

ストレスコーピングインベントリーにみる 性同一性障害患者のストレスコーピング戦略

松本洋輔¹⁾, 佐藤俊樹^{1,4)}, 大西 勝²⁾, 岸本由紀¹⁾, 寺田整司¹⁾,
黒田重利³⁾

Yosuke Matsumoto, Toshiki Sato, Masaru Onishi, Yuki Kishimoto, Seiji Terada,
Shigetoshi Kuroda

本研究は、性同一性障害の性差（以下慣例に従って身体的性別が男性である者を male to female : MTF, 身体的性別が女性である者を female to male : FTM と呼ぶ）を含む臨床的患者背景とストレスへの対処法の関連について検討したものである。1997年4月から2005年10月末までに性別違和感を訴えて岡山大学ジェンダークリニックを受診した患者603名のうちDSM-IVの性同一性障害の診断基準を満たし、他の精神疾患を合併していない495名を対象とした。このうち、日本語版ストレスコーピングインベントリー（Stress Coping Inventory : SCI）による検査を完了したものは344名（FTM 227名, MTF 117名）であった。FTM群で肯定評価型と離隔型のスコアが、MTF群に比べて高かった。年齢別では、25～29歳のグループで離隔型のスコアが、24歳以下および35歳以上に比べて有意に高く、30～34歳のグループに比べても高い傾向があった。しかし、その他の患者背景の違い（職業の有無、パートナーの有無、治療の段階、教育レベル）は、ストレスコーピングのスコアに差異を生じなかった。岡山大学ジェンダークリニック受診者は20歳代のFTM患者の割合が突出しており、この層の受診者の多くは最初から性別適合手術を受けたいという明確な意志を持って来院している。FTM患者で肯定評価型のコーピング戦略が多く見られたのは特定の受診行動とする患者が集まった結果かもしれない。年齢の差異によるコーピングの違いは現段階では十分な説明がつかず、今後の検討課題である。

<索引用語：性同一性障害，ストレスコーピング，性差，male to female (MTF)，
female to male (FTM)>

1. はじめに

性同一性障害（gender identity disorder : 以下GID）は反対の性に対する強く持続的な同一感と自身の身体的な性への違和感を特徴とする疾患である²⁾。精神疾患としては比較的まれとされており、生涯罹患率は1983年のRobertoらの研究では0.001～0.002%，1996年のLandenらの研究では0.0019～0.0024%とされている^{10,16)}。スウ

エーデンにおいて性別適合手術を求める頻度は人口10万あたり一年間で0.14人という報告もある¹¹⁾。根拠は明示されていないが、1993年のDSM-IVの記載では手術を求めるGID患者は、MTFで30000人に1人、FTMで100000人に1人とされており、DSM-IV-TRも同じ記載である²⁾。まれな疾患であるために、まとまった数の患者背景を知ることは比較的困難で、北米、西欧

著者所属：1) 岡山大学医学部医歯薬学総合研究科精神神経病態学教室，2) 岡山大学保健管理センター，3) 慈圭病院，4) さとうクリニック

本論文は、PCN誌に掲載された最新の研究論文を、編集委員会の依頼により日本語で書き改めていただいた論文である。

以外の国からこの種のデータが提示されたことはほとんどなかった。我々は、非欧米圏としては初めて1997年4月から2005年10月末までに性別違和感を訴えて岡山大学ジェンダークリニックを受診した603名の受診患者の背景について英文で報告している¹⁴⁾。2009年5月末の岡山大学ジェンダークリニック受診者数は1069名となり、これらの患者背景や岡山大学ジェンダークリニック自体の概容について2009年に邦文で報告している¹²⁾。

GIDを持つ子供が精神医学的問題を抱えるリスクが高いことは、すでに報告がある¹⁸⁾。また、他の精神疾患の生涯発症率も高い。ほとんどのGID患者は、反対の性に対する強く持続的な同一感と自身の身体的な性への違和感のため、強い苦悩や潜在的な偏見に対処する人生を余儀なくされる。そのため、GID患者にとっては、ストレスの多い状況に対するコーピング技術を身につけることが重要になると考えられる。

コーピングは、外的あるいは内的要求や、その葛藤によって引き起こされた心理的ストレス反応を理解したり、耐えたり、低減したりすることを目的とした認知的または行動的な対処方法とされる⁵⁾。コーピングは主に2つの機能から成り立っており、これをコーピングストラテジーという。具体的には、ストレスとなる個人と環境の関係をコントロールしたり変えようとするもの（問題焦点型 problem-focused coping）と、ストレスの多い情動を制御しようとするもの（情動焦点型 emotion-focused coping）である。

FolkmanとLazarusは、コーピング行動に、計画型、対決型、社会的支援模索型、責任受容型、自己コントロール型、逃避型、離隔型、肯定評価型の8つの対処型を見出し^{6,7)}、それぞれのコーピングスケールを記述した¹⁾。計画型、対決型は状況を変えようと努力する点に特徴があり、問題焦点型に分類される。離隔型、自己コントロール型、責任受容型、逃避型は、状況自体を変えることなく認知と情動を操作することでストレスフルな状況をコントロールしようと試みるものであ

り、主に情動焦点型に当たると考えられる。残る社会的支援模索型と肯定評価型は、状況に応じて問題焦点型と情動焦点型のどちらともとれる混合型と言える。

コーピングが心理的、身体的健康度に重大な影響を与えるにもかかわらず、性同一性障害患者の実際のコーピング行動についてはほとんど知られていない。上記2005年10月末までに性別違和感を訴えて岡山大学ジェンダークリニックを受診した603名の患者に、診療を進めていくための臨床検査として日本語版ストレスコーピングインベントリー（Stress Coping Inventory：SCI）を実施した¹³⁾。過去に検討した患者背景とこの検査結果から、GID患者のストレス対処法について明らかにすることを、今回の研究では試みた。

2. 方 法

2. 1. 岡山大学ジェンダークリニック

岡山大学ジェンダークリニックは、日本で二番目に古くから稼働したGID患者の包括的治療を目的とした診療機関である¹²⁾。1997年に精神科で診療が始まり、形成外科、泌尿器科、婦人科と共同で包括的なチーム治療を行う体制は1999年から始まっている。現時点では関西地区を除く西日本で、精神科的診断および精神療法からホルモン療法、性器に対する性別適合手術まで一貫して行える体制を整えた唯一の医療機関となっている。前述のように2002年以降毎年100名以上の新規受診者があり、2010年8月末の時点で登録患者数は1234名となっている。受診者数が減少する傾向は今のところなく、この疾患が想定以上に有病割合が高く、治療拠点が不足している状況を反映していると考えられる。今回の研究は、比較的可能なこの疾患が同一施設に多数集積したため、実施できたものである。

2. 2. 対 象

1997年4月から2005年10月末までに性別違和感を訴えて岡山大学ジェンダークリニックを受診した患者は、計603名であった。全ての患者は

この分野に関心を持つ2名以上の精神科医によってそれぞれ独立に包括的な診察を受け、神経心理学的な検査を心理士により受けた。GIDの診断はDSM-IVに基づいて行った。DSM-IVのAからDの下位項目全てを満たす者をGIDと診断し、全603人の患者のうち、579名(96.0%)がGIDの診断基準に合致した。合致しなかった24名のうち、4名は服装倒錯的フェチシズム、8名は同性愛、5名は統合失調症、3名は人格障害、残り4名はその他の精神疾患と診断された。

全ての患者は、主治医である精神科医によって統合失調症、感情障害、神経症圏の疾患など、他の精神障害を合併していないかどうか評価された。今回の研究では合併症の影響を避けるため、診察時点で他の精神疾患を合併していた84名の患者を除外し、残る495名を対象とした。精神疾患の合併については、最近別途報告している⁹⁾。

研究期間中、診療中に日本語版ストレスコーピングインベントリーを実施した¹³⁾。実は、この検査は元々研究が目的ではなく、GID患者が生活していく上での精神医学的援助を行う際、手がかりとなる臨床検査として行ったものであることをお断りしておく。後述するように純粋な研究を目的としたものではないため、結果には一定の限界がある。2005年10月末までにこの研究の対象となった495名中344名(69.5%)の患者がこの検査を完遂していた。344名の患者は、精神医学的、神経学的診察を受け、染色体検査および性ホルモンをはじめとする内分泌検査によるスクリーニングを受けた。検査結果の研究への転用については事前に書面での同意を得ている。

344名中227名(66.0%)の患者はFTMで、残る117名(34.0%)の患者はMTFであった。初診時の平均年齢には有意差 [$t(153) = -6.625$, $p < 0.001$] があり、FTM(26.7歳, $SD = 5.6$)の方がMTF(33.4歳, $SD = 10.2$)より若い。その他の患者背景を表1に示す。MTF患者の学歴が高く、FTMがパートナーを持つ割合が高くなっている。データには明示していないが、FTMの場合パートナーのほとんどは女性である

が、MTFの場合は既婚者であってパートナーが女性であることも珍しくない。発症年齢は、FTMの方が若く、FTMのほとんど(93.8%)が小学校卒業までに性別違和感を自覚していることはすでに報告した¹⁴⁾。

2. 3. ストレスコーピングストラテジーの計測

GID患者のストレスコーピングは、日本健康心理学研究所の日本語版SCIを用いて評価した。日本語版SCIは、Lazarus & Folkman(1984)のWay of Coping Questionnaire(WCQ)を元に作成された64項目の質問紙の日本語版である¹³⁾。対象者に最近経験した具体的なストレス状況を思い出してもらい、その時どう対処したかを前述の64の項目について、「あてはまる」「少しあてはまる」「あてはまらない」の三段階で対象者自身が評価するものである。対処型の分類としては先に挙げた8つのカテゴリーがある。計画型(慎重に問題に焦点を当て状況を変えようとするもの)、対決型(攻撃的・積極的な努力で状況を変えようとするもの)、社会的支援模索型(情報や情緒的な援助を探し求める)、責任受容型(現実的具体的な自己の役割を自覚する)、自己コントロール型(自分の感情、行動を制御する)、逃避型(問題解決の意志を失う、やけになる)、離隔型(自分と問題の間を切り離す、忘れる)、肯定評価型(自己啓発に焦点を当て、問題の積極的な意味を見い出そうとする)の8つである。

2. 4. 統計

統計処理はSPSS 14.0 J (SPSS Inc., Chicago, IL, USA)により行った。MTF, FTM群の患者割合の比較には χ^2 テストを用いた。コーピングストラテジーの2群間の比較には独立t検定を用いた。3群以上のグループの比較にはone-way ANOVAを用い、群間に有意差が見つかった場合はTurkey's post hocで多重比較検定を行った。有意水準は $p < 0.05$ とした。

表1 性同一性障害 (gender identity disorder: GID) 患者の背景

背景		MTF	FTM
n		117	227
年齢: n (%)	~24	25 (22)	89 (39)
	25~29	20 (17)	79 (35)
	30~34	26 (22)	34 (15)
	35~	46 (39)	25 (11)
性別違和感を自覚した時期: n (%)	小学校入学以前	32 (27)	163 (72)
	小学校低学年	15 (13)	30 (13)
	小学校高学年	16 (14)	20 (9)
	中学生	26 (22)	11 (5)
	高校以降	28 (24)	3 (1)
初診時の治療状況: n (%)	未治療	53 (45)	132 (58)
	ホルモン療法のみ	50 (43)	64 (28)
	(性器以外を含む) 性別適合手術実施	14 (12)	31 (14)
MTF/FTM, χ^2 test		p=0.079	
教育レベル: n(%)	大学卒以上	52 (44)	47 (21)
	高校卒	53 (46)	149 (65)
	中学卒	12 (10)	31 (14)
	MTF/FTM, χ^2 test	p=0.000	
パートナーの有無: n (%)	あり	43 (37)	144 (63)
	なし	74 (63)	83 (37)
	MTF/FTM, χ^2 test	p=0.000	
就労状況: n (%)	就労している	85 (73)	174 (77)
	就労していない	32 (27)	53 (23)
	MTF/FTM, χ^2 test	p=0.431	

MTF, male to female type; FTM, female to male type

3. 結 果

表2に示すようにFTM群で肯定評価型と離隔型のスコアが、MTF群に比べて高かった。

表3に示すように、25~29歳のグループで離隔型のスコアが、24歳以下および35歳以上に比べて有意に高く、30~34歳のグループに比べても高い傾向があった。

ストレスコーピングのスコアは、職業の有無、パートナーの有無で差異を生じなかった(表4)。治療の段階や教育レベルによる差異もなかった。

4. 考 察

4. 1. 性別 (ジェンダー) によるコーピングの違い

コーピングは、個人の資源に負荷をあたえるか、その資源を超えると評価された外的ないし内的要

請を処理するために行う認知的行動的努力であると定義されている⁷⁾。性別 (ジェンダー) によるコーピングの差異についてはいくつかの先行研究がある^{1,3,8,15,17)}。

これらいくつかの研究では性別によるコーピングスタイルの有意な差異が見い出されている。Unruhらによる研究では、無作為抽出された主婦群では、男性に比べて、問題解決、社会支援、自己肯定、一時しのぎの割合が多かったとされる¹⁷⁾。Communication Strategies Scale (CSS) を使った研究では、騒音性難聴に罹患した女性は、不適応行動や言語的戦略が同じ疾患に罹患した男性に対して有意に多かったと報告されている⁸⁾。不妊の状況においては、女性是对決型、自己責任型、社会支援模索型と逃避型のコーピングをする割合が男性に比して多く、男性は離隔型、自己コ

表2 GIDにおけるMTF/FTMのコーピングの差異

	MTF	FTM	p
n	117	227	
計画型	7.5±3.9	7.8±3.8	0.393
対決型	6.5±2.7	6.9±3.0	0.192
社会支援模索型	5.0±3.5	4.8±3.4	0.653
責任受容型	7.5±3.9	8.1±4.3	0.222
自己コントロール型	7.6±3.3	7.6±3.4	0.943
逃避型	5.2±2.7	4.9±2.6	0.307
離隔型	5.5±3.0	6.3±3.0	0.026
肯定評価型	8.5±4.1	9.7±3.9	0.007

GID, gender identity disorder; MTF, male to female type;

FTM, female to male type

p値は独立t検定による

計画型から自己肯定型の各項目の値は日本語版SCIのサブスケールである。

表3 年代別のコーピングの差異

	年齢				p
	24歳以下	25～29歳	30～34歳	35歳以上	
n	114	99	60	71	
MTF/FTM	25/89	20/79	26/34	46/25	0.000
計画型	7.3±3.7	8.2±4.0	8.2±4.0	7.3±3.6	0.228
対決型	6.6±2.8	7.3±3.0	7.0±2.9	6.1±3.0	0.059
社会支援模索型	4.7±3.6	5.0±3.3	5.0±3.0	4.8±3.5	0.910
責任受容型	7.6±4.4	7.7±4.4	8.5±3.9	8.0±3.6	0.561
自己コントロール型	7.4±3.5	7.7±3.4	7.8±3.4	7.7±3.2	0.847
逃避型	4.9±2.6	5.6±2.8	4.4±2.2	4.7±2.6	0.050
離隔型	5.7±3.1	6.9±2.9	5.7±3.3	5.5±2.5	0.006
肯定評価型	9.1±4.0	9.7±3.9	9.7±4.0	8.7±4.0	0.364

Tukey's post hoc 多重比較検定

離隔型: “25～29”>“～24”, p=0.015; “25～29”>“35～”, p=0.020; “25～29”>“30～34”, p=0.087

MTF, male to female type; FTM, female to male type

p値は one-way ANOVA による。

計画型から自己肯定型の各項目の値は日本語版SCIのサブスケールである。

ントロール型と計画型の割合が多いという研究もある¹⁶⁾。また、進行性の筋疾患の患者では、女性は男性に比べて社会支援模索型のコーピング行動を取ることが多いとされるが¹⁾、別の研究によれば血液透析中患者のコーピングには男女差がないとされている³⁾。

これらの結果は一貫しないため、我々は一般的な性別の違い（いわゆる男女差、性差）によるコ

ーピング行動の違いをカテゴライズして明示することはできない。また、対象が罹患している疾患の差異は、コーピングに影響するかもしれない。今回の我々の研究では、FTM患者は肯定評価型、離隔型のコーピング戦略をとることが多かった。特にFTM、MTF間の肯定評価型のスコアの差異は、年齢、治療段階、教育レベル、職業やパートナーの有無などでは説明できない。したがって、

表4 就労状況とパートナーの有無によるコーピングの差異

	就労状況			パートナーの有無		
	就労	無職	p	あり	なし	p
n	259	85		187	157	
計画型	7.7±3.9	7.8±3.9	0.766	8.0±3.9	7.4±3.8	0.178
対決型	6.7±2.9	7.0±3.1	0.365	6.7±3.0	6.8±2.8	0.752
社会支援模索型	4.7±3.3	5.4±3.6	0.128	4.7±3.4	5.1±3.4	0.243
責任受容型	7.8±4.2	8.1±4.1	0.504	8.0±4.3	7.7±4.1	0.574
自己コントロール型	7.6±3.5	7.6±2.9	0.923	7.7±3.3	7.5±3.4	0.603
逃避型	4.8±2.5	5.4±2.9	0.095	4.8±2.5	5.3±2.7	0.098
離隔型	6.1±3.1	5.7±2.9	0.244	6.2±3.0	5.8±3.0	0.328
肯定評価型	9.4±4.0	8.9±4.1	0.350	9.5±3.9	9.1±4.1	0.365

p 値は独立 t 検定による

計画型から自己肯定型の各項目の値は日本語版 SCI のサブスケールである。

表5 治療段階と教育レベルによるコーピングの差異

	治療段階				教育レベル			
	未治療	ホルモン療法中	性別適合手術	p	中学卒	高校卒	大学卒以上	p
n	185	114	45		43	202	99	
計画型	7.4±4.0	7.8±3.6	8.6±3.6	0.160	8.0±3.9	7.5±3.9	7.9±3.7	0.626
対決型	6.9±3.0	6.6±3.0	6.7±2.5	0.764	7.2±2.6	6.7±3.0	6.8±3.0	0.591
社会支援模索型	4.7±3.4	5.0±3.6	4.8±3.1	0.798	4.4±3.2	5.0±3.5	4.8±3.4	0.616
責任受容型	8.0±4.2	7.6±4.1	7.8±4.2	0.677	6.7±4.4	7.8±4.1	8.5±4.1	0.064
自己コントロール型	7.5±3.4	8.0±3.3	7.1±3.4	0.213	7.7±3.3	7.6±3.5	7.7±3.2	0.915
逃避型	5.1±2.7	4.9±2.6	4.8±2.3	0.825	5.3±2.3	5.0±2.7	4.8±2.7	0.532
離隔型	6.2±3.1	5.9±2.9	5.4±3.1	0.233	6.3±3.0	6.1±3.0	5.8±3.2	0.642
肯定評価型	9.1±4.1	9.4±4.1	9.8±3.2	0.609	9.2±4.4	9.4±4.0	9.2±3.8	0.892

p 値は one-way ANOVA による

計画型から自己肯定型の各項目の値は日本語版 SCI のサブスケールである。

FTM/MTF のジェンダーの違いそのものが肯定評価型のコーピング戦略をとるかどうかに影響すると考えられる。

肯定評価型は、自己の成長に焦点を当てることで創造的肯定的な意味を見出す努力である。例えば、「人間として良い方向に変わった、あるいは成長した」「それを経験する前よりも良くなった」という考え方であり、宗教的なニュアンスを含むと「新しい運命を見つけた」「私は祈った」などというものも含まれる。

このような肯定評価型の態度が、FTM より

多い理由として、当院を受診する患者層にはかなりのバイアスがかかっていることが挙げられる。多くの研究では GID の MTF 患者は FTM 患者より多いとされており、比率は FTM 1 に対して MTF 2 から 3 とされている。しかし、我々の研究結果、すなわち岡山大学ジェンダークリニックを受診する患者の FTM/MTF の割合は逆転している。これには日本における性別適合手術をめぐる問題がある。海外渡航手術も含めて日本人患者は MTF に対する造陰術は比較的容易に受けることができるが、FTM に対する陰茎再建の行える

施設は海外も含めてかなり限られるということである。研究期間中、関西より西で陰茎再建が行える唯一の施設が岡山大学病院だったことが、患者の受診行動に影響している可能性が高い。別に報告したように、岡山大学ジェンダークリニック受診者における20歳代のFTM患者の割合は突出して多く、受診患者の約40%を占めている¹²⁾。この層の受診者の多くは、最初から性別適合手術を受けたいという明確な意志を持って受診している。特定の受診行動とる患者が集まった結果、肯定評価型のコーピング戦略が多くなっている可能性がある。

4. 2. コーピングとその他の患者背景の関係

20代後半の患者では離隔型のスコアが高い傾向にある(表3)。離隔型は、自分と出来事の間を切り離す努力をするもので、「がっかりしないようにする」「問題を考えすぎること避ける」「全て忘れようと努力する」などの例が挙げられる。一見して肯定的なものとしては、「あんまりたいしたことはないと考えて、深刻にならないようにした」「明るい見通しを探して、良い面を見つけようとした」などというものも含まれる。

文献的に見ると、年代別のコーピングの差異を検討した研究は少ない。健康な人を対象としたBlanchard-FieldsとRobinsonの論文があり、思春期では結果の制御性が自己責任を感じるかどうかに関係し、高齢者ではストレスを感じる出来事の因果関係を内的に位置づけるかどうかで自己責任を感じるかどうかに関係すると結論づけているが、発表年次が1987年と古いものであり、結果の解釈には慎重であるべきだろう⁴⁾。また、前述の透析患者のコーピングの研究では、他の年代に比べて、50歳代、60歳代で感情に焦点を当てたコーピング戦略をとることが報告されている³⁾。我々の研究では、20代後半の患者でより離隔型のスコアが高くなっているが、その理由ははっきりしない。健常者と比較する、あるいは他の人格検査や主観的な生活の質を問う検査などと組み合わせ、より詳細な患者背景を把握することで、

合理的な説明が見つかるかもしれない。

4. 3. 研究の限界と意義、今後の展開

前述のように、この研究はフィールド研究ではなく、岡山大学ジェンダークリニックを自発的に受診した患者を対象としている。サンプル数は多いが、患者はGID患者一般の中から一種の偏りを持って抽出されたものである。繰り返し述べたが、FTM/MTF比は60.3%/39.7%と、先行研究とはほぼ逆の比率になっており、GID患者の実情を反映したものとは言えないだろう。また、年代によるコーピング行動の差異を見出したものの、十分な説明は付けられなかった。今後さらなる検討が必要と思われる。

自己の性自認と身体的な性別が食い違っていると感じている性同一性障害患者は、日常生活の場面で、常にストレスに対応しなければならない状況におかれていると言える。日本の社会では、男性が女性的に振る舞うことは「女々しい」「おかまっぽい」などの言葉で否定的に受け止められる傾向にあり、逆に女性が男性的に振る舞うこと、特に若年者がそのように振る舞うことは「おてんば」などの言葉はありつつも許容されやすい傾向にある。実際に臨床に携わっていると、「我慢して男らしくするMTF」、「我慢しない自己主張するFTM」というイメージがあり、若くして治療を求めて受診するFTMが多いことからいっそうその印象は強くなる。SCIはストレスへの対処行動を数値化することが可能な心理検査であり、GID患者の性差による対処行動に差異があれば、臨床的に抱えている「性差」をより合理的に説明する手がかりが得られるのではないかとの思いから本研究を実施した。研究としては対象者に偏りがあるものの、岡山大学ジェンダークリニックを受診するFTMの患者は、「これで良いのだ」と現状を肯定的に受け止め、自分の未来を切り開くために受診する態度を取っている人が多い可能性が高いという、臨床的な印象を裏付ける結論は得られたと考えている。

日本におけるGID患者の実態把握は、まだ始

まったばかりであり、詳しい患者背景や治療が生活の質に与える影響、適切な支援のあり方など、まだまだ検討課題は山積みである。岡山大学ジェンダークリニックを受診した多くの患者さんの協力を仰ぎながら、今後もデータの集積と検討を続けていきたい。

謝 辞

心理検査を実施した井戸由美子心理士、また日常の診療活動をともにを行っている岡山大学ジェンダークリニックメンバー各位に心より感謝申し上げます。

文 献

- 1) Ahlström, G., Wenneberg, S.: Coping with illness-related problems in persons with progressive muscular diseases: The Swedish version of the Ways of Coping Questionnaire. *Scand J Caring Sci*, 16; 368-375, 2002
- 2) American Psychiatry Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. American Psychiatry Association, Washington, D.C., 1993 (高橋三郎, 大野 裕, 染谷俊幸訳: DSM-IV 精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院, 東京, 1995)
- 3) Blake, C.W., Courts, N.F.: Coping strategies and styles of hemodialysis patients by gender. *ANNA J*, 23; 477-482, 1996
- 4) Blanchard-Fields, F., Robinson, S.L.: Age differences in the relation between controllability and coping. *J Gerontol*, 42; 497-501, 1987
- 5) Folkman, S., Lazarus, R.S.: Analysis of coping in a middle aged community sample. *J Health Soc Behav*, 21; 219-239, 1980
- 6) Folkman, S., Lazarus, R.S.: If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *J Pers Soc Psychol*, 48; 150-170, 1985
- 7) Folkman, S., Lazarus, R.S., Dunkel-Schetter, C., et al.: Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *J Pres Soc Psychol*, 50; 992-1003, 1986
- 8) Hallberg, L.: Is there a gender difference in coping, perceived disability and handicap in patients with noise-induced hearing loss? *Noise Health*, 1; 66-72, 1999
- 9) Hoshiai, M., Matsumoto, Y., Sato, T., et al.: Psychiatric comorbidity among patients with gender identity disorder. *Psychiatry Clin Neurosci* [Epub ahead of print] 2010 Aug 19
- 10) Landen, M., Walinder, J., Lundstrom, B.: Prevalence, incidence and sex ratio of transsexualism in Sweden. *Acta Psychiatr Scand*, 93 (4); 221-223, 1996
- 11) Landen, M., Walinder, J., Lundstrom, B.: Prevalence, incidence and sex ratio of transsexualism. *Acta Psychiatr Scand*, 93 (4); 261-263, 1996
- 12) 松本洋輔, 佐藤俊樹, 氏家 寛: 性同一性障害患者に対する複数診療科による包括的治療—岡山大学ジェンダークリニックの経験—. *臨床精神医学*, 38 (9); 1345-1354, 2009
- 13) 日本健康心理学研究所: ストレスコーピングインベントリー・自我態度スケール. 実務教育出版, 東京, 1996
- 14) Okabe, N., Sato, T., Matsumoto, Y., et al.: Clinical characteristics of patients with gender identity disorder at a Japanese gender identity disorder clinic. *Psychiatry Res*, 157; 315-318, 2008
- 15) Peterson, B.D., Newton, C.R., Rosen, K.H., et al.: Gender differences in how men and women who are referred for IVF cope with infertility stress. *Hum Reprod*, 21; 2443-2449, 2006
- 16) Roberto, L.G.: Issues in diagnosis and treatment of transsexualism. *Arch Sex Behav*, 12 (5); 445-473, 1983
- 17) Unruh, A.M., Ritchie, J., Merskey, H.: Does gender affect appraisal of pain and pain coping strategies? *Clin J Pain*, 15; 31-40, 1999
- 18) Wallien, M.S., Swaab, H., Cohen-Kettenis, P. T.: Psychiatric comorbidity among children with gender identity disorder. *J Am Acad Child Psychiatry*, 46; 1307-1314, 2007