

性と心身医学

—男性の側面から—

阿 部 輝 夫*

■ **Key words** : erectile disorder (勃起障害), ejaculatory disorder in vagina (腔内射精障害), sexual desire disorder (性欲障害), premature ejaculation (早漏), sexless couple (セックスレス・カップル)

はじめに

性障害の来院患者数は年々増加傾向にあるが、近年は特に著しいものがある。これは患者実数の増加というよりも、性障害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のかを、マスメディアを通して知るようになったからと考えられる。

外来統計をとり始めてから 13 年間に、性の問題を主訴に来院した患者数は 827 例 (カップル) で、その診断分類は表 1 のとおりである。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。この中で男性の主たる性障害としては、①勃起障害、②腔内射精障害、③性欲障害、④早漏、があげられ、今回はこれらについて検討することにする。この他にも男性の性格障害が原因で未完成婚の状態が続いている性的回避^{1,2)}や、最近目立ってきており現在検討中の性嫌悪症の男性例、male to female^{1,2)}の性転換症、同性愛、フェティシズムなどの男性例を合計すると全体の 73% になり、性の問題で受診しているのは男性の方が圧倒的に多いことがわかる。

それでは上記 4 疾患について、治療法を含めて概論することにする。

なお、各疾患の定義は DSM-IV³⁾を用いた。

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. 膀胱症	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. 無感覺射精	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. 女性強姦症	1 (0.1%)
計	827 例

勃起障害 (興奮相の障害)

① 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。

* あべメンタルクリニック (〒279-0004 千葉県浦安市猫実 4-18-27 サンライズビル II 6F)

② 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うえ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、ひげ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。Schiavi⁴⁾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カプラン⁵⁾であろう。最近 Rosen ら⁶⁾は健常男性 30 名に 4 種の β ブロッカーを用い、プロプラノールとビ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。

③ 心理的病因

ここでは、心因性の病因のうち代表的なものを述べておくことにする。

1. 予期不安

最も高頻度にみられた病因で、「今夜はうまくいくだろうか」という不安がこれである。つまり過去に勃起せず、性交に失敗してしまった状況を想い出し、再度失敗することを恐れて、不安・緊張が高まっている状態である。最初の失敗時のパートナーの反応のあり方や、本人がその時の心理をどう処理したのかなどがその後の経過に重要な影響を与えるが、失敗が繰り返されることで、予期不安もさらに増大し、性交の場面になると、その不安がいつもと同じパターンで出現し、お定りの神経回路に伝達され、条件反射的に勃起を損なってしまうわけである。

2. 不安発作

突然、動悸、息切れ、発汗、四肢の硬直などに襲われ、救急車で内科に運ばれるが、諸検査で異

常所見を認められないものである。不安発作に襲われた患者に共通していることは、死の恐怖を体験している点である。したがって、彼らは動悸や息切れに対して過敏となり、またあの発作が起こりはしまいかと予期不安が高まっている。性交時も当然動悸や息切れが伴うため、不安発作を誘発してしまう恐怖感が勃起障害を起こしてしまう。

3. 軽症うつ状態

現在増加しているのは、うつ病としての治療までは必要ないが、慢性的な疲労状態にあり、気分もすぐれず、意欲も若干低下しているという軽症うつ状態である。彼らはとにかく休養をとることを希望し、疲れる性行為などはもっての他だと考えている。つまり、性欲相が損なわれているために二次的に勃起障害をきたしている群である。

4. 不妊外来

妻が不妊外来に通院中で「何月何日に性交してきなさい」という指示を受けるが、それを契機に勃起障害となった群である。欲情を伴わない押しつけのセックスや、種馬的で歡樂を無視した生殖のみの性を嫌っての現象と考えられる。ただし、彼らが洞察に至ることは少ないが、妻の脇に残した精液を診られることで、間接的に自分たちの性交行為を窺視されてしまう不安をもっていることも関係している場合もある。

5. ターン・オフ

ターン・オフ・メカニズム (turn off mechanism) を提唱したのはカプラン⁷⁾で、自らの性欲の火を無意識のうちに“スイッチを切って”消してしまっている現象を指している。つまり、性的な雰囲気を感じそうになると、明日の仕事のことを考え始めたり、パートナーの身体的欠点に意識を集中させたりする。これは性行為に伴って生じる不安に対する一種の防衛と考えられる。あえて否定的なイメージに集中することによって、反性的な状況に自分をとどめたり、燃え上がりそうな火を自ら消してしまうのである。彼らは性的感覚を自ら排除している事実にはまったく気づいてはいない。

④ 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⁸⁾⁹⁾がある。白井¹⁰⁾は新婚インポ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、性交にたよらずにオルガズムを習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・トレーニングから感覚集中訓練を行い、薬物・補助器具療法も併用したということになる。

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¹¹⁾¹²⁾、塩酸パパベリン注入法^{13)~15)}についての報告は数多い。Stanley ら¹⁶⁾は、パパベリンとフェントラミンの自己注入を1年間続けた場合の報告をしている。「1カ月に5回の自己注入が平均で、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、プロスタグラジンE₁投与¹⁷⁾にて有効例を認めるようになった。Paul ら¹⁸⁾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。LoPiccolo¹⁹⁾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²⁰⁾のグループ療法がある。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カ月の予後も良好であったと述べている。Ellis²¹⁾が始めた論理療法で、勃起障害時に起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Munjack²²⁾、エリクソン流の新しい催眠法²³⁾で勃起障害の治療例をあげているGilmore²⁴⁾などがある。

なお、現在治験中で、2000年には処方可能にな

ると思われているシルデナフィル²⁵⁾²⁶⁾が内服薬として有用視されている。

この他、プロスタグラジンE₁の尿道注入法²⁷⁾なども考案されており、近い将来、勃起障害の悩みから解放されることになるのは確実と思われる。

筆者が考案したノン・エレクト法²⁸⁾²⁹⁾を、心因性勃起障害に対して頻用している。これは逆説的心理療法を利用した、心理・行動療法である。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「勃起させる必要はありません」と言って、次のように説明する。「ペニスの感覚が一番敏感なのは半勃起時で、勃起してしまうと鈍感になってしまう。だから勃起させないようにして、ペニスの根元をつかんで（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滑り込ませ、内部の温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。妻の月経中や、泊り客があつたりして、セックスを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を設定して、亀頭部で行う感覚集中訓練を行うわけである。

このノン・エレクト法による心因性の勃起障害に対する治療成績は84%の改善率であった³⁰⁾。

腔内射精障害（オルガズム相の障害）

① 定 義

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

② 診 断

本症は遅漏と同義語として使われていると理解してよからう。Shaw³¹⁾は本症の心因として、①性的に興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

表2 膀胱内射精障害の病因 (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
ひとりでないと	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

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・ズら³²⁾の報告でも11年間に17例を数えるにすぎなかつたというが、当院での統計でみると、以前はその数が第6位ぐらいであったのに、年々順位を上げ、勃起障害に次いで第2位にランクされてしまったこともあるので、少し詳しく述べておく必要がある。この膀胱内射精障害73例の症例分析から病型分類を行い、治療法を紹介する³³⁾。

③ 類型と治療

膀胱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. 非用手的マスターべーション

手を使わないマスターべ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。この群は膀胱内射精障害73例中39例（53%）と最も多く、その方法は表3のとおりである。

シーツを使う者が最も多く、下着を脱いで直接シ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。

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

表3 非用手的マスターべーションの方法

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

欠かすことのできないものになってしま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、さらに膀胱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、ついでガーゼに替え、枚数を減らしていく、そして手へと移る。

この群のもう1つの特徴は、ある決まった体位で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。このような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っているのである。

2. ひとりでないと射精できない

17例（23%）にみられたこの病因は、女性のオルガスマス障害のメカニズムによく似ている。本来、射精は嚙下、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しまっているのがこの群である。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などが直接因になっている場合が多い。

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。彼らはひとりでなら射精できるので、妻にこのことを説明し、マスターべーションの時の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→陸のそばで→射精直前に挿入して、という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検討する。

大事なことの一つは、この練習の初期の頃に性交後はマスターべーションで射精することを義務づけておくこと（2人の距離はその時の様子に応じて）によって性交と射精、すなわちオルガズムを連動させておくことである。もう一つは、この練習中に性的空想をもつことである。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、オルガズ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³⁴⁾のアドバイスも与える。

3. 強すぎるグリップ

この群の12例（16%）はいずれも20～30歳代であった。彼らのマスターべーションの時のペニスへの握力は強すぎるようである。マスターべーションを想定して握力計を用いて測定してみると、全員が10kgを超えていた。これに比べて、性障害をもたない対照群では平均4.25kgであった。この対照群は年代別に10名ずつ抽出し、同じ診察室内で測定した。図1に示したように、年長者の方がペニスへのグリップ力が弱い傾向にあるといえるかもしれない。

この群への治療は、前述したように妻が伸展位をとることや、男性へのブリッジ・テクニックを用いることで簡単に解決できる場合もある。これ

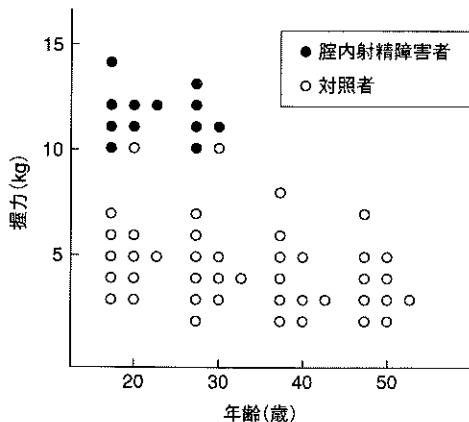


図1 マスターべーション時の握力

は、性交時の陰圧が慣れ親しんできたグリップ力よりも弱すぎるため、刺激が不足していたことによると考えられる。しかし、少數ではあるが、このような治療法に反応しない症例もある。すると、なぜグリップを強くしなければいけなかったのかを知る必要が出てくる。たとえば、性欲が低下しているにもかかわらず、強迫的な射精願望があることが原因となっている、というような場合もあり、その背景に合わせた対応が要求されてくる。

4. 子孫拒否

「子どもが欲しいが腔内で射精できない」と夫婦そろって来院したカップルが3組あった。3組とも以前は腔内で射精はできていた。それが、ある時からピタリとできなくなったというのである。時期的には「そろそろ子どもをつくろう」と避妊をやめた時からというのが2組、もう1組は長い同棲生活から結婚に踏み切った時から問題が生じた。

夫たちは一様に「早く子どもが欲しい」と言う。妻も基礎体温を計り始めたという状況である。夫の個人面談に切り換え、何回かの精神療法のセッションを行った結果、3組とも「実は自分の子どもは欲しくなかったのだ」と気づいた。そのことは養育史・生活史から想像はついていた。1人は自分が口蓋裂で、「子どもにも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ないほうがよい」と考えるもうひとりの自分に気づいた。2人目は、「他の子どもはかわいいし、自分は子ど

も好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、自分が子どもの頃鍵っ子で親の愛情に恵まれなかつたことと同一視しかけていた。同棲から結婚を期に膣内射精障害に陥った症例は、「同棲中なら墮胎すればよかつたけど、結婚したらそうはいかないし、自分にそっくりなのがもうひとり生まれてくるなんて信じられない」とニヒリストイックであった。

3例とも膣内射精障害の原因について理解し、納得すると来院を中断した。

5. フェティッシュ

残り2例の膣内射精障害は、マスターべーションの方法に特徴がある。

1例は、ゴムの感触とにおいがないと充実したオルガズムが得られない。この始まりは中学1年の時、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、ペニスに与えない射精できない。

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している。

性欲低下症（欲望相の障害）

① 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。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。

② 診断

この性欲低下症は、マスターズら³²⁾のいう性的

回避とは異なることを断つておかなければならぬ。性的回避者の多くは、性欲があり、ひとりでマスターべーションはしているが、なん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、以前にみられた性欲が、急に、あるいは徐々に減退・抑圧されている事実を捉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）による性欲低下がある。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つたこと”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。一つは、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、性交するたびに「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、性欲そのものをも抑制してしまう場合である³⁵⁾。もう一つのタイプは、不安発作を繰り返している間にうつ病に移行する例であり、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 person³⁶⁾あるいはanorexia sexualis³⁷⁾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、性的エネルギーを感じられない。しかし性を嫌悪したり、恐怖を感じているわけでもなく、エロスに対してはまったく無関心でいられる人たちである。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の方が多いが、

男性がことアセクシャルであった場合、問題は結婚後直ちに表面化することになる。つまり、この一群はDSM-IV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³⁾。このような重症の性欲低下症がなぜ起ころのか、Radin³⁸⁾は若干粗雑ではあるが精神分析的見地から、前エディッ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大欲望の一つである性欲が、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。性欲があって興奮し、オルガズムを迎えるという性の三相概念⁷⁾にてらしてみても、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³⁹⁾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最も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。

③ 治療

性欲低下症の治療については、カプラン⁵⁾のモノグラフ「続・ニュー・セックス・セラピー」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、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⁷⁾とよ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、先にも述べたとおり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、自然に高まっ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(エディップス葛藤)、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、直接因のみをもつ者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、彼らの受診動機は、「この1年まったく性交がない」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か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きているため、性欲も勃起力も深刻に損なわれてしまっている。このようなカップルに対して、はじ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⁴⁰⁾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ベーションの時に使い慣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勧めている。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さぶりをかけた頃を見はからって、感覚集中訓練に移る。感覚集中訓練での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。たとえば、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、感覚集中訓練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。なぜ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。

この感覚集中訓練に対しても不安が生じ、抵抗がある者に対して筆者は、抗不安剤や抗うつ剤による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⁴¹⁾。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⁴²⁾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セクス・セラピーを行い、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。

McCarthy⁴³⁾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回ったとしているが、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当てたためであろう。

最後につけ加えておくが、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。

早漏（オルガスム相の障害）

① 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。

② 診断

早漏に対するsexology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「妻の腔の中に長くいられない神経衰弱症」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、早漏はオルガス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⁴⁴⁾。その後マスターズら³²⁾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、Kaplan⁴⁵⁾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」とした。

Godpodinoff⁴⁶⁾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 premature ejaculation；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群では球海綿体反射が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Godpodinoffが早漏に有効な薬剤を発表し、近々われわれも使用可能になるかもしれないという情報⁴⁶⁾もある。

③ 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⁴⁵⁾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スムを与えるようにしよう」と前置きしている。「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、性感覚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。

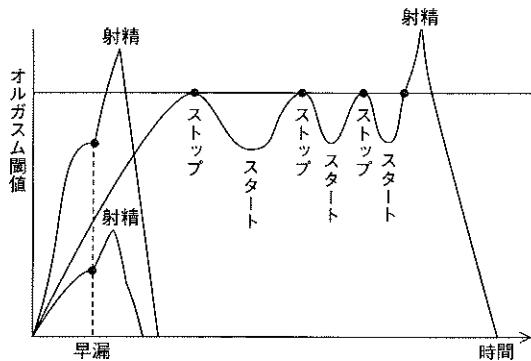


図2 ストップ・スタート法

④ 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→陰と段階をあげる(図2)。

Kaplan⁴⁵⁾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、彼本人のemissionに至る直前の感覚を、体験の中から何度も確認することである。なお、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、マスターズら³²⁾が考案したスクイーズ法(squeeze technique)について述べる。これもSemans⁴⁷⁾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いき、射精反射が起こる直前に、陰茎をぎりしめる方法である。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秒間締めつけて、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、感覚に慣れる。射精しそうになったら脇から離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。

おわりに

性医学の分野でも診断概念は刻々変化し、治療法も進歩しているが、疾病頻度や病態そのものがもつ意味も変化してきているのではなかろうか。

すなわち、同性愛は1987年にDSM-III-Rから外されて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、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力な内服薬が現れ現在治験中であり²⁵⁾²⁶⁾、2000年には勃起障害で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、セックレス・カップルの増加である。女性側の性障害にはそれほど変化はみられないが、男性で明らかな増加が認められるものに、脇内射精障害と性欲障害および性嫌悪症がある。脇内射精障害の増加の背景には、少子化や縦割社会の崩壊などの社会的変化があり、マスターベーションの正しい方法が伝承されなくなつたことがその理由の一つに数えられる。そして、男性の性欲はどこに行ってしまったのかと思うほど性欲低下症が増えている。何か地球上に有害物質でも増えているのだろうか…。精子数も減少しているとの報告もある⁴⁸⁾。

なかでも興味深いのは、今回は触れなかったが性嫌悪症男性例の増加である。彼らの夫婦仲はよい場合が多く、スポーツも旅行もともにしている。しかし、セックスとなると男性は顔をそむけてしまう。全員が以前はその妻とも性交を楽しめていた獲得性で、かつ妻だけが拒否する対象となっている状況性であり、もちろん心因性の性嫌悪症である。彼らは「妻が性の対象にみられなくなった」、「家族とか兄・妹のような関係になってしまった」などと述べることが多い。これらの患者群がなぜ増加しているのか、検討するつもりでいる。

文 献

- 1) 阿部輝夫：セックスレス・カップルと回避型人格障害。日性科学会誌 8(2) : 10-23, 1991
- 2) 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, pp 290-299, 金剛出版, 1995
- 3) 高橋三郎, 大野 裕, 染矢俊幸 (訳) : DSM-IV 精神疾患の診断・統計マニュアル。医学書院, 1996
- 4) Schiavi R : Chronic alcoholism and male sexual dysfunction. *J Sex Marital Ther* 16 : 23-33, 1990
- 5) 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
- 6) Rosen RC, Kostis JB, Jekelis AW : Beta-blocker effects on sexual function in normal males. *Arch Sex Behav* 17 : 241-255, 1988
- 7) 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
- 8) 小林 司, 德田良仁 (編) : 人間の心と性科学 I. 星和書店, 1977
- 9) 石津 宏 (編) : インポテンス。同朋社, 1990
- 10) 白井将文 : インポテンスの診断と治療。臨精医 10 : 661-668, 1981
- 11) XuShikai : Treatment of impotence in traditional chinese medicine. *J Sex Educa & Ther* 16 : 198-200, 1990
- 12) 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 : 81-89, 1986
- 13) Brindley GS : Cavernosal alpha-blocker : A new technique for investigating and treating erectile impotence. *Br J Psychiatry* 143 : 332-337, 1983
- 14) Brindley GS : Maintenance treatment of erectile impotence by cavernosal unstriated muscle relaxant injection. *Br J Psychiatry* 149 : 210-215, 1986
- 15) Turner LA, Althof SE, Levine SB : Self-injection of papaverine and phentolamine in the treatment of psychogenic impotence. *J Sex Marital Ther* 15 : 163-176, 1989
- 16) Stanley E, et al : Sexual, psychological, and marital impact self-injection of papaverine and phentolamine : A long-term prospective study. *J Sex Marital Ther* 17 : 101-112, 1991
- 17) 高波真佐治, 沈 明, 栗田 稔 : インポテンスに対する経口 PGE₁製剤の臨床的効果。 *Impotence* 6 : 357-362, 1991
- 18) Paul L, et al : The role of yohimbine for the treatment of erectile impotence. *J Sex Marital Ther* 16 : 15-21, 1990
- 19) LoPiccolo J : Diagnosis and treatment of male sexual dysfunction. *J Sex Marital Ther* 11 : 215-232, 1985
- 20) Kilmann PR, Milan RJ, Boland JP : Group treatment of secondary erectile dysfunction. *J Sex Marital Ther* 13 : 168-182, 1987
- 21) Ellis A : Reason and emotion in psychotherapy. Lyle Stuart, New York, 1962
- 22) Munjack DJ, Schlaks A, Sanchez VC, et al : Rational-emotive therapy in the treatment of erectile failure : An initial study. *J Sex Marital Ther* 10 : 170-175, 1984
- 23) Araoz DL : *Hypnosis and Sex Therapy*. Brunner/Mazel, New York, pp 5-23, pp 27-32, 1982
- 24) Gilmore LG : Hypnotic metaphor and sexual dysfunction. *J Sex Marital Ther* 13 : 45-57, 1987
- 25) Nicholas KT, Bell AS, Brown D, et al : Sildenafil (Viagra) : A potent and selective inhibitor of type 5 cGMP phosphodiesterase with utility for the treatment of male erectile dysfunction. *Bioorganic Medical Chemistry Letters*, Elsavier Science Ltd, Great Britain, p 6, p 15, pp 1819-1824, 1996
- 26) Boolell M, Allen M, Ballard SA : Sildenafil : An orally active type 5 cyclic GMP-specific phosphodiesterase inhibitor for the treatment of penile erectile dysfunction. *Int J Impot Res* 8 : 47-52, 1996
- 27) 竹内昭雄 : アルプロスタジル (プロスタグランジン E₁) の経尿道投与による勃起不能の治療。日本性科学会ニュース, Vol. 16, No. 3, 1997
- 28) 阿部輝夫 : 心因性インポテンスの治療—特にノン・エレクト法。 *Impotence* 10 : 245-249, 1995
- 29) Abe T : Non-erect method : Successfull treatment for psychogenic erectile disorder, sexuality and human bonding. *International Congress Series 1095*, pp 57-59, Elsevier Science B. V., Amsterdam, 1996
- 30) 阿部輝夫 : 心理療法, 特にノン・エレクト法。 *クリニック* 23(2) : 46-50, 1996
- 31) Shaw J : Play therapy with the sexual work-horse : Successful treatment with twelve cases of inhibited ejaculation. *J Sex Marital Ther* 16 : 159-164, 1990
- 32) 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
- 33) 阿部輝夫 : 性機能障害—腔内射精障害の類型と治療。(印刷中)
- 34) 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
- 35) Kaplan HS : Sexual aversion, sexual

- phobias, and panic disorder. Brunner/Mazel, New York, 1987
- 36) Thomas B : Asexual patients. *Nurs Times* 85(33) : 49-51, 1989
 - 37) Moser C : Lust, lack of desire, and paraphilic : Some thoughts and possible connections. *J Sex Marital Ther* 18 : 65-69, 1992
 - 38) Radin MM : Preoedipal factors in relation to psychogenic inhibited sexual desire. *J Sex Marital Ther* 15 : 255-268, 1989
 - 39) Segaraves K, Segaraves R : Hypoactive sexual desire disorder : Prevalence and comorbidity in 906 subjects. *J Sex Marital Ther* 17 : 55-58, 1991
 - 40) 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 Marital Ther* 11 : 91-98, 1985
 - 41) 阿部輝夫 : 性障害とセックス・セラピー. 小比
木啓吾, 他(編) : 今日の心身症治療. 金剛出版, 1991
 - 42) Schover LR, LoPiccolo J : Treatment effectiveness for dysfunctions of sexual desire. *J Sex Marital Ther* 8 : 179-197, 1982
 - 43) McCarthy B : Strategies and techniques for the treatment of inhibited sexual desire. *J Sex Marital Ther* 10 : 97-104, 1984
 - 44) Trimmer E (松本 泰訳) : Basic sexual medicine. 中外医学社, 1981
 - 45) Kaplan HS : *How to over come premature ejaculation*. Brunner/Mazel, New York, 1989
 - 46) Godpodinoff ML : Premature ejaculation : Clinical subgroups and etiology. *J Sex Marital Ther* 15 : 130-140, 1989
 - 47) Semans J : Premature ejaculation : A new approach. *South Med J* 49 : 353-357, 1956
 - 48) 阿部輝夫 : セックスレス・カウンセリング. 小学館, 1997