

变性者、跨性别者、 和非性别常规者的 健康照护准则

世界跨性别健康专业协会（WPATH）发行
窦秀兰译注 吴敏伦校阅

第七版1

1 此是WPATH官方授权的中文翻译版。当使用于法律和医疗技术上的目的时，仍需要参照WPATH官方的英文版本（www.wpath.org）。目前是照护准则（SOC）第七版，初版的SOC于1979年发行，先前的修订版陆续于1980年、1981年、1990年、1998年、和2001年发行。



Standards of Care

for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender- Nonconforming People

Eli Coleman, Walter Bockting, Marsha Botzer, Peggy Cohen-Kettenis, Griet DeCuyper, Jamie Feldman, Lin Fraser, Jamison Green, Gail Knudson, Walter J. Meyer, Stan Monstrey, Richard K. Adler, George R. Brown, Aaron H. Devor, Randall Ehrbar, Randi Ettner, Evan Etyer, Rob Garofalo, Dan H. Karasic, Arlene Istar Lev, Gal Mayer, Heino Meyer-Bahlburg, Blaine Paxton Hall, Friedmann Pfäfflin, Katherine Rachlin, Bean Robinson, Loren S. Schechter, Vin Tangpricha, Mick van Trotsenburg, Anne Vitale, Sam Winter, Stephen Whittle, Kevan R. Wylie & Ken Zucker

© 2012 World Professional Association for Transgender Health (WPATH). All rights reserved.

7th Version | www.wpath.org

目 錄

第一章 照護準則的目標和使用方法	1
第二章 照護準則的全球適用性	3
第三章 非性別常規和性別不安的差異	4
第四章 流行病學的注意事項	6
第五章 性別不安的醫療措施	8
第六章 性別不安之兒童和青少年的衡鑑與治療	10
第七章 心理健康	20
第八章 賀爾蒙治療	31
第九章 生殖健康	48
第十章 嗓音和溝通治療	49
第十一章 手術治療	52
第十二章 術後的照護與追蹤	61
第十三章 終身預防與基層醫療照護	62
第十四章 照護準則在機構住民的適用性	64
第十五章 照護準則在性發展障礙者的適用性	65
 參考文獻	69
 附錄壹 辭彙	93
附錄貳 檢視賀爾蒙療法的醫療風險	96
附錄叁 賀爾蒙治療和手術的標準	102
附錄肆 醫療措施之臨床結果的證據	105
附錄伍 照護準則第七版的發展歷程	107
 照護準則修訂委員會的成員	109
國際諮詢團體甄選委員會、國際諮詢團體	110
技術文件撰寫者、編輯助理	110
中文版譯注者、中文版校閱者	110

第一章 照护准则的目标和使用方法

世界跨性别健康专业协会（WPATH）¹是一个国际化、跨领域及专业的协会，其目标是在促进以证据为基础的照护、教育、研究、倡议、公共政策，以及重视变性者的健康。WPATH的愿景乃是汇集各方面的专业人才，共同致力于在世界各地发展出最佳的实践与支持的政策，以便促进在所有文化背景之下的变性者、跨性别者和非性别常规者的健康、研究、教育、尊重、尊严和平等。

WPATH的主要功能之一是借着「变性者、跨性别者、和非性别常规者的健康照护准则」，而得以促进有关个人之健康照护的最高准则。SOC²是根据目前最佳的科学的研究和专家的共识而形成的³。由于这个领域的研究和经验，大部分是来自于北美和西欧的观点，因此，将SOC应用于世界的其它地区时，必须要进行调整。在这个版本的SOC当中，也包含了考虑有关文化相对性和文化能力的建议。

SOC的整体目标是提供健康专业人员有关变性者、跨性别者、和非性别常规者的临床指引，使其能够以安全和有效的方式来协助他们，并且使他们对自己的性别感到自在，进而将他们的整体健康、幸福感、和自我实现，提升到最高的程度上。上述的协助可能包括基层医疗照护、妇科和泌尿科的照护、生殖的选择、嗓音与沟通治疗、心理健康服务（例如，衡鉴³、谘商、心理治疗）、以及荷尔蒙与手术治疗。虽然SOC主要是为健康专业人员所制作的文书，但是，也可以提供给个人、个人的家庭、和社会机构，使其能够了解如何去协助此多样化群体的成员，并且帮助他们达到最佳的健康状态。

WPATH认知到健康不仅需要仰赖良好的临床照护，同时也需要能够提供和确保社会包容力、平等、以及所有公民权利的社会与政治氛围。健康促进是透过公共政策和法律改革来达成的，藉由促进对性别和性多样化的包容与平等，进而消除偏见、歧视、和污名化的烙印。因此，WPATH致力于倡导在公共政策和法律上的改革。

1 前身为亨利·班杰明国际性别不安症协会 (the Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association)。

2 照护准则（SOC）第7版 与先前版本有很显着的差异。这个版本的改变是基于重大的文化转变、临床知识的进展、以及产生许多除了荷尔蒙治疗和手术之外，与变性者、跨性别者和非性别常规者有关的健康照护的议题 (Coleman, 2009a, b, c, d)。

3 译注：英文原文-Assessment，一般被翻译为「评估」，但是使用于心理学的专业领域上，则翻译为「衡鉴」。心理衡鉴 (psychological assessment) 的定义为：利用心理测验、临床晤谈、案主史研究、生理测量等各种数据搜集方式，描绘与解释案主之心理状态与行为的一种临床工作。

照护准则是具有弹性的临床指引

SOC 必需具有弹性，如此才能够满足变性者、跨性者、和非性别常规者在多样化健康照顾上的需求。即便是具有弹性，但主要是将能够促进最佳之健康照护和治疗处遇的准则，提供给经历到性别不安⁴的人—宽泛地定义为因为个人的性别认同与出生时的指定性别⁵（以及伴随的性别角色和/或主要与次要的性征）之间的差异，而感到不自在或困扰（Fisk, 1974; Knudson, De Cuypere, & Bockting, 2010b）。

与先前所有版本的SOC相同的是，在此版本中有关性别不安的荷尔蒙和手术治疗的标准，就是临床的指引；个别的健康专业人员和照护计划可能会将之进行修正。临床医疗偏离SOC的可能因素有一因为患者特殊的解剖构造、社会或心理的状况；属于经验丰富的健康专业人员，针对一般的情况之下而发展出来的处遇模式；属于研究计划的草案；因为在世界的其它地区所面临的资源缺乏；或是属于特定的减害措施。这些偏离必须被清楚告知，例如向患者解释，以及为了患者的照顾质量和法律保障，必须要签定知情同意⁶的文件。这些文件记录对于最新数据的累积乃是具有价值的，借着回顾检验而得以应用于健康照护上—以及SOC的发展上。

虽然SOC着力于阐述照护的标准，但是，同时也认知到在充分知情下作出决定，以及采取减害措施的价值。另外，在此版本的SOC当中，确认和证实了性别多样化的展现，而此可能不需要心理、荷尔蒙、或手术的治疗。有些就诊的患者，将会作出重大的自我导向的决定，朝向性别角色的改变、转换、或是其它的目标前进，此乃取决于他们的性别认同或性别不安。其它的患者可能会要求更进一步的服务。根据患者在性别展现上的临床需求和目标，健康专业人员可以借着SOC的使用，协助他们针对健康照护服务，进行全面性的考虑。

4 译注：「Gender Dysphoria」首次出现在精神疾病的诊断与统计手册—第五版(DSM-V)，取代先前「性别认同障碍(Gender Identity Disorder)」的诊断术语。台湾DSM-V中文版将之翻译为「性别不安」，意指：个人所经验/所展现的性别，与出生时的指定性别有显着的差异，因而造成无以“安身立命”的困境，不仅伴随着“焦躁不安”的情绪困扰，并且减损社会、职业、或其它重要领域的功能，或是显着的增加苦恼或失能的风险。（由于「焦虑」一词在精神疾病诊断名称的对应原文为「Anxiety」，故译者认为不宜翻译为「性别焦虑」）

5 译注：英文原文—sex assigned at birth，意指在出生时被指定的性别，也称为法定性别。

6 译注：英文原文—informed consent，也称为告知后同意。知情同意包括三个基本要素：1、告知(disclosure)，即须以患者可以理解的方式提供相关讯息；2、决定能力(capacity)，指患者具备“了解相关讯息”且可以“合理预见其决定之后果”的能力；3、自愿(voluntariness)是指患者有权不受到外力、心理威胁与人为操控之影响而自由地做出决定。（台湾临床伦理网络http://www.tcen.org.tw/about_us.asp）

第二章 照护准则的全球适用性

虽然 SOC 在全世界通用，但是，WPATH 知晓在此健康照护领域的临床经验与知识，大部分都是收集来自于北美和西欧的资料。因此，不论是从此地到那地、跨越国界、以及在国境之内，在以下的范畴上都会出现差异：对于变性者、跨性别者、和非性别常规者的社会态度；性别角色和认同的建构；描述不同的性别认同所使用的语言；性别不安的流行病学；医疗的可近性与费用；所提供的治疗模式；提供照护之专业人员的数量和类型；以及与此健康照护有关的法律和政策议题。（Winter, 2009）。

SOC 不可能反映上述所有的差异。当在其它的文化背景下运用这些标准时，健康专业人员必须对于这些差异具有敏感度，并且根据当地的实际状况来对 SOC 进行调整。例如，在一些文化当中，因着非性别常规者的数量和生活模式，而使他们具有高度的社会能见度（Peletz, 2006）。在此类型的情境之下，人们在青少年期或甚至更早的年龄阶段，开始改变他们的性别展现和身体特征，乃是非常地普遍。许多人乃是成长和居住在与西方文化完全相异的社会、文化、甚至是语言内涵之中。然而，几乎所有人都经历到偏见（Peletz, 2006; Winter, 2009）。在许多的文化之中，对于非性别常规者，乃是广泛地予以社会污名化的烙印，并且性别角色也是被高度地规范着（Winter et al., 2009）。处于这些情境的非性别常规者，经常被迫要隐藏起来，也可能因此造成缺乏适当的健康照护的机会（Winter, 2009）。

对于提供最佳之照顾给所有的人，SOC 并不会限制这方面的努力。在世界各地的健康专业人员—即便是在资源和培训机会有限的地区—仍是能够应用许多 SOC 的基本核心原则。这些原则包括以下内容：向非性别常规者表达尊重的态度（对于性别认同或展现上的差异，不可将之疾病化；提供照护（或转介给具备相关知识的同事），肯定患者的性别认同，以及减轻性别不安的困扰；具备变性者、跨性别者、和非性别常规者之健康照护需求的知识，包括性别不安之治疗选项的益处与风险；治疗措施必须符合患者的具体需求，特别是他们在性别展现上的目标，以及在减轻性别不安的需求；促进健康照护的医疗可近性；在提供治疗之前，必须取得患者的知情同意；提供持续性的照护；针对患者的家庭和小区（学校，工作场所和其它场所），进行提供支持和倡议的准备。

专门术语的使用是取决于文化和时空的背景，并且乃是迅速地发展。在不同的场所和时空背景之下，以及处于不同的群体当中，使用尊敬的语言是非常重要的。当 SOC 翻译成其它语言时，必须非常谨慎地确保专门术语的含义，乃是被准确地翻译。英文的专门术语可能不容易翻译成其它的语言，反之亦然。有些语言当中并没有同等的词汇来形容本书中的各种术语，因此，译者应该了解治疗的基本目标，并且阐述文化适用的指引，以便达成这些目标。

第三章 非性别常规和性别不安的差异

身为变性者、跨性别者、或非性别常规者是关乎多样性，而非病理性

WPATH于2010年五月发表了一份声明，敦促世界各地将非性别常规给予去精神疾病化⁷（WPATH董事会，2010）。声明指出，“性别特质的展现，包括认同，并非刻板地与出生时的指定性别相关联，此乃是很常见的，并且是文化多样性的人类现象，不应该被判定为与生俱来的病态或负面影响。”

不幸的是，在世界各地的许多社会中，非性别常规是被污名化烙印的。这种烙印将导致偏见和歧视，并且造成“弱势压力”⁸的结果（IH Meyer, 2003）。弱势压力是独特的（外加于所有人所经历到的一般压力源）、以社会为基础的、慢性的，并且可能让变性者、跨性别者、和非性别常规者变得更加脆弱，导致出现诸如焦虑和忧郁的心理健康问题（医学研究所，2011）。

除了社会上大规模的偏见和歧视，污名化烙印将在个人与同侪，以及家庭成员的关系当中，造成虐待和忽略的状况，这反过来又可能导致心理的困扰。然而，这些症状是因为社会的情境而被引发出来的，并非是变性者、跨性别者、或非性别常规者与生俱来的。

非性别常规不同于性别不安

非性别常规 是指个人的性别认同、角色、或展现，不同于文化规范中，对于特定性别的规定（医学研究所，2011）。性别不安 是指个人的性别认同，与出生时的指定性别（

7 译注：英文原文- de-psychopathologization，意指去除精神疾病的标签，不再视为精神疾病的一种。

8 译注：英文原文- minority stress，意指因为身为主流社会中的少数份子（不论是族群、性倾向、性别认同等），而遭受到的种种压力。

以及伴随的性别角色和/或主要与次要的性征)有所差异，因而感到不自在或困扰(Fisk, 1974; Knudson, De Cuypere, & Bockting, 2010b)。只有一些非性别常规者，在生命中的某些时刻，才会经历到性别不安。

治疗处遇能够协助有此困扰的人们，探索他们的性别认同，并且找到让自己感到自在的性别角色(Bockting & Goldberg, 2006)。治疗处遇是个别化的：帮助一个人减缓性别不安的方法，可能与帮助另一个人之间有极大的差异。这个过程可能会或可能不会涉及到性别展现的改变，或是身体的矫治。治疗处遇的选择包括，例如，透过荷尔蒙治疗和/或手术，造成女性化或男性化的身体改变，因而产生减缓性别不安的效果，此对很多人而言，是有医疗上的必要。性别认同和展现是多样化的，协助人们达到对自己和认同感到自在的选项很多，荷尔蒙治疗和手术只是其中的两项。

性别不安经由治疗之后，绝大部分都可以获得缓解(Murad et al., 2010)。因此，虽然变性者、跨性别者、和非性别常规者，可能在生命中的某一时刻经历到性别不安状，许多人在接受治疗之后，将可以找出一个令自己感到舒适的性别角色和展现，尽管这些是不同于他们在出生时的指定性别，或是主流的性别规范与期待。

性别不安的诊断

有些人经历到性别不安，并且困扰的程度已经达到正式诊断的标准，便有可能被归类为一种精神障碍。这种诊断并不是污名化烙印或剥夺公民权与人权的许可证。现有的分类系统，如精神疾病的诊断与统计手册⁹(美国精神医学学会, 2000)和国际疾病分类¹⁰(世界卫生组织, 2007)定义数以百计的精神障碍，不论是在发病、持续的期间、病理、失能的状况、以及治疗可能性上，都是截然地不同。这些系统全部都是尝试分类集群的症状和条件，而不是针对个人本身。所谓的障碍，只是描述一个人对抗着某种事物，而不是描述这个人的本身或个人的认同。

因此，变性者、跨性别者、和非性别常规者，并不是与生俱来就患病的。而是，当性别不安的困扰出现时，要关注于是否符合诊断，以及哪些是可行的治疗选项。性别不安诊断的存在，往往能够促进医疗的可近性，并且指引进一步的研究，以便达到有效的治疗。

9 译注：英文原文-Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)，此由美国精神医学学会出版，是在美国与其它国家中最常使用来诊断精神疾病的指导手册，最新版-第五版于2013发行。

10 译注：英文原文-International Classification of Diseases」，正式的全名为「International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems」(国际疾病与相关健康问题统计分类)，常用缩写为ICD。此是世界卫生组织(WHO)制定的医疗卫生工作和疾病统计上运用的疾病统一分类方法，目前最新版-第十版于1993发行，预计2015年发行第十一版。

研究将产生新兴的诊断名称，在DSM (Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2010; Knudson, De Cuypere, & Bockting, 2010b; Meyer-Bahlburg, 2010; Zucker, 2010) 和 ICD二者所使用的术语，都仍会不断地改变。因此，SOC 所惯用的术语和为此所下的定义，将有可能成为新兴的诊断名称。健康专业人员在执行业务时，应该使用最新的诊断标准和适当的代码。

第四章 流行病学的注意事项

目前仍未进行有关变性或跨性别、以及非性别常规的发生率¹¹和盛行率¹²的正式流行病学研究，而且达成真实的估计乃是非常地困难（医学研究所, 2011; Zucker & Lawrence, 2009）。即使流行病学研究证实变性者、跨性别者、或非性别常规者，在世界各地有相似的比例人口，然而有可能从一个国家到另一个的文化差异，将会同时改变不同性别认同的行为展现，以及什么样的性别不安—不同于个人的性别认同会真实地在人群中发生。虽然对于多数的国家而言，跨越性别界限的规范，将导致道德谴责而非是同情，但是也有在特定文化中的非性别常规行为（例如，出现在精神领袖身上），是较少被污名化烙印的，甚至是被尊敬的例子(Besnier, 1994; Bolin, 1988; Chiñas, 1995; Coleman, Colgan, & Gooren, 1992; Costa & Matzner, 2007; Jackson & Sullivan, 1999; Nanda, 1998; Taywaditep, Coleman, & Dumronggittigule, 1997)。

基于种种的原因，发生率和盛行率的研究者，往往聚焦于非性别常规者当中，最容易被计数的次团体：因为性别不安而至专门的性别门诊就医，并且接受性别转换之照护 (gender-transition-related care) 的变性者。大多数的研究都是在欧洲国家进行，如瑞典(Wålinder, 1968, 1971)、英国(Hoenig & Kenna, 1974)、荷兰(Bakker, Van Kesteren, Gooren, & Bezemer, 1993; Eklund, Gooren, & Bezemer, 1988; van Kesteren, Gooren, & Megens, 1996)、德国(Weitze & Osburg, 1996)，以及比利时(De Cuypere et al., 2007)。除了一个是在新加坡(蔡, 1988)。

De Cuypere和他的同事们 (2007) 回顾了这类型的研究，其中也含括了他们自己的研究。这些研究总共横跨了39年。去掉两个极值—由Pauly在1968和蔡在1988年的研究发现，总共有涉及到八个国家的十个研究。这十个研究报告的男变女(MtF) 盛行率，在

11 发生率—指在某一时期内（例如，一年），出现的新病例数的比率。

12 盛行率—指有症状的个体数，除以总人口数的比率。

1:11,900至1:45,000之间；女变男的盛行率(FtM)在 1:30,400至1:200,000之间。有些学者认为盛行率应该更高一些，此乃取决于研究中所使用的方法（例如，Olyslager & Conway, 2007）。

直接比较各个研究是不可能的，因为每个数据收集的方法和定义变性人的标准都是不同的（例如，是否已经进行生殖器重建手术，对照已经开始接受荷尔蒙治疗，或是对照已经前往诊所就医，并进行医疗监督的性别转换）。最近的研究显示，发生率有增加的趋势，此可能表示越来越多的人寻求临床的照护。Reed和他的同事（2009）的研究支持了这个解释，其报导在英国前往性别门诊就医的人，每隔五或六年就增加一倍。同样地，Zucker和他的同事（2008）报导在加拿大多伦多的门诊，超过30年以来，儿童和青少年的转介乃增加了四到五倍。

经由这些研究所产生的数据，应该被视为最低的估计值。公布的资料大多来自于门诊，在此就医的患者乃是达到严重性别不安的标准。这些估算并未考虑到对所有性别不安者而言，由特定门诊所提供的治疗，并不是都属于负担得起、有用的、或是可被接受的治疗。只计算前往门诊接受特定治疗的那些人，其它无法计数的性别不安者将会因此被忽略掉。

其它的临床观察（尚未被系统性的研究所支持）乃支持较高的性别不安的盛行率，原因为：（1）先前尚未被确定诊断的性别不安患者，在出现焦虑、忧郁、行为规范障碍症¹³、物质滥用、解离型身份障碍¹⁴、边缘型人格障碍、性功能障碍和性发展障碍时，才会偶然地被诊断出来(Cole, O ‘ Boyle, Emory, & Meyer III, 1997)。（2）有些异装者、变装国王/皇后、女性/男性的模仿者、以及男同性恋者与女同性恋者，也有可能会经历到性别不安(Bullough & Bullough, 1993)。（3）有些人的性别不安的强度，是在临床诊断的阈值间上下波动(Docter, 1988)。（4）女变男(FtM)的非性别常规者，在许多文化中往往是相对地不显眼，特别是对西方的健康专业人员和研究人员而言，然而，目前估计的发生率和盛行率大部份是来自于他们的研究(Winter, 2009)。

总而言之，现有的数据应该被视为一个起点，在全世界各地进行更严谨的流行病学研究，将有利于健康照护的发展。

13 译注：英文原文-conduct disorder (CD)，预定在台湾发行的DSM-V中文版中翻译为「行为规范障碍症」。过去曾被翻译为「品性疾患」（DSM-IV精神疾病诊断准则手册，孔繁钟和孔繁锦编译，合计图书出版社发行）。

14 译注：英文原文-dissociative identity disorders (DID)，预定在台湾发行的DSM-V中文版中翻译为「解离型身分障碍症」。过去曾被翻译为「解离性身份疾患」（DSM-IV精神疾病诊断准则手册，孔繁钟和孔繁锦编译，合计图书出版社发行）。较早的DSM版本则称之为「多重人格障碍」（Multiple Personality Disorder, MPD）。

第五章 性别不安的医疗措施

性别不安在知识和治疗上的进展

在二十世纪的下半叶，增加了对于性别不安的觉察，健康专业人员开始协助患者减缓性别不安的特征，透过荷尔蒙治疗和手术来改变主要和次要性别特征，以及改变性别角色。虽然Harry Benjamin已经指出非性别常规的光谱现象¹⁵ (Benjamin, 1966)，然而，最初的临床措施大都是聚焦于找出最适合进行性别重置的人选，并且尽可能地促成完全从男性转变到女性，或女性转变为男性的生理改变（例如，Green & Fleming, 1990; Hastings, 1974）。这个措施经过广泛的检验，并且证明效果是非常地显着。各个研究的满意度范围，从男变女 (MtF) 患者的87%，到女变男 (FtM) 患者的97%之间 (Green & Fleming, 1990)，而且后悔是极其罕见的（男变女 (MtF) 患者是1~1.5%，女变男 (FtM) 患者是<1%；Pfäfflin, 1993）。事实上，对许多人而言，为了减缓性别不安状，荷尔蒙治疗和手术乃是有医疗上的必要（美国医学协会，2008；Anton, 2009；世界跨性别健康专业协会，2008）。

随着该领域日益发展成熟，健康专业人员了解到尽管有许多人同时需要荷尔蒙和手术治疗，以便减缓他们的性别不安状，但是其它人只需要这些治疗选项的其中之一，甚至有些人什么都不需要(Bockting & Goldberg, 2006; Bockting, 2008; Lev, 2004)。通常在心理治疗的协助下，有些人统整了跨性别的感觉，并且融入于他们出生时所指定的性别角色之中，而不认为有将身体变成女性或男性的需要。对于其它人而言，性别角色和展现的改变，将有效地减缓性别不安状。有些患者可能需要荷尔蒙、性别角色的改变，但不需要手术；其它人可能需要经由手术来改变性别角色，但不需要荷尔蒙。换句话说，性别不安的治疗已经变得更加个别化。

15 译注：英文原文-spectrum，此意味着性别如同彩虹般地多样化，包含着不同程度的差异，或属于不同的类群。

当这一代的变性者、跨性别者、和非性别常规者到达一定的年龄时—当中许多人已经从不同的医疗措施中受益—他们变得更具公众能见度，并且示范着他们的性别认同、角色、和展现的多样性。有些人不是以非性别常规来描述自己，而是明确地跨越性别（成为另一个性别的一员； Bockting, 2008年）。其它人则肯定自己独特的性别认同，并且不再认为他们是男性或女性(Bornstein, 1994; Kimberly, 1997; Stone, 1991; Warren, 1993)。相反地，他们可能会以特定的词汇来描述自己的性别认同，例如跨性别、双性别、或性别酷儿，以便显示出他们的独特经验，而此可能超越了男/女性别二元论的理解(Bockting, 2008; Ekins & King, 2006; Nestle, Wilchins, & Howell, 2002)。在他们确认认同的过程中，可能没有经历到所谓的“转换”，因为他们从未完全地接受出生时被指定的性别角色，或是当他们具体化自己的性别认同、角色、和展现时，并没有涉及到从一个性别角色改变到另一个。例如，有些年轻人以性别酷儿来认同自己，并且总是经历到他们的性别认同和角色正是如此。提高公众的能见度和性别多样性的觉察(Feinberg, 1996)，能够进一步地扩大性别不安者在具体化认同时的选择，以及寻找一个令他们感到舒适的性格角色和展现。

健康专业人员能够协助性别不安者确认他们的性别认同，探索认同展现的各种选项，以及在减缓性别不安的治疗选项中作出决定。

性别不安在心理治疗和医疗上的选项

寻求治疗性别不安的人，有各种治疗选项可以考虑。介入治疗的数量和类型，以及采取的顺序是因人而异的（例如，Bockting, Knudson, & Goldberg, 2006; Bolin, 1994; Rachlin, 1999; Rachlin, Green, & Lombardi, 2008; Rachlin, Hansbury, & Pardo, 2010）。治疗的选项包括以下内容：

改变性别展现和角色（可能会涉及到在部分时段或全部时段，以与自己性别认同一致的另一种性别角色生活）；

以荷尔蒙疗法促成女性化或男性化的身体改变；

以手术改变主要和/或次要性征（例如，乳房/胸部、外部和/或内部生殖器官、脸型、身体轮廓）；

借着心理治疗（个别、伴侣、家庭、或团体）达到探索性别认同、角色、和展现的目的；处理性别不安和污名化烙印在心理健康上所造成负面影响；减轻内在的跨性别恐惧症¹⁶；加强社会和同侪的支持；增强身体意象；或促进复原力等目标。

¹⁶ 译注：英文原文— transphobia，意指对于跨性别者感到恐惧，进而予以排斥、厌恶、仇恨、偏见和性别歧视。此词类似于同性恋恐惧症(homophobia)，简称恐同症。

性别展现在社会支持和改变上的选项

除了上述有关心理治疗和医疗的治疗选项之外（或可当作是替代选项），能够帮助缓解性别不安的其它选项如下，诸如：

离线（offline）和在线（online）之同侪支持的资源、团体、或小区组织，其能够提供社会支持和倡议；

离线和在线之家人和朋友的支持资源；

透过嗓音和沟通治疗来协助个人发展口语和非口语的沟通技巧，促进对他们的性别认同感到自在；

透过电解疗法、雷射治疗、或蜜蜡除毛来除去毛发；

束胸或垫胸、压平生殖器官或使用假阴茎、填充宽关节部位或臀部；

改变身份证明档上的姓名和性别注记。

第六章 性别不安之儿童和青少年的衡鉴与治疗

儿童、青少年、和成人的性别不安，在现象、发展历程、和治疗措施上是有一些差异。在儿童和青少年方面，会涉及到剧烈的发展历程（生理、心理、和性）并且在结果上有很大的流动性和变异性，特别是前青春期的儿童。因此，此版的 SOC为性别不安之儿童和青少年的衡鉴和治疗，提供了特定的临床指引。

性别不安之儿童和青少年之间的差异

性别不安的儿童和青少年之间有一个重要的差异，即是性别不安持续至成年期的人口比率。儿童期的性别不安，并非不可避免地延续至成年期¹⁷。相反地，针对被转介到门诊并进行性别不安衡鉴的前青春期儿童（主要是男孩），后续的研究显示，只有6~23%的儿童，其性别不安的特征会持续至成年期(Cohen-Kettenis, 2001; Zucker & Bradley, 1995)。在这些研究中的男孩，在成年之后较倾向认同自己是男同性恋者，而不是跨性别者(Green, 1987; Money & Russo, 1979; Zucker & Bradley, 1995; Zuger, 1984)。较新的研究显示，包含女孩在内，性别不安持续至成年期的比率为12~27% (Drummond, Bradley, Peterson-Badali, & Zucker, 2008; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008)。

相较之下，青少年的性别不安持续至成年期的比率乃是高出许多。尽管并没有正式的前瞻性研究。然而，针对被诊断为性别不安，并且给予青春期抑制荷尔蒙的70名青少年的后续研究，发现全部都进行更进一步的性别重置，开始接受女性化/男性化荷尔蒙治疗¹⁸(de Vries, Steensma, Doreleijers, & Cohen-Kettenis, 2010)。

性别不安的儿童和青少年之间的另一个区别，是在各个年龄组的性别比率。临床转介之12岁以下性别不安的儿童，男/女比例为6:1至3:1(Zucker, 2004)。临床转介之12岁以上性别不安的青少年，男/女比例接近至1:1(Zucker, 2004)。

正如Zucker 和 Lawrence (2009)在第四章节所探讨的，儿童期、青少年期、和成年期之性别不安的正式流行病学研究一乃是缺乏的。在世界各地不同人群中的发生率和盛行率，需要更多的研究来进行精细的估计。

儿童期的现象

当儿童两岁时，可能会表现出性别不安的征兆。他们可能表达出想成为另一个性别的意愿，并且对他们的身体性征与功能感到不悦。此外，他们可能比较喜欢向来属于另一个性别的衣服、玩具、和游戏，以及喜欢跟另一个性别的同侪玩乐。然而，这些特征是异质性的：有些儿童呈现强烈的非性别常规的行为与意愿，伴随着对他们的主要性征，持续且极度地感到不自在。对其他的儿童而言，这些特征比较没有那么地强烈，或仅是部分的存在(Cohen-Kettenis et al., 2006; Knudson, De Cuypere, & Bockting, 2010a)。

17 儿童的非性别常规行为 (Gender nonconforming behaviors) 可能会持续至成年期，但是，这样的行为不表示就是性别不安，而且需要被治疗。如同在第三章节所描述的，性别不安并不等同于多样化的性别展现。

18 英文原文-feminizing/masculinizing hormone therapy。

性别不安的儿童出现共存的内化疾患¹⁹，例如焦虑和忧郁，相对而言是常见的(Cohen-Kettenis, Owen, Kaijser, Bradley, & Zucker, 2003; Wallien, Swaab, & Cohen-Kettenis, 2007; Zucker, Owen, Bradley, & Ameeniar, 2002)。自闭症类群障碍²⁰的盛行率，在临床转介之性别不安的儿童当中，似乎比在一般大众的比率还要高(de Vries, Noens, Cohen-Kettenis, van Berckelaer-Onnes, & Doreleijers, 2010)。

青少年期的现象

对大部分儿童而言，性别不安将在青春期之前或早期的阶段消失。然而，某些儿童对于这些感觉反而是更加地剧烈，并且当他们成为青少年和发展出第二性征时，将会产生或增加对身体的厌恶感(Cohen-Kettenis, 2001; Cohen-Kettenis & PFäafflin, 2003; Drummond et al., 2008; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008; Zucker & Bradley, 1995)。一个研究的资料指出，在儿童期出现较剧烈的非性别常规的行为，乃是与性别不安持续至青春期后期和成年早期有关联性(Wallien & Cohen-Kettenis, 2008)。当然，许多性别不安的青少年和成人，在过去并没有出现童年期的非性别常规行为(Docter, 1988; Landén, Wållinder, & Lundström, 1998)。因此，当青少年的性别不安首次在青春期变得明显时，会令其它人（父母、其它家庭成员、朋友、和小区成员）感到惊讶不已。

青少年经历到他们的主要和/或次要性征，以及他们出生时的指定性别，与他们的非常规的性别认同时，可能会产生强烈的困扰。许多，但并非全部，性别不安的青少年对荷尔蒙和手术治疗有强烈的渴望。越来越多的青少年，在进入高中时就已经开始以他们想要的性别角色生活(Cohen-Kettenis & PFäafflin, 2003)。

被转介到性别认同门诊的青少年，是具有接受早期医疗待遇的资格—在Tanner stage的第一阶段，开始使用促性腺素释放激素类似物²¹来抑制青春期—不同的国家和治疗中心会有所差异。并非所有的门诊都提供青春期抑制疗法。如果有提供这样的治疗，青少年被允许展开治疗的阶段，有从青春发育期的Tanner stage第二阶段到第四阶段之间的差异(Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis, 2006; Zucker et al., in press)。青少年接受治疗的百分比，很可能受到医疗照护组织、保险、文化差异、健康专业人员的意见、以及不同地区所提供的诊断程序的影响。

19 译注：英文原文internalizing disorders，意指个人采用「内在化」和「压抑」的方式来面对压力，因而造成焦虑或忧郁的症状。反之，若将压力用外显性的方式表现出来，则可能产生行为问题、暴怒、攻击等症状，此乃是属于外化疾患(externalizing disorder)。

20 译注：英文原文autistic spectrum disorders，预定在台湾发行的DSM-V中文版翻译为自闭症类群障碍。此诊断包含过去在DSM-IV一分为二的诊断—Autistic Disorder（自闭症）和Asperger Syndrome（亚斯伯格症候群）。

21 译注：英文原文GnRH analogues，也称为性腺刺激激素释放素协同剂，别名柳普林。使用此一段时间之后，会让体内的雌激素降低至停经的浓度，此类代表性药物有leuprolide (Leuplin depot®) 及goserelin (Zoladex®)。

缺乏经验的临床医生，可能将性别不安的特征误认为是一种妄想。从现象学而言，性别不安和妄想，或与其它精神症状，在表现上是有本质上的差异。性别不安的儿童和青少年，绝大多数并没有得到潜在的严重精神疾病，例如精神障碍（Steensma, Biemond, de Boer, & Cohen-Kettenis, published online ahead of print January 7, 2011）。

性别不安的青少年，有共存的内化疾患是很常见的，例如焦虑与忧郁，和/或外化疾患，例如对立反抗症²²（de Vries et al., 2010）。如同在儿童期的现象，自闭症类群障碍的盛行率，在临床转介之性别不安的青少年当中，似乎比在一般青少年群体的比率还要高（de Vries et al., 2010）。

在处理性别不安的儿童或青少年时，心理健康专业人员应具备的能力

对于性别不安的儿童和青少年进行衡鉴、转介、和提供治疗的心理健康专业人员，应具备以下所建议的最低资格：

- 一、达到在处理成人时，心理健康专业人员应具备之能力的要求，如同第七章节所列；
- 二、接受过儿童和青少年发展之精神病理学的训练；
- 三、具备诊断和治疗一般性的儿童和青少年问题的能力。

心理健康专业人员在处理性别不安的儿童或青少年时，应具备的角色

心理健康专业人员在处理性别不安的儿童或青少年时，应包括以下的角色：

- 一、直接对儿童和青少年进行性别不安的衡鉴（参见衡鉴的一般指引，如下）。
- 二、提供家庭谘商和支持性心理治疗，协助儿童和青少年探索他们的性别认同，减缓与性别不安相关的困扰，并且化解任何其它的心理社会的困难。

²² 译注：英文原文—Oppositional Defiant Disorder，预定在台湾发行的DSM-V中文版中翻译为「对立反抗症」，要符合此诊断需要延续至少六个月出现违拗、敌视、及反抗行为。

三、对儿童或青少年任何共存的心理健康问题，进行衡鉴与治疗（或转介给其它心理健康专业人员治疗）。所关注的问题应该成为整体治疗计划中的一部分。

四、为减缓性别不安而转介青少年接受额外的生理介入治疗（例如青春期抑制荷尔蒙）。转介资料应该包括性别不安和心理健康的衡鉴报告、青少年接受生理介入治疗的资格（列于下文）、心理健康专业人员的相关专长、以及其它任何与青少年的健康和转介特定治疗有关的讯息。

五、代表性别不安的儿童、青少年、和他们的家庭，在他们的小区（例如，日间照护中心、学校、营地、其它组织）进行教育和倡导。很重要的证据显示，当儿童和青少年不符合社会上的性别规范时，在学校可能会遭受到骚扰(Grossman, D ‘Augelli, Howell, & Hubbard, 2006; Sausa, 2005)，将他们至于社会孤立、忧郁、和其它负面影响后遗症的风险之中 (Nuttbrock et al., 2010)。

六、提供相关的信息给儿童、青少年、和他们的家庭，以及转介同侪支持，例如非性别常规和跨性别儿童的家长支持团体(Gold & MacNish, 2011; Pleak, 1999; Rosenberg, 2002)。

儿童与青少年的衡鉴和心理社会介入治疗，往往是需要一个跨领域之性别认同的专业服务。如果无法提供这样的跨领域专业服务，心理健康专业人员应该提供咨询，并且安排联络儿童内分泌专家，以便达成衡鉴、教育、和参与生理介入治疗决策的目的。

儿童和青少年的心理衡鉴

针对性别不安的儿童与青少年进行衡鉴时，心理健康专业人员应该大致遵循以下的指引：

一、心理健康专业人员不应该对非常规的性别认同或性别不安的征兆，不予以理会或表现出消极的态度。相反地，他们应该关注儿童、青少年、和他们的家庭所呈现的问题；针对性别不安和任何共存的心理健康问题，提供一个全面的衡鉴；教导个案和他们的家庭去了解治疗的选项，如果有必要时。接纳和揭开秘密，可以为性别不安的儿童/青少年和他们的家庭，解除心里上的重担。

二、性别不安和心理健康的衡鉴，应该包括探索儿童或青少年性别认同的本质和特征。心理诊断和精神上的衡鉴—包含情绪功能、同侪和其他的社会关系、以及智力功能/学校成就等范畴 - 都应该要执行。衡鉴应该包括对家庭功能的长处和短处的评估。情绪和行为问题是相对常见的，而且儿童和青少年所处环境中，可能存在着尚未解决的问题(de Vries, Doreleijers, Steensma, & Cohen-Kettenis, 2011; Di Ceglie & Thümmel, 2006; Wallien et al., 2007)。

三、针对青少年，应该利用衡鉴的阶段，向青少年和他们的家人告知不同治疗的可能性和局限性。对于知情同意而言，这是必要的，对衡鉴也是同样地重要。青少年对于性别重建手术之现实面所作出的反应，可以当作诊断上的数据。正确的信息也许会改变青少年对于这类治疗的渴望，如果这种渴望是基于对治疗之可能性有不切实际的期待。

针对儿童和青少年之心理与社会的介入治疗

针对性别不安的儿童和青少年提供支持与治疗时，健康专业人员应该大致遵循以下的指引：

一、心理健康专业人员应该协助家庭，以接纳和滋养的态度，响应他们的性别不安之儿童或青少年的问题。家庭在青少年的心理健康和福祉上，扮演着重要的角色(Brill & Pepper, 2008; Lev, 2004)。此也适用于小区的同侪和教导者，他们可以成为社会支持的其它来源。

二、心理治疗应该聚焦于减缓儿童或青少年与性别不安有关的困扰，并且改善任何其它的心理困扰。针对寻求变性的青少年，心理治疗可以聚焦在手术之前、进行中、和手术后，给予他们支持。针对上述的情况，不同之心理治疗措施的正式评估尚未被发表，但是已经描述了数种谘商的方法(Cohen-Kettenis, 2006; de Vries, Cohen-Kettenis, & Delemarre-van de Waal, 2006; Di Ceglie & Thümmel, 2006; Hill, Menvielle, Sica, & Johnson, 2010; Malpas, in press; Menvielle & Tuerk, 2002; Rosenberg, 2002; Vanderburgh, 2009; Zucker, 2006)。

过去曾经将治疗目标放在改变个人的性别认同与展现上，使其更符合出生时的指定性别，但是这样的尝试并没有成功(Gelder & Marks, 1969; Greenson, 1964)，特别是从长期来看(Cohen-Kettenis & Kuiper, 1984; Pauly, 1965)。这样的治疗已经不再被认为是合乎伦理规范。

三、协助家庭处理对于他们的孩童或青少年的性心理结果，所产生的不确定与焦虑感受，以及在帮助年轻人发展正向的自我概念上予以协助。

四、心理健康专业人员不应该将二元的性别观念强加于他人身上。他们应该给予个案足够的空间，去探索性别展现的不同选择。荷尔蒙或手术治疗对于某些青少年而言是适当的，但是对于其它人不竟然是如此。

五、协助个案和他们的家属做出困难的决定，包括在何种程度上允许个案展现与他们的性别认同一致的性别角色，以及性别角色和可能之社会转换的时间点。例如，个案在就学期间仅进行部分的社会转换（例如，反映出性别认同的穿著打扮与发型）或完

全的社会转换（例如，加上使用和性别认同一致的名字和别名）。困难的议题乃包括是否与何时应该告知其它人关于个案的状况，以及生活周遭的他人又应该如何响应。

六、健康专业人员应该协助个案和他们的家属，在与小区成员和官方机构，例如教师、学校董事会、和法院互动时，扮演教育和倡导者的角色。

七、心理健康专业人员应该努力与非性别常规的儿童/青少年和他们的家属，在任何后续的社会转换或生理介入治疗过程，维持治疗性的关系。以便确保性别展现的决定和性别不安的治疗，是经过深思熟虑和反复考虑。同样的道理也适用于在与心理健康专业人员会面之前，就已经进行社会性别角色转换的儿童或青少年。

儿童早期的社会转换

有些儿童陈述他们想在青春期之前，进行不同之性别角色的社会转换。对某些儿童而言，这可能反映了他们的性别认同的展现。对于其它人，则可能是被其它的力量所驱动。每个家庭在允许他们的幼童，进行另1种性别角色的社会转换的程度上，是有所差异的。儿童早期的社会转换，确实成功地发生在一些家庭之中。这是具有争议性的议题，健康专业人员之间抱持着不同的看法。目前的证据基础仍不足以预测，有关在儿童早期完成性别角色转换的长期结果。针对完成早期社会转换之儿童的研究结果，将对未来的临床建议带来很大的启示。

针对幼童在改变性别角色的时间和历程上，心理健康专业人员可以协助家庭作出决定。他们应该提供信息，并且帮助家长衡量在特定选择当中的潜在益处和挑战。与此相关的是，在先前所描述的儿童期的性别不安，乃是拥有相对较低的持续发生率(Drummond et al., 2008; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008)。对儿童而言，变回原来的性别角色可能非常地令人困扰，甚至导致第二次社会转换的延宕(Steensma & Cohen-Kettenis, 2011)。基于这些原因，家长可能想要将角色的改变，视为以另1种性别角色来生活的探索，而非是成为一个不可逆转的状况。心理健康专业人员可以帮助家长辨识潜在之中庸或妥协（例如，只有在放假的期间）的解决之道。同样重要的是，家长要明确地让孩子知道有一条回头的路。

姑且不论家庭对于转换（时间、程度）的决定为何，当他们在面对选择和影响的层面时，专业人员应该要给予谘商和协助。如果家长不允许他们的幼童进行性别角色的转换，他们可能需要谘商来帮助他们，以敏锐和滋养的方式来满足孩子的需求，并且确保孩童在安全的环境下，有充足的可能性去探索性别的感觉和行为。如果家长允许他们的幼童进行性别角色的转换，他们可能需要谘商来帮助他们，促进孩童的正向经验。例如，协助他们使用正确的代名词、为他们正在进行转换的孩童，维持一个安全与支持性的环境，以及与孩童生活领域中（例如，学校、同侪团体）的其它人进行沟通。无论属于哪一种状况，当孩子接近青春期时，生理介入治疗的选项将变得日益重要，可能需要进一步的衡鉴。

青少年的生理介入治疗

为青少年进行任何生理介入治疗之前，应该要广泛地探索心理、家庭、和社会议题，如同上述所举。根据情况的复杂度，探索的期间可能会有所差异。

生理介入治疗应该在青少年的发展脉络下进行。有些青少年的认同信念，有可能变得稳固，而且强烈地展现出来，给人一种虚假之不可逆转的印象。青少年转向去符合性别规范，可能主要是为了取悦父母，而非呈现或反映出性别不安的永久改变 (Hembree et al., 2009; Steensma et al., published online ahead of print January 7, 2011)。

青少年的生理介入治疗分为三个类别或阶段 (Hembree et al., 2009)：

一、完全可逆的介入治疗：此涉及到以促性腺素释放激素類似物来抑制雌激素或睪固酮的分泌，从而延缓青春期的生理变化。替代治疗的选择包括使用孕激素（最常见的是甲羟孕酮²³）或其它药物（例如，螺旋内酯固醇²⁴），能够让未使用促性腺素释放激素類似物的青少年，减少来自于睾丸分泌之雄激素的影响。连续服用口服避孕药（或注射甲羟孕酮）可用来抑制月经的发生。

二、部分可逆的介入治疗：包括使用荷尔蒙治疗，造成男性化或女性化的身体改变。某些由荷尔蒙引起的变化，可能需要重建手术来扭转其影响的结果（例如，雌激素造成的男性女乳症状，然而，其它的变化是不可逆转的（例如，睪固酮造成的低沉嗓音）。

三、不可逆的介入治疗：这些是指外科手术。

建议由最前面的两个阶段开始进行治疗。直到青少年和他们的家长，有足够时间去完全地理解之前的介入治疗的影响，才能从一个阶段向前迈向到另一个。

完全可逆的介入治疗

一旦开始出现青春期的变化时，青少年便可能达到使用青春期抑制荷尔蒙的资格。为了让青少年和他们的家长，是在充分知情下做出延缓青春期的决定，乃建议青少年至少要达到青春发育的Tanner Stage 第二阶段。有些儿童可能在非常年幼的年龄（例如，9岁）

23 译注：英文原文-medroxyprogesterone，别名醋酸甲羟孕酮、甲孕酮、口服黄体酮、安宫黄体酮。这是一种性腺抑制剂，用于与月经有关之各种情况之替代疗法。常作为不能手术及复发性或转移性之子宫内膜癌之辅助疗法，停经后妇女之乳癌，摄护腺癌及伴有恶病体质之末期癌症病患使用。

24 译注：英文原文-spirolactone，别名阿尔达克通、安体舒通、螺旋内酯甾酮、螺内酯，又称为保钾利尿剂。它亦是抗雄激素的药物，它能阻止雄酮素的产生，及有效减少双氢睪固酮的作用，故也常使用于女性形秃发患者。

，就到达这个阶段。但是，这种治疗措施的研究，只有涵盖至少是12岁的儿童(Cohen-Kettenis, Schagen, Steensma, de Vries, & Delemarre-van de Waal, 2011; de Vries, Steensma et al., 2010; Delemarre-van de Waal, van Weissenbruch, & Cohen Kettenis, 2004; Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis, 2006)。

有两个目的，让青春期抑制荷尔蒙的介入治疗具有正当性：（1）使用它们，可以让青少年有更多的时间，去探索他们的非性别常规状态和其它的发展议题；以及（2）使用它们能够阻止性征的发育，有助于进行转换，因为假使青少年继续寻求性别重建手术时，这是很困难或不可能被扭转的。

抑制青春期的治疗可能持续数年的期间，直到决定停止所有的荷尔蒙治疗，或是转换到使用女性化/男性化荷尔蒙治疗。抑制青春期的治疗，并不必然导致进行社会转换，或是性别重建手术。

青春期抑制荷尔蒙的使用标准

允许青少年接受青春期抑制荷尔蒙，必须达到以下的最低标准：

一、青少年呈现出长期和强烈的非性别常规或性别不安的特征（无论是压抑或表现出来）；

二、进入青春期发育期时，造成性别不安的发生或恶化；

三、任何可能会干扰治疗之共存的心理、医疗、或社会问题（例如，可能会降低治疗的坚持度）都已经处理完毕，青少年的情况和功能都稳定到足以开始接受治疗；

四、得到青少年的知情同意，特别是当青少年尚未达到行使医疗同意权的年龄时，需要家长或其它照顾者或监护人同意接受治疗，并且在整个治疗过程中支持青少年。

抑制青春期的治疗、监控和风险

为了抑制青春期，对于拥有男性生殖器官的青少年，应该提供促性腺素释放激素類似物的治疗，此可停止黄体生成激素的分泌和睪酮的分泌。或者，使用孕激素（例如甲羟孕酮）治疗他们，或使用其它药物来停止睪酮的分泌和/或中和睪酮的作用。对于拥有女性生殖器官的青少年，应该提供促性腺素释放激素類似物的治疗，此可以停止制造雌激素和黄体酮。或者，使用孕激素（例如甲羟孕酮）来治疗他们。连续服用口服避孕药（或注射甲羟孕酮）可以抑制月经。对这两群体的青少年而言，使用促性腺素释放激素類似物是首选的治疗方法(Hembree et al., 2009)，然而，高价位让一些患者望之却步。

在抑制青春期的治疗期间当中，应该要小心地监测青少年的身体发育。—最好是由儿科内分泌专家执行—如此，任何必要的介入治疗才能进行（例如，建立一个足以和性别相称的身高，改善医源性低骨骼矿物质密度²⁵ (Hembree et al., 2009)。

早期使用青春期抑制荷尔蒙，在避免性别不安的负面社会和情绪后果上，可能比较晚使用来得更有效果。如果可行的话，青春期早期的介入治疗，应该要在儿科内分泌专家的建议下进行。针对拥有男性生殖器官的青少年，在青春期开始使用促性腺素释放激素类似物时应该要告知，此可能会导致阴茎组织无法有效地进行阴道成形手术²⁶（可行的替代的技术，例如可使用皮肤移植或结肠组织）。

假使既不接受抑制青春期的治疗，也不允许青春期处于中性模糊的地帶。从这个方面来看，一但青春期出现了不可逆之第二性征的发育，此将可能会折损往后的生活功能，并且数年的光阴是在经历强烈的性别不安当中度过。从另一个方面来看，人们担心使用促性腺素释放激素类似物会造成负面的身体副作用（例如，骨骼的发育和身高）。虽然这个治疗措施的初步结果（针对后续追踪10年以上的青少年，进行评估的结果）是令人感到希望的(Cohen-Kettenis et al., 2011; Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis, 2006)，但是长期效果，只能等早期治疗的患者达到适当年龄后才能确定。

部分可逆的介入治疗

青少年可能有资格开始接受女性化/男性化荷尔蒙治疗，但是，最好是在父母的同意下进行。许多的国家乃规定16岁为法定的成年人，能够不需要家长的同意而作出医疗的决定。理想的状况是，治疗应该由青少年、家庭、和治疗团队共同来决定。荷尔蒙治疗使用于性别不安的青少年，乃是不同于使用在成人的身上 (Hembree et al., 2009)。当荷尔蒙治疗使用在青少年的身上时，随着青春期间的身体、情绪、和心理的发展，乃需要进行调整 (Hembree et al., 2009)。

不可逆的介入治疗

不应该进行生殖器手术，直至（一）患者达到国家所规定的法定成年人的年龄，以及（二）患者至少已经连续12个月，以与他们的性别认同一致的性别角色生活。年龄门槛应该被视为一个最低的标准，而非当作是介入行动的指标。

25 译注：英文原文-low bone marrow density，俗称骨质疏松。

26 英文原文-vaginoplasty。

女变男（FtM）患者的胸部手术，可以较早进行，最好是在有足够的时间，以所欲求的性别角色生活之后，并且已经接受一年的睾固酮治疗。这个建议顺序的目的，是为了在进行不可逆的手术之前，给予青少年充分的机会，以更阳刚的性别角色去体验生活和进行社会调整。然而，依照青少年的特殊临床情况和性别认同展现的目标，不同的治疗措施可能会更加合适他们。

不允许青少年接受治疗的风险

拒绝青少年接受及时的医疗介入，可能会延长性别不安的发生，并且造成可能引发被虐待和污名化烙印的外观。与性别相关的虐待层级，乃是与青春期之精神困扰的程度有紧密的关联性（Nuttbrock et al., 2010），不允许青少年接受抑制青春期的治疗，以及进一步的女性化或男性化荷尔蒙的治疗，并非是一个中立的选择。

第七章 心理健康

变性者、跨性别者、和非性别常规者，可能会基于各种理由而寻求心理健康专业人员的协助。姑且不论个人寻求照护的理由为何，心理健康专业人员在提供照护时，应该要熟悉非性别常规的样貌，并以合宜的文化能力来应对，以及表现出敏感度。

SOC在这个章节中，乃是聚焦于在照护因为性别不安和相关问题而寻求协助的成年人时，心理健康专业人员应该扮演的角色。专业人员在处理性别不安的儿童、青少年、和他们的家庭时，应该要参考第六章节所描述的内容。

在处理性别不安的成人时，心理健康专业人员应具备的能力

为了使心理健康专业人员有能力处理性别不安的成人，训练乃是奠基于心理健康问题的衡鉴、诊断、和治疗之基本的一般临床能力上。临床训练可以在任何学科中进行，以便预备心理健康专业人员执行临床业务，例如心理学、精神医学、社会工作、心理健康谘商、婚姻与家庭治疗、护理、或具备专门的健康与谘商训练的家庭医学。处理性别不安的成人时，心理健康专业人员应具备以下所建议的最低资格：

一、具备临床行为科学领域的硕士学位或同等学历。这种学位或更高的学位必须由国家级或区域级评审委员会所认可的机构来授予。心理健康专业人员必须领有该国相关之执照授权董事会或相当的机构所授予的证书。

二、在进行诊断时，有能力使用精神疾患诊断与统计手册（DSM）和 国际疾病分类手册（ICD）。

三、有能力确认和诊断共存的心理健康问题，并且从性别不安中鉴别出来。

四、提出在心理治疗或谘商的专业上，接受督导训练和能力培养的证明文件。

五、具备关于非性别常规的认同和展现，以及性别不安的衡鉴与治疗的知识。

六、接受性别不安的衡鉴与治疗的继续教育。这可能包括参加相关的专业会议、工作坊、或讲座；得到有相关工作经验的心理健康专业人员的督导，或参与和非性别常规与性别不安的相关研究。

除了上述的最低资格以外，还建议心理健康专业人员能够发展并维持文化能力，以便促进他们在处理变性、跨性别、和非性别常规的个案的能力。这可能涉及到，例如，了解与个案及其家庭相关之小区现况、倡议、和公共政策的议题。另外，最好是能够拥有性学、性健康问题、以及性疾患衡鉴与治疗的相关知识。

初次接触这个领域的心理健康专业人员（不论他们的训练水平和其它经验），应该接受拥有性别不安衡鉴与治疗能力的心理健康专业人员的监督。

在处理性别不安的成人时，心理健康专业人员所面临的任务

心理健康专业人员根据个案的需求，提供不同的方式来服务变性者、跨性别者、和非性别常规者及其家庭成员。例如，心理健康专业人员可以是心理治疗师、谘商师、或家族治疗师、或是诊断者/评估者、倡议者、或教育者。

心理健康专业人员应该确定个案寻求专业协助的原因。例如，个案可能会提出以下的健康照护服务的任意组合：需要心理治疗的协助，以便探索性别认同和展现，或促进「出柜」的过程；需要衡鉴与转介的服务，以便接受促使女性化/男性化身体改变的介入治疗；家庭成员（伴侣、子女、大家庭）需要心理的支持；或无关于性别问题的心理治疗或其它的专业服务。

以下是在处理性别不安之成人的常见任务时，心理健康专业人员可以运用的一般指引：

衡鉴和转介的相关任务

一、性别不安的衡鉴：

心理健康专业人对个案的性别不安进行衡鉴时，乃是评估他们的社会心理的适应状况 (Bockting et al., 2006; Lev, 2004, 2009)。评估包括，至少要有，性别认同和性别不安的衡鉴、性别不安的病史和发展、非性别常规的污名化烙印，对健康的影响、以及可从家庭、朋友、和同侪中得到的支持（例如，亲身接触或藉由网络与其它的变性、跨性别、或非性别常规的个人或团体联系）。衡鉴的结果可能是不符合诊断的标准、达到正式的性别不安的诊断、和/或关于个案的健康及社会心理适应的其它诊断。心理健康专业人员的角色，包括合理地确定性别不安并不是次要的诊断，或是应该被其它的诊断所取代。

先前所述之具备处理能力的心理健康专业人员（以下简称为执行性别不安衡鉴之“合格的心理健康专业人员”），最好是在事先已经预备。但是，这项任务可能交由另一种类型的健康专业人员来执行，其在行为健康领域上有适当的训练，以及有能力衡鉴性别不安，特别是，当其属于跨领域团队中的份子，并且协助个案取得女性化/男性化荷尔蒙治疗。此类型的专业人员可能是荷尔蒙治疗处方的提供者，或是属于提供者的健康照护团队中的一员。

二、提供关于性别认同和展现的选项，以及可能的介入治疗的信息：

心理健康专业人员有一个很重要的任务，是在教导个案有关性别认同和展现的多样性，以及减缓性别不安的各种选项。心理健康专业人员可以促进（或转介至其它地方）个案探索这些不同的选项，将目标放在找寻一个自在的性别角色和展现，并且一旦有需要的话，对于可行的介入治疗，在充分知情下作出决定。这个历程可能包括转介个别、家庭、和团体治疗，和/或小区资源及同侪支持的管道。专业人员和个案讨论任何性别角色的改变，以及接受介入治疗所造成的短期和长期的影响。这些影响可以是心理、社会、生理、性方面、职业、财务、和法律等层面(Bockting et al., 2006; Lev, 2004)。

这个任务最好由一位合格的心理健康专业人员执行，但是，可能交由另一种类型的健康专业人员来执行，其在行为健康领域上有适当的训练，并且在非性别常规的认同和展现上，以及性别不安的介入治疗上，具备充足的知识。特别是，当其属于跨领域团队中的份子，并且提供女性化/男性化荷尔蒙治疗。

三、对于共存的心理健康问题，进行衡鉴、诊断、和讨论治疗的选项：

性别不安的个案可能受困于某种心理健康问题(Gómez-Gil, Trilla, Salamero, Godás, & Valdés, 2009; Murad et al., 2010)，不论其是否与长久的性别不安病史、和/或慢性的弱势压力有关。可能关注的问题，包括焦虑、忧郁、自我伤害、虐待和忽略的过去史、强迫症、物质滥用、性问题、人格障碍、饮食障碍、精神障碍、以及自闭症类群障碍(Bockting et al., 2006; Nuttbrock et al., 2010; Robinow, 2009)。

心理健康专业人员对于这些及其它的心理健康问题，应该进行筛检，并且将确定的问题纳入整体的治疗计划之中。这些问题可能是造成困扰的重大来源，如果不及时治疗，会让性别认同的探索和性别不安的解决历程变得更加复杂(Bockting et al., 2006; Fraser, 2009a; Lev, 2009)。处理这些问题，可以大力地促成性别不安的解决、性别角色的可能改变、在充分知情下作出介入治疗的决定、以及生活质量的改善。

有些个案可能会受益于精神的药物治疗，得以缓解症状或治疗共存的心理健康问题。心理健康专业人员被期待能够有上述的认知，并且提供药物治疗或转介至有开药资格的同仁。出现共存的心理健康问题，并不妨碍性别角色的可能改变，或接受女性化/男性化荷尔蒙治疗或手术；更确切地说，这些问题需要在性别不安治疗之前或同时间获得最佳的处理。

除此之外，个案作出关于医疗处遇之知情同意的能力，应该要予以评估。

合格的心理健康专业人员能够衡鉴、诊断、和治疗（或转介治疗）共存的心理健康问题。在行为健康领域有适当训练的其它健康专业人员，特别是，当其属于跨领域团队的一份子，并且提供女性化/男性化荷尔蒙治疗，也可以对心理健康的问题进行筛检，以及如果有必要的话，转介给合格的心理健康专业人员，进行完整的衡鉴和治疗。

四、如果适用的话，对于荷尔蒙治疗的资格、准备、和转介进行衡鉴：

SOC提供使用女性化/男性化荷尔蒙治疗标准（列于第八章节和附录三）。心理健康专业人员可以协助考虑接受荷尔蒙治疗的个案，同时做好心理的准备（例如，在明确和实际的期望下，作出充分知情的决定；准备好接受整体治疗计划的服务；包括家庭和小区），以及实际的准备（例如，经过医生的评估，已经排除或解决了使用荷尔蒙的医疗禁忌症；已经考虑过心理社会的影响）。如果个案正处于育龄期，在开始荷尔蒙治疗之前，应该对于生育的选择（第九章节）进行讨论。

非常重要的是，心理健康专业人员必须明白荷尔蒙治疗是个案首要和最重要的决定—在所有的医疗照护的决定当中。然而，心理健康专业人员有责任鼓励、指引、和协助个案，在充分知情下作出决定，并且有足够的准备。为了更能够支持个案的决定，心理健康专业人员必须与他们的个案建立有效的治疗关系，以及获得与他们有关的充足讯息。应该对个案进行及时和详尽的衡鉴，以便达到减缓他们的性别不安的目标，以及为他们提供适当的医疗服务。

女性化/男性化荷尔蒙治疗的转介

人们在寻求女性化/男性化荷尔蒙治疗时，可能会接洽任何一种专业的服务提供者。然而，跨性别健康照护是一个跨领域的领域，故建议由个案的整体照护团队，来进行照护的协调与转介。

经由合格的心理健康专业人员的转介下，可以展开荷尔蒙治疗。另外，在行为健康领域上有适当的训练，并且有能力衡鉴性别不安的健康专业人员，可以评估进行荷尔蒙治疗的资格、准备、以及转介患者，特别是在没有明显共存的心理健康问题，并且是在一个跨领域团队之下进行。健康专业人员在转介时，要提供文书档案—病历和/或转介信—患者的个人档案和治疗史、历程、及治疗资格。建议进行荷尔蒙治疗的健康专业人员，乃与提供此服务的医生，共同承担这个决定的伦理和法律责任。

针对女性化/男性化荷尔蒙治疗，转介信的建议内容如下：

- (一) 可辨识个案的基本资料；
- (二) 个案的社会心理衡鉴，包括任何诊断的结果；
- (三) 健康专业人员与个案的治疗关系所持续的期间，包括评估的类型及治疗或谘商的日期；
- (四) 说明所达到的荷尔蒙治疗的标准，并且简要描述支持个案接受荷尔蒙治疗的临床理由；
- (五) 申明取得患者的知情同意；
- (六) 申明健康专业人员愿意提供医疗照护上的合作，并且欢迎相关的来电询问。

对于属于跨领域团队成员之一的服务提供者，可能不需要转介信，而是必须将衡鉴结果和治疗建议记载在患者的病历当中。

五、如果适用的话，对于手术治疗的资格、准备、和转介进行衡鉴：

SOC也提供关于乳房/胸部手术和生殖器手术治疗的标准（列于第九章节和附录三）。心理健康专业人员可以协助考虑接受手术治疗的个案，同时做好心理的准备（例如，在明确和实际的期望下，作出充分知情的决定；准备好接受整体治疗计划的服务；包括家庭和小区），和实际的准备（例如，在充分知情下，作出接受外科医师进行手术的决定；安排术后照顾）。如果个案正处于育龄期，在开始荷尔蒙治疗之前，应该对于生育的选择（第九章节）进行讨论。

SOC没有说明其它外科手术的标准，例如促使女性化或男性化改变的脸部手术；然而，在整个出柜或转换的过程中，心理健康专业人员可以扮演重要的角色，协助他们的个案在充分知情下，对于手术的时间和影响作出决定。

非常重要的是，心理健康专业人员必须明白手术治疗是个案首要和最重要的决定—在所有的医疗照护的决定当中。然而，心理健康专业人员有责任鼓励、指引、和协助个案，

在充分知情下作出决定，并且有足够的准备。为了更能够支持个案的决定，心理健康专业人员必须与他们的个案建立有效的治疗关系，以及获得与他们有关的充足讯息。应该对个案进行及时和详尽的衡鉴，以便达到减缓他们的性别不安的目标，以及为他们提供适当的医疗服务。

手术治疗的转介

经由合格的心理健康专业人员的转介下（一位或两位，根据手术的类型），可以展开性别不安的手术治疗。健康专业人员在转介时，要提供文书档案 - 病历和/或转介信 - 患者的个人档案和治疗史、历程、与治疗资格。建议进行手术治疗的健康专业人员，乃与决定手术的外科医生，共同承担这个决定的伦理和法律责任。

- 进行乳房/胸部手术（例如，乳房切除手术²⁷、胸部重建手术²⁸、或隆乳手术²⁹），必需经由一位合格的心理健康专业人员的转介。
- 需要两位转介者 - 由合格的心理健康专业人员独自对患者 - 其需要接受生殖器手术（例如，子宫切除术³⁰ /输卵管-卵巢切除手术³¹、睾丸切除手术³²、生殖器重建手术³³）进行衡鉴。如果第一位转介者是患者的心理治疗师，第二位转介者就必须只是对患者进行衡鉴的人。可能会发送两封独立的转介信，或一封由两人共同签署的信件（例如，如果在同一个诊所执业）。对于每一封转介信，乃期待能够涵盖以下所列的相同项目。

针对手术治疗，转介信的建议内容如下：

- (一) 可辨识个案的基本资料；
- (二) 个案的社会心理衡鉴，包括任何诊断的结果；
- (三) 健康专业人员与个案的治疗关系所持续的期间，包括评估的类型和治疗或谘商的日期；
- (四) 说明所达到的荷尔蒙治疗的标准，并且简要描述支持个案接受荷尔蒙治疗的临床理由；
- (五) 申明取得患者的知情同意；

27 英文原文- mastectomy。

28 英文原文- chest reconstruction。

29 英文原文- augmentation mammoplasty。

30 英文原文- hysterectomy。

31 英文原文- salpingo-oophorectomy。

32 英文原文- orchectomy。

33 英文原文- genital reconstructive surgeries。

(六) 申明健康专业人员愿意提供医疗照护上的合作，并且欢迎相关的来电询问。

对于属于跨领域团队成员之一的服务提供者，可能不需要转介信，而是必须将衡鉴结果和治疗建议记载在患者的病历当中。

心理健康专业人员与荷尔蒙处方医师、外科医师、及其它健康专业人员的关系

在理想上，当心理健康专业人员执行他们的业务时，能够和其它具有衡鉴和治疗性别不安的专业人员们（同时包括心理健康照护和其它的健康学科），定期地讨论进展的状况和获得同侪的咨询。投入于个案的健康照护的专业人员们，应该保持合作的关系，并且需要进行协调和临床的对话沟通。对于咨询、转介、和术后问题的管理，开放和一致的沟通是必要的。

心理治疗的相关任务

一、对于荷尔蒙治疗和手术而言，心理治疗并不是一个绝对必要的要求：

如同上文所述，为了转介性别不安的荷尔蒙和手术治疗，心理健康的筛检和/或衡鉴乃是必要的。反而言之，心理治疗—虽然是强烈的建议—但并不是必须的。SOC并没有建议在接受荷尔蒙治疗或手术之前，至少要接受多少次的心理治疗。这是基于各方面的原因(Lev, 2009)。首先，最低治疗次数的门坎，容易被认为是一个障碍，妨碍了个人成长的真正机会。其次，心理健康专业人员是在整个探索性别认同、性别展现、以及可能的转换的过程中—不只是在任何可能的介入治疗之前，对个案提供重要的支持。第三，个案在规定的期间内，达到相似目标的能力乃是有所不同。

二、针对有性别问题的成人，其心理治疗的目标如下：

心理治疗的一般目标，是设法将个人的整体心理福祉、生活质量、和自我实现，提升到最大的极限。心理治疗并不打算去改变个人的性别认同；而是，心理治疗可以协助个人去探索性别的问题，并且设法去减缓性别不安，假使出现的话 (Bockting et al., 2006; Bockting & Coleman, 2007; Fraser, 2009a; Lev, 2004)。最典型的状况是，治疗的中心目标放在协助变性者、跨性别者、和非性别常规者，对于他们的性别认同的展现，拥有长期的自在感受，并且有真实的机会，能够在他们的关系、教育、和工作上获得成功。详细的细节，请参阅Fraser (Fraser, 2009c)。

治疗可能包括个人、伴侣、家庭，或团体的心理治疗，对于促进同侪的支持上，后者尤其重要。

三、变性、跨性别、和非性别常规的个案的心理治疗，是包括谘商和支持性别角色的改变：

寻找一个自在的性别角色，是首要和最重要的社会心理历程。心理治疗能够在以下各个方面，对于变性、跨性别、和非性别常规的个人，提供宝贵的协助：（一）澄清和探索性别的认同与角色，（二）处理污名化烙印和弱势压力，对于心理健康和人类发展的影响，（三）促进出柜的历程(Bockting & Coleman, 2007; Devor, 2004; Lev, 2004)，对有些人来说，这可能包括性别角色展现的改变，以及接受促使女性化/男性化改变的介入治疗。

心理健康专业人员可以给予个人与家庭支持，以及提升人际技巧和应变的能力，因为他们乃是存活在一个尚未准备好去适应和尊重变性者、跨性别者、和非性别常规者的世界当中。心理治疗也能够减缓在筛选和衡鉴的过程中，所发现的任何共存的心理健康问题（例如，焦虑、忧郁）。

对于打算永久地改变性别角色，以及进行社会性别角色转换的变性者、跨性别者、和非性别常规者，心理健康专业人员能够促成一个具有特定目标和时间表的个别化计划。虽然改变性别角色的体验是因人而异的，社会层面的体验通常是具有挑战性—比起生理层面而言。因为改变性别角色会造成重大的个人与社会的后果，这个决定应该包括觉察到在家庭、人际关系、教育、职业、经济、和法律上，可能会面临的挑战，如此他们才能够成功地发挥性别角色的功能。

许多的变性者、跨性别者、和非性别常规者在就医时，与他们的性别认同一致的性别角色，从来就不曾被其它人所知晓或接纳过。心理健康专业人员可以帮助这些个案探索和预测改变性别角色的影响，以及迈向实现这些变化的历程。心理治疗提供一个让个案开始展现自己的空间，而此与他们的性别认同是一致的，对于某些个案而言，则是得以克服改变性别展现的恐惧。可以在治疗以外的地方，尝试已经评估过的冒险，以便获得新角色的体验和建立信心。当个案向家庭和小区（朋友、学校、工作场所）出柜时，应该给予援助。

其它的变性者、跨性别者、和非性别常规者在就医时，已经拥有以另一个性别角色生活的经验（最少的、中等的，或广泛的），此乃不同于出生时的指定性别。心理健康专业人员可以协助这些个案，辨识和处理潜在的挑战，并且当他们持续去展现性别角色的改变时，培养其最佳的调适能力。

四、针对家庭成员的家族治疗或支持：

关于改变性别角色和性别不安的介入治疗的决定，不仅只是对个案产生影响，还包括他们的家庭(Emerson & Rosenfeld, 1996; Fraser, 2009a ; Lev, 2004)。心理健康专业人员可以帮助个案，针对他们的性别认同和治疗的选择，在与家庭成员和其它人进行沟通时，作出深思熟虑的决定。家族治疗可能包括提供服务给配偶或伴侣、和孩童，以及大家庭当中的其它成员。

个案也可以要求协助他们的人际关系和性健康。例如，他们可能想要探索他们的性欲和亲密关系的问题。

家族治疗可能是个案的个别治疗中的一部分，如果临幊上是适当的话，由同一位治疗师提供服务。或者，可以转介到具备处理家庭成员之相关专业知识的其它治疗师，或同侪支持的资源（例如，在线或离线的伴侣或家庭的支持网络）。

五、整个生命历程的追踪照护：

在个案及家庭的生命历程中的许多阶段，心理健康专业人员乃是为他们提供服务。心理治疗在不同的时间和生命周期的各种议题上，可能是有所帮助的。

六、网络治疗、在线谘商、或远距谘商：

在线谘商或网络治疗，对于难以获得充足的心理治疗，以及可能会遭遇到孤立与污名化烙印的人而言，乃是特别有效果(Derrig-Palumbo & Zeine, 2005; Fenichel等作者, 2004; Fraser, 2009b)。进一步来说，对变性者、跨性别者、和非性别常规者进行心理治疗，网络治疗可能是一个有用的方式。网络治疗为潜在的增强、扩张、创意、和量身定制的服务，提供了机会；然而，因为此模式仍在持续发展中，它也可能带来意想不到的风险。在美国某些地区的某些学科上，电子化医疗指引是很明确的(Fraser, 2009b; Maheu, Pulier, Wilhelm, McMenamin, & Brown-Connolly, 2005)，但并非全部都是如此；在国际的情况下使用，更是很少被定义清楚的 (Maheu et al., 2005)。除非有足够的以证据为基础的数据，显示此网络治疗的可行性，否则仍建议须谨慎小心地使用。

建议从事网络治疗的心理健康专业人员，要掌握住他们的执照董事会、专业协会、和国家规章制度的最新动态，以及有关这个快速发展的媒介的最新文献。有关网络治疗的潜在用途、流程、以及相关的伦理问题，在已经发表的文献上有更彻底的描述(Fraser, 2009b)。

心理健康专业人员的其它任务

一、代表个案，在他们的小区（学校、工作场所、和其它组织）中进行教育和倡导，并且协助个案进行身份证明档的变更：

一旦变性者、跨性别者、和非性别常规者，具体化实践他们的性别认同和展现时，可能在他们的专业、教育、和其它类型的领域上面临挑战 (Lev, 2004, 2009)。心理健康专业人员可以扮演重要的角色，针对那些场域中的人们，施行关于非性别常规之样貌的教育，以及代表他们的个案发声倡导 (Currah, Juang, & Minter, 2006) (Currah & Minter, 2000)。这个角色可能涉及和学校的谘商师、教师、和管理人员、人力资源人员、人事经理和雇主，以及其他组织和机构的代表，进行咨询。此外，医疗服务提供者可能需要协助个案变更名字和/或身份证明文件的性别标记，如护照、驾驶执照、出生证明、和毕业证书。

二、提供同侪支持的讯息和转介：

对于某些变性者、跨性别者、和非性别常规者而言，在性别展现的选择上，同侪支持团体的体验，比任何个别的心理治疗更加有帮助 (Rachlin, 2002)。上述两者的体验都是有价值的，对于探索性别问题的人们，如果可能的话，应该鼓励参与小区的活动。应该要提供同侪支持的资源和讯息。

文化对于衡鉴和心理治疗的影响

对于世界各地的健康专业人员而言，所处的工作环境乃是有极大的差异。在任何文化当中，促使人们寻求专业协助的困扰样貌，以及关于它们的理解和分类，乃是人们在自己的文化背景下的产物 (Frank & Frank, 1993)。在心理健康专业人员如何理解上述的情况下，文化背景同样具有很大的决定力。性别认同和展现上的文化差异，会对患者、心理健康专业人员、以及所接受的心理治疗服务造成影响。WPATH承认 SOC 是在西方的传统文化下发展而成，故可能需要根据文化背景而予以调整。

健康照护的伦理指引

心理健康专业人员必须在某个国家被认证或拥有执照，并且根据该国的专业法规执行业务(Fraser, 2009b; Pope & Vasquez, 2011)。健康专业人员必须在处理变性、跨性别、和非性别常规个案的所有层面上，遵守他们的专业执照或认证机构的伦理规范。

过去曾经将治疗目的放在试图改变一个人的性别认同，并且使性别展现与出生时的指定性别更加一致(Gelder & Marks, 1969; Greenson, 1964)，但是，并没有成功，特别是从长期来看(Cohen-Kettenis & Kuiper, 1984; Pauly, 1965)。这样的治疗遭遇已经不再被认为是合乎伦理的。

如果心理健康专业人员对于处理变性者、跨性别者、和非性别常规者，及他们的家庭，感到不自在或经验不足时，他们应该将个案转介给有能力提供服务的人，或者，至少，向专业同侪咨询。

如果当地缺乏从业者，则可以透过远距医疗的模式来进行咨询，以便满足当地对远距咨询的需求。

健康照护的医疗可近性

由于合格的心理健康专业人员并不是到处普遍的，因此，获取高质量的健康照护可能会受到限制。WPATH的目的是在提升医疗可近性，并且为各个学科的专业人员提供定期的继续教育机会，使其能提供优质、专门的跨性别健康照护。透过科技的使用而从远距离提供心理健康的照护，可能是一个提升医疗可近性的方式(Fraser, 2009b)。

在世界各地的许多地方，变性者、跨性别者、和非性别常规者的医疗可近性，同样也受限于缺乏健康保险，或其它可支付必要照护费用的方式。WPATH请求健康保险公司和其它第三方支付医疗上必要的治疗，以便减缓性别不安(美国医学协会, 2008; Anton, 2009; 世界跨性别健康专业协会, 2008)。

对于无法获取照护服务的个案，建议转介至提供同侪支持的资源（离线或在线）。最后，减害措施可以帮助个案作出健康的决策，进而提升他们的生活。

第八章 荷尔蒙治疗

荷尔蒙治疗的医疗必要性

女性化/男性化荷尔蒙治疗—透过外源性内分泌制剂的投药，促成女性化或男性的改变—对性别不安的变性者、跨性别者、和非性别常规者而言，是必要的介入治疗 (Newfield, Hart, Dibble, 和 Kohler, 2006; Pfäfflin 和 Junge, 1998)。有些人追求最大的女性化/男性化效果，但是，其它人则对于兼性³⁴的呈现感到轻松自在，此乃是荷尔蒙将现存的第二性征削弱至最低程度所造成的效果 (Factor 和 Rothblum, 2008)。荷尔蒙治疗之心理社会结果的证据列于附录肆。

荷尔蒙治疗乃是根据患者的目标、药物治疗的风险/效益比、其它身体病况的存在、以及社会与经济问题的考虑，因此必须是个别化的。对于不愿意进行社会性别角色的转换或接受手术治疗，或者无法做到这一点的患者，荷尔蒙治疗能够带来极大的自在感受 (Meyer III, 2009)。

荷尔蒙治疗是提供给某些人的建议标准，但不是针对所有的人，性别不安的手术治疗也是如此（参阅第十一章节和附录三）。

荷尔蒙治疗的标准

荷尔蒙治疗的展开，是在合格的健康专业人员进行心理社会衡鉴和获得知情同意之后，如同 在SOC 的第七章节所列。必须由进行衡鉴的心理健康专业人员给予转介，除非衡鉴是由同样是在此领域具有资格的荷尔蒙提供者所执行。

荷尔蒙治疗的标准如下：

34 译注：英文原文-androgyny，有人翻译为「两性化」，译者则采取阮芳赋教授（世界华人性学家协会名誉会长兼监事长，IASHS (Institute For Advanced Study Of Human Sexuality, San Francisco, CA, USA (高级性学研究所) 性学哲学博士) 之翻译：「兼性」(androgyny)、「男性」(masculinity) 和「女性」(femininity)。Bem (1974) 将 androgyny 定义为男性化与女性化特质都高者，并认为此类人较不受传统性别角色的限制，较能弹性的因应环境的需要而表现适当的行为。阮芳赋教授则指出更理想的状态是既消除男、女性别角色方面不利的「性成见」，同时又保持男、女性角色差别方面有吸引力的成分 (性与社会文化：性学和社会中的性爱，巨流，2010)。

- 一、属于持续且确定诊断的性别不安；
- 二、具备作出充分知情的决定和同意接受治疗的能力；
- 三、达到某一国家的法定成年年龄（如果法定年龄较小，则依循照护准则的第六章节所列）；
- 四、如果存在显着的医疗或心理健康问题，它们必须得到相当良好的控制。

正如在SOC的第七章节所指出，出现共存的心理健康问题，并不必然需要阻止接受女性化/男性化荷尔蒙治疗，而是，这些问题必须在性别焦虑症的治疗之前或同时进行处理。

在特定的情况下，提供荷尔蒙给不符合这些标准的患者使用，仍是可以被接受的做法。这些例子包括建立医疗监控的治疗、提供有质量的荷尔蒙，取代非法或未监督的荷尔蒙使用、或是针对那些对于性别已经确认清楚的患者、以及过去已经使用荷尔蒙治疗的患者。仅只因为出现血液感染疾病的血清阳性反应，例如HIV或B型或C型肝炎，因而否定荷尔蒙治疗的可行性或资格，乃是不符合伦理的规范。

只有在极少数的情况下，因为严重的个人健康状况，使得荷尔蒙治疗成为医疗上的禁忌。健康专业人员应该协助这些患者获取非荷尔蒙的介入治疗，以便减缓性别不安。在上述那些情况下，一个熟知患者状况的合格心理健康专业人员，乃是非常好的资源。

知情同意

女性化/男性化荷尔蒙治疗，可能会导致不可逆的生理变化。因此，荷尔蒙治疗只能提供给在法律上具有提供知情同意资格的人。这其中包括法院宣告拥有成年人的法律地位的「成熟未成年人」³⁵、被监禁者、以及有能力参与他们的医疗决定的认知障碍者(参阅Bockting et al., 2006)。荷尔蒙治疗的提供者应该在病历记载所提供的全部信息，以及了解与荷尔蒙治疗有关的所有面向，此包括可能带来的好处和风险，以及对生殖能力的影响。

35 译注：美国法制上，病患的「同意能力」即是以「成年」（18岁）与否作为区分，并辅以「解放制度」

（Emancipation）与「成熟未成年人制度」（The Mature Minor Doctrine）调和。「解放制度」是指未成年人自父母的保护监督关系之中解放出来，取得成年人的法律地位而言。而「成熟未成年人制度」则就法院允许的特定医疗行为具有同意能力，得以自行接受特定常规医疗措施，毋庸得到父母的同意（撷取自和绿华（2005），「告知后同意」原则适用于人体试验之研究-以受试者自主权为核心，中原大学财经法律系硕士学位论文）。

照护准则与知情同意的关系

在美国的一些小区健康中心，已经发展出提供荷尔蒙的治疗方案，此乃根据众所皆知的知情同意模式（Callen Lorde小区健康中心，2000年、2011年；Fenway小区健康跨性别建康计划，2007年；Tom Waddell健康中心，2006年）。这些方案与WPATH照护准则第7版所提供的指引乃是一致的。SOC 是具有弹性的临床指引，他们允许对介入治疗进行裁量，以便符合个人接受服务的需求，并且根据所提供的服务措施和场所，量身订制方案的模式（Ehrbar 和 Gorton, 2010）。

获取荷尔蒙治疗的知情同意，是照护提供者很重要的任务之一，以便确保患者了解荷尔蒙治疗在心理和生理上的好处与风险，以及对心理社会的影响。荷尔蒙处方的提供者，或是建议荷尔蒙治疗的健康专业人员，应该具备衡鉴性别不安的知识和经验。他们应该告知个案有关荷尔蒙的独特益处、限制和风险，并且知晓患者的年龄、先前使用荷尔蒙的经验、以及同时发生的生理或心理健康的问题。

筛检和处理紧急或当前的心理健康问题，是知情同意过程当中很重要的一部分。这可能是交由心理健康专业人员，或是受过适当训练的处方提供者来执行（参阅SOC的第七章节）。可以由同一位提供者，或是其它受过适当训练的健康照护团队的成员（例如，护士），在必要时，处理服用荷尔蒙的心理社会影响（例如，男性化/女性化的改变对于个人的影响，以及对家人、朋友、和同事关系的潜在影响）。如果必要的话，这些提供者将进行心理治疗的转介，并且针对共存的心理健康问题，例如焦虑或忧郁，转介进行衡鉴与治疗。

SOC第7版与知情同意模式的差异，在于SOC更加注重心理健康专业人员在减缓性别不安，以及促进性别角色的改变和心理社会的调适上，所扮演的重要角色。如果必要的话，包括施行全面的心理健康衡鉴和心理治疗。知情同意模式则聚焦于取得知情同意书，此乃是在跨领域、减害情境之下，展开荷尔蒙治疗的门坎。其较少强调提供心理健康的照护，除非患者对此提出要求，以及确诊出重大的心理健康问题，而且必须在使用荷尔蒙处方之前得到处理。

荷尔蒙治疗的生理效果

女性化/男性化荷尔蒙治疗将造成生理的变化，因而能够与患者的性别认同更加地一致。

- 在FtM患者当中，以下是预期将会发生的生理变化：声音变低沉，阴蒂增大（变异性）、脸部和身体毛发增生、停经、乳房组织萎缩、性欲增加、以及与肌肉质量相比较，身体脂肪的百分比较为减少。

- 在MtF患者当中，以下是预期将会发生的生理变化：乳房发育（变异性）、性欲和勃起功能下降、睾丸尺寸缩小、以及与肌肉质量相比较，身体脂肪的百分比较为增加。

无论是促成女性化或男性化的改变，大多数的生理变化都是在两年内发生。生理变化的数量和产生效果的确切时间表，可能会有很大变异性。表1A和1B列出这些生理变化的大约时间历程。

表 1A：男性化荷尔蒙的效果和预期发生的时间^A

效果	预期发生的时间 ^B	预期的最大效果 ^B
皮肤油腻/痤疮	1~6个月	1~2年
脸部/身体毛发增生	3~6个月	3~5年
掉头发	>12个月 ^C	变异性
肌肉质量/力量增加	6~12个月	2~5年 ^D
身体脂肪重新分配	3~6个月	2~5年
停经	2~6个月	不适用
阴蒂增大	3~6个月	1~2年
阴道萎缩	3~6个月	1~2年
声音变低沉	3~12个月	1~2年

A、在Hembree等作者（2009）的同意下进行改编。版权所有2009，内分泌学会。

B、经由已经发表和尚未发表的临床观察的估计。

C、高度取决于年龄和遗传；可能只有轻微的影响。

D、主要取决于运动量。

表 1B：女性化荷尔蒙的效果和预期发生的时间^A

效果	预期发生的时间 ^B	预期的最大效果 ^B
身体脂肪重新分配	3~6个月	2~5年
肌肉质量/力量减少	3~6个月	1~2年 ^C
皮肤柔软/油脂减少	3~6个月	未知
性欲下降	1~3个月	1~2年
自发性勃起减少	1~3个月	3~6个月
男性性功能障碍	变异性	变异性
胸部生长	3~6个月	2~3年
睾丸体积减少	3~6个月	2~3年
精子制造减少	变异性	变异性
身体与脸部毛发变细 和生长缓慢	6~12个月	>3年 ^D
雄性秃发	头发不再生长、停止掉发1~3个月	1~2年

A、在Hembree等作者（2009）的同意下进行改编。版权所有2009，内分泌学会。

B、经由已经发表和尚未发表的临床观察的估计。

C、主要取决于运动量。

D、彻底清除男性的脸部和身体的毛发，需要电解疗法、雷射治疗、或是两者兼具。

生理效果的程度和比例，取决于使用的剂量、投药的路径、和使用的药物，这是根据患者特定的医疗目标（例如，改变性别角色的展现、计划进行性别重建手术），以及医疗风险的评估来作选择。目前没有证据显示，对于荷尔蒙治疗的反应—FtM者的声音变得低沉可能是个例外—可以依据年龄、体型、种族、或家族外观来准确地预测。在所有其它的因素都相同之下，仍没有证据显示，对于产生出所欲求的生理变化，任何医疗核准的荷尔蒙的种类或使用方法，能够比其它方式更加地有效。

荷尔蒙治疗的风险

所有的介入治疗都是带有风险。严重不良事件³⁶的可能性取决于诸多因素：药物本身、剂量、投药的路径、以及患者的临床特征（年龄、共病疾患、家族病史、健康习惯）。因此，无法去预测不良事件是否会发生在某个患者身上。

针对变性、跨性别、和非性别常规的群体，女性化/男性化荷尔蒙治疗的相关风险，乃摘要于表2之上。

根据证据力的程度，风险的分类如下：（一）使用荷尔蒙治疗，极可能（likely）增加的风险（二）使用荷尔蒙治疗，有可能（possibly）增加的风险，或（三）尚未有结论或不会增加风险。最后一个类别，包括那些可能会出现的风险，但是证据力过于薄弱而无法下明确的结论。

关于这些风险的更多细节，可以查阅附录贰，此乃是根据男性化/女性化荷尔蒙治疗的两个综合性、以证据为基础的文献回顾(Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009)，以及一个大型的世代研究(Asschelman et al., 2011)。这些文献回顾，连同其它广为人知、已经发表的临床资料，可以作用荷尔蒙提供者的详细参考资料(Dahl, Feldman, Goldberg, & Jaber, 2006; Ettner, Monstrey, & Eyler, 2007)。

36 译注：根据台湾于2000年公告的「药品优良临床试验准则」，相关的名词定义如下：

◎不良事件(Adverse Event, AE)：受试者参加试验后所发生之任何不良情况，此不良情况与试验不一定具有因果关系。
◎严重不良事件(Serious Adverse Event, SAE)：因试验致发生下列严重不良反应者，如死亡、危及生命、造成永久性残疾、胎婴儿先天性畸型、导致病人住院或延长病人住院期间、其它可能导致永久性伤害需作处置者。

表 2： 荷尔蒙治疗的相关风险。以粗体显示的项目乃是达到临床上的显着意义。

风险程度	女性化荷尔蒙	男性化荷尔蒙
极可能增加的风险	静脉血栓疾患^A 胆结石 肝脏酵素升高 体重增加 高三酸甘油脂血症	红血球增多症 体重增加 痤疮 雄性秃发（秃头） 睡眠呼吸暂停症
当其它危险因子 ^B 存在时， 极可能增加的风险	心脏血管疾患	
有可能增加的风险	高血壓 高泌乳素血症或 泌乳素瘤^A	肝脏酵素升高 高血脂症
当其它危险因子 ^B 存在时， 有可能增加的风险	第二型糖尿病^A	造成某些精神疾病的不稳定 ^C 心脏血管疾患 高血压 第二型糖尿病
不会增加风险或 尚未有结论	乳癌	骨质密度减少 乳癌 子宫颈癌 卵巢癌 子宫癌

A、口服女性荷尔蒙的风险，比经由皮肤吸收 (transdermal) 的方式来得大。

B、其它风险因子乃包括年龄。

C、包括双极型疾患、分裂情感障碍症、以及其它包含躁症或精神症状的疾病。这个不良事件的发生，似乎与高剂量的投药，或体内的睾固酮血液浓度过高有关。

荷尔蒙处方医师的能力，以及与其它健康专业人员的关系

女性化/男性化荷尔蒙治疗，最好是在完整的健康照护措施之下执行，此包括全面的基层医疗照护，以及与社会心理问题相配合的措施。(Feldman & Safer, 2009)。在荷尔蒙

治疗的起初，并不需要进行心理治疗或持续性的谘商，如果治疗师参与其中，则建议健康专业人员之间要定期地进行沟通（在患者的同意之下），以便确保在转换的过程中，生理和心理社会层面都同时顺利进行。

在适当的训练之下，女性化/男性化荷尔蒙治疗可以由不同的提供者来执行，包括护士和基层医疗照护的医生(Dahl et al., 2006)。为了维持荷尔蒙治疗而就医，此乃造就了一个机会，可以为经常缺乏医疗服务的人们，提供更广泛的照护 (Clements, Wilkinson, Kitano, & Marx, 1999; Feldman, 2007; Xavier, 2000)。许多的筛检服务和与长期使用荷尔蒙有关之共病疾患的管理，例如，心血管疾患的危险因子和癌症筛检，大都是属于基层医疗照护的范围，而不是专科的照护。(美国家庭医师学会, 2005; Eyler, 2007; 世界卫生组织, 2008)，特别是在缺乏专门的性别团队或专科医师的地方。

为了提供寻求荷尔蒙治疗的变性者、跨性别者、和非性别常规者，所需的跨领域照护，以及解决因着分裂片段的照护而产生的困难（世界卫生组织, 2008），在女性化/男性化荷尔蒙治疗的领域上，WPATH大力地鼓励增加培训，以及层医疗照护者的参与。如果荷尔蒙治疗规定给专门的人执行，则应该要与患者的基层医疗照护提供者，进行密切的沟通。相反地，如果基层医疗照护医生并没有此类荷尔蒙治疗的经验，或是如果患者先前就患有代谢性或内分泌疾患，而可能会受到内分泌治疗的影响，如此，有经验的荷尔蒙提供者或内分泌专家则应该要参与其中。

虽然正式的跨性别医疗培训计划还不存在，荷尔蒙提供者有责任去获得这个领域的适当知识和经验。临床医生借着与经验丰富的提供者，共同来照护或向其咨询，或是在展开荷尔蒙治疗之前，只提供有限种类的荷尔蒙治疗，如此可以增加他们在提供女性化/男性化荷尔蒙治疗的经验和自在感受。因为这个医学领域仍在持续发展中，临床医师应该要熟知并且要与医学文献的知识同步，以及与同事讨论新兴的议题。可以透过WPATH和其它国家/地方组织所建立的网络，进行上述的讨论。

荷尔蒙处方医师的任务

在一般情况下，临床医师开立荷尔蒙治疗时，应该执行下列事项：

一、执行初始评估，其中包括讨论患者的生理转换目标、健康史、身体检查、风险评估、以及相关的实验室检查。

二、与患者讨论女性化/男性化药物的预期效果，以及对健康之可能的不良影响。这些影响包括降低生育力(Feldman 和 Safer, 2009; Hembree 等作者, 2009)。因此，在展前开始荷尔蒙治疗之前，应该和患者讨论生殖的选择（参见第九章节）。

三、确认患者有能力理解治疗的风险和利益，并且能够在充分知情下，做出医疗照护的决定。

四、提供持续的医疗监控，包括定期的生理和实验室检查，以便监控荷尔蒙的疗效和副作用。

五、需要与患者的基层医疗照护者、心理健康专业人员及外科医生进行沟通。

六、如果有需要，可以提供患者一份简短的书面声明，表明他们正在接受医疗的监督和照护，包括接受女性化/男性化荷尔蒙治疗。特别是在荷尔蒙治疗的早期阶段，患者可能希望整天携带此份声明文件，以便避免面对警察和其它官方当局时所产生的困难。

需要根据临床的状况来提供荷尔蒙（参见下文），有些任务是较不相干的。接受谘商、身体检查、和实验室评估应该至何种程度，必须要依照患者的需求来予以个别化处理。

荷尔蒙治疗的临床状况

在有些情况下，医生可能被要求提供荷尔蒙，然而，并非是展开或维持长期的女性化/男性化荷尔蒙治疗。认知到这些不同的临床状况（参见下文，从最低到最高的复杂程度），有些临床医生在面对女性化/男性化荷尔蒙治疗时，可能会感到没有能力去提供这种治疗。

一、荷尔蒙治疗的衔接：

无论是由其它临床医生开立处方，或是透过其它方式获得（例如，在网络上购买），患者在就诊前，可能已经接受过荷尔蒙治疗。临床医生可以提供有限的（1~6个月）的荷尔蒙处方，并且协助患者找到可以开立长期荷尔蒙治疗处方的提供者。提供者应该要评估患者目前之治疗方案的安全性，以及药物的交互作用，当有必要时，以更安全的药物或剂量替代之(Dahl et al., 2006; Feldman & Safer, 2009)。如果荷尔蒙是先前开立的处方，应该要求查阅医疗记录（在患者的同意之下），以便获知基准线的检查和实验室的检验，以及任何不良事件的结果。荷尔蒙提供者也应该要与任何正在照护患者的心理健康专业人员，进行沟通。如果患者从未进行过SOC所建议的心理衡鉴（参阅第七章节），在适当且可行之下，临床医生应该转介患者至合格的心理健康专业人员 (Feldman & Safer, 2009)。提供者需要让患者了解，衔接的荷尔蒙处方只限于在衔接治疗的过渡期间内开立。

二、性腺切除后的荷尔蒙治疗：

在卵巢切除手术或睪丸切除手术之后，进行雌激素或睾固酮的荷尔蒙替代疗法，通常是持续终生的，除非是出现医学上的禁忌症。由于在这些手术之后，荷尔蒙的使用剂量通常会降低(Basson, 2001; Levy, Crown, & Reid, 2003; Moore, Wisniewski, & Dobs, 2003)，而且只需要随着年龄和共病的健康问题来进行调整，在这种情况下的荷尔蒙处置，非常类似于任何性腺功能低下之患者的荷尔蒙替代疗法。

三、性腺切除前的荷尔蒙维持治疗：

当患者使用荷尔蒙而达到最大之女性化/男性化改变的效益后（通常是两年或两年以上），他们仍持续接受荷尔蒙的维持剂量。维持剂量乃根据健康情形、老化、或其它方面的考虑，例如因应生活方式的改变而进行调整(Dahl et al., 2006)。当接受荷尔蒙维持治疗的患者就诊时，提供者应该要评估患者目前的治疗方案的安全性，以及药物的交互作用，当有必要时，以更安全的药物或剂量替代之。患者应该持续接受定期的生理检查和实验室检测的医疗监控，如同在文章中所描述的(Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009)。当患者有任何健康状况的改变，以及有证据显示出现荷尔蒙的潜在长期风险时，则应该要定期的重新评估荷尔蒙的剂量和形式（参阅荷尔蒙的治疗方案，如下）。

四、展开女性化/男性化荷尔蒙治疗：

在这种临床情况，需要提供者在时间和专业上给予最大的承诺。荷尔蒙治疗必须是个别化的，此乃根据患者的目标、药物的风险/效益比、其它身体病况的存在、并且考虑社会和经济的问题。虽然已经出版各种荷尔蒙的治疗方案(Dahl et al., 2006; Hembree et al., 2009; Moore et al., 2003)，但是，比较安全性和有效性的随机取样的临床试验报告，仍尚未出版。尽管存在着这些变异，基于上述有效性和安全性的证据，仍可以建构出合理的荷尔蒙治疗的初始风险评估，以及持续监控的架构。

展开荷尔蒙治疗的风险评估和调整

荷尔蒙治疗的初始评估乃是衡鉴患者的临床目标，以及与荷尔蒙相关之不良事件的危险因素。进行风险评估的期间，患者和临床医生应该订定一个尽力降低风险的计划，无论是在开始治疗之前，或是成为减害计划的一部分。

所有的评估应该涵盖彻底的身体检查，包括体重、身高、和血压。对变性者、跨性别者、和非性别常规者而言，乳房、生殖器、和直肠的检测是一个敏感的问题，应该根据个人的风险和预防保健的需求而执行(Feldman & Goldberg, 2006; Feldman, 2007)。

预防保健

荷尔蒙的提供者应该为患者提供预防保健，特别是当患者没有基层照护的提供者时。对于受到荷尔蒙治疗影响的状况，需要根据患者的年龄和风险，进行适当的筛检或检测。在理想的情况下，这些筛检应该在展开荷尔蒙治疗之前执行。

女性化荷尔蒙治疗的风险评估和调整(MtF)

基本上，女性化荷尔蒙治疗并没有绝对的禁忌症，然而，绝对的禁忌症是存在于各类促成女性化的药物上，尤其是雌激素。这些包括静脉血栓事件³⁷，此乃是与潜在的高凝血状态、对雌激素敏感的肿瘤病史、以及末期慢性肝病有关 (Gharib et al., 2005)。

其它的身体病况，如同注记于表2和附录贰之上，会因为雌激素或雄激素的阻断而更加地恶化，因此，应该在展开荷尔蒙治疗之前，进行评估和良好的控制(Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009)。临床医生应该特别注意香烟的使用，因为它是与增加静脉血栓的风险有关，当使用雌激素时会更增加此风险。患有心血管或脑血管疾病的患者，最好是寻求心脏病专家的咨询。

实验室数值的基准线，对于评估初始风险和未来可能出现的不良事件，是非常的重要。初始的实验室检测，应该根据表2所列之女性化荷尔蒙治疗的风险，不仅是患者个人的风险因子，还包括家族病史。目前已经出版了所建议之初始的实验室检测(Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009)。当运用在资源有限的个案或医疗照护系统，以及其它健康的患者身上时，这些是可以被修正。

男性化荷尔蒙治疗的风险评估和修正(FtM)

睾固酮治疗的绝对禁忌症包括怀孕、不稳定的冠状动脉疾病、以及血球容积为55%或更高的恶性红血球增多症³⁸ (Carnegie, 2004)。由于睾固酮在芳构化³⁹的过程中会转变为雌激素，对于有乳癌病史，或其它雌激素相关之癌症的病患，可能会造成风险的增加 (Moore et al., 2003)，因此在使用荷尔蒙之前，需要向肿瘤专家进行咨询。睾固酮的使用可能会加剧共病的现象，理想的状况是在开始荷尔蒙治疗之前，应该要进行评估和治疗。(Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009)。患有心血管或脑血管疾病的患者，最好是寻求心脏病专家的咨询。

有注意到在FtM患者当中，即使是没有使用睾固酮，仍会增加多囊性卵巢症候群 (polycystic ovarian syndrome (PCOS)) 的盛行率 (Baba et al., 2007; Balen,

37 英文原文- venous thrombotic events。

38 英文原文- untreated polycythemia。

39 英文原文- aromatization。翻译为芳构化，或芳香化、环氧化作用。

Schachter, Montgomery, Reid, & Jacobs, 1993; Bosinski et al., 1997)。并没有证据显示PCOS与变性者、跨性别者、和非性别常规者的发展有关，PCOS乃是与糖尿病、心脏病、高血压、卵巢癌和子宫内膜癌的风险增加有关联(Cattrall & Healy, 2004)。在睾酮治疗开始之前，应该对PCOS的征兆和症状加以评估，因为睾酮可能影响这些状况。由于睾酮会影响发育中的胎儿(医生用药参考书(Physicians ‘ Desk Reference), 2011)，故有怀孕风险的患者，需要进行有效的避孕。

实验室数值的基准线，对于评估初始风险和未来可能出现的不良事件，是非常的重要。初始的实验室检测，应该根据表2所列之男性化荷尔蒙治疗的风险，不仅是患者个人的风险因子，还包括家族病史。目前已经出版了所建议之初始的实验室检测(Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009)。当运用在资源有限的个案或医疗照护系统，以及其它健康的患者身上时，这些是可以被修正。

荷尔蒙治疗的疗效和不良事件的临床监控

在使用荷尔蒙的期间，临床监控的目的是评估女性化/男性的程度，以及可能出现的药物的不良影响。然而，任何长期用药的监控，应该在全面的健康照护之下进行。目前已经出版了所建议的临床监控方案(Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009)。对于同时存在身体病况的患者，可能需要更密集地监控。对于居住在地理上相对遥远或资源贫乏地区的健康患者，可以使用替代策略，例如远距医疗、或与当地的提供者，诸如与护士及医师助理合作。在没有其它的情况下，健康专业人员可以优先监控那些极可能(likely)因荷尔蒙治疗而增加的风险，或是有可能(possibly)因荷尔蒙治疗而产生的严重的临床疾病。

女性化荷尔蒙治疗的疗效和风险监控(MtF)

临床反应是荷尔蒙疗效的最佳评估：患者是否发展出女性化的身体，同时减少男性特征，而且与患者的性别目标是一致的？为了更迅速地预测能达到临床反应的荷尔蒙剂量，可以测量睾酮的水平，使之低于正常女性范围的上限之下，并且将雌二醇的水平，维持在停经前女性的范围内，但低于生理水平的上限(Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009)。

不良事件的监控应该包括临床和实验室的评估。后续追踪应该包括审慎评估心血管功能减损的征兆及静脉血栓症(VTE)的症状，可以透过血压、体重、和脉搏的测量；心脏和肝脏的检查；以及四肢末梢水肿、局部肿胀、疼痛的检查(Feldman & Safer, 2009)。实验室监控应该根据上述荷尔蒙治疗的风险、患者个人的共病疾患和危险因子、以及特定的荷尔蒙疗法本身的风险。目前已经出版了专门的实验室监控方案(Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009)。

男性化荷尔蒙治疗的疗效和风险监控(FtM)

临床反应是荷尔蒙疗效的最佳评估：患者是否发展出男性的身体，同时减少女性特征，而且与患者的性别目标是一致的？临床医生借着将睾酮的水平维持在正常男性的范围内，同时避免过高过生理水平的上限，而能够达到最佳的临床反应，以及不良事件的最低发生率(Dahl et al., 2006; Hembree et al., 2009)。对于以肌肉注射(IM)的方式，注射丙酰睾丸素注射液⁴⁰或庚酸睾酮注射液⁴¹的患者，有些医生会检测周期的谷底水平，其它人则喜欢检测中段的水平(Dahl et al., 2006; Hembree et al., 2009; Tangpricha, Turner, Malabanan, & Holick, 2001; Tangpricha, Ducharme, Barber, & Chipkin, 2003)。

不良事件的监控应该包括临床和实验室评估。后续追踪应该包括审慎评估体重过度增加、痤疮、子宫出血、心血管功能减损的征兆和症状，以及高危险患者的精神病症状。生理检查应该包括血压、体重、脉搏和皮肤的测量；以及心脏和肺脏的检查(Feldman & Safer, 2009)。实验室监控应该根据上述荷尔蒙治疗的风险、患者个人的共病疾患和危险因子、以及特定的荷尔蒙疗法本身的风险。目前已经出版了专门的实验室监控方案(Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009)。

荷尔蒙的治疗方案

迄今为止，有关生理转换的安全性和有效性的评估，目前仍尚未进行任何的女性化/男性化荷尔蒙治疗的临床对照试验。因此，已经发表在医学文献中的荷尔蒙剂量和种类，乃是有很大的差异(Moore et al., 2003; Tangpricha et al., 2003; van Kesteren, Asschelman, Megens, & Gooren, 1997)。此外，在使用特定的药物上，可能会受到患者的地理位置和/或社会经济状况的限制。基于这些原因，WPATH并不描述或认可特定之女性化/男性化荷尔蒙的治疗方案。相反地，乃是广泛地评论在多数已经出版的治疗方案当中，所使用的药物类别和给药途径。

正如上文所述，在各种治疗方案的个别项目当中，是有安全上的差异性。内分泌学会指引(Hembree et al., 2009)和Feldman及Safer(2009)，为了患者所欲求的性别展现(基于完全女性化/男性化的目标)，对于荷尔蒙的种类，以及将荷尔蒙水平维持在生理范围内的建议剂量，提供了具体的指导。我们强烈地建议，荷尔蒙提供者必须定期查阅文献中的最新讯息，并且在使用药物时，使用在地可行的资源，安全地满足各个患者的需求。

40 译注：英文原文— testosterone cypionate，别名持效睾丸素注射液、睾酮注射液。

41 译注：英文原文— enanthate，别名庚酸睾丸素。

女性化荷尔蒙的治疗方案 (MtF)

雌激素

使用口服雌激素，特别是雌性激素黄体素⁴²，会增加静脉血栓症 (VTE) 的风险。基于安全的考虑，女性化荷尔蒙治疗并不建议使用雌性激素黄体素。对于有VTE危险因子的患者，乃建议使用经由皮肤吸收的雌激素。高剂量将增加不良事件的风险，特别是导因于超过生理水平而造成的结果 (Hembree et al., 2009)。有共病疾患的患者容易受到雌激素的影响，应该尽可能地避免口服雌激素，并且从较低的水平开始使用。有些患者可能无法安全地使用达到所欲求结果的雌激素水平。在展开荷尔蒙治疗之前，可能需要与患者进行充分的讨论。

降低雄性激素的药物（“抗雄性激素”）

雌激素和“抗雄性激素”的结合，是最常被研究的女性化治疗方案。各式各样降低雄激素的药物，不论是在降低内源性睾酮的水平，或是睾酮的作用上，都会造成影响，进而减少男性的特征，例如体毛。将抑制睾酮所需要的雌激素剂量，降低至最低的水平，如此可以降低与高剂量的外源性雌激素相关的风险(Prior, Vigna, Watson, Diewold, & Robinow, 1986; Prior, Vigna, & Watson, 1989)。

常见的抗雄性激素包括以下种类：

- 螺旋内酯固醇、抗高血压剂，乃是直接地抑制睾酮的分泌，以及雄激素与受体的结合。因为潜在的高钾血症，故需要对血压和电解质进行监测。
- 醋酸环丙孕酮⁴³是一种具有抗雄性激素性质的孕激素化合物。由于担心潜在的肝毒性，故在美国并未核准这类的药物，但它仍被广泛用于其它的地方(De Cuypere et al., 2005)。
- 促性腺素释放激素拮抗剂（例如，戈舍瑞林⁴⁴、布舍瑞林⁴⁵、曲普瑞林⁴⁶）属于神经荷尔蒙，能够阻断促性腺素释放激素释放荷尔蒙受体，从而阻断促卵泡激素⁴⁷和促黄体激

42 译注：英文原文- ethinyl estradiol，通常的治疗项目为杜绝经期症状、女性生殖腺功能不足、抗乳癌、前列腺癌肿瘤。

43 译注：英文原文- Cyproterone acetate，别名环丙孕酮、甲撑氯地孕酮、色普龙。

44 译注：英文原文- goserelin，常见的商品名为“诺雷德 (Zoladex) ”。

45 译注：英文原文- buserelin，常见的商品名为“安万特 (Hoechst) ”。

46 译注：英文原文- triptorelin，别名垂普托雷林、达菲林、达必佳。

47 英文原文- follicle stimulating hormone。

素⁴⁸的释放。此能够达到封锁性腺的最大效果。然而，这些药物的价格昂贵，而且只能经由注射或植入的方式投药。

- 5-α 還原酶抑制劑⁴⁹（菲那雄胺⁵⁰和度他雄胺⁵¹）能夠阻止睪固酮轉變為更具活性作用的型態，5-α -雙氫睪酮⁵²。這些藥物可以有助於減少掉發、體毛的生長、皮脂腺和皮膚的平衡。
- 环丙孕酮和螺旋内酯固醇是最常被使用的抗雄性激素，而且可能是最符合成本效益的。

孕激素

除了环丙孕酮以外，将孕激素使用于女性化荷尔蒙治疗上，仍是有争议的 (Oriel, 2000)。由于孕激素作用于细胞上而促使乳房的发育，有些医生认为这些是乳房发育所必要的媒介 (Basson & Prior, 1998; Oriel, 2000)。然而，女性化治疗方案的临床比较发现，使用孕激素与否，既不会增强乳房的发育，也不会降低血清游离睪固酮的水平 (Meyer III et al., 1986)。孕激素的潜在不利影响有，包括忧郁症、体重增加、血脂变化 (Meyer III et al., 1986; Tangpricha et al., 2003)。孕激素（特别是甲羟孕酮）也被怀疑会增加妇女罹患乳癌的风险，以及心血管疾病的风险 (Rossouw et al., 2002)。微粉化的黄体酮可能具有更好的耐受性，故在对于血脂的影响上，比甲羟孕酮更为有利 (de Ligni è res, 1999; Fitzpatrick, Pace, 和Wiita, 2000)。

男性化荷尔蒙的治疗方案(FtM)

睪固酮

睪固酮通常可以口服、皮肤吸收、或非口服(注射 (IM))的方式投药，虽然经由口腔颊膜和植入也是可行的方式。口服的睪固酮烯酸酯⁵³可在美国境外购买，比非口服制剂更能降低血清睪固酮的水平，但对于抑制月经的效果却是有限 (Feldman, 2005, April; Moore et al., 2003)。由于肌肉注射丙酰睪丸素注射液或庚酸睪酮注射液，通常是每2-4周进行1次，有些患者可能会注意到周期性变化的影响（例如，在注射周期的结束出

48 英文原文- luteinizing hormone。

49 英文原文- 5-alpha reductase inhibitors。

50 譯註：英文原文- finasteride，別名非那雄胺，原本是治療良性攝護腺肥大的藥物，也被使用來治療雄性禿。常見的商品名為“保康絲(柔沛) (Propecia) ”

51 譯註：英文原文- dutasteride，作為良性前列腺增生、雄性禿等的治療藥物，常見的商品名為“適尿通 (Avodart) ”。

52 英文原文- 5-alpha-dihydrotestosterone。

53 英文原文- testosterone undecanoate。

现疲劳和烦躁，在注射周期的开始出现攻击或亢奋的心情），以及更多的时候，睪固酮的水平都是在正常的生理水平以外（Jockenhövel, 2004）。若改以较低剂量但更加频繁的使用，或每日使用经由皮肤吸收的制剂，则可以减缓上述的不适(Dobs et al., 1999; Jockenhövel, 2004; Nieschlag et al., 2004)。肌肉注射睪固酮烯酸酯（目前在美国尚未核准）能够维持稳定的状态，至多可维持生理的睪固酮水平达12个星期之久，对于使用在性腺功能低下症⁵⁴和FtM个体的身上，是具有功效的(Mueller, Kiesewetter, Binder, Beckmann, & Dittrich, 2007; Zitzmann, Saad, & Nieschlag, 2006)。

有证据显示，经由皮肤吸收和肌肉注射的睪固酮，都能达到类似的男性化结果，虽然皮肤吸收制剂的时间较为缓慢(Feldman, 2005, April)。特别是随着患者的年龄增长，我们的目标是以最低的剂量来维持所欲求的临床效果，并且作出适当的预防措施，以便维持骨骼的密度。

其它药物

甲羟孕酮是最常使用的孕激素，在荷尔蒙治疗的初期，可以短期地使用于协助月经的停止。GnRH拮抗剂的使用也类似于此，而且对于没有妇科方面异常的患者，也可以使用来治疗难治型的子宫出血。

生物荷尔蒙和荷尔蒙复方制剂

将生物同质性荷尔蒙⁵⁵运用于停经后的荷尔蒙替代疗法上，相关的讨论日益升高，同时，也增加了将类似的化合物，使用于女性化/男性化荷尔蒙治疗的兴趣。尚未有证据显示，客制化的复方制剂⁵⁶，比政府部门核准的生物荷尔蒙，更加地安全或更有效果(Sood, Shuster, Smith, Vincent, & Jatoi, 2011)。因此，北美更年期协会(North American Menopause Society) (2010) 已经表示，不论荷尔蒙是否来自于药房的调配，如果作用的成分是相似的，就应该有类似的副作用说明书。WPATH乃是同意此看法。

荷尔蒙治疗之心理社会效果的证据，摘要于附录肆上。

54 英文原文- hypogonadism。

55 译注：英文原文- bioidentical hormones，常简称为生物荷尔蒙。请参考附录壹。

56 译注：英文原文- custom compounded。以美国为例，由药厂制造的生物同质性荷尔蒙，必须获得美国食品药品管理局(FDA)核准，并且以标准剂量销售。某些专门药局会依照每个病患的差异来予以调配，由于这些「客制化」的复方制剂缺乏「标准化」，因此无法获得FDA核准。然而，客制化的荷尔蒙制剂，对于那些对FDA核准产品成分过敏，或无法耐受标准剂量者而言，是非常需要的。

第九章 生殖健康

许多变性者、跨性别者、和非性别常规者想要拥有孩子。由于女性化/男性化荷尔蒙治疗会限制生育能力(Darney, 2008; Zhang, Gu, Wang, Cui, & Bremner, 1999)，患者乃希望在展开荷尔蒙治疗或进行生殖器官切除/改变手术之前，作出有关生育的决定。已知有些人在接受荷尔蒙治疗和生殖器手术之后，后悔无法生育与自己有血缘关系的子女(De Sutter, Kira, Verschoor, & Hotimsky, 2002)。

健康照护专业人员—包括建议荷尔蒙治疗或手术的心理健康专业人员、开立荷尔蒙处方的医生、以及外科医生—应该在展开性别不安的药物治疗之前，与患者讨论生殖的选择。即使在治疗的期间当中，患者对那些议题并不感到兴趣，仍应该要进行讨论，此在年轻的患者身上尤为常见(De Sutter, 2009)。越早讨论越好，但并非都可以如此行。如果个人没有进行完全的性别重建手术，有可能在停止使用荷尔蒙到达一定的时间之后，能够让生殖荷尔蒙恢复，进而产生成熟的配子(Payer, Meyer III, & Walker, 1979; Van den Broecke, Van der Elst, Liu, Hovatta, & Dhont, 2001)。

除了辩论和发表意见的文章以外，关于使用不同的性别不安治疗药物而产生之生殖健康问题的研究论文，乃是鲜少被发表的。患有恶性肿瘤的另一群人，需要被移除生殖器官，或使用具有破坏力的放射或化学治疗，因着性腺的丧失或损害，而面临着保留生育功能的需求。从这类群体当中所获得的经验，可以应用于性别不安患者的治疗上。

对于MtF的患者，特别是那些尚未生育的人，应该要告知有关保存精子的选择，并且鼓励他们考虑在荷尔蒙治疗之前储存精子。在一个针对睾丸暴露于高剂量雌激素的研究(Payer et al., 1979)，研究的结果显示在停止雌激素之后，仍有可能恢复睾丸的功能。在一篇有关MtF患者对于冷冻精子之意见的报导(De Sutter et al., 2002)，报导显示121个受访者当中，绝大多数的人都认为冷冻精子的可行性，应该交由医学界讨论并且提供协助。即使精液的质量不佳，仍应该对于冷冻保存的方式进行讨论。精子的收集应该在荷尔蒙治疗之前，或停止治疗且精子数量增加之后。对于无精症⁵⁷的成人患者而言，进行睾丸活体检查，并且将含有精子的活体组织予以冷冻保存，是有可能的，但也许并不会成功。

FtM患者的生殖选择可能包括卵母细胞（卵）或胚胎的冷冻保存。冷冻的配子和胚胎，可以在日后经由代理孕母进行怀孕。在一个关于多囊性卵巢疾患⁵⁸妇女的研究，研究结果

57 英文原文- azoospermia。

58 英文原文- polycystic ovarian disease.

显示借着高水平之睾固酮的效果，可以恢复部分的卵巢功能(Hunter & Sterrett, 2000)。若短暂地停止睾固酮的使用，可能使卵巢恢复功能而产生出卵子；成功率取决于患者的年龄和睾固酮的治疗期间。虽然没有经过系统性的研究，但是，有些FtM患者已经开始身体力行，而且有些人已经成功地怀孕，以及生育子女(More, 1998)。

应该告知患者，这些技术并非在各地都是可行的，而且有可能是非常地昂贵。然而，不应该以任何的理由拒绝变性者、跨性别者、和非性别常规者的生殖选择。

青春期之前或青春期的青少年，是另一组特殊的群体，因为使用阻断剂或跨越性别的荷尔蒙，将造成先天的性系统永远不会发展出生殖的功能。目前并没有保留这些人的性腺功能的技术。

第十章 嗓音和沟通治疗

口语(verbal)和非口语(non-verbal)的沟通，是人类行为和性别展现的重要层面。变性者、跨性别者、和非性别常规者，可能会寻求嗓音和沟通⁵⁹专家的协助，以便发展声音的特征(例如，音调、语调、共鸣、语言的速率、措辞模式)以及非口语的沟通模式(例如，手势、姿势/动作、脸部表情)，而能够增加对于性别认同的自在感受。嗓音和沟通治疗可能有助于减轻性别不安，并且达到使患者以正面和激励的步伐，迈向实践自己的性别角色的目的。

在处理变性者、跨性别者、和非性别常规者时，嗓音和沟通专家应具备的能力

所谓的专家是包括语言(language)病理学专家、言语(speech)治疗师、和言语-嗓音医生。在大多数的国家，语言病理学专家协会的会员，乃需要特定的资格和证书。有些国家的政府，透过核发执照、资格认证、或登记的程序来控管(美国听语学会⁶⁰，2011

59 英文原文- voice and communication.

60 英文原文- American Speech-Language-Hearing Association.

年；加拿大语言病理学专家和听力学专家协会⁶¹；英国言语治疗师皇家学院⁶²；澳洲言语病理学会⁶³；加拿大，不列颠哥伦比亚省，温哥华，温哥华沿岸卫生局）。

在处理变性者、跨性别者、和非性别常规者时，嗓音和沟通专家应具备以下所建议的最低资格：

一、对于变性、跨性别、和非性别常规个案的衡鉴及沟通技巧的发展上，有专门的训练和能力。

二、对于跨性别者的健康有基本的了解，包括女性化/男性化荷尔蒙与手术治疗，和SOC所指出之跨性别的特殊心理社会问题，以及熟知具有性别敏感度的基本方案，例如使用首选的性别代名词和名称（加拿大语言病理学专家和听力学专家协会；英国言语治疗师皇家学院；澳洲言语病理学会）。

三、接受有关变性、跨性别、和非性别常规个案的衡鉴及沟通技巧之发展的继续教育。这可能包括出席专业会议、工作坊、或讲座；参加有关性别认同议题的研究；自主学习；或接受经验丰富且经过认证的临床医师的指导。

其它专家，例如声乐教练、戏剧专家、歌唱教师、和动作专家，都可能扮演重要的辅助作用。这些专家最好拥有与语言病理学专家合作的经验，或是积极地与之配合。

衡鉴和治疗的注意事项

嗓音和沟通治疗的总体目标，是帮助个案调整他们的声音，使用既安全又可靠的模式进行沟通，并且能够让个案感到是与他们的性别认同一致的，以及反映出他们的自我概念(Adler, Hirsch, & Mordaunt, 2006)。很重要的是，对于个人的沟通喜好，嗓音和沟通专业人员必须要具有敏感度。沟通是指 – 风格、声音、语言的选择，等等。

一是个别化的。不应该劝告个人，去采取令他们感到不自在或不可靠的行为模式。专家应该花时间去了解个人的性别问题，以及性别角色展现的目的，才能够为个案提供最佳的服务（美国听语学会，2011年；加拿大语言病理学专家和听力学专家协会；英国语言治疗师皇家学院；澳洲语言病理学）。

个人可以按照着自己的性别认同，选择所希望获得的沟通模式。此乃是借着嗓音和沟通专家所告知和提供的相关知识，以及特定个案的衡鉴数据，而作出的决定(Hancock,

61 英文原文– Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists.

62 英文原文– Royal College of Speech Therapists, United Kingdom.

63 英文原文– Speech Pathology Australia.

Krissinger, & Owen, 2010)。衡鉴乃是包括对于嗓音、共鸣、构音、口说语言 (spoken language)、以及非口语沟通的个案的自我评估和专家的评估(Adler et al., 2006; Hancock et al., 2010)。

嗓音和沟通治疗计划的制定，须考虑现有的研究证据、专家的临床知识和经验、以及个案自己的目标和价值观 (美国听语学会, 2011年; 加拿大语言病理学专家和听力学专家协会; 英国言语治疗师皇家学院; 澳洲言语病理学会; 加拿大, 不列颠哥伦比亚省, 温哥华, 温哥华沿岸卫生局)。治疗的指针通常包括音调、语调、音量和重音模式、嗓音质量、共鸣、构音、言语的速率和语法、口语和非口语的沟通(Adler et al., 2006; Davies & Goldberg, 2006; de Bruin, Coerts, & Greven, 2000; Gelfer, 1999; McNeill, 2006; Oates & Dacakis, 1983)。治疗可以是个别和/或团体的授课。根据个案的需求，治疗的频率和期间将有所不同。可以使用嗓音和沟通治疗的现有方案，而将之发展成个别化的治疗计划(Carew, Dacakis, & Oates, 2007; Dacakis, 2000; Davies & Goldberg, 2006; Gelfer, 1999; McNeill, Wilson, Clark, & Deakin, 2008; Mount & Salmon, 1988)。

将嗓音变为女性化或男性化，涉及到嗓音产生机制的非习惯用法。为了避免可能的嗓音误用和长期的嗓音损伤，预防措施乃是必要的。因此，所有的嗓音和沟通治疗服务，应该要包括嗓音保健(Adler et al., 2006)。

嗓音女性化手术之后的嗓音保健注意事项

如同第十一章节所指出，有些变性者、跨性别者、和非性別常规者会进行嗓音女性化手术⁶⁴。（透过男性化荷尔蒙的治疗，能够让嗓音变得深沉，但女性化荷尔蒙并不会对MtF 成人的声音产生影响。）做过此手术的患者，在满意度、安全性、和长期的改善上，是有不同的程度。因此，建议接受嗓音女性化手术的个人，应该要咨询嗓音和沟通专家，以便达到最佳的手术效果、维护嗓音的健康、和学习非音频领域的沟通。嗓音手术的程序，应该包括经由该国负责言语治疗师/语言病理学专家的董事会所授予执照和/或经过认证的嗓音和沟通专家，来进行后续追踪(Kanagalingam et al., 2005; Neumann & Welzel, 2004)。

64 英文原文- voice feminization surgery.

第十一章 手术治疗

性别重建手术是有效果的，而且是有医疗上的必要

手术 – 尤其是生殖器手术 – 通常是在性别不安的治疗过程中，所采取的最后和最被考虑执行的步骤。虽然许多变性者、跨性别者、和非性别常规者，在未经手术之下，仍能够对他们的性别认同、角色、和展现上感到自在，但是对于其它人而言，手术是不可或缺的，并且在减轻他们的性别不安上，具有医疗上的必要性(Hage & Karim, 2000)。对于后者，若不修正他们的主要和/或次要性征，使之与他们的性别认同更加一致，将无法减缓性别不安。此外，手术可以帮助患者更自在地面对性伴侣，或是处于医生的诊间、游泳池、健身俱乐部等场所之中。在某些情境下，当被警察或其它当局逮捕或搜查时，手术将可以减少遭受伤害的风险。

后续追踪的研究显示，性别重建手术的术后结果，有不可否认的效益，例如主观的幸福感、美观、以及性功能(De Cuyper et al., 2005; Gijs & Brewaeys, 2007; Klein & Gorzalka, 2009; Pfafflin & Junge, 1998)。

性别重建手术的伦理议题

一般的外科手术都是切除有病变的组织，以便恢复受到损害的功能，或是改变身体特征，以便提高患者的自我形象。有些人，包括一些健康专业人员，基于道德的理由而反对以手术治疗性别不安，认为此状况并不符合手术的条件。

对于照护性别不安患者的健康专业人员而言，能够自在地面对改变解剖学上的正常结构，乃是很重要的。专家必需要聆听这些患者的症状、困境、以及生活史的论述，才能够了解手术何以能够减轻性别不安者在心理上的不自在和困扰感受。对于采取“最首要的是不造成伤害”⁶⁵的基本伦理，因而抵制手术治疗的人，应该要给予尊重、讨论、并且让其有机会从患者身上学习到性别不安所造成的心灵困扰，以及因为拒绝适当的治疗而导致的潜在伤害。

⁶⁵ 译注：此为医学伦理中的「不伤害原则」(The principle of nonmaleficence)，亦即医疗人员的首要伦理原则就是不造成伤害(First do no harm)，不让病人的身体与心灵受到伤害。

性别不安的生殖器和乳房/胸部手术治疗，并不属于可以任意选择的手术。典型之任意选择的手术，乃是只有涉及到患者和外科医生之间，私人的相互同意的契约。生殖器和乳房/胸部手术作为性别不安的必要治疗，必须经过合格的心理健康专业人员的衡鉴之后，才能够执行，如同在SOC 第七章节所列。具备记载衡鉴已经完成，而且此人符合特定手术治疗之资格的书面档之后，才能得以进行手术治疗。借着遵循此程序，心理健康专业人员、外科医生、当然还有患者本身，共同分担进行身体不可逆转改变之决定的责任。

仅只因为出现血液感染疾病的血清阳性反应，例如HIV或B型或C型肝炎，而否定手术治疗的可行性或资格，乃是不符合伦理。

外科医生与心理健康专业人员、荷尔蒙处方医师（如果适用），以及患者（知情同意）的关系

外科医生在性别不安治疗当中，不仅只是扮演技术人员的角色。相反地，认真的外科医生，会深入洞察每个患者转介至手术治疗的病史和缘由。为了达成目的，外科医生必须与病人详细长谈，并且与其它积极参与临床照护的健康专业人员，维持紧密的合作关系。

当外科医生是跨领域健康照护团队的一份子时，是很容易达成彼此间的相互咨询。在缺乏上述的情况之下，外科医生要确信转介的心理健康专业人员（们），如果适用的话，还有荷尔蒙处方医师，都是具备性别不安之衡鉴和治疗的能力，因为外科医师乃是非常仰赖于他们的专业知识。

一旦外科医生确信已经达到了特定的手术标准（如下所列），就应该要考虑进行手术治疗，并且进行手术前的咨询。在咨询的过程中，对于手术的程序和手术后的状况，应该要与病人进行广泛的讨论。外科医生必须负责与寻求性别不安手术治疗的患者，讨论以下所有事项：

- 各种可行之手术的技术（转介给提供替代选项的同事）；
- 每种技术的优点和缺点；
- 达成“理想”的结果乃是有手术上的限制；外科医生应该要提供自己的患者有关在手术之前-和-之后的照片，包括成功和失败的结果；
- 各种技术都有潜在的风险和可能的并发症，外科医生应该告知患者在每个手术当中，他们每个人并发症的发生机率。

这些讨论是获得知情同意的核心过程，也是进行任何外科手术的道德和法律要求。对于减轻性别不安而言，确保患者对于结果是抱着符合现实的期望，乃是很重要的。

所有的讯息应该以书面的形式提供给患者，并且使用他们所流利的语言，加上图解的说明。患者应该提前收到讯息（可藉由网络），以及给予充裕的时间来仔细阅读。知情同意的项目必须在手术介入之前，以面对面地的方式进行讨论。如此，问题才能得以解答，并且获得患者签署的知情同意书。因为这些手术是不可逆的，故必须在他们提供知情同意书之前，小心地确保患者有足够的时间来充分吸收讯息。建议至少要有24小时的时间。

外科医生应该提供实时的术后照护，以及照会未来为患者提供服务的其它医生。患者应该要与他们的外科医生，共同制定适当的术后照顾计划。

性别不安患者的手术治疗

针对男变女（MtF）的患者，手术治疗可能包括以下内容：

- 一、乳房/胸部手术：隆乳手术（植入手术/脂肪填充手术）；
- 二、生殖器手术：阴茎切除手术⁶⁶、睾丸切除手术、阴道成形手术、阴蒂整型手术⁶⁷、外阴部成形手术⁶⁸；
- 三、非生殖器、非乳房手术：脸部女性化手术⁶⁹、抽脂手术⁷⁰、脂肪填充手术、嗓音手术、甲状软骨缩小手术⁷¹、臀部增大手术⁷²（植入手术/脂肪填充手术）、头发重建、以及各种美容手术。

针对女变男（FtM）的患者，手术治疗可能包括以下内容：

- 一、乳房/胸部手术：皮下乳房切除手术⁷³、塑造男性胸部；

66 英文原文- penectomy。

67 英文原文- clitoroplasty。

68 英文原文- vulvoplasty。

69 英文原文- facial feminization surgery。

70 英文原文- liposuction。

71 英文原文- thyroid cartilage reduction。

72 英文原文- gluteal augmentation。

73 英文原文- subcutaneous mastectomy。

二、生殖器手术：子宫切除手术/双侧卵巢切除手术⁷⁴、重建尿道的固定部分，结合阴核释出手术⁷⁵或阴茎成形手术⁷⁶（采用带蒂或带血管的皮瓣）、阴道切除手术⁷⁷、阴囊成形手术⁷⁸、以及植入勃起和/或睾丸的假体；

三、非生殖器、非乳房手术：嗓音手术（罕见）、抽脂手术、脂肪填充手术、胸部植入手术⁷⁹，以及各种美容手术。

重建手术相对于美容手术

性别重建手术应该被视为“美容”或“重建”手术的问题，不仅是要从哲学的角度来思考，也要从经济的角度来思考。美容或整容手术大多被认为是没有医疗上的必要，因此，通常由患者支付全部的费用。相反地，重建手术被认为是有医疗上的必要 - 有不容置疑的治疗效果- 因此由国家卫生系统或保险公司支付部分或全部的费用。

不幸的是，在整形和重建手术的领域上（包括与性别有关的一般和特定的手术），并没有明确区分何者是纯粹的重建手术，何者是纯粹的整容手术。大多数的整形手术，实际上是由包含重建和整容两者的混合物。

大多数的专家都同意生殖器手术和乳房切除手术，不能被视为纯粹的整容手术，然而其它外科手术（例如，隆乳手术、脸部女性化手术）在何种程度下可被视为纯粹的重建手术，则是意见分歧的。虽然可以较容易地将阴茎成形或阴道成形手术，当作结束终身痛苦的介入治疗，但是对于某些患者而言，缩鼻手术⁸⁰之类的介入治疗，能够对他们的生活质量产生根本和持久的影响，相较于没有性别不安的人，此类手术乃是更具有医疗上的必要性。

手术的标准

在整份的SOC当中，性别不安的手术治疗的标准，乃是为了促进患者的最佳照护。虽然SOC 允许个别化的措施，以便更能满足患者的健康照护需求，然而，由合格的心理健康专

74 英文原文- hysterectomy/oophorectomy。

75 译注：英文原文-metoidioplasty，此是生殖器重建手术的一种，因为荷尔蒙治疗会造成阴蒂的增大，故可利用阴蒂来形塑成阴茎。另一种方法是阴茎成形术（如下所述）。

76 译注：英文原文- phalloplasty，此乃利用手臂、腹部或大腿组织，移植后制造成勃起的阴茎假体。

77 英文原文- vaginectomy。

78 英文原文- scrotoplasty。

79 英文原文- pectoral implants。

80 英文原文- reduction rhinoplasty。

业人员所记载之持续性的性别不安的纪录，乃是所有乳房/胸部和生殖器手术必须符合的标准。某些手术则是需要其它的标准，包括接受女性化/男性化荷尔蒙治疗，并且连续一年以与个人性别认同一致之性别角色生活的体验。

这些标准列于下文。此乃是根据现有的证据和临床共识，并且针对不同的手术而给予不同的建议。

SOC并不会具体说明不同的手术所应该进行的顺序。必须根据患者的临床需求，故手术的数量和顺序乃是会因人而异。

乳房/胸部手术的标准（需要一位转介者）

FtM患者的乳房切除手术和创造男性胸部的标准：

- 一、属于持续且确定诊断的性别不安；
- 二、具备作出充分知情的决定和同意接受治疗的能力；
- 三、达到某一国家的法定成年年龄（如果法定年龄较小，则依循在SOC当中有关儿童和青少年的规定）；
- 四、如果存在显着的医疗或心理健康问题，它们必须得到相当良好的控制。荷尔蒙治疗并不是一个先决的条件。

MtF患者的隆乳手术（植入手术/脂肪填充手法）的标准：

- 一、属于持续且确定诊断的性别不安；
- 二、具备作出充分知情的决定和同意接受治疗的能力；
- 三、达到某一国家的法定成年年龄（如果法定年龄较小，则依循在SOC当中有关儿童和青少年的规定）；
- 四、如果存在显着的医疗或心理健康问题，它们必须得到相当良好的控制。

虽然并不是一个明确的标准，但是建议MtF患者在隆胸手术之前，必须接受女性化荷尔蒙治疗（至少12个月）。目的是为了提升乳房的发育到最高的限度，以便获得更好的手术（美容）效果。

生殖器手术的标准（需要两位转介者）

生殖器手术的标准是针对特定类型的手术。

FtM患者的子宫切除手术和卵巢切除手术，以及MtF患者的睾丸切除手术的标准：

- 一、属于持续且确定诊断的性别不安；
- 二、具备作出充分知情的决定和同意接受治疗的能力；
- 三、达到某一国家的法定成年年龄；
- 四、如果存在显着的医疗或心理健康问题，它们必须得到相当良好的控制。
- 五、根据患者的性别目标，进行连续12个月的荷尔蒙治疗（除非病人有医疗上的禁忌症，或是因着其它原因而不能或不愿意服用荷尔蒙）。

在性腺切除手术之前接受荷尔蒙治疗的目的，主要是让患者在进行不可逆的手术介入之前，能够先尝试一段属于可逆的抑制雌激素或睾酮的治疗期间。

这些标准并不适用于因性别不安以外的医疗问题，而进行手术的患者。

FtM患者的阴核释出手术和阴茎成形手术，以及MtF患者的阴道成形手术的标准：

- 一、属于持续且确定诊断的性别不安；
- 二、具备作出充分知情的决定和同意接受治疗的能力；
- 三、达到某一国家的法定成年年龄；
- 四、如果存在显着的医疗或心理健康问题，它们必须得到相当良好的控制；
- 五、根据患者的性别目标，进行连续12个月的荷尔蒙治疗（除非病人有医疗上的禁忌症，或是因着其它原因而不能或不愿意服用荷尔蒙）。
- 六、具备连续12个月，以与个人性别认同一致之性别角色生活的体验；

虽然并不是一个明确的标准，但是建议这些患者也能够定期拜访心理健康或其它医疗的专业人员。

在手术之前，需要12个月以认同一致之性别角色生活的理由：

上述的标准是针对某些类型的生殖器手术—患者必须具备连续12个月，以与他们的性别认同一致之性别角色生活的体验—此乃是基于临床专家的共识，认为这方面的体验，能够提供患者在进行不可逆的手术之前，有足够的机会去体验和调整他们想要的性别角色。正如第七章节所指出，在社会层面上改变个人的性别角色，通常是具有挑战性—往往比生理层面更多。改变性别角色会造成重大的个人与社会后果，这个决定应该包括觉察到对于家庭、人际关系、教育、职业、经济、和法律可能会面临的挑战，如此他们才能够成功地发挥性别角色的功能。为了确保性别角色得以调适成功，得到合格的心理健康专业人员与同侪的支持，是非常宝贵的(Bockting, 2008)。

在12个月的期间内，可以经历到一年当中可能发生的不同的生活经验和事件（例如，家庭活动、节日、假期、季节性的工作或学校的经验）。在此期间内，患者应该呈现一致的、日复一日的，以他们所渴望的性别角色来渡过所有的生活情境。这还包括向伙伴、家人、朋友、和小区成员（例如，在学校、工作、其它的场合）出柜。

健康专业人员应该清楚地在病历上记载，有关患者在性别角色上的体验，针对准备进行生殖器手术的患者，则必须包括以全时间生活的开始日期。在某些情况下，如果有必要，健康专业人员可能会要求达到此标准的验证：他们可能会联系与患者有关联的某些人，患者乃是以与认同一致的性别角色和他们交往，或者要求提出已经变更法定姓名和/或性别注记的档，如果适用的话。

精神病症状和其它的重大心理疾病患者的手术治疗

當性别不安患者同時也被診斷出嚴重的精神疾病，並且在現實感的測驗上出現損害（例如，精神病發作、雙極型疾患、解離性身份疾患、邊緣型人格障礙），在考慮手術之前，必須使用精神藥物和/或心理治療來盡力地改善這些狀況。在手術之前，應該要聯絡具有資格進行衡鑑和處理精神症狀的心理健康專業人員，他們必須要對患者進行複檢，並且說明患者的精神狀態，以及對於進行手術的準備。理想上，心理健康專業人員必須熟悉患者。當患者仍處於精神症狀的活躍狀態之下，乃是不應該進行任何的手術治療(De Cuypere & Vercruyse, 2009)。

进行乳房/胸部或生殖器手术时，外科医师应具备的能力

执行性别不安之手术治疗的外科医师，应该是泌尿科医生、妇科医生、整形外科医生、或是一般的外科医生，并且经过相关的国家级和/或地区级协会的认证。外科医生应该具备生殖器重建技术的特殊专长，以及在经验丰富的外科医生之下接受监督训练。即使

是经验丰富的外科医生，仍必须乐意接受同侪对于手术技巧的检视。官方审计的手术结果和结果的公布，能够为进行转介的健康专业人员及患者带来更大的保证。外科医生应该定期参加新型的手术技术的专业会议。通常患者乃是有效地利用网络，分享他们与外科医生及他们的团队的经验。

理想上，外科医生应该熟知一个以上的生殖器重建手术的技术，使他们对患者提供咨询时，能够帮助每个人选择最理想的技术。或者，如果外科医生只熟练一种技术，而且此手术不适合患者或不被患者所接受，医生应该告知患者其它的手术方式，并且转介至其它合适的外科医生。

乳房/胸部手术的技术和并发症

虽然乳房/胸部的外观是很重要的第二性征，但是乳房的存在或大小，并不涉及性和性别的法律定义，而且对生育而言，并不是必要的。为治疗性别不安而进行乳房/胸部手术，应该如同展开荷尔蒙治疗般地谨慎，因为此二者都会对身体产生相对不可逆的改变。

MtF患者的隆乳手术（有时也被称为“胸部重建手术”），与天生的女性患者的手术程序并无差别。通常是透过植入乳房假体的方式，偶尔使用脂肪填充技术。在MtF患者的隆乳手术当中，感染和关节囊（荚膜）纤维化⁸¹是罕见的并发症(Kanhai, Hage, Karim, & Mulder, 1999)。

针对FtM患者则可以使用乳房切除手术，或“男性胸廓整形手术”⁸²。对于许多FtM患者而言，这是唯一会进行的手术。因为切除乳房组织时会同时切除皮肤，必须知会患者此将会造成疤痕的增生。皮下乳房切除手术的并发症，包括乳头坏死、胸部轮廓不规则、和难看的疤痕(Monstrey et al., 2008)。

生殖器手术的技术和并发症

MtF患者的生殖器手术，可能包括的睾丸切除手术、阴茎切除手术、阴道成形手术、以及阴唇整形手术。技术包括进行阴茎皮瓣的翻转、带血管蒂之S型乙状结肠及皮肤的移植来再造人工的阴道。除了创造出具有功能的阴道和可接受的美容效果之外，性的敏感度在阴道成形手术当中，乃是一个重要的目标。

81 英文原文- capsular fibrosis.

82 英文原文- male chest contouring.

MtF患者的生殖器手术的手术并发症，可能包括阴道和阴唇的完全或部分的坏死、造成从膀胱或肠道进入阴道的瘘管、尿道狭窄、对于性交而言，阴道过短或过小。虽然外科手术所重建的阴道已经具备优异的功能和美观，但是在此手术下所造成的性高潮障碍，已经有相关的报导，并且为了达到美容的效果，必须进行第二阶段的阴唇整形手术（Klein & Gorzalka, 2009; Lawrence, 2006）。

FtM患者的生殖器手术可能包括子宫切除手术、卵巢切除手术（输卵管卵巢切除术⁸³）、阴道切除手术、阴核释出手术、阴囊成形手术、尿道成形手术、睾丸假体的植入手术、以及阴茎成形手术。

对于之前没有进行过腹部手术的患者，建议使用腹腔镜技术来进行子宫切除手术和输卵管卵巢切除手术，以避免产生下腹部的疤痕。进入阴道可能较为困难，因为大多数患者是未产妇，而且往往没有经历过插入式的阴道性交。目前已经有各式各样的阴茎成形手术的操作技术。技术的选择可能会受限于解剖结构或外科手术的注意事项，以及客户的经济考虑。如果阴茎成形手术的目标是有良好外观的人工阴茎、站立排尿、性感觉、和/或性交能力，则应该要明确的告知患者将会经历到数个不同的手术阶段，以及技术上常见的困难，而此可能需要额外的手术。即使是阴蒂阴茎化之类的手术，在理论上属于一个阶段的小阴茎重建的步骤，但是往往需要一个以上的手术操作。运用这类型的手术方式，并不总是能够确保达到站立排尿的目的（Monstrey et al., 2009）。

FtM患者的阴茎成形手术的并发症，可能包括常见的尿路狭窄和瘘管，以及偶尔之人工阴茎的坏死。阴核释出手术常造成小阴茎，而且无法站立排尿。阴茎成形手术，需要使用带蒂或带血管的皮瓣，此乃是一个漫长、多阶段的程序，而且有显着的发病率，包括常见的泌尿系统并发症及不可避免的供皮区域的疤痕。基于这个原因，许多FtM患者，从未接受子宫切除手术和输卵管卵巢切除手术以外的生殖器手术（Hage & De Graaf, 1993）。

然而，即使患者出现严重的手术并发症，却很少会后悔接受此类型的手术。借着重复出现的研究结果，发现手术结果的质量是整体性别重置效果的最佳预测因子之一，由此可知手术的重要性（Lawrence, 2006）。

其它的手术治疗

其它能够协助身体女性化的手术，包括甲状软骨缩小手术（减少“亚当的苹果”⁸⁴）、嗓音调整手术、腰部抽脂整形手术（轮廓成形）、隆鼻手术（鼻型校正）、脸部削骨、脸部拉皮、和眼皮拉皮术（眼皮回春）。其它能够协助身体男性化的手术，包括抽脂手术、

83 英文原文- salpingoophorectomy。

84 译注：亚当的苹果（Adam's apple），意指男性的喉结。

脂肪填充手术、和胸部植入手术。为获得更低沉的声音而进行嗓音手术是罕见的，但是在某些情况下乃是适用的，例如当荷尔蒙治疗无法产生效果时。

虽然这些手术并不需要经由心理健康专业人员的转介，但是这类型的专业人员可以扮演重要的角色，能够协助个案针对手术的时间和影响，在充分知情下作出决定，以及在社会转换的情境下进行这些手术。

虽然这类型的手术大多是标示着“纯粹的美容手术”，但是对于严重性别不安的患者而言，这类型的手术可以被视为有医疗上的必要，此乃取决于病患独特的临床状况和社会处境。这个模糊性乃是反映出临床的真实情况，并且对于这类型的手术需求和想望，允许做出个别的决定。

第十二章 术后的照护与追踪

在进行性别不安的手术治疗之后，长期的术后照护与追踪乃是与良好的手术及社会心理的结果有关 (Monstrey et al., 2009)。术后追踪对于患者后续的身体和心理健康，以及在增加外科医师对于手术的效益和限制的知识上，乃是非常地重要。外科医生对于来自远方的患者进行手术时，必须将后续追踪涵盖在他们的照护计划当中，并且尽量地确保在患者的所在地，乃是可以获得负担得起的长期之术后照护服务。

有些患者在接受手术之后，可能会拒绝专业服务提供者的后续追踪，包括荷尔蒙处方医生（为患者提供荷尔蒙治疗），而没有认知到对于进行荷尔蒙和手术治疗的患者而言，这些提供者往往是最能够预防、诊断、和治疗独特的医疗状况。后续追踪的需求，同样地也延伸至心理健康专业人员，相较于其它的专业人员，他们可能已经花了较长的时间与病人相处，因此，在术后任何的适应困难上，乃是位于一个最能够提供协助的最佳位置上。健康专业人员应该要向他们的患者强调术后追踪的重要性，并且提供持续的照护服务。

患者在接受手术之后，应该要依据他们的年龄所建议的指引，接受定期的医疗筛检。此在下一个章节中会进行详细的讨论。

第十三章 终身预防与基层医疗照护

变性者、跨性别者、和非性别常规者乃需要终身的健康照护服务。例如，在相对年轻的年龄时，已经进行生殖器手术和/或接受长期且大量的荷尔蒙治疗，为了避免负面的继发效应，患者乃需要在基层保健和跨性别健康上有经验的提供者，给予医疗上的照护服务。假使所有的服务无法由单一的提供者提供，则所有提供服务的人必须要进行持续的沟通。

基层医疗照护和健康维护的问题，应该在为了减轻性别不安而进行任何可能之性别角色的改变和介入治疗之前、在此期间当中、及之后，得到妥善地处理。尽管荷尔蒙的提供者和外科医生，在预防保健上扮演着重要的角色，然而，针对整体的健康照护需求而言，每一位变性者、跨性别者、和非性别常规者仍应该要有基层医疗照护的提供者的陪伴（Feldman, 2007）。

一般的预防保健

为社会大众所发展的筛检指引是适用于身体器官系统，此乃较不会受到女性化/男性化荷尔蒙治疗的影响。然而，在某些范畴上，例如心血管疾病的危险因子、骨质疏松症、和某些癌症（乳癌、子宫颈癌、卵巢癌、子宫癌、和前列腺癌），若使用一般的指引来筛检接受荷尔蒙治疗的个体时，可能会高估或低估其成本效益。

针对接受女性化/男性化荷尔蒙治疗的患者，有些资源提供了详细的基层医疗方案，包括性别重建手术的术后治疗（跨性别健康中心，加州大学旧金山分校（UCSF），2011；Feldman & Goldberg, 2006；Feldman, 2007；Gorton, Buth, & Spade, 2005）。临床医生应该参考以证据为基础的国家级指引，以及根据荷尔蒙治疗在患者之基准线风险上的影响，并且和他们讨论筛检的结果。

癌症筛检

对于变性者、跨性别者、和非性别常规者，以及他们的健康照护提供者而言，与性相关的器官系统的癌症筛检，将会面临特别的医疗和心理上的挑战。

由于缺乏大规模的前瞻性研究，因此对于此类型的群体，照护提供者不太可能有足够的证据来决定癌症筛检的适当类型和频率。

过度的筛检将造成较高的健康照护的成本、以及较高的伪阳性比率，而且往往是不必要的暴露于辐射和/或诊断的介入措施，例如活组织的切片检查。然而，不足的筛检将会导致潜在可治疗之癌症的延迟诊断。

患者会发现在癌症筛检的过程，需要面临性别的确认（例如当MtF患者进行乳房X光检查时）或是同时遭受到肉体和精神上的痛苦（例如当FtM患者接受持续性的子宫颈抹片检查）。

泌尿与生殖系统的保健

同时对于两个性别的变性者、跨性别者、和非性别常规者而言，妇科照护可能是必要的。在FtM患者的群体当中，此类型的照护主要是针对没有进行生殖器手术的患者。在MtF患者的群体当中，进行生殖器手术之后乃是需要这类型的照护。虽然许多外科医生为患者提供术后之泌尿与生殖的保健，但是，基层照护医师和妇科医生，也应该要熟悉这类型群体之特殊的生殖器问题。

所有的MtF患者应该接受有关生殖器卫生、性学、和预防性传染疾病的咨询；对于接受生殖器手术的患者，也应要告知需要定期地进行阴道扩张或插入式性交，以便维持阴道的深度和宽度（van Trotsenburg, 2009）。因为男性的骨盆、人工阴道的轴度和尺寸，相较于自然的阴道，乃是有解剖结构上的显着差异。如果MtF患者和他们的伴侣并不理解上述的状况，此解剖上的差异将会对性交造成影响(van Trotsenburg, 2009)。

下尿路感染经常发生在接受手术的MtF患者身上，导因于重建手术所造成的尿道缩短。此外，这些患者可能常困扰于下尿路的功能障碍；这种疾病可能是因为在直肠和膀胱之间进行分割的过程中，损坏了膀胱下壁的自主神经系统，以及膀胱本身的位置改变所造成的结果。膀胱的功能障碍（如膀胱过动症⁸⁵，压力或急迫性尿失禁）可能会在性别重建手术之后发生(Hoebeke et al., 2005; Kuhn, Hildebrand, & Birkhauser, 2007)。

大多数的FtM患者并没有进行阴道切除手术。虽然当患者接受男性化荷尔蒙的治疗时，睾酮有可能会转变为雌激素，但是仍能够规则地观察到阴道衬里的萎缩，并且可能导致瘙痒或灼热感。

85 英文原文- overactive bladder.

进行检查将会带来肉体和精神上的痛苦，但是，缺乏治疗又可能导致状况的严重恶化。妇科医生在处理FtM患者有关生殖器的抱怨时，应该要保持敏感度，意识到男性的性别认同和阳刚的性别展现的患者，可能具有典型的女性生殖器官。

第十四章 照护准则在机构住民的适用性

SOC乃适用于全体的变性者、跨性别者、和非性别常规者，不论他们的居住状况为何。人们不应该因着他们的居住地，包括，例如监狱或长期/中期的健康照护机构，而遭受到无法获取适当健康照护的歧视（Brown, 2009）。对于居住在机构环境中的变性者、跨性别者、和非性别常规者，应该比照假使是居住于相同小区的非机构环境中，最适合的健康照护方式。

SOC所描述的衡鉴和治疗方式，都可以提供给机构的住民参考使用。不可以因为机构的制度或居住的管理，而造成无法获取必要的医疗（Brown, 2009）。如果直接或间接受雇于该机构的健康专业人员，无法进行性别不安的衡鉴和/或治疗时，应该向拥有此特别之健康照护知识的外界专家进行咨询。机构中的性别不安者也可能出现共存的心理健康状况（Cole et al., 1997）。这些状况应该被适当地衡鉴和治疗。

当人们进入机构时，若在此之前已经接受了荷尔蒙治疗，就应该要持续地提供相同或相似的治疗，并且根据SOC来予以监控。在大多数的情况下，“冻结措施”并不是适当的照护方法(Kosilek v. Massachusetts Department of Corrections/Maloney, C.A. No. 92-12820-MLW, 2002)。适合接受荷尔蒙治疗的性别不安者，应该要展开这类型的治疗(SOC)。当存在医疗的必要性，却突然中断荷尔蒙的使用，或是没有展开荷尔蒙治疗的后果，乃是包括极大的负面结果，例如自我阉割的手术、忧郁情绪、烦躁不安，和/或自杀的倾向(Brown, 2010)。

可以在提供与SOC一致的医疗服务的前提下，针对机构环境来进行合理的调整，假使如此的调整，并不会损害到性别不安者所需要的医疗照护。一个属于合理调整的例子是在使用针剂注射荷尔蒙的情况下，假使没有医疗上的禁忌，转换为口服制剂是非常可行的作法（Brown, 2009）。因着居住在机构的环境，而否定其改变性别角色或获得治疗的需求，包括性别重建手术，此在SOC的标准下，并不属于合理的调整（Brown, 2009）。

对于居住在机构之变性者、跨性别者、和非性别常规者的住房、淋浴间/浴室设施，应该考虑他们的性别认同和角色、身体状况、尊严、以及人身安全。只根据外生殖器官的外

观，而安置于单一性别的住房单位、房间、或床位，可能并不恰当，而且有可能将个人至于遭受侵害的风险之下(Brown, 2009)。

变性者、跨性别者、和非性别常规者所居住且在其中获得医疗照护的机构，应该对于机构中的容忍度和正向的气氛进行监测，以便确保住民不会遭受到工作人员或其它住民的攻击。

第十五章 照护准则在性发展障碍者的适用性

专门术语

性发展障碍⁸⁶是指发展出非典型之生殖系统的生理状况 (Hughes, Houk, Ahmed, Lee, & LWPES1/ESPE2 Consensus Group, 2006)。DSDs包括通常被称为间性人⁸⁷的状态。尽管在2005年的国际会议上，已经达成将此术语变更为DSD的共识 (Hughes et al., 2006)，但是，在术语的使用上依然存在着分歧。

有人强烈地反对“障碍”⁸⁸的标签，并且将此先天的状况视为一种多样性的展现 (Diamond, 2009)，以及持续地使用双性人的术语。WPATH在SOC当中使用此DSD的术语时，乃是秉持着客观和价值中立的态度，以及为了达到使健康专业人员认识此医学上的术语，并且使用它来获取与此领域相关之文献的目的。WPATH对于新兴的术语保持着开放的态度，当它能够更进一步地阐明多样化群体成员的经验，并且促进健康照护的获取及供应。

86 英文原文- disorder of sex development (DSD) 。

87 译注：「intersex」或「intersexuality」翻译为间性人或双性人，别名阴阳人。此取代了过去带有歧视的雌雄同体 (hermaphrodite) 一词。Curtis E. Hinkle 于2003年创立Organization Intersex International (OII)，台湾的丘爱芝 (Hiker Chiu) 于2008年将此原文网站，创制「国际中文版」(<http://www.oiic.tw/>)，定名为「国际阴阳人组织」，并说明使用此词的原由：「阴阳人」的概念清楚且易于认知；阴阳两字在东方文化中是宇宙的起源，是一种动态自然平衡之道，也恰好描述阴阳人性别的动态变化实况，较之局限在二元性别概念中的雌雄同体、两性人、双性人，更具多元性别的意义与空间。第三，有意颠覆原本污名的用意，让最受污名的阴阳人一词去污名化。

88 译注：「disorder」常翻译为障碍、疾患、症。

添加至SOC的理由

在此之前，DSD者虽然也符合DSM-IV-TR之性别认同障碍的诊断标准（美国精神病学协会，2000年），但是，却被排除在此诊断之外。相反地，它们被归类为“未分类之性别认同障碍”⁸⁹。同时也被排除在WPATH的照护标准之外。

目前的DSM-5 (www.dsm5.org) 草案以性别不安一词取代性别认同障碍。此外，DSM的改变在于认为伴随DSD的性别不安患者，乃是属于性别不安的亚型。这个草案的分类 – 明确地区分性别不安者伴随或未伴随DSD – 这乃是正确的：因为伴随DSD的患者，在性别不安的现象学表现、流行病学、生命历程、病因上是有所差异的 (Meyer-Bahlburg, 2009)。DSD和性别不安的成年人，逐渐受到健康专业人员的关注。因此，这个版本的SOC当中，包含着对于他们的照顾的简短讨论。

健康史的注意事项

健康专业人员在协助同时属于DSD及性别不安的患者时，需要注意到此类型患者所发展出的医学状况，乃是截然不同于没有伴随DSD的患者。

有些人被确定诊断为DSD，乃是在出生时观察到出现非典型性别的生殖器官。（越来越多的观察是藉由产前胎儿超音波影像的扫描）。这些婴儿将会进行广泛的医疗诊断的程序。在完成家庭与健康专业人员的咨询之后—在此咨询的过程中，乃是针对具体的诊断、生理和荷尔蒙的发现、以及从与长期结果有关的研究中所获取的回馈进行考虑 (Cohen-Kettenis, 2005; Dessens, Slijper, & Drop, 2005; Jurgensen, Hiort, Holterhus, & Thyen, 2007; Mazur, 2005; Meyer-Bahlburg, 2005; Stikkelenbroeck et al., 2003; Wisniewski, Migeon, Malouf, & Gearhart, 2004) —新生儿将被指定一个性别，无论是男性，还是女性。

其它的DSD患者，大约是在青春期的阶段开始受到健康专业人员的关注，此乃是经由观察到第二性征之非典型的发展。此观察结果也需要进行特定的医疗评估。

DSD的类型和症状的严重程度，对于个人最初的性别指定、随后的生殖器手术、以及其它的医疗与心理社会照护的决定上，造成显着的影响 (Meyer-Bahlburg, 2009)。例如，DSD患者在产前暴露于雄性荷尔蒙的程度，乃是与性别相关之行为（亦即，性别角色和展现）的阳刚程度有关联性，但是，只有中等程度的相关，并且产前暴露于雄性荷尔蒙所造成的行为变化，仍然是不明确的 (Jurgensen et al., 2007; Meyer-Bahlburg,

⁸⁹ 译注：英文原文– Gender Identity Disorder – Not Otherwise Specified，通常无法归类于任一特定性别认同障碍的诊断者，则可使用此诊断分项。

Dolezal, Baker, Ehrhardt, & New, 2006)。值得注意的是，产前暴露于荷尔蒙与性别认同的关联性，并没有得到证实（例如，Meyer-Bahlburg et al., 2004）。这乃是强调了一个事实，即使是具有相同的（核心的）性别认同的人，在阳刚程度和性别相关的行为上，仍是有极大的差异。

性发展障碍者之性别不安的衡鉴与治疗

DSD患者在尚未被诊断出DSD之前，就先一步确诊为性别不安，乃是非常地罕见。即便如此，DSD的诊断通常是显而易见的一透过适当的疾病史和基本的生理检查—此二者都是性别不安之荷尔蒙治疗或手术的医疗评估中的一部分。心理健康专业人员应该要求性别不安的个案进行身体检查，尤其是当他们近日都没有基层医疗（或其它的健康照护）的就医纪录。

大多数的DSD患者是先天性的生殖器官不明，但是，却没有发展成为性别不安（例如，Meyer-Bahlburg et al., 2004; Wisniewski et al., 2004）。然而，有些DSD患者会发展成慢性的性别不安，甚至改变他们在出生时的指定性别和/或他们的性别角色（Meyer-Bahlburg, 2005; Wilson, 1999; Zucker, 1999）。如果有持续和强烈地出现性别不安的迹象，经由熟练于性别不安之衡鉴与治疗的临床医生所进行之综合性评估，乃是不可或缺的，而且不论病人的年龄为何。针对DSD的状况，已经出版了关于衡鉴和性别不安之治疗决定的详细建议（Meyer-Bahlburg, in press）。唯有经过彻底的衡鉴之后，才能够朝着改变患者出生之指定性别或性别角色的方向迈进。

临床医生在帮助这类型的患者减轻性别不安时，所采取的治疗方案可以从照护非DSD患者当中得到启示（Cohen-Kettenis, 2010）。但是，治疗的标准（例如，年龄、以所欲求之性别角色生活的持续期间）通常不是例行地套用在DSD患者的身上；标准乃是根据患者特殊的情况而定（Meyer-Bahlburg, in press）。在DSD的情况下，出生之指定性别和性别角色的改变，可以在上小学以前的年龄和成年中期之间的任何年龄当中进行。即使是生殖器手术，这类型的患者可能比非DSD的性别认同障碍者更早完成，假使这个手术是经由合理的诊断、根据有关性别认同的症状和严重度的预后、以及基于患者的愿望。

这些在治疗上出现差异的原因之一，乃是DSD患者在婴儿期和青春期进行生殖器手术是很常见的。早已存在着不孕的可能性，此起因于无论是早期的性腺发展障碍、或是因为恶性肿瘤的风险而进行性腺切除手术。即便如此，唯有当出现长期之非典型的性别行为，以及产生性别不安状，和或抱持着想要改变自己的性别角色的强烈欲望，并且持续了相当长的一段时间，才能够建议DSD患者，完整地进行另一个性别角色的社会转换。达到DSM-5之性别不安的诊断，需要持续六个月的期间呈现出全部的症状表现（Meyer-Bahlburg, in press）。

其它的资源

对于DSD患者而言，与性别相关的疾病史往往是很复杂的。他们的疾病史可能包括种类繁多的先天遗传、内分泌、和非典型的身体型态，以及各种荷尔蒙、手术、和其它的医疗。出于这个原因，对于这类型的患者，需要考虑许多其它的心理社会和医疗照护的议题，不论性别不安是否存在。这些需要考虑的议题乃是超出了SOC所能够覆盖的范围。有兴趣的读者可以参考现有的出版物（例如，Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2003; Meyer-Bahlburg, 2002, 2008）。有些家属和患者也认为接受谘商或参与小区支持团体，乃是有帮助的。

关于DSD患者的治疗，有一个非常重要的医学文献。其中大部分的文章是由小儿内分泌科和泌尿外科当中，具有高水平程度的专家所完成，并且加上专门的心理健康专业人员的投入，特别是专精于性别的领域。针对一般的DSD (Hughes et al., 2006) 和特定的先天性肾上腺皮质增生症⁹⁰ (Joint LWPES/ESPE CAH Working Group et al., 2002; Speiser et al., 2010)，最近的国际共识会议已经完成了以证据为基础的照护准则（包括性别议题和生殖器手术）。其它的资源则是针对一般的DSD (Meyer-Bahlburg & Blizzard, 2004) 和选择某些症候群，例如46, XXY (Simpson et al., 2003) 的研究需求。

90 英文原文- Congenital Adrenal Hyperplasia.



参考文献

Abramowitz, S. I. (1986). Psychosocial outcomes of sex reassignment surgery. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(2), 183–189.
doi:10.1037/0022-006X.54.2.183

ACOG Committee of Gynecologic Practice. (2005). Committee opinion #322: Compounded bioidentical hormones. *Obstetrics & Gynecology*, 106(5), 139–140.

Adler, R. K., Hirsch, S., & Mordaunt, M. (2006). Voice and communication therapy for the transgender/transsexual client: A comprehensive clinical guide. San Diego, CA: Plural Pub.

American Academy of Family Physicians. (2005). Definition of family medicine. Retrieved from <http://www.aafp.org/online/en/home/policy/policies/fammeddef.html>

American Medical Association. (2008). Resolution 122 (A-08). Retrieved from <http://www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/471/122.doc>

American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.

American Speech-Language-Hearing Association. (2011). Scope of practice. Retrieved from www.asha.org

- Anton, B. S. (2009). Proceedings of the American Psychological Association for the legislative year 2008: Minutes of the annual meeting of the council of representatives, February 22–24, 2008, Washington, DC, and August 13 and 17, 2008, Boston, MA, and minutes of the February, June, August, and December 2008 meetings of the board of directors. *American Psychologist*, 64, 372–453. doi:10.1037/a0015932
- Asschelman, H., Giltay, E. J., Megens, J. A. J., de Ronde, W., van Trotsenburg, M. A. A., & Gooren, L. J. G. (2011). A long-term follow-up study of mortality in transsexuals receiving treatment with cross-sex hormones. *European Journal of Endocrinology*, 164(4), 635–642. doi:10.1530/EJE-10-1038
- Baba, T., Endo, T., Honnma, H., Kitajima, Y., Hayashi, T., Ikeda, H., . . . Saito, T. (2007). Association between polycystic ovary syndrome and female-to-male transsexuality. *Human Reproduction*, 22(4), 1011–1016. doi:10.1093/humrep/del474
- Bakker, A., Van Kesteren, P. J., Gooren, L. J., & Bezemer, P. D. (1993). The prevalence of transsexualism in the Netherlands. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87(4), 237–238. doi:10.1111/j.1600-0447.1993.tb03364.x
- Balen, A. H., Schachter, M. E., Montgomery, D., Reid, R. W., & Jacobs, H. S. (1993). Polycystic ovaries are a common finding in untreated female to male transsexuals. *Clinical Endocrinology*, 38(3), 325–329. doi:10.1111/j.1365-2265.1993.tb01013.x
- Basson, R. (2001). Towards optimal hormonal treatment of male to female gender identity disorder. *Journal of Sexual and Reproductive Medicine*, 1(1), 45–51.
- Basson, R., & Prior, J. C. (1998). Hormonal therapy of gender dysphoria: The male-to-female transsexual. In D. Denny (Ed.), *Current concepts in transgender identity* (pp. 277–296). New York, NY: Garland.
- Benjamin, H. (1966). *The transsexual phenomenon*. New York, NY: Julian Press.
- Besnier, N. (1994). Polynesian gender liminality through time and space. In G. Herdt (Ed.), *Third sex, third gender: Beyond sexual dimorphism in culture and history* (pp. 285–328). New York: Zone Books.
- Bockting, W. O. (1999). From construction to context: Gender through the eyes of the transgendered. *Siecus Report*, 28(1), 3–7.
- Bockting, W. O. (2008). Psychotherapy and the real-life experience: From gender dichotomy to gender diversity. *Sexologies*, 17(4), 211–224. doi:10.1016/j.sexol.2008.08.001
- Bockting, W. O., & Coleman, E. (2007). Developmental stages of the transgender coming out process: Toward an integrated identity. In R. Ettner, S. Monstrey & A. Eyler (Eds.), *Principles of transgender medicine and surgery* (pp. 185–208). New York, NY: The Haworth Press.
- Bockting, W. O., & Goldberg, J. M. (2006). Guidelines for transgender care (Special issue). *International Journal of Transgenderism*, 9(3/4).

- Bockting, W. O., Knudson, G., & Goldberg, J. M. (2006). Counseling and mental health care for transgender adults and loved ones. *International Journal of Transgenderism*, 9(3/4), 35–82. doi:10.1300/J485v09n03_03
- Bolin, A. (1988). In search of Eve (pp. 189–192). New York, NY: Bergin & Garvey.
- Bolin, A. (1994). Transcending and transgendering: Male-to-female transsexuals, dichotomy and diversity. In G. Herdt (Ed.), *Third sex, third gender: Beyond sexual dimorphism in culture and history* (pp. 447–486). New York, NY: Zone Books.
- Bornstein, K. (1994). *Gender outlaw: On men, women, and the rest of us*. New York, NY: Routledge.
- Bosinski, H. A. G., Peter, M., Bonatz, G., Arndt, R., Heidenreich, M., Sippell, W. G., & Wille, R. (1997). A higher rate of hyperandrogenic disorders in female-to-male transsexuals. *Psychoneuroendocrinology*, 22(5), 361–380. doi:10.1016/S0306-4530(97)00033-4
- Brill, S. A., & Pepper, R. (2008). *The transgender child: A handbook for families and professionals*. Berkeley, CA: Cleis Press.
- Brown, G. R. (2009). Recommended revisions to The World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care section on medical care for incarcerated persons with gender identity disorder. *International Journal of Transgenderism*, 11(2), 133–139. doi:10.1080/15532730903008073
- Brown, G. R. (2010). Autocastration and autopenectomy as surgical self-treatment in incarcerated persons with gender identity disorder. *International Journal of Transgenderism*, 12(1), 31–39. doi:10.1080/15532731003688970
- Bullough, V. L., & Bullough, B. (1993). *Cross dressing, sex, and gender*. Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Press.
- Callen Lorde Community Health Center. (2000). Transgender health program protocols. Retrieved from http://www.callen-lorde.org/documents/TG_Protocol_Request_Form2.pdf
- Callen Lorde Community Health Center. (2011). Transgender health program protocols. Retrieved from http://www.callen-lorde.org/documents/TG_Protocol_Request_Form2.pdf
- Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists. (n.d.). CASLPA clinical certification program. Retrieved from <http://www.caslpa.ca/>
- Carew, L., Dacakis, G., & Oates, J. (2007). The effectiveness of oral resonance therapy on the perception of femininity of voice in male-to-female transsexuals. *Journal of Voice*, 21(5), 591–603. doi:10.1016/j.jvoice.2006.05.005
- Carnegie, C. (2004). Diagnosis of hypogonadism: Clinical assessments and laboratory tests. *Reviews in Urology*, 6(Suppl 6), S3–8.

- Cattrall, F. R., & Healy, D. L. (2004). Long-term metabolic, cardiovascular and neoplastic risks with polycystic ovary syndrome. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 18(5), 803–812. doi:10.1016/j.bpbogyn.2004.05.005
- Center of Excellence for Transgender Health, UCSF. (2011). Primary care protocol for transgender health care. Retrieved from <http://transhealth.ucsf.edu/trans?page=protocol-00-00>
- Chiñas, B. (1995). Isthmus Zapotec attitudes toward sex and gender anomalies. In S. O. Murray (Ed.), Latin American male homosexualities (pp. 293–302). Albuquerque, NM: University of New Mexico Press.
- Clements, K., Wilkinson, W., Kitano, K., & Marx, R. (1999). HIV prevention and health service needs of the transgender community in San Francisco. *International Journal of Transgenderism*, 3(1), 2–17.
- Cohen-Kettenis, P. T. (2001). Gender identity disorder in DSM? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(4), 391–391. doi:10.1097/00004583-200104000-00006
- Cohen-Kettenis, P. T. (2005). Gender change in 46,XY persons with 5 -reductase-2 deficiency and 17 -hydroxysteroid dehydrogenase-3 deficiency. *Archives of Sexual Behavior*, 34(4), 399–410. doi:10.1007/s10508-005-4339-4
- Cohen-Kettenis, P. T. (2006). Gender identity disorders. In C. Gillberg, R. Harrington & H. C. Steinhausen (Eds.), *A clinician's handbook of child and adolescent psychiatry* (pp. 695–725). New York, NY: Cambridge University Press.
- Cohen-Kettenis, P. T. (2010). Psychosocial and psychosexual aspects of disorders of sex development. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 24(2), 325–334. doi:10.1016/j.beem.2009.11.005
- Cohen-Kettenis, P. T., & Kuiper, A. J. (1984). Transseksualiteit en psychotherapie. *Tijdschrift Voor Psychotherapie*, 10, 153–166.
- 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(1), 41–53. doi:10.1023/A:1021769215342
- Cohen-Kettenis, P. T., & Pfäfflin, F. (2003). *Transgenderism and intersexuality in childhood and adolescence: Making choices*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Cohen-Kettenis, P. T., & Pfäfflin, F. (2010). The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in adolescents and adults. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 499–513. doi:10.1007/s10508-009-9562-y

- Cohen-Kettenis, P. T., Schagen, S. E. E., Steensma, T. D., de Vries, A. L. C., & Delemarre-van de Waal, H. A. (2011). Puberty suppression in a gender-dysphoric adolescent: A 22-year follow-up. *Archives of Sexual Behavior*, 40(4), 843–847. doi:10.1007/s10508-011-9758-9
- Cohen-Kettenis, P. T., Wallien, M., Johnson, L. L., Owen-Anderson, A. F. H., Bradley, S. J., & Zucker, K. J. (2006). A parent-report gender identity questionnaire for children: A cross-national, cross-clinic comparative analysis. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 11(3), 397–405. doi:10.1177/1359104506059135
- Cole, C. M., O'Boyle, M., Emory, L. E., & Meyer III, W. J. (1997). Comorbidity of gender dysphoria and other major psychiatric diagnoses. *Archives of Sexual Behavior*, 26(1), 13–26.
- Coleman, E. (2009a). Toward version 7 of the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care. *International Journal of Transgenderism*, 11(1), 1–7. doi:10.1080/15532730902799912
- Coleman, E. (2009b). Toward version 7 of the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care: Psychological assessment and approaches to treatment. *International Journal of Transgenderism*, 11(2), 69–73. doi:10.1080/15532730903008008
- Coleman, E. (2009c). Toward version 7 of the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care: Hormonal and surgical approaches to treatment. *International Journal of Transgenderism*, 11(3), 141–145. doi:10.1080/15532730903383740
- Coleman, E. (2009d). Toward version 7 of the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care: Medical and therapeutic approaches to treatment. *International Journal of Transgenderism*, 11(4), 215–219. doi:10.1080/15532730903439450
- Coleman, E., Colgan, P., & Gooren, L. (1992). Male cross-gender behavior in Myanmar (Burma): A description of the assault. *Archives of Sexual Behavior*, 21(3), 313–321.
- Costa, L. M., & Matzner, A. (2007). *Male bodies, women's souls: Personal narratives of Thailand's transgendered youth*. Binghamton, NY: Haworth Press.
- Currah, P., Juang, R. M., & Minter, S. (2006). *Transgender rights*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Currah, P., & Minter, S. (2000). Unprincipled exclusions: The struggle to achieve judicial and legislative equality for transgender people. *William and Mary Journal of Women and Law*, 7, 37–60.
- Dacakis, G. (2000). Long-term maintenance of fundamental frequency increases in male-to-female transsexuals. *Journal of Voice*, 14(4), 549–556. doi:10.1016/S0892-1997(00)80010-7

- Dahl, M., Feldman, J. L., Goldberg, J. M., & Jaber, A. (2006). Physical aspects of transgender endocrine therapy. *International Journal of Transgenderism*, 9(3), 111–134. doi:10.1300/J485v09n03_06
- Darney, P. D. (2008). Hormonal contraception. In H. M. Kronenberg, S. Melmer, K. S. Polonsky & P. R. Larsen (Eds.), *Williams textbook of endocrinology* (11th ed., pp. 615–644). Philadelphia: Saunders.
- Davies, S., & Goldberg, J. M. (2006). Clinical aspects of transgender speech feminization and masculinization. *International Journal of Transgenderism*, 9(3–4), 167–196. doi:10.1300/J485v09n03_08
- de Bruin, M. D., Coerts, M. J., & Greven, A. J. (2000). Speech therapy in the management of male-to-female transsexuals. *Folia Phoniatrica Et Logopaedica*, 52(5), 220–227.
- De Cuypere, G., T'Sjoen, G., Beerten, R., Selvaggi, G., De Sutter, P., Hoebeke, P., . . . Rubens, R. (2005). Sexual and physical health after sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior*, 34(6), 679–690. doi:10.1007/s10508-005-7926-5
- De Cuypere, G., Van Hemelrijck, M., Michel, A., Caraël, B., Heylens, G., Rubens, R., . . . Monstrey, S. (2007). Prevalence and demography of transsexualism in Belgium. *European Psychiatry*, 22(3), 137–141. doi:10.1016/j.eurpsy.2006.10.002
- De Cuypere, G., & Vercruyse, H. (2009). Eligibility and readiness criteria for sex reassignment surgery: Recommendations for revision of the WPATH standards of care. *International Journal of Transgenderism*, 11(3), 194–205. doi:10.1080/15532730903383781
- Delemarre-van de Waal, H. A., & Cohen-Kettenis, P.T. (2006). Clinical management of gender identity disorder in adolescents: A protocol on psychological and paediatric endocrinology aspects. *European Journal of Endocrinology*, 155(Suppl 1), S131–S137. doi:10.1530/eje.1.02231
- Delemarre-van de Waal, H. A., van Weissenbruch, M. M., & Cohen Kettenis, P. T. (2004). Management of puberty in transsexual boys and girls. *Hormone Research in Pediatrics*, 62(Suppl 2), 75–75. doi:10.1159/000081145
- de Lignières, B. (1999). Oral micronized progesterone. *Clinical Therapeutics*, 21(1), 41–60. doi:10.1016/S0149-2918(00)88267-3
- Derrig-Palumbo, K., & Zeine, F. (2005). *Online therapy: A therapist's guide to expanding your practice*. New York, NY: W.W. Norton.
- Dessens, A. B., Slijper, F. M. E., & Drop, S. L. S. (2005). Gender dysphoria and gender change in chromosomal females with congenital adrenal hyperplasia. *Archives of Sexual Behavior*, 34(4), 389–397. doi:10.1007/s10508-005-4338-5

- De Sutter, P. (2009). Reproductive options for transpeople: Recommendations for revision of the WPATH's standards of care. *International Journal of Transgenderism*, 11(3), 183–185. doi:10.1080/15532730903383765
- De Sutter, P., Kira, K., Verschoor, A., & Hotimsky, A. (2002). The desire to have children and the preservation of fertility in transsexual women: A survey. *International Journal of Transgenderism*, 6(3), retrieved from http://www.wpath.org/journal/www.iiav.nl/ezines/web/IJT/97-03/numbers/symposion/ijtvo06no03_02.htm
- Devor, A. H. (2004). Witnessing and mirroring: A fourteen stage model. *Journal of Gay and Lesbian Psychotherapy*, 8(1/2), 41–67.
- de Vries, A. L. C., Cohen-Kettenis, P. T., & Delemarre-van de Waal, H. A. (2006). Clinical management of gender dysphoria in adolescents. *International Journal of Transgenderism*, 9(3–4), 83–94. doi:10.1300/J485v09n03_04
- de Vries, A. L. C., Doreleijers, T. A. H., Steensma, T. D., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Psychiatric comorbidity in gender dysphoric adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Advance online publication. doi:10.1111/j.1469-7610.2011.02426.x
- de Vries, A. L. C., Noens, I. L. J., Cohen-Kettenis, P. T., van Berckelaer-Onnes, I. A., & Doreleijers, T. A. (2010). Autism spectrum disorders in gender dysphoric children and adolescents. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(8), 930–936. doi:10.1007/s10803-010-0935-9
- de Vries, A. L. C., Steensma, T. D., Doreleijers, T. A. H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2010). Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: A prospective follow-up study. *The Journal of Sexual Medicine*. Advance online publication. doi:10.1111/j.1743-6109.2010.01943.x
- Dhejne, C., Lichtenstein, P., Boman, M., Johansson, A. L. V., Langstrom, N., & Landen, M. (2011). Longterm follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: Cohort study in Sweden. *PLOS ONE*, 6(2), 1–8. doi:10.1371/journal.pone.0016885
- Diamond, M. (2009). Human intersexuality: Difference or disorder? *Archives of Sexual Behavior*, 38(2), 172–172. doi:10.1007/s10508-008-9438-6
- Di Ceglie, D., & Thümmel, E. C. (2006). An experience of group work with parents of children and adolescents with gender identity disorder. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 11(3), 387–396. doi:10.1177/1359104506064983

- Dobs, A. S., Meikle, A. W., Arver, S., Sanders, S. W., Caramelli, K. E., & Mazer, N. A. (1999). Pharmacokinetics, efficacy, and safety of a permeation-enhanced testosterone transdermal system in comparison with bi-weekly injections of testosterone enanthate for the treatment of hypogonadal men. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 84(10), 3469–3478. doi:10.1210/jc.84.10.3469
- Docter, R. F. (1988). Transvestites and transsexuals: Toward a theory of cross-gender behavior. New York, NY: Plenum Press.
- 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(1), 34–45. doi:10.1037/0012-1649.44.1.34
- Ehrbar, R. D., & Gorton, R. N. (2010). Exploring provider treatment models in interpreting the standards of care. *International Journal of Transgenderism*, 12(4), 198–2010. doi:10.1080/15532739.2010.544235
- Ekins, R., & King, D. (2006). The transgender phenomenon. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Eklund, P. L., Gooren, L. J., & Bezemer, P. D. (1988). Prevalence of transsexualism in the Netherlands. *British Journal of Psychiatry*, 152(5), 638–640.
- Eldh, J., Berg, A., & Gustafsson, M. (1997). Long-term follow up after sex reassignment surgery. *Scandinavian Journal of Plastic and Reconstructive Surgery and Hand Surgery*, 31(1), 39–45.
- Emerson, S., & Rosenfeld, C. (1996). Stages of adjustment in family members of transgender individuals. *Journal of Family Psychotherapy*, 7(3), 1–12. doi:10.1300/J085V07N03_01
- Emory, L. E., Cole, C. M., Avery, E., Meyer, O., & Meyer III, W. J. (2003). Client's view of gender identity: Life, treatment status and outcome. Paper presented at 18th Biennial Harry Benjamin Symposium, Gent, Belgium.
- Ettner, R., Monstrey, S., & Eyler, A. (Eds.) (2007). Principles of transgender medicine and surgery. Binghamton, NY: Haworth Press.
- Eyler, A. E. (2007). Primary medical care of the gender-variant patient. In R. Ettner, S. Monstrey & E. Eyler (Eds.), *Principles of transgender medicine and surgery* (pp. 15–32). Binghamton, NY: Haworth Press.
- Factor, R. J., & Rothblum, E. (2008). Exploring gender identity and community among three groups of transgender individuals in the United States: MtFs, FtMs, and genderqueers. *Health Sociology Review*, 17(3), 235–253.
- Feinberg, L. (1996). Transgender warriors: Making history from Joan of Arc to Dennis Rodman. Boston, MA: Beacon Press.
- Feldman, J. (2005, April). Masculinizing hormone therapy with testosterone 1% topical gel. Paper presented at the 19th Biennial Symposium of the Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association, Bologna, Italy.

- Feldman, J. (2007). Preventive care of the transgendered patient. In R. Ettner, S. Monstrey & E. Eyler (Eds.), *Principles of transgender surgery and medicine* (pp. 33–72). Binghamton, NY: Haworth Press.
- Feldman, J., & Goldberg, J. (2006). Transgender primary medical care. *International Journal of Transgenderism*, 9(3), 3–34. doi:10.1300/J485v09n03_02
- Feldman, J., & Safer, J. (2009). Hormone therapy in adults: Suggested revisions to the sixth version of the standards of care. *International Journal of Transgenderism*, 11(3), 146–182. doi:10.1080/15532730903383757
- Fenichel, M., Suler, J., Barak, A., Zelvin, E., Jones, G., Munro, K., . . . Walker-Schmucker, W. (2004). Myths and realities of online clinical work, observations on the phenomena of online behavior, experience, and therapeutic relationships. A 3rd-year report from ISMHO's clinical case study group. Retrieved from https://www.ismho.org/myths_n_realities.asp
- Fenway Community Health Transgender Health Program. (2007). Protocol for hormone therapy. Retrieved from http://www.fenwayhealth.org/site/DocServer/Fenway_Protocols.pdf?docID=2181
- Fisk, N. M. (1974). Editorial: Gender dysphoria syndrome—the conceptualization that liberalizes indications for total gender reorientation and implies a broadly based multi-dimensional rehabilitative regimen. *Western Journal of Medicine*, 120(5), 386–391.
- Fitzpatrick, L. A., Pace, C., & Wiita, B. (2000). Comparison of regimens containing oral micronized progesterone or medroxyprogesterone acetate on quality of life in postmenopausal women: A cross-sectional survey. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*, 9(4), 381–387.
- Frank, J. D., & Frank, J. B. (1993). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (3rd ed.). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Fraser, L. (2009a). Depth psychotherapy with transgender people. *Sexual and Relationship Therapy*, 24(2), 126–142. doi:10.1080/14681990903003878
- Fraser, L. (2009b). E-therapy: Ethical and clinical considerations for version 7 of The World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care. *International Journal of Transgenderism*, 11(4), 247–263. doi:10.1080/15532730903439492
- Fraser, L. (2009c). Psychotherapy in The World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care: Background and recommendations. *International Journal of Transgenderism*, 11(2), 110–126. doi:10.1080/15532730903008057
- Garaffa, G., Christopher, N. A., & Ralph, D. J. (2010). Total phallic reconstruction in female-to-male transsexuals. *European Urology*, 57(4), 715–722. doi:10.1016/j.eururo.2009.05.018

- Gelder, M. G., & Marks, I. M. (1969). Aversion treatment in transvestism and transsexualism. In R. Green, & J. Money (Eds.), *Transsexualism and sex reassignment* (pp. 383–413). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Gelfer, M. P. (1999). Voice treatment for the male-to-female transgendered client. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 8(3), 201–208.
- Gharib, S., Bigby, J., Chapin, M., Ginsburg, E., Johnson, P., Manson, J., & Solomon, C. (2005). *Menopause: A guide to management*. Boston, MA: Brigham and Women's Hospital.
- Gijs, L., & Brewaeys, A. (2007). Surgical treatment of gender dysphoria in adults and adolescents: Recent developments, effectiveness, and challenges. *Annual Review of Sex Research*, 18, 178–224.
- Gold, M., & MacNish, M. (2011). Adjustment and resiliency following disclosure of transgender identity in families of adolescents and young adults: Themes and clinical implications. Washington, DC: American Family Therapy Academy.
- Gómez-Gil, E., Trilla, A., Salamero, M., Godás, T., & Valdés, M. (2009). Sociodemographic, clinical, and psychiatric characteristics of transsexuals from Spain. *Archives of Sexual Behavior*, 38(3), 378–392. doi:10.1007/s10508-007-9307-8
- Gooren, L. (2005). Hormone treatment of the adult transsexual patient. *Hormone Research in Pediatrics*, 64(Suppl 2), 31–36. doi:10.1159/000087751
- Gorton, R. N., Buth, J., & Spade, D. (2005). *Medical therapy and health maintenance for transgender men: A guide for health care providers*. San Francisco, CA: Lyon-Martin Women's Health Services.
- Green, R. (1987). The “sissy boy syndrome” and the development of homosexuality. New Haven, CT: Yale University Press.
- Green, R., & Fleming, D. (1990). Transsexual surgery follow-up: Status in the 1990s. *Annual Review of Sex Research*, 1(1), 163–174.
- Greenson, R. R. (1964). On homosexuality and gender identity. *International Journal of Psycho-Analysis*, 45, 217–219.
- Grossman, A. H., D'Augelli, A. R., Howell, T. J., & Hubbard, S. (2006). Parent's reactions to transgender youth's gender-nonconforming expression and identity. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 18(1), 3–16. doi:10.1300/J041v18n01_02
- Grossman, A. H., D'Augelli, A. R., & Salter, N. P. (2006). Male-to-female transgender youth: Gender expression milestones, gender atypicality, victimization, and parents' responses. *Journal of GLBT Family Studies*, 2(1), 71–92.

- Grumbach, M. M., Hughes, I. A., & Conte, F. A. (2003). Disorders of sex differentiation. In P. R. Larsen, H. M. Kronenberg, S. Melmed & K. S. Polonsky (Eds.), *Williams textbook of endocrinology* (10th ed., pp. 842–1002). Philadelphia, PA: Saunders.
- Hage, J. J., & De Graaf, F. H. (1993). Addressing the ideal requirements by free flap phalloplasty: Some reflections on refinements of technique. *Microsurgery*, 14(9), 592–598. doi:10.1002/micr.1920140910
- Hage, J. J., & Karim, R. B. (2000). Ought GIDNOS get nought? Treatment options for nontranssexual gender dysphoria. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 105(3), 1222–1227.
- Hancock, A. B., Krissinger, J., & Owen, K. (2010). Voice perceptions and quality of life of transgender people. *Journal of Voice*. Advance online publication. doi:10.1016/j.jvoice.2010.07.013
- Hastings, D. W. (1974). Postsurgical adjustment of male transsexual patients. *Clinics in Plastic Surgery*, 1(2), 335–344.
- Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P., Delemarre-van de Waal, H. A., Gooren, L. J., Meyer III, W. J., Spack, N. P., . . . Montori, V. M. (2009). Endocrine treatment of transsexual persons: An Endocrine Society clinical practice guideline. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 94(9), 3132–3154. doi:10.1210/jc.2009–0345
- Hill, D. B., Menville, E., Sica, K. M., & Johnson, A. (2010). An affirmative intervention for families with gender-variant children: Parental ratings of child mental health and gender. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 36(1), 6–23. doi:10.1080/00926230903375560
- Hoebelke, P., Selvaggi, G., Ceulemans, P., De Cuypere, G. D., T'Sjoen, G., Weyers, S., . . . Monstrey, S. (2005). Impact of sex reassignment surgery on lower urinary tract function. *European Urology*, 47(3), 398–402. doi:10.1016/j.eururo.2004.10.008
- Hoenig, J., & Kenna, J. C. (1974). The prevalence of transsexualism in England and Wales. *British Journal of Psychiatry*, 124(579), 181–190. doi:10.1192/bjp.124.2.181
- Hughes, I. A., Houk, C. P., Ahmed, S. F., Lee, P. A., & LWPES1/ESPE Consensus Group. (2006). Consensus statement on management of intersex disorders. *Archives of Disease in Childhood*, 91(7), 554–563. doi:10.1136/adc.2006.098319
- Hunter, M. H., & Sterrett, J. J. (2000). Polycystic ovary syndrome: It's not just infertility. *American Family Physician*, 62(5), 1079–1095.
- Institute of Medicine. (2011). *The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people: Building a foundation for better understanding*. Washington, DC: The National Academies Press.

- Jackson, P. A., & Sullivan, G. (Eds.). (1999). *Lady boys, tom boys, rent boys: Male and female homosexualities in contemporary Thailand*. Binghamton, NY: Haworth Press.
- Jockenhövel, F. (2004). Testosterone therapy-what, when and to whom? *The Aging Male*, 7(4), 319–324. doi:10.1080/13685530400016557
- Johansson, A., Sundbom, E., Höjerback, T., & Bodlund, O. (2010). A five-year follow-up study of Swedish adults with gender identity disorder. *Archives of Sexual Behavior*, 39(6), 1429–1437. doi:10.1007/s10508-009-9551-1
- Joint LWPES/ESPE CAH Working Group, Clayton, P. E., Miller, W. L., Oberfield, S. E., Ritzen, E. M., Sippell, W. G., & Speiser, P. W. (2002). Consensus statement on 21-hydroxylase deficiency from the Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society and the European Society for Pediatric Endocrinology. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 87(9), 4048–4053. doi:10.1210/jc.2002-020611
- Jurgensen, M., Hiort, O., Holterhus, P. M., & Thyen, U. (2007). Gender role behavior in children with XY karyotype and disorders of sex development. *Hormones and Behavior*, 51(3), 443–453. doi:0.1016/j.yhbeh.2007.01.001
- Kanagalingam, J., Georgalas, C., Wood, G. R., Ahluwalia, S., Sandhu, G., & Cheesman, A. D. (2005). Cricothyroid approximation and subluxation in 21 male-to-female transsexuals. *The Laryngoscope*, 115(4), 611–618. doi:10.1097/01.mlg.0000161357.12826.33
- Kanhai, R. C. J., Hage, J. J., Karim, R. B., & Mulder, J. W. (1999). Exceptional presenting conditions and outcome of augmentation mammoplasty in male-to-female transsexuals. *Annals of Plastic Surgery*, 43(5), 476–483.
- Kimberly, S. (1997). I am transsexual - hear me roar. *Minnesota Law & Politics*, June, 21–49.
- Klein, C., & Gorzalka, B. B. (2009). Sexual functioning in transsexuals following hormone therapy and genital surgery: A review (CME). *The Journal of Sexual Medicine*, 6(11), 2922–2939. doi:10.1111/j.1743-6109.2009.01370.x
- Knudson, G., De Cuyper, G., & Bockting, W. (2010a). Process toward consensus on recommendations for revision of the DSM diagnoses of gender identity disorders by The World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism*, 12(2), 54–59. doi:10.1080/15532739.2010.509213

- Knudson, G., De Cuypere, G., & Bockting, W. (2010b). Recommendations for revision of the DSM diagnoses of gender identity disorders: Consensus statement of The World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism*, 12(2), 115–118. doi:10.1080/15532739.2010.509215
- Kosilek v. Massachusetts Department of Corrections/Maloney, C.A. No. 92–12820-MLW (U.S. Federal District Court, Boston, MA, 2002).
- Krege, S., Bex, A., Lümmen, G., & Rübben, H. (2001). Male-to-female transsexualism: A technique, results and long-term follow-up in 66 patients. *British Journal of Urology*, 88(4), 396–402. doi:10.1046/j.1464–410X.2001.02323.x
- Kuhn, A., Bodmer, C., Stadlmayr, W., Kuhn, P., Mueller, M. D., & Birkhäuser, M. (2009). Quality of life 15 years after sex reassignment surgery for transsexualism. *Fertility and Sterility*, 92(5), 1685–1689. doi:10.1016/j.fertnstert.2008.08.126
- Kuhn, A., Hiltebrand, R., & Birkhauser, M. (2007). Do transsexuals have micturition disorders? *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 131(2), 226–230. doi:10.1016/j.ejogrb.2006.03.019
- Landén, M., Wålinder, J., & Lundström, B. (1998). Clinical characteristics of a total cohort of female and male applicants for sex reassignment: A descriptive study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97(3), 189–194. doi:10.1111/j.1600–0447.1998.tb09986.x
- 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. doi:10.1023/A:1024086814364
- Lawrence, A. A. (2006). Patient-reported complications and functional outcomes of male-to-female sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior*, 35(6), 717–727. doi:10.1007/s10508–006–9104–9
- Lev, A. I. (2004). Transgender emergence: Therapeutic guidelines for working with gender-variant people and their families. Binghamton, NY: Haworth Clinical Practice Press.
- Lev, A. I. (2009). The ten tasks of the mental health provider: Recommendations for revision of The World Professional Association for Transgender Health's standards of care. *International Journal of Transgenderism*, 11(2), 74–99. doi:10.1080/15532730903008032
- Levy, A., Crown, A., & Reid, R. (2003). Endocrine intervention for transsexuals. *Clinical Endocrinology*, 59(4), 409–418. doi:10.1046/j.1365–2265.2003.01821.x
- MacLaughlin, D. T., & Donahoe, P. K. (2004). Sex determination and differentiation. *New England Journal of Medicine*, 350(4), 367–378.

- Maheu, M. M., Pulier, M. L., Wilhelm, F. H., McMenamin, J. P., & Brown-Connolly, N. E. (2005). *The mental health professional and the new technologies: A handbook for practice today*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Malpas, J. (2011). Between pink and blue: A multi-dimensional family approach to gender nonconforming children and their families. *Family Process*, 50(4), 453–470 doi: 10.1111/j.1545-5300.2011.01371.x
- Mazur, T. (2005). Gender dysphoria and gender change in androgen insensitivity or micropenis. *Archives of Sexual Behavior*, 34(4), 411–421. doi:10.1007/s10508-005-4341-x
- McNeill, E. J. M. (2006). Management of the transgender voice. *The Journal of Laryngology & Otology*, 120(07), 521–523. doi:10.1017/S0022215106001174
- McNeill, E. J. M., Wilson, J. A., Clark, S., & Deakin, J. (2008). Perception of voice in the transgender client. *Journal of Voice*, 22(6), 727–733. doi:10.1016/j.jvoice.2006.12.010
- Menvielle, E. J., & Tuerk, C. (2002). A support group for parents of gender-nonconforming boys. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(8), 1010–1013. doi:10.1097/00004583-200208000-00021
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice as stress: Conceptual and measurement problems. *American Journal of Public Health*, 93(2), 262–265.
- Meyer, J. K., & Reter, D. J. (1979). Sex reassignment: Follow-up. *Archives of General Psychiatry*, 36(9), 1010–1015.
- Meyer, W. J. III. (2009). World Professional Association for Transgender Health's standards of care requirements of hormone therapy for adults with gender identity disorder. *International Journal of Transgenderism*, 11(2), 127–132. doi:10.1080/15532730903008065
- Meyer, W. J. III. Webb, A., Stuart, C. A., Finkelstein, J. W., Lawrence, B., & Walker, P. A. (1986). Physical and hormonal evaluation of transsexual patients: A longitudinal study. *Archives of Sexual Behavior*, 15(2), 121–138. doi:10.1007/BF01542220
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2002). Gender assignment and reassignment in intersexuality: Controversies, data, and guidelines for research. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 511, 199–223. doi:10.1007/978-1-4615-0621-8_12
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2005). Gender identity outcome in female-raised 46,XY persons with penile agenesis, cloacal exstrophy of the bladder, or penile ablation. *Archives of Sexual Behavior*, 34(4), 423–438. doi:10.1007/s10508-005-4342-9
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2008). Treatment guidelines for children with disorders of sex development. *Neuropsychiatrie De l'Enfance Et De l'Adolescence*, 56(6), 345–349. doi:10.1016/j.neurenf.2008.06.002

- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2009). Variants of gender differentiation in somatic disorders of sex development. *International Journal of Transgenderism*, 11(4), 226–237. doi:10.1080/15532730903439476
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2010). From mental disorder to iatrogenic hypogonadism: Dilemmas in conceptualizing gender identity variants as psychiatric conditions. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 461–476. doi:10.1007/s10508-009-9532-4
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2011). Gender monitoring and gender reassignment of children and adolescents with a somatic disorder of sex development. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 20(4), 639–649. doi: 10.1016/j.chab.2011.07.002.
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., & Blizzard, R. M. (2004). Conference proceedings: Research on intersex: Summary of a planning workshop. *The Endocrinologist*, 14(2), 59–69. doi:10.1097/01.ten.0000123701.61007.4e
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., Dolezal, C., Baker, S. W., Carlson, A. D., Obeid, J. S., & New, M. I. (2004). Prenatal androgenization affects gender-related behavior but not gender identity in 5–12-year-old girls with congenital adrenal hyperplasia. *Archives of Sexual Behavior*, 33(2), 97–104. doi:10.1023/B:ASEB.0000014324.25718.51
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., Dolezal, C., Baker, S. W., Ehrhardt, A. A., & New, M. I. (2006). Gender development in women with congenital adrenal hyperplasia as a function of disorder severity. *Archives of Sexual Behavior*, 35(6), 667–684. doi:10.1007/s10508-006-9068-9
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., Migeon, C. J., Berkovitz, G. D., Gearhart, J. P., Dolezal, C., & Wisniewski, A. B. (2004). Attitudes of adult 46,XY intersex persons to clinical management policies. *The Journal of Urology*, 171(4), 1615–1619. doi:10.1097/01.ju.0000117761.94734.b7
- Money, J., & Ehrhardt, A. A. (1972). *Man and woman, boy and girl*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Money, J., & Russo, A. J. (1979). Homosexual outcome of discordant gender identity/role in childhood: Longitudinal follow-up. *Journal of Pediatric Psychology*, 4(1), 29–41. doi:10.1093/jpepsy/4.1.29
- Monstrey, S., Hoebeke, P., Selvaggi, G., Ceulemans, P., Van Landuyt, K., Blondeel, P., . . . De Cuyper, G. (2009). Penile reconstruction: Is the radial forearm flap really the standard technique? *Plastic and Reconstructive Surgery*, 124(2), 510–518.
- Monstrey, S., Selvaggi, G., Ceulemans, P., Van Landuyt, K., Bowman, C., Blondeel, P., . . . De Cuyper, G. (2008). Chest-wall contouring surgery in female-to-male transsexuals: A new algorithm. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 121(3), 849–859. doi:10.1097/01.pr.0000299921.15447.b2

- Moore, E., Wisniewski, A., & Dobs, A. (2003). Endocrine treatment of transsexual people: A review of treatment regimens, outcomes, and adverse effects. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 88(8), 3467–3473. doi:10.1210/jc.2002-021967
- More, S. D. (1998). The pregnant man – an oxymoron? *Journal of Gender Studies*, 7(3), 319–328. doi:10.1080/09589236.1998.9960725
- Mount, K. H., & Salmon, S. J. (1988). Changing the vocal characteristics of a postoperative transsexual patient: A longitudinal study. *Journal of Communication Disorders*, 21(3), 229–238. doi:10.1016/0021-9924(88)90031-7
- Mueller, A., Kiesewetter, F., Binder, H., Beckmann, M. W., & Dittrich, R. (2007). Long-term administration of testosterone undecanoate every 3 months for testosterone supplementation in female-to-male transsexuals. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 92(9), 3470–3475. doi:10.1210/jc.2007-0746
- Murad, M. H., Elamin, M. B., Garcia, M. Z., Mullan, R. J., Murad, A., Erwin, P. J., & Montori, V. M. (2010). Hormonal therapy and sex reassignment: A systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. *Clinical Endocrinology*, 72(2), 214–231. doi:10.1111/j.1365-2265.2009.03625.x
- Nanda, S. (1998). Neither man nor woman: The hijras of India. Belmont, CA: Wadsworth.
- Nestle, J., Wilchins, R. A., & Howell, C. (2002). *Genderqueer: Voices from beyond the sexual binary*. Los Angeles, CA: Alyson Publications.
- Neumann, K., & Welzel, C. (2004). The importance of voice in male-to-female transsexualism. *Journal of Voice*, 18(1), 153–167.
- Newfield, E., Hart, S., Dibble, S., & Kohler, L. (2006). Female-to-male transgender quality of life. *Quality of Life Research*, 15(9), 1447–1457. doi:10.1007/s11136-006-0002-3
- Nieschlag, E., Behre, H. M., Bouchard, P., Corrales, J. J., Jones, T. H., Stalla, G. K., ... Wu, F. C. W. (2004). Testosterone replacement therapy: Current trends and future directions. *Human Reproduction Update*, 10(5), 409–419. doi:10.1093/humupd/dmh035
- North American Menopause Society. (2010). Estrogen and progestogen use in postmenopausal women: 2010 position statement. *Menopause*, 17(2), 242–255. doi:10.1097/gme.0b013e3181d0f6b9
- Nuttbrock, L., Hwahng, S., Bockting, W., Rosenblum, A., Mason, M., Macri, M., & Becker, J. (2010). Psychiatric impact of gender-related abuse across the life course of male-to-female transgender persons. *Journal of Sex Research*, 47(1), 12–23. doi:10.1080/00224490903062258

- Oates, J. M., & Dacakis, G. (1983). Speech pathology considerations in the management of transsexualism—a review. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 18(3), 139–151. doi:10.3109/13682828309012237
- Olyslager, F., & Conway, L. (2007). On the calculation of the prevalence of transsexualism. Paper presented at the World Professional Association for Transgender Health 20th International Symposium, Chicago, Illinois. Retrieved from http://www.changelingaspects.com/PDF/2007-09-06-Prevalence_of_Transsexualism.pdf
- Oriel, K. A. (2000). Clinical update: Medical care of transsexual patients. *Journal of the Gay and Lesbian Medical Association*, 4(4), 185–194. doi:1090-7173/00/1200-0185\$18.00/1
- Pauly, I. B. (1965). Male psychosexual inversion: Transsexualism: A review of 100 cases. *Archives of General Psychiatry*, 13(2), 172–181.
- Pauly, I. B. (1981). Outcome of sex reassignment surgery for transsexuals. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 15(1), 45–51. doi:10.3109/00048678109159409
- Payer, A. F., Meyer, W. J. III, & Walker, P. A. (1979). The ultrastructural response of human Leydig cells to exogenous estrogens. *Andrologia*, 11(6), 423–436. doi:10.1111/j.1439-0272.1979.tb02232.x
- Peletz, M. G. (2006). Transgenderism and gender pluralism in southeast Asia since early modern times. *Current Anthropology*, 47(2), 309–340. doi:10.1086/498947
- Pfäfflin, F. (1993). Regrets after sex reassignment surgery. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 5(4), 69–85.
- Pfäfflin, F., & Junge, A. (1998). Sex reassignment. Thirty years of international follow-up studies after sex reassignment surgery: A comprehensive review, 1961–1991. *International Journal of Transgenderism*. Retrieved from <http://web.archive.org/web/20070503090247/http://www.symposion.com/ijt/pfaefflin/1000.htm>
- Physicians' desk reference. (61st ed.). (2007). Montvale, NJ: PDR.
- Physicians' desk reference. (65th ed.). (2010). Montvale, NJ: PDR.
- Pleck, R. R. (1999). Ethical issues in diagnosing and treating gender-dysphoric children and adolescents. In M. Rottnek (Ed.), *Sissies and tomboys: Gender nonconformity and homosexual childhood* (pp. 34–51). New York: New York University Press.
- Pope, K. S., & Vasquez, M. J. (2011). *Ethics in psychotherapy and counseling: A practical guide* (4th ed.). Hoboken, NJ: John Wiley.

- Prior, J. C., Vigna, Y. M., & Watson, D. (1989). Spironolactone with physiological female steroids for presurgical therapy of male-to-female transsexualism. *Archives of Sexual Behavior*, 18(1), 49–57. doi:10.1007/BF01579291
- Prior, J. C., Vigna, Y. M., Watson, D., Diewold, P., & Robinow, O. (1986). Spironolactone in the presurgical therapy of male to female transsexuals: Philosophy and experience of the Vancouver Gender Dysphoria Clinic. *Journal of Sex Information & Education Council of Canada*, 1, 1–7.
- Rachlin, K. (1999). Factors which influence individual's decisions when considering female-to-male genital reconstructive surgery. *International Journal of Transgenderism*, 3(3). Retrieved from <http://www.WPATH.org>
- Rachlin, K. (2002). Transgendered individuals' experiences of psychotherapy. *International Journal of Transgenderism*, 6(1). Retrieved from http://www.wpath.org/journal/www.iiav.nl/ezines/web/IJT/97-03/numbers/symposion/ijtvo06no01_03.htm.
- Rachlin, K., Green, J., & Lombardi, E. (2008). Utilization of health care among female-to-male transgender individuals in the United States. *Journal of Homosexuality*, 54(3), 243–258. doi:10.1080/00918360801982124
- Rachlin, K., Hansbury, G., & Pardo, S. T. (2010). Hysterectomy and oophorectomy experiences of female-to-male transgender individuals. *International Journal of Transgenderism*, 12(3), 155–166. doi:10.1080/15532739.2010.514220
- Reed, B., Rhodes, S., Schofield, P. & Wyllie, K. (2009). Gender variance in the UK: Prevalence, incidence, growth and geographic distribution. Retrieved June 8, 2011, from <http://www.gires.org.uk/assets/Medpro-Assets/GenderVarianceUK-report.pdf>
- Rehman, 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. doi:10.1023/A:1018745706354
- Robinow, O. (2009). Paraphilia and transgenderism: A connection with Asperger's disorder? *Sexual and Relationship Therapy*, 24(2), 143–151. doi:10.1080/14681990902951358
- 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(5), 619–621. doi:10.1097/00004583-200205000-00020

- Rossouw, J. E., Anderson, G. L., Prentice, R. L., LaCroix, A. Z., Kooperberg, C., Stefanick, M. L., . . . Johnson, K. C. (2002). Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: Principal results from the women's health initiative randomized controlled trial. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 288(3), 321–333.
- Royal College of Speech Therapists, United Kingdom. <http://www.rcslt.org/>
- Ruble, D. N., Martin, C. L., & Berenbaum, S. A. (2006). Gender development. In N. Eisenberg, W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology* (6th ed., pp. 858–932). Hoboken, NJ: John Wiley.
- Sausa, L. A. (2005). Translating research into practice: Trans youth recommendations for improving school systems. *Journal of Gay & Lesbian Issues in Education*, 3(1), 15–28. doi:10.1300/J367v03n01_04
- Simpson, J. L., de la Cruz, F., Swerdloff, R. S., Samango-Sprouse, C., Skakkebaek, N. E., Graham, J. M. J., . . . Willard, H. F. (2003). Klinefelter syndrome: Expanding the phenotype and identifying new research directions. *Genetics in Medicine*, 5(6), 460–468. doi:10.1097/01.GIM.0000095626.54201.D0
- Smith, Y. L. S., Van Goozen, S. H. M., Kuiper, A. J., & Cohen-Kettenis, P. T. (2005). Sex reassignment: Outcomes and predictors of treatment for adolescent and adult transsexuals. *Psychological Medicine*, 35(1), 89–99. doi:10.1017/S0033291704002776
- Sood, R., Shuster, L., Smith, R., Vincent, A., & Jatoi, A. (2011). Counseling postmenopausal women about bioidentical hormones: Ten discussion points for practicing physicians. *Journal of the American Board of Family Practice*, 24(2), 202–210. doi:10.3122/jabfm.2011.02.100194
- Speech Pathology Australia. <http://www.speechpathologyaustralia.org.au/>
- Speiser, P. W., Azziz, R., Baskin, L. S., Ghizzoni, L., Hensle, T. W., Merke, D. P., . . . Oberfield, S. E. (2010). Congenital adrenal hyperplasia due to steroid 21-hydroxylase deficiency: An endocrine society clinical practice guideline. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 95(9), 4133–4160. doi:10.1210/jc.2009–2631
- Steensma, T. D., Biemond, R., de Boer, F., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: A qualitative follow-up study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. Advance online publication. doi:10.1177/1359104510378303
- Steensma, T. D., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Gender transitioning before puberty? *Archives of Sexual Behavior*, 40(4), 649–650. doi:10.1007/s10508–011–9752–2

- Stikkelbroeck, N. M. M. L., Beerendonk, C., Willemse, W. N. P., Schreuders-Bais, C. A., Feitz, W. F. J., Rieu, P. N. M. A., . . . Otten, B. J. (2003). The long term outcome of feminizing genital surgery for congenital adrenal hyperplasia: Anatomical, functional and cosmetic outcomes, psychosexual development, and satisfaction in adult female patients. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 16(5), 289–296. doi:10.1016/S1083-3188(03)00155-4
- Stoller, R. J. (1964). A contribution to the study of gender identity. *International Journal of Psychoanalysis*, 45, 220–226.
- Stone, S. (1991). The empire strikes back: A posttransexual manifesto. In J. Epstein, & K. Straub (Eds.), *Body guards: The cultural politics of gender ambiguity* (pp. 280–304). London: Routledge.
- Tangpricha, V., Ducharme, S. H., Barber, T. W., & Chipkin, S. R. (2003). Endocrinologic treatment of gender identity disorders. *Endocrine Practice*, 9(1), 12–21.
- Tangpricha, V., Turner, A., Malabanan, A., & Holick, M. (2001). Effects of testosterone therapy on bone mineral density in the FtM patient. *International Journal of Transgenderism*, 5(4).
- Taywaditep, K. J., Coleman, E., & Dumronggittigule, P. (1997). Thailand (Muang Thai). In R. Francoeur (Ed.), *International encyclopedia of sexuality*. New York, NY: Continuum.
- Thole, Z., Manso, G., Salgueiro, E., Revuelta, P., & Hidalgo, A. (2004). Hepatotoxicity induced by antiandrogens: A review of the literature. *Urologia Internationalis*, 73(4), 289–295. doi:10.1159/000081585
- Tom Waddell Health Center. (2006). Protocols for hormonal reassignment of gender. Retrieved from <http://www.sfdph.org/dph/comupg/oservices/medSvs/hlthCtrs/TransGendprotocols122006.pdf>
- Tsoi, W. F. (1988). The prevalence of transsexualism in Singapore. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78(4), 501–504. doi:10.1111/j.1600-0447.1988.tb06373.x
- Van den Broecke, R., Van der Elst, J., Liu, J., Hovatta, O., & Dhont, M. (2001). The female-to-male transsexual patient: A source of human ovarian cortical tissue for experimental use. *Human Reproduction*, 16(1), 145–147. doi:10.1093/humrep/16.1.145
- Vanderburgh, R. (2009). Appropriate therapeutic care for families with pre-pubescent transgender/gender-dissonant children. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 26(2), 135–154. doi:10.1007/s10560-008-0158-5
- van Kesteren, P. J. M., Asscherman, H., Megens, J. A. J., & Gooren, L. J. G. (1997). Mortality and morbidity in transsexual subjects treated with cross-sex hormones. *Clinical Endocrinology*, 47(3), 337–343. doi:10.1046/j.1365-2265.1997.2601068.x

- van Kesteren, P. J. M., Gooren, L. J., & Megens, J. A. (1996). An epidemiological and demographic study of transsexuals in the Netherlands. *Archives of Sexual Behavior*, 25(6), 589–600. doi:10.1007/BF02437841
- van Trotsenburg, M. A. A. (2009). Gynecological aspects of transgender healthcare. *International Journal of Transgenderism*, 11(4), 238–246. doi:10.1080/15532730903439484
- Vilain, E. (2000). Genetics of sexual development. *Annual Review of Sex Research*, 11, 1–25.
- Wålinder, J. (1968). Transsexualism: Definition, prevalence and sex distribution. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 43(S203), 255–257.
- Wålinder, J. (1971). Incidence and sex ratio of transsexualism in Sweden. *The British Journal of Psychiatry*, 119(549), 195–196.
- Wallien, M. S. C., & Cohen-Kettenis, P. T. (2008). Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(12), 1413–1423. doi:10.1097/CHI.0b013e31818956b9
- Wallien, M. S. C., Swaab, H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2007). Psychiatric comorbidity among children with gender identity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(10), 1307–1314. doi:10.1097/chi.0b013e3181373848
- Warren, B. E. (1993). Transsexuality, identity and empowerment. A view from the frontlines. *SIECUS Report*, February/March, 14–16.
- Weitze, C., & Osburg, S. (1996). Transsexualism in Germany: Empirical data on epidemiology and application of the German Transsexuals' Act during its first ten years. *Archives of Sexual Behavior*, 25(4), 409–425.
- Wilson, J. D. (1999). The role of androgens in male gender role behavior. *Endocrine Reviews*, 20(5), 726–737. doi:10.1210/er.20.5.726
- Winter, S. (2009). Cultural considerations for The World Professional Association for Transgender Health's standards of care: The Asian perspective. *International Journal of Transgenderism*, 11(1), 19–41. doi:10.1080/15532730902799938
- Winter, S., Chalungsooth, P., Teh, Y. K., Rojanalert, N., Maneerat, K., Wong, Y. W., ... Macapagal, R. A. (2009). Transpeople, transprejudice and pathologization: A seven-country factor analytic study. *International Journal of Sexual Health*, 21(2), 96–118. doi:10.1080/19317610902922537
- Wisniewski, A. B., Migeon, C. J., Malouf, M. A., & Gearhart, J. P. (2004). Psychosexual outcome in women affected by congenital adrenal hyperplasia due to 21-hydroxylase deficiency. *The Journal of Urology*, 171(6, Part 1), 2497–2501. doi:10.1097/01.ju.0000125269.91938.f7

- World Health Organization. (2007). International classification of diseases and related health problems-10th revision. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization. (2008). The world health report 2008: Primary health care—now more than ever. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Professional Association for Transgender Health, Inc. (2008). WPATH clarification on medical necessity of treatment, sex reassignment, and insurance coverage in the U.S.A. Retrieved from <http://www.wpath.org/documents/Med%20Nec%20on%202008%20Letterhead.pdf>
- WPATH Board of Directors. (2010). De-psychopathologisation statement released May 26, 2010. Retrieved from http://wpath.org/announcements_detail.cfm?pk_announcement=17
- Xavier, J. M. (2000). The Washington, D.C. transgender needs assessment survey: Final report for phase two. Washington, DC: Administration for HIV/AIDS of District of Columbia Government.
- Zhang, G., Gu, Y., Wang, X., Cui, Y., & Bremner, W. J. (1999). A clinical trial of injectable testosterone undecanoate as a potential male contraceptive in normal Chinese men. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 84(10), 3642–3647. doi:10.1210/jc.84.10.3642
- Zitzmann, M., Saad, F., & Nieschlag, E. (2006, April). Long term experience of more than 8 years with a novel formulation of testosterone undecanoate (nebido) in substitution therapy of hypogonadal men. Paper presented at European Congress of Endocrinology, Glasgow, UK.
- Zucker, K. J. (1999). Intersexuality and gender identity differentiation. *Annual Review of Sex Research*, 10(1), 1–69.
- Zucker, K. J. (2004). Gender identity development and issues. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 13(3), 551–568. doi:10.1016/j.chc.2004.02.006
- Zucker, K. J. (2006). “I’m half-boy, half-girl”: Play psychotherapy and parent counseling for gender identity disorder. In R. L. Spitzer, M. B. First, J. B. W. Williams & M. Gibbons (Eds.), *DSM-IV-TR casebook*, volume 2 (pp. 321–334). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Zucker, K. J. (2010). The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in children. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 477–498. doi:10.1007/s10508-009-9540-4
- Zucker, K. J., & Bradley, S. J. (1995). Gender identity disorder and psychosexual problems in children and adolescents. New York, NY: Guilford Press.

Zucker, K. J., Bradley, S. J., Owen-Anderson, A., Kibblewhite, S. J., & Cantor, J. M. (2008). Is gender identity disorder in adolescents coming out of the closet? *Journal of Sex & Marital Therapy*, 34(4), 287–290.
doi:10.1080/00926230802096192

Zucker, K. J., Bradley, S. J., Owen-Anderson, A., Kibblewhite, S. J., Wood, H., Singh, D., & Choi, K. (in press). Demographics, behavior problems, and psychosexual characteristics of adolescents with gender identity disorder or transvestic fetishism. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 38(2), 151–189.

Zucker, K. J., & Lawrence, A. A. (2009). Epidemiology of gender identity disorder: Recommendations for the standards of care of The World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism*, 11(1), 8–18.
doi:10.1080/15532730902799946

Zucker, K. J., Owen, A., Bradley, S. J., & Ameiriar, L. (2002). Gender-dysphoric children and adolescents: A comparative analysis of demographic characteristics and behavioral problems. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7(3), 398–411.

Zuger, B. (1984). Early effeminate behavior in boys: Outcome and significance for homosexuality. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 172(2), 90–97.

附录壹 词汇

在变性者、跨性别者、和非性别常规者的健康照护领域上，专门术语乃是迅速地发展。新兴的术语不断地被引进，现有名词的定义也正在转变。因此，在此领域当中，对于语言乃是经常产生误解、辩论、或反对的状况。在SOC所使用的术语中，较不为人所熟悉，或具有特定含义，将在下文做出定义，然而只限于在这个本文当中使用。其它人可能采取这些定义，不过WPATH明了这些术语，在不同的文化、小区、和情境之下，可能会产生不同的定义。

此外，WPATH也承认，许多与这类群体有关的术语，仍是不尽理想的。例如，变性和异装打扮¹的术语一会引发某些人的争辩；跨性别是最近新兴的术语—人们使用此术语来展现出一种客观的态度。这类型的术语已经或多或少地被许多人所接受，他们乃是尽最大的努力来使自己能够被他人所了解。借着持续使用这些术语，WPATH唯一的目的是要确保其中的概念和历程，是足以让人理解的，以便促进变性者、跨性别者、和非性别常规者获得高质量的健康照护。WPATH对于新兴的术语保持着开放的态度，当它能够更进一步地阐明多样化群体成员的经验，并且促进健康照护的获取和供应。

生物同质性荷尔蒙 (Bioidentical hormones)：是一种荷尔蒙，与人体内的天然荷尔蒙有相同的化学结构（ACOG妇科实践委员会，2005年）。使用于生物同质性荷尔蒙治疗（BHT）的荷尔蒙，通常来源是萃取自植物，其在结构上类似于内源性的人类荷尔蒙，但是需要经过商业加工之后，才能够成为生物同质性荷尔蒙。

生物同质性复方荷尔蒙治疗 (Bioidentical compounded hormone therapy (BCht))：使用由药剂师准备、混合、装配、包装，或标记为药物的荷尔蒙，此乃是根据个别患者的特殊身体状况，给予客制化的调配。政府的药物监督部门是不可能为个别消费者所调配的每样复方产品，来给予核准。

异装打扮 (Crossdressing (transvestism))：在特定的文化背景之下，个人的穿著打扮和呈现的性别角色，典型上是属于另一个性别。

性发展障碍 (Disorders of sex development (DsD))：是一种先天的身体状况，在染色体、性腺、或解剖上的性征，出现非典型的发展。有人强烈地反对“障碍”的标签，并且将这些状况视为一种多样性的展现(Diamond, 2009)，以及较乐意使用双性人的术语。

¹ 译注：英文原文— transvestite，译者采取中性的翻译词—异装打扮。与此相关的精神疾病诊断：预定在台湾发行的DSM-V中文版翻译为「异装症」（Transvestic Disorder）。之前命名为「扮异性恋物癖」（Transvestic Fetishism）（DSM-IV精神疾病诊断准则手册，孔繁钟和孔繁锦编译，合计图书出版社发行）。

女变男 (Female-to-Male (FtM))：是一种形容词，用来描述个人在出生时被指定为女性，但是正在改变或已经改变他们的身体和/或性别角色，将出生时的女性性别，变成更加男性化的身体或角色。

性别不安 (Gender dysphoria)：个人的性别认同与出生时的指定性别（以及伴随的性别角色和/或主要与次要的性征）有所差异，因而造成极度的困扰(Fisk, 1974; Knudson, De Cuyper, & Bockting, 2010b)。

性别认同 (Gender identity)：个人视自己为男性（男孩或男人）、女性（女孩或女人）、或另一种性别（例如，boygirl、girlboy、跨性别者、性别酷儿、阉人）的内在感受(Bockting, 1999; Stoller, 1964)。

性别认同障碍 (Gender identity disorder)：精神疾病的诊断与统计手册第四版，文本修订版(DSM IV-TR)（美国精神医学协会，2000年）所提出的正式诊断。性别认同障碍是指强烈且持续地认同异性性别，以及持续地对于自己的性别感到不自在，或对于性别角色感到不适当，导致临幊上显着的困扰，或减损社会、职业、或其它重要领域的功能。

非性別常规 (Gender nonconforming)：是一种形容词，用来形容在特定的文化和历史时期之下，个人的性别认同、角色、或展现，不同于他们的指定性别的规范。

性别角色或展现 (Gender role or expression)：个人的人格、外观、和行为的特质，在特定的文化和历史时期之下，被认定为男性或女性（亦即属于典型的男性或女性的社会角色(Ruble, Martin, & Berenbaum, 2006)。虽然大多数的人展现出明确的男性或女性的性别角色，但是有些人则展现出另一种性别角色，例如性别酷儿或特定的跨性别者。人们倾向于将阳刚和阴柔的特质，以不同的方式和不同程度，具体化的呈现在性别展现上(Bucketing, 2008)。

性别酷儿 (Genderqueer)：是一种认同的标签，表示个人的性别认同和/或角色，不符合只限于男人 (man) 或女人 (woman)，男性 (male) 或女性 (female) 的性别二元论的分类 (Bockting, 2008)。

男变女 (Male-to-Female (MtF))：是一种形容词，用来描述个人在出生时被指定为男性，但是正在改变或已经改变他们的身体和/或性别角色，将出生时的男性性别，变成更加女性化的身体或角色。

天然荷尔蒙 (Natural hormones)：萃取自天然来源的荷尔蒙，例如植物或动物。天然荷尔蒙有可能是或可能不是生物同构型。

性 (性别) (Sex)：出生时被指定为男性或女性的性别，通常是根据出生时的外生殖器的外观来决定。当外生殖器的外观是难以分辨时，就会参考性别的其它要件（内生殖器、染色体和荷尔蒙的性别），以便指定性别(Grumbach, Hughes, & Conte, 2003; MacLaughlin & Donahoe, 2004; Money & Ehrhardt, 1972; Vilain, 2000)。对于大多数人而言，性别

(gender) 认同和展现，与出生时的指定性别 (sex) 乃是一致的，然而变性者、跨性别者、和非性别常规者的性别认同或展现，乃是不同于出生时的指定性别。

性别重建手术/性别确认手术 (sex reassignment surgery /gender affirmation surgery): 改变主要和/或次要性征的手术，以便确认一个人的性别认同。性别重建手术在减缓性别不安的必要医疗处置上，占有很重要的位置。

跨性别 (transgender) : 描述一种多样化的群体，其跨越 (cross) 或超出 (transcend) 了文化所定义的性别类别。跨性别者的性别认同，与他们出生时的指定性别之间有不同程度的差异 (Bockting, 1999)。

转换 (transition) : 是指一段时期，当个人从与出生时的指定性别相关之性别角色，改变成为不同的性别角色。对许多人而言，涉及到学习如何在社会上以“另一个”性别角色生活；对另一群人的意义则是寻找一个让他们感到最自在的性别角色和展现。在转换的期间当中，可能有或没有使用荷尔蒙治疗或是其它的医疗处置来造成女性化或男性化的身体改变。转换的性质和持续的时间是具有弹性和个别化的。

跨性别恐惧症 (transphobia)，内化的 (internalized) : 对于自己的跨性别感觉或认同感到不自在，导因于内化了社会规范对于性别的期待。

变性 (transsexual) : 是一种形容词（通常使用于医学的专业领域中），用来形容寻求改变，或是已经透过促成女性化或男性化改变的医疗介入治疗（荷尔蒙疗法或手术），改变了他们的主要和/或次要性征的个体，通常伴随着在性别角色上的永久改变。

附录贰 检视荷尔蒙疗法的医疗风险

下列的风险是根据男性化/女性化荷尔蒙治疗的两个综合性、以证据为基础的文献回顾 (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009), 以及一个大型的世代研究 (Asscheman et al., 2011)。这些文献回顾, 连同其它广为人知、已经发表的临床资料, 可以作用荷尔蒙提供者的详细参考资料 (Dahl, Feldman, Goldberg, & Jaber, 2006; Ettner, Monstrey, & Eyler, 2007)。

女性化荷尔蒙治疗的风险 (MtF)

极可能 (likely) 增加的风险:

静脉血栓疾患 (venous thrombotic disease)

- 使用雌激素将会增加静脉血栓事件 (VTE) 的风险, 特别是超过40岁以上、抽烟、久坐、肥胖、以及有潜在血栓形成倾向疾病的人。
- 此种风险是随着额外使用第三代孕激素而增加。
- 经由皮肤吸收的给药路径来使用雌二醇, 可以降低此种风险, 因此建议VTE风险较高的患者使用。

心血管、脑血管疾病 (Cardiovascular, cerebrovascular disease)

- 年龄超过50岁且有潜在心血管风险因子的患者, 使用雌激素会增加心血管事件的风险。额外使用孕激素也会增加此风险。

血脂肪 (Lipids)

- 使用口服雌激素可能会显着地增加患者的三酸甘油脂, 导致增加胰腺炎和心血管事件的风险。

- 不同的给药路径，在高密度脂蛋白胆固醇（HDL）、低密度脂蛋白胆固醇（LDL）和A型脂蛋白的水平上，产生不同的代谢作用。
- 在一般情况之下，临床证据乃建议已经罹患血脂相关疾患的MtF患者，经由皮肤吸收的方式来使用雌激素，较有利于使用口服雌激素。

肝/胆

- 使用雌激素和醋酸环丙孕酮，可能会伴随暂时性的肝酶升高，以及临床少见的肝毒性。
- 使用雌激素将会增加胆石症（胆结石）和尔后之胆囊切除手术的风险。

有可能（Possible）增加的风险：

第二型糖尿病（Type 2 diabetes mellitus）

- 女性化荷尔蒙治疗，特别是使用雌激素，可能会增加第二型糖尿病的风险，尤其是当患者的家族病史当中，具有糖尿病或此疾病的危险因子。

高血压（Hypertension）

- 使用雌激素可能会增加血压，但是对于严重型高血压的发生率的影响仍是未知。
- 螺旋内酯固醇可以降低血压，因此建议罹患或具有高血压风险却又渴望女性化的患者使用。

泌乳素瘤（Prolactinoma）

- MtF患者在使用雌激素的第一年会增加高泌乳素血症的风险，但之后便不太可能会发生。
- 使用高剂量的雌激素可能会促进已经存在，但临幊上不明显的泌乳素瘤的临幊表现。

尚未有结论或不会增加风险（inconclusive or no increased risk）：

此类别中的项目，包括那些可能会出现的风险，但是证据力过于薄弱而无法下明确的结论。

乳癌 (Breast cancer)

- 在已经接受女性化荷尔蒙治疗的MtF当中并未产生乳癌，但是相较于出生时拥有女性生殖器的人，他们的风险程度仍是未知数。
- 长期暴露于女性化荷尔蒙之中（例如，长年使用雌激素制剂）、拥有乳癌的家族史、肥胖（ $BMI > 35$ ）、以及使用孕激素等，极可能会影响风险的程度。

女性化疗法的其它副作用：

以下的影响可能会被认为是轻微的甚至是乐意的，此乃取决于患者的看法，但显然是伴随着女性化荷尔蒙治疗而出现。

生育和性功能 (Fertility and sexual function)

- 女性化荷尔蒙治疗可能会损害生育能力。
- 女性化荷尔蒙治疗可能会降低性欲。
- 女性化荷尔蒙治疗减少夜间勃起，并且对性刺激勃起产生不同程度的影响。

抗雄激素药物的风险：

女性化荷尔蒙治疗通常包括各种各样的媒介，乃是用来影响睾固酮的制造或作用。这些包括促性腺素释放激素拮抗剂、孕激素（包括醋酸环丙孕酮）、螺旋内酯固醇、和5-α还原酶抑制剂。关于这些药物的特定风险的广泛讨论，已经超越了SOC 的范围之外。然而，螺旋内酯固醇和醋酸环丙孕酮乃是被广泛地使用，因此值得给予一些评论。

醋酸环丙孕酮是一种具有抗雄性激素性质的孕激素化合物(Gooren, 2005; Levy et al., 2003)。虽然广泛地使用于欧洲，但是因为担心潜在的肝毒性，故在美国并未核准这类的药物(Thole, Manso, Salgueiro, Revuelta, & Hidalgo, 2004)。

螺旋内酯固醇在女性化荷尔蒙治疗上常被当作抗雄性激素使用，特别是在醋酸环丙孕酮未被核准使用的地区(Dahl et al., 2006; Moore et al., 2003; Tangpricha et al., 2003)。螺旋内酯固醇使用于高血压和充血性心脏衰竭的治疗上有很悠久的历史。常见的副作用包括高钾血症、头晕、以及胃肠道的症状(Physicians' Desk Reference, 2007)。

男性化荷尔蒙治疗的风险 (FtM)

极可能 (likely) 增加的风险:

红血球增多症 (Polycythemia)

- 男性化荷尔蒙治疗因为使用睪固酮或其它的雄性激素，因而增加红血球增多症（血球容积 > 50%）的风险，特别是对于存在其它危险因子的患者。
- 经由皮肤吸收的给药路径和在剂量上的适应，也许可以降低这种风险。

增加体重/内脏脂肪 (Weight gain/visceral fat)

- 男性化荷尔蒙治疗将会造成适度的体重增加，伴随着内脏脂肪的增加。

有可能 (Possible) 增加的风险:

血脂肪 (Lipids)

- 睪固酮疗法会降低高密度脂蛋白胆固醇 (HDL)，但是对于低密度脂蛋白胆固醇 (LDL) 和三酸甘油酯则产生不同程度的影响。
- 超生理（超出正常男性的范围以外）的血清睪固酮水平，通常在长期使用肌肉注射的给药方式中发现，可能会造成血脂肪的恶化，皮肤吸收的给药路径似乎是比较不会对血脂肪产生作用。
- 针对潜在的多囊性卵巢症候群或血脂异常²的患者，睪固酮疗法可能会增加恶化血脂异常的风险。

肝 (Liver)

- 睪固酮疗法可能会引发暂时性的肝酶升高。

² 英文原文 – dyslipidemia.

- 人们已经注意到口服甲基睾丸素锭³与肝功能障碍和恶性肿瘤有关。不过，大多数国家都已经不允许使用基睾丸素锭，而且也不应该再继续使用。

精神病 (Psychiatric)

- 针对潜在的精神疾病患者，使用睾固酮或其它雄性激素的男性化治疗，可能会增加轻躁、躁狂、或精神病症状的风险。这个不良事件似乎与高剂量或血液中超生理的睾固酮的水平有关。

尚未有结论或不会增加风险 (inconclusive or no increased risk) :

此类别中的项目，包括那些可能会出现的风险，但是证据力过于薄弱而无法下明确的结论。

骨质疏松 (Osteoporosis)

- 针对尚未进行卵巢切除术的FtM患者，至少在接受睾固酮疗法的头三年期间，可以维持或增加骨骼矿物质密度。
- 卵巢切除术之后将增加骨质密度减少的风险，尤其是当睾固酮疗法被中断或不足够时。这是包括患者单独只使用口服睾固酮。

心血管 (Cardiovascular)

- 针对健康的患者，使用正常生理剂量的男性化荷尔蒙治疗，并不会增加心血管事件的风险。
- 针对有潜在危险因子的患者，男性化荷尔蒙治疗可能会增加心血管疾病的风险。

高血压 (Hypertension)

- 使用正常生理剂量的男性化荷尔蒙治疗，可能会增加血压，但并不会增加高血压的风险。
- 患者若拥有高血压的危险因子，例如体重增加、家族病史、或多囊性卵巢症候群，则可能会增加风险。

3 英文原文- methyltestosterone。

第二型糖尿病 (Type 2 diabetes mellitus)

- 针对全体的FtM患者，睾固酮疗法并不会增加第二型糖尿病的风险。
- 患者若拥有其它危险因子，例如显着的体重增加、家族病史、以及多囊性卵巢症候群，睾固酮疗法可能会进一步增加第二型糖尿病的风险。目前还没有数据建议或显示拥有血脂异常的危险因子的人会增加此风险。

乳癌 (Breast cancer)

- FtM患者使用睾固酮疗法并不会增加患乳癌的风险。

子宫颈癌 (Cervical cancer)

- FtM患者使用睾固酮疗法并不会增加子宫颈癌的风险，虽然因为萎缩性的改变而可能会增加极微异常的子宫颈抹片的风险。

卵巢癌 (Ovarian cancer)

- 如同出生时拥有女性生殖器的人，处于雄性激素升高的情况一般，FtM患者使用睾固酮疗法可能会增加卵巢癌的风险，尽管证据是有限的。

子宫内膜 (子宫) 癌 (Endometrial (uterine) cancer)

- FtM患者使用睾固酮疗法可能会增加子宫癌的风险，尽管证据是有限的。

男性化疗法的其它副作用：

以下的影响可能会被认为是轻微的甚至是乐意的，此乃取决于患者的看法，但显然是伴随着男性化荷尔蒙治疗而出现。

生育和性功能 (Fertility and sexual function)

- FtM患者使用睾固酮疗法可能会降低生育能力，尽管影响的程度和可逆性仍是个未知数。
- 针对发育中的胚胎或胎儿，睾固酮疗法会引发永久性的解剖学上的改变。

- 罂粟酮疗法会引发阴蒂肥大和性欲提高。

痤疮 (Acne) , 雄性秃 (androgenic alopecia)

- 痤疮和不同程度的雄性秃，是男性化荷尔蒙治疗常见的副作用。

附录叁 荷尔蒙治疗和手术的标准

与先前所有版本的SOC相同的是，在此版本中有关性别不安的荷尔蒙和手术治疗的标准，就是临床的指引；个别的健康专业人员和照护计划可能会将之进行修正。临床医疗偏离SOC的可能因素有一因为患者特殊的解剖构造、社会或心理的状况；属于经验丰富的健康专业人员，针对一般的情况之下而发展出来的处遇模式；属于研究计划的草稿；因为在世界的其它地区所面临的资源缺乏；或是属于特定的减害措施。这些偏离必须被清楚告知，例如向患者解释，以及为了患者的照顾质量和法律保障，必须要签定知情同意的档。这些文件记录对于最新数据的累积乃是具有价值的，借着回顾检验而得以应用于健康照护上—以及SOC的发展上。

女性化/男性化荷尔蒙治疗的标准(需要一位转介者或社会心理衡鉴的病历报告)

- 一、属于持续且确定诊断的性别不安；
- 二、具备作出充分知情的决定和同意接受治疗的能力；
- 三、达到某一国家的法定成年年龄（如果法定年龄较小，则依循SOC有关儿童和青少年的规定）；
- 四、如果存在显着的医疗或心理健康问题，它们必须得到相当良好的控制。

乳房/胸部手术的标准（需要一位转介者）

FtM患者的乳房切除手术和建造男性胸部的标准：

- 一、属于持续且确定诊断的性别不安；
- 二、具备作出充分知情的决定和同意接受治疗的能力；
- 三、达到某一国家的法定成年年龄（如果法定年龄较小，则依循在SOC当中有关儿童和青少年的规定）；
- 四、如果存在显着的医疗或心理健康问题，它们必须得到相当良好的控制。

荷尔蒙治疗并不是一个先决的条件。

MtF患者的隆乳手术（植入手术/脂肪填充手法）的标准：

- 一、属于持续且确定诊断的性别不安；
- 二、具备作出充分知情的决定和同意接受治疗的能力；
- 三、达到某一国家的法定成年年龄（如果法定年龄较小，则依循在SOC当中有关儿童和青少年的规定）；
- 四、如果存在显着的医疗或心理健康问题，它们必须得到相当良好的控制。

虽然并不是一个明确的标准，但是建议MtF患者在隆胸手术之前，必须接受女性化荷尔蒙治疗（至少12个月）。目的是为了提升乳房的发育到最高的限度，以便获得更好的手术（美容）效果。

生殖器手术的标准（需要两位转介者）

FtM患者的子宫切除手术和卵巢切除手术，以及MtF患者的睾丸切除手术的标准：

- 一、属于持续且确定诊断的性别不安；

- 二、具备作出充分知情的决定和同意接受治疗的能力；
- 三、达到某一国家的法定成年年龄；
- 四、如果存在显着的医疗或心理健康问题，它们必须得到相当良好的控制。
- 五、根据患者的性别目标，进行连续12个月的荷尔蒙治疗（除非病人有医疗上的禁忌症，或是因着其它原因而不能或不愿意服用荷尔蒙）。

在性腺切除手术之前接受荷尔蒙治疗的目的，主要是让患者在进行不可逆的手术介入之前，能够先尝试一段属于可逆的抑制雌激素或睾固酮的治疗期间。

这些标准并不适用于因性别不安以外的医疗问题，而进行手术的患者。

FtM患者的阴核释出手术或阴茎成形手术，以及MtF患者的阴道成形手术的标准：

- 一、属于持续且确定诊断的性别不安；
- 二、具备作出充分知情的决定和同意接受治疗的能力；
- 三、达到某一国家的法定成年年龄；
- 四、如果存在显着的医疗或心理健康问题，它们必须得到相当良好的控制；
- 五、根据患者的性别目标，进行连续12个月的荷尔蒙治疗（除非病人有医疗上的禁忌症，或是因着其它原因而不能或不愿意服用荷尔蒙）。
- 六、具备连续12个月，以与个人性别认同一致之性别角色生活的体验；

虽然并不是一个明确的标准，但是建议这些患者也能够定期拜访心理健康或其它医疗的专业人员。

上述的标准是针对某些类型的生殖器手术—患者必须具备连续12个月，以与他们的性别认同一致之性别角色生活的体验—此乃是基于临床专家的共识，认为这方面的体验，能够提供患者在进行不可逆的手术之前，有足够的机会去体验和调整他们想要的性别角色。

附录肆 医疗措施之临床结果的证据

结果分析⁴是真正能够支持新兴治疗的方法之一。由于性别重建手术乃是具有争议性的，因此，这种类型的分析一直是非常重要的。在此领域的结果分析，几乎都是回溯性的研究。

检验变性患者之愈后的心理社会结果的首批研究之一，是于1979年在美国约翰霍普金斯大学的医学院和医院 (J. K. Meyer & Reter, 1979) 进行的研究。此研究聚焦于患者的职业、学业、婚姻、和家居的稳定性。研究发现治疗造成许多显着的改变。这些改变并非都是正向的；相反地，研究显示许多进入治疗计划的个案，在参与该计划之后的许多评量上，并没有得到更好的结果，或反而是比之前更差。这些研究结果致使医院和医学院终结了这个治疗计划 (Abramowitz, 1986)。

接着，许多健康专业人员要求一个进行性别重建手术之资格的准则。此促成了亨利·班杰明国际性别不安协会(即为现在的WPATH)于1979年制定出首版的健康照护准则版。

Pauly于1981年发表一份针对接受性别重建手术的患者，进行的大型回溯性研究的结果。这项研究中的参与者，乃是有更好的结果：在83位的FtM患者当中，80.7%的人有满意的结果（例如，患者自陈在“社交和情绪调适上的改善”）、6.0%的人感到不满意。在283位 MtF患者当中，71.4%的人有满意的结果，8.1%的人感到不满意。这项研究包含在照护准则出版和使用之前，就已经接受治疗的患者。

自从照护准则就绪之后，患者对于性别重建手术的结果，乃是稳定地提高满意度和降低不满意度。在1996年之后，研究聚焦于根据照护准则来进行治疗的患者。Rehman和他的同事 (1999) 以及Krege和他的同事 (2001) 的研究发现，乃是这类型研究的典型代表，结果显示参与这些研究的患者当中，没有一个是后悔接受手术的，而且大多数的人对于手术的美容和功能的结果感到满意。即使是患者出现了严重的手术并发症，也很少会后悔动手术。对于性别重建手术的整体结果而言，手术结果的质量是最好的预测指针之一 (Lawrence, 2003)。绝大多数的后续研究显示一个不可否认的性别重建手术的效益，例如，主观的福祉、美观、和性功能 (De Cuypere et al., 2005; Garaffa, Christopher, & Ralph, 2010; Klein & Gorzalka, 2009)，虽然从现有的证据来看，具体的受益幅度仍是不确定的。某项研究 (Emory, Cole, Avery, Meyer, & Meyer III, 2003) 甚至显示出，患者在收入上获得改善。

有一项令人困扰的报告 (Newfield et al., 2006) 显示，FtM患者在生活质量的得分上 (SF-36的评量)，比一般大众还来得低。这项研究的一个弱点是它所招募的384名参与者，乃是透过一般的电子邮件，而不是经由系统化的抽样步骤，并且没有记录接受治疗的程度和类型。此项研究的参与者，在睾固酮的使用上通常都不到5年。接受乳房/胸部手术的患者，自陈在

4 英文原文— outcome analysis。

生活质量上，比没有接受手术的患者还来得高($p<.001$)。（在生殖器手术上，却没有进行类似的分析）。在其它的研究上，Kuhn和他的同事（2009）使用King 健康问卷⁵，针对55名历经手术15年的变性患者，进行生活质量的评估。得分乃是与20名在过去曾经接受腹部/骨盆腔手术⁶的健康女性对照组作比较。变性患者的生活质量，在一些分量表（情绪、睡眠、大小便失禁、症状的严重程度、以及角色的限制）的得分上，乃是与那些控制组相同或较优于他们，但是在其它领域上则得分较低（一般的健康状况、身体的限制、个人的限制）。

在缓解性别不安的治疗上，单独使用荷尔蒙的效果是很难确定的。大多数评估男性化/女性化荷尔蒙在性别不安的治疗效果上的研究，参与的患者们也都同时接受了性别重建手术。关于包含荷尔蒙和手术治疗的良好效果，发表在一个综合性的文献回顾上，其回顾了在1961年和1991年之间进行的79项研究（主要是观察研究），总共超过二千名的患者(Eldh, Berg, & Gustafsson, 1997; Gijs & Breweays, 2007; Murad et al., 2010; Pfäfflin & Junge, 1998)。在1986年以后进行手术的患者，确实优于那些在1986年之前就接受的患者；此乃反映出在手术并发症上的显着改善(Eldh等人, 1997)。大多数的患者都曾经主述在社会心理层面的改善，改善程度从MtF患者的87%，到FtM患者的97%之间不等(Green & Fleming, 1990)。在瑞典的一项研究当中也发现了类似的改善效果，“在5年之后，几乎所有的患者对于性别重置都感到满意，并且临床医生在后续追踪的评估，显示86%的患者在整体功能上乃是稳定或有所改善的(Johansson, Sundbom, Höjerback, & Bodlund, 2010)。这些早期研究的弱点在于它们的回溯研究的设计，以及和使用不同的标准来评估结果。

在荷兰进行的一项前瞻性研究，评估了325名寻求性别重置的成人和青少年受试者(Smith, Van Goozen, Kuiper, & Cohen-Kettenis, 2005)。接受性别重置治疗（同时包括荷尔蒙和手术的介入治疗）的患者，在Utrecht 性别不安量表⁷的平均分数上有进步。在大多数的项目中，对身体和心理社会功能感到不满的分数，也出现明显的改善。少于2%的患者，在治疗之后感到后悔。这是样本数最大的前瞻性研究，确认了由回溯性研究所得到的结果，即是结合荷尔蒙和手术治疗，能够改善性别不安和其它领域的社会心理功能。有必要进一步地研究在未进行手术，以及在未将目标设定为达到身体之最大女性化或男性化效果之下，荷尔蒙治疗所能达到的效果为何。

整体而言，随着这个领域变得更加先进，研究报告也显示在结果上出现稳定性的改善。结果分析的研究，主要是聚焦于性别重建手术的结果。在现阶段的执行上，可以将认同、角色、和身体适应等范畴，运用于后续的追踪或结果分析的研究上(Institute of Medicine , 2011)。

5 英文原文- King's Health Questionnaire.

6 英文原文- abdominal/pelvic surgery.

7 英文原文- Utrecht Gender Dysphoria Scale.

附录伍 照护准则第七版的发展历程

当最初的SOC“工作组”于2006年成立时，便展开了照护准则，第7版的发展历程。小组成员受邀来查验SOC，第6版的特定章节。对于每一个章节，他们被要求回顾相关的文献，并且确认出所缺乏和所需要的研究，以及根据新的证据，对于将来的SOC修订版给予建议。以下乃是接受邀稿的作者：Aaron Devor, Walter Bockting, George Brown, Michael Brownstein, Peggy Cohen-Kettenis, Griet DeCuyper, Petra DeSutter, Jamie Feldman, Lin Fraser, Arlene Istar Lev, Stephen Levine, Walter Meyer, Heino Meyer-Bahlburg, Stan Monstrey, Loren Schechter, Mick van Trotsenburg, Sam Winter, and Ken Zucker。上述的作者当中，有些人增添了其它的合著者，以便协助他们完成任务。

这些论文的初稿于2007年6月1日到期。但是，大多数的作者是在2007年9月完成论文，其余则是到了2007年年底才完成。这些初稿随后提交至国际跨性别期刊(IJT)⁸。每篇文章都接受例行性的IJT期刊的同侪审查程序。最后的文章发表于2009年第11卷(1-4)之中，让大家能够进行讨论和辩论。

这些文章发表之后，WPATH董事会于2010年成立了一个照护准则的修订委员会。修订委员会首次透过Google网站，针对刊登在IJT期刊的文章进行辩论和讨论。

理事会指派成立一个修订委员会的附属团体，成为写作小组。该小组乃是负责预备SOC第7版的初稿，并且在修订委员会的指示下，继续将修订版完成。理事会也指定一个变性者、跨性别者、和非性别常规者的国际咨询团体，提供修订版的意见。

聘任一位技术文件撰写者⁹来负责（1）审查所有的修改建议—包括原本来自于IJT期刊文章所给予的建议，以及来自于在线讨论所提出的其它建议。（2）进行调查，以便进一步地征求对于修订版的意见。藉由调查结果，写作小组能够辨别出哪些是专家们已经达成协议的部份，哪些则是需要更多的讨论和辩论。接下来，技术文件撰写者（3）撰写粗略的SOC第7版初稿，提供给写作小组参考和后续的编写。

写作小组于2011年3月4日和5日举行面对面的专家咨询会议。他们审阅所有的修改建议和辩论，并且将有争议的部份达成共识。所做出的结论是根据目前最佳的科学的研究和专家的共识而形成的。这些结论被纳入修订版的草稿中，写作小组在技术文件撰写者的协助下，完成修订版的其它的章节。

8 英文原文— International Journal of Transgenderism (IJT)。

9 英文原文— technical writer。

由专家咨询会议中产生的修订版草稿，接着分发给写作小组的成员，并且在技术文件撰写者的协助下予以完成。

当这个最初的修订版草稿完成之后，便传阅给SOC 修订委员会和国际咨询团体。在谷歌网站上展开讨论，并且举行电话会议来解决问题。写作小组参考这些团体的回馈意见，进行下一步的修订。SOC 修订委员会和国际咨询团体乃另外提供二个修订版草稿，并且刊登在Google 网站上供人参考。当完成这三份草稿的审查和修定之后，最终的定稿乃提交给WPATH 董事会批示。WPATH 董事会于2011年的9月14日核准了目前这个修订版本。

计划对于这个版本的SOC进行宣传，并且邀请针对未来修改版本的回馈意见。WPATH 董事会将会决定任何修订SOC 的时间表。

赞助单位

因着Tawani基金会的慷慨赞助和一名匿名者的捐赠，照护准则得以顺利地进行修订。这些赞助资金乃是支持以下事项：

- 1、技术文件撰写者的费用；
- 2、征求各国的性别认同专业人员和跨性别社群对于修订的意见；
- 3、举行写作小组会议；
- 4、向专业和跨性别的社群、照护准则第七版的修订委员会、以及WPATH董事会收集更多的回馈意见，并且达成专家共识；
- 5、印刷和分发护准则第7版，以及在WPATH网站上张贴免费下载副本的费用；
- 6、于2011年在美国亚特兰大的乔治亚州举行WPATH的双周年学术研讨会，推行照护准则第7版。

照护准则修订委员会的成员註†

Eli Coleman, PhD (USA)* - 委员会的主席
Richard Adler, PhD (USA)
Walter Bockting, PhD (USA)*
Marsha Botzer, MA (USA)*
George Brown, MD (USA)
Peggy Cohen-Kettenis, PhD (Netherlands)*
Griet DeCuyper, MD (Belgium)*
Aaron Devor, PhD (Canada)
Randall Ehrbar, PsyD (USA)
Randi Ettner, PhD (USA)
Evan Eyler, MD (USA)
Jamie Feldman, MD, PhD (USA)*
Lin Fraser, EdD (USA)*
Rob Garofalo, MD, MPH (USA)
Jamison Green, PhD, MFA (USA)*
Dan Karasic, MD (USA)
Gail Knudson, MD (Canada)*

Arlene Istar Lev, LCSW-R (USA)
Gal Mayer, MD (USA)
Walter Meyer, MD (USA)*
Heino Meyer-Bahlburg, Dr. rer.nat. (USA)
Stan Monstrey, MD, PhD (Belgium)*
Blaine Paxton Hall, MHS-CL, PA-C (USA)
Friedmann Pfäfflin, MD, PhD (Germany)
Katherine Rachlin, PhD (USA)
Bean Robinson, PhD (USA)
Loren Schechter, MD (USA)
Vin Tangpricha, MD, PhD (USA)
Mick van Trotsenburg, MD (Netherlands)
Anne Vitale, PhD (USA)
Sam Winter, PhD (Hong Kong)
Stephen Whittle, OBE (UK)
Kevan Wylie, MB, MD (UK)
Ken Zucker, PhD (Canada)

註†* 同时也是写作小组的成员。所有照护准则第七版修订委员会的成员都在修订工作上贡献心力。

国际咨询团体甄选委员会

Walter Bockting, PhD (USA)
Marsha Botzer, MA (USA)
Aaron Devor, PhD (Canada)
Randall Ehrbar, PsyD (USA)

Evan Eyler, MD (USA)
Jamison Green, PhD, MFA (USA)
Blaine Paxton Hall, MHS-CL, PA-C (USA)

国际咨询团体

Tamara Adrian, LGBT Rights Venezuela (Venezuela)
Craig Andrews, FtM Australia (Australia)
Christine Burns, MBE, Plain Sense Ltd (UK)
Naomi Fontanos, Society for Transsexual Women's Rights in the Phillipines (Phillipines)
Tone Marie Hansen, Harry Benjamin Resource Center (Norway)
Rupert Raj, Sherbourne Health Center (Canada)
Masae Torai, FtM Japan (Japan)
Kelley Winters, GID Reform Advocates (USA)

技术文件撰写者

Anne Marie Weber-Main, PhD (USA)

编辑助理

Heidi Fall (USA)

中文版译注者

窦秀兰，临床心理师，树德科技大学人类性学研究所博士候选人（台湾），
台湾精神医学会「精神疾病诊断及统计手册第五版(DSM-5)更新追踪及中文化计划」之「性功能障碍、性偏好症、性别不安」工作小组成员

中文版校阅者

吴敏伦，精神科医师，香港大学教授，资深性教育及性治疗工作者（香港）

