

性同一性障害(GID)に関する心理学的研究の近年の動向

山根 望*・名島 潤慈

Current Psychological Studies on Gender Identity Disorder

YAMANE Nozomi and NAJIMA Junji

(Received January 10, 2006)

キーワード：性同一性障害 トランスジェンダー 性別適合手段

I 本稿のねらい

1997年以降から性同一性障害 (Gender Identity Disorder : GID) という理由での改名ができるようになり、1998年5月に埼玉医科大学が性転換症者の手術療法を認可し、1998年10月に最初の手術が行われた。同年、埼玉医科大学に続き岡山大学も岡山大学精神科、産婦人科、泌尿器科、川崎大学形成外科の専門医により構成されたジェンダークリニック (性同一性障害や性に関する問題を専門とする医療機関) を発足させ、2001年1月には性別適合手術 (Sex Reassignment Surgery: SRS) が施行された。また、2004年7月16日に「性同一性障害者の性別の取り扱いに関する特例の法律」(いわゆる「性同一性障害特例法」) が施行され、特定の基準を満たしている人は戸籍上の性別を変更することが可能となった。さらに、2002年、TBSのドラマ「3年B組金八先生」でGIDが取り上げられ、2003年にGIDの当事者である上川あやが東京都世田谷区議会議員に当選したことでGIDが社会的にも認知されるようになった。

このように、1990年代後半からGID者を取り巻く状況は法律や医療の分野でめざましく変化している。それに呼応して、精神神経科やジェンダークリニックを受診するGID者が増加している。山内ら(1998)によると、GIDの発現率は成人男性の24,000-37,000に1人、成人女性の103,000-150,000に1人の割合であると言われている。また、治療を求めている人は男性では30,000に1人、女性では100,000に1人くらいとみなされ、この計算でいくと日本にも2,200人から7,000人程度いると想定されるがしかし、実際にはその10倍くらいいるであろうとのことである。なお、オランダにおける性転換症(transsexual)の最新の発現率は、男性11,900人に1人、女性30,400人に1人であるという研究も報告されている(東ら, 2001)。

医療技術の発展によってGID者が自分の希望する性に体を適合させていくことは可能となってきたが、GID者が社会生活に適応していくことはまだまだむずかしいのが現状である。たとえ性別適合手術によって希望する性に転換できたとしても社会的に受容されにくい今日の状況では、GID者の心理的負荷は相当大きいであろう。したがって、本稿では、2000年以降の研究を中心にまとめて、GID者の心理学的研究がどこまで進み、今

*山口大学大学院教育学研究科学校臨床心理学専修

後どのような研究が必要となるかについて考察したい。ただし、2000年以前の研究でわれわれが重要と考えたものも紹介する。また、ホルモン治療や外科的処置を行わずに外見や態度を希望する性に適合させて生活しているものをトランスジェンダー (transgender) と言うが (中村, 2005)、このトランスジェンダーのなかにGIDも含まれているので、トランスジェンダーに関する研究も取り上げたい。ちなみに、本稿で頻出する「ジェンダー (gender)」とは生物学的性 (sex) とは異なる心理・社会的性のことで、文化的概念の1つである。それはたとえば、男らしい/女らしい外見や身振り、社会的役割 (たとえば夫や妻としての役割・責任) のことである (中村, 2005)。

II GIDの定義

東ら (2001) によれば、アメリカ精神医学会の『精神障害の診断統計マニュアル第4版 (DSM-IV)』と世界保健機関の『国際疾病分類10版 (ICD-10)』のどちらか1つの診断基準に当てはまれば、その人はGIDであると公式に認められる。ここでは、GIDの定義の1つとして、DSM-IVの診断基準を紹介したい (American Psychiatric Association, 2000)。表1を参照されたい。DSM-IVの改訂版であるDSM-IV-TRからの引用である。

性別違和感を主訴として精神科を受診する人が増加する傾向にあり、GIDは果たして精神疾患なのであるかという問いが提起され、活発な議論が行われている (Bartlett et al., 2000; Langer & Martin, 2004; 中村, 2005)。また、ジェンダーという概念それ自体が心理・社会的産物であり、アメリカ社会のジェンダー観に基づいたDSM-IVの診断基準に疑問を投げかける研究もある (Newman, 2002)。しかし本稿では心理学的研究を中心に述べるので、ここではGIDの診断基準の紹介にとどめておきたい。

III 統計的研究にみるGIDの特徴

1. 初診時年齢、性別違和感、性志向、不登校、自殺念慮など

生物学的には男性であるが性の自己認識は女性であるMTF群 (Male to Female) と、生物学的には女性であるが性の自己認識は男性であるFTM群 (Female to Male) とでは、どのような共通点ないし相違点があるのだろうか。真鍋ら (2000) は、30名のGID者に、①初診時年齢、②職業、③子どものころの遊び、④性別に対する違和感、⑤性的指向、⑥不登校の既往、⑦自傷または自殺企図の経験、⑧内分泌治療、⑨外科的治療の有無について聴取した。その内訳は、MTFが17名 (57%)、FTMが13名 (43%) であった。職業に関しては、FTMでは定職8名 (62%)、無職0に比べて、MTFは定職4名 (23%)、無職8名 (47%) でMTFの定職率が低いことが目立つ。子どもの頃の遊びは、FTMでは69%が反対の性の役割を取ったり、男児の典型的な遊びをしていたりしたが、MTFは両方の遊びをしており明らかな傾向は見られなかった。性的指向に関しては、MTFは男性、女性、両性と比較的分散していたが、FTMではすべて性的対象は女性であった。不登校に関しては、FTMではまったく見られなかったが、MTFの場合10名 (59%) に認められた。その理由は、いじめや友人ができないなどの対人関係によるものが多かった。自傷または自殺企図の経験は、MTF、FTM共に高率であった。その内容は、MTFは睡眠剤の大量内服、外性器損傷、FTMでは睡眠剤の大量内服、リストカットなどであった。内分泌療法の既往に関しては、初診時、MTF 10名 (41%)、FTM 5名 (38%) がすでに施行済みで、継続中であった。外科的治療の既往に関しては、MTF 7名 (41%)、FTM

表1 DSM-IV-TRによる性同一性障害 Gender Identity Disorder

性同一性障害 Gender Identity Disorder

A. 反対の性に対する持続的な同一感（他の性であることによって得られると思う文化的有利性に対する欲求だけではない）

子供の場合、その障害は以下の4つ（またはそれ以上）によって表れる。

- (1) 反対の性になりたいという欲求、または自分の性が反対であるという主張を繰り返し述べる。
- (2) 男の子の場合、女の子の服を着ることを好む、または女装をまねるのを好むこと、女の子の場合、定型的な男性の服装のみを身につけたいと主張すること。
- (3) ごっこあそびで、反対の性の役割をとりたいという気持ちが強く持続すること、または反対の性であるという空想を続けること。
- (4) 反対の性の典型的なゲームや娯楽に加わりたいという強い欲求。
- (5) 反対の性の遊び友達になるのを強く好む。

青年期および成人の場合、以下のような症状で表れる：反対の性になりたいという欲求を口にする、何度も反対の性として通用する、反対の性として生きたい、または扱われたいという欲求、または反対の性に典型的な気持ちや反応を自分が出しているという確信。

B. 自分の性に対する持続的な不快感、またはその性の役割についての不適切感

子供の場合、障害は以下のどれかの形で表れる：男の子の場合、自分の陰茎または精巣は気持ち悪い、またはそれがなくなるだろうと主張する、または陰茎をもっていないほうがよかったと主張する、または乱暴で荒々しい遊びを嫌悪し、男の子に典型的な玩具、ゲーム、活動を拒否する；女の子の場合、座って排尿するのを拒絶し、陰茎をもっている、または出てくると主張する、または乳房が膨らんだり、または月経が始まってほしくないと言主張する、または普通の女性の服装を強く嫌悪する。

青年および成人の場合、障害は以下のような症状で表れる：自分の第1次および第2次性徴から解放されたいという考えにとらわれる（例：反対の性らしくなるために、性的な特徴を身体的に変化させるホルモン、手術、または他の方法を要求する）、または自分が誤った性に生まれたと信じる。

C. その障害は、身体的に半陰陽を伴っていない。

D. その障害は、臨床的に著しい苦痛、または社会的、職業的、または他の重要な領域における機能障害を引き起こしている。

特定不能の性同一性障害 Gender Identity Disorder Not Otherwise Specified

このカテゴリーは、特定の性同一性障害として分類できない性同一性の障害にコード番号をつけるために入れられている。例をあげると、

1. 半陰陽状態（例：アンドロゲン不応性症候群または先天性副腎過形成）に、性別に関する不快感を伴っているもの
2. 一過性のストレスに関連した服装倒錯行動
3. 去勢や陰茎切除の考えに持続的にとらわれていて、反対の性の特徴を獲得したい欲求を伴っていないもの

4名(31%)が既往であった。MTFは精巣摘出、甲状軟骨切除、豊胸、脂肪吸引、顔面骨形成などさまざまで、7名とも少なくとも2回以上手術している。一方、FTMの場合は乳房切除のみであった。真鍋らはこの聴取結果から、MTFでは①社会的適応の悪さが目立ち、②頻回手術症の傾向があり、一方FTMでは①発症が比較的早期、②性自認(筆者注:gender identityの訳語。性同一性のこと)に揺るぎがないと述べている。

中塚ら(2004)の研究は症例数が多いので、真鍋ら(2000)の研究と比較すると信頼性が高いだろう。中塚らは、GID者329人(FTM:202人,MTF:127人)に自記式質問紙調査(①初診時年齢,②性別違和感の自覚,③恋愛,性的指向,④不登校,自殺未遂,⑤精神科的合併症)を行うとともに臨床解析を行った。初診時年齢は、GID者全体では平均年齢27歳であった。このうち、FTM群では26歳(14~41歳)、MTF群では32歳(15~61歳)で、FTM群が有意に低かった。性別違和感に関しては、FTM群は小学校以前と答えたものが多く(66.8%)、そのほとんどが思春期以前に性別違和感を自覚していた。一方、MTF群では性別違和感を自覚しはじめた時期は広範囲に分布していた。恋愛、性的指向に関しては、全体では269人(81.8%)が経験していたが、MTF群はFTM群に比べると恋愛経験が低率であった。また、法的な結婚をしたことのあるものは、FTM群が11人(5.5%)であったのに対し、MTF群は40人(31.7%)と多かった。その理由としてMTF群は世間体や家の継承問題のために結婚したものが多いためであろうと中塚らは推測している。性的指向に関しても、FTM群とMTF群とは有意な差が認められた。FTM群の93.1%が異性愛者であるのに対し、異性愛者のMTF群は38.6%と低率であった。これは、MTF群は女性として女性に向かう(精神的に同性愛者)ものや、性同一性は女性であるが男性として女性を求めるものや、低性欲のものなど性的指向が多様であることを意味している。不登校経験者は全体の96人(29.2%)にみられ、自殺念慮は245人(74.5%)と非常に高率であった。自殺未遂や自傷行為の頻度はFTM群で高い傾向が見られた。また、精神科的合併症に関しては、FTM、MTFともに強迫神経症やうつ状態が多く、FTM群が59人(17.9%)であったのに対し、MTF群では32人(25.2%)と有意に高かった。これは、MTFは女性的な男性として社会的に批判されたり、いじめられたりする可能性が高いからであると中塚らは推測している。これらの結果を吟味して、GID者は不登校や自殺未遂など悲惨な思春期を送っている場合が多いので、病院だけでなく学校や地域での早期対処を考える時期が来ていると中塚らは結論づけている。

以上、真鍋ら(2000)と中塚ら(2004)の報告をまとめると、FTM群は性同一性に揺るぎのない中核群が多く、一方MTF群は性同一性に揺らぎがある周辺群が多く、性的指向も多様であることが分かる。また、FTM群とMTF群とで共通していることは、どちらもいじめや社会的批判を理由として不登校になったり自殺念慮を持ったりしたことがあることである。つまり、GID者はかなり早い発達段階から心理的ストレスの多い生活を送ってきており、特に思春期においてGIDの生徒がかなり悲惨な学校生活を送ってきたことが示されている。したがって、今後は養護教諭やスクールカウンセラーが中心となって学校教育におけるGID者への支援を考えていく必要がある。加えて、MTFの定職率の低さを考えると、経済的にゆとりのある社会生活を送れるようキャリアカウンセリングなどの就業支援も重要になると考えられる。

2. 性役割志向と人格特性

森ら(2005)は、MTFとFTMの性役割志向(男性性・女性性)と人格特性を比較検

討している。森らは、都内の大学病院精神科外来を2002年5月～2004年3月に初診で受診したGID者24名（FTM15名、MTF9名）に、男性性・女性性を測る Bem の BSRI（Bem Sex-Role Inventory）の日本語版と、①神経症傾向、②外交性、③開放性、④調和性、⑤誠実性という5つの特性を測る NEO-FFI（NEO Five Factor Inventory）の日本語版を実施した。これらの結果から、FTMの特徴として、①一般成人男女と比較して心理的ディストレスに過敏で、ストレスへの対処は下手であること、②女性性が高い場合、高い目標を達成するために一生懸命努力し、几帳面であること、③女性性が高いと伝統的・保守的であることが分かった。一方、MTFは①に関してFTMと同様の結果であったが、控えめで社会的な刺激を避け、活動性が低く、一般成人女性に比べて仕事や課題を途中でやめてしまう傾向にある。また、倫理観や道徳的義務には固執しない傾向にある。さらに、女性性が高いMTFは低い達成レベルで満足していることが多く、仕事や課題を最後までやりとおす気力が続かない傾向にある。FTM・MTFに共通していることは、一般成人男女と比較して神経症傾向が高いことである。これらの調査結果から、GID者におけるストレス対処法の検討が必要であること、また女性性の高いMTFに対しては、ガイドラインに沿って最後まで治療を続けていけるように援助していく必要があると森らは述べている。

神経症的傾向が高く、仕事や課題を最後までやりとおす気力が続かないMTFが、数年にも及ぶ、精神的にも経済的にも負担の大きい治療に悲観したり絶望したりする可能性は非常に高い。特に、将来を悲観しての自殺や自傷行為は最も憂慮すべきことである。GID者が自殺することがないよう長期的に心理的ケアをしていくことが必要である。また、森らも述べているが、現代の日本社会の価値観を反映した男性性・女性性を測る尺度の開発が今後の課題となろう。

IV GIDの発達上の問題

性別違和感を主訴にして精神科外来を受診したり、カウンセリングにやってきましたりする人は今後ますます増加していくであろう。そうなると、各GID者の発達段階に合わせたアセスメントや心理的ケアが今後よりいっそう求められると考えられる。したがって、ここでは各発達段階に分けてGID者の心理的特徴について考察したい。発達段階の区分けについては堂野ら（2000）を参考にした。

1. 幼児期・児童期

乳児は早い段階で、大人や年長の子ども達との関わりを通して自分自身の性別を意識しはじめ、1歳から3歳までには、心理・社会的性の違いを認識することによって、自分の性同一性や性役割を理解しはじめる（Allgeier & Allgeier, 2000）。ということは、中核群にあるGID者が、すでに幼児期・児童期において自分の生物学的性別と心理的性別の不一致を訴える可能性は高い。中塚ら（2004）によると、幼少期に「なぜおちんちんがないの」と聞いて母親を困らせたという話がFTM当事者から頻繁に報告されている。

東ら（2001）は、幼児期における性同一性の葛藤の特徴として、①言葉で表現された異性になりたいという欲求、②異性装（筆者注：異性の服を着ること）、③その子どもが同一視する性別に合わせた遊戯や玩具での遊び、④指定された性別に合うと通常考えられている服装や態度、遊戯などの回避、⑤その子どもが同一視する性別と同じ遊び仲間や友達を好むこと、⑥身体的性的特徴や性的機能への嫌悪を挙げている。東らによると、女兒よ

りも男児のほうがGIDの診断を受けることが多いが、これは女兒が「おてんばな女の子」として社会的に受容されるのに対し、「女の子みたいな男の子」は社会的批判を受けるために受診するものと考えられる。特に、MTFの男児は家族や友だち、また他者からたびたび激しい排斥を受けることから、すでに幼少期から抑うつ傾向や不安傾向を示す。そして、これらの傾向が、後に自殺念慮へと発展する可能性がある (Meyer-Bahlburg, 2002)。

この時期のGIDの特徴として、診断のむずかしさがある。Tarver II (2002) は、この時期における診断は、反対の性の服装をしたがるといった行動を観察することに重点が置かれているが、後の青年期にその子どもが異性愛者、同性愛者、両性愛者、またはトランスジェンダー (GIDを含む) のどれに移行するのかを知ることはできないと述べている。また、診断のむずかしさの理由としてMeyer-Bahlburg (2002) は、幼児期・児童期における性同一性に関する障害が多くの場合思春期までに消失することを挙げている。Meyer-Bahlburg は、社会生活上困難の多いGIDをできるだけ早い発達段階で消失させるような治療を11家族に行った。内訳は、DSM-IVに基づいてGID、あるいは特定不能のGIDと診断された3歳11か月から6歳3か月までの男児とその家族である。Meyer-Bahlburg は、①父親との良好な関係を発展させること、②同性の友人との良好な関係を発展させること、③典型的な男児の能力と習慣を発達させること、④同性の集団に適応させること、⑤男子であることに満足させることという5つの目標を家族に提示し、両親の日記を通して経過を観察するという方法を取った。その後数年間電話による追跡調査を行った結果、10人の男児がその後GIDの再発はなかった。この治療によって、父と息子の関係が改善され、父親に対する男児の愛着が増した。それが、結果として男児が男性の心理・社会的性に適応する要因となったとMeyer-Bahlburg は考察している。ただし、Meyer-Bahlburg も指摘しているが、思春期以後も性別違和感を抱える子どもたちがいることも事実である。

このMeyer-Bahlburg (2002) の研究は両親がそろっている家族だけを対象としており、治療の効果は両親が共にそろっていることが条件であると結論づけられている。言い換えると、父子・母子家庭、あるいは機能不全の家族にMeyer-Bahlburgのアプローチを行うことはむずかしいと考えられる。Meyer-Bahlburgはこの治療をマニュアル化する予定であると述べているが、その場合、多様な家族システムにも対応できるようなマニュアルが必要となろう。また、Meyer-Bahlburg (2002) の研究を見ると、生物学的性に基づいた社会適応をさせてGIDを消失させることが果たしてGID者にとって望ましいことなのかどうかという疑問が残る。最終的に性別違和感が消えなかった1例を吟味する必要があるだろうし、治療によるGID者たちの心理的ストレスの調査やより長い期間での追跡調査をしなくてはならないだろう。また、幼少期から性同一性に揺るぎがない場合の多いFTM女子についての同様の研究も必要である。さらに、小学校就学時にGID者や性別違和感を抱く児童に対する学校側の対応についても今後研究していく必要がある。加藤 (2001) は、強い性別違和感を抱えていたあるFTMが小学校入学時に男子児童として入学したいと強く希望し、結果的に校長の配慮で校内では男子として扱われたという事例を報告している。今後は、GIDである児童や性別違和感を持つ児童に対する学校側の対応や配慮について詳細に吟味する必要がある。加えて、家族や同胞の動揺や不安を軽減し、GIDについて理解・受容できるような介入に関する研究も今後求められるだろう。

2. 青年期

一般的に青年期の若者は、身体的・認知的・社会的に著しく成長し、また自我同一性獲得のための長い葛藤の時期へと移行する。GID 者も青年期特有の危機に直面するわけであるが、一般的な若者と比べるとより困難な青年期を送るであろうと考えられる。まず、大きな危機として考えられることは、初潮や夢精などの第2次性徴が生起することによって性別違和感が深刻化することであろう。中塚ら（2004）によると、青年期におけるFTM 群は月経や乳房増大によって精神状態が不安定となり、月経時には自殺したい、内臓を掻き出したいなどの衝動にかられることがある。一方、青年期におけるMTF 群では、ひげや変声、骨格の変化などに起因する焦燥感が出現したり、女性的な男性としていじめに会い、その結果、2次的な精神科的合併症を発症する場合が多い。

田中（2001）が報告した事例では、エイズ恐怖と強迫症状を主訴に来談した中学生のクライアントは、第2次性徴を機に性別違和感が深刻なものとなったことが分かった。思春期におけるGID 者の心理的ストレスを考慮して中塚ら（2004）は、12～13歳になれば生物学的性の性徴を促進させないホルモン治療（puberty-delaying hormones）を開始すべきではなかろうかと提言している。

次に、青年期の一般的な特徴として、性的成熟に伴って急速に高まる「異性への関心」が挙げられるが（堂野ら，2000）、恋愛がGID 者にとっては新たな心理的ストレスを生じさせる可能性が高い。なぜなら、GID 者の多くが、精神的に異性愛者であっても、同性愛者や両性愛者、あるいは無性欲であると誤解される可能性があるからである。GID 者が社会的性に即した行動をしないという理由で、彼らに対する社会的批判は同性愛者に対するものよりも大きい（Fisher & Akman, 2002）。このような非常に厳しい状況において、GID 者のなかには、社会的支援や精神的より所を求めて同性愛者のコミュニティに身を寄せるものがある（Fisher & Akman, 2002；中村，2005）。

ところで、梅宮（2001）は、高年齢受診であったMTF 2人の思春期エピソードを分析した。2事例に共通した思春期エピソードとして、①罪深い自己、②嫌悪、③性別違和感の発生と恐怖の対象としての自己性が挙げられている。①の罪深い自己とは、他者（社会）に受け入れられるべき存在としての自己に対する価値づけ、それを満たせない自己の発見、または社会的罰を受けるべき存在としての自己像の形成を意味している。②の嫌悪の対象は、2事例とも本質的に男性、あるいは男の子集団であった。特に興味深いことは、性的指向が男性であるMTFは、男性の身体に嫌悪しているのではなく、女性として生まれたかったがために男性の機能（子どもを産めないという機能）が自分に与えられている事実に対して嫌悪を示していることである。③について言えば、2事例とも思春期に強い性別違和感を抱きはじめ、異性装を行うようになったのも思春期であった。加えて、彼らは男性集団内において恐怖を感じている。それは、MTFは生物学的性で所属を余儀なくされる（されようとする）男性集団との間に「意味不明なギャップ」を感じ、それに恐怖するのではなかろうかと梅宮は考察している。このような思春期エピソードから、望む性への一体感や確信よりは、自分の生物学的性、またはその集団への恐怖が思春期前の性別違和感の指標として確認されるべきであると梅宮は強調している。

青年期のGID 者が抱える別の大きな問題は、就学・就労の困難さであろう（真鍋ら，2000；中塚ら，2004）。特に、制服、運動、学用品などにおいて男女差が明確な学校生活は、GID 者にとっては非常に心理的ストレスを感じる場となろう。そのような心理的ス

トレスの結果、不登校や学校生活からの脱落、あるいは低学歴になるものも多い（山内ら、2001）。さらに、職場での不適應も顕著である。異性装では、トイレに行ったり、履歴書を提出したりするさいに、職場や取引先に混乱を招き、雇用者側からGID者が嫌煙される傾向があり、結果的に定職につけないGID者が多くなる（真鍋ら、2000；山内ら、2001）。

今後GIDと診断されたり、強い性別違和感を訴えたりする生徒が増加するものと考えられるが、田中（2005）はそのような生徒に対する学校側の対応について報告している。ある高等学校定時制課程において、GIDが疑われる異性装の女性（25歳）が入学を希望した。その生徒は生物学的には女性であるが、外見的には男性であった。入学後、その生徒が女性として扱われることに不満を示さなかったことと、担任が他の同級生に、その生徒は外見上男性に見えるが実は女性なので女子トイレを使うと説明したことで学校内に大きな混乱は引き起こされなかった。結局、その生徒は仕事が忙しくなり、ほとんど学校に来ることはなく、夏休み前には退学してしまった。田中は、教師・スクールカウンセラーは原則として学校生活では生物学的性が前提とされることを生徒に理解させるという役割を担わなければならないと述べている。ただし、生徒の精神的苦痛がはなはだしい場合には医師と連携をとる必要があるとしている。異性装を認めた場合には、在校生とその保護者の理解をいかに得るかが重要となる。また、もしもトランスジェンダーの生徒（GIDも含む）が高校への進学を希望した場合、その生徒に対する進学相談では、①制服がない、②服装・頭髪指導がなく、比較的自由的な校風を有する、③男女共学校、④年齢・国籍など多種多様な生徒が集まっている、⑤受け入れる教職員の側にトランスジェンダーやGIDに関する理解があるといった点を考慮にいれての学校選択が必要であると田中は述べている。

この田中が報告した事例は、実質的には学校生活に適應したとはいいがたい。今後は、GIDと診断された（あるいはその疑いのある）生徒が学校生活に適應できるための学校側の対応に関する研究が必要となろう。特に学校現場においてGID者が学校不適應を理由に不登校や引きこもりや自殺をしないためにも、教師・養護教諭・スクールカウンセラーの連携が求められよう。また、GID者の生徒が孤立したり、孤独感に苛まれたりすることがないように、GIDの自助グループやインターネットにおけるピアグループをGIDの生徒に紹介することも今後必要となるだろう。そのさい、自助グループやインターネットにおけるピアグループの問題点を吟味する必要がある（梅宮、1999）。また、就労現場におけるGID者の適應と雇用側の対応に関する研究も求められる。

3. 成人期

青年期と同様に成人期においても、GID者にとって就労は大きな問題であると考えられる。成人期になると、それまで生物学的性で生活していたGID者が希望する性に移行するさいに就労場面で問題が生じる可能性がある。梅宮（2001）は、婚姻経験があり、35歳以降に性別変更を開始した2人のMTFの事例を報告している。両事例とも高学歴で専門職として働いていることから、MTFは高学歴者が多いことを特徴に挙げ、高学歴者のMTFは生物学的性に基づいた社会適應を果たすことによって高学歴や安定した職業を手に入れている可能性があり、それゆえ、苦勞して手に入れた職業を危険にさらす実生活経験の実施には注意を払う必要があると梅宮は警告している。事例Bは居住地を変え、男性であった自分の姿が知られていない土地で再就職したが、収入的にはかなりの減収となった。事例Aは、教育職なので職場でのフルタイムを断念しているが、それに関わる心理的

負担はかなり大きい。

結婚生活、あるいはパートナーとの生活は、成人期の大きな課題である。山内ら(2001)はGID者の心理的特徴の1つに家族やパートナーとの葛藤を挙げている。中村(2005)は、パートナーとの性的生活がより深まるなかで、自己の性同一性を再構築していった事例をいくつか報告している。この中村が報告した事例では、付き合った当初からGID、あるいはトランスジェンダーであることをパートナーに受容されていた。

それでは、結婚生活の途中で配偶者がGIDと診断されたり、配偶者が性別違和感を告白したりした場合にはどのような精神的状況に陥るのであろうか。既婚MTFとその妻の夫婦関係について、梅宮(2002)は貴重な事例を報告している。梅宮はMTFを夫に持つ妻は、①婚姻形態の破棄を積極的に行う場合と、②夫との婚姻形態によってなにがしかの利得を得ており、その利得が彼女の生活を深く支えている場合という2種類に大別できるとしている。通常前者の妻がほとんどであるが、梅宮が報告した事例は後者であり、夫婦関係は非常によかった。そこで梅宮は、夫(MTF)の性別適合手術さえも受容している女性が1年間つけた日記を元にエピソード分析を行い、彼女がなぜGIDの夫を容認したのかについて分析している。それによると、夫から性別違和感を告白されてから夫の性別適合手術を容認するまでの心理的プロセスは、①夫に告白された後の動揺と悲しみ→②抑うつ状態から睡眠薬による自殺企図→③男性の姿としての夫が消えていく悲しさ→④職場で夫が受けた差別に憤りを覚える→⑤夫への愛情の変化→⑥甲状軟骨縮小術によって夫の声が女性化すると知らされて動揺し刃物によって自殺企図→⑦夫婦関係が家族関係(姉妹関係)に移行したことを認識→⑧夫の性別適合手術を仕方がないものとして受諾する、というものであった。このプロセスをみると、2回の自殺未遂から妻は自分が愛する(していた)夫に「女性として」認められていないと感じた瞬間から深刻な心理的危機に陥っていたことが分かる。妻がこのような心理的危機を乗り越えて夫の性別適合手術を容認した大きな要因は、夫との関係が夫婦関係から新しい家族関係(姉妹関係)に変化したことであると考えられる。したがって、妻が心理的危機を乗り越え、夫との新しい信頼関係を築けるように治療者は尽力すべきであると梅宮は強調している。

この梅宮(2002)が報告した事例にはGIDの夫を持つ妻が陥る心理的危機がよく現れている。今後GIDと診断されたり、性別違和感を訴えたりする成人男女が増加すると考えられるので、GID者の心理的ケアと同様、その配偶者やパートナーに対する心理的ケアのあり方を研究していく必要がある。特に、GIDの夫や妻が希望する性に移行する間、その配偶者やパートナーが抑うつ状態になったさいに、自殺を防止するための介入が重要である。また、梅宮(2002)の事例は深い愛情につながれた夫婦関係であったが、そうでない場合に夫や妻からGIDであると告白された配偶者やパートナーがどのような心理的プロセスを経るのか、新たな信頼関係を築けるのかどうか、信頼関係を築けた場合にはどのようなものなのかについての研究が必要である。さらに、配偶者やパートナーだけでなく、GIDの父や母を持つ子どもの心理的危機や、その父や母とどのような関係を構築するのかについての研究が求められる。

4. 老年期

一般的に言って老年期には、経済生活・経済保証の問題・心身の健康の問題が成人期よりも大きな問題となり、職業的地位や対人関係、社会的つながりといったさまざまな面での喪失体験が増えてくる(堂野ら, 2000)。老年期のGID者も同様の問題を抱えると考え

られるが、GID 者特有の問題もあるのではなからうか。しかしながら、GID 者が老年期をどのように乗り越えていくかについての研究は皆無といってよい。したがって、ここでは老年期において GID 者が抱えるであろうと思われる問題について述べてみたい。

まず、老年期まで自分が GID であると周囲に言えなかった場合について考えてみたい。老年期まで同性愛者や両性愛者が家族や友人に自分の性的指向を打ち明けられなかった場合、当事者はかなり深刻な心理的負荷を抱えると Kimmel (2002) は述べている。これは、老年期の GID 者にも当てはまる場合があるだろう。中塚ら (2004) と Lawrence (2005) のデータによると、老年期になって初めて精神科外来を受診したり性別適合手術を受けたりした GID 者がいる。今後、老年期において性別違和感を主訴に精神科外来や GID 専門の医療機関に来談する人は増加すると考えられる。その場合、体力的な問題からどこまで性別適合手術をしたらよいかについての綿密な打ち合わせと、心理的ストレスを軽減するためのカウンセリングが必要となると考えられる。また、もしも GID 者が老年期になって自分が希望する性へと転換したとすれば、それは、青年がそうする場合に比べてより強い社会的批判を受ける可能性がある。GID 者の精神的健康を保つためには、GID 者の配偶者や家族の理解と援助が重要である。GID 者の治療と同時に、配偶者や家族の動揺や心理的ストレスも軽減するような治療システムが求められるだろう。

次に、GID 者が満足する老年期を送るために、社会生活において希望する性として生活している GID 者の場合について考えてみたい。老年期における同性愛者、両性愛者、トランスジェンダーは社会的に疎外されて孤独であるというイメージが一般にあるが、Kimmel (2002) によると、実際には彼らの多くが老年期において良好な精神的健康を保っている。その要因としては、①自助グループや友人などの社会的支援を持っていること、②パートナーと良好な生活を送っていること、③長年心理的ストレスにさらされてきたため危機処理能力が高いことが挙げられる。

今のところ、希望した性で生きてきた GID 者がどのような老年期を送っているのかについての研究はほとんどない。希望した性で生きてきた GID 者も同性愛者や両性愛者、トランスジェンダーと同じように良好な精神的健康を保っているかどうかについての研究が必要である。また、GID 者の治療に役立てるために、希望した性で生きてきた高齢の GID 者とそうでなかった高齢の GID 者が、どのように自分の人生を統合するのかを比較検討する研究も必要となろう。

V 性別適合手術後の心理的变化

日本における GID の医療的治療では、日本精神神経学会の治療基準 (改訂 2 版) が中心的役割を担っている。この治療基準の原型は、アメリカのハリー・ベンジャミン国際性別違和協会 (The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association) の *Standards of care: The hormonal and surgical sex reassignment of Gender Dysphoric Persons/ SOC6* である。この治療基準に従って、GID 者は、①精神科による心理療法、②婦人科・泌尿器科によるホルモン治療、③形成外科による手術療法 (性別適合手術) という 3 段階の治療を受ける。多くの GID 者は社会的に希望する性で認知されるために性別適合手術を希望する。MTF の場合の性別適合手術は、①乳房増大、②大腸法や陰茎皮膚翻転法による膣形成、③輪状甲状軟骨接近術や声帯萎縮法による音声変調、④レーザー法や電気針法による不再生脱毛、⑤甲状軟骨突起の縮小形成術を含む (梅宮,

2003)。一方 FTM の場合には、①乳房切除、②子宮卵巣摘出、③膣閉鎖、④尿道延長、⑤陰茎形成の手術が行われる（原科，2001）。

性別適合手術を施術されることによって希望する性へと転換できることから、性別適合手術を希望する GID 者は多い。それでは、性別適合手術を受けた前後ではどのような心理的变化が起こるのであろうか。Lawrence (2003)、Rehman et al. (1999)、Smith et al. (2001) の追跡調査によると、ほとんどの GID 者は性別適合手術の結果に満足しており、性器が通常の外形であることに満足し、オーガズムを感じられるようになったと報告している。また、社会生活も手術前と比べてかなり改善している。性的指向や性的興奮に関して Lawrence (2005) は、性別適合手術を施術してもらった MTF (232例) の追跡調査によって、①性的指向が手術後変わるものが多かったこと（例えば手術前に異性愛者は全体の54%であったが、手術後は25%になった。一方、手術前同性愛指向のものは全体の9%であったが、手術後は34%であった）、②手術前に性的パートナーがいない割合は6%であったが、手術後23%に増加したこと、③手術前49%のMTFが異性装をするという性的空想に対して性的興奮を感じていたが、手術後同様の性的空想を持ったものは3%であったことなどを報告している。また、Cuypere et al. (2005) の報告によると、手術後、① GID 者の関心が身体的な事柄よりも情緒的、社会的な事柄へと変化したこと、② MTF 群より FTM 群のほうがマスターベーションをする回数が多かったこと、③オーガズムの形態が変化したこと（MTF 群はよりオーガズムが大きくなって時間的にも長くなった。一方、FTM 群はより強烈なオーガズムを感じるようになったが時間的には短くなった）、④手術後 MTF 群では性交のさいに膣液が分泌され、FTM 群では勃起と性交痛が報告されたという。

日本における性別適合手術前後の心理的变化に関する研究には、梅宮 (2003) のものがある。梅宮は、輪状甲状軟骨接近術を施術した MTF (40歳、初回面接時36歳) の事例を報告している（輪状甲状軟骨接近術とは声帯を外科的に伸長させて声のピッチをあげることと低い声を高くする手術である）。クライアントは外見上女性として認知されるが、声が重厚な感じで低かった。希死念慮を伴う抑うつ症状がきつく、来談1年前に左手首切傷と大量服薬による自殺未遂のため緊急外来にて処置を受けた。輪状甲状軟骨接近手術後、クライアントの声の周波数は278Hz（女性声と認知される範囲）に上昇した。心理的变化を見るために梅宮は、Zung の抑うつ尺度 (SDS) を用いた。それによると、初回面接時58であったものが、術後半年で41に低下していた。また、不再生脱毛や女性声の獲得などの治療によって、希死念慮の消失と社会的接触欲求の亢進が認められた。したがって、輪状甲状軟骨接近手術は MTF の心理的安定を確保する有効な手段であると梅宮は結論づけている。

これから性別違和感を主訴に精神科外来を受診したり GID と診断されたりする人が増加すると考えられるので、今後日本でも欧米のように性別適合手術後の心理的变化に関する大規模な追跡調査が行われるであろう。その結果によっては、性別適合手術の有効性や問題点がより明確になるであろうし、また GID 者をとりまく日本特有の問題が浮かび上がってくるかもしれない。さらにまた、性別適合手術後における GID 者に必要な心理的ケアや社会的支援システムのあり方についての研究が求められるだろう。

VI 心理アセスメントにみる GID の特徴

GID の心理特性を明らかにするために、海外ではロールシャッハテスト、MMPI、人物描画テスト (D-A-P) がよく用いられている (山内ら, 2001)。日本でも、1990年代から GID が社会的に認知されはじめ、また、精神科外来を受診する GID 者が増加したことで、心理アセスメントを通して GID の特徴を考察した研究が報告されはじめた。

庄野 (2001) は、50名の GID 者 (FTM が 31 名 < 平均年齢 27.6 歳 >、MTF が 19 名 < 平均年齢 35.3 歳 >) を対象にしてロールシャッハテストと MPI (モーズレイ性格検査) を実施した。ロールシャッハテストと MPI のテスト結果では、際だった偏りや特異な傾向は見られなかった。ロールシャッハテストでは精神病圏を示すような逸脱した反応も見られなかった。FTM 群と MTF 群を比較すると、FTM 群はテスト時に情緒的に安定していた人が多かったが、MTF 群では情緒的に不安定な人が多かった。庄野はその理由として、FTM のほうが「少しおてんばな女の子」として社会に容認されやすいが、一方、MTF は女の子っぽい言動からいじめの対象になりやすく、社会的に疎外された状況に陥りやすいことを挙げている。FTM 群が情緒的に安定しているもう 1 つの理由として、MTF 群と比較すると、FTM 群ではパートナーのいる人が多いことが挙げられる。さらに、FTM 群と MTF 群との違いは、FTM 群が心理テストでも精神医学的診断でも GID としてまとまった特徴を示したのに対し、MTF 群は年齢層も広く、心理検査に表わされた特徴や行動面でのパターンが多様で、まとまった結果は得られなかった。以上の結果から、情緒的に不安定な MTF は特に注意深く援助していく必要がある。

福井ら (2002) はロールシャッハテストを通して GID にみる依存性について吟味している。それによると、GID 者 7 例中中核群の FTM 2 人は、ロールシャッハテストを受けていたさい、過度に外的現実を意識することでテスターへの依存を統制していたようであるが、周辺群の FTM 3 人と MTF 2 人は、不随意的、他動的にテスターへの依存と退行が起こり、内的統合性を回復することができなかった。GID にみられる依存性は、症状が不安定である周辺群、または人格障害を併発している群において明らかにみられるようであると福井らは述べている。

以上の庄野と福井らの研究をまとめると、MTF 群は情緒的に不安定なものが多く、かつ依存性が高い傾向がある。FTM 群には社会生活上問題がないわけではないが、MTF の特性を考慮すると、MTF に対する治療のあり方や社会生活の適応に関する研究が急務であろう。また、GID 者の心理特性をより吟味するために、今後はロールシャッハだけでなく人物画や自画像など他の投影法による GID の研究も行っていく必要があるだろう。

VII GID 者に対する心理的ケア

楢田梓を治療的コミュニケーションに利用した卵画と洞窟画を考案した田中 (2001) は、強迫症状とエイズ恐怖を主訴として来談した中学 2 年生 (14 歳) の男児の事例を報告している。クライアントは幼少期から母親と密着した関係にあり、遊び友だちは女子ばかりで、小学校時代には「おかま」として男子からいじめられていた。来談時のクライアントには強い女性化傾向が見られた。そこで、クライアントの強迫症状とエイズ恐怖は、思春期 GID に起因したものであったと田中は考えている。面接は週 1 回 1 時間で、約 2 年間行われた。クライアントが神経質で非常に緊張していたので、田中は言葉による面接ではなく、樹木画、スクイッグル、卵画、洞窟画、雨中人物画をかいてもらった (スクイッ

グルを描いてもらった後クライアントに物語を作ってもらった)。

このクライアントの面接過程は、①被害感や攻撃性の表出→②強迫症状の背景として女性に対する激しい競争心や同一化願望の明確化→③自分のジェンダーを女性として認識→④体は男性であるが、心が女性であることに対する葛藤と嘆き→⑤母親との心理的分離→⑥女性同一化や自己の破壊性の受容という心理的プロセスを経た。面接終了時にはエイズ恐怖はほとんど消失し、強迫症状も手を軽く洗うだけになった(面接終了時田中はクライアントにGID専門医を紹介した)。面接過程から、クライアントの強迫症状とエイズ恐怖の発症の契機は、性衝動が始まる思春期になって、自慰によって自己の男性としての身体的な性に直面したところから始まったのではなかろうかと田中は推測している。また、クライアントは思春期に入り、父親や男児からだけでなく、それまで仲のよかった女児からもクライアントの女性的側面が批判されるようになった。そのため、クライアントは女性同一化への強い罪悪感を抱くようになった。

田中は、GIDを抱えるクライアントに芸術療法を行う意義について、①母子関係における問題の深刻さを理解する上で役立つこと、②物語よりも描画のほうが生物学的性と心理的性の深刻な葛藤状態が現れやすいことを挙げている。

先に述べたように、GID者、それも特にMTF群では社会適応が困難な者が多い(真鍋ら, 2000; 庄野, 2001)。MTF群が女性として社会に適応するためには、生物学的性の形態を外科的に女性へと適合させるだけではなく、いわゆる「女性的」と考えられている所作や技術を習得する必要があるだろう。梅宮(2004)は、GID治療のなかで最も時間をかけるべきところは、社会との関係性の調整、すなわち実生活経験における心理・社会的性のスキーマの確認と(再)構築であると述べている。この獲得プロセスにおいて、社会的文脈における自己評価をより客観的に行うことができれば、健康的な性同一性の構築が可能ではなかろうかと梅宮は仮定している。そこで、梅宮は社会的文脈が凝集していると考えられる「食」に注目し、33歳のGID者(MTF, 中核群, 30歳で発症)が、一般的に女性的と考えられている料理の技術を獲得していくプロセスを1年間観察した。梅宮によると、そのMTFは料理の技術が向上したことで、①自尊感情には大きな変化はなかったが自己効力感が上昇し、②SDSの明らかな低下が認められた。また、③料理をはじめ1年後には「女性としての自信」がついてきたとクライアントは述べている。SDSの低下から、定期的に料理を行うことでこのMTFは自分の女性性を実感しており、社会的スキルの(再)構築を促進していると梅宮は解釈している。また、自己効力感の上昇は、MTFのQOLの活性化を促進し、未来への希望、すなわち治療の向上に貢献すると梅宮は述べている。

田中(2001)のように、クライアントがGIDの心理的ストレスを軽減し、性同一性を獲得できるような心理療法についての研究が今後必要であろう。また、梅宮(2004)のように、GID者が充実した生活を送れるように、希望する性に合わせた社会的技術や能力(例えば調理技術や化粧技術)を促進するような治療も求められるだろう。

Ⅷ GID と他の精神疾患や障害との関連

先に述べたように、強迫神経症、抑うつ、人格障害、摂食障害などを併発しているGID者は多い。ここでは、ごく最近発表されはじめたアスペルガー症候群を併発しているGIDの事例報告を紹介したい。Kraemer et al. (2005)は、アスペルガー障害を併発し

ている35歳のFTMの事例を報告している。そのGID者は幼少期から男性的なものを好み、男性になりたいと母親に訴えていた。また、知能は高いが対人関係が築きにくく、33歳のときにアスペルガー症候群と診断された。Kraemer et al. はGIDはアスペルガー症候群の結果として発症したと推測し、アスペルガー症候群に対する治療法がないためにGIDに焦点を当てた治療を行った。その結果、そのGID者は異性装での生活に満足し、心理的に安定したという。

アスペルガー症候群を併発している41歳のMTFの事例が、Gallucci et al. (2005) から報告されている。このGID者は、幼少期から家族や同朋集団と親密な関係を持つことはなく、プラモデルとアニメーションに没頭していた。知能は高く、芸術的な才能も周囲から認められていた。9、10歳ころから異性装に興味を持ちはじめ、男性性器に対する強い嫌悪感を示した。そして、次第に女性として生きたいと切望するようになった。面接時には軽度の抑うつと自殺念慮が認められた。ただし、本人の希望によって治療は中断したという。

日本では、櫻庭ら(2005ab)が自閉症とアスペルガー症候群を併発しているGIDの事例を報告している。

アスペルガー症候群を含めた他の精神疾患や障害を併発しているGIDが精神科外来やカウンセリングにやってきた場合、GIDと精神疾患や障害のどちらにより焦点を当てた治療がなされるべきなのかが今後問題となるだろう。また、GIDだけでなく他の精神疾患や障害も併発していることを知った家族の動揺や不安を考慮すると、家族やパートナーの心理的ストレスに関する調査が必要である。また、その心理的ストレスを軽減するための心理的ケアも必要であろう。

Ⅹ 終わりに

本論文ではもっぱら2000年以降に発表されたGIDに関する心理学的研究を概観した。その結果、今後日本におけるGID研究としては、①学校生活適応と学校側の対応、②性別適合手術後の心理的变化、③GIDの夫／妻を持つ配偶者への心理的ケア、④GID者の実生活経験における心理的ケア、⑤老年期のGID者に関する研究といったものが必要であると考えられた。今後GID者の数が増加することを考慮すると、GID者が満足して生活できるようさらなる研究が望まれる。

文献

- Allgeier, E. R. & Allgeier, A. R. 2000 *Sexual interaction 5th*. Boston & New York: Houghton Mifflin Company.
- American Psychiatric Association 2000 *Quick reference to the diagnostic criteria from DSM-IV-TR*. Washington D.C. and London: American Psychiatric Association. 高橋三郎・大野裕・染谷俊幸(訳) 2003 DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引き 医学書院.
- Bartlett, N. H., Vasey, P. L. & Bukowski, W. H. 2000 Is gender identity disorder in children a mental disorder? *Sex Roles*, 43, 753-785.
- Cuypere, G. D., T'sjoen, G., Beerten, R., Selvaggi, G., Sutter, P. D., Hoebeke, P.,

- Monstrey, S., Vansteenwegen, A. & Rubens, R. 2005 Sexual and physical health after sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior*, 34 : 6, 679-690.
- 堂野佐俊・堂野恵子 2000 発達理解の心理学 ブレーン出版.
- Fisher, B. & Akman, J. S. 2002 Normal development in sexual minority youth. Jones, B. E. & Hill, M. J. (Eds), *Mental health issues in lesbian, gay, bisexual, and transgender communities*. Washington D.C.: American Psychiatric Publishing, 1-16.
- 福井敏・矢野里佳・西村良二 2002 性同一性障害 (G.I.D.) にみる依存性について 福岡大学医学部紀要, 29 : 1, 29-36.
- Gallucci, G., Hackerman, F. & Schmidt, C. W. 2005 Gender identity disorder in an adult male with Asperger's syndrome. *Sexuality and Disability*, 23 : 1, 35-40.
- 東優子, 針間克己 2001 性同一性障害の治療とケアに関する基準 (SOC) 臨床精神医学, 30 : 7, 887-902.
- 原科孝雄 2001 性同一性障害の外科的治療 山内俊雄 (編著) 性同一性障害の基礎と臨床, 新興医学出版社, 79-88.
- 加藤鉄士 2001 性同一性障害の具体例 山内俊雄 (編著) 性同一性障害の基礎と臨床, 新興医学出版社, 24-30.
- 上川あや 2003 レインボー世田谷 <http://ah-yeah.com/nakawara.html>
- Kimmel, D. C. 2002 Aging and sexual orientation. Jones, B. E. & Hill, M. J. (Eds), *Mental health issues in lesbian, gay, bisexual, and transgender communities*. Washington D.C.: American Psychiatric Publishing, 17-36.
- Kraemer, B., Delsignore, A., Gundelfinger, R., Schnyder, U. & Hepp, U. 2005 Comorbidity of Asperger syndrome and gender identity disorder. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 14, 292-296.
- Langer, S. J. & Martin, J. I. 2004 How dresses can make you mentally ill: Examining gender identity disorder in children. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 21 : 1, 5-23.
- Lawrence, A. A. 2003 Factors associated with satisfaction or regret following male-to-female sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior*, 32 : 4, 299-315.
- Lawrence, A. A. 2005 Sexuality before and after male-to-female sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior*, 34 : 2, 147-166.
- 真鍋幸嗣・花田雅憲・上石弘 2000 性同一性障害患者の性差 近畿大学医学雑誌, 25 : 2, 165-169.
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. 2002 Gender identity disorder in young boys: A parent- and peer-based treatment protocol. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7:3, 360-376.
- 森美加・高橋道子・牛島定信・中山和彦 2005 性同一性障害における性役割志向 臨床精神医学, 34 : 7, 951-957.
- 中塚幹也・江見弥生 2004 思春期の性同一性障害症例の社会的、精神的、身体的問題点と医学的介入の可能性についての検討 母性衛生, 45 : 2, 278-284.

- 中村美亜 2005 心に性別はあるのか?—^{ジェンダー・アイデンティティ・ディスオーダー}性同一性障害のよりよい理解とケアのために 医療文化社.
- Newman, L.K. 2002 Sex, gender and culture: Issues in the definition, assessment and treatment of gender identity disorder. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7 : 3, 352-359.
- 日本精神神経学会 2002 性同一性障害に関する診断と治療のガイドライン 第2版.
http://www.jspn.or.jp/04opinion/opinion14_07_20.html
- Rehmen, J., Lazer, S., Benet, A. E., Schaefer, L. C. & Melman, A. 1999 The reported sex and surgery satisfactions of 28 postoperative male-to-female transsexual patients. *Archives of Sexual Behavior*, 28 : 1, 71-89.
- 櫻庭京子・阿部輝夫 2005a 性同一性障害とアスペルガー症候群の合併した症例 第4回自閉症スペクトラム学会抄録.
- 櫻庭京子・広瀬啓吉・阿部輝夫 2005b 性同一性障害とアスペルガー症候群の合併した症例 第7回GID研究会抄録.
- Smith, Y. L. S., van Goozen, S. H. M. & Cohen-Kettenis, P. T. 2001 Adolescents with gender identity disorder who were accepted or rejected for sex reassignment surgery: A prospective follow-up study. *Journal of the American Academy of Child & Psychiatry*, 40 : 4, 472-481.
- 庄野伸幸 2001 心理検査からみた性同一性障害 ロールシャッハ法研究, 5, 29-42.
- 田中勝博 2001 思春期ジェンダー障害のアートセラピー—描画が導く narrative の意義について 目白大学人間社会学部紀要, 1, 85-103.
- 田中將之 2005 Transgender の生徒に対する入試面接—性同一性障害が疑われる生徒への学校の対応 心理臨床学研究, 23 : 4, 498-503.
- Tarver II, D. E. 2002 Transgender mental health: The intersection of race, sexual orientation, and gender identity. Jones, B. E. & Hill, M. J. (Eds), *Mental health issues in lesbian, gay, bisexual, and transgender communities*. Washington D.C.: American Psychiatric Publishing, 93-108.
- The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association 2006
<http://www.hbigda.org/>
- 梅宮れいか 2004 性同一性障害と食生活のかかわり—特に MtF 性同一性障害の心理的決定に及ぼす調理技術学習の効果 福島学院大学研究紀要, 36, 45-50.
- 梅宮新偉 1999 性同一性障害の治療とインターネットの果たす役割—インターネットにおけるピアグループの形成と問題点 福島女子短期大学研究紀要, 31, 117-128.
- 梅宮新偉 2001 性同一性障害の思春期エピソードの分析—特に高年齢受診 Male to Female/GID 者に共通する内容の考察 福島学院短期大学研究紀要, 33, 17-27.
- 梅宮新偉 2002 性同一性障害と家族関係—特に既婚 Male to Female/GID (遅発中核群) の夫婦関係の考察 福島大学短期大学研究紀要, 34, 111-124.
- 梅宮新偉 2003 輪状甲状軟骨接近術による声の女性化がもたらす male to female 性同一性障害 transsexual の心理面における経時的変化 福島学院大学・福島学院短期大学研究紀要, 35, 63-68.
- 山内俊雄・東博彦・五十嵐節・池田斉・石井淳・磯田和雄・片山勲・木下清一郎・村松正

賽 1998 「性転換治療の臨床的研究」に関する審議経過と答申 埼玉医科大学雑誌,
23 : 4, 313-329.

山内俊雄・庄野伸幸・加沢鉄士 2001 性同一性障害の心理的側面 臨床精神医学, 30 :
7, 751-756.

ABSTRACT

Gender Identity Disorder (GID) has been attracting social attention in Japan since 1998, when Sex Reassignment Surgery (SRS) was officially approved by Saitama Medical School. It may occur that the number of GID patients will increase. However, many Japanese GID patients are still distressed by the hostility and misunderstandings. Many GID patients have experiences of school refusal, suicidal ideation, or other psychiatric illnesses. Taking these distresses into account, more psychological and social supports for GID patients are necessary in order for them to live with satisfaction. In the paper, we would like to introduce current psychological studies both in Japan and in the world, most of which were written in the 21st century and some of which referred to “transgender.” Examining these studies, it appears that psychologists and psychotherapists will have to explore more (1) psychological and social support for students with GID in school, (2) psychological change after SRS, (3) psychological interventions for couples when the other confesses his or her GID, (4) psychological change in real life experience and psychological support for GID patients, and (5) studies on mental health of aging GID patients.

Key Words : gender identity, transgender, sex reassignment surgery
