

東海大学大学院 2018 年度博士論文

セクシュアル・マイノリティ当事者の
自己生成過程
——心理・社会的側面からの考察——

指 導 芳 川 玲 子 教 授

東海大学大学院文学研究科
コミュニケーション学専攻

須 藤 武 司

総 括

本論文は、セクシュアル・マイノリティ sexual minority である人達、特に、(1) 性同一性障害 gender identity disorder: GID 当事者の自己生成の過程、(2) 医師やカウンセラーとの関わりの検討、(3) セクシュアリティ臨床における人間学的・実存的アプローチの可能性について、探索的に論じたものである。

GID 当事者¹は、身体的な性と自認する性との乖離により、性とはなにか、男性／女性とはなにか、私は何者か、といったその人の根本的なあり方に苦悩を抱き、また、社会的な存在としての自分自身を強く探求する、あるいは、探求せざるを得ない人達であるといえる。アメリカ精神医学会 American Psychiatric Association による『精神疾患の診断・統計マニュアル *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM*』第3版から同性愛の項目は削除された。しかし、GID は DSM 第5版および世界保健機関 World Health Organization による『国際疾病分類 *International Classification of Diseases: ICD*』第10版においていまだに精神医学的疾患として位置づけられている。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 は、1979年に『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 *The Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People: SOC*』を定めた。アメリカ心理学会 American Psychological Association: APA は、『トランスジェンダーとジェンダーに非同調な人々のための心理的援助のガイドライン *Guidelines for Psychological Practice With Transgender and Gender Nonconforming People*』の最新版を2015年に発表した。これらは、病理化に囚われない、当事者へのより適切なケアを提言している。DSM や ICD、SOC は、それぞれさらに細かな改訂を重ね、DSM の最新版である第5版では、性同一性障害を性別違和と改称した。現在検討中の ICD 第11版では、性同一性障害の精神疾患カテゴリからの削除が検討され、身体疾患として取り扱おうとする動きがみられる²。

国内では、1997年に日本精神神経学会から『性同一性障害に関する診断と治療のガイドライン』初版が公開された。これに基づき、翌1998年、埼玉医科大学において初の公式的な性同一性障害の治療としての性別適合手術が施行された。また、2003年には「性同一性障害者の性別の取扱いの特例に関する法律」が成立、翌年施行され、治療情報の普及とともに行政による人権的見地に立ったサポートが開始された。さらに、セクシュアル・マイノリティを総称する「LGBT」(lesbian, gay, bisexual transgender の頭文字を集めたも

¹本論文中使用される「当事者」には、性的少数者全般を包括的に表す「セクシュアル・マイノリティ」と、性的少数者の1カテゴリである「GID」を表す。これらは、文脈により使い分けられ、読み手の混乱を招かないよう配慮する。

²2014年3月29日に行われた Winter, S. のレクチャー (於慶應義塾大学) ならびに2016年7月30日に行われた Singh, A. A. & Dickey, L. M. のレクチャー (於大正大学) にて、それぞれ ICD-11 における「性同一性障害」の項目に関する協議の進捗について情報提供があった。

の)という言葉を得て、マスメディアによる啓発や大手広告代理店によるマーケティング活動が盛んになり、一部の当事者はプライド・パレードなどの行事を通して、人権、福祉、健康に関する社会運動を展開している。

このように、法や疾患概念、治療や支援のガイドライン整備が進み、性に対する多様性に社会が理解を示す動きのある一方で、心的環境を含めた当事者をめぐる環境は、旧態依然のままであるという実態も認められる。フォビア *phobia* や感染症による差別と偏見、当事者の自死、強制的な性指向の告白や暴露 *outing* による深刻な被害、といった当事者に対する暴力の問題も散見される。このような、人間としての根幹に関わる種々の問題に対し、心理臨床の専門家に要請されているものは何か。そして、心理臨床の専門家は何かができるのか。これらの問いを起点に、実存的不安がより強いと考えられる *GID* 当事者に着目し、その自己生成過程と当事者に対する社会的支援のあり方、医師やカウンセラーなど専門的支援者の役割について調査し、考察した。

臨床心理学における諸派のうち、人間性心理学 *humanistic psychology* はセクシュアル・マイノリティ当事者が直面し、かつ、恒常的に抱えているであろう実存的問題に対し、親和性の高い理論および人間観を有する。その理論に基づく人間観は、*SOC* 第7版における心理的支援の基本項目と合致するところが多い。なかでも、人間学的・実存的アプローチによるカウンセリングは、当事者の実存的問題と自己生成の促進に一定の効果の得られることが期待される。人間性心理学は、心理学において「第三の勢力 *third force*」と称され、1950年代から1960年代にかけ、主に行動主義や精神分析による人間観への批判と反省により生じた理論であり、現代では“古典的な *classical*”アプローチと見なされることが多い。1970年代に精神医学の領域において精神疾患の診断の信頼性を高めるべく採用され、世界的な影響力を持つようになった操作的診断基準による診断と、臨床心理学における行動主義的な人間観とアプローチ、いわゆるエビデンス・ベースド *evidence based* の医療や心理支援が注目され、人間性心理学は前時代的な心理療法と見なされるきらいがある。しかるに、操作的診断基準への批判——たとえば「病を診て人を見ず」など——や、行動主義的人間観に対する疑問など、揺り戻し現象ともいえる動きもみられる。精神医学ならびに臨床心理学の各学会では、より適切な治療および支援の方法に関する議論が継続的に行われている。

人間性心理学のめざす人間像は「自分がより自分らしくあること」である。本論文では、ここに *GID* 当事者の種々の心理・社会的問題を重ねあわせ、実存的観点からみた *GID* 当事者の自己の生成 *becoming* の過程とセクシュアリティ臨床について論考する。図は、本論文の構成を視覚的に整理したものである。

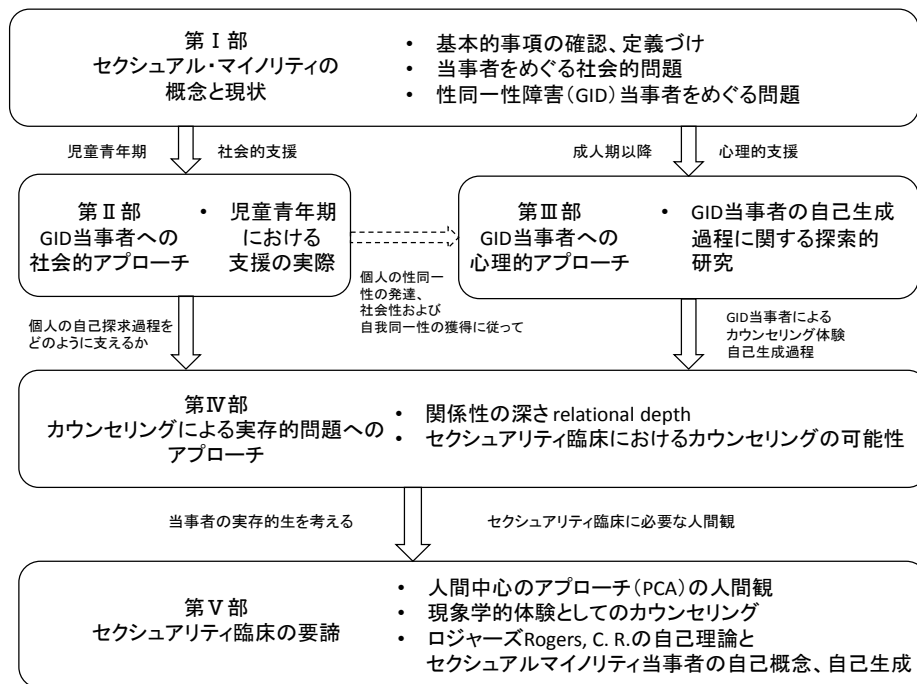


図 本論文の構成

第Ⅰ部は、セクシュアル・マイノリティ当事者をめぐる諸問題と社会的アプローチについて論ずる。第1章では、当事者に関する基本的な知識についてまとめた。第2章では、当事者をめぐる社会的問題について提示した。

第Ⅱ部第3章では、児童青年期における GID 当事者支援について論ずる。GID 当事者の性自認は、セクシュアル・マイノリティではない人達に比べ早く、思春期前期（児童期）に強く違和を覚え、それを周囲に訴えることが多い。そこで、事例に基づき（1）事例の査定、（2）支援計画とその修正、（3）介入の実際、の各観点から当事者とその社会的資源との連携・協働について考察した。また、当該事例に関わった自治体教育委員会の指導主事に面接調査を実施し、教育行政機関の現状と今後の展望について考察した。

第Ⅲ部第4章では、成人期の GID 当事者における自己生成過程と専門的支援者による援助について論ずる。トランスジェンダーtrans gender 当事者のうち、その多様なトランス概念の中から性別適合手術 sex reassignment surgery: SRS を体験した当事者へ自己生成過程や心理的支援の体験に関する面接調査を実施し、その内容を解釈学的現象学的分析 interpretative phenomenological analysis: IPA (Smith, J. A., Flowers, P. & Osborn, M. 1997; Smith, J. A., Osborn, M. 2004; Smith, J. A., Flowers, P. & Larkin, M. 2009) の原則に基づいて検討した。これに基づき当事者の自己生成仮説を探索し、より適切な専門的支援者のあり方やセクシュアリティ臨床の考え方に関する見解を示した。第5章では、当

事者の自己生成を促すために必要な治療関係について論じた。ここでは、クライアントの“固有の物語 narrative”と、専門的支援者に内在化された社会通念や知識が反映された“典型的な物語 story”との違いを軸に、現象学的空間である治療空間に関する考察も行った。

第Ⅳ部は、第Ⅱ部および第Ⅲ部での論考をふまえ、GID 当事者の実存的生へのアプローチに関する理論化、概念化を試みる。第6章では、メアーンズ (Mearns, D.) の提唱した「関係性の深さ relational depth」をキーワードに、種々の理論を援用しながら治療関係について整理した。第7章では、疾患の治療という枠を超えた創造のプロセスとしてのカウンセリングについて論じた。

第Ⅴ部は、これまでの論考を総合し、セクシュアリティ臨床の要諦について論考する。第8章では、臨床心理学における「第三の勢力」を発生せしめた心理療法の人間観について検討し、心理療法の基盤について考察した。第9章では、人間性心理学の祖であり、その実践家でもあったロジャーズ (Rogers, C.R.) による『十分に機能する人間——よき生き方についての一心理療法家としての私見—— *Therapist's View of the Good Life: The Fully Functioning Person*』(1961) を検討し、有機的に生きる人間像とその阻害要因について考察した。第10章では、人間学的・実存的アプローチを包括する人間性心理学の中核理論である自己理論とセクシュアリティとの関連性について考察し、セクシュアリティ臨床の視座を示した。

トランスジェンダーの世界は、多種多様なジェンダー・アイデンティティによって構成されている。自身を「GID」と自認する当事者がいる一方で、病理性の強い GID という呼称を避け、脱病理の象徴でもある「トランスジェンダー」を自認する当事者もいる。また、性別違和を抱えながらも性別適合手術を必要としない生き方を模索する当事者もいる。本論文全体の標題は、『セクシュアル・マイノリティ当事者の自己生成過程』であるが、自己生成過程を論じた第Ⅲ部第4章における調査の対象は、病理性を受け入れ、SRS を望む GID 当事者である。総合的なセクシュアル・マイノリティ臨床については、第Ⅴ部において考察した。セクシュアリティの概念は幅広く、当事者自身がどのように自らを規定するかが大きな意味を持つことにも留意したい。

研究の背景

本来、有機的な存在であるはずの人間の成長を阻む最大の要因は、自己に対する不安感・不信感である。「私は何者なのか」という実存的な問いが成長の原動力となり、それは、心理療法におけるクライアントとカウンセラーの共通目標となる。断続的な自己探求によってクライアントは本来の自己と偽りの自己——ペルソナ *persona*——に支配された自己に直面する。偽りの自己に気づき、より本質的な自分自身になるための体験を意識的に積み

重ねることで、外的要因により抑圧された自己は自由になる。そして、本来的な自己を生成し、自己を規定する。

性的少数者といわれるセクシュアル・マイノリティである人達との臨床から、筆者が見出した臨床上の問題点は次の通りである。(1) 当事者がしっかりと自己概念 **self-concept** を持ち、より自由になれるような支援や援助の探索期にあること。当事者の性的指向・性自認を含む認知に直截的に働きかける心理療法により、クライアントが脅威にさらされることもある。(2) 当事者を理解することの難しさがあること。マジョリティ、マイノリティに関わらず、セクシュアリティの異なりによるクライアント理解のバイアスを排除することは難しい。(3) 当事者にとって適切なメンタルヘルス専門家を探すことが難しいこと。特に生物学的性とジェンダー・アイデンティティとが不一致状態にある **GID** 当事者に対して身体・心理両側面からアプローチの出来る専門的支援者は、必ずしも多いとはいえない。

また、セクシュアル・マイノリティである人達が抱える問題として、(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) **human immunodeficiency virus: 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(日高 2010; 石丸 2014)。

厚生労働省エイズ対策研究事業による日高の調査(2010)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。また、針間・石丸(2010)の調査によると、**GID** 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 **male to female: MtF** (生物学的性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、**female to male: FtM** (生物学的性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。**GID** 当事者の自殺企図は小中学校生高学年から初発がみられ、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ことも指摘されている。2006 年の厚生労働省エイズ発生動向委員会によると、**HIV** 感染者の大半が男性同性間の性的接触感染とされ、その割合は 63% に及んでいる。日高らの調査(2007)によると、感染予防を心がけるセーファー・セックスに対する意識が向上している一方で、自傷行為的な意味合いでリスクな性行為に及んでいる当事者の存在も認められている。これについては、セクシュアル・マイノリティ当事者の抑うつ傾向や希死念慮などとの関連が考えられる。

セクシュアル・マイノリティ当事者のライフイベントに目を転ずると、**GID** 当事者の 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する(中塚 2013 a)。一方、男性同性愛者は 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する(日高ら 2007)。また、学校生活において言葉によるいじめ被害にあった男性同性愛者は

全体の 56%から 66%に及ぶ（日高 2010）。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、罪悪感を覚えながら自己探求を始める。その過程で、自尊心を挫くような言葉、または言葉以外の暴力による差別体験から自己のあり方に否定的な感情を抱くようになり、これが自我同一性形成における阻害要因となる。平田（2014）は、当事者のメンタルヘルスにおいて、自己規定の問題とともに社会的スティグマがもたらすマイノリティ・ストレスについて言及する。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点、（2）個人を超えた社会構造に由来している点、ゆえに、（3）一過性のものではなく慢性的なものである点にある。平田は、当事者の自己概念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についても指摘し、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する。

針間・石丸（2010）は、GID 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 点を挙げる。（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」を理由に交際の終わることが多く、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。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ようとすると社会的な障壁も大きく、GID 当事者同様に絶望感に苛まれることもある。つまり、ストレート **straight** 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己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。（8）身体治療への障害については、ホルモン療法や 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、問題が山積している。GID 当事者の多くは、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も窺える。

当事者をめぐる主な問題は、（1）マイノリティ・ストレス（社会的ストレス）による抑うつや不安など精神的健康状態の悪化、（2）それに付随する自殺未遂率・既遂率および性的被害率の割合の高さ、（3）アルコールや薬物使用、などである。これらは、HIV 感染リスク行動の関連要因でもある。当事者の抱く孤独感の強さは、年齢に関わりなく高い割

合にあることから当事者をめぐる保護的環境の整備は急務である（日高 2010）。

GID 医療の初期には、精神科医が精神分析療法や電気痙攣療法 electroconvulsive therapy などを用いて、ジェンダー・アイデンティティを生物学的性へ近づける治療を行った。その後、外科的施術法や内分泌学の発展を契機に生物学的性をジェンダー・アイデンティティへ近づける方針へと変化した。日本では、2004 年に「性同一性障害者の性別の取扱いの特例に関する法律」が施行され、GID 医療の適正化が推進された。適正化に関する功罪について、針間（2014）は「非道徳的存在とのレッテルから解放されて医学的疾患として認知されるという功、および『精神障害者』との新たなレッテル張り^{（ママ）}という罪」を指摘する。治療法の発展や法整備は、当事者に対し自らの性を肯定しつつ、マジョリティからの偏見に晒されながら生きていくか、生得的に生物学的性とジェンダー・アイデンティティとが不一致である障害者として生きていくか、という選択を強いる。前者は、脱病理化および主体的なあり方を象徴するトランスジェンダーとしての生き方へ、後者は、病理化と引き換えに自らのあり方を社会の中で肯定する生き方へと当事者コミュニティを二分した。

WPATH が発行する SOC 第 7 版には「ジェンダーへの非同調性は、性別違和と同じではない」との項目がある。「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、と規定する。つまり、性別違和は「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るとする。「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・アイデンティティを模索し、より適切な性役割を見出すのを援助することである。したがって、「治療」は個別化されたものでなければならない、とする。

以上のように、GID 当事者の心的世界には、自らの存在をめぐる複雑な自己概念と当事者特有の自己生成過程のあることが想定される。したがって、同性愛・両性愛者とはまた異なる、当事者特有の実存をめぐる問題について心理的側面から検討を加える必要があるといえる。

考察と展望

（１）性別違和および性別移行を訴える児童生徒に対する支援の考え方

WPATH が発行する SOC 第 7 版は、児童青年期における性別違和を扱うメンタルヘルス専門職の役割として、（１）当該児童の性別違和に関連する苦痛の緩和、（２）その他の心理・社会的困難を改善するための家族カウンセリングや支持的精神療法、および（３）心理療法の提供、を挙げる。その具体的な介入策は、当該児童やその家族に代わる地域社会の啓発・教育、権利擁護である。ジェンダーに非同調な児童は、学校でハラスメント被

害を受けることがあり、社会的孤立や抑うつをはじめとする精神症状のリスクを高める。SOCによると、特に児童期において、(1) 性別違和を訴える当該児童をめぐる社会的関係性や家族機能の評価、(2) 評価に基づく環境調整、を推奨する。性別違和を医学的に解消するための治療に関する情報提供(治療法の可能性とその限界等)、および本人の情動や行動上の問題、知的側面への評価については、当該児童を取り巻く環境における未解決の問題ができるだけ無くなっていることを評価したうえで、青年期に介入することを推奨する。つまり、児童期における性別違和を主訴とするケース対応は、環境調整を主とする心理・社会的困難の改善から重点的に行うことが肝要であると考えられる。

文部科学省が平成 22 年に発出した事務連絡(「児童生徒が抱える問題に対しての教育相談の徹底について(通知)」)については、約半数の教職員がその存在を「知らなかった」と回答した。また、「知っていた」と回答した約 50%のうち「報道で聞いた」との回答が約 30%、通知文書自体を読んだ教職員は約 20%であった(中塚 2013 b)。本研究における指導主事への面接調査、および modified grounded theory approach: M-GTA による分析では、ケース理解の前に教師または指導主事としての自己概念の確立や、ケースからの気づきの促進、当事者を受け入れる思考の柔軟性の必要が認められた。また、学校への支援はこれらを土台とすることで成り立つというケースの独自性も認められた。したがって、教育現場におけるセクシュアル・マイノリティ当事者への理解と支援は、ひとつひとつのケースに向き合いながら経験を積み重ねている段階にあると評価できる。こうした環境下では、多くのセクシュアル・マイノリティ当事者がサイレント・マイノリティとして全体の中に埋没することを余儀なくされる。そのため、児童生徒からの相談という形で直接的に教職員やスクールカウンセラーがその問題に触れることは多くないことが想定される。顕在化しないことは、当事者がそこに存在しないという理解に繋がりやすい。閉ざされた空間となりがちな個人・家庭・学校の各システムをいかに開放し、閉鎖的かつ膠着状態に陥った学校コミュニティを活性化させるかが、学校における当事者支援の課題のひとつであると考えられる。その際、リエゾン精神医学やエコロジカル・モデルに基づく支援形態は、セクシュアル・マイノリティである児童生徒に対する支援のスタンダードとなる可能性を示唆する³。また、この支援形態は包括的間接支援であるがゆえに当事者に対する侵襲性は少なく、かつ、当事者を取り巻く環境に安定性を与えることから、児童青年期におけ

³ 専門家同士が連携をとりながらクライアントを取り巻く心理・社会的環境調整を行うというリエゾン精神医学やエコロジカル・モデルの考え方は、これまでの臨床心理学が目指して来た個人の内的世界への働きかけとは異なる面があるとの印象も受けるが、従来の臨床心理学が目指し大切にされた後者に対し、前者はそのための土台作りに相当するものであると考える。殊にセクシュアリティに起因する集団や個人内での不適応を主訴とする児童青年期の臨床においては、クライアントがジェンダー・アイデンティティの発達途上にあることを念頭に置き、クライアントと家族、クライアントと学校との力動関係をアセスメントし、個人の生活と成長発達の間である心理・社会的環境の調整を行い、その保護的環境が保証されたうえで個人の内的世界への働きかけを行うことが、臨床心理的アプローチの優先順位としてより適切な設定ではないかと考える。したがって、本論文でもこうした考えに基づく臨床心理的アプローチの優先順位に従い、まず力動的視点を基盤とした心理・社会的環境調整による包括的間接支援モデルを提示し、その次の段階として、セクシュアリティを主訴とする成人期の当事者への個人臨床について論ずるのである。

る学齡期の当事者支援のあり方として安全性・有効性の高い支援手法であるとも考えられる。

中学校から高等学校にかけての思春期を含む青年期では、GID 当事者の社会的自立や gonadotropin-releasing hormone analogue: GnRHa など二次性徴抑制療法による身体面の負担等を考慮した「身体—心理—社会」の三要素による多角的ケース理解と評価を行う。WPATH による SOC 第7版では、アセスメントの段階でさまざまな治療法の可能性と限界を本人とその家族に知らせることが重要であるとしている。SRS を希望する青年期当事者への精神療法および心理療法では、性別適合を中心に据えた、その前後を含めた長期間の支援が必要となる。SRS を決断する前段階において当事者が SRS のもたらす可能性に非現実的な期待を抱いている場合は、正確な情報を伝えることで SRS の判断自体が変わることも想定される。このように、当事者を取り巻く環境が安定することによってはじめて個人の身体面や心理面への関与が可能となると考えられる。したがって、児童青年期の当事者には成人期に行われる「身体—心理—社会」の複合的支援を見越し、社会的境界間の力動関係調整を主とした包括的間接支援を推奨する WPATH の考え方が有用であると考えられる。

（２）成人期の性同一性障害当事者における自己生成過程

青年期から成人期は、自己を規定しアイデンティティを確立する時期とされる。セクシュアル・マイノリティ当事者、特に GID 当事者のアイデンティティ確立には相応の困難や独自性のあることが予測される。セクシュアル・マイノリティ当事者をめぐる諸問題のうち、自傷行為や自殺企図、自殺既遂、性感染症など公衆衛生に係る問題が特筆すべきものとして指摘されているが、これらの背景にはセクシュアル・マイノリティ当事者の自己に関する問題が存在している。したがって、これまで発達心理学や人格心理学において規定されてきた自我形成および自己生成のモデルとは異なる、当事者独自のモデルの探索には重要な意味があると考えられる。そこで、セクシュアル・マイノリティ、特に自我同一性の問題を含む心理・社会的困難を抱える GID 当事者の自己生成過程の体験を明らかにし、専門的援助職の関わり方とあり方について考察する。これにより、治療関係理論とセクシュアリティ臨床における心理療法の可能性を検討したい。

人間は意味を求め、さらに新しい意味を探るべくこれまでの体験を吟味し成長を続けていく存在であるとフランクル（Frankl, V. E.）は規定する。人間の成長に関して、フロイト（Freud, S.）は心理・性的モデルを、エリクソン（Erikson, E. H.）は心理・社会的モデルをもって説明した。エリクソンはリビドーを中心としたフロイトの心理・性的モデルに、対人関係、社会文化的要因、歴史的要因を加味し、思春期以降を含む人生全体を8区分して階層化し、その中核に青年期を設定した（Erikson, E. H. 1950）。さらにエリクソンは、人間の発達段階に応じた解決すべき固有の心理・社会的な発達課題を想定し、その

課題は前段階に準備され、その後の段階で解決と同時にさらに進んだ課題が準備されるという構造によってライフステージを説明する。当該の段階における課題の解決と失敗の両極に関する記述はあるが、各段階における課題の解決はそれらの均衡や折り合いによって認定される。心理・社会的発達理論の段階説による過程概念は、教育の分野を中心に長く定説のように位置付けられている (Havighurst, R. J. 1972 など)。ロジャーズ (Rogers, C. R.) は、クライアントとの面接の中で、クライアントの感情や、構成概念、個人的な体験の意味づけが緩やかに分化・増大されることで、個人の中にその象徴化の正確さを求める傾向が生ずるとする (Rogers, C. R. 1961b)。個人は、内的に揺れ動きながら構成概念を規定し、一つ一つ個人的な意味付けの領域を固め、自己を生成するものとして理解できる。したがって、エリクソンの心理・社会的発達理論において、その段階特有の課題を呈する場合もあれば、同時に、その前の段階の課題の特徴を示したり、その直後の段階の課題を解決させるような特徴を示したりすることもあり得る。そのため、個人の内的発達に関しては、いくつかの段階にまたがる流動的な発想も重要な観点であると考えられる。キーガン (Kegan, R. 1982) の構成・展開的モデルは、絶えず変化する主体と対象の間に生まれる意味の発見が人間の成長を促すものとする。各段階の課題の提示とその解決が同時に存在し、螺旋状を描くように上昇 (発達) するモデルは、より直感的に理解しやすい。

しかるに、GID 当事者のように実存的な問いと密接した生き方と自己探索の過程の理解に心理・社会的発達段階を援用した場合、たとえば“青年期に固着した存在”や“落伍者”としてのスティグマ化に繋がるなど適正さに欠けるきらいがある。当事者は、ひとつの心理・社会的発達段階に留まっていることはなく確実にその人生を歩んでおり、人生の一段階の課題に固着して一生を終えるものでもない。また、キーガンによる構成・展開的モデルのように前後の発達課題をクリアしながら上昇していくモデルとも異なり、常に心理・社会的課題は身近に存在している。したがって、多数派であるシスジェンダーcisgender、あるいは定型発達の男性を対象とした既存の発達段階諸理論は、当事者の自己生成モデルにそぐわない点がある。したがって、セクシュアル・マイノリティ当事者の心理・社会的発達、あるいは自己生成を理解するためには、既存の理論とは別の、独自のアプローチが求められる。そこで、GID 当事者が体験している内的事象に対し、IPA を用いて GID 当事者の自己生成過程に関する仮説生成を試みた。

本研究に参加した当事者の自己の内的世界では、児童期以降の各ライフステージにおいて「生きづらさ」「生活のしづらさ」「行き詰まり感」等を少なからず体験し、社会生活を保ちながら「違和感」「孤立感」「集団生活における困難」「セクシュアリティの探求」「実存課題の直面化」「葛藤からの解放」「自己を機能させる」と概念化された内的世界において実存の獲得を目指していた。ストレートである人達のライフステージを概観すると、ユング (Jung, C. G. 1931) が 40 歳以降を“人生の午後”と称したように、中年期における心理・社会的問題の重要性が指摘され、実際この時期は一般に上昇する社会的立場の変化

と下降する生体機能の変化による拮抗状態が生み出した“人生の危機”として重要視される。エリクソンは、この時期を成長・拡大的姿勢から育成的姿勢という新しい役割の獲得時期であるとし（Erikson, E. H. 1963）、人生における役割の変化は個人の内部に大きな混乱をもたらすものとしている。一方、当事者はこうした人生上の役割の変化について、より踏み込んだ言及をすれば、人生における自己のあり方そのものについて児童期より混乱を抱え続けており、各発達段階において解決しなければならない課題の質はストレートである人達とは当然異なる。また、たとえば息子／娘から夫／妻へ、夫／妻から父／母へ、といった各ライフステージにおける自己の存在意義を固めるための社会モデルも存在しないため、自己の内的経験を一般化することも人生上の決断を委ねる対象を持つこともできにくい。つまり、当事者はそのライフステージにおいて中年期に限らず常に危機に晒されていると考えられる。したがって、当事者の心理・社会的発達の性質は特異性を帯び、その特異性ゆえに自己の存在意義を問う姿勢は“生”そのものに直結し、ストレートである人達とは異なる次元においてライフステージ上の危機を体験していると考えられる。当事者の内的世界を理解するためにはこうした特異性、個別性に着目する必要がある。

当事者をとりまく問題は、（１）マジョリティによって構成された社会への適応の問題、（２）それに関連するカムアウトの問題、（３）児童期から抱き続ける性別に対する違和感、（４）与えられた生に対する身体的な嫌悪感、（５）孤立感や疎外感、（６）社会的役割の獲得など、多岐にわたる。こうした問題と内的世界の関係は、タブレット端末のアプリケーションに喩えられよう。アプリケーション（問題）は常に背後で待機し、タッチパネルをタッチされた時（外的要因）、背後で待機していたアプリケーション（問題）が即座に画面全体へあらわれる（顕在化）のだ。これは、成人の広汎性発達障害 **pervasive developmental disorder: PDD** 当事者の、内的世界の特異性（広沢 2010）とも合致する。しかし、両者はその外的対象との距離感や志向性において根本的な差異がある。すなわち、**PDD** 当事者の自己は環境に縛られることで固有の感覚が持ちにくくなるため、対象の中に入り込み、分析し、自己を統合しようとする点にその志向性の特徴がある。一方、**GID** 当事者は自己の内部を基点とし、そこで生じた性別違和によるトランスを試みると同時にマジョリティによって構成された社会へ自身をトランスさせる“トランスの二重構造”の中で自己を規定しようとする点にその志向性の特徴がある。したがって、**GID** 当事者の自己生成に関する課題は、内的世界の安定（自己一致）を試みながら、外的要因（環境や他者）との折り合いをも試みる点にあると考えられる。

専門的支援者は、**GID** 医療においてどこをゴールとしているか、また、治療を受けている当事者の設定したゴールはどこかについて細かく確認する必要がある。一般に **GID** 当事者が最初に直面する現実とは“パス”である。そして、“パス”観は当事者によって異なることが多い。また、ジェンダー・アイデンティティと性的指向は流動的であるため、たとえば「あなたにとってジェンダー・クィアとは何を意味しているのか？」などという問いを

通して“その人”が用いる言葉の意味を理解する必要がある。同時に、専門的支援者は「GID 医療」を「ストレートになるための治療」と考えていないかという自己点検も必要である。当事者は、ストレートになるために治療を受けているとは限らない。専門的支援者が、自らのジェンダー・バイアスやフォビアについて無自覚のまま治療・支援に臨むことは、当事者のウェル・ビーイング実現を阻む要素ともなり得る。

自己 self とは、自らの有機体や体験に関するその個人の全知覚、またはこれらの知覚と他の知覚との関係の方法、自分の環境にある物事との関係の方法、全世界との関係の方法に関する全知覚のこと (Evans, R. I. 1975) である。生成 becoming とは、人間の潜在的可能性が開花するその過程のことであり、人間は生の様々な場面において身に着ける仮面 persona や役割を捨て、自己のありのままの感情を体験し、自己について未知なる可能性を発見すること (Tudor, K. & Merry, T. 2002) である。自己生成や自己実現は、自己が有機体としての体験と調和し、かつ、その体験に開かれている時に、望ましいものとして実現する。自己の内部では体験と同時に様々な価値づけも行われ、両親や教師などといった周囲の他者や社会文化などを知覚対象とする内的照合枠 internal frame of reference を構成する。したがって、自己に関する構成概念は、体験とそれに付随する価値づけとの両面によって成立するものである。直接体験から得られる価値は、他者によって与えられた基準により、肯定的にも否定的にも価値づけされる。そのため、間接体験が歪められた形であたかも直接体験であったかのように他者から自己の内部へ取り入れられたものもある。このような、経験と自己構造との矛盾や不一致は個人の内部に大きな混乱を引き起こし、その内部において否認や恐怖を体験させる。つまり、他者からの非難や批判のために自分自身の思考と感情の妥当性とその容認に確信が持てなくなるのである。セクシュアル・マイノリティ当事者は、児童期からジェンダーに関する外的照合枠 external frame of reference による価値の取り入れを体験していることが窺える。マジョリティによって構成される価値観と自己とを照合させ、自らを「悪い」「間違っている」「価値がない」などと規定し、抑圧的な形で自己が生成されている可能性が高く、脆弱化した有機体的自己とともに存在していると考えられる。また、セクシュアル・マイノリティ当事者が照合するマジョリティの価値観には、マクロシステムによって構成されたホモフォビアやトランスフォビア、ミソジニーmisogyny やミサンドリーmisandry など色濃く反映される。その結果、セクシュアル・マイノリティ当事者はフォビアを内在化させることがある。このように、外的照合枠によって構成された自己に対する価値観は、自己の内部において自己否定や不全感を遷延させる。罪悪感や自己否定を体験することの多いセクシュアル・マイノリティ当事者は、このような内的体験を積み重ねているといえよう。

ゲイ、レズビアン、バイセクシュアル gay, lesbian, bisexual: LGB にはクローゼット in the closet のまま社会適応する場合も少なくない。トランスジェンダーは、自己を規定する“性” sexual identity の模索が人生の課題の中心を占めるため、本来の自己像と内在化

した価値観との葛藤が LBG に比べ繰り返し生じやすい。本来ならば、自己概念を発達させ自己生成をもたらす有機体的自己の促しを無かったことにして、自己に対し懐疑的かつ批判的な自己概念を構築し続ける危険性もある。したがって、実存に関する心理療法の目的は有機体的自己への信頼の回復という点に集約される。

セクシュアリティ臨床では、クライアントである当事者をどのように認知し、理解し、治療的存在になるか、という重要な問題が出現する。当事者が、自己探求の過程で体験した苦悩や混乱を面接で表出する時、専門的支援者もクライアントとの関係からもたらされる苦悩や混乱を体験しやすい。面接の過程で内在化されたフォビアに気づく、あるいは気づかないまま顕在化することもあり得る。これらは、クライアントである当事者にとって大きな脅威となり、精神療法や心理療法による心的外傷を体験する要因になる。ゆえに、専門的支援者はその意識化および明確化（「一致 congruence」へのプロセス）が必須となる。専門的支援者は不一致に気づくことで、はじめて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。また、自身の価値観や感情を表明しない自由についても精神療法や心理療法場で体験している程度に一致していることが重要である。

当事者と専門的支援者との最初の接触において、（１）クライアントと心理的接触が可能であるか、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は一致しているか、という命題がストレートやシスジェンダーのクライアント以上にその関係性構築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だろう。セクシュアル・マイノリティ当事者は、異性愛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ていることが窺える。ひと頃に比べて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現することが出来ない体験や、表現したことによって人格そのものを否定された体験を有する当事者も多い。性別違和や性的指向を隠し、穏便に社会生活を送るため、自分自身を偽ることもある。「自分らしさ」や「本当の自分」を押し隠す生き方は、生涯にわたり内面に葛藤を抱え続けることとなり、ここにセクシュアル・マイノリティ当事者特有の問題があると考えられる。

結 語

従来の発達理論によれば、アイデンティティはその「気づき」「混乱」「仮決め」「深い関与」へと段階的に進んでいくものとされていた。しかし、一方向的な直線モデル（ステージモデル）による説明や構成・展開モデルのような上昇型発達モデルによる説明では臨床的な当事者像を描き出し理解するのに限界がある。そのため、本研究では児童青年期における当事者への包括的間接支援に関する検討、成人当事者への面接調査および IPA による質的な分析を行った。当事者への面接調査では、当事者の人生に常在する自我同一性に関

わる特有の、かつ複数のテーマを概念化（「違和感」「孤立感」「集団生活における困難」「セクシュアリティの探求」「実存課題の直面化」「葛藤からの解放」「自己を機能させる」）した。これらの概念は、時期 **phase** によって前面に現れたり後景に退いたりしながらも、その成長とともに一本の糸 **strand** のように統合され自己を生成するという、ストレングス・モデル **strength model** に基づく仮説生成を行った。

セクシュアリティ臨床において、専門的支援者にセクシュアル・マイノリティに対する内在化されたフォビアが存在し、専門的支援者の不一致を引き起こしていた場合、セラピーによる心的外傷体験を当事者に与える可能性は高まる。本研究において精神科医の診察による否定的体験エピソードが複数得られたことから、否定的体験を誘発した要因を検討したところ、専門的支援者が「一致」を、クライアントが「無条件の肯定的配慮 **unconditional positive regard**」をそれぞれ体験していることが、セクシュアリティ臨床では特に不可欠であることを示した。セクシュアル・マイノリティ当事者は、マジョリティによって構成されている社会を“あっちの世界”、当事者コミュニティを“こっちの世界”と認知していることがあるが、医療をはじめとする実生活での否定的体験は“あっちの世界”において多く体験しているという心的事実も明らかとなった。さらに、研究参加者には“自己が構成する世界”と当事者コミュニティである“こっちの世界”との間にも心理的隔たりのあることもわかり、何らかの媒介となるものが必要となることも明らかとなった。これらの世界を繋いだのが専門的支援者であり、研究参加者はその存在を「翻訳者」「繋ぐ人」「自分を理解するための鏡」という言葉で表した。

セクシュアリティ臨床では専門的支援者の自己概念が刺激されやすく、クライアントである当事者との関係性の質は、セッションのあらゆる局面で問われることが考えられる。性に関する問題は、社会的存在である人間を規定するその性質ゆえにクライアントの自己探求を促し、その自己決定・自己実現・自己生成と密接した問題となるのである。したがって、セクシュアリティ臨床におけるクライアントと専門的支援者との関係性は、より繊細かつ重要な意味を有するものとして専門的支援者の前に立ち現れてくると考えられる。こうした治療関係は、それ自体が有機的に生きているシステムとして展開されることが重視され、そのために「今、ここ」の無意識的理解や転移の分析、専門的支援者が常に自分自身の内的状態を理解すること、すなわち、自己一致が重要となるのである。こうした治療的態度は、クライアントとは別の次元で専門的支援者自身のそれとしての境界横断を体験させ、ここにセクシュアリティ臨床におけるクライアントとの共感が成立するものと考えられる。

文 献

Erikson, E. H. (1950): *Childhood and society*. Norton. 仁科弥生訳：幼児期と社会 I・

II 1977/1978. みすず書房

- Evans, R. I. (1975) : *Carl Rogers: The Man and His Ideas*. New York: Dutton.
- 針間克己、石丸径一郎 (2010) : 性同一性障害と自殺 精神科治療学 25 (2) 245-251.
- 針間克己 (2014) : セクシュアリティの概念 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 ——同性愛、性同一性障害を理解する—— 2014. 岩崎学術出版社 15-25.
- Havighurst, R. J. (1972) : *Developmental tasks and education*. David McKay, New York.
児玉憲典、飯塚裕子訳 : ハヴィガーストの発達課題と教育——生涯発達と人間形成 1997. 川島書店
- 日高庸晴、木村博和、市川誠一 (2007) : ゲイ・バイセクシュアル男性の健康レポート2 (厚生労働省科学研究費助成金エイズ対策研究推進事業) 男性同性間の HIV 感染対策とその評価に関する研究 (厚生労働省エイズ対策研究事業) 成果報告
- 日高庸晴 (2010) : ゲイ・バイセクシュアル男性の健康レポート3 (厚生労働省科学研究費助成金エイズ対策研究推進事業) インターネット利用層への行動科学的 HIV 予防介入とモニタリングに関する研究 (厚生労働省エイズ対策研究事業) 成果報告
- 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 ——同性愛、性同一性障害を理解する—— 2014. 岩崎学術出版社 60-72.
- 広沢正孝 (2010) : 成人の高機能広汎性発達障害とアスペルガー症候群 ——社会に生きる彼らの精神行動特性 医学書院
- 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 ——同性愛、性同一性障害を理解する—— 2014. 岩崎学術出版社 50-59.
- Jung, C. G. (1931) : *Die Lebenswende. Seelenprobleme der Gegenwart*. Rascher, Zurich.
鎌田輝男訳 人生の転換期 現代思想 7 1979. 青土社
- Kegan, R. (1982) : *The Evolving Self. Problem and Process in Human Development*. Harvard University Press.
- 中塚幹也 (2013 a) : 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 (日本学術振興会科学研究費助成事業 2011~2012 年度挑戦的萌芽研究) 学校における性同一性障害の子どもへの支援法の確立に向けて 研究報告
- 中塚幹也 (2013 b) : 二次性徴抑制療法と若年でのホルモン療法の問題点 精神神経学雑誌 115 (3) 316-322.
- 日本精神神経学会・性同一性障害に関する委員会 (2012) : 性同一性障害に関する診断と治療のガイドライン (第4版) 精神神経学雑誌 114(11). 1250-1266.
- Rogers, C. R. (1961a) : The Process Equation of Psychotherapy. *American Journal of*

- Psychotherapy*. 15. 27-45. 伊東博編訳：ロージャーズ全集第4巻 サイコセラピーの過程方程式 1966. 岩崎学術出版社
- Rogers, C. R. (1961b) : *On Becoming a Person. A therapist's view of psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin. 諸富祥彦、末武康弘、保坂亨訳：ロジャーズ主要著作集3 ロジャーズが語る自己実現の道 2005. 岩崎学術出版社
- Smith, J. A., Flowers, P. & Larkin, M. (2009) : *Interpretative phenomenological analysis*. London: Sage.
- Smith, J. A., Flowers, P. & Osborn, M. (1997) : Interpretative phenomenological analysis and health psychology. *Material discourses and health*. London: Sage.
- Smith, J. A., Osborn, M. (2004) : Interpretative phenomenological analysis. *Doing Social Psychology Research*. 229-254.
- Tudor, K. & Merry, T. (2002) : *Dictionary of Person-Centred Psychology*. Ross-on-Wye: PCCS BOOKS. 岡村達也監訳：ロジャーズ辞典 2008. 金剛出版
- World Professional Association for Transgender Health. (2012) : *Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People*.