

投稿論文

トランスジェンダー当事者支援における臨床心理学的課題

須藤 武司

Key Words トランスジェンダー、自己概念、治療関係

1. はじめに

世界トランスジェンダー・ヘルス専門家協会 (World professional association for transgender health: WPATH) による『トランスセクシュアル、トランスジェンダー、ジェンダーに非同調な人々のためのケア基準 (Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people)』第7版¹には、「ジェンダーへの非同調性は、性別違和 (Gender Dysphoria: GD) と同じではない」との項目がある。ここでいう「性別違和」とは、「あくまでも人生のある時点で性別違和を経験した、ジェンダーに非同調な人々の一部に過ぎない」とものと規定する。性別違和は「心理的・精神的治療」を通じて大幅に緩和させることが可能であるが、ジェンダーに非同調な人々は自分自身にとって満足のいく性役割やジェンダー表現を主体的に見つけるものであり、その「心理的・精神的治療」とは、ジェンダーへの非同調性に苦しむ人々が自らのジェンダー・アイデンティティ (性同一性) を模索し、より適切な性役割を見出すことが目的となる。

一方、当事者のジェンダー・アイデンティティの模索を扱う「心理的・精神的治療」では、精神

科医やカウンセラー自身のジェンダー観やセクシュアリティ観などの価値観が刺激されやすく、当事者のセクシュアリティのありように対立する可能性のあることが指摘されている (康、2016: 1040)。したがって、「心理的・精神的治療」におけるクライアント (来談者) と精神科医やカウンセラーとの関係性には繊細さと安定性が求められる点に留意する必要がある。また、当面の問題や当事者の考え方に焦点をあてた課題解決型の面接だけではなく、ジェンダー・アイデンティティの模索に寄与するための洞察型の面接も必要であると考えられる。

そこで、本稿ではGDを含むセクシュアル・マイノリティ (sexual minority) 当事者をめぐる心理的問題について概観し、さらに「心理的・精神的治療」の実際からその独自性と課題について検討する。

2. セクシュアル・マイノリティ当事者をめぐる心理的問題

セクシュアル・マイノリティ当事者が抱える心理的問題として、(1) 自己探求の過程に体験する

種々の挫折や、否定的体験による希死念慮、自殺企図をはじめとするメンタルヘルスの問題、(2) HIV感染症など公衆衛生の問題、(3) 児童・思春期から成人・老年期にかけてのライフサイクルの問題、が指摘されている(石丸、2014: 55-58)。

厚生労働省エイズ対策研究事業による日高の調査によると、ゲイ男性の65.9%がこれまでに希死念慮を抱いたことがあり、実際に自殺企図に及んだのは14%である(日高、2016: 9-10)。また、針間・石丸の調査によるとGD当事者の62%が希死念慮を抱き、10.8%が自殺企図、16.1%が自傷行為、7.9%が過量服薬に及んでいる。いずれもMtF(Male to Female: 身体的性別が男性でジェンダー・アイデンティティが女性の者)の方が、FtM(Female to Male: 身体的性別が女性でジェンダー・アイデンティティが男性の者)よりも大きく上回っている。GD当事者の自殺企図は小学校高学年に初発が認められ、高校生でそのピークを迎える。その他、自傷行為のピークは高校生、過量服薬のピークは中学生から高校生にかけてである(針間・石丸、2010: 247-248)。

セクシュアル・マイノリティ当事者の性的指向(sexual orientation)の自認について、ゲイ・バイセクシュアル当事者は、13.1歳の頃に自身のセクシュアリティをおぼろげながらも自覚しており(日高、2016: 3)、GD当事者は、56.6%が小学校入学以前に、89.7%が中学生までに性別違和を自覚している(中塚 2013: 12)。こうしたジェンダー・アイデンティティの意識化に伴い、学校生活などで言葉によるいじめ被害にあったゲイ・バイセクシュアル当事者は、全体の54.5%にも及ぶという(日高、2016: 8)。

このように、セクシュアル・マイノリティ当事者は児童青年期におけるセクシュアリティの自覚とともにその苦悩に直面し、違和感や戸惑い、ときに罪悪感を覚えながら自己探求を始めることが窺える。その過程において自尊心を傷つけられるような言葉、または、身体的暴力などによる差別体験から自身のあり方に否定的な感情を抱くようになる。こうした内的体験は、自我同一性を形

成する発達過程において阻害要因となることが考えられる。平田(2014)は、当事者のメンタルヘルスにおける自己規定の問題とともに社会的スティグマがもたらす種々のストレス、すなわち、Meyer, I. H. (2003)の提唱するマイノリティ・ストレスについて言及している。

マイノリティ・ストレスとは、スティグマ化された社会集団に属する個人が、その社会的位置づけゆえにさらされる過剰なストレスをいう。マイノリティ・ストレスの特徴は、(1)人々が一般に体験するストレスに付加されるものであるため、スティグマ化されていない人々に比べ、環境適応に困難がみられること、(2)個人を超えた社会構造に由来していること、ゆえに、(3)一過性のものではなく、慢性的なものであることにある。平田は、当事者の自己のありように由来する精神的不調の背景に、個人を超えた社会構造の問題を指摘している(平田、2014: 70)。また、精神科医やカウンセラーなどの臨床家は、社会的文脈の中で当事者個人をとらえる必要があるとも指摘する(平田、2014: 71)。Sudoらによると、セクシュアル・マイノリティ当事者は幼児期より自己概念(self-concept)が歪められる内的体験をし続け、この体験は長い時間の経過とともに個人の内部に深く蓄積されているという(Sudo, et al., 2018: 48-49)。

このような内的体験は自己像にまつわる矛盾や葛藤を引き起こし、当事者に脅威を与え続ける。そのため当事者は抑圧的となり、精神的・心理的発達が阻害されるものと考えられる。したがって、当事者の抱える諸問題は、自殺、自傷、精神疾患等といった形で顕在化する一方で、自閉的自我境界内での苦闘を人知れず続けていることも多いと考えられる。

針間・石丸(2010)は、GD当事者が自殺に繋がる心理・社会的因子として、(1)いじめ、(2)孤立感、(3)身体違和、(4)失恋、(5)内在化したトランスフォビア、(6)生まれ変わりたいという願望、(7)生きている実感の欠落・無価値感、(8)身体治療への障害、(9)将来への絶望、の9点

を挙げている（針間・石丸、2010: 249-250）。

このうち（4）失恋については、結婚や出産を真剣に考えた結果、子どもが出来ないことを理由に交際を終えることが多く、このような局面に際し FtM 当事者は男性としての生殖能力がないことに深い絶望を味わうことがある（Sudo, et al., 2018: 47）。同性愛者もまた、新たに家庭を構築すること、殊に、パートナーとの子として子どもを育てる場合、社会的な障壁も大きく、GD 当事者同様の絶望感に苛まれることがある。つまり、ストレートである人が体験する対象喪失としての失恋のダメージの他、社会的な疎外感や自分自身の無力感などのダメージが重なり、（6）生まれ変わりたいという願望や、（7）生きている実感の欠落・無価値感、（9）将来への絶望へと連鎖することが考えられる。

また、（8）身体治療への障害については、ホルモン療法や性別適合手術（sex reassignment surgery: SRS）を希望しても適切な治療を受ける機関が限られていたり、治療が開始されるまで一定の手続きを経なければならなかったりすることや、SRS 後も職場の理解が得られなかったり、ホルモン療法や定期健診にかかる経済的負担が継続的に生じたりするなど、身体的・心理的苦痛のみならず社会的な問題も関係している。特に、SRS を望む GD 当事者においては、上記事由により SRS を望んでもなかなか実現しないことと、SRS 後の生活が不安定であることとの葛藤状態にあることが窺える。

3. トランスセクシュアル当事者と自己概念

セクシュアル・マイノリティ当事者をめぐる心理的問題には、当事者の自己概念が深く関与しており、当事者に対する「心理的・精神的治療」においては、当事者が主体的に自己のありようを模索するための支援が中心となると考えられる。

自己概念とは、個人が自分自身に抱いているイメージや、ビリーフのこと（Feltham, C. & Dryden, W., 2004: 209）であり、それは、自己を現象学的な文脈の中で捉える考え方と分かちがたく結びついている（Tudor, K. & Merry, T., 2006: 128）という。つまり、自分自身のことをどのように受けとめ、どのように思い、感じているかという内的な主体の体験を指すものである。この体験においてはセクシュアリティ、なかでも、ジェンダーの占める割合が高い。人間は発達の過程においてジェンダー・アイデンティティを獲得するが、その背景には社会通念などによる外発的な要請が存在し、男性も女性も自身が男性または女性であることを肯定することによって社会的な発達の達成が認められる。このようにして社会通念を内在化した個人は、社会的に構成された「典型的な物語（story）」に基づく性役割の獲得を求めるに至る。社会的存在となるには、セクシュアリティのように極めて個人的なことがらでさえも「典型的な物語」への同化を余儀なくされることが少なくない。そのため、セクシュアリティにまつわる実存的問題——たとえば、社会の要請するジェンダーのあり方と個人のジェンダー観との不一致や、生得的な性と個人が自覚するジェンダーとの不一致など——を抱えた個人は、種々の外的要因により自己概念が歪められる複数の体験を有していることが想定される。

一方で、トランスジェンダー当事者は他のセクシュアル・マイノリティ当事者に比べ、トランスの過程において他者に支援を求める傾向が認められる。特に精神科診断基準による病理化を受け入れたトランスセクシュアル当事者は、より自分らしい生き方を実現するために「真正な」医療を求める傾向が認められる（Sudo, et al., 2018: 47）。そこで、トランスを支援する医師やカウンセラーには当事者自身が医療行為の開始を決める権利を保証するための情報提供など、支持的な関わりが求められる。すなわち、当事者が不可逆的な治療を受けるまでには相応の葛藤が存在し、その葛藤を当事者自身が自らの人生に意味づけなければ真の

意味での自己実現とはならないことを十分に理解したうえでの関わりである。

当事者の中には医療に繋がったことやSRSを受けたことで人生の諸問題がすべて解決したかのように感じられる人達が少なからず存在するなど、混乱した精神状態において現実検討をせずに早急な行動を起こそうとすることがある(針間、2016: 286-287)。こうしたケースでは、SRSを後悔したりSRS後に自身のセクシュアリティに対する疑問が生じてきたりするなど、自己実現とは程遠い結果に至る場合もある²。したがって、当事者支援における「心理的・精神的治療」には安定した治療関係のもとで、当事者のありようを存分に模索できるような環境が必要となると考えられる。

次に、筆者の臨床経験から得た当事者に対する心理的支援の特徴と留意点について検討したい。

4. 心理臨床における基本的態度

カウンセリングの究極の目的は、治療関係に基づき有機体的存在としてクライアントの実現傾向(actualising tendency)を促すことである。個人の實現傾向は、本来有機体的存在として誰もが持ち合わせている本質的なものである。人間が本来的に持ち合わせている實現傾向と社会的文脈との間にある緊張や葛藤は、GD当事者とのカウンセリングを考えるうえで不可欠な視点である。創造的なカウンセリングとは、関係性を通しクライアントが主体的に生きる能力の賦活化を目指すものといえよう。

以下、筆者がカウンセラーとして対応した複数の事例を統合し、個人属性を排すなどの加工を施したトランスジェンダーに関する〈事例〉2例について検討する。

〈事例1〉

30代MtF。20代ははじめからホルモン療法を開始

し、20代半ばで性腺除去手術を受ける。性別違和は小学校低学年から自覚していたが、両親を含め誰にも相談しないままセクシュアリティの探求を行う。成人後、性腺除去手術を受けたものの、声や身体つきに変化が現れず、そのうちにホルモン療法も自己中断する。若い年代の女性を見かけると自身の劣等感が刺激されるため閉居。抑うつ状態が遷延している。

〈事例2〉

10代男性。小学校高学年の頃より異性装への関心が高まり、中学生の頃より、家に一人である時に異性装をするようになった。高校入学直後から異性装した自身の画像をインターネット上で公開するようになり、「男の娘」モデルとしてモデル事務所からスカウトされた。それ以降、学校は欠席がちとなり、ある程度まとまった収入も得られるため、退学を考えるようになった。しかし、自身のセクシュアリティは判然とせず、退学後の人生設計も漠然としたものであることから、先行きの見えない不安を覚えている。

〈事例1〉は当初、抑うつを主訴としていた。まず、カウンセラーはクライアントの「固有の物語(narrative)」の理解、共有をめざし、理解できない点はひとつひとつクライアントに質問しながら互いの信頼感に基づく治療関係の構築につとめた。クライアントが用いるコミュニティやセクシュアリティに関する専門用語については、カウンセラーの理解している意味で齟齬が無いかどうか、あるいは、クライアント自身がどのような意味で用いているかについての確認を慎重に行なった。こうした治療関係構築の過程で、クライアントはカウンセラーに少しずつライフヒストリーを語りはじめ、「固有の物語」を再構築することで来談当初の混乱した状態は収束し始めた。

治療関係が安定するとともに「これが私である」というクライアント自身を支える物語が変容しはじめ、やがて、「私は本当に私であるのだろうか」「私は誰なのだろうか」という実存の根本

的命題への直面化を促すに至った。クライアントの自己概念に深くかかわる面接において、クライアント個人の内的世界に触れ、理解し、その「固有の物語」を再構成する作業は不可欠である。こうした直面化は新たな自己概念の獲得のために訪れる一種の実存的危機であり、ここを乗り越えるためにカウンセラーは存在しているともいえる。

このように、カウンセリングは精神現象(mental phenomena)を個人の直接的体験に現れるままに探求する、いわば現象学的体験の場といえるものである(小林, 1979: 7.)。この場において、クライアントは自身の過去と現在の体験を往還しながら「固有の物語」を再構成し、カウンセラーもまた自身の過去と現在の体験を自覚しながらクライアントと向き合う存在として、より率直で純粋な状態である自己一致(congruence)に努め、クライアントのどのような体験も無条件に受け入れることを目指す。この両者の間で交わされる、言語的・非言語的やりとりと双方に向けられる転移感情

情(クライアントの過去の重要な人物との対人関係がカウンセラーとの関係に移される感情)を意識するためにカウンセラーは両者のあり方を俯瞰する「眼」を設け、これにより安定性のある心理的に安全な場が構成されるのである(図-1)。これは広くカウンセリング一般に適用される構造に関する考え方ではあるが、セクシュアル・マイノリティ当事者との面接においては殊にその心理的空間の安全性が保証された治療環境づくりに努める必要があると考えられる。

この事例において、面接の経過にしたがいクライアントの語る女性像にある種の偏りやこだわりを感じ取ったカウンセラーは、クライアント自身のジェンダー観に焦点をあてた治療的揺さぶりを試みた。これが、新たな自己概念獲得の契機となり、クライアントの固着化したジェンダー観にインパクトを与えた。

クライアントは、ホルモン療法をいくら続けても自身の思い描く「女性」になれなかったことで

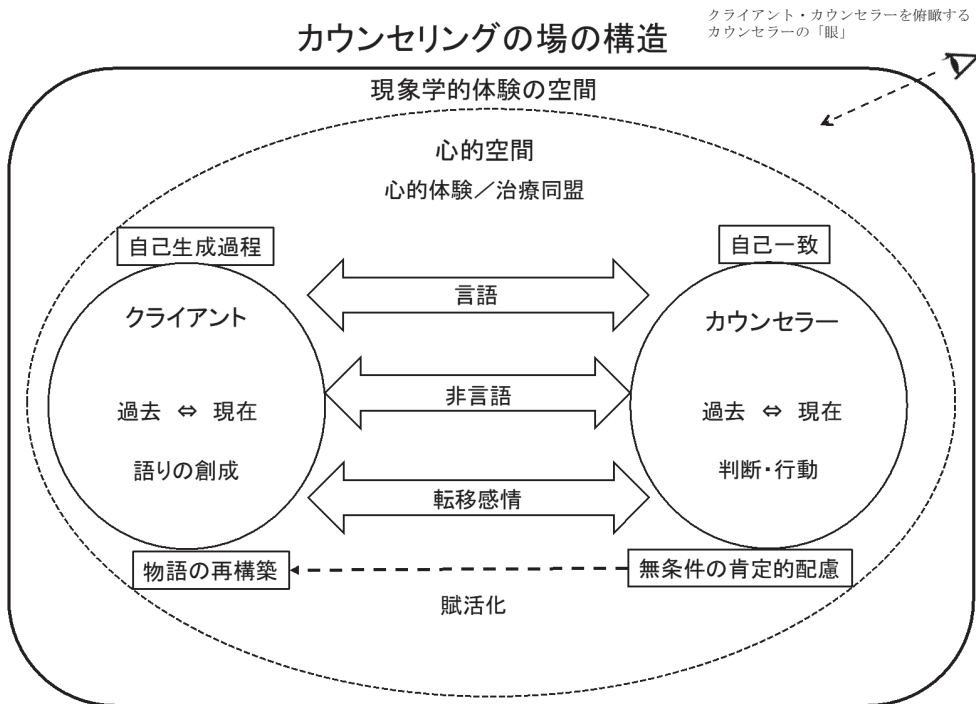


図-1 カウンセリングの場におけるクライアントとカウンセラーの関係

ホルモン投与を自己中断していた。これにより体内のホルモンバランスが崩れ、内因性の抑うつ状態を引き起こしていたことが想定された。そこでカウンセラーは、クライアントの内的世界に関わりつつ、随伴する精神症状の治療を目的としてジェンダー専門の医療機関との連携を提案した。

〈事例2〉は、児童青年期における当事者支援である。自己決定のための的確な判断力が養われる途上にあるこの時期の当事者は、ジェンダー観や男女観などに混乱を来していることが考えられ、ジェンダー・アイデンティティの確立や現実検討に関する心理支援には細心の注意が必要となる。そのため、治療関係を維持しながらクライアントの内的世界への接触を試み、クライアントが体験している精神現象を共有することから面接をスタートさせた。

このクライアントには性別違和がなく、性的指向はストレートとバイセクシュアルとの間で揺れ動いていた。カウンセラーは、クライアントが構築している、あるいは構築しつつある独自の世界観を尊重し、セッションの中でクライアント自身との出会いを試みた。その過程で、支配的な保護者と腕力に強く幼少時から常にクライアントを庇護していたきょうだいの存在、きょうだいに対する未整理の感情について語られるようになり、徐々にクライアントの原家族に由来する「固有の物語」が明確になった。同時に、クライアント自身にセクシュアリティに関する内的な気づきの一端も認められ、セクシュアリティの探索・受容と進路選択の問題について個別に整理されるようになった。これ以後、クライアントの新たな自己概念の獲得と、家族との関係を含めた自身の生き方の模索が面接の中心的なテーマとなった。

セクシュアル・マイノリティ当事者との臨床では、クライアント・カウンセラー双方の価値観による葛藤が生じやすく、クライアントの訴えも変遷しやすいという特徴を有する。したがってカウンセラーには、当事者をどのように認知し、理解

し、当事者にとって治療的存在になり得るかという重要な課題が提示されることとなる。当事者がこれまで体験した「苦悩」「混乱」を面接で表出する時、カウンセラーも治療関係に起因する「苦悩」「混乱」を体験しやすい。この場合、カウンセラー側に面接の過程で内在化されたフォビア(phobia)に気づく、あるいは気づかないまま思いがけない形で面接中に顕在化することもあり得る³。こうした現象は、セクシュアル・マジョリティを前提とした社会通念によって構成された価値観が影響しており、これらに無自覚であった場合、クライアントである当事者にとっては大きな脅威となり、カウンセリングによる心的外傷をもたらす要因にもなる。たとえば、クライアントのSRSに対する迷いを話し合う時、カウンセラーは自身のセクシュアリティやジェンダーに関する価値観と内在化されたフォビアについて既に自覚されていることが必要となろう。また、トランスによって引き起こされる現実的な問題への対処を話し合う際、カウンセラーが不一致(incongruence)の状態のまましていると、多分に評価的かつ指示的な態度でクライアントに接するおそれがある。

特に、自己概念と現実経験との不一致による葛藤や苦悩をあつかうことの多いGD当事者との面接において、カウンセラーも自身の価値観や内在化されたフォビアによる不一致を体験しやすい。カウンセラーが不一致の状態で存在すると、カウンセリングの場の安定性が崩れ、クライアントは安心して自己を探求することが出来なくなる。したがって、カウンセラーは自身の不一致に気づくことで、はじめてカウンセラー自身の価値観や感情を表明するか否かを選択することができるようになり、これによりカウンセリングが現象学的体験の場として機能するようになる。また、カウンセラーは自身の価値観や感情について表明しない自由をカウンセリングの場で体験していることも重要である。つまり、治療関係においてその妨げとなるようなバイアスを排すための内的作業が求められるのである(図-2)。

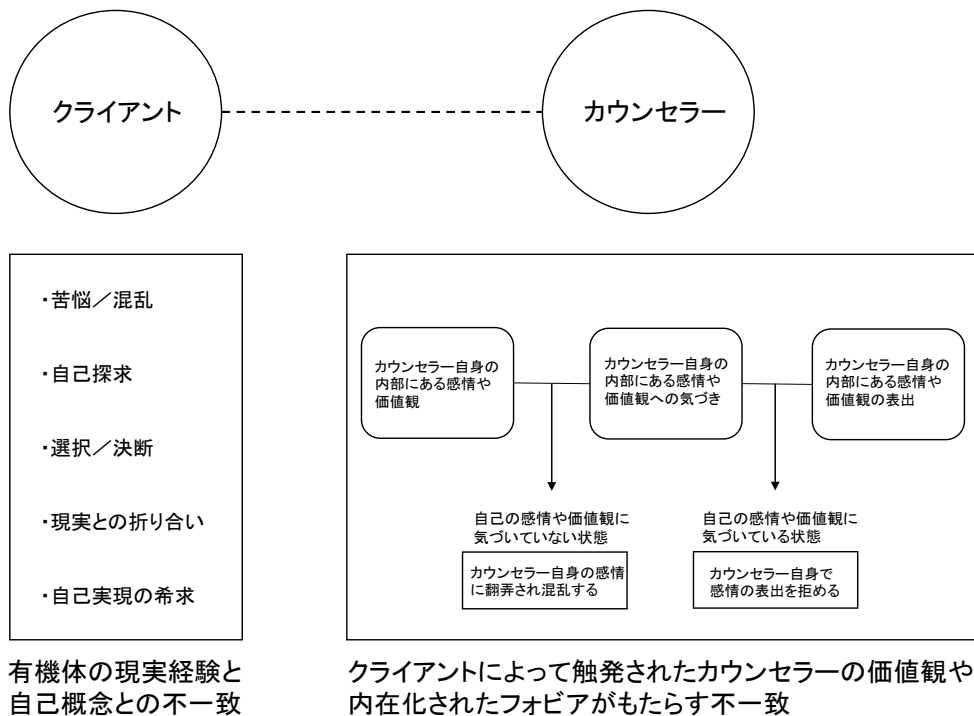


図-2 GD当事者とカウンセラーとがカウンセリングの場で体験している「不一致」の関係
(一部Mearns, D. & Thorne, B. 1988)

当事者とカウンセラーとの最初の接触において (1) クライアントと心理的接触 (psychological contact) が可能であるか、あるいは、出来ているか、(2) クライアントとの関係において自己一致しているか、という内省の観点がストレートやシスジェンダー (cisgender) のクライアント以上にその治療 (支援) 過程において大きな影響を及ぼすという点に留意する必要がある。

5. 今後の課題

セクシュアル・マイノリティ当事者は、マジョリティを前提とした社会制度や社会通念によって日々様々な困難を感じながら生きている。わが国でもこの数年来啓発活動が盛んになっているとはいえ、偏見や拒絶、ホモフォビアやトランスフォ

ビアは根深く存在している。したがって、セクシュアリティに関する悩みを表出できない体験や、自身のセクシュアリティを表現したことによって人格そのものを否定される体験を有する者も少なくない。性別違和や性的指向を隠し、穏便に社会生活を送るため自分自身を偽り続けることもある。「自分らしさ」や「本当の自分」を隠す生き方は、生涯にわたり内面に抑圧と葛藤を抱え続けることとなり、ここに当事者特有の心理的問題があると考えられる。

これまでの論考をふまえ、筆者がGDを含むセクシュアル・マイノリティ当事者との臨床から見出した「心理的・精神的治療」における課題は以下の通りである。

(1) 当事者がしっかりと自己概念を持ち、自分のありように対しより自由になれるような臨床的支援について、いまだ探索期にあること。

(2) 当事者の内的世界を理解することへの難しさがあること。セクシュアリティの異なりは、ときにクライアント理解にまつわるバイアスの排除を困難にさせることがある。

(3) 当事者にとってより適切なメンタルヘルス専門家を探すが難しいこと。特に性自認と生物学的性が不一致状態にあるGD当事者に対して、心身両面からアプローチし、実社会との橋渡しが出来る医師やカウンセラーは多いとは言い難い。

社会におけるセクシュアル・マイノリティ当事者の可視化が進み、さらにソーシャル・メディアの発達により、当事者が自らの存在や意見を社会へ向けて発信する機会も増えた。社会的認知の向上にしたがい、当事者やその家族などへの臨床的支援に対するニーズはより高まることが予測される。したがって、当事者が安心して自分自身のありようについて探求出来る環境を整備することが、今後の心理臨床において重要になると考えられる。

注

- 1 World Professional Association for Transgender Health (2012) *Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People* 7th. <<https://wpath.org/publications/soc>> [2019.10.15.閲覧]
- 2 『性同一性障害は「思い込みで後悔」…家裁、性別再変更の訴え認める』〈産経新聞web: <https://www.sankei.com/west/news/180302/wst1803020062-n1.html>〉 [2019.10.15. 閲覧]、『性別変更の取り消し、家裁が認める 医師「誤診した」』〈朝日新聞DIGITAL: <https://www.asahi.com/articles/ASL3156DVL31UTIL02T.html>〉 [2019.10.15.閲覧] など。
- 3 林 (2016) は、抑うつを訴える同性愛当事者に対し、精神的な不調による症状を診ることは出来るがセクシュアリティに関する話は聴けないという精神科医の対応に関するエピソードを紹介している (林、2016: 1027)。

COI開示

本稿の執筆に関して、開示すべき利益相反 (conflict of interest: COI) はない。

文献

- Feltham, C. & Dryden, W. (2004) *Dictionary of Counselling*. 2nd edition. Whurr Publishers Ltd., London.
- 針間克己 (2016) 「性別違和への精神療法」『医学のあゆみ』256(4). 286-289. 医歯薬出版.
- 林 直樹 (2016) 「ゲイ・レズビアンと精神療法」『精神科治療学』31 (8). 1027-1032.
- 日高庸晴 (2016) 『ゲイ・バイセクシュアル男性の健康レポート2015』平成27年度厚生労働省科学研究費助成金エイズ対策研究推進事業.
- 平田俊明 (2014) 「精神医学と同性愛」針間克己、平田俊明 (編著) 『セクシュアル・マイノリティへの心理的支援』岩崎学術出版社.
- 石丸径一郎 (2014) 「セクシュアル・マイノリティの自尊感情とメンタルヘルス」針間克己、平田俊明 (編著) 『セクシュアル・マイノリティへの心理的支援』岩崎学術出版社.
- 小林純一 (1979) 『カウンセリング序説 人間学的・実存的アプローチの一試み』金子書房.
- Mearns, D. & Thorne, B. (1988) *Person-Centred Counselling in Action*. Sage Publications., London.
- Meyer, I. H. (2003) Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay and bisexual populations: Conceptual issues research evidence. *Psychol Bull*, 129(5). 674-697.
- 中塚幹也 (2013) 『学校の中の「性別違和感」を持つ子ども 性同一性障害の生徒に向き合う』JSPS日本学術振興会 科学研究費助成事業.
- Sudo, T., Yamamoto, K. & Yoshikawa, R. (2018) Qualitative Study on the Psychological Experiences of Trans-man and Trans-woman. *Tokai J Exp Clin Med.*, vol. 43 (2). 45-49.
- Tudor, K. & Merry, T. (2006) *Dictionary of Person-Centred Psychology*. PCCS BOOKS., Ross-on-Wye.