

日本性科学会雑誌第13巻1号 平成7年10月1日発行

日本性科学会雑誌

JAPANESE JOURNAL OF SEXOLOGY

VOL.13 NO.1 Oct. 1995



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

8月12日から16日まで横浜市の「パシフィコ横浜」において、第12回世界性科学学会が開催された。42カ国から凡そ670名の参加者があり、うち約200名が海外からの参加であった。

「セクシュアリティと人間の絆」をメインテーマとして、特別講演6題、シンポジウム12題、一般演題129題（申込171題）、ポスター50題（申込79題）の発表の他、12題の異なったテーマによるワークショップ、及びリプロダクティブ・フォーラム「女と男のいい関係—豊かなる性を求めて」、コメディカルのための5題の教育講演、公開シンポジウム「日本におけるトランスセクシュアリティ」などのサテライトシンポジウムが毎日多くの会場に分かれて行われたが、どの会場もかなりの盛況で、熱心な討論がおこなわれていた。

また、歓迎レセプションや海外からの主な演者を招いた会長招宴では非常に和やかな、暖かい雰囲気の中で、お互いの親睦が深められ、情報が交換されて大変有意義な国際交流が行なわれた。そしてバンケット（ジャパンナイト）では更に期せずして、多くの国々からの参加者がそれぞれの国ごとにステージに上がり、その国の最もよく知られた愛好歌を歌うというハプニングが起こり、大変な盛り上がりを見せ、閉会を告げて、多くの人々が立ち去らない程であった。マスメディアにも色々とり上げられ、わが国における性科学の理解と定着に向けて一つの役割を果たすことが出来たと共に、わが国独自の性科学に関する研究を世界に紹介することに貢献出来たと考えている。

世界性科学会（WAS）の事務総長 Coleman 教授からは、一つ一つの行事について詳細に触れ、その成功に対する最大の賛辞が寄せられた。このように本学会は種々の面で予期以上の大成功を収めることが出来たが、これは1991年12月にJASCTも共同主催団体の一つとなって組織委員会を設置して以来、3年有余にわたり、その企画、プログラム編成、募金など準備万端と学会の円滑な運営に精力的に取り組んでこられた組織委員会各位の熱心なご尽力や会員各位より寄せられた温かいご支援ご協力の賜物であり、紙面をかりてここに衷心より深甚な感謝の意を表する。

目 次

巻 頭 言	松 本 清 一 ...	1
ワギニズムスと性交疼痛の考え方	大 川 玲 子 ...	3
妊娠中の性生活実態調査（第一報） 10 年前との比較 — 頻度を中心として	金 子 和 子 大 川 玲 子 島 村 忠 義 ...	8
日本人の陰茎のサイズに関する検討	矢 島 通 孝 野 末 源 一 長 田 尚 夫 木 村 正 文 榎 本 裕 ...	15
D S M-IVによる性障害の診断	阿 部 輝 夫 ...	20
ワギニズムスの症例	渡 辺 景 子 ...	27
耳鼻科的症状を訴えた患者の本来の問題が、 セクシュアリティにあったケース	堀 一 子 ...	33
阪神・淡路大震災 — セクソロジストとしての観点	山 崎 高 明 ...	42
編 集 後 記		45

ワギニズムスと性交疼痛の考え方

千葉市立病院産婦人科

大川 玲子

性交時の疼痛は他の性機能障害同様、心身の相関でとらえるべきものであろう。図式的に過ぎるかも知れないが筆者は、主観的な痛みのみで身体症状の無いもの（神経症）、主として心因が引き起こす身体症状（心身症）、器質的疾患がおこす性交痛（身体疾患）、と、いうように理解している。しかし現在診断のよりどころとしている各定義の間には必ずしも整合性が無く、分かりにくい。例えば Masters & Johnson¹⁾の定義では、女性の性機能障害はオーガズム不全、ワギニズムス及び性交不快症、dyspareunia に分けられる。この性交不快症は心理的ないし器質性要因でおこる性交痛である。一方 DSM-IV⁵⁾は心因性の性交痛を性交疼痛障害とし、その下位分類として一般身体疾患によらない性交疼痛症、dyspareunia とワギニズムスをおいている。後者は精神疾患の分類であると言うような、立場の差があるとしても、定義間の食い違いはそれをよりどころにする臨床家を迷わせるものである。おそらく精神、身体両面からの研究と、特にその統合が更に必要なのではないだろうか。本論分は文献を中心にワギニズムスと性交痛の考え方を整理してみたものである。

1. ワギニズムスと性交疼痛についての諸定義

主な診断基準から年代順に定義をあげる。但し Masters & Jhonson、Kaplan の場合は特に数行の定義と言うものはなく、筆者がまとめたものである。

1) Masters & Johnson (1970)¹⁾

ワギニズムス、vaginismus : 陰周囲の筋肉（外方 1 / 3）の不随意的痙攣様の収縮（オーガズムのリズミカルな収縮とは反対に）により、性交ができないもの

有痛性交、Painful intercourse, dyspareunia : 心理ないし器質的要因でおこる性交痛

2) Kaplan (1974)²⁾

ワギニズムス : Masters & Jhonson のものとほぼ同じ

有痛性交については特に記載なし

3) World Association for Sexology, Bianco 私案 (1989)³⁾以下 Bianco とする

興奮期における外陰部筋肉の機能不全 (Vaginismus) : 基本的な訴えは陰挿入時の疼痛で、それが挿入を障害する。オーガズムがあるかどうかは問わないが、有効な性的反応は見られる。疼痛のため挿入ができないこと、の他は性反応を楽しめる。多くは原発性で、最初の性交時におこり、以後回避行動が強化される。診察すると会陰の中心部が硬く過敏である。鑑別診断は、機能性性交痛 (Functional Dyspareunia)、局所感染症、陰潤滑液の過少症など。

性的興奮期における末梢循環不全 : 陰潤滑液の欠如、過少、と過剰があるが、このうち過少症では性交痛が生じる

4) ICD-10 (1992)⁴⁾

非器質性膣けいれん：膣を囲む骨盤底筋群のれん縮であり、膣の閉鎖をひきおこす。陰茎の挿入は不可能であるか、あるいは痛みをともなう。膣けいれんは痛みを来す局所的原因に対する二次的反応のこともあるが、その場合はこのカテゴリーを用いるべきではない。

非器質性性交疼痛症：性交疼痛症（性交中の痛み）は女性にも男性にも起きる。これはしばしば局所的な病変によることがあり、その場合の病的状態に応じたカテゴリーを用いるのが適切である。しかし明らかな原因が無く、情緒的要因が重要であるかもしれないものもある。

5) DSM-IV (1994)⁵⁾

性交疼痛障害、sexual pain disorder の下位分類として、性交疼痛症とワギニズムスをおく性交疼痛症、dyspareunia:

- A. 男性または女性の、性交に関連した、反復的または持続的な性器痛。
- B. その障害によって著しい苦痛が生じ、または対人関係が困難になっている。
- C. この障害は膣けいれんまたは潤滑欠如のみで起こったものではなく、（他の性機能不全を除く）他の第 I 軸障害ではうまく説明されないし、物質（例：薬物乱用、投薬）または他の一般身体疾患の直接的な生理学的作用によるものでもない。

ワギニズムス：

- A. 膣の外 1/3 の部分の筋層に反復性または持続性の不随意性れん縮が起り性交を障害するもの。
- B. その障害によって著しい苦痛が生じ、

または対人関係が困難になっている。

- C. この障害は他の第 I 軸障害ではうまく説明されないし他の一般身体疾患の直接的な生理学的作用によるものでもない。

2. ワギニズムスにおける疼痛とは

ワギニズムスの定義で共通しているのは、

- ①膣の筋肉の不随意収縮により、②性交ができない、というものである。挿入時の疼痛には触れているものもないものもある。

Masters & Jhonson、および Kaplan も、（性交への恐怖が強いために）筋肉の不随意収縮がおこることを強調している。婦人科の診察（内診、pelvic examination）を受け入れることができない（masters & Jhonson）。痛みへの恐怖のため現実の痛みを体験することができないでいる（Kaplan）、などである。他は定義のみなので細かいニュアンスが分からないが、Bianco は“疼痛のために挿入ができない”と、疼痛を強調する。DSM-IV も性交疼痛障害の下位分類にワギニズムスをおいているので、疼痛を重視していることになる。ここで問題となるのは、ワギニズムスにおける疼痛は何か、であろう。

ワギニズムスをひきおこす原因が、性交への理不尽な恐怖でありしばしばそれが疼痛への恐怖であることは広く知られる事実である。この疼痛は非現実的な、体験されない疼痛であり、Kaplan が系統的脱感作療法にあたって、（挿入の）不快とともにいなさい、と助言し勇気づけることが有効である、と説くのはこのことである。

挿入が体験されない以上、疼痛もあり得ないわけであるが、患者が痛みを訴えるのは無理やり挿入しようとする場合である。不随意

収縮の圧力に抗して膣に挿入することが痛み
の原因であれば、挿入はできるが痛みを伴う
という、軽症ワギニスムスあるいは広義のワ
ギニスムス、というべき状況があると思われ
る。ワギニスムスの診察や治療中に、内診指
の挿入はできるが膣入口部の収縮が認められ、
患者は痛みを感じず、という状況はしばしば
認められるものである。Lamont⁶⁾は、“か
つて dyspareunia は器質的原因のある痛みで
あり、ワギニスムスは器質因のない性交痛と
いう二元論で説明されていたが、最近では心
因性、器質性両面の研究からより統合された
概念となってきた”としている。これらのこ
とより筆者は“ワギニスムスは膣への挿入に
対しておこる骨盤底筋肉群の条件反射的な収
縮で、ペニスの挿入を妨げるものであり、軽
症では挿入時の痛みとして女性に感じられる。
比較的高度の場合は男性にも痛みを生じる。”
のように考える。

軽症ワギニスムスは内診では証明されな
いかも知れない。Steege⁷⁾は収縮が軽度なの
で、注意深く診察しないと分からないものや、
性交時のみで診察では発見されない（従って
詳細な病歴聴取が必要である）ワギニスムス
の存在を指摘している。Kaplan は、ワギニ
スムスは性交に対する単なる恐怖回避とは区別
されなければならないし、明確な診断には内
診が必要である²⁾としているが、診察にあたっ
ては注意深い診察とともに内診と性交時とは
自ずから反応が異なることも考慮する必要が
ある。筆者の診療体験では治療中のワギニ
スムスで、治療者の2指が挿入ができるのに、
夫の指は1指も入らない、あるいは挿入はで
きるが痛いということはしばしば見られる。
また指挿入の困難さが、治療者、本人、夫の

場合で異なり、しかも症例によりその順位も
様々であることから、内診では証明できない
ワギニスムスがあることは推測できる。

ワギニスムスにおける性交痛には、膣潤滑
液欠乏の要素も含まれる。また挿入時の感覚
を「痛い」と表現する人もあれば、単に「き
つい」と言う人もある。また「違和感」「い
わく言い難い嫌な感じ」、などと言う場合も
ある。痛みそのものに心理的要素があるので、
筋肉の収縮程度と疼痛が一致しないことは理
解できる。しかし痛みとは異なる苦痛や不快
も混じっているようである。

3. 性交疼痛症について

ICD-10、DSM-IVは精神障害の診断基準で
あるから、器質性疾患に基づく疼痛を除外し
ているのは当然である。しかし DSM-IVでは
身体表現性障害の疼痛性障害に関して、心理
的要因と関連した疼痛性障害、心理的要因と
一般身体疾患の両方に関連した疼痛性障害を
定義している。性交痛も心理的要因が主なも
のと、身体疾患が痛みの原因と思われるが心
理的要因も関与するものなど、身体と心理と
の関わりは個々に異なると言って過言ではな
い。

Bianco の診断マニュアルは、性別や性自
認、gender identity の問題に始まってセク
シュアリティ全体をカバーするというユニーク
な試みである。ICD-10、DSM-III R との整
合性も検討されているが、基本姿勢は身体因
性、精神因性という対立的な考え方を排除す
る点にある。この構造は注目すべきであるが、
分類そのものもまた個々のクライテリアも不
完全な印象がある。その一例として、ワギニ
スムスについては疼痛を強調していることは

前述したが、その他の性交疼痛を分類する枠が無い。一方では身体的、精神的どちらの原因にせよ、膣潤滑の障害（不足と過剰）を膣の循環系障害として独立した項目にしてある。このなかの潤滑液過少が性交痛の原因の一つにあげられるのみである。

性交痛の身体的要素は1)膣の乾燥、2)膣の不随意収縮、3)骨盤底筋肉の鬱血や慢性的な緊張、が主なものである。

膣潤滑液の過少は性的興奮が不十分な場合一般的にみられるもので、心因によることが多い。挿入やピストン運動の摩擦によって性交痛をおこし、ますます性的興奮は抑制される、という悪循環がおこる。なかには Bianco が指摘するように、体質的に潤滑液の少ない人（逆に多すぎる人）もいるようである。

性交痛をおこす器質的疾患を経験した後、膣の不随意収縮が条件付けられる場合がある。このため元の疾患は治癒しても条件付けられた痛みを感じるものである。これが更に慢性化し器質的变化に及んだものとして Pelvic floor syn-drome、ないし pelvic floor hypertonia の概念がある。van Lunsen⁶⁾はこれを反射的な膣の収縮である vaginismus に対して慢性的な骨盤底筋肉群の緊張であり、心理的な葛藤によって生じるとしている。またこの症状は慢性腰痛 (chronic pelvic pain)、性交痛、外陰痛、過敏性腸症候群 (IBS) などと深い関連がある。

これと同様に心身症として骨盤内における性交痛や腰痛をおこす疾患概念に、骨盤鬱血症候群 (Taylor Syndrome) がある。Taylor らは特にオーガズムを欠いた性交の繰り返しが、骨盤鬱血を引き起こすと述べた。患

者の病歴から、腰の痛みで目が覚めるほどであるが、起床し体を動かすにつれ解消する、というような場合に骨盤鬱血を疑うが、これはしかし内診など客観的に認められるのは稀である。筆者も内診で骨盤内に強い抵抗を触知し、全身麻酔下を開腹して後腹膜に著しい血管の怒張を認めた、1例を経験したのみである。

4. 性交痛をおこす器質性疾患

性交痛の原因となる器質性疾患は通常の婦人科的診察で容易に診断される。膣鏡診にせよ内診にせよ診察方法が性交と同じ状況をつくるからである。代表的な疾患を表1に示した。DeWitt⁸⁾を参考に、膣外陰で感じる疼痛と、骨盤内の深部の疼痛に分けて示した。これらの多くは性交痛というより自発痛もあり、婦人科で速やかに治療にとりかかることとなる。逆にささいな所見であるが、繰り返しの違和感から慢性疼痛をひきおこす場合も考えられる。

表1 性交痛をおこす器質的疾患

膣・外陰疾患
膣外陰炎（特に萎縮性膣外陰炎） 外陰潰瘍 陰部ヘルペス コンジローマ 会陰切開癒痕 膀胱炎 尿道カルンケル
骨盤内疾患
骨盤内腹膜炎 卵管炎 子宮内膜症 残存卵巣症候群 (residual ovary syndrome) 直腸の炎症性疾患 癒着性子宮後屈

5. まとめ

ワギニスムスについては、その本態が条件反射としての膣の収縮であるとするれば、その

結果ペニスの挿入が、不可であるか痛みを伴う、という点でICD-10の定義が明快であるとする。更に“痛みを伴う”にあてはまる軽症、ないし広義のワギニズムスを明文化するほうが、ワギニズムスや心因の負荷された性交疼痛を理解しやすいと考える。軽症のそれは、初回性交（特に痛みへの不安に満ちた）を含めて、緊張した性交における性交痛の多くがこれにあてはまると想像される。病的であるかどうかの扱いについては、DSM-IVで“その障害によって著しい苦痛が生じ、または対人関係が困難になっている。”の項が設けられたことが参考になる。

性交痛の身体的要素は1)膣の乾燥、2)膣の不随意収縮、3)骨盤底筋肉群の鬱血や慢性的な緊張、に分類できる。性的興奮が妨げられるような性交では膣の乾燥は必発であり、不安やその条件付けのため膣の不随意収縮もおこりがちである。更に慢性的な痛みへの不安、痛み行動によって骨盤底に器質的变化がおこりPelvic floor syndromeや骨盤鬱血症候群を形成する。しかし骨盤底の器質的变化に関してはより多くの臨床研究が必要と思われる。

更にしばしば性交痛をもたらす器質的疾患を提示したが、このなかでも慢性の経過をたどり、器質的疾患の程度からは痛みの強さを理解しにくい症例もあることを念頭におくべきである。

文 献

1. Masters W. H. & Jhonson V.E.: Human Sexual Inadequacy. Little Brown and Co. Boston, 1970.
2. カプラン H.S.野末源一訳：ニュー・セックス・セラピー。星和書店、1982
3. Bianco F.J.: Diagnostic Manual of Sexual Disorders. World Association for Sexology, 1989
4. WHO 融道男他監訳：ICD-10 Classification of Medical and Behavioral Disorders. 医学書院、1993
5. American Psychiatric Association 高橋三郎他訳：DSM-IV精神疾患の分類と診断の手引き。医学書院、1995
6. Lamont J.A.: Dyspareunia and Vaginismus. Gynecology and Obstetrics Ed. by Sciarra J.J., J.B. Lippincott Co. Philadelphia, 1990
7. Steege J.F.: The valuation and Treatment of Women with Pelvic Pain. Gynecology and Obstetrics, Ed. by J.J. Sciarra, J.B. Lippincott Co. Philadelphia, 1984
8. DeWitt D.E.: Dyspareunia. Postgraduate Medicine, 89, 67: 73, 1991

妊娠中の性生活実態調査（第1報）

10年前との比較 — 頻度を中心として

日本赤十字社医療センター 金子 和子
千葉市立病院 大川 玲子
日本赤十字看護大学 島村 忠義

I. 始めに

妊娠中の性行動は特殊な状況下の性行動ではある。しかし、生殖年代は最も性的活動が高い年代でもあり、一般的な性行動を反映していると共に、カップルの関係や、性意識を如実に反映している。近年の性行動や性意識の変化は大きいと言われている。そこで10年前に行った妊娠中の性行動の調査と同じ調査を行い、妊娠中の性行動の実態を把握すると共に、10年前と比較することによって、10年間の変化を捕らえようとした。今回は性交回数を中心に報告する。

回答者の背景は表1, 2, 3に示す。年齢構成、出産回数、妊娠週数については若干違いが見られたので、前回と比較するに際しては必要に応じて修正して調整した。

表1 年齢構成

年 令	人 数 (%)	
	1983年	1993年
～20歳	7 (1.2)	5 (1.0)
20～24	97 (16.7)	61 (12.2)
25～29	280 (48.3)	230 (45.8)
30～34	152 (26.2)	158 (31.5)
35～39	41 (7.1)	35 (7.0)
40～44	3 (0.5)	5 (1.0)
45～	0	1 (0.2)
不 明	0	7 (1.3)
合 計	580 (100.0)	502 (100.0)

表2 出産回数

出産回数	人 数 (%)	
	1983年	1993年
0回	402 (69.3)	381 (75.9)
1	130 (22.4)	80 (15.9)
2	38 (6.6)	27 (5.4)
3	7 (1.2)	1 (0.2)
4	2 (0.3)	0
回答なし	1 (0.1)	13 (2.6)
合 計	580 (100.0)	502 (100.0)

表3 妊娠週数

妊 娠 週 数	人 数 (%)	
	1983年	1993年
～15週6日(4カ月以内)	28 (4.8)	10 (2.0)
16～27週6日(5～7カ月)	174 (30.0)	169 (33.7)
28～35週6日(8～9カ月)	280 (48.3)	215 (42.8)
36週以上	89 (15.3)	100 (19.9)
回答なし	9 (1.6)	8 (1.6)
合 計	580 (100.0)	502 (100.0)

II. 対象と方法

10年前の調査は1983年9月から11月までの3カ月間に、東京都内及び千葉県、病産院、保健所等の施設を利用した妊婦748名を対象に行った。有効回答は580名であり、有効回答率は77.5%であった。調査方法は自己記載による41項目の質問紙法による。

今回の調査は1993年10月から1994年1月までの4カ月間に、東京都内及び千葉県、仙台市、兵庫県の病産院を利用した妊婦894名を対象とした。有効回答は653名であり、有効回答率は79.2%であった。前回との比較をするためには、地域をそろえる必要があるため、今回の報告はこのうち、東京都内と千葉県の502名を使用した。調査方法は前回と同じ質問紙を用いた。

Ⅲ. 結果と考察

1. 妊娠前の性交回数：図1に示すように、1993年の一番多かった性交回数は1983年と同じく月4～6回で、39.4%を占めている。2番目に多いのは月1～3回で、28.8%を占めているが、これは、1983年の2位が月7～9回で22.4%を占めていたのとは大きく違っている。図1で明確のように、性交回数の山は左、即ち少ない方へと移動している。この差は0.001%水準で有意である。

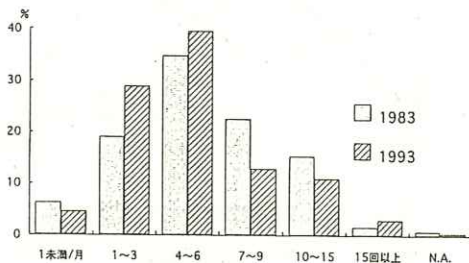


図1 妊娠前の性交回数

これを月の回数に直してみよう。アンケートの、「無し」を0回、「月1回未満」を0.5回、「月15回以上」を18回として平均を出すと、1983年は平均月6.3回となり、1993年は月5.3回となる。これは0.1%水準で有意差がある。この数字は、厳密にはアンケートの数字の正確な翻訳ではない虞れがあるがおおよその目安となるだろう。(なお図では「なし」と「1回未満」を合わせて表示している。)

こうした大きな減少の原因としてサンプリングに問題が無いか、検討することが必要であるので、1983年と1993年のフェイスシートを比較した。

地域は2回とも同じ地区を利用している。妊娠週数は妊娠前の性交回数を問題にしているので関係ない。結婚年数には有意差は無かつ

た。有意差があったのは、出産回数、子供の数、年齢、夫の年齢、就業率、等であった。

出産回数と、子供の数については、1983年と同じ構成比率になるように修正して検定し直した。その結果、やはり1993年は有意に変化していることが確かめられた。

夫の年齢は若干高くなっているが、年齢構成を1983年にあわせて修正しても性交回数はかなり減少しており、性的活動性が高いといわれる25～29歳という同じ年齢グループを取っても1993年は1983年に比して大幅な減少が見られる。(月平均6.4回→5.8回)即ち、性交回数の減少は夫の年齢が上がったによるものでは無いと言える。女性の年齢についても1993年に合わせて修正して検定し直してもやはり同様の減少が見られる。

1983年と1993年で一番変化が大きかった項目は就業率である。(図2)これは時代の変化を端的に示しており、女性が忙しくなると性交回数が減るのではないかと推測されたが、1983年でも1993年でも、就業しているか、あるいはその他の形態かによって、性交回数に差は見られなかった。言葉を変えて言えば、専業主婦もパートも常勤も、同じように性交回数が減っているのである。

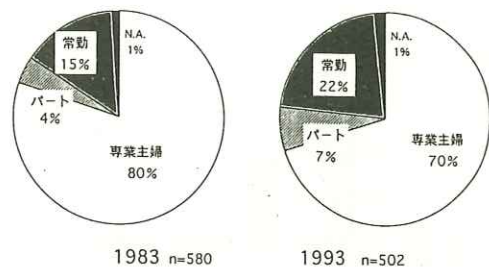


図2 有職率

このように見て来ると、性交回数の減少はサンプリングの問題ではないと言える。現在問題にされているセックスレス傾向の現れと見るのが適切と考えられる。

次に性交回数というものの本質を探るために関連していると思われる項目を3つ調べた。「性欲」、「性交のペース」、および「満足度」である。

「性欲」とは妊娠前の「性欲」を指し、1983年と1993年では「普通」と答えた人の占める割合は同じであったが、分布は有意差があった。(図3) つまり、「どちらかといえば淡泊」と答えた人は有意に減少しており、「大いにあった」という人と、「無かった」「嫌だった」という人が増加して2分化の傾向を示している。ただし、性欲と性交回数をクロスさせてみると、「普通」「どちらかといえば淡泊」と答えた人は共に性交回数が減っており、特に「普通」と答えた人の減り方は激しく、1993年に「普通」と答えた人の性交回数は1983年に「どちらかといえば淡泊」と答えた人とほぼ同じ回数であった。(図4) つまり「普通」と答える人の割合は同じでも、「普通」の中身が変わって来ており、その意識の違いこそ一般的な性的活動性の低下を示しているとも言えよう。

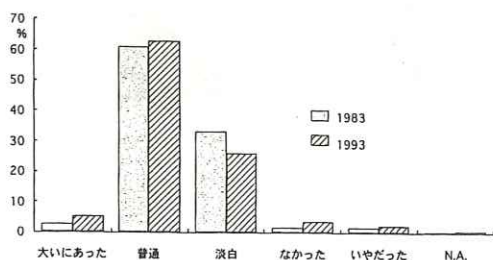


図3 妊娠前の性欲

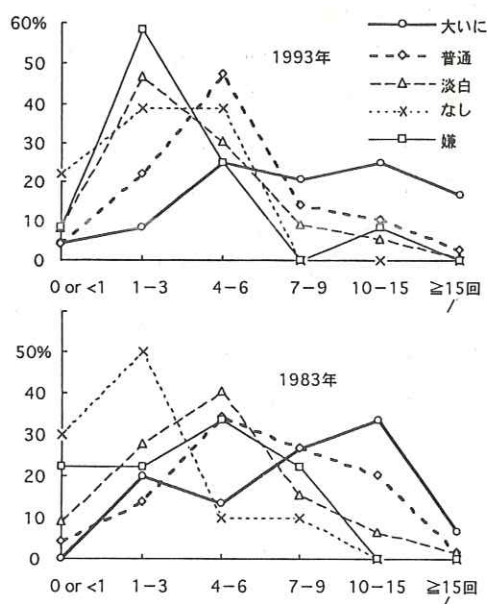


図4 妊娠前の性欲と性交回数

「性交のペース」とはだれのペースで性交が行われているかをいうが、1983年には「夫のペース」が53.8%、「妻のペース」が1.9%、「二人のペース」が22.4%、「時に応じて」が21.0%だった。1993年には、「夫のペース」は44.2%に下がり、「妻のペース」は3.2%に、「二人のペース」は33.5%に増加した。「時に応じて」は18.3%であった。「妻のペース」は数が少ないので統計的にはいえないが、性交回数が多い人と、少ない人とに別れる傾向が推測出来る。それ以外の人たちは誰のペースであれ、性交回数が有意に減少している。

しかしなお詳しく見ると、1983年には減った「夫のペース」の人達の平均回数は6.2回であったのが1993年には5.3回になっているが、増えた「二人のペース」の人達の平均回数は1983年には6.6回であったものが1993年には5.1回となり、減り方が激しい。

このことは回数の変化に影響を与えているものが単純でなく、さまざまな要素をひろく考える必要があることを示唆している。

次に「満足度」に移る。妊娠前の満足度では10年間で有意な変化は見られなかった。(図5)しかし、「おおいに満足」「大体満足」「まあ満足」「少し不満」「おおいに不満」という5段階法の上と下をまとめて、「満足」「まあ満足」「不満」という3段階にくくると5%水準で不満が増加していることになる。これを回数という面から見たいが、1983年の資料では満足度と回数をクロスさせたものが得られず、1983年と1993年と比較することは残念ながら出来ない。そこで、1993年のデーターで回数と満足度をクロスさせて見てみた。(図6)月0-1回未満では46.4%の人が「不満」と答えているにたいして、月1-3回では「不満」は15.3%となり、月4-6回では6.5%と下がる。一方「満足」の人は、0-1回未満では32.1%であるに対して、1-3回では45.1%となり、4-6回では70.6%にのる。しかし、では回数が増えれば満足度が高まるかということになると、月4-6回、7-9回、あるいは10-15回の間では有意な差は見られなかった。つまり、月4-6回までは回数によって満足度に差が大きく見られるが、それ以上は差が見られないということになる。また、月0回あるいは1回未満でも32.1%の人が満足と答えている一方、月7-9回であっても13.3%の人が不満と答えていることは性交における満足度の要素が複雑であることを示していて興味深い。

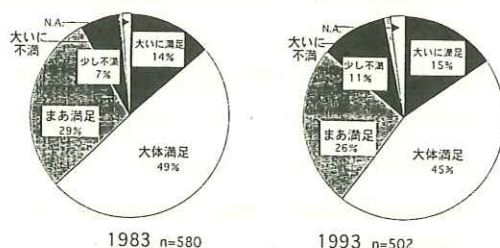


図5 妊娠前の満足度

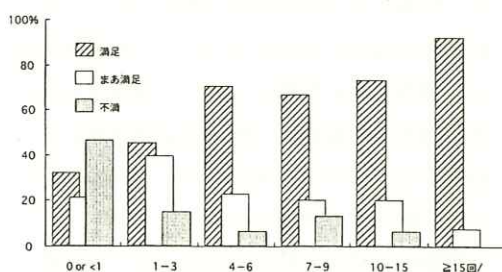


図6 妊娠前の性交頻度と満足度

2. 妊娠前の性交時間：妊娠前の性交時間は0.1%水準で有意に伸びている。(図7)一番多い時間は1983年も1993年も20-30分で1983年は28.4%だったが、1993年では33.3%であった。しかし、第2位は1983年は、10-15分で22.8%であったが、1993年には15-20分となり23.4%であった。また30分以上は1983年には5位で10.9%であったが、1993年には4位となり15.8%となっている。

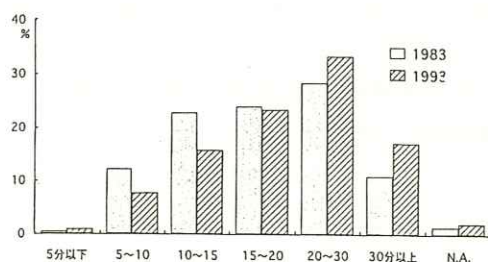


図7 妊娠前の性交時間

性的満足を得るのに要する時間は女性の方が長いとされているし、女性の側の不満としても性交にける時間の短さがしばしば挙げられる。それを考えると、この時間が伸びていることは、女性にとって好ましいことであろうし、男女双方の満足という観点から見ても多分喜ばしいことであろう。

3. 妊娠による性交回数の変化：かつては、妊娠中は性生活を控えるべしという風潮があり、最近では特に問題がなければ体位等を工夫すればかなり後期まで控える必要は無いと言われるようになって来ている。現実の妊婦たちの行動はどうであろうか。

妊娠中は性交回数が減少し、早くから停止する傾向が強まっている。(図8、図9) グラフで明かなように1993年は左上よっている。例えば妊娠16～27週をみると1983年では最多層は月1～3回の44.1%であり、4～6回の人でも27.0%おり、停止していた人は19.0%であった。しかし1993年には最多層は0回(停止している)が47.9%を占めている。また、1983年では28～35週では49.3%の人が停止しているが1993年では58.1%が停止している。36週以上はグラフでは1983年よりも1993年の人の方が若干活発であるかのように見える。例えば1983年には73.0%の人が停止しているが、1993年には停止した人は65.6%である。しかしこれは数値が少ないためか(89人と93人)統計的には有意差はない。

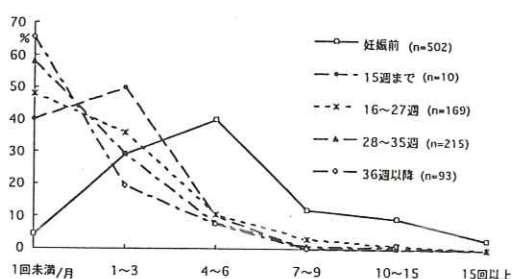


図8 妊娠週数別性交頻度(1993年)

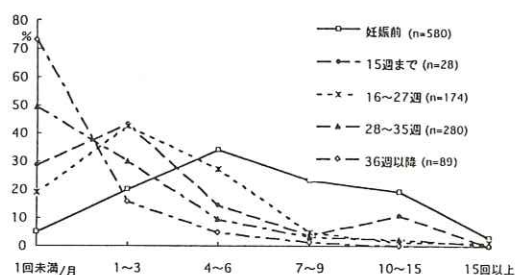


図9 妊娠週数別性交頻度(1983年)

この1993年の妊娠中に性交回数が減少したりかなり早くから停止する傾向が経産婦と初産婦によって差があるかを見た。どの週数グループでも経産婦と初産婦との間に有意な差は見られなかった。

4. 性交回数の変化の理由：3. で示したように性交回数はかなり減少するが、妊婦自身はその理由をどう捕らえているだろうか。図10で示されたように、1983年と1993年を比較すると、驚くほど変わらないものと、かなり変化したものとがあった。変わらなかったものとしては、第一位の「流産が心配」(56.7%、56.6%)の存在が大きい。妊娠中の性生活に関する最大の心配が何であるかを端的に語っていると言える。他に「結合しにくい」「夫の変化」「出血」等がある。

一方変化したものとしては、「性欲の変化」が増大し(20.3%→29.2%)、「体形の変化」

が減少している（16.9%→11.4%）。この変化は、性交回数の減少が、女性の内的な欲求の減少による割合が増大していること、ひいては性的活動に女性の意向が占める割合が増加していることを示唆していると取れるだろう。

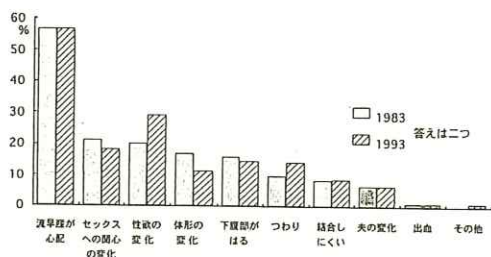


図10 性交回数の変化の理由

5. 性欲の変化：女性が性交回数の減少に挙げている、性欲の変化であるが、多くの人が妊娠前より減少しており、これは1983年とほぼ同じである。(図11) 変化無しが若干減ってその他が増加しているが、その他の内容はほとんどが「性欲が大幅に減った」あるいは「全く無くなった」ということであった。この「大幅に減った」り、「全く無くなった」人たちの妊娠前の性欲を調べてみると、「大いにあった」人から「どちらかというと淡泊だった」ひとまでさまざまで、一定の傾向は無かった。

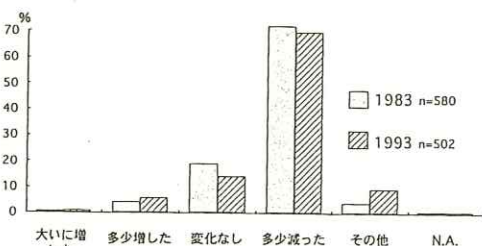


図11 妊娠による性欲の変化

6. 気乗りしないセックス：最後に気乗りしないセックスに応じた人の率をみよう。(図12) 気乗りしないセックスに応じたという人の率は有意に減少している。即ち応じたことが無かった人は47.8%から58.4%に増加し、「たまにあった」人は41.7%から31.3%に減少している。「しばしばあった」人も下がっているのをそれを合わせた「あった」ひとは51.3%から39.0%に下がっている。この気乗りしないセックスに応じたひとが減ったこと自体は好ましいことであるが、それでもまだ「しばしばあった」と答えた人が7.8%いる。しかも、「しばしば、あるいはたまにあった」理由として夫を思いやる「夫が気の毒」(71.5%→66.8%) や、ある程度受け入れていると推測される「妻の勤めだから」(26.8%→17.9%) が減って、不満や不安を伴うと見られる「いつもそうだから」(12.8%→19.9%) 「断ると気まずくなる」(4.7%→13.3%) 「夫の浮気が心配」(11.7%→16.3%) 等が増加していることも見逃せないだろう。

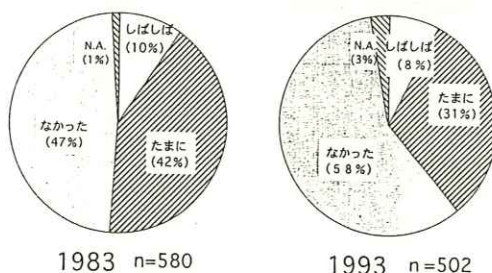


図12 気のりしないセックス

IV. まとめ

1983年と1993年との妊婦にたいする調査を比較すると、妊娠前の性交回数は減少し、妊娠中も早くから性交を停止する傾向が強まっており、性的活動性は下がっていると推測さ

れる。一方性交時間は伸び、女性の消極的な性交がへり、主体的な傾向が増加し、性交が男女のものとなって来ていることが伺える。しかしまた、妊娠前の満足度や性欲等からは、2分化の方向が読み取れ、今後も引き続き調査研究が必要であると思われる。

謝 辞

アンケート調査を実施するに当たり、都立築地産院、千葉市保健所、日赤医療センター産科、長池産婦人科、山崎産婦人科、国立神戸病院、六甲病院、甲南病院、大森産婦人科のご協力をいただきました。深く感謝致します。

文 献

- 1) 田島日佐、矢追良正：妊娠中の性生活の実態、セクシャルサイエンス vol.1 no.4 1992
- 2) 早田幸子、八木紀子、飯島裕子、金子和子：助産婦にもとめられるもの、助産婦雑誌 vol.39 no.5 1985

日本人の陰茎のサイズに関する検討

聖マリアンナ医科大学泌尿器科学教室¹⁾、山王病院²⁾、公衆衛生院³⁾、フジラテックス株式会社⁴⁾
矢島通孝¹⁾、野末源一²⁾、長田尚夫¹⁾、木村正文³⁾、榎本 裕⁴⁾

Study on penile sizes of Japanese people

Department of Urology, St. Marianna University School of Medicine¹⁾, Sanno Clinic²⁾,
The Institute of Public Health³⁾, Research Division, Fuji Latex Company⁴⁾
Michitaka YAJIMA¹⁾, Genichi NOZUE²⁾, Takao OSADA¹⁾,
Masafumi KIMURA³⁾, Hiroshi ENOMOTO⁴⁾

抄 録

最近、男性性機能に関する研究は盛んに行われているが、日本人男性の陰茎のサイズ特に勃起時のサイズに関する報告は非常に希である。私たちは、フジラテックス株式会社が1981年に行ったアンケート調査のデータを利用して、日本人の陰茎のサイズについて検討した。

非勃起時の陰茎の長さ、周径、推定容積はそれぞれ 81.1 ± 15.4 mm、 87.7 ± 15.6 mm、 49.9 mlであった。勃起時の陰茎の長さ、周径、推定容積はそれぞれ 139.1 ± 16.5 mm、 119.4 ± 15.3 mm、 156.7 mlであった。

これらの値を戦前の計測値と比較すると増加傾向にあるが、これは体格の向上に伴った変化であると思う。今後、より正確な計測の必要があると考える。

Key word : 陰茎、サイズ、勃起

緒 言

男性性機能特に勃起に関する研究は欧米はもとよりわが国でも1980年代より盛んに行われ、勃起のメカニズムの解明や勃起障害の

診断・治療は著しく進展した。しかし、日本人男性の陰茎のサイズ特に勃起時のサイズに関する報告は非常に希である。

日本人の体格は年々向上しており、それに伴い陰茎のサイズも大きくなっている可能性もあるのではないかと考え、私たちは本研究を行うこととした。

対象および方法

本研究には、フジラテックス株式会社が1981年に一般向け雑誌の広告を利用して行ったアンケート調査のデータを使用した。

アンケート調査は全国規模で行った。その質問事項は1)住所、2)年齢、3)職業、4)非勃起時(弛緩時)および勃起時の陰茎のサイズ、5)身長で、回答は郵送にて収集した。なお、陰茎のサイズの測定方法あるいは測定部位は特に指定しなかった。

結 果

総回答数は704通であったが、データの欠如等により今回の研究に利用不可能なものが40通あったため、総有効回答数は664通であった。

1) 回答者の居住地域

回答者は広く全国に居住していたが、東京 (317 例、48%) および大阪 (84 例、13%) の 2 大都市圏に居住していたものが 401 例、61% と多数を占めた。

2) 回答者の年齢

Table 1 Age of respondent

Age	n
15 ~ 19	66 (10 %)
20 ~ 24	168 (26 %)
25 ~ 29	171 (26 %)
30 ~ 34	143 (22 %)
35 ~ 39	54 (8 %)
40 ~ 44	27 (4 %)
45 ~ 49	14 (2 %)
50 <	9 (1 %)
Total	652 (100 %)

Table 1 に示すように、回答者の年齢は 16 歳から 59 歳と広く分布していたが、20 歳代と 30 歳代が合計 82% と大多数を占めた。

3) 回答者の職業

回答者の職業は、サラリーマン 354 例 (60 %)、学生 127 例 (22%)、労働者 (ブルーカラー) 99 例 (17%) そして農業従事者 10 例 (2 %) であった。

4) 陰茎のサイズ

i) 非勃起時の陰茎の長さ

Table 2 Length of penis in flaccid state

Length (mm)	n
< 60	14 (6 %)
60 ~ 69	26 (12 %)
70 ~ 79	38 (17 %)
80 ~ 89	79 (36 %)
90 ~ 99	38 (17 %)
100 ~ 109	17 (8 %)
110 ~ 119	7 (3 %)
120 <	3 (1 %)
Total	222 (100 %)

Table 2 に示すように、非勃起時の陰茎の長さは 80~89mm が最も多く、36% を占めていた。平均は 81.1 ± 15.4 mm (平均値 $\pm$ 標準偏差、以下同様) であった。

ii) 非勃起時の陰茎の周径

Table 3 Circumference of penis in flaccid state

Circumference (mm)	n
< 60	5 (3 %)
60 ~ 69	10 (6 %)
70 ~ 79	16 (10 %)
80 ~ 89	59 (36 %)
90 ~ 99	34 (21 %)
100 ~ 109	25 (15 %)
110 ~ 119	9 (6 %)
120 <	4 (2 %)
Total	162 (100 %)

Table 3 に示すように、非勃起時の陰茎の周径は長さと同様に 80~89mm が最も多く、36% を占めていた。平均は 87.7 ± 15.6 mm であった。

iii) 勃起時の陰茎の長さ

Table 4 Length of penis in full erection

Length (mm)	n
90 ~ 99	1 (0.2 %)
100 ~ 109	5 (0.8 %)
110 ~ 119	29 (4.4 %)
120 ~ 129	119 (17.9 %)
130 ~ 139	184 (27.7 %)
140 ~ 149	178 (26.8 %)
150 ~ 159	78 (11.8 %)
160 ~ 169	42 (5.3 %)
170 ~ 179	23 (3.5 %)
180 <	5 (0.8 %)
Total	664 (100.0 %)

Table 4 に示すように、勃起時の陰茎の長さは 130~139mm が最も多く、27.7% を占めていた。最も短いものは 90mm、最も長いものは 185mm、平均は 139.1 ± 16.5 mm であった。

iv) 勃起時の陰茎の周径

Table 5 Circumference of penis in full erection

Circumference (mm)	n
< 90	9 (1.5 %)
99 ~ 99	27 (4.6 %)
100 ~ 109	81 (13.7 %)
110 ~ 119	138 (23.3 %)
120 ~ 129	211 (35.6 %)
130 ~ 139	76 (12.8 %)
140 ~ 149	36 (6.1 %)
150 ~ 159	7 (1.2 %)
160 <	7 (1.2 %)
Total	592 (100.0 %)

Table 5 に示すように、勃起時の陰茎の周径は 120~129mm が最も多く、35.6% を占めていた。平均は 119.4 ± 15.3 mm であった。

v) 勃起時の陰茎の直径

Table 6 Diameter of penis in full erection

Diameter (mm)	n
< 30	3 (1.3 %)
30 ~ 34	12 (5.2 %)
35 ~ 39	102 (44.2 %)
40 ~ 44	86 (37.2 %)
45 ~ 49	24 (10.4 %)
50 <	4 (1.7 %)
Total	231 (100.0 %)

Table 6 に示すように、勃起時の陰茎の直径は 35~39mm が最も多く、44.2% を占めていた。平均は 39.1 ± 4.8 mm であった。

以上の非勃起時と勃起時の陰茎のサイズを Table 7 にまとめた。

vi) 推定陰茎容積および膨張率

陰茎容積を円周率 (π) $\times$ (周径 / 2π)² $\times$ 長さで算出し、さらに膨張率を勃起時の陰茎容積 / 非勃起時の陰茎容積で算出し、Table 8 に示した。非勃起時および勃起時の推定陰茎容積はそれぞれ 49.9ml、156.7ml となり、膨張率は 3.1 倍となった。また、中島¹⁾ および稲葉ら²⁾ の集計した値を Table 8 に併記した。

5) 身長

身長を回答したものは 40 例と少数であったが、その平均は 169.7 ± 5.5 cm であった。

考 察

今回の私たちの検討では、1981 年における日本人男性の陰茎のサイズを平均値でみると、陰茎の長さは非勃起時 8.1cm、勃起時 13.9cm、陰茎の周径は非勃起時 8.8cm、勃起

Table 7 Mean values $\pm$ standard deviation (Mean $\pm$ S.D.) of various sizes of penis

	Flaccid state		Full erection		
	Length	Circumference	Length	Circumference	Diameter
Mean $\pm$ S.D. (mm)	81.1 ± 15.4 (n=222)	87.7 ± 15.6 (n=162)	139.1 ± 16.5 (n=664)	119.4 ± 15.3 (n=592)	39.1 ± 4.8 (n=231)

Table 8 Estimated volume of penis in flaccid state and full erection

	Length (cm)		Circumference (cm)		Volume (ml)		Expansion rate
	Flaccid	Erection	Flaccid	Erection	Flaccid	Erection	
Nakajima ¹⁾							
1933 (n=45)	8.2	12.7	8.5	11.5	47.2	133.7	2.8
Inaba ²⁾							
1977 (n=250)	8.5	13.4	8.6	12.8	50.1	174.8	3.5
Our study							
1981	8.1	13.9	8.8	11.9	49.9	156.7	3.1

$$* \text{volume} = \pi \times (\text{circumference} / 2\pi)^2 \times \text{length}$$

時 11.9cm、陰茎の推定容積は非勃起時 49.9 ml、勃起時 156.7ml、膨張率は 3.1 倍となった。中島¹⁾ や稲葉ら²⁾ は測定条件および測定部位を決めており、例えば稲葉ら²⁾ は 1) 陰茎の疾患はもちろん、陰茎以外にも病気の無いこと、2) 測定時は 12 月、1 月、2 月、3 月頃の季節を選び、3) 測定時室温は 12~14℃、4) 精神状態を安定させるなどの条件下にて直立位にて陰茎を軽く水平に保ち、恥骨結合の下縁の陰茎根部から陰茎背にそって亀頭先端まで測定し、これを陰茎長とし、ついで陰茎中央部で陰茎の周囲を測定し、これを陰茎周とするという石浜³⁾ の報告に準じて計測を行ったとのことである。本研究に使用したデータはアンケート調査によるものであり、陰茎のサイズの測定は回答者自身が行っており、また測定条件や測定部位の指定もなかった。そのため、回答者が自らの陰茎のサイズを誇示しようとする心理が働き、データに若干バイアスがかかっている可能性があることは否めない。しかし、ほぼ同時期に行われた稲葉ら²⁾ の測定値 (Table 8) と本研究の測定値はほぼ同等であり、信

頼性は高いものと考ええる。

戦後日本人の体格は著明に向上した。すなわち、1892 年 (明治 25 年) の 20 歳日本人男性の平均身長は 156.4cm であったものが、1931 年 (昭和 6 年) にはじめて 160cm に達し、約 40 年で 3.6cm 伸びたという⁴⁾。1981 年の 20 歳男性の平均身長は 169.7cm であり、本研究における平均身長と一致し、この 50 年間では約 10cm も平均身長が増加したことになる。1933 年の中島の報告¹⁾ (Table 8) と比較すると、1981 年の本研究および 1977 年の稲葉ら²⁾ の報告における陰茎のサイズは明らかに増大しており、体格の向上に伴った変化ではないかと思う。

現在、勃起障害の症例に対し、血管作働薬 (塩酸パパベリンやプロスタグランディン E₁) を陰茎海綿体内に注射し、その際の勃起反応の有無により勃起に関与する血管の障害の有無をみるという診断方法があり、欧米はもちろんわが国でも一般的に行われている⁵⁾。以前、私たちは機能的勃起障害症例を対象にして、陰茎海綿体内注射における 2 種類のプロスタグランディン E₁ 製剤の効果を比較検

討した⁶⁾。その検討では、勃起反応の測定のためにはRigiScan™を使用し、陰茎の硬度と周径を連続測定した。その際、腔内挿入可能な程度の良好な勃起が発現した22例(平均年齢 35.9 ± 9.7 歳)の陰茎先端部(冠状溝よりやや近位部)および陰茎根部の周径は、それぞれ非勃起時 6.24 ± 0.48 cm、 6.92 ± 0.79 cm、勃起時 9.35 ± 0.99 cm、 10.10 ± 1.14 cmであった。これらは、勃起障害に対する検査時に、薬剤により人工的に勃起を誘発させ、RigiScan™を使用して測定した値ではあるが、中島¹⁾、稲葉ら²⁾、そして本研究のどれよりも小さな値となった。この原因は不明であるが、注目に値し、陰茎のサイズについて論ずる際には考慮すべきことと思う。

中村⁷⁾は、陰茎の長さでは勃起時の長さが重要であるが、勃起時の長さを測定することは極めて困難であるとし、伸長させた陰茎の長さを測定し、これを勃起時の長さの代用として利用している。前述したように、現在では血管作働薬の陰茎海綿体内注射により人工的に勃起を誘発させることが可能であり、勃起障害の診断や治療のために広く施行されているため、陰茎のサイズ特に勃起時のサイズを計測する機会は以前よりも増えているものと思う。今後、このような機会を利用して、より正確に陰茎のサイズについて検討する必要があると考える。

文 献

- 1) 中島榮太郎：陰茎の形態に関する2、3の研究、日本医科大学雑誌、4、1281、1933.
- 2) 稲葉益巳、他：包茎の非観血的療法に関

する基礎的研究(第1報)－日本男子性器の諸計測について－、美容の医学、16、71、1977.

- 3) 石浜淳美：Sexology、275、新宿書房、東京、1974.
- 4) 小野三嗣：日本人の体格の変遷、日本医事新報、2544、131、1973.
- 5) 矢島通孝、他：男性の性機能障害、セックスカウンセリング入門(日本性科学会、日本セックスカウンセラー・セラピスト協会監修)、115、金原出版、東京、1995.
- 6) 矢島通孝、他：インポテンス診断のためのLipo Prostaglandin E₁の陰茎海綿体内注射の検討－Lipo PGE₁とPGE₁-CDとの比較検討－、泌尿紀要、39、289、1993.
- 7) 中村 亮：日本人男子の性器系の発育と成熟、日泌尿会誌、52、172、1961.

英文抄録

We analyzed the data of penile sizes of the Japanese which Fuji Latex Co. Ltd. collected using questionnaire. The penile length and circumference in flaccid state were 81.1 ± 15.4 mm and 87.7 ± 15.6 mm respectively. The penile length and circumference in erect state were 139.1 ± 16.5 mm and 119.4 ± 15.3 mm respectively. The estimated volumes of flaccid and erect penis were 49.9ml and 156.7ml respectively. Our data suggest that the sizes of penis of Japanese people seem to become larger compared with data in 1933. This increase of penile sizes may be caused by physical growing.

DSM - IVによる性障害の診断

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. 性に関する診断概念と治療の歴史

性に対する古来からの偏見と閉鎖、誤解と迷信に初めて医学的考察を加えたのは、1989年 Kraft Ebing であった。彼は、性障害の中でも主に、性倒錯をとりあげ、その病因として遺伝的欠陥・過度のマスターベーションなどをあげ、“性的精神病質”と呼んだ。さらに Hirschfeld, Bloch, Kraepelin らにより、“変質”“偏倚”“倒錯”“脱常”とされ、専ら先天的・体質論的に論じられていた。当時接吻は正常だがオーラル・セックスは“倒錯的”と見なされがちな時代であった。

20世紀に入り、治療的には S. Freud やその分派により精神分析療法が採用されるようになったが、膨大な時間を費やす割には治療成績が思わしくなかった観がある。Wolpe, Lazarus らの系統的脱感作法を性機能障害の治療に導入以来、行動療法は好成績をおさめるようになった。

しかしすべての心因性機能障害が夫婦相互間の interaction の改善を見ずには真の解決は得られないし、また、生育史で獲得した性に対する negative attitude は理性的にコントロールできても、精神療法によらなければ、感情面までの解決は期待しにくい。このような経緯があって、精神療法を基盤に行動療法を随時とり入れた Sex Therapy (ST) が誕生したわけである。

2. DSMの歴史

性障害の診断基準はその時代の社会状況をよく反映している。DSM (Diagnosis and Statistical Manual for Mental Disorders) はアメリカの精神医学会が発行した精神障害の診断と統計マニュアルである。初版のDSM-I が今から43年前の1952年に出版され、その後1994年のDSM-IVまでにII、III、III-Rと3回版を重ねている。

DSM-I (1952) では、性障害を“人格障害”の中の社会病質的人格障害の一部と位置づけ、分裂病質やアルコール中毒、薬物中毒などの病的状態とみなされていた。

DSM-II (1968) になると、“人格障害およびある種の非精神病的精神障害”の中に、人格障害と並列され、同性愛、フェティシズム、小児愛、異性装症、窃視症、サディズム、マゾヒズム、その他の性の偏り、が明記されるようになった。

これから約10年が経過してWHOのICD-9 (1979) (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 9th Revision) 国際疾病分類、第9改訂版が出版された。DSM-II との比較で変化しているのは、性欲抑制、性的興奮の抑制、女性のオルガスム抑制、男性のオルガスム抑制、早漏、機能的有痛性交、その他の特異的心理的性機能障害が“心理的性機能障害”の独立項目にかかげられたことである。さらに、性転換症や思春期または成人の性的自我

同一性障害が加わっている。

その翌年DSM-III (1980) が出版された。この特徴は、“心理的性機能障害” 全体を明確に4つに大別し、従来の deviation とされていた一群を paraphilia と統一して呼ぶことにしたことと、これまで同性愛はただちに、ひとつの疾病であるとみなされてきたのを、egodystonic homosexuality (自我不親和性同性愛) のみを疾病ととらえなおした点である。すなわち、自分が同性愛であることを悩んでいる人に対してのみ治療の対応をしようとする姿勢で、当時の同性愛の社会的台頭が反映された診断概念の変化であったと考えられる。さらにもうひとつ、心理的性機能障害に、ICD-9 には述べられていない functional vaginismus (機能的陰萎れん) が追加されている。

DSM-III-R (1987) ではパラフィリアに frotteurism (痴漢症) が、その他のパラフィリアに電話猥せつ症などが加えられた。画期的だったのは、性機能障害を、性の3相概念に添って性欲障害、性的興奮障害、オルガスム障害のタイトルをつけて3つに分類したうえで、性交疼痛障害を加えたことであろう。同性愛については、性機能障害の範中から除外され、gender identity disorder (性同一性障害) に移され、発達障害の一部と位置づけられるようになった。これも脳の発達の研究が進み脳と性差の問題が次第に明らかにされてきた結果であろう。

1992年に出版されたICD-10 について若干触れておくことにする。ここで新たに目につくのは、excessive sexual drive (過剰性欲) の導入であろう。Kraft Ebing 以後、しばらく死語のようにになっていた satyriasis (男子

色情狂) と nymphomania (女子色情狂) が再びここで復活したのである。日本では現在セックスレス・カップルがさかんにとりざたされているが、その一方性産業・風俗営業は隆盛をきわめ、セックスフルな状況が身近にあることも事実である。セックス・ライフでは中庸であることが困難になって、両極端に向わざるを得ない社会病理が何かしら動き始めているのかもしれない。

DSM-IV (1994) では全体の構成が、III や III-R と逆転していることがまず目につく。パラフィリアと性機能障害が入れ替ったのであるが、これは ISD-9 から ISD-10 による変化とも共通している。さらに大きな変化は、sexual disfunction due to general medical condition (全身状態に由来する性機能障害) substance-induced sexual dysfunction (物質由来の性機能障害) を新たな項目としてとりあげたことである。前者では男女の性欲低下障害、男性の勃起障害、男女の性交疼痛症、男女のオルガスム障害をあげている。例えば、真性糖尿病による勃起障害の場合で、患者本人が勃起障害に対して“著しい苦悩や対人関係に困難をきたしていることが臨床明らかな場合” Axis I の臨床診断名および Axis III の身体疾患名にも、ICD-9 CM の疾病コード番号と併記することになる(後述)。後者では“物質” にアルコール、アンフェタミン、コカイン、アヘン、鎮静剤、催眠剤、安定剤などがあげられている。

DSM-IV の性機能障害の診断に際して注意しなければならないのは、各項ともタイプ別に“特定” することが要求されていることである。すなわち①生来性か獲得性か、②全般性か状況性か、③心因性か身体因などとの複

合性かである。

DSMの特徴は、何といっても多軸診断にある。5つの軸診断を用いることで、その患者の全体的プロフィールが浮び上がってくるようにつくられている。

Axis I : 臨床診断

Axis II : 性格診断、精神遅滞

Axis III : 全身状態 (ICD-9 CMコード使用)

Axis IV : 社会心理状態と環境問題

Axis V : 全体的評価 (GAF使用)

※GAF : Global Assessment of Functioning Scale

ICD-9 CM : Clinical Modification

〈記入例〉 症例 ♂46歳、会社員

Axis I : 302.72 勃起障害 (獲得性、状況性、心因性)

401.9 高血圧症 (軽度)

Axis II : 301.6 依存型人格障害

Axis III : 401.9 高血圧症 (軽度)

Axis IV : 急な職場移動

Axis V : GAF=53 (最近)

GAF=85 (去年の平均)

A. DSM- I (1952)

PERSONALITY DISORDERS

000-x60 Sociopathic personality disturbance

000-x61 Antisocial reaction

000-x62 Dyssocial reaction

000-x64 Alcoholism

000-x65 Drug addiction

000-x63 Sexual deviation

This diagnosis is reserved for deviant sexuality which is not symptomatic of more extensive syndromes, such as schizophrenic and obsessional reactions.

The term includes most of the cases formerly classed as "psychopathic personality with pathologic sexuality." The diagnosis will specify the type of the pathologic behavior, such as homosexuality, transvestism, pedophilia, fetishism and sexual sadism (including rape, sexual assault, mutilation).

B. DSM- II (1968)

PERSONALITY DISORDERS AND CERTAIN OTHER NON-PSYCHOTIC MENTAL DISORDERS

1. Personality disorders

- 301.00 Paranoid
- 301.10 Cyclothymic
- 301.20 Schizoid
- 301.30 Explosive
- 301.40 Obsessive compulsive
- 301.50 Hysterical
- 301.60 Asthenic
- 301.70 Antisocial
- 301.81 Passive-aggressive
- 301.82 Inadequate
- 301.89 Other specified types

2. Sexual deviation

- 302.00 Homosexuality
- 302.10 Fetishism
- 302.20 Pedophilia
- 302.30 Transvestism
- 302.40 Exhibitionism
- 302.50 Voyeurism
- 302.60 Sadism
- 302.70 Masochism
- 302.80 Other sexual deviation

C. DSM- III (1980)

PSYCHOSEXUAL DISORDERS

1. Gender identity disorders

- 302.5x Transsexualism
- 302.60 Gender identity disorders of childhood
- 302.85 Atypical gender identity disorder

2. Paraphilias

- 302.81 Fetishism
- 302.30 Transvestism
- 302.10 Zoophilia
- 302.20 Pedophilia
- 302.40 Exhibitionism
- 302.82 Voyeurism
- 302.83 Sexual masochism
- 302.84 Sexual sadism
- 302.90 Atypical paraphilia

3. Psychosexual dysfunctions

- 302.71 Inhibited sexual desire
- 302.72 Inhibited sexual excitement
- 302.73 Inhibited female orgasm
- 302.74 Inhibited male orgasm
- 302.75 Premature ejaculation
- 302.76 Functional dyspareunia
- 306.51 Functional vaginismus
- 302.70 Atypical psychosexual dysfunction

4. Other psychosexual disorders

- 302.00 Ego-dystonic homosexuality
- 302.89 Psychosexual disorder not elsewhere classified

D. DSM-III-R (1987)

SEXUAL DISORDERS

1. Paraphilias

- 302.20 Pedophilia
- 302.30 Transvestic fetishism
- 302.40 Exhibitionism
- 302.50 Transsexualism
- 302.81 Fetishism
- 302.82 Voyeurism
- 302.83 Sexual masochism
- 302.84 Sexual sadism
- 302.89 Frotteurism
- 302.90 Paraphilia NOS

2. Sexual Dysfunctions

Sexual Desire Disorders

- 302.71 Hypoactive sexual desire disorder
- 302.79 Sexual aversion disorder

Sexual Arousal Disorders

- 302.72 Female sexual arousal disorder
- 302.72 Male erectile disorder

Orgasm Disorders

- 302.73 Inhibited female orgasm disorder
- 302.74 Inhibited male orgasm
- 302.75 Premature ejaculation

Sexual Pain Disorders

- 302.76 Dyspareunia
- 306.51 Vaginismus
- 302.70 Sexual dysfunction NOS

3. Other Sexual Disorders

- 302.90 Sexual disorder NOS

E. DSM-IV (1994)

SEXUAL AND GENDER IDENTITY DISORDERS

1. Sexual Dysfunctions

Sexual Desire Disorders

- 302.71 Hypoactive sexual desire disorder
- 302.79 Sexual aversion disorder

Sexual Arousal Disorders

- 302.72 Female sexual arousal disorder
- 302.72 Male erectile disorder

Orgasmic Disorders

- 302.73 Female orgasmic disorder
- 302.74 Male orgasmic disorder
- 302.75 Premature ejaculation

Sexual Pain Disorders

- 302.76 Dyspareunia
- 306.51 Vaginismus

2. Sexual Dysfunctions Due to a General Medical Condition

3. Substance-Induced Sexual Dysfunction

- 302.70 Sexual dysfunction NOS

4. Paraphilias

- 302.4 Exhibitionism
- 302.81 Fetishism
- 302.89 Frotteurism
- 302.2 Pedophilia
- 302.83 Sexual masochism
- 302.84 Sexual sadism
- 302.3 Transvestic fetishism
- 302.82 Voyeurism
- 302.9 Paraphilia NOS

Telephone scatologia
Necrophilia
Partialism
Zoophilia
Coprophilia
Klismaphilia
Urophilia

5. Gender Identity Disorders

F. ICD-9 (1979)

302 Sexual deviations and disorders

- 302.0 Homosexuality
- 302.1 Zoophilia
- 302.2 Pedophilia
- 302.3 Transvestism
- 302.4 Exhibitionism
- 302.5 Transsexualism
- 302.6 Disorders of psychosexual identity
- 302.7 Psychosexual dysfunction
- 302.70 Psychosexual dysfunction, unspecified
- 302.71 With inhibited sexual desire
- 302.72 With inhibited sexual excitement
- 302.73 With inhibited female orgasm
- 302.74 With inhibited male orgasm
- 302.75 With premature ejaculation
- 302.76 With functional dyspareunia
- 302.79 With other specified psychosexual dysfunctions
- 302.8 Other specified psychosexual disorders
- 302.81 Fetishism
- 302.82 Voyeurism
- 302.83 Sexual masochism
- 302.84 Sexual sadism
- 302.85 Gender identity disorder of adolescent or adult life
- 302.89 Other
- 302.9 Unspecified psychosexual disorder

G. ICD-10 (1992)

F52 Sexual dysfunction, not caused by organic disorder or disease

- F52.0 Lack or loss of sexual desire
- F52.1 Sexual aversion and lack of sexual enjoyment
- F52.2 Failure of genital response
- F52.3 Orgasmic dysfunction
- F52.4 Premature ejaculation
- F52.5 Nonorganic vaginismus
- F52.6 Nonorganic dyspareunia
- F52.7 Excessive sexual drive
- F52.8 Other sexual dysfunction, not caused by organic disorder or disease
- F52.9 Unspecified sexual dysfunction, not caused by organic disorder or disease

F64 Gender identity disorders

- F64.0 Transsexualism
- F64.1 Dual-role transvestism
- F64.2 Gender identity disorder of childhood
- F64.8 Other gender identity disorders
- F64.9 Gender identity disorder, unspecified

F65 Disorders of sexual preference

- F65.0 Fetishism
- F65.1 Fetistic transvestism
- F65.2 Exhibitionism
- F65.3 Voyeurism
- F65.4 Paedophilia
- F65.5 Sadomasochism
- F65.6 Multiple disorders of sexual preference
- F65.8 Other disorders of sexual preference
- F65.9 Disorders of sexual preference, unspecified

F66 Psychological and behavioural disorders associated with sexual development and orientation

- F66.0 Sexual maturation disorder
- F66.1 Egodystonic sexual orientation
- F66.2 Sexual relationship disorder
- F66.8 Other psychosexual development disorders
- F66.9 Psychosexual development disorder, unspecified

ワギニスムスの症例

JASCTカウンセリング室

渡 辺 景 子

はじめに

JASCTカウンセリング室における1994年度の女性からの相談の中で、ワギニスムスは身内（パートナー）の相談に続いて二番目に多い。ワギニスムスのケースは根深い心理的問題が潜んでいることも多い為、治療は難航しやすく、又期間も長びくことが多い。

今回、筆者が約2年間にわたって関わってきた症例を報告したい。これはJASCT症例研究会にも提出した。提出したのは、症状は一応解消したが、本ケースを振り返りワギニスムスの症状がなぜ起るのかを検討し、今後のワギニスムスの理解を深める為である。更に、本ケースは続行中であるが、パートナーとの関係性や妊娠等を含んだ今後の方向性について検討したい為である。

症 例

N子（29才）主婦・N夫（33才）会社員

〈主訴〉ワギニスムス・未完成婚

〈結婚歴〉3年半・恋愛結婚

〈家族構成〉

（妻）

59才 □ ——— ●
59才 ○ ——— □ 22才

父：会社員で仕事が忙しい。口数が少ない。

母：元小学校教師。おしゃべりでしっかり者。

弟：大学生。おしゃべり。神経質。

本人：のんびりやだが、神経質。

（夫）

田 59才 ○ ——— ■ 29才

父：病死（夫が小学6年生の時）

母：パート。おしゃべりであっさりしている。

弟：会社員。独身。おしゃべり。

本人：口数が少ない。

同居家族 — 夫・妻の2人

〈治療期間〉1993.8～1995.5（N子38回・N夫7回）

〈来室までの経過〉

インテイク時にN子が述べたことによれば、2人は同じ会社で出会って恋愛し、1年7ヶ月後結婚した。交際期間中はN子が妊娠を恐れた為、身体を少し触れる程度の付き合いだった。初夜は2人とも初体験で性知識も少なく、N夫は勃起したもののなぜか挿入は出来なかった。その後も2人で試みてきたが、状況は同じだった。結婚1年半後、2人はN夫の仕事の都合で米国へ渡った。1年間の米国滞在中、N子は「外国で子供を産むのは大変だから」との思いで他の事に関心を向けて過ごした。しかし心の中ではいつも、性の問題が気にかかっていた。

帰国後も2人の性の状況は変わらず、又この3～4ヶ月間N夫の仕事が忙しく、性関係はなかった。これまでN子は性の問題について、漠然とながらN夫が原因ではないかと思ってきた。しかし先日新聞で知って取り寄せた雑誌を見て、N子は自分に不安感があり挿入時に身体が逃げてしまう為ではないかと思っ

た。そして雑誌で紹介されていた日赤医療センターに電話をし、JASCTカウンセリング室を紹介された。

〈面接経過〉

第Ⅰ期 # 1～4 (1993.8～1993.9)

－導入期－

初回、N子がひとりで来室した。N子はおとりとした真面目な感じの女性で、治療者にとこやかな表情で挨拶を交わした。治療者が来室理由や経過について尋ねると、N子はやや話にくいというような戸惑いの表情をみせた。しかし治療者が性の問題を真正面から受けとめようとする姿勢を示したことに安心したのか、N子はゆっくりとした口調で語り始めた。先に記した来室までの経過と主訴について語った後、N子は「挿入できないという性の問題が、自分自身の不安感からきていることに気づくまで時間がかかった」と述べた。

治療者がN子の身体状況についてきくと、初潮は12才で、その時の思いとしては「始まったという気持ちでショックだった」という。又月経周期は28～35日でやや不順であり、月経と月経との間に4～5日の出血がある場合もあって心配しているという。

治療者は性の科学的情報を伝え、まずは身体的なチェックをすすめた。N子はそれを希望し、紹介された日赤医療センターを受診した。N子は内診に対する不安・緊張が強かったものの、性の問題に理解ある医師とカウンセラーの励ましにより可能となり、その結果身体的異常は認められなかった。N子は当室でのカウンセリングも希望し、1回/w～1回/2wの割で面接が続けられることになっ

た。

治療者は、他の性治療と同じく行動療法的アプローチからすすめていった。N子は自ら治療を求めてきたこと、又真面目で物事にじっくりと取り組む姿勢により、治療には積極的であった。まずはリラックスの習得としての自律訓練と、自宅での性的練習として性器のしくみを知る・見ることから始めていった。次に、これまで一度も使用したことなかったタンポンの練習にも、少しずつ取り組んでいった。そして4回目来室時にN子は、タンポンが挿入可能となった事をうれしそうに語った。その時の様子をN子は、「練習中はやはり緊張して途中壁があるような気がしたが、ふっと別の事を考えたらスッと挿入できて自分でもビックリした」と語った。

第Ⅱ期 # 5～12 (1993.10～1993.11)

－N夫の治療参加－

5回目には、N夫がはじめてN子とともに来室した。性治療はカップルを一単位としており、治療者はこれまでもN夫の来室を促していたが、仕事の忙しさを理由に延期されていた。初回のN夫の印象は、にこにことした穏やかな感じの人であった。しかし緊張感や照れもあるのか、あるいは又自分を出しにくいのか、あまりしゃべらなかった。

治療者が性の現状についてきくと、N夫は「妻はがんばっているが、どうしてもうまく出来ないのかわからない」と語った。又治療者がN子を通して伝えてあった身体的触れ合いであるタッチングについては、「まどろっこしい。仕事も忙しいので」と語った。これに対してN子は、「夫は性以外の事でも要点のみを捉え、その他は無駄な事として試みない

人」と述べた。治療者は、N夫に対しても性の科学的情報と治療法について直接伝え、又今後の治療参加を2人の問題でもある為と促した。N夫は「仕事の合い間をみつけて来ようと思う」と帰っていった。

この後N夫の協力が少しずつ得られるようになり、N子の性的練習もゆっくりながらすすんでいった。12回目に2人いっしょに来室した際、N夫は「妻は一生懸命がんばっており、良い方向へ向かっているのうれしい」と語った。又「近々仕事の休暇がとれるので、九州旅行へ行く予定」と語り、治療者には2人の穏やかな関係が感じられた。

第Ⅲ期 #13～26 (1993.12～1994.4)

—母親との関係をみつめて—

この頃のN子は、自宅での性的練習も大分すすみ、挿入練習の段階へ入っていた。しかしここにきて、N子は「やはり痛いのではないかと不安や恐怖心を表わすことが増えてきた。それに伴い、母親の話がN子より語られることが多くなった。治療者が「性の問題において母親の影響を感じているのか」ときいてみると、N子は「何らかの影響はあると思う」と語った。N子は挿入から妊娠のイメージについて語ったが、ともに痛いという思いが強いという。N子の母親は、よくN子に出産時の様子を話した。母親はN子を妊娠する前に流産し、N子を30才で産んだ。「その時は陣痛がなかなかこず、予定日より1ヶ月遅れてものすごく痛かった」との話を、N子は母親からよくきかされた。N子が結婚した時、母親は「1年目は子供をつくらない方がいい」と言っていたが、最近は「子供は一体どうなっているの」ときいてくるという。

N子は更に、幼少時期の母親との関係について語った。母親は、元小学校の教師であった。母親が働く間、N子は生後まもなくから小学校4年生まで、6人の人に預けられた。その理由として、N子の人見知りが強く慣れにくい性格と、預かる人の転居等が重なった為であった。N子は、よく発熱や腹痛をおこした。又自家中毒もおこし、病院で点滴を受けたこともあった。N子は母親に対し、「そばにいて」とよくすがりついた。このようなN子に対して母親は、病気のささいな事にもオロオロと心配したかと思うと、もう一方では大事なことに忙しさを理由に放っておいた。又ある時は、チャホヤと過保護に接することも多かった。このような中で、N子はやや神経質で大人しい子として、親に反抗することもなく成長していった。この点については、7才違いのN子の弟も、N子程ではないが似ている面があるという。

N子と母親との関係は、N子の母親に対する呼び方にも表われている。N子は小学校6年生時、“ママ”から“お母さん”と呼び方を変えたいと思った。しかし母親の反対にあい、諦めた。そして大人になった今でも、N子は“ママ”と呼んでいる。このことに象徴されるように、N子を幼児のままとどめておく関係が母親との間で続いた。N子は結婚後家を離れても、実家近くの趣味の教室に通い続けた。その理由として、母親の希望があった。N子は教室の帰りにいつも実家に立ち寄っていたが、寄らないと母親は強引にN子を誘った。そしてN子が少しでも自分の意を通そうとすると、「母親はガチャンと電話を切ってしまうような人」とN子は語った。又その際、母親はN子に向けて「あなたは他の娘と違う。

子供なんてほんとうにつまらない。お金ばかりかけて」と、他人とN子を比較して不満を述べることもあった。このことからN子は、「母親とは何事においてもケンカが出来ない。母親は決して相手の意見を認めようとせず又あやまらず、相手を負かしてしまうまでやりこめる人。これまでは、私が折れることでケリをつけてきたよう」と語り、「今は母親のそういう面が重荷」と付け加えた。

第Ⅳ期 #27～31 (1994.5～1994.8)

－N子の問題解決にむかって－

面接が重なるにつれて、N子は母親との関係を更にみつめ、母親との心理的距離を少しずつとるようになっていった。

このような中、母親はめまいの為救急車で病院に入院した。種々の検査結果、異常は認められなかった。しかし病院での母親は何かとN子に頼り、毎日来てほしいとN子にせがんだ。そしてひとりで食べられるはずの食事、母親はN子に介助を求めた。N子はこのような母親をみると、次第に母親との関係の意味するものがわかってきた。そしてN子は、次のように語った。「母親は元々愛情深くしっかり者にみえていたが、実は感情のままに自分を表わし、淋しがりやで弱い人だったのかと思う。又そのような母親の元で、自分も弱く小さな事にもオロオロとして自信がもてなかった。そして自分自身がどんな人間かを深く考えるべきだったのに、これまでそうしてこなかった」と。

10日後母親が退院する際、N子は初めて父親と向き合い、母親の今後についてよく話をしたいと思った。しかしN子の予想に反して、父親は「妻と関わるには、かなりの距離

を置かないとダメ」と言い切った。そして父親は長い間、母親に対してそうしてきたいうことを聞き、N子は驚いた。N子はこれまで、父親は口数の少ない人と思ってきた。しかしこの時の父親の話から、いつも仕事へ眼を向け又家では自分の趣味の世界へこもり、母親との距離をとり続けてきた父親の姿がN子に思い返された。N子は父親に対し、これまで母親との関係においてN子がになってきたものを、今後はパートナーである父親に受けとめてほしいと希望した。

N子は、自分自身・母親との関係・父母の関係の意味を理解するようになった。そしてその後、N子は挿入・妊娠の不安からある程度解放されN夫との性的交渉が可能になった。

こうして、N子のワギニスムスの問題は解消した。N子は今後の面接について、月一回の割に切りかえもうしばらく様子をみる為に続けたいと希望した。その為、治療者はひきうけた。

第Ⅴ期 #32～38 (1994.9～1995.5)

－今後の課題に向けて－

一方この頃に、N夫の問題がはっきりしてきた。それは仕事の忙しさ等にかまけて、性的交渉をもつ機会が少ないことであった。しかし、今まではカウンセリングに通う回数に応じて、練習としての性交渉は辛うじて保たれてきた。ここにきてN子は、妊娠への不安が減少し、N夫が性的に逃げ腰だったことがわかった。

治療者はこれまでに、N夫が性的に淡泊であることに気づいていた。しかし2人の主訴がN子のワギニスムスの問題に向けられてきた為、今の段階ではそこに焦点を当てた方が

よいと思った。けれども時々治療者は、N夫の問題に水を向けてきた。これに対しN夫は、にこにこしながら「がんばらねば」というにとどまり、N子の方も相手に積極的にいえないところがあった。又何かいうと、N夫が意識しすぎるのではないかとN子は配慮してきた。

2人で来室した時、治療者はN夫の性的関わりの少なさに焦点を当てた。しかし、N夫は相変わらず「がんばらねば」という程度で、N夫自身の問題としては深く捉え難いようであった。一方N子は、このようなN夫を改めて捉え直すようになった。そしてN子は、今後性の面においても、N夫をややリードする形で関わっていこうとの思いに変化してきている。

治療者には、N夫の性に対する積極性やN子の妊娠等への道のりは、まだ遠いと感じられた。今後、N子の希望もあり、治療者はもうしばらく2人の関係性をみつめながら関わっていきたいと思っている。

考 察

ワギニズムスとは、米国精神医学会が1994年に出版した精神科診断基準のDSM-IVによれば、以下の通りである。「A. 膣の外1/3の部分の筋層に反復性または持続性の不随意性れん縮が起こり性交を障害するもの。B. その障害によって著しい苦痛が生じ、または対人関係が困難になっている。C. この障害は、他の第1軸障害（例：身体化障害）ではうまく説明されないし、一般身体疾患の直接的な生理学的作用のみによるものでもない。」

ワギニズムスには根深い心理的問題が絡ん

でいることも多い為、筆者はワギニズムスの心理学的意味について考察してみた。従来は、ワギニズムスの原因として、一番身近な男性である父親との関係から生じる悪い男性像、あるいは幼少時の外傷体験からくる男性に対する恐怖心があるといわれてきた。もちろん、そういう例も認められる。しかし筆者の治療経験では、上記の悪い男性像や恐怖心が必ずしも存在しているとは限らない。ワギニズムスの父親像の多くは、仕事が忙しく妻や子供に十分関わらない・子供には甘くてやさしいが、自分の母親と妻との間で板ばさみ状態となり回避的・経済的には家族を支えているが、生活する中で口数が少ない・自分の趣味の世界に入りこみやすいなど、関係性の希薄さが目立つ。当然、以上のような父親の影響は大きい。しかし、むしろ基本的な問題は母親と娘との関係性であると考えられる。患者は乳幼児・幼少時期を通じて、身近な人と暖かく接触する・身体を十分にいつくしむ・ゆったりとした感情を交流させるなど、健康な人間関係を育てることが出来なかった。それには、母親との関係が大きい。母親像としては、過度の心配症・過干渉で口うるさい・感情の起伏が激しい・我慢強くしっかり者の反面、子供に対して依存的などである。以上のような母親との関係において、患者たちの多くは程よい母性をもらうことが出来なかった。更に成長過程において、母親から肯定的な女性イメージを受け取ることが出来ず、大人の女性としての自分に自信がもてなかった。その結果、患者は女性として、自由な感情の交流でありかつ身体的コミュニケーションである性的関係を十分にもつことが出来なかった。

N子の場合、過度に心配症・過保護で過干

渉の反面大事なことに對し放任的な母親との関係において、N子は程よい母性をもらうことが出来なかった。N子は母親と安心して深くつながることも、又抜け出る事も出来ず、幼児のまま不安な気持ちを抱きながら長い間生きてきた。先に記した症例研究会においても、こうした母子関係の問題が濃厚なワギニスムスのケースが多いと述べられた。

一方父親は、妻をはじめとして子供とも大きく距離をとってきており、関係性から逃げてきた。

カウンセリングの過程において、N子は自分自身・母親との関係・父母の関係について語り、その意味するものを理解した。又N夫との穏やかな関係において安定感を得、更に治療の中で幾らかの母性を得た。このことにより、N子のワギニスムスの問題は解消した。

しかしその後、N夫が性的に淡白であるという問題が出てきたが、N子はそのようなパートナーを選んだと思われる。N子のようなワギニスムスの問題をもつ患者は、自分の問題をうまくカバーしてくれるような相手を無意識的に選ぶことが多く、又パートナーの方も同様である。その為、N子の問題解消後にN夫の問題が表面化したと考えられ、その背景にはN夫の生育歴における問題があると推測される。

最近の傾向として、このように片方の問題が片付くと、もう一方の問題が出てくるケースが多い。

N子は現在、ワギニスムスの身体症状はとれ性交渉は可能になった。しかしまだ、性交渉を楽しむことや妊娠には到っていない。妊娠とは母性の問題でもある為、N夫の問題解消後に再びN子の問題が出てくることも予想

される。その為、今後治療の中でもう一山か二山を越えていく必要があるのではないかと、治療者は考えている。

耳鼻科的症状を訴えた患者の本来の問題が、 セクシュアリティにあったケース

神尾記念病院

JASCT カウンセリング室 堀 一子

K. Y. ♀ 初診時 36 歳 独身 ジャズ
ピアニスト

〈主訴〉 両耳鳴症、両軽度高音域難聴、
左手腱鞘炎

〈家族〉 患者からの情報

父：68 才、穏和で努力家、仕事人間、
几帳面、努力家、父親を早く亡くし、
苦勞して夜学を出て、大手建築会社
を経て、現在子会社の建築会社社長

母：65 才、幼稚、夫への依存心強、文
句言い（本人評）、夫が仕事ばかりし
て、家庭を省みないのを不満に思い、
離婚したいと、K を相手によくグチっ
ていた。母性未成熟

兄：39 才、典型的な優等生、穏和、実
家の近くに妻子と 5 人で住む

妹：32 才、典型的な末っ子、しかし小
学校高学年まで夜尿、よく父親と派
手に喧嘩をしていたが、K には羨ま
しかった。一時バイクを乗り回し反
抗的だったが、今は 2 児の母、実家
の近くに住む

本人：思ったことが、なかなか言えない、
「手のかからない赤ちゃんだったよ」
と、母親に言われた。現在、本人と
両親の三人暮らし

〈生育歴、現病歴〉 5 歳からピアノを習
う。6 歳の時父がインドネシアに単身赴任し
た後、一時、頻尿、唾はきがあった。

小 3. 12 月、父が戻り、小 4. 4 月には、
金沢へ転校。3 ヶ月で父がまた新潟へ単身赴
任。中 2 の時、兄の高校進学を機に、父だけ
を残し、東京へ転居。

ピアノは金沢へ転居したときにやめたが、
高校生の時、孤独感と、疎外感に悩んでいた
ときに、ジャズを聴き、自分の気持ちにぴった
りきて、夢中になる。大学に入ってから、1
年間ジャズピアノの学校に通い、勉強する。

大学は、4 年制幼児教育専攻。20 歳の時
父が東京に戻ったが、なかなか父に馴染めな
かった。

演奏活動するには、まだ自信がなかったの
で、4 年間は幼稚園の先生。ただその間既に
家を飛び出し、ボーイフレンドと同棲。その
後、ボーイフレンドを何人か変えながら、幼
稚園を辞めてからは、ボーイフレンドと一緒
にバンドを組んで、日本中を放浪。

そうこうするうちに、28 歳の時、ミュー
ジシャンを目指してアメリカへ行く。まもなく
当時同棲中だった 20 歳程年上のボーイフ
レンド（アルコホリック）と彼の娘が合流。
娘の学校の都合で、一旦帰国し、3 ヶ月ほど
3 人で暮らすのが、いやになり、再び単身アメ
リカに渡る。

その後も、アメリカ人のアルコホリック、

ドラッグの人との恋愛歴は続いたが、暴力を受け、死にそんな思いをしたのをきっかけに、男を絶つ。

以来男性歴は、3年間ない。日中は、OL、夜は、週1回の演奏活動。それ以外の時間は、ひたすら受験勉強のように自室にこもって練習をした。93年夏、演奏の仕事が、週2～3回に増えた。そのころ手や、肩が痛くなったり、耳鳴りがしたことが、ちょっとあった。

93年12月(36歳)新しく職を得たバンドのリーダーとのトラブルの直後に主訴発症、帰国。近くの耳鼻科に行ったが治らないので、当院耳鼻科を、94. 2. 1受診。点滴、針治療なども受けるが、改善せず、1週間後、ストレス外来を紹介される。

神尾記念病院のストレス外来では、心因性の病気・悩み一般について、臨床心理士が、カウンセリングにより治療を行っている。そこには、この症例のように、耳鼻科医が心身症を疑った患者が、多く紹介されてくる。

<治療経過>

第Ⅰ期：#1～#16

初診 1994. 2. 9 中肉中背、全体にもっそり薄汚れた感じ、化粧気全くなく、髪の毛も乱れ、とてもニューヨークで、プロのジャズピアニストをしていたとは思えない。年齢より幼く見える。ほっとした時、子どものような笑顔を見せる。

患者は、「アメリカへ行ってもうすぐ7年。一昨年(92. 12)永住権をとったのに。一生ピアノが弾けなくなったら生きていられない」と、不安を訴えた。「かといって日本に帰って来ても何もできない。色々なものを振り捨ててここまで来た。是から先どうなるのだから？」とも。

治療者は、主訴症状の意味するところは、「一昨年、永住権をとって、アメリカでジャズピアニストとして生きて行くつもりだったが、彼女の内的なある事情が、それを危うくし、その生き方にストップをかけた」と解釈し、治療方針を、『今までの生き方全体の見直し』とし、患者との間で、カウンセリングの契約を結んだ。

#2 '94. 2. 16 18歳からの恋愛遍歴を語る。「結婚したくなかった。普通の人とはすぐ別れた(日和ってる)」「私にあれだけ文句ばかり言っていたのに父が戻ったとたん、母は父にくっついた」と不健康な関係で持たれ合っていた母に裏切られ、そのうえ、あこがれていた父を母親に取られてしまったいきさが語られた。患者は従って、父親が東京に戻った当時、父にも母にも裏切られた気持ちだったのであろう。

患者は今でも夫への愚痴だけは以前と同じように言う母と同じく父を愚痴る。しかし改めて父親の性格を尋ねると、「穏和、几帳面、努力家、奇麗好き、勉強家、理科系、絵が好き。私も絵が好き。父は建築の方へ進ませたかったらしい」と、良い評価が返ってくる。そのあたりに、親に対して未だ整理がつかかねる患者の苦悩が感じられる。

#3 '94. 2. 23 この頃、患者は親の観察をしきりとしている。「夫婦ってあんなものなのか。私が邪魔なのではないか。まあ、居てほしいのだろう。小さい時されるのを今されると気持ち悪い」と言いながら、今の家族に自分が受け入れられるのかどうか、一

度はあきらめて家を飛び出してしまった身としてとても気になる。

「父が戻ってきた当時、どう話して良いかわからなかった。父も私も、おとなしく、感情表現が下手だった」と話している。

#4 '94. 3. 2 晴れやかな表情でやって来る。「日本に長く居ることにした」と言う。どうやら家族の中において良さそうな感触を得たのか。

耳が少し遠くなってきた父に、当院を紹介したとも言う。自分が心の整理をつけようとしている病院を父親に知っておいて欲しいのか。

#5 '94. 3. 7 夢の報告（メモしてくる）をする。患者は、病気になる直前、11月に怖い夢を2つ見た。

1つは、バスに乗ったら、暗い神社のようなところへ入って行って、降ろされ、そこで会った青年に尋ねたら、「ここに1度入ったら一生出られないのさ」といわれた。

いま1つは、戦車に追われ、ようやく崖を転げおり、逃れてみたら、死んだように動かない人々が大勢、池の側にうずくまっていた。その内の一人に訳を聞いたら、「みんな、治らない病気を持っているからだよ」と言われたという内容であった。

#6 '94. 3. 14 「夢ばかり見て疲れる」と言う。「見ません様に」と祈って寝る。〈茹でた海老でできた鍵盤を引かされる夢〉〈発症のきっかけとなったバンドリーダーBusterとの喧嘩のこと〉等、沢山メモして来るが、治療者は、時間内に読み終われずコピーする。

その日から患者は毎回、一時間ぐらいではとても読み切れない量の夢や、昔の思い出、現在の家族への気持ちなどをつづったメモを持参し、治療者はそれをコピーし、次回彼女が来るまでの一週間の間に読まなければならなくなる。治療者はだんだん負担に感じ始める。

#7 '94. 3. 16 前回3月14日が誕生日だったことを今日になって告げる。甘え方の下手さを感じる。

この日、「父はそれほど悪い男では無いと思いだした」と話している。母親と父親を奪いあっている様に見える。

#8 '94. 3. 29 両親から連休に中国旅行を、誘われている。「邪魔じゃないか。でもせっかく誘ってくれているから行こうか」迷っている。

持参するメモの中に、昔の日記の抜粋（中2）…『母の日のプレゼントにハンカチに刺しゅうをして贈った。それがボロ布入れ箱から出てきた』『父は考える輩、母は感じる輩で、感情のたれ流し』と、結ぶ。

#9 '94. 4. 4 中国旅行へ行くことに決めた。5月末からアメリカへ行ってピアノを売って来ることも決める。

#10 '94. 4. 13 しばらく見ていなかった夢をまた見出す。「(家に)居場所がない。早くニューヨークへ帰りたい」「親からお金を貰っているのが心苦しい」と。

#11 '94. 4. 20 この日も、「早くニューヨークへ帰りたい」と、しばらく家に留まる決心をしたはずなのに、家族に受け入れられているのか不安なのだろう。ニューヨークで父親に買ってきたカーディガンを、父が着なかった事で両親に当たる。

#12 '94. 4. 27 とうとう今回は、前回持参されたメモのコピーを読みきれなかったことを、治療者が謝る。すると「なーんだそんなこと」と妙にあっさりしている。

しかしこの日、また、手がかからない子だったと、母に言われた話を持ち出す。そしてその一方、中1の時学校で書かれた親子文集に自分はいっぱい書いたのに、母は自分に対する希望は、『明るく、それ以外希望ありません』としか書かなかったという恨みを語る。

この日、彼女は興味深いエピソードを話してくれた。『幼い頃、同じく泣いていても、妹は飴を与えて抱いてやればけろりと泣き止んだ。私は飴を与えても、それを吐き出し、抱こうとすれば押入に逃げ込んだ』

この頃患者は、不安と混乱の中で、追い詰められる夢を多く見ていた。

第Ⅰ期の、主題は、「子供の頃、充分満足のいく愛情がもらえなかった」恨みであった。しかしそこに、欲しいものが手に入らないような対人関係の持ち方を繰り返している患者の姿が、浮かび上がってくる。くしくも患者は、治療者との間にもその対人関係のパターンを繰り返していたのだ。治療者に、読み切れないだけの情報を持ってきて、結局はそのけた外れの量のため読んでももらえない結果になってしまう。当然患者は傷つくのだが、彼

女は、何事もなかったかの如くその要求を引っ込めてしまうのだった。

後におおいに反省することになるのだが、この出来事こそ、患者の対人関係のパターンを取り上げて一緒に考えるのにはよいチャンスだったのに、毎回もたらされるメモの分量に音を上げていた治療者は、メモの持参を断ることしかできなかった。

'94. 4. 29～5. 4 中国旅行

#13 '94. 5. 11 旅行中、患者は、ツアーの一行のいろんな家族を観察していたと言う。よその親子はどのようにしているのか、気になったのであろう。

この日患者は、耳と手がまた痛いと言って、子供がぐずるように泣いた。「自分の中に2人いて、調子悪くなると、後ろに引き戻す。手に負えない」と言うのだった。

そして帰り際、「先生困らせてばかりで申し訳ないと思っているんです」と、気を使うのだった。

#14 '94. 5. 18 来院してすぐに、「この前は9割がた昔の自分、今日は5分5分。5分5分の方が苦しい」と言う。

「今日は先生にお願いがあります。私が、2人いると思って下さい。1人にまとめようとするから大変。先生に誉めて貰えるから変わるほうを出す。すると反動が出る。2人目の方が新しい自分だから、子供から始めています。それを前の自分が見て『いい歳して』と思うんです。今迄の自分はむかつ腹ばかりを立てていました。もっともそれがあったから、やってこれたんだと思いますが」

と、過去を振り返るのだった。

#15 '94. 5. 25 「ここ2、3日ムシャクシャしている。昨日怒鳴っている夢をみて目が覚めた。ちゃぶ台があったらひっくり返したい」と。面接室の箱庭用の砂箱を見て「ひっくり返していい？」という。砂箱の中に砂を盛り上げ「顔みたい」といって、自分で砂に作った顔の目を両手で抉る事を繰り返す。翌日7年間に渡るニューヨークでの生活を整理するために、アメリカに旅立つ患者は、どうしても不安になる。

その一方で、「この前、前の私と今の私の話をしたら随分楽になった」とも言う。

'94. 5. 26～7. 6 アメリカ滞在

#16 '94. 7. 13 ピアノは思ったより高く売れたという。患者は、この度初めてアメリカで、海や買い物、観光旅行に行ってきた。「はじめて遊んだ」という。その時の写真を持参する。

「段々普通の男の子もいいと思ってきた。結婚もしたい。子供も欲しいと思ってきた」と雑談した後、妹が来年3月、3人目の子供を産む事を報告する。

そして、なんと、「一応一息ついたので、今度何かあったら予約してくることにしましょうかね」と、呆氣にとられている治療者をおいて、第Ⅰ期は終わった。

第Ⅱ期：#17～#33

ところが患者は早くも、1ヶ月後再来する。

#17 '94. 8. 18 と #18 '94. 8.

31の2セッションでは「就職がなかなか決まらない」と言う話題を中心に、ぐずぐず泣いていることが多かった。

しかし泣きたかったのは、就職が決まらないからではなかったことが、次のセッションで分かる。第Ⅰ期を、唐突に止めたのも、ある大切なことを言いよどんでいたからであったことが分かる。その大切なことと言うのは、患者のセクシュアリティーに関することであった。

#19 '94. 9. 14 昔人工流産を3回繰り返したことが明らかにされる。「本当に取り返しがつかないことをしてしまった」「妹と私は光と影」と言って泣く。

妹が結婚するころ患者は一人目の子供を下ろした。28歳で、アメリカへ行き、当時同棲中だったボーイフレンド（アルコホリック）と彼の娘とで、一旦帰国し、3ヶ月ほどしてから、再び単身アメリカに渡った本当のいきさは、妹と自分の女としての運命のコントラストに耐えられなくなってニューヨークへ逃げ出したのだった。両親は今も3回の人工流産を知らない。

当時の患者の気持ちを思うと胸が締め付けられる思いがする。何故そこまでも自分を追いつめていくのだろうか。当時治療者は、彼女の言うこの理由だけでは、納得しかねる切ないものを感じていた。

「振り返ると後悔ばかり」「辛い」と言って、涙を流す。

治療者「もうそろそろ自分を大事にすることを考えよう」

患者「大事にするって、身勝手と違いますよね』『だいじにお世話されたい』と要求すると、『それは身勝手だ』というサインが、

養育者であるべき人から返ってくる幼児期だったのか。

#20 '94. 9. 26 「自分の子供は何処へ行ったの?」「生ゴミになって捨てられてしまったの?」いまだかつて我が身を悲しむことを自分に許したことがなかった患者は、この日、本当にさめざめと泣いた。

治療者はいたたまれなくなって、「水子供養をしたら、少しは楽になるかもしれないよ」と、勧める。それと同時に、ときどき子宮が痛むという患者に、当院婦人科医（女性）を紹介した。

#21 '94. 10. 3 予約日を早めて来室。明日から12日間都の就職セミナーに通うことにしたので約束の日に来られないからという理由だった。

この変化は、過去に捕らわれてばかりいないで、現実適応を進めようという変化と、当時、治療者は受けとったが、真相は……?

#22 '94. 10. 19 都の就職セミナーのテキスト持参。几帳面に講義を筆記している。

「水子供養に行ってきた」という。グレーがかった紺色のロングのワンピース、胸にスカーフ、髪は内巻カール。こんなに綺麗な人だったのかと改めて驚き、口にもする。照れている。

#23 '94. 11. 2 「セミナーを頑張った反動」と言って落ち込んでいる。

Duayne と別れたいきさつを語る。
Duayne というのは、かつて患者に、男を絶

つ決心をさせた恋人、日頃は優しいが、お酒が入ると彼女に暴力を振るった男である。患者は彼との間に出来た子供も下ろしている。アル中、ドラッグ、エイズが心配だったという。もちろん経済的なことも下ろす理由にあった。

「高校時代一人でさまよっていた。今、振り出しに戻ってしまった。達磨落としての真ん中20年が抜けてしまったような気がする」と言うのだった。

そして、「毎週来ていい?」と、久しぶりに、週1度のペースに戻す。

#24 '94. 11. 9 本『アンチクロワッサン』、『バツの男の本』、『平成の女達』等の本を読みあさっている。理由を尋ねると、「離婚に興味があるから。今迄結婚してたら離婚していただろうから」と答える。

「カウンセリングのお金と、ここへ来る車賃を自分で稼ぎたい」とも言う。

#25 '94. 11. 16 就職決まった。数駅先の医院の受付のパート。

久しぶりに怖い夢を見る。〈舞台の上で男の人がピアノをぐいぐい押してくる。壁とピアノの間に挟まってお腹が痛い。「やめて」と叫んだら、男が、「中絶したからだ」と言った〉治療者は、「水子供養に行ってきたのにねえ」としか言えない。婦人科医を再度勧める。

ここで患者は初めて「今迄そういうこと(性行為)はレイプされる感じだった」と、打ち明ける。患者は、まもなく婦人科医を訪れたそうである。結果は、異常無しであった。

#26 '94. 11. 21 「金沢のころ私も母も適応できず淋しかった。2人で双子みたいになって泣いていた」と、母親が、養育者としていかに力がなかったかがうかがわれる。

#27 '94. 11. 28 ニューヨーク時代の回想。「なにか壁にぶち当たったんでしょうね。だからそれを乗り越えるため、めちゃくちゃ練習して、ハードルを乗り越えて、地面にべちゃんと顔つけて転んだとき病気になったんですよね」と振り返る。

帰り際、「先生、ここは、声が外（廊下）に漏れますよ」と言う。

#28 '94. 12. 5 「給料を貰った。1万円。みんなにプレゼントしたらなくなった」と嬉しそう。

「明るい人ってふとしたことも喜ぶんですね…ご飯おいしかった。風呂に入って気持ちよかったetc.」と、深いところが、再生に向けて動き始めているようにも思えたが、又返り際、「廊下にきこえるんですよ!」と、苦情を言う。

#29 '94. 12. 12 7年間のブランクは大きい。職場の人達と話していると、自分が世の中とつながっていないナーと、焦る」と言う。母親が、結婚話を勧めるが、「いきなり結婚は不安。まず茶飲み友達から」と話している。

又最後に、「聞こえるの嫌! 他の部屋無いんですか!」

#30 '94. 12. 19 発症から1年になる。「去年の今頃、『親死んだらどうしよう』

と、考え出した。色々あって、親に恥ずかしい」と、振り返っている。

「今日NHKで、30代、40代の独身のことやります。先生代わりに見ておいて。私、今日は忘年会だから見れないんです」と、そして、次回から、2週に1回のペースに戻すという。

#31 '94. 12. 26 「昨日、妹たちと井の頭公園にいった。私、木々の枝振り、木々の光への反応等良い方だと思う。それを、今まで音楽だけに限定していた。ジャズばかりやっていて疲れちゃったということが、最近ようやく解ってきた。ニューヨークへ荷物まとめて行ったときは、まだ解っていなかった。ずっとあんな価値観では、相手は、生活破綻者のミュージシャンばかり、結婚できなかった。中絶の話も先生に話す機会もなく終わってただろう。

『トラディション』と言う本を読んだ。人生の転機では、終わりがあって、空洞があって、始まりがあると。自分でダメだダメだと言っていましたけど、肉体的にも精神的にもあの空洞は、必要だったんですよね。1日公園に行って、喧嘩しないで帰ってこれた。」と、穏やかに語っている。

#32 '95. 1. 13 家族で昔父親が単身赴任をしていたインドネシアに行こうという話がでている。患者は、「私は、アメリカへ行くもんネー!」と、憎まれ口をたたいてはいるが、行ってみようかと思っている。過去の整理になるかもしれないと思っている。アメリカへは、貯金通帳を整理しに実際来年の夏頃には行くつもりでいる。グリーンカード

の件も、まだ保留にしてある。つい先日、行きたいみたいな夢を見たという。「今までは、着いたら銃撃戦が始まるようなこわい夢ばかりだったけど」と言う。

ここまでが、JASCT 研修会で報告検討した治療経過である。

#33 '95. 1. 23 キャンセル

その後、2ヶ月間患者からは連絡がなかった。

第Ⅲ期：#34～42

2ヶ月後の3月下旬、患者はひょっこりやって来た。

2ヶ月間、患者は、現実適応と、過去の気持ちの整理を模索していた。しかも嘗てのようになかなかエネルギーに動いていた。彼女は以前、プロでない音楽をどうしても受け入れようとしなかったのに、趣味として音楽を受け入れ、ボサノバの同好会に入っていた。

そしてこの第Ⅲ期のあいだに、あれよあれよと言う間に、ボサノバの同好会のリーダーである同年令の恋人ができた。今度の恋人は、かつて、彼女と同じように少しアウトドローっぽいところはあったが、1年ほど前からふつうにサラリーマンをしているという男性だった。正直なところ、治療者に不安がないこともなかったが、彼女の家族は、彼らの結婚にかなり積極的になっていた。尤も、アル中や、ドラッグでもなく、子供もいなく、独身というケースは家族にとって初めてだったから無理もないかもしれないが…。

結婚話のペースの早さには、患者自身もつ

いていけないことも多かった。

ところがある日、患者が、しばらく凍結状態にしておこうと思っていた彼女のセクシャリティーの中心問題を、恋人が刺激する事件が起きてしまった。

スキンを忘れた恋人が、セックスが始まってから「今日大丈夫？」と聞いた。経済的に今すぐに子供は無理な彼が、無神経にも、「今下ろすと10万円かかるんだぜ」と、言ったというのである。面接室で患者は、「女がどれだけの思いで体を張ってセックスをしていると思っているのよ」と、男の無理解を、泣いて怒った。

その後、患者は、何度か予約を取ったが、その都度キャンセルし、6月以降来室していない。振り出しに戻ってしまった彼女のセクシャリティーの問題解決に向かおうかどうかどうしようか迷っているのだろう。治療者も今のところ連絡を控えている。

<考察>

求めては心地好いものが得られないことの繰り返し、患者の中に自虐的セクシュアリティを作り上げていった。

患者は、20才の時父が戻り、父と良い関係を作りなおそうと思ったが、手のひらを返えしたように夫に甘える母親にはじき出され、失敗する。

それでは、幼稚園の先生になって、幼児の世話をする事で、世話される幼児と同一化しようとしたが、それにも失敗する。

愛情獲得に、とことん失敗した彼女の怒りは妄想の中で、親をも殺しかねなかった。その為逆に親に殺されるのではないかという妄想もあった。折り悪く患者は、自分の子供を

中絶という形で殺している。これは、親に殺されるのではないかという妄想を抱いた患者が、子供を殺したのであった。中絶にまつわる患者の思いは、水子供養などで治まる質のものではなかった。患者は、たまりかねてアメリカへ逃げ出したのであった。

アメリカで同棲中の男から殺されそうな暴力を受けたとき、必死に男から遠ざかったのには、この様な背景があったのだった。3年間頑張って男を遠ざけていたのに、バンドリーダーが、自分の女にしたがったため、バンドリーダーと彼女の方から仕掛けてトラぶり、今回発症したのであった。振り返ってみると、この治療は、常に一貫して、患者の育ちと密接に関係する患者のセクシュアリティが、テーマであった。第Ⅰ期を、唐突に終わらせたのは、この重いテーマに入っていくことを、患者の無意識が、留めたからであろう。しかし、治療へと向かう内面の動きは、1ヶ月後に又彼女を、カウンセリングに向かわせた。しかし、治療者に、それを引き受けるだけの覚悟がなかった。第Ⅱ期の終わり頃の面接で、3回続けて「声が外に漏れる」と言ったことがある。自分のセクシュアリティの中心課題に入ろうかどうしようか、かなり迷っていたのであろう。第Ⅲ期、患者が再来したとき、今度は受けとめる覚悟をしていることを、伝えたつもりだったが、患者の目から見て、未だ治療者の覚悟は、不足だったのかもしれない。今度彼女が現れるまで、治療者もしっかり力をつけておかねばと、思っている。

阪神・淡路大震災 ― セクソロジストとしての観点

神戸市東灘区 山崎産婦人科医院

山崎 高明

阪神・淡路大震災により多くの物を失った人達は、物に対する執着心（物欲）が失せてしまったが、その反面人と人との交流（心のコミュニケーション）が得られたという事を述べられた人が多かった。大地震に打ひしがれた直後ライフラインの途絶により文化生活ができなくなり、原始生活に近い状態に追い込まれると、生きてただけでもよかったと人々は声を掛け合い抱き合って喜んだものだった。今までは、「隣は何をする人ぞ」というような疎外感をもって過ごしていた近所の人達とも「如何でしたか、大丈夫？被害の状況は？」などと何年来もの知己の如き会話を交わし、乏しい残った物も分かち合い、心のコミュニケーションがはかられた事は、何物にも代えがたき貴重な経験であったように思われる。そして若者のボランティア活動にも老人たちは大いに感心させられた。掠奪なども見られず、黙々と並んで、救援物資の配給を待つメディアの映像に世界中の人々は、神戸地区の住民の紳士的な態度を、驚きをもって見てくれたらしい。

平成7年7月2日、青森における第18回日母性教育指導セミナーの際、そうそうたる役員の方々はじめ日母性教育委員会の先生方との昼食会の席上、私はセクソロジストとして次のような私見を述べさせていただいた。

近頃セックスレスが増えているといわれるが、これは其々の国の文化の発達程度と大いに関係があると思われる。お金が入り、物が豊かになり（飽食）、面白いことが多くある

（過娯楽）と、ヒトはセックスレスになる傾向がみられるのではないか。生物というものは本来、生存が危険にさらされるほど種族保存の為に生殖に励むものである（弱いもの程産仔数が多い）。アフリカなど発展途上国の状態を眺めると、食物、着物も乏しい状態で痩せ細った母親であるにも拘らず、何人もの子供を抱いた姿を多く見るではないか（かつて終戦後の日本の姿をみるようである）。

米国でも数年前ニューヨークで大停電が起こったその280日目に分娩が殺到したという話さえある。

以上のような事例から推察すると、現在の我が国の合計特殊出生率の向上を計るには、ゲバルティッヒであるが、国が考えて全国を、東北、関東、関西などと順次に停電でも起こさせれば忽ち解決できるのではないか。電気ひとつだけとってみてもこのような効果（？）があるのではないかと思われるが、これは単なる笑話的な発想ではなく、今回はからずも阪神・淡路大震災というものが電気、ガス、水道というライフラインの完全な途絶により、文明の利器を奪われた生活を余儀なくされて、いわば実験されたようなものではあるまいか。

物欲がなくなればかえって人の情は一層濃くなる。他人同志の間でさえ心のコミュニケーションがはかられるのだから、親密な家族内、夫婦間、パートナー間のコミュニケーションは一層深くなるであろう。事実震災後、当院を受診する患者の人工妊娠中絶（アウスと略す）が増加した印象をもっている。

余震の恐怖も手伝ってパートナー間で肌が恋しくなり抱き合うことにより妊娠につながり、経済的、その他の理由により産むことができず、未婚者は勿論、既婚者も中絶の止むなきに至ったのではないだろうか、との意見を述べたところ、ユニークな物の見方だと注目されたようである。

また六甲トンネルを越えた裏六甲にあるホテル街も震災直後から時間待ちの長蛇の車の列がみられたとも伝えられている。

これらの点からしても避難所生活を余儀なくされた方々の長時間に亘りプライバシーが得られなかった事は相当のストレスを招くものとして憂慮すべき問題である。

＜症例＞ 38才 2産1流産

33才で結婚、2産1流産を全て当院で対処した。この度の阪神大震災で東灘区本庄町の自宅は全壊で住吉山手町の義姉宅で避難生活を送っていた。平成6年8月に第2子を分娩し、まだ分娩後月経の発来なきまま平成7年4月に妊娠7週でアウスを施行した。この義姉が後日当院に子宮癌検診にきたので、「義妹さん一家がお宅で避難生活を送っておられるようで大変ですね」とねぎらう気持ちで口に出してしまったところ、「妹が受診しましたか？」と逆に尋ねられ、はっと気が付いた。というのは、この義姉は、ご主人が長期単身赴任中で子供も成人しており、一人で義姉一家4人の家族の面倒をみているのに、アウスに行くとは義妹としても口に出せなかったのであろう。こちらもそれ以上のプライバシーに触れるような事はなくて済んだけど、この他にも前回分娩後6カ月で平成7年5月妊娠7週でアウスを施行した例もあった。

統計的観察

全県下の人工妊娠中絶数の各保健所別集計表によって検討してみると、この表の数値については多少疑問ありといわれているものの、平成6年度と平成7年度を単純に比較する事は大地震による影響を発見できる可能性があるものと思われる。

表1 人工妊娠中絶数の月別推移

	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月
平成6年	1304	1157	1333	1200	1217	1195	1191
平成7年	372	1027	1237	1037	1223	1074	1151

表1に示すごとく、アウスの月別推移は平成6年1月1304件と比較し、平成7年1月は372件と激減し、大地震の影響を歴然と表している。その後は徐々に増加し、平成7年5月だけは1223件と前年度5月の1217件を上回る。

次にアウスの年齢別集計を表2に示す。

表2 人工妊娠中絶数の年令別にみた月別推移

1) 20～29才

	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月
平成6年	536	486	524	485	505	452	489
平成7年	336	425	503	432	528	422	432

2) 30～39才

	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月
平成6年	520	453	553	450	492	489	471
平成7年	363	405	504	429	471	453	494

20～29歳では5月に（平成6年）505→（平成7年）528、30～39歳では7月に（平成6年）471→（平成7年）494と共に増加している。

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