

日本性科学会雑誌第15巻1号 平成9年8月1日発行

日本性科学会雑誌

JAPANESE JOURNAL OF SEXOLOGY

VOL.15 NO.1 Aug. 1997

日本性科学会

Japan Society of Sexual Science

巻 頭 言

日本性科学会理事長 松 本 清 一

「リプロダクティブ・ヘルス／ライツ」という言葉が、1994年国連の国際人口開発会議（カイロ会議）で、将来に向けての行動計画の中に取り上げられ、国際的合意を得て採択されたが、更にその翌年には「世界女性会議（北京会議）」でそれが再確認され、世界各国代表の合意による行動綱領の中に「リプロダクティブ・ヘルスを含め、セクシュアリティに関することを自ら管理し自由にかつ責任をもって決定する権利は、女性の人権の一つである」と記されて、世界の大きな流れとなった。

カイロ会議の行動計画には、これは「安全で満足な性生活を営みつつ、いつ、また何人の子供を産むかにつき自由な責任を有し、そのために必要な手段や情報を得られることを意味する。」と書かれていて、性の問題が含まれていることを明記しているし、国際家族計画連盟は「性と生殖の健康／権利」という言葉を使って、このことを明らかにしている。

そこで、「性の健康」殊に「性の権利」とは何かということが問題になるが、意味不明瞭のまま、言葉だけが一人歩きし、誤解や偏見を生んでいることも少なくないように思われる。「性の健康」は「生涯にわたり性生活が身体的、精神的及び社会的に良好な状態であること」と定義づけられ、上述のカイロ会議の行動計画に示されたような意味を持つ。国際家族計画協会では「人々が自分のセクシュアリティを完全にコントロールすることができ、かつセクシュアリティを完全に受容し、楽しむことができること」と言っている。そして「性の権利」とは、このような「性の健康」を持つこと、及びそのための手段や情報を得ることが人権の一つとして認められるということなのである。

国際家族計画連盟では、一連の国連の重要な会議によって締結された人権に関する国際的文書に基づいて、「性と生殖の権利に関する憲章」を発表した。この憲章は、連盟が具体的に何を「性と生殖の権利」と考えているのかを、そしてリプロダクティブ・ヘルスの領域で現実に行われる種々のサービスと人権との関連を明らかにしており、これによって「性の権利」についての理解を深めることができると思う。

その一部を紹介すると、「生きる権利」として、女性が妊娠のため、子供が性別によって、またヘルス・ケア・情報・カウンセリングやサービスが受けられないため、生命が危険にさらされるようなことがあってはならない。「個人の自由と身体の安全に関する権利」として、性生活を自由に享受し、かつ自制する権利、性器切除や性的いやがらせに悩まされない権利を有する。「平等の権利及び差別を受けない権利」として、保健ケアやサービス、教育や情報を受ける上でいかなる差別もあってはならない。「プライバシーの権利」として、すべてのケア・サービスはプライバシーを守って与えられなければならない。また安全で満足な性生活を送るために、自分の性的志向性を迫害の恐れ・自由の否定・社会的妨害なしに、表現する権利を有する。「拷問や不当な扱いを受けない権利」として、すべての子供はあらゆる性的搾取・暴行・いやがらせから、すべての女性は女性売買または売春の搾取から守られる権利を有することなどが挙げられている。

21世紀に向け、これからの性科学や性教育を考える上で、国際的合意を得た、このようなグローバル・スタンダードの理解が必要であろう。

目 次

巻 頭 言	松 本 清 一 ...	1
単身治療群とカップル治療群の臨床的特徴及び治療成績	針 間 克 己 ...	3
実際の症例に見られる性同一性障害者の転性までの過程	森 泰 美 ...	9
HIV 感染者へのカウンセリング		
——多様な問題領域と対応に関する一考察——	山中 京子・芦澤 正見 ...	23
「セックスレス」について考える	村 口 喜 代 ...	29
中高年女性の QOL に対する HRT の長期例について	山崎 高明・山崎 敦子 ...	36
心因性インポテンスの治療	長 田 尚 夫 ...	43
ワギニスムスの症例	大 川 玲 子 ...	48
編 集 後 記		56

単身治療群とカップル治療群の臨床的特徴及び治療成績

東京家庭裁判所

針 間 克 己

1. はじめに

心因性勃起障害に対する治療方法は Masters, W. H. & Johnson, V. E. による "Human Sexual Inadequacy"¹⁴⁾ の発刊 (1970) 以来大きく変化した。彼らの治療は①「治療は夫婦一緒に」、②「治療者も男女二人で」、③「社会生活からの隔離」、④「センセートフォーカス (官能焦点法) の実施」、の四原則等よりなるが、この治療技法はその治療構造の特殊性から一般の臨床場面では原則通りに施行することが困難である。そのため、その後多くの治療者は Masters & Johnson の原法の一部を修正して実施してきた。その諸原則の幾つかは治療への影響が比較検討されている。「治療者も男女二人で」という原則②に関しては治療者が男女一組であっても、あるいは一人であっても治療成績には差がないことが、また治療者が一人である場合にはその性別と治療成績の間には関連がないことが見い出されている^{5) 15)}。「社会生活からの隔離」という原則③に対しては厳密な比較研究はなされていないが、外来通院での治療の有効性も示されている^{7) 8) 10)}。

「治療は夫婦一緒に」という原則①の検討や研究は、これまで知られていない。その理由の一つに単身治療群とカップル治療群への群別化における方法上の問題点を指摘できる。そこで、本研究では第一に単身治療群とカップル治療群の臨床的特徴の比較を行い、どのような臨床的特徴を有するものが単身治療群

ないしはカップル治療群になるかを調査することとし、第二にその臨床的特徴が治療成績に与える影響を調査し、第三に臨床的特徴の違いを考慮した上で単身治療群とカップル治療群の治療成績の比較を行うことにする。

2. 対 象

対象は、1993年9月1日から1995年6月31日までの1年10ヶ月の期間に東京大学医学部附属病院精神神経科、駒込神経クリニック、ならびに川崎メンタルクリニックで筆者が主治医として直接診察した患者の中で①心因性勃起障害と診断され (DSM-IV³⁾ 「男性の勃起障害、病型：心理的要因によるもの」の診断基準を満たす)、②持続的な性交機会を持ちうるパートナーを有する、③他の精神障害を有しない、の3条件を満たす76名である。

3. 方 法

A. 患者の臨床的特徴の調査

調査方法は、1) ~12) の項目に関しては、単身治療群に対しては患者への、カップル治療群に対しては患者及びパートナーへの問診と自記式質問紙法により、13) の項目は矢田部=ギルフォード性格検査¹⁷⁾を用い、14) の項目はTPI (東大式・パーソナリティ・インベントリー)¹⁸⁾を用いた。調査項目は以下の通りである。

1) 患者年齢。2) 患者生育歴 (一人子)、

〈長子〉、〈中間子〉、〈末子〉の四種類に分類した。3) 患者学歴〈大〉(大学、大学院進学者)〈高〉(高校、高専、専門学校進学者)〈中〉(中学卒業者)の三種類に分類した。4) 二者の間柄〈夫婦子あり〉、〈夫婦子なし〉、〈夫婦外〉の三種類に分類した。5) 患者の性交経験〈性交経験あり〉、〈性交経験なし〉に分類した。6) パートナーの性交経験〈性交経験あり〉、〈性交経験なし〉に分類した。7) 二者間の性交経験〈性交経験あり〉、〈性交経験なし〉に分類した。8) パートナーの性障害〈性障害あり〉、〈性障害なし〉に分類した。9) パートナーシップ解消の危機〈危機あり〉、〈危機なし〉に分類した。10) 性的パートナー関係の期間。〈一年未満〉、〈一年以上〉に分類した。11) 患者の罹病期間〈一年未満〉、〈一年以上〉に分類した。12) 勃起障害が起こる性交の段階〈前戯開始前〉、〈前戯中〉、〈挿入の直前〉、〈挿入後〉に分類した。13) 患者の性格特性〈A類〉(average)、〈B類〉(blacklist)〈C類〉(calm)、〈D類〉(director)、〈E類〉(eccentric)、〈不明〉に分類した。14) TPIで高値を示す基本尺度の有無〈高値あり〉、〈高値なし〉、〈不明〉に分類した。

B. 単身治療群とカップル治療群への振り分け

対象患者全員に「パートナーを同伴しての治療が望ましい」と伝え、パートナーの受診を促した。それによりパートナーが受診したものをカップル治療群とし、促してもパートナーが受診しないものを単身治療群とした。なお当然のことながら、初診時に既にパートナーを同伴し受診した患者はカップル治療群とした。

カップル治療群のなかには、時に患者単身あるいはパートナー単身で診察をうけるものもいたが、パートナーが診察に参加したことがあれば全てカップル治療群とした。

C. 治療の実施

治療構造は原則として一回の診察時間四十分、隔週に一回の頻度で、期間は治癒するか、未治癒のまま終了するか、脱落するまでとし、治療者は筆者単独とした。治療内容は両群以下のとおりである。

1) 単身治療群に対して

- a. 性知識の教育 正常の勃起射精のメカニズム等の教育を行い性行動に関する誤った知識や硬直した信念を修正する。
- b. 問題点の明確化 詳細な問診により、勃起障害を起こしている要因を明確化させる。
- c. 不安の軽減 今後の治療方法や治癒の可能性を示し、不安感の軽減をはかる。
- d. 性行動の具体的助言 実際の性行動に対する具体的助言を行う。
- e. センセートフォーカス法の指示 患者を通して、パートナーにもこの治療方法に参加するように依頼する。

2) カップル治療群に対して

- a. 性知識の教育 二者の誤った性知識や硬直した信念の修正を行う。
- b. 問題点の明確化 詳細な問診により、勃起障害を起こしている要因を男性側の要因だけでなく、女性側の要因やパートナーシップの要因も含めて二者に明確化させる。
- c. 不安の軽減 今後の治療方法や治癒の可能性を示し、二者の不安感の軽減をは

かる。

- d. 性行動の具体的助言 男女それぞれの実際の性行動に対する具体的助言を行う。
- e. センセートフォーカス法の指示 二者に対して方法を説明し実施を指示する。

D. 評 価

評価は〈治癒〉か〈未治癒〉かにて与えられた。

ここで〈治癒〉とは、三回以上の性交機会において連続して勃起挿入が可能となり、将来の性交に対しても患者の不安が著しく減少した状態を指し、また〈未治癒〉とは上記した〈治癒〉の基準を満たさないものとした。

治療途中において脱落したものは原則として電話等で〈治癒〉か〈未治癒〉かを確認することとしたが、確認の取れなかったものは〈未治癒〉とした。

治癒後再び勃起障害になる可能性もあるが、ここでは一旦治癒し治療が終了したものは〈治癒〉とした。

E. 分 析

患者の臨床的特徴と治療方法（単身治療かカップル治療か）を変数と見なし、統計処理をおこなった。まず治療方法と臨床的特徴の関係を検定し、次に治癒率と臨床的特徴の関係を検定し、最後に臨床的特徴の影響を除外するために治療方法間の治癒率の比較を層別解析を用いて行った。

4. 結 果

1) 単身治療群とカップル治療群の臨床的特徴の比較

単身治療群は 40 名（20—58 才、平均

34.0±9.7 才）、カップル治療群は 36 名（20—42 才、平均 34.9±4.4 才）であった。単身治療群はカップル治療群と比較し有意に、二者の間柄として〈夫婦外〉が多く〈夫婦子なし〉が少なく、〈患者の性交経験あり〉および〈パートナーの性交経験あり〉が多く、罹病期間および性的パートナー関係の期間は〈一年未満〉が多かった。その他の項目では両群間に有意差を認めなかった。

2) 治癒率に与える臨床的特徴の影響

治癒は 42 名（23—58 才、平均 36.9±7.1 才）、未治癒は 34 名（20—47 才、平均 31.3±7.1 才）で、治癒率は 55.3%であった。臨床的特徴の違いにより治癒率に有意差が認められたものとしては罹病期間があり、〈一年未満〉の治癒率は 72.7%、〈一年以上〉の治癒率は 41.9%であった。その他の臨床的特徴で治癒率の違いが有意に認められたものはなかった。

3) 単身治療群とカップル治療群の治癒率の比較

患者の臨床的特徴を考慮せずに見た場合、単身治療群の治癒率は 47.5%、カップル治療群の治癒率は 63.9%で両群間に有意差は認められなかった。患者の〈性交経験なし〉のものなかでは、単身治療群の治癒率は 18.2%（2/11）、カップル治療群の治癒率は 66.7%（12/18）で、有意にカップル治療群の治癒率が高かった。罹病期間が〈一年以上〉のものなかでは、単身治療群の治癒率は 13.3%（2/15）、カップル治療群の治癒率は 57.1%（16/28）で、有意にカップル治療群の治癒率が高かった。その他の臨床的特徴で層別分析した結果では、両群間の治癒率に有意差を認めな

かった。

5. 考 察

1) 研究の対象と方法の限界と問題点

勃起障害の原因を心因性と診断するのは厳密には困難であり、本研究で対象外とした患者のなかに心因性と診断すべきだったものや、対象とした患者の中に、器質性ないしは混合性と診断されるべき患者が混入していた可能性がある。そのため今後はより厳密な鑑別診断を行うべく、精神科単独ではなく泌尿器科との協力が望ましい。対象の決定、両群への振り分け、治療、評価はすべて筆者単独で行っているために、両群に対しての筆者の治療意欲の違い、予断などの影響がなかったとは言い切れず、治療や評価の段階で他の治療者や研究者の協力が今後望ましい。評価にあたっては、脱落者も含めての長期的な追跡調査が必要であろう。

2) 単身治療群とカップル治療群の臨床的特徴

カップル治療群に夫婦関係の者が多いのは Masters & Johnson の報告に一致する。患者自身がパートナーに受診を要請したくない場合には単身での受診となるが、このような患者はパートナーとの関係が不安定なものや自分の勃起障害を軽症と認識するものに多いと思われ¹⁵⁾、パートナーとの関係の不安定さは「二者の間柄が〈夫婦外〉」、「性的パートナー関係の期間が〈一年未満〉」に、軽症との認識は「罹病期間が〈一年未満〉」、「患者の〈性交経験あり〉」という単身治療群の特徴に示されている。パートナーが受診を拒否した場合に単身での受診者に、承諾した場合にカップ

ルでの受診者となるが、拒否するパートナーは受診への心理的抵抗が強く、承諾するパートナーは、受診への心理的抵抗が少なく、パートナー自身の治療意欲も強いものに多いと思われる。心理的抵抗は「二者の間柄が〈夫婦外〉」という単身治療群の特徴に示され、パートナー自身の治療意欲は育児希望がある場合やパートナー自身が性交に対して不安がある場合に強いと思われるが、これは「二者の間柄が〈夫婦子なし〉」、「パートナーの〈性交経験なし〉」というカップル治療群の臨床的特徴に示されている。

3) 臨床的特徴の治癒率への影響

治癒率だが、Masters & Johnson は一次性勃起障害で 59.4%、二次性勃起障害で 73.7%と、Hawton は 68%、本邦では阿部¹¹⁾が 61%と報告しており、これらは基本的にはカップルに対しての治癒率である。本研究では治癒率は全体としては、55.3%、カップル治療群は 63.9%であり、おおむね過去の報告に近い結果である。生育歴、学歴は一般的に「勃起障害は一人っ子や末っ子、高学歴者に多い」と言われるが、特に両項目共に予後への影響は示されなかった。二者の間柄の予後への影響についての報告は、既婚者の予後が良いとされており⁴⁾本研究でも、有意差は示されなかったが、〈夫婦子あり〉、〈夫婦子なし〉、〈夫婦外〉の順に治癒率が良かった。性交経験の有無に関しては、性交経験のあるものの方が良いという報告があり¹⁰⁾、本研究では有意差は示されなかったが、〈性交経験あり〉の治癒率が〈性交経験なし〉の治癒率と比較し、諸報告と同様に高かった。罹病期間に関しては、長いものが悪いとする報

告があり⁶⁾、本研究でも罹病期間が〈一年未満〉の治癒率が72.7%、〈一年以上〉の治癒率が41.9%で、有意に罹病期間〈一年未満〉の治癒率が高かった。罹病期間の長期化に伴い予後が悪化する理由として、勃起障害が時間の経過と共にパートナーを巻き込みながら不安→失敗→不安の悪循環を形成し重篤さを増す性質を持つことが挙げられる¹²⁾。カップルの一般的関係が良好な方が予後が良いという報告があるが⁹⁾、本研究では、パートナーシップ解消の危機、性的パートナー関係の期間、二者の間柄のそれぞれの項目で予後への影響は有意には示されなかった。臨床的特徴の項目ではないが、治療群の違いそのものもカップルの一般的関係の良好さを示す指標となりうる。すなわち単身治療群よりカップル治療群のパートナーの方がより協力的で良好な関係にある可能性が高い。

- 4) 単身治療群とカップル治療群の治癒率の比較
罹病期間が〈一年以上〉のもの、また患者の〈性交経験なし〉のものという、予後が不良と推測される特徴を有すものではカップル治療群の治癒率が有意に高かった。理由として、カップル治療群が単身治療群と比較し異なる二つの側面から考察する必要がある。第一にはカップル治療群は、カップルでの受診者が治療対象となっている点であり、第二にはカップル治療群はカップル治療を行う点である。第一の可能性はカップル治療群において受診するパートナーの方がより安定し協力的であり、この事が治癒率を高めていることであり、第二の可能性はカップル治療は単身治療にない幾つかの治療要素を持ち、これらの治療要素が治

療効果を高めることである。今後は、この二つの可能性それぞれを検討する必要があるだろう。

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，精神療法，18：403-411，1992
- 2) 阿部輝夫：サイコ・セックス・セラピー，心身医療，3：57-61，1991
- 3) American Psychiatric Association: Quick Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-IV, American Psychiatric Association, Washington, D. C. 1994 (高橋三郎ほか訳：DSM-IV精神疾患の分類と診断の手引，医学書院，東京，1995)
- 4) Ansari, J. M. A.: Impotence: Prognosis (A Controlled Study). Br J Psychiat, 128: 194-198, 1976
- 5) Clement, U., Schmidt, G.: The outcome of couple therapy for sexual dysfunction using three different formats. J Sex Marital Ther, 9: 67-78, 1983
- 6) Cooper, A. J.: Disorders of sexual potency in the male: A clinical and statistical study of some factors related to short term prognosis. Br J Psychiat, 115: 709-719, 1969
- 7) Hawton, K.: Prognostic factors in sex therapy. Behav Res Ther, 24: 377-385, 1986
- 8) Heiman, J. R.: Clinical outcome of sex therapy. Arch Gen Psychiatry, 40:

- 443-449, 1983
- 9) Hengeveld, M. H.: Erectile dysfunction: Diagnosis and choice of therapy. *World J Urol*, 3: 249-252, 1986
 - 10) Kaplan, H. S.: *The New Sex Therapy*. Brunner/Mazel, New York, 1974 (野末源一訳: ニュー・セックス・セラピー. 星和書店, 東京, 1982)
 - 11) Kilmann, P. R.: Perspectives of sex therapy outcome: A survey of AASECT providers. *J Sex Marital Ther*, 12: 116-138, 1986
 - 12) Kockott, G.: *Behavior therapy of psychogenic sexual dysfunction in men: Human semen and fertility regulation in men*. Mosby Co., Saint Louis, 1976
 - 13) LoPiccolo, J., Heiman, J. R., Hogan, D. R.: Effectiveness of single therapists versus cotherapy teams in sex therapy. *J Consul Clin Psychol*, 53: 287-294, 1985
 - 14) Masters, W., Jhonson, V.: *Human Sexual Inadequacy*. Little, Brown & Co., Boston, 1970 (謝国権訳: 人間の性不全. 池田書房, 東京, 1971)
 - 15) Masters, W., Jhonson, V.: *Human Sexual Response*. Little, Brown & Co., Boston, 1966 (謝国権訳: 人間の性反応. 池田書房, 東京, 1971)
 - 16) Sandra. R.: Couples therapy for erectile disorders: Conceptual and clinical considerations. *J Sex Marital Ther*, 17: 147-159, 1991
 - 17) 東大教育学部教育心理研究室内 TPI 研究会: TPI実施手引, 東京.
 - 18) 辻岡美延: 新性格検査法. 日本心理テスト研究所, 大阪, 1979

実際の症例に見られる性同一性障害者の転性までの過程

タカハシクリニック

森 泰 美

初めに

性同一性障害の診断及び治療については、昨年7月に日本精神神経学会の性同一性障害に関する特別委員会にはかられたばかりである。だが、委員の努力により本年5月28日に正式なガイドラインが学会理事会に承認されるに到った。このガイドラインは日本の実状に沿い、また当事者の意見も取り入れられるなど他に類を見ない画期的なものとなった。これにより、今後国内で治療を試みようとする患者が急増すると思われる。しかし、日本では性同一性障害の治療や診断を行える医師や心理士が絶対的に不足している。

昨年発表した「日本におけるトランスセクシャルの現状と問題点」では主にトランスセクシャル（以下：TS）を中心として性同一性障害およびその周辺群を紹介したが、今回は性同一性障害の治療のコアグループとなるTSの転性にいたるまでの過程を症例を基に紹介する。

症例1 男性として生活しようと思っているがその方法で苦悩している例。

I. U 26歳 Female to male Transsexual (以下：FTMTS)

生活史及び主訴

3歳頃、保育園でのこと周りの子に性別を問われたとき、「自分は男だ」と言い張った。この時にはすでに父や兄と比較して自分の身体が女性であることは薄々気がついていた。

周りの子には「嘘だオチンチンはあるのか。」と言いつけられたが、自分ではクリトリスのことを小さなペニスだと理解し、それがペニスになるものだと思っていた。また、ペニスがついているのだからと男児の様に立って小用を足そうとしたが、結局服を汚し母親に叱られた。

小学校進学前後、カードゲームをするとき、男子は水色、女子はピンクのカードを使うように指示されたが、自分は男子であると思っていたので水色を選択して先生に叱られた。書類等の性別記入の際にも男に印を付けるので叱られた。また、漢字の書き取りで女という字を書くのが嫌だと言うことを母親に告げると、勉強なんだからと叱られた。

10歳前後の頃、女性は大人になると化粧をしたり、着飾ったり、胸が膨らんできたり、子供を生むようになるということに気づいた。自分はそれとは違う、その様になるはずはないと思い、親に自分もそうなるのかと尋ねた。母親は胸はでてくるだろうけど、化粧も出産も嫌ならばしなければいいと答えたが、自分は胸がでてくることは絶対嫌だと思った。

中学、高校の頃は制服、特にスカートをはくのが嫌であった。また、きちっとした服全てが嫌だったので普段はジャージで過ごしていた。

初経は14歳の時、初めは信じたくないの
で怪我をしたのだろうと考えた。しかし回数
を重ねるごとに経血の量が増えてきたので仕
方がなく月経と認めた。月経そのものが苦痛
と言うよりも、むしろ自分が女性のわずらわ
しさを味あわなければならないことが苦痛で
あった。生理中は女の身体であり、その身体
では学校に行きたくなかったため。学校を休
んだ。

中学3年次には、生きているのが嫌になっ
た。自分自身、身体も性格も全てが嫌になっ
り、それが元で人といさかいを起こす自分が
嫌で、その相手もみんな嫌いになっていった。

高校2年次の頃、ある種の病気の人は胸を
取ったり、子宮を取ったりすることがあるこ
とを知った。幸いにも進学した高校に看護科
が併設されていたので、自分もそれを出来な
いだろうかと思書室でしきりに調べた。

医療系の専門学校に進学した。その頃から、
それまでは漠然としていた自分の望んでいる
形がだんだん見えてきた。それは女性が男っ
ぽくすることは、すなわち男になりきること
は構わないが、女性の中に男性っぽさを取り
込んだボーイッシュなスタイルは嫌だ、とい
う結論であった。

昨年、地方で働いているときに、女扱いさ
れたり、乳房や生理があることや辛いと相談
したことのある先輩から埼玉医科大で性転換
が出来るらしいという話を聞いた。すぐさま
埼玉医大に連絡を取り、乳房をとってくれる
のかなどを尋ねたが、答えては貰えず形成外

科科の受診をするように勧められた。

埼玉医大を受診してみたが、担当医からは
「貴方はTSだと思われるが、今はもっとTS
に関することを貴方自身が勉強すべきだと思
う。」とのことを言われた。同時にFTM日
本（TSについての情報や意見交換を載せて
いるミニコミ誌）とTSの治療と診断を行っ
ている精神科を紹介されるが、手術がすぐに
受けられないことを知り落胆した。

FTM日本を通じ、TSとTGを支える会
（性同一性障害全般を扱う支援団体）の存在
を知った。その後、同会に参加をしたが、実
際に乳房を除去している者や、声変わりをし
ている人を見て、うらやましく思った。参加
者から乳房除去の手術を受けられる病院を教
えてもらうことができたが、すでに望みの性
別で生活をしているTSからはあまり相手に
して貰えずに差別感を感じた。

乳房除去を検討しているところ、親しい友
人が突然の自殺を図ったため、抑うつ状態と
なった。回復した後、乳房除去を受けたいと
いうことを上司に伝えたところ、正式に認め
られていない形で手術を受けるのであれば雇
えないと通告された。

結局、無断欠勤をし内緒で乳房除去手術を
受けるが、その間に解雇された。

術後体調不良となり自宅で療養した。その
間に、地方より東京の方が生活しやすいだろ
うとの親の考えより、東京に出ることを勧め
られた。

上京後、本年4月中旬に就職をするが、男
性として就職する方法がわからなかったので、

女性として就職した。

外見は男性に見えるものの女性とし入社したため、結局、周囲からネエサンと言われそれが苦痛に感じる。

同僚に「ネエサンと呼ばないで、女扱いしないで、」と訴えるがそれが元で口論となる。

外での仕事の際にはトイレの場所を聞くことが苦痛である。特に分泌物が多いので、周囲の女性以上に気を使わなければいけないことが腹立たしい。

夏服になり男女兼用に制服となったため、外での仕事の際には外部の人間は男性だと思って接してくれるので楽に感じるようになってきた。しかし、やはり男として就職したいということから相談を受ける。

対 応

TSの色々なあり方について説明し、主が性同一性障害のどの様な形であり、現在どの様な状態であるのか、今後どの様になる可能性があるを説明した。

また、男性として働きたいということなので、アルバイトや契約社員などの保障を受けない立場ではたらくば可能であることを説明した。更に、公文書偽造になるが、住民票、年金手帳などを男性として修正すれば、個人情報情報は行政において完全には連携されていないので、正社員として採用されることも不可能ではないことを伝えた。

主は仕事以外の場所では男性として扱われているので、普段男性として扱われることが当たり前であるとの自身がついてから転職をすることの方がよいであろうとのアドバイスを加えた。

主の今後のことを考え、名の変更手続きの

準備を始めておくことを勧めた。

考 察

主はホルモン治療開始から2カ月ほどしかたっていないので、外見は年齢相応の男性に見ることはまだ難しいが、客観的に受ける印象からは10代後半の男性と感じられ、TSであることを意識をしなければ女性には見えない。

これはホルモン治療前のFTMTSに多くに見られる兆候で、男性らしい格好や身ぶりを見せるものの、外見や声などがその行動に釣り合わなく、実年齢よりずっと若い男性に見える。

主は転性にいたる過程において、精神の不安定さを多く見せている。

これは、性同一性障害である者が、「自分は何であるか」、「どうしてこんなことを考えるのか」、という悩み続けることと、「性を変えたい」という漠然としていて、決して人に相談できない問題に長い間苦しみ、将来の方向性を見いだせないために起こる。

そのため、転性前のTSは内向的な性格を見せることが多い。

主は、職場では女性として働いている上、比較モデルとなるTSの典型的なグループからは生活歴や思想がややもことなるため、精神的には決して安定しているとはいいいがたい。今後、主の転性が完全なものとなって行けば、この問題は解決されるであろう。

主には両腕に自殺を思わせる様な傷が無数にあるが、単に自傷行為を模した傷に過ぎない。

い。しかし、この傷は自分の言い出せない悩みに気づいて欲しいという一種の SOS 信号のように感じられる。同様のことが他の TS にもしばしば拒食症などの行為として観察される。

主は幼少期にペニスのがあると信じていたり、学童期に男女分けやスカート、制服などを嫌悪するなど早期から TS の特徴を強く見せていたにもかかわらず、26 歳になってから転性を開始した。これは、主がは地方在住のため性同一性障害に関する情報が不足していたということと、主が自分自身で折り合いの付けられる男性らしい姿で長らく生活できたからであろう。

FTMTS の多くは月経時に精神状態がかなり不安定になる。それは自分が月経中（女性）であることが周囲に気が付かれてしまうのではないか、という不安や、月経による強制的な身体の性別の再認識及び、それによって生ずる精神的な性別の否定、などが起因している。その症状としては無気力、閉じこもりや自傷行為などのうつ症状がよく観察される。

主もまた、月経時に強い不快感を示している。今後、主の男性として生活する時間が増加する程に、月経時の苦痛は増してゆくと予想される。しかし、主は男性ホルモンの投与を始めたので、今後月経の発来回数が増減し、そのことが救いとなるであろう。

主が自助グループに参加した時、望みの性別で生活している TS の対応に差別感を感じていたが、この様なことは性同一性障害のグループないで全般にみられる。

これは、望みの性別で生活している TS が他の性同一性障害者に対し、「普通に見えない者と一緒にされたくない」、「もう TS として扱われたくない」、「過去を連想するものは見たくない」、などといったことから表す感情である。

特に、完全な転性を演じた者ほどその感情は増し、その不快感は生理的なものとなっている。また、このことが TS の自助活動の障害となっている。

現時点では、主の性愛の対象は男女共に向けられていない。これは自己の性自認が確立されていないことと、自己の身体的な性別の否定という問題から生じていると考えられる。

今後、全ての生活の中で男性として振る舞うようになり、男性としての性自認が完全なものとなれば性愛の方向も明らかになると予想される。

主の両親、特に母親は協力的で進んで上京させたことが大きな転機となっている。

これは FTMTS にみられる傾向で、FTMTS の場合 MTFTS の比べ親の助力が得られる場合が多くみられる。ただ、協力することと、理解するということは別問題であり、子供に対する協力は、親の情によるものと思われる。

症例 2 興行的な世界から一般の社会に転向する時点で苦悩している例

N. G 29 歳 Male to female transsexual
(以下 : MTFTS)

生活史及び主訴

保育園の頃、一緒に遊んでいた男の子に対して友達以上の感情を抱いた。この時自分が女の子だったらこの子の奥さんになれるのと思った。その時のことは男の子として相手を好きになったのではなく、女の子として相手を好きになったのだと思った。

小学生の頃、男性の脳を女性の身体に入れ替えるといった内容の漫画を読み、自分もそうなれたらいいと思っていたが、現実的には不可能であることはわかっていたので、それに不満を感じていた。

中学校に進学してから他の男子に攻撃を受けるようになった。その時に自分が女だったらこんなことはないのにと感じた。またこの頃より漫画を描くようになったが、全ての作品がTSを題材としたもので、そこに自分を透写していた。

高校に進学をしてからは漫画研究会に入部した。部長は自分対しとてもやさしく、TSを題材とした漫画を書くことを容認してくれた。

そのうち放課後も一緒に行動するようになり、自分の相手に対する同性愛的な感情を抱くようになった。その思いを告白し、自分のなかに性を変えたいという意識があることも伝えたが相手は受け入れてはくれなかった。しかし、その告白後も自分のことを嫌悪することなく後輩として扱ってくれた。

性を変えたいという思いから、高校在学中に一度家出し、ニューハーフになろうと上京した。ゲイバーを探し歩き、東京に2週間は

ど留まるが、度胸がなく結局どの店の面接をも受けることができなかった。そんな折り、日中新宿歌舞伎町で六十過ぎに見えるのに二十の女の子がするような格好したゲイボーイを見かけ、自分の成れの果てを見たような感じがして怖くなり、「こんな世界に入らずホモセクシュアルとして生きよう」と思い帰宅した。

大学に進学して、入学コンパで同席になった女の子と仲良くなり、交際を申し込まれた。このときは複雑な気持ちでした。もうニューハーフとして生きることはあきらめていたし、この娘と付き合うことで普通の男性になれるのではないかと思い、付き合うことにした。

初めのうちは普通の交際が楽しめ、なんでニューハーフになろうなんかと思ったのが不思議と思える程だった。

しかし、交際が進むに当たって、男としての役割が増えてきて、そのことが徐々に苦痛になってきた。自分は本当は甘えたいのに、相手を甘えさせているという自分が嫌になった。その思いは増すばかりであり、最終的には相手に自分のホモセクシャル・トランスセクシュアル的な意識を告白し、破局をむかえた。

同時期にテレビ番組で綺麗なニューハーフを目にするようになった。これにより、過去の意識が復活していき、押さえていたものが爆発した。そして、テレビで見た優しそうなニューハーフに手紙を送ったところ、彼女から返事がもらえ、相談にものってくれた。

その後、東京へ行き彼女に直接会ったがそれは衝撃的なもので、卒業後ゲイバーへの入

店を決めた。

神戸、東京と数年ずつゲイバーに勤めたが、長く勤めるうちにゲイバーの悪いところが目に付くようになり、ある時にニューハーフは女性でないことを悟った。

それから女性ばかりが働く一般のバーに移り、現実の女性の意識や考え方を目の当たりにした。

そこではニューハーフとして勤めていたが、ゲイバーよりも居心地はよかった。しかし、将来的な不安から水商売そのものが嫌になっていった。

この頃、夜の仕事とは別に、日中の一般的な仕事についてみた。しかし、経営者が仕事上でも元男性と言うことを引き合いに出し、普通の女性としては扱わなかったのが、それが苦痛で短期で退職してしまった。

昨年、お金が貯まったので仕事を辞め、国外にて性再指定手術を受けた。

現在は無職で、女性として就職するために名の変更の申立の準備中である。

対 応

主は女性として扱われてた経験が少なく、女性として生活できるかと言うことにやや不安を抱いている。また、主がなりたいと望んでいる女性像は家庭に入り家事に専念し夫に仕えと言ったものであったので、あまり現実的ではないことを伝える。

就職については女性名に変更してから女性

としての就職を強く希望しており、どの様な手続きを取ったらよいのかを指導した。

考 察

主は幼少のときより TS の兆候を見せている。また、症状としては自己の性の嫌悪より、同性愛傾向の方が先に現れている。

TS の症状として、自己の性に対する不快感よりも、同性愛的な意識が先行されることがしばしば観察される。この時、当事者自身が TS と同性愛の違いが判っていない場合には、自分のことを同性愛者と解する傾向がある。

これは単純に TS という問題より、同性愛の方が理解がやすく、情報が多いということが起因しているのであろう。

当事者自身、自分の性に不快感を感じる、性を変えたい、という漠然としたことよりも、同性を好きになる、同性しか愛せないといったことの方が対象がはっきりしているため意識しやすいからであろう。

実際、多くの TS は、自分を TS だという確信を持てるようになるまで長い時間がかかる。そして、その間は自分を同性愛者や、異性装者だと思っていたりすることが多い。

主はかなえられない TS の問題を漫画に逃避している。性を変えたい、といった欲求を仮想的なものにもとめたり、何かに打ち込んでその思いを忘れようとすることは TS にしばしば観察される。特にパソコン、ゲームといったものは MTFTS に比較的多くみられる。

主は性再指定手術も受けており、TS であることを意識をしなければ外見は年齢相応の

女性に見える。しかし、注意深く観察されれば、まだ女性としては不自然な感じも見受けられる。これは、主が卒業後すぐに興行的な社会でTSとして生活していたためか、また、女性としての生活を不完全な形でしか送っていないためであろう。

主は精神的にはかなり安定している。嫁入り願望が強く、女性は家に入り家事をして過ごす、といった男性から見た典型的な女性の性役割にとらわれている。

主は性再指定手術も終えているので、女性として生活できていないことにあせりを感じていることがうかがわれる。

実際、TSでは女らしい女性、男らし男性像が理想とされ、望みの性としての典型的な性役割を演じることを望む者が多く観察される。

しかし、近年では、性差や性役割がなくなりつつあり、若年層ではかっこいい女性になりたい、綺麗な男性になりたいといったTSも現れている。

主は一時期、女性と交際することで自分が男性であることを確かめようとした。

この様なことはTSのセルフテストイングとして良くみられることであり、時には、結婚、出産している珍しくはない。また、TSの性愛の対象が転性の過程で変化することも良く観察される。

主は一時期、興行的な形でのTSになるのをやめようとした時期があったが、結果的には興行的な社会でTSとして身を置くようになった。

望みの性別で生活しているTSを目にすることが難しい現状では、転性前のTSにとって、ニューハーフやミスダンディーといった存在は、目にすることのできる、最高のTSのモデルであり、その様になりたいと望むことは当然に思われる。

そして、TSの多くは興行的な形での生活を選択するしがちである。これは一般社会で転性期間を過ごすことが大変なであることや、転性の方法や暮らし方、その他TSに必要な情報を手に入れることが難しいことに起因している。

また、興行的な形での生活を選択するには、自身がその生き方をどう思うか、受け入れられるか、ということも問題となっている。

元々は興行的な社会で生活している者も、望みの性別で生活している者も、悩んできた悩みは同じである。そして、その生き方を分けるきっかけはわずかである。しかし、そのわずかなきっかけが、双方の社会的な立場を大きく変えている。

この症例のように興行的な形でのTSとしての生活は自分の望む女性としてのすがたではないということに気がつきそこから抜け出そうとする者はこれからも増えていくと思われる。

しかし、TSの中には、完全に望みの性に変われないのならTSとして生きていた方がよいと思う者もいる。また、TSも含め性同一性障害である者全てが差別なく普通に扱われた方がよいと考える者いる。そして、興業的な生活を選択しなければ生きられない者や、そのことにプライドがある者もいる。

このように様々な理由から男女二分法にそ

わない生き方を選択する者がおり、TSの問題を扱うときは個々の問題を適切に捉え差別なく対応しなければならない。

様々な考えから、男女二分法を望まない者に対してはそれを強制すべきではなく、あくまでも本人の選択にまかせるべきであろう。そして、その様な生き方を選択したことによって生ずる、精神的苦痛を緩和に努めるべきである。

症例3 一般的な社会で転性果たし、実際に女性として生活している例

N. U 24歳 MTFTS

生活史及び主訴

幼少期は特にTSのことで悩んだり意識したことはなかった。

父親は極めて男性的性格で、家にはあまり居なかった。

父親は男らしい遊び、キャッチボール、野球、サッカーなどを自分に勧めたが、小学生の頃はそれを拒み続けた。

小学生の頃は主に女子と一緒に遊んでいた。

小学3年になるとサッカークラブに無理矢理入れられ、そのことがとても嫌だった。また、同じ頃学校でイジメられるようになった。

周りの子になよなよしているとかオカマっぽいと言われていた。また、転校が多かったのもそのこともイジメの原因につながっていた。

小学6年次に突然男女分けがされるた。そ

のことがとても辛かった。

この頃から周りの男子が男女交際を囃し立てるようになった。

仲の良い女子に近づくように周りの男子に囃し立てられたが、相手に対し恋愛感情を抱くことはなく、むしろ、それを理由に女子に近づいたり、一緒にいられることが嬉しかった。

この頃より第二性徴が始まった。合唱コンクールで自分は当然女子のソプラノを歌うものだ確信していた。しかし、がんばってはみたものの声が出なかった。

また、髭が出てきたことが非常に苦痛だった。

この頃は中学受験のため進学塾に通っていたが、学校とは違い男女両方から仲良くされて、悩み始めたとはいえとても楽しい時期でもあった。

中学校に進学すると、まず詰め襟の制服が苦痛だった。

男女分けも完全となり、今まで仲よかった女の子たちが自分から離れていった。男女のどちらの中にも入ることが出来なくなった。とりあえず、男子の方に属していた。

ほとんどの子には無視されるようになったが、一部の不良の男子達には可愛がられ一緒に遊んでいた。

小学・中学生の頃は寂しかったので逃げ場としてテレビゲームをしたりゲームセンターに通っていた。

中学生になると映画を良く観に行くようになった。それらに没頭することで気を紛らわしていた。アイドルにも興味を持ったが、それは性的なものではなく自分もアイドルのようになろうとまねをしていた。

体育が不得意で、特に女ばいことからみんなに馬鹿にされた。水泳の授業も肌を他人に見せなければならぬので嫌だった。体育や生活指導の教師からは嫌われていて、よく笑いものにされていた。委員会で応援団をやらされたが女っぽいので上手く出来ず、他の団員から責められていた。

両親からは「スポーツはダメなのだから勉強で見返してやりなさい」と言われ、それを実行した。

中学2年生に進級するとき転校した。これを期にイメージを変えようとしたが上手くいかなかった。この頃、足や脇などの体毛が嫌でそれを剃っていたが、そのことを馬鹿にされ、その見返りに勉強に励んだ。

高校は進学をあまり目指さない辺境の学校であったためか、生徒の人柄もよくみんなが男女仲良く付き合っており、また先生からも気に入られていて、イジメられることはなかった。

この頃は自分のことを可愛い男の子と認識していた。しかし、周りの生徒には同性愛者だと思われていたと感じていたようであった。

この頃から、優しくしてくれる男子に恋心を抱くようになるが、それははっきりと恋愛の対象であった。

この頃の自慰行為は自虐的で、自分が女性として相手に犯されることを思いながら行っていた。

女装もこの頃より行うようになった。

高校3年次に進学校に転校した。そこはみんなライバル意識が強く、プライドの高い生徒ばかりであったが、校則は緩く、長髪も許された。ここでも周囲は同級生に恋をしてドキドキしていたり、なよなよしている自分を受け入れてくれた。

そして好きな子と一緒に遊びに行くときは女ばい格好をしていた。また、両親はこれらのことを全て勉強と成績で目をつむっていた。

大学は都内の学校に進学したが、非常にリベラルな校風で、同性愛者の先生から何度も誘われた。初めは学生寮に入っていたが、それにも関わらず化粧をするようになった。

長髪は似合わないので髪はあまり伸ばさなかった。しかし、その状態は女性と見るにはまだ、難しいものであった。

後に、嫌いな先輩から無理に迫られるようになり、その後退寮した。

両親は金銭的援助をしないのでアルバイトをしていたが、初めは中性的な形で行っていた。しかし、転性進める過程で、曖昧な形ではあるが女性として数多くのアルバイトを勤めるようになった。

大学3年次の頃、自分は普通の女の子になりたいのであって同性愛者ではないと思っていた。大学の男友達は自分のことを女性として扱ってくれていたし、以前よりは女性らしくなっていた。このまま中途半端な状態でい

ることの危機感から、ゲイバーで一度アルバイトをする機会を持った。この時は自分が働けるのはこういう場所しかないと思っていた。しかし、学校との平行は無理であったので1カ月でやめた。その後はファーストフードなどで女性としてのアルバイトを続けた。

妹が大学受験のため上京してきたが、もともと仲が良かったため、すぐに現状を受け入れて姉として扱うようになってくれた。妹は非常に協力的で女性として生活するための色々なアドバイスをしてくれたうえ、現在も事情を知らない両親との間に立ち、色々な面で協力をしてくれている。

初めの就職は男子として企業に入社するが、主に男子社員からは非常に嫌悪、疎外されていた。しかし、年輩の男性社員や女子社員は比較的受け入れてくれた。そのため、会社では普段は女子社員と一緒にいた。

女性ホルモンの投与は学生のときからしばしば受けていた。しかし、ホルモンの投与を定期的に受けるようになったのはこの就職と同時であり、この時に髭の永久脱毛も行った。

しかし、女性として生活したかったので9カ月で退職した。また、この頃まではゲイバー以外にTSのコミュニティーを知らなかった。

次の就職では一部の上司は男性であることを知っているうえで、女性として採用してもらった。この時に初めて完全に女性として扱われるようになり、女性としてのコミュニケーションの方法を獲得した。

この頃、TSの自助グループの存在を知り、それに参加した。そして自助グループで、完

全に望みの性別で就職する方法を知り、それを実行するために再度転職を試みた。

現在は男性であることを他の社員に知られることなく望みの性別で生活をしている。

性再指定手術や両親との問題とは残すが精神的には非常に安定し、望みの性としての生活を楽しんでいる。

対 応

女性として生活しはじめた当初は、周囲からどう思われているのであろうという不安を見せていたが、すぐに自分が女性としてみられていることを確信し、現在は精神的に安定している。将来的に性再指定手術を希望しているので、経済的問題を解決するように指示。また、両親は現状を知らないで、問題が起こったら協力をするということにとどめる。

考 察

この症例はかなり典型的なTSパターンであるが、このような症例の場合、自己の性に対する不快感から早期に学校や社会からドロップアウトしてしまう例も多くみられる。

主は幼少の頃よりTSであったと思われる行動をとっているが、本人はそれをあまり意識していなかったことや、学校などの環境、現実逃避の方向がよかったことがうかがえる。特に普通の女性として見るのが難しい状態でも女性としてアルバイトを許す環境や、転性期における妹の協力が転性を上手く運ばせたことは容易に想像できる。

近年はニューハーフやミスダンディといった形で一部のTSを目にする機会が増えたた

め、その様な生き方を容認する環境が増えていったためであろう。

この症例は性同一性障害である者に対し、養育の責任を持つ両親、利害関係の強い親類を除けば、社会が多様な生き方を受け入れやすくなってきていることを示唆している。

主は転性期において、男性社員から嫌悪、疎外をされている。これは MTFTS の転性期に良く観察されることで、FTMTS の転性期には余り観察されない。このことは、男性と女性の周囲に対する感受性の違いと、男性性、女性性の概念の違いに起因すると考えられる。

女性性は、男性的なスタイルや生き方を選択することは現在では当たり前のように認められている。そのため、転性途中の FTMTS が男っぽく振る舞っても周囲はなんら関心を示さない。また、女性は、男性と同等の立場や権利を望むという活動を行っている。そのため、周囲の人々は、FTMTS をその延長として理解し受け入れることができる。

それに対し、男性は、女性的なスタイルや生き方や自由に選択するできるだけには至っていない。特に男性の場合は、男であることは強くて、たくいまいし、ということだと考え、それを誇りにしている。そのため、男性は男性性を崩壊させる、女々しい男性の存在を許さない。そして、性同一性障害はその究極の対象と見なされる。

近年では、従来の性役割のあり方にとらわれず、綺麗な男性、可愛い男性、といった生き方をする者も現れてきており、社会の変化と共に、MTFTS の転性の状況も変わって行くであろう。

主は、以前の性を周囲に知られず、周囲が主を望みの性として扱うようになったときに、望みの性としてのコミュニケーションの方法を完全に獲得している。

この時、主自身が周囲から望みの性として見られていることへの自信も獲得している。そして、そのことが、転性期間中持ち続けた、周囲からどちらに見えるか、という不安を取り除き精神の安定を進めている。

現行の性の二分性のなかで転性を行う際に重要な点として外見と相手が望みの性として扱われる必要がある。外見的な要素が解決されれば、たとえ以前の性別を知られていてもかなりの点で望みの性別として扱われるようになる。しかし、性を変えたこと、TS であることを知られた環境では、結婚、出産、月経、射精、勃起、などと言った性を基本とした部分や、過去の生活を話題とした会話からは外され、それに望みの性別として加わることもできない。完全に性の2分性に適合することを望んだ場合には、以前の性別を知られないことが必要となる。

主は自慰行為については自分が女性であることを想像しながら行っているが、この様なことは MTFTS、FTMTS どちらにもよく観察され、どちらも望みの性になったことを連想しながら行うことが特徴的である。

MTFTS の場合には、ホルモン療法が開始されると、自慰行為は減少する傾向にある。それは男性ホルモンの低下により、男性的な生理反応や欲求が低下するためだと考えられる。

FTMTS の場合には、自慰行為に伴う射精感はないものの、男性的な感覚を訴える傾向

が強い。また、ポルノビデオなどを使用するものも多い。

FTMTS の場合はホルモン療法を開始しても、その性欲はあまり変化をみせず、性欲が高まったと答える者は意外と少ない。

一般に、男性ホルモンは性欲に強く影響していると考えられてきている。

FTMTS においては、ホルモン治療前後に、身体ホルモンの環境が大きく変化しているはずである。しかし、それによる性欲の変化が見られないこのことは、人間における性欲のメカニズムを考える上で非常に興味ある点であり、男性と、女性の性欲のメカニズムが高次の部分で異なっていることを伺わせる。

まとめ

上記の3例はTSとしては一般的な症例で、DSM-IVによる性同一性障害の診断基準に合致していることはいうまでもない。

しかし、実際に性同一性障害者が見せる状態は様々で、男女二分法を意識してしまうとDSM-IVの簡素化された診断基準ではその診断に不安を感じる。このことは結果的に男女二分法に適応した上記の症例にしても同様であり、男女二分法で性のあり方で性同一性障害をはかることが難しいことを痛感させる。特に性を変えたいと言う問題とSexual orientation（性愛の対象としての選択する性別）は別次元の問題でDSM-IVにおいても性同一性障害の診断には、Sexual orientationを直接の診断として加えてはいない。

性同一性障害、特にTSともなると幼い頃より身体は男（女）であるのに自分は女（男）であると思っていたり、なりたと思っていたり

で、初めから同性愛傾向があり、身ぶりも女（男）っぽいとイメージされがちである。

しかし、実際には小さい頃から自己の性に違和感を感じつつもある時点まで普通に育ち、成長と共にその思いも膨らんでいき、あるときにその思いが爆発するケースの方が多数に感じられる。

今後、性同一性障害に関する情報が増加すれば、より早期に自分を判断する手段を見つけられ、よりスムーズに転性を行えるようになるであろう。

TSは望みの性として可愛い女性やたくましい男性といった過度に典型的なタイプになることを望むことが多く見られていたが、最近では若年層のグループでかっこいい女性や綺麗な男性になりたいなどといった者が現れてきている。

これは健常な若年層の者達において従来型の性役割にとらわれない生き方をするものが増加しているためと思われる。

性同一性障害の自助グループができるまでは、TSの多くは転性のための情報はゲイバーやボーイッシュクラブなどの、興行的な趣向をもたらしている店などで得ていた。

この様な日本特有の文化が、ある面ではTSを支えていることも事実であり、諸外国で見られる望みの性として適応できなかった者は売春婦になるという図式を防いでいる。

興行的な生き方が認められているので男女二分法に適応しない者や性同一性障害者と言うことを隠さずに生活していきたい者にとっては生きやすい様である。

これは、日本の曖昧さが多くの性同一性障

害である者を救っている一面であろう。

しかし、その一方では、性同一性障害に対する医療、法制度などの遅れのため、性の二分化に適合し、望みの性での生活を望んでいる TS の生活を著しく阻んでいる。

また、転性を望み、興行的な生活をするようになった者の中には、そこから抜け出すことが難しくなっている者もいる。

さらには、性同一性障害の者達の間にも差別や偏見がみられ、各々の置かれた状況、向かうべき方向、求めるものの違いから生じている。

この様に、性同一性障害は非常に複雑な問題を抱えており、この問題を扱うことを困難にしている。

性同一性障害に関する情報の増加や幾つかの自助グループの発足、そして社会の容認性の変化により、転性は年々しやすくなっている。

そして、雇用形態の変化、特に、アルバイトという形であれば曖昧な状態や元の性を知った上でも採用される機会が増えており、TS の置かれた状況はかなり好転している。

社会の容認性の変化により、性同一性障害の治療が一定の形の上で認められる様になってきた昨今、性同一性障害に関する問題に携わる者はあらゆる症例を検討し、どの様な症例に対しても差別なく対応できることようになることが必要に思われる。

性同一性障害などのセクシャルマイノリティーが差別なく自由に生きられるには社会が性の二分化を廃し、あらゆる性の形での生き方を

尊重できるようになればよいのだが、近い将来に社会がその様になるとは考えにくい。

今後の問題は様々な状態である者の苦しみを現状の社会の下でどこまで緩和できるかということであろう。

終わりに

近年において、脳死、安楽死、性転換などといった医療行為に対する倫理が多く取りざたされている。しかし、倫理感というものは個々によって異なる上、これら問題に対する倫理を語る者は常に健常者であるということも問題であると、私は考える。

医療は、社会の混乱や他者への害を与えない限り、最大限患者の苦痛を取り除くべきであると、私は思いたい。

保守性の強い日本で、日本精神神経学会が性同一性障害に対する治療を認めたことは評価に値する。

これを機に、日本ではタブーとされている性の研究が進むことや、患者中心の医療が進むことを期待する。

お詫び

前回発表した「日本におけるトランスセクシャルの現状と問題点」では混沌とした性同一性障害をある程度分かり易くするため、その状態や方向性の違いから分類を試た。

しかし、欧米では自己の性別に違和感を感じている者全てを Gender Identity disorder に統一し、Transsexualism, Transgenerism, Transvestesism といった表現や、分類は用いられなくなっている。

また、時代の変遷に伴いゲイバー、ボーイッシュバーといった興行的な場所も、性を変更

した、といったものを強く売りにするようなものではなくなっている。

その様な折り、前出の論文において様々な事情から性同一性障害者として興行的な生活を送っている者を職業的 TS という言葉で表し、この表現が新たな差別的なイメージを作り出し、一部の当事者に不快な思いをさせたことを深く反省する。

参考文献

- DSM-IV、精神疾患の分類と診断の手引、医学書院、1995
- アン・ボリン、(黒柳俊恭訳)、イヴ・内なる女性を求めて、現代書館、1990
- 森 泰美、「日本におけるトランスセクシャルの現状と問題点」、日本性科学会雑誌 第4巻1号、1996
- 松尾寿子、トランスジェンダリズム、性別の彼岸、世織書房、1997
- 日本精神神経学会、性同一性障害に関する答申と提言、1997

HIV感染者へのカウンセリング

——多様な問題領域と対応に関する一考察——

東京都衛生局医療福祉部エイズ対策室 山中 京子

平和学院看護専門学院 芦澤 正見

1 はじめに

HIV感染症の医療では、当初より感染者に対する心理的ケアの重要性が指摘され、現在までにその充実に向けてさまざまな努力が払われてきた。従来日本の医療では、精神科や心療内科などを除く一般の身体疾患患者に対する心理的ケアは、それほど積極的に導入されてこなかった。では、なぜHIV感染症に関してその導入が図られようとしているのか。本論ではまずHIV感染症の医療における心理的ケアの重要性について考察する。次にその考察をもとに感染者に対するカウンセリングの問題領域を概観し、その具体的な対応について論述する。

本論に入る前に心理的ケアとカウンセリングの関係について本論での筆者の考えを明示しておきたい。カウンセリングとは心理的ケアを行うための専門的な援助活動であり、心理学的な教育と訓練を受けたカウンセラーが、おもに面接を通じて援助を行う。一回の面接は原則的には約1時間程度であり、プライバシーに関する秘密が守られる安心した環境の下で継続的に面接が実施される。しかし、専門的な訓練を受けたカウンセラーのみで心理的ケアの全体を行いうるわけではない。カウンセリングは心理的ケアの一つの方法であるがそのすべてではない。医師、看護婦、ソーシャル・ワーカーあるいは栄養士、保健婦などの専門職がそれぞれの専門性を生かした心理的ケアを実施し、各々の関わりが総合的に

機能することで初めて質の高い心理的なケアが実現され则认为る。

なお、HIV感染症をめぐるカウンセリングの対象群は幅広い。自分はHIVに感染しているのではないかと不安を感じた時点からさまざまな心理的な反応が出現し、HIV抗体検査を受け検査結果を聞く過程を通じてそれらの反応は強まる。そのため、感染不安カウンセリングや検査前／検査後カウンセリングが重要視されている。しかし、本論では第一筆者が現在カウンセラーとして実際に関わっているHIV感染者に対するカウンセリングのみに限定して考察を深める。

本論では一貫してHIV感染者という表現を用いる。AIDSはHIV感染症の進行した状態であり、感染症の一つのステージである。そこで「HIV感染者」の表現はここではAIDSを発病した者を含んでいることを了解いただきたい。

2 HIV感染者に対する心理的ケアの重要性

まずHIV感染症は、20～40代の青年／壮年層に好発し、一旦AIDSを発病すると致死率の高い疾患である。しかし、ガンなどと比較するとまず本人に病名が告知されるという特殊性をもっている。そのため、感染の告知に際して患者はいままでの日常生活では意識したことのなかった自分自身の病いや衰えあるいは死を意識させられることとなり、強い心理的な動揺を経験する。もちろん感染イコー

ル発病でも死でもない。現在ではさまざまな治療薬が開発されている。しかし、いままで自分の意識の中にまったくなかった病いや衰えというイメージが飛び込んで来るだけで動揺は起こりうる。また慢性疾患であるため、患者は長期にわたり病状変化への不安を持つ傾向がある。そのような動揺や不安を乗り越え、死を意識しながらも希望をもって治療を継続しあるいは日常生活を営むために心理的なケアが必要とされる。

次に、残念ながらこの疾患に対していまだに社会的な差別や偏見が存在している。そのため、患者は病名を打ち明けることで周囲から拒否されたり、非難されるのではないかと不安を抱きがちである。その気持ちは友人や同僚あるいは上司といった社会的な人間関係のみならず、家族や配偶者あるいは恋人といったごく身近な人間関係にも及ぶ。その結果、他の疾患と異なり、そのような既存の人間関係の中に心理的な援助者をみつけにくい状況が生じる。そこで、それに代わる第三者からの心理的なケアが必要となるのである。

さらに、HIV 感染症は性感染症であるため、二次感染の防止を考慮するとき、患者には性行動の変容が求められる。人間の性行動はその人の性の価値観や性意識あるいは身体的な感覚の好みなどといった要素が複雑に絡み合って成立しているため、行動変容にはそのような要素の再検討が必要とされる。また、性的パートナーがいる場合は、病名告知をどうするかという問題が生じる。その問題に取り組むことは、二人の間の人間関係を改めて振り返る機会となる。患者がこのような性行動上や人間関係上の葛藤的な問題に取り組み、少しでも納得の行く結論を出すために心理的

な援助が必要とされる。

3 カウンセリングの問題領域

HIV 感染者は感染告知直後から終末期に至るまでさまざまな問題やニーズをかかえる可能性がある。問題の領域は日常生活上の具体的な悩みから自分の存在を根底から思索するような深い精神的なテーマまで多岐に渡っている。しかし、大別すると表 1 のように 6 つの領域に分類されると思われる。

表 1 HIV 感染者に対するカウンセリングの問題領域

1	病名告知や病状変化による心理的な危機
	・感染告知直後、CD 4 値やウィルス量の変化、抗 HIV 薬の開始、症状の出現、初めての入院、身体機能の低下、入退院の繰り返し、終末期などに見られる不安感、悲しみ、無力感、怒り、罪悪感、意欲の減退、抑うつ感など
2	知識や情報の提供
	・病気に関する基礎知識 ・感染予防行動や日常生活上の注意に関する知識 ・治療薬や治療法の情報 ・社会保障制度や社会福祉制度の情報 ・患者グループやボランティア団体の情報など
3	生活上の具体的な問題
	・医療費や生活費の確保 ・就職や就学時あるいは職場や学校などでの悩み ・在宅療養の介護に関する問題 ・出産や育児にまつわる悩みなど
4	HIV 感染が契機となって生じた人間関係上の問題
	・家族、パートナー、友人、同僚、上司などへの病名の告知 ・配偶者やパートナーとの安全な性行動 ・他の職種との関係調整など
5	HIV 感染以前から抱えていた心理的問題
	・親や兄弟との人間関係、配偶者やパートナーとの人間関係（結婚や離婚を含む） ・ライフ・サイクル上の課題 ・性的指向や性行動に関する悩みなど
6	生や死に関する問題
	・自分に死に対する不安、恐れ、葛藤 ・自分の生の意味の探求 ・宗教への関心など

4 カウンセリングにおける具体的な対応

① 感染告知後の心理的危機

感染告知直後の患者は、発症への不安、死への恐怖、過去の行為への後悔、「なぜ自分だけが」という怒り、家族やパートナーへの罪悪感、将来に対する不確実感や無力感、家族や社会などからの孤立感など様々な感情に揺さぶられ、一時的に心理的な危機に陥る。カウンセリングではこれらの感情を受容的に共感をもって聴く。告知直後の段階では周囲の誰にも自分の病名を知らせていない患者も多く、カウンセリングが自分のかかえる重い感情を表出する場となり、患者の情緒的な支えとなる。また、感情が共有される経験は患者の孤立感を和らげる。さらに、この時期には、患者の不安や恐怖感を軽減するために、適切な情報や知識の提供が重要である。医師や看護婦による指導を補う形で、カウンセリングでは、一時間の面接時間を使い、患者の必要度と理解度に合わせた情報や知識の提供が可能である。

② カウンセリングのペース

告知直後で動揺が激しい場合は、必要に応じて普段より長い面接時間をとる。特に医師からの告知直後にカウンセリングが開始された場合、初回面接では最低1時間半ほどの時間を設定する。また、面接の間隔も、患者の心理状態を判断し、必要ならば短くするなど配慮する。AIDS発症後の入院中であれば、3日～1週に一回、または外来通院中であれば1～2週に一回の面接も考えられる。しかし、外来患者の多くは社会生活を営んでおり、そのような面接時間の設定が不可能な場合は、次回の外来日(2～4週間後)に面接を設定し、それまでの間は電話相談を実施するなど柔軟

な対応をこころがける。

患者は感染告知後時間が経過するにつれ、上記のような感情は完全にはなくならないものの、それらに大きく支配された心理状態から脱し、告知以前の日常生活に適応した心理状態に戻る。そうなると間隔の短い面接は必要なくなり、1～2カ月に一回のペースで面接を継続したり、あるいはしばらくの間中断する例もある。

③ 病状進行による心理的危機

このような安定期はしばらく続くが、CD4値の低下やウィルス量の増加、抗HIV薬の開始、症状の出現、初回入院、身体機能の低下、再入院、終末期など病状に何らかの変化が起きる時期には、再び先述のような心理的危機が波状的に訪れる可能性がある。したがって、HIVカウンセリングでは、心理的危機への集中的な介入と安定期の緩やかなつながりが繰り返し求められる。

④ 生活上の具体的問題

心理的危機が過ぎて現実感覚が戻るにしたがって、慢性疾患をかかえて日常生活を送る上での具体的な問題が表面化する。カウンセリングでは、それらの問題の明確化や患者の気持ちの整理を図り、必要な情報を提供しながら問題の解決を援助する。病状の進行に伴って生活への影響は深刻化するので、必要な場合はさまざまな社会福祉制度などに詳しい医療ソーシャル・ワーカーなどの紹介を速やかに行う。

HIV感染症のメカニズムの解明や新しい治療薬の開発によって、抗HIV剤の併用療法を免疫力の低下していない感染早期の段階から実施していくことが治療法の主流となっている。この治療法は一方で感染早期からの

治療費の高額化をもたらした。以前と比べ、治療の早期から医療ソーシャル・ワーカーなどによる医療費の相談を考慮するべきであろう。

また、在宅療養期になると、家族の介護が可能であってもしだいに家族への負担が重くなったり、感染者が独居で家族などの援助が受けられない場合、地域の保健婦、訪問看護婦、ボランティアなどの援助が不可欠となる例もでてくる。それらの援助者の体制作りや調整役がカウンセラーに求められることもある。

⑤ パートナーへの告知

恋人や配偶者への病名告知の問題は、感染告知直後から意識する患者が多い。病名告知をするかどうか、また、するならいつするのかは本来的に患者の自己決定にゆだねられるべき問題である。しかし、カウンセラーは、少しでも患者が納得のいく結論を出せるよう援助する。性的なパートナーに対する告知の場合、相手に感染を告知し、協力して二次感染の予防に注意した方がより安全であることは判っていても、相手に拒否されていままでの関係のすべてを失うのではないかという不安が強いと告知に対する葛藤は深まる。なかなか結論が出せない時カウンセラーは、そのつらい状況そのものに共感するよう努める。

告知を決めた場合は、希望によりパートナーへの面接も実施する。パートナー自身も感染の不安や患者への恨みや怒りを持っていることがあるため、それらの感情表出がスムーズにできるように患者とパートナーの担当カウンセラーを分ける例もある。

パートナーへの告知が行われていない場合も行われている場合も感染者本人とパートナーの両者にとって二次感染の予防が重要である

ことは改めて言うまでもない。カウンセラーは必要と判断した時には、安全な性行動について具体的な説明をしたり、安全な性行動を取ろうとする際、障害となるような問題（例えばコンドームへの抵抗感など）について感染者と率直に話し合う。

⑥ 家族への告知

一方、家族などへの告知は、患者個人のいままでの家族関係や援助を求める行動パターンあるいは心理的な動揺の程度などに影響を受けるため、その時期は人によって異なる。カウンセリングでは、いままでの関係を振り返ったり、家族への現在の気持ちを明確化したり、あるいは具体的な伝え方などを共に考える。感染を伝えられた家族などの動揺が激しい場合は、家族に対しても短期的な面接を実施する。また、患者の病状によっては患者の療養生活を支える家族の心理的負担も強まるため、本人への面接と並行して、家族への継続的な面接を行うこともある。

性行動を感染経路とする感染者のなかには、家族に感染を知らせる際自分の過去の性行動を非難されるのではないかという恐れをいだく者が多い。特に、同性愛者では、同性愛に対する社会的な誤解や偏見があるため、感染経路を家族からたずねられたら自分の性的指向も家族に知らせるかどうかという悩みを同時に抱えがちである。そのため、家族への告知に対する葛藤は深くなる。時には、この過程で性的指向そのものへの悩みが出現することもある。

⑦ 以前からかかえる心理的問題

前述した人間関係上の諸問題は HIV 感染がおもな原因となって生じるものであるが、HIV 感染以前から抱えていた問題が、感染

を契機に再燃化あるいは顕在化することがある。例えば、家族やパートナーとの関係、青年期や中年期のライフサイクル上の課題、同性愛の自己受容の問題などである。これらの問題に取り組むには、比較的頻回の面接を長期に継続する心理療法に近いカウンセリングのスタイルが求められる。これらのテーマを]カウンセリングで扱う時には患者のニーズの強さ、病状などの身体的条件、ペースの短いカウンセリングを続けうる現実的な条件などを十分に検討してから実施したい。筆者の経験では、病状変化のみられない心理的にも安定した時期に取り組んだ例が多い。

⑧ 生や死に関する問題

さらに、終末期に至ると、患者は自分の死を意識してさまざまな反応を示す。死に対する不安や恐怖感、生への希望と死への絶望との葛藤、死後の世界への関心、人生の振り返り、残して行く家族への心配などである。現実生活では死について語ることはタブー視される傾向があるが、カウンセリングでは、患者がこれらのテーマを自由に語る場所を提供するよう努める。この過程を通じて、死の受容が進む患者もある。しかし、死の受容を促進することだけがカウンセリングの目的ではないと思われる。患者の中には、自分の死についてはけっして話題にせず、治療への期待を持ち続ける人や希望と絶望の間で揺れ続ける人もいる。したがって、その人の望むあるいはその人なりの死の迎え方を支えることが本来の目的と言えるだろう。パートナーや家族にとって患者の死を受け入れて行くことはつらい作業である。患者の死の過程はもちろん、死後も状況に応じて遺族に対する継続的な援助を行う。

5 おわりに

HIV 感染者は、感染告知直後から終末期までに至るまで上述したような多様な心理的問題を抱える可能性がある。そこで、カウンセラーには、感染者のかかえる諸問題を明確化し、それらのうちどれから優先的に取り組むべきかを的確に判断する能力と、その判断に基づいて問題領域ごとに異なった対応を実施する柔軟な態度が要求されている。しかし、危機介入、支持療法、問題解決アプローチ、モーニング・ワークなど従来のカウンセリング理論や技法の適用が可能であり、けっして新しい理論や技法でなければ対応できないというわけではない。現在、カウンセラーの人材不足が指摘されている。今後さらに既存の心理職や臨床心理士などがこのカウンセリングの分野に積極的な関与することを期待したい。

また、前述したようにカウンセリングは心理的ケアの一つの方法ではあるが、そのすべてではない。HIV 感染症の医療に関わるさまざまな専門職がそれぞれの立場での心理的ケアの可能性を検討し、異なった職種間の心理的ケアにおける役割分担を明確にしつつ、全体でケアの質を向上させることが今後の課題といえるだろう。

参考文献

書 籍

- 1) Dilley, W. et al. : A H P エイズカウンセリング・ガイド (矢永由理子訳)、H B J 出版局、1993.
- 2) 野口正成、小島賢一 : エイズ・カウンセラー心の叫びをつかまえる一、福村出版、1993.

- 3) 赤松大樹、森谷寛之共編：医療・看護系
のための心理臨床実習－心理面接の技法
と実際－、培風館、1993.

雑誌論文

- 4) 松本智子：エイズ（HIV 感染症）とそ
のカウンセリングの実際－身体疾患患者
の心のケア－、(現代のエスプリ 340号),
至文堂, 1995.
- 5) 林 素子：エイズカウンセリング－アメ
リカでの考え方と実際－, 医療 94, 第
10 巻, 1 号, メヂカル・フレンド,
1994.
- 6) 山中京子：HIV／AIDS カウンセリング
の実際, 母子保健情報, 第 31 号, 1995.

「セックスレス」について考える

仙台市立病院産婦人科

村口喜代

はじめに

性は本来生殖のためのしくみであっても、特に人間にとっては生殖の期間は人生のほんの一時であり、ほとんどは生殖以外の目的で性交が行なわれている。近年、性の開放は加速度的に進行し、特に初交年齢の低年齢化、若年者の性交経験率の増加は広く知られている。未婚時代に出会い・別れを繰り返し、複数のセックスパートナーを経験することは一般化しつつあり、未婚者にSTDの発症が高い¹⁾ことからしても、現代は男女とも少なからぬ性的経験をへて結婚に至る社会になってきた。

結婚後まもなく妊娠・出産を迎え、性的に活発な時期に、長い性歴を持つ夫婦がそれぞれの性的役割が決定的に異なる妊娠期間をいかに受容していくのか、そのことは現代の男女の性的関係を知る上で極めて重要である。

妊娠中に切迫流・早産などの異常によって2～3ヵ月の長期の入院を強いられる患者の夫にとって、「性欲の処理はいかにしてなされているのか」という問題意識から、妊娠中の性生活についてのアンケート調査を行なった。今回はその前調査として行なった正常妊婦における結果について報告し、若干の考察を加える。

調査対象と方法

平成8年10月から平成9年2月までに、仙台市立病院産婦人科で妊婦検診を受けた妊

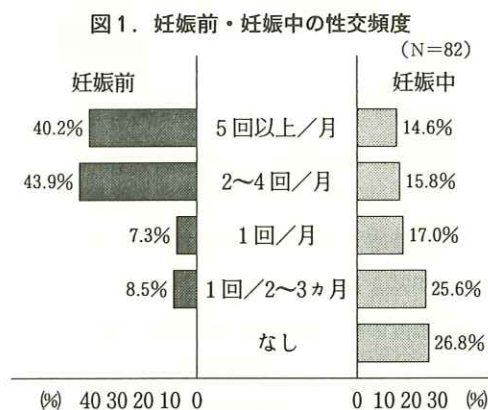
婦28～29週の妊婦150人にアンケート調査用紙を配布した。調査対象は妊婦およびその夫とした。調査内容として妊婦本人には妊娠前と妊娠後の性交頻度についてと妊娠後の性生活についての意見を、一方夫には妊娠後の性生活について気をつけている点や妊娠前と変わった点、妊娠後の性生活に対する意見について記載してもらった。

調査結果

86名の妊婦から回答があり、回収率は57.3%であった。うち有効回答数は82名(初産婦48名、経産婦34名)であった。夫も含めたアンケート調査であったため、単身赴任のためなどの理由で回答できないと釈明されたケースもあった。

対象者の年齢は、妊婦は平均29.6歳、夫は平均31.6歳であった。

1) 妊娠前および妊娠中の性交頻度

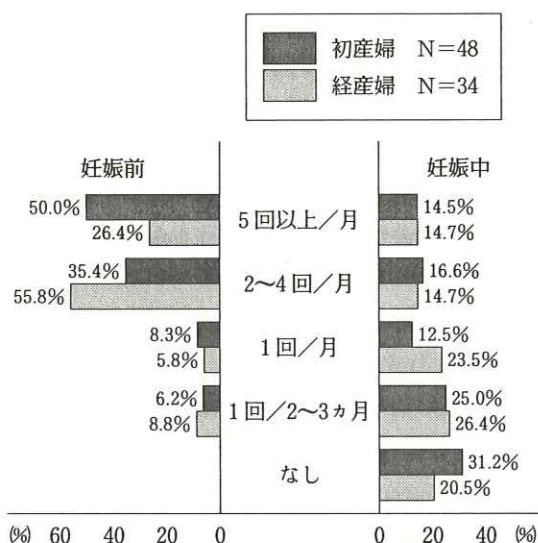


妊娠前の性交頻度は、「2～4回/月」と答えた人が43.9%と最も多く、次いで「5回以上/月」40.2%と続き、この2者で8割強を占めた。一方「1回/月」、「1回/2～3ヵ月」と答えた性交頻度の低い人も合わせて15.8%いた。

妊娠後の性交頻度は、「なし」と答えた人が26.8%と最も多かった。次いで「1回/2～3ヵ月」と答えた人が25.6%と多かった。一方「5回以上/月」、「2～3回/月」と答えた人もそれぞれ14.6%、15.8%であり、合わせて30.4%であった。

2) 初産婦、経産婦別の性交頻度

図2. 妊娠前・妊娠中の性交頻度



妊娠前の性交頻度は、初産婦では「5回以上/月」と答えた人が50.0%と最も多く、一方経産婦では「2～4回/月」と答えた人が55.8%と最も多かった。

妊娠後の性交頻度は、初産婦では「なし」と答えた人が、一方経産婦では「1回/2～3ヵ月」と答えた人が最も多かった。

3) 回答者別の妊娠前後の性交頻度の変化

図3. 妊娠前・妊娠中の性交頻度（初産婦）

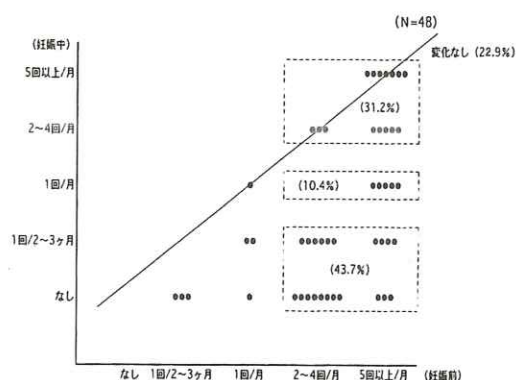
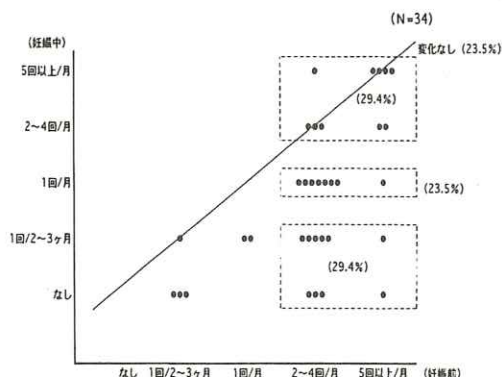


図4. 妊娠前・妊娠中の性交頻度（経産婦）



妊娠前の性交頻度が「2～4回/月」「5回以上」と答えた人が84.2%を占めたことから、このグループに属する人を普通の平均的な性的活動性を示している人と見て以下検討する。このグループに属する人を、さらに妊娠後「5回以上/月」「2～4回/月」と答えた人、「1回/月」と答えた人、「1回/2～3ヵ月」「なし」と答えた人をそれぞれ「ほとんど変わらない」「減少した」「極端に減少した」の3グループに分ける。

初産婦では、「極端に減少した」人が43.7%、次いで「ほとんど変わらない」人が31.2%と多く二分化傾向を示し、「減少した」人は10.4%であった。一方経産婦では、「極端に減少した」人と「ほとんど変わらない」人が29.4%と同率であり、「減少した」人も23.5%あり、3グループ間に際立った偏りは無かった。

妊娠前後で性交頻度に変化のなかった人は初産婦、経産婦ともほとんど変わらず、それぞれ22.9%、23.5%であった。妊娠前「1回／2～3か月」と答えた性的活動性の低下している人は妊娠後は一人を除いて全員「なし」と答えた。

4) 妊娠後の性生活について、気をつけている点や意見など自由記載された内容
(妊婦本人)

- ・妊娠したら全然する気が起きず産後ちょっと不安
- ・我慢してもらっているのととても助かる
- ・妊娠がわかった時点でセックスしなくなかったが、相手はそうもいかないで困る
- ・特に話し合ったりしていないが、そう不都合もなくお互い過ごしていると思う
- ・お腹が張ってくると恐くてできない 夫は分かってくれるが、ちょっと可哀相で不安になる
- ・どうしてもその気になれないので、主人にはいつも悪いと思いながら我慢してもらったり、コミュニケーションをとるように心がけている
- ・妊婦よりも男性の方が赤ちゃんを大事に思うようで、気乗りがしないようだ
- ・やはり慎重にならざるを得ない 胎動を始めてからは夫が消極的になった

- ・産後の傷跡が気になったり、育児に慣れるまでは少し休みたいというのが本音
- ・妊娠していて子供も一人いるとあまりその気になれない それを愛情がなくなったと思われるのが嫌なので週1回はしている
- ・毎日精一杯でその気になれない 夫にはその気持ちを伝えているが、事実きついと思う(夫)
- ・恐くてできない
- ・「お腹が張る」と言われるので性生活はほとんど無くなっている
- ・お腹に触らないよう気をつけている
- ・まったくしてないので気も使わない
- ・関心がなくなった
- ・コンドームを必ず使用する
- ・お互いに性交を求める気持ちが自然と薄れた胎児への影響を案じて体位等を考慮するとかえってストレスがたまるから 夫婦げんかは以前より減り、2人とも気持ちは安定しコミュニケーションはとれている
- ・思いやりといたわり、そしてやさしさ…これでしょう！
- ・我慢は大切です
- ・赤ちゃんが大丈夫かなと心配になる
- ・男までセックスに対する気持ちが自然と薄れたのが不思議に思った 出産後の性生活がどうなるか少し案じている
- ・妻に負担かけないように、体調に気をつける
- ・奥まで挿入しない
- ・生まれた子供の世話でそれどころではない
- ・性生活にこだわらず、コミュニケーションをとるようにしている
- ・つらい

考 察

妊娠中も性生活を維持することは、夫婦の精神的安定のためには非常に大切であるし、Masters & Johnson も妊娠が正常であるかぎり分娩の4週間前までは性交は安全に続けることができるとしている。しかし、妊娠中の異常の発生は予知しがたく、医学的にもどれが正しいという考え方もなく、実際はそれぞれの夫婦の判断に委ねられているのが現状である。

近年、人権意識の高揚は世界的規模で広がってきており、日本においても女性の社会参画が目覚ましく進行してきた。平均結婚年齢が高くなり、自らを問い、生き方を模索する未婚時代が延長した。進行する高度情報化社会を背景に「少産時代」を迎え、「数少ない妊娠・出産をより良く、より个性的に体験しようとする」風潮は強く、妊娠・出産に関する情報は商業ベースでも数多く提供されてきている。一方、現代の出産は安全性優先のため「施設内分娩」が一般的であり、管理される妊娠・出産が定着している。このような社会的・文化的状況の変化が妊娠中の夫婦生活にもかなりの影響力を持ってきていると思われる。

妊娠によって夫婦の性生活が抑制的になるのは一般的なことであるが、今回の調査で注目されたのは、妊娠によってまったく性交を行わなくなる夫婦が26.6%もいたことであった。とくにその傾向は、初産婦に強かった。妊娠前の性交頻度が「2~4回/月」「5回以上/月」と答えた平均的な性的活動性を示していた人のうち妊娠後「極端に減少した」と答えた人が、初産婦では43.7%も占めた。はじめて妊娠・出産を経験する初産婦では妊

娠の早期から医療システムの管理下に入り、また昨今の加熱化する妊娠・出産に関する情報に囲まれ、不安と戸惑いのなかで最も安心できる夫婦の在り方として「性交しない」という選択を優先させていると思われる。

過去の調査では、石浜は妊娠中の性交頻度は週2回がピークとなり平均して3分の1ぐらいに減少したと報告しており²⁾、また新村は妊娠の進行とともに減少すると報告しており、いずれも妊娠中に減少することは明らかであっても「中止、まったく無い」といったことはなかった。

一方、最近の調査では、田島らが1990年に行なった妊婦150名のアンケート調査(回収率41%)で「約4割の夫婦が妊娠中期までに中止している」と報告しており³⁾、また金子らは1993~4年に大規模で詳細な調査結果(有効回答653名、有効回答率79.2%)を10年前と比較して報告している⁴⁾。それによると、性交回数の減少は妊娠前からであり、妊娠後の性交回数の減少は早期から認められ、早くから停止する傾向が強まっていると述べている。例えば妊娠16~27週でみると、性交を止めている人が最も多く47.9%を占めたと述べている。明らかに夫婦間の性的活動性の低下が進行しているとみることができる。

今回妊娠中の性生活について、妊娠前との意識の変化や意見など自由記載された内容をみても、ほとんどの妻は性欲の低下を述べており、夫に対して同情的であり、そのためにいろいろと努力し夫に気遣いしている様子が見えてくる。夫はごく一部を除き妻の気持を尊重し、また胎児の安全のために現実を受容していると思える内容が多かった。しかし、一方では夫の無記載も多く、実際のところ

「夫婦で話合った」と述べた人はなく、むしろこのことの方が問題と見るべきであろう。田島らの報告でもこのことに対する夫の関心が高いと述べているが、今回の調査でも夫の本音・内面までは充分明らかにできなかった。「こどもを産むまで」の猶予期間が過ぎて産後順調に性生活が回復すればよいが、事実そのことの不安を書いた妻そして夫がいた。産後、妻は授乳・育児など連続的に忙殺される日々を過ごすこととなり、次の妊娠に対する不安も大きく、この猶予期間はさらに延長しかねない。「家族と健康」のH9年3月1日号に新潟市東保健所で生後3~4か月児の検診時に行なった家族計画相談の記事が掲載されていたが、産後のセックスレスは10年前の3倍に増加しているとのことであり、注目される記事であった。

最近の日本人の性行動の特徴のひとつとして「セックスレス」が指摘されている。今回の調査を通して著者が深く考えさせられたことは、「夫婦、カップルはセックスをするものである」という考えは一般化できない時代に入ってきたということであった。少なくともそのことは、妊娠期間・産後においては明らかであり、今日的現象・流れと見るべきであろう。妊娠期間・産後の性欲の低下は妻側だけの変化だけではない。夫の記載した内容をみても、妻が心配しているほど夫は妻との関係では葛藤している様子はなく、「関心がなくなった、セックスに対する気持が自然と薄れた、体位等を考慮するとかえてストレスがたまから…」と妻に対する性欲の減退・消失を述べている。夫が自らの性欲をいかに処理しているのかは分からないが、夫婦間に生々しい葛藤はなく、それぞれを尊重しながら、

彼らなりに人間らしい関係を形成している。

人間にとって、性欲は育ち、しつけ、教育、環境などの違いによって様々に修飾され、個人差も大きい。また今日は欲情を扇動する性的メディアが繁栄しているといった社会的背景があり、個人の性行動は性交のみに止まるものではなく、マスターベーションをはじめより多様化している。こうした傾向は10代の時期から開始し、長い未婚時代を経て強化され、人生の新たな節目としての結婚生活へと引き継がれていくのであろう。人間にとって性交の意味も、「性は結婚の中にある」という社会通念がかなり強制力を持っていた過去の時代とは異なってきた。「セックスレス」がそれぞれ個人としての性的活動性の低下とは必ずしも言えない社会になってきた。是非論はさて置き、「性欲の個性化」「性行動の多様化」の時代に入ってきており、「セックスレス」は一元論的に論じられるものではない。

「妊娠中に性交をしなくなる夫婦が増加している」という今回の結果から、セックスレス夫婦が増加してきたと短絡的に推論できるものではない。事実、経産婦でも8割以上の夫婦が初産婦と同様妊娠前の性交頻度が平均的性的活動性を示していた。この結果からしても、長い猶予期間を経ても夫婦間の性交は回復していたと見ることができる。しかしながら、妊娠・出産の経験を通して「夫婦間で性交をしない」ことを容易に受け入れたという体験のもつ意味は極めて大きいと思われる。妻は自らの性欲低下を夫に一方通行的に押しつけていると捉え、そのために負い目を感じ、しかし一方、夫は必ずしも我慢しているわけでもなく、妊娠している妻には欲情できない

と感じてしまうという人もいた。まったく話し合いのないまま、夫婦の内面、理解の中身が異なっていたことを問題として捉えない、そういう夫婦の関係性の質が問題であり、将来「セックスレス」に容易に転化し得る脆さを内在していると憂慮されるのである。

日本社会では「夫婦はセックスするものである」という建前はずうっと引き継がれてきたとは言え、実際の夫婦の性は生殖優先であり、働き手である夫中心に営なわれ、男女双方の性的成熟を目指せる「関係性の性」は育ち難かった。例えば「企業戦士」なる言葉は日本特有のものであり、仕事中心で「性交の先送り」「セックスレス」は決して今日的現象とばかり見れることではない。

AIDSが増え続け、STDの蔓延が危惧されている昨今、性開放は加速度的に進行してきたが、性をタブー視したり、個人より集団を重んじ、和を尊重するという日本古来の価値観は、いまだ根深く日本人男女の意識の中に存在している。それは現在妊娠・出産を経験する若い夫婦にも色濃く投影されているものと思われる。戦後、男女平等意識が前進し女性の立場・考えが尊重されるようになってきたことは喜ばしいことであるが、夫婦関係が夫の妻に対する性的活動性の後退という形で成り立っているとすれば問題である。今日行政主導で展開されている「男女共同参画社会」が避け難い未来社会の姿であれば、男女それぞれの人格のぶつかり合い・葛藤を経ずしては今後の男女関係は成り立たない。そうした広い視野のなかで男女の性成熟、関係性を論じていかなければならないとすれば、その道程は長くけっして平坦ではない。「セックスレス」は日本社会における男女の人間的発達・成熟

過程で不可避免的に起こりうることとして提起されているのであり、大脳化の進んだ人間社会の通過点として避けがたいことと思える。

まとめ

妊婦および夫に対して、妊娠前および妊娠中の性生活についてアンケート調査を行なった。1) 妊娠前の性交頻度は、「2～4回/月」「5回以上/月」が80数%を占めた。2) 妊娠中の性交頻度は、「なし」が26.8%で最も多く、とくに初産婦で際立っていた。3) 妊娠前に普通の平均的な性交頻度であった夫婦は、妊娠後「ほとんど変わらない」「減少した」「極端に減少した」の3グループに分かれた。初産婦では「極端に減少した」が多く、次いで「ほとんど変わらない」と続き、2分化傾向を示した。経産婦では3グループに分かれ、その間の違いはあまりなかった。

今回の調査は対象者数も少なく、今後さらなる検討が必要であるが、最近の「セックスレス現象」を探る上で示唆の結果と思われ、若干の考察を加えた。

文 献

- 1) 村口喜代, 斎藤 晃, 小野寺弘, 東岩井久: 産婦人科領域におけるクラミジア感染症, 仙台市立病院医学雑誌, 投稿中。
- 2) 石浜淳美: 臨床性医学入門, 金原出版, 1981。
- 3) 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, 1 (4), 1992。
- 4) 金子和子, 大川玲子, 島村忠義: 妊娠中の性生活実態調査 (第1報), 13 (1), 1965。

Key word : 性生活 妊娠 夫婦

セックスレス

(稿を終わるにあたり、御校閲をいただいた
恩師東岩井 久仙台市立病院副院長に感謝い
たします。)

中高年女性のQOLに対するHRTの長期例について

神戸市東灘区 山崎産科婦人科医院

山崎 高明 山崎 敦子

はじめに

近年、中高年女性のQOL向上が各方面で課題にあげられるようになり、産婦人科領域においてもHRT (Hormon Replacement Therapy) を中心に広く行なわれるようになってきた。しかしながら、3～5年位の使用期間の報告例がほとんどで、長期にわたる報告例¹⁾は小数散見されるにすぎない。

当院では、主として性交痛 Dyspareunia を訴える患者に、昭和53年よりいち早くこれを取り上げ行なっていた。そこでこの度当院における昭和54年以降の5年以上のHRT長期例11例について検討を行なったので報告する。

当院における更年期カウンセリングの実際

当院では昭和53年以来、メジカルビュー社の図説臨床産婦人科講座の「ホルモンの使い方」²⁾や「老年婦人科学」³⁾をみせながら、30分～1時間位かけて患者の視覚に訴えて更年期障害の発症のメカニズムとそれに伴う女性内分泌環境の変化について説明している⁴⁾。

1) 女性ホルモン欠乏による全身への影響

エストロゲン分泌の低下に伴い、糖脂質代謝異常を生じる結果、肥満が現われる。更に高脂血症→動脈硬化→高血圧→虚血性心疾患や脳動脈硬化による脳梗塞の危険もはらんでくる。またアルツハイマー型痴呆も閉経後の女性に発症しやすい。更に骨粗鬆症の発生頻度も閉経後の女性は同年代の男性に比して3倍くらいの高率となる。

2) 女性ホルモン欠乏による局所への影響

膣、外陰、子宮、乳腺などにおける加齢に伴う萎縮性変化について図を用いて説明する。

3) 中高年の性欲、性意識について

女性ホルモン欠乏のため萎縮性膣炎をおこすと、lubrication (潤滑液) 不足のために性交痛が生じ、性交を拒否する傾向に陥る。これに対してはリューブゼリーが有効であるが、HRTは一層効果的である。

以上の要旨でInformed Consentを得ておく。

加齢により生理的に性欲の減退は避けられない事であるが、一方性経験には心理的影響が大きく関与するので、パートナーとの間のコミュニケーションをうまく図ると共に、HRTがlibido (性欲) の高揚にも有効であると説明する。

症 例

5年以上HRTを施行した11例を表1に示す。11才時他院で左卵巢嚢腫で卵巣摘出手術を受け、19才時当院で右卵巢嚢腫にて右側卵巢を摘出しKastration (去勢) となった5番の症例を除いた10例の初診時の平均年齢は、48.6才 (43～59才)、HRT施行期間は7～16年である。中高年10例中単純子宮全摘術を受けた2例を除いた8例中4例が閉経後2年以内に受診している。当初の主訴には性交痛が5例と多く次いでほてり (hot flash) や発汗異常、めまい、いろいろ等の自律神経失調症状がみられる。表に示した11例のうち4例を提示する。

表1 当院における HRT の長期例

症例	初診年齢	HRT 期間	主訴	閉経	HRT 内容	効 果	副作用
1	48 ('79)	12 年	性交痛 (未産婦)	48	E3+ダイホルモンデポー (1 年) E3+エストリールデポー (10 年) E3+オステン内服 (1 年)	著効 H6. 11 で中断	認めず
2	48	16 年	性交痛 (未産婦)	47	E3+時々ダイホルモンデポー 当帰芍薬散追加 (6 年間)	著効 若々しくみられる	認めず
3	44	8 年	めまい 欲求不満	53	E3 5 年前より P 追加	著効 若々しくみられる	認めず
4	48	14 年	舌ピリ感 いらいら	47	E3 (70 カ月 / 14 年間) E1+P (途中 1.5 年間)	著効 発声によい	認めず
5	19	14 年	無月経 (ope 後)	19	ベラニンデボ+プロゲデボ (3 カ月) デボシン+ノアルテン (7 年間) E1+P (7 年)	著効 休薬で頭痛あり	認めず
6	48	7.2 年	性交痛 褐色帯下	42 (AT)	E3+時々ダイホルモンデポー (3 年) E1+グランダキシシ (2 年 5 カ月) E1+P (1 年 9 カ月)	著効 発声によい (ソプラノ) H4. 10 中止 (乳癌)	乳癌
7	48	9 年	無月経		ベラニンデボ+プロゲデボ (4 カ月) デボシン+ノアルテン (4 年間) E1+P (5.5 年)	著効 疲れ知らず 若々しくみられる	認めず
8	43	8.5 年	無月経		ベラニンデボ+プロゲデボ (10 カ月) デボシン+ノアルテン (1 年間) E1+オステン or ワンアルファ	著効 オステン、VitD 各 1 年 骨粗鬆症に無効	認めず
9	59	8 年	性交痛 めまい	38 (AT)	E3+時々ダイホルモンデボ (3.7 年) E1+P (4 年 2 カ月)	著効 皮膚搔痒感消失	認めず
10	45	7.5 年	のぼせ 性交痛	43	E3 (5 年間) E3+オステン or ワンアルファ (2.5 年)	著効 睡眠良好、意欲的	認めず
11	55	7 年	性器出血 帯下	45	メサルモンド (4 年間) E1+P (3 年)	著効 関節痛、物忘れ減	認めず

症例 1

表 2 症例 1 R. O.

S54. 9 ('79) 48 才時 更年期カウンセリング
主訴：性交痛
42 才時処女で初婚
S53 年末、閉経後 Lubrication 不足となり、
性交痛を訴え来院。
診断：老人性膣炎（未産婦）
治療経過：
S54. 9—55. 8 E3 内服＋ダイホルモンデポー
嚔声出現したため
S55. 9—H 3. 4 E3 内服＋エストリールデポー
に変更
H 5. 1 夫 死亡（骨髄腫）
H 5. 4 骨密度 0.632 g/cm^2
H 5. 5—H 6. 3 E3 内服＋オステン内服
H 6. 4 骨密度 0.753 g/cm^2
H 6. 11 まで E3 内服 以後中断
HRT 期間：12 年間
副作用：特に認めず

48 才時（昭和 54 年）閉経後の性交痛を主訴として来院。患者は 42 歳時に処女で初婚、夫は 61 歳（再婚）であったが、新婚時は毎日性交渉があった。最初は lubrication もあったが、昭和 53 年に閉経してからは lubrication も不十分で、性交痛を訴えるようになり、近医を受診するも相談にのってもらえず、知人の紹介でセックスカウンセリングのある当院を訪れた。夫は健康で趣味も広く、アマチュアカメラマンとして海外へ撮影旅行に行くほどであり、ニンニクの丸薬を毎日内服し精力絶倫である。病死した先妻との間に 6 人の子供もある。夫は 67 歳の現在（昭和 54 年）毎日でも性交を望む位で 3 回に 1 回は射精も可能である。結婚後 4 年間は性交渉もうまくいっていたが、閉経し妊娠の不安から解放され安心して性交をエンジョイしようと思った途端、今度は性交痛を生じ、困惑した次第である。

前述の如くカウンセリングを行った。心理テストで CMI が 1 領域、YG テスト C タイ

プで自律神経失調症状は軽微であった。エストリール（エストリオール、女性ホルモンの一種）（E3）の使用により、3 カ月後には膣潤滑は著明に向上し、性感も回復した。1 年後に E3＋ダイホルモンデポー（男女混合ホルモン）を併用したところ、非常に有効で注射後 4 日位から元気が出て、陰核（clitoris）も膨張するような感じがあり、性欲も高まり能動的になり、オーガズムもよく感じるようになった。しかし月に 1 回 3 カ月間連続注射したところ、男性ホルモン用の副作用である嚔声が出現した。その後エストリールデポーとの併用に変更した。疲労が強い時や外国旅行に行く前にダイホルモンデポーを使用すると、水泳やテニスをしたくなる位の元気が維持でき、オーガズムの感受性も良好であった。ダイホルモンデポー注射では 1 カ月半、エストリールデポー注射では 1 カ月間位効果があると報告してきた。昭和 60 年本人 54 歳夫 71 歳時、それまで 2 日に 1 度の割合で性交渉があり、自然に膣の潤滑も十分であったが、その後徐々に性交痛を訴えるようになり、遂に 1 カ月前より性交困難となったため、夫の勧めにより再び来院した。大体以上のような経過をたどりながら平成 3 年 5 月まで主として E3 剤の使用と時々 Luve Jelly を併用しながら約 12 年間治療を継続した。11 年目の平成 5 年に夫が多発性骨髄腫で死亡したが、適切な HRT のお陰でその死亡直前 10 日間位は毎日求められたが、夫との密接なコミュニケーションが得られたとのことであった。なお、その後骨粗鬆症のために E3＋オステン（イプリフラボン、骨量減少改善薬）を一年間内服したが、骨密度が上昇（ $0.632 \rightarrow 0.753 \text{ g/cm}^2$ ）したため中止、その後半年は E3 を

断続的に内服するも、夫の死後自ら drop out した症例である。

症例 2

表 3 症例 2 S. T.

S55. 5 ('80) 48 才時 更年期カウンセリング
主訴：性交痛
47 才で閉経。その後より性交痛出現す。夫は船長、2 カ月毎に帰宅する。それに合わせて体調を整え、夫の要求に応じたい。
診断：老人性膣炎（未産婦）
治療の経過：
S55. 5～ E3 内服、膣錠。夫の帰宅前に時々ダイホルモンデポー併用（S62. 9 で中止）。
S63. 3～H 5. 12 E3 内服＋当帰芍薬散内服
H 5. 4 骨密度 0.792 g/cm²（61 才）
H 6. 1～2 E1-S+P 性器出血のため拒否その後再び E3 内服で持続している。
HRT 期間：16 年
副作用：特に認めず。

48 才（昭和 55 年）閉経後の性交痛で来院した。24 歳で結婚、30 歳の時卵管造影で卵管閉鎖と診断され、子供に恵まれなかった。当時夫は 52 歳で外国航路の船長で 2 カ月毎に帰宅し、1～2 泊してまた航海にでるのが通常で、休暇は 1 年に 1 回 2 カ月間ある。夫は外国航路中は性感染症が恐いため、外国女性との性交渉はないようである。夫の帰宅中は自分の身体の状態を整えて、夫の要求に応じたいと思う。

心理テストでは CMIII 領域、YG テストは右下がり（安定積極型）を示した。普段は E3 の内服、注射を行い、夫の帰宅する 2、3 日前にダイホルモンデポーを併用した。治療開始後は性交痛の不安がなくなり、夫の要求にも十分応じられるようになり、自分の性反応もよくなった。長期航海中は E3 の間歇的投与とした。性交痛に対し Luve Jelly を処方したが、E3 内服により Jelly の使用は不要となった。その後全身倦怠感が強くなった時のみダイホルモンデポーを注射した。途中

6 年間は E3 に当帰芍薬散を併用した。一時平成 6 年に E1（エストロゲン、女性ホルモン）＋P（黄体ホルモン）に変更したところ、より効果的だが月経様の出血が生じるため、これをいやがり中止、以後再び E3 の内服で現在に至っている。約 16 年間 E3 の内服を主として一貫しておこなっている。同年代の友人に比較して自分が若々しくみられる事、性交渉がスムーズな事が利点であるという。平成 5 年 4 月の骨密度も 0.792 g/cm²と良好であった。この例は E3 の内服を 16 年間継続した有効例で、かつ副作用を認めなかった例であるが、現在本人 66 歳、夫 71 歳となり、性交渉もかなり遠退くようになり、最近では E3 内服もかなり間隔が空くようになり、やがて drop out する可能性もある。

症例 4

表 4 症例 4 N. H.

S57. 12 ('82) 48 才時 更年期カウンセリング
主訴：舌がぴりぴりする。いらいらする。
耳鼻科で相当治療を受けるも改善せず、声もかすれる。クラブ歌手をしていたが、今はとても歌えない。
診断：更年期障害、自律神経失調症
治療の経過：
ダイホルモンデポー＋E3 内服で舌の違和感消失し、体調も良好。現在に至るまで E3 を断続的に内服している。
70 カ月／14 年（平均約 5 カ月／年）
H 5. 5 骨密度 0.737 g/cm²（59 才時）
H 5. 5～H 6. 11 E1-S+P 内服するも消褪出血のため中止。
HRT 期間：14 年
副作用：特に認めず。

昭和 57 年（48 才）、舌がピリピリし、いらいらする、性交障害もあると訴えて来院した。耳鼻科で長期通院治療するも改善せず、最近では声がかすれ、高い声がでないという。夫婦でスナックを経営しており、以前のように歌が歌えないと悲観していた。カウンセリ

ング施行後 E3 内服とダイホルモンデポーで舌の違和感は消失し、発声もよくなり、体調良好となった。その後、中止していたが体調がすぐれないと来院し、再び上記の治療を行い、約 14 年間に 70 カ月（平均 5 カ月／年）と間歇的であるが E3 内服を続けている。化粧のノリもよくなるという。途中平成 5 年より 1 年半 E1+P に変更したが、消退出血のため拒否し中止した。平成 5 年の骨密度も 0.737 g/cm^2 (59 才) と正常範囲。副作用を恐れて 1 日 1 錠位で内服していたが、この例も昨年夫が食道癌で死亡したため、drop out しそうな例である。

症例 6

表 5 症例 6 M. Y.

S60. 7 ('85) 48 才時 初診
主訴：性交痛、褐色帯下
既往症：41 才時 Myoma Uteri にて A/T 施行
趣味：コーラス
診断：老人性膣炎
治療の経過：
S60. 7～ E3 内服および膣錠。Luve Jelly 併用
S61. 5 更年期カウンセリング施行
時々ハイゼット内服、ダイホルモンデポー筋注
S63. 1 E3 内服後、アルト→ソプラノに戻る。
S63. 7～H 2.12 E1-S+グランダキシニンに変更。
H元. 2 夫 死亡。
H 3. 1～H 4.10 乳房緊満のため E1-S+デュファストンに変更。
H 4. 1 K 病院外科受診す。Mastopathy と診断される。
H 4.11 同病院で乳癌 Op. (1.0×2.0cm)
〈病理組織；ホルモン非依存性タイプ〉
H 5. 2～ 6. 6迄 老人性膣炎で来院、洗浄す。
HRT 期間：7 年 2 カ月
副作用：乳癌発生？

48 才（昭和 60 年）、性交痛と褐色帯下、めまい、のぼせ、嗄声を主訴に来院。子宮筋腫で子宮摘出（両側卵巣温存）の既往がある。カウンセリング施行後、初めの 3 年は E3 内

服をベースに時々ハイゼット（自律神経調節薬）やダイホルモンデポーを用いた。これにより性交痛、性欲の改善以外にも発声でソプラノが維持でき効果的であった。昭和 63 年夫が独立し、その手伝いで仕事が忙しく易疲労感とイライラを訴えた。E1-S+グランダキシニンに変更（2 年 5 カ月）したところ、より効果的であったが乳房緊満感を訴えた。平成元年 2 月夫が白血病で死亡し、相続税の事などで、めまい、耳鳴り、ほてりが出現、乳房緊満感も増強した。そこで E1-S（結合型エストロゲン（女性）ホルモン）+デュファストン（P）の間歇的投与に変更した。変更後 1 年 10 カ月（平成 4 年 1 月）で左乳房に 1.0×2.0cm の腫瘤をを触知した。外科の専門医に紹介し、マンモグラフィーの結果乳腺症と診断された。その後も外科で 2 カ月毎にフォローを受け、穿刺細胞診や試験切除の結果、その 10 カ月後（平成 4 年 11 月）乳癌と診断され、HRT を中止し手術を受けた。病理組織はホルモン非依存性タイプの腺癌であったが、リンパ節への転移は認められなかった。その後約 1 年半老人性膣炎で時々通院した。この症例では 7 年 2 カ月の間 HRT を行っていたが、乳癌が組織学的にホルモン非依存性タイプの腺癌であったため、HRT が引き金になって発生したものかどうか不明であるが、半年毎に定期検診していたからこそ早期発見につながったと思われる。

HRT の効果を表 6 に示す。性交痛消失が 6 例と最も多く、ほてり、発汗減少 4 例、よく眠れる、若返ったと思う、気持ちが明るくなった、意欲的になった其々 3 例、手足の冷え軽減、発声がよかった各 2 例、その他物忘れ減少、皮膚の痒み消失、1 例ずつなどで

表6 HRTの効果

性交が楽になった	6例
ほてり、発汗が軽減した	4例
よく眠れるようになった	3例
若返ったと思う	3例
気持ちが明るくなった	3例
意欲的になった	3例
手足の冷えが軽減した	2例
発声がよくなった	2例
物忘れが少なくなった	1例
痒みなどの皮膚症状が軽減した	1例

ある。骨粗鬆症のある3例にオステンあるいはビタミンDをHRTと併用して投与したところ2例には有効だったが、1例(No.8)には各々1年ずつの投与にも拘らず、骨密度は減少(0.791→0.732→0.713 g/cm²)し、無効と思われた。

HRTに対する患者サイドの不安は、1)いつまで服用するのか、2)長期服用に伴い副作用が出現するのではないかの2点である。1)についてはHRTの効用を何を対象にするのかにより定まると考えられる。性交痛なら性交渉のある間、更に高脂血症や骨粗鬆症なら生きている限り、という事になる。2)に対しては文献的に、子宮内膜癌は、黄体ホルモン(P)を併用すると、HRTをしないよりもその発生率は低下するという説が多く⁵⁾、実際の長期使用例でも殆ど認められていないようだ⁶⁾が、乳癌については文献的にも定説は少なく、当院でも7年2カ月の使用例で1例乳癌が発生した。しかしこの例は組織学的にホルモン非依存性タイプなので、HRTの影響かどうかは不明である。当院ではこれらの情報を1~2年毎に患者にinformed consentをとりながらHRTを続けているが、性交痛を主訴に来院した患者が現在の所最も長続きしている印象を受ける。が、

その反面これらの例はパートナーの死去によりdrop outしてしまう傾向がみられる。

おわりに

当院におけるHRTは当初E3剤を主とした方法を取り、その後いろいろな試行錯誤を重ねてきた。最近になりようやく各大学病院で更年期外来が開設され、HRTの方法もマニュアル化されてきたので、最近の例では次第にそれに準じて施行している。

すなわちHRTの開始および追跡中のチェックは簡略更年期指数(SMI)テスト⁷⁾で行っている。SMI51点以上、証決定の質問表で中間証以上の患者を対象にHRTを実施しており、治療開始半年以上で有効度の判定を行っている。(表7、8)

表7 簡略更年期指数(SMI)

名前	記入日	年	月	日	
症状の程度に応じ、自分で○印をつけてから点数を入れ、その合計点をもとにチェックします。 どれか1つの症状でも強くあれば強に○をして下さい。					
症 状	強	中	弱	無	点数
1. 顔かほてる	10	6	3	0	
2. 汗をかきやすい	10	6	3	0	
3. 腰や手足が冷えやすい	14	9	5	0	
4. 息切れ、どうきかする	12	8	4	0	
5. 寝つきが悪い、眠りが浅い	14	9	5	0	
6. 怒りやすく、イライラする	12	8	4	0	
7. くよくよしたり、憂うつになる	7	5	3	0	
8. 頭痛、めまい、吐き気がよくある	7	5	3	0	
9. 疲れやすい	7	4	2	0	
10. 肩こり、腰痛、手足の痛みがある	7	5	3	0	
合計点					
・腰痛はありますか (なし、軽度、がまんできる、がまんできない) ・性交痛はありますか (性交をしない、性交痛はない、少しある、ある) ・排尿について ・1日の排尿回数はだいたい何回位ですか (1日 回) ・うち就寝中は何回ですか (就寝中 回) ・トイレにまにあわなくて尿がもれることがありますか (はい、いいえ) ・知らないうちに尿がもれることがありますか (はい、いいえ) ・最近物忘れを感じますか (なし、年齢相応と思う、感じる、非常に感じる)					
★ 更年期障害の自己採点の評価法 0~25点…異常なし 66~80点…長期間の計画的な治療 26~50点…食事、運動に注意 81~100点…各科の精密検査、長期の 51~65点…更年期・閉経外来を受診 計画的な反応					

表 8 証決定のための質問表

	はい	中間	いいえ	点数
1. 体質は筋肉質ですか	6	3	0	
2. 体型は固太りですか	6	3	0	
3. 皮膚はつやがありますか	9	4	0	
4. 腹部を抑えると弾力的で緊張感がありますか	8	4	0	
5. 食べすぎても比較的平気なほうですか	6	3	0	
6. 食事のスピードは速いほうですか	6	3	0	
7. 1 日でも便秘をすると不快ですか	6	3	0	
8. 暑さ寒さにわりと平気なほうですか	6	3	0	
9. 手足の冷えはありませんか（＊）	6	3	0	
10. 活動的ですか	6	3	0	
11. 疲れは感じないほうですか（＊）	6	3	0	
12. 声は力強いほうですか	8	4	0	
13. 日頃の行動に余裕がありますか	8	4	0	
14. 胃散は苦いほうが飲みやすいほうですか	6	3	0	
15. 寝汗はかかないですか（＊）	8	4	0	
	合計点			

中間：中間の場合と、返事が出来ない場合も入れる

＊いずれもはいと答えた場合は手足の冷えはない、疲れにくい、寝汗はかかないことを意味している

【参考】0—35 点：虚証、36—65 点：中間証、66—100 点：実証

〈ここからは、初診時記入不要です〉

記入日 年 月 日

更年期外来で治療を受けて、初診時に比べ効果が良く認められたこと及び現在も不安に感じていることに○印をつけて下さい。※○印は複数つけて可です

効果がよく認められたと思うこと

- | | |
|-----------------|--------------------|
| 1. ほてり、発汗が減った | 8. 意欲になった |
| 2. 手足の冷えが軽減した | 9. 性交が楽になった |
| 3. よく眠れる様になった | 10. 若返ったと思う |
| 4. いらいらが減った | 11. 痒みなどの皮膚症状がよかった |
| 5. 気持ち明るくなった | 12. 排尿がよかった |
| 6. 疲れにくくなった | 13. 物忘れが少なくなったと思う |
| 7. 腰痛・肩こりなどが減った | 14. その他（ ） |

不安を感じること

- | | |
|------------|----------------------------|
| 1. 出血が気になる | 4. いつまで服用するのかについて |
| 2. 癌が心配 | 5. 長く服用すると、何かの副作用が出るのではないか |
| 3. 習慣性が不安 | 6. その他（ ） |

投薬方法としてプレマリン（E1-S）1錠／日＋プロベラ（P）1～2錠／日を、消褪出血を期待する患者には周期的投与で、その他の患者には連続投与で行っている。また内服による胃腸障害を訴える場合はエストラダーム（E2の貼付剤）＋Pを併用しているが、副作用その他患者サイドからの追求の厳しい最近の事情に鑑み、トラブルを避けるために主治医主導型ではなく、あくまで患者主導型

の選択をしてもらっている。

したがって長期のHRTは、患者の一時的な横断面しか診られない大学および大病院よりもむしろ、患者の縦断面即ち一生を follow up できる実地医家こそが、高齢化社会を生きぬくために、性障害をも含めた QOL の向上を目指し、積極的に推進すべきであると考えられる。

本論文の要旨は第 16 回日本性科学学会学術総会（於 札幌市）にて発表した。

文 献

- 1) 青木孝允：ホルモン補充療法、21 年の臨床経験、Sexual Science Vol.3, No.1, P60～65, 1993.
- 2) 坂元正一、他：ホルモンの使い方、図説臨床産婦人科講座 第2巻、メジカルビュー社、1977.
- 3) 坂元正一、他：老年婦人科学、図説臨床産婦人科講座 第30巻、メジカルビュー社、1979.
- 4) 山崎高明：当院における更年期カウンセリングのやり方、日本性科学雑誌、Vol.3, No.1, P18～23, 1982.
- 5) Gambrell RD: The menopause; benefits and risks of estrogen-progesterone replacement therapy., Fertil Steril 37: 457, 1982.
- 6) 青木孝允：Estrogen Replacement Therapyにおける結合型エストロゲン投与法の検討—長期投与を行った 205 名の子宮内膜所見から—、日産婦誌、40, P736～740, 1988.
- 7) 小山嵩夫：簡略更年期指数（SMI）

心因性インポテンスの治療

聖マリアンナ医科大学泌尿器科

長 田 尚 夫

はじめに

心因性インポテンズとは、心理的要因によって本来もっている勃起機能が正常に働かないためにおこるものをいう。勃起機能が障害されて十分な勃起が得られず性交できない器質的インポテンズと対比される。したがって、性交時に有効な勃起が得られないために性交ができないと訴えてきた場合、勃起機能調査で異常が認められないことで診断される。筆者の施設では図1に示すような手順で勃起障害の原因を診断している。

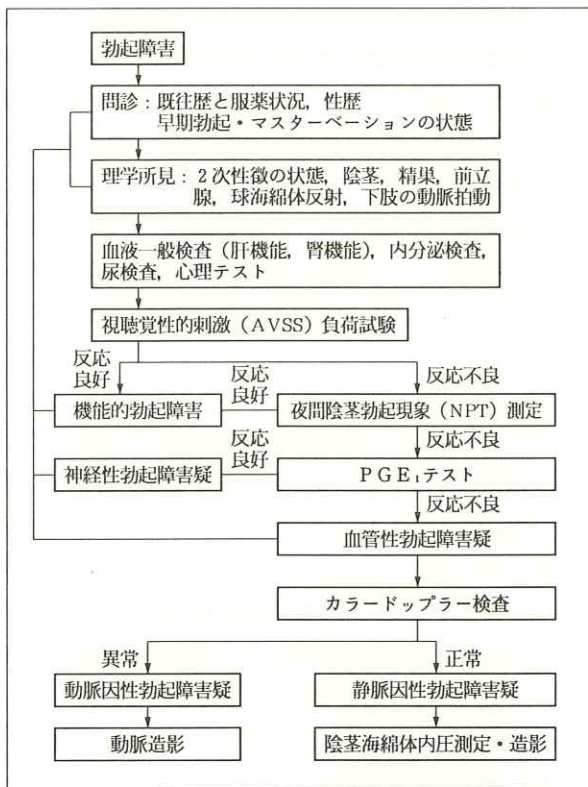


図1. 勃起障害の鑑別診断法

心因性インポテンズに対する治療概念

心因性インポテンズに対する治療法の基本は、心理療法である。しかし、心因性インポテンズの症状は勃起障害という身体症状なので、精神科領域の機能的病態に対する心理療法とは異なった工夫が必要である。すなわち、心から身体に働きかける療法に加え、身体から心に働きかける療法が必要で、心身両面からの治療が要求される。

治療を進めるにあたって

- ① 良好な医師・患者関係を樹立することが重要である（ラポールの確立）。治療を成功させるための最低条件であり、必須条件である。
- ② 身体面への診察や検査は入念に行う。患者の多くは身体的要因によって起こっていると思いこんでいるからである。
- ③ 心理社会面からの検索により心因の把握につとめる。生活歴、生育歴、家族歴、社会的環境、生活環境などである。
- ④ 患者の性格や精神状態の概要をつかんでおく。生活態度やライフスタイルも把握しておく。
- ⑤ 配偶者（またはセックスパートナー）についての情報を知っておく。

治療技法

心理療法の眼目は、心理的要因が症状発現にかかわっているという心身相関を洞察して、悪循環から開放することである。

以下は泌尿器科医である筆者が日常診察で
繁用している治療法を列挙してみると、次の
ような技法がある。

- (1) 患者の訴えを共感的態度で受容し、傾聴
して、理解する—カウンセリング。
- (2) 保証、説得、指示を核として、心的メカ
ニズムを再構築させ、感情の発散、洞察の
促進をはかる—簡易精神療法。
- (3) 感覚集中訓練によって、性交への段階的
な性的興奮を高めてゆく—行動療法。
- (4) 無意識下の精神的葛藤を表面化させる—
精神分析療法。
- (5) 環境の調整をはかり、生活指導を行なう—
環境調整。
- (6) 夫婦間の心理社会的な問題点を明らかに
して解決をはかる—マリタルカウンセリング。
実際の診療では、これら単一の技法とは限
らず、ケースに応じてさまざまな療法を組み
合わせて用いる。通常セックスカウンセリング
やセックスセラピーと呼ばれている。紙面
の関係上詳細については筆者の論文を参照さ
れたい。

ここでは泌尿器科医をはじめ一般臨床医が
心理療法に関する一般的な知識をもっている
だけでできる心理療法について述べる。

① 病態の把握と理解

器質的病変によって起こったものではな
いことを、診察所見や検査成績によって明
らかとなったデータを示しながら説明する。
とくに勃起機能検査によって勃起機能が健
全であることを示すことは重要である。

器質的原因によって勃起障害が起こった
ものでないことが納得されると、何故だろ
うかという疑問を投げかけてくる。そこでど
うような心的メカニズムによって起こるかとい

う心身相関について説明し、理解させて、
インポテンスの成立機転を納得させる。

② 性教育

男女性器の解剖と生理を図示しながら正
しく理解させて、誤った知識を是正する。性
機能のメカニズムを理解させるとともに、情
動との関連性について説明して納得させる。

③ 環境調整

インポテンス発症や経過に関与する諸因
子、とくに現実的な日常生活における心理
社会的ストレスを明らかにするとともに、
患者にとって心の負担となっているストレ
ス環境を改善することによって、不安や緊
張を取り除き、症状の改善に役立たせる。
ストレスの原因となっている外部環境を容
易に変容させることができない場合には、
環境に自分を適応させる工夫が必要となる。

④ 受容

患者の訴えをそのまま受け入れてよく傾
聴することである。患者に自由に話させ、
治療者は発言を控え、患者の訴えをストレ
ートに聴くことである。患者はとにかく自分
を受け入れてもらうことを望んでいるので
ある。

⑤ 支持

症状に関して悲観的な患者に対し、必ず
症状は好転するものであることを繰り返し
強調して励ます。

⑥ 保証

症状の本態や検査結果などをよくいって
聞かせ、不安や緊張を和らげて安心させる
ことである。治療者が協力を約束して、治
療を進めることを保証する。

⑦ 説明または説得

症状についての誤った考え方を正し、症

状中心の生活態度を改め、自分のパーソナリティの問題点に気づかせる。発症状況に即して心身相関をわかりやすく説明する。

⑧ 薬物療法

我国では、一般に薬剤によって治療されるという考え方があるので、心理療法に併用して行われることが多い。薬物が直接勃起機序に作用して奏効する場合と、引き金として作用する場合とがある。抗不安薬や抗うつ薬の向精神薬、ヨヒンビンなどの向自律神経薬、男性ホルモン、漢方薬などが使用されている。

⑨ 血管拡張剤の陰茎海綿体内注射療法

塩酸パパベリン、フェントラミン、プロスタグランジンE₁などの血管拡張剤を陰茎海綿体内に直接注射することによって勃起を誘発させることができる。勃起することを自分の眼で確かめられること、誘発された勃起状態で性交できることから自信が回復してインポテンスの治療につながる。心理学的にも自尊心が成長し、予期不安が消失し、パートナーシップが改善することが証明されている。

⑩ 勃起補助具

陰圧式の装具が使用されている。

症 例

泌尿器科医である筆者が、日常診療で行っている心因性インポテンスに対する治療の実際を自験症例で提示する。

【30才 男性 既婚 会社員】

主訴：勃起障害による性交不能

現病歴：見合結婚。童貞であった。新婚初夜の性交初体験で、勃起力が弱く、性交に失敗した。5日目によりやく性交が完遂したが、

その後も失敗を重ね、予期不安から積極的に性交をおこなう意志を失った。妻から離婚話を持ち出され、結婚1ヶ月半で受診した。

治療経過：勃起機能検査により機能的要因による新婚インポテンスと診断した。そこで、

①器質的原因によるものではないことの説明。

②性的未熟による一時的な不適応状態であることから、必ず治癒するとの支持と保証。③

症状についての誤った考えを正し、発症の心

身相関をわかりやすく説明。こうしたことを離婚話を持ち出している妻にも行い、治療

には男性のみではなく、女性の協力が大切であることを理解させた。そして、夫婦とは二人

で新しい世界を築き上げていくものであるとの認識をもたせた。性交は焦らずにというだ

けで、特別な支持は与えなかった。半月後には夫の気持ちが落ち着き、性交に対する不安

が解消した。1ヶ月後には性交は毎回でないにせよ成功するようになった。3ヶ月後には

性交可能となった。

考察：本症例カップルへのカウンセリングは主に人間的な夫婦関係の改善に重点をおいて行い、治癒したもので、後に夫婦がお互いの気持ちを理解しようと努力したことが心の交流につながったと話してくれた。

【37才 男性 既婚 会社員】

主訴：性交意欲消失

現病歴：結婚4年目に挙児。以来性交意欲が消失して最近2年間性交を行っていない。マスターベーションは週1回のペースで行っている。自発勃起も認めている。性交しない理由を尋ねると、疲れているからと答え、マスターベーションの方が雑誌からの刺激が強いからと答えた。

治療経過：検査は勃起機能が充分にあるのだ

からといって拒否。支持的カウンセリングを行い、1ヶ月後には性交が2年ぶりにできたと報告した。カウンセリングの主な内容は、保証を与え、夫婦とはどうあるべきか、結婚生活における性生活の意義とは、といったものであった。

考察：支持的なセックス・カウンセリングというべき治療技法である。

【28才 男性 既婚 教師】

主訴：勃起しないための性交不能

現病歴：見合結婚。初夜は勃起しないために性交不能であった。その後2回試みたが不能、結婚1ヶ月後に妻が相談にみえた。

治療経過：妻が医療関係者であったため、セックス・セラピーの基本を話し、先ずタッチングから行なうように指持した。10日後夫が受診、始めて膣に挿入できたことを報告したが、勃起はすぐに消退して性交は完遂されなかった。そこで、AVSS 負荷検査を行い、反応良好なデータをみせながら、保証、支持を行った。その2週間後に夫が受診、膣挿入ができるところまで可能となり、昼夜をとわず勃起を認めるようになった。さらに2週間後には初めて性交が完遂された。以後性交可能となり、治療終了となった。

考察：セックス・カウンセリングに脱感作的な行動療法を加えることによって、治療が成功したケースである。セックス・セラピーの原型ともいえるべき治療技法である。

【57才 男性 既婚 タレント】

主訴：勃起不全による性交不能

現病歴：1～2年前より急速に勃起力が低下し、性交が完遂されなくなった。

治療経過：勃起機能検査で勃起を認めたため機能性と診断し、支持、保証を主体とした簡

易精神法で性交可能となった。4年後突然筆者の外来を訪れ、離婚して現在レギュラーパートナーと週1回の性交をもっていると報告した。考察：再受診した際に本症例は検査で勃起機能があることが分かったこと、よく説明されて納得できたことが治癒につながったと話してくれた。

【54才 男性 離婚・再婚 会社員】

主訴：勃起しないための性交不能

現病歴：半年前、前妻と離婚を決意（性的な理由ではない）、現在裁判中である。結婚相談所より再婚目的で女性を紹介された。性交機会をもち可能であったが、最近勃起しなくなって性交不能となった。

治療経過：勃起機能検査の予定をたて、支持的カウンセリングを2回行ったところ、自然に性交可能となった。そのキッカケとして前妻との話し合いがついたことで、本人も精神的な原因と思っていたが、これほどはっきりするとは思わなかったと話してくれた。結婚した。

考察：環境要因が大きく、その調整がついたことで治療に結びついたと解釈された。

【44才 男性 既婚 工場長】

主訴：勃起不全による性交不能

現病歴：結婚生活17年。1年前より急に勃起力が低下し性交不能となった。3年前に2年間単身赴任。戻って1年間出向。仕事がハードになった。

治療経過：勃起機能検査で機能的インポテンスと診断された。支持的カウンセリングを行い、同時に塩酸パパペリン陰茎海綿体内注射を行った。その後1ヶ月の経過をみていたところ、数回の性交が完遂されて、治療終了となった。

考察：パパベリンの海綿体内注射で完全勃起を認めたことが性交につながった。

【40才 男性 既婚 会社員】

主訴：勃起不全による性交不能

現病歴：1年前より十分な硬度の勃起が生じないため性交不能となった。

治療経過：勃起機能検査で機能的インポテンスと診断した。漢方薬を10週間投与したが改善しなかった。そこで、塩酸トラゾドンを2週間投与したところ、良好な勃起が生じるようになったため、以後性交当日のみ服用することとし、性交のチャンスの70%程度は性交可能となった。

考察：薬物療法として抗うつ薬である塩酸トラゾドロンが有効であった。

【32才 男性 既婚 会社員】

主訴：不妊

現病歴：30才で見合結婚。童貞であった。性交を試みるが、勃起陰茎を膣に挿入しようとするとう勃起が消退してしまう。不妊の相談で受診。

治療経過：勃起機能検査により機能的要因による新婚インポテンスと診断された。度重なる性交の失敗から予期不安が強く、自信喪失状態にあったので、支持、保証を主体とした簡易精神療法を開始した。夫婦ペアーを治療の対象とした。同時に薬物療法を併用しアルプラゾラムの就寝前服用を行った。1～2ヶ月間で徐々に勃起力が増強し、膣挿入が可能となった。

考察：簡易精神療法に抗不安薬を併用して有効であった症例である。

【32才 男性 未婚 会社員】

主訴：勃起不全による性交不能

現病歴：2週間前、交際中の女性と初回性交

を試みたが、勃起力が弱く性交不能であった。

治療経過：勃起機能検査とプロスタグランジンE₁テストが正常であったので、支持的カウンセリングと男性ホルモンデポー注射を併用したところ、1ヶ月後性交可能となった。半年後に結婚した。

考察：支持的カウンセリングに男性ホルモンを併用して有効であった症例である。

まとめ

心因性インポテンスの治療にあたっては、医師と患者との間に良好な信頼関係をつくることが重要である。その治療法の基本は心理療法であるが、別の治療法を併用することによって治療成績が向上する。

文 献

- 1) 長田尚夫：機能的インポテンスの治療。医学のあゆみ，152：154-156，1990。
- 2) 長田尚夫：インポテンスの心身医学的問題。心身医療，3：1575-1579，1991。
- 3) 長田尚夫：心理的要因とインポテンス。泌尿器科MOOK No.3 インポテンス診療の実際，162-169，金原出版，1992。
- 4) 長田尚夫：心因性インポテンスの治療。日泌尿会誌，84：68-69，1993。
- 5) 長田尚夫：インポテンス 最近の治療法 7。泌尿器科医にもできる心理療法。臨泌，47：663-666，1993。
- 6) 長田尚夫，他：性機能障害とセックスカウンセリング。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 金原出版，1995。

ワギニズムスの症例

国立千葉病院産婦人科

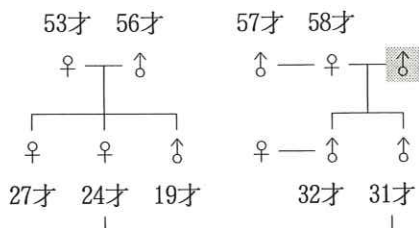
大川 玲子

【症 例】 K. S. (妻) 24才, パート勤務, 高校卒 (本文中ではKとする) H. S. (夫) 31才, 会社員, 専門学校卒 (Hとする)

【主 訴】 ワギニズムスによる未完成婚

【現病歴】 結婚前1年、結婚後1年、計2年間性交できないという状態で受診した。性嫌悪は無く、性器結合以外の性行為は楽しむことができる。夫の愛撫でクリトリスオーガズムも得られる。夫の指を無理やり膣に挿入したことがあるが、とても痛かった。結婚前のHからのセックスアプローチは、二人とも独り暮らしだったにも関わらずあまり無かったと言える。Kがとても痛がるので、無理はしないという形だった。TVの放送で筆者の診療を知り夫妻同意で受診した。挙児希望はあるが、今すぐと言うわけではない。むしろ性行為が普通にできるようにしたい、というのが夫婦共通の希望である。

【家族歴】



【生活歴 (性歴を含む)】

K: 初経16才、月経のことは学校と母に教わる。マスターベーション経験無し。H以外との恋愛、性体験無し。高卒 (私立女子校) で会社員。入社2年くらいでHと社内恋愛関係となる。Kの方が一方的に好きで、Hは他にも関係があったが、やがてHが積極的になり、1年後結婚となる。

千葉県N市で生れ育つ。父は会社員、性格は厳しく頑固、母は中途から保険外交員、性格は冷たいという。夫婦仲は良い。姉は独居だが、外傷後体が不自由で働いていない。小さいとき威張っていたという姉と、今は仲が良い。弟 (学生) とは年が離れているせいか、あまり話したことがない。20才ごろ父親に反発して独り暮らしを始めた。父は結婚にはあっさり賛成してくれたが、現在もそれほど住まいは遠くないのに、実家とはあまり行き来していない。

H: 父は18才ごろ病死し、母は再婚。義父はきさくな人で、父と感じている。現在も夫婦でよく訪ねる。兄とは普通の兄弟。

14才ごろ夢精。同じ頃兄から教わりマスターベーションも体験。恋愛、性体験は4人。性の初体験、21才。

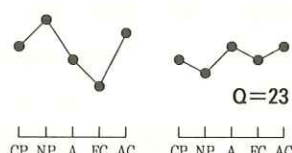
【既往歴】 夫妻とも特記すべきこと無し。

【性格傾向】

K：人見知りがはげしい。マイペース。

H：几帳面

	♀	♂
CMI (神経症尺度)	11	1
STAI (不安尺度)		
SA (状況不安)	30	33
TA (特性不安)	44	40
SRQD (うつ尺度)	10	7
TEG (エゴグラム)		



Kはやや神経質。不安は特に高くないが、軽い鬱傾向あり。他者に気遣い、自己評価が低い、神経症タイプ。

Hは不安、鬱ともに問題なし。自己にも他者にも批判的で、やや優柔不断なところがある。

【治療経過】Kへの行動療法を軸に、Kの心理療法、夫妻へのカウンセリングを併せ行なった。治療期間は48ヵ月、治療回数30回、うち夫妻同席治療4回。行動療法として外陰や膣のアプローチは、入浴時かジェリーを使って行なうこととした。診療の際も同様である。

5/20 '94 初診時（一般外来）

婦人科診察では、診察台で開脚することはできたが、外陰に触れると、痛いと言って逃げてしまい、膣にアプローチできなかった。初回性治療の日までに、自分の性器に触れてみることを指示。

6/25（1回目性治療）夫婦共に受診

Intakeとワギニスムス、その治療法の説

明。行動療法の進行は妻の主導で行なうこと。特に治療者が薦め本人が試みようとするまで、ペニス挿入を試さないこと、を確認する。

初診時の課題、自分の性器に触れる、を少し実行したが、ほんの指先が入ったくらいで、痛いと感じた。

治療的診察（以下、診察）では、外陰に治療者の手のひらに触れることができる。SSSサイズ膣鏡、ゆっくり挿入できる。膣内で少し動かすと、体をよじってパニックになる。なんとかおちついて再度挿入、痛くないと確認。少し自信ができる。

次回診療日を決める際、Kが仕事を抜けにくいのであまり来れない、と言うと夫は「何が大切なの」と言って怒った調子になる。

7/14（2回）Kのみ

自分の練習、診察も前回とあまり変わらず。自律訓練法（AT）とイメージ療法を導入することとする。

7/23（3回）夫妻で受診

心理テスト結果を開いて解説（上記）。

ATは腕まで温かくなる。

8/8（4回）Kのみ

課題：自分で性器に触れた。粘膜に触れると異様な感じがして、じっと感じとてはいられない。指の方の感じはわからない。

イメージトレーニングのための嫌い項目を列举（最も嫌いorがまんできない；10点、平気；0点として自己評価）

一般項目：注射（9）、人前で話すこと（8）、割り込んでくる人（7）、失敗を（自分は反省しているのに）注意されること（6）

性的項目：膣へのペニス挿入（10）、膣に指を入れる（7）、自分の性器のイメージ（2）

AT練習：腕は温かくなり、足の裏も少し

温かい。

診察：SSS 膣鏡、容易に挿入。しかし本人は怖い。膣鏡を少し動かすと、抵抗はないが、顔を歪めている。治療者の指、膣入口に触れる。衝撃が大きいがしばらくそのままがまんできる。少しおちつくが硬い表情で終わる。

9/22 (6回) Kのみ、

課題：ほとんど進まず。

診察：SSS 膣鏡容易に挿入。SS 膣鏡は触れるだけで緊張し、先端を少し挿入して終わる。

夫婦の趣味、生活の話をする。自分は映画が好き。独身時代はたくさん見たが、夫があまり好きでは無いので、今は専らビデオで見ている。恋愛物も含めて幅広く見る。夫はキャンプ、釣り、スキー。一緒に行って結構楽しんでいる。家事は専ら自分の役割。帰宅は自分が早いし、夫は家事をおろそかにしてまで仕事をして欲しくないと言う。仕事も好きなことだし、女は家事と納得している。

10/ 8 (7回) 夫妻

課題：性器に指をあて、10秒は数えられるようになった。

10/29 (8回) Kのみ

課題：練習はしているもののほとんど進まず。指から見た膣は？ 膣の入口は触ってみてつるつるしているが、奥の方はよくわからない。

AT：両腕、両脚の温感がでる。何かあせっているときにATをすると落ち着く。

イメージトレーニングは全然取り組んでいない。

治療者は内心あせるが、練習はするし予約日にきちんと来るので、治療意欲をそのつどはげますこととする。

11/11 (9回) Kのみ

課題：自分の練習は進まないまま、夫の指挿入を試みる。1指半分くらい入るようになった。

診察：SSS 及び SS 膣鏡が容易に挿入可。SS 膣鏡を少し拡張させると痛みを感じ緊張する。

12/ 2 (10回) Kのみ

職場を変えた。気に入った仕事だったが家事に支障があるので変更。

課題：転職の影響もあり、自分の練習やATはしていない。夫との練習にはやや積極的になる。夫の指(1指)楽に入る。

診察：SS 膣鏡の後、治療者の1指挿入可となる。膣入口にピンと張った輪ゴムのようなリングに触れる。これは本人も痛いと感じているが、少しがまんして指をすすめると、内方は弛緩している。この痛い突っ張りは、緊張によるものだと言明する。痛いことと、怖いことの違い(痛さはがまんできる)が少し実感できる。

※このようなリングは見られる人と全く無い人がある。幅1mmくらい、膣全周にリング状に触れる突っ張りである。この症例ではかなり執拗に触れ、一時は切開術も考えたほどであるが、一過性のものである。

1/12 '95 (11回) Kのみ

夫の裏切り行為のため大げんかをした。夫は反省している、と。

課題：自分の練習でも1指入る。自分の方が怖くないとわかる。夫の指は2指を試しているが全然だめ。

診察：前回同様。1指で細いリングに触れる。

3/ 2 (13回) Kのみ

課題：自分の1指確実に奥まで入る。2人では前と同じくらい。

診察：治療者の1指容易に挿入。リングはできない。左右に動かすことも可。2指を試みると指先くらいで緊張し、リングができる。

行動療法に乘れなかった頃は先が見えずつらかったが、このごろ進展があり気持ちが楽になった、と語る。

4/22 (15回) 夫妻で来院

課題：自分の指、夫の指ともに1指は容易だが、2指は少し入ったところで痛み。夫は治療者が観察したのと同様のリングを体験している。この他、体が硬いなど、感じたことをKに伝え、コーチ役をつとめている。練習の後、妻の援助で射精するようにしている。しかし一方がその気になると他方は眠くなる、などタイミングのズレも少し増えてきているようだ。

診察：治療者の2指が何とか挿入可となる。

7/11 (19回) Kのみ

課題：この間3ヵ月ほとんど進展していない。練習はむしろ頑張っている。タンポンも試し、何とか入れられるようになった。痛いことへのがまんもしている。

診察：膣入口部のリングはむしろ著明。

夫に対する感情。夫に言って無いようなものがある？ という問いに、しばらく沈黙した後答え。「夫との関係、初めは私の片思い。私が打ち明けると、彼は何とも思っていない、という返事。それなのに彼は私の家に押し掛けてきて泊まり、セックスを迫った。私は相手が私を好きじゃないなら挿入させない、という気持ちで、体で拒んだ。そのときの体の反応が残っているのかも知れない。遊ばれるのは嫌なので、私の方から交際をやめたが、

彼はその後交際と結婚を求めてきた。曰く、愛されている方が楽だと。」話しながら泣く。

8/1 (20回) Kのみ

いらいらして練習あまりできず、進展も無し。

8/18 (21回) Kのみ

いらいらの原因が自分でわかったらすっきりし、何だったのか忘れてしまった。夏休みの遊びの話しから、両親の家には行かないの？ と治療者。

「私は両親とは仲が悪く、用が無ければ行かない。両方とも私にきびしくて助けてくれるような人じゃ無かった。門限など、普通の限度を越えたきびしさだった。特に父がそうだった。姉は何をやっても長続きしなくて、その分私に期待したのか。勝ち気だからいつも父とぶつかった。父が何か買ってやる、と言うと要らない、じゃやってやらない、という風。父が短大へ入れてやると言ったが、私は理料系の大学へ行きたい。そんなら就職しろ、となぐられたり、外へ出されたりした。そんな私を母は助けるどころか、抑えつけようとした。20才で家を飛び出し、1人暮らし。1年くらい音信をしなかった。でも結婚はあっさり認めてくれた。父みたいな人とは絶対結婚しないと思っていた。夫は基本的にはがんこで古いタイプだけど、父よりは柔らかい。」

9/8 (22回) Kのみ

少し気持ちが落ち着き、冷静になった。

課題：練習回数は少なくなったが、今までで1番うまく行った時が有り、夫の2指が、多少のつっぱりはあるものの入った。練習のとき、意識を一番つっぱりところからそらすようにすると割合うまくいくようだ。

診察：治療者の2指、ゆっくり挿入可。リ

ングができそうになると、本人が気付किリラックスを方向付ける。(膣を意識的に収縮し、次いで力を抜く方法。いわゆるケーゲル法である。Kはあまり上手にできないが、練習はしている。)

身体感覚が大分できてきた。しかし不安、緊張はまだかなり強い。

9/28 (23回) Kのみ

課題：夫の2指が入る。

診察：治療者の2指挿入で膣の緊張ほとんど無し。リングを弱く触れるが、膣の引き締め、リラックスを繰り返し、会話をしているうち消失する。

次の課題を、ペニス挿入に向ける。はじめは挿入を考えず、ペニスを膣入口に触れさせ、感触を試す、その感覚に慣れる。女性上位の体位で試す。

10/19 (24回) Kのみ

課題：自分と夫の指ともに2本楽に挿入できるようになった。ペニスを試してみた。男性上位だと足が閉じてきてうまくいかない。この点女性上位の方がしやすいが、自分がリードしなければならない感じで自信が無い。でもペニスには爪が無いので(指では爪が引っ掛かり気になる)できそうな気がする。指のように1指、2指という段階がないのがちょっと心配。

診察：治療者の2指挿入問題無し。リング全周でなくわずかに左方に触れる。

2/ 1 '96 (27回) Kのみ

ペニスが膣内に1/2くらい入るようになった。

3/21 (29回) Kのみ

課題：その後なかなか進まない。男性上位の方が自分の気持ち楽なのでそれで練習し

ている。いろいろ試しているうちに夫の勃起が萎えてしまうこともしばしば有り。二人ともちょっと焦っている。でも指はほとんど問題無く挿入できている。

診察：何度か治療的診察は省いていたが、膣の緊張を認めるのでやはり指の練習は大切。

夫は射精するようにしているが、Kは挿入に気をとられ全くセックスを楽しんでいない。挿入は必ずできると思うので余裕を持って、楽しむことも考えよう。

「私達もそう話しています。今まで余裕が無かったから、セックスできるようになってもらえば子供をつくらず楽しもう、と」

4/19 (30回) Kのみ

ペニスの挿入がいつでも、何とかできるようになった。ピストン運動はまだしていないが、自分の足が邪魔ではなくなった。夫が先に萎えてしまうことはしばしばだが、この調子で練習していけばちゃんとできるようになる、と自分で思う。自分達でやってみます、と治療関係を終了する。(何かあれば連絡)

3/ 1 '97

妊娠のため受診、現在妊娠継続中である。

【考 察】

本症例は筆者のそれまでの体験で最も治療に長期を要したケースである。そのため治療者としても何度か不安やあせりを感じたが、終了してみれば膣挿入への強い恐怖と、他者を受け入れることへの困難性を併せ持った、典型的な症例ともいえる。治療のスキルもあるとして、本人は一生懸命努力したのだが、葛藤をのりこえるにはそれなりの時間が必要だったのであろう。治療経過はおよそ三つの時期に分けることができる。まず行動療法の

導入までに要した、初診から9回目までの6ヶ月。次いで行動療法が順調に進み夫の2指挿入あたりで再び足踏み状態になる15回目、までの5ヶ月。そして心理療法で強化しつつ最終段階まで進行した最後の1年、である。

第1段階。行動療法に乗れない時は精神療法、それもいきなり導入しにくい場合に、イメージトレーニングが中間的で良い方法であるという金子⁽¹⁾の示唆もあり、これを導入しようとした時期があった。筆者の認識や経験が不十分だったため有効活用できず消滅してしまったが、あとで記録を見ると、嫌いなことは“注射”“人前で話すこと”“失敗を注意される”“割り込んでくる人”の順である。先端恐怖的な部分もあり、他者との交流とりわけ他者を受け入れることの困難性、と同時に強い自意識が良く表現されているとあらためて考えた。

第2段階。行動療法が進み始めれば、報告を聞き、次の課題を出す、という比較的順調な作業が続く。性機能不全の人は一般的に苦手な項目では緊張が強く、細部にこだわる。例えば膣に指を挿入してみよう、と思っても、どの指を入れるんでしょうか、指の向きはどんな、姿勢は？というように細かい支持を求めてくる。これに面倒がらずに、その人に合った支持（できればそんなことは本来自分で探すのだ、と悟れるような方向性をもって）をしなければならぬが、経験を積むと傾向もわかってくるものである。このような場面では産婦人科医であり、直接性器や身体の状態、反応を見ながら相談できることは益するところが大きい。指を挿入することはワギニスムスの治療に最も普通に行なわれるが、爪が妨げになることも少なくない。Kは指をクリアー

してからそのような発言をしたが、指の段階で爪が気になる、練習では必ず切りそろえる、夫にも爪を切らせる、という対応をする人も多い。もちろん練習が進むにつれてさほど気にならなくなるはずである。指が不潔だという拒絶反応を示す人もいるが、Kには見られなかった。

行動療法が進展するにつれて、性器、特に膣をはじめとして、自分の身体の現実的な感覚を認識するようになる。爪に対する不安がなくなるのもそのためである。指を触れさせて10秒がまんする、の段階では身体感覚は無いが、膣粘膜はつるつるしている、痛いのがまんできる、は現実感覚である。更に、緊張すると足が閉じてくる、緊張すると膣が収縮しリングができる、といった状況も感知し、それをコントロールできる、となれば一歩進んだ身体感覚ということができる。本来はそれも、無意識という程度に自然にできるものであるが、治療の目標はコントロールできるところまでで良いと考える。

第3段階。精神療法は行動療法が行き詰まったとき、そのことであまり追い詰めず、そこから話題をそらすように導入した。治療者が日頃のやりとりで気になっていたことをさりげなく切り出す、という具合である。筆者はしかし問題の核心に早急に触れすぎる、と心理療法家には良く批判される。この症例でもその傾向があると思われるが、Kの自己洞察能力が優れており、両親や夫へのネガティブな感情も、あとは言葉にするだけというほどに意識されていたため、タイミング良く引き出されてきたものと考えられる。性的な存在として大人になるためには、親からの出帆が必要であるが、Kでは両親への強い否定的感

情がそれを妨げていたようである。否定的といってもそれは、エゴグラムで AC; adapted child が高いことで示されるように、親に受け入れて欲しい、という子供っぽい感情の裏返しでもあり、夫に対してどこか拭いきれない拒絶的な感情が残っていたのも、同根のものではないかと思われる。

感情が吐露されたため気持ちが整理され、自他を同等のものとみなせるようになった、かどうか確かめてはいない。性治療、ないし行動療法は問題が解決できればそれでよし、とする。治療の後段で K が「何だかいらいしていたが、原因がわかったのですっきりし、その原因は忘れてしまった。」とのべている如くである。

再び全体を振り返ると、一旦船をこぎ出した行動療法も、少し進んでは滞り、また進んでは足踏みをした。考察冒頭にも述べたように、本症例では治療者があせるという場面もあったが、治療が長引いた場合にやはりクライアント夫婦のあせりを緩和させ、サポートする必要がある。治療のなかごろに K がバイクで転倒し軽い怪我をした。ひざにできた直径 10cm くらいの紫斑が長いこと消えず、治療関係を終了した時点でもまだ残っていた。それが診察の際良く見えることと、紫斑の消退が確実ではあるがとても遅かったので、ワギニスムスとどちらが早く治るか、などと冗談を言い内心のあせりを抑えたのも、なつかしいこととなった。

性機能障害の行動療法はパートナーの対応が大きく左右するが、夫の H は人間関係の形成にやや消極的ながら、理性的なコントロールはでき、かつ健康な性欲が有るため、練習への協力は良かったと考えられる。治療後半、

ペニス挿入段階が始まると、夫が勃起不全を示すことは珍しくない。妻が挿入を受け入れる態勢になるまで長時間を要するために、勃起が消退してしまう、という単純な原因もあるが、ワギニスムスのパートナーには概して相手に遠慮しすぎる傾向が有り、時に妻の治療が夫には圧力になることがある。そのため、この時期には夫に対するサポートも必要になる。しかし本症例ではそこまで関らずにワギニスムスの治療を終了できた。

妊娠してしまうと、本人も治療者も喜び安心してしまいがちである。しかし妊娠しても、必ずしも自由に性交できているとは限らない。ワギニスムスでは基本的に、性交がある程度コンスタントにできる、というあたりを治療目標にし、その先は自助努力に頼まねばならない。挙児がほとんど唯一の目的である人では、妊娠、出産後性交は行なわれなくなってしまう心配もある。K の場合も、妊娠してからほとんど性交は無いし、妊婦健診の必要から内診すると、充分スムーズというわけではない。この夫婦の場合は子供が第一の目標ではなかったし、幸い筆者は妊娠出産も援助する立場になったので、妊娠で安心しきらずそれとなく注目していきたいと考えている。

参考文献

1. 金子和子：性治療における脱感作——一般項目と対人的項目の導入，心身医学，34p 172，1994
2. カプラン著、阿部輝夫監訳：図解セックスセラピーマニュアル，星和書店，1991，東京
3. カプラン著、野末源一訳：ニューセックスセラピー，星和書店，1982，東京

4. 日本性科学会監修：セックスカウンセリ
ング入門，金原出版，1995，東京

編集後記

遅ればせながら 1997 年度の Vol.15 No.1 号の学会誌をお届けします。

1. 学会誌の性質上、より多くの原著論文の投稿が望まれます。しかし、現在わが国には、休刊している“Sexual science”のような性科学関連のジャーナルがないことから、本誌は性科学の情報誌や解説誌としての役割も果たすべきであろうと考えています。

さて、ご覧いただければ、従来に比して内容が充実したのを実感いただけると確信します。HRTの長期例の検討の山崎論文のような時宜にかなったテーマは関心が高いのではないかと思います。その他の論文や症例も、有用な関心の高いテーマのもので、会員諸氏に裨益することでしょう。

2. 本年度は、学会認定制度の発足初年度にあたります。セックス・カウンセラーとセックス・セラピストの資格と、指導者としてのスーパーバイザーの資格です。資格認定委員会が資格要項を規定し、すでに認定審査をはじめています。資格条件を満たしておいでの方はどうぞお手続きを進めてください。この件に関しては学会員にはすでに通知済みのはずですが、詳しくは事務局にお問い合わせください。認定制度の発足で学会誌の投稿が増えるのではないかと編集委員としては、大いに期待しています。

3. 本年度はバルセロナで第8回世界性科学会が盛会裡に開催されました。充実した内容で、その様子は近く報告があると思います。バレンシアで大川玲子本学会現幹事が、理事に、選挙の結果選出されました。前回主催した世界性科学会の内容が評価されたことと、東洋におけるわが国の指導的な立場に鑑み、今後一層本学会の役割は大きくなるものと考えます。

4. 学会の性質上、倫理要項は再重要です。学会倫理委員会委員長としての任に当たられていた、埼玉医大産婦人科教授矢追良正先生が、8月急逝されました。謹んでお悔やみ致します。

5. 本学会は近年現役の幹事会が充実して活動して、実施的に学会を牽引しています。本学会の果たすべき役割と対処すべき課題は、時代を反映して、年々増多しています。社会的な時代のニーズに応えるべきことを、認識して頑張りたいものです。

(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
日本性科学会雑誌編集委員会 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