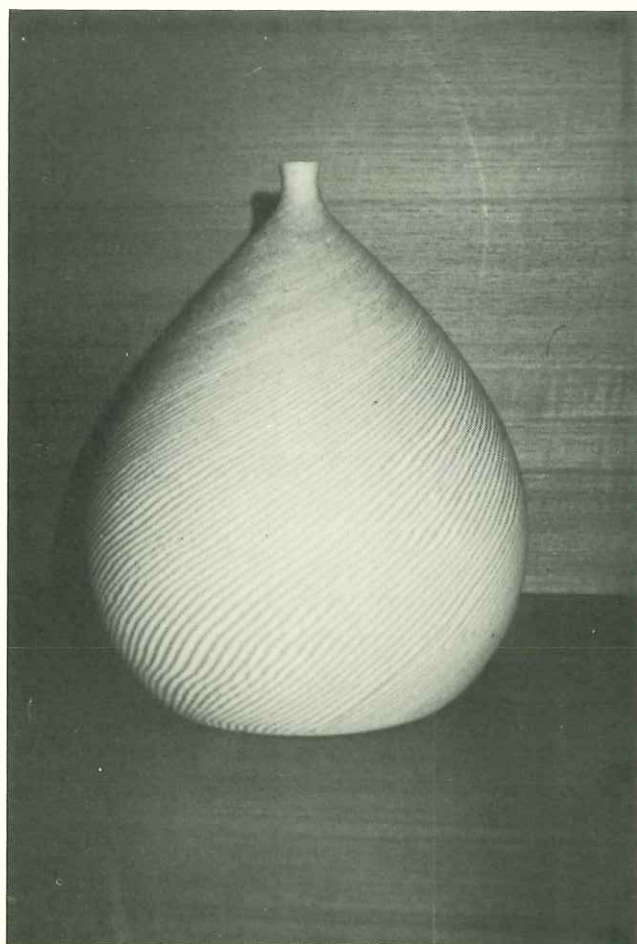

JOURNAL FOR SEX COUNSELING AND THERAPY

1980
Vol.1 No.2

Japan Association of Sex Counselors and Therapists (JASCT)

昭和55年 9 月 1 日発行

発行所 JASCT事務局
制 作 FONTANA



目 次

巻頭のことば（会長 馬島秀麿）	1
思 春 期 の 性	
生 理 に つ い て （松本清一）	2
インポテンツの診断と治療	
大学の立場から（白井将文）	8
性機能不全、とくに心因性機能障害について	
精神科受診患者を中心に（小此木啓吾）	12
インポテンツの診断と治療	
実地医家の立場から（斉藤宗吾）	18
青 山 だ よ り	25
新 刊 書 の お し ら せ	
新 しい 器 具 の お 知 ら せ	

巻頭のこ と ば

馬 島 季 磨 (JASCT会長)

JASCT発足以来1年を経過し、現在までに、2回のゼミナールを開催したが受講会員
の数は決して満足すべきものではなかった。しかし会員は全国にまたがっていることは誠
に明るい材料である。主催者側はその間、種々の試行錯誤を行ないつつも、理事の増員
強化、ゼミナールの内容充実に努めてきた。出席会員はSex Counselingの経験を
ふまえ、あるいはその必要性を十分に認識され、きわめて熱心に聴講されかつ発言され
ていることは同慶の至りである。本ゼミナールは少数精鋭の会員参加のもとに次第に成
果を挙げ、ようやく社会の注目を浴びてきた。このことは本ゼミナールの将来にきわめ
て明るい希望をもたらすものであると信じている。

性の解放あるいは性革命ということが叫ばれて久しい。このことに対して医学は如何
なる役割を果たしたであろうか。目立ったのは、週刊誌や婦人雑誌などによる非科的
な誤大情報とそれによる性の混乱のみである。今や臨床医家は性に関する語問題に直面
する機会がますます多くなってきた。医師が性障害の対応に困惑し、とまどうという事
態は1日も早く解消すべきである。

わが国の現状をみるに、医師は性医学について何らの専門教育をうけていない、医師
が勉強すべき有力な参考書も日本では発刊されていない、研修する機会も与えられてい
ない、性治療が医療制度に取り入れられていない。これではわが国における性医学の教
育も研修も、医療も八方塞がりであるといわざるを得ない。

このような日本の状況にあって、JASCTは性医学を研修し、知識を吸収する、さ
らには性医学研究のレベルアップを目的として発足し、今や大きな役割を担うに至った。
われわれの目的は、性医学をあくまでもアカデミックに真剣に研修し、性科学の進歩を
計り、欧米のレベルにまで引き上げ、医療体系の充実を1日も早く完成することである。

会員の皆様と手を取り合って、今後一層の努力をしたいものと念じて止まない。

思春期の性 ―生理について―

自治医科大学教授

松 本 清 一

1. 思春期の定義
2. 思春期の医学的意義
3. 身体発育
4. 二次性徴の発達
5. 性機能の発達
6. 内分泌の変化
7. 思春期の妊娠

1. 思春期の定義

わが国では一般に思春期は小児期から成熟期への移行期と定義されている。すなわち性器の発育開始や二次性徴の発現から身体発育ならびに性機能発達の完成までと解釈される。

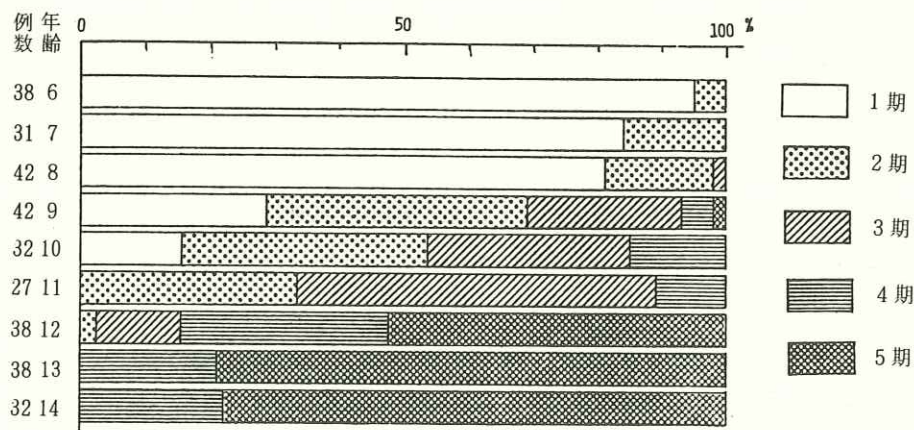
一方、欧米ではpubertyとadolescenceという言葉があり、それぞれの言葉の定義が必ずしも一致してはいないが、近年では一般にpubertyは性機能が発達し始める時期、adolescenceは性機能が発達し始めてから成熟期に至るまでの時期で、pubertyはadolescenceの一部と考えるか、あるいはpubertyの時期に引き続き成熟期に至るまでの時期をadolescenceとしているものが多い。したがって思春期をもしpubertyに当る訳語とするならば前述の狭い時期と考えることになり、この場合に、adolescenceに当る言葉としては青春期あるいは青年期を用いるものもあるが、pubertyもadolescenceも日本語では思春期と訳してもよいと思う。

思春期の年齢の範囲についても一致した見解はない。発育にはかなり個体差があるから、思春期を性機能の発達開始から完成までの間と定義してそれを機能的に解釈するならば、思春期の範囲に一定の暦年齢を当てることはできず、個人個人によって変わるべ

きだという考えもある。またその範囲を一般的な平均値をもって定めたとしても、発育の開始は文化の発達とともに早まってくるから、時代の推移に従ってその年齢の範囲は変化することになる。

従来わが国では12, 13歳頃からを思春期と呼ぶ場合が多いが、玉田（1978）の調査によれば、近年わが国の女子では図1に示すように、乳房の発育を示すもの（Tanner の分類で2期以上）は9歳でおよそ70%、10歳ではおよそ85%も認められるし、血中 estradiol 値は9歳と10歳の間で有意差をもって急増しているから、8、9歳頃から思春期と考えなくてはならない。

図1 わが国少女の乳房発育（タナーの分類による）（玉田：1978より引用）



思春期と成熟期との境界についても、従来一般に17、18歳までを思春期としているものが多いが、性機能完成の時点を示すことは困難であるし、またそれには大きな個体差もある。松本（1978）や玉田ほか（1979）が報じたように、18～19歳でも無排卵周期を示すものが多いこと、また排卵性周期でもホルモン定量の結果から黄体機能不全と考えられるものが多いことからすると、19歳までは、なお思春期とした方がよいようにも思われる。精神的成熟までも考慮に入ればなおさらであろう。

2. 思春期の医学的意義

人間の一生の中で最も身体的ならびに精神的発達をめざましい時期であるとともに、性機能が分化発達し生殖の準備を完成する、人間にとってきわめて重要な時期である。

そのため思春期には多様な身体ならびに精神の変化が招来され、それが健康に影響を及ぼすこともあるし、またこの時期における発達課程は必ずしも一致せず、その間に不

均衡を生じやすく、性機能の発達に伴う性的行動の高まりと共に精神の不安定性を招くこともある。また心身の発達は思春期の人びとが生活している社会環境の諸因子とも互いに作用しあって健康に影響を及ぼすので、保健教育や保健管理などの予防医学から治療医学、リハビリテーションに至る幅広い医学的配慮が必要である。

3. 身体発育

思春期に入ると発育増加が増し、やがて発育速度の著明なピークを示し、初潮後は減退する。この急激な発育を示す時期を胎児期の第1発育急進期に対して第2発育急進期、あるいは思春期のスパートと呼んでいる。

身体発育は全身に均一に起こるのではなく、発育に従って身体各部のプロポーションにも変化が生じる。また身体を構成している筋骨系をはじめとして、脳神経系、リンパ系、性器系など種々の系統が一様に变化してゆくのではなく、それぞれが独自の推移を示すので、発育課程では一時的な不均衡を生じやすい。

思春期の身体発育は初潮の発来など性機能の発達が二次性徴の発現と密接な時期的関係を持っているが、それに及ぼす環境因子の問題も重要で、環境因子と内分泌因子のどちらが主導的役割を持つのか、また両者の関連性などについてはなお未解決の点が多い。

わが国で昭和30年頃からみられた著明な初潮の早発傾向は身体の発育促進と密接に関連しており、最近ではその鈍化が明かである。原因については小児期の栄養の改善、ことに動物性蛋白質や脂肪の摂取増加が一つの重要な要素になっていると考えられているが、環境因子の影響についてまだ完全に明らかにはなっていない。

4. 二次性徴の発達

思春期の最初の徴候として皮下脂肪の沈着増加や乳房の発育開始がみられ、さらに恥毛の発生、骨盤の発育などが現われ、次第に女性型体格となって性差が著明になる。これらの種々変化は大体時期的に平行して発現するが、乳房の発育や恥毛の発生は Tanner の分類によってその段階が分けられ、思春期の発達課程を示す指標として広く使用されている。わが国少女での乳房と恥毛の発育段階は図2に示す通りである。

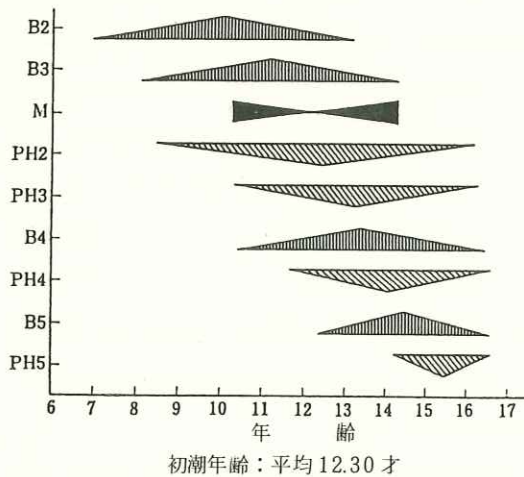


図2 わが国少女の乳房、恥毛の
發育
(玉田：1978より引用)

B2—B5はTanner分類の乳房發育段階、PH2—PH5は恥毛發育段階、Mは初潮年齢。それぞれの平均値とその標準偏差の範囲を示す。

5. 性機能の発達

思春期になると性器は發育を開始して急速に重さや大きさを増し、性機能は次第に発達し完成してゆく。女性では、卵巣周期は休止状態から一挙に完全な周期が確立されるのではなく、種々の不完全な周期状態を経過しつつ長年月を費して遂に完成に至る。したがって成人では病的状態と考えられる無排卵周期や黄体機能不全も思春期には發育課程に伴う生理的状态として存在する。しかも、その發育課程はきわめて個体差が大きく、時には正常の範囲を逸脱したとしか考えられない発達の遅延が起こることもあるし、また種々の環境因子やストレスがこれに大きな影響を与える。

すなわち思春期に入ると卵胞がある程度まで發育してエストロゲンを分泌する（不全1相性周期）ようになり、次いで成熟卵胞にまで發育するが排卵せずに退行して無排卵周期（完全1相性周期）を作り、その段階で月経が発来する。月経発来後もなお無排卵周期や黄体機能不全周期（不全2相性周期）を繰り返しながら完全な排卵性周期（完全2相性周期）が次第に確立されてゆく。

一方、性機能の発達に伴って性欲が発来し、性衝動が生じるようになるが、思春期の男女が性行動の意義やその結果について正しい知識を持っていないと、これらの性欲や性衝動は性病や望まざる妊娠を招来させ、将来の健康や妊孕力に障害をもたらす結果を招く。

6. 内分泌の変化

思春期に発来する性機能の発達や身体発育が主として性腺から分泌される性ホルモンの作用によっていることは明らかであり、その性腺の働きは下垂体から分泌されるゴナドトロピンの作用によって賦活されるが、小児期から思春期にかけての血中諸ホルモン値の変動をみると、ゴナドトロピンも性ホルモンも共に思春期に急増するが、ゴナドトロピンではF S H（卵胞刺激ホルモン）がL H（黄体形成ホルモン）より早く増加することが特徴的である。性ホルモンではエストロゲン（卵胞ホルモン）もテストステロン（男性ホルモン）もゴナドトロピンの増加に対応して共に10歳頃から急増する。またD H A（デヒドロエピアンドロステロン）の増加がすべての変化に先んじて現われることが明らかにされており、副腎機能の関与が示唆されている。

このような研究の結果、思春期発来の内分泌学的機序を解明する足掛かりができてきたが、その引き金としては視床下部の機能や、視床下部一下垂体一性腺系のフィードバック機序、それに及ぼす副腎ステロイドの作用などが重要な役割を演じていると考えられる。また成長ホルモン、プロラクチン、甲状腺ホルモンなどとの関連を示唆する研究もある。

7. 思春期の妊娠

近年、十代の未婚少女の妊娠や人工妊娠中絶の増加が欧米諸国で大きな社会問題となっている。イギリスでは人工妊娠中絶の数が、全体としては1974年から減少しているのに20歳未満では増加を示しており、更にその中でも16歳未満が漸増している。ヨーロッパ各国での全人工妊娠中絶中に占める19歳未満の比率は各国とも近年増加しており、イギリスやスウェーデンでは20%を越すに至っている。またアメリカでは1975年に15～19歳の婦人で、1年間におよそ105万8千名が妊娠し、58万2千人が出産し、32万7千人が人工流産しており、全妊娠の31%は人工流産し、21%は非嫡出子を出産している。

十代の少女が妊娠した場合に問題になるのは生理的なことより社会的問題である。15歳以下の少女の妊娠では身体的にも未完成で問題があるが、それ以上の年齢では身体的に大きな問題はない。

しかし社会的には妊娠することによって学業が中断されたり、あるいはよりよい就職の機会が奪われることによって、将来より高い社会的地位につくことが障げられる。また妊娠したために往々無理な結婚を強いられるためにより幸福な結婚の機会を失すこ

ともある。アメリカでは早婚者では離婚の率が高いことも認められている。

さらに問題なのは心理的に妻としても母としても未成熟であって、その責任が果たせないことと、現在の社会では未成熟な母が生きていくために適当な援助が得られないことである。今日わが国では結婚は23～26歳が一般的であるし、またそのくらいの年齢に達しなければ社会的に母としての責任を果たすことができない。

結婚生活に対しても母性としても準備できていない状態で妊娠すれば悲劇をもたらす。愛情のある成熟した男女の間では幸福や喜びをもたらす性行動が苦痛や悲嘆を与え、あるいは身体的またな精神的障害を将来に残すことになる。したがってこのことをよく理解させて障害の予防に努めることが大切であり、また一般の性意識や性に関する社会的環境が変化した今日、思春期の男女の性行動を抑えることが困難であるならば、その結果生じる望まざる妊娠の悲劇を避ける努力が払われなければならないであろう。

文 献

1. Deschamps, J, P & Valantin, G : Rregnaucy in adolescence : incidence and outcome in European countries (in Fertility in Adolescence) , J. biosoc Sci . Suppl . 5 : 101, 1978
2. Dryfoos, J, G : The incidence and outcome of adolescent pregnancy in the United States- (in Fertility in Adolescence) J. biosoc . Sci. Suppl. 5 : 85, 1978
3. 松本清一：思春期，産科婦人科学大系第3巻A，リプロダクション・成長・老化，中山書店，1975
4. 松本清一：思春期女子の性機能，性と避妊 3 : 503, 1978
5. 松本清一：思春期医学のあり方について，産と婦 45 : 965, 1978
6. 松本清一：思春期医学，小児内科 11 : 909, 1979
7. Rothman, D, & Capell, P : Teenage Pregnancy in England and Wales : some demographic and medicosocial aspects (in Fertility in Adolescence) J. biosoc. Sci. Suppl. 5 : 65, 1978
8. 玉田太朗ほか：思春期の定義と範囲，産婦の実際 28 : 309, 1979

インポテンツの診断と治療 —大学の立場から—

東邦大学医学部泌尿器科助教授

白 井 将 文

はじめに

従来治療の対象にならなかった器質的インポテンツに対して各種のsilicone prosthesisを陰茎内に挿入する手術が行なわれるようになり、単に陰茎を腔内に挿入可能にするという点ではむしろ機能的インポテンツより治療が容易になった。そこで器質的に何等障害のない機能的インポテンツに対しても患者の求めるがままに安易にこの種の手術を施行する医師が増加しており、その是非をめぐって論争がおこっている。

そもそもsilicone prosthesisは人体にとって異物であるから、器質的インポテンツにのみ挿入すべきで、そのためには先ず器質的インポテンツと機能的インポテンツを正確に鑑別できる診断法を確立し、機能的インポテンツに誤って手術をしないようにしなければならない。

本日は実地医家にも容易にできる両者の客観的な鑑別診断法を中心に述べる。

まず、インポテンツとは金子によれば「性欲、勃起、性交、射精、オルガスムスのいずれか一つ以上欠けるか、もしくは不十分なもの」と定義されており、単に勃起や性交ができないものだけをインポテンツと云うのではないことが判る。そしてインポテンツは一般に生殖不能症と性交不能症とに大別されているが、生殖不能症は男性不妊症male sterilityとして別に扱われることが多いので、インポテンツといえば性交不能症をさすものと理解してよい。また、性交不能症は陰部の解剖学的な変化による不能症と勃起力の不足による不能症および射精障害による不能症などに区別されている。さらに性交不能症は器質的不能症organic impotenceと機能的不能症functional impotenceあるいは精神的不能症psychogenic impotenceに分類されている。また臨床的には原発性インポテンツprimary impotence（一度も性交がうまくいったことのないインポテンツ）と続発性インポテンツsecondary impotence（少なくとも一度以上性交ができたが、以後まったく性交ができなくなったインポテンツ）に区別して使用することが多い。

1. 器質的インポテンツと機能的インポテンツの客観的鑑別診断

最近労働災害や交通事故の増加に伴って器質的インポテンツも増加しており、その補償をめぐる争いも起っている。これら症例が本当に器質的なものか、それとら外傷を契機に発症した心因性のものかを客観的に鑑別することが極めて重要である。また従来は治療の対象でなかった器質的インポテンツに対して最近各種のsilicone penile prosthesisを陰茎内に挿入する手術がおこなわれるようになり、単に陰茎を膣の中に挿入させることが出来るという点でみればむしろ器質的インポテンツの方が機能的インポテンツより治療が簡単になった。そこで一部の医師は患者の求めるがままに機能的なインポテンツに対してもこれらの手術をおこなうようになった。しかしこれらsilicone — prosthesisは人体にとっては異物であり、あくまで器質的インポテンツにのみ挿入すべきであることは言うまでもない。そこでアメリカを中心に機能的インポテンツと器質的インポテンツのより厳密な鑑別診断の必要性が強調されるようになった。

我々はこれまで両者の客観的な鑑別法としてisotopeを使用して陰茎内の血流動態を観察するRadioisotope penographyを施行して良好な成績を収めてきたが、本法はisotopeを使用するため一定の管理区域内で施行しなければならないという不便さがあった。そこで現在では接触式温度計を用い陰茎皮膚温度を記録し、視覚的刺激を与え、陰茎皮膚温度がどのように変化するかによって両者の鑑別を行なっている。

すなわち、視覚的刺激負荷によって陰茎皮膚温度の上昇がみられる場合は機能的インポテンツと診断することができ(図1)、視覚的刺激負荷に対して全く反応を示さないもの(図2)は器質的インポテンツと診断することができる。

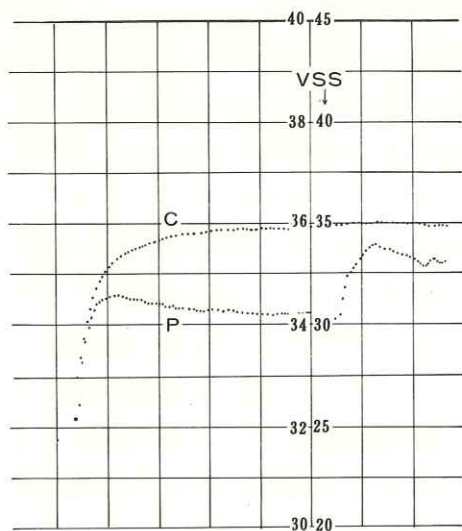


図1 陰茎温度曲線

視覚的の刺激負荷（VSS）により
陰茎温度曲線の著明な上昇がみられ
機能的インポテンツと診断された。

VSS: Visual Sexual Stimu-
lation

P: 陰茎温度曲線

C: コントロール曲線

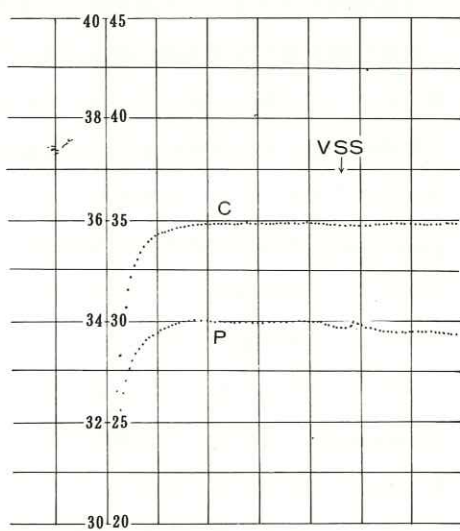


図2 陰茎温度曲線

視覚的の刺激負荷（VSS）に対し
ても陰茎温度曲線の上昇はみられず
器質的インポテンツと診断された。

VSS: Visual Sexual Stimu-
lation

P: 陰茎温度曲線

C: コントロール曲線

なお、我々はRadioisotope penographyと陰茎皮膚温度記録を同時におこない、
陰茎皮膚温度は陰茎血流動態をよく反映することを確認している。

ただ視覚的の刺激を負荷する場合に注意しなければならないことは、視覚的の刺激負
荷に対して全く反応を示さないものをすべて器質的インポテンツと診断できないという
ことである。それはごく一部の症例であるが、視覚的の刺激に対する慣れなどから器質
的障害がないにもかかわらず全く反応を示さない症例が含まれているからである。そこ
で我々は視覚的の刺激に対して反応を示さなかった症例のみについて終夜睡眠ポリグラ
フィーと陰茎皮膚温度およびmercury strain gaugeを陰茎に巻きつけ、夜中にみ
られる陰茎の膨張（nocturnal penile tumescence; NPT）を同時に記録しREM
睡眠期に一致してNPTと陰茎皮膚温度の上昇がみられれば機能的インポテンツ、みら
れなければ器質的インポテンツと診断するようにしている。なおNPTと陰茎皮膚温上
昇との間には相関がみられるのでいずれか一方法で十分である。

2. インポテンツの治療

(I) 器質的インポテンツの治療

前述の検査で器質的インポテンツと診断された場合には種々なる形のsilicone prosthesisを陰茎内に挿入する手術がおこなわれる。

アメリカでは既にinflatable typeのpenile prosthesisが実用化しているが、本邦ではrigidあるいはsemirigid typeのprosthesisが使用されている。

我々はflexible typeのprosthesisを左右の陰茎海綿体内にそれぞれ1本ずつ挿入するようにしている。

Silicone prosthesisは患者の陰茎の長さにあわせてあらかじめ作っておく。

消毒はガス、乾熱、逆性石けん消毒のいずれでもよい。

患者を仰臥位にし、手術部を消毒した後、陰茎根部で恥骨下縁に約3cmの横切開を加え陰茎根部のtunica albugineaを露出し、この部で左右tunica albugineaに縦に約2cmの切開を加え陰茎海綿体内にsilicone prosthesisが十分入だけの空間を作り、prosthesisを左右海綿体内に挿入する。

Tunica albugineaは4-0ナイロンあるいはクロミックカットグットで結節縫合し、皮下組織、皮膚は共にナイロンで縫合する。

術後4週間以上性交は禁止する。

以上が我々のおこなっている器質的インポテンツに対する手術療法である。

(II) 機能的インポテンツの治療

心因性インポテンツの治療はパートナーと共に行なうのを原則とすることは言うまでもない。先ず勃起不全に伴う性交不能症に対する治療であるが、我々は次のような手順で治療している。

すなわち、まず男性の膣に対する考えを改めさせる。この際我々はしばしば女性サイドよりみた性生活調査報告書ハイトリポートのデータを引用することにして、これによれば女性は陰茎を膣の中に挿入してもらってオルガスムを得ているものはわずか30%にしか過ぎず、男性が考えているほど陰茎の膣内挿入は重要ではなく、陰茎を膣内に挿入しなくてもテクニックによってはもっと素晴らしいオルガスムを与えることができることを教える。これにより陰茎をどおしても膣の中に挿入しなければならないという悲壮感はなくなり、緊張感は消失する。

次に薬物療法を適宜併用する。それは多くの患者は薬物を投与しないと非常に不安が

るのと不安、緊張の強い症例にはまず向精神薬剤の投与をおこない、心の安定を計ってから本格的な治療に入るのがよいからである。

次に勃起していない陰茎を膣の中におしこむ方法“Stuffing technique”がしばしば用いられているが、これは勃起していない陰茎でも膣の中に挿入できることが判れば、勃起不全の最大の因子である不安が消失し勃起するようになるからである。

我々はこの勃起していない陰茎を膣の中におしこむ際により容易に挿入できるようにシリコン製の勃起補助具を作製し装着させるようにしている。

一方心因性の射精障害、中でも最も多い早漏の治療であるが、射精回数の増加である程度射精までの時間の延長が計れるし、前戯でパートナーをオルガスム寸前までもっていき挿入で同時にオルガスムを味うよう指導する。

また射精訓練、すなわち女性が男性の陰茎を手で刺激し、射精しそうになったら一旦中止し、この射精の前駆感が止んだら繰返し行わせ、射精の閾値を高めるようにする。

性機能不全、とくに心因性機能障害 について

— 精神科受診患者を中心に —

慶応大学精神科助教授

小 此 木 啓 吾

我々の臨床経験としては、男性が多く、泌尿器科を經由し、依頼される場合と直接来訪する本人の意志による症例が大部分で、産婦人科（不妊、人工授精）からのものが時に受診する。産婦人科からの場合は不妊を主訴としたものの中で、男性が主体となっている症例が依頼される。

心因性々機能障害

一次的性機能障害

Primary な障害は未完成結婚の形をとるものが多い。新婚で男性が初体験で、男性に障害がある場合である。結婚したがうまくゆかず多くは、3～6ヶ月後に訪れている。

これは男性が中心で、幼少から現在迄、性行為未達成で、結婚迄、勃起を認めない場合もあり、夫が受身となっていて、妻に強要されて外来に来る型が多い。

二次的性機能障害

Secondary な障害は性生活を営む経験をもつものが、広い意味で、ストレス状況、精神障害、身体疾患によるものを言う。

カウンセリングでよくなる見通しがつくものが多い。

たとえば結婚してしばらくした後、インポテンツになったものや、中年で病気のために性交渉が杜絶たためあとに性不能になった場合がある。

心理検査による観察

二つのグループに分けられる。

1. 性格障害

感情的な表現が稀薄で性欲の自覚を欠除しており、精神医学的に異常な所見はないが分裂性格である。マスターベーションさえ未経験でセックスのみでなく人間関係でも情緒的に無関心である。

これに属するものは理工系の優秀な技術者で仕事熱心だが、友人が少くないといったタイプの中に多い。

治療は難しく、行動療法やMasters and Johnson法でも不成功に終るので、性格（人格）そのものを考慮した精神分析的治療を施すべきである。

性的未成熟

純粋な心因性性々機能障害で人格的発達正常でマスターベーション経験があり、また性に関心があるものの性交渉が不能（实际的に）である。性的抑圧が強く、心理分析的に、情緒不安、恐怖の傾向が認められる。治療の可能性はある。

心理分析的要因としては、

- 1) 母親に対する固着が強く、母親離れをしていない。
- 2) 性について知らされておらず、性に対する関心が薄い。
- 3) 性的行為に対し潜在的罪悪感がある。

4) 成長過程で性に対する情緒的会話が欠除または回避されている。最近増加している。性的なものに無感動のために、心が清潔だから何を見ても感じないと言う育てられ方から来ているものもある。

5) 性についての観念としての知識と、具体的な性行為とが結びつかない。試みてもうまくゆかない。

倒錯特に、同性愛的傾向

これは潜在的に心の中に興味は男性にあり、思春期の頃からオナニーは男性を描いて行なっている。対象としては女性には関心がないが結婚はする。

顕在的には実際に同性愛の体験を有する。能動的同性愛 active homosexuality では両性（男女）と性交渉は可能であるが欲望も異性愛もない。ただし中には、女性に興味は薄い性交は可能なものがある。

消極的同性愛は全く女性を受けつけない。

これらが心因性々障害で、精神的障害はない。

女性と男性の相異

男性は性行為の performance の障害であるため問題が起る。

女性は満足感 satisfaction の障害であり、表面的には性行為が可能であるが性行為を拒否したり不感症の場合は婦人科領域を受診し、精神科医または医師を訪れることは少ない。我々（慶応病院）の場合は極めて稀で、泌尿器科から依頼される方が多いことも考慮しなければならない。

取扱う症例は一次的障害の未完成結婚として、男子の行為の障害の場合でも、妻をも診断治療の対象とする。妻が性経験者（50%）で、夫が未経験者のため、夫に特異な圧迫感無力感が生ずる症例も多く、女性にリードされる程、男性に障害が多い。

精神科的コンサルテーション

精神科の立場から、性機能障害に神経症が性格障害を除いて、どれ位、関係があるか問題である。

1) 報告により異なるが性機能障害患者の60~70%は神経症であるとしているものもある。

2) 神経症による二次的障害とは区別すべきであるとし、神経症は10~20%で、これは特異な分類項目として扱った方がよいというものもある。

臨床における微妙な問題点

患者が精神科を訪れる時は一時的抑うつ、不安状態、または一種の不適應状態にあって受診する。例えば新婚インポテンツは個人的、社会的に追いつめられ、進退きわまっており、離婚や親族の問題から自殺の心配や蒸発の可能性がある。これは性機能障害者として扱う前に、社会生活不適應患者として扱う必要がある。症例が多く、この点の治療をも必要とする。

神経症が二次的性機能障に及ぼす影響

二次的性機能障害との関係

1. うつ病及び仮面うつ病の場合では性的関心が減弱し機能が弱まる。うつ状態を本人の自覚がない時でも性欲減退、配偶者への嫌悪として表現される。
2. うつ病からの回復後の後遺症としても性欲減退などの症状が残る。ここから二次的性機能障害となる。即ち夫婦間で、配偶者のいずれかが疾患になり、性交が杜絶えると、どこから障害が始まる。

一次的性機能障害との関係

1 強迫神経症

分裂性格に多く、過度の潔癖や不潔恐怖肉体的接触を嫌らう。最近増加したのが射精不能で性交の途中で興味が消失し、中途半端で止める。性交中、注意、関心が他に向く。（昼間の仕事などについて注意が向く）

2 女子ヒステリー

意識的には性に関心があり、派手で、コケティッシュな接触を男性とする他、男性の多数と交際がある。性の場面では満足がなく、欲求不満（性的）がある。

精神病と性機能障害

a) 分裂病

人格が断面的（化）で欲求の満足がある場合もある。そして性の部分だけは可能でもそれは異常な現象である。慢性化した症例のいる精神病院では男、女により性に対する態度が異なる。

男性は枯木のようになり、オナニーはするが異性に対する関心がなくなる。

女性は猥せつとなり、性だけの存在のようになり、露骨に性的欲望を現わすものもある。

アルコール依存と性的機能障害

アルコール依存にインポテンツが多い。妻に対し嫉妬妄想が出る。夫婦関係に特徴があり、夫婦間の「かくれみの」となり、原因か結果か不明であるが、妻が「しっかり」者で財政、アルコールの管理をしている、夫を叱りし夫は妻を避けインポテンツとなる。そしてこれが悪循環する。

乱婚の現象

広く考えると大きな問題で、未婚者から思春期女子の性的問題は、機能障害、多婚の乱婚的な問題があるが省略する。

診断

精神面での位置づけを要する。

泌尿器科的、産婦人科的診断で問題点を洗い出す。そしてどの部分に位置づけるかを判断する。患者の年齢、年代などのライフサイクルからみて、患者の問題を把握する。

治療

三段階に別ける。

1. セックス・カウンセリング（性教育、性知識の助言）

30分乃至1時間夫婦で面接を数回行なう。そして性に対する知識と技術について助言する。情緒的（不安、緊張、罪悪感）調査、助言を行なう。妻の協力のある場合とない場合とは治療方針が別である。初めは夫婦で来院し、妻の協力あっても、いつの間にか離婚になっていることがある。

2. 行動療法的性治療

未だ追試的試みであるので未だ経験不十分で他の専門家によることがある。催眠療法、行動療法夫々の専門家に依頼する。

3. 精神療法

精神医学的レベルで行ない、パートナーのない場合にも必要である。夫婦関係の診断のため心理テストなどを実施する。これには、カウンセリングのレベルで男女による分業が必要で患者と同一化するため同性のカウンセラーがつく必要がある。医療だけでなく、夫婦間の抗争にかゝると言う認識が必要となる。

留意点としては各治療者がそれぞれ各配偶者の味方となり、夫々に同一化してあげ、夫婦、治療者間の三角関係をさける。性問題からいつの間にか経済問題として、裁判問題に移

行することがある。そのためカウンセリング部門の男性、女性別々による分業が必要である。

慶応病院では夫婦関係テストを行っている

1. 配偶者が来訪するか
2. 配偶者が協力してくれるか否か

またその度合

3. 心理テストとしてはCMI、YG、SCTテストなどを行なう。これにより夫婦間の価値観か、役割や性的価値観についての考え方が判断できる。価値観の一致度を検討して夫婦関係を知る。

4. 夫婦、治療者の3者で話し合い、調査を行ない、情緒的コミュニケーションを重ねて、協力関係を作る。一週に一回、治療をするが治療チームを作るのが日本ではまだむずかしい。

色々の治療法があり、当初、sex therapyと行動療法が流行し（米国では特に著しいのはカウンセリングが有料であったため）、普及した結果、これらがスクリーニングとなって精神分析医を訪れる性機能障害患者の受診が増加し、共存するようになった。

日本では治療チームが未完成であり、治療者である医師の中立性 neutralityをどのように守ってゆくか、むずかしい面もある。そして医師の個人的価値観が直接患者に伝達されてしまうので、その意味で同性同志のカウンセリングが必要である。

感情転移として治療者に対し患者の強い憧れから、治療者に成功を語るための性交をする一種の聴覚的のぞき趣味または露出症となり、指導を止めれば再発する場合もある。

行動療法後、性交可能となれば、精神分析医に依頼するが、その中にはこの問題がある。即ち情緒的問題が残って分析医に依頼するのでpsychological aftercare が必要となる。

治療にまつわる医師、患者関係の情緒的問題をどのように処理していくのかの配慮が必要ある。

インポテンツの診断と治療 —実地医家の立場から—

神戸市斉藤クリニック院長

斉藤 宗 吾

とくに心因性インポテンツについて

インポテンツとは性欲、勃起、射精、オルガズムなどの不全により、満足な性行為ができないという状態を意味する。種々の原因で起こるが、心因性のものが最も多い。

A) 分類と頻度 原因別に種々の分類があるが、筆者は表1のごとく分類している。器質的のうち、泌尿性器性のものは陰茎の先天異常、外傷、手術後、その他尿道炎、前立腺炎などによるもの、内分泌性は下垂体系を中心とする頭蓋内疾患、丸異常など gonadotropin—androgen deffciency によるもの、神経因性は脳、脊髄、末梢神経系の障害、疾患に原因するものが該当する。

精神的インポテンツは心因性と精神病性に分けているが、前者は社会生活上何ら支障なく、いわゆる性器系心身症の代表的なもの、後者は分裂病、うつ病などの精神病に付随するインポテンツである。その他原因が複雑なもの、多因性のもの、たとえば糖尿病に併発するもの、代謝性、中毒性、特殊な薬剤によるものは一括して miscellaneous group として分類している。

筆者が昭和51年までに大学病院泌尿器科で診療したインポテンツ患者の650例の原因別頻度は図1のごとくで、器質的148例(22.8%)、機能的(精神的)473例(72.8%)、その他例(4.5%)で、なかでも心因性インポテンツが最も多く全体の68%占めている。

年齢別に見ると心因性インポテンツは明らかに若年者に多く、20~30歳代(36.6%)次いで30~40歳(30.1%)、以後加齢とともに頻度は少ない。

表1 インポテンツの原因分類

- | |
|------------------------|
| 1. 器質的 (organic) |
| 泌尿性器性 (urogenital) |
| 内分泌性 (endocrine) |
| 神経因性 (neurogenic) |
| 2. 精神的 (psychic) |
| 心因性 (psychogenic) |
| 精神病性 (psychotic) |
| 3. その他 (miscellaneous) |

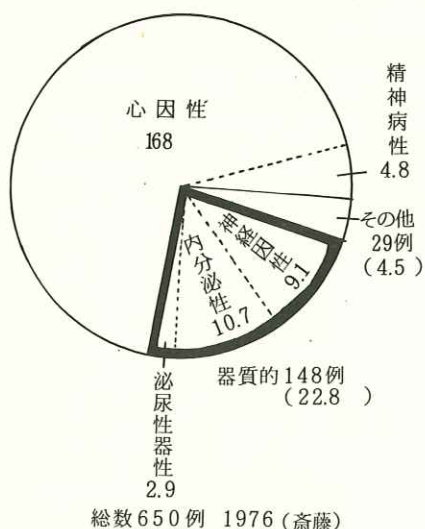


図1 男性のインポテンツの分類別頻度

B) 原因考察 性欲は食欲とともに代表的な本能で、その中枢は視床下部にあり、その形成の場は大脳辺縁系である。すなわち、視床下部に発生した性的インパルスは大脳辺縁系で性欲として形成されるが、このためには新皮質からの賦活刺激が必要で、この刺激には精神的刺激と感覚的刺激があり、前者は性的連想、イメージなど、後者は性的な視覚、聴覚、触覚によるものである。しかし知性、理性、判別感覚の座である新皮質からは大脳辺縁系への抑制機構があり、これが人間と他の動物との大きな差異である。中枢における生理的機構が障害されると、いわゆるインポテンツになるがその障害となる原因をいろいろの立場から検討する必要がある。

結論的に“障害の基盤”となるものは情動要因であると考える。まず原因と情動の関係であるが、図7のごとく外因すなわち社会生活上の環境的因子と本人の全身的、局所的疾患、疲労などの身体的因子から、さまざまな情動が発生する。また、同じ外的刺激でもその人の素質、性格によっては“強い情動”発生の原因となる。この両因による情動要因が強くその原因に関与する場合は刺激—反応特異性の経路をとり、心因性インポテンツが成立することになる。

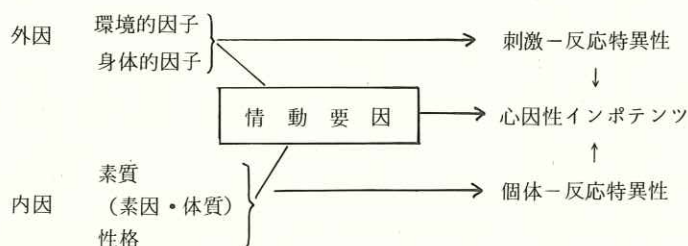


図2 心因性インポテンツの原因と情動

次は情動と心理的、生理的変調との関連についてであるが、図3のごとく情動の中枢は視床下部にあり、情動の動きに伴って同一部位に存在する性欲、自律神経系、内分泌の中枢にも影響を与え、その機能が変動することは周知の事実であり、多くの研究がな

されている。

もともと情動は社会生活の中で体験する環境の変化や身体的異常に対し、人間が生体として対応する基本的な機能の一つであり、現象としては心理的であると同時に生理的なもので、その程度によって前述したように各中枢に影響し心理的、生理的変調をもたらす。この結果は新皮質からの精神的抑制にも拍車をかけ、あるいは性的インパルスを遮断し、末梢自律神経系へも影響を与えるものと推測される。とくにインポテンツに関連する情動として、基本的には不安、恐れ、緊張の三つが特徴で、二次的には具体化して予期不安、失敗のおそれ、焦燥感などが見られさらに疑い、抑うつ、自信喪失と発展するようである。

次は原因の分析であるが、かかる情動をひ

き起こす外因には環境的身体的に種々の因子

があり、昭和51年までの自験442例の外因調査結果は表2のごとくである。新婚状態、疾患懸念、外傷などが多く、もちろん外因の不明のものもかなり見られる。

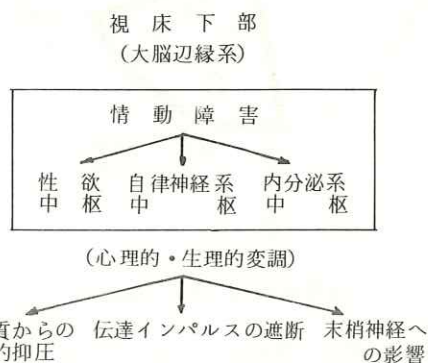
表 2

外 因	例数	%
疾患懸念	84	(19.0)
新婚状態	120	(27.1)
性的習慣	30	(6.8)
外 傷	68	(15.4)
性器劣等感	25	(5.6)
性病不安	27	(6.1)
女性とのトラブル	15	(3.4)
心身の疲労、ストレス	21	(4.8)
その他	52	(11.8)
計	442	(100)

表 3 心因性インポテンツの内因 (心理テスト)

1. CMIテスト						
領 域	I	II	III	IV	合計	
例 数	99	128	124	75	426	
%				199		(46.7%)
2. Y-Gテスト						
型	D	C	A	E	B	合計
例 数	70	72	58	85	52	337
%				137		(40.6%)

次は原因としての内因で、本人の素因、体質は別として、内因をうかがう一つの手段としてCMI、Y-Gテストを行ってみた。表3のごとくCMIでは異常とされるⅢ、Ⅳ領域に入るものが426例中199例、Y-Gでは社会的不適応、情緒不安定とされるE、B型が合わせて337例中137例見られ、本症発生に密接な関連があることを示唆してい



る。

本症を取り扱うには、心身症に限らず神経症の近縁にあるもの、神経症、内因性精神

C) 発症機転 今まで述べてきた内因に外因が加わって特有の情動障害が起こる。その心理的、生理的変調に基づいて心身両面の機能抑制が起こる。これは意識的あるいは無意識的に性欲、勃起、射精、オルガズムのいずれかに関する不全をひき起こし、これが意識的な性行動に対する不安、失敗への恐れと発展する。結果的には性行為に失敗し、新たな不安、疑いを招き、インポテンツという自己暗示が形成されて、機能的インポテンツが成立する。いわゆる神経症発生に関する森田機制に類似するが、この際症状は複雑な不定愁訴ではなく、性パターンそのものの訴えである。

器質性インポテンツが基礎疾患に随伴する一つの症状であるのに対し、心因性インポテンツは上述のごとき複雑な原因に起因するもので、この意味では、心因性インポテンツは一つの疾患単位として解釈するのが妥当と考える。

新婚インポテンツ：

代表的症例として最近増加の傾向にある新婚インポテンツについて具体的に記述する。

新婚当初、男性側に性欲、勃起、射精に関する性機能不全があり、そのため夫婦間の性行為が円滑に行えない症例がある。

原因として器質的には真性包茎、尿道下裂、内分泌異常その他神経系の疾患などが稀に見られるが、大部分は機能的なもので器質的異常は見られない。このような男子性機能不全の原因は、一口に精神的とか心因性のものとして簡単にかたづけられるものではない。社会的、教育的、環境的要因とともに、本人の性格、素質、生育歴、性歴さらに相手の女性側因子も関与してその原因は複雑である。アメリカでは *impotence due to honeymoon anxiety* あるいは単に *honeymoon impotence* として記載されているが、内外を通じて本症に関する文献はきわめて少ない。筆者は新婚インポテンツと呼称しているが、上述の概念を踏まえて“結婚当初、男性側の性欲、勃起、射精に関する機能不全のため性行為が満足にできない状態で、器質的原因是はまったく除外されるもの”と定義する。

〔症例2〕28歳、男性、会社員

主 訴：勃起不全と早漏

現病歴：6カ月前に見合い結婚、新婚旅行当日性交を試みるも勃起不全のため、膣内挿入不能のまま終わった。その後も同じような失敗をくり返し、またときには挿入不能

のまま短時間に射精する。

性 歴：厳格な家庭環境に一人息子として育ち大学を卒業後就職した。職場はいたって快適である。結婚前手淫の経験はあるが、性交経験はない。結婚当初の失敗については疲労のためかとも思い初めあまり気にならなかったが、たび重なるにつれ器質的原因を疑い始め某医を受診した。精神的なものでそのうちによくなるといわれたが、不全はますます高度になり最近性欲そのものも減退、勃起もわずかに膨張する程度で依然として挿入不能、早朝覚醒時の反射性勃起もほとんどない。

家族歴、既往症：特記すべきことはない。

性 格：まじめ、内向的、おとなしいタイプで非外交的、やや神経質

身体所見：二次性徴の発見、陰茎、睪丸、前立腺などすべて正常で、陰部、会陰部の神経学的検査でも異常を認めない。

心理テスト：CMIⅢ、Y-Gテスト A型

診断経過：除外診断として尿道、陰茎、副性器などに関する触診、検査を施行したが異常を認めず、その性歴から定型的な新婚インポテンツと診断した。妻との面接で本人の訴えを再確認し、同時に女性性器、性感帯などに関する知識に乏しいこと、焦りの傾向がありしばしば膣外射精のあること、最近とくに抑うつ、不安の傾向が強く失敗を懸念してか性交を試みる回数も少なくなったことを知った。

患者はたび重なる失敗から自分の性的機能に疑いをもち、恐れと予期不安が強く抑うつ、自信喪失の状態にあり、性パターン全体（性欲、勃起、射精、快感）にわたって機能低下の状態にあり、同時に神経症傾向が現われているものと判断した。

治 療：詳細な性歴聴取、問診の後、泌尿器科的診療、検査で除外診断、次いで簡易精神療法と薬物療法を行った。

精神療法はまず検査結果について、とくに性機能に関する器質的異常はまったくないことをわかりやすく説明、十分に納得させることから始める。次いで、新婚当初にはしばしばありうる不全症状で適切な指導と治療で必ず治るものであることを説く。また妻と面接、患者の性機能不全は性的未熟、不慣れによる一時的なもので器質的異常はないこと、男子の性機能は情動の影響を受けやすい、自信喪失、劣等感につながるような妻の言動はつつしみ、性行為に失敗しても寛大に、必ず治るが妻の協力が最も大切であることを証明する。

初回の精神療法は受容と支持を主体とし、通院治療への意欲の向上につとめる。薬物

療法としては全体的に活気がなく、抑うつ傾向があるので暗示、活力を期待して男性ホルモンデポー 100 mg筋注、内服として r-oryzanol 150 mg分 3、noritriptyline 20 mg就寝前投与を行った。2 週後性パターンにとくに変化は見られなかったが、やや落ちついて治療に積極的態度が見られた。この回は性的勃起と反射性勃起のメカニズム、精神的不安、緊張、焦りなど情動と自律神経の生理、勃起への影響について具体的に説明。薬物療法は noritriptyline を中止、r-oryzanol (150 mg) と metazepam 15 mg分 3 投与した。治療開始 1 カ月後、早朝勃起をしばしば経験するようになり性的勃起力も高まったが、持続性なくまだ挿入に至らない。くり返し勇気づけと支持説得を行うとともに前戯のタイミング、性感帯、陰茎挿入を容易にすることがらを具体的に指導し同じ薬剤を投与した。2 カ月後性パターンは初診時に比べて明らかに亢進し、毎回ではないが陰茎挿入が可能となった。この頃から面接の印象で患者の抑うつ傾向は消失、自信獲得の様子がうかがわれた。この状態はしばらく続いたが 3 カ月後には毎回失敗なく性交可能となり射精時間も延長し、やがて妻の妊娠を確認して治療を打ち切った。

心身症的考察：

結婚当初、器質的原因がなく性行為に失敗し来院する症例は最近増加の傾向にある。現在までに約 300 例の自験例があるが共通している特徴的事項は、同胞関係で長男、末子、一人息子に多いこと、性格的にはおとなしい、内向的、引込み思案、非社交的、まじめなタイプが多いこと、職業、学歴は関係ないが、ほとんど婚前に性の体験がなく、一般に性的知識に乏しいこと、性パターンの障害型としては初め完全勃起状態になるが持続性なく弛緩するもの、初めから勃起力の弱いもの、早漏傾向のものが多いこと、などである。

診断は詳しく性歴を聴取し除外診断を行えば容易であるが、治療は厄介である。筆者は現在行っている精神療法は簡易なもので、症例に応じて具体的説明の仕方は多少異なるが、要点はわかりやすい原因の説明と支持、勇気づけである。まず器質的除外診断の結果を十分理解納得させ、次いで性機能を支配する自律神経系が情動により敏感に影響することを具体的に説明する。とくに不安、恐れ、緊張感と交感神経機能の亢進、結果として起こる勃起の弛緩なども一つの事例としてわかりやすく説明する必要がある。また性的未熟、不慣れによる一時的現象であることを強調し適切な指導と忠告も合わせ行う。

不合理な条件反射の除去、とくに予期不安の強いもの、心的ストレス状況下での適応

を必要とするような経過の長い症状の固定した症状には、自律訓練法、行動療法を試みる。

薬剤としては主として情動調整剤、抗不安薬を主とし、後者では筋弛緩、催眠作用の少ない薬剤を選択使用している。抑うつ状態が強い症例には抗うつ剤を併用する。ホルモン剤は身体の活力、疲労感の除去を目的として男性ホルモンを使用することもあるが、大量投与は有害無益である。デポ剤なら 100 mg、せいぜい 2～3 回が限度である。

配偶者との面接は診断、治療上大切でとくに妻の理解と協力を得ることが治療を成功させる一つのキーポイントとなる。

要 点：

- (1) 本症は疾患ではなく、むしろ結婚当初に見られる男子の性に関する一時的不適応状態と考えるべきである。
- (2) 各種要因を考慮し、必要により結婚前からの適切な忠告と指導を行うべきである。
- (3) 患者および配偶者と医師間の疎通性が重要で、よい医者—患者関係を保つ努力が必要である。このことは脱落例を防止し、結果的には療成績を向上させることになる。
- (4) 妻の理解不足、性格、態度、非協力性がしばしば離婚の原因となる。この意味で配偶者、両親の説得、教育も必要である。

《青山だより》

新刊書のおしらせ

Human Sexuality

アメリカ医師会編

Sexuality について、医師の役割はどうすればよいか、更に幼児期・思春期の問題

Sexual dysfunction の記載があり好著、広島の江川氏が中心になって訳されたもので、出版科学総合研究所 千代田区神田小川町 2 - 3 - 2 から出版される予定。

性の署名

ジョン、マナー著 朝山新一訳

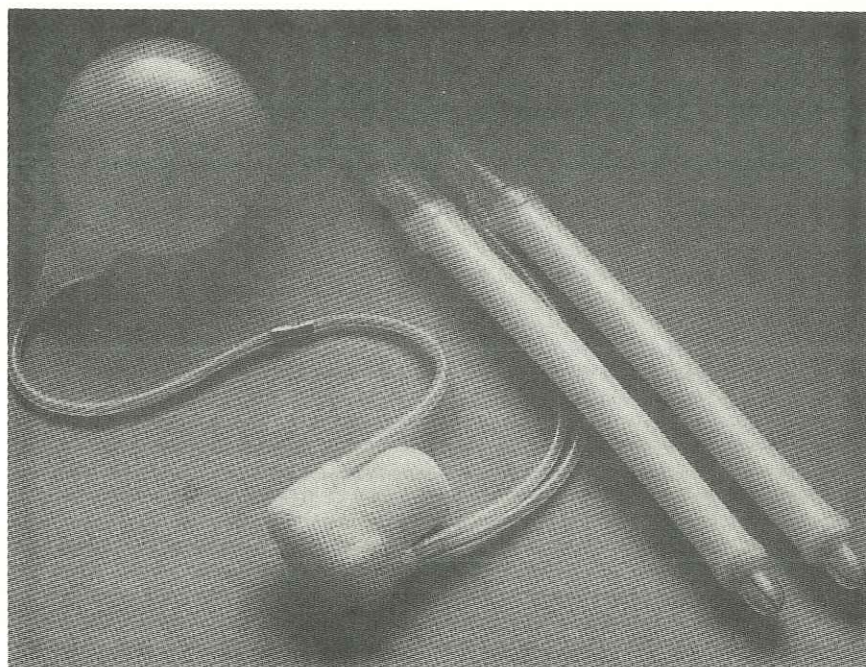
人文書院発行 ￥1500

Gender identity とは？ Sexual role とは？ について、ジョーズ・ポプキンス大学医学心理学教授の考え方をのべている。男と女とのちがいはどこにあるかを、発生学的に、心理的に又社会的にのべたものであり、男とは女とはとあらためて考えさせられる本である。

新しい器具のおしらせ

勃起能力を失ったときに、ペーニスの中に移えこむ器具で、ヴァルブを押すと、液体がプロステーゼに移行して、生理的な勃起に似てくる。アメリカ、カナダ、ヨーロッパでは150以上の病院で使用されているといわれている。発売元は、American Medical Systems, Inc. 3312

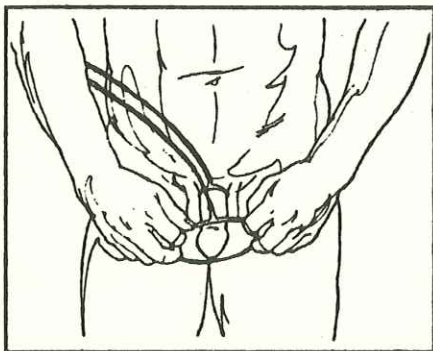
Gorham Ave. Minneapolis, Minn. 55426



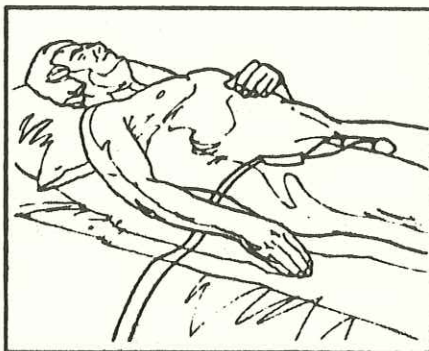
インポテンス鑑別機

(The AMS Nocturnal Penile Tumescence Monitor)

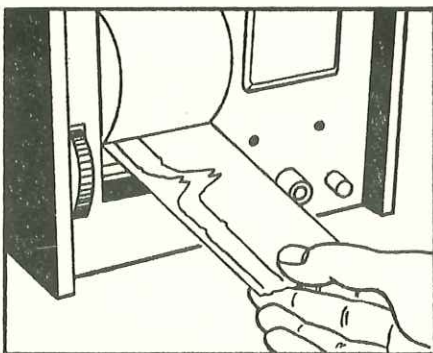
器質的なインポテンスを心因的なものから鑑別する器具として有用である。



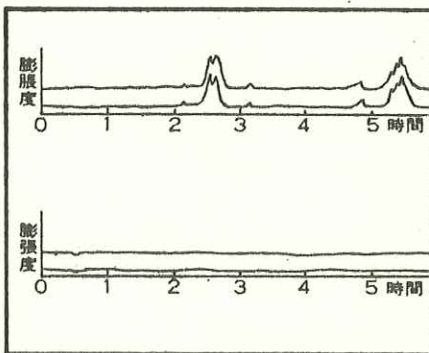
①ペニスにモニターを装置する。



②睡眠中にモニターを行う。



③結果を記録する。



④上は睡眠中に勃起したことを示し、心因性のものが考えられる。下は器質的な原因があるもの。

問合せは American Medical System, Inc. 3312 Gorham Ave;
Minneapolis, Minn. 55426

発行所

JASCT事務局

〒107 港区南青山1-1-1

新青山ビル西館3F 長谷クリニック内

TEL 475-1780

発行人 馬 島 季 麿

制 作 株式会社 フォンタナ

〒106 港区六本木6-8-29-301

TEL 470-4891

