

特集—精神科臨床における性機能の問題 I

各種性機能不全の専門的な精神科治療

阿部 輝夫*

抄録：男女の性機能不全について、病型・病因・症状・治療を総論的に述べる。必要によつては、定義・鑑別診断についても触れる。本題である精神科的治療に関しては、心理療法を基盤にして行動療法的手法を用いたセックス・セラピーについて詳述する。セックス・セラピーには、各性機能障害にそれぞれ対応して用いられている、ある程度公式化された手法があるので紹介する。また、筆者が考案した「コンドーム・マス法」や「ノン・エレクト法」も応用できる疾患が多いので、あわせて述べることにする。

精神科治療学 22(10) ; 1117-1123, 2007

Key words : male sexual aversion, ejaculatory difficulty in vagina, sex therapy, condom-masturbation method, non-erect method

はじめに

ここでは、DSM-IV-TR³⁾の診断概念「性障害および性同一性障害」に沿って、これらの疾患に関する治療経験（23年間の4,922例：表1）を基盤に、〈症状〉〈病因〉〈病型〉*〈治療〉〈鑑別診断〉などについて述べる。

近年、少子化が社会的問題となり、その一因として「セックスレス・カップル」**の増加が注目されている。このセックスレスの状態をもたらす原因疾患には、男女別に表2のような障害が挙げられ、その男女比は2:1で男性に多かった。

このような性に関わる障害を治療することは、WHOが掲げる「性の健康、性の権利」の推進のためばかりではなく、日本の豊かな将来を維持するためにも急務となっている。

I. 性的欲求低下障害

1. 性欲低下障害

〈症状〉性行動に対する興味の減退があり、性的空想・マスターーションそして性交頻度が減少している。従来自験例は全員男性であったが、この数年、女性例が若干見られるようになった。

〈病因〉心因性の病因は2種に分けられる。直

*注：DSM-IV-TRの性機能不全では病型を次のように特定することを求めている。

生来型：その障害は、初めての時から存在し続いている。

獲得型：その障害は、ある時から存在するようになった。

全般型：その障害は、どのような状況でも生じる。

状況型：その障害は、ある決まった状況やパートナーに限って生じる。

心因型：その障害は、心理的要因が主要である。

混合型：その障害は、心理的要因の他に、身体疾患や薬物使用も関与している可能性がある。

**注：1994年、日本性科学会による「セックスレス・カップル」の定義。「特殊な理由が認められないにもかかわらず、カップルが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、その後も長期にわたることが予想される場合」

Psychiatric treatment for sexual dysfunctions.

*あべメンタルクリニック

[〒279-0004 千葉県浦安市猫実4-18-27]

Teruo Abe, M.D., PhD.: Abe Mental Clinic, Human Sexual Institute Tokyo Bay, 4-18-27, Nekozane, Urayasu-shi, Chiba, 279-0004 Japan.

表1 性機能不全の診断分類 (1984.5~2007.5)

「性の問題」を主訴に受診した患者数 (順天堂大学浦安病院精神科とあべメンタルクリニック)		
診断	症例	%
1. 性同一性障害, 半陰陽等	1,843	37.5
FtM : 856		
MtF : 906		
2. 勃起障害	1,042	21.1
3. 性嫌悪障害	524	10.6
♀ : 294		
♂ : 230		
4. 性的欲求低下障害	495	10.1
5. 腹内射精障害	352	7.1
6. 性交疼痛症	200	4.1
7. 早漏	85	1.7
8. バラフィリア	62	1.3
9. 膀けいれん	35	0.7
10. 女性オルガスム障害	26	0.5
*11. 性的回避	78	1.6
12. 同性愛	70	1.5
13. 夫婦間葛藤	57	1.2
14. その他	53	1.1
計	4,922	100

*11~14までは DSM-IV-TR の「性障害」の診断概念に該当しないが、性の相談であった。

接因には過労・ストレスなどの慢性疲労状態や、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^④と呼ばれる特殊な心理などが挙げられる。ターン・オフとは、性的な状況に出会うと無意識的に否定的な考えをもち込んで、自然に高まつてくる性欲を自ら抑圧してしまうメカニズムのことである。深層因には無意識的な性への葛藤、親しくなることへの不安、成功することへの不安、女性敵視などが挙げられる。心因以外では、加齢・男性ホルモン低下・薬物（抗潰瘍薬、抗精神病薬、抗うつ薬など）、さらに夫婦間葛藤などが病因として認められた。

〈病型〉生来性の経験はなく、全員獲得性で、状況性と全般性の割合はほぼ半々であった。

〈治療〉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、治療抵抗性は高い。性欲相が障害されている彼らは、勃起障害を併発していることが多い。自然な性欲に基づか

表2 セックスレスの原因疾患

疾患名	セックスレス数	総数	男女比
1. 性嫌悪症	546	546	
2. 勃起障害	332	1,042	
3. 性欲低下症	305	495	
4. 性交疼痛症	138	200	
5. 性的回避	78	78	男性要因 1,017
6. 夫婦間葛藤	48	57	女性要因 502
7. 早漏	24	85	
8. 膀けいれん	19	35	
9. 腹内射精障害	18	352	
10. その他	29	58	

い性交を試みるが、勃起不全による失敗を重ねてきているため、性欲も勃起力とともに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。

心因性のものには性的空想を物語風に発展させたり、視聴覚的な性的刺激の取り込みを提案したり、マスターべーションの宿題を課すなどがある。そして、パートナーとの感覚集中訓練に移行する方法をとっている^⑤。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合わせて不安の少ないヒエラルキーを組み立てて使っている。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、抗不安薬や抗うつ薬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^⑥。

フリー・テストステロンが基準値を下回っているようなら、補充療法が有用である。

2. 性嫌悪症

男女比は230:294で女性が多い。1997年からの男性例の急増が気にかかるが、その原因については現在検討中である。

1) 男性性嫌悪症

〈病型と症状〉全例が獲得性、状況性、心因性の性嫌悪症であるが夫婦仲は良い関係にある。彼らはある時からパートナーとだけは性交できなく

なったが、マスターべーションや婚外性交はできているので、本来の性欲障害とは異なり恐怖症に類似している。

〈病因〉 原因は愛情の質の変化であろうと推測される。つまり、従来の男女の愛から家族愛や肉親愛に変化したため、パートナーが性の対象でなくなってしまい、性的状況になると近親姦恐怖が生じて、生理的に拒否してしまうようである。

〈治療〉 治療抵抗性が高く、従来の長期個人精神療法では治癒した者はいなかった。若干の有効性を認めたのは、恐怖症の治療薬として用いた抗うつ薬である。副作用の出にくい症例であれば、増量しながら系統的脱感作療法を併用して性交までこぎ着けることができた。有効性が割合高かったのは、prostagrandin E₁⁽¹²⁾局注による挿入訓練である。Sildenafil 内服による方法は、パートナーとの性交に対する不安が強い症例では性的興奮が障害されてしまうため、勃起神経からの一酸化窒素(NO)の分泌がなく薬効が現われにくく、視聴覚的性的刺激を補助しながらの挿入訓練が必要になる。

2) 女性性嫌悪症

〈症状〉 性全般に対する拒絶と忌避を認めるが、性欲を失っていないものもある。

〈病型と病因〉 ほとんど全例が心因性で、3型に分類される。

a. 生来性・全般性：病因は反性的な養育史、男性不信、近親姦などであり、ほとんどが未完成婚で、10年間性器的結合を拒んでいた者もあった。

b. 獲得性・全般性：死産・流産、中絶手術、妊娠恐怖などが契機となって、それまで楽しめていた性を嫌悪するようになったもので、性交疼痛症との併発例も認められた。

c. 獲得性・状況性：夫婦喧嘩、夫の浮気、夫の度重なる勃起障害などで、夫に対する陰性感情から嫌悪するようになった群と、夫婦仲は良いにもかかわらず、前述した男性の性嫌悪症のように、愛情の型や質が変化してしまった群とがある。両群とも夫に限られた嫌悪であり、婚外性交を行っていた者もあった。

〈治療〉 治療抵抗性は男性例よりも強く、特に生来性・全般性の治癒率はきわめて低くかった。

治療的手段としては、個人精神療法の他に、抗うつ薬投与しながら行う系統的脱感作療法が主になる。これらに併用して有効なのは性的空想を抱かせたり、ラブ・ストーリーや性的な少女コミックを読んで性的雰囲気に浸り、マスターべーションができるようになれば改善傾向があると見ることができる。症例によっては女性・男性ホルモン配合のデポー剤の筋注で性欲を刺激することも有用であった⁽¹³⁾。

II. 性的興奮障害

1. 勃起障害

〈症状〉 勃起力（硬さ）と持続力の障害（erectile dysfunction：以下 ED）である。

〈病因〉 心因性の他に血管性・神経性・内分泌性の勃起障害があり、さらにこれらの合併例もあることを念頭におかなければならない。また、薬物・アルコール・タバコなどによる外因性勃起障害の可能性も問診から除外診断しておく必要がある。

心因性の病因の中で、高頻度に見られたのは「今夜はうまくいくだろうか」という予期不安である。失敗が繰り返されることで、性交場面になるとこの不安が毎回同じパターンで出現し、条件反射的に勃起を損なってしまう。

この他の頻度の高い心因としては、パニック障害（性交時の動悸息切れが発作を誘発しまいかという不安のための ED）、軽度のうつ状態（うつ病としての治療は必要ない程度で、ストレスや不安が勃起反射を障害しているもの）、不妊治療中（期日指定の種馬的性交への拒絶）などが挙げられる。

〈鑑別診断〉 ED の患者はよく「忙しくて…」と開口一番述べることがある。しかし多忙のために性欲を障害されることはあっても、勃起が障害される症例はごく少数である。勃起障害の前段階として性欲障害がないかどうかの確認が必要であり、性欲障害を認めるならばどちらが主診断であるのかを明確にした後、目的に合った治療を開始すべきである。

〈治療〉 治療法には大きく分けて①心理療法、②行動療法、③薬物療法、④補助器具療法、⑤外

科的療法がある。今回は、行動療法としてのノン・エレクト法と、薬物療法では sildenafil (Viagra[®]), vardenafil (Levitra[®]) について述べる。

1) ノン・エレクト法

本法は自然の勃起を障害する不安を除去するために筆者が考案した、パラドックス心理療法の一つである²⁾。過去に行った125例の心因性勃起障害者での予後調査では、治療改善率は84%であり、短期間にその有効性が現れることが特徴であった。Sildenafil 登場後も、薬物療法を好まないカップルや sildenafil の不適応の症例にも有用である。

勃起させようと考えること自体が勃起のメカニズムにとってマイナスに働いているし、パートナーからの勃起への期待も男性にとってかなりのプレッシャーになっている。

そこで、遮二無二勃起させようとしていたカップルの考え方を180° 変更して、「勃起させないように」と繰り返し説明し、ペニスがもっとも敏感な状態、すなわち「半勃起の状態」で一番敏感な亀頭部に行う感覚集中訓練である。実際には、「半勃起状態」のペニスの根元を指でつまんで亀頭部をうっ血させ、濡れた膣に滑り込ませて、膣内の温かさを亀頭部で感じ取ったら終了とする方法である。「勃起したらこの練習は失敗である」ことをカップルに強調しておく。

2) 薬物療法とその他の療法

器質的勃起障害に対しては、ホルモン補充療法¹²⁾、動静脈の手術療法¹³⁾、プロステーシス移植法¹²⁾、補助器具療法¹²⁾などが行われている。心因性に対しては、従来の心理療法の他に、上記のノン・エレクト法やコミュニケーション訓練¹¹⁾、感覚集中訓練³⁾、自律訓練⁸⁾などが多く用いられている。

薬物療法では、sildenafil や valdenafil の他に、prostagrandin E₁の海綿体内注射¹³⁾が高い有効性を認めた。

わが国でも sildenafil は1999年に、valdenafil は2004年に発売開始されて、筆者の使用経験でも安全性も高く、糖尿病性や直腸がん術後などの器質性勃起障害にも有効性を認めたことには驚いている。心因性勃起障害では1~2度の使用で自信がつけば、その後は不要になってしまうことが多い。特に加齢による勃起力や持続力の低下に対し

てや、性経験の少ない若年者の勃起障害には有用である。

2. 膨潤滑不全

女性の興奮相の障害であるが、これを主訴に来院したものはなかった。本症に対しては、性交疼痛症や膣けいれんの治療補助剤として用いている市販の膣潤滑剤がとりあえず有用であろう。

III. オルガスム障害

1. 早漏

〈定義〉時代によって変化しているが、最近では「本人が望む以前に射精が起こる場合」とされている。

〈病型と症状〉全員が生来性・全般性・心因性であった。マスターーションでも射精をコントロールしにくいという特徴がある。

〈病因〉直接因と深層因とに分けられるが、深層因が何であれ、性感覺の過敏症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される。

〈治療〉早漏の治療については Kaplan, H.S. の一般向けに書かれた小冊子⁵⁾が有用である。その中で、「“quickie (早撃ち)” であってもよいではないか」と保証を与え、「その代わり前戯または後戯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」と述べている。

1) 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→膣と段階を上げる²⁾。

Kaplan, H.S. 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。

2) スクウェイーズ法

次に、マスターズら⁷が考案したスクウェイーズ法 (squeeze technique)について述べる。これも Semans, J.¹⁰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、陰茎をにぎりしめる方法である。人差指と中指を陰茎小体に、親指を冠状溝にあて、圧迫する程度は痛みを感じない程度にする。3~4秒間締め付けて、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。射精しそうになつたら膣から離してスクウェイーズ（軽く握る）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。

実際の臨床では、これらの治療に入れないほど射精反射が過敏な一群がある。「ソフト・ポルノを見ただけでも射精してしまう」とか、「性交の体位をとっただけで射精してしまう」というのがそれである。おそらく、体质的に性的刺激に対する閾値がきわめて低いのだろうと考えられる。これらに対しては、clomipramin (Anafranil[®]) やSSRI系抗うつ薬の paroxetine (Paxil[®]) などを投与しながら上記のトレーニングを行う必要がある。

2. 膣内射精障害

〈病因〉膣内で射精できない原因を分析してみると、11のタイプに分類することができる⁹。その主なものについて述べる。

1) 非用手的マスターべーション

手を使わぬいで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る群である。シーツや布団にこすりつける方法が多かった。

〈治療〉このように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、さらに膣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、ついでガゼに変え、枚数を減らしていく、そして手へと移り後述する「コンドーム・マス法」¹⁰でトレーニングする。

2) 一人でないと射精できない

これは女性のオルガズム障害のメカニズムによく似ている。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的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〉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。彼らは一人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二人の物理的距離を次第に近づける方法をとる¹¹。

3) 強すぎるグリップ

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、性障害を持たない対照群では平均4.25kgであった。

〈治療〉「コンドーム・マス法」を用いるが、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。これは、性交時の膣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、少数ではあるが、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) 包茎術後

包茎術後1年以内で、長年包皮に被われていた亀頭部の敏感さが、膣への挿入時に違和感・過剰刺激としてとらえられ、射精反射を阻害している状況にあると理解される。あたかもクリトリスを直接刺激したときに、快感よりも苦痛として感じてしまうのに似ている。

〈治療〉「コンドーム・マス法」にて亀頭部の過敏性を調化していくことが必要になる。

《コンドーム・マス法》

本法は、上記の膣内射精障害の治療の他、早漏のストップ＆スタート法や勃起の持続障害などの治療に用いるために筆者が考案したものである²⁾。

〈手技〉

- ①コンドーム内側に潤滑剤を垂らす
- ②ペニスにコンドームを被せて性的刺激を加える
- ③膣内のヌルヌルした状態に似せる
- ④柔らかいグリップで
- ⑤ピストン運動で射精に至る

長年行ってきた固定した習慣によってしか作動しなくなってしまった射精反射を、パートナーとの性交で機能できるように考案したのが「コンドーム・マス法」である。視覚的・聴覚的あるいはイメージによる性的刺激をリラックスして楽しむながら、上記の方法でマスターベーションの練習ができれば、それぞれの目的にあった効果が得られるようになる。

3. 女性オルガズム障害

〈病型〉全例が生来性、全般性、心因性で、40歳以降が多く、「このままではつまらない」という受診理由である。

〈治療〉マスターベーションではオルガズムが得られるが、性交では得にくいという者は、ブリッジ・テクニック⁶⁾の指導で解決できる。マスターベーションの経験のない者に対しては、性的空想やロマン小説を読む宿題を課し、まずマスターベーションで快感を得る練習をする。ときにはバイブレーターを薦めることもある。心理的抑圧が強く、オルガズムを解放できない者に対しては、心理療法が欠かせない。

〈鑑別診断〉本症を主訴に来院する者の中に、統合失調症や人格障害などの基礎疾患を持った者がいるので注意を要する。

IV. 性交疼痛障害

1. 性交疼痛症

〈病型〉全例が女性で、そのほとんどが全般性

・心因性であり、生来性と獲得性は半々であった。性に対する嫌悪感は無く、性欲は全員に認められ、マスターベーションも半数で可能であった。

〈病因〉生来性では、性的外傷経験や解剖学的誤解が多く見られ、性格的に恐怖を持ちやすい、いわゆる“怖がり屋さん”が多かった。未完成婚の頻度が高く、セックスレスの期間も6～10年間と長期にわたっていた。未完成婚の中で、約半数は夫の指の挿入も婦人科の診察もまだ行われておらず、診断的に膣けいれんの可能性も否定できないう¹⁾。

獲得性では、妊娠・中絶・出産に関わる何らかの外傷体験や、ある時の疼痛体験などが挙げられる。この群のセックスレスの期間は最長5年までと、生来性より短く、1年未満で来院しているもののが多かった。未完成婚は少数だった。

〈症状〉彼女らは「膣は入れるべきところではない」と信じている。膣が産道であり、経血が流れ出るところという理解を頭ではできるが、何かが入ってくることは考えられないらしい。痛みの訴え方にも特徴があり、触れようとしたり、あるいは性的な状況になっただけで痛みが始まったりもする。このように、身体的痛みというよりは、観念的な痛みを条件反射的に感じているようで、「特定の恐怖症」³⁾の〈血液・注射・外傷型〉の臨床像によく似ている。

〈治療〉病因に沿ったものになるが、未完成婚の症例ではまず婦人科へ紹介して器質的疾患の除外診断をする必要がある。次に心理的外傷の受理と軽減のための心理療法は欠かせず、性教育が必要になることもある。これらの作業の後にどうしても必要になってくるのは、行動療法としての膣への挿入練習である。脱感作のためよく綿棒の挿入練習から開始するが、それに対しても抵抗のある症例には、手鏡による性器の自己観察から開始する。尿道口、処女膜を含めて膣入り口部の観察を行ってもらう。綿棒は細すぎてかえって恐怖心を持たせることもあるので、アプリケーター付のタンポンなどのほうが抵抗は少ないとある。次第に太さを増して、自分の指あるいはパートナーの指の挿入に進める²⁾。潤滑ゼリーを補助に使

うのは良いが、表面麻酔剤含有のゼリーは使うべきではない。指が一本不安なく入るようになったら次はノン・エレクト法を応用して、非勃起状態のペニスの挿入に移る。ペニスが滑り込んで、膣内で勃起してくるのであれば恐怖心も少なくて済むからである。

日本性科学会では「膣ダイレーター」という太さの異なる4本の挿入練習器具^③を製作して治療にあたっている。

2. 膣けいれん

〈病型〉全例が生来性、全般性、心因性であった。

〈症状〉性欲もあり、マスターべーションでオルガズムが得られているものもある。大半は婦人科的には正常で、パートナーの指の挿入も可能であるが、ペニスを挿入しようとすると、「はね返される」「ポンと出ちゃう」という状態である。

〈診断〉問診から膣入口部のスパasmusがあることが確認される例もある。つまり、ペニスを挿入しようとした時に限ってスパasmusを起こしていることが疑われた場合、パートナーに診断の手助けを依頼することにしている。「ペニスがはじかれた時、すかさず指を入れてみてください」と。案の定、さっきまで入っていた指も挿入困難であることが確認される。

〈治療〉性交疼痛症と同様であり、100%改善している。挿入訓練に抵抗が強い場合、短時間作用の睡眠剤を用いて傾眠状態下での訓練も有用なことがある^②。

おわりに

イギリスのDurex sexual well-being global survey（世界40カ国以上の性に関する調査）によれば、日本の性交頻度は数年にわたって最下位を続いている。昔からアジア諸国の性交頻度は欧米に比べて低いことは知られていたが、日本は群を抜いて低い。この原因には様々な要因が関与していると思うが、日本人の性欲が他国に比べて決して低いわけではないことは、わが国の性産業の隆盛

ぶりから見て理解できよう。そもそも同じような文明圏では性欲そのものに大きな差はないはずである。おそらくこの性交頻度の差は、スキンシップの習慣の多い少ないに關係しているのではないだろうか。つまり、人との身体的コミュニケーションを取ろうとしたときの心理的抵抗が、アジアの人々は強いのだろうと推察している。

しかし、当院の外来統計から明らかになった、1997年以降の男性性懸念症の急増や膣内射精困難の増加をどのように解釈したらよいのだろうか。単に潜在していた患者の表面化だけなのだろうか。いくつかの可能性については浮かび上がってきてているが、いまだ明解な見解は得られていないのが事実である。今後とも臨床経験を重ねながら、各分野の専門家とともに検討を続け、原因を究明していきたい。

文 献

- 1) 阿部輝夫：女性性機能不全. 臨精医, 26; 104-115, 1997.
- 2) 阿部輝夫：セックスレスの精神医学. ちくま新書, 東京, 2004.
- 3) APA (高橋三郎, 大野裕, 染矢俊幸 (訳)) : DSM -IV-TR 精神疾患の診断, 統計マニュアル. 医学書院, 東京, 2002.
- 4) カプラン, H. (野口昌也, 崎尾英子 (訳)) : 続・ニュー・セックス・セラピー. 星和書店, 東京, 1982.
- 5) Kaplan, H.S. : How to over come premature ejaculation. Brunner/Mazel, New York, 1989.
- 6) カプラン, H. (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, 東京, 1991.
- 7) マスターズ&ジョンソン (謝國権 (訳)) : 人間の性不全. 池田書店, 東京, 1971.
- 8) 日本性科学会 (監修) : セックスカウンセリング入門 (改訂第二版). 金原出版, 東京, 2005.
- 9) ラニー, S. (野末源一, 岡村桂介, 村田昇平 (訳)) : すばらしい更年期. 星和書店, 東京, 1999.
- 10) Semans, J. : Premature ejaculation: A new approach. South. Med. J., 49; 353-357, 1956.
- 11) 白井將文: インボテンスの診断と治療. 臨精医, 10; 661-668, 1981.
- 12) 白井將文 (監修) : 性機能障害. 南山堂, 東京, 1998.
- 13) ワーグナー, G., カプラン, H.S. (吉田敏郎 (監訳)) : インボテンスの注射療法の実際. ヴァンメディカル, 東京, 1997.