

## 神経症性障害の病態の国際比較研究

### —— 日本と中国の比較文化精神医学の検討 ——

黄 菊 坤 小 野 和 哉

東京慈恵会医科大学精神医学講座（指導：中山和彦教授）

（受付 平成 18 年 6 月 15 日）

## INTERNATIONAL COMPARISON OF RESEARCH OF SYMPTOMS IN NEUROTIC DISORDERS FROM THE VIEWPOINT OF CULTURAL PSYCHIATRY IN JAPAN AND CHINA

Jukun HUANG and Kazuya ONO

*Department of Psychiatry, The Jikei University School of Medicine*

The aim of this study was to compare symptoms in cases of neurosis in Japan and China. We compared examinations of the conditions of outpatients from June 2002 through December 2003. The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, tenth revision, was used for diagnosis. The Kyushu University neurosis symptom rating scale was used to evaluate the conditions. We found a difference between the two countries in the generation composition of cases of neurosis. The number of symptoms in Japanese patients was greater than that in Chinese patients. The prevalence of anthropophobia and of problematic behavior was higher in Japanese patients than in Chinese patients, whereas the prevalence of obsessive compulsive symptoms was higher in Chinese patients than in Japanese patients. The differences in social and cultural situations between the countries were reflected in the difference in symptoms. In China, physical problems and psychiatric problems are not clearly distinguished.

(Tokyo Jikeikai Medical Journal 2006 ; 121 : 207-21)

Key words: international comparison study, neurosis, neurotic symptoms, obsessive compulsive disorder, Japan, China

### I. 緒 言

欧米においては、100年近く前から精神疾患の症候と文化との関係について様々な研究が行われてきた。最近では社会文化的状況と神経症性障害の関係について、日本、中国、韓国、台湾などアジア諸国での研究も注目されている<sup>1)-5)</sup>。

Leffはその著書の中で「精神医学的病態は異なる文化で同じ様相を呈するか否か。精神医学的病態は異なる文化で同じ頻度を持つか否か。精神医学的病態は異なる文化で違った経過を示すか否

か」<sup>6)</sup>というテーマについて論じているが、本研究もこうした普遍的比較精神医学的研究のテーマと関連している。

一方、現代社会における神経症性障害の発症率は増加傾向にあることが知られている。たとえば台湾の林は長期間（15年間）台湾の神経症性障害を追跡してきたが、その結果、近代化の進展とともに神経症性障害の発病率が高くなったことを報告している<sup>3)</sup>。また、社会文化的な背景が神経症性障害発病の要因として働いていることに関して様々な研究がみとめられる。たとえばPraag,

Alec らは、20 世紀中期の欧米で神経症の症候の中でヒステリー症状が多くみられたが、現在は少なくなり、変わって不安、抑うつ症状を呈する神経症が増加してきたことを報告している<sup>4)</sup>。これは科学の進展とともに、さまざまな身体症状を呈するヒステリーの発生機序が、心理的問題を身体に転換したに過ぎないことが明らかになり、以前は他人の耳目を引いたこの症状を呈する意味が減少してきたことによるものである。この結果、心理的問題は、葛藤として長く内在化される傾向が生まれて、それが不安や抑うつという症状を呈するようになってきたことによるのである。

しかしながら、現在は Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) や International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) などにみられる操作的診断基準の出現により、神経症という病名は学術的な用語として使用されることは無い。ただ、この神経症圏の病態が今どのような様相を示し、どのように変化し、それは国が異なるなどどのような病像の相違となって現れているのかは興味深いテーマであると思われる。また、このことを明らかにする研究は近年ほとんどみることがない。そこで我々はこのような神経症性障害の国際的比較精神医学的な研究の端緒として日中の神経症圏の病態の比較研究を開始することとした。

日中の社会文化的基盤の相違により、その精神疾患の病態像には相違があり、また治療者側の疾患像にも相違があると考え、我々は本研究の予備的研究として、平成 12 年度からメンタルヘルス岡本財団の後援を受けて 3 年間、中国の精神医療の実態調査と外来症例の構成を調査してきた。この結果、日本と中国の精神医療制度上の違い、精神疾患に対する認識の相違などが明らかになった。すなわち中国では伝統的漢方医療と西洋的医療の 2 つの医療機関が並存していること、認知レベルの問題として、伝統的に心の問題と身体の問題が未分化で、たとえばうつという病態が西洋医学的には、精神の病であるが、中国では心の病であり、かつ身体の問題であると認識される。このことは、うつ病は気分変調症（神経症性のうつ状態）が、しばしば神経衰弱という曖昧な病態へと分類された

りすることを意味し統計上の問題を生じさせやすいということになる。また、疾患として強迫性障害が神経症圏では多いことなどが認められた<sup>12)13)</sup>。

今回は、先行研究の結果を踏まえて、外来患者の持つ症状の多寡から患者の病態比較を行い、より詳細に日中の神経性障害の比較研究することを目的として調査研究を施行したので報告したい。

## II. 対象と方法

### 1. 対象

本研究では両国の首都の大病院において神経症性障害の病態像を比較するという形式を取った。このような比較精神医学的研究は統計的比較においては、医療制度、疾患概念、施設状況などを異にするため単純な比較研究に限界があることは確かである。そこで著者らは、予備的研究の結果を踏まえて、共通の診断基準を International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems-10 (ICD-10) とすること、医療機関を首都に存在し、その国における比較的新しい受診動向を反映すると推定される大病院の外来に限ることでこの面の問題に対してできる限り配慮した比較研究を施行した。

今回調査の対象とした中国側の拠点は首都北京にある北京大学医学部の附属精神衛生センターである。北京市の人口は約 1,300 万人で中国の政治経済の中心地である。この施設の調査前年度の年間初診患者数は 4,300 人であり、そのうち神経症性障害の患者数は 1,300 人であった。調査期間（2002 年 6 月から 2003 年 12 月までの 18 カ月間）での神経症性障害の患者数総数は、1,800 人であり、その中から 1,500 人を無作為に抽出した。ICD-10 を用いて分類整理したのちに、精神生理性睡眠障害など神経症性障害以外の 86 人を除外した 1,414 人を調査対象とした。

日本側の調査拠点である東京慈恵会医科大学附属病院精神神経科は人口約 1,250 万人の日本の首都東京の中心地にあり、年間の初診患者数は 2,000 人前後であり、神経症性障害の患者数は 700 人前後である。今回の調査では 18 カ月間の初診患者数は 2,900 人であった。この患者群を ICD-10 を用いて分類整理した結果、神経症性障害の患者数は

1,142人であった。このうち1,000人を無作為抽出し、摂食障害と精神生理性不眠を除外した総計943人を調査対象とした。

2. 方法

1) 対象患者の年齢、性別、教育歴、婚姻状況、就労、主症状を外来カルテから調査票を用いて集

積した。

2) 対象の神経症性障害の患者をICD-10の診断基準の中でTable 1に示すようなF40, F41, F42, F43, F44, F45, F48の障害とした。

3) 九州大学神経症症状評価尺度<sup>7)</sup>(Table 2)を用いて対象者を評価した。この評価尺度は患者

Table 1 Neurotic stress-related and somatoform disorders

|     |   |
|-----|---|
| F40 | Phobic Anxiety Disorders                            |
| F41 | Other Anxiety Disorders                             |
| F42 | Obsessive-Compulsive Disorder                       |
| F43 | Reaction to severe stress, and Adjustment Disorders |
| F44 | Dissociative (Conversion) Disorders                 |
| F45 | Somatoform Disorders                                |
| F48 | Other Neurotic Disorders                            |

Table 2. Neurotic symptoms rating scale

| <u>Anxiety</u>                      | <u>Depersonalization</u>   |
|-------------------------------------|--|
| 1 Irritability, Restlessness        | 26 Feeling like an automaton                                       |
| 2 Chest discomfort, Back discomfort | 27 The feeling which the patient is separated from his own thought |
| 3 Feeling shaky                     | 28 Feeling detached from something                                 |
| 4 Panic attack                      | 29 Dēja-vu, Jamais-vu  |
| 5 Insomnia                          | 30 Abnormal body feeling   |
| <u>Hypochondria</u>                 | <u>Hysteria</u>  |
| 6 General fatigue                   | 31 Astasia, Abasia, Aponia   |
| 7 Fear of physical trouble          | 32 Dissociative anesthesia and sensory loss                        |
| 8 Appetite loss                     | 33 Tic   |
| 9 Headache                          | 34 Dissociative convulsion   |
| 10 Palpitation, Sweating            | 35 Dissociative stupor   |
| <u>Nervousness</u>                  | <u>Problematic behavior</u>  |
| 11 Anthrophobia                     | 36 Running away from home, Wandering, Prowling                     |
| 12 Morbid fear of eyes              | 37 Keeping indoors   |
| 13 Erythrophobia                    | 38 Tiring with ease, Inclination to neglect                        |
| 14 Morbid fear of body odor         | 39 Refusal to go to school or work                                 |
| 15 Morbid fear of situation         | 40 Inclination to use force  |
| <u>Phobic obsessiveness</u>         | 41 Inclination to get angry very easily                            |
| 16 Misophobia                       | 42 Impulsive behavior, destroy something                           |
| 17 Aichmophobia                     | 43 Self injuring behavior  |
| 18 Morbid fear of murder            | 44 Suicide attempt   |
| 19 Morbid of numerical figures      | 45 Abuse of psychoactive substance                                 |
| 20 Morbid inquisitiveness           | 46 Doctor shopping   |
| <u>Neurotic depression</u>          | 47 Request for overtime consulting                                 |
| 21 Feeling of loss in understanding | 48 Abnormal behavior in eating                                     |
| 22 Spiritless                       |  |
| 23 Pessimistic mood                 |  |
| 24 Depressive mood                  |  |

の神経症症状 48 項目に分類整理し、不安、心気、神経質、強迫恐怖、抑うつ、離人、ヒステリー、問題行動の 8 つの症状群に大別し、分類整理し評価するものである。また、この尺度は、著者が中国語に翻訳し、さらに日本語、中国語に堪能な研究者らにより日本語にバックトランスレーション後検討されたものである。中国版の信頼性と妥当性も検討した結果、各因子の Cronbach 信頼性係数  $\alpha$  はすべて 0.7 を超えていた。固有値 1 以上の 8 つ因子を因子分析した結果は各因子への因子負荷量が 0.4 以上であり、このスケールの中国版の信頼性と妥当性は確認できたものとする。

4) 強迫性症状の評価に関しては、九大式症状評価尺度のみでは、症状評価項目が限定され、文化社会的影響を十分評価できない恐れがあるため、強迫性障害の症状評価尺度である Y-BOCS の症状項目を参考し、13 項目 (Table 3) の症状項目を抽出し、これにより再評価を行った。

5) 統計学的検討として、両国間などの 2 群間比較には  $t$  検定を用いた。また比率の検定には  $2 \times 2$  分割表により Yates 補正付きの  $\chi^2$  検定を行い、また期待度数が 5 以下のセルがある場合には、Fisher の直接確立計算法を用い検定を行った。

6) 本研究は両大学の倫理委員会の承認を得て

施行された。

### III. 結 果

#### 1. 調査対象者の属性

日本群と中国群の調査対象者の属性を Table 4 に示した。

##### 1) 平均年齢

初診時の平均年齢は日本群の男性で有意に高くみとめられた ( $t = -6.18, p < 0.001$ )。

##### 2) 教育年数

教育年数は男女とも日本群が有意に高くみとめられた (男性,  $t = -8.26, p < 0.001$ ; 女性,  $t = -8.17, p < 0.001$ )。

##### 3) 世代構成

世代構成では、まず男性では Fig. 1 に示すように日本群と中国群とも一峰性であるが日本群では 30 代にピークがあるのに対して中国群では 20 代にピークが見られ、この世代構成には有意差が見られた ( $\chi^2 = 34.90, p < 0.001$ )。一方、女性では Fig. 2 に示すように日本群の 20 代と 60 代にピークがある二峰性の分布であるのに対して中国群では 20 代から 30 代をピークと一峰性の分布を示し、女性の世代構成には有意差が見られた ( $\chi^2 = 55.56, p < 0.001$ )。

Table 3. Symptoms of obsessive-compulsive disorder

| Obsessions                                      | Compulsions                       |
|---|-----------------------------------|
| 1 Contamination Obsessions                      | 1 Cleaning/Washing Compulsions    |
| 2 Aggressive Obsessions                         | 2 Checking Compulsions            |
| 3 Sexual Obsessions                             | 3 Repeating Rituals               |
| 4 Hoarding/Saving Obsessions                    | 4 Ordering/Arranging Compulsions  |
| 5 Religious Obsessions (Scrupulosity)           | 5 Hoarding/Collecting Compulsions |
| 6 Obsession with Need for Symmetry or Exactness | 6 Other Compulsions               |
| 7 Other Obsessions                              |                                   |

Table 4. Comparison of the attribute of the investigation object person

|                       | Male                             |                                  | Female                           |                                  |    |
|-----------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----|
|                       | Chinese group<br>(N=697)         | Japanese group<br>(N=418)        | Chinese group<br>(N=717)         | Japanese group<br>(N=525)        |    |
|                       | average $\pm$ standard deviation | average $\pm$ standard deviation | average $\pm$ standard deviation | average $\pm$ standard deviation |    |
| Age                   | 32.12 $\pm$ 14.04                | 37.675 $\pm$ 15.343              | 36.799 $\pm$ 15.22               | 36.74 $\pm$ 16.32                | NS |
| Duration of education | 13.59 $\pm$ 2.69                 | 14.87 $\pm$ 1.81                 | 12.81 $\pm$ 2.97                 | 14.19 $\pm$ 2.14                 | ** |

\* $p < 0.05$  \*\* $p < 0.01$  N.S.:  $p > 0.05$

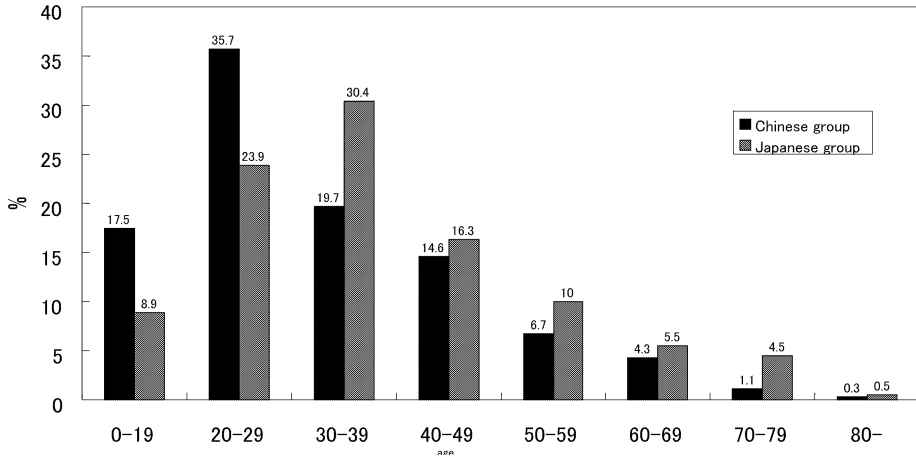


Fig. 1. Comparison of age composition of Japanese group and Chinese group (male)

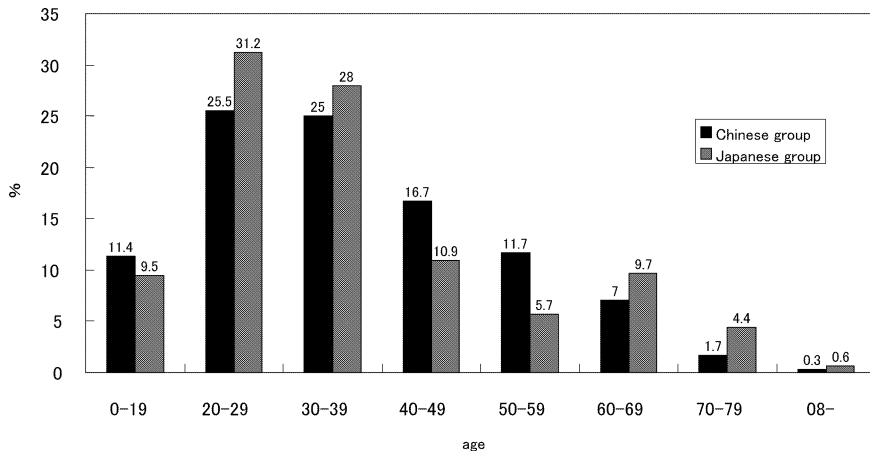


Fig. 2. Comparison of age composition of Japanese group and Chinese group (female)

## 2. 平均症状数の比較

九次式神経症症状評価尺度で、8つの大項目に該当する症状数を患者1人当たりへに換算し、平均有症状数として比較した (Fig. 3)。日本群は1人当たりの平均症状数が男性  $2.99 \pm 0.89$ 、女性は  $3.20 \pm 0.92$ ；中国群は1人当たりの平均症状数が男性  $2.21 \pm 0.97$ 、女性  $2.29 \pm 0.92$  であり、この間に有意差が見られた (男性  $t = -15.17$ ,  $p < 0.001$ ；女性  $t = -18.29$ ,  $p < 0.001$ )。

## 3. 神経症性障害外来初診患者の疾患構成の比較

両群の神経症性障害外来初診の患者疾患構成を比較検討し、Fig. 4に提示した。

日本群ではF43 重度ストレスへの反応および適応障害が310人 (32.87%)と最も多く、その

次にF41 その他の不安障害が269人 (28.53%)、F45 身体表現性障害が152人 (16.1%)、F40 恐怖症性不安障害が82人 (8.91%)、F42 強迫性障害が78人 (8.27%)、F44 解離 (転換) 性障害が49人 (5.19%)、神経衰弱が1人 (0.11%)の順で見られた。

一方、中国群ではF41 その他の不安障害が495人 (35%)と最も多く、その次にF42 強迫性障害が365人 (25.88%)、F45 身体表現性障害が157人 (11.1%)、F48 その他神経症性障害が125人 (8.84%)、F43 重度ストレスへの反応および適応障害が112人 (7.92%)、F40 恐怖性不安障害が105人 (7.42%)、F44 解離 (転換) 性障害が54人 (3.82%)の順で見られた。

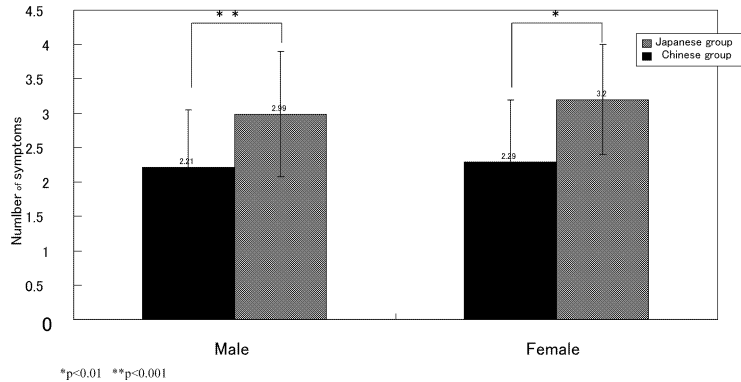


Fig. 3. Comparison of number of symptoms of Japanese group and number of symptoms Chinese group

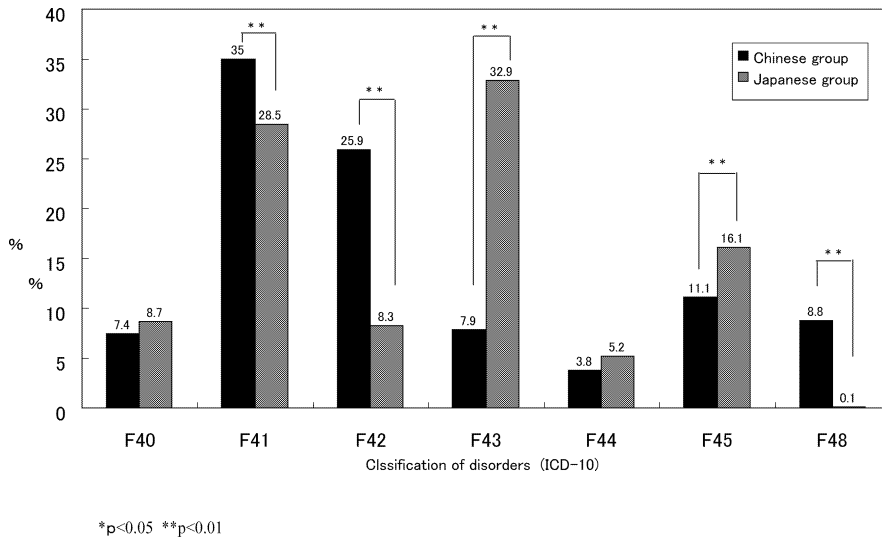


Fig. 4. Comparison of disorder composition of Japanese group and Chinese group

上記の日中両群の疾患構成を統計的に比較検討してみると( $\chi^2$ 検定), 日本群では重度ストレスへの反応および適応障害(32.87%) ( $\chi^2=239.65, p<0.001$ ), 身体表現性障害 (15.9%) ( $\chi^2=12.4, p<0.001$ ) の割合が, 中国群より有意に多いことが認められた。また, 解離(転換)性障害(5.19%) ( $\chi^2=2.56, p=0.12$ ), 恐怖症性不安障害(8.91%) ( $\chi^2=1.25, p=0.277$ ) の割合も日本群が中国群よりやや多いが, 統計的有意差は認められなかった。一方, F41 その他の不安障害 (35%) ( $\chi^2=24.08, p<0.001$ ), F42 強迫性障害者 (25.9%) ( $\chi^2=114.78, p<0.001$ ), F48 その他神経症性障害: 125例 (8.84%) ( $\chi^2=88.03, p<0.001$ ) の割合では中国群

が日本群より有意に多いことがみとめられた。

さらに各障害の下位分類を詳細に比較検討してみると, Table 5 に提示するように, 日本群では適応障害(20.42%) ( $\chi^2=245.24, p<0.001$ ), 身体表現性障害(15.9%) ( $\chi^2=12.4, p<0.001$ ), 全般性不安障害(14.0%) ( $\chi^2=14.92, p<0.001$ ), 混合性不安抑うつ障害(2.33%) ( $\chi^2=12.29, p<0.01$ ), 急性ストレス障害化(4.44%) ( $\chi^2=10.39, p<0.01$ ), 社会恐怖 (7.72%) ( $\chi^2=5.35, p=0.024$ ) であり, これらの割合は中国群より有意に多いことがみとめられた。

一方, パニック障害 (17.96%) ( $\chi^2=18.85, p<0.001$ ), 強迫性障害者 (25.9%) ( $\chi^2=114.78, p<$

Table 5. Comparison of patient ratio of each disorder in Japanese group and Chinese group (Total patients)

| Types of events                                     | Chinese group |       | Japanese group |       | $\chi^2$ |     |
|---|---------------|-------|----------------|-------|----------|-----|
|   | <i>n</i>      | %     | <i>n</i>       | %     |          |     |
| Agoraphobia   | 17            | 1.202 | 4              | 0.42  | 6.95     | *   |
| Social phobias                                      | 76            | 5.375 | 73             | 7.72  | 5.3      | *   |
| Specific (isolated) phobias                         | 8             | 0.566 | 2              | 0.21  | 1.68     | NS  |
| Phobic anxiety disorders, unspecified               | 4             | 0.283 | 5              | 0.53  | 0.668    | NS  |
| Panic disorders                                     | 254           | 17.96 | 108            | 11.4  | 18.85    | *** |
| Generalized anxiety disorder                        | 126           | 8.911 | 132            | 14    | 14.92    | *** |
| Mixed anxiety and depressive disorders              | 22            | 1.556 | 22             | 2.33  | 12.29    | **  |
| Other mixed anxiety disorders                       | 73            | 5.163 | 4              | 0.42  | 50.31    | *** |
| Other specified anxiety disorders                   | 25            | 1.768 | 5              | 0.53  | 6.034    | *   |
| Obsessive-compulsive disorder                       | 366           | 25.88 | 85             | 8.99  | 114.39   | *** |
| Reaction to severe stress, and adjustment disorders | 85            | 6.011 | 65             | 6.88  | 12.23    | NS  |
| Acute stress reaction,                              | 3             | 0.212 | 42             | 4.44  | 10.39    | **  |
| Adjustment disorders                                | 34            | 2.405 | 193            | 20.42 | 245.24   | *** |
| Dissociative (conversion) disorders                 | 54            | 3.819 | 49             | 5.19  | 2.544    | NS  |
| Somatoform disorders                                | 159           | 11.24 | 150            | 15.9  | 12.4     | *** |
| Neurasthenia  | 91            | 6.436 | 1              | 0.11  | 72.87    | *** |
| Neurotic disorder, unspecified                      | 17            | 1.202 | 3              | 0.32  | 6.95     | *   |

\* $p < 0.05$  \*\* $p < 0.01$  \*\*\* $p < 0.001$  N.S.:  $p > 0.05$

0.001), 神経衰弱 (6.44%) ( $\chi^2 = 72.87, p < 0.001$ ) の割合では、中国群が日本群より有意に多いことがみとめられた。

#### 4. 神経症性障害患者の症状構成の比較

両国神経症性障害患者の症状構成を Fig. 5 に示した。日本群では最も多く見られたのは不安症状で、この出現率は 70.7% であった。次に各症状の出現率で多く見られたのは、心気症状が 53.7% であり、以下、抑うつ症状が 51.5%、問題行動症状の出現率は 27.6% の順番で見られた。その他、神経質症状の出現率は 17.4%、強迫恐怖症状の出現率は 8.5%、ヒステリー症状の出現率は 5.2%、離人症状の出現率は 3.6% であった。

中国群では最も多くみとめられた不安症状の出現率は 65.1% であった。その次に多くみとめられた心気症状の出現率 35.9% であった。3 番目に多くみとめられた強迫恐怖症状の出現率は 28.9% であった。その他の症状の出現率は抑うつ症状が 17.5% で、問題行動の出現率は 13.3% であり、神経質症状の出現率は 11.3%、離人症状の出現率は 6.7%、ヒステリー症状の出現率は 4.2% であった。

両群の神経症性障害患者の症状においては症状

全体の中では不安症状の出現率が最も高かった。まず、日本群で中国群より有意に多くみとめられたのは不安 ( $\chi^2 = 32.38, p < 0.001$ )、心気 ( $\chi^2 = 104.94, p < 0.001$ )、神経質 ( $\chi^2 = 14.87, p < 0.001$ )、抑うつ ( $\chi^2 = 483.04, p < 0.001$ ) および問題行動 ( $\chi^2 = 132.85, p < 0.001$ ) であった。一方、中国群で日本群より有意に多くみられたのは強迫恐怖 ( $\chi^2 = 154.53, p < 0.001$ ) であった。ヒステリー ( $\chi^2 = 3.25, p = 0.197$ )、離人 ( $\chi^2 = 4.74, p = 0.093$ ) の出現率は両群の間の有意差がみられなかった。

#### 5. 強迫症状と問題行動の内容の比較

症状構成のうち、今回の研究で統計的有意差をみとめ、文化社会的影響力が少なくないと考えられ、また、先行研究の結果でも有意差をみとめていたのは、中国群で多く認められた強迫症状と、日本群で多く認められた問題行動である。そこでこの両症状の細目の内容を比較検討してみた。

##### 1) 強迫観念

両群の強迫観念の症状においては Fig. 6 に示したように、日本群では攻撃性 ( $\chi^2 = 3.27, p = 0.013$ )、汚染に関する強迫観念を持つ患者の割合が中国群より有意に多かった ( $\chi^2 = 6.51, p =$

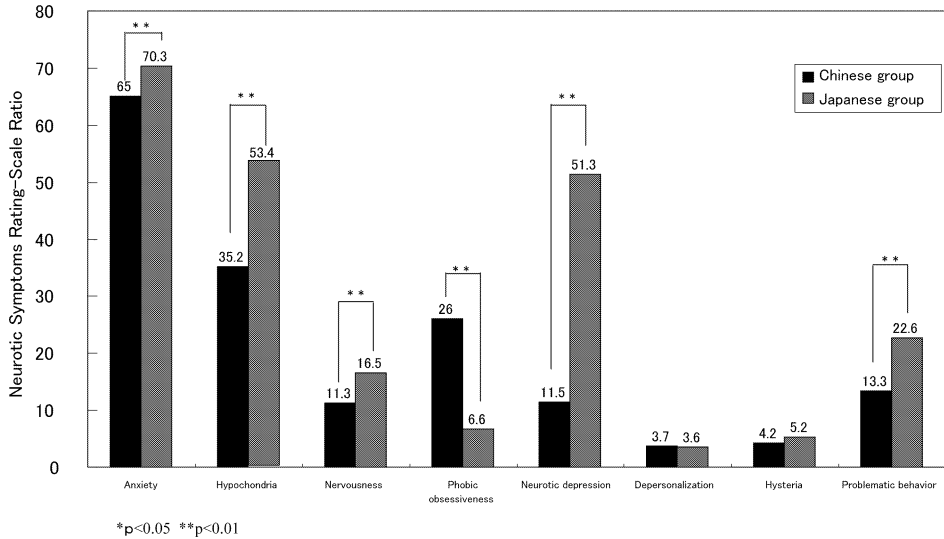


Fig. 5. Comparison of patient ratio of each disorder in Japanese group and Chinese group

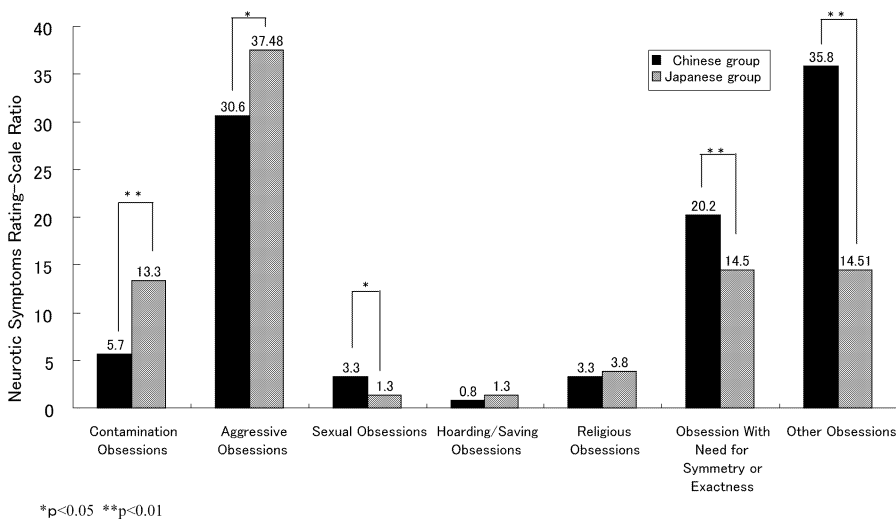


Fig. 6. Comparison of patient ratio of each disorder in Japanese group and Chinese group Obsessions

0.014). 一方、中国群では性的な強迫観念 ( $\chi^2=5.69, p=0.02$ ) と宗教的な強迫観念 ( $\chi^2=2.52, p=0.018$ ), 対称性と正確さ ( $\chi^2=28.18, p<0.001$ ), その他の強迫観念を持つ患者の割合が日本群より有意に多かった. ( $\chi^2=66.63, p<0.001$ ) 保存と節約に関する強迫観念 ( $\chi^2=0.38, p=0.65$ ) の患者の割合は両群の間で有意差がみとめられなかった.

## 2) 強迫行為

両群の強迫行為の症状においては Fig. 7 に示

したように、日本群は掃除と洗浄の強迫行為 ( $\chi^2=6.56, p=0.018$ ) を持つ患者の割合は有意に多かった. 一方、中国群では確認行為 ( $\chi^2=9.02, p=0.03$ ), 物を溜める, 集める行為 ( $\chi^2=3.01, p=0.016$ ), 整理整頓行為 ( $\chi^2=3.38, p=0.031$ ), その他の強迫行為症状 ( $\chi^2=6.56, p=0.018$ ) 患者の割合が日本群より有意に多くみられた.

## 3) 問題行動

問題行動諸症状の比較については Fig. 8 に示したように、日本群は引きこもり ( $\chi^2=42.68, p<$



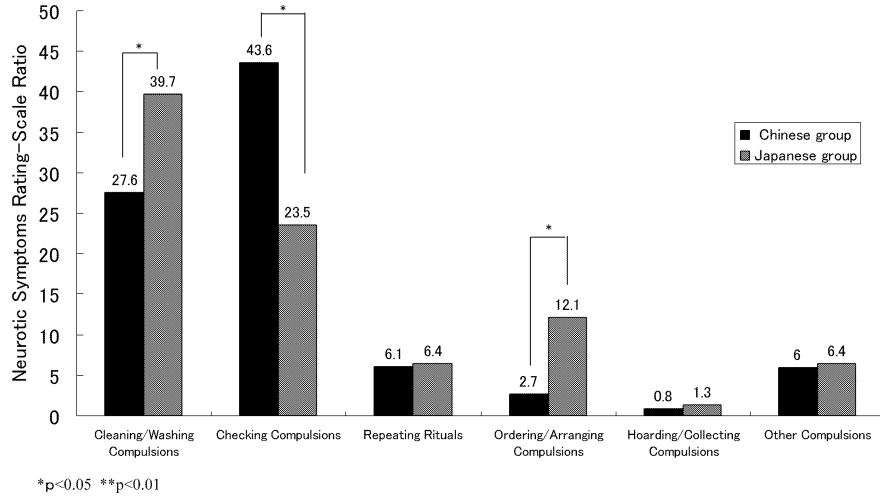


Fig. 7. Comparison of patient ratio of each disorder in Japanese group and Chinese group Compulsions

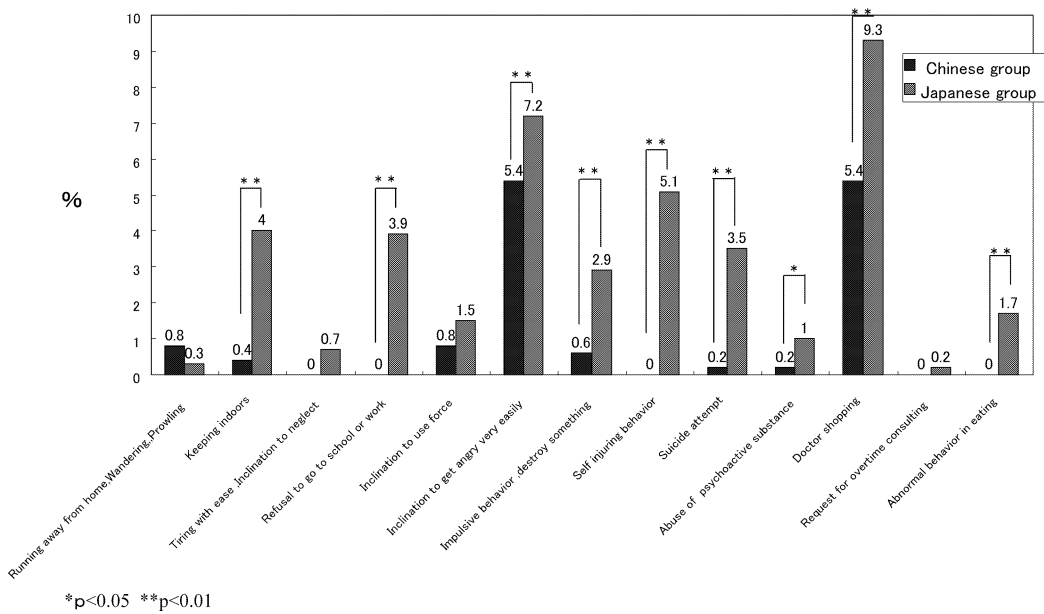


Fig. 8. Comparison of patient ratio of each disorder in Japanese group and Chinese group Problematic behavior

0.001)家出 徘徊 放浪( $\chi^2=2.52, p=0.018$ ), 怠慢傾向 あきやすい( $\chi^2=10.59, p=0.002$ ), 不登校 出社拒否( $\chi^2=56.37, p<0.001$ ), 器物損壊などの衝動行為( $\chi^2=10.49, p=0.002$ ), 自傷行為( $\chi^2=73.47, p<0.001$ ), 自殺企図( $\chi^2=6.15, p=0.016$ ), ドクターショッピング( $\chi^2=13.68, p<0.01$ ), いやなことがあると精神作用物質を乱用す

る( $\chi^2=6.15, p=0.013$ ), 摂食行動異常( $\chi^2=24.15, p<0.001$ )の諸項目は有意に多く見られた. 一方, 易怒的傾向( $\chi^2=3.33, p=0.078$ ), 暴力傾向( $\chi^2=2.09, p=0.16$ ), 治療時間外の診察要求( $\chi^2=3.01, p=0.16$ )では両群は有意差がみとめられなかった.

## IV. 考 察

### 1. 本研究の限界について

対象でも述べたが、本研究のような比較文化的な研究においては種々の限界があることは否定できない。医療制度、治療文化、治療者の属性、など種々の制約がある。また統計的処理に関しても、患者数、症状評価尺度による症状出現率なども正常対象群やその他の障害との関連などで制約があるといえよう。しかし、両国間の疾患構成、症状構成については顕著な相違があることは概括的には捉えられているのではないかと考えている。

### 2. 対象者属性の比較

#### 1) 初診年齢の比較

神経症性障害の初診時年齢はその国の、その地域における医療制度、人口動態、医療機関の性質により影響を受けやすい。今回は各々の施設を選択するにあたり、できる限り類似性を持った施設であることに留意した。したがって、今回の調査の結果が両国の神経症性障害の背後にある問題を反映している可能性があると考え、比較検討した。

まず、女性では両群の初診年齢は有意差がなかったが、男性では中国群の初診年齢が日本群より低かった。この要因としては、今回の対象では、日本群は就学期間が有意に長く、社会参加に伴うストレス状況が神経症障害を増悪化、顕在化する場合が少なくないということを考えれば、日本において初診時年齢がやや高いということに関連しているかもしれない。一方、中国では、学校を卒業後は生活のために就労していくことが必要であり、日本よりも早期に、また強く社会化のストレスを受ける可能性のあること、また一人っ子政策の導入により「望子成龍」という表現に象徴されるように長男の男子に対する期待が少なくないことなどが、若年期の男子に対するストレスの増加の要因となっている可能性があるのではないかと推定される<sup>8)</sup>。

#### 2) 世代構成について

今回の研究で世代構成においては、まず、男性では日本群と中国群とも一峰性であるが、日本群では30代にピークがあるのに対して中国群では20代にピークが見られ、この世代構成には有意差が見られた( $\chi^2=34.90, p<0.001$ )。この事につい

て多様な要因が関連していると推定されるが、今回の研究の範囲では先の初診時年齢のところでも述べたが、日本群では就学期間が有意に長く、このことが社会参加に伴うストレス状況に影響を与えているためにこのような世代構成の差異が生じている可能性が考えられる。

女性では日本群の初診患者の割合は、日本群の20代と60代にピークがある二峰性の分布であるのに対して中国群では20代から30代をピークとした一峰性の分布を示し、この世代構成には有意差が見られた( $\chi^2=55.56, p<0.001$ )。従来の研究では小野が日本では女性が20代に社会参加し最初の大きなストレス状況を体験し、その後一旦婚姻などで家庭に入り、再び40代以降に社会参加や、親の介護負担などのストレス状況を体験することから二峰性になることを指摘している<sup>9)</sup>が、今回のデータはやや年齢が高齢化しての増加であり、その要因については明確ではない。ただ調査施設の特性として認知症の専門医の外来があること、都心部で病院周囲の在住者が高齢化していることなども関係している可能性がある。

### 3. 平均症状数について

平均症状数は日本群で有意に多くみとめられた。日本群では小野の以前の調査では20年間で日本の神経症患者の平均有症状数は増加していたことが報告されている<sup>10)</sup>。この背景としてパーソナリティーの変化による影響が指摘されてきた。つまりパーソナリティーの成熟がすすまないため、防衛機制の現れとしての症状が未分化で多様である可能性である。今回の調査結果もそうしたパーソナリティーの問題をある程度反映しているかもしれない。中国では社会競争の激化や、それに伴う高学歴化は急速に進展しているが、日本のそれにはまだ及ばない部分があり、社会参加の年齢がやや早い中国ではパーソナリティーの高い統合性が求められていると言えるかもしれない<sup>9)11)</sup>。

### 4. 疾患の構成について

本研究では両者の外来患者の割合を比較してみると、強迫性障害、パニック障害、神経衰弱は中国群が日本群より有意に多いが、身体表現性障害、全般不安性障害、社会恐怖、適応障害は日本群の方が有意に多くみとめられた。この相違点を中心に検討してみたい。

### 1) 強迫性障害について

強迫性障害は今日では生物学的基礎に基づく部分が多く、うつ病との関連も良く知られており、社会文化的基盤による影響がどの程度のものであるかは明確ではない。しかし中国群の神経症性障害の患者で強迫性障害の占める割合が多いのは、いままでの他の中国の医療施設においての調査でも同様の結果が現れており<sup>12)13)</sup>、種々の要因が考えられる。

まず、第一に、中国においては、伝統的に心は身体に存在するという所謂「心身一元論」により身体と精神の問題の認識が未分化な形で認識されてきたことがあげられる。「心身一元論」はしばしば心身二元論と対比されるものである。デカルトは近代科学の黎明期において、人は「肉体と情念」という『物質』と、それに含まれない『精神』という二つの存在から成り立っていると考えた。こうした世界観は「心と体の二つから成る論理」という意味で「心身二元論」と呼ばれる。これに対して「心身一元論」は、デカルトと同時期のホブズによる「心身一元論」が有名である。この一元論は人間機械論に近く、心の性質はすべて物理的な組み合わせにすぎないとするものであり、身体は外界の事象の計測器として働き、心はその計測による反応形式の相対に過ぎないとするものである。一方、中国的「心身一元論」は、そのような機械論的なものではない。大陸型の近代合理主義的考えとは異なり、自然主義的な素朴な思考様式であり、精神現象自体を身体的な事柄と分離して認識しない認知様式である。通常、精神と肉体の相互の作用を重視した見立てを持つことに特徴がある。中国伝統医学である漢方医学においてもその影響がみとめられる。したがって精神医学的症候を疾患として認識することに関して、一般の認知度は高くないため、強迫症状のように、症候自体が自覚的にも他覚的にも精神疾認知されやすい病態が、受診につながりやすいと考えられる。第二に、本障害の形成過程を促進する要因として、家庭内の精神力動と社会的ストレスの増加がある。前者は親から一人っ子政策により限られた子供への過大な期待である。中国の歴史的背景として、現在の親世代は思春期に社会と政治の運動により「上山下郷」（進学をしないで17,18歳頃より農業

に参加する運動）や貧しい生活を体験し、文化大革命の影響で十分な教育を受けることができなかった。この結果、親の実現できなかった理想を自分の一人しかいない子供に託す傾向がある<sup>8)14)</sup>。たとえば、中国では1970年代の後半から1990年代の前半までは一般人にとって大学進学のための国家試験合格が、より良い生活を手に入れるのに唯一の手段であったことからこの期間に中国の大学の進学率は7%以下から<sup>14)15)</sup>、35%前後に上昇した。この親の学歴至上主義の傾向は子供の真面目、几帳面、完全主義といった性格傾向の形成を助長してきたと考えられる<sup>9)</sup>。さらに、社会進出を経験する段階においても、中国的個人主義に基づく競争意識は強く、この社会参加の時期にストレスが最も高くなることで、青年期までに醸成されてきた強迫性向が障害としてこの時期に顕在化する要因となっていると考えられる<sup>11)</sup>。

### 2) 神経衰弱について

日本では神経衰弱という用語は第二次世界大戦前によく用いられていたが、その後次第に少なくなり、神経症という用語に置き換えられた<sup>16)</sup>。

100年前にBeardが初めて神経衰弱という病態を報告してから、この病名の患者数は世界各地に増加傾向を続けて、その後減り続けるという経過がみられる。Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-I (DSM-I) からDSM-IV、ICD-1 から ICD-10 の診断基準の中に表現されている神経衰弱の位置づけにその経緯が投影されている。DSMの改定過程ではIVから神経衰弱の診断がなくなったが、ICD-10ではいまだにこの診断名が残っている。中国の精神障害の診断基準であるChinese Classification of Mental Disorders-1 (CCMD-1) からCCMD-2、CCMD-3の中には継続して神経衰弱が診断名として残っている。国際的診断概念の変化の流れを受けて、全世界的この診断が臨床上少なくなり、代わりにうつ病、身体表現性障害、全般不安性障害、慢性疲労症候群へと診断されてきた。1980年代中国の湖南大学で神経衰弱について楊徳森がアメリカのKleinmanと実施した共同研究では、診断された神経衰弱はDSM-IIIにより100人の中で69人は不安障害、25人は身体表現性障害が診断されており<sup>19)</sup>、やはりここでも、身体的なもの

ものが中国医療の中で未分化である。すなわち、この概念が前述の「心身一元論」に基づく中国的精神疾患概念に符合しているところにこの理由があるからかもしれない<sup>19)20)</sup>。

### 3) その他の不安性障害

全般性不安障害とパニック障害を含む、その他の不安性障害が有意に中国群で多い理由については、これら障害が基本的には強迫性障害と同様に、社会的適応を損ないやすく、精神疾患に対する理解が低水準であっても認知されやすいという理由がまずあげられる<sup>19)</sup>。それ以外の文化特異的な要因については今後の研究が必要であろうが、情緒表現がやや日本より大きい、中国ではこの障害はやや大仰に表現される傾向があり、こうした部分も医療に繋がりやすいと考えられる。

### 4) 適応障害について

本研究では日本群の適応障害の比率は20.42%で中国群より有意に多い。ストレスとの関連が示唆される所見があると不安や軽度の抑うつを主訴とする患者群は日本では適応障害と診断されやすい<sup>18)</sup>。一方、中国では症候的には軽い本障害は、売薬で対応する機会が多いという医療状況があることがあげられる<sup>13)</sup>。また、この障害の症状の一部である抑うつ症状は身体的病態として認識されやすいことなどが関連していると考えられる。

### 5) 社会恐怖

DSMには文化と関連した障害として対人恐怖が記載されているが、日本では従来の研究では神経症性障害の中で対人恐怖症の割合は約30%という高率である報告がある<sup>21)~23)</sup>。それに対しては中国では5%以下と少ない報告があり、比較的まれな障害である<sup>24)</sup>。本研究でも日本群の方で対人恐怖症の割合が多くみとめられた。森田療法が1900年代初頭期の対人恐怖症を治療対象としていたことから分かるように本障害は日本では以前の時代から神経症性障害の疾患として、社会文化的背景と密接に関連した病態である可能性があり、この点については種々の説がとねえられてきた<sup>21)25)</sup>。このあたりの考察については、症状としての神経質の項で後に詳細に述べたい。

## 5. 神経症性障害の病態について

### 1) 抑うつについて

今回の調査で日本群と比べて中国群で顕著に抑

うつ症状が少なかった。これと同様の結果は、WHOが行った加盟国30カ国におけるうつ病者の調査(1982)においても現れており、中国には抑うつ症状がもっとも少ないと報告されている<sup>26)</sup>。またKlenmanによる研究でも中国人の抑うつ症状は欧米人に比して少ないという報告がある<sup>27)</sup>。では、なぜ中国に抑うつ症状が少ないのであろうか。

まず、第一に先に中国では抑うつ症状に対する認識が日本のそれと異なる可能性が考えられる。うつ症状を中国では伝統的に心は身体に存在するという、先に細述した「心身一元論」に基づき精神現象が理解される傾向があるため、感覚的には身体的なものとして認識していることが多いと思われる。第二に、中国においては、儒教伝統的な文化の影響により、自己を社会に適合するために強く制御するあり方が望ましいとされる傾向があり、この意味で興味関心の低下や、抑うつ気分などの心の状態を、障害あるいは疾患とは見なさず、そうした症状はその人の性格の現れと捉える傾向があることも一つの要因ではないかと考えられる<sup>20)26)</sup>。

### 2) 問題行動について

日本群において顕著に問題行動が多くみとめられた。小野の先行研究では問題行動が増加しているという報告がなされており<sup>9)10)</sup>、本研究も日本での増加の動向を反映している。中国群では今回の研究で問題行動が少なかったのは、中国側の病態認識において症状として十分理解されていない点が上げられる。たとえば中国で取り上げられている問題行動は種類が少なく、暴力、易怒的傾向、ドクターショッピングなどに限定されているのに対して、日本では多様な問題行動がみられ、とくに不登校、出社拒否、ひきこもり、自傷行為、自殺企図、摂食障害など広範囲な病態が症状として抽出されている。

小野は以前に、パーソナリティ構造の変化という側面から問題行動の増加を説明していたが、確かに日本群では症状数が多く、症状の種類が多様である側面を防衛機制が多様で未分化と捉えて、人格構造の統合性の低さと結びつけることもできる<sup>9)</sup>。

### 3) 強迫症状について

今回の調査では強迫性障害の症候をより細かく比較検討してみた。まず日本では強迫観念として攻撃性が多いのに、中国側では、迷信が多くみられた。また強迫行為として中国において数を数えるとか、整理整頓といったものが多くみられた。これは日本では怒りや衝動を抑圧している結果として攻撃的な観念にとらわれていると考えることもできるだろう。一方、中国では形式的であるが内面に大きな意味を持つ迷信が強迫観念として患者を制縛しており、強迫症状でも内面の形式的具体的な観念に由来すると思われる数や整理整頓といったものが多く内面に秘めた確固たる観念に制縛されがちな古典的な強迫神経症の姿がここでは認められる。このことは先に述べた症状の数の違いと合わせて考えてみると背景のパーソナリティー構造の相違に由来すると考えることもできる。すなわち日本では過去に比べてパーソナリティー構造が不安定で葛藤が生じやすく、衝動性が高い症例が増えているのに比較して、中国では社会変動が激しいもののパーソナリティー構造は比較的安定しており、従来の構造を保持していると考えられる。また中国の時代状況が反映している可能性も考えられる。中国では経済が発展途上段階にあつて、それが精神構造、ひいては疾患構成に関連するとの見方である。もう一つには両群の基本的なパーソナリティー構造の相違を反映している可能性が考えられる。たとえば中国では自己中心性が日本においてより強く、西洋の個人主義とはややニュアンスを異にするが自己の正当性が正しく認められることに対する強い希求がある。これは別の側面からみれば自己愛的とも考えられるが、自己の周囲環境に対する強い不安とそれを支配したいとする相克という表現がより精確な精神病理学的見立てであろう。すなわち中国的完全主義的性格傾向が背景にあつて、社会文化的な時代変化が著しいために、それに対する適応不安は強くなり、強迫的防衛機制が用いられやすいと考えるのである<sup>30)</sup>。興味深いことに日本においても1960年から1980年の高度成長期には強迫症状が増加していたのである<sup>28)</sup>。

### 4) 神経質症状について

神経質症状はおもに対人恐怖症状を含むもので

あるが、日本群で有意に多くみられた。この点には日本と中国の対人関係に関する文化的な認知様式の相違が介在する可能性がある。たとえば日本では明治期より西欧文化は盛んに摂取されてきたが、日本人の精神構造のなかに西欧型の個人主義が十分育って来なかった部分があることはしばしば日本文化論で語られてきたところである。日本人は集団志向的であり、また世代によっては過去の家制度の認知様式が家制度の解体した以降にも意識下に残存してある程度機能していると考えられることもできる。すなわち、関係性にとらわれ、集団内ではおもに「恥」を含んだ自責感により思考や行動が支配されやすい。それゆえに病気で作業能力が低下すると、「会社の仲間に恥ずかしい」、「家族に申し訳ない」といったような集団志向、もしくは家制度意識を背景とした自責感を感じやすい。つまり、日本では昔の共同体がほとんど消失したにもかかわらず、共同的思考パターンがある程度残存している。したがって人の評価、人にどう見られるかといった対人過敏性が極めて強いのが日本人の特徴である<sup>25)</sup>。中国人では自己愛的傾向、あるいは「うぬぼれ」の傾向は強く、フランス同様に個人主義的傾向が強い<sup>29)</sup>。日本の症例では、患者は他者評価が気になり、自分が他人に迷惑をかけたのではないかという加害的念慮がよく見られる<sup>18)</sup>のに、中国の患者では、「面子」という言葉に象徴される、自己愛的世界像が対人場面で崩される、あるいは傷つけられるということに敏感であり、その意味で中国人の対人場面での感情とは、「自分は怠けもの」「自分は何にもできない」などの自己否定、劣等感を訴える傾向となつて現れ、他者に対する対人不安としては惹起されない<sup>16)29)30)</sup>。以上により対人恐怖症が中国では少ないと考えられる。

## V. ま と め

今回は日中の神経症性障害の病態を呈する症例をICD-10により抽出し、さらに症例の病態を詳細に比較検討する目的で、九大式神経症症状評価尺度を用いた比較検討を施行した。その結果、症例の疾患構成、症状構成において両国の相違が見出された。とくに、両国の社会文化的基盤との関連で相違が現れていると考えられたのは、まず疾

患構成において強迫性障害は中国で有意に多く、この背景に本障害が受診に結びつきやすい医療状況の相違とともに、中国の現代の社会文化的環境、中国人特有の人格構造などが本障害の発症と関連するのではないかと考えられた。また症状構成では中国では抑うつ、対人恐怖症状、問題行動などが日本と比べ少なく、この背後に両国の症状の認識や表現の社会文化的基盤の相違が考えられた。

この論文を作成するに当たり、ご指導を賜った東京慈恵会医科大学精神医学講座主任教授中山和彦先生、および東京女子大学教授牛島定信先生、またご協力頂いた北京大学精神衛生センター教授催玉華先生、方明昭先生、大学院生の張伯全先生に、深く感謝いたします。

## 文 献

- 1) Kleinman A. Rethinking psychiatry; Suffering healing and human condition. New York: Basic Books; 1988. 江口重辛, 五木田紳, 上野豪志 訳: 病の語り: 慢性の病をめぐる臨床人類学. 東京: 誠信書房; 1996. p. 8-17.
- 2) Kleinman A. Rethinking psychiatry; from cultural category to personal experience. New York: Free Press; 1988. p. 6-11.
- 3) 林 宗義. 台湾社会変遷対精神病理的影響. 中国心理衛生雑誌 1988; 2: 65-7.
- 4) Herman M Van Praag. Research in Neurosis: [proceedings of a congress of the Interdisciplinary Society of Biological Psychiatry, Amsterdam, The Netherlands, September 1975]. Holecma: Bohn Schltrema; 1976. p. 13-35.
- 5) Kraepelin E. Vergleichende Psychiatrie. Centr-albl f Nerven u Psych 1904; 27: 433-41.
- 6) Leff J. Psychiatry around the globe; a transcultural view. London: Gaskell; 1988. 森山成嶽, 朔元 洋 訳. 地球をめぐる精神医学. 東京: 星和書店; 1991. p. 23-58.
- 7) 西園昌久, 村田豊久, 牛島定信, 堤 啓, 奥村幸夫, 皿田洋子 ほか. 神経症に対する bromazepam (R05-3350) の臨床効果-2 重盲検交叉法による diazepam との比較. 臨と研 1973; 50: 1741-54.
- 8) 劉 沈穎, 宗像恒次, 藤山博英, 篠葉真理子. 中国都市部における一人子の精神健康とその社会的要因 (高校生を対象として). 日公衆誌 2003; 50: 15-26.
- 9) 小野和哉. 最近のヤングアダルト世代の神経症性障害の女性における病態変化. 臨精病理 2000; 21: 31-52.
- 10) 小野和哉, 牛島定信. ヤングアダルト世代の女性神経症をめぐる: 最近 10 年間外来比較調査から. 日社精医学会誌 1998; 7: 11-8.
- 11) 辺 燕傑. 試析我国独生子女家庭生活方式的基本特徴. 中国社会科学 1986; 1: 91-106.
- 12) 黄 菊坤, 小野和哉. 日本と中国における神経症性障害の病態の国際比較研究(第 3 報). メンタルヘルス岡本記念財団研究助成報告集 2004; (0916-9156) 15: 71-4.
- 13) 黄 菊坤, 小野和哉. 日本と中国における神経症性障害精神疾患の病態像の国際比較研究(第 1 報). メンタルヘルス岡本記念財団研究助成報告集 2002; (0916-9156) 13: 133-8.
- 14) 潘允康 著, 園田茂人 ほか訳. 変貌する中国の家族. 東京: 岩波書店; 1994. p. 173-6.
- 15) 趙 豊 編. 青少年問題報告. 中国: 民族出版社; 1998. p. 16-400.
- 16) Suzuki, T. The concept of neurasthenia and its treatment in Japan. Cult Med Psychiatr 1989; 13: 1726-8.
- 17) 牟礼利子, 福迫 博, 山畑良蔵. 鹿児島大学医学部附属病院神経精神科における 20 年間の新来患者の推移. 九州精神医 1989; 35: 45-52.
- 18) 加藤 敏. 現代日本におけるパニック障害とうつ病: 今日的な神経衰弱. 精神科治療学 2004; (0912-1862) 19; 955-61.
- 19) 楊 徳森, 肖 水源. 神経症性障害とヒステリーについて. 中国神経精神病雑誌 1994; 20: 2 119-20.
- 20) 徐 涛園. 神経症, 神経衰弱とヒステリー. 中華神経精神科雑誌 1990; 23: 303-5.
- 21) 高良武久. 対人恐怖症と日本人の歴史的社会的環境. 九州精神医学 1955; 4: 1-2.
- 22) 近藤喬一. 対人恐怖症的時代変遷: 統計的観察. 臨精医 1980; 9: 45-53.
- 23) 鈴木知準. 対人恐怖症の症状に関する統計的観察. 臨精医 1976; 5: 1013-23.
- 24) 林 雄標. 社会恐怖症の臨床症状特徴. 中国臨床精神医学雑誌 1998; 8: 85-8.
- 25) 施 旺紅, 黒木俊秀, 田代信維. 中国と日本における対人恐怖症の比較. 九州精神医 2002; (0023-6144) 48: 109-14.
- 26) 十二区精神疾病流調協作組. 十二区神経症流行病学調査. 中華神経精神病雑 1986; 19: 87-91.
- 27) Kleinman A, Good B. Culture and depression. Berkeley: University of California Press;

1985. p. 299-324.
- 28) 傳田健三. 思春期の強迫性障害の精神病理と治療. 精神療法 2001; 27: 579-86.
- 29) 辛 雅麗. 大学生の防御方式と心理健康について. 中国心理衛生雑誌 1997; 11: 292-4.
- 30) 閻 俊, 崔 玉華. 52 例外来強迫性障害患者の調査分析. 上海精神医学 2003: 15; 267-71.