期間で必ず改善するというのを、ご本人に分かっていただくのもポイントです。こうした小精神療法的な対応が、危機的な人に対するメンタルヘルス・ファーストエイドのようなエッセンスのひとつになるのかもしれませんが。うつ病に対する具体的な精神療法としては、認知行動療法や対人関係療法が使われています。

最近の若者のうつ状態に関して、ちょっと気になる点があるのでお話しします。以前に、「うつは心の風邪」というキャンペーンが行われました。そして、フルボキサミンという国内最初の SSRI が発売された 1999 年以降、患者数が極端に増えていきました。また、同じ時期に発売された SSRI パロキセチンの売り上げ増と、気分障害の患者数の増加が、非常にパラレルに推移しているという指摘がされました。これは変な話で、薬ができれば患者さんは減らないといけないのに、薬ができればできるほど患者さんが増えていく傾向が生じてきたのです。

そこでよく言われるようになったのが、「軽症うつ」という概念です。これがひとり歩きして、心の風邪のように蔓延したので、「気軽にクリニックに行って SSRI をもらいましょう」という風潮になりました。製薬メーカーが「心の風邪」のようなキャンペーンを張ったがゆえに、うつ病の患者さんがどんどん増えていったのです。

こうした軽症うつが広まるなかで、新型うつ病という概念が出てきました。これは、従来型のうつ病とはキャラクターを異にしています。新型うつ病は若年層に多く、自己愛が強い、多罰的な傾向（他人・環境・上司・家族のせいで自分はこうなっていると他人を責める）などの特徴があるという報告がされました。しかし、新型うつ病という概念は、専門職は注意して使う必要があります。日本うつ病学会のホームページには『「新型うつ病」という専門用語はありません』と書いてあります。更に、「精神医学的に厳密な定義はなく、そもそもその概念すら学術誌や学会などで検討されたものではありません」としています。

一方でこのホームページでは、「非定型うつ病」という概念はもともと存在していて、DSM でもそのような病態は規定されていると書いています。非定型うつ病という病態が、新型うつ病という概念の中で埋もれてしまっているのです。特に、若者の非定型うつ病という病態が、新型うつ病という概念の中で埋もれているのではないかと思います。

非定型うつ病の報告は古くて、1959 年に West と Dally という人が報告しました。拒絶過敏性、鉛様麻痺、気分反応性、逆転した身体症状、という 4 つの特徴があると言われていています。拒絶過敏性というのは、他人の侮辱、軽視、批判に、些細な事でも強く反応して、落ち込んだりキレたりします。そしてキレた後には、そういう場に対して拒絶反応を示して、学校を休んだり友人関係を断ったりします。非常に過敏で、拒絶してしまう病理があるわけです。

それから体の症状として、四肢が鉛のように重く、時に発作的に出現する鉛様麻痺があります。特に朝起きた時に体が鉛のように重く、起き上がれない症状が表れます。気分反応性も特徴で、何か良い出来事があると元気になる状態です。従来型のうつ病は、何か良いことがあっても喜べない苦しさがあるのですが、非定型うつ病の人は、週末は旅行に出かけられるのに、月曜になったら途端にうつになったりします。そのため他人からすると、サボっているように見えたりもします。従来型のうつ病とは逆転した身体症状も特徴で、過食、体重増加、過眠などが起こります。

West と Dally は当時、抗うつ薬として使われてい

たモノアミン酸化酵素阻害薬（副作用が強くて現在は使われていない）が効いた患者群と、三環系抗うつ薬が効いた患者群に分けて、症状を詳細に検討しました。すると面白いことに、従来型うつ病によくみられる自罰的傾向や日内変動などがある患者には、モノアミン酸化酵素阻害薬の効きが悪く、従来型とは違う傾向がある患者には、この薬が比較的効いていました。この研究の結果、従来型とは違う非定型な病像を呈する群があると分かり、非定型うつ病という病態が同定されたのです。

要するに非定型うつ病は、モノアミン酸化酵素阻害薬が効くか、効かないか、ということで分けた群ですから、生物学的なバックグラウンドで規定された病態になります。単に概念論で決めたわけではないので、非定型うつ病の患者さんは実際におられます。ですが埋もれてしまって、治療がうまくいっていないのが現状だと思います。特に若い人が、新型うつ病として片づけられている可能性があることに、注意する必要があると思います。

ここから自殺の話に少し戻ります。大阪大学の学生の死亡者は、2019年から2021年の間に12人（うち6人が自殺）いました。保健センターに一報があり、受診歴を調べますと、ほとんどの学生さんはカルテがありませんでした。保健センターに来ていなかったのです。この傾向は他の大学でも同じで、先ほどご紹介した国立大学74校の調査でも、保健センターの事前の関与は、関与なしが76%になっていました。ここが問題で、自殺に及ぶ手前で我々がどのように関与できるか、というのがポイントになると思います。

この傾向は日本だけではありません。米国大学精神保健協会の調査をみても、自殺の前にセラピーや投薬を受けていた学生は少なく、やはり80%前後が治療につながっていませんでした。ですからこの傾向は、グローバルにあると考えられるわけです。自殺に至るまでに、我々がなんとか関与しないといけないのです。

最後に、我々が大阪府と取り組んでいることをお伝えします。大阪府では、若年層を対象とした「大阪府こころのほっとライン」という相談窓口を設けています。若者が活用しやすいツールとして、LINEを使って始めています。現在は府内の大学等の学生（卒業生

も含む）と、妊産婦（未就学の乳幼児の保護者など）を対象としています。例えば、LINEのチャットで「死にたい」とか「今から自殺します」などと書いた場合は、警察署とも連携して、場合によっては連絡するネットワークを作っています。

ご本人の同意を得られれば、学校がデータをもらうこともできます。既に何人かは、同意の上でもらったデータを生かして学生さんを探し、お声かけをすることも行っています。今は大阪府下17校の大学が参加しています。利用状況を見ると、1回で済むことが多くなっていて、LINEが1回でもつながればそれで解決する傾向があります。相談はやはり女性が多く（約8割）、男性からの相談はなかなかありません。男性の学生からの相談を増やすことが今後の課題です。相談内容は、やはりメンタル不調の話が多くなっていて、自殺念慮の話も出てきています。

このように、大阪府こころのほっとラインは、学生の間で浸透しているLINEを使ってテキストベースで相談を受けています。LINEに自分でメッセージを打ち込み、文字にすると、気持ちのある程度整理できるという話を学生さんから聞きました。大阪府と連携したこのような取り組みを広げていく中で、警察や消防とも連携ができてきました。こうした取り組みが他の地域でも広がっていったらよいと思っています。

Q. 海外に比べて日本の若者の自殺が多い理由を教えてください

大変難しい問題ですが、若者に限らず、日本人は自殺が多いということはみなさんご存知だと思います。国別にも自殺の多い、少ないがあると思います。質問をすり替えるようで恐縮ですが、自殺につながるような人は先ほどお伝えしたように、米国であっても相談に行けていない傾向があります。我々としては、何とかつながりを持つということが、日本に限らず必要なことではないかと思います。