

日本性科学会雑誌第4巻1号 昭和61年11月20日発行

日本性科学会雑誌

JAPANESE JOURNAL OF SEXOLOGY

VOL.4 NO.1 NOV.1986



日本セックス・カウンセラー・セラピスト協会
JAPANESE ASSOCIATION OF SEX COUNSELORS AND THERAPISTS

目 次

巻 頭 言	松本 清一	1
1. 脳と性行動	大村 裕	3
2. 性感の科学	大島 清	6
3. 女性の性感の科学	日向野春総	9
4. AIDS 性行動	玉川 重徳	12
5. 未完成婚の診断と治療	金子 和子	15
6. インポテンス診療の最近の進歩	長田 尚夫	20
7. 性の病理へのマリツヂ・カウンセリング的アプローチ	近藤 裕	25
8. 妊娠中の性行動(第2報)満足度を中心に	金子 和子・野末 源一	30
9. 日本性科学会・Cancer Rehabilitation 乳がん患者の術後の性の悩み — 外科医はどう関り得るか —	ワット隆子	32
10. エンカウンター グループセラピーの性障害治療への適応	加藤 隆吉	36
11. 性興奮直後と3時間後の人腔膜の超微形態	亀谷 謙	38
12. 乳癌, 大腸癌患者の性障害と対応	松岡 寿夫	40
13. 義睪丸挿入手術	長田 尚夫	43
14. 頸癌治療後患者の性障害への対応	山崎 高明	44
15. 稀有なる未完成婚の2例	山崎 高明・山崎 尚子	48
16. 編集後記		50

脳 と 性 行 動

九州大学医学部第一生理学教室

大 村 裕

性行動の発現には、脳内の特定の部位の神経回路が重要な役割をはたしているが、これは電子計算機におけるハードウェアにたとえることができる。それでは、ハードウェアを適切に働かせるのに必要なソフトウェアは何であろうか。ソフトウェアのうちの重要なものの一つは、血中をめぐる性ホルモン系およびその分泌を調節するホルモン系である。従来、霊長類の性行動のメカニズムについてはホルモンとの関係がよく調べられているが、近年、神経機構についての研究も本格的にはじまってきた。そこで今回は、性行動発現のためのハードウェアの仕組みをわれわれの行っている研究を中心にのべる。

動物の脳と脊髄との間を切断した後でも生殖器を刺激すると、雄ザルで陰茎勃起や射精をおこすことができる。雌ザルでも、ちつつ刺激を行うと交尾時の尻をつき出す姿勢をする。これらのことは、雄の陰茎勃起や射精、雌の交尾姿勢の発現のための基本的神経回路は脊髄内に存在することを示している。しかし、配偶者を相手に一連の性行動を行うために、これらの神経回路を駆動する主要な脳部位は視床下部である。

視床下部は脳底部中央付近に存在し、ヒトでわずかに $1.2 \times 1.6 \times 1.0$ センチメートルの大きさである。この小さな部位は、さらに複数の領域（神経核）から成るが、以下に述べる研究から、なかでも内側視側前野（MPOA）と呼ばれる領域が雄ザルの性行動に深く関わっていると考えられている：1) MPOAを破壊すると雄ザ

ルの性行動が減弱する、2) MPOAへ性ホルモンの埋め込みを行うと、性行動がひきおこされる、3) 雄ザルのMPOAを電気刺激すると、陰茎勃起から始まって腰をつき出す行動（スラストィング）さらに射精をひきおこすことができる、4) 雌雄が混在している状態で、MPOAテレメータ刺激すると、雄ザルの雌ザルへの背乗り行動（マウンティング）をひきおこすことができる。その後、MPOAだけでなく、その約2 mm後方に存在する視床下部背内側核（DMH）や外側野（LH）の電気刺激も性行動の誘発に有効であるという報告が出た。

しかしながら、これまでの電気刺激実験は埋込み電極を用いており検索が充分でなかった。また、雌の電気刺激実験は、麻酔下のリスザルのMPOA刺激で陰核拡大が起きたという短い報告があるのみで、性行動への影響を調べた研究はなかった。そこでわれわれは最近、性行動観察用に開発した特別なモンキーチェアに座らせた半拘束下のサルの視床下部全域を可動式電極を用いて系統的に電気刺激する実験を行った。その結果、雄のMPOA、DMH、LHの刺激で雄が雌へ手をのぼし（タッチング）、続いてマウンティング、スラストィングで誘発できることを確認した。また雌ザルの電気刺激を行ったところ、視床下部腹内側核（VMH）を単発刺激すると雌ザルは雄ザルに尻を向け持ち上げるプレセンティングと呼ばれる行動を示した。一方、MPOAの単発刺激は無効であったが、刺激を

10秒ごとに30回繰り返すとプレゼンティングがひきおこされた。以上の結果は、MPOAが雄および雌の性行動に関与していること、MPOA以外にも雄ではDMH, LHが、雌ではVMHが性行動に関与していること、さらにMPOAとその他の部分は異なった様式で性行動に関わっていることを示している。

それでは、これら視床下部各部はそれぞれどのように性行動に関与しているのだろうか。これらの部位の機能を知るには、実際の性行動の最中にその部位の神経細胞がどのような活動をしているかを調べる必要がある。われわれは半拘束下で、サルにできるだけ自然状態における行動に近い性行動を行わせ、その間の神経活動を記録した(OMURAら1983, AOUら1984)。

雄ザルと雌ザルを別々のモンキーチェアにすわらせ、両者の間にしきりを置いて隔離する。しきりが開くとすでに訓練されている雄ザルはレバーを押すことにより、雌ザルをひきよせる。レバー押し1回につき雌ザルは5cmづつ雄ザルに近づく。そして雄は雌の腰に手をのばし(タッチング)、雌は雄にしりを向け(プレゼンティング)、雄は雌にマウントし、陰茎を挿入しスラストイングを行う。この一連の行動を数回から十数回繰り返したのち、射精にいたる。雄ザルのMPOAの神経細胞の多くは、しきり開放以前にすでに高い活動レベルを示しているが、レバー押し中および雌をひきよせてからは活動が低下する。一部のMPOA神経細胞は、この時期、雌と交尾する直前および陰茎勃起に一致して活動上昇する。射精後、活動はさらに低下するが、30分ほどで徐々に回復してくる。一方、DMHの神経細胞は性行動の開始や終了に伴う活動変化は示さず、1回ごとの交尾行動すなわ

ちマウンティングからスラストイングの期間だけに一致した活動上昇を示す。雌ザルのMPOAの神経細胞はプレゼンティングの直前に活動が上昇し、交尾中は活動が抑制されるものが多い。一方、雌ザルのVMHの神経細胞は交尾時に活動上昇を示す。以上から、雌雄ともにMPOAの神経細胞は主に性行動の動機づけに関与し、雄のDMHおよび雌のVMHの神経細胞は主に交尾行動の遂行に関与していることが示唆される。

サルの“毛づくろい”(grooming)は、サルの個体間の様々な社会的関係を確立し維持するのに役立っている。雌雄間では、配偶関係の確立維持である。その意味でグルーミングも広義の性行動の一つと考えることができる。さて、雄の視床下部のいくつかの部位(これまでのところ、LHおよび視床前野外側部)を電気刺激すると雄ザルから雌ザルへのグルーミング(Allogrooming)がひきおこされた。この電気刺激の効果が、刺激した部位に存在する神経細胞が興奮したことによるのか、それとも、そこを通過する神経線維の興奮によるのかを知る目的で、電気刺激有効部位にグルタミン酸ナトリウムを微量注入したところ、Allogroomingは顕著に促進された。このことは、その部位の神経細胞に関与していることを示している。以上の電気刺激および化学刺激の効果はAllogroomingに限られており、自身に対するグルーミング(Selfgrooming)には影響を及ぼさなかった。自発的に起きたAllogrooming中に視床下部の神経細胞の活動を記録すると、少数ながらAllogrooming中に活動変化を示すものがあった。以上の結果は視床下部および視床前野の主に外側部がAllogroomingの発現に関与していることを示している。

性行動に対する抑制系に関しては、神経細胞

レベルの研究はほとんど皆無である。しかし破壊や刺激実験から扁桃体基底外側核を含む側頭野が抑制的に働いていることが知られている。この部位の破壊で雄ザルは性行動の高進が起こり、イヌにマウンティングしたり、マスターベ

ーションの増加がみられる。皮質連合野も抑制系であると考えられているが詳細は不明である。また性行動に関与しているこれらの脳部位と末梢自律神経反射との関わりもほとんど不明である。今後のこの分野の発展が望まれる。

性感の科学

京大霊長類研究所 大 島 清

サルから進化した人間は、直立二足歩行という歩行様式を変化させることによって、性感に関して4つの大変革をもたらしたと考えられる。第一は、当然、直立による骨盤の変形である。全体重を受けるために腸骨翼がひろがって骨盤腔は盃状を呈し、性器の位置が斜前方に移動する。更に腰椎の骨盤からの自由度が増して腰ゆすりに巾を持つことができることだ。第二は、四足歩行から直立までの一千万年ぐらいの間に人間の性器が霊長類中最大となったことである。第三に対面位を上げることができよう。直立する。両手が自由になり、脱毛化した皮膚を相互に愛撫しやすくなった。性に関与する重要なものは、すべて前面に存在する。性器も乳房も、そして見つめ合う目も、嗅ぎ合う鼻も、口づけし合う唇もである。最後に性感刺激を受容し、効果器官を反応させる脳の肥大化を挙げよう。人間の脳は、サルの中で最も賢いといわれるチンパンジーの三倍はある。特に刺激を脳の各部分から受けとめ、次への行動を把める前頭葉はチンパンジーのおよそ十倍はあるだろう。視覚系もみごとに発達した後頭部もふくれ上がった。そのために、まんまるいサルの脳に較べると人間の脳は前後に伸びた楕円形である。

以上に挙げた四つの変化が人間の性を生殖というせまい枠組から解き放し、余剰の性、快楽追及の性が誕生する。「性感の科学」という演題だが、性感のからくりを説明するには、どうしてもサルからヒトへの部分に触れないではいられない。そこで今回は、四本柱を立てて話を

すすめてゆくことにする。一つは、直立にともなう性器の変化であり、二つめに感覚系一般の話から性感帯に言及し、三つめに性感を含めた快感神経系についての最近の話題を提供したいと考える。

1) 直立二歩行のもたらした性器の変化

霊長類中最大のペニスを持つ人間に次いで大きいのはチンパンジーである。確かに長さは人間なみだが、膨脹率は小さく、細長い。人間と違って陰茎海绵体が一本しかなく、その上亀頭が欠損している。それを補強するかのように先端に1センチ前後の陰茎骨(バクラム)がある。バクラムは「小さい杖」というラテン語で、その名にぴったりの役目をしている。

この陰茎骨は人間を除くほとんどのサルに存在する。直立したらバクラムが消失した、といいたいところだが、ヨザルとか、小さい新世界ザルといった下等なサルにも存在するから、そうとも言えない。しかし、彼らのペニスは鎧をかぶったようで、しかも表面にトゲがあるので小さい杖は不要なのかも知れぬ。それと、格別の膨脹率をもち、杖なしで挿入可能な人間のペニスに、数百万年の間に、神はバクラムを召し上げたものと思われる。

サルにもオーガズムがある。だがそれは、人間の女性のように多重型ではなく単一で、しかも人間の男の単一型オーガズムをはるかに小さくしたようなパターンである。一つには脳も小さいし、性感系が単純なこともあろう。オーガズ

ムを獲得するためには、ペニスの大小はそれほど重要ではない。しかし、クリトリスを間接的に刺激するにしても、適度な太さが必要であろう。生活のためにではなく、勿論快感のためである。

サルのはほとんどは交尾の体位が後背位である。高等なサルになるに従って対面位性交をときたま行なう。類人猿はその筆頭である。だがオランウータンはほとんどメスが下になった対面位である。それともう一つ、ピグミーチンパンジーがそうである。このサルは、常に発情し、人間に一番近いセクシュアリティを持つといわれている。なぜこのサルが対面位性交ばかり行なうかについては興味のある観察がある。

ピグミーチンパンジーのメスの排卵期の腫脹はすさまじい。この腫れる性皮は実は小陰唇である。前後にも伸びるためにクリトリスが後方から前面に移動する。そこの刺激を追及するために、常に性のリーダーシップをとるサルの社会で、このメスザルがまず仰臥位をとったのだろう、というのである。

進化したからペニスが巨大化したということではない。まず、ゴリラやオランウータンのペニスは勃起しても三センチといったおどろくほどの小ささである。ニホンザルの方がよほど大きい。しかもゴリラと違って亀頭がある。従って進化したからペニスが大きくなるのでもないし、亀頭が存在するのでもない。このように、形態と機能が一致しないことはいくらでもある。一つの形態が多機能を持つことがあると、一つの機能に、異なる形態が同じ反応を示すことがよくあるものだ。

人間のペニスの巨大化は直立にともなう、歩行形式と骨盤の変形に負うところが多い。それについて補足説明をしたい。

2) 感覚系の中の性感構造

性的刺激に特異的に反応する受容器は存在しない。触覚、温覚、冷覚、痛覚といった四基本感覚の受容器の変形複合反応が性感として感受されるわけである。それに内臓や腱、関節から深部感覚が援用される。

感覚と似た言葉に「知覚」がある。これは、一種類の感覚についての強さや質や時間などを認める働きである。また「認知」は知覚されたものが何であるかを認める働きだ。「感覚」とは、最も単純な要素的刺激を主観的に認める働き、ということになる。しかし、普通、感覚というと、誰々のなめらかな肌をつねる、といったぐあいに混合して用いられることが多いのである。

感覚受容器をゆさぶる刺激は、からだの内からも外からもやってくる。受容器は刺激を電気信号に変えて脳に送る。感覚にはいろいろな分け方があるが、快感に深くかわりあっているのは、体性感覚（表面感覚—皮膚、粘膜、深部感覚—筋肉、腱、関節）と内臓感覚（空腹感、渇き、むかつき、尿意、性快感、内臓痛覚）と重さの感覚である。これらの感覚は刺激の遠近度で分類するとほとんどが近感覚といえるだろう。

こうした快—不快の感覚は大きさや存在を正確に表現することはむずかしい。しかし、その人自身の内からの情報を感じる能力、つまり感性のすぐれた人には比較的明確に伝わってくるものである。

皮膚には基本感覚の受容器が散りばめられているのだが、部位による「多少」の差が大きい。例えば手の甲では、一平方センチメートルの広さに、痛点が二百個、触覚点が二十五個、温覚点が二十個ほど、冷覚点の三個といったぐあい

である。場所によって何点が多いかそれぞれ異なっており、例えばクリトリス、会陰部、ペニス亀頭にはパニニ小体といった圧点や、マイスナー小体などの触覚点が密集、圧覚、触覚の刺激にすぐ反応する。

髪の毛を撫でてくれても心地のよいのは毛根終末といった触覚受容器のせいである。一般に毛のない敏感な部位にはマイスナー小体やメルケルの触覚がひしめいている。刺激が軽いくすぐったく、行為に集中力を増して快感にかわるのはそのためである。パニニ小体は皮膚の深部にあって、圧というよりも振動、特に二百～三百サイクルの振動周波数に敏感である。触覚の神経支配の密なところは二点閾値が小さくて性的刺激に鋭敏である。このような部分が所謂「性感帯」と呼ばれる部位であり、人により、部位により感度が著しく異なっている。しかし、クリトリス、亀頭、乳頭、会陰といった部分は例外の少ない性感帯といえるだろう。こういった部分との自律神経との関係は、複雑、且、密なので、その点についても言及する予定である。また、オーガズム時に得られる肛門収縮についての最近の知見も紹介する。

3) 快感神経系について

1978年に、ノースウエスタン大学の心理学者ラウテンバーグは、快感がA₁₀神経で誘発されることを発見した。この神経は、その後、ドーパミンと呼ばれる神経ホルモンで活動すること、更にその神経線維が脳幹の中脳部を発して、

視床下部、大脳辺縁系を介して大脳のすみずみまで、想像もできないほど広く、細かく分布していることが、順次明らかにされていった。

つまり、食欲、性欲、体温調節といった、肉体的欲求を支配する脳幹や視床下部と、表情、いろいろな本能、創作、意図、行動といった精神力を支配する大脳に作用していることになる。

ドーパミンは覚醒剤として知られているアンフェタミンやヒロポンと同じような化学構造式をしている。こういった覚醒剤は、ドーパミンから水酸基という両足をもぎとった形をしている。したがって油に溶けやすく脳に入りやすく危険である。作用は同じように覚醒と快感なのだが、足がないので偽のドーパミンと違って脳に入りやすいのである。

覚醒剤はこのように、偽のドーパミンとしてA₁₀神経の末端部に直接働いて、大脳におけるオイホリア（恍惚感、多幸感、陶酔感）をつくる。覚醒剤と違って、モルヒネやヘロインのような麻薬は、A₁₀神経には間接的に働いてオイホリアを生ずる。しかし麻薬の場合は、効いたという記憶が長く続くために、体への依存性が生じて、その薬から離れられなくなる。モルヒネは脳に2%しか入らないのにヘロインは脂溶性なので65%も入るから凶悪の麻薬だ。

こういった、上行する感覚神経系にはいくつかの配電盤があって他の情報が流入するようになっている。従って痛感が快感にすりかえられる可能性もある。その機序について基礎的な考察をつけ加える。

女性の性感の科学

等潤病院 日向野 春 総

諸言

著者は、今まで脳波を中心とする神経生理学的研究方法によって、各種の人間の精神・神経活動をとらえようとしてきた。その中で睡眠とならんで、人間としての機能上大切な性活動について多大な関心をもっていた。

我々の専門とする神経精神科、ないし心療内科に受診ないし、紹介されてくる患者の多くが主たる悩み以外に性欲の低下、性活動の著しい障害をもっていることは、従来より広く認められることである。例えば、精神分裂症患者がその治療過程で服用する、いわゆる抗精神病薬が高プロラクチン血症をまねき女性、男性とわず、性欲の低下や、勃起不全を訴えるのである。本来の精神的疾患は一応寛解するも、新しい悩みが生じ、これが原因で離婚していくケースも少なくない。この点の解決は単に心理療法ではどうにもならない点であり、抗精神病薬の中枢神経系への効果と合せて考えてみると、性活動の中枢神経系の役割を何らかの型で明らかに出来ないかと考えていた。近年、数多くの性活動における中枢神経系の反応や活動を動物実験でとらえた報告が発表されているが、それをそのまま人間にあてはめられるものと、あてはめられないものとがあることは、理が当然であろう。そこで、実際の性活動においての、中枢神経系の反応を脳波を主としたポリグラフでとらえられないかと考え、今回の研究がはじめられたわけである。

特にエクスタシーと言われている状態は大変

文学的な表現でしか言いあらわされていない。このエクスタシーを脳の反応としてとらえられるであろうと思われたのは、ドフトエフスキーのてんかん発作前の前徴としそのエクスタシーアウラである。彼の発作型は、本人の記述より考えると、側頭葉発作ないし複雑部分発作で、もし、アウラとしてのものと考えれば、この状態では側頭葉からシータ波(θ 波)が連続して出現していることは、福沢の研究で示すところである。一方、エクスタシーに近似の状態であるとする、ランニングハイ(脳内エンドロフィンが上昇している)にも前頭中心部よりシータ波が出現するし、堀井の研究ではクラシック音楽を聴いていて気分のよい状態になると前頭部近くからシータ波が出るというのである。

そこで、著者は性活動におけるエクスタシーでも脳波上 θ 波が出現するであろうこと、またその θ 波がいわゆるFM-シータといわれる前中心部に出現するシータ波と同一なものか否かを検討することにしたわけである。

対象と方法

この研究のデータが個々には外部に出ないことを条件に十数組のPaid volunteerをつのり、最初はビデオ記録で脳波、眼球運動、筋電図、脈波、呼吸、皮膚電気抵抗などの記録を生理学的にとりながら各組の性活動をおった。その後、一定のパターンが予測出来たので、メジデータ(オックスフォード製で日本電器三栄株式会社より頻回に協力をいただいた)で夕方、

装着して自宅で通常の性活動をしてもらい、次の日の午前中ビデオテープの回集をおこなった。これらにともない、オナニー、マスターベーション、などいろいろの条件で同様の記録をくりかえした。

結 果

現時点では、被験者数が少なく、また十分な記録がえられないカップをもあり、統計等的な処理にたえられないデータもある。しかし、次のようなことは確実に有意差をもって判定したので、そのことのみをあげておくことにする。

1) エクスタシー時には、予測したとうり頭部の中心部を中心に連続した5～6サイクルのシータ波が出現することは確実であった。ただし、同一被験者でも、いつも実験中に出現するとはかぎらず、本人の体調、実験の状況により、出現しないこともあった。

2) 女性是一般に記録しやすいということもあるが、女性のシータ波の出現率と男性のそれとは約8：1で、男性ではシータ波がなかなかとらえられなかった。男性群のシータ波の連続性は、女性のそれが4～11秒にわたって長いのに比して、出現しても0.5～1.8秒前後で終了してしまうことが多い。

3) シータ波をとまなうエクスタシーはオナニーなどでは出現しがたく、よりFM シータ波に近いものが前頭部に出現する。しかし、大部分の被験者がオナニーなどで示した脳波は、シータ波をとまなうエクスタシーの前段階であるベータ波と少量のアルファ波が混わる段階に神経生理学的反応は近似していた。つまり、脈搏も上昇し、呼吸数も多くなり、発汗しだした段階でふっと息をぬく状態で終るというパターンに生理学的反応も一致していた。この段階に

ついては、多くの被験者が錯覚をしていて、本来の性活動でもここをエクスタシーと考えている者が82%もいたのである。

4) エクスタシー、ないしアクメを何度も感じるという被験者は、実験中にはなかなかシータ波が出ず、むしろその前段階を何度か波うたせて、周期的に感じており、何度目かの実験のときには、著者のいうシータ波をとまなうエクスタシーが出現したあとは、もう性活動はつづけられなかったこと、また、このような感覚に陥った経験が少なかったと述懐している。つまり、一晩に何度もいくという女性がいるが、これはどうもベータ波プラスアルファ波期であろうことが推測され、本来はその周期的出現のあとにシータ波をとまなうエクスタシーが出現するのであらうと思われる。

5) シータ波のとまなうエクスタシーをえるためには、イ) 2人の感情が共通して燃え上がっていないといけないこと、ロ) 十分な睡眠がとれていて健康体でないといけないこと、ハ) 前戯などをゆっくりと楽しみ、挿入のみにこだわっているカップルにはなかなかえられないことが明らかになりつつある。この点からも、セックスというものをもっと時間的ゆとりの中でおこなうことが必要で、現代人の性機能低下の一因をみたような思いがする。

以上が現段階で比較的明らかにしえたものでこれに付随する種々の結果については、今後のさらに詳細な検討が必要とされるようである。

考 察

これらの研究を通して、満足出来る性活動は、睡眠が十分にとれており、食欲も十分にあって精神的にもゆとりがある。中枢神経系及び身体的健康度が基盤として必要であることが判明し

た。

現代人の生活をみると、睡眠周期をずらし、食生活をくるわせる精神的ストレスが、性活動をにぶらせ、一時的な男性優位性のセックスを作り出すのではないかと危惧される。つまり、女性の方が感性が保持されているとなると、性活動のずれが男女でもともとあるにしても、さらに、両者のミゾは深くなり、離婚などの原因に広がっていくことが予想される。又、一般に信じられているものとかかなり異なるデータが得られているが、この辺のところをさらに明らかに

にすることにより、本来の人間の大切な性活動のあり方を提示しうものと思われる。

家庭内暴力少年、非行少年少女など問題な子供をかかえる家庭に著者の言う、シータ波をともなうエクスタシーのある性活動の営みがないことから、社会単位としての男女の平和度、満足度、幸福度は、十分に睡眠がとれている安定した生活、ゆっくり食物を口に入れて、愛情をかみしめながら味わう食生活があることとともに、シータ波をともなうエクスタシーがそのバロメーターになることを期待していながら、今後の研究をまとめていきたい。

AIDS と 性 行 動

都立駒込病院 臨床検査科 玉 川 重 徳

はじめに

1981年、CDCの僅か5例の、日和見感染として知られるカリニ肺炎の報告に始まるAIDSは、感染症学やウイルス学的な面での問題提起であるばかりでなく、人間の性を中心とする、精神医学、心理学などの面でも大きな問題提起となった。

即ち、HIV(HUMAN IMMUNE DEFICIENCY VIRUS)の出現は、ウイルス学的には、パーキットリンパ腫のEBウイルスや、成人T細胞性白血病のATLVと同じく、免疫担当細胞さえ例外とはせずに感染し、免疫機構の中枢を破壊するウイルスの存在である。また、感染症学的には、従来の感染症では、病状そのものが特定の微生物の感染と直接結びついていたが、AIDSの場合は、ひとつのウイルスの感染により、臨床症状ははっきりしないが、他の合併症を起こしやすくなるというお膳立てが用意され、その合併症が致死的に働くという、新しい型の感染症の存在である。従って、症状は多種多様で、るいそう、発熱、下痢、盗汗、リンパ節腫脹、息切れ、発しん、その他易感染性など免疫不全症候をもって発症する。

また、医学全体に対しては、抗生物質や血液製剤とその問題点という実質的な面ばかりでなく、免疫機構の欠落は、現在の化学療法剤をもってしても、その穴埋めができないことを知らしめ、自然の機構の奥深さを指し示したものである。

また、この疾病が同性愛者の創る特定社会に

おいて流行したことにより、人間の性に関する問題など、多方面に渡って大きな関心事ともなっている。

ウイルス学

AIDSの起因ウイルスは、ゆっくりと増殖するという意味でLenti virusと呼ばれるRNAウイルスのひとつで、発見者により、LAV、HTLV IIIあるいはARVなどとも呼ばれるが、HIV(HUMAN IMMUNE DEFICIENCY VIRUS)の呼称が受け入れられつつある。HIVはT4あるいはHelper/Inducerと呼ばれる免疫中枢のリンパ球に感染し、これを破壊するが、Demenz症状を呈した患者の脳細胞からも分離されたという報告もあり、広範な臓器に感染する可能性はある。

HIVはエンベロープを持ち、脂質に富むため脂質の溶媒により容易に破壊され、不活化される。

疫学的にみると、感染様式は、梅毒やB型肝炎などと同じであり、従来のSTDに新たに、AIDSが加わったと考えてよい。被感染者の0.5%がAIDSを発症するといわれているが、最近のデータでは5-10%という報告もあり、感染から発症までの期間が場合によっては2-5年と長いため、不明な部分が多い。

駒込病院AIDS外来の実態

都立駒込病院に、AIDSの専門外来が設置され、1年が過ぎたが、この間の受診者総数は

1500名を超える。受診の動機として性活動を感染のリスクとするものは、全体の約80%である。女性は受診者の11%で、その58%が独身者で、42%が既婚者%となっており、独身者の90%、既婚者の30%が外国人男性との性交渉を動機として挙げている。その残りは、相手の男性の同性愛、あるいは性行動に関する不信を動機とするものである。

男性では、Prostitute とのプレイを上げるものが30%、同性愛を上げる者が33%を占める。残りは、間接的性行為を動機としている。

年齢構成を見ると、性活動に関する他の報告と大差はない。婚姻率をみると、21-25才で10%、26-30才で34%、31-35才で27%、36-40才で46%と受診者では低い傾向がみられる。45才以上の独身者の多くは離婚者であった。

HIV感染者の実態

当検査科で扱ったもののうち、HIV感染者は、現在血友病患者19名、同性愛者9名、抗体陽性血友病患者の妻2名、その他の男性陽性者2名となっているが、この内、AIDSと確認された者は5名である。血友病患者を除く抗体陽性者を見ると、同性愛者は何れも外国人との関係が濃密であり、その他の男性抗体陽性者2名も、同性愛は否定しているものの、永らく外国に居住して、外国人女性との同棲生活を経験している者で、僅か数回の原地女性との性交渉のみとする者もあり、男女相互間でのHIVの伝播は、体液の交換があれば容易であることを示す。従って防疫対策の面では、STDにもう一つAIDSが加わったと考えてよい。

抗体陽性者の比率では、血友病患者では報告者により多少、差がある。これは使用した血液製剤のロット差によると考えられる。

当院の集計では、ほぼ、50%が陽性となっており、日本全体では約30%といわれるが、それでも諸外国に比し、10倍もの高い抗体保有率を示すことは、血液製剤の80%を輸入にたより、最近まで一患者当たりの使用量も2ないし3倍であったという、医療事情にも問題がある。同性愛者では、2%の陽性率である。

同性愛者の性行動について

同性愛者について見ると、同性愛経験者の59.6%がBisexualsである。20才以下では30.8%、21-30才では45.6%、31-40才では63.7%、41才以上では82.9%がBISexualと告白している。

同性愛の経験の程度により四群にわけると、A群（一回のみ）は23%、B群（相手が1人以上10人以下）29%、C群（11人以上100人以下）26%、D群（101人以上）21%であり、年齢構成は、21-40才がA群では67.7%、B群64.7%、C群72.1%、D群57.8%で、41-60才ではA群16.7%、B群33.1%、C群23.8%、D群30.0%である。残りのA群15.6%、B群2.2%、C群4.1%、D群3.3%は20才以下となっている。

外来の同性愛者の行動の背景についてみると、おおそ大きく二つのグループにわけられ、夫々はさらに二つのパターンに分類されるようである。

A. 女性指向型

1. 女性型

肉体的外見と精神的、心理的様相にギャップがあるもので、どうしても肉体的異性に興味を持てず、同性に性的魅力を感じてしまう者で、

小さい時からそうであったと告白するものである。外見的な肉体に異常がみられなくとも、性中枢をはじめ、諸器管の機能のバランスに問題がある可能性も考えられるグループである。また、発育期の環境因子の影響を受けている場合ものもあると思われる。

2. 偽態型

女性でありたいという強い願望をもっており、自分が女性に感ずる魅力を演じ、粧い、それにより女性に同化しようとするものである。実現不可能な欲求を、憧れの対象の行動を真似ることにより、部分的に満ちし、満足を得ている場であり、性欲を満たすための性行為というよりも、女性として扱われることにより、精神的安定を得るということに、より比重が掛かっている場合である。自己満足的であり、精神的には、未熟、あるいは発育不全であると考えられる。

B. 男性指向型

1. 男性型

あくまでも男性として行動しており、新しい刺激、秘密をもとめ、既成の社会通念に対し否定的、ないしは、ときには挑戦的であるか、あるいはそれを粧うものである。また、機嫌をとらねばならない女性との会話を煩わしいとするものもある。従って、このグループの行為はプレイとして捉えることが出来る。また、職業として女性を演ずるものも含まれ、思考過程が理路整然としているという特徴がある。

2. 幼児型

異性に対し関心はあるが、それゆえに異性が

ら逃避してしまうもので、来客に際し、母親の陰から客をチラチラと見る幼児にたとえられる。また、外人の友人を持ちたいと思いながら、外人が話かけたりすると、逃げ出してしまい、自分と同じ肌、髪の毛、同じ風俗、習慣の者の方へ身を引き寄せて行く心理状態にも例えることができ、精神的に未熟、または発育不全とみなすことができると思われる。

但し、ここに示した分類は、精神医学を専門としている者の仕事ではない。また、軍隊などのような、特殊社会に閉じ込められた人間は一応入っていないと考えられ、従ってこのような分析が妥当であるかどうかは、専門家の判断や研究に待たねばならないが、ウイルスからはじまり、全ての生命現象において、突如として全く異質な行動が出現すると考えることは不自然でもある。発生の過程は進化の跡を辿ると言われるように、感染防御機構にも、その程度に個体差はあるとはいえ、進化の各段階が認められ、また、同性愛を社会の基本構造としている部族が歴史上にも、現実にも存在するという研究がある。従って同性愛という人間の行動を捉えようとするとき、人間を含めて全ての自然の生命現象の中に、先ずその原動力を捜してみても必要と考え、あえて専門外の問題に言及したまでであることを、付け加えて置きたい。

1986. 10. 16

セックス セラピスト協会
研修会講演要旨

未完成婚の診断と治療

日赤医療センター 金子 和子

未完成婚とは、結婚して一定期間が経過しても、ペニスの腔内への挿入ができていない状態をさす。これは、2人の性的な関係の状態像であり、その原因や経過等は様々である。性相談に来所する人の中ではかなり多く、昭和60年に日赤カウンセリングサービスへ性相談に来所した96例中、未完成婚は33例（34.3%）であった。（表1）

表1 1985年未完成婚例

全相談数（新患）	96
未完成婚	33（34.3%）
男性に原因ありとされていた例	20（60.6%）
女性に原因ありとされていた例	9（27.3%）
双方に原因ありとされていた例	4（12.1%）
他に未完成婚による離婚体験者	男性 2

表2 未完成婚の原因疾患

女性側

- A. 機能的または解剖学的に腔内に挿入できない場合
 1. 腔瘻
 2. 腔内異物
 3. 処女膜強韌 rigid hymen or imperforate hymen
 4. 腔閉鎖 a tresia vaginalis などの先天奇形
 5. 子宮脱や腫瘍が腔内にある場合
- B. 性交痛が主なる場合

1. 萎縮性腔炎*
2. 腔炎**
3. 急性バルトリン腺炎
4. PID
5. 子宮内膜症
6. 骨盤内腫瘍があり、疼痛がある場合
7. 外陰部アレルギーまたは炎症のある場合
8. IUD が感染をおこした場合

C. その他

1. 脳性麻痺で神経学的に、腔瘻と同じ腔の周囲にある筋の持続的収縮がおこる場合
 2. 肥満が甚だしいとき
- * 高年齢になってから女性が初めて結婚した場合に多い
- ** 例えば、カンジダ腔炎の時、疼痛を感じると性反応がおきず、ますます痛むことになる

男性側

- A. ペニスが挿入に適さない場合
 1. 心因性および器質性インポテンス
 2. 先天奇形（小陰茎）または外傷によるもの
- B. 性交痛が主なる場合
 1. 炎症（例えば、陰部ヘルペス）
 2. アレルギー
 3. 睪丸の炎症、または腫瘍
 4. ヘルニア
- C. その他
 1. 肥満
 2. 神経疾患その他

原因には、器質的なものと、精神的なものがあるが表2を参照されたい。従来、性不全の原因は、器質的、精神的、男性側、女性側と別けてきた。（男性側の原因としては impotence 女性では Vaginismus が圧倒的に多い）

表1の日赤の症例も初診時の訴で、男性側、女性側に原因ありと別けてある。しかし、器質的な原因がなかったり、その比重が少ない場合はこの分類の仕方だけで治療方針をたてると、行きづまる事が多いので、今回は、この事を主として述べたい。

まず未完成婚のカップルの特徴を日赤に來所した患者でみてみよう。身体的原因が見つかったのは、真性包茎1名のみである。まず結婚年齢であるが、男性に原因ありとされていたグループ（以後「男性グループ」と省略する）では男性の結婚年齢は、28才～36才で平均は32才9ヶ月である。30才～34才の間の未婚率は約50～60%にもおぼりこれは明らかに一般よりも高い。一方女性に原因ありとされるグループ（以後「女性グループ」と省略する）では20才～43才で平均26才10ヶ月、43才の人を除くと24才10ヶ月である。

結婚形態は、「男性グループ」の男性は16例80%が見合で恋愛結婚は4例20%であった。（表3）

表3

男性に原因ありとされていたグループ

見合結婚	16	(80%)
恋愛結婚	4	(20%)

女性に原因ありとされていたグループ

見合結婚	5	(56%)
恋愛結婚	4	(44%)

見合結婚した人達の結婚を決めた際の理由は、“年だから” “親に強くすすめられて” “まあいいと思ったから” 等の消極的理由が多い。一方「女性グループ」の女性は見合は5例（56%）で恋愛は4例（44%）であった。そして目立つ事は、見合結婚でも、沢山の見合の中からこの人こそと相手の人格を気にいって結ばれた仲の良いカップルが多い事である。

次に來所までの結婚歴を見る。「男性グループ」は（表4）結婚1年未満に來所した例は10例（50%）あり、75%が2年未満に來所している。3～5年の人は恋愛結婚であった。一方「女性グループ」（表5）1年未満で來所した例はなく、2年未満でも1例（11%）のみで、一番多いのは3～5年であった。

表4 來所までの結婚歴

男性に問題ありとされていたもの

三ヶ月以内	3	} 10 (50%)
六ヶ月以内	3	
一年未満	4	
一年～二年未満	5	(25%)
二年～三年未満	2	(10%)
三年～五年未満	2	(10%)
五年以上	1	(5%)

表5 來所までの結婚歴

女性に問題ありとされていたもの

一年未満	0
一年～二年未満	1 (11%)
二年～三年未満	2 (22%)
三年～五年未満	5 (56%)
五年以上	1 (11%)

双方に問題ありとされていたもの

一年未満	0
------	---

一年～二年未満	2
二年～三年未満	0
三年～五年未満	2

表6 治療経過

男性に問題ありとされていたもの

治療	8	}	13	(65%)
治療中	5			
不成功	7	}	6	(30%)
本人来院せず	2			
本人治療意欲なし	4			
drop	1			

治療経過では「男性グループ」では(表6)治療にのったケースの率が低い。これは、本人の治療意欲が低い事が多いためである。「女性グループ」では1人は初めから高年齢のため治療を目的として来所したのではなかったのを除くと、dropは1人で4人は治療、残りの4人は治療中である。継続率は88%である。

このように「男性グループ」と「女性グループ」ではカップルの様相に違いがある。即ち「男性グループ」では男性は、年になったからと周囲にすすめられて漠然と結婚し、妻や周囲のすすめでやむを得ず治療にくるが、治療そのものに乗気でない人も多いという事になる。当然妻はこの問題に困惑し怒っている事も多く協力関係にない事も少くない。一方「女性グループ」では、結婚相手を選ぶ段階から、ギトギトしない優しい人を選んでおり、相談までの時間は長い。しかし、それだけに来所は本人の決意で行われ、治療意欲は高い。

診断 まず最初にカップルの2人から詳しく話をきく。一方からだけ話をきくと、未完成婚の原因を他方に帰してしまう患者もいるので

必ず双方から話をきくのが大切である。これまでの性体験、2人の最初の性交の試の時の様子その後の経過等を詳しくきくと、2人の性への態度や問題点が浮んでくる。把握しておくべき事を具体的に述べる。

- 挿入前に勃起していたか、全然しないか。
- 挿入時、妻が痛がる事はないか。それをきっかけに性不全が始まったのではないか。
- 挿入時少し入りかけた事があるか。その時どんな感じだったか。つき当る感じはなかったか。(妻がワギニスムスのための二次的なインポテンス患者はこれを訴える事が多い)
- タンポンがつかえるかどうか。つかう努力をした事があるかどうか。(性嫌悪のある女性は使用した事がなかったり試みて入らなかった事が多い)
- ペッティングの時、男性が妻の膣内に指を入れた事があるかどうか。女性の性恐怖と男性のそれとによる事があるので注意が必要である。
- 挿入努力やペッティングの頻度とリーダーシップのとり方。(ワギニスムスの場合でも、この頻度が少ない場合は、男性にも問題がある事が多い)
- 挿入を避けている時期があったとしたらその理由は何か。避妊を口実に挿入を避ける男女がいるが、これは性嫌悪や性不全への無意識的な防衛である事も多い)

こうした事を、もし本人達が自発的に言わないなら、治療者側から質問して把握しておく。

次に診察を行う。最初に2人から詳しく話をきいておけば、おおよその診断はついているがやはり診察するのが原則である。それは話だけでは治療者が見おとしている面がある可能性が

あるだけではなく、患者本人達にも問題は何であるかを確認するために必要だからである。

診察も男女双方を行うのが良い。これは診断のみならず治療にも良い影響を与える。自分に非がない事を証明するために診察を受けようとする女性や、自分の責任だから自分だけで処理したいという男性もいる。しかし、2人で治療に参加し、治療者に2人が対等にあつかわれる事を通して、2人は一方が原因で他方が被害者という形ではなく、協力しあい助けあって問題を解決してゆく仲間同志なのだという基本的な事を確認するのである。しかし、女性の中には自分には問題がない、あるいは、前に婦人科で診察を受けた時の事が不快な記憶としてある等の理由で断わる人も少なくない。その場合、診察の意義を説明し診察をすすめるが強引すぎないように気をつける必要がある。そうした場合、女性に性嫌悪がある事が多く、それを初期にあばく形になると治療が進まぬ事が多いからである。男性の勃起に問題がある場合は、夜間陰茎勃起をスタンプレットや機器を使用して確認しておく。又、テストステロンの測定もしておくのがよい。

治療 診察や検査で身体的原因がみつければ、まず、それに対処する。日赤例では、33例中身体因があったのは真性包茎の1組のみでありそのカップルは、その手術だけでは治癒しなかった。

今回は身体因がない場合に焦点をあててのべろ。身体因がなければ、パートナーの協力をえるようにして、原因とされている人の治療を行う。これまで是一方の問題が解決することによって未成婚が解決する事が多かったが最近、ある段階までくると、他方の問題がく性欲不振、

impotence、性嫌悪、その他の心身症等）が、浮かび上って治療がゆきづまる例がふえてきた。そこで、必ず、治療者は例え来所するのが一方のみであろうと、2人の関係が治療目標である事を心すべきである。

男性に原因ありとされている場合

初期 一見合等で2人の絆ができていないと、2人の関係は険悪になっている事も多い。その場合、2人の関係の調整が必要になる。女性側には怒りがうっ積している事が多いので、それを治療者が十分に聞く事、男性に対しては、女性の怒りは正当（中身ではなく、怒りの感情をもつ事自体）である事、しかし、それは2人でやっていきたいという気持ちがあるからこそおこるのだとの説明するのが重要である。又、女性に対しては、男性のプライドの問題や、困惑した感情等を説明するようにする。

初期の段階で女性の協力が得られれば、特に深い問題がないかぎり、治療は進む。ただこの段階で、女性の側に問題がある事が見えていても、当人がそれを意識していないようならあえて追求はしない方が賢明な事が多い。治療が進めば、他方に問題があれば必ずそれは表面化してくる。現実的な形になってから（ex タッチングや挿入を拒む）その問題をとりあげる方が本人達にとって受け入れやすい。治療者が先まわりしすぎると、女性は夫の足を巧妙にひっぱり、治療から脱落させる事も稀ではない。

中期 ー タッチング等が進み、挿入練習位になると、女性が拒否的になる場合がある。女性も続けて来所していれば、少しずつポイントを女性にうつして、ワギニズムや性嫌悪の治療に切りかえ、タンポンや拡張器の挿入練習を行う。

女性が口実をつけて来所しなくなる場合はやむを得ず男性のみで治療を継続する。女性は治療が進まぬのを巧みに男性のせいにしたり自信を失わせるような言動が増えたりする。この女性の無意識的な治療への妨害のいみする事を男性に説明し、自信を失わないようにし、女性の問題への理解を深めていけば、やがて女性の側の問題が解決したり、女性が問題にとりくむ気持ちができて2人の問題は解決する。

女性に原因ありとされている場合 — 初診時に女性の問題が前面にでている場合、女性だけの来所で治療をすすめることが多い。男性が忙しいためもあるが、女性の気持ちとしてもその方がくつろげる事も多く、ある段階まではその方が効率的な事も少くない。その場合でも夫の協力が不可欠であるが、この段階での協力を拒否する夫はまずいまいと考えられる。しかし、一定期間女性のみで治療をすすめて行って男性側の問題がうかび上った所で男性へ、治療に積極的に参加するよう呼びかけても、男性にはそ

れは受け入れ難い事が多い。そこで、治療の最初の時期に必ずパートナーに来所してもらって、治療の方法等を説明し、協力を要請するが、その際、一定の段階になると、夫の積極的な参加が必要になったり妻の代理で来所するのが必要になる事もあると伝え、協力を約束してもらっておくと良い。そして必要ならば、妻への協力という形で来所してもらって、男性自身の治療をすすめる事により、2人の問題解決をはかるのが効果的である。

つまり、未完成婚は、常に2人の関係の病いとしてとらえ、2人の力動に配慮して2人の力を最大限に利用して治療をすすめるのが望ましい。

インポテンス、ワギニズムスの治療法に関しては紙面の関係で割愛する。必要な方は、“野末源一、金子和子「心因性インポテンスと不感症の治療」産婦人科の世界 '84 36巻 秋期増刊号”を参照されたい。

インポテンス診療の最近の進歩

聖マリアンナ医科大学泌尿器科 長 田 尚 夫

泌尿器科医を受診するインポテンス患者は増加傾向にあり、臨床上重要な病態になりつつある。しかし、その診断治療にあたって通常の病態と異なり取り扱いが難かしいという先入感があって、敬遠されがちになっているのが現状である。性障害をもっている患者は、苦しみが予想以上に深刻で、医師に相談することは恥ずかしさから重大決意をもって受診することが多い。したがって、患者を最初に見る医師の態度や姿勢が、その後の治療成績に大きく影響するので、正しい対応の仕方を身につけておかねばならない。

昨年の Newsweek 紙（アメリカの有名な雑誌）によると、現在約 1000 万人のアメリカ男性がインポテンスによる欲求不満と屈辱と焦りに悩まされていると報じており、実に 8 人に 1 人の割合になっているという。そのためかアメリカではインポテンスに関する社会的関心が高く、正しい多くの情報が啓蒙活動により流されている。一方、わが国では国情の違いや国民性の差から、表だって取り上げられることが少なく、医学的研究もかなりの遅れをとっている。最近では性が開放化して、一段の関心も高まりつつあり、ようやくインポテンスも学問的な軌道にのってきたようである。

インポテンスの定義

わが国においては従来金子の定義「性欲、勃起、性交、射精、極致感のいずれか 1 つ以上欠けるかもしくは不十分なもの」というのがイン

ポテンスの定義として広く用いられている。一方、欧米ではマスターズ・ジョンソンの定義「性交のチャンスの 75% 以上勃起の不十分なために挿入が不可能なもの」というのが使用されている。性障害の概念はアメリカ精神科協会の疾患分類 DSM III をみても分るように時代とともに変化している。最近わが国でインポテンスの定義を国際的な総合性を持たせて改訂すべきだという気運が生れ次のような定義がインポテンスの診療にたずさわっている医師達の間で承認されている。「インポテンスとは、性交時に有効な勃起が得られないため満足な性交がおこなえない状態と定義する。通常、性交のチャンスの 75% 以上で性交がおこなえない状態とする」したがって、早漏、遅漏などの射精障害や性欲低下などはインポテンスに含めない。これらの病態は勃起障害を含めて性機能障害と呼ぶように提案されている。

器質的インポテンスと機能的インポテンス

勃起機能は正常であるが、精神的要因などにより性交できないものを機能的インポテンスとし、陰茎そのもの・神経・血管・内分泌などの障害により、十分な勃起がえられず性交できないものを器質的インポテンスと定義している。器質的インポテンスと診断するためには、勃起機能の検査により勃起しないか、不十分であることが確定されなければならない。

ここで注意しなければならないことは、器質的インポテンスの原因となりうる疾患および病

態を器質的要因と呼ぶが、この器質的要因を持つから器質的インポテンスであるとはいえない。あくまでも器質的インポテンスと診断するには勃起機能の検査によって確定する。また、機能的インポテンスの原因となりうる心理的な出来事などを心理的要因と呼ぶが、この心理的要因を持つから必ずしも心因性インポテンスとは限らない。器質的インポテンスであるか、機能的インポテンスであるかは勃起機能検査によって決定される。

1 次性インポテンスと 2 次性インポテンス

生来 1 度も性交が出来ないものを 1 次性（もしくは原発性）インポテンス、従来は性交可能であったものが不可能になった場合を 2 次性（もしくは続発性）インポテンスと定義される。

インポテンスの分類

勃起機能検査で異常が認められない機能的インポテンスと異常のある器質的インポテンス以外に、器質的要素と機能的要素が混在するかあるいはどちらも確定できない混合型インポテンスの 3 型に分類する。

インポテンスの客観的診断法

インポテンスは患者の訴える症状であって主観的な訴えである。インポテンスであるか否かは、厳密にはセックスパートナーと実際に性交をおこなわせてこれを観察するしか判定出来ないが、実際には不可能である。

勃起は陰茎海綿体内の血液量ならびに血流量が増加することによる現象である。現在のところヒト陰茎の勃起のメカニズムが完全に解明されていないので、インポテンスの客観的診断法として確立されたものはない。表 1 に現在臨床

的におこなわれている検査法をあげたが、いずれも長所、短所があるので、一つの検査のみで判断することは少なく、組合せておこなわれている。

第 1 表 IMP の客観的診断法一覧

- I. Visual Sexual Stimulation
(Audiovisual. S.S.)
 1. Radioisotope Penography
 2. Penile Thermography
 3. Penothermography
- II. Nocturnal Penile Tumescence
 1. 終夜睡眠ポリグラフ
 2. Stamp Technique
- III. 神経系検査
 1. Bulbocavernous Reflex Latency
 2. 心電図 R-R 間隔変動係数測定
- IV. 血管系検査
 1. Doppler 法
 2. Penile Brachial Pressure Index
 3. Angiography
 4. Others (Cavernosography)
- V. Drugs
Intracavernous Injection of
Papaverine HCl

（越戸による）

(I) 勃起機能検査

表 1 の I と II, すなわち Visual Sexual Stimulation（視覚的・聴覚的刺激）と Nocturnal Penile Tumescence（夜間陰茎勃起現象）とが勃起機能を調べる検査法である。

前者は視覚により性的興奮を惹起されやすいので、その性的刺激を与えて陰茎の変化をキャッチするものである。陰茎血流量の変化、陰茎

皮膚温の変化、陰茎周径の変化、陰茎硬度の変化などをモニターする。視覚+聴覚による性的刺激を与えてもよい。

後者は正常人のREM（レム）睡眠時にみられる生理的な勃起現象を調べて、インポテンスの診断に用いるものである。器質的障害があればこの夜間勃起が消失するが、心理的障害で性交時に勃起障害があっても睡眠時には中枢よりの抑制がはずされて夜間勃起がみられることで、両者を鑑別診断する。

前者がerotic erectionを調べているという特長があるが、性的刺激のとらえかたには個人差があって、性的刺激とは感じなければ誤った判定をもたらすことがある。後者は客観性には優れているが、高価な設備と労力が必要で、複雑な検査であるという欠点を有する。

夜間陰茎勃起現象をとらえるために簡便な検査としてスタンプテクニックがある。これは郵便切手シートを就寝前に陰茎に巻きつけ、翌朝切手のミシン目が切れたかどうかで夜間勃起の有無を知ることができる。勃起機能検査のスクリーニングテストとして有用性が高いが、自宅で自分でおこなうので信頼性に乏しいきらいがある。

(2) 神経系検査

表1のⅢである。勃起反射弓に障害があるかどうかを知る方法として、球海綿体反射を利用し球海綿体筋より誘導電位を記録し、その潜時を測定する。神経因性の器質的インポテンスの鑑別診断法として用いられる。

心電図R-R間隔変動係数を算出する検査法は、インポテンスの鑑別に用いられるばかりでなく患者の精神状態の把握にも役立つ。

(3) 血管系検査

表1のⅣである。勃起とは陰茎海綿体への血

流増加であるから、陰茎支配血管系に障害があればインポテンスとなる。そのスクリーニングテストとして、陰茎動脈収縮期血圧と肘動脈収縮期血圧とを同時に測定して両者の比をとると陰茎の血流障害があるかどうか判定出来る。

Penile blood pressure index(PBPI)といわれている。陰茎脈波の測定、陰茎温の測定も試みられている。

血管性インポテンスが疑われると血管造影によって診断が確定される。選択的内陰部動脈造影によりおこなわれる。

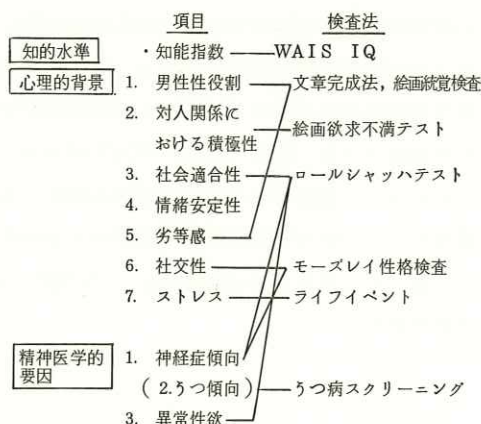
血管拡張剤の陰茎海綿体注入によって血管障害のスクリーニングに応用可能であるということが明らかになり、公後利用されるものと思われる。

心理検査

従来より機能的インポテンス患者の診断治療上の補助手段として心理テストの有用性が明らかにされている。機能的インポテンス患者の心理的背景を十分に理解することが、治療の手始めである。図は大野らのインポテンス患者のパーソナリティの把握を目的としておこなった心理検査法である。機能的インポテンス患者ではパーソナリティ形成に男性ホルモンレベルの低いことが影響していると考えられる低ゴナドトロピン性類宦官症、クラインフェルター症候群と類似した心理的特徴を有していることを明らかにしている。さらにこれらの疾患と異なった心理的特徴も有しており、より複雑なパーソナリティ形成を作っていると結論している

陰茎プロステシス挿入および植え込み手術

インポテンスに対する陰茎プロステシス挿入手術は、治療法として既に確立されたものと



第1図 機能的インポテンスの心理的背景および要因分析

(大野らによる)

なっている。アメリカでは現在まで3万人近くおこなったといわれている。わが国でも徐々に普及しており、最近とくに医師側、患者側双方にも関心が高まってきている。プロステースには non-inflatable タイプと inflatable タイプとがある。

前者はシリコン製の支柱で、硬いものから半硬性なものに変わり、さらに可動性のあるものとなっている。現在は半硬性で可動性のあるプロステースが広く用いられている。わが国の治療成績について岡本らは95例の成功率が86%だと報告しており、プロステース挿入後の満足度は手術成功例では93%と高い。また、術中、術後の早期合併症は22%であり、晚期合併症は14%であった。

後者は陰茎海綿体に植え込まれたシリコン製シリンドラーの中に液体を灌流させることにより陰茎に勃起を促すものである。従来このタイプのプロステースは機械的なトラブルが問題であったが、最近改良されて再登場した。わが国でも昨年後半から使用されてきている。陰茎の

勃起萎縮が本人の意志により自由にできるので外観がより自然である。欠点として耐久性の問題が指摘されている。高価でもある。

陰茎プロステース挿入手術における問題点として、①症例の選択、②手術法およびプロステースの種類を選択、③術中、術後合併症の防止の3点が重要である。手術適応として原因疾患が器質的あるいは混合型インポテンスである場合は異論がないが、機能的インポテンス症例に対する適応は慎重でなければならないと考えられている。どんなタイプのプロステースを用いるにせよ、陰茎海綿体の構造が壊れるので一定の基準が必要である。プロステースのサイズが主として輸入品であるため外国人に合わせたものである。日本人に陰茎サイズにフィットした国産品の開発が今後要求されるであろう。

Chemical prosthesis

薬剤を直接海綿体内に注入することによって人工的に勃起させる治療法が欧米で発表され、わが国でも試みられている。この治療法は、chemical prosthesis と呼ばれている。

この方法はビラーが血管性インポテンスの手術中たまたま陰茎海綿体内にパパベリンが注入されたとき長時間の勃起が続いたという報告に注目し、インポテンス患者に応用して勃起させるのに成功した。同じ時期に別個にブランディがフェノキシベンザミンを自分自身および協同研究者に試みたところ、勃起することを確認して、インポテンス患者に応用して満足すべき結果をおさめた。ゾルグニオティはパパベリンとレグチンとの併用注射をおこなっている。わが国でも追試されているが、プロスタグランディンE₁を石井は用いている。

この方法は細い針を用いて陰茎海綿体内に薬剤を注入するもので、注射後数時間勃起させて性交を可能にする。したがって、性交直前に注射しなければならないという不便がある。この治療法によってインポテンスを治癒させてしまうものではない。

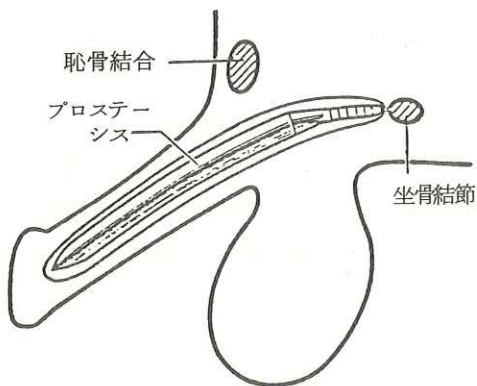
また、本法の問題点は注射による感染、注射部位からの皮下出血、さらに重大なのは持続勃起症の出現である。まだ歴史が浅いので長年月にわたって続けた場合、思わぬ副作用が生じないかという疑問がある。とくに持続勃起症の処置に精通していなければならないので、素人療法は危険である。

このように濫用を戒めることと長期間の安全性に問題を残すものの、新しい治療法として注目される。また、インポテンスの鑑別診断に勃起メカニズムの研究への応用も期待出来るであろう。

血管外科的治療

血行障害によって起ったインポテンスに対し

ノンインフレーターブル・プロステーシスを装置したところ

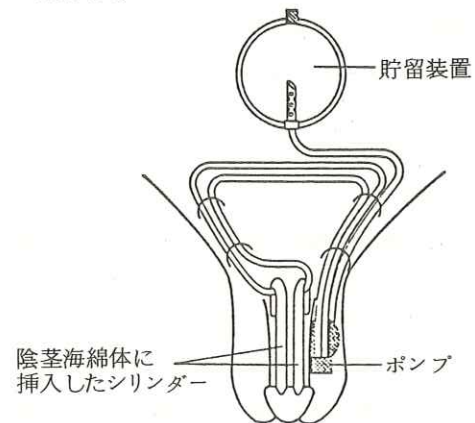


て血行再建手術が欧米ではおこなわれている。たとえば内腸骨動脈閉塞に対するバイパス手術、陰茎海綿体吻合手術などにより血流を再開させたり増加させる。最近の血管外科的手技の向上にともない、顕微鏡を用いた血管吻合術や、血管カテーテルを用いた血管形成術がおこなわれている。インポテンスの治療法としては新しい分野である。

参考文献

- 長田尚夫・他：インポテンスの診断と治療
臨床泌尿器科 39：805～846，1985
長田尚夫・他：インポテンスの診断と治療
日泌尿会誌 76：1985 投稿中
長田尚夫：インポテンツに対する血管拡張剤
の注射 医学のあゆみ 135：
1985 投稿中

インフレーターブル・プロステーシスを装着したところ



第2図 陰茎プロステーシス

性の病理への マリツヂ・カウンセリング的アプローチ

東京女子大学
昭和大学 藤ヶ丘病院 近 藤 裕

I. 現代結婚生活における性の病理

1. 性生活の意味

親近度の高い夫婦関係が重要視されなかった従来の家族主義の時代と異なり、近年の結婚の形態は、平等性、僚友性（コンパニオンシップ）コミュニケーションの上に成り立つ。このことは、深みにおいて結ばれた夫婦関係、より親密な関係を築く結婚生活を成長させる機会が与えられているということでもある。また、そのような責任と努力が現代の夫婦に課せられているということでもある。同時に、このような民主的形態の結婚生活には、それだけ多くの葛藤や疎外感を生み出す機会も多くなった。このことは、近年における離婚婚外交渉、「家庭内離婚」の増加という現象として表れている。ここに現代における結婚生活のデレンマとチャンスがあるといえよう。

近年の性意識の変遷もめざましい。元来、人間の性行為には生殖性（プロクリエーション）、快楽性（レクリエーション）、生命の再創造（リクリエーション）という三つの要素がある。欧米に始まった近年の性意識の革命は、従来の生殖性を主とした非健康的なモラルや法律にしばられていた。結婚生活における不自由な性生活を解放し、人間生活に欠かせない性の意味を考え直し、さらには、愛情が不在となりがちであった性生活に愛を迎え入れる自由をもたらしたといえよう。妊娠の不安や、恥や罪意識から解放された性の自由は「愛」から解放されたこ

とを意味するのではなく、むしろ「愛する自由」を得たことを意味する。

性の営みにおける人間の生命の再創造（リクリエーション）という働きは、単なる性器の結合においてではなく、人格的には結合として営まれるときに生じ、また、そのような場合にのみ性のレクリエーションの要素が高められ、また新しい生命の誕生（プロクリエーション）に意味をもたらし、また生命の甦えりをもたらすものである。

欧米をはじめ、わが国において近年見られる男女関係における性の風俗や行動は、このような性生活本来の在り方を求める自由を手にした結果として生じたものであろう。このような背景のもとに生じたさまざまな性行動には健康的なものと同時に、病的なものも多く見られる。

2. 性の病理の位置づけ（要約）

人間の病理現象は遺伝、環境、ライフスタイルのいずれかに起因する。性の病理も同じである。人間のライフスタイルに基因する性の病理に対しては、主としてマリツヂ・カウンセリング的アプローチが必要となる。

3. 性の病理の結婚生活における位置づけ

性の病理は夫婦のライフ・スタイル、結婚生活の質の反映であることが多い。つまり、「ベッド」の中の現象は「ベッド」の外の生活の象徴と考えられる。

夫婦関係のタイプを次の七通りに分類できる。次に示すタイプは夫婦関係のレベルや深さの違

を表しているものである。

夫婦関係七つのタイプ

夫婦関係のタイプ（時間の過し方）を次の七通りに分類できる。これらのタイプは夫婦関係のレベルや深さの違いを表しているものでもある。

1. むっつり型（自閉的）

夫婦関係において、いちばん消極的、破壊的な関わり方。人間がそれぞれもっている独りの世界、孤独性そのものは破壊的ではない。自閉的であるということは、自分の独りの世界に閉じこもり、相手との関わりを避けるという関わり方である。自閉的になる原因には、自尊心の低さ、自己防衛のための問題回避、愛情の欠損、不在などが考えられる。

2. 社交型（儀礼的）

儀礼的な（習慣上の）言葉のかけ合いに時を過す。人間関係においての儀礼的な言葉のかけ合い（言語的ストロークの授受）は、人間関係の潤滑油的な役割を果す。しかし、夫婦関係が儀礼的なレベルでの関わり合いで終わってしまうのは味気ない。儀礼的になる理由には、他人への警戒心、自己を表現することの恐れなどが考えられる。

3. 世間話し型（雑談的）

雑談によって時を過す。さまざまな話題を中心とした、単なる喋り合いから、「人間的興味」のある話題を語り合うことにより、人間関係を深めていくものと、いろいろある。共通の興味と関係のある話題は夫婦間の距離を縮めるのに役立つ。雑談的な関わり方を選ぶ理由としては、相手への関わりを求める心、関係を深めるためのテストする心などが考えられる。

4. こまねずみ型（活動的）

活動を通して相手と関わる。行動を共にするとか、相手のための行動に時を過すことによって、相手との親近感を生み出す結果を招く。逆に、距離を感じたり、場合によっては、相手との間に距離を作るために活動にたづさわるといったマイナスの働きをするものもある。活動にたづさわる動機によって、その結果が異なったものとなる。

5. 策略型（ゲーム的）

策略的に相手に対する関わり方。心理的なゲームを演じている関わり方。心理的ゲームとは、表と裏がちがう関わり方といってよい。語られた言葉の背後に、別の感情や意図が働いている。伝えられたメッセージの裏に、もら一つの別のメッセージが隠されているものである。このようなゲーム的な関わり方は、意識的にやっている場合もあれば、無意識的にやっている場合もある。むしろ、無意識的なものが多い。無意識的な心理的ゲームは、幼児期に育った家庭環境から学習し、行動のパターンとなっている場合が多い。

心理的ゲームは、幼児期の体験を通して身につけた、自分や他人に対する“考え方”とか、“心の構え”（他人に対する劣等感や優越感）が根拠となっている。

“心構え”の四つのパターン

- (1) 自分もOK, 他人もOKな人間。
- (2) 自分はOKな人間だが、他人はOKな人間ではない。
- (3) 自分はOKな人間ではなく、他人はOKな人間である。
- (4) 自分も他人もOKな人間ではない。

感情のスタンプ

人間はすべての体験に対して、何らかの感情的反応をする。ネガティブな感情（悲しい、恐

い、憎らしい、怒り、不満など)は、心に貯えられ、あとになり、なにかのきっかけに一度に吐き出されることがある。この、いわば感情を清算する行為は、一つのパターンとなることが多くある。この、感情の精算行為(感情のスタンプ交換ともいう)は、無意識的に、ゲーム的になされることがあり、しばしば対人関係において葛藤や誤解を生む原因となる。

6. 仲良し型(健康的)

人は数多くの知り合いとの「おつき合い」の中で、ほんとうの「つき合い」を求める心をもっている。夫婦の関係も「おつき合い」のレベルから、心と心のふれ合う「つき合い」に深まるのが理想である。自分の考え、思い、喜怒哀楽の心情のやりとりの中に感じられる開放感や、一体感を伴った心理状態は夫婦間の親近性を生む。

心を開いた「つき合い」のできる人は、自分のあるがままの姿、長所や短所を受け入れている人である。真実な人間、すなわち、自分自身の真実な姿を知り、受容できる人は、他人を真実な人間として知り、受容できるようになる。

夫婦間の親近性には、次のような領域がある。これらの領域において欠けている面を補い、成長することが必要である。

- (1) 知的生活……知的生活においての分ち合い。
- (2) 情緒生活……心情の世界でのやりとり。
- (3) 性生活……心のふれ合いの基盤の上においての性生活。
- (4) 美的鑑賞生活……自然、芸術、文化など
の世界における美的価値の鑑賞。
- (5) 創造、労働生活……家庭、職場生活においての相互の理解、協力。

(6) レクリエーション生活……休らぎ、遊び
の中に“子供の自我”での心のふれ合い。

(7) 精神活動生活……人生観、世界観などの
分ち合い。

(8) 危機経験……人生におけるさまざまな危
機に対応する夫婦の支え合い、助け合
い。

(9) コミュニケーション……各領域において
の親近性をもたらす基盤となる夫婦間
の相互理解を達成するために不可欠な
手段。

7. ベったり型(自己喪失的)

自分の主体性をなくした関わり方。自分を犠牲にした関わり方や、相手に依存していなければ安心できないという関わり方。これは心と心がふれ合うというよりも、心と心が重なり合っていて隙間がない状態で、心理的に窒息したり、お互いの成長をとめさせてしまう。親しい関係、人間改造的な関係は、相互に解放し合う関係で、相互を拘束し合うものではない。主体性のあるときに、奪い取る関係でなく、「ギイブ・アンド・レシイブ」の関係が生れる。

「夫と妻の心理学」(創元社)

近藤裕著より

II. マリツヂ・カウンセリング的アプローチ

(要約)

1. 欧米と日本の事情 — マリツヂ・カウンセラー制度を中心に
ヨーロッパ — 高度に訓練されたボランティアが中心。婦人科医も多い。
北米 — プロフェッショナル中心。例として筆者が所属する AAMFT はメンバーが約

1 万名。主として精神科医，心理療法士，家族療法士，ソーシャル・ワーカー，牧師などで，女性のメンバーも半分に近い。

日本 — 主として婦人科医，少数の精神科医，泌尿器科医，心療産婦人科医，セックスセラピスト，マリツヂ・カウンセラー。その総数も少数である。その主な理由としては次の三つが考えられる。

- (1) マリツヂ・カウンセリングの概念と制度の軽視
- (2) 文化的，社会的要因 — 心理療法についての偏見
- (3) マリツヂ・カウンセリングの臨床教育の不在，など。

2. マリツヂ・カウンセラーの資質（要約）

- (1) 関連科学に精通していること
- (2) 自己受容と他者の受容ができる
- (3) 柔軟性があり，独善的でない
- (4) 感受性が豊かである
- (5) スーパーバイズされた臨床訓練と経験があること，など。

3. マリツヂ・カウンセラーの価値観，結婚観の問題（要約）

- (1) 自分が特定の価値観をもつことと，価値観を異にするクライアントをカウンセリングすることに内在する問題
受容と是認のちがひ（例・婚外交渉の是非，など）
- (2) カウンセラー自身の結婚観と結婚生活のカウンセリングへの影響
結婚の目的，性生活，親近性など

4. マリツヂ・カウンセリングの対象

（要約）

対象を明確に把握することの重要性

(1) クライエント自身の病理

(2) 夫婦間の力動関係

(3) (1)と(2)の複合した問題

5. 婚前カウンセリング，ガイダンスの重要性

結婚生活における性生活の位置づけ，夫婦関係を育成する技能の指導など。性生活の技術的指導に終ってはならない。

性生活の原則・性生活に関する処方箋

性生活における親近性

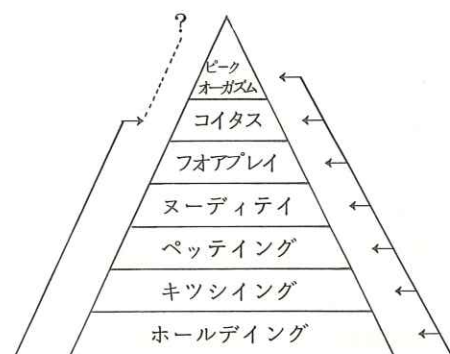
性生活は“我々がする行為ではなく，我々自身に関わること”である。自分の Sexuality の理解と受容が性生活の健全化の基盤である。性生活は両脚の間の問題でなく，両耳の間の問題である。

「ピラミットセオリー」

by Roger Mellot

Manrai

Board of Directors of
SIECUS



各ステージには達成し得る喜悦がある。

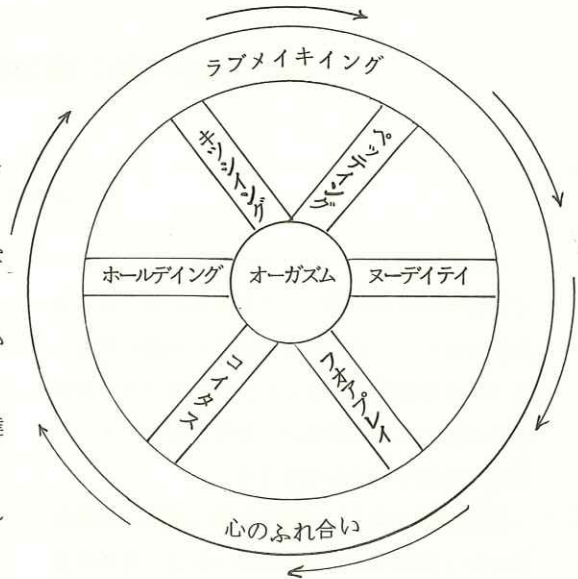
オーガズムは結果であって目的ではない。

性生活のプリンシプル

「車輪（ファイル）セオリー」（近藤裕）

1. 性行為は愛の行為（ラブメイキング）であって、単なる性器の結合ではない。
1. 性行為には心のふれ合いが前提である。
1. オーガズムは性行為の各段階で体験できる。
1. オーガズムは結果であって、目的ではない。
- ※ このプリンシプルによれば演技意識から解放される。

※ anorgasmophobia = オルガズム未達成の不安
心と心のふれ合いを性器の結合と混同し置きかえることの結果として生ずる。



私の夫婦関係・自己診断

1. 自分が妻（夫）と時間を過す時の主なタイプ

主として、_____ 型 その理由は、_____
従として、_____ 型 _____

2. 親近性のチェック・リスト

領 域	評 価	目 標			改 善 計 画
		5 年 後	10 年 後	20 年 後	
知 的 生 活	0 1 2 3				
情 緒 生 活	1 1 1 1				
性 生 活	1 1 1 1				
美的鑑賞生活	1 1 1 1				
創造活動・労働生活	1 1 1 1				
レクリエーション活動	1 1 1 1				
精 神 生 活	1 1 1 1				
危 機 経 験	1 1 1 1				
コミュニケーション	1 1 1 1				
得 点 合 計					点

- ・満足度を次の規準により、○印をつけて表す。非常に不満 0 点、やや不満 1 点、まあ満足 2 点、非常に満足 3 点。
- ・得点数を計算して、合計点を出す。18～27 点 — 青信号、9～17 点 — 黄色信号、8 点以下は赤信号。
- ・各領域ごとに、5 年、10 年、20 年後の目標を記し、改善のための具体案を要約して記入する。

妊娠中の性行動（第2報）満足度を中心に

日赤医療センター 金子和子・野末源一

日赤医療センターカウンセリング・サービスと周生期研究会は協力して妊娠中の性行動の実態調査を行い、昨年の本会に於て初期に調査した100名の結果を報告した。又59年10月の母性衛生学会でも調査結果の一部を発表したが、今回は満足度を中心に報告する。

調査対象は主として都内の病・産院、保健所等の計8施設を利用した妊婦748名で有効回答は77.5%の580名である。調査期間は8.58.9～58.11の3ヶ月間で方法は41項目の質問紙への自己記載による。

有効回答者を妊娠週数別にみると、15週まで48%、16～27週30.0%、28～35週48.5%、36週以上15.3%であり、初産婦は69.3%であった。

性交回数、性交時間：前回の報告と変化はみられず、時間も回数もともに減少している。28～35週のグループでは49.3%、36週以上では73.0%の人が性交を中止している。

性欲：これも前回の報告と同様の傾向を示した。多少減った72.2%、大いに減った3.8%、変化なし18.8%、増加した4.7%。性欲の変化と週数との関連はみられなかった。

満足度：妊娠前「大いに満足」13.8%、「大体満足」49.3%、「まあまあ満足」28.6%、で満足な人は計92.7%であり、「少々不満」6.6%、「大いに不満」0.3%、計6.9%が不満であった。妊娠中は「満足」29.7%、

「まあまあ満足」48.8%で満足は78.5%と減少する。一方「少々不満」15.0%「大いに不満」2.6%、計17.6%と不満な人は増加する。

妊娠前の満足度と妊娠中の満足度との関係：妊娠前の満足度が高ければ、妊娠中も満足している可能性が高い。しかし、一方妊娠前に「少々不満だったグループ」では36.8%が妊娠中に満足に変化している事は注目に価する。

妊娠前の満足度の高いグループの特徴：満足度が高い方がオーガズムを感じる確率も高くなる。「まあまあ満足」というグループは「満足」「大体満足」というグループより、むしろ「少々不満」なグループと似たパターンを示した。性欲に関しても、満足度の高いグループは性欲も高い人達が多かった。ここでも「まあまあ満足」のグループは「少々不満」のグループに近かった。性交のペースも、満足度の高いグループの方が「2人で」あるいは「時に応じて」という人が高く、満足度が低いグループでは、「夫のペース」が多くなる。妊娠週数との関係を見ると、週数が進むにつれ満足度が下がる傾向があるが統計的には有差がみられなかった。結婚年数では、1年未満の人と10年以上の人の間には有意な差がみられ1年未満の人の方が満足度が高い人が多かった。

次に妊娠前と妊娠中で、満足から不満へ、あるいは不満から満足へ変った人達と変らなかった

た人達を種々の項目について調べた。

結婚年数と満足度の変化：妊娠中どのグループも有意に満足度が下がっているが、妊娠以前にはみられなかった1年未満と3～5年の間で有意な差がみられるようになった。

妊娠前の性欲と満足度の変化：「まあまあ満足」から「少々不満」になったグループでは妊娠中も満足にとどまったグループよりも、有意に性欲が普通にあった人が多い。しかし、性欲の高低よりも、妊娠前の満足度の方が妊娠中の満足度に対する影響力が顕著であった。

妊娠前の Sex のペースと満足度の変化：妊娠前と妊娠中の変化よりも、妊娠前の満足度による差の方が顕著である。

妊娠中のきのりしない Sex と満足度の変化：妊娠前に満足で妊娠中に不満になった人は、きのりしない Sex に「しばしば」応じる人が妊娠中も満足にとどまった人よりも有意に多い。又妊娠前に不満で、妊娠中に満足になった人は不満のままの人よりも「しばしば」応じるとい

う人が有意に少い。又、満足な人達が夫への共感的、同情的理由で応じる事が多いに対し、不満な人は消極的な理由が多かった。

好みの変化と満足度の変化：妊娠中に不満になったグループ、妊娠前から不満のままのグループに有意に多くみられた。変化の内容は、消極的な方向のものであった。

夫の変化と満足度の変化：やさしくなったという変化が一番多いが、その変化に対しては満足度の変化よりも妊娠前の満足度の方が大きな力をもつ。「手伝うようになった」と「会話がふえた」という項目をあわせてみると、妊娠前に不満で、妊娠中満足に変わったグループは不満のままのグループよりも有意に高い。

望む事と満足度の変化：「まあまあ満足」から不満になったグループは他のグループから不満になった人よりもやさしさを望む人が多い傾向がみられた。妊娠前から妊娠中ずっと不満な人は Sex をもっと少くしてほしいと望む事が他のグループよりも有意に高かった。

日本性科学会・Cancer Rehabilitation

乳がん患者の術後の性の悩み

— 外科医はどう関り得るか —

あけぼの会会長 ワ ッ ト 隆 子

脱げない、裸になれない、積極的になれない、感じない、残りのお乳にも触られるのはいやだ、よって夫とのセックスが苦痛であり、いっそ外に女を作って処理してもらった方がいいとさえ思う—これはたまたま集まっていた6人の会員に“術後の性生活”についてきいてみた時の生の声である。ただ、その中の1人は「浮気をしてもらった方がいいなどとはとんでもない、私はこんなときだったからこそ、絶対に浮気はいやよ、と強くクギを刺した、主人もよくわかってくれた」と力強く反論した。

他にも、退院して一歩家に入るなり、「お前のような片輪もんは女でも女房でもない」と夫に言われ、泣いて電話をしてきた人もあり、又奥さんの手術後、堂々と愛人のもとに走り「お前が乳がんなんかするからさ」とうそぶいた小学校教員の夫もいる。

ここに2人の例を詳しく紹介しよう。

○ Aさん 昭和21年生、手術当時29才、結婚後7年目に手術、術後2年目に離婚、子供無し、離婚の直接の原因は夫が早急に子供を作りたいがったからだと言う。

手術前までの7年間の結婚生活で子供を儲けなかったのは、夫が病弱であったのと転職を繰り返したので、Aさんは共稼ぎをして家計を支えており、夫はそのことを当然のように思っていた。ところがAさんが乳がんの手術を受けて約1年が経った頃、夫が自分のかかりつけの医

師に相談、もう妊娠させてもよしということだったので、2年目に入った頃から気が狂ったようにセックスを強要してきた。

Aさんは当時まだ手術後の衝撃から回復しておらず、生命に対する不安が強かったので到底それを受容できる心理態勢ではなかった。

それと言うのも、溯って5年前Aさんは従姉を乳がんで失くしており、また若い人のがんは進行が早いと聞かされていたこともあって死の不安が殊更強かった。その上、主治医に妊娠は最低3年間、望むらくは5年間しないようにと注意されていた。

Aさんがそのことを訴えると、お前が死ぬようなことになっても、おふくろが元気だから子供はおふくろに育てさせる。とまで言った。Aさんは妊娠したくない、夫は何が何でも子が欲しいと迫ってくる。それでは避妊はどうしていたのか。

夫が避妊具を付けるのが習慣で、それが守られていたので一応安心していたところ、或る日、それに故意に穴をあけていたことがわかりAさんは愕然とする。そして離婚を決意。北海道の実家に帰る。暫くの間、実家の家業を手伝いながら静養、その後更び上京して現在は1人住いをして会社勤めをしているが、実家から経済的援助を受けている。

Aさんのケースの特徴は、Aさんを取り巻く周囲の人たちが誰一人、乳がんに対する正しい

知識を持ち合わせていないことである。

夫はAさんががんをしたので1・2年の内に死んでしまうと決めてかかっているし、実家ではAさんはもはや普通の生活はできない体になってしまったと憐れんで、40才の娘に仕送りを続けている。

またAさん自身も、職場で白い目で見られていると思い込んでいるので、どんな男性に会っても引っ込み仕案になる。だから離婚後10年になるが、男性と一切交友関係はなかった。つい最近あけぼの会に入会、機関誌を読んで、手術後に結婚したり出産したりしている人がいるのに驚き、同時に少しずつ自分にも希望が湧いてきた。もっともっと早く会のことを知っていたら、人生観も変わっていたと思う。と語った。

・Bさん 昭和16年生、手術時38才、子供2人
夫はサラリーマンでやさしい。

Bさんは術後丸の3年間、夫と性行為が持てなかった。理由は乳房切除後の外観的变化を何としても受容できなかったの、その行為で胸部を晒し、心の傷に触れられるのに耐えられなかった。生に対する執着より、乳房を失った衝撃の方が強かった。夫が側に来ただけでぶるっと寒肌が立つほど嫌悪感があった。

ところが3年後、或る女性を書いた乳がん体験記を読み、性に対する奔放な考えかたに感動を受け、以来180°転換、自己の開放、性の開放が始まった。夫は、「どういう心境の変化なんだい」ときいた。今では性生活が元通りに戻ったばかりでなく、一緒にお風呂にも入り、傷を見られても苦にならない。

Bさんが夫に心を開いて話し合ったとき、夫は手術前と同じように接することが自分なりの愛情の表現であったと説明した。しかし、Bさんは夫のやさしさが却って苦痛であった。と回

想する。

Bさんはまた乳房再建にも心が動き、主治医も形成外科医を紹介して強く勧めたが決心がつかずにいた。今年になって一大決意し、主治医を訪ねたところ、皮肉にも健側の乳房に小さなしこりのようなものを発見し、現在は経過観察中である。もし再建しても、健側を手術するようなことになれば、また乳房が1つになるの、今は形成手術を見合わせている。

Bさんが再建手術を希望したのは、外観を元通りにすることで、女としてのアイデンティティを取り戻したいと願ったからだ。再建をしたら、浮気をして、相手にばれないか試してみたい、と言う。それだけでなく、最近、夫以外の男性を1人も知らないなんてつまらないと思い始め、純粋な浮気願望もある。この思いは乳がんをしたからで、もししていなかったら案外、夫だけで当たり前という考えを通したような気がする、とも言う。

・外科医はどう関り得たか。

乳がん患者が接するのは入院中退院後も通して外科医であり、たとえば性の問題など手術と直接関係がない事柄でも、現在の日本の大半の病院では外科医に相談することになる。

Aさんが離婚をしたことを主治医に告げたとき、彼はAさんにこう言ったそうだ。

「それは残念だ。乳がんは性行為が役に立つのに。男性ホルモンが体の中に入って、再発を防止できる」

素人の私が想像しても、性行為で男性ホルモンが女性の体に入り込むなどという学説は滑稽である。ましてや、性行為くらいで再発が防げるほど乳がんは単純な病気ではないことをこの医師は承知しているのかと嘆かわしくなる。

更に嘆くのは、Aさんが術後10年間、つい最

近私と話をするまで、この医師の言を鵜呑みにし、自分は性行為をしないからいつかきっと再発すると信じきっていたことである。私が「それでは外国航路の船員の妻や、冬場ずっと出稼ぎに行く夫の妻とか、夫が死んでしまった未亡人とかはどうなるの、みな再発するの」と問うとやっと「あ、そうね」と納得した様子である。

この様に患者の融通のなさにも問題はがあるが、医師の発言は患者の思考力を呪縛する力を持っている。Aさんの主治医が言わんとしたのは別の意味合いであったのかも知れない。しかし、Aさんがこのように理解して悩んでいたことが事実であることがこわい。

それではBさんの悩みに主治医はどう関り得たであろうか。主治医が手を貸せことができたと思う？という私の問いにBさんは即座に「ノー」と答えた。もしあのとき、セックスをしないと駄目ですよ。などと言われたとしたら、もっともっと悩んだと思う。言われなくても夫に済まない気持ちでいっぱいだったから。大体、しなければ駄目と言われて出来ることでもないし、と述懐する。

「医師は性にまで立ち入るケアをすることが人間的な医療である」と主張する外科医がいるが、Bさんには通用しない。プライベートな問題に立ち入らないでほしいとさえ言える。また「乳がん患者に離婚が多い」という外科医による投書が新聞に載ったことがあるがこれも容認できない。会員の多くは反撥を感じ、我々乳がん患者の名誉を傷つけるものであり、夫や子供たちにも迷惑がかかると抗議している。ただでさえ、週刊紙などで興味深く扱われがちなのである。

確かに会にも世間にも乳がんの手術後に離婚をしたというAさんのような人がある。しかし、

それはたまたま手術の1件がきっかけになっただけで、それが主因だったとは思われない。土台がしっかりしている家は大風が吹き荒れてもびくつかないの通り、夫婦の絆が固ければ妻が乳房を失くしたくらいで別れたりはいらない。以前にも増して妻を思いやるようになる夫もいる。

このような“医師の偏見”が患者に感覚的反撥を抱かせるのみでなく、乳がんの早期発見、早期治療の啓蒙教育という点でも少しも役に立たないばかりか足を引っぱりさえするのをう。今でも乳房を失うことを恐れて手術をためらい手遅れにする人が後を絶たないのである。そこへ、手術後に離縁される人が多いなどと医師が公言すれば、その種の人たちは更に2の足を踏むのが目に見えている。

この点に関し、患者側にも責任がある。離婚の原因を自から乳がんの手術のせいにして医師に訴えれば、夫婦の歴史を知らない医師は妻の一方的な訴えのみを信じるであろう。離婚を乳がんという不可避免の原因にすり変えることで医師や周囲の人たちの同情を買おうとする人もあるので紛らわしくなる。

それでは一体外科医は乳がん患者の性の悩みにどのように関り得るのだろうか。患者がたずねたら茶化さずに親身になって答えてほしい。答は必らずや患者を勇気づけるものであって、「しないとよくない」といった脅しではないように祈る。ましてや既に何らかの理由で離婚してしまった人に、それはよくなかったと咎めたり、性行為が乳がんの再発予防になるといった非科学的な説を患者に信じ込ませないでほしい。

総じてがん患者に対する医師の忠言はすべからず患者に生きる自信を取り戻すための言葉であってほしいし、それだけに限るべきであると思う。医師の言葉に励まされて患者が生きる自

信を取り戻したとき、性の問題は自づと解決すると、私は信じる。

あけぼの会アンケート調査報告

対象・あけぼの会会員 1,045 人

(1983 年 9 月実施)

- | | | | |
|------------------------|--------|-------------------|--------|
| • 乳房が失くなったことをどう受け止めたか | | • 夫婦(性)生活に変化があったか | |
| ◦ 命が助かったのだから | 78.2 % | ◦ 変化があった | 25.7 % |
| ◦ 命が助かったと言え耐えがたい | 14.1 % | ◦ 変化はなし | 74.3 % |
| ◦ その他 | 7.7 % | • 夫婦の精神的結びつきは手術後 | |
| • 夫は手術後の外観の変化をどう受け止めたか | | ◦ 強くなった | 38.1 % |
| ◦ 冷静に受け止めた | 89.6 % | ◦ 変らない | 56.4 % |
| ◦ かなり動揺した | 10.4 % | ◦ ぎこちなくなった | 5.6 % |
| | | • 術後、別居した人 | 8 人 |
| | | 離婚した人 | 3 人 |

エンカウンター グループセラピーの 性障害治療への適応

東京催眠心理研究所 加 藤 隆 吉

心因性性障害クライアントの増加に伴い、その治療法が模索されている現況下、当研究所では昭和46年からロジャースのグループカウンセリングから発展したエンカウンター グループセラピーの本障害への適応を試みた。なお、後述するが当所で用いたエンカウンター グループセラピーは、日本人には不向きな点もあるため、クライアントが入りやすいよう日本人向きに工夫したことをお断りしておく。

I 具体的手段

女性クライアントのため「三十路会」なる親睦会を作った。原則として27才以上の独身女性であることを入会の条件としたが、20～26才の女性も準会員として入会の途を開いておいた。同時に、インポテンスあるいは女性恐怖症のある男性をゲストとして参加させることでエンカウンター セラピーの要件を充たした。

同会は月1回以上会合、パーティー等を開催することとし、幹事は輪番制として、幹事の趣向により運営されるクライアントの自主的なグループである。

1. 会食
2. グループカウンセリング
3. ロール・プレイ
4. ボディーワーキング（肩タタキ、汽車ゴッコ、ダンス）

を実施した。

II 適応数と結果

昭和50年から60年1月末まで同会に参加した延べ人数は、女性222名、男性82名であった。エンカウンター グループセラピーを開始した昭和46年から60年1月末まで17組のカップルを形成したが、うち交際に進展、性障害の好転をみたのは6組にすぎず、9組は中止してしまった。残る2組は、現在、進行中のカップルである。

効果があった6組について、効果がみられるまで費やした時間をみると、最長52ヶ月（4.4年）、最短15ヶ月（1.25年）で平均30ヶ月（2.5年）であった。

III 結 論

本療法による性障害の治療は、カレン ホーナイ等の精神分析学者たちの倫理的批判もあるが、わが国においては、当所のごとき手段が限界であろうと考えられる。このため比較できるデータが出るまでには相当の時間を要するものとみられる。

なお、当所で得たデータを、同じく当所で行った78組（成功例）の真性第一次インポテンスの夫婦の治療データをコントロール グループとして比較すると、次のような数値となる。

真性第一次インポテンスの夫婦の治療成功のケースの平均治療月数は、20ヶ月でエンカウンター セラピーによる成功カップルより10ヶ月も早い。最短は3.5ヶ月で、これもエンカウ

ター セラピーによるカップルより1年以上も短い。精神的結びつきを第一次に形成したカップルと性障害の治療を目的としたカップルという差はあるにしても、単純に数値のみを比較する限りでは、エンカウンター グループセラピーによる効果は、現時点では特筆できるとはいえないように思われるが、カップルの両者とも

性障害をもつのでコントロール グループより遅延する傾向が考察できる。

なお、同会で出会ったカップルが互いに協力して性障害を克服して症状の好転して、他の配偶者と幸福な結婚生活を送っているケースもあるが、出会ったカップルが結婚にまで進展したケースはみられなかった。

性興奮直後と3時間後の人腔腹の超微形態

一心病院産婦人科 亀 谷 謙

2年前の本学会に於いて、61才の婦人の腔脱の手術の際に採取した腔壁の超微形態について報告した。今回は20才の婦人の尖形コンジロームの手術に際しマスターベーションにてオーガズムに達した直後と3時間後と2回、腔前壁上方1/3と下方1/3の2箇所より、ほぼ同一箇所を採取し、光顕ならびに電顕にて観察した所見を報告する。

腔前壁の上方1/3の基底層および旁基底層においては、ほとんどの細胞に興奮後3時間には大小の空胞が出現した。(図1)

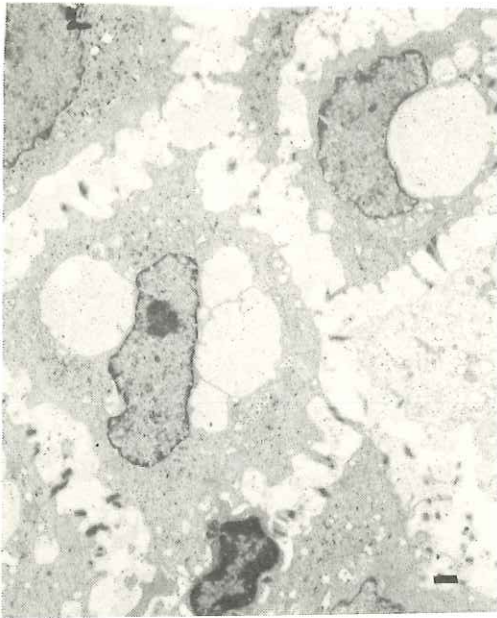


図1 腔前壁上方1/3性興奮後3時間

一方、興奮直後には空胞は殆んど見当たらない。(図2) また細胞間隙は両者とも広いが、比較

すれば興奮3時間後の方が、やや広く、かつ不規則である。(図1) 核のクロマチンは興奮直後に強く凝集している(図2)。



図2 腔前壁上方1/3性興奮直後

腔前壁の下方1/3の基底層および旁基底層の細胞は3時間後には多数の小空胞を含み、細胞間隙は、ほとんど認められない。(図3) 一方興奮直後には、細胞質内に小空胞は認められず膨化した糸粒体が多い。(図4) 又 mast cell は、一方1/3に興奮直後および3時間後に認められた、しかし閉経期を過ぎた61才の婦人の腔壁に沢山認められた遊走細胞(mast cell, plasma cell, macrophage, リンパ球)ほど頻繁には認められなかった。



図3 膣前壁下方1/3性興奮後3時間



図4 膣前壁下方1/3性興奮直後

又、毛細血管の菲薄化や fenestration は、21才の婦人では、61才の婦人ほど著明ではなかった。

考 察

1) 以上の所見より膣前壁の上方1/3の方が下方1/3よりも細胞間隙が広く、血漿等の血液成分を通過しやすいことが推測された。

2) 又、若年に於いては desmosome 結合が強固で、細胞間隙が開いても、すぐ元に戻る態勢のあることが示唆された。

3) 性興奮3時間後には細胞内に空胞が多く、細胞間隙の液性成分が vreserve されることも考えられる。

4) mast cell, plasma cell, macrophage, リンパ球等は老年のように若年にては認められないことより、細菌感染その他の外敵の侵入に対し、予備態勢が若年に於いては、そんなに切迫したものでないのかもしれない。

乳癌，大腸癌患者の性障害と対応

国立西埼玉中央病院外科 松 岡 寿 夫

私は昭和59年6月29日の朝日新聞の声欄に，「乳がんの悩み社会的後遺症」と題して乳癌と性の問題にふれた。

その頃乳癌のため乳房切除術を受けた二人の患者が，私に強いインパクトを与えて書かせたのだった。Iさんは私に一年半も夫婦関係の無い事を話した。Yさんは術後4年目に離婚し，生保を受け一人住まいのアパートで，毎晩幻聴を聞くと訴えた。

現実には癌の再発に対する不安と，乳房喪失の二重の苦しみの中で悩む多くの乳房切除者のいる事に私は目を向けるようになった。

デカルトの心身二元論的な現代医療はイヴァン，イリツチのいうように医原病を作っている。私は手術により生じた身体の部分的喪失が原因となる心理的，社会的損傷も大きな社会的後遺症，医原病としてとらえた。医療者がこれをケアする事は，二十一世紀の医療である全人的医療，即ち生物学的，心理的，社会的，倫理的な医療を行う事になる。

手術により生じた医原病としての性の問題としてオストメイト，乳房切除者，子宮切除者の三つをとりあげる事ができる。

オストメイトは主として直腸癌のため直腸切断術，人工肛門造設術を受けた人である。性的能力の喪失，あるいは減損，人工肛門設置による肉体的不安，男性オストメイトは妻からさげられる不安等が問題となる。

乳房切除者は乳癌のため乳房切除術を受けた人である。目に見える乳房の喪失，女性として

のアイデンティティの喪失，そして男性から拒絶される心配等を常に抱いている。

子宮切除者は子宮癌のため子宮全摘術を受けた人である。目に見えない子宮の喪失，月経の停止，早期老化，性的魅力の喪失等が問題になる。

外科医として日常接するオストメイト，乳房切除者の性の問題にふれる。

（症例1）Iさんは51歳の男性で，直腸癌（Dukes C）のため昭和58年6月直腸切断術，人工肛門造設術を施行した。術後中等度の排尿障害があった。外来にて化学療法を施行中，昭和59年3月頃から鼠径リンパ節，骨に再発し，現在も外来で治療を継続している。

退院前にIさんよりストーマ指導のナースにアプローチあり，ナースは次の様に指導した。ストーマを持つ事は性生活への影響は殆んどない事，なぜ勃起，射精障害が起るか，障害の回復期間はどのくらいははっきり言えないが，あせらず治していく事，自分自身に自信を持つ事，夫婦の愛情の問題で二人で協力し合い努力するように話した。そしてスタンピング法を指導した。

残念ながらIさんは性機能障害，不能型でその上，癌再発のための苦痛にたえている。

（症例2）Sさんは36歳の男性で，職業は水道配管工である。妻は35歳，子供は2人いる。直腸癌（Dukes C）のため昭和58年12月直腸切断術，人工肛門造設術を施行した。術後の排尿障害は軽度で，術後1年間は外来で化学療法

を受け、再発を認めず、元の仕事を元気にやっている。

術前にSさんにストーマの事、術後の性機能障害の事を話したが、その時はSさんにとって退院後仕事ができるかどうかという問題が大きかったようだ。退院前にSさん夫婦に術後の性機能障害について話し、一時的であり時間をかけて、あせらず工夫するように指導した。

Sさんは勃起はあるが射精のない状態がつづいている。不完全型である。

オストメイトの問題点として、生物的なものとして術後の性機能障害で、手術による器質的障害、即ち勃起、射精障害である。笠川によるインポテンスの不完全型は24%、不能は62%と報告している。手術後の性欲の減少、消失について上原によると男子77%、女子74.5%に見られたと報告している。癌手術とはいえ、半数以上の人々が障害を受けている。これらの問題を少しでも解決するため障害前の性生活を知り、術前のオリエンテーションが重要である。実際面では性交時の放屁、便の漏れの注意等必要である。

心理的な面ではストーマに対する女性の心因反応は男性に比べ著明である。又自分の人工肛門を性の相手から隠す傾向があり、人工肛門を持つ男性の妻は拒否を示し、適応が難かしい傾向がある。

社会的なものとして夫婦の問題がある。両者の協力、コミュニケーションが大切になる。カウンセリングは夫婦を一単位として行うべきである。オストメイトの集まりも、共感共苦の場として大切である。

(症例3) Tさんは31歳、性格は神経質、趣味は読書、編物である。夫は39歳、2人の娘がいる。乳癌のため昭和53年12月乳房切断術を受

け、退院後外来で1年間化学療法を行った。その後時々来院し検査を受けている。現在再発は認めない。

Tさん夫婦にセックス、カウンセリングは行っていない。ある時服装がやや派手になったので、何気なく配偶者の事を聞くと、退院後6ヶ月で離婚して、二人の娘と生活しているとの事であった。Tさんに夫婦の性的関係と離婚の関係を聞くと、やはり配偶者に性的不満があり、気持ちが離れていったようだ。

(症例4) Hさんは34歳、性格は神経質、趣味は手芸、読書である。夫は39歳、二人の子供がいる。昭和51年1月乳癌のため乳房切除術を受けた。術後1年は外来で化学療法をつづけ、その後は6ヶ月に1度の定期検査を受けている。現在まで再発は認めない。

術後のセックス・カウンセリングは行われていない。夫婦生活の事を聞くと、Hさんは胸をはり、次のように話してくれた。それは退院後毎晩御主人にHさんの変形した胸部の手術創をマッサージしてもらったという事だった。非言語的コミュニケーションであり、Hさん夫婦の愛の形であったと思う。

(症例5) Yさんは42歳、性格は消極的、趣味は水泳で、夫は49歳、3人の子供がいる。昭和55年9月乳癌のため乳房切断術を受けた。退院後の一年間は外来で化学療法を行い、その後は6ヶ月毎の定期検査を受けた。昭和59年6月に胸痛を訴え、骨シンチで骨の再発と診断し、再び化学ホルモン療法を行い、近々卵巣摘出術を予定している。

再発後夫の性欲の強いいため性交回数の多い事が、癌の再発によくないのではないかと相談してきた。体位、時間の短縮、回数を考えるように夫に話した。現在は夫の理解と協力が得られ、

良い関係が見られる。

最近2年間に本院で乳房切除術を受けた三十代、四十代の年令の患者27名に無記名式のアンケートを出した。回収率は62.9%(17名)であった。

問1 乳房切除術をうけたため、自分が女性でなくなったように感じる5名(29.4%)、感じない12名(70.6%)。問2 乳房切除術後に、夫婦関係(性的関係)はうまくいっている14名(82.4%)、わるくなった1名(5.9%)。問3 夫婦関係のときに不安感を感じる7名(41.1%)、感じない9名(52.9%)。問4 退院後の夫婦関係のときに配偶者の理解、協力はある16名(94.1%)、ない0名。問5 手術後の最初の夫婦関係はいつ頃でしたか。～1月8名(47.1%)、～2月3名(17.6%)、～3月5名(29.4%)。問6 入院中に退院後の夫婦関係について話(セックス・カウンセリング)はあった方がよい5名(29.4%)、なくてもよい11名(64.7%)であった。

乳房切除者の問題点として、生物学的なものとして手術が性機能不全の器質的原因とはならないで、心因性のものである事を理解させなければならない。癌再発と夫婦の性的関係は、それが大きな影響を与えるとは考えられず、性を通しての夫婦の連帯性を確立するため、コミュニケーションのため、更に心身医学的にも落ちこまずに闘病のためにも有益であると考ええる。

外面的な損傷を補うための術後ブラジャー、パット、水着も自信をつけ、羞恥心をなくす意味で重要である。わが国ではまだ癌の再発の方に目が向けられているが、将来は乳房再建術も広く行われると思う。

心理的な面では、女性としてのアイデンティティの回復が大切である。より精神的な愛を認識し、二人で作り出さねばならない。性の相手の適応では、配偶者のおもいやり、いたわりを引き出さねばならない。

社会的な面として夫婦の問題をとりあげる。手術前夫婦間がうまくいっていない夫婦では、乳房切除術が離婚の引きがねになる事が多い様に感じる。従って両者のコミュニケーションが大切になる。あげぼの会のような集まりや、回復期援助ボランティア活動等も有意義である。

まとめとして、(1) 二十一世紀の医療は全人的医療でなければならない。社会的因子として術後の性の問題をとりあつかうべきである。

(2) 治療者はまず自分自身の性を考えねばならない。(3) 医療平等論的な立場で、患者と良い人間関係を持つ事が大切である。(4) 治療者は性の問題に関しては夫婦を一単位としてアプローチすべきである。(5) カウンセリングに際してはプライバシーを守り、共感的、受容的な態度をとる事が大切である。(6) 手術後の夫婦の性による一体化が、癌闘病の中で心身医学的にも有意義である。

義 睪 丸 挿 入 手 術

聖マリアンナ医科大学・泌尿悪科 長 田 尚 夫

どんな年齢であっても、先天的に睪丸が欠如していたり、後天的に睪丸が摘出されてしまったりして、睪丸が存在していないという状態は、外観上の美容的な問題にとどまらずに、心理的な問題をひきおこす。たとえ、除睪術という治療によって病気を治癒させることが出来ても、あるいは片方の睪丸が健全な状態に保たれていても、心理的に不満足な状態であるものが少なくない。

最近、高分子化合物の発達によって医用人工材料が開発されて実際に治療に応用されるようになった。義睪丸もその一つで、生体用シリコン製品で作られている。

われわれは睪丸を疾病のために摘出した際に、あるいは睪丸が先天的、後天的に欠如している状態において、患者あるいは患者の両親の希望によって、義睪丸の挿入手術をおこなっている。

手術手技

われわれの使用した義睪丸は、高研で作られたシリコン製の充実性のものである。大中小（L, M, S）の3種類のサイズがあり、症例に応じて選択される。使用する際には義睪丸は

洗滌してガス滅菌された後、紙パックに保管し、手術時に袋を開封して取り出し、そのときに術者や助手のゴム手袋が直接触れないように注意して、生食水で洗滌して使用する。

皮膚切開は陰嚢切開法と鼠径切開法とがある。陰嚢切開法では陰嚢を切開して、陰嚢内に義睪丸の入る大きさの内腔を鈍的に剥離して作製する。十分なスペースが作られたら義睪丸を正しい位置に収納し、その上端で陰嚢内腔から肉様膜を含めたタバコ縫合をおこなって閉鎖する。陰嚢壁を刺戟性の少ない縫合糸で2層縫合する。一方、鼠径切開では鼠径部に横切開をおいて、皮下組織を切開して陰嚢に至るトンネルを鈍的に作製し、前述の要領で陰嚢内に義睪丸の入る大きさのスペースを鈍的に作製する。

自験例を呈示して、その臨床経過を発表した。

睪丸が欠如している状態は心理的に劣等感を持つことが多い。義睪丸挿入手術は、手術侵襲が小さく、手術手技が簡単であり、こうした心理状態を改善したり、予防しうる治療法と考える。

頸癌治療後患者の性障害への対応

山崎産婦人科院長 山 崎 高 明

私は昭和34年～40年頃まで神戸大学医学部および兵庫県がんセンターにおいて、主として子宮癌の早期発見、治療ならびにこれらの患者の追跡調査に従事していた。

当時すでに子宮頸癌の早期発見例が年々その数を増すと共に、頸癌患者の平均年齢は次第に若年に移りつつあった。

兵庫県がんセンター開院以来2年間（昭和38～39年）に行われた頸癌の根治手術は120例で、その平均年齢は48才であり、さらに40才以下の患者は34人の多きを数えていた。これらの患者をみるにつけても、頸癌の早期発見の結果、たとえその治癒率は向上するとしても、彼女達の術後の半生は果たして幸福な人生を送り得るであろうかという新たな問題が出てきたのである。

「卵巣、子宮をとってしまったようなものは女ではない」というのが世の亭主どもの間違った一般通念であるから、腔の一部までとられてしまい、短くなっておればその後の sex は満足すべきものではないのではという考え方はむしろ人間として当然というべきかも知れないし、現に入院中あるいは退院後に姓の変った（離婚した）患者も2～3人あるのを見てみると、この問題をなおざりにしては、真の治療とはなり得ないことを、つくづく痛感したものである。

私は特に若い患者の退院時に、今後の亭主の操縦法としてホステス嬢なみの日常サービスを心掛けること、性交の際には態位の研究をして、伸展位とか後向位がよからうと指導して帰すよ

うにしており、また退院後の定期検診時に再発の有無の発見のみならず、その後の夫婦仲が果たして円満であるかどうかにもよくよく留意し、当時（昭和38年）からすでに私をセックス・カウンセリングの途へかりたてたものであった。

この方面の文献を探してみると、

原口哲之：子宮全剝後の腔の形態学的変化と性交障害、日産婦誌、8、1149～1159、S31年、という立派な論文がある。これによると、精神的心理的障害による性交障害もあるが、主なものは腔短縮によるもので、術前に比し平均3.6cm短縮しており、またその内腔形態は長軸、横軸共に短縮して容積も激減しているそうである。本障害は手術に伴う不可避的なものであるが、これを少しでも克服するには精神的不安の除去と術後できるだけ早く sex せしめるのがよいと結んでいる。

ひるがえって最近の子宮癌治療年報をみると早期子宮頸癌の発見される頻度はますます高く、したがって5年治癒率も上がってくるのであるから、性生活を必要とする頸癌術後患者は次第に増えてくるものと考えられる。

女性のシンボルともいえる子宮、卵巣をとり去ったら女性でなくなるという女性性喪失感に対して専門医である産婦人科医がまず、夫婦双方に対してこの誤った考えを説明して誤解をとくだけでもかなりの効果が得られる上、適当な治療を加えることにより、一層の効果が期待できるのはもちろんである。

性行動におけるオーガズム能力には、腔の外

側の3分の1の部分に形成されるオーガズム帯、小陰唇とそれに関連するクリトリスの刺激が主体であって、子宮はオーガズムに関する限り主役を演ずるものでなく、不可欠の臓器ではないことを理解させなければならない。それよりも大切なことは性生活におけるパートナーの理解と協力であって、術後の女房へのやさしいかわり、性反応の上昇は男性は急速で、女性は緩慢であるから、充分の前戯を行って興奮の高まりを作り、膣の粘滑化を充分はかってから性交運動も徐々に行い、これを調節しつつ、オーガズムが一致するように協力し合うように指導する。

高見沢の報告によると、術後の性交障害で女性側に多い訴えは、性交時の分泌物の減少、性欲の減少（性交を拒否する）、オーガズムの減少、性器感覚減少、性交痛、膣短縮減などである。

したがってこれらの患者には、性交により癌が再発するのではないかという不安感の除去や、精神的な勇気づけと、手術の結果おこる膣の短縮と分泌の減少を補うためのホルモン療法とかゼリーの使用、態位の指導を充分に行う必要がある。

さらに私は個別指導のみにとどまらず、地域社会へも働きかけるため、サンテレビに出演してこれら患者への啓蒙を行い、また地区医師会の健康教育へも参加してこの種の講演を行うことにより理解を深めるように努力している。

最後に当院における術後カウンセリング約30例中子宮頸癌治療後の症例（表参照）について述べてみる。

症例1：60才

59才の時、当院で子宮頸癌1期で発見、神戸

大産婦人科へ紹介し根治手術を施行した。この患者は大学病院へ入院する前に、当院でいろいろと子宮頸癌について手術や治癒率の問題、さらに術後の性生活についての指導も夫婦双方に充分行っていたため、根治手術後2ヶ月半経過した時点で、67才の夫とSexを再開したが、最初から全く術前と変わらない性感が得られた。本人は「T先生のカウンセリングのお蔭で私は何ら性障害がなく喜んでいる。しかし、大学受診の時や入院中他の患者達が話し合っていたのを聞いていたが、やはり性障害の心配を訴えている人が一番多かった。

大学の先生方は受診の際忙しいので再発の有無についてはよく説明してくれるが、このような問題まで手がとどかないので、自分自身が何でもなかったことを他の患者によく教えてあげたい気持ちである」と述べていた。術後2年後でも性障害はなく、3年後診察した時でも膣の状態は年令に比しずっと若いような潤いもあり、伸展性もよかった。先生のお蔭で夫婦仲もよく、いくつになっても夫婦の交わりができてこそ幸福だと思ふとしみじみ感謝された。

症例5：46才

昭和51年10月兵庫県がんセンターで、40才の時、根治手術を施行、その後膣断端の再発のため昭和53年7月～8月にかけてラジウム照射を行い、さらに昭和54年2月～5月の間抗癌剤の注射を受けている。

昭和57年5月私は退職後17年ぶりに兵庫県がんセンターにおいて頸癌治療後の患者で作っている若葉会会員を対象に「子宮癌治療後のSex」と題して講演を行ったのであるが、このような有益な話をもっと早くうかがいたかったという声が多く聞かれた。この話を聞いて、当院を受

診した患者であったが、腔断端のラジウム照射を行うと腔は瘢痕化して硬化し、この患者はさらに癒着しており全く性交は不可能であった。残念ながら、この例は命と引きかえで子宮癌の治療を行っており、再発しないようにできる限りの努力が重ねられているのだから、現状では性交は無理である。何か他の方法で夫婦のスキンシップをはかってみて下さいといって引きとってもらったのである。

一般に放射線療法による場合の方が、手術療法より性障害は著明である。

症例7：42才

昭和56年1月、39才の時、神戸中央市民病院で頸癌1期で根治手術を施行、術後Sexについて尋ねることもできずそのままになっていた。術後しばらくの間、夫もSexしてもよいか検診の際に先生に聞いてみろといていたが、外来受診時そのようなことを聞ける雰囲気でないでそのままだけで、術後3年間全然Sexをしたことがなかった。

たまたま私が昭和59年2月この問題についてサンテレビで話しているのをみて来院、カウンセリングを行ったところ、忽ちうまくいった。本人は縫合した傷跡を心配していたが、Sexしても全然何ともなく、ゼリーのお蔭でスムーズに挿入できた。主人も喜び、「先生の所へ訪れて本当によかったなあ」としみじみいったそうである。

症例8：44才

昭和55年7月、40才の時、神戸大産婦人科で根治手術を施行、術後3～4ヶ月してSexを再開した。夫も術後はやさしくしてくれたが次第次第に遠のくようになった。初めはまだよかったが、術後腔壁の分泌不足のためスムーズに入り難く、1度Penisの皮がむけてヒリヒリするようになり、それ以後Sexが遠のいて最近では全くなりさびしい。

子供も大学へ入学して東京へ下宿してしまい、主人は民謡の代理教師をして夜遅くまで歌ったり、酒をのんだりして民謡の女の弟子達とのつき合いが多いためヤキモチをやくようになり主人に当たることが多い。最近ではSexもなくなると疎遠になってしまい、離婚まで考えるようになったと訴える。

このような私の関連記事を昭和59年10月神戸新聞紙上で読んで来院したものである。

1) 自分の気持を主人に対して怒るのではなく、やさしく迎えてあげるようにもっていくこと。心のCommunicationが大切である。

2) 術後しばらくはうまくいっていたのだから、エストリールの内服、Luve Jellyの使用などで腔のLubricationをはかれば、またうまくいくようになるのではないかと指導して現在努力してもらっている。

おわりに頸癌治療後患者の性障害に対するエストロゲンの補充療法について諸先生の御意見をおうかがいしたい。

頸癌治療後患者のカウンセリングの症例

番号	患者名	年 令		疾患名	手術々式	手術時 年 令	手術場所	主 訴	治 療 法
		♀	♂						
1	H. K.	60	67	頸 癌	根 治	59	大学病院	性感変化なし	γ-オリザノール
2	A. S.	37	42	頸 癌	根 治	31	大学病院	性交困難	エストリールデポー注 エストリール内服
3	T. F.	50	54	頸 癌	根 治	48	大学病院	性 交 痛 性交困難	ダイホルモンデポー注 エストリール内服, 錠 KYゼリー
4	M. I.	48	?	上皮内癌	単純全摘 両側卵巣摘出	46	関西労災病院	性 交 痛	エストリールデポー注 ロメダ内服
5	A. K.	46	?	頸 癌	根 治 Ra	40	兵庫県 ガンセンター	性交不能	不 能
6	S. U.	49	?	頸 癌	根 治	33	兵庫県 ガンセンター	め ま い 性 交 痛	γ-オリザノール エストリール KYゼリー
7	M. S.	42	42	頸 癌	根 治	39	神戸中央 市民病院	性交不能	エストリール内服 Luve ゼリー
8	Y. O.	44	44	頸 癌	根 治	40	大学病院	性交疎遠	エストリール内服 Luve ゼリー

稀有なる未完成婚の2例

山崎産婦人科 山崎 高明 ・ 山崎 尚子

症例1：心因性インポテンスの男性（30才）とプロラクチノーマの女性（28才）の夫婦

約1年間の交際期間をもって1年前に見合い結婚したが、新婚初夜に性行為に失敗してから妻との性生活がうまくいかないという訴えでJASCTに問い合わせ本院へ紹介されて来院した（昭和57年10月16日）。

自分でmusturbationにより射精は可能、かつてトルコ風呂などでは女性が積極的にやってくれるので性交も可能であったが、妻とは勃起不全のためうまくいかず、最近ではほとんど試みようとしめない。

生育歴：妻は弟と2人姉弟で、中学から女性だけのミッション・スクールへ入り、4年制大学卒である。英語が得意で結婚前1年3ヶ月間広告会社へ勤めていた。

夫は妹と2人兄妹で、中学から男子だけの進学校へ進み、某国立大経済学部卒で、現在一流銀行勤務である。妻は女子大で妹の1年先輩に当る。

指導治療：簡易精神療法と行動療法。性行為というものは挿入だけをいうのではなく、挿入に至るまでの前戯的行為もすべて含まれるのであって、人間は言葉が使えるのだからまずお互いの意志の疎通を十分はかり心の交流ができれば体は自然に反応するものであると説明し、夫はmusturbationにより勃起、射精は可能なことから、知識と経験不足のための心因性インポテンส์だと述べ、まず挿入を禁止した。

1) touching 愛撫によるお互いの性感帯の

発見（3週間）、2）性交痛予防のためのゼリーの投与、3）早漏の治療法としてSqueeze methodの指導、これらに十分の自信ができてから挿入を考える、この際にも初めは女性上位の体位が良いことを教えた。

その後電話で2～3回followして指導したが夫の勤務の忙しいこともありなかなか成功せず、夫も包茎の手術まで受けて大いに期待したようである。

58年8月8日やっと1週間の休みがとれたとかで再び2人で来院、充分この時間を有効に使えるようにスケジュールを組んで指導したが少しの進歩はみられたものの完全なる性交には至らなかった。

昭和58年11月11日突然妻が結婚前より無月経が続いていると訴えて受診、なお学生時代も日赤医療センターでホルモン療法を受けた既往歴があり、結婚前阪大内科で種々の内分泌学的検査も受けた事があった。結婚後10kg体重増加、基礎体温は一相性で、kaufmann療法によって消褪出血を認めたが、血中プロラクチンを測定した所、4400.6 mg/mlの高値を示し、乳汁漏出も認めたので神戸大産婦人科および脳神経外科へ紹介してgiant luypopluyren tumorを発見した。昭和59年2月16日ハーデイ手術による腫瘍の亜全摘を施行し、病理組織学的にProlactinomaであった。昭和59年3月17日神戸大脳神経外科退院、その後パーロデル、チラージン療法を続けていた。退院2ヶ月後位は上半身のtouchingはある。今は妻の病

み上りで試みなくてもよいので夫は助かっている様子であると返事していた。妻は術前に比較して便通もよくなり、時々みられた眼の奥がずしんとする痛みもとれ快的になっていた。昭和59年6月22日夫が急にその気になって、ゼリーも使わず初めてうまく性交を完遂して腔内射精ができたと報告してきて、59年7月3日以降は再び当院でパーロデル、チラージン療法を続けており、更にクロミツドも併用して排卵を試みた所、これに合わせて再び性交のチャンスが得られた。夫は生殖のための性交を重要視しているようである。

然し残念にも夫が香港へ転勤になり、しばらく単身赴任のため、折角うまくいきた夫婦生活が一時中断してしまった。その後妻の血中プロラクチン値も正常値に戻り、クロミツドにより排卵らしき状態も得られたので、彼地での今後の円満なる夫婦関係が得られるよう祈る事切なるものがある。

この例は夫婦双方に原因のある未完成婚であったと考えられる。

症例2：31才の女性と33才の男性の夫婦

昭和59年4月22日より5日間の最終月経以来無月経で来院、診察の結果妊娠7週（2ヶ月）高年初産婦と診断した。内診時腔入口は1指挿入可能のみで、妻によくきいてみると結婚以来1回も挿入された様子がないという事で外陰部での接触のみによる射精の結果妊娠した例と考えられる。

その後来院しないので電話で聞くと、大阪で分娩したいのでそちらで診察を受けたが、内診の時痛かったとの事で、妊娠している事を夫に報告しただけでその後も全々性交はないようである。2人でカウンセリングに来るようにすすめたが気乗りうすなので、電話で夫に聞くと自分でも腔へ深く入っている感じがしないようだと言領をえぬ返事である。この例を呈示して諸先生方からこのような例の追加を期待したい。