日本性学会雑誌第11巻1号　平成5年5月1日発行

日本性科学会雑誌

JAPANESE JOURNAL OF SEXOLOGY

VOL.11 NO.1 MAY.1993

JASCT
Japanese Association of Sex Counselors and Therapists

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．性医学の基礎と臨床　……亀　谷　　謙…3

2．Sexuality 概念に関する文献レビュー　……黒　田　裕　子…17

3．症例報告　早漏の症例　……金　子　和　子…25

4．症例報告　処女膜奇形を伴ったワギニスムスの症例　……堀　　一　子…31

5．症例報告　同性愛で悩んでいる症例　……渡　辺　景　子…36

編 集 後 記 ……43

性医学の基礎と臨床

紘仁病院精神科性医学部
亀谷　謙

はじめに

患者の診断・治療に当たることが診療，臨床であり，その基準になるものが医学であると同じように，セックスカウンセリング・セラピー（以下ＳＣＴと略す）は性に関わる診断治療に相当するものであるから，その基準になる性医学が重要なことは言うまでもない。

性医学の必要性は，多くの医師が認めてはいるものの，医師の間で，未だタブー視する傾向がつよい。欧米の殆どの医科大学に性医学の講座が設置されてから，はや10年も経過しているにもかかわらず，日本の医科大学には性医学の講座が未だ設置されていない理由であろう。

Ⅰ．性医学，性科学とセックスカウンセリング・セラピー

1．性機能の基礎

性医学をマスターするためには，生殖医学を充分理解していなければならないが，生殖医学のうち，特に性医学に関係の深いもの，または一般医学では未開発のデータについて，ここでは触れることとする。

なお，本書の趣旨は，ＳＣＴの実際 practic の領域を充実することにあるので，ＳＣＴの理解に直接関連する内容のみを述べる。詳しくは引用文献を参照されたい。

ａ．人の各年令の膣壁の電子顕微鏡所見[1)3)4)]

ｂ．人膣粘膜の知覚神経

人の膣粘膜には知覚神経が発見されていない。にもかかわらず性交やマスターベーションによって快感が生じるのはどうしてであろうか。そのメカニズムは現在のところ解明されていない。おそらく深部感覚であろうとの想像はされている。著者の研究では，膣粘膜下層に神経分泌顆粒をもった神経終末が発見されている。[1)]

ｃ．膣潤滑液(粘滑液)産生放出のメカニズム

性興奮時や性的刺激の際，膣壁を潤す膣潤滑液の産生放出のメカニズムも解明されていない。

そのメカニズムを分析するために人膣粘膜を形態的に観察した[1) 2) 4)]。

重層扁平上皮の下層は膣粘膜固有層であり，その中には豊富な毛細血管が存在し，そしてその内皮細胞は非薄化し，しばしば fenestration（窓形成）を示している（図１）。それは液体の輸送のために有用である[1) 4)]。

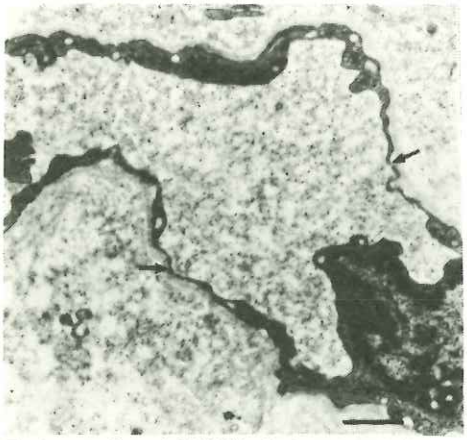


図 1．20歳の人膣粘膜下層の毛細血管，矢印は fenestration はスケールは１ミクロン毛細血管の中に含まれる血漿と同じ density（濃度）の物質は粘膜固有層の血管外にも膣上皮の細胞間隙の中にも，また膣腔にも認め

られる。このことは血漿が粘膜固有層の毛細血管からにじみ出て膣上皮細胞間隙を通って膣腔に出てくることを示唆している。即ち膣潤滑液は毛細血管からにじみでた血漿である可能性が大である[1)2)4)]。

事実，性医学の面からも特に女性では心の高揚が性興奮に至り全身の充血をきたすことが分かっている。毛細血管から血漿がにじみだし膣壁から膣潤滑液として出るという上記の電顕基礎データは閉経後の女性にも心を豊にし幸せを持ち続ける希望を持たせるものと言える。

d．性興奮時及びその時間経過による電子顕微鏡所見[2)4)]

20歳の女性のマスターベーションの前後及びその後の時間経過による膣壁の変化を電子顕微鏡にて観察した結果について述べる。月経周期は何れの試料も卵胞期の5日目である。

膣粘膜の上1／3の部分では基底層及び旁基底層細胞は多くの desmosome で強固に結合し，マスターベーション直後（図3）はマスターベーション前（図2）よりは細胞間隙が広くなる。そして細胞内にまで，特に中間

図 2．20歳の人膣上皮基底層，旁基底層，平常時　スケールは1ミクロン

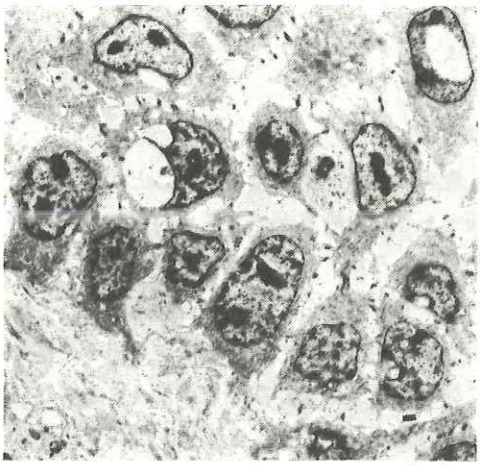


図 3．同上，性興奮（オーガスムス）時，スケールは1ミクロン

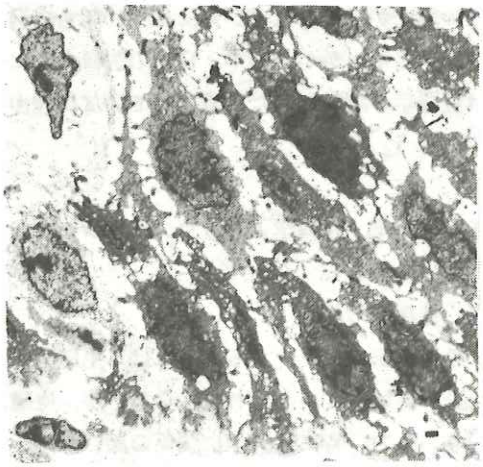


図 4．同上，オーガスムス3時間後スケールは1ミクロン

層や移行層において血漿の density と同じ density の液体を含んだ大小多数の空胞が充満するようになり，3時間も経過すると細胞間隙が更に拡大し，細胞内の空胞もさらに増すようになる（図4）。臨床的にもマスターベーションによって膣潤滑液はだんだん増加する。上述の膣潤滑液の生成排出機構を更に裏付ける所見と考えられる。また細胞内の液体の貯留はクッションの役目をするのかもし

れない。

2．性機能

従来，医学生物学では，生殖機能と同一語として扱われていることが多い。即ち“個体の維持に関する生理体系”に対する“種を保つための生理体系”という考えである。

Sexologyでは性機能と言えば，普通男では勃起能，射精能。女ではそれに相当するものは膣潤滑能（膣潤滑液産出能），オーガスムスの出現能と言える。

“種を保つための生理体系”生殖機能は男では精巣の精子生成能で代表されるが，その減衰・消退する（45-60歳，血中テストステロンは減少する）過程は卵巣の排卵機能廃絶（閉経時即ち50歳，血中エストロゲンは急激に血中レベル10－30pg以下に減少し，ＨＭＧによるエストロゲン放出反応も消失する。）に比しかなり漸減的であるが，生殖年齢を過ぎると（中年41-59歳）かなり加速される。

男性の勃起機能は個人差がかなり著しいとは言え，高齢になるにつれて著明に低下してくる。その低下は精子生成能よりは比較的緩やかである。勃起能はかなり高齢まで保たれる（70歳代後半でも約半数は勃起可能）。勃起能は男性の総合的性機能と考えられる性交回数とほぼ比例する（性交回数は月１回以上の人が60歳代後半で約半数，70歳代後半で約40％ある）。さらに加えて，高齢では視床下部の性中枢の興奮性も低下することが知られている。

男性の勃起能に相当する女性の膣潤滑液産生能は70歳後半で０％（1973年の調査）22％（1985年の調査）と低率且ばらつきが多い。女性の総合的性機能と考えられる性交回数は月１回以上の人が60歳代後半で男性60％女性66％，70歳代後半で男性約50％女性０％というデータもある。女性は特に余り具体的な質問には正しく答えてくれない傾向があることはやむを得ない。今後の研究が待たれる。女性の総合的性機能低下年齢と言える性交回数の減少年齢を調査すると50.0±3.6歳であった（因に男は53.7歳±4.2歳）。性交回数減少年齢は閉経年齢（50.6±2.6歳，中年と高年と間）と殆ど一致する[6)7)]。（後述　Ⅱ．老年医学，老年性医学と老齢者に対するセックスカウンセリング・セラピー　2．老年性医学　a．中高年老年の性機能の項参照）

医学的には生物学的には上記の事実は否めないが，心理的精神的，社会的に年齢相応の性に関わる対処法健康維持の方法はあるはずである。（Ⅱ．2．b．老人の性の項目を参照のこと）

a．勃起能

インポテンス学会等にて詳述されている。

b．射精能

インポテンス学会等にて詳述されてはいるが，女性の性機能と関連することを述べる。射精はオーガスムスと同時に起こるので，男性ではオーガスムスと同義にも使われる。骨盤底部との付着部分のペニスの基底部は，尿道海綿体円柱の球状部と二つの海綿状の勃起円柱の茎からできている。ペニスのこの部分は，強力な横紋筋で被包されている。また隣接する会陰筋に付着している。オーガスムスの射精段階で，これらの筋は，0.8秒間隔で不随意にする。

性交又はマスターベーションを開始してから射精までの時間はどれくらいが正常かという定義は未だ決められていない。早漏とは女性のオーガスムスまで射精しないように意識

的にコントロールできないものを言っている。従って性行動の相手によって変わってくることになる。いすれ或一定の許容時間が今後の研究によって決められるものと考えている。射精遅延の定義もしかりであるが，極端な場合は射精不能ということになろう。

c．膣潤滑能

性交時，膣が潤う能力のことで，男性の勃起能に相当すると考えられる。膣潤滑液は膣粘滑液とも云われる。女性の性興奮時に膣壁よりにじみでてくる液で性交が円滑に行われるよう膣壁を粘滑にうるおすための液である。

膣潤滑液は以前は頸管粘液やバルトリン腺からの分泌液であると考えられていたが，膣上皮下の毛細血管から放出された血漿成分が膣壁を通過して膣腔に排出されることを1985年著者が電子顕微鏡的にて証明した（前述）。そして結婚している女性の方が未婚の女性より膣潤滑液が膣壁を通りやすい構造即ち膣上皮細胞間隙の拡大が見られ，又老年になればなるほど膣上皮細胞間隙が狭くなる。

この膣潤滑能が十二分に活発になると，性交開始時，男性のペニスの勃起が充分でなくても性交可能（挿入可能）であることが多い。性機能は男女両側面から論ずべき良い例である。

d．女性のオーガスムス

女性の場合は多重性と言われるが，ある人ない人，また程度も個人差が甚だしいと言われる。しかし，定義としては，膣をとりまいている肥厚した組織と骨盤筋の一部の反射的かつ不随意的で0.8秒間隙のリズミカルな収縮とされている。男性と同じリズミカルな収縮である。

排尿排便機構も関連する。

e．性機能に関与する性ホルモン及び脳内物質の作用

(1) テストステロン（testosterone）

アンドロゲンの一種で，末梢効果として性器に，中枢効果として脳の性中枢に働く。アンドロゲンは，性衝動を実際にたかめると思われる，現在ただ一つの入手しうる物質であり，それは意識を変えず，また副作用もない。男性女性ともに性欲と快楽を亢進する特異効果をもっているようである。慢性のストレスはテストステロン値を低下させる。

(2) エストロゲン（estrogen）

人では性欲との関係は明瞭ではないが，月経周期のエストロゲンレベルの高い時期即ち排卵前に亢進するという研究者もある。

エストロゲンは，女性の生殖器と乳房の熟成と成長をもたらす。膣の粘膜と筋組織を機能的状態にする。

更に性機能に関与する重要な脳内物質として忘れることのできないものにベーターエンドルフィンがある。

(3) ベーターエンドルフィン（β－Endorphin）

β－Endorphin は，脳内麻薬物質の一種で，どこにどのように働きかけるかはよく分かっていない。今のところ脳に快楽を生じさせるのは，ドーパミンで運ばれてきた快楽情報をβ－Endorphin が大脳の中で結実させると考えられている。β－Endorphin は，忍耐力とか創造力を駆使するときに威力を発揮する，即ち堪える力を強くして精神的な快楽を得る作用をもっている。性行動に於けるオーガスムスにも関係があると考えられている。

f．男性の性機能と女性の性機能との対比

ここで主に第10回世界性科学学会での展開を基として男性の性機能と女性の性機能とを対比してみると

	男　性	女　性
性欲期	エロチックな表現が多い 性的抑制少ない	愛情表現が多い 性的抑制多いが 性的知識を持つことによって行動活発になる
興奮期	ペニスの勃起	膣の湿潤，拡大， 全身の血管が充血し，筋緊張増大， 呼吸心拍数の増加、血圧の上昇 子宮の上昇
	（ここでペニスの挿入が行われる。）	
平坦期 （高原期、上昇期）		
オーガスムス	射精	女性の射精 尿道よりの液体の射出（ある人とない人とある。組織学的証拠は証明されていない。） 女性のオーガスムス
	オーガスムス感覚 （0.8秒の間隔で3-7回射精）	クリトーリスオーガスムス 膣オーガスムス （0.8秒の間隔で3-7回痙攣）
静止期	（無反応期－男はペニスがいろいろの程度に萎縮し或程度時間を置かないと勃起しない）	（無反応期は女でははっきりしていないといわれている。）

正常の性反応については以上の如くであるが，今までいつも論題になってきたオーガズム，G spot のメカニズムの分析やオーガズム不全，ワギニスムスの治療に関しては種々討議されていた。

3．臨床における性問題とその要因[9]

a．意　識

医療従事者（医師，看護婦，介護者）は概念としては性，性欲を本来的なものとして肯定しているものと思う。又は肯定すべきものであると考えていることであろう。最近の傾向でもあろう。しかし肯定しているつもりだけの医療従事者もかなり多く，また，未だタブー視している医師も少なくない。患者の訴えを冷静に羞恥心を感じさせないように聞ける素養，能力を身につけている，そして訓練している，訓練しようと努力している医療従事者が如何に少ないことか。又そういう医療従事者は，訓練が出来ていないことを自覚し，自己の能力を過信しないことである。又その技術能力を取得しているが，時間の都合，つまり忙しさのために，はしょるという事がないよう，気を置かねばならない。「治療をど

うするか決めるために聞くのですが」という一言が，患者の羞恥心を伴うプライドを刺激しないで済むことも多々あると考えられる。

b．医療現場での問題点

エロスの発現は生きている証しであり，程よく満たされると疾病の回復にも好影響を及ぼすとされている。問題として浮かび上がってくるのは，いまだモラルの確立していない青少年と判断力の後退した老年者，精神障害を生じてコモンセンスをなくした状態にある人に対してどう対応するかということなどではなかろうか。それぞれ対処法は異なっているが，共通して大事なことは，「エロスの発現は生きている証しである」という事を医療従事者が受け入れていることである。

c．医療従事者の生育歴と医療現場での対応

医療従事者の当人の内在している性的抑圧にオーバーラップして，思わず顔をそむけたり，不快な表情を浮かべたりすることもあるであろう。未婚のナースなど（未婚とは限らないが），性的に潔癖な人は，性格がよく育ちが良いという思想が暗暗裡に残っていないだろうか。

勤務についたときの個人の感情と正しい知識との切り替えが大切と考える。欧米には評判の悪い我々日本民族として持っている自家薬籠中の物“本音と建前”を有効に使いたい。医学教育の根本的見直しが必要ではなかろうか。

4．セックスカウンセリング，セラピー

practicには，精神療法，行動療法や催眠療法がしばしば用いられる。

医療従事者の中で，いわゆる性問題（Sex Matter）に直接かかわらねばならない診療科目又は性障害を専門的に治療することを目的とした診療科は主として産婦人科と泌尿器科であろう。性転換等に対する対応は，両科にまたがるが，現実には婦人科で扱うことが多い。また，すべてに亘り精神科が関与する。しかし医学だけでなく，心理学，社会学が関与するので，やはり専門の性医学が必要であろう。

a．男　性

泌尿器科では，男性が一般に女性より，ざっくばらんであり，かくしごとをしないという点では，医師達も，かなりダイレクトに性の問題を患者に問診し，正しい情報を得ることが出来る。泌尿器科学会やインポテンス学会で，内外共に泌尿器科医を中心に性治療の方法及び患者への対処法が確立されてきたと言っていいだろう。

しかし，性機能の低下を訴える男性患者が，外来を訪れても内科の医師の中には「あなた，何歳だと思ってるの？年を考えなさい。60歳にもなれば衰えるのがあたりまえでしょう。」なんて平気で言っている医師も未だに居る。内科その他一般科目の医師は不用意に個人的な考えを話してしまってはいけない。性医学の知識のないときはその筋の専門家に相談すべきである。

b．女　性

泌尿器科に反し，産婦人科では，女性は控え目であるというか，性に関する訴えは隠すというか，遠慮気味にしか訴えを打ち明けてくれないことが多い。医師が正しい判断を誤ることがしばしばである。

患者が本当のことを言いやすいように，プライベートなことは慎重に取り扱わないと相手を身構えさせたり，不快感を与えたりする

ことがあるので注意を要する。

患者の訴えを冷淡に扱い，真面目に聞いて上げなかったり，更にいけないのは，患者をせせら笑うような態度は慎まねばならない。

以上の結末は従来，産婦人科では生殖の性のみが強調され全生涯を通してのSexualityとしての性に関する研究，対応がおろそかにされてきたための弊害であろう。

今後，改良されていかざるを得ないであろうし，又その傾向があることは喜ばしい。

c．女性セックスカウンセリング・セラピーの種類

(1) 膣潤滑不全

おおよそ産婦人科医の間で定着したものに，性交時，膣潤滑不全に際し，膣潤滑ゼリーを使用するように薦めることが多い。しかし膣潤滑のメカニズムからしても当然のことであるが，心身医学面からのカウンセリングを省略してはいけない。

(2) オルガスムス不全

日本では週刊誌の影響が大きいのであろうが「私は不感症です。不感症を治してください。」と性治療を求める患者が多い。オルガスムス不全と不感症は区別して使うべき用語である。不感症という用語の意味は曖昧である。不感症とは全般的性不全のことで女性の性的抑圧のなかでも，最も重篤である。性的感情が全く欠如している。現在，性反応と性的感情が全く欠如している場合から軽度のオーガスムス抑制にいたるまで性反応抑制のあらゆる形態に用いられている。男性に冷淡で敵意があるという解釈は誤っている。[8]

マスターベーションでオーガスムスが得られても，性交で得られない女性は，いったい病気なのかどうかという重大な問いに答える充分なデータは現在のところない。（状況性オーガスムス不全）

マスターベーションによろうと性交によろうと，いかなる状況においてもオーガスムスを達成することができないものを絶対的オーガスムス不全という。現在ではほとんど治療可能である。[8]

かえって，状況性オーガスムス不全の方が，成功率が限られている。

他の性不全に対すると同様，性的訓練の指示と精神療法との統合的およびダイナミックな組合わせを用いるセックスセラピーが，多くの場合に最適療法となる。

(3) ヴァギニスムス

日本でも，かなりの理解が高まってきたようである。けいれん的に閉じる膣口を脱感作させるさまざまの治療法がすすめられている。それに恐怖要素の治療を併用する。著者も何例かの成功例を経験している。

(4) 性転換願望

男性が女性に変わりたい例は著者も何度か経験し，成功している。要点は，心理的社会的に，性転換を実施した方が本当に本人の幸せかどうかということである。著者は先ず3年間は社会適応がととのうかどうかを，慎重に観察することにしている。最近は，欧米にて女性が男性に変わりたいとの願望が増えてきたとのことである。日本でもぼつぼつ現れてきたとのことである。しかも最後にはペニスまでつけて幸せに他の女性と結婚生活までしているものもあるという。

5．性医学，性科学と性教育

a．性医学，性科学

女性の性機能の生理[1)2)3)4)]，病理に関して，前述したごとく，日本では勿論のこと，アメ

リカやヨーロッパでも，女性の研究の困難さから，未だクリアカットには，体系づけられてはいないが，試行錯誤しながら，逐次解明されていくものと期待している。

患者は相談者（クライエント）自身も性の問題をかかえ，困っているとき，どこで誰に相談依頼をしたらいいのか，具体的にさっぱり見当がつかないのが実状ではないだろうか。あらためて，性医学の教育が医学教育に取り入れられる必要性を痛感すると共に，性治療システムの充実を計るべきと考える。

b．性教育

全国で性の相談所は除々に増えつつあるが，性教育に関することが多い。性教育の相談に乗れるためには，その基礎になる性医学の知識が必要となる。文部省がエイズ蔓延予防対策として，また青少年性非行の問題解決に迫られて，小中高校の性教育の充実普及を計り，教育指針を打ち出しても，その基本になる性医学の組織確立が基本的に大切である。

II．老年医学，老年性医学と老齢者に対するセックスカウンセリング・セラピー

1．老年医学

a．中高年，老年の定義

老人の性の問題を論ずるにあたり，先ず老年とは何歳からを言うのか，それに関連した中高年の中年とは高年とは幾つから幾つまでを指すのかという定義のことから，考える必要があろう。

(1) 行政の考え

厚生省	40-60歳
	50,60歳代（実年）
老人保健法	40歳以上
労働省	45-65歳
総理府	35-54歳（中年）
	55歳以上（高年）

(2) 医学者の考え

婦人科の意見

玉田太朗	森一郎
35-40歳…50-55歳（中年）	20-34歳（成熟年）
50-55歳…60-65歳（高年）	35-49歳（中年）
	50-64歳（高年）
	65-79歳（老年）
	80歳（寿年）

泌尿器科の意見

佐藤喜一	25-40 …壮年
	41-59 …中年
	60-75 …熟年

実年；まだ働き盛りである5,60歳代を表現するために厚生省が1985年に公募して決めた。

産婦人科の意見と泌尿器科の意見を並べて見ると，なるほど女性の性機能と男性の性機能に基づいて年齢区分をして居ることがよくわかる。

即ち，中年の終わりを産婦人科は，50-55歳，35-49歳と50歳及至55歳と閉経の時期としているのに対し，泌尿器科は41-59歳と中年の終わりを60歳と遅くしているし，高年又は熟年の終わりも10歳ばかり遅くしている。

b．老化の定義

老化とは“成熟期以降の不可逆的非可逆的な進行性の機能低下を伴う変化”と定義づけられている。

c．生理的老化

老年医学会では，生理的老化現象とは「理想的環境条件下での生体の老化」。病的老化とは「理想的環境が疾病とか種々のストレス

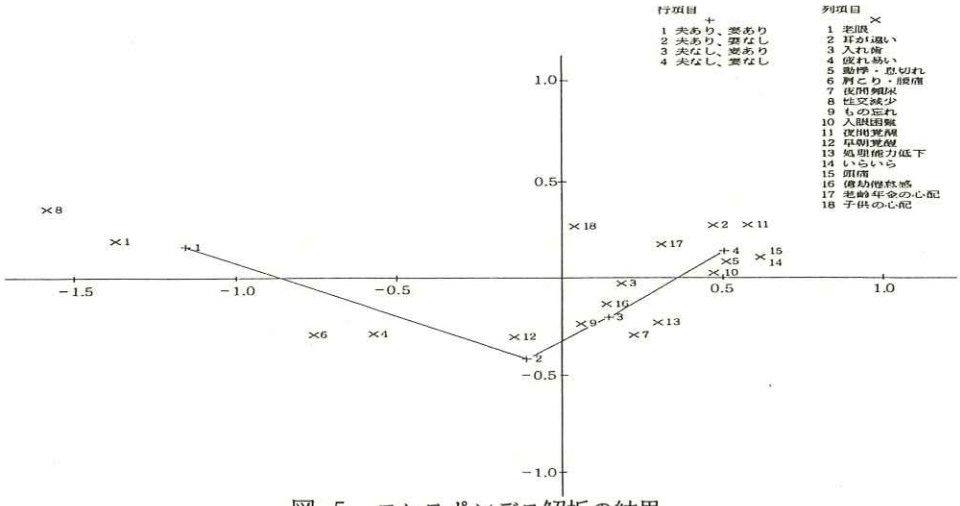


図 5．コレスポンデス解析の結果

が原因となって，崩れて引き起こされる老化」と定義している。「生理的老化」とは現象論的に最も分かりやすく云えば，“すべての健康な人に，男にも女にもそれぞれ一定の年齢に現れる老化現象であると定義されよう。[6) 7)]

60歳までに出現する生理的老化現象は男では性能力の低下と視力の減退，女では閉経，性能力の低下と視力の減退であると断定できる結果がコレスポンデンス解析にて得られた（図５）。

生理的老化の項目は，更に老齢までの追究データが集積された暁には明快にされるかもしれない。著者の施設の病理解剖データ（年齢別死因数）を見ると80歳で病気が少なくなる。という事実が判明したので，それ以後の

表 1．

病理解剖　336例（361疾患）1987．1．1～1992．4．11

男：女＝　144：192

平均年齢　79.4±9.6（43～98歳）　　小山田記念温泉病院

	1群 (43～64) N=32	2群 (65～74) N=46	3群 7 (75～84) N=153	4群 (85～98) N=105	計
1．悪性腫瘍	11 (34.4%)	14 (30.4%)	46 (30.1%)	24 (22.9%)	95／336 (28.3%)
2．心筋梗塞	5 (15.6%)	15 (32.6%)	50 (32.7%)	42 (40.0%)	112／336 (33.3%)
3．脳梗塞	10 (31.3%)	22 (47.8%)	82 (53.6%)	40 (38.1%)	154／336 (45.8%)
計	26／336 (7.7%)	51／336 (15.2%)	178／336 (53.0%)	106／336 (31.5%)	
4．2and／or3	12 (37.5%)	29 (63.0%)	101 (66.0%)	62 (59.0%)	204／336 (60.7%)
5．1and／or4	19 (59.4%)	36 (78.3%)	122 (79.7%)	74 (70.5%)	251／336 (74.7%)

生理的老化の解明に何等かの示唆を提供している[10]（表1）と考えられる。

2．老年性医学

a．中高年老年の性機能

以上の性機能が中高年（男55歳，女49歳）に達すると急激に衰えることは筆者が第10回世界性科学会で発表したが，それは，性交回数の減少という総合的な視点より捉え，週に何回以下になったら正常より衰えたというような捉え方はしていない。いままでより回数が少なくなったという捉え方である。

それで結果として，性交回数減少年齢の出現曲線は男性でも女性でも一定の年齢（男性55歳，女性49歳）に集中している[6)7)]（図6）。

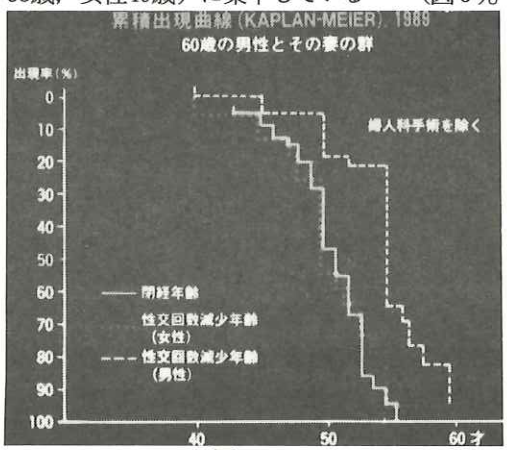


図 6．

女性は閉経年齢に一致して性交回数が減少することを発表した[6)7)]が，全然無くなるわけではない。或はこのデータについては，確かに社会習慣と gender の刷り込み現象も影響しているであろう。性行動は局部だけのものではなく全人的なものであるから，質は変わっても，幸福感の原動力になることには変わりはないと考える。

性交回数減少，老眼以外の老化現象はさらにもっと疾病の要素が含まれていることが示唆される。

閉経年齢は年代，人種に関係なく一定していると言われているが，著者の研究でも他の研究者達とほぼ同じであった。

即ち，性機能の低下は加齢による生理機能衰弱の中でもっとも早く低下・消失していく宿命を持っていることになる。

日本ではアメリカのように閉経前後から健康な女性でも一生若々しくあるために卵巣ホルモンを常用しているようなことはない。従って筆者の選んだ母集団は生理的老化現象の研究の群としては無傷のものとして適切であり，いわば，自然な状態のコントロールスタディができたものと考えている。

b．老人の性

加齢とともに，体の性機能が衰えてくることは否めない事実である。生殖年齢という意味では性腺（男は精巣，女は卵巣）の機能低下につれて性ホルモンも減少し，性機能が衰えることは自然の理であり，いつまでも成人レベルで生きることはできない。加齢による生理機能衰弱の中でもっとも早く低下・消失していく宿命を持っていることになる。

もともと性をタブー視する傾向にある上，更年期の身体的不調，泌尿器科婦人科疾患を性交が原因と考える先入観，高血圧，糖尿病，脳梗塞等の疾病並びにそれら疾病の治療薬服用のための性機能減退，日本の家屋構造そのものが性行動に消極的にさせること，などなどによる直接的間接的の性機能減退の要因が多い。

高齢者における性は，“はしたない行為”と解釈しがちである。そのため，一般の人々は高齢者の性に対し否定的反応を示し，また高齢者自身も自制的姿勢で性を考える傾向に

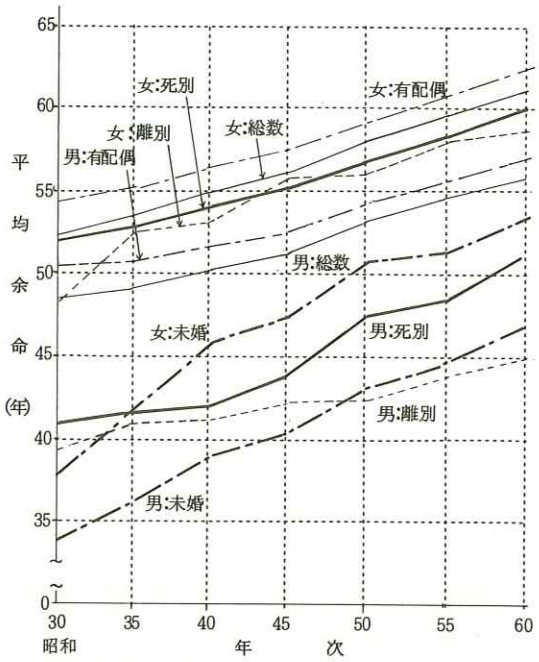
ある。

しかし，18世紀頃よりセクシュアリティなる概念が明確にされはじめてより医学領域でも，患者或はクライエント（相談者）に対し全人的に（生物学的だけではなく，心理学的にも社会学的にも）対処すべきであるとの反省も除々に浸透しつつある。

近年高齢化社会を迎え，生殖年齢を過ぎてなお，個体維持に関する生理体系がかなり健在な人々が多くなるにつれ，性に関する機能低下を，ただ当然のことと見過ごし得なくなって来ている。それは生殖を高齢になっても，なお続けるという意味ではないが，高齢者における性の重要性が感ぜられ，性機能の維持に対する要求が増えつつあるためである。加齢により生殖年齢を過ぎたあと衰退してゆく中で，性が，その性の持つ二重性（註１）参照）から必ずしも不必要なものとならないばかりでなく，ある意味で極めて重要な生物学的意義が出てくるのである。

老年の性は性的快楽の残照に対する憧れや欲求のみで律することができないニュアンスがある。高齢化するに従い，生活の範囲が狭まるにつれ孤独感が高まることは否めない事実であり，その感覚の中で，次第に男女のpair形成，それによるスキンシップの歓びが重みを増してくる。それゆえに高齢者における性は生のあかしであり，即ちＱＯＬ（註２）参照）を維持する基本的な人間としての生き方としての意義は極めて高いといって過言ではない。

厚生省人口問題研究所の調査による配偶者別生命表（図７）を見ても結婚している人の方が未婚の人より寿命が永く，離婚の人（特に男）は死別の人より早く死ぬことから，性



注）総数は，「完全生命表」による。

図 ７．配偶関係別20歳時平均寿命の推移

生活が如何に健康の元になっているかが分かる。

図２は老人ホームでのデータで，性行動のある群は性行動のない群に比べＡＤＬ（註３）参照）が低下しない。また性行動のある群にのみ Testosterone 値と β－Endorphin 値との相関関係が見られたことは興味深い[5]（図８）。

註1）性の持つ二重性

人には３つの，すなわち食・性・群の本能が与えられている。食本能は個体維持のためであり，群本能は自分達に適した環境を作り，種を維持するためのものである。そしてその個を群に繋ぐ役割を担うものとして，性本能がある。

性本能により男女が相寄り，スキンシップのあるところに pair が形成され，最小の群

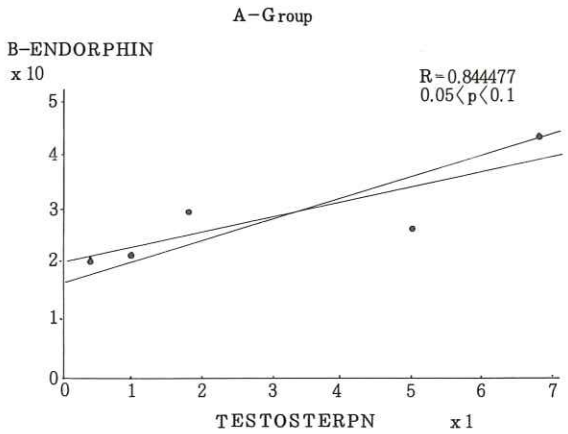


図 8.

形成を行う。性本能の中には，群本能の極限に昇華した性格があるといえよう。それは“性の静かな歓び”と表現できる。そのスキンシップの性的交歓の中で，さらに動的な性の歓び・性的快楽があり，その結果として生殖が営まれる。生殖が生物にとって生命を賭けての事業であるゆえに，喜んで生殖が行われるためにそのような性的快楽も与えられているのではあるまいか。

性的スキンシップ−性的行為をすべてその後者の歓びを求めてのものと解釈されがちであるが，必ずしもそれのみといえないところに性の持つ二重性があるといえる。

註２）ＱＯＬ（Quality of lif e）

広義には「生命の質」「生活の質」「人生の質」を総称しているが，狭義には「生活の質」のことを言う。

医療に於て，ある臓器の疾病は治癒しても，患者が全人間的に幸せにならなければＱＯＬがよくなったとは言えない。即ち，「生の不可侵性（生命の神聖さ）Sanctity of life（ＳＯＬ）［生の質］−生物学的治療−に対して，Quality of life（ＱＯＬ）「生活の質」−全人間的な治療−というわけである。

ＱＯＬについては，研究者によっていろいろな説明がなされていて，客観的に数量化する試みもなされている。ごく抽象的な概念としては，安定感，満足感，幸福感といった主観的，心理的側面を強調する立場と，客観的，社会的側面を強調する立場とがある。具体的概念としては，食欲，気分，睡眠，疲労感，痛み，家族の理解・協力，同僚・友人との付き合い，病気に対する不安，治療に対する期待度，日常生活（ＡＤＬ）等等がある。

性に関するＱＯＬの研究は難関がまだまだ多いので余りなされていない。今後の大事な問題である。

註３）ＡＤＬ（Activity of daily living）日常生活動作

人間が毎日の生活を送るための基本的動作群のことであり，具体的には，１）身の回り動作（食事，更衣，整容，排便排尿，入浴の各動作，２）移動動作，３）その他の生活関連動作（家事動作，交通機関の利用等）がある。ＡＤＬという場合は１）及び２）を指す。ＡＤＬの自立はリハビリテーション医学の治療目標の一つとして重要視されている。

ＡＤＬの評価法には，リハビリテーションの分野では，Barthel Index が常用されているし，福祉関係では，厚生省福祉課より提案されたものが，よく使われる。

３．老齢者に対するセックスカウンセリング・セラピー

ａ．老人の性に関わる介護者の意識

話が変わるが，先日，かなり勇気の要る，

極端な発言を聞いた。即ち「この頃訪問看護の意識が高まってきた。結構なことである。

訪問看護は，若い看護婦や女性の介護者が担当することが多いが，老齢の一人暮らしの男性のところへ行くと，布団の上を跨いでいかないと，通れないように，荷物をいっぱい置いて，介護用具は入口と反対側に置いておく。そして，［俺の顔の上を跨いで行け］と言うような例が往々にしてあるという。［男は幾つになってもそんなもんだ］ということを理解しなければいけない。そして，この頃の看護婦や介助者にかぎって，いやらしいとか，けしからんからピシャリと叩くなど，当り前と思ってやっている人が多い。性の悩みを理解する温かさに全然欠けている人が多い。」と。この頃の――にかぎっては，いささか偏った捉え方だと思うが。

筆者にも「どう対処するか」と聞かれたので次のように解答した。

筆者の勤務する老人施設でも，入所者が介護者の手をにぎるとか，お尻に触るとか，そんなことは始終あるが，筆者は「厭なものは厭なんだから，ことわってよろしいでしょう。つまり，したいようにさしてあげなければいけないということはありません。厭なら，なるべく刺激しないように，うまく逃げてください。しかしそれほどでもなければ，厭でない程度にさわらせてあげてください。」と答えている。ときには無視も有効な時もあり，拒絶も必要な場合もあるということではなかろうか。

老人は思ったより性行動が活発であり，また活発な人はＡＤＬ，ＱＯＬが高く，健康であるという医学的科学的根拠のある研究は筆者も，いくつか発表している。[5)]

b．老人に対するセックスカウンセリング・セラピー

生育歴によるインプットが各個人によってまちまちであることに起因して，老人の性意識，性生活もまちまちで個人差が激しい。

健康な男性の老齢者からよく聞くことであるが，貝原益軒の養生訓を若いときは実行できなかったが，70歳の今になってやっと実行できるようになったと。

それは，今まではマイナスイマジネーションをもって生活してきたのであろう。それでも健康な人は，めげずすくすく生活しつづけることができるのだなと感心する。現在日母で女性の性行動アンケート調査を全国的に実施しているが，こういうひとたちの老人クラブ等の母集団の調査で老齢の健康な状態が明らかにされることが期待されると共に，老齢者の性の相談，治療がスムースに実施することができるようなることを期待したい。

おわりに

幸福感を持てるか持てないかは，周りの人に認められるかどうかということが，大きく作用していると考えられる。人が集まると競合は避けられないが，故ない誤解は教育によって，かなり避けられるものであると考える。

現今，宗教の必要性が云われていますが，ときとして発想をかえて，敢えて宗教の呪縛から解放し，真に科学的な性教育が幼児期から老年期までの各世代に行きわたるよう努力する必要があろうかと考える。（新しいモラルの統合が予感される中で）

もし「フリーセックスは是か」と反問されたならば，筆者は困惑すると思う。そして人格全体の調和がとれて犯罪まで発展しなけれ

ば是と心の奥とは少し違う返事をするかもしれない。かくのごとく，むづかしい問題である。

いま言ったことと少し矛盾するようであるが，科学は万能ではないと私は考えている。

文　献

1）Kameya Y, et al: Ultrastructural study of human vaginal mucosa. J. Clin. Electron Microscopy 16 : 5-6, 616-617, 1983.

2）Kameya Y, et al: Ultrastructural alterations of the vaginal epithelial tissues following masturbation. J. Clin. Electron Microscopy 18: 5-6, 771-772, 1985.

3）Kameya Y, etal: Electron microscopical observation on the human vaginal epithelium, especially its alteration with age. J. Clin. Electron Microscopy 19: 5-6, 674-675, 1986.

4）亀谷　謙：特集／老年の性，性機能の基礎，b）女性性機能。老年医学30巻7号，p 1077-1085，1992.

5）亀谷　謙，他：痴呆老人の性行動のADLに及ぼす影響，日本老年医学会雑誌27巻，p．114. 1990.

6）亀谷　謙：性交回数の減少年齢と閉経年齢その他の因子との関係，日本性科学会誌第9巻2号，p．24-36，1991.

7）亀谷　謙：生理的老化と性（第12回日本性科学学会学長講演），日本性科学会誌第10巻2号，p．20-22，1992.

8）ヘレン・Sカプラン著，野末源一訳：ニュー・セックス・セラピー，p．451-527，1982.

9）亀谷　謙：医療従事者の性指導能力・態度における問題点，看護技術39巻6号増，1993. 印刷中

10）出口晃他：“長寿のためのエリート”は存在するのか？－連続剖検例より－，医学のあゆみ，1993. 印刷中

Sexuality 概念に関する文献のレビュー

日本赤十字看護大学
黒 田 裕 子

はじめに

保健医療の領域で取り上げる［性］は，ほとんどが生物学的な意味での［性］であろう。つまり，保健医療従事者が患者の［性］を問題とするとき，焦点は患者の Sexual Dysfunction にある。とりわけ性器疾患では機能的な問題が発生するために，患者の Sexual Dysfunction に対する医学的アプローチは必要である。

しかしながら，人が何らかの健康障害を持てば［性］も変わるのではないだろうか。そして，この場合の［性］は，生物学的な側面から見る［性］だけではない。たとえば，高熱が出れば性欲が低下するかもしれない。しかし，一方で［精気がなくなったり］，［元気がなくなって人とおしゃべりをする気力もなくなる］のだ。これらも［性］という概念に内包されてくるのではないだろうか。

そういう意味で，［性］とは統合的な概念であり，広い意味内容を包含していると推測する。

筆者は患者の［性］に対して Sexual Dysfunction という捉え方だけではなく，より統合的な捉え方をする必要があると考えている。とりわけ，病を一生かかえるような慢性的な疾患を持っている患者の場合，［性］の問題を少なからずかかえているのではないだろうか。

［性］を統合的な概念としたときの患者の実態を知るすべは現在のところない。

患者の健康問題に対する人の反応に全体的にかかわり，援助を提供する看護専門職として，患者の［性］の実態をより知るべきではないだろうか。

以上のような経緯で，本研究では統合的な概念としての［性］を［Sexuality］という概念で用いていきたいと考える。

この手始めとしてここでの報告は，Sexaulity という用語の起源および概念の定義に関する議論の文献を概観し，その結果を述べていきたい。

Sexuality 概念の台頭

まず，ここでは，Sexaulity 概念の用語の起源にはじまり，この概念に内包されている意味，そして Sexuality 概念の諸側面についての文献を概観する。

1）Sexuality という用語の起源および Sexuality 概念の定義に関する議論

波多野ら（1972）[1] は，1907年発行の Chambers の Twenties Century Dictionary には Sexuality なる語は存在していなかったとし，おそらく20世紀になって心理学の発達とともに作られた概念であると言えるとしている。米国心理学者の H.Otto（1971）によれば [2]，近年とくに性に関する情報の発達に伴って，その行動や認識が拡大自由化され，生活内容を質的かつ積極的に充実向上させる手段として性のあり方，もちい方が探求され，これに伴って Sexuality の概念も全人格的可能性のレベルにまで拡大されるに至ったという。

これは，たとえば全米心理学会（American Psychological Association）が1969年の

年次大会シンポジウムで「セクシュアリティ：再生と自己開発」というタイトルを取り上げたことからも推測することができる[3]。

一方，Sexualityという概念の台頭は性教育の領域からだという記述がある[4][5]。すなわち，全米性教育協議会（SIECUS：シーカス）の創設者であるL.A.KirkendallとM.S.Calderoneが，人間の性をSexualityと呼ぶように1964年に提唱したのが始まりだといわれている。そして，1960年代の後半には米国ではこの用語が性教育の関係者の間で次第に使用されるようになったという[6]。

L.A.Kirkendallは[7]，Sexualityを人間対人間の相互関係すべてに含まれるものだとする。つまり，人間の身体の一部としての性器や性行動のほか，他人との人間的なつながりや愛情•友情•融和感•思いやり•包容力など，およそ人間関係における社会的，心理的側面やその背景にある生育環境などもすべて含むべきであるとする。

SIECUSの創設者のもう一人であるM.S.Calderoneは，Sexとは両足の間（下半身）にあるものだが，Sexualityとは両耳の間（大脳）にあるものだ，という比喩で説明している[8]。

さらに，ハワイ大学の医学部の教授でHuman Sexuality講座のリーダーとして活躍しているM.DiamondとA.Karlen（1980）は[9]，Sexualityとは，人間の感情，知恵，行為などの構造体系すべてにかかわるものである。Sexualityの研究方法には，まだ誰も同意するようなものはない。というのは，この概念には無数の意味と含蓄があるからである，と述べている。

わが国では，戦後まもなく，文部省社会教育局から「純潔教育の実施について」という通達がだされ，そのなかにSexualityとしての考えが含まれていた，と報告されているが，Sexualityという考えが社会に浸透するまでには至らなかった[10]。

性の問題をSexualityという観点からとらえるべきだ，という認識が強まるのは，性情報の過剰時代になる1970年代に入ってからでSexualityという用語が普及し始めたのは，1975年に入ってからであると言われる[11]。そのきっかけとなったのは，財団法人日本性教育協会（JASE）が1972年に設立されたこと，さらに，性研究誌で先述のL. K. Kirkendall博士の講演会の要旨が掲載された[12]ことだとされている[13]。現在，関西性教育相談所所長である黒川（1988）が，Sexualityという概念については性教育関係の雑誌や科学系の雑誌で触れている。

黒川によれば[14]，Sexとは男女の性別という意味のほかに，性器または性交など，「下半身の性」をあらわすが，Sexualityとは，個人の性的アイデンティティやパーソナリティ，およびこれにもとづく人間関係などのすべてを含めた全人格的な性を意味するものとしている。

これが，先のL. A. KirkendallやM. S. Calderoneの考えを受け継いでいるのは明らかで，黒川の定義に日本でいうSexualityの-独特さの意味合いは考慮されてはいない。Sexualityの和訳も提案されず，セクシュアリティのまま使用されている。

性教育関係者の以上の説明を解釈してみると，Sexualityという概念は，従来の性の生物学的な狭い捉え方，つまり，Sexという，いわゆる人間の性の生物学的な側面を中心と

した視点から抜け出すために用いられ始めたようである。

つまり，性教育の理念となる「性」の部分の解釈を，人間の生物学的な側面に限らず，心理社会的な側面をも包括する広い概念として捉えるために，Sexuality という概念を性教育の領域で確立していこうとする動きが，アメリカでは1960年後半から，日本では1975年以後からでてきたようである。

さて，このような性教育領域の1960年代，1970年代の Sexuality という概念の発展に関する歴史的な経緯もあって，この概念は徐々に一般大衆に流布してきたといえる。ちなみに，Webster や Oxford を始めとして殆どの辞書を見ると，Sexuality という概念は，「性を持つ状態または性の感覚に関する能力」，「性的な事柄の認識または強調」，「性に関する態度や行動についての個人の性行」とある[15]。つまり，性の心理社会的な側面をも包括する意味が Sexuality には含まれているのだということがほとんど常識として一般社会に通用するに至ったといえる。

2）Sexuality の生物学的な側面

ここまでの検討で，Sexailtiy を生物学的な側面に限定せず，心理社会文化的な側面まで拡大して解釈しようとする傾向が時代の変遷とともに出現してきたことがわかる。しかし，Sexuality の生物学的な側面を示す人間の性行動の実態でさえ，A.C.Kinsey による「男性の性行動（1948）」[16]と「女性の性行動（1953）」[17]が発表されまで闇につつまれていた[18]。

A.C.Kinsey は，米国の男女の性体験を1万8000人の面接データによって統計的に明らかにした。[19]。A.C.Kinsey は人間の Sexuality の驚くべき広がりと多様性を明らかにし，「自分自身の経験とはまったく異なる性行動がどんなものかを理解することは，学問的な訓練を受けたものにとっても，きわめてむずかしい」と結論している。そして1956年に A.C.Kinsey はその仕事を完成しないままになくなった。

A.C.Kinsey の人間の性的反応に関する研究は，その後，産婦人科 W.Masters と V.Johnson によって引き継がれた[20]。彼らの著書，「人間の性反応： Human Sexual Response（1966）」は[21]，694人の男女の性行為の性的興奮と絶頂を生物学的な観点から観察したものである[22]。さらに，1970年の「人間の性不全: Human Sexual Inadequency」は[23]，性的問題の治療法を開発するときに，性反応の基礎知識がいかに役立つかを示すものである[24]。これらの著書は，現在では人間の性反応の基礎的な知識として認められている。その後，W.Masters と V.Johnson が出版したのは，「快楽のきずな: The Pleasure Bond」[25]で，この中で繰り返し繰り返しコミットメントによる男と女，あるいは夫と妻の結びつきを説いている[26]。

1970年代になると，H.Murtun の「1970年代の性行動」という約3000名の米国の男女の性行動に関する調査報告書が発表されたが[27]，統計技術に対する批判が起こり，研究の妥当性に疑問がもたれた。その後，この批評を実証するような形で，婦人雑誌のレッドブックが行った「レッドブック・レポート＝ミセスのセクシュアル・ライフ研究」が発表された，といういきさつなども報告されている[28]。

以上のように人間の Sexuality の生物学的な側面や性行動の実態でさえ，19世紀の後半

になってようやく解明されようとしている。この事実は，Sexualtiy の研究がいかに神秘的かつ困難なものであるかを示している。

3）Sexuality の心理，社会，文化的な側面

Sexuality を心理社会文化的な側面まで広げて追求するために，いくつか関連した概念を取りあげて検討していきたい。

まず，先述した Sexuality に包含されているとした Sex という概念，そして，このSex と密接な関係がある Gender という概念である。

アメリカの性科学者である J.Money ら（1972）が[29]，人間の性別概念に Gender という概念を新しく取り入れたとされている[30][注1]。

さらに J.Money ら（1975）は[31]，半陰陽[注2]の研究から，「性的特徴は出生時には存在せず，成長に伴うさまざまな経験を通して，心理学的な男性あるいは女性らしさがあらわれてくる」[32]という結論を記述し，Sex と Gender を明確に区別しいる[33]。我々の性別を決めるのは遺伝子ではなく，育てられ方だということである[34]。

Money の定義によると，Sex とは出生前に分化する生物学的な性であり，実際には性器の解剖学的な構造，生殖の仕組み，性行為など，つまり，身体的な部分やそれに関わる行動を指して言う。一方 Gender は，出生後に分化する心理，社会的な性であり，いわば Sex が先天的なものであるのに対して，Gender は後天的に，身近の家族を通して加えられる社会要因によって作り上げられていくものであるという[35]。

つまり，生誕時には色づけされずに純粋な白紙の状態の男と女という 2 つの性 Sex は，社会文化的には異なった状況の基で出生以後から「社会化」[注3]を体験することになる[36][37]。

まとめると，生誕した社会文化状況で個人は生物学的にもって生まれた性（Sex）の上に後天的な性（Gender）を社会化という学習によって獲得していくのである。そして，この後天的な性（Gender）とはその社会文化が期待する男として女としてふさわしい役割を言う[38]。

たとえば，変性者は，Sex と Gender の不一致に悩む人であり，性転換手術とは，Sex を越えて Gender を確立することである[39]。

この Sex と Gender の解釈から Sexuality の概念を考えてみると，Sexuality とは Sex と Gender の両方が複雑にからみあって多様な表れ方をする人間の性の特質であるといえよう。ただ，Sex と Gender をこのように単純に区別することには反感が多い。

たとえば，性の先天的な側面である Sex の範疇に含まれている性行為に，性の後天的な側面，Gender が影響しないはずがないという青木[40]や小倉[41]の批判もある。確かに性行為に伴う性欲は人間の基本的な欲求である。しかし，食欲や排泄欲などとは質的に異なっており[42]，心理的社会文化的な要素が影響している事実は説明するまでもない。こういう議論が未だにあちこちで見られるという事実は，Sex，Gender に対する捉え方にもまだまだ混乱があるということを示している。

さて，J.Money が Gender の定義を提唱して以来，社会学および社会心理学では，制度としての Gender，規範として Gender を，それを体現する個人とは独立したものとして定義して，研究をすすめてきたと小倉[43]は

言う。つまり，社会が規定している男性としての役割，女性としての役割に影響しているのであろう制度や規範に対する研究である。

とりわけ社会学領域では，社会の大多数が決定している男性，女性としての役割を個々人が社会化によって獲得していくというGender Roleの獲得の部分にマクロな視点を当てて研究してきたようである[44)45)46)47)48)]。

これに対して，心理学領域では，人間は大体生後18ヶ月までには，自分が男性であるか女性であるかのこのGender Roleの自己認知をすると言われているが[49)]，この自己認知の部分を取り上げて研究しているものが多いようだ[50)51)52)]。

J.Moneyは，この自己認知をGender Identityと呼んでいる。そして，この自己認知に基づき社会的な相互作用でその個人が示すあらゆる言動をGender Roleと呼んで区別している。さらにJ.Moneyは，Gender IdentityはGender Roleの個人的経験であり，Gender RoleはGender Identityを公に対して表現することだとも言っている[53)]。

このようなSexualityの，おそらく心理社会文化的な側面を表していると考えられるこのGender IdentityやGender Role[注4]については，もう少し触れる必要があろう。

かつて社会科学者たちは，Gender Roleに対して，生物学的な身体的な違いが根底にあって，それが男女を異なった社会的役割へと追いたてたと考えてきた，とJ.Brooks-Gunnら（1979）[54)]は記述している。

つまり男は平均して女より強く，大きい獲物を捕まえるといった強さが要求される役割を担い，女は子供を産み育てるという特有の機能のゆえに家の付近にいられるような役割を担ってきたというものだ。

しかし，たとえば人類学者のM.Mead（1949）は，ニューギニア社会を調査して，性によって極めてはっきりと労働が分化しているが，それは男女の身体的な強さとは関係がないと報告している[55)]。さらにM.Meadは，「男性と女性との性差は決して従来考えられていたような生まれつきのものではなく，まったく，幼い頃からのしつけ方のちがいと，社会の構造によって規定されるものである」と，Gender Roleの決定の生物学的な根拠説を非難する[56)]。

いまだに，Gender Roleについては意見の一致はないといってよい。しかし，やはりGender Roleは，生物学的身体的な要因を基礎に，文化，社会的な要因が関与し，相互に作用し合って形成されると解釈するのが公平であろうとの見方が強い[57)]。

以上，Sexualityという概念を構成している基本的な生物学的，心理社会文化的な側面を概観してきた。まだ人間のSexualityは未知の部分が多く，今後，調査や研究によってSexualityの深層が明らかになっていくことだろう。

注1　青木によれば，Genderとは一般的に文法上の用語であって，たとえば，フランス語で太陽を男性名詞，月を女性名詞と分類するような場合に使われてきたものである。J.MoneyがGenderを性の分類に始めて用いたという意味である（青木やよひ（1982）性差の文化：比較論の試み。金子書房。p 5-6より）

注2　生殖構造が雄雌どちらにも解釈でき

るという，先天的な性別不明の状態。

注3 社会化とは，生誕時にはきわめて広範な膨大な行動の潜在可能性をもっている個人が，その所属する集団の社会文化の基準にしたがって慣習的に受容可能な，はるかに狭い範囲に限定された行動を現実に発達させていく全過程をいう。

注4 Gender Role を Sex Role と同義で使用するという混乱が様々な文献から読み取れる。現段階では，Gender Role と Sex Role の明確な区別に関する意見の一致がなされていない。一応，本項では Sex Role という語は使用せず，他の文献で使用されている Sex Role の意味を含めて Gender Role という語を一貫して使用する。

引用文献および参考文献

1）波多野義郎，黒田芳夫（1972）．L. A カーケンダールの性教育論．東京学芸大学紀要．24-25: 164-177.

2）Ott, Herbert (eds.) (1971). The New Sexuality. Science and Behavior Books, Inc.

3）前掲書 1）.

4）黒川義和（1981）．現代の性教育．サイコロジー．19: 48-56.

5）田中敏明 編（1987）．性と愛の心理．福村出版．175.

6）黒川義和（1988）．セクシュアリティを問いなおす．性•健康•教育．4: 2-5.

7）Kirkendall,L.A.; 波多野義郎訳（1972）．現代社会における性の役割．現代性教育研究．1: 123-137.

8）武田 敏（1981）．性教育の現状と課題．からだの科学（臨時増刊）．164.

9）Diamond, Milton and Karlen Arno (1980); 田川まゆみ 訳（1984）Sexual Decisions（人間の性とは何か）．小学館.

10）前掲書 5）.175.

11）前掲書 6）.

12）前掲書 7）.

13）前掲書 6）.

14）前掲書 6）.

15）前掲書 1）.

16）Kinsey, A.C., Pomeroy, W. B., and Martin, C. E. (1948). Sexual Behavior in the Human Male. Philadel phia: W. B. Saunders Co.

17）Kinsey, A. C., Pomeroy, W .B., Martin, C. E., and Gebhard, P. (1953). Sexual Behavior in the Human Female. Philadelphia: W. B. Saunders Co.

18）前掲書 9）.

19）石川弘義，斉藤茂男，我妻 洋，共同通信「現代人と性」委員会（1984）．日本人の性.文芸春秋．93-95.

20）Masters, William, H., and Johnson Viorginia E. (1975).; 石川弘義訳（1976）. The Pleasure Bond.（快楽のきずな）．実業之日本社.

21）Masters, William, H., and Johnson, Virginia, E. (1966). Human Sexual Response. Boston: Little, Brown.

22）Wood, Nancy Fugate (1975).; 稲岡文昭，尾田葉子，小玉香津子 訳（1978）. Human Sexualtiy in Health and Illness（性を知る）．日本看護協会出版会．19-52.

23）Masters, William, H., and Johnson, Virginia, E. (1970). Human Sexual Inadequacy. Boston: Little, Brown.

24)前掲書　20) 466.
25)前掲書　20).
26)前掲書　19) 95.
27) Hunt, M. (1972). Sexual Behavior in the 1970's. Chicago: Playboy Press.
28)前掲書　19) 98.
29) Money, J., and Ehrhardt, A. (1972) Man & Woman Boy & Girl: The Differentiation and Dimorphism of Gender Identity from Conception to Maturity. Baltimore: Johns Hopkins University Press. Paperback edition, Johns Hopkins University Press.
30)青木やよひ (1982). 性差の文化：比較論の試み. 金子書房. 5-6.
31) Money, J., and Tucker, Patricia (1975). ; 朝日新一他訳 (1979). Sexual Signatures: On Being A Man or A Woman (性の署名). 人文書院.
32)前掲書　31) 288-296.
33)前掲書　31) 300-301.
34)小倉千加子 (1987). 性アイデンティティとセクシュアリティ：性役割の社会的規制の下に, ペリネイタルケア増刊号. メディカ出版. 711-715.
35)前掲書　31) 9-48.
36) Brooks-Gunn, Jeanne, and Matthews, Wendy Schempp (1979).; 遠藤由美訳 (1982). He & She: How Children Develop Their Sex-Role Identity. (性別役割：その形成と発達). 家政教育社. 9-56.
37)広井正彦, 金子尚仁 (1987). 性の分化と発達：セックスとジェンダー. ペリネイタルケア増刊号. メディカ出版. 736-740.
38)前掲書　36) 14.
39)前掲書　31) 9-10.
40)前掲書　30) 94.
41)小倉千加子 (1988). セックス神話解体新書. 学陽書房.
42)大平　健 (1983). 食と性：その共通根を求めて. 岩波講座：精神の科学 5 . 岩波書店. 138-174.
43)前掲書　34) .
44) Broverman, Inge, K. et al. (1972). Sex-Role Stereotypes: A Current Appraisal. Journal of Social Issues . 28 (2), 59-78.
45) Parsons, Jacquelynne, E., Frieze,Irene H., and Ruble, Diane, N. (1976). Sex-Roles: Persistence and Change. Journal of Social Issues. 32 (3), 1-5.
46) Parsons, Jacquelynne, E., Ruble, Diane N., Hodges, Karen, L., and Small, Ava, W. (1976). Cognitive-Developmental Factors in Emerging Sex Differences in Achievement - Related Expectancies. Journal of Social Issues. 32 (3), 47-61.
47)目黒依子 (1988). 家族理論におけるジェンダーとパワー. 社会学評論. 39 (3), 238-249.
48)天野正子 (1988).「ジェンダーと教育」研究の現代的課題. 社会学評論.39(3), 266-283.
49)河合隼雄, 小林勝司 (1981). 心理学的にみた性役割の成立.からだの科学(臨時増刊). 46.
50) Block, Jeanne, H. (1973). Conception of Sex Role. The American Psychologist. 28, 512-526.
51)柏木恵子 (1967). 青年期における性

役割の認知. 教育心理学研究. 15(4),193 - 202.
52)戸田和子, 堅田弥生 (1987). 性役割受容の意識構造とその習得過程に関わる父母, 他人の効果. 心理学研究. 58 (5), 309-317.
53) 前掲書 31).
54) 前掲書 36).
55) Mead, Margaret (1948). ; 田中寿美子, 加藤秀俊 訳 (1961). Male and Female (男性と女性 上•下). 創元新社.
56) 前掲書 55).
57) 前掲書 49) 45.

症例報告

早漏の症例

日赤医療センター
金子和子

はじめに

早漏は，男性の性機能障害の中でインポテンス，射精遅延と並ぶ重要な項目で，日赤医療センターの性相談に来所する人の約1割がこれを訴えている。しかし，日赤医療センターの性相談に来所する早漏の多くはインポテンスに伴うものであり，挿入前に射精してしまうものである。この種の早漏はインポテンスの治療が終わった段階でほとんど解決している。また挿入後すぐ射精するタイプの早漏の患者はスクィーズ法のように極めて行動療法的アプローチのみで解決する。したがって，早漏を第一の治療目標とした症例では，本人やパートナーの内界や，家族の力動に関与しない事がほとんどである。

ここに紹介する症例は，挿入後すぐに射精するタイプであったが，早漏そのものの行動療法的治療（スクィーズ法等）よりむしろ二人の関係調整で問題が解決した例である。その間に，妻の性嫌悪や子供の情緒的問題が出現し，性にまつわる種々の問題が非常に明瞭な形で提示されたので報告したい。

症　例

A男 33歳，会社員　B子 27歳，主　婦
長　男　3歳9ヵ月
〈初診〉1988.10（coupleで）
〈主訴〉早　漏
〈結婚歴〉4年6ヵ月，見合い結婚
〈家族構成〉A男：5人兄弟の末子。甘やかされたと思う。女房から言うとマザコン。
B子：3人姉妹の真ん中。実母は死亡し，妹は異母姉妹であることを，8回目の面接で語る。
〈来所までの経過〉（二人で語る。）初回は新婚旅行で。B子は痛みがあり，その後何回か痛かった。sexual なことに関心が行く前に honeymoon baby ができた。妊娠2－3ヵ月位から夫婦関係はほとんど無かったが双方に不満はなかった。A男は初めから早漏気味だったが，B子もそれほど気にならなかった。産後，ホルモン異常とのことでホルモン剤を飲むとイライラが強くなり性的なことも不満になって来た。産後3ヵ月位でトライし，始めは1／週の頻度だったが，気持ちが双方でこじれて行って，次第に1／月になって行った。A男の早漏は段々悪くなり，ひどいときは挿入して3－4回のピストン運動で射精。A男にすれば，ゆとりがあると良いが，焦りがあると早く出したいとのこと。前戯もあるが，B子にすれば，A男は結局自分のためにしているようで不満であり，セックス不信，男性不信に発展して来た。現在，A男にとってセックスはもう義理になっており，B子はA男がそばにくると吐き気がするようになっている。1988年の6－8月はB子は実家に帰っていた。9月にも1ヶ月くらい帰っていた。気分を変えるためにB子の実家の近所に引っ越した。B子の潔癖さは二人の喧嘩の中ででて来た。

来所はA男の友人がN先生を知っていたので9月に日赤医療センター婦人科でN先生にかかり，筆者を紹介された。
〈治療〉初　診：1988.10　　面　接：10回

（このうちに映画の供覧を含む）coupleで8回　A男のみ2回　終結：1989.10

治療経過

面接回数が少ないので各回を述べる。なお文中の＜　＞は治療者の言葉である。

第1回（1988.10.20）couple

来所までの経過を二人で語る。

《印　象》A男：やせて背が高く気が弱そう。人が良さそう。

B子：ハキハキものを言い，A男に対する不満を口にする。そのためA男は押されぎみ。

《宿　題》タッチングを出そうとするが二人は拒否。B子はA男がそばに来るだけで吐き気がするのでそういうことはしたくないと言い，それを気遣うA男。何ならできるかを話し合い，朝，出勤する際に，A男がB子のそばに行くことを決める。

第2回（1988.11.9）couple

A男が家を出るとき，B子の肩に手をおくようにしている。

B子「それはいやじゃない。」

A男「セクシャルなこともしたいが妻の気持ちを考えて控えている。」

B子「欲望がなくなったようで自分が女性じゃなくなってしまったよう。そういうことをされると嫌で嫌でたまらなくなったが，子供に夫婦の喧嘩がひびき，おどおどしだして，言葉が出ない。保健所に相談して，そういうグループに通っている。それで子供のためにイライラを押さえていたら，楽になった。と同時に欲望がなくなった。」

自立訓練を始める。

《宿　題》自律訓練；重感，温感　　タッチングをベッドでできるか試みる。

第3回（1988.11.28）couple

B子「タッチングは夫が自分の手を時々握るだけ。この位が良い。これを続けていれば，男性として意識して来るのじゃないかと思える。カウンセリングを受けるようになって，夫の性格が変わった。元来，夫の性格への不満があった。」

A男「それは思いやりのことだと思う。セックスの時もそれが全面に出ていたと思う。」

B子「不断の生活も子供もとても変わった。夫はマザコンがふっきれたようだ。ここに来ると，帰り，なごやかになれる。」

《宿　題》自律訓練；心臓，呼吸を追加。出掛けに子供とB子にキスをする。（今回は，なごやかな仲の良い感じのカップルになっていて治療者も驚く。B子のA男への非難に近いものをA男は飄々と受け止めている。）

第4回（1988.12.16）映画キャセル　子供が病気のため

第4回（1989.1.20）couple＋子供　映画

A男「映画を見て，ゆっくり楽しんでいるのが良くわかった。自分たちはもっと早く慌ただしかった。」

B子「キスをしている。タッチング上半身だけするようになった。せざるを得ない。子供は実家の母のところに行ったら帰らないと言い出した。母に夫婦の仲の良いところを子供に見せろと言われて，始めは嫌だったがタッチングを始めた。努力していたら，不思議に，子供が自分から帰えると言い出して帰って来た。夫婦喧嘩もするが子供は脅えなくなった。」

《宿　題》自律訓練　お腹，額を追加

嫌なもののリストアップ　　全部脱いでのタッチング　　風呂に一緒に入る

第 5 回（1989.2.16）couple

A男「下痢が多い。トイレは一日一回だが，気にしていない。結婚前，診察を受けて，精神的なものと言われた。また，最近多いようだ。タッチングは全部脱いでＯ．Ｋ．ヘヴィペッティング位。妻の分泌物も出るようになった。」

B子「子供が幼稚園に行くようになった。子供は叱るとすぐ寝る。夫もそうで似ている。」

嫌なものリスト

B子：肥満100 子供の泣き声70　夫婦喧嘩100　夫の子供っぽいところ70　話をしながら寝てしまうところ90　自分の顔80　体型90　夫とのセックス70　夫からの性的欲求がない90　夫が無意識に欲求を押さえるところ70　自分が子供だったころ40

A男：自分の性格100　夫婦の争い100　人前で話すこと 80　やろうとしていることを先回りして言われること70　人との対話40

第 6 回（1989.3.9）A男のみ

A男「妻は風邪。セックスは１／週位。タッチングして妻が最上の状態になって挿入して射精。妻がオルガスムスになってからの挿入なので自分がリラックスできる。妻は今のところ満足している。うまく行き始めている。射精したくなると我慢している。保たせようという気持ちがある。20-30秒くらい保つ。挿入しないで妻にマッサージしてもらうときは射精しにくい。結婚前，一人でやるときは１分位だった。今は色々。我慢するときは，いったんはずし，ペッティングして挿入し２度目の挿入で１分位。

下痢は少なくなった。仕事のストレスよりもこのことのほうが大きい。

交通事故を起こした。山道を下って来るとき溝が見えず脱輪。けがは無かったが一人だったので山を降りて助けを求めた。

B子のメモ：有利な転居の話があったが，子供のことが不安になった。考えた末，今は，家族を第一に考えようと決め，断ったら気持ちが落ち着いた。

《宿　題》　リラックスしてピストン運動することを目的とし，我慢しない。＜B子をオーガズムにしておいて挿入。つまり自分のリラックスと妻の満足。これで様子を見て改善しなければスクィーズ法を使おう。＞

脱感作：A男　二十日鼠　　B子　毛虫

第 7 回（1989.4.5）couple

A男「拘らずに入れるようになった。」

B子「性的なことが嫌だというのはなくなった。やり方を変え，挿入ではなく，前を楽しむという感じ。早く終わることは同じ。自分は良いが，男性が面白くないのじゃないかと気になる。」

A男「今は良いが，何年もしたらどうなるか・・・最終的には射精を遅くしたい。二人にとってセックスがとても自然なものになった。子供をなぜるのと同じ。

《宿　題》脱感作：性的な不安　早漏の治療は２－３ヶ月様子を見てから。

＜次回の面接は，１ヶ月後でも２ヶ月後でも二人の希望で良い。＞A男は１ヶ月後を希望しB子は２ヶ月先を希望する。二人で話し合って真ん中あたり。

第 8 回（1989.5.17）キャンセル

第 8 回（1989.6.1）couple

B子「前回の来所直後にタッチングしたのが最後で間が空いている。自分が前に戻って性的なことが嫌になってしまったので。来所後忙いのと自分の体調が悪いのとが重なって，

間が空いた。間があくと急にまた性的なことが嫌になってしまった。嫌な理由をずっと考えていた。セックスが嫌なんじゃなくて相手が嫌だとわかった。初めのころ喧嘩ばかりしていた。その中でセックスもうまく行かないからセックスが原因かと思っていた。夫は自信がなくてオドオドしていたが，夫はセックスが原因と言っていたし自分もそう解釈していた。カウンセリングにきてうまくいったなーと思っていた。欲求はうまく満たされていたが・・・性格が基本かなーと。好きになれない・・・と。いとおしいという気持ちがあるからセックスへ行くにの，それがないのだから・・・セックスがうまく行くと性格が変わると言っていたので来所したのだが・・・おおもとが変わってくれなくちゃ。気に入らない点は，親離れしていないこと。自分対人，という人が視野に入らない。自分勝手というのとも違う。人が自分をどう思うかだけを気にしている。私の顔色を窺い，私は疲れる。」

A男「自分の生活をずっと考えると，人から与えられたものばかりで，自分で得たものがなかった。自信がもてないから人に頼った。生活すべてがそうなのかな。仕事もきり拓いたものじゃなかった。長兄が社長，次兄が専務，3番目の兄が取締役。自分独自のものがない。べたついていないと不安だった。今，べたべたしないでやって行こうとしている。」

ここで，治療者が“人が入らぬタイプ”について，それは必ずしも依存的な人に限らぬことを説明する。また，女性の性嫌悪には女性に問題がある場合も多いことを話す。

B子「自分と夫とは環境が逆。自分は母は感情的にだめだった。生母は生後すぐ死んだ。無条件に可愛がる人がいなくて。何でも言い合える親じゃなかったし，自分は（甘える等が）極端に無さ過ぎるのかも。人とぶつかりあうのも無い。<ちょっと寂しそう。> 母と私が対立するのを父は恐れ，私が感情を出すといつも父に叱られた。」

《宿　題》自律訓練を利用したイメージ療法

第9回（1989.8.3）A男のみ

A男「妻は妊娠らしくつわりで体調悪い。前回来所後1ヶ月くらいは，妻はそういう気がしなかった。7月に出張で一週間位家を空けた。帰宅したとき妻は寝ていたが何げなく隣に行ったら，始めは子供と思ったらしいがすぐ気付きすっと受け入れた。それをきっかけに良くなった。私に対する気持ちもすっかり変わった。前は妻は私に対して半信半疑だったし，私も妻との関係に積極的でなかった。前は，仕事で遅くなっても，“怒られるかな”と思ったが，今はそんな気配も，心配もない。妻への態度も変わった。妻への愛情，思いやりが無かったが，今は大事にしてやりたいと思うし，好きになったと思う。前は気の強いところが嫌で，チクリチクリと一々うるさい気がしていた。今も色々言うが，気に障らなくなった。セックスは挿入後少し短いと思う。30秒位かな・・・」

第10回（1989.10.17）couple

B子「妊娠5ヶ月。つわりがひどかったが今回はイライラしなかった。前と違うから。（とA男を指さす）セックスは割合定期的に。妊娠していなければもっと多いかなーと。早いのも，最近伸びて来た。」

A男「焦りが無くなって楽しみになって来た。長いとずっと続くこともある。妻がオーガズムになるまでもつことも。1回そういうことがあったら，その後ずっと。疲れている

2－3回は早かったが。前は，たまったときのみセックスしていたから早かったのかな。何時も保つか心配していたからな・・・」

B子「前は他人だった。夫は私を窺っていたし。今は窺うというよりは心配してくれる。」

A男「自信がついたのだと思う。前は妻が心配なのじゃ無くて，自分が心配だったんですよ。」

B子「自分はそう変わっていないのに不思議だ。」

A男「自分もそう。(笑)」

B子「子供が父に絡み付くことが増えた。」

A男「こっちからも可愛くなった。」

＜今の階段での心配は？＞

B子「今の状態が続けば何も。早漏とかがまた出て来たら二人で解決できそう。また問題出て来たら二人きりで解決できないのか・・・？

＜問題の大きさによる。頼り過ぎるのは良くないが，自分でと頑張り過ぎるのも。＞

B子「何でうまく行くようになったのかとても不思議」

A男「何時でも来られるという安心感は大きかった。」

B子「何が効くのかなー」

＜子供は？＞

B子「すごく良くなった。言葉ももう全然問題無い。」

症例検討会にて（考察にかえて）

この症例は初診の段階では，問題は早漏とそれに伴う性嫌悪であり，早漏の解決が第一に為すべきことで，それが解決すれば他は自然に消失していくかのように見えた。しかし二人で来所し二人で問題に取り組む姿勢があるように見えながら，治療に来所した時点で，すでに実際的練習をB子は拒否している。これは問題が単なる早漏にとどまっておらず，二人の関係という，より本質的で，複雑なものへと移行していることを示している。一般にはこうなると，それぞれの生育歴に根差した深い問題が露呈して，濃密な精神療法的アプローチが必要になり，時間も面接回数も多くかかる。しかし，この症例は1年で済み，面接回数も10回のみである。その間に子供は出なかった言葉が出るようになり，行けなかった幼稚園に行きだし，二人は仲が良くなってこれが家族なのだと感じられるようになり，それに伴って性的問題も解決した。筆者にとっては，その変化の速さは有り難いが，あっけないくらいのため，はたして治療で起きたことは何であり，それは，持続するのだろうかという疑問もあったので，症例検討会に提出した。

症例検討会ではA男やB子及び子供の変化，はそれなりに意味のあるものであり，治療に来た結果であろうと指摘された。ただし，その変化は最終的なものではない可能性が大きいことも併せて指摘された。例えば，B子は第7回でいったん良くなったかのように見えながら，次の第8回では後戻りしたかのようになってより大きな問題を提出している。しかし，いったん良くなったことが無意味であったというのではなく，いったん良くならなければ次の問題は出て来られず，したがって，より良い解決も無かっただろう。それと同様に，この治療で解決したかのように見えても，また他の隠れていた問題が顔を出して来るかもしれない。可能性があるのは，A男の変化が単にB子の“求める夫像”に合わせるよう

になったために生じているに過ぎないことである。それまでは，育った家庭の求める人物を本人も気付かぬままに演じていたのが，育った家庭の代わりが妻になったに過ぎない可能性があるということである。しかし，ある意味では，それはごく自然なことである。人はいろいろな人やグループの影響を受けながら次第にその人らしさを築いて行く。その過程はそれぞれ独自のものであり，A男が妻の影響を濃く受けるのもA男の人格形成の過程の一つの段階であろう。性的に問題が解決し，二人が満足しているのであるから，治療者はそれを単純に良しとすれば良いのではないか。その段階が過ぎて別の問題が出てくれば出て来た段階で，取り組み方を考えれば良いし，前の段階が無駄だったということではなく，次の段階に行くために必要であった訳である。この二人は力があるし，治療者とも良い関係が成立しているので，新たに出て来た問題へ取り組み方は二人が上手に決めるであろう。

この症例からだけでは言えないが，早漏の人の場合の方が，インポテンスやワギニスムスの人の場合よりも自力で自分たちの関係や行動を修正し内的問題を処理して行く力があり，（あるいは，問題の根が浅く），精神療法的アプローチの必要性が薄いと見受けられる。そのため若干の介入や，自分たちの問題を話し合える場の提供だけで良くなって行くのであろう。その意味でこの症例も治療（来所）が有効であったろう。

なお，日ごろ接する早漏は3つのタイプに分けられるという意見が出た。1）挿入に問題は無く，挿入後すぐに射精してしまうタイプ。常にそうであり，場面によらない。2）挿入に問題は無く，挿入後すぐに射精してしまうという点では1）と同じだが，それが緊張場面におこるもの。3）インポテンスに伴うもので挿入前に射精してしまい，インポテンスが治るとそれに伴って治ってしまうタイプ。である。2）は1）と3）の中間というか，緊張が強まったり二人の関係が悪化した場合には3）に移行しうるという印象を受ける。この早漏の3つのタイプの身体的メカニズムは同じなのかどうかが疑問とされた。1）と3）ではなにか違う機序が働いているのではないかというのである。この疑問については後日，専門家に尋ねることになった。

おわりに

早漏の治療にも，パートナーとの関係調整や精神療法的アプローチが有効であり，ほとんどそれだけで性的問題が解決する場合があることを述べた。ここで報告した症例は，その関係調整等もごくささやかなもので済んだ。それは多分，患者のもつ力が大きいためであり，一般に早漏の患者は精神的に冒されている部分がインポテンスやワギニスムス等の患者より小さいと思われるが，この点に関しては，今後の研究を待ちたい。

早漏の身体的メカニズムについて泌尿器科の長田先生に伺ったところ，1）と3）で全く差は無いとのことであった。

症例報告

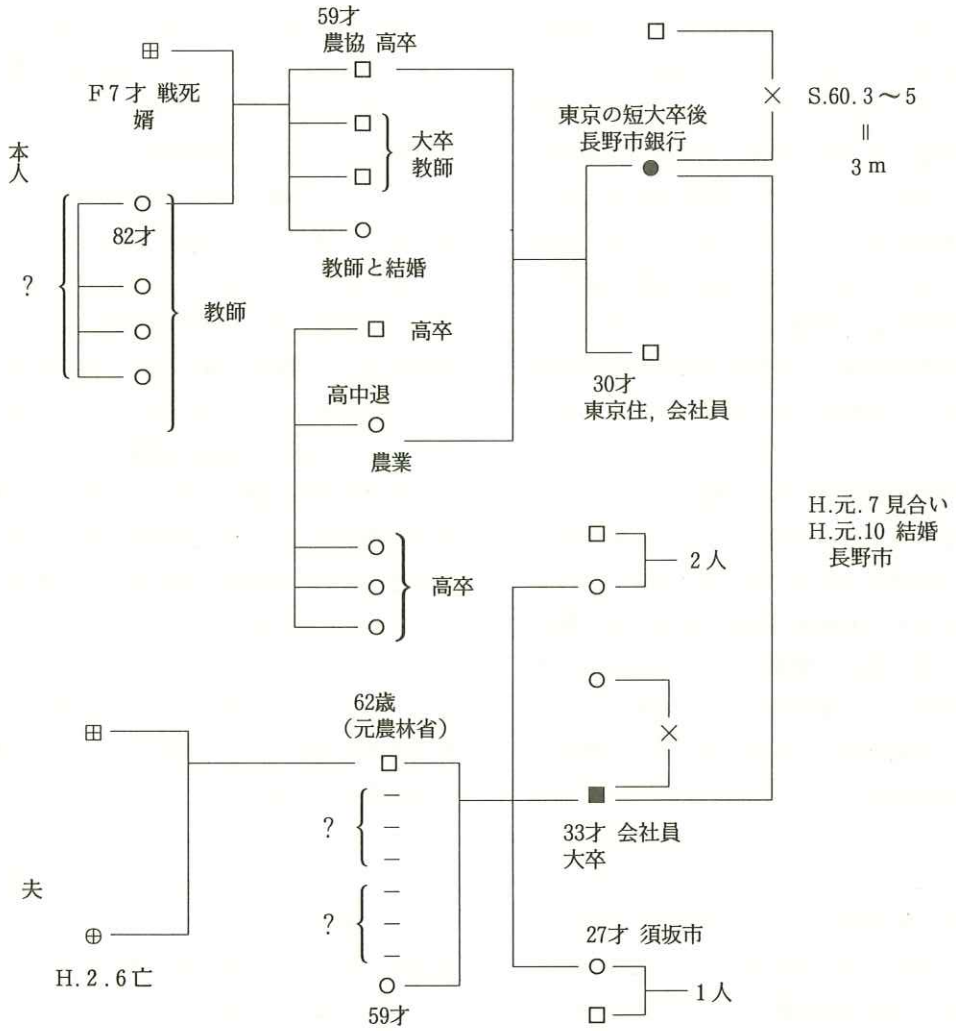
処女膜奇形を伴ったワギニスムスの症例

神尾記念病院　ＪＡＳＣＴカウンセリング室
堀　一　子

Ｊ．Ｋ　♀ 32歳(S.33.8.28生)

<主訴>愛撫により性的に反応するが、痛くて挿入できない（未)。

H.2.12 初診　　<家族構成>



父：畑に行って寝てばかりいたから祖母が農協にいれた。

母：祖母（母の姑）が中学の時の先生。姑にコンプレックス。知性，社交性，女性らしさ性格全てにおいて姑と対照的。夏は田畑，冬は工場，家では台所ばかり。子供の頃，本人が母と一緒になれるのは風呂に入る時だけだったが，その時も，母は洗濯をしていた。

祖母：家つき娘。元中学教師。

＜生育歴，現病歴＞

長野市から少し離れた小さな山村に育つ。祖母に連れられ小１の時からピアノを習いに行った（70人位の学年中，３人だけ）。母と祖母（姑）の仲がずっと悪かったが父は全くフォローせず，本人が２人の間に入って幼い時から困っていた。おばあさんっ子。祖母の方が好きなのが本人にとって母に申し訳ない思いをずっと抱かせてきた。小３の時，隣部落の20歳位の男性に痴漢行為を受け（性器をなめられた），ショック。親にも言えなかった。親にいえなかったことを，Ｊ子は「異常でしょう?」と言う。その頃，性器に触れると気持ちがよい体験はしていたが，そのいたずらを受けた後，一度指を入れたら中が空洞だったことに驚き，それ以降いれたことがない。

前の離婚理由は，挿入不能により３ケ月で追い返された。式の前日，そのことを考えると寝られずあててきただけで「キャーッ」とはねのけた。離婚後，長野の産婦人科へ親に連れられて受診。膣鏡が入らなかったが，身体に異常はなく精神的なものと言われた。今の夫とは婚前旅行（８月）に行って，離婚された理由を話したら「俺が治してやる」と言ってくれた。しかし，１年たっても全く好転しないので本を見てJASCTをみつけて来た。

当初，夫が挿入しようとすると，足をきつく閉じるかつきとばすかだった。なんとかあてても，入れる前に痛いと言うことがつづいた。

＃１　2-12-1　夫と来室。

本人：痩身。ショートカット。素朴でおとなしそう。

夫：大柄。おおらか。人が良さそう。人なつっこい感じ。夫の離婚理由に性的な問題は無かった。

治療者は tuching を指示した。

＃２　2-12-11　tuching は毎日おこなわれていた。自分のからだと性への positive なイメージをつくるため，自己 tuching と鏡で自分の体をよくみることを指示した。

Ｊ子はこの日，「子供の頃，女の子らしくなっていくのが嫌だった。大人になりたくなかった。」「そんなこと思わなければ，こんなことにならなかったろうに，悲しい」ともらした。20歳の時，小学生の従妹から「Ｊ子おねえちゃん，胸が大きくていいね。私も早くそうなりたい。」といわれびっくりしたこと，自分が子どもの頃あの従妹のようだったら今の自分は随分違うだろうとも語った。現在の結婚状況について，両親はこわいのか，何もきかない。祖母は半信半疑で「子供は?」と，きいてくると言う。

＃３　2-12-21　身体的チェック。内診は長野で済ませたからとＪ子は拒否した。性治療に関するビデオを見る。

＃４　3-1-8　自己 tuching は「落ち着かない」と避けがち。

性器は「見たけど気持ち悪くすぐ目をそらした」とのこと。さわれない。

自律訓練を指示。遠方なので通院を月１回にしたいと本人から申し入れがある。

＃５　3-2-5　小３の時の痴漢のことが話題になる。「親に言うとスキがあったと言わ

れる気がした。」と語る。「もし親に泣いて訴えたら親はどうしただろうか?相手の家にどなり込んだかな?」と問うと，J子は即座に否定した。「『なんでも家の娘が悪いのです。バカでまぬけで』と言う親なのです」と，親の自己イメージの低さおよび，その当然の帰結として親から大事に庇護してもらえなかった恨みが語られた。

この日，夫が「お金は工面するから月に2回通え」と，言ったことが伝えられる。

＃6　3-2-26　離縁されたとき，親は世間体を考えJ子を家にいれず長野市にアパートを借りさせようとした。その時母の妹が，「人殺しした訳じゃ無し，何こそこそする。」と言って，弁護士を紹介してくれ，先方から30万円の慰謝料をとってくれたことが，語られた。このように物事を客観的合理的に処理する叔母は，J子の中に女性に関するプラスのイメージを育ててくれていたようだった。一方「母はまるで家政婦のよう，こたつにいたことがなかった」「夫の母はこたつでのんびりしているけど，結構きれいにしている。私の母はきちきちしているけど，結構散らかっている。母は『女ってつらくて損』ということしか私に教えなかった」と，語るのだった。J子は，女としての生き方を整理し始めているようだった。

＃7　3-3-15　治療用ビデオを夫婦でみる。

＃8　3-3-19「tuchingは足を閉じてなら気持ちが良い」と語られるようになる。J子はこのころ母親に対して長い間アンビバレントな気持ちを抱かざるを得なかった事実を見つめ始めていた。「母は女として私に言っちゃいけないこといっぱい言ってきた」と語る一方，そう思っていることが，母に申し訳ないと，涙を流すのだった。

＃9　3-4-2　自己tuchingは，「気持ちが良くなるのはいけないことのような気がして」と抵抗の理由が語られる。母親から伝えられたであろうぜいたくと思ってしまう気持ちは洋服にもある。姑が洋服を買ってくれると，J子は申し訳なくてしょうがない。それでいて，自分にピアノを習わせてくれ，出かけるときは，お化粧をし，ネックレスをする祖母を讃えてしまうのだった。J子は，「母をかわいそうと思うけど，祖母と話すとおもしろい。紫式部が源氏物語を書いたと教えてくれたのも祖母，大学に受かった時，手を取って一緒に飛び上がって喜んでくれたのも祖母」。「母を嫌ってしまえば楽だろうけど，それができない」と，長い間の辛い胸のうちを，一気に語った。しかし，その日の終わり，前回帰って，治療に通っていることを自然に母に話す気になったこと，それをきいて母親が，「そうか何年かかっても頑張れよ。お前が話してくれて嬉しいよ。」と，言ってくれたことを伝えた。「泣いちゃいました。冷たいと思ってたけど子供の頃母が学校へいく私に言おうとしたら祖母に先に『いってらっしゃい!』と言われ声出すことできなかったそうなんです」と，母親らしい情愛を，育て難かった母の事情を察しようと言う気持ちも出始めてきた。

＃10　3-5-7　治療は，転換期にさしかかっているようだった。「風景構成法」と言う画

用紙に風景画をかいていただく絵画療法によって，自分の気持ちを見つめていただくことにした。川は，長野県を流れる千曲川が描かれた。その大河は，ゆったりと左から右に流れていた。それは，たっぷりとある心的エネルギーが内面から外面に向かって流れていることを表していた。田圃では，農夫が田植えの準備をしているところが，描かれていた。J子は現実適応を始めようとしているようだった。

＃11　3-5-28　それをうらずけるかのようにtuchingでクリトリスでのオーガズムを感じるようになってきた。挿入練習は，綿棒ならできるかも知れないと，思うようになった。

＃12　3-6-18　しかし，綿棒は半分までは入るが，それ以上は火が出るように痛い。

J子が実家に帰ると，祖母は「実家に来た時位，ほっとしてひっくりかえっていろ」というが，母親は，「自分は年中主婦しているのだから，自分の娘が来た時くらい手伝わせるのは当たり前じゃないか！」と，言う。J子は、女としてこういう母親になりたくないと思う。「子供が生まれて母親らしく出来るか心配」と言う。J子は，大姑の葬儀の時，姑が娘の着物の衿を，何気なく直したのを見て，「ああ。母親ってそうゆうものか」と思う。「あんな母じゃなかったら良かったのに」とも思うが，「婚家に生まれるわけにもいかなかったし」とも思う。

＃13　3-7-9　綿棒が2本，半分まで，タンポンも途中まで，夫の指も，初めて入れてみたら第二関節まで入った。心のつっかえを噛みほぐし，消化させては，挿入練習が進んでいくようであった。

＃14　3-8-6　しかし，それ以上が進まない。ただれているところにあたるような，焼けるような痛みがある。「長野の内診で精神的と言われたが，身体のどこか悪いのかもしれない」と夫も言う。以前拒否した内診をJ子は受け入れた。

＃15　3-9-12　外陰に触れただけで疼痛を訴え，内診不能。メンスはあるから網状の疑いあり。

＃16　3-10-9　J子の希望により，夫の立ち会いのもと静脈麻酔下にて内診したところ，処女膜に縦方向の中隔が認められ，一指挿入も不可。中隔切除。

＃17　3-11-12　挿入練習のため拡張器のうち細いほうから二段階が，スーッと入る。

＃18　4-1-2　拡張器は，残り二段階もスーッと入ったが，ペニスは痛いし，恐い。「まだ何かあるのでは」と，J子は言う。治療者は手術の痕跡を痛いと思うのではと思ったが，その日のうちに手術をした婦人科医に再診を依頼する。新幹線の中から嬉しそうな声で「何でもないそうです。がんばってみます」と，連絡がある。

＊　2月の最終月経後に妊娠。

＊　5月上旬，姑の作ったアスパラガスと手紙が届く。「11月に私達の赤ちゃんに会え

る日を今から楽しみに待っています」と，あった。

以上が，約１年間18回にわたるＪ子の治療経過である。これは，たまたま処女膜奇形とワギニスムスが，同時に存在した例である。さて，この症例が示唆するものは，未完成婚の主な原因が女性にある場合，心因の関与しているケースが多くカウンセリングが不可欠であるが，気質的な異常も見逃してはならないということでる。ただし，この場合，ワギニスムスに対するカウンセリングを行って初めてＪ子の気持ちが開き，内診が可能になったのである。そして今一つ大事な示唆は，Ｊ子は，幼いときから，大事にケアーされなかったという心の痛みを体で表していたのだが，そのからだの痛みに対して，夫も治療者も婦人科医も，十二分に応えた，つまり，夫は手術に立ち会い，婦人科医は中隔を見つけ，治療者は手術跡の痛みにも再診依頼をしている。このことで，Ｊ子は母のようにかたくなになる必要はない，甘えてもよいのだということをしっていったのだった。

この症例は，身体的なケアーと，心的なケアーの，共同作業の大切さを考えさせてくれたケースであった。

症例報告

同性愛で悩んでいる症例

ＪＡＳＣＴカウンセリング室
渡　辺　景　子

はじめに

近年同性愛は治療の対象にはならないといわれているが，筆者のもとに同性愛で長年悩み続けカウンセリングを求めて来室した男性がいた。

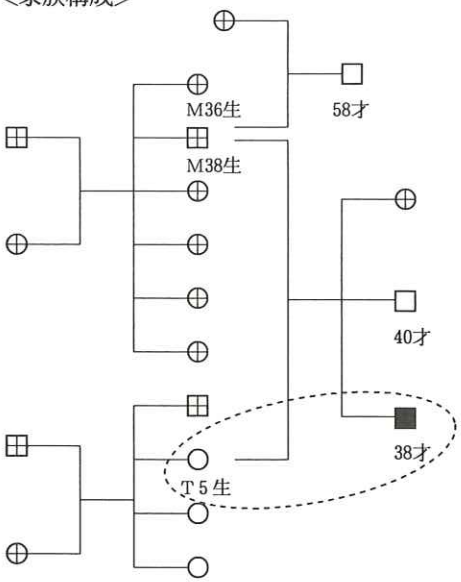
筆者は，この男性とともに同性愛の悩みをいっしょに考えていくということで，面接を引き受けた。しかし筆者の同性愛ケースの経験が浅いことからくる不安などもあり，初期の頃に症例研究会にも提出した。

その後２年以上にわたって面接が続けられているが，今回この症例を再度見直し，今後の方針を考えていく為まとめてみたので，この機会に報告したいと思う。

症　　例　Ｆ夫（38才）　公務員

＜主訴＞　同性愛で悩んでいる

＜家族構成＞



父：再婚。大人してく弱々しい。心筋梗塞で死亡。
母：働き者。心配性。
義　兄：既婚。独立心に富む。
姉：３才時に病死。
兄：既婚。自由奔放。
父方伯母：気が強い。老衰で死亡。
本　人：依存心が強い。真面目。

＜面接経過＞

第Ｉ期　＃１～９（1991.1～1991.3）

－導入期－

Ｆ夫はやや背が高く目鼻立ちのはっきりした顔つきであり，又頭には少し白髪がまじり始めた中年の男性である。初回のＦ夫は，コートの下は背広姿の真面目そうな印象で，治療者に丁寧に挨拶をした。来室理由について尋ねると，Ｆ夫は同性愛で悩んでいると語り，医療の分野に詳しい同僚に相談して日赤医療センターを教えられて電話をし，そこからＪＡＳＣＴカウンセリング室を紹介されたとのことであった。

Ｆ夫には小学３・４年生の頃憧れの男の子がおり，そんな自分をおかしいと思い始め，それをきっかけとして５・６年生頃になると，将来結婚できないのではないかと思うようになったという。又高校生の頃同級生に憧れの男性がいて，彼の弾くギターを夢見心地できいていた。高卒後彼の地方大学への進学で離れたが，その後Ｆ夫が就職してからは，仕事上出会った３～４人の男性に心をときめかせた。しかしいずれも一方的なＦ夫の憧れだけ

で，性的な関係もないとのことであった。一度だけ友に連れられてゲイバーに行ったことがあるが，違和感を覚えてすぐに出てきてしまったという。

そして今，同じ職種の中に憧れの人が2人いて，身体に触れてみたい気持ちはあるが，性的な関係はないとのことであった。

治療者が家族のことについて少し触れると，子供の頃から父方伯母に育てられたようなものという。母は忙しく，父は病気がちであり，その父もF夫が高校3年の時に死亡。又長年にわたってF夫を育ててくれた伯母も，一昨年老衰で死亡したとのこと。そして現在のF夫は独身で，母との二人暮らしであるという。

今回来室したのは，人生もそろそろ半ばとなり，この問題が解決できるものならばしていきたいと思うようになった為という。そして出来ることなら異性を好きになり，結婚もできたらいいと思うと語った。

治療者にはF夫の話し方が今ひとつ感情的な深みがないと感じられたが，それは離人感という程ではなく，ある程度の感情の動きはみられた。そして言語化能力は，かなりもっている人と思われた。そしてF夫がこれまでずっと同性愛で悩んできている為，治療者はその悩みをいっしょに考えていくということで，週一回の面接を引き受けることとした。

アメリカの精神医学協会が1987年に出版した，精神科疾患診断マニュアルのＤＳＭ－Ⅲ－Ｒにおいては，同性愛は性障害から全くはずされ発達障害として位置づけられることになった。これは社会・文化的な変化によるところが大きいようである。

はじめに述べたように，同性愛が治療の対象になるかどうかは別として，クライエントがそのことについて悩み，助けを求めてくるのであれば，やはりカウンセリングの対象になり得ると思われる。

2回目以降，F夫は約束の時間前には必ず来室しており，待合室ではじっと目をつぶっている姿が印象的であった。F夫は色々なことが思い出されるといい，子供の頃のことをよく考えるとのことであった。治療者は，焦らずにゆっくりと考えていこうと伝えた。

F夫からは伯母の話がよく出てきて，子供の頃からずっと手とり足とり過保護に育てられたという。F夫は大人しい子供で，伯母に買い与えられた人形などで，女の子とよく遊んでいた。ある時一回だけ伯母とおもちゃ屋へ行った時，F夫は黒い汽車を見て「欲しいなあ…」と思ったが，伯母の前ではついに口に出せなかった。しかしF夫にとってそれが，唯一男の子の要求だったような気がしたという。

それでも就学後は男の子とも遊ぶようになったが，F夫がケンカをすると，伯母はすぐに割り込んできて助けた。又3年生頃に男の友達と寄り道をして遅くなった時，伯母にひどく叱られて無理に謝らせられて屈服してしまったという。治療者が「伯母さんに負けてしまったのでしょうか－」というと，F夫は「嫌な気持ちだったが，それ以来男の子とはあまり遊ばなくなった」と語った。F夫が何かをやろうとする度，伯母に「危険」「不潔」といわれているうちに，F夫にとって自分から何かをやることは良くない結果につながるのではないかという漠然とした不安感がいつもあって，動けなかったという。

小学校で男の子と女の子が分かれる時期があり，F夫はそのどちらにも入れず宙ブラリ

ンの状態だったという。

父母の話も，F夫の口から少し語られた。父は6人兄弟で唯一の男性であり，祖父の代からの仕事を受け継いだ職人であったが，元来病気がちであった。F夫が小学4年時に父は胃潰瘍の手術をし，6年時には結核となり，中学3年時には脳軟化症となり，更に高校3年時に父は心筋梗塞で死亡した。一方母はいつも忙しそうに動いており，又父が大病をしてからは外へ働きに出て，F夫が就職するまで働き続けた。

しかしF夫にとって，そのような父母との良い思い出もほとんど浮かぶことはなく，育てられた記憶がほとんどないと語った。忙しい母はF夫の気持ちを受けとめ育てる余裕もなく，又弱々しい父は少年のF夫が成長していく過程で，同一化できる男性のモデルにはなり得なかったのであろうか。

今F夫が憧れている2人の男性のうち，A男は30才位で身体ががっしりしており，又明るくて大胆で独立心がある人。一方B男は暗い感じだが，男っぽさのある人とのこと。時々F夫より電話をして食事や飲みにいったりするが，相手が留守で電話がつながらないとそわそわして落ち着かないという。そして会えた時にはうれしくて，相手の身体全体・顔つき・しぐさまでがすばらしいものに思われて，心がときめいてしまうとのことであった。

F夫にとって男性像とは，「冒険的・自立心・大胆・危険なものへの立向かい」とのイメージであり，「そのように振舞えずにきてしまった」と語った。一方女性像とは，「消極的・従属的・楽で安全なもの」とのイメージであり，又「怖い存在で，意見を言うと打たれるとの思いがある」とも語り，「伯母は女性の象徴のようであった」と語った。

8～9回目の面接で，F夫は職場で初めて上司へ抗議をしたとの話をした。無責任な上司の態度に部下が不満をもち，それをF夫が抗議したことで上司が謝ったという。この話から怒りについて触れ，「子供の頃から怒ったことはほとんどなく，萎縮していた」と語り，「ちょっとした怒りを出せた時に，感情の生き々したものが感じられた」という。そして又「これまで，自分の感情をごまかしつつ生きてきたのかもしれない」と語った。F夫は色々なことを考えていくと自分が何故男性に憧れるのかに戻るというが，それは「やはり子供の頃に男の子としてやってこなかったことが，屈折した形で出てきているのかもしれない」と語った。

この頃もF夫とA男・B男との関わりは同じように続けられたが，次第にF夫は話題に窮するようになったといい，「もっと内面の話とかを出せればいいが，自分には人からの借り物しかない」と語った。そして「自分の経験があってないようなもの」と付け加えた。

治療者は，初回で感じたF夫のことばの感情的な深みのなさがこの辺からもきているのかと思われたが，又感情的な深みをもたないことでF夫がどうにか自分を保ってきたのではないかとも思われた。しかしF夫は借り物の自分に少しずつ気づき始めており，自分なりのものをさがそうと動き出しているように思われた。

この9回目の面接の後，筆者は症例研究会に提出した。これまでF夫の面接を続けてきたが，不安も少しあった為である。それははじめに述べたように，同性愛のカウンセリングの経験が少ないからでもあったろうか。こ

れまで筆者のところへ同性愛との悩みで相談にみえた人は，そう多くはないが何ケースかあった。しかし短期間でやめていく人，又は家族からの相談で，とりあえず話をきいてみることで終わりになる人が多かった。F夫のように積極的に治療を求めて，継続的に通ってくる人は少なかったからである。又提出理由のもう1つに，筆者はF夫の問題の大きさを改めて感じ，今後の関わり方についても話し合ってみたいと思ったからである。

研究会では，F夫が性対象として男性と女性のどちらを選択するにせよ，F夫なりに安定できたらいいのではないかと話し合われた。そして筆者は，F夫のジェンダー・アイデンティティの混乱の苦しみが和らげられるようにサポートしていくことが，有意義なことではないかという意見がでた。そして又，カウンセリングの過程で出されてくる様々な問題に対しては，F夫のペースでじっくりと付き合っていければよいのではないかという人もいた。

筆者もそのように考えてはいたが，F夫の「男性として女性を好きになり，又結婚もしたい」ということばと思いに目を奪われて，つい引っぱろうとしたりして焦りがあったのかもしれない。今後もう少し腰を据えて関わっていこうと，改めて思った。

第Ⅱ期　#10～38（1991.3～1991.10）

－新しい気持ちの芽生え－

この頃も相変わらずF夫からの誘いでA男B男との付き合いが続いていたが，次第にA男の方からも声をかけられるようになり，いっしょにイチゴがりや釣りなどに出かけるようになっていた。F夫の心の中では相手の胸や性器を見てみたいとの思いは強かったが，それを出すと相手に拒否されるとの恐れがあり辛うじて抑えていた。A男からの誘いがあれば，F夫はどんなに疲れていても又遅い時間であっても出かけていき，たわいのないおしゃべりをして，別れる時は後髪を引かれる思いで帰ってきた。しかし一方でF夫は，「相手は既婚者であり彼の枠の中で生活して壊そうとはせず，それを壊そうとしている自分はまぬけな男のようで，変な幻を見ている」とも語った。又この頃，女性のイメージについて「僕の経験していないような，女性のもつやさしさがあるのではないか」と語った。

F夫は職場の歓送迎会などで，趣味の絵やピアノを弾くことを頼まれて引き受けるようになっていった。そしてその1つ々の成果が，F夫にとっては存在価値を認められたように感じたという。

19回目に来室の際，F夫は風邪で声が出にくいとのことで，治療者は風景構成法という絵画療法を試みた。F夫は絵がうまく，構成力もしっかりしていた。ランドセルを背負った女の子が川べりを歩いて家へ帰るところで，川にはボートが浮かんでいたがまだ人は乗っておらず，又橋もかかっていたがもう少し上流まで行かないと渡れないようであった。

この頃F夫は「ひょっとしたら，子供のまま大きくなってしまったような気がする」と語り，又「まわりから世話されるままに適当に合わせてきて，操り人形のようだった」と語った。そして「今，自分なりの価値観が少しずつうまれてきそうな気がする」と語り，F夫の心の中で新しい思いが芽生えてきつつあるようだった。

そのような中，母が転んで怪我をして入院

した。この時，今までぼんやりとしていた母のことが語られた。母は4人兄弟の長女で，母の兄は肝臓ガンで死亡し，妹は乳ガンの手術をし，一番下の妹の息子2人は病死した。又父の兄弟にも触れ，6人兄弟だが皆病死したとのこと。F夫は小さい時から母に病気の話をよくきかされ，「病気の話を肥やしにして育ったようで，嫌だった」と語った。

母の入院中F夫は簡単な食事作りなどもして，「こうやっていると，最終的にはひとりで黙々と生きていかなくてはと思う」と語った。母は1ヶ月して治癒し，退院した。

第Ⅲ期　#39～63（1991.10 ～1992.3）

－伯母の夢－

この頃F夫は，伯母の夢をよくみるという。そして以前に夢分析に通ったことがあるが，夢だけでやってもと思い2～3回でやめてしまったとのこと。治療者は夢分析はできないので，F夫のもってきた夢に耳を傾けて少し連想をきく程度であるが，F夫は時々夢をもってきて語った。

子供の頃，伯母に助けを求めた夢。その連想として，F夫がひとりぼっちで淋しかった時，よく伯母に話をきいてもらったという。しかし一方で伯母からの苦労話も，よくきかされたという。伯母は6人兄弟の長女であるが，家が貧しく家計を助ける為に芸者となり，その後軍人と結婚をして台湾へ渡った。夫と死別してから2回再婚をし，その後又夫と死別。子供もなかった為，50才位の時にF夫の父が跡を継いでいた実家へ戻ってきたのであった。F夫が1～2才の，まだ幼い頃であった。

もう1つの夢は，外からヨボヨボの伯母が帰ってきて家の中へ入ろうとするが，悪い男女に引っぱられて入れないでいるところというものであった。その連想としてF夫は，伯母がヨボヨボになればなる程かばってやりたい気持ちと，その一方で伯母に育てられて悲惨だったという，伯母に対する両方の揺れる気持ちを語った。

このような伯母との関係はF夫の就職後も続き，伯母が職場まで弁当を届けに来て皆に笑われ，F夫はまだ伯母との縁は切れないのかと思ったという。そして伯母が年老いて病気がちになると，F夫はその世話をした。伯母は亡くなる間際まで，F夫の名を呼んでいたという。

F夫の話には夢を含めて伯母の話が多く，治療者には，これまでのF夫にとって母的なものは伯母であったのかと思われた。そして伯母に極めて強い情緒的影響を受けてきているようであった。

第Ⅳ期　#64～74（1992.4～1992.8）

－人々との交流の広がり－

この頃からF夫は，職場では人との交流も増え，気持ちが大分楽になったと語った。そして「ずっと夢を見てきて現実生活に一歩踏みこめず，就職もしたくなくて大学受験をしたが落ちてしまい，仕方なく競争が少ないことで選んだ」という公務員の仕事にも，少しずつ意欲的に取り組むようになったようであった。F夫の希望もあり，これまで休暇をとって来室していた面接を1回／wから1回／2wに切り変えることで話し合った。

この頃のF夫は，次第にB男との関係は遠のいていった。一方A男の胸にちょっと触れたり，又いっしょにトイレへ行った時に視線をチラッとA男の性器に向けたりしたという。

A男は怒ったが，その際F夫はこんな感じなのかと思い，「自分も同じようで，同じ男なんだ」と男性の仲間入りをしたように思えたという。

第V期　#75～84（1992.9～1993.1）

－母の入院，そして死－

母が10日間高熱が続き，肺炎の疑いで入院した。入院の朝も，母はF夫に任せておけないと家事を済ませてから家を出たという。

入院後も母の熱はなかなか下がらず，又診断もなかなかつかなった。F夫は仕事を終えた後，毎日母を見舞った。そしてベッドに横たわる母を見ていると，なんだか悲しい気分になったという。「なんだかんだいっても，自分はこの母にこれまで面倒をみられていたんだな」と思ったという。

そのような中で，母が急死した。やはり肺炎であった。死の直前までF夫と話していた母は，急に呼吸困難に陥り「苦しいゃ」と，もがいた。F夫はそんな母を見て「かわいそう…」と思って泣いた。母は涙を流すF夫に向かって「なぜ泣くの？」といい，又母は苦しみながらも，F夫の今後の面倒を誰がみてくれるのかを心配したという。F夫はそんなやりとりの後で亡くなった母の身体に取りすがって，大声をあげて泣いた。伯母が亡くなった時には涙が出なかったが，母の時には涙があとから々あふれてきてとまらなかったという。

そして家へ帰ると，母がまだ生きていて今にも帰ってくるような気がしたが，「やはりついにひとりになったと感じた」と語った。又気分は落ちこみ，今カウンセリングをうけに来ることがF夫の支えであると語った。治療者もあまりに急な母の死の知らせにことばがなく，F夫の母への涙と今のひとりのつらさに，ただ思いを寄せることしか出来なかった。

第VI期　#85～92（1993.1～1993.5）

－自立にむけての歩み出し－

このような中でF夫は，「今まであまり気にもとめなかった母の料理・掃除の仕方・布団干しなど，母との生活のひとつ々が思い出される」と語った。そしてF夫も又慣れない手つきながら母を真似て，質素ではあるが栄養素を考えた料理をし，休日には布団を干して，自分で実際的な生活をしはじめていった。

そして「今思うと，母自身はあまり食べずに，私の為にせっせと食事を作り続けてくれた」と語った。そういえば昔から母は，家族にまず食事を与え，母自身は台所の片隅でごはん粒を拾って食べているようなところがあったという。「伯母がケーキに例えて目立つ生クリームだとすれば，母はその土台のスポンジのようなもので，目立たなかったがいつも生活を支えてきてくれた」とF夫は語った。

F夫は今，現実の様々な対応に戸惑いながらも，なんとか自分の足で歩き始めているように思われる。

考　察

同性愛といっても，同性愛であること自体に悩んでいる人，同性愛自体よりも社会が容認しないことに悩んでいる人，又は同性愛で健康に暮らしている人，神経症的症状をもつ人など色々であり，一般論を述べるとは出来ないと思われる。

F夫の場合には同性愛であること自体に悩

んでおり，発達の段階ででてきたジェンダー・アイディンティティの様々な混乱から同性愛的な傾向になった，自我同一性の問題があると思われる。それがカウンセリングによって，ある程度の変化がでてきたものと思われる。それは以下に述べるF夫の「ことばと感情」の問題とは無関係ではないと思われる。つまり当初の面接では，F夫のことばが上すべりするように思われ，感情の希薄さが感じられた。しかしF夫は知的には優れており自己分析をすると，筆者はF夫のそれらのことばだけに応じてしまっていた面があった。

面接中期頃に筆者が，ことばが上すべりする感じを伝えると，F夫は筆者の思いを受けとめたようであった。そしてF夫は「今まで自分は，面接の場面で何を話そうかと，前もって一生懸命準備をしていた」と語った。それは，いつもかなり知的な自己分析であった。そしてF夫は，「先生が少しでも何かおっしゃると，それが何であれ，早く軌道修正して自分の予定していた話に戻すことに一生懸命になっていたのかもしれない」と語った。

この“魅力的”な自己分析は，面接場面への防衛であり，F夫の対人関係のあり方の一面であると思われる。このような知的で感情があまり感じられず，又人の介入を許さないあり方では，人とのあたたかい交流は難しいであろう。特に女性に対しては伯母との関係等から，依存への欲求と同時に不安・恐怖・嫌悪などがあり，交流が出来ないのみならず近づき難くなるであろう。このこととF夫の男性志向とは，密接な関係があると思われる。だからこそ筆者との関係において感情を伴った自然な交流が出来るようになるにつれF夫の同性愛傾向が完全に治ったとはいえなくても，減少していったのではないだろうか。

今後F夫が，男性との関係のみから脱け出して女性との関係をどの程度つくれるかはわからないが，カウンセリングに訪れた目的，すなわち人との関係において生きていけるようになることの第一段階は越えたのではないかと筆者には思われる。

おわりに

今F夫は，男性への強い憧れが少しずつ失せてきている。そして男性としての自分をも認めつつあるように思える。F夫の思い悩んできた結婚には至らないが，「今は結婚ということにこだわらず，女性とも自然な感じで話ができたらいい」といっており，それが大分できるようになったと語っている。

F夫は伯母の死後ようやく，伯母との関係を整理しつつあるといえようか。そして面接過程で母の死を迎えてしまったが，今母のことを思いその死を一生懸命に受けとめつつ，F夫なりに生きていこうとしているように思える。

治療者もそのようなF夫とともに，もうしばらくいっしょに考えていきたいと思っている。

編 集 後 記

93年度学会誌をお届けいたします。毎年のように学会誌の発行の遅れをお詫びしていますが，本年も誌面構成と財政面から苦労しつつ，遅ればせながら漸く発行にこぎつけました。

本年度から幹事会が定期的に会合をもって，本誌をはじめ学会の充実発展のために尽くしております。学会誌の内容も，ケース検討やカウンセリング報告を入れるなど新しさがでているかと思います。ただ，毎度のことですが，原著の投稿が少ないのが残念です。学会員数が少ないこともありますが，インポテンス学会と比べると学会活動も学会誌も質量ともに見劣りがします。性科学はますます重要性が増してきているだけに，今後，総合科学として学際的な色彩を深めながら，本学会も発展していくことが期待されます。

学会員各位の日頃の成果をまとめて是非ともご投稿頂くようにお願いします。また，学会誌へのご意見もお寄せください。

1995年度には世界性科学会が松本本学会長のもとに開催されることになっており，本学会からも野末理事をはじめ理事が大会役員に入って，会を成功させるべく努力しています。この会へも学会員各位のご協力をお願い致します。

学会では，定期的な症例検討を中心にした研究会の開催を企画しています。また認定セックス・カウンセラー制度へ向けての検討も始めました。学会編のセックス・カウンセリングのテキストも金原出版から刊行される予定です。

学会活動の活性化とともに本誌の充実を図っていきたいと思います。

（編集担当理事　河野友信）