

## クンプ地域での精神医学見聞

井上有史

京都大学医学部精神科

ネパールの精神医療の現状について簡単に展望し、クンプ地域の医療施設や家庭訪問での見聞から精神医学的に興味のある点をいくつか述べた。さらにナムチェとクムジュンで成人と学童を対象におこなった意識調査とロールシャッハテストおよび描画テストの結果を報告した。描画テストでは、稚拙さ・構成能力の低さがことに目だった。

### 1 はじめに

1991年 8.25-9.15 の第4次ネパール医学学術調査隊に参加したが、そもそもネパールを含めアジア文化圏が初体験である筆者には、3週間という時間は、さまざまな強烈な印象をこそ与えはしたもの、精神医学的にまとまった知見をうるにはあまりにも短かった。したがってここでは、この期間に見聞したことを印象をまじえて綴ることしかできない。

### 2 ネパールにおける精神医療の現状

まずはじめに、ネパールの全般的な精神医療の現状について略述しておこう。ネパールには、西洋医学的意味での精神科医は12人しかいない。しかしホメオ医師も含めて医師数が950人であり(CBS,1991)、年間の医師増加数が50名に満たないことから、この数字は極端に少ないわけではない。病院は、単科精神病院(40床)が一つ、精神科病床を併設した総合病院が二つ(計約20床)ある(ネパールの病院数は123)。外来診療は、これらの病院といくつかのクリニックで行われている。

パタンにある単科精神病院は、パタン総合病院の旧舎で、20床ずつの男女各病棟があり、ダイニングと広い庭がある。準開放システムで、敷地内の出入りは自由である。保護室はなく、その需要はあまりないらしい。不穏のため抑制帯をつけた

患者が一人いたが、他患が抑制帯を緩めたり締めなおしたりしている風景には管理的な雰囲気は感じられなかった。3人のネパール人精神科医を含め8人の医者が出入りしており、看護スタッフは看護助手の4人を含め13人前後、加えてシスター2人と複数のソーシャルワーカーに相当するスタッフがいる。かなり恵まれた治療的環境である。基本的に急性病棟であり、平均在院期間は2ヶ月で、3ヶ月以上の長期入院はない。入院時の100ルピーのdeposit以外は無料である。このdepositは退院時に返却されるか、交通費として使われる。患者層、疾患像は多岐にわたり、入院の申し込みは多い。治療は電気ショック療法をはじめ一般的な西洋医学的精神科治療が中心である。

カトマンズの教育病院には、男女各6床の精神科病棟と、内科に精神科専用ベッドが4床ある。医者は常勤が一人(Dr. Nepal)、非常勤が2人、他科からの応援が3人である。外来は日平均40人、神経症や鬱病が比較的多い。また摂食障害も増えているという。ポカラ総合病院には内科に4床の精神科専用ベットがある。一般的にてんかんやヒステリーの罹病率は高く、ヒステリーでは7割以上が発作の形をとる。憑依状態が少なくないのがネパールに特異であろうという。

このように精神医療設備は都会に集中しているが、都会においても多くの精神疾患の患者は「病院」にまでかからずに「消えてしまう」ことが多

い。どのような経過あるいは治癒過程を辿るのかは不明であるが、交通機関のない多くの地域におけると同様に、伝統的な治療方法が重要な役割を果たしていることは間違いない。あるいはまた、精神障害を治療機関と結び付ける必然性のない土壌もあるのだろう。ただ、もし犯罪をおこせば刑務所に行くことになり、そこで治療が施されることはない。刑務所に服役している人には精神病患者も少なくないだろうという。

20年前よりは精神科医が増え(小田,1974)、パタンの精神病院も改築予定であるが、現在のネパールで西欧的精神医学治療の果たす役割は、地理的にもまた物理的にもまだ小さい。もっともこの「まだ」に望ましさのニュアンスをつける気持ちは毛頭ない。多くの患者は宗教や社会のなかで吸収されていく。そしてそれを可能にする文化があった筈である。それが、クンプでの調査で知りたいものであった。

### 3 クンプ地域での見聞と調査

訪れた場所はクンプ地域のナムチェとクムジュンである。まず全般的状況を、医療機関を手がかりに尋ねてみた。

全国816箇所 に設けられているヘルスポストはナムチェにあり、日に7-10人の来訪者があるが、最近2年間に睡眠障害以外の心理的問題で訪れた人はいない。子供では、麻疹や水痘や流行性耳下腺炎は皆無であり、熱性痙攣もほとんどない。周産期脳損傷による障害もめったにないが、これは仮死の蘇生をしない風習によるのかもしれない。これらはてんかんを含め器質性精神障害の少なさを示唆する。子供の死亡率は年に一人である。

クムジュン病院のDr. David Murdochによれば、主としてルクラ以北の診療圏に、分裂病は5-6人(2人が治療中)、感情障害も同程度いるという。自殺は少なかったが最近やや多いらしい。手段は縊死や身投げである。アルコール依存も少ない。てんかんは6人治療中であるが、熱性痙攣はそもそも耳にしない。脳血管障害は稀であるが、最近左片麻痺をきたした人が1人いた。

このような資料に基づいて疫学的な考察するのは誤りを招きかねないが、診療圏の人口を約2千人とみて、少なくとも精神疾患が少なすぎるわ

けではないこと、本調査隊の他の報告にもあるように血管障害が少ない(松林,1990)という意味で脳器質性障害に偏りがあることはいえるであろう。

さて、ナムチェとクムジュンで家庭訪問をおこない、20数人の成人から直接話を聞く機会があったが、心理的問題について立ち入ることはできず、また精神疾患についての考え方やその治療あるいは精神病状態の人について知ることは通訳を含め抵抗があった。言葉は全くわからないながらも、通訳が不都合な部分を省いたり適当に判断してしまうのは容易に感じとれた。通訳も村の住人であり、また教育をうけているぶん解釈が多くなる。錯乱状態で2週間ほどの遁走のエピソードを繰り返す60歳の女性については何度も耳にすることがあったが、このようにシャーマンのトランスにも似て劇的に病的状態と完全寛解を繰り返す病態には心的距離がおきやすいのかもしれない。

シェルパ社会では伝統的に、ラマ医師による医療、読経を中心とするラマ僧(タワ)による治療儀式、Lhawaとかmindungあるいはpenbuと呼ばれるシャーマンによる治療儀式、素人あるいは集団による治療ないし儀式が、医療行為として行われる(Paul,1976)。1966年のクムジュン病院の設立とともに、このなかに西洋医学が導入されてきた。ラマ医師は現実的にほとんど存在せず、儀式としてはラマ僧とシャーマンが、薬物などの具体的治療は主として西洋医学によって行われている。ナムチェのLhawaは半年前に死亡し、息子がいずれ跡をつぐだろうという話であるが、現在は誰もいない。クムジュンには一人いる。なおLhawaの治療代は1000ルピーで決して安くはない。

伝統的医療圏に西洋医学的治療はどのように受け入れられたのであろうか。クムジュンのある老人はこう語る。「クムジュンに病院ができてから病気が増えた。医者病気が発見してしまう。病院に行けば薬づけにされてしまうし、医者によっていうことがちがう。若い人しか病院には行かないよ。私はLhawaの治療を信じている」と。別のある老人はこう語った。「私はLhawaを信じているが、病院ができてからLhawaの信用はなくなってきた。いまLhawaはExpeditionに行つて金を稼いでいるしまつだ」(もっともこれは正当な批判ではないだろう、そもそもシャーマンはそれだけで生

活しているのではないのだから)。またこういう人もあった、「Lhawaは何の薬もくれないし、何の効果もない。精神病でも病院につれていくよ」と。先のような意見は比較的高齢者に多く、クムジュン学校で教育をうけるようになった世代では後者の意見が少なくなかった。しかし先の意見は我々には耳の痛い指摘である。

実際に疾患、とくに慢性疾患がどのように治療されているのだろうか。チベット医学でも治療法が難しいと云われるてんかんの事例をあげてみよう(Dummer,1988)。ナムチェにはてんかんの患者が3人おり、うち2人は血縁である。

23歳の女性である。既往歴には何もない。母の兄弟の娘(20歳)がてんかんで、17歳より年に数回幻視発作があり、さらにこれに引き続いて痙攣をおこしたことが3回ある。カトマンズでチベット医師の診察を受け、チベット薬を月に1錠づつ服用して以後発作はない。

さて本人は15歳よりてんかん発作があり、前兆として上腹部の不快感があり、つづいて意識をうしなう。3分間ほどで回復し、意識喪失を人に気づかれないこともある。16歳時にチベット医師を受診しチベット薬を処方された。20歳時にインドのデリーに行き、治療をうけてさらに改善したが、現在でも意識を喪う発作が3-4ヶ月に一度、前兆は月に1-2回ある。現在、チベットの薬を月に1錠(1錠50ルピー)、Carbamazepin(200mg)を毎朝1錠服用している。Carbamazepinは、2ヶ月に一度父親がカトマンズにとりにいく。処方限度が100錠(300ルピー)のためである。本人は年に一度カトマンズの教育病院で診察(60ルピー)を受けている。

この地の概念では、てんかんはGodが怒っている病態である。しかし儀式では治せず、カトマンズへ、またデリーまで出かけ、治療費も通院費も馬鹿にならない。このように遠方まで治療を求めようになったのは最近のことに違いない。それでもまだ治療はしていない。

ところで、クンデ病院のDr.Lynley Cookによると、この地域ではPungという特異な病像があり、近年減少傾向にあるが、20人以上の患者に遭遇しているという。次のような病像である。シェルパの女性でみられ、初産には限らないが出産後に発

症し、再発が少なくない。家にひきこもり、活動が低下し、冷たいものや熱いものを避け、騒音や感情の露出をいやがる。熱や発汗を訴え、また背中が重い、全身が痛いというが理学的所見は得られない。睡眠障害がある。しかし食べることが治療につながると考えており、食欲は旺盛である。その結果太るが、太ったとは認めず、身体が腫れていると言う。淋しさと絶望感は訴えず、自殺念慮はない。抗うつ薬は3分の1の症例にしか効果がない。

われわれの概念では広い意味での鬱病圏に属するが、病像が文化的修飾を受けている。典型的な鬱病とは区別されたこの病像には、出産と家庭をめぐる女性の文化的特徴が背景にあるのだろう。

#### 4 意識調査

われわれは、ナムチェとクムジュンで臨時診療所を開設した際に、訪れた人に精神科疾患の病歴の有無を尋ね、さらに一部の人を対象に意識調査とロールシャッハテスト(一部)と描画テストをおこなった。

心理的あるいは精神病理学的な愁訴をもって受診した人はなく(睡眠障害は少なくなかったが)、病歴に精神科疾患を有していた人は、てんかん発作の既往のある2名とアメーバ赤痢で時折高熱とともに意識障害をきたしていた一人を除いていなかった。

意識調査は、次の4つの簡明な質問への回答を求めた。

①病気を予防するにはどのようなことが大切だと思いますか?という質問には、111人(平均40歳、13-83歳、男42、女66、不明3)が返答し、内訳は、食物ないし栄養が58でもっとも多く(ビタミン、果物なども含む)、ついで清潔が36、薬が19、さらに運動5、衛生5で、食事時間をまもる、リラックス、仕事、信仰、定期健診がそれぞれ1であった。無回答ないし特に気をつけていることはないというのが15あった。われわれであれば当然上位のランクが予想される生活リズムとか休養、運動などは少ない。薬はここでは病気を予防するものと見なされている。清潔の多さは、水の乏しい当地ではやや意外な感があったが、これには教育の影響があるのかもしれない。ちなみに入

浴 (現実的には身体を洗うこと)の習慣について、どのくらいの頻度かを尋ねてみると、115人 (平均年齢39歳、7-83歳) が回答し、毎日入浴する人は3人、半年に一回は4人、1年に一回は6人、一度も入ったことのない人が2人であり、他は1-2週間に一度であった。男女の比較ではほとんど差はなかった。

以下の質問の対象は31名の成人 (平均年齢46.6 ± 18.4, 19-81) (男13、女18) である。

②将来どういふことをしたいか?希望は?という質問には、仕事ないし家庭内での役割に関する希望が9と一番多く、女性では立派な主婦、男性では大工、役人、ガイド、農業として成功したいという回答があった。ついでもっと経済的に裕福になりたい(5)、健康でありたい(3)、信仰したい(2)、ゆっくり休みたい(2)という答えとともに、家族の好運(4)と家族との団らん(2)を望む回答も多かった。旅行をしたいというのは一人で、それも旅行してゆっくり休みたいというものである。

③悲しい、寂しいとはどのような時に思いますか?という質問には、自身あるいは家族が病気になったときという回答が11でもっとも多かったが、仕事に関するものが7と多く、それも仕事がうまくいかないときが1に比べて、仕事がきついときが6と多かった。ついで家族あるいは友人との別離(5)、自身あるいは周囲におこる感情の変化(3)、家庭内の問題(2)で、家族がよくないことをしたと聞いたときという回答はあったものの、自分が失敗したときという返答はなかった。

④幸福だと思うのはどんな時ですか?という質問には、家族や友人と集い憩うとき(11)、健康だと感じる時(7)、お金が入ったとき(5)、アルコールをのむとき(3)、仕事がうまくいくとき(2)、平穩に休息できる時(2)とつづくが、家から離れられるとき(2)、家族のことを考えなくていいとき(1)が女性で回答された。

## 5 ロールシャッハ反応と描画

ロールシャッハテストと描画は、診療所受診者だけでなく、家庭訪問の際にも機会をみておこなった。

ロールシャッハテストは、主として図版1に対する反応をみた。37人の反応は身体あるいは身体

部分 (18人:人、胸部など)、動物 (13人:蛙、ヤク、鳥など)、昆虫 (11人:蝶など) の順に多く、山、石、マスク、階段、地図、飛行機、ストウパといった反応もあったが、総じてわが国でもよくみられる反応であり(高橋ら,1981)、奇妙な反応は階段 (10歳) くらいのものである。

描画の課題は「人物の絵を描いて下さい」である。拒否した人も少なくないが、あからさまな拒絶ではなく、恥しそうに遠慮した人がほとんどである。理由には「絵筆などもったことがない」、「兄が画家で、自分は教育がないから嫌だ」というものもあった。とにかく66人から何らかの描画を得ることができた。しかし人物像を描いてくれたのは11人にすぎなかった (図1)。他は人物像の描画を嫌がったため、「実のなる木をかいて下さい、あるいは花でも結構です」と注文し、結局、木か花か鑑別のつかない例が少なくなかったが要するに植物を44人 (図2)、家を1人、植物と家の両方を2人、動物 (鳥と蟹) を3人、正体不明のものを5人が描いてくれた。

しかし、描かれた絵のうち13枚は殴り描きに等しくボリュームも少なかった。比較的まとまった絵は29枚 (図3) で、24枚は稚拙としか表現しようがない (図4)。さらに小中学校健診の際に人物の描画を72名の学童から得た。しかしやはり、まとまった絵は72枚中14枚しかなかった (図5)。ところでこの健診では、学童が行列をつくって絵を描き、先行者の模倣をしたものが少なくなかった。そこで、明らかに模倣とわかる数枚の絵がある場合にはそのうちもっともまとまったものを1枚選び、さらに全身像が描いてあるものに限定し、そして家庭訪問あるいは健康診断で集まった全身像の人物画 (6枚) も含めた38枚の絵について、グッドイナフの人物画検査の評価法に従って採点してみた (表)。12歳以上の発達年齢を示すものは5人 (但しそのうち一人は11歳) しかいなかった。

描画についての印象をまとめてみると次のようになる。

- 1)人物像を描くのに抵抗がある。
- 2)木か花か見分けがつかないものが多い。日本のバウムテストでよくみられるようなボリュームのある木を描いたのは3人しかいない。

3)絵が小さい

4)男性は女性に比しバライティーに富む絵(動物、横顔、精密な絵など)を描き、また量感がある。

5)絵が拙劣である。なぐり描きのような絵も少なくない。

6)20歳代と30歳代の絵がもっともまとまりがある。稚拙な絵やなぐり描きは高年齢、低年齢に多く、また女性にやや多い。

この印象を確かめるために、描画をa)まとまりのある絵(27人)、b)稚拙な絵(22人)、c)なぐり描き(13人)に分けてみると、平均年齢はa)32歳(SD 8.8)、b)51歳(SD 16)、c)45歳(SD 18)であり、a)男12、女17、b)c)男10、女26で、確かにこの傾向がみられた。

絵の稚拙さが何に起因するのかをみるために、構成の検査をしてみた。Reyの複雑図形の模写は構成能力をみる一般的な検査であるが、平均年齢24.6(SD 8.69)(15-50)歳の25人での得点が、36点を満点として30.4(SD 5.37)(15-36)点であり(図6)、日本や欧米での平均点(33-35点)より低い。これは、絵の稚拙さが羞恥などの心理的要因によるものではなく、描画能力の問題であることを示している。おそらく絵を描く習慣がないことや教育に帰せられるものなのであろう。

なおフンザ隊がグルミット在住の6人の人物画とRey複雑図形の模写を提供してくれたが、人物画(図7)・模写ともにクンプ地域と同様の傾向



42 M

図1 人物画

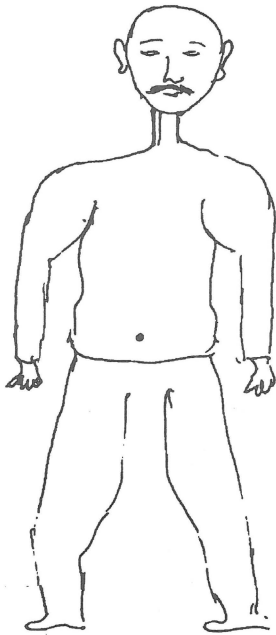


F

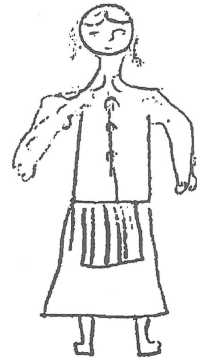


27 F

図2 典型的な(まとまった)植物の絵

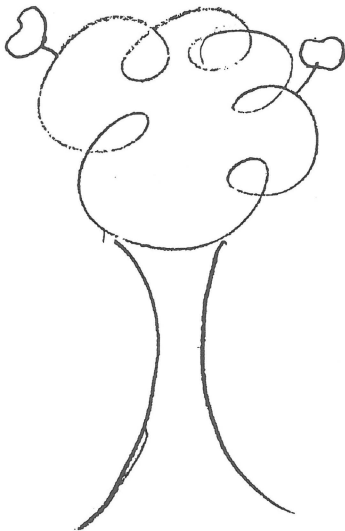


34 F

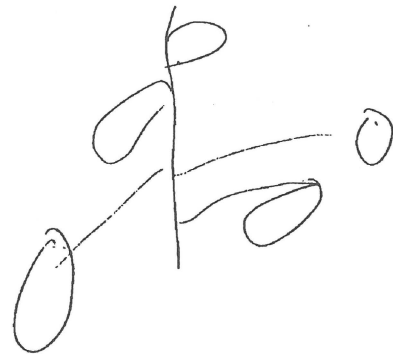


25 F

図3 もっともまとまった人物画の例



20 F

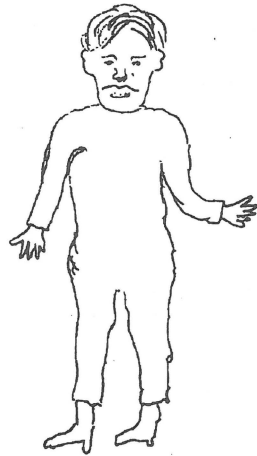


19 F

図4 稚拙な絵



19 M



17 M



17 M



13 M



17 M

図5 学童の絵。上段はよくまとまっているが、下段はそうではない。身体の一部のみを描いた絵も少なくなかった。

年齢	n	得点	発達年齢
7-10	10	17.6±6.96(10-29)	6
11-15	13	21.6±7.85(9-36)	7
16-20	9	24.6±10.9(12-42)	7
21-42	6	27.0±10.7(13-39)	8
Total	38	22.1±9.16(9-42)	7
male	20	23.7±8.99(9-42)	7
female	18	20.4±9.29(10-39)	6

表 グッドイナフの人物画検査

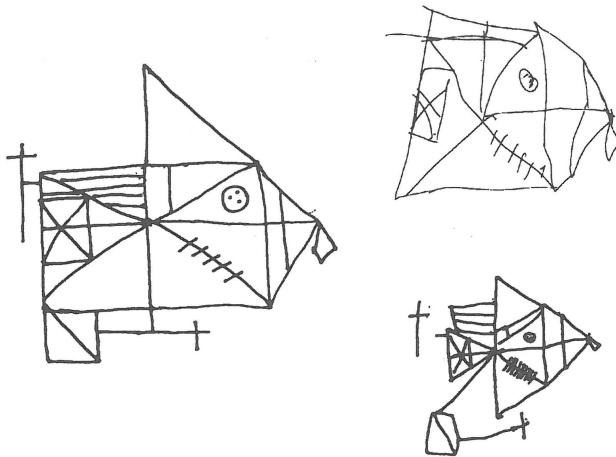


図6 Rey複雑図形の模写例。左は完璧（36点）だが、右は不完全（20点以下）。

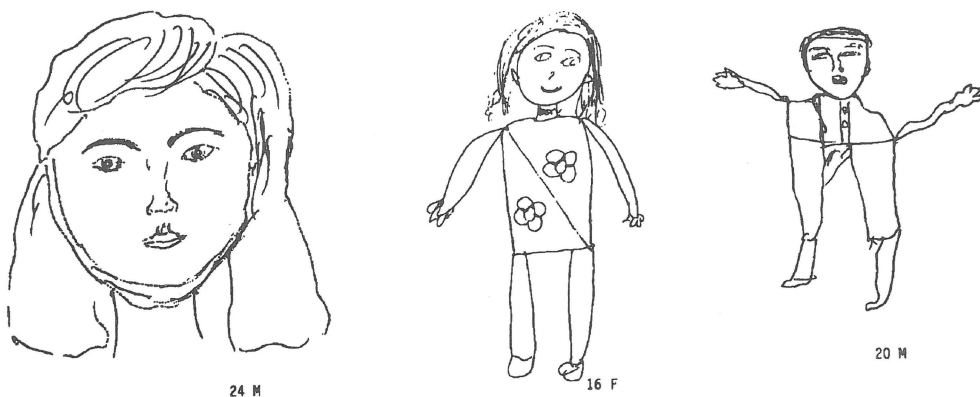


図7 フンザ地域（グルミット）での人物画（フンザ隊提供）。なお最左は現地随行医師の絵。



を示している。

## 6 おわりに

西洋医学的な意味での医療設備はネパールでは充分ではない。精神の疾病を患った多くの人達はどのように治療され処遇されているのだろうかという疑問に対する答えを、クンプ地方でより実際的に見聞できるのではないかと期待した。われわれが慣れた疾病-病因-治療図式とは位相のずれた病い-成因-癒しの図式が、おそらくこの文化圏に独自の仕方では露になっているのではないかと思われた。しかし、そのためには当地の人達がどのように生きているのかをまず知る必要があり、そしてまたわれわれにとって病いとは何なのかを問うことも必要であった。言語の厚い壁だけでなく、今回はこの問いの壁の手前に終始とどまって

いた。次の機会に、新たな準備をして再び取り組みたい。

## 文献

- Dummer, T. (1988) Tibetan Medicine. 井村宏次監訳、「チベット医学入門」、春秋社。
- 松林公蔵 (1990) ナムチェ診療所受診者の疫学実態。ヒマラヤ学誌 1:53-57.
- 小田晋 (1974) ネパール人の心の世界。「文化と精神医学」、金剛出版、p102-125.
- Paul, R. (1976) Some observations on Sherpa Shamanism. In: Hitchcock, J.T., Jones, R.L. (ed). "Spirit possession in the Nepal Himalayas", Aris & Phillips, Warminster, p141-151.
- Central Bureau of Statistics (1991) Statistical year book of Nepal 1991. Kathmandu.
- 高橋雅春、北村依子 (1981) ロールシャッハ診断法。サイエンス社。

## Summary

### Some psychiatric observations in the Khumbu Area.

Yushi Inoue

Department of Psychiatry, Kyoto University

After making a brief survey of the psychiatric status of Nepal and especially Khumbu area, some relevant psychiatric experiences in Namche and Khumjung by an opportunity of home visit and of interview with the visitors to the temporary clinic were related. The results of Rorschach Test and Drawing Test of adults and students on that occasion were reported. The construction ability was below the standard level.