

日本性学会雑誌第12巻1号 平成6年5月1日発行

日本性科学会雑誌

JAPANESE JOURNAL OF SEXOLOGY

VOL.12 NO.1 MAY. 1994

特集 セックスレス



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

巻 頭 言

JASCT会長 松 本 清 一

第12回世界性科学会の開催が来年の8月に迫って、組織委員会はセカンド・サーキュラーの今年8月配布を目指して、目下学術委員会を中心に活発な活動を行っている。

また、今年8月7-11日には第10回国際エイズ会議が開催され、そのサテライト・シンポジウムとして、日本性教育協会は文部省、日本学校保健会との共催で、8月5日東京の国立教育会館で「エイズ教育公開シンポジウム」を、6日には日本家族計画協会が、日本産婦人科学会、日本性感感染症学会との共催で、横浜のバシフィコ横浜で「エイズ時代の家族計画」を主題としたシンポジウムを開くなど、性に関する国際的学術集会が目白押しであり、この機会に広く性科学や性教育に関する最新の知識や情報を学び、世界の動向を探りたいと思う。

ところでわが国では、本誌でその特集を組んだように、最近「セックスレス」が大きな話題となっている。不妊症治療に当たっている医師の間では、若い夫婦の性交頻度の少なさに驚いているものは少なくない。未完成婚やインポテンスの増加も多くの医師やカウンセラーに指摘されている。1989年に1.57にまで低下して「1.57ショック」と呼ばれた、わが国の合計特殊出生率はその後更に低減し1993年には1.47に達した。このような出生減少の一因として、女性の未婚率増加、晩婚傾向、少産傾向などと並んで、男性の側のインポテンスやセックスレスも大きく関わっているのではないだろうか。

一方では、体外受精、顕微受精、胚移植、精子や卵の冷凍保存など人工的生殖技術はますます進歩し、生命倫理の大きな課題にもなっている。一体21世紀には、人の生殖はどうなるか、不安を感じるのは私だけではないであろう。

現在子供たちが「性交」について学んでいる場合はどこだろうか。おそらく親からでも、兄弟からでも、教師からでもなく、商業的ビデオからの学びが最も多いのではないかと思う。中学生や高校生がビデオ・ショップから堂々と借りたアダルト・ビデオを友人たちで廻し見しているのは厳然たる事実である。

夫が性交はするが膣の中に射精しないという新婚の妻からの訴えで、夫を呼んで聞いてみたところ、「お腹の上に出すのが当たり前ではないんですか」と答えたという、笑うに笑えない話もある。

ビデオが教える「性交」は、商業主義によって歪められ、誇張された扇情的な作り物で、真実ではないことが理解されていない。そのため、人間性や人間関係から遊離した、愛のない「快楽の性」がひとり歩きし、人間の性の正しい理解を妨げている。それは恥辱あるいは残虐性をもって扱われ、女性には屈辱や差別を、男性には抑圧やコンプレックスを与え、自然の性の営みによる温かで豊かな人と人との結びつきを理解させるのには役立っていない。これがセックスレス時代の到来に大きな役割を演じているのではないだろうか。

社会がもっと、このような商業的ビデオ教育の弊害に注目し、適切な対策を講じる必要があることを強調したい。

目 次

巻 頭 言	松 本 清 一 ... 1
1. 特集「セックスレス」	
「セックスレス」をめぐって	河 野 友 信 ... 3
セックスレスの概念と診断	
—10年間の外来統計から	阿 部 輝 夫 ... 5
セックスレスの概念と診断治療	渡 辺 景 子 ... 11
フロアからの意見	19
セックスレスの概念と診断治療に関する討論会	25
2. 専門家の観点からみた＜インポテンス概念＞に関する研究	島 村 忠 義 金 子 和 子 大 川 玲 子 ... 31
3. 症例報告	
勃起障害への夫婦療法	山 田 純 子 ... 39
ワギニズムスの症例	堀 一 子 ... 44
編 集 後 記	48

特集「セックスレス」をめぐって

PHR 財団ストレス科学研究所

聖路加国際病院心療内科

河野 友信

性の臨床に関心を持っている関係者の間で、性交渉のないカップルのことが注目されるようになって久しい。10年以上も前からのことかと思う。なんらかの理由で事例化・問題化したケースだけが対象になっているが、問題化せずに潜在している性交渉のないカップルの数は、そうでない数よりもはるかに多いと推測される。

なぜ性交渉のないカップルが増えているのか。なぜ性交渉がないのか。なぜこれが事例化・問題化するのか。また事例化・問題化しないのはなぜか。配偶者間で性交渉のないことには、どのような意味があるのか。事例化・問題化した場合どのようにしたらよいのか。この問題をめぐる課題は大きい。

性交渉があって当然の若い年齢なのにセックスレスであったり、婚姻関係の間ではセックスレスだが別の対象とは性交渉のもてる、疑似セックスレスのこともある。相手のセックスを拒否する言動で性行動の意欲を削がれたり、子どもをつくることに臆病なために、結果としてセックスレスになったりする例もある。概して男性には女性を征服するような逞しさや迫力がなくなっているし、女性では性開放が進んできた反面、性交恐怖の強い女性が増えている。

筆者は心療内科という臨床科の枠組みの中で診療しているが、セックスレスを主訴として受診してくるケースもあるが、他の疾患で

受診している患者のなかにセックスレスが多いのを知り驚いている。心身症や神経症などの発症や経過にセックスレスを含めた性をめぐる問題が絡んでいるケースは多い。罹病の結果、二次的にセックスレスに至る場合もある。丹念に性行動についての情報を集めれば、セックスレスのカップルは、表面化しているよりもはるかに多いのではないか。

セックスレスは、社会病理の表れでもあるが、ヒト遺伝子の生き残りを賭けた人口調節のための振る舞いの一つなのではないか。人間がよりよく生存するための無意識的な適応行動なのかもしれない。そう考えると、セックスレスも悲観的側面だけではない。

閑話休題。このセックスのないカップルの問題に精神医学の視点からメスを入れ、「セックスレス」ということばを最初に用いたのは、順天堂大学浦安病院精神科の阿部輝夫助教授である。「セックスレス」という用語は、ことばが時代状況にマッチしていたためか、急速に広がっていった。問題は、セックスレスをどのように定義づけるかである。セックスレスの概念は理解できるにしても、厳密に考えるとき、きちんとした定義をして診断基準を明確にするのは簡単ではない。性交渉のない期間や性行動の質をとりあげても、これを明快に決めるのは難しい。しかし、定義・診断基準をこのあたりではっきりさせておく必要がでてきた。

JASCT の 1994 年度の性治療研修会で、「セックスレス」をシンポジウムで取り上げたのは、セックスレスということばの定義や概念に混乱が見られることと、ことばだけが一人歩きしつつあること、実態はどのようになっているのかはつきりさせる必要が出てきたこと、などからである。

本特集は、JASCT の研修会での「セックスレス」というシンポジウムを基に編まれた。研修会ではいつになく質疑・討議が多かった。それだけこの問題への関心は高いことを

意味している。現在考えられるもっとも相応しい書き手に、その立場をふまえて「セックスレス」について書いてもらうことは、たいへん意義深いと思う。

「セックスレス」は、山形大産婦人科広井教授が主催される本年度の性科学学会でも、シンポジウムで取り上げられることになっている。本特集が、この学会での討論のたたき台になれば、シンポジウムは充実し成果も挙がるであろうと期待される。

セックスレスの概念と診断—10年間の外来統計から

順天堂大学医学部附属

順天堂浦安病院神経精神科・心身症科

阿部 輝夫

1. セックスレスの概念

1980年代後半から、結婚しているにもかかわらず、性から遠ざかっているカップルの増加に気が始めた。1991年、外来統計処理を行う都合上、セックスレス・カップル（以下SCと略）の定義づけを行い、同年の第11回日本性科学学会で報告した。その時は以下のように定義した¹⁾。

『結婚しているにもかかわらず、性交が行われていない場合がまずあげられる。すると期間の設定が必要になる。仮に結婚後同居しているにもかかわらず、身体疾患や特別な事情がないのに“1ヶ月以上”性交がない場合は病理と見なすことにしよう。また挿入ができてでも腔内射精が困難な場合も、生殖的な性ではもちろん、快楽的な性から見ても相手方に問題があり、SCのカテゴリーに加えたいと考える。次にパートナーの性的欲求に対してどのような表現方法にしろ応えられない場合はSCと言える。この場合、夫婦間の年齢的要素や生活状況なども考慮しなければならないが、やはり求められても“1ヶ月以上”セクシャル・コンタクトを持たず、回避や拒否がある場合は何らかの病理と相関しているものと思われる。セクシャル・コンタクトの中には、エロティックなキスや抱擁、性器への愛撫、オーラル・セックス、裸での同衾などがあげられよう。』すなわちSCを次のように定義してみた。

①性交不能(腔内射精困難も含む)

②セクシャル・コンタクトの回避、拒絶あるいは無関心

上記①②が共に1ヶ月以上継続した場合、セックスレス・カップルのカテゴリーに入る。

当日の学会で「1ヶ月とするのは短すぎる」との意見が出され、1992年、“1ヶ月”を“3ヶ月”に延長して再調査を行ったが、症例数に変化はなかった。このことは、何らかの性障害をかかえて当科のST（セックス・セラピー）外来を訪れる患者の多くは、その病理性のゆえに1ヶ月や3ヶ月はおろか、数年にわたって性的接触がもてないであることがしばしばであったためと考えられる²⁾。

その後“セックスレス”という言葉はマスコミの注目をあび、様々な報道のされかたによって一人歩きしてしまった感もある。

1994年JASCTの第23回性治療研修会でもSCはとりあげられ、諸家の関心をひき、活発な討論が行われた。そこでの御意見と5月16日JASCTの症例検討会（出席者：金子和子、大川玲子、山田純子、渡辺景子、堀一子、阿部輝夫）でのSCの定義についての討議を参考にさせていただき、1991年に行ったSCの定義を再考し、私なりに次のように再定義して、6月3日第35回日本心身医学会総会で発表した³⁾。

セックスレス・カップルの定義

特殊な事情が認められないにもかかわらず、カップルの合意した性交あるいはセクシャルコンタクトが1ヶ月以上なく、その後も長期にわたることが予想される場合。

すなわち、1991年の定義から、腔内射精困難をSCの範疇からは除き（足利・大川）、家庭内レイプのような一方的性交をも“性交”とみなさず（金子・渡辺・堀）、期間についても“1ヶ月”に幅をもたせるとともに、カップルがそれを問題視している態度も加味（山田）したものにした。

この定義に従って、過去10年間の外来統計とその診断分類、さらにSCの診断分類に

表3. セックスレス・カップルの診断

1. 勃起障害	51
2. 性嫌悪症	23
3. 性的回避	22
4. 性欲低下	16
5. 夫婦間葛藤	6
6. 性交疼痛症	9
7. アセクシャル・パーソン	5
8. 同性愛	4
9. 早漏	3
10. 性的知識不足	4
11. 腔瘻れん	3
12. 処女膜強靱症	1
計	147
	(48%)

ついて、表1. 表2. 表3. に示す。

表1. 10年間のセックス・セラピー外来統計

	～'85	～'86	～'87	～'88	～'89	～'90	～'91	～'92	～'93	～'94	計
性障害総数	22	17	16	13	21	24	24	42	49	75	303(100%)
勃起障害	6	14	14	13	14	13	19	19	18	34	164 (54%)
性的回避	1	1	2	0	1	2	3	0	6	6	22 (7.3%)
性嫌悪症	0	1	0	1	0	1	2	3	6	9	23 (7.6%)
性交疼痛症	0	0	0	0	1	0	1	2	1	4	9 (3%)
腔瘻れん	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	3 (1%)
セックスレス・カップル	9	10	5	9	9	11	11	24	19	40	147 (48%)

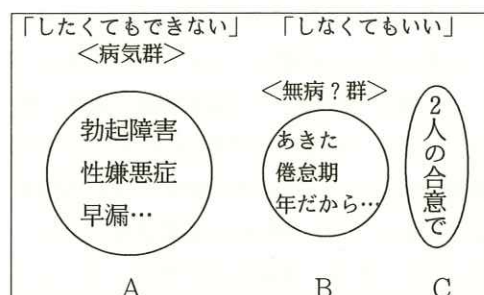
表2. 10年間303例の診断分類

1. 勃起障害	164 (54%)	10. 同性愛	6
2. 性嫌悪症	23 (8%)	11. アセクシャル・パーソン	5
3. 性的回避	22 (7%)	12. 性的知識不足	4
4. 腔内射精困難	19 (6%)	13. 腔瘻れん	3
5. 性欲低下	16 (5%)	14. 性同一性障害	2
6. 早漏	10 (3%)	15. フェティシズム	2
7. 女性のオルガスムス不全	9	16. 処女膜強靱症	1
8. 性交疼痛症	9	17. 男性オルガスムス欠如	1
9. 夫婦間葛藤	7	計	303
			(100%)

マスコミではSCの急増が騒がれているが、表1に見るとおり、10年間に147例のSCが認められ、性障害者総数303例の48%を占めている。たしかに年々SCの実数はふえているが、年間の性障害者数との比率でみると毎年約50%であり、増加は認められなかった。

しかしここでとりあげたSCは何らかの性的問題があり、治療を求めて来院したものが

図1 セックスレスの3グループ



ほとんどである。すなわち図1に示したように「したくてもできない」病気群のグループ(A)である。また、ごく少数であるが「2人の合意でセックスはしていなが、子供が欲しい」と相談にくる「しなくてもよい」グループ(C)も認める。これは2人とも困っているわけではないので、“無病”とせざるを得ない。これらの2つのグループの他に「あきてしまった」「倦怠期」「年だから…」との理由でセックスレスになっている“無病?群”のグループ(B)があるがこれは世間には大勢いることが予想される。彼らは「しなくても困らない」と来院もしないが、それがカップル2人の本心なのかは疑わしいし、よく話をきいてみれば、“病気群”の何らかの性障害をかかえている可能性も考えられる。

気がかりなのは(C)グループである。“無病”

と診断していたので統計には現れていないが、これまで約10カップルぐらい来談し、しかも1回だけの面接なので詳細は分からない。彼らは性を嫌悪するわけではなく、興奮相やオルガスムス相にも問題はない。共通した彼らの主張は「どうして手間ひまかけてセックスする必要があるのか。マスターベーションで手軽に処理すればいいことではないか。仕事の他にもやりたいことは沢山あって時間がもったいない」である。

このように彼らはすこぶる合理的で、自分の目標達成のために邁進し、その障害因子や無駄に対して徹底した回避や排斥を行い、その結果生じる対人関係のトラブルに対して無関心でいられる傾向がある。他者配慮に欠けロマンスの心にうすい人達であるという印象を持っている。面接してみても何らかの明らかな精神疾患に由来しているわけではないが、対人関係での深い病理性を持っているような気配を感じさせられることが多い⁴⁾。

2. セックスレス・カップルの病因

表3に示したSCの診断から症例数が多く、男女にそれぞれ代表的だった勃起障害と、性嫌悪症の2つをとりあげて説明を加えることにする。

1) 勃起障害は、164例中SCに該当するものが51例で、31%にあたり、SC全体の1/3を占めている。164例の内訳は表4に示す通り、82%が心因性であった。外因性と器質性をあわせた18%、29例はいずれもセクシャル・コンタクトは保たれておりSCのカテゴリーに入らず、SCであった51例は全て心因性の勃起障害者であった。

表 4. 勃起障害の病因

心 因 性 (82%)	予期不安	54 (40%)
	不安発作	13 (10%)
	軽うつ状態	12 (9%)
	不妊外来	11 (8%)
	ターン・オフ	10 (7%)
	夫婦間葛藤	8
	性恐怖・回避	6
	近親相姦恐怖	5
	性的知識不足	5
	多忙・ストレス	1
	(パートナーなし	10)
	小計 135 (100%)	
外 因 性 (13%)	向精神薬	7
	タバコ	6
	降圧剤	5
	抗潰瘍剤	3
	小計 21	
器 質 性 (5%)	腰椎ヘルニア	5
	糖尿病	1
	包茎	1
	老齢化	1
	小計 8	
合計(100%)		164

以下それぞれの病因について説明する⁵⁾。

a) 予期不安：「今夜はうまくいくだろうか」という不安がこれである。つまり過去に勃起せず、性交に失敗してしまった状況を思い出し、再度失敗することを恐れて、不安・緊張が高まっている状態である。最初の失敗時のパートナーの反応のあり方や本人がその時の心理をどう処理したのかなどがその後の経過に重要な影響を与えるが、失敗が繰り返されることで、予期不安もさらに増大し、性交の場面になると、その不安がいつも同じパターンで出現し、おどりの神経回路に伝達され、条件反射的に勃起を損なってしまうわけである。

b) 不安発作：パニック・ディスオーダーと呼ばれる方もポピュラーになってきてい

るが、突然動悸、息切れ、発汗、四肢の硬直などに襲われ、救急車で内科に運ばれるが、諸検査で異常所見を認められないものである。不安発作に襲われた患者に共通していることは、死の恐怖を体験している点である。したがって彼らは動悸や息切れに対して過敏となり、またあの発作が起こりはしまいかと、予期不安が高まっている。性交時も当然動悸や息切れが伴うため、不安発作を誘発してしまう恐怖感が勃起障害を起こしてしまう。彼らは性交のみならず、それまでやっていたスポーツや外出なども回避してしまう傾向がある。

c) 軽うつ状態：うつ病が意欲・食欲・性欲共に低下させることは周知のとおりである。現在増加しているのはうつ病としての治療までは必要ないが、慢性的な疲労状態にあり、気分もすぐれず、意欲も若干低下しているという軽度のうつ状態である。彼らはとにかく休養をとることを希望し、疲れる性行為などはもってのほかだと考えている。つまり性欲相が損なわれているために二次的に勃起障害を来している群である。

d) 不妊外来：妻が不妊外来に通院中で「何月何日に性交して来なさい」という指示を受けるが、それを契機に勃起障害となった群である。彼ら1人1人の心理構造に差異はあるが、欲情を伴わない押しつけのセックスや種馬的で歓楽を無視した生殖のみの性を嫌っての現象と考えられる。ただし、彼らが洞察に至ることは少ないが、妻の腔に残した精液を診られることで、間接的に自分達の性行為を窃視されてしまう不安をもっていることは確かである。また一部には、妊娠・出産を決断しかねて迷っている例も一部含まれている。

e) ターン・オフ : ターン・オフ・メカニズム (turn off mechanism) を提唱したのはカプラン⁶⁾で、自らの性欲の火を無意識のうちに“スイッチを切って”消してしまっている現象を指している。つまり、性的な雰囲気を感じそうになると、明日の仕事を考え始めたり、パートナーの身体的欠点に意識を集中させたりする。これは性行為に伴って生じる不安に対する一種の防衛と考えられる。あえて否定的なイメージに集中することによって、反性的な状況に自分をとどめたり、燃え上がりそうな火を自ら消してしまうのである。彼らは性的感覚を自ら排除している事実には全く気づいてはいない。このターン・オフを行う時期が、勃起反応が終了した後であれば、遅漏や陰内射精困難などの症状を選択して出現することとなる。

このように心因性勃起障害の病因の各項目をながめてみると、いずれも何らかの不安と関連していることが分かる。つまり予期不安はもとより、不安発作の身体不安や死に対する不安、不妊外来での窃視不安、ターン・オフにみられる不安の防衛メカニズム、近親相姦のような原始的不安、そして性恐怖群などはすべて不安が第一義に作用して勃起を損わせている。これらの各病因をひとまとめにして不安障害因子と呼ぶならば、125例(パートナーなしを除く)中99例(80%)がこれに該当し、心因性勃起障害のかかなり多くの部分に何らかの不安が関与しているといえることができる。

2) 性嫌悪症はこの10年間に23例(うち1例は男性)あり、当然のことながら全例がセックスレスの状態にあった。本症の定義である“パートナーとの性行為が予期されると

強い否定的な感情が起き、性行為を回避するほどの恐怖や不安が生じる”⁷⁾からわかるように彼らは、性的な雰囲気を感じさせない状況下でのボディ・コンタクト(買物で腕を組む、並んで坐るなど)は平気であるが、性的状況に進行しそうなコンタクトは一切拒否してしまう。性を除く日常生活では夫婦仲が良いケースの方が多く、患者自身、性を嫌悪していることを治したいと願っている。

性に対する嫌悪は一部には生来的なものもあるが、かといって同性愛傾向があるわけではない。多く性嫌悪症は何らかの直接因があって発症している。夫婦喧嘩、妊娠中絶手術、難産、死産、夫の浮気、不妊外来、夫の勃起障害などがあげられる。結婚後未完成婚のまま8年を経過していたカップルがあった。予後は約50%は改善したが離婚となったものも数多い。

尚、本症については、腔痙れん、有痛性交などとの関連も重要になるので後日検討することにする。

文 献

- 1) 阿部輝夫: セックスレス・カップルと回避型人格障害, 日本性科学会雑誌, 8(2), 10~23, 1991
- 2) 阿部輝夫: セックスレス・カップルと回避型人格障害, 精神療法, 18(5), 21~29, 1992
- 3) 阿部輝夫, 犬塚峰子, 江渡 江: ノン・エレクト法による心因性勃起障害に対する治療成績——10年間の外来統計より, 心身医学, 34(4), xxxiii, 1994
- 4) 阿部輝夫: “性の砂漠”は心の砂漠, 性をめぐる基礎知識, 37~42, 自由国民社,

東京, 1994

- 5) 阿部輝夫：勃起障害に対する精神面からの治療, 臨泌, 47(9), 667～672, 1993
- 6) カプラン：図解セックス・セラピー・マニュアル(阿部輝夫監訳), 星和書店, 東京,

1991

- 7) ICD-10 精神および行動の障害 診断と治療ガイドライン(阿部輝夫監訳)医学書院, 東京, 1993

セックスレスの概念と診断治療

JASCT カウンセリング室

渡 辺 景 子

今回のテーマは「セックスレスの概念と診断治療」ということであるが、筆者はカウンセリングの立場からこの問題について述べてみたい。

セックスレスの現象は、最近とみに話題になっている。特にこの1～2年は、若い母親たちの育児雑誌や女性誌等にも多くの投書が寄せられ、特集が組まれているときいている。

JASCT カウンセリング室は1984年に開かれ、筆者は1986年から所属している。筆者がセックスレスの問題に強い関心を抱くようになったのは、1989～90年頃である。それまでは、カウンセリングを始めてから少々期間は長くかかって、性の問題解決の方向へ向かっていくカップルが多かった。しかし次第に、性の相談で来室しても性の問題に焦点を当てにくいカップルが目立ち始め、治療の困難性を感じていた時期であった。この中にセックスレス・カップルも多く含まれていた為、筆者なりに定義等幾つかの点からまとめてみるようになった。

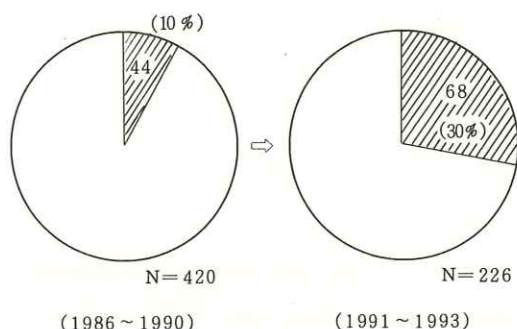
今回は、前半においてセックスレスの現状・定義・原因・治療法について述べ、後半は症例を紹介したい。

現 状

セックスレスの相談がどの位あるのか、又、最近の傾向として増加しているのかどうかを調べてみた。JASCTの相談の中で、主訴だけからみて性関係がなくて悩んでいる人は図

図1 セックス・レスカップル(主訴)の比率

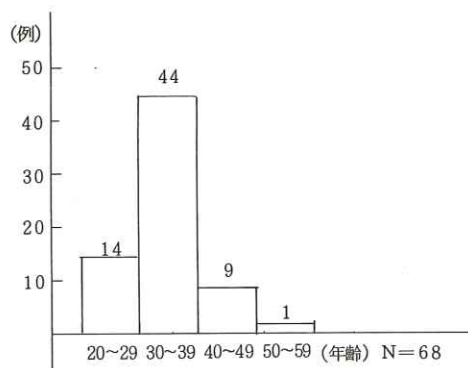
(新規相談者数)



1に示す通りである。

(主訴は1人で複数のこともある)
1986～1990年の5年間では、新規相談者数420例中44例で約10%であった。その時点では、増えているのかどうか定かではなかったが、現場の印象として増加傾向にあるのではないかと考えていた。そして今回、1991～1993の3年間で調べてみると、新規相談者数226例中68例で約30%になっていた。筆者としては、この数値をかなり高いものと捉えている。又これはあくまで主訴における数値であり、他の主訴で来室した場合でも、内容をきいてみるとセックスレスの問題が大きいのと思われるカップルを含めるとこれ以上の数になる。今後統計的かつ内容的に詳しく調べ、今年10月に開催される日本性科学学会において発表予定である。

図2 セックスレス・カップルの年齢別

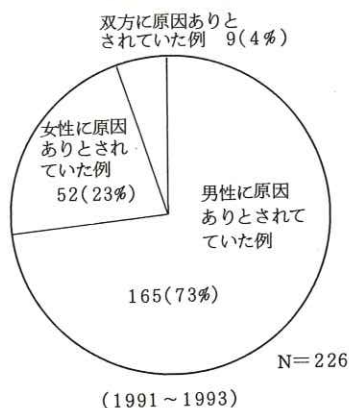


(1991～1993)

セックスレスの主訴で来室した相談者68例中の年齢別・男性と女性の原因別と来室の仕方について調べてみた。年齢別では図2のように、30代が44例(65%)と最も多く、20代が14例(21%)、40代が9例(13%)、

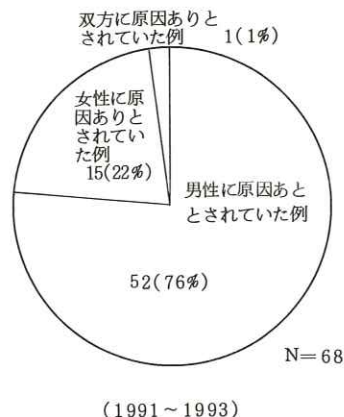
図3 男女原因別

(新規相談者数)



(1991～1993)

(セックスレス・カップル)



(1991～1993)

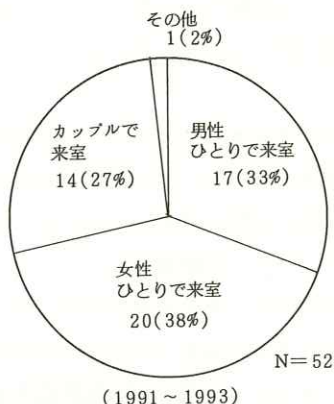
50代が1例(1%)である。30代が多いのは、1989～1990年度についての調査時と変わらない。これは、残された出産可能年月が少なくなっているとの不安や焦りが2人の関係性に影響を及ぼし、来室に至るケースが多い為ともいえる。

次に図3で、男性・女性どちらの問題で来室しているのかをみてみよう。まず、新規相談者数226例中男性の問題で来室したのは165例(73%)、女性の問題で来室したのは52例(23%)、双方の問題で来室したのは9例(4%)である。これらの全体の状況を比較しながら、セックスレスの主訴をもつカップル68例についてみてみたい。男性の問題で来室したのは52例(76%)、女性の問題で来室したのは15例(22%)、双方の問題として来室したのは1例(1%)である。これで見ると両者とも同じ傾向があり、男性に原因ありとされるケースが70%を超え、圧倒的に多い。

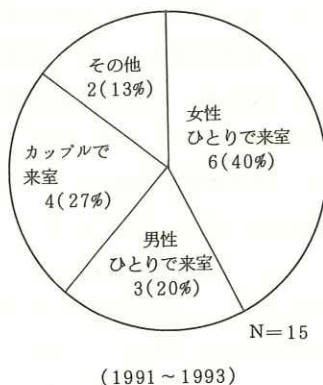
男女原因別の来室の仕方については、図4に示す通りである。男性に問題があるとされる場合、男性がひとりで来室するのは52例

図 4 男女原因別の来室の仕方

(男性に原因ありとされる)



(女性に原因ありとされる)



中17例(33%)にすぎない。残りの35例は、男性がパートナーに連れられて来室するか、又は女性のみ来室などである。男性は他の問題でも同じ傾向があり、自分に問題があると思われる場合でも自らの意志による来室率は高くない。時には男性がひとりで来室することもあるが、それは別居や離婚を含む2人の関係性の危機が差し迫った時が多い。

一方女性に問題があるとされる場合、女性がひとりで来室するのは15例中6例(40%)である。残りの9例は、女性がパートナーに連れられて来室するか、又は男性のみの来室などである。女性は自分に問題がある場合、一般的には自らの意志で治療を求めてくる傾向が男性より強いといえる。しかしセックスレスの問題に限っては、ひとりでの来室率はそう高くない。これは、この問題の性質を表しているといえよう。

定 義

セックスレスとは一体どういうものなのか。いわゆる定義はまだ一定していない。筆者は「2人の間でセクシャルな行為が1年以上ないもの」としている。その為、「2人がセクシャルと思う行為があれば、例え未完成婚であってもセックスレスとは考えない」とする。尚期間について1年以上としたのは、以下の理由による。1989～1990年度の調査において1～3年未満のケースが最も多く、かつ原因の重なり合いや双方の絡み合いも多くなることから、1年以上になると状態が固定化してきている為である。しかし一方で「1年では長いので、半年位にしたらいいのではないか」との説もある。筆者としても、1年に到るまでにセックスレスの状態が2人の間で深刻化していることを考慮に入れ、半年～1年位で検討中である。(注1)

原 因

セックスレスの表面上の原因としては様々なことが考えられるが、筆者は状況から捉えて大まかに5つに分類してみた。

①結婚初期の失敗など、直接的な原因によるもの。

例えば男性のインポテンスや射精遅延・

女性の性交痛、又はお互いの性知識不足でおこるケース。

②生活上の具体的な原因によるもの。

例えば仕事上のストレス・過労・転勤、又は妊娠・出産によりおこるケース。他に、男女平等意識の広がりにより生活上も男女関係が変化してきている為や、親との同居・長期的な親の老後の看病等でおこるケース。

③性交拒否によるもの。

例えば女性のワギニズムスでおこるケース。その背景には強い性恐怖があることが多い。又性交痛を訴える人の中に強い性嫌悪があることもあり、それをパートナーの原因にして拒否するケースもある。他に男女共に、結婚してみたがパートナーを好きになれない、あるいは結婚後パートナーを異性としてみるのが出来なくなった為や、高齢を理由に拒否するケースもある。

④特にはっきりとした原因がなく、新婚1～2週間で全く試みようと思わずその後も、ほとんど同じ状況にあるもの。

例えば性欲不振で元々異性との交際の経験も少なく、本人もあまり結婚する気はなかったが、親・兄弟・親戚のすすめで結婚してすぐこの問題がおきたケース。又時には精神的な問題を含んでいるケースもあり、そのような場合にはその治療を先にしようとしている。

⑤やむを得ぬ原因によるもの

例えば単身赴任や長期入院などによりおこるケース。

以上①～⑤まであげてみたが、⑤は病理によるものではないのでここでは省くことにす

る。①～④については、次第に病理が深くなると考えられる。しかし最近の傾向として、①のような比較的健康な部分のあるケースでも、ささいな失敗で試みすらやめてしまうなど健康度が低くなってきている。

治療法

上記のようなセックスレス・カップルに対する治療法としては、他の問題における性治療と基本的には同じである。それはカップルを一単位として、行動療法的アプローチと精神療法的アプローチを組み合わせで行う。その際、カップルの治療への取り組み方が大切である。カップルの双方が問題意識をもっている場合には、治ってゆくことが多い。しかし、一方は深刻に悩んでいるのかかわらずパートナーの問題意識が薄かったり、問題から逃避してしまう場合には、治療に困難性がつきまとう。最近の傾向として、後者が増えてきていると感じる。又双方の原因が絡み合ったり、双方の親が入りこんでくるケースも増えており、2人の問題が複雑化して本質がカップルにみえにくくなってきている。

性というまだまだ性行為だけをイメージしがちであるが、これらの根本にある問題は性行為だけでなく2人のコミュニケーションの問題である。それは個々人の考え方・価値観・生き方を含む幅広いものである。性を含む安定した関係を築いてゆく為には、幼い頃から人との交流の中で、十分に感情を育てることが大切である。具体的には、保護されているという安心感・スキンシップ・生き生きとした感情のやりとりなどが、それを育てるのである。

最近のセックスレス現象の広がりには、“セックスレス”ということばが流布し、人々が自

分たちの問題と結びつけて考えるようになった為ともいえよう。しかし筆者は、ことばの広がりのみでなく、社会のすそ野にセックスレスの問題すなわち人間の関係性の希薄さの問題が少しずつ浸透してきているように思える。それだけに、この問題は根の深さがあるのではないかと憂慮している。又この現象が日本独自のものではないかとの話もきいているが、他の国々における状況を知りたいと願っている。そのことは今後、我国のセックスレス現象を様々な角度から考えていく為の大事な視点ではないだろうか。

以上セックスレスについて述べてきたが、ここで症例を紹介したい。

＜症例＞

A子（28才）主婦・A夫（31才）公務員
初回面接―主訴と経過

初回、A子がひとりで来室した。主訴は「結婚して1年3ヶ月経つが、性生活が全くない」ということだった。A子の印象としては、おしゃれのセンスがよく、又明るく知的な感じがした。しかし、来室に到る経過を語り始めるとまもなく、A夫との結婚以来の生活が思い出された為か、A子の目から涙があふれてきた。A子はひとつひとつのことばをかみしめるように、しかし一方ではあふれる思いを押さえ切れないかのように語っていった。

A子の話によると、A夫との出会いの場は、ある結婚相談所であった。A子は親と相談して入会し、それまでも10人以上の人とお見合いをしたが、今ひとつ気持ちが動かなかったという。しかしA夫と出会った時には、彼がどこかとても魅力的な感じに思えたという。

又A夫は海外への興味が強く近々仕事上でも留学予定との話に、A子も短期留学の経験がある為意気投合し、2人は3ヶ月後に結婚することにした。しかし、結婚するにあたりA子は“妙な自尊心”から周りの人たちには知人の紹介で出会ったことにしたいと思ったという。A夫にそのことを話すと彼も妥協し、2人は友達にも「知人の紹介で出会った」と伝えた。

結婚後まもなく、2人はA夫の留学の為渡米した。しかし2人の間には、結婚当初から性生活が全くなかった。A夫はたまにA子の身体に少し触れてくることはあっても、それ以上は決してすすもうとしなかった。一方A子の方も不安を感じてはいたが、A夫に対し言い出せずにいた。3ヶ月後、A子はようやく意を決して、A夫に性交渉を求めてみた。しかしA夫からは、「焦らないで」と断わられてしまったという。A子はA夫の拒否の理由がわからずきいてみたが、彼はただ黙るばかりであった。A子はどうしたらよいのかわからず、不安が強まると泣き叫ぶか、又はお酒を飲んだ勢いでA夫に訴えるしかなかったという。するとA夫も感情的になり「俺は不能ではない」と叫び、2人の関係は日増しに緊張を強めていった。

結婚して10ヶ月後、A子は日本に住むA子の両親に電話をして、A夫が性生活をもとめとしないことを訴えた。両親は驚き、父からはA夫宛に長い手紙が届いた。その手紙には、カウンセリング等をうけてほしい旨記されていた。しかしA夫は「あくまで2人で考える問題」として、動こうとしなかった。その後もA子の父から再三再四手紙や電話がくると、A夫はようやく、「結婚相談所での出

会いを隠したことが引っ掛かるが、妻は話し合いに応じない」といい出した。そういわれてA子が考えてみると、これまでもA夫から話し合いを求められ、その内容がいつも結婚相談所の件だと思い当たった。A子にとってそのことは別段気にかかるものではなかったが、A夫にとっては「友人に事実を隠した」ことになり、「友人に顔も合わせられず早く日本を逃げ出したかった」程大きな問題だとわかった。更にこの件は、A夫が性生活をもとうとしないことに深く影響していると知り、A子のショックは大きかった。A子は「こんな風になるのなら、夫に知人の紹介で出会ったことにしようと妥協させなければよかった」と後悔したが、一方では「今更どうしようもない」との気持ちだった。2人がいくら話し合おうとしても堂々巡りで感情的になり、A子は憔悴の末、引き止めるA夫のもとから逃れるようにして日本に帰ってきたという。

しかし帰国後すぐ、A子の両親は「A夫の誠意が感じられない」との理由で、一日も早い離婚をA子に迫った。両親に早期決断を求められると、A子は「心がぐらぐらと揺れ、いくら考えようとしても自分の気持ちが益々わからなくなり、本で知りカウンセリング室へきた」ということだった。又A子は「3週間後の米国行きの飛行機のチケットをとってあるが、夫のもとへ戻るのかどうかもまだわからない」と語った。筆者は、A子の大波に揺られたような1年3ヶ月間に及ぶ結婚生活に思いを巡らし、「短い期間かもしれないが、性の問題や今後のことについて考えていければ」と提案してみた。A子は「ぜひ来たい」と希望し、少しほっとした表情で帰って行った。

2回目の面接—セックスレスの原因

2回目に来室した際、A子は面接においてA夫やA子自身のこと、及び双方の親のことについて語った。その中で次第に、2人のセックスレスの原因や問題点が、A子や筆者にわかってきた。

A夫については「何事においても人に頼らずやってきた人で、結婚前の10年間もしっかりとひとり暮らしをしてきた。親にとっては、自慢の息子であった。又夫は凝り性でひとつひとつの事をじっくりとやるタイプであり、金銭面でも厳しくバカ正直で真面目な人である」ということだった。それに比してA子自身は「結婚までずっと親元で暮らし、色々な面で親に頼ってきた。結婚相談所への入会もその1つで、親の方も過保護と思える程に動いてくれた。その為か、何かをひとりでやることには不安があり、例え新しいことを始めても途中で諦めてしまうところがある」ということだった。

このような2人の相違は、結婚後の生活の仕方やお金の使い方にも表れた。例えばA子が、部屋を美しくして食事を楽しもうとしたりA夫に手編みのセーターを編んでも、A夫の反応は少なかった。一方A夫の方からは、食事は冷や飯でもいいから話し合いを求めてくるようなところがあった。

何事につけ食い違ってしまう2人であったが、A子は「もしかしたら、私と夫は人との付き合い方が似ているのかもしれない」と語った。それによると「夫はたくさんの友人と付き合い合っているが、肝心な事は話さない人。私自身も外見は明るいですが、人付き合いには神経をつかい、自分の本音の部分は出さないできた」ということだった。又A子は、「夫は弱

さを私の前で出し、自分には能力がなく今回の留学もギリギリのところで行っているという。しかし私から見れば、夫は大変な事でも投げ出さずにやり抜くところが偉いと思う」とも語った。

この後、筆者とA子は次のように話し合った。A夫は、結婚と海外留学という人生の大きな2つの転機を、ほぼ同時期に迎えた。真面目で努力家のA夫であるだけに意欲や期待を抱く一方で、これまでにない環境の大きな変化に柔軟に対処できず、ストレスが高まっていた。一方A子の方も、親元から初めて離れて不安が大きかった。又A子は2人の新生活やA夫の性の問題にうまく向き合えず感情的になり、2人の関係の緊張をより強めていった。このような状況が、2人の性的な問題と関わりが深いということを、A子は気づいた。

更に筆者には、A夫のセックスレスの原因が、親密な人間関係からの逃避に根ざしていると考えられた。その背景には、A夫自身はどう育ってきたのかという生育歴の問題がある。A夫は放任主義の親にとって自慢の息子ではあったが、幼い頃から親との関係において、十分に生き生きとした感情を育てることが出来なかったのではないだろうか。そしてA夫は、自由な感情を出すことで傷つけ合うことを恐れていた。しかし、快い性関係をもつということは、自然な感情の交流である。そこでA夫は、性を拒否することによって、彼自身の不安や恐れが増幅することを防いでいたのではないだろうか。それ故A夫の場合には、根本的な形の障害、いわゆるセックスレスとして表面化したのであろう。一方A子の方は、結婚によって親からA夫へと依存の

対象を移し、何かと彼に頼ろうとした。しかしA子には、A夫が性を含めて何事においても受けとめてくれず、逃げていくように感じられた。次第にA子は不安感が増大し、A夫に向けて怒りの感情を爆発させるに至った。このようなA夫とA子の対照的な対人関係のとり方が、2人の間でセックスレスの問題をより深刻化させたのではないだろうか。

A子は2人の関係をみつめていくにつれ、「私は夫の要領の悪さやバカ正直さに魅力を感じたのかもしれない」と語った。又結婚については、「私自身ひとりで生きていく勇気がなかったから、踏み切ったのかもしれない」と自分の弱さをみつめるように語った。今回帰国して再び親の元へ戻ってみると、結婚前とは違う自分を感じるということだった。筆者には、A子がA夫との関係の中で深く悩みながら、彼女自身を変化させてきたのだらうと思えた。このことは、A子が親に離婚を迫られた時初めて親から精神的に離れ、自分自身で迷いながらも考えようとしてカウンセリング室を訪れたことからわかった。

3回目の面接－A子の選択

3回目に来室した時、A子の様子は随分落ち着いてみえた。現状として、母からはA夫への連絡を止められ、又父からは仲人のところへ話しにいこうとすすめられていたが、A子がストップをかけているということだった。このような中、A夫から電話があり、久しぶりに3時間もの長い間話をしたという。それによると、「夫は離婚したくないといい、私自身も2人の関係をまだ諦め切れないところがある。又そう簡単に諦めてはいけないことを、これまでの結婚生活の中で夫に教わったように思う」ということだった。そしてA

子は、米国のA夫の元に戻ることにしたといい、今後十分話し合ってみたいということだった。7ヶ月後にはA夫の留学期間が終わり帰国予定である為、一応その頃をメドにして2人の解決策を見い出す努力をしてみたいという。しかしそれでもA夫が性の面で何ら行動しない場合には、A子としても将来を考えると不安であり子供も欲しいので、「離婚も考えたい」と語った。

最後にA子は、「夫の性的な問題の意味をもっと早くに理解できていたら、私自身もう少し落ち着いて対処の仕方を見い出せたのかもしれない。しかし日本に帰り、セックスレスの問題がいかに大きいものかが、本や女性

誌等を見てわかった。そのことで、これは自分ひとりだけの悩みではないと知り、ほっとした。」と語った。

A子は、彼女なりに当面の方向性を見い出し、米国へと旅立っていった。

（注1）上記は講演の内容である。その後JASCT症例検討会での討論を経て、期間の定義は、治療的な意味において3ヶ月位にした方がよいのかと考えている。

付記

これは第23回性治療研修会の講演に、若干加筆したものです。

フロアからの意見

1994年4月24日の性治療研修会では、阿部輝夫氏と渡辺景子氏の講演の後、フロアを交えての討論の予定でした。討論という形にはなりませんでしたが、フロアからの発言があいつぎました。様々な側面からの意見で、大変参考になると思いますので、その記録を掲載いたします。

河野*¹：長田先生いかがでしょうか

長田*²：SL(SL=セックスストレスの略)の期間が、長くなればなるほど男女の関係が複雑となって予後が悪くなる。だから、悩んだら早くきてほしい、と常に言っている。その立場から言えば、一年間もどうにか成るだろうと放っておくよりは、早目に来てもらいたい、期間は短い方が良いだろう、そう考えている。また、SLという概念は非常に幅広い。こういう定義を一律に決めることは、困難ともいえる。幅広く捉えて頂いて、そして二人の関係がくずれると言う立場で何かまとめるのがよろしいかと思います。

河野：性交渉のない期間はどの位とお考えですか。

長田：はっきり言って1ヶ月も無いのはおかしい。

武田*³：期間と内容と言う2点ではおっしゃったが、もう一つ社会的には、教育的には、本

人がそれをどう考えるかという事が大きい意味がある。たとえば、健康の定義も客観的には身体障害があるから不健康だと思っても、本人がそれを健康と想着ていれば、それは健康だと考えるふうに変わって来ている訳でして、医学的には治療指針とするためにはなるべくある意味で狭く、正確に定義して行きたいという考えが当然あるわけですが、社会的、教育的には狭く定義する事によって自分を異常とみる人が結果的に増えるような事があっては社会的にマイナスになるのではないか、そういう問題が起こって来る、その点で定義の基準をさらに幾つかに分類すると言う事でそれを解決する、という考え方もあると思います。第一の基準は性行動の内容はPettingまでも含むかどうか、性交が完全にあるということとどこまでとるかの問題もある。

期間はいいが、期間に対して年齢的因子をふくめて定義するかどうかとも考えられる訳でございいます。三番目は本人の主観的な問題。その他、原因、メカニズムについて分類するのは分類の方からあると思います。

最後に自分のケースですが、40何才かの方ですが、10年近く夫婦の性行為はない訳でございいます。二人で風呂に入るそうです。夜休むときに、ダブルベッドで互に足の指を、重ね合わせているそうです。この場合、これをSLとっていいかどうかというのは非常に大きな問題で、主観的には二人は性関係が

あると思っている訳です。そういうのは、社会的には大きな論議の材料になるとおもいます。

河野：最後のケースは先生はSLではないとお考えなんですか？

武田：ですからそれを医学的にどうか、社会的、心理的にどうか、の二つの定義でいくのが良いというのが私の提案です。

河野：示唆的で参考になるご意見を頂きました。

矢追*4：私共の産婦人科外来では、日本母性保護医協会からの要請もあって、患者さんの健康調査のアンケート調査を行っておりますが、患者さんの反応は色々で、週1回とか、3週間に1回とかにセックスがある反面、ある時期には全く無かったり集中的にあったり、季節的に幅があったりして、SLを定義することは困難であると思います。また夫婦間ではSLだが、夫婦以外では頻繁にセックスがあると言う例もあり、夫婦で記入した場合と、1人で記入した場合とでは解答も異なり、女性や男性の性的アクティビティを計るのは難しい面があり、一概にSLをこうと定義するのは困難ですし、統計の取り方も難しいですが、その辺りを含めてSLをどう捉えたらよいかご検討頂けたらよろしいかと思います。

河野：SLの調査の仕方も、慎重に検討しないと問題があるという御意見でした。婚姻関係のパートナーとは無くても別の相手と性交渉をもっている例も少なくないと思います。

亀谷*5：期間も期間ですが、内容が大事ということだと私は思っています。ICD-10、DSM-III-Rの性障害の分類のところを全部読んでみましたが、早漏であろうと遅漏（遅漏という言葉はないんですが、オーガズ

ムの抑制という言葉なんですが）であろうと、

①しばしば起きる。②苦痛（困難）の状態が強度に持続する。③もう一つは、本人が困る（相手ではなく本人が困る）状態が度々起こる。

性障害の診断の条件は、この3つをいう訳です。大体全部読んでみましたが、どういう障害でも、皆そう書いてある訳です。ですから、これからの定義は社会的な事を言われていましたが、私は社会的な問題は別にして考えるべきだと思います。先づ純粋に医学的に定義すべきだと思います。だから例えば男性にとって相手が妻であろうと、他の女性であろうと、女性にとって相手が他の男性であろうと旦那であろうと、誰とでもできれば、医学的には問題はないと言えます。この問題を私は三重大大学の野村教授や井上助教授と討論したのですけれども、結局精神科ではそうなっているのです。一般の医学の方がいわれるように、数値で判別するのは非常に難しいと言えます。だから内容を考えてからでないと、1カ月でSLというか、1年でSLというかということは断定できない、長田先生が言われたようにSLといえることもあるでしょう、1年たってはじめていえることもあるでしょう。内容によってわかるべきだと思っています。そういう点で検討すべきだと思っています。年齢因子の問題は長田先生から私の質問に痛烈な批判をいただいたのですが、実は、札幌医大泌尿器科の熊本先生のご提案で、日本女性の性行動の実態アンケート調査を日母でやって居り、私も研究班に入っております、調査のうちで回収されたのが、60才以上は全国で200例位だったと思いますが、私の三重県で、100例、半分やっております。

60才以上の例数が少なかったので、第二段の調査を、また今度やることになっておりますが、協力してます。この問題は年齢も考慮に入れてやらなくちゃいけないと思います。

河野：確認の御意見有難うございました。

山田*6：3つほどあります。一番目は、先程、定義は客観的に解りやすく、だから期間も数字で表されるのが好ましいと思いますが、やはりSLのテーマそのものを考えますと人間の関係性というものが入って来ないとまずいと思います。とすると、普通の客観的な定義ではなく、社会的なレベルの評価が入って来る訳です。そのためホモセクシャルの問題と同じに夫婦そのものがこれを問題としているという定義が必要なのかなと思っています。二番目のテーマというのは、日本にあるそういう御夫婦の係わりを持たないような人、持ちたくないという基本的な心理的な動向——否認してしまう、回避してしまうということがあるので、それ自体を少し短めにしておいた方がよいと思います。三番目に、半年という線を引く訳ですが、3カ月位であったとしても、今後それが長期化するのが予想されるものというような条件も考えられます。eating disorderの定義が段々25%から20%、15%というふうに体重がゆるくなっている、甘くなっている状況というのを考えると、このように、付帯条件を付けておいたほうが良いのかなと思います。

河野：立場の違う先生から良い意見を頂いて有難う御座いました。

山崎*7：阿部先生のお話を伺うと精神科領域を訪ねられる患者さんと産婦人科領域を訪ねられる患者さんによって随分原因が違うと思いますね。私共ではやはり性交痛、性交恐

怖、ワギニズムスの訴えの患者さんが圧倒的に多うございます。今、定義ということから離れてSLが何故こんなに多くなってきたのかを考えてみたいのですけれども、私は、渡辺先生の御紹介で関西テレビで、ふれない族—SLが増えている、という番組に出させてただいておしゃべりさせていただいたのですけれども、そもそもこういうSLが増えてきたということは、やはり日本が余りにも経済的に恵まれてですね、飽食、飽娛樂といえますか、面白いものが多くなりすぎたからセックスしなくなってきたんではないかと思うんですね。お金ができると駄目なんですね。こういうテレビや遊びが多すぎるのはいけないんじゃないか、それが証拠に、発展途上国では、非常に子沢山でございます。それから、ニューヨークで大停電があったその280日目に分娩が集中したという事実があります。ですから非常に非文明的ですが、全国的に大停電を起こさせるとセックスが増えるのではないかと思うんですね。余りにお金が裕福に、物が裕福で娛樂が裕福で満たされ過ぎると、どうしてもこういうことが少なくなっております。ですから合計特殊出生率を高めるには国が考えて地域別に東北から関東、関西、ずっと順番に停電を起こさせてみたらと思うんですね。それと、生物学的に言いまして、生命の存続が危険に晒されれば晒されるほど、生物は生殖に励むということは事実ですから、こういうこともちょっとひとつ申し述べておきます。

河野：有難うございました。ユーモラスなSL解釈論でした。

野末*8：矢追先生が今言われたように、SLカップルを一組とりあげてみて、そのカッ

プルの一方に婚外性交があるとすれば、SLカップルという言葉から受ける感じと実際の性行動とは何かチグハグな感じがします。又、千葉の武田先生が言われたように、新たな術語が用いられるようになってきたときにはその表わす概念を正確に定義しなければならなくなってくると思います。そうしないとSLカップルについてのディスカッションも十分にプロダクティブのものになり難いことになります。

これらのことを考えると定義をハッキリと決めておかなければなりません。そこで、SLカップルとは、疾患としてのentityであるか（一つの独立した疾患として考えるべきか）と考えてみた場合、これは独立した疾患として考えるべきではないと思います。むしろ未完成婚の急性腹症のような包括的な名称、すなわち後者では急ににおなかが痛くなって診断ははっきりしないが、兎に角、手術をしてお腹の中をよくみなければ危険であるという時は「急性腹症」という包括的診断名にして手術をする。その結果、原因がハッキリして診断が確定する。SLカップルとはこのように未完成婚とか急性腹症のように包括的な診断名であると始めから定義をしておくべきだと思います。

河野：非常に根源的な問を投げかけられました。

長池*⁹私が今申し上げるのは、学問的な問題では無く期間についての意見を申し上げたいと思います。私は家裁の調停委員をしておりますが、SLの延長線上で婚姻関係改善という問題が持ち込まれます。婚姻関係が既に完全に破壊していて金銭の問題だけが残っている場合は別として、婚姻関係を続けたいのに

SLの場合は、その原因を早くつきとめることが大切だと思います。期間が長くなりまして家族が入り込んで、周囲の思惑やお互いに非難しあうようになりますと、セラピーだけでは解決しなくなります。性の問題は早ければ早いほど良い、性のトラブルこそ早期発見、早期治療が大切だと思っていますので、相談を受ける場合は一カ月位なら一番良いのですが、SLでせいぜい三ヶ月、長くても半年位と考えては如何でしょうか。ただ何処に相談すればよいのかわからなかったと言われますので、セックスカウンセリングをしている所を情報として流すことも必要だと考えます。河野：家裁での経験を踏まえられての貴重な御意見ありがとうございます。

足利*¹⁰：SLの定義について男である阿部先生と女である渡辺先生からお話を伺った訳ですけれども、私は以前の性科学学会で阿部先生に対して、期間については1ヵ月では短すぎると申したことがございます。SLの定義の対象としては、性交不能とsexual contactの回避等の二つの点についておっしゃっていて、身体的には「性交」が対象になっております。これに対して渡辺先生は「sexualと思われる行為」があれば、例え未完成婚であってもSLとは考えないとおっしゃっています。この相違は男性と女性の性感覚の相違が非常に関与しているのではないかと私は考えます。男の場合には、射精しない限りでは性的快感が得られないのに対して、女性は触れているだけでも性的快感を感じる感受性があるようです。ですから、武田先生がおっしゃったケースで、足を触れ合っているだけでも女性の方は性的快感を感じているのですから、これは性的関係と言えると思います。ところが、男

にとってはこの行為はなんら性的感覚をもたらすものではないので、性的行為とは理解できない。男はこの行為の中には性的快感を感じず感受性は持っていないのです。女性はデートすると決まった瞬間から、広い意味で性的快感が始まっているようです。好きな男性を思っただけでも体の中を快感が走る感受性があります。このような感受性があれば、男に触れている間はすべて性的なものであるという捉え方ができると思います。この女性の感受性を考慮したら、SLの概念として「性交不能」という言葉で表現すると男の感覚からすれば当然な表現としても、女性からすれば不適切と言えらると思います。最近、セクシャルサイエンスという雑誌の記事で避妊と性行動のアンケートが出ていました。その中の自由記入欄に、ある教員はoral sexこそ人間らしい性行為のありかたである、性器の結合と射精は性行為のほんの一部にすぎない、十分な避妊をしないと女性は安心して性行為に投入できないという記述がありました。そうすると勃起障害でoral sexを行うカップルは「性交不能」の対象に入ってしまうのではないのでしょうか。そうすると、これもSC(セックスレスカップル)となってしまいます。しかし、そのカップルはoral sexによって性行為を最大限楽しんでいるわけです。性交不能という表現は、むしろ性機能不全との関係で使用すべきで、SLは違った概念で使用すべきだと思います。

もう一つは、相互にマスターベーション様行為をしあって性交をしない関係については、sexualな行為をするという点で渡辺先生のSLの対象外であるけれど、阿部先生のSLの対象にはなる行為です。数年前、このJASC

Tの研修会で日向野春総先生が講演されましたが、女性に一人でマスターベーションをさせオーガズムに至る間の脳波を記録した波形とマスターベーションと同様な行為を男性と一緒にやらせてオーガズムに至った場合の脳波の波形を比較して話されました。前者の方法でオーガズムに至った場合は、シーター波は出ないのに対して、後者の方法では、男女が性交してオーガズムに至った女性の脳波に見られるシーター波と同様なものが発現したという話でした。同じマスターベーションでも、自分一人で行うものと、二人でマスターベーション様の行為でオーガズムに至るのでは、質的に大きな相違があると思います。ほとんど性交と同じくらいの性的快感が得られるものと思います。このような事実から考えると、マスターベーション様行為をしあって性交をしない関係を「性交不能」としてSLにしてしまうのは、不適切ではないかと思います。

河野：個人の背景を踏まえてお話しいただくと、色んな問題があるんだろうと思います。飯沼*1：20年位学生相談をやっております。その間に経験しました事をちょっとお話したいと思います。割合に多くうつ病、あるいは抑うつ状態の学生がおります。色々話を聞いておりますと、そういう状態になった場合、男性がうっとおしい、性のこともうっとおしい、する気になれない、という子が大部分、もちろん個人差はありまして depressive になりましても男の子を追っかけまわすような女の子もおりますけれども、大体異性がうっとおしいと考える者が多くなってくる。女性の場合のこのSLということ考えた場合に、全部でないにしても、こういうような抑うつ

状態、あるいはうつ病があるのではないかと思います。このような状態の原因を考えてみますと生活のリズムの、特に睡眠相の乱れがとっても大きいように思います。それを自分で改善していけば大丈夫だと思います。

男性の場合は勃起不全のお話のなかで、性格のお話が出ておりましたが、その性格はうつ病になり易い性格と私は判断いたします。ですから、男性の場合でもやはりSLを頭の中で考えるなら、そういうことは、そのなかで正常な夫婦関係が行われていない可能性があり、つまり抑うつ状態、あるいはうつ病のような状態、そういったような事がかなり原因となっている場合もあるのではないかと思います。

河野：SLについての問題はいずれ性科学学会で取り上げるということですね。非常に重要です、関心の高い問題であることは沢山の先生から御意見を頂いた事からも解ります。

私は、SLの問題は事例として臨床に上がって来るケースもさることながら、事例として

臨床の場には上がって来ない例が多いにちがいないと推測しています。性活動の高くてしかるべき年代の人が、SLであることは社会病理学的な問題だし、人口学的にも問題ではないかと思います。事例として上がって来ない例にも大きな問題があるのではないかと思います。

- * 1 河野 友信 (PHR財団ストレス科学研究所・聖路加国際病院心療内科)
- * 2 長田 尚夫 (聖マリアンナ医科大学泌尿器科)
- * 3 武田 敏 (千葉大学教育学部)
- * 4 矢追 良正 (独協医科大学越谷病院産婦人科)
- * 5 亀谷 謙 (紘仁病院精神科性医学部)
- * 6 山田 純子 (千葉メンタルクリニック)
- * 7 山崎 高明 (山崎産科婦人科医院)
- * 8 野末 源一 (山王病院産婦人科)
- * 9 長池 博子 (長池産婦人科・長池優生保護相談所)
- * 10 足利 恭一 (足利クリニック)
- * 11 飯沼 守夫 (文化女子大学)

セックスレスの概念と診断治療に関する討論会

1994年5月16日のJASCT症例検討会では、第23回性治療研修会の“セックスレスの概念と診断治療”および其の際のフロアからの意見に基づいて討論を行いました。以下はその討論の記録です。討論の雰囲気が伝わるようにできるだけ生の発言を取り入れてまとめました。

内容について

セックスレスの概念としてまず重要なのは、大きく分けると、内容と期間の問題です。まず内容の点から取り上げました。

阿部輝夫の定義では定義の重要な構成要素が2つあります。(抄録集P. 14)。

- ①性交不能(腔内射精困難も含む)
- ②セクシャル・コンタクトの回避、拒絶あるいは無関心。

これについて阿部輝夫氏からは以下のような説明がありました。

「人間の交流には色々な方法がある。セックスはそのうちの一つである。セックスとはセクシャル・インターコースとセクシャル・コンタクトである。したがって、其のどちらかがあればそれはセックスがあることになり、セックスレスとは言わない。例えば性交が無くてもセクシャル・コンタクトがあればセックスレスではない。」つまりセックスレスとは①②が揃った時ということになります。

一方渡辺景子の定義では「二人の間で、セクシャルな行為がないもの」であり、セクシャ

ルな行為とは「二人がそう思うもの」ということになります。

阿部と渡辺の違いは、3点あります。第1は渡辺はセックスレスという概念がパートナーとの関係の問題であることを明記していること。第2は阿部は渡辺が「セクシャルな行為」とかなりあいまいな表現で一くりにしていることを「性交とセクシャル・コンタクト」の二つに分け、明確にしていること。第3はその性行為(とされるもの)の合意が取り上げられているかどうかです。

第1の点に関しては、阿部は定義には表現してはいないのですが、性交、セクシャル・コンタクトという言葉からも解るように、セックスレスという言葉自体セックスレス・カップルの略であり、パートナーとの関係をいうということを前提にしています。つまりセックスレスというは関係を表すということに関しては誰も異存はありませんでした。したがって性行為のパートナーがない人はセックスレスの範疇になく、また例えば配偶者とは性関係が無いが他の人とはあるような人を示す用語では無いという事です。

第2の点に関しては、多くのことが取り上げられました。まず性交、セクシャル・コンタクトの意味です。阿部氏の説明は次の通りでした。「性交とは、男性と女性のセックス、すなわち、腔へペニスを挿入することである。セクシャル・コンタクトとは性器への接触や性的なキス、抱擁等の行為である。」これに

対して様々な意見が述べられました。「男性と女性に限る必要があるのだろうか。男性と女性と限定するとホモセクシャルでは性交は無いことになってしまうが、果たしてそう言い切れるのだろうか。」「膣とペニスと言うと、肛門性交、口唇性交は性交に入らないだろうか。」「わざわざ肛門性交、口唇性交というのは、性交が一般に膣とペニスを指すから区別するためであろう。したがって性交といえば膣とペニスでは無かろうか。」「いや、膣とペニスの場合は膣性交というではないか。フロアからの意見もあったように、口唇性交こそ良いものとする人もいる訳で、膣とペニスと限定するのは狭すぎるのではないか。」

これは確かに大きな問題です。性の多様化と言われるこの時代の、性とは何かという問題になるでしょう。阿部氏は現時点では医学的定義により「男性と女性」「膣とペニス」としたいとのことでしたが、この点については今後の課題とするメンバーもいました。

次に膣内射精を含むことについてです。「一般的なイメージでは、性交は射精をともなっていると思うが、一方射精が無くても挿入があればそれも性交と言われているように思う。例えば、今回の研修会の強姦の説明でも、法的には挿入があれば射精が無くても強姦になるとのことだった。」「高齢になって、膣内射精が無い場合はどう扱うのか。挿入していてもセクシャル・コンタクトとしてしまうのか。」「男性のクライマックスである射精を性交の条件に入れるのなら、女性のクライマックスであるオーガズムを入れないのはおかしい。しかし女性の場合、初期から性交に常にオーガズムが伴うとは限らない。」等の意見が出され射精を性交の条件に入れない

方が良いという意見ではほぼ一致しました。

さて次はセクシャル・コンタクトとは何かです。「性器への接触、性的なキス、抱擁等」とすると、武田先生の挙げられた、足と足を重ねて寝ており、それをセクシャル・コンタクトと思っている夫婦の場合はセックスレスになります。一方渡辺の「二人がそう思うもの」とすると、その夫婦はセックスレスでは無いことになります。「この場合、男性はそれを性行為と思っているが、女性はそう思っていないという可能性もある。」と言うメンバーがいて、「合意」の問題がでて来ました。これは「一般には性行為といえるかどうか解らない行為」だけで無く、逆の場合にも言えることです。例えば、極端に言えは男性が突然女性のところにやって来て、女性が性的な気分になっていないのに、前戯も無く挿入して射精して終わる様な場合、それを性交と言えるかどうかとも問題だということです。性を人間関係の一つの方法と考えるのみならず、生殖、快楽、コミュニケーションという3点から見ても、それは男性には快楽という性行為であっても、女性にとっては3点のどれにも当たらず、義務的作業にすぎない訳で性交とは言えないということでメンバーの意見は一致しました。つまり、合意というのは何を性行為と考えるかという面と、その行為が行われるときに双方がそれを望んでいるかの2点から考える必要がある訳です。

では、話を戻して足重ね夫婦はどうでしょうか。例え二人がそれを性行為と想定してもセクシャル・コンタクトとは認められないとする意見と、当人たちがそう認めるならセクシャル・コンタクトといえるとする立場と、決めかねるという立場の人がいました。

分類について

フロアからの発言にもあったように、セックスレスは未完成婚の様に症状名であって、一つの疾患単位でない、したがってその中身は様々であることには誰も疑問はないようでした。その中身について話は移りました。阿部氏はセックスレスは3種類あると考えているとのこと。すなわち「①病理のあるグループ②病理のないグループ③双方がセックスレスであることに合意しているグループ」です。①はセックスをしたいのにできないグループだから治療に来るが③は来ないわけです。

渡辺はセックスレスの原因を5つに分類しています。渡辺が、「⑤やむを得ぬ原因によるもの（例えば、長期入院や、単身赴任などによりおこるケース）、病理でないので取り上げない。」と挙げたものはセックスレスという必要があるのだろうかということが問題になりました。渡辺氏は「広い意味でのセックスレスという解釈で項目の一つに加えた」とのことです。阿部の定義の背後には「身体疾患や特別な事情がないにもかかわらず」という考えがあります。このことに関して「セックスレスというのは問題として取り上げるための概念だから、社会的に見て、性行為が無いのが不自然でなければ敢えてセックスレスという必要は無い。」とする意見がありました。しかし中には次のような意見もありました。「例えば、残業でいつも夜遅くに帰って来る為に性行為が無い、と見えていても、実は性行為や妻との接触を避けるために遅く帰って来る、ということはある。このように、性行為が無いのも一見やむを得ない状況と見えて、実はそれは意識的あるいは無意識的に

そういう状況を作っていることは珍しくない。そこで、とにかく性行為が無いという意味で全部セックスレスとしておき、その中で治療に上がって来るもの、来ないが問題が大きいもの、さしあたり問題にならないもの等と見るのがよくは無いだろうか。」

いずれにしろ双方が問題としていないなら、治療の対象にならないということは全員同意したのですが、「双方が問題としていなかったはずなのに、10年位して急に一方が問題にしだして来所したケースもしばしばある。」ということも言われ、性に関する男女関係の微妙さと複雑さが述べられました。

期間について

阿部の提案では1ヶ月を期限としています。阿部は1991年の学会での発表では1年、今回の研修会では「1年では長すぎるとの声もあり、半年から1年位で検討中」とのことでした。阿部氏のその考え方の根拠の一つとして、「セックスレスの患者さんたちを調べたところ、1カ月で区切ってもセックスレスから落ちる患者はなく3カ月で区切っても差はなかった。つまり、1カ月無ければ、3カ月经っても同じである。」ということがあります。それに対しては「セックスレスになって来ている患者さんたちは、セックスレスが出来上がって来ているのだから、1カ月で切っても当然落ちないだろう。一般の人達の中には1カ月性行為が無く、また復活しているひとたちもいると思うが、そういう人達は来所しないから統計に入っていない。」という意見がありました。

渡辺氏が始めに1年とした根拠は「セックスレスで来所する人たちのセックスレスの期

間を調べたところに一つの山があった。また、1年経つとセックスレスの状態もかなり確定している。」ということでした。しかし最近では半年から1年を検討しているとのことでした。これに対しても「患者さんたちのセックスレス期間を指標とするのは少し意味が違うのではないかと。患者さん達はかなり我慢して限界になって来所している。つまり、1年に一つのピークがあるということは、限界が1年の人が多いということであろう。一般の人達の性行動の中での期間を言った方が良いでしょう。」「1年というのはしっかり出来上がったセックスレスということになろう。治療という意味からももう少し早いのが良い」という意見が述べられました。

ではどのくらいが普通の感覚で考えて、性行為が無いとおかしいと感じる期間なのでしょう。渡辺の半年というのは、セックスレスであると認めるのに問題は無いのですが、半年経たないとセックスレスでは無いのかということで、阿部の1カ月が問題になりました。「フロアからの発言には1カ月も無いとおかしい、というのがあった。一方やはりフロアの方で、1カ月では短すぎるとかつてクレームをつけたとおっしゃる方もいた。」「セックスレスの件で取材に来る人達が、口をそろえて自分の同僚たちも1年に数回のようなことを言っていると言う。1カ月とするとセックスレスがやたらと多くなりはいしないか。」「多くなっても構わない。多ければそれが社会病理だということであり、何パーセントを越えてはならない的発想は必要ない。」「性交だと1カ月無い場合も、まああるかもしれないが、その場合でもセクシャル・コンタクトはあると思う。」「1カ月とすると我が家はセックス

レスだと迫る妻もたくさん出て来て、不安を掻き立てることになりそうな気がする。」「逆に、1カ月に1度しておけばセックスレスといわれないのだから、という人も出てきそう。」「一般のデーターで、性交の間隔を調べて、2標準偏差以上偏寄しているのと言うというような方法の方が明確ではないだろうか」1カ月というのは性行為が無ければおかしいが、それを問題とするには少々短いという微妙な期間なのでしょう。

この点については次の意見が説得力がありました。「治療という点から考えると、ある程度煮詰まって、それを問題としようとする機運が無いと困難である。例えば、不登校の場合でも、1週間や10日間学校へ行かないから不登校、と決め付けて来られても良くない。同様に、セックスレスの場合も、1カ月に来られても治療になりにくい。3カ月くらい経ていけば双方が問題と認めざるを得ないし、遅すぎることも無い。eating disorderでも基準が体重減少率が25%、20%というようにどんどん変わって来ている。それは周辺群が増えたことにもよるが、治療技術が進んだことが大きい。セックスレスも治療技術が進めば2カ月、1カ月等と言えるようになるかもしれない。したがって、短い場合も、『長期的になる可能性がある場合』という付帯状況つけておくと良い。」

治療に関して——ファンタジーの問題

時間の関係で、セックスレスの病理や社会的な意味、及び治療については次の機会に譲らざるを得なかったのですが、抄録に記載されている、性欲相の障害に対する行動療法的な性的空想とはどういうことかとの質問が阿部

氏に対してありました。次のような説明がありました。「セクシャル・ファンタジーを抱く訓練をすること。自分にとって何が性的な刺激であるかを探り、それをイメージしながら性的行為を行うこと。マスターベーションの場面でも、二人の場面でも。」

このことから発展してファンタジーに伴うさまざまな問題が論じられました。まずファンタジーはどんなものでも良いのかということです。「どんな事でも良い。たとえそれが一般的でなかったり、偏ったりしていても構わない。それは思春期の治療で親を殺したいと考えても構わないのと同じである。実際に殺すのと、イメージするのとは全然違う、考えるのは何を考えても良い。」「一人のなら、あるいは治療の過程としてならそれはそのとおりだし、ファンタジーは治療に大変有効であることは確かだ。しかし二人の場面でも、何をイメージしていても良いのだろうか。」「二人の場面でも構わないのではないか。」「もし一方が、他方がそれを知ったら嫌がるようなイメージ、例えば非常にサディスティックなイメージ等を抱いて性交していたとしたら、それでも良いのだろうか。」「場合によっては互いの体を使ってそれぞれがマスターベーションしていることになる。」「双方がそれを承知していれば良いが。」

またイメージは大きな力を持つゆえに、それがネガティブにも働き得ることも指摘されました。「性的興奮を高めるためにビデオを見ることにより、女性に対して、サディスティックな要求をし、性交拒否につながった例もある。」「それはファンタジーを抱くことそのものが悪いのでは無く、その人が本来持っていたものがファンタジーにより引き出され

たのだ。」「人によってはサディスティックなものを出さないために勃起不全になっていたということもあり得る。より悪い事態に対する防衛としての性不全もある。」「そうした悪いもの（と思われているもの）が出て来た段階で、パートナーとの関係が壊れることもある。関係改善を求めて来所したはずだったのに。」「それが治療の一段階ならまだ良いが、それから抜け出せない、あるいは膨大な時間とエネルギーが必要な事も有り得るのではないか。」

性治療をどこまでと考えるか、また目的、患者カップルの病理の深さ、患者カップル及び取り巻く人達の力、治療者の持つ技法の種類や熟達度、能力、等々、治療に際して考慮すべきことは沢山あります。治療者としてそれぞれが能力を高めると共に、患者と治療者の適合性を見極めて適切な治療者を紹介できる、治療者の層の厚さとネットワークが望まれます。

討論会を振り返りますと、大変おもしろいことに気付きました。それは阿部と渡辺の定義の方向が逆である事です。阿部は本質を抽出し、しっかりと明確にし限定しようとする姿勢が強く、渡辺は個々のケースのニュアンスを大切にしながら幅広く漏れなく内包しようとするようです。立場の違いでしょうか。下手をすると、阿部のは定義のための定義になりかねませんし、渡辺のは、漠然とし過ぎて定義の意味をなさない恐れがあります。双方の良さがうまく補いあって生かされると素晴らしいと思います。そのためにもこうした討論は有意義だと思います。

セックスレスという、一見単純な言葉も話

していると様々な問題を内包していることが解ってきます。これは性という大変に幅の広いものと、現代社会という非常に混沌としたものの組合わせから生まれた言葉なのですから当然なのでしょう。その病理や、治療について話し合う時間が無いのは大変残念でした。秋の学会のシンポジウムが期待されます。

参加者 阿部輝夫 大川令子 岡本京子
金子和子 西 博子 堀 一子
山田純子 渡辺景子（あいうえお順）
（文責・金子，西の記録による）

専門家の観点からみた＜インポテンス概念＞に関する研究

島 村 忠 義（日本赤十字看護大学）＜文責＞

金 子 和 子（日本赤十字社医療センター）

大 川 怜 子（千葉市立病院）

I. 研究の目的

インポテンスの出現率は病状の程度によって異なるが、成人男性人口の約半数は一時的なインポテンスを経験していることが推定され、これらは正常な性行動の範囲と考えられ、全ての世代に見られる現象である。¹⁾ 日赤医療センターの臨床心理士である金子和子氏の研究においても、性の悩みのなかで、[インポテンス]の相談件数は男性 1051 人の中で 65%にも及んでいることが報告されている。²⁾ また、こうしたインポテンス出現率の社会的背景を見ると、20 代の青年層では母親に溺愛され、性的主導権は男性がとる、という伝統的観念から生じる 20 代の新婚インポテンスのケースや 30 代から 40 代の企業戦士型のタイプに見られる特徴として、仕事に没頭し、妻に対する関心が薄れ、インポテンスになるケースがある。また、40 代後半になると糖尿病、高血圧等の成人病による器質的インポテンスの増大が考えられる。さらに、情報化社会の到来は社会集団における人間関係の複雑さの増大と共に、男性のストレスを増大化させ、インポテンスを生み出す重要な要因の一つとなっている。

本研究ではこうした男性のインポテンスに関する専門用語と定義を中心に、セクシャリティの専門家が、どの様に使用しているかを研究するものである。専門用語に関して、ヘレン・S・カブランは正確な用語として[勃

起不全] (ERECTILE DYSFUNCTION) の使用を提案し、一般的に多く使用されている[インポテンツ]の概念について[ペニスの勃起障害である]とし、[射精反射]や[性の快感]等と区別すべきである、と述べている。³⁾ こうした見解は他の専門家の定義を検討しても概念の統一性が十分、吟味されていないのが実状である。本研究はこうした点に着目し、科学的観点から分析するために調査研究を行った。

II. 研究の方法

1. 調査の対象

調査の対象は JASCT 会員 240 名を対象に[専門用語に関するアンケート]を配布し、郵送法によって、105 名の回収数を得た。回収率は約 43.8%である。

2. 調査項目の構成

調査票の構成は

1) インポテンスに関する専門用語の使い方

2) インポテンスに関する定義

3) フェース・シート

等から構成されている。特に、インポテンスに関する専門用語や定義は WAS やカプラン、その他の文献を基に、調査票を作成した。

3. 調査の月日と集計方法

1) 調査を行ったのは、1993 年 8 月であ

る。

2) 調査の集計はSL-MICROソフトを使用した。

Ⅲ. 調査の結果

1. 専門用語の使い方

日頃、使用している「インポテンス」に関する専門用語（複数回答）の設問を集計した結果、105名のなかで、「インポテンス」が

表1. 専門家からみた使用する専門用語

インポテンス	59人(56.2%)
インポテンツ	46人(43.8%)
勃起不全	47人(44.8%)
勃起障害	40人(38.1%)
性不全	21人(20.0%)
不能	18人(17.1%)
不能症	6人(5.7%)
興奮期障害	6人(5.7%)

*各設問項目の複数回答で、それぞれの項目は105人(100.0%)で集計している。

59人(56.2%),「インポテンツ」が46人(43.8%),「勃起不全」が47人(44.8%),「勃起障害」が40人(38.1%),「性不全」21人(20.0%),「不能」18人(17.1%),「不能症」6人(5.7%),「興奮期障害」が6人(5.7%)である(表1参照)。

2. 専門職種と専門用語の使い方

1) 医師と専門用語

セクソロジーの専門職種と専門用語に関する使い方を見ると、産婦人科の場合、全体50人のうち、「インポテンス」を使用している割合は29人(58.0%),「勃起不全」28人(56.0%),「インポテンツ」が22人(44.0%),「勃起障害」20人(40.0%),「性不全」15人(30.0%),「不能」7人(14.0%),「不能症」及び「興奮期障害」がそれぞれ5人(10.0%)である(表2参照)。

泌尿器科医10人の専門用語の使い方を見ると、「インポテンス」を使用している割合は8人(80.0%),「勃起不全」5人(50.0%),

表2. 専門職種と専門用語のクロス分析

	産婦人科医	泌尿器科医	精神科医	内科医	他の医師	心理士	カウンセラー	看護関係	その他
全体 50人	50人	10人	7人	8人	2人	2人	5人	15人	5人
単位; 人()内%	(100.0%)	(100.0%)	(100.0%)	(100.0%)	(100.0%)	(100.0%)	(100.0%)	(100.0%)	(100.0%)
インポテンス	29(58.0)	8(80.0)	3(42.9)	3(37.5)	1(50.0)	2(100.0)	5(100.0)	6(40.0)	2(40.0)
インポテンツ	22(44.0)	3(30.0)	4(57.1)	5(62.5)	1(50.0)	1(50.0)	0(0.0)	8(53.3)	2(40.0)
勃起不全	28(56.0)	5(50.0)	4(57.1)	2(25.0)	2(100.0)	2(100.0)	0(0.0)	1(6.7)	3(60.0)
勃起障害	20(40.0)	4(40.0)	6(85.7)	4(50.0)	0(0.0)	2(100.0)	1(20.0)	1(6.7)	2(40.0)
不能	7(14.0)	0(0.0)	1(14.3)	4(50.0)	1(50.0)	0(0.0)	2(40.0)	3(50.0)	0(0.0)
不能症	5(10.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(50.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
性不全	15(30.0)	1(10.0)	2(28.6)	2(25.0)	0(0.0)	1(50.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
興奮期障害	5(10.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(12.5)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)

注1)この表はインポテンスに関する専門用語の項目毎に専門職種とのクロス分析を行い、各専門用語を使用している結果のみを掲載している。

〔勃起障害〕4人(40.0%),〔インポテンツ〕3人(30.0%),〔性不全〕1人(10.0%)である(表2参照)。

精神科医7人の専門用語の使い方を見ると,〔勃起障害〕6人(85.7%),〔インポテンツ〕及び〔勃起不全〕がそれぞれ4人(57.1%),〔インポテンツ〕が3人(42.9%),〔性不全〕2人(28.6%),〔不能〕1人(14.3%)である(表2参照)。

内科医8人の専門用語の使い方を見ると,〔インポテンツ〕5人(62.5%),〔勃起障害〕及び〔不能〕がそれぞれ4人(50.0%),〔インポテンツ〕が3人(37.5%),〔性不全〕2人(25.0%),〔興奮期障害〕が1人(12.5%)である(表2参照)。

その他専門領域の医師2名に関する専門用語の使い方を見ると,〔勃起不全〕2人(100.0%),〔インポテンツ〕,〔インポテンツ〕,〔不能〕,〔不能症〕がそれぞれ1人(50.0%)である(表2参照)。

2) 医師以外の専門職種と専門用語

医師以外のセクソロジー専門職として,心理士2名の専門用語の使い方を見ると,〔インポテンツ〕,〔勃起障害〕,〔勃起不全〕がそれぞれ2人(100.0%)である。〔インポテンツ〕〔性不全〕が1人(50.0%)である(表2参照)。

カウンセラー5人の専門用語の使い方を見ると,〔インポテンツ〕が100.0%),〔不能〕2人(40.0%),〔勃起障害〕1人(20.0%)である(表2参照)。

保健婦及び助産婦,看護婦15名の専門用語の使い方を見ると,〔インポテンツ〕8人(63.3%),〔インポテンツ〕6人(40.0%),〔不能〕3人(20.0%),〔勃起障害〕及び

〔勃起不全〕がそれぞれ1人(6.7%)である(表2参照)。

その他の専門職種5名の専門用語の使い方を見ると,〔勃起不全〕3人(60.0%),〔インポテンツ〕,〔インポテンツ〕,〔勃起障害〕がそれぞれ2人(40.0%)である。

専門職種と専門用語のクロス分析による検定は〔勃起不全〕とのクロス集計の検定は1%で有為差がみられる。〔勃起障害〕とのクロス集計では5%水準で有為差が見られるが,その他専門用語と専門職種とのクロス集計では有為差は認められない(表2参照)。

3) 単一の専門用語のみを選択している専門職

現在,インポテンツに関する専門用語の使い方において,複数回答の中で,一つの専門用語のみを挙げた専門職種は105人中,32人であった(表3参照)。まず,〔インポテン

表3. 複数回答のなかで,一つの専門用語のみを挙げた専門職種

インポテンツ	14人	産婦人科医	6人
		泌尿器科医	2人
		保健婦	2人
		助産婦	1人
		カウンセラー	3人
インポテンツ	13人	産婦人科医	6人
		内科医	1人
		泌尿器科医	1人
		保健婦	5人
勃起不全	3人	泌尿器科医	1人
		産婦人科医	1人
		教師	1人
勃起障害	1人	精神科医	1人
性不全	1人	内科医	1人
小計	32人		

ス〕を専門用語として挙げているのは14人で,その内訳は産婦人科医が6人,カウンセラーが3人,泌尿器科及び保健婦がそれぞれ2人,助産婦1人である。

〔インポテンツ〕を専門用語として挙げているのは13名でその内訳は産婦人科医が6人、保健婦5人、内科医及び泌尿器科医がそれぞれ1人である。

〔勃起不全〕では泌尿器科医、産婦人科医、教師がそれぞれ1人である。

〔勃起障害〕は精神科医1人、〔性不全〕は内科医1人である（表3参照）。

3. 専門用語の意味内容と専門職種

1) 勃起について

表4の結果から、〔インポテンツ〕の「勃起」に関する意味内容を肯定的に使用している割合は、＜勃起が起きない＞とする専門家

が産婦人科医、精神科医、内科医、心理士に多く見られる。＜勃起が不十分で挿入できない＞が76人(72.4%)で、専門職種との関連では平均値以上の割合が高いのが産婦人科医、精神科医、心理士に多く見られる。職種とのクロス表の検定において有為な差が認められない。

2) 勃起と射精

勃起と射精に関する肯定的意見の割合は＜勃起は不十分だが指を使って挿入出来る。射精は出来ない＞が27人(25.7%)、＜初め、勃起は不十分だが、指を使って挿入でき、その後、勃起して射精する＞が6人(5.7%)、

表4. 専門用語の意味内容

単位；人(内%)

注1)					
	○	△	×	無回答	全 体
1. 勃起が起きない	96(91.4)	1(1.0)	8(7.6)	0(0.0)	105(100.0)
2. 勃起が持続しない	56(53.3)	17(16.2)	19(18.1)	13(12.4)	105(100.0)
3. 性的場面で興奮しない	43(41.0)	28(26.7)	17(16.2)	17(16.2)	105(100.0)
4. 勃起が不十分で挿入できない	76(72.4)	9(8.6)	9(8.6)	11(10.5)	105(100.0)
5. 勃起は不十分だが指を使って挿入出来る。射精出来ない。	27(25.7)	28(26.7)	28(26.7)	22(21.0)	105(100.0)
6. 初め、勃起は不十分だが、指を使って挿入でき、その後勃起して射精する。	6(5.7)	61(58.1)	19(18.1)	19(18.1)	105(100.0)
7. 勃起して挿入できるが、すぐ萎えて射精できない	43(40.9)	27(25.7)	20(19.0)	15(14.3)	105(100.0)
8. 勃起して挿入でき、ピストン運動も続けられるが射精しない。	17(16.2)	50(47.6)	16(15.2)	22(21.0)	105(100.0)
9. 一定の体位でしか挿入できない。	6(5.7)	51(48.6)	17(16.2)	21(20.0)	105(100.0)
10. 射精に快感がない	6(5.7)	61(58.1)	10(9.5)	28(26.7)	105(100.0)
11. セックスに関して関心がない	11(10.5)	57(54.3)	14(13.3)	23(21.9)	105(100.0)
12. 特定の相手あるいは特定状況で1-11のことが起きる。	20(19.0)	39(37.1)	23(21.9)	23(21.9)	105(100.0)
13. 相手や状況によらず1-11のことが起きる	52(49.5)	23(21.9)	11(10.5)	19(18.1)	105(100.0)
14. 1-11が一度でもある	5(4.8)	56(53.3)	21(20.0)	23(21.9)	105(100.0)
15. 1-11が持続あるいは反復して起きる	40(38.1)	21(20.0)	21(20.0)	23(21.9)	105(100.0)

注1) ○印はあてはまるもの ×印はあてはまらないもの △印はどちらともいえないもの

は105人中96人(91.4%)である。＜勃起が持続しない＞が56人(53.3%)で、専門職種との関連では平均値以上の割合が高いの

＜勃起して挿入できるが、すぐ萎えて射精出来ない＞が43人(41.0%)、＜勃起して挿入でき、ピストン運動も続けられるが射精しな

い>が17人(16.2%)である。射精と快感との関連では<射精に快感がない>について肯定的意見は6人(5.7%)である。

3) 性的場面の興奮と関心

<性的場面で興奮しない>について肯定的意見の割合は43人(41.0%)である。また、<セックスに関心がない>が11人(10.5%)である。

4) 特定の体位と挿入

<一定の体位でしか挿入出来ない>について肯定的意見の割合は6人(5.7%)である。

5) その他の意味内容

その他の意味内容を整理すると、<特定の相手あるいは特定状況で1-11のことが起きる>について肯定的意見の割合は20人(19.0%)である。<相手や状況によらず1-11のことが起きる>について肯定的意見の割合は52人(49.5%)である。<1-11が一度でもある>について肯定的意見の割合は5人(4.8%)である。<1-11が持続あるいは反復して起きる>について肯定的意見の割合は40人(38.1%)である。

IV. 考察

1. 専門用語と専門職種

専門用語としての[インポテンス]に関する用語をセクソロジーに関する専門書から調べると、<性交不能症>(impotence), インポテンツ, インポテンス, 等多様な用語が使用されている。ヘレン・S. カプランは[インポテンツ]という言葉を使うには異議がある。侮蔑的だというだけでなく、不適切である。インポテンツは単に、勃起障害を意味するのであるから、正確な用語としては<

勃起不全>(erectile dysfunction)というべきである]³⁾と述べている。今回の調査結果を見ると、専門家集団としての医師の場合、[インポテンス](56.2%)を使用している割合が最も多い。[インポテンツ](43.8%)と[勃起不全](44.8%)の専門用語を使用する医師が次に多く、[勃起障害](38.1%), [性不全](20.0%)の順に使用頻度が低くなる。特に、専門職種とのクロス分析をして見ると、産婦人科医の場合、[インポテンス], [インポテンツ], [勃起不全], [勃起障害], [性不全]等の用語を多様に、使用している傾向が見られる。泌尿器科医の場合、[インポテンス]を使用している割合が80.0%を占め、比較的専門用語の使用に関する統一性が見られる。ちなみに、日本泌尿器科学会編の泌尿器科用語集ではIMPOTENCE = 性交不能症と規定している。精神科医の場合、[勃起障害]を使用している医師が多い。内科医は[インポテンツ]が多く、その他の医師では[勃起不全]が多い。

医師以外の専門家では心理士が[インポテンス], [勃起障害], [勃起不全]を使用している。カウンセラーは[インポテンス]を使用し、保健婦・助産婦・看護婦は[インポテンツ]と[インポテンス]を使用している。

また、専門用語の複数回答の中で、一つの専門用語のみを選択した専門家では[インポテンス]と[インポテンツ]に意見が分かれている。職種別では婦人科医がその代表であるが、カウンセラーは[インポテンス], 保健婦は[インポテンツ]を使用する傾向がある。

2. インポテンスの概念

(1) 勃起不全と射精

「インポテンス」に関する概念整理は専門用語の使い方と同様、必ずしも統一して使用されているとは言えない。カプランは、「インポテンツは単に、ペニスの勃起障害であり、身体的要因や心因的要因も考えられるが、基本的には勃起反射の障害であり、また、勃起反射と射精反射とはべつのものである」と述べている。こうした見解は他の専門家の間では必ずしも統一されていない。WASの定義では「勃起の無い射精は起こりうる⁴⁾」と定義されている。M&Jでは「インポテンスは勃起不全だけでなく、生殖機能（射精）不全でもあるから、その相違をあいまいにするのは良くない⁵⁾」と述べている。今回の調査結果を見ると、多くの専門家は「勃起が起きない」、「勃起が不十分で挿入できない」、「勃起が持続しない」を肯定する意見が多い結果が見られる。また、射精との関連でいえば、「勃起して挿入できるが、すぐ、萎えて射精できない」（40.0%）を肯定する専門家が比較的多く見られる。

(2) 性的快感と性的関心

インポテンスの概念構成で、「性的場面で興奮しない」という要素を使用している専門家は比較的多い（40.9）が「セックスに関心がない」（10.5%）や「射精に快感がない」（5.7 %）に関する項目を含める専門家は少ない。男性の勃起障害の診断基準を見ると、(1)性行為を完了するまでの間に、男性が勃起を起こし、または持続することに部分的または完全な欠陥が持続または反復すること、(2)男性が性行為中に性的興奮や歓喜の主観的感覚を欠くことが持続または反復すること、を記載しており、性的快感や関心に関する要素を含む意見が少ない事を示している。実際、

調査票の自由回答の回答の中には、射精の有無や射精感は問うべきでない、という意見が見られた。

V. まとめ

1. セクシャリティーの専門家の中で日頃使用されている専門用語ではインポテンス、インポテンツ、勃起不全、勃起障害、性不全、不能等、多様に使用されており、十分統一された概念として構成されていない。職種別で見ると、産婦人科医に専門用語の多様性が見られる。泌尿器科医、心理士、カウンセラーはインポテンス、精神科医は勃起障害、保健婦及び助産婦はインポテンス及びインポテンツに二分している。また、複数回答のなかで、一つの専門用語を選択している専門家はインポテンス及びインポテンツが90%を占めている。

2. 専門用語の意味内容では「勃起が起きない、あるいは不十分で挿入できない、持続しない」等を認める専門家が90%を占めている。

3. 勃起と射精を＜インポテンス＞の概念に含めるかについては専門家の間に、議論の余地があると思われる。

4. ＜インポテンス＞の概念に性の快感や性の関心等の意味内容を含める専門家は比較的小さい結果が見られる。

VI. 文献

- 1) ヘレン・S・カプラン、ニュー・セックス・セラピー、星和書店、1945
- 2) 金子和子、早漏の症例、日本性科学会雑誌、vol. 11, no I, May, 1993
- 3) ヘレン・S・カプラン、ニュー・セッ

クス・セラピー，星和書店，1945

- 4) Fernando J. Bianco, Diagnostic Manual of Sexual Disorders, World Association for Sexology, 1989
- 5) W. H. Masters & V. E. Johnson, Human Sexual Inadequacy, Little Brown & Co. Boston, 1970

資 料

第1回 専門用語に関するアンケート

性の分野は新しい上に，一般社会と専門家とのギャップが大きく，同じ現象を指すにも使われている言葉が一定していません。また，専門家同士でも言葉の内容が立場によってズレがあることが珍しくありません。そこで，私たちは性の専門家として，性に関する言葉について考え，できれば統一した定義を持ちたいと思います。その第一段階として専門家の間ではどう使われているかのアンケートを行いたいと思いますのでどうぞよろしくご協力ください。

インポテンス Impotence

この言葉で普段，自分が使っている意味や，考えていることにあてはまるものに○，あてはまらないものに×，どちらともいえないものに△をつけてください。

1. 勃起が起こらない
2. 勃起が持続しない。
3. 性的場面で興奮しない。
4. 勃起が不十分で挿入できない。
5. 勃起は不十分だが指を使って挿入はできる。射精できない。
6. 初め，勃起は不十分だが，指を使って挿入でき，その後勃起して射精する。
7. 勃起して挿入はできるが，すぐ萎えて射精できない。
8. 勃起して挿入でき，ピストン運動を続けられるが射精しない。
9. 一定の体位でしか挿入できない。
10. 射精に快感がない。
11. セックスにたいして関心がない。
12. 特定の相手あるいは特定の状況で1から

11 のことが起きる。

13. 相手の状況によらず 1 から 11 のことが起きる。

14. 1 から 11 が一度でもある。

15. 1 から 11 が持続あるいは反復して起きる。

どのくらい？

16. インポテンスと言う言葉は侮蔑的なので変えた方が良い。

何という言葉に？

17. インポテンスと言う言葉は広く使われて要るので変える必要はない。

18. この言葉は女性に対してもつかえる。

どのようなことに対して？

御協力ありがとうございました。今後も他の言葉についてアンケートを行う予定であります。よろしくお願い致します。また、ご意見がございましたら何でもどうぞ。

普段、使っている言葉に○をつけてください。

インポテンス インポテンツ 勃起不全 勃起障害 不能 不能症 性不全 興奮期障害

その他この言葉に関してご意見があればどのようなことでもどうぞ。

お名前

医師（ 科）看護婦（ 科）

助産婦 保健婦 臨床心理士 カウンセラー

教師 その他（ ）

勃起障害への夫婦療法

千葉メンタルクリニック

山田 純子

ここで提示する症例は欲望相の障害からの二次的勃起障害であるため、当初から治療困難が予想された。現代の夫婦に共通するテーマが出ていて興味深い症例のため紹介する。夫は34才、妻は31才で、主訴は夫の勃起障害である。泌尿器科的な異常はない。初回面接の後、私の治療姿勢を紹介し意見を交換した。これは性治療に対して科学的な情報が少なく、時には誤解があるためである。「気持ちや心の問題を話し合いながら性に関する行動の練習をして問題解決に向かいます。」「単純に夫に気に入られる妻になればよいとは考えていません。」「性的な練習を通して学び、体験します。その間二人の関わりを見て、必要であれば話し合います。治療者は練習を指示しますが、それを採用するのは各々の意志が大事です。練習が出来そうにないときは話し合しましょう。お互いに無理はしないで。」「残念ながらここに男性の治療者がいないので、御主人はつらいと思われることがあるかも知れません。その時は私に伝えて下さい。」仕事の都合で月に一度のセッション(90-120分)となった。治療者側も男女二名が望ましいが、

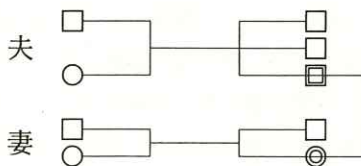
私のみの単独治療者となった。

その後の10カ月に渡る10回のセッションの経過を紹介する。

第1回：問題の確認：結婚するまではセックスは普通。その後夫は多忙となり、性関係は減少して月に1-2回に、一年に数回、現在は9カ月間性関係はない。夫は性交しようとしても勃起しないが、朝は勃起する。マスターベーションは時々する。妻はイライラして夫を責め、夫はますます性関係から遠ざかる。妻の問題解決努力が問題を悪化させ悪循環している。

結婚までの性の歴史：夫は専門学校を卒業後、現在の業種につく。親の勧めで婚約したが、セックスが面倒に思われキスもしなかった。その後現在の妻に出会い婚約を解消して結婚。妻は地方生まれ。独立した仕事を持つ。ある男性と別離後、現在の夫と出会い性関係を経て結婚した。治療者の印象は夫は結婚に受身的であり、万事母親に世話をされる生活から離れたが、自分で妻の世話をするまでにない。積極的な妻の流れに委ねていたがあまりに妻のやり方となった。やさしくナイーブな感じのする中肉中背の男性。妻は結婚に対して協力体制のイメージが強いが、家事はほとんど一人で背負い、仕事もしている活発で知的な現代的な美人。セックスの減少について夫婦が感じている原因は夫婦とも良く分からない。
治療者の介入：「思い切って夫婦で来所した

図1 夫と妻の家族背景



ことが大きな行為です。次回まで性のことは棚上げして下さい。私のほうで今日の情報を整理してよい治療について考えておきます。」「次回まで何もしないで過ごして下さい。」と伝えた。連れて来られた夫へは支持的であったが、妻にはプラスがない。一工夫が必要である。この介入は行動処方を0点からスタートさせる意図がある。

第2回：3月 夫のみで来所。治療者は来所前の気持ちとこれからの意向をきく。「夫婦二人で来ると少し楽になる。何もしないという宿題を意味を考えていた。その晩、性関係を持たなければとのプレッシャーを感じないで居られた。妻は不満をぶつけないが、仕事の話もしないのですこし寂しい。次の週、妻は何かトライしてくる。雰囲気としてプレッシャーを感じた。治療に妻は夫につき合っていると。妻は自分の仕事は認めて尊敬してくれる。それで、夫としては仕事の理想の方向を目指し、実行に移さねばと思う。」テーマは自然に性からそれで仕事となった。妻から尊敬されていると思うと「その思いを受け入れてかつ行動に移すべき」という思考パターンがある。もう一つのテーマは「プレッシャーは励みになるか重荷になるか」である。彼は「プレッシャーが少なくとも過敏であれば重荷になると。家ではボーッと居たい」と本音を語る。今日治療者は感覚集中訓練*の宿題を出して治療を進めようとしたが、妻が不在のため確認が取れない。彼が妻に伝えるように依頼。妻がいないと治療が前進できないとのメッセージである。宿題を提示「男と女、家庭、夫婦についてのイメージを一言で書いて下さい。」

第3回：夫婦同席で宿題の回答を話合った。

夫

男と女：エゴイズム

家庭：静けさ、やすらぎ（パジャマがいい）

夫婦：妥協、思いやり

妻

男と女：男の人、すぐれ、甘えられる人、磨き合う関係

家庭：DRESS DOWN はいや（やすらぎはネコ）

夫婦：男と女でいたい、子供は要らない

イメージの違いが歴然として治療者は気分が重くなるが、二人はかえって一緒にする機運が出てくる。そこで治療者は性的なエクササイズを処方した。この後何回も別れの危機が迫る場面では、お互いに引き合う引力が出現する。

宿題 感覚集中訓練1：夫より妻に断られる不安が提示された。「二人に公平な宿題です。出来ないときには理由を聞きます。」両人のOKの返事がでた。

第4回：4月宿題3回実施。家事とか入浴が遅れるとか取り組みが遅い。抵抗がある。感覚集中の間、夫は勃起して挿入したくなるが、妻の拒否に会う。性交禁止は、治療のステップを確実にするまっすぐな意味とやや逆説的な不安を減少させる意味がある。妻が怒り出すと止められないことが話題になった。夫は「止めようとするとかえって火に油になり、自分が引くしかない。」怒りや不満の“なだめ方”についての話合いが出来た。「なだめることは夫である自分が妻より上の関係でなければ不可能。夫は上の関係というより圧倒されて余裕がない。妻のほうが勝っている」と言う。上下関係勝ち負けの関係のテーマが自然に夫婦から話題にされた。妻は「兄（問題

を抱え弱い存在)のために家族の面倒事を処理して強くなった。むしろ自分は甘えたいのにそれができない」と語った。自ら積極的に強く物事に対応するとき、それは相手にそのように行動して貰いたいという希望が鮮明になった。相手にプレッシャーをかけるように行動する妻の側の難しい両価的態度である。感覚集中訓練は実行してくれる。

宿題：合同セッション感覚集中訓練ⅠⅡ妻から夫に 感覚集中訓練Ⅲ夫から妻に 分割セッションで夫にクリトリスの刺激を指示

妻の性的不満が相手へのプレッシャーになるため、夫婦合同セッションでなく夫だけの分割セッションで夫から妻への課題を一步早く進め、性器の刺激でオルガスムを与えるように指示した。この回、夫婦は性の問題があるが、実は夫婦の関係のあり方が問題であると気付いた。「離婚」の話がでたが、過程で二人がお互いに必要であることに気が付いた。夫が妻に手でクリトリス刺激をしてオルガスムを与えてから緊張がいきなり低下して治療者から禁じられている性交が行われた。治療者は禁止という枠組みのなかで夫婦が安心して関係を楽しむことを期待する。夫婦が枠組みを乗り越える力が生まれることは内々には歓迎して、治療者はそれを表面に出さず、少し困りながら成果を尊重する。

第5回：6月お互いの立場に対しての共感が得られ感覚集中訓練のテーマは実施され、自己の感覚に集中することに慣れてきた。勃起可能で挿入したくなる。性交の禁止は維持されている。

第6回：8月 夫のイニシアティブで二人でラリーに出場。二人共通の趣味なので楽しそうである。家のテリトリーの問題が出た。夫

の部屋が物置になっているので掃除を治療者が提案する。境界の問題に対応するとき家の部屋割を応用する。間取りを二人に書いて貰う。この縄張りの問題は勝つか負けるかより、住み分けの問題として対応する。上下関係を平面の関係で見るためである。

第7回：同月 感覚集中訓練Ⅲ射精できるまでしたら痛むほどで、やりすぎと感じたが、刺激を強くしないと没頭して射精までいけない。

第8回目：夫婦の距離についてのテーマが話された。セックスは努力しないと快感が得られず面倒になってしまい、夫からそんなに性交しなくてもいいのではと提案された。夫は「距離が離れていても不自由しない。顔が見えればいい関係」。妻は「普通の性関係が私の願い。いま夫の距離関係では離婚するしかない。寂しい」。夫の性感覚はかなり受身で消極的な状態であり、集中させられて没頭させて貰えなければ勃起できない。妻は夫に期待されるように積極的には動きたくない。夫婦は性における男性—能動性、女性—受身性のイメージに縛られている。妻の生き方は積極的なのに性関係では受身でいたいという両面があるが、夫は伝統的な積極的かつ能動的な男性役割を生き方でも性関係でも取らない点では一貫している。性関係では兩人とも受身で白けてしまう。問題は狭い意味の精神病理性は持たないが、深い根のある対応困難状態である。

第9回：妻のみの来院：夏の旅行トラブルを語る。「レストランの選択は地理を知っている夫にして欲しかったのに、夫は決められない。一日目から喧嘩で宿題どころではない。」夫への積極的な決断行動への期待が明確にあ

る。

第10回：夫婦の距離と寂しさ、積極性と消極性、能動性と受身性のテーマが詳しく話された。結婚してから妻は親しさと距離には変化がなかったが、夫の方が以前より距離を取るようになった。夫は妻の気持ちが分かると合わせようとする。その結果、知れば知るほど相手にピッタリの選択肢が限定されて選べないままになる。それを相手から攻撃され、そのまま自分の意見を出せないで終わる。治療者が「相手を知れば知るほど配慮が加算されて自分を出し難くしている」と明確化する。配慮しても加算がない方法について話合う。妻からは夫に積極的に動いてほしいとの希望がある。妻へ「自分の積極性は相手のも同じように積極的に動くべきとのメッセージが入るようですね。自分で積極性を楽しまず、また予想に反して相手に対するプレッシャーになる。」と治療者は妻へも明確化する。夫婦それぞれに支持を送りながら課題を整理した。感覚集中訓練の宿題は続行するが、無理にオルガスムを得る必要はないと提案。二人はこれから温泉に行く打ち解けた様子であった。

その後の経過：結婚は継続され趣味や旅行を一緒に行っているので周囲からは仲が良い夫婦と映っている。性関係は少ないながら定期に行われている。この頻度はまだ妻には不満が残るものである。

残念ながら二人は、一年後に離婚することになった。

3. 症例についての考察

性機能不全のうち欲望相の問題はその人の性格や生き方と深く関係するため困難な症例が多い。男性の勃起障害は本人が自発的に治療に来ず、妻から無理に連れてこられること

が多い。夫の治療意欲を大事にする必要があるが、最初のイニシアティブを取った妻を無視しても治療は困難となる。初回の介入は大事である。治療は妻の協力が必須であり、妻を飽きさせたり、失望させないで共同作業する必要がある。この症例では妻のオルガスムを早めに実現した。夫の受身性への介入は困難であるためここでは部分対応しかされていない。妻の積極性能動性の両価的なメッセージは夫へのプレッシャーになり、介入が必要である。自らが積極的に能動的に生きたいこと、相手にも積極的に能動的に生きて貰いたいことは別のテーマである。自らがどの分野でどこまで積極的に生きるのかどこまで消極的受身的に生きるのかはその時その時の夫婦両人の柔軟な決断が必要である。妻の中で特に性行為についてまだその比率が定まっていない。また夫もどこまで受身的に生きるのかが安定せず、友人の「まるで彼女の部屋だね」の一言で傷付いている。極端を言えば妻はベッドの中でも能動性を発揮しても良し、夫は受身性を味わっても良い。また、日頃は受身的に生活している夫が時にはベッドでは能動的になり、妻は受身的にでも良い。どこまで自分が変化できるのか出来ないのか、相手が変化できるのか変化できないのかを知って二人の間で調和できればと思う。このことは性治療とは別の更なる精神療法も助けになる。関係を継続するならばお互い変化できない問題はあきらめも大事である。そうでないと夫婦の組合わせそのものを変化（離婚）させることが必要になる。根が深い夫婦の問題解決には夫婦が誠実に向き合い続けることが肝心である。

・セント・フォーカス・テクニック

感覚集中訓練(以下, S F と略)と訳しているが, 5段階の公式がある。

S F I : お互いの体(性器は除く)を交互に愛撫し合い、相手のことは配慮せず、利己的に全神経を与えられた感触や官能に集中し、タッチングを受けることを楽しむ。触れられ方の好みを相手に伝える。

S F II : S F I に性器へのタッチングを加えたもの。しかしオルガスムに至らない程度。

S F III : 女性上位で何度か短時間挿入する。自己刺激またはパートナーからの手や口による刺激でオルガスムに至る。

ワギニスムスの症例

神尾記念病院

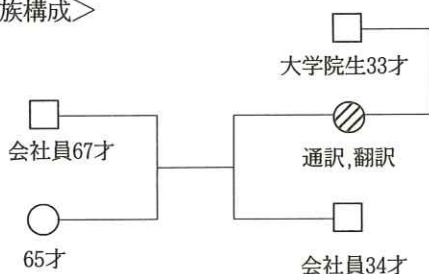
JASCT カウンセリング室

堀 一 子

T・S ♀ 37歳

〈主訴〉ワギニスムス（未完成婚）

〈家族構成〉



〈現病歴〉

84年に出会い、86年より同棲、89年結婚。二人が性的交渉を持ったのは84年秋。ふたりとも初体験で、彼女がこわいと言って挿入できなかった。その後も挿入は恐くてできないがベッティングは週一回程度楽しめている。夫が細いものから練習したらどうかと助言しベッティングで興奮しているときは人參の挿入は可能。夫からのプレッシャーは一切なく、そのことが逆にプレッシャーに感じられる。93年4月に婦人科受診。身体的には問題はない。

1 93-7-13 一人で神尾記念病院
性感覚ドックへ来室

ショートヘア、知的で活動的、女らしさを感じさせない人。治療者はtouchingを指示し次回の夫同伴の来室を要請した。

2 93-8-4 一人で来室

この日初めて夫が外国人であることが告げ

られた。夫にとってスキンシップは子どもの頃から日常的なことなので、touchingは問題なく行われているとのことであった。問題は彼女自身のことであり、彼女自身が越えていかなければいけないと思っているので一人で来室したい旨が告げられた。

自分の幼少時に何かあったのかもしれないからそれを見て貰いたいから来たのだとも言った。これは後の大きな伏線となった。

初回に行った性不全テストの結果について説明する。（このテストは自記式であるので本人の意図的操作がある程度可能である）他の項目に比べ、成育歴項目の問題点が極端に低いことが、かえって気になると治療者は伝えた。それに対するT子の反応はあいまいであったが、彼女はそれよりも「テストに答えていてセクシャルな事に関する自分の意識が低いと感じた」と伝えた。

「消極的というよりも無知、他のことには非常に好奇心が強いのにセクシャルな事に関しては知りたいと思って来なかった」というのであった。touchingは週末に1回。

夫はtouchingという宿題が出たことを歓迎しており、T子も挿入しなくて良いということで気持ちが解放され、逆にセクシーに思えてきているとのことであった。

3 93-8-18

この日は性ヒストリィについて語られた。初潮は小学校6年生のときで、そのとき母親

が怒った。なぜ怒ったかはよくわからぬが「こんなに早く始まって」とでも思ったのだろうか？母親の結婚生活はあまり幸せではなかったことと関係しているかもしれない。実際両親はよく喧嘩していた。T子は「子どもの頃のことはよく思い出さない、防御本能で忘れてしまっているのかもしれない」と声をたてて笑うのだったが、治療者が「笑って言う話題では無いように思う」と言うと、「子どもの頃はあまり幸せでは無かったかもしれない」と涙ぐむのであった。

さらに彼女は、思い出さないはずの子どもの頃の話をつづけた。彼女は母親から「この子は器量が悪い」と言われ続けていた。T子は器量の代わりに知的な活動力を身につけ、よく喋ると魅力的に見えるのではないかと考えてこれまで生きてきた。「そういえばこう話していても私の3倍位は——」と言いかけると「話していますものね」と治療者の言葉を早口に取りってしまうのだった。T子は器量と言う言葉は彼女とは無縁と思っているようだったので、治療者は器量という点について私見を述べた。それは「その人の心が満たされ幸せであれば自然に顔もきれいになっていくもの」また「きれいだ、と言われていたときれいになっていくもの」という内容であった。

すると彼女は思い切ったように打ち明けた。「実は夫が私をきれいといったんです。」その時彼女は「この人、目がおかしいのではないかと思った」という。これまでのT子の人生では信じられないことだったのである。しかし、段々言われているうちに、「もしかしたら自分が思っているほどひどくないのかも知れない」と思うようになってきたというのであった。こうしている内に「段々自分の顔

が好きになってきた」と言うのだった。

4 93-9-8

夫と自分の実家へ一週間の帰省した直後に来室

今回も母親の結婚生活のことが話題になった。両親はT子が小学校に入る頃にはもう寝室を別にしていた。T子が小学校高学年の頃、母親は自律神経失調症でほとんど寝ていることが多かった。その頃の母親に関する記憶はあまりない。彼女は高校生の時、母親から直に母親の結婚生活が不幸であったこと、性生活がいやであった事を打ち明けられた。T子は母親に同情し、その後ことごとく父親に反抗的になったという。しかしそれは一方的に母親から聞いたもので父親からはなにも聞いていなかったことに彼女は気付いて来た。そのきっかけとなったのが彼女の結婚である。彼女が外国人と結婚すると伝えた時、母親は子どものように泣きわめいた。それにひきかえ父親は「お母さんがどんなに泣きわめいてもT子は自分で結婚を決められる年齢になっているんだよ」と母親に言い聞かせた。そこでT子は「さてよ、母親を可哀相にしているのは母親自身ではないか。自分の枠の中に入ってくれない人を悪く言うのだ」と思うようになって来た。母親の枠から出始めているT子には、そのことが今回の帰省でも、更に強く感じられた。

今まで一緒に風呂に入ったりしていた母親と、喧嘩をして帰ってきた。

この回彼女はもう一つ重要なことを話した。T子はこの春あるファンタジー小説を翻訳した。母親は親としてできることはこれしかないと言ってその本を20冊も購入した。

ところが中身は全く読んでくれていなかった。

たことを今回の帰省で知って、ショックを受けたという。その本は童話赤ずきんをもとにファンタジ小説化されたものだった。その内容を聞いて治療者は「赤ずきんは少女が大人の女になって男を求めて行くのを母親の暗い部分が足を引っ張るという解釈を読んだことがある」と伝えた。するとT子は「ああそうか!」と言った後「本当は誰よりも母からの感想を聞きたかった」とつぶやいた。

＃5 93-9-22 この日は思わぬ展開になった。

前回母親を悪く言ってしまったのでしばらくいやな思いがしていた。と言った後この2週間に見た夢について語られた。

＜夢＞マンションにテロリストが進入し部屋にいた人すべてが人質にされた。T子はテロリストに地下に行って黒い手帳をもって来いと言われた。地下に行く途中、暗くて恐かったが、持ってこないと夫が殺されると思い、地下に降りて行った。地下には、いっぱい人がいた。見つかるといけないと思ったが誰も気付かず、アルバムと机が見つかった。手帳は机の引き出しから簡単に見つかった。皆が出て行きそうな気配がしたので、戸を閉められると思い、あわてて出てきたところで目が覚めた。夫はこの夢を＜腔の中に入ったら、なんだ大したことはなかった＞と解釈した。T子は黒い手帳をT子自身と考えた。

夢の話の後T子は、しばらくのためらいの後、次のような告白をした。

小学校6年のとき、普段使われていない部屋から人の気配がしたので、戸を開けようとしたら、母親の「どこかへ行きなさい」という声がした。母親がよその男の人といるのが隙間から見えた。「父親との性交渉は嫌だっ

たので2回しかしていない」と、子供に言うべきでないことを言っておきながら。母親と喧嘩して腹が立つことがあるとそのときのことを母親に言いそうになったが、言わないできた。その出来事はずっと不潔なこと、あれは嘘であって欲しいと思ってきた。

今回母親と喧嘩して腹が立ったので、夫に打ち明けたところ、夫は「いいじゃないかそうしていてお母さんが幸せだったなら」と言った。今まで誰にも言えなかったことを夫に話し、夫の反応を聞き、今では、母親に花が一つくらいあってもいいじゃないか、と思うようになった、とT子は語り、吹っ切れたようだった。

セクシャルな面では夫のペニスが徐々に入り始めたことが報告され、「私はそろそろ楽園行きの切符を買おうと思う、そしてもし行きはじめて駄目だったらここへ来ればいい、ここへ来る切符は持っているから」と5回にわたるカウンセリングを終了した。

＜おわりに＞

このケースでは、＃2の＜セクシャルな事に関しては知りたいと思って来なかった＞、

＃3の＜子どもの頃のことはよく思い出さない、防御本能で忘れてしまっているのかも知れない＞＃4の＜その頃の母親に関する記憶はあまりない＞に関して治療者は、当初、ある方面への堅い知的防衛と思っていた。事実T子今までそうして生きてきたのだろう。

しかしT子は自ら治療を求めてきたのである。しかも「この性不全は夫との関係で起きているのではなく、自分自身の幼少時の出来事と深い関係がある」と早い時期に告げている。T子は心の奥につっかえていたある出来事を吐き出し、その事への自分の長い間の思

いを修正しなかったのである。心の奥の栓を取ることで自分のワギニズムが、解決していくと予感していた。

T子は、それを話すことは、母親を決定的に否定することのように思え、そのことで母親から否定されてしまうと恐れ、何度もその部分に近付きながら話せないでいたのだった。

#5のはじめに#4で話した内容に不釣り合いなほど罪悪感を語ったのは、そのためであった。

夢の「黒い手帳」を治療者は、母親の暗い部分（不倫）と解したが、T子の言うようにその出来事に対する彼女の暗い思いだったのかもしれない。T子の夢の中で古い引き出しにしまっていた恐ろしいはずの「黒い手帳」がそれほどのものではない、という体験をした後、心のつかえを一気に吐き出したのだった。

編集後記

例年のように、学会雑誌の発刊が遅れて恐縮です。

さて、近年、性科学をめぐる問題はますます増大し、広がってきています。生殖医学の発達、エイズの出現、女性の性意識の変化、少産社会、高齢化社会、家族関係の変貌、人口爆発のおそれ、などの社会事象は、ジェンダーや性行動に大きな影響を与えてきています。セックスレスの増加も、現代日本の性の形の一つを顕す社会現象と思われます。本号では、「セックスレス」を特集のテーマとしてとりあげました。現代の「性の臨床」では大きなテーマなので、きっと会員の諸先生にとって裨益するものと思います。

本年は横浜の国際会議場で国際エイズ学会が大規模に開催されます。来年は本学会も主催者の一翼を担っている国際性科学会が同じ会場で開かれます。先生方にとっては、両学会へのご参加を是非ともお勧めしたいと思います。

日本インポテンス学会に比べ、本学会は低調で、学会雑誌も見劣りがします。是非とも、先生方の貴重な研究論文を投稿いただけるようお願いいたします。

学会の次代を担う幹事の先生方で、毎月会をもって、学会活動や学会に関する諸問題を検討したり話し合いをしています。セックス・カウンセラー・セラピストの認定制度も検討テーマの一つです。この問題に限らず、ご意見をお持ちの先生は、遠慮なく幹事会か理事会宛にお考えをお寄せ下さい。

(編集担当理事 河野友信)

投 稿 規 定

- 1) 本誌への投稿は、原則として本会会員のものに限る。
- 2) 原稿は、本会の目的に関連のある原著、論説、臨床報告、内外文献紹介、学術記事、その他で原則として未発表のものに限る。
- 3) 原稿の採否、掲載順位、その他で編集に関する事項は編集会議で決定する。また、内容について著者にアドバイスすることもある。
- 4) 掲載料は刷り上がり 10 ページまで無料、写真、図、表に要する費用は著者実費負担とする。
- 5) 写真はトリミングされたものを、図表はなるべくそのまま製版しうるものを準備する。また本分中に挿入すべき位置を明示すること。
- 6) 原著、臨床報告などの記述の順序は次のようにする。

和文原稿では表題、所属、著者名（以上英文も併記し姓名は Tomonobu KAWAMO のように記述する）。抄録（500字以内）、Key word（5つ以内で著者の任意とする）。緒言研究（実験）方法、研究（実験）成績、総括または結論、文献、図、表、写真、英文抄録（200語以内）とする。

- 7) 単位、記号は一般的なものを用いる。和文原稿の数字は算用数字を用いる。
- 8) 文献の書き方は次の形式による。
 - (1) 出所順に、1), 2), 3), の番号を付し、末尾に一括記載する。
 - (2) 雑誌の場合には筆頭著者名のみ（複数の場合は、他：とする）、表題、雑誌名、巻数、ページ発行年（西暦）の順に記す、なお誌名は略称を用いる。
 - (3) 単行本の場合は、著者名、表題、本名（編集者名）、引用ページ数、発行社、発行地、発行年の順に記す。
- 9) 校正は、原則として編集委員会が行うものとし、必要に応じ著者校正とする。
- 10) 著者には 10 部贈呈する。
- 11) 投稿先は下記の宛先とする。

〒107 東京都港区青山 1-1-1 新青山ビル西館 3 階長谷クリニック内
JASCT 学会誌編集委員会 TEL 03-3475-1780
FAX 03-3475-1789

※備考：印刷済みの原稿、図表は原則として返還しない。

編集担当理事 河 野 友 信