

心因性勃起障害の臨床的研究

単身治療群とカップル治療群の臨床的特徴及び治療成績

針 間 克 己

心因性勃起障害の臨床的研究：

単身治療群とカップル治療群の
臨床的特徴及び治療成績

針間 克己

1. はじめに

男性の勃起障害 (male erectile disorder) とは別名「勃起不全」「陰萎」「インポテンス」などと呼ばれ、一般的には陰茎の勃起が不十分なために性交を遂行しえない状態を指し、伝統的な精神医学では性欲の量的異常、さらにその内の「性欲の減退」に分類されてきたが^{2,7)}、その疾患概念や分類は必ずしも明瞭ではなく、また精神科および泌尿器科両領域にまたがるために混乱も認められてきた。しかし、近年は性医学の進歩に伴い、性反応の過程が、欲望相、興奮相、オルガスム相の3つの相に分類できることが明かとなり^{2,8) 4,9)}、それに従って、勃起障害は興奮相の障害と考えられるようになり、また診断基準も整備されてきた。

その分類は身体要因により生ずる器質性勃起障害と心理要因により生ずる心因性勃起障害に大別され、従来は心因性が90%を占めると言われてきたが^{2,8)}、最近では診断技術の発達によって、調査する医療機関ごとのばらつきは多いものの^{5,2)}、器質性が50%を越えるともいわれてきている^{4,1)}。しかし、身体要因が主と思われる場合でも心理要因の関与も指摘されることが多く^{2,1)}、またなによりも50%近くが純然たる心因性の勃起障害患者と推定されることから、勃起障害における心理要因は現在もなお決して軽視できないと考えられる。

我が国では勃起障害患者は器質性、心因性の両者を併せて300万人が存在すると推定されているが^{5,2)}、従来は勃起障害は直接には患者の生命に関与しないことから、その治療はとくく軽視されがちであった^{5,4)}。しかし、Quality of lifeが重視され、合計特殊出生率 $1.50^{2,2)}$ と出生率の低下が問題とされる現在では、勃起障害患者の治療は、豊かな性生活を過ごすことはQuality of lifeを高めていくという点からも¹⁾、また性交が生命の誕生と結びついている行動であるという点からも今後より重視する必要性が生じてきていると思われる。

心因性勃起障害に対する治療方法はMasters, W.H. & Johnson, V.E. による“Human Sexual Inadequacy” (邦訳:『人間の性不全』)^{2,9)}の発刊(1970)以来、それまでの患者本人に対する精神力動的技法中心の治療から、カップル(患者本人とその性的パートナー)に対する性的訓練を伴う行動療法的技法中心の治療(セックスセラピー)へと大きく変化してきた。彼らの治療は①「治療は夫婦一緒に」(患者単独ではなくパートナーと共に治療を受ける)、②「治療者も男女二人で」(一人の治療者ではなく男女二人の治療チームが治療にあたる)、③「社会生活からの隔離」(夫婦は二週間家庭を離れ、治療機関の近くのホテルに滞在し、毎日治療を受ける)、④「センセートフォーカス(官能焦点法)の実施」(性交を抜きにして、相互が相手の身体に触れ合い、相手の官能焦点を探り合う)、の四原則等よりなるが、この治療法はその治療構造の特殊性から一般の臨床場面では原則通りに施行することが困難である。そのため、その後の多くの治療者はMasters & Johnsonの原法の一部を修正して実施してきた。

これらの原則の修正はもっぱら原則②と原則③に関してであるが、「治療者も男女二人で」という原則②に関しては、Clement, U.^{1,1)}、Crowe, M.^{1,4)}およびLopiccolo, J.^{2,7)}によって、治療者が男女一組であっても、あるいは一人であっても治療成績には差がな

いことが、また治療者が一人である場合にはその性別と治療成績の間には関連がないことが見い出されている。「社会生活からの隔離」という原則③に対しては厳密な比較研究はなされていないが、Kaplan, H. S.²⁰⁾は週1～2回の外来通院でも治療が行えると述べており、そのほかにも外来通院で治療を行い、Masters&Johnsonと同程度の治療成績を報告している治療者もいる^{11) 18) 19)}。また、治療に最も有効な期間と頻度に関しては、Heiman, J. R.²⁰⁾らの15回の治療セッションを連日15日に渡り連続して行うよりは毎週1回15週に渡り行う方が治療成績がよいとする報告や、逆に長期的治療は脱落率が高くなるとのClement¹¹⁾の報告がある。

「治療は夫婦一緒に」という原則①は、「性機能に悩む夫婦がいる場合、関わりのないパートナーというものはありえない」というMasters&Johnsonの信念に基づくものであり、この原則はMasters&Johnson以降の治療者においても、例外的には単身での受診者への治療を行うものもいたが、原則的には遵守されてきた⁷⁾。しかし、この治療原則を実際の臨床場面で厳密に遵守しようとすると、以下のようないくつかの問題が生じてくる。

まず第一の問題点は、カップル治療を勧めても実際には単身で受診するものが多い点であり、この治療原則を遵守しようとすると治療対象となる患者が限定されてしまうことである。患者が単身で受診してくる理由の一つは、患者が必ずしも固定的なパートナーを有していないことであるが、他方にはパートナーがいるものの、そのパートナーと一緒に受診して治療を受けようとならないため、結果的に単身で受診してしまうこともある。固定的なパートナーがいなく単身で受診する者に対しては、Masters&Johnsonは代理妻と呼ばれる専門の性治療協力者を用いての治療を行ってきたが、我が国では倫理上代理妻を用いることは困難であり、米国でも近年はKaplan²⁰⁾が指摘するように、エイズの予防という観点から代理妻を用いた治療は禁忌となっている。パートナーがいるものの一緒に受診して治療を受けないために単身での受診となる者への対応は、Masters&Johnsonは触れていない。

第二の問題点は、性障害患者をそのパートナーと一緒に治療する場合には転移現象が多く起こり^{44) 48)}、Levay, A. N.^{24) 35)}の指摘にあるように、カップルへの治療では転移により強く留意する必要があることである。阿部²⁾が指摘するように、性障害治療においては「快を与える」という特殊性があるために治療者患者間の性愛化が起こる可能性が高いが、カップル治療においてはさらに転移現象が複雑になると思われ、Alexander, N.²⁾によれば性障害のカップル治療においては患者が治療者とパートナーを同一視する転移や、三者の中で自分以外の二者の一方を全て善で他方を全て悪と見なすスプリッシングが生じたり、小此木⁴⁸⁾によれば治療関係が三角関係構造となりやすく、治療者が患者やパートナーに対して逆転移を起こしたりカップル間への割り込み的な侵入や支配といった心理に陥りやすいという。

以上、二つの問題点を指摘したが、これらは「治療は夫婦一緒に」という治療原則に対して再考を促しているものと思われる。しかし、Kaplanが治療セッションには参加しない形でのパートナー協力の成功例について一部言及しているものの、セックスセラピーに関して単身治療群とカップル治療群を比較検討した大数研究はこれまで知られてい

ない^{4,5)}。その理由の一つに単身治療群とカップル治療群への群別化における方法上の問題点を指摘できよう。というのは無作為に振り分けようと試みても、初診時よりカップルで受診するものもいれば、たとえカップル治療群に振り分けてもパートナーが来院せず、結果的に単身で受診してしまうものもあるという点である。

さて、本研究の目的は心因性勃起障害患者のセックスセラピーにおける単身治療群とカップル治療群との治療成績を比較検討することにより、「治療は夫婦一緒に」という治療原則の再検討を行うことにある。そこで、第一に単身治療群とカップル治療群の臨床的特徴の比較を行い、どのような臨床的特徴を有するものが単身治療群ないしはカップル治療群になるかを調査することとし、第二にその臨床的特徴が治療成績に与える影響を調査し、第三に臨床的特徴の違いを考慮した上で単身治療群とカップル治療群の治療成績の比較を行うことにする。

2. 対象

対象は、1993年9月1日から1995年6月31日までの1年10ヶ月の期間に東京大学医学部附属病院精神神経科、胸込神経クリニック、ならびに川崎メンタルクリニックで筆者が主治医として直接診察した患者の中で①心因性勃起障害と診断され（表1で示すDSM-IV⁴⁾「男性の勃起障害、病型：心理的要因によるもの」の診断基準を満たす）、②持続的な性交機会を持ちうるパートナーを有する、③他の精神障害を有しない、の3条件を満たす76名である。病型を心理的要因によるものと診断するにあたっては、問診（性交時以外の正常勃起があるか、薬物やアルコールの摂取の有無、既往歴など）と血液（WBC、RBC、HB、HCT、PLTD）、生化学（T.P、ALB、LDH、GPT、G-GTP、T.CH、BUN、CRP）、尿（比重、PH、蛋白、糖、KET、潜血、URO、BIL）、ホルモン（LH、FSH、PRL、Testosterone）検査より判断した。

3. 方法

A. 患者の臨床的特徴の調査

調査項目は表2で示したもので、調査方法は、1)~12)の項目に関しては、単身治療群に対しては患者への、カップル治療群に対しては患者及びパートナーへの問診と自記式質問紙法により、13)の項目は矢田部=ギルフォード性格検査⁵⁸⁾を用い、14)の項目はTPI(東大式・パーソナリティ・インベントリー)⁵⁹⁾を用いた。調査項目の判断基準を以下に順に記す。

1). 患者年齢

初診時の年齢とした。

2). 患者生育歴

同胞を有するか否か、また同胞を有する場合には第何子かに着目し<一人子>、<長子>、<中間子>、<末子>の四種類に分類した。

3). 患者学歴

最終学歴により<大>(大学、大学院進学者)<高>(高校、高専、専門学校進学者)<中>(中学卒業者)の三種類に分類した。

4). 二者の間柄

戸籍上の夫婦であるか否か、また夫婦である場合には、さらに実子を有するか否かに着目し<夫婦子あり>、<夫婦子なし>、<夫婦外>の三種類に分類した。

5). 患者の性交経験

ここでいう患者の「性交経験」とは、ただ勃起、挿入だけでなく射精にまで至ったものを指し、その経験を有するか否かで<性交経験あり>、<性交経験なし>に分類した。

6). パートナーの性交経験

ここでいうパートナーの「性交経験」とは、性的興奮をし、男性性器の挿入がなされたものを指し、オルガズムの有無は問わない。その経験を有するか否かで<性交経験あり>、<性交経験なし>に分類した。

7). 二者間の性交経験

患者とパートナーの間で5)と6)で定義された性交経験を有するか否かで<性交経験あり>、<性交経験なし>に分類した。

8). パートナーの性障害

ここでいう「性障害」とは、性交の障害となりうる精神医学的な性機能障害および婦人科疾患等の器質的障害である。診察により明らかになったもののみ<性障害あり>とし、不明のものを含めてそれ以外のものは<性障害なし>に分類した。

9). パートナースhip解消の危機

ここでいう「パートナースhip解消の危機」とは、患者とパートナーの関係が離婚や、婚約破棄、交際中止に進む可能性があるものである。面接によって患者ないしはパートナーによって言語的に明確に危機が表明されたもののみを<危機あり>とし、言語的に明確に否定されたもの、あるいは危機が内在していると推察されても言語的に表明され

ないものは<危機なし>に分類した。

10). 性的パートナー関係の期間

性交遂行の可否を問わず、患者とパートナーとの間で最初に性交の機会を有してから初診時までの期間とした。

<一年未満>、<一年以上>に分類した。

11). 患者の罹病期間

発症から初診時までの期間とした。

<一年未満>、<一年以上>に分類した。ただし、勃起障害の既往があっても一旦治療し再発したものについては、再発してから期間とした。

12). 勃起障害が起こる性交の段階

性交のいかなる段階で勃起障害が起こるという視点から、<前戯開始前>、<前戯中>、<挿入の直前>、<挿入後>に分類した。なお、同一の患者であっても性交の機会のために勃起障害の起こる段階が異なることがあるが、その場合は起こる頻度の最も高い段階に分類した。

13). 患者の性格特性

矢田部=ギルフォード性格検査を用い、<A類> (average)、<B類> (blacklist)、<C類> (calm)、<D類> (director)、<E類> (eccentric) の五種類に分類した。

なお検査用紙未回収のまま治療終了したなどの理由で検査結果が不明の者は<不明>とした。

14). TPIで高値を示す基本尺度の有無

TPIの九つの基本評価尺度 (Depression, Hypochondriasis, Hysteria, Obsession, Paranoia, Hebephrenia, Asocial, Epilepsy, Hypomania) において高値を示した尺度があるかないかで<高値あり>、<高値なし>に分類した。

なお検査用紙未回収のまま治療終了したなどの理由で検査結果が不明の者は<不明>とした。

B. 単身治療群とカップル治療群への振り分け

対象患者全員に「パートナーを同伴しての治療が望ましい」と伝え、パートナーの受診を促した。それによりパートナーが受診したものをカップル治療群とし、促してもパートナーが受診しないものを単身治療群とした。なお当然のことながら、初診時に既にパートナーを同伴し受診した患者はカップル治療群とした。

カップル治療群のなかには、時に患者単身あるいはパートナー単身で診察を受けるものもいたが、パートナーが診察に参加したことがあれば全てカップル治療群とした。

C. 治療の実施

治療構成は原則として一回の診察時間四十分、隔週に一回の頻度で、期間は治療するか、未治療のまま終了するか、脱落するまでとし、治療者は筆者単独とした。治療内容は両群以下のとおりである。

1). 単身治療群に対して

a. 性知識の教育

正常の勃起射精のメカニズム等の教育を行い性行動に関する誤った知識があればそれを修正する。また「必ず勃起しなければいけない」などの硬直した信念の修正を行う。

b. 問題点の明確化

詳細な問診により、勃起障害を起こしている要因（勃起障害が起こるのではという予期不安、性交への傍観者の態度、パートナーへの遠慮、疲労など）を明確化させる。

c. 不安の軽減

今後の治療方法や治癒の可能性を示し、不安感の軽減をはかる。

d. 性行動の具体的助言

前戯の方法や性交体位の取り方など、実際の性行動に対する具体的助言を行う。

e. センセートフォーカス法の指示

患者を通して、パートナーにもこの治療方法に参加するように依頼する。

2). カップル治療群に対して

a. 性知識の教育

二者の誤った性知識の修正を目的とし、男女それぞれの性交に果たす役割、性交のメカニズム等の教育を行う。また「必ず勃起しなければいけない」、「裸体を見れば必ず男性は勃起するものである」などの二者それぞれの硬直した信念の修正を行う。

b. 問題点の明確化

詳細な問診により、勃起障害を起こしている要因を男性側の要因だけでなく、女性側の要因やパートナーシップの要因も含めて検討し二者に明確化させる。

c. 不安の軽減

今後の治療方法や治癒の可能性を示し、二者の不安感の軽減をはかる。

d. 性行動の具体的助言

男女それぞれの前戯の方法や性交体位の取り方など、実際の性行動に対する具体的助言を二者に行う。

e. センセートフォーカス法の指示

二者に対して方法を説明し実施を指示する。

D. 評価

評価は<治癒>か<未治癒>かにて与えられた。

ここで<治癒>とは、三回以上の性交機会において連続して勃起挿入が可能となり、将来の性交に対しても患者の不安が著しく減少した状態を指し、また<未治癒>とは上記した<治癒>の基準を満たさないものとした。

なお、勃起障害が持続し、性交が不可能な場合でも、患者の精神的苦痛が減少し治療が終了となることがある。この場合DSM-IVの「男性の勃起障害」の診断基準B「その障害によって著しい苦痛が生じ、または対人関係が困難になっている」を満たさなくなるが、ここでは勃起挿入が可能とならない限り、<未治癒>とした。

治療途中において脱落したものは原則として電話等で<治癒>か<未治癒>かを確認

することとしたが、確認の取れなかったものは<未治療>とした。

治療後再び勃起障害になる可能性もあるが、ここでは一旦治療し治療が終了したものは<治療>とした。

E. 分析

患者の臨床的特徴と治療方法（単身治療かカップル治療か）を変数と見なし、統計処理をおこなった。

検定は χ^2 検定を用い、 $p<0.05$ で有意差ありとした。

まず治療方法と臨床的特徴の関係を検定し、次に治療率と臨床的特徴の関係を検定し、最後に臨床的特徴の影響を除外するために治療方法間の治療率の比較を層別解析を用いて行った。

4. 結果

1). 単身治療群とカップル治療群の臨床的特徴の比較 (表3)

単身治療群は40名(20-58才、平均 34.0 ± 9.7 才)(図1)、カップル治療群は36名(20-42才、平均 34.9 ± 4.4 才)(図2)であり、患者年齢に有意差は認めなかった。単身治療群はカップル治療群と比較し有意に、二者の間柄として<夫婦外>が多く<夫婦子なし>が少なく、<患者の性交経験あり>および<パートナーの性交経験あり>が多く、罹病期間および性的パートナー関係の期間は<1年未満>が多かった。その他の項目では両群間に有意差を認めなかった。

2). 治癒率に与える臨床的特徴の影響 (表4)

治癒は42名(23-58才、平均 36.9 ± 7.1 才)、未治癒は34名(20-47才、平均 31.3 ± 7.1 才)で、治癒率は55.3%であった。治療開始から治癒までに要した期間は1ヶ月~8ヶ月、診察回数は2回~17回であった。

臨床的特徴の違いにより治癒率に有意差が認められたものとしては罹病期間があり、<一年未満>の治癒率は72.7%(24/33)、<一年以上>の治癒率は41.9%(18/43)であった。

その他の臨床的特徴で治癒率の違いが有意に認められたものはなかったが、患者性交経験、二者の間柄など幾つかに関しては、今後、対象症例数が増えれば有意差が出るのではとの印象を抱いた。それぞれの結果を示すと、患者性交経験は、<性交経験あり>の治癒率が59.6%、<性交経験なし>の治癒率が48.3%で、二者の間柄は、<夫婦外>の治癒率が43.8%、<夫婦子なし>の治癒率が58.8%、<夫婦子あり>の治癒率が80.0%であった。(表5)

3). 単身治療群とカップル治療群の治癒率の比較

患者の臨床的特徴を考慮せずに見た場合、単身治療群の治癒率は47.5%、カップル治療群の治癒率は63.9%で両群間に有意差は認められなかった。

次に患者の臨床的特徴を考慮した層別分析の結果を示す。(表6)

患者の<性交経験あり>のものでは両群間で治癒率に有意差は認めなかったが、患者の<性交経験なし>のものでは、単身治療群の治癒率は18.2%(2/11)、カップル治療群の治癒率は66.7%(12/18)で、有意にカップル治療群の治癒率が高かった。

罹病期間が<一年未満>のものでは両群間で治癒率に有意差は認めなかったが、罹病期間が<一年以上>のものでは、単身治療群の治癒率は13.3%(2/15)、カップル治療群の治癒率は57.1%(16/28)で、有意にカップル治療群の治癒率が高かった。

その他の臨床的特徴で層別分析した結果では、両群間の治癒率に有意差を認めなかった。

5. 考察

1). 研究の対象と方法の限界と問題点

対象は治療に協力が可能なパートナーを有する心因性勃起障害の患者としたが、勃起障害患者においてその原因を心因性と断定するのは厳密には困難である。本研究では問診と血液生化学及びホルモン検査により心因性と診断したが、この方法では主に二つの問題点が考えられる。まず第一に心因性でも重篤なものでは性交時以外でも勃起障害をきたすものもあるが、本研究では性交時以外の正常勃起を認めないものなど問診で心因性とは考え難いものは対象外とした点である。このため対象外とした患者中にも諸検査の結果で器質的異常が認められず、心因性と診断すべきものがいた可能性がある。第二に対象とした患者の中に、より精度の高い諸検査を実施すれば器質性ないしは混合性と診断されるべき患者が混入していた可能性がある点である。今後はより厳密な鑑別診断を行うべく、精神科単独ではなく泌尿器科との協力が望ましいと思われる。

対象の決定、両群への振り分け、治療、評価はすべて筆者単独で行っているために、両群に対しての筆者の治療意欲の違い、予断などの影響がなかったとは言いきれない。治療や評価の段階で他の治療者や研究者の協力があればより客観的になったと思われる。

評価にあたっては、途中脱落し連絡の取れなかったものは<未治療>として扱ったがその中には治癒した者がいた可能性も否定できない。また、<治療>としたものの中には長期的には再発したものがある可能性もある。これらの問題を解決するためには脱落者も含めての長期的な追跡調査が必要であるが、性に関することだけにその実行は患者側の心理的抵抗も強いと予想され、治療開始時に研究への協力を十分に同意してもらわなければならない。

2). 単身治療群とカップル治療群の臨床的特徴

これまでに単身治療群とカップル治療群の治療率を比較した大数研究は知られていない。理由の一つには、初診時からカップルで受診するものもいれば、カップルでの受診を勧めても、パートナーが受診せずに単身での受診となるものがあるといった単身治療群とカップル治療群への群別化の問題がある。そこで本研究では単身治療群とカップル治療群の治療率の比較をする前に、いかなる臨床的特徴を持つものが、単身での受診者ないしはカップルでの受診者となるかを知るべく両群の臨床的特徴を比較調査することとした。

パートナーを有するものの中で、単身での受診者とカップルでの受診者の臨床的特徴の差異を調査した研究は乏しく、本研究との比較は困難であるが、その中でいくつかの関連した研究を記すと、Walter, E^[6]はカップルでの受診を勧めた結果、治療が継続せずに脱落する患者の特徴として、単身治療を求めることや薬物療法を好むことを挙げている。Chesney, A. P.^[10]は、性障害を有するカップルにおいてセックスセラピーを受診するものとしいないものとの比較研究をしており、それによると受診するカップルは夫婦間の一般的なコミュニケーションや性的なコミュニケーションに問題を抱えているものが多いという。単身での受診者およびカップルでの受診者など受診形態別の患者数比較

に関しては、心因性勃起障害に限らずに性障害全体を対象とした報告だが、Masters&Johnsonによると、性障害治療を受けた567例中513例が夫婦受診者で、残りの54例が独身男性患者で、そのうちの13例が「同伴パートナー」と呼ばれる恋人等と受診し、残りの41例が「代理パートナー」と呼ばれる専門家とともに治療にあたったと報告している。本邦の研究としては阿部²⁾の報告があり、性障害に分類された137例中、カップル受診者が47例、男性単身受診者が68例、女性単身受診者が22例であった。

本研究での両群の臨床的特徴の違いはなぜ単身またはカップルで受診するかという理由を反映していると思われる。まず患者自身がパートナーに受診を要請したくない場合には単身での受診となるが、このような患者はパートナーとの関係が不安定なものや自分の勃起障害を軽症と認識するものに多いと思われる。パートナーとの関係の不安定さは「二者の間柄が＜夫婦外＞」、「性的パートナー関係の期間が＜一年未満＞」に、軽症との認識は「罹病期間が＜一年未満＞」、「患者の＜性交経験あり＞」という単身治療群の特徴に示されている。次にパートナーが受診を拒否した場合に単身での受診者に、承諾した場合にカップルでの受診者となるが、拒否するパートナーは受診への心理的抵抗が強く、承諾するパートナーは、受診への心理的抵抗が少なく、パートナー自身の治療意欲も強いものに多いと思われる。心理的抵抗の原因は「結婚をしていない女性は性交をすべきではない」という社会的規範の影響^{3) 5)}によるものが多いと思われ、これは「二者の間柄が＜夫婦外＞」という単身治療群の特徴に示されている。パートナー自身の治療意欲は育児希望がある場合やパートナー自身が性交に対して不安がある場合に強いと思われるが、これは「二者の間柄が＜夫婦なし＞」、「パートナーの＜性交経験なし＞」というカップル治療群の臨床的特徴に示されている。

なお本研究では「二者の間柄が＜夫婦なし＞で罹病期間が＜一年未満＞」のものや「二者の間柄が＜夫婦外＞で罹病期間が＜一年以上＞」のものが少数例であった。その理由として「二者の間柄が＜夫婦なし＞で罹病期間が＜一年未満＞」のものとはいわゆる「新婚インポテンス」^{4) 5)}であるものが多いが、性交が出来なくともしばらくは「誰かに相談する前に自分たち二人で努力すれば」と考えたり、結婚直後だと、妻が別居、離婚、性交拒否などの行動を取り、治療への協力が可能なパートナーとは妻がなりえなくなる点が考えられる。「二者の間柄が＜夫婦外＞で罹病期間が＜一年以上＞」のものが少数例な理由としては、パートナーが夫婦外の場合には患者の罹病期間の長期化に伴い、パートナーシップは解消されやすく、患者は異性との交際そのものを回避する傾向が出てくるためと思われる。

3). 臨床的特徴の治療率への影響

心因性勃起障害の治療率と干渉に影響を与える諸要因については、各研究ごとに治療方法や対象、治療未治療の判断基準等に違いはあるが幾つかの研究がある。

まず治療率だが、Masters&Johnsonは一次性勃起障害（過去にうまくいった性交経験のないもの）で59.4%、二次性勃起障害（過去にうまくいった性交経験のあるもの）で73.7%と報告している。Hawton¹⁶⁾は68%、本邦では阿部¹⁾が61%と報告している。これらは基本的にはカップルに対しての治療率である。本研究では治療率は全体としては、55.

3%、カップル治療群は53.9%であり、おおむね過去の報告に近い結果である。

生育歴、学歴は一般的に「勃起障害は一人っ子や末っ子、高学歴者に多い」と言われるので調査したが、特に、両項目共に予後への影響は示されなかった。

二者の間柄の予後への影響に關しての報告は、夫婦關係に關しては、Cooper, A. J.¹³⁾の「独身者と比較して既婚者の予後が良い」やAnsari, M.⁵⁾の「協力的なパートナーと結婚したものの予後が良い」があり、子供に關してはHawton¹⁸⁾の「子供の数は予後に關係がない」がある。本研究では、有意差は示されなかったが、＜夫婦子あり＞、＜夫婦子なし＞、＜夫婦外＞の順に治癒率が良かった。

性交経験の有無に關しては、性交経験のあるものの方が良いという報告が幾つかある。既に述べたように性交経験の有無により、Masters&Johnsonは勃起障害を一次性、二次性に分類し、一次性の方が治癒しにくいと記している。Kilman, R.²⁹⁾によれば、一次性勃起障害患者の25.4%、二次性勃起障害患者の49.3%が「治療に満足を得た」という。Trimmer, E.⁵⁹⁾は一次性勃起障害での治療の失敗率はおおよそ40%、二次性勃起障害での治療の失敗率はおおよそ25%としている。本研究では有意差は示されなかったが、＜性交経験あり＞の治癒率が59.6%、＜性交経験なし＞の治癒率が48.3%と、諸報告と同様に、＜性交経験あり＞の方が治癒率が良かった。

パートナーの性交経験の予後への影響に關する研究は乏しいが、予想ではパートナーの性交経験がない場合は、パートナー側の性的技術の稚拙さや性交への不安や抵抗によって、患者の予後も悪くなると思われたが、実際には有意差は示されなかった。理由を臨床上の印象から推測すると、性交経験のないパートナーは、治療により積極的かつ協力的に取り組むことなどが考えられる。

二者間の性交経験は、患者及びパートナーの性交経験との関連が深い項目であるが、本研究では予後への影響は示されなかった。理由としてはパートナー性交経験の予後への影響と同様の機序などが考えられる。

罹病期間に關してはHawtonが予後に關係ないと報告している以外は、長いものが悪いとするものが多い。Masters&Johnsonは罹病期間三年以上、Cooper¹²⁾は二年以上の者が予後が悪いと述べている。本研究でも罹病期間が＜一年未満＞の治癒率が72.7%、＜一年以上＞の治癒率が41.9%で、有意に罹病期間＜一年未満＞の治癒率が高かった。罹病期間の長期化に伴い予後が悪化する理由として、これまでも指摘されているように²³⁾³⁰⁾³¹⁾⁴⁹⁾、勃起障害が時間の経過と共にパートナーを巻き込みながら不安・失敗・不安の悪循環を形成し重篤さを増す性質を持つことが挙げられよう。筆者の臨床例でも罹病期間の長いものでは、患者、パートナー共に性交を回避し、性交への抵抗や拒否感がより強いものが多く見受けられた。

性交のどの段階で勃起障害が起こるかということは予後との關係は特に示されなかった。予想ではより早い段階で勃起障害を起こすものの方が重症で予後不良ではと思われたが、そのようなことはなかった。むしろ勃起障害の起きる段階は、不安の対象は何かどの段階で傍觀者の態度を取るか、技術的問題は何かなどの個々の勃起障害の要因を反映していると思われた。

カップルの一般的關係が良好な方が予後が良いという報告がHawtonやCooperによりな

されている。カップルの一般的関係の良好さに関連する項目としては、本研究では主にパートナーシップ解消の危機、性的パートナー関係の期間、二者の間柄が挙げられる。各項目とも予後への影響は有意には示されなかった。パートナーシップ解消の危機に関しては、言語的に明確に表現されたかどうかで<危機あり>か<危機なし>かを判断したが、実際には内的には葛藤を抱えながらも言語的には表現されないことも多く、また逆に<危機あり>のものの中には「治療の結果改善されなければ別れるが、最後のチャンスと思い治療に取り組む」と話し、治療への積極性が高いものもあり、「パートナーシップ解消の危機」は二者間の関係を示す評価の項目としては適切でなかったと思われる。性的パートナー関係の期間は長期の者ほど関係が良好と思われるが、性交経験がなく結婚したものなどでは、罹病期間とも一致しており、罹病期間の項目の与える影響が強い。この両項目の関係は深く、統計的な処理は困難であった。二者の間柄については既に述べたが、夫婦外より夫婦間において一般的にはより強固だと思われる。また、臨床的特徴の項目ではないが、治療群の違いそのものもカップルの一般的関係の良好さ示す指標となりえよう。すなわち単身治療群よりカップル治療群のパートナーの方がより協力的で良好な関係にある可能性が高い。

治療への意欲も予後に影響を与えるとMasters&Johnson, Hawton, James, M.²⁴⁾, Hengveld^{21) 22)}らにより指摘されている。治療意欲を客観的に評価するのは困難であるが、本研究では治療群の違いそのものが治療意欲に関係している可能性がある。つまりカップル治療群の患者の方が、パートナーを説得し受診させるという行動を取る点でより治療意欲が高い場合がある。

性格の予後に与える影響に関しては矢田部=ギルフォード性格検査とTPIを用い調査したが両検査ともに、有意差は示されなかった。矢田部=ギルフォード性格検査では、予想では情緒が安定し積極的な<D類>の予後が良いと思われたがそのような結果は示されず、臨床的印象からはむしろ<D類>の患者は「男性的に性交をリードしなければならない」という思いが強く、治療しにくいと思われた。TPIはDepression, Hypochondriasis, Obsession、などの基本尺度の高値のものの方が性格的な問題を抱えるため予後が悪いと思われたが、特にそのような結果は示されなかった。本研究では他の精神障害を有するものは対象から除外しており、基本尺度で高値を示したものが少数例だったため、統計的な結論を出すには今後の研究が必要であろう。

4). 単身治療群とカップル治療群の治療率の比較

患者の臨床的特徴を考慮しない場合にはカップル治療群と単身治療群の治療率に有意差を認めなかったが、既に述べたように両群の臨床的特徴は異なり、予後に影響を与える臨床的特徴の違いを考慮し層別分析を行うこととした。その結果、罹病期間が<1年以上>のもの、また患者の<性交経験なし>のものという、予後が不良と推測される特徴を有するものではカップル治療群の治療率が有意に高かった。

理由として、カップル治療群が単身治療群と比較し異なる二つの側面から考察する必要がある。第一にはカップル治療群は当然の事ながら、カップルでの受診者が治療対象となっている点であり、第二にはカップル治療群はカップル治療が行われる点である。

本研究では両群の臨床的違いを考慮し、両群の治癒率の比較を行っているが、臨床的特徴の項目に挙げられてない両群の違いの一つが単身治療群はパートナーが受診せず、カップル治療群はパートナーが受診するということである。受診するパートナーの方がより安定し協力的であると推測され、このことが治癒率を高めている可能性がある。

次に単身への治療かカップルへの治療かという治療方法の違いが治癒率に影響を与える。カップル治療は単身治療にない幾つかの治療要素を持ち、これらの治療要素が治療効果を高めると思われる。Masters&JohnsonやKaplan、武田⁽⁶⁾などが指摘するように勃起障害患者においてはそのパートナーも心理的に巻き込まれ問題を抱えていることが多い。このパートナーの心理的問題に関してはパートナーを同席させての治療が必要だと思われ、パートナーへも治療を行うことで治療効果が高まると思われる。特に罹病期間の長い患者においては、Kockottoが「罹病期間が長期のカップルでは性行動を失敗へと導く悪循環なシステムが形成される」と指摘するように、パートナー側の問題、二者間の問題もより重篤となるため、カップル治療がより有効だったと思われる。またパートナーそのものにも性障害を有する場合もあり、カップル治療だと、パートナーに直接その治療を行うことが可能となる。本研究でもカップル治療群では、パートナーの性障害が数名で明かとなり、治療を行えたが、単身治療群ではパートナーに性障害があったかどうかは不明のままである。

以上述べたように、単身治療群とカップル治療群の治癒率の比較においては「パートナーが受診するか否か」と、「単身治療を行うかカップル治療を行うか」という二点からの考察が必要であった。このことはMasters&Johnsonの治療原則「治療は夫婦一緒に」が実は「治療は夫婦で来院するものを対象にする」と「治療方法はカップル治療を行うという二つの治療原則を同時に内包していたためである。本研究では「治療は夫婦一緒に」という治療原則の再検討を行ったが今後は、この原則が二つの原則を内包しているという点に留意しての再検討すなわち、「パートナーが受診するという臨床的特徴を有すると治癒率が良いのか」と「カップル治療を行うと治癒率が良いのか」という検討をそれぞれ行う必要がある。

6. 結語

Masters&Johnsonの心因性勃起障害に対する治療原則である「治療は夫婦一緒に」を再検討するために、心因性勃起障害76名を単身治療群40名、カップル治療群36名に分け両群の臨床的特徴を比較し、臨床的特徴の治療率に与える影響を考慮した上で、両群の治療率の比較を行った。

- 1). 単身治療群はカップル治療群と比較し有意に、二者の間柄として<夫婦外>が多く<夫婦子なし>が少なく、<患者の性交経験あり>および<パートナーの性交経験あり>が多く、罹病期間および性的パートナー関係の期間は<一年未満>が多かった。
- 2). 臨床的特徴の違いにより治療率に有意差が認められたものとしては罹病期間があり、<一年未満>の治療率は72.7%、<一年以上>の治療率は41.9%であった。
- 3). 患者全体では、単身治療群の治療率は47.5%、カップル治療群の治療率は53.9%で両群間に有意差は認められなかった。患者の<性交経験なし>のものでは、単身治療群の治療率は15.2%、カップル治療群の治療率は56.7%で、有意にカップル治療群の治療率が高かった。罹病期間が<一年以上>のものでは、単身治療群の治療率は13.3%、カップル治療群の治療率は57.1%で、有意にカップル治療群の治療率が高かった。
- 4). カップル治療群の治療率が高かった理由として「カップル治療群のパートナーは受診する行動を取る点でより協力的なパートナーである」と「カップル治療が単身治療より治療効果が高い」という二点が考察された。

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.精神療法,18:403-411,1992
- 2)阿部輝夫:サイコ・セックス・セラピー.心身医療,3:57-61,1991
- 3)Alexander, N.:Issues of transference in sex therapy. J Sex Marital Ther, 5:15-21, 1979
- 4)American Psychiatric Association:Quick Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-IV, American Psychiatric Association, Washington, D. C. 1994 (高橋三郎ほか訳:DSM-IV精神疾患の分類と診断の手引.医学書院,東京,1995)
- 5)Ansari, J. M. A.:Impotence:Prognosis(A Controlled Study). Br J Psychiat, 128:194-198, 1976
- 6)荒木徹ら:心因性インポテンスに対する血管作動薬海綿体内注射の効用. Impotence, 6:338-339, 1991
- 7)Barry, R.:Psychological treatment of erectile dysfunction in men without partners:Outcome results and a new directions. J Sex Marital Ther, 17:136-146, 1991
- 8)Barry, S.:Dating skills training in the group treatment of erectile dysfunction for men without partners. J Sex Marital Ther, 7:184-194, 1981
- 9)Carol, L.:Issues and dilemmas in sexual treatment. J Sex Marital Ther, 2:32-39, 1976
- 10)Chesney, A. P.:A comparison of couples who have sought sex therapy with couples who have not. J Sex Marital Ther, 7:131-140, 1981
- 11)Clement, U., Schmidt, G.:The outcome of couple therapy for sexual dysfunction using three different formats. J Sex Marital Ther, 9:67-78, 1983
- 12)Cooper, A. J.:Disorders of sexual potency in the male:A clinical and statistical study of some factors related to short term prognosis. Br J Psychiat, 115:709-719, 1969
- 13)Cooper, A. J.:Outpatient treatment of impotence. J Nerv Ment Dis, 149:360-371, 1969
- 14)Crowe, M. J.:Form and content in the conjoint treatment of sexual dysfunction:A controlled study. Behav Res Ther, 19:47-54, 1981
- 15)Ellis, A.:Treatment of erectile dysfunction. Principles and practice of sex therapy(ed. by Sandra R. L.), Tavistock publications, London, 1980
- 16)Ellis, A.:A new guide to rational living, Pretence-Hall Inc., New Jersey, 1975 (国分康孝訳:論理療法.川島書店,東京,1981)
- 17)針間克己, 松下正明:老人に見られる性障害の要因と治療. 老年精神医学雑誌, 4:1379-1384, 1993
- 18)Hawton, K.:Prognostic factors in sex therapy. Behav Res Ther, 24:377-385, 1986
- 19)Hawton, K.:Long-term outcome of sex therapy. Behav Res Ther, 24:665-675, 1986

- 20) Heiman, J. R. : Clinical outcome of sex therapy. Arch Gen Psychiatry, 40:443-449, 1983
- 21) Hengeveld, M. H. : Erectile disorders: A psychosexological review. Erectile dysfunction (ed. by U. Jonas et al.), Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 1991
- 22) Hengeveld, M. H. : Erectile dysfunction: Diagnosis and choice of therapy. World J Urol, 3:249-252, 1986
- 23) Henry, G. W. : Masculinity and femininity. Harper and Brothers, New York, 1955 (大原健士郎訳: 性の精神病理. 岩崎学術出版, 東京, 1982)
- 24) James, W. : Psychological factors involved in impotence. J Androl, 4:59-66, 1983
- 25) Kaplan, H. S. : The New Sex Therapy. Brunner/Mazel, New York, 1974 (野末源一訳: ニュー・セックス・セラピー. 星和書店, 東京, 1982)
- 26) Kaplan, H. S. : The Illustrated Manual of Sex Therapy. Brunner/Mazel, New York, 1987 (阿部輝夫訳: 図解セックス・セラピー・マニュアル. 星和書店, 東京, 1991)
- 27) 加藤正明 : 異常性欲 (井村恒郎ほか編: 異常心理学講座第四巻. みすず書房, 東京, 255-318, 1967)
- 28) Kaufman, J. J. : Sexual Problem. The Free Press, U. S. A., 1967 (望月衛訳: 性の諸問題. 誠信書房, 東京, 127-139, 1971)
- 29) Kilmann, P. R. : Perspectives of sex therapy outcome: A survey of AASECT providers. J Sex Marital Ther, 12:116-138, 1986
- 30) Kinsey, A. : Sexual behavior in the human male. Saunders, Philadelphia, 1948
- 31) Kockott, G. : Behavior therapy of psychogenic sexual dysfunction in men: Human semen and fertility regulation in men. Mosby Co., Saint Louis, 1976
- 32) 厚生省人口問題研究所編集: 日本人の結婚と出産—第10回出生動向基本調査—. 財団法人厚生統計協会, 東京, 1993
- 33) 共同通信「現代社会と性」委員会: 日本人の性. 文芸春秋, 東京, 1984
- 34) Levay, A. N. : Concurrent sex therapy and psychoanalytic psychotherapy: Effectiveness and implications. Psychiatry, 39:355-363, 1976
- 35) Levay, A. N. : A study of treatment needs following sex therapy. Am J Psychiatry, 134:970-973, 1977
- 36) Lobitz, W. C. : Group treatment of single males with erectile dysfunctions. Arch Sex Behav, 8:127-138, 1979
- 37) LoPiccolo, J., Heiman, J. R., Hogan, D. R. : Effectiveness of single therapists versus cotherapy teams in sex therapy. J Consul Clin Psychol, 53:287-294, 1985
- 38) LoPiccolo, J. : Diagnosis and treatment of male sexual dysfunction. J Sex Marital Ther, 11:215-232, 1985
- 39) Masters, W., Johnson, V. : Human Sexual Inadequacy. Little, Brown & Co., Boston, 1970 (謝国権訳: 人間の性不全. 池田書房, 東京, 1971)
- 40) Masters, W., Johnson, V. : Human Sexual Response. Little, Brown & Co., Boston, 1966 (謝国権訳: 人間の性反応. 池田書房, 東京, 1971)

- 41) Melman, A.: Evaluation of first 406 patients in urology department based center for male sexual dysfunction. *Urology*, 32:6-10, 1988
- 42) Melvin, R.: Difficulties in brief conjoint treatment of sexual dysfunction. *Am J Psychiatry*, 132:177-179, 1975
- 43) Mohr, D. C.: Erectile dysfunction: A review of diagnostic and treatment procedures. *Clinical psychological review*, 10:123-150, 1990
- 44) 西園昌久: 精神療法と性の問題. 精神療法, 18:385-394, 1992
- 45) 小此木啓吾: 精神分析的にみた性機能障害の治療(徳田良仁, 小林司編: 人間の心と性科学Ⅱ. 星和書店, 東京, 461-485, 1978)
- 46) 小此木啓吾: 治療者患者間のセックス. 精神療法, 18:422-434, 1992
- 47) 長田尚夫: インポテンス患者の現状(石津宏編: インポテンス. 同朋舎, 京都, 1-18, 1990)
- 48) Rosen R. C.: Psychologically based treatment for male erectile disorder: a cognitive interpersonal model. *J Sex Marital Ther*, 20:67-85, 1994
- 49) 斎藤宗吾: インポテンス患者の精神構造(吉田修ら編: 図説泌尿器科学講座4. 廣済堂, 東京, 239-240, 1991)
- 50) 斎藤宗吾: ハネムーンインポテンス(吉田修ら編: 図説泌尿器科学講座4. 廣済堂, 東京, 241-245, 1991)
- 51) Sandra. R.: Couples therapy for erectile disorders: Conceptual and clinical considerations. *J Sex Marital Ther*, 17:147-159, 1991
- 52) Schoenberg, H. W.: Analysis of 122 unselected impotent men subjected to multidisciplinary evaluation. *J Urol*, 127:445-447, 1982
- 53) Shirai, M., et al.: A stochastic survey of impotence population in Japan. *Impotence*, 2:67-93, 1987
- 54) 白井将文: 男子性機能障害について. 心身医療, 3:19-26, 1991
- 55) Stephens, W. N.: The family in cross-cultural perspective. Holt, Pinehart and Winston, INC., 1963(山根常男・野々山久也訳: 家族と結婚. 誠信書房, 東京, 1971)
- 56) 武田建: インポテンスの症例分析(飯田真ほか編: 岩波講座精神の科学5 食・性・精神. 岩波書店, 東京, 333-354, 1983)
- 57) 東大教育学部教育心理研究室TPI研究会: TPI実施手引, 東京.
- 58) 辻岡美延: 新性格検査法. 日本心理テスト研究所, 大阪, 1979
- 59) Trimmer, E.: Basic sexual medicine. Curtis Brown Academic Ltd., 1978(松本泰訳: Basic sexual medicine 臨床家のための性医学. 中外医学社, 東京, 1981)
- 60) Walter, E.: Treatment of male sexual dysfunction: Sex therapy compared with systematic desensitization and rational emotive therapy. *Behav Res Ther*, 23:13-25, 1985

表 1

DSM-IV

302.72 男性の勃起障害 Male Erectile Disorder

- A. 適切に勃起し、性行為を完了するまでそれを維持することが、持続的に、または反復的に不能。
- B. その障害によって著しい苦痛が生じ、または対人関係が困難になっている。
- C. その勃起機能不全が（他の性機能不全を除く）他の第1軸障害ではうまく説明されないし、物質（例：乱用薬物、投薬）または他の一般身体疾患の直接的な生理学的作用によるもののみでもない。

病型

心理的要因によるもの：心理的要因が、性機能不全の発症、重症度、悪化、または維持に主要な役割を果たしていると判断され、一般身体疾患や物質が性機能不全の病因としての役割を果たしていない場合。

表2 患者調査項目

- 1). 患者年齢
- 2). 患者生育歴
 - 一人子
 - 長子
 - 中間子
 - 末子
- 3). 患者学歴
 - 大
 - 高
 - 中
- 4). 二者の間柄
 - 夫婦子あり
 - 夫婦子なし
 - 夫婦外
- 5). 患者の性交経験
 - 性交経験あり
 - 性交経験なし
- 6). パートナーの性交経験
 - 性交経験あり
 - 性交経験なし
- 7). 二者間の性交経験
 - 性交経験あり
 - 性交経験なし
- 8). パートナーの性障害
 - 性障害あり
 - 性障害なし
- 9). パートナーシップ解消の危機
 - 危機あり
 - 危機なし
- 10). 性的パートナー関係の期間
 - 一年未満
 - 一年以上
- 11). 患者の罹病期間
 - 一年未満
 - 一年以上
- 12). 勃起障害が起こる性交の段階
 - 前戯開始前
 - 前戯中
 - 挿入の直前
 - 挿入後
- 13). 患者の性格特性
 - <A類> (average)
 - <B類> (blacklist)
 - <C類> (calm)
 - <D類> (director)
 - <E類> (eccentric)
- 14). TPIで高値を示す基本尺度の有無
 - 高値あり
 - 高値なし

表3 単身治療群とカップル治療群の臨床的特徴

		単身治療群 n=40	カップル治療群 n=36	
平均年齢		34.0±9.7	34.9±4.4	
生育歴	一人子	8 (20.0)	6 (16.7)	
	長子	17 (42.5)	11 (30.6)	
	中間子	4 (10.0)	8 (22.2)	
	末子	11 (27.5)	11 (30.6)	
学歴	大	28 (70.0)	31 (86.1)	
	高	11 (27.5)	5 (13.9)	
	中	1 (2.5)	0 (0.0)	
二世の間柄	夫婦子あり	7 (17.5)	3 (8.3)	
	夫婦子なし	4 (10.0)	20 (55.6)	
	夫婦外	29 (72.5)	3 (8.3)	* p<0.001
悪習性交経験	あり	29 (72.5)	18 (50.0)	
	なし	11 (27.5)	18 (50.0)	* p<0.05
パートナー 性交経験	あり	33 (82.5)	19 (52.8)	
	なし	7 (17.5)	17 (47.2)	* p<0.01
二世間 性交経験	あり	15 (37.5)	14 (38.9)	
	なし	25 (62.5)	22 (61.1)	
二世関係 解消の危機	あり	4 (10.0)	6 (16.7)	
	なし	36 (90.0)	30 (83.3)	
性的関係期間	一年未満	26 (65.0)	4 (11.1)	
	一年以上	14 (35.0)	32 (88.9)	* p<0.001
婚姻期間	一年未満	29 (72.5)	8 (22.2)	
	一年以上	15 (37.5)	28 (77.8)	* p<0.001
勃起障害の 起こる段階	開始時	14 (35.0)	18 (50.0)	
	前戯中	8 (20.0)	3 (8.3)	
	挿入直前	14 (35.0)	11 (30.6)	
	挿入後	4 (10.0)	4 (11.1)	
性格特性	A型	11 (27.5)	7 (19.4)	
	B型	1 (2.5)	1 (2.8)	
	C型	6 (15.0)	12 (33.3)	
	D型	10 (25.0)	9 (25.0)	
	E型	7 (17.5)	5 (13.9)	
	不明	5 (12.5)	2 (5.6)	
TFI基本尺度	高値あり	7 (17.5)	5 (13.9)	
	高値なし	30 (75.0)	29 (80.6)	
	不明	3 (7.5)	2 (5.6)	

患者数 (%)

患者数 (%)

* p<0.05

表4 臨床的特徴と治癒率

		治癒率	治癒者	未治癒者
平均年齢			34.9±9.7	34.9±11.4
患者全体		55.3	42	24
生育歴	一人子	50.0	7	7
	養子	53.5	19	13
	中間子	35.0	9	3
	家子	50.0	11	11
学歴	大	50.9	30	28
	高	75.0	12	4
	中	0.0	0	1
二重関節痛	夫婦子あり	80.0	8	2
	夫婦子なし	58.8	20	14
	夫婦外	43.8	14	18
悪性性交結核	あり	59.0	28	19
	なし	49.3	14	15
パートナー性交結核	あり	57.7	30	22
	なし	50.0	12	12
二重関節性交結核	あり	65.5	19	10
	なし	48.9	23	24
二重関節 解消の経緯	あり	60.0	6	4
	なし	54.5	38	30
性的関係期間	一年未満	50.0	15	15
	一年以上	58.7	27	19
療育期間	一年未満	72.7	24	9
	一年以上	41.9	18	25
勃起障害の 起こる段階	開始時	59.4	19	13
	前戯中	54.6	6	5
	挿入直前	40.0	10	15
	挿入後	87.5	7	1
	不明	50.0	12	6
性欲特性	A型	61.1	11	7
	B型	0.0	0	2
	C型	61.1	11	7
	D型	30.8	7	12
	E型	66.7	8	4
	不明	57.1	4	3
TFI基本尺度	高値あり	68.7	8	4
	高値なし	54.2	32	27
	不明	40.0	2	3

* p<0.01

(N) 患者数 患者数

* p<0.05

表5 二者の間柄別の治癒率

		夫婦外	夫婦子なし	夫婦子あり
total		43.8 (14:18)	58.8 (20:14)	80.0 (8:2)
患者性交経験	あり	71.3 (10:4)	52.6 (10:9)	80.0 (8:2)
	なし	22.2 (4:14)	66.7 (10:5)	(0:0)
罹病期間	1年未満	57.9 (11:8)	87.5 (7:1)	100.0 (6:0)
	1年以上	23.1 (3:10)	50.0 (13:13)	50.0 (2:2)

治癒率 (%) (治癒者 : 未治癒者)

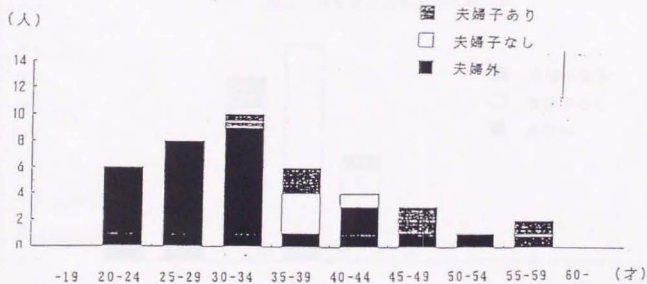
表6 単身治療群とカップル治療群の治癒率

		単身治療群	カップル治療群	
total		47.5 (19:21)	68.9 (23:13)	
患者性交経験	あり	58.6 (17:12)	61.1 (11:7)	
	なし	18.2 (2:9)	66.7 (12:6)	# P<0.05
罹病期間	一年未満	68.0 (17:8)	87.5 (7:1)	
	一年以上	13.3 (2:13)	57.1 (16:12)	# P<0.01

治癒率 (%) (治癒者 : 未治癒者)

* p<0.05

図1 単身治療群の年齢分布



(人)

図2 カップル治療群の年齢分布

