性機能障害とセックス・セラピー**

Psychosexual Dysfunction and Sex Therapy

阿 部 輝 夫*

TERUO ABE, M.D.

性的機能障害に対して、セックス・セラピーが有用であることが認められてから10年以上が経過した。我国でも治療を求める患者数の増加は著しいが、適格に対応可能な治療者は未だ少数である。

現在行われているアメリカでのセックス・セラピーの現状について述べ、その実地臨床での診断・治療の進め方の特徴を、筆者の若干の経験を加えて紹介する。

索引用語：セックス・セラピー、性的機能障害、治療抵抗、NPT、シール法

Key words: sex therapy, psychosexual dysfunction, resistance, NPT, seal method.

はじめに

性的機能障害、すなわち男性の勃起障害・早漏・遅漏・射精困難や女性の膣潤滑不全・オルガスム不全・膣痙攣、そして両性で問題になる性欲障害・有痛性交・恐怖症的性への回避などの諸疾患に対する治療は、従来泌尿器科・婦人科そして精神科などの各分野で個別に行われて来た。近年これらの疾患が“心でおこる身体の病気”すなわち心身症として位置づけられるようになり、各診療科間の交流のもとに新しい治療チームであるセックス・セラピー（以下 ST と略）が登場し、高い治療効果をおさめるようになった。

ここでは性医学の歴史的展望、現在最も活発に治療が行われているアメリカの現状、そして診断と治療法について紹介することにする¹⁻⁴⁾。

* 順天堂大学医学部精神医学教室・講師

*Department of psychiatry, Juntendo
University School of Medicine*

** 第227回順天堂医学会学術集会〔Nov. 12,
1983〕

(Feb. 6, 1984 受付)

セクソロジーの歴史

性に対する古来からの偏見と閉鎖、誤解と迷信に初めて医学的考察を加えたのは1889 Krafft Ebing⁵⁾であった。彼は性的障害の中でも主に、性倒錯（現在 DSM III でいう Paraphilia, ICD 9 でいう Sexual Deviation）をとりあげ、その病因として遺伝的欠陥・過度のマスターベーションなどをあげ、“精神病質”と呼んだ。さらに Hirschfeld⁶⁾, Bloch⁷⁾, Kraepelin⁸⁾らにより“変質”“偏倚”“倒錯”とされ、専ら先天的・体質論的に論じられていた。当時接吻は正常だがオーラル・セックスはパーバージョンと見なされがちな時代であった。20世紀に入り、治療的には S. Freud⁹⁾やその分派により精神分析療法が採用されるようになったが、膨大な時間を費やす割には治療成績が思わしくなかった観がある。Wolpe, Lazarus ら¹⁰⁾の系統的脱感作法を性的障害の治療に導入以来、行動療法学派は好成績をおさめるようになった。

しかしすべての心因性性機能障害が、夫婦相互間の interaction の改善を見ずには真の解決は得

られないし、また、生育史で獲得した性に対する negative attitude は理性的にコントロールできても、精神療法によらなければ、感情面までの解決は期待しにくい。このような経緯があって、ST は解剖学、生理学、内分泌学などの基礎医学と臨床医学である婦人科、泌尿器科、精神医学などをあわせた総合医学的基礎に立って誕生したわけである。

アメリカの ST

ST は Masters & Johnson の Human Sexual Response (1966)¹¹⁾ にその基礎がおかれる。本書はこれまで不明確であった性反応そのものに科学的メスを入れ、人間男女の性解剖・性生理を明らかにしたほか、謎の部分が多かったオルガスム反応をも医学的に検討した。かれらが引き続き出版した Human Sexual Inadequacy (1970)¹²⁾ によって ST は性的機能障害に対する有効な治療法として確立し、さらに H. Kaplan の The New Sex Therapy (1974)¹³⁾ により集大成された。つまり Kaplan は Masters らが行っていたカップルを対象にした 2 週間“カンヅメ”での性的訓練を基盤にした治療方式から週 1 回の外来治療に変更し（必ずしもカップルである必要はない）、精神療法的介入に主眼をおきながら、従来行われて来た行動療法の他、あらゆる有用と思われる治療法を導入したことで、性的機能障害の治療をより実際臨床に即したものに改変したと言ってよからう。

アメリカではその後、ST やセクソロジーに関する著作はおびただしい数が出版され、各医科大学の精神科には ST の診療部門と、セックス・セラピストを養成するトレーニング・コースが設けられるようになり、医学生には sexual medicine の講義が必須となっている。

ニューヨークの主な ST のコースには次のような施設があり、それぞれの特徴をもっている。H. Kaplan の Cornell 大学の治療法はオーソドックスで、精神療法的面接を主に、家庭に帰ってからの宿題 (Signa) として、行動療法的性的訓練を課し、次週来院時にその成果を聴取し、次の課題

(Signa) を与えるというやり方をとっている。ほかにも Mt. Sinai 病院の R. Schiavi^{14,15)} や、マリタル・セラピーの第一人者でもある Jewish Board of Family & Children's Services の C. Sager^{16,17)} からも ST のクリニックとトレーニング・コースを持っているが、みな Kaplan の手法を踏襲している。State University, Story Brook の Lo Piccolo^{18~20)} は VTR やスライドを使つての患者指導のほか、交流分析的アプローチを行っている。

アメリカ全体をながめてみると、ST には 3 つの主流がありそうである。東海岸では Kaplanian が活躍しており、中部では Masters & Johnson 学派、西海岸では Hartman & Fithian²¹⁾ らのよりラディカルな治療法が行われている。Kaplanian は、患者の Physical examination や、身体への直接的なトレーニングは行っていない。もちろん倫理の問題から、サラゲート（代理妻）の使用は禁止している。

学会活動も活発で、AASECT (American Association of Sex Educators, Counselors and Therapist) と SSSS (The Society for the Scientific Study of Sex) の 2 大学会が中心になり、各々会員も多く、学会誌を発行し、年 2 回の集会を開いている。

この 10 年間疾患分類も変化し、1973 年アメリカ精神科協会は、同性愛を精神科疾患から除外し、1978 年 DSM III²²⁾ では egodystonic homosexuality (自我不親和性同性愛) のみを治療の対象として考えようとする立場をとるようになった。また従来の impotence とか frigidity という病名は治療的でないとする考えから、これらを erectile disorder, orgasm disorder と呼ぼうという傾向になってきている。

診断のすすめ方

まず初めの 1～2 回のセッションは、性歴を中心に聴取する。質問紙法を併用すると時間の節約にはなるが、真実や細かいニュアンスが治療者に伝わらない欠点を含んでいることは考慮しておかなければならない。診断に必要な情報を列挙する

と以下になる。

主訴 (誰がどのように困っているのか)・
家族歴・遺伝歴・生活史・性格傾向・ボ
ディイメージ・身体的精神的既往歴・嗜
好・常用薬剤の有無・性歴・性的知識度・
理想とする性生活像・夫婦関係。

なかでも性歴についてはさらに詳細に聴
取する。

養育期の家庭内及び学校での性に対する
開放度・精通及び初潮時状況・恋愛歴・
マスターベーション歴・初交時状況・性
体験歴・パラフィリアの有無。

これらの情報をもとに、その患者の性的障害の
訴えについて下図²³⁾の要領で診断をすすめる。

すなわち、患者の訴えが確かに性機能障害であ
るか否かがまず問われる。客観的には機能が正常
であっても、性知識の不十分さのために悩んでい
る場合もあるし、また強迫的・妄想的に性機能を
誤って信じ込んでいるあまり「自分は不能者だ」
とか「女としての価がない」と落胆している症例
も少なくない。

一方、確かに性的機能障害を認めた場合、その
診断を検討する際、DSM IIIの診断分類が有用に
なる²²⁾。

性心理障害 (DSM III)

I. 性同一性障害

302.5x	性転換
302.60	小児期の性同一性障害
302.85	非定型性同一性障害

II. パラフィリア

302.10	獣愛
302.20	小児愛
302.30	服装倒錯
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
302.90	非定型パラフィリア

III. 性心理機能障害

307.71	性欲の抑制
307.72	性興奮の抑制
307.73	女性オルガスムの抑制
307.74	男性オルガスムの抑制
307.75	早漏
307.76	機能性性交疼痛症
306.51	機能性膣痙れん
302.70	非定型性心理機能障害

IV. その他の性心理障害

302.00	自我不親和性同性愛
302.89	その他どこにも分類されない 性心理障害

図1 性的機能障害の診断の進め方
(Kaplanによる)

図2. 勃起障害病因鑑別法——シール法

これらの疾患群を頭におきながら、図1に従って診断・病因を検討し、その障害が器質性のものか心因性のものかをまず鑑別する作業に入る。従来は性的障害の90%が心因性のものと見なされていた時代もあったが、最近では何らかの身体疾患や薬物が影響していることが多いことが明らかにされてきた²⁴⁾。DSM III分類の中で、性心理機能障害のグループでは特に器質病因の除外が必須である。40歳以上の症例には、ルチンのメディカル・チェックはもとより、ホルモン検査や婦人科的・泌尿器科的検査は欠かせないだろう。

勃起障害の病因鑑別法は確立されている。まずシール法であるが、これは切手様のシールを就寝前に陰茎に巻き、翌朝起床時にシールが切れているかどうかをチェックする。すなわち心因性の勃起障害であれば、夜間のREM睡眠に同期して生じる勃起現象のため、シールはミシン目で切れてい

図3. 夜間陰茎勃起度記録計 (NPT)

図4. NPTにより十分な勃起が夜間認められた例

ることになる。この方法は簡便でしかもある程度信頼性も認められている²⁵⁾。

筆者は次のような手技のシール法を行っている(図2)。

第1夜：ミシン目を表・裏側に2度折って、切れやすくした1円切手

第2夜：ミシン目を裏側に1度折って、やや切れやすくした2円切手

第3夜：そのままの状態の3円切手

これを3夜続けて行い結果を判定する。つまり3夜共切れていれば、勃起力は充分と考えてよい。

しかしこの方法も、夜間の体動で切れることもあり、主観的な報告に待たなければならない。厳密に夜間の勃起の有無や勃起回数、勃起持続時間を知るには不十分である。

そこで、さらに精査を必要とする患者には次のNPT (nocturnal penile tumescence)²⁶⁾、つまり夜間陰茎勃起度を記録する。筆者は日本光電KKの協力を得てNPTを試作し(図3)、シール法と併用して検査を行っている。図4は、「3年間1度も勃起したことがない」と訴えていた患者の記録であるが、実は十分な勃起が夜間認められており、心因性勃起障害と診断された例である。

心因性の性機能障害はさらに2つの群に大別できる。つまり、心因が直接的・了解的に現在の症状と結びついている一次的性心理機能障害と、うつ病、不安神経症、薬物またはアルコール依存、精神分裂病、情動障害、深刻な夫婦間葛藤などの精神疾患が介在して生じている二次的性心理機能障害とである。後者の場合は、もちろん性的障害の治療よりもまず原疾患である精神疾患の治療が先行されなければならない。

また一次的性心理機能障害でも、“心理的要因が重要性をもつもの”，例えば、エディプス・コンプレックスが原因となっている勃起障害や、回避性人格障害による性欲障害・オルガスム障害などは、長期間にわたる個人精神療法によらなければ解決困難であろう。この“重要性をもつ心因”を深層因 (deeper cause) と呼び、具体的には患者が性全般に対して葛藤を持っている場合や、性的な悦びに対して宗教的、文化的な罪悪感が支配している時によく見られる。つまり、異性に対する敵意、性に対するアンビバレンス、親密になること・成功することへの不安、そして夫婦関係での拒絶されることへの不安などの表現で示されてくる。すなわち深層因は精神内界の問題と夫婦関係の問題に大別することができ、前者には個人精神療法が、そして後者にはマリタル・セラピー^{27,28)}がさしあたって選択される。

一方“心理的要因がそれ程重要性をもたないもの”，つまりこのような心因を直接因 (immediate cause) と呼ぶが、これには、性に関する無知、失敗することに対する不安、性行為の強要、パートナーを悦ばせようとする過度の配慮、強迫的な自己観察 (傍観者の態度)¹²⁾、コミュニケーション不全などがあげられる。これらの因子は、性行動や性反応がスムーズに運ばず挫折してしまう心理構造で、種々の性的機能障害を生じることになる。

治 療

性的機能障害に対する従来の精神療法及び行動療法的アプローチについてはここでは省略し、STについて紹介する。

STは1回のセッションが45～60分で、10～20セッションで終了する短期療法であることがまず特徴である。図1からも判るようにSTが対象とする疾患は、心理的要因がそれ程重要性をもたない (すなわち、主に直接因が症状形成に関与しており、深層因を認めないもの) 性心理機能障害 (DSMIIIのIIIの項目) ということになる。すなわち、サディズムやマゾヒズムなどのパラフィリアと性同一性障害そして同性愛などは、心理的要因が重要性をもつものであり、STの適応とは言えない。これがSTの厳密な位置づけであるが、実際臨床ではこのような基準にあてはまる症例ばかりではなく、深層因をあわせ持った患者も実に多く含まれている。このような場合、STのセッションの間に何回かの精神療法的セッションをまじえながら治療を展開しているのが実状である。しかし、多くの症例 (30～40%) では、深層因をとりあげて解決しなくとも、直接因だけを解決することで、あるいは Signa を抵抗の少ないものから繰り返して行うことで、性的機能障害は治癒し、二次的に深層因も問題の意味を失ってしまうことがある²⁹⁾。

次にSTのいくつかの特徴をあげておこう¹³⁾。

- ①従来のカップル間の好ましくない性システムを変化させる。つまり気楽に楽しんで愛の行為をすることを学習する機会を与える。
- ②以前に回避していた性体験を行うことで、性的葛藤の解消が容易になる。
- ③性的訓練は、これまでの無意識下の精神的葛藤と、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。
- ④カップルが互いに感情を伝達しあうことを学習することで、自分が本当に何を欲し、どう感じているかを話しあえるようになる。
- ⑤性に対して抱いている negative attitude を変化させていく。

I) ST の特殊療法

Kaplanは性的機能障害を、3相モデル (欲望相、興奮相、オルガスム相)²⁹⁾に分類して治療的に

対応することを提唱している。すなわち、正常な性反応である欲望があって興奮し、オルガスムによってクライマックスに至るという自然の回路のどの部分が障害されているのかをまず確認しようとしている。例えば、同じ「勃起障害」を主訴とする患者をみても、その障害のレベルは欲望相の障害でも、またもちろん興奮相の障害でも生じうる。Kaplanはこれら3相の障害は、それぞれ異った病理性をもつという。

しかし、この各々の相に作用して、障害を生じさせている心理因をながめてみると実に共通しているものが多いことに気づく。つまり、心理因の1つである傍観者の態度などは興奮相の障害である勃起障害の病因でもあるしオルガスム相の障害の早漏や女性のオルガスム不全の病因ともなりうるのである。この事実は患者個人が、同じ病因的要素を持っていたり、同じような病因的状况にさらされた時、それぞれ異った症状を選択し、さらに2相にわたった障害（例えば勃起障害で早漏）を発現する可能性を示唆している。

このようにKaplanの3相モデルは、それぞれ異ったメカニズムや病理性を持てはいるものの、症状レベルではお互いに連合しあい、流動性を持っているものと考えられる。したがって、以下に述べるSTの公式化された特殊療法は、病因や各相別に特徴を持つものではなく、あくまで症状単位で考え出されたものである。

A 欲望相の障害

＜男女の性欲の抑制＞

- a 恐怖症的回避：抗うつ剤またはマイナートランキライザーを投与しつつ、精神療法的面接を主に、系統的脱感作¹⁰⁾を行う。
- b 性に対する罪悪感・嫌悪感：性教育を含めた精神療法、ロール・プレイなどで性に対する陰性感情の軽減をはかる。自己身体観察・自己刺激からパートナーとの身体接触へ³⁰⁾、さらに感覚集中訓練（後述）へと進める。
- c 夫婦関係の問題：コミュニケーションがなく、ただ自分が傷つくことや拒否されることを

恐れているような場合、また夫婦間に敵意・怒りが認められる場合は、まずマリタル・セラピーが先行される。

- d 回避型性格障害²²⁾：成功と親密性への恐怖に基づく性欲の抑制に対しては、行動療法的な性的訓練のSignaを課しながら、精神療法を重ね、治療中に出現する抵抗を分析しつつ洞察に至る必要がある。

B 興奮相の障害

＜勃起障害＞

- a 不安：性交をしばらく禁止することで、性行為に対する不安を除いたうえで感覚集中訓練（Sensate Focus Technique：以下SFと略）¹²⁾を行う。

（SFの公式）

- i) SF I—お互いの体（性器は除く）を交互に愛撫しあい、相手のことは配慮せず利己的に、全神経を与えられる触覚やその他の官能に集中し、タッチングを楽しむ。触られ方の好みを相手に伝える。
- ii) SF II—SF Iに性器へのタッチングを加えたもの。しかしオルガスムには至らない程度にしておく。
- iii) SF III—女性上位で何度か短時間挿入する。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スムに至る。
- iv) 女性上位でオルガスムに至るまでペニスを膣内にとどめる。
- v) 男性上位でオルガスムに至るまでペニスを膣内にとどめる。
- b 傍観者の態度：勃起は意志でコントロールできない事実を知らせたうえ、性的な空想を抱かせたり、リラクゼーション・テクニク¹⁰⁾やゲシュタルト療法³¹⁾も応用する。

＜潤滑不全＞

性に対する抑圧・葛藤：性行為に対して肯定的になれるよう、性的価値観を向上させるよう指導するかたわら、これまで避けていた性行動を抵抗の少ないものから課し脱感作する。未解

決のまま残っている性的葛藤については、精神療法的介入が必要になってくる。

C オルガスム相の障害

<早漏>

原因が何によるものであれ、治療法は公式化されており、有用性は高い。

(ストップ・スタート法)¹²⁾

自己刺激またはパートナーによる手や口の刺激で射精直前の独特の感覚をとらえたら刺激をストップし、興奮が少し消退したら再びスタートする。4回目に射精する。刺激法は、手→口→乳液を使った手→膣と段階をあげていく。

(セマンズ法)³²⁾

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。

射精直前の感覚を覚えた時、龟头冠を指で圧迫し、射精反射を遅延させる。

<遅漏・射精不能>

a 外傷体験：「妻の浮気を知った後、膣内で射精できない」などの症例に対しては支持的精神療法はもとより、次のような脱感作療法を行う。

- i) 1人で自己刺激で射精(マスターベーション)
- ii) パートナーの前でマスターベーション
- iii) 射精を徐々に膣口の近くで行う
- iv) パートナーの手によるマスターベーション
- v) 射精直前にペニスを膣内に挿入

b 薬物：メジャー・トランキライザー大量投与による射精不能はたびたび経験する。精神症状の改善に伴う減量か他剤への変更。高プロラクチン血症が認められれば、プロモクリプチン投与^{23,33)}。

<女性のオルガスム不全>

原因はさまざまで、それに即した治療法がまず要求されるが、公式的な治療法は以下のとおりである。

- i) クリトリスへの自己刺激(手やバイブレーター)でオルガスムを得る^{19,34)}。

ii) SF IからSF IIまでの訓練

iii) ケーゲル体操³⁵⁾呼吸法³⁶⁾

iv) パートナーの手や口による刺激でオルガスムに至る。

v) 性交中腰の上下運動を能動的に行う¹⁹⁾。

vi) 性交中クリトリスへ自分またはパートナーからの刺激を加える。

D ヲァジニスムス

心・身両因により生じる。膣口周辺筋の不随意的痙攣であるが、身体因を除去した後もさらに改善が見られない場合、次のin vivoでの脱感作が有効である³⁷⁾。

- i) 自己身体観察～鏡による性器観察
- ii) 手指による外性器の確認
- iii) 綿棒又はタンポンの挿入
- iv) ディスポーザブル注射器の挿入

筆者は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ゆく方法をとっている。

v) 自分または夫の指を挿入

II) 抵抗の処理

STの治療過程でさまざまな抵抗が出現するのは、サイコ・セラピーにおいてと同様である。当惑すること、不愉快な質問などに対して次第に防衛的になってくる。自分のおかれた立場を変化させられることへの不安や、治癒に逆う力が結集され、抵抗となって治療をさまたげるようになる。この抵抗を解決しなければ、いずれは膠着状態に陥り、治療的進展は望めなくなる。STではこれらの抵抗をいかに処理するかによって治療成績が決まると言っても過言ではない。

STでよく出会う抵抗は以下のとおりであるが、表面的なものから、無意識下の深い抵抗までさまざまで、あらゆる治療段階に、しかも患者本人にもパートナーにもそして治療者自身にも生じる。

予約のキャンセル・遅刻・沈黙・消極的な面接態度・指示を守らない・指示を忘

れる・Signa を実行しない・治療目標のズレ・転移抵抗（陰性感情、治療への不信・疑惑）・行動化・自己愛的態度・性愛化（治療者への取り入り、誘いこみ、怒りを向ける）・治癒することへの抵抗・パートナーへの抵抗・治療者自身の抵抗

これらの抵抗の中で、ST に特徴的とも言えるいくつかについてさらに概略を述べよう。

A 宿題（Signa）に対する抵抗

ST では、次の面接までの間、家庭で前述のような性的訓練を課し、その時の反応・効果・夫婦の相互作用などを判定して、さらに次の Signa に進めていく方法をとっている。そのため Signa に対する抵抗が現われると、治療の進展は阻まれてしまう。カップルはいろいろな理由をつけて Signa の実行を拒む、「寒かったので……子供が起きていたので……あのやり方は機械的で……」等々である。このような場合の対応はまず、Signa を抵抗のより少ないと思われるものに変えてみる。例えば SF I すらも行えないようなら、衣服をつけたままでのタッチング、あるいは肩たたきなどに変更する。

それ程無理な Signa とは思えないにもかかわらず、抵抗が続くような場合、訓練に参加しないとどういう結果になるかに直面させ、治療を続けるか否かの責任をカップルに預けてしまう。この際、患者の不安やパートナーへの敵意、性に対する回避などが治療者には見えていてもあえて解釈は行わない。このことだけで膠着状態から脱することができる場合もある。これは自らの葛藤を洞察したうえで解決したのではなく、性的状況での葛藤の出現を防衛し、迂回（by passing）することで性機能を解放するやり方を学習したことになる。

抵抗がより深く、より重篤な葛藤から生じている場合は、精神療法のセッションにより洞察を養うことで抵抗を処理した後、ST を継続する。すなわち、現実場面での性的葛藤を、Signa に対する抵

抗として表出させることによって、その病因性を明らかにし、精神療法的介入を加えながら洞察を養い、さらに新たな行動療法的な Signa を課していく。この手法によって ST は深いレベルの葛藤をも早急に解決することができる利点をもっている。このように行動療法と精神療法が有機的に柔軟性をもって適確に治療に織り込まれた時、ST はさらに有用性を発揮する。

B 性愛化抵抗（erotization resistance）

ST では当然、治療関係の性愛化が生じやすいだろうとする意見があるが、これが全てではない。ここでは性愛化抵抗が起りにくい根拠をいくつか述べておくことにする。ST は基本的に精神分析療法と異なり、患者と治療者の関係が治癒因子になっていないことがまずあげられる。治療者は患者に対して、性機能を変化させる方法を提案するだけである。つまり、治療者は、治療者—患者間に生じる相互交流をあつかうよりも、むしろ、カップルの病的な相互交流の解消のために、単に媒体として援助する役割に徹するよう努めているのである。特に行動療法が主になっているセッションの間は Signa に対する抵抗は生じても、治療者へ向う抵抗ではない。しかしこの抵抗を処理するために、精神療法のセッションを長く行えば、性愛化抵抗が出現しやすいことは事実である。このような場合でも、治療者が、三角関係の構造化や中立性の保ちにくい特徴を踏まえ³⁸⁾、さらに非言語的にしろ、配偶者に同情し、患者に陰性感情を示したり、また患者への逆転移などがなければ、起りにくい現象であろう。それ程に性機能障害の治療を求めてくる患者たちの多くは窮地に立たされ、painful で、性愛化抵抗を生じる余裕もないというのが実情である。

C 治癒することに対する抵抗

性機能が改善してきて、治癒に向う直前に、強い抵抗と不安を呈する症例が多い。この反応は患者のみならず、パートナーにも生じることがある。分析理論によってこの現象はよく理解される。す

なわち、性的障害が幼児期の無意識的葛藤の防衛の役割をもっているため、症状の軽快は予期不安を生み、代理症状を出現させるというのである。また回避型性格者 (avoidant personality)²²⁾の成功不安・親密になることへの不安としても理解できる。

この抵抗に対しては、根源的葛藤への解釈は行わず、単に、このような不安を持つことに許可を与えることで、また患者の不合理な不安・恐怖が現実的でないことを指摘し、支持的な対応で迂回 (by passing) することができる場合もある。しかし精神療法による洞察まで至らなければ、解決が困難なことが多い。

おわりに

本論は、筆者が1981~1982の1年間、コーネル大学ニューヨーク病院精神科の性医学研究所 (主任 H.S. Kaplan 教授) に出向した際、ニューヨークを中心にアメリカの主だった ST の施設を見学して得た資料と、帰国後の筆者の若干の臨床経験を加えて、主に性的機能障害に対する治療の方法論について述べた。

社会文化・家族構成の変化がアメリカ的に流動している今日、日本でも性的障害が増加し、その治療の需要が現在のアメリカのように増加することは必至であることから、性医学の理解と治療的対応の完備は急務と言わなければならない。既に重症身体疾患患者の性の問題^{39,40)}や、性的機能障害に対する予防医学の研究^{41,42)}が行われているアメリカとは10年以上のへだたりはあるが本邦でも Masters & Johnson^{43,44,45)}や Kaplan^{46,47)}の翻訳や sexology の著書^{48,49,50,51)}が出版され、性的機能障害に対する近代的治療の緒についた。今後は、性に対する抵抗の強い日本の実情にあわせた ST の手法を確立していかなければならないだろう。

文 献

- 1) 阿部輝夫: Sex Therapy 1——セックス・セラピーの現状: ころの臨床ア・ラ・カルト, 2, 30~31, 1983.
- 2) 阿部輝夫: Sex Therapy 2——セックス・セラピーの実際 (1) 初期治療: ころの臨床ア・ラ・カルト, 3, 36~37, 1983.
- 3) 阿部輝夫: Sex Therapy 3——セックス・セラピーの実際 (2) 特殊療法: ころの臨床ア・ラ・カルト, 4, 24~25, 1983.
- 4) 阿部輝夫: Sex Therapy 4——セックス・セラピーの実際 (3) 抵抗の処置と精神療法: ころの臨床ア・ラ・カルト, 5, 12~13, 1983.
- 5) Krafft Ebing, R.: Psychopathia Sexualis: Ferdinand Enke. Stuttgart, 1889.
- 6) Hirschfeld, M.: Die Homosexualität des Mannes und des Weibes: Berlin, 1914.
- 7) Bloch, J.: Das Sexualleben unserer Zeit: Berlin, 1909.
- 8) Kraepelin, E.: Psychiatrie: 8, Aufl., Bd. III, Teil II, Ambrosius, Leipzig, 1913.
- 9) Freud, S.: 性欲論 懸田克躬訳: フロイド選集5, 日本教文社, 東京, 1971.
- 10) Wolpe, J.: Psychotherapy by Reciprocal Inhibition: Stanford Uni. Press, Calif., 130~135, 1958.
- 11) Masters, W. & Johnson, V.: Human Sexual Response: Little, Brown & Co., Boston, 1966.
- 12) Masters, W. & Johnson, V.: Human Sexual Inadequacy: Little, Brown & Co., Boston, 1970.
- 13) Kaplan, H.: The New Sex Therapy: Brunner/Mazel, New York, 1974.
- 14) Schiavi, R.: Luteinizing Hormone and Testosterone During Nocturnal Sleep, Relation to Penile Tumescence Cycles: Arch. Sexual Beh., 6, 97~104, 1977.
- 15) Schiavi, R.: Male Erectile Disorders: Ann. Rev. Med., 32, 509~520, 1981.
- 16) Sager, C.: The Role of Sex Therapy in Marital Therapy: Am. J. Psychiat., 133, 555~559, 1976.
- 17) Sager, C.: The Couples Model in the Treatment of Sexual Dysfunctions in the Single Person: Edited by Adelson, E. Brunner/Mazel, New York, 124~142, 1975.
- 18) LoPiccolo, J.: Direct Treatment of Sexual Dysfunction in the couple: (Eds) Money and Musaph, Handbook of Sexology. Elsevier/North-Holland Press. New York 1227~1244, 1977.
- 19) Heiman, J. LoPiccolo, L. & LoPiccolo, J.:

- Becoming Orgasmic. A Sexual Growth Program for Women : Prentice-Hall, New Jersey, 1976.
- 20) LoPiccolo, J. & LoPiccolo, L. : Handbook of Sex Therapy : Plenum Press, New York, 1978.
- 21) Hantman, W. & Fithian, M. : Treatment of Sexual Dysfunction : Jason Aronson, New York, 1974.
- 22) Am. Psychiat. Ass. : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (ed. 3) : Am. Psychiat. Ass. Washington D.C. 261~283, 1980.
- 23) Kaplan, H. : The Evaluation of Sexual Disorders : Brunner/Mazel, New York, 1983.
- 24) Cooper, J. : A Factual Study of Male Potency Disorders : Br. J. Psychiat., 114, 719~731, 1968.
- 25) Barry, J. Blank, B. & Boileau, M. : Noctanal Penile Tumescence Monitoring with Stamps : Urology, 15, 171~172, 1980.
- 26) Fisher, C. Schiavi, R. : Evaluation of Nocturnal Penile Tumescence in the Differential Diagnosis of Sexual Impotence : Arch. Gen. Psychiat., 36, 431~437, 1979.
- 27) Jacobson, N. & Margolin, G. : Marital Therapy : Brunner/Mazel, New York, 1979.
- 28) Frank, E. Anderson, C., & Kupfer, D. : Profiles of Couples Seeking Sex Therapy and Marital Therapy : Am. J. Psychiat., 133, 559~562 1976.
- 29) Kaplan, H. : Disorders of Sexual Desire : Brunner/Mazel, New York, 1979.
- 30) Barbach, L. : For Yourself : The Fulfillment of Female Sexuality. Doubleday New York, 1975.
- 31) Perls, F. : Gestalt Therapy Verbatim : Real People Press, Lafayette, Calif., 1969.
- 32) Semans, J. : Premature Ejaculation. A New Approach : Southern Med. J. 49, 353~357, 1956.
- 33) Segraves, T. Schoenberg, H. & Ivanoff, J. : Serum Teststeron and Prolactin Levels in Erectile Dysfunction : J. Sex & Marital Th., 9, 19~26, 1983.
- 34) Fisher, S. : The Female Orgasm : Basic Book, New York, 1973.
- 35) Kegel, A. : Sexual Functions of the Pubococcygeus Muscle : West. J. Obst. & Gyn., 60, 521, 1952.
- 36) Trudel, G. & Saint-Laurent, S. : A Comparison between the Effects of Kegel's Exercises and a Combination of Sexual Awareness Relation and Breathing on Situational Orgasmic Dysfunction in Women : J. Sex & Mar. Ther., 9, 204~209, 1983.
- 37) Cooper, A. : An Innovation in the "Behavioural" Treatment of a Case of Non-consummation due to Vaginismus : Brit. J. of Psychiat., 115, 721~725, 1969.
- 38) 小此木啓吾 : 心因性性機能障害者精神療法の基本問題 : 臨床精神医学, 6, 87~106, 1977.
- 39) Money, J. Clopper, R. & Menefee, C. : Psychosexual Development in Postpubertal Males with Idiopathic : Panhypopituitarism. 16, 212~225, 1980.
- 40) Kaufman, S. : Sexual Sabotage : Macmillan Pub. New York, 1981.
- 41) Green, R. : Homosexuality. In Comprehensive Textbook of Psychiatry/III : Kaplan, H. Freedman, A. and Sadock, B. ed., Vol. 2 (ed. 3) Williams & Wilkins, Baltimore, 1980.
- 42) Siegelman, M. : Parental Background of Homosexual and Heterosexual Women : Br. J. Psychiat., 124, 14~21, 1974.
- 43) マスターズ&ジョンソン著 : 人間の性反応(謝国権, ロバート 竜岡共訳) : 池田書房, 東京, 1966.
- 44) マスターズ&ジョンソン著 : 人間の性不全(謝国権訳) : 池田書房, 東京, 1971.
- 45) マスターズ&ジョンソン著 : 同性愛の実態(謝国権訳) : 池田書房, 東京, 1980.
- 46) カプラン著 : ニュー・セックス・セラピー (野末源一訳) : 星和書店, 東京, 1982.
- 47) カプラン著 : 続ニュー・セックス・セラピー (野口昌也・崎尾英子共訳) : 星和書店, 1982.
- 48) 小林 司, 徳田良仁編 : 人間の心と性科学(I) : 星和書店, 東京, 1978.
- 49) 徳田良仁, 小林 司著 : 人間の心と性科学(II) : 星和書店, 東京, 1978.
- 50) 高橋 進, 柏瀬宏隆編 : 性的異常の臨床 : 金剛出版, 東京, 1983.
- 51) 飯田 真, 笠原 嘉, 河合隼雄, 佐治守夫, 中井久夫編 : 岩波講座—精神の科学(5)食・性・精神 : 岩波書店, 東京, 1983.