

日タイ比較精神医学概観

加藤 清・笠原 嘉

A comparative study on cross-cultural psychiatric studies in Thailand and Japan

Kiyoshi KATO and Yomishi KASAHARA

まえがき

われわれ両名は 京都大学 東南アジア研究センター の現地調査研究員として、昭和41年11月15日から12月14日までタイ国に滞在し、比較精神医学の立場から研究を行なう機会を与えられた。なにぶん初回の訪問であり、加えて期日も短期であったので、成果は必ずしも満足すべきものではなかったが、二、三の基礎的なデータを得たのでそれを報告するとともに、現地調査において今回われわれが「うつ病ならびに自殺」の研究を主題的にとりあげた根拠および今後の計画について述べたいと思う。

I タイ精神医学界管見

タイの精神医学関係の厚生行政機構は図1のごとくである。われわれにたいへん好都合であったのは、Ministry of Public Health の次官 Phon Sangsingkeo 博士が精神科専門の医師であり、しかもこの国の精神医学の育ての親ともいえるべき存在であったことである。われわれが是非とも感謝しなければならないもう一人の人は Division of Mental Hospitals の Charoen Vatanasuchart 博士である。たまたまわれわれの訪れた期間この課の長は空席になっており、彼が acting director として活躍していた。東南アジア研究センター石井米雄教授のお口添えがあったればこそであるが、われわれがバンコク到着の翌日から活動できる手筈を万端ととのえてくれたのは彼であった。おそらく次の時代彼はこの国の精神衛生行政のすぐれた指導者の一人になると思われる。

図のごとく精神病院課は七つの施設をその支配下においているが、そのうちウエイトの重いのは Somdej Chao Phraya 病院(トンブリ)、Srithunya 病院(ノンブリ)、Punya-on 児童病院(バンコク)の三つである。そのうちソムデ・チャオプラヤ病院は、大学に正式の精神医学

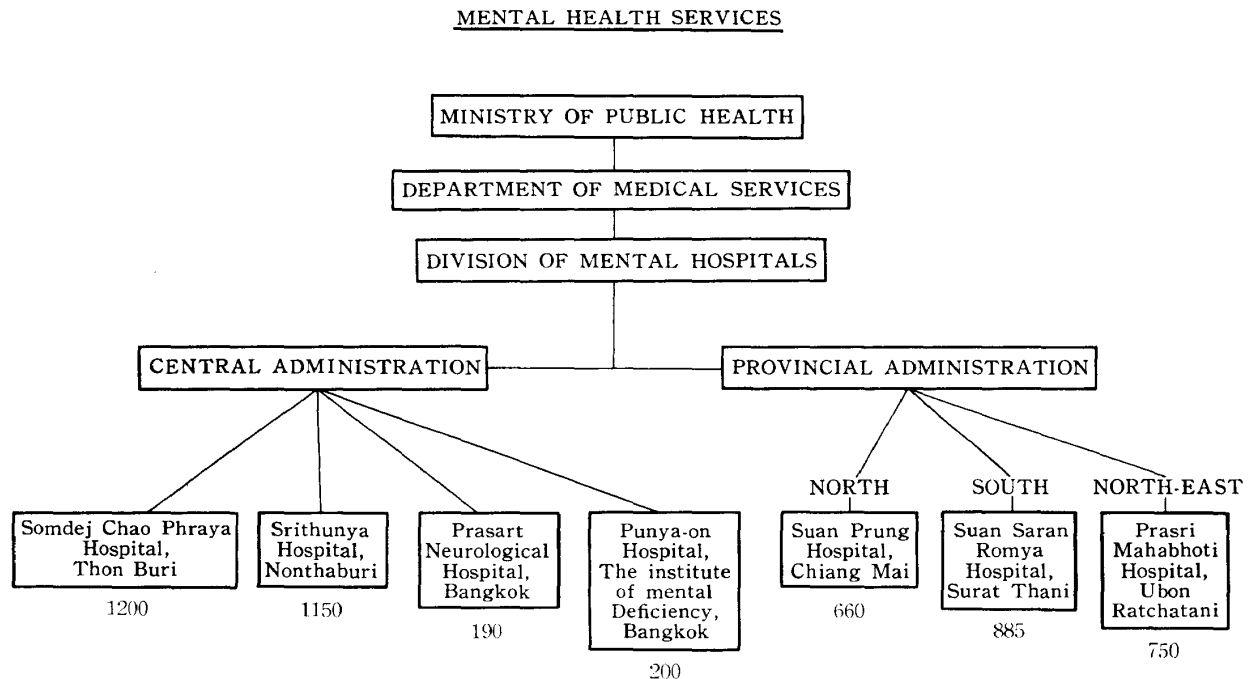


図1 タイの精神医学関係の厚生行政機構

講座をもたないタイ国での代表的教育病院であり、施設、設備、勤務者の質のいずれにおいても最も充実していた(院長 Arun B. Suwana 博士)。これは近世タイ史に輝く名君 Rama 五世(1868—1910)治下に設立された多数の病院の一つとして1889年に出発している。しかし当時は30床の、しかもきわめて閉鎖的な収容施設にすぎなかったのが、1912年タイ国最初の精神病院として改組され、1200床の規模となり、今日に至る。以後1937年に第二の病院が Surasthani にできるまで、唯一の精神病院であり、1942年厚生省が改組されたとき精神病院として初めてその管かつ下におさめられたのもこの病院であったことから、この病院のこの国における中心性をうかがいしることができる。現在も精神科医全部の1/3強がここに在籍している。なおこの病院には神経研究所が付設されており、二人の日本人医師が病理解剖、脳波検査の指導にあたっていた。パンヤオン児童病院は新設まもない(1962年設立)精神薄弱児用(7才~18才)のモデル施設で、これからの活躍が期待された(院長 Roschont Tasanarnchalaе 博士)。スリタニア病院はわれわれが滞在期間の大半をそこですごすことのできたバンコク北郊の大病院で、院長 Chantana Sukawat 博士は女医である。設立は1941年。ちなみにこの国では全体として精神科医のなかで女医の占める率が著しく高く、かつその地位も活動力も男子に優るとも劣らない。わが国とくらべてまっさきに目につく表面的な、しかしおそらくかなり根の深い相違である。それはともかく、われわれはここで Sangam Suwanlert 博士という一人の共同研究者に出会えたのは幸いであった。今後われわれの研究が軌道にのるためには、彼の協力にまつところ大である。

その他の病院のうち北部の精神病院であるチェンマイの Suan Prung 病院を見学させてもらう機会をもった。この院長 Aree Sangswangwatana 博士はこの病院を病院とよぶことをきらってスアン・プラン（希望の家）と名づけ、16年をここですごした人であるが、近々娘一家のまつ米国へ家族ぐるみ移り住むともらしていた。この病院は1938年、やはり北部タイの一都邑ランパンに設立されたものが、1947年当地に移されたものである。

図1の病院名の下に付された数字は病床数をあらわすが、児童病院、神経科専門病院といった特殊施設をのぞくと、いずれも大規模の構成で、日本の平均200～300床の精神病院とは規模をことにする。ちなみにこれはタイと違って日本の精神病床の8割が私立病院に属するという変則的事態に由来している。

以上の各病院の精神病床数は通計すると約 6000、これに対し一般病院の病床数は 12,000である。最近5年間の精神病床数、外来患者数、入院患者数の推移は表1のとおりである。ここ数年の外来患者数の増加には目をみはるものがある。日本の精神病床数は 164,000 床、全人口対比は 10,000 人当り17床（昭和40年6月現在）である。タイは人口比でいえば 10,000 人当り

表 1 タイにおける精神病院数、病床数、患者数（1958～1965）

	1958	1960	1962	1964	1965
病 院 数	6	7	7	8	9
病 床 数	4,650	4,870	4,995	5,435	5,735
外 来 患 者 数	29,925	36,530	55,145	61,186	66,096
入 院 患 者 数	8,294	10,104	11,019	12,974	13,639

表 2 タイにおける精神病院入院患者疾患別一覧表(1963)

病 院 名 (所 在 地)	分裂病	躁 うつ病	慢 性 脳障害	急 性 脳障害	老 年 精神病	精神発 育遅滞	神経症	神経系 疾 患	薬 物 依 存	その他
Somdej Chao Phraya (Thon Buri)	64.02 %	5.07	5.79	5.53	0.00	0.39	3.25	12.03	0.00	3.90
Srithunya (Nonthaburi)	87.28	1.24	2.99	2.68	1.62	1.24	0.93	0.00	0.18	1.80
Suan Saran (Surat Thani)	71.02	10.66	3.82	0.80	2.41	0.20	6.63	3.01	0.00	1.81
Suan Prung (Chiang Mai)	41.94	12.01	7.74	5.13	2.52	4.61	20.01	2.34	1.30	2.08
Prasri (Ubon Patchatani)	84.95	2.92	1.06	2.66	1.73	0.26	1.73	3.46	0.00	1.06
Prasart (Bangkok)	0.00	14.45	1.54	5.65	2.67	0.00	36.10	21.11	2.43	5.05
Punya-on (Bangkok)						100.00				

2. 2床となる。

次に各病院の性格のちがいを明らかにするための資料として、1963年度の各病院における疾患別分類の百分率を示す。ソムデ・チャオプラヤが多様な疾患をおしなべて入院させる教育病院、スリタニヤが分裂病中心の典型的な公立精神病院、チェンマイのスアン・プランが精神病院としては神経症を多数収容する特異なスタイルの病院であることなどがわかる（表2参照）。

次に精神神経科関係の医療者の実数を示すと表3のごとくである。精神神経科医としての決められた専門医制度は日本同様まだない。幹部医員はすべてイギリス、カナダに2～3年の留学を行っており、留学は幹部となるための必要条件のごとくである。ただ一人ハイデルベルクへ留学した医師がいたが、彼の専門はどちらかというと脳外科のようで、最近京大の脳外科にも短期間滞在していた。なおこの人の外にも二、三名の脳外科医がいたが、彼らによって脳外科学がこれから出発するのであろう。この国の社会制度上、医師の社会的地位は高く、名家の出身者をかぞえるにこと欠かないが、病院での給与はあまりよくないようである。それにこの国では社会的地位にふさわしく（キェット）振舞うことが生活のいろいろな分野でわれわれの想像以上につよく要求されていて、医師もまたそのようになかば制度化された風習から自由でありえないことが、彼らの出費を必要以上に多くしているのではないかとみうけられた。女医の多いことについては先にのべた。看護者およびその候補者が多いことはわれわれを羨ましがるのに十分であった。

その他の点についてのべると、精神神経医学の専門学術雑誌は発刊されていない。これらに関する論文も一般医学誌に投稿される。その傾向等について十分しるだけの時間はもてなかった。

しかし精神神経科医の留学先がイギリス系にはほぼ限られていることから容易に推量できることだが、病院精神医学が関心の中心にあり、とりわけ作業療法に多大の努力が傾注されてい

表 3 タイにおける精神神経科関係の医療者の実数

精神科医	95人
看護婦	170
心理学者	11
歯科医	6
栄養士	3
薬剤士	10
ソーシャル・ワーカー	12
看護助手	522
作業療法士	20

た。そして事実、専門医の少ないこの国での精神科医療の方法として、この方針は十分成功しているようにみうけられた。スリタニヤ病院の working village は彼らの誇るものの一つである。もっともこのような作業療法の隆盛には、農民出身者が患者の大半であること、看護者の多数を動員できること、敷地がまことに広大であることなども大きく関与している。薬物もまた、最新の新薬までもをふくめてさかんに使用されていた。抗うつ病剤の使用量を後にのべる研究計画との関連でしりたいと思ったが、これは果たせなかった。精神療法は事実上あまり行なわれていないという。しかし Sangun 博士のように、陳旧患者収容を目的とする大精神

病院においてすら、軽症の分裂病者を数名あつめての集団精神療法がこころみられはじめていたし、ソムデ・チャオプラヤの Yanyoung Bodharamik 博士のように、わが国独自の療法として近年欧米でも関心をひかれつつある「森田療法」に深い興味をよせる人もいた。

II 比較精神医学のこと

われわれの目的は日本とタイの精神的病態の各々について比較精神医学的な立場から研究することであるので、蛇足的であるが「比較精神医学」について若干解説めいたことをつけ加えたいと思う。

精神医学は精神異常の解明を一義的には生物学的原理にしたがってこころみる学問であるが、なにぶんにも対象とするところが「精神」の病態であるので、いきおいそこには心理学的アプローチはもとより、社会学的、文化人類学的アプローチを必要とする部分が生じてくる。われわれが仮に cultural psychiatry とよぶのは、ある文化圏という比較的まとまった枠組のなかで、しかも社会文化的環境との関連にとくに注目しつつ、精神疾患の頻度、原因、症状、治療などを考察しようとする研究分野であって、具体的には次の四つの研究方向を含む。

その第1は、ある文化圏に特異な病態の発見、すなわち「風土病」としての精神疾患の発見につとめる立場であり、この歴史はすでに古い。それらの多くは文明国に存在しない、文明国からみて稀有な病態を未開の地において見出そうとする見方であって、マレー地方の「アモック」の発見などは有名なその一つである。

第2の方向は疫学である。もともと「伝染病」の発生地域、頻度の調査のために出発した疫学を精神疾患に適用するにあたって若干の困難が生じるのはやむをえない。その最大の困難は、精神疾患の発見率はその文化がその精神疾患をどのように評価するかによって大きく左右されることである。例えばアルコール中毒が白眼視される国とそれほどでもない国では、その算定に少なからぬ差が生じるのはむしろ当然である。それだけでなく、精神医学の診断は精神症状の評価に依拠する程度が大きいので、国によって医者側に微妙な診断学上の相異が生じ、それが各国の発生率や有病率の単純な比較をはなはだ困難にしている。しかしそうはいってもわれわれは今日この方法によって、例えば、分裂病の発見（発生ではない）されやすいのは大都市の中心のスラム的地域であり、これに反して躁うつ病はむしろ市の周辺に多く見出されるというような知見を共通のものとするにいたっている。

第3の方向は、(同一文化圏の)精神疾患が時代とともに形式ならびに内容のいずれの面においても変遷していく様相に注目する。例えば今日、神経症といえば、少なくとも都市においては、転換ヒステリー(心因的に四肢に麻痺がきたり、視力や発声力を喪失するなど、要するに心理的なものが神経学的に説明のつかない身体症状へと転換されて「外へ」と表出されるヒステリー)は影をひそめつつあり、かわって胃潰瘍、高血圧など心身症といわれる「内へ」むか

っての神経症が主役となりつつあることに注目するのなどはその好例である。

最後の第4の方向は、異なった文化圏内での精神障害（分裂病、躁うつ病、神経症等々）を比較し、その差異を単に生物学的レベルに帰せしめず、社会文化的環境の相異との関連にも注目しつつ考察する方向である。例えば日本の神経症のかなり重要な形であるところの対人恐怖、視線恐怖、自己臭恐怖が、もし本当にわが国に多いとすれば、その根拠をわが国の現代の社会文化的特徴のなかに見出そうとするがごとくである。このような比較を行なう前提としてはそれぞれの文化圏のそれぞれの民族的同質性がのぞまれるところである。米国などでは、例えばアイリッシュ・アメリカンとイタリアン・アメリカンの比較などという方法がとられているが、この点同質的な日本が比較精神医学者にとって好個の対象領域となることはうなずける。日本を精神医学的な立場から比較の対象とした外人の研究のうちでは、われわれは米国人である Caudill, W. と De Vos, G. のそれを評価する。

以上とは次元をことにした分け方になるが、比較精神医学も多くの比較学と軌を一にして、cross-cultural な方向と trans-cultural な方向との二つに分けられる。いうまでもなく後者は二つの領域を比較することを通じてそれらの差異よりもむしろそれらの差異のかなたによこたわる共通の基盤に迫ることをそもそもの目的とする研究方向である。

さてわれわれの今回の試みは、上述したところに従えば、第4の、すなわち両国の精神病態の差異を社会文化的背景の相違とも関連させつつ考察しようとする方向である。また、われわれの日本での臨床経験やデータとの比較が狙いとされた点では cross-cultural な方向であった。そしてわれわれの選んだ主題は、比較精神医学的の課題として耐えうるであろういくつかのテーマのうちの一つ、「うつ状態について」である。ここで「うつ状態」というとき、「内因性うつ病」と「神経症としての抑うつ病像」の両者を含む。そのうち「内因性うつ病」とは、精神分裂病とともに二大精神病を構成するところの内因性躁うつ病に含まれる病態であって、その原因は今日なお不明である。しかし種々の理由から、なんらかの生物学的基盤にもとづくものと推定され、それが「内因性」という形容の付されるゆえんである。しかし分裂病が症状、経過、予後、病型などにおいて著しく多彩で、同一文化圏内（例えば日本）においても学派によって診断規準に少なからぬ齟齬が生じる場合がありうるのに対して、躁うつ病、とくに「うつ病」は、各国の研究をみても症状論上にニュアンスの差はあっても大きな差異はまずなく、診断規準もだいたい安定している。うつ状態が比較精神医学の対象として分裂病状態よりはるかに適格とみなされたゆえんである。われわれのうつ状態の比較研究の最終目標は、その理由は後にのべるが、「抑うつ状態に対するコミュニティの態度」(community's attitude towards depressive mood swing) の彼我における異同を明らかにすることであるが、今回は初回の短期の滞在であるので、うつ病の病像の現象的な比較、うつ状態と関連のふかい自殺ないし自殺企図についてのデータの収集をさしあたっての目標とした。

Ⅲ うつ病と自殺—日本—

躁うつ病あるいは affective psychosis, affective reaction とよばれる一群のなかには、躁とうつの両周期を規則的にしろ不規則的にしろ繰り返すもの、躁あるいはうつ周期のみの单相性のもの、病像に若干ニュアンスの差のある退行期うつ病などが含まれるが、昨今わが国では单相性のうつ病と診断されるものが意外にふえてきている。京都大学附属病院の外来統計では、躁うつ病は数年前7%前後であったのが、昭和40年度には15%と倍増し、更にその後も増えつつある。しかもその増加分のほとんどが单相性の軽症うつ病であり、年齢構成では青年層でとくに増えている。ここ数年間の外来患者総数の増加は1割半からせいぜい2割で、とりわけここ2年は横這いであるから、うつ病という診断数の増加はまちがいのないところである。ちなみに分裂病やてんかん、神経症の百分率には大きな変化は生じていない。もっともこのことから直ちにうつ病が増加しつつあると断じることはもちろんできない。なぜなら、一つには診断する医師の側の規準の変化ないし進歩によって、今までなら神経症とされた者がうつ病とされるようになったという事実がたしかにあるからである。他方、精神衛生思想の普及、保険制度の充実が、今までなら精神神経科の門をたたかせなかった人々をわれわれの下にもたらしのに一役かっていることも見逃せないであろう。したがって外来統計の増加から直ちにうつ病の増加を云々できないにしても、今日まで予想以上に多くのうつ病患者がうつ病とみとめられることなく埋もれていた、ということはわかる。そして、おそらく今日といえどもこの事情は根本的にかわるはずがないから、今日もお多くのうつ病患者が何らかの理由で精神医学的な治療をうけることを阻まれていると考えてよい。「何らかの理由」としてはいくつかが推定される。さしあたり考えられるのは、自分で自分の異常をみとめつつも、神経科受診を外にむかっても内にむかっても恥辱とする場合である。また、事実多いことだが、内科医を訪れる段階でとどまる人がある。うつ病患者の既往をみると初回の医療を内科医にあおいでいる人がほとんどすべてである。うつ病の初発症状の性質からしてこれは当然である。しかし、うつ病が埋もれたままになるもっと大きな理由としては、抑うつ状態を自分自身も周囲の人々も病とはみとめえないという事態、あるいは彼自身は内心、神経科的医療をもとめていても周囲は彼の抑うつを決して病とは見ず、したがって医療へと彼をプッシュすることをしないという場合などが考えられる。実際、うつ病像を呈しやすい人は几帳面、仕事熱心で、そのため相当の抑うつの中にあっても姿勢をくずさぬことが多く、周囲が気付かぬのも当然と思われる場合が少なくない。また、うつ病自体がその本性上、人間を自責的にしてしまうから、うつ病患者は自らを病とみるとより「なまけ者」とみることのほうを（少なくとも初回の発病においては）選ぶ傾向がことのほか強いし、たとえ精神科への受診をのぞんでもうつ病患者の症状としての「決断の不能」、「行動の抑制」がその実行を妨げることもしばしばである。それでもなお、彼らが精神科の外来へ

到着するとき、多くは家族よりも患者自身の発意と努力によってであるということは十分注目しておいてよい事実と思われる。一見付添者につれられてきたようにみえても、よく聞いてみるとうつ病者自身がイニシアティブをとって付添者をつれてきたという場合が数多くあり、家人が患者を促がして病院へもたらすということになるためには、患者のうつ病像は相当深刻な程度にまで到達する必要があるように思われるのである。

以上いささか枝葉にわたったきらいがあるが、要するにわれわれの主張したいのは、ある一つの病態が病態として成立するためには、患者自身の自覚もさることながら、周囲の人々が患者の状態を病的とみとめ、かつ診察する医師もまたそれを病(あるいは治療を必要とする異常)として受け入れることが不可欠な構成条件であるという自明のことがらであり、この自明のことを精神疾患の診断の成立、とりわけ以上のごとき比較的軽症のうつ病の診断の成立を考える場合には十分考慮に入れねばならないということである。しかしいうまでもなく患者も家族も医師も、たいていの場合、同一の社会文化的環境に属しており、その限りにおいてそれぞれの病態に対するコミュニティ独特の態度を共有しあっていると考えなければならない。例えば、「慢性アルコール中毒」をどの程度病的とみなすかは、文化圏によって、あるいは時代によって、相当にことなる。表4は Star の質問紙法を用いて行なわれた日米の調査の一覧表である(寺嶋正吾より引用)。妄想型分裂病、単一型分裂病といったところでは彼我に大きな差異はないのに対し、慢性アルコール中毒では明らかに日本では認知度が低い。

ところでこのような cultural tolerance はアルコール中毒のみならず、うつ病、とくに軽症うつ病に対しても見出されるのではなかろうか。筆者らはかつて次のように述べたことがある。「われわれ日本人一般のなかに抑うつないし憂うつという方向への心情の変化を異質なものととして警戒し重大視する心性がほとんど存在しないのではないか。うつ病者が抑うつに苦しみながらも長く仕事をつづけることに耐えうるのも、(もちろんその一部は彼らの律義、几帳面、仕事熱心という性格に由来するにしても)また彼らを外来で治療し、よほどの場合でないかぎり入院させず家庭に止めおくことについて、家人のみならず医師もまたそれほどの不安を感じな

表 4 Star の質問紙に対して精神病と判定されたパーセント：諸調査の比較

	米 国 1950年 Star (N=3500)	カ ナ ダ 1955年 Cumming & Cumming (N=540)	ボルチモア 1960年 Lemkau & Crocetti (N=1736)	ニューヨーク 1960年 Dohrenwend 他 (N=87)	東 京 1962~63年 三 浦他 (N=1218)	本 調 査 (大阪) 1963年 寺 嶋他 (N=549)
妄想型分裂病	75	69	91	100	63	60.7
単一型分裂病	34	36	78	72	30	35.7
慢性アル コール中毒	29	25	62	63	9	8.7

資料：寺嶋正吾(1963)

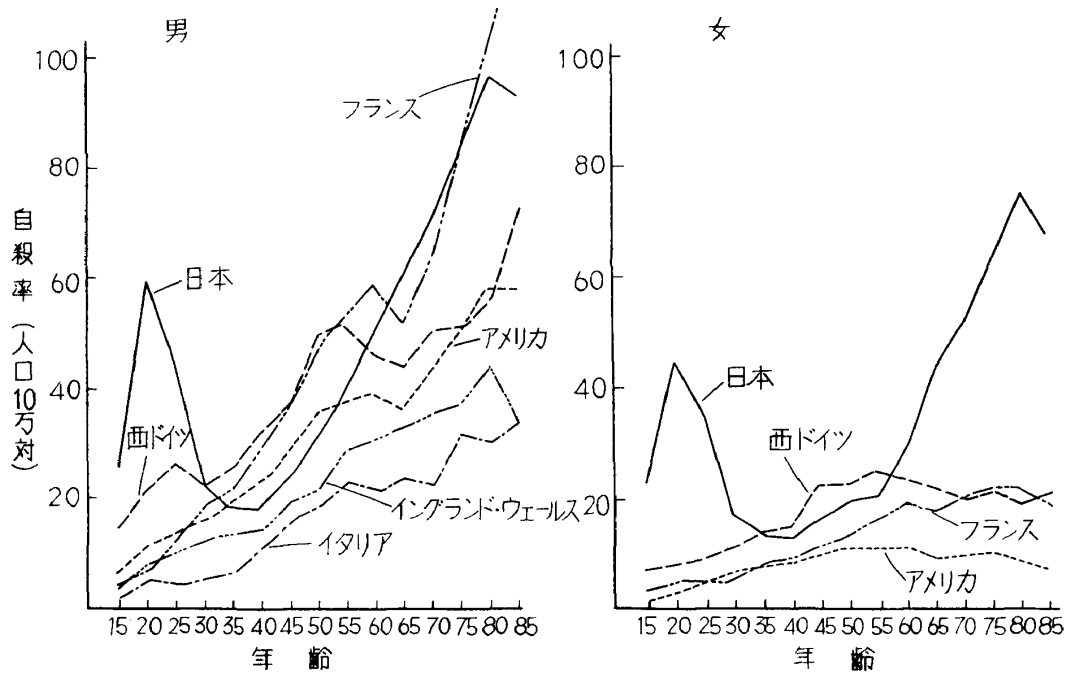


図2 主要国の年齢別自殺率(1960)
資料: WHO, *Epidemiological and Vital Statistics*. 1960.

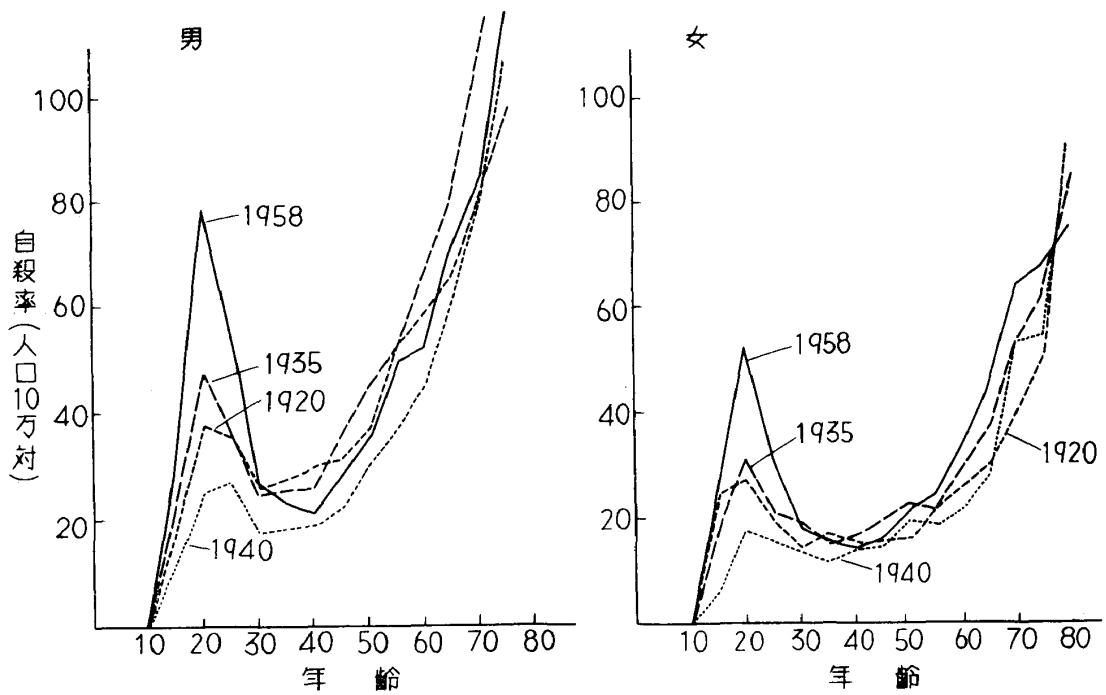


図3 わが国における年齢別自殺率の年次比較
資料: 「人口動態統計」

いでいられるということも、もとをただせば、われわれが互いに分有するところの『抑うつ
過少評価』という、いわば文化的に規定された心的機制と関係がないであらうか」と。われわれ
がこのような仮説を提出する根拠となったのは青年の自殺未遂者が周囲の人々との間に演じる
interaction への注目であった。自殺といえば、わが国の青少年の自殺の異常な高率は世界に
類のない現象として識者の関心をあつめている(図2, 3参照)。自殺曲線の二相性(青少年と
老年の二つにピークがある)が単に戦後の特異な出来事でなく、「日本のパターン」と称すべき
ほどすでに長くつづいていることは、これらのデータを信用するかぎり、図3に明らかである。
昭和33年の25.7(10万人あたり)を最高値として以後しだいに下降し、昭和40年(1965)には
14.1(10万人あたり)まで下がり、とくに若年層での減少がめだつのであるが、しかし曲線の
二相性自体にかわりはないのである。ところで自殺全体のなかで精神異常の占める率は5%と
もいわれ60%ともいわれ、はなはだまちまちであって定説がない。これは精神異常という概念
規定に統一性がないことにも一因があるが、それより先にものべたように、軽症うつ病の場合
などのように近縁者すら病とみとめることがきわめて困難なケースも無数にあるので、自殺既
遂者を事後において生前に溯って正常異常の判定を行なうことは(たとえ相当のデータをそろ
えたとしても)実際には不可能であり、自殺者中に占める精神異常の率を正確に知ることはま
ず断念しなければならない。しかし、あるいは青少年の自殺既遂者のなかに予想以上に精神異
常、とくに軽症うつ病患者がふくまれているのかもしれないのである。この予想は、先にのべた
軽症うつ病患者の多数が今日なお精神医学的診療の場に到達しないで埋もれているという、かな
り蓋然性のたかい推定や、抑うつに対してわれわれ日本人が、一般にたかい cultural tolerance
をもっているという考え方と結びあわせられるとき、いま少し入念な検討を必要とする仮説とし
て浮き上がるのである。

われわれの「抑うつ過少評価」がいかなる程度のものであり、またいかなる性質のもので
あるかを明らかにするため、われわれは現在次のようなテストをこころみている。即ち、それ
は比較的軽症の、しかも医学的には確実に病的抑うつと診断でき、しかも治療的には定型的な
経過をへて軽快していく患者の最悪時の自己陳述を約千字ばかりにまとめたものを3枚示し、
それを被検者に一読してもらい、「このような人をどう思うか。へんに思うか、誰にでもある
ことで大したことではないと思うか」、第2には「もしこの人にどうしたらよいかと相談をか
けられたらあなたはどうかアドバイスするか。宗教家へいけというか、人生の先輩に話をきけと
いうか、精神科へいけというか、自力でがんばれと説くか」などと質問する、一種の inquiry
である。現在のところ、まだ発表の段階にないが、今までの印象では、たとえ自殺企図がおこ
なわれていても了解可能、感情移入可能な筋道のある自殺であるかぎり、ほとんど「おかしい」
とはされない。換言すれば辻褄があうかぎり自殺は容認される傾向がつよいように思えるので

ある。これはさる女子大学の学生についてえた結果である。

ということになると当然問題は、このような「抑うつ」の過少評価は予想どおり文化的な規定をこうむって、日本において特記的に顕わにされる心的防御機制なのか、それとも「抑うつ」という現象が同時に周囲の人々に「否認」という心的機制を喚起するというだけのことであり、とくに社会的、文化的事情とは関係がなく、どこでも一般にみられることなのであって、とくに日本の自殺の高率とのかかわりをここに求めようとするのは牽強附会であるのか、ということになる。これが同じ東洋のちがった文化圏としてのタイにおける「抑うつに対するコミュニティの態度」を調査し、日本のそれとの比較が目論まれたゆえんである。

IV うつ病と自殺—タイ—

比較精神医学が本格的な研究を行なうためには、いうまでもなく自分自身で現地の患者を診察することから出発するのが望ましい。しかし残念ながらわれわれはタイ語に通じておらず、しかも短期の滞在であったので、もっぱらタイ人医師が患者を診察するのを傍から見せてもらい、種々の点をその場で討議するという方法をとった。したがって正確に言えば、われわれのうることのできたものは、タイのうつ病患者についてのわれわれの知見ではなく、「抑うつに対するタイ人医師の考え方」についての知見でしかないことになる。しかし、これがこれなりに比較に耐えうる一つの資料となることは、先にのべたごとく、病に対する医師の側の態度にはコミュニティの態度が十分反映されていると考えられるからである。

さてわれわれが直接その意見をきくことができた精神科医は25名であった。これはタイ国の精神科医数の約1/4にあたる数字である。以下彼らとの意見の交換から得たところを総合する。

1. 入院統計にもみえているように、affective psychosis は1.24% (スリタニヤ)、5.07% (ソムデ・チャオプラヤ) と少ないが、われわれもその滞在中われわれの診断規準からして典型的と考えられるうつ病患者を直接見せてもらう機会を一度ももたなかったことからしても、うつ病の入院の少ないことは確実と思われる。この点は日本とかわりがない。日本の入院統計も疾患別分類は信頼度が低く正確なことはいえないが、一般精神病院における affective psychosis の入院率は2~3%を大きく上まわることはない。

2. うつ病の病像は一般的にいて、われわれの規準からすると軽症に属するもののように思われた。Hemmung (抑止) にしろ Agitation (焦躁) にしろ難治なパターンは元来少ないのであろうか。もっともそのような重症例は分裂病その他の診断に分類されているのかもしれない。

3. Panya Satyapan 博士 (ソムデ・チャオプラヤ病院) がわれわれにみせてくれた51名の外来通院患者のカルテ (このうち12名は退行期メランコリー) をもとにして、うつ病の症候論に関して彼我の間に「重点」のおき方になんらかの相異がないかを調べた。彼らはすべてバンコク市内か市外といってもごく近辺からやってきている患者である。それによると、

(1) 睡眠障害、頭痛、眩暈、肩こり、心悸亢進など身体に関する症状の記載が目立つ。
 (2) うつ病の重要な症状の一つである微小観念は身体を内容とするととき「心気妄想」となり、財産を内容とするととき「貧困妄想」となり、倫理、道徳すなわち対人問題にかかわるとき「罪責妄想」となるのであるが、上記51名に関する限り、微小観念は貧困妄想としてあらわれることが最も多く、罪責妄想としてあらわれることが最も少ない。

(3) さらにいえば、自責の表明はほとんどないこと、自殺観念の出現が少ないことが指摘できる。この点は日本のうつ病患者と著しくことなる点である。日本では軽症のうつ病患者といえども自殺観念、自責感を訴えることがはなはだ多い。この点についていまだし観察を細かにすれば、われわれのふつう見ている患者では、自殺観念の表明に際して「私さえいなければ」家庭や世の中が丸くおさまるであろうといった意味の表現をとることが目立つのであるが、このような言いまわしはタイのうつ病患者にはないようである。「私さえいなければ」という言葉にあらわされる心的力動の意味については、かつてのべたことがある。

(4) 欧米のうつ病の症状論にくらべて日本のそれは「抑うつ」、「思考の制止」など要するに inhibition に重点をおき、excitement, theatrical grief などあまり重視せず、また religious preoccupation も loss of sexual interest も、わが国では診断のクライテリオンとしてはあまり重視されない、という人がある。この説はどれほど信用できるか問題であるが、いちおう以上の指標をもちいてみると印象としてはタイと日本はよく似ているように思える。とりわけ宗教的な罪責主題や性欲減退をクライテリオンとして重視しないことは全く同じである。

4. 自殺について。タイには日本のように全国的な自殺統計はない。表5は上記した Charoen 博士の作成になるもので、全精神病院（6000床）中の自殺者と身体的原因による死亡者の数であり、自殺者3（1964年度）、5（1965年度）は大変少ない。この数字が大きな誤りをもた

表5 タイ国精神病院における死因統計

死 因	総 数			年 齢																	
				～14		15～19		20～24		25～29		30～34		35～39		40～44		45～		不明	
	合計	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
1964																					
自殺	3	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	1	—	—	—	—	—
身体疾患	205	144	61	4	1	8	4	9	5	8	11	15	6	18	7	16	5	61	22	5	—
計	208	146	62	4	1	8	4	9	5	8	11	16	7	18	7	17	5	61	22	5	—
1965																					
自殺	5	3	2	—	—	—	1	—	1	1	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—
身体疾患	259	170	89	6	1	8	7	10	6	17	15	16	11	22	10	11	11	66	27	14	1
計	264	173	91	6	1	8	8	10	7	18	15	16	11	24	10	11	11	66	27	14	1

(厚生省精神病院課作成)

ないと思われるのは、北部タイの中心地 チェンマイの精神病院（600名）に16年間在勤する院長がその間彼の出会った自殺者は4名であったとのべていたことである。わが国には精神病院における自殺に関する大規模な統計はないが、タイよりはるかに高率なことは申すまでもない。

表6、7は自殺手段の一端をしる目的で Department of Medical Services の Statistical Report 1964 から引用したものであるが、服毒が圧倒的に多いのはこれらが病院統計である以上当然で異とするに足りない。なぜなら、縊首のごとく効果的決定的な手段が用いられた場合は病院へ運ばれることは少ないからである。ちなみに日本では若年層に服毒が、高年層に縊首が圧倒的に多い。

ただ一つ不思議に思うのは、この二つの表において婦人が男子に比して著しく多いことである。とくにこの傾向は15～24才において、しかも市街地、農山村をとわず双方において著しい。病院統計からどの程度一般人口の自殺の様相を類推できるかは、はなはだところもとないところであるが、一般に自殺はどの国においても男子に多いことが原則的に確認されており、女子はいかに多くとも男子の60%をこえることがないとされる。この定説からすると、この例外的な数値は注目に値する。

しかしバンコクの救急病院である警察病院一つだけの死因統計をみると（これは表6に包含されているものである）、表8のごとく自殺者男女の間に大した差がない。もっとも24才以下では若干女子が多い傾向にあるから、青少年女子の自殺が同年代の男子にくらべて著しく少ないということはないのであろう。全般的にいて、タイでは男子の自殺のほうが、何らかの社

表 6 自殺手段 その1（バンコク市内7病院の記録から）

自殺手段	総 数	年 齢					
		5～14	15～24	25～44	45～64	65～	不 明
服 毒 (睡 眠 薬)	男 53	—	23	19	6	2	3
	女 123	—	64	45	5	3	6
服 毒 (そ の 他)	男 78	1	28	33	14	1	1
	女 120	2	63	43	8	—	4
縊 首	男 5	—	—	4	—	1	—
	女 4	—	—	4	—	—	—
入 水	男 —	—	—	—	—	—	—
	女 1	—	—	1	—	—	—
銃 火	男 1	—	—	1	—	—	—
	女 1	—	1	—	—	—	—
刃 物	男 3	—	—	3	—	—	—
	女 1	—	—	1	—	—	—
そ の 他	男 —	—	—	—	—	—	—
	女 1	—	—	1	—	—	—

(延患者数 118,212 バンコク市人口 約2,500,000)

会文化的事情によって隠匿される程度が著しいのではないかというような想像もできないではない。いずれにしてもタイの自殺の問題には今日の段階では不明の個所が非常に多い。

5. 最後に「抑うつ」に対するコミュニティの態度をしるアプローチの一環として、「抑うつ」患者に対するタイの精神科医の考え方を総括してみると、分裂病者への治療的関心の高さにくらべると一般的にいて「うつ病像」への彼らの関心は低いようである。彼らはほとんど例外なく大病院の勤務医であると同時に、夜間は個人的な開業医であり、各種のうつ病者を取

表 7 自殺手段 その2(タイの地方病院47の記録から)

自殺手段	総 数	年				齢	
		5~14	15~24	25~44	45~64	65~	不 明
服 毒 (睡 眠 薬)	男 105	2	48	41	12	1	—
	女 310	5	191	105	5	2	—
服 毒 (そ の 他)	男 311	6	142	126	28	3	1
	女 631	4	416	173	21	—	—
ガ ス	男 1	—	—	1	—	—	—
	女 —	—	—	—	—	—	—
縊 首	男 8	—	—	7	1	—	—
	女 8	—	1	4	2	1	—
銃 火	男 13	1	3	5	2	1	—
	女 2	—	2	—	—	—	—
刃 物	男 23	1	6	14	2	—	—
	女 4	—	—	1	3	—	—
そ の 他	男 4	—	—	4	—	—	—
	女 —	—	—	—	—	—	—

(延患者数 165, 168)

表 8 バンコク警察病院(救急)における死因統計

死 因	総 数			年 齢																	
				～14		15～19		20～24		25～29		30～34		35～39		40～44		45～		不明	
	合計	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
1964																					
自 殺	85	49	36	—	1	3	6	5	4	4	5	4	5	4	1	3	1	12	5	14	8
身体疾患	265	204	61	21	23	7	2	6	—	12	4	12	1	8	3	18	4	98	21	22	3
計	350	253	97	21	24	10	8	11	4	16	9	16	6	12	4	21	5	110	26	36	11
1965																					
自 殺	84	57	27	—	4	3	3	2	4	10	6	8	4	3	—	4	—	12	3	15	3
身体疾患	241	185	56	9	19	1	—	6	3	9	2	8	4	16	—	18	6	92	19	26	3
計	325	242	83	9	23	4	3	8	7	19	8	16	8	19	—	22	6	104	22	41	6

り扱う場所をいちおう与えられているわけであるから、この関心の低さは勤務場所によるものではない。自殺が少ないためか、うつ病と自殺との関連に彼らはあまり多くの注意を払わない。

6. タイ人精神科医の考え方をいさ少し明らかにしようとして、タイのうつ病患者において罪責感の出現の少ないこと、自殺という短絡行為の形式が一般に稀であることを話題にして彼らの解釈をきかせてもらった。それによると、大体次の三つの考え方が披瀝された。

(1) 小乗仏教のカルマ（業）という思想が、いっさいの出来事の個人への帰属性を否定させる力が絶大なため、そもそも個人が個人として荷うべきはずの罪責感という形式はうつ病像においても顕現を阻まれているという見方。

(2) 精神分析的な思考にもとづき、罪責感とは外への攻撃性の反転であるとするなら、そもそもタイ人とくにタイの男性は攻撃性に欠ける。そしてその一因は、子供時代の養育の過程において母性の役割を演じる者が複数（母のみならず母の姉妹、父の姉妹、祖母など）であるため子供に著しく寛容なことにあるという見方。

(3) タイでは対人的な罪責を贖う方法が多様に制度化されているという見方。例えば女をつれて駈落ちした男は、女の親にある一定の仕儀にしたがって謝罪すれば許される。もし女の親が男をゆるさなければ、責められるのは親のほうである。また庶子はきわめて簡単に父方の姓を名乗ることができる、などである。

このような説明自体の当否はしばらくおくとして、罪責感の出現や自殺企図の少ないことは彼らの一致してみとめるところであった。

7. われわれ自身は母性的役割を演じる婦人が複数であることにたいへん関心をもった。これについて思いだすのは De Vos が日本の自殺についてのべた一つの説明である。これはタイと日本の差異を心理学的レベルで説明するところみとしては興味のあるものである。彼の所説の骨子は、「日本人の自責的心情の奥底にあるのは自己を犠牲にして子供のために献身する母のイメージであり、いつとなく子供は彼女に同一視するとともに、自分のなかに母への罪責感をはぐくみ、やがてそれを贖うために母の欲する人間たるべく母同様自分もまた刻苦勉勵的に努めなければならない。そしてそこで目指されるところの世間的な、成功者たらんとする志向は日本という文化圏において業績本位的 (achievement-oriented) な世界の構成に深く関与し、そこからのわずかの逸脱や失敗すら贖罪の失敗としての自殺か、あるいはその裏返しとしての非行へと人間をいたらせやすい。」以上が彼の説である。

タイでは日本と同様に、欧米に比し少なくとも外面的には共通して寛容な child rearing を行なっている。しかしその「寛容さ」を構成するのは複数の母性像であって、日本のような一人の self-sacrificing mother の寛容でないことはたしかではないかと思われる。これをもって直ちに両国の自殺や罪責感の様相の差異が説明されるとはもちろん思わないが、深層心理学的にはいちおうの考慮がはらわれてよい事実のように思われる。

V 今 後 の 計 画

その第1は、「抑うつ」に対する態度の彼我の異同をあきらかにするため、上述した質問紙を用いて行なう研究である。タイには ethnic groups (Thai, Chinese, Indian, others) がいくつかあるから比較にあたってはつねにその点の考慮を欠くわけにいかぬのであろうが、われわれはもっぱら知識層、それも大学生・高校生の考え方の比較という方法をとるつもりでいる。

第2にはタイの精神科医がもつ「うつ病」の症候論をわが国のそれ、ひいてはドイツ語圏、英語圏のそれと比較したい。うつ病の症候論については比較的関心の少なかった英語圏が近々数年の間にこの主題について多くの努力を示すようになってきていることも、われわれの計画に好都合である。実際、ある疾病の症候論の比較はたくまずしてそのまま比較文化学的研究になるという利点をもっている。

自殺については日本の統計に比肩するほどの統計をタイに求めることは現在のところでは無理であるから、むしろ自殺未遂者の症例研究という形で行ないたい。その際青少年に焦点をあてるが、上述した理由からとくに女子に注目するのも一法であると思っている。

以上はうつ病圏についての関心から発した計画であるが、これとならんでパラノイア、とくに他罰的傾向の直接顕わな闘争パラノイア、好訴者などにも注目したいと思う。いうまでもなく「攻撃性」のタイにおける発現の様相をしるためである。

さらに、対人恐怖がタイではどのような内容をもつかも興味ぶかいテーマである。先にものべたようにわが国では対人恐怖は赤面恐怖、視線恐怖、体臭恐怖といった型になりやすいが、これらは日本人の対人関係の構造的特徴の一面をよく物語っている。

性倒錯のあり方も比較されてよい。とくに同性愛の問題など。

その他細かいテーマとなるといくつも考えられようが、分裂病についても比較する用意がなされてよいと思うのである。もっともわれわれがこういう時、未曾有の新奇な症状形式や症状内容をタイの分裂病者のなかに見出そうとしてではない。むしろ分裂病者の世界の構成に不可欠な「無気味なもの」の出現様式をタイの分裂病者についてたしかめたいと思うのである。このような発想をわれわれにさせたのはバンコクでみた「蛇の精」(ムー・ピー)という映画である。これは最近テレビドラマとして大当たりをとり映画化されたということで、すでにかなりロングランされていたが、われわれの注意をひいたのは映画の内容ではなく、内容に対する観客の反応のほうであった。人間から蛇への、そして蛇から人間への奇妙に生々しい変身は、どこからどこまでが日常的現実で、どこからどこまでが妖怪的夢幻であるのかを判別させぬ類のもので、われわれにはかなりの無気味さを感じさせるに十分であった。映画の言葉がわからないということも、そのような感じをわれわれのなかに喚起するのをたすけたかもしれない。しかしともかく観客は、若い婦人や子供にいたるまで、いたって平静で溜息一つ嬌声一つもれ

るでもなく、われわれなら子供の目を覆いたい衝動にかられるかもしれないシーンに対しても期待に反して何の反応も示さなかった。そして映画がおおると、例によって国王御夫妻の映像の前で国歌の吹奏が行なわれ、そのあと皆が三々五々にこやかに散っていく。われわれにはそのような見事な転換はとうていできない。

われわれは残念ながらここで感じた違和感を十分に分析するだけの直観力にかけている。しかしそれは少なくともアニミズムだといってすませてしまうことはできないようにわれわれには思えたのである。あえていうならば、日常的現実と夢幻の世界との間の境界線の引かれぐあい、もっと正確に言えば、境界領域の構造が少しわれわれのそれとずれている。それが何に由来するのかは知るよしもないが、「無気味さ」の様態は「ムー・ピー」をヒットさせるコミュニティとわれわれのそれとではことなる。そしてこのことは、分裂病者の存在様式にも影響を与えずにはおかないという意味で、われわれ精神科医の関心事となりうるのである。なぜなら Jurg, C.G. のいうように「醒めながら夢みる」のが分裂病者であり、畢竟分裂病とは「現実」と「夢幻」の錯綜を生きることこそ、その本質とする病だといえるからである。以上臆面もなく個人的な経験をのべたが、いわんとするところは、タイと日本の分裂病者における「無気味なもの」、「夢幻的なもの」の顕われ方の種々相を比較対照することもまた、比較精神医学の、どちらかといえば、究極的本格的な仕事の一つであり、もしそれが成功すれば、「ピー」の問題に精神病理学の立場から何がしかの貢献をすることも可能かもしれない、ということである。

参 考 文 献

- Department of Medical Services, Ministry of Public Health, Thailand. *Statistical report 1964*. Bangkok, 1966.
- Ministry of Public Health, Thailand. *Public Health in Thailand 1966*. Bangkok, 1966.
- Charoen Vatanasuchart. *Mental Health Services in Thailand*. (mimeograph) Bangkok, 1966.
- Somdej Chao Phraya Hospital. *Annual report of Somdej Chao Phraya Hospital for mental diseases*. Thon Buri, 1965.
- De Vos, G. "The Relation of Guilt toward Parents to Achievement and Arranged Marriage among the Japanese," *Psychiatry*, Vol. 23, No. 3, p.287. 1960.
- 笠原嘉「青年の自殺未遂者についての精神病理学的一考察」高坂正顕・臼井二尚編『日本人の自殺』p.311. 東京：創文社，1966.
- 中久郎「統計的にみた戦後の日本人の自殺」高坂正顕・臼井二尚編『日本人の自殺』p.32. 東京：創文社，1966.
- Sakamoto, K. and Y. Kasahara. "Family Dynamics and Attempted Suicide of Depression in Japan," *Folia Psychiatria Neurologica Japonica*, Supplement 7, p.30. Tokyo, 1963.
- 寺嶋正吾『村落コミュニティにおける社会精神医学的研究』大阪：大阪府公衆衛生研究所，1963.