

Title	子どもの性同一性障害： 小児期・思春期・青年期のGIDに関する研究動向
Sub Title	Gender identity disorder in children and adolescents: research directions concerning GID in childhood, puberty, and adolescence
Author	佐々木, 掌子(Sasaki, Shoko)
Publisher	三田哲學會
Publication year	2010
Jtitle	哲學 No.123 (2010. 3) ,p.159- 184
JaLC DOI	
Abstract	<p>The purposes of this paper are to look back on arguments whether DSM (Diagnostic and statistical manual of mental disorders) should include Gender Identity Disorder (GID) in children and adolescents or not, and to review the research outcomes on how treatments and interventions have been implemented and have produced effect.</p> <p>First, this paper discusses whether gender nonconforming children should be diagnosed as having a mental disorder or not and where an underlying problem of the disorder lies; in a society, a family, or child oneself. Depending upon where clinicians stand, treatments and interventions differ. Approaches to therapy can be placed into 4 categories: 1) therapy for aiming at changing cross-gender identity, 2) therapy that exhibits a nonjudgmental attitude to cross-gender identity, 3) therapy that affirmatively accepts cross-gender identity, 4) physical interventions for sex reassignment. Because no controlled comparison study has been conducted, we do not have any evidence for different outcomes by selected approaches.</p> <p>Finally, referring to researches in Western countries, the paper discusses support for children and adolescents with GID in Japan. For children, because of the possibility of gender identity change, we should provide a family a choice of the approaches 1), 2), or 3) as previously indicated. On the other hands, for adolescents, a family should be presented a choice of the approaches 2), 3), or 4). However, in Japan, as use of pubertal delaying hormones in GID treatment has never been discussed, we can not present the approach 4). Further discussion on physical interventions for adolescents is necessary.</p>
Notes	特集：教育学の射程

	投稿論文
Genre	Journal Article
URL	https://koara.lib.keio.ac.jp/xoonips/modules/xoonips/detail.php?koara_id=AN00150430-00000123-0159

慶應義塾大学学術情報リポジトリ(KOARA)に掲載されているコンテンツの著作権は、それぞれの著作者、学会または出版社/発行者に帰属し、その権利は著作権法によって保護されています。引用にあたっては、著作権法を遵守してご利用ください。

The copyrights of content available on the KeiO Associated Repository of Academic resources (KOARA) belong to the respective authors, academic societies, or publishers/issuers, and these rights are protected by the Japanese Copyright Act. When quoting the content, please follow the Japanese copyright act.

投稿論文

子どもの性同一性障害

—小児期・思春期・青年期の GID に関する研究動向—

佐々木 掌 子*

Gender Identity Disorder in Children and Adolescents —Research Directions Concerning GID in Childhood, Puberty, and Adolescence—

Shoko Sasaki

The purposes of this paper are to look back on arguments whether DSM (Diagnostic and statistical manual of mental disorders) should include Gender Identity Disorder (GID) in children and adolescents or not, and to review the research outcomes on how treatments and interventions have been implemented and have produced effect.

First, this paper discusses whether gender nonconforming children should be diagnosed as having a mental disorder or not and where an underlying problem of the disorder lies; in a society, a family, or child oneself. Depending upon where clinicians stand, treatments and interventions differ. Approaches to therapy can be placed into 4 categories: 1) therapy for aiming at changing cross-gender identity, 2) therapy that exhibits a non-judgmental attitude to cross-gender identity, 3) therapy that affirmatively accepts cross-gender identity, 4) physical interventions for sex reassignment. Because no controlled comparison

* 慶應義塾大学文学部非常勤講師・慶應義塾大学先端研究センター研究員

study has been conducted, we do not have any evidence for different outcomes by selected approaches.

Finally, referring to researches in Western countries, the paper discusses support for children and adolescents with GID in Japan. For children, because of the possibility of gender identity change, we should provide a family a choice of the approaches 1), 2), or 3) as previously indicated. On the other hands, for adolescents, a family should be presented a choice of the approaches 2), 3), or 4). However, in Japan, as use of pubertal delaying hormones in GID treatment has never been discussed, we can not present the approach 4). Further discussion on physical interventions for adolescents is necessary.

1. はじめに

関西地方の小学生の男児が「性同一性障害 (Gender Identity Disorder: GID)」のため女児として通学していると報道されたことがある¹。これは、強固な男女二分法の世界で成り立つ学校社会が、異なる性別として生徒を受け入れるため、「性同一性障害」という医療疾患名を用いることによって機能しえたことを示す事例である。

1995年に埼玉医科大学原科孝雄教授(当時)が同大学の倫理委員会に「性転換治療の臨床的研究」を提出したことに始まるわが国の性同一性障害医療は、性同一性障害概念への急速な理解と頑健な医療モデルをもたらした。それは、これまでオカマやオナベなどの蔑称で呼ばれていた〈変態〉から〈患者〉になることへの転換を示しており、多くの批判はあるものの一定の益のあることでもあった。性別違和と異性帰属を示す人の社会的機能が低下していたとき、医療の対象となるという原則は、子どもでも同様である。DSM-IV-TR(精神疾患の診断・統計マニュアル第4版改訂

¹ 2006年5月19日朝日新聞朝刊『「性同一性障害」小2男児、女児として通学』。さらに、2010年2月12日には、埼玉県内の男児が報道された。「在学途中から『女児』に切り替え＝性同一性障害の小2児童―埼玉」(時事通信)

版)では、「小児の性同一性障害」という記載があり、これが関西の小学生の診断名である。

しかしながら、世界的にみると医療疾患としての性同一性障害概念は揺れているさなかにある。特に小児の性同一性障害に関していえば、たとえば、スウェーデン政府が自国用に作成している ICD-10 (疾病及び関連保健問題の国際統計分類第 10 版)で、すでに項目が削除されているように、その存在自体が疑問視されている。

本稿では、子どもの性同一性障害を精神疾患として組み込むべきか否かという議論を振り返り、さらにこれまでどのような治療が実施され効果を上げてきたのかについての研究成果をレビューする。

なお、本稿では、小児期・思春期・青年期について、第二次性徴発来を分岐点としてとらえている。すなわち、第二次性徴前を小児期、第二次性徴の迎え始めを思春期、第二次性徴後を青年期とする。具体的には、小児期は女兒であればおよそ 11~12 歳前、男児であればおよそ 12~13 歳前、思春期を大体 12~15 歳くらいまで、16 歳以降から成人期前を青年期とする年齢区分を想定している。

2. 小児・思春期の性同一性障害を精神疾患とすることをめぐる議論

①非典型的な性役割行動は精神疾患か

まず、アメリカ精神医学会が作成した現在の DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: 精神疾患の診断・統計マニュアル)による性同一性障害の診断基準について表に示す (Table 1)。

性別違和を表明し異性役割行動をとる子どもたちを精神疾患として組み込んだのは、1980 年に DSM-III が出版されたときである。その後、DSM-III の診断基準である「A. 反対の性に対する強く持続的な同一感」と「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

子どもの性同一性障害

Table 1. DSM-IV-TR (APA, 2000) の性同一性障害診断基準

性同一性障害 (Gender Identity Disorder)	
A. 反対の性に対する強く持続的な同一感	<p>子どもの場合、その障害は以下の4つ（またはそれ以上）によって表れる。</p> <p>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。</p> <p>②男の子の場合、女の子の服を着るのを好む、または女装を真似ることを好むこと。 女の子の場合、典型的な男性の服装のみを身につけたいと主張すること。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>⑤反対の性の遊び友達になるのを強く好む。</p> <hr/> <p>青年及び成人の場合、次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持っているという確信。</p>
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	<p>子どもの場合、障害は以下のどれかの形で表れる。</p> <p>男の子の場合：自分の陰茎または睾丸は気持ち悪い、またはそれがなくなるだろうと主張する、または陰茎を持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。</p> <p>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欲しくないと主張する、または、普通の女性の服装を強く嫌悪する。</p> <hr/> <p>青年及び成人の場合、障害は以下のような形で表れる。 自分の第一次および第二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。</p>
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の障害を引き起こしている	
<p>特定不能の性同一性障害 (Gender Identity Disorder Not Otherwise Specified)</p>	
<p>上記に挙げた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付けるために入れられている。</p>	
<p>例をあげると</p>	
<p>①半陰陽状態（例：アンドロゲン不能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</p>	
<p>②一過性のストレスに関連した服装倒錯行動</p>	
<p>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は伴っていないもの</p>	

感」についてジェンダー・クリニックにリファアされた 36 名の子どもたちと対照群の子どもたちとで比較する研究が行われた。その結果、彼らが無意識に重い異性役割行動をとっていたことが示された (Zucker et al., 1984) が、こうした診断基準については、Wilson ら (2002) によって以下 4 点の批判がなされている。

第 1 に、個人は男らしさと女らしさのそれぞれ両方を持ちうるという、これまで心理学が明らかにしてきた定義 (たとえば Bem, 1974) を反映していない定義のままであるという点。第 2 に、性役割の定義法や性役割行動の許容限度にコンセンサスが得られていないという点。第 3 に、うつのようなその他の精神疾患と同様の問題ではあるが、DSM の基準というのは、変動しうる症状を扱い、曖昧な臨床閾値を設けているため、任意であるという点。第 4 に、男児と女児とで診断基準が異なるという点。たとえば基準 B を満たしているか否かを判断する場合、男児であれば「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」だけを示ささえすればよい。一方女児であれば「普通の女性の服装を強く嫌悪する」を示さなければならない。このとき、女児は相当に強く女児服への嫌悪感を示さないと基準 B が満たされたとは判断されないが、男児の場合、男児に典型的な玩具を拒否するだけで満たされたと判断されてしまう。つまり、男児の女児の性役割行動のほうが周囲は問題行動であるとみなす傾向があるため、男女で診断基準が異なるという問題がある。

また、Hill ら (2005) も 4 点にわたり診断基準を批判している。第 1 に、性役割ははっきりと二分化できるものではなく、男女で重なり合うものである。女児だけ、あるいは男児だけがとる行動というものがあるわけではない。また、大人の抱くジェンダー期待を子どもが知識として持っている、性役割行動に影響がみられさえする。にもかかわらず診断基準に性役割が入っている。第 2 に、“ある性別にとって適切な服装や活

動”は歴史的文化的な文脈次第である。この40年で急速に変化してきたジェンダーの自由に対するリベラルな態度の精神がまだDSMには反映されていないといえる。第3に、どんなに異性役割行動をとっていたとしても、異性アイデンティティを持っているとは限らない。にもかかわらず診断基準Aの「反対の性に対する強く持続的な同一感」の内容は、5つ中4つが異性役割行動に関するものである。第4に、診断基準Dの「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の障害を引き起こしている」について、どの程度であれば苦痛なのかその基準がない。しかも子どものほうがその苦痛を示す傾向が低いにもかかわらず、異性役割行動が定着しないよう、子どものうちに治療を開始したほうがよいと推奨する研究者さえいる。

Hill (2005) の第3の批判と同様に、Corbett (1998) も、非典型的な性役割行動がGIDの診断基準となると、前同性愛的 (pre-homosexual) な“女の子っぽい男子”がGIDと診断されてしまうという混乱を指摘し、診断基準の信頼性と妥当性に疑問を寄せている。

このように、小児の性同一性障害に関しては、主に診断基準に内包される「性役割行動」をめぐる批判が起こってきた。

これに対し、DSMの編纂者の一人であるSpitzer (2005) は、本質主義の立場を支持し、精神疾患に関してはその表出が“通常のバリエーション”なのか、“障害なのか”の判断基準が問題になるとして、以下のような説明をしている。「目で見ることができないと目になにか悪いことが起こったのだとわれわれは理解し、通常のバリエーションだとはみなさない。なぜなら、“目で見ることができる”というのは自然淘汰、すなわち進化によってデザインされた機能であるからだ。医学的障害というのは、なんらかの生物学的な機能がうまく発動していない状態であるといえる」と述べ、男児が男児と一緒に遊びたがるのは、あらゆる文化でみられるものであって進化心理学的な意味があるとし、ジェンダー・アイデンティ

ティは教えられて身につけるものではなく、ただ起こるもので、生物学的な性別とジェンダー・アイデンティティの不一致は、ジェンダー・アイデンティティ発達の失敗であって、不全状態であるという。さらに、Hillら(2005)のいうジェンダーは二分法ではないという主張に激しく批判を加えている。「ジェンダーは二分化できず、みな男女の間のどこかに位置しているという。こんな話は初めて聞いた。われわれは皆、男女の間のどこかに位置するジェンダー・アイデンティティを持っているのだろうか？ほとんどの男性が自分は明らかに男性だと思っているのが事実ではないのか？きわめて少数の男性が男性であることを不快だと思っているのが事実ではないのか？統制群と臨床群とでDSMのA基準についての行動は、ほとんど重なりがないとZucker & Bradley (1995)が書いている」。

そして、このような性役割行動の典型・非典型を精神疾患の判断基準の論点にするのではなく、“性別違和”という心理状態は、本人が苦痛を感じているのであるから精神疾患だというロジックも提起されてきた。ここで、いったい何が障害されて苦痛が生じるのかという問いが生じる。

②子どものGIDの“disorder”の所在はどこか

子どものGIDで悩むのは、子ども本人だけではなく家族、そして社会である。このとき、障害の所在はどこに帰属するのかという議論が持ち上がる。Bartlettら(2000)は“子どもの性同一性障害は精神障害なのか？”と問い、臨床的に著しい苦痛は個人に生じているのか、あるいは家族や社会に生じているのか、さらにいうと、それが個人と社会の間の葛藤の結果でないということはあるのか、と投げかけ、身体的特徴を嫌悪している子どもには臨床的な注意を向けていく必要はあるものの、子どもの場合、嫌悪対称は性別それ自体よりも、社会的規範としての性役割行動であり、障害はそこから派生したものであって、その苦痛の程度もエビデンスがなく明記できないため、子どものGIDはDSMに入れるべきではない

子どもの性同一性障害

と述べている。

〈社会に障害がある〉

性別違和と異性帰属への苦痛は社会的スティグマが原因であり、これに対して社会が寛容であれば“障害”とはみなさなくなるという観点がある。この場合、受容できない社会に障害がある。

前述の Hill ら (2005) の主張はまさにこれである。成人期以降のGIDとは異なり小児期のGIDに対しては、インフォームドコンセントがとれる年齢ではないとみなされ、性別適合手術をすることはできない。さらに第二次性徴の発来がまだなのでホルモン療法をする必然性がない。したがって小児期に関しては身体治療のために診断をする必要がないのである。彼らの主張は、身体治療が必要のない16歳以下の子どもの場合は、診断は必要ないので、特に小児の性同一性障害はDSMから外すべきであるというものである。特にその批判は、異性化しないよう親や本人をカウンセリングする reparative therapy (修復治療) に向けられている。この介入は子どもの主観的性別を否定するものであり、親や治療者を“ジェンダー警察”にしていると指摘している。すなわち、小児が自らの異性化をやめるよう促されるのは、親や治療者、あるいは教師などを含めた「社会」がそれを障害だとみなすためであるため、「社会」こそ治療対象だとする立場といえる。

〈家族に障害がある〉

子どものGIDは家族全体の障害、すなわち家族機能不全であるとみなす立場がある。

GIDの子どもを持つ親の特徴は、いくつかの研究で報告されている。たとえば対照群の子どもを持つ親と比較して有意にボーダーライン・パーソナリティやうつが多い (Marantz & Coates, 1991)、あるいはアルコール依存が多い (Zucker & Bradley, 1999) という結果や、思春期・青年期のGIDの子どもは、性別を移行することに対する親からの反対を経験す

るだけではなく、両親の不仲、親スキルの欠如、あるいはこうした要因の組み合わせりに直面する (Cohen-Kettenis & van Goozen, 2002) といわれている。また、親自身がジェンダーをめぐる葛藤を抱えている (Zucker, 2000) ことも指摘されている。こういった親は、異性役割行動を抑制し“性別に適切な”行動を奨励する治療プログラムを実行してほしいと考えている。それは、自分の子がジェンダー・アイデンティティの問題を持っていると信じたくないからであるが、一方で、ジェンダーに対する葛藤ゆえに子ども好みのファンタジーや活動を制限することには気が進まない親もいる (Zucker & Bradley, 1999)。

Meyer-Bahlburg (2002) は 4～6 歳の GID をもつ男児の親に対し、親自身の抱く性別理解について探求してもらい、また、父親と男児の関係を強め、息子の男児的な行動や中性的な行動に対し肯定的に反応するようにさせ、さらに男友達との遊びを設定させるという介入を行った。その結果、11 ケース中 10 ケースが GID とはいえないまでになったという。この変化は子どもの成長によるものであることも考えられ、対照群との比較はしていないのでさらなる研究が必要ではあるが、親の抱く柔軟性のない性役割ステレオタイプの価値観が就学時前の子どもの GID を生み出す一因である可能性はある。

同様に、親に対して子どものありのままを受容するよう促し、男らしくない男の子や女の子らしくない女の子を拒否する親の感覚をどう対処するかカウンセリングしたところ、子どもの GID 症状が軽くなり、性別違和がなくなった (Rosenberg, 2002) という報告もある。

しかし、この逆として、Bradley & Zucker (1997) は、“われわれのクリニックの場合、小児期の段階で異性役割行動に寛容である親の子どものほうが、相談を求めた親の子どもよりも、青年期以降も GID が持続している印象がある”と述べている。

〈子ども本人に障害がある〉

Zucker & Bradley (1995) は、性同一性障害を持つ子どもたちは、3領域で disabled であると論じた。一つめに基本的な性別認知の発達に問題を抱えているということ、二つめに他の精神科併存症がよくみられるということ、三つめに社会的な疎外感を持ちやすいということである。しかし、精神科併存症がよくみられるという結果については、そう主張する Zucker らのカナダのジェンダー・クリニック来院者に対する親評価の自記式質問紙 CBCL (Child behavior check list) を用いた調査では、小児期の GID の 358 名中 47%、思春期・青年期の GID については 72 名中 85% に臨床水準のものがみられる (Zucker et al., 2002) ため、確かに高率で精神科併存症がみられるといえるが、一方オランダのジェンダー・クリニックでは、サンプルサイズは小さいものの、29 名の GID を持つ子どものうち 9 名だけが臨床水準の得点をマークし (Cohen-Kettenis, Owen et al., 2003)、子どもの GID が病理であるというエビデンスとしては弱い。さらに、ロールシャッハテストを使用した Cohen ら (1997) の研究でも、対照群よりも病理があるという結果は得られておらず、一貫していない。

性別違和はそのものが苦痛である。異性化への願望以前に、性別に違和感を持つということ自体は不適応な状態であるといえよう。このことに対し Bockting & Ehrbar (2005) は、適切なケアを促進するため、子どもの GID を DSM に残すべきだとする立場をとる。というのは、臨床家は、非典型的な性役割行動を示す子どもたちを病理化したくない・ラベリングしたくないという気持ちから、実際に子どもが性別違和を抱えていても過小評価し、GID とは診断しないという傾向がある (Ehrbar et al., 2008) ためである。診断をつけることで、子どもや家族のその他の精神疾患に対応でき、社会的スティグマに対する差別から子どもを守り、トランスジェンダーの権利について学校などに働きかけることができることが期待され、

またすべきであると彼らは考えている。

3. 治療の方向性と治療効果

これまで実施されてきた子どものGIDの対応は、大きく分けて4種類が挙げられる。一つがジェンダー・アイデンティティの変化を目的とするカウンセリングである。これは、親に子どもの異性役割行動修正の監督役を担うよう指示し、罰(punishment)や報酬(reward)によって行動を制御していくという行動療法や、無意識の力動を探求する精神分析のアプローチなどにより本人のジェンダー・アイデンティティの変化を目指す。二つめがジェンダー・アイデンティティに対して中立的な立場をとるカウンセリングである。これは、臨床家が判断せず親に自身の性役割観を探求することを促したり、ジェンダー・アイデンティティには直接触れず、その他の不適応に着目するアプローチなどが挙げられる。三つめが本人のジェンダー・アイデンティティを積極的に受容し、そのための障壁を取り除いていくアプローチである。そして四つめがホルモン療法などをして身体的な性的特徴を変えるというアプローチである。この場合は、治療対象は性自認ではなく身体にある。以下、詳細を紹介する。

①ジェンダー・アイデンティティの変化を目的とする

1980年にDSM-IIIが出版される以前から、医療機関にはそうした子どもたちとその親が訪れていた。特に、男児が女児的行動をとることが永續すると、養育者は不安を募らせる。そのため医療従事者(特に精神科医、小児科医、心理学者)がその“治療”にあたっていた。この治療には2通りのアプローチがあり、一つがその男児が不適切な性別行動をとったときに親や教師が行動修正をするよう促す(Rekers & Lovaas, 1974)という治療、もう一つが性別に適した活動や人間関係を発達させるように促す(Green, 1985; 1987)という治療である。いずれにせよ行動療法的アプ

子どもの性同一性障害

ローチを用いて，“ステレオタイプな男児行動”をとれるよう支援するという立場である。

Rekers & Lovaas (1974) は、彼らのアプローチについて4点、その正当性を述べている。1) 冷やかされることが減少する、2) 成人してからの性転換症、服装倒錯症、同性愛を予防する、3) 子どものほうが成人よりも可塑性があるので子どものうちに行動修正したほうが望ましい、4) 親が懸念する女の子っぽい仕草をなくせる。もう一方のGreen (1985; 1987) によるアプローチは、治療目標が「男性であることの適応感を持ってもらう」であり、punishment（罰）ではなくreward（報酬）に焦点を当てているのでより温情的な印象を与えるが、こうした子どもたちの行動を性役割ステレオタイプに合致するよう促す点については同じである。

このような行動療法的アプローチでは、どこまでの行動をとると許容されないかを子どもに示すリミットセッティング (limit setting: 限界設定) を親に促すことが行われる。これについてZucker & Cohen-kettenis (2008) は、時に臨床家でさえ誤解をしていることがあると注意を喚起している。どのようなリミットセッティングが有効であるかは親子の文脈に即して個々の治療プランが練られるものであり、少なくとも権威主義的、威圧的なアプローチでは失敗するという。

思春期以降の子どもに対する行動療法による治療は、Davenport & Harrison (1977) が報告した14歳の女性のケースや、17歳の男性に対するBarlow (1973) とそのフォローアップであるBarlowら(1979)のケースでも報告され、いずれも異性へ変更する望みは表明しなくなっている。

精神分析の観点からの治療では、性同一性障害を精神病に近い妄想性のもの、自己愛の障害、同性愛への心理的防衛、不安をかき立てる性役割不全への防衛、母親との分離-個体化の失敗などを原因として想定している(Chiland, 2000; Kavanaugh, & Volkan, 1978; Kubie & Mackie, 1968; Lothstein, 1984; Meyer, 1982)。したがって、たとえば、親自身に焦点

を当てた Coates (1990) の治療では、母子関係、父子関係に着目し、子どもの同性同一化を促すさまざまな介入をサポートしている。たとえば母親の抱く子どもへの依存心や分離不安、父の物理的不在と心理的周辺化など深層にあるトラウマを修復することで、子どものジェンダー・アイデンティティが安定していくと考えている。

当事者が年期に入ると、本人に対する言語的精神療法が可能となってくる。これまで Philippopoulos (1964) が 17 歳の女性に、Kirkpatrick & Friedmann (1976) が 19 歳の女性に精神分析的な精神療法をしたところ、両者ともに安定した女性アイデンティティを示すようになったという報告をしている。精神分析的治療においては、治療者は中立的な立場を取りつつも、当事者の深層心理を丁寧に分析し、性別違和という表出の奥に潜む無意識の葛藤を扱う。その葛藤が意識化できた時、割り当てられた性別を受容できるようになるという。

しかしながらこのような事例研究については、ジェンダー・アイデンティティの概念化が論文によって異なるため治療に効果があったのかは臨床家の全体的な印象であることもあり、また治療をしていなくても性別移行の欲求がなくなるケースもあり、さらに変化があったとするケースも“変更”への動機づけが高いといったことが挙げられ (Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2003)、確固としたエビデンスがあるといえるわけではない。

②ジェンダー・アイデンティティに対して中立を守る

これまで紹介してきたアプローチは結果として子どもの異性役割行動を“治す”ことを目的としてきた。このようなアプローチに対しては、Bartlett ら (2000) によって以下 3 点の倫理的問題が提起されている。第一に、同性愛は精神疾患ではないのに、同性愛を防ぐために治療がされていることは非倫理的である。第二に、実際に同性愛を予防できたというエビデンスはない。第三に、小児の GID は必ずしも精神科的な障害ではない (Bart-

lettらは現在のDSM診断基準に反対の立場である)。また、Yungerら(2004)は対照縦断研究により、周囲が典型的な性別表現に従わせようとしているとプレッシャーを強く感じている非典型的な性別表現をする子どもは、内在化問題(うつなど)を顕在化させることを明らかにしている。

Di Ceglie(1998)が行っているロンドンのポートマンクリニックの治療モデルは、直接的にジェンダー・アイデンティティの変化を目的とするのではなく、その子どもにネガティブな影響を与えてきた発達プロセスに焦点を当てている。ここではジェンダー・アイデンティティの問題に対して中立的な立場を貫き、分離-個体化の不十分さやモーニングプロセスなど発達の障害を探求したり、感情的・行動的・関係的困難さを改善していくといった目的について、心理学者、精神科医、社会福祉士、臨床心理士、小児科医などさまざまな領域の専門職の人々が連携を組み、個人カウンセリングだけではなく、家族カウンセリング、GIDの集団カウンセリングや社会的教育的介入を施している。このようなアプローチであるがゆえ、ジェンダーの問題がなくなったり低減する子どももいれば、そうはならない子どももいるとのことである。同様の試みはアムステルダムのジェンダー・クリニック(Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2003)でも行われている。

何歳以下であれば心理療法的介入がジェンダー・アイデンティティの変更をもたらすのかというデータは現在のところなく、また、どの種類の心理療法が効果的であるのかは明らかではない。何人かの臨床家は、6歳以下の小児期であれば、より可鍛性があるという見解を持っており(Meyer-Buhburg, 2002; Zucker & Bradley, 1995)、多くのGIDの子どもにとって心理的な介入は有効であると考えられている。しかし、思春期・青年期となるとジェンダー・アイデンティティの変更は困難になる(Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2003)。

Meyenburg(1999)は青年期に性別変更を求めて来院した4名の事例

を分析している。いずれも中立的な立場で精神療法を行った。4 ケースとは、面接で精神的安定性が1年以上持続していたため、専門病院に進み、性別適合手術に至った17歳のFTMのケース、初回面接では典型的な性転換症の様相を呈していたものの、精神療法によって幼少期のレイプ体験を思い出し、その後うつ状態になって強く性別変更を求めようになったのち、「母から愛をもらい損ねた。年上の女性からそういう愛を受けなかった」と述べ、突然病院にこなくなり、年上の友人女性と同棲を始めレズビアンカップルとして暮らし始めた17歳のケース、深刻なGIDであると社会福祉士から紹介されてきた過度に女性らしい服装で来院した17歳の少年のケース。彼は父母に捨てられ施設に入っているときに入所している男性とセックスをし、強く性別適合手術を求めていたが、彼の関心はもっぱら男性とのセックスのことであり、1年半にわたる精神療法の結果、手術を求めるには至らなかった。4 ケース目が母親にパンティストッキングを履いているところを見られ心配されて連れてこられた13歳の少年のケース。このケースでは、女性だけが美しい格好ができることに不満を持ち、女性になりたい、性別適合手術をしたいと求めてきた。精神療法をしているうちに、彼の両親とのアンビバレントな分離不安が示され、フェチティッシュな興味はこの葛藤の表出であると解釈された。対象関係が改善されるに従い女性になりたいという欲求はなくなっていった。Meyenburg (1999) はこれらケースを振り返り、子どもの場合、性役割行動が変わりやすく、自己決定能力も未成熟なので特に手術は避けるべきだと主張している。その前に少なくとも1年以上は精神療法をし、1年以上のリアルライフ経験²を積ませ、18歳になってから決断をさせるべきであるという。

² Real Life Experience (RLE: 実生活経験ともいう。どの性別でどのような生活を送るのが自分にとって相応しいのかを検討すること)。

③ジェンダー・アイデンティティを積極的に受容する

Bockting & Ehrbar (2005) は、ジェンダー・アイデンティティや性役割の変化を試みる代わりに、家族が自分たちの子どもの本当のジェンダー・アイデンティティを受容し、その子にとって最も心地よい性役割表現を肯定するよう支援すべきだという。同様の考え方で臨床を行う Menvielle & Tuerk (2002) は、子どもの適応機会を最大限にするよう親をサポートすることが肝要であるとし、グループでのカウンセリングを行い、典型的な性別表現を示さない子どもとどう向き合うか親の準備性を高めるというアプローチをとっている。ここでは、決まりの悪い状況でどう対応するか、ユーモアをどう使うか、子どもたちに何と主張するか、などを取り扱う。目標は、子どもの非典型性をステレオタイプな性別表現に変えさせるのではなく、さまざまな性別表現をする子どもに親がどう対処するかをサポートするというものである。また、親を対象に集団でカウンセリングを行うことで、親が感じているスティグマや社会的孤立の感覚が低減されると考えている。さらに、彼らは強い語調で子どもの異性役割行動を変えるようにする治療者は避けるべきであるとさえ述べている。

しかしながら、治療アプローチの対照比較研究が行われたことはないの
で、こうした異性役割行動に対して受容的で肯定的なアプローチが短期的・長期的にその他のアプローチと異なる結果を生むのか否かは明らかではない。

④身体の変化を目的とする

異性へのジェンダー・アイデンティティを一貫して持ち続け、さらに精神的な安定性が継続している場合、ジェンダー・アイデンティティを変更するのではなく、身体の性的特徴を変更する治療が行われる。また、16歳前の子どもの場合は、異性化をもたらすホルモン療法の前に、第二次性徴をホルモンによって遅延させる治療を設けている医療機関がある。

この該当者については、精神科併存症がないことや家族のサポートが十全であることなどが挙げられ、医療者向けのガイドラインとして、The British Royal College of Psychiatrists³ において思春期・青年期のGIDに対する治療指針が示されている (Cohen-Kettenis et al., 2008).

現在、アムステルダム、ゲント、ボストン、オスロ、トロントの5つのジェンダー・クリニックにおいて、16歳以下の子どもに対するホルモン療法が行われている。これらクリニックでは、異性化のためのホルモン療法ではなく、Tanner stage2の段階まで第二次性徴が進んだところで、まずは性腺刺激ホルモン放出ホルモン (GnRH) アナログを投与して、第二次性徴を防ぐ。これにより思春期をブロックし、遅らせ、凍結することで時間を“買う” (Cohen-Kettenis & van Goozen, 1998) のである。この間に本人は自己の性別を探求し、臨床家はさらに経過をみて診断を着実なものとする。そしてその後も持続して異性化への安定した欲求がみられれば、異性化を促すホルモンを投与するという。

なお、トランスジェンダーの健康に関する専門家学会 (World Association for Transgender Health: WPATH) が公式見解として出版している治療のガイドラインである The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association's Standards Of Care For Gender Identity Disorders (第6版)⁴ においては、18歳以降からが性別適合手術の適応となっている。

³ DiCeglie, D., Sturge, C., & Sutton, A. (1998) Gender identity disorders in children and adolescents: Guidelines for management. London, Royal College of Psychiatrists; Council Report CR63.

⁴ <http://www.wpath.org/documents2/socv6.pdf> でダウンロードが可能である。日本精神神経学会が作成した性同一性障害の診断と治療のガイドラインはこれを参考にしている。

4. わが国における子どもの性同一性障害との対峙

これまで振り返ってきたのは、すべて欧米各国の議論である。残念ながらわが国では子どものGIDに関するデータは非常に乏しく、回顧式で子ども時代を調査した中塚・江見(2004)や中塚ら(2006)の研究くらいしかまとまったデータを挙げるができない。わが国が子どものGIDに対してどのような医療・教育・社会システムを構築していくかは、いまだ何の指針もない状態であるが、本稿でレビューした海外の研究動向を振り返り示唆されることを述べていきたい。

1) 小児期に関して

第二次性徴前の子どもの性同一性障害の場合、身体介入をする意義がない。つまり、どれだけ性別違和を表明していたとしても、ホルモン療法をする必要はない。思春期前はまだ外見上、性分化していないためである。その意味では、医療よりも当事者を受け入れる家族、教育現場、そして社会がどのような体制を整えるのかを考える必要があるだろう（しかしよりリアルな立場からすれば、性別適合手術は実施の可能性はあるのかもしれない。たとえ小児でも内性器、外性器は備えているためである。また性分化疾患(Disorders of Sexual Development: DSD⁵)当事者が子どもで性同一性障害を呈した場合⁶、ホルモン療法の停止・投与量の増減、ある

⁵ 性染色体や生殖器等が典型的な男女の形態に分化していない状態のこと。かつては「半陰陽」や「インターセックス」という用語使用がされてきたが、本稿では「性分化疾患」と表記した。2006年にLawson Wilkins小児内分泌学会(LWPES)および欧州小児内分泌学会(ESPE)のコンセンサス・ミーティングにおいてDSD: Disorders of Sex Developmentと表記することが合意され、それを受け2008年に日本小児内分泌学会でも「性分化・発達障害」と表記されるようになり、さらに2009年に栃木で開催された日本小児内分泌学会において、「性分化疾患」と名称統一することを定めた。

⁶ DSMの診断カテゴリでは「特定不能の性同一性障害」となる。

いは投与するホルモンの種類の変更などについて考えるべきかもしれない)。

子どもの年齢が低い場合には、さらに別の問題があるようである。Zuckerら(1993)は、年齢と性別の混乱には負の相関があり、ジェンダー・クリニックにリファアされた子どもたちが歳を経るにつれ認知的な性別混乱が減少していくことを示している。認知発達の視点からジェンダー・アイデンティティ発達をとらえれば、それは徐々に、そして思考能力の発達とともに成熟していくと考えられる。ピアジェの保存課題を習得していない具体的操作期以前の子どものジェンダー・アイデンティティの揺れを〈障害〉として精神疾患の中に組み込むと、潜在的な該当者数が非常に大きくなることも予想される。Bem(1989)によると、髪型や洋服などで性別認知をする子どもたちは、同じ人が男性の洋服から女性の洋服に変わると性別も変わったと判断してしまい、性別保存課題をクリアすることができない。そして性別保存課題をクリアしていない子どもは、洋服を変えれば自分の性別も変わると回答していたという。数や質量といったその他の保存課題よりかは早い段階で保存の原理を理解するとはいえ、結果としては3~5歳の子どもの約40%しか性別保存課題はクリアできていない。

このことはカウンセリングにも反映される。臨床家たちの見解では、ごく小児の場合はジェンダー・アイデンティティに可変性があることに同意している。追跡調査で示されているように、小児期にGIDを呈した子どもの多くが青年期以降GIDを持たない(Drummond et al., 2008; Green, 1987; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008; Bradley & Zucker, 1997)。すなわちジェンダー・アイデンティティを変更することを目的とするにせよ、中立を守るにせよ、当初、強く性別の違和感や異性の帰属の感覚を呈していた子どもがそれを示さなくなっていく可能性が高いのである。

このことは余計に周囲の対応を困難にさせる。つまり、どのようになる

か未知数であるなか、子どもに同性役割行動を促していくのか、子どもの要求どおり異性化した状態で社会生活を送らせるのか、どちらを選んでも倫理的壁に当たるからである。前者であれば主体を無視した対応となり、後者は大人たちの先回りした対応となる。後者の対応は、思春期以降と異なり小児期は可鍛性に富んでいるにもかかわらず、異性化へのベクトルを大人が決めてしまうといえるからである。周囲に異性化の手はずを整えられた子どもは戻りたくなくても戻れなくなってしまうかもしれない。そしてどのような社会生活を送りたいのかの自己決定が6歳児にできるのかという問題にもあたる。しかし、少なくとも学校社会は「男か女か」を常に迫り、突きつけてくる社会である。ランドセルの色、水着や体操服、男子の列・女子の列での集合、トイレなど枚挙に暇がない。6歳児が異性の水着の着用を許容する学校は寛容で理解があると肯定的評価を受ける可能性がある一方で、異性化への水路づけを着々に行うことにより、もしかしたら異性化しなくてもすんだかもしれない子どもを侵襲的な身体介入へと“先導している”可能性さえあるといえる。

これまでのレビューから、小児に対しては、異性ジェンダー・アイデンティティが変わる可能性があることを踏まえ、異性ジェンダー・アイデンティティが変わるようにサポートする(3.①参照)か、思春期発来まで中立的に接する(3.②参照)か、あるいは異性ジェンダー・アイデンティティを積極的に受容し、家族や周囲がそれを受け入れられるようにサポートする(3.③参照)かをともに考え、家族に選択してもらえるよう呈示していく必要があるだろう。

2) 思春期・青年期に関して

強い性別違和と極端な異性帰属を持つ子どもが10歳くらいになると、事態は大きく変わる。思春期・青年期に至ってもこの感覚が持続している場合、ジェンダー・アイデンティティの変更は困難になる(Cohen-

Kettenis & Pfäfflin, 2003) ためである。この段になれば、第二性徴の発達を遅延させるホルモン療法を検討することは考え始める必要があるだろう。しかし、わが国の場合、日本精神神経学会におけるガイドラインでは、異性化を促すホルモン療法の適応が18歳以上、性別適合手術については20歳以上となっており、さらに第二性徴の発達を遅延させるホルモン療法に至っては、議論さえされていない。諸外国の動向を踏まえ、わが国でもこうしたGnRHアナログ投与の実施に向け、十分な討議が必要であろう。今後は、回顧バイアスでデータが歪みがちなレトロスペクティブ形式での調査ではなく、現在小児期・思春期にあるGIDの子どもたちを対象としたプロスペクティブな研究データをわが国でも収集することが期待される。

Cohen-Kettenis & Pfäfflin (2009) によると、GIDの診断基準の混乱は、性転換症(transsexualism)と性同一性障害(GID)の混在に関連しているという。これまでのDSMでは病気か否かの二分法で判断するように作成されてきたが、もしディメンショナルモデルが採用されれば、性同一性障害をスペクトラムにとらえ、さまざまな指標について性別違和の度合いを考慮するような診断になるという(現在、次のDSM-Vに向けて編纂作業が行われている)。たとえば、乳房と月経のみを非常に嫌悪するケースや射精に対する罪悪感が強く女性化願望を抱くケースなど思春期の第二性徴によって身体に違和感を抱え、不適応感を抱え始めることは、この時期に特徴的な傾向でもある。わが国でもこうしたスペクトラムを踏まえ、ジェンダー・アイデンティティに短期的・長期的変化があるにせよ、GIDを持つ子ども、GID傾向のある子どもたちにとって何らかの心理的治療をする必要性があるといえる。そのような対応がされないと、子どもたちは社会的関係がうまくいかなかったり、うつになったり、集中困難から学校での問題を起こしたり、低い自尊心を持つようになったりといった発達上の問題を背負うリスクが高くなる(Cohen-Kettenis, 2007)という。

これまでのレビューから、思春期・青年期に対しては、成人期以降まで中立的に接する(3. ②参照)か、異性ジェンダー・アイデンティティを家族や周囲が受け入れられるようにサポートする(3. ③参照)かを家族に選択してもらえよう呈示していく必要があるといえるだろう。そして、諸外国ではすでに実施されているもう一つの選択肢である GnRH アナログの投与による第二性徴の発達阻止(3. ④参照)については、今後われわれが議論をして適切な条件を見定め、当事者とその家族に選択肢の一つとして呈示できるようにすべきである。

文 献

- American Psychiatric Association (2000) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., Text Revised). Washington, DC (高橋三郎・大野裕・染矢俊幸(監訳) DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル (2004) 医学書院)
- Barlow, D. H., Abel, G. G., & Blanchard, E. B. (1979) Gender identity disorder change in transsexuals: Follow-up replications. *Archives of General Psychiatry*, **36**, 1001-1007.
- Barlow, D. H., Reynolds, E. J., & Agras, W. S. (1973) Gender identity change in a transsexual. *Archives of General Psychiatry*, **28**, 569-576.
- Bartlett, N. H., Vasey, P. L., & Bukowski, W. M. (2000) Is gender identity disorder in children a mental disorder? *Sex Roles*, **43**, 753-785.
- Bem, S. (1974) The measurement of psychological androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **42**, 155-162.
- Bem, S. (1989) Genital knowledge and gender constancy in preschool children. *Child Development*, **60**, 649-662.
- Bockting, W. O., & Ehrbar, R. D. (2005) Commentary: Gender variance, dissonance, or identity disorder? In Karasic, D., & Drescher, J. (Eds.), *Sexual and Gender Diagnoses of the Diagnostic and Statistical Manual (DSM) A Reevaluation*. pp125-134, The Haworth Press.
- Bradley, S. J., & Zucker, K. J. (1997) Gender Identity Disorder: A Review of the Past 10 Years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, **36**, 872-880.

- Chiland, C. (2000) The psychoanalyst and the transsexual patient. *The International Journal of Psychoanalysis*, **81**, 21-35.
- Corbett, K. (1998) Cross-gendered identifications and homosexual boyhood: Toward a more complex theory of gender. *The American Journal of Orthopsychiatry*, **68**, 352-360.
- Coates, S. (1990) Ontogenesis of boyhood gender identity disorder. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, **18**, 414-438.
- Cohen, L., de Ruiter, C., Ringelberg, H., & Cohen-Kettenis, P. T. (1997) Psychological functioning of adolescent transsexuals: Personality and psychopathology. *Journal of Clinical Psychology*, **53**, 187-196.
- Cohen-Kettenis, P. T. (2007) Gender identity disorders in children and adolescents. In Ettner, R., Monstrey, S., & Eyler, A. E. (Eds.), *Principles of Transgender Medicine and Surgery* (pp. 261-283) The Haworth Press.
- Cohen-Kettenis, P. T., Delemarre-van de Waal, H. A., & Gooren, L. J. (2008) The treatment of adolescent transsexuals: Changing insights. *The Journal of Sexual Medicine*, **5**, 1892-1897.
- Cohen-Kettenis, P. T., Owen, A., Kaijser, V. G., Bradley, S. J., & Zucker, K. J. (2003) Demographic characteristics, social competence, and behavior problems in children with gender identity disorder: A cross-national, cross-clinic comparative analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, **31**, 41-53.
- Cohen-Kettenis, P. T., & Pfäfflin, F. (2003) Transgenderism and Intersexuality in Childhood and Adolescence: Making Choices (Developmental Clinical Psychology and Psychiatry 46), SAGE publications.
- Cohen-Kettenis, P. T., & Pfäfflin, F. (2009) The DSM Diagnostic Criteria for Gender Identity Disorder in Adolescents and Adults. *Archives of Sexual Behavior*, published online.
- Cohen-Kettenis, P. T., & van Goozen, S. H. M. (1998) Pubertal delay as an aid in diagnosis and treatment of a transsexual adolescent. *European Child & Adolescent Psychiatry*, **7**, 246-248.
- Cohen-Kettenis, P. T., & van Goozen, S. H. M. (2002) Adolescents who are eligible for sex reassignment surgery: Parental reports of emotional and behavioral problems. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, **7**, 412-422.
- Davenport, C. W., & Harrison, S. I. (1977) Gender identity change in a female adolescent transsexual. *Archives of Sexual Behavior*, **6**, 327-340.

- Di Ceglie, D. (1998) Management and therapeutic aims in working with children and adolescents with gender identity disorders, and their families. In Di Ceglie, D. & Freedman, D. (Eds.) *A Stranger in My Own Body: Atypical Gender Identity Development and Mental Health* (pp. 185–197), London, Karnac Books.
- Drummond, K. D., Bradley, S. J., Peterson-Badali, M., & Zucker, K. J. (2008) A follow-up study of girls with gender identity disorder. *Developmental Psychology*, **44**, 34–45.
- Ehrbar, R. D., Witty, M. C., Ehrbar, H. G., & Bockting, W. O. (2008) Clinician judgment in the diagnosis of gender identity disorder in children. *Journal of Sex & Marital Therapy*, **34**, 385–412.
- Green, R. (1985) Atypical psychosexual development. In Rutter, M., Taylor, E., & Hersov, L. (Eds.), *Child and adolescent psychiatry: Modern approaches*. (2nd ed., pp. 638–649) Oxford, UK: Blackwell Scientific.
- Green, R. (1987) *The sissy boy syndrome and the development of homosexuality*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Hill, D. B., Rozanski, C., Carfgnini, J., & Willoughby, B. (2005) Gender Identity Disorders in Childhood and Adolescence: A Critical Inquiry. In Karasic, D., & Drescher, J. (Eds.), *Sexual and Gender Diagnoses of the Diagnostic and Statistical Manual (DSM) A Reevaluation*. pp. 7–34, The Haworth Press.
- Kavanaugh, J. G., & Volkan, V. D. (1978) Transsexualism and a new type of psychoseurgery. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, **7**, 366–372.
- Kirkpatrick, M., & Friedmann, C. T. (1976) Treatment of requests for sex-change surgery with psychotherapy. *The American Journal of Psychiatry*, **133**, 1194–1196.
- Kubie, L. S., & Mackie, J. B. (1968) Critical issues raised by operations for gender transmutation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, **147**, 431–443.
- Lothstein, L. M. (1984) Psychological testing with transsexuals: A 30 year review. *Journal of Personality Assessment*, **48**, 500–507.
- Marantz, S., & Coates, S. (1991) Mothers of boys with gender identity disorder: A comparison of matched controls. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **30**, 310–315.

- Menvielle, E. J., & Tuerk, C. (2002) A support group for parents of gender-nonconforming boys. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **41**, 1010–1013.
- Meyenburg, B. (1999) Gender identity disorder in adolescence: Outcomes of psychotherapy, *Adolescence*, **34**, 305–313.
- Meyer, J. K. (1982) The theory of gender identity disorders. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, **30**, 381–418.
- 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**, 360–377.
- 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.
- 中塚幹也・安達美和・佐々木愛子・野口総一・平松祐司 (2006) 性同一性障害の説明, ホルモン療法, 手術療法を希望する年齢に関する調査, *母性衛生*, **46**(4), 543–549.
- Philippopoulos, G. S. (1964) A case of transvestitism in a 17-year-old girl. *Psychopathology-psy-chodynamics Acta Psychotherapeutica et psychosomatica*, **12**, 29–37.
- Rekers, G. A., & Lovaas, O. I. (1974) Behavioral treatment of deviant sex-role behaviors in a male child. *Journal of Applied Behavior Analysis*, **7**, 173–190.
- Rosenberg, M. (2002) Children with gender identity issues and their parents in individual and group treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **41**, 619–621.
- Spitzer, R. L. (2005) Sexual and gender identity disorders: Discussion of questions for DSM-V. In Karasic, D. & Drescher, J. (Eds.), *Sexual and Gender Diagnoses of the Diagnostic and Statistical Manual (DSM) A Reevaluation*. pp. 111–116, The Haworth Press.
- Yunger, J. L., Carver, P. R., & Perry, D. G. (2004) Does gender identity influence children's psychological well-being? *Developmental Psychology*, **40**, 572–582.
- Wallien, M. S., & Cohen-Kettenis, P. T. (2008) Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, **47**, 1413–1423.
- Wilson, I., Griffin, C., & Wren, B. (2002) The validity of the diagnosis of

- gender identity disorder (Child and Adolescent criteria). *Clinical Child Psychology & Psychiatry*, **7**, 335–351.
- Zucker, K. J. (2000) Gender identity disorder. In Sameroff, A. J., Lewis, M., & Miller, S. M. (Eds.), *Handbook of Developmental psychopathology* (2nd ed., pp. 671–686). New York: Kluwer Academic Plenum.
- Zucker, K. J., & Bradley, S. J. (1995) *Gender identity disorder and psychosexual problems in children and adolescents*. New York: Guilford Press.
- Zucker, K. J., & Bradley, S. J. (1999) Gender identity disorder and transvestic fetishism. In S. D. Netherton, Holmes, D., Walker, C. E. (Eds.), *Child and adolescent psychological disorders: A comprehensive text book* (pp. 367–396). New York: Oxford University Press.
- Zucker, K. J., Bradley, S. J., Sullivan, C. B., Kuksis, M., Birkenfeld-Adams, A., & Mitchell, J. N. (1993) A gender identity interview for children. *Journal of Personality Assessment*, **61**, 443–456.
- Zucker, K. J., & Cohen-Kettenis, P. T. (2008) Gender identity disorder with children and adolescents. In Rowland, D. L., & Incrocci L. (Eds.), *Handbook of Sexual and Gender Identity Disorders* (pp. 376–422). Hoboken, New Jersey: John & Wiley.
- Zucker, K. J., Finegan, J. K., Doering, R. W., & Bradley, S. J. (1984) Two subgroups of gender-problem children. *Archives of Sexual Behavior*, **13**, 27–39.
- Zucker, K. J., Owen, A., Bradley, S. J., & Ameeriar, L. (2002) Gender-dysphoric children and adolescents: A comparative analysis of demographic characteristics and behavioral problems. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, **7**, 398–411.