

原 著

## 薬物治療抵抗性の心因性勃起不全に対する 行動療法を用いたセックスセラピー

帝京大学医学部泌尿器科学講座<sup>1)</sup>

カウンセリングルーム エゾルブ<sup>2)</sup>

メンタルサポート研究所<sup>3)</sup>

木村将貴<sup>1) 2)</sup>, 道場勇太<sup>2) 3)</sup>

## Sex Therapy with Behavioral Approach for Medicine-Refractory Psychogenic ED

Department of Urology, School of Medicine, Teikyo University, Tokyo, Japan<sup>1)</sup>

Counselling room Esolve, Tokyo, Japan<sup>2)</sup>

Mental support institute, Tokyo, Japan<sup>3)</sup>

MASAKI Kimura<sup>1) 2)</sup> and YUTA Doba<sup>2) 3)</sup>

### 抄 録

心因性の勃起不全 (Erectile dysfunction: ED) の薬物治療についてはホスホジエステラーゼ5 (Phosphodiesterase 5: PDE 5) 阻害薬が一定の効果を示すことが明らかになっている。一方で、重度の性欲低下や興奮障害症例では薬理作用として催淫作用はないことから、その効果は期待できない。我々は、上記心因性EDに対して、独自に開発した行動療法を用いたセックス・セラピーを行いその効果を検討した。心因性EDの診断でセックス・セラピーを開始した全31症例中、条件を満たした14症例 (カップル) を検討した。症例の平均年齢は35.5歳、パートナーの平均年齢は35.1歳、パートナーとの交際 (結婚) 期間は40.1ヶ月であった。婚姻関係があるカップルは6カップル (43%)、子供がいるカップルは3カップル (21%)、挙児希望のカップルは5カップル (36%) であった。セックス・セラピーのセッション回数は中央値5.5回、継続期間の中央値は4.3ヵ月、最終的な効果判定で効果ありと判断したものが11症例 (79%) であった。今回の我々の検討から、PDE 5 阻害薬に代表される薬物治療の効果が十分に得られない心因性EDに対して、セックス・セラピーが一定の効果を示すことが示された。そのためには、パートナーと良好な関係を維持し、行動療法に取り組み、十分な回数を重ねることが重要であった。

## 英文抄録

Phosphodiesterase 5 (PDE 5) inhibitors are effective in the pharmacological treatment of psychogenic erectile dysfunction (ED). On the other hand, they are not expected to be effective in patients with severe hypo-sexual desire and excitement disorder since they do not have aphrodisiac effects as pharmacological agents. We investigated the effects of sex therapy with behavioral therapy on psychogenic ED. Of a total of 31 cases in which sex therapy was initiated with a diagnosis of psychogenic ED, 14 cases (couples) who fulfilled the conditions described in the previous section were examined. The mean age of the cases was 35.5 years, the mean age of the partner was 35.1 years, and the duration of the relationship (marriage) with the partner was 40.1 months. Six couples (43%) were married, three couples (21%) had children, and five couples (35%) wanted to have children. The median number of sex therapy sessions was 5.5, and the final efficacy evaluation showed that 11 (79%) of the couples were effective, while 3 (21%) were ineffective due to relationship problems. The present study suggests that sex therapy may affect PDE5 inhibitor-resistant psychogenic ED. It was considered possible to overcome drug-resistant psychogenic ED by maintaining a good relationship with one's partner, engaging in behavioral therapy, and performing sex therapy enough times.

**Keywords:** Psychogenic, Erectile dysfunction, Behavioral therapy, Sex therapy, Phosphodiesterase 5 inhibitor

## 緒 言

勃起不全 (Erectile dysfunction: ED) は陰茎が勃起しないというだけでなく、満足な性行為を行うのに十分なだけの勃起が得られない、または維持できない状態が持続、もしくは再発する状態と定義されている<sup>1)</sup>。日本人男性のED有病率は、20歳代で1.8%であるが、その後は加齢とともに増加し、70歳代以上では64.3%となる<sup>2)</sup>。EDはその原因によって器質性と心因性に大別される。器質性EDの場合は、その原疾患の治療やホスホジエステラーゼ5 (Phosphodiesterase 5: PDE 5) 阻害薬が勃起不全の症状に対する対応として求めら

れる。PDE 5阻害薬は、環状グアノシンーリン酸 (cGMP) の分解を抑制することにより、陰茎海綿体平滑筋の弛緩を保つことによって、勃起の誘発、維持に働く<sup>3)</sup>。上記の薬理作用により、心因性EDであっても一定の効果を示すことが報告されている<sup>3, 4)</sup>。そのため、数々の臨床ガイドラインやレビューにおいてPDE 5阻害薬は診断的治療も兼ねる形でEDに対する第一選択薬となっている<sup>1, 5)</sup>。

一方で、これらの臨床ガイドラインやレビューの多くが、医学的な側面でしか勃起不全を捉えておらず、心理社会的な側面でEDを評価お

よび治療していくことに関しては、ほとんど注意を払っていない状態であることが指摘されている<sup>6)</sup>。実際に、PDE 5阻害薬があらゆるEDにおいて高い効果を示すために、器質的EDと非器質的EDの鑑別の意味合いが希薄化している現状もあり、心身学的なアプローチが蔑ろにされていることが憂慮される。しかし、前述したようにEDは身体的問題と心理的問題が混在する多因子的な病態 (multifactorial disease) であるために、身体的側面だけのアプローチでは決して解決できない症例も多い。そのため、PDE 5阻害薬の効果の乏しい心因性EDも少なからず存在する。このような状況で、心因性EDに対する心理学的アプローチとして、以前よりマスターズらや、カプランが実践してきた“セックス・セラピー”があり、本邦では阿部らによる“ノン・エレクト法”が汎用されてきた<sup>7-9)</sup>。

現在まで報告は多くはないものの、EDを心理学的および社会学的側面から包括的に捉え治療につなげようとする、いわゆる心理社会的アプローチが提唱されてきた。具体的に、心因性EDの心理学的治療は主に不安の軽減、性的不安全感への取り組み、性的刺激の増加、性的回避の破壊、パートナーシップにおける親密性とコミュニケーション能力の向上を目的とした認知および行動テクニックで構成されており、諸外国では現在まで様々な施設で実践されてきた<sup>6, 10)</sup>。562名のED症例を対象としたメタアナリシスによると、PDE 5阻害薬単独療法や心理療法単独と比較して、PDE 5阻害薬に心理学的介入を加えた方が、優位に勃起不全症状に対して効果があったと報告されている<sup>11)</sup>。また2021年に発表された欧州性医学学会 (European Society of Sexual Medicine: ESSM) からの声明文に

よると、まずEDの診断においては医学的及び心理学的評価を行い、一元的な治療よりも、内科的治療と心理学的アプローチを併用した集学的治療が望ましいとしている<sup>6)</sup>。EDの心理学的治療は、薬物療法の効果、治療へのアドヒアランス、性的関係の質を改善することができるというエビデンスも散見されており、今後ますます重要なアプローチとなっている<sup>6, 12)</sup>。

前述したように、若年男性における勃起不全においてPDE 5阻害薬が十分な効果を発揮しない症例は少なからず存在する。すなわち、PDE 5阻害薬は薬理作用として催淫作用はないことから、重度の性欲低下や興奮障害を併せ持つ症例ではその効果が期待できない。このような症例に対しては、薬物療法だけでは治療効果が不十分であり、積極的にセックス・セラピーを行なっていくべきである。しかし心因性EDに対して薬物療法と心理療法を初回から同時に進めることは現実的には難しく、本邦ではPDE 5阻害薬の効果が不十分であった症例やPDE 5阻害薬などの薬物治療を好まない症例が、セックス・セラピーの対象となっている場合が多い。今回我々は、PDE 5阻害薬の効果が不十分であった心因性ED症例に対して、独自に開発した行動療法を利用したセックス・セラピーを行い、その効果を確認した。

## 方 法

2020年6月から2022年3月までの間に相談を受け、診断が「心因性ED」または「陰内射精障害+心因性ED」または「セックスレス+心因性ED」に該当する症例を後ろ向きに検討した。全症例においてマスターベーションでは十分な勃起・射精は可能、もしくは早朝勃起を自

覚しており、器質的EDのリスク要因を認めなかった。以上より器質性EDは否定的であるが、性交時でのPDE 5阻害薬服用で十分な効果がない心因性EDとして診断した。症例の選択基準として「2回以上のカウンセリングを継続している」、かつ「パートナーもしくは特定の相手と行動療法に取り組んだ症例」という条件を満たすものとした。今回の検討からパートナー以外の女性とは性交できる状況型EDは除外した。以上の選択基準から、心因性EDの診断でセックス・セラピーを開始した全31症例（カップル）中、前項の条件を満たした14症例（カップル）を検討対象とした。倫理的配慮として、本研究は当院の倫理委員会にて承認を受け、全症例において書面によるインフォームドコンセントを取得した（帝倫21-035号）。

セックス・セラピーを開始する前に、生活歴、家族歴、既往歴、現病歴を含む一般的な情報のほかに、性に関する詳細なインタビューを行った。これらは、主にWeb形式のアンケートフォームを用いて情報を取得した。心因性EDは精神疾患や心理状態の悪化に由来することもあるため、初回セッション時にはパートナーとの関係性、性に対する思考、普段の生活におけるストレス等は入念に評価した。また、東大式エゴグラム（Tokyo University Egogram: TEG）ver3を使用して、パートナーを含めた性格傾向分析を行った。以上の得られた情報から、セラピーで行動療法を導入するにあたり、心理的介入やパートナーとの関係調整がどの程度必要になるかの判断を行った。例えばセックスレス期間が長い場合、夫婦の関係調整を先立って行い、ある程度の関係性を確保できた時点で行動療法を導入した。一方で、パートナーとの関

係性に問題を認めない場合は、初回セッション時に行動療法を説明し、次のセッションで行動療法の進捗状況に関して評価を行い、次の方針を検討した。行動療法の進捗が悪い場合、必要であれば支持的療法（心理カウンセリング）を実施し、行動療法が円滑に進むように配慮した。以上の取り組みを繰り返し行い、セックス・セラピー実施期間中に性機能改善に関して聞き取り調査で評価を行った。

本研究で実施した心因性EDに対する行動療法を表1に示す。われわれは、step 1からstep 4に分割して、段階的に行動療法を進めるようにしている。また各ステップは目標回数と反応の評価の項目があり、行動療法を進めるにあたって、クライアントも治療者も共通して進捗状況を客観的に評価できるようにした。まずstep 1はスキンシップに関する取り組みであり、この段階では性器への直接の接触を避け、性行為へのきっかけを作りやすくすることと、パートナー間でのスキンシップを十分に満たすための取り組みである。「10秒ハグ」のような軽度な接触から「一緒にお風呂に入る」のような密接なスキンシップに段階分けされているが、必ずしも全てを実施する必要はない。Step 2はボディタッチングに関する取り組みで、直接的な肌と肌との接触を試みるものである。この段階では性器同士の刺激は避け、体全体を対象としたボディタッチングである。その際に、手や体でパートナーの皮膚全体の性感帯を探しながら行うことを促し、次のステップに移る準備をして頂く。足先、手先などの先端から、徐々に体の中心部、さらには性器に向かってタッチングしていくように段階分けされており、どこまで実施できたか都度確認する。Step 3は性器同士のスキン

シップとなり、挿入をしない前提で行う性器同士の接触を行う。勃起して挿入することを考えずに、リラックスして相手の性器の温かさや自分の性器の感覚を確かめながら、パートナーとのスキンシップを進めていただく。Step 4は挿入のスキンシップである。この段階ではオルガズムを感じることは目指さず、勃起の有無に関わらずペニスを陰内に挿入した状態で行うスキンシップである。挿入時の陰内の暖かさや感覚

を感じながらパートナーとのスキンシップを大事にする取り組みとなる。Step 3および4を実施するにあたり、4種類の体位（シムズ体位、抱きつき騎乗位、正常位、後背位）を提案している。これらを全て実践する必要はなく、カップルにとって感覚的に良さそうなものを選択させた。全stepにおいて勃起や射精を目指す訳ではないことを説明し、性的予期不安を発起させないような配慮をした。

表 1：カップル用行動療法シート

Step 1 (スキンシップ)						
このステージでは、性器への直接の刺激と前戯を避け、性行為へのキッカケを作りやすくすることとパートナー同士のスキンシップを十分満たすための取り組みです。 各項目で性行為を目指すずに、心地よさと安心感を目指してください。						
課題	目標回数	反応				
10秒 ハグ	毎日1回	したくない	出来ない	出来るが 心地よくない	まれに 心地よい	たびたび 心地よい
10秒 手繋ぎや握手	毎日1回	したくない	出来ない	出来るが 心地よくない	まれに 心地よい	たびたび 心地よい
3分 胸枕や添い寝	週3回	したくない	出来ない	出来るが 心地よくない	まれに 心地よい	たびたび 心地よい
フレンチ・キス	週3回	したくない	出来ない	出来るが 心地よくない	まれに 心地よい	たびたび 心地よい
お風呂へ一緒に入る	週2回	したくない	出来ない	出来るが 心地よくない	まれに 心地よい	たびたび 心地よい
Step 2 (ボディタッチング)						
このステージは性器同士の刺激を避け、手や体でパートナーの皮膚全体の性感帯を探しながら行う、体全体を対象としたボディタッチングです。 次のステップへ移るための準備の取り組みです。 ・タッチングは手の平や指の腹を使い、爪を立てず、各部位を優しくもみほぐすイメージで取り組んでください。 ・潤滑ゼリーも積極的にお試しください。・バイブレーターの振動などの活用もお勧めします。						
課題	目標回数	反応				
足先・脚	週2回	受け入れられない	受け入れられるが 気持ちよくない	気持ちいいが 性的興奮は起きない	まれに 性的興奮が起こる	たびたび 性的興奮が起こる
腰・お腹周り	週2回	受け入れられない	受け入れられるが 気持ちよくない	気持ちいいが 性的興奮は起きない	まれに 性的興奮が起こる	たびたび 性的興奮が起こる
背中・肩	週2回	受け入れられない	受け入れられるが 気持ちよくない	気持ちいいが 性的興奮は起きない	まれに 性的興奮が起こる	たびたび 性的興奮が起こる
お尻・鼠径部	週2回	受け入れられない	受け入れられるが 気持ちよくない	気持ちいいが 性的興奮は起きない	まれに 性的興奮が起こる	たびたび 性的興奮が起こる
胸(乳腺・乳首)	週2回	受け入れられない	受け入れられるが 気持ちよくない	気持ちいいが 性的興奮は起きない	まれに 性的興奮が起こる	たびたび 性的興奮が起こる
性器 (外陰・クリトリス／ペニス)	週2回	受け入れられない	受け入れられるが 気持ちよくない	気持ちいいが 性的興奮は起きない	まれに 性的興奮が起こる	たびたび 性的興奮が起こる

Step 3 (性器同士のスキンシップ)						
このステージは、挿入をしない前提で行う性器同士のスキンシップ(接触)です。 挿入のことは考えずに、リラックスして性器の暖かさや感覚を感じながらパートナーとのスキンシップを大事にしましょう。						
課題	目標回数	反応				
シムスの体位	週 1 回以上	体位ができない	性器は接触するが 気持ちよくない	性器が接触し 気持ちいい	まれに 性的興奮が起こる	たびたび 性的興奮が起こる
抱きつき騎乗位	週 1 回以上	体位ができない	性器は接触するが 気持ちよくない	性器が接触し 気持ちいい	まれに 性的興奮が起こる	たびたび 性的興奮が起こる
正常位	週 1 回以上	体位ができない	性器は接触するが 気持ちよくない	性器が接触し 気持ちいい	まれに 性的興奮が起こる	たびたび 性的興奮が起こる
後背位	週 1 回以上	体位ができない	性器は接触するが 気持ちよくない	性器が接触し 気持ちいい	まれに 性的興奮が起こる	たびたび 性的興奮が起こる
Step 4 (挿入のスキンシップ)						
このステージは、オルガズムを感じることは目指さず、勃起の有無に関わらずペニスを陰内へ挿入した状態で行うスキンシップです。 挿入時の暖かさや感覚を感じながらパートナーとのスキンシップを大事にする取り組みです。						
課題	目標回数	反応				
シムスの体位	週 1 回以上	体位はできるが 挿入に至らない	挿入はできるが 気持ちよくない	挿入ができ 気持ちいい	まれに 性的興奮が起こる	たびたび 性的興奮が起こる
抱きつき騎乗位	週 1 回以上	体位はできるが 挿入に至らない	挿入はできるが 気持ちよくない	挿入ができ 気持ちいい	まれに 性的興奮が起こる	たびたび 性的興奮が起こる
正常位	週 1 回以上	体位はできるが 挿入に至らない	挿入はできるが 気持ちよくない	挿入ができ 気持ちいい	まれに 性的興奮が起こる	たびたび 性的興奮が起こる
後背位	週 1 回以上	体位はできるが 挿入に至らない	挿入はできるが 気持ちよくない	挿入ができ 気持ちいい	まれに 性的興奮が起こる	たびたび 性的興奮が起こる

結 果

検討した症例の平均年齢は35.5 ± 7.9 歳、パートナーの平均年齢は35.5 ± 8.0 歳、パートナーとの交際（結婚）期間は40.1 ± 51.3ヶ月であった。婚姻関係があるカップルは6カップル（42.9%）、子供がいるカップルは3カップル（21.4%）、挙児希望のカップルは5カップル（35.7%）であった。既往歴として潰瘍性大腸炎が1例、高尿酸血症でフェブキソスタット内服が1例、注意欠如・多動症でアトモキセチン内服を1例認めた。今回検討した14症例の一般的な背景を表2に、性機能、性的嗜好、性的体験についての背景を表3にまとめた。

表2：一般的背景

評価項目	人数（％）
最終学歴	
大学院	1（7.1）
四年制大学	9（64.2）
短大	1（7.1）
高校	3（21.4）
職業	
専門的・技術的職業	4（28.6）
管理職的職業	2（14.3）
事務	4（28.6）
サービス業	2（14.3）
農林漁業	1（7.1）
大学生	1（7.1）
相談動機	
医師の勧め	8（57.1）
日本性科学会ホームページから	2（14.3）
Web 検索	4（28.6）
アルコール摂取量	
なし	2（14.3）
月に2－3回程度飲酒している	5（35.7）
週に1－2回程度飲酒している	7（50.0）
ほぼ毎日飲酒している	0（0）
喫煙歴	
ノンスモーカー	13（92.9）
月に1－3本程度	1（7.1）



表3：性機能および性的嗜好、性体験に関する背景

評価項目	人数 (%)
精通時期	
小学生	6 (42.9)
中学生	8 (57.1)
性欲	
高い	1 (7.1)
ある	9 (64.3)
低い	4 (28.6)
射精頻度	
多い	1 (7.1)
ある	12 (85.8)
少ない	1 (7.1)
早朝勃起	
ほぼ毎日	2 (14.3)
週2回以上	10 (71.4)
月1-4回	2 (14.3)
マスターベーション頻度	
週に2回以上	7 (50.0)
月に1-4回程	7 (50.0)
マスターベーション方法	
スラスト法	13 (92.9)
押し付け	0 (0)
スラスト法／テング	1 (7.1)
性的興奮対象	
女性	14 (100)
男性	0 (0)
性的興奮の対象関係	(複数回答可)
恋人またはパートナー	11 (78.6)
友人	3 (21.5)
恋人またはパートナー以外	3 (21.5)
他人の恋人またはパートナー	1 (7.1)
性行為体験人数	
1-4人	10 (71.4)
5-10人	3 (21.5)
11人以上	1 (7.1)
現在の性行為頻度	
なし	5 (35.7)
年に数回	1 (7.1)
月1-4回	8 (57.1)

セックス・セラピーのセッション回数は中央値5.5回、セラピーの継続期間の中央値は4.3ヵ月であった。検討した期間内における最終的な効果判定で、挿入可能となり効果ありと判断したものが11症例 (78.6%)、一方で3症例 (21.4%) ではセラピー期間中に明らかな改善が認められず、効果不十分と判断した。経過中に3症例

(21.4%) がPDE 5阻害薬から離脱した。また3症例 (21.4%) は対面カウンセリングに加えて、オンラインカウンセリングを取り入れた。

## 考 察

心因性勃起不全は若年者の性機能障害において、原因として多くを占める病態である。通常であると、経口勃起補助薬であるPDE 5阻害薬が殆どの症例で有効であり、かつ性行為に慣れることにより徐々に薬物治療の必要性が軽減していくことで心因性EDを克服するケースが多い。しかし重度の社会心理学的な問題を抱えている場合は、PDE 5阻害薬が無効もしくは効果不十分なことがあり、その場合には行動療法を加えた心理的療法、いわゆるセックス・セラピーが治療選択肢として提示される<sup>13)</sup>。近年のEDに対する心理学的介入の効果を解析したメタアナリシスによると、PDE 5阻害薬に心理的介入を併用することで、PDE 5阻害薬の単独療法と比較して、ED症状と性的満足度に対する有意な追加改善効果が得られている<sup>11)</sup>。他のメタアナリシスにおいても、PDE 5阻害薬であるシルデナフィルに心理療法を加えた方が、薬物治療単独より性交の成功率が上昇すると報告されている。一方で、陰茎海綿体注射や陰圧式勃起器具に対するセックス・セラピーの有意差は認めていない<sup>14)</sup>。本邦のED診療ガイドラインにおいても、クリニカルクエスチョンNo. 2において「心因性EDに対してPDE 5阻害薬単独よりもPDE 5阻害薬と心理療法の併用を強く推奨する」と明記されており、PDE 5阻害薬とセックス・セラピーの併用は重要課題である<sup>1)</sup>。しかし、実際には多様な心理療法 (精神分析療法、支持的療法、感覚集中訓練、自律訓練法、脱感作療法、マリッジ・カウンセリング、コ

コミュニケーションや性的訓練等)の選択肢の中で、有効とされ確立されたプロトコルは認めない。よって本邦では一般医家やカウンセラーはおろか、性科学学会により教育を受けたセックスカウンセラーやセックスセラピストでさえ、なかば手探り状態で心理療法を行っている状態と推察される。

その中でも1993年に阿部により提唱されたノン・エレクト法は、心因性EDに対して本邦で最も行われているセックス・セラピーである<sup>9)</sup>。本法は、自然の勃起を障害する不安を除去するために考えられたパラドックス心理療法の一つで、過去に行った125症例の心因性EDの予後調査では治療改善率は84%と良好な結果で報告されている<sup>13)</sup>。この治療法は、勃起させることに躍起になっている症例に対する、亀頭部に行うセンセート・フォーカス・テクニックと解釈できる。ここで、改めて心因性EDにおける社会心理的背景を考察してみると、性的予期不安やターンオフメカニズムの背景にある問題として、カップルのコミュニケーションやパートナーシップの問題が大きく影響していることが推察される。本研究で検討したカップルの約半数がセックスレスであったことを考えると、そのような状態でノン・エレクト法を導入した場合、セラピー事態をぎこちなく感じてしまうことが予想される。よって夫婦間のコミュニケーションが取れていない場合は、夫婦間の感情に介入するマリタル・セラピーが必要になることが指摘されている。しかし、婚姻関係のないカップルも散見され、マリタル・セラピーが十分に機能するという保証もなく、時間ばかりが経過してしまうことも危惧される。我々が考案した行動療法は、step 1でお互いに向き合う時間を増やす

ことで、パートナーシップ改善に向けた取り組みを行うことができる。また、step 2からはカプランらが提唱した、センセート・フォーカス法を基本に性的な感覚を徐々に高めていけるように構成されている。特にstep 1-2においてはカップルの関係調整中にも実施でき、一方で従来のノン・エレクト法はstep 4に内包されており、より自然で途切れのない(シームレスな)セックス・セラピーが可能である。

効果判定について、本検討は勃起機能問診票(Sexual Health Inventory for Men : SHIM)などを使用しておらず、クライアントとセラピストの主観的評価となる。しかし、今回のセックス・セラピーで最終的に効果があつたと判断したものは14症例中の11症例、また3症例では薬物治療を離脱できており、セラピーの確かな手ごたえを感じた。クライアントの感想として、「今まで性的な接触を避けてきたが、5回目のカウンセリングで5分挿入出来るところまできた」、「3回目のカウンセリングで、まだ勃起はないが勃起してもおかしくはない感覚を得られることが出来た。そして5回目のカウンセリングで挿入が可能になった。」や「挿入して射精しなきゃいけないことを意識しなくて良くなって、しなきゃいけない事がなくなり楽だし楽しめる。」との報告があり、総じて心理的負担が軽減したことによる性機能改善が確認できた。一方で効果不十分であった症例をみると、パートナーシップの問題が露呈した。具体的には、パートナーから情熱がないといわれて、効果不十分のままセックス・セラピーを終了したカップルや、10回以上行動療法に取り組んだがパートナーが前向きになれず結局は関係を解消してしまったケースなどが挙げられる。また、長期間のセックスレ



スであった夫婦に関しては、セラピー中に離婚を考えるような夫婦間リレーションシップの不安定さがあり、行動療法を行っても性欲は改善せず勃起機能も変化がなかった。以上を踏まえると、心因性EDに対する行動療法を進めていく上では、パートナーがセラピーに対して協力的であることが条件であり、かつセラピー中も良好な関係が維持できることが肝要かと考えられた。今回の研究のリミテーションとして、単一施設における少人数の検討であり、本プロトコルの有効性に関しては諸々のバイアスが影響している可能性がある。今後は心因性EDのセックス・セラピーに関して、有効なプロトコルの開発、PDE 5阻害薬の離脱に関する詳細な検討、より大きな規模でのランダム化された検証がなされることが望まれる。

## 結 論

勃起不全の診断、評価、治療には、その病態の多様性と心理社会的側面を考慮した多角的な視点からのアプローチが必要である。今回の検討から、薬物治療の効果が不十分な心因性ED症例に対して、我々が開発した段階的な行動療法をベースとし、心理学的介入を行う治療プロトコルによってクライアントの性行為時の心理的負担を軽減することができ、最終的に性機能が改善する過程を確認した。また、その治療効果を高めるには、状況を理解し治療に協力的な女性パートナーが存在し、セラピー中の関係が維持され、一定数のセックス・セラピーを受けることが重要であった。以上より、普段の臨床において、心因性ED症例で薬物治療が不十分な場合もしくは薬物治療を好まない場合には社会心理学的なアプローチを加えることは極めて重要であると考えられた。

## 文 献

1. 日本性機能学会／日本泌尿器科学会編：ED診療ガイドライン〔第3版〕．リッチ・ヒルメディカル．1027，2018
2. Marumo K, Nakashima J, Murai M: Age-related prevalence of erectile dysfunction in Japan: assessment by the International Index of Erectile Function. *Int J Urol.* 8:53-59, 2001
3. Lue TF: Erectile dysfunction. *N Engl J Med.* 342:1802-1813, 2000
4. Olsson AM, Speakman MJ, Dinsmore WW, et al.: Sildenafil citrate (Viagra) is effective and well tolerated for treating erectile dysfunction of psychogenic or mixed aetiology. *International journal of clinical practice.* 54:561-566, 2000
5. Burnett AL, Nehra A, Breau RH, et al.: Erectile Dysfunction: AUA Guideline. *J Urology.* 200:633-641, 2018
6. Dewitte M, Bettocchi C, Carvalho J, et al.: A Psychosocial Approach to Erectile Dysfunction: Position Statements from the European Society of Sexual Medicine (ESSM). *Sex Med.* 9:100434, 2021
7. Masters WH, Johnson VE: The sexual response of the human male. I. Gross anatomic considerations. *West J Surg Obstet Gynecol.* 71:85-95, 1963
8. Kaplan HS. *New sex therapy: Active treatment of sexual dysfunctions*: Routledge; 2013.
9. 阿部輝夫：インポテンス－最近の治療法 勃起障害に対する精神面からの治療－ノン エ

- レクト法を中心にして. 臨床泌尿器科. 47: 667-672, 1993
10. Banner LL, Anderson RU: Integrated sildenafil and cognitive-behavior sex therapy for psychogenic erectile dysfunction: a pilot study. J Sex Med. 4: 1117-1125, 2007
11. Schmidt HM, Munder T, Gerger H, et al.: Combination of psychological intervention and phosphodiesterase-5 inhibitors for erectile dysfunction: a narrative review and meta-analysis. J Sex Med. 11: 1376-1391, 2014
12. Brotto L, Atallah S, Johnson-Agbakwu C, et al.: Psychological and Interpersonal Dimensions of Sexual Function and Dysfunction. J Sex Med. 13: 538-571, 2016
13. 日本性科学会編集: セックス・セラピー入門. 2018
14. Melnik T, Soares BG, Nasello AG: The effectiveness of psychological interventions for the treatment of erectile dysfunction: systematic review and meta-analysis, including comparisons to sildenafil treatment, intracavernosal injection, and vacuum devices. J Sex Med. 5: 2562-2574, 2008