

日本性科学会雑誌第16巻1号 平成10年6月30日発行

日本性科学会雑誌

JAPANESE JOURNAL OF SEXOLOGY

VOL.16 NO.1 June. 1998

日本性科学会

Japan Society of Sexual Science

巻 頭 言

日本性科学会理事長 野 末 源 一

第26回性治療研修会は大変盛況であった。然も活発な議論が行われこの Sexuality の研究も地についたと感じられた方は多いと思う。人々の内面から規定される Sexuality の価値の重要性については多くの人が認めつつあり、それが市民権を得たことについて誰も疑う人はいないであろう。精神医学的、心理学的な性の研究と臨床が QOL に与えるインパクトは大きなものがある。

身体面の研究も又大きな進歩が見られる。形成外科による陰茎の形成や、ファイザーが開発し最近アメリカの FDA から認可された、“Viagra (商品名)” などがそれである。後者は内服用の勃起治療薬として大変効果があり、処方箋によって服用できる。性科学の進歩について、それが現実の生活に生かされると共に、我々の QOL は更に向上して行くであろう。

1950 年代に動物実験で脳のある部分（視床下部と中隔核）に快楽領域が見出された。弱い電流の刺激がその場所に行くようにセットされた動物は如何に苦しくともそのスイッチを踏み続ける。この発見により心理学者は、人間の行動の動機がこの快楽への渴望であると考えようになってきた。はたして人間は快楽のみを追求して生きているのだろうか？ 次のような話がある。胎児を男性化させる SRY 遺伝子を発見したグッドフェローグループ研究者の一人が「活動中の数千の細胞群が、その発育のある期間、恐らくわずか 48 時間位で、女性から男性の体系へと変化してしまう。その不思議さには心を打たれます。」と述べたと伝えられる。特に性については心理的、肉体的仕組みがどのようにして出来ているのか、研究が更に深くなり科学が進めば進むほど自然に対する畏敬の念に打たれるであろう。より大きな存在に対する畏敬の念を持ち、クライアントの QOL 増進のために性の研究と臨床を行うべきであろう。

目 次

巻 頭 言	野 末 源 一	1
腔内射精障害	阿 部 輝 夫	3
ワギニスムスの再定義への試み	大 川 玲 子	9
女性の性機能障害の診断に関する疑問と提案Ⅰ	金子 和子・渡辺 景子	16
女性の性機能障害の診断に関する疑問と提案Ⅱ	渡辺 景子・金子 和子	22
女性の性機能障害の再定義の試み	金 子 和 子	29
症 例 報 告		
未完成婚夫婦へのセックス・セラピーの1例	青 木 孝 允	36
性嫌悪障害の1例	西 丈 則	39
近親姦（兄妹）の1例	佐 藤 ち 江	42
判例から考える性別決定の医学的，法的問題	針 間 克 己	46
書 評		
男性同性愛者のライフヒストリー	村 口 喜 代	48
編 集 後 記	河 野 友 信	51
日本性科学会会則		52
日本性科学会「セックス・カウンセラー」，「セックス・セラピスト」		
資格認定規定		56
資格認定制度における過渡的措置		58
投稿規定		

腔内射精障害

あべメンタルクリニック

阿部輝夫

1. はじめに

性障害に関する外来統計をとり始めてから13年になるが、受診患者数は年々増加傾向にあり、近年は特に著しいものがある。これは性の悩みを抱えて潜伏していた人たちが、どこに相談しに行けばよいかをマスメディアを通して知ようになったからと考えられる。

表1には、この13年間に性の問題を主訴に来院した827例（カップル）の診断分類を示した。この表の16～21まではDSM-IVの性障害には該当しないが、主訴が性の問題であったものである。この827例中男性側に問題があったものは73%で、圧倒的に男性因疾患が多かった。

表1 性障害の診断分類（1984～1997年）

1. 勃起障害	366 (44.3%)
2. 腔内射精障害	73 (8.8%)
3. 性嫌悪症	67 (8.1%)
4. 性欲障害	65 (7.9%)
5. 性交疼痛症	54 (6.5%)
6. 早漏	31 (3.7%)
7. 性転換症	30 (3.6%)
8. オルガスム障害（女性）	15 (1.8%)
9. 腔瘻	11 (1.3%)
10. 性同一性障害	6 (0.7%)
11. フェティシズム	3 (0.4%)
12. 小児愛	1 (0.1%)
13. 露出症	1 (0.1%)
14. 服装倒錯	1 (0.1%)
15. 無感覚射精	1 (0.1%)
16. 性的回避	49 (5.9%)
17. 夫婦間葛藤	24 (2.9%)
18. 同性愛	15 (1.8%)
19. 性的知識不足	8 (1.0%)
20. 性成熟障害	5 (0.6%)
21. 処女膜強靱症	1 (0.1%)
計	827例

毎年の患者数で常に第1位だったのは勃起障害であったが、腔内射精障害は従来4～6位であったものが、次第に順位を上げ今年は第2位にランクされてしまった。この増加は急激なものであり、その原因を考察する必要がある。腔内射精障害73例を病型分類してその治療法とともに報告する。

2. 対象および方法

1984年5月15日から1997年5月14日までの13年間に、順天堂大学浦安病院精神科および、あべメンタルクリニックに性障害を主訴に来院した827例中73例の腔内射精障害について検討を行った。

1例（1カップル）1診断とした。例えば夫に勃起障害と早漏を認め、妻に性交疼痛症を認めた場合、彼らの性関係にとって、どちらか一番重要な要因であるのかを検討し、ひとつだけを抽出した。もちろん他の精神疾患、例えばうつ病、精神分裂病、摂食障害、強迫神経症などに由来する性障害は統計から除外した。

3. 結果

腔内で射精でもない原因を分析してみると5つのタイプに分類することができる（表2）。

73例中一番多い病因は非用手的なマスターベーションで39例、次いで、そばに誰かいてはダメでひとりでないといと射精できないものが17例、グリップが強すぎるのが原因と

表2 腔内射精障害の病因

(単位: 例)

病因	年							計
	1984~ 1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	
非用手的	2	1	2	3	6	8	17	39
ひとりでない	1	1	1	2	3	3	6	17
強いグリップ	1	1	1	1	3	2	3	12
子孫拒否	1	0	0	1	0	0	1	3
フェティッシュ	0	0	1	0	0	1	0	2
計	5	3	5	7	12	14	27	73

思われたもの12例、深層心理の部分で子孫を残すことを拒否していたもの3例、フェティシズムがあり、“お気に入りの物”を用いないと射精できないもの2例の順であった。

腔内射精障害が性障害全体の中で占める割合は、1984~1991年までの7年間はわずか3.64%であったが、'92には7.14%、そして'93以降は約10%前後に増加していた。

4. 定義と診断

本症は遅漏の一型とも考えられるが、異なった病理的側面もあるので後に考察する。DSM-IVの遅漏の定義は下記のとおりである。

興奮相に続く腔内でのオルガスムの遅延あるいは欠如。マスターベーションではオルガスム可能なもの。

Shaw¹⁾は本症の心因として①性的に興奮しないのではなからうかと思う不安、射精しなければと思うこと、パートナーをよろこばせることへの遂行不安、②強迫的パーソナリティ、③心理的な性的感受性の低さ：あたかも交感神経系（射精）と副交感神経系（勃起）が触覚と分離しているかのようだ、などをあげている。頻度は早漏に比べればはるかに少なく、マスターズ²⁾の報告でも11年

間に17例を数えるにすぎなかったという。

診断は問診からさして困難ではないが、鑑別診断が必要な場合がある。女性パートナー側に性交疼痛症があったり、何らかの夫婦間葛藤があり、射精に必要なかつ十分な性交時間が得られない場合と、勃起の持続力が悪く性交途中で萎縮して射精に至らない場合などである。彼らの主訴は、「マスターベーションでは射精できるのに、性交では、いくらやっても射精しない」とか「夫はいったふりをしているが、その形跡がない。私の方に何か欠陥があるのでしょうか」とか「子供が欲しいがこのままでは」などと表現されていた。

5. 病型と治療

腔内で射精できない原因を分析してみると、5つのタイプに分類することができる（表2）。

1) 非用手的マスターベーション

手をつかわないマスターベーションを続けていたために、その方法でないと射精反射が作動しないと考えられた群である。この群は腔内射精障害73例中39例（53%）と一番多く、その方法は表3のとおりである。

シーツを使う者が一番多く、下着を脱いで直接スーツの感触を求める者と、下着をつけたままの者はほぼ同数であった。布団や枕を

股間に挟んでの13例は下着をつけたままで、横臥位がほとんどである。ペニスを股間に挟んでの2例は勃起しないまま射精していた。

表3 非用手的マスターベーションの方法

シーツにこすりつける	21
布団や枕を股間に挟んでこする	13
ペニスを股間に挟んで圧迫する	2
畳にこすりつける	1
週刊誌に挟んでこする	1
会陰部をクッションにこすりつける	1
計	39例

これらの非用手の群は、手すなわち温かい皮膚感触ではなく、多くは布の感触、そして畳や本のヒンヤリした感触が、彼らの勃起や射精のために欠かすことのできないものになっていたわけである。

治療法としては、このような慣れ親しんできた刺激から手での刺激によって射精可能になり、さらに腔内で可能になるための性的訓練を重ねていくしか方法はない。具体的には、のりのきいたシーツから柔らかい布に、ついでガーゼに変え、枚数を減らしていき、そして手へと移る。

この群のもうひとつの特徴は、ある決まった体位ではないと射精できないということである。うつ伏せや横臥位で、あるいは脚に力を入れてピンと伸ばしていないと射精できないという者もいる。このように体位までもが、長年の習慣になっていて、射精に至る必要条件となってしまういたのである。

2) ひとりでない射精できない

17例(23%)にみられたこの原因は、女性のオルガスム障害のメカニズムとよく似ている。本来射精は、嚥下・排便・排尿などと同じく自律神経を介した反射ではあるが、随意的にコントロールできるものである。しか

し、心理的葛藤や不必要な感情の高ぶりなどがこの反射を抑制し、解放することができなくなっているのがこの疾患である。具体的には、遂行不安や妻の心理を必要以上に気づかうことが直接因になっている場合が多い。またこれも習慣との関連がある。独身時代のマスターベーションを誰に邪魔されることなく、ひとり秘かにやっていたため、パートナーがそばにいと集中できずに射精に至らないという症例もある。

治療的には、このような不安を系統的に脱感作していく方法が有効である。彼らはひとりなら射精できるので、妻にこのことを説明し、マスターベーションの時の2人の物理的距離を次第に近づける方法をとる。具体的には、妻が買い物に行っている間ひとりで射精する→次に妻が階下にいる時2階でドアをロックして射精→次に隣室にいる時→ドアを開けた隣室で→同室で離れて→同室で近づいて妻は背を向けて→妻を片手で抱きながら→妻の手を添えて→妻の手や口の刺激で→腔のそばで→射精直前に挿入して、などが練習方法の1例である。これらの項目を用意しておき、2人の親密さや性的熟練度に合わせてどこから練習を始めるべきかを検討する。

大事なことのひとつは、この練習中は性交後はマスターベーションで射精することを義務づけておくことによって性交と射精、すなわちオルガスムを連動させておくことである。もうひとつはこの練習中に性的空想をもつことを勧めている。これは射精反射を抑制している不安から気をそらす役割をして、オルガスムを解放しやすくする。場合によっては伸展位をとることやブリッジ・テクニック³⁾によって男性への性的刺激の増量をアドバイス

3) 強すぎるグリップ

Figure 1 is a scatter plot showing the relationship between age (x-axis, 20 to 50 years) and grip strength (y-axis, 0 to 15 kg) for two groups: men with intracranial spermatorrhea (filled circles) and control men (open circles). The control group shows a general upward trend in grip strength with age, while the spermatorrhea group shows a more variable pattern with lower overall values.

Age (years)	Grip Strength (kg) - Spermatorrhea	Grip Strength (kg) - Control
18	14.5	3.0, 4.0, 5.0, 6.0, 7.0
20	10.0, 10.5, 11.0, 11.5, 12.0	3.0, 4.0, 5.0, 6.0, 7.0
22	10.0, 10.5, 11.0, 11.5, 12.0	3.0, 4.0, 5.0, 6.0, 7.0
24	10.0, 10.5, 11.0, 11.5, 12.0	3.0, 4.0, 5.0, 6.0, 7.0
26	10.0, 10.5, 11.0, 11.5, 12.0	3.0, 4.0, 5.0, 6.0, 7.0
28	10.0, 10.5, 11.0, 11.5, 12.0	3.0, 4.0, 5.0, 6.0, 7.0
30	10.0, 10.5, 11.0, 11.5, 12.0	3.0, 4.0, 5.0, 6.0, 7.0
32	10.0, 10.5, 11.0, 11.5, 12.0	3.0, 4.0, 5.0, 6.0, 7.0
34	10.0, 10.5, 11.0, 11.5, 12.0	3.0, 4.0, 5.0, 6.0, 7.0
36	10.0, 10.5, 11.0, 11.5, 12.0	3.0, 4.0, 5.0, 6.0, 7.0
38	10.0, 10.5, 11.0, 11.5, 12.0	3.0, 4.0, 5.0, 6.0, 7.0
40	10.0, 10.5, 11.0, 11.5, 12.0	3.0, 4.0, 5.0, 6.0, 7.0
42	10.0, 10.5, 11.0, 11.5, 12.0	3.0, 4.0, 5.0, 6.0, 7.0
44	10.0, 10.5, 11.0, 11.5, 12.0	3.0, 4.0, 5.0, 6.0, 7.0
46	10.0, 10.5, 11.0, 11.5, 12.0	3.0, 4.0, 5.0, 6.0, 7.0
48	10.0, 10.5, 11.0, 11.5, 12.0	3.0, 4.0, 5.0, 6.0, 7.0
50	10.0, 10.5, 11.0, 11.5, 12.0	3.0, 4.0, 5.0, 6.0, 7.0
52	10.0, 10.5, 11.0, 11.5, 12.0	3.0, 4.0, 5.0, 6.0, 7.0

図1 マスターベーション時の握力

かかわらず、強迫的な射精願望があることが原因となっている場合もあり、その患者背景に合わせた対応が要求される。

4) 子孫拒否

彼らは一様に「早く子供が欲しい」と言う。妻も基礎体温を計り始めたという状況である。夫の個人面接に切り換え、何回かの精神療法セッションを行った結果、3例とも「実は自分の子供は欲しくなかったのだ」と気づいた。このことは養育史・生活史から既に想像はついていた。1例は自分が口蓋裂で、「子供に遺伝して自分のようにいじめられたり、不自由を感じるのなら生まれぬ方がよい」と考えるもうひとりの自分に気づいた。2例目は、「他の子供はかわいいし、自分は子供がすきかと思っていたが、生まれたらうるさいし、経済的にも大変だし、女房がパチンコばかりやっているし……」と語り、自分が子供の頃鍵っ子で親の愛情に恵まれなかったことと重複して考えていた。同棲から結婚を気に腔内射精障害に陥った症例は、「同棲中なら中絶すればよかったけど、結婚したらそうはいかないし、自分にそっくりなのもうひとり生まれてくるなんて信じられない」とニヒロスデックである。

— 6 —

5) フェティッシュ

残り2例の腔内射精障害は、マスターベーションの方法に特徴があった。

1例は、ゴムの感触とにおいがないと充実したオルガスムが得られない。ことの始まりは中学1年生の時、土産にもらったゴムのドッジボールを抱いて寝ていたら性的に興奮し、股間に挟んでいたら精通してしまい、以来高校卒業まで同じ方法で行っていた。大学に入り、生ゴム探しに懸命になる。台所用ゴム手袋や食品衛生用のゴム手袋から、現在気に入っているのは軟式テニス用のゴムボールの感触とにおいだという。

もう1例はナイロン・フェティシズムで、ナイロン製の布の感触を手で確かめたり、ペニスに与えたりしないと射精できない。

これら2例に対する治療的アプローチは、本人を変化させることはきわめて困難なため、パートナーの理解と協力を得る努力をすることになっている。

6. 考 察

外来統計を眺めて気づくのは、セックスレス・カップル^{4,5,6)}の増加であるが、本症は日本性科学会で合意を得たセックスレス・カップルの定義⁷⁾である「特殊な理由がないにもかかわらず、カップルの合意した性交、あるいはセクシャル・コンタクトが1ヶ月以上なく、長期にわたることが予想される場合」には該当しない。それどころか、逆に子づくりのために“セックスフル”になっているカップルもある。にもかかわらず、生殖の性の側面から見るとセックスレスと言わざるを得ないのかもしれない。

腔内射精障害が前述したDSM-IVの遅漏の

定義にはピッタリとあてはまっているが、Showが示した3つの心因とは無関係な原因で起こっているケースが多い。子孫拒否の3例だけは、深層心理に射精を抑制する心因が明確になっているが、他の非用手群をはじめとして、1人でないと射精できないものや、強いグリップ群、フェティッシュ群などは、心理的要因よりもマスターベーションの方法が特殊でそれが固定化し、習慣づけられてしまったことが病因になっている。射精までの時間が早いか遅いかの問題⁸⁾とは異なって、腔の中ではどのようにしても射精できないのが本症である。例外的にフェティッシュの1例は妻の理解を得てテニスボールを枕元において、まもなく腔内射精が可能になったものがあるが、ほとんどの症例は永年慣れ親しんで学習した自分の好みの方法をとらなければ射精反射は作動しないことから、心理的葛藤や抑圧によって射精を遅らせている遅漏とは病理が異なると考えられる。永井ら⁹⁾も射精障害を臨床症状により①腔内射精不能、②早漏・遅漏、③逆行性射精、④射精が全くない、⑤その他に分類している。腔内射精障害の非用手群と一人でないと射精できない群、そして強いグリップの3群を遅漏の診断概念から独立させる可能性もある。つまり遅漏を心因性と状況性に2分して、状況性の遅漏にこれら3群を分類することも考えられる。もうすこし症例をかさねて検討することにする。

最後に、何故本症が近年増加傾向にあるのかについて考察する。5つのタイプのなかでも、非用手群とひとりでないとの群の増加が目立っている。この背景には、少子化によって個室を与えられることが増え、性知識を親兄弟から見聞きする機会が減って、塾通いが

忙しく、運動部にも属することが少ない現代の子供達は、悪友から“正しいマスターベーションの方法”を伝承されることもなく、“間違えたマスターベーションの方法”が固定化してしまった可能性が強い。じっくり楽しみながらのマスターベーションが減ってきて、“さっと出して受験勉強”というスタイルがCowper腺の分泌も体験したことのない成人をつくり、早漏の増加の一因にもなっていると考えられる。

7. おわりに

性医学の分野でも診断概念は刻々変化し、治療技法も進歩している。同性愛は1987年精神科疾患から外され病気と見なされなくなった。そして、今話題の性転換症も手術が倫理的に認められ、市民権を得る日も近いと思われる、同性愛と同じ経過をたどる予感がある。

薬物療法では勃起障害に対する有用な内服薬が現れ、勃起障害に悩む必要がなくなる時代がこようとしている。

しかし外来統計を眺めて気づくのは、セックスレス・カップルの増加である。女性側の性障害はそれ程変化は見られないが、男性で明かな増加が認められるものに、これまで述べてきた腔内射精障害と性欲障害および性嫌悪症がある。男性の性欲はどこに行ってしまったのかと思う程性欲低下症が増えているし、妻のことが家族や肉親のように思えて性の対象にならなくなったと、何年間もセックスレス状態にある男性の性嫌悪症が急増している。我々をとりまく環境に何か変化でもあるだろうか、地球上に何らかの有害物質でも増えているのだろうか。今後検討が必要な課題である。

文 献

- 1) Show J: Play therapy with the sexual workhorse: Successful treatment with twelve cases of inhibited ejaculation. J Sex Marital Ther 16 : 159-164, 1990
- 2) マスターズ&ジョンソン：人間の性不全, 謝 国権（訳）, 池田書房 1990
- 3) カプラン：図解セックス・セラピー・マニュアル, 阿部輝夫（監訳） 星和書房, 1991
- 4) 阿部輝夫：セックスレス・カップルと回避型人格障害—137例の症例分析から, 日本性科学会雑誌, 8, 10-23, 1991
- 5) 阿部輝夫：回避性人格障害と性障害, 福島 章, 町沢静夫, 大野 裕編：人格障害. 金剛出版, 東京, pp290-299, 1995
- 6) Abe T: Sexless Couples and Avoidant Personality Disorder. Sexuality and Human Bonding. International Congress Series 1095. Elsevier Science BV, pp337-342, 1996
- 7) 阿部輝夫：セックスレスの概念と診断—10年間の外来統計から. 日本性科学会雑誌, 12, 1, 5~10, 1994
- 8) 矢島通孝・岩本晃明：勃起, 射精のメカニズム. 看護技術, 41 (16), 4~8, 1995
- 9) 永井 敦, 他：日本不妊会誌, 41, 89, 1996

ワギニスムス再定義の試み

— Key words ; ワギニスムス、膣痙、性交疼痛、性機能障害、膣挿入障害 —

国立千葉病院産婦人科

大 川 玲 子

抄 録

女性の性機能障害のなかでも被治療者の多いワギニスムスは、DSM-IVでは性交疼痛障害の下位分類とされ、その定義は膣の周囲の筋肉が不随意に攣縮して、性交を妨げるものである。しかし実際にワギニスムスを診断する際に、この定義にはいくつか不都合や矛盾がある。例えば診察時に脚を閉じてしまうなど、膣の攣縮を確認できない症例も多い。婦人科医でなければ確定診断できない。又性交痛への恐怖症的反応が重要であるが、性交疼痛障害の下位におくことには無理を感じる。これらの問題を整理し、より包括的な再定義を試みた。〔方法〕ワギニスムスとして治療した患者92名の診療記録を、初診時所見を中心に検討した。〔結果〕初診時婦人科的所見の内わけは、A群：婦人科的診察によって膣の攣縮を認める者；64名（70%）、B群：膣に到達出来ない者；17名（18%）、C群：外陰に触れることもできない者；4名（4%）、D群：内診可能で、膣の不随意収縮を認めない者；7名（8%）であった。B群はすべて治療経過中に膣の不随意収縮を認めることができた。C群は1名のみ、経過中に1指挿入し、確認できた。D群では治療中の詳細な問診により、ペニス挿入段階で、膣口閉鎖という身体反応がおこることが強く推測できた。〔考察〕ワギニスムスと判断した者のほぼ全症例で、膣の不随意収縮あり、と推定できる。

膣の攣縮は病態の中核であるが、本質は“膣への挿入に対する、より全身的な反応も含む、条件反射的な拒絶である”。即ち性交疼痛障害としてのワギニスムスの名称にこだわらず、機能的な診断名として性交障害又は膣挿入障害、とすることを提案する。

【はじめに】

ワギニスムスは未完成婚をおこす女性側の原因として、また性治療を求めて受診する女性の性機能障害としても圧倒的多数を占める疾患である。その病態は Masters & Johnson¹⁾, H. S. Kaplan²⁾ によって詳しく研究、合理的な説明がされている。またそれを根拠として DSM-IV³⁾ ないし ICD-10 などに定義されている。例えば DSM-IV の定義では、その特徴を示す A 項は“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攣縮がおこり、性交を障害するもの”である。様々な心因が関わっているとはいえ、膣の不随意攣縮という身体反応が病態の核心である、としたことは炯眼というべきである。

しかし実際に診断、治療するにあたって合理的でないと感じる点もある。例えば診察時に脚を閉じて拒否してしまうと、膣の攣縮は確認できないので、診断することができない。逆に性的場面ではそれがおこるが診察では膣の攣縮を認めない女性に対しても診断はできない。その上、心理的な反応であるこの疾患

を、婦人科医でなければ確定診断できないことにもなる。

更に DSM-IV の定義では、ワギニズムスは性交疼痛障害の下位分類の一つとなっている。他の定義もほぼ同様で、ワギニズムスは性交痛との関連で定義されている⁹⁾。しかし挿入に伴う痛みが、性交できないワギニズムスにあること自体矛盾する。確かに痛みとの関連は重要であるが、痛みに対する恐怖といったもので、同じ下位分類の性交疼痛症とともに、整理しなおす必要性を感じる。ワギニズムスの再定義という不遜な響きがあるが、とりあえず最初のまとめとして提案する。

【研究対象、及び方法】

研究対象は筆者の性外来で治療を行なった者である。1988 年から 1997 年までに受診した者で、主として女性側の原因で性交できないという 92 症例（平均年齢 31 ± 4.2 (SD) 才）を対象とした。性欲障害が主たる問題と思われる症例は含めていない。実際にはこれらはすべてワギニズムス、少なくともワギニズムス関連疾患として扱い診療した。

患者には、簡単な問診と説明のあと、決して無理はしない、という保証を与え婦人科的診察を行なった。この所見をチェックリストに従って記録した。表 1 にはこのチェックポイントと代表的な所見、これに基いて決定した病型を示した。

この記録から、膣の攣縮を確認できた狭義のワギニズムスと、確認できなかった群にわけ、更に後者は 3 群に分類。背景、治療経過などから、各群の類似性、相違を検討した。

表 1 ワギニズムス所見チェックリスト

No.	病 態	開 脚	外 陰 タッ チ	外 陰 痛	外 陰 要 素	膣 鏡 診	内 診 指	膣 要 素
a	A	0	0	0	0	1	1	2
b	A	0	1	0	1	1	1	2
c	B	1	2	0	2	×	×	×
d	B	1	2	0	2	×	×	×
e	C	2	×	×	×	×	×	×
f	C	2	×	×	×	×	×	×
g	D	0	0	0	0	0	0	0
h	D	0	0	0	0	0	0	0

初診時所見による病態分類

分類した 4 型と、全体に占める割合を以下に示す。

A 群：婦人科的診察によって膣の攣縮を認める者；64 名（70%）

B 群：診察で外陰には触れられるが、膣に到達できない者；17 名（18%）

C 群：外陰に触れることができない者；4 名（4%）

D 群：内診で膣の攣縮を認めない者；7 名（8%）

説明を補足すると、A 群は狭義のワギニズムスといえる。具体的には内診指が挿入できるが、1 指がやっとな抵抗のあるもの、2 指挿入できても緊張が強くワギニズムスを感じ取れるもの、などである。

B 群は、小陰唇など外陰皮膚へのタッチはできたが、膣前庭部の粘膜や膣入口部の感覚がまんできない。実際の性行為でも、クリトリスへのタッチは問題ないが、指が少して

も腔口に向かうと拒絶する、という表現がよく聞かれる。

C群では、診察台に乗れない。診察を受けるための開脚ができない、又は診察者が外陰に触れるか触れないか、の程度で手を振り払い、あるいは脚を閉じ、腰を引いて拒絶してしまう、というような状況が見られる。

D群はこれまでの群とは逆で、内診指を通常の2指受け入れることができ、ワギニスムスの所見も無い。

診察は、患者が挿入に強い抵抗をもつことを前提に、極力リラックスを促してする必要がある。また細部の所見を得るためには、チェックポイントを念頭にいれて行なう。日常の産婦人科診察室では、ついいうっかり診察してC群の人のような反応を引き起こし、外来中に悲鳴となだめる声がひびくことがあるが、その患者が次の診察では特に問題ないこともしばしばである。またD群の患者でも、無造作な診察をすれば腔の攣縮をおこす可能性は高いのである。すなわち診察のしかたで、評価が大きく異なる可能性があるので、基準を合わせることに同時に、このような診察を熟知した者が行なう必要がある。

いわゆるワギニスムスの治療法

筆者のワギニスムス治療法は行動療法を中心とし、必要に応じて精神療法を併用するものである。行動療法のプログラムは、患者のこだわりの脱感作であるが、普通自己の性器を鏡を使って観察することからスタートする。次いで外陰、特に粘膜部分に自分でタッチすること、腔へ1指の挿入、2指挿入、夫の指の挿入、そしてペニス挿入、ピストン運動と腔内射精、というように課題のレベルを上げ

ていくのである。これを自分であるいはカップルで練習してもらう。治療日には何を試みどうであったか、という報告を受け、評価し、できなかった理由や問題点を、話し合い、指摘し、次の課題を出すという進め方である。筆者は婦人科医であるため、実際に毎回婦人科的診察を行なって、治療の進行を確認し、また診察を練習の一部ともしている。従って身体的レベルでの進歩や問題（何がうまくできないのか）を経時的に把握することが可能である。

【結 果】

1. 既に示したが、初診時診察時、腔の不随意収縮を確認できた者は70%で、他の30%は様々の理由で確認できなかった。

2. 腔の攣縮の確認と推測

初診時に腔へ到達できないために、腔攣縮を認めることができない症例でも、治療が進めば診察が可能となる。B群の患者は、この意味ですべて、治療経過中に不随意収縮の所見を得ることができた。

C、D群の腔の攣縮確認は、婦人科医としても困難が大きい。C、D群全員の腔不随意収縮確認状況を表2に示す。

C群の4名のうち、2名は行動療法を取り込めず、臨床心理の専門科に紹介したが、腔攣縮は未確認のまま中断となった。1名（表2の症例b）は中断した症例であるが、治療中に辛うじて1指の挿入ができ、腔攣縮を確認できた。表からも分かるようにこの症例は13年の未完成婚である。夫とは長い間に股間性交ができるようになり、夫はそれでよしとしていた。本人が何とか普通に性交できる

表2 C D群における、膣不随意攣縮確認状況

	症例	年齢	職業	未完成 婚姻期間	治療 期間	不随意収縮の確認
C群	a	30	主婦	0.5Y	1M	確認前に治癒
	b	35	事務職	13Y	12M	1指挿入を確認後 中断
	c	34	教員	6Y	7M	確認前に転治
	d	26	銀行員	婚約中	2M	確認前に転治
D群	e	28	主婦	0.1Y	25M	治癒まで未確認
	f	30	会社員	未婚	1M	治癒まで未確認
	g	28	公務員	3Y	17M	中断まで未確認
	h	31	主婦	3Y	3M	未確認 (回数少ない)
	i	30	薬剤師	2Y	36M	時に軽度確認
	j	28	ホテル	2Y	13M	治療中数回軽度 確認
	k	30	主婦	1Y	10M	治癒まで未確認

ようになりたいと、約1年断続的に通院したが、結局脱落した症例である。婦人科診察台に上がり開脚するまでに数回、治療者が外陰粘膜に触れるまで数回を要した。1指挿入が可能な状況では、膣入口部を治療者の指が通過する際に、パニックに陥らないよう、不快である膣の感覚に集中するよう仕向けつつ、果たすことができた。治療者の指はこのような場合の膣を、弾力の無い狭いスペースとを感じるが、その意味で他のワギニズムス患者の場合とほぼ同様であった。こうした膣の攣縮は、日常的には無いが、膣への挿入を試みたり、診察台に上がったときには既にある、と考えるのが自然ではないだろうか。

逆に症例aは、結婚半年の未完成婚であったが、膣攣縮を確認するまでも無く、1回の性治療セッションの後、性交が成り立ってしまった。この症例の位置付けについては、後

に考察する。

D群では治療中の本人及びパートナーからの詳細な説明により、ペニス挿入段階で、膣口の閉鎖という身体反応がおこることが強く推測できた。D群のような患者では、診察場面での膣攣縮は無いので、他の群のように診療の度に毎回婦人科的診察を行なうわけではない。しかし自宅練習での問題点を確認する、などの意味で診察するとき、ふと緊張と軽度の痛みをを捉えることがある。2例(症例i, j)ではこのような状況で、軽度の膣の不随意攣縮を認めることができた。

3. 各病態群における性行動と、他の性機能障害

病態群別の受診までの性行動は、問診票(性歴)によってまとめた。各群における体験者の割合を表3に示した。性体験は夫以前の相手との行動であり、結婚していない場合はすべて“有”とした。婚前性交は現在の夫との体験である。性交と言ってもこれは、試みた者を“有”としている。性器結合は殆どできていない。

表3 病態群と性行動/性機能障害

	恋愛体験	性体験	婚前性交	ベ ー シ ョ ン	マ ス ト ー ン	性嫌悪	興奮障害	障 害 オ ー ガ ズ ム	指挿入体験
A群	84%	31%	62%	48%	23%	17%	41%	13%	
B群	87%	25%	56%	47%	12%	13%	40%	0%	
C群	100%	0%	67%	25%	25%	25%	100%	0%	
D群	83%	17%	50%	33%	17%	50%	50%	17%	

性障害でない人のコントロールが無いので評価はむずかしいが、恋愛体験は80%以上

にあり、特別少なくはない。性体験はやはり全体に少なく、0～31%、婚前性交の試みも50～67%と、少ないように思われる。マスターベーション体験；25～48%は日本女性としては普通と思われる。A、B群には殆ど差は無く、おそらくD群も同様である。膣挿入への抵抗が最も高いと思われるC群は恋愛体験100%、性体験0%、マスターベーション体験も他と比べて低い1名（25%）であった。

同じく表3には性機能障害の合併を示した。これは問診よりも治療中に聞き出したものである。病態群別の頻度は、性嫌悪では差がみられなかった。興奮障害は、診察では異常のないD群で高く、オーガズム障害は外陰にタッチできないC群で100%と高い傾向であった。C群では自分の性器に触れることも困難なので、予想された結果でもある。

4. 治療結果

病態群別の治療結果を表4に示す。1年未満の継続中症例はこの集計からはずした。従って表における“継続中”は比較的治療困難で、かつ治療意欲もあるグループということになる。結果、明らかな病態群間の差は見られないものの、C群は他の群と比して治療予後は悪いと言える。

表4 病態群と治療結果

病態群	治癒	軽快	中断	転治	継続	（数）
A群	34%	15	26	12	13	(61)
B群	53%	0	27	0	20	(15)
C群	25%	0	25	50	0	(4)
D群	43%	14	29	0	14	(7)

治癒；性交ができるようになる
軽快；症状軽快が得られ、合意して終了
中断；一方的な治療打ち切り
転治；心理専門の治療者に紹介
継続；1年以上の治療継続中

【考 察】

ワギニズムを疑う患者を治療するにあたって、精神科医や臨床心理士の場合は、1度婦人科を受診させ、その結果を身体所見の拠り所とする。これは勿論必要なことであり、稀ではあるが膣閉鎖などの全く器質的疾患を見出すこともある。しかし婦人科診察がえてして不安定なものであるばかりでなく、上記のB、C、D群のような患者は、他の診断となる可能性がある。このような患者に膣の不随意収縮は存在するかどうか、またそれをどう証明するか、が本論文のテーマの一つである。

このうちB群を中心に、多くの症例では治療経過中に膣の不随意収縮を確認できた。その意味でワギニズムと診断することができ。逆に初診時、外陰まで触れることができるようであれば、いづれ膣内を触れる可能性は高く、診断可能と言うことができる。

C群の場合であるが、「パートナーの性器や診察を受け入れよう」という意志に逆らって両脚を固く閉じてしまう時に、膣が不随意に収縮していない、とは考えにくい。ワギニズムの膣の攣縮はKaplanも説明するように、膣への挿入に対して条件反射的に起こるものである。またKaplanはワギニズムの患者の多くには、膣への挿入に対する恐怖症も伴っており、それが症状を複雑にもし、またそれを取り去ってやらないと、行動療法に入れない、としている⁵⁾。条件反射は膣にだけおこ

ることもあるが、恐怖が強ければ骨盤底全体、大腿部、更には全身、と広範囲に不随意収縮が起こる、と考えるべきであろう。そうした意味ではC群は重症例、と考えられる。先に紹介した症例a（表2）の場合は、身体反応は同じであるが、恐怖が前面に出ているだけに心理規制が表面的であり、従って“教育”程度の治療が、治癒に向かわせたのであろう。これを説明するために、挿入恐怖症、の疾患名を作っても良いと思われるが、ワギニスムスも挿入への恐怖も独立のものではなく、どちらかに診断するというのも、意味が少ない。逆にD群では、挿入への恐怖を意識しない、心身症的なものが多い。性器や膣への接近一般に対する拒絶を示すA、B、C群に比べ、ペニス挿入に限局した拒絶、という意味では軽症であるが、なかには夫に対する強い怒りを内在させている症例もあり（症例g：17カ月で中断）内容はむしろ多様である。これらの結果からは、ワギニスムスという言葉は膣への挿入に対しておこる、局所的に限定された条件反射であって、それを中核とする拒絶反応全体を疾患単位とする方が合理的と考える。

ワギニスムスと疼痛との関係を今回は検討していない。膣不随意収縮の心因として、「性交は痛いものだ」という刷り込みと恐怖が、ほとんどの症例に存在するし、又それが女性の文化的背景にあることは、この疾患理解に重要である。しかし心因もそれだけではなく、他の要素は実に複雑、多岐である。kaplanもワギニスムスの多重原因概念⁹⁾を述べているように、やはり、“痛み反応”より包括的な“拒絶反応”と捉えるべきであろう。

さて初診時の診察所見によって4型に分類したが、これは性行動などの他因子と関連があるであろうか。性行動と性機能障害からは、A、B群には差を認めなかった。C群は恋愛体験と他の性的傾向の間に矛盾が見られ、性器への接触について強い禁止が感じられた。D群も性体験は少なく、性的興奮障害が多いなど、A、B群に比して性に対する抑制的な構えが感じられる。C、D群共に少数なので、即断は控えたいが注目に値する傾向である。治療成績については更に単純で、C群のみが悪いという結果である。A、B群の間には重症度という差異があり、治療難易度にも影響を及ぼすと予測したが、ボーダーラインもあり、本質的には分ける必要が無いものと考えられる。

【結 論】

これまでの知見から、膣挿入に拒絶を示す患者すべてに、膣の不随意収縮はおこると言っても、ほぼ問題は無い。しかし、それを証明するために労力を費やしたり、証明できないものに異なる診断名をつけても、あまり益することは無いように思える。ワギニスムス＝膣の不随意攣縮は、膣への侵入に対する局所的な拒絶反応である。これはより広範囲の身体反応を伴う場合もあり、逆に性的でない場面や、そして恐らくは特定の相手でなければ発症しない場合もある。筆者は、恐怖の程度などにより様々に修飾されるこの疾患を、膣の不随意攣縮だけに囚われず、膣挿入障害、と総称することを提案する。

これは、日本性機能学会の、勃起障害の定義“性交時に有効な勃起が得られないため満足な性交が行えない状態”¹⁰⁾と機能的に相

対する女性側の障害ということができる。男性の性的興奮障害と勃起障害は生理的な一致度が高いが、女性の興奮障害（不感症）は身体的には陰潤滑障害程度のことである。しかし性役割の遂行への不安や拒絶、その結果おこる性交障害は、男性では勃起障害（性交を行なう場面での）女性では陰挿入障害、と並べて見るべきであろう。女性の性的感覚器官と性交器官が異なるのだから、当然である。

DSM-IVにおいては、カプランの提唱した、性欲、興奮、オーガズムの三相障害とは別に、性交疼痛障害をおいている。筆者は、ワギニズムスを性交疼痛障害の下位におく替わりに、陰挿入障害という別項を設けることを提案する。

文 献

- 1) Masters W.A., Johnson V.E.: Human Sexual Inadequacy. Little Brown & Co. Boston, 1970
- 2) カプラン（野末源一訳）：ニュー・セックス・セラピー. 星和書店, 1982
- 3) 高橋三郎ほか（訳）：DSM-IV 精神疾患の分類と診断の手引き. 医学書院, 1995
- 4) 大川玲子：ワギニズムスと性交疼痛の考え方. 日本性科学会雑誌, 13:3-7, 1995
- 5) 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, 1993
- 6) 馬場克幸, 他：男性の性機能障害. 日本性科学会監修, セックス・カウンセリング入門, p115-123, 金原出版, 1995

女性の性機能障害の診断に関する疑問と提案 I

—— ワギニズムス、性交疼痛症に関して ——

日本赤十字社医療センター 金子 和子

日本性科学会カウンセリング室 渡辺 景子

〔始めに〕

性機能障害を表す言語が、性科学者の間で必ずしも同一の内容を表さない事はこれまでも言われてきたり。女性の性機能障害についてそれがはなはだしく、特にワギニズムス、性交疼痛症、性嫌悪等に関しては、治療者によって、同一の患者に対して異なった診断名がつくのも珍しくない。それは従来の定義が様々あるためだけではなく、その定義そのものが、理論的には可能であっても現実的には困難な弁別を求める場合が、少なくないからでもある。そこで、患者の状態を把握しやすく、誰でも同一の診断がつけられる、定義が求められる次第である。

その一つのステップとして今回はワギニズムスと性交疼痛症を取り上げ、従来の定義の問題点を明確にし、再定義への提案を行いたい。

ワギニズムスや性交疼痛症の定義としてはDSM-IV²⁾やICD-10³⁾が用いられる事が多い。それによると、ワギニズムスは骨盤底筋群の攣縮であり、性交疼痛症は攣縮を伴わないとされ、両者は明確に区別されている。しかし私たちの治療経験から見ると、挿入不可能な患者は、痛みを伴う事が多い上、挿入可能になってからも痛みを伴う段階がある事が多い。その痛みは、挿入可能な性交疼痛症の患者の訴える痛みと区別しにくい。そのため挿入不可能な患者と性交疼痛症とが違った機制によ

るものとは認識しにくい。そこで挿入不可能患者とワギニズムスとの関係、ワギニズムスと性交疼痛症との関係を調べた。

〔対象および方法〕

対象者は1994年から1997年までに、日本赤十字社医療センター、カウンセリング・サービスあるいは日本性科学会カウンセリング室を訪れ、金子あるいは渡辺が治療にあたった性機能障害の女性患者のうち、挿入不可能な者77名と、痛みのある挿入可能患者21名の計98名である。痛みのある挿入可能患者は50歳未満、および、痛みの原因として婦人科的が認められないものに限定した。

挿入不可能患者の攣縮の可能性、挿入不可能患者および痛みのある挿入可能患者それぞれの痛みの有無、痛みの質（実際に痛むのか、痛そうに思うのか等）を調査分類した。

〔結 果〕

(1) 挿入不可能患者の診察状況は、表1の通りである。治療の進展に伴って、診察に対する患者の態度や内診のしやすさは変化する。したがって治療が進んで診察を受ける気持ちになった者、あるいは何回目かの診察で内診が受けられるようになった者もいる。この表における診察状況とは、初診後4ヵ月未満までの態度と、それまでの診察結果を示している。したがって診察は患者がこれまでに受け

たものも含み、日本赤十字社医療センターで受けたものとは限らない。

表1 挿入不可能患者の診察状況

	人数	パーセンテージ
診察拒否	24	31.2
内診不可能	8	10.4
内診辛うじて可	32	41.6
内診可	13	16.9
計	77	100.0

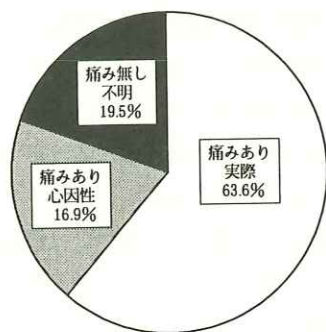
(2) 治療過程から見て、挿入不可能グループ77名中名全員に攣縮が強く推測された。

患者たちは治療の中で、次のように言う事がしばしばある。「夫に見てもらったら閉じている日と開いている日がある。」「膣のいりくちがリラックスしていると柔らかいが、練習と思うと硬くなる。」「挿入練習用の器具が、同じサイズでもきつい日と楽な日がある。」「挿入練習用の器具で、大きめのサイズまでできる時でも、ふと痛いのではないかとすると、さっきまで入っていたのが入らなくなる。」これらの言葉から攣縮がおきている事が推測される。

診察できた者も治療では、同様の事を言い、攣縮が推測されるのが普通である。

(3) 図1. の示すように挿入不可能グループのうち80.5%が痛みを訴えた。痛みを訴

図1 挿入不可能患者の痛み



えた者の内79.0%はその痛みを「実際に痛い」と答えたが、21.0%は「実際に痛いというよりも、痛そうに思うので痛く感じる」と答えた。

(4) 挿入不可能グループの挿入状況は表2の通りである。挿入可能群は治癒した者と、挿入は可能だがピストン運動は未だ出来ないという治療中の者である。半分くらいと、亀頭くらいは、治療継続中である。挿入不可能群は、治療継続中でペニス挿入段階まで言っていないものと中断した者である。挿入可能になった者のうち72.2%患者に、痛みがある段階があった。

表2 挿入不可能患者の現在の挿入状況と痛み

完全に可能	半分可能	亀頭可能	不可能 (含転院、中断)	計
18	7	9	43	77

↓ 痛みのある段階の有無

有り	無し	計
13 (72.2%)	5 (27.8%)	18 (100.0%)

(5) 痛みのある挿入可能グループの診察状況は表3の通りである。痛みの器質的な原因を持つものはいなかった。(1名は卵巣摘出手術を受けている。しかし主治医はそれが痛みの原因ではないと述べているとのこと。)

表3 痛みのある挿入可能患者の診察状況

	人数	パーセンテージ
診察拒否	4	19.0
内診不可能	1	4.8
内診辛うじて可	5	23.8
内診可	11	52.4
計	21	100.0

(6) 痛みのある挿入可能グループでは、痛みは全員「身体的原因のある痛み」と感じられており、「痛そうに思うので痛く感じる」と言う人はいなかった。

(7) 痛みのある挿入不可能グループで、患者の表現から痛みを、身体因があるものとなしものとのに区別する事はできなかった。

(8) 挿入可能患者も挿入不可能患者も、治療中に痛みの有無、強度、質等がしばしば変わった。

[考 察]

1. ワギニズムスと内診に関して

ワギニズムスの定義としてはDSM-IV²⁾では「腔の外1/3の部分の筋層に反復性又は持続性の不随意性攣縮が起こり、性交を障害するもの」とし、ICD-10³⁾では「骨盤底筋群の攣縮であり、腔の閉鎖を引き起こす。陰茎の挿入は不可能か痛みを伴う」となっている。いづれも、骨盤底筋群の攣縮をさし、マスターズ&ジョンソンやカプランを始めとして多くの学者がワギニズムスの診断に内診を必要不可欠だとしている⁴⁾⁵⁾。

しかし、挿入不可能患者たちには診察を薦めるにもかかわらず、初診から3ヵ月以内に受診する気持ちになれなかった者は31.2%にのぼり、診察を受けたものも、そのうち15.1%（全体の10.4%）が内診できずにいる。つまりあわせて、全体の41.6%が内診できずにいる。内診を拒否するのは、挿入を受け入れられないという、挿入不可能患者特有の心理から来るものであり、ある割合で存在するのは不可避と思われる。にもかかわらず内診がワギニズムスの診断に必要なだとすると、現実には挿入を受け入れられないと言う厳然とした性機能障害があるにもかかわらず、4割以上の人たちは診断がつかないままという事になる。

又、診察が出来、診察では攣縮が起こらな

い事が証明された者でも、実際の性行為の場面でも攣縮を起こさないという保証は何も無い。診察場面と性的場面とでは心理的な意味が違うからである。医師の指は入るが、パートナーの指が入らない患者は大勢いるのである。

このように、内診を性機能障害としてのワギニズムスの診断確定のために必要とするのは現実的でない面があるといえよう。

2. 挿入不可能患者とワギニズムスとの関係に関して。

挿入不可能グループの全員が、攣縮を強く推定させる表現をしている。その具体的な表現の一部は〔結果〕の項で述べたが、治療が進むにつれ、腔の入り口が固く閉まっていたり、鏡で自分の性器を見る宿題で、腔口が固く閉まっているときと緩んでいるときの差が分かるようになってくるのは極めて一般的な治療過程である。中には、指や練習用器具が入らないのは身体的状態に因するというよりも、恐怖心のためであり、（身体的には攣縮がおきていないが、恐くていれる事が出来ない）恐怖心が取れると、入れる事が出来るという場合もあると考えられる。しかし、患者たちの表現を聞く限りでは、恐怖心が強いときには身体的反応もおきていると考えられる。患者たちに言わせると「『恐くなると、体が硬くなる』というのは、単なる比喩ではなくて現実」とのことである。

この事から、挿入不可能患者は攣縮を起こしている、即ちワギニズムスであると推定できるだろう。

3. 痛みと性交疼痛症、ワギニスムスとの関係に関して

まず挿入不可能グループの痛みについて見てみよう。挿入不可能グループで痛みを訴えていないのは19.5%だけである。しかし1名(1.3%)の「どういう訳か分からないが入らない。」というのを除いて残り18.2%は「恐くて体がひけてしまい、ペニスを当てる所まで行っていないので、痛いかどうか分からない」というものである。

痛みを訴えた80.6%は、挿入しようとする」と痛いというのである。「痛くて入らない」というのが多いが、詳しく聞くと痛みは2種ある。一つは「ペニスで押すので痛い。」「指を入れようすると入り口は良いが、2〜3センチ入ると痛い。分泌物も出なくなる。」と言うように、痛みを身体的なものであると考えられるものである。もう一つは、極端な人では「ベッティングの間は良いし、分泌物も出ているが、挿入という体勢を夫が取るともう痛くなる。」とのべるように、身体的要素の少ない心理的なものである。詳細に問診して、患者自身が「実際に痛いというよりは、痛いと思うから痛くなるのだと思う」と自覚できたものは、痛みを訴えた者のうち21.0%にすぎなかったし、そう自覚してもやはり痛いのだと述べた。残りは、第3者から見れば、それほど痛がる身体的根拠は無いと思われても、「実際の痛み」であると主張した。

分類は本人の自覚によっているが、この両者の違いは、実際に身体的根拠があるかどうかよりも、むしろ、患者たちの自己を客観視する能力や、心理的痛みがどれほど身体化されているかによると思われる。例えば、診察場面で痛がる場合、痛みの身体的理由は無く

ても、患者が痛みを感じている事は否定できない。この場合の痛みは、診察技術がすすめば発見できる身体的根拠によるものもあるかも知れないが、多くは身体的理由の無い心理的なものであろう。そして身体的痛みと、心理的痛みは明確に区別できるものではなく、相互に絡みあい、影響しあうものである。したがって、患者の痛みは身体的、心理的と2種あるとしてもそれらは混ざりあったものであり、明確に区別する事は不可能である。

又、挿入が可能になってからも、痛みのある段階があったものが多かったが、痛みの質は挿入が可能になることによって変わる事はなかった。挿入不可能な患者は初診時に「一度ぱっと入れれば後はうまくいくと思う」と述べる事が多いが、実際は表2に現したように、亀頭、半分くらい、と練習段階を経て全部が入るようになるのが一般的である。その各段階で痛みの強度や、種類は様々に変化するが、挿入が可能になった事による変化は認められず、器具練習等に伴う痛みやその変化と同様であった。

次に痛みのある挿入可能患者の痛みを見てみよう。DSM-IV²⁾やICD-10³⁾の性交疼痛症の定義ではそれぞれ「腔痙攣または潤滑欠如のみで起こったものではない」「このカテゴリーは他に一次的な非器質性機能障害(たとえば腔痙攣や腔乾燥)が無い場合のみ用いられる」となっており、腔痙攣や腔乾燥に因るものとは別のものとしている。

ICD-10³⁾では腔痙を定義で「陰茎の挿入は不可能であるか、あるいは痛みをとまなう」としているの、はじめから挿入可能患者の一部は腔痙攣に入れられる事になる。これはこれまで筆者が述べてきた事と合致するが、

では、腔瘻の無い挿入可能患者と腔瘻のある挿入可能患者とをどうやって区別できるのかという問題になる。そもそも腔瘻攣や腔乾燥がある場合の痛みと、それらがなく純粹に心理的な痛みとを、現実的に区別できるだろうか。患者の表現、「裂けるように痛い」「無理に押し広げる痛さ」等々は、身体因が有る者と無い者との区別できるような差が無い。腔瘻攣や腔乾燥そのものが心因による事が多いことを考えると、理論的にもおかしいことになる。[結果]で述べたように診察で痛みの原因となる疾患が発見されたいにもかかわらず、「痛い気がするのではなく、実際に痛いのだ」と全員がべているが、これらの定義では診断が不可能になる。身体因としては潤滑液不足や収縮が考えられるが、それらも性交場面での診察ができない以上推測になるし、心理的なものだとするのも推測であるからだ。

挿入不可能患者では心理的な痛みであると自覚したものが21.0%痛に対し、第3者には心理的な痛みと思われる患者たちでも全員が「実際の痛みだ」としたのは、自己客観視能力の違いというよりは、挿入しているという事実によると思われる。即ち挿入していないのに痛い場合はその理由を心理的なものと認めないわけに行かないが（それでも21.0%しか認めていないともいえる）、挿入していれば身体から来る痛みであると主張出来るからである。

しかもはじめから挿入可能であった患者の訴える痛みにと挿入不可能患者（腔瘻攣があると強く推測されるグループ）で挿入可能な段階で訴える痛みとは差が見られない。（これは、挿入不可能段階の痛みとも強度以外では差がないことになる）つまり、挿入不

可能患者と挿入可能患者は痛みから見る限りでは連続している。

以上の事を整理してみると次のようになる。

- (1) 挿入不可能患者のかなりの部分が、診察を拒否したり内診できなかつたりするので、腔瘻の診断に内診を不可欠とすると診断できない人が多く生じる。
- (2) 挿入不可能患者は腔瘻を起こしていると強く推測でき、腔瘻患者と思われる。
- (3) 挿入不可能患者が挿入可能になっても痛みのある段階が多く、それは痛みという点では初めから挿入できる痛みのある患者と区別がつかない。
- (4) 痛みのある挿入可能患者に、性交時に腔瘻や腔乾燥があるか無いかは、性交時の診察は出来ない上、患者の表現に、違いはないので、区別出来ない。

[結 語]

以上の事から、女性の性機能障害の挿入できない状態や性交時の痛みを、腔瘻の有無や痛みの原因の判別のみで論じるのは有益ではなく、まず挿入が出来ない事、あるいは痛みがある事を認め、その背後の身体的理由が診察で認められるか否か、そして患者の心理的問題は何であるかを取り上げるのが重要であるといえる。即ち身体面でおきている事と、心理的な面との二つの面から立体的に見る事が必要であり、身体化の程度、病理の種類と程度、等によって定義し直す必要があろう。（今回は病理について論じる事は出来なかったが、挿入不可のうである患者と、痛みのある挿入可能患者とでは、性への否定的な心理の成り立ち、強さ、根深さ等に差異があると考えられる。）そこで従来ワギニズムス、性

交疼痛症と言われていたものに関しては、誰にも明確な、挿入可能であるかどうか、を第一に取り上げ定義し、攣縮の有無、痛みの有無と質等を付け加えるのが現実的であると考え。新しい定義案と、腔瘻、痛みとの関係を表4に表した。

表4 新しい定義案と腔瘻、痛みの関係

名 称	定 義	腔 瘻	痛 み
挿入不全 (挿入障害)	挿入不可能	多くはあり	多くはあり
性交疼痛症	挿入可能 痛みあり	軽いものがある 人が多い	あり

本研究の要旨は第39回日本心身医学会総会において発表した。

文 献

- 1) 島村忠義, 金子和子, 大川玲子: 専門家の観点から見た〈インポテンス概念〉に関する研究. 日本性科学会雑誌 12: 31-38, 1994
- 2) 融道男ほか訳: ICD-10 精神および行動の障害・臨床記述と診断ガイドライン. 医学書院, 東京, 1993
- 3) 高橋三郎ほか訳: DSM-IV 精神疾患の分類と診断の手引き. 医学書院, 東京, 1993
- 4) W・H・マスターズ V・E・ジョンソン 謝国権訳: 人間の性不全. 池田書店, 東京, 1870
- 5) ヘレン・S・カプラン 野末源一訳: ニュー・セックス・セラピー. 星和書店, 東京, 1982

女性の性機能障害の診断に関する疑問と提案 II

—— 性嫌悪を中心として ——

日本性科学会カウンセリング室 渡 辺 景 子

日本赤十字社医療センター 金 子 和 子

〔始めに〕

女性の性機能障害の診断に関する疑問と提案Ⅰで述べられたように、ワギニズムス・性交疼痛症・性嫌悪の診断は現実的に難しい点が幾つかあり、専門家の間でも議論が分かれ、見解が一定していないのが現状である。そこで、先の“女性の性機能障害の診断に関する疑問と提案Ⅰーワギニズムス、性交疼痛症に関して”に引き続き、ここでは性嫌悪を中心として、従来の定義の問題点を明らかにし、再定義への提案を試みた。

性嫌悪はDSM-IVでもICD-10でも、性に関する否定的な感情と行為の回避を指し、嫌悪と恐怖とを区別していない。しかし筆者たちの治療経験上、嫌悪と恐怖とは異なった機制があるように思えることが多い。この為、挿入不可能（ワギニズムス）以下挿入不全、性交疼痛症（挿入可能）、性的回避（傾向を含む）における嫌悪感と恐怖感について調べた。

〔対象および方法〕

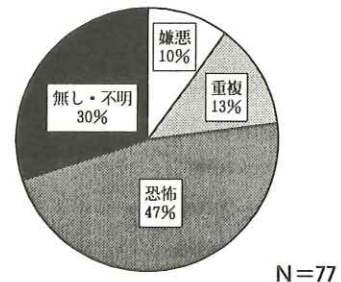
対象者は1994年から1997年に、日本性科学会カウンセリング室あるいは日本赤十字社医療センターを訪れた女性の性機能障害の患者のうち、渡辺か金子が治療にあたった挿入不全患者77名、性交疼痛症患者21名、性的回避患者30名の計128名である。それぞれにおける嫌悪感・恐怖感の有無、心理的背景、セックスストレスの比率などについて調べた。又

症例を検討した。

〔結 果〕

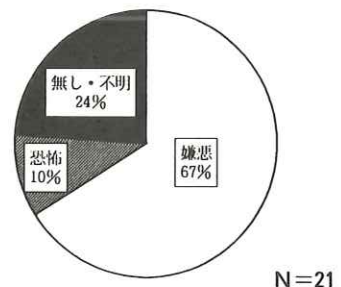
(1) 挿入不全患者77名中、図1に示すように、嫌悪感あり8名(10%)、恐怖感あり36名(47%)重複10名(13%)、嫌悪・恐怖感なしあるいは不明23名(30%)である。

図1 挿入不全患者の嫌悪と恐怖



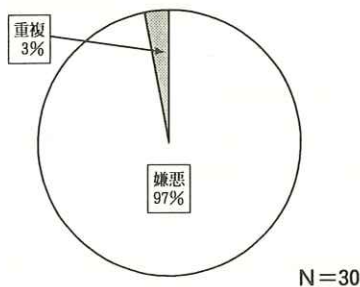
(2) 性交疼痛症患者21名中、図2に示すように、嫌悪感あり14名(67%)、恐怖感あり2名(10%)、重複0名(0%)、嫌悪・恐怖感なしあるいは不明5名(24%)である。

図2 性交疼痛症患者の嫌悪と恐怖



(3) 性的回避患者 30 名中、図 3 に示すように、嫌悪感あり 29 名 (97%)、恐怖感あり 0 名 (0%)、重複 1 名 (3%)、嫌悪・恐怖感なしあるいは不明 0 名 (0%) である。

図 3 性的回避患者の嫌悪と恐怖

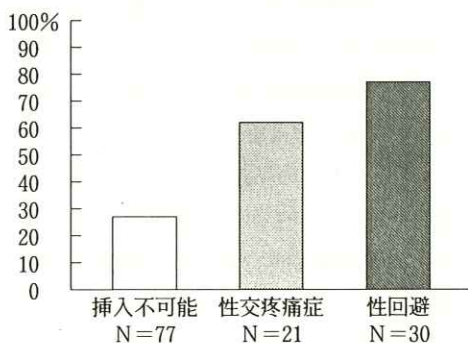


(4) 恐怖感に関しては、挿入不全患者と性交疼痛症患者では 1% 水準で有意差が認められたが、性交疼痛症患者と性的回避患者では有意差は認められなかった。

(5) 嫌悪感に関しては、挿入不全患者と性交疼痛症患者では 1% 水準で有意差が認められ、又性交疼痛症患者と性的回避患者でも 1% 水準で有意差が認められた。

(6) 女性側の原因によるセックスレス (初診時の状況で、期間は 1~3 ヶ月以上) の比率は、図 4 で示すように挿入不全患者では 27%、性交疼痛症患者では 62%、性的回避

図 4 セックスレスの比率



患者では 77% である。挿入不全患者と性交疼痛症患者では 1% 水準で有意差が認められたが、性交疼痛症患者と性的回避患者では有意差が認められなかった。

(7) 挿入不全患者の嫌悪感、本人の自覚としては「痛いから嫌、怖い」が多く、性交疼痛症患者では「嫌だから痛い」が多い。性的回避患者では痛みというより、本来性が嫌であったり、又対人関係から嫌になる人が多かった。

[症 例]

(1) 挿入不全。

A 子 (28 才) パート。A 夫 (27 才) 会社員。
結婚歴：2 年 10 ヶ月 (恋愛結婚)。

初回 2 人で、カウンセリング室を訪れた。まず、A 夫が語った来室までの経過は、次のようである。2 人は 1 年間の交際を経て結婚した。交際中は、A 子が結婚前を理由に断った為性交渉はなかった。結婚後初めて試みた際、身体を触れ合うことは可能であるが、挿入時になると A 夫は A 子にけりとばされてしまい、ショックを受けたという。それでも、結婚 1 年目は週 1 回、2 年目は月 1~2 回の身体を触れ合う程度の性関係は続けてきた。しかし、状況にほとんど変化はなかった。

次に A 子が語ったところによると、結婚前、性に対する知識や関心は少なかった方ではあるが、結婚すればセックスはできるものと思っていたという。しかし、結婚後試みイザ挿入時になると、恐怖心が強まり又痛みがあり、身体全体特に足に力が入ってしまい、いつの間にか A 夫をけりとばしていたとのことである。A 子は「恐怖感はあるがセックスができ

るようになりたいし、又子供もほしい」と語った。治療者が内診の経験をきくと、A子は「身体の本で性器の図を見ただけで恐くなり、受けたことはない」という。しかし性の問題を扱っている日赤医療センターであればと、内診を希望した。

A子は又、継続的にカウンセリングを受けることを希望し、2回目からは段階的な自宅での性の練習・自律訓練・脱感作等の行動療法的アプローチに取り組んだ。その中でA子は、練習に伴っておきてくる恐怖感や痛みについて繰り返し語った。最初の頃A子は「性器を見るだけで怖い」「膣入口は点のようで、あたるだけで痛い」「挿入は恐く、又挿入できるわけがないと思ってしまう」「例え挿入できたとしても、処女膜が破れると痛い・恐いとイメージがある」「指の挿入は、爪で傷がつくように思えて怖い」「タンポンの挿入ができたとしても、抜けなくなってしまうのではないかと恐さがある」等と語った。A子の恐怖感や痛みの感覚は行きつ戻りつしたが、行動療法に精神療法的アプローチを織りまぜる中、治療は徐々にすすんだ。A子は自分自身について、神経質で恐がりなところがあると語り、又父母については次のように語った。「父は仕事に忙しい人で家では無口であるが、短気で怒ると怖いとのイメージがある。母はしつけの厳しい人で、私は父母に対し反発することなく大人しい子として育った」と。性の練習では「タンポンが入って驚いた。膣は挿入できるところと、感覚的にわかった」と述べ、この後予約していた内診を日赤医療センターで受けた。緊張はしたものの内診は可能で、結果的に異常はなかった。このことでA子は、身体的・精神的に安心感

を得て、治療は更にすすんだ。

15回目の面接時にA子は、性器の挿入が可能になったことを報告し、「夫も非常に喜んでいる」と語った。そして又「2人が、妊娠の可能性をもつことができる地点に立てたことがうれしい」と語り、治療は終結した。

(2) 性交疼痛症。

B子(33才)主婦。B夫(35才)会社員。
結婚歴：6年(恋愛結婚)。

初回夫婦で来室して、次のように語った。「妻が痛がって、性交が出来ない。痛いと思いき出したのは結婚して少ししてからである。結婚前から性交渉はあったが、うまくいっており、痛いことは無かった。婦人科へ行くと、炎症があるといわれた。膣の中に傷がある、タンポンのようなもので傷が出来、それが炎症を起こしたのではないかといわれた。治療を受け、炎症が治っても痛みが取れない。毎回痛い。

3年目に長男を出産した。産後半年位して性生活を復活しても、痛いときと痛くないときがある。4対1位の割で、痛い事の方が多い。次第に性に対しても嫌悪感が出てきた。その気持ちの切り替えが出来ると痛みは少なくなる。分泌物が出ないので、痛いのだと思う。出産前の方が痛かった。飛び上がるほどに。それは炎症が治ったといわれても、ずっとそうだった。今はまし。

2人とも2人目の子が欲しいので排卵日を目指して行っているが、それ以外のときは、夫が求めても嫌な顔をするので喧嘩になることもある。

診察は嫌でもないし、その時は痛くなく出

来る。

オーガズムは痛くなる前は良くあった、今もたまにある」と。

B夫は「子供は痛くても出来るだろうが、それでは味気ない。2人で楽しめるように戻りたい。子供が生まれた後、キスもさせなくなった。最初から唇だけなら良いが、ちょっと深いのは嫌がっていた」と語った。

次に1人で訪れたB子は「夫もわかっているが、結婚前の年に1度夫が酔って強要した事があった。恐くなって大変だった。その時少し痛みがあった。それまで痛んだことがないので、一時的な事だと思った。結婚前に痛い事がなかった訳ではないが、それほど気にならなかった。結婚後少しずつ、少しずつ増えていった。彼の事が嫌いになったのかと悩んだ。母に相談したら、母も痛む時期があったという。婦人科に行き、カウンセリングを紹介されたそうだが、父と2人で話し合って母の不安が取り除かれたので、カウンセリングに行かないで済んだそうだ。

結局、精神的なものと思う。夫が強要したときの恐さが拭い切れないままで、自分が拒否し、夫が苛立ち、自分が追いつめられてストレスとなって、悪循環なのだと思う」と語った。

B子は、自律訓練やタッチングの練習を拒み、B夫との話し合いにも関心を示さなかった。それはB夫に話していない辛い外傷体験を、話さねばならなくなるのを恐れていたことだった。小学校2-3年の時に、B子は知らない大人に悪戯をされた事があり、それへの親の対処の仕方から父親不信、男性不信になっていたというのだ。B夫が酔って強要したことが、その不快さと怖さ、又男性への不信感

をよみがえらせたのではないかと彼女は推測していたのだ。B夫に強要された時に一気に浮かび上がったのではないが、じわじわと繰り返した気がするとの事だった。キスへの嫌悪もその男にされた為であり、B夫に強要されるまでは問題なかったとのことである。

まもなくB子は妊娠し、つわりが強いという事でカウンセリングを打ち切ってしまった。

(3) 性的回避。

C子(25才)会社員。C夫(25才)会社員。
結婚歴：2年3ヶ月(恋愛結婚)。

初回2人で来室。2人は同じ大学で知り合い交際し、結婚した。C子にとりC夫のやさしいところが、又C夫にとりC子のしっかりしたところが魅力であった。結婚1年間は性交渉があったが、その後次第にC子が嫌がるようになり、この半年間全くないという。このことでC夫のストレスがたかまり、ささいな事で不機嫌になる為、C子がカウンセリングを希望したとのことである。C子としては、何故自分がセックスを嫌悪するのかよくわからないが、その気持ちにはどうしてもなれないという。

C子は、自宅での段階的な性的練習などの行動療法的アプローチには抵抗を示したが、C夫といっしょに考えたいとカウンセリングの継続を希望した。それにC夫も同意した。

2回目の面接にてC子は、先日C夫が休日ですえ仕事へ行ってしまったことでケンカになった話から、C夫への不満・不安を述べた。それによるとC夫は、結婚後話をするのが少なくなり、C子は彼の気持ちが次第につかめなくなったという。C夫は元々口数は多く

(2) 性交疼痛症患者では嫌悪感を抱く人が多く、恐怖感をもつ人は少ない。挿入は可能であるが痛みを訴え、これは嫌悪感が痛みにつながっている為であり「嫌だから痛い」と自覚している人が多い。最初は痛みや嫌悪感や恐怖感がなく性を楽しめていたが、パートナーとの関係における出来事により、途中から過去の性に対する否定的な感情が出現したり、又B子のように再発して痛みにつながる人がいる。他に、最初の性交から痛みがありながら性行為は継続してきたが、結婚等を期に更に強まる人もいる。

(3) 性的回避患者では、嫌悪感を全員が抱いている。挿入は可能であるが、性交・性的行為を回避、又は回避傾向にある。この為痛みは不明であることが多いが、痛みというより、本来性が嫌であったり、又対人関係から嫌になる人が多い。C子のように、最初は性交・性的行為ができていたが、パートナーに対する日常的な不満をきっかけとして嫌悪感が次第に強まり、回避してしまう人は多い。又その根元に、根深い対人全般に対する不信感があることが、時折みられる。

(4) 挿入不全患者と性交疼痛症患者では、痛みがあるという点からみると連続しているが、心理面では各々恐怖感と嫌悪感であり、別のものである。

(5) 性交疼痛症患者と性的回避患者では、恐怖感は少なく、嫌悪感が多く、心的機制はかなり近似していると考えられる。嫌悪感を抱く人が多い事は、両者のセックスレス率の高さにつながっていると思われる。その意味で、挿入不全と性交疼痛症との間に見られるような明確な境界線を引く事は困難であるが、主訴の違いは明らかである。即ち、性交疼痛

症患者は痛みを訴え、性的回避患者は嫌悪・性回避を訴えており、両者の嫌悪感の率にも有意差がある。したがって、こうした違いを無視してこの2つのグループを1つにまとめる事は出来ないであろう。

(6) 嫌悪と恐怖を分けることは、治療の上から必要である。恐怖感を抱く人が多い挿入不全患者は、治療に対するニーズが高めであり、又恐怖感は経験的にみて行動療法的アプローチにより脱感作しやすい。更に精神療法的アプローチを織りまぜながら治療をすすめる中で、恐怖感は消えてゆくことが比較的多い。一方嫌悪感を抱く人が多い性交疼痛症患者と性的回避患者は、とりあえず挿入可能であることから、治療に対するニーズが低めであり、又嫌悪感は恐怖感に比較して対象が漠然としており脱感作しにくい。この為精神療法的アプローチの重要性がより増すが、嫌悪感は恐怖感より消えにくい。

(7) ここで嫌悪感として取り上げたのは、性交への嫌悪である。しかし、嫌悪を問題にするに際しては、パートナーとの性行為を嫌悪するのか、性そのものを嫌悪するのかの把握も必要であろう。中には、1人での性行為(マスターベーション等)には問題を感じない人たちもいるからである。この点に関しては、今後の課題としたい。

[結 語]

女性の性機能障害の患者が、性に対する否定的な感情を表明したときには、その患者の性行動の有り様、不快の種類等を明確に把握し、嫌悪と恐怖とを区別する事が望ましい。これは治療上からも、極めて重要である。

「女性の性機能障害の診断に関する疑問と

提案Ⅰ」と合わせて、新しい定義案を提案する。それは、身体・行為という側面と、心理的・感情的な側面を分け、双方から把握しようとしている。新しい定義の提案を表1に示し、その定義案と腔瘻、痛み、嫌悪・恐怖感の関係を、表2に表した。

表1 新しい定義の提案

1. 挿入不全／挿入障害（挿入できない）
2. 性交疼痛症（挿入できるが痛みがある）
3. 性的回避（挿入できる。性交・性的行為を回避する）
A. 腔瘻があるかどうか イ. 嫌悪感か
B. 痛みがあるか ロ. 恐怖感か
C. どのような痛みか

本論文の要旨は、第39回日本心身医学会において発表した。

文 献

- 1) 融道男ほか訳：ICD-10 精神および行動の障害・臨床記述と診断ガイドライン。医学書院、東京、1993
- 2) 高橋三郎ほか訳：DSM-IV 精神疾患の分類と診断の手引き。医学書院、東京、1993

表2 新しい定義案と腔瘻、痛み、嫌悪、恐怖の関係

名 称	定 義	腔 瘻	痛 み	嫌悪・恐怖
挿入不全 (挿入障害)	挿入不可能	多くはあり	多くはあり 「痛いから嫌」が多い	多くは恐怖 嫌悪もあり
性交疼痛症	挿入可能 痛みあり	軽いものがある人が多い	あり 「嫌だから痛い」が多い	嫌悪が多い
性的回避	挿入可能 性交・性的行為をしない	無い事が多い	多くは不明	嫌悪あり

女性の性機能障害の再定義への試み

構成・文責 日本赤十字社医療センター

金子 和子

[始めに]

性科学の分野は、最近までタブーに満ちていた新しい分野であるばかりでなく、多くの学問領域をバックグラウンドとしていることもあって、一つの用語がさまざまな意味で用いられており、共通の概念を現していない事も珍しくありません。ことに女性の性機能障害は不明な事が多い事もあって共通の言語になっていないようです。その代表的なものとしてワギニズムスが挙げられます。同じ患者がある産婦人科医師からはワギニズムスと診断され、他の産婦人科医からは正常と言われることも希ではありませんし、同じ患者に別の診断名がつく事も少なくありません。また従来の定義では目の前にいる患者を把握できない事も多く、このため、従来の定義への疑問や、討議の必要性が現場の治療者の間で言われていました。今年の心身医学会総会(第39回心身医学会総会)で、この問題に関して会員の中から3人の発表があります。これを機に、女性の性機能不全の新しい定義の提案をした阿部を中心に、症例研究会で、女性の性障害についての検討会を行いました。非常に参考になる点が多いと思いますので以下にご報告いたします。

I 従来の定義

まず従来の定義や概念の主たるものをあげます。

〈マスターズ&ジョンソン〉¹⁾

ワギニズムス：「この症状は、肛門や陰腔の外方1/3の部分をつむ骨盤底の筋肉群が、オルガスムのときのようなリズムカルな収縮ではなく、痙攣性に収縮する状態です。この腔口の痙攣性の収縮は、ペニスの腔内挿入が想像されたり、予期されたり、又実際に試みられたりすることによっておこる、まったく不随意的反射作用です。したがって腔痙は、精神身体症の典型的な一例なのです。

腔痙は、様々な女性の性機能不全のうちで、問診だけでは断定的に診断を下せない、数少ない症状の一つです。(中略)

極端な腔痙の場合には、腔口の収縮があまりにも激しいために、ペニスを挿入する事は不可能になります。内診指の挿入も力づくでなければ殆どできません。」

有痛性交：①挿入時に痛むとき：腔口付近の原因、クリトリスにある原因 ②性交中または性交後のひきつりや痒み：腔の炎症、肛門性交が原因、過敏反応、腔の粘滑不足 ③深部での激痛」

性嫌悪に関しては項目なし

〈カプラン〉²⁾

「ワギニズムス：解剖学的には、ワギニズムス患者の性器は正常である。しかし挿入が試みられると、文字どおり、腔入口部が非常に堅く、ぴったりと閉じてしまうため、性交は不可能である。(中略)ワギニズムスは、腔口周辺の筋、とくに腔括約筋と肛門挙筋の

不随意的なけいれんによるものであり、膣口に物体が差し込まれようとするとき常に生じる。

ワギニスムスの患者は、膣口の一時けいれんに加えて、通常、性交と膣への挿入を恐れる。この恐怖のため性交を回避し、性交を試みることができず、失望と同時に疼痛を伴う。挿入恐怖が、一時性ワギニスムスに対する二次的反応である事は多いが、ワギニスムスに先立つ事もある。

ワギニスムスは、必ずと言うわけではないが、全般的性的抑制やオーガズム抑制と関係している事もある。(中略)しかし、他の機能不全の問題が併存しているかいないかに無関係に、ワギニスムスは、別個の症候群とみなされるべきで、特別な治療方法を必要とする。

ワギニスムスは、性交に対する単なる恐怖回避とは鑑別されなければならないし、膣への挿入を妨げる身体的状態とも鑑別されなければならない。それゆえ、ワギニスムスの明確な診断は、内診が必要である。

ワギニスムスの発生率に関する正確な統計は入手できないが、この障害が相対的にまれであるというのが、専門家の一致した意見である。」

性交痛、性恐怖、性嫌悪に関しては、「定義と記述」なし。

〈石浜 淳実〉³⁾

「膣痙および有痛性交：「膣痙攣とは、膣の局所的感覚過敏の結果あらわれる疼痛性痙攣で、外陰部のものを、浅部、海綿体筋および肛門挙筋によるものを深部膣痙といっている。

軽症の場合は、膣入口部の膣括約筋のみが痙攣するが、重傷の場合には骨盤底諸筋、すなわち、会陰横筋、肛門挙筋、肛門括約筋にもおよび、さらにひどくなると、下肢、躯幹

の筋肉までも痙攣して、両下肢を閉じ、躯幹を強直させるため、性交どころか、内診も不能になる。(中略)しかし軽い場合は、ごく普通に見られる性交痛を vaginismus とよび、(中略)多くの学者は、単なる有痛性交 vaginismus とよんでいる。」

性嫌悪、性恐怖に関する記述なし。

〈ICD-10〉⁴⁾

F 52.10 性の嫌悪

相手との性行為が予想されると強い否定的な感情が起き、性行為を回避するほどの恐怖や不安が生じる。

F 52.5 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、膣の閉鎖を引き起こす。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、その場合にはこのカテゴリーを用いるべきではない。

F 52.6 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、その場合はそ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、明らかな原因がなく、情緒的要因が重要であるかもしれないものもある。このカテゴリーは他に一次的な非器質性性機能障害(たとえば膣けいれんや膣乾燥)がない場合にのみ用いられる。

〈DSM-IV〉⁵⁾

性的欲求の障害：302.79 性嫌悪障害 A. 性的伴侶との性器による性的接触のすべて(またはほとんどすべて)を、持続的または反復的に極端に嫌悪し回避すること。

(後略)

性交疼痛障害：302.76 性交疼痛症（一般身体疾患によらない）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。（中略）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）他の第一軸障害ではうまく説明されないし、物質（例：乱用薬物、投薬）または他の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。

306.51 膣けいれん 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。（後略）

このようにならべてみますと、共通点と、相違点が明瞭になります。

共通点としてはワギニズムスに関しては、膣の 1/3 の攣縮であり、挿入を妨げること、診断には内診が必用な事（ICD-10 および DSM-IV ではそれを明言してはいませんが）です。性交痛に関しては、ワギニズムスと同じ物とする立場と、ワギニズムス等を除くとする正反対の主張があります。

II 新しい提案

1. 阿部の提案⁶⁾

1984 年から 1997 年までに、順天堂大学浦安病院精神科およびあべメンタルクリニックに性障害を主訴として来院した 827 例中、性嫌悪症 55 例、性交疼痛症 54 例、膣瘻 11 例の女性患者について検討した。診断は DSM-IV を用い、生来性か獲得性か、全般性か状況性か、心理的要因によるのか複合的要因によるのかについて分類し、性欲、マスターベ-

ション、セックスレス状況、未完成婚かどうか、患者の感じ方や直接因等について調査した。その結果、様々な事が浮かび上がってきたが、今回のテーマに直接関係する事だけを以下に挙げる。

(1) 性嫌悪症に関して①55 例のうち、定義である“性欲障害”に符合するものは 25 例（45%）で、残り 30 例（55%）は性欲があり、うち 16 例（29%）はマスターベーションが出来ており、オルガスムも 15 例（15%）で認められた。

(2) 性交疼痛症に関して①54 例のうち特定の恐怖症の〈血液・注射・外傷型〉との鑑別困難例が 2 例あった。②性交疼痛症では治療中に性嫌悪症に移行したものが 17 例（31%）あった。このうち性欲を失ったもの 12 例、持ち続けたもの 4 例であった。③性欲は全員に認められ、マスターベーションは 28 例（52%）が可能で、オルガスムも得られていた。④未完成婚は 29 例あり（54%）、婦人科的に“異常なし”16 例で、残りは診察できなかつたり拒否しているがこれらのなかには膣瘻も含まれている可能性が高い。

(3) 膣瘻では 11 例全員に性欲が認められた。

性嫌悪症と性欲障害の関連を言えば、生来性のほぼ全例と獲得性で全般性の一部に確かに認められるが、獲得性で状況性の殆どの方は性欲を保ち続けている。この 2 群を性欲障害と言う面から見れば別疾患になる。しかし性嫌悪症の本質は性欲にあるのではなく、各定義にもあるように“パートナー”との性行為を嫌悪したり、恐怖感を持っている点にある。したがって本疾患は性欲障害の項目に分類される性質のものではない。

また膣瘻のスパスムは診察時に認められな

くても実際の性交場面では発生している可能性もあり、このような状況依存性の強い症状を診断基準に挙げているのは問題である。

したがって表1のような新しい診断基準を提案する。それぞれの定義は同文で良いだろう。

表1 性機能不全

DSM-IV	DSM-V案
1. 性欲障害 性嫌悪症	1. 性欲障害 2. 性興奮相障害
2. 性興奮相障害	3. オルガスムス障害
3. オルガスムス障害	4. 性恐怖障害
4. 性交疼痛障害 i 性交疼痛症 ii 陰瘻	i 性嫌悪症 ii 性交疼痛症 (陰瘻)

2. 大川の提案

本誌の大川玲子「ワギニスムス再定義の試み」参照。

3. 金子の提案

本誌の金子和子、渡辺景子「女性の性機能障害の診断に関する疑問と提案Ⅰ—ワギニスムス、性交疼痛症に関して」参照。

4. 渡辺の提案

本誌の渡辺景子、金子和子「女性の性機能障害の診断に関する疑問と提案Ⅱ—性嫌悪を中心として」参照。

Ⅲ 新しい提案への疑問

1. 阿部の提案に対して

(1) 「阿部は性交疼痛症に未婚のものも多く入れている。挿入できていない人たちも含まれている事になるが、性交疼痛症は、ICD-10には『性交中の痛み』と表現されており、有痛性交とも言われるように、性交すなわち挿入中に痛むものではないか。」

これに対して阿部は次のように述べた。「DSM-IVの定義に『性交に関連した』とあ

るので性交前でも関連したものと解したが、再検討する。テレビのキスシーンを見て痛くなるのはPhobiaかもしれない。」

これに関して、参加者のうち婦人科医たちは「性交中」と理解していたのに対して、精神科医である針間が「テレビでキスシーンをみて、性器が痛むというのを性交疼痛症にいれるのは少々無理があるかなという気がするが、性交しかけて痛いくらいは、入れても良い気がする。」と述べたのは、バックグラウンドの違いにより、理解の仕方に差があるという事が浮き彫りになった興味深い一場面でした。

(2) 「陰瘻は性交疼痛症の亜型としているが、心理的なものが先行して身体反応が起こると言い切って良いのか。陰の反応が起こりやすい人たちがいるかもしれない。疾病概念としては、性交疼痛症と陰瘻とは分けた方がよいのではないか。」これに対して阿部は次のように述べた。「恐怖心あるいはパニックに伴って痛みが出、その特殊な形として陰瘻が起きると理解していたが、確かに逆の場合もありうるだろう。亜型に入れてしまって良いかは今後検討したい。」

(3) 「性嫌悪症の人たちを性欲障害から取り除いてしまうと、性は嫌でないが性欲はないというのが、性欲障害になるわけだが、そのような人が現実的に居るのだろうか。」これに対する阿部の答えは次の通り。「居る。抑圧の強さや形によってそうなる。」

2. 大川の提案に対して

「挿入障害の言葉は便利だが、従来の概念との関連を明確にする必要があるだろう。従来の概念の何に当たるのか、それとどのような違いがあるのか等も。」これに対して大

川は次のように答えた。「それは今後の課題としたい。今回対象とした人たちの主訴は性交出来ない、受け入れられないということであった。それがワギニズムスかどうかは、判断が非常に困難である。診察の技術の問題だけでなく、内診とセックスとは違う。逆に妊産婦でも診察で緊張して内診できない事もあるように。友達や本でセックスは痛いものとの先入観があることが多い。恐いと自覚してはいないが膣を閉じるというような身体反応をする心身症的な人もいるし、一方キャーキャー言う人もいる。この二つのタイプは違うのかもしれないが、大まかに言うと挿入への拒絶である。ポイントは挿入に対する拒否であり、それは様々な意味を持つ。そこに焦点を当てるべく上記のような診断基準あるいは定義を提案した。」

3. 金子の提案に対して

(1) 「挿入できない人を全部ワギニズムスとしているようだが、攣縮があるとどうしてわかるのか」これに対する金子の答えは次の通り。「自分は心理士であるので診察できない。日赤の産婦人科医の診察を受けてもらっているが、診察できない人、診察を拒否する人、他の病院で診察を受け異常無しといわれた人もいる。しかし、治療している途中で、患者が『夫に見てもらったら、きつい日とゆるい日があるといわれる。』『自分でも今日は開いているとか分かる』と言ったり、器具の練習で、『Aで練習してやわらくしてからBをする』と言ったり、Cまで出来ている患者が日によってBしかはいらぬことなどがからI攣縮を起こしていると判断できる。」

(2) 「痛みのある挿入可能患者の痛みは全

員が実際の痛みとしているが、それが心理的な痛みでないとなぜ言えるのか。」金子の答えは次の通り。「心理的な痛みでないとは断定できない。患者に実際の痛みかと聞くと全員が『実際に痛いのだ』という点に注目したい。挿入不可能グループでは『痛そうな気がするのだ。実際に痛くなくても』という人たちがいるので分けた。しかし、挿入可能な患者の“実際の痛み”も心理的要因を否定しているわけではない。身体的裏付けがない場合もあるだろうし、痛いと思うと攣縮してしまう場合もあるだろう。また攣縮の痛みも心理的なものが大きいかもしれない。身体と心の関係は混沌としているし、患者が痛いと感じているのは事実だから、性交疼痛症は『ワギニズムスあるいは膣乾燥によるものを除く』というDSM-IVやICD-10の定義に疑問を感じた。」

4. 渡辺の提案に対して

「“嫌だ” ということと “怖い” というのは区別が付くだろうか。又、治療の中で変わってくる事が多い。」これに対する渡辺の答えは次の通り。「患者に聞くと、患者はかなりはっきりとその言葉の違いを自覚しているので区別は付く。今回の調査はインテイクあるいは初期の段階のものである。治療の経過で変わっていく事はあると思うが、“怖い” は“嫌” より治りがよく、識別しておく必要があると思う。」

IV その他のディスカッション

1. 内診に関して

多くの定義で、ワギニズムスの確定診断には産婦人科医による内診が不可欠であるとされているが、医者により診断が異なる事がし

ばしば言われる。また参加者の産婦人科医から「自分は産婦人科医ではあるが、ワギニスムスの診断には自信がない」との発言もあった。この事に関して大川から次のような発言があった。「ワギニスムスの確定診断としての内診に関しては次のようないくつかの問題点がある。(1) 婦人科医の中で、ワギニスムスに関する統一見解が無い。ワギニスムスについて知らない医師もいる。診断する医師にはまずワギニスムスについて説明し、理解を得てから所見を取ってもらう必要がある。(2) 患者が内診に不安をもつと、痛がったり、足を閉じたり、腰を引いてしまったりして診察できなくなる。これはワギニスムスと同じ状況であり、暴力的な婦人科診察がトラウマになることさえある。すなわち、医師の関わりかたで、診察できたりできなかったりする。まして客観的な所見を得ることは難しい。本来同じ医師が同じようにアプローチする、という設定が必要である。(3) 内診に客観性があるにしても、性的場面と婦人科診察では本人にとっての意味が、違うのでワギニスムスが再現されるとは限らない。診察では2指が挿入できてもペニスは全くだめ、という事もある。」

2. ワギニスムスとは何かにに関して

「腔痙という言葉は、痙攣を連想させるし、性交中にぬけなくなって担架で運ばれるというようなもののみを指すと思われる場合も多く、正確な理解が必要である」との声が産婦人科医からあがりました。また、「定義で使われる“攣縮”という言葉も辞書を引けば『刺激を受けた筋肉が興奮して収縮し、ついで弛緩する過程』と出てきて、収縮する事

を問題にするのに相応しくないのではないか」との意見もありました。それにたいして大川より「腔痙とは骨盤底筋群の spasm・痙縮である。腔の spasm の程度も様々である。しかしその spasm のみを取り上げていては問題を見失うだろう。ワギニスムスの主たる問題は spasm ではなく、挿入への恐怖心や、心理的反発、痛いとの感じなどではないだろうか」との発言がありました。

3. 痛みに関して

ワギニスムスや性交疼痛症では痛みが大きな要素となりますが、痛みとは何だろうかという事が取り上げられました。大川は次のように発言しました。「収縮が痛いという風に言われている、あるいはそう思い込んでいる面があるが、本当に収縮は痛いのだろうか。腔に指を挿入しておいて患者に収縮させると、収縮するが患者は痛みを訴えない。患者がリラックスして腔に収縮がないのに、何かの弾みで恐くなると、スーと収縮し患者は痛みを訴える。その時の収縮は、痛みの無い、意図的な収縮と同じくらいしかない、という事がしばしばある。」これに対して、「随意的な収縮は痛くないが、不随意的のものは痛むのではないだろうか」という意見がありました。しかし「オーガズムは不随意的なものだが、痛みとは感じない。」ということから単純に随意・不随意だけで割り切れるものでないとなりました。「この問題と直接関係ないかもしれないが、産婦で、時期によって内診の痛みが違う事があるようだ。10 ヶ月に入るとそれまで割合痛がった人も平気になるし、中期では内診はスムーズなのに痛みを訴える事がある。」との発言もありました。痛みの問

題は性の問題だけでなく心身症全般の大きな問題であり、メンタルなものの要素が大きいであろうが、身体的な変化と痛みの関係の研究がもっとなされるべきだということになりました。

また、これに関連して、時々性交疼痛症や腔瘻の患者から「キシロカインゼリーを処方された」と聞かすが、それは治療的ではなからう、と全員の意見が一致しました。

4. ワギニズムという診断基準は不要かという事に関して

「ワギニズムは少ないし、インポテンスという言葉がなくなったように、もう死語となっても良いのではない」という発言がありました。これに対して「カプランは少ないというが、少ないとは思えない。大川の研究では、挿入不可能グループの70%にあると出ている。」「インポテンスという言葉は侮蔑的だから問題であったのだと思う。ワギニズムはそうではない。」「spasm が起こっていて挿入出来ないという事実は重要な事。患者やパートナーもそう説明されると納得する。」「ワギニズムの患者がパートナーを勃起障害にさせている事もあり、やはり必用な概念ではないか」等々の意見が出ました。何れにしろ、ワギニズムは腔の1/3の収縮だというだけでは意味が無く、その人の、パートナーとの関係を含めたセクシュアリティのありようを見る必要がある、という事ではみな意見が一致しました。

[終わりに]

今回は時間の関係で、ワギニズムに焦点が当たりましたが、性嫌悪や性欲障害も非常

に興味あるテーマであり、これらが性障害の中でどのように位置づけるかは今後の大きな課題だと思います。今回議論してみて新たに、日本の数少ない治療者の間ですら、観点の違いが大いにある事が明瞭になりました。性がそれだけ新しく、奥の深い分野だという事なのでしょう。今後又こうしたディスカッションの機会を持ちたいと思います。それがセクソロジーの発展にもつながる事でしょう。

(参加者、あいうえお順：阿部輝夫、荒居百合子、出沢総子、植村規代、大川玲子、金子和子、早乙女智代、島典子、中沢文子、針間克己、平出公仁、福本由美子、堀一子、堀口貞夫、村口喜代、渡辺景子 1998年3月19日)

参考文献

- 1) W・H・マスターズ V・E・ジョンソン
謝国権訳：人間の性不全。池田書店、東京、1870
- 2) ヘレン・S・カプラン 野末源一訳：ニュー・セックス・セラピー。星和書店、東京、1982
- 3) 石浜淳実：臨床性医学入門。東京、金原出版、1981
- 4) 融道男ほか訳：ICD-10 精神および行動の障害・臨床記述と診断ガイドライン。医学書院、東京、1993
- 5) 高橋三郎ほか訳：DSM-IV 精神疾患の分類と診断の手引き。医学書院、東京、1993
- 6) 阿部輝夫：女性性機能不全。臨床精神医学第26巻 増刊号104-115、1997

症例報告

未完成婚夫婦へのセックス・セラピーの1例

婦人科・青木クリニック

青木孝允

症例 夫 S.T. 37歳

デパートの経理事務

妻 K.T. 30歳

化粧品会社の事務-3ヶ月前に退職

主訴：月経不順→性交不能

初診（1984年11月7日）妻のみ受診

性経歴の聴取：主訴は月経不順であったが、話が進につれて性交が出来ないことが分かった。患者夫婦は、1979年1月に「見合い」し、同年11月（受診の5年前）に結婚。現在、月に1〜2回性行為を持っているが、ペニスの腔への挿入が怖くて出来ない。性器、特にクリトリスを刺激された時には快感があるが、夫が覆いかぶさってくると、恐怖感で身体が反り返ってしまう。何とかしなければという使命感みたいなものはあるが、結婚以来全く性的結合は出来てない。

第2回面接（11月21日）

妻の面接：本人は、自営業（度量衡計器の販売）を営む両親の一人娘で、家庭環境は円満、男女交際についても特に厳しくはなかった。高校2年の時に、友人達と泊まりがけで海へ出かけた折りに、数人の男性のグループに無理やり性交渉を迫られ、隙を見て逃げた。その時は、母親に助けに来てもらって、危うく難を逃れたが、今でも時々暴行される夢を見る。その後、男友達も何人か

あったが、性行為と言えるものはキス程度であった。

今の夫と婚約して4〜5ヶ月経った頃から、時々婚約者のアパートなどで性行為を持ったが、性交は怖くて出来なかった。結婚式の日には月経中で、新婚3日目にハワイで初夜を迎えたが、性交は矢張り出来なかった。その後、気分を変えるために、ラブホテルで何度も試みたが、いざとなると気分が悪くなって逃げ出したくなる。膨張したペニスを見ると怖くなる。

診察：看護婦に付き添われて内診台に上がったが、内診しようとするとう膝を硬く閉じ、身体をよじって逃れようとする。リラックスするようになだめながら、人差し指1本で素早く内診を終える。腔壁が2〜3回軽く収縮するのを感じたが、強くはない。内診所見は異常なし。

指示：（不快でなければ）マスターベーションを勧める。

自分の指を、腔内に深く挿入してみる一慣れたら動かしてみる。

第3回面接（12月5日）

経過：練習してみたが、第2関節までしか挿入できない。

第4回面接（12月19日）

経過：指1本ならば、抵抗なく挿入できるよ

うになったが、2本では十分に入らない。

指示：自分の性器を鏡に写して、よく観察すること。

夫の指でも、同様に練習すること。

第5回面接（1月23日）

夫の面接：雑貨商の両親の3男。同胞は5人。

ペニスの挿入は、まだ行っていない。自分の指が1本、容易に挿入出来るようになったので、あわてないで徐々に進めていく積もりであると。

妻の面接：夫婦のコミュニケーションは良好である。

*月経不順（機能性子宮出血）に対し、ノアルテンを投与。

第6回面接（4月3日）妻のみ受診

昨日初めて、ペニスの挿入が半分くらい出来た。しかし、「もう十分です」と尻込みしたくなるような気持ちである。夫は挙児を希望しているので、不妊の検査があれば聞いてきてほしいと言っている—こうしたことが、話し合える段階になった。今の状態（ワギニズムス）については、時に不満めいたことも言うが、強いことは言わない。今まで別れないでいたのも、趣味などが良く合っていたせいかも知れない。夫の趣味：テニス、スキー、ゴルフ、パチンコ。妻の趣味：テニス、スキー、写真。

「ご主人は、なぜ性交の成就を急がないのか」との質問に対し、「自分の抵抗が、激しいからではないかと思う」との答え。

第7回面接（5月8日）

再度内診を行う：少し身体をこわばらせたが、

普通に内診可能。

指示：性交時に、行為に没入できていない（常に挿入事態を予測している）ので、妻の夫に対する刺激を多くし、積極的に行為に参加する。

性的空想を活用する。

第8回面接（9月11日）

夫の面接：足を捻挫したり、風邪をひいたりして、2ヶ月以上性生活から遠ざかっている。指2本は容易に陰に挿入出来るが、いざ性交に移ろうとすると、身体を硬くして抵抗するので、自分も少し淡泊ではあるが、つい怯んでしまう。前戯は普通に行っており、妻の陰の潤いも十分と思う。

指示：妻が承認しているのなら、ある程度強引に（暴力的でなく）性交を試みても良いのではないか？

リラックスするために、酒類を用いるのも良い。

第9回面接（9月25日）妻のみ受診

前回の面接後5回性交を試みたが、挿入出来なかった。多少身体は硬くしたが、抵抗はしなかったのに、夫は余り強引に試みなかった。2回位は勃起しなかったようだ。

*二次性のインポテンスが考えられる。

第10回面接（10月9日）

指示：お互いに「与えることによって得る」、「得ることが与えることになる」の道理を強調し、理解させる。

治療が長くなり過ぎて少し疲れてきたことを考慮し、気分転換に旅行を勧めた。

次の面接日は、2〜3ヶ月後に改めて連

絡して決めることにする。

この夫婦からは、翌年2月に礼状が届き、11月下旬に旅行から帰って間もなく性交が出来、その後も殆ど支障なく性生活を営んでいる旨の内容が記されていた。その後も毎年、夫婦（と子供）の写真入りの年賀状が送られてくる。

（考 察）

本症例については、ただの「性交不安」であるのか、「陰瘻」であるのか、診断がはっきりしない。ただ治療経過の後半で、夫の二次性のインポテンスが生じた。しかし、振り返って見て、これがいつ頃からあったものかは判然としない。妻の症状に気を取られて、夫の性経歴や性格傾向を軽く見たことに、治療者として深く反省させられた。ちなみにこの症例は、成功例には含めなかった。

性嫌悪障害の1例

有田市立病院産婦人科
西 丈 則

症 例：妻／29歳，公務員，短大卒。

夫／34歳，会社員（研究開発部門），大学卒。

主 訴：性嫌悪

家族歴：夫婦とも家庭環境で問題となることなし。長男と長女の結婚であった。

生活歴：妻／以前に他の男性と交際し，petting, fellatio の経験あり。性交の経験は否定している。今回見合い後1年で結婚となった。結婚前のマスターベーションの経験は否定し，またマスターベーションをすることに罪悪感をもっていた。

夫／23歳時売春婦と初交，以後数回の性交渉も売春婦との関係のみであった。挿入，射精は可能であったとのこと。性交経験が少なく，性交の技術が拙いのではないかとの不安があり，またそのことを妻に悟られたくないため威圧的な態度にでてしまうこともあったという。性交渉時は大いに緊張し，楽しんで行うことは殆どなかった。

性格傾向：妻／物事の判断に対し白黒をはっきりと表明するも，わがままな印象は受けなかった。

夫／物事に執着する性格，神経質で陰気な印象を受けた。妻の一言一言に対し批判的な態度を示し，夫婦での来院時も，治療者と妻との会話に加わらず，腕組みをし，椅子にもたれ，第三者的，批判的態度で聞いていたのが印象的であった。

既往歴：夫婦とも特変なし

現病歴：見合い後約1年して結婚する。交際中はキス，petting の関係となるも，「結婚までは性交はしたくない」との妻の意向で性交渉は持たれていなかった。新婚旅行の時はじめて性交を試みた。妻の性交痛が強度で膣内挿入が困難であるに関わらず，2回も性交を要求されたことが妻にとってショックであり，かつ夫への最初のわだかまりと不信感が生じた出来事であったと報告している。相手の気持ちを思いやることなくおこなわれた性交渉，また性交渉は気持ちがいいものと思っていたが全然良くなかったことなどから夫と性への興味が減少したという。この出来事以後，夫の顔を見るのも嫌であったが，新婚旅行中は手で夫の射精の手助けをしていた。夫にとってこのような状態は不満であったが我慢をしていたという。結婚6ヶ月目に妻と実母の2人で初診した。妻より「夫との性交が嫌で近寄ってきてもゾッとする。夫とのセックスの嫌悪感をなくし，夫婦関係を元に戻したい」とのことであったが，この時すでに二人は別居中であった。母親は娘が夫の性的要求を受け入れず実家に帰っていることに戸惑いを感じる反面，夫の娘に対するいたわりのなさ，夫の強引さ，家族としての付き合いの悪さなど不満もあった。夫は「これまでに4回は膣内挿入が出来ていると思う」とのことであった（妻はいまだ一度も挿入できていないように思うとのことであったのだが）。別

居生活となるまでは、嫌々ではあるが1週間に1回程度もたれる petting などの肉体的接触を妻は容認していた。

治療経過：まず妻から性に対する全般的な聞き取り、夫婦間の葛藤の問題点につき問診した。また、別居の間に理解しておくべき homework¹⁾を課題として与えた。この homework は、自己の解剖学的身体と感覚的身体についての再認識を目的としたものである。婦人科的診察では、処女膜に裂傷はなく、膣入口部は狭小であり、未完通であることを思わせしめた。妻の説明によると、夫との性交は「膣内挿入が出来ていたかは分からない。たぶん挿入できていなかったように思う」とのことであった。2回目以降のカウンセリングには、夫婦で来院してもらった。夫との初回面談時、夫は「なぜ妻が性交渉に応じないのか」と妻を責め、「自分の要求は当然のことである」と強調し、治療者の賛同を求めてきた。また妻に性交に応じる説得をするよう治療者に要求することもあった。夫は、夫婦間葛藤の原因は妻に全ての責任があると訴えた。妻の夫に対する不信感の由来、性交渉時における相手への思いやりの重要性、および自己の性的感覚に集中する sensate focusing につき夫婦を交え検討した。この間にも妻は与えられた行動療法である homework を実家で順調にこなしていた。治療開始後4回目に妻のみが来院し、夫の同席しない1人だけのカウンセリングを希望した。一方、夫は早急な解決を期待し、「治療1ヶ月になるのに妻の態度に変化が無く、カウンセリングの効果が認められない」と苛立ちを示していた。「何時になったら妻の性に対する拒否の態度が和らぐのか」、「いつまで治療を継続しなければならないの

か」等、詰問的態度で治療者に解決を迫ってきた。カウンセリングを受けているのに妻が夫のもとに返ってこず、実家に居続けることに苛立ちを露わにすることもあった。初診後約1ヶ月して妻の両親と当人同士で話し合いがもたれ、同居を再開することとなった。ところが妻は依然夫を寄せ付けず、再び夫婦喧嘩となり、家を出てしまうこともあった。このような夫婦不和の状況に関わらず、妻は徐々に自己の性に対する拒否感情が薄らぎ、マスターベーションも行うようになったと報告してきた。自己の指で膣内挿入も試みるようになっていた。また、この頃よりオーガズムを感じるようになったとのことであった。これら一連の成長が確認できた治療開始7週目頃より、シリンジによる膣内挿入練習を指導した。妻の一人で行なう練習は比較的順調に進むも、夫を許す気持ちにはなれず、依然夫に嫌悪感を感じていた。また、「夫の前戯が長時間でかつ深夜におよぶ(11:00pm~1:00am)」ことも性交渉が嫌になる原因と妻は考えていた。妻の homework が順調に進み、性交可能と判断したとき、夫婦にペニスの膣内挿入の許可を与えた。いざ挿入となったとき夫は勃起不全となり、性交渉は中断された。夫は別室でマスターベーションを行ない、射精したとのことであった。これらの事情は妻の両親に逐一報告がなされていた。妻の父親は娘婿の行為を「男としておかしい」と非難し、妻はますます夫への信頼感を失っていった。このころ些細なことから再び夫婦喧嘩となり、妻は暴力を振るわれ、着の身着の俣で家を閉め出される事件が起こった。公衆電話からの電話で、父親が迎えに行き実家に帰ったとのことであった。この事件を契機に、両

家で話し合いがもたれた。夫は「自分がどれだけ我慢しているか」、「我慢しているのがどうして分からないのか」等々、妻の非を責め続けた。ところが、義父の「なにを我慢しているのか」との問いに何も答えることが出来ず黙ってしまったとのことであった。治療開始12週目に妻と母親2人が来院し、「離婚することになった」と報告があった。「離婚という結果になりましたが、このような話をする機会が持て大変うれしかった」との妻の感謝の言葉を最期に治療は中断した。

考察：妻にとって、初交時より夫の変わることのない「思いやりない自分だけの性行為」は不満であった。しかしこの不満を夫に直接訴えることはなかった。このような内在化された夫への妻の不満と不信感、さらには夫の独善的な性交要求が事態を悪化させていったと考えられた。夫は妻に敵意を抱き、性交が出来ないすべての責任を妻に押しつけた。ところが、homeworkも進み妻より挿入許可の申し出があり、夫自身の性能力が試される状況が起こったとき、夫は勃起不全となった。過度の精神的緊張が勃起障害を引き起こしたと思われた。性交渉を介した、2人で享受されるべき愛情交換の場で取られた夫の自己本位ともとれる性行為は、相手を性的に満足させられるかの不安、失敗恐怖、さらに威厳喪失不安等の混在した要因が引き起こした夫の反応のように考えられた。

ところでこの症例は、元来セックスカウンセリングに不適当であったのかもしれない。

来院時にはすでに離婚の兆しは見えていた。夫は妻がカウンセリングに通うことを快く思っていなかったようである。夫婦間の、特に夫自身の性の問題が顕在化することに不安があったのかもしれない。このことがまた、妻の受けている治療内容に意図的に興味を示さなかった原因と思われる。独善的な性行為の改善、妻が自分の性に自覚的になるまで温かく見守ってやること、カウンセリングは一朝一夕に効果が出ないことの理解など、夫に求めた協力事項はことごとく無視され、懐疑的な態度で妻や治療者に対峙した。妻との共同作業で築き上げられるべき夫婦関係が、破綻に向かうのは当然の結果だったのかもしれない。一方、妻の女性としての性への理解および目覚めという側面に関しては、一部目的を達したといえるが、性を通しての2人の関係の修復、改善をめざした治療者の目標は、カウンセリングに対する夫の懐疑的、非協力的態度を前にして困難を極めるものであった。醫心方「房内」²⁾が説く交接の道に必要な「定気、安心、和志」の三要素の欠如した症例であった。

参考文献

- 1) Patricia Gillan: Sex therapy manual. Blackwell Scientific Publication, Oxford, 1987.
- 2) 醫心方巻第28 房内、至文堂、東京、1989.

近親姦（兄妹）の1例

ぐんま思春期研究会

佐藤 ち江

症 例 男性 高校2年生（17歳）

1 主 訴

中学の妹と性関係を持ってしまった。

2 家族歴

祖父母、父方母方ともに健在であるが同居はしていない。父親も母親も会社員でともに中間管理職で忙しく、帰宅時間が遅い。

3 生活歴および性格傾向

上記家庭において長男として大切に育てられ、おっとりとしている。妹とは3歳違いであるが仲がよくいつも一緒に遊んでいた。近所に同年輩の子供がいなかったこともあるが家の中での遊びの方が面白かった。

4 既往症

特筆すべきものはない。

5 現症歴

お正月に妹が和服を着た。とてもきれいでかわいくて少女雑誌のモデルのようだった。

着物や帯に触っているうちに袖口から手が入って腕に触れたら一寸胸がドキドキした。その後妹のことがいつも気になって、じっと眺めていることが多くなった。

2月のある晩両親の帰りを待ちながら、コタツに当たっていたら妹の足が触った。その

ままふざけているうちにペニスが固くなってきて、体中が熱くなり妹を抱きしめてしまった。気がついたらセックスをしていた。

妹も嫌ではなかったようで少し照れくさそうに笑っただけだった。二人きりのとき時々そうしていると、両親のいない寂しさも紛れるような気がしてくる。

ある時本をみて兄妹の間では、してはいけない大変なことだと知って、どうしていいか心配になって電話相談をした。何回もいくつかのところで『止めなければだめ』と叱られただけで、だんだん頭が混乱してきた。周囲に知れたらどうしよう、とくに両親がどう思うかとても心配だ。同級生の女子と交際してみたらと思って誘ってみたが、一緒にいても全然楽しくなくない。かえて妹のことが頭にうかんできてしまう。

6 相談の経過

第1回目

身長174センチ、体重60キロ位で神経質そうな暗い感じの少年であった。

電話相談では作話と思われたらしい。学業成績も中の上、両親はともにある程度の学歴があり勤務先では中間管理職である。妹は156センチ、スリムで学校では人気者であると言う。時々涙ぐんだりしながら訴えていた。

近親姦はいけないことという罪の意識をもちながらも『妹が可愛いくて離れられない』

という。

兄として妹を愛すること、男として女を愛することとはどう違うのか、問いかけてみると、体を触れたり抱き締めたりするのが一番いいことだという。たとえ兄妹でも身体的接触が性的刺激となって、本能としての性的欲求を満たしているに過ぎず、兄妹、家族としての愛情と違うと話してみたが理解ができないらしい。本人とは別に妹は友人ですでに性行為をしているものが、クラスで派手にふるまっているのをみて、セックスしてみたいと憧れていたらしい。しかし、友達とはなんとなく出来なかった。『お兄ちゃんは好きだからいい』とかえて安心して居るのではないか思うと言う。

でもやっぱりしてはいけないことだと思うし妹との関係が両親の知るところとなったら大変なことになるという不安、社会的にみていけないことをしているという罪悪感に苛まれて相談電話をかけまくった。かえて不安や悩みが増すばかりだったらしい。

動物の世界でも本能的に近親姦を避けようとする行動が見られるのはなぜか、大昔では人間社会でも近親者の間の性交が、家族間の絆を深めるものとして許されていたようであるが、長い歴史の流れの中でタブーとされてきた。法律の上でも三親等内の性交が禁止されている。なぜなのだろうか考えてみよう。

思春期になると異性に心ひかれ、お互いに触れ合い性交をしたいという欲求が起ってくる。これらのことを自分たちの今のかかわりのなかで起きた事実として考えてみて、どう対処したらいいのか、私と一緒に考えてみようと話した。とにかく精神的な不安だけでも払拭しなければと考えたので、以上のこと

を次回面接での宿題として残してみた。

第2回目(2週間後)

クライアントが帰った後、家族関係や生育歴を改めて見直し次回のカウンセリングに備えた。

本人は両親が結婚後3年目に祝福されて生まれ続いて妹が誕生、兄妹仲良くをモットーに育てられた。とにかく二人が子犬のようにじゃれあって遊ぶ様子を両親が喜び、仲のよい兄妹と周囲にも自慢しているので、両親の留守の間も一緒に遊んだり勉強し、時には夕食の用意を一緒にしたりした。

両親は仲睦まじくあまり争ったりすることはなかったが、時に夫婦ゲンカをすると仲直りの際、子供たちの前でキスや抱擁をし、仲良く愛しあっている様子を示していた。子供心にも両親の様子をみながら、身体的の触れ合いが自分の気持ちを伝える一番いい方法と思っていたらしい。

このような生活の中で思春期になり、性的に成熟し、たとえ兄妹でも異性として意識するようになり、学校や地域での友人たちと交際が深まらないうちに、兄妹の間で性的接触にエスカレートしてしまったようである。このことについて両親はいつまでも仲良しと思っていたのかもしれない。

幸いにも思春期の発達や性の成熟のことについての理解は出来そうである。しかし、度々の電話相談や週刊誌、その他の情報から兄妹の間での性関係は非常にいけないことであり、このようなことをしているのは自分たちだけという罪の意識と、両親が知ったら悲しみ怒るだろうという心配が大きいことを推察し、第二回目のカウンセリングに臨んだ。

*¹ すべての動物は自分の子孫を残す為に性の交わりをする。しかし、あまり近いものとの交尾を繰り返すと、奇形の子供が出来ることがある。

*² 人間という社会のなかには、いろいろな人がおり、今では外国の人も大勢日本にきていて、様々な人と仲良くしている。家族だけよりも楽しいことがあるらしい。

以上は彼なりに情報を得て考えてきたことである。

*¹について 動物の世界でも近親での交尾を避けるのは優秀な子孫を残したいという生物としての本能である。オスが成長すると群れを離れて新しい群れを作る。人間の社会では長い間の生活の知恵として、近親姦を禁ずるような社会行動が生まれ、法律的にも禁止が定められた。このことは文化をもつものとして当然のことである。

*² 家族が仲良く暮らすことは大切なことである。人間社会的では多くの人々とのかわりのなかで生活をしている。様々な人達との交流が文化を生み出したらしい。家族同士のかかわりも大切であるがもっと外に目を向けて沢山の友人と交際してみよう。

このような投げかけをして話をはじめた。

思春期になれば異性への関心が高まり、異性と触れ合いたいという欲求がおきるのは当然であるが、家のなかにはばかり目をむけていると、一番近くにいる異性を性的欲求の対象としてしまいがちになる。そして身体的な接触だけで満足してしまう。いわゆる本能的な

性行為である。しかしこんな場合でも、性交をすれば妊娠という事実は起きてくるわけで、妹が妊娠したらどうなるかここまで考えねばならないだろう。

また、このような兄妹の性行為をしているのは自分だけと悩んでいるが、大昔からあったことで人間の知恵で作上げた生活のルールに外れる人もなかった訳ではない。そしてみんな自分なりに苦しみ悩んだあげくにそれぞれの解決策を見いだしている

市の郊外の小さなお寺に『いましめの道祖神』というのがある。一年間全国各地をさまよった揚げ句、大人の男女としての関係を作り上げ別々に幸せを求めたという姿が刻まれている。ここをお参りする人も少なくないので、自分だけと落ち込まずに妹にとっても自分にとっても一番大切な愛情とは何かを、考えるよすがとして一度お参りしてみたらと助言した。

とにかく、今の状況の中で一気に妹との関係を断ち切れないようなので、妊娠だけは避けなければならない。そのためにはお互いが男女の性の機能や心理についての理解を深めることが必要なので、次回にこれらについて妹と一緒に学ぶことを約束させ、月経周期を記入するようメモリーを渡した。とりえず避妊の実行はすぐ必要と考え、どうしても性交に至るような時には、コンドームを使うことにし、現物を示し手にとって使用法を教えた。

今回の相談でかなり落ち着いてきたように見えたが、両親に知られることを事のほか心配しているので、自分なりの解決をすれば大丈夫と力づけた。しかし、家庭の中での事ゆえ両親は気づいているのかもしれない。

本能的な性の欲求を『愛』と取り違えをし

ている若者は少なくないが、その対象が妹であったことに問題がある。家族愛のあり方などについて考えさせなければなるまい。

その後の経過

第三回目の相談を約束したが来所せず、どうなったかと心配していたところ夏休みの中頃、真っ黒に日焼けして元気そうな姿を見せた。両親と妹の四人で父親の勤務先の同僚の家族と一緒にハワイへ旅行したとのこと。飛行機のなかでもハワイの海岸でもたくさんの肌の色の違う人がいて、みんなはとても楽しそうだった。妹は東京からきたという高校生とたちまち親しくなり、自分と一緒にいるときより生き生きとしていた。こんな嬉しそうな顔を見たことがなかったのでショックだったが、これでよかったのかとも感じ自分を納得させるように努力した。青くて広い海を初めて見て自分の心も広がったように思う。

『いましめの道祖神』へは、二回ほど行ってみたとか、あんまり悲しそうな顔をしていたので妹と二人で泣いてしまったという。

7 考 察

クライアント自身からいい結果が得られてよかったと思う。近親姦については指導がかなり困難と思っていたが、このケースでは生育の過程での問題、たとえば性的虐待などがなかったこと、両親とも言葉や態度に現わしてはいなかったが、子供たちのことを知っていたらしく自分たちなりに解決の方法をとってくれたことが幸いしたのだと考える。

思春期の一時的な性衝動が、成人してまでその陰をひきずることのないよう、心しなければと強く感じさせられた。

参考文献

「現代性科学・性教育辞典」編集委員会

「現代性科学・性教育辞典」小学館

石濱淳美 「現代セクソロジー辞典」

メディカ出版

山田和雄 「近親相姦 青年心理 71」

特集『性と愛』

症例報告

判例から考える性別決定の医学的、法的問題

東京家庭裁判所

針 間 克 己

埼玉医科大学において性同一性障害者に対してSRS（性別再割り当て手術）が行われることとなり、手術ごの本人の戸籍上の性別をどうすべきかについても議論が高まっている。そこで、半陰陽や性同一性障害の性別決定に対する法的考え、また医学的考えについて、実際の判例をもとに先日、研究会で検討された。

判例要約（平成3年高裁）

性染色体XYの新生児が、脊椎管内の脂肪種により外性器異常を有したため、担当医師、男性としての機能を有し得ないと判断し、両親と相談のもと、外科手術により女性外性器を形成し、女性として養育させることとした。両親は当初、戸籍に「次男」として届けたが、後に「長女」としての変更を家庭裁判所に申し立てた。家庭裁判所では「性別は性染色体のみにより決定する」と却下したが、高等裁判所では「外性器の外科的修復の可能性、将来の性的機能の予測をも勘案し、将来においてどちらの性別を選択した方が、当該新生児にとってより幸福かといった予測も加えた医療上の判断に基づき」、「長女」への戸籍訂正を許可した。また、「恣意的な性転向を試みている芸能人のような性別変更に関する戸籍訂正が、みだりに許されないことはもとより当然であるが」と付記している。

まず、医学的処置の妥当性について議論された。半陰陽児に対する医学的対応としては本判例のように、外性器の形態及び機能上、男性性器としての機能を有しないと思われる場合（一定以上のペニスの大きさを満たさない）は、女性性器への形成手術を施し、女性として養育するというのが、現在の原則である。これは、「心理的な性別（ジェンダー）は親や周囲の養育態度で決定する」というJ. マネーの仮説に基づいているが、近年はこの仮説への疑問が生じており、「ジェンダーは誕生時すでに男女いずれかの傾向を生物的に有している」との説が有力視されている。このことから、外性器の性別決定は、ジェンダーと医学的に与えられた性別の不一致を引き起こし、本人に葛藤を与える可能性があり、実際アメリカや日本で当事者から問題提起されているとの指摘もあり、半陰陽者に対する治療方法は当事者のジェンダーを尊重し、自己決定に委ねるべきではとの意見が出された。これに対し、未治療のままにしておくとは典型的ではない外性器のために、いじめにあうのではとの指摘があったが、いじめの防止には、手術を施すより、多様な人間のありようを認める教育こそ大切ではとの意見が出された。

次に判例の中で、性同一性障害に関すると思われる記述が、正しい理解に基づいていないのではとの指摘があった。判例では性転向を試みるものは「恣意的な」「芸能人のような」

と形容されているが、これらの者は性同一性障害に当てはまるとは思えず、鑑別診断上、「経済的利得を目的とした者」「社会的理由による性役割の忌避」に当てはまるとは思われ、医学的にも手術の適応とはならない。性同一性障害者が性別の変更を望むのは「恣意的」すなわち「わがままで自分勝手」な気持ちからではなく、「身体的な性別に自分自身の心理的な性別をあわせようと努力し悩んできたが、どうしても身体的な性別が自分自身の性別とは感じる事が出来ず、最終的な結論として、心理的性別を自己の性別としたい」気持ちからである。また、SRSやホルモン療法による身体的な性別変更は医学的見地からなされ、当事者の自分勝手な気持ちから行われるのではないし、その結果が周囲に迷惑や害悪を引き起こすものでもない。

判例の性別決定基準が性染色体のみによらず、「本人がどちらの性別だとより幸福に生きていけるか」という観点を持ち、「医学的判断」を尊重している点は肯定的に評価されたが、性同一性障害に対してはこの基準が当てはまらないことが疑問としてあげられた。半陰陽も性同一性障害とともに医学的疾患であり、より適切な性別で生きていく権利を有するのは同じである。しかし、判決が出された当時、我が国では性同一障害者に対しての医学的関心はほとんどなく、判決文中で性同一障害への正しい医学的理解が欠けているのではやむを得ないのではないかと指摘もなされた。

最後に判例から離れ、性同一性障害者の性別決定について議論された。性同一性障害者のジェンダーは脳の性差という生物学的基盤を有し、身体的性差と比較した場合、脳をより優先するという考えから、ジェンダーの性別を性同一性障害の性別とすべきだとの意見が出された。それに対して、生物学的基盤にのみ根拠を求めるのは、性同一性障害者自身がどう感じ、どちらの性別を選んだ方がより幸せであるかという観点を軽視する結果になりかねないという反論もなされた。また性別の変更にはSRSが必要かどうか意見が分かれた。社会的、法的にある性別で生きていく以上、その性別に身体的にも可能な限り近づく必要があるという意見に対し、性同一性障害者の中には経済的余裕がない。手術を受けられる健康状態ではないなどの様々な理由で、SRSを望まない者もあり、SRSの実施を性別変更の必要条件とするのは、彼らが性別変更できなくなり問題であるという意見もあった。また、性別の変更は結婚との関係上、配偶者との性交が可能となっている必要があるのではとの意見もあった。これに対し性交が出来るか否かは結婚する二人の間の問題であり、二人が同意しているなら、性交が出来ない状態でもよいのではとの反論が出された。

性同一性障害者および半陰陽の戸籍の性別決定問題にはその議論の根拠となる医学的知見、指針を明らかにし、それを社会に啓蒙していく努力が必要であろう。

男性同性愛者のライフヒストリー

仙台市立病院
村口喜代

同性愛は、いつの時代でもどこの国でも存在したし、絶えることがなかった。にもかかわらず、同性愛は異端視され、時に犯罪視されることもあったということも歴史的事実である。今日でも「同性愛は異常性愛行為である」は払拭されたわけではない。4年前の第10回国際エイズ会議が日本で開催されたのを契機として、わが国においても公式の場に同性愛者が登場し、またメディア側が作り出すゲイブームも手伝って、実質的に同性愛は市民権を得つつある。

矢島正美編著「男性同性愛者のライフヒストリー」は時機を得た本である。今までも同性愛に関する本は多々あったが、従来のものとは趣を異にし、決して「隣人を知りたい」的に気楽に読めるものではなく、異性愛者のセクシュアリティにも肉薄する画期的な、まさに「学術書」である。

著者が所属する中央大学文学部社会学科ゼミのテーマとして学生側からの要望として取り組まれたのをきっかけとして、開設3年目に著者自身のテーマとして本格的に取り組んだ研究の中間報告である。綿密に調査計画書が作成され、インタビューに応じてくれる同性愛者を探した。調査対象者は20～30代であり、精神的に安定した人であり、性的指向を除いては、ごくごく平凡な人生を送ってきた人達であった。結果として男性同性愛者のなかでもセクシュアリティに対してかなり問

題意識をもっている人であり、学歴も比較的高い人であった。

調査目的は同性愛指向形成過程の研究であり、生育の背景によって同性愛指向がどのように表出するかをみることである。著者は同性愛の原因は「分からない」の立場としているが、個人的には、さまざまな説のなかで胎児期におけるホルモン分泌説が有力ではないかと思っていると言ひ、本研究は精神分析的には同性愛は乳幼児期からの体験が原因とされていることに対するアンチテーゼとして実証的アプローチをしようとしたものと思える。目的を細分化すると、○異性、同性に対しての性的関心・性的意識 ○異性、同性に対しての性的行為 ○同性愛情報の認知・摂取 ○同性愛者との接触 ○自己の同性愛認知とアイデンティティ ○カミングアウト ○同性愛に対しての意識・考え であり、4～7時間にわたって口述者に詳細にインタビューしていくのである。

とかく批判の多い実証的方法をあえて採用しつつ、「中立と客観性」を持たせるために、十分教育・訓練したゼミ学生を同席させ、テープ興しを分担させ、一方口述者を共同研究者・執筆者と位置づけ、しかしインタビューに際しては口述者の勝手性には妥協せず攻防戦を展開しつつ、またストーリーを書き上げる段階では原稿のチェック、校正に参加させるなど、著者の研究者としての熱意と執念、そして特

定の立場をとるまいと自由に徘徊していく様には脱帽させられる。

3年間に31名のライフストーリーを調査し、うちインタビューの不十分なもの、公表することに対して口述者の同意を得られなかったものを除き、20名について350頁にもわたる膨大なライフヒストリーを淡々と語っている。同性愛者のストーリーであることを忘れさせるほどに、普通の人の生育史を読み進めている錯覚を持ってしまうのは不思議である。それは時に同じトーン、同類の語り・展開ともなり、退屈してしまうほどに著者は執拗に一人一人をていねいに語り証していくのである。

最後の考察・分析も詳細である。それぞれのストーリーからの類似性、傾向性、一般化できる生育歴があるのかどうか…個々人の記述を再確認しながら周到に分析していく。同性愛は両親、躰…家族関係とは関連性はなく、乳幼児期の生育にはその原因を見い出せないと結論している。幼児期に女の子と遊んだとの体験が多く、おとなしかったとのケースが目立ち、女性っぽい印象が強かったと述べている。勉強では、社会・国語・音楽・図画が好きで、体育が嫌いだったり特定の傾向を示しており、男子一般とやはり異なっていたという。ただし、このことは「傾向性」としてのみ指摘されることであり、勿論これらの兆候が同性愛指向を決定することではない。さらに性的兆候、セクシュアリティの自覚化の多様性、自覚後の人生行路、初体験、キャリア、ドリフト…を詳細に記述・考察している。

著者は性コントロール・性観念は、「制度」から「愛」そして「合意」と変遷を遂げてき

たという。つまり、古代から現代に至る婚姻制度に代表される「制度」から、近代以降の夫婦関係にみる「愛」の出現、そして愛は婚姻制度を無効化させる程に「愛していればよい」と結婚前、婚外の性関係を容認し、さらに近年は性産業が旺盛を極め、援助交際など少女売春までも許容されるなどに性のコントロールは「合意」へと変動してきたというのである。まさにこうした変動そのものが、今日の同性愛の社会的評価と意味づけを可能にしたという。彼らはもともと社会的に認知されなかったが故に、その性関係は「合意」そして「愛」というルールが中核をなしていたのであり、今日の性コントロールの変動を先取りしてきたのだという。

「制度」から「愛」「合意」への変遷、そしてこの三者が三位一体で性をコントロールする時代になりつつあり、そうした歴史の変遷のなかに同性愛者の存在は確かな社会的位置を占めてきたという著者の考察は十分に説得力がある。「ゲイだけどしあわせ」から「ゲイだからしあわせ」そして「ゲイでしあわせ」と心の軌跡を述べることでできる程の口述者も登場しており、日本のゲイ社会は著者が言うように以外とうまくいっているのかも知れない。「ジェンダー・フリー」が世界的規模で求められている今日にあって、もともとジェンダーとは無縁な同性愛者達の生きざまは、ジェンダーにからめとられ自己解放への展望を見失ってしまっているかも知れない多くの異性愛者達に、生と性、他者である性的パートナーとの精神的距離、自立、愛…人間個々の原点に立ち返って再考すべく肉薄しているのは確かかと思う。

性科学に精通し、性のゆくえを展望しよう

とする者なら一度は読んでおきたい本であろう。しかし、著者が「時代は性のコントロールを合意に変えつつある」と言えるほど人間は性を器用に操縦し生きていけるとは思えないのである。事実人間は「セックスレス」に

なってしまうほど性に弱いし、また「精神性」「人間性」「倫理観」といったテーマにどうしようもなく執着してしまう結構高等な生きものでもあると思えるからである。

編集後記

学会誌第16巻1号をお届けします。

◦セックス・カウンセラー、セックス・セラピストの認定制も順調に発足しました。認定資格取得のため、また後日の資格更新のためにも、論文の有無は一つの要件です。会員諸氏の投稿を切望いたします。

◦不備であった本誌への投稿規定を新しく替えました。投稿規定に沿って投稿下さい。

◦北米でファイザー社の発売したバイアグラが世界中に話題を呼んでいます。女性用のバイアグラの開発が進められているとか。諸種の問題や悲喜劇をひき起こしているようですが、どんなに秀れた性治療薬が開発されても、心理・社会的な問題は残ります。セックス・カウンセラーの役割は大きいと思います。

（編集担当理事 河野 友信）

日 本 性 科 学 会 会 則

第 1 章 総 則

- 第 1 条 本会は、日本性科学会（Japan Society of Sexual Science）と称する。
第 2 条 本会は、事務局を東京都内に置く。

第 2 章 目的及び事業

- 第 3 条 本会は、わが国における性科学の理論的確立及び性治療の技法の研究・開発を促進させると共に、会員相互の連絡提携を計り、学術文化の発展に寄与することを目的とする。
- 第 4 条 本会は、前条の目的を達成するために、次の事業を行う。
1. 学術集会（学会）の開催
 2. 機関誌及び学術図書の刊行
 3. 研修会、研究会、セミナー等の開催
 4. 共同研究の実施
 5. 性治療に必要な資材・機器等の研究・開発
 6. 各種機関との情報交換
 7. 資格認定制度の実施
 8. その他、本会の目的を達成するために必要な事業

第 3 章 会 員

- 第 5 条 会員の種別

1. 正 会 員：第 6 条の資格を有する個人
2. 賛助会員：本会の趣旨に賛同し、理事会の承認を得た法人
3. 名誉会員：本会の発展に寄与し、理事会の承認を得た個人

- 第 6 条 正会員の資格

1. 医 師
2. 臨床心理士
3. 看護婦、保健婦、助産婦
4. その他、性に関連する領域の学問的知識を持つ者で理事会の承認を得た個人

- 第 7 条 会 費

正会員及び賛助会員の会費は、会費規程に定める。

- 第 8 条 正会員を希望するものは、会員 2 名以上の推薦により、当該年度の会費を添えて、所定の申込書を提出しなければならない。理事会は必要に応じ資格の審査を行う。

- 第 9 条 会員は、学会が発行する機関誌の配布を受け、機関誌への投稿及び学術集会における発表を行うことができる。

第 10 条 会員は次の事由により、その資格を喪失する。

1. 退 会
2. 死 亡
3. 除 名
4. その他

第 11 条 会員が以下の要件に該当したときは、理事会の議を経て、理事長は除名することができる。

1. 3年間、会費を滞納したとき
2. 本会の名誉を傷つけ、本会の目的に反した行為のあったとき

第 4 章 役 員

第 12 条 本会は、理事長、理事、学会長、監事、幹事、事務局長、参与を置く。

第 13 条 理事長は理事の中より選出し、総会において承認する。

第 14 条 役員は次のように構成する。

1. 理事の定員は15名以内とし、選出理事10名以内、指名理事5名以内とする。
選出理事はブロックごとに会員の選挙により選出し、指名理事は理事長の指名により選定し、いずれも総会において承認する。
2. 学会長は理事会の議を経て、総会において承認する。
3. 監事は総会において2名以内を承認する。
4. 幹事は理事長の推薦により選任され、幹事会を構成して、理事会の業務を補佐する。幹事の定員は若干名とする。
5. 事務局長は理事長の推薦により選任され、理事会の業務を補佐し、本会事務を処理する。
6. 理事長は役員経験者の中より参与を推薦することができる。参与は理事会に出席し、意見を述べることができる。

第 15 条 役員の任期は1期2年とし、再任を妨げない。

補欠による役員の任期は前任者または現任者の残任期間とする。

第 16 条 理事長は本会を代表し、会務を総理する。

第 17 条 理事はそれぞれ総務担当、財務担当、企画担当、研修担当、編集担当、地区担当などの職務を分担し、理事会を構成して会の運営を行う。

第 18 条 学会長は学術集会（日本性科学学会）を主宰する。

第 19 条 監事は本会の会計を監査する。

第 20 条 理事会は副理事長、常務理事を選任することができる。

第 5 章 会 議

第 21 条 総会は毎年1回定期に開催し、理事長がこれを召集する。

第 22 条 総会に付議すべき事項は次のとおりとする。

1. 役員の承認
 2. 予算及び事業計画の承認
 3. 決算及び事業報告の承認
 4. 会則の制定及び変更
 5. 会則により総会に付議することを要する事項
 6. その他、理事長が総会に付議することを要すると認めた事項
- 第 23 条 総会の議決は、出席者（委任状を含む）の過半数によって決する。その他の会議の議決は、出席者の過半数をもって決する。可否同数のときは議長の決するところによる。

第 6 章 支部、委員会等の設置

- 第 24 条 理事長は必要に応じ、支部、委員会、部会等を設置することができる。

第 7 章 学術集会（日本性科学学会）

- 第 25 条 学術集会（日本性科学学会）を年 1 回開催する。
- 第 26 条 学術集会の企画は企画担当理事が行い、その運営は学会長が行う。

第 8 章 会 計

- 第 27 条 本会の経費は、会費及び寄付金、その他の収入によって支弁する。
- 第 28 条 本会の会計年度は毎年 10 月に始まり、翌年 9 月に終わる。

第 9 章 会則の変更及び規程の制定・変更

- 第 29 条 会則の変更は総会の議を経て行う。
- 第 30 条 本会則施行に関する規程の制定及び変更は理事会の議を経て行う。
- 第 31 条 理事の選挙管理規程については別に定める。

第 10 章 補 則

- 第 32 条 日本セックス・カウンセラー・セラピスト協会（JASCT）は引き続き存続し、本会の事業を補完するための活動を行う。JASCT の役員は本会の役員が兼務する。
- 第 33 条 本会は、特別の事情がない限り、JASCT の活動を承継する。
- 第 34 条 本会の運営が円滑に遂行されるまでの間、JASCT 理事会が代行してその運営に当たる。
- 第 35 条 本会事務局は、当分の間、JASCT 事務所に置く。
- 第 36 条 本会則は平成 7 年（1995 年）9 月 17 日から施行する。

理 事 選 挙 管 理 規 程

1. 理事会は選挙管理委員会を設置する。
2. 選出理事は、2年毎に、下記に定める各ブロックの中から選挙により選出する。その総数は10名以内とする。
3. ブロック及びブロック別の理事の定員は次のとおりとする。

① 北海道・東北ブロック	1名
② 関東・甲信越ブロック	5名
③ 東海・北陸ブロック	1名
④ 近畿・中国・四国ブロック	2名
⑤ 九州・沖縄ブロック	1名
4. 選出理事は、各ブロック毎に、会員5名によって推薦された立候補者の中より、会員の選挙により選出する。
5. 理事の有資格者は、選挙実施の前年度末において、入会后満3カ年を経過した正会員とする。
6. 選挙権者は、選挙実施の前年度末において、会費を納入済みの正会員とする。
7. 選挙管理委員会は、選出理事の決定とともに解散する。

会 費 規 程

1. 会 費
 - (1) 正 会 員 (年額) 15,000 円
 - (2) 賛助会員 (年額) 50,000 円
2. 既納の会費は、理由の如何を問わず、返却しない。
3. 入会が年度の半年に満たない新入会員の初年度の会費は半額とする。

日本性科学会「セックス・カウンセラー」、「セックス・セラピスト」 資格認定規定

- 第 1 条 「セックス・カウンセラー」は、クライアントの性に関する不安や悩みに対し、カウンセリング技法や各種相談過程を通して、間接的に性機能障害に関わり、結果的にこの障害を解消することもある。しかし、これが主目的ではなく、広く性相談にかかわるものである。
- これに対し、「セックス・セラピスト」は、より限定された専門的職能により、性機能障害の直接的な治療を行うものである。
- 第 2 条 本学会「セックス・カウンセラー」及び「セックス・セラピスト」の資格認定は、本規定に基づいて行う。
- 第 3 条 資格審査は「セックス・カウンセラー」及び「セックス・セラピスト」としての必要な基礎的知識、技能、研究能力等について行う。試験方法は、書類審査、ケースレポート審査、面接試験により行う。
- 第 4 条 「セックス・カウンセラー」の資格認定を申請する者は、次の事項のすべてに該当しなければならない。
1. 本学会の会員であり、かつ会員歴が引き続き 5 年以上の者。
 2. 本学会が主催する「日本性科学会学術集会」に 3 回以上出席した者。
 3. 本学会が主催する「研修会」に 4 回以上出席した者。
 4. 関連学会で研究発表を 1 回以上行った者。
 5. 性科学に関する研究論文を 1 編以上公表している者。ただし、共著論文の場合は申請者が筆頭者か、第 2 著者、第 3 著者に限る。
- 第 5 条 「セックス・セラピスト」の資格認定を申請する者は、次の事項のすべてに該当しなければならない。
1. 本学会の会員であり、医師、臨床心理士、保健婦、助産婦、看護婦、その他医療職としての資格を有する者、あるいは、これらと同程度の技能を有すると思われる者で、かつ会員歴が引き続き 5 年以上の者。
 2. 本学会が主催する「日本性科学会学術集会」に 5 回以上出席した者。
 3. 本学会が主催する「研修会」に 4 回以上出席した者。
 4. 関連学会で研究発表を 3 回以上行った者。
 5. 性科学に関する研究論文を 2 編以上公表している者。ただし、共著論文の場合は申請者が筆頭者か、第 2 著者、第 3 著者に限る。
- 第 6 条 理事会は、本学会員の中から「スーパーバイザー」を任命して、資格試験の審査にあたらせ、「セックス・カウンセラー」と「セックス・セラピスト」の教育・指導

を行わせる。

- 第 7 条 資格認定を申請する者は、所定の申請書、証明書等にケースレポート（400 字詰め原稿用紙 30 枚程度、ただし、ワープロによる A 4 用紙も使用可）及び審査料を添えて、資格認定委員会宛に申請する。ケースレポートの内容は、申請書類の研究業績に記載される論文等とは重複しない 1～2 例の事例を含むものとする。
- 第 8 条 資格認定の審査は、原則として年 1 回とし、毎年 8 月 1 日から 8 月 31 日の間に申請を受け付ける。
- 第 9 条 資格審査料は「セックス・カウンセラー」3 万円、「セックス・セラピスト」5 万円、登録料は 2 万円とする。
- 第 10 条 認定を受けた者は、本学会名簿の、「セックス・カウンセラー」及び「セックス・セラピスト」として登録される。登録された者には登録証を交付する。登録証の有効期限は 5 年とし、別に定める所定の手続きを経て更新することができる。
- 第 11 条 認定された後、ふさわしくないカウンセリングやセラピーが行われた場合には、認定制度委員会の審議を経て、理事会において資格を取り消すことがある。本学会を退会した場合には、資格は消失する。
- 第 12 条 本規定の運営は認定制度委員会が担当する。委員は理事会の議を経て理事長が委嘱する。

付則 1. 本規定は平成 9 年 5 月 1 日から施行する。

2. 本規定の改正は理事会において審議決定する。
3. 過渡的措置に関しては別に定める。
4. 本規定中の“本学会”とは、日本セックスカウンセラー・セラピスト協会を含む。

日本性科学会「セックス・カウンセラー」、「セックス・セラピスト」 資格認定制度における過渡的措置

資格認定制度が施行されるまでの過渡的措置として、この制度の認定方法によらないで、下記を満たすものを日本性科学会の「セックス・カウンセラー」、「セックス・セラピスト」とする。

- 1) 研修会及び日本性科学会学術集會に4回以上出席した修了証を受領している者。
- 2) 「セックス・セラピスト」の資格認定の申請を行うには、資格認定規定5条1項にあるいずれかの資格（医師、臨床心理士、保健婦、助産婦、看護婦、その他医療職としての資格を有する者、あるいは、これらと同程度の技能を有すると思われる者）を有する事が必要である。
- 3) 資格認定の申請を行うには、別紙に所定事項を記入の上、資格認定制度委員会宛に申請書を提出する。
- 4) ケースレポートは、400字詰め原稿用紙で「セックス・カウンセラー」は1ケース10枚程度で2ケース、「セックス・セラピスト」は3ケース提出する。
- 5) その他、資格認定制度委員会で、特に「セックス・カウンセラー」、「セックス・セラピスト」と認め、理事会が承認した者。
- 6) 資格審査料は、「セックス・カウンセラー」3万円、「セックス・セラピスト」5万円、登録料は2万円とする。

- 付則
- 1) 上記過渡的措置は、日本性科学会「セックス・カウンセラー」、「セックス・セラピスト」資格認定規定が発足した日から満3年を経た日をもって終了とする。
 - 2) 過渡的措置により資格を経た者は、資格認定制度発足後そのまま有資格者となる。
 - 3) この過渡的措置は、平成9年5月1日から施行する。

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、本会の目的に関係のある原著、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。
 4. 掲載料は刷り上がり 10 ページまで無料、写真、図、表に関する費用は、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。また本文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以下を原則とする。
和文原稿では表題、所属、著者名（以上英文も併記し姓名は KAWANO Tomonobu のように記述する）、抄録（500 字以内）、内容を示す英語の key words（3～5 個）緒言、研究（実験）方法、研究（実験）成績、考察、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。和文原稿用紙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。
 - a. 各文献は出所順に番号を付し、本文中にその番号で引用する。
 - b. 欧文雑誌名の省略は Index Medicus に従い、和文雑誌は公式の略称を用いる。
 - c. 著者名は、3 名以下の場合は全員、4 名以上の場合は 3 人目まで書き、後は英文雑誌の場合は「et al」、和文雑誌の場合は「ほか」とする。
 - d. 文献の書き方は、雑誌の場合は著者氏名：論文題名、雑誌名（類似の誌名のあるときは発行地）巻：起項—終項、西暦年号の順に、単行本の場合は著者氏名：書名、発行所名、発行地、発行年次。の順に、単行本の中の論文については、著者氏名：論文題名、著者（編者、監修者）名：書名、発行所名、発行地、起項—終項、発行年次。などとする。
- 記載例：
- 1) Diamond M, Sigmundson HK: Sex reassignment at birth: long term review and clinical implications. Arch Pediatr Adolesc Med 151: 298-304, 1997.
 - 2) 日本精神神経学会 性同一性障害に関する特別委員会：性同一性障害に関する答申と提言：精神経誌 99: 553-540, 1997.
 - 3) Kaplan H: Sexual Aversion: Sexual Phobias and Panic Disorder. Brunner/Mazel, New York, 1987.
 - 4) 阿部輝夫：セックス・カウンセリング。小学館，東京，1997.
 - 5) 加藤正明：異常性欲。井村恒郎ほか編：異常心理学講座第 4 巻。みすず書房，東京，255-318, 1967.
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. 別刷は有料とする。
 11. 投稿された原稿、図表は原則として返還しない。
 12. 本誌に掲載された論文の複写権（コピーライト）は日本性科学会に属する。
 13. 投稿先は下記の宛先とする。

〒190-0062 東京都港区南青山 1-1-1 新青山ビル西館 3 F 長谷クリニック内
日本性科学会 学会誌編集委員会