

アジアの憂鬱

精神疾患、特にうつ病は、東アジア全体で増える傾向にあるようだ。原因はどこにあるのだろうか。

精神科医や製薬業界は手を携えて、この傾向を押しとどめることができるだろうか。

Carina Dennisが報告する。

原文：Asia's tigers get the blues

Nature Vol.429(696-698)/17 June 2004; www.naturejpn.com/digest

中国では、高齢者の自殺が空前の比率で増えている。急激な経済発展によって家族や地域社会の構造が変化してきたことに伴い、かつて敬愛の対象であった老人たちの心は不安にさいなまされている。多くの老人が希望を失い、農薬を口にして自らの命を絶つ。「アジアの高齢者の自殺率は目を覆うほどに高い」と香港中文大学のHelen Chiuは語る。

日本に目を転じると、約100万人の若者が社会に背を向けている。なかには、自室に閉じこもり、昼に寝て夜はコンピューターゲームをしながら過ごす者もいる。「ひきこもり」と呼ばれる、このような社会恐怖症は、社会経済的な不確実さと折り合いをつけられない若い世代の日本人に広がる症状の1つとしてみられるものである。数十年に及ぶ日本の経済発展がスランプに陥り、職をもたない下層階級が現れつつある。

こうした憂うべき現象は、東アジア全体でみられる精神疾患発症率の全般的な上昇傾向の1つの側面に過ぎない。この原因説明は一部に、同地域の多くの国々における経済発展による、地域全体の急速な社会構造の変化に求められる。しかし最近の研究から、心の病を道徳的なもろさ(moral weakness)のあらわれであると伝統的にみなす傾向のある社会で軽視されてきた、精神衛生に関する積年の問題が露わになりつつあるのだと主張する専門家もいる。

いずれの原因であれ、多くのアジアの国々は今日、精神疾患に苦しむ患者の社会復帰に必要な、専門家による治療を提供する備えが十分にできていない。東アジアの人々はまた、西洋人に向けて当初開発された抗うつ剤や抗精神病薬に対して、西洋人とは大きく異なる反応をする遺伝的特徴をもつ傾向もある。精神衛生に関する同地域の問題に取り組む精神

科医、遺伝学者、製薬業界のいずれにとってもなすべき仕事は多い。

統合失調症や他の精神病などの重度精神疾患は、比較的容易に認められ、また世界的に同等の比率で発症すると考えられている。しかし、1950年代にアジアに最初に目を向けた精神科医たちは、西洋社会では多くみられる、さほど目立たない気分障害がアジアにはほとんど存在しないと結論づけた^{1,2}。

世界保健機関に集められ、今年6月に発表された最新データでさえ、中国と日本では、うつ病および関連疾患の患者数が西洋諸国より少ないと報告されている。しかし、専門家のなかには、このような見方は、問題の真の規模を正確に反映していないと主張する者もいる。アジアは、世界の中で自殺率が極めて高い地域であるためだ(次ページの図を参照)。「自殺を、うつ病や他の気分障害の極端な結末とみなせば、精神障害に関する問題が西洋諸国より少ないとはいえない」と香港中文大学の精神科医Sing Leeは述べている。

毎年、30万近くの中国人が自らの命を絶つ。その多くは農村地域で起きている⁴。また中国は、自殺を企てる女性の数が男性を上回る数少ない国の1つでもある。自ら命を絶とうとする中国人女性は、世界中の女性自殺者総数の実に半数以上にのぼる⁵。回龍観病院に併設された北京自殺研究予防センターの精神科医Michael Phillipsは、中国人の高い自殺率は、西洋と比較して、企てられた自殺の成功する確率が高いことが理由の1つではないかと疑っている。「自殺をしようとしたすべて人が、本当に命を絶ちたいと考えているのではないと思います」とPhillipsは語る。むしろ、中国の農村地域で広く使用されている毒性の高い農薬が自殺に使われること、そして蘇生装置の整った施設の不足が、高い死亡率を招いているのではないかとPhillipsは考えてい

る。他の国であれば自殺未遂におわり、助けを呼びきっかけだったと判断できることもあるのかもしれない。

家族の崩壊

Chiuは、自殺率の表面的な上昇を、東アジア全体における社会経済的な環境の変化に結びつけている。こうした変化は、家計や社会的地位の安定性を損ないつつあり、失業率を押し上げ、家族や地域の昔ながらのつながりに亀裂を生じさせている。昔は固い絆で結びついていた大家族は今日、職を得るために生まれ故郷からはるか離れた都市部へ移り住み、核家族の形へ変容している。また中国では、1979年に人口増加を抑制するために導入された「一人っ子政策」の結果として、家族間で支えあうというつながりの崩壊が加速しているのかもしれない。

同時に、精神疾患と結びつくことの多い薬物乱用も拡大の一途をたどっている。また、かつては西洋社会にしかみられないと考えられていた摂食障害は、今日では香港、北京、上海といった都市で認められるようになった。「15年ほど前までは拒食症の患者など一人も診断しませんでした。今では年に数百人の若い中国人女性がやってきます」と、香港で摂食障害クリニックを開くLeeは語る。

しかし、うつ病は今日でも過小に報告されている。「中国の精神疾患患者の大多数は、診断が下されることなく治療も行われていません」と、ハーバード大学医学部の精神科医で、中国における精神疾患の調査を20年以上にわたって続けているArthur Kleinmanは語る。

理由の1つには、精神衛生領域の教育を受けた医師の不足にある。10億人以上の人口を抱える中国に、適切な資格をもつ医師は現在1万5000人ほどしかいない。また多くの中国人にとって、うつ病の診断に用いられる標準

的な手法は縁遠いものだ。「都心部で、うつ病について西洋の先進社会で用いられてきた質問をすれば、基本的には理解してもらえるでしょう」とPhillipsは語る。「でも、都心部から離れた地域で同じ質問を投げかけても、そもそも何を言っているのか理解されないと思います」

衰弱する神経

さらに一般的に東アジアの患者たちは、自分たちの心の問題を身体症状の言葉で訴える傾向がある。「米国の患者であれば『うつ症状です』と言ったり、『自殺したい気分です』と言ったりするところが、アジアの患者の場合、胸の痛みや頭痛、疲労感について訴える場合が多いといえます」とChiuは指摘する。

これは、中国で、文字通り「弱い神経」の意味で広く診断されている症状を指す「神経衰弱」という概念で例示できるだろう。1980年代の初頭にKleinmanは、神経衰弱患者の大多数に、うつ病の基準に適合する症状がみられ、また患者の症状は抗うつ剤の投与によって改善したと報告した⁶。

患者を神経衰弱であると診断することは珍しくない。というのは、このように診断することで、精神を病んでいるという汚名を免れるからだ。「精神疾患はアジアでは一般に、治療可能な病気とは考えられておらず、むしろ道徳的なもろさや、育て方の失敗の結果であると捉えられています」とChiuは語る。「精神疾患であることは、当人と家族にとって、大きな恥と罪の意識に結びつけられるのです」

中国における精神衛生問題から、東アジア

全体にみられる増加傾向が伺われる一方で、専門家は、東アジア全域を十把一絡げに扱わないように注意を呼びかけている。例えば同じ国内であっても、精神疾患の臨床症状は場所によって異なる場合がある⁷。また、アジア諸国間の文化的な違いによって、精神疾患は非常に異なる方法で表現される。重度の不安はその代表例だ。中国で「シェンクイ(Shenkui)」と呼ばれる症候群は、射精によって「陽」のエネルギーを失う恐怖に基づくパニック症状を示す。またマレーシアで見られる「コロー(Koro)」は、ペニスが体内にもぐり込んで最終的に死に至ると考えられている、突然訪れる激しい不安である。

また、精神科治療の設備は、国ごとに大きく異なる。例えば貧しいラオスでは、国中探してたった2人の精神科医しかいない。しかし一般的に言えることは、東アジアの国々では、重度の精神疾患患者を入院させる傾向があるということである。これは、西洋諸国で良好な結果が得られた地域療法を施すこととは対照的である⁸。また精神科は従来から、専門分野として低くみられており、医学教育のなかで軽視されてきた。

精神衛生を取り巻く問題について、一部のアジアの国々は現在、精神科の置かれた状況の改善や、西洋型の地域療法の導入を試みている。しかし、これは容易な移行とはいかないだろう。「最優先課題は、効率的で公平な医療体制の確立です」と語るのはメルボルン大学のHarry Minasだ。Minasは、ハーバード大学の医師たちと共同で、東アジアの精神科医を訓練するためのプログラムを実施している。

薬剤の標的

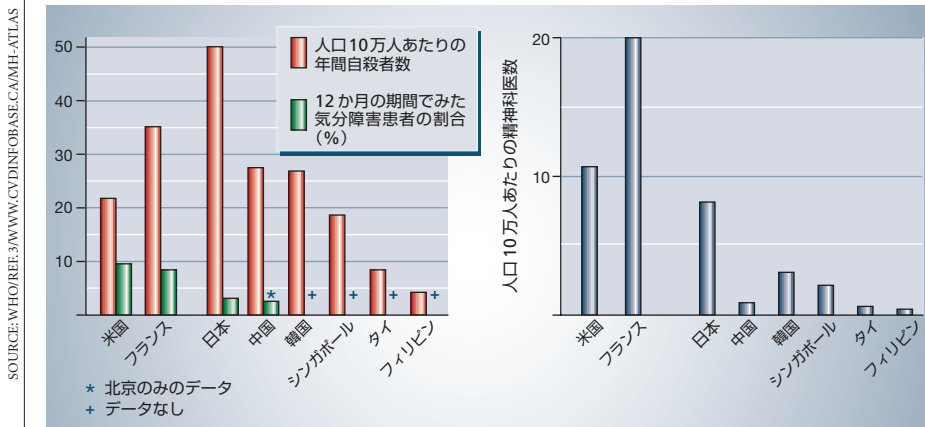
今年で3年目となる同プログラムには、年に10人ほどの精神科医が参加している。参加者は12か月の間、インドネシアから韓国に及び医療改革を試みている地域ネットワークに身を置く。またメルボルンで4週間かけて、訓練目的のセミナーに参加し、地元の精神医療ケアセンターを訪問する。過去の受講者の1人は、こうした経験をふまえてベトナムで最初の地域精神衛生センターをハノイに開設した。

しかし当面、多忙な毎日を送る東アジアの精神科医の多くは、抗うつ剤の使用に必然的に頼ることになるだろう。ちなみに使用される薬剤は多くの場合、欧米では旧式と見なされているものだ。新製品を売り込む巨大な市場になると推定されることから、多国籍製薬企業は現在、うつ病や不安障害、その他の精神疾患に対する意識をアジアで高めようと努めている。しかし、当初西洋人向けに開発された抗うつ剤をアジア人患者用に合わせるためには、遺伝学に関する研究が必要である。

「一般に多くのアジア人患者は、白人と比較して低用量の向精神薬に反応します」と、台北にある国家衛生研究院の精神衛生・薬物乱用研究部門を率いるKeh-Ming Linは語る。状況によっては、用量が半分で済むこともありうる。

Linは、精神疾患の治療に使用される薬剤が、民族間で異なる作用をもたらすことに早くから気づいていた精神科医の1人だ。15年以上前にカリフォルニア大学ロサンゼルス校で研究に従事していたLinは、アジア人患者が、統合失調症の治療に広く使用されているハロペリドールを、白人と比べて緩やかに代謝することを示す証拠を得た⁹。またアジア人患者は、向精神薬が投与された場合に重い副作用を生じる傾向が強い¹⁰。

メルボルン大学の精神科医 Chee Ng による未発表の研究では、抗うつ剤についても同様の傾向が認められることが示唆されている。Ngは、中国系の患者が低用量の抗うつ剤サートラリンに反応することを明らかにしている。そして、このような患者は臨床試験から脱落する可能性も高かった。「規定量の服用でも多くの副作用のふることがあり、そのため、薬剤が決められた通りに服用



SOURCE: WHO/REF.3/WWW.CYDINFOBASE.CAMH-ATLAS



医 Nor Hayati Ali は語る。「今日でも、祈禱師のもとにまず向かう患者は少なくありません」

変わる文化

異なる集団で、さまざまな薬剤に対してどのように反応するかを理解することは、アジアで精神疾患に取り組む研究者の課題の1つに過ぎない。文化が異なれば、心理療法や行動療法など他の治療法に対する反応が異なる可能性も高い。このため精神科医は、アジアのさまざまな国で効果的に作用させるために、こうした治療法をどのように組み合わせるかを探る必要がある。

研究者はまた、同地域における精神疾患の有病率に関して、一層適切な推定を行う必要がある。これまでの疫学研究では、使用されている診断基準がバラバラであったために、その実施が阻まれてきた。状況を好転させるためには、アジアの多様な文化のなかで、さまざまな状況で現れる精神疾患を的確に診断する方法を開発する必要がある。

アジアの精神疾患問題は手強いが、Phillips などの精神科医は、自分たちが現状を変えられる存在であるという考えを拠りどころにしている。カナダ生まれの Phillips が、友人と最初に中国を訪れたのは 1976 年のことであった。当時、医師免許を得たばかりの Phillips は、ニュージーランドの病院で働いていた。

数か月後 Phillips は、政府によるプロパガンダが公衆衛生問題の理解にどのように用いられているのかを調べ、他の発展途上国に応用することを目的とした研究に対する奨学金を得て、再び中国へ渡った。結果的に中国当局によりこの研究は進められることがなかったが、Phillips は滞在を続けて中国語をマスターした。2 年もたたないうちに彼は中国文化に魅せられ、また自分が社会を変えられるという考えにとりつかれた。

米国に移って精神医学、疫学、人類学を学んだ後の 1985 年に Phillips は北京に腰を落ちつけた。当初は、周囲から疑惑の目で見られた。「スパイではないのかと疑われていました」しかし今日、Phillips は、外国人であることの利点をかみしめている。つまり、メディアに対して、同僚の中国人たちより思い切った

言動が許されるのだ。「外国人であることで、メッセージを出しやすいのです」と Phillips は語っている。

彼のメッセージは、徐々に受け入れられつつある。中国当局は今日では彼の研究を支援している。あるプロジェクトで Phillips は、自殺と結びつく不名誉感の根底にある因子を明らかにするために、一般から 1,000 人を選び、インタビューを行った。「考え方を改めてもらうためには、現在の思考法を知る必要

「中国の都市部と農村部では、精神疾患の診断に異なる方法が求められている」

があります」と彼は語る。また別の研究で Phillips の研究チームは、過去に自殺を企てた農村在住の人々を対象に追跡調査を行い、彼らに対して、精神衛生上の問題の原因となりかね

ない家族の崩壊を食い止めるためなどの社会的支援を行っている。目標は、中国の農村地域における自殺予防モデルを作ることにある。

「自殺は、中国の若者における死因の第 1 位です。そして 10 年前までは、対策は何ら講じられていませんでした」と Phillips は語る。今日では、数多くのホットラインが設けられ、予防プログラムが始められている。Phillips は言う。「中国は、まさに急激に変わりつつあります。それを目撃し、なお関わりをもてることはすばらしい体験です」

Carina Dennis はネイチャーのオーストラレーシア担当記者。

1. Lin, K.-M. & Cheung, F. *Psychiatr. Serv.* **50**, 774-780 (1999).
2. Kleinman, A. *Social Origins of Distress and Disease: Depression, Neurasthenia, and Pain in Modern China* (Yale Univ. Press, New Haven, Connecticut, 1986).
3. The WHO World Mental Health Survey Consortium. *J. Am. Med. Assoc.* **291**, 2581-2590 (2004).
4. Phillips, M. R., Li, X. & Zhang, Y. *Lancet* **359**, 835-840 (2002).
5. Phillips, M. R., Liu, H. Q. & Zhang, Y. P. *Cult. Med. Psychiatr.* **23**, 25-50 (1999).
6. Kleinman, A. *Cult. Med. Psychiatr.* **6**, 117-189 (1982).
7. *Report on the WHO Collaborative Study on Standardized Assessment of Depressive Disorders* (WHO, Geneva, 1983).
8. *The World Health Report 2001* (WHO, Geneva, 2001).
9. Lin, K.-M. et al. *J. Clin. Psychopharmacol.* **8**, 195-201 (1988).
10. Lin, K.-M. & Poland, R. E. in *Psychopharmacology: The Fourth Generation of Progress* (eds Bloom, F. E. & Kupfer, D. J.) 1907-1917 (Raven, New York, 1995).

▶ されない恐れがあるのです」と Ng は考えている。

こうした現象はおそらく、薬剤を代謝して体外へ排出する酵素の活性を変化させる遺伝子レベルの差に基づくのであろう。最も顕著な例は、肝臓に含まれるシトクロム P450 酵素 (特に CYP2D6 と呼ばれる酵素) である。「精神科領域で使用される薬剤のほぼ半数は CYP2D6 によって代謝されます」と Lin は語る。そしてアジア人の最大 70% に、この酵素の活性を弱める小さな変異があることも指摘している。

アジア人患者にみられる対薬剤反応をひとまとめに扱うのではなく、さまざまな集団を対象に個々の薬剤について遺伝子構成と薬剤反応の関係を見極めるためには、さらに詳しい研究が必要であると遺伝学者たちは主張している。実際に検討する際には、薬剤に対する個人の反応に影響を及ぼす恐れのある食事や喫煙、アルコール摂取などの環境因子を考慮することが重要になるだろう。

もうひとつの鍵となる変数は、患者が、他の薬剤の代謝に干渉する恐れのある漢方などによる代替療法を、正規の薬剤服用と併用していないかどうかという点である。多くのアジア文化のなかでは、西洋医学に目を向ける前に、民間療法を試してみることは一般的である。「私たち精神科医は第 1 の選択肢ではないのです」とクアラルンプール病院の精神科