

分に話し合い、妊娠の不安から開放されることも大切なことです。

身体的疾患が原因で性交痛がある場合も、その痛みが心理的に作用して、さらに痛みを強く感じるという悪循環も起こります。身体的疾患は外陰や入り口付近の痛み、骨盤内の痛みに大別されます。外陰部の場合は炎症によることが多く、子宮や骨盤内の場合は子宮内膜症や骨盤内感染症などがあります。最近若い人たちの間でクラミジアによる骨盤内感染症が増加しており、性交痛を自覚症状としてクラミジア感染症が発見されることも少なくありません。これらの病気は産婦人科を受診して治療を受ける必要があります。

参考文献1) 大川玲子：性の悩みとカウンセリング、北村邦夫編著、21世紀のキーワード リプロダクティブ・ヘルス/ライツ ペリネイタルケア 1998 夏期増刊、メディカ出版、1998

性交痛を起こす女性の器質的疾患

膣・外陰疾患
膣・外陰炎(特に萎縮性膣・外陰炎)
外陰潰瘍、陰部ヘルペス、尖圭コンジローマ
会陰切開瘢痕
膀胱炎、尿道カルンケル
骨盤内疾患
骨盤内感染症、子宮内膜症、骨盤鬱血症候群
直腸の炎症性疾患

Q87 1ヶ月前に友達のお兄さんにレイプされました。今でも辛くて悔しいです。どうしたら彼を罰することができますか。

A87 あなたにとって大変辛い経験だったでしょう。

しかし、「女性の意志に反した、女性の望まない性行為」は性暴力であり、日本の刑法にもある「強姦罪」と呼ばれる、明らかな犯罪です。その罪と責任はすべて加害者にあり、あなたは非難されるべき立場ではありません。それを認識して泣き寝入りしないことを決めたのは、同一人による犯罪の繰り返しを防ぐためにも立派なことです。

けれどそのような事件の後では、たとえ時間が経っても、突然恐怖感に襲われたり、人間関係に過敏になったり、熟睡できなかつたりするものです。このような心の傷を癒すには、あなたの気持ちを十分

心理障害としての性交痛は…身体的な痛みとは異なり、心理的、イメージ的な痛みである。女性にとっての性交が痛みを伴うものである、という強い刷り込みが、こうした疾患と深い関連がある。身体疾患があるために性交痛を生じるものを、…有痛性交としたが、痛みはいずれにせよ心理作用で増減し、性反応にも影響を与える。すなわち、性交痛は性的興奮を妨げ、膣潤滑液の流出を抑え、痛みを強化するという悪循環をたどり、結局は性欲障害もきたす。

に聞いてくれる人が必要です。できたらまず、性暴力被害者のためのカウンセリングを受けてみてください。強姦救援センターや女性情報センター、警察の性被害者相談室などでカウンセラーを紹介してもらうこともできます。また、あなたが18歳未満であれば、児童相談所に届け出て、今後のことを相談することもできます。

さて、加害者の処罰を求めるには警察に告訴し、警察が検察に起訴します。告訴は被害後6か月以内という規定がありますので、なるべく早く行うほうがいいでしょう。直接警察に届け出ることができなければ、弁護士に相談し、代理人になってもらう道もあります。日本の刑事裁判は取り調べの際の調書を証拠として行われますから、実際にあなたが法定で尋問されることはまずありません。

また被害者は、心身の苦痛や治療などによる損害に対して賠償を求めることができます。これも通常、被害後3年以内という制限がありますから注意してください。

参考文献1)「現代性科学・性教育事典」編集委員会編：現代性科学・性教育事典、小学館、1995

強姦：刑法177条は強姦罪を次のように規定している。「暴行または脅迫を手段として13歳以上の婦女を姦淫した者及び13歳未満の婦女を姦淫した者は強姦罪として2年以上15年以下の懲役刑とする」。刑法は性交のことを姦淫とっており、被害女性が13歳未満であれば性交するにあたっての手段は問題にならない。…この他に、準強姦罪(刑法178条)がある。…さらに重いものとして、強姦致死傷罪がある。

参考文献2)日本性科学会、日本セックスカウンセラー・セラピスト協会監修：セックスカウンセリング入門、金原出版、1995

性的暴力 強姦とは：刑法による定義 …日本では、男性に対する強姦罪はない。性器の挿入があれば性交があったとされ、射精の有無は犯罪の成否とは無関係である。

暴行・脅迫はなくても、女性が意識不明(心神喪失)や、抵抗できない状態にあるのを利用して、性交を強要した場合も強姦罪と同様に処罰される(準強姦)。…女性の性的自由侵害の結果がもたらされるからである。泥酔している状態を利用するなどがその例である。

女性による定義 …「女性の意思に反した女性の望まない性行為」と簡明に定義している。…強姦は性行為というよりは、暴力行為である。

処罰を求めるには告訴が必要：告訴は被害者本人、被害者が未成年であれば法定代理人(通常は両親)ができる。未成年者でも13歳くらいであれば、本人ができることとされている。告訴は被害後6か月という短期間にしなければ、その後は受理されない。強姦の際に、性器または身体の他の部分にケガをしていけば、強姦致傷罪となるので、告訴は不要である。

証拠収集の困難より：…被害者本人の供述が重要な証拠。直後に産婦人科医の診察を受けて、診断書をとることが望ましい。射精があれば精子の存在を確認し、診断書に記載してもらうと有力な証拠とな

る。精液付着の衣類などは重要な証拠となるので、そのままの状態ですぐに捜査官に提出。

権利としての損害賠償請求：被害者は、自分の受けた心身の苦痛はもとより、強姦行為から発生した損害(治療費や休業補償なども)の賠償を求める権利がある。…この権利行使は、通常は被害後3年以内にはかできない。

「男の子の性の悩み」

Q88 射精って何？ どうして起こるのですか。

A88 精巣でつくられた精子が体外に排出される生理的現象のことです。

思春期になると、男子のからだは脳下垂体からの性腺刺激ホルモンの刺激を受けて、精巣の精細管から精子が、精巣の間細胞から男性ホルモンがつくられはじめます。この男性ホルモンは性器の発育を促し、声変わり、発毛、男性らしい骨格を形成させるはたらきもしています。精子は元の細胞から成熟した精子になるまで74日前後かかり、精巣上体に蓄えられて(60%は精巣上体尾部)、妊娠させる能力をもつようになります。そして、射精時に精管、射精管を通して、精囊液や前立腺液とともに精液として尿道を通して体外に排出されます。この時、性的な快感と欲求の満足感が得られます。ちなみに、射精時には膀胱の出口の筋肉が閉じるので、精液と尿が一緒に出ることはありません。

はじめての射精経験を精通といい、中学生から高校生のほとんどが経験します。精通は男子が大人になるためのパスポートともいわれ、健康に成長してきた証といえます。精通は性的な夢を見ながら体験したり(=夢精)、自分で性器を触れながら(=自慰)体験するなど、その経験の仕方は人によってさまざまです。

文献1)Campbell's Urology p.202 epididymis

文献2)Clermont Y: Kinetics of spermatogenesis in mammals; Seminiferous epithelium cycle and spermatogonial renewal. Physiol Rev, 52: 198, 1972

文献3)Amann RP: A critical review of methods

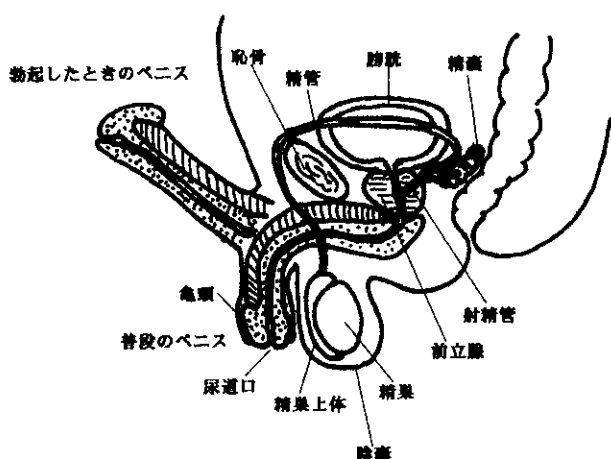
for evaluation of spermatogenesis from seminal characteristics. J Androl, 2: 37, 1981

Q89 勃起って何ですか？

A89 ペニスが硬く大きくなることです。

大脳が性的な刺激を受けて興奮すると、それが勃起中枢にはたらき、ペニスの海綿体にたくさん

男性性器を横から見たところ



の血液が流れ込んで、硬く、大きくなります。この現象を勃起といいます。

この勃起が起こらないと性交ができず、精液を女性の膈内へ注入して精子と卵を受精させることができません。ところで勃起は性的刺激だけによって起こるのではなく、睡眠中の夢を見ている睡眠(レム睡眠)中にも起こっていて、1時間半に1回位勃起しています。レム睡眠中や直後に目覚めると勃起しているペニスに気がきます。これがいわゆる「朝立ち」で、ぼうこうに尿がたまった刺激で勃起しているわけではありません。また、何も性的なことを考えていなくても(居眠りしているときや何も考えずにボーッとしているときなど)突然勃起してくることがありますが、これは頭の中で睡眠のリズムが残っているからです。

性的な夢を見ると射精(夢精)することがあります。

文献 1) Aserinsky E, Kleitman N: Regularly

occurring periods of eye motility and concomitant phenomena during sleep. Science 118: 273-274, 1953

文献 2) Fisher C, Schiavi R, Lear H, Edwards A, Davis DM, Witkin AO: The assessment of nocturnal REM erection in the differential diagnosis of sexual impotence. J Sex Marital Therapy 1: 277-289, 1975

文献 3) Karacan I: Clinical value of nocturnal erection in the prognosis and diagnosis of impotence. Med Asp Hum Sex 4: 27-34, 1970

Q90 精子ってなんですか？

A90 それでは精子のプロフィールを御紹介しましょう。

・容姿 全体の長さ約 0.06 ミリメートルのおたまじゃくし型で、頭は 0.0046 ミリメートルの長さの平べったい卵形です。

・生まれ 睾丸の中にある精細管という細い管の中で生まれ 74 日前後で育ちます。

・運動能力 秒速 3 ミリメートル

・生存期間 子宮の中では 3 日間くらい

・機能 23 個の染色体をもち、卵と合体し受精卵になり、生命を誕生させます。

こんな機能をもっている精子は、性腺刺激ホルモンの作用で思春期になると精巣でつくられはじめ、最初は少なかった数がだんだん増え、高校生くらいになると 1 日 1.5~6 千万個くらいの精子がつくられるようになります。その生産能力のピークは 20 歳前後ですが、男性の一生を通じてその生産が続けられています。

文献 1) Fawcett DW: The mammalian spermatozoon. Dev Biol, 44: 394, 1975

文献 2) Clermont Y: Kinetics of spermatogenesis in mammals; Seminiferous epithelium cycle and

精子



spermatogonial renewal. *Physiol Rev*, 52: 198, 1972

Q91 精液ってどのくらいの量が出るのですか。精子の数は1日にどのくらいつくられるのですか。

A91 1回の射精で1.5~6ミリリットル、平均3ミリリットルといわれています。正常な精子の数は、1ミリリットルの中に2~8千万個あります。1回射精すると4~5日で元の量に回復するので(毎日射精すると1回の量は少なくなります)、高校生くらいになると1日1.5~6千万個くらいの精子がつくられていることになります。

精液というのは、その大部分が精囊からの分泌液(1.5~2ミリリットル)で、それに前立腺からの分泌液(0.5ミリリットル)、尿道球腺液(勃起した時に尿道口から出てくる透明な粘液)と精管膨大部、精巣上体の分泌液に精子が加わったものです。したがって、精液が全部精子ではなく、精子の占める割合は1割以下です。

文献1) Campbell's Urology p. 665 Semen analysis, Physical characteristics

文献2) WHO: WHO laboratory manual for the examination of human semen and semen cervical mucus interaction. p. 27, Cambridge University Press, Cambridge, 1987

文献3) Eliasson R: Seminal, plasma, accessory genital glands and infertility. In: Male infertility: Workup, Treatment and Research (ed by Cockett ATK, et al). p. 189, Grune and Stratton, New York, 1977

Q92 包茎って異常なんですか。

A92 一言で異常とは言えません。

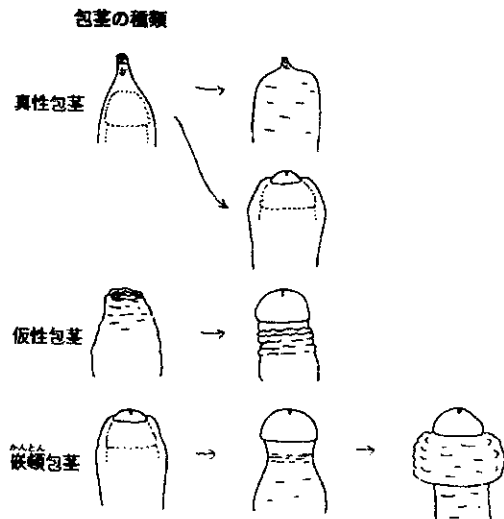
包茎とは亀頭部が皮膚(包皮)に覆われている状態をいいます。包茎には、真性包茎(手で包皮をむいても亀頭を露出できない状態)と、仮性包茎(手で包皮をむき亀頭を露出できる状態)の二種類に大きく分けられますが、図のようにその中間のものがあります。無理に包皮をむいてそのままにしておくと、包皮がむくんで腫れ、包皮を戻せなくなります。これを嵌頓包茎と呼んでいます。包皮をむいた場合はすぐ元に戻しておきましょう。包

茎の包皮は、皮膚が薄く敏感な亀頭を保護するという重要な役割があり、必要なものだからあるのです。ペニスが勃起したときに亀頭が露出すれば何の問題もありません。しかし、亀頭を露出できない真性包茎の場合は、結婚までには手術をしたほうが良いと思います。

文献1) 包茎: 新臨床泌尿器科全書 3B, p. 121-126, 金原出版

Q93 包茎だと手術が必要なんですか? どういう手術で、どのくらいの費用がかかりますか。

A93 ほとんどの場合、手術は必要ありません。手術の方法や費用は病院に問い合わせてください。



真性包茎の場合は、手術が必要といわれています。この場合には、健康保険が適応されますので、費用はそれほど高額ではありません。仮性包茎の場合は、手術の必要がありません。希望すれば、手術を受けることができますが、この場合は、美容形成と同じ扱いになるので、健康保険は適応されません。費用は自己負担となるため高額ですし、病院によってかなり異なります。また、手術を受けたからといって全ての悩みが解決するわけではありません。たとえば、こんな例もあります。

A 君の場合、クリニックで3回も手術を受け直していました。しかし、泌尿器科医が診察したところ、異常はありませんでした。

B君の場合は、手術後も、ペニスがなえているときは亀頭部が包皮で覆われているために異常ではないかと悩み続け、動悸がしたり、冷汗が出てくるといった症状みられるようになりました。診察の結果、ペニスが勃起した時の伸長率が大きいので、わざと包皮を長く残して手術したことがわかりましたが、B君の不安はすぐには解消されませんでした。

このような事例もありますので、手術をするなら雑誌の広告などに感わされないよう、泌尿器科医に相談して慎重に考えてから行って下さい。

文献 1) 北村邦夫編：包茎，思春期 Q&A OPEN HOUSE スタッフから 126 のメッセージ，(社)日本家族計画協会，p. 32-33，1998

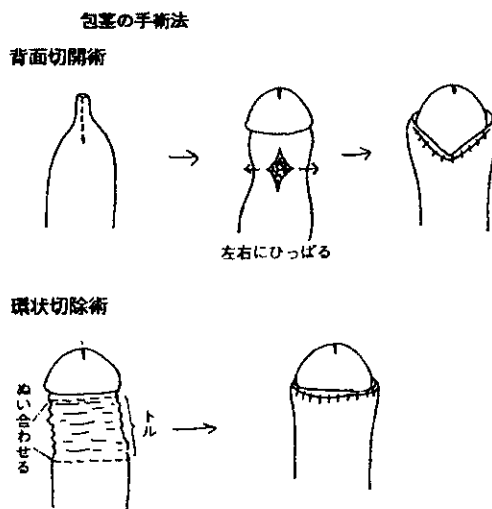
Q94 包茎は手術をしなくても自然に治りますか。
A94 毎日、亀頭を露出させて、きれいに洗うことを繰り返してください。

「治る」というのは、どういう状態になることを意味しているのでしょうか。亀頭部が常に露出した状態でなくても、手を使って露出すれば問題はありません。これから説明することを実行してみてください。

①亀頭部を露出させる時のポイント

- ・毎日むけるところまで包皮を後退させます。こうすることで包皮口が広がりがり、亀頭部が徐々に露出していきます。2〜3か月続けてみましょう。
 - ・包皮と亀頭部が癒着している場合は、毎日入浴時に癒着部をきれいに洗い、包皮を後退させ、痛みを感じますが、癒着を少しずつ剥がすようにしてみてください。癒着を剥がすのが困難な場合には泌尿器科医の診察を受けてください。
 - ・包皮口が狭い場合は、亀頭部を露出できても包皮が戻らなくなる場合があります。無理に亀頭部を露出させないで、包皮口が十分に伸びたところで止めます。
 - ・亀頭部が露出しても、はじめのうちはずいぶん包皮の中に戻してください。
 - ・スムーズに亀頭部が出るようになったら、冠状溝まで露出します。
- #### ②亀頭部を露出させた後のチェックポイント
- ・勃起時にペニスが締めつけられないことを確認

します。



- ・入浴した時には、亀頭部に石鹸をつけて洗い、きれいに洗い流します。
- ・亀頭部を露出させて排尿します。

文献 1) 岩室紳也、古田 昭、岩永伸也ら：新生児の包茎に対する包皮翻転指導，日泌尿会誌，88(1)35〜39，1997

文献 2) 北村邦夫編：包茎，思春期 Q&A OPEN HOUSE スタッフから 126 のメッセージ，(社)日本家族計画協会，p. 33-34，1998

Q95 包茎だと性感染症(STD)にかかりやすいですか。

A95 そんなことはありません。パートナーがSTDでなければ問題ありません。

STDにかかるのは、STDに感染している人とセックスするからです。包茎であるかどうかは問題ではなく、STDに感染する危険性のあるセックスをするかどうかは問題だと思います。包茎の場合は、包皮をむいてきれいに洗ってからセックスしましょう。パートナーとはじめてセックスする時には、事前にお互いにSTDの検査を受けるぐらいの気遣いがあるといいのではないでしょうか。しかし、お互いにセックス未経験の場合にはSTDの心配はありませんから、検査の必要はありません。はっきりしない場合はコンドームを使

用してください。

文献 1) 北村邦夫編：包茎，思春期 Q&A OPEN HOUSE スタッフから 126 のメッセージ，(社)日本家族計画協会，p. 34，1998

Q96 包茎だとコンドームがはずれやすいですか。
A96 確かに普通に付けただけでは、はずれやすくなってしまう。

ペニスの手入れ



入浴した時に、亀頭部に石けんをつけて洗う

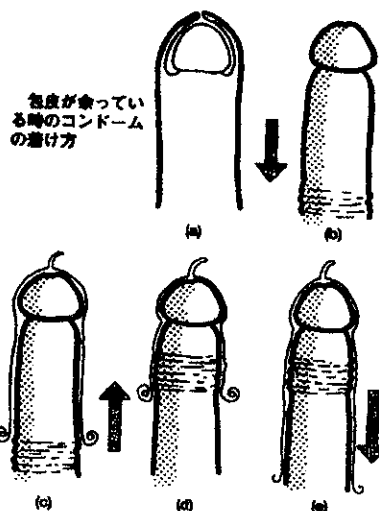
まず、コンドームを装着する前に、真性包茎でないこと、勃起時にペニスが包皮口で締めつけられないことを確認します。また、常にペニスを清潔に保つようにしておきます。

＊コンドーム装着時のチェックポイント

- ・ペニスを勃起させます。
- ・勃起後も包皮がかぶっている場合には、ペニスの皮膚を根元までたぐりよせて、ペニスの先端の皮膚を緊張させます。余った皮膚は根元にあつめておきます。
- ・コンドームを皮膚に密着させるように根元までかぶせます。
- ・コンドームの表と裏を間違えないように注意してください。

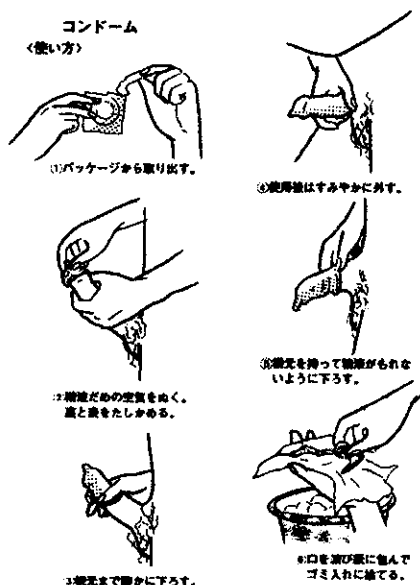
また、仮性包茎の場合、この状態でセックスすると、余った皮膚と一緒にまくれ上がってしまい、膣内ではずれることがあります。そのため、次の注意が必要になります。

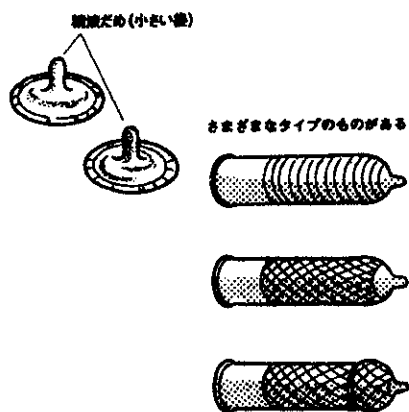
- ・コンドームがかぶっているペニスの根元の皮膚を、亀頭部方向に引っ張ります。ペニスの根元にたぐり寄せられたコンドームのかぶっていない皮膚が露出します。
- ・新たに露出した皮膚を緊張させて、さらにコンドームをかぶせます。



ここまできちんとコンドームを装着していれば、セックスの最中にはずれる危険性は少なくなります。コンドームは皮膚と接する面積が多いほどはずれにくいのです。こんなにペニスをさわっていたら、セックスする前に射精してしまうという人がいますが、コンドームを上手につけられるようになるには練習が必要です。日頃からマスターベーションの時にしっかり練習しておきましょう。

文献 1) 北村邦夫編：包茎，思春期 Q&A OPEN HOUSE スタッフから 126 のメッセージ，(社)日本





Q97 包茎だと早漏になりやすいですか。

A97 そんなことはありません。

包茎だと龟头が敏感なので膣から受ける刺激が強いです。龟头だけで快感を得るわけではないので、包茎と早漏とは、まったく関係がないと考えてください。そして、早漏についてですが、早漏の診断基準には何分以下などといったものはありません。早漏かそうでないかは、相手が性的に満足できているかどうかで決まるのです。つまり、相手が満足できていれば、たとえ勃起から射精までの時間が短くても、早漏とはいわないのです。

逆に、相手が十分に満足してしまっているのに、自分はまだ射精できずに疲れてしまう遅漏という状態があります。つまり、射精までの時間が長いからといって良い訳ではありません。

しかし、相手が満足せず、うまくいかない場合は泌尿器科や精神科の専門医に相談してください。

文献1) 白井将文(分担)：性機能障害、性機能障害の診断, p. 79, 南山堂, 東京, 1998

文献2) 石津 宏(分担)：性機能障害、射精障害の治療, p. 195, 南山堂, 東京, 1998

Q98 包茎だと女の子に嫌われたりしませんか。ちゃんとセックスできますか。

A98 包茎だけが理由で嫌われることはありません。

包茎でも龟头を露出できればセックスはできます。

よく雑誌などに「包茎は百害あって一利なし」とか「包茎は女に嫌われる」などと書いてあり、こんな記事に振り回されて悩んでいる人が多いようです。包茎の包皮は、皮膚が薄く敏感な龟头を保護するという重要な役割があり、必要なものだからあるのです。ペニスが勃起したときに龟头が露出すれば何の問題もありません。また、人を好きになるのに性器を見て決める人はいないと思います。人を好きになるというのは、相手の短所も長所も含めて、すべてを受け入れるということではないでしょうか。自分自身の価値観をしっかりと持っていれば、包茎が理由で嫌われることはないはずです。龟头部を露出できない人は、龟头部を露出させる努力をし、お風呂では性器を良く洗い、清潔を保つように心がけて下さい。

文献1) 北村邦夫編：包茎, 思春期 Q&A OPEN HOUSE スタッフから 126 のメッセージ, (社)日本家族計画協会, p. 36, 1998

Q98 友達に比べてペニスが小さいのですが。

A98 ペニスの大きさには個人差があります。

同じ17歳でも、体格にはずいぶん差があると思います。ペニスもそれと同じで、個人差があるのが当然です。女性の膣の長さも同様ですが、外から見えないのであまり問題にされないのです。ペニスがたとえ小さかったとしても、勃起時の長さが4~5センチメートルあれば充分セックスができるというのが専門家の共通した意見です。また、ペニスの大きさと男の良し悪しが決まる訳でもありません。

文献1) 北村邦夫編：包茎, 思春期 Q&A OPEN HOUSE スタッフから 126 のメッセージ, (社)日本家族計画協会, p. 37, 1998

Q100 龟头が大きく(小さく)、とがっています。

A100 ペニスの大きさと同様、龟头の大きさや形にも個人差があります。大事なことは、形や大きさではなく、龟头部が完全に露出できるかどうか、清潔であるかどうかということです。

文献 1) 北村邦夫編：包茎，思春期 Q&A OPEN HOUSE スタッフから 126 のメッセージ，(社)日本家族計画協会，p. 37，1998

Q101 ペニスの色が人より黒く感じます。

A101 これもまた個人差があるのです。

皮膚の色は、年齢によって変化することはありますが、マスターベーションやセックスの経験によって変化することはありません。また、亀頭は皮膚が薄いので勃起すると血液の色で赤くなります。

文献 1) 北村邦夫編：包茎，思春期 Q&A OPEN HOUSE スタッフから 126 のメッセージ，(社)日本家族計画協会，p. 37，1998

Q102 陰嚢は伸びたり縮んだりするのですか。

A102 温度の変化や緊張感の有無で変わります。

陰嚢の中には精巣があり、そこでは精子がつくられています。精子をつくるには体温より 5°C くらい低めが適温なので、精巣は冷やすために、体の中からわざわざ陰嚢の中に降りてきたのです。陰嚢のしわが伸びたり縮んだりすることで、表面積を変えて温度を調節しているのです。寒い時にはギュッと縮み、暑いときにはグッと伸び、車のラジエターのような役割をしています。また、精神的な緊張状態でも縮むなど、心理的变化にも影響を受けます。

文献 1) 沢村良勝(分担)：アンドロロジーマニュアル，陰嚢，p. 44-45，新興医学出版社，東京，1994

文献 2) 宗義武：精原細胞の分化に影響を及ぼす因子。ホルモンと臨床，34：113，1985

Q103 亀頭の裏側にブツブツがあります。これは何ですか。

A103 神経突起というものであれば、心配ありません。

ちょうど亀頭のくびれているところにブツブツがあるのだと思います。これは神経突起といい、神経の先端がブツブツと出ていて、触れるととても敏感に感じる場所です(文献)。ペニスの成長

のしるしともいえるものです。ただし、セックスの経験があり、かゆみや痛みなどの症状があつてブツブツの数が増えている場合は、尖圭コンジロームなどの病気も考えられます。心配な人は泌尿器科で診てもらいましょう。

文献 1) 北村邦夫編：包茎，思春期 Q&A OPEN HOUSE スタッフから 126 のメッセージ，(社)日本家族計画協会，p. 37，1998

Q104 マスターベーションって何？

A104 自分のからだ(おもに性器)をさわって射精を起こし、性的に気持ち良くなることです。

マスターベーションは自慰といたり、オナニーといたりします。

文献 1) オナニー，医学大辞典，p. 231，南山堂，東京，1990.)

Q105 マスターベーションはいけないことですか。

A105 いけないことではありません。生理的な欲求です。

自分の体を自分で刺激することは、悪いことではありません。むしろ、性的な欲求を自分で解消したり、抑えたりする練習になる、良い方法と考えられています。

文献 1) 北村邦夫編：包茎，思春期 Q&A OPEN HOUSE スタッフから 126 のメッセージ，(社)日本家族計画協会，p. 38，1998

Q106 マスターベーションの回数はいくつまでいいのですか。

A106 回数にこだわることはありません。

あなたがそうすることを望み、性的に快感を得られるなら、回数の多い少ないは心配しなくてよいのです。大切なのは、ゆったりとした気分ですることです。しかし、回数が多すぎるとペニスの皮膚がこすれて炎症を起こすことがあるので気をつけましょう。

文献 1) 北村邦夫編：包茎，思春期 Q&A OPEN HOUSE スタッフから 126 のメッセージ，(社)日本

Q107 マスターベーションの方法を教えてください。

A107 決まった方法があるわけではありません。

自分の体を自分でさわって、いい気持ちになることですから、人によってどこが気持ちいいか、どうすれば気持ちいいかは違います。だから決まった方法があるわけではありませんが、普通はペニスを手で軽く握って往復運動することが多いようです。そして、快感が高まると射精が起こります。また、うつ伏せになって勃起したペニスを布団との間に強く押し付けたりする方法で快感を得る方法を身につけると、実際の性行為で、女性の膣からの刺激では射精ができなくなることがあります。

マスターベーションをする時はこんなことに注意してください。

- ・自分がゆったりとした気分になれる場所と時間を選びます。
- ・ほかの人に見せたり、強要したりしないでプライベートに行ないましょう。
- ・性器は傷つきやすく、デリケートですから、やさしく扱うようにしてください。
- ・勃起したペニスを無理に下に向けて力を加えると海綿体が折れることがあり、緊急手術が必要になります。

文献1) 白井将文, 高波真佐治, 牧 昭夫, 黒田加奈美, 三浦一陽, 安藤 弘: マスターベーションの方法が原因と考えられる射精障害. 思春期学(5): 514-518, 1987

文献2) 陰茎折症: 新臨床泌尿器科全書6B, p. 97-100, 金原出版, 東京

Q108 マスターベーションと夢精はどう違うのですか。

A108 精液が体の外に出るということは同じですが、射精を起こすことに自分の意志が働いているかどうかの違いがあります。

精巣でつくられた精子の排出を自分の意志で行なうことをマスターベーションといいます。マスターベーションとは、ペニスをさすったり摩擦し

たりして射精をする行為のことで、それによって快感を伴い、性的な緊張を解くことができます。

一方、夢精は生理的な遺精(無意識に射精すること)で成熟期の未婚男子に多くみられ、寝ている時に性的な夢を見るなどして、勃起と快感を伴う射精が夜間睡眠時起こる現象です。

なお、友達とふざけあっている時など起きているときに、勃起も快感も伴わずに起こる不意の射精は病的な遺精なので泌尿器科医を受診しましょう。

文献1) 遺精, 医学大辞典, p. 89, 南山堂, 東京, 1990

Q109 マスターベーションのやりすぎは、からだによくないって本当ですか。

A109 からだへの害はまったくありません。

昔は「手淫」といって「手を汚す」という意味でやめさせようとした時代がありました。でも、現在では、マスターベーションは性的な欲求の解消とコントロールができる大切なもの、といわれています。また、マスターベーションをやりすぎると精液がなくなると心配する人がいますが、精液がなくなることはありません。もちろん、頭が悪くなることもありません。

文献1) 北村邦夫編: 包茎, 思春期 Q&A OPEN HOUSE スタッフから 126 のメッセージ, (社) 日本家族計画協会, p. 40, 1998

Q110 マスターベーションをしているところを親に見られてしまいました。どうしたらいいですか。

A110 見られてしまったのは仕方ありませんが、これからは見られないようにしましょう。

マスターベーションは、プライベートな行為なので、人に見せたりするものではありません。

家族に見られない時間と場所を選ぶと同時に、自分の部屋に入るときはノックをしてもらいましょう。

文献1) 北村邦夫編: 包茎, 思春期 Q&A OPEN HOUSE スタッフから 126 のメッセージ, (社) 日本家族計画協会, p. 40, 1998

Q111 勃起しにくくなったみたいで心配です。(高三受験生)

A111 無理をせず、少し心身をリラックスさせましょう。

勃起機能障害(勃起しにくくなること)には、勃起を起こさせる神経や血管に問題があって勃起しない場合と、これらに問題のない心因性勃起機能障害があります。心因性の場合、何か不安や心配事など、精神的ストレスがあると、交感神経のはたらきでペニスの血管が広がらず、勃起しにくくなったり、勃起しなくなったりします。疲れていても同じような状態になることがあります。あなたは受験生ですから、ストレスが影響しているのでしょうか。心身をリラックスさせ、勃起のことをあまり考えずに様子を見てみましょう。それでもよくならなければ、泌尿器科医で相談してください。

文献1) 白井将文(分担) : 性機能障害, 性機能障害の定義と分類, p. 68-70, 南山堂, 東京, 1998

Q112 人に見られないとマスターベーションができないのですが。

A112 マスターベーションは、一人であることが原則です。

自分が人に見せていい気持ちになっても、見せられる人にとっては不快なことが多いものです。また、今後もずっと見ることを好む相手を探し続けなければならない、それは不可能だと思います。一人でできるよう、からだを慣らすようにしましょう。どうしても人に見られないと性的興奮が起らない場合は、一度精神科の先生に相談しましょう。

文献1) 北村邦夫編 : 包茎, 思春期 Q&A OPEN HOUSE スタッフから 126 のメッセージ, (社) 日本家族計画協会, p. 40, 1998

その他

Q113 ペニスの皮の中に白いかたまりがあるのですが、大丈夫でしょうか？

A113 それは恥垢のかたまりが皮膚を通して見えているのです。特に炎症がなければ問題はありません。

癒着した亀頭と包皮の間に恥垢がたまっている状態です。緊急性はありませんが、恥垢に感染をして炎症が起こすと、包皮と亀頭が真っ赤に腫れて痛くなるので、癒着を剥がしてもらい、恥垢を取り除いてもらったほうが良いと思います。

文献1) 亀頭包皮炎症 : 新臨床泌尿器科全書 5B, p. 140-141, 金原出版, 東京

Q114 時々亀頭や睾丸がチクチクと痛むのが心配です。

A114 亀頭や睾丸には傷や炎症がないのではないのでしょうか。前立腺のうっ血によって起こる痛みが亀頭や睾丸に走ったものだと思います。マスターベーションなどで射精後や射精をこらえたりすると起こりやすいものです。尿道、会陰部、腰、下腹部、太ももの内側などにも痛みを感じることもあります。ふつうは、放っておけば自然に痛みは消えていきます。

文献1) 池内隆夫 : 前立腺痛の治療法, 臨床泌尿器科, 50(4)242-246, 1996

Q115 右の睾丸が左に比べて陰囊の上の方にあるのですが？

A115 睾丸は必ずしも左右同じ高さにあるとは限りません。同じ高さでなくても陰囊の中にあれば心配いりません。しかし、陰囊の上の鼠径部であれば、それは停留精巣ですからその場合は手術によって陰囊の中に降ろさなければなりません。心配ならば泌尿器科を受診してください。

文献1) 岩澤俊久(分担) : アンドロロジーマニユアル, 精巣の先天異常, 停留精巣, p. 90-93, 新興医学出版社, 東京, 1994

Q116 中学1年の男子ですが、友達には生えているのに自分には陰毛が生えてきません。大人になれるのでしょうか？

A116 二次性徴(思春期になって徐々におとなの体になってくることが始まるのは、通常男子は女子に比べて1~2年遅く、また個人差があります。中学2年になっても二次性徴が起これなければ小児科または泌尿器科を受診してください。

文献1) Ducharme, J. R. & Collu, R.: Pubertal development: normal, precocious and delayed. Clin. Endocrinol. Metab. 11: 57-87, 1982

文献2) Chaussain, J. L.: Late puberty. In: Clinical Pediatric Endocrinology (ed. by Brook, C. G. D.), p. 240-247, Blackwell, Oxford, 1981

Q117 右の睾丸が痛くはありませんがだんだん大きくなってきました。

A117 それが柔らかく弾力があれば、陰囊の中に水が溜まる精巣水腫や精索水腫ですが、丸く硬くボールのようだと精巣腫瘍の可能性があるので、泌尿器科医を受診しましょう。

水腫であれば陰囊に針を刺して水を抜けばよいのですが(再発を繰り返す場合は手術が必要です)、腫瘍の場合は早く手術をして取り除かなければなりません。

文献1) 陰囊水腫: 新臨床泌尿器科全書 3B, p. 126-128, 金原出版, 東京

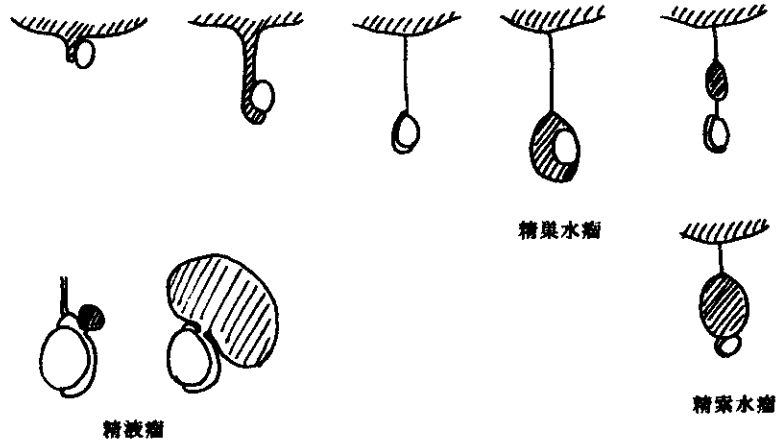
文献2) 精巣腫瘍: 新臨床泌尿器科全書 7B, p. 125-171, 金原出版, 東京

文献3) 松島正浩(分担): アンドロロジーマニュアル, 精巣腫瘍, p. 167-180, 新興医学出版社, 東京, 1994

Q118 小学4年ですがペニスが人より小さいのです。

A118 あなたは太ってはいませんか。太っているとペニスの根元の下腹に皮下脂肪がついて、この脂肪にペニス埋もれて小さく見えることがあります。

これを埋没陰茎といっています。指で皮下



陰囊内水腫の種類

脂肪をギュッと押し分けると、意外にペニスは大きいものです。もう少し痩せればペニスが目立って大きく見えるようになります。脂肪を押し分けなくてもペニスが小さく、気になるようであれば泌尿器科を受診してください。

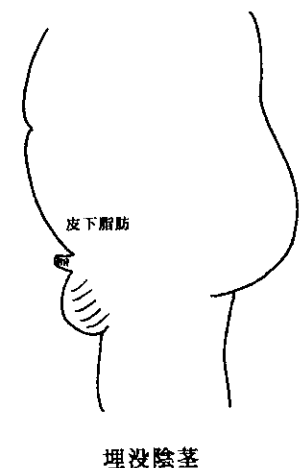
文献1) 埋没陰茎: 新臨床泌尿器科全書 3B, p. 110-171, 金原出版, 東京

文献2) 石井延久(分担): アンドロロジーマニュアル, 埋没陰茎, p. 99-101, 新興医学出版社, 東京, 1994

Q119 右の睾丸が夜中に突然痛くなり目が覚めました。痛くて我慢できません。

A119 精索捻転症の可能性が高いので、すぐに泌尿器科を受診

してください。精巣に行っている血管や神経や精管のはいつている精索が捻れて血液が流れなくなり、精巣は死んでしまいます。24時間以内が勝負です。すぐに泌尿器科を受診してください。



文献1) 精索捻転症：必修泌尿器科学，p. 427-428，南江堂，東京

Q120 尿道の穴が2つあります。

A120 2つあっても上の方の穴は行き止まりになっていませんか。下の方の穴からオシッコが出れば、それは尿道下裂の最も軽度なタイプです。排尿やセックスに支障はありませんが、念のため泌尿器科を受診してください。

文献1) 尿道下裂：新臨床泌尿器科全書3B，p. 11-29，金原出版，東京

文献2) 高波真佐治(分担)：アンドロロジーマニュアル，尿道下裂，p. 107-111，新興医学出版社，東京，1994.)

Q121 痛みはないのですが、精液に血が混ざっていました。

A121 炎症や腫瘍などはっきりした原因のない特発性血精液症だと思いますが、念のため泌尿器科を受診してください。

文献1) 三浦一陽(分担)：アンドロロジーマニュアル，血精液症，p. 240-241，新興医学出版社，東京，1994

Q122 尿道口の少し下に小さな水膨れみたいなものができています。

A122 包皮小体部嚢腫と思います。念のため泌尿器科を受診してください。注射器で水を抜くか、手術で切り取ってしまいます。

文献1) 性器会陰部縫線嚢胞および管腔：新臨床泌尿器科全書3B，p. 138-141，金原出版，東京

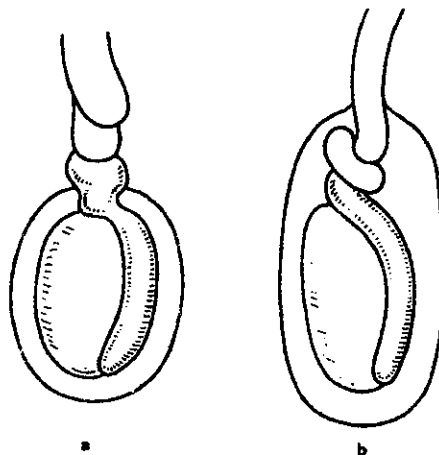
「思春期の心の悩み」

Q123 思春期はどうして親への反抗が強くなるのでしょうか？

A123 学童期までの親子関係は親が子どもを保護し、子どもは親に依存するという、お互いに引っ張り合

う求心的な側面が強いものです。しかし、思春期に

精索捻転症 (必修 泌尿器科学より引用)
a. 精巣外捻転
精巣そのものも捻転巻き込まれている
b. 精巣内捻転
精巣を切開してはじめて捻転部が現れる



なると学童期と同じような保護・依存関係に加えて、子どもは親から自立し、親もそれを許すという、お互いに離れて行く遠心的な側面が必要になってきます。思春期の子どもは、親からの自立と親に対する依存というふたつの相反する心性(アンビバレンス)を同時に処理しなければならないために、親子関係も複雑になってくるのです。

それが、具体的に現れるのが子どもの親への反抗です。親が過度に子どもに対して干渉しようとする、子どもは親の保護から離れ、自分の心理的なスペースを作りたいという欲求が強く表れます。しかし、それを合理的に親に伝える手段が未熟なために、一見乱暴で理不尽な態度で親を拒絶しようとするのです。それが、いわゆる思春期に特有の第二次反抗期となって現れるわけです。

反抗は子どもの自立欲求の現れであると同時に、親に対する依存の現れでもあります。たとえば、自分の失敗を親のせいにして親を責めることが見られますが、これなどは反抗することによって親の注目を集め、自分の行動の責任を親に転嫁しているわけです。

文献1) 木村 栄、馬場謙一「母子癒着」有斐閣、1988

- 文献2) 牧野カツコ、中野由美子、柏木恵子編「子どもの発達と父親の役割」ミネルヴァ書房、1996
文献3) 山根恒男編著「わかりやすい家族関係学」ミネルヴァ書房、1996
文献4) 「思春期ころのいる場所」岩波書店、1996

Q124 親子関係が子どもの心理的な問題に影響することはあるのでしょうか？

A124 思春期には、子どもが年齢相応の社会性を獲得できず、対人関係がうまくいかないことから不登校状態になることがあります。その原因を親子関係のみに帰結することはできませんが、そのような事例を多く経験していると、共通した家族関係がみられます。それは、母親との幼少時からの心理的依存関係が継続して、いわゆる母子密着状態にあり、父親とはそれとは反対に疎遠で、コミュニケーションが希薄というパターンです。

精神分析理論では、3-4歳のエディプス期には、それまでの母子共生関係に父親が割って入り、子どもは父親に対する愛と憎しみという葛藤を体験することによって、母親との密着関係から離れるといえます。思春期にも同様なメカニズムが働くわけです。つまり、母親に比べて子どもとの関係が薄い父親が子どもを社会という未知の世界に入るためのエージェント(仲介者)として機能します。しかし、父親が心理的に不在だと、この役割を果たすことができず、子どもは母親との過度な依存関係を絶ち切れないまま、思春期に突入し、親への依存を継続したまま、学校や友人関係という社会的な人間関係をうまく処理することができないのです。

- 文献1) 木村 栄、馬場謙一「母子癒着」有斐閣、1988
文献2) 牧野カツコ、中野由美子、柏木恵子編「子どもの発達と父親の役割」ミネルヴァ書房、1996
文献3) 山根恒男編著「わかりやすい家族関係学」ミネルヴァ書房、1996
文献4) 青木省三「思春期ころのいる場所」岩波書店、1996

Q125 帰国子女をめぐる状況は変化しています。メンタルヘルスの問題はどうか？

A125 海外生活の影響を無理やり取り去る“帰国刺がし”の時代から、語学力を買われての日本での就

職や、帰国子女枠を設けての編入学制度が定着しつつある現在まで、帰国子女を取り巻く状況も変化しています。

こうした変化に伴い、メンタルヘルス相談のほうも様変わりしてきました。海外生活に適応していた子どもが、帰国後に学校でいじめに遭ったというのが、従来の主たる相談パターンでした。最近では、海外滞在中、治安が心配で母子密着状態となり、帰国後も母親から離れられずに不登校を呈した例、海外の狭い日本人社会で、父親の上司の息子からいじめられ、遠慮して対応をこまねいた父親が家族の不信を買って、帰国後も夫婦や父子関係が回復しなかった例など、相談が多様化しています。

しかしながら、子女教育に関する保護者の強い不安は、海外滞在中・帰国後を通して、今も昔も変わりません。父親の勤務先企業では、昨今の経済情勢を反映して、海外からの撤退、突然の帰国辞令という事態も起こり得ます。これを受けて、帰国子女枠に入る条件を満たすため、父親の帰国後も母子で現地に残留する“逆単身赴任”も珍しくありません。海外では情報も限られているため、母親は、帰国後はどうしても受入れ校に入れなければという思いこみを持ちやすく、さらには「受入れ校なら万全」という過度の期待を抱きがちです。実際には受入れ校といえども、帰国子女専任の常勤教員を配置できるような余裕のある学校はむしろ珍しく、母親の期待と現実との間にギャップが生じかねません。こうした母親を受容し、不安の軽減をはかることが、帰国子女相談の第一歩といえます。

文献1) 倉林るみい: どうしてあたしがいじめられるの?—異文化不適應、帰国子女、藤縄昭編、ころのソムリエー精神科医 28 人の見立てと助言— 弘文堂 東京 3-12、1998

Q126 帰国子女は全国で何人くらいいるのですか？

A126 海外に1年以上在留し、かつ帰国後3年以内の児童生徒は平成10年5月現在で32,017名を数え、全国の小中高9009校に在籍しています。帰国児童生徒(各年度間に、海外に1年以上在留して帰国した児童生徒)数の年度別の推移を見ると(図)、昭和末期に急増して、平成以降はほぼ横這いであることがわかります。

(図挿入 帰国児童生徒数の推移)

文献1) 文部省教育助成局海外子女教育課編：海外子女教育の現状、東京 1999

Q127 帰国子女は帰国子女受入れ校に行くのがいっばん良いのでしょうか。

A127 文部省の指定を受けた帰国子女研究協力校は、公私立小中高校合わせて全国で71校あります(平成10年度)。いわゆる帰国子女受入れ校は、これよりはるかに多く、東京都の国公私立小中高校だけで380校に達しています。

帰国子女受入れ校を選んだ場合の良い点は、何よりも、海外体験を終えたばかりの子どもたちの受け入れに慣れており、ソフトランディングが期待できる点にあります。転入転出も日常茶飯事で、転校生として過度に注目を集めることもありません。

ただし、必ずしも、居住学区に受入れ校があるとは限りません。受入れ校に越境入学した場合は、遠距離通学が負担になる上、近隣に同級生がいいため、かえって子ども同士のコミュニティにとけ込むのが遅れる可能性があります。帰国前に予め受入れ校の学区を調べて、帰国と同時に家族ぐるみでその学区内に転入するというケースも見られます。この場合は越境のデメリットはありませんが、帰国という大きな環境変化に加えて、家族全員がなじみのない新しい土地で暮らすというストレスを背負うこととなります。

さらに、受入れ校転入をめざす家庭は一般に教育熱心ということもあってか、受入れ校の中には周辺校に比べて、結果的に学力レベルの高い子どもが集まってしまうきらいもあり、成績を相対評価されたとき、周辺校との間に格差が生じてしまう場合があります。

以上のように、受入れ校が必ずしも最善の選択校ではないこともあります。個々の状況に応じた選択ができるよう援助することが大切です。

文献1) 渡辺久子：帰国子女のメンタルヘルス 多文化間精神医学会(編) 外国人労働者ところ、多文化精神医学の現在、現代のエスプリ 335: 136-144, 1995

Q128 学校不適応(不登校など)は精神障害と関係が

ありますか？

A128 学校不適応では、次のような精神障害と混同されることがあるので、鑑別しておかなければなりません。

①精神分裂病

被害関係妄想の対象が次々広がりを見せる場合、離人感、自己臭・思考障害などを伴う場合、成績が急降下して、無為自閉的生活に至る場合には鑑別が必要です。

②うつ病

特に誘因がないのに、抑うつ気分・疲労感・不眠・不安焦燥感などに加え、思考内容が悲観的・自責的で、自己評価が極端に低いような場合には鑑別が必要です。

- ・ 発達障害・多動障害：軽度の障害では、学童期になり、要求が高くなって初めて、適応能力の乏しさが明らかになることがある。
- ・ 強迫性障害性：幼児期から強迫的行動があったり、親にも強迫性が認められる時には、鑑別が必要です。
- ・ 睡眠覚醒障害：極端に睡眠相が後退したり、毎日少しずつ後退したりする場合には鑑別が必要です。
- ・ その他：摂食障害、てんかん、脳器質性疾患、人格障害

文献1) 星加明徳ほか：小児科における不登校児—初期の症状について—、小児の精神と神経、28:219-222、1988

文献2) 堀要：登校拒否と抑うつ状態、児精医誌 3:41、1962

文献3) 山崎晃資、高橋彰彦：児童・思春期精神障害、臨床精神医学 23:301-308、1994

文献4) 山本賢司ほか：非24時間型睡眠覚醒リズムを呈した不登校の一例、児童青年精神医学とその近接領域 36:285-296、1995

Q129 学校不適応(不登校など)の予後はどのような因子に影響されますか。

A129 精神病圏の疾患に伴う学校不適応は、どの年齢層でも予後が不良な傾向にあります。

それらを除いた場合、小中学生では、不登校者が、義務教育過程中に安定した登校を再開した場合予

後良好、未登校のまま過ぎた場合予後不良とする評価法が多く用いられます。この場合予後良好な者に共通なのは、登校拒否歴がない、誘因がある、治療歴がない、不登校状況が漸続的である、生活リズムが規則的、初回面接時の行動範囲や対人交流の範囲が家庭の外にも広がりがある、発症学年に仲間がいる、親友がいるといった因子です。高校生の学校不適応では、学校に復帰せず、就職の道を選んでも良好な社会適応を示す者が少なくなく、必ずしも学校復帰が評価の基準になりません。DSM-4による診断との関連では、適応障害、低年齢の分離不安障害、高年齢の身体表現性障害などに基づくものは比較的前後良好です。逆に、社会恐怖、回避性人格障害などの人格障害に基づくものは長期化する傾向にあります。

文献1) 岩元澄子：登校拒否児の学校適応という視点からの予後予測、児童青年精神医学とその近接領域 37:331-344、1996

文献2) 室田洋子：登校拒否の長期追跡調査、心理臨床学研究 14:497-502、1997

Q130 学校不適応(不登校など)はどのように分類されますか。

A130 分類の基準が誘因、年齢、重症度、中核と辺縁、心理機制、発達過程、基礎疾患の有無など多くあり、統一された分類はありません。以下に、いくつかの分類法を示します。

クールリッジら(1957)は最初に分類を発表しました。彼らは、母親へのしがみつきが強いため登校の不安を生じる神経症群と、発症前からの性格障害により社会適応が困難となる性格障害群とに分類しました。その後、玉井ら(1964)は次のような分類を提唱しました。それは、第1群；内気、小心で家の中だけで攻撃的になりうるなどの傾向を持つもので、親は過保護的、第2群；外の世界との接触は保たれており、行動的、積極的で非行に近いもの、親は放任的傾向、第3群；子供は第1群だが、親の態度が違うもの、第4群；神経症的で明らかな症状をもつものの4群です。山本は(1964)は(1)持続的に頑固な不登校が続き、(2)診療に対し拒否的であり、(3)不登校以外の神経症症状に乏しいもの、という基準に合うものを中核群とし、神経症状や精神

分裂病症状があるものを辺縁群とした。バーグら(1969)は、不登校が始まる3年間問題なく登校していたものを急性、それ以外を慢性と分けています。

文献1) Coolidge, J. C., Brodie, R. D. and Feeney, B.: A ten-year follow-up study of sixty-six school phobic children. American J. Orthopsychiatry 34:675-684, 1964

文献2) 玉井収介ら：いわゆる学校恐怖症に関する研究、精神衛生研究 13:41-85、1964

文献3) 山本由子：いわゆる学校恐怖症の成因について、精神経誌 66:558-583、1964

文献4) Berg, I., Nichols, K. and Pritchard, C.: School phobia-its classification and relationship to dependency J. Child Psychol. Psychiatry, 10:123-141, 1969

Q131 不登校児童生徒などが通う適応指導教室の現状について教えてください。

A131 文部省は、「学校以外に設置している施設、または、学校の余裕教室などを利用して校内に設置しているもので、児童生徒の在籍校と連絡をとりつつ、個別カウンセリング、集団での活動、教科指導などを行うもので、教育相談室のような単に相談を行うだけの施設は含まない」と定義しています。また学校不適応対策調査研究協力者協議会報告では、「学校以外の場所に登校拒否の児童生徒を集め、その学校生活への復帰を支援するためさまざまな指導援助を行う組織」と定義しています。ちなみに、いずれの定義の文中にも書いてはいませんが、現在のところ、適応指導教室は公的機関が設置・運営するものに付けられる名称です。

文部省調査によると、適応指導教室は、1989年度に42箇所でしたが、1996年には698箇所と、9年間で16.6倍にもなりました。現在、各市町村や都道府県の行う登校拒否対策の主要事業となっています。

文献1) 相馬誠一ら：適応指導教室、学事出版 1998
文献2) 文部省初等中等教育局：学校不適応対策調査研究協力者協議会報告「登校拒否(不登校)問題についてー児童生徒の「心の居場所作り」を目指してー、1992

Q132 適応指導教室に入級する方法を教えてください。
A132 まず、通える範囲の教室を探します。所属校から紹介してもらうことが多いのですが、インターネットにホームページを持つ教室も増えています。開設自治体の地域外からも受け入れる教室もあります。に見つかったら、(1)保護者・学校からの申し込み、(2)教育相談の開始・入級基準を満たすかどうかを評価、(3)保護者・本人の意志確認、(4)体験的に通級、(5)入級の手続き、の順に進めていきます。

このうち、入級の基準としては、例えば次のように定められています。

- ・ 不安定ながらも教室に通う意志を持っていること。
- ・ 社会傾向がない児童生徒であること。
- ・ 集団での人間関係の体験が必要な段階であること。
- ・ 学習への関心と意欲があり、基礎学力への取り組みが必要であること。
- ・ 規則的な生活習慣作りへの意欲が出てきていること。
- ・ 定期的に教室に通える見とおしがあること。
また注意点がいくつかあります。
- ・ 学級担任が熱心に入級を勧めるので、最初は仕方なく訪れる保護者もいます。教室の趣旨・プログラムなどについて十分説明し、理解してもらってから、教育相談を開始することが大切です。
- ・ 体験的通級は、精神病や重い神経症状の有無を確認するためにも大切です。症状が有る場合は、一度は医師の面接を受ける必要があります。

文献1)相馬誠一ら：適応指導教室、学事出版 1998

文献2)太田智子ら：学校不適応問題に対する適応指導教室の全国実態調査 生徒指導研究、5:85-95、
本間友己ら：不登校児童生徒の予後とその規定要因—適応指導教室のフォローアップ、カウンセリング研究、30:142-150、1997

Q133 適応指導教室ではどのようなプログラムが行われるのですか。

A133 各教室のプログラムは、一定ではありません

が、共通点があります。

- ・ 一日をどう過ごすかを、できるだけ子どもが決めるように援助する。
- ・ 自由な勉強、パソコン、ゲーム、クラフト、読書など個人で行うプログラムと、スポーツ、ゲーム、知作業など、集団で行うプログラムを組み合わせる。
- ・ 季節ごとに野外活動を中心としたプログラムを行う。例えば、春にハイキング、夏に海水浴、キャンプ、秋にイモ掘り、紅葉狩り、冬にスキー、スケート。
- ・ 所属校との連携を工夫する。学級担任との連絡会を行うなど。
- ・ 保護者との連携を工夫する。定期的な保護者会、教室だよりの発行、送迎の際の情報交換など。
- ・ 定期的な面接を行う。個人面接、親子合同面接など。
- ・ 訪問指導を行う。入級したが、家にひきこもりがちな子どもを、職員やボランティアが訪問し、話しをしたり、遊ぶ。

以上からもわかるように、積極的に登校刺激をするよりも、個人としての成長を促し、集団生活を楽しむ能力を養うことで、所属校への復帰を目指すという方向が共通しています。しかし、教室によっては、所属校へ戻らないまま長期化するのを防ぐために、積極的に登校刺激を加えることがあります。例えば福井市の適応教室は、4月、9月、1月の学期始めの期間を「チャレンジ期間」として、所属校への登校を積極的に勧めています。

文献1)相馬誠一ら：適応指導教室、学事出版 1998

文献2)太田智子ら：学校不適応問題に対する適応指導教室の全国実態調査、生徒指導研究、5:85-95、1994

文献3)福井市適応指導教室：

<http://www.city.fukui.fukui.jp/gakkou/elm/hare/>、各適応指導教室のホームページ

Q134 「ひきこもり」とはどのような状態ですか。治療は可能ですか。

A134 「ひきこもり」という言葉は不登校と同様、個人病理に限定されない広がりを持つ概念であり、未定義のまま漠然と使用されることが多く、同義語

に「閉じこもり」「社会的ひきこもり」「アパシー」などがありますが、いずれもほぼ同じ状態を指すと考えられます。学籍を失って成人して以降も社会参加せず、対人関係を避けて自宅にひきこもり、煩悶しつつ無為に過ごすといった状態が典型的です。基礎に精神疾患が存在しないにもかかわらず、経過が数年から十数年といった長期に及ぶ事例も少なくありません。その多くは思春期心性に基づく病理であり、対人恐怖症状、強迫症状、被害関係念慮、不眠、昼夜逆転、家庭内暴力、自殺企図などといった深刻な症状を伴う場合もあります。ただしいずれも二次的な症状であり、ひきこもり状態の改善とともに消失することが多いです。斎藤(1998)はこの状態が、特定の心的外傷や虐待体験、あるいはストレスなどに起因するよりは、一種の悪循環の過程として理解することの有効性を強調し、社会-家族-個人の乖離した関係性を「ひきこもりシステム」として定式化しました。ひきこもり治療は、こうした乖離をいかに修復するかという過程でもあります。それゆえ治療においては家族指導の占める比率が大きく、事例本人と家族との会話によるコミュニケーションを十分に回復することが当面の目標になります。治療への導入とともに、段階的に社会参加を進めることとなりますが、その際には対人交流を経験するための「たまり場」におけるデイケア活動がきわめて有効です。

文献 1) 斎藤環：社会的ひきこもり、PHP研究所 東京 1998

文献 2) 斎藤環：社会的ひきこもりとヴァーチャル・リアリティ、アディクションと家族、16 巻 4 号、1998

Q135 思春期におこる家庭内暴力は、どこまで受容して良いのでしょうか。

A135 欧米では主に夫婦間暴力を意味する家庭内暴力という言葉は、わが国では児童・青年期の子供が両親やほかの家族に対して振るう暴力を指すことが多く、真面目でおとなしかった子供が、些細なことをきっかけに暴れはじめます。大声で親を罵倒し、気に入らなければ家具を破壊し、家族に対して殴る蹴るの身体的暴力を加えます。家の外ではむしろ大人しく礼儀正しい青年が、家では別人のように豹変します。慢性化・長期化することも多く、これに起

因する親殺し、子殺しの事件はいまだ後を絶ちません。

家庭内暴力への対応方針はいくつかありますが、重要なのはまず刺激を避けること、ついで退行の予防です。まずなによりも、暴力を誘発するような態度や言葉を慎まなければなりません。また典型的な家庭内暴力は、しばしば退行の産物でもあります。これを予防するためには、受容の枠組みをしっかりと設け、許容できる範囲の線引きを厳密にしておく必要があります。本人の言い分を遮らずに傾聴すべきであることは言うまでもないですが、同時に「いいなり」にならない覚悟も大切です。金銭や暴力に関しては一定のルールを設けて、それを確実に守る、身体接触は避け、会話によるコミュニケーションを増やす、どうしても改善が見られずエスカレートするような場合は、警察への通報や、治療者と連携しつつ一時的に避難することも有効です。安易な入院治療や、気まぐれな避難は、むしろ状況を悪化させることが多いため薦められません。誠実かつ毅然とした態度を基調として、両親の一致団結した対応がなされれば、家庭内暴力から本人を救うことはさほど困難ではありません。

文献 1) 本城秀次：家庭内暴力、臨床精神医学講座 18 巻「家庭・学校・職場・地域の精神保健」、中山書店 東京 63-78 1998

文献 2) 斎藤環：社会的ひきこもり、PHP研究所 東京 1998

Q136 拒食症(神経性無食欲症)はいつ頃から始まるのでしょうか？

A136 「拒食症」は、専門的には「神経性無食欲症(anorexia nervosa)」といい、青年期の女子に多い摂食障害です。

中学生、高校生の年齢に始まることがいけば多いですが、とくに最近は発症年齢の若年化が目立ち、早い例では小学校の高学年、10歳前後の発症もめずらしくなってきました。性別でいえば、女子に圧倒的に多い疾患ですが、治療を要する患者のうち、全体の5-10%は男性例ともいわれています。

文献 1) ワルター・ヴェンダーエイケン、ロン・ヴァン・デート：拒食の文化史、青土社、1997

文献2)山登敬之：拒食症と過食症、講談社現代新書、1998

Q137 拒食症(神経性無食欲症)の原因はなんですか？

A137 本疾患の原因は不明です。遺伝、体質、神経内分泌、個人の性格、家族関係、文化的背景などさまざまな方向から研究が行われています。しかし、拒食症が多分に現代という時代を反映した病であり、青年期の年齢にかかった子どもの発達、とくに少女がどのようにひとりの女性として自分を確立していくか、という視点を抜きには語るできません。

文献1)ワルター・ヴェンダーエイケン、ロン・ヴァン・デート：拒食の文化史 青土社1997

文献2)山登敬之：拒食症と過食症、講談社現代新書1998

Q138 どのような状態のときに、拒食症(神経性無食欲症)というのでしょうか

A138 診断については、米国精神医学会がまとめた『精神疾患の分類と診断の手引・第4版』(DSM-IV)から「神経性無食欲症」の項目を以下に引用する。身体疾患の存在が否定され、この①から④までの項目を満たす場合を本疾患と考えます。

① 年齢と身長に対する正常体重の最低限、またはそれ以上を維持することの拒否。

(例：期待される体重の85%以下の体重が続くような体重減少。または成長期間中に期待される体重増加がなく、期待される体重の85%以下になる)

② 体重が不足している場合でも、体重が増えること、または肥満することに対する強い恐怖。

③ 自分の体の重さまたは体形を感じる感じ方の障害：自己評価に対する体重や体型の過剰な影響、または現在の低体重の重大さの否認。

④ 初潮後の女性の場合は、無月経。つまり、月経周期が連続して少なくとも3回欠如する。(エストロゲンなどのホルモン投与後のみに月経が起きている場合、その女性は無月経とみなされる)

「神経性無食欲症」と診断するには、現在の体重を計り、本人が太ることや痩せること、あるいは自分の体重や体つきをどう感じているかを知らなけ

ればなりません。このほかにも、生育歴、家族歴、発症後の経過などが、診断にあたり重要な情報となることはいうまでもありません。

拒食は、痩せたい、太るのが怖いという患者の気持ちに強く支えられているので、簡単には改善しません。やがて低栄養状態が進むと低体温、脱水、低血圧、徐脈などのほか、さまざまな身体的変化が現れてきます。同時に、本人のエスカレートした行動が、家族を中心とする他者との関係を悪化させるようになります。こうした身体的、精神的、社会的変化が異常な食行動をさらに強化し、摂食障害としての病理性を際立たせていくのです。

文献1)米国精神医学会：DSM-IV：精神疾患の分類と診断の手引 医学書院 1995

文献2)ワルター・ヴェンダーエイケン、ロン・ヴァン・デート：拒食の文化史 青土社1997

文献3)山登敬之：拒食症と過食症、講談社現代新書1998

Q139 拒食症(神経性無食欲症)は、どのような治療をするのでしょうか？

A139 神経性無食欲症においては、本人は自分が痩せているとも病気だとも思えないので、周囲がいくら言っても聞かせても容易に食べ物を口にしないし、病院を受診することにも強く抵抗します。本人が受診する気持ちになるのは、身体的にかなり衰弱し、たとえば学校で級友らと同じペースで行動できなくなったり、食べ物のことが頭の中を占拠し自分自身が苦しくなったりしてからというのがふつうです。

病院を受診した場合、はじめて来院したときの患者の栄養状態によって治療方針は異なります。もし、Kの体重減少が著しく栄養状態もかなり悪ければ、早急入院して身体的ケアを優先させなくてはならないでしょう。

食事については、いきなり年齢に見合うだけの量を食べるのは抵抗が大きいので、幼児食ぐらいを用意し安心して食べるように促し、決して強制しないことです。そのようにしても、なお頑固に拒食を続ける者には、なんらかの形で栄養を補う必要があります。ひとつは、鼻から胃にチューブを挿入し一日数回に分けて高カロリーの栄養剤を注入する方法、

もうひとつは、鎖骨の上から下行大静脈にカテーテルを挿入し 24 時間高カロリー輸液を行う中心静脈栄養という方法です。

しかし、自分の意思とは関わりなく身体に栄養が入ってくることに、患者は強い抵抗を示します。これに対しては、毎日のように面接の時間をつくり、その不安を軽減するべくカウンセリングを行うことです。

一方、栄養状態に比較的余裕がある場合には、体重測定や血液検査により栄養状態をチェックしながら、外来でカウンセリングを続けます。それまでの偏った食行動のために患者と家族の間に溝ができていたので、まず、家族に病態をよく説明し患者の行動の意味を理解してもらい、その溝を埋めるようにつとめ、「食べろ、食べろ」という励ましはかえって逆効果であることも伝えます。

本人に対しては、生理学的、栄養学的立場から、自分の身体がどのような状態にあるか、わかりやすく説明します。栄養士の協力を頼むなどして正しい栄養指導を行うことも必要です。この場合も、「食べなさい」という励ましや、「このままでは死んでしまう」というような脅かしはしてはなりません。

拒食という行動については、これまでいろいろな解釈がなされてきましたが、そこには青年期にある患者の変化に対する戸惑いや、自分に周囲の関心を引きつけたい、非凡でありたいという願いなどを読みとることができます。カウンセリングは、これらの感情を自覚し表現すること、それを伝えるべき人間に伝えることを援助するものであります。

また、本疾患の患者は母親との間に、さまざまな形で葛藤を抱え込んでいることが多いので、母子同席面接のもとに、その調整に当たらなければなりません。これは単に母子間にとどまらず、両親の夫婦間の問題に起因している場合などもあるので、子どもの病気を家族全体の問題として捉える家族療法的視点も重要です。

文献 1) 山登敬之：拒食症と過食症、講談社現代新書 1998

文献 2) 下坂幸三：拒食と過食の心理、岩波書店 1999

Q140 「拒食症」のあとに「過食症」になることも

あると聞いているが本当でしょうか？「過食症」とはどのような状態をいうのですか？

A140 「過食症」、専門的には「神経性大食症(bulimia nervosa)」と名づけられたこの病気も青年期の女子に多いですが、発症年齢は神経性無食欲症の場合よりやや高く高校生ぐらいからよくみられます。神経性無食欲症から移行することも確かにありますが、その回復期にみられる過食をもって、すなわち本疾患とすることはできません。

ふたたび『精神疾患の分類と診断の手引・第4版』を見てみると、「神経性大食症」の診断基準は以下のようになっています。

A. むちゃ食いのエピソードの繰り返し。むちゃ食いのエピソードは以下の二つによって特徴づけられます。

(1) 他とはっきり区別される時間の間に、たいていの人が同じような時間に同じような環境で食べる量よりも明らかに多い食物を食べること。

(2) そのエピソードの間は、食べることを制御できないという感覚がある。

B. 体重の増加を防ぐために不適切な代償行動を繰り返す。例えば、自己誘発性嘔吐。下剤、利尿剤、浣腸、またはその他の薬剤の誤った使用。絶食。または過剰な運動。

C. むちゃ食いおよび不適切な代償行動はともに、平均して、少なくとも3ヶ月にわたって週2回起きている。

D. 自己評価は、体型および体重の影響を過剰に受けている。

E. 障害は、神経性無食欲症のエピソード期間中にのみ起こるものではない。

文献 1) 米国精神医学会：DSM-Ⅳ：精神疾患の分類と診断の手引 医学書院 1995

Q141 過食症(神経性大食症)はどのような治療をするのでしょうか

A141 神経性大食症において、食行動は神経性無食欲症の場合と裏腹ですが、痩せ願望や体重、体型に対する強いこだわりなどは共通しています。拒食のときにはストイックに自分をコントロールしている満足感が患者を支えているふしがありますが、過食はコントロールに挫折している状態なので当の

本人は自分自身がふがいなく強い無力感にとらわれています。

このような患者の自分に対するマイナスの感情を、面接を通じ共感をもって受けとめることから治療は始まります。いきなり過食を抑えようとしてもうまくはいきません。そのことを考えるほど、食べ物や食べることにとらわれて、過食の尻から抜けられなくなるのが常です。

また、とくに過食に加えて浄化行動(自己誘発性嘔吐や下剤の使用など)が認められるケースでは、それが本人にとって有効なストレス解消の装置として働いているため、簡単には止めることができません。むしろ、自分の日常を見直して生活に余裕をつくること、ものごとの感じ方、考え方を変えるように努力することで、知らず知らずのうちに症状が軽快していく方向で治療を進めるのが望ましいでしょう。

カウンセリングの方法は、家族療法、グループ療法、ボディワークをとりいれたものなどさまざまありますが、神経性大食症の場合には、抗うつ剤などを用いた薬物療法も有効です。

文献1) 下坂幸三・編：過食の病理と治療、金剛出版 1991

文献2) ヨハン・ヴァンダーリンデン、ジャン・ノレ、ウォルター・ヴァンダーエイケン：ストップ・ザ・過食！—実践的治療のためのガイドブック、星和書房 1995

Q142 精神分裂病は遺伝するのでしょうか。

A142 遺伝の問題を明確にするために一卵性双生児と二卵性双生児を比較した研究があります。一卵性双生児では、二卵性双生児に比べて、双生児のうち一方が分裂病であった場合、他方が分裂病になる確率がかなり高いことがわかっています。その確率は35%から60%程度で、二卵性双生児の10-20%とはかなりの差があります。しかし、遺伝的に同一の素質を持つ一卵性双生児でも100%になりませんから、遺伝の影響はある程度確実ですが、遺伝がすべてではないといえます。さまざまな説がありますが、原因はまだ特定されていません。

文献1) 南光進一郎訳：分裂病の遺伝と環境、東京大

Q143 思春期で精神分裂病と診断されたとき、薬はどの程度の期間続けるべきでしょうか。

A143 一度精神病院を退院した患者が、再発して入院する確率は、69.9%であったという報告があります。再入院する契機を調べたところ、18.1%が薬を止めたり不規則な服用であった場合、ライフイベントによるものが48.0%、両者の合わさった群が9.9%であったとのことです。とくに陽性症状(幻覚や妄想、興奮など)を主体とする再発に限った場合では、71.0%が断薬によるものであったとしています。

もう一つの研究では、78人の患者を追跡調査したところ、47.4%に再発を認めています。そのうち、医師の指示により中断し再発する確率が27%であったのに対し、患者自らが判断し中断した場合の再発率は73%であったとしています。また、症状のタイプによっても異なります。青年期の例、定職がない場合、症状の遷延する例、3回目の再発などでは、服薬を長期に継続する必要があるとされています。症状が軽快していても再発の可能性がありますので、主治医と相談して慎重に減薬したのちでなければなりません。

文献1) 宇内ら：精神分裂病の服薬期間、精神医学 37：359-367、1995

文献2) 緒方明ら：精神分裂病の再発についての検討、精神医学 38：259-265、1996

Q144 精神分裂病の薬の副作用には、どのようなものがありますか。

A144 代表的な抗精神病薬のクロルプロマジンで約10%から50%の頻度で、筋固縮や手指の振戦を伴うパーキンソン症候群がみられます。その他10%以上の頻度としてみられるものに、口渇、めまい・立ち眩み、倦怠感、眠気、体重増加があります。それ以下の頻度のものとして便秘、排尿障害などがあります。その他にも心循環系、肝臓、内分泌などがあります。より重篤な副作用として高熱、筋固縮、無言無動などの症状を伴う悪性症候群があります。いずれも神経伝達物質を介する副作用で薬物の変更や適切な処置により回復します。