

男性性機能不全の診断と治療

阿 部 輝 夫

臨 床 泌 尿 器 科

第 46 卷 第 7 号 別刷

1992年 7 月 20 日 発行

医学書院

男性性機能不全の診断と治療*

阿 部 輝 夫**

要旨 心因性の男性性機能障害である性欲低下症、性嫌悪症、勃起障害、早漏、膣内射精困難について、DSM-III-R の基準に従って診断を進め、治療的にはセックス・セラピーを中心文献的に考察し、総論を行つた。“インポテンス”という用語の使われ方

について若干考察を加え、セックス・セラピーの既略を述べ、筆者の治療法もいくつか具体的に紹介した。手術的療法と補助器具療法については触れたがつた。

キーワード：男性性機能不全、インポテンス、行動療法

■ はじめに

医学用語も時代の流れや学問の発達に併う診断概念の変化により、その用語の持つ意味や性質が異なってくる場合がある。“インポテンス”という用語も同様である。ドイツ語の *Impotenz* も英語の *impotence* も *Potez*, *potency* すなわち能力、活力、精力、強さ、生殖力の否定形として使われ、これが、国によって、研究諸家によって様々に定義されるようになった。Masters と Johnson¹⁾は「1次性インポテンス：性交し得る程度の勃起が1度も起らないか、起こっても持続できないもの、2次性インポテンス：4回に1回の失敗があるもの」と定義した。しかし彼らは早漏や膣内射精困難などを勃起力に障害はないとして、インポテンスのカテゴリーからはずしている。

わが国では金子²⁾、牧角³⁾らがインポテンスを次のように定義した。「性欲、勃起、性交、射精、極致感のいずれか1つ以上欠けるか、もしくは不十分なもの」と。その後今川ら⁴⁾は「インポテンスは勃起が不充分なため、満足な性交ができないもののみをさす」と提唱し、性欲障害、早漏、射精困

難などはインポテンスの概念からはずし、現在支持されている⁵⁾。1989に *International Journal of Impotence Research* が創刊され、泌尿器科分野では“インポテンス”的用語が活発に使われている。

コーネル大学精神科教授の Kaplan H⁶⁾は「インポテンスという言葉を使用することには異議がある。侮べつた的だというだけでなく、不適切である。インポテンスは単に、ペニスの勃起障害を意味するのであるから、正確な用語は“勃起不全 erectile dysfunction”とすべきである」と提唱している。

精神科分野の ICD-9 や ICD-10 Draft にも *impotence* の言葉は痕跡的になっているし、アメリカ精神科協会の精神科疾患分類である DSM-III や DSM-III-R⁷⁾ (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition Revised*) では姿を消している。念のために *frigidity* (冷感症・不感症) という用語も大部前から死語になっている。Elliot⁸⁾によると 1940～1983 の間の心理学系統の文献で “*impotence*” や “*frigidity*” のタイトルの使われ方を調査した結果、いずれも減少傾向にあったが “*impotence*” は 1973 年から使用頻度が急増している。しかし “*frigid-*

* Diagnosis and Treatment of Male Sexual Dysfunctions

** 順天堂大学浦安病院精神科 Teruo Abe : Department of Psychiatry, Urayasu Hospital, Juntendo University School of Medicine

表 1 性障害 (DSM-III-R 1987)

| I. パラフィリア | | |
|--------------|--------------|--------|
| 302. 20 | 小児愛 | |
| 302. 30 | 服装倒錯的フェティシズム | |
| 302. 40 | 露出症 | |
| 302. 81 | フェティシズム | |
| 302. 82 | 窃視症 | |
| 302. 83 | 性的マゾヒズム | |
| 302. 84 | 性的サディズム | |
| 302. 89 | 痴漢症 | |
| 302. 90 | その他のパラフィリア | |
| 1. 電話わいせつ | 4. 獣愛 | 7. 小便愛 |
| 2. 屍体愛 | 5. 糞便愛 | |
| 3. 身体的部分性愛 | 6. 洗腸愛 | |
| II. 性機能不全 | | |
| 性欲の障害 | | |
| 302. 71 | 性欲低下症 | |
| 302. 79 | 性嫌悪症 | |
| 性的興奮の障害 | | |
| 302. 72 | 女性の性的興奮障害 | |
| 302. 72 | 男性の勃起障害 | |
| オルガスムの障害 | | |
| 302. 73 | 女性のオルガスム抑性 | |
| 302. 74 | 男性のオルガスム抑性 | |
| 302. 75 | 早漏 | |
| 性的疼痛障害 | | |
| 302. 76 | 性交疼痛症 | |
| 306. 51 | 膀胱れん | |
| 302. 70 | 特定不能の性機能不全 | |
| III. その他の性障害 | | |
| 302. 90 | 特定不能の性障害 | |

ity”は1979年以後見られなくなったとしている。“impotence”が急増したのは、昔の性行動や治療法に関する文献的見なしが行われた時期だからであったと述べている。いずれは各専門分野間の交流・共同研究もさらに活発になり、共通用語が用いられるようになる日は近いと思われる。

ところで、現在日本にはセクソロジー研究の基盤となる3つの組織がある。日本性教育協会、日本性科学学会、日本インポテンス学会である。それぞれが、研究会議、研修会、地方学会などへも発展を見せており、会員数もそれぞれ増加している。中でも日本インポテンス学会（白井将文理事長）は、1978年に設立された日本インポテンス研究会が22回の研究会を経て1990年に学会に昇格したもので、泌尿器科医を母体として会員数も多く活発な活動を行っている。

さて男性性機能不全に対する有効性の高い治療手段としては大きく4つに分けることができる。
①手術的療法、②補助器具的療法、③薬物療法、
④行動療法を組み入れた精神療法（セックス・セラピー）。①～③については、数多くの報告がなされており、モノグラフ⁹⁾もあるので、今回は男性の性機能不全すなわち性欲相の障害としては、①性欲低下症と、②性嫌悪症を、興奮相の障害として、③勃起不全、オルガスム相の障害として、④早漏と、⑤膣内射精困難について、セックス・セラピーの立場からその診断と治療に焦点をあてて述べることにする。診断基準はDSM-III-Rを用いることにする。

■ セックス・セラピーとは

性障害に対する治療は、従来精神分析療法と行動療法の二つが基本であったが、現在はこれらの長所を生かし、短所を相補したセックス・セラピー（Sex Therapy：以下STと略）が主流になっていている。STは、1970年MastersとJohnson¹⁾がデュアル・セックス・セラピーを提唱した後、諸家によって治療的発展がなされ、1974年Kaplan⁶⁾によって集大成されたものである。つまり精神療法を基盤に、行動療法的手技を取り入れ、必要に応じてマリタル・セラピー（結婚関係療法）¹⁰⁻¹⁴⁾、自立訓練、薬物療法、催眠療法など、有効と思われるあらゆる治療法を適時組み入れて、短期間に治療成績をあげている療法である。

1. STの形式

STは1回のセッションが45～60分で、10～20回のセッションで終了する短期療法である。精神療法的面接を主に、家庭に帰ってからの、〈宿題〉としての行動療法的な性的訓練を課し、次回来院時にその成果を聴取し、次の宿題へと進める方法をとっている。患者への身体的接触や直接的な指導は行わない。この性的訓練によって、無意識下の精神的葛藤や夫婦間葛藤が表面化しやすく、精神療法への導入が容易となることが多い。この心理的葛藤が重要な意味を持っている（深層因）場合には、STのセッションの間に、何回かの精神療法セッションを組み入れる必要が生じてくる。

しかし、この深層因に迫る治療をあえて行わなくとも、表面的な直接因だけを解決することで、性機能は改善し、深層因が意味を失ってしまう症例もあることを特記しておく。

2. ST の特徴

ST の目標はまず、現在患者の抱えている問題点に焦点をあわせ、困っている症状をとにかく解決することにある。そして治療過程で生じてくる抵抗や葛藤に対しては、精神療法のセッションを何回か組み込みながら進める。

ST の特徴として以下の 6 点が挙げられる。

1) 気楽に楽しんでセックスできることを学習する機会を与える。

2) カップルが真の感情を伝えあうことを学習する。つまり自分がどう感じ、どうして欲しいのかを話しあえるようになる。

3) これまで回避していたセックスを試してみる。

4) 3) によって無意識下の葛藤・カップル間の葛藤を引き出し、精神療法的介入が容易になる。

5) ひいては、セックスへの罪悪感・恐怖感を減していく。

6) 以上のことから、これまでのように、傷つき、失敗し、拒絶されることを恐れたり、予期しなくなる。

3. ST の実際

表 2 に示したように、ST では性の 3 つのサイクルの各相やその症状に応じた公式化された特殊療法があるので、その代表的手法を以下に紹介する。念のため女性に対する ST も述べておくことにする。

a. センセート・フォーカス・テクニック

感覚集中訓練（以下 SF と略）と訳しているが、次の 5 段階の公式がある。

SF I：お互いの体（性器は除く）を交互に愛撫しあい、相手のことを配慮せず、利己的に全神経を与えられた触覚や官能に集中し、タッピングを受けることを楽しむ。触られ方の好みを相手に伝える。

SF II：SF I に性器へのタッピングを加えたもの。しかし、オルガズムには至らない程度。

表 2 性機能不全とセックス・セラピー

| 性サイクル | 疾患 (DSM-III-Rによる) | ST の特殊療法 |
|--------|----------------------|--|
| 性欲相 | 性欲低下症 性嫌悪症 | 性的空想 センセート・フォーカス マリタル・セラピー 系統的脱感作 |
| 興奮相 | 勃起障害 潤滑不全 | センセート・フォーカス 逆説的心理療法 自律訓練 |
| | 早漏 | ストップ・スタート法 スクウェーズ法 |
| オルガズム相 | 遅漏 腔内射精困難 | マスターべーション センセート・フォーカス ブリッジ・テクニック |
| | 女性の オルガズム障害 | 自己刺激 マスターべーション センセート・フォーカス ケーベル体操 ブリッジ・テクニック |
| | 性交疼痛症 膣痙攣 | 自己身体観察 系統的脱感作 センセート・フォーカス |

SF III：女性上位で何度も短時間挿入する。自己刺激またはパートナーからの手や口による刺激でオルガズムに至る。

SF IV：女性上位でオルガズムに至るまでペニスを腔内にとどめる。

SF V：男性上位でオルガズムに至るまでペニスを腔内にとどめる。

b. ストップ・スタート法

自己刺激またはパートナーによる手や口の刺激で、射精寸前の独特的の感覚をよく把握できるようになる。そしてその感覚が得られたらストップし、興奮が少し消退したら再び刺激をスタートする。4 回目に射精する。刺激は、手→口→乳液を使った手→腔と段階をあげる。

c. スクウェーズ法

ストップ・スタート法で射精がうまくコントロールできない重症例に使う。射精寸前の感覚を覚えたら、亀頭部を指で圧迫し、射精反射を遅延させる。

d. ケーベル体操

女性のオルガズム障害に用いる。放尿中に尿を止めようとする時使う筋肉（恥骨尾骨筋）の訓練。

3秒間腔～肛門の筋肉をすぼめ、3秒間ゆるめる。これを20回、1日3回行う。

e. 系統的脱感作

身体因を除去した後も改善が見られない腔痙攣には、以下のような脱感作が有用である。

- 1) 自己身体観察から鏡による性器観察
- 2) 手指による外性器の確認
- 3) 綿棒またはタンポンの挿入
- 4) ディスポーザブル注射器の挿入：1mlのツベルクリン用シリンダーから始め、20mlまで順次不安が生じない程度に太さを増していく。
- 5) 自分または夫の指を挿入

なお今回は、このSTのセッションの中で行われる精神療法の詳細については触れないでおく。

■ 性欲の障害（欲望相の障害）

1. 性欲低下症

＜定義＞ 性的空想と性的活動に対する欲求の持続的または反復的な不足または欠如。不足または欠如の判定は臨床家が年齢、性別、およびその個人の生活の状況など性機能に影響する要因を考慮して行う。

＜有病率＞ 全人口の約20%（女性が多い）。

＜診断＞ この性欲低下症は、Mastersらの言う性的回避とは異なることを断っておかなければならぬ。性的回避者の多くは、性欲があり、1人でマスターベーションをしているが、何らかの理由でパートナー相手のセクシャル・コンタクトを回避しているだけである。診断的にはどの程度の性欲の低下を認めれば本症であるとしてよいのか、性欲（リビドー）は定量化困難であるだけに、その個人の性歴聴取や、パートナーからの供述によらなければならない。鑑別の要点は、以前に見られた性欲が、急に、あるいは徐々に減退・抑圧されている事実をとらえることが重要である。鑑別診断が必要なものに日常臨床上よく見かけるうつ病性の性欲低下と不安神経症（パニック・ディスオーダー）による性欲低下である。つまりうつ病のため、意欲・食欲・身体機能などが低下している状態の一環として性欲低下も起こるわけであるが、セックスに対して価値観の強い人は、自分の性欲低下にとまどい、うつ病のことはそっちの

けで“その気にならなくなったこと”を主訴にして来院することがある。

不安神経症者の性欲抑制には2つのパターンがある。ひとつは、動悸・息切れ・発汗などを併う不安発作（パニック・アタック）の様子が性交時の動悸や呼吸促進の状態に似ているため、性交する度に「またあの発作を誘発してしまうのではないかろうか」との予期不安が高まり、性欲そのものを抑制してしまう場合である¹⁵⁾。もうひとつのタイプは、不安発作を繰り返している間にうつ病に移行する例がかなりある。これは前述したうつ病性の性欲の抑制と同じ機序である。

性欲低下症の中で特筆しておかなければならぬ一群がある。asexual person¹⁶⁾あるいはanorexia sexualis¹⁷⁾がそれである。これは男性にも女性にも認められる。これは、思春期を迎えてマスターべーションの経験がなく、恋愛経験もなく、性的エネルギーが感じられない。しかし性を嫌悪したり、恐怖を感じているわけでもなく、エロスに対しては全く無関心でいられる人達である。男性では時々夢精があり、ホルモンレベルも正常であるが、女性では無月経であることが多い。彼らは結婚を回避してしまうことが多いが、男性がことアセクシャルであった場合、問題は結婚後ただちに表面化することになる。つまりこの一群はDSM-III-Rの性欲低下症より相当低いレベルの性欲障害であることは間違いないが、診断分類的には、発達障害に入れられるべきものかもしれない¹⁸⁾。このような重症の性欲低下症が何故起るのか、Radin¹⁹⁾は若干粗雑ではあるが精神分析的見地から、前エディプス期の心的要因と防衛が前性器期の性欲障害を決定する役割を担っているとの知見を発表している。

いずれにせよ、人間の3大欲望のひとつである性欲が、加齢や過剰なストレスなどの肉体的・必然的理由以外に、しかも思春期以前から損われているなど、健常人には理解に苦しむところである。性欲があつて興奮し、オルガズムを迎えるという性の三相概念⁶⁾にてらしても、性欲相に障害があれば、次に続く興奮・オルガズムの相も当然障害されることになり、性欲相の研究のさらなる進展を望みたい。ちなみにSegaravesら²⁰⁾は、15

施設で治療中の性障害者 906 名を対象に、DSM-IIIの基準に従って現在診断的に性サイクルのどの相が一番問題かを調査した結果、65%が性欲相障害が主診断であったという。

＜治療＞ 性欲低下症の治療については Kaplan のモノグラフ「統・ニュー・セックス・セラピー」²¹⁾に症例も含めて詳述されているので、これを基礎にして述べることにする。器質的疾患や内分泌疾患有あるいは薬剤因性の性欲低下などが除外された心因性の性欲低下症の原因には直接因と深層因の 2 つがある。直接因には過労、ストレスなどの日常的なものから、不安、怒りなどの感情の持続、そしてターン・オフ・メカニズム (turn off mechanism)²²⁾ と呼ばれる特殊な心理などがあげられる。このターン・オフとは、性的な機会に出会うと無意識的に否定的な考えをもち込んで、自然にたかまつてくる性欲を自ら抑圧してしまうことである。深層因には無意識的な性の葛藤(エディプス葛藤)、親しくなることへの不安、成功することへの不安、女性敵視などがあげられよう。

これらの治療にあたっては、直接因のみを持つものの方が容易であるが、深層因の場合長期にわたる精神療法のセッションが必要になる場合が多く、困難度は高い。いずれにしても、彼らの受診動機が、「この 1 年全く性交がない」とか「結婚して 3 カ月になるが一度も性交がない」などであり、治療目標は性器的結合に至らせるところにある。しかし、性欲相がまず障害されている彼らは勃起障害をも併発していることが多い。自然な性欲に基づいていない性交の試みをこれまで何度も繰り返しては勃起不全のため失敗に終わってしまうという体験を重ねて来ているため、性欲も勃起力も深刻に損われてしまっている。このようなカップルに対して初めから性器的接触を目指すことは逆効果に終わってしまう。よく用いられる初期治療として、性的空想を抱かせることがある。

Nutter ら²³⁾は、性欲低下症では勃起障害者群やコントロール群に比較して、性的空想を抱く頻度が明らかに低いと述べている。性的空想さえ困難な重症例には、ポルノグラフィーや好色本を薦めることもある。空想の内容はいくら逸脱したものであってもよいと許可を与える。これまでに彼ら

がマスターべーションの時に使いなれた空想から始めてそれを物語風に発展させてみることを筆者は薦めている。症例によってはサディスティックな内容に傾いたり、露出願望が空想の中に出現することもある。

性的空想やポルノグラフィーから与えられた性的刺激が大脳皮質から性中枢にゆきぶりをかけた頃を見はからって、感覚集中訓練 (SF) に移る。SF 治療上大切なことは、与えられたタッピングの触覚に全神経を集中させ、タッピングの強さや部位などの好みをパートナーに伝えることである。この集中が困難であった場合、その多くは前述したターン・オフが行われている。例えば、明日の会議のことに考えが移ってしまったり、パートナーの欠点を数えあげたりすることで性欲や性的興奮を抑制しているわけである。この事実はインタビューの中で、SF 時の本人のイメージについてふり返ってもらうことで明らかにできる。自分のイメージのパターンに気づき愕然とすることがよくある。何故このような抑圧が必要になっていたのか、その解析をその後の精神療法によって行う。

この SF の訓練に対しても不安が生じ、抵抗があるものに対して筆者は、抗不安剤や抗うつ剤の薬物療法を併用しながら、不安に対する脱感作療法を行っている²⁴⁾。つまり着衣のままで肩たたき→握手→肩組み→腰のストレッチ→ホッペあわせ→短時間のキス→2 人での入浴……など、そのカップルの状況にあわせて不安のないヒエラルキーを組み立てて使っている。

性欲低下症に対する治療法で文献的に重要なのは、Schover ら²⁴⁾の報告である。彼らはゲシュタルト療法などをも含む行動療法的 ST を用い、15~20 回のカップルでのセッションを行い、夫婦関係の改善、全般的な性的満足度の増加、性交とマスターべーションの頻度の増加を認めており、治療終了後、3 カ月と 1 年の予後も良好と述べている。

McCarthy²⁵⁾ も認知・行動療法を用いた結果、女性の性欲低下症の方が男性より治療成績が上まわったとしているが、これは治療目標を性交頻度の増加におくのではなく、夫婦関係の質的満足や

性的満足度に焦点をあてたためであろう。

最後につづ加えておくが、経験的に、会陰部痛などの前立腺炎症状を訴えてくる患者の中にこの性欲低下症の患者も入っていることがある。長期間射精していないことがその原因と思われる。

■ 性嫌悪症（欲望相の障害）

＜定義＞ パートナーとの性器による性行為のすべて、またはほとんどを、持続的または反復的に極端に嫌悪し回避すること。

男性の本症例を自験したことがないし文献的にも報告は少ないため、詳述することは避ける。Kaplan は著書¹⁵⁾の中で男性例を述べている。Mr. D は 29 歳のプロテstantt、子供の頃からの性嫌悪である。デートもしたことなく、女性と同席するような機会はすべて避けていた。しかし性欲は旺盛で女性のヌード写真を見ながら、週 4~5 回マスターべーションをしていた。酒量が増えてきている。彼の性嫌悪の直接因は、20 歳の時売春婦を買いに行き、不安発作をおこし、性交ができなかつたことにあった。

女性例をみる限り、何らかの精神的外傷体験によって発症している。初交時疼痛、難産・死産、強姦などの性的外傷体験があげられる。治療法としては性欲低下症に対してと同じ手段を用いている。

■ 勃起障害（興奮相の障害）

＜定義＞ 性行為を完了するまでの間に、勃起を起こし、持続することが部分的にまたは完全に障害されることが続いたり反復すること。あるいは、男性が性行為中に性的興奮や歓喜の主観的感覚を欠くことが持続または反復すること。

＜有病率＞ 若年成人の約 8 %。

＜診断＞ Rigi Scan などによる NPT (nocturnal penile tumescence: 夜間勃起度) 検査、超音波あるいはレーザー・ドップラー検査、各種ホルモン検査、身体的基礎疾患の除外などが行われた上で心因性勃起障害の診断がなされるのが正当であろう。しかし臨床的には、問診によって早朝勃起の有無を確認し、マスターべーションが可能であり、肝・腎機能も正常で、ヒゲも見た目に薄くはなくアルコール歴や喫煙歴に問題がなけれ

ば、その勃起障害は心因性と判断してもよからうと考えられる。Schiavi²⁶⁾ はアルコール依存症と男性性機能不全について文献考察を行い、20~30%に勃起障害と、50%以上に性欲低下を認めた。注意しなければならないのは、薬物歴である。勃起障害を起こす可能性のある薬剤についての報告は種々あるが資料を豊富に紹介しているのは Kaplan²¹⁾ であろう。最近 Rosen ら²⁷⁾ は健常男性 30 名に 4 種の β-プロッカーを用い、プロプラノールとピンドロールで血中テストステロンの減少と、メトプロロールとアテノロールで NPT 値の減少を認めている。

ここで DSM-III-R の診断方法をもう一度詳しく見てみよう。特徴は多元一多軸評価で、「8 つの項目のうち 6 つあれば」式の操作化された診断基準と 5 軸評価であるが、その 5 軸とは次のとおりである。

第 1 軸：臨床症状

第 2 軸：人格障害（パーソナリティ障害）

第 3 軸：身体状態

第 4 軸：心理社会的ストレスの程度

第 5 軸：これまでの社会適応度

この 5 軸をもって患者を見れば、全体のプロフィールが具体的に把握可能である。さらに性機能不全などは細かく“特定する”ことが要求される、次の 3 つに分かれる。

特定せよ：心因性のみ、心因性と身体因性、または身体因性

特定せよ：生来性または獲得性

特定せよ：全般性または状況性

これらの診断手順に従って勃起障害を主訴とする症例を見てみよう。例えば、Aさんは第 1 軸診断が勃起障害で、それも心因性・獲得性・状況性のものであり、第 2 軸は強迫型性格傾向を認め、第 3 軸の身体疾患に該当するものではなく、第 4 軸に急な転勤というストレスがあり、第 5 軸に可もなく不可もないごく平凡な社会適応というように記載されていればこの症例の輪郭を思い浮かべることができる。また Bさんは第 1 軸に勃起障害（心因性・獲得性・状況性）と早漏を、第 2 軸に依存的人格障害を、第 3 軸にアルコール性の軽度の肝

障害を、第4軸に長い夫婦間不和を、第5軸に必ずしも良いとは言えなかった社会適応度が記載されていたとすれば、同じ勃起障害の診断のAさんとBさんであるが、異なる性質の障害のあり方で、治療的対応も初期から異なってくるはずである。

＜治療＞ 心因性勃起障害に対する治療手段について、まず文献的に検索してみる。日本では行動療法、催眠療法、カウンセリングについて集載したモノグラフ^{28,29)}がある。白井³⁰⁾は新婚インボテンスの治療について、「両者のコミュニケーションをとることをまず考え、性交にたよらないオルガズムの修得できるテクニックを指導する。時には薬剤や補助器具も有用である」と述べている。これはすなわちコミュニケーション・トレーニングからSFを行い、薬物・補助器具療法も併用したことになる。心因性勃起障害に対する薬物療法は、不安除去のためのマイナー・トランキライザー投与だけに限らない。漢方薬の有効性^{31,32)}、塩酸パパベリン注入法^{33~35)}についての報告は数多い。Stanley³⁶⁾らはパパベリンとフェントラミンを1年間自己注を続けた場合の報告をしている。「1ヶ月に5回の自己注が平均で、84%が満足な勃起を得、男女とも性的満足を得ている。しかし57%が線維化や肝障害、陰茎損傷などのため中断している」と、最近では海綿体注入という侵襲を避け、プロスタグラランジンE₁投与³⁷⁾にて有効例を認めるようになった。Paulら³⁸⁾は、ヨヒンビンとプラセボの二重盲検を40例を行い、33%の有効性を認めている。

勃起障害に対する特徴ある治療法をいくつか紹介しておく。Lopiccoco³⁹⁾は勃起障害をも含めた男性性機能障害について1984年度までの文献的レビューを行っている。それ以降の文献では、Kilmannらのグループ療法⁴⁰⁾がある。20例の二次性勃起障害者を3つのグループに分け、それぞれコミュニケーションの訓練、マスターズらの性的訓練そしてこれらの併用療法をグループ療法で行い、80%の成功率で、6ヶ月の予後も良好であったと述べている。Ellis⁴¹⁾が始めた論理療法で、勃起障害時におこる不安に立ち向かい16例の勃起障害の治療に成功しているMunjack⁴²⁾、エリクソン流の新しい催眠法⁴³⁾で勃起障害の治療例をあげ

ているGilmore⁴⁴⁾などがある。

筆者の勃起障害に対するSTでは、主に逆説的心理療法⁴⁵⁾を用いることが多い。勃起させることにやっきになっているカップルに対して、治療者は「勃起させてはいけない！」と宣言する。つまりカップルには次のように説明して宿題を出す。「ペニスの感覚が一番敏感なのは完全勃起時ではなく、半勃起の状態の時である。だから、勃起させないようにして、ペニスの根本をつかんで（亀頭部をうっ血させることで少し硬くする）、亀頭部だけを膣入口に浅く挿入し、内部のあたたかさを楽しむようにしよう」と。この宿題のねらいは次のような事実に基づいている。妻の生理日や、泊りの来客があり、セックスしなくてもよい状況では自然な勃起が生じるのに、「今夜こそは」と思うと予期不安が勃起を妨げてしまう。つまりしゃにむに勃起させようとしていた心理から、妻からも勃起を期待されないですむ状況で亀頭部の感覚集中訓練を行うわけである。

しかしこの宿題に対しては女性パートナーから抵抗が生じることが多い。「実験台にされている、自然さがなくマニュアル的だ」などの意見があり宿題が行えず、治療が膠着化してしまうこともある。このようなケースは夫婦間のコミュニケーションがうまくとれていない場合に多く、Zimmer⁴⁶⁾の推奨するようにSTに入る前にマリタル・セラピーが必要になってくる。

■早漏（オルガズム相の障害）

＜定義＞ ごく小さい性的刺激で、または挿入前、挿入時、あるいはその直後で本人が望む以前に射精が起こることが持続または反復すること。

＜有病率＞ 30%。

＜診断＞ 早漏に対するsexlogyの歴史は興味深い。Kraft Ebingは「早漏は性の誤用（マスターべーション）による脊髄神経衰弱である」と考え、Havelock Ellisは「妻の膣の中に長くいらっしゃれない神経衰弱症」と述べ、Van de Veldeは「女性が性交の準備が整うまでは長い前戯が必要であるし、早漏はオルガズムに導いてくれない粗野で野蛮な、愛の営みをおろそかにする男性」と述べている。（以上、松本泰訳「Basic Sexual Medicine」）

by E. Trimmer」中外医学社、東京、1981による。)その後 Masters ら¹⁾は、早漏は「性行為中相手に50%の満足を与えるために充分な時間、射精をコントロールできない男性」と定義している。この定義はあいまいで、Kaplan は上記 DSM-III-R の定義を指示し「どれだけ射精が早いか、あるいはパートナーの反応がどうとかの問題ではない。彼が望む前に射精してしまい自分で射精をコントロールできない男性である」¹⁷⁾とした。

Godpodinoff¹⁸⁾ は 46 例の早漏患者を一次性早漏 (primary premature ejaculation : PPE) すなわち性歴の最初から早漏であったものと、二次性早漏 (secondary PE : SPE)，すなわち元来は正常な機能であったが現在早漏の 2 群に分けた。PPE 群では球海绵体反射が SPE 群に比して著しく早いこと、SPE 群ではアルコール歴、動脈硬化、身体疾患、夫婦間葛藤などが関与していることをあげている。最近彼が PE に有効な薬剤を発表し、近々我々も使用可能になるかもしれないという情報もある(文献 47 の p 27)。

＜治療＞ 早漏の治療については Kaplan の一般向けに書かれた小冊子¹⁷⁾が有用である。その中で「“quickie”であってもよいではないか」と保証を与え、その代わりフォアまたはアフター・プレイで女性にはオルガズムを与えるようにしよう」と前おきしている。「そうでないと二次性勃起障害や両者の人間関係の障害が引き起こされてくる可能性がある」と。

さらに「早漏の 99% は心因性でこれには直接因と深層因とに分けられるが、深層因が何であれ、性感觉の過敏性という直接因を変化させなければ、治癒することはない」として次のようなストップ・スタート法の治療プログラムを紹介している。

前に紹介した ST でのストップ・スタートから Kaplan はさらに、女性上位でのストップ・スタートそして横臥位、さらに自分の好みの体位での訓練へと進めている。大切なのは本人の emission に至る直前の感觉を体験の中から何度も確認することである。尚この著書には、パートナーなしで単身での治療法も紹介されている。

次に Mesters らが考案したスクイーズ法 (squeeze technique) について述べる。これも

Semans J¹⁹⁾ が 1956 年に提唱したストップ・スタート法にちなんでいる。ストップ・スタートと同じように用手的に男性のオルガズム近くまで高めてゆき、射精反射がおこる直前に、陰茎をぎりしめるやり方である。親指を陰茎小帯に、人差指と中指で冠状溝にあて、圧迫する度合は痛みを感じない程度に相手に伝える。3~4 秒間しめつけて、射精反射がおさまり、やや勃起力も減じたところで刺激を再開する。この後の手順はストップ・スタート法と同じで、女性上位で挿入し動かさず、感覺に慣れる。射精しそうになったら腔からはなしてスクイーズする。そして横臥位から好みの体位へと変えていくわけである。

■ 膨内射精困難（オルガズム相の障害）

＜定義＞ 興奮相に続く脛内でのオルガズムの遅延あるいは欠如。マスターベーションではオルガズム可能なもの。

＜有病率＞ 記載なし。

＜診断＞ 本症は遅漏と同義語として使われていて理解してよからう。頻度は早漏に比べればはるかに少ない。Masters らの報告でも 11 年間に 17 例を数えるにすぎなかった。もちろん向精神薬大量服用中の患者の中には、勃起は損われていないうが射精困難であるという例はしばしば経験する。

Shaw²⁰⁾ は本症の心因として、①性的に亢奮しないのではなかろうかと思う不安、射精しなければと思うことと、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。

筆者の自験例には「自分の子供が欲しくない。自分そっくりの子供が生れてくることが信じられない」「妻に性的魅力を感じない、もっと自分にそぐわしい相手がどこかにいるはずだ」と述べた心因性オルガズム障害の 2 例があった。他の多くの脣内射精困難例は、マスターベーションの方法に特徴があり、「冷い畳にペニスをこすりつける」「シーツにこすりつける」「大腿部にはさんで腹圧をかける」などの用手的マスターベーションでない場合であった。また彼らには「1 人きりでない

と射精できない」という特徴も見られた。

＜治療＞多くの治療者が SF や Kaplan のブリッジ・テクニック⁵⁾を用いて成功をおさめている。ブリッジ・テクニックとは性交中に相手のペニスや陰嚢、会陰部、あるいは相手のクリトリスに手またはバイブレーターなどで刺激を与え、オルガズムに導く方法である。また前述した筆者の症例のように、これまでのマスターべーションの方法に問題があり、しかも1人の状況でないと射精できないというような場合は、脱感作的手法も加えて次のような性的行動訓練のプログラムを組んでいる。「1人の時にガーゼをペニスにまいて手でのマスターべーション」→「タオルをまいて手で」→「隣室に妻がいる状況で」→「ベッドで妻が背を向けている状況で」→「妻が仰向けの状況で」→「妻の手または口で」→「SFIII-V にブリッジ・テクニックを加えて」と順次宿題を重ねてゆく。

■ おわりに

男性性機能障害の診断と治療について自験例も含めながら最近10年間の文献的考察を行った。まず気がつくことは、泌尿器科分野の診断および治療技術の急速な進歩である。中でも勃起障害に対する診断治療的戦術は目ざましいものがある。

当教室の過去8年の統計で性障害が179例あり、セックスレスの状態が続いているものが約半数の97例あった。その中でも勃起障害によるセックスレスや未完成婚（挿入が行われていないか、膣内射精ができないもの）が一番多く34例であった。これらの勃起障害者は大部分が ST に良く反応し、改善しているが、治療困難例も少なくはない。性欲障害と勃起障害、そして早漏までも合併している症例もある。つまり、性サイクル全相にわたっての障害である。このような場合、患者がまず望むのは勃起することである。これは状況によっては薬物療法的に、あるいは補助器具療法的にサポートできる時代になった。がその後、患者の心理的病巣にせまる精神科的な新しく即効的な治療法が見い出されておらず、長時間そして長期間を要することが避けられない現状である。

性障害の病因として一番頻度が高く、しかも全相にわたって影響をおよぼしているものは“不安”

であろう。この不安の正体を明らかにすべくさまざまな方法論がとられ、中でも分子生物学的に脳内アミンとの関連などが少しづつ解明されてきたのは最近のトピックスである。それに対応できる抗不安薬の開発も行われている。

今後性障害の治療を求めてくる患者の増加は予想を上まわるものになると考えているが、それに対応できるだけの準備が施設的にも治療法についてはまだ完全とは言えない。各専門分野でのさらなる研究努力が望まれる。

最後に性疾患を扱う際の留意点を述べておくことにする。ST では治療上話題が性的なものが多く、治療目標が他の疾患のように単に苦痛を解消するというものではなく、“快を与える”という特殊性があるため、治療者一患者間の性愛化を引き起こす危険性が高い。特に男性治療者が女性単身受診者を精神科治療室のように密閉された場所で行う場合は特に注意が必要と思われる。精神科医が ST を行う場合、患者への身体的接触や直接的指導などは行わないことは当然であるが、診察室内には共同治療者（できれば異性）が同席することが望ましい。

さらに未完成婚などの場合、常に離婚の危険性をはらんでいるだけに、治療者は中立性を心がけ、患者本人に対して、または逆にパートナーに対して、同情的な発言をしたり、あるいは非言語的にせよネガティブなメッセージを伝えてしまうことのないよう留意すべきであろう。

文 献

- 1) マスターズ & ジョンソン：人間の性不全（謝国権訳），池田書店，1971
- 2) 金子常寿：男性インポテンツ，鳳鳴堂，1958
- 3) 牧角格：男性インポテンツに関する臨床的研究。日泌尿会誌 59(1) : 16-47, 1968
- 4) 今川章夫, 他：インポテンツの定義と分類についての提案。臨泌 39 : 789-791, 1985
- 5) 白井将文：男性性機能障害について。心身医療 3(11) : 19-26, 1991
- 6) カプラン：ニュー・セックス・セラピー（野末源一訳），星和書店，1971
- 7) DSM-III-R：精神障害の診断・統計マニュアル（高橋三郎訳），医学書院，1988
- 8) Elliott ML : The use of "impotence" and "frigidity": why has "impotence" survived. J Sex & Mari Thera 11(1) : 51-56, 1985
- 9) インポテンツ研究会(編)：インポテンツ、メディ

- カルトリビューン日本支社, 1982
- 10) グリック & ケラー：夫婦家族療法（鈴木浩二訳），池田書店，1983
 - 11) Sager C : Marriage Contracts and Couple Therapy, Brunner/Mazel, New York, 1976
 - 12) Paolino J, McCrady B : Marriage & Marital Therapy, Brunner/Mazel, New York, 1978
 - 13) Jacobson NS, Margolin G : Marital Therapy, Brunner/Mazel, New York, 1979
 - 14) Weeks GK, Hof L : Integrating Sex and Marital Therapy, Brunner/Mazel, New York, 1987
 - 15) Kaplan HS : Sexual Aversion, Sexual Phobias, and Panic Disorder, Brunner/Mazel, New York, 1987
 - 16) Thomas B : Asexual patients. Nurs Times 85 (33) : 49-51, 1989
 - 17) Moser C : Lust, lack of desire, and paraphilic : some thoughts and possible connections. J Sex & Mari Thera 18(1) : 65-69, 1992
 - 18) 阿部輝夫：セックスレス・カップルと回避型人格障害. 日性科学会誌 8(2) : 10-23, 1991
 - 19) Radin MM : Preoedipal factors in relation to psychogenic inhibited sexual desire. J Sex & Mari Ther 15(4) : 255-268, 1989
 - 20) Segaraves K, Segaraves R : Hypoactive sexual desire disorder : prevalence and comorbidity in 906 subjects. J Sex & Mari Thera 17(1) : 55-58, 1991
 - 21) カプラン：統・ニュー・セックス・セラピー（野口昌也, 訳), 星和書店, 1982 (巻末付録)
 - 22) Nutter DE, Condron MK : Sexual fantasy and activity patterns of male with inhibited sexual desire and male with erectile dysfunction versus normal controls. J Sex & Mari Thera 11 (2) : 91-98, 1985
 - 23) 阿部輝夫：性障害とセックス・セラピー, 「今日の心身症治療(小比木啓吾, 他編), 金剛出版, 1991
 - 24) Schover LR, Lopiccio J : Treatment effectiveness for dysfunctions of sexual desire. J Sex & Mari Thera 8 (3) : 179-197, 1982
 - 25) McCarthy B : Strategies and techniques for the treatment of inhibited sexual desire. J Sex & Mari Thera 10(2) : 97-104 1984.
 - 26) Schiavi R : Chronic alcoholism and male sexual dysfunction. J Sex & Mari Thera 16(1) : 23 -33, 1990
 - 27) Rosen RC, et al : Beta-blocker effects on sexual function in normal males. Arch Sexual Behav 17(3) : 241-255, 1988
 - 28) 小林司, 德田良仁(編)：人間の心と性科学 I, 星和書店, 1977
 - 29) 石津宏(編)：インポテンス, 同朋社, 1990
 - 30) 白井将文：インポテンスの診断と治療. 臨精医 10(10) : 661-668, 1981
 - 31) XuShikai : Treatment of impotence in traditional chinese medicine. J Sex Educa & Thera 16(3), 198-200 1990
 - 32) 長田尚夫：インポテンス患者における柴胡加竜骨牡蠣湯と六味地黄丸の臨床効果. Impotence 1 (2) : 81-89, 1986
 - 33) Brindley GS : Cavernosal alpha-blocker : a new technique for investigating and treating erectile impotence. Br J Psychiat 143 : 332-337, 1983
 - 34) Brindley GS : Maintenance treatment of erectile impotence by cavernosal unstriated muscle relaxant injection. Br J Psychiat 149 : 210-215, 1986
 - 35) Turner LA, et al : Self-injection of papaverine and phentolamine in the treatment of psychogenic impotence. J Sex & Marit Thera 15(3) : 163-176, 1989
 - 36) Stanley E, et al : Sexual, psychological, and marital impact self-injection of papaverine and phentolamine : a long-term prospective study. J Sex & Marit Thera 17(2) : 101-112, 1991
 - 37) 高波真佐治, 他：インポテンスに対する経口PGE₁ 製剤の臨床的効果. Impotence 6(3) : 357 -362, 1991
 - 38) Paul L, et al : The role of yohimbine for the treatment of erectile impotence. J Sex & Marit Thera 16(1) : 15-21, 1990
 - 39) LoPiccolo J : Diagnosis and treatment of male sexual dysfunction. J Sex & Mari Thera 11 (4) : 215-232, 1985
 - 40) Kilmann PR, et al : Group treatment of secondary erectile dysfunction. J Sex & Mari Thera 13(3) : 168-182, 1987
 - 41) Ellis A : Reason and Emotion in Psychotherapy. New York, Lyle Stuart, 1962
 - 42) Munjack DJ, et al : Rational-emotive therapy in the treatment of erectile failure : an initial study. J Sex & Mari Thera 10(3) : 170-175, 1984
 - 43) Araoz DL : Hypnosis and Sex Therapy. New York, Brunner/Mazel, 5-23, 27-32, 1982
 - 44) Gilmore LG : Hypnotic metaphor and sexual dysfunction. J Sex & Mari Thera 13(1) : 45-57, 1987
 - 45) ジェラルド R ら (篠木満, 他訳)：逆説心理療法, 星和書店, 1986
 - 46) Zimmer D : Does marital therapy enhance the effectiveness of treatment for sexual dysfunction? J Sex & Mari Thera 13(3) : 193-209, 1987
 - 47) Kaplan H : How to over come Premature Ejaculation, Brunner/Mazel, New York, 1989
 - 48) Godpodinoff ML : Premature ejaculation : clinical subgroups and etiology. J Sex & Mari Thera 15(2) : 130-140, 1989
 - 49) Semans J : Premature ejaculation : a new approach. Southern Med J 49 : 353-357, 1956
 - 50) Shaw J : Play therapy with the sexual workhorse : successful treatment with twelve cases of inhibited ejaculation. J Sex & Mari Thera 16 (3) : 159-164, 1990
 - 51) カプラン：図解セックス・セラピー・マニュアル(阿部輝夫監訳), 星和書店, 1991