



Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8

跨性别和多元性别人群健康照护指南（第八版）

E. Coleman, A. E. Radix, W. P. Bouman, G. R. Brown, A. L. C. de Vries, M. B. Deutsch, R. Ettner, L. Fraser, M. Goodman, J. Green, A. B. Hancock, T. W. Johnson, D. H. Karasic, G. A. Knudson, S. F. Leibowitz, H. F. L. Meyer-Bahlburg, S. J. Monastrey, J. Motmans, L. Nahata, T. O. Nieder, S. L. Reisner, C. Richards, L. S. Schechter, V. Tangpricha, A. C. Tishelman, M. A. A. Van Trotsenburg, S. Winter, K. Ducheny, N. J. Adams, T. M. Adrián, L. R. Allen, D. Azul, H. Bagga, K. Başar, D. S. Bathory, J. J. Belinky, D. R. Berg, J. U. Berli, R. O. Bluebond-Langner, M.-B. Bouman, M. L. Bowers, P. J. Brassard, J. Byrne, L. Capitán, C. J. Cargill, J. M. Carswell, S. C. Chang, G. Chelvakumar, T. Corneil, K. B. Dalke, G. De Cuypere, E. de Vries, M. Den Heijer, A. H. Devor, C. Dhejne, A. D'Marco, E. K. Edmiston, L. Edwards-Leeper, R. Ehrbar, D. Ehrensaft, J. Einfeld, E. Elaut, L. Erickson-Schroth, J. L. Feldman, A. D. Fisher, M. M. Garcia, L. Gijs, S. E. Green, B. P. Hall, T. L. D. Hardy, M. S. Irwig, L. A. Jacobs, A. C. Janssen, K. Johnson, D. T. Klink, B. P. C. Kreukels, L. E. Kuper, E. J. Kvach, M. A. Malouf, R. Massey, T. Mazur, C. McLachlan, S. D. Morrison, S. W. Mosser, P. M. Neira, U. Nygren, J. M. Oates, J. Obedin-Maliver, G. Pagkalos, J. Patton, N. Phanuphak, K. Rachlin, T. Reed, G. N. Rider, J. Ristori, S. Robbins-Cherry, S. A. Roberts, K. A. Rodriguez-Wallberg, S. M. Rosenthal, K. Sabir, J. D. Safer, A. I. Scheim, L. J. Seal, T. J. Sehoole, K. Spencer, C. St. Amand, T. D. Steensma, J. F. Strang, G. B. Taylor, K. Tillemann, G. G. T'Sjoen, L. N. Vala, N. M. Van Mello, J. F. Veale, J. A. Vencill, B. Vincent, L. M. Wesp, M. A. West & J. Arcelus

使用此方式引用原文: To cite this article

E. Coleman, A. E. Radix, W. P. Bouman, G. R. Brown, A. L. C. de Vries, M. B. Deutsch, R. Ettner, L. Fraser, M. Goodman, J. Green, A. B. Hancock, T. W. Johnson, D. H. Karasic, G. A. Knudson, S. F. Leibowitz, H. F. L. Meyer-Bahlburg, S. J. Monastrey, J. Motmans, L. Nahata, T. O. Nieder, S. L. Reisner, C. Richards, L. S. Schechter, V. Tangpricha, A. C. Tishelman, M. A. A. Van Trotsenburg, S. Winter, K. Ducheny, N. J. Adams, T. M. Adrián, L. R. Allen, D. Azul, H. Bagga, K. Başar, D. S. Bathory, J. J. Belinky, D. R. Berg, J. U. Berli, R. O. Bluebond-Langner, M.-B. Bouman, M. L. Bowers, P. J. Brassard, J. Byrne, L. Capitán, C. J. Cargill, J. M. Carswell, S. C. Chang, G. Chelvakumar, T. Corneil, K. B. Dalke, G. De Cuypere, E. de Vries, M. Den Heijer, A. H. Devor, C. Dhejne, A. D' Marco, E. K. Edmiston, L. Edwards-Leeper, R. Ehrbar, D. Ehrensaft, J. Einfeld, E. Elaut, L. Erickson-Schroth, J. L. Feldman, A. D. Fisher, M. M. Garcia, L. Gijs, S. E. Green, B. P. Hall, T. L. D. Hardy, M. S. Irwig, L. A. Jacobs, A. C. Janssen, K. Johnson, D. T. Klink, B. P. C. Kreukels, L. E. Kuper, E. J. Kvach, M. A. Malouf, R. Massey, T. Mazur, C. McLachlan, S. D. Morrison, S. W. Mosser, P. M. Neira, U. Nygren, J. M. Oates, J. Obedin-Maliver, G. Pagkalos, J. Patton, N. Phanuphak, K. Rachlin, T. Reed, G. N. Rider, J. Ristori, S. Robbins-Cherry, S. A. Roberts, K. A. Rodriguez-Wallberg, S. M. Rosenthal, K. Sabir, J. D. Safer, A. I. Scheim, L. J. Seal, T. J. Sehoole, K. Spencer, C. St. Amand, T. D. Steensma, J. F. Strang, G. B. Taylor, K. Tillemann, G. G. T' Sjoen, L. N. Vala, N. M. Van Mello, J. F. Veale, J. A. Vencill, B. Vincent, L. M. Wesp, M. A. West & J. Arcelus (2022) Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8, International Journal of Transgender Health, 23:sup1, S1-S259, DOI: 10.1080/26895269.2022.2100644

To link to this article: <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>



© 2022 The Author(s). Published
with license by Taylor & Francis Group, LLC.



Published online: 15 Sep 2022.



Submit your article to this journal [↗](#)



Article views: 367330



View related articles [↗](#)



View Crossmark data [↗](#)



Citing articles: 152 View citing articles [↗](#)

By 2023.11.23

Full Terms & Conditions of access and use can be found at

<https://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=wijt21>

Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8 (Mandarin Translation)¹

E. Coleman¹, A. E. Radix^{2,3}, W. P. Bouman^{4,5}, G. R. Brown^{6,7}, A. L. C. de Vries^{8,9}, M. B. Deutsch^{10,11}, R. Ettner^{12,13}, L. Fraser¹⁴, M. Goodman¹⁵, J. Green¹⁶, A. B. Hancock¹⁷, T. W. Johnson¹⁸, D. H. Karasic^{19,20}, G. A. Knudson^{21,22}, S. F. Leibowitz²³, H. F. L. Meyer-Bahlburg^{24,25}, S. J. Monstrey²⁶, J. Motmans^{27,28}, L. Nahata^{29,30}, T. O. Nieder³¹, S. L. Reisner^{32,33}, C. Richards^{34,35}, L. S. Schechter³⁶, V. Tangpricha^{37,38}, A. C. Tishelman³⁹, M. A. A. Van Trotsenburg^{40,41}, S. Winter⁴², K. Ducheny⁴³, N. J. Adams^{44,45}, T. M. Adrián^{46,47}, L. R. Allen⁴⁸, D. Azul⁴⁹, H. Bagga^{50,51}, K. Başar⁵², D. S. Bathory⁵³, J. J. Belinky⁵⁴, D. R. Berg⁵⁵, J. U. Berli⁵⁶, R. O. Bluebond-Langner^{57,58}, M.-B. Bouman⁵⁹, M. L. Bowers^{60,61}, P. J. Brassard^{62,63}, J. Byrne⁶⁴, L. Capitán⁶⁵, C. J. Cargill⁶⁶, J. M. Carswell^{67,68}, S. C. Chang⁶⁹, G. Chelvakumar^{69,70}, T. Corneil⁷¹, K. B. Dalke^{72,73}, G. De Cuyper⁷⁴, E. de Vries^{75,76}, M. Den Heijer⁷⁷, A. H. Devor⁷⁸, C. Dhejne^{79,80}, A. D' Marco^{81,82}, E. K. Edmiston⁸³, L. Edwards-Leeper^{84,85}, R. Ehrbar^{86,87}, D. Ehrensaft¹⁹, J. Eisfeld⁸⁸, E. Elaut^{74,89}, L. Erickson-Schroth^{90,91}, J. L. Feldman⁹², A. D. Fisher⁹³, M. M. Garcia^{94,95}, L. Gijs⁹⁶, S. E. Green⁹⁷, B. P. Hall^{98,99}, T. L. D. Hardy^{100,101}, M. S. Irwig^{32,102}, L. A. Jacobs¹⁰³, A. C. Janssen^{23,104}, K. Johnson^{105,106}, D. T. Klink^{107,108}, B. P. C. Kreukels^{9,109}, L. E. Kuper^{110,111}, E. J. Kvach^{112,113}, M. A. Malouf¹¹⁴, R. Massey^{115,116}, T. Mazur^{117,118}, C. McLachlan^{119,120}, S. D. Morrison^{121,122}, S. W. Mosser^{123,124}, P. M. Neira^{125,126}, U. Nygren^{127,128}, J. M. Oates^{129,130}, J. Obedin-Maliver^{131,132}, G. Pagkalos^{133,134}, J. Patton^{135,136}, N. Phanuphak¹³⁷, K. Rachlin¹⁰³, T. Reed¹³⁸ †, G. N. Rider⁵⁵, J. Ristori⁹³, S. Robbins-Cherry⁴, S. A. Roberts^{32,139}, K. A. Rodriguez-Wallberg^{140,141}, S. M. Rosenthal^{142,143}, K. Sabir¹⁴⁴, J. D. Safer^{60,145}, A. I. Scheim^{146,147}, L. J. Seal^{135,148}, T. J. Sehoole¹⁴⁹, K. Spencer⁵⁵, C. St. Amand^{150,151}, T. D. Steensma^{9,109}, J. F. Strang^{152,153}, G. B. Taylor¹⁵⁴, K. Tilleman¹⁵⁵, G. G. T' Sjoen^{74,156}, L. N. Vala¹⁵⁷, N. M. Van Mello^{9,158}, J. F. Veale¹⁵⁹, J. A. Vencill^{160,161}, B. Vincent¹⁶², L. M. Wesp^{163,164}, M. A. West^{165,166}, and J. Arcelus^{5,167}

¹Institute for Sexual and Gender Health, Department of Family Medicine and Community Health, University of Minnesota Medical School, Minneapolis, MN, USA ²Callen-Lorde Community Health Center, New York, NY, USA ³Department of Medicine, NYU Grossman School of Medicine, New York, NY, USA ⁴Nottingham Centre for Transgender Health, Nottingham, UK ⁵School of Medicine, University of Nottingham, Nottingham, UK ⁶James H. Quillen College of Medicine, East Tennessee State University, Johnson City, TN, USA ⁷James H. Quillen VAMC, Johnson City, TN, USA ⁸Department of Child and Adolescent Psychiatry, Amsterdam UMC Location Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam, Netherlands ⁹Center of Expertise on Gender Dysphoria, Amsterdam UMC Location Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam, The Netherlands ¹⁰Department of Family & Community Medicine, University of California—San Francisco, San Francisco, CA, USA ¹¹UCSF Gender Affirming Health Program, San Francisco, CA, USA ¹²New Health Foundation Worldwide, Evanston, IL, USA ¹³Weiss Memorial Hospital, Chicago, IL, USA ¹⁴Independent Practice, San Francisco, CA, USA ¹⁵Emory University Rollins School of Public Health, Atlanta, GA, USA ¹⁶Independent Scholar, Vancouver, WA, USA ¹⁷The George Washington University, Washington, DC, USA ¹⁸Department of Anthropology, California State University, Chico, CA, USA ¹⁹University of California San Francisco, San Francisco, CA, USA ²⁰Independent Practice at dankarasic.com ²¹University of British Columbia, Vancouver, Canada ²²Vancouver Coastal Health, Vancouver, Canada ²³Ann & Robert H. Lurie Children's Hospital of Chicago, Chicago, IL, USA ²⁴New York State Psychiatric Institute, New York, NY, USA ²⁵Department of Psychiatry, Columbia University, New York, NY, USA ²⁶Ghent University Hospital, Gent, Belgium ²⁷Transgender Infopunt, Ghent University Hospital, Gent, Belgium ²⁸Centre for Research on Culture and Gender, Ghent University, Gent, Belgium ²⁹Department of Pediatrics, The Ohio State University College of Medicine, Columbus, OH, USA ³⁰Endocrinology and Center for Biobehavioral Health, The Abigail Wexner Research Institute at Nationwide Children's Hospital, Columbus, OH, USA ³¹University Medical Center Hamburg-Eppendorf, Interdisciplinary Transgender Health Care Center Hamburg, Institute for Sex Research, Sexual Medicine and Forensic Psychiatry, Hamburg, Germany ³²Harvard Medical School, Boston, MA, USA ³³Harvard T. H. Chan School of Public Health, Boston, MA, USA ³⁴Regents University London, UK ³⁵Tavistock and Portman NHS Foundation Trust, London, UK ³⁶Rush University Medical Center, Chicago, IL, USA ³⁷Division of Endocrinology, Metabolism & Lipids, Department of Medicine, Emory University School of Medicine, Atlanta, GA, USA ³⁸Atlanta VA Medical Center, Decatur, GA, USA ³⁹Boston College, Department of Psychology and Neuroscience, Chestnut Hill, MA, USA ⁴⁰Bureau GenderPRO, Vienna, Austria ⁴¹University Hospital Lilienfeld—St. Pölten, St. Pölten, Austria ⁴²School of Population Health, Curtin University, Perth, WA, Australia ⁴³Howard Brown Health, Chicago, IL, USA ⁴⁴University of Toronto, Ontario Institute for Studies in Education, Toronto,

¹ This is a translated version of <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644> by third-party. Please refer to the following disclaimer.

CONTACT Dr Eli Coleman, PhD Institute for sexual and gender Health, department of family Medicine and Community Health, University of Minnesota Medical school, Minneapolis, MN, USA

† Deceased.

© 2022 the author(s). Published with license by Taylor & Francis group, LLC.

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons attribution-noncommercial-noderivatives license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>), which permits non-commercial re-use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited, and is not altered, trans-formed, or built upon in any way.

Canada ⁴⁵ Transgender Professional Association for Transgender Health (TPATH) ⁴⁶ Asamblea Nacional de Venezuela, Caracas, Venezuela ⁴⁷ Diverlex Diversidad e Igualdad a Través de la Ley, Caracas, Venezuela ⁴⁸ University of Nevada, Las Vegas, NV, USA ⁴⁹ La Trobe Rural Health School, La Trobe University, Bendigo, Australia ⁵⁰ Monash Health Gender Clinic, Melbourne, Victoria, Australia ⁵¹ Monash University, Melbourne, Victoria, Australia ⁵² Department of Psychiatry, Hacettepe University, Ankara, Turkey ⁵³ Independent Practice at Bathory International PLLC, Winston-Salem, NC, USA ⁵⁴ Durand Hospital, Guemes Clinic and Urological Center, Buenos Aires, Argentina ⁵⁵ National Center for Gender Spectrum Health, Institute for Sexual and Gender Health, Department of Family Medicine and Community Health, University of Minnesota Medical School, Minneapolis, MN, USA ⁵⁶ Oregon Health & Science University, Portland, OR, USA ⁵⁷ NYU Langone Health, New York, NY, USA ⁵⁸ Hansjörg Wyss Department of Plastic Surgery, New York, NY, USA ⁵⁹ Department of Plastic Surgery, Amsterdam UMC Location Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam, Netherlands ⁶⁰ Icahn School of Medicine at Mount Sinai, New York, NY, USA ⁶¹ Mills-Peninsula Medical Center, Burlingame, CA, USA ⁶² GrS Montreal, Complexe CMC, Montreal, Quebec, Canada ⁶³ Université de Montreal, Quebec, Canada ⁶⁴ University of Waikato/Te Whare Wānanga o Waikato, Hamilton/Kirikiri, New Zealand/Aotearoa ⁶⁵ The Facialteam Group, Marbella International Hospital, Marbella, Spain ⁶⁶ Independent Scholar ⁶⁷ Boston's Children's Hospital, Boston, MA, USA ⁶⁸ Independent Practice, Oakland, CA, USA ⁶⁹ Nationwide Children's Hospital, Columbus, OH, USA ⁷⁰ The Ohio State University, College of Medicine, Columbus, OH, USA ⁷¹ School of Population & Public Health, University of British Columbia, Vancouver, BC, Canada ⁷² Penn State Health, PA, USA ⁷³ Penn State College of Medicine, Hershey, PA, USA ⁷⁴ Center for Sexology and Gender, Ghent University Hospital, Gent, Belgium ⁷⁵ Nelson Mandela University, Gqeberha, South Africa ⁷⁶ University of Cape Town, Cape Town, South Africa ⁷⁷ Department of Endocrinology, Amsterdam UMC Location Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam, Netherlands ⁷⁸ University of Victoria, Victoria, BC, Canada ⁷⁹ ANOVA, Karolinska University Hospital, Stockholm, Sweden ⁸⁰ Department of Medicine Huddinge, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden ⁸¹ UCTrans—United Caribbean Trans Network, Nassau, The Bahamas ⁸² D M A R C O Organization, Nassau, The Bahamas ⁸³ University of Pittsburgh School of Medicine, Pittsburgh, PA, USA ⁸⁴ Pacific University, Hillsboro, OR, USA ⁸⁵ Independent Practice, Beaverton, OR, USA ⁸⁶ Whitman Walker Health, Washington, DC, USA ⁸⁷ Independent Practice, Maryland, USA ⁸⁸ Transvisie, Utrecht, The Netherlands ⁸⁹ Department of Clinical Experimental and Health Psychology, Ghent University, Gent, Belgium ⁹⁰ The Jed Foundation, New York, NY, USA ⁹¹ Hetrick-Martin Institute, New York, NY, USA ⁹² Institute for Sexual and Gender Health, Institute for Sexual and Gender Health, Department of Family Medicine and Community Health, University of Minnesota Medical School, Minneapolis, MN, USA ⁹³ Andrology, Women Endocrinology and Gender Incongruence, Careggi University Hospital, Florence, Italy ⁹⁴ Department of Urology, Cedars-Sinai Medical Center, Los Angeles, CA, USA ⁹⁵ Departments of Urology and Anatomy, University of California San Francisco, San Francisco, CA, USA ⁹⁶ Institute of Family and Sexuality Studies, Department of Neurosciences, KU Leuven, Leuven, Belgium ⁹⁷ Mermaids, London/Leeds, UK ⁹⁸ Duke University Medical Center, Durham, NC, USA ⁹⁹ Duke Adult Gender Medicine Clinic, Durham, NC, USA ¹⁰⁰ Alberta Health Services, Edmonton, Alberta, Canada ¹⁰¹ MacEwan University, Edmonton, Alberta, Canada ¹⁰² Beth Israel Deaconess Medical Center, Boston, MA, USA ¹⁰³ Independent Practice, New York, NY, USA ¹⁰⁴ Northwestern Feinberg School of Medicine, Chicago, IL, USA ¹⁰⁵ RMIT University, Melbourne, Australia ¹⁰⁶ University of Brighton, Brighton, UK ¹⁰⁷ Department of Pediatrics, Division of Pediatric Endocrinology, Ghent University Hospital, Gent, Belgium ¹⁰⁸ Division of Pediatric Endocrinology and Diabetes, ZNA Queen Paola Children's Hospital, Antwerp, Belgium ¹⁰⁹ Department of Medical Psychology, Amsterdam UMC Location Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam, Netherlands ¹¹⁰ Department of Psychiatry, Southwestern Medical Center, University of Texas, Dallas, TX, USA ¹¹¹ Department of Endocrinology, Children's Health, Dallas, TX, USA ¹¹² Denver Health, Denver, CO, USA ¹¹³ University of Colorado School of Medicine, Aurora, CO, USA ¹¹⁴ Malouf Counseling and Consulting, Baltimore, MD, USA ¹¹⁵ WPATH Global Education Institute ¹¹⁶ Department of Psychiatry & Behavioral Sciences, Emory University School of Medicine, Atlanta, GA, USA ¹¹⁷ Jacobs School of Medicine and Biomedical Sciences, University at Buffalo, Buffalo, NY, USA ¹¹⁸ John R. Oishei Children's Hospital, Buffalo, NY, USA ¹¹⁹ Professional Association for Transgender Health, South Africa ¹²⁰ Gender DynamiX, Cape Town, South Africa ¹²¹ Division of Plastic Surgery, Seattle Children's Hospital, Seattle, WA, USA ¹²² Division of Plastic Surgery, Department of Surgery, University of Washington Medical Center, Seattle, WA, USA ¹²³ Gender Confirmation Center, San Francisco, CA, USA ¹²⁴ Saint Francis Memorial Hospital, San Francisco, CA, USA ¹²⁵ Johns Hopkins Center for Transgender Health, Baltimore, MD, USA ¹²⁶ Johns Hopkins Medicine Office of Diversity, Inclusion and Health Equity, Baltimore, MD, USA ¹²⁷ Division of Speech and Language Pathology, Department of Clinical Science, Intervention and Technology, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden ¹²⁸ Speech and Language Pathology, Medical Unit, Karolinska University Hospital, Stockholm, Sweden ¹²⁹ La Trobe University, Melbourne, Australia ¹³⁰ Melbourne Voice Analysis Centre, East Melbourne, Australia ¹³¹ Stanford University School of Medicine, Department of Obstetrics and Gynecology, Palo Alto, CA, USA ¹³² Department of Epidemiology and Population Health, Stanford, CA, USA ¹³³ Independent Practice Thessaloniki, Greece ¹³⁴ Military Community Mental Health Center, 424 General Military Training Hospital, Thessaloniki, Greece ¹³⁵ Talkspace, New York, NY, USA ¹³⁶ CytiPsychological LLC, San Diego, CA, USA ¹³⁷ Institute of HIV Research and Innovation, Bangkok, Thailand ¹³⁸ Gender Identity Research and Education Society, Leatherhead, UK ¹³⁹ Division of Endocrinology, Boston's Children's Hospital, Boston, MA, USA ¹⁴⁰ Department of Reproductive Medicine, Karolinska University Hospital, Stockholm, Sweden ¹⁴¹ Department of Oncology-Pathology, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden ¹⁴² Division of Pediatric Endocrinology, UCSF, San Francisco, CA, USA ¹⁴³ UCSF Child and Adolescent Gender Center ¹⁴⁴ FtM Phoenix Group, Krasnodar Krai, Russia ¹⁴⁵ Mount Sinai Center for Transgender Medicine and Surgery, New York, NY, USA ¹⁴⁶ Epidemiology and Biostatistics, Dornsife School of Public Health, Drexel University, Philadelphia, PA, USA ¹⁴⁷ Epidemiology and Biostatistics, Schulich School of Medicine and Dentistry, Western University, Ontario, Canada ¹⁴⁸ St George's University Hospitals NHS Foundation Trust, London, UK ¹⁴⁹ Irandi, Johannesburg, South Africa ¹⁵⁰ University of Houston, Houston, TX, USA ¹⁵¹ Mayo Clinic, Rochester, MN, USA ¹⁵² Children's National Hospital, Washington, DC, USA ¹⁵³ George Washington University School of Medicine, Washington, DC, USA ¹⁵⁴ Atrium Health Department of Obstetrics and Gynecology, Division of Female Pelvic Medicine and Reconstructive Surgery, Charlotte, NC, USA ¹⁵⁵ Department for Reproductive Medicine, Ghent University Hospital, Gent, Belgium ¹⁵⁶ Department of Endocrinology, Ghent University Hospital, Gent, Belgium ¹⁵⁷ Independent Practice, Campbell, CA, USA ¹⁵⁸ Department of Obstetrics and Gynaecology, Amsterdam UMC Location Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam, Netherlands ¹⁵⁹ School of Psychology, University of Waikato/Te Whare Wānanga o Waikato, Hamilton/Kirikiri, New Zealand/Aotearoa ¹⁶⁰ Department of Psychiatry & Psychology, Mayo Clinic, Rochester, MN, USA ¹⁶¹ Division of General Internal Medicine, Mayo Clinic, Rochester, MN, USA ¹⁶² Trans Learning Partnership at <https://spectra-london.org.uk/trans-learning-partnership>, UK ¹⁶³ College of Nursing, University of Wisconsin Milwaukee Milwaukee, WI, USA ¹⁶⁴ Health Connections Inc., Glendale, WI, USA ¹⁶⁵ North Memorial Health Hospital, Robbinsdale, MN, USA ¹⁶⁶ University of Minnesota, Minneapolis, MN, USA ¹⁶⁷ Bellvitge Biomedical Research Institute (IDIBELL), L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, Spain.

Disclaimer of SOC8 Translations - WPATH

Third-party organizations have graciously agreed to provide WPATH with translated versions of the WPATH Standards of Care 8 (SOC8) in several languages for your convenience. Although these translations allow a wider audience to access SOC8, all translations of SOC8 in languages other than English are prepared by these third-party translators and have not been reviewed or approved for accuracy by WPATH. **Click here to review the Process for SOC8 Translations.**

These translations are provided as a service to users of this website and are provided “as is.” No warranty of any kind, either expressed or implied, is made as to the accuracy, reliability, or correctness of any translations of SOC8 made from English into any other language. Some content (such as images, graphs, pdfs, etc.) may not be accurately translated due to the limitations of the translation. By accessing any of the versions of SOC8, you acknowledge and agree that WPATH is not responsible for any incorrect or inaccurate translation and will not be held responsible for any damage or issues that may result from using these translated versions of SOC8.

The original text is the English version of SOC8. Any discrepancies or differences created in the translation are not binding and have no legal effect for compliance or enforcement purposes. If any questions arise related to the accuracy of the information contained in the translation, refer to the English version of SOC8 which is the official version and takes precedence over all translated versions.

Please also **click here** to access a feedback form to provide any feedback, comments, or questions relating to the translations.

翻译免责声明 - WPATH

WPATH的跨性别和多元性别人群健康照护指南第八版（SOC-8）由第三方翻译成多种语言，以便更多读者能够阅读和理解。但请注意，这些非英文版本的翻译均由第三方完成，WPATH并未对其准确性进行审核或认可。想了解更多关于SOC8翻译流程的信息，请[访问这里](#)。

提供这些翻译版本旨在方便网站用户，并基于“现状”提供。对于将SOC8从英语翻译成其他语言的版本，我们不提供任何形式的明示或暗示保证，包括准确性、可靠性或正确性。由于翻译过程的局限性，一些内容（如图片、图表、PDF等）可能无法得到精确翻译。**获取SOC-8的任何版本即表示您理解并同意，WPATH对任何翻译错误或不准确之处不承担责任，且不会因使用这些翻译版本而产生的任何损害或问题承担责任。**

请注意，SOC-8的官方语言版本为英文。翻译中出现的任何不一致或差异在法律上没有约束力，也不具备合规性或执行力的法律效力。如果您对翻译中包含的信息的准确性有疑问，请参考英文版SOC-8，仅英文版本为官方版本，并且优先于所有翻译版本。

若有关于翻译的反馈、意见或问题，请点击[此处填写](#)反馈表。

跨性别和多元性别人群健康照护指南

(第八版)

Standards of Care for the Health of
Transgender and Gender Diverse People¹
(Version 8)

世界跨性别健康专业协会
(2022)

World Professional Association for
Transgender Health
(2022)

1 本文为 WPATH 的授权翻译版本，原文是一篇开放获取文章，根据 *知识共享：署名-非商业性使用-禁止演绎 4.0 国际公共许可协议* 的条款分发 (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)，允许以任何媒介进行非商业性再次使用、分发和复制，前提是原始作品被正确引用，并且不以任何方式更改、转换或基于该作品创作。

世界跨性别健康专业协会撰写 SOC-8 旨在灵活适应全球范围内 TGD 群体多样的医疗保健需求，其内容可能与本地跨性别医疗、社会环境、法律规定存在差异，本翻译版本仅遵照原文，不代表译者观点。

编写者

E. Coleman¹, A. E. Radix^{2,3}, W. P. Bouman^{4,5}, G. R. Brown^{6,7}, A. L. C. de Vries^{8,9}, M. B. Deutsch^{10,11}, R. Ettner^{12,13}, L. Fraser¹⁴, M. Goodman¹⁵, J. Green¹⁶, A. B. Hancock¹⁷, T. W. Johnson¹⁸, D. H. Karasic^{19,20}, G. A. Knudson^{21,22}, S. F. Leibowitz²³, H. F. L. Meyer-Bahlburg^{24,25}, S. J. Monstrey²⁶, J. Motmans^{27,28}, L. Nahata^{29,30}, T. O. Nieder³¹, S. L. Reisner^{32,33}, C. Richards^{34,35}, L. S. Schechter³⁶, V. Tangpricha^{37,38}, A. C. Tishelman³⁹, M. A. A. Van Trotsenburg^{40,41}, S. Winter⁴², K. Ducheny⁴³, N. J. Adams^{44,45}, T. M. Adrián^{46,47}, L. R. Allen⁴⁸, D. Azul⁴⁹, H. Bagga^{50,51}, K. Başar⁵², D. S. Bathory⁵³, J. J. Belinky⁵⁴, D. R. Berg⁵⁵, J. U. Berli⁵⁶, R. O. Bluebond-Langner^{57,58}, M.-B. Bouman^{9,59}, M. L. Bowers^{60,61}, P. J. Brassard^{62,63}, J. Byrne⁶⁴, L. Capitán⁶⁵, C. J. Cargill⁶⁶, J. M. Carswell^{32,67}, S. C. Chang⁶⁸, G. Chelvakumar^{69,70}, T. Corneil⁷¹, K. B. Dalke^{72,73}, G. De Cuypere⁷⁴, E. de Vries^{75,76}, M. Den Heijer^{9,77}, A. H. Devor⁷⁸, C. Dhejne^{79,80}, A. D'Marco^{81,82}, E. K. Edmiston⁸³, L. Edwards-Leeper^{84,85}, R. Ehrbar^{86,87}, D. Ehrensaft¹⁹, J. Einfeld⁸⁸, E. Elaut^{74,89}, L. Erickson-Schroth^{90,91}, J. L. Feldman⁹², A. D. Fisher⁹³, M. M. Garcia^{94,95}, L. Gijs⁹⁶, S. E. Green⁹⁷, B. P. Hall^{98,99}, T. L. D. Hardy^{100,101}, M. S. Irwig^{32,102}, L. A. Jacobs¹⁰³, A. C. Janssen^{23,104}, K. Johnson^{105,106}, D. T. Klink^{107,108}, B. P. C. Kreukels^{9,109}, L. E. Kuper^{110,111}, E. J. Kvach^{112,113}, M. A. Malouf¹¹⁴, R. Massey^{115,116}, T. Mazur^{117,118}, C. McLachlan^{119,120}, S. D. Morrison^{121,122}, S. W. Mosser^{123,124}, P. M. Neira^{125,126}, U. Nygren^{127,128}, J. M. Oates^{129,130}, J. Obedin-Maliver^{131,132}, G. Pagkalos^{133,134}, J. Patton^{135,136}, N. Phanuphak¹³⁷, K. Rachlin¹⁰³, T. Reed^{138†}, G. N. Rider⁵⁵, J. Ristori⁹³, S. Robbins-Cherry⁴, S. A. Roberts^{32,139}, K. A. Rodriguez-Wallberg^{140,141}, S. M. Rosenthal^{142,143}, K. Sabir¹⁴⁴, J. D. Safer^{60,145}, A. I. Scheim^{146,147}, L. J. Seal^{135,148}, T. J. Schoole¹⁴⁹, K. Spencer⁵⁵, C. St. Amand^{150,151}, T. D. Steensma^{9,109}, J. F. Strang^{152,153}, G. B. Taylor¹⁵⁴, K. Tilleman¹⁵⁵, G. G. T'Sjoen^{74,156}, L. N. Vala¹⁵⁷, N. M. Van Mello^{9,158}, J. F. Veale¹⁵⁹, J. A. Vencill^{160,161}, B. Vincent¹⁶², L. M. Wesp^{163,164}, M. A. West^{165,166}, J. Arcelus^{5,167}

¹ Institute for Sexual and Gender Health, Department of Family Medicine and Community Health, University of Minnesota Medical School, Minneapolis, MN, USA

² Callen-Lorde Community Health Center, New York, NY, USA

³ Department of Medicine, NYU Grossman School of Medicine, New York, NY, USA

⁴ Nottingham Centre for Transgender Health, Nottingham, UK

⁵ School of Medicine, University of Nottingham, Nottingham, UK

⁶ James H. Quillen College of Medicine, East Tennessee State University, Johnson City, TN, USA

⁷ James H. Quillen VAMC, Johnson City, TN, USA

⁸ Department of Child and Adolescent Psychiatry, Amsterdam UMC Location Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam, Netherlands

⁹ Center of Expertise on Gender Dysphoria, Amsterdam UMC Location Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam, The Netherlands

¹⁰ Department of Family & Community Medicine, University of California—San Francisco, San Francisco, CA, USA

¹¹ UCSF Gender Affirming Health Program, San Francisco, CA, USA

¹² New Health Foundation Worldwide, Evanston, IL, USA

¹³ Weiss Memorial Hospital, Chicago, IL, USA

¹⁴ Independent Practice, San Francisco, CA, USA

¹⁵ Emory University Rollins School of Public Health, Atlanta, GA, USA

¹⁶ Independent Scholar, Vancouver, WA, USA

¹⁷ The George Washington University, Washington, DC, USA

¹⁸ Department of Anthropology, California State University, Chico, CA, USA

¹⁹ University of California San Francisco, San Francisco, CA, USA

²⁰ Independent Practice at dankarasic.com

²¹ University of British Columbia, Vancouver, Canada

²² Vancouver Coastal Health, Vancouver, Canada

²³ Ann & Robert H. Lurie Children's Hospital of Chicago, Chicago, IL, USA

²⁴ New York State Psychiatric Institute, New York, NY, USA

²⁵ Department of Psychiatry, Columbia University, New York, NY, USA

²⁶ Ghent University Hospital, Gent, Belgium

²⁷ Transgender Infopunt, Ghent University Hospital, Gent, Belgium

²⁸ Centre for Research on Culture and Gender, Ghent University, Gent, Belgium

²⁹ Department of Pediatrics, The Ohio State University College of Medicine, Columbus, OH, USA

³⁰ Endocrinology and Center for Biobehavioral Health, The Abigail Wexner Research Institute at Nationwide Children's Hospital, Columbus, OH, USA

³¹ University Medical Center Hamburg-Eppendorf, Interdisciplinary Transgender Health Care Center Hamburg, Institute for Sex Research, Sexual Medicine and Forensic Psychiatry, Hamburg, Germany

³² Harvard Medical School, Boston, MA, USA

³³ Harvard T. H. Chan School of Public Health, Boston, MA, USA

³⁴ Regents University London, UK

³⁵ Tavistock and Portman NHS Foundation Trust, London, UK

³⁶ Rush University Medical Center, Chicago, IL, USA

³⁷ Division of Endocrinology, Metabolism & Lipids, Department of Medicine, Emory University School of Medicine, Atlanta, GA, USA

³⁸ Atlanta VA Medical Center, Decatur, GA, USA

³⁹ Boston College, Department of Psychology and Neuroscience, Chestnut Hill, MA, USA

⁴⁰ Bureau GenderPRO, Vienna, Austria

⁴¹ University Hospital Lilienfeld—St. Pölten, St. Pölten, Austria

⁴² School of Population Health, Curtin University, Perth, WA, Australia

⁴³ Howard Brown Health, Chicago, IL, USA

⁴⁴ University of Toronto, Ontario Institute for Studies in Education, Toronto, Canada

⁴⁵ Transgender Professional Association for Transgender Health (TPATH)

- ⁴⁶ Asamblea Nacional de Venezuela, Caracas, Venezuela
- ⁴⁷ Diverlex Diversidad e Igualdad a Través de la Ley, Caracas, Venezuela
- ⁴⁸ University of Nevada, Las Vegas, NV, USA
- ⁴⁹ La Trobe Rural Health School, La Trobe University, Bendigo, Australia
- ⁵⁰ Monash Health Gender Clinic, Melbourne, Victoria, Australia
- ⁵¹ Monash University, Melbourne, Victoria, Australia
- ⁵² Department of Psychiatry, Hacettepe University, Ankara, Turkey
- ⁵³ Independent Practice at Bathory International PLLC, Winston-Salem, NC, USA
- ⁵⁴ Durand Hospital, Guemes Clinic and Urological Center, Buenos Aires, Argentina
- ⁵⁵ National Center for Gender Spectrum Health, Institute for Sexual and Gender Health, Department of Family Medicine and Community Health, University of Minnesota Medical School, Minneapolis, MN, USA
- ⁵⁶ Oregon Health & Science University, Portland, OR, USA
- ⁵⁷ NYU Langone Health, New York, NY, USA
- ⁵⁸ Hansjörg Wyss Department of Plastic Surgery, New York, NY, USA
- ⁵⁹ Department of Plastic Surgery, Amsterdam UMC Location Vrije Universiteit Amsterdam,, Amsterdam, Netherlands
- ⁶⁰ Icahn School of Medicine at Mount Sinai, New York, NY, USA
- ⁶¹ Mills-Peninsula Medical Center, Burlingame, CA, USA
- ⁶² GrS Montreal, Complexe CMC, Montreal, Quebec, Canada
- ⁶³ Université de Montreal, Quebec, Canada
- ⁶⁴ University of Waikato/Te Whare Wānanga o Waikato, Hamilton/Kirikiri, New Zealand/Aotearoa
- ⁶⁵ The Facialteam Group, Marbella International Hospital, Marbella, Spain
- ⁶⁶ Independent Scholar
- ⁶⁷ Boston's Children's Hospital, Boston, MA, USA
- ⁶⁸ Independent Practice, Oakland, CA, USA
- ⁶⁹ Nationwide Children's Hospital, Columbus, OH, USA
- ⁷⁰ The Ohio State University, College of Medicine, Columbus, OH, USA
- ⁷¹ School of Population & Public Health, University of British Columbia, Vancouver, BC, Canada
- ⁷² Penn State Health, PA, USA
- ⁷³ Penn State College of Medicine, Hershey, PA, USA
- ⁷⁴ Center for Sexology and Gender, Ghent University Hospital, Gent, Belgium
- ⁷⁵ Nelson Mandela University, Gqeberha, South Africa
- ⁷⁶ University of Cape Town, Cape Town, South Africa
- ⁷⁷ Department of Endocrinology, Amsterdam UMC Location Vrije Universiteit Amsterdam,, Amsterdam, Netherlands
- ⁷⁸ University of Victoria, Victoria, BC, Canada
- ⁷⁹ ANOVA, Karolinska University Hospital, Stockholm, Sweden
- ⁸⁰ Department of Medicine Huddinge, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden
- ⁸¹ UCTrans—United Caribbean Trans Network, Nassau, The Bahamas
- ⁸² D M A R C O Organization, Nassau, The Bahamas
- ⁸³ University of Pittsburgh School of Medicine, Pittsburgh, PA, USA
- ⁸⁴ Pacific University, Hillsboro, OR, USA
- ⁸⁵ Independent Practice, Beaverton, OR, USA
- ⁸⁶ Whitman Walker Health, Washington, DC, USA
- ⁸⁷ Independent Practice, Maryland, USA
- ⁸⁸ Transvisie, Utrecht, The Netherlands
- ⁸⁹ Department of Clinical Experimental and Health Psychology, Ghent University, Gent, Belgium
- ⁹⁰ The Jed Foundation, New York, NY, USA
- ⁹¹ Hetrick-Martin Institute, New York, NY, USA
- ⁹² Institute for Sexual and Gender Health, Institute for Sexual and Gender Health, Department of Family Medicine and Community Health, University of Minnesota Medical School, Minneapolis, MN, USA
- ⁹³ Andrology, Women Endocrinology and Gender Incongruence, Careggi University Hospital, Florence, Italy
- ⁹⁴ Department of Urology, Cedars-Sinai Medical Center, Los Angeles, CA, USA
- ⁹⁵ Departments of Urology and Anatomy, University of California San Francisco, San Francisco, CA, USA
- ⁹⁶ Institute of Family and Sexuality Studies, Department of Neurosciences, KU Leuven, Leuven, Belgium
- ⁹⁷ Mermaids, London/Leeds, UK
- ⁹⁸ Duke University Medical Center, Durham, NC, USA
- ⁹⁹ Duke Adult Gender Medicine Clinic, Durham, NC, USA
- ¹⁰⁰ Alberta Health Services, Edmonton, Alberta, Canada
- ¹⁰¹ MacEwan University, Edmonton, Alberta, Canada
- ¹⁰² Beth Israel Deaconess Medical Center, Boston, MA, USA
- ¹⁰³ Independent Practice, New York, NY, USA
- ¹⁰⁴ Northwestern Feinberg School of Medicine, Chicago, IL, USA
- ¹⁰⁵ RMIT University, Melbourne, Australia
- ¹⁰⁶ University of Brighton, Brighton, UK
- ¹⁰⁷ Department of Pediatrics, Division of Pediatric Endocrinology, Ghent University Hospital, Gent, Belgium
- ¹⁰⁸ Division of Pediatric Endocrinology and Diabetes, ZNA Queen Paola Children's Hospital, Antwerp, Belgium
- ¹⁰⁹ Department of Medical Psychology, Amsterdam UMC Location Vrije Universiteit Amsterdam,, Amsterdam, Netherlands
- ¹¹⁰ Department of Psychiatry, Southwestern Medical Center, University of Texas, Dallas, TX, USA
- ¹¹¹ Department of Endocrinology, Children's Health, Dallas, TX, USA
- ¹¹² Denver Health, Denver, CO, USA
- ¹¹³ University of Colorado School of Medicine, Aurora, CO, USA;
- ¹¹⁴ Malouf Counseling and Consulting, Baltimore, MD, USA
- ¹¹⁵ WPATH Global Education Institute
- ¹¹⁶ Department of Psychiatry & Behavioral Sciences, Emory University School of Medicine, Atlanta, GA, USA
- ¹¹⁷ Jacobs School of Medicine and Biomedical Sciences, University at Buffalo, Buffalo, NY, USA
- ¹¹⁸ John R. Oishei Children's Hospital, Buffalo, NY, USA
- ¹¹⁹ Professional Association for Transgender Health, South Africa
- ¹²⁰ Gender DynamiX, Cape Town, South Africa
- ¹²¹ Division of Plastic Surgery, Seattle Children's Hospital, Seattle, WA, USA
- ¹²² Division of Plastic Surgery, Department of Surgery, University of Washington Medical Center, Seattle, WA, USA
- ¹²³ Gender Confirmation Center, San Francisco, CA, USA
- ¹²⁴ Saint Francis Memorial Hospital, San Francisco, CA, USA

¹²⁵ Johns Hopkins Center for Transgender Health, Baltimore, MD, USA

¹²⁶ Johns Hopkins Medicine Office of Diversity, Inclusion and Health Equity, Baltimore, MD, USA

¹²⁷ Division of Speech and Language Pathology, Department of Clinical Science, Intervention and Technology, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden

¹²⁸ Speech and Language Pathology, Medical Unit, Karolinska University Hospital, Stockholm, Sweden

¹²⁹ La Trobe University, Melbourne, Australia

¹³⁰ Melbourne Voice Analysis Centre, East Melbourne, Australia

¹³¹ Stanford University School of Medicine, Department of Obstetrics and Gynecology, Palo Alto, CA, USA

¹³² Department of Epidemiology and Population Health, Stanford, CA, USA

¹³³ Independent Practice, Thessaloniki, Greece

¹³⁴ Military Community Mental Health Center, 424 General Military Training Hospital, Thessaloniki, Greece

¹³⁵ Talkspace, New York, NY, USA

¹³⁶ CytiPsychological LLC, San Diego, CA, USA

¹³⁷ Institute of HIV Research and Innovation, Bangkok, Thailand

¹³⁸ Gender Identity Research and Education Society, Leatherhead, UK

¹³⁹ Division of Endocrinology, Boston's Children's Hospital, Boston, MA, USA

¹⁴⁰ Department of Reproductive Medicine, Karolinska University Hospital, Stockholm, Sweden

¹⁴¹ Department of Oncology-Pathology, Karolinska Institute, Stockholm, Sweden

¹⁴² Division of Pediatric Endocrinology, UCSF, San Francisco, CA, USA

¹⁴³ UCSF Child and Adolescent Gender Center

¹⁴⁴ FtM Phoenix Group, Krasnodar Krai, Russia

¹⁴⁵ Mount Sinai Center for Transgender Medicine and Surgery, New York, NY, USA

¹⁴⁶ Epidemiology and Biostatistics, Dornsife School of Public Health, Drexel University, Philadelphia, PA, USA

¹⁴⁷ Epidemiology and Biostatistics, Schulich School of Medicine and Dentistry, Western University, Ontario, Canada

¹⁴⁸ St George's University Hospitals NHS Foundation Trust, London, UK

¹⁴⁹ Irandi, Johannesburg, South Africa

¹⁵⁰ University of Houston, Houston, TX, USA

¹⁵¹ Mayo Clinic, Rochester, MN, USA

¹⁵² Children's National Hospital, Washington, DC, USA

¹⁵³ George Washington University School of Medicine, Washington, DC, USA

¹⁵⁴ Atrium Health Department of Obstetrics and Gynecology, Division of Female Pelvic Medicine and Reconstructive Surgery, Charlotte, NC, USA

¹⁵⁵ Department for Reproductive Medicine, Ghent University Hospital, Gent, Belgium

¹⁵⁶ Department of Endocrinology, Ghent University Hospital, Gent, Belgium

¹⁵⁷ Independent Practice, Campbell, CA, USA

¹⁵⁸ Department of Obstetrics and Gynaecology, Amsterdam UMC Location Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam, Netherlands

¹⁵⁹ School of Psychology, University of Waikato/Te Whare Wānanga o Waikato, Hamilton/Kirikiri, New Zealand/Aotearoa

¹⁶⁰ Department of Psychiatry & Psychology, Mayo Clinic, Rochester, MN, USA

¹⁶¹ Division of General Internal Medicine, Mayo Clinic, Rochester, MN, USA

¹⁶² Trans Learning Partnership at <https://spectra-london.org.uk/trans-learning-partnership>, UK

¹⁶³ College of Nursing, University of Wisconsin Milwaukee, WI, USA

¹⁶⁴ Health Connections Inc., Glendale, WI, USA

¹⁶⁵ North Memorial Health Hospital, Robbinsdale, MN, USA

¹⁶⁶ University of Minnesota, Minneapolis, MN, USA

¹⁶⁷ Bellvitge Biomedical Research Institute (IDIBELL), L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, Spain.

通讯作者

Dr Eli Coleman, 美国明尼苏达州明尼阿波利斯明尼苏达大学医学院家庭医学和社区健康系性与性别健康研究所博士

翻译参与者（按拼音顺序排列）

内容专家

北京大学第三医院跨性别序列医疗团队（潘柏林、常旭、赵润蕾、王关卉儿、刘烨、韩萌、王子墨）

北京回龙观医院 过斌

长春市第六医院 吴晓寒

上海交通大学医学院附属第九人民医院 周怡雯

首都医科大学附属北京友谊医院 李革临、侯倩

执业翻译

何乐芸、梦栖*、陆诗婷

社群译者&校对者

陈冰锐、楚妤*、电烤*、Fluorescence*、ire*、李泓德、南鸢*、吴少熙、徐小青、徐子尧、湛凌雪

* 应参与者要求，采用昵称

以及感谢在翻译以及校对过程中，以各种形式参与协助的社群伙伴。

Participants of Translation (Same Order as Above)

Medical Experts & Scholars

Transgender Health Care of Peking University Third Hospital (Pan Bailin, Chang Xu, Zhao Runlei, Wang Guanhuier, Liu Ye, Han Meng, Wang Zimo)

Beijing Huilongguan Hospital Beijing, Guo Bin

Changchun Sixth Hospital, Wu Xiaohan

Shanghai Ninth People's Hospital, Shanghai Jiao Tong University School of Medicine, Zhou Yiwen

Beijing Friendship Hospital, Capital Medical University, Li Gelin, Hou Qian

Accredited Translator

He Leyun, Olivia M*, Lena Lu

Community Translator & Proofreader

Chen Bingrui, Chuyu*, Diankao*, Fluorescence*, ire*, Li Hongde, Nanyuan*, Wu Shaoxi, Xu Xiaoqing, Xu Ziyao, Zhan Lingxue

* Nicknames (Requested by the participants)

And gratitude to the community partners who have assisted in various ways in the translation and proofreading process.

摘要

背景：跨性别医疗保健是一个快速发展的跨学科领域。在过去十年中，寻求支持和性别肯定医疗的跨性别和多元性别（transgender and gender diverse, TGD）人士的数量和可见度呈现前所未有的增长趋势，同时这一领域的科学文献也显著增加。世界跨性别健康专业协会（World Professional Association for Transgender Health, WPATH）是一个国际性的、多学科的专业组织，其使命是推动跨性别健康方面的循证照护、教育、研究、公共政策和尊重。WPATH 的主要职能是通过《照护指南》（Standards of Care, SOC）为 TGD 群体促成最高标准的医疗保健。SOC 的首个版本制定于 1979 年，上一个版本（SOC-7）发布于 2012 年。随着越来越多的科学证据涌现，WPATH 最近制定了新版《照护指南》，即 SOC-8。

目的：SOC-8 的总体目标是为医务人员（health care professional, HCP）提供临床指导，从而协助 TGD 群体获得安全有效的途径以实现其对性别自我（gendered self）持久的个人满足，最终尽可能改善该群体的整体身心健康与自我实现。

方法：SOC-8 的制定基于跨性别健康领域现有的最佳科学知识和专家共识。各国专业人员和利益相关者被选为 SOC-8 委员会成员。建议声明的制定基于独立的系统性文献综述（如有）、对背景综述和专家意见所得数据。对建议的评级则基于支持干预的现有证据，风险和危害的讨论，以及在不同背景和地域环境下的可行性和可接受性。

成果：SOC-8 全文共 18 个章节，其中为医务人员提供了针对 TGD 群体的医疗保健的建议。每项建议后都附有说明和相关参考文献。术语使用、全球适用性、相关人口估算和教育章节涵盖了与跨性别健康相关的一般领域。成年群体的评估、青少年、儿童、非二元性别、Eunuch、间性人以及机构环境章节分别针对不同类别 TGD 人群制定。与性别肯定治疗相关的章节则包括激素治疗、手术及术后护理、嗓音和沟通、初级保健、生殖健康、性健康和心理健康。

结论：SOC-8 旨在灵活适应全球范围内 TGD 群体多样的医疗保健需求。在具有适应性的同时，本指南提供了推动最佳医疗保健的标准，并为针对性别不一致（gender incongruence）人群的医疗服务提供了指导。与《照护指南》（SOC）先前的所有版本一样，本指南为性别肯定医学干预制订的标准是一套临床指南；个别医务人员和项目可在与 TGD 个体协商下修改。

关键词

青少年、评估、儿童、沟通、教育、内分泌学、Eunuch、多元性别、医务人员、机构环境、间性人、心理健康、非二元性别、人口、术后护理、初级保健、生殖健康、性健康、SOC8、照护指南、外科、术语、跨性别者、嗓音

目录

简介.....	11
第一章 术语使用.....	17
第二章 全球适用性.....	20
第三章 相关人口估算	29
第四章 教育	33
第五章 成年群体的评估	37
第六章 青少年.....	49
第七章 儿童.....	71
第八章 非二元性别.....	83
第九章 EUNUCH.....	91
第十章 间性人.....	96
第十一章 机构环境.....	106
第十二章 激素治疗.....	111
第十三章 手术及术后护理	126
第十四章 嗓音和沟通	134
第十五章 初级保健.....	140
第十六章 生殖健康.....	152
第十七章 性健康.....	159
第十八章 心理健康.....	166
参考文献	173
附录 A 方法论	264
附录 B 术语表	270
附录 C 性别肯定激素干预.....	272
附录 D 成人和青少年激素和手术干预的标准.....	275
附录 E 性别肯定手术干预.....	277

简介

照护指南的目的和使用

世界跨性别健康专业协会（WPATH）《照护指南》第八版（SOC-8）的总体目标是为医务人员¹提供临床指导，以协助跨性别和多元性别²群体获得安全有效的途径从而实现其对性别自我持久的个人满足，以尽可能改善其整体身心健康与自我实现。此类协助包括但不限于激素和手术治疗、嗓音和沟通治疗、初级保健、脱毛、生殖和性健康以及心理保健。医疗保健系统应为 TGD 群体提供医疗必要的性别肯定医疗保健：见第二章 全球适用性，声明 2.1。

WPATH 是一个国际性的、多学科的专业组织，其使命是推动跨性别健康方面的循证照护、教育、研究、公共政策和尊重。该组织成立于 1979 年，成员现包括 3,000 余名医务人员、社会科学家和法律专业人员，均从事影响 TGD 群体生活的临床实践、研究、教育和宣传工作。WPATH 的愿景是建立一个所有性别认同和性别表达的人都能获得循证医疗保健、社会服务、正义和平等的世界。

该组织的主要职能之一是通过针对 TGD 群体编写的《照护指南》（SOC）为该群体推动建立医疗保健之最高标准。SOC-8 基于跨性别健康领域现有最佳的科学知识和专家共识。SOC 最初制定于 1979 年，上一版本（SOC-7）于 2012 年发布。

这一领域的研究和经验主要来源于北美和西欧的视角，若将 SOC-8 应用于世界其他地区，需进行相应的

调整。本版本 SOC 内容包含文化相对性³的方法和建立文化交流能力（cultural competence）的建议。

WPATH 认识到，健康不仅取决于高质量的临床照护，更仰赖于保障公民完整权利、包容、平等的社会政治环境。只有透过公共政策和法律改革，增进对多元性别的包容、推动多元性别的平等权利，消除偏见、歧视和污名化，才能最终增进健康。也正因如此，WPATH 致力于倡导此类政策和法律变革，同时积极呼吁负责照护 TGD 群体的医务人员在尊重个人自主权的同时，推行更为安全、合规的性别肯定照护。

尽管 SOC-8 主要是为医务人员编写的，但个人、其家庭和社会机构也可以通过 SOC-8 来了解如何改善这一多元化群体的健康。

SOC-8 全文共 18 个章节，内容涵盖了对照护 TGD 群体的医务人员的建议。每项建议后都附有说明和相关的参考文献。关于为成人和青少年开展性别肯定医疗⁴的建议载于相应的章节（见 成年群体的评估 和 青少年 章节）。关于性别肯定医疗的建议和标准的摘要可参见 附录 D。

SOC-8 所涵盖的人群

在此版本中，我们使用“跨性别和多元性别”（TGD）一词，以尽可能广泛而全面的方式描述那些在全球范围内多种多样的社群中性别认同或表达与其出生时被社会指派的性别不同的人群。“TGD”一词同样囊括了那些具有特定文化或语言中特有的经历、身份或表达的人群，未必基于西方对性别概念或描述性别的语言，也未必为之所涵盖。

1 译者注：原文为 health care professional 或 HCP，即医疗保健从业人员，以下简称“医务人员”。

2 译者注：原文为 transgender and gender diverse，下文中将简称为 TGD。文中“跨性别”亦符合“多元性别”概念，二者并非互斥，详见 附录 B 术语表。

3 译者注：文化相对性（cultural relativity）指的是一类认为不同文化并无优劣之分、只能从特定文化本身出发理解而不能藉由其它文化的视角进行评判的观点。

4 译者注：原文为 gender affirming medical and/or surgical treatment 或 GAMST，即性别肯定的药物和/或手术治疗，以下简称性别肯定医疗。

WPATH 的 SOC-8 扩大了在 TGD 范畴中被纳入的群体，并明确了应该在什么情形下应用这些指南以促进平等和人权。

在全球范围内，TGD 群体有着各种不同的性别身份和表达，且在不同人生阶段对性别肯定照护的需求因个人目标和特点、可用的医疗保健资源以及社会文化和政治背景而异。特定群体缺乏相应的照护指南，会导致针对该群体的治疗方法千差万别、莫衷一是，部分甚至会造成适得其反或有害的效果。SOC-8 提供了增进多元性别群体的健康和福祉的建议，其中包括那些经常被忽视和/或边缘化的群体，包括非二元性别人士、Eunuch¹和间性人士。

SOC-8 一如既往地概述了对 TGD 青少年的适当照护，其中包括在有指征时青春期阻滞剂和性别肯定激素的使用。

在世界范围内，TGD 群体在寻求医疗服务时常遭遇跨性别恐惧、污名化和被拒绝提供服务的状况，同时医务人员也存在知识不足的问题，这导致了显著的健康状况弱势（disparity）。TGD 群体往往反映，由于医务人员欠缺相关知识及培训，甚至常需要 TGD 人士本人自行指导医务人员如何提供照护。TGD 群体所面临的歧视、社会边缘化和仇恨犯罪相互交织，导致了少数群体压力（minority stress）。这种压力与心理健康状况弱势相关联，表现为相比顺性别人群更高的抑郁症、自杀意念和非自杀性自伤行为比率。各领域专业人员都应考虑 TGD 群体的明显弱势。WPATH 敦促各医疗保健当局、政策制定者及医学协会阻止和打击医务人员的恐跨行为，并确保尽一切努力将 TGD 群体转介给有经验和愿意提供性别肯定照护的专业人员。

SOC 的灵活性

SOC-8 旨在灵活适应全球 TGD 群体多样的医疗保健需求。在具有适应性的同时，本指南提供了推动最佳医疗保健的标准，并为性别不一致人群的医疗服务提供了指导。与《照护指南》（SOC）先前的所有版本一样，本指南为性别肯定医学干预制订的标准是一套临床指南；个别医务人员和项目可在与 TGD 个体协商下修改。临床上不完全遵循 SOC 的原因可能包括：服务对象独特的解剖、社会或心理情况；经验丰富的医务人员对处理某些常见情况的方法不断进行的改进；特定的研究方案；在世界诸多地区存在的资源不足；或特定减害策略²的需要。此类偏离 SOC 的做法应被承认，向服务对象解释，并将其记录下来，以确保其所受照护的质量及所受的法律保护。记录本身对于积累新数据也有其价值，而其数据可以在将来被回顾性地检验从而使医疗保健过程和 SOC 本身得到改进。

SOC-8 重视知情决策的作用以及减害策略的价值。此外，该版本 SOC 承认各种可能不需要进行心理、激素或手术治疗的性别表达。医务人员可以利用 SOC 帮助个体根据其性别表达的临床需求考虑各种可用的医疗服务。

多样性与诊断

表现出与出生时受指派性别在传统意义上不一致的性别特征，包括性别认同，是一种常见的、因文化而异的人类现象，不应该被视为本质上负面或病态的。不幸的是，性别认同和表达的非常规和多样性在世界各地的许多社会常遭到污名化。这种污名会导致偏见和歧视，造成“少数群体压力”。少数群体压力是一种特殊的（所有人群所经受的一般压力源之外的）、源自社会的长期压力，可能导致 TGD 个体更易产生

1 译者注：Eunuch 指的是出生时指派为男性（AMAB），并希望消除男性身体特征、生殖器或生殖器功能的人，以及那些睾丸已经通过手术切除或通过化学或物理手段失去功能且认同自己为 Eunuch 的人，详见第九章内关于 Eunuch 的说明。

2 译者注：减害策略（harm reduction）指的是一类实践或公共卫生政策，旨在降低药物滥用、性交易、酗酒、自行用药等合法或非法行为的危害，即使不停止此类行为；例子如提供安全针头、安全套、代驾服务、普及用药知识等。

诸如焦虑、抑郁等心理健康问题。除社会整体的偏见和歧视外，污名化还会导致一个人在人际关系中受到虐待和忽视，这反过来又会导致心理痛苦。然而，上述病征并非 TGD 群体与生俱来，而是由社会环境导致的。

尽管性别烦躁在美国精神病学协会的《精神障碍诊断与统计手册》（DSM-5-TR）中仍被视为一种心理健康状况，但在世界医疗界，性别不一致不再被视为病态或精神障碍。在世界卫生组织的《国际疾病和相关健康问题分类》第 11 版（ICD-11）中，性别不一致被视为一种健康状况。从过去到现在，污名化现象导致 TGD 群体遭受痛苦及病理性心境恶劣的困扰，而上述困扰可以通过各种性别肯定治疗途径加以解决。虽然命名可能会改变，各类医学组织或行政机构可能采用新的用语或分类，但对于性别认同与其出生时受指派性别并不一致的众多人群而言，医学界明确意识到对其进行治疗和照护的必要性。

并非在所有的社会、国家或医疗保健系统都要求先进行诊断才能提供治疗。然而，在一些国家，明确的诊断可能有助于获得必要的医疗保健服务，并可指导进一步研究有效的治疗方法。

医疗保健服务

性别肯定照护的目标是与 TGD 人群合作，全面满足其社会、心理和医疗健康需求和福祉，同时尊重并肯定其性别认同。性别肯定照护为 TGD 人群在生命各个阶段提供支持——从童年时期性别不一致的最初迹象的出现，直至成年和老年——亦包括在性别过渡之前或之后对自己的性别认同感到疑虑和不确定的人。

作为一个整体，跨性别医疗保健大于其部分的总和，涉及内分泌学、外科、嗓音和沟通、初级保健、生殖健康、性健康和心理健康学科之间的整体跨学科和多学科照护以支持性别肯定干预，亦涉及预防保健和慢

性病管理。性别肯定的干预措施包括青春期阻滞、激素治疗和性别肯定手术等。应该强调的是，没有放之四海而皆准的方法。TGD 人群可能需要接受其中全部或部分的干预措施以支持其性别肯定，也可能不需要任何干预。指南鼓励使用以服务对象为中心的照护模式来启动性别肯定干预措施，并对许多旧有的限制进行修正，力求进一步扫除相应人群获得照护的障碍。

理想情况下，医疗服务提供者之间应该进行沟通和协调，目标是优化以服务对象的需求和愿望为中心的性别肯定干预的结果和时机，并尽量将伤害降至最低。在资源充足的条件下常能采用多学科咨询并进行照护协调，但世界上许多地区缺乏专门的针对跨性别者的照护设施。在这些地区，如果条件允许，强烈建议各照护提供方建立一个支持网络，以帮助跨性别者获得当地无法获得的医疗保健。

在全球范围内，TGD 群体有时会被家庭成员或宗教团体等强迫实施扭转治疗。WPATH 强烈反对任何矫正或扭转治疗（见声明 6.5 和声明 18.10）。

医疗保健环境

SOC-8 指南植根于 TGD 人群的基本权利，适用于所有的医疗保健环境，无论个体的社会或医疗状况如何。本指南涵盖了对被监禁或生活在其它机构环境¹中的 TGD 人群应用相关照护指南的建议。

由于缺乏经验丰富的医务人员，以及面临获取医疗困难、医疗支出高昂等障碍，加之先前可能遭受污名化的就医经历，许多 TGD 人士使用未经处方的激素治疗。然而，这种行为存在着健康风险，原因包括使用未受监督的、采用可能超治疗剂量的治疗方法，以及共用针头给药造成的可能的血液传播疾病暴露。然而，对于许多人而言，这是获得医疗必要的性别肯定治疗的唯一途径。应以减害策略的视角应对非处方激

1 译者注：机构环境（institutional setting/environment）指人们在集体环境中生活和接受照顾的设施或场所，如监狱、养老院、精神病院等。此类环境中，个体不一定具有人身自由、个人同意权和自主权。

素的使用，以确保个体与能够开具安全和受监测的激素治疗的提供者建立联系。

在一些国家，TGD 的权利日益得到承认，并且正在成立可以作为照护服务样板的性别诊所。然而在其它国家尚无类似的设施，医疗资源可能更加匮乏和碎片化。尽管如此，人们仍在不断探索不同的照护模式。这样的尝试包括将性别肯定照护分散到初级保健环境中，以及建立远程保健服务以减少获取医疗服务的障碍。但是无论采用何种模式，都应根据当地的社会文化、政治和医疗环境，对 SOC-8 所概述的性别肯定照护原则进行相应的调整。

方法论

本版《照护指南》（SOC-8）采用了比之前版本更严谨、明确的循证方法编写而成。本指南使用的证据不仅基于已发表的文献（直接和背景证据），也包括基于共识的专家意见。本循证指南包含了旨在优化相关照护的建议。这些建议都基于对证据的全面审查，对益处和危害的评估，服务提供者和服务对象的价值观和偏好，以及资源的消耗和可行性。

虽然循证研究为可靠的临床实践指南和建议提供了依据，但必须权衡不同环境下提供照护的实际状况和可行性。在 SOC-8 的制定过程中，我们结合了美国国家医学院和世界卫生组织关于制定临床实践指南的建议，其中涉及透明度、利益冲突政策、委员会组成和小组程序。

SOC-8 指南委员会由多学科的专家、医务人员、研究人员和利益相关者组成，来自不同地域，代表不同观点。指南的制定得到了方法学专家的协助，其在制定计划、问题设定和系统综述方面提供了建议。此外，国际咨询委员会提供的和公众意见征询期所获得的建议也被纳入考虑。所有委员会成员均作出了利益冲突声明。SOC-8 中的建议基于支持干预措施的现有证据，对风险和危害的讨论，以及在不同环境和国家背景下的可行性和可接受性。最终建议的共识通过德尔菲程序（Delphi process）达成，涵盖了委员会的所有成

员，并要求得到至少 75% 的成员的赞成。SOC-8 方法论的详细概述包含在 附录 A。

SOC-8 章节概述

SOC-8 与之前版本相比具有重大的进步。其变化体现在方法论上的根本性差异，显著的文化变迁，临床知识的进步，以及对 TGD 群体在激素治疗和手术以外的其它诸多医疗事项的认识。

SOC-8 是对 2011 年制定的 SOC-7 的延续，拓宽了其覆盖范围，摒弃了仅关注“诊断跨性别”的心理学术要求和缓解性别烦躁所需医疗的狭隘视角，转而关注个人整体层面的性别肯定照护。WPATH 在 SOC-8 中对过往的指南内容进行了扩充，明确了哪些人属于 TGD 群体，性别肯定照护需要提供或不提供哪些内容，以及应在哪些环境中应用这些指南以促进平等和人权。

SOC-8 包含若干新的章节，例如 成年群体的评估，教育，Eunuch，以及 非二元性别。此外，SOC-7 的儿童和青少年 章节在本次更新中被拆分为两个不同的章节。总的来说，SOC-8 相较于先前版本更为详尽，并为医务人员提供了更深入的介绍和建议。以下是 SOC-8 每一章节的摘要：

第一章 术语使用

本章提供了 SOC-8 中所使用语言的基本框架，并为术语的使用提供了为共识所认可的建议，其中包括术语和定义，以及使用它们的最佳实践。为了更好地使用和解释 SOC-8，本文档还附带了一个词汇表（见附录 B），其中包含常用术语和语言。

第二章 全球适用性

本章参考了西欧和北美以外地区与发展提供医疗保健服务以及倡导更广泛的 TGD 群体的照护有关的重要文献，并为翻译 SOC-8 和将其适用于不同环境提供了建议。

第三章 相关人口估算

本章更新了 TGD 群体在社会中的人口估算。从当前证据可知，由于纳入标准、年龄群体和地理位置的不同，这一数据可能在不到百分之一到百分之几之间波动。

第四章 教育

本章综述了关于 TGD 医疗保健的教育的相关文献。本章在政府、非政府、机构和医疗服务提供者层面上提出建议，降低合格、友善医疗的门槛。其目的是为这一教育领域奠定基础，并在教育工作者和医务人员中引发更广泛深入的探讨。

第五章 成年群体的评估

本章提供了有关对寻求性别肯定医疗的成年 TGD 人士进行评估的指南，其中描述和更新了作为以服务对象为中心的方法的一部分的评估过程，以及医务人员向成年 TGD 人士推荐性别肯定医疗时可遵循的标准。

第六章 青少年

本章区别于下一章节 儿童，是 SOC-8 中新增的、专为青少年 TGD 人群编写的章节。考虑到 1) 青少年被转介至性别门诊的比例呈指数级增长；2) 青少年多元性别特质相关照护的研究数量增加；3) 该年龄群体独特的发育和性别肯定照护问题，本章被单独编写。本章提供了对需要性别肯定医疗的青少年进行评估的建议，以及针对为青少年 TGD 群体及其家人提供服务的建议。

第七章 儿童

本章涉及了青春期之前的多元性别儿童，重点关注适宜儿童发展的心理社会实践和治疗方法。

第八章 非二元性别

本章从生物—心理—社会，文化以及交叉性的角度出发，对非二元性别一词及其使用展开广泛论述。本章讨论了非二元性别人群的需求，包括性别肯定照护

的获取渠道，具体的性别肯定医疗干预措施，以及适当的支持。

第九章 Eunuch

本章介绍了 Eunuch 群体的独特需求，以及如何将 SOC 应用于这一群体。

第十章 间性人

本章重点介绍间性人士的临床照护，其中讨论了相关用语、流行率以及此类个体多样化的表现形式，并提供了心理社会和医疗保健的循证建议。

第十一章 机构环境

本章的内容建立在 SOC 的前三个版本上并被扩充以涵盖监禁和非监禁环境。本章介绍了如何将 SOC-8 应用于生活在这些环境中的个体。

第十二章 激素治疗

本章描述了性别肯定激素治疗的启动、推荐的方案、在激素治疗前后对健康问题的筛查，以及手术前激素治疗的具体考虑事项。本章深入讨论了包括有关青少年使用促性腺激素释放激素（GnRH）激动剂的安全性、各种激素方案、监测措施（其中考虑到可能产生的与治疗有关的健康问题），以及关于激素治疗提供者应如何与外科医生合作的指导。

第十三章 手术与术后护理

本章描述了适合不同性别认同的 TGD 人士的各类性别肯定手术（gender-affirming surgery, GAS），讨论了此类项目最佳的外科培训，术后护理和随访，成人和青少年获得手术的途径，以及个体化的手术方案。

第十四章 嗓音与沟通

本章介绍了专业的嗓音和沟通方面的支持和干预措施，这些措施包容和考虑各方面的多样性，不再仅仅局限于嗓音女性化和男性化。现在的建议被构建为确认参与嗓音和沟通支持的专业人士的角色和责任。

第十五章 初级保健

本章讨论了 TGD 人群的初级保健的重要性，涉及的主题包括心血管与代谢健康，癌症筛查，以及初级保健系统。

第十六章 生殖健康

本章提供了关于多元性别的青少年和成年人的生育前景和目标的最新数据，生育力保存方法的进展（包括组织冷冻），以及关于孕前和妊娠护理、产前咨询和哺乳的指导，同时讨论了 TGD 人群的避孕方法和注意事项。

第十七章 性健康

本章充分认识到性健康对 TGD 群体身心健康的深远影响，并倡导将性功能、快感和满意度纳入与 TGD 相关的照护中。

第十八章 心理健康

本章讨论了管理成年 TGD 人群心理健康问题的照护原则以及心理健康照护和性别过渡照护的关系。心理治疗尽管可能有益，但不应作为性别肯定治疗的必要条件，并且不应提供扭转治疗。

第一章 术语使用

本章提供了 SOC-8 中所使用语言的基本框架，针对术语使用提供了相应建议及指导。其中包括术语和定义，以及最佳实践。为了更好地应用和理解 SOC-8，本文档还附带了一份包含常用术语和语言的词汇表（见附录 B）。

称谓

在此版本中，我们使用“跨性别和多元性别”（transgender and gender diverse, TGD）一词，以尽可能用广泛而全面的方式描述那些在全球范围内多种多样的社群中性别认同或表达与其出生时被社会指派的性别不同的人群。“TGD”一词同样囊括了那些具有特定文化或语言中特有的经历、身份或表达的人群，未必基于西方对性别概念或描述性别的语言，也未必为之所涵盖。

我们选择使用“TGD”一词是经过积极的讨论而做出的决定，并非没有争议。讨论聚焦于避免过度强调“跨性别”（transgender）一词、融入非二元的性别认同和经验、认识到全球各地对性别理解上的差异、避免使用“性别非常规”（gender-nonconforming）一词，以及认识到语言有不断变化的性质，现在的说法在未来可能会发生改变。因此，选择 TGD 一词的目的是为了具有最大的包容性，并强调 TGD 群体有着多种不同的性别认同、表达、经历和医疗保健需求。我们采用了德尔菲法，对 SOC-8 章节的作者进行了若干轮匿名和反复的调查，最终在术语层面达成一致。SOC-8 提出的照护指南力求适用于全球的 TGD 群体，无论一个人如何自我认同或表达其性别。

背景

本章节选择的语言可能无法全面考虑到所有文化和地域的特征。对于适当术语和特定术语体系的分歧和争论很常见，因为任何一条术语的使用都是充满争议的。本章的目标是，在本文件的范畴内，尽可能做到

全面，并提供一套共同的词汇，既能尊重和反映 TGD 群体的多种多样的经历，又能便于医疗从业者和提供者以及公众的理解。归根结底，获取与性别过渡相关的照护应该是基于提供充分的信息并得到个体的知情同意，而不是基于 TGD 群体或其服务提供者用怎样的词汇来描述其身份。使用表达尊重和适应文化的语言和术语体系，和减少许多寻求照护的 TGD 人士所经历的污名和伤害一样，都是提供肯定性照护的基础。重要的是，服务提供者要与服务使用者讨论什么语言对其而言是最舒适的，并尽可能地使用这些语言进行沟通交流。

本章解释了为什么选用当前术语而非其他术语。我们的目的与其说是为了在医疗、法律和维权团体中使用一套特定术语，不如说是为了在 TGD 健康领域以及许多相关领域（如流行病学、法律）培养一套共同的语言和理解，以改善跨性别和多元性别群体的健康。

在英语中，“性”（sex）、“性别”（gender）、“性别认同”和“性别表达”是适用于所有人的描述用语，无关描述对象是否为 TGD 群体。然而，面向全球的 TGD 社群，更具体的语言或许更能体现尊重、包容且更被接受，这涉及到一系列的复杂的因素，包括在非英语的语言中是否存在描述这些概念的词语，性与性别之间的结构化关系，地区、国家、国际的法律环境，以及 TGD 人群自古以来所遭受的污名产生的后果。

当前 TGD 健康领域主要由英语主导，因而在设定术语进程中也引发了两大问题。首先，一些英语词汇在其他语言中不存在（例如，“sex”和“gender”在乌尔都语和许多其他语言中仅由一个词表示）。其次，一些非英语词汇在英语中没有直接对应的翻译（如 travesti、fa'afafine、hijra、selrata、muxe、kathoe、transpinoy、waria、machi）。在实践中，这意味着英语在该领域的显著影响，会继而影响到哪些术语被广泛使用，以及这些术语最代表、最认可了哪些群体或者身份认同。被采用的术语也塑造了特定叙事，而这样的叙事会进一步巩固某些信念和观

点。在照护指南的过往版本中，世界跨性别健康专业协会（WPATH）仅使用“跨性别者”作为广义定义的总称，本版SOC-8扩大了这一术语的覆盖面，在整部文件中使用跨性别和多元性别（TGD）作为总称（参见 第二章 全球适用性 声明 2.1，医疗必要性声明）。

此外，语言本质上是不断演化的，语言的发展受多种因素影响，其中包括环境因素以及 TGD 群体在社会、结构和个人层面所承受的压力和暴力。历史上用过的许多术语和短语，由于过去用于论述 TGD 群体的方式、时机和动因存在诸多问题，如今或已不再适用，或引起 TGD 群体的强烈争议。同样的术语有些人喜欢，有些人则认为是具有冒犯性的。有些人希望本照护指南能够提供一套统一的、被普遍接受的术语来描述 TGD 群体、身份及相关的医疗服务。然而，这样的一套术语不存在也不可能存在，因为这样一套术语总会意味着要将一些人排除在外，并强化种族、民族血统、土著地位、社会经济地位、宗教、使用的语言、民族文化以及其它的交叉性问题等方面的结构

性压迫。很可能，在制定 SOC 第九版时，SOC-8 中使用的一些术语也会被认为已经过时。对此，有些人可能感到沮丧，但我们希望将其视为一个机会，让个人和社群能够发展和完善相关词汇，也让人们对 TGD 群体的生活 and 需求，以及这一群体在压迫下所表现出的坚韧和抵抗力，形成更加细致和全面的理解。

最后，法律专业人士的工作以及法律本身也涵盖在本照护指南的范围之内。因此，本文也采用了国际法中最广泛使用的语言，以推动这些术语建立有效的定义，同时鼓励在法律背景下使用这些术语，取代更多过时和/或具有冒犯性的术语。目前，国际人权法中最详尽的相关文件里采用了“多元性别”一词。¹

本章中的所有建议声明，都基于对证据的全面审查，对益处和危害的评估，服务提供者和服务对象的价值观念和偏好，以及资源的消耗和可行性。在一些情况下，我们承认证据有限且/或服务可能无法获得，或无法达到理想效果。

建议声明

- 1.1 我们建议医务人员在¹全球不同环境下应用《照护指南》时，使用符合当地文化的语言（包括描述跨性别和/或多元性别群体的术语）。
- 1.2 我们建议医务人员在医疗保健环境中使用的语言维护安全、尊严和尊重的原则。
- 1.3 我们建议医务人员与跨性别和/或多元性别群体探讨其偏好的语言或术语。

声明 1.1

我们建议医务人员在¹全球不同环境下应用《照护指南》时，使用符合当地文化的语言（包括描述跨性别和/或多元性别群体的术语）。

在全球各地，不同文化环境中均存在描述 TGD 群体的语言。例如，性、性别和多元性别概念在不同的背景下具有不同含义，因此用于描述这些概念的语

言也会有所区别。因此，在泰国照护 TGD 群体时使用的语言，与在尼日利亚使用的语言是不同的。在全球范围内应用照护指南时，我们建议医务人员在特定的文化和/或地理环境中提供照护时，使用当地的语言和术语。

性别肯定是指在社会、医学、法律和行为等方面，承认或肯定 TGD 群体性别认同的过程（Reisner, Poteat et al., 2016）。在照护 TGD 群体时，性别肯定

¹ A/73/152，防止基于性取向和性别认同的暴力和歧视问题独立专家的报告。

的或具有跨性别胜任力（trans-competent）的医疗保健服务须采用符合当地文化的语言。性别肯定的照护不等同于性别过渡相关的照护。性别过渡相关的照护涉及使用激素或手术等医疗干预来肯定性别认同，但这本身并不能保证所提供的医疗保健是性别肯定的，也不能说明医疗保健的质量或安全性。

在当地提供医疗保健时，向 TGD 社群进行协商与合作，有助于确保在特定背景和环境使用语言的文化相符性（relevancy）和包容性。

声明 1.2

我们建议医务人员在医疗保健环境中使用的语言维护安全、尊严和尊重的原则。

安全、尊严和尊重是基本人权（International Commission of Jurists, 2007）。我们建议医务人员在为 TGD 群体提供照护时，使用维护上述人权的语言和术语。许多 TGD 人士在医疗保健环境中曾遭受污名、歧视和不当对待，导致医疗保健效果欠佳、健康状况不理想（Reisner, Poteat et al., 2016; Safer et al., 2016; Winter, Settle et al., 2016）。此类经历包括性别误称，生病或受伤时被拒绝照护，以及必须对医务人员提供指导才能得到充分照护（James et al., 2016）。因此，许多 TGD 人士在获取医疗保健过程中缺乏安全感，因而可能会回避医疗保健系统，转而寻求其他方式满足健康相关需求，例如在没有医生处方或监测的情况下使用激素，或依赖同伴的医疗建议。此外，过去在医疗保健环境中的负面经历，与 TGD 群体未来是否会回避医疗保健相关联。

许多 TGD 人士曾遭受医务人员的不公正对待和偏见，感到缺乏尊严或没有受到尊重，而信任的缺失往往是获取照护的一大障碍。在全球的医疗保健环境中，基于安全、尊严和尊重原则来使用语言对于确保 TGD 群体的健康、福祉和权利至关重要。语言是性别肯定照护的重要组成部分，但语言本身并不能解决或减轻全球的 TGD 群体在医疗保健环境中面临的系统性的不公正待遇乃至暴力。语言是迈向以患者/客户为中

心的、公平的 TGD 群体医疗保健的重要一步。医务人员可以采取的其它具体行动包括获取知情同意，以及避免根据性别或 TGD 状态假定个体的需求。

声明 1.3

我们建议医务人员与跨性别和/或多元性别群体探讨其偏好的语言或术语。

在为 TGD 群体提供医疗保健时，我们建议医务人员与之沟通，了解其更喜欢使用何种语言或术语提及自身。这种交流的内容包括询问其希望被称呼的名字和人称代词，了解其自我认同的性别是什么，以及以何种语言描述其身体部位。使用肯定性（affirming）的语言或术语是对 TGD 的肯定性照护的一个关键组成部分（Lightfoot et al., 2021; Vermeir et al., 2018）。此外，这类讨论和沟通有助于建立融洽的关系，并减少许多 TGD 人士对医务人员和医疗保健系统的负面经历及不信任感。语言或术语的讨论和使用也可以促进 TGD 群体积极并持续地参与和 TGD 无关的照护，例如接受常规预防性筛查，以及针对筛查结果的任何必要的医疗随访。在电子健康记录中，可以标准化地使用器官/解剖学状况记录来为适当的临床照护提供信息，而不是仅仅依据出生时被指派的性别和/或性别认同。

医务人员和医疗保健环境可以实施标准化程序来促进这些沟通，例如：使用包含个人所选择的人称代词和姓名的接诊信息登记表；邀请所有员工（无论其性别，即顺性别和 TGD 皆可）在自我介绍中提供自己的人称代词；在所有文档上服务对象的名字后添加人称代词；以及不使用基于性别区分的称谓（如女士和先生）。为确保 TGD 群体的隐私和保密权，医务人员和医疗保健机构可制定相应的政策。这些政策能够规定 TGD 个体何时披露自己的性别身份，以及是否/如何适当记录。例如，某一诊所的政策可能会是，将此信息记录为医务人员和患者/客户之间的隐私和机密信息，并且仅应根据“按需知密”原则披露。

第二章 全球适用性

自古以来，全球各地就存在着挑战其文化中性别界限的人，这样的人群有时甚至得以体现于某些地区的语言中（Feinberg, 1996）。相较于近期将多元性别特质视为一种病理现象，一些文化传统实际上崇尚并欢迎这种多样性（如 Nanda, 2014; Peletz, 2009）。如今，英语术语“跨性别和多元性别（TGD）”一词包含了各类性别认同和表达，因此指代的是一类具有多种多样医疗保健经历与需求的群体。世界跨性别健康专业协会（WPATH）认为，各类 TGD 人群共同代表了人类多样性的重要方面，应该受到重视与支持。TGD 群体在其所处社会中继续做出重要贡献，尽管其贡献往往未得到承认。

可悲的是，在现代社会中，许多 TGD 人士都经历着污名、偏见、歧视、骚扰、虐待和暴力，这导致其社会、经济和法律层面被边缘化，身心健康状况恶化，甚至面临死亡的风险——这一过程被描述为“污名化-疾病恶化曲线”（Winter, Diamond et al., 2016）。诸如此类的经历（以及对遭遇此类经历的预期或恐惧）则会导致所谓“少数群体压力”（minority stress）（Meyer, 2003; 另见 Bockting et al., 2013, 其中专门写到 TGD 群体），这一压力与糟糕的身体（如 Rich et al., 2020）和心理（如 Bränström et al., 2022; Scandurra et al., 2017; Shipherd et al., 2019; Tan et al., 2021）健康结果相关联。

针对 TGD 群体的暴力是一项尤为突出的问题。从全球角度来看，暴力现象普遍存在，表现形式多种多样（包括情感、性和身体上的，如 Mujugira et al., 2021），并牵涉到各种施暴者（包括各级政府）。其

中最为极端的形式——谋杀，统计数字令人震惊。据记载，在 2008 年 1 月至 2021 年 9 月期间，全球共发生超过 4,000 起谋杀事件；况且普遍认为这一数字极有可能因漏报被低估（TGEU, 2020）。

自《照护指南》第七版（SOC-7）发布以来，人们对 TGD 群体及其医疗保健的看法发生了巨大的变化。全球主流医学不再将 TGD 身份归类为一种精神障碍。在美国精神病学协会（APA, 2013）的《诊断与统计手册》第五版（DSM-5）中，性别烦躁的诊断重点是伴随着 TGD 的任何痛苦和不适，而非性别认同本身。DSM-5 也在 2022 年发布文本修订版 DSM-5-TR¹。在世界卫生组织的诊断手册《国际疾病分类第 11 版》（ICD-11）（WHO, 2019b）中，性别不一致的诊断被归类到关于性健康的一章中，重点关注当事人所体验的性别认同以及可能源于这一认同的任何性别肯定治疗需求。这一发展涉及跨性别身份的去病理化（更准确地说去精神病化），在许多方面具有重要意义。在医疗保健领域，这些变化或许能推动一种照护模式，即强调个体在初级保健人员的支持下，积极参与有关自身医疗保健的决策（Baleige et al., 2021）。有理由认为，这些发展会促进更多的社会包容政策，如有关性别承认的立法改革，其中倡导以权利为本的方法，而非强制性的要求进行诊断、激素治疗和/或手术。对于在关键文件上改变了性别标记的 TGD 人群而言，这些变革将为其带来更佳的心理状态（如 Bauer et al., 2015; Scheim et al., 2020）。在这一领域采取更多以权利为本的方法可能会极大地促进 TGD 群体的整体健康和福祉（Aristegui et al., 2017）。

在前几版的《照护指南》中，大部分关于性别肯定医疗保健的临床经验和知识都来自北美和西欧地区，主要聚焦于高收入国家的性别肯定医疗保健，这些国

1 译者注：DSM-5-TR 在性别认同和性倾向方面做了修订，使用文化敏感的语言更新了描述性别烦躁的术语。术语“期望性别”（desired gender）现在是“体验性别”（experienced gender），术语“跨性别医疗项目”（cross-sex medical procedure）现在是“性别肯定医疗项目”（gender-affirming medical procedure），术语“先天男性/先天女性”（natal male/natal female）现在是“出生时被指派为男性/女性”（individual assigned male/female at birth），性别烦躁一章全文也根据文献进行了更新。

家拥有资源相对充足的医疗保健体系（包括训练有素的心理健康服务提供者、内分泌专家、外科医生和其他专家）。此外，这些国家的此类医疗服务通常能够由公共资金或私人保险（对部分拥有的个体而言）进行报销。

然而对许多国家而言，为 TGD 群体提供医疗服务仍然任重道远：在这些国家，该领域的资源有限或根本不存在，导致医疗服务往往不可用、不适当、难以获得和/或开销难以负担，并且几乎没有相关的初级或专科医务人员。对性别肯定医疗保健的资金支持可能不存在，个人通常需要承担全部费用。此外，医务人员在这方面又缺乏临床和/或文化能力，所接受的照护培训也非常有限（如 Martins et al., 2020）。而且，长期以来主流西方医学将 TGD 群体视为精神障碍（这种观点直到最近才改变）。由于以上种种原因，TGD 群体普遍发现自己难以获取和使用相应的医疗保健服务。

医务人员发现，现有的相关文献主要来源于北美和欧洲，这对在资源匮乏的医疗保健系统工作的人员而言是巨大的挑战。近年来，有越来越多的 TGD 利益相关者作为合作伙伴参与的倡议。通过提供关于其他地区的良好经验和知识体系，包括如何在全球北方以外的中低收入国家提供有效的、具有相应文化能力¹的 TGD 医疗保健服务的方法，此类倡议正在一定程度上改变这种状况。

在这一领域，近年来涌现了一系列有价值的保健资源。Dahlen 等人回顾了 12 项国际临床实践指南（Dahlen et al., 2021）；其中超过一半的参考文献源自位于北美（如 Hembree et al., 2017）或欧洲（如 T'Sjoen et al., 2020）的专业机构。世界卫生组织（WHO）也贡献了三份指南（其中最新的一项见

WHO, 2016）。除 Dahlen 等人罗列的清单之外，还有许多其他资源明确使用了北美和欧洲以外地区的专业知识。在亚洲和太平洋地区（APTN, 2022; Health Policy Project et al., 2015）、加勒比地区（PAHO, 2014）、泰国、澳大利亚（Telfer et al., 2020）、新西兰（Oliphant et al., 2018）和南非（Tomson et al., 2021）都存在典型案例，也见 TRANSIT（UNDP et al., 2016）。这些资源通常是通过当地或国际上的 TGD 社群的倡议或与之合作建立起来的。这种合作关系的重点是以在文化上安全且拥有相应文化能力的方式满足当地需求，同时也具有广泛的国际意义。其中一些文献资料可能对那些在低收入、低资源国家规划、组织和提供医疗服务的人员尤为有价值。在此之外，可能还存在着其他我们所不知道的、以非英语语言发布的资源。

在全球范围内，TGD 身份可能与不同的性（sex）、性别（gender）和性存在（sexuality）的概念框架有关，并存在于广泛不同的文化（有时也包括宗教、灵性）背景和历史中。考虑到社会和文化因素、法律以及对性别肯定保健的需求和供给之间的复杂关系，我们应以适合每位医务人员个人实践的视角解读 SOC-8，同时与其核心原则保持一致（APTN and UNDP, 2012; Health Policy Project et al., 2015; PAHO, 2014）。

恰是在这一背景下，通过广泛借鉴国际上 TGD 群体和医疗服务提供者的经验，我们在本章中考虑了 SOC-8 的全球适用性，列举了医务人员的关键考虑因素，继而针对目前为 TGD 人士提供基本的医疗保健的核心原则和做法提出建议，无论其身处何处或当地能否提供相应医疗资源。

1 译者注：文化能力（cultural competence）又称文化胜任力或文化交流能力，指的是一类对于在不同地域和社群的文化背景下有效提供服务必要的能力和做法，包括在沟通时认识和尊重文化的差异、学习和认识服务对象的历史和文化背景及其影响、反省自身文化背景对服务的影响、提供符合服务对象文化的服务等。文化适应能力（cultural responsiveness）及文化相符性（cultural relevancy）的含义与之密切相关。文化敏感性（cultural sensitivity）或文化意识（cultural awareness），即明确地认识和接纳不同文化的差异，是其中的重要组成部分。

建议声明

2.1 我们建议医疗保健系统应该为跨性别和多元性别人士提供医疗必要的性别肯定医疗保健服务。

2.2 我们建议医务人员和其他本《照护指南》第八版（SOC-8）的使用人员，认识到所处国家的现实情况并相应提供有文化敏感度的照护，从而在运用指南中建议时满足当地跨性别和多元性别社群的需求。

2.3 我们建议医疗保健提供者了解社会态度、法律、经济环境和医疗系统对世界范围内跨性别和多元性别人士生活体验的影响。

2.4 我们建议翻译本照护指南时同时注重跨文化、概念和文字层面的等同性，以确保与《照护指南》第八版（SOC-8）的核心原则相一致。

2.5 我们建议医务人员和政策制定者在照护 TGD 群体期间，始终遵循《照护指南》第八版（SOC-8）的核心原则，以确保尊重人权并确保可获取适当和优质的医疗服务，包括：

一般原则

- 赋权和包容。努力减少污名并协助所有寻求医疗保健的人获得适当的医疗保健服务；
- 尊重多样性。尊重所有服务对象和所有性别认同，不将性别认同或表达的差异病理化；
- 尊重人权。尊重每个人的身心完整、自主和自决权利、免受歧视的自由以及享有最高而能获致之健康标准的普遍人权。

发展和实施适当的服务和便捷的医疗保健的原则

- 与跨性别和多元性别人士共同参与服务的制定和实施；
- 意识到可能影响跨性别和多元性别群体的医疗（和医疗需求）的社会、文化、经济和法律因素，以及该群体获得服务的意愿和能力；
- 提供肯定性别认同和表达的医疗保健服务（或向有相关知识的同事进行转诊），包括减少性别烦躁相关的心理痛苦（如有）的医疗保健服务；
- 拒绝以扭转为目的或效果的做法，避免为这类方法或服务提供任何直接或间接的支持。

提供优质服务的原则

- 了解关于跨性别和多元性别群体的医疗保健需求的知识（在可能的情况下接受培训），包括性别肯定照护的益处和风险；
- 将治疗方法与服务对象的具体需求相匹配，特别是与其性别认同和表达的目标相一致；
- 专注于促进健康和福祉，而不是仅仅减少可能存在的性别烦躁；
- 在适当的情况下采用减害策略；
- 使跨性别和多元性别群体能够充分和持续地参与涉及其健康和福祉的决策；
- 改善医疗服务体验，包括与行政管理体系和照护连续性相关的方面。

通过更广泛的社群方法改善健康状况的原则

- 将服务对象与社群和同伴支持网络联系起来；
- 在适当情况下在家庭和社群（学校、工作场所等环境）中对服务对象提供支持并为其发声。

声明 2.1

我们建议医疗保健系统应该为跨性别和多元性别人士提供医疗必要的性别肯定医疗保健服务。

“医疗必要”是世界范围内医疗保障和保险政策的常用术语。保险商或保险公司对“医疗必要性”的常

见定义是：“基于谨慎的临床判断，医生和/或医务人员，为患者预防、评估、诊断或治疗疾病（及其症状）或伤害所提供的医疗保健服务，并且满足以下条件：(a) 符合医疗实践中普遍接受的标准；(b) 在类型、频率、程度、部位和持续时间方面具有临床适当

性，并被认为对患者的疾病及其症状或伤害有效；(c) 该服务并非出于患者、医生或其他医疗保健提供者的便利，并且费用不高于其它（一系列）替代服务，如果该替代品在诊断或治疗该患者的疾病或伤害上达成同等效果的可能性相当。医务人员须明确表明并书面记录所提出的治疗对需要治疗的疾病（及其症状）或伤害是医疗必要的（American Medical Association, 2016）。

通常情况下，“医疗实践的公认标准”所指的标准基于：a) 发表于相关医学界普遍认可的同行评审的医学文献上的可信的科学证据；b) 特定医学专业协会和/或正规医学院的建议；c) 在相关临床领域执业的医生和/或医务人员的观点。

在世界上的部分地区，医疗必要性对于医疗费用给付、补贴和/或报销至关重要。实行治疗的医务人员可以明确表明并书面记录某种治疗在预防或治疗某种状况方面具有医疗必要性。如果医疗政策和机构对治疗的医疗必要性提出质疑，则可能有机会向政府部门或其它机构提出申诉，并进行独立的医学审查。

我们应该认识到多元性别特质是所有人类中常见的特征，而不是一种病态。然而，导致临床上造成显著心理痛苦和损害的性别不一致通常需要医疗必要的临床干预。在许多国家，医务人员将医疗必要的性别肯定照护记录为对性别不一致（ICD-11 中的 HA60；WHO, 2019b）和/或性别烦躁（DSM-5-TR 中的 F64.0；APA, 2022）的治疗。

有充分证据表明，遵循本《照护指南》（第八版）指导进行的性别肯定治疗（包括内分泌和手术干预项目）对于需要这类治疗的 TGD 个体的生活质量和幸福感是有益的（如 Ainsworth & Spiegel, 2010；Aires et al., 2020；Aldridge et al., 2020；Almazan & Keuroghlian, 2021；Al-Tamimi et al., 2019；Balakrishnan et al., 2020；Baker et al., 2021；Buncamper et al., 2016；Cardoso da Silva et al., 2016；Eftekhar Ardebili, 2020；Javier et al., 2022；Lind-

qvist et al., 2017；Mullins et al., 2021；Nobili et al., 2018；Owen-Smith et al., 2018；Özkan et al., 2018；T'Sjoen et al., 2019；van de Grift, Elaut et al., 2018；White Hughto & Reisner, Poteat et al., 2016；Wierckx, van Caenegem et al., 2014；Yang, Zhao et al., 2016）。性别肯定的干预还可能包括脱毛/植发项目、嗓音治疗/手术、咨询和其他医疗项目，这些项目对于有效肯定个体的性别认同并缓解性别不一致和性别烦躁而言不可或缺。此外，身份证件上法律层面的名称和性/性别的变化也可能发挥积极作用，尽管某些司法管辖区可能要求医生提供医学证明文书方可更改。

肯定性别的干预措施基于数十年的临床经验和研究；因此此类措施不被认为是实验性的、美容性的，或者仅仅出于方便服务对象的目的。相反，干预措施能安全、有效地减轻性别不一致和性别烦躁（如 Aires et al., 2020；Aldridge et al., 2020；Al-Tamimi et al., 2019；Balakrishnan et al., 2020；Baker et al., 2021；Bertrand et al., 2017；Buncamper et al., 2016；Claes et al., 2018；Eftekhar Ardebili, 2020；Esmonde et al., 2019；Javier et al., 2022；Lindqvist et al., 2017；Lo Russo et al., 2017；Marinkovic & Newfield, 2017；Mullins et al., 2021；Nobili et al., 2018；Olson-Kennedy, Rosenthal et al., 2018；Özkan et al., 2018；Poudrier et al., 2019；T'Sjoen et al., 2019；van de Grift, Elaut et al., 2018；White Hughto & Reisner, Poteat et al., 2016；Wierckx, van Caenegem et al., 2014；Wolter et al., 2015；Wolter et al., 2018）。

因此，WPATH 敦促各医疗保健系统提供针对 TGD 群体的医疗必要的治疗，且不应在其政策文件和医疗指南中排除任何医疗必要的项目或治疗，并废除现有的排除条款，以保障 TGD 人士的健康和福祉。换言之，政府应确保针对 TGD 群体的医疗保健服务得以纳入所有全民医疗保健、公共卫生、政府补贴系统或政府监管的私营系统中，并视情况使其得到扩展

或改善。医疗保健系统应确保所有公民都能在平等的基础上随时获得并负担得起常规和专科的医疗保健服务。

SOC-8 中讨论了医疗必要的性别肯定干预措施。这些措施包括但不限于子宫切除术 +/- 双侧输卵管-卵巢切除术；双侧乳房切除术、胸部再造或女性化乳房成形术、乳头大小调整或乳房假体置入；生殖器再造（如阴茎成形术和阴蒂释放术、阴囊成形术、阴茎和睾丸假体、阴茎切除术、睾丸切除术、阴道成形术和外阴成形术）；出于性别肯定或术前准备目的的面部、身体和生殖器区域脱毛；性别肯定的面部手术和身体塑形；嗓音治疗和/或手术；以及青春期阻滞药物和性别肯定激素；根据个人情况和需要提供的适当咨询或心理治疗。

声明 2.2

我们建议医务人员和其他本《照护指南》第八版（SOC-8）的使用人员，认识到所处国家的现实情况并相应提供有文化敏感度的照护，从而在运用指南中建议时满足当地跨性别和多元性别社群的需求。

TGD 群体在世界范围内有许多不同的身份认同，这些身份认同存在于不同的文化背景中。在英语国家，跨性别和多元性别人士有多种多样的身份认同，包括 transsexual, trans, gender nonconforming, gender queer or diverse, nonbinary, 或者 transgender and/or gender diverse 等，也包括（对于许多拥有二元性别框架下身份认同的人来说）male 或 female（如 James et al., 2016; Strauss et al., 2017; Veale et al., 2019）。

在其他地方，性别认同涵盖但不限于以下身份：拉丁美洲的 travesti，南亚的 hijra，巴基斯坦的 khwaja sira，缅甸的 achout，马来西亚的 mak-

nyah 和 paknyah，印度尼西亚的 waria，泰国的 kathoey、phuying kham phet、sao praphet song，菲律宾的 bakla、transpinay 和 transpinoy，萨摩亚的 fa'afafine，法属玻利尼西亚和夏威夷的 mahu，汤加的 leiti，纽埃的 fakafifine，图瓦卢和基里巴斯的 pinapinaaine，斐济的 vakasalewalewa，巴布亚新几内亚的 palopa，澳大利亚原住民和托雷斯海峡岛民的 brotherboys 和 sistergirls，库克群岛的 akava'ine（如 APTN & UNDP, 2012; Health Policy Project et al., 2015; Kerry, 2014）。在北美洲，还有许多双灵¹身份认同，如纳瓦霍（Diné）文化中的 nadleehi（Sheppard & Mayo, 2013）。这些术语所指代的身份概念通常在文化层面相当复杂，并可能与灵性或宗教背景相关。根据不同的文化和身份认同，有些身份可能被视为超越二元性别的“第三性别”（如 Graham, 2010; Nanda, 2014; Peletz, 2009）。有些 TGD 身份不像其他身份那样受到固定定义。在世界各地的许多地方，跨性别男性和非二元男性倾向跨性别认同相对较晚才被注意到，当地语言中可能缺乏相应的传统术语（Health Policy Project et al., 2015）。无论医务人员在何地工作、为谁工作（包括那些为少数族裔人士、移民和难民工作的医务人员），都需要了解人们成长和生活的文化背景，以及对医疗保健的影响。

全球范围内，医疗保健的可用性、可及性、可接受性和质量存在显著差异，这导致国家内部和国家之间的不平等现象（OECD, 2019）。在某些国家，正规的医疗保健体系与既有的传统和民间医疗保健体系共存，而本土的医疗模式对整体保健（holistic health care）起支撑作用（WHO, 2019a）。医务人员应了解工作地点的传统和现实状况，提供对当地的需求和

1 译者注：双灵（two spirits）是一个现代泛北美原住民的概括性词汇，被一些北美原住民用来描述其社群中传统上履行第三性别（或其他性别变体）仪式和社会角色的原住民人士。

TGD 人群的身份认同具有敏感性的支持，并提供具有文化能力且安全的照护。

声明 2.3

我们建议医疗保健提供者了解社会态度、法律、经济环境和医疗系统对世界范围内跨性别和多元性别人士生活体验的影响。

TGD 群体的生活体验存在巨大差异，取决于包括社会、文化（包括宗教、灵性）、法律、经济和地理在内的一系列因素。当 TGD 群体生活身处肯定其性别和/或文化认同的环境中时，生活体验可能是非常积极的。家人在这方面尤为重要（如 Pariseau et al., 2019; Yadegarfard et al., 2014; Zhou et al., 2021）。然而，从全球层面来看，TGD 群体的生活环境仍然十分严峻。TGD 人群常被剥夺国际人权法赋予的广泛权利，包括受教育、健康（包括免遭医疗虐待）、工作和适足的生活水平、获得住房、迁徙自由和表达自由、隐私、安全、生命、建立家庭、不受任意剥夺自由、获得公平审判、在拘留中获得人道待遇，以及免受酷刑、不人道和有辱人格的待遇或处罚等权利（International Commission of Jurists, 2007, 2017）。

普遍认为，权利的剥夺对性和性别少数群体的健康和福祉产生了负面影响（如 OHCHR et al., 2016; WHO, 2015）。因此，我们在此重申上述权利对 TGD 群体的重要性，并注意到 WPATH 过去在倡导和维护 TGD 群体的权利方面所作的努力，包括通过多项政策文件进行倡导（如 WPATH, 2016, 2017, 2019）。在倡议和维护跨性别人群权利（包括获得适当、价格合理且便捷的高质量性别肯定医疗保健的权利）方面，医务人员能够发挥重要作用。

全球范围内的许多研究详细记录了 TGD 群体在生活中面临的挑战，以及这些挑战对其健康和福祉的影响（如 Aurat Foundation, 2016; Bhattacharya & Ghosh, 2020; Chumakov et al., 2021; Coleman et al., 2018; Heylens, Elaut et al., 2014; Human Rights Watch, 2014; James et al., 2016; Lee, Operario et al., 2020; Luz et al., 2022; McNeil et al., 2012, 2013; Motmans et al., 2017; Muller et al., 2019; Scandurra et al., 2017; Strauss et al., 2019; Suen et al., 2017; Valashany & Janghorbani, 2019; Veale et al., 2019; Wu et al., 2017）。研究表明，TGD 群体经常经历污名、偏见、歧视、骚扰、虐待和暴力，或生活在对这些行动的预期和恐惧之中。社会价值观和风气对 TGD 群体并不友好，这类不友好的观念常常通过学校课程向年轻人传递（如 Olivier & Thurasukam, 2018），也表现为家人的排斥（如 Yadegarfard et al., 2014）。同时，还存在一些限制个人表达自己的性别认同和性倾向以及阻碍其获得住房、公共空间、教育、就业和服务（包括医疗保健）的法律、政策和做法，这也助长了这种价值观。最终的结果是，TGD 群体通常被剥夺了与条件相当的顺性别人群一样的机会，被边缘化于社会之外，缺乏家庭支持。更糟糕的是，在世界上很大一部分地区，TGD 人群的性别在法律层面上得到承认的机会受到限制或根本不存在（如 ILGA World, 2020a; TGEU, 2021; UNDP & APTN, 2017）。在一些国家，这些障碍如今得到“性别批判¹理论家”的支持（如 Madrigal-Borloz, 2021; Zanghellini, 2020 所批评的）。

性别认同扭转措施（旨在使人成为顺性别的性别矫正或扭转治疗方案）广泛存在且会对 TGD 人士造成伤害（如 APTN, 2020a, 2020b, 2020c, 2021;

1 译者注：性别批判（gender-critical）理论也被称为排跨激进女权（trans-exclusionary radical feminism, TERF）理论，是一种常与右翼和反跨主张相联系的激进女性主义流派。与多数女性主义者不同，其常见观点包括主张二元性别界限不可逾越，反对性别认同的概念和 TGD 人群的权利，认为 TGD 人群对女性造成威胁等。2022 年，欧洲委员会对性别批判理论予以谴责，认为其“LGBTI 权利与女性和儿童权利相冲突”的主张是错误的，存在严重偏见，且同时损害了 LGBTI 人群与女性和儿童的权利。

Bishop, 2019; GIREs et al., 2020; Turban, Beckwith et al., 2020), 这一治疗方式与针对性倾向的扭转治疗一样被视为不符合伦理的(如 APS, 2021; Trispiotis & Purshouse, 2021; Various, 2019, 2021), 亦可被视为一种暴力形式。联合国防止基于性取向和性别认同的暴力和歧视问题独立专家呼吁在全球范围内禁止此类实践(Madrigal-Borloz, 2020)。越来越多的司法管辖区正在法律层面禁止此类工作(ILGA World, 2020b)。

不平等由一系列因素促成, 其中包括经济上的考虑和支撑医疗保健系统的价值观, 尤其是在公共、私人 and 自筹资金的医疗保健体系所关注的重点这一方面。无法获得适当、价格合理的医疗保健可能导致对非正式知识系统的更大依赖。此类知识涉及的内容包括自行使用激素, 而这常常在缺乏必要医疗监测或监督的情况下进行(如 Do et al., 2018; Liu et al., 2020; Rashid et al., 2022; Reisner et al., 2021; Winter & Doussantousse, 2009)。

在世界某些地区, 大量跨性别女性使用硅胶等物质作为改造身体的手段, 通常是在其社群内通过“硅胶注入¹”和/或参加“群体注射”的方式进行。然而, 这种注射硅胶等物质的即时效果却往往对应了重大的健康风险(如 Aguayo-Romero et al., 2015; Bertin et al., 2019; Regmi et al., 2021), 特别是在使用工业硅胶或其他可注射物质且在手术摘除可能存在困难时。

最后, TGD 患者的性健康状况不理想。全球城市地区向相关医疗机构报告的跨性别女性中 HIV 患病率约为 19%, 为一般人群的 49 倍²(Baral et al., 2013)。

跨性别男性的性健康状况也不容乐观(如 Mujugira et al., 2021)。

声明 2.4

我们建议翻译本照护指南时同时注重跨文化、概念和文字层面的等同性, 以确保与《照护指南》第八版(SOC-8)的核心原则相一致。

大部分关于 TGD 群体的研究文献都来自高收入和英语国家。在这一领域的文献中, 全球北方的观点(包括与 TGD 群体的医疗保健需求和供给相关的观点)占据主导地位。作者于 2021 年 5 月进行的 Scopus 数据库检索显示, 关于跨性别医疗的文献中, 99%来自欧洲、北美、澳大利亚或新西兰。总体而言, 96%的文献为英文文献。相比而言, 全球南方的 TGD 群体在英语文献中受到的关注相对较少, 当地与 TGD 群体互动的医务人员的作品往往未能得到认可和发表, 或者没有被翻译成英语。若在全球南方直接应用在全球北方产生的资料, 会导致忽视当地知识、文化框架和实践中相关的方面和细微的差别, 并错失从前人工作中学习、成长的机会。

在翻译《照护指南》中确立的原则时, 我们建议遵循语言翻译的最佳实践指南, 以确保获得高质量的书面资料, 且在文化和语言上适合当地背景。重要的是, 翻译人员必须了解 TGD 的身份认同和文化, 以确认字面翻译的结果对当地 TGD 群体而言是否是安全的, 且是否是理解并尊重其文化的。同样重要的是, 翻译应遵循既定的质量保证流程(Centers for Medicare & Medicaid Services, 2010; Sprager & Martinez, 2015)。

1 译者注: 在跨性别健康的背景下, “硅胶注入”指注射某种软组织填充物以实现身体塑形, 其实际成分并不限于硅胶/有机硅, 而可能包括非医用的航空润滑剂、窗口填缝剂、凡士林等, 通常由无资质或不合伦理的医疗提供者进行, 且注射量常常远超有资质的医疗提供者可实施注射的量。

2 译者注: 需要注意的是, 该研究所基于的数据大多来自在性工作场所或性传播疾病专科诊所进行的采样, 与跨性别女性整体人群相比存在明显偏倚。

声明 2.5

我们建议医务人员和政策制定者在照护 TGD 群体期间，始终遵循《照护指南》第八版（SOC-8）的核心原则，以确保尊重人权并确保可获取适当和优质的医疗服务，包括：

一般原则

- 赋权和包容。努力减少污名并协助所有寻求医疗保健的人获得适当的医疗保健服务；
- 尊重多样性。尊重所有服务对象和所有性别认同，不将性别认同或表达的差异病理化；
- 尊重人权。尊重每个人的身心完整、自主和自决权利、免受歧视的自由以及享有最高而能获致之健康标准的普遍人权。

发展和实施适当的服务和便捷的医疗保健的原则

- 与跨性别和多元性别人士共同参与服务的制定和实施；
- 意识到可能影响跨性别和多元性别群体的医疗（和医疗需求）的社会、文化、经济和法律因素，以及该群体获得服务的意愿和能力；
- 提供肯定性别认同和表达的医疗保健服务（或向有相关知识的同事进行转诊），包括减少性别烦躁相关的心理痛苦（如有）的医疗保健服务；
- 拒绝以扭转为目的或效果的做法，避免为这类方法或服务提供任何直接或间接的支持。

提供优质服务的原则

- 了解关于跨性别和多元性别群体的医疗保健需求的知识（在可能的情况下接受培训），包括性别肯定照护的益处和风险；
- 将治疗方法与服务对象的具体需求相匹配，特别是与其性别认同和表达的目标相一致；
- 专注于促进健康和福祉，而不是仅仅减少可能存在的性别烦躁；
- 在适当的情况下采用减害策略；
- 使跨性别和多元性别群体能够充分和持续地参与涉及其健康和福祉的决策；

- 改善医疗服务体验，包括与行政管理体系和照护连续性相关的方面。

通过更广泛的社群方法改善健康状况的原则

- 将服务对象与社群和同伴支持网络联系起来；
- 在适当情况下在家庭和社群（学校、工作场所等环境）中对服务对象提供支持并为其发声。

本章中我们引用了有关 TGD 群体可能面临的广泛困难的研究，包括社会经济障碍和法律障碍，以及与获取医疗保健相关的障碍。虽然全球的医疗保健服务（在可用性、可获取性和质量方面）不尽相同，但对 TGD 群体提供的照护通常是不足的。世界范围内许多研究报告显示，尽管一些 TGD 人士可能报告自己曾拥有积极的医疗保健体验，但大部分人的体验往往不尽人意（如 Callander et al., 2019; Costa, da Rosa Filho et al., 2018; Do et al., 2018; Gourab et al., 2019; Health Policy Project et al., 2015; Liu et al., 2020; Motmans et al., 2017; Muller et al., 2019; PAHO, 2014; Reisner et al., 2021; Strauss et al., 2017; TGEU, 2017）。主流医疗保健选项通常不能满足 TGD 群体在常规方面、性方面或性别认同方面的不同保健需求。诊所和医院的标准来访者管理程序常常不承认 TGD 来访者的性别认同（包括来访者有非二元认同的情况）。来访者可能被安置在不适合其性别的病房，使其面临性骚扰的风险。TGD 来访者经常遇到医务人员和辅助工作人员的不认可或敌对态度，甚至可能面临被拒绝提供照护的情况。非常令人担忧的是，在部分地区，医务人员甚至参与前文提及的对 TGD 群体进行的性别认同扭转措施。

在全球范围内，提供性别肯定医疗保健面临诸多障碍。医务人员可能不愿提供 TGD 群体所寻求的照护。在一些国家，法律或法规可能阻止或限制 TGD 群体获得医疗保健服务。全科医生或其他医疗保健提供者若缺乏以母语撰写的明确指南，则可能不被允许提供相应的照护。即使在医疗保健可用的情况下，个人可

能因为地理距离、门控把关¹和供求问题而导致候诊排期时间过长或成本增加，因而难以获得医疗保健。实际上，性别肯定项目可能不包含在全民医疗保健体系中，私人保险也可能不覆盖这类项目，即使类似的项目对于顺性别患者而言可以被保险覆盖。

因此，许多 TGD 人士会避免正规的医疗服务。TGD 人士自己的社群通常在这一方面扮演着重要角色，填补了医疗服务这一空缺。社群往往在一个充满敌意的环境中为 TGD 个体提供社会和情感支持。此外，社群还经常作为信息共享的源泉，提供关于可用的医疗保健选项的信息，包括主流医学以外的（并且比主流医学更容易获得且价格更实惠的）平行和非正规的医疗保健选项。正如本章先前所提，这类信息通常包

括关于自行进行硅胶和其他物质注射以进行身体改造，以及自行进行缺乏必要医疗监测或监督的激素治疗。世界卫生组织指出，自行使用性别肯定激素的 TGD 个体将因能够获得循证信息、优质产品和无菌注射设备而受益（WHO, 2021）。这种信息的获取广义上可以作为减害策略的一部分（如 Idrus & Hyman, 2014）。

通过将上面提到的重要核心原则付诸实践，可以在当地条件下改善医疗服务体验，促进对 TGD 群体的尊重。无论医疗保健系统的实际情况（包括文化、社会、法律和经济背景）、可用照护的供应水平或寻求这些服务的 TGD 人士状况如何，这都是可实现的。

1 译者注：“门控把关”（gatekeeping）指的是当医务人员在提供性别认同相关医疗服务时要求个体满足一系列不必要且不公平的严格标准，以试图将个体排除出 TGD 群体或接受性别肯定医疗的范围，而非基于医学证据和个体的自身意愿。典型的做法如拒绝“非典型”的个体（如非二元个体），在缺乏明确理由的情况下推迟治疗（如设置观察期），参与扭转治疗，要求进行不必要的检查和测试，以及夸大风险和“后悔率”等。相比知情同意模式，这种做法会阻碍 TGD 群体获得所需的必要医疗服务。

第三章 相关人口估算

世界跨性别健康专业协会 (WPATH) 在上一版的《照护指南》(SOC-7) 中, 仅列举了一小部分试图估计跨性别和多元性别 (TGD) 人口规模的文章, 并将现有科学进程描述为“一个起点”, 需要进一步的系统研究 (Coleman et al., 2012)。此后, 这一主题的相关文献有了极大的拓展, 如最近的一些综述已经试图整合现有的证据 (Arcelus et al., 2015; Collin et al., 2016; Goodman et al., 2019; Meier & Labuski, 2013; Zhang et al., 2020)。

在回顾与 TGD 群体有关的流行病学数据时, 最好避免使用“发病率” (incidence) 和“患病率” (prevalence) 等术语。避免此类术语及类似术语可以防止对 TGD 群体的不适当的病理化 (Adams et al., 2017; Bouman et al., 2017)。此外, “发病率”一词可能不适用于这种情况, 因为它假设 TGD 有一个易于识别的发生时间, 而这是计算发病率估计值的前提条件 (Celentano & Szklo, 2019)。基于上述原因, 我们建议使用“数量” (number) 和“比例” (proportion) 来表示 TGD 人口的绝对和相对规模。

在回顾这些文献时, 最重要的考虑因素可能是对 TGD 人群的定义的多变性 (Collin et al., 2016; Meier & Labuski, 2013)。在基于临床的研究中, TGD 群体的数据通常仅限于那些接受了跨性别相关诊断或咨询、要求或正在接受性别肯定治疗的个体, 而基于调查的研究通常依赖于更广泛、更具包容性的定义, 而基于自我报告的性别认同。

评估 TGD 群体规模和分布的另一个方法论考虑因素是, 有必要了解抽样框架的构成。正如最近的综述所指出的 (Goodman et al., 2019; Zhang et al., 2020), 许多已发表的研究, 特别是超过十年前的研究, 先是评估了在特定临床中心的服务对象数量, 然后再将该数量除以一个近似的人口规模。这不太可能产生准确的估值, 因为计算中的分子不一定包含在分母中, 且分母的真实规模通常是个未知数。

考虑到这些因素, 建议重点关注近期 (过去十年内发表的) 利用合理的方法在定义明确的抽样框架内识别 TGD 人群且经过同行评审的研究。由于上述种种原因, 本章重点关注符合以下纳入标准的研究: 1、在 2009 年或之后出版; 2、使用明确的对 TGD 状态的定义; 3、根据定义明确的人口数量作为分母计算 TGD 群体的比例; 4、经过同行评审。这些类型的研究可以提供就当代而言更准确的估计值。

现有的研究可被分为三类: 1、报告了大型医疗保健系统的参与者中 TGD 人群所占比例的研究; 2、主要针对成年参与者的人口调查结果; 3、基于校园内对青少年展开的调查。在这三类研究中, 内容最丰富、方法最合理的研究总结如下所述。关于这些和其它类似研究的详细信息可以参见最近的文献综述 (Goodman et al., 2019; Zhang et al., 2020)。

目前所有基于大型医疗保健系统对 TGD 人口规模进行估算的研究都是在美国国内展开的, 并且都依赖于电子健康档案中获得的信息。所有研究中, 有四项研究仅基于诊断代码确定 TGD 群体; 其中的两项研究 (Blosnich et al., 2013; Kauth et al., 2014) 使用了来自美国退伍军人保健系统的数据, 该系统为超过 900 万人提供医疗保健, 而另外两项 (Dragon et al., 2017; Ewald et al., 2019) 则使用了来自美国联邦医疗保险 (Medicare) 的索赔数据, 该项目主要覆盖 65 岁或以上的群体。在这些基于诊断的研究中, TGD 群体的比例约为 0.02% 至 0.03%。另一项更新的研究同时使用了美国联邦医疗保险以及商业保险的索赔数据来识别 TGD 人群, 且其纳入标准得到了扩大, 将诊断代码与有关手术和激素治疗的信息相结合 (Jasuja et al., 2020)。基于这种研究方法, TGD 群体在参与医保计划的所有群体中的比例为 0.03%。第六项基于医疗系统的研究 (Quinn et al., 2017) 是在佐治亚州和加利福尼亚州的凯撒医疗 (Kaiser Permanente) 计划中进行的; 这些计划为大约 800 万通过雇主、政府计划或个人加入的成员提供医疗保障。在凯撒医疗计划中, 利用诊断代码和自由文本形式的

临床记录确定 TGD 群体，涵盖所有年龄群体。在上述研究中所确定的 TGD 群体比例高于美国退伍军人保健系统和联邦医疗保险研究中报告的相应比例，最新估计范围为 0.04%至 0.08%。

相比基于医疗系统的研究结果，依赖自我报告 TGD 状态的调查结果产生了更高的估值。美国的两项研究利用了行为风险因素监测调查 (BRFSS)，这是一项每年在美国 50 个州和领地进行的电话调查 (Conron et al., 2012; Crissman et al., 2017)。其中，第一项研究使用了马萨诸塞州 2007-2009 年 BRFSS 周期的数据，第二项研究使用了来自 19 个州和关岛的 2014 年 BRFSS 数据。这两项研究都显示，约有 0.5% 的成年参与者（至少 18 岁）对“你是否认为自己是跨性别者？”这一问题的回答为“是”。

荷兰对 15-70 岁人群样本进行的基于互联网的调查 (Kuyper & Wijsen, 2014)，要求参与者使用李克特五级量表¹对以下两个问题进行评分：“您在心理上感觉自己是男性的程度是多少？”和“您在心理上感觉自己是女性的程度是多少？”。如果受访者对两项陈述给出相同的分数，则被认为是“性别矛盾”；如果报告出生时受指派性别得分低于其性别认同，则被认为是“性别不一致”。出生时被指派为男性 (AMAB) 的参与者报告不一致和矛盾的性别认同比例分别为 1.1%和 4.6%，出生时被指派为女性 (AFAB) 的参与者报告不一致和矛盾的性别认同比例分别为 0.8%和 3.2%。

一项类似设计的研究通过在比利时佛兰德地区国家登记册中的采样，估计该地区 TGD 居民的比例 (Van Caenegem, Wierckx et al., 2015)。参与者需要在李克特五等尺度量表上对以下陈述进行评分：

“我感觉我是女性”和“我感觉我是男性”。使用荷兰研究中应用的相同定义 (Kuyper & Wijsen,

2014)，在 AMAB 和 AFAB 群体中，性别不一致个体的比例分别为 0.7%和 0.6%，性别矛盾个体的比例分别为 2.2%和 1.9%。

最近一项基于人群的研究评估了瑞典斯德哥尔摩郡约 50,000 名成年居民中 TGD 群体的比例 (Åhs et al., 2018)。分子是通过询问参与者以下问题确定的：“我想要通过激素或手术干预，使自己更像一个不同性别的人”。还设计了另外两个问题来识别经历性别不一致的人：“我感觉自己像一个不同性别的人”和“我想要以不同性别的人的身份生活或被对待”。参与者中报告需要接受激素治疗或性别肯定手术的比例为 0.5%，表达自己感觉像不同性别的人和想要被视为不同性别或作为不同性别生活的人分别占总样本的 2.3%和 2.8%。

在北美和西欧以外，基于人群的研究数据较为罕见。最近的一项研究提供了十分具有价值的证据，数据来自对巴西 6,000 名成年人的大规模典型调查 (Spizzirri et al., 2021)。参与者的性别认同是基于以下三个问题进行评估的：

1. “以下哪个选项最能描述您目前的感受？”（选项：我感觉我是男性，我感觉我是女性，我感觉我既不是男性也不是女性）；
2. “您出生证上的性别是什么？”（选项：男性，女性，未确定）；
3. “以下哪种情况最符合您的情况？”（选项：我出生时是男性，但我从小就感觉自己是女性；我出生时是女性，但我从小就感觉自己是男性；我出生时是男性，我对我的身体感到舒适；我出生时是女性，我对我的身体感到舒适）。

1 译者注：李克特量表 (Likert scale) 是一种常用的评分式量表，允许受访者对问卷中每个问题的陈述用一定范围内的整数进行评级，如从 1（非常不同意）到 5（非常同意）。

根据对这三个问题的回答,作者认定有 1.9%的调查对象是 TGD (0.7%的调查对象被定义为跨性别者,1.2%被定义为非二元性别)。

关于青少年 TGD 人群 (19 岁以下者) 的人口比例的文献包括一些在学校进行的调查研究。2012 年,新西兰的一项全国横断面调查收集了高中学生 TGD 认同的信息 (Clark et al., 2014)。在超过 8,000 名调查对象中,1.2%的人自我认同为 TGD, 2.5%的人表示不确定。另一项研究基于 2016 年对美国明尼苏达州进行的 9 年级和 11 年级学生 (14~18 岁) 的调查展开 (Eisenberg et al., 2017)。在近 81,000 名调查对象中,有 2.7%的人自我认同为 TGD。一项更近期的研究 (Johns et al., 2019) 展示了青少年风险行为调查 (YRBS) 的结果,该调查每两年在美国 9~12 年级 (年龄范围约为 13~19 岁) 的地方、州和全国典型样本中进行一次。2017 年 YRBS 调查在 10 个州和 9 个大城市地区进行,调查包括以下问题:“一些人在其出生时受指派性别与其认为或感觉的性别不匹配时,便自称为跨性别者。您是跨性别者吗?”。在 19 个地点的近 120,000 名参与者中,1.8%的人回答“是,我是跨性别者”,还有 1.6%的人回答“我不确定我是否是跨性别者”。

另一项最近在美国进行的基于学校的研究报道了 2015 年在佛罗里达和加利福尼亚进行的一项调查,该调查试图在一组超过 6,000 名的 9~12 年级 (年龄为 14~18 岁) 的学生中,识别多元性别的儿童和青少年 (Lowry et al., 2018)。“高度性别非常规”一词用于定义那些自认为非常/很大程度/有些女性化的 AMAB 儿童或自认为非常/很大程度/有些男性化的 AFAB 儿童。基于这些定义,TGD 群体的比例在 AMAB 学生中为 13%,在 AFAB 学生中为 4%,总体为 8.4%。

只有一项研究考察了在更小年龄群体中自我认同为 TGD 的儿童比例。Shields et al. 分析了 2011 年开展的对旧金山 22 所公立中学 6~8 年级 (年龄范围为 11~13 岁) 的 2,700 名学生的调查数据 (Shields et

al., 2013)。问卷中包含“您的性别是什么?”这一问题,可能的回答有“女性,男性,或跨性别”。针对这一问题,有 33 名儿童自我认定为 TGD,显示自认为跨性别的受访者比例为 1.3%。但是,这个定义并不包括自我认同为非二元性别以及那些没有明确认同为跨性别的 TGD 群体。

综合来看,这些数据表明,对于依据诊断代码或医疗档案记录的其它证据的以医疗系统为基础的研究 (Blosnich et al., 2013; Dragon et al., 2017; Ewald et al., 2019; Kauth et al., 2014; Quinn et al., 2017), 近年来 (2011~2016 年) 报告的 TGD 群体比例在 0.02%至 0.08%之间。相比之下,当依据自我报告确定 TGD 状态时,相应的比例要高出几个数量级,并且在使用类似定义的研究中相对一致。当调查具体询问到“跨性别者”的身份时,成人中的预估值在 0.3%至 0.5%之间,儿童和青少年中为 1.2%至 2.7%。当定义扩大到包括更广泛的多元性别表现形式,例如性别不一致或性别模糊,相应的比例会更高:成人 0.5%至 4.5%,儿童和青少年为 2.5%至 8.4%。

如同其他文献所述 (Goodman et al., 2019), 一个值得注意的现象是 TGD 人口的规模和构成的持续增长,且在医疗保健系统、基于人群的调查以及法定性别认定的数据中可观察到 TGD 群体比例呈现不断上升的趋势。更近期的文献中可见更高估值,表明早期研究可能低估了 TGD 人群的规模 (Olyslager & Conway, 2008)。

在分析诊所转诊以及综合医疗系统数据的研究中,也报告了 AMAB 与 AFAB 比例的时间趋势;这一比例从前几十年的 AMAB 为主变为近年来的 AFAB 为主,在青少年 TGD 人群中尤为如此 (Aitken et al., 2015; de Graaf, Carmichael et al., 2018; de Graaf, Giovanardi et al. 2018; Steensma et al., 2018; Zhang et al., 2021)。年轻 TGD 人群比例的增长趋势以及 AMAB-AFAB 比率在不同年龄间的差异可能体现了“队列效应”,反映出社会政治的进步、转诊模式的变化、医疗保健和医疗信息获取渠道的增加、

文化污名的减弱以及其它在影响上存在代际差异的变化 (Ashley 2019d; Pang et al., 2020; Zhang et al., 2020)。

尽管最近发表的研究质量有所提高,但现有文献有一个重要局限,即来自西欧或北美以外地区的、经同行评审的文献相对匮乏。一些关于全球估计值的信息可以从受到政府或非政府组织支持的报告中获得 (Fisher et al., 2019; Kasianczuk & Trofymenko, 2020),但这些报告未经同行评审发表,难以系统地识别和评估。评估 TGD 群体全球分布的其它障碍包括无法获得足够的人口统计数据,以及英文期刊在世界文献中的比例过高。

尽管存在这些局限性,通过现有的最高质量的数据,可以明确地认识到 TGD 群体在总人口中占有一定的比例,且在不断增加。根据迄今为止的可靠证据,由于纳入标准、年龄群体和地理位置的不同,这一数值可能在不到百分之一到百分之几之间波动。准确估计 TGD 群体的比例、分布和组成,以及预测充分支持 TGD 群体医疗需求所需的资源,应依赖于系统收集的高质量数据,而这些数据的数量正逐渐增加。有必要对这些数据进行连续和常规的收集,以减少可报告结

果的变异性,并最大限度地减少对报告结果的过高和过低的估计。例如,若人口普查开始系统地收集和报告关于出生时受指派性别和性别认同的数据(包括无性和非二元类别,使用目前经过充分验证的两步法),应该会有明显更准确、更精确的估计结果。加拿大国家统计局发布了第一条此类基于人口普查的估计数据。根据 2021 年的人口普查数据,在 3,050 万加拿大人中,有 100,815 人自我认同为跨性别或非二元人士;这占了 15 岁及以上人口总数的 0.33% (Statistics Canada, 2022)。属于“Z 世代”(出生于 1997 年至 2006 年之间,0.79%)和“千禧一代”(出生于 1981 年至 1996 年之间,0.51%)的跨性别和非二元性别者比例与已发表的文献一致,远高于“X 世代”(出生于 1966 年至 1980 年之间,0.19%),“婴儿潮一代”(出生于 1946 年至 1965 年之间,0.15%),以及战间期和“最伟大的一代”(出生于 1945 年或更早,0.12%)。虽然这些结果代表了迄今为止可获得的最高质量的数据,但尚不清楚加拿大报告的人口比例与其它国家的人口比例相比如何。通过增进国际合作,可以进一步减少 TGD 人群构成的定义差异和数据收集方法的差异。

TGD 群体在总人口中比例的报告总结

基于医疗系统的研究: 0.02 – 0.1%

基于调查的成人研究: 0.3 - 0.5% (跨性别), 0.3 - 4.5% (所有 TGD)

基于调查的儿童和青少年研究: 1.2 - 2.7% (跨性别), 2.5 - 8.4% (所有 TGD)

第四章 教育

本章综述了关于跨性别和多元性别（TGD）医疗保健的教育的相关文献。本章以增加获得合格、友善医疗服务的机会为目标，在政府、非政府、机构和医疗服务提供者层面上提出建议，从而力求改善 TGD 群体的健康状况。本章是当前版本《照护指南》中的新增内容，旨在为这一教育领域奠定基础，并在教育工作者和医务人员中引发更广泛深入的探讨。

参与跨性别照护的医疗保健专业人员来自不同学科背景。不同国家或地区的医学教育在体系、资格认证机制和实施政策方面存在显著差异。有关 TGD 医疗保健教育的已发表文献主要来自北美、欧洲、澳大利亚和新西兰。本章综述的文献不涵盖特定学科的教育文献、特定需求（这方面内容在对应章节内讨论）或不同国家或地区卫生教育系统的具体需求的文献。世界各地的健康教育系统、资格认证机制和跨性别者健康的相互关系尚需更多的了解和研究。

在全球范围内，推进 TGD 健康教育对减少国内健康不平等和应对全球健康不平等至关重要。相关人士仍缺乏针对 TGD 社群的文化交流能力。据世界银行报道，TGD 人群普遍遭受歧视、骚扰、暴力和虐待，且遭受暴力与歧视的比例高于其他所有人群（World Bank Group, 2018）。尽管许多高收入国家已制定了国家级的反歧视法，并规定性别认同是获得反歧视保护的合理理由，但在工作场合、教育领域和医疗保健方面仍然存在歧视问题（World Bank Group, 2018）。

医学教育历来忽视 TGD 相关的文化和临床教育。这一忽视存在于从本科、研究生、住院医到继续教育

的各个阶段、各类学科。美国医疗卫生机构认证联合委员会建议医疗保健组织“提供针对满足 LGBT 群体独特需求的教育项目和论坛”，并“提供涉及 LGBT 健康问题的教育机会”（The Joint Commission, 2011），但这并非强制性要求。

从个体层面来看，仍有几个需要回答的问题。首先，哪些教育方面的干预措施可以最有效地解决恐跨的问题，并引导形成长期态度上的变化？其次，有哪些措施可以增加在这一领域提供照护服务的专业人员，并让更多 TGD 人士得以接受医疗保健服务？临床上接触更多 TGD 人士能否逐渐增加医务人员的信心？最后，哪些教育方面的措施能够改善 TGD 群体的健康状况，若能改善，这又是以何种方式在哪一时间点达成的？虽然医疗行业已经开始采用方式不同、程度不一的培训将 TGD 健康纳入教育体系，但这些努力在不同的医疗专业之间存在差异，且缺乏整体性和系统性（如 Brennan et al., 2012; Chinn, 2013; Eliason et al., 2010; Lim et al., 2015; Obedin-Maliver et al., 2011; Rondahl, 2009）。

我们的最终教育目标是让受教育者充分理解人类的交叉性，并做到文化自谦¹。这是我们首次作出的呼吁，这一目标关注建立文化意识（cultural awareness）和文化能力（cultural competence）的基础，而这种意识和能力恰恰是如今许多地方所缺乏的。

本章中的所有建议声明，都基于对证据的全面审查，对益处和危害的评估，服务提供者和服务对象的价值观念和偏好，以及资源的消耗和可行性。在一些情况下，我们承认证据有限且/或服务可能无法获得，或并不理想。

1 译者注：文化自谦（cultural humility）指与不同文化身份的人相处时保持开放、包容并时刻自省。

建议声明

4.1 我们建议所有在政府、非政府和私营机构工作的人员接受文化意识培训，其重点在于以尊重和有尊严的方式对待跨性别和多元性别人士。

4.2 我们建议所有医疗保健行业的从业人员在入职培训和年度或持续教育中接受文化意识培训，该培训重点关注如何以尊重和有尊严的方式对待跨性别和多元性别人士。

4.3 我们建议培训医务人员的相关机构在各自专业能力范围内努力，提高处理跨性别与多元性别人士健康事宜的能力，并制定相应的学习目标。

建议 4.1

我们建议所有在政府、非政府和私营机构工作的人员接受文化意识培训，其重点在于以尊重和有尊严的方式对待跨性别和多元性别人士。

联合国《世界人权宣言》第一条规定：“人人生而自由，在尊严和权利上一律平等”（United Nations, 1948）。但直到最近，这份声明才承认 TGD 的权利是人权（United Nations, 2018）。全球范围内仍然缺乏关于 TGD 群体的各级培训。截至 2002 年，仅有 3% 的《财富》世界 500 强公司为 TGD 员工提供反歧视保护，没有任何一家公司提供覆盖性别肯定医疗的保险（Human Rights Campaign Foundation, 2017）。截至 2022 年，91% 的《财富》世界 500 强公司将性别认同纳入美国非歧视政策保护，66% 的公司提供了涵盖 TGD 人士在内的医疗保险覆盖政策。然而，只有 72% 的公司为员工提供了任何形式的 LGBTQ 文化知识培训（Human Rights Campaign Foundation, 2022）。这种文化知识培训的缺乏在各个方面助长了歧视。这种政策与相关培训不匹配的情况，对个人和社群的健康产生了负面影响，加剧了该群体面临的健康弱势和不平等现象。在英国，仅有 28% 的 TGD 员工认为高层管理人员致力于 TGD 平等；仅有 21% 的 TGD 雇员会考虑举报工作场所的反跨骚扰行为（Stonewall, 2018）。在公开身份的 TGD 人士中，有 34% 的人受到同事排挤，35% 的人遭受客户的侮辱，24% 的人因其性别认同而被拒绝晋升，11% 的人被解雇（Stonewall, 2018）。在东南欧地区，

世界银行集团表示存在广泛的歧视、骚扰、暴力和虐待现象，在该地区的各类群体中，TGD 群体遭受暴力和歧视的比率最高（World Bank Group, 2018）。这些歧视往往未被报告，60% 的人没有提交投诉，因为不相信投诉能够得到有效处理，同时也害怕受到更多的歧视或嘲笑，且不愿意被迫出柜（World Bank Group, 2018）。尽管该地区许多国家制定了国家级的反歧视法律，将性别认同列为受保护特征，但在工作场所、教育和医疗保健领域仍然存在歧视问题（World Bank Group, 2018）。在上述有反歧视法的国家，政府、非政府和私营机构有责任保障 TGD 群体权利。因此，它们有义务找到减少歧视和污名化的途径，其中之一就是通过教育。一些地区的文化滋生了反 TGD 的社会态度，而这往往阻碍了这种必要的教育。尽管文化能力培训能够取得的结果不确定，Shepherd（2019）建议所提供的文化知识培训应优先考虑当地文化问题，并注重开放、不评判和积极回应的价值观，这样可能达到理想的培训效果。若进行此类文化知识培训，我们需要一个重视相关培训并愿意投入时间、资金和人力资源来启动和持续进行培训的领导层。

建议 4.2

我们建议所有医疗保健行业的从业人员在入职培训和年度或持续教育中接受文化意识培训，该培训重点关注如何以尊重和有尊严的方式对待跨性别和多元性别人士。

医学教育历来忽视 TGD 相关的文化和临床教育。这一忽视存在于从本科、研究生、住院医到继续教育的各个阶段、各类学科。造成这种缺乏的因素包括教师的知识、经验、对这一主题的接受程度、教师的偏见、现有课程的空间不足以及缺乏关于如何整合这些主题的指导 (McDowell & Bower, 2016)。有研究关注了相关教育的缺乏及需求,但未针对 TGD 人士的健康问题进行探讨。相反地,现有文献将 TGD 健康教育归入了一项更宽泛的讨论主题,即针对 LGBTQ 群体的文化能力和临床能力的培训。举例来说,护理学本科学位课程只包括了平均 2.12 小时的 LGBTQ 健康教育 (Lim et al., 2015)。我们可以合理推测,涉及 TGD 特殊健康事宜的教学时间在其中只占了很小的一部分。

在 LGBTQ 相关技能需求的大背景下,医疗保健教育长期以来存在缺口,即缺乏 TGD 相关文化能力与临床能力的培养 (Aldridge et al., 2021)。在美国,卫生与公众服务部的“健康公民 2020”计划 (United States Department of Health and Human Services, 2013, April 10)、国家医学院 (The Institute of Medicine, 2011) 和医疗卫生机构认证联合委员会 (The Joint Commission, 2011) 都认识到,相关教育的缺乏会阻碍包括 TGD 人士在内的 LGBTQ 人群获得适宜且医疗必要的照护,从而对其造成负面影响。英国下议院妇女和平等委员会发现,英国国家医疗服务体系 (NHS) 中存在 TGD 健康领域的平等问题,而相关教育的缺乏是导致该问题的原因之一 (House of Commons Women and Equalities Committee, 2015, December 8)。现已表明在美国 (Obedin-Maliver et al., 2011)、英国 (Tollemache et al., 2021)、南非 (de Vries et al., 2020; Taylor et al., 2018; Wilson et al., 2014)、加拿大 (Bauer et al., 2014)、澳大利亚 (Riggs & Bartholomaeus, 2016)、瑞典、西班牙、塞尔维亚、波兰 (Burgwal et al., 2021) 和巴基斯坦 (Martins et al., 2020) 等国家都缺乏相关教育。

除制定课程以外, Shepherd (2022) 还指出,应同时考虑临床和组织方面的因素,以改善临床就诊过程并提高来访者满意度。在组织层面上,上述措施要具有可行性,同时适应当地情况并切合实际 (Shepherd, 2022)。在个人层面上,除了知识培训外,医务人员最好采用强调开放、不评判和积极回应的一般价值观 (Shepherd, 2018)。

建议 4.3

我们建议培训医务人员的相关机构在各自专业能力范围内努力,提高处理跨性别与多元性别人士健康事宜的能力,并制定相应的学习目标。

每个医疗专业都有相应的教育培训机构、行政管理机构和资格认证机构,这些机构因国家和专业而异。目前没有任何大型医疗专业组织、教育机构或资格认证机构要求进行 TGD 健康方面的培训。虽然这些组织越来越鼓励涉及 LGBTQI 群体健康的内容,但很少明确规定在专业领域内为 TGD 群体提供服务所需的能力、技能或学习目标。关于 TGD 健康的医疗保健专业教育的出版物主要集中在护理学、医学和心理健康方面,且主要来自北美、欧洲、澳大利亚和新西兰。增进对全球跨性别健康和医疗/保健专业教育体系和要求的了解十分有必要。

尽管 TGD 人群越来越为大众所知,但全球范围内仍然迫切需要具有相关知识和文化素养的医务人员 (James et al., 2016; Lerner et al., 2020; Müller, 2017)。缺乏有相应知识的医疗服务人士是跨性别人士接受性别肯定照护的主要障碍之一 (Puckett et al., 2018; Safer et al., 2016),这导致了 TGD 人群在健康方面存在明显的弱势 (Giffort & Underman, 2016; Reisman et al., 2019)。TGD 健康方面的专业教育不足是一个全球性的问题 (Do & Nguyen, 2020; Martins et al., 2020; Parameshwaran et al., 2017),该问题涉及到所有培训层次 (Dubin et al., 2018)、不同的医疗学科 (Glick et al., 2020; Gunjawate et al., 2020; Johnson & Federman, 2014)。

和医学专科 (Fung et al., 2020; Korpaisarn & Safer, 2018)。

迄今为止的研究仍然存在一些困难, 包括样本量较小, 仅涉及单次培训, 同时涵盖多个学科及不同职业层次, 侧重于短期结果, 以及通常宽泛地覆盖所有 LGBTQI 主题而非特定于 TGD 的主题。同时, 针对 TGD 主题的培训通常是在获得执业许可之后进行的, 而这不是大多数现有研究涉及的教育干预措施的重点 (Dubin et al., 2018)。

为了成功实施这些建议, 各机构可能需要考虑采取以下措施: 1、采用整体性和系统性的方法, 在各个医疗学科整个职业生涯中培养和使用相关技能; 2、听取 TGD 社群反馈, 对学习者进行标准化评估; 3、分配课程资源, 包括经过培训的教师, 并根据明确、一致的学习目标分配时间 (Dubin et al., 2018; Pratt-Chapman, 2020)。此外, 对这些干预的评估不仅应关注结果, 还应努力了解这些结果发生的过程、时间和原因 (Allen et al., 2021)。

第五章 成年群体的评估

本章为寻求医疗必要的性别肯定医疗的成年跨性别和多元性别（TGD）人士的评估提供指导，以更好地使其身体和性别认同相一致（参见 第二章 全球适用性 声明 2.1，医疗必要性声明）。

成年 TGD 人士是指具有多元性别特质，并且年龄达到或超过其所在国家法定成年年龄的人。但对于成年人而言，第六章 青少年 所提到的发展要素，包括家长/照顾者参与和支持的重要性，对于青年时期的照护仍然很重要。

本章涉及所有形式的性别认同和性别过渡，包括但不限于男性、女性、多元性别、非二元性别、无性别和 Eunuch。成年 TGD 群体具备异质性，由于其临床需求、生理、心理和社会状况以及获取医疗服务的渠道的差异，表现出各种不同的情况。因此对性别肯定医疗的评估需要基于科学上、临床上和社群中对被评估者所呈现的性别认同的了解，同时还要考虑当地的情况。本章认识到，被评估者在接受国家或其他机构提供的医疗服务时，可能会因地区不同而受到不同程度的临床监督或监管监督。

一个人的性别认同是一种内在的认同和体验。评估者负责评估 TGD 个体是否存在性别不一致的情况，识别同时存在的心理健康问题，提供有关性别肯定医疗的信息，在其考虑性别肯定医疗的效果和风险时为其提供支持，并评估其是否有能力理解所提供的治疗，以及评估该治疗是否可能有益。评估人员还可以帮助 TGD 个体考虑可能改善性别肯定医疗效果的各种选择。本章所阐述的性别肯定医疗评估方法既认可并接受 TGD 个体的生活经验和自我认识，又认可进行评估的医务人员的临床知识。因此，在这种方法下，实施性别肯定医疗的决定由 TGD 个人和进行评估的医务人员共同制定，两者在这一共同决策中都发挥了关键作用。

一些医疗体制下采用一种照护模式，即在没有严重禁忌症的情况下，优先将成年 TGD 人士视作决策者，

而医务人员作为顾问。此类“知情同意”模式通常在 TGD 个体考虑激素治疗（而非手术）时使用（Deutsch, 2011, 2016a）。大部分这类模式采用简短的评估过程，主要关注 TGD 个体是否有能力做出知情同意的决定，以及是否可以使用性别肯定医疗相关信息指导自身医疗决策。在不同的司法管辖区、系统和医务人员之间，此类模式存在显著的差异（Deutsch, 2011; Morenz et al., 2020）。在许多地区，已有相当一段时间采用了此类“知情同意”模式来提供激素处方。

本章旨在提供灵活的、全球通用的指导，该指导必须根据当地情况进行调整。医务人员需要确定哪种评估方法最能满足当地环境的需要，这一过程最好与 TGD 群体合作进行。

由于 TGD 群体有着多种多样的性别认同和性别表达方式，对性别肯定医疗的需求也各不相同，因此不存在唯一一种适合所有人或所有情况的评估途径。一些 TGD 个体可能只进行相对简短的评估过程就足以满足性别肯定医疗的需要。而对于那些有着复杂表现的 TGD 个体或其寻求的治疗方式相对不常见或研究证据有限时，则需要由一个多学科小组的多名成员进行更全面的评估。评估可以面对面或远程进行。虽然在某些情况下会使用心理测量评估工具，但这些工具不是性别肯定医疗评估的必要部分。当 TGD 个体提出要求时，心理咨询或治疗可能会有所帮助。然而，专门针对其 TGD 身份的心理咨询或心理治疗并不是评估或启动性别肯定医疗的必要条件。生殖器检查也不是启动性别肯定药物治疗的前提条件，应只有在临床需要时才进行。

性别肯定医疗可以在不同的环境下提供。环境因各国可用的医疗体系而异，包括国有/公共医疗、私营环境、社群医疗环境以及慈善机构。因此，当地和区域的情况可能会影响医疗保健的可用性。但无论环境如何，向 TGD 群体提供的医疗保健都应具有尽可能高的质量。世界跨性别健康专业协会（WPATH）呼吁提供易于获得的评估和治疗。鉴于性别肯定医疗具

有明确的医疗必要性和对 TGD 群体的深远益处，确保寻求性别肯定医疗的 TGD 人士有渠道获得评估和治疗至关重要（Aldridge et al., 2020; Byne et al., 2012）。本章的指导将根据地区、个人、临床和社会情况进行调整。

以下陈述基于重要的背景文献，包括证明获得性别肯定医疗带来的显著积极影响的文献，现有的经验证据，良好的风险收益比，以及专业最佳实践的共识。目前评估成年 TGD 人士的经验证据有限。此类证据涉及的方法主要是通过设立一套特定标准，并由医务人员与成年 TGD 个体共同根据该标准进行考察以实行评估，而不包括随机对照试验或长期纵向研究（Olsen-Kennedy et al., 2016）。由于将需要照护的

服务对象分配到不同评估组较为复杂，以及缺乏研究资金和其他资源来评价评估方法的长期结果，同时还存在伦理问题，这一现状是可以理解的。

本指南的制定极为复杂。本章中的标准在 SOC-7 的基础上进行了重大修订，旨在降低获得照护的门槛和减少不必要的障碍。希望未来的研究能够探索这种针对激素和手术治疗评估的模式以及将来不断发展的新模式的有效性，从而不断改进。

本章中的所有建议声明，都基于对证据的全面审查，对益处和危害的评估，服务提供者和服务对象的价值观和偏好，以及资源的消耗和可行性。在一些情况下，我们承认证据有限且/或服务可能无法获得，或并不理想。

建议声明

5.1 我们建议对成年跨性别和多元性别人群进行身体治疗评估的医务人员应：

5.1.a 具有法定执业资格并至少拥有由国家认可的法定机构授予的相关临床领域的硕士学位或接受同等培训。

5.1.b 对于需要诊断才能获得照护的国家，应使用世界卫生组织最新版本的国际疾病分类（ICD）来诊断。在尚未实施最新版本 ICD 的国家，可以使用其它分类法；并应努力尽快使用最新版本 ICD。

5.1.c 能够识别同时存在的心理健康或其它社会心理问题，并将其与性别烦躁、性别不一致和多元性别特质区分开来。

5.1.d 能够评估服务对象是否对治疗有知情同意的能力。

5.1.e 具有临床评估性别烦躁、性别不一致和多元性别特质的经验或资质。

5.1.f 接受有关性别烦躁、性别不一致和多元性别特质的医疗保健方面的继续教育。

5.2 我们提议¹医务人员对寻求性别肯定治疗的成年跨性别和多元性别人士进行评估时，应与跨性别健康领域的多学科专业人员建立联系，以便在需要时进行咨询和转诊。

关于提供性别肯定医疗的前提条件，提出了以下建议（应满足全部要求）：

5.3 我们建议医务人员针对实施性别肯定医疗对成年跨性别和多元性别人士进行评估时：

5.3.a 只有在性别不一致的经历显著且持续的情况下，才建议跨性别和多元性别个体接受性别肯定治疗。

5.3.b 在需要诊断才能获得医疗服务的地区，在开始性别肯定治疗之前确保其符合诊断标准。

5.3.c 在开始性别肯定治疗之前，识别并排除可能导致性别不一致表现的其他原因。

5.3.d 在做出治疗决定之前，对任何可能对性别肯定医疗的结果产生负面影响的心理健康状况进行评估，并讨论风险和收益。

¹ 译者注：声明根据 GRADE 评级方法被分为证据较强的“建议”（recommend）和证据较弱的“提议”（suggest），详见附录 A 3.9 声明的评级标准。

5.3.e 在做出治疗决定之前，对任何可能对性别肯定医疗的结果产生负面影响的身体健康状况进行评估，并讨论风险和收益。

5.3.f 在开始特定性别肯定治疗之前，评估其对该治疗的知情同意能力。

5.3.g 评估成年跨性别和多元性别个体是否了解性别肯定治疗对生殖功能的影响，并在开始性别肯定治疗之前与其一同探索生殖方面的选项。

5.4 我们提议医务人员与寻求性别相关治疗的跨性别和多元性别人士一起商讨社会过渡的作用，将其作为对实施性别肯定医疗的评估的一部分。

5.5 我们建议满足性别肯定医疗标准的成年跨性别和多元性别人士，在开始治疗时，需要且仅需要征询一位专业人员的意见。该专业人员需要具有对寻求性别相关医疗的跨性别和多元性别人群进行评估的能力。

5.6 我们提议医务人员在评估寻求进行性腺切除的跨性别和多元性别人士时，可以考虑将至少进行 6 个月的激素治疗视为不可逆的手术治疗前适当的性别过渡目标（除非激素缺乏临床指征）。

5.7 我们建议医务人员对希望进行逆性别过渡并寻求相关激素和/或手术干预的成年人进行全面的多学科评估，评估中应更多纳入在跨性别健康方面有经验的医务人员的意见，并与个人一同考虑社会过渡的作用。

声明 5.1

我们建议对成年跨性别和多元性别人群进行身体治疗评估的医务人员应：

声明 5.1.a

具有法定执业资格并至少拥有由国家认可的法定机构授予的相关临床领域的硕士学位或接受同等培训。

根据《日惹原则》，TGD 人士与所有其他寻求医疗服务的人一样应该获得与所有其他使用医疗服务的人同等的最高质量的照护（The Yogyakarta Principles, 2017）。由于全球范围的情况各不相同，进行性别肯定医疗评估的专业人员的种类应依当地医疗的性质以及许可和认证机构所制定的监管要求而定。重要的是，医疗保健服务应由有资格的且受法律监管的医务人员提供。医务人员应具有识别性别不一致或与性别相关的问题的能力，并能够在整个评估过程中支持 TGD 个体（RCGP, 2019）。评估者应能够将 TGD 来访者转介给有资质提供性别肯定医疗的医务人员。

医务人员应该至少具备与跨性别健康相关的临床领域的硕士学历或同等的继续教育临床培训，并受到法律监管；这包括心理健康专业人员（MHP）、全科

医生、护士或其他具有资质的医务人员。在某些情况下，受法定监管但资质水平较低的医务人员可以在具有较高资质的医务人员的临床监督下执业。在此境况下，具有资质的医务人员对所完成的性别肯定医疗评估的质量和准确性承担最终的临床责任。更多相关信息参见 第四章 教育。

有时很难找到受法律监管、具有性别肯定医疗评估专业知识及能力的医务人员。因此，为确保照护的连续性并尽量减少 TGD 人士获取照护的阻碍或照护的严重延误（如过长的候诊排期），可能需要由受法律监管但缺少专科知识的医务人员来提供照护并支持对 TGD 个体进行性别肯定医疗的评估。避免不必要的照护延误最为紧要。然而，也应支持 TGD 人士尽快从有经验的医务人员处获得照护（RCGP, 2019）。

现有的实践要求具备辨别和诊断性别不一致的能力（Hembree et al., 2017; Reed et al., 2016; T'Sjoen et al., 2020），并能够区分可能被误认为是性别不一致的情况（Byrne et al., 2018; Dhejne et al., 2016; Hembree et al., 2017）。同时，现有实践也强调了在 TGD 群体的评估和照护中，相关人员有必要接受持续的继续教育（American Psychological

Association, 2015; T'Sjoen et al., 2020)。更多信息参见 第四章 教育。

声明 5.1.b

对于需要诊断才能获得照护的国家，应使用世界卫生组织最新版本的国际疾病分类（ICD）来诊断。在尚未实施最新版本 ICD 的国家，可以使用其它分类法；并应努力尽快使用最新版本 ICD。

在一些国家，在为 TGD 人士提供性别肯定医疗（如下所述）前，需要先对其进行性别不一致的诊断。医务人员在评估 TGD 人群时，应能使用最新的分类系统对性别不一致进行诊断，以满足 TGD 人群获得性别肯定医疗的需求。ICD-11 分类系统（WHO, 2019a）重点考虑 TGD 个体的身份认同和对性别肯定医疗的需要，并不将 TGD 身份认同视为一种精神障碍。

声明 5.1.c

能够识别同时存在的心理健康或其它社会心理问题，并将其与性别烦躁、性别不一致和多元性别特质区分开来。

多元性别特质是一种自然存在于人群中的变异形式，本质上不是病理性的（American Psychological Association, 2015）。尽管如此，在评估多元性别人群时，最好由具有心理健康方面专业知识的医务人员进行评估，以识别可能被误诊为性别不一致的其他状况。这种状况十分罕见，并且通常与心理问题相关（Byne et al., 2012; Byne et al., 2018; Hembree et al., 2017）。

需要包含一名在心理健康方面具备一定专业知识的医务人员，但并不要求每次评估都必须包含一名心理专家、精神病专家或社工在场。事实上，只需要人员具备足够的专业知识，能够识别性别不一致，发现心理健康问题，将心理健康问题与性别不一致、性别烦躁和多元性别特质进行区分，协助 TGD 个体为性别肯定医疗做好照护计划和准备，并在需要时转介心理

健康专业人士。拥有上述能力的全科医生、护士或其他合格的医务人员也可以满足这一要求。正如在 心理健康 章节中所深入讨论的那样，心理健康专业人士在对 TGD 人群的照护中发挥着重要作用。例如，某些 TGD 个体所遭受的偏见和歧视（Robles et al., 2016）可能会导致抑郁、焦虑或其它心理健康状况的恶化。在这种情况下，心理健康专业人士能够诊断、查明和治疗心理健康状况。因此，心理健康专业人士和具备心理健康专业知识的医务人员非常适合评估性别肯定医疗以及在过渡期间支持需要或要求提供心理健康干预或支持的 TGD 人士。更多信息参见 第十八章 心理健康。

声明 5.1.d

能够评估服务对象是否对治疗有知情同意的能力。

为评估性别肯定医疗，需要考察 TGD 个体是否具备同意接受所提议治疗的能力，包括能否理解治疗的风险和收益、潜在的积极和消极后果，以及能否记住相关信息并做出知情的决策（如有必要，可使用辅助工具）（American Medical Association, 2021; Applebaum, 2007）。

在 TGD 个体的评估中，一些人可能会立即表达同意，而另一些人可能需要更长时间的持续讨论并运用医疗决策技巧才能作出决定。精神障碍或心理健康症状不会成为性别肯定医疗的障碍，除非它们影响 TGD 个体同意特定治疗的能力或接受治疗的能力。这点尤其重要，因为研究显示性别肯定医疗可以减轻 TGD 人群的心理健康症状（Aldridge et al., 2020）。

若法定监护人或经监管机构批准的独立决策者具有医疗决策权，且同意并确认所提供的治疗符合 TGD 个体的需求和意愿，医疗系统可能会考虑为无法直接进行同意治疗的个体提供性别肯定医疗。

声明 5.1.e

具有临床评估性别烦躁、性别不一致和多元性别特质的经验或资质。

声明 5.1.f

接受有关性别烦躁、性别不一致和多元性别特质的医疗保健方面的继续教育。

与临床实践的其他领域一样，为启动性别肯定医疗提供评估的医务人员需要具备丰富的知识和经验，这一点在 TGD 人群的医疗保健方面尤为关键。如果当地环境无法提供这样的医务人员，评估提供者应与具有相关知识和经验的医务人员进行紧密合作。此外，作为临床实践的一部分，医务人员应该积极参与 TGD 医疗保健的继续培训，并加入相关专业组织，参加相关专业会议、研讨会或者讲习班，咨询具有相关经验的医务人员，以及深入 TGD 社群。这些对于跨性别健康保健领域尤为重要，因为这是一个相对较新的领域，知识和术语日新月异（American Psychological Association, 2015; Thorne, Yip et al., 2019）。因此，对参与性别肯定医疗评估的专业人员而言，跟上 TGD 健康领域的最新进展至关重要。

声明 5.2

我们提议医务人员对寻求性别肯定治疗的成年跨性别和多元性别人士进行评估时，应与跨性别健康领域的多学科专业人员建立联系，以便在需要时进行咨询和转诊。

在条件允许的情况下，性别肯定医疗的评估应由多学科团队进行（Costa, Rosa-e-Silva et al., 2018; Hembree et al., 2017; Karasic & Fraser, 2018; T'Sjoen et al., 2020）。该团队应包括心理健康专家、内分泌医生、初级保健医生、外科医生、嗓音和沟通专家、同伴引导员¹等，且该团队需要进行及时且充分的协作。可能在某些情况下并不需要多学科团队参与，但一旦需要，医务人员应能够及时与各领域同行取得联系，完成性别肯定医疗评估，并提供最好的支

持。此外，同样非常重要，TGD 个体在开始性别肯定医疗前、治疗期间和治疗之后，应能在参与性别肯定医疗评估的医务人员处进行随访以获得其支持。

关于提供性别肯定医疗的前提条件，提出了以下建议（应满足全部要求）：

声明 5.3

我们建议医务人员针对实施性别肯定医疗对成年跨性别和多元性别人士进行评估时：

声明 5.3.a

只有在性别不一致的经历显著且持续的情况下，才建议跨性别和多元性别个体接受性别肯定治疗。

进行性别肯定医疗的条件是 TGD 个体存在显著且持续的性别不一致体验。这包括对性别肯定医疗的需求，以及对作为一个具有其所体验到的性别的人被接纳的渴望。因此，重要的是考虑性别不一致的性质、持续时间和连续性。可能考虑的因素包括个体更改自己的名字和身份文件，告知他人自己的性别，医疗保健档案中记录的内容，或在性别表达上发生变化等。然而，即使 TGD 个体选择不向他人透露自己的性别，也可能存在显著和持续的性别不一致感（Brumbaugh-Johnson & Hull, 2019; Saeed et al., 2018; Sequeira et al., 2020）。若性别认同的变化突发或仅为表面现象，或者缺乏持久性，则不建议开始性别肯定治疗，而应进一步评估。在这种情况下，进行持续的评估，有助于确保在启动性别肯定医疗之前，性别不一致的状况符合一致性和持续性的要求。

虽然 TGD 个体应该存在显著且持续的性别不一致，但在性别认同方面经历严重的心理痛苦并不是获得性别肯定治疗的必要前提。事实上，性别肯定治疗可以作为一种预防措施，以预防心理痛苦（Becker et al.,

1 译者注：在跨性别和多元性别社群中，一部分社群伙伴会充当“同伴引导员”（peer navigator），以同样身为 TGD 人士的生活体验辅助医务人员向那些正在经历性别过渡过程或正在探索性别认同的人提供支持和帮助，包括情感支持、定位相关信息和资源以及必要时提供指导建议和建议。

2018; Giovanardi et al., 2021; Nieder et al., 2021; Nobili et al., 2018; Robles et al., 2016)。成年 TGD 人士可以在没有明显痛苦的情况下持续存在性别不一致状况，并仍然从性别肯定医疗中受益。

现有的临床实践会考虑性别不一致的持续性以决定是否开始进行性别肯定医疗服务 (Chen & Loshak, 2020)。在对 200 份临床记录进行回顾的研究中, Jones, Brewin et al. (2017) 指出在制定照护计划时, “性别认同的稳定性”非常重要。为持续存在性别不一致的 TGD 人士提供性别肯定医疗服务与低后悔率和高满意度相关联 (Becker et al., 2018; El-Hadi et al., 2018; Staples et al., 2020; Wiepjes et al., 2018)。然而, 虽然 ICD-11 (WHO, 2019a) 要求存在显著且持久的性别不一致才能做出性别不一致的诊断, 但关于成年人治疗所需的持久时间方面, 几乎没有具体的证据。因此, 建议参与评估成年 TGD 人士性别肯定医疗的医务人员充分考虑被评估者的人生阶段、经历和当前境况。

声明 5.3.b

在需要诊断才能获得医疗服务的地区, 在开始性别肯定治疗之前确保其符合诊断标准。

在某些地区, 可能需要先取得性别不一致的诊断才能获得与性别过渡有关的照护。当诊断是获得性别肯定医疗的必要条件时, 对性别肯定医疗的评估将涉及到赋予诊断的过程。在此情况下, 医务人员应具备使用最新的《疾病和有关健康问题的国际统计分类》(ICD) (WHO, 2019a) 的能力。在需要诊断才能获得医疗保健服务的地区, 应在进行性别肯定干预之前确定 HA60¹ (青少年或成年人的性别不一致) 的诊断。在多学科团队进行更全面评估的情况下, 可考虑基于 HA6Z (未特指的性别不一致) 进行性别肯定干预。

有证据表明, 使用过于严格的工具评估个体是否已经为性别过渡做好准备可能会减少 TGD 人士获得照护的机会, 且其结果往往并不符合当事人的最佳利益 (MacKinnon et al., 2020)。因此, 在必须获得诊断才能获得照护的情况下, 应该建立医务人员和请求性别肯定医疗的 TGD 个体之间信任和透明的关系, 并充分考虑 TGD 个体的需求。TGD 人士与医务人员之间的高质量关系与较低的情绪困扰和更好的结果相关联 (Kattari et al., 2016)。鉴于许多 TGD 个体担心医务人员会将跨性别身份与精神障碍混淆 (Ellis et al., 2015), 在进行诊断评估时应保持敏感性, 以促进医疗服务提供者与 TGD 个体之间的最佳关系。

声明 5.3.c

在开始性别肯定治疗之前, 识别并排除可能导致性别不一致表现的其他原因。

在极少数情况下, TGD 个体可能会存在被误认为是性别不一致的其他状况, 或者出于缓解性别不一致之外的目的寻求治疗。在这些情况下, 或在性别不一致的诊断存在模棱两可时, 进行更详细和全面的评估很重要。例如, 可能需要进一步评估, 以确定性别不一致是否在某次急性精神病性症状发作之外持续存在。如果急性发作结束后, 性别不一致仍然存在, 只要 TGD 个体具备知情同意并接受特定治疗的能力, 就可以考虑进行性别肯定医疗。然而, 如果性别不一致只是伴随急性精神病性症状发作出现, 并在发作结束后不再存在, 那就不应考虑进行性别肯定医疗。在启动性别肯定医疗之前, 识别和排除此类情况十分重要 (Byne et al., 2012, 2018; Hembree et al., 2017)。值得注意的是, 出现性别不一致状况的 TGD 个体可能同时伴随着某种心理健康状况、孤独症谱系障碍或其他神经多样性发育状况 (Glidden et al., 2016)。一些研究表明心理健康障碍在未获得性别肯定医疗的 TGD 人群中更为普遍, 如焦虑 (Bouman et al.,

1 译者注: HA60 和 HA6Z 是国际疾病和相关健康问题分类系统 (ICD) 中的条目代码。

2017)、抑郁 (Heylens, Elaut et al., 2014; Witcomb et al., 2018) 以及自伤 (Arcelus et al., 2016; Claes et al., 2015)。最近的纵向研究表明,在接受性别肯定医疗之后, TGD 人士的心理健康状况会得到改善 (Aldridge et al., 2020; Heylens, Verroken et al., 2014; White Hughto & Reisner, 2016)。没有任何证据表明因为心理健康或神经发育状况而拒绝为有性别不一致的 TGD 人群提供性别肯定医疗会给个体带来任何益处。更多相关信息参见第十八章 心理健康。

声明 5.3.d

在做出治疗决定之前, 对任何可能对性别肯定医疗的结果产生负面影响的心理健康状况进行评估, 并讨论风险和收益。

与顺性别人群一样, TGD 人群同样可能存在心理健康问题。在需要进行医疗过渡时, 心理健康问题的治疗可以且应当与性别肯定医疗一并进行。性别肯定照护不应当受到妨碍, 除非在一些极其罕见的情况下, 即有强有力的证据表明延迟性别肯定医疗是必要的, 以防止严重的存在伤害自己或他人风险的失代偿 (decompensation)。在此类情况下, 还需要考虑延迟性别肯定医疗服务对 TGD 个体身心健康可能带来的风险 (Byne et al., 2018)。

总的来说, 社会过渡和医疗过渡都能减少 TGD 人士的心理健康问题 (Aldridge et al., 2020; Bouman et al., 2017; Durwood et al., 2017; Glynn et al., 2016; Hughto & Reisner, 2016; Wilson et al., 2015; Witcomb et al., 2018)。然而, 社会支持的丧失以及与启动性别肯定医疗相关的身体和经济压力可能会加剧原有的心理健康问题。在这种情况下, 医务人员需要提供额外的支持 (Budge et al., 2013; Yang, Wang et al., 2016)。对心理健康症状的评估可以改善过渡结果, 特别是当该评估用于在过渡期间帮助 TGD 人士获得心理和社会支持时 (Byne et al., 2012)。在一些罕见情况下, 如 TGD 个体无法积极

参与性别过渡过程, 或即使在得到支持的情况下仍无法进行术后护理, 可以考虑推迟性别过渡。如必须采用推迟性别肯定医疗这一最终手段, 医务人员应提供资源和支持, 以改善 TGD 个体的心理健康状况并帮助其尽快重新参与性别肯定医疗过程。需要注意的是, TGD 人群获取医疗过渡有助于其社会过渡, 并提高在公共场所的安全性 (Rood et al., 2017)。相反, 医疗过渡后 TGD 人群的身体外观与其性别认同的一致程度是生活质量和心理健康结果的最佳预测因素 (Austin & Goodman, 2017)。由于存在心理健康问题而推迟性别肯定医疗, 可能加剧心理健康问题 (Owen-Smith et al., 2018), 并损害双方的融洽关系。因此, 应只有在尝试过所有其他途径后才考虑推迟性别肯定医疗。

声明 5.3.e

在做出治疗决定之前, 对任何可能对性别肯定医疗的结果产生负面影响的身体健康状况进行评估, 并讨论风险和收益。

在极少数情况下, 激素和手术干预等性别肯定医疗可能会导致产生医源性不良后果或加重原本的身体健康问题 (Hembree et al., 2017)。在这些情况下, 应尽可能在开始 (如适用) 或持续进行性别肯定治疗期间, 管理现有的身体健康状况。应尽可能缩短任何治疗的中断, 并在可行的情况下尽快重新开始治疗。尽管现有的数据有限且研究结果并不一致, 但研究发现成年 TGD 人群中激素治疗与心血管和代谢风险之间存在关联 (Getahun, 2018; Iwamoto, Delfreyne et al., 2019; Iwamoto et al., 2021; Spanos et al., 2020)。鉴于长期治疗可能存在的潜在风险, 以及在激素治疗前和治疗期间采取预防措施可能会带来的明显益处, 在开始治疗前仔细评估身体健康状况很重要。如果存在一些特殊情况, 例如对激素敏感的癌症病史, 则可能需要进一步的评估和管理, 且可能因而排除激素治疗 (Center of Excellence for Transgender Health, 2016; Hembree et al., 2017)。

对于希望获得手术干预的成年 TGD 人士而言，同样可能存在类似的疑虑。每种性别肯定手术都具有特定的风险和潜在的不利后果（Bryson & Honig, 2019; Nassiri et al., 2020; Remington et al., 2018）。然而，与特定身体状况相关的手术干预风险尚未得到充分研究。因此，在评估过程中，TGD 人群提出的医疗方面疑虑通常与任何其他外科手术患者没有差异。

考虑到 TGD 群体在心理和身体健康方面的弱势（Brown & Jones, 2016）以及获取医疗保健的障碍（Safer et al., 2016），医务人员对身体状况的评估不应仅考虑个体接受过的医疗干预史。如果 TGD 个体存在身体健康问题，在开始或继续进行性别肯定医疗时，必须重视管理这些状况。任何治疗的中断都应尽快重新开始。此外，医务人员必须制定治疗策略，从而通过管理身体状况来促进健康并帮助坚持治疗计划。

声明 5.3.f

在开始特定性别肯定治疗之前，评估其对该治疗的知情同意能力。

对治疗的知情同意是提供医疗保健的核心，其伦理原则是要求接受医疗保健的人理解其所接受的医疗保健及可能产生的任何潜在后果。知情同意的重要性体现在其已经在世界各地被纳入针对医务人员的法律和监管实践中（Jefford & Moore, 2008）。然而完全预知医学干预带来的所有潜在后果是不可能的，因此考虑“合理”预期范围内的后果常作为同意的最低标准（Jefford & Moore, 2008; Spatz et al., 2016），这在性别肯定医疗方面亦是如此。同意医疗程序或临床干预需要若干复杂的认知过程，所需的认知能力包括理解治疗的风险和收益及其可能的正面和负面的结果，记住这些信息以便作出决策（必要时使用辅助工具），以及有能力根据此理解做出知情的决策（American Medical Association, 2021; Applebaum, 2007）。TGD 个体和实施评估的医务人员必须事先考虑所寻求治疗的性质及其对 TGD 个体

生活的生理、心理和社会领域可能造成的积极和消极影响。

识别精神障碍尤其是认知障碍或精神病的症状非常重要，因为这些症状可能会影响个体对性别肯定医疗的知情同意能力（Hostiuc et al., 2018）。但值得注意的是，这些症状的存在并不意味着无法做出知情同意的决定，因为许多具有明显心理症状的个体依然有足够的能力理解治疗的风险和收益并做出知情同意的决定（Carpenter et al., 2000）。相反，重要的是进行仔细的评估，考察每个 TGD 个体是否有能力理解正在考虑的具体医疗项目的性质，考虑各治疗选择的风险和收益，理解决策的潜在短期和长期后果，并能够表达自己的选择以接受治疗（Grootens-Wiegers et al., 2017）。

在某些情况下，个人可能缺乏充足的表达对医疗保健服务的同意的能力，例如在精神病症状急性发作期间或个人存在长期认知障碍等情况。然而，对治疗知情同意能力上的限制不应妨碍个人接受适当的性别肯定医疗。对一些人来说，可能需要使用非专业的通俗语言反复解释一段时间，帮助其了解风险和收益，或者使用图表来辅助解释和帮助理解。由多学科医疗团队进行全面而彻底的评估可以进一步指导这个过程。对于另一些人，可能需要指定一位代理人，例如法定监护人或监管机构批准的独立决策者。这些情况需要根据个案具体考虑，旨在确保为个体提供最具肯定性和最少限制的医疗保健。更多相关信息参见 第十一章 机构环境。

声明 5.3.g

评估成年跨性别和多元性别个体是否了解性别肯定治疗对生殖功能的影响，并在开始性别肯定治疗之前与其一同探索生殖方面的选项。

由于性别肯定的医疗干预通常会影响到生育力，医务人员应确保 TGD 人士认识到治疗对生殖的影响，并对生殖细胞储存和辅助生殖有所了解。性别肯定激素治疗已被证明会影响生殖功能和生育能力，尽管影响

因人而异，不论出生时被指派性别如何（Adeleye et al., 2019; Jindarak et al., 2018; Taub et al., 2020）。这类对成年 TGD 人士的影响可能存在个体差异和波动。因此，在评估期间，医务人员必须告知 TGD 人士治疗对其生殖潜力的可能影响，并将其作为评估个体同意接受治疗能力的一部分。在开始性别肯定治疗之前，应考虑和商讨生殖选择。由于现有文献对接受激素治疗时受孕的可能性尚不明确，因此需要说明使用避孕措施的必要性以避免意外怀孕，且可能提供关于各类避孕方法的信息（Light et al., 2014; Schubert & Carey, 2020）。

临床和非临床样本的横断面研究一致报道了成年 TGD 人士有养育孩子的愿望，并希望进行不同程度的生育力保护，这一有生育愿望的人口比例与其年龄、性别和接受性别肯定激素治疗的时间相关（Auer et al., 2018; De Sutter et al., 2002; Defreyne, Van Schuvlenbergh et al., 2020; Wierckx, Stuyver et al., 2012）。一项小样本研究发现，提供生育相关信息对是否进行生育力保存的决策有影响（Chen et al., 2019）。尽管并未对接受和未接受生育指导的群体进行对比，但研究表明，在跨性别人群中全面的生育咨询可以带来更高的生育力保存率（Amir et al., 2020）。此外，一项研究表明，与专家咨询可以减少因是否接受生育力保存项目的决策而后悔的状况（Vyas et al., 2021）。更多相关信息参见 第十六章 生殖健康。

声明 5.4

我们提议医务人员与寻求性别相关治疗的跨性别和多元性别人士一起商讨社会过渡的作用，将其作为对实施性别肯定医疗的评估的一部分。

社会过渡对许多 TGD 个体来说非常有益，但并非所有 TGD 个体都能够或希望进行社会过渡（Bränström & Pachankis, 2021; Koehler et al., 2018; Nieder, Eyssel et al., 2020）。因此，TGD 人

群可能在社会过渡之前、之中、之后或在不进行社会过渡的情况下需要性别肯定干预服务的支持和介入。

对于寻求性别肯定干预的 TGD 个体而言，社会过渡以及公开性别认同可以改善其心理健康（Hughto et al., 2020; McDowell et al., 2019）。此外，在激素治疗之前进行胸部和面部手术有助于其进行社会过渡（Altman, 2012; Davis & Colton Meier, 2014; Olson-Kennedy, Warus et al. 2018; Van Boerum et al., 2019）。作为评估的一部分，医务人员在评估时应与 TGD 个体探讨，如果计划进行社会过渡，哪种社会角色对其本人而言最为适宜，并探讨进行社会过渡的时间点（Barker & Wylie, 2008）。在评估过程中，医务人员必须尊重性别化社会角色的广泛多样性，包括二元和非二元身份和表现，这些身份和表现因文化、当地社群和个人理解而异。

并非所有要求性别肯定医疗的人都希望或能够进行社会过渡。关于在治疗之前、之中或之后没有经历社会过渡的 TGD 人群的状况，目前还所知甚少，尚未有这方面的系统研究。目前所知最常见的避免社会过渡原因是害怕被家人或朋友抛弃，担心经济损失（Bradford et al., 2013），以及遭受歧视和污名化（Langenderfer-Magruder et al., 2016; McDowell et al., 2019; White Hughto et al., 2015）。然而还有一些人不追求社会过渡的原因是认为激素或手术治疗已经足够在主观上带来改善并缓解性别烦躁。

如果没有明确的社会过渡计划或不希望进行社会过渡，则需要额外评估以确定治疗请求的具体性质和可行性，这一点非常重要，特别是在要求手术的情况下。额外的评估可以为 TGD 个体提供一个机会，来考虑在仍然获得性别肯定医疗的同时不进行社会过渡的可能影响。由于缺乏关于未进行社会过渡的 TGD 人群健康结果的数据（Evans et al., 2021; Levine, 2009; Turban, Loo et al., 2021），在这种情况下应谨慎考虑性别肯定医疗。

声明 5.5

我们建议满足性别肯定医疗标准的成年跨性别和多元性别人士，在开始治疗时，需要且仅需要征询一位专业人员的意见。该专业人员需要具有对寻求性别相关医疗的跨性别和多元性别人群进行评估的能力。

SOC 的早期版本要求由两名合格的医务人员对 TGD 个体进行性别肯定医疗评估。该指南曾认为获得两条独立的意见是最佳实践，因为这样确保了 TGD 个体和医务人员双方的安全。例如，当寻求不可逆的医疗干预时，过去曾认为两名医务人员的参与可以为 TGD 个体和进行评估的医务人员提供信心。

然而，该领域有限的研究表明，在很大程度上不需要两位医务人员的意见。例如，Jones, Brewin et al. (2017) 回顾了在一家由国家资助的性别服务机构中工作的经验丰富的医务人员的案例记录，发现两次就诊的意见之间存在着极高的相关性，这表明其中一条意见是多余的。此外，Bouman et al. (2014) 认为，要求两位独立评估员反映了医疗保健服务中的家长式作风，可能违背 TGD 个体的自主权。我们认为，若服务对象经过了充分准备，在多学科团队的照护下进行评估，则不需要第二次独立评估。

因此，如果获取性别肯定医疗需要书面文件或信函，那么寻求包括激素、生殖器、胸部、面部和其它性别肯定手术在内的 TGD 个体，只需要一名有能力进行独立评估和诊断的医疗保健提供者提供一份书面意见/签名即可 (Bouman et al., 2014; Yuan et al., 2021)。如有特定的临床需求，可能会要求提供进一步的书面意见/签名。

声明 5.6

我们提议医务人员在评估寻求进行性腺切除手术的跨性别和多元性别人士时，可以考虑将至少进行 6 个月的激素治疗视为不可逆的手术治疗前适当的性别过渡目标（除非激素缺乏临床指征）。

《内分泌协会临床实践指南》建议在进行生殖器手术前进行持续的激素治疗 (Hembree et al., 2017)。虽然支持性研究有限，这一建议被认为是良好的临床实践，因为这能够在不可逆的手术体验之前提供更多可逆的体验。例如，进行切除睾丸的生殖器手术后，性欲可能会发生变化 (Lawrence, 2005; Wierckx, Van de Peer et al., 2014)。在此情况下，可以使用可逆的睾酮抑制治疗，使 TGD 个体得以在一段时间内体验没有睾酮的感觉，从而决定对其是否合适。应该注意的是，目前尚不清楚卵巢切除术后雌激素减少对 TGD 个体性欲和性功能的影响。

性腺切除手术是一种不可逆的手术，会导致个体丧失生育力和内源性性激素效应。这两种影响都必须作为评估过程的一部分进行讨论。更多相关信息参见第十六章 生殖健康。当然，对于不希望接受激素治疗或因健康原因而无法使用激素的成年 TGD 个体，临床上并不推荐激素治疗。更多相关信息参见第十三章 手术及术后护理。

声明 5.7

我们建议医务人员对希望进行逆性别过渡并寻求相关激素和/或手术干预的成年人进行全面的多学科评估，评估中应纳入更多在跨性别健康方面有经验的医务人员的意见，并与个人一同考虑社会过渡的作用。

许多成年 TGD 个体在探索自己的性别认同和考虑性别过渡的选择时，会去了解多种性别身份或表达。这些人可能会在一种性别身份或表达中停留一段时间，然后发现这种性别身份或表达并不适合自己，并随后进行调整或换回更早的性别身份或表达 (Turban, King et al., 2021)。随着时间的推移，一些成年 TGD 个体也可能会经历性别认同的变化，对医疗的需求也会随之调整。这是一个健康且合理的过程，目的是基于个人的性别认同和生活背景，找到最舒适和一致的生活方式。这种认同探索的过程并不等同于后悔、困惑或决策失误，因为成年 TGD 人士的性别认同可能会发生变化，但这并不会抹消之前的性别过渡决定。

(MacKinnon et al., 2021; Turban, Loo et al., 2021)。成年 TGD 人士应该在这种探索过程及其认同的任何变化中得到支持和帮助 (Expósito-Campos, 2021)。在继续探索的过程中, 应避免进行不可逆的性别肯定治疗, 直到长期目标和结果得到明确。

决定逆性别过渡是极其少见的 (Defreyne, Motmans et al., 2017; Hadje-Moussa et al., 2019; Wiepjes et al., 2018)。由于研究混合了不同的队列, 对于因认同改变而逆性别过渡的人数的估计可能被过度夸大 (Expósito-Campos, 2021)。例如, 对逆性别过渡的研究队列通常同时包括因认同改变而选择逆性别过渡的和选择逆性别过渡但并未改变认同的成年 TGD 人士。尽管目前少有研究系统性探讨与成年 TGD 人士决定停止过渡过程或进行逆性别过渡过程有关的变量, 最近的一项研究发现, 绝大多数选择逆性别过渡的 TGD 人群这样做是由于外部因素, 如歧视和缺乏社会支持, 而不是因为性别认同的改变 (Turban, King et al., 2021)。认同并未改变的成年 TGD 人士可能选择停止过渡或进行逆性别过渡的原因包括受到压迫、暴力和社会/社交关系冲突、手术并发症、健康问题、身体禁忌症、缺乏资源或对结果不满意等 (Expósito-Campos, 2021)。在这些情况下, 心理健康专业人士可以很好地帮助 TGD 人士应对这些挑战。

虽然选择逆性别过渡的情况所占比例极低, 但基于 TGD 的成年人的总体数量增加, 预计寻求停止或逆性别过渡的人群的绝对数量会增加。然而, 虽然绝对数字可能会增加, 寻求停止或逆转永久性身体变化的人群的比例应维持稳定, 且保持在极低的水平。这些罕见要求的存在决不是中断绝大多数成年 TGD 人士获取照护的理由: 包括激素和手术在内的治疗对绝大多数成年 TGD 人群而言至关重要, 且在医疗上也是必要的。

由于该领域的研究有限, 临床指导主要基于个别案例研究和为成年 TGD 人群提供服务的医务人员的专

家意见 (Expósito-Campos, 2021; Richards & Barrett, 2020)。根据这些证据, 若一位成年 TGD 个体已经进行了永久性的身体改变, 并试图消除这些改变, 对其进行评估的医务人员应参与综合性、多学科的评估团队。一个多学科团队允许在跨性别健康方面有经验的医务人员提供额外观点。在与成年 TGD 个体合作时, 应鼓励多学科团队全面了解最初治疗的动机和决定逆性别过渡的动机。应仔细探讨对先前身体改变的任何疑虑, 并积极努力确保不会重复出现类似的问题。

为了在逆转持久性的身体变化过程中最大程度地确保满意度和舒适度, 成年 TGD 个体和多学科小组应在评估和准备逆性别过渡时探讨社会过渡的作用。在这种情况下, 在进行进一步的身体改变之前, 很可能需要长时间地以相应角色生活。医务人员应在成年 TGD 个体经历任何社会生活方面的变化过程中提供支持。在决定作出这种变化时, 个体可能会感受到失败、羞耻、抑郁或罪恶感, 此时医务人员也须提供支持。此外, 遭受偏见或遭遇社会困难可能是 TGD 个体决定进行逆性别过渡的原因, 也可能是其结果, 此时, TGD 个体应当得到充足的支持去应对这些偏见或社会困难。帮助其在整个过程中持续得到医疗保健也同样重要 (Narayan et al., 2021)。

虽然现有研究表明, 大多数选择性别过渡的成年 TGD 人士会获得一致的正面结果 (Aldridge et al., 2020; Byne et al., 2012; Gorin-Lazard et al., 2012; Owen-Smith et al., 2018; White Hughto & Reisner, 2016), 但一些成年 TGD 人士可能会在性别过渡后出现情况恶化或失代偿。很少有研究系统性地检验与性别过渡后生理、心理或社会状况不佳或恶化相关的变量 (Hall et al., 2021; Littman, 2021); 然而, 这种情况似乎十分罕见 (Hall et al., 2021; Wiepjes et al., 2018)。如果个体身体或社会过渡后出现失代偿, 生理、心理或社会状况比性别过渡前更差, 则必须认真考虑此时的性别过渡是否对于该个体有帮助。如果情况不支持继续治疗, 则应安排协助,

以支持个体管理停止治疗的过程，并处理与之相关的各种困难（Narayan et al., 2021）。

出于任何原因而逆性别过渡的人都应得到支持，这一点非常重要。然而应该记住的是，逆性别过渡是一种罕见的情况。文献显示包括接受了性别肯定医疗的

人群在内的绝大多数成年 TGD 人士在过渡到对其舒适的性别后都取得了持久的正面结果（Byne et al., 2012; Green & Fleming, 1990; Lawrence, 2003; Motmans et al., 2012; Van de Grift, Elaut et al., 2018）。

第六章 青少年

历史背景及自上一版照护指南的变化

针对跨性别青少年的专门照护始于 20 世纪 80 年代。当时，世界各地开设了一批专门向青少年提供性别诊疗服务的诊所，但仅能为有限的儿童和青少年提供服务。近年来，寻求性别照护的青少年数量急剧增加（Arnoldussen et al., 2019; Kaltiala, Bergman et al., 2020）。为满足要求，新的诊所陆续成立，然而，在许多地方，临床服务并没有跟上不断增长的青少年需求。因此，候诊排期往往很长，世界各地的许多跨性别青少年仍面临获取照护方面的障碍（Tollit et al., 2018）。

直到最近，关于青少年多元性别特质普遍程度的信息仍然有限。来自高中样本的研究表明，认同自己是跨性别者的比例要高于之前的估计，其中有报告称参与者中有高达 1.2% 自我认同为是跨性别者（Clark et al., 2014），有高达 2.7% 或更多（例如 7-9%）的人自述存在一定程度的多元性别特质（Eisenberg et al., 2017; Kidd et al., 2021; Wang et al., 2020）。这些研究表明，不应再将青少年的多元性别特质视为罕见现象。此外，性别诊所还报告了不同受指派性别间比例不均的现象：出生时受指派为女性的青少年（AFAB）相较于出生时受指派性别为男性的青少年（AMAB），更频繁地寻求性别相关的医疗服务，其比例达 2.5 至 7.1 倍（Aitken et al., 2015; Arnoldussen et al., 2019; Bauer et al., 2021; de Graaf, Carmichael et al., 2018; Kaltiala et al., 2015; Kaltiala, Bergman et al., 2020）。

世界跨性别健康专业协会（WPATH）于 1998 年发布的第五版《照护指南》（Levine et al., 1998）中首次纳入了专门针对儿童和青少年需求的照护指南章节。该标准认为 16 岁或以上的青少年在特定情况下符合接受性别肯定的医疗服务的条件。随后的第六版（Meyer et al., 2005）和第七版（Coleman et al., 2012）将青少年的肯定医疗分为三类，并提出了有关

年龄/青春期阶段的适用标准——即在青春期一开始时即使用完全可逆的青春期阻滞剂；在成年年龄（在某些欧洲国家为 16 岁）对青少年进行部分可逆的激素治疗（睾酮及雌激素）；以及在 18 岁或以上时进行不可逆的手术治疗，但胸部“男性化”的乳房切除术除外，该手术的最低年龄为 16 岁。获得与性别有关的治疗的其它适用标准包括：在青春期开始时出现或加剧的长期（童年）性别“非常规”/性别烦躁史；没有干扰治疗的心理、医疗或社会问题，或此类问题得到了控制；家长/照顾者对开始干预提供支持；以及提供知情同意。第八版《照护指南》编写了这一专门针对跨性别和多元性别（TGD）青少年的章节，以区别于儿童章节，其原因为：1）青少年被转介至性别门诊的比例呈指数级增长；2）针对青少年多元性别特质相关照护的研究数量增加；3）这个年龄群体独特的发育和性别肯定照护问题。

应该避免使用非具体的术语来描述与性别有关的照护，如性别肯定模式（gender-affirming model）、性别探索模式（gender exploratory model），因为这些术语并不代表统一的做法，而是在各种不同的环境中定义不同的异质性照护实践。

青少年期概述

青少年期是一个生理和心理相对快速成熟的发育阶段，是童年和成年的桥梁（Sanders, 2013）。在此阶段，包括与青春期有关的变化在内的多种发育过程同时发生。认知、情感和社会系统会走向成熟，与青春期有关的身体变化亦不断进展。对特定个体而言这些过程不会在同一时间开始和结束；对所有人而言，亦不会在同一年龄发生。因此，青少年期的下限和上限是不精确的，不能完全由年龄来定义。例如，青春期的生理变化可能在童年后期开始，而执行控制神经系统会持续发展到 25 岁左右（Ferguson et al., 2021）。各个国家和政府在定义法定成年（即在法律意义上能做出决策）的年龄方面缺乏一致性（Dick et al., 2014）。尽管许多地方将法定成年年龄规定为

18 岁，但在一些地方法定成年年龄仅为 15 岁（如印度尼西亚及缅甸），而在另一些地方法定成年年龄高达 21 岁（如美国密西西比州及新加坡）。

为明确起见，本章适用于从青春期发育开始到法定成年年龄（在大多数情况下为 18 岁）的青少年，然而，本章中的一些发展方面的要素，包括家长/照顾者参与的重要性，通常也适用于年龄处于过渡阶段的年轻成年人的照护，应得到酌情考虑。

青少年期的认知发展通常表现为抽象思维、复杂推理和元认知（即根据其他人对自己的看法来思考自己感受的能力）的提高（Sanders, 2013）。对假想的情况进行思考和推断的能力使青少年能够概念化某个特定决策会造成影响。然而，青少年期也常伴随着冒险行为的增加。除了这些显著的变化，青少年期的特点也往往包括脱离家长及个人自主性增强。人际关系方面，青春期往往关注同伴关系，这既有积极的一面，也有消极的一面（Gardner & Steinberg, 2005）。青少年通常会有一种紧迫感，这种紧迫感源于对奖励的过度敏感，且其时间感与年长者有所不同（Van Leijenhorst et al., 2010）。社会—情感发展通常在青春期得到进展，尽管青少年在人际间和内部沟通和洞察力的成熟程度方面存在很大差异（Grootens-Wiegers et al., 2017）。对于在有关性别肯定治疗方面做出决策的 TGD 青少年而言，由于其决定可能产生终身的影响，因此了解发展的各个方面因素如何影响在特定文化背景下做出决策的青少年至关重要。

青少年期的性别认同发展

我们对于青少年期性别认同发展的认识不断发展。在为多元性别的青少年及其家庭提供临床照护时，认识到我们目前对发展期间的性别认同有多少理解是很重要的（Berenbaum, 2018）。在考虑治疗时，家人可能会对其青少年的性别认同的发展及其表现的性别是否会随时间而变化存有疑问。对于一些青少年的家长/照顾者来说，其表现的性别认同与出生时受指派

性别不同并不奇怪，因为其多元性别的表现历史可以追溯到童年（Leibowitz & de Vries, 2016），而另一些人直到出现青春期变化乃至进入青少年期许久后才会表明其性别认同（McCallion et al., 2021; Sorbara et al., 2020）。

历史上，关于性别发展的社会学习和认知发展研究主要是针对性别认同或性别表达上不具有多元性别特质的青少年。这些研究是在“性别与特定生理性别相一致”的假设下进行的，因此对性别认同发展的关注很少。除了影响性别发展的生物因素，这些研究还表明心理和社会因素也发挥作用（Perry & Pauletti, 2011）。尽管对 TGD 青少年的性别认同发展关注较少，但除了生理因素外，有充足理由认为心理社会因素也起到作用（Steensma, Kreukels et al., 2013）。对于一些青少年而言，性别认同的发展似乎是固定的，并且通常从很小的时候就表达出来，而对于另一些人而言，则可能呈现出一个性别认同随时间逐渐发展的发展性过程。

对间性群体的神经影像、基因和其他激素研究表明，对于部分性别认同与出生时受指派性别不符的个体，生物学因素对性别认同发展存在影响（Steensma, Kreukels et al., 2013）。由于家人经常对这一问题有疑问，因此必须指出，不可能将那些性别认同似乎从出生起就固定的人与那些性别认同发展似乎是一个发展性过程的人区分开来。由于不可能确定每个青少年的性别认同发展中各种因素的确切作用，因此综合性的临床方法是重要和必要的（请参见声明 3）。如果对不同的队列群体进行长时间的研究，未来的研究将会更加深入了解性别认同的发展。此外，将对性别认同的概念的认识从对立的（如二元的）男性和女性分类转变为沿维度展开的连续性别光谱（APA, 2013）亦是必要的。

青少年期可能是多元性别的青少年发展性别认同的关键时期（Steensma, Kreukels et al., 2013）。在荷兰进行的长期临床随访研究发现，有儿童期性别烦

躁并接受了青春期阻滞治疗和/或性别肯定激素治疗的青少年，在成年期都没有后悔其在青少年期做出的决定（Cohen-Kettenis & van Goozen, 1997; de Vries et al., 2014）。这些发现表明，在研究进行的时间段内，对于经过全面评估并被确定在情感上足够成熟以在性别肯定医疗方面做出治疗决策的青少年，性别认同表现出了稳定性。

将荷兰长期纵向队列研究的结果外推到当今寻求治疗的多元性别青少年时，必须考虑与 TGD 人群相关的随时间推移发生的社会变化。鉴于 TGD 身份的可见度增加，了解到对其日益增长的认识会如何以种种方式影响性别发展至关重要（Kornienko et al., 2016）。已确定的一个趋势是越来越多的非二元性别认同的青少年前往性别门诊就诊（Twist & de Graaf, 2019）。临床实践中出现的另一个现象是，越来越多寻求照护的青少年在童年期似乎没有经历过和/或表达过多元性别特质。一位研究人员曾试图研究和描述一种较晚出现的特定的多元性别体验（Littman, 2018）。但是，考虑该研究的结果时必须注意到明显的方法论问题，包括：1）该研究调查了家长而不是青少年的观点；2）招募的研究对象包括来自特定社群环境的家长，来自此环境的家长对性别烦躁的治疗持怀疑和批评态度。然而，这一研究的发现尚未得到重复验证。对于特定青少年亚群，对影响性别的社会因素的敏感性可能是一个需要考虑的重要差异因素（Kornienko et al., 2016）。然而，应谨慎采用来自可能存在抽样偏差的数据集的信息，以避免过早地假设这些现象发生在特定青少年个体身上（Bauer et al., 2022; WPATH, 2018）。同时，若青少年和身边能提供支持的人交往，此类社会交往可能会对青少年带来益处，这一点也需要得到重视（Tuzun et al., 2022）（见声明 4）。

鉴于对青少年性别认同发展的认识尚属起步阶段，采取个体化的临床照护被认为是符合伦理且必要的。就像所有医学领域的情况一样，每项研究都有方法学上的局限性，研究得出的结论不能也不应该普遍适用

于所有青少年。这同样适用于回答家长通常会提出的关于特定青少年性别认同发展的稳定与不稳定性问题。尽管未来的研究将有助于推动对性别认同发展的科学理解，但研究总会存在一些滞后。基于照护中自我决定权的伦理准则，这些滞后不应阻止 TGD 青少年获得重要且必要的照护。

为青少年跨性别者提供性别肯定治疗的研究证据

在青少年跨性别照护中，一个关键挑战是对医疗必要的性别肯定治疗和手术治疗有效性随时间推移的证据质量进行评估（参见 第二章 全球适用性 声明 2.1, 医疗必要性声明）。鉴于医疗的终身影响和开始治疗时可能较小的年龄，青少年及家长 and 医疗保健人员应该了解其证据基础的性质。因此，在决定进行药物和手术治疗时应该谨慎选择。尽管有越来越多的证据支持早期医疗干预的有效性，但相关研究数量仍然很少，而且对青少年进行跟踪到成年的研究结果也很少。目前无法进行关于青少年治疗结果的系统综述，只能提供简短的叙述性综述。

在撰写本章时，有几项长期纵向队列随访研究对早期（即青少年期）医疗报告了积极结果；在相当长的一段时间内，这些研究中有许多是通过一家荷兰诊所进行的（如，Cohen-Kettenis & van Goozen, 1997; de Vries, Steensma et al., 2011; de Vries et al., 2014; Smith et al., 2001, 2005）。研究结果表明，性别烦躁的缓解与心理功能及对身体意象的满意度的改善相关联。这些研究大多采用了前后对照方法，将基线的心理功能与提供性别肯定医疗后的结果进行比较。不同的研究评估了单个或组合的治疗干预措施，包括：

- 1) 性别肯定激素和手术治疗（Cohen-Kettenis & van Goozen, 1997; Smith et al., 2001, 2005）；
- 2) 青春期阻滞治疗（de Vries, Steensma et al., 2011）；
- 3) 青春期阻滞，性别肯定激素，及手术治疗（de Vries et al., 2014）。

2014 年的长期随访研究是唯一一项从青少年时期（治疗前，平均年龄 13.6 岁）追踪到青年时期（治疗后，平均年龄 20.7 岁）的研究。这是第一项显示性别肯定治疗使跨性别青少年能够作为被肯定的性别生活且在适当年龄实现发育阶段的过渡，并在成年后获得令人满意的客观和主观结果的研究（de Vries et al., 2014）。虽然该研究采用了一个小规模（ $n=55$ ）、经过选择且得到社会支持的样本，但结果是令人信服的。值得注意的是，参与者所在的荷兰诊所采用多学科方法著称，包括提供针对性别烦躁全面且持续的评估和管理，以及提供旨在促进情感健康的支持。

在最近发表的纵向研究中，对处于性别肯定治疗不同阶段的参与者进行了跟踪和评估。在这些研究中，一些参与者可能尚未开始接受性别肯定的医学治疗，一些已接受了青春期阻滞治疗，而另一些人已经开始接受性别肯定激素治疗乃至接受了性别肯定手术（GAS）（Achille et al., 2020; Allen et al., 2019; Becker-Hebly et al., 2021; Carmichael et al., 2021; Costa et al., 2015; Kuper et al., 2020; Tordoff et al., 2022）。鉴于治疗和方法的多样性，此种研究设计下解释研究结果更为困难。尽管如此，与基线评估相比，这些数据一致表明，在开始治疗后三个月到两年不等的时间内，参与者的心理功能、身体意象和治疗满意度均稳定或有所改善。

横断面研究提供了另一种设计来评估性别肯定治疗效果。其中一项研究比较了基线状态下以及青春期阻滞期间这两个不同时间点的跨性别青少年与高中顺性别同侪的心理功能。基线状态下，与顺性别同侪相比，跨性别青少年表现出较差的心理功能，而在接受青春期阻滞治疗时表现出比同侪更好的心理功能（van der Miesen et al., 2020）。Grannis et al. (2021) 表明，开始使用睾酮的跨性别男性比未开始睾酮治疗者具有更低的内化心理健康症状（即抑郁和焦虑）。

另外四项研究采用不同的评估指标进行设计。在一项回顾性数据研究中，Kaltiala, Heino et al. (2020)

报告，在开始进行性别肯定激素治疗前，没有或很少有心理健康问题的跨性别青少年在治疗过程中表现良好。然而，基线状态下具有更多心理健康问题的青少年，在性别肯定医疗过程中仍然存在这些心理健康问题。Nieder et al. (2021) 将对医疗干预的满意度作为结果指标进行研究，结果表明跨性别青少年在开始治疗后，治疗越推进、时间越久，满意度越高。Hisle-Gorman et al. (2021) 比较了在一个大型医疗保健数据中的 3,754 名 TGD 青少年在开始使用性别肯定药物之前和之后的医疗保健使用情况，作为心理健康状况严重程度的指标。与作者做出的心理健康改善的假设一定程度上相矛盾的是，接受心理健康照护的次数没有显著变化，且精神药物的处方增加。Turban et al. (2022) 对成年跨性别群体进行了大量的非概率性抽样调查，发现那些在青少年时期接受过性别肯定激素治疗的人，与在成年时才获得性别肯定激素的人相比，过去一年间自杀的几率更低。

医疗服务提供者应该考虑到，青少年可能会后悔并希望停止治疗，回到出生时受指派的性别角色。荷兰的两项研究报告青少年选择停止青春期阻滞治疗的比率较低（分别为 1.9% 和 3.5%）（Brik et al., 2019; Wiepjes et al., 2018）。但诊所在进行研究时所遵循的方案会在开始性别肯定医疗之前进行全面的评估。目前，尚无临床队列研究报告了在不可逆的治疗后，后悔其最初决定或者进行逆性别过渡的情况。最近的研究发现，有一些青少年进行逆性别过渡，但并不后悔开始治疗，因为这些人将开始治疗视作理解其性别相关照护需求的一部分（Turban, 2018）。然而，这可能并不是逆性别过渡者的主流观点（Littman, 2021; Vandenbussche, 2021）且一些青少年可能会后悔其所采取的治疗（Dyer, 2020）。因此，在协助跨性别青少年时，必须尽可能详尽地告知所有可能的结果。在性别肯定医疗治疗开始之前，医疗服务提供者应以一种协作和给予信任的方式（即将其作为一种“可能的未来经历和考虑因素”）与青少年及其家长/照顾者讨论这个话题。此外，医疗服务提供者应做

好准备支持逆性别过渡的青少年。在一项基于互联网便利样本的调查中，237 名自我认同的逆性别过渡者平均年龄为 25.02 岁，其中 90% 以上出生时被指配性别为女性，其中 25% 在 18 岁之前接受了医疗过渡，14% 的人在 18 岁之前进行了逆性别过渡（Vandenbussche, 2021）。虽然互联网便利样本可能存在受访者选择偏差，但这项研究表明，逆性别过渡可能发生在年轻的跨性别青少年中，医务人员应该注意到这一点。许多逆性别过渡者表示，在其脱离过程中很难寻找到帮助，且逆性别过渡是一段孤独的经历，在此期间这些人没有得到足够或适当的支持（Vandenbussche, 2021）。

总而言之，尽管现有的样本相对较小（例如，每项研究中 $n=22\sim101$ ），且各研究的随访时间不同（6 个月~7 年），但这些新出现的证据表明，跨性别青少年在经过仔细评估后接受必要的性别肯定医疗，之后的生活都得到了普遍改善。此外，在研究监测期间，报告的后悔率很低。总的来说，这些数据表明，作为关注性别烦躁和整体福祉的更广泛的综合评估和治疗方法中的一部分，早期的医学干预对许多寻求这些治疗的跨性别青少年是有效和有帮助的。

伦理与人权视角

在制定青少年 SOC 声明时，也考虑了医学伦理和人权的观点。例如，对于经历性别不一致的青少年来说，允许不可逆的青春发育并不是中立的行为，因为它可能对跨性别青少年产生直接和终身的有害影响

（Giordano, 2009; Giordano & Holm, 2020; Kreukels & Cohen-Kettenis, 2011）。从人权的角度来看，多元性别特质被视为人类广泛多样性中正常和可预期的变化形式，青少年有权参与自己的决策过程，包括获得性别医疗服务（Amnesty International, 2020）。

对建议声明和青少年期独特问题的简短总结

本指南旨在说明关于青少年期性别认同发展的已知和未知因素，青少年时期性别肯定照护的证据，以及将青少年期与其它发展阶段相区别的独特方面。

身份探索：青少年期的一个标志性特征是身份各个方面的固化，包括性别身份认同。声明 6.2 讨论了在性别认同发展背景下进行身份认同的探索。声明 6.12.b 说明青少年需要多长时间来体验和/或表达多元性别认同，以便对性别肯定照护做出有意义的决定。

同意和决策：在青少年期，个体需要经过情感、认知和心理社会发展的评估才能进行同意和决策。声明 6.12.c 直接涉及情感和认知的成熟度，并描述了用于评估决策能力的评价过程的必要组成部分。

照顾者/家长参与：通常，青少年在很多方面都依赖于其照顾者/家长的指导，在决定治疗方案的过程中亦是如此。声明 6.11 强调了让照顾者/家长参与的重要性，并探讨了其在评估和治疗中的作用。没有一套指南可以适用于全球范围内每一种情况。

建议声明

6.1 我们建议向多元性别青少年提供服务的医务人员：

6.1.a 必须获得法定机构的执业许可，并具有由国家认可的法定机构授予的与此职责相关的临床领域的研究生学位或同等学历。

6.1.b 接受理论和循证的培训，并积累所有发育谱系中儿童、青少年和家庭心理健康方面的一般专业知识。

6.1.c 在性别认同发展和儿童及青少年的多元性别特质方面接受培训并具备专业知识，有能力评估给予许可¹或同意的能力，并具备有关一生各个阶段中多元性别特质的一般知识。

6.1.d 在孤独症谱系障碍和其它神经发育表现方面接受培训并积累专业知识，或在为具有孤独症/神经多样性²的跨性别和多元性别青少年提供服务时与发育障碍专家进行合作。

6.1.e 持续积极参与与多元性别儿童、青少年和家庭相关的所有领域的专业发展。

6.2 我们建议为多元性别青少年提供服务的医务人员，以开放和尊重的方式协助其对性别的探索和表达，而不偏重任何一种特定的身份认同。

6.3 我们建议为多元性别青少年提供服务的医务人员对那些出现性别认同相关疑虑并寻求性别过渡相关医疗的青少年进行全面的生物-心理-社会评估；这项工作应以合作的、支持性的方式完成。

6.4 我们建议医务人员与家庭、学校和其它相关场所合作，促使其接受青少年行为和身份认同上的多元性别表达。

6.5 我们建议不要提供试图改变个人的性别和生活中的性别表达以使其更符合出生时受指派性别的矫正和扭转疗法。

6.6 我们提议医务人员为跨性别和多元性别青少年提供有关束胸和生殖器束缚隐藏的健康教育，包括对益处和风险的讨论。

6.7 我们建议医务人员考虑为经历性别不一致的青少年开具抑制月经药物的处方；这些青少年可能不想接受睾酮治疗，想接受但尚未开始接受睾酮治疗，或在睾酮治疗期间出现月经突破性出血。

6.8 我们建议医务人员与跨性别和多元性别青少年及任何相关照顾者维持持续的关系，以在青少年的青春期阻滞治疗、激素治疗和性别相关手术期间支持其决策过程，直至过渡到成年人照护阶段。

6.9 我们建议医务人员让包括医疗和心理健康专业人员在内的相关学科人员参与进来，以决定对多元性别和跨性别青少年的青春期阻滞、启动激素治疗或性别相关手术是否合适，并在整个治疗过程中持续动态评估，直至过渡到成年人照护阶段。

6.10 我们建议医务人员为要求性别肯定医疗的跨性别和多元性别青少年提供服务时，在开始治疗之前告知其生殖方面的影响，包括潜在的生育力丧失以及在其当前青春期发育阶段保存生育力的选项。

6.11 我们建议，当需要为青少年提供性别肯定医疗时，为跨性别和多元性别青少年提供服务的医务人员让其家长/监护人参与评估和治疗过程，除非无法参与或其参与被确定对青少年有害。

以下建议针对性别肯定医疗的要求（必须全部满足）：

6.12 我们建议评估跨性别和多元性别青少年的医务人员仅在以下情况下对个体要求的性别肯定医疗予以推荐：

6.12.a 在需要诊断才能获得照护的情况下，青少年符合 ICD-11 所规定的性别不一致诊断标准。在尚未实施最新版本 ICD 的国家，可以使用其它分类法，但应努力尽快采用最新版本 ICD。

6.12.b 多元性别特质/性别不一致的经历是显著的，并随着时间的推移而持续。

6.12.c 青少年表现出必要的情感和认知成熟度，足以为治疗作出知情同意/许可。

6.12.d 如果青少年存在可能会影响到诊断明确性、同意能力和实施性别肯定医疗的心理健康问题，则这些问题需要得到控制。

6.12.e 已告知青少年治疗在生殖方面的影响，包括潜在的生育力丧失以及保存生育力的选项，且已经在其当前青春期发育阶段的背景下进行了探讨。

6.12.f 开始进行青春期阻滞时，青少年已经达到青春期的 Tanner II 期。

1 译者注：许可（assent）一词指的是未成年人自身做出的对医疗决定的同意，但与同意（consent）的不同在于许可没有完整的效力。

2 译者注：神经多样性（neurodiversity）是一种看待人脑功能和精神障碍的视角和概念框架，最早用于描述孤独症谱系障碍（包括阿斯伯格综合征），随后也被用于描述注意缺陷多动障碍、特殊学习障碍等状况。相对于将此类状况视作缺陷的观点，神经多样性的观点认为此类状况作为一部分人的固有属性同样是人类神经和认知的多样性的一部分。

6.12.g 青少年需要接受至少 12 个月或必要时更长时间的性别肯定激素治疗，从而能够在性别肯定手术（包括隆胸术、睾丸切除术、阴道成形术、子宫切除术、阴茎成形术、阴蒂释放术和作为性别肯定治疗一部分的面部手术）中获得期望的结果，除非不愿意进行激素治疗或存在医疗禁忌。

声明 6.1

我们建议向多元性别青少年提供服务的医务人员：

- a. 必须获得法定机构的执业许可，并具有由国家认可的法定机构授予的与此职责相关的临床领域的研究生学位或同等学历。
- b. 接受理论和循证的培训，并积累所有发育谱系中儿童、青少年和家庭心理健康方面的一般专业知识。
- c. 在性别认同发展和儿童及青少年的多元性别特质方面接受培训并具备专业知识，有能力评估给予许可或同意的能力，并具备有关一生各个阶段中多元性别特质的一般知识。
- d. 在孤独症谱系障碍和其它神经发育表现方面接受培训并积累专业知识，或在为具有孤独症/神经多样性的跨性别和多元性别青少年提供服务时与发育障碍专家进行合作。
- e. 持续积极参与与多元性别儿童、青少年和家庭相关的所有领域的专业发展。

在评估和支持 TGD 青少年及其家属时，照护提供者/医务人员既需要有一般知识和培训，也需要有针对性别的知识和培训。接受过青少年和家庭工作相关培训的医务人员在向青少年和家庭提供照护时，在有效应对青少年发展和家庭动力学状况方面扮演着重要角色（Adelson et al., 2012; APA, 2015; Hembree et al., 2017）。照护指南中的其他章节更详细地描述了针对提供性别照护的专业人员的标准（参见 第五章 成年群体的评估；第七章 儿童；第十三章 手术及术后护理）。为青少年提供服务的专业人员应了解关于青少年性别认同发展的已知和未知知识，以及这一知识基础与适用于成人和青春期前儿童的知识有何不同。在医务人员中，心理健康专业人士在为寻求性

别肯定医疗的青少年提供评估、阐明治疗重点和目标方面受到了最适当的培训并拥有专门的临床治疗时间。家庭成员可能对青少年的经历和需求有不同的看法，而了解和处理家庭成员间的动力学状况是心理健康专业人士通常拥有的一项重要技能。

若缺少受过儿童和青少年发展培训的专业人员，医务人员应努力在家庭动力学和青少年发展等领域接受培训，包括性别认同发展方面。考虑到孤独症/神经多样性的跨性别青少年在全球范围内性别诊所接诊的人群中所占比例较大，医务人员应寻求孤独症领域的额外培训，并了解孤独症多元性别青少年可能需要的特殊照护措施（Strang, Meagher et al., 2018）。如不具备相关资质，则建议与孤独症和神经多样性方面的专业人士进行咨询和合作。

声明 6.2

我们建议为多元性别青少年提供服务的医务人员，以开放和尊重的方式协助其对性别的探索和表达，而不偏重任何一种特定的身份认同。

青春期是一个涉及生理和心理变化的发展阶段，其特点是个体化和从依赖照顾者向独立的转变（Berenbaum et al., 2015; Steinberg, 2009）。在这一时期，青少年可能会探索身份认同的不同方面，性别认同也在其中。

青少年在探索和确认身份认同方面的程度因人而异（Meeus et al., 2012）。一些青少年能够很快确立身份认同，而另一些人则较慢。对于一些青少年而言，身体、情感和心理发展在大致相同的时间轴上进行，而对于另一些人来说，这些发展的不同方面存在一定差距。同样，性别认同发展的进度也存在差异（Arnoldussen et al., 2020; Katz-Wise et al.,

2017)。对于一些青少年而言,性别认同发展是一个从幼儿时期就开始的清晰过程;对于另一部分人,青春期的变化会对其作为特定性别认同生活的经历产生影响(Steensma, Kreukels et al., 2013);而对于许多其他人,这一过程可能在青春期变化完成很久后才开始。鉴于这些差异,对于个别特定寻求性别肯定照护的青少年而言,无法预测其特定的速度、过程或结果。

因此,为青少年提供服务的医务人员应营造支持型环境,既尊重青少年被肯定的性别认同,同时也允许青少年能够在其性别方面的需求(包括对社会、医疗和身体上的性别肯定干预措施的需求)随时间改变或发展时进行开放性的探索。

声明 6.3

我们建议为多元性别青少年提供服务的医务人员对那些出现性别认同相关疑虑并寻求性别过渡相关医疗的青少年进行全面的生物-心理-社会评估;这项工作应以合作的、支持性的方式完成。

考虑到青少年时期身份认同逐渐明确的方式多种多样,我们建议使用综合性的生物-心理-社会评估来指导治疗决策并取得最优结果。这种评估应旨在了解青少年的优势、弱点、诊断情况和独特的需求,以便向其提供个性化的照护。正如声明 6.1 中所述,心理健康专业人士受到了最合适的培训,并拥有相应经验和专门的临床治疗时间以了解这些信息。评估过程应与青少年及其照顾者合作,既需要单独进行也需要与双方一同进行,详见声明 6.11。在考虑任何必要的医疗干预(如青春期阻滞药物、性别肯定性激素或手术)之前应进行评估。参见 第二章 全球适用性 声明 2.1, 医疗必要性声明;另见 第十二章 激素治疗 和 第十三章 手术及术后护理。

青少年可能会经历许多不同的性别认同轨迹。随着时间的推移,社会文化中性别的定义和经验不断演变,青少年越来越多地呈现出各种各样的身份认同以及表达其经历和性别相关需求的方式(Twist & de Graaf,

2019)。例如,有些青少年会意识到自身是跨性别者或更广义的多元性别人士,并采取相应的措施来表现其性别认同。对于一些青少年,获得性别肯定医疗非常重要,而对于其他青少年,这些措施可能并非必要。例如,经过长期的探索,青少年可能最终并不会自我肯定或体现出与出生时受指派性别不同的性别,也不会涉及使用医疗干预措施(Arnoldussen et al., 2019)。

对于青春期时的性别肯定医疗的益处,最可靠的纵向证据是在临床环境中获得的,该环境将详尽的综合性诊断评估过程长期纳入其提供的照护方案(de Vries & Cohen-Kettenis, 2012; de Vries et al., 2014)。鉴于这项研究以及社会中多元性别经验的不断发展,在青少年时期进行全面的诊断性生物-心理-社会评估既有证据的支持,又保护了决策过程的完整性。在没有完整的诊断档案的情况下,可能无法发现需要优先考虑和治疗的其他心理健康问题。对于未接受全面评估即接受性别相关医疗青少年,目前尚无对其长期结果的研究。在这种情况下进行治疗(如仅有有限评估或完全没有评估)没有经验支持,因而存在风险:开始采取肯定性别医疗干预的决定可能不符合青少年的长期最佳利益。

由于全球范围内医疗保健的提供方式和专家资源的差异,通常需要根据当地的资源条件设计特定的评估过程。在某些情况下需要进一步的评估,例如对于表现更复杂的青少年,如复杂的心理健康史(Leibowitz & de Vries, 2016)、共患孤独症谱系特征(Strang, Powers et al., 2018)和/或没有经历过童年期性别不一致(Ristori & Steensma, 2016)。鉴于特定人群存在独特的文化、财务和地理因素,医务人员应设计灵活的评估模式,只要评估能有效获取关于青少年的优势、弱点、诊断档案和个体需求的信息,即尽可能为青少年提供适时的照护。经心理测量学验证的心理社会和性别测量方法亦可用于提供额外信息。

对寻求性别肯定医疗干预的青少年进行的多学科评估包括以下领域，这些领域与相关声明相对应：

- **性别认同发展：**声明 6.12.a 和 6.12.b 详细阐述了在评估 TGD 青少年时与特定文化背景下性别认同发展相关的因素。
- **社会性发展与社会支持；交叉性：**声明 6.4 和 6.11 详细阐述了针对性别少数群体压力、家庭动力学状况和影响社会性发展和交叉性的其它方面进行评估的重要性。
- **对可能共现的心理健康和/或发展问题的诊断评估：**声明 6.12.d 详细阐述了评估任何共现的心理健康或发展问题与青少年的性别认同/多元性别表达之间可能存在的关系的重要性。
- **决策能力：**声明 6.12.c 详细阐述了评估青少年的情感成熟度及其在考虑性别肯定的药物和/或手术干预时的重要性。

声明 6.4

我们建议医务人员与家庭、学校和其它相关场所合作，促使其接受青少年行为和身份认同上的多元性别表达。

多项研究和相关专家共识支持在所有环境（包括家庭、学校、卫生保健设施以及与之互动的所有其他组织和社群）中实施促进接受和肯定多元性别青少年的方法（如 Pariseau et al., 2019; Russell et al., 2018; Simons et al., 2013; Toomey et al., 2010; Travers et al., 2012）。接受和肯定是通过一系列的方法、行动和政策来实现的，而我们建议在青少年存在和发挥作用的各种关系和环境中实施这些方法、行动和政策。家庭和社群成员在这些努力中的合作非常重要，除非其参与被认为对青少年有害。Pariseau et al. (2019) 和其他人提出了促进认可和接受多元性别特质以及对身份认同的思考和表达的示例，可以由家庭、工作人员和组织实施，包括：

1. 对被吸引到参与性别拓展（gender-expansive）（如不符合性别规范）的活动和兴趣爱好的青少年提供支持。
2. 当青少年表达其对性别和性别探索的经验时，进行支持性的沟通。
3. 使用青少年所主张的名字/代词。
4. 支持青少年穿戴其感到肯定其性别的服装/制服、发型和物品（如首饰、化妆品）。
5. 与青少年就其性别和性别疑虑进行积极的、支持性的沟通。
6. 根据需要，对青少年生活中的人（如家庭成员、医疗保健提供者、社会支持网络）进行多元性别相关事项的教育，包括如何在社群、学校、医疗保健和其它场合支持多元性别青少年的权益的信息；
7. 支持多元性别青少年与支持社群（例如 LGBTQ 团体、活动、朋友）建立联系；
8. 在需要时提供商讨、考虑和探索医疗选项的机会；
9. 切实执行反欺凌政策；
10. 将非二元经验纳入日常生活、阅读材料和课程（如书籍、健康和性教育课程，以及布置涉及超越二元性别和涉及 LGBTQ 及盟友群体的作文题目等）。

提供无歧视的性别包容设施（如洗手间、更衣室），青少年可以方便地使用而不与非多元性别同侪相隔离。

我们建议医务人员与家长、学校和其他组织/群体合作，促进对 TGD 认同和表达的接纳和肯定，无论是否已经实施社会或医疗干预，因为接纳和肯定与更少的负面心理健康和行为症状以及更好的心理健康和行为功能相关联（Day et al., 2015; de Vries et al., 2016; Greytak et al., 2013; Pariseau et al., 2019; Peng et al., 2019; Russell et al., 2018; Simons et al., 2013; Taliaferro et al., 2019; Toomey et al., 2010; Travers et al., 2012）。Russell et al. (2018)

发现，若在更多的环境中（如家庭、学校、工作和朋友），被接受和肯定的程度增加，心理健康状况也会随之得到改善。而家庭、同侪和学校工作人员的排斥与负面结果（例如焦虑、抑郁、自杀意念、自杀企图和物质滥用）强烈相关，这种排斥包括故意使用青少年不认同的名字和代词、不承认被肯定的性别认同、欺凌、骚扰、口头和身体虐待、恶劣关系、因为TGD身份而被排斥，以及驱逐等（Grossman et al., 2005; Klein & Golub, 2016; Pariseau et al., 2019; Peng et al., 2019; Reisner, Greytak et al., 2015; Roberts et al., 2013）。重要的是要意识到，负面症状与排斥程度呈正相关，且会延续到成年期（Roberts et al., 2013）。

对青少年的多元性别特质和性别探索持中立或漠不关心的态度（例如，让孩子告诉他人孩子所选择的名字，但自己却不使用该名字，以及在孩子希望透露自身状况时不告诉家人或朋友，不在孩子遭受学校工作人员或同侪排斥时维护孩子，不积极参与心理治疗师和支持小组等其他支持机制等）也被发现会产生负面后果，例如抑郁症状的增加（Pariseau et al., 2019）。因此，重要的是不忽视青少年的性别疑问或延迟考虑青少年有关性别的照护需求。专业人士应特别重视青少年针对不同时期、不同领域和不同关系中对性别表达、认同和具体表现的需求需要个性化的方法、支持和对需求的考虑因素。青少年可能需要帮助来应对他人对其身份探索和变化的处理和适应过程所带来的紧张关系（如 Kuper, Lindley et al., 2019）。家长和其他人可能会试图应对其疑虑和感受，并自行学习有关多元性别特质的知识。这一过程中，专业人士的协商合作非常重要，因为这一过程可能并不一定代表家人持拒绝或中立的态度，而是在为了收集信息及建立接纳的态度而努力（如 Katz-Wise et al., 2017）。

声明 6.5

我们建议不要提供试图改变个人的性别和生活中的性别表达以使其更符合出生时受指派性别的矫正和扭转疗法。

一些医疗保健提供者、宗教或非宗教组织和拒绝接受的家庭，可能会采取行动阻止青少年表达多元性别特质或主张与符合其出生时受指派性别的表达和行为不同的性别认同。此类阻止可逆的社交表达或性别过渡的努力可能包括不使用青少年认同的姓名和代词，或在服装和发型上限制自我表达（Craig et al., 2017; Green et al., 2020）。这些否定性的行为通常旨在强化一种观点，即青少年的性别认同/表达必须与出生时受指派性别或基于此的期望相匹配。人们尝试过一些活动和方法（有时被称为“治疗”），试图改变一个人的性别认同和表达，使其更符合出生时受指派的性别，但这些方法从未导致性别认同的变化（Craig et al., 2017; Green et al., 2020）。我们建议不要提供这样的扭转治疗，因为现已发现它们并无效果，并且有可能导致精神障碍和心理功能恶化（Craig et al., 2017; Green et al., 2020; Turban, Beckwith et al., 2020）。

许多评估“扭转治疗”和“矫正治疗”的研究都研究了改变性别表达（男性气质或女性气质）的扭转治疗的影响，并将性倾向与性别认同混为一谈（APA, 2009; Burnes et al., 2016; Craig et al., 2017），而其中一些扭转治疗同时针对性别认同和性别表达（AACAP, 2018）。扭转治疗与焦虑、抑郁、自杀意念、自杀企图和逃避医疗保健的增加有关（Craig et al., 2017; Green et al., 2020; Turban, Beckwith et al., 2020）。尽管其中一些研究因其方法和结论而受到批评（如 D'Angelo et al., 2020），但这并不能削减这一论述的重要性：预设了以改变一个人的身份认同为目的的行动在临床与伦理方面都是站不住脚的。我们建议不要进行任何类型的扭转或改变一个人的性别认同的尝试，因为

- 1) 非宗教和基于宗教的改变性别认同/表达的努力都与持续到成年期的心理功能损害相关联 (Turban, Beckwith et al., 2020) ;
- 2) 存在更重要的伦理原因, 即应强调对多元性别认同的尊重。

这里需要注意, 如果没有预设改变或提倡特定的性别认同或表达的目标, 并且在支持青少年的自我探索的背景下进行, 驱动青少年的性别相关体验及报告其性别不一致的潜在因素并不应该被认为是扭转治疗 (AACAP, 2018; 请参见声明 6.2)。为确保这些探索具有积极的临床意义, 我们建议在讨论青少年的性别表达时采用肯定性的考虑因素和支持性的用语, 包括讨论为此已经尝试、有过考虑、计划实施的措施。这些讨论的主题可以包括什么是令人感到有帮助的/肯定性的, 或是无益的/令人痛苦的, 以及其原因。我们建议对这些步骤和讨论给予积极的回应, 例如在 SOC-8 声明 6.4 中提到的回应。

声明 6.6

我们提议医务人员为跨性别和多元性别青少年提供有关束胸和生殖器束缚隐藏的健康教育, 包括对益处和风险的讨论。

青少年 TGD 人士可能会因胸部和生殖器官结构而感到痛苦。诸如束胸、垫胸、生殖器束缚隐藏 (genital tucking) 和生殖器填充 (genital packing) 等可逆的、非医疗干预的措施可能会有助于缓解这种痛苦 (Callen-Lorde, 2020a, 2020b; Deutsch, 2016a; Olson-Kennedy, Rosenthal et al., 2018; Transcare BC, 2020)。重要的是要评估与身体发育或解剖结构相关的痛苦程度, 向青少年介绍可能的非医疗干预措施以应对这种痛苦, 并讨论这些干预措施的安全使用。

束胸是指通过对乳房组织进行压迫, 使胸部呈现较平的外观的方法。有研究表明, 高达 87% 的跨性别男性有束胸的经历 (Jones, 2015; Peitzmeier, 2017)。束胸的方式可能包括使用商用束胸衣、运动内衣、层

叠衬衫、层叠运动内衣, 或使用弹性带或其他绷带 (Peitzmeier, 2017)。目前, 大多数青少年在由同侪组成的在线社群中学习束胸的做法 (Julian, 2019)。医疗服务提供者可以在其中发挥重要作用, 确保青少年能够获得有关束胸潜在益处和风险的准确可靠信息。此外, 专业人员可以为其提供安全束胸方法的咨询, 并监测潜在的负面健康影响。虽然束胸可能存在潜在的负面身体影响, 但束胸的跨性别男性青年报告了许多益处, 如更舒适、更安全、遭遇性别误称的几率更低 (Julian, 2019)。青少年束胸常见的负面健康影响包括背/胸部疼痛、气短和过热 (Julian, 2019)。更严重的负面健康影响, 如皮肤感染、呼吸道感染和肋骨骨折在青少年中并不常见, 而且多与成年人束胸有关 (Peitzmeier, 2017)。如果进行束胸, 应该建议青少年只使用那些被认为是安全的束胸方式——如专为 TGD 人群设计的束胸衣——以减少对健康产生严重负面影响的风险。被认为不安全的束胸方法包括使用布胶带、弹力绷带和保鲜膜, 因为这些方法会限制血液流动、损害皮肤, 并限制呼吸。如果青少年报告了束胸对健康的负面影响, 最好由具有 TGD 青少年服务经验的性别肯定医疗提供者来解决这些问题。

生殖器束缚隐藏指的是将阴茎和睾丸隐藏以减少生殖器突出外观的做法。束缚隐藏的方法包括将阴茎和睾丸藏在双腿之间或将睾丸藏在腹股沟管内, 并将阴茎向后拉入双腿之间。通常, 生殖器会被内衣或塑形三角裤 (gaff) 包裹固定。目前有关成人束缚隐藏的具体风险和益处的研究非常有限, 而在青少年中尚无研究。以往的研究报告显示, 紧身内衣与精子浓度和活力的降低相关联。此外, 阴囊温度升高可能与精子质量不佳相关联, 而生殖器束缚隐藏理论上可以影响精子发生和生育能力 (Marsh, 2019), 尽管尚无确切研究评估这些不良结果。需要进一步研究以确定青少年束缚隐藏的具体益处和风险。

声明 6.7

我们建议医务人员考虑为经历性别不一致的青少年开具抑制月经药物的处方；这些青少年可能不想接受睾酮治疗，想接受但尚未开始接受睾酮治疗，或在睾酮治疗期间出现月经突破性出血。

在与多元性别青少年讨论抑制月经的药物选择时，医疗服务提供者应之共同进行决策，使用性别包容性语言（例如，询问个体使用哪些措辞来指称其月经和生殖器官），并以敏感、性别肯定的方式进行身体检查（Bonnington et al., 2020; Krempasky et al., 2020）。目前尚无正式研究评估月经抑制如何影响性别不一致和/或性别烦躁。然而，进行月经抑制可以作为一种初步干预，从而允许进一步探索与性别相关的照护目标和/或优先考虑其它心理健康照护，尤其是对于那些因非其所愿的子宫出血而性别烦躁加重的人（参见声明 6.12d; Mehringer & Dowshen, 2019）。当不使用睾酮时，可以通过孕激素类药物实现月经抑制。为排除任何潜在的月经紊乱，在实施月经抑制治疗之前，须获得详尽的月经史并进行详尽评估（Carswell & Roberts, 2017）。在讨论月经抑制药物时，亦需要讨论避孕的需要以及关于月经抑制药物作为避孕方法的有效性的信息（Bonnington et al., 2020）。应提供多种月经抑制选项，例如雌激素-孕激素复合制剂、口服孕激素类药物、长效注射剂和皮下孕激素类药物，以及宫内避孕器（IUD），以便制定个体化的治疗计划，同时妥善考虑可得性、成本和保险覆盖范围，以及禁忌症和副作用（Kanj et al., 2019）。

一类选择是单纯孕激素类药物，此类药物特别适用于不想接受含雌激素药物疗法的男性倾向跨性别或非二元性别青少年及存在血栓栓塞风险或有其它雌激素治疗禁忌症的人（Carswell & Roberts, 2017）。此类药物包括口服黄体制剂、长效醋酸甲羟孕酮注射液、依托孕烯植入剂和左炔诺孕酮宫内节育器（Schwartz et al., 2019）。单纯孕激素类药物的选择

因达到月经抑制的有效性而异，且有效闭经率低于复合口服避孕药（Pradhan & Gomez-Lobo, 2019）。有关相关临床研究的更多相关信息参见 第十二章 激素治疗。医务人员不应对个人偏好的用药方法做出假设，因为一些青少年跨性别男性可能偏好阴道环或宫内节育器植入（Akgul et al., 2019）。尽管使用激素类药物需要监测潜在的情绪不稳定和/或抑郁效应，性别烦躁的情况下未经处理的月经抑制的益处和风险应根据个体情况进行评估。部分个体可能选择复合口服避孕药，其中包括不同剂量的炔雌醇与不同代的孕激素类药物的种种组合（Pradhan & Gomez-Lobo, 2019）。复合口服避孕药中更低剂量的炔雌醇成分与突破性子宫出血增加相关联。可以通过持续使用复方口服避孕药实现持续的月经抑制，给药方法可包括透皮或阴道环途径。

使用促性腺激素释放激素（GnRH）类似物也可以导致月经抑制。然而，建议多元性别的青少年在考虑仅为以此目的使用这种药物之前，应满足适用标准（如声明 6.12 所述）（Carswell & Roberts, 2017; Pradhan & Gomez-Lobo, 2019）。最后，月经抑制药物可以作为一种辅助疗法，用于治疗使用外源性睾酮时可能出现的突破性子宫出血，或作为等待使用睾酮疗法抑制月经时的过渡性药物。当外源性睾酮被用作性别肯定激素治疗时，治疗的前六个月内通常即可实现月经抑制（Ahmad & Leinung, 2017）。然而，须告知青少年的很重要的一点是，在闭经的情况下排卵和怀孕仍是有可能的（Gomez et al., 2020; Kanj et al., 2019）。

声明 6.8

我们建议医务人员与跨性别和多元性别青少年及任何相关照顾者维持持续的关系，以在青少年的青春期阻滞治疗、激素治疗和性别相关手术期间支持其决策过程，直至过渡到成年人照护阶段。

如声明 6.1 所述，具有儿童和青少年发展专业知识的医务人员，在青少年与性别有关的治疗需求过程中，

在照护的连贯性方面发挥着重要作用。在对青少年及其家庭的支持中，需要用发展的眼光看待，从而可以随着时间推移理解青少年不断发展的情感成熟度和照护需求。基于特定 TGD 青少年的需求和体验，性别肯定治疗的途径不尽相同，因此这些治疗的决策（青春阻滞、雌激素/雄激素及性别肯定手术）可以在几年的时间跨度内的不同时间点进行。在青少年/家庭和 multidisciplinary 团队之间持续的临床关系得以维持的环境中，存在纵向研究证明了青春阻滞和性别肯定激素治疗的益处（de Vries et al., 2014）。

提供更长的诊疗时间的临床环境可以为青少年和照顾者提供空间以分享与情感健康有关的重要的心理社会方面的状况（例如家庭动力学状况、学校、浪漫关系和性经历），这些情况可为本章所述的个性化的性别肯定治疗需求和决策提供背景。即使并非在同一处环境，也可维持持续的临床关系，无论这一临床关系是在同一 multidisciplinary 团队内部维持，还是通过位于不同地点的多个服务提供者的互相合作。鉴于在专门的性别照护中心就诊的机会很大程度上因人而异，对于医疗资源方面处于弱势的边缘群体而言尤为如此，医务人员必须认识到任何获得照护的障碍的存在，同时在决定如何在特定环境下维持持续的临床关系时保持灵活性。

建立持续的临床关系会增强青少年的心理韧性并可能为自己的治疗需求的家长/照顾者提供支持，最终可能促使家长的接受度提高（如需要），这与青少年更好的心理健康结果相关联（Ryan, Huebner et al., 2009）。

声明 6.9

我们建议医务人员让包括医疗和心理健康专业人员在内的相关学科人员参与进来，以决定对多元性别和跨性别青少年的青春阻滞、启动激素治疗或性别相关手术是否合适，并在整个治疗过程中持续动态评估，直至过渡到成年人照护阶段。

具有性别烦躁/性别不一致的 TGD 青少年在寻求性别肯定的药物和手术治疗时，会受益于不同学科的医务人员的参与。为 TGD 青少年提供照护包括应对：1) 可能和必要时由专门的性别医务人员（如声明 6.1 所定义）进行的诊断考虑（请参阅声明 6.3、6.12a 和 6.12b）；2) 在为性别肯定医疗开具、管理和监测药物时的治疗考虑；这需要涉及相关医务人员的培训。相关重要学科包括但不限于青少年医学/初级保健、内分泌学、心理学、精神病学、言语/语言病理学、社会工作、辅助人员和外科团队。

不断发展的证据表明，跨性别青少年在 multidisciplinary 性别诊所接受性别肯定治疗有临床获益（de Vries et al., 2014; Kuper et al., 2020; Tollit et al., 2019）。最后，在 multidisciplinary 诊所寻求性别肯定照护的青少年表现出了显著的复杂性，需要心理健康、内科和/或外科专业人员之间的密切合作（McCallion et al., 2021; Sorbara et al., 2020; Tishelman et al., 2015）。

并非所有个人和家庭都有机会或在地理位置上便于获得 multidisciplinary 照护，因此缺乏相关学科照护不应妨碍青少年及时获得所需的照护。如果有可用的学科，特别是在已有多学科团队和/或多个不同学科的医疗中心，建议在建立性别照护团队时，努力将相关的提供者纳入其中。然而，这并不意味着向特定青少年和家庭提供照护时需要所有学科的参与。

如果需要书面文件或信函来推荐青少年进行性别肯定医疗，只需要来自 multidisciplinary 团队中一名成员的一封评估信。这封信需要反映团队的评估和意见，涵盖医务人员和心理健康专业人士（APA, 2015; Hembree et al., 2017; Telfer et al., 2018）。当存在特定的临床需求，或团队的成员位于不同地点或选择自行撰写总结报告时，可能会要求获得更多的评估结果和书面意见。更多相关信息参见 第五章 成年群体的评估，声明 5.5。

声明 6.10

我们建议医务人员为要求性别肯定医疗的跨性别和多元性别青少年提供服务时，在开始治疗之前告知其生殖方面的影响，包括潜在的生育力丧失以及在其当前青春期发育阶段保存生育力的选项。

在评估寻求性别肯定医疗的青少年时，医务人员应探讨所需治疗可能对生育力产生的具体影响。关于生育问题以及特定的保存选项会在 第十二章 激素治疗和 第十六章 生殖健康 中进行更全面的讨论。

医务人员应了解存在哪些生育力保存选项，以便将这些信息传达给青少年。建议家长参与此过程，也应了解不同选项的优缺点。医务人员应该认识到青少年和家长可能会对生育力有不同的看法，并因此做出不同的决定 (Quain et al., 2020)，这就是为什么医务人员可以帮助指导这一过程。

医务人员应在发展和心理方面特别关注青少年个体的生育力保存和决策能力。虽然青少年可能认为已经对自己的生育力问题做出了决定，但未来对拥有血缘后代的看法可能会随着时间的推移而改变，需要与具有足够经验、了解青少年发展并有与家长合作经验的医务人员探讨。

这一探讨涉及应对性别肯定医疗带来的生育长期影响以及确保跨性别青少年对于生育力保存与收养有现实的期待，不是仅通过一次讨论就能解决的，而应该成为一种持续的对话。这种讨论不仅应在开始任何医疗干预（如青春期阻滞、激素或手术）之前进行，在进一步治疗和性别过渡期间也应该继续。

目前，对于成年跨性别人群及其在年轻时关于接受性别肯定治疗药物对其生育力的影响所做的决策，仅有一些来自回顾性研究的初步评估结果。但重要的是不要对青少年对未来成年期的目标做出假设。在儿童癌症幸存者的研究中发现，错过了生育力保存机会的参与者报告了围绕潜在不育的痛苦和遗憾 (Armuaud et al., 2014; Ellis et al., 2016;

Lehmann et al., 2017)。此外，在治疗前没有优先考虑拥有血缘后代的癌症患者中，一些人在幸存后“改变了主意” (Armuaud et al., 2014)。

鉴于不同生育力保存选项的复杂性，以及医务人员在与青少年和家人讨论生育力时可能遇到的挑战 (Tishelman et al., 2019)，除非其保险或公共医疗保健计划不覆盖生育咨询，当地没有咨询条件，或个人情况不适合咨询，否则对于每个寻求性别肯定医疗的跨性别青少年而言，生育咨询都是一个重要的考虑因素。

声明 6.11

我们建议，当需要为青少年提供性别肯定医疗时，为跨性别和多元性别青少年提供服务的医务人员让其家长/监护人参与评估和治疗过程，除非无法参与或其参与被确定对青少年有害。

当有迹象表明青少年可能从性别肯定医疗中获益时，在几乎所有情况下都建议让家长或主要照顾者参与评估过程 (Edwards-Leeper & Spack, 2012; Rafferty et al., 2018)。例外情况可能包括青少年处于寄养和/或在儿童保护机构的情况，以及家长和照顾者的参与是不可能、不适当或有害的。家长和家庭对 TGD 青少年的支持是其幸福感的主要预测因素，且对 TGD 青少年心理健康起保护作用 (Gower, Rider, Coleman et al., 2018; Grossman et al., 2019; Lefevor et al., 2019; McConnell et al., 2015; Pariseau et al., 2019; Ryan, 2009; Ryan et al., 2010; Simons et al., 2013; Wilson et al., 2016)。因此，将家长/照顾者纳入评估过程中，以鼓励和促进其更好地理解和支持青少年可能是最有帮助的做法之一。

家长/照顾者可以为临床团队提供关键信息，例如青少年的性别发展史、总体发展史、医疗史和心理健康史，以及对青少年当前所受支持、总体功能和幸福感水平的见解。青少年及其家长/照顾者所给出的报告一致或不一致可能是评估团队的重要信息，并可帮助设计和建立个性化的青少年和家庭支持 (De Los

Reyes et al., 2019; Katz-Wise et al., 2017)。了解家庭的背景，包括恢复能力方面的因素和问题，可以帮助提供者知道在治疗过程中需要哪些特殊支持。家长/照顾者的参与对于使家人了解不同的治疗方法、持续的随访和照护需求，以及潜在的治疗并发症也很重要。通过接受有关临床性别照护选项的心理教育并参与评估过程（可能随时间推移而展开），家长/照顾者可以更好地了解其青少年期的孩子的性别相关经历和需求（Andrzejewski et al., 2020; Katz-Wise et al., 2017）。

家长/照顾者对于性别相关需求的稳定性以及不同性别认同干预的影响可能会有疑虑，这是常见的，并且不应该被忽视。家长/照顾者有权提出这些问题，有时候这些疑虑能够为治疗决策和计划提供重要参考。例如，如果青少年最近或突然意识到其多元性别特质并提出相应的性别治疗要求，或者担心同侪和社交媒体可能对青少年当前的自我性别观念产生过度影响，那么家长/照顾者的报告可能提供重要的背景信息。将家长/照顾者的报告放在具体情况的背景下考虑也很关键，因为家长/照顾者提供的青少年的性别历史报告可能与青少年的自我报告未必一致。重要的是，家长/照顾者可能不了解青少年的性别史，因为性别对其可能只是一种内在体验，未经讨论无从为他人所知。因此，青少年关于其性别史和体验的报告是评估过程的核心。

一些家长可能对多元的性别认同和/或临床性别照护并不支持或持反对意见（Clark et al., 2020）。应对这种不支持的观点是针对家庭的重要治疗目标。虽然在某些情况下，家长的观点表面上十分顽固，但医疗提供者不应假设情况就是如此。有许多例子表明，随着时间的推移，在支持和心理教育下，家长/照顾者会越来越接受其 TGD 孩子的多元性别特质和照护需求。

帮助青少年和家长/照顾者共同作出重要的性别照护决定是首要的目标。然而，在某些情况下，家长/照顾者可能对其青少年期孩子及其性别需求过于排斥，

无法参与临床评估过程。在这些情况下，青少年可能需要更大范围的权利倡导和支持系统的参与，以推进必要的支持和照护（Dubin et al., 2020）。

声明 6.12

我们建议评估跨性别和多元性别青少年的医务人员仅在以下情况下对个体要求的性别肯定医疗予以推荐：

声明 6.12.a

在需要诊断才能获得照护的情况下，青少年符合 ICD-11 所规定的性别不一致诊断标准。在尚未实施最新版本 ICD 的国家，可以使用其它分类法，但应努力尽快采用最新版本 ICD。

在为青少年 TGD 人群提供服务时，医务人员应该意识到，虽然疾病分类可以为获得医疗保健提供便利，但对跨性别身份的病理化可能会带来污名化的体验（Beek et al., 2016）。与性别健康和多元性别特质有关的评估已受到批评，且诊断系统存在争议（Drescher, 2016）。

医务人员应该评估青少年整体的性别相关历史和性别照护相关需求。如果对获得与跨性别相关的医疗是必要的，医务人员可以根据评估予以诊断。

性别不一致和性别烦躁分别是世界卫生组织《国际疾病分类》（ICD）和美国精神病学协会《精神疾病诊断与统计手册》（DSM）使用的两个诊断术语。在这两种广泛使用的分类系统中，DSM 仅用于精神病学分类，而 ICD 则包含所有与身体以及心理健康有关的疾病和状况。这两个系统的最新版本（DSM-5 和 ICD-11）反映了对性别相关诊断的概念进行重新构建和去精神病理化的漫长历史（American Psychiatric Association, 2013; World Health Organization, 2019a）。与早期版本相比，DSM-5 用“性别烦躁”取代了“性别认同障碍”，承认了一些人由于所体验的性别认同与出生时受指派性别不一致而经历痛苦。在最近的修订版，即《DSM-5-TR》中，性别烦躁的诊断标准没有改变。然而，术语被修改为当

前最合适的语言，如“出生时受指派性别”而不是“先天气别”，“性别肯定治疗”而不是“性别重置”（American Psychiatric Association, 2022）。与 ICD 第 10 版相比，ICD-11 的性别不一致分类从 精神健康 章节转移到 性健康相关情况 章节。与 DSM-5 的性别烦躁分类相比，重新建立的一项重要概念是心理痛苦不是 ICD-11 的性别不一致分类所需的指标（WHO, 2019a）。毕竟，当在一个予以支持和接纳的环境中成长时，作为每个心理健康状况的固有部分，*痛苦和损害*（distress & impairment）的标准可能并不适用（Drescher, 2012）。因此，ICD-11 对性别不一致的分类可能会更好地全面反映多元性别体验和相关的临床性别需求。

ICD-11 对“青春期或成年期性别不一致”的分类标准要求一个人所体验的性别和受指派性别之间存在显著且持续的不一致，这通常导致个体有“过渡”的需求，以便能够以其体验的性别身份生活和被接受。对一些人来说，这包括激素治疗、外科（手术）或其他医疗保健服务，以使个人的身体根据需要尽可能地与其所体验的性别相一致。这一标准中涉及青少年的一点是指征要求“青春期开始之前不能给予此诊断”。最后，需要注意的是，“仅仅是性别差异行为和偏好本身并不能作为诊断的依据”（WHO, ICD-11, 2019a）。

青春期和成年期性别烦躁的 DSM-5 和 DSM-5-TR 分类标准表明，“个体体验/表达的性别与受指派性别之间显著地不一致，持续至少 6 个月”（标准 A，当表现出 6 项子标准中至少 2 项；DSM-5, APA, 2013；DSM-5-TR, APA, 2022）。

值得注意的是，尽管与性别相关的分类是接受性别肯定医疗的要求之一，但获得这一分类本身并不表明一个人需要性别肯定医疗。青少年性别不一致的体验多种多样，需要专业人员根据个人需求提供一系列治疗或干预措施。咨询、性别探索、心理健康评估以及在需要时接受在性别发展方面受过培训的心理健康专

业人士的治疗，这些都可能是合适的，无论是否实施性别肯定医疗。

声明 6.12.b

多元性别特质/性别不一致的经历是显著的，并随着时间的推移而持续。

许多青少年都会经历身份探索和巩固阶段（Klimstra et al., 2010; Topolewska-Siedzik & Cieciuch, 2018）。青春期时的身份探索可能包括在性别和性别认同方面的自我发现过程（Steensma, Kreukels et al., 2013）。目前对于青春期时性别认同巩固的过程（例如对特定身份的投入）如何随时间影响青少年的经验和需求，我们知之甚少。

因此，在启动治疗时，应一并考虑性别肯定相关医疗干预的可逆性水平以及青少年性别不一致的持续时间。考虑到青春期期间性别相关经历和需求的潜在变化，在开始可逆性更低的治疗（如性别肯定激素或手术）之前，应确保其已经持续数年体验到多元性别特质/性别不一致。对于年龄较低的青少年，可以采用青春期阻滞治疗方法，以便给予其更多时间来进行决策，但这也提出了一项重要考量因素（参见声明 6.12f 和 第十二章 激素治疗），即治疗前需要持续经历性别不一致/多元性别特质。然而针对该年龄的群体，鉴于医疗干预的目的是争取时间并避免因不可逆的青春期变化而产生的痛苦，数年的时间并不总是切实可行或必要的。对于年龄较低的青少年，即使经历的性别不一致时间较短，与社会过渡有关的支持和/或其它医疗方面的支持（如月经抑制/雄激素阻断）也可以缓解一些痛苦，并可为临床团队对其广泛的性别照护需求提供额外信息（见陈述 6.4、6.6 和 6.7）。

证明持续的多元性别特质/性别不一致通常需要对青少年进行长时间的仔细评估（见声明 6.3）。在可能且适当的情况下，评估和辨识过程也应纳入其家长/照顾者（见声明 6.11）。如果医疗记录中没有记载相关信息，直接从青少年和家长/照顾者处了解到的

历史状况可以作为多元性别特质/性别不一致持续一段时间的证据。

关于性别肯定照护需要/要求的连续与不连续性的研究文献相当复杂且颇难解读。过去几十年进行的一系列研究，包括一些存在方法论问题的研究（如 Temple Newhook et al., 2018; Winters et al., 2018）表明，随着进入青春期，儿童的性别不一致体验各不相同。例如，一部分青少年在经历了性别不一致或青春期前进行社会过渡后，随着时间的推移可能表现出性别不一致减弱甚至完全消失（de Vries et al., 2010; Olson et al., 2022; Ristori & Steensma, 2016; Singh et al., 2021; Wagner et al., 2021）。然而，有关青春期和青少年人群中性别不一致和性别相关需求的连续和不连续性的研究较少。来自阿姆斯特丹跨性别诊所针对广泛的未经选择的寻求性别方面转诊的青春期/青少年队列的数据显示，在经过长时间的评估后，一部分有性别不一致的青少年选择不进行性别肯定医疗（Arnoldussen et al., 2019; de Vries, Steensma et al., 2011）。重要的是，对性别不一致的青春期/青少年队列的研究结果表明，经过一段时间的全面性别评估，显示出持续的性别不一致和性别相关需求并被转介至性别相关医疗的参与者在性别相关医疗决策方面后悔的程度很低（de Vries et al., 2014; Wiepjes et al., 2018）。值得注意的是，此类低后悔率的结果目前仅适用于已经通过全面且反复评估证实具有持续的性别不一致和性别相关需求的青少年（见声明 6.3）。

声明 6.12.c

青少年表现出必要的情感和认知成熟度，足以为治疗作出知情同意/许可。

知情同意的过程包括个体与医疗服务提供者之间针对个体对可能的干预措施的理解进行沟通，以及最终由个体做出是否接受干预措施的决定。在大多数情况下，对于未成年人而言，法定监护人是知情同意过程中不可或缺的一部分：如要进行治疗，法定监护人

（通常是家长/照顾者）需要提供知情同意。在大多数情况下，许可是一个一定程度上并行的过程，其中未成年人和医疗提供者就干预进行沟通，而医疗提供者就未成年人的理解和意愿的水平进行评估。

在考虑性别肯定医疗保健的知情同意/许可过程中，一个必要步骤是与经过培训能够评估青少年的情感和认知成熟度的合格医务人员进行仔细讨论。治疗的可逆和不可逆效果，生育力保存的选项（如适用），以及干预的所有潜在风险和益处，都是讨论的重要组成部分。在获得知情同意/许可的过程中，需要进行以上讨论。对认知和情感成熟度的评估很重要，因为它有助于照护团队了解青少年作出知情决策的能力。

医疗干预或治疗的同意/许可所要具备的能力包括：1) 理解治疗的性质；2) 选择治疗方案的原因，包括风险和益处；3) 认识决策的性质，包括长期后果；以及 4) 表达其选择（Grootens-Wiegers et al., 2017）。对于性别肯定医疗而言，青少年应该充分了解治疗可能和不可能实现的目标，一般情况下发生变化的时间线（如使用性别肯定激素时），以及停止治疗的任何影响。多元性别青少年应该全面了解治疗的可逆、部分可逆和不可逆方面，以及对某些治疗方法已知的局限性，如青春期阻滞对大脑发育的影响（Chen & Loshak, 2020）。多元性别青少年还应该明白，虽然许多多元性别的青少年开始性别肯定照护，并且认为这种照护长期适合自己，但也有一些人会发现这种照护不适合自己（Wiepjes et al., 2018）。青少年应该知道，这种变化有时与性别需求随着时间的推移而变化有关，以及在某些情况下，与性别认同本身的变化有关。鉴于这些信息，多元性别青少年必须能够基于现有不同选项的影响，对治疗的选择进行周详的论证。此外，作为提供许可的基础，多元性别的青少年需要能够表达其选择。

完成知情同意/许可任务所需的能力不一定会且只会在特定的年龄段出现（Grootens-Wiegers et al., 2017）。这些能力可能取决于发育差异和心理健康表现（Shumer & Tishelman, 2015），并且取决于青

少年锻炼这些能力的机会 (Alderson, 2007)。此外, 对情感和认知成熟度的评估必须针对每个与性别相关的治疗决策单独进行 (Vrouenraets et al., 2021)。

以下问题可能有助于评估青少年在同意/许可特定性别肯定治疗方面的情感和认知准备度:

- 青少年是否能够深思熟虑地考虑部分或完全不可逆干预措施的后果?
- 青少年是否具有足够的自我反思能力, 以考虑性别相关需求可能会随着时间的推移而发展, 并在某些时点上可能发生改变?
- 青少年是否在某种程度上思考过, 如果在将来性别相关优先事项发生改变, 自己可能会做什么以及会有怎样的影响?
- 青少年能否能理解和应对经常性的特定医疗行为, 包括短期和长期方面 (如药物依从、给药和必要的医疗随访)?

随着照护团队继续就治疗选择进行对话, 并为青少年提供思考未来、灵活考虑选项和影响的机会, 情感和认知成熟度的评估可以随时间逐步完成。对于存在神经发育和/或某些类型的心理健康差异的青年来说, 未来思考、规划、全局思考和自我反思等能力可能发展不足 (Dubbink & Geurts, 2017)。在此情况下, 可能需要更谨慎的知情同意方法, 这可能包括为青少年提供额外的时间和结构化的机会来锻炼医疗决策所需的能力 (Strang, Powers et al., 2018)。

对于青少年未经家长许可自行同意其治疗的特殊情况 (请参见声明 6.11), 必须采取额外的措施来支持青少年的知情决策。这通常需要为青少年提供服务的医务人员更深入地参与和相互合作, 从而为青少年提供适当的认知和情感支持, 以考虑选项、权衡益处和潜在的问题/成本, 并为与治疗相关的任何所需 (可能是持续性的) 支持制订计划。

声明 6.12.d

如果青少年存在可能会影响到诊断明确性、同意能力和实施性别肯定医疗的心理健康问题, 则这些问题需要得到控制。

有证据表明, TGD 青少年面临更高的遭遇心理健康问题的风险, 这通常与被家人/照顾者排斥、不支持的社群环境和神经多样性相关因素有关 (如 de Vries et al., 2016; Pariseau et al., 2019; Ryan et al., 2010; Weinhardt et al., 2017)。青少年的心理健康问题可能会影响其对性别发展的历史和性别认同相关需求的理解, 以及其知情同意的能力和参与或接受医疗的能力。此外, 与顺性别青少年一样, TGD 青少年可能会面临心理健康问题, 无论是否存在性别烦躁或性别不一致。其中, 抑郁症和自我伤害是一个需要特别关注的问题; 许多研究显示, TGD 青少年中抑郁症状评分以及情绪和行为问题与那些被转介至心理健康诊所的人群所报告的相当 (Leibowitz & de Vries, 2016)。也有报道更高的自杀意念、自杀企图和自我伤害率 (de Graaf et al., 2020), 此外进食障碍的发生率也更高 (Khatchadourian et al., 2013; Ristori et al., 2019; Spack et al., 2012)。另一项重要因素是 TGD 青少年显示出较高的孤独症谱系障碍/特征比例 (Øien et al., 2018; van der Miesen et al., 2016; 另见声明 6.1d)。其它神经发育表现和/或心理健康问题也可能存在, 如注意缺陷多动障碍 (ADHD)、智力障碍和精神病性障碍 (de Vries, Doreleijers et al., 2011; Meijer et al., 2018; Parkes & Hall, 2006)。

值得注意的是, 许多跨性别青少年功能良好, 并且几乎没有任何心理健康问题。例如, 经历了社会过渡并在专门的性别诊所接受性别肯定医疗的青春期的青少年, 其心理健康结果或与其顺性别同侪相当 (如, de Vries et al., 2014; van der Miesen et al., 2020)。提供者的一项重要任务是评估任何心理健康问题与青

少年对性别照护需求的自我理解之间的关系，并据此确定优先事项。

心理健康问题可能以多种方式对 TGD 青少年性别相关需求的评估和治疗造成挑战：

1. 首先，当 TGD 青少年出现急性的自杀、自伤、进食障碍或其它危及身体健康的心理危机时，必须优先考虑其安全，根据当地情况和现有指南，采取适当照护以减轻威胁或危机，以便有充足的时间和稳定的状态以进行周详的性别相关评估和决策。例如，一位目前有主动自杀倾向的青少年在情感上可能没有能力做出关于性别肯定治疗的明智决定。如果有必要，与安全有关的干预措施不应排除性别肯定照护的启动。
2. 其次，心理健康也可能使性别发展和性别认同相关需求的评估变得复杂。例如，将性别不一致与特定的心理健康表现区分开来至关重要，这些表现包括强迫症、孤独症的特殊兴趣、刻板思维、更广泛的身份认同问题、亲子互动困难、严重的发育焦虑（如与性别认同无关的对成长和青春期变化的恐惧）、创伤，或精神病性思维等。应优先考虑和解决干扰身份发展和性别相关决策的明确性的心理健康问题。
3. 第三，涉及有终身影响的性别肯定治疗的决策需要青少年进行深思熟虑、面向未来的思考，并得到家长/照顾者的支持，如声明 6.11 所述。为了能够做出这样的知情决策，青少年应当理解有关问题，表达其选择，理解并仔细考虑其获得肯定治疗的愿望（如声明 6.12c 所述）。神经发育差异，例如孤独症特征或孤独症谱系障碍（见声明 6.1d，例如沟通差异；偏爱具象或刻板的思维；自我意识及对未来的思考和计划的差异）可能会给评估和决策过程带来挑战。神经多样性青少年可能在评估过程中需要额外的支持、构建、心理教育和时间（Strang, Powers et al., 2018）。其他心理健康表现，包括沟通和自我辩护的减少、参与评

估的困难、记忆和保持专注的困难、绝望感，以及难以进行面向未来的思考，都可能使评估和决策复杂化。在这种情况下，往往需要更长时间才能做出任何关于性别肯定治疗的决定。

4. 最后，尽管在医疗过程中解决心理健康问题很重要，但这并不意味着所有的心理健康问题都能或应该完全解决。然而，重要的是要充分解决任何心理健康问题，以便能够提供最佳的性别肯定治疗（因素如药物依从、接受随访，以及自我照护，特别是在手术后的过程中）。

声明 6.12.e

已告知青少年治疗在生殖方面的影响，潜在的生育力丧失以及保存生育力的选项，且已经在其当前青春发育阶段的背景下进行了探讨。

有关临床方法、科学背景和原理的指南，参见 第十二章 激素治疗 和 第十六章 生殖健康。

声明 6.12.f

开始进行青春期阻滞时，青少年已经达到青春期的 Tanner II 期。

在众多多元性别青少年中，青春期的开始是一个关键点。对于一些人，青春期的开始会加剧其性别不一致感，对于另一些人，青春期的开始可能会导致其出现性别流动性（例如，从二元性别转变为非二元性别），甚至出现以前所肯定的性别认同的减弱（Drummond et al., 2008; Steensma et al., 2011; Steensma, Kreukels et al., 2013; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008）。在儿童达到 Tanner II 期的最低标准前不建议使用青春期阻滞药物（如 GnRH 类似物），因为对于某些 TGD 青少年而言，青春期的身体经验可能对进一步的性别认同发展至关重要（Steensma et al., 2011）。因此，青春期阻滞药物不应在未开始青春期的多元性别青少年中使用（Waal & Cohen-Kettenis, 2006）。对于一些青少年而言，直至青春期晚期或在青春期后（例如，Tanner IV 或

V 期) 使用 GnRH 激动剂可能才是合适的; 这应该依个体情况而定。参见 第十二章 激素治疗, 以获取有关使用 GnRH 激动剂的更全面的综述。

青春期开始的时间因多种因素而异(如出生时受指派性别、遗传、营养等)。Tanner 分期指五个青春发育阶段, 从青春期前(Tanner I 期)到青春后期和成人性成熟(Tanner V 期)(Marshall & Tanner, 1969, 1970)。对于出生时受指派为女性者, 青春期的开始(如性腺初育)是由乳房开始发育(Tanner II 期)定义的, 而对于出生时受指派为男性者, 青春期的开始定义为睾丸体积 ≥ 4 mL (Roberts & Kaiser, 2020)。应该依靠有经验的医疗保健提供者区分青春期的开始与其它身体变化, 如由肾上腺分泌性激素产生的阴毛和腋臭等身体变化(如肾上腺功能初现), 因为肾上腺发育不代表可以开始使用青春期阻滞药物(Roberts & Kaiser, 2020)。向家长和家人普及肾上腺皮质发育和性腺发育之间的区别, 有助于家属了解与多学科团队共同进行性别肯定医疗相关决策的时机。

至关重要的是要应对青春期阻滞治疗的其它风险和获益, 无论是假设的还是实际的。有证据支持青春期阻滞对跨性别女孩的手术存在影响(van de Grift et al., 2020)。已有纵向数据表明, 接受青春期阻滞、激素治疗和手术治疗的青少年的恋爱和性满意度有所改善(Bungener et al., 2020)。一项关于那些因为使用青春期阻滞剂后生殖组织有限而接受腹腔镜肠道阴道成形术的跨性别女性的研究表示, 84%的人在手术后体验了性高潮, 尽管研究中没有具体讨论性快感结果和青春期阻滞开始的时间之间的关联(Bouman, van der Sluis et al., 2016)。这项研究也不适用于那些偏好其它手术方式的人。这强调了与家人讨论涉及与手术和性健康结果相关的未来未知因素的重要性。

声明 6.12.g

青少年需要接受至少 12 个月或必要时更长时间的性别肯定激素治疗, 从而能够在性别肯定手术(包括隆

胸术、睾丸切除术、阴道成形术、子宫切除术、阴茎成形术、阴蒂释放术和作为性别肯定治疗一部分的面部手术)中获得期望的结果, 除非不愿意进行激素治疗或存在医疗禁忌。

性别肯定激素治疗会导致解剖学、生理和心理上的改变。解剖学效应(如阴蒂增长、乳房发育、阴道黏膜萎缩)可能会在治疗开始后不久发生, 预计在 1~2 年内达到峰值效果(T'Sjoen et al., 2019)。为确保在青少年重要的发育时期内, 心理上有足够的适应生理变化的时间, 建议进行 12 个月的激素治疗。根据需要的结果, 激素治疗的时间可能需要更长时间(例如, 在进行阴蒂释放术/阴茎成形术前需要阴蒂充分雄性化, 在进行乳房增大成形术前需要乳房生长和皮肤扩张, 在进行面部性别肯定手术前需要皮肤变得细腻且面部脂肪分布发生变化)(de Blok et al., 2021)。

对于未在手术前接受激素治疗的个体, 外科医生必须审查激素治疗对于拟议手术的影响。此外, 对于接受性腺切除术的个体, 如果尚未使用激素, 可以在手术前与开具处方的专业人士一同制定激素替代计划。

青少年性别肯定医疗的年龄考量

年龄与认知和心理社会发展有很强的相关性, 尽管并不完美, 但可能可以作为确定干预的潜在时机的客观指标(Ferguson et al., 2021)。对于具有更大不可逆性和/或复杂性的治疗方法, 可能需要更高的年龄。这种方法允许持续的认知/情感成熟过程, 以便青少年可以完全考虑并同意更加复杂的治疗(见声明 6.12c)。

越来越多的证据表明, 为符合标准的多元性别青少年提供性别肯定治疗会带来积极的结果(Achille et al., 2020; de Vries et al., 2014; Kuper et al., 2020)。然而, 关于性别肯定干预的最佳时机以及青少年的长期生理、心理和神经发育结果的数据有限(Chen et al., 2020; Chew et al., 2018; Olson-Kennedy et al., 2016)。目前, 唯一现有的评估多元性

别青少年和成年人结果的纵向研究是基于一种特定模型（即荷兰方法），其中包括全面的初步评估以及随访。在这种方法中，12岁时考虑青春期阻滞，16岁时考虑性别肯定激素治疗（GAHT），而18岁后考虑手术干预，但在某些情况下有例外。目前尚不清楚偏离此方法是否会导致相同或不同的结果。目前正在进行纵向研究，以更好地确定青少年中性别肯定治疗的结局、安全性和有效性（Olson-Kennedy, Garofalo et al., 2019; Olson-Kennedy, Rosenthal et al., 2019）。虽然尚不完全了解在青春期开始进行性别肯定治疗的长期效果，但也应考虑推迟治疗可能带来的潜在健康问题（de Vries et al., 2021）。随着关于青少年性别肯定干预结果的证据基础不断增加，对这些干预的时机和准备工作的建议可能会更新。

先前有关青少年性别肯定治疗的指南建议，可以在约16岁时开始进行具有部分可逆性的GAHT治疗（Coleman et al., 2012; Hembree et al., 2009）。最近的指南表明，尽管对14岁之前启动激素的青少年研究有限，有充分的理由证明可在16岁之前启动GAHT（Hembree et al., 2017）。更早开始GAHT的一个迫切原因可能是为了避免持续的青春期阻滞，考虑到潜在的骨骼健康问题以及抑制青春期的心理社会影响，这在第十二章 激素治疗 中有更详细的描述（Klink, Caris et al., 2015; Schagen et al., 2020; Vlot et al., 2017; Zhu & Chan, 2017）。青春期是大脑和认知发展的重要时期。多元性别青少年接受长期青春期阻滞对神经发育的潜在影响，已被特别确定为需要继续研究的领域（Chen et al., 2020）。虽然GnRH类似物已被证明在治疗早熟症时是安全的，但在骨矿化峰值时延迟接触性激素（内源性或外源性的）可能会导致骨密度降低。潜在的骨密度降低以及任何降低的临床意义需要进一步研究（Klink, Caris et al., 2015; Lee, Finlayson et al., 2020; Schagen et al., 2020）。未与同伴共同进入青春期的潜在负面心理社会影响，可能会给多元性别青少年带来额外的压力，尽管这一方面尚无明确研究。在考虑开始使用性别肯

定激素的时机时，医疗提供者应将开始治疗的潜在身体和心理益处和风险与推迟治疗的潜在风险和益处进行比较。这一过程也可以帮助确定可能导致有必要采取个体化方法的重要因素。

对青少年跨性别男性的研究表明，对胸部的性别烦躁与更高的焦虑、抑郁和心理痛苦率相关，并可能导致功能受限，如避免锻炼或洗澡（Mehring et al., 2021; Olson-Kennedy, Warus et al., 2018; Sood et al., 2021）。然而，睾酮对缓解这种痛苦的作用不大，尽管对于一些人而言，胸部男性化手术是长期解决这一痛苦的一种选择。对寻求胸部男性化手术缓解胸部不适的青少年进行的研究表明，在监测期间手术结果良好，满意度高，并且几乎没有后悔（Marinkovic & Newfield, 2017; Olson-Kennedy, Warus et al., 2018）。如临床条件和发展方面适当，可以考虑对未成年人进行胸部男性化手术。这一点应由具有青少年和性别发展经验的多学科团队决定（见本章的相关陈述）。如果有必要，是否正在进行睾酮治疗和已经进行治疗的时长不应是手术的条件。一些跨性别和多元性别青少年的需求可能仅通过胸部男性化手术就能满足。尽管青少年跨性别女性可能需要隆胸，但关于青少年的这种手术数据较少，可能是由于要求这种手术的人较少（Boskey et al., 2019; James, 2016）。GAHT，特别是雌激素，可以帮助乳房组织的发育。建议青少年在隆胸术前至少接受12个月的激素治疗，或者根据手术需要延长，除非激素治疗没有临床指征或有医疗禁忌。

目前对于青少年开始进行其他性别肯定手术的最佳时机的数据有限。部分原因是因为获得这些治疗的机会有限，且因地域而异（Mahfouda et al., 2019）。数据表明，自2000年以来，进行性别认同手术的比例已经增加，TGD青少年寻求阴道成形术的人数也有所增加（Mahfouda et al., 2019; Milrod & Karasic, 2017）。2017年，一项对20位同时也是WPATH成员的美国外科医生的研究报告显示，略多于一半的外科医生曾为未成年人进行阴道成形术（Milrod &

Karasic, 2017)。有关青少年进行阴道成形术的结果的数据有限。小规模研究已经报告了青少年在进行阴道成形术后心理社会功能改善和性别烦躁减少的情况 (Becker et al., 2018; Cohen-Kettenis & van Goozen, 1997; Smith et al., 2001)。虽然样本规模很小, 但这些研究表明, 对于一些青少年来说, 在 18 岁之前进行这些手术可能会有益处。支持在 18 岁以下的青少年寻求这些手术的因素包括更多来自家庭成员的支持, 在过渡到大学或工作等早期成年任务前更容易实施术后护理, 以及在公共场所的安全问题 (即为了减少针对跨性别者的暴力) (Boskey et al., 2018; Boskey et al., 2019; Mahfouda et al., 2019)。鉴

于这些手术的复杂性和不可逆性, 评估青少年遵守术后护理建议和理解这些手术对生殖和性功能的长期影响的能力至关重要 (Boskey et al., 2019)。鉴于阴茎成形术的复杂性以及目前高于其它性别肯定手术治疗的并发症率, 目前不建议在 18 岁以下的青少年考虑此手术 (参见 第十三章 手术及术后护理)。

在与青少年和家庭讨论干预时机时, 应该考虑的其他关键因素在 6.12a-f 陈述中有详细说明。关于青少年中医疗必要的性别肯定医疗的标准/建议的总结, 请参见 附录 D。

第七章 儿童

下述照护指南的内容涉及青春期前多元性别儿童的相关方面，内容基于现有研究、伦理原则和积累的专家共识。这些指南的基本原则包括：

1. 童年期的多元性别特质是人类一般发展过程中的可预期的方面（Endocrine Society and Pediatric Endocrine Society, 2020; Telfer et al., 2018）；
2. 童年期的多元性别特质不是病理性的，也不属于心理健康障碍（Endocrine Society and Pediatric Endocrine Society, 2020; Oliphant et al., 2018; Telfer et al., 2018）；
3. 不能总是认为儿童的多元的性别表达反映了跨性别身份认同或性别不一致（Ehrensaft, 2016; Ehrensaft, 2018; Rael et al., 2019）；
4. 具有儿童性别照护专业知识的心理健康专业人士（Mental health professional, MHP）的指导，有助于促进积极适应行为并有助于随着时间推移识别性别相关需求（APA, 2015; Ehrensaft, 2018; Telfer et al., 2018）；
5. 针对儿童多元性别特质的扭转治疗（即，任何通过语言和/或行动来迫使多元性别儿童认同其出生时受指派性别或做出符合这一性别的行为的“治疗”尝试）都是有害的，我们谴责使用扭转治疗的行为（APA, 2021; Ashley, 2019b, Paré, 2020; SAMHSA, 2015; Telfer et al., 2018; UN Human Rights Council, 2020）。

在本章中，医务人员（HCP）一词被广泛用于指代那些为多元性别儿童提供服务的专业人员。与青春期青少年和成人不同，未到青春期的多元性别儿童不符合进行医疗干预的条件（Pediatric Endocrine Society, 2020）；所以，当需要专业意见时，最可能提供支持的是专长于心理社会支持和性别发展的医务人员。因此，本章的重点将关注符合儿童发展状况的社会心

理实践，尽管其他医务人员（如儿科医生和家庭医生）在为多元性别儿童及其家人提供专业服务时，本章的指南也可能有价值。

本章采用“多元性别特质”这一术语，因为在青春期前的儿童中，性别发展轨迹无法预测并可能随时间推移而变化（Steensma, Kreukels et al., 2013）。同时，本章认识到有些儿童会在早期表达出与出生时受指配的性别不符的性别认同，并且这种性别认同将稳定存在（Olson et al., 2022）。“多元性别特质”一词涵盖二元和非二元的跨性别儿童，以及最终不会在将来认同为跨性别的多元性别儿童。用词本身与文化密切相关，并随着时间的推移而演变。因此，本章采用的术语可能会过时，而我们将来可能会找到更好的描述方式。

本章描述了相关的各方面医疗必要的照护，旨在促进儿童福祉和满足儿童的性别相关需求（参见第二章 全球适用性 声明 2.1，医疗必要性声明）。本章呼吁所有人尽可能采用这些指南。在某些情况下或地点中，所建议的资源可能不完全可用。缺乏资源的医务人员/团队须努力满足这些标准。但是，如果由于不可避免的限制，这些建议的某些部份不适用，也不应对提供目前可用的最佳服务造成阻碍。在某些资源不全的地区，选择不实施可能有益的照护服务会对儿童不利（Murchison et al., 2016; Telfer et al., 2018; Riggs et al., 2020）。总的来说，应当将最大化儿童的收益放在首位。

大量经验心理学文献表明，早期童年经历通常为终身风险和/或心理韧性模式奠定基础，并对发展的轨迹造成影响，使其或多或少地有助于幸福和生活质量的提高（Anda et al., 2010; Masten & Cicchetti, 2010; Shonkoff & Garner, 2012）。总的来说，现有的研究表明，与年龄相当的顺性别同侪相比，多元性别的青少年由于遭受有害的经历（包括与多元性别特质相关的社会的排斥和其它严厉刻薄的、对其不接受的社交互动行为所带来的创伤和虐待）而更容易出现心理问题（Ristori & Steensma, 2016; Bar-

row & Apostle, 2018; Giovanardi et al., 2018; Gower, Rider, Brown et al., 2018; Grossman & D'Augelli, 2006; Hendricks & Testa, 2012; Reisner, Greytak et al., 2015; Roberts et al., 2014; Tishelman & Neumann-Mascis, 2018)。此外, 文献表明, 多元性别身份得到广泛接受的青春期前儿童通常适应力良好 (Malpas et al., 2018; Olson et al., 2016)。儿童评估和治疗通常强调生态学方法, 认识到儿童需要在其经常出现的所有环境中保持安全和得到培养 (Belsky, 1993; Bronfenbrenner, 1979; Kaufman & Tishelman, 2018; Lynch & Cicchetti, 1998; Tishelman et al., 2010; Zielinski & Bradshaw, 2006)。因此, 本章的观点基于基本的心理学文献和对多元性别儿童的独特风险的认识, 强调在性别照护中全程整合生态学方法以理解其需求及促进积极心理健康。这种观点优先考虑儿童在其发展过程中的幸福感和生活质量。此外, 本章同时吸纳了这一为上述大量心理研究所支持的观点, 即针对青春期前儿童的心理社会性别认同肯定照护 (Hidalgo et al., 2013) 提供了一个机会窗口, 以建立一种能够维持幸福感并为儿童提供支撑的生活轨迹, 即使时间推移直至过渡至青少年期。这种方法有可能减少跨性别和多元性别 (TGD) 青少年面临的一些常见心理健康风险, 如文献所常常描述的那样 (Chen et al., 2021; Edwards-Leeper et al., 2017; Haas et al., 2011; Leibowitz & de Vries, 2016; Reisner, Bradford et al., 2015; Reisner, Greytak et al., 2015)。

发展心理学研究的重点之一是基于青春期前儿童的一般人群理解儿童早期性别发展的各个方面。这些研究通常基于这样的假设, 即研究参与者是顺性别的 (Olezeski et al., 2020)。研究报告称一般人群通常在学龄前阶段就已经建立稳定的性别认同, 但其中可能绝大部分不属于多元性别人群 (Kohlberg, 1966; Steensma, Kreukels et al., 2013)。最近的发展研究表明, 多元性别特质可以在青春期前幼儿中观察和识别出来 (Fast & Olson, 2018; Olson & Gülgöz,

2018; Robles et al., 2016)。尽管如此, 该领域的实证研究还很有限, 目前尚无心理测量学上的评估工具能够可靠且/或充分地确定青春期前儿童对其自身性别和/或与性别相关的需求与偏好 (Bloom et al., 2021)。因此, 本章强调采用细致而个性化的临床方法进行性别评估的重要性, 这与各个指南和文献的建议相一致 (Berg & Edwards-Leeper, 2018; de Vries & Cohen-Kettenis, 2012; Ehrensaft, 2018; Steensma & Wensing-Kruger, 2019)。研究和临床经验表明, 对于某些学龄前儿童, 多元性别特质可能是流动的; 没有可靠的手段来预测个体儿童的性别演变 (Edwards-Leeper et al., 2016; Ehrensaft, 2018; Steensma, Kreukels et al., 2013), 并且特定儿童的性别相关需求可能会在其整个童年时期发生变化。

理解“评估” (assessment) (有时与“评价” (evaluation) 同义) 一词的含义很重要。评估可以在多种背景下进行 (Krishnamurthy et al., 2004), 包括在紧急情况下进行的快速评估 (例如, 当孩子可能有自杀倾向时进行的安全评估) 和集中评估 (在家庭存在具体的问题时, 且通常在相对短暂的咨询中进行评估) (Berg & Edwards-Leeper, 2018)。评估一词也常用于“诊断评估” (diagnostic assessment), 也称为“初诊” (intake), 其目的是确定是否存在可以诊断和/或可以从治疗过程中获益的问题。本章重点关注有助于了解儿童及其家庭的需求和目标的综合评估 (APA, 2015; de Vries & Cohen-Kettenis, 2012; Srinath et al., 2019; Steensma & Wensing-Kruger, 2019)。这种心理社会评估并非对所有多元性别儿童都是必要的, 但可能由于多种原因而被要求执行。评估对于支持多元性别儿童及其家庭可能是一次有益的机会。评估中需要认识到, 若家庭动力学状况接纳孩子的多元性别特质, 并在必要时得到育儿指导, 孩子会因此获益。若家庭在考虑多元性别特质的前提下寻求全面理解孩子的性别和心理健康需求, 进行综合评估是适当的。

在此情况下，应该考虑家庭成员的心理健康问题、家庭动力学状况以及社会和文化背景，所有这些都会对多元性别的孩子造成影响（Barrow & Apostle, 2018; Brown & Mar, 2018; Cohen-Kettenis et al., 2003; Hendricks & Testa, 2012; Kaufman & Tishelman, 2018; Ristori & Steensma, 2016; Tishelman & Neumann-Mascis, 2018）。下文将进一步阐述。

对于为多元性别儿童提供服务的医务人员，重要的是要努力理解孩子和家庭的身份和经历的各个方面，如种族、民族、移民/难民身份、宗教、地理和社会经济因素等，并在临床互动中对文化背景保持尊重和敏感性（Telfer et al., 2018）。存在许多可能与文化和性别有关的因素，包括宗教信仰、性别相关的期望，以及多元性别特质被接受的程度（Oliphant et al., 2018）。多元性别特质、社会文化多样性和少数群体

身份之间的交叉既可能是力量的源泉，也可能带来社会压力，或者两者兼具（Brown & Mar, 2018; Oliphant et al., 2018; Riggs & Treharne, 2016）。

每个孩子、其家庭成员和家庭动力学状况都是独特的，可能包含许多不同的文化和信念模式。因此，各学科的医务人员应避免因可能不正确或有偏见的预设观念而产生刻板印象（例如，从属于反接受多元性别特质的宗教组织的家庭必然不支持其孩子的多元性别特质）（Brown & Mar, 2018）。相反，重要的是以开放的心态接触每个家庭，理解每个家庭成员和家庭模式的独特性。

本章中的所有建议声明，都基于对证据的全面审查，对益处和危害的评估，服务提供者和服务对象的价值观念和偏好，以及资源的消耗和可行性。在一些情况下，我们承认证据有限且/或服务可能无法获得，或并不理想。

建议声明

- 7.1 我们建议为多元性别儿童提供服务的医务人员，接受性别发展和儿童多元性别特质方面的培训，具备相应专业技能，并了解有关一生各个阶段中多元性别特质的一般知识。
- 7.2 我们建议为多元性别儿童提供服务的医务人员在涉及所有发展谱系的一般性的儿童和家庭心理健康领域接受理论和循证的培训并培养专业技能。
- 7.3 我们建议医务人员在为存在孤独症/神经多样性的多元性别儿童提供服务时，接受孤独症谱系障碍和其它神经多样性方面的培训并培养专业技能，或与具有相关专业技能的专家合作。
- 7.4 我们建议为多元性别儿童提供服务的医务人员参与与多元性别儿童和家庭有关的继续教育。
- 7.5 我们建议为多元性别儿童进行评估的医务人员在评估过程中从多个渠道获取并整合信息。
- 7.6 我们建议为多元性别儿童进行评估的医务人员考虑相关的发展因素、神经认知功能和语言能力。
- 7.7 我们建议为多元性别儿童进行评估的医务人员考虑那些可能限制儿童和/或家人/照顾者准确报告其性别认同/性别表达的因素。
- 7.8 我们建议家人和医务人员在认为这将有益于儿童和/或家人的幸福感和发展时，能为多元性别儿童及其家人/照顾者提供咨询和/或心理治疗。
- 7.9 我们建议为多元性别儿童及其家人/照顾者提供咨询和/或心理治疗的医务人员与其他对孩子重要的环境和个人合作，以促进孩子的心理韧性和情感健康。
- 7.10 我们建议为多元性别儿童及其家人/照顾者提供咨询和/或心理治疗的医务人员，向双方提供适龄的关于性别发展的心理教育。

- 7.11 我们建议医务人员在接近青春期时向多元性别儿童及其家人/照顾者提供有关可能的性别肯定医疗干预，这些措施对未来生育力的影响，以及生育力保存的选项等信息。
- 7.12 我们建议家长/照顾者和医务人员向那些希望被认同为与其内在性别认同相符的性别的儿童给予支持性的回应。
- 7.13 我们建议医务人员和家长/照顾者在青春期前的年龄段支持孩子继续探索自己的性别，无论是否进行社会过渡。
- 7.14 我们建议医务人员与正在考虑社会过渡的家庭探讨社会过渡的潜在益处和风险。
- 7.15 我们提议医务人员考虑与其他专业人员和组织合作，促进多元性别儿童的福祉，并尽可能减少其可能面临的困难。

声明 7.1

我们建议为多元性别儿童提供服务的医务人员，接受性别发展和儿童多元性别特质方面的培训，具备相应专业技能，并了解有关一生各个阶段中多元性别特质的一般知识。

医务人员在为多元性别儿童提供服务前，应获得并保持与其专业范围相关的必要培训和资格认证。这包括获得相应的国家和/或地区认可的法定机构颁发的执业许可和/或认证。我们了解不同国家和/或地区的专业资格认证和监管细节存在差异。重要的是，仅仅具备基本的职业许可与认证未必足够，因为医务人员只有专门在儿童性别发展和多元性别方面接受了深入培训和监督，才能提供适当的照护。

声明 7.2

我们建议为多元性别儿童提供服务的医务人员在涉及所有发展谱系的一般性的儿童和家庭心理健康领域接受理论和循证的培训并培养专业技能。

医务人员应该接受针对从婴幼儿期到青春期各个发展阶段的一般儿童和家庭心理健康方面的培训和督导，包括循证的评估和干预方法。多元性别特质不是一种心理健康障碍；然而，正如上文所引述的，我们知道由于性别少数群体压力等因素，多元性别儿童的心理可能受到不良影响（Hendricks & Testa, 2012），而这可能通过探索和支持得以改善；因此，心理健康方面的专业技能是极其重要的。为儿童提供服务是一项复杂的任务，需要理解儿童在各个年龄段的发展需求，理解影响儿童福祉的家庭内外部因素

（Kaufman & Tishelman, 2018），以及全面评估孩子是否感到不快乐或经历了重大心理健康困难，无论是否与性别相关。研究表明，多元性别儿童群体中存在高水平的不良经历和创伤，包括易受拒绝甚至遭到虐待（APA, 2015; Barrow & Apostle, 2018; Giovanardi et al., 2018; Reisner, Greytak et al., 2015; Roberts et al., 2012; Tishelman & Neumann-Mascis, 2018）。医务人员需要意识到存在不良经历的可能性，并启动有效的干预措施，以预防潜在的伤害并增进其幸福感。

声明 7.3

我们建议医务人员在为存在孤独症/神经多样性的多元性别儿童提供服务时，接受孤独症谱系障碍和其它神经多样性方面的培训并培养专业技能，或与具有相关专业技能的专家合作。

孤独症儿童以及其他神经多样性儿童的多元性别体验可能会带来额外的临床复杂性（de Vries et al., 2010; Strang, Meagher et al., 2018）。例如，孤独症儿童可能难以仅靠自己表达其性别相关需求，并以高度个体化的方式进行沟通（Kvalanka et al., 2018; Strang, Powers et al., 2018）。这些孩子往往在沟通和思维方式方面存在差异，因而可能对与性别相关的经验有不同的解释。由于其独特需求，多元性别的神经多样性儿童可能面临很高的被误解的风险（即其表达被错误地诠释）。因此，为这些孩子提供支持的专业人员可以通过接受孤独症和相关神经发育表现方面的培训并培养相关专业技能，以及/或与孤独症专家合作，来提供最佳的服务（Strang,

Meagher et al., 2018)。这样的培训特别有意义，因为研究已经证实多元性别青少年比一般人群有更高的孤独症发病率（de Vries et al., 2010; Hisle-Gorman et al., 2019; Shumer et al., 2015）。

声明 7.4

我们建议为多元性别儿童提供服务的医务人员参与与多元性别儿童和家庭有关的继续教育。

关于多元性别儿童和家庭的持续专业发展可以通过多种方式获得，包括阅读（期刊文章、书籍、涉及性别相关知识的专业组织的关联网站），参加线上和线下培训，以及加入同行督导/咨询小组（Bartholomaeus et al., 2021）。

持续的培训包括：1) 持续跟进关于青春期前儿童和一生中各个阶段性别发展和多元性别特质现有相关的最新研究动态；2) 持续跟进多元性别儿童和家庭评估、支持和治疗方法的最佳实践发展。这是一个相对较新的实践领域，而随着新的信息从科学研究和其它渠道不断涌现，医务人员必须进行相应的调整（Bartholomaeus et al., 2021）。

声明 7.5

我们建议为多元性别儿童进行评估的医务人员在评估过程中从多个渠道获取并整合信息。

如果家庭和/或医务人员提出要求，全面评估可有助于制定干预建议，以便在需要时改善儿童和其他家庭成员的福祉。在孩子和/或其家人/监护人已经与服务提供者协调，认为某种类型的干预会有帮助的情况下，此类评估可能是有用的。评估或干预措施不应作为暗中或公开阻碍孩子多元性别表达或身份的手段。相反，如有经过适当培训的服务提供者，评估可以成为一种有效的手段以更好地了解如何支持孩子及其家庭，而不偏向于任何特定的性别认同或表达。在这样的评估中可以通过合作的方式促进孩子的性别健康、幸福感和自我实现，因而评估对某些孩子及其家庭而言可能至关重要。

一项全面的评估可以促进形成个体化的计划，以帮助多元性别的未成年儿童和家庭成员（de Vries & Cohen-Kettenis, 2012; Malpas et al., 2018; Steensma & Wensing-Kruger, 2019; Telfer et al., 2018; Tishelman & Kaufman, 2018）。在这种评估中，整合来自多个来源的信息十分重要，以便：1) 最好地了解孩子的性别需求并提出建议；以及 2) 确定孩子、家人/照顾者和社群具有优势和可以提供支持的领域，尤其是针对孩子的性别状态和发展以及孩子、其家人/照顾者及环境的风险和疑虑而言。出于评估和计划进行支持/干预的目的，可能采用包括该儿童、家长/照顾者、远亲、兄弟姐妹、学校人员、医务人员、社群、更广泛的文化和法律背景以及其他必要来源等多个信息来源（Berg & Edwards-Leeper, 2018; Srinath, 2019）

进行多元性别儿童评估的医务人员需要探讨性别相关问题，但也必须依照上述的生态模型，从广泛的视角考虑儿童和环境（Bronfenbrenner, 1979），以充分了解影响儿童幸福感和带来性别方面的支持和风险的领域的因素（Berg & Edwards-Leeper, 2018; Hendricks & Testa, 2012; Kaufman & Tishelman, 2018; Tishelman & Neumann-Mascis, 2018）。这包括了解儿童/家庭曾经历的以及环境中目前存在的优势和挑战。鼓励医务人员在评估多元性别儿童时，根据孩子和家庭的需要和情况，考虑整合多个评估领域。尽管以下列出的某些领域不直接涉及孩子的性别（请参见下面的第 7-12 项），但根据临床判断，在性别评估中需要考虑这些领域，从而得以全面地了解可能影响孩子幸福感的复杂因素网络，包括与性别健康相关的因素；同时须符合最佳的评估实践（APA, 2015; Berg & Edwards-Leeper, 2018; Malpas et al., 2018），并在需要时开展多方位干预。

总结相关的研究和临床专业知识，评估的领域包括：1) 孩子声称的性别认同和性别表达，包括目前和历史上的；2) 有证据表明孩子表现出烦躁和/或性别不一致；3) 各方面的优势和挑战，涉及孩子、家庭、

同侪和其他人对多元性别特质的信念和态度以及对孩子的接受和支持；4) 孩子和家庭因孩子的多元性别特质而经历的性别少数群体压力以及拒绝或敌意；5) 社会环境中对多元性别特质的支持程度（如学校、宗教社群、延伸家庭）；6) 对与孩子的性别有关的冲突，和/或其家长/照护者/兄弟姐妹的与孩子的多元性别特质相关的、令人担忧的行为有关的冲突进行的评估；7) 孩子的心理健康、交流或认知方面的优势或挑战、神经多样性或造成重大功能障碍的行为问题；8) 相关的医疗和发育史；9) 造成风险的领域（如家庭暴力或社群暴力、任何形式的儿童虐待、创伤史、安全状况以及在同侪中或在其他环境中的受迫害情况、自杀倾向）；10) 同时出现重大的家庭压力因素，例如慢性病或绝症、无家可归或贫困；11) 家长/照顾者或兄弟姐妹的造成重大功能障碍的心理健康或行为问题；以及 12) 孩子和家庭的优势和挑战。

结合多种形式的信息收集而开展的全面评估有助于理解特定儿童和家庭在多种环境（如家庭或学校）中的需求、优势、保护因素和风险。综合收集信息的方法通常包括：1) 与孩子、家庭成员和其他人（如教师）进行的结构化和非结构化面谈；2) 由照顾者和孩子完成的、与性别相关的标准化测量，孩子的总体幸福感，认知和交流技能，发育障碍/残疾，家长/照顾者、兄弟姐妹、延伸家庭和同侪的支持和接纳程度，家长压力，童年逆境史，或其它相关问题（APA, 2020; Berg & Edwards-Leeper, 2018; Kaufman & Tishelman, 2018; Srinath, 2019）。

根据家庭特征和/或儿童的发展特点，信息收集的方法也可能从以下几个方面受益：1) 儿童和/或家庭观察，包括结构化和非结构化观察；2) 结构化和视觉支持（visually supported）的评估技术（工作表、自画像、家庭绘画等）（Berg & Edwards-Leeper, 2018）。

声明 7.6

我们建议为多元性别儿童进行评估的医务人员考虑相关的发展因素、神经认知功能和语言能力。

与成人不同，儿童在包括认知、社会、情感和生理在内的多个领域尚在发展过程中。考虑到由此带来的评估的复杂性，必须考虑儿童的发展状况，并根据儿童个体的能力调整评估和互动方法。这包括根据孩子的发展阶段和能力（学龄前儿童、学龄期、青春期前期）定制评估内容，其中包括了使用优先考虑儿童舒适度、语言技能和自我表达方式的语言和评估方法（Berg & Edwards-Leeper, 2018; Srinath, 2019）。例如，在进行评估时，应考虑相关的发展因素，如神经认知差异（如孤独症谱系障碍）和接受性及表达性语言技能。医务人员在不具备特殊技能的情况下，可能需要咨询专家以获得相应的指导（Strang et al., 2021）。

声明 7.7

我们建议为多元性别儿童进行评估的医务人员考虑那些可能限制儿童和/或家人/照顾者准确报告其性别认同/性别表达的因素。

在对多元性别的儿童和家庭进行评估时，医务人员需要考虑到一系列发展、情感和环境因素，这些因素可能会限制儿童、照顾者、兄弟姐妹或其他人的陈述，或影响这些人与性别相关的信念体系（Riggs & Bartholomaeus, 2018）。与所有儿童心理评估一样，环境和家人/照顾者的反应（如惩罚）以及认知和社会因素可能会影响孩子对直接讨论某些因素（包括性别认同和相关问题）的舒适度和/或能力（Srinath, 2019）。同样地，家庭成员可能会感到受到限制，无法自由表达其疑虑和想法，这取决于家庭冲突、家庭动力学状况或其他影响因素（如文化/宗教，以及来自家族的压力）（Riggs & Bartholomaeus, 2018）。

声明 7.8

我们建议家人和医务人员在认为这将有益于儿童和/或家人的幸福感和发展时，能为多元性别儿童及其家人/照顾者提供咨询和/或心理治疗。

心理治疗的目标绝不应该是改变孩子的性别认同 (APA, 2021; Ashley, 2019b; Paré, 2020; SAMHSA, 2015; UN Human Rights Council, 2020)，无论是隐蔽还是公开地。并非所有多元性别的儿童或其家人都需要心理健康专业人士的介入，因为多元性别特质不是心理健康障碍 (Pediatric Endocrine Society, 2020; Telfer et al., 2018)。然而，当存在心理痛苦或家长表达了疑虑以求改善心理社会健康并防止进一步的痛苦时，寻求心理治疗通常是合适且有帮助的 (APA, 2015)。以下是考虑为多元性别儿童及其家人寻求心理治疗的一些常见原因：1) 孩子在性别认同方面存在显著的冲突、困惑、压力或痛苦，或需要一个安全的空间来探索自己的性别 (Ehrensaft, 2018; Spivey & Edwards-Leeper, 2019)；2) 孩子面临外部压力，要求其以与自我认知、愿望和信念相冲突的方式表达性别 (APA, 2015)；3) 孩子面临心理健康问题，无论是否与性别有关 (Barrow & Apostle, 2018)；4) 孩子能够通过增强心理韧性而更好地面对针对其性别认同或表达的负面环境反应 (Craig & Auston, 2018; Malpas et al., 2018)；5) 孩子可能正在经历心理健康和/或环境问题，包括家庭系统问题，而这些问题可能被误认为是性别一致或不一致问题 (Berg & Edwards-Leeper, 2018)；6) 孩子表示希望接触心理保健专家以获得与性别有关的支持。在这些情况下，心理治疗将侧重于支持孩子，并认识到需要根据情况将孩子的家长/照顾者和潜在的其他家庭成员纳入这一过程中 (APA, 2015; Ehrensaft, 2018; McLaughlin & Sharp, 2018)。除非存在禁忌，否则家长/照顾者在一定程度上参与青春期前儿童的心理治疗过程是非常有帮助的，因为家庭因素往往是儿童幸福感的核心。虽然在涉及多元性别儿童的研究中尚未得到深入探讨，但关注兄弟姐妹与

多元性别儿童之间的关系可能非常重要 (Pariseau et al., 2019; Parker & Davis-McCabe, 2021)。

医务人员应该采用量身定制的干预措施，旨在：1) 培养保护性的社交和情绪应对技能，以在儿童的性别认同和/或表达面临潜在负面反应时增强心理韧性 (Craig & Austin, 2016; Malpas et al., 2018; Spencer, Berg et al., 2021)；2) 合作解决社交问题，以减少性别少数群体压力 (Barrow & Apostle, 2018; Tishelman & Neumann-Mascis, 2018)；3) 加强对孩子和/或直系和延伸家庭成员的环境支持 (Kaufman & Tishelman, 2018)；4) 为孩子提供进一步理解其内在性别体验的机会 (APA, 2015; Barrow & Apostle, 2018; Ehrensaft, 2018; Malpas et al., 2018; McLaughlin & Sharp, 2018)。当需要时，医务人员与多元性别儿童及其家庭建立持久关系是有益的。这使得儿童/家庭能够在整个童年期建立长期的信任关系，而医务人员也可以在儿童成长并出现不同的挑战或需求时，为儿童/家庭提供支持和指导 (Spencer, Berg et al., 2021; Murchison et al., 2016)。除上述之外，在资源允许的情况下，对于神经多样性儿童，具备同时处理神经发育差异和性别问题技能的医务人员是最合适的 (Strang et al., 2021)。

如文献所述，在很多情况下，青春期前儿童的家长/照顾者、兄弟姐妹和扩展家庭成员自身可能会寻求心理治疗 (Ehrensaft, 2018; Malpas et al., 2018; McLaughlin & Sharp, 2018)。如下所述，一位或多位家庭成员寻求此类治疗的常见动机是：1) 希望了解性别发展的知识 (Spivey & Edwards-Leeper, 2019)；2) 对孩子的性别认同和/或表达感到十分困惑或有显著的压力 (Ashley, 2019c; Ehrensaft, 2018)；3) 需要就与多元性别儿童有关的情绪和行为问题获得指导 (Barrow & Apostle, 2018)；4) 需要在家庭外 (如学校、体育、营地) 营造认同的环境时获得支持 (Kaufman & Tishelman, 2018)；5) 寻求协助以便在社会过渡方面做出知情决策，如怎样

以最优的方式促进孩子的性别发展和健康 (Lev & Wolf-Gould, 2018) ; 6) 就如何处理来自他人 (包括政治实体和相应的法律) 的非难寻求指导, 特别是针对家人对多元性别孩子的支持 (由于其性别肯定决策, 家长/照顾者可能遭到来自社会环境的负面反应, 有时可能包括排斥、骚扰或虐待等行为) (Hidalgo & Chen, 2019) ; 7) 寻求应对自身对孩子的性别认同的情绪反应和需求, 包括对孩子多元性别特质感到的悲痛和/或对孩子目前和未来幸福的恐惧或焦虑 (Pullen Sansfaçon et al., 2019) ; 8) 因孩子的多元性别特质而在情感上感到苦恼和/或其他家庭成员发生冲突 (如果需要, 医务人员可以为家长/照顾者、兄弟姐妹和延伸家庭成员提供单独的治疗时段, 以提供支持、指导和/或心理教育) (McLaughlin & Sharp, 2018; Pullen Sansfaçon et al., 2019; Spivey & Edwards-Leeper, 2019)。

声明 7.9

我们建议为多元性别儿童及其家人/照顾者提供咨询和/或心理治疗的医务人员与其他对孩子重要的环境和个人合作, 以促进孩子的心理韧性和情感健康。

根据上述生态学模型以及个人/家庭情况, 在适当情况下, 医务人员可优先与孩子生活中的其他重要的人 (如教师、教练、宗教领袖) 合作, 从而在不同环境下 (如学校环境、体育和其他娱乐活动中、宗教活动中) 促进情感和身体安全, 这可能会带来极大的帮助 (Kaufman & Tishelman, 2018)。治疗和/或支持小组对家人/照顾者和/或对多元性别儿童本身而言常常是宝贵的资源 (Coolhart, 2018; Horton et al., 2021; Malpas et al., 2018; Murchison et al., 2016)。

声明 7.10

我们建议为多元性别儿童及其家人/照顾者提供咨询和/或心理治疗的医务人员, 向双方提供适龄的关于性别发展的心理教育。

家长/照顾者及其多元性别儿童应该有机会增加其知识, 了解家人/照顾者如何能够以最好的方式支持孩子, 从而最大限度地提高心理韧性、自我意识和功能 (APA, 2015; Ehrensaft, 2018; Malpas, 2018; Spivey & Edwards-Leeper, 2019)。医务人员不可能也不应该准确预测一个孩子最终的性别认同。相反, 医务人员的职责是为孩子的身份认同随时间推移的发展和演变提供一个安全的空间, 而不是试图在性别方面使其偏向特定发展轨迹 (APA, 2015; Spivey & Edwards-Leeper, 2019)。多元性别的儿童和早期青少年与年龄较大的青少年相比, 有不同的社会和生理需求和经验, 这些差异应反映在医务人员为每个孩子和家庭提供的个性化方法中 (Keo-Meir & Ehrensaft, 2018; Spencer, Berg et al., 2021)。

家长/照顾者及其孩子也应该有机会通过适龄的心理教育来增加对性别发展和基本的性别知识的了解 (Berg & Edwards-Leeper, 2018; Rider, Vencill et al., 2019; Spencer, Berg et al., 2021)。基本的性别知识包括理解出生时受指派性别、性别认同和性别表达之间的区别, 包括三者共同作用于每个孩子的独特方式 (Berg & Edwards-Leeper, 2018; Rider, Vencill et al., 2019; Spencer, Berg et al., 2021)。随着性别知识的增长, 孩子开始理解身体部位不一定会定义其性别认同和/或性别表达 (Berg & Edwards-Leeper, 2018; Rider, Vencill et al.; Spencer, Berg et al., 2021)。基本的性别知识还包括学习识别社会中与性别有关的信息和经验。随着孩子获得性别知识, 可以更积极地看待自己发展中的性别认同和性别表达, 提高心理韧性和自尊, 并减少受到环境的负面反应时可能感到的耻辱感。对于孩子的重兄弟姐妹和延伸家庭成员而言, 通过心理教育获得性别知识也很重要 (Rider, Vencill et al., 2019; Spencer, Berg et al., 2021)。

声明 7.11

我们建议医务人员在接近青春期时向多元性别儿童及其家人/照顾者提供有关可能的性别肯定医疗干预，这些措施对未来生育力的影响，以及生育力保存的选项等信息。

随着孩子的成长和青春期的到来，医务人员应该优先与孩子及其家长/照顾者合作，进行有关青春期的心理教育，参与对可能的性别肯定医疗干预的共同决策，并探讨医疗干预对生育方面和其它生殖健康方面的影响（Nahata, Quinn et al., 2018; Spencer, Berg et al., 2021）。尽管目前评估此类干预的实证研究非常有限，专家共识和发育生理学文献一般支持这样一种观点，即在儿童迎来青春期时，与儿童进行针对其身体和对青春期生理改变所做准备的开放性沟通，以及抱有对其性别予以肯定的接纳的态度，能够提高心理韧性并帮助培育对性的积极态度（Spencer, Berg et al., 2019）。此类讨论可能会有所扩展（如提前开始），以包容神经发育差异儿童，从而确保有足够的时间进行思考和理解，特别是当涉及未来的性别肯定医疗选择时（Strang, Jarin et al., 2018）。这些讨论可能涉及以下主题：

- 了解身体部位及其不同功能；
- 在进行或不进行医疗干预的情况下，身体随时间推移发生变化的方式；
- 医疗干预对随后的性功能和生育力的影响；
- 青春期阻滞对以后的潜在医疗干预的影响；
- 承认目前在某些领域缺乏与青春期阻滞的影响有关的临床数据；
- 在青春期前进行适当的性教育的重要性。

这些讨论应该采用适合儿童发展水平的语言和教学风格，并针对每个儿童的具体需求加以调整（Spencer, Berg et al., 2021）。

声明 7.12

我们建议家长/照顾者和医务人员向那些希望被认同为与其内在性别认同相符的性别的儿童给予支持性的回应。

社会性别过渡是指一个孩子被他人承认，并有机会在所有或特定情境下以其被肯定的性别认同公开地生活。并不存在一些特定的方式或行为定义这一过程（Ehrensaft et al., 2018）。

社会性别过渡在过去常常被理解为二元的过程——女孩过渡到男孩，男孩过渡到女孩。这一概念已经扩展到包括那些过渡为非二元或个性化性别认同的儿童（Chew et al., 2020; Clark et al., 2018）。新的研究表明，社会过渡过程可能对一些青春期前儿童起到保护作用，并有助于培养积极的心理健康和幸福感（Durwood et al., 2017; Gibson et al., 2021; Olson et al., 2016）。因此，认识到儿童的性别可能是流动的并会随时间发展（Edwards-Leeper et al., 2016; Ehrensaft, 2018; Steensma, Kreukels et al., 2013）不足以成为拒绝或阻止青春期前儿童进行有益的社会过渡的充分理由。性别认同的演变可能会在进行了部分或完全的社会过渡之后仍然继续（Ashley, 2019e; Edwards-Leeper et al., 2018; Ehrensaft, 2020; Ehrensaft et al., 2018; Spivey & Edwards-Leeper, 2019）。尽管实证数据仍然有限，但现有研究表明，那些在多元性别特质方面表现最坚定的儿童最有可能在将来保持多元性别认同，包括在青春期前进行社会过渡的儿童（Olson et al., 2022; Rae et al., 2019; Steensma, McGuire et al., 2013）。因此，在考虑社会过渡时，我们提议家长/照顾者和医务人员特别注意那些一贯且经常持续地表达与出生时受指派性别不相符的性别认同的儿童。这包括那些明确要求或希望与其表达更相符的性别认同得到社会承认的儿童，以及那些体验到其性别与出生时受指派性别不一致时表现出痛苦的儿童（Rae et al., 2019; Steensma, Kreukels et al., 2013）。

尽管有关社会过渡最佳实践的实证文献不足，但临床文献和专业知识提供了以下几个重视儿童最佳利益的指导内容（Ashley, 2019e; Ehrensaft, 2018; Ehrensaft et al., 2018; Murchison et al., 2016; Telfer et al., 2018）：1) 社会过渡应该由孩子提出，并反映出孩子在决定开始社会过渡过程时的愿望；2) 医务人员可以帮助探讨社会过渡的优势/益处以及潜在挑战；3) 社会过渡最好在所有或特定（如学校、家庭）情境/环境中发生；4) 孩子可以选择性地与他人披露其进行了社会过渡，或者通常在家长/照顾者的帮助下指定一组人分享这一消息。

总之，进行社会过渡时，如果考虑到每个孩子的具体情况并且该过程经过深思熟虑，则很可能对孩子的福祉产生积极影响。一个孩子的社会过渡状态（以及性别）可能随时间演变，不一定是静态的，而是最能反映孩子对当前性别身份的自我认知以及为表达这一身份所期望的行为的交叉点（Ehrensaft et al., 2018）。

社会过渡过程可能包括符合孩子肯定的性别身份的一项或多项行动（Ehrensaft et al., 2018），包括：

- 名称变更；
- 代词变化；
- 改变性别标记（如出生证、身份证、护照、学校和医疗文件等）；
- 参加按性别划分的项目（如运动队、娱乐俱乐部和营地、学校等）；
- 使用洗手间和更衣室；
- 个人表达（如发型、服装选择等）；
- 向他人传达所肯定的性别（如社交媒体、在教室或学校公开宣告、给延伸家庭或社会关系写信等）。

声明 7.13

我们建议医务人员和家长/照顾者在青春期前的年龄段支持孩子继续探索自己的性别，无论是否进行社会过渡。

对于已经进行社会过渡的儿童而言，让其在整个童年期间获得和其他儿童一样的机会来思考性别的意义和表达是非常重要的（Ashley 2019e; Spencer, Berg et al., 2021）。一些研究表明，在社会过渡后，儿童可能会经历性别流动性甚至进行逆性别过渡。研究并未确定逆性别过渡最可能发生在生命的哪个阶段，或者最终有多少青少年会经历性别流动性和/或希望进行逆性别过渡，这可能是由于个体性别发生演变，也可能由于其它原因（如安全问题和性别少数群体压力）（Olson et al., 2022; Steensma, Kreukels et al., 2013）。在美国，最近的一份研究表明二元的社会过渡后五年内，只有少数青少年经历了逆性别过渡（Olson et al., 2022）；进一步对这些青少年进行跟踪随访将会有所帮助。这项研究仅针对在美国的少量自我选择的参与者，所以可能不适用于所有多元性别的儿童，因此重复这项研究是很重要的。总之，对于预测儿童的性别认同和表达如何随时间的推移而改变，以及一些儿童是否或为什么会发生逆性别过渡，我们的能力很有限。此外，并不是所有多元性别的儿童都希望探索其性别（Telfer et al., 2018）。顺性别儿童并不需要进行这种探索，因此如果试图强迫多元性别儿童进行此类探索，而儿童自身并没有明确表明这一意愿或表示欢迎，则这种做法可能被认为是病理化、侵入性和/或顺性别本位主义的（Ansara & Hegarty, 2012; Bartholomaeus et al., 2021; Oliphant et al., 2018）。

声明 7.14

我们建议医务人员与正在考虑社会过渡的家庭探讨社会过渡的潜在益处和风险。

青春期前儿童的社会过渡包括多种多样的选择。这是一个持续的、个性化的过程，需要考虑孩子的愿望和其它心理社会因素（Ehrensaft, 2018），作出决定时需要权衡和讨论可能带来的益处和挑战。

临床文献（如 Ehrensaft et al., 2018）和研究（Fast & Olson, 2018; Rae et al., 2019）指出社会过

渡可能带来潜在的益处，包括促进性别一致性、减轻性别烦躁和增强心理社会适应与幸福感（Ehrensaft et al., 2018）。研究表明，完成社会过渡的多元性别儿童在心理健康方面与同龄的顺性别兄弟姐妹和同侪的特征基本相似（Durwood et al., 2017）。以往对多元性别儿童和青少年的研究一致地观察到一些心理健康问题，而这项研究的发现与之有明显不同（Barrow & Apostle, 2018），这表明社会过渡的影响可能是积极的。此外，儿童的社会过渡通常只能在家长/监护人的支持和接纳下进行，而这也被证实有助于促进多元性别儿童的幸福（Durwood et al., 2021; Malpas et al., 2018; Pariseau et al., 2019），尽管其它形式的支持，如学校支持，也被证明是重要的（Durwood et al., 2021; Turban, King et al., 2021）。在以下情况下，医务人员应与儿童和家人探讨社会过渡的潜在益处：1）孩子持续、稳定地表达了与出生时被指派的性别不符的性别认同（Fast & Olson, 2018）。这应区别于多元性别的表达/行为/兴趣（如玩的玩具，通过选择服装或外貌特征进行的自我表达，和/或参与的在二元性别模式中通常与另一性别在社会定义上相关联的活动）（Ehrensaft, 2018; Ehrensaft et al., 2018）；2）孩子表达了强烈的过渡至其认为的真实性别的愿望或需求（Ehrensaft et al., 2018; Fast & Olson, 2018; Rae et al., 2019）；3）在过渡期间和之后，孩子将保持情感上的稳定和身体上的安全（Brown & Mar, 2018）。需要考虑偏见和歧视问题，特别是在那些对多元性别特质接纳程度有限或完全被禁止的地区（Brown & Mar, 2018; Hendricks & Testa, 2012; Turban, King et al., 2021）。值得注意的是，不进行社会过渡的多元性别儿童也可能面临风险，包括：1）因被认为不符合社群规定的性别角色和/或社会预期的行为模式而遭到排斥或欺凌；2）因为知道自己认知的性别与被要求呈现给世界的性别不一致而经受内在的压力或痛苦。

为促进性别健康，医务人员应探讨社会过渡的潜在问题。其中一个常常被提到的问题是，担心孩子可能不再考虑其性别认同在成长过程中可能的演变，或者即使孩子不再觉得社会过渡与其当前的性别认同相符，也不愿意再次进行性别过渡（Edwards-Leeper et al., 2016; Ristori & Steensma, 2016）。虽然研究有限，但最近的研究发现，一些完成社会过渡的儿童的家/照顾者可能会与孩子讨论可能的新的性别迭代（如恢复到早期的性别表达），并对这种可能性感到满意（Olson et al., 2019）。另一个经常提到的有关社会过渡的疑虑是，如果孩子恢复到之前与出生时受指派性别相符的性别认同，则可能会遭受负面后果（Chen et al., 2018; Edwards-Leeper et al., 2019; Steensma & Cohen-Kettenis, 2011）。有鉴于此，家/照顾者应该意识到进行社会过渡对儿童可能产生的发展影响。

当考虑或进行社会性别过渡时，医务人员应向家/照顾者提供指导并为孩子提供支持，方法包括：1）在家/照顾者需要并寻求帮助时提供咨询、评估和性别支持；2）如有必要，协助家庭成员理解孩子对社会过渡的愿望以及家庭成员对孩子表达愿望的感受；3）与家/照顾者一同探索并理解其是否认为社会过渡在孩子现在和未来发展方面都有益处，以及如何有益；4）当家/照顾者对社会过渡意见不一致时提供指导，并提供机会共同达成对孩子性别状态和需求的一致理解；5）在如何向他人披露孩子的社会过渡以及如何帮助孩子在各种社交环境中实现过渡（如学校和延伸家庭中）的安全的、支持性的方法方面提供指导；6）在孩子希望的情况下，促进其与同伴就性别和社会过渡进行交流，并加强积极的同伴关系；7）当社会过渡在所有或特定场合下可能不安全或无法得到社会接纳，或当孩子对进行社会过渡有顾虑（即使本身希望进行过渡）时提供指导；有多种原因会导致顾虑，包括恐惧和焦虑；8）与家庭成员和心理健康专业人士合作，以促使社会过渡的过程能够对孩子不断展现的性别发展、整体幸福感以及身体和情感安全

的需求最为有益；9）提供关于孩子的性别随时间可能呈现的不同轨迹的心理教育，为孩子的未来性别身份迭代留下开放的空间，并强调没有必要预测一个人未来的性别认同（Malpas et al., 2018）。

所有这些工作都包含了提高孩子和家庭成员之间的沟通质量，并为所有参与的家庭成员提供机会使其与儿童进行有效的交流。这些关系过程反过来又有助于家长/照顾者为孩子成功做出有关社会过渡是否适宜以及其具体安排的知情决策（Malpas et al., 2018）。

医务人员的一个角色是在儿童和家长/照顾者希望进行社会过渡，但得出结论认为社会环境不会接纳其选择的情况下提供指导和支持，包括：1）帮助家长/照顾者确定和扩大安全空间，使得儿童可以在其中自由表达其真实的性别；2）与家长/照顾者探讨如何倡导其权利、为其发声，从而提高未来社会环境支持度，如果这是一个现实的目标；3）必要时加以干预以帮助儿童/家庭处理由持续抑制真实性别认同和保守这一秘密的需求带来的任何相关痛苦和/或羞耻感；4）建立儿童和家庭的心理韧性，灌输这样的理解：如果社会环境难以接受儿童的社会过渡和所肯定的性别认同，那不是因为儿童有什么缺点，而是因为社会环境对性别的基本知识不足（Ehrensaft et al., 2018）。

声明 7.15

我们提议医务人员考虑与其他专业人员和组织合作，促进多元性别儿童的福祉，并尽可能减少其可能面临的困难。

所有儿童都有权使其性别认同得到支持和尊重（Human Rights Campaign, 2018; Paré, 2020; SAMHSA, 2015）。如上所述，多元性别儿童是一个

特别脆弱的群体（Barrow & Apostle, 2018; Cohen-Kettenis et al., 2003; Giovanardi et al., 2018; Gower, Rider, Coleman et al., 2018; Grossman & D'Augelli, 2007; Hendricks & Testa, 2012; Reisner, Greytak et al., 2015; Ristori & Steensma, 2016; Roberts et al., 2012; Tishelman & Neumann-Mascis, 2018）。医务人员作为倡导者、发声者的职责包括承认健康的社会决定因素对于边缘化的少数群体具有重大影响（Barrow & Mar, 2018; Hendricks & Testa, 2012）。所有医务人员都能以支持儿童及其家庭的方式承担倡导的责任（APA, 2015; Malpas et al., 2018）。一些医务人员可能超越其个人诊所或医疗项目，常与包括家长/照顾者、盟友和年轻人在内的利益相关者合作，在更大的社群中倡导多元性别儿童的权益（Kaufman & Tishelman, 2018; Lopez et al., 2017; Vanderburgh, 2009）。这些努力对提升儿童的性别健康和促进其公民权利至关重要（Lopez et al., 2017）。

在学校、立法机构、司法机构和媒体中，医务人员的声音是必不可少的（Kuvallanka et al., 2019; Lopez et al., 2017; Whyatt-Sames, 2017; Vanderburgh, 2009）。此外，成年人、同侪和媒体可能频繁地有意或无意地传达出对多元性别儿童经历的否认态度，而医务人员在认识和应对这些否定态度方面可能能够起到更广泛的为之发声的作用（Rafferty et al., 2018）。就多元性别儿童的需求和权利以及歧视性的、跨性别恐惧的规则、法律和规范所造成的伤害，拥有技能且处于适当场合的专业人士可以提供清晰的、非病理化的声明和陈述（Rafferty et al., 2018）。

第八章 非二元性别

非二元性别是一个伞状术语，用来指代那些对于自身性别的体验在二元性别之外的人。非二元性别一词主要与北方世界的文化语境有关，但也不总是如此，且也可以被用来描述原住民的以及非西方的性别身份。非二元一词所涵盖的人群包括：同一时间或不同时间具有不止一种性别认同的人，如双性别（bigender）；没有任何性别认同或具有中性的性别认同的人，如无性别（agender）或中性（neutrois）；具有包含或混合了多种性别元素的性别认同的人，如多性别（polygender），半男孩（demiboy），半女孩（demigirl）；还有具有随着时间流动而变化性别的人，如流性别（genderfluid）（Kuper et al., 2014; Richards et al., 2016; Richards et al., 2017; Vincent, 2019）。非二元性别人群可能在不同程度上认同二元性的性别，如非二元男性/女性，或认同多性别相关的用语，如非二元流性别（James et al., 2016; Kuper et al., 2012）。非二元本身也可以作为一种性别认同（Vincent, 2020）。须知此处无法给出一个完整的列表，即使是同样的身份对于不同的人也可能有不同的含义，而且这些词语的用法也可能随着时间和地点不同而有所差异。

性别酷儿（Genderqueer）是一个比非二元性别出现稍早一些的身份类别，首次出现在 20 世纪 90 年代，而非二元性别一词则大约在 2000 年代末首次出现（Nestle et al., 2002; Wilchins, 1995）。性别酷儿有时候可以用作非二元性别的同义词，也可以用来传达一个人性别中的一个特定的、被有意识地政治化的维度。虽然在许多文化背景下，“跨性别”一词是一个伞状术语，包含非二元性别人群，但并不是所有非二元性别者都认为自己是跨性别者，其原因在于这些人认为跨性别是仅在性别二元框架内的概念，或者认为自己“不够跨性别”，所以无法用跨性别这个词描述自己（Garrison, 2018）。有一些非二元性别者对是否要将自己描述为跨性别者存在不确定或矛盾的感受（Darwin, 2020; Vincent, 2019）。

在英语的语境中，非二元性别人群可能会使用中性化的人称代词 they/them/theirs，或者一些新式代词，包括 e/em/eir、ze/zir/hir、er/ers/erself 等（Moser & Devereux, 2019; Vincent, 2018）。一些非二元性别者会同时使用几个不同代词的组合（可能是刻意混用、允许别人自由选择、或在不同的社交场合中使用不同的代词），或者会倾向于完全避免带有性别指向的代词，而是直接使用自己的名字。除此之外，一些非二元性别者会在某些时候或者总是只使用“她”（she/her/hers）或“他”（he/him/hers）这样的代词，而在世界某些地区（尚）不存在对非二元性别人群的描述性用语。非英语语境中，可观察到将这些词语适应于特定文化的调整方式及其演变过程（Attig, 2022; Kirey-Sitnikova, 2021; Zimman, 2020）。另外值得注意的是，一些语言中只使用一种不分性别的代词，而另一些语言中的所有名词都是区分性别的。这些语言之间的差异，很可能会影响非二元性别者在性别认同和与他人互动方面的体验。

最近的研究表明，非二元性别者在广义的跨性别人群中占比达到约 25%至 50%以上，其中青少年样本中报告非二元性别者的比例最高（Burgwal et al., 2019; James et al., 2016; Watson, 2020）。在最近对成年跨性别人群的研究中，非二元性别者通常比跨性别男性和跨性别女性的年龄更小；在包含了青少年和成年人的研究中，非二元性别者更有可能在出生时被指派为女性（AFAB）。然而，应谨慎解读这些研究结果，因为很可能存在许多复杂的社会文化因素影响这些数据的质量、代表性和准确性（Burgwal et al., 2019; James et al., 2016; Watson, 2020; Wilson & Meyer, 2021）（参见 第三章 相关人口估算）。

将性别认同和性别表达理解为非线性的光谱

非二元性别在历史上和不同文化中一直被广泛认可（Herdt, 1994; McNabb, 2017; Vincent & Manzano, 2017）。许多性别认同类别基于特定文化，因此难以在语言含义的层面上从相应的文化语境中翻译

过来或对应到西方的性别范式中。在历史上,殖民者与具有非西方性别原住民人群之间的互动仍然具有重要意义,因为文化抹杀以及种族歧视和顺性别本位(cisnormality)的交叉性,可能对原住民中多元性别者健康状况相关的社会决定性因素产生不利影响。从20世纪50年代开始,“(社会)性别”(gender)的概念被用于指代社会构建的、与当代西方语境下男性/男人/男性化以及女性/女人/女性化的二元模式相关的行为、活动、外观等方面的分类。然而,如今对于性别理解已经更加广泛,包括许多相互关联但可区分的概念,如被赋予性别意义的生物学特征(sex)、性别角色、性别表达和性别认同(Vincent, 2020)。性别表达中,一些在传统意义上可能被理解为“男性”、“女性”或“中性”的形式,如今在任何性别身份的人身上都可以合理地表达出来,无论其是否为非二元性别者。例如,一位非二元性别者即使采用女性化的性别表达,也并不意味着以后一定会认同自己为女性,或接受与跨性别女性有关的治疗措施,如阴道成形术。一个出生时被指派为男性(AMAB)的非二元性别者可能穿着女性化的服装,使用“她”作为第三人称代词,但保留男性化的名字。既不应该把这样的性别非常规性视为须关切的问题,也不应该认为它反映了临床上的复杂状况。

与二元性别模型相比,将性别视作一个谱系的模型包含了更多的细节。然而,线性的谱系模型仍有很大的局限性,这可能会导致一些对于性别的不加分辨的过度概括。例如,尽管将“二元选项”(男人/男性化,女人/女性化)置于这样一个连续体的两端十分直观,但这样做将男性气质与女性气质对立起来,没有考虑到性别中立的情况、男性气质和女性气质的同时表达,以及性别酷儿或非西方的性别概念。至关重要的是,医务人员不能将非二元性别视为跨性别男性(对于非二元 AFAB 人群)或跨性别女性(对于非二元 AMAB 人群)的“不完整”表现,或直接将其视作“男女光谱上的某一点”;一些非二元性别者认为自己完全超越了男性/女性的二元对立。非线性谱

系表明,不应该为了将某个人定位在一个线性谱系上,而将不同人的性别表达、性别认同或性别肯定相关需求上的差异进行比较。此外,对性别表达的诠释是高度主观且取决于文化的。一个人可能将某物视为高度女性化,而另一个人可能持不同看法(Vincent, 2020)。对医务人员有益的做法是,避免对每个个体如何理解自身性别作出预设,并准备根据其对性别的个人理解以及这一理解与其性别认同、性别表达和任何医疗需求的密切关系来开展工作。

所有跨性别和多元性别(TGD)人群所经历的性别发展过程,无论其与性别二元的关系如何,似乎都有类似的主题(如产生意识、探索、意义的赋予、整合),但在跨性别和非二元性别群体内部和彼此之间,与这些过程相关的时间点、进展和个人经历各不相同(Kuper, Wright et al., 2018; Kuper, Lindley et al., 2019; Tatum et al., 2020)。社会文化和交叉性视角的背景有助于理解性别发展和社会过渡,包括理解个人体验如何被社会和文化背景所塑造,以及它们如何与身份认同及个人体验中的其他领域发生相互作用。

获取性别肯定照护的需求

一些非二元性别者寻求性别肯定照护,通过医疗必要的干预来缓解性别烦躁或不一致并提高对身体的满意度(参见第二章 全球适用性 声明 2.1, 医疗必要性声明)。一些非二元性别者可能觉得某种治疗对其来说是必要的,参见第五章 成年群体的评估(Beek et al., 2015; Jones et al., 2019; Köhler et al., 2018),而另一些人则不这么认为(Burgwal & Motmans, 2021; Nieder, Eyssel et al., 2020);目前仍不清楚非二元性别者中寻求性别肯定照护的人数占比以及这些照护的具体目标。医务人员的职责,是提供有关现有医疗选项(及其是否可用)的信息,这些选项可能有助于缓解性别烦躁或不一致,并提高身体满意度,期间避免预设哪些治疗选择可能对特定个体最为适合。

获取（或不获取）性别肯定医疗干预（包括激素治疗和/或手术）的动机因人而异，且可能十分复杂（Burgwal & Motmans, 2021; Vincent, 2019, 2020），应该在做出对身体进行干预的决定之前共同加以探讨。无法基于一个人的性别角色、表达或认同预测其是否需要接受性别肯定的医疗项目。例如，一些跨性别女性不需要做阴道成形术，而一些 AMAB 的非二元性别者则可能需要并受益于这一治疗措施。此外，一些非二元性别者寻求的性别肯定照护与其从出生时受指派的性别到性别二元意义上另一性别之间的性别过渡途径密切相关（如对 AMAB 个体的雌激素疗法和阴道成形术），而这并不损害其非二元身份的真实性。

许多跨性别者在获得照护方面仍面临广泛的障碍，而非二元性别者似乎在获得心理健康和性别肯定的医疗保健方面面临的困难更为艰巨（Clark et al., 2018; James, 2016）。许多非二元性别者报告称自己有过与不肯定其非二元性别的医务人员接触的经历。在一些此类经历中，医务人员传达了一种观念，认为其性别并不真实合理，或对其提供照护在根本上更加困难（Valentine, 2016; Vincent, 2020）。医务人员可能对非二元性别人群抱有一种预设，即这一群体不需要或不希望接受性别肯定治疗（Kcomt et al., 2020; Vincent, 2020）；同时，为了获得治疗，非二元人群也感到了使其将自己表现为（在二元性别框架内的）跨性别男性或跨性别女性的压力（Bradford et al., 2019; Taylor et al., 2019）。非二元性别者时常会发现自己在向医务人员进行相关宣教，尽管医务人员主要依靠服务对象来汲取知识是不恰当的（Kcomt et al., 2020）。与跨性别男性和跨性别女性相比，Burgwal & Motmans (2021) 发现，非二元性别者更害怕来自医务人员的偏见，对其所提供的服务信心不足，而且更难以知道应去何处寻求照护。欧洲和英国的研究表明，非二元性别者往往比二元的跨性别男性或跨性别女性更倾向于推迟照护，其中最常提及的原因是害怕接受对其需求不敏感或缺乏相应能力的治

疗（Burgwal & Motmans, 2021; Grant et al., 2011）。与其他跨性别群体相比，非二元性别者向其医疗服务提供者表明其性别认同的可能性也更低（Kcomt et al., 2020）。

获得恰当程度支持的需求

为非二元性别者提供性别肯定的照护，不仅仅是提供具体的性别肯定干预措施（如激素治疗或手术），还包括支持非二元性别者的整体健康和发展。有研究采用了少数群体压力模型（minority stress model）并酌情调整，以从概念上理解跨性别人群所经历的与性别有关的压力因素如何与身体和心理健康上的弱势产生关联（Delozier et al., 2020; Testa et al., 2017）。非二元性别群体似乎同样承受着作为少数群体所带来的压力因素，但这些压力因素与跨性别男性和跨性别女性经历的压力既有相似之处又有不同点。Johnson (2020) 报告称，非二元性别者尤其容易遭遇否定，例如，一些言辞或行为会传达一种观念，认为非二元身份不是“真实的”，或者只是一种“潮流”或“成长阶段”的结果，而且非二元性别者似乎比跨性别男性和跨性别女性更不太可能让别人使用其正确的代称。类似地，非二元性别者也描述了对他人“隐身”的感觉（Conlin, 2019; Taylor, 2018），且一项研究发现，与青少年跨性别男性和跨性别女性相比，非二元性别青少年报告的自尊水平更低（Thorne, Witcomb et al., 2019）。

虽然许多 TGD 人群报告了歧视、迫害和社交拒绝的经历（James, 2016），包括青少年样本内的欺凌（Human Rights Campaign, 2018; Witcomb et al., 2019），但这些经历的普遍性可能在不同群体中有所不同，并且似乎受到其它交叉性特征的影响。例如，Newcomb (2020) 发现跨性别女性和 AMAB 的非二元青少年遭遇的迫害水平高于跨性别男性和 AFAB 的非二元青少年，而 AMAB 的非二元青少年报告的创伤压力水平最高。在另一项研究中，Poquiz (2021) 发现跨性别男性和跨性别女性比非二元性别者经历的歧视水平更高。这种交叉的复杂性，也可能

导致了对非二元性别者、跨性别男性及跨性别女性之间身心健康进行比较的研究结果的变异性，其中一些研究表明非二元性别者的身心健康问题更多，另一些表明问题更少，还有一些表明各群体之间没有差异（Scandurra, 2019）。

鉴于非二元身份叙事相比二元导向的身份叙事更加少见，非二元性别者可能在探索和阐述其与性别有关的自我意识方面可用的资源较少。此类资源可能包括接触可以探索非二元身份的社群空间和人际关系，或使用能够用来更细致地考虑非二元体验的语言和概念（Bradford et al, 2018; Fiani & Han, 2019; Galupo et al, 2019）。目前临床指南正在开发中，来协助医疗服务提供者调整性别肯定的照护方法，以满足非二元性别者的独特体验（Matsuno, 2019; Rider, Vencill et al., 2019）。

针对非二元性别人群的性别肯定医疗干预

在特定的医疗干预没有既定先例的情况下，重要的是在考虑干预之前，向个人提供现有信息的概述，包括承认潜在的知识盲区。同样重要的是要全面探讨并记录所需的身体变化和实现手段上的局限性，以及任何特定干预措施是否会帮助个体表达其性别。

关于 AMAB 的非二元性别者的雌激素治疗，重要的是要注意，乳房发育的可能性是无法避免的（Seal, 2017）。虽然其发育很大程度上因人而异，但如果非二元性别者寻求与雌激素治疗相关的一些其它变化（如追求皮肤细腻和减少面部毛发生长），但不希望乳房发育或对其感到模棱两可，这一点应得到明确说明。同样，AFAB 的非二元性别者可能希望使用睾酮带来的一些变化，但不希望其他伴随的变化，那么应该认识到，如果需要面部毛发的生长，生殖器的生长是不可避免的（Seal, 2017）。服用睾酮带来的变化也可能包括不可逆的嗓音音调下降，尽管每个人的变化程度不同（Vincent, 2019; Ziegler et al., 2018）。

另一种难以完成的诉求是希望嗓音音调下降的同时避免体毛增多。对于一些非二元性别者来说，脱毛是其性别肯定的一个非常重要的部分（Cocchetti, Ristori, Romani et al., 2020）。

如果停止激素治疗，并仍保留性腺，那么随着性腺激素再次发挥作用，许多身体变化将恢复到激素治疗前的状态，其中包括 AFAB 非二元性别者的闭经和体毛生长的逆转，以及 AMAB 非二元性别者的肌肉发育以及勃起功能障碍的减弱。其它一些变化将是永久性的，如 AFAB 非二元性别者的雄激素性脱发、生殖器生长和面部毛发生长，或 AMAB 非二元性别者的乳房发育（Hembree et al, 2017）。这些特征需要进一步的干预措施（如电针脱毛法或乳房切除）才能扭转，因此有时被描述为“部分可逆”（Coleman et al., 2012）。由于在该群体中使用低剂量激素治疗的影响尚无充分研究，因此如果要使用低剂量激素治疗，必须考虑监测心血管风险和骨骼健康状况。参见第十二章 激素治疗。

如果睾酮和雌激素两者相关的表达均不需要，可以考虑抑制雌激素和/或睾酮的产生。应讨论其对心血管风险增加、骨质疏松和抑郁症风险的影响，并采取措施减轻这些风险（Brett et al, 2007; Vale et al, 2010; Wassersug & Johnson, 2007）。参见第九章 Eunuch 和第十二章 激素治疗。医疗和/或社会过渡以及对激素和/或手术的探索都分别是彼此独立的，且每个人应该都可以获取，无论这个人是跨性别男性、跨性别女性，还是非二元性别者。

本章中的所有建议声明，都基于对证据的全面审查，对益处和危害的评估，服务提供者和服务对象的价值观和偏好，以及资源的消耗和可行性。在一些情况下，我们承认证据有限且/或服务可能无法获得，或并不理想。

建议声明

- 8.1 我们建议医务人员为非二元性别者提供肯定其性别体验的、个性化的评估和治疗。
- 8.2 我们建议医务人员可以在没有社会性别过渡的情况下，考虑对非二元性别者提供性别肯定的医疗干预（激素治疗或手术）。
- 8.3 我们建议医务人员即使在没有激素治疗的情况下也可考虑提供性别肯定的手术干预，除非需要激素治疗才能达到预期的手术效果。
- 8.4 我们建议医务人员在开始激素治疗或手术前，向非二元性别者提供有关激素治疗/手术对未来生育力的影响的相关信息，并讨论生育力保存的选项。

声明 8.1

我们建议医务人员为非二元性别者提供肯定其性别体验的、个性化的评估和治疗。

对非二元性别者进行个体化评估，首先要了解其如何感知自己的性别，以及这对其所寻求照护的目标有何影响。个人如何在概念上理解自己的性别相关体验，在不同的群体和文化中可能有所不同，并可能包含与其身份的其它交叉方面（如年龄、性倾向、种族、民族、社会经济地位、残障状况）相关的体验（Kuper et al., 2014; Subramanian et al., 2016）。

医务人员应该避免对任何服务对象的性别认同、表达或照护需求做出先验的假设，且应该注意到服务对象的非二元性别体验可能与评估和治疗相关的目标有关，也可能无关。应在多详细的程度上探讨一位来访者的性别认同，取决于其性别认同与治疗目标相关的程度。例如，当为一个与性别完全无关的问题寻求治疗时，只需确定正确的名字和人称代词就足够了（Knutson et al., 2019）。当处理一项与当前或过去的激素或手术状态有关的问题时，则可能需要更多的细节，即使该问题本身与性别并无关系。

临床环境需要具备包容性，体现性别的多样性，并肯定非二元性别者的性别体验，才能被认为具有在当地背景下开展工作的文化能力。确保医疗机构和服务提供者的信息（例如网站）、表格（例如接诊问卷）和其它材料能够包容非二元性别身份和体验，这能够体现出对非二元性别者的欢迎和认可（Hagen & Ga-

lupo, 2014）。使用自由文本填空来记录性别认同和人称代词比使用列表选项更具包容性。在接待处确保隐私性，（在有必要的文化背景下）在数据库中提供列出法律层面的姓名之外的替代选项，建立性别中立的洗手间，以及在等候室呼叫姓名时提供法律层面姓名之外的替代选项，也都是跨性别和多元性别（TGD）文化胜任力的范例（Burgwal et al., 2021）。在医疗环境中，在最初询问并使用姓名、人称代词和其它与性别有关用语方面的偏好并在此之后定期更新是很重要的，因为它们可能会随着时间和环境变化而发生改变。

鼓励医务人员采用注重个体的力量和韧性的方法。有越来越多的批评意见指出医务人员过度关注与性别有关的痛苦，但自我肯定和获得照护所带来的舒适、快乐和自我实现的体验也很重要（Ashley, 2019a; Benestad, 2010）。除了在必要时利用诊断来促进照护的获取外，也鼓励医务人员与服务对象合作探索更广泛意义上的潜在的性别相关体验，以及它们如何与治疗方案相关联（Motmans et al., 2019）。对于TGD人群而言，支持性关系、参与包含“同类”的社群以及身份自豪感等与韧性有关的因素是必须考虑的，因为它们与一系列积极的健康结果相关联（Bowling et al., 2019; Budge, 2015; Johns et al., 2018）。

意识到医务人员传统上用于评估跨性别人群中性别烦躁体验的工具存在局限性有重要意义，因为这些局限性对许多非二元性别者而言尤为突出。其中一个问

题是，大多数与性别有关的测量方法，如基于回忆的性别认同量表（Recalled Gender Identity Scale）及乌得勒支性别烦躁量表（Utrecht Gender Dysphoria Scale），都假定个体以二元方式体验其性别。虽然目前已经出现了一些新的测量方法，来试图更好地捕捉非二元性别者的体验（McGuire et al., 2018; McGuire et al., 2020），开放式的讨论更有可能能够为每个个体独特的性别烦躁体验和相关的照护需求提供更深入、更准确的理解。与之类似的是，虽然最新版的诊断类别（即 DSM-5 中的“性别烦躁”和 ICD-11 中的“性别不一致”）试图囊括对性别有非二元体验的人，但它们可能未充分捕捉到性别相关痛苦体验的多样性和广泛的范围，特别是对于非二元性别人群而言。除了与个体的身体和外表现（可能包括存在或不存在的特征）有关的痛苦外，痛苦还可能来自于其如何体验自己的性别，其性别在社会环境中被如何看待，以及与其性别相关的少数群体压力的体验（Winters & Ehrbar, 2010）。非二元性别者在这些方面的经历可能与跨性别男性或跨性别女性的经历相类似，也可能不同。

以人为中心的性别肯定照护方法包括具体讨论不同的干预措施可能如何改变（或不能改变）服务对象对其自身性别体验的舒适度，以及其性别如何为他人所感知。对非二元性别者而言，将其个人身份认同与现有医疗手段的局限性相协调可能会带来困难，也可能遇到社会环境对其性别表现存在困惑和拒绝接纳的状况（Taylor et al., 2019）。最近的研究表明，非二元性别者的医疗需求尤为多样化，有些报告需要在传统上通常与跨性别男性和女性相关的过渡过程有关的治疗，有些需要其它方法（如使用低剂量激素治疗及不进行激素治疗的情况下进行手术），有些对医疗干预缺乏兴趣，而有些对其需求感到模棱两可（Burgwal & Motmans, 2021; James et al., 2016）。鉴于与性别有关的经验和相关的需求可能在整个生命周期内产生变化，在将评估理解为一持续过程的概念尤为重要。鉴于治疗方案的种类和与治疗效果相关的

知识仍在不断发展，服务对象将受益于那些能定期主动获取最新的知识并将其传达给服务对象的医务人员，对非二元性别者而言尤为如此。

声明 8.2

我们建议医务人员可以在没有社会性别过渡的情况下，考虑对非二元性别者提供性别肯定的医疗干预（激素治疗或手术）。

先前获得激素治疗和要求，如“以符合个人性别认同的性别角色生活”，并不能反映出许多 TGD 人群的真实生活体验（Coleman et al., 2012）。由于大多数当代西方文化中性别二元论根深蒂固，在大多数情况下，一个人通常只能被别人理解为男性或女性（Butler, 1993）。因此，非二元性别的实例和非二元的性别表达很少为人所见、为人所理解。这是因为人们几乎总是在二元性别的框架内理解性别相关的表现或线索（Butler, 1993）。目前，非二元性别者的性别很难通过与其性别表达相关的视觉线索（如服装、头发）可靠地加以识别。然而，通过混合或结合具有传统男性或女性内涵的文化标记，可以传达出性别中立或性别非常规的内涵。因为在大多数当代西方、全球北方的文化背景下，缺乏公认的“非二元分类”，表现其非二元性别身份往往意味着必须与他人明确说明自己的性别，或利用可能被理解为性别非常规（但不一定是非二元）的线索。

由于这些原因，将医疗保健服务的获取置于一个人会经历“社会性别过渡”（即“以符合个人性别认同的性别角色生活”）的背景框架下理解，与许多 TGD 群体对于其自身及自身的性别过渡过程的实际理解方式是不一致的。对一些人而言，“以符合自己性别认同的性别角色生活”并不涉及姓名、人称代词或性别表达的改变，尽管医疗干预可能是必要的。即使一个人能够以符合其性别认同的方式生活，如果不直接从这个人本人那里了解其如何理解自己这方面的体验，外部观察者很难评估这一点。在考虑是否接受性别肯定照护（如激素和手术）的条件时，对“社会性别过

渡”的期望可能有害无益，而对“社会性别角色过渡”“应该”是什么样子的僵化期望，可能成为非二元性别者获取照护的障碍。逻辑上来说，并不存在某种要求，只有在一个人在法律层面上更改了名字、改变了身份文件上的性别标记或者穿或不穿特定的衣物时，才能进行性别肯定的医疗干预措施。非二元性别者难以获得法律文件对其性别的认可，这可能会对其心理健康或幸福感产生负面影响（Goetz & Arcomano, 2021）。若能在获得（或保留）偏好的性别标记方面得到具体的帮助，TGD 人群会因而获益。要求一个人在其生活的所有圈子（家庭、工作、学校等）中披露其性别认同以获得医疗服务，可能并不符合其目标，并且如果这样做不甚安全的话，还可能使其处于危险之中。

声明 8.3

我们建议医务人员即使在没有激素治疗的情况下也可考虑提供性别肯定的手术干预，除非需要激素治疗才能达到预期的手术效果。

对于诸多的手术干预，“先激素后手术”的过程是一种可能的选择。有些非二元性别者会寻求性别肯定的手术治疗，以缓解性别不一致、提高身体满意度（Beek et al., 2015; Burgwal & Motmans, 2021; Jones et al., 2019; Koehler et al., 2018），但不希望接受激素治疗，或因其它医疗原因无法接受激素治疗（Nieder, Eyssel et al., 2020）。目前，有多少比例的非二元性别者适用于这类选项尚不明确。

一种可能与非二元性别者（而不是跨性别男性或顺性别女性）有特定联系的手术是针对未使用睾酮的 AFAB 非二元性别者的乳房切除术，尽管睾酮不是这类手术的必要条件，而一些 AFAB 非二元性别者可能需要缩小乳房（McTernan et al., 2020）。一个可能需要至少一段时间激素治疗的手术例子是阴蒂释放术，它可以进一步延长由睾酮增大的阴蒂。关于各种手术是否需要激素治疗的详细情况，参见 第十三章 手术及术后护理。涉及内生殖器的手术包括子宫切除

术、单侧或双侧输卵管卵巢切除术和阴道切除术。这些手术都不需要激素治疗，但对于那些接受全性腺切除术的人而言，建议进行激素替代治疗（使用雌激素和/或睾酮）以防止对心血管和肌肉骨骼系统产生不良影响（Hembree et al., 2017; Seal, 2017）。对于阴茎成形术，虽然其本身没有对睾酮治疗的最短时间的要求，但阴蒂和小阴唇的男性化发育（或未有这种发育）可能会影响手术技术的选择，并影响手术方案。更多相关信息参见 第十三章 手术及术后护理。

AMAB 的非二元性别个体应被告知，之前没有雌激素治疗历史的情况下，在手术后开始使用雌激素治疗，可能对手术结果有一定的（可能不利的）影响（Kanhai, Hage, Asscheman et al., 1999; Kanhai, Hage, Karim et al., 1999）。要求进行双侧睾丸切除术的 AMAB 非二元性别者不需要雌激素治疗来达到更好的效果（Hembree et al., 2017）。在这些情况下，告知服务对象激素替代疗法（雌激素和/或睾酮）在防止对心血管和肌肉骨骼系统的不利影响方面的风险和益处，以及替代治疗方案如补充钙及维生素 D 以防止骨质疏松症，是一种较好的做法（Hembree et al., 2017; Seal, 2017; Weaver et al., 2016）。对于那些选择放弃激素替代治疗的人，参见 第九章 Eunuch。对于阴道成形术，应告知如果使用了带毛的皮片和皮瓣，缺乏睾酮阻断疗法可能会导致术后阴道内毛发生长（Giltay & Gooren, 2000）。

AMAB 非二元性别者的其他手术要求包括保留阴茎的阴道成形术、保留单侧或双侧睾丸的阴道成形术，以及以去除外生殖器性征为目的的手术（即阴茎切除术、阴囊切除术、睾丸切除术等）。建议外科医生和寻求治疗的个体进行沟通，以了解其目标和期望，以及意图（或要求）进行的手术的益处和局限性，从而在个性化的基础上做出决定，并与其他参与其中的医疗服务提供者合作（如有）。

声明 8.4

我们建议医务人员在开始激素治疗或手术前，向非二元性别者提供有关激素治疗/手术对未来生育力的影响的相关信息，并讨论生育力保存的选项。

所有寻求性别肯定激素疗法的非二元性别者都应得到关于生育选项的信息和指导（Hembree et al, 2017; De Roo et al, 2016; Defreyne, Elaut et al, 2020; Defreyne, van Schuvlenbergh et al, 2020; Nahata et al, 2017; Quinn et al, 2021）。在开始治疗之前，讨论激素治疗对生育力的潜在影响十分重要。这种讨论应包括生育力保存的选项，若停止激素治疗生育力可能或无法恢复的程度，以及激素治疗本身无法实现避孕这一事实。更多相关信息参见 第十六章 生殖健康。

最近的研究表明，非二元性别者更难以获取照护，且其对可能的干预措施的需求更难以得到关注（Beek et al., 2015; Taylor et al., 2019）。因此有理由相信，任何多元性别的个体都应该得到关于当前生育力保存的选项和技术手段的信息，最好是在开始激素治疗之前，因为激素暴露可能会对精子或卵子的质量产生影响（Hamada et al., 2015; Payer et al., 1979）。然而，也绝不应该排除在此之后进行咨询和寻求更多信息的可能性，因为有证据表明，已使用雌激素和睾酮的人仍有生育的可能（Light et al., 2014）。非二元或多元性别个体做出不需要生育力保存或相关咨询的决定不应作为拒绝或推迟进行激素治疗的理由。

第九章 Eunuch¹

在众多受益于性别肯定医疗服务的人群中，自我认同为 Eunuch 的人群是最隐蔽的群体之一。因为 Eunuch 群体的独特表现及其对医疗必要的性别肯定照护的需求，《照护指南》（SOC）的第八版涵盖了对 Eunuch 的讨论（参见 第二章 全球适用性 声明 2.1，医疗必要性声明）。

Eunuch 个体是指出生时被指派为男性（AMAB），并希望消除男性身体特征、生殖器或生殖器功能的人，以及那些睾丸已经通过手术切除或通过化学或物理手段失去功能且认同自己为 Eunuch 的人。这种以认同为基础的定义仅适用于那些接受“Eunuch”一词的人，其他人群不包含在内，如接受过晚期前列腺癌治疗者，和拒绝接受“Eunuch”称呼者。此处关注的是自我认同为 Eunuch 并将其视为多元性别范畴的一部分的群体。

与其他多元性别个体一样，Eunuch 也可能寻求去势手术以更好地使其身体与其性别认同保持一致。因此，Eunuch 个体也是需要医疗必要的性别肯定照护的性别不一致个体（Brett et al., 2007; Johnson et al., 2007; Roberts et al., 2008）。

Eunuch 个体以各种方式认同其性别身份。许多 Eunuch 个体将其视为自己独特的性别认同，而并不归属于其它性别或跨性别身份认同。本章重点关注认同为 Eunuch 的人的治疗和照护。医务人员将会遇到寻求激素干预和/或去势的 Eunuch 个体。这些个体也可能因为其身份认同而受益于 Eunuch 社群，无论其是否实际进行去势。

Eunuch 社群有着约 4000 年的历史，而在现代，大型的在线同伴互助社群中有着关于 Eunuch 认同群体最丰富的相关信息。这样的社群聚集在诸如 1998

年建立的 Eunuch Archive (www.eunuch.org) 等网站内。该网站的管理员也尽力在论坛中维持着医学和历史层面上的准确性，尽管肯定也存在着错误信息。根据网站所记录的数据，截至 2022 年 1 月，来自世界各地的注册会员超过 130,000 人，且浏览者中经常有超过 90% 只是“访客”而并非注册用户。该网站列出了超过 23,000 个主题和近 220,000 个帖子。例如，有两个主题介绍如何通过直接注射不同毒素到睾丸来自行去势，每个主题都包含大约 2,500 个帖子，且总阅读量都超过 100 万次。自 2001 年以来，Eunuch Archive 社群已经在明尼阿波利斯举办了 20 次年度国际聚会，此外还有许多地区性聚会。虽然参与讨论的绝大多数人都对去势的话题很感兴趣，但是认真寻求或已经接受去势的会员仍是少数。许多前 Eunuch Archive 会员已经实现了其目标，不再参与社群活动。

由于对历史上的 Eunuch 存在的误解和偏见，当代 Eunuch 群体的隐秘性，以及影响所有性少数群体的社会污名，很少有 Eunuch 公开出柜，许多人或是不愿意告诉任何人自己的身份认同，而只在线社群中与有相似想法的人分享，或是只为一些家人和朋友所知（Wassersug & Lieberman, 2010）。对 Eunuch 的刻板印象通常非常负面（Lieberman, 2018），Eunuch 可能会遭受与其他受污名化群体相同的少数群体压力（Wassersug & Lieberman, 2010）。因此，研究影响多元性别人群的少数群体压力时也应该涵盖 Eunuch 群体。

目前的建议针对的是那些为自我认同为 Eunuch 的群体提供服务的专业人员（Johnson & Wassersug, 2016; Vale et al., 2010），这一群体要求进行具有医疗必要性的性别肯定医疗。虽然 Eunuch 不是 ICD 或 DSM 中的特定诊断类别，但这是一个有用的概念，

1 译者注：Eunuch 指的是出生时被指派为男性（AMAB），并希望消除男性身体特征、生殖器或生殖器功能的人，以及那些睾丸已经通过手术切除或通过化学或物理手段失去功能且认同自己为 Eunuch 的人。其原有中文翻译并不能表现出这种性别认同的概念，且存在一定污名化。我们在向社群征求意见后并未获得可用翻译方式，故在本指南译文中采用英文原文 Eunuch 表示这一概念。

因为它表达了作为 Eunuch 的具体体验，同时也将其与更广泛的性别不一致体验联系起来。Eunuch 个体在临床上的表现方式各不相同。这些人希望拥有与其 Eunuch 身份认同相符的身体，即一个男性生殖器官缺乏完整功能的身体。一些 Eunuch 个体对其男性生殖器官感到强烈不适，需要将其去除才能感到身体上的舒适（Johnson et al., 2007; Roberts et al., 2008）。另一些人对于拥有男性外生殖器并不介意，只要它们仅仅是在物理上存在，但并不会产生雄激素和男性第二性征（Brett et al., 2007）。激素手段可抑制雄激素的产生，而睾丸切除术为不希望生殖器官发挥功能的人提供了一种永久的解决方案（Wibowo

et al., 2016）。一些 Eunuch 个体希望通过睾丸切除术达到更低的睾酮水平，但许多人选择某种形式的激素替代治疗，以防止与性腺功能减退相关的不良反应。大多数选择激素疗法的人选择全量或部分剂量的睾酮替代治疗；少数人则使用雌激素。

本章中的所有建议声明，都基于对证据的全面审查，对益处和危害的评估，服务提供者和服务对象的价值观和偏好，以及资源的消耗和可行性。在一些情况下，我们承认证据有限且/或服务可能无法获得，或并不理想。

建议声明

- 9.1 我们建议医务人员和其他使用《照护指南》（第八版）的专业人员应根据 Eunuch 个体的需求运用本指南中的建议。
- 9.2 在不提供干预则 Eunuch 个体有较高受到伤害风险（原因如自行手术、由无资质人士进行手术或自行使用影响激素的药物）的情况下，我们建议医务人员为其提供药物干预和/或手术干预。
- 9.3 我们建议医务人员在评估个体是否需要治疗时，需具备进行相应评估的能力。
- 9.4 我们提议医务人员为 Eunuch 个体提供的医疗服务中涵盖性教育和咨询。

声明 9.1

我们建议医务人员和其他使用《照护指南》（第八版）的专业人员应根据 Eunuch 个体的需求运用本指南中的建议。

Eunuch 是经历性别不一致的多元性别人群的一部分，这些人也可能寻求性别肯定治疗。与其他 TGD 人群一样，Eunuch 需要接受性别肯定照护，才能对其性别自我（gendered self）感到满意。SOC 的各个章节广泛涉及了各类人群多种多样的需求，Eunuch 亦可被包含其中。这些人可能与某些非二元性别个体有共性，即社会过渡可能不是理想的选择，并且与社会过渡或二元性别下的过渡相比，激素治疗会发挥的作用可能有所不同（Wassersug & Lieberman, 2010）。

与其他多元性别个体一样，Eunuch 可能在童年或青春期时就已经意识到了自己的身份。由于缺乏关于

可能认同为 Eunuch 的儿童治疗方面的研究，我们不会提出具体的建议。

Eunuch 个体可能通过药物或手术治疗（激素抑制，睾丸切除术，以及在某些情况下，阴茎切除术）来实现身体，心理或性方面的变化（Wassersug & Johnson, 2007）。对于所有医疗服务对象包括 Eunuch 和各类寻求去势的人而言，与 HCP 建立和维护基于信任和相互理解的关系非常重要。由于医学界普遍对 Eunuch 缺乏认识且许多寻求去势的个体担心自己不会被接受，许多人没有接受适当的初级保健和筛查检测（Jaggi, 2018）。提高医疗服务供应者在此方面的认识和教育水平将有助于满足这一需要，即有必要了解对多元性别的讨论将 Eunuch 涵盖在内的必要性（Deutsch, 2016a）。毫无疑问，Eunuch 需要并应该获得与一般人群相同的初级保健服务。前列腺癌和乳腺癌等癌症的筛查是一个重要的探讨领域，因为对

于这些受指派为男性但睾酮和雌激素水平不处于男性范围的人群而言，激素相关癌症的风险可能存在差异。由于缺乏关于 Eunuch 人群患激素相关癌症的流行率和发病率的研究，因此没有证据可以为应多久进行一次相关筛查（如前列腺检查、PSA 检测、乳腺 X 线等）提供指导。

关于青春期后去势带来的影响（如潜在的骨质疏松症、抑郁症或代谢综合征），大量关于前列腺癌患者的药物或手术去势的文献提供了一些信息，但自愿去势的 Eunuch 对其结果的解读可能与因医疗原因去势的患者截然不同。对于患有前列腺癌的顺性别男性而言，药物或手术去势可能是心理上的痛苦体验；而对于 Eunuch 个体而言，同样的治疗可能是一种肯定和安慰。同样的，接受乳房切除术以获得身体上的舒适感的跨性别男性和为治疗乳腺癌进行手术的顺性别女性的感受也不同（Koçan & Gürsoy, 2016; van de Grift et al., 2016）。Wassersug et al. (2021) 对前列腺癌信息做了详细总结，论文中参考的文献涉及这一主题的大量研究。这些关于去势影响的信息应该被提供给寻求去势的人。

在根据 SOC-8 进行评估后，适当情况下可以考虑来访者要求的医疗方案并开具处方。此类方案应量身定制，从而建立一套反映其特定需求和偏好的计划。使用的干预措施的数量和类型以及采取的顺序可能因人而异。这些选择与 SOC-8 的评估和手术章节一致。Eunuch 可考虑的治疗选项包括：

- 激素抑制，以使得那些希望变得无性欲、无性别或中性化的 Eunuch 获得雄激素缺乏的效果；
- 睾丸切除术，以停止睾丸的睾酮分泌；
- 睾丸切除术，或带有阴茎切除术，使其身体与自我意象相匹配；
- 睾丸切除术后睾酮或雌激素的替代治疗。

根据 第五章 成年群体的评估 中的声明 5.6，寻求性腺切除的 Eunuch 个体在进行不可逆手术干预之前，

应考虑至少 6 个月的激素疗法以适应 TGD 个体的性别目标（除非此人没有使用激素的临床指征）。

声明 9.2

在不提供干预则 Eunuch 个体有较高受到伤害风险（原因如自行手术、由无资质人士进行手术或自行使用影响激素的药物）的情况下，我们建议医务人员为其提供药物干预和/或手术干预。

SOC-8 推荐的评估流程应当同样适用于 Eunuch（见 第五章 成年群体的评估）。Eunuch Archive 中有大量个人的帖子，发帖者在寻找愿意为其施行去势手术的医疗提供者时遇到了巨大的困难。有许多 Eunuch 个体自行进行了手术，或者是由没有医疗资质的人士施行了手术（Johnson & Irwig, 2014）。同时，有临床报告记录了自行手术的 Eunuch 个体，还有来访者欺骗医疗保健人员以获得去势手术的记录（Hermann & Thorstenson, 2015; Mukhopadhyay & Chowdhury, 2009）。毫无疑问的是，当该群体的成员无从获得高质量的医疗时，便会采取可能会给自己带来巨大伤害的行为，这样的伤害包括出血和可能需要住院治疗的感染（Hay, 2021; Jackowich et al., 2014; Johnson & Irwig, 2014）。由于存在自行手术、由无资质人士进行手术或未经监督使用影响激素的药物而造成的这些严重问题和伤害，医疗保健提供者应创造一个友好的环境，经过仔细评估后考虑各种治疗选项，以避免由于缺乏治疗和拒绝治疗而引起的问题。

需要时，去势可以通过化学方式或外科手术方式达成。对于一些人而言，化学去势可以成为在进行手术去势前的一种适当的尝试，以确定个体在性腺机能减退时的感觉如何（Vale et al., 2010）。如果停止使用药物，化学去势通常是可逆的（Wassersug et al., 2021）。降低睾酮水平的最常见的药物类型包括抗雄激素和雌激素。

最常用的两种抗雄激素（即醋酸环丙孕酮和螺内酯）都是口服的。有时会为前列腺癌患者开处雌激素，以

通过下丘脑和垂体的负反馈降低血清睾酮水平。雌激素和抗雄激素可能不能完全抑制睾酮水平以达到女性或去势后的水平，且口服雌激素会增加静脉血栓栓塞的风险。尽管由于成本更高而不常使用，但促性腺释放激素（GnRH）激动剂是抑制性激素产生和削弱生育能力非常有效的方法（Hembree et al., 2017）。在选择药物时，我们建议使用在多个跨性别群体中进行过研究的药物（如雌激素、醋酸环丙孕酮、GnRH 激动剂），而不是那些没有或很少具有经同行评议的科学研究支持的药物（如比卡鲁胺、经直肠给药孕酮等）（Angus et al., 2021; Butler et al., 2017; Efsthathiou et al., 2019; Tosun et al., 2019）。

许多 Eunuch 在去势后会选择激素替代疗法，其原因是不希望完全抑制激素水平，且希望避免相关问题，如骨质疏松症风险的增加。性激素替代治疗的两个主要选择是睾酮和雌激素，可以采用全剂量或部分剂量进行替代。大多数人选择睾酮，因为这些人将自身表现为男性，且对女性化并无兴趣。少数人选择雌激素，其剂量足以预防骨质疏松症，但不足以产生大部分女性化表现。这些人可能自我认同为非二元性别、无性别或其它身份认同（Johnson et al., 2007; Johnson & Wassersug, 2016）。

虽然缺乏关于 Eunuch 激素替代治疗的研究，但对于激素治疗带来的影响，有接受前列腺癌治疗的顺性别男性中的研究结果可供参考。在一项随机对照试验中，1,694 名患有局部晚期或转移性前列腺癌的男性接受了 GnRH 激动剂或经皮雌激素治疗（Langley et al., 2021）。治疗后，GnRH 激动剂组出现了雄激素和雌激素缺乏的症状，而雌激素贴片组只出现了雄激素缺乏的症状。这两组的性副作用率（91%）都很高，且体重增加率相似。与接受 GnRH 激动剂组相比，经皮雌激素治疗的顺性别男性报告了更高的生活质量，更低的潮热发生率（35% vs. 86%），以及更高的乳房发育率（86% vs. 38%）。在新陈代谢方面，雌激素组表现出了有利变化，平均空腹血糖、空腹总胆固醇、收缩压和舒张压都降低了。相反的，接受 GnRH

激动剂的顺性别男性中则出现了相反的效果。基于这项研究，Eunuch 可以考虑采用低剂量透皮雌激素治疗，以避免不良的雌激素缺乏效应，如潮热、疲劳、代谢影响和骨质流失（Hembree et al., 2017; Langley et al., 2021）。参见 第十二章 激素治疗。

声明 9.3

我们建议医务人员在评估个体是否需要治疗时，需具备进行相应评估的能力。

Eunuch Archive 的讨论版中一个常见的话题是寻找理解其需求的从业者的困难。Eunuch 及寻求去势手术者通常比其他性少数群体更为隐蔽（Wassersug & Lieberman, 2010）。由于受到污名和害怕被医疗界拒绝，这些人可能不会愿意向医疗服务或心理健康服务提供者透露自己的身份认同和意愿。在某些环境中，医疗服务提供者可能不知道 Eunuch 的存在，甚至不知道曾治疗过自我认同为 Eunuch 的患者。

SOC 中的评估章节适用于 Eunuch 群体。和其他多元性别人群一样，寻求去势的人可以参与知情同意的过程。在此过程中，有资质的医疗服务提供者需要作出评估，以确保个体在医疗干预前有能力作出知情同意，并确保心理健康问题并不是这一意愿的原因。和其他性少数群体一样，为 Eunuch 提供服务时需要理解这是一个多样化的人群，每个人作为 Eunuch 的体验都是独特的（Johnson et al., 2007）。若从业人员具备接纳的态度、采用开放式的提问方式、拥有灵活的期望，且避免做出评判，同时有专业的能力和知识，寻求医疗服务的人会因此受益。

为了提供适当的治疗，医疗服务提供者须为身份认同为 Eunuch 的人群创造包容的环境，从而建立信任和尊重。对于身份认同为 Eunuch 的个体，理想的接诊信息表应询问其受指派性别和性别认同，并提供多种性别选择，包括“Eunuch”和“其他”。个体可能同时认同多种选择，因此应具有多选功能。

医务人员可能参与性别肯定医疗的评估、心理治疗（如果需要）、准备工作和后续随访，也可以为伴侣和家人提供支持。若希望得到有资质的心理健康服务提供者的支持，身份认同为 Eunuch 的个体将受益于满足 第四章 教育 中所规定的经验和标准的治疗师。

虽然一些寻求或考虑去势的个体因为需要情感支持或在决策方面需要帮助而寻求心理咨询或治疗，但许多人的就诊是为了接受评估，以为特定的医疗干预做准备（Vale et al., 2010）。

声明 9.4

我们提议医务人员为 Eunuch 个体提供的医疗服务中涵盖性教育和咨询。

多项研究为我们了解当代认同为 Eunuch 的人群做出了贡献，其中探索了这一人群的人口统计学特征和性方面的特质（Handy et al., 2015; Vale et al., 2013; Wibowo et al., 2012, 2016）。医务人员应假设 Eunuch 有性欲，并能进行性行为、获得性快感、拥有性关系，除非这些人自我报告对此加以否定（Wibowo et al., 2021）。研究表明，在 Eunuch 群

体之中，在欲望程度、偏爱的身体或性接触方式以及偏好的关系等方面因人而异（Brett et al., 2007; Johnson et al., 2007; Roberts et al., 2008）。一些人积极享受性生活，无论是否有浪漫关系，而另一些人则认同自己为无性恋或无浪漫情感，并因通过手术或化学去势丧失性欲而感到宽慰（Brett et al., 2007）。每个人都各不相同，一个人的外生殖器状态并不能决定其会怎样在性或浪漫关系方面受到吸引（Walton et al., 2016; Yule et al., 2015）。

无论一个人接受何种类型的化学抑制或手术治疗，都仍可能能够获得性愉悦和进行性活动。与流行观念相反，Eunuch 并不一定无性欲或对性的兴趣有限（Aucoin & Wassersug, 2006）。对所有进行可能涉及体液交换的性行为的人而言，性安全教育都是必要的。参见 第十七章 性健康 方面的信息，了解有关性教育和不同性别与性倾向人士的安全性行为选项。此外，在考虑可能影响未来生育可能性的医疗干预时，应当探讨生育力保存的措施。更多有关注意事项参见 第十六章 生殖健康。

第十章 间性人

《照护指南》第七版中有一章讨论如何将指南适用于生理上存在间性状态并具有性别烦躁和/或寻求改变性别的群体。间性人群体在现象学表现、生活轨迹、流行率、成因和污名风险方面与没有间性状态的跨性别者存在差异。本章在此基础上进行了更新，并增加了针对间性群体的医疗必要的临床方法的建议（参见第二章 全球适用性 声明 2.1，医疗必要性声明），其原因是具有非典型的性别分化特征的个体自新生儿阶段开始就会面临临床上的问题，包括：可能从早期开始就会需要家庭教育和支持，可能需要进行性别指派的决策和后续的临床性别管理（其中——特别是涉及生殖器手术的部分——存在争议），且个体出现性别烦躁和发生性别改变的几率在后期存在显著增加（Sandberg & Gardner, 2022）。

用语

“间性人”（intersex，源自拉丁语，字面意思为“性别之间”）是一个基于哺乳动物（包括人类）生殖过程的二元性别系统的术语。在医学中，该术语通常用于指代具有非典型的先天性生殖道变异的个体。这些变异，通常被称为“生殖器模糊”，使得无法简单地将个体身体上的性别识别为男性或女性，且若有足够医疗资源，可能需要进行全面的身体、内分泌和遗传学检查，然后才能“指派”性别。近年来，“间性人”也成为了一些生理上存在间性状态的人士和一部分有非二元性别认同的非间性人士所采用的身份标签（Tamar-Mattis et al., 2018）。

在 2005 年的一次国际共识会议上，间性状态被纳入到一个新的标准医学术语“性别发育异常”（Disorders of Sex Development, DSD）下，该术语定义为“染色体、性腺或解剖性别发育异常的先天性情况”（Hughes et al., 2006）。DSD 包括的范围远比传统上的间性状态广泛，而包括更为常见的特纳综合征（Turner syndrome）和克氏综合征（Klinefelter syndrome）等情况。此外，许多受影

响的个体不喜欢“异常”这个术语，认为它本质上是具有污名化含义的（Carpenter, 2018; Griffiths, 2018; Johnson et al., 2017; Lin-Su, et al., 2015; Lundberg et al., 2018; Tiryaki et al., 2018）。医务人员对这一术语的接受程度也不同（Miller et al., 2018）。另一种广泛使用的替代用语是“性别发育差异”（Differences in Sex Development），缩写同样为 DSD。这避免了病理化的含义，但从语义上来说并不完全准确，因为该术语不能区分男性和女性之间的典型的生殖器差异和非典型的性分化。近期还有其它一些提出避免明显污名化含义的术语的尝试，例如“影响生殖发育的情况”（Conditions Affecting Reproductive Development, CARD; Delimata et al., 2018）或“性别特征的变异”（Variations of/in Sex Characteristics, VSC; Crocetti et al., 2021），但这些术语也并不针对间性状态。

鉴于上述定义上的问题，本章中我们使用“间性状态”（或“间性的”）一词时仅指先天的身体表现。这样做既可以增强描述上的清晰度，也可以保持与历史用法的连续性。这一选择并不意味着我们有意参与有关性与性别概念（无论是生理意义还是社会意义的）属于二元系统亦或是连续体的讨论，因为这可能会因考虑到语境和实用性而有所不同（Meyer-Bahlburg, 2019）。在 21 世纪的社会中，性与性别概念仍在不断演变。

流行率

间性状态出现的概率取决于所使用的定义。明显的非典型生殖器状况（“生殖器模糊”）出现的概率约为 1:2000~1:4500（Hughes et al., 2007）。对 DSD 最广义的定义估计流行率高达 1.7%（Blackless et al., 2000）。尽管这些数据总体上较高，与上文定义的间性状态相关的个体状况往往要罕见得多。例如，雄激素不敏感综合征（AIS）在大约 10 万个 46-XY 新生儿中仅出现 1 例（Mendoza & Motos, 2013），而经典型先天性肾上腺皮质增生症（CAH）在大约

15,000 个 46-XX 新生儿中出现 1 例 (Therrell, 2001)。每种综合征的流行率数据在不同国家和种族群体之间可能存在巨大差异。

表现

具有间性特征的个体的表现因人而异。产前超声检查可以识别间性特征,但大多数情况下间性特征仍是在出生时进行生殖器检查时发现的。在资源丰富的情况下,这些新生儿将在出生后的前几周接受大量的医疗诊断程序。基于具体的医疗诊断、身体和激素方面的检查结果,以及长期随访研究的性别结果信息,医务团队通常与家长进行共同决策将其指派为男性或女性。有些情况下,具有间性特征的人可能直到青春期时才引起专家的注意,如作为女性成长的青少年在评估原发性闭经时。

协助既有间性状态又有性别不确定性的个体的医务人员需要意识到,这些个体成长过程中的医疗背景因素通常与非间性的跨性别者有很大的区别。引发间性状态的综合征多种多样,而每种综合征的严重程度也各不相同,因此激素和手术治疗方法也会相应有所不同。

一些间性状态的生理表现可能需要早期的紧急干预,例如尿道阻塞或 CAH 的肾上腺危象,但大多数间性个体的生理变异既不会(在早年)影响功能,也不会危及其安全。然而,非典型的生殖器外观带来的心理社会污名通常会促使个体在达到拥有同意权的年龄之前进行生殖器手术(通常被称为“矫正”或“正常化”),这种方法备受争议,因为它与支持个人自主权的伦理原则相冲突(Carpenter, 2021; Kon, 2015; National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, 1979)。此外,对于没有迫在眉睫的安全问题的间性表现,部分个体长大后可能会选择一系列医疗干预措施来改善功能和外观。具体的医疗方法远远超出了本章的范围,感兴趣的读者应查阅相应的内分泌和外科文献。

某些间性状态在长期性别认同结果上存在更大的多样性(Dessens et al., 2005)。例如,被指派为女性的 46-XX CAH 患者中,非二元性别认同的出现率可能高达 5-10% (Furtado et al., 2012)。性别认同的重要生理因素是为间性人士提供心理社会、药物和手术干预时必须要考虑的关键因素。

有足够的证据表明,间性人士及其家庭可能会遭受心理社会压力(de Vries et al., 2019; Rosenwohl-Mack et al., 2020; Wolfe-Christensen et al., 2017),部分原因与心理社会污名化有关(Meyer-Bahlburg, Khuri et al., 2017; Meyer-Bahlburg, Reyes-Portillo et al., 2017; Meyer-Bahlburg et al., 2018)。

精神病学学术语中的间性状态

自 1980 年起,美国精神病学命名法开始承认符合性别认同变异标准的间性人士;但是,在随后的 DSM 版本中诊断分类发生了变化。例如,在 DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) 中,轴 I 中的“易性症”类别不适用于成年间性群体,但这样的儿童被分类为“童年期性别认同障碍”,而间性状态在轴 III 中得到具体说明。在 DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) 中,无论年龄如何,间性人都被排除在了轴 I 的“性别认同障碍”类别之外,而与其它情况一起归入“非特指的性别认同障碍”类别。在废除了多轴系统的 DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) 中,“性别认同障碍”被重新定义为“性别烦躁”,无论年龄和间性特征如何,但间性人会被额外特定说明为“与性发育异常有关的性别烦躁”(Zucker et al., 2013)。刚刚发布的 DSM-5 的文本修订版(American Psychiatric Association, 2022)保留了“性别烦躁”这一术语。然而,值得注意的是,国际疾病分类的最新修订版(ICD-11; World Health Organization, 2019a)将“性别不一致”从“精神、行为或神经发育障碍”章节移至新的“性健康相关情况”章节。

本章中的所有建议声明，都基于对证据的全面审查，我们承认证据有限且/或服务可能无法获得，或并不对益处和危害的评估，服务提供者和服务对象的价值理想。观和偏好，以及资源的消耗和可行性。在一些情况下，

建议声明

- 10.1 我们提议由熟悉性别认同和表达的多样性以及间性方面知识的多学科团队为间性人士及其家庭提供照护。
- 10.2 我们建议为提供青少年和成人跨性别照护的医务人员寻求与其专业相关的间性人照护的培训和教育。
- 10.3 我们提议医务人员从确诊后就向具有间性特征的儿童的家庭提供关于其特定间性状态及其心理社会影响的教育和咨询。
- 10.4 我们提议医疗服务提供者和家长双方与具有间性特征的儿童/个体进行持续的、符合其发展阶段的沟通，内容涉及其间性状况及其心理社会影响。
- 10.5 我们提议医务人员和家长在整个生命过程中支持间性儿童/个体探索其性别认同。
- 10.6 我们提议医务人员与医疗和非医疗人士/组织合作，增进具有间性特征的个体的幸福感，同时减少可能产生的污名化现象。
- 10.7 我们提议医务人员根据需要具有间性特征的儿童/个体及其家庭转介至心理健康服务、同伴支持和其它心理社会支持服务。
- 10.8 我们建议医务人员根据个体的性别认同、年龄和具体医疗情况，就青春期阻滞和/或激素治疗方案向具有间性特征的个体及其家庭提供相关咨询。
- 10.9 我们提议医务人员为间性儿童（当认识功能发展程度足够）及其家长提供咨询，以推迟性别肯定的生殖器和/或性腺手术，从而使得儿童有更强的自主权和参与基于知情同意的决策的能力。
- 10.10 我们提议只由对间性生殖器或性腺手术经验丰富的外科医生对间性人士进行手术。
- 10.11 我们建议为有生育能力的间性个体开具或转介至激素治疗/手术的医务人员就以下方面为个体及其家人提供咨询，包括：
 - 10.11.a 激素治疗/手术对未来生育力的已知影响；
 - 10.11.b 缺乏充分研究且可逆程度未知的治疗的潜在影响；
 - 10.11.c 生育力保存选项；
 - 10.11.d 不育的心理社会影响。
- 10.12 我们提议照护间性和先天不育个体的医务人员从早期开始逐渐向个体及其家人介绍其它养育子女的选项。

声明 10.1

我们提议由熟悉性别认同和表达的多样性以及间性方面知识的多学科团队为间性人士及其家庭提供照护。

间性为 DSD 的一个子类，是一种复杂的先天性情况，需要来自不同医学和行为学科的专家参与处理 (Hughes et al., 2006)。专家团队的组成和功能可以根据团队位置、当地资源、诊断情况和间性个体及其家庭的需求而有所不同。理想的团队涵盖了亚专业包括内分泌科、外科和/或泌尿科、心理科/精神科、

妇科以及遗传学的儿科医生，在有条件的情况下还应包括接受过社会工作、护理学和医学伦理培训的人员 (Lee et al., 2006)。团队结构可以参照：1) 传统的多学科医疗模式 (multidisciplinary medical model)；2) 跨专业模式 (interprofessional model)；3) 跨学科模式 (transdisciplinary model)。虽然这些结构看起来很相似，但实际上它们非常不同，并且可以对团队的运作产生不同的影响 (Sandberg & Mazur, 2014)。2006 年的共识声明并未就哪个模式是最好的作出决定——多学科、跨专

业或跨学科——而只是指出这些模式“意味着不同程度的协作和专业自主”（Lee, Nordenström et al., 2016）。自 2006 年共识声明发表以来，欧洲和美国都成立了这样的团队。在美国的团队列表可以在 DSD-Translational Network (DSD-TRN) 网站上找到。在许多欧洲国家也有这样的团队（Thyen et al., 2018）。虽然如 Sandberg & Mazur (2014) 所指出，建立团队存在阻碍，但多学科团队有助于解决许多会对被诊断为间性的个体及其家庭的照护造成负面影响的问题，如服务的分散性，专业人员之间缺乏沟通的状况，以及因而导致个体接受到的解释呈现碎片化从而造成更多困惑的状况。

大多数先天具有间性状态的个体会在出生时或出生后不久被识别出来，而另一些人则会在晚些时候被识别，例如在青春期（见 Brain et al., 2010，附录 C 表 1）。当这种情况发生时，团队方法将根据诊断和年龄进行调整。在某些情况下，团队的组成可以根据需要扩大到包括其他专家。

据报道，由多学科团队接诊而不是只接受单一服务提供者的服务的儿童更有可能获得几乎全方位的服务（Clerand et al., 2019）。接受这种照护的家长对心理社会服务和团队方法予以了正面的评价，且报告称此类家长相比没有与这种团队互动的家长能够获得更多的信息（Clerand et al., 2019）。

声明 10.2

我们建议为提供青少年和成人跨性别照护的医务人员寻求与其专业相关的间性人照护的培训和教育。

对实习医生的访谈结果（Liang et al., 2017; Zelin et al., 2018）以及程序性自检和调查（DeVita et al., 2018; Khalili et al., 2015）认为，医学培训项目没有向从业人员为性别烦躁和间性的人士提供称职的照护提供充分的准备。参加间性人相关活动的专业人士和利益相关者指出，持续的教育和合作是重要的职业发展需求（Bertalan et al., 2018; Mazur et al., 2007）。这对于为成人提供照护的从业者而言尤其如此：这些

医务人员在帮助那些从儿科照护过渡到成人照护的个体时可能缺乏临床指导或支持（Crouch & Creighton, 2014）。

然而，除了一份初级保健指南（National LGBTQIA + Health Education Center, 2020）外，很少有针对从业人员管理此类问题的能力进行培训或评估的指南，而可用的指南主要针对心理健康专业人士（Hollenbach et al., 2014）。

对于想要提高自身能力的医务人员而言，在没有正规教育或实证指南的情况下，向专家咨询可能是一种可行的选择。鉴于针对间性的治疗广泛采纳了多学科专家团队（Pasterski et al., 2010），在此类团队中工作的人员有机会向其他医务人员征询意见，或为其其他可能没有接受过充分培训的医疗保健人员提供教育（Hughes et al., 2006）。因此，建议将对其他专业人员的培训作为团队建设的核心组成部分（Auchus et al., 2010），且多学科团队的成员应接受团队协作（包括参与跨专业学习的策略）方面的培训（Bisbey, et al., 2019; Interprofessional Education Collaborative Expert Panel, 2011）。

声明 10.3

我们提议医务人员从确诊后就向具有间性特征的儿童的家庭提供关于其特定间性状态及其心理社会影响的教育和咨询。

应在诊断时就开始通过教育和咨询向间性儿童的家人充分告知医疗信息，这一过程应符合各项国际共识指南的指导。间性新生儿（特别是在有明显的生殖器模糊的情况下）所面临的最具挑战性的问题之一是性别指派；从家长的角度来看，也就是养育孩子时采用的性别（Fisher, Ristori et al., 2016）。考虑到这对大多数家长而言会造成很大压力，通常建议在全面的诊断评估允许的情况下，尽快做出关于性别的决定（Houk & Lee, 2010）。然而，性别决定的标准随着时间的推移而有所改变。在 20 世纪下半叶，决策偏向于指派为女性，因为女性化的生殖器手术被认为比

男性化的手术操作更容易且副作用更少。然而，在某些间性条件如 46-XY 5 α -RD-2 缺陷下，女性性别指派与后期性别烦躁和性别改变的高发生率相关联 (Yang et al., 2010)。因此，自 2005 年国际间性人管理共识会议以来，性别指派考虑了在多种多样的间性状态下逐渐积累的长期性别结果数据。

告知医疗信息的做法旨在使相关人员在更加充分知情的情况下做出医疗决策。此外，围绕间性的羞耻和污名与较差的心理社会结果相关联，而开放和主动的医疗信息交流可作为降低此类风险的策略 (de Vries et al., 2019)。根据个人的诊断和发展阶段，间性情况可能会对个人及其医疗保健需求产生不同的影响。因此，与间性状态健康有关的沟通必须是持续的，并针对个人量身定制。关于间性人照护决策的研究表明，家人受到临床团队沟通方式的影响 (Timmermans et al., 2018)。我们鼓励服务提供者遵照 SOC 在教育咨询中采用正常化、肯定性的用语和态度。例如，将生殖器的非典型状况描述为“变异”或“差异”比“出生缺陷”或“畸形”更具有肯定性。

所有参与特定个体照护的医务人员都可以向家人提供必要的教育和信息。在多学科团队中，教育的类型可能与其专业领域相一致，例如，外科医生向个体提供解剖学教育，内分泌科医生讲解激素功能发育的细节，而心理健康专业人士描述性与性别认同的光谱。其他医务人员可能需要提供综合性的教育。家人应获取与个体的特定间性特征相关的信息（如果已知）。所有医务人员都可以利用支持团队提供的以患者为中心的 resource 来补充这些信息。也有间性人士曾被聘请为团队成员，利用其亲身经历提供教育。

共识指南还建议向家庭提供持续的同伴支持和专业的心理社会支持 (Hughes et al., 2006)，其中咨询重点可能包括问题解决和预先指导 (Hughes et al., 2006)。例如，家庭可能会针对为其他人（如兄弟姐妹、延伸家庭和照顾者）说明个体的特定间性状况寻求指导。其他家人可能需要支持或心理健康照护来管

理间性个体治疗的压力。青少年可以从如何向同伴介绍其状况以及如何处理恋爱和性方面的指导中获益。咨询还可能涉及指导各个年龄段的个体及其家人如何在药物或手术治疗方面做出共同决策。服务提供者可以采用决策辅助工具支持这一过程 (Sandberg et al., 2019; Weidler et al., 2019)。

声明 10.4

**我们提议医疗服务提供者和家长双方与具有间性特征
的儿童/个体进行持续的、符合其发展阶段的沟通，
内容涉及其间性状况及其心理社会影响。**

医疗信息交流是一个多向的过程，包括信息从服务提供者传递给服务对象，从家长传递给服务对象，以及从服务对象传递给服务提供者 (Weidler & Peterson, 2019)。在诊断和手术决策问题上，人们往往非常重视向家长传达信息，而具有 DSD 的青少年有过与医疗保健提供者在沟通上存在障碍的报告，且可能并不总向家长寻求支持 (Callens et al., 2021)。为了让间性个体在治疗中充分参与和实现自主，服务提供者和家长都必须与儿童/个体进行持续沟通。

医疗提供者必须尽快为各方之间持续的、开放的沟通设定期望。由于家长可能会由于与 DSD 相关的不确定性而经历痛苦，并可能寻求快速解决方案，这一点尤为重要 (Crissman et al., 2011; Roberts et al., 2020)。目前已经开发了若干共同决策模型以及相关决策工具，以支持医务人员和家庭/个人之间的持续沟通 (Karkazis et al., 2010; Sandberg et al., 2019; Siminoff & Sandberg, 2015; Weidler et al., 2019)。除了为对话设定期望外，提供者还可以设定沟通的基调。提供者可以帮助家长和个人容忍诊断的不确定性，同时提供关于解剖变异的教育，展示对性与性别认同的开放态度，并欢迎孩子/个人的问题。随着年龄的增长，儿童/个人可能会对性、月经、生育、激素治疗（肾上腺激素/性激素）、骨骼健康和癌症风险等问题有疑问或需要与年龄相适应的信息。

家长在教育孩子方面也发挥着关键作用，可能是第一批向孩子告知医疗信息的人（Callens et al., 2021）。作为围绕沟通的期望设定的一部分，提供者应该让家长准备好向其孩子和支持系统的成员介绍对间性人的诊断和治疗史。一些家长报告称很难确定应向别人以及自己的孩子透露多少信息（Crissman et al., 2011; Danon & Kramer, 2017）。家长若采取尽量减少对孩子诊断的介绍/讨论的方法，在抚养间性儿童时所经历的压力会增加（Crissman et al., 2011）。压力水平也因发展阶段而异，青少年的家长报告的压力率更高（Hullman et al., 2011）。因此，医务人员应该帮助家长制定针对孩子发展阶段的策略，以应对其心理社会或文化疑虑以及价值取向（Danon & Kramer, 2017; Weidler & Peterson, 2019）。最后，对性与性别差异的更广泛研究发现——与羞耻/污名和负面健康结果之间的关联相反——支持性的家庭行为（包括与孩子谈论其身份并让其与同伴建立联系）预示着个人更高的自尊和更好的健康结果（Ryan et al., 2010）。

声明 10.5

我们提议医务人员和家长在整个生命过程中支持间性儿童/个体探索其性别认同。

心理、社会、文化建构与生理因素交织在一起，形成了一个人的性别认同。间性群体整体上在童年时期表现性别非常规行为、性别存疑和跨性别愿望的比例更高，其部分取决于胎儿大脑发生分化的产前性激素环境与出生时受指派性别之间的差异（Callens et al., 2016; Hines et al., 2015; Meyer-Bahlburg et al., 2016; Pasterski et al., 2015）。性别认同问题在不同间性群体身上的发生率不同（de Vries et al., 2007）。最近的研究记录中，一些人形成了非二元认同，至少私下是这样（Kreukels et al., 2018）。虽然大多数间性人士可能不会经历性别烦躁或希望性别过渡，但可能仍然对自己的性别有不确定感和未得到解答的问题（Kreukels et al., 2018）。关于性别身份的问题可能来自以下因素：生殖器外观，青春期发

育，以及针对其医疗状况的诊断术语、性腺状态、性染色体状态和生殖器手术史等事项的知识。因此，应使服务对象有机会与医务人员讨论这些问题和感受，以开放的方式讨论多元性别特质，并采用不那么二元的方式认识性别。此外，还建议医务人员对家长在支持孩子探索性别方面予以指导。

此外，这种支持不应局限于儿童时期。相反，每个人都应该有机会在一生中探索自己的性别认同，因为不同的阶段可能会出现关于性别的新问题（如青春期/青少年期和育龄期）。一般来说，孩子们在成熟和发展的过程中，会在一些重要的时刻对自己的性别身份产生疑问。当面临额外的压力源时，例如生殖器模糊、生殖器检查和涉及生殖器的过程，以及当文化的偏见与影响相互交织时，间性人士可能需要得到支持，并应鼓励其在需要时寻求专业援助和指导。此外，医务人员应该定期询问，以确定其间性服务对象是否需要这种支持。当人们经历性别不一致时，可以考虑性别肯定干预。此类干预措施中须采用的项目如其它章节所述。

声明 10.6

我们提议医务人员与医疗和非医疗人士/组织合作，增进具有间性特征的个体的幸福感，同时减少可能产生的污名化现象。

据报道，间性个体会经历污名、羞耻感、内疚、愤怒、悲伤和抑郁（Carroll et al., 2020; Joseph et al., 2017; Schützmann et al., 2009）。在这一人群中观察到了高于普通人群的心理问题水平（Liao & Simmonds, 2014; de Vries et al., 2019）。此外，临床团队也不能忽视家长对被污名化的恐惧和对孩子的诊断的适应能力。家长可以从支持性咨询中受益，此类咨询能够协助应对临床决策（Fleming et al., 2017; Rolston et al., 2015; Timmermans et al., 2019）以及了解临床决策在家长对孩子的看法方面的影响（Crissman et al., 2011; Fedele et al., 2010）。

Thyen et al. (2005) 发现, 反复的生殖器检查似乎与羞耻、恐惧和痛苦相关联, 并可能增加日后患创伤后应激障碍 (PTSD) 的可能性 (Alexander et al., 1997; Money & Lamacz, 1987)。反复接受生殖器检查, 对医疗干预的恐惧, 以及家长和医生对间性状态的保密, 最终会破坏间性人士的自强和自尊 (Meyer-Bahlburg et al., 2018; Thyen et al., 2005; Tishelman et al., 2017; van de Grift, Cohen-Kettenis et al., 2018)。有关如何进行生殖器检查以尽量减少不良心理副作用的建议, 请参阅 Tishelman et al. (2017)。

间性社群中存在活跃的运动, 致力于削弱污名化, 并恢复间性人士的人权和尊严, 而不将其视为医疗异常和猎奇对象 (Yogyakarta Principles, 2007, 2017)。Chase (2003) 总结了间性人权利运动的主要原因, 其中概述到, 无知以及感到必须将自身状态视作需要隐藏的秘密会导致污名和情感创伤。公众对间性状况的认识非常有限, 并且间性人的形象和历史信息仍然作为“自然界的异常现象”被呈现。因此, 我们建议医务人员积极向同行、间性个体及其家庭和社群普及相关知识, 提高公众认识, 增加对间性状态的了解。提高社会对间性状态的认识和知识有助于减少歧视和污名化。如果需要, 工具和教育/信息材料也可以帮助间性个体对外说明其状况 (Ernst et al., 2016)。

医务人员应能够识别并解决其服务对象承受的污名化 (Meyer-Bahlburg et al., 2018), 并应该鼓励不同年龄的间性人士通过支持小组进行联系。有必要开发具体的技术/方法, 以帮助服务对象应对与间性状态有关的污名。

声明 10.7

我们提议医务人员根据需要将具有间性特征的儿童/个体及其家庭转介至心理健康服务、同伴支持和其它心理社会支持服务。

对于几乎所有的家长而言, 间性孩子的出生都是完全出乎意料、令人震惊的。当被问到“你的孩子是男孩还是女孩?” 时, 这些家长无法立即回答这一无处不在的问题。同时, 家长对孩子的状况缺乏知识和理解, 感到孩子的未来充满不确定性, 而且社会上还普遍存在对间性人士的污名。所有这些因素都很可能造成痛苦, 有时达到 PTSD 的水平, 并可能导致长期的焦虑和抑郁 (Pasterski et al., 2014; Roberts et al., 2020; Wisniewski & Sandberg, 2015)。这种情况可能会影响间性儿童所受的家长照料以及孩子的长期发展 (Schweizer et al., 2017)。随着成长, 这些孩子也有可能生活的各个领域经历三种形式 (被实施的、预期的、内化的) 的污名化 (Meyer-Bahlburg et al., 2018), 以及其它潜在的困难, 如身体意象问题、性别非典型行为以及性别认同方面的疑问。在意识到其受指派性别与生理特征 (如性核型、性腺、过去和/或当前的性激素环境和生殖道状态) 不一致时, 许多人会面临更多的问题。这种情况也可能对个人的心理健康产生不利影响 (Godfrey, 2021; Meyer-Bahlburg 2022)。最近一项纳入庞大 LGBTQ 青年样本的在线研究表明, 报告自身具有身体上的间性变异的 LGBTQ 青年出现心理健康问题比例更高 (Trevor Project, 2021)。由于间性状态很罕见, 这些孩子的家长以及之后间性人士自己可能会体验到其处境是独特且难以让人理解的。因此, 基于临床经验, 间性人士照护方面经验丰富的医务人员达成了共识, 即社会支持是照护的关键组成部分, 其中不仅需要心理健康专业人士的专业支持 (Pasterski et al., 2010), 间性人士的支持团体也十分重要 (Baratz et al., 2014; Cull & Simmonds, 2010; Hughes et al., 2006; Lampalzer et al., 2021)。Lee, Nordenström et al. (2016) 提供了一项 DSD 和间性人士的同伴支持和维权团体及其网站的详细国际清单。考虑到间性状态和治疗方案的异质性, 特定间性人士可能会发现, 与具有相同或类似状况的成员组成的支持团体建立联系会最有帮助。专门从事间性人士照护

的医务人员也应与这些支持团体密切合作，以便在照护的具体方面出现意见分歧时能够通过详细讨论解决。医务人员和支持团体之间的密切联系也能促进对双方都有利的基于社群的参与式研究。

声明 10.8

我们建议医务人员根据个体的性别认同、年龄和具体医疗情况，就青春期阻滞和/或激素治疗方案向具有间性特征的个体及其家庭提供相关咨询。

虽然许多间性人士的性别认同与其 XX 或 XY 核型相一致，但实际情况往往因人而异，因此医务人员应该提供个体化的方法。例如，在患有男性化 CAH 的 XX 个体中，有超出预期的一部分人有男性性别认同 (Dessens et al., 2005)。在患有部分性雄激素不敏感综合征的 XY 个体中，性别认同可能存在显著差异 (Babu & Shah, 2021)。此外，在患有 5 α -还原酶-2 (5 α -RD-2) 缺乏症和 17- β -羟类固醇脱氢酶-3 缺乏症且出生时被指派为女性的 XY 个体中，随着年龄的增长，很大一部分（分别为 56~63% 和 39~64%）从典型女性性别角色转变为典型男性角色 (Cohen-Kettenis, 2005)。

间性人士有广泛的医疗选项，取决于其性别认同以及这一认同与解剖结构的一致性。这些选项包括青春期阻滞药物、激素治疗和手术，而所有这些都须根据个人的独特情况定制 (Weinand & Safer, 2015; Safer & Tangpricha, 2019)（更多相关信息参见第六章 青少年 和 第十二章 激素治疗）。具体来说，当存在有功能的性腺时，可以通过使用促性腺激素释放激素 (GnRH) 类似物暂时抑制青春期。这种干预可以帮助个体获得必要的时间以探索其性别认同并积极参与其受指派性别生活，在常出现性别角色改变的情况下尤为如此（即作为女性被抚养的 5 α -RD-2 缺乏的个体; Cocchetti, Ristori, Mazzoli et al., 2020; Fisher, Castellini et al., 2016）。

如果医务人员有足够的专业技能，并能够利用其专业技能确定适合个人的治疗方案和实施所选治疗方案

所涉及资源保障，有条件的医务人员可以直接为个人及其家人提供咨询。

声明 10.9

我们提议医务人员为间性儿童（当认识功能发展程度足够）及其家长提供咨询，以推迟性别肯定的生殖器和/或性腺手术，从而使得儿童有更强的自主权和参与基于知情同意的决策的能力。

国际人权组织越来越担心，在儿童能够有效参与决策之前进行手术可能会危及儿童的人权，包括自主权、自决权和选择未来的权利（如 Human Rights Watch, 2017）。许多医疗组织和间性人权利组织以及一些国家已加入这些国际人权组织的行列，建议在医疗上可行时推迟手术 (Dalke et al., 2020; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2020)。然而，需要注意一些解剖变异如尿道梗阻或盆腔器官暴露会对身体健康构成迫在眉睫的风险 (Mouriquand et al., 2016)。另一些状况如月经阻塞或隐睾（考虑到长期的恶性肿瘤风险）存在最终的身体后果。第三类变异，即外生殖器外观或阴道深度的变异，不会造成立即或长期的身体风险。上述建议只涉及那些如果不加以治疗不会立即产生不良身体后果，且延迟手术治疗不会造成身体健康风险的解剖变异。

对这些变异的个体而言，非紧急的手术照护复杂且经常存在争议，特别是当个体是婴儿或幼儿，尚不能参与决策过程时。年龄更大的间性个体报告了心理社会和健康问题，包括抑郁，焦虑，以及性污名 (de Vries et al., 2019; Rosenwohl-Mack et al., 2020)。一些研究表明，具有特定变异的个体（如 46-XX CAH）同意在青春期前进行手术 (Bennecke et al., 2021)。最近的研究表明，一些青少年和成年人在儿童期手术后对生殖器的外观和功能感到满意 (Rapp et al., 2021)。孩子的生殖器差异也可能成为家长的压力来源。有研究报告称，通过手术再造符合二元性别的生殖器与家长痛苦的有限的

减少存在相关性 (Wolfe-Christensen et al., 2017), 尽管少数家长可能会报告后悔作出手术决定 (Ellens et al., 2017)。因此, 一些组织建议对非常年幼的儿童进行手术 (American Urological Association, 2019; Pediatric Endocrine Society, 2020)。

这显示了医学界关于早期生殖器手术管理准则的分歧, 且本章作者也未完全达成共识。一些间性专家认为, 在没有直接医疗风险的情况下, 坚持普遍地推迟对生殖器变异的早期手术可能是有害的。支持这一观点的原因包括: 1) 间性状态在类型和严重程度以及相关性的性腺结构、功能和恶性肿瘤风险方面具有高度异质性; 2) 社会和家庭在性别规范和潜在的间性污名方面存在巨大差异; 3) 早期手术可能具有一定的技术上的优点; 4) 对间性个体 (其中大多数人曾接受过生殖器手术) 的调查的综述显示大多数人支持在同意年龄之前进行手术, 特别是在 46-XX CAH 的个体中, 而 XY 间性个体中的支持度更低 (Meyer-Bahlburg, 2022)。支持这一观点的专家呼吁对生殖器手术及其时机的决定采取个体化的方法。这种方法已被拥有高比例间性专家的医学学会 (Bangalore Krishna et al., 2021; Pediatric Endocrine Society, 2020; Speiser et al., 2018; Stark et al., 2019) 和某些支持组织 (CARES Foundation; Krege et al., 2019) 所采用。

然而, 长期结果研究仍然有限, 大多数报告积极结果的研究缺乏非手术对照组 (Dalke, et al., 2020; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2020), 也没有证据表明手术可以保护间性儿童免受污名化的伤害 (Roen, 2019)。具有间性特征的成人确实会经历与生殖器相关的污名、抑郁和焦虑, 但无论是否接受手术都会经历污名 (Ediati et al., 2017; Meyer-Bahlburg, Khuri et al., 2017; Meyer-Bahlburg et al., 2018)。也有证据表明, 手术可能会导致严重的美观性、泌尿和性方面的并发症, 持续到成年 (Gong & Cheng, 2017;

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2020)。最近的研究表明, 一些个体可能在性腺切除术中有特别负面的经历, 尽管这种风险必须与性腺恶性肿瘤的风险进行权衡 (Duranteau et al., 2020; Rapp et al., 2021)。具有间性状态的人也远比一般人群更有可能成为跨性别者、多元性别者或有性别烦躁 (Almasri et al., 2018; Pasterski et al., 2015)。因此, 幼儿的生殖器手术可能会不可逆转地强化与个人未来不一致的二元性别指派。这些研究结果以及从人权出发的观点呼吁推迟决定手术的年龄, 直到个人能够自己做出决定。

迫切需要进行系统的长期随访研究, 以比较具有相同间性状态但手术年龄不同或未做过手术的个体在性别认同、心理健康和总体生活质量方面的差异。

声明 10.10

我们提议只由对间性生殖器或性腺手术经验丰富的外科医生对间性人士进行手术。

间性状态是罕见的, 并且间性个体间的生殖器和性腺解剖结构差异很大。手术可能存在引起重大长期并发症的风险 (如 National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2020), 而且大多数外科培训课程并没有为学员提供这种专业照护的相关知识 (Grimstad, Kremen et al., 2021)。考虑到整个生命周期中外科照护的复杂性, 专家和国际共识制定的标准建议由多学科专家团队提供这种照护 (Krege et al, 2019; Lee, Nordenström et al., 2016; Pediatric Endocrine Society, 2020)。因此, 我们建议手术治疗仅限于在专门针对间性人的多学科环境中进行, 其中须包含具有丰富间性人照护方面经验的外科医生。

声明 10.11

我们建议为有生育能力的间性个体开具或转介至激素治疗/手术的医务人员就以下方面为个体及其家人提供咨询, 包括:

- a. 激素治疗/手术对未来生育力的已知影响；
- b. 缺乏充分研究且可逆程度未知的治疗的潜在影响；
- c. 生育力保存选项；
- d. 不育的心理社会影响。

具有某些间性状态的个体可能有具有生殖功能的生殖器，但由于非典型的性腺发育而不育。另一些人可能有功能正常的性腺和存活生殖细胞，但由于内生殖器或外生殖器的不匹配而无法实现自然生育（van Batavia & Kolon, 2016）。青春期阻滞、性激素治疗和性别肯定手术都可能对未来的生育能力产生不利影响。因此，治疗的潜在后果和生育力保存的选择应该得到审议和讨论。

睾丸功能正常的个体若长期接受雌激素和睾酮抑制治疗，根据非间性的 TGD 人群中的研究，可能会导致睾丸萎缩和精子数量减少（Mattawanon et al., 2018）。虽然中断这种性别肯定激素治疗可以改善精子质量，但损伤不能保证完全逆转（Sermondade et al., 2021）。对于睾丸功能正常的个体来说，主要的生育力保存选项是将自慰或振动刺激收集得来的精子进行冷冻保存（de Roo et al., 2016）。虽然尚无在人类中成功的数据，但有一项建议是对尚未经历初精的青少年直接从睾丸提取未成熟睾丸组织进行冷冻保存（Mattawanon et al., 2018）。

卵巢功能正常的个体若接受睾酮治疗，通常会在开始治疗的数月内停止月经和排卵。关于睾酮对卵母细胞和随后的生育力的潜在影响，目前尚存在重大知识空白。在跨性别人群中，一项研究报告睾酮治疗可能与多囊卵巢形态的形成有关（Grynberg et al., 2010）。然而，其他研究人员并未在接受性别肯定激素治疗的跨性别男性中基于代谢（Chan et al., 2018）或组织学（de Roo et al., 2017）状况发现多囊卵巢

综合征（PCOS）的证据。如果停止睾酮治疗，子宫完好、卵巢功能正常的人可能会重新获得生育能力。

青春期后具有间性特征和卵巢功能的人的生育力保存选择包括激素刺激成熟卵母细胞冷冻保存或卵巢组织冷冻保存。另外，即使是持续接受睾酮治疗的跨性别男性，也有一例经刺激提取卵母细胞的报道（Greenwald, 2021）。同样的，在接受 GnRHa 治疗的跨性别男孩中，也有一例卵巢刺激后卵母细胞冷冻保存的报道（Rothenberg et al., 2019）。值得注意的是，卵巢刺激、暂时停止 GnRHa 和/或睾酮治疗以及妇科手术都可能对个人造成心理痛苦，其应激反应受到心理健康、性别认同和其它医疗经历的影响。某些干预措施的适用性可能取决于个人社交网络中其他人（可能包括伴侣）的支持。

声明 10.12

我们提议照护间性和先天不育个体的医务人员从早期开始逐渐向个体及其家人介绍其它养育子女的选项。

具有间性特征的人可能在各个阶段（婴儿期、儿童期、青春期以及成年期）发现其不育状况，即使其并未尝试生育。许多人会同时被诊断为间性和不育（Jones, 2019）。对于某些个体，辅助异体受精（如卵母细胞或精子捐献）可能是一种选择。目前存在多种收养的途径，其中有些可能需要投入和相当多的时间消耗。不愿采用上述生育方法或完全无法生育的人群可以尽早接触收养和其它养育子女方式的选项。虽然子宫移植在苗勒氏管发育不全患者中取得了初步成功（Richards et al., 2021），但迄今为止，还没有一种方案可以避免将发育中的胎儿暴露于抗排异药物相关的风险中。

第十一章 机构环境

本章主要探讨了如何为居住在机构中的跨性别和多元性别（TGD）人群提供照护。机构的定义是指人们在集体或大型群体环境中生活和接受照顾的设施或场所，在此类环境中，个体可能具有或不具有人身自由、个人同意权或自主权。跨性别者可能会在以下生活机构接受照护：监禁机构（惩教机构、移民拘留中心、监狱、少管所）和非监禁机构（长期照料机构、精神病医院、养老院、临终关怀/姑息疗法、辅助生活机构）。关于机构中 TGD 人士接受照护的证据大多来自于监禁机构。但是，此处提出的建议适用于所有 TGD 人士居住的机构，包括监禁和非监禁机构（Porter et al., 2016）。本指南的所有建议亦平等地适用于生活在这两类机构中的人。无论机构内的居住状况如何，TGD 人士都应获得医疗必要的医疗保健措施（Brown, 2009）。在此类人士的照护工作中，必须考虑到其无法同社会人士那样自行获得照护。因此，应当支持此类人士接受符合本指南标准的照护。

监禁设施中的 TGD 人士称其无法获得医疗必要的、针对跨性别者的医疗保健（参见 第二章 全球适用性声明 2.1，医疗必要性声明），这是其在监禁期间最关心的问题（Brown, 2014; Emmer et al., 2011）。许多监禁环境中存在固有的系统性种族不平等（Sawyer, 2020），存在健康状况方面的种族差异（Nowotny et al., 2017），且有色人种 TGD 人士在

一些设施中比例相对较高（Reisner et al., 2014）。这说明，此类设施的管理层需要关注性别过渡照护的获取问题。对照研究表明，相较于未曾被监禁的跨性别别人群，涉及司法监禁的跨性别人士在健康和心理健康方面存在显著弱势（Brown & Jones, 2015）。提供照料的机构、系统和人员往往缺乏为多元性别人群提供照护的知识、训练和能力（Clark et al., 2017）。临终关怀等姑息治疗环境中，对 TGD 人士的歧视很常见。在此类环境中，TGD 人士及其代理人的需求往往被忽视了（Stein et al., 2020）。这就是为什么女同性恋、男同性恋、双性恋和跨性别（LGBT）人士在进入疗养院时可能会选择隐藏其性倾向和/或性别认同，尽管事实上在入住前一直以 LGBT 身份公开生活（Carroll, 2017; Serafin et al., 2013）。

本章中的所有建议声明，都是基于对证据的全面审查，对益处和危害的评估，服务提供者和服务对象的价值观念和偏好，以及资源的消耗和可行性。在一些情况下，我们承认证据有限且/或服务可能无法获得，或并不理想。现有的大多数与机构相关的文献关注在拘留所、监狱或其它监禁环境中的人。我们还参考了可获得的关于其它机构类型的文献。我们希望未来的研究能关注非监禁机构数据相对缺乏的问题。上文概述的建议可推广到各种机构环境，其共同特点包括长期居住，自主权丧失或受限，以及部分或全部基本生活必需品需要依赖机构工作人员提供。

建议声明

- 11.1 我们建议负责向居住在机构（或与机构有关联）的跨性别和多元性别人士提供性别肯定照护的医务人员，认识到第八版照护指南的全部建议平等地适用于生活在机构中的人。
- 11.2 我们提议各机构为所有工作人员提供多元性别相关的培训。
- 11.3 我们建议，对于生活在机构中且需要性别肯定激素治疗的跨性别与多元性别人士，负责为其开具和监测激素的医务人员应依照本《照护指南》（第八版）提供服务，不应无故拖延。
- 11.4 我们建议，对于生活在机构中的跨性别与多元性别人士，为其提供医疗保健的工作人员和专业人员在其提出要求时，应依照本《照护指南》（第八版）推荐并支持进行性别肯定手术治疗，不应无故拖延。
- 11.5 我们建议负责照料跨性别与多元性别人士的管理人员、医务人员以及所有其他机构员工接受其获得与其性别表达相一致的服装和个人护理用品的要求。

- 11.6 我们建议所有的机构工作人员在任何时候都使用其选择的姓名和人称代词来称呼跨性别与多元性别人士。
- 11.7 我们建议机构管理人员，医务人员和其他负责人员，在为跨性别与多元性别居住者安排住宿时，应考虑个人的住宿偏好、性别认同、性别表达和安全因素，而非仅按照其解剖特征或出生时受指派性别进行安排。
- 11.8 我们建议机构人员制定住宿政策时，确保跨性别与多元性别居住者的安全，同时不将其隔离或孤立。
- 11.9 我们建议机构人员根据请求允许跨性别与多元性别居住者私密地使用卫浴设施。

声明 11.1

我们建议负责向居住在机构（或与机构有关联的）跨性别和多元性别人士提供性别肯定照护的医务人员，认识到第八版照护指南的全部建议平等地适用于生活在机构中的人。

生活在机构中的所有人都需要并应获得普通和专业领域的医疗保健（包括心理健康保健），跨性别与多元性别人群也不例外，且需要专门针对跨性别与多元性别问题的照护。我们建议将本照护指南（SOC）应用于生活在机构中的人群，即将其作为医疗保健和伦理方面的基本原则（Beauchamp & Childress, 2019; Pope & Vasquez, 2016）。此外，许多法院长期以来都支持根据 WPATH SOC 向生活在机构中的人群提供考虑到 TGD 人群的照护（如 *Koselik v. Massachusetts*, 2002; *Edmo v. Idaho Department of Corrections*, 2020）。为长期居家服务提供人员配置的机构也应了解本《照护指南》的适用性。

声明 11.2

我们提议各机构为所有工作人员提供多元性别相关的培训。

由于 TGD 照护只影响一小部分人群，本版指南中所述的专门培训很有必要。尽管员工在机构中的职责不同，所需培训水平也会有所差异，所有员工都需要接受如何适当地对待居住者的培训，而其他临床人员可能需要更深入的培训和/或咨询。而这些培训建议也适用于为家庭提供长期照料人员的机构。误称机构居住者的性别，不允许其穿着适合其性别认同的衣物、

使用淋浴设施或住宿环境，以及不使用其自己选择的姓名，都是对跨性别与多元性别居住者缺乏尊重的表现，因而可能会反复感到丧失尊严，进而遭受情感创伤并发生抑郁和焦虑。向所有机构工作人员提供多元性别特质和跨性别医疗方面基本能力的培训，可以预防这些危害（Hafford-Letchfield et al., 2017）。调查表明，无论是监禁人员的管理人员还是姑息治疗等非监禁环境中的工作人员都存在显著的知识空白（Stein et al., 2020; White et al., 2016）。Hafford-Letchfield et al. (2017) 采用的培训方法从“认识到 LBGT 相关事宜在养老院中存在”开始，并表明此类对住院长期照料机构员工的培训是有益的。如果指定的医疗服务提供者缺乏评估和/或治疗其负责的多元性别人士的专业知识，则应从具有提供性别肯定医疗的专业知识的专业人士处寻求外部咨询（Brömdal et al., 2019; Sevelius & Jenness, 2017）。

声明 11.3

我们建议，对于生活在机构中且需要性别肯定激素治疗的跨性别与多元性别人士，负责为其开具和监测激素的医务人员应依照本《照护指南》（第八版）提供服务，不应无故拖延。

TGD 人士可能在进入机构时就存在针对性别肯定激素治疗进行评估的需求，也可能在机构环境中居住了不同时长后产生这种需求。TGD 居住者在提出此类需求后，可能在数月或数年内无法获得激素照护，或者治疗不足、监测不力，对药物的安全和疗效必要的剂

量滴定¹受到延误, 这种情况并不少见 (Keohane, 2018; Kosilek v. Massachusetts, 2002; Monroe v. Baldwin et al., 2019)。这可能导致严重的负面心理健康后果, 包括抑郁、焦虑、自杀, 以及居住者自行进行手术的风险 (Brown, 2010)。与所有医疗必要的保健一样, 在监禁和非监禁机构环境中, 都应及时为 TGD 居住者提供性别肯定激素治疗。医务人员应根据实验室检测和临床结果适当地滴定激素, 以确保结果在内分泌学领域的推荐标准范围内。这类检测应定期进行, 以避免延误适当的滴定时间。

生活在长期照料机构中的老年 TGD 人士有独特需求 (Boyd, 2019; Carroll, 2017; Porter, 2016)。当老年人要求激素治疗时, 虽然医生应该评估其已有的疾病, 但这一人群很少出现使用激素是已有疾病的绝对禁忌的情况 (Ettner, 2013)。在机构中性别不一致的人群也可能同时存在心理健康问题 (Brown & Jones, 2015; Cole et al., 1997)。作为总体评估的一部分, 这些情况应该得到评估和适当治疗。接受激素的人群必须进行密切的医学监测, 以避免潜在的药物相互作用和多重用药 (Hembree et al., 2017)。

进入机构时已经在接受适当的性别肯定激素治疗的 TGD 个体应该继续按照相同或类似的治疗方案进行, 并根据本指南进行监测。使用“定格” (freeze frame) 方法是不当且危险的 (Kosilek v. Massachusetts, 2002)。“定格”是一种过时的方法, 即拒绝为先前未接受激素治疗者启动激素治疗, 或者在机构居住期间要求保持先前的激素剂量不变, 即使该剂量是初始 (较低的) 剂量。对于被认为适宜新开始性别肯定激素治疗的 TGD 人士, 应像在机构外一样开始该治疗 (Adams v. Federal Bureau of Prisons, No. 09-10272 [D. MO June 7, 2010]; Brown, 2009)。突然停止激素治疗或在有医疗必要的情况下不启动激素治疗很可能导致严重的负面后果 (Brown,

2010; Sundstrom & Fields v. Frank, 2011), 如自行手术去势、抑郁情绪、性别烦躁增加和/或自杀倾向 (Brown, 2010; Maruri, 2011)。

如果在机构中的 TGD 人士接受了性别肯定激素和/或手术治疗可能需要重新评估其在按性别划分的设施中的住宿安排, 以确保个体的安全和福祉 (Ministry of Justice [UK], 2016)。

声明 11.4

我们建议, 对于生活在机构中的跨性别与多元性别人士, 为其提供医疗保健的工作人员和专业人员在其提出要求时, 应依照本《照护指南》(第八版) 推荐并支持进行性别肯定手术治疗, 不应无故拖延。

对于有性别烦躁的 TGD 人士, 应有适当的治疗计划, 以提供与非机构居住者所采取的项目类似的医疗必要的手术 (Adams v. Federal Bureau of Prisons, No. 09-10272 [D. MO June 7, 2010]; Brown 2009; Edmo v. Idaho Department of Corrections, 2020)。机构居住者若被拒绝或无法获取性别肯定手术治疗, 且在机构外亦无法获取此类治疗, 可能会导致严重后果, 包括性别烦躁症状的大幅恶化、抑郁、焦虑、自杀倾向以及可能的自行手术 (例如自行去势或自行切断阴茎; Brown, 2010; Edmo v. Idaho Department of Corrections, 2020; Maruri, 2011)。机构居住者被拒绝实施性别肯定手术或被拒绝得到手术评估的情况屡见不鲜, 即使这在医疗上是必要的 (Kosilek v. Massachusetts/Dennehy, 2012; Edmo v. Idaho Department of Corrections, 2020)。拒绝提供医疗必要的性别肯定手术、手术评估及适当的术后护理是不当的, 且违背了本照护指南的要求。

1 译者注: 剂量滴定 (titration) 指在一段时间内缓慢增加药物剂量并进行相应评估, 以确定对个体而言最合适的剂量。

声明 11.5

我们建议负责照料跨性别与多元性别人士的管理人员、医务人员以及所有其他机构员工接受其获得与其性别表达相一致的服装和个人护理用品的要求。

性别表达是指人们依其文化和/或社群拥有与其性别认同相关联的发型、个人护理用品（grooming products）、服装、名称和代词（American Psychological Association, 2015; Hembree et al., 2017）。在特定文化或社群中，性别表达是大多数人所遵循的规范。社会过渡是指 TGD 人士开始并持续地以真实和社会可感知的方式表达其性别认同的过程。通常情况下，人们常会基于出生时受指派性别，期待个体采取相应的行为和公开表达，而社会过渡涉及采取与之不同的行为和公开表达。性别标记是通常在出生时在官方文件上指派给个人的法定性别标签（American Psychological Association, 2015）。性别标记通常被记录为男性或女性，但在一些国家和司法管辖区中，也存在间性或“X”标记。TGD 个体需要与居住在机构内外的顺性别人群一样，在性别表达方面享有同样的权利。工作人员对社会过渡的接纳也会建立一种尊重和肯定的氛围，从而增强其他机构居住者的尊重和支持，以增加安全性和减少某些性别不一致方面的问题。

研究表明，社会过渡和一致的性别表达对 TGD 人群的心理健康有显著的益处（Bockting & Coleman, 2007; Boedecker, 2018; Devor, 2004; Glynn et al., 2016; Russell et al., 2018）。这些建议包括允许穿戴和拥有与自我性别认同一致的服装和发型、获得和使用与性别相符合的卫生和个人护理用品、称呼个体时使用个体自己所选的名字或使用法律层面上的姓氏（即使无法在法律上更改先前被起的名字），并要求称呼时使用的代词与自身认同一致。根据个人的需求单独或共同采用这些性别表达和社会过渡的元素，可以减轻性别烦躁/不一致、抑郁、焦虑、自我伤害意念和行为，以及自杀意念和企图（Russell et al.,

2018）。此外，这些一致的性别表达要素也会提高幸福感和功能（Glynn et al., 2016）。

声明 11.6

我们建议所有的机构工作人员在任何时候都使用其选择的名字和人称代词来称呼跨性别与多元性别人士。

随着越来越多的人公开表明其多元性别认同，有必要制订和实施能够满足这些人需求的做法和政策，无论其居住在何处（McCauley et al., 2017）。例如，机构的医疗和管理系统应记录与性别认同一致而不仅仅是与出生时受指派性别一致的居住者信息。在制定这些建议方案时，我们承认性别拓展或多元性别特质可能会动摇一些 TGD 人士所居住的机构的现有规范。但是，所有机构都有责任促进其中所有居住者的安全和福祉（Australia, 2015; Corrective Services New South Wales, 2015; Edmo v. Idaho Department of Corrections, 2020; Kosilek v. Massachusetts, 2002; NCCHC, 2015）。Sevelius et al. (2020) 表明正确使用代词对于跨性别女性而言是性别肯定的，且与积极的心理健康和 HIV 相关健康结果相关联。如果机构居住者已经依法更名，则应更新机构记录以反映这些更改。

声明 11.7

我们建议机构管理人员，医务人员和其他负责人员，在为跨性别与多元性别居住者安排住宿时，应考虑个人的住宿偏好、性别认同、性别表达和安全因素，而非仅按照其解剖特征或出生时受指派性别进行安排。

机构中普遍使用出生时受指派性别隔离其居住者（Brown & McDuffie, 2009; Routh et al., 2017），这可能会创造一个固有的危险环境（Ledesma & Ford, 2020）。多元性别人士极易遭受污名化、迫害、忽视、暴力和性侵犯的危害（Banbury, 2004; Beck, 2014; Jenness & Fenstermaker, 2016; Malkin & DeJong, 2018; Oparah, 2012; Stein et al., 2020）。这种系统性僵化的性别隔离政策常常无法保障 TGD 人群的安全，也可能会阻碍其获得性别肯定医疗

(Stohr, 2015)。因此,机构应定期评估TGD居住者的住宿需求和偏好(如Federal Bureau of Prisons, 2016)。同样的,美国的《消除监狱强奸法》将TGD人群列为特别易受侵害的群体之一,并要求美国全国的监狱考虑此类囚犯的住宿偏好(Bureau of Justice Assistance, 2017)。

声明 11.8

我们建议机构人员制定住宿政策时,确保跨性别与多元性别居住者的安全,同时不将其隔离或孤立。

仅根据TGD居住者的生殖器解剖结构或出生时受指派性别来安排住宿是错误的,并且会造成身心伤害的风险(Scott, 2013; Simopoulos & Khin, 2014; Yona & Katri, 2020)。监狱环境中已经广泛认识到,TGD个体比其他囚犯更容易受到性骚扰和/或性侵犯(James et al., 2016; Jenness & Fenstermaker, 2016; Malkin & DeJong, 2019)。在住宿安排中需要考虑安全问题,但同时应视具体情况确定,采取共同决策的方式,并考虑个体的意见(Federal Bureau of Prisons, 2016; Jenness & Smyth, 2011)。一些跨性别女性倾向于住在男性设施中,而另一些人则认为住在女性设施中更安全。考虑到多元性别人群的性别认同、表达和过渡状态个体差异极大,须采取灵活的决策过程以保护居住者的安全(Yona & Katri, 2020)。老年LGBT人士在长期照护机构中居住时的担忧之一是受到室友的虐待(Jablonski et al., 2013)。因此,在养老院和辅助生活设施中住所的分配,应考虑基于老人的自我认同性别而非其出生时受指派性别或手术历史,并在分配过程中与TGD个体合作。

单独监禁,有时在监禁设施中称为行政隔离,指将个人与外界隔离的措施,在此期间每天会将其关押在囚室内长达约23个小时。某些监禁设施使用孤立作为一种惩戒手段,或作为对被认为对自己或他人有危险或受到其他囚犯性侵威胁的囚犯的保护手段。然而,必要时出于安全考虑隔离囚犯应以短暂为宜,因为隔

离会导致严重的心理伤害和功能紊乱(Ahalt et al., 2017; Scharff Smith, 2006)。美国的监狱标准组织和联合国将超过15天的隔离视为酷刑(NCCHC, 2016; United Nations, 2015)。

声明 11.9

我们建议机构人员根据请求允许跨性别与多元性别居住者私密地使用卫浴设施。

无论性别认同如何,隐私有普遍的必要性和重要性。TGD人士报告称自己尽可能不使用公共卫生间且限制摄取食物和饮品,以免使用公共设施。这经常导致尿路感染和肾脏相关问题(James et al., 2016)。在机构中,TGD人士在使用卫浴设施时常常被剥夺隐私,这可能导致心理伤害和/或身体和性侵犯(Bartels & Lynch, 2017; Brown, 2014; Cook-Daniels, 2016; Mann, 2006)。同样的,监禁环境中搜身、赤身搜查和体腔检查应由同性别的工作人员进行,尽管应理解在紧急情况下可能无法做到。应避免其他员工偶然目睹此类搜查过程(Bureau of Justice Assistance, 2017)。某些法律也要求监禁中的跨性别人士单独使用卫浴设施,如美国的《消除监狱强奸法》(Prison Rape Elimination Act)。

需要机构服务的老年TGD人群正在增加(Carroll, 2017; Witten & Eyler, 2016)。许多长期照料机构和其它为老年人提供服务的机构需要考虑非顺性别居住者的需求(Ettner, 2016; Ettner & Wiley, 2016)。在对临终关怀、姑息治疗以及其它长期照料机构工作的医务人员的调查中发现,TGD认同的个体的基本需求经常无法满足,并受到获得医疗保健方面的歧视,或遭受身体和/或情感虐待(Steain et al., 2020)。根据澳大利亚的退休和住宿照料服务提供者的调查发现,这些提供者对TGD人群所面临的问题的经验和了解甚少。实际上,许多年长的TGD居住者都承认会因害怕遭受缺乏敏感性的对待乃至直接表达出来的歧视而隐瞒自己的性别认同(Cartwright et al., 2012; Cook-Daniels, 2016; Grant et al., 2012; Horner et al., 2012; Orel & Fruhauf, 2015)。

第十二章 激素治疗

跨性别和多元性别（TGD）人群可能需要医疗必要的性别肯定激素治疗（Gender-affirming hormone therapy, GAHT），以实现与其身体目标和/或性别认同相一致的变化（参见 第二章 全球适用性 声明 2.1, 医疗必要性声明）。本章描述了成人和青少年 TGD 群体的激素治疗建议。有关成人和青少年开始激素治疗的评估标准，分别参见 第五章 成年群体的评估 和 第六章 青少年；有关建议及评估准则的总结载于 附录 D。

从 1979 年发布的第一份世界跨性别健康专业协会（WPATH）《照护指南》（SOC）开始，GAHT 就被确认为医疗必要的措施，在随后包括第七版 SOC 在内的一系列更新版本中亦是如此（Coleman et al., 2012）。WPATH 对内分泌学会于 2009 和 2017 年为 TGD 人群制定的 GAHT 指南予以赞同和支持（Hembree et al., 2009; Hembree et al., 2017）。欧洲性医学会也发表了一份关于青少年和成年 TGD 人群激素管理的立场声明（T'Sjoen et al., 2020）。在医疗监测和管理下，成人的 GAHT 是安全的（Tangpricha & den Heijer, 2017; Safer & Tangpricha, 2019）。然而，GAHT 存在潜在的长期风险，因此需要进行细致的筛查和监测以减少不良事件的发生（Hembree et al., 2017; Rosenthal, 2021）。

一般而言，GAHT 的目标是使血清中的性激素水平达到个人所认同性别的范围，尽管目前尚未确立公认的最佳目标范围（Hembree et al., 2017）。医务人员可以通过血清睾酮和/或雌二醇水平对大部分性激素治疗方法进行监测，但结合雌激素或合成雌激素治疗无法被监测。最近一项为期一年的队列研究纳入了 212 名欧洲成年跨性别女性，该研究未发现雌酮浓度

或雌酮/雌二醇比例与体脂率或乳房发育存在相关性，因此并不支持监测雌酮与雌二醇比例（Tebbens et al., 2021）。过去常用的合成雌激素已被生物同质¹雌激素所取代。尽管有研究表明，对于绝经后女性，口服结合雌激素相较于口服雌二醇有更高的血栓栓塞和心血管并发症风险，但无论是在绝经后女性还是在接受雌激素治疗的跨性别者中，都尚无针对两种雌激素的随机对照试验（Smith et al., 2014）。

GAHT 方案因人而异，取决于个体在激素治疗开始时的发育阶段以及其治疗目标。对于尚未进入青春期的儿童，不建议使用激素治疗。对于已进入青春期早期的符合条件的青少年（如 第六章 青少年 所述），治疗的重点通常是使用促性腺激素释放激素激动剂（gonadotropin releasing hormone agonist, GnRHa）推迟青春期，直到可以引入 GAHT 的适当时间。在此情况下，青春期阻滞是医疗必要的。符合条件的成年人如果满足 第五章 成年群体的评估 中所述的标准，就可以启动 GAHT。此外，医疗服务提供者在为跨性别者启动 GAHT 之前，应与来访者商讨其生育目标和生育力保存措施。参见 第十六章 生殖健康。

对以身体女性化为主要目标的跨性别者而言，GAHT 通常包含雌激素和抗雄激素药物治疗（Hembree et al., 2017）。虽然存在有关孕酮用于乳房发育和情绪管理的传闻报告，但目前并无充分证据表明孕酮的潜在获益超过其潜在风险（Iwamoto, T'Sjoen et al., 2019）。男性化的性别肯定激素治疗通常包括睾酮。WPATH 和内分泌学会均建议监测性激素水平。虽然 GAHT 依满足 TGD 人士的个人需求而定制，但通常而言激素水平应保持在足以支持健康

1 译者注：生物同质（bioidentical）激素指化学成分与内源性激素完全相同的外源性激素，区别于具有激素活性但与内源性激素成分不同的药物，如结合雌激素、炔雌醇等。须注意生物同质激素和“天然激素”为不同的概念，常见的生物同质激素药物（如雌二醇）来自工业生产，而提取自生物的“天然激素”（如植物雌激素）未必生物同质。

骨密度的水平，而不是超生理范围的水平（Hembree et al., 2017; Rosen et al., 2019）。

在大多数情况下，GAHT 需要维持一生，但目前还不清楚老年人是否应减少 GAHT 用量。如停止性激素治疗，尤其是在切除性腺后，TGD 个体会面临骨质流失的风险（Wiepjes et al., 2020）。其他常规的初级医疗保健也应当同时进行（参见 第十五章 初级保健）。流行病学研究报告称，在接受雌激素治疗的 TGD 人群中，心血管疾病和静脉血栓栓塞（VTE）的发生率增加，尤其是在大龄和使用特殊 GAHT 方式的人群当中（Irwig, 2018; Maraka et al., 2017）。接受睾酮治疗的 TGD 人群中，不良心血管风险（如心肌梗死、血压升高、血脂异常和超重）的风险也可

能增加（Alzahrani et al., 2019; Irwig, 2018; Kyinn et al., 2021）。医务人员应与具有罹患心血管疾病高风险的来访者探讨如何改变生活方式及进行药物治疗（参见 第十五章 初级保健）。使用睾酮的 TGD 人群中也可能出现红细胞增多症（Antun et al., 2020）。因此，对 GAHT 伴随的风险和疾病变化进行终身持续监测非常重要（Hembree et al., 2017）。

本章中的所有建议声明，都基于对证据的全面审查，对益处和危害的评估，服务提供者和服务对象的价值观和偏好，以及资源的消耗和可行性。在一些情况下，我们承认证据有限且/或服务可能无法获得，或并不理想。

建议声明

12.1 我们建议为符合条件的*跨性别和多元性别的青少年在首次表现出青春期的生理变化（即 Tanner II 期）后，开始进行青春期阻滞治疗。

12.2 我们建议使用促性腺激素释放激素激动剂（GnRHa）对符合条件*且存在青春期阻滞指征的跨性别和多元性别青少年提供青春期阻滞治疗，以抑制其内源性性激素。

12.3 对符合条件*的跨性别和多元性别青少年，我们提议医务人员在 GnRHa 不可获取或价格过高时，提供孕激素类药物（口服或注射剂型）用以青春期阻滞治疗。

12.4 对于符合条件*且已经进入或完成青春期发育（Tanner III 期后），但不确定或不愿开始性激素替代治疗的跨性别和多元性别青少年，我们提议医务人员提供 GnRHa，以抑制内源性性激素而不同时进行性激素替代治疗，若其寻求此类治疗。

12.5 作为性别肯定治疗的一部分，我们建议医务人员为符合条件*且性发育达到 Tanner II 期或以上的跨性别和多元性别青少年提供性激素；家长/监护人应参与这一过程，除非确定这是对其有害或不必要的。

12.6 我们建议在性别肯定治疗期间测量性激素水平，以确保内源性性激素下降，且给予的性激素的水平根据其 Tanner 分期处于符合其治疗目标的水平。

12.7 对于符合条件的*有子宫的跨性别和多元性别的青少年，在尚不使用睾酮进行性别肯定治疗时，若存在因月经周期引起的性别烦躁，我们建议医务人员使用孕激素或 GnRHa 以减少这一烦躁。

12.8 我们建议让跨性别健康领域及跨性别和多元性别青少年个体所需医疗领域的多学科专家参与其医疗管理。

12.9 我们建议医务人员进行定期的临床评估，以观察性激素导致的身体变化和可能的不良反应，包括在第一年内每 3 个月或每当剂量改变时监测性激素水平，直到处于稳定的成人给药方案下，随后每年进行 1-2 次临床和实验室检测。

12.10 我们建议医务人员在为寻求性别肯定医疗的个体开始青春期阻滞和激素治疗之前，向其告知生育力保存的选项并提供咨询。

12.11 我们建议医务人员在开始为跨性别和多元性别人士提供治疗前，评估和处理可能会因内源性性激素浓度降低和外源性性激素治疗而恶化的医疗状况。

* 青少年和成人的资格标准，参见 第五章 成年群体的评估，第六章 青少年 以及 附录 D。

- 12.12 我们建议医务人员为接受性别肯定治疗的跨性别和多元性别人士提供教育，使其了解性激素治疗所引起的身体变化的开始时间和过程。
- 12.13 我们建议医务人员为跨性别和多元性别人士提供性别肯定激素治疗时，不使用炔雌醇。
- 12.14 在为符合条件的*跨性别和多元性别人士进行性别肯定雌激素治疗时，对于风险较高（年龄>45岁或有静脉血栓栓塞病史）者，我们提议使用透皮雌激素，以降低发生静脉血栓栓塞的风险。
- 12.15 在性别肯定激素治疗中，我们提议医务人员在可以获得雌二醇时，不使用结合雌激素。
- 12.16 对于符合条件*、有睾丸，且正在使用雌激素进行治疗的跨性别和多元性别人士，如果其希望接近顺性别女性血液中的性激素浓度水平，建议医务人员使用睾酮抑制药物（包括醋酸环丙孕酮、螺内酯或 GnRHa）。
- 12.17 我们建议接受睾酮治疗的跨性别与多元性别人士监测血细胞比容（或血红蛋白）。
- 12.18 我们提议医务人员与外科医生就性别肯定手术前后激素治疗的方案进行探讨。
- 12.19 我们提议医务人员与跨性别和多元性别人士探讨性别肯定手术的各种选择，除非缺乏指征或医学上存在禁忌症。
- 12.20 我们建议医务人员为符合条件的*跨性别和多元性别人士启动并持续进行性别肯定激素治疗，因此类治疗能显著改善其心理社会功能和生活质量。
- 12.21 我们建议医务人员在跨性别和多元性别人士的心理健康状况恶化时，评估其心理状况恶化的原因并继续现有的激素治疗，除非存在禁忌症。

青少年性别肯定激素疗法

以下内容将讨论青少年 TGD 人群的激素治疗。根据青少年的发育阶段，这种激素治疗通常包括两个阶段，即青春期阻滞以及加入 GAHT。在第一阶段中，青春期发育将暂停，以允许青少年探索其性别认同和对身体的目标，为下一个阶段做准备，其中可能包括 GAHT。本节将讨论使用促性腺激素释放激素受体激动剂（GnRHa）等青春期阻滞方法的建议，随后将讨论对 GAHT 的建议。下一节将介绍适用于青少年和成年人的部分。

声明 12.1

我们建议为符合条件的*跨性别和多元性别的青少年在首次表现出青春期的生理变化（即 Tanner II 期）后，开始进行青春期阻滞治疗。

一般来说，青少年 TGD 人群使用 GnRHa 的目的是防止进一步发展指派性别相对应的内源性第二性特征。由于这种治疗是完全可逆的，因此青少年能够以此方式获得更长时间，从而通过早期社会过渡探索其性别认同（Ashley, 2019e）。使用 GnRHa 的治

疗具有治疗获益，因为它通常会大大缓解因青春期身体变化所引发的心理痛苦（Rosenthal, 2014; Turban, King et al., 2020）。

对于坚持其性别认同的青春期前 TGD 儿童而言，任何程度的第二性征的永久性发育都可能导致显著的痛苦。虽然可以考虑使用 GnRHa 来阻止那些仍处于 Tanner I 期的个体进入青春期，但目前尚不推荐这一方法（Hembree et al., 2017）。当孩子达到青春期发育正常开始的年龄时（有卵巢的孩子通常为 7~8 至 13 岁，有睾丸的孩子通常为 9 至 14 岁），应更频繁地进行评估（如每 4 个月一次），以检查青春期发育的迹象（乳房开始发育或睾丸体积>4 ml）。鉴于青春期发育的典型节奏（完成需要 3.5~4 年），如果个体只经历了不超过 4 个月的青春期，则不太可能发生永久性的青春期变化。因此，通过频繁的随访，在出现不可逆的身体变化之前，可以很容易地检测到青春期的开始，并可在此时进行有效的 GnRHa 治疗。值得注意的是，在开始使用 GnRHa 后，通常会倒退一个 Tanner 阶段。因此，如果只有 Tanner II 期的乳房发育，通常会完全倒退到青春期前的发育情况；

Tanner II 期的睾丸也是如此（通常对孩子来说甚至不可察觉，且不伴随第二性征的发育）。

鉴于 GnRHa 通过 GnRH 受体脱敏起作用，如果进行 GnRH 激发实验没有发现青春期启动，则不需要进行 GnRHa 的治疗。此外，由于青春期开始的时间差异很大（如上所述），且 GnRHa 可能伴随未知的风险，因此很难有理由认为青春期启动前应用 GnRHa 治疗能够带来获益。在 Tanner I 期对孩子使用 GnRHa 仅适用于确诊体质性青春期延迟的情况，且很可能需要与 GAHT 联合应用。

然而，对于由于体质性青春期发育延迟的儿童可以考虑使用 GnRHa 的同时在 Tanner I 期开始 GAHT。GAHT 的使用可能会激活下丘脑-垂体-性腺轴，但也可能掩盖该过程对身体的影响。为了避免身体变化加剧个体性别不一致状况的可能性，GAHT 开始后不久可以联用 GnRHa，以实现所认同性别表型的青春期发育。

此外，与青春期结束后开始进行性激素治疗相比，在青春期早中期开始进行性激素治疗可最有效地抑制第二性征的发育（Bangalore-Krishna et al., 2019）。相应地，对于已经完成内源性青春期并正在考虑开始 GAHT 的青少年，则可以使用 GnRHa 抑制生理功能（如月经或勃起），并将其作为一个过渡期，直到青少年自身、监护人（如果青少年无法独立做出同意）和治疗团队做出决定（Bangalore-Krishna et al., 2019; Rosenthal, 2021）。

青春期的开始是通过下丘脑-垂体-性腺轴的再激活而发生的。对青春期各阶段的临床评估基于对应的体征。在具有正常卵巢功能的个体中，Tanner II 期的标志是在卵巢雌激素分泌影响下出现的乳腺萌芽。在具有正常睾丸功能的个体中，在促黄体生成素（LH）和卵泡刺激素（FSH）的作用下，睾丸体积增加（通常 >4 ml）则是达到 Tanner II 期的标志。此后，睾丸将分泌睾酮以诱导男性第二性征。

声明 12.2

我们建议使用促性腺激素释放激素激动剂（GnRHa）对符合条件*且存在青春期阻滞指征的跨性别和多元性别青少年提供青春期阻滞治疗，以抑制其内源性性激素。支持性文本，见声明 12.4。

声明 12.3

对符合条件*的跨性别和多元性别青少年，我们提议医务人员在 GnRHa 不可获取或价格过高时，提供孕激素类药物（口服或注射剂型）用以青春期阻滞治疗支持性文本，见声明 12.4。

声明 12.4

对于符合条件*且已经进入或完成青春期发育（Tanner III 期后），但不确定或不愿开始性激素替代治疗的跨性别和多元性别青少年，我们提议医务人员提供 GnRHa，以抑制内源性性激素而不同时进行性激素替代治疗，若其寻求此类治疗。

GnRHa 可以降低青少年 TGD 人群的促性腺激素和性激素水平，从而停止进一步的第二性征发育（Schagen et al., 2016）。这一疗法通常是安全的，文献报道中唯一的短期不良事件是高血压（Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis, 2006; Klink, Bokenkamp et al., 2015）。GnRHa 抑制垂体分泌 LH 和 FSH（Gava et al., 2020），当上述促性腺激素减少时，性腺不再被刺激产生性激素（雌激素或雄激素），从而使血液中的性激素水平回落到青春期前水平。GnRHa 治疗可使已初步发育的第二性征部分退化（Bangalore et al., 2019）。对于具有正常卵巢功能的青少年 TGD 人群而言，乳房组织的生长会减退，且如果在 Tanner II 期开始治疗，乳房组织可能完全消失（Shumer et al., 2016）。有子宫的青少年在使用 GnRHa 后，可以阻止初潮或停止月经。具有正常睾丸功能的青少年 TGD 人群的睾丸体积亦会回落。

如果 GnRHa 治疗在青春期后期才开始, 某些生理变化(如具有正常卵巢功能的青少年 TGD 人群的后期乳房发育, 以及具有正常睾丸功能的青少年 TGD 人群的声音变低沉和面部毛发生长)虽然不会完全退化, 但任何更进一步的发育都将停止(Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis, 2006)。自 1981 年以来, GnRHa 已被用于中枢性性早熟的治疗(Comite et al., 1981; Laron et al., 1981), 并且其效益得到了很好的证实(参见第六章 青少年 中的声明)。在中枢性性早熟患者中使用 GnRHa 已被证实是安全且有效的, 并且没有已知的长期不良影响(Carel et al., 2009)。然而, 在 TGD 青少年中使用 GnRHa 被认为是超说明书用药, 因为这些药物最初并不是为此目的而开发的。尽管如此, 针对以类似剂量和方式使用 GnRHa 的青少年的数据证明, 这种方式能够有效推迟青春期到来, 尽管其对骨量的长期影响尚未得到很好的证实(Klink, Caris et al., 2015)。虽然 TGD 青少年的长期数据比性早熟青少年的数据更少, 但针对这一人群的相关研究已在开展(Klaver et al., 2020; Lee, Finlayson et al., 2020; Millington et al., 2020; Olson-Kennedy, Garofalo et al., 2019)。

我们认识到, 即使 GnRHa 是一种医疗必要的治疗方法, 但由于某些国家的医疗保险计划不包括这种治疗或者获取 GnRHa 的费用过高, 符合条件的青少年可能无法获得这种治疗。因此, 在这些情况下应/可考虑其他方法, 如口服或注射孕激素类药物。此外, 对于 14 岁以上的青少年, 目前还没有数据可以确切回答, 在避免骨骼健康的重大风险的情况下, GnRHa 是否可以作为单药治疗或者单药治疗可持续多久。这是因为 GnRHa 单药治疗后骨骼不会得到足够水平的性激素暴露(Rosenthal, 2021)。

青春期的长期低性腺功能状态, 无论是由于诸如高促性腺激素性性腺功能减退症之类的疾病原因, 还是由于诸如 GnRHa 单药治疗相关的医源性原因, 或是因为特定生理条件导致的生长发育迟缓, 都往往与日

后不良的骨骼健康状态相关(Bertelloni et al., 1998; Finkelstein et al., 1996)。然而, 骨量积累是多因素参与的过程, 涉及到内分泌、遗传和生活方式等因素之间复杂的互相作用(Anai et al., 2001)。在决定 GnRHa 单药治疗的持续时间时, 应考虑所有的因素, 包括从内分泌角度评估治疗前的骨量、骨龄和青春期阶段等因素, 以及身高增长和社会心理因素, 如相对于周围的青少年人群的心理成熟度和发育阶段以及青少年个人的治疗目标(Rosenthal, 2021)。由于这些原因, 在启动 GnRHa 治疗时, 应保持多学科团队的诊疗, 并与青少年和家庭保持持续的临床关系(参见第六章 青少年 中的声明 6.8、6.9 和 6.12)。治疗的临床过程, 如 GnRHa 治疗期间骨量的改变和青少年对治疗的反应, 可以帮助确定进行 GnRHa 单药治疗的时间。

声明 12.5

作为性别肯定治疗的一部分, 我们建议医务人员为符合条件*且性发育达到 Tanner II 期或以上的跨性别和多元性别青少年提供性激素; 家长/监护人应参与这一过程, 除非确定这是对其有害或不必要的。支持性文本, 见声明 12.6。

声明 12.6

我们建议在性别肯定治疗期间测量性激素水平, 以确保内源性性激素下降, 且给予的性激素的水平根据其 Tanner 分期处于符合其治疗目标的水平。

性激素治疗通常包括两种治疗方案, 具体取决于 GnRHa 治疗开始的时间。当 GnRHa 治疗在内源性青春期发育的早期开始时, 若要诱导与性别认同或身体改变目标所对应的青春期, 可使用与性腺功能低下青少年中类似的性激素剂量。在这种情况下, 通常需要约两年的时间逐渐达到成人剂量的性激素(Chantrapanichkul et al., 2021)。当在青春期晚期或青春期后的跨性别青少年中开始 GnRHa 治疗时, 可以给予更高的性激素起始剂量, 并更快地增加剂量, 直到达到维持剂量, 这一方案与成年跨性别者类似

(Hembree et al., 2017)。GnRHa 治疗的另一个优点是可抑制内源性性激素的产生，而不必使用过高的超生理剂量性激素来达到这一点 (Safer & Tangpricha, 2019)。睾丸功能正常的 TGD 人士应继续进行 GnRHa 治疗 (或更换为其它抗雄激素药物)，直至最终接受性腺切除术 (如果这对其性别肯定照护是医疗必要的)。具有正常卵巢功能但被 GnRHa 抑制的 TGD 个体，一旦达到成人水平的睾酮水平，通常仅使用生理剂量的睾酮就足以降低卵巢雌激素分泌，并可以停止使用 GnRHa (Hembree et al., 2017)，如下所述。对于初次接受照护的具有正常卵巢功能的青少年 TGD 人士，可以仅使用生理剂量的睾酮完成 GAHT，无需同时给予 GnRHa (Hembree et al., 2017)。

性别肯定的性激素治疗会诱导符合性别认同的第二性征的发展。此外，GnRHa 治疗期间骨矿化速度减慢，但在性激素治疗开始后迅速恢复 (Klink, Caris et al., 2015)。在青春期早期即启动 GnRHa 的跨性别青少年骨骺线尚未闭合 (Kvist et al., 2020; Schagen et al., 2020)。开始接受性激素治疗后，可能会出现生长突增，且骨骼将继续发育 (Vlot et al., 2017)。在青春期已结束的跨性别青少年中，性激素治疗不会影响身高，因为其骨骺线已经闭合、骨骼发育已经完成 (Vlot et al., 2017)。

对于具有睾丸功能的青少年 TGD 人群，使用 17-β-雌二醇进行青春期诱导优于使用更易形成血栓的炔雌醇等合成雌激素，参见附录 D (Asscheman et al., 2015)。仍然需要继续使用 GnRHa 以抑制内源性睾酮的产生，或者改用其它抗雄激素药物抑制内源性睾酮 (Rosenthal et al., 2016)。雌激素治疗会带来包括乳房发育和女性化的脂肪分布等诸多生理变化，见附录 C 表 1。

对于寻求男性化治疗的青少年 TGD 人群，雄激素可选择注射制剂、透皮制剂或皮下埋植剂。最初由于成本、可获取性和经验等原因，大多数专家通常推荐

注射睾酮酯进行青春期诱导 (Shumer et al., 2016)。建议至少在睾酮达到维持水平之前继续进行 GnRHa 治疗。雄激素治疗后会呈现男性化效果，包括声音变低、肌肉更加发达 (特别是上半身)、面部和身体毛发生长以及阴蒂增大 (Rosenthal et al., 2016)，见附录 C 表 1。

在几乎所有的情况下，进行相关治疗都应获得家长/照顾者的同意。第六章 青少年 (见声明 6.11) 更详细地描述了这项建议的例外情况，特别是当家长/照顾者的参与确实对青少年有害时；其中还阐述了让家长/照顾者参与给予同意的过程的理由。

声明 12.7

对于符合条件的*有子宫的跨性别和多元性别的青少年，在尚不使用睾酮进行性别肯定治疗时，若存在因月经周期引起的性别烦躁，我们建议医务人员使用孕激素或 GnRHa 以减少这一烦躁。

有子宫的 TGD 人群常常会因月经或预期的月经初潮感到痛苦，抑制月经是其普遍希望实现的治疗目的。第六章 青少年 中的声明 6.7 对此有更详细的阐述。为了实现闭经，可以在开始睾酮治疗之前或同时进行月经抑制治疗 (Carswell & Roberts, 2017)。对于一些未准备好接受睾酮治疗，或尚未达到适当青春期发育阶段的青少年，月经抑制是有获益的 (Olson-Kennedy, Rosenthal et al., 2018)。若青少年经历与青春期开始相关的性别烦躁加剧，可以选择 GnRHa 进行青春期阻滞治疗 (也参见 青少年 章节)。

对单纯以月经抑制为目标的青少年，孕激素也可能有效。可以持续使用单一孕激素口服药物 (避孕或非避孕的)、甲羟孕酮注射或左炔诺孕酮宫内缓释节育器以实现闭经 (Pradhan & Gomez-Lobo, 2019)。对于具有正常卵巢功能的跨性别者，开始睾酮治疗后可能在闭经前仍会经历 1~5 个月经周期 (Taub et al., 2020)。月经被抑制以后，对于一些卵巢功能正常的 TGD 个体而言，如果其性行为方式需要进行避

孕的话，也可以选择继续使用孕激素类药物来进行避孕。

对具有正常卵巢和子宫功能的 TGD 个体，应告知其在月经被抑制后的最初几个月可能出现突破性出血。单独使用 GnRHa 的治疗者在开始用药 2~3 周后可能出现突破性出血。对于寻求避孕的人或接受孕激素类药物治疗后继续出现月经出血的人，可以考虑联合使用雌孕激素来保持闭经，但应告知其可能出现乳房发育的副作用 (Schwartz et al., 2019)。

声明 12.8

我们建议让跨性别健康领域及跨性别和多元性别青少年个体所需医疗领域的多学科专家参与其医疗管理。

对于青少年，我们提议在可能的情况下，组建一个由医疗和心理健康专业人士组成的多学科专家小组来进行治疗管理。对于寻求 GAHT 的青少年（考虑到这是一种不可完全逆转的治疗），我们提议在医疗和心理健康专家团队确认存在持续的性别烦躁/性别不一致且个体具备知情同意的心理能力后，采用逐渐增加剂量的治疗方案 (Hembree et al., 2017)。第六章青少年详细介绍了有关青少年评估的具体内容以及其照顾者和多学科团队如何参与的方法。

如果可能的话，青少年 TGD 人士需要接受来自包括初级保健、内分泌学、生殖医学、心理健康、嗓音、社会工作、精神支持和外科专家在内多个学科的儿童跨性别健康专家的支持 (Chen, Hidalgo et al., 2016; Eisenberg et al., 2020; Keo-Meier & Ehrensaft, 2018)。鼓励个体的医疗服务提供者与其它学科的提供者建立合作关系，以便根据青少年个体及其家庭的需要进行转诊 (Tishelman et al., 2015)。然而，缺乏可及的专家和资源不应成为医疗的障碍 (Rider, McMorris et al., 2019)。对青少年 TGD 人士而言，有益的支持途径包括提供与性方面的身份认同有关的准确且符合文化背景的信息、性别过渡的可能选项、家庭支持，以及通过线上或线下的为青少年及其家人

提供支持的团体与有相似经历的人以及成年 TGD 人士建立联系 (Rider, McMorris et al., 2019)。

许多青少年 TGD 人士存在心理健康方面的差异，可以根据情况对其进行初步心理健康筛查（如 PHQ-2 及 GAD） (Rider, McMorris et al., 2019)。医疗服务提供者应记住，跨性别或怀疑自身性别并不是病理性的或构成任何疾病，因此不能仅仅因为一个人的跨性别身份而将其转介去心理健康治疗。治疗这些青少年的医务人员和心理健康专业人员，至少应该了解创伤、性别烦躁、性少数群体压力对任何可能存在的心理健康症状（如进食障碍、自杀意念、社交焦虑等）的影响。这些医疗服务提供者还应熟悉其所在地区的住院心理健康服务的能力水准，以便为 TGD 青少年提供合格的、性别肯定的医疗服务 (Barrow & Apostle, 2018; Kuper, Wright et al., 2018; Kuper, Mathews et al., 2019; Tishelman & Neumann-Mascis, 2018)。第六章 青少年 中的声明 6.3、6.4 和 6.12d 更详细地阐述了这一点。因为家长在得知孩子的 TGD 状况后，在短期内经常出现高度焦虑，且家长对孩子的反应与孩子长期的身体和心理健康结果有关联，所以适当地转介家长接受心理健康支持具有很大帮助 (Coolhart et al., 2017; Pullen Sansfaçon et al., 2015; Taliaferro et al., 2019)。

声明 12.9

我们建议医务人员进行定期的临床评估，以观察性激素导致的身体变化和可能的不良反应，包括在第一年内每 3 个月或每当剂量改变时监测性激素水平，直到处于稳定的成人给药方案下，随后每年进行 1~2 次临床和实验室检测。

性激素治疗可引起广泛的身体和心理变化 (Irwig, 2017; Tangpricha & den Heijer, 2017)（参见附录 C 表 1）。在开始性激素治疗后，医务人员应定期评估治疗的进展和个体对治疗的反应（参见第六章青少年）。这种评估应包括身体变化以及治疗对性别烦躁（如存在）和心理幸福感的影响（参见附录 C

表 1)。医务人员可以利用临床访视,为接受治疗者提供教育,介绍典型身体变化所需的时间并鼓励其建立贴近实际的预期。在激素治疗的第一年,通常应逐步增加性激素的剂量。一般来说,GAHT 的目标是使血清中的性激素水平与个人所认同性别的生理水平匹配,尽管目前尚未确定应达到的最佳目标范围(Hembree et al., 2017)。

除了评估性激素治疗所带来的积极变化外,医务人员还应定期评估治疗是否引起了任何不良影响(见附录 C 表 2),包括雄激素性痤疮或令人困扰的性功能障碍(Braun et al., 2021; Kerckhof et al., 2019)。GAHT 还有可能对多项生理指标产生不良影响。例如,螺内酯可能会引起高钾血症,尽管这一现象不常见且短暂(Millington et al., 2019)。睾酮增加红细胞计数(红细胞比容),可能偶致红细胞增多症(Antun et al., 2020; 见声明 12.17; Hembree et al., 2017)。雌激素和睾酮都可以影响包括高密度脂蛋白胆固醇和甘油三酯在内的血脂水平(Maraka et al., 2017)。参见附录 C 表 3 及表 4。

临床评估的频率应该依个体而定,且因个体对治疗的反应而定。我们提议在激素治疗的第一年,对情况稳定且无明显不良反应的个体,可每隔大约 3 个月进行一次临床评估(附录 C 表 5)。我们没有正式做出建议声明要求每隔 3 个月进行测试,而允许存在一定的灵活性,这是因为没有强有力的证据或已发表的研究支持特定的测试间隔。如果个体确实出现了不良反应,通常需要更频繁的实验室检测和/或临床访视。考虑到超出预期范围的性激素水平可能造成潜在危害,我们强烈建议在 TGD 个体开始 GAHT 时进行定期检测,以这一方法作为标准做法。一旦个体达到了稳定的成人剂量,并且没有显著的不良反应,临床访视的频率可以减少到每年一到两次(Hembree et al., 2017)。

声明 12.10

我们建议医务人员在为寻求性别肯定医疗的个体开始青春期阻滞和激素治疗之前,向其告知生育力保存的选项并提供咨询。

青春期阻滞和使用性激素进行 GAHT 治疗可能对个体未来的生育力产生潜在的不良影响(Cheng et al., 2019)(参见第六章 青少年 和 第十六章 生殖健康)。尽管一些 TGD 人士在开始接受医学干预时,可能没有考虑过将来的生育力问题,但激素处方者应该评估治疗和生育力保存选项的潜在影响,并与寻求此类治疗的个体就此进行探讨(Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine et al., 2015; De Roo et al., 2016)。

应向有正常睾丸功能的个体介绍,持续使用雌激素往往会导致睾丸萎缩,降低精子数量及其他精液质量参数(Adeleye et al., 2018)。然而目前在此方面的知识仍有许多空白,且关于服用雌激素和抗雄激素的跨性别女性的生育力的研究结果不一致(Cheng et al., 2019)。一项研究发现在进行睾丸切除术前,无论停止或继续治疗,睾丸组织状况的个体差异都很大(Schneider et al., 2015)。例如,停用雌激素和抗雄激素六周后,45%人可恢复精子生成,其余人则表现为减数分裂停滞或精原细胞停滞(Schneider et al., 2015)。然而,若血清睾酮水平保持在女性参考范围内,大多数跨性别女性的精子生成会被完全抑制(Vereecke et al., 2020)。对于具有正常睾丸功能的个体,主要的生育力保存选项是精子冷冻保存,也称为精子库储存(Mattawanon et al., 2018)。对于青春期前的个体,使用 GnRH 抑制青春期同样会暂停精子的成熟过程(Finlayson et al., 2016)。

应告知具有正常卵巢功能的个体,睾酮治疗通常会在开始治疗后的几个月内导致月经和排卵的停止(Taub et al., 2020)。关于睾酮对卵母细胞和 TGD 个体随后的生育力的潜在影响,目前也存在很大的知识空白(Eisenberg et al., 2020; Stuyver et al.,

2020)。一项研究发现，睾酮治疗可能与卵巢的多囊样改变有关；而其他研究则报告在睾酮治疗后没有代谢（Chan et al., 2018）或组织学（De Roo et al., 2017; Grynberg et al., 2010）上发生多囊卵巢综合症（PCOS）的证据。一些研究发现，具有卵巢的跨性别个体在启动激素前就已具有更高的 PCOS 患病率（Baba, 2007; Gezer et al., 2021）。如果停止睾酮治疗，具有完整子宫和卵巢的 TGD 个体通常会恢复其生育力（Light et al., 2014）。事实上，有报道称，一位未停止睾酮治疗的 TGD 个体，通过激素刺激的取卵后，使用辅助生殖技术成功诞下了一名婴儿（Greenwald et al., 2021; Safer & Tangpricha, 2019）。对于有卵巢的 TGD 个体，其它生育力保存方案包括卵细胞冻存和胚胎冻存（使用伴侣或捐赠者的精子）。以上的选项需要使用激素刺激进行取卵，并使用辅助生殖技术。

对于处于青春期早期的跨性别青少年，使用 GnRHa 抑制青春期会暂停生殖细胞的成熟过程，但最近的一份报告指出，一位在青春期早期接受 GnRHa 治疗的 TGD 青少年在接受卵巢刺激后，获得了少量成熟的卵母细胞，并将其冷冻保存（Rothenberg et al., 2019）。处于青春期早期的具有睾丸功能的 TGD 青少年使用 GnRHa，不仅会暂停生殖细胞的成熟，还会将阴茎保持于未进入青春期的大小。如果将来最终接受阴茎内翻阴道成形术，那么早期启动的 GnRHa 治疗会影响最终可用于手术的阴茎组织的大小。在此情况下，阴道成形术可能需要使用更复杂的手术程序，例如采用肠道阴道成形术（Dy et al., 2021; van de Grift et al., 2020）。这些考虑因素应与拟启动青春期阻滞治疗的具有睾丸的青春期早期青少年个体及其家人进行讨论。

声明 12.11

我们建议医务人员在开始为跨性别和多元性别人士提供治疗前，评估和处理可能会因内源性性激素浓度降低和外源性性激素治疗而恶化的医疗状况。

寻求男性化治疗的 TGD 人士必须了解与睾酮治疗相关的可能性、后果、限制和风险。在怀孕或试图怀孕期间，睾酮治疗是禁忌，因其可能对胎儿产生不良影响。睾酮的相对禁忌症包括严重高血压、睡眠呼吸暂停和红细胞增多症，因为这些疾病可能会因睾酮的使用而恶化。在睾酮治疗开始前和之后应该进行血压和血脂监测。血压升高通常在睾酮治疗开始后 2 至 4 个月内发生（Banks et al., 2021）。出现高胆固醇血症和/或高甘油三酯血症的患者可能需要通过饮食调整和/或药物治疗进行干预。

寻求女性化治疗的具有血栓栓塞病史（如深静脉血栓和肺栓塞）的 TGD 人士，在激素治疗开始前应接受评估和治疗。这是因为雌激素治疗与血栓栓塞风险增加高度关联，而这一并发症有潜在生命危险。此外，应调整其他可能增加血栓栓塞风险的因素（如吸烟、肥胖和久坐不动的生活方式）。对于存在无法改变的风险因素的个体，例如已知的血栓形成倾向、过去有血栓形成史或明显的家族病史，使用透皮雌激素和抗凝药物的联合治疗可能会降低血栓栓塞风险。然而，有关治疗决策的数据很有限。在激素治疗开始前应该评估其是否存在基础病，例如激素敏感的肿瘤、冠状动脉疾病、脑血管疾病、高泌乳素血症、高脂血症和胆石症，因为外源的性激素治疗可能使上述疾病的相对风险发生变化（Hembree et al., 2017）。

声明 12.12

我们建议医务人员为接受性别肯定治疗的跨性别和多元性别人士提供教育，使其了解性激素治疗所引起的身体变化的开始时间和过程。

睾酮治疗会带来多方面影响，可能包括身体和面部毛发增加、男性型脱发、肌肉质量和力量增加、脂肪质量减少、嗓音变低、停经、增加痤疮的发生率和严重程度、阴蒂增大，以及性欲增强（Defreyne, Elaut et al., 2020; Fisher, Castellini et al., 2016; Giltay & Gooren, 2000; T'Sjoen et al., 2019; Yeung et al., 2020）。其他与睾酮相关的变化包括瘦体重

(lean body mass) 和皮肤油脂分泌增加 (de Blok et al., 2020; Hembree et al., 2017; Kuper, Mathews et al., 2019; Taliaferro et al., 2019; Tishelman & Neumann-Mascis, 2018) (见附录 C 表 1)。

雌激素治疗可促进乳房发育。然而, 只有不到 20% 的人在使用雌激素 2 年后能达到乳房的 Tanner IV~V 期 (de Blok et al., 2021)。其它变化包括睾丸体积、瘦体重、皮肤油脂、性欲、自发勃起、面部和体毛减少, 以及皮下脂肪增加 (详见附录 C 表 1)。雌激素在成年后不会改变声音或身高 (Iwamoto, Defreyne et al., 2019; Wiepjes et al., 2019)。

身体变化发生的时间进程和程度因个体的遗传、起始年龄和整体健康状况等因素而异 (详见 Deutsch et al., 2015; van Dijk et al., 2019)。在可能时了解性激素引起的变化发生的时间和程度, 有助于避免不必要的治疗调整、剂量增加和过早手术带来的潜在危害和费用 (详见 Dekker et al., 2016)。

声明 12.13

我们建议医务人员为跨性别和多元性别人士提供性别肯定激素治疗时不使用炔雌醇。

声明 12.14

在为符合条件的*跨性别和多元性别人士进行性别肯定雌激素治疗时, 对于风险较高 (年龄>45 岁或有静脉血栓栓塞病史) 者, 我们提议使用透皮雌激素, 以降低发生静脉血栓栓塞的风险。

声明 12.15

在性别肯定激素治疗中, 我们提议医务人员在可以获得雌二醇时, 不使用结合雌激素。

为 TGD 人群确定最安全有效的雌激素药物和给药途径是一个重要的课题。附录 C 表 4 中给出了推荐的雌激素药物方案。阿姆斯特丹医疗中心首次报告了有关 816 名跨性别女性的 45 起静脉血栓事件, 值得注

意的是发病率比参考人群的报告高出 20 倍 (van Kesteren et al., 1997)。基于此研究, 阿姆斯特丹医疗中心建议 40 岁以上的跨性别女性使用透皮雌二醇, 以降低用药后静脉血栓的发生率 (Nota et al., 2019; Toorians et al., 2003)。其它研究表明, 炔雌醇与更高的凝血风险有关联, 其机制可能是炔雌醇能够降低活化蛋白 C 的抗凝作用, 并增加凝血因子蛋白 C 和蛋白 S 的浓度 (Toorians et al., 2013)。在过去 15 年中, 其它机构所发表的研究表明, 对于跨性别女性, 使用其它形式雌激素比炔雌醇的静脉血栓发生率更低 (Asscheman et al., 2013)。此外, 2019 年的一项系统综述发现, 炔雌醇的使用与跨性别女性静脉血栓栓塞风险有最高的关联, 同时也发现孕激素的使用与之相关联 (Goldstein et al., 2019)。

2017 年内分泌学会指南不推荐使用结合 (马) 雌激素作为治疗选择, 其原因是无法测量结合雌激素的血液水平, 因此很难防止超生理剂量的雌激素, 从而增加静脉血栓的潜在风险 (Hembree et al., 2017)。来自英国的一项回顾性研究检验了口服结合雌激素、口服戊酸雌二醇和口服炔雌醇的风险, 发现与使用其它形式雌激素的跨性别女性相比, 结合雌激素组的跨性别女性发生静脉血栓的概率增加了 7 倍 (Seal et al., 2012)。一项巢式病例对照研究将超过 8 万名 40~79 岁之间且发生静脉血栓的顺性别女性与约 39 万名无静脉血栓史的顺性别女性进行了匹配。结果显示, 口服雌二醇比结合雌激素具有较低的静脉血栓风险, 且透皮雌激素与血栓风险增加无关 (Vinogradova et al., 2019)。

目前已有系统综述基于回顾性队列和横断面研究, 评估和比较了不同类型雌激素的血栓风险 (Wierckx, Mueller et al., 2012; Wierckx et al., 2013), 但尚无前瞻性、干预性研究探索上述问题。一项回顾性研究纳入了 214 名使用透皮雌二醇 (17 β -雌二醇凝胶 1.5 mg/d 或雌二醇贴片 50 mcg/d) 或每日口服雌激素 (雌二醇 2 mg/d, 雌三醇 2 mg/d, 炔雌醇 50 mcg/d, 或口服避孕药中的炔雌醇 30~50 mcg) 的跨性别女

性 (Wierckx et al., 2013)。在 10 年的随访中, 5% 的个体发生了静脉血栓, 1.4% (3/214) 发生了心肌梗死, 2.3% (5/214) 发生了脑血管事件 (短暂性脑缺血发作或脑血管意外)。在雌激素治疗开始后, 上述三类血栓事件的发病率增加。然而, 作者没有报告不同雌激素治疗方案之间在上述终点方面的差异。

同一团队的研究人员进行了一项横断面研究, 对 50 名跨性别女性 (平均年龄 43 ± 10 岁) 进行了 9.2 年的随访 (Wierckx, Mueller et al., 2012)。随访期间口服雌激素 (戊酸雌二醇 2 mg/d, 雌三醇 2 mg/d 或炔雌醇 50~120 mcg/d) 或使用透皮雌二醇 (17 β -雌二醇 1.5 mg/d 或雌二醇 50 mcg/d)。12% (6 名) 参与者发生静脉血栓、心肌梗死或短暂性脑缺血发作/脑血管意外。其中 2 人服用结合雌激素 0.625 mg/d (1 人与醋酸环丙孕酮联合使用), 2 人服用炔雌醇 20~50 mcg/d, 1 人服用醋酸环丙孕酮 50 mg/d, 而第 6 名参与者使用的雌激素方案未明确。口服雌二醇或使用透皮雌二醇的受试者均未发生上述血栓事件。

一项欧洲开展的多中心前瞻性研究随访了 53 名跨性别女性的雌激素给药途径。年龄小于 45 岁的跨性别女性 (n=40) 接受戊酸雌二醇 4mg/d 联合醋酸环丙孕酮 (CPA) 50mg/d, 而年龄大于 45 岁的跨性别女性 (n=13) 接受透皮 17 β -雌二醇联合 CPA 治疗。口服或透皮雌激素组随访 1 年后均无静脉血栓、心肌梗死或脑血管事件的报告。另一项来自维也纳的回顾性研究对 162 名使用透皮雌二醇的跨性别女性进行了平均 5 年的随访, 也没有发现静脉血栓的发生 (Ott et al., 2010)。

我们对反对使用炔雌醇的声明持有坚定信心。如前所述, 阿姆斯特丹诊所的历史数据证明在停止使用炔雌醇后, 静脉血栓栓塞的发生率降低, 同时近期的系统综述表明, 服用炔雌醇的跨性别女性静脉血栓栓塞风险显著增加 (Weinand & Safer, 2015)。我们同样对反对使用结合雌激素的声明持有坚定信心; 这是因为相比其它雌激素制剂, 服用结合雌激素的跨性别女性静脉血栓栓塞风险有所增加 (Seal et al., 2012),

同时顺性别女性中激素替代治疗的研究也表明了这一点 (Canonico et al., 2007)。目前对跨性别女性的前瞻性和回顾性研究中, 仅在服用结合雌激素或炔雌醇的女性中报告了静脉血栓、心肌梗死和脑血管事件的发生。由于雌二醇价格便宜, 更容易获得, 并且在目前有限的研究中比结合雌激素更安全, 当雌二醇可获得时, 委员会反对使用结合雌激素。目前的证据可能仅来源于前瞻性、队列研究或横断面研究; 然而, 因已有证据非常一致地提示炔雌醇和结合雌激素与上述三类血栓事件增加相关联, 我们将上述声明分级为较强的“建议”等级。

对于超过 45 岁的跨性别女性或既往有静脉血栓史者, 我们也非常有信心建议以透皮方式使用雌激素。如前所述, 阿姆斯特丹诊所报告的跨性别女性在 40 岁后改用透皮制剂, 进而静脉血栓发生率降低 (van Kesteren et al., 1997)。此外, 前瞻性多中心队列研究 ENIGI 显示, 对于在 45 岁时常规改用透皮雌激素的跨性别女性, 没有上述三类血栓事件发生 (Dekker et al., 2016)。另一项研究也没有发现使用雌二醇贴片的跨性别女性发生静脉血栓事件 (Ott et al., 2010)。

除了醋酸环丙孕酮 (注意, 由于潜在肝毒性疑虑, 美国未批准其使用), 在激素治疗方案中使用孕激素类药物仍然存在争议。迄今为止, 还没有高质量的研究评估各类孕酮在跨性别群体激素治疗中的作用。

我们了解, 一些提供孕激素类药物 (包括微粉化孕酮) 的医生认为, 这对那些寻求此类药物的人可能会带来改善乳房和/或乳晕发育、情绪、性欲、整体身形或其它尚未被证明的好处 (Deutsch, 2016a; Wierckx, van Caenegem et al., 2014)。然而, 这些效果仍然是传闻, 并没有高质量的数据来支持孕激素类药物的使用。我们为该版 SOC 要求所进行的系统综述未能确定足够的数据来提出倾向于使用任何孕激素类药物的建议。相反, 现有数据提示长期使用孕激素类药物与某些危害相关 (Safer, 2021)。

对于有子宫的顺性别女性，为避免无孕激素对抗的雌激素带来的子宫内膜癌风险，有必要联用雌激素与孕激素类药物。对于没有子宫的顺性别女性，不需要使用孕激素类药物。与孕激素类药物使用相关的最佳证据来自上述两类顺性别人群，我们承认这并不一定适用于 TGD 人群。虽然不一定所有孕激素类药物都是如此，但甲羟孕酮联合结合雌激素与更高的乳腺癌和心脏疾病风险相关联（Chlebowski 2020; Manson, 2013）。值得注意的是，这些来自妇女健康倡议（Women's Health Initiative）研究的数据可能不适用于跨性别人群。与研究中的顺性别女性相比，寻求激素治疗的跨性别人群往往更年轻，不使用结合雌激素，且激素治疗旨在改善当前的心理健康和生活质量而不仅仅是预防风险（Deutsch, 2016a）。

孕激素类药物的潜在副作用包括体重增加、抑郁和血脂改变。与甲羟孕酮相比，微粉化孕酮可能具有更好的耐受性，并且可能对血脂更有利的影响（Fitzpatrick et al., 2000）。对于跨性别女性，当与雌激素联用时，醋酸环丙孕酮与泌乳素升高、高密度脂蛋白胆固醇降低和罕见的脑膜瘤相关，但当雌激素与 GnRHa 或螺内酯联用时，未观察到这些事件的发生（Bisson, 2018; Borghei-Razavi, 2014; Defreyne, Nota et al., 2017; Sofer et al., 2020）。

因此，迄今为止尚没有支持孕激素类药物对跨性别女性有益的高质量证据。然而，文献确实提示了某些孕激素类药物的潜在危害，至少在持续多年使用的情况下。如果在讨论了使用孕酮进行治疗的风险和获益后，一致决定开始治疗试验，应在使用一年内评估个体对治疗的反应。

声明 12.16

对于符合条件*、有睾丸，且正在使用雌激素进行治疗的跨性别和多元性别人士，如果其希望接近顺性别女性血液中的性激素浓度水平，我们建议医务人员使用睾酮抑制药物（包括醋酸环丙孕酮、螺内酯或 GnRHa）。

美国和欧洲的大多数性别诊所将雌激素与抗雄激素药物联合使用（Mamoojee et al., 2017）（见附录 C 表 5）。在美国，螺内酯是最常用的抗雄激素药物，GnRHa 在英国更常用，而醋酸环丙孕酮（CPA）在欧洲其它地区最为常用（Angus et al., 2021; Kuijpers et al., 2021）。联合抗雄激素药物的理由有二：1) 将睾酮水平降低到顺性别女性的参考范围内；2) 减少达到充分身体效果所需的雌激素用量。每种抗雄激素的药物都有不同的副作用。螺内酯是一种抗高血压和保钾利尿剂，因此可能导致高钾血症、尿频和血压降低（Lin et al., 2021）。CPA 与脑膜瘤和高泌乳素血症的发生有关联（Nota et al., 2018）。虽然 GnRHa 在降低睾酮水平方面非常有效，但如果同时给予的雌激素剂量不足，可能导致骨质疏松症（Klink, Caris et al., 2015）。

在一项针对跨性别女性 GHAT 的系统综述中，作者纳入了一项醋酸环丙孕酮和 GnRHa（亮丙瑞林）的头对头比较研究（Gava et al., 2016），以及两项涉及比较雌激素单药和联合抗雄激素药物的研究。该系统综述认为没有足够的证据表明三种抗雄激素方法中的任何一种在骨代谢、睾酮水平、血钾、高泌乳素血症或脑膜瘤发生率方面具有更好的安全性（Wilson et al., 2020），因此无法给出建议。该综述报道，以螺内酯为基础的方案与泌乳素水平升高 45% 相关联，而以环丙孕酮为基础的方案使泌乳素水平升高了 100% 以上。然而，泌乳素水平升高的临床意义尚不清楚，因为无论是螺内酯治疗组还是 CPA 治疗组，泌乳素瘤的发生率都没有显著升高（Wilson et al., 2020）。一项来自美国单一中心的回顾性队列研究显示，在 100 名联用雌激素和螺内酯治疗的跨性别女性中，泌乳素水平无临床显著升高（Bisson et al., 2018）。荷兰一项对 2555 名主要服用 CPA 和各种类型雌激素的跨性别女性的回顾性研究显示，与荷兰一般人群相比，该人群脑膜瘤的标准化发病率增加，但值得注意的是，这项研究中绝大多数跨性别女性已切除了睾丸但仍在服用 CPA（Nota et al., 2018）。此外，在比

利时的一项短期研究中, 107 名跨性别女性服用 CPA 治疗后出现短暂性泌乳素水平升高, 停药后降至正常 (Defreyne, Nota et al., 2017)。最近一项刚发表的研究调查了 126 名使用螺内酯、GnRHa 或 CPA 的跨性别女性, 结果认为与螺内酯或 GnRHa 相比, CPA 与更高的泌乳素水平和更差的血脂状况相关 (Sofer et al., 2020)。在权衡了测量泌乳素的成本、可及性以及泌乳素升高程度的临床意义之后, 我们决定目前不对是否监测泌乳素水平作出推荐声明。因此, 医务人员应根据激素方案的类型和/或高泌乳素血症或垂体肿瘤 (如溢乳、视野改变) 的症状, 对是否监测泌乳素水平做出个体化的临床决定。

CPA 也与脑膜瘤有关。文献曾报道了 9 例主要服用 CPA 的跨性别女性罹患脑膜瘤 (Mancini et al., 2018)。在顺性别人群中也发现了增加的脑膜瘤风险。2020 年, 欧洲药品管理局发布了一份报告, 建议限制日剂量为 10mg 或以上的环丙孕酮产品, 因为存在发生脑膜瘤的风险 (European Medicines Agency, 2020)。这种相关性很可能是醋酸环丙孕酮的特异性作用, 还没有发现其它抗雄激素药物具有类似风险。在无法获取 CPA 的美国, 北美癌症登记中心协会 (NAACCRs) 数据库没有发现跨性别女性患脑肿瘤 (不限于脑膜瘤) 的风险增加 (Nash et al., 2018)。此外, 与顺性别对照组相比, Kaiser 队列中 2791 名跨性别女性的脑瘤风险没有增加 (Silverberg et al., 2017)。目前没有长期研究报道使用 GnRHa 的跨性别女性面临脑膜瘤和泌乳素瘤风险。

对于有睾丸的跨性别个体, 我们强烈建议将降低雄激素的药物作为激素治疗方案的一部分, 这是基于全球范围内在雌激素治疗之外使用这些药物的实践, 且与这些治疗相关联的风险相对极低。然而, 我们目前还不能优先推荐特定的抗雄激素药物。迄今公布的数据引起了人们对与长期使用 (>2 年) 和高剂量 (>10mg 每日) 的 CPA 相关的脑膜瘤风险的担忧 (Nota et al., 2018; Ter Wengel et al., 2016; Weill et al., 2021)。

比卡鲁胺是一种用于治疗前列腺癌的抗雄激素, 能竞争性地与雄激素受体结合以阻止雄激素的作用。关于跨性别女性人群使用比卡鲁胺的数据非常少, 也缺乏安全性数据。在一项小型研究中, 23 名无法获得 GnRHa 治疗的跨性别女性青少年使用了比卡鲁胺 (50 mg/d) 作为青春期阻滞剂 (Neyman et al., 2019)。所有青少年都出现了乳房发育, 这在接受比卡鲁胺治疗的前列腺癌患者中也很常见。虽然罕见, 但曾有比卡鲁胺导致致命的暴发性肝毒性的报道 (O'bryant et al., 2008)。鉴于比卡鲁胺在跨性别女性人群中尚未得到充分研究, 我们不建议常规使用。

使用 5 α -还原酶抑制剂可以阻止睾酮转化为生物活性更强的二氢睾酮。美国食品药品监督管理局 (FDA) 批准的非那雄胺适应症包括良性前列腺肥大和雄激素性脱发。关于 5 α -还原酶抑制剂在跨性别女性人群中使用的数据非常少 (Irwig, 2021)。目前尚不清楚这类药物是否对已经使用雌激素和抗雄激素药物降低睾酮和双氢睾酮水平的跨性别女性有任何临床获益。因此, 我们不建议跨性别女性人群常规使用它们。对于因二氢睾酮水平升高而经历脱发困扰的跨性别男性, 非那雄胺可能是一种合适的治疗选择。然而, 使用 5 α -还原酶抑制剂治疗可能会阻碍阴蒂生长、面部毛发和体毛的生长。仍需研究来评估 5 α -还原酶抑制剂在跨性别人群中应用的有效性和安全性。

声明 12.17

我们建议接受睾酮治疗的跨性别与多元性别人群监测血细胞比容 (或血红蛋白)。

有高质量的数据表明, 跨性别人群中红细胞压积 (或血红蛋白) 的升高与睾酮治疗相关 (Defreyne et al., 2018)。系统综述中涵盖的睾酮方案包括睾酮酯 (每周 25~250 mg 皮下/肌肉注射)、十一酸睾酮 (每 12 周 1000 mg), 或睾酮凝胶 (每日 50 mg) (Defreyne et al., 2018; Gava et al., 2018; Giltay et al., 2000; Meriggiola et al., 2008; Pelusi et al., 2014; T'Sjoen et al., 2005; Wierckx, van Cae-

negem et al., 2014; Wierckx, van de Peer et al., 2014)。目标睾酮水平应该与顺性别男性的参考范围一致。

声明 12.18

我们提议医务人员与外科医生就性别肯定手术前后激素治疗的方案进行探讨。支持性文本，见声明 12.19。

声明 12.19

我们提议医务人员与跨性别和多元性别人士探讨性别肯定手术的各种选择，除非缺乏指征或医学上存在禁忌症。

尽管缺乏证据，目前性别肯定手术的围手术期标准中包括在术前和术后1~4周停止激素治疗，生殖器手术尤为如此（Hembree et al., 2009）。这种做法旨在降低外源性雌激素给药引起静脉血栓的风险（Hembree et al., 2009）。雌激素和睾酮可以在术后的某个时间重新恢复使用。

有研究人员经过研究发现，与术前停用性激素治疗的患者相比，全程维持性激素不停药的跨性别者，其围术期静脉血栓发生率没有增加（Gaither et al., 2018; Hembree et al., 2009; Kozato et al., 2021; Prince & Safer, 2020）。性腺切除术后，为避免性腺功能减退的后遗症和骨质疏松并维持心理健康和生活质量，性激素治疗尤其重要（Fisher, Castellini et al., 2016; Rosen et al., 2019）。因此，处方激素的医生和外科医生应该针对有关性腺切除术后继续进行外源性激素治疗的必要性提供教育。

为了能够让来访者提供相关信息，医务人员作为临床支持者应该熟知性别肯定手术的风险和获益，也应该熟知可推荐的各个外科医生的手术效果指标和结果（Beek, Kreukels et al., 2015; Colebunders et al., 2017; Wiepjes et al., 2018）。一般来说，大多数医疗必要的手术可涉及三个区域：面部、胸部/乳房，和生殖器（内部和外部）。其它医疗必要的手术包括

身体塑形和嗓音手术（参见 第二章 全球适用性 声明 2.1，医疗必要性声明）。

面部的性别肯定手术包括但不限于喉软骨成形术、鼻成形术、颌部、下巴和前额的塑形或填充术、拉皮手术、脱毛和毛发移植（参见 第十三章 手术及术后护理）。胸部/乳房手术包括隆胸、双侧乳房切除术（带有乳头移植）、乳晕切口乳房切除术和吸脂术。对于有内源性乳房发育的 TGD 个体，最常见的性别肯定手术是胸部男性化手术（乳房切除术）（Horbach et al., 2015; Kailas et al., 2017）。

内生殖器手术包括但不限于睾丸切除术、子宫切除术、输卵管卵巢切除术、阴道成形术和阴道切除术（Horbach et al., 2015; Jiang et al., 2018）。阴道成形术的内衬通常由阴茎皮肤、皮片、两者结合或肠段组成。子宫/卵巢的切除可以单独进行，也可以一次性进行（子宫切除术、输卵管卵巢切除术和阴道切除术）。如果进行阴道切除术，也必须进行子宫切除术。根据个人要求，卵巢可以留在原位。保留一个或两个卵巢的潜在好处是保留生育力，而缺点是可能发生卵巢病变，包括癌症（De Roo et al., 2017）。

外生殖器手术项目包括但不限于外阴成形术、阴蒂释放术和阴茎成形术（Djordjevic et al., 2008; Frey et al., 2016）。在进行外生殖器手术前通常需要脱毛（Marks et al., 2019）。外阴成形术可以包括阴道、阴唇、阴蒂和尿道口的成形。尿道成形术和阴茎成形术中可进行尿道延长，但这与极大增加的并发症率相关联（Schechter & Safa, 2018）。伤口护理和物理治疗对处理阴茎成形术供体部位的伤口很有必要（van Caenegem, Verhaeghe et al., 2013）。盆腔物理治疗也可以作为手术后管理排尿和性功能的重要辅助治疗（Jiang et al., 2019）。受术者、医务人员和外科医生之间展开对话、相互理解并使用一套共通的语言进行清晰的沟通将有助于针对可用的外科手术做出深思熟虑的决定。

声明 12.20

我们建议医务人员为符合条件的*跨性别和多元性别人士启动并持续进行性别肯定激素治疗，因此类治疗能显著改善其心理社会功能和生活质量。支持性文本，见声明 12.21。

声明 12.21

我们建议医务人员在跨性别和多元性别人士的心理状况恶化时，评估其心理状况恶化的原因并继续现有的激素治疗，除非存在禁忌症。

跨性别人群中存在心理健康方面的相对弱势，包括抑郁、自杀倾向、焦虑、自尊降低和创伤后应激障碍 (Arcelus et al., 2016; Becerra-Culqui et al., 2018; Bouman et al., 2017; Eisenberg et al., 2017; Heylens, Elaut et al., 2014; Witcomb et al., 2018)。性少数群体压力模型提供了这些差异的几个中介和调节变量 (Hendricks & Testa, 2012; Meyer, 2003)。跨性别者心理健康差异的特有中介和调节变量包括歧视、迫害、性别误称、家庭排斥和内化的跨性别恐惧 (Hendricks & Testa, 2012)。对心理健康有积极影响的因素包括家庭接纳、支持性的社交和浪漫关系、与跨性别社群的联系、肯定和包容性政策及其提供的保护、拥有新的法律意义上的姓名/性别的证件以及基于个体目标而实现的身体上的性别过渡 (Bauer et al., 2015; Bockting et al., 2013; Bouman et al., 2016; Davey et al., 2014; de Vries et al., 2014; Du Bois et al., 2018; Gower, Rider, Brown et al., 2018; Hendricks & Testa, 2012; Keo-Meier et al., 2015; Meier et al., 2013; Pflum et al., 2015; Ryan et al., 2010; Smith et al., 2018)。

已发现激素疗法对青年和成年 TGD 人群的心理健康和生活质量有积极影响 (Aldridge et al., 2020; Allen et al., 2019; Bauer et al., 2015; Nobili et al., 2018; Russell et al., 2018; Ryan, 2009)。在许多情况下，激素治疗被认为是一种挽救生命的干预措施 (Allen et al., 2019; Grossman & D'Augelli, 2006;

Moody et al., 2015)。一些研究发现，青少年和成年人开始激素治疗与心理健康改善相关联 (Aldridge et al., 2020; Costa et al., 2016; de Vries et al., 2014; Kuper et al., 2020; Nguyen et al., 2018; White Hughto & Reisner, 2016)，其中包括提高生活质量 (Gorin-Lazard et al., 2012; Gorin-Lazard et al., 2013; Murad et al., 2010; Newfield et al., 2006; Nobili et al., 2018; White Hughto & Reisner, 2016)、减轻焦虑和抑郁 (Aldridge et al., 2020; Colizzi et al., 2014; Davis & Meier, 2014; de Vries, Steensma et al., 2011; Gómez-Gil et al., 2012; Rowniak et al., 2019) 以及缓解压力并减少偏执 (Keo-Meier & Fitzgerald, 2017)。一项使用明尼苏达多相人格量表第二版 (MMPI-2) 的前瞻性对照试验表明，在接受睾酮治疗仅 3 个月后，跨性别男性在多个心理功能领域就有了显著改善 (Keo-Meier et al., 2015)。尽管跨性别人群中孤独症症状的发生率较高，但在激素治疗开始后，这些症状并未被发现增加 (Nobili et al., 2020)。

由于抑郁症状的减轻可能与自杀风险的降低有关，故因抑郁或自杀倾向而停止激素治疗可能会造成伤害 (Keo-Meier et al., 2015; Levy et al., 2003)。研究发现，需要且获得了青春期阻滞的青少年，其终身自杀意向的发生率相比希望治疗但未能实现的青少年有明显下降 (Turban, King et al., 2020)。最近的一项系统综述发现，青少年 TGD 人群的青春阻滞治疗与其社会生活改善、成年后自杀倾向下降、心理功能和生活质量改善显著相关 (Rew et al., 2020)。因为证据表明，激素治疗与抑郁和焦虑症状的减轻直接相关，在以传统精神病学方法治疗这些症状之前暂停激素治疗的做法被认为具有医源性影响 (Keo-Meier et al., 2015)。如需采用精神科治疗，治疗可以在激素治疗的同时开始或进行调整，而无须停止激素治疗。

* 青少年和成年人治疗的资格标准，参见 第五章 成年群体的评估 和 第六章 青少年 以及 附录 C。

第十三章 手术及术后护理

医疗必要的性别肯定手术 (gender-affirmation surgery, GAS) 是指一系列旨在使个人身体与其性别认同相符的手术程序 (参见 第二章 全球适用性 声明 2.1, 医疗必要性声明)。本章中叙述了有关成年和青少年跨性别和多元性别 (TGD) 人群的手术及术后护理的建议。有关的手术评估标准, 参见 第五章 成年群体的评估 和 第六章 青少年。建议和评估标准的摘要可以在 附录 D 中找到。

在认可 TGD 社群中的多元和异质性的同时, GAS 治疗可以分为针对出生时受指派性别为男性 (assigned male at birth, AMAB) 和出生时受指派性别为女性 (assigned female at birth, AFAB) 个体提供的两类手术程序谱系。

目前的文献肯定在符合适应证的 TGD 个体中进行 GAS 的益处。尽管在进行 GAS 后可能会发生并发症, 但许多并发症或相对轻微, 或可通过当地门诊照护进行治疗 (Canner et al., 2018; Gaither et al., 2018; Morrison et al., 2016)。此外, GAS 的并发症发生率与为不同诊断进行的类似手术 (即非 GAS) 的并发症发生率并无差异。

对于 AFAB 个体, 性别肯定胸部手术或“平胸术” (即“皮下乳房切除术”) 已经在前瞻性研究 (Agarwal et al., 2018; Frederick et al., 2017; Top & Balta, 2017; van de Grift, Elaut et al., 2017; van de Grift et al., 2016)、回顾性研究 (Bertrand et al., 2017; Claes et al., 2018; Esmonde et al., 2019; Lo Russo et al., 2017; Marinkovic & Newfield, 2017; Poudrier et al., 2019; Wolter et al., 2015; Wolter et al., 2018) 和横断面队列研究 (Olson-Kennedy, Warus et al., 2018; Owen-Smith et al., 2018; van de Grift, Elaut et al., 2018; van de Grift, Elfering et al., 2018) 中加以探讨。平胸术的疗效已在多个领域得到证明, 如健康相关的生活质量得到一致且直接的提高、性别烦躁显著降低, 以及对身体和

外观的满意度一致增加。此外, 后悔率始终很低, 从 0% 到 4% 不等。尽管平胸手术对于抑郁、焦虑和性功能等其它预后指标也有帮助, 但这些研究尚不足以得出明确的结论。虽然仍需进一步研究以得出更有力的结论, 但证据表明平胸手术是一种安全和有效的手术治疗。

对于 AMAB 的个体, 性别肯定乳房手术 (即“隆胸手术”) 的研究较少, 包括 2 项前瞻性研究 (Weigert et al., 2013; Zavlin et al., 2018)、1 项回顾性队列研究 (Fakin et al., 2019) 和 3 项横断面队列研究 (Kanhai et al., 2000; Owen-Smith et al., 2018; van de Grift, Elaut et al., 2018)。所有的研究表明该手术能一致且直接地提升个体的满意度, 包括总体满意度、对身体意象的满意度, 以及手术后的身体意象。Owen-Smith et al. (2018) 发现随着进一步进行性别肯定治疗, 抑郁和焦虑评分都有积极的改善趋势。然而, 尚未统计比较接受胸部手术的个体与其它任何群体之间的差异。

性别肯定手术中的阴道成形术是最常被报道的 GAS 治疗之一; 目前已有 8 项前瞻性研究 (Buncamper et al., 2017; Cardoso da Silva et al., 2016; Kanhai, 2016; Manero Vazquez et al., 2018; Papadopoulos, Zavlin et al., 2017; Tavakkoli Tabassi et al., 2015; Wei et al., 2018; Zavlin et al., 2018), 15 项回顾性队列研究 (Bouman, van der Sluis et al., 2016; Buncamper et al., 2015; Hess et al., 2016; Jiang et al., 2018; Le Breton et al., 2017; Manrique et al., 2018; Massie et al., 2018; Morrison et al., 2015; Papadopoulos, Lelle et al., 2017; Raigosa et al., 2015; Salgado et al., 2018; Seyed-Forootan et al., 2018; Sigurjonsson et al., 2017; Simonsen et al., 2016; Thalaivirithan et al., 2018), 以及 3 项横断面队列研究 (Castellano et al., 2015; Owen-Smith et al., 2018; van de Grift, Elaut et al., 2018)。

尽管使用了不同的评估方法，但所有研究的结果都一致表明，接受治疗者满意度很高（78~100%），对性功能的满意度也同样很高（75~100%）。这一点在使用较新的手术技术时尤为明显。性别肯定的阴道成形术也有着很低的并发症发生率和后悔率（0~8%）。

近期的文献反映了研究者对阴蒂释放术和阴茎成形术的临床兴趣增加，如有 3 项前瞻性队列研究（Garaffa et al., 2010; Stojanovic et al., 2017; Vukadinovic et al., 2014）、6 项回顾性队列研究（Cohanzad, 2016; Garcia et al., 2014; Simonsen et al., 2016; van de Grift, Pigot et al., 2017; van der Sluis et al., 2017; Zhang et al., 2015），以及 4 项横断面研究（Castellano et al., 2015; Owen-Smith et al., 2018; van de Grift, Elaut et al., 2018; Wierckx, Van Caenegem et al., 2011）对这些手术项目的风险和益处进行了回顾。

就排尿功能而言，75%至 100%的研究参与者能够站立排尿。就性功能而言，77%至 95%的研究参与者报告对其性功能感到满意。这些研究大多显示了较高的术后满意度（83~100%），在涉及较新的手术技术的研究中满意度更高。2 项前瞻性研究和 2 项回顾性队列研究专门评估了手术后的后悔情况，而研究中没有跨性别男性感到后悔。虽然研究存在一些局限性，但报告的结果是一致的和直接的。

近年来，面部性别肯定手术（facial GAS, FGAS）受到越来越多的关注，目前的文献证实了其益处。最近发表的 8 篇研究包括 1 项前瞻性队列研究（Morrison et al., 2020），5 项回顾性队列研究（Bellinga et al., 2017; Capitán et al., 2014; Nouredine et al., 2007; Raffaini et al., 2016; Simon et al., 2022），以及 2 项横断面研究（Ainsworth & Spiegel, 2010; van de Grift, Elaut et al., 2018）。

8 项研究都清楚表明，个体对其手术结果满意度非常高（72~100%）。此外，与未接受过 FGAS 手术的人相比，个体对自己的面部外观的满意度明显更高。一项前瞻性的国际多中心队列研究发现，FGAS 显著改善了中长期生活质量（Morrison et al., 2020）。结果直接且一致，但由于某些研究的局限性而在一定程度上不精确。虽然对 AFAB 个体进行 FGAS 是一个新兴的领域，但目前有限的证据表明，选定的受术者同样能够获益。建议今后开展相关研究。

术前的程序中可能需要额外的步骤或措施，如（在进行面部和/或生殖器手术之前）脱毛。参见 第十五章 初级保健。此外，在手术前后咨询盆底物理治疗可能很重要（或必要）。

代表性的手术治疗措施包括（完整列表请见 附录 E 和本章末尾）：

AMAB：面部女性化手术（包括喉软骨成形术¹/声带手术）、性别肯定乳房手术、身体塑形手术、睾丸切除术、阴道/外阴成形术（有/无深度）、美容手术，以及术前准备项目（即脱毛）。

AFAB：面部男性化手术、性别肯定胸部手术、子宫切除术/卵巢切除术、阴蒂释放术（包括放置睾丸假体）、阴茎成形术（包括植入睾丸/阴茎假体）、身体塑形手术、美容手术，以及术前准备项目（即脱毛）。

医生理解 GAS 的手术指征和时机非常重要。尤其是在照护青少年时（参见 第六章 青少年）。

重要的是医生和来访者参与共同决策的过程中包括以下几个方面：1) 采用多学科的治疗方法；2) 了解来访者的目标和期望；3) 探讨手术选择及其相关风险和收益；4) 来访者充分了解后续照护计划（参见 第五章 成年群体的评估）。这些建议旨在促进形成个体化的护理方法。

1 译者注：喉软骨成形术（chondrolaryngoplasty），即喉结缩小。

适当的术后照护对于优化治疗效果至关重要 (Buncamper et al., 2015; Lawrence, 2003), 让受术者了解术后需求 (包括局部伤口护理、活动限制以及预留工作或学校休假时间等) 也至关重要。此外, 外科医生能在必要时提供和帮助下术后护理和/或转诊至专科服务, 也十分重要。此类需求包括持续的支持 (包括来自照顾者以及初级保健服务提供者 and/或心理健康专业人士的支持), 以及定期的初级保健 (如乳腺/胸部癌症筛查、泌尿/妇科照护等)。

随着公众兴趣和性别肯定手术数量的增加 (Canner et al., 2018; Ross, 2017; Shen et al., 2019), 外科医生需要接受额外培训、跟踪结果和进行继续医学教育 (Schechter et al., 2017)。

本章中的所有建议声明, 都基于对证据的全面审查, 对益处和危害的评估, 服务提供者和服务对象的价值观念和偏好, 以及资源的消耗和可行性。在一些情况下, 我们承认证据有限且/或服务可能无法获得, 或并不理想。

建议声明

13.1 我们建议实施性别肯定手术的外科医生具备以下资质:

- 13.1.a 接受性别肯定治疗项目方面的培训和有文件记录的督导;
- 13.1.b 持续从事性别肯定外科手术方面工作;
- 13.1.c 了解多元性别认同和表达的知识;
- 13.1.d 接受性别肯定手术领域的继续教育;
- 13.1.e 对手术结果进行跟踪。

13.2 我们建议外科医生在对跨性别与多元性别人士进行隆胸或乳房切除术前评估其与乳腺癌相关的危险因素。

13.3 我们建议外科医生在术前向接受性别肯定手术的跨性别与多元性别人士告知术后护理要求、旅行和住宿相关信息, 以及术后随访的重要性。

13.4 我们建议外科医生在对跨性别与多元性别人士进行性腺切除术之前, 确认其已经探讨过生殖选择。

13.5 我们提议, 对于符合条件的*成年跨性别与多元性别人士, 若有证据表明其已经接受了至少 6 个月的性别肯定激素干预, 外科医生应考虑为其提供性腺切除术 (除非激素替代治疗或性腺抑制没有临床指征, 或者与其愿望、目标或个人性别认同的表达不一致)。

13.6 我们提议, 对于符合条件的*成年跨性别与多元性别人士, 若其寻求性别肯定的生殖器手术, 且有证据表明当前治疗方案稳定 (可能包括至少 6 个月的激素治疗, 或更长, 如果该手术需要更长时间以达到预期效果; 除非个体不想进行激素治疗或存在禁忌症), 医务人员应考虑提供相应手术。

13.7 我们建议外科医生考虑对符合条件的*青少年跨性别和多元性别人士提供性别肯定手术治疗, 如果有证据表明决策过程采用了涵盖心理健康和医疗专业人员在内的多学科诊疗方法。

13.8 若符合条件的*跨性别和多元性别人士要求在性别肯定手术中采用单独定制 (以前称为“非标准”) 的手术, 我们建议外科医生咨询跨性别健康领域专业人士组成的综合性、多学科团队。

13.9 我们提议外科医生在照护接受过阴蒂释放术/阴茎成形术的跨性别男性和多元性别人群时, 鼓励终身进行泌尿系统方面的随访。

13.10 我们建议外科医生在照护接受过阴道成形术的跨性别女性和多元性别人群时, 鼓励其在其主治外科医生、初级保健医生或妇科医生处随访。

13.11 我们建议由多学科专家小组管理对与性别有关的手术治疗感到后悔的受术者。

* 青少年和成人的资格标准, 参考 第五章 成年群体的评估, 第六章 青少年 以及 附录 D。

声明 13.1

我们建议实施性别肯定手术的外科医生具备以下资质：

- a. 接受性别肯定治疗项目方面的培训和有文件记录的督导；
- b. 持续从事性别肯定外科手术方面工作；
- c. 了解多元性别认同和表达的知识；
- d. 接受性别肯定手术领域的继续教育；
- e. 对手术结果进行跟踪。

提供GAS的外科医生可能有丰富多样的外科专业培训和背景。最常见的外科专业包括整形外科、泌尿科、妇科、耳鼻喉科和口腔颌面外科（Jazayeri et al., 2021）。与其他外科领域一致，我们建议只有获得各自国家专业委员会认证或有资格获得认证的外科医生才能提供GAS。此外，建议为跨性别与多元性别来访者提供照护的外科医生提前接受过各个性别肯定项目和性别肯定照护原则方面的培训（Schechter et al., 2017; Schechter & Schechter, 2019）。后者包括但不限于有关多元性别的身份认同和表达的知识，以及这些方面会如何影响来访者的目标、期望和结果。重要的是，提供GAS的外科医生要熟悉可用的项目，并能提供知情同意的相关信息。如果外科医生无法提供所要求的项目，则可提供转诊以征求第二意见（second opinion）。提供GAS的外科医生应参加GAS领域的继续教育活动（即会议、大会、研讨会等），以获得最新的知识。我们还建议须对手术结果进行跟踪随访，并将其作为知情同意书的一部分传达给受术者（Schechter et al., 2017）。

此外，提供GAS的医院、机构和医生办公室需要拥有相关文化能力与知识（即语言、用词等）。这可能需要持续和定期地对工作人员进行教育。

声明 13.2

我们建议外科医生在对跨性别与多元性别人士进行隆胸或乳房切除术前评估其与乳腺癌相关的危险因素。

在隆胸或乳房切除术之前，个体需要被告知并评估乳腺癌风险因素，包括基因突变（即BRCA1、BRCA2）、家族史、年龄、辐射、雌激素暴露，以及手术后预计保留的乳腺组织的量（Brown, Lourenco et al., 2021; Brown & Jones, 2015; Colebunders et al., 2014; Gooren et al., 2013; Salibian et al., 2021; Weyers et al., 2010）。乳腺癌筛查在癌症的识别与适当的影像学、检查和项目的选择之间做出了平衡。目前不存在专门针对跨性别与多元性别个体的循证筛查指南（Salibian et al., 2021），然而，最近美国放射学会提出了指南（Brown, Lourenco et al., 2021）。由于寻求性别肯定的隆胸或乳房切除术的人的癌症风险与普通人群相似（即使在使用激素的情况下），因此同样需要遵循现有的癌症筛查指南（Brown & Jones, 2015; Gooren et al., 2013; Salibian et al., 2021; Weyers et al., 2010）。专业人士需要熟悉这些指南的更新，因为它们可能会发生变化。接受胸部GAS的人应该进行持续的乳腺癌监测，这应该由其初级保健提供者（如家庭医生）负责。

声明 13.3

我们建议外科医生在术前向接受性别肯定手术的跨性别与多元性别人士告知术后护理要求、旅行和住宿相关信息，以及术后随访的重要性。

术前须与来访者分享有关术后护理要求的时间安排、技术和持续时间等细节，以便其进行适当的计划。其中包括关于分期进行手术的计划（以及相关的旅行要求）的讨论。鉴于专门从事GAS的外科医生为数不多，受术者通常要到外地进行手术。在手术前，外科医生应向受术者提供术后随访时间表。外科医生应与受术者讨论旅行日期、预计住院与门诊的时间，以及旅行安排中灵活机动时间的潜在需求（特别是在发生并发症时）。鉴于旅行和住宿的复杂性和成本，照护计划中的变更应尽早与受术者分享。在受术者回家后，外科医生应协助在当地医疗提供者进行持续护理。

术后护理和术后随访是很重要的。GAS 往往有特定的术后护理要求，如拥有相关物质资源（稳定、安全的住房；进行旅行和后续护理的资源），在有利于健康的习惯方面接受指导（例如个人卫生、健康生活、预防尿路感染和性传播感染方面）（Wierckx, Van Caenegem et al., 2011），手术后的预防措施或日常生活活动受到的限制（如洗澡、身体活动、锻炼、营养指导、恢复性活动方面）（Capitán et al., 2020），手术后恢复药物治疗（即抗凝血剂、激素等），以及对手术后自我护理活动的详尽要求（如阴道成形术后的扩张和灌洗方案、阴茎假体的激活、改善阴茎成形术后排尿的方法、毛发移植护理的建议）（Capitán et al., 2017; Falcone et al., 2018; Garcia, 2018; Hoebeke et al., 2005）。一部分的术后护理的介绍可以在术前进行，并在术后加强（Falcone et al., 2018）。由于可能出现伤口开裂、扩张困难和尿路感染等问题（Dy et al., 2019），随访期中有机会对并发症进行干预、缓解和预防（Buncamper et al., 2016; Garcia, 2021）。

声明 13.4

我们建议外科医生在对跨性别与多元性别人士进行性腺切除术之前，确认其已经探讨过生殖选择。

不育通常是性别肯定激素疗法（暂时）和性别肯定手术（永久）的结果。在药物和/或手术干预之前应当讨论生育力保存问题（Defreyne, van Schuylenbergh et al., 2020; Jahromi et al., 2021; Jones et al., 2021）。改变生殖解剖结构或功能的手术可能会在不同程度上限制未来的生殖选项（Nahata et al., 2019）。因此，在启动任何此类干预措施前，以及在此之后持续地与个体及其家人讨论不孕不育风险和生育力保存（FP）选项至关重要（Hembree et al., 2017）。

有关生殖选择的具体建议，参见 第十六章 生殖健康。

声明 13.5

我们提议，对于符合条件的*成年跨性别与多元性别人士，若有证据表明其已经接受了至少 6 个月的性别肯定激素干预，外科医生应考虑为其提供性腺切除术（除非激素替代治疗或性腺抑制没有临床指征，或者与其愿望、目标或个人性别认同的表达不一致）。

声明 13.6

我们提议，对于符合条件的*成年跨性别与多元性别人士，若其寻求性别肯定的生殖器手术，且有证据表明当前治疗方案稳定（可能包括至少 6 个月的激素治疗，或更长，如果该手术需要更长时间以达到预期效果；除非个体不想进行激素治疗或存在禁忌症），医务人员应考虑提供相应手术。

性别肯定激素疗法（GAHT）会带来解剖学、生理学和心理学上的变化。解剖学效应（如阴蒂生长、阴道粘膜萎缩）可能在开始治疗后的早期开始，预计在 1~2 年达到峰值效果（T'Sjoen et al., 2019）。根据所需的手术结果，一段时间的激素治疗可能是必要的（例如，阴蒂释放术/阴茎成形术之前阴蒂应充分男性化），或是更优的，考虑到心理原因和/或解剖学原因（隆胸之前的乳房生长和皮肤扩张，面部性别肯定手术之前的皮肤变细腻和面部脂肪分布发生变化）（de Blok et al., 2021）。

对于在手术治疗前没有服用激素者，外科医生必须审查其对拟进行的手术的影响。

对于接受性腺切除术但没有服用激素者，可以在手术前与其专科医生一同制定激素替代计划。

声明 13.7

我们建议外科医生考虑对符合条件的*青少年跨性别和多元性别人士提供性别肯定手术治疗，如果有证据表明决策过程采用了涵盖心理健康和医疗专业人员在内的多学科诊疗方法。

大量有力证据, 包括观察性研究 (Monstrey et al., 2001; Stojanovic et al., 2017)、文献综述与专家意见 (Esteva de Antonio et al., 2013; Frey et al., 2017; Hadj-Moussa et al., 2019; Pan & Honig, 2018)、既定指南 (Byrne et al., 2018; Chen, Fuqua et al., 2016; Hembree et al., 2017; Karasic & Fraser, 2018; Klein, Paradise et al., 2018; Weisler et al., 2018), 以及主题内容分析 (Gerritse et al., 2018) 都支持多学科 (即内科、心理和外科) 方法对跨性别者照护的重要性。

如果接受性别肯定手术的 TGD 人士遇到心理健康问题, 多学科诊疗对解决问题能起到尤为重要的作用 (de Freitas et al., 2020; Dhejne et al., 2016; van der Miesen et al., 2016)。此外, 初级保健提供者和专科医生可以帮助进行有关手术时机、手术结果和期望、围手术期激素管理和医疗条件优化的决策 (Elamin et al., 2010; Hembree et al., 2017)。

有关青少年手术前评估的具体建议, 参见 第六章 青少年。

声明 13.8

若符合条件的“跨性别和多元性别人士要求在性别肯定手术中采用单独定制 (以前称为“非标准”) 的手术, 我们建议外科医生咨询跨性别健康领域专业人士组成的综合性、多学科团队。

性别认同在一个谱上连续分布, 不同人对其身份认同的表达存在很大差异 (Beek et al., 2015; Koehler et al., 2018)。虽然特定手术的总体目标通常包括减少性别烦躁 (van de Grift, Elaut et al., 2017) 或实现性别一致, 但多元性别的表现可能会带来单独定制的手术要求, 其中的一些手术可能被认为是“非标准”的 (Beek et al., 2015; Bizic et al., 2018)。个人定制的手术要求可以被定义为: 1) 手术项目会改变个人的性别表达, 但未必以表达另一种二元性别为目的; (2) 成熟的手术项目的“非标准”组合; (3) 两者皆是。

这旨在为受术者进行咨询和接收信息提供帮助, 并确保其目标能够实现。受术者及其外科医生需要共同努力, 以确保受术者的期望是现实的和可实现的, 且所建议的治疗措施是安全的和技术上可行的。受术者及其手术团队需要共同参与决策过程 (Cavanaugh et al., 2016)。这种知情同意过程需要涉及的考虑因素包括某些手术项目的不可逆转性, 某些手术项目相对较新这一特点, 以及某些手术项目的长期结果方面信息较为有限这一状况。

声明 13.9

我们提议外科医生在照护接受过阴蒂释放术/阴茎成形术的跨性别男性和多元性别人群时, 鼓励终身进行泌尿系统方面的随访。

阴蒂释放术/阴茎成形术后可能产生包括尿路和性功能方面的并发症 (Kang et al., 2019; Monstrey et al., 2009; Santucci, 2018; Schardein et al., 2019)。已报道的 (与尿道延长术有关的) 尿道并发症包括尿道狭窄 (35 ~ 58%)、尿道瘘 (15 ~ 70%) (Monstrey et al., 2009; Santucci, 2018; Schardein et al., 2019)、憩室、残留阴道导致的粘液腺囊肿, 以及再造尿道内的毛发生长 (Berli et al., 2021; Veerman et al., 2020)。与性功能相关的并发症包括缺乏乃至失去触觉和/或性感觉、性高潮困难, 以及阴茎假体并发症 (Kang et al., 2019; Santucci, 2018)。据估计, 阴茎假体相关的并发症包括感染 (发生率 8~12%)、功能障碍、尿道侵蚀、假体外露, 以及假体骨固定的脱位 (Falcone et al., 2018; Kang et al., 2019; Morrison et al., 2016)。尽管大多数尿道和假体的并发症发生在术后初期和中期, 并发症也可能在任何时间发生。早期检测可能会减少发病率 (如尿道狭窄导致瘘管, 阴茎假体侵蚀导致感染并需要完全取出) (Blecher et al., 2019)。

评估尿道狭窄 (或其他泌尿系统问题) 相关早期证据的常规随访包括膀胱超声测量排尿后残余体积 (对再造尿道的狭窄状况进行筛查和分期)、透视尿道造

影（对再造尿道的狭窄状况、痿管和憩室进行识别和分期）以及使用膀胱尿道镜检查尿道和膀胱。TGD男性也可能有与性别过渡无关的常规泌尿系统问题（如尿路结石、血尿和泌尿生殖系统恶性肿瘤；生育力保存等）（Sterling & Garcie, 2020a, 2020b）。

声明 13.10

我们建议外科医生在照护接受过阴道成形术的跨性别女性和多元性别人群时，鼓励其在主治外科医生、初级保健医生或妇科医生处随访。

阴道成形术是一种安全的手术（Hontscharuk, Alba, Hamidian Jahromi et al., 2021）。虽然可能出现并发症，但大多数是自限性的，或者可以通过小规模的干预措施进行治疗（Hontscharuk, Alba, Hamidian Jahromi et al., 2021）。轻微并发症包括诸如肉芽组织形成、阴道内毛发生长、伤口愈合延迟和/或伤口开裂、外观问题以及内口狭窄等（Ferrando, 2020; Kloer et al., 2021）。虽然这些并发症通常是自限的，但它们可能会影响受术者术后的幸福感。此外，如果受术者无法获得在跨性别健康这一特定领域的专业人员提供的照护，这些问题可能得不到诊断或可能会被误诊。我们建议受术者由其主治外科医生本人定期随访——如在术后两周、三个月、六个月和一年——尽管对某些人而言可能需要进行更多的随访。

TGD人群应终身接受额外的妇科照护，此类照护可以在许多情况下进行。可以由初级保健服务提供者、妇科医生或GAS外科医生使用窥器检查肉芽组织、毛发和损伤，且此类检查可能在术后短期之内就有必要进行（Grimstad, Mc Laren et al., 2021; Suchak et al., 2015; van der Sluis et al., 2020）。经实验室检测确认后，尿路感染、性传播感染和阴道微生物群的其它改变可以按照为顺性别群体制定的相关指南进行治疗（Hooton, 2012; Sherrard et al., 2018）。因为术后前列腺位于阴道前壁，须通过阴道管根据为顺

性别人群制定的相关指南进行手动前列腺检查（Carter et al., 2013）。

其他并发症包括再造阴道狭窄、直肠阴道痿和炎症（对于使用肠道的阴道成形术）等（Bustos et al., 2021）。这些状况需要将非手术治疗和手术治疗相结合，必要时需要咨询或转介回其主治外科医生与其他外科顾问（即结直肠外科医生）。此外，由于盆底功能障碍可能在阴道成形术之前和之后对30~40%的受术者造成影响，因此盆底物理治疗是术后的重要辅助手段（Jiang et al., 2019）。

声明 13.11

我们建议由多学科专家小组管理对与性别有关的手术治疗感到后悔的受术者。

对自己的GAS感到后悔的人比例非常低（0.3%~3.8%）（De Cuypere & Vercruysse, 2009; Defreyne, Motmans et al., 2017; Hadj-Moussa et al., 2019; Hadj-Moussa, Agarwal et al., 2018; Hadj-Moussa, Ohl et al., 2018; Landén et al., 1998; Narayan et al., 2021; van de Grift, Elaut et al., 2018; Wiepjes et al., 2018）。报道的后悔发生率最高的时期，手术技术尚不完善，多学科照护的作用尚未确立，照护指南尚未确立或不广为人知（Landén et al., 1998）。后悔的情绪可以是暂时或永久的，可以分为（Narayan et al., 2021）社会性后悔（由家庭、宗教、社交或职业生活中的困难引起）、医疗性后悔（由于长期的医疗并发症、对手术结果的失望或术前决策过程不足）和真正与性别相关的后悔（主要由于受术者的误诊经历和/或对性别认同探索不足）。这种分类方式与以前讨论的积极和消极预测因素相符（De Cuypere & Vercruysse, 2009; Gils & Brewaeys, 2007; Pfäfflin & Junge, 1998）。

多学科团队可以帮助确定后悔的原因以及手术请求的时间稳定性（Narayan et al., 2021）。在进行评估后，基于个人情况，可能需要进行药物和/或手术治疗以继续性别过渡，或是通过手术程序使解剖结构

恢复到符合出生时受指派性别的状况。参见 第五章 成年群体的评估。

性别肯定外科手术

随着该领域对性别不一致的诸多方面的理解不断拓展，且技术的发展允许实施更多种类的治疗，我们必

须认识到上述声明并不是详尽的。鉴于更新SOC的时间间隔通常较长，在此期间可能会出现理解和治疗方式的演变，这一点尤其重要。

* 青少年和成年人治疗的资格标准，参见 第五章 成年群体的评估 和 第六章 青少年 以及 附录 D。

第十四章 嗓音和沟通

人类参与沟通，不仅是为了交流关于外部世界的想法，也是为了展现自己作为社会文化存在的形象，以及与他人协商适当的称呼、介绍和相处的方式，以确保自己感到安全并受到尊重（Azul et al., 2022）。人的嗓音被广泛认为是帮助传达其性别的关键沟通形式之一，而性别是人类多样性的维度之一。然而，言语交流的其他特征和方式（例如发音方式，遣词造句，手势，听众的感知和判断）也需要得到关注（Azul, 2015; Azul & Hancock, 2020）。在本章中，我们使用“嗓音与沟通”这一短语，涵盖参与社会交往的每个个体根据自己的需求、愿望、认同和能力进行意义构建（meaning-making）的实践。

虽然在这一领域的研究文献中，对于性别的二元理解占据主导地位，但是本章所建议的方法采用对性别认同广泛而包容的观点（涵盖女性倾向跨性别者、男性倾向跨性别者、性别流动、非二元性别、性别酷儿、无性别等），且理解到性别不是独立存在的，而与人类多样性的其它方面（如原住民身份、民族/种族、性、残障与否、信仰/宗教/灵性）相互交织。本章的建议适用于所有寻求专业嗓音与沟通支持的跨性别和多元性别（TGD）人士，无论其年龄（如儿童、少年、青年和成年）以及具体意愿（希望进行性别过渡/逆性别过渡）如何，同时也不受其选择的干预措施的影响。

并非每个 TGD 个体都会在其嗓音与沟通方面遇到困难或希望得到专业支持，但那些需要此类支持的人常在获取服务方面遇到障碍。虽然在各国和各 TGD 亚群的比例有所不同，但统计数据支持存在这一困境：TGD 人士无法在自己想要的时间按照自己想要的方式获得嗓音与沟通服务（Eyssel et al., 2017; James et al., 2016; Oğuz et al., 2021; Södersten et al., 2015; Veale et al., 2019）。在这些研究中，希望接受嗓音和沟通训练或嗓音手术的 TGD 人士的比例通常高于已经接受这些干预措施的人的比例。除少数例外，接

受嗓音训练的机会通常多于接受嗓音手术的机会。在所处的社会中被进一步边缘化的 TGD 人士，如边缘化种族/民族的 TGD 人士，经历着更高比例的歧视和更受限的医疗保健服务（James et al., 2016; Xavier et al., 2005）。

研究参与者最常提及的困境包括高昂的费用、不知道如何获取服务以及服务本身的缺乏。根据在美国（Hancock & Downs, 2021; Kennedy & Thibeault, 2020）、土耳其（Oğuz et al., 2021）和新西兰（Veale et al., 2019）的研究，TGD 人士缺乏关于嗓音与沟通服务选择的准确信息，这是一项重要且普遍存在的照护障碍。值得注意的是，在瑞典，当诊断为性别不一致时，所有 TGD 人士都会获得嗓音与沟通的支持（Södersten et al., 2015）。此外，服务提供者的文化适应能力（cultural responsiveness）进步缓慢（Hancock & Haskin, 2015; Jakomin et al., 2020; Matthews et al., 2020; Sawyer et al., 2014）。Hancock & Downs (2021) 进行了初步工作，以确定嗓音与沟通服务的具体障碍，并采取有效手段来消除这些障碍。

本章旨在为医务人员提供指导，以支持和促进 TGD 人群的福祉；这一人群在使用嗓音、进行沟通方面存在困难，或会因他人的回应和判断而感到困扰（Azul et al., 2022）。

TGD 人士可采用许多不同的方法（如单一方法或结合多种方法）来调整其嗓音和沟通方式，包括可能在嗓音指导资源支持下由 TGD 人士自主进行改变的方法，由嗓音与沟通专家支持的行为性改变方法（以下简称“嗓音和沟通训练”），以及由雄性激素干预和/或喉部手术引起的改变。目前存在的研究证据尚未涵盖自主改变的方法，而是集中在后三种方法上。

“嗓音与沟通专家”指的是了解说话者和听众行为中具有持续和不断改变的能动性，熟知相关的专业干预（如行为、激素和手术干预），同时对与生理学、社会文化上的意义构建以及外界物质条件相关的过程

都有了解的专业人士 (Azul & Hancock, 2020)。此类专家能够通过适应文化背景的、以人为本的指导方式, 对 TGD 人士进行适当评估以指导其选择并支持其探索干预的目标和选项, 同时也具备行为嗓音和沟通干预方法的知识和技能。

可以通过行为性改变来改善的做法, 包括说话和唱歌的嗓音、专注、放松、呼吸、音高和音域、嗓音质量、共鸣/音色、响度、声线投射、面部表情、手势、姿势、动作、自我介绍、描述身份认同并请求他人使用适应自身文化背景的方式称呼和对待自己, 对于听者对自己的错误判断做出自信和坚韧的回应, 以及练习面对不同人群和不同日常场合下的嗓音使用和交流方法 (如 Hancock & Siegfriedt, 2020; Mills & Stoneham, 2017)。

嗓音与沟通服务是作为全面、协调的健康支持方案的一部分提供的, 旨在支持 TGD 人士的医疗、心理和社会需求 (Södersten et al., 2015), 而不存在先决条件 (如使用激素、寻求手术或已在某种性别角色中生活的时长)。嗓音与沟通支持的总体目的是:

- 教育相关个体了解影响功能性嗓音与沟通实践的因素, 以及传达说话者身份的因素 (包括说话者、听者、专业实践、外界环境、生理和社会文化等方面);
- 使服务对象能够以符合其期望的自我呈现方式, 在日常接触中表达其社会文化归属 (如性别), 并以不伤害发声机制的方式使其发展、保持和习惯其嗓音、声音质量和交流方式。
- 为出现嗓音功能受限的相关个体 (例如由于功能过强性嗓音障碍而导致的功能受限) 提供功能性嗓音训练;
- 支持服务对象以自信的方式表达自己期望被称呼和指代的形式, 例如姓名、人称代词和敬称; 并以有技巧的方式回应他人的错误判断, 以改善和保持其自我幸福感;

- 支持服务对象提升解决问题的能力, 与心理健康专业人士协作管理焦虑、压力和烦躁, 并应对练习或日常生活中使用其所偏好的嗓音与沟通方式所面临的障碍。
- 提供或转介服务对象使用支持性的资源, 以促进嗓音与沟通技能、嗓音感知和自我心理幸福感的提升。
- 转介或与其他专家 (如心理健康专业人士、嗓音外科医生和内分泌学家) 协作。这些专家可能更有能力满足个体的需求。这在服务对象面临健康和自我幸福感方面的多重障碍时或希望接受喉部手术或激素干预时尤为重要。

对于 TGD 群体, 喉部手术主要有两种类型: 一种用于提高声调, 如前联合后移声带成形术、环甲接近术 (cricothyroid approximation, CTA)、女性化喉成形术、激光辅助声调调整手术 (laser-assisted voice adjustment, LAVA) 等 (Anderson, 2007; Anderson, 2014; Brown, 2000; Casado, 2017; Geneid, 2015; Gross, 1999; Kelly et al., 2018; Kanagalingam, 2005; Kim, 2017; Kim, 2020; Kocak, 2010; Kunachak, 2000; Mastronikolis, 2013; Mastronikolis et al., 2013; Matai, 2003; Meister, 2017; Mora, 2018; Neumann, 2004; Nuyen et al., 2022; Orloff, 2006; Pickuth, 2000; Remacle, 2011; Thomas & MacMillan, 2013; Tschan, 2016; Van Borsel, 2008; Wagner, 2003; Wendler, 1990; Yang, 2002), 另一种用于降低嗓音声调, 如 III 型甲状软骨成形术和声带注射填充术 (Bultynck et al., 2020; Isshiki et al., 1983; Kojima, et al. 2008; Webb et al., 2021)。提高声调手术的声学改善包括提高声调 (即平均基频/ f_0) 和提高生理音域内的最低声调 (Min f_0)。TGD 人士的自评表明, 术后嗓音总体满意度较高, 但希望在嗓音自我呈现方面进行更全面改善的个体在喉部手术之外, 还可能需采用嗓音与沟通专家提供的行为性干预措施 (Brown, Chang et al. 2021; Kelly et al., 2018;

Nuyen et al., 2022)。通过嗓音和沟通专家的嗓音训练，可以评估和处理提高声调手术带来的潜在危害。已报道的提高声调手术的危害包括种种嗓音问题，如发音障碍、音量受限、音域范围受限（生理音域内最高基频即 $\text{Max } f_0$ 降低）、声音嘶哑、嗓音不稳定和随时间推移频率降低（Kelly et al., 2018; Song & Jiang, 2017），尽管这些结果的发生率不一。

关于降低声调手术的研究相对有限。但已有研究报告了基频及被感知到的声调的显著降低，其中一项研究涉及 8 名因为对激素干预一直不满意而选择接受 III 型甲状软骨成形术的 TGD 人士（Bultynck et al., 2020），另一项研究涉及 1 名在睾酮治疗和嗓音训练后接受声带注射填充术的个体（Webb et al., 2020）。

TGD 人群的雌激素治疗与可测量的嗓音变化没有关联（Mészáros et al., 2005），而睾酮治疗已被发现会导致与性别和功能相关的发声方面的期望与非期望的变化（Azul, 2015; Azul et al., 2017, 2018, 2020;

Azul & Neuschaefer-Rube, 2019; Cosyns et al., 2014; Damrose, 2008; Deuster, Di Vincenzo et al., 2016; Deuster, Matulat et al. 2016; Hancock et al., 2017; Irwig et al., 2017; Nygren et al., 2016; Van Borsel et al., 2000; Yanagi et al., 2015; Ziegler et al., 2018)。与睾酮治疗相关的期望的变化包括声调降低、男性化的嗓音特征增加和对嗓音满意度提高。报告中对睾酮治疗不满意的原因包括声调降低程度不足或无变化、发声障碍、响度低、歌唱音域受限和嗓音不稳定。这些问题可以在嗓音训练中由嗓音和沟通专家进行评估和处理。

本章中的所有建议声明，都基于对证据的全面审查，对益处和危害的评估，服务提供者和服务对象的价值观念和偏好，以及资源的消耗和可行性。在一些情况下，我们承认证据有限且/或服务可能无法获得，或并不理想。

建议声明

- 14.1 我们建议嗓音与沟通专家评估跨性别和多元性别人士当前的和期望获得的嗓音与沟通功能，并为那些对其嗓音与沟通不满意的人制定适当的干预计划。
- 14.2 我们建议为跨性别和多元性别人士提供服务的嗓音与沟通专家接受专门的教育，以培养支持该人群的嗓音功能、沟通能力和福祉的专业技能。
- 14.3 我们建议在跨性别健康领域提供服务的医务人员考虑将对嗓音或沟通不满意的跨性别和多元性别人士转诊至嗓音与沟通专家，以获取与嗓音相关的支持、评估和训练。
- 14.4 我们建议医务人员在为考虑进行嗓音手术的跨性别和多元性别人士提供服务时，考虑将其转介至可以提供术前和/或术后支持的嗓音与沟通专家。
- 14.5 我们建议跨性别健康领域医务人员告知开始进行睾酮治疗的跨性别和多元性别人士该治疗对嗓音与沟通可能产生的潜在和不确定的影响。

声明 14.1

我们建议嗓音与沟通专家评估跨性别和多元性别人士当前的和期望获得的嗓音与沟通功能，并为那些对其嗓音与沟通不满意的人制定适当的干预计划。

嗓音与沟通专家可以评估：1) 个体在交流场景中对社会文化定位表现的满意度，包括性别和其它与

之交叉并存的身份认同，同时考虑到这些因素可能随时间的推移而发生变化；2) 来自他人的判断和评价及其与个体的认同、期望和福祉之间的关系；3) 嗓音和语音自然度的评分；4) 嗓音与沟通功能（考虑到其嗓音需求）。根据目的的不同（Davies et al., 2015; Leyns et al., 2021; Oates & Dacakis, 1983），具体进行的评估措施可能会有所不同，可能包括自我

报告的结果指标、听感知评价、声学分析、空气动力学测量和内窥镜检查等。例如，当个体出现并发的嗓音问题（例如肌紧张性发音障碍）（Palmer et al., 2011）或遇到发音困难时，可能会进行电子喉镜检查；这些问题可能与性别肯定的雄激素治疗或喉部手术有关，也可能与之无关（Azul et al., 2017）。

嗓音与沟通专家需要告知那些对其目前状况不满意而寻求干预的 TGD 人士，存在哪些可以支持其嗓音、沟通和幸福感的干预措施。每个选项的性质，包括可能的结果和持久性，都须以客观的方式呈现，以便让 TGD 个体在决策过程中获得尊重和自主选择的权利。适当的干预计划须针对个体需求而定，具有可行性，并应充分考虑任何可获得的专业服务。随着 TGD 个体对嗓音与沟通方面的改变进行探索，评估其对所实现变化的满意度，以及相应地完善其目标，干预的目标在整个干预期内可能不断演变。

声明 14.2

我们建议为跨性别和多元性别人士提供服务的嗓音与沟通专家接受专门的教育，以培养支持该人群的嗓音功能、沟通能力和福祉的专业技能。

嗓音与沟通专家的学历和执业资格（如言语语言病理学家、言语治疗师、声乐教师、声乐教练等）因地区而异，且通常不会规定其向特定人群提供服务的具体要求。这些专业的正规教育的标准课程通常不包括针对为 TGD 人群提供服务的充分或专门的培训（Jakomin et al., 2020; Matthews et al., 2020）。与发声机制和人际沟通有关的一般知识和技能是基础性的；但对于针对 TGD 人群开展适应文化背景、以人为本且有效、高效、包容和易获取的服务而言，这些知识是不够的（Hancock, 2017; Russell & Abrams, 2019）。

这一领域的专业人员应该接受全面的教育，以培养自我意识、文化谦逊和文化适应能力，从而得以尊重和关注到包括多元性别特质在内的服务对象各个方面的身份认同，这些身份认同可能呈现多种形式并涉及

不同的对支持的需求（Azul, 2015; Azul et al., 2022）。在与相关个体进行沟通（包括医疗记录、报告、电子邮件）时，应尊重其对名字、称呼方式、性别记录和代词的偏好。此外，为建立 TGD 友好的嗓音训练工作室或诊所和管理机构，以确保 TGD 人士在提出疑虑或问题时感到安全和受到尊重，相关的教育是必要的。

为 TGD 人群提供服务的嗓音与沟通专家需要具备有关可用的干预原则、机制和有效性的工作知识，对嗓音与沟通改变技巧进行指导和示范的能力，以及对跨性别健康领域的基本了解，包括激素和手术治疗以及跨性别人群特有的心理社会问题。相关教育需要涵盖已经在 TGD 社群中发展并被证明是有效的方法和实践，最好是由具有嗓音与沟通支持方面实际经验的 TGD 人群来提供这些教育内容，或者在提供时与之密切合作。

声明 14.3

我们建议在跨性别健康领域提供服务的医务人员考虑将对嗓音或沟通不满意的跨性别和多元性别人士转诊至嗓音与沟通专家，以获取与嗓音相关的支持、评估和训练。

当 TGD 人士对自身的嗓音或沟通状况感到不满意时，嗓音与沟通专家（如有）能够提供相关的信息和指导。有证据表明，嗓音与沟通专家能够提供帮助，使服务对象在嗓音与沟通方面的满意度得到提高，从而减轻性别烦躁并提高与沟通相关的生活质量（Azul, 2016; Block, 2017; Deuster, Di Vincenzo et al., 2016; Hancock, 2017; Hancock et al., 2011; Hardy et al., 2013; Kelly et al., 2018; McNamara, 2007; McNeill et al., 2008; Owen & Hancock, 2010; Pasricha et al., 2008; Söderpalm et al., 2004; Watt et al., 2018）。

有实证证据表明，针对 TGD AMAB 群体的行为性嗓音支持在实现目标嗓音变化方面是有效的（Oates, 2019）。在 2020 年之前的七项研究提供了行为嗓音

训练有效性的实证证据，尽管证据相对较弱（Carew et al., 2007; Dacakis, 2000; Gelfer & Tice, 2013; Hancock et al., 2011; Hancock & Garabedian, 2013; McNeill et al., 2008; Mészáros et al., 2005）。这七项研究中的嗓音训练方法相似，表明嗓音训练可以有效地提高平均基频（平均音高）、基频范围（音域）、对嗓音的满意度、对嗓音的女性化程度的自我感知和听众的感知、与嗓音相关的生活质量，以及社交和职业参与度。这些研究的不足之处包括缺乏评估嗓音训练的随机对照试验、样本量较小、缺乏充分的长期随访，以及未控制混杂因素。在 2021 年，另一项针对 AMAB 人群行为性语音训练效果的系统综述得出了类似的结论（Leyns et al., 2021）。

直至最近，关于 TGD AFAB 群体进行嗓音训练有效性的研究几乎是空白。然而，一项案例研究（Buckley et al., 2020）和一项关于团体嗓音训练的非对照前瞻性研究（Mills et al., 2019）为其有效性提供了相对较弱但颇有前景的证据。

声明 14.4

我们建议医务人员在为考虑进行嗓音手术的跨性别和多元性别人士提供服务时，考虑将其转介至可以提供术前和/或术后支持的嗓音与沟通专家。

本声明并非要求 TGD 人士在术前接受嗓音训练。相反，我们的建议是提供所有可能的支持，以进行个体化的信息指导，这对实现以人为本的服务至关重要。我们建议 TGD 人士通过嗓音评估、尝试嗓音训练，以及和嗓音与沟通专家讨论预期的嗓音效果和手术风险，获得个体化的信息指导，从而在考虑手术时充分了解必要信息。

对于大多数喉部手术，建议在手术前进行嗓音训练，从而锻炼声带机能，为手术干预做好准备，同时建议在手术后进行嗓音训练，以便于嗓音功能的恢复（Branski et al., 2006; Park et al., 2021）。特别是对于提高声调的手术，推荐试行嗓音训练的另一个原因在于，观察发现某些指标仅能通过训练而非提高声

调的手术改善。这样的指标包括与语调和自然程度有关的因素，如言语范围内的最高基频，即 $\text{Max } f_0$ （Kelly et al., 2018）。

目前，评估降低声调手术的研究数量和质量都不足，对于采取（或不采取）其它干预措施（如睾酮）的情况下嗓音结果的比较尤为欠缺（Bultynck et al., 2020）。提高声调手术的技术和研究虽然较多，但证据质量仍较低。声调提高手术的效果已经与各种情况下的效果进行了比较，包括：未进行手术（Anderson, 2007, 2014; Brown et al., 2000; Geneid et al., 2015; Gross, 1999; Kim, 2017; Kocak et al., 2010; Kunachak et al., 2000; Matai et al., 2003; Meister et al., 2017; Neumann & Welzel, 2004; Orloff et al., 2006; Pickuth et al., 2000; Remacle et al., 2011; Thomas & Macmillan, 2013; Tschann et al., 2016; Van Borsel et al., 2008; Yang et al., 2002）、其它类型的手术方式（Mora, 2018）、仅进行嗓音训练（Kanagalingam, 2005; Mastronikolis, 2013; Wagner, 2003）以及手术与嗓音训练结合（Casado, 2017; Kelly et al., 2018）。

11 项研究报告了参与者在提高声调的手术前是否接受过嗓音训练，其中大多数参与者都经历过嗓音训练，但对嗓音仍然不满意并寻求手术干预。因此，大多数手术效果研究反映了嗓音训练和手术干预的综合影响。目前尚不清楚哪些因素会影响受训者在训练后是否会选择追加手术。

声明 14.5

我们建议跨性别健康领域医务人员告知开始进行睾酮治疗的跨性别和多元性别人士该治疗对嗓音与沟通可能产生的潜在和不确定的影响。

有关雄激素治疗对 TGD 人士嗓音与沟通影响的研究表明，该治疗对个体具有多样化且不可预测的影响。虽然许多研究发现其对嗓音产生了符合 TGD 人士的期望和愿望的效果，但也有高质量证据表明 TGD 人士并不总是对睾酮治疗的嗓音效果感到满意，且许多

人遇到了困难，如声调降低不足、声音质量受到影响，以及发声响度、耐力、音域和灵活性的问题（Azul, 2015, 2016, 2017, 2018; Cosyns et al., 2014; Nygren et al., 2016; Ziegler et al., 2018）。近期一篇对 19 项至少进行 1 年睾酮治疗的研究的荟萃分析显示，有 21% 的参与者未达到顺性别男性正常频率，21% 的参与者报告嗓音与性别间不完全一致并存在嗓音问题，还有 16% 的参与者对自己的声音不完全满意（Ziegler, 2018）。

对于希望接受雄激素治疗的人，在开始治疗之前接受准确的信息指导有助于建立切合现实的期望，从而避免对激素治疗对嗓音和沟通产生的永久影响感到失望。此外，对于无法获得或不希望接受睾酮治疗但希望改变嗓音的 TGD 人士，以及对睾酮治疗结果不满意的 TGD 人士，可以向嗓音和沟通专家咨询其它和附加的支持选项，如行为性嗓音和沟通训练，以及降低声调的手术。

第十五章 初级保健

初级保健是最为广泛的医疗保健领域，其定义为：

“由医务人员提供的综合性的、易于获取的医疗保健服务；相关从业人员负责满足绝大多数的个人医疗保健需求，并与患者建立长期稳定的伙伴关系，同时在家庭和社区的环境下执业”（Institute of Medicine, 1996）。

初级保健提供者（primary care provider, PCP）涵盖各类提供初级保健的医务人员，包括全科医生、家庭医生、执业护士（nurse practitioner）、高级执业护士（advanced practice nurse）、医生助理/助手（physician associates/assistant）和内科医生（internist），其教育背景、所受培训和专业领域丰富多样。根据其学位类型和专业性质的不同，执业范围也各不相同，且并非所有服务提供者都接受过相应培训或有资格直接提供所有涉及跨性别医疗保健的服务，包括性别肯定医疗项目后的心理健康、生殖器-盆腔护理和术后护理等服务。医生和其他医疗服务提供者在其整个培训过程中都很少接受到关于跨性别和多元性别（TGD）健康的教育（Dubin et al., 2018）。因此，大多数 TGD 医疗保健的技能是在执业过程中通过非正式途径或简短的继续教育机会获得的，具体参见第四章 教育。但是，如果医疗服务提供者有能力向顺性别人士提供某些照护，那么也应该培养为 TGD 人士提供类似照护的能力。以下所述的能力应理解为服务提供者在其医疗许可和执业范围内所包含的能力，然而所有 PCP 都应该有能力通过直接进行诊疗或转诊至其他（专科）医务人员以保障 TGD 人士的综合健康。目前没有证据表明，必须通过正式或认证的流程才能具备为 TGD 人士提供照护的能力。然而通过明确表明照护 TGD 人士时建议具备的能力，可以确保在各类医疗环境中，PCP 和 TGD 人士双方对医务人员所应具有的知识、技能和文化能力有着一致且明确的期待。

由于 TGD 人群面临独特的内科、外科和社会情况，PCP 在满足所有对其基本工作能力的期望（包括为涵盖民族、种族和性少数群体在内的多样化人群提供照护）之外，还需要具备针对 TGD 人群的独特能力。多个涉及全科医疗的专科机构都发表了与 TGD 照护有关的立场声明和指南，包括美国妇产科医师学会（American College of Obstetricians and Gynecologists, 2021），意大利性别、身份与健康学会（Italian Society of Gender, Identity and Health, SIGIS），意大利男科和性医学学会（Italian Society of Andrology and Sexual Medicine, SIAMS），意大利内分泌学会（Italian Society of Endocrinology, SIE, 2021），波兰性学学会（Polish Sexological Society, 2021）以及南非 HIV 临床医师协会（Southern African HIV Clinicians' Society, 2021）。Wylie et al. (2016) 指出：“在大多数情况下，跨性别人群的总体健康和福祉应该在初级保健环境中得到关注，而不应区别于为顺性别（非跨性别）者提供的身体、心理和性健康服务。初级保健也可以提供针对性别过渡的特殊照护”。在加拿大的多伦多和温哥华，美国的纽约和波士顿，以及澳大利亚的悉尼等众多城市，有许多在专科照护之外安全有效地提供此类服务的例子（Radix & Eisfeld, 2014; Reisner, Radix et al., 2016; Spanos et al., 2021）。

激素治疗

TGD 人士能否从专科（如内分泌科）医生或 PCP 处获得必要的性别肯定激素治疗（GAHT）取决于是否存在具备专业知识和友好态度的医疗服务提供者，以及国家层面的因素，如医疗保健法规和医疗服务资金（参见第二章 全球适用性 声明 2.1，医疗必要性声明）。在世界上许多地方，TGD 人士一定程度上或完全无法获得专业的服务，这就更加需要所有医疗保健提供者接受关于提供性别肯定照护的培训。在一些国家，PCP 可能会被要求将 TGD 人士转介给专业服务机构（如性别认同诊所），随之而来的 GAHT 延误

是无法接受的（Royal College of General Practitioners, 2019）。

激素相关治疗包括一系列干预措施，如青春期阻滞、激素启动或激素维持。经过培训，大多数 PCP 可以提供性别肯定激素治疗。无论是否作为主要的激素处方医师，所有 PCP 都应熟悉与 GAHT 相关的药物、建议的监测方法和潜在的副作用（参见 第十二章 激素治疗）。对于各类性别过渡相关服务，如果 PCP 无法提供，则应做出恰当的转诊，转介至合适的服务提供者。

本章支持由 PCP 或其他非专业人士开具 GAHT 处方这一观点——“鉴于获取医疗保健困难重重且 GAHT 对 TGD 群体十分重要，PCP 需要有能力和意愿为 TGD 人士提供 GAHT”（Shires, 2017）。

PCP 常需针对范围广泛的医疗状况和需求提供照护，包括一些可能超过其已有经验范围的状况和需求，因而常常需要访问和利用现有的常用参考资源，如专业协会指南或订阅在线知识库。建议 PCP 在被要求提供基本的 GAHT 照护时也采用类似的方法，使用本指南以及其它现有的可用资源（Cheung et al., 2019; Hembree et al., 2017; Oliphant et al., 2018; T'Sjoen et al., 2020）。值得注意的是，性别肯定治疗方案中的大多数常用药物（包括但不限于睾酮、雌二醇、孕酮及其它孕激素以及螺内酯）都在日常初级保健实践中十分常见。

心理健康

PCP 应有能力和意愿针对 TGD 人群和 GAHT 进行评估和提供心理健康支持，以缓解性别烦躁并促进个

体实现其性别表达。每位 PCP 至少应该意识到这些需求，并在需要时咨询其他专业支持。

预防保健

全科医生的专长包括在常规初级保健中提供全面的初级和二级癌症预防。循证的癌症预防指南在全球范围内存在差异，这是由于国家级别的指南和当地对各种筛查模式的获取能力并不相同。迄今为止，关于 GAHT 对癌症风险的长期影响的研究有限（Blondeel et al., 2016; Braun et al., 2017）。没有足够的证据来估计 TGD 人群乳腺癌或生殖器官癌症的患病率（Join et al., 2018）。然而，一般来说，应根据当地指南开始进行癌症筛查。根据激素使用和/或手术干预的类型和持续时间，下文将详细讨论几项修改。在照护跨性别人士时，PCP 应对个体现有的器官进行记录，以便能够提供适当的常规筛查。

该器官状况记录应根据手术史或因性别肯定激素干预造成的发育情况进行更新。并非所有的 PCP 都能为各年龄段提供照护。然而，如果经常为儿童、青少年或年长的顺性别人士提供照护，PCP 也应培养适用于同年龄群体的跨性别照护能力；如果无法做到这一点，则应该适当转诊至其他能够为这些人群提供照护的医务人员。

本章中的所有建议声明，都基于对证据的全面审查，对益处和危害的评估，服务提供者和服务对象的价值观和偏好，以及资源的消耗和可行性。在一些情况下，我们承认证据有限且/或服务可能无法获得，或并不理想。

建议声明

- 15.1 我们建议医务人员获取跨性别和多元性别人士的详细医疗史，包括过去和现在的激素使用，性腺手术状况，及传统的心脑血管风险因素的存在，以便根据既定的、当地使用的指南提供定期血管风险评估。
- 15.2 我们建议医务人员为跨性别和多元性别人士评估和管理心脑血管健康时采用量身定制的风险因素评估和管理方法。
- 15.3 我们建议医务人员在使用基于性别风险计算器评估医疗状况时考虑跨性别和多元性别人士的需求，基于激素使用时间、剂量、血清激素水平、当前年龄和开始激素治疗的年龄对计算方法做出相应调整。
- 15.4 我们建议医务人员向跨性别者和多元性别人士提供有关吸烟的咨询，并建议在性别肯定手术前戒烟。

- 15.5 我们建议医务人员与跨性别和多元性别人士探讨和应对与衰老相关的心理、医疗和社会问题。
- 15.6 我们建议医务人员在照护接受雌激素治疗的跨性别和多元性别人士时，遵循当地为顺性别女性制定的乳腺癌筛查指南，同时考虑激素使用时间、剂量、当前年龄和开始激素治疗的年龄。
- 15.7 对于因青春期发育乳房且未进行性别肯定胸部手术的跨性别和多元性别人士，我们建议医务人员遵循当地为顺性别女性制定的乳腺癌筛查指南提供照护。
- 15.8 我们建议医务人员在照护具有卵巢癌或子宫内膜癌风险的跨性别和多元性别人士时，遵循当地为具有平均和较高此类风险的顺性别女性制定的筛查指南（包括不进行筛查的建议）。
- 15.9 对于接受睾酮治疗且除此之外恶性肿瘤风险处于平均水平的跨性别和多元性别人群，我们不建议单纯为了预防卵巢癌或子宫癌而常规进行卵巢切除术或子宫切除术。
- 15.10 我们建议医务人员按照针对当地顺性别女性的指南，为目前或曾经拥有子宫颈的跨性别和多元性别人士提供宫颈癌筛查。
- 15.11 我们建议医务人员向跨性别和多元性别人士提供咨询，明确使用抗逆转录病毒药物不是进行性别肯定激素治疗的禁忌事项。
- 15.12 我们建议医务人员获得跨性别和多元性别人士的详细病史，包括过去和现在的激素使用，性腺手术状况，以及传统骨质疏松症风险因素的存在，以评估骨质疏松症筛查的最佳年龄和必要性。
- 15.13 我们建议医疗保健专家与跨性别和多元性别人士探讨骨骼健康问题方面的必要措施，包括积极参与负重锻炼、健康饮食，以及补充钙和维生素 D。
- 15.14 作为一项性别肯定治疗或一种术前准备项目，我们建议医疗保健从业人士为跨性别和多元性别人士提供包括面部、身体和生殖器区域在内的脱毛服务的转介。

声明 15.1

我们建议医务人员获取跨性别和多元性别人士的详细医疗史，包括过去和现在的激素使用，性腺手术状况，及传统的心脑血管风险因素的存在，以便根据既定的、当地使用的指南提供定期血管风险评估。支持性文本，见声明 15.3。

声明 15.2

我们建议医务人员为跨性别和多元性别人士评估和管理心脑血管健康时采用量身定制的风险因素评估和管理方法。支持性文本，见声明 15.3。

声明 15.3

我们建议医务人员在使用基于性别风险计算器以评估医疗状况时考虑跨性别和多元性别人士的需求，基

于激素使用时间、剂量、血清激素水平、当前年龄和开始激素治疗的年龄对计算方法做出相应调整。

全球范围内，心血管疾病（CVD）和卒中是主要的死亡原因（World Health Organization, 2018）。多种环境下的大量数据表明，种族、民族和性少数群体在心血管疾病的患病率、风险因素和医疗干预的结果方面存在显著的弱势。照护的获取、社会经济地位和少数群体压力相关的适应性负荷等结构性因素导致了此类弱势（Flentje et al., 2020; Havranek et al., 2015; Streed et al., 2021）。TGD 人群通常经历与其他已知心血管风险增加的少数群体相类似的社会、经济和歧视性状况（Carpenter et al., 2020; James et al., 2016; Reisner, Radix et al., 2016）。研究表明，同时属于种族、民族和性少数群体的 TGD 个体由于这种交叉性的压力而受到了更多影响。相反，获得性别肯定的照护（包括 GAHT）会提高生活质量

并减少性别烦躁和性别不一致,从而可能减缓 CVD 风险的增长 (Defreyne et al., 2019; Martinez et al., 2018)。PCP 可以通过筛查和预防 CVD 及其相关的风险因素 (如吸烟、糖尿病、高血压、血脂异常和肥胖) 显著改善 TGD 人群的健康。

少量主要在美国进行的研究评估了 TGD 人群的 CVD、卒中或 CVD 风险的流行率,但未考虑 GAHT 因素。这些研究表明,与顺性别人群相比,TGD 人群有更高的心血管风险,其中包括高比例的未经诊断和治疗的危险因素,并且缺乏心血管疾病的预防措施 (Denby et al., 2021; Malhotra et al., 2022; Nokoff et al., 2018)。在一项基于人群的研究中,TGD 个体遭受歧视、心理痛苦和不良童年经历的几率较大,而这些因素与心血管疾病的患病几率增加相关联 (Poteat et al., 2021)。

在基于美国行为风险因素监测系统 (Behavioral Risk Factor Surveillance System) 数据的研究中,与顺性别男性和/或顺性别女性相比,跨性别男性和跨性别女性的心肌梗死 (MI)、卒中或任何 CVD 的患病率均更高。其结果随使用其它变量调整 (如种族、收入或心血管风险因素) 而异 (Alzahrani et al., 2019; Caceres et al., 2020; Nokoff et al., 2018)。非二元性别者患 CVD 的几率也较高 (Downing & Przedworski, 2018)。在这些研究中没有收集激素使用的数据,且也受到使用自我报告健康史这一方式的限制。在美国,因 GAHT 就诊的 TGD 人士与顺性别群体相比,有更高的未诊断和治疗的 CVD 危险因素比率 (Denby et al., 2021),但这一结果在全球范围内未必适用。

2018 年,美国数个中心进行的一项大型病例对照研究使用顺性别人群以 10:1 (相对跨性别人群) 的比例作为匹配对照组,结果发现跨性别女性和顺性别男性

之间的心肌梗死或卒中比率无统计学显著差异,并且跨性别男性和顺性别男性或女性之间的心肌梗死、卒中或静脉血栓栓塞 (VTE) 比率也无差异。跨性别女性相比顺性别男性的 VTE 风险比达 1.9,这种差异具有统计学显著性。在为期 6 年的研究窗口期内开始 GAHT (而不是先前就已经开始) 的跨性别女性亚组确实显示了卒中风险增加的情况。上述 VTE 和卒中两项增加风险的害一需治数¹为 71~123,具体数字未在该论文中报告 (Getahun et al., 2018)。其它研究表明,在接受睾酮治疗的跨性别男性中,心血管事件或卒中情况并未增加,尽管这些研究受到样本量小、随访时间相对较短以及样本人口年龄较小的限制 (Martinez et al., 2020; Nota et al., 2019)。

欧美研究表明,接受女性化 GAHT 的跨性别女性患心血管疾病 (CVD) 和/或卒中的风险较顺性别女性更高,在某些研究与顺性别男性相比也是如此 (Getahun et al., 2018; Nota et al., 2019; Wierckx et al., 2013)。这些研究中存在许多显著的局限性,例如心血管相关风险因素调整的不同、较小的样本容量 (特别是涉及大龄跨性别女性),以及 GAHT 持续时间和类型的不同 (Connelly et al., 2019; Defreyne et al., 2019; Martinez et al., 2020)。此外,总体的风险增加很小。在此类研究中,经历高危心脏事件或卒中的跨性别女性大多年龄超过 50 岁,有一个或多个 CVD 风险因素,并正在使用包括但不限于炔雌醇在内的林林总总的激素方案。炔雌醇是一种合成雌激素,会显著增加血栓形成风险,并不建议用于女性化激素方案 (Gooren et al., 2014; Martinez et al., 2020)。目前有限的证据表明,基于雌激素的 GAHT 与心肌梗死和卒中风险增加有关联,但目前尚不清楚此类较低的风险是由于 GAHT 或是已有的心血管风险因素的影响。目前没有已知的研究专门探讨非二元性别者、使用低于生理剂量的性别肯定激素的个

¹ 译者注: 害一需治数 (numbers-needed-to-harm, NNH) 指采取某种干预措施时一例个体出现不良事件平均所需的接受干预的个体数量。

体，或曾接受青春期阻滞治疗的成年个体在 CVD 和相关疾病方面的情况。

PCP 可以通过评估 TGD 人群的 CVD 和可改变的 CVD 风险因素（如糖尿病、高血压、高血脂、肥胖和吸烟），以及通过解决少数群体压力对心血管风险的影响，从而最好地应对 GAHT 期间的 CVD 风险（Streed et al., 2021）。此外，PCP 可以通过及时诊断和治疗有风险的健康状况，并调整其管理方式来支持正在进行的性别肯定干预措施，从而降低跨性别者在心血管健康方面相对较高的风险。

风险评估指南因国家或国际背景以及指南制定者所属的学术机构而有所不同。对于 40 岁以下的健康成人，不同 CVD 预防指南在风险评估的方式和频率方面也存在差异（Arnett et al., 2019; Piepoli et al., 2020; Précoma et al., 2019; Streed et al., 2021; WHO, 2007）。年龄超过 40 岁时，随着心血管风险增加，指南明确建议使用基于大量人群样本的风险预测方程，计算出十年总心血管疾病风险预测，并进行定期风险评估。风险计算器的示例包括 SCORE（《欧洲心血管预防指南》推荐）、多队列合并研究方程（Pooled Cohort Studies Equations，《2013 年 AHA/ACC 心血管疾病评估指南》）、Framingham 风险评分，以及世界卫生组织（WHO）风险预测图表。WHO 图表根据来自 WHO 每个分区域国家的信息编制而成。在许多资源匮乏的地区，缺乏测量胆固醇或血糖的设施，此时可采用那些不使用此类检测结果的替代性预测图表。

值得注意的是，目前所有心血管风险计算器都是将性别作为重要的风险变量来进行计算的。目前，对于各年龄段 TGD 群体进行心血管风险干预的数据不足，无法对这些预测性方程进行调整。尽管如此，出生时受指派性别和医疗性别过渡都会影响用于计算心血管风险的参数（Connelly et al., 2019; Defreyne et al., 2019; Maraka et al., 2017; Martinez et al., 2020）。医务人员可以采取多种方法在 TGD 群体中使用心血

管风险计算器，包括使用对应出生时被指派性别、受肯定的性别，或两者的加权平均值的计算结果，同时考虑接受 GAHT 的总时间。尽管缺乏相关数据，但对于有过青春期 GAHT 史的成年跨性别人士而言，采用受肯定的性别可能是最合适的。而对于在约 50 岁前有过使用低于最大剂量的 GAHT 经历或在进行性腺切除术后长时间未进行激素替代治疗的个体而言，则可能需要更为细致的方法。医疗服务提供者需要认识到所使用的风险计算器的特点和局限性，并应让个体参与有关这些具体考虑因素的共同决策。

目前尚无研究对控制激素使用的跨性别和顺性别样本就脂质代谢异常的患病率进行比较。正如先前所指出的，其他人群的数据显示若在儿童时期和距离现在较远的成年时期存在社会心理压力，则可能会导致肥胖和脂质代谢异常。基于睾酮和雌激素的 GAHT 对脂质代谢均有影响，但因激素治疗方案的多样性和其它变量的影响目前证据仍然有限（Connelly et al., 2019; Defreyne et al., 2019; Deutsch, Glidden et al., 2015; Maraka et al., 2017; Martinez et al., 2020）。总体而言，雌激素倾向于增加高密度脂蛋白（HDL）胆固醇和甘油三酯，而对低密度脂蛋白（LDL）胆固醇影响不一；睾酮对甘油三酯产生的影响不一，但会降低 HDL 胆固醇并增加 LDL 胆固醇。给药方法也可能影响这种现象，特别是口服与经皮雌激素干预对甘油三酯存在不同的影响（Maraka et al., 2017）。通常，这些差异的影响很小，对心血管和脑血管结果的总体影响尚不明确。目前没有研究调查既往患有脂质代谢异常且 50 岁以上开始进行激素治疗的 TGD 人群，或研究调查治疗超过 2~5 年后的影响。

目前缺乏在控制激素使用变量的情况下对 TGD 和顺性别样本中高血压患病率进行比较的研究。其他人群的数据显示，慢性和急性的心理社会压力，包括遭受歧视的经历，可介导高血压（Din-Dzietham et al., 2004; Spruill, 2010）。美国的行为风险因素监测系统（BRFSS）是一项大型的国家级健康调查。在基于此调查的美国研究中，跨性别男性或女性样本与

顺性别样本相比，报告的高血压情况没有差异（Alzahrani et al., 2019; Nokoff et al., 2018）。

关于基于睾酮和雌激素的 GAHT 的研究表明其对收缩压和舒张压的影响并不相同。一项针对 GAHT 对血压影响的回顾性研究发现，启动基于雌激素的 GAHT 方案后收缩压略微降低；而在对基于睾酮的 GAHT 方案的长期随访中，平均收缩压略有升高（4mm Hg），但这一差异在统计上显著性有限，临床意义也有限（Banks et al., 2021）。一项系统综述得出结论，鉴于研究质量有限，因此无法得出 GAHT 对血压存在何种影响的结论（Connelly et al., 2021）。螺内酯是一种保钾的利尿剂，在女性化 GAHT 中常用作雄激素阻滞剂。当与 ACE 抑制剂、血管紧张素受体阻滞剂药物或代盐（如钾盐）联用时，螺内酯可能会增加钾水平。目前没有针对既往患有高血压的 50 岁以上开始进行 GAHT 的 TGD 个体的研究，也没有针对超过 2~5 年的激素使用的研究。接受 GAHT 的跨性别人士应依照 WPATH 的 GAHT 指南要求，接受额外的血压筛查或监测。

目前仅有有限数据可用于对控制激素使用的 TGD 和顺性别样本之间的糖尿病患病率进行比较。最近的 STRONG 队列研究数据（Islam et al., 2021）发现，与顺性别女性队列相比，跨性别女性队列的 II 型糖尿病患病率和发病率更高，但并不高于顺性别男性。但跨性别男性队列和所有接受 GAHT 的 TGD 队列（包括跨性别男性和女性）的 II 型糖尿病患病率和发病率与顺性别队列均没有显著差异；而跨性别男性和女性队列的平均随访时间分别为 2.8 年和 3.1 年（Islam et al., 2021）。包括性少数群体在内的其他人群的数据表明，慢性和急性心理社会压力会介导 II 型糖尿病的进展和控制（Beach et al., 2018; Kelly & Mubarak, 2015）。

基于美国行为风险因素监测系统的研究发现，与顺性别人群相比，跨性别男性、跨性别女性和非二元人群在报告的糖尿病方面没有差异（Alzahrani et al., 2019; Caceres et al., 2020; Nokoff et al., 2018）。

数项小型研究表明，跨性别男性中多囊卵巢综合征或高雄激素血症的患病率高于预期（Feldman et al., 2016），这些疾病与胰岛素抵抗和糖尿病风险有关。虽然对基于睾酮和雌激素的 GAHT 的研究显示其对体重/体脂、葡萄糖代谢和胰岛素抵抗影响不一（Defreyne et al., 2019），但大多数研究并未表明有任何前驱糖尿病或糖尿病的增加（Chan et al., 2018; Connelly et al., 2019）。目前没有研究调查在既往患糖尿病或在 50 岁以上开始使用激素的 TGD 人群中的激素影响，也没有研究调查超过 2~5 年的激素使用的影响。目前尚无专门针对曾经接受过青春期阻滞治疗的成人的糖尿病的研究。

尽管针对 GAHT 的血压/血脂影响的中期研究结果有助于提出假设和病因研究，但未来的研究应着重于重要的心血管健康结果，特别关注个体预测因素，如激素使用的年龄、途径和剂量以及进行 GAHT 的总时长。在诠释数据时，应始终考虑顺性别对照组是否具有相同的出生性别或性别认同。

声明 15.4

我们建议医务人员向跨性别者和多元性别人士提供有关吸烟的咨询，并建议在进行性别肯定手术前戒烟。

吸烟是全球范围内心血管疾病、肺部疾病和癌症的主要诱因（World Health Organization, 2020）。吸烟率在性别光谱上存在差异。与顺性别群体相比，TGD 群体的吸烟率更高（Azagba et al., 2019; Buchting et al., 2017）。这一现象与其他经历少数群体压力的人群一致（Gordon et al., 2021）。PCP 可以推动建立预防吸烟的保护性因素，包括减少个人或结构性歧视，拥有与性别认同相符的身份证件，以及拥有医疗保险（Kidd et al., 2018; Shires & Jaffee, 2016）。

对 TGD 人士而言，吸烟的健康风险影响尤为严重，主要原因是由于缺乏价格实惠且理解和尊重 TGD 人群的筛查和治疗吸烟相关疾病的机会（Shires & Jaffee, 2016）。吸烟可能会进一步增加进行女性化

GAHT 的 TGD 个体患心血管疾病和静脉血栓栓塞的风险 (Hontscharuk, Alba, Manno et al., 2021)。吸烟还会使外科手术的并发症风险 (包括创口愈合、瘢痕和感染) 普遍增加两到三倍 (Yoong et al., 2020), 因而增加性别肯定手术中的此类风险。在顺性别人群中的数据显示, 在手术前戒烟并在术后六周内保持禁烟可以显著减少并发症 (Yoong et al., 2020)。

目前针对 TGD 群体戒烟的研究很少 (Berger & Mooney-Somers, 2017)。然而, 有限的证据表明, PCP 可以通过应对少数群体压力 (Gamarel et al., 2015) 和进行性别肯定干预措施如 GAHT (Myers & Safer, 2016) 来帮助戒烟。

医务人员应考虑到长期吸烟的人在戒烟时面临的重大困难。应提供尼古丁替代疗法和/或其他戒烟辅助手段, 重点关注个体的偏好, 并认识到导致持续吸烟的潜在行为健康因素。在决定采用某种 GAHT 或手术干预方法时, 应考虑医疗实践的“先勿伤害” (first do no harm) 原则, 并结合个体来访者的实际能力和需求进行决策。

声明 15.5

我们建议医务人员与跨性别和多元性别人士探讨和应对与衰老相关的心理、医疗和社会问题。

老龄化给 TGD 群体带来了特殊的社会、身体和心理挑战。虽然关于老龄化和跨性别老人的文献有限, 但许多老年的 TGD 个体一生都在经历污名、歧视和对性别的压抑 (Fabbre & Gaveras, 2020; Witten, 2017)。这种经历会影响老年 TGD 个体与卫生系统的互动 (Fredriksen-Goldsen et al., 2014; Kattari & Hasche, 2016; Walker et al., 2017)。即使在控制了社会人口因素的情况下, 与 LGB 顺性别同

济相比, 老年跨性别者也更有可能报告其身体健康不佳 (Fredriksen-Goldsen 2011; Fredriksen-Goldsen et al., 2014)。由于难以获得理解和尊重其文化背景的医疗保健服务, 以及过去遭受少数群体压力的后遗症, 老年跨性别者往往难以获得及时的照护, 这可能会加剧伴随着年龄增长常见的慢性疾病 (Bakko & Kattari, 2021; Fredriksen-Goldsen et al., 2014)。

虽然有关老年 TGD 群体的性别肯定干预的研究较少, 但有证据表明, 老年 TGD 在经历医疗过渡后的生活质量明显更高, 即使与年轻的成年 TGD 人群相比也是如此 (Cai et al., 2019)。虽然年龄本身不是进行性别肯定干预的绝对禁忌或限制, 但老年 TGD 人群可能对当前可用的社会、药物或手术选择缺乏了解, 而这些选择能满足其个体需求 (Hardacker et al., 2019; Houlberg, 2019)。

虽然对老年 TGD 群体心理健康的研究有限, 但与顺性别 LGB 或异性恋老人相比, 50 岁以上的老年 TGD 人群存在抑郁症状和感知到压力的比率显著较高 (Fredriksen-Goldsen 2011; Fredriksen-Goldsen et al., 2014)。老年 TGD 群体面临的特殊风险因素包括与性别和年龄有关的歧视、一般的压力、身份隐瞒、迫害, 以及内化的污名, 而社会支持和社群归属感似乎能起到保护作用 (Fredriksen-Goldsen et al., 2014; Hoy-Ellis & Fredriksen-Goldsen, 2017; White Hughto & Reisner, 2018)。PCP 可以帮助老人, 鼓励其培养灵性 (spirituality), 并建立自我接纳和自我辩护, 以积极健康的方式生活。这些因素都与增强心理韧性、实现成功老化¹相关联 (McFadden et al., 2013; Witten, 2014)。

老年 TGD 人士经常面临社会孤立、失去支持系统以及与亲密的朋友和孩子的疏离等问题

1 译者注: 成功老化 (successful aging) 这一概念指的是一种积极的老年状态, 表现为身体上远离疾病、身心功能良好、积极参与日常活动等。

(Fredriksen-Goldsen 2011; Witten, 2017)。TGD 群体最常见的老龄化问题是失去自理能力，因此不得不住进养老院或辅助生活机构 (Henry et al., 2020)。虽然长期照护环境提供了所需的有益帮助，但也可能带来身体或精神虐待，如被拒绝提供 GAHT 和例行照护，被“出柜”，或被阻止依照所期望的性别生活和着装 (Auldridge et al., 2012; Pang et al., 2019; Porter et al., 2016)。老年 TGD 人士认为最需要的服务包括老年住宅、交通、社交活动和支持团体 (Auldridge et al., 2012; Witten, 2014)。

尽管存在障碍，但大多数 TGD 人士通过自我接纳、照顾关系和对权利的维护实现了成功的老化 (Fredriksen-Goldsen 2011; Witten, 2014)。PCP 应该解决老年 TGD 人士所面临的核心健康问题，包括心理健康、性别肯定医学干预、社会支持以及临终关怀/长期照护。

除了少数群体压力和晚年健康的社会决定因素等对健康的独立影响因素外，目前还缺乏关于一些具体健康问题的数据，包括在晚年进行 GAHT 的跨性别群体，较年轻时即开始 GAHT 的群体，以及那些在六十、七十、八十岁或更高年龄段开始或继续进行 GAHT 的群体的相关数据。随着越来越多的跨性别者在年轻时开始 GAHT，包括一些在青春期时开始接受 GAHT 的个体，研究评估持续数十年接受此类干预对长期健康的影响变得愈发重要。

声明 15.6

我们建议医务人员在照护接受雌激素治疗的跨性别和多元性别人士时，遵循当地为顺性别女性制定的乳腺癌筛查指南，同时考虑激素使用时间、剂量、当前年龄和开始激素治疗的年龄。

接受基于雌激素的 GAHT 的 TGD 个体将出现乳房发育，因此需要考虑进行乳腺癌筛查。外源性雌激素可能是导致顺性别人士中出现患乳腺癌风险的多种因素之一。已有两篇回顾性队列研究发表，分别针对位于荷兰 (Gooren et al., 2013) 和美国 (Brown &

Jones, 2015) 的跨性别女性进行乳腺癌患病率的评估。这两项研究中将乳腺癌诊断作为观察目标，而将顺性别组作为对照。两项研究均未涉及乳腺癌前瞻性筛查，且均存在方法学上显著的局限性。已经发表了许多指南 (Deutsch, 2016a) 建议将“年龄和雌激素暴露时间”作为需要开始筛查的决定因素。这些建议仅基于专家共识而证据并不充足。

BRCA1 和 2 基因的突变增加了患乳腺癌的风险，然而性激素暴露在这种风险增加中的具体作用尚不明确 (Rebbeck et al., 2005)。基于性别肯定的雌激素治疗是否会进一步增加患乳腺癌的风险尚不明确。已知存在 BRCA1 基因突变的个体应该了解这些未知情况，同时认识到 GAHT 的众多益处，在知情同意的情况下与医疗服务提供者共同进行决策。

对跨性别女性的乳腺癌筛查还应考虑到其乳房在 X 射线检查中密度增加的可能性。致密乳房、硅胶等乳房填充物的注射，以及乳房植入物都可能使得对乳房 X 射线检查结果的解读变得更加复杂 (Sonnenblick et al., 2018)。因此，在筛查过程中需要相应采取特殊技术。曾经注射硅胶或其它填充物以增大乳房的人可能会出现并发症，如硬化性脂肪肉芽肿，这会在乳房 X 射线检查或超声波检查中掩盖正常组织。

声明 15.7

对于因青春期发育乳房且未进行性别肯定胸部手术的跨性别和多元性别人士，我们建议医务人员遵循当地为顺性别女性制定的乳腺癌筛查指南提供照护。

对于出生时受指派为女性并因青春期出现乳房发育的 TGD 人士，理论上存在一些隐患和疑虑，即直接暴露于睾酮及由睾酮治疗导致的芳香化雌激素是否会是乳腺癌发展的危险因素。有限的回顾性数据并未表明跨性别男性患乳腺癌的风险增加 (Gooren et al., 2013; Grynberg et al., 2010)，但尚缺乏前瞻性和比较数据。这一群体中的大多数人都会保留一些乳腺组织，因此，对于医疗服务提供者而言，重要的是要意识到乳腺癌风险在这一人群中并非完全不存在。对

于此类人群中接受过胸部手术的个体而言，乳腺癌筛查的时机和方法目前尚未确定，但使用 MRI 或超声进行筛查可能适用，这一点与有显著家族史或 BRCA 基因突变的顺性别男性人群类似。目前尚未对这些方法的效用和性能进行研究；同时由于假阳性结果和过度检测（检测出的癌症本可自行消退，无需干预）的潜在危害，对于顺性别女性而言，目前不建议自行进行或由医务人员进行胸部/乳腺筛查检查。考虑到这两项因素，在这一群体中，任何筛查方法都应在同医疗服务提供者共同决策的情况下进行，包括对潜在危害、益处和未知因素进行讨论。

声明 15.8

我们建议医务人员在照护具有卵巢癌或子宫内膜癌风险的跨性别和多元性别人士时，遵循当地为具有平均和较高此类风险的顺性别女性制定的筛查指南（包括不进行筛查的建议）。

目前的共识指南不建议对顺性别女性进行常规卵巢癌筛查。已经有跨性别男性罹患卵巢癌的病例报告（Dizon et al., 2006; Hage et al., 2000）。尽管缺乏长期的前瞻性研究，但目前没有证据表明睾酮治疗会增加患卵巢癌的风险（Joint et al., 2018）。

声明 15.9

对于接受睾酮治疗且除此之外恶性肿瘤风险处于平均水平的跨性别和多元性别人群，我们不建议单纯为了预防卵巢癌或子宫癌而常规进行卵巢切除术或子宫切除术。

有卵巢的 TGD 人士进行基于睾酮的 GAHT 时，通常处于少排卵或无排卵状态，或者经历黄体期功能和孕酮分泌变化。这种状态，结合外源性睾酮的芳香化可能导致的雌二醇暴露增加，引起了对子宫内膜可能受到过多/无孕激素对抗的雌激素作用的担忧，但其临床影响尚不明确。对使用睾酮的 TGD 人士，相应的子宫内膜组织学研究发现子宫内膜出现萎缩而不是增生（Grimstad et al., 2018; Grynberg et al., 2010;

Perrone et al., 2009）。在一组接受子宫及卵巢切除术的跨性别男性的大型队列中，所有卵巢组织病理学结果均为良性（n=85）（Grimstad et al., 2020）。虽然缺乏前瞻性结果数据，但目前没有足够的证据支持跨性别男性仅为预防子宫内膜癌或卵巢癌而进行常规子宫或卵巢切除术。当然，对不明原因的子宫内膜癌或卵巢癌的体征/症状应进行适当的评估。

声明 15.10

我们建议医务人员按照当地顺性别女性的指导方针，为目前或曾经拥有子宫颈的跨性别和多元性别人士提供宫颈癌筛查。

有子宫颈的个体应根据基于年龄的当地实践和指南进行常规宫颈癌筛查和预防。这包括接种人乳头瘤病毒（HPV）疫苗和根据当地指南进行筛查，如细胞学和高危型 HPV 联合检测（如有）。重要的是，医务人员要注意在进行盆腔窥器检查时，最大限度地减少跨性别男性个体的疼痛和心理痛苦。

具有子宫颈的 TGD 个体进行常规宫颈癌筛查的可能性更低，原因包括这种检查会加重其性别烦躁，以及个体和全科医生对筛查的必要性存在误解（Agenor et al., 2016; Potter et al., 2015）。此外，睾酮治疗可能导致生殖道发生萎缩性改变。睾酮使用的持续时间与进行宫颈癌细胞学筛查时可能很难获得充足样本相关联（Peitzmeier et al., 2014）。窥器检查和宫颈细胞学检查的替代方法，如由服务提供者收集或 TGD 个体自行收集的高危 HPV 拭子，可能对宫颈筛查十分有益。美国正在进行的一项研究调查涉及跨性别男性群体使用自我收集的阴道高危型 HPV 检测。研究发现，在跨性别男性中使用 HPV 拭子筛查很大程度上是可行的，HPV 拭子对高危型 HPV 的敏感性为 71.4%（阴性预测值为 94.7%），特异性为 98.2%（Reisner et al., 2018）。还需要进一步的研究来评估跨性别男性进行 HPV 初级筛查的危害，其中涉及侵入性检查和阴道镜检查可能增加的潜在危害。

声明 15.11

我们建议医务人员向跨性别和多元性别人士提供咨询，明确使用抗逆转录病毒药物不是进行性别肯定激素治疗的禁忌事项。

人类免疫缺陷病毒（HIV）在 TGD 人群中的患病率相对更高。最近的一项大型荟萃分析发现，全球女性倾向跨性别者感染 HIV 的比值比（OR 值）为 66，男性倾向跨性别者感染 HIV 的比值比（OR 值）为 6.8（Stutterheim et al., 2021）。PCP 拥有独特的机会来提供关键教育并实施预防策略，特别是在降低 TGD 群体的 HIV 负担方面。过去经历的歧视和恐跨现象导致了对医疗服务提供者的不信任，这影响了 HIV 的预防并干扰了这一人群与照护工作的联系（Sevelius et al., 2016）。污名、培训不足以及医疗机构内固有的权力体系，都会导致医务人员在为 TGD 提供照护时产生矛盾心理和不确定性（Poteat et al., 2013）。最后，在医疗保健环境中缺乏包容性和肯定性别做法可能导致 TGD 人士在讨论敏感话题（如 HIV 诊断）时缺乏安全感，并出于恐惧而逃避照护（Bauer et al., 2014; Gibson et al., 2016; Seelman et al., 2017）。

医务人员应该意识到这一更广泛的背景，即许多 TGD 人群正在寻求使用性别肯定激素和/或 HIV 的暴露前药物预防/治疗（PrEP）的照护。关于同时接受性别肯定激素治疗和抗逆转录病毒疗法（用于治疗或药物预防）的安全性，可能存在种种误解。

目前仅有少量关于抗逆转录病毒（ART）与性别肯定激素治疗（GAHT）相互作用的研究。在多国 IPrEX 试验中，对跨性别女性和女性倾向跨性别者的亚组分析发现，在意向治疗分析中这一群体的有效性较差，尽管在依从处方坚持用药的跨性别参与者中，其有效性与顺性别男同性恋相似。这表明在这一人群中，接受和坚持暴露前预防（PrEP）仍具有挑战性。关于 GAHT 对替诺福韦二磷酸酯（Grant et al., 2020）的影响以及对联用替诺福韦二磷酸酯和恩曲他滨

（Shieh et al., 2019）的影响展开了两项研究，研究发现虽然 ART 药物水平明显降低，但不太可能造成临床影响。总的来说，关于激素避孕药和抗逆转录病毒药物之间相互作用对 ART 的影响是令人放心的（Nanda et al., 2017）。由于雌二醇部分经由细胞色素 P450（CYP）3A4 和 1A2 酶代谢，因此可能与诱导或抑制这些通路的其它药物存在相互作用，这些药物例子有非核苷类逆转录酶抑制剂（NNRTIs），包括依非韦伦（EFV）和奈韦拉平（NVP）等（Badowski et al., 2021）。然而，大多数国家首选的一线 ART 方案使用整合酶抑制剂，此类药物与性别肯定激素药物的相互作用极小甚至没有，可以安全使用（Badowski, 2021; Department of Health and Human Services. Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents, 2021）。如果担心存在潜在的相互作用，医务人员应根据需要监测血液激素水平。因此，应告知感染 HIV 并服用抗逆转录病毒药物的 TGD 人士，同时进行 GAHT 和抗逆转录病毒药物治疗是安全的。

声明 15.12

我们建议医务人员获得跨性别和多元性别人士的详细病史，包括过去和现在的激素使用、性腺手术状况以及传统骨质疏松症风险因素的存在，以评估骨质疏松症筛查的最佳年龄和必要性。支持性文本，请参见声明 15.13。

声明 15.13

我们建议医疗保健专家与跨性别和多元性别人士探讨骨骼健康问题方面的必要措施，包括积极参与负重锻炼、健康饮食，以及补充钙和维生素 D。

雌激素和睾酮均有助于骨骼的新陈代谢。性激素水平降低与老年骨质疏松风险的增加相关联（Almeida et al., 2017）。TGD 个体可能会接受影响骨健康的药物和/或手术干预，如性激素治疗、雄激素阻断和性腺切除。因此，为确定骨质疏松筛查的需求，须记录

详细的医疗史，其中包括过去和现在的激素使用及性腺手术的情况。

几项观察性研究比较了成年 TGD 人士在性别肯定激素治疗前后以及相比顺性别对照组的骨密度 (BMD) 情况。

在激素干预开始前，低骨密度可能就存在。一项研究显示，跨性别女性的股骨颈、全髌和脊椎的平均面积 BMD 均低于同龄的顺性别男性对照组 (Van Caenegem, Taes et al., 2013)。另一项研究发现，尚未开始青春期阻滞剂治疗的青少年 TGD 人士低 BMD 几率同样很高 (Lee, Finlayson et al., 2020)。两项研究的作者都认为其原因可能是因为低运动量。

性腺切除后，如果停止激素干预或激素水平不理想，可能会加速骨质流失。在一项研究中，30% 的接受性腺切除术的跨性别女性骨量较低，这与较低的 17- β 雌二醇水平和 GAHT 的依从性相关联 (Motta et al., 2020)。

研究显示，GAHT 对 BMD 具有积极影响，接受雌激素治疗的 TGD 的 BMD 有所改善。一项关于性激素对跨性别个体骨健康影响的系统综述和荟萃分析纳入了 2008~2015 年发表的 9 项关于跨性别女性的研究 ($n=392$) 和 8 项涉及跨性别男性的研究 ($n=247$)。荟萃分析结果显示，与基线结果相比，跨性别女性腰椎 BMD 显著增加，但股骨颈 BMD 并非如此。而跨性别男性在服用睾酮后的 12 个月和 24 个月内，腰椎、股骨颈和全髌关节 BMD 均无显著变化 (Singh-Ospina et al., 2017)。自此研究发表以来，欧洲性别不一致研究网络 (ENIGI) 进行了一项多中心前瞻性观察研究。该研究发布了在比利时、挪威、意大利和荷兰的 231 名跨性别女性和 199 名跨性别男性 GAHT 一年后 BMD 的测量结果 (Wiepjes et al., 2017)。结果显示，在此期间，跨性别女性的腰椎、全髌关节和股骨颈 BMD 均有所提高，而跨性别男性的全髌关节 BMD 也有所增加。另一项研究显示，在 53 名跨性别男性和 53 名跨性别女性开始激素治疗的

12 个月内未报告出现骨折情况 (Wierckx, van Caenegem et al., 2014)。没有研究表明，GAHT 应成为加强骨质疏松症筛查的指征。然而对于既往接受性腺切除术的个体，GAHT 的中断是进行此类筛查的一个考虑因素。

临床实践指南包括针对 TGD 个体的骨质疏松症筛查建议 (Deutsch, 2016a; Hembree et al., 2017; Rosen et al., 2019)。对于 TGD 人群，国际临床骨密度测量学会 (ISCD) 和内分泌学会建议在开始使用激素之前考虑进行基线骨密度值筛查。而进一步的 BMD 筛查建议基于多个因素，包括出生时报告的性别，年龄，以及骨质疏松症的传统风险因素，如骨折史、高风险用药、与骨质流失相关的疾病，以及体重过低 (Rosen et al., 2019)。具体而言，ISCD 指南规定，如果 TGD 个体在 GAHT 之前曾有过性腺切除手术史或降低内源性性腺激素水平的治疗史，性腺功能减退同时无 GAHT 计划，或存在已知的 BMD 测试指征，那么应该进行 BMD 检测 (Rosen et al., 2019)。然而，这些建议的证据基础较为薄弱。

骨质疏松症的推荐筛查方法是腰椎、全髌关节和股骨颈的双能 X 线骨密度测量 (DXA) (Kanis, 1994)。然而，在许多低收入和中等收入国家，不存在使用 DXA 测试 BMD 的条件；而常规的基于 DXA 的筛查只在包括美国在内的少数国家开展。

PCP 应该与 TGD 人群讨论如何优化骨健康，并提供有关营养和锻炼对维持骨健康重要性的信息。TGD 个体，尤其是骨质疏松症患者或有患病风险的人，应该被告知进行负重锻炼以及力量和抗阻力锻炼对减少骨质流失的好处 (Benedetti et al., 2018)。营养对于骨健康至关重要。营养缺乏，包括钙摄入不足和缺乏维生素 D，会导致骨矿化度不足。补充维生素 D 和钙已被证明可以降低髌部和总骨折发生率 (Weaver et al., 2016)。尽管此类讨论适用于所有人，但是对于 TGD 人群可能尤为重要，因为 TGD 人群普遍存在

缺乏维生素 D 的现象 (Motta et al., 2020; Van Caenegem, Taes et al., 2013)。

声明 15.14

作为一项性别肯定治疗或一种术前准备项目，我们建议医疗保健从业人士为跨性别和多元性别人士提供包括面部、身体和生殖器区域在内的脱毛服务的转介。

脱毛对于消除面部毛发 (Marks et al., 2019) 以及某些性别肯定手术 (如阴道成形术、阴蒂释放术和阴茎成形术) 的术前准备来说是必要的 (Zhang et al., 2016)。对于任何需要和尿液接触 (如用于再造尿道) 或将被移至体内部份封闭腔内 (如用于再造阴道) 的皮肤区域都需要在术前进行永久性脱毛 (Zhang et al., 2016)。用于性别肯定照护的脱毛技术包括电针脱毛 (EHR) 和激光脱毛 (LHR) (Fernandez et al., 2013)。目前, EHR 是唯一获得美国食品和药物管理局批准的永久性脱毛方法, 而 LHR 仅被批准用于永久性减少毛发 (Thoreson et al., 2020)。

电针脱毛 (EHR) 需要使用电流和一个非常细的探针, 依次手动插入每个毛囊 (Martin et al., 2018)。此方法直接机械性地破坏毛发的供血, 因此适用于任意发色和皮肤类型 (Martin et al., 2018)。EHR 耗时且昂贵, 因为需要单独处理每个毛囊, 但可实现永久性的脱毛。在进行性别肯定手术之前需进行生殖器永久脱毛, 这须由能进行此项脱毛的从业人员进行, 因为该方法与面部和身体的脱毛方法不同。EHR 比 LHR 更痛苦, 可能会出现红斑、结痂和肿胀等副作用 (Harris et al., 2014)。深色皮肤的人还存在着炎症后色素沉着的风险 (Richards & Meharg, 1995)。可以通过表面局部麻醉和冷敷来降低疼痛, 且对 EHR 的耐受度在一定程度上会逐渐增加, 许多

人可以耐受更长时间的治疗 (Richards & Meharg, 1995)。

激光脱毛 (LHR) 利用激光能量来破坏毛囊, 适用于更大的面积的脱毛。其机制是光热解, 即激光的光线选择性地瞄准毛发中的黑色素 (Gao et al., 2018)。该能量被转化为热能, 在皮肤内破坏产生毛发的毛囊, 从而导致毛发不再生长。为了获得最佳效果, 需要多个周期 (通常需要间隔六周) 的治疗, 以便为毛发的生长周期留出时间 (Zhang et al., 2016)。由于 LHR 的目标是黑色素, 对于那些拥有灰色、金色或红色头发的人, 其效果可能有限。

在使用 LHR 时, 特别需要考虑深色皮肤个体 (Fitzpatrick 皮肤类型 IV 至 VI) (Fayne et al., 2018)。表皮中更高的黑色素含量可能会与作为激光目标的毛囊中毛杆黑色素进行竞争。为了实现选择性热解, 热量需要从毛杆扩散到毛囊干细胞, 从而造成损伤。在较深色的皮肤类型中, 激光没有到达毛杆中的目标黑色素, 而是被表皮吸收后转化为热量。这可能导致临床效果较差, 且热致不良反应 (包括色素沉着不足或过度、水疱和结痂等) 的比率更高 (Fayne et al., 2018)。激光波长的选择是降低此风险的关键。建议使用较长的激光波长, 以最大限度减少表皮黑色素对光的吸收, 从而使得深色皮肤来访者获得最优的效果和最小的副作用 (Zhang et al., 2016)。LHR 的副作用包括治疗后灼伤感、炎症、红肿、色素沉着和肿胀。闪光灯可能导致易感患者光敏性癫痫发作, 因此须对患者进行风险筛查。在此过程中的疼痛和不适也可能是一个重大障碍, PCP 应准备为此开具表面或全身止痛药, 如 EMLA (复方利多卡因/丙胺卡因) 或低剂量阿片类药物。一些建议认为在最后一次脱毛后须等待 3 个月再进行生殖器性别肯定手术, 以确保没有毛发再生 (Zhang et al., 2016)。

第十六章 生殖健康

包括跨性别者在内的所有人类都拥有生殖权，即决定是否要生育孩子的权利（United Nations Population Fund, 2014）。若具有医疗必要性的性别肯定激素干预（GAHT）和手术干预（参见 第二章 全球适用性 声明 2.1，医疗必要性声明）会改变生殖相关的解剖结构或功能，则可能会不同程度地限制未来的生育选择（Hembree et al., 2017; Nahata et al., 2019）。因此，在开始任何这些治疗之前，应当重视与跨性别者及其家人探讨不育的风险和生育力保存（FP）选项，并在开始治疗后持续沟通（Hembree et al., 2017）。已结束青春期的跨性别者可以采用一些成熟的生育力保存方案，例如冷冻保存胚胎、卵母细胞和精子（Nahata et al., 2019）。卵巢和睾丸组织冷冻保存技术的研究方案，也得到了一定的发展与研究（Borgström et al., 2020; Nahata et al., 2019; Rodriguez-Wallberg et al., 2019）。尽管胚胎、成熟卵母细胞和精子的使用都已在临床上被证明是有效的，未来还需要再次移植冷冻保存的性腺组织以获得功能齐全的配子，或者通过实验室方法进行培养，而这些方法仍处于基础研究阶段。值得注意的是，最近美国生殖医学协会发布的指南已经移除了卵巢组织冷冻技术的实验性标签，但在青春期前的儿童中的证据仍然有限（Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2019）。

医务人员应根据每个人的育儿目标提供个体化的照护。一些研究表明，与顺性别人群相比，跨性别和多元性别（TGD）人群更不倾向于拥有和自己基因相关的孩子，或根本不想要孩子（Defreyne, van Schuylenbergh et al., 2020; Russell et al., 2016; von Doussa et al., 2015）。然而，其它几项研究表明，许多 TGD 个体希望拥有和自己在遗传学上有关联的孩子；后悔错失了生育力保存的机会；并且愿意延迟或中断激素治疗以保留生育力和/或怀孕能力

（Armuañd, Dhejne et al., 2017; Auer et al., 2018; De Sutter et al., 2002; Defreyne, van Schuylenbergh et al., 2020; Tornello & Bos, 2017）。

有很多因素阻碍了性别多元群体生殖力保存，比如费用问题（特别是缺乏保险覆盖时）、迫切寻求开始性别肯定治疗、难以做出面向未来的决策、医务人员对生育力保存服务的知识不足或存在偏见，以及获取生存力保存服务上的困难（Baram et al., 2019; Defreyne, van Schuylenbergh et al., 2020）。此外，由于生育力保存的多项流程与出生时受指派性别紧密相关，跨性别个体可能因此出现性别烦躁加重（Armuañd, Dhejne, et al., 2017; Baram et al., 2019）。在条件允许的情况下，可以采用多学科团队方案，其中医疗和心理健康服务提供者与性别肯定的生殖专家合作，从而帮助克服其中一些障碍（Tishelman et al., 2019）。应当向 TGD 个体提供相关介绍，了解生育力（使用个人自己的配子/生殖组织）和怀孕之间的区别。除了生育力方面的考量，在生殖全过程中也要努力确保对各种生育计划和家庭组建形式提供公平的、高质量的照护。这包括一些生殖方面的项目，如围产期护理、怀孕、分娩和产后护理，以及计划生育和避孕选项以防止意外怀孕，及在获得批准的情况下终止妊娠（Bonnington et al., 2020; Cipres et al., 2017; Krempasky et al., 2020; Light et al., 2018; Moseson, Fix et al., 2020）。希望怀孕的 TGD 人士应接受符合照护指南的孕前护理和产前咨询，并应在支持多元性别认同和经历的环境中接受有关哺乳的咨询（MacDonald et al., 2016; Obedin-Maliver & Makadon, 2016）。

本章中的所有建议声明，都基于对证据的全面审查，对益处和危害的评估，服务提供者和服务对象的价值观和偏好，以及资源的消耗和可行性。在一些情况下，我们承认证据有限且/或服务可能无法获得，或并不理想。

建议声明

16.1 我们建议正在为跨性别和多元性别人士提供治疗、开具激素治疗/手术处方或提供转介的医务人员向其来访者就以下内容提供建议：

- 16.1.a 激素治疗/手术对未来生育力的已知影响；
- 16.1.b 未经充分研究且可逆性未知的治疗的潜在影响；
- 16.1.c 生育力保存选项（包括已成熟方案和实验性方案）；
- 16.1.d 不育的心理社会影响。

16.2 我们建议医务人员将对生育力保存感兴趣的跨性别和多元性别人士转介给专业的生育力保存服务提供者，以进一步进行探讨。

16.3 我们建议跨性别照护团队与当地生殖专家和机构合作，在提供可能影响生育力的医疗干预之前，提供具体且及时的信息和生育力保存服务。

16.4 我们建议医务人员告知寻求性别肯定治疗的青春期前或青春期早期的跨性别和多元性别青少年及其家人，目前基于实证的/已成熟的生育力保存选项有限。

16.5 我们建议希望怀孕的有子宫的跨性别和多元性别人士，根据当地的照护指南，以性别肯定的方式，接受孕前照护、关于使用和停止性别肯定激素的产前咨询、孕期照护、临盆与分娩、哺乳方面的支持服务和产后支持。

16.6 我们建议医疗服务提供者与进行可能导致怀孕的性行为的跨性别和多元性别人士探讨避孕措施。

16.7 我们建议终止妊娠服务提供者确保治疗选项是性别肯定的，并为跨性别和多元性别人士提供服务。

声明 16.1

我们建议正在为跨性别和多元性别人士提供治疗、开具激素治疗/手术处方或提供转介的医务人员向其来访者就以下内容提供建议：

- a. 激素治疗/手术对未来生育力的已知影响；
- b. 未经充分研究且可逆性未知的治疗的潜在影响；
- c. 生育力保存选项（包括已成熟方案和实验性方案）；
- d. 不育的心理社会影响。

出生时受指派为女性 (AFAB) 的跨性别和多元性别个体

GAHT 可能会对未来的生育力产生负面影响 (Hembree et al., 2017)。根据现有的对于跨性别男性和 AFAB 的多元性别人士的证据，有如下风险：

促性腺激素释放激素激动剂 (GnRHa) 可用于抑制青春期，以阻止青春期进一步发育，直到青少年准备好接受男性化治疗。GnRHa 也可用于抑制月经。

GnRHa 会影响配子的成熟，但不会对性腺功能造成永久性损害。因此，如果停止使用 GnRHa，卵母细胞成熟过程通常会恢复。

目前关于睾酮治疗对跨性别男性生殖功能影响的详尽研究较少 (Moravek et al., 2020)。在停止使用睾酮后自然受孕的跨性别男性中，可观察到其卵巢正常功能的恢复和卵母细胞的成熟。一项关于卵母细胞冷冻保存的回顾性研究显示，在取得的卵母细胞数量和成熟卵母细胞数量方面，跨性别男性与年龄及体重指数 (BMI) 相当的顺性别女性没有差异 (Adeleye et al., 2018, 2019)。近期有研究首次发表了一项结果，评估了跨性别男性在受控卵巢刺激后的活产率与顺性别女性的差异 (Leung et al., 2019)，其中卵巢刺激前已经停用睾酮。总的来说，关于睾酮对生殖器官及其功能影响的研究结果令人放心。然而，迄今尚无前瞻性研究评估长期的激素治疗（即，从青春期开始）对生育力的影响，或评估在早期青春期接受 GnRHa 治疗后接受睾酮治疗的人群会受到的影响。

重要的是要考虑到，用于冷冻保存卵母细胞的医疗程序（如盆腔检查、阴道超声检查和取卵术）可能会加剧跨性别男性的性别烦躁（Armuañd, Dhejne et al., 2017）。

跨性别男性的手术干预将对生育力产生明显影响。如果个体希望进行子宫切除术，应提供保留卵巢的选择以保留生育基因上有关联后代的可能性。此外，如果卵巢切除单独进行或与子宫切除术同时进行，则应提供在手术前冻卵和/或在卵巢切除术时进行卵巢组织冷冻保存的选择。虽然卵巢组织冷冻保存这一技术不再被认为是实验性的，但许多跨性别男性可能希望原始卵泡在体外成熟，而这项技术仍在研究中。评估卵母细胞功能的研究表明，行卵巢切除术时从暴露于睾酮的跨性别男性中分离出的卵母细胞，可以在体外成熟，形成正常的中期 II 减数分裂纺锤体结构（De Roo et al., 2017; Lierman et al., 2017）。

出生时受指派为男性 (AMAB) 的跨性别和多元性别个体

根据跨性别女性和 AMAB 的多元性别人士的现有证据，治疗的影响如下：

GnRHa 会抑制精子发生。数据表明，停止治疗会导致重新启动精子发生过程，但这可能需要至少 3 个月或更长的时间（Bertelloni et al., 2000）。此外，应考虑到再次暴露于睾酮的心理负担。

抗雄激素和雌激素会损害精子的形成（de Nie et al., 2020; Jindarak et al., 2018; Kent et al., 2018）。停止长期的抗雄激素和雌激素治疗后，精子发生过程可能恢复，但相关数据有限（Adeleye et al., 2019; Alford et al., 2020; Schneider et al., 2017）。性别肯定激素治疗会使睾丸体积减小（Matoso et al., 2018）。跨性别女性的精液质量也可能受到特定生活方式因素的负面影响，例如自慰频率低，或将生殖器紧贴身体放置（如使用紧身内衣及对生殖器进行“束缚隐藏”）（Jung & Schuppe, 2007; Mieusset et

al., 1985, 1987; Rodriguez-Wallberg, Häljestig et al., 2021）。

声明 16.2

我们建议医务人员将对生育力保存感兴趣的跨性别和多元性别人士转介给专业的生育力保存服务提供者，以进一步进行探讨。

研究表明，许多成年跨性别人士渴望拥有自己的亲生孩子（De Sutter et al., 2002; Defreyne, van Schuylenbergh et al., 2020; Wierckx, Van Caenegem et al., 2012），但生育力保存比例差异很大，特别是在年轻人中（从<5%到 40%）（Brik et al., 2019; Chen et al., 2017; Chiniara et al., 2019; Nahata et al., 2017; Segev-Becker et al., 2020）。最近的一项调查显示，许多年轻人承认对于未来是否拥有生育子女的想法可能会发生变化（Strang, Jarin et al., 2018）。非自愿绝育是对人权的侵犯（Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2015; Equality and Human Rights Commission, 2021; Meyer III et al., 2001），而且考虑到社会态度、生殖医学、肯定性的跨性别医疗保健等多方面的进步，应当支持跨性别者在性别过渡期间获得成为亲生家长的机会。由于临床意见可能对跨性别或非二元性别人士的生育力保存和抚养决策产生影响，医疗保健提供者应该在探讨寄养、收养、共同抚养等育儿选择时一并探讨生育力保存选项（Bartholomaeus & Riggs, 2019）。有机会参与相关探讨和得到生育力保存服务的跨性别人士表示，这种经历总体上是积极的（Armuañd, Dhejne et al., 2017; De Sutter et al., 2002; James-Abra et al., 2015）。

研究显示，在其他患者群体中，生育力服务转介和正规的生育技术服务项目可以提高生育力保存率及患者满意度（Kelvin et al., 2016; Klosky, Anderson et al., 2017; Klosky, Wang et al., 2017; Shnorhavorian et al., 2012）。近期有研究调查了医生的

态度，其结果发现医生有意识且有意愿向儿童及其家人提供与生育相关的信息（Armuaud et al., 2020）。然而，研究也发现了一些障碍，包括缺乏知识、舒适度和资源（Armuaud, Nilsson et al., 2017; Frederick et al., 2018）。因此，这凸显了为医务人员提供适当培训的必要性，培训应重点关注以公正无偏的方式为所有面临相关风险的人群提供生育咨询和生育力保存选项（Armuaud, Nilsson et al., 2017）。在罹患癌症的青少年和年轻成年男性中，家长的建议被证实对生育力保存率有显著影响（Klosky, Flynn et al., 2017）。虽然该群体与跨性别群体存在明显的临床差异，但这些发现有助于了解为跨性别群体提供生育咨询和生育力保存转介的最佳实践。

声明 16.3

我们建议跨性别照护团队与当地生殖专家和机构合作，在提供可能影响生育力的医疗干预之前，提供具体且及时的信息和生育力保存服务。

精子和卵母细胞的冷冻保存是已经成熟的生育力保存技术，可以提供给处在青春期、青春期晚期和成年的 AMAB 和 AFAB 人士，但最好在性别肯定激素治疗（GAHT）之前进行（Hembree et al., 2017; Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2019）。对于那些希望生育并拥有适宜伴侣的成年（青春期后）的 TGD 人士，亦可提供胚胎冷冻保存服务。冷冻配子的未来用途也取决于未来伴侣拥有的配子和生殖器官（Fischer, 2021; Maxwell et al., 2017）。

尽管已证实在开始性别肯定激素干预后才进行生育力保存会影响精液的参数（Adeleye et al., 2019），但一项小型研究表明，停止干预后精液参数与未接受过性别肯定激素干预的 TGD 人士相当。若在进行任何性别肯定医疗前已经保存了配子，在卵巢刺激、卵母细胞玻璃化冷冻结果和体外受精（IVF）中使用卵母细胞的效果方面，没有理由认为辅助生殖技术（ART）对 TGD 人群的效果与顺性别人群有所不同，

除非个体有生育力（或不育）相关的特殊情况（Adeleye et al., 2019）。与相应的顺性别对照组相比，在 TGD 群体中使用卵母细胞进行 ART 治疗取得了相似的成功结果（Adeleye et al., 2019; Leung et al., 2019; Maxwell et al., 2017）。

尽管这些技术已经成熟，很少有处于青春期、青春期晚期或成年的 TGD 人士接受生育力保存服务（Nahata et al., 2017），并且许多人在接受生育力保存服务时会面临困难。这些阻碍不仅体现在生育力保存服务的可及性和费用（特别是在缺乏保险覆盖的地区），还在于生育力保存的多项流程通常会带来生理及情感上的不适体验，且许多人担心会导致性别过渡程序的推迟（Chen et al., 2017; De Sutter et al., 2002; Nahata et al., 2017; Wierckx, Stuyver et al., 2012）。这对于 AFAB 的个体尤为突出，研究发现卵巢刺激后的侵入性操作（包括阴道超声随访检查和取卵术）及其导致的心理痛苦成为了一项阻碍（Armuaud, Dhejne et al., 2017; Chen et al., 2017）。还有另一个问题，即正在进行性别过渡的青年可能对育儿还没有明确的认知，因而可能会在此时拒绝生育力保留；而之后有不同的看法（Cauffman & Steinberg, 2000）。性别过渡期间性别烦躁的减轻也可能影响生育力保存相关决策（Nahata et al., 2017）。研究表明，青少年 TGD 人士的生育观念可能随时间改变（Nahata et al., 2019; Strang, Jarin et al., 2018），因此应持续关注和探讨生育力保存方案。

声明 16.4

我们建议医务人员告知寻求性别肯定治疗的青春期前或青春期早期的跨性别和多元性别青少年及其家人，目前基于实证的/已成熟的生育力保存选项有限。

对于青春期前和青春期早期的儿童，生育力保存选项仅限于储存性腺组织。与顺性别青春期前和青春期早期的肿瘤患者一样，这一方案也同样适用于 TGD 儿童，但目前尚无文献描述这一方案在跨性别群体中

的应用。顺性别女性的卵巢组织自体移植已有超过 130 例活产结果。其中大多数都是在未使用辅助生殖技术 (ART) 的情况下自然受孕的 (Donnez & Dolmans, 2015; Jadoul et al., 2017), 而其中绝大多数是在成年或青春期储存的卵巢组织。尽管最近美国生殖医学协会发布的指南已经移除了卵巢组织冷冻保存技术的实验性标签 (Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2019), 但对于女性在青春期之前冷冻保存卵巢组织并在移植后成功怀孕的情况, 仍罕有案例报告。Demeestere et al. (2015) 和 Rodriguez-Wallberg, Milenkovic et al. (2021) 各描述了一例移植 14 岁时留存的组织后成功怀孕的案例。最近 Matthews et al. (2018) 也描述了一名被诊断为地中海贫血的女孩的案例。她在 9 岁时储存了卵巢组织, 在 14 年后进行了移植, 随后借助 IVF 技术怀孕, 生下了一名健康的婴儿。

目前, 储存卵巢组织的唯一后续临床应用是自体移植, 但这对跨性别男性而言可能并不理想 (因为可能不希望受到雌激素的影响)。对于跨性别者储存的卵巢组织, 最理想的技术是在实验室中培养卵巢组织, 使卵母细胞在体外成熟, 但目前这种方法仍处于基础研究阶段 (Ladanyi et al., 2017; Oktay et al., 2010)。

现有文献认为在青春期前获取睾丸组织是低风险的操作 (Borgström et al., 2020; Ming et al., 2018)。一些作者称, 这一方法是理论上适用于跨性别者的一种选择 (De Roo et al., 2016; Martinez et al., 2017; Nahata, Curci et al., 2018)。然而, 目前尚无文献报道这种生育力保存途径在 TGD 人群中的临床或实验性应用。此外, 人类自体移植睾丸组织在临床应用中的可行性尚不明确, 体外成熟技术也尚处于基础研究阶段。因此, 专家目前认为这项技术是实验性的 (Picton et al., 2015)。在进行任何可能导致绝育的生殖器手术之前, 都应讨论保存性腺组织的可能性, 但也需要说明日后使用该组织的途径的不确定性。

声明 16.5

我们建议希望怀孕的有子宫的跨性别和多元性别人士, 根据当地的照护指南, 以性别肯定的方式, 接受孕前照护、关于使用和停止性别肯定激素的产前咨询、孕期照护、临盆与分娩、哺乳方面的支持服务和产后支持。

大部分跨性别男性和 AFAB 的多元性别人士保留了子宫和卵巢, 因此即使在长期使用睾酮之后仍然可以怀孕 (Light et al., 2014)。许多跨性别男性希望拥有孩子 (Light et al., 2018; Wierckx, van Caenegem et al., 2012) 且愿意怀孕 (Moseson, Fix, Hastings et al., 2021; Moseson, Fix, Ragosta et al., 2021)。辅助生殖技术 (ART) 为许多跨性别男性拓宽了怀孕和实现生育计划的机会 (De Roo et al., 2017; Ellis et al., 2015; Maxwell et al., 2017)。一些跨性别男性在怀孕期间报告了心理孤独感, 与妊娠状态的子宫及胸部变化相关的性别烦躁, 以及抑郁 (Charter, 2018; Ellis et al., 2015; Hoffkling et al., 2017; Obedin-Maliver & Makadon, 2016)。相反, 其他研究也报告了一些怀孕期间的积极体验 (Fischer, 2021; Light et al., 2014)。心理健康从业者应提供支持, 就何时停止和何时恢复使用性别肯定激素提供咨询, 并探讨分娩方式的选择以及哺乳的方案 (Hoffkling et al., 2017)。最后, 应当在医疗系统层面和人际关系层面进行干预, 以确保为所有人提供以人为本的生殖健康照护 (Hahn et al., 2019; Hoffkling et al., 2017; Moseson, Zazanis et al., 2020; Snowden et al., 2018)。

鉴于睾酮对发育中胚胎的潜在有害影响, 建议在受孕前及整个妊娠期间停止使用睾酮或男性化激素干预。然而, 仍不清楚妊娠前停用睾酮和妊娠后恢复使用睾酮的最佳时间。停止使用性别肯定激素可能使跨性别男性感到痛苦并加剧性别烦躁, 因此在产前咨询期间应探讨何时以及如何停止激素干预 (Hahn et al., 2019)。由于缺乏有关睾酮暴露持续时间与致畸风险

之间关系的信息，应在尝试怀孕并停止避孕措施前停止使用睾酮。此外，关于跨性别男性生下的婴儿健康状况的信息也有限。一项试图评估该情况的小规模病例系列研究发现，跨性别男性所生的婴儿在生理和心理社会方面与一般人群所生的婴儿之间没有不良差异 (Chiland et al., 2013)。

哺乳

在评估泌乳和哺乳的有限研究中，大多数选择产后哺乳的跨性别男性和其他 AFAB 的 TGD 人士都取得了成功。研究表明，诱导泌乳的实现一定程度上有赖于孕前咨询和经验丰富的哺乳护理支持 (MacDonald et al., 2016; Wolfe-Roubatis & Spatz, 2015)。具体而言，应当告知使用睾酮的跨性别男性和其他 AFAB 的 TGD 人士：1) 尽管含量较低，但睾酮确实会通过乳汁传递；2) 睾酮对新生儿/儿童发育的影响尚不明确，因此在哺乳期间不建议进行性别肯定的睾酮干预，但可在哺乳停止后恢复 (Glaser et al., 2009)。同时应当告知，即使经历过胸部男性化手术，仍可能出现不期望的胸部生长和/或泌乳。如果希望抑制泌乳，应当给予相应的支持 (MacDonald et al., 2016)。

对于跨性别女性和其他 AMAB 的 TGD 人士，有关哺乳的信息仍然有限，但许多人也表达了想要哺乳的愿望。尽管有个案报告显示，一位跨性别女性在接受雌激素、孕酮和多潘立酮并使用了吸乳器后成功进行了哺乳 (Reisman & Goldstein, 2018)。然而，该条件下分泌的乳汁，其营养学和免疫学特征尚未得到研究。因此，需要告知来访者这种喂养孩子的方法的风险和收益 (Reisman & Goldstein, 2018)。

声明 16.6

我们建议医疗服务提供者与进行可能导致怀孕的性行为的跨性别和多元性别人士探讨避孕措施。

许多 TGD 人士可能仍具有生殖能力，若其保留了子宫、卵巢和输卵管，且其伴侣有能力产生精子，则可能会导致意外怀孕 (James et al., 2016; Light et

al., 2014; Moseson, Fix et al., 2020)。因此，需要有意识地进行计划生育咨询，包括以性别包容的方式进行避孕和堕胎 (Klein, Berry-Bibee et al., 2018; Obedin-Maliver, 2015; Stroumsa & Wu, 2018)。AFAB 的 TGD 人士可能会错误地将睾酮治疗当作可靠的避孕方式，而不使用避孕措施 (Abern & Maguire, 2018; Ingraham et al., 2018; Jones, Wood et al., 2017; Potter et al., 2015)。然而，根据现有的认识，由于睾酮对下丘脑-垂体肾上腺轴抑制不完全，它不应被视为一种可靠的避孕方法 (Krempasky et al., 2020)。此外，存在过使用睾酮的个体在闭经状态下怀孕的案例，其中闭经状态可能在停止使用睾酮的情况下持续一段时间 (Light et al., 2014)。长期进行睾酮治疗 (≥10 年) 的 TGD 人士也有可能怀孕，尽管仍不清楚睾酮对卵母细胞和基线生育力水平的影响 (Light et al., 2014)。

AFAB 的 TGD 人士可采取多种避孕方式 (Abern & Maguire, 2018; Bentsianov et al., 2018; Bonnington et al., 2020; Chrisler et al., 2016; Cipres et al., 2017; Jones, Wood et al., 2017; Krempasky et al., 2020; Light et al., 2018)。这些方式可直接满足避孕、抑制月经、处理异常出血等妇科需求 (Bonnington et al., 2020; Chrisler et al., 2016; Krempasky et al., 2020; Schwartz et al., 2019)。这一群体的避孕研究有很大的空白。目前，尚无研究探讨外源性雄激素 (如睾酮) 的使用对激素性避孕方法 (如雌-孕激素复方避孕药或单一孕激素避孕药) 或非激素性和屏障类避孕方法 (如内用和外用安全套、非激素型宫内节育器、避孕隔膜、避孕海绵等) 的有效性和安全性的影响。

有阴茎和睾丸的多元性别人士可能会与有子宫、卵巢和输卵管的人士发生性行为。即使在使用性别肯定激素 (如雌激素) 的情况下，具有阴茎和睾丸的多元性别人士仍然可能产生精子。尽管使用性别肯定激素 (不论是正在使用或以前使用过) 人士的精液参数有所降低，但不会完全处于无精状态，精子活动也不会

完全受到抑制 (Adeleye et al., 2019; Jindarak et al., 2018; Kent et al., 2018)。因此, 在具有子宫、卵巢和输卵管的个体与具有阴茎和睾丸的个体之间进行阴道性行为时, 无论双方是否使用性别肯定相关激素, 都需要考虑避孕措施以避免怀孕。目前, 可以供精子产生者使用的避孕方法主要是屏障避孕法 (即外用安全套、内用安全套)、永久性绝育 (如输精管结扎术) 和性别肯定手术 (如睾丸切除术, 同时导致不育)。建议提供避孕咨询时考虑相关精子产生方、卵子产生方和处于妊娠期的伴侣。

声明 16.7

我们建议终止妊娠服务提供者确保治疗选项是性别肯定的, 并为跨性别和多元性别人士提供服务。

据报告, 有子宫的 TGD 人士存在意外怀孕和堕胎的情况 (Abern & Maguire, 2018; Light et al., 2014; Light et al., 2018; Moseson, Fix et al., 2020),

堕胎服务机构的调查中也记录有此类情况 (Jones et al., 2020)。然而, 针对这一人群的堕胎服务的流行病学研究, 以及对于接受堕胎的 AFAB 的 TGD 人士的经历和偏好的研究, 仍然存在重大空白 (Fix et al., 2020; Moseson, Fix et al., 2020; Moseson, Lunn et al., 2020)。尽管如此, 考虑到许多 TGD 人士具备怀孕能力, 但并没有怀孕的计划或愿望, 因此有必要为其提供安全、合法以及性别肯定的药物和手术终止妊娠服务。

第十七章 性健康

无论一个人的性征、社会性别或性倾向如何，性健康都对其身心健康有深远影响。然而，对性征、社会性别和性倾向的污名化影响了个人实践其性存在（sexuality）和接受适当性健康护理的机会。具体而言，在大多数社会中，顺性别与异性恋本位主义使得人们默认所有人都是顺性别和异性恋者（Bauer et al., 2009），且这一组合被认为优于其他所有性别和性倾向（Nieder, Gӧldenring et al., 2020; Rider, Vencill et al., 2019）。顺性别-异性恋本位主义忽视了性别、性倾向和性存在的复杂性，无视了身份的多样性和流动性。这一点尤为重要，因为跨性别和多元性别（TGD）人群具有极为多元的性别认同、性倾向和性行为（Galupo et al., 2016; Jessen et al., 2021; Thurston & Allan, 2018; T'Sjoen et al., 2020）。同时，在各个文化中都普遍存在一种有性恋本位主义（allonormativity）倾向，即认为所有人都会经历性吸引或对性行为感兴趣，这忽视了 TGD 人群的多样化体验，尤其忽视了认为自己属于无性恋谱系的人（McInroy et al., 2021; Mollet, 2021; Rothblum et al., 2020）。

世界卫生组织曾强调，性健康基于对所有人性权利的尊重，包括展现多元性存在的权利，受到尊重、安全待遇的权利，以及不受歧视和暴力的权利（WHO, 2010）。性健康所讨论的议题关注身体自主权，其包括性同意、性愉悦、性满足、伴侣关系和家庭生活（Cornwall & Jolly, 2006; Lindley et al., 2021）。因此，世界卫生组织将性健康定义为“与性有关的身体、情感、心理和社会健康状态；不仅仅是没有疾病、功能障碍或虚弱。实现性健康需要对性行为和性关系采取积极和尊重的态度，并有可能在没有胁迫、歧视和暴力的情况下获得愉快和安全的性体验。为了获得和维持性健康，所有人的性权利都必须得到尊重、保护和实现”（WHO, 2006, p. 5）。这涵盖了属于无性恋谱系的人，这些人可能感受不到他人的性吸引，但可能选择在某些时候发生性行为（如通过自我刺激）

和/或想与他人建立浪漫关系（de Oliveira et al., 2021）。

近年来，学术界对 TGD 群体的性体验和行为的关注逐渐增加（Gieles et al., 2022; Holmberg et al., 2019; Klein & Gorzalka, 2009; Kloer et al., 2021; Mattawanon et al., 2021; Stephenson et al., 2017; Tirapegui et al., 2020; Thurston & Allan, 2018）。这些研究的扩展反映了一种性积极的框架（sex-positive framework）（Harden, 2014）。该框架既认识到积极的方面，如性愉悦（Laan et al., 2021），也认识到与之相关的潜在风险（Goldhammer et al., 2022; Mujugira et al., 2021）。然而，针对 TGD 人群性存在的研究往往缺乏经过验证的度量方法、适当的对照组或前瞻性的设计（Holmberg et al., 2019）。此外，大多数研究仅关注性功能（Kennis et al., 2022），忽略了性满足感和性满意度以及在性功能之上的更广泛的性愉悦运作过程。TGD 相关医疗对性行为具有多样化的影响（Özer et al., 2022; T'Sjoen et al., 2020），且目前对 TGD 青少年性存在的研究很少（Bungener et al., 2017; Maheux et al., 2021; Ristori et al., 2021; Stübler & Becker-Hebly, 2019; Warwick et al., 2022）。虽然对于 TGD 个体所经历的性困扰提出了性积极的咨询和治疗方法（Fielding, 2021; Jacobson et al., 2019; Richards, 2021），但目前对于这些干预措施的有效性研究不足。专注于促进性健康的世界性健康协会（World Association for Sexual Health, WAS）重视性愉悦，同时认为性自主、性同意、安全、隐私、自信心以及就性关系进行交流和协商的能力是实现性愉悦的主要因素（Kismödi et al., 2017）。WAS 强调性愉悦是性权利和人权不可分割的一部分（Kismödi et al., 2017）。为了促进 TGD 人士的性健康，医务人员需要具备与跨性别相关的专业知识和敏感度（Nieder, Gӧldenring et al., 2020）。为向 TGD 人士提供合乎伦理、循证、高质量的性健康医疗保健，医务人员须提供与顺性别人群

同等的照护（即拥有跨性别相关专业知识），同等的尊重态度（即对跨性别相关事宜保持敏感），并同样重视性愉悦和性满足感（Holmberg et al., 2019）。

在许多社会环境下，非常规的性别表达会引发包括医务人员在内的人们的强烈情绪反应。因此，在开始医疗相关的接触或建立治疗关系时，医务人员应当反思对来访者的情感、认知和交互中的反应，以确保以非评判、开放和热情的方式进行接触（Nieder, Güldenring et al., 2020）。此外，跨性别相关专业知识包括识别交叉性身份、边缘化经历和污名化经历对TGD人士自我（self）的影响（Rider, Vencill et al., 2019）。为了充分应对TGD人士特殊的身体、心理和社会情况，医务人员必须认识到，由于顺性别-异性恋本位主义的影响以及相关知识和技能的缺乏，这些问题常常受忽视（Rees et al., 2021）。此外，应当重视性存在方面的文化规范。例如，一些非洲文化

认为性是一种禁忌，这限制了询问其性经历时可以使用可接受术语数量（Netshandama et al., 2017）。使用尊重其文化的措辞有助于来访者坦率说明自己的性经历，并减少表达含混与耻感（Duby et al., 2016）。此外，医务人员必须敏锐地考虑到历史因素：性方面的身份和性倾向曾经（错误地）被用于门控把关（gatekeeping），从而阻碍跨性别人士获得性别肯定照护（Nieder & Richter-Appelt, 2011; Richards et al., 2014）。以下建议旨在改善针对TGD人群的性保健。

本章中的所有建议声明，都基于对证据的全面审查，对益处和危害的评估，服务提供者和服务对象的价值观和偏好，以及资源的消耗和可行性。在一些情况下，我们承认证据有限且/或服务可能无法获得，或并不理想。

建议声明

- 17.1 我们建议为跨性别和多元性别人士提供照护的医务人员学习与其照护工作相关的性健康问题的知识和技能。
- 17.2 我们建议为跨性别和多元性别人士提供照护的医务人员探讨性别肯定治疗对性功能、性愉悦和性满足感的影响。
- 17.3 我们建议为跨性别和多元性别人士提供照护的医务人员在情况适宜时，允许将其伴侣囊括进性相关照护中。
- 17.4 我们建议医务人员向跨性别和多元性别人士提供咨询以应对污名和创伤对危险性行为、性回避和性功能的潜在影响。
- 17.5 我们建议所有医务人员，若所提供的照护会影响性健康，则须向跨性别和多元性别人士提供相关信息，询问其期望，并评估其对可能出现的变化理解程度。
- 17.6 我们建议为跨性别和多元性别人士提供照护的医务人员就性传播感染的预防，向青少年和成年人提供咨询。
- 17.7 我们建议为跨性别和多元性别人士提供照护的医务人员遵循当地和世界卫生组织关于人类免疫缺陷病毒/性传播感染（HIV/STI）筛查、预防 and 治疗的指南。
- 17.8 我们建议为跨性别和多元性别人士提供照护的医务人员处理关于抗逆转录病毒药物和激素间潜在相互作用的疑虑。

声明 17.1

我们建议为跨性别和多元性别人士提供照护的医务人员学习与其照护工作相关的性健康问题的知识和技能。

在处理跨性别和多元性别人士性健康问题时，医务人员应熟练使用常用术语（参见第一章 术语使用），并请来访者解释医疗服务提供者所不熟悉的用语。在收集性经历以及提供本专业治疗时，医务人员还应重

视使用性别肯定与性积极的方式（Centers for Disease Control, 2020; Tomson et al., 2021）。医务人员应该更重视TGD人士对自己身体部位所使用的称呼，而非传统上采用的医学术语（Wesp, 2016）。在谈论性行为时，建议关注身体部位（例如，“您与拥有阴茎的人发生性关系，还是与拥有阴道的人，或是和两种人均有？”；ACON, 2022）以及其在性行为中扮演的角色（例如，“在进行性行为时，您身体

的任何部位是否会进入您的伴侣身体，如进入生殖器、肛门或口？”；ACON, 2022）。

声明 17.2

我们建议为跨性别和多元性别人士提供照护的医务人员探讨性别肯定治疗对性功能、性愉悦和性满足感的影响。

为实现性别肯定照护，提供性别过渡相关医疗干预的医务人员必须充分了解该干预对性功能、性愉悦和性满足感的可能影响（T'Sjoen et al., 2020）。临床数据表明，TGD 人群在性愉悦的满意度得分明显低于顺性别人群，因此需要重视这些影响（Gieles et al., 2022）。如果医务人员无法提供关于治疗对性功能、性愉悦和性满足感有何影响的信息，则至少应将来访者转介给有能力提供这些信息的人员。如果治疗对性的相关影响未知，医务人员应如实告知患者。如前文所述，跨性别和多元性别人士的性观念常常与异性恋本位主义的看法有所不同。此外，大量文献（如 Bauer, 2018; Laube et al., 2020; Hamm & Nieder, 2021; Stephenson et al., 2017）强调了性存在具有光谱特征，即对于许多人而言，无论基于男性还是女性性存在的一般期望都无法与之匹配（即既不是顺性别者，也非跨性别者），多元性别人士（如非二元性别者、无性别者和性别酷儿）尤为如此。顺性别本位主义、异性恋本位主义和跨性别相关医疗干预措施均对性健康有重要影响，医务人员应仔细考虑这些因素。

有充分证据表明，性愉悦是改善性健康、心理健康和身体健康的因素（Anderson, 2013）。除性功能外，提供性保健的医务人员还必须将性愉悦以及性满足感作为影响性健康的关键因素。性保健曾一直以疾病为重心，在 TGD 人群的研究和临床实践中更是如此。提供针对 HIV 和性传播感染的合格性保健非常必要，但重视跨性别和多元性别人群的性愉悦也很有必要。我们呼吁应理解性愉悦是性行为的激励因素，并据此将性愉悦作为性传播感染预防教育和干预的焦点（Philpott et al., 2006）。TGD 人群关心其性愉悦，

且特别需要对 TGD 医疗保健中涉及的性行为和生理结构功能的独特多样性有充分了解的医务人员。

声明 17.3

我们建议为跨性别和多元性别人士提供照护的医务人员在情况适宜时，允许将其伴侣囊括进性相关照护中。

在情况适宜且与临床问题相关的情况下，将性伴侣和/或浪漫关系伴侣纳入性医疗保健决策可以促进 TGD 个体的性福祉，提高性满足感（Kleinplatz, 2012）。TGD 人士可能会选择一系列性别过渡的医疗干预措施，这些干预措施对于个体对解剖结构的烦躁影响不一（Bauer & Hammond, 2015）。当讨论医疗干预对性功能、快感和满意度的影响时，纳入伴侣参与其中可以增加对潜在变化的了解，并促进伴侣之间的沟通（Dierckx et al., 2019）。因为性别过渡往往不完全是自己一个人的事情，将性伴侣或浪漫关系伴侣纳入与过渡相关的医疗保健中可以促进“共同的性别过渡”的过程（Lindley et al., 2020; Siboni et al., 2022; Theron & Collier, 2013），还可以支持个人和伴侣关系中性方面的成长与磨合。性功能和性愉悦方面的社会和精神障碍可能对整体性健康产生负面影响，这些障碍包括性别烦躁、污名化、性和伴侣关系上缺乏可效仿的模范以及技巧的缺乏（Kerckhof et al., 2019）。伴侣之间支持性的、性别肯定的性相关沟通会改善 TGD 人群的性满意度结果（Stephenson et al., 2017; Wierckx, Elaut et al., 2011）。

使性伴侣和/或浪漫关系伴侣参与讨论，有利于设定符合实际的期望，传播有用且准确的信息，并促进性别肯定的、积极的性健康相关沟通。然而，重要的是要认识到与性别健康和性别过渡相关的选择是要由来访者本人自己做出的，而不应当是伴侣的决定。只有在情况适宜且本人愿意的情况下，性医疗保健才应囊括其伴侣。禁忌状况包括涉及虐待和暴力的情况，在此类情况下本人的安全高于伴侣的参与。最后，医务人员应以肯定和包容的方式对待所有人，包括性伴

侣和浪漫关系伴侣。例如，对于对来访者的伴侣的性别或性倾向以及来访者的关系结构可能存在的假设和潜在偏见，应当得到监测和处理

声明 17.4

我们建议医务人员向跨性别和多元性别人士提供咨询以应对污名和创伤对危险性行为、性回避和性功能的潜在影响。

TGD 社群普遍受到污名、歧视和暴力的不成比例的影响 (de Vries et al., 2020; European Union Agency for Fundamental Rights, 2020; McLachlan, 2019)。这些经历本质上往往具有创伤性 (Burnes et al., 2016; Mizock & Lewis, 2008)，并对性健康、性功能和性愉悦造成障碍 (Bauer & Hammond, 2015)。例如，对跨性别性存在的污名化叙事会加重其烦躁感和性耻感，导致其更可能避免性交流，而这是促进安全和性愉悦所需的 (Stephenson et al., 2017)。研究表明，污名、性暴力史和身体意象问题会对性自尊和性自主产生负面影响，例如无法主张什么是愉快的，或者缺乏协商使用避孕套的能力 (Clements-Nolle et al., 2008; Dharma et al., 2019)。此外，过去的创伤经历和持续的创伤相关症状会加剧性别烦躁 (Giovanardi et al., 2018)。一些 TGD 人士很难使用其出生时所拥有的生殖器进行性行为，这些人可能会选择完全避免这种刺激，因而阻碍其性唤起和/或性高潮 (Anzani et al., 2021; Bauer & Hammond, 2015; Iantaffi & Bockting, 2011)，或者对性高潮持有复杂的感情 (Chadwick et al., 2019)。提供性别肯定咨询和干预的医务人员必须对性倾向光谱与性别认同光谱 (包括无性恋认同与行为) 有所了解，以避免基于异性恋、顺性别、有性恋本位的性行为模式或性满足模式进行预设，同时也要肯定污名与创伤对性健康和性愉悦的潜在影响 (Nieder, Güldenring et al., 2020)。特别是在急性创伤症状的情况下，有时可能出现一定程度的解离症状 (Colizzi et al., 2015)。重要的是，

医务人员要意识到上述情况对性健康、性功能、性愉悦与性满足感的潜在影响，这样就能根据需要将来访者转介给会充分考虑心理创伤状况的性咨询师和/或心理健康服务提供者。这些人可能会提供进一步的帮助，也会在 TGD 个体探索得到疗愈与性愉悦的多种途径时，使其认识到自己的想法是正常且正当的。

声明 17.5

我们建议所有医务人员，若所提供的照护会影响性健康，则须向跨性别和多元性别人士提供相关信息，询问其期望，并评估其对可能出现的变化的理解程度。

性别过渡相关照护对性功能、性愉悦和性满足感有利有弊 (Holmberg et al., 2018; Kerckhof et al., 2019; Thurston & Allan, 2018; Tirapegui et al., 2020)。性别肯定照护可以帮助 TGD 人士改善其性功能，增加性愉悦和性满足感 (Kloer et al., 2021; zer et al., 2022; T'Sjoen et al., 2020)。然而，也有数据反映激素和手术治疗可能导致性健康问题 (Holmberg et al., 2018; Kerckhof et al., 2019; Stephenson et al., 2017; Weyers et al., 2009)。性别过渡相关激素可能会影响情绪、性欲、勃起能力、射精能力以及生殖器组织健康，从而影响性功能、性快感和关于性的自我表达 (Defreyne, Elaut et al., 2020; Garcia & Zaliznyak, 2020; Kerckhof et al., 2019; Klein & Gorzalka, 2009; Wierckx, Elaut et al., 2014)。对于希望使用出生时所拥有的生殖器解剖结构进行插入式性行为的 TGD 人士，能够解决激素治疗副作用的药物会有帮助，如使用雌激素或抗雄激素类药物的 TGD 人士可使用治疗勃起功能障碍的药物，而进行睾酮治疗而导致阴道萎缩或干燥情况的 TGD 人士可使用局部雌激素和/或润滑剂。

性欲、性唤起和性功能也可能受精神药品的影响 (Montejo et al., 2015)。一些 TGD 人士服用药物以治疗抑郁 (Heylens, Elaut et al., 2014)、焦虑 (Millet et al., 2017) 或其它心理健康问题 (Dhejne et al., 2016)，应考虑其对性健康的潜在副作用。

很多性别肯定手术会对性感觉、性欲、性唤起、性功能和性愉悦产生显著影响。这些变化可能对个体具有复杂影响 (Holmberg et al., 2018)。例如, 胸部手术 (乳房缩小术、乳房切除术、隆胸术) 和身体塑形手术, 可以提供所期待的外形和外貌的变化, 从而减少对性功能造成损害的心理困扰, 但可能对性感觉产生不利影响 (Bekeny et al., 2020; Claes et al., 2018; Rochlin et al., 2020)。特别是生殖器手术可能会对性功能和性愉悦造成负面影响, 但也会使个体的身体与其性别更一致, 帮助开辟获得性愉悦和性满足感的新途径, 所以也可能是一种积极的体验 (Hess et al., 2018; Holmberg et al., 2018; Kerckhof et al., 2019)。

现有的文献中, 有许多这样的例子:

1. 与手术前的解剖结构相比, 手术可能会导致性刺激和/或体验的感觉减少、完全丧失或增加 (Garcia, 2018; Sigurjónsson et al., 2017)。
2. 某些手术方案可能会导致特定性功能受限, 这种受限可能立即表现出来, 在未来某时表现出来, 或在两个时间点都表现出来。当考虑不同的手术方案时, 个体在最终作出决定前应考虑这些因素 (Frey et al., 2016; Garcia, 2018; Isaacson et al., 2017)。
3. 手术后的并发症可能降低性功能的质量 (如性行为中感到不适或疼痛) 或阻碍进行满意的性行为, 从而对性功能产生负面影响 (Kerckhof et al., 2019; Schardein et al., 2019)。

一般来说, 治疗的满意度很大程度上受到个体期望的影响 (Padilla et al., 2019)。此外, 若个体在治疗前有不切实际的期望, 则更有可能对治疗效果、得到的照护及医务人员感到不满意 (Padilla et al., 2019)。因此应当重视向个体提供关于其治疗选项的充分信息, 并应了解和考虑其看重治疗效果的哪些方面 (Garcia, 202)。最后, 医务人员应确保个体了解治疗对其性功能和性愉悦的潜在不利影响, 以便让

个体做出充分知情的明智决定。这对于遵守知情同意的标准 (即讨论和理解) 以及向个体 (及在需要时向其伴侣) 提供进一步说明的机会都很重要 (Glaser et al., 2020)。

声明 17.6

我们建议为跨性别和多元性别人士提供照护的医务人员就性传播感染的预防向青少年和成年人提供咨询。

世界卫生组织 (WHO, 2015) 建议医务人员在初级保健中对所有青少年和成人就性相关情况进行简短的沟通。因此, 性活跃或打算进行性行为的跨性别和多元性别人士可能会从以预防 HIV/STI 为目的的性相关沟通或咨询中获益。这些对话特别重要, 因为相比于顺性别者, 跨性别和多元性别人士更易受到人类免疫缺陷病毒 (HIV) 和其它性传播感染 (STI) 的危害 (Baral et al., 2013; Becasen et al., 2018; Poteat et al., 2016)。然而对于非 HIV 的性传播感染, 如衣原体感染、淋病、梅毒、病毒性肝炎和单纯疱疹病毒感染, 相关数据较少 (Tomson et al., 2021)。联合国艾滋病联合规划署估计, 跨性别女性感染 HIV 的可能性是其他成年人的 12 倍 (UNAIDS, 2019)。一项荟萃分析研究估计, 在与男性发生性关系的跨性别女性中, HIV 的全球合并流行率为 19% (Baral et al., 2013)。HIV/STI 感染风险集中在部分 TGD 子群, 这些子群拥有生理、心理、人际关系和结构性的多重的脆弱性 (vulnerability)。特别是与顺性别男性发生性行为、属于少数族裔/民族群体、生活贫困或迫于生计从事性工作的女性倾向跨性别者, 其感染 HIV/STI 的风险较高 (Becasen et al., 2018; Poteat et al., 2015; Poteat et al., 2016)。目前对跨性别男性和出生时指派为女性的多元性别人士 HIV/STI 风险的了解更少。在高收入国家的小型研究显示, 男性倾向跨性别者中经实验室确认的 HIV 流行率为 0~4% (Becasen et al., 2018; Reisner & Murchison, 2016)。对于在 HIV 高流行国家的、与顺性别男性发生性关系的男性倾向跨性别者, 几乎没有相关研究。尽管流行病学数据有限, 但与顺性别男性发生性行为

的男性倾向跨性别者经常报告与纳入性经阴道和/或肛门性交有关的 HIV/STI 风险 (Golub et al., 2019; Reisner et al., 2019; Scheim et al., 2017), 并且由于激素导致的阴道萎缩可能比绝经前的顺性别女性更容易因阴道性交感染 HIV。

医务人员需要学习提升与跨性别和多元性别人士讨论性健康问题所需的知识和技能, 例如性别肯定语言的使用, 以此作为一般性指南的补充 (见本章声明 17.1)。医务人员要避免仅仅根据来访者的性别认同或解剖结构预设 HIV/STI 的风险, 这至关重要。例如, 许多跨性别者并不性活跃, 且 TGD 人士可能使用假体或玩具进行性生活。为了提供适当的预防咨询, 医务人员应询问 TGD 人士具体参与的性行为, 以及性行为中使用的身体部位 (或假体) (ACON, 2022)。有相关知识和能力的医务人员 (包括但不限于心理健康服务提供者) 也可以与其来访者深入探讨, 解决感染 HIV/STI 的潜在因素 (见本章声明 17.3)。

在所有情况下, 医务人员都应该对 TGD 人士的集体和个人经历 (如对跨性别人士性存在和性别烦躁的刻板印象与污名) 保持敏感, 应该向来访者解释为什么要询问性相关问题, 并告知这些问题可自愿回答。在讨论 HIV/STI 预防时, 医务人员应提及所有种类的预防方案, 包括屏障法、暴露后预防、暴露前预防和防止后续传播的 HIV 治疗 (WHO, 2021)。针对跨性别人士暴露前预防的考虑因素在声明 17.8 中详细说明。

声明 17.7

我们建议为跨性别和多元性别人士提供照护的医务人员遵循当地和世界卫生组织关于人类免疫缺陷病毒/性传播感染 (HIV/STI) 筛查、预防 and 治疗的指南。

与顺性别人群一样, 应根据现有的指南, 基于个人 HIV/STI 感染风险, 考虑其解剖特征和行为而非仅仅考虑性别认同, 向跨性别和多元性别青少年和成人提供 HIV/STI 筛查。在没有地方或国家指南的情况下, 世卫组织提供了全球性建议 (WHO, 2019a); 作为

受 HIV 影响的关键人群, 建议对与顺性别男性发生性关系的跨性别者进行更频繁的筛查。

如美国疾病控制和预防中心最近的指南所述, 性别肯定生殖器手术本身和具体采用的手术技术会影响性传播感染风险和筛查需求 (Workowski et al., 2021)。例如, 对于实施阴茎翻转阴道成形术的女性倾向跨性别者, 因为只用阴茎和阴囊皮肤作为阴道内壁, 其尿道沙眼衣原体 (*C. trachomatis*) 和人淋球菌 (*N. gonorrhoeae*) 的感染风险可能较低。相比单独使用阴茎/阴囊皮肤, 使用口腔粘膜、尿道粘膜或腹膜瓣的新手术技术理论上会增加细菌性 STI 的易感风险 (Van Gerwen et al., 2021)。建议对所有曾接受阴道成形术的女性倾向跨性别者对新阴道 (如有感染暴露风险) 定期进行 STI 筛查 (Workowski et al., 2021)。对于曾接受尿道延长的阴蒂释出术但未行阴道切除术的男性倾向跨性别者, 细菌性泌尿生殖道 STI 检测应包括宫颈拭子检测, 因为尿液中可能检测不到感染 (Workowski et al., 2021)。

此外, 对于医务人员而言, 提供针对多个解剖部位的测试很重要, 因为跨性别人士的性传播感染常在生殖器外 (Hiransuthikul et al., 2019; Pitasi et al., 2019)。应遵从世卫组织的建议 (WHO, 2020), 允许个体自行采集样本以进行 STI 检测, 特别是当个体由于性别烦躁或/和创伤经历而感到不适或不愿意由医疗保健提供者采集样本时。若适用, 将 HIV/STI 检测与监测激素治疗的常规血清检测结合, 有助于个体获得相关照护 (Reisner, Radix et al., 2016; Scheim & Travers, 2017)。

声明 17.8

我们建议为跨性别和多元性别人士提供照护的医务人员处理关于抗逆转录病毒药物和激素间潜在相互作用的疑虑。

对于高 HIV 感染风险的跨性别和多元性别青少年和成人 (一般定义为处于 HIV 单阳伴侣关系中, 或在与 HIV 阴性伴侣的单偶关系之外存在无套性行为;

WHO, 2017), 暴露前预防 (PrEP) 是重要的 HIV 预防方式 (Golub et al., 2019; Sevelius et al., 2016; WHO, 2021)。为了促进 PrEP 的普及, 美国疾病控制和预防中心在 2021 年建议所有性活跃的青少年和成年人了解 PrEP, 并在其需要时提供 PrEP (CDC, 2021)。对于 HIV 感染者的治疗, 存在一些条件下针对跨性别者的指南 (如 Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents, 2019)。

对于 TGD 群体的 HIV 预防和治疗, 在抗逆转录病毒药物用量和给药方面存在特殊考虑因素。对于口服 PrEP, 目前只建议跨性别和多元性别人群采用每天服用的方式, 因为使用恩曲他滨/富马酸替诺福韦二吡呋酯 (TDF) 作为按需适用 PrEP 的有效性的研究仅限于顺性别男性 (WHO, 2019c)。此外, 虽然存在恩曲他滨/替诺福韦阿拉芬酰胺 (TAF) 这一新的口服 PrEP 选项, 但由于缺乏证据, 截至 2022 年初, 不建议因经阴道性行为而存在 HIV 风险的人群使用 (CDC, 2021)。最后, 用于 PrEP 和 HIV 治疗的长效注射制剂正在越来越多地得到应用, 如用于 PrEP 的卡博特韦 (cabotegravir)。虽然推荐所有可能从注射治疗中受益的人群使用, 但其注射部位 (即臀部肌肉) 可能不适用曾进行软组织填充的人 (Rael et al., 2020)。

几乎没有证据支持性别肯定激素会与 PrEP 药物发生药物相互作用。一些自我报告为主的小型 PrEP 使用研究显示, 尽管浓度仍在保护范围内, 接受激素治

疗的跨性别女性的 PrEP 药物浓度降低 (Yager & Anderson, 2020)。后续一项 PrEP 直接观察治疗 (directly-observed treatment) 的研究未发现激素治疗对跨性别女性 PrEP 药物浓度的影响, 且发现进行激素治疗的跨性别女性和男性实现了对 HIV 感染的高度保护 (Grant et al., 2020)。最重要的是, 许多 TGD 人士都并未发现 PrEP 对激素浓度的影响。关于 HIV 治疗, 特定的抗逆转录病毒药物可能会影响激素浓度; 但如美国卫生与公众服务部 (US Department of Health and Human Services) 的指南 (Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents, 2019) 所述, 可以通过选择替代药物和/或监测及调整激素剂量来处理这些问题 (Cirrincione et al., 2020)。然而, 对药物间相互作用的担忧, 特别是一些药物间相互作用可能降低激素浓度的担忧, 对于为预防或治疗 HIV 实施和坚持抗逆转录病毒疗法造成了阻碍 (Radix et al., 2020; Sevelius et al., 2016)。因此, 医务人员最好积极解决可能进行 PrEP 或 HIV 治疗的人的此类疑虑。将 PrEP 或 HIV 治疗与激素治疗结合可能会进一步减少实施和坚持治疗的障碍 (Reisner, Radix et al., 2016)。如果初级保健提供者不具备结合二者的必要专业知识, 可以通过与 HIV 专科医生合用同一处所执业或与之协调实现。一些 TGD 人士可能会受益于独立的 PrEP 或性健康服务, 这些服务提供更多的隐私和灵活性, 因此需要差异化的服务模式 (Wilson et al., 2021)。

第十八章 心理健康

本章旨在向为成年跨性别和多元性别（TGD）人士提供心理健康照护服务的医务人员（HCP）和心理健康专业人士（MHP）提供指导。这并不意味着本章可以替代关于对激素或手术干预进行评估的章节。许多 TGD 个体在其过渡过程中可能不需要治疗或其他形式的心理健康照护，而另一些人则可能从心理健康服务提供者和系统支持中受益（Dhejne et al., 2016）。

一些研究表明，与一般人群相比，TGD 人群中抑郁（Witcomb et al., 2018）、焦虑（Bouman et al., 2017）和自杀（Arcelus et al., 2016; Bränström & Pachankis, 2022; Davey et al., 2016; Dhejne, 2011; Herman et al., 2019）的流行率更高（Jones et al., 2019; Thorne, Witcomb et al., 2019），对于要求进行医疗必要的性别肯定医疗（GAMT）的个体尤为如此（参见 第二章 全球适用性 声明 2.1，医疗必要性声明）。然而跨性别其本身并不是一种精神障碍，精神障碍比率的升高与复合型创伤、社会污名、暴力和歧视有关（Nuttbrock et al., 2014; Peterson et al., 2021）。此外，适当的性别肯定照护（Aldridge et al., 2020; Almazan and Keuroghlian; 2021;

Bauer et al., 2015; Grannis et al., 2021）以及减少歧视和少数群体压力的干预措施（Bauer et al., 2015; Heylens, Verroken et al., 2014; McDowell et al., 2020）可以减轻心理症状。

心理健康治疗需要由专业人员提供，并通过使用尊重来访者的自主权和认可多元性别特质的系统来实施。为跨性别人士提供服务的 MHP 应该采用积极倾听的方法来鼓励那些对自己的性别认同不确定的个体进行探索。MHP 不应强加自己的叙事或先入之见，而是应帮助来访者确定自己的道路。尽管许多跨性别者需要药物或手术干预，或寻求心理健康照护，也有许多个体不需要（Margulies et al., 2021）。因此，通过临床人群获得的研究结果不应推广到整个跨性别群体。

治疗精神障碍和解决物质依赖很重要，但不应该成为性别过渡相关照护的障碍。相反，针对精神障碍和物质依赖的干预措施可以帮助性别过渡相关照护取得成功，从而改善生活质量（Nobili et al., 2018）。

本章中的所有建议声明，都基于对证据的全面审查，对益处和危害的评估，服务提供者和服务对象的价值观和偏好，以及资源的消耗和可行性。在一些情况下，我们承认证据有限且/或服务可能无法获得，或并不理想。

建议声明

18.1 我们建议心理健康专业人士在个体进行性别肯定治疗之前，优先解决那些影响个体对该治疗知情同意能力的心理健康症状。

18.2 我们建议心理健康专业人士为跨性别和多元性别人士提供照护和支持，以解决会影响其在性别肯定手术（GAS）前参与必要围手术期护理的心理健康症状。

18.3 我们建议在个体存在明显的心理健康症状或药物滥用时，心理健康专业人士应根据特定性别肯定手术的性质，评估心理健康症状可能对结果产生的潜在负面影响。

18.4 我们建议医务人员评估跨性别和多元性别人士在性别肯定手术（GAS）的围手术期对心理社会层面和实际层面的支持的需求。

18.5 我们建议医务人员咨询和帮助跨性别和多元性别人士在性别肯定手术（GAS）前戒烟。

18.6 我们建议医务人员在跨性别和多元性别人士需要进入病房（包括精神病院病房）住院治疗时，应继续维持现有的激素治疗，除非存在禁忌症。

18.7 我们建议医务人员确保在跨性别和多元性别人士需要在精神科、物质滥用相关科室或其他医疗科室住院或接受住宿照料时，所有工作人员都使用正确的姓名和代词（由服务对象指定），同时安排与其性别认同相符的卫生间和居住环境。

18.8 我们建议心理健康专业人士鼓励、支持和赋权跨性别和多元性别人士建立和维护包括同伴、友人和家人在内的社会支持体系。

18.9 我们建议医务人员不应强制跨性别和多元性别人士在开始性别肯定治疗前接受心理治疗，但同时认可心理治疗可能对一些跨性别和多元性别人士有帮助。

18.10 我们建议不应提供旨在试图改变一个人的性别认同和生活中的性别表达以使其更符合出生时受指派性别的矫正和扭转治疗。

声明 18.1

我们建议心理健康专业人士在个体进行性别肯定治疗之前，优先解决那些影响个体对该治疗知情同意能力的心理健康症状。

由于通常假定个体有能力对照护给出知情同意，因此认知障碍、精神病性症状或其他精神障碍的存在是否会损害知情同意的能力需要通过单独检查确定 (Applebaum, 2007)。知情同意是提供医疗保健服务的核心。医务人员必须告知服务对象所提供服务的全部风险、收益和替代方案，以便其能够做出知情、自愿的选择 (Berg et al., 2001)。无论是开具激素处方的初级保健服务提供者 (PCP) 或内分泌专家，亦或是进行手术的外科医生，在进行干预前都必须确保获得知情同意。同样地，心理健康专业人士在进行心理健康治疗前也要获得知情同意，在对个体的知情同意能力存在疑虑时，可以就此问题进行诊察。精神障碍与物质依赖，特别是认知障碍和精神病，可能会损害个体理解治疗的风险和收益的能力 (Hostiuc et al., 2018)。相反，有严重精神障碍的个体也可能有能力理解特定治疗的风险和收益 (Carpenter et al., 2000)。在复杂案例中，多学科的沟通很重要，必要时可进行专家会诊 (Karasic & Fraser, 2018)。对于许多个体而言，多用一些时间并提供详细的解释就可以让其理解手术的风险和收益。对于某些个体，治疗影响知情同意能力的基础疾病 (例如治疗基础的精神病性症状)，能够让其获得同意其所需治疗的能力。然而，不影响同意能力的心理健康症状 (如焦虑

或抑郁症状)，不应成为性别肯定医疗的障碍，尤其是人们已经发现这种治疗能够减轻心理健康症状 (Aldridge et al., 2020)。

声明 18.2

我们建议心理健康专业人士为跨性别和多元性别人士提供照护和支持，以解决会影响其在性别肯定手术 (GAS) 前参与必要围手术期护理的心理健康症状。

精神障碍和物质依赖可能会损害个体参与围手术期护理的能力 (Barnhill, 2014)，但不应将其视为获得所需过渡照护的障碍。相反，这应视为需要提供心理健康照护和社会支持的指征 (Karasic, 2020)。为了获得良好的 GAS 结果，术后需要到医疗机构复诊，进行伤口护理，以及进行其他术后护理程序 (如，阴道成形术后的扩张)。物质依赖的患者可能难以遵守与 PCP 和外科医生的预约，精神病性症状或严重抑郁症的患者可能会忽视伤口状况以及感染或是开裂的迹象 (Lee, Marsh et al., 2016)。处于活跃期的精神障碍与手术后需要进一步急诊治疗相关联 (Wimalawansa et al., 2014)。

在上述情况下，治疗精神障碍或物质依赖有助于实现成功的 GAS 结果。帮助患者获得更多来自家人、朋友或家庭护工的支持，有助于其充分参与围手术期护理，以便手术顺利进行。然而，进行心理健康治疗可能会导致手术推迟，因此需要权衡这种推迟带来的风险和收益，并评估推迟手术对于应对性别烦躁造成的影响 (Byne et al., 2018)。

声明 18.3

我们建议在个体存在明显的心理健康症状或药物滥用时，心理健康专业人士应根据特定性别肯定手术的性质，评估心理健康症状可能对结果产生的潜在负面影响。

GAS 对个体的影响因手术种类而异。一些手术需要更强的能力来遵循术前规划，并参与围手术期和术后护理，以获得最佳结果 (Tollinche et al., 2018)。对所有手术而言，心理健康症状都可能影响个体参与计划制定和围手术期护理的能力 (Paredes et al., 2020)。心理健康评估可以为制定策略提供机会，以解决心理健康症状可能对结果产生的潜在负面影响，并为其参与计划和护理的能力提供支持。研究表明，GAS 可以缓解性别烦躁症状并改善心理健康 (Owen-Smith et al., 2018; van de Grift, Elaut et al., 2017)。在决定是否进行每一项治疗时，个体和医疗服务提供者都要权衡其收益和风险。医务人员可以帮助 TGD 个体回顾每项手术的术前计划和围手术期护理说明 (Karasic, 2020)。双方可以共同确定必要的支持或资源，以协助其遵从术后护理的复诊预约，获得必要的用品，解决财务问题，以及处理其他术前协调和计划问题。此外，还可以探讨有关对外观和功能的期望等问题，包括这些不同因素对性别烦躁的影响。

声明 18.4

我们建议医务人员评估跨性别和多元性别人士在性别肯定手术 (GAS) 的围手术期对心理社会层面和实际层面的支持的需求。

无论从事什么专业，所有医务人员都有责任支持个体获得必要的照护。当医务人员准备为 TGD 人士提供 GAS 时，应评估个体所需的心理社会 and 实际支持水平 (Deutsch, 2016b)。评估是认识到在哪些方面可能需要额外支持的第一步，并且能够提高与其协作的能力，以帮助个体成功度过术前、围手术期和术后阶段 (Tollinche et al., 2018)。在围手术期，重点

是帮助个体优化其功能，在可能的情况下确保其拥有稳定的居住条件，通过评估其独特境况建立社会和家庭支持体系，制定应对医疗并发症的计划，应对工作/收入可能受到的潜在影响，并克服一些个体可能遇到的其他障碍，如应对电针脱毛和戒烟 (Berli et al., 2017)。在复杂的医疗系统中，并非所有个体都能独立应对获取照护所需要的流程，而医务人员和同伴引导员 (peer navigator) 可以在这一过程中提供支持 (Deutsch, 2016a)。

声明 18.5

我们建议医务人员咨询和帮助跨性别和多元性别人士在性别肯定手术 (GAS) 前戒烟。

跨性别人群的吸烟率较高 (Kidd et al., 2018)。然而，许多人没有意识到与吸烟相关联的已知健康风险 (Bryant et al., 2014)。吸烟会增加接受性别肯定激素治疗 (GAHT) 个体的健康风险 (如血栓形成)，对雌激素治疗而言尤为如此 (Chipkin & Kim, 2017)。

吸烟与整形手术的不良结果 (包括整体并发症、组织坏死和需要手术修复的情况) 相关联 (Coon et al., 2013)。吸烟也会增加术后感染的风险 (Kaoutzanis et al., 2019)。有研究表明，吸烟会影响所有手术的术后愈合过程，也包括与性别有关的手术 (如胸部整形手术、生殖器手术) (Pluvy, Garrido et al., 2015)。吸烟者因缺氧和组织缺血导致皮肤坏死、伤口愈合缓慢和瘢痕病的风险更高 (Pluvy, Panouilleres et al., 2015)。因此，外科医生建议 GAS 前戒烟并停用尼古丁，且在术后数周内保持禁烟，直至伤口完全愈合 (Matei & Danino, 2015)。尽管吸烟存在风险，但戒烟可能很困难。吸烟和使用尼古丁具有成瘾性，也被用作一种应对机制 (coping mechanism) (Matei et al., 2015)。术前为个体提供连续治疗的医务人员，包括 MHP 和 PHP，应与照护对象共同解决吸烟问题，并协助

TGD 个体参加戒烟计划或直接提供治疗（如使用伐尼克兰或安非他酮）。

声明 18.6

我们建议医务人员在跨性别和多元性别人士需要进入病房（包括精神病院病房）住院治疗时，应继续维持现有的激素治疗，除非存在禁忌症。

TGD 人士在精神科、物质滥用相关科室或其他医疗科室住院时，应维持目前的激素治疗方案。目前并无证据支持在住院之前常规需要停用激素。少数新入院的患者可能会被诊断出需要暂停激素治疗的医疗禁忌症，如急性静脉血栓栓塞（Deutsch, 2016a）。目前没有强有力的证据证明在手术前常规需要停止激素治疗，在做出停止的决定之前应就个体风险和收益进行评估（Boskey et al., 2018）。

激素治疗已被证明可以改善生活质量，并减少抑郁和焦虑（Aldridge et al., 2020; Nguyen et al., 2018; Nobili et al., 2018; Owen-Smith et al., 2018, Rowniak et al., 2019）。接受性别肯定医疗会显著降低自杀尝试的风险（Bauer et al., 2015）。如果个体因住院而停止激素治疗，将会失去这些有益的效果，这与住院治疗的目的背道而驰。

一些医疗服务提供者可能没有意识到在住院环境中持续进行性别过渡相关治疗带来的低伤害风险和高潜在收益。一项对美国和加拿大医学院的研究显示，学生在四年的教育过程中平均只接受了 5 小时的 LGBT 相关课程内容（Obedin-Maliver et al., 2011）。一项对急诊科医生的调查显示，这些医生通常需要在患者入院时迅速做出药物使用的决定，而尽管 88% 的医生表示曾接诊过跨性别人士，只有 17.5% 的医生接受过任何有关这一人群的正式培训（Chisolm-Straker et al., 2018）。随着跨性别主题相关教育的增加，越来越多的医疗服务提供者将意识到在住院期间维持跨性别人士激素治疗的重要性。

声明 18.7

我们建议医务人员确保在跨性别和多元性别人士需要在精神科、物质滥用相关科室或其他医疗科室住院或接受住宿照料时，所有工作人员都使用正确的姓名和代词（由服务对象指定），同时安排与其性别认同相符的卫生间和居住环境。

许多 TGD 人士在包括医院、心理健康治疗机构和戒毒项目在内的各种医疗环境中遭受了歧视（Grant et al., 2011）。医疗系统若不能满足 TGD 人士的需求，则会加强 TGD 群体长期以来所经历的社会排斥（Karasic, 2016）。在医疗环境中遭遇歧视的经历，会导致 TGD 人士因预期会遭受歧视而回避必要的医疗服务（Kcomt et al., 2020）。

TGD 个体所经历的歧视是预测其自杀意念的因素（Rood et al., 2015; Williams et al., 2021）。与受拒绝和不被肯定相关联的性别少数群体压力亦与自杀有关联（Testa et al., 2017）。拒绝提供性别适宜的卫生间也会增加其自杀倾向（Seelman, 2016）。相反，使用 TGD 人士自己提供的名字与较低的抑郁和自杀倾向有关联（Russell et al., 2018）。为了减少 TGD 人士的自杀倾向，必须解决结构性和内化的恐跨问题（Brumer et al., 2015）。为了成功提供照护，医疗机构必须尊重和顾及 TGD 身份，从而最大限度地减少跨性别恐惧造成的伤害。

声明 18.8

我们建议心理健康专业人士鼓励、支持和赋权跨性别和多元性别人士建立和维护包括同伴、友人和家人在内的社会支持体系。

尽管少数群体压力和社会歧视的直接影响会损害 TGD 人士的心理健康，强有力的社会支持可以帮助减轻这种伤害（Trujillo et al., 2017）。TGD 儿童经常将来自家庭和同伴的排斥以及周围的跨性别恐惧内化（Amodeo et al., 2015）。此外，遭受恐跨者的虐待可能会造成终生的影响，如果发生在青少年时期则可能尤其严重（Nuttbrock et al., 2010）。

建立肯定性的社会支持对心理健康具有保护作用。社会支持可以缓解暴力、污名和歧视对心理健康的负面影响 (Bockting et al., 2013)，可以帮助应对医疗系统并提供引导 (Jackson Levin et al., 2020)，以及增强 TGD 人士的心理韧性 (Bariola et al., 2015; Başar & Öz, 2016)。研究表明，具有多样化的社会支持来源，特别是来自 LGBTQ+同伴和家庭的支持，与更好的心理健康结果、幸福感和生活质量相关联 (Bariola et al., 2015; Başar et al., 2016; Kuper, Adams et al., 2018; Puckett et al., 2019)。研究认为社会支持有助于建立应对机制，并在整个性别过渡过程中带来积极的情感体验 (Budge et al., 2013)。

医务人员可以支持个体发展社会支持体系，从而有助于其以真正的身份得到认可和接受并应对性别烦躁症状。有证据表明，人际关系问题以及社会支持的缺乏与 TGD 群体更高的心理健康问题发生率相关联 (Bouman, Davey et al., 2016; Davey et al., 2015)，并已被证明是性别肯定医疗结果的预测因素 (Aldridge et al., 2020)。因此，医务人员应该鼓励、支持和赋权 TGD 人士建立和维护社会支持体系。这些经历可以提高人际交往技巧，帮助应对社会歧视，从而可能降低自杀率和改善心理健康 (Pflum et al., 2015)。

声明 18.9

我们建议医务人员不应强制跨性别和多元性别人士在开始性别肯定治疗前接受心理治疗，但同时认可心理治疗可能对一些跨性别和多元性别人士有帮助。

心理治疗在针对 TGD 人群的临床工作中有着悠久的历史 (Fraser, 2009b)。从最初版本开始，心理治疗的目标、要求、方法和原则一直是本指南的组成部分，并不断发展 (Fraser, 2009a)。目前，成年 TGD 患者的心理治疗援助和咨询可以解决与应对性别烦躁有关的常见心理问题，也可能对一些人的出柜过程有帮助 (Hunt, 2014)。心理干预包括心理治疗，可以为个体提供有效的工具和环境，从而帮助探索性

别认同及性别表达，增强自我接受和希望，并提高在敌对和使人失能的环境中的韧性 (Matsuno & Israel, 2018)。对于最初在评估期间或随后在性别肯定医疗干预随访期间可能出现的心理健康症状，心理治疗是一种既定的替代性治疗方法。最近的研究表明，尽管进行性别肯定医疗后心理健康症状有所减轻，但焦虑水平仍然较高 (Aldridge et al., 2020)，因此需要心理治疗来帮助性别肯定医疗后仍有焦虑症状的人缓解焦虑。

近年来，有关特定心理治疗模式的使用和潜在益处的报道逐渐增多 (Austin et al., 2017; Budge, 2013; Budge et al., 2021; Embaye, 2006; Fraser, 2009b; Heck et al., 2015)。已经提出了专门针对跨性别和非二元性别个体的心理治疗模式 (Matsuno & Israel, 2018)。然而，需要更多的实证数据来比较不同心理治疗模式的益处 (Catelan et al., 2017)。对跨性别者来说，心理治疗的经历可能是令人畏惧的，也可能是有益的 (Applegarth & Nuttall, 2016)；当心理治疗与医疗干预的门控把关相关联时，会为治疗师和治疗联盟的形成带来困难 (Budge, 2015)。

经验表明，许多跨性别和非二元性别人士决定接受性别肯定医疗时很少或没有接受过心理治疗 (Spanos et al., 2021)。在性别肯定医疗的不同阶段，各种形式的心理治疗会通过不同的方式产生益处，而在不同的过渡阶段对心理治疗的需求则因人而异 (Mayer et al., 2019)。尽管如此，目前没有证据表明要求启动性别肯定医疗前须进行心理治疗对 TGD 人群是有益的，而且这可能对一些不需要心理治疗或难以获得心理治疗的人造成不良的阻碍。

声明 18.10

我们建议不应提供旨在试图改变一个人的性别认同和生活中的性别表达以使其更符合出生时受指派性别的矫正和扭转治疗。

性别认同扭转措施¹指心理健康专业人士（MHP）或其他人试图改变个体的性别认同或表达，使其更符合出生时受指派性别的行为（American Psychological Association, 2021）。全球范围内许多重要的医疗和心理健康组织，包括世界精神病学协会（World Psychiatric Association）、泛美卫生组织（Pan American Health Organization）、美国精神病学协会（American Psychiatric Association）、美国心理学会（American Psychological Association）、英国皇家精神科医学院（Royal College of Psychiatrists）和英国心理学会（British Psychological Society）等，均反对使用矫正或扭转治疗。美国许多州已经实施了禁止对未成年人进行扭转治疗的法令。

“扭转治疗”的支持者认为，它能让 TGD 人士更好地融入社交环境。这些人还指出，有些客户特别要

求帮助改变其性别认同或性别表达，而治疗师应该被允许帮助客户实现此目标。然而，并无证据证明“扭转治疗”是有效的（APA, 2009; Przeworski et al., 2020）。相反，这一疗法还存在大量的潜在危害。在回顾性研究中，接受扭转治疗的经历与抑郁、药物滥用、自杀意念和自杀企图的风险增加有关，也与较低的受教育程度以及较低的周收入有关（Ryan et al., 2020; Salway et al., 2020; Turban, Beckwith et al., 2020）。2021 年，美国心理学会的决议指出，“科学证据和临床经验表明，性别认同扭转措施会给个体带来受严重伤害的风险”（APA, 2021）。

虽然彻底根除性别认同扭转措施尚存在阻碍，但若能让更多人了解到这种做法没有益处，并且具有潜在的危害，或能减少提供“扭转治疗”人员的数量，同时让更少的个人和家庭做出进行扭转治疗的选择。

1 译者注：原文为 gender identity “change” efforts，即试图改变性别认同的措施。

致谢

感谢约翰斯霍普金斯大学医学教授 Karen A. Robinson 及其团队进行了所有系统综述，并在 SOC-8 建议的制定中提供了帮助。在伦理考虑方面，我们感谢 Carol Bayley、Simona Giordano 和 Sharon Sytsma 的贡献。在法律角度上，我们感谢 Jennifer Levi 和 Phil Duran 的专业支持。参考文献核对方面，我们感谢 Taymy Caso、Oscar Dimant、Zil Goldstein、Ali Harris 和 Nat Thorne 的工作。编辑方面，我们感谢 Margueritte White 和 Jun Xia 的帮助。行政支持方面，我们感谢 Blaine Vella、Taylor O'Sullivan 和 Jamie Hicks 的支持。最后，我们要感谢所有在公开评论期间提供意见的参与者以及全球跨性别平等行动（Global Action for Trans Equality, GATE），亚太跨性别网络（Asia Pacific Transgender Network Foundation, APTN），国际女同性恋、男同性恋、双性恋、跨性别和间性协会（International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans

and Intersex Association, ILGA）和欧洲跨性别者协会（Transgender Europe, TGEU）对 SOC-8 早期版本的有益和建设性的反馈。

利益冲突

在委员会成员的选任过程中，以及在出版前的最后阶段，进行了利益冲突的审查。未发现任何被认为有重大或存在后果的利益冲突的情况。

伦理审批

本文不包含任何作者所进行的涉及人类参与者的研究。

经费来源

该项目部分经费来源于 Tawani 基金会的拨款。大部分费用用于支付约翰斯霍普金斯大学的循证实践中心的工作。编辑和参考文献审查人员获得了象征性报酬。委员会成员并没有因为其贡献而获得报酬。部分委员会主席的差旅费用由 WPATH 负担。WPATH 的工作人员和其它内部费用由协会的预算支付。

参考文献

- Abern, L., & Maguire, K. (2018). Contraception knowledge in transgender individuals: Are we doing enough? [9F]. *Obstetrics & Gynecology*, 131, 65S.
- Achille, C., Taggart, T., Eaton, N. R., Osipoff, J., Tafuri, K., Lane, A., & Wilson, T. A. (2020). Longitudinal impact of gender-affirming endocrine intervention on the mental health and well-being of transgender youths: Preliminary results. *International Journal of Pediatric Endocrinology*, 2020(1).
- ACON. (2022). *Sexual Health—Parts and Practices*. <https://www.transhub.org.au/clinicians/sexual-health>
- Adams, N., Pearce, R., Veale, J., Radix, A., Castro, D., Sarkar, A., & Thom, K. C. (2017). Guidance and ethical considerations for undertaking transgender health research and institutional review boards adjudicating this research. *Transgender Health*, 2(1), 165–175.
- Adeleye, A. J., Cedars, M. I., Smith, J., & Mok-Lin, E. (2019). Ovarian stimulation for fertility preservation or family building in a cohort of transgender men. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 36(10), 2155–2161.
- Adeleye, A. J., Reid, G., Kao, C. N., Mok-Lin, E., & Smith, J. F. (2018). Semen parameters among transgender women with a history of hormonal treatment. *Urology*, 124, 136–141.
- Adelson, S. L., & American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Committee on Quality Issues (CQI). (2012). Practice parameter on gay, lesbian, or bisexual sexual orientation, gender nonconformity, and gender discordance in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(9), 957–974.
- Agarwal, C. A., Scheefer, M. F., Wright, L. N., Walzer, N. K., & Rivera, A. (2018). Quality of life improvement after chest wall masculinization in female-to-male transgender patients: A prospective study using the BREAST-Q and Body Uneasiness Test. *Journal of Plastic Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 71(5), 651–657.
- Agenor, M., Peitzmeier, S. M., Bernstein, I. M., McDowell, M., Alizaga, N. M., Reisner, S. L., Pardee, D. J., & Potter, J. (2016). Perceptions of cervical cancer risk and screening among transmasculine individuals: Patient and provider perspectives. *Culture, Health and Sexuality*, 18(10), 1192–1206.
- Aguayo-Romero, R. A., Reisen, C. A., Zea, M. C., Bianchi, F. T., & Poppen, P. J. (2015). Gender affirmation and body modification among transgender persons in Colombia. *International Journal of Transgenderism*, 16(2), 103–115.
- Ahalt, C., Haney, C., Rios, S., Fox, M. P., Farabee, D., & Williams, B. (2017). Reducing the use and impact of solitary confinement in corrections. *International Journal of Prisoner health*, 13(1), 41–48.
- Ahmad, S., & Leinung, M. (2017). The response of the menstrual cycle to initiation of hormonal therapy in transgender men. *Transgender Health*, 2(1), 176–179.
- Åhs, J. W., Dhejne, C., Magnusson, C., Dal, H., Lundin, A., Arver, S., Dalman, C., & Kosidou, K. (2018). Proportion of adults in the general population of Stockholm County who want gender-affirming medical treatment. *PLoS One*, 13(10), e0204606.
- Ainsworth, T. A., & Spiegel, J. H. (2010). Quality of life of individuals with and without facial feminization surgery or gender reassignment surgery. *Quality of Life Research*, 19(7), 1019–1024.
- Aires, M. M., de Vasconcelos, D., & Moraes, B. T. D. (2020). Chondrolaryngoplasty in transgender women: Prospective analysis of voice and aesthetic satisfaction. *International Journal of Transgender Health*, 22(4), 394–402.
- Aitken, M., Steensma, T. D., Blanchard, R., VanderLaan, D. P., Wood, H., Fuentes, A., Spegg, C., Wasserman, L., Ames, M., Fitzsimmons, C. L., Leef, J. H., Lishak, V., Reim, E., Takagi, A., Vinik, J., Wreford, J., Cohen-Kettenis, P. T., de Vries, A. L., Kreukels, B. P., & Zucker, K. J. (2015). Evidence for an altered sex ratio in clinic-referred adolescents with gender dysphoria. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(3), 756–763.

- Akgul, S., Bonny, A. E., Ford, N., Holland-Hall, C., & Chelvakumar, G. (2019). Experiences of gender minority youth with the intrauterine system. *The Journal of Adolescent Health*, 65(1), 32–38.
- Alderson, P. (2007). Competent children? Minors' consent to health care treatment and research. *Social Science & Medicine*, 65(11), 2272–2283.
- Aldridge, Z., Patel, S., Guo, B., Nixon, E., Bouman, W. P., Witcomb, G., & Arcelus, J. (2020). Long term effect of gender affirming hormone treatment on depression and anxiety symptoms in transgender people: A prospective cohort study. *Andrology*, 1–9.
- Aldridge, Z., Thorne, N., Marshall, E., English, C., Yip, A. K. T., Nixon, E., Witcomb, G. L., Bouman, W. P., & Arcelus, J. (2022). Understanding factors that affect well-being in trans people “later” in transition: A qualitative study. *Quality of Life Research*.
- Alexander, T. (1997). *The medical management of intersexed children: An analogue for childhood sexual abuse*. Intersex Society of North America. <https://isna.org/articles/analog/>
- Alford, A. V., Theisen, K. M., Kim, N., Bodie, J. A., & Pariser, J. J. (2020). Successful ejaculatory sperm cryopreservation after cessation of long-term estrogen therapy in a transgender female. *Urology*, 136, e48–e50.
- Allen, L. M., Hay, M., & Palermo, C. (2021). Evaluation in health professions education—Is measuring outcomes enough? *Medical Education*, 56(1), 127–136.
- Allen, L. R., Watson, L. B., Egan, A. M., & Moser, C. N. (2019). Well-being and suicidality among transgender youth after gender-affirming hormones. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 7(3), 302–311.
- Almasri, J., Zaiem, F., Rodriguez-Gutierrez, R., Tamhane, S. U., Iqbal, A. M., Prokop, L. J., Speiser, P. W., Baskin, L. S., Bancos, I., & Murad, M. H. (2018). Genital reconstructive surgery in females with congenital adrenal hyperplasia: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 103(11), 4089–4096.
- Almazan, A. N., & Keuroghlian, A. S. (2021). Association between gender-affirming surgeries and mental health outcomes. *JAMA Surgery*, 156(7), 611–618.
- Almeida, M., Laurent, M. R., Dubois, V., Claessens, F., O'Brien, C. A., Bouillon, R., Vanderschueren, D., & Manolagas, S. C. (2017). Estrogens and androgens in skeletal physiology and pathophysiology. *Physiology Reviews*, 97(1), 135–187.
- Al-Tamimi, M., Pigot, G. L., van der Sluis, W. B., van de Grift, T. C., van Moorselaar, R. J. A., Mullender, M. G., Weigert, R., Buncamper, M. E., Ozer, M., de Hase, K. B., Djordjevic, M. L., Salgado, C. J., Belanger, M., Suominen, S., Kolehmainen, M., Santucci, R. A., Crane, C. N., Claes, K. E. Y., & Bouman, M. B. (2019). The surgical techniques and outcomes of secondary phalloplasty after metoidioplasty in transgender men: An international, multi-center case series. *The Journal of Sexual Medicine*, 16(11), 1849–1859.
- Altman, K. (2012). Facial feminization surgery: Current state of the art. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 41(8), 885–894.
- Alzahrani, T., Nguyen, T., Ryan, A., Dwairy, A., McCaffrey, J., Yunus, R., Forgione, J., Krepp, J., Nagy, C., Mazhari, R., & Reiner, J. (2019). Cardiovascular disease risk factors and myocardial infarction in the transgender population. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 12(4), e005597.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP). Sexual Orientation and Gender Identity Issues Committee. (2018). *Conversion therapy policy statement*. https://www.aacap.org/AACAP/Policy_Statements/2018/Conversion_Therapy.aspx.
- American College of Obstetricians and Gynecology. (2021). Health Care for transgender and gender diverse individuals: ACOG Committee Opinion, Number 823. *Obstetrics and Gynecology*, 137, e75.
- American Medical Association. (2016). *Definitions of “screening” and “medical necessity” H-320.953*. Council on Medical Service. <https://policysearch.ama-assn.org/policyfinder/detail/H-320.953>
- American Medical Association. (2021). *Ethics: Informed consent*. <https://www.ama-assn.org/practice-management/ethics/informed-consent>

assn.org/delivering-care/ethics/informed-consent.

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). American Psychiatric Association

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). American Psychiatric Association

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). American Psychiatric Association.

American Psychological Association. (2015). Guidelines for professional practice with transgender and gender non-conforming people. *American Psychologist*, 70(9), 832–864.

American Psychological Association. (2021). *APA guidelines for psychological assessment and evaluation*. <https://www.apa.org/about/policy/guidelines-psychological-assessment-evaluation.pdf>

American Psychological Association. (2021). *APA resolution on gender identity change efforts*. <https://www.apa.org/about/policy/resolution-gender-identity-change-efforts.pdf>

American Urological Association (AUA) Board of Directors. (2019). Pediatric decision making and differences of sex development: A Societies for Pediatric Urology and American Urological Association Joint Position Statement—American Urological Association. (n.d.). <https://www.auanet.org/guidelines/guidelines/joint-statement-on-dsd>

Amir, H., Yaish, I., Oren, A., Groutz, A., Greenman, Y., & Azem, F. (2020). Fertility preservation rates among transgender women compared with transgender men receiving comprehensive fertility counselling. *Reproductive Biomedicine Online*, 41(3), 546–554.

Amnesty International. (2020). *Amnesty International UK and Liberty joint statement on puberty blockers*. [https://www.amnesty.org.uk/press-re-](https://www.amnesty.org.uk/press-releases/amnesty-international-uk-and-liberty-joint-statement-puberty-blockers)

[leases/amnesty-international-uk-and-liberty-joint-statement-puberty-blockers](https://www.amnesty.org.uk/press-releases/amnesty-international-uk-and-liberty-joint-statement-puberty-blockers)

Amodeo, A. L., Vitelli, R., Scandurra, C., Pica-riello, S., & Valerio, P. (2015). Adult attachment and transgender identity in the Italian context: Clinical implications and suggestions for further research. *International Journal of Transgenderism*, 16(1), 49–61.

Anai, T., Miyazaki, F., Tomiyasu, T., Matsuo, T. (2001). Risk of irregular menstrual cycles and low peak bone mass during early adulthood associated with age at menarche. *Pediatrics International*, 43(5), 483–488.

Anda, R. F., Butchart, A., Felitti, V. J., & Brown, D. W. (2010). Building a framework for global surveillance of the public health implications of adverse childhood experiences. *American Journal of Preventive Medicine*, 39(1), 93–98.

Anderson, J. (2007). Endoscopic laryngeal web formation for pitch elevation. *The Journal of Otolaryngology*, 36(1), 6–12.

Anderson, J. A. (2014). Pitch elevation in transgendered patients: Anterior glottic web formation assisted by temporary injection augmentation. *Journal of Voice*, 28(6), 816–821.

Anderson, R. M. (2013). Positive sexuality and its impact on overall well-being. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 56(2), 208–214.

Andrzejewski, J., Pampati, S., Steiner, R. J., Boyce, L., & Johns, M. M. (2020). Perspectives of transgender youth on parental support: Qualitative findings from the resilience and transgender youth study. *Health Education & Behavior*, 109019812096550.

Angus, L. M., Nolan, B. J., Zajac, J. D., & Cheung, A. S. (2020). A systematic review of antiandrogens and feminization in transgender women. *Clinical Endocrinology*, 94(5), 743–752.

Ansara, Y. G., Hegarty, P., (2012). Cisgenderism in psychology: Pathologising and misgendering children from 1999 to 2008. *Psychology & Sexuality*, 3, 137–160.

Antun, A., Zhang, Q., Bhasin, S., Bradlyn, A., Flanders, W. D., Getahun, D., & Goodman, M. (2020). Longitudinal changes in hematologic parameters among transgender people receiv-

- ing hormone therapy. *Journal of the Endocrine Society*, 4(11), 1–11.
- Anzani, A., Lindley, L., Prunas, A., & Galupo, P. (2021). “I Use All the Parts I’m Given”: A qualitative investigation of trans masculine and nonbinary individuals’ use of body during sex. *International Journal of Sexual Health*, 33(1), 58–75.
- Applebaum, P. S. (2007). Assessment of patients’ competence to consent to treatment. *New England Journal of Medicine*, 357(18), 1834–1840.
- Applegarth, G., & Nuttall, J. (2016). The lived experience of transgender people of talking therapies. *International Journal of Transgenderism*, 17(2), 66–72.
- APTAN & UNDP. (2012). *Lost in transition: transgender people, rights and HIV vulnerability in the Asia-Pacific region*. Asia Pacific Transgender Network. <https://weareaptn.org/resource/lost-in-transition-transgender-people-rights-and-hiv-vulnerability-in-the-asia-pacific-region/>
- APTAN. (2020a). *Conversion therapy practices. Asia Pacific Transgender Network*. https://weareaptn.org/wp-content/uploads/2021/03/Conversion-Therapy-2020-Indonesia_28Dec.pdf
- APTAN. (2020b). *Conversion therapy practices: Malaysia*. Asia Pacific Transgender Network. https://weareaptn.org/wp-content/uploads/2021/03/Conversion-Therapy-2020-Malaysia_29Dec.pdf
- APTAN. (2020c). *Conversion therapy practices: Sri Lanka*. Asia Pacific Transgender Network. https://weareaptn.org/wp-content/uploads/2021/03/Conversion-Therapy-2020-SriLanka_28Dec.pdf
- APTAN. (2021). *Conversion therapy practices: India*. Asia Pacific Transgender Network. https://weareaptn.org/wp-content/uploads/2021/06/Conversion-Therapy-India_CountrySnapshot_FinalMay2021-2.pdf
- APTAN. (2022). *Towards transformative healthcare: Asia Pacific trans health and rights module*. Asia-Pacific Transgender Network <https://weareaptn.org/resource/towards-transformative-healthcare-asia-pacific-trans-health-and-rights-module/>
- Arcelus, J., Bouman, W. P., Van Den Noortgate, W., Claes, L., Witcomb, G., & Fernandez-Aranda, F. (2015). Systematic review and meta-analysis of prevalence studies in transsexualism. *European Psychiatry*, 30(6), 807–815.
- Arcelus, J., Claes, L., Witcomb, G. L., Marshall, E., & Bouman, W. P. (2016). Risk factors for non-suicidal self-injury among trans youth. *Journal of Sexual Medicine*, 13(3), 402–412.
- Aristegui, I., Radusky, P., Zalazar, V., Romero, M., Schwartz, J., & Sued, O. (2017). Impact of the gender identity law in Argentinean transgender women. *International Journal of Transgenderism*, 18(4), 446–456.
- Armuan, G., Dhejne, C., Olofsson, J. I., & Rodriguez-Wallberg, K. A. (2017). Transgender men’s experiences of fertility preservation: A qualitative study. *Human Reproduction*, 32(2), 383–390.
- Armuan, G., Dhejne, C., Olofsson, J. I., Stefenson, M., & Rodriguez-Wallberg, K. A. (2020). Attitudes and experiences of health care professionals when caring for transgender men undergoing fertility preservation by egg freezing: A qualitative study. *Therapeutic Advances in Reproductive Health*, 14, 1–12.
- Armuan, G. M., Nilsson, J., Rodriguez-Wallberg, K. A., Malmros, J., Arvidson, J., Lampic, C., & Wettergren, L. (2017). Physicians’ self-reported practice behaviour regarding fertility-related discussions in paediatric oncology in Sweden. *Psychooncology*, 26(10), 1684–1690.
- Armuan, G. M., Wettergren, L., Rodriguez-Wallberg, K. A., & Lampic, C. (2014). Desire for children, difficulties achieving a pregnancy, and infertility distress 3 to 7 years after cancer diagnosis. *Support Care Cancer*, 22(10), 2805–2812.
- Arnett, D. K., Blumenthal, R. S., Albert, M. A., Buroker, A. B., Goldberger, Z. D., Hahn, E. J., Himmelfarb, C. D., Khera, A., Lloyd-Jones, D., McEvoy, J. W., Michos, E. D., Miedema, M. D., Muñoz, D., Smith, S. C., Jr., Virani, S. S., Williams, K. A., Sr., Yeboah, J., & Ziaeian,

- B. (2019). 2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*, 140(11), e596–e646.
- Arnoldussen, M., Steensma, T. D., Popma, A., van der Miesen, A. I. R., Twisk, J. W. R., & de Vries, A. L. C. (2020). Re-evaluation of the Dutch approach: Are recently referred transgender youth different compared to earlier referrals? *European Child & Adolescent Psychiatry*.
- Ashley, F. (2019a). Gatekeeping hormone replacement therapy for transgender patients is dehumanising. *Journal of Medical Ethics*, 45(7), 480–482.
- Ashley, F. (2019b). Homophobia, conversion therapy, and care models for trans youth: Defending the gender-affirmative approach. *Journal of LGBT Youth*, 17(4), 361–383.
- Ashley, F. (2019c). Puberty blockers are necessary, but they don't prevent homelessness: Caring for transgender youth by supporting unsupportive Parents/guardians. *The American Journal of Bioethics*, 19, 87–89.
- Ashley, F. (2019d). Shifts in assigned sex ratios at gender identity clinics likely reflect changes in referral patterns. *The Journal of Sexual Medicine*, 16(6), 948–949.
- Ashley, F. (2019e). Thinking an ethics of gender exploration: Against delaying transition for transgender and gender creative youth. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 24(2), 223–236.
- Asscheman, H., T'Sjoen, G., Lemaire, A., Mas, M., Meriggiola, M. C., Mueller, A., Kuhn, A., Dhejne, C., Morel-Journel, N., & Gooren, L. J. (2014). Venous thrombo-embolism as a complication of cross-sex hormone treatment of male-to-female transsexual subjects: A review. *Andrologia*, 46(7), 791–795.
- Attig, R. (2022). A call for community-informed translation: Respecting Queer self-determination across linguistic lines. *Translation and Interpreting Studies*. Advance online publication.
- Auchus, R. J., Witchel, S. F., Leight, K. R., Aisenberg, J., Azziz, R., Bachega, T. A., Baker, L. A., Baratz, A. B., Baskin, L. S., Berenbaum, S. A., Breault, D. T., Cerame, B. I., Conway, G. S., Eugster, E. A., Fracassa, S., Gearhart, J. P., Geffner, M. E., Harris, K. B., Hurwitz, R. S., & Katz, A. L. (2010). Guidelines for the development of comprehensive care centers for congenital adrenal hyperplasia: Guidance from the CARES foundation initiative. *International Journal of Pediatric Endocrinology*, 2010.
- Aucoin, M. W., & Wassersug, R. J. (2006). The sexuality and social performance of androgen-deprived (castrated) men throughout history: Implications for modern day cancer patients. *Social Science & Medicine*, 63(12), 3162–3173.
- Auer, M. K., Fuss, J., Nieder, T. O., Briken, P., Biedermann, S. V., Stalla, G. K., Beckmann, M. W., & Hildebrandt, T. (2018). Desire to have children among transgender people in Germany: A cross-sectional multi-center study. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(5), 757–767.
- Auldridge, A., Tamar-Mattis, A., Kennedy, S., Ames, E., & Tobin, H. J. (2012). Improving the lives of transgender older adults: Recommendations for policy and practice national center for transgender equality; services and advocacy for GLBT elders. <https://www.sageusa.org/resource-posts/improving-the-lives-of-transgender-older-adults/accessed3/14/2022>
- Aurat Foundation. (2016). *Silent no more: Transgender community in Pakistan: Research study*. <https://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/resource/transgender-community-pakistan-2016.pdf>
- Austin, A., & Goodman, R. (2017). The impact of social connectedness and internalized transphobic stigma on self-esteem among transgender and gender non-conforming adults. *Journal of Homosexuality*, 64(6), 825–841.
- Austin, A., Craig, S. L., & Alessi, E. J. (2017). Affirmative cognitive behavior therapy with transgender and gender nonconforming

- adults. *Psychiatric Clinics of North America*, 40(1), 141–156.
- Austin, A., Craig, S. L., & McInroy, L. B. (2016). Toward transgender affirmative social work education. *Journal of Social Work Education*, 52(3), 297–310.
- Australian Psychological Society. (2021). *Use of psychological practices that attempt to change or suppress a person's sexual orientation or gender*. Australian Psychological Society position statement. https://psychology.org.au/getmedia/a/7bb91307-14ba-4a24-b10b-750f85b0b729/updated_aps_position_statement_conversion_practices.pdf
- Azagba, S., Latham, K., & Shan, L. (2019). Cigarette, smokeless tobacco, and alcohol use among transgender adults in the United States. *International Journal of Drug Policy*, 73, 163–169.
- Azul, D. (2015). Transmasculine people's vocal situations: A critical review of gender-related discourses and empirical data. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 50(1), 31–47.
- Azul, D. (2016). Gender-related aspects of transmasculine people's vocal situations: Insights from a qualitative content analysis of interview transcripts. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 51(6), 672–684.
- Azul, D., Arnold, A., & Neuschaefer-Rube, C. (2018). Do transmasculine speakers present with gender-related voice problems? Insights from a participant-centered mixed-methods study. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 61(1), 25–39.
- Azul, D., & Hancock, A. B. (2020). Who or what has the capacity to influence voice production? Development of a transdisciplinary theoretical approach to clinical practice addressing voice and the communication of speaker socio-cultural positioning. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 22(5), 559–570.
- Azul, D., Hancock, A. B., Lundberg, T., Nygren, U., & Dhejne, C. (2022). Supporting well-being in gender diverse people: A tutorial for implementing conceptual and practical shifts towards culturally-responsive, person-centered care in speech-language pathology. *American Journal of Speech-Language Pathology*, Advance online publication.
- Azul, D., & Neuschaefer-Rube, C. (2019). Voice function in gender-diverse people assigned female at birth: Results from a participant-centered mixed-methods study and implications for clinical practice. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 62(9), 3320–3338.
- Azul, D., Nygren, U., Södersten, M., & Neuschaefer-Rube, C. (2017). Transmasculine people's voice function: A review of the currently available evidence. *Journal of Voice*, 31(2), 261.e9–261.e23.
- Babu, R., & Shah, U. (2021). Gender identity disorder (GID) in adolescents and adults with differences of sex development (DSD): A systematic review and meta-analysis. *Journal of Pediatric Urology*, 17(1), 39–47.
- Badowski, M. E., Britt, N., Huesgen, E. C., Lewis, M. M., Miller, M. M., Nowak, K., & Smith, R. O. (2021). Pharmacotherapy considerations in transgender individuals living with human immunodeficiency virus. *Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy*, 41(3), 299–314.
- Baker, K. E., Wilson, L. M., Sharma, R., Dukhanin, V., McArthur, K., & Robinson, K. A. (2021). Hormone therapy, mental health, and quality of life among transgender people: A systematic review. *Journal of the Endocrine Society*, 5(4), bvab011.
- Bakko, M., & Kattari, S. K. (2021). Differential access to transgender inclusive insurance and healthcare in the United States: challenges to health across the life course. *Journal of Aging & Social Policy*, 33(1), 67–81.
- Balakrishnan, T. M., Nagarajan, S., & Jaganmohan, J. (2020). Retrospective study of prosthetic augmentation mammo-plasty in transwomen. *Indian Journal of Plastic Surgery: Official Publication of the Association of Plastic Surgeons of India*, 53(1), 42–50.

- Baleige, A., de la Chenelie, M., Dassonneville, C., & Martin, M. J. (2021). Following ICD-11, rebuilding mental health care for transgender persons: Leads from field experimentations in Lille, France. *Transgender Health*, 7(1), 1–6.
- Banbury, S. (2004). Coercive sexual behaviour in British prisons as reported by adult ex-prisoners. *The Howard Journal of Criminal Justice*, 43(2), 113–130.
- Banks, K., Kyinn, M., Leemaqz, S. Y., Sarkodie, E., Goldstein, D., & Irwig, M.S. (2021). Blood pressure effects of gender-affirming hormone therapy in transgender and gender-diverse adults. *Hypertension*, 77(6), 2066–2074.
- Bangalore Krishna, K., Fuqua, John S., Rogol, Alan D., Klein, Karen O., Popovic, J., Houk, Christopher P., Charmandari, E., & Lee, Peter A. (2019). Use of gonadotropin-releasing hormone analogs in children: Update by an international consortium. *Hormone Research in Paediatrics*, 91(6), 357–372.
- Bangalore Krishna, K., Kogan, B. A., Mazur, T., Hoebeke, P., Bogaert, G., & Lee, P. A. (2021). Individualized care for patients with intersex (differences of sex development): Part 4/5. Considering the Ifs, Whens, and Whats regarding sexual-reproductive system surgery. *Journal of Pediatric Urology*, 17(3), 338–345.
- Baral, S. D., Poteat, T., Strömdahl, S., Wirtz, A. L., Guadamuz, T. E., & Beyrer, C. (2013). Worldwide burden of HIV in transgender women: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Infectious Diseases*, 13(3), 214–222.
- Baram, S., Myers, S. A., Yee, S., & Librach, C. L. (2019). Fertility preservation for transgender adolescents and young adults: A systematic review. *Human Reproduction Update*, 25(6), 694–716.
- Baratz, A. B., Sharp, M. K., & Sandberg, D. E. (2014). Disorders of sex development peer support. *Understanding Differences and Disorders of Sex Development (DSD)*, 27, 99–112.
- Barker, H., & Bariola, E., Lyons, A., Leonard, W., Pitts, M., Badcock, P., & Couch, M. (2015). Demographic and psychosocial factors associated with psychological distress and resilience among transgender individuals. *American Journal of Public Health*, 105(10), 2108–2116.
- Barnhill, J. W. (2014). Perioperative care of the patient with psychiatric disease. In C. R. MacKenzie, C. N. Cornell, & D. G. Memtsoudis (Eds.), *Perioperative care of the orthopedic patient* (pp. 197–205). Springer.
- Barrow, K., & Apostle, D. (2018). Addressing mental health conditions often experienced by transgender and gender expansive children. In C. E. Keo-Meier & D. E. Ehrensaft (Eds.), *The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children*. American Psychological Association. <https://www.jstor.org/stable/j.ctv1chrwv9>
- Bartels, L., & Lynch, S. (2017).. Transgender prisoners in Australia: An examination of the issues, law and policy. *Flinders Law Journal*, 19(2), 185–231. <http://classic.austlii.edu.au/au/journals/FlinLawJl/2017/8.pdf>
- Bartholomaeus, C., & Riggs, D. W. (2019). Transgender and non-binary Australians' experiences with healthcare professionals in relation to fertility preservation. *Culture, Health and Sexuality*, 22(2), 129–145.
- Bartholomaeus, C., Riggs, D. W., & Sansfaçon, A. P. (2020). Expanding and improving trans affirming care in Australia: Experiences with healthcare professionals among transgender young people and their parents. *Health Sociology Review*, 30(1), 58–71.
- Başar, K., & Öz, G. (2016). Resilience in individuals with gender dysphoria: Association with perceived social support and discrimination. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 27(4), 225–234.
- Başar, K., Öz, G., & Karakaya, J. (2016). Perceived discrimination, social support, and quality of life in gender dysphoria. *Journal of Sexual Medicine*, 13(7), 1133–1141.
- Bauer, R. (2018). Bois and grrrls meet their daddies and mommies on gender playgrounds: Gendered age play in the les-bi-trans-queer BDSM communities. *Sexualities*, 21(1–2), 139–155.
- Bauer, G. R., & Hammond, R. (2015). Toward a broader conceptualization of trans women's

- sexual health. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 24(1), 1–11.
- Bauer, G. R., Hammond, R., Travers, R., Kaay, M., Hohenadel, K. M., & Boyce, M. (2009). “I don't think this is theoretical; this is our lives”: How erasure impacts health care for transgender people. *Journal of Association in Nurses in AIDS Care*, 20(5), 348–361.
- Bauer, G. R., Lawson, M. L., & Metzger, D. L. (2022). Do clinical data from transgender adolescents support the phenomenon of “rapid-onset gender dysphoria”? *The Journal of Pediatrics*, 243, 224–227.
- Bauer, G., Pacaud, D., Couch, R., Metzger, D., Gale, L., Gotovac, S., Mokashi, A., Feder, S., Raiche, J., Speechley, K. N., Temple Newhook, J., Ghosh, S., Sansfacon, A., Susset, F., & Lawson, M. & Trans Youth CAN! Research Team. (2021). Transgender youth referred to clinics for gender-affirming medical care in Canada. *Pediatrics*, 148(5), e2020047266.
- Bauer, G. R., Scheim, A. I., Deutsch, M. B., & Massarella, C. (2014). Reported emergency department avoidance, use, and experiences of transgender persons in Ontario, Canada: Results from a respondent-driven sampling survey. *Annals of Emergency Medicine*, 63(6), 713–720.
- Bauer, G. R., Scheim, A. I., Pyne, J., Travers, R., & Hammond, R. (2015). Intervenable factors associated with suicide risk in transgender persons: a respondent driven sampling study in Ontario, Canada. *BMC Public Health*, 15, 525.
- Beach, L. B., Elasy, T. A., & Gonzales, G. (2018). Prevalence of self-reported diabetes by sexual orientation: Results from the 2014 Behavioral Risk Factor Surveillance System. *LGBT Health*, 5(2), 121–130.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of biomedical ethics* (8th ed.). Oxford University Press.
- Becasen, J. S., Denard, C. L., Mullins, M. M., Higa, D. H., & Sipe, T. A. (2018). Estimating the prevalence of HIV and sexual behaviors among the US transgender population: A systematic review and meta-analysis, 2006–2017. *American Journal of Public Health*, 109(1), e1–e8.
- Becerra-Culqui, T. A., Liu, Y., Nash, R., Cromwell, L., Flanders, W. D., Getahun, D., Giammattei, S. V., Hunkeler, E. M., Lash, T. L., Millman, A., Quinn, V. P., Robinson, B., Roblin, D., Sandberg, D. E., Silverberg, M. J., Tangpricha, V., & Goodman, M. (2018). Mental health of transgender and gender nonconforming youth compared with their peers. *Pediatrics*, 141(5), e20173845.
- Beck, A. J. (2014). Sexual victimization in prisons and jails reported by inmates, 2011–12. PREA Data Collection Activities
- Becker, I., Auer, M., Barkmann, C., Fuss, J., Möller, B., Nieder, T. O., Fahrenkrug, S., Hildebrandt, T., & Richter-Appelt, H. (2018). A cross-sectional multicenter study of multidimensional body image in adolescents and adults with gender dysphoria before and after transition-related medical interventions. *Archives of Sexual Behaviour*, 47(8), 2335–2347.
- Becker-Hebly, I., Fahrenkrug, S., Campion, F., Richter-Appelt, H., Schulte-Markwort, M., & Barkmann, C. (2021). Psychosocial health in adolescents and young adults with gender dysphoria before and after gender-affirming medical interventions: A descriptive study from the Hamburg Gender Identity Service. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 30(11), 1755–1767.
- Beek, T. F., Cohen-Kettenis, P. T., & Kreukels, B. P. (2016). Gender incongruence/gender dysphoria and its classification history. *International Review of Psychiatry* 28(1), 5–12.
- Beek, T. F., Kreukels, B. P. C., Cohen-Kettenis, P. T., & Steensma, T. D. (2015). Partial treatment requests and underlying motives of applicants for gender affirming interventions. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(11), 2201–2205.
- Bekeny, J. C., Zolper, E. G., Fan, K. L., & Del Corral, G. (2020). Breast augmentation for transfeminine patients: Methods, complications, and outcomes. *Gland Surgery*, 9(3), 788–796.

- Bellinga, R. J., Capitán, L., Simon, D., & Tenorio, T. (2017). Technical and clinical considerations for facial feminization surgery with rhinoplasty and related procedures. *JAMA Facial Plastic Surgery*, 19(3), 175–181.
- Belsky, J. (1993). Etiology of child maltreatment: A developmental-ecological analysis. *Psychological Bulletin*, 114(3), 413–434.
- Benedetti, M. G., Furlini, G., Zati, A., & Letizia Mauro, G. (2018). The effectiveness of physical exercise on bone density in osteoporotic patients. *Biomed Research International*, 2018, 4840531.
- Benestad, E. E. P. (2010). From gender dysphoria to gender euphoria: An assisted journey. *Sexologies*, 19(4), 225–231.
- Bennecke, E., Bernstein, S., Lee, P., van de Grift, T. C., Nordenskjöld, A., Rapp, M., Simmonds, M., Streuli, J. C., Thyen, U., & Wiesemann, C. (2021). Early genital surgery in disorders/differences of sex development: Patients' perspectives. *Archives of Sexual Behavior*.
- Bentsianov, S., Gordon, L., Goldman, A., Jacobs, A., & Steever, J. (2018). Use of copper intrauterine device in transgender male adolescents. *Contraception*, 98(1), 74–75.
- Berenbaum, S. A. (2018). Evidence needed to understand gender identity: Commentary on Turban & Ehrensaft (2018). *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 59(12), 1244–1247.
- Berenbaum, S., Beltz, A., & Corley, R. (2015). The importance of puberty for adolescent development: Conceptualization and measurement. *Advances in Child Development and Behavior*, 48, 53–92.
- Berg, J. W., Appelbaum, P. S., Lidz, C. W., & Parker, L. (2001). *Informed consent: Legal theory and clinical practice* (2nd ed.). Oxford University Press.
- Berg, D & Edwards-Leeper, L. (2018). Child and family assessment. In C. E. Keo-Meier & D. E. Ehrensaft (Eds.), *The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children* (pp.101–124). American Psychological Association. <https://www.jstor.org/stable/j.ctv1chrwv9>
- Berger, I., & Mooney-Somers, J. (2017). Smoking cessation programs for lesbian, gay, bisexual, transgender, and intersex people: A content-based systematic review. *Nicotine & Tobacco Research*, 19(12), 1408–1417.
- Berli, J. U., Knudson, G., Fraser, L., Tangpricha, V., Ettner, R., Ettner, F. M., Safer, J. D., Graham, J., Monstrey, S., & Schechter, L. (2017). What surgeons need to know about gender confirmation surgery when providing care for transgender individuals: A review. *JAMA Surgery*, 152(4), 394–400.
- Berli, J. U., Monstrey, S., Safa, B., & Chen, M. (2021). Neourethra creation in gender phalloplasty: Differences in techniques and staging. *Plastic Reconstructive Surgery*, 147(5), 801e–811e.
- Bertalan, R., Lucas-Herald, A., Kolesinska, Z., Berra, M., Cools, M., Balsamo, A., & Hiort, O. (2018). Evaluation of DSD training schools organized by cost action BM1303 “DSDnet.” *Orphanet Journal of Rare Diseases*, 13(1).
- Bertelloni, S., & Mul, D. (2008). Treatment of central precocious puberty by GnRH analogs: Long-term outcome in men. *Asian Journal of Andrology*, 10(4), 525–534.
- Bertelloni, S., Baroncelli, G. I., Ferdeghini, M., Menchini-Fabris, F., & Saggese, G. (2000). Final height, gonadal function and bone mineral density of adolescent males with central precocious puberty after therapy with gonadotropin-releasing hormone analogues. *European Journal of Pediatrics*, 159(5), 369–374.
- Bertin, C., Abbas, R., Andrieu, V., Michard, F., Rioux, C., Descamps, V., & Bouscarat, F. (2019). Illicit massive silicone injections always induce chronic and definitive silicone blood diffusion with dermatologic complications. *Medicine*, 98(4), e14143.
- Bertrand, B., Perchenet, A. S., Colson, T. R., Draï, D., & Casanova, D. (2017). Female-to-male transgender chest reconstruction: A retrospective study of patient satisfaction. *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique*, 62(4), 303–307.

- Bhattacharya, S., & Ghosh, D. (2020). Studying physical and mental health status among hijra, kothi and transgender community in Kolkata, India. *Social Science & Medicine*, 265, 113412.
- Bisbey, T. M., Reyes, D. L., Traylor, A. M., & Salas, E. (2019). Teams of psychologists helping teams: The evolution of the science of team training. *American Psychologist*, 74(3), 278–289.
- Bishop, A. (2019). *Harmful treatment: the global reach of so-called conversion therapy*. Outright International. https://outrightinternational.org/sites/default/files/ExecSumm_SinglePagesRandL.pdf
- Bisson, J. R., Chan, K. J., & Safer, J. D. (2018). Prolactin levels do not rise among transgender women treated with estradiol and spironolactone. *Endocrine Practice*, 24(7), 646–651.
- Bizic, M. R., Jeftovic, M., Pusica, S., Stojanovic, B., Duisin, D., Vujovic, S., Rakic, V., & Djordjevic, M. L. (2018). Gender Dysphoria: Bioethical aspects of medical treatment. *Biomed Research International*, 2018, 9652305.
- Blackless, M., Charuvastra, A., Derryck, A., Fausto-Sterling, A., Lauzanne, K., & Lee, E. (2000). How sexually dimorphic are we? Review and synthesis. *American Journal of Human Biology*, 12(2), 151.
- Blecher, G. A., Christopher, N., & Ralph, D. J. (2019). Prosthetic placement after phalloplasty. *Urologic Clinics of North America*, 46(4), 591–603.
- Block, C. (2017). Making a case for transmasculine voice and communication training. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 2(3), 33–41.
- Blondeel, K., de Vasconcelos, S., García-Moreno, C., Stephenson, R., Temmerman, M., & Toskin, I. (2018). Violence motivated by perception of sexual orientation and gender identity: A systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*, 96(1), 29–41L.
- Bloom, T. M., Nguyen, T. P., Lami, F., Pace, C. C., Poulakis, Z., Telfer, M., Taylor, A., Pang, K. C., & Tollit, M. A. (2021). Measurement tools for gender identity, gender expression, and gender dysphoria in transgender and gender-diverse children and adolescents: A systematic review. *The Lancet Child & Adolescent Health*.
- Blosnich, J. R., Brown, G. R., Shipherd, J. C., Kauth, M., Piegari, R. I., & Bossarte, R. M. (2013). Prevalence of gender identity disorder and suicide risk among transgender veterans utilizing veterans health administration care. *American Journal of Public Health*, 103(10), e27–e32.
- Bockting, W. O., Miner, M. H., Swinburne Romine, R. E., Hamilton, A., & Coleman, E. (2013). Stigma, mental health, and resilience in an online sample of the US transgender population. *American Journal of Public Health*, 103(5), 943–951.
- Bockting, W., & Coleman, E. (2016). Developmental stages of the transgender coming-out process: Toward an integrated identity. In R. Ettner, S. Monstrey, & E. Coleman (Eds.), *Principles of transgender medicine and surgery* (pp. 137–158). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Boedecker, A. L. (2011). *The transgender guidebook: Keys to a successful transition*. Boedecker.
- Bonnington, A., Dianat, S., Kerns, J., Hastings, J., Hawkins, M., De Haan, G., & Obedin-Maliver, J. (2020). Society of family planning clinical recommendations: Contraceptive counseling for transgender and gender diverse people who were female sex assigned at birth. *Contraception*, 102(2), 70–82.
- Borgström, B., Fridström, M., Gustafsson, B., Ljungman, P., & Rodriguez-Wallberg, K. A. (2020). A prospective study on the long-term outcome of prepubertal and pubertal boys undergoing testicular biopsy for fertility preservation prior to hematologic stem cell transplantation. *Pediatric Blood Cancer*, 67(9), e28507.
- Borghei-Razavi, H., Fragoza-Padilla, V., Hargus, G., Bakhti, S., & Schick, U. (2014). Meningioma: The unusual growth in a transsexual patient after estrogen-progesterone therapy. *SOJ Neurology*, 1(1), 1–3.

- Boskey, E. R., Taghinia, A. H., & Ganor, O. (2019). Association of surgical risk with exogenous hormone use in transgender patients: A systematic review. *JAMA Surgery* 154(2), 159–169.
- Boskey, E., Taghinia, A., & Ganor, O. (2018). Public accommodation laws and gender panic in clinical settings. *AMA Journal of Ethics*, 20(11), 1067–1074.
- Bouman, M. B., van der Sluis, W. B., van Woudenberg Hamstra, L. E., Buncamper, M. E., Kreukels, B. P. C., Meijerink, W., & Mullender, M. G. (2016). Patient-reported esthetic and functional outcomes of primary total laparoscopic intestinal vaginoplasty in transgender women with penoscrotal hypoplasia. *Journal of Sexual Medicine*, 13(9), 1438–1444.
- Bouman, W. P., Claes, L., Brewin, N., Crawford, J. R., Millet, N., Fernandez-Aranda, F., & Arcelus, J. (2017). Transgender and anxiety: A comparative study between transgender people and the general population. *International Journal of Transgenderism*, 18(1), 16–26.
- Bouman, W. P., Davey, A., Meyer, C., Witcomb, G. L., & Arcelus, J. (2016). Predictors of psychological well-being among treatment seeking transgender individuals. *Sexual and Relationship Therapy*, 31(3), 359–375.
- Bouman, W. P., Richards, C., Addinall, R. M., Arango de Montis, I., Duisin, D., Estiva, I., Fisher, A., Harte, F., Khoury, B., Lu, Z., Marais, A., Mattila, A., Nayarana, R. D., Nieder, T. O., Robles-Garcia, R., Roque Guerra, A., Tereshkevich, D., T'Sjoen, G., & Wilson, D. (2014). Yes and yes again: Are standards of care which require two signatures for genital reconstructive surgery ethical? *Sex and Relationship Therapy*, 29(4), 377–389.
- Bouman, W. P., Schwend, A. S., Motmans, J., Smiley, A., Safer, J. D., Deutsch, M. B., Adams, N. J., & Winter, S. (2017). Language and trans health. *International Journal of Transgenderism*, 18(1), 1–6.
- Bowling, J., Baldwin, A., & Schnarrs, P. W. (2019). Influences of health care access on resilience building among transgender and gender non-binary individuals. *International Journal of Transgenderism*, 20(2–3), 205–217.
- Boyd, J. (2019). Aging in place, caregiving, and long-term care for transgender adults. In C. Hardacker, K. Ducheny, & M. Houlber (Eds), *Transgender and gender nonconforming health and aging* (pp. 175–190). Springer.
- Bradford, J., Reisner, S. L., Honnold, J. A., & Xavier, J. (2013). Experiences of transgender-related discrimination and implications for health: Results from the Virginia Transgender Health Initiative Study. *American Journal of Public Health*, 103(10), 1820–1829.
- Bradford, N. J., Rider, G. N., Catalpa, J. M., Morrow, Q. J., Berg, D. R., Spencer, K. G., & McGuire, J. K. (2018). Creating gender: A thematic analysis of genderqueer narratives. *International Journal of Transgenderism*, 20(2–3), 155–168.
- Brain, C. E., Creighton, S. M., Mushtaq, I., Carmichael, P. A., Barnicoat, A., Honour, J. W., Larcher, V., & Achermann, J. C. (2010). Holistic management of DSD. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 24(2), 335–354.
- Branski, R. C., Verdolini, K., Sandulache, V., Rosen, C. A., & Hebda, P. A. (2006). Vocal fold wound healing: A review for clinicians. *Journal of Voice*, 20(3), 432–442.
- Bränström, R., & Pachankis, J. E. (2021). Country-level structural stigma, identity concealment, and day-to-day discrimination as determinants of transgender people's life satisfaction. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 56(9), 1537–1545.
- Bränström, R., Stormbom, I., Bergendal, M., & Pachankis, J. (2022). Transgender-based disparities in suicidality: A population-based study of key predictions from four theoretical models. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 52, 401–412.
- Braun, H., Nash, R., Tangpricha, V., Brockman, J., Ward, K., & Goodman, M. (2017). Cancer in transgender people: Evidence and methodological considerations. *Epidemiologic Reviews*, 39(1), 93–107.
- Braun, H., Zhang, Q., Getahun, D., Silverberg, M. J., Tangpricha, V., Goodman, M., & Yeung, H. (2021). Moderate-to-severe acne and mental health symptoms in transmasculine

- persons who have received testosterone. *JAMA Dermatology*, 157(3), 344–346.
- Brennan, A. M., Barnsteiner, J., Siantz, M. L., Cotter, V. T., & Everett, J. (2012). Lesbian, gay, bisexual, transgendered, or intersexed content for nursing curricula. *Journal of Professional Nursing*, 28(2), 96–104.
- Brett, M. A., Roberts, L. F., Johnson, T. W., & Wassersug, R. J. (2007). Eunuchs in contemporary society: Expectations, consequences, and adjustments to castration (Part II). *The Journal of Sexual Medicine*, 4(4), 946–955.
- Brik, T., Vrouenraets, L., Schagen, S. E. E., Meissner, A., de Vries, M. C., & Hannema, S. E. (2019). Use of fertility preservation among a cohort of transgirls in the Netherlands. *Journal of Adolescent Health*, 64(5), 589–593.
- Brömdal, A., Clark, K. A., Hughto, J., Debattista, J., Phillips, T. M., Mullens, A. B., Gow, J., & Daken, K. (2019). Whole-incarceration-setting approaches to supporting and upholding the rights and health of incarcerated transgender people. *The International Journal of Transgenderism*, 20(4), 341–350.
- Bronfenbrenner, U. (1979). Contexts of child rearing: Problems and prospects. *American Psychologist*, 34(10), 844–850.
- Brown, A., Lourenco, A. P., Niell, B. L., Cronin, B., Dibble, E. H., DiNome, M. L., Goel, M. S., Hansen, J., Heller, S. L., Jochelson, M. S., Karrington, B., Klein, K. A., Mehta, T. S., Newell, M. S., Schechter, L., Stuckey, A. R., Swain, M. E., Tseng, J., Tuscano, D. S., & Moy, L. (2021). ACR appropriateness criteria® transgender breast cancer screening. *Journal of the American College of Radiology*, 18(11s), S502–s515.
- Brown, E. & Mar, K. (2018). Culturally responsive practice with children of color. In Keo-Meier, C. and Ehrensaft, D., (Eds), *The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children*. American Psychological Association.
- 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.
- 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.
- Brown, G. R. (2014). Qualitative analysis of transgender inmates' correspondence: Implications for departments of correction. *Journal of Correctional Health Care*, 20(4), 334–342.
- Brown, G. R., & Jones, K. T. (2015). Health correlates of criminal justice involvement in 4,793 transgender veterans. *LGBT Health*, 2(4), 297–305.
- Brown, G. R., & Jones, K. T. (2016). Mental health and medical health disparities in 5135 transgender veterans receiving healthcare in the veterans health administration: A case-control study. *LGBT Health*, 3(2), 122–131.
- Brown, G. R., & McDuffie, E. (2009). Health care policies addressing transgender inmates in prison systems in the United States. *Journal of Correctional Health Care*, 15(4), 280–291.
- Brown, M., Perry, A., Cheesman, A. D., & Pring, T. (2000). Notes and discussion. Pitch change in male-to-female-transsexuals: Has phonosurgery a role to play? *International Journal of Language & Communication Disorders*, 35(1), 129–136.
- Brown, S. K., Chang, J., Hu, S., Sivakumar, G., Sataluri, M., Goldberg, L., Courey, M. S. (2021). Addition of Wendler glottoplasty to voice therapy improves trans female voice outcomes. *Laryngoscope*, 131(7), 1588–1593.
- Brumbaugh-Johnson, S. M., & Hull, K. E. (2019). Coming out as transgender: Navigating the social implications of a transgender identity. *Journal of Homosexuality*, 66(8), 1148–1177.
- Bryant, L., Damarin, A. K., & Marshall, Z. (2014). Tobacco control recommendations identified by LGBT Atlantans in a community-based research project. *Progress*

- in *Community Health Partnerships: Research, Education, and Action*, 8(3), 259–260.
- Bryson, C., & Honig, S. C. (2019). Genitourinary complications of gender-affirming surgery. *Current Urology Reports*, 20(6).
- Buchting, F. O., Emory, K. T., Kim, Y., Fagan, P., Vera, L. E., & Emery, S. (2017). Transgender use of cigarettes, cigars, and e-cigarettes in a national study. *American Journal of Preventive Medicine*, 53(1), e1–e7.
- Buckley, D. P., Dahl, K. L., Cler, G. J., & Stepp, C. E. (2020). Transmasculine voice modification: A case study. *Journal of Voice*, 34(6), 903–910.
- Budge, S. L. (2013). Interpersonal psychotherapy with transgender clients. *Psychotherapy*, 50(3), 356–359.
- Budge, S. L. (2015). Psychotherapists as gatekeepers: An evidence-based case study highlighting the role and process of letter writing for transgender clients. *Psychotherapy Theory Research Practice Training*, 52(3), 287–297.
- Budge, S. L., Adelson, J. L., & Howard, K. A. (2013). Anxiety and depression in transgender individuals: The roles of transition status, loss, social support, and coping. *Journal of Consult Clinical Psychology*, 81(3), 545–557.
- Budge, S. L., Katz-Wise, S. L., Tebbe, E. N., Howard, K. A. S., Schneider, C. L., & Rodriguez, A. (2012). Transgender emotional and coping processes: Facilitative and avoidant coping throughout gender transitioning. *The Counseling Psychologist*, 41(4), 601–647.
- Budge, S. L., Sinnard, M. T., & Hoyt, W. T. (2021). Longitudinal effects of psychotherapy with transgender and nonbinary clients: A randomized controlled pilot trial. *Psychotherapy (Chic.)*, 58(1), 1–11.
- Bultynck, C., Cosyns, M., T'Sjoen, G., Van Borsel, J., & Bonte, K. (2020). Thyroplasty type III to lower the vocal pitch in trans men. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, 164(1), 157–159.
- Buncamper, M. E., Honselaar, J. S., Bouman, M. B., Özer, M., Kreukels, B. P., & Mullender, M. G. (2015). Aesthetic and functional outcomes of neovaginoplasty using penile skin in male-to-female transsexuals. *Journal of Sexual Medicine*, 12(7), 1626–1634.
- Buncamper, M. E., van der Sluis, W. B., de Vries, M., Witte, B. I., Bouman, M. B., & Mullender, M. G. (2017). Penile inversion vaginoplasty with or without additional full-thickness skin graft: To graft or not to graft? *Plastic and Reconstructive Surgery*, 139(3), 649e–656e.
- Buncamper, M. E., van der Sluis, W. B., van der Pas, R. S. D., Özer, M., Smit, J. M., Witte, B. I., Bouman, M. B., & Mullender, M. G. (2016). Surgical outcome after penile inversion vaginoplasty: A retrospective study of 475 transgender women. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 138(5), 999–1007.
- Bungener, S. L., de Vries, A. L. C., Popma, A., & Steensma, T. D. (2020). Sexual experiences of young transgender persons during and after gender-affirmative treatment. *Pediatrics*, 146(6), e20191411.
- Bureau of Justice Assistance, United States. (2017). *Prison Rape Elimination Act of 2003*. U.S. G.P.O. <https://www.prearesourcecenter.org/about/prison-rape-elimination-act>.
- Burgwal, A., Gvianishvili, N., Hård, V., Kata, J., Nieto, I. G., Orre, C., Smiley, A., Vidić, J., & Motmans, J. (2019). Health disparities between binary and non-binary trans people: A community-driven survey. *International Journal of Transgenderism*, 20(2–3).
- Burgwal, A., Gvianishvili, N., Hård, V., Kata, J., Nieto, I. G., Orre, C., Smiley, A., Vidić, J., & Motmans, J. (2021). The impact of training in transgender care on healthcare providers competence and confidence: A cross-sectional survey. *Healthcare*, 9(8), 967. <https://www.mdpi.com/2227-9032/9/8/967>
- Burgwal, A., & Motmans, J. (2021). Trans and gender diverse people's experiences and evaluations with general and trans-specific healthcare services: A cross-sectional survey. *International Journal of Impotence Research*, 33, 679–686.
- Burnes, T. R., Dexter, M. M., Richmond, K., Singh, A. A., & Cherrington, A. (2016). The experiences of transgender survivors of trauma who undergo social and medical transition. *Traumatology*, 22(1), 75–84.

- Bustos, S. S., Bustos, V. P., Mascaro, A., Ciudad, P., Forte, A. J., Del Corral, G., & Manrique, O. J. (2021). Complications and patient-reported outcomes in transfemale vaginoplasty: An updated systematic review and meta-analysis. *Plastic and Reconstructive Surgery—Global Open*, 9(3), e3510.
- Butler, J. (1993). Bodies that matter. On the discursive limits of “sex”. Routledge.
- Butler, J., Anstrom, K. J., Felker, G. M., Givertz, M. M., Kalogeropoulos, A. P., Konstam, M. A., Mann, D. L., Margulies, K. B., McNulty, S. E., Mentz, R. J., Redfield, M. M., Tang, W. H. W., Whellan, D. J., Shah, M., Desvigne-Nickens, P., Hernandez, A. F., & Braunwald, E. (2017). Efficacy and safety of spironolactone in acute heart failure. *JAMA Cardiology*, 2(9), 950.
- Byne, W., Bradley, S. J., Coleman, E., Eyler, A. E., Green, R., Menvielle, E. J., Meyer-Bahlburg, F. L., Pleak, R. R., & Tompkins, D. A. (2012). Report of the American Psychiatric Association task force on treatment of gender identity disorder. *Archives of Sexual Behavior*, 41(4), 759–796.
- Byne, W., Karasic, D. H., Coleman, E., Eyler, A. E., Kidd, J. D., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Pleak, R. R., & Pula, J. (2018). Gender dysphoria in adults: An overview and primer for psychiatrists. *Transgender Health*, 3(1), 57–70.
- Caceres, B. A., Streed, C. G. Jr., Corliss, H. L., Lloyd-Jones, D. M., Matthews, P. A., Mukherjee, M., Poteat, T., Rosendale, N., Ross, L. M., & American Heart Association Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; Council on Hypertension; Council on Lifestyle and Cardiometabolic Health; Council on Peripheral Vascular Disease; and Stroke Council. (2020). Assessing and addressing cardiovascular health in LGBTQ adults: A scientific statement *The American Heart Association. Circulation*, 142(19), e321–e332.
- Cai, X., Hughto, J. M., Reisner, S. L., Pachankis, J. E., & Levy, B. R. (2019). Benefit of gender-affirming medical treatment for transgender elders: Later-life alignment of mind and body. *LGBT Health*, 6(1), 34–39.
- Callander, D., Wiggins, J., Rosenberg, S., Cornelisse, V. J., Duck-Chong, E., Holt, M., Pony, M., Vlahakis, E., MacGibbon, J., & Cook, T. (2019). *The 2018 Australian trans and gender diverse sexual health survey: report of findings*. The Kirby Institute, University of New South Wales. https://genderrights.org.au/wp-content/uploads/2020/03/ATGDSexualHealthSurveyReport_v7.pdf
- Callen Lorde. (2020a). *Safer binding* http://callen-lorde.org/graphics/2018/09/Safer-Binding_2018_FINAL.pdf.
- Callen Lorde. (2020b). *Safer tucking*. http://callen-lorde.org/graphics/2018/09/HOTT-Safer-Tucking_Final.pdf.
- Callens, N., Kreukels, B. P. C., & van de Grift, T. C. (2021). Young voices: Sexual health and transition care needs in adolescents with intersex/differences of sex development—A pilot study. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 34(2), 176–189.e2.
- Callens, N., Van Kuyk, M., van Kuppenveld, J. H., Drop, S. L. S., Cohen-Kettenis, P. T., & Dessens, A. B. (2016). Recalled and current gender role behavior, gender identity and sexual orientation in adults with disorders/differences of sex development. *Hormones and Behavior*, 86, 8–20.
- Canner, J. K., Harfouch, O., Kodadek, L. M., Pelaez, D., Coon, D., Offodile, A. C., 2nd, Haider, A. H., & Lau, B. D. (2018). Temporal trends in gender-affirming surgery among transgender patients in the United States. *JAMA Surgery*, 153(7), 609–616.
- Canonica, M., Oger, E., Plu-Bureau, G., Conard, J., Meyer, G., Lévesque, H., & Scarabin, P. Y. (2007). Hormone therapy and venous thromboembolism among postmenopausal women: Impact of the route of estrogen administration and progestogens: The ESTHER study. *Circulation*, 115(7), 840–845.
- Capitán, L., Gutierrez Santamaria, J., Simon, D., Coon, D., Bailon, C., Bellinga, R. J., Tenorio, T., & Capitán-Canadas, F. (2020). Facial gender confirmation surgery: A protocol for

- diagnosis, surgical planning, and postoperative management. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 145(4), 818e–828e.
- Capitán, L., Simon, D., Kaye, K., & Tenorio, T. (2014). Facial feminization surgery: The forehead. Surgical techniques and analysis of results. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 134(4), 609–619.
- Capitán, L., Simon, D., Meyer, T., Alcaide, A., Wells, A., Bailon, C., Bellinga, R. J., Tenorio, T., & Capitán-Canadas, F. (2017). Facial feminization surgery: Simultaneous hair transplant during forehead reconstruction. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 139(3), 573–584.
- Cardoso da Silva, D. C., Schwarz, K., Fontanari, A. M., Costa, A. B., Massuda, R., Henriques, A. A., Salvador, J., Silveira, E., Rosito, T. E., & Rodrigues Lobato, M. I. (2016). WHOQOL-100 before and after sex reassignment surgery in Brazilian male-to-female transsexual individuals. *Journal of Sexual Medicine*, 13(6), 988–993.
- Carel, J. C., Eugster, E. A., Rogol, A., Ghizzoni, L., & Palmert, M. R. (2009). Consensus statement on the use of gonadotropin-releasing hormone analogs in children. *Pediatrics*, 123(4), e752–e762.
- CARES Foundation. (2020). *Statement on surgery*. <https://www.caresfoundation.org/treatment/surgery.pdf>
- 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.
- Carmichael, P., Butler, G., Masic, U., Cole, T. J., De Stavola, B. L., Davidson, S., Skageberg, E. M., Khadr, S., & Viner, R. M. (2021). Short-term outcomes of pubertal suppression in a selected cohort of 12 to 15 year old young people with persistent gender dysphoria in the UK. *PLoS One*, 16(2), e0243894.
- Carpenter, M. (2018). Intersex variations, human rights, and the International Classification of Diseases. *Health and Human Rights Journal*, 20(2), 205–214.
- Carpenter, M. (2021). Intersex human rights, sexual orientation, gender identity, sex characteristics and the Yogyakarta Principles plus 10. *Culture, Health & Sexuality*, 23(4), 516–532.
- Carpenter, C. S., Eppink, S. T., & Gonzales, G. (2020). Transgender status, gender identity, and socioeconomic outcomes in the United States. *ILR Review*, 73(3), 573–599.
- Carpenter, W. T., Gold, J. M., Lahti, A. C., Queern, C. A., Conley, R. R., Bartko, J. J., Kovnik, J., & Applebaum, P. S. (2000). Decisional capacity for informed consent in schizophrenia research. *Archives of General Psychiatry*, 57(6), 533–538. [10-1001/pubs.ArchGenPsychiatry-ISSN-0003-990x-57-6-yoa9156](https://pubs.ArchGenPsychiatry-ISSN-0003-990x-57-6-yoa9156).
- Carroll, L. (2017). Therapeutic issues with transgender elders. *Psychiatric Clinics of North America*, 40(1), 127–140. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.psc.2016.10.004>.
- Carroll, L., Graff, C., Wicks, M., & Diaz Thomas, A. (2020). Living with an invisible illness: A qualitative study exploring the lived experiences of female children with congenital adrenal hyperplasia. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 29(3), 673–681.
- Carswell, J. M., & Roberts, A. L. (2017). Induction and maintenance of amenorrhea in transmasculine and nonbinary adolescents. *Transgender Health*, 2, 195–201.
- Carter, H. B., Albertsen, P. C., Barry, M. J., Etzioni, R., Freedland, S. J., Greene, K. L., Holmberg, L., Kantoff, P., Konety, B. R., Murad, M. H., Penson, D. F., & Zietman, A. L. (2013). Early detection of prostate cancer: AUA Guideline. *Journal of Urology*, 190(2), 419–426.
- Cartwright, C., Hughes, M., & Lienert, T. (2012). End-of-life care for gay, lesbian, bisexual and transgender people. *Culture, Health & Sexuality*, 14(5), 537–548.
- Casado, J. C., Rodríguez-Parra, M. J., & Adrián, J. A. (2017). Voice feminization in male-to-female transgendered clients after Wendler's glottoplasty with vs. without voice therapy support. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 274(4), 2049–2058.
- Castellano, E., Crespi, C., Dell'Aquila, C., Rosato, R., Catalano, C., Mineccia, V., Motta,

- G., Botto, E., & Manieri, C. (2015). Quality of life and hormones after sex reassignment surgery. *Journal of Endocrinological Investigation*, 38(12), 1373–1381.
- Catelan, R. F., Costa, A. B., & Lisboa, C. S. M. (2017). Psychological interventions for transgender persons: A scoping review. *International Journal of Sexual Health*, 29(4), 325–337.
- Cauffman, E., & Steinberg, L. (2000). (Im)maturity of judgment in adolescence: Why adolescents may be less culpable than adults. *Behavioral Sciences & the Law*, 18(6), 741–760.
- Cavanaugh, T., Hopwood, R., & Lambert, C. (2016). Informed consent in the medical care of transgender and gender-nonconforming patients. *AMA Journal of Ethics*, 18(11), 1147–1155.
- Celentano, D. D., & Szklo, M. (2019). *Gordis Epidemiology*. Elsevier.
- Census Organization of India. (2015). *Population census 2011*. <https://www.census2011.co.in>
- Center of Excellence for Transgender Health. (2016). *Guidelines for the primary and gender-affirming care of transgender and gender nonbinary people* (2nd ed.). Center of Excellence for Transgender Health, UCSF. <https://transcare.ucsf.edu/guidelines>.
- Centers for Disease Control. (2020). *Transforming health: Patient-centered HIV prevention and care*. <https://www.cdc.gov/hiv/clinicians/transforming-health/health-care-providers/sexual-history.html>.
- Centers for Disease Control. (2021). Preexposure prophylaxis for the prevention of HIV infection in the United States—2021 update clinical practice guideline. <https://www.cdc.gov/hiv/pdf/risk/prep/cdc-hiv-prep-guidelines-2021.pdf>
- Centers for Medicare and Medicaid Services. (2010). *Toolkit Part 11: Guidelines for translation*. <https://www.cms.gov/Outreach-andEducation/Outreach/WrittenMaterialsToolkit/ToolkitPart11>
- Chadwick, S. B., Francisco, M., van Anders, S. M. (2019). When orgasms do not equal pleasure: Accounts of “bad” orgasm experiences during consensual sexual encounters. *Archives of Sexual Behavior*, 48, 2435–2459.
- Chan, K. J., Liang J. J., Jolly, D., Weinand, J. D., & Safer J. D. (2018). Exogenous testosterone does not induce or exacerbate the metabolic features associated with PCOS among transgender men. *Endocrine Practice* 24(6), 565–572.
- Chang, J., Brown, S. K., Hu, S., Sivakumar, G., Sataluri, M., Goldberg, L., Courey, M. S. (2021). Effect of Wendler glottoplasty on acoustic measures of voice. *Laryngoscope*. 131(3), 583–586.
- Chantrapranichkul, P., Stevenson, M. O., Suppakitjanusant, P., Goodman, M., & Tangpricha, V. (2021). Serum hormone concentrations in transgender individuals receiving gender-affirming hormone therapy: A longitudinal retrospective cohort Study. *Endocrine Practice*, 27(1), 27–33.
- Charter, R. (2018). The transgender parent: Experiences and constructions of pregnancy and parenthood for transgender men in Australia. *International Journal of Transgenderism*, 19(1), 64–77.
- Chase, C. (2003). What is the agenda of the intersex patient advocacy movement? *The Endocrinologist*, 13(3), 240–242.
- Chen, D., Abrams, M., Clark, L., Ehrensaft, D., Tishelman, A. C., Chan, Y.-M., Garofalo, R., Olson-Kennedy, J., Rosenthal, S. M., & Hidalgo, M. A. (2021). Psychosocial characteristics of transgender youth seeking gender-affirming medical treatment: Baseline findings from the trans youth care study. *Journal of Adolescent Health*, 68(6), 1104–1111.
- Chen, D., Hidalgo, M. A., Leibowitz, S., Leininger, J., Simons, L., Finlayson, C., & Garofalo, R. (2016). Multidisciplinary care for gender-diverse youth: A narrative review and unique model of gender-affirming care. *Transgender Health*, 1(1), 117–123.
- Chen, D., Kyweluk, M. A., Sajwani, A., Gordon, E. J., Johnson, E. K., Finlayson, C. A., & Woodruff, T. K. (2019). Factors affecting fertility decision-making among transgender

- adolescents and young adults. *LGBT Health*, 6(3), 107–115.
- Chen, D., Matson, M., Macapagal, K., Johnson, E. K., Rosoklija, I., Finlayson, C., Fisher, C. B., & Mustanski, B. (2018). Attitudes toward fertility and reproductive health among transgender and gender-nonconforming adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 63(1), 62–68.
- Chen, D., Simons, L., Johnson, E. K., Lockart, B. A., & Finlayson, C. (2017). Fertility preservation for transgender adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 61(1), 120–123.
- Chen, D., Strang, J. F., Kolbuck, V. D., Rosenthal, S. M., Wallen, K., Waber, D. P., Steinberg, L., Sisk, C. L., Ross, J., Paus, T., Mueller, S. C., McCarthy, M. M., Micevych, P. E., Martin, C. L., Kreukels, B. P. C., Kenworthy, L., Herting, M. M., Herlitz, A., Haraldsen, I. R. J. H., & Dahl, R. (2020). Consensus parameter: Research methodologies to evaluate neurodevelopmental effects of pubertal suppression in transgender youth. *Transgender Health*, 5(4), 246–257.
- Chen, M., Fuqua, J., & Eugster, E. A. (2016). Characteristics of referrals for gender dysphoria over a 13-year period. *Journal of Adolescent Health*, 58(3), 369–371.
- Chen, S., & Loshak, H. (2020). *Primary care initiated gender-affirming therapy for gender dysphoria: A review of evidence based guidelines*. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK563451/>.
- Cheng, P. J., Pastuszak, A. W., Myers, J. B., Goodwin, I. A., & Hotaling, J. M. (2019). Fertility concerns of the transgender patient. *Translational Andrology and Urology*, 8(3), 209–218.
- Cheung, A. S., Wynne, K., Erasmus, J., Murray, S., & Zajac, J. D. (2019). Position statement on the hormonal management of adult transgender and gender diverse individuals. *Medical Journal of Australia*, 211(3):127–33.
- Chew, D., Anderson, J., Williams, K., May, T., & Pang, K. (2018). Hormonal treatment in young people with gender dysphoria: A systematic review. *Pediatrics*, 141(4), e20173742.
- Chew, D., Tollit, M. A., Poulakis, Z., Zwickl, S., Cheung, A. S., & Pang, K. C. (2020). Youths with a non-binary gender identity: A review of their sociodemographic and clinical profile. *Lancet Child Adolescent Health*, 4, 322–330.
- Chiland, C., Clouet, A. M., Golse, B., Guinot, M., & Wolf, J. P. (2013). A new type of family: Transmen as fathers thanks to donor sperm insemination. A 12-year follow-up exploratory study of their children. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 61(6), 365–370.
- Chiniara, L. N., Viner, C., Palmert, M., & Bonifacio, H. (2019). Perspectives on fertility preservation and parenthood among transgender youth and their parents. *Archives of Disease in Childhood*, 104(8), 739–744.
- Chinn, P. (2013). Commentary lesbian, gay, bisexual and transgender health: Disparities we can change. *Nurse Educator*, 38(3), 94–95.
- Chipkin, S. R., & Kim, F. (2017). Ten most important things to know about caring for transgender patients. *American Journal of Medicine*, 130(11), 1238–1245.
- Chisolm-Straker, M., Willging, C., Daul, A. D., McNamara, S., Sante, S. C., Shattuck, D. G., & Crandall, C. S. (2018). Transgender and gender-nonconforming patients in the emergency department: What physicians know, think, and do. *Annals of Emergency Medicine*, 71(2), 183–188.
- Chlebowski, R. T., Anderson, G. L., Aragaki, A. K., Manson, J. E., Stefanick, M. L., Pan, K., Barrington, W., Kuller, L. H., Simon, M. S., Lane, D., Johnson, K. C., Rohan, T. E., Gass, M., Cauley, J. A., Paskett, E. D., Sattari, M., & Prentice, R. L. (2020). Association of menopausal hormone therapy with breast cancer incidence and mortality during long-term follow-up of the women's health initiative randomized clinical trials. *JAMA*, 324(4), 369–380.
- Chrisler, J. C., Gorman, J. A., Manion, J., Murgo, M., Barney, A., Adams-Clark, A., Newton, J. R., & McGrath, M. (2016). Queer periods: Attitudes toward and experiences with

- menstruation in the masculine of centre and transgender community. *Culture, Health & Sexuality*, 18(11), 1238–1250.
- Chumakov, E. M., Ashenbrenner, Y. V., Petrova, N. N., Zastrozhin, M. S., Azarova, L. A., & Limankin, O. V. (2021). Anxiety and depression among transgender people: Findings from a cross-sectional online survey in Russia. *LGBT Health*, 8(6), 412–419.
- Cipres, D., Seidman, D., Cloniger, C., 3rd, Nova, C., O'Shea, A., & Obedin-Maliver, J. (2017). Contraceptive use and pregnancy intentions among transgender men presenting to a clinic for sex workers and their families in San Francisco. *Contraception*, 95(2), 186–189.
- Cirrincione, L. R., Senneker, T., Scarsi, K. K., & Tseng, A. (2020). Drug interactions with gender-affirming hormone therapy: Focus on antiretrovirals and direct acting antivirals. *Expert Opinion on Drug Metabolism & Toxicology*, 16(7), 565–581.
- Claes, K. E. Y., D'Arpa, S., & Monstrey, S. J. (2018). Chest surgery for transgender and gender nonconforming individuals. *Clinics in Plastic Surgery*, 45(3), 369–380.
- Claes, L., Bouman, W. P., Witcomb, G., Thurston, M., & Arcelus, J. (2015). Non-suicidal self-injury in transsexualism: Associations with psychological symptoms, victimization, interpersonal functioning and perceived social support. *Journal of Sexual Medicine*, 12(1), 168–179.
- Clark, B. A., Marshall, S. K., & Saewyc, E. M. (2020). Hormone therapy decision-making processes: Transgender youth and parents. *Journal of Adolescence*, 79, 136–147.
- Clark, B. A., Veale, J. F., Townsend, M., Frohard-Dourlent, H., & Saewyc, E. (2018). Non-binary youth: Access to gender-affirming primary health care. *International Journal of Transgenderism*, 19(2), 158–169.
- Clark, K. A., White Hughto, J. M., & Pachankis, J. E. (2017). “What's the right thing to do?” Correctional healthcare providers' knowledge, attitudes and experiences caring for transgender inmates. *Social Science & Medicine* (1982), 193, 80–89.
- Clark, T. C., Lucassen, M. F., Bullen, P., Denny, S. J., Fleming, T. M., Robinson, E. M., & Rossen, F. V. (2014). The health and well-being of transgender high school students: Results from the New Zealand adolescent health survey (Youth'12). *Journal of Adolescent Health*, 55(1), 93–99.
- Clements-Nolle, K., Guzman, R., & Harris, S. G. (2008). Sex trade in a male-to-female transgender population: Psychosocial correlates of inconsistent condom use. *Sexual Health*, 5(1), 49–54.
- Cocchetti, C., Ristori, J., Mazzoli, F., Prunas, A., Bertelloni, S., Magini, A., Vignozzi, L., Maggi, M., & Fisher, A. D. (2020). 5 α -Reductase-2 deficiency: Is gender assignment recommended in infancy? Two case-reports and review of the literature. *Journal of Endocrinological Investigation*, 43(8), 1131–1136.
- Cocchetti, C., Ristori, J., Romani, A., Maggi, M., & Fisher, A. D. (2020). Hormonal treatment strategies tailored to non-binary transgender individuals. *Journal of Clinical Medicine*, 9(6), 1609.
- Cohanzad, S. (2016). Extensive metoidioplasty as a technique capable of creating a compatible analogue to a natural penis in female transsexuals. *Aesthetics in Plastic Surgery*, 40(1), 130–138.
- Cohen-Kettenis, P. T. (2005). Gender change in 46,XY persons with 5 α -reductase-2 deficiency and 17 β -hydroxysteroid dehydrogenase-3 deficiency. *Archives of Sexual Behavior*, 34(4), 399–410.
- 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.
- Cohen-Kettenis, P. T., & van Goozen, S. H. (1997). Sex reassignment of adolescent transsexuals: A follow-up study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(2), 263–271.
- Colebunders, B., Brondeel, S., D'Arpa, S., Hoebeke, P., & Monstrey, S. (2017). An update on the surgical treatment for

- transgender patients. *Sexual Medicine Reviews*, 5(1), 103–109.
- Colebunders, B., T'Sjoen, G., Weyers, S., & Monstrey, S. (2014). Hormonal and surgical treatment in trans-women with BRCA1 mutations: A controversial topic. *Journal of Sexual Medicine*, 11(10), 2496–2499.
- Coleman, E., Allen, M. P., & Ford, J. V. (2018). Gender variance and sexual orientation among male spirit mediums in Myanmar. *Archives of Sexual Behavior*, 47(4), 987–998.
- Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., DeCuypere, G., Feldman, J., Fraser, L., Green, J., Knudson, G., Meyer, W. J., Monstrey, S., Adler, R. K., Brown, G. R., Devor, A. H., Ehrbar, R., Ettner, R., Eyler, E., Garofalo, R., Karasic, D. H., Lev, A. I., Mayer, G., Meyer-Bahlburg, H., Hall, B. P., Pfaefflin, F., Rachlin, K., Robinson, B., Schechter, L. S., Tangpricha, V., van Trotsenburg, M., Vitale, A., Winter, S., Whittle, S., Wylie, K. R., & Zucker, K. (2012). Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, Version 7. *International Journal of Transgenderism*, 13(4), 165–232.
- Colizzi, M., Costa, R., & Todarello, O. (2014). Transsexual patients' psychiatric comorbidity and positive effect of cross-sex hormonal treatment on mental health: Results from a longitudinal study. *Psychoneuroendocrinology*, 39, 65–73.
- Colizzi, M., Costa, R., & Todarello, O. (2015). Dissociative symptoms in individuals with gender dysphoria: Is the elevated prevalence real? *Psychiatry Research*, 226(1), 173–180.
- Collin, L., Reisner, S. L., Tangpricha, V., & Goodman, M. (2016). Prevalence of transgender depends on the “case” definition: A systematic review. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(4), 613–626.
- Comite, F., Cutler, G. B., Jr., Rivier, J., Vale, W. W., Loriaux, D. L., & Crowley, W. F., Jr. (1981). Short-term treatment of idiopathic precocious puberty with a long-acting analogue of luteinizing hormone-releasing hormone. A preliminary report. *New England Journal of Medicine*, 305(26), 1546–1550.
- Comparison of State Correctional Policies in the United States. *Sexuality Research and Social Policy*, 16(4), 393–407.
- Conlin, S. E., Douglass, R. P., Larson-Konar, D. M., Gluck, M. S., Fiume, C., & Heesacker, M. (2019). Exploring nonbinary gender identities: A qualitative content analysis. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 13(2), 114–133.
- Connelly, P. J., Clark, A., Touyz, R. M., & Delles, C. (2021). Transgender adults, gender-affirming hormone therapy and blood pressure: A systematic review. *Journal of Hypertension*, 39(2), 223–230.
- Connelly, P. J., Marie Freel, E., Perry, C., Ewan, J., Touyz, R. M., Currie, G., & Delles, C. (2019). Gender-affirming hormone therapy, vascular health and cardiovascular disease in transgender adults. *Hypertension*, 74(6), 1266–1274.
- Conron, K. J., Scott, G., Stowell, G. S., & Landers, S. J. (2012). Transgender health in Massachusetts: Results from a household probability sample of adults. *American Journal of Public Health*, 102(1), 118–122.
- Cook-Daniels, L. (2016). *Understanding transgender elders*. In D. A. Harley, & P. B. Tester, *Handbook of LGBT elders* (pp. 285–308). Springer.
- Coolhart, D. (2018). Helping families move from distress to resilience. In C. E. Keo-Meier & D. E. Ehrensaft (Eds.), *The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children*. American Psychological Association. <https://www.jstor.org/stable/j.ctv1chrwv9>
- Coolhart, D., Ritenour, K., & Grodzinski, A. (2017). Experiences of ambiguous loss for parents of transgender male youth: A phenomenological exploration. *Contemporary Family Therapy*, 40(1), 28–41.
- Coon, D., Tuffaha, S., Christensen, J., & Bonawitz, S. C. (2013). Plastic surgery and smoking: A prospective analysis of incidence, compliance, and complications. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 131(2), 385–391.
- Cornwall, A., & Jolly, S. (2006). Introduction: Sexuality matters. *IDS Bulletin*, 37(5), 1–11.

- Corrective Services New South Wales. (2015). *Section 7.23 Management of transgender and intersex inmates*, Operations Procedures Manual, Sydney, NSW
- Costa, A. B., da Rosa Filho, H. T., Pase, P. F., Fontanari, A. M. V., Catelan, R. F., Mueller, A., Cardoso, D., Soll, B., Schwarz, K., Schneider, M. A., Gagliotti, D. A. M., Saadeh, A., Lobato, M. I. R., Nard, H. C., & Koller, S. H. (2018). Healthcare needs of and access barriers for Brazilian transgender and gender diverse people. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 20(1), 115–123.
- Costa, L. B. F., Rosa-e-Silva, A. C. J. D. S., Medeiros, S. F. D., Nacul, A. P., Carvalho, B. R. D., Benetti-Pinto, C. L., Ylea, D. A., Maciel, G. A. R., Soares, J. M., & Maranhão, T. M. D. O. (2018). Recommendations for the use of testosterone in male transgender. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 40, 275–280.
- Costa, R., Carmichael, P., & Colizzi, M. (2016). To treat or not to treat: Puberty suppression in childhood-onset gender dysphoria. *Nature Reviews Urology*, 13(8), 456–462.
- Costa, R., Dunsford, M., Skagerberg, E., Holt, V., Carmichael, P., & Colizzi, M. (2015). Psychological support, puberty suppression, and psychosocial functioning in adolescents with gender dysphoria. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(11), 2206–2214.
- Cosyns, M., Van Borsel, J., Wierckx, K., Dedeker, D., Van de Peer, F., Daelman, T., Laenen, S., & T'Sjoen, G. (2014). Voice in female-to-male transsexual persons after long-term androgen therapy. *The Laryngoscope*, 124(6), 1409–1414.
- Craig, S. L., Austin, A., 2016. The AFFIRM open pilot feasibility study: A brief affirmative cognitive behavioral coping skills group intervention for sexual and gender minority youth. *Children and Youth Services Review* 64, 136–144.
- Craig, S. L., Austin, A., Rashidi, M., & Adams, M. (2017). Fighting for survival: The experiences of lesbian, gay, bisexual, transgender, and questioning students in religious colleges and universities. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 29(1), 1–24.
- Crerand, C. E., Kapa, H. M., Litteral, J. L., Nahata, L., Combs, B., Indyk, J. A., Jayanthi, V. R., Chan, Y. M. ., Tishelman, A. C., & Hansen-Moore, J. (2019). Parent perceptions of psychosocial care for children with differences of sex development. *Journal of Pediatric Urology*, 15(5), 522.e1–522.e8.
- Crissman, H. P., Berger, M. B., Graham, L. F., & Dalton, V. K. (2017). Transgender demographics: A household probability sample of US adults, 2014. *American Journal of Public Health*, 107(2), 213–215.
- Crissman, H. P., Warner, L., Gardner, M., Carr, M., Schast, A., Quittner, A. L., Kogan, B., & Sandberg, D. E. (2011). Children with disorders of sex development: A qualitative study of early parental experience. *International Journal of Pediatric Endocrinology*, 2011(1), 10.
- Crocetti, D., Monro, S., Vecchietti, V., & Yeadon-Lee, T. (2020). Towards an agency-based model of intersex, variations of sex characteristics (VSC) and DSD/dsd health. *Culture, Health & Sexuality*, 23(4), 500–515.
- Crouch, N. S., & Creighton, S. M. (2014). Transition of care for adolescents with disorders of sex development. *Nature Reviews Endocrinology*, 10(7), 436–442.
- Cull, M. L., & Simmonds, M. (2010). Importance of support groups for intersex (disorders of sex development) patients, families and the medical profession. *Sexual Development*, 4(4-5), 310–312.
- D'Angelo, R., Syrulnik, E., Ayad, S., Marchiano, L., Kenny, D. T., & Clarke, P. (2021). One size does not fit all: In support of psychotherapy for gender dysphoria. *Archives of Sexual Behavior*, 50(1), 7–16.
- Dacakis, G. (2000). Long-term maintenance of fundamental frequency increases in male-to-female transsexuals. *Journal of Voice*, 14(4), 549–556.
- Dahlen, S., Connolly, D., Arif, I., Junejo, M. H., Bewley, S., & Meads, C. (2021). International clinical practice guidelines for gender minority/trans people: Systematic review and quality assessment. *BMJ Open*, 11(4), e048943.

- Dalke, K. B., Baratz, A. B., & Greenberg, J. A. (2020). Protecting children with intersex traits: Legal, ethical, and human rights considerations. In M. Legato (Ed.), *The Plasticity of Sex* (pp. 207–224). Academic Press.
- Damrose, E. J. (2008). Quantifying the impact of androgen therapy on the female larynx. *Auris, Nasus, Larynx*, 36(1), 110–112.
- Danon, L. M., & Krämer, A. (2017). Between concealing and revealing intersexed bodies: Parental strategies. *Qualitative Health Research*, 27(10), 1562–1574.
- Darwin, H. (2020). Challenging the cisgender/transgender binary: Nonbinary people and the transgender label. *Gender & Society*, 34(3), 357–380.
- Davey, A., Arcelus, J., Meyer, C., & Bouman, W. P. (2016). Self-injury among trans individuals and matched controls: Prevalence and associated factors. *Health & Social Care in the Community*, 24(4), 485–494.
- Davey, A., Bouman, W. P., Arcelus, J., Meyer, C. (2014). Social support and psychological wellbeing: A comparison of patients with gender dysphoria and matched controls. *Journal of Sexual Medicine*, 11(12), 2976–2985.
- Davey, A., Bouman, W. P., Meyer, C., & Arcelus, J. (2015). Interpersonal functioning among individuals with gender dysphoria. *Journal of Clinical Psychology*, 71(12), 1173–1185.
- Davies, S., Papp, V. G., & Antoni, C. (2015). Voice and communication change for gender nonconforming individuals: Giving voice to the person inside. *International Journal of Transgenderism*, 16(3), 117–159.
- Davis, S. A., & Colton Meier, S. (2014). Effects of testosterone treatment and chest reconstruction surgery on mental health and sexuality in female-to-male transgender people. *International Journal of Sexual Health*, 26(2), 113–128.
- Day, J. K., Perez-Brumer, A., & Russell, S. T. (2018). Safe schools? Transgender youth's school experiences and perceptions of school climate. *Journal of Youth and Adolescence*, 47(8), 1731–1742.
- de Blok, C. J. M., Dijkman, B. A. M., Wiepjes, C. M., Staphorsius, A. S., Timmermans, F. W., Smit, J. M., Dreijerink, K. M. A., & den Heijer, M. (2021). Sustained breast development and breast anthropometric changes in 3 years of gender-affirming hormone treatment. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 106(2), e782–e790.
- de Blok, C. J. M., Staphorsius, A. S., Wiepjes, C. M., Smit, J. M., Nanayakkara, P. W. B., & den Heijer, M. (2020). Frequency, determinants, and satisfaction of breast augmentation in trans women receiving hormone treatment. *The Journal of Sexual Medicine*, 17(2), 342–348.
- 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.
- de Freitas, L. D., Leda-Rego, G., Bezerra-Filho, S., & Miranda-Scippa, A. (2020). Psychiatric disorders in individuals diagnosed with gender dysphoria: A systematic review. *Psychiatry Clinical Neuroscience*, 74(2), 99–104.
- de Graaf, N. M., Carmichael, P., Steensma, T. D., & Zucker, K. J. (2018). Evidence for a change in the sex ratio of children referred for gender dysphoria: Data from the Gender Identity Development Service in London (2000–2017). *The Journal of Sexual Medicine*, 15(10), 1381–1383.
- de Graaf, N. M., Giovanardi, G., Zitz, C., & Carmichael, P. (2018). Sex ratio in children and adolescents referred to the Gender Identity Development Service in the UK (2009–2016). *Archives of Sexual Behavior*, 47(5), 1301–1304.
- de Graaf, N. M., Steensma, T. D., Carmichael, P., VanderLaan, D. P., Aitken, M., Cohen-Kettenis, P. T., de Vries, A. L. C., Kreukels, B. P. C., Wasserman, L., Wood, H., & Zucker, K. J. (2020). Suicidality in clinic-referred transgender adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*.
- De Los Reyes, A., Ohannessian, C. M., & Racz, S. J. (2019). Discrepancies between adolescent and parent reports about family relationships. *Child Development Perspectives*, 13(1), 53–58.

- de Nie, I., Meißner, A., Kostelijk, E. H., Soufan, A. T., Voorn-de Warem, I. A. C., den Heijer, M., Huirne, J., & van Mello, N. M. (2020). Impaired semen quality in trans women: Prevalence and determinants. *Human Reproduction*, 35(7), 1529–1536.
- de Oliveira, L., Carvalho, J., Sarikaya, S., Urkmez, A., Salonia, A., Russo, G. I., & EAU-YAU Men's Health Working group. (2021). Patterns of sexual behavior and psychological processes in asexual persons: A systematic review. *International Journal of Impotence Research*, 33(6), 641–651.
- de Roo, C., Lierman, S., Tilleman, K., Peynshaert, K., Braeckmans, K., Caanen, M., Lambalk, C. B., Weyers, S., T'Sjoen, G., Cornelissen, R., & De Sutter, P. (2017). Ovarian tissue cryopreservation in female-to-male transgender people: Insights into ovarian histology and physiology after prolonged androgen treatment. *Reproductive Biomedicine Online*, 34(6), 557–566.
- de Roo, C., Tilleman, K., T'Sjoen, G., & De Sutter, P. (2016). Fertility options in transgender people. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 112–119.
- De Sutter, P., Kira, K., Verschoor, A., & Hotimsky (2002). The desire to have children and the preservation of fertility in transsexual women: A survey. *International Journal of Transgenderism*, 6(3), 3–97.
- de Vries, A. L. C., & Cohen-Kettenis, P. T. (2012). Clinical management of gender dysphoria in children and adolescents: The Dutch approach. *Journal of Homosexuality*, 59(3), 301–320.
- de Vries, A. L. C., Doreleijers, T. A., & Cohen-Kettenis, P. T. (2007). Disorders of sex development and gender identity outcome in adolescence and adulthood: Understanding gender identity development and its clinical implications. *Pediatric Endocrinology Reviews*, 4(4), 343–351.
- 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*, 52(11), 1195–1202.
- de Vries, A. L. C., McGuire, J. K., Steensma, T. D., Wagenaar, E. C. F., Doreleijers, T. A. H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2014). Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment. *Pediatrics*, 134(4), 696–704.
- 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.
- de Vries, A. L. C., Richards, C., Tishelman, A. C., Motmans, J., Hannema, S. E., Green, J., & Rosenthal, S. M. (2021). Bell v Tavistock and Portman NHS Foundation Trust [2020] EWHC 3274: Weighing current knowledge and uncertainties in decisions about gender-related treatment for transgender adolescents. *International Journal of Transgender Health*, 22(3), 1–8.
- de Vries, A. L. C., Roehle, R., Marshall, L., Frisén, L., van de Grift, T. C., Kreukels, B. P. C., Bouvattier, C., Köhler, B., Thyen, U., Nordenström, A., Rapp, M., & Cohen-Kettenis, P. T. (2019). Mental health of a large group of adults with disorders of sex development in six European countries. *Psychosomatic Medicine*, 81(7), 629–640.
- de Vries, A. L. C., Steensma, T. D., Cohen-Kettenis, P. T., VanderLaan, D. P., & Zucker, K. J. (2015). Poor peer relations predict parent- and self-reported behavioral and emotional problems of adolescents with gender dysphoria: A cross-national, cross-clinic comparative analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25(6), 579–588.
- de Vries, A. L. C., Steensma, T. D., Doreleijers, T. A., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: A prospective follow-up study. *The Journal of Sexual Medicine*, 8(8), 2276–2283.
- de Vries, E., Kathard, H., & Müller, A. (2020). Debate: Why should gender-affirming health care be included in health science curricula? *BMC Medical Education*, 20(1), 51.

- Defreyne, J., Elaut, E., Kreukels, B., Fisher, A. D., Castellini, G., Staphorsius, A., & T'Sjoen, G. (2020). Sexual desire changes in transgender individuals upon initiation of hormone treatment: Results from the longitudinal European Network for the Investigation of Gender Incongruence. *The Journal of Sexual Medicine*, 17(4), 812–825.
- Defreyne, J., Motmans, J., & T'Sjoen, G. (2017). Healthcare costs and quality of life outcomes following gender affirming surgery in trans men: A review. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 17(6), 543–556.
- Defreyne, J., Nota, N., Pereira, C., Schreiner, T., Fisher, A. D., den Heijer, M., & T'Sjoen, G. (2017). Transient elevated serum prolactin in trans women is caused by Cyproterone Acetate treatment. *LGBT Health*, 4(5), 328–336.
- Defreyne, J., Van de Bruaene, L. D., Rietzschel, E., Van Schuylenbergh, J., & T'Sjoen, G. G. (2019). Effects of gender-affirming hormones on lipid, metabolic, and cardiac surrogate blood markers in transgender persons. *Clinical Chemistry*, 65(1), 119–134.
- Defreyne, J., Van Schuylenbergh, J., Motmans, J., Tilleman, K. L., & T'Sjoen, G. G. (2020). Parental desire and fertility preservation in assigned female at birth transgender people living in Belgium. *Fertility and Sterility* 113(1), 149–157.
- Defreyne, J., Vantomme, B., Van Caenegem, E., Wierckx, K., De Blok, C. J. M., Klaver, M., & T'Sjoen, G. (2018). Prospective evaluation of hematocrit in gender-affirming hormone treatment: Results from European Network for the Investigation of Gender Incongruence. *Andrology*, 6(3), 446–454.
- Dekker, M. J., Wierckx, K., Van Caenegem, E., Klaver, M., Kreukels, B. P., Elaut, E., & T'Sjoen, G. (2016). A European Network for the investigation of gender incongruence: Endocrine part. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(6), 994–999.
- 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.
- Delimata, N., Simmonds, M., O'Brien, M., Davis, G., Auchus, R., & Lin-Su, K. (2018). Evaluating the term 'disorders of sex development': A multidisciplinary debate. *Social Medicine*, 12(1):98–107.
- Delozier, A. M., Kamody, R. C., Rodgers, S., & Chen, D. (2020). Health disparities in transgender and gender expansive adolescents: A topical review from a minority stress framework. *Journal of Pediatric Psychology*, 45(8), 842–847.
- Demeestere, I., Simon, P., Dedeken, L., Moffa, F., Tsépélidis, S., Brachet, C., Delbaery, A., Devreker, A. F., & Ferster, A. (2015). Live birth after autograft of ovarian tissue cryopreserved during childhood. *Human Reproduction*, 30(9), 2107–2109.
- Denby, K. J., Cho, L., Toljan, K., Patil, M., & Ferrando, C. A. (2021). Assessment of cardiovascular risk in transgender patients presenting for gender-affirming care. *The American Journal of Medicine*, 134(8), 1002–1008.
- Department of Health and Human Services. Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. (2019) *Guidelines for the use of antiretroviral agents in adults and adolescents with HIV*. Transgender People and HIV. <https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guideline/s/adult-and-adolescent-arv/transgender-people-hiv>
- 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.
- Deuster, D., Di Vincenzo, K., Szukaj, M., Am Zehnhoff-Dinnesen, A., & Dobel, C. (2016). Change of speech fundamental frequency explains the satisfaction with voice in response to testosterone therapy in female-to-male gender dysphoric individuals. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 273(8), 2127–2131.
- Deuster, D., Matulat, P., Knief, A., Zitzmann, M., Rosslau, K., Szukaj, M., Dinnesen, A., & Schmidt, C. M. (2016). Voice deepening under testosterone treatment in female-to-

- male gender dysphoric individuals. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 273(4), 959–965.
- Deutsch, M. B. (2011). Use of the informed consent model in the provision of cross-sex hormone therapy: A survey of the practices of selected clinics. *International Journal of Transgenderism*, 13, 140–146.
- Deutsch, M. B. (2016a). *Guidelines for the primary and gender-affirming care of transgender and gender nonbinary people* (2nd ed.). University of California, San Francisco, Department of Family and Community Medicine Center of Excellence for Transgender Health. <https://transcare.ucsf.edu/guidelines>
- Deutsch, M. B. (2016b). Gender-affirming surgeries in the era of insurance coverage: Developing a framework for psychosocial support and care navigation in the perioperative period. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 27(2), 386–391.
- Deutsch, M. B., Bhakri, K., & Kubicek, K. (2015). Effects of cross-sex hormone treatment on transgender women and men. *Obstetric Gynecology*, 125(3), 605–610.
- Deutsch, M. B., Glidden, D. V., Sevelius, J., Keatley, J., McMahan, V., & Guanira, J. (2015). HIV pre-exposure prophylaxis in transgender women: A subgroup analysis of the iPrEx trial. *The Lancet HIV*, 2(12), e512–e9.
- Devor, A. (2004). Witnessing and mirroring: A fourteen stage model of transsexual identity formation. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 8(1), 41–67.
- DeVita, T., Bishop, C., & Plankey, M. (2018). Queering medical education: Systematically assessing LGBTQI health competency and implementing reform. *Medical Education Online*, 23(1), 1510703.
- Dharma, C., Scheim, A. I., & Bauer, G. R. (2019). Exploratory factor analysis of two sexual health scales for transgender people: Trans-specific condom/barrier negotiation self-efficacy (T-barrier) and trans-specific sexual body image worries (T-worries). *Archives of Sexual Behavior*, 48(5), 1563–1572.
- Dhejne, C., Lichtenstein, P., Boman, M., Johansson, A. L., Långström, N., & Landén, M. (2011). Long-term follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: Cohort study in Sweden. *PLoS One*, 6(2), e16885.
- Dhejne, C., Van Vlerken, R., Heylens, G., & Arcelus, J. (2016). Mental health and gender dysphoria: A review of the literature. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 44–57.
- Dick, B., & Ferguson, B. J. (2015). Health for the world's adolescents: A second chance in the second decade. *Journal of Adolescent Health*, 56(1), 3–6.
- Dierckx, M., Mortelmans, D., & Motmans, J. (2019). Role ambiguity and role conflict among partners of trans people. *Journal of Family Issues*, 40(1), 85–110.
- Din-Dzietham, R., Nembhard, W. N., Collins, R., & Davis, S. K. (2004). Perceived stress following race-based discrimination at work is associated with hypertension in African-Americans. The metro Atlanta heart disease study, 1999–2001. *Social Science & Medicine*, 58(3), 449–461.
- Dizon, D. S., Tejada-Berges, T., Koelliker, S., Steinhoff, M., & Granai, C. O. (2006). Ovarian cancer associated with testosterone supplementation in a female-to-male transsexual patient. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 62(4), 226–228.
- Djordjevic, M. L., Majstorovic, M., Stanojevic, D., Bizic, M., Ducic, S., Kojovic, V., & Perovic, S. (2008). One-stage repair of severe hypospadias using combined buccal mucosa graft and longitudinal dorsal skin flap. *European Journal of Pediatric Surgery*, 18(6), 427–430.
- Do, T. T., Nguyen, T. V. A., Vu, X. T., & Nguyen, T. P. T. (2018). Seeking healthcare as a transgender woman in Vietnam: Access barriers and the situation of hormone use. *Regional Journal of Southeast Asian Studies*, 3(2), 30–58. <http://www.rjseas.org/journalview/5>
- Donnez, J., & Dolmans, M. M. (2015). Ovarian cortex transplantation: 60 reported live births brings the success and worldwide expansion

- of the technique towards routine clinical practice. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 32(8), 1167–1170.
- Downing, J. M., & Przedworski, J. M. (2018). Health of transgender adults in the U.S., 2014–2016. *American Journal of Preventive Medicine*, 55(3), 336–344.
- Dragon, C. N., Guerino, P., Ewald, E., & Laffan, A. M. (2017). Transgender Medicare beneficiaries and chronic conditions: Exploring fee-for-service claims data. *LGBT Health*, 4(6), 404–411.
- Drescher, J., Cohen-Kettenis, P. T., & Reed, G. M. (2016). Gender incongruence of childhood in the ICD-11: Controversies, proposal, and rationale. *The Lancet Psychiatry*, 3(3), 297–304.
- Drescher, J., Cohen-Kettenis, P., & Winter, S. (2012). Minding the body: situating gender identity diagnoses in the ICD-11. *International Review of Psychiatry*, 24(6), 568–577.
- 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.
- DSD-TRN—Differences or Disorders of Sex Development Translational Research Network. (n.d.). <http://dsdtrn.org/>.
- Du Bois, S. N., Yoder, W., Guy, A. A., Manser, K., & Ramos, S. (2018). Examining associations between state-level transgender policies and transgender health. *Transgender Health*, 3(1), 220–224.
- Dubin, S. N., Nolan, I. T., Streed, C. G. Jr., Greene, R. E., Radix, A. E., & Morrison, S. D. (2018). Transgender health care: improving medical students' and residents' training and awareness. *Advances in Medical Education and Practice*, 9, 377–91.
- Dubin, S., Lane, M., Morrison, S., Radix, A., Belkind, U., Vercler, C., & Inwards-Breland, D. (2020). Medically assisted gender affirmation: When children and parents disagree. *Journal of Medical Ethics*, 46(5), 295–299.
- Duby, Z., Hartmann, M., Mahaka, I., Munaiwa, O., Nabukeera, J., Vilakazi, N., Mthembu, F., Colvin, C. J., Mensch, B., & van der Straten, A. (2015). Lost in Translation: Language, terminology, and understanding of penile–anal intercourse in an HIV prevention trial in South Africa, Uganda, and Zimbabwe. *The Journal of Sex Research*, 53(9), 1096–1106.
- Duranteau, L., Rapp, M., van de Grift, T. C., Hirschberg, A. L., & Nordenskjöld, A. (2021). Participant- and clinician-reported long-term outcomes after surgery in individuals with complete androgen insensitivity syndrome. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 34(2), 168–175.
- Durwood, L., Eisner, L., Fladeboe, K., Ji, C. G., Barney, S., McLaughlin, K. A., & Olson, K. R. (2021). Social support and internalizing psychopathology in transgender youth. *Journal of Youth and Adolescence*, 50(5), 841–854.
- Durwood, L., McLaughlin, K. A., & Olson, K. R. (2017). Mental health and self-worth in socially transitioned transgender youth. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(2), 116–123.
- Dy, G. W., Granieri, M. A., Fu, B. C., Vanni, A. J., Voelzke, B., Rourke, K. F., Elliott, S. P., Nikolavsky, D., & Zhao, L. C. (2019). Presenting complications to a reconstructive urologist after masculinizing genital reconstructive surgery. *Urology*, 132, 202–206.
- Dyer, C. (2020). Children are “highly unlikely” to be able to consent to taking puberty blockers, rules High Court. *BMJ*, m4699.
- Ediati A., Juniarto, A. Z., Birnie, E., Okkerse, J., Wisniewski, A., Drop, S., Dessens, A. (2017). Ediati, A., Juniarto, A. Z., Birnie, E., Okkerse, J., Wisniewski, A., Drop, S., Faradz, S. M. H., & Dessens, A. (2017). Social stigmatisation in late identified patients with disorders of sex development in Indonesia. *BMJ Paediatrics Open*, 1(1), e000130.
- Edmo v. Idaho Department of Corrections, Corizon, Inc. et al.; case number 1:17-cv-151-BLW, 2020.
- Edwards-Leeper, L., Feldman, H. A., Lash, B. R., Shumer, D. E., & Tishelman, A. C. (2017). Psychological profile of the first sample of transgender youth presenting for medical intervention in a U.S. pediatric gender

- center. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 4(3), 374–382.
- Edwards-Leeper, L., Leibowitz, S., & Sangganjanavanich, V. F. (2016). Affirmative practice with transgender and gender nonconforming youth: Expanding the model. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 3(2), 165–172.
- Edwards-Leeper, L., & Spack, N. P. (2012). Psychological evaluation and medical treatment of transgender youth in an interdisciplinary “Gender Management Service” (GeMS) in a major pediatric center. *Journal of Homosexuality*, 59(3), 321–336.
- Efstathiou, E., Davis, J. W., Pisters, L., Li, W., Wen, S., McMullin, R. P., Gormley, M., Ricci, D., Titus, M., Hoang, A., Zurita, A. J., Tran, N., Peng, W., Kheoh, T., Molina, A., Troncoso, P., & Logothetis, C. J. (2019). Clinical and biological characterisation of localised high-risk prostate cancer: Results of a randomised preoperative study of a luteinising hormone-releasing hormone agonist with or without abiraterone acetate plus prednisone. *European Urology*, 76(4), 418–424.
- Eftekhari Ardebili, M., Janani, L., Khazaei, Z., Moradi, Y., & Baradaran, H. R. (2020). Quality of life in people with transsexuality after surgery: A systematic review and meta-analysis. *Health and Quality of Life Outcomes*, 18, 264.
- Ehrensaft, D. (2016). The gender creative child: Pathways for nurturing and supporting children who live outside gender boxes. The Experiment.
- Ehrensaft, D. (2018). Exploring gender expansive expressions. In Keo-Meier, C., & Ehrensaft, D. (Eds), *The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children*. American Psychological Association.
- Ehrensaft, D., Giammattei, S. V., Storck, K., Tishelman, A. C., & Keo-Meier, C. (2018). Prepubertal social gender transitions: What we know; what we can learn—A view from a gender affirmative lens. *International Journal of Transgenderism*, 19(2), 251–268.
- Eisenberg, M. E., Gower, A. L., McMorris, B. J., Rider, G. N., Shea, G., & Coleman, E. (2017). Risk and protective factors in the lives of transgender/gender nonconforming adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 61(4), 521–526.
- Eisenberg, M. E., McMorris, B. J., Rider, G. N., Gower, A. L., & Coleman, E. (2020). “It’s kind of hard to go to the doctor’s office if you’re hated there.” A call for gender-affirming care from transgender and gender diverse adolescents in the United States. *Health & Social Care in the Community*, 28(3), 1082–1089.
- Elamin, M. B., Garcia, M. Z., Murad, M. H., Erwin, P. J., & Montori, V. M. (2010). Effect of sex steroid use on cardiovascular risk in transsexual individuals: A systematic review and meta-analyses. *Clinical Endocrinology*, 72(1), 1–10.
- El-Hadi, H., Stone, J., Temple-Oberle, C., & Harrop, A. R. (2018). Gender-affirming surgery for transgender individuals: Perceived satisfaction and barriers to care. *Plastic Surgery*, 26(4), 263–268.
- Eliason, M. J., Dibble, S., & DeJoseph, J. (2010). Nursing’s silence on lesbian, gay, bisexual, and transgender issues: The need for emancipatory efforts. *Advances in Nursing Science*, 33(3), 206–218.
- Ellens, R. E. H., Bakula, D. M., Mullins, A. J., Scott Reyes, K. J., Austin, P., Baskin, L., Bernabé, K., Cheng, E. Y., Fried, A., Frimberger, D., Galan, D., Gonzalez, L., Greenfield, S., Kolon, T., Kropp, B., Lakshmanan, Y., Meyer, S., Meyer, T., Mullins, L. L., & Nokoff, N. J. (2017). Psychological adjustment of parents of children born with atypical genitalia 1 Year after genitoplasty. *Journal of Urology*, 198(4), 914–920.
- Ellis, S. A., Wojnar, D. M., & Pettinato, M. (2015). Conception, pregnancy, and birth experiences of male and gender variant gestational parents: It’s how we could have a family. *Journal of Midwifery and Women’s Health*, 60(1), 62–69.
- Ellis, S. J., Wakefield, C. E., McLoone, J. K., Robertson, E. G., & Cohn, R. J. (2016).

- Fertility concerns among child and adolescent cancer survivors and their parents: A qualitative analysis. *Journal of Psychosocial Oncology*, 34(5), 347–362.
- Embaye, N. (2006). Affirmative psychotherapy with bisexual transgender people. *Journal of Bisexuality*, 6(1-2), 51–63.
- Emmer, P., Lowe, A., & Marshall, R. B. (2011). This is a prison, glitter is not allowed : Experiences of trans and gender variant people in Pennsylvania's Prison Systems : A report by the hearts on a wire collective. Hearts On A Wire Collective.
- Endocrine Society, Pediatric Endocrine Society. (2020). *Position statement: Transgender health*. Endocrine Society.
- Ernst, M. E., Sandberg, D. E., Keegan, C., Quint, E. H., Lossie, A. C., & Yashar, B. M. (2016). The lived experience of MRKH: Sharing health information with peers. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 29(2), 154–158.
- Equality and Human Rights Commission. (2021) Guide on Article 8 of the European Convention on Human Rights (2021). *Right to respect for private and family life, home and correspondence*. <https://www.equalityhumanrights.com/en/human-rights-act/article-8-respect-your-private-and-family-life>
- Esmonde, N., Heston, A., Jedrzejewski, B., Ramly, E., Annen, A., Guerriero, J., Hansen, J., & Berli, J. (2019). What is “nonbinary” and what do I need to know? A primer for surgeons providing chest surgery for transgender patients. *Aesthetic Surgery Journal*, 39(5), NP106–NP112.
- Esteva de Antonio, I., Gómez-Gil, E., & GIDSEEN Group (2013). Coordination of healthcare for transsexual persons: A multidisciplinary approach. *Current Opinions Endocrinology, Diabetes and Obesity*, 20(6), 585–591.
- Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine. (2015). Access to fertility services by transgender persons: An Ethics Committee opinion. *Fertility and Sterility*, 104(5), 1111–1115.
- Ettner, R. (2013). Care of the elderly transgender patient. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity*, 20(6), 580–584.
- Ettner, R., & Wylie, K. (2013). Psychological and social adjustment in older transsexual people. *Maturitas*, 74(3), 226–229.
- Ettner, R., Monstrey, S., & Coleman, E. (2016). *Theories of the etiology of transgender identity*. In R. Ettner, S. Monstrey, & E. Coleman (Eds.), *Principles of Transgender Medicine and Surgery* (pp. 17–29). Routledge.
- European Medicines Agency. (2020). *Restrictions in use of cyproterone due to meningioma risk*. https://www.ema.europa.eu/en/documents/referral/cyproterone-article-31-referral-restrictions-use-cyproterone-due-meningioma-risk_en-0.pdf
- European Union Agency for Fundamental Rights. (2020). *EU-LGBTI II: A long way to go for LGBTI equality*. Publications Office of the European Union.
- Evans, S., Crawley, J., Kane, D., & Edmunds, K. (2021). The process of transitioning for the transgender individual and the nursing imperative: A narrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 77(12), 4646–4660.
- Ewald, E. R., Guerino, P., Dragon, C., Laffan, A. M., Goldstein, Z., & Streed, C. (2019). Identifying Medicare beneficiaries accessing transgender-related care in the era of ICD-10. *LGBT Health*, 6(4), 166–173.
- Expósito-Campos, P. (2021). A typology of gender detransition and its implications for healthcare providers. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 47(3), 270–280.
- Eyssel, J., Koehler, A., Dekker, A., Sehner, S., & Nieder, T. O. (2017). Needs and concerns of transgender individuals regarding interdisciplinary transgender healthcare: A non-clinical online survey. *PloS One*, 12(8), e0183014.
- Fabbre, V. D., & Gaveras, E. (2020). The manifestation of multilevel stigma in the lived experiences of transgender and gender nonconforming older adults. *American Journal of Orthopsychiatry*, 90(3), 350.
- Fakin, R. M., Zimmermann, S., Kaye, K., Lunger, L., Weinforth, G., & Giovanoli, P. (2019). Long-term outcomes in breast augmentation in trans-women: A 20-year

- experience. *Aesthetic Surgery Journal*, 39(4), 381–390.
- Falcone, M., Garaffa, G., Gillo, A., Dente, D., Christopher, A. N., & Ralph, D. J. (2018). Outcomes of inflatable penile prosthesis insertion in 247 patients completing female to male gender reassignment surgery. *BJU International*, 121(1), 139–144.
- Fast, A. A., & Olson, K. R. (2017). Gender development in transgender preschool children. *Child Development*, 89(2), 620–637.
- Fayne, R. A., Perper, M., Eber, A. E., Aldahan, A. S., & Nouri, K. (2018). Laser and light treatments for hair reduction in Fitzpatrick skin types IV–VI: A comprehensive review of the literature. *American Journal of Clinical Dermatology*, 19(2), 237–252.
- Fedele, D. A., Kirk, K., Wolfe-Christensen, C., Phillips, T. M., Mazur, T., Mullins, L. L., Chernausek, S. D., & Wisniewski, A. B. (2010). Primary caregivers of children affected by disorders of sex development: Mental health and caregiver characteristics in the context of genital ambiguity and genitoplasty. *International Journal of Pediatric Endocrinology*, 2010, 1–7.
- Federal Bureau of Prisons. (2016). *Transgender clinical care*. https://www.bop.gov/resources/pdfs/trans_guide_dec_2016.pdf
- Feinberg, L. (1996). *Transgender warriors: Making history from Joan of Arc to Marsha P. Johnson and Beyond*. Beacon Press.
- Feldman, J., Brown, G. R., Deutsch, M. B., Hembree, W., Meyer, W., Meyer-Bahlburg, H. F., Tangpricha, V., T'Sjoen, G., & Safer, J. D. (2016). Priorities for transgender medical and healthcare research. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes, and Obesity*, 23(2), 180–187.
- Ferguson, H. J., Brunsdon, V. E. A. & Bradford, E. E. F. (2021). The developmental trajectories of executive function from adolescence to old age. *Science Reports*, 11, 1382.
- Fernandez, A. A., França, K., Chacon, A. H., & Nouri, K. (2013). From flint razors to lasers: A timeline of hair removal methods. *Journal of Cosmetic Dermatology*, 12(2), 153–162.
- Ferrando, C. A. (2020). Adverse events associated with gender affirming vaginoplasty surgery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 223(2), 267.e1–267.e6.
- Fiani, C. N., & Han, H. J. (2019). Navigating identity: Experiences of binary and non-binary transgender and gender non-conforming (TGNC) adults. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 181–194.
- Fielding, L. (Ed.). (2021). *Trans sex: Clinical approaches to trans sexualities and erotic embodiments* (Vol. 1). Routledge.
- Finlayson, C., Johnson, E. K., Chen, D., Dabrowski, E., Gosiengfiao, Y., Campo-Engelstein, L., & Woodruff, T. K. (2016). Proceedings of the working group session on fertility preservation for individuals with gender and sex diversity. *Transgender Health*, 1(1), 99–107.
- Fischer, O. J. (2021). Non-binary reproduction: Stories of conception, pregnancy, and birth. *International Journal of Transgender Health*, 22 (1–2), 77–88.
- Fisher, A. D., Castellini, G., Ristori, J., Casale, H., Cassioli, E., Sensi, C., & Maggi, M. (2016). Cross-sex hormone treatment and psychobiological changes in transsexual persons: Two-year follow-up data. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 101(11), 4260–4269.
- Fisher, A. D., Ristori, J., Fanni, E., Castellini, G., Forti, G., & Maggi, M. (2016). Gender identity, gender assignment and reassignment in individuals with disorders of sex development: A major of dilemma. *Journal of Endocrinological Investigation*, 39(11), 1207–1224.
- Fisher, C. M., Waling, A., Kerr, L., Bellamy, R., Ezer, P., & Mikolajczak, G. (2019). *6th National Survey of Australian Secondary Students and Sexual Health 2018* (ARCSHS Monograph Series No. 113). Australian Research Centre in Sex, Health & Society.
- 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 Womens Health & Gender-Based Medicine*, 9(4), 381–387.
- Fix, L., Durden, M., Obedin-Maliver, J., Moseson, H., Hastings, J., Stoeffler, A., & Baum, S. E. (2020). Stakeholder perceptions and experiences regarding access to contraception and abortion for transgender, non-binary, and gender-expansive individuals assigned female at birth in the U.S. *Archives of Sexual Behaviour*, 49(7), 2683–2702.
- Fleming, L., Knafl, K., & Van Riper, M. (2017). How the child's gender matters for families having a child with congenital adrenal hyperplasia. *Journal of Family Nursing*, 23(4), 516–533.
- Flentje, A., Heck, N. C., Brennan, J. M., & Meyer, I. H. (2020). The relationship between minority stress and biological outcomes: A systematic review. *Journal of Behavioral Medicine*, 43(5), 673–694.
- Fraser, L. (2009a). Psychotherapy in the world professional association for transgender health's standards of care: Background and recommendations. *International Journal of Transgenderism*, 11(2), 110–126.
- Fraser, L. (2009b). Depth psychotherapy with transgender people. *Sex and Relationship Therapy*, 24(2), 126–142.
- Frederick, M. J., Berhanu, A. E., & Bartlett, R. (2017). Chest surgery in female to male transgender individuals. *Annals of Plastic Surgery*, 78(3), 249–253.
- Frederick, N. N., Campbell, K., Kenney, L. B., Moss, K., Speckhart, A., & Bober, S. L. (2018). Barriers and facilitators to sexual and reproductive health communication between pediatric oncology clinicians and adolescent and young adult patients: The clinician perspective. *Pediatric Blood and Cancer*, 65(8), e27087.
- Fredriksen-Goldsen, K. I. (2011). Resilience and disparities among lesbian, gay, bisexual, and transgender older adults. *The Public Policy and Aging Report*, 21(3), 3.
- Fredriksen-Goldsen, K. I., Cook-Daniels, L., Kim, H. J., Erosheva, E. A., Emlet, C. A., Hoy-Ellis, C. P., Goldsen, J., & Muraco, A. (2014). Physical and mental health of transgender older adults: An at-risk and underserved population. *The Gerontologist*, 54(3), 488–500.
- Frey, J. D., Poudrier, G., Thomson, J. E., & Hazen, A. (2017). A historical review of gender-affirming medicine: Focus on genital reconstruction surgery. *Journal of Sexual Medicine*, 14(8), 991–1002.
- Fung, R., Gallibois, C., Coutin, A., & Wright, S. (2020). Learning by chance: Investigating gaps in transgender care education amongst family medicine, endocrinology, psychiatry and urology residents. *Canadian Medical Education Journal*, 11(4), e19–e28.
- Furtado, P. S., Moraes, F., Lago, R., Barros, L. O., Toralles, M. B., & Barroso, U. (2012). Gender dysphoria associated with disorders of sex development. *Nature Reviews Urology*, 9(11), 620–627.
- Gaither, T. W., Awad, M. A., Osterberg, E. C., Murphy, G. P., Romero, A., Bowers, M. L., & Breyer, B. N. (2018). Postoperative complications following primary penile inversion vaginoplasty among 330 male-to-female transgender patients. *Journal of Urology*, 199(3), 760–765.
- Galupo, M. P., Henise, S. B., & Mercer, N. L. (2016). “The labels don't work very well”: Transgender individuals' conceptualizations of sexual orientation and sexual identity. *International Journal of Transgenderism*, 17(2), 93–104.
- Galupo, M. P., Pulice-Farrow, L., Clements, Z. A., & Morris, E. R. (2019). “I love you as both and I love you as neither”: Romantic partners' affirmations of nonbinary trans individuals. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 315–327.
- Gamarel, K. E., Mereish, E. H., Manning, D., Iwamoto, M., Operario, D., & Nemoto, T. (2015). Minority stress, smoking patterns, and cessation attempts: Findings from a community-sample of transgender women in the San Francisco Bay area. *Nicotine & Tobacco Research*, 18(3), 306–313.
- Gao, Y., Maurer, T., & Mirmirani, P. (2018). Understanding and addressing hair disorders in transgender individuals. *American Journal of Clinical Dermatology*, 19(4), 517–527.
- Garaffa, G., Ralph, D. J., & Christopher, N. (2010). Total urethral construction with the

- radial artery-based forearm free flap in the transsexual. *BJU International*, 106(8), 1206–1210.
- Garcia, M. M. (2018). Sexual function after shallow and full-depth vaginoplasty: Challenges, clinical findings, and treatment strategies—Urologic perspectives. *Clinical Plastic Surgery*, 45(3), 437–446.
- Garcia, M. M. (2021). Decision-making in masculinizing surgery and feminizing surgery. In D. Nikolavsky & S. A. Blakely (Eds.), *Urological Care for the Transgender Patient: A Comprehensive Guide* (pp. 7–21). Springer.
- Garcia, M. M., & Zaliznyak, M. (2020). Effects of feminizing hormone therapy on sexual function of transgender women. *Journal of Urology*, 203(Suppl. 4), e672–e672.
- Garcia, M. M., Christopher, N. A., De Luca, F., Spilotros, M., & Ralph, D. J. (2014). Overall satisfaction, sexual function, and the durability of neophallus dimensions following staged female to male genital gender confirming surgery: The Institute of Urology, London U.K. experience. *Translational Andrology and Urology*, 3(2), 156–162.
- Gardner, M., & Steinberg, L. (2005). Peer influence on risk taking, risk preference, and risky decision making in adolescence and adulthood: An experimental study. *Developmental Psychology*, 41(4), 625–635.
- Garrison, S. (2018). On the limits of “trans enough”: Authenticating trans identity narratives. *Gender & Society*, 32(5), 613–637.
- Gava, G., Cerpolini, S., Martelli, V., Battista, G., Seracchioli, R., & Meriggiola, M. C. (2016). Cyproterone acetate vs leuprolide acetate in combination with transdermal oestradiol in transwomen: A comparison of safety and effectiveness. *Clinical Endocrinology*, 85(2), 239–246.
- Gava, G., Mancini, I., Alvisi, S., Seracchioli, R., & Meriggiola, M. C. (2020). A comparison of 5-year administration of cyproterone acetate or leuprolide acetate in combination with estradiol in transwomen. *European Journal of Endocrinology*, 183(6), 561–569.
- Gava, G., Mancini, I., Cerpolini, S., Baldassarre, M., Seracchioli, R., & Meriggiola, M. C. (2018). Testosterone undecanoate and testosterone enanthate injections are both effective and safe in transmen over 5 years of administration. *Clinical Endocrinology*, 89(6), 878–886.
- Gelfer, M. P., & Tice, R. M. (2013). Perceptual and acoustic outcomes of voice therapy for male-to-female transgender individuals immediately after therapy and 15 months later. *Journal of Voice*, 27(3), 335–347.
- Geneid, A., Rihkanen, H., & Kinnari, T. J. (2015). Long-term outcome of endoscopic shortening and stiffening of the vocal folds to raise the pitch. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 272(12), 3751–3756.
- Gerritse, K., Hartman, L., Antonides, M. F., Wensing-Kruger, A., de Vries, A. L. C., & Molewijk, B. C. (2018). Moral challenges in transgender care: A thematic analysis based on a focused ethnography. *Archives of Sexual Behaviour*, 47(8), 2319–2333.
- Getahun, D., Nash, R., Flanders, W. D., Baird, T. C., Becerra-Culqui, T. A., Cromwell, L., Hunkeler, E., Lash, T. L., Millman, A., Quinn, V. P., Robinson, B., Roblin, D., Silverberg, M. J., Safer, J., Slovis, J., Tangpricha, V., & Goodman, M. (2018). Cross-sex hormones and acute cardiovascular events in transgender persons: A cohort study. *Annals of Internal Medicine*, 169(4), 205–213.
- Gezer, E., Piro, B., Cantürk, Z., Çetinarslan, B., Sözen, M., Selek, A., Işık, A. P., & Seal, L. J. (2021). The comparison of gender dysphoria, body image satisfaction and quality of life between treatment-naïve transgender males with and without polycystic ovary syndrome. *Transgender Health. Advance online publication*.
- Gibson, D. J., Glazier, J. J., Olson, K. R. (2021). Evaluation of anxiety and depression in a community sample of transgender youth. *JAMA Network Open* 4, e214739.
- Gieles, N. C., van de Grift, T. C., Elaut, E., Heylens, G., Becker-Hebly, I., Nieder, T. O., Laan, E. T. M., & Kreukels, B. P. C. (2022). Pleasure please! Sexual pleasure and influencing factors in transgender persons: An

- ENIGI follow-up study. *International Journal of Transgender Health*, Advance online publication.
- Giffort, D. M., & Underman, K. (2016). The relationship between medical education and trans health disparities: A call to research. *Sociology Compass*, 10(11), 999–1013.
- Gils, L., & Brewaeys, A. (2007). Surgical treatment of gender dysphoria in adults and adolescents: Recent developments, effectiveness, and challenges. *Annual Review of Sex Research*, 18, 178–184.
- Giltay, E. J., & Gooren, L. J. (2000). Effects of sex steroid deprivation/administration on hair growth and skin sebum production in transsexual males and females. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 85(8), 2913–2921.
- Giltay, E. J., Gooren, L. J. G., Emeis, J. J., Kooistra, T., & Stehouwer, C. D. A. (2000). Oral, but not transdermal, administration of estrogens lowers tissue-type plasminogen activator levels in humans without affecting endothelial synthesis. *Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology*, 20(5), 1396–1403.
- Giordano, S. (2008). Lives in a chiaroscuro. Should we suspend the puberty of children with gender identity disorder? *Journal of Medical Ethics*, 34(8), 580–584.
- Giordano, S., & Holm, S. (2020). Is puberty delaying treatment ‘experimental treatment’?. *International Journal of Transgender Health*, 21(2), 113–121.
- Giovanardi, G., Mirabella, M., Di Giuseppe, M., Lombardo, F., Speranza, A. M., & Lingiardi, V. (2021). Defensive functioning of individuals diagnosed with gender dysphoria at the beginning of their hormonal treatment. *Frontiers in Psychology*, 12, 665547.
- Giovanardi, G., Vitelli, R., Maggiora Vergano, C., Fortunato, A., Chianura, L., Lingiardi, V., & Speranza, A. M. (2018). Attachment patterns and complex trauma in a sample of adults diagnosed with gender dysphoria. *Frontiers in Psychology*, 9, 60.
- GIRES, LGBT Foundation, Mermaids, Ozanne Foundation, and Stonewall. (2020). *Conversion therapy and gender identity survey*. Stonewall. https://www.stonewall.org.uk/system/files/2020_conversion_therapy_and_gender_identity_survey.pdf
- Glaser, R. L. M. F., Newman, M. M., Parsons, M. M., Zava, D. P., & Glaser-Garbrick, D. (2009). Safety of maternal testosterone therapy during breast feeding. *International Journal of Pharmaceutical Compounding*, 13(4), 314–317.
- Glaser, J., Nouri, S., Fernandez, A., Sudore, R. L., Schillinger, D., Klein-Fedyshin, M., & Schenker, Y. (2020). Interventions to improve patient comprehension in informed consent for medical and surgical procedures: An updated systematic review. *Medical Decision Making*, 40(2), 119–143.
- Glick, J. C., Leamy, C., Molsberry, A. H., & Kerfeld, C. I. (2020). Moving toward equitable health care for lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer patients: Education and training in physical therapy education. *Journal of Physical Therapy Education*, 34(3), 192–197.
- Glidden, D., Bouman, W. P., Jones, B., & Arcelus, J. (2016). Autistic spectrum disorders and gender dysphoria: A systematic review. *Sexual Medicine Reviews*, 4(1), 3–14.
- Glynn, T. R., Gamarel, K. E., Kahler, C. W., Iwamoto, M., Operario, D., & Nemoto, T. (2016). The role of gender affirmation in psychological well-being among transgender women. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 3(3), 336.
- Godfrey, L. M. (2021). Mental health outcomes among individuals with 46,XY disorders of sex development: A systematic review. *Journal of Health Psychology*, 26(1), 40–59.
- Goetz, T. G., & Arcomano, A. C. (2022). “X” marks the transgressive gender: A qualitative exploration of legal gender-affirmation. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, Advance online publication.
- Goldhammer, H., Marc, L. G., Psihopoulos, D., Chavis, N. S., Massaquoi, M., Cahill, S., Rebchook, G., Reisner, S., Mayer, K. A., Cohen, S. M., & Keuroghlian, A. S. (2022). HIV care continuum interventions for

- transgender women: A topical review. *Public Health Reports*, Advance online publication.
- Goldstein, Z., Khan, M., Reisman, T., & Safer, J. D. (2019). Managing the risk of venous thromboembolism in transgender adults undergoing hormone therapy. *Journal of Blood Medicine*, 10, 209–216.
- Golub, S. A., Fikslin, R. A., Starbuck, L., & Klein, A. (2019). High rates of PrEP eligibility but low rates of PrEP access among a national sample of transmasculine individuals. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 82(1), e1–e7.
- Gomez, A. M., Đỗ, L., Ratliff, G. A., Crego, P. I., & Hastings, J. (2020). Contraceptive beliefs, needs, and care experiences among transgender and nonbinary young adults. *The Journal of Adolescent Health*, 67(4), 597–602.
- Gómez-Gil, E., Zubiaurre-Elorza, L., Esteva, I., Guillamon, A., Godás, T., Cruz Almaraz, M., & Salamero, M. (2012). Hormone-treated transsexuals report less social distress, anxiety and depression. *Psychoneuroendocrinology*, 37(5), 662–670.
- Gong, E. M., & Cheng, E. Y. (2017). Current challenges with proximal hypospadias: We have a long way to go. *Journal of Pediatric Urology*, 13(5), 457–467.
- Goodman, M., Adams, N., Corneil, T., Kreukels, B., Motmans, J., & Coleman, E. (2019). Size and distribution of transgender and gender nonconforming populations: A narrative review. *Endocrinology and Metabolism Clinics*, 48(2), 303–321.
- Gooren, L. J., van Trotsenburg, M. A., Giltay, E. J., & van Diest, P. J. (2013). Breast cancer development in transsexual subjects receiving cross-sex hormone treatment. *The Journal of Sexual Medicine*, 10(12), 3129–3134.
- Gooren, L. J., Wierckx, K., & Giltay, E. J. (2014). Cardiovascular disease in transsexual persons treated with cross-sex hormones: Reversal of the traditional sex difference in cardiovascular disease pattern. *European Journal of Endocrinology*, 170(6), 809–819.
- Gordon, A. R., Fish, J. N., Kiekens, W. J., Lightfoot, M., Frost, D. M., & Russell, S. T. (2021). Cigarette smoking and minority stress across age cohorts in a national sample of sexual minorities: Results from the Generations Study. *Annals of Behavioral Medicine*, 55(6), 530–542.
- Gorin-Lazard, A., Baumstarck, K., Boyer, L., Maquigneau, A., Gebleux, S., Penochet, J., Pringuey, D., Albarel, F., Morange, I., Loundou, A., Berbis, J., Auquier, P., Lançon, C., & Bonierbale, M. (2012). Is hormonal therapy associated with better quality of life in transsexuals? A cross-sectional study. *The Journal of Sexual Medicine*, 9(2), 531–541.
- Gorin-Lazard, A., Baumstarck, K., Boyer, L., Maquigneau, A., Penochet, J. C., Pringuey, D., & Auquier, P. (2013). Hormonal therapy is associated with better self-esteem, mood, and quality of life in transsexuals. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(11), 996–1000.
- Gourab, G., Khan, M. N. M., Hasan, A. M. R., Sarwar, G., Irfan, S. D., & Reza, M. M. (2019). The willingness to receive sexually transmitted infection services from public healthcare facilities among key populations at risk for human immunodeficiency virus infection in Bangladesh: Qualitative study. *PLOS One*, 14(9), e0221637.
- Gower, A. L., Rider, G. N., Brown, C., McMorris, B. J., Coleman, E., Taliaferro, L. A., & Eisenberg, M. E. (2018). Supporting transgender and gender diverse youth: Protection against emotional distress and substance use. *American Journal of Preventive Medicine*, 55(6), 787–794.
- Gower, A. L., Rider, G. N., Coleman, E., Brown, C., McMorris, B. J., & Eisenberg, M. E. (2018). Perceived gender presentation among transgender and gender diverse youth: Approaches to analysis and associations with bullying victimization and emotional distress. *LGBT Health*, 5(5), 312–319.
- Graham, S. (2010). Gender diversity in Indonesia: sexuality, Islam and queer selves. Routledge.
- Grannis, C., Leibowitz, S. F., Gahn, S., Nahata, L., Morningstar, M., Mattson, W. I., Chen, D., Strang, J. F., & Nelson, E. E. (2021). Testosterone treatment, internalizing symptoms, and body image dissatisfaction in

- transgender boys. *Psychoneuroendocrinology*, 132, 105358.
- Grant, J., Lisa, A., Mottet, J., Tanis, D., With, J., Harrison, J., Herman, M., & Keisling, M. H. (2011). *Injustice at every turn: A report of the National Transgender Discrimination Survey*. https://transequality.org/sites/default/files/docs/resources/NTDS_Report.pdf
- Grant, J. M., Mottet, L. A., Tanis, J., Harrison, J., Herman, J. L., & Keisling, M. (2016). *Injustice at every turn: A report of the National Transgender Discrimination Survey 2011*. Washington, DC: National Center for Transgender Equality and National Gay and Lesbian Task Force. https://thetaskforce.org/static_html/downloads/reports/reports/Ntds_full.pdf
- Grant, R. M., Pellegrini, M., Defechereux, P. A., Anderson, P. L., Yu, M., Glidden, D. V., O'Neal, J., Yager, J., Bhasin, S., Sevelius, J., & Deutsch, M. B. (2020). Sex hormone therapy and tenofovir diphosphate concentration in dried blood spots: Primary results of the interactions between antiretrovirals and transgender hormones study. *Clinical Infectious Diseases*, 73(7), e2117–e2123.
- Green, A. E., Price-Feeney, M., Dorison, S. H., & Pick, C. J. (2020). Self-reported conversion efforts and suicidality among US LGBTQ youths and young adults, 2018. *American Journal of Public Health*, 110(8), 1221–1227.
- Green, R., & Fleming, D. T. (1990). Transsexual surgery follow-up: Status in the 1990s. *Annual Review of Sex Research*, 1(1), 163–174.
- Greenwald, P., Dubois, B., Lekovich, J., Pang, J. H., & Safer, J. D. (2021). Successful in vitro fertilization in a cisgender female carrier using oocytes retrieved from a transgender man maintained on testosterone. *AACE Clinical Case Reports*, 8(1), 19–21.
- Greytak, E. A., Kosciw, J. G., & Boesen, M. J. (2013). Putting the “T” in “Resource”: The benefits of LGBT-related school resources for transgender youth. *Journal of LGBT Youth*, 10(1–2), 45–63.
- Griffiths, D. A. (2018). Shifting syndromes: Sex chromosome variations and intersex classifications. *Social Studies of Science*, 48(1), 125–148.
- Grimstad, F. W., Fowler, K. G., New, E. P., Ferrando, C. A., Pollard, R. R., Chapman, G., Gray, M., & Lobo, V. G. (2020). Ovarian histopathology in transmasculine persons on testosterone: A multicenter case series. *The Journal of Sexual Medicine*, 17(9), 1807–1818.
- Grimstad, F., Fowler, K., New, E., Unger, C., Pollard, R., Chapman, G., Hochberg, L., Gomez-Lobo, V., Gray, M. (2018). Evaluation of uterine pathology in transgender men and gender nonbinary persons on testosterone. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 31(2), 217.
- Grimstad, F., Kremen, J., Streed, C. G., & Dalke, K. B. (2021). The health care of adults with differences in sex development or intersex traits is changing: Time to prepare clinicians and health systems. *LGBT Health*, 8(7), 439–443.
- Grimstad, F., McLaren, H., & Gray, M. (2021). The gynecologic examination of the transfeminine person after penile inversion vaginoplasty. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 224(3), 266–273.
- Grootens-Wiegers, P., Hein, I. M., van den Broek, J. M., & de Vries, M. C. (2017). Medical decision-making in children and adolescents: Developmental and neuroscientific aspects. *BMC Pediatrics*, 17(1).
- Gross, M. (1999). Pitch-raising surgery in male-to-female transsexuals. *Journal of Voice*, 13(2), 246–250.
- Grossman, A. H., & D'Augelli, A. R. (2006). Transgender youth: Invisible and vulnerable. *Journal of Homosexuality*, 51(1), 111–128.
- Grossman, A. H., & D'Augelli, A. R. (2007). Transgender youth and life-threatening behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(5), 527–537.
- Grossman, A. H., D'Augelli, A. R., Howell, T. J., & Hubbard, S. (2005). Parent' reactions to transgender youth' gender nonconforming expression and identity. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 18(1), 3–16.

- Grossman, A. H., Park, J. Y., Frank, J. A., & Russell, S. T. (2019). Parental responses to transgender and gender nonconforming youth: Associations with parent support, parental abuse, and youths' psychological adjustment. *Journal of Homosexuality*, 68(8), 1–18.
- Grynberg, M., Fanchin, R., Dubost, G., Colau, J. C., Bremont-Weil, C., Frydman, R., & Ayoubi, J. M. (2010). Histology of genital tract and breast tissue after long-term testosterone administration in a female-to-male transsexual population. *Reproductive Biomedicine Online*, 20(4), 553–558.
- Gunjawate, D. R., B. Kumar, R., Ravi, R., & Kunnath, L. S. (2020). Knowledge and attitudes toward transgender community among speech-language pathologists in India: A questionnaire-based exploration. *International Journal of Transgender Health*, 21(4), 455–462.
- Guyatt, G., Oxman, A. D., Akl, E. A., Kunz, R., Vist, G., Brozek, J., Norris, S., Falck-Ytter, Y., Glasziou, P., & deBeer, H. (2011). GRADE guidelines: 1. Introduction—GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *Journal of Clinical Epidemiology*, 64(4), 383–394.
- Haas, A. P., Eliason, M., Mays, V. M., Mathy, R. M., Cochran, S. D., D'Augelli, A. R., Silverman, M. M., Fisher, P. W., Hughes, T., Rosario, M., Russell, S. T., Malley, E., Reed, J., Litts, D. A., Haller, E., Sell, R. L., Remafedi, G., Bradford, J., Beautrais, A. L., & Brown, G. K. (2010). Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: Review and recommendations. *Journal of Homosexuality*, 58(1), 10–51.
- Hadj-Moussa, M., Agarwal, S., Ohl, D. A., & Kuzon, W. M. (2018). Masculinizing genital gender confirmation surgery. *Sexual Medicine Reviews*, 7(1), 141–155.
- Hadj-Moussa, M., Ohl, D. A., & Kuzon, W. M., Jr. (2018). Feminizing genital gender-confirmation surgery. *Sexual Medicine Reviews*, 6(3), 457–468.e452.
- Hafford-Letchfield, T., Simpson, P., Willis, P. B., & Almack, K. (2018). Developing inclusive residential care for older lesbian, gay, bisexual and trans (LGBT) people: An evaluation of the Care Home Challenge action research project. *Health & Social Care in the Community*, 26(2), e312–e320.
- Hage, J. J., Dekker, J., Karim, R. B., Verheijen, R. H. M., & Bloemena, E. (2000). Ovarian cancer in female-to-male transsexuals: Report of two cases. *Gynecologic Oncology*, 76(3), 413–415.
- Hagen, D. B., & Galupo, M. P. (2014). Trans* individuals' experiences of gendered language with health care providers: Recommendations for practitioners. *International Journal of Transgenderism*, 15(1), 16–34.
- Hahn, M., Sheran, N., Weber, S., Cohan, D., & Obedin-Maliver, J. (2019). Providing patient-centered perinatal care for transgender men and gender-diverse individuals: A collaborative multidisciplinary team approach. *Obstetrics and Gynecology*, 135(5), 959–963.
- Hall, R., Mitchell, L., & Sachdeva, J. (2021). Access to care and frequency of detransition among a cohort discharged by a UK national adult gender identity clinic: Retrospective case-note review. *BJPsych Open*, 7(6).
- Hamada, A., Kingsberg, S., Wierckx, K., T'Sjoen, G., De Sutter, P., Knudson, G., & Agarwal, A. (2015). Semen characteristics of transwomen referred for sperm banking before sex transition: A case series. *Andrologia*, 47(7), 832–838.
- Hamm, J. A., & Nieder, T. O. (2021). Trans*-sexualität neu denken: Eine partizipative interviewstudie zu gelingender sexualität ohne genitalangleichung. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 34(02), 69–78.
- Hancock, A. B. (2017). An ICF perspective on voice-related quality of life of American transgender women. *Journal of Voice*, 31(1), 115.e1–115.e8.
- Hancock, A. B., Childs, K. D., & Irwig, M. S. (2017). Trans male voice in the first year of testosterone therapy: Make no assumptions. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 60(9), 2472–2482.
- Hancock, A. B., & Downs, S. C. (2021). Listening to gender-diverse people of color:

- Barriers to accessing voice and communication care. *American Journal of Speech-Language Pathology*.
- Hancock, A. B., & Garabedian, L. M. (2013). Transgender voice and communication treatment: A retrospective chart review of 25 cases. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 48(1), 54–65.
- Hancock, A., & Haskin, G. (2015). Speech-language pathologists' knowledge and attitudes regarding lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer (LGBTQ) populations. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 24(2), 206–221.
- Hancock, A. B., Krissinger, J., & Owen, K. (2011). Voice perceptions and quality of life for transgender people. *Journal of Voice*, 25(5), 553–558.
- Hancock, A. B., & Siegfriedt, L. L. (2020). Transforming voice and communication with transgender and gender-diverse people: An evidence-based process. Plural Publishing.
- Handy, A. B., Wassersug, R. J., Ketter, J. T. J., & Johnson, T. W. (2015). The sexual side of castration narratives: Fiction written by and for eunuchs and eunuch “wannabes.” *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 24(2), 151–159.
- Hardacker, C. T., Chyten-Brennan, J., & Komar, A. (2019). Transgender physiology, anatomy, and aging: A provider's guide to gender-affirming surgeries. In C. Hardacker, K. Ducheny, & M. Houlberg (Eds.), *Transgender and gender nonconforming health and aging* (pp. 37–60). Springer.
- Harden, K. P. (2014). A sex-positive framework for research on adolescent sexuality. *Perspectives on Psychological Science*, 9(5), 455–469.
- Harris, K., Ferguson, J., & Hills, S. (2014). A comparative study of hair removal at an NHS hospital: Luminette intense pulsed light versus electrolysis. *Journal of Dermatological Treatment*, 25(2), 169–173.
- Havranek, E. P., Mujahid, M. S., Barr, D. A., Blair, I. V., Cohen, M. S., Cruz-Flores, S., Davey-Smith, G., Dennison-Himmelfarb, C. R., Lauer, M. S., Lockwood, D. W., Rosal, M., & Yancy, C. W. (2015). American Heart Association Council on Quality of Care and Outcomes Research, Council on Epidemiology and Prevention, Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, Council on Lifestyle and Cardiometabolic Health, and Stroke Council. *Social Determinants of Risk and Outcomes for Cardiovascular Disease: A Scientific Statement From the American Heart Association. Circulation*, 132(9), 873–898.
- Hay, M. (2021, February 20). Meet the men who risk it all to have their balls cut off. *The Daily Beast*. <https://www.thedailybeast.com/inside-the-dangerous-global-network-of-backstreet-castrators-cutters-and-eunuch-makers>
- Health Policy Project, Asia-Pacific Transgender Network and United Nations Development Program. (2015). *Blueprint for the provision of comprehensive care for trans people and trans communities*. <https://weareaptn.org/2017/06/01/blueprint-for-the-provision-of-comprehensive-care-for-trans-people/>
- Heck, N. C., Croot, L. C., & Robohm, J. S. (2015). Piloting a psychotherapy group for transgender clients: Description and clinical considerations for practitioners. *Professional Psychology: Research and Practice*, 46(1), 30–36.
- Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P., Delemarre-van de Waal, H. A., Gooren, L. J., Meyer, W. J., Spack, N. P., Tangpricha, V., & Montori, V. M. (2009). Endocrine treatment of transsexual persons: An endocrine society clinical practice guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 94(9), 3132–3154.
- Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L., Hannema, S. E., Meyer, W. J., Hassan Murad, M., Rosenthal, S. M., Safer, J. D., Tangpricha, V., & T'Sjoen, G. G. (2017). Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 102(11), 3869–3903.
- Hendricks, M. L., & Testa, R. J. (2012). A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the Minority Stress

- Model. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(5), 460–467.
- Henry, R. S., Perrin, P. B., Coston, B. M., & Witten, T. M. (2020). Transgender and gender non-conforming adult preparedness for aging: Concerns for aging, and familiarity with and engagement in planning behaviors. *International Journal of Transgender Health*, 21(1), 58–69.
- Herd, G. (1994). Third sex, third gender. Beyond sexual dimorphism in culture and history. The MIT Press.
- Herman, J. L., Brown, T. N. T., & Haas, A. P. (2019). Suicide thoughts and attempts among transgender adults. Findings from the 2015 US Transgender Survey. Williams Institute UCLA School of Law. <https://escholarship.org/content/qt1812g3hm/qt1812g3hm.pdf>
- Hermann, M., & Thorstenson, A. (2015). A rare case of male-to-eunuch gender dysphoria. *Sexual Medicine*, 3(4), 331–333.
- Hess, J., Henkel, A., Bohr, J., Rehme, C., Panic, A., Panic, L., Rossi Neto, R., Hadaschik, B., & Hess, Y. (2018). Sexuality after male-to-female gender affirmation surgery. *BioMed Research International*, 2018, 1–7.
- Hess, J., Hess-Busch, Y., Kronier, J., Rubben, H., & Rossi Neto, R. (2016). Modified preparation of the neurovascular bundle in male to female transgender patients. *Urology International*, 96(3), 354–359.
- Heylens, G., Elaut, E., Kreukels, B. P. C., Paap, M. C. S., Cerwenka, S., Richter-Appelt, H., Cohen-Kettenis, P. T., Haraldsen, I. R., & De Cuypere, G. (2014). Psychiatric characteristics in transsexual individuals: Multicentre study in four European countries. *British Journal of Psychiatry*, 204(2), 151–156.
- Heylens, G., Verroken, C., De Cock, S., T'Sjoen, G., & De Cuypere, G. (2014). Effects of different steps in gender reassignment therapy on psychopathology: A prospective study of persons with a gender identity disorder. *The Journal of Sexual Medicine*, 11(1), 119–126.
- Hidalgo, M. A., & Chen, D. (2019). Experiences of gender minority stress in cisgender parents of transgender/gender-expansive prepubertal children: A qualitative study. *Journal of Family Issues*, 40(7), 865–886.
- Hidalgo, M. A., Ehrensaft, D., Tishelman, A. C., Clark, L. F., Garofalo, R., Rosenthal, S. M., Spack, N. P., & Olson, J. (2013). The gender affirmative model: What we know and what we aim to learn. *Human Development*, 56(5), 285–290.
- Hines, M., Constantinescu, M., & Spencer, D. (2015). Early androgen exposure and human gender development. *Biology of Sex Differences*, 6(1).
- Hiransuthikul, A., Janamnuysook, R., Sungsing, T., Jantarapakde, J., Trachunthong, D., Mills, S., & Phanuphak, N. (2019). High burden of chlamydia and gonorrhoea in pharyngeal, rectal and urethral sites among Thai transgender women: Implications for anatomical site selection for the screening of STI. *Sexually Transmitted Infections*, 95(7), 534.
- Hisle-Gorman, E., Landis, C. A., Susi, A., Schvey, N. A., Gorman, G. H., Nylund, C. M., & Klein, D. A. (2019). Gender dysphoria in children with autism spectrum disorder. *LGBT Health*, 6(3), 95–100.
- Hisle-Gorman, E., Schvey, N. A., Adirim, T. A., Rayne, A. K., Susi, A., Roberts, T. A., & Klein, D. A. (2021). Mental healthcare utilization of transgender youth before and after affirming treatment. *The Journal of Sexual Medicine*, 18(8), 1444–1454.
- Hoebeke, P., Selvaggi, G., Ceulemans, P., De Cuypere, G., T'Sjoen, G., Weyers, S., Decaestecker, K., & Monstrey, S. (2005). Impact of sex reassignment surgery on lower urinary tract function. *European Urology*, 47(3), 398–402.
- Hoffkling, A., Obedin-Maliver, J., & Sevelius, J. (2017). From erasure to opportunity: A qualitative study of the experiences of transgender men around pregnancy and recommendations for providers. *BMC Pregnancy Childbirth*, 17(Suppl. 2), 332.
- Hollenbach, A., Eckstrand, K., Dreger, A., & AAMC Advisory Committee on Sexual Orientation, Gender Identity, and Sex Development. (2014). *Implementing curricular and institutional climate changes to*

- improve health care for individuals who are LGBT, gender nonconforming, or born with DSD: A resource for medical educators. Association of American Medical Colleges.
- Holmberg, M., Arver, S., & Dhejne, C. (2019). Supporting sexuality and improving sexual function in transgender persons. *Nature Reviews Urology*, 16(2), 121–139.
- Hontscharuk, R., Alba, B., Hamidian Jahromi, A., & Schechter, L. (2021). Penile inversion vaginoplasty outcomes: Complications and satisfaction. *Andrology*, 9(6), 1732–1743.
- Hontscharuk, R., Alba, B., Manno, C., Pine, E., Deutsch, M. B., Coon, D., & Schechter, L. (2021). Perioperative transgender hormone management: Avoiding venous thromboembolism and other complications. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 147(4), 1008–1017.
- Hooton, T. M. (2012). Clinical practice. Uncomplicated urinary tract infection. *New England Journal of Medicine*, 366(11), 1028–1037.
- Horbach, S. E., Bouman, M. B., Smit, J. M., Ozer, M., Buncamper, M. E., & Mullender, M. G. (2015). Outcome of vaginoplasty in male-to-female transgenders: A systematic review of surgical techniques. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(6), 1499–1512.
- Horner, B., McManus, A., Comfort, J., Freijah, R., Lovelock, G., Hunter, M., & Tavener, M. (2012). How prepared is the retirement and residential aged care sector in Western Australia for older non-heterosexual people?. *Quality in Primary Care*, 20(4), 263–274.
- Hostiuc, S., Rusu, M. C., Negoii, I., & Drima, E. (2018). Testing decision-making competency of schizophrenia participants in clinical trials. A meta-analysis and meta-regression. *BMC Psychiatry*, 18(1), 2.
- Horton, C. (2021). Parent advocacy groups for trans children. In A. Goldberg, & G. Beemyn (Eds.), *The SAGE encyclopedia of trans studies*. Sage.
- Houk, C. P., & Lee, P. A. (2010). Approach to assigning gender in 46,XX Congenital Adrenal Hyperplasia with male external genitalia: Replacing dogmatism with pragmatism. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 95(10), 4501–4508.
- Houlberg, M. (2019). Endocrinology, hormone replacement therapy (HRT), and aging. In *Transgender and gender nonconforming health and aging* (pp. 21–35). Springer.
- House of Commons Women and Equalities Committee. (2015, December 8). *Transgender equality: First report of session 2015–2016*. <https://publications.parliament.uk/pa/cm201516/cmselect/cmwomenq/390/390.pdf>
- Hoy-Ellis, C. P., & Fredriksen-Goldsen, K. I. (2017). Depression among transgender older adults: General and minority stress. *American Journal of Community Psychology*, 59(3–4), 295–305.
- Hughes, I. A. (2005). Consensus statement on management of intersex disorders. *Archives of Disease in Childhood*, 91(7), 554–563.
- Hughes, I. A., Nihoul-Fékété, C., Thomas, B., & Cohen-Kettenis, P. T. (2007). Consequences of the ESPE/LWPES guidelines for diagnosis and treatment of disorders of sex development. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 21, 351–365.
- Hughto, J. M. W., Gunn, H. A., Rood, B. A., & Pantalone, D. W. (2020). Social and medical gender affirmation experiences are inversely associated with mental health problems in a U.S. non-probability sample of transgender adults. *Archives of Sexual Behavior*.
- Hullmann, S. E., Fedele, D. A., Wolfe-Christensen, C., Mullins, L. L., & Wisniewski, A. B. (2011). Differences in adjustment by child developmental stage among caregivers of children with disorders of sex development. *International Journal of Pediatric Endocrinology*, 2011(1).
- Human Rights Campaign. (2018a). *Gender expansive youth report*. Human Rights Campaign, US.
- Human Rights Campaign. (2018b). *LGBTQ youth report*. https://www.hrc.org/resources/2018_lgbtq-youth-report
- Human Rights Campaign Foundation. (2017). *Corporate equality index 2018: Rating workplaces on lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer*

- equality. <https://assets2.hrc.org/files/assets/resources/CEI-2018-FullReport.pdf>
- Human Rights Campaign Foundation. (2022). *Corporate equality index 2022: Rating workplaces on lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer equality*. <https://www.hrc.org/resources/corporate-equality-index>
- Human Rights Watch. (2014). "I'm scared to be a woman": Human rights abuses against transgender people in Malaysia. https://features.hrw.org/features/HRW_reports_2014/Im_Scared_to_Be_a_Woman/index.htm
- Human Rights Watch. (2017). "I want to be like nature made me": Medically unnecessary surgeries on intersex children in the U.S. https://www.hrw.org/sites/default/files/report_pdf/lgbtintersex0717_web_0.pdf;
- Hunt, J. (2014). An initial study of transgender people's experiences of seeking and receiving counselling or psychotherapy in the UK. *Counselling and Psychotherapy Research*, 14(4), 288–296.
- Iantaffi, A., & Bockting, W. O. (2011). Views from both sides of the bridge? Gender, sexual legitimacy and transgender people's experiences of relationships. *Culture Health & Sexuality*, 13(3), 355–370.
- Idrus, N. I., & Hymans, T. D. (2014). Balancing benefits and harm: Chemical use and bodily transformation among Indonesia's transgender waria. *International Journal of Drug Policy*, 25(4), 789–797.
- ILGA World. (2020a). *Trans legal mapping report 2019: recognition before the law*. https://ilga.org/downloads/ILGA_World_Trans_Legal_Mapping_Report_2019_EN.pdf
- ILGA World. (2020b). *Curbing deception: a world survey on legal regulation of so-called "conversion therapies"*. https://ilga.org/downloads/ILGA_World_Curbing_Deception_world_survey_legal_restrictions_conversion_therapy.pdf
- Ingraham, N., Wingo, E., & Roberts, S. C. M. (2018). Inclusion of LGBTQ persons in research related to pregnancy risk: A cognitive interview study. *BMJ Sexual & Reproductive Health*.
- International Commission of Jurists. (2007). Yogyakarta principles—Principles on the application of international human rights law in relation to sexual orientation and gender identity. www.yogyakartaprinciples.org
- International Commission of Jurists. (2017). The Yogyakarta Principles Plus 10—Additional principles and state obligation on the application of International Human Rights Law in relation to sexual orientation, gender expression and sex characteristics to complement the Yogyakarta Principles. http://yogyakartaprinciples.org/wp-content/uploads/2017/11/A5_yogyakartaWEB-2.pdf
- Interprofessional Education Collaborative Expert Panel. (2011). *Core competencies for interprofessional collaborative practice: Report of an expert panel*. Interprofessional Education Collaborative.
- Irwig, M. S. (2017). Testosterone therapy for transgender men. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 5, 301–311.
- Irwig, M. S. (2018). Cardiovascular health in transgender people. *Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders*, 19(3), 243–251.
- Irwig, M. S., Childs, K., & Hancock, A. B. (2017). Effects of testosterone on the transgender male voice. *Andrology*, 5(1), 107–112.
- Irwig, M. S. (2021). Is there a role for 5 α -reductase inhibitors in transgender individuals? *Andrology*, 9(6), 1729–1731.
- Isaacson, D., Aghili, R., Wongwittava, N., & Garcia, M. (2017). How big is too big? The girth of bestselling insertive sex toys to guide maximal neophallus dimensions. *The Journal of Sexual Medicine*, 14(11), 1455–1461.
- Islam, N., Nash, R., Zhang, Q., Panagiotakopoulos, L., Daley, T., Bhasin, S., Getahun, D., Sonya Haw, J., McCracken, C., Silverberg, M. J., Tangpricha, V., Vupputuri, S., & Goodman, M. (2021). Is there a link between hormone use and diabetes incidence in transgender people? Data from the

- STRONG cohort. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 107(4), e1549–e1557.
- Isshiki, N., Taira, T., & Tanabe, M. (1983). Surgical alteration of the vocal pitch. *The Journal of Otolaryngology*, 12(5), 335–340.
- Iwamoto, S. J., Defreyne, J., Rothman, M. S., Van Schuylenbergh, J., Van de Bruaene, L., Motmans, J., & T'Sjoen, G. (2019). Health considerations for transgender women and remaining unknowns: A narrative review. *Therapeutic Advances in Endocrinology and Metabolism*, 10, 204201881987116.
- Iwamoto, S. J., Grimstad, F., Irwig, M. S., & Rothman, M. S. (2021). Routine screening for transgender and gender diverse adults taking gender-affirming hormone therapy: A narrative review. *Journal of General Internal Medicine*, 36(5), 1380–1389.
- Iwamoto, S. J., T'Sjoen, G., Safer, J. D., Davidge-Pitts, C. J., Wierman, M. E., Glodowski, M. B., & Rothman, M. S. (2019). Letter to the editor: “Progesterone is important for transgender women's therapy—Applying evidence for the benefits of progesterone in ciswomen”. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 104(8), 3127–3128.
- Jablonski, R. A., Vance, D. E., & Beattie, E. (2013). The invisible elderly: Lesbian, gay, bisexual, and transgender older adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 39(11), 46–52.
- Jackowich, R. A., Vale, R., Vale, K., Wassersug, R. J., & Johnson, T. W. (2014). Voluntary genital ablations: Contrasting the cutters and their clients. *Sexual Medicine*, 2(3), 121–132.
- Jackson Levin, N., Kattari, S. K., Piellusch, E. K., & Watson, E. (2020). “We just take care of each other”: Navigating ‘chosen family’ in the context of health, illness, and the mutual provision of care amongst queer and transgender young adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(19), 7346.
- Jacobson, G. J., Niemira, J. C., & Violeta, K. J. (Eds.). (2019). *Sex, sexuality, and trans identities: Clinical guidance for psychotherapists and counselors*. Jessica Kingsley Publishers.
- Jadoul, P., Guilmann, A., Squifflet, J., Luyckx, M., Votino, R., Wyns, C., & Dolmans, M. M. (2017). Efficacy of ovarian tissue cryopreservation for fertility preservation: Lessons learned from 545 cases. *Human Reproduction*, 32(5), 1046–1054.
- Jäggi, T., Jellestad, L., Corbisiero, S., Schaefer, D. J., Jenewein, J., Schneeberger, A., Kuhn, A., & Garcia Nuñez, D. (2018). Gender minority stress and depressive symptoms in transitioned Swiss transpersons. *BioMed Research International*, 2018, 8639263.
- Jahromi, A. H., Horen, S. R., Dorafshar, A. H., Seu, M. L., Radix, A., Anderson, E., Green, J., Fraser, L., Johannesson, L., Testa, G., Schechter, L. S. M., & Schechter, L. (2021). Uterine transplantation and donation in transgender individuals; Proof of concept. *International Journal of Transgender Health*, 22(4), 349–359.
- Jakomin, J. R., Ziegler, A., Rio, C., & Suddarth, R. (2020). Opportunities to learn transgender voice and communication therapy in graduate speech-language pathology education: Preliminary e-survey findings. *Perspectives*, 5(4), 876–883.
- James, S. E., Herman, J. L., Rankin, S., Keisling, M., Mottet, L., & Anafi, M. (2016). *The report of the 2015 U.S. Transgender Survey*. <https://transequality.org/sites/default/files/docs/usts/USTS-AIAN-Report-Dec17.pdf>
- James-Abra, S., Tarasoff, L., Green, D., Epstein, R., Anderson, S., Marvel, S., Steele, L. S., Ross, L. (2015). Trans people's experiences with assisted reproduction services: A qualitative study. *Human Reproduction*, 30(6), 1365–1374.
- Jasuja, G. K., de Groot, A., Quinn, E. K., Ameli, O., Hughto, J. M., Dunbar, M., Deutsch, M., Streed, C. G., Paasche-Orlos, M., Wolfe, H. L., & Rose, A. J. (2020). Beyond gender identity disorder diagnosis codes: An examination of additional methods to identify transgender individuals in administrative databases. *Medical Care*, 58(10), 903.
- Javier, C., Crimston, C. R., & Barlow, F. K. (2022). Surgical satisfaction and quality of life

- outcomes reported by transgender men and women at least one year post gender-affirming surgery: A systematic literature review. *International Journal of Transgender Health*, 23(3), 255–273.
- Jazayeri, H. E., Lopez, J., Sluiter, E. C., O'Brien-Coon, D., Bluebond-Langner, R., Kuzon, W. M., Jr., Berli, J. U., Monstrey, S. J., Deschamps-Braly, J. C., Dorafshar, A. H., & Schechter, L. S. (2021). Discussion: Promoting centers for transgender care. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 79(1), 3–4.
- Jefford, M., & Moore, R. (2008). Improvement of informed consent and the quality of consent documents. *The Lancet. Oncology*, 9(5), 485–493.
- Jenness, V., & Smyth, M. (2011). The passage and implementation of the Prison Rape Elimination Act: Legal endogeneity and the uncertain road from symbolic law to instrumental effects. *Stanford Law & Policy Review*, 22, 489.
- Jenness, V., & Fenstermaker, S. (2016). Forty years after Brownmiller: Prisons for men, transgender inmates, and the rape of the feminine. *Gender & Society*, 30(1), 14–29.
- Jessen, R. S., Waehre, A., David, L., & Stänicke, E. (2021). Negotiating gender in everyday life: Toward a conceptual model of gender dysphoria in adolescents. *Archives of Sexual Behavior*, 50(8), 3489–3503.
- Jiang, D. D., Gallagher, S., Burchill, L., Berli, J., & Dugi, D., 3rd. (2019). Implementation of a pelvic floor physical therapy program for transgender women undergoing gender-affirming vaginoplasty. *Obstetrics and Gynecology*, 133(5), 1003–1011.
- Jiang, D., Witten, J., Berli, J., & Dugi, D., 3rd. (2018). Does depth matter? Factors affecting choice of vulvoplasty over vaginoplasty as gender-affirming genital surgery for transgender women. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(6), 902–906.
- Jindarak, S., Nilprapha, K., Atikankul, T., Angspatt, A., Pungrasmi, P., Iamphongsai, S., Promniyom, P., Suwajo, P., Scvaggi, G., & Tiewtranon, P. (2018). Spermatogenesis abnormalities following hormonal therapy in transwomen. *Biomed Research International*, 2018, 7919481.
- Johns, M. M., Beltran, O., Armstrong, H. L., Jayne, P. E., & Barrios, L. C. (2018). Protective factors among transgender and gender variant youth: A systematic review by socioecological level. *The Journal of Primary Prevention*, 39(3), 263–301.
- Johns, M. M., Lowry, R., Andrzejewski, J., Barrios, L. C., Demissie, Z., McManus, T., Rasberry, C. N., Robin, L., & Underwood, J. M. (2019). Transgender identity and experiences of violence victimization, substance use, suicide risk, and sexual risk behaviors among high school students—19 states and large urban school districts, 2017. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 68(3), 67.
- Johnson, E. K., Rosoklija, I., Finlayson, C., Chen, D., Yerkes, E. B., Madonna, M. B., Holl, J. L., Baratz, A. B., Davis, G., & Cheng, E. Y. (2017). Attitudes towards “disorders of sex development” nomenclature among affected individuals. *Journal of Pediatric Urology*, 13(6), 608.e1–608.e8.
- Johnson, K. C., LeBlanc, A. J., Deardorff, J., Bockting, W. O. (2020). Invalidation experiences among non-binary adolescents. *Journal of Sex Research*, 57(2), 222–233.
- Johnson, L., & Federman, E. J. (2014). Training, experience, and attitudes of VA psychologists regarding LGBT issues: Relation to practice and competence. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 1(1).
- Johnson, T. W., & Irwig, M. S. (2014). The hidden world of self-castration and testicular self-injury. *Nature Reviews Urology*, 11(5), 297–300.
- Johnson, T. W., & Wassersug, R. J. (2016). Recognition of gender variants outside the binary in WPATH Standards of Care, Version 7.0. *International Journal of Transgenderism*, 17(1), 1–3.
- Johnson, T. W., Brett, M. A., Roberts, L. F., & Wassersug, R. J. (2007). Eunuchs in contemporary society: Characterizing men who are voluntarily castrated (Part I). *The Journal of Sexual Medicine*, 4(4), 930–945.

- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). (2019). *UNAIDS Data 2019*. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2019-UNAIDS-data_en.pdf
- Joint, R., Chen, Z. E., & Cameron, S. (2018). Breast and reproductive cancers in the transgender population: A systematic review. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 125(12), 1505–1512.
- Jones, C. (2019). Intersex, infertility and the future: Early diagnoses and the imagined life course. *Sociology of Health & Illness*, 42(1), 143–156.
- Jones, T., de Bolger, T., Dune, A., Lykins, A., & G. Hawkes. (2015). Female-to-Male (FtM) transgender people's experiences in Australia: A national study. Springer.
- Jones, B. A., Bouman, W. P., Haycraft, E., & Arcelus, J. (2019). Gender congruence and body satisfaction in nonbinary transgender people: A case control study. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 263–274.
- Jones, B. A., Bouman, W. P., Haycraft, E., & Arcelus, J. (2019). Mental health and quality of life in non-binary transgender adults: A case control study. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 251–262.
- Jones, B. A., Brewin, N., Richards, C., Van Eijk, M., Stephenson-Allen, A., & Arcelus, J. (2017). Investigating the outcome of the initial assessment at a national transgender health service: Time to review the process?. *International Journal of Transgenderism*, 18(4), 427–432.
- Jones, B. P., Rajamanoharan, A., Vali, S., Williams, N. J., Saso, S., Thum, M. Y., Ghaem-Maghami, S., Quiroga, I., Diaz-Garcia, C., Thomas, P., Wilkinson, S., Yazbek, J., & Smith, J. R. (2021). Perceptions and motivations for uterus transplant in transgender women. *JAMA Network Open*, 4(1), e2034561.
- Jones, R. K., Witwer, E., & Jerman, J. (2020). Transgender abortion patients and the provision of transgender-specific care at non-hospital facilities that provide abortions. *Contraception: X*, 2, 100019.
- Jones, K., Wood, M., & Stephens, L. (2017). Contraception choices for transgender males. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 43(3), 239–240.
- Joseph, A. A., Kulshreshtha, B., Shabir, I., Marumudi, E., George, T. S., Sagar, R., Mehta, M., & Ammini, A. C. (2016). Gender issues and related social stigma affecting patients with a disorder of sex development in India. *Archives of Sexual Behavior*, 46(2), 361–367.
- Julian, J. M., Salvetti, B., Held, J. I., Murray, P. M., Lara-Rojas, L., & Olson-Kennedy, J. (2021). The impact of chest binding in transgender and gender diverse youth and young adults. *Journal of Adolescent Health*, 68(6), 1129–1134.
- Jung, A., & Schuppe, H. C. (2007). Influence of genital heat stress on semen quality in humans. *Andrologia*, 39(6), 203–215.
- Kailas, M., Lu, H. M. S., Rothman, E. F., & Safer, J. D. (2017). Prevalence and types of gender-affirming surgery among a sample of transgender endocrinology patients prior to state expansion of insurance coverage. *Endocrine Practice*, 23(7), 780–786.
- Kaltiala, R., Bergman, H., Carmichael, P., de Graaf, N. M., Egebjerg Rischel, K., Frisén, L., Schorkopf, M., Suomalainen, L., & Waehre, A. (2020). Time trends in referrals to child and adolescent gender identity services: A study in four Nordic countries and in the UK. *Nordic Journal of Psychiatry*, 74(1), 40–44.
- Kaltiala, R., Heino, E., Työlajärvi, M., & Suomalainen, L. (2020). Adolescent development and psychosocial functioning after starting cross-sex hormones for gender dysphoria. *Nordic Journal of Psychiatry*, 74(3), 213–219.
- Kaltiala-Heino, R., Sumia, M., Työlajärvi, M., & Lindberg, N. (2015). Two years of gender identity service for minors: Overrepresentation of natal girls with severe problems in adolescent development. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9(1).
- 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.
- Kang, A., Aizen, J. M., Cohen, A. J., Bales, G. T., & Pariser, J. J. (2019). Techniques and considerations of prosthetic surgery after phalloplasty in the transgender male. *Translational Andrological Urology*, 8(3), 273–282.
- Kanhai, R. C. (2016). Sensate vagina pedicled-spot for male-to-female transsexuals: The experience in the first 50 patients. *Aesthetic Plastic Surgery*, 40(2), 284–287.
- Kanhai, R. C., Hage, J. J., Asscheman, H., & Mulder, J. W. (1999). Augmentation mammoplasty in male-to-female transsexuals. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 104(2), 542–549; discussion 550–541.
- Kanhai, R. C., 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.
- Kanhai, R. C., Hage, J. J., & Mulder, J. W. (2000). Long-term outcome of augmentation mammoplasty in male-to-female transsexuals: A questionnaire survey of 107 patients. *British Journal of Plastic Surgery*, 53(3), 209–211.
- Kanis, J. A. (1994). Assessment of fracture risk and its application to screening for postmenopausal osteoporosis: Synopsis of a WHO report. *Osteoporosis International*, 4(6), 368–381.
- Kanj, R. V., Conard, L. A. E., Corathers, S. D., & Trotman, G. E. (2019). Hormonal contraceptive choices in a clinic-based series of transgender adolescents and young adults. *The International Journal of Transgenderism*, 20(4), 413–420.
- Karasic, D. H. (2016). Protecting transgender rights promotes transgender health. *LGBT Health*, 3(4), 245–247.
- Kaoutzanis, C., Winocour, J., Gupta, V., Yeslev, M., Ganesh Kumar, N., Wormer, B., Grotting, J. C., & Higdon, K. K. (2019). The effect of smoking in the cosmetic surgery population: Analysis of 129,007 patients. *Aesthetic Surgery Journal*, 39(1), 109–119.
- Karasic, D. H. (2019). Mental health care for the adult transgender patient. In C. A. Ferrando (Ed.), *Comprehensive care of the transgender patient* (pp. 8–11). Elsevier.
- Karasic, D. H., & Fraser, L. (2018). Multidisciplinary care and the standards of care for transgender and gender nonconforming individuals. *Clinics in Plastic Surgery*, 45(3), 295–299.
- Karkazis, K., Tamar-Mattis, A., & Kon, A. A. (2010). Genital surgery for disorders of sex development: Implementing a shared decision-making approach. *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism*, 23(8), 789–805.
- Kasianczuk, M., & Trofymenko, O. (2020). Size estimation for transgender people in Ukraine/SE “Center of Social Expertises named fter Yu. Saenko” of the Institute of Sociology of the National Academy of Sciences of Ukraine.-Kyiv, 2020. https://www.researchgate.net/publication/348325593_POPULATION_SIZE_ESTIMATION_FOR_TRANSGENDER_PEOPLE_IN_UKRAINE
- Kattari, S. K., & Hasche, L. (2016). Differences across age groups in transgender and gender non-conforming people's experiences of health care discrimination, harassment, and victimization. *Journal of Aging and Health*, 28(2), 285–306.
- Kattari, S. K., Walls, N. E., Speer, S. R., & Kattari, L. (2016). Exploring the relationship between transgender-inclusive providers and mental health outcomes among transgender/gender variant people. *Social Work in Health Care*, 55(8), 635–650.
- Katz-Wise, S. L., Budge, S. L., Fugate, E., Flanagan, K., Touloumtzis, C., Rood, B., Perez-Brumer, A., & Leibowitz, S. (2017). Transactional pathways of transgender identity development in transgender and gender-nonconforming youth and caregiver perspectives from the Trans Youth Family Study. *International Journal of Transgenderism*, 18(3), 243–263.
- Kaufman, R. & Tishelman, A. C. (2018). Creating a network of professionals. In C. E. Keo-Meier & D. E. Ehrensaft (Eds.), *The*

- gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children.* American Psychological Association. <https://www.jstor.org/stable/j.ctv1chrwv9>
- Kauth, M. R., Shipherd, J. C., Lindsay, J., Blossnich, J. R., Brown, G. R., & Jones, K. T. (2014). Access to care for transgender veterans in the Veterans Health Administration: 2006–2013. *American Journal of Public Health, 104*(S4), S532–S534.
- Kcomt, L., Gorey, K. M., Barrett, B. J., & McCabe, S. E. (2020). Healthcare avoidance due to anticipated discrimination among transgender people: A call to create trans-affirmative environments. *Elsevier, 11*, 100608.
- Kelly, S. J., & Ismail, M. (2015). Stress and type 2 diabetes: A review of how stress contributes to the development of type 2 diabetes. *Annual Review of Public Health, 36*, 441–462.
- Kelly, V., Hertegård, S., Eriksson, J., Nygren, U., & Södersten, M. (2018). Effects of gender-confirming pitch-raising surgery in transgender women a long-term follow-up study of acoustic and patient-reported data. *Journal of Voice, 33*(5), 781–791.
- Kelvin, J. F., Thom, B., Benedict, C., Carter, J., Corcoran, S., Dickler, M. N., Goodman, K. A., Margolies, A., Matasar, M. J., Noy, A & Goldfarb, S. B. (2016). Cancer and fertility program improves patient satisfaction with information received. *Journal of Clinical Oncology, 34*(15), 1780–1786.
- Kennedy, E., & Thibeault, S. L. (2020). Voice-gender incongruence and voice health information-seeking behaviors in the transgender community. *American Journal of Speech-Language Pathology, 29*(3), 1563–1573.
- Kennis, M., Duecker, F., T'Sjoen, G., Sack, A. T., & Dewitte, M. (2022). Sexual self-concept discrepancies mediate the relation between gender dysphoria sexual esteem and sexual attitudes in binary transgender individuals. *The Journal of Sex Research, 59*(4), 524–536.
- Kent, M. A., Winoker, J. S., & Grotas, A. B. (2018). Effects of feminizing hormones on sperm production and malignant changes: Microscopic examination of post orchiectomy specimens in transwomen. *Urology, 121*, 93–96.
- Keohane v. Jones (Florida Department of Corrections), Case No.4:16-cv-511-MW-CAS, N. D. Fla, 2018.
- Keo-Meier, C. L., & Ehrensaft, D. (2018). Introduction to the gender affirmative model. In C. Keo-Meier & D. Ehrensaft (Ed.), *The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children* (pp. 3–19). Washington, DC: American Psychological Association.
- Keo-Meier, C. L., & Fitzgerald, K. M. (2017). Affirmative psychological testing and neurocognitive assessment with transgender adults. *The Psychiatric Clinics of North America, 40*(1), 51–64.
- Keo-Meier, C. L., Herman, L. I., Reisner, S. L., Pardo, S. T., Sharp, C., & Babcock, J. C. (2015). Testosterone treatment and MMPI-2 improvement in transgender men: A prospective controlled study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 83*(1), 143–156.
- Kerckhof, M. E., Kreukels, B. P. C., Nieder, T. O., Becker-Héblly, I., van de Grift, T. C., Staphorsius, A. S., Elaut, E. (2019). Prevalence of sexual dysfunctions in transgender persons: Results from the ENIGI follow-up study. *The Journal of Sexual Medicine, 16*(12), 2018–2029.
- Kerry, S. (2014). Sistergirls/brotherboys: The status of indigenous transgender Australians. *International Journal of Transgender Health, 15*(3–4), 173–186.
- Khalili, J., Leung, L. B., & Diamant, A. L. (2015). Finding the perfect doctor: Identifying lesbian, gay, bisexual, and transgender-competent physicians. *American Journal of Public Health, 105*(6), 1114–1119.
- Khatchadourian, K., Amed, S., & Metzger, D. L. (2014). Clinical management of youth with gender dysphoria in Vancouver. *The Journal of Pediatrics, 164*(4), 906–911.

- Kidd, J. D., Dolezal, C., & Bockting, W. O. (2018). The relationship between tobacco use and legal document gender-marker change, hormone use, and gender-affirming surgery in a United States sample of trans-feminine and trans-masculine individuals: Implications for cardiovascular health. *LGBT Health*, 5(7), 401–411.
- Kidd, K. M., Sequeira, G. M., Douglas, C., Paglisotti, T., Inwards-Breland, D. J., Miller, E., & Coulter, R. (2021). Prevalence of gender-diverse youth in an urban school district. *Pediatrics*, 147(6), e2020049823.
- Kim, H. T. (2020). Vocal feminization for transgender women: Current strategies and patient perspectives. *International Journal of General Medicine*, 13, 43–52.
- Kim, H. T. (2017). A new conceptual approach for voice feminization: 12 years of experience. *The Laryngoscope*, 127(5), 1102–1108.
- Kirey-Sitnikova, Y. (2021). Prospects and challenges of gender neutralization in Russian. *Russian Linguistics*, 45(2), 143–158.
- Kismödi, E., Corona, E., Maticka-Tyndale, E., Rubio-Aurioles, E., & Coleman, E. (2017). Sexual Rights as Human Rights: A guide for the WAS Declaration of Sexual Rights. *International Journal of Sexual Health*, 29(Suppl 1), 1–92.
- Klaver, M., de Mutsert, R., van der Loos, M., Wiepjes, C. M., Twisk, J. W. R., den Heijer, M., & Klink, D. T. (2020). Hormonal treatment and cardiovascular risk profile in transgender adolescents. *Pediatrics*, 145(3), e20190741.
- Klein, A., & Golub, S. A. (2016). Family rejection as a predictor of suicide attempts and substance misuse among transgender and gender nonconforming adults. *LGBT Health*, 3(3), 193–199.
- Klein, C., & Gorzalka, B. B. (2009). Sexual functioning in transsexuals following hormone therapy and genital surgery: A review. *Journal of Sexual Medicine*, 6(11), 2922–2939.
- Klein, D. A., Berry-Bibee, E. N., Baker, K. K., Malcolm, N. M., Rollison, J. M., & Frederiksen, B. N. (2018). Providing quality family planning services to LGBTQIA individuals: A systematic review. *Contraception*, 97(5).
- Klein, D. A., Paradise, S. L., & Goodwin, E. T. (2018). Caring for transgender and gender-diverse persons: What clinicians should know. *AFP Journal*, 98(11), 645–653. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30485050>
- Kleinplatz, P. J. (Ed.). (2012). *New directions in sex therapy: Innovations and alternatives* (2nd ed.). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Klimstra, T. A., Hale, W. W. III., Raaijmakers, Q. A. W., Branje, S. J. T., & Meeus, W. H. J. (2009). Identity formation in adolescence: Change or stability? *Journal of Youth and Adolescence*, 39(2), 150–162.
- Klink, D., Bokenkamp, A., Dekker, C., & Rotteveel, J. (2015). Arterial hypertension as a complication of triptorelin treatment in adolescents with gender dysphoria. *Endocrinology and Metabolism International Journal*, 2(1), 36–38.
- Klink, D., Caris, M., Heijboer, A., van Trotsenburg, M., & Rotteveel, J. (2015). Bone mass in young adulthood following gonadotropin-releasing hormone analog treatment and cross-sex hormone treatment in adolescents with gender dysphoria. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 100(2), E270–E275.
- Kloer, C., Parker, A., Blasdel, G., Kaplan, S., Zhao, L., & Bluebond-Langner, R. (2021). Sexual health after vaginoplasty: A systematic review. *Andrology*, 9(6), 1744–1764.
- Klosky, J. L., Anderson, L. E., Russell, K. M., Huang, L., Zhang, H., Schover, L. R., Simmons, J. L., & Kutteh, W. H. (2017). Provider influences on sperm banking outcomes among adolescent males newly diagnosed with cancer. *Journal of Adolescent Health*, 60(3), 277–283.
- Klosky, J. L., Flynn, J. S., Lehmann, V., Russell, K. M., Wang, F., Hardin, R. N., Eddinger, J. R., Zhang, H., Schenck, L. A., & Schover, L. R. (2017). Parental influences on sperm banking attempts among adolescent males

- newly diagnosed with cancer. *Fertility and Sterility*, 108(6), 1043–1049.
- Klosky, J. L., Wang, F., Russell, K. M., Zhang, H., Flynn, J. S., Huang, L., Wasilewski-Masker, K., Landier, W., Leonard, M., Albritton, K. H., Gupta, A. A., Casilas, J., Colte, O., Kutteh, W. H., & Schover, L. R. (2017). Prevalence and predictors of sperm banking in adolescents newly diagnosed with cancer: Examination of adolescent, parent, and provider factors influencing fertility preservation outcomes. *Journal of Clinical Oncology*, 35(34), 3830–3865.
- Knutson, D., Koch, J. M., & Goldbach, C. (2019). Recommended terminology, pronouns, and documentation for work with transgender and non-binary populations. *Practice Innovations*, 4(4), 214–224.
- Koçak, I., Akpınar, M. E., Cakır, Z. A., Doğan, M., Bengisu, S., & Celikoyar, M. M. (2010). Laser reduction glottoplasty for managing androphonia after failed cricothyroid approximation surgery. *Journal of Voice*, 24(6), 758–764.
- Kocan, S., & Gursoy, A. (2016). Body image of women with breast cancer after mastectomy: A qualitative research. *Journal of Breast Health*, 12(4), 145–150.
- Koehler, A., Eyssel, J., & Nieder, T. O. (2018). Genders and individual treatment progress in (non-)binary trans individuals. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(1), 102–113.
- Kohlberg, L. (1966). A cognitive-developmental analysis of children's sex-role concepts and attitudes. In E. E. Maccoby (Ed.), *The development of sex*. Tavistock Publications.
- Kojima, T., Shoji, K., Isshiki, N., & Nakamura, K. (2008). Thyroplasty type III for treatment of voice problem in GID of female-to-male type. *Practica Oto-Rhino-Laryngologica*, 101(1), 39–43.
- Kon, A. (2015). Ethical issues in decision-making for infants with disorders of sex development. *Hormone and Metabolic Research*, 47(05), 340–343.
- Kornienko, O., Santos, C., Martin, C., & Granger, K. (2016). Peer influence on gender identity development in adolescence. *Developmental Psychology*, 52(10), 1578–1592.
- Korpaisarn, S., & Safer, J. D. (2018). Gaps in transgender medical education among healthcare providers: A major barrier to care for transgender persons. *Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders*, 19(3), 271–275.
- Kosilek v. Mass. Department of Corrections/Kathleen Dennehy; Kosilek v. Spencer, 889 F.Supp.2d 190 (D. Mass. Sept. 4, 2012); “Kosilek II.”
- Kosilek v. Massachusetts, 221 F. Supp. 2d 156 (D Mass 2002).
- Kozato, A., Fox, G. C., Yong, P. C., Shin, S. J., Avanessian, B. K., Ting, J., Yiwei, L., Subha, K., Safer, J. D., & Pang, J. H. (2021). No venous thromboembolism increase among transgender female patients remaining on estrogen for gender-affirming surgery. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 106(4), e1586–e1590.
- Krege, S., Eckoldt, F., Richter-Unruh, A., Köhler, B., Leuschner, I., Mentzel, H. J., Moss, A., Schweizer, K., Stein, R., Werner-Rosen, K., Wieacker, P., Wiesemann, C., Wünsch, L., & Richter-Appelt, H. (2019). Variations of sex development: The first German interdisciplinary consensus paper. *Journal of Pediatric Urology*, 15(2), 114–123.
- Krempasky, C., Harris, M., Abern, L., & Grimstad, F. (2020). Contraception across the transmasculine spectrum. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 222(2), 134–143.
- Kreukels, B. P. C., Köhler, B., Nordenström, A., Roehle, R., Thyen, U., Bouvattier, C., de Vries, A. L. C., Cohen-Kettenis, P. T., Köhler, B., Cohen-Kettenis, P., de Vries, A., Arlt, W., Wiesemann, C., Slowikowska-Hilczner, J., de la Perriere, A. B., Sultan, C., Paris, F., Bouvattier, C., Thyen, U., & Reisch, N. (2018). Gender dysphoria and gender change in disorders of sex development/intersex conditions: Results From the dsd-LIFE study. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(5), 777–785.
- Kreukels, B. P., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Puberty suppression in gender identity disorder: the Amsterdam experience. *Nature Reviews Endocrinology*, 7(8), 466–472.
- Krishnamurthy, R., VandeCreek, L., Kaslow, N. J., Tazeau, Y. N., Miville, M. L., Kerns, R.,

- Stegman, R., Suzuki, L., & Benton, S. A. (2004). Achieving competency in psychological assessment: Directions for education and training. *Journal of Clinical Psychology*, 60(7), 725–739.
- Kunachak, S., Prakunhungsit, S., & Sujjalak, K. (2000). Thyroid cartilage and vocal fold reduction: A new phonosurgical method for male-to-female transsexuals. *The Annals of Otolaryngology, Rhinology, and Laryngology*, 109(11), 1082–1086.
- Kuper, L. E., Adams, N., & Mustanski, B. S. (2018). Exploring cross-sectional predictors of suicide ideation, attempt, and risk in a large online sample of transgender and gender nonconforming youth and young adults. *LGBT Health*, 5(7), 391–400.
- Kuper, L. E., Lindley, L., & Lopez, X. (2019). Exploring the gender development histories of children and adolescents presenting for gender affirming medical care. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 7(3), 217–228.
- Kuper, L. E., Mathews, S., & Lau, M. (2019). Baseline mental health and psychosocial functioning of transgender adolescents seeking gender-affirming hormone therapy. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 40(8), 589–596.
- Kuper, L. E., Nussbaum, R., & Mustanski, B. (2012). Exploring the diversity of gender and sexual orientation identities in an online sample of transgender individuals. *Journal of Sex Research*, 49(2-3), 244–254.
- Kuper, L. E., Stewart, S., Preston, S., Lau, M., & Lopez, X. (2020). Body dissatisfaction and mental health outcomes of youth on gender-affirming hormone therapy. *Pediatrics*, 145(4).
- Kuper, L. E., Wright, L., & Mustanski, B. (2014). Stud identity among female-born youth of color: Joint conceptualizations of gender variance and same-sex sexuality. *Journal of Homosexuality*, 61(5), 714–731.
- Kuper, L. E., Wright, L., & Mustanski, B. (2018). Gender identity development among transgender and gender nonconforming emerging adults: An intersectional approach. *International Journal of Transgenderism*, 19(4), 436–455.
- Kuijpers, S., Wierpjes, C. M., Conemans, E. B., Fisher, A. D., T'Sjoen, G., & den Heijer, M. (2021). Toward a lowest effective dose of cyproterone acetate in trans women: Results from the ENIGI study. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 106(10), e3936–e3945.
- Kuvalanka, K. A., Bellis, C., Goldberg, A. E., & McGuire, J. K. (2019). An exploratory study of custody challenges experienced by affirming mothers of transgender and gender-nonconforming children. *Family Court Review*, 57(1), 54–71.
- Kuvalanka, K. A., Mahan, D. J., McGuire, J. K., & Hoffman, T. K. (2017). Perspectives of mothers of transgender and gender-nonconforming children with autism spectrum disorder. *Journal of Homosexuality*, 65(9), 1167–1189.
- Kuyper, L., & Wijzen, C. (2014). Gender identities and gender dysphoria in the Netherlands. *Archives of Sexual Behavior*, 43(2), 377–385.
- Kvist, O., Luiza Dallora, A., Nilsson, O., Anderberg, P., Sanmartin Berglund, J., Flodmark, C. E., & Diaz, S. (2021). A cross-sectional magnetic resonance imaging study of factors influencing growth plate closure in adolescents and young adults. *Acta Paediatrica*, 110(4), 1249–1256.
- Kyinn, M., Banks, K., Leemaqz, S. Y., Sarkodie, E., Goldstein, D., & Irwig, M. S. (2021). Weight gain and obesity rates in transgender and gender-diverse adults before and during hormone therapy. *International Journal of Obesity*, 45(12), 2562–2569.
- Laan, E. T. M., Klein, V., Werner, M. A., van Lunsen, R. H. W., & Janssen, E. (2021). In pursuit of pleasure: A biopsychosocial perspective on sexual pleasure and gender. *International Journal of Sexual Health*, 33(4), 516–536.
- Ladanyi, C., Mor, A., Christianson, M. S., Dhillon, N., & Segars, J. H. (2017). Recent advances in the field of ovarian tissue cryopreservation and opportunities for research. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 34(6), 709–722.

- Lampalzer, U., Briken, P., & Schweizer, K. (2021). Psychosocial care and support in the field of intersex/diverse sex development (dsd): Counseling experiences, localization and needed improvements. *International Journal of Impotence Research*, 33(2), 228–242.
- Landén, M., Wålinder, J., Hambert, G., & Lundstrom, B. (1998). Factors predictive of regret in sex reassignment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97(4), 284–289.
- Langenderfer-Magruder, L., Whitfield, D. L., Walls, N. E., Kattari, S. K., & Ramos, D. (2014). Experiences of intimate partner violence and subsequent police reporting among lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer adults in Colorado. *Journal of Interpersonal Violence*, 31(5), 855–871.
- Langley, R. E., Gilbert, D. C., Duong, T., Clarke, N. W., Nankivell, M., Rosen, S. D., Mangar, S., Macnair, A., Sundaram, S. K., Laniado, M. E., Dixit, S., Madaan, S., Manetta, C., Pope, A., Scrase, C. D., McKay, S., Muazzam, I. A., Collins, G. N., Worlding, J., & Williams, S. T. (2021). Transdermal oestradiol for androgen suppression in prostate cancer: Long-term cardiovascular outcomes from the randomised Prostate Adenocarcinoma Transcutaneous Hormone (PATCH) trial programme. *The Lancet*, 397(10274), 581–591.
- Laron, Z., Zeev, Z., Kauli, R., Comaru-Schally, A., & Schally, A. (1981). D-Trp6-analogue of luteinising hormone releasing hormone in combination with cyproterone acetate to treat precocious puberty. *The Lancet*, 318(8253), 955–956.
- Laube, J. S., Auer, M. K., Biedermann, S. V., Schröder, J., Hildebrandt, T., Nieder, T. O., Briken, P., & Fuss, J. (2020). Sexual behavior, desire, and psychosexual experience in gynephilic and androphilic trans women: A cross-sectional multicenter study. *The Journal of Sexual Medicine*, 17(6), 1182–1194.
- Lawrence, A. A. (2003). Factors associated with satisfaction or regret following male-to-female sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behaviour*, 32(4), 299–315.
- Lawrence, A. A. (2005). Sexuality after male-to-female sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behaviour*, 34(2), 147–166.
- LeBreton, M., Courtois, F., Journal, N. M., Beaulieu-Prevost, D., Belanger, M., Ruffion, A., & Terrier, J. E. (2017). Genital sensory detection thresholds and patient satisfaction with vaginoplasty in male-to-female transgender women. *Journal of Sexual Medicine*, 14(2), 274–281.
- Ledesma, E., & Ford, C. L. (2020). Health implications of housing assignments for incarcerated transgender women. *American Journal of Public Health*, 110(5), 650–654.
- Lee, D. S., Marsh, L., Garcia-Altieri, M. A., Chiu, L. W., & Awad, S. S. (2016). Active mental illnesses adversely affect surgical outcomes. *The American Surgeon*, 82(12), 1238–1243.
- Lee, H., Operario, D., van den Berg, J. J., Yi, H., Choo, S., & Kim, S. S. (2020). Health disparities among transgender adults in South Korea. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 32(2-3), 103–110.
- Lee, J. Y., Finlayson, C., Olson-Kennedy, J., Garofalo, R., Chan, Y. M., Glidden, D. V., & Rosenthal, S. M. (2020). Low bone mineral density in early pubertal transgender/gender diverse youth: Findings from the Trans Youth Care Study. *Journal of Endocrine Society*, 4(9),
- Lee, P. A., Houk, C. P., Ahmed, S. F., & Hughes, I. A. (2006). Consensus statement on management of intersex disorders. International Consensus Conference on Intersex. *Pediatrics*, 118(2):e488-500.
- Lee, P. A., Nordenström, A., Houk, C. P., Ahmed, S. F., Auchus, R., Baratz, A., Baratz Dalke, K., Liao, L. M., Lin-Su, K., Looijenga, L. H. J. 3rd, Mazur, T., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Mouriquand, P., Quigley, C. A., Sandberg, D. E., Vilain, E., & Witchel, S. (2016). Global Disorders of sex development update since 2006: Perceptions, approach and care. *Hormone Research in Paediatrics*, 85(3), 158–180.
- Lefevor, G. T., Sprague, B. M., Boyd-Rogers, C. C., & Smack, A. C. P. (2018). How well do various types of support buffer psychological distress among transgender and gender nonconforming students? *International Journal of Transgenderism*, 20(1), 39–48.

- Lehmann, V., Keim, M. C., Nahata, L., Shultz, E. L., Klosky, J. L., Tuinman, M. A., & Gerhardt, C. A. (2017). Fertility-related knowledge and reproductive goals in childhood cancer survivors: short communication. *Human Reproduction*, 32(11), 2250–2253.
- Leibowitz, S., & de Vries, A. L. (2016). Gender dysphoria in adolescence. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 21–35.
- Lerner, J. E., Martin, J. I., & Gorsky, G. S. (2020). More than an apple a day: Factors associated with avoidance of doctor visits among transgender, gender nonconforming, and nonbinary people in the USA. *Sexuality Research and Social Policy*, 18(2), 409–426.
- Leung, A., Sakkas, D., Pang, S., Thornton, K., & Resetkova, N. (2019). Assisted reproductive technology outcomes in female-to-male transgender patients compared with cisgender patients: A new frontier in reproductive medicine. *Fertility and Sterility*, 112(5), 858–865.
- Lev, A. I. & Wolf-Gould, C. (2018). Collaborative treatment across disciplines. In C. E. Keo-Meier & D. E. Ehrensaft (Eds.), *The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children*. American Psychological Association. <https://www.jstor.org/stable/j.ctv1chrwv9>
- Levine, S. B. (2009). Real-life test experience: Recommendations for revisions to the Standards of Care of the World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism*, 11(3), 186–193.
- Levine, S. B., Brown, G., Coleman, E., Cohen-Kettenis, P. T., Hage, J., Van Maasdam, J., Petersen, M., Pfafflin, F., & Schaefer, L. C. (1998). The standards of care for gender identity disorders—Fifth edition. *International Journal of Transgenderism* 2, <http://www.symposium.com/ijt/ijtc0405.htm>
- Levy, A., Crown, A., & Reid, R. (2003). Endocrine intervention for transsexuals. *Clinical Endocrinology*, 59(4), 409–418.
- Leyns, C., Papeleu, T., Tomassen, P., T'Sjoen, G., & D'haeseleer, E. (2021). Effects of speech therapy for transgender women: A systematic review. *International Journal of Transgender Health*, 22(4), 360–380.
- Liang, J. J., Gardner, I. H., Walker, J. A., & Safer, J. D. (2017). Observed deficiencies in medical student knowledge of transgender and intersex health. *Endocrine Practice*, 23(8), 897–906.
- Liao, L., & Simmonds M. (2014). A values-driven and evidence-based health care psychology for diverse sex development. *Psychology & Sexuality*, 5(1), 83–101.
- Lieberman, T. (2018). *Painting dragons: What storytellers need to know about writing Eunuch Villains*. Bogotá: Glyph Torrent.
- Lierman, S., Tilleman, K., Braeckmans, K., Peynshaert, K., Weyers, S., T'Sjoen, G., & De Sutter, P. (2017). Fertility preservation for trans men: Frozen-thawed in vitro matured oocytes collected at the time of ovarian tissue processing exhibit normal meiotic spindles. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 34(11), 1449–1456.
- Light, A. D., Obedin-Maliver, J., Sevelius, J. M., & Kerns, J. L. (2014). Transgender men who experienced pregnancy after female-to-male gender transitioning. *Obstetrics and Gynecology*, 124(6), 1120–1127.
- Light, A., Wang, L. F., Zeymo, A., & Gomez-Lobo, V. (2018). Family planning and contraception use in transgender men. *Contraception*, 98(4), 266–269.
- Lightfoot, S., Kia, H., Vincent, A., Wright, D. K., & Vandyk, A. (2021). Trans-affirming care: An integrative review and concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 123, 104047.
- Lim, F., Johnson, M., & Eliason, M. (2015). A national survey of faculty knowledge, experience, and readiness for teaching lesbian, gay, bisexual and transgender health in baccalaureate nursing programs. *Nursing Education Perspectives*, 36(3), 144–152.
- Lindley, L., Anzani, A., Prunas, A., & Galupo, M. P. (2021). Sexual satisfaction in trans

- masculine and nonbinary individuals: A qualitative investigation. *The Journal of Sex Research*, 58(2), 222–234.
- Lindqvist, E. K., Sigurjonsson, H., Möllermark, C., Tinder, J., Farnebo, F., & Kalle Lundgren, T. (2017). Quality of life improves early after gender reassignment surgery in transgender women. *European Journal of Plastic Surgery*, 40, 223–226.
- Lin-Su, K., Lekarev, O., Poppas, D., & Vogiatzi, M. G. (2015). Congenital adrenal hyperplasia patient perception of ‘disorders sex development’ nomenclature. *International Journal of Pediatric Endocrinology*, 2015(1), 9.
- Littman, L. (2018). Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria. *PLoS One*, 13(8), e0202330.
- Littman, L. (2021). Individuals treated for gender dysphoria with medical and/or surgical transition who subsequently detransitioned: A survey of 100 detransitioners. *Archives of Sexual Behavior*, 50(8), 3353–3369.
- Liu, Y., Xin, Y., Qi, J., Wang, H., Hong, T., Yang, X., Li, B., Change, X., Knudson, G., Zhao, Z., & Pan, B. (2020). The desire and status of gender-affirming hormone therapy and surgery in transgender men and women in China: A national population study. *The Journal of Sexual Medicine*, 17(11), 2291–2298.
- Lopez, X., Marinkovic, M., Eimicke, T., Rosenthal, S. M., & Olshan, J. S. (2017). Statement on gender-affirmative approach to care from the pediatric endocrine society special interest group on transgender health. *Current Opinion in Pediatrics*, 29(4), 475–480.
- Lo Russo, G., Tanini, S., & Innocenti, M. (2017). Masculine chest-wall contouring in FtM transgender: A personal approach. *Aesthetic Plastic Surgery*, 41(2), 369–374.
- Lowry, R., Johns, M. M., Gordon, A. R., Austin, S. B., Robin, L. E., & Kann, L. K. (2018). Nonconforming gender expression and associated mental distress and substance use among high school students. *JAMA Pediatrics*, 172(11), 1020–1028.
- Lundberg, T., Hegarty, P., & Roen, K. (2018). Making sense of ‘Intersex’ and ‘DSD’: How laypeople understand and use terminology. *Psychology & Sexuality*, 9(2), 161–173.
- Luz, P. M., Jalil, E. M., Castilho, J., Velasque, L., Ramos, M., Ferreira, A. C. G., Wilson, E. C., Valdilea, G., Veloso, B. D., Moodie, E. E. M., & Grinsztejn, B. (2022). Association of discrimination, violence, and resilience with depressive symptoms among transgender women in Rio de Janeiro, Brazil: A cross-sectional analysis. *Transgender Health*, 7(1), 101–106.
- Lynch, M., & Cicchetti, D. (1998). An ecological-transactional analysis of children and contexts: The longitudinal interplay among child maltreatment, community violence, and children's symptomatology. *Development and Psychopathology*, 10(2), 235–257.
- MacDonald, T., Noel-Weiss, J., West, D., Walks, M., Biener, M., Kibbe, A., & Myler, E. (2016). Transmasculine individuals' experiences with lactation, chestfeeding, and gender identity: A qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 16, 106–110.
- MacKinnon, K. R., Ashley, F., Kia, H., Lam, J. S. H., Krakowsky, Y., & Ross, L. E. (2021). Preventing transition “regret”: An institutional ethnography of gender-affirming medical care assessment practices in Canada. *Social Science & Medicine*, 291, 114477.
- MacKinnon, K. R., Ng, S. L., Grace, D., Sicchia, S. R., & Ross, L. E. (2019). Protocols as curriculum? Learning health advocacy skills by working with transgender patients in the context of gender-affirming medicine. *Advances in Health Sciences Education*, 25(1), 7–18.
- Madrigal-Borloz, V. (2021). Report on gender: the law of inclusion and practices of exclusion. Report of the UN—Independent Expert on protection against violence and discrimination based on sexual orientation and gender identity, submitted to the 47th UN Human Rights Council and 76th UN General Assembly. https://www.ohchr.org/Documents/Issues/SexualOrientation/IESOGI/Reports_on_Gender_Final_Summary.pdf

- Madrigal-Borloz, V. (2020). Practices of so-called “conversion therapy”—Report of the UN independent expert on protection against violence and discrimination based on sexual orientation and gender identity, Submitted to the 44th session of the UN Human Rights Council. Geneva: United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights. <https://undocs.org/A/HRC/44/53>
- Maheux, A. J., Zhou, Y., Thoma, B. C., Salk, R. H., & Choukas-Bradley, S. (2021). Examining sexual behavior among U.S. transgender adolescents. *The Journal of Sex Research*, 58(8), 1050–1060.
- Mahfouda, S., Moore, J. K., Siafarikas, A., Hewitt, T., Ganti, U., Lin, A., & Zepf, F. D. (2019). Gender-affirming hormones and surgery in transgender children and adolescents. *Lancet Diabetes Endocrinology*, 7(6), 484–498.
- Malhotra, A., Kort, S., Lauther, T., Mann, N., Skopicki, H. A., & Parikh, P. B. (2022). Prevalence and predictors of cardiovascular disease and risk factors in transgender persons in the United States. *Critical Pathways in Cardiology*, 21(1), 42–46.
- Malkin, M. L., & DeJong, C. (2018). Protections for transgender inmates under PREA: A comparison of state correctional policies in the United States. *Sexuality Research and Social Policy*, 16(4), 393–407.
- Malpas, J., Glaeser, E., & Giammattei, S. V. (2018). Building resilience in transgender and gender expansive children, families, and communities: A multidimensional family approach. In C. Keo-Meier & D. Ehrensaft (Eds.), *The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children* (pp. 141–156). American Psychological Association.
- Mamoojee, Y., Seal, L. J., & Quinton, R. (2017). Transgender hormone therapy: Understanding international variation in practice. *Lancet Diabetes & Endocrinology*, 5(4), 243–246.
- Mancini, I., Rotilio, A., Coati, I., Seracchioli, R., Martelli, V., & Meriggiola, M. C. (2017). Presentation of a meningioma in a transwoman after nine years of cyproterone acetate and estradiol intake: Case report and literature review. *Gynecological Endocrinology*, 34(6), 456–459.
- Manero Vazquez, I., Garcia-Senosian, O., Labanca, T., & Gómez-Gil, E. (2018). Aesthetic refinement in the creation of the clitoris, its preputial hood, and labia minora in male-to-female transsexual patients. *Annals of Plastic Surgery*, 81(4), 393–397.
- Mann, R. (2006). The treatment of transgender prisoners, not just an American problem—Comparative analysis of American, Australian, and Canadian prison policies concerning the treatment of transgender prisoners and a “universal” recommendation to improve treatment. *Law & Sexuality: A Review Lesbian, Gay, Bisexual & Transgender Legal Issues*, 15, 92–133.
- Manrique, O. J., Sabbagh, M. D., Ciudad, P., Martinez-Jorge, J., Kiranantawat, K., Sitpahul, N., Nippoldt, T. B., Charafeddine, A., & Chen, H. C. (2018). Gender-confirmation surgery using the pedicle transverse colon flap for vaginal reconstruction: A clinical outcome and sexual function evaluation study. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 141(3), 767–771.
- Manson, J. E., Chlebowski, R. T., Stefanick, M. L., Aragaki, A. K., Rossouw, J. E., Prentice, R. L., Anderson, G., Howard, B. V., Thomson, C. A., LaCroix, A. Z., Wactawski-Wende, J., Jackson, R. D., Limacher, M., Margolis, K. L., Wassertheil-Smoller, S., Beresford, S. A., Cauley, J. A., Eaton, C. B., Gass, M., ... & Wallace, R. B. (2013). Menopausal hormone therapy and health outcomes during the intervention and extended poststopping phases of the Women's Health Initiative randomized trials. *The Journal of the American Medical Association*, 310(13), 1353–1368.
- Maraka, S., Singh Ospina, N., Rodriguez-Gutierrez, R., Davidge-Pitts, C. J., Nippoldt, T. B., Prokop, L. J., & Murad, M. H. (2017). Sex steroids and cardiovascular outcomes in transgender individuals: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 102(11), 3914–3923.
- Margulies, I. G., Chuang, C., Travieso, R., Zhu, V., Persing, J. A., Steinbacher, D. M., &

- Zellner, E. G. (2021). Preferences of transgender and gender-nonconforming persons in gender-confirming surgical care: A cross-sectional study. *Annals of Plastic Surgery*, 86(1), 82–88.
- Marinkovic, M., & Newfield, R. S. (2017). Chest reconstructive surgeries in transmasculine youth: Experience from one pediatric center. *International Journal of Transgenderism*, 18(4), 376–381.
- Marks, D. H., Peebles, J. K., & Dommasch, E. (2019). Hair reduction for transgender persons: What dermatologists should know and how they can help. *JAMA Dermatology*, 155(5), 525–526.
- Marsh, C., McCracken, M., Gray, M., Nangia, A., Gay, J., & Roby, K. F. (2019). Low total motile sperm in transgender women seeking hormone therapy. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 36(8), 1639–1648.
- Marshall, W. A., & Tanner, J. M. (1969). Variations in pattern of pubertal changes in girls. *Archives of Disease in Childhood*, 44(235), 291–303.
- Masten, A. S., & Cicchetti, D. (2010). Developmental cascades. *Development and Psychopathology*, 22(3), 491–495.
- Martin, K. A., Chang, R. J., Ehrmann, D. A., Ibanez, L., Lobo, R. A., Rosenfield, R. L., Shapiro, J., Montori, V. M., & Swiglo, B. A. (2008). Evaluation and treatment of hirsutism in premenopausal women: An Endocrine Society clinical practice guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 93(4), 1105–1120.
- Martinez, C., Rikhi, R., Haque, T., Fazal, A., Kolber, M., Hurwitz, B. E., Schneiderman, N., & Brown, T. T. (2020). Gender identity, hormone therapy, and cardiovascular disease risk. *Current Problems in Cardiology*, 45(5), 100396.
- Martinez, F., & International Society for Fertility Preservation–ESHRE–ASRM Expert Working Group. (2017). Update on fertility preservation from the Barcelona International Society for Fertility Preservation–ESHRE–ASRM 2015 expert meeting: Indications, results and future perspectives. *Fertility and Sterility*, 108(3), 407–415.e11.
- Martins, R. S., Saleh, R., Kamal, H., Gillani, M., Merchant, A. A., Munir, M. M., Ifikar, H. K., Shah, Z., Hussain, M. H. Z., Azhar, M., Qadri, F., & Saleem, S. (2020). The need for transgender healthcare medical education in a developing country. *Advances in Medical Education and Practice*, 11, 405.
- Maruri, S. (2011). Hormone therapy for inmates: A metonym for transgender rights. *Cornell Journal of Law and Public Policy*, 20(3), 10.
- Massie, J. P., Morrison, S. D., Van Maasdam, J., & Satterwhite, T. (2018). Predictors of patient satisfaction and postoperative complications in penile inversion vaginoplasty. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 141(6), 911e–921e.
- Mastronikolis, N. S., Remacle, M., Biagini, M., Kiagiadaki, D., & Lawson, G. (2013). Wendler glottoplasty: An effective pitch raising surgery in male-to-female transsexuals. *Journal of Voice*, 27(4), 516–522.
- Matai, V., Cheesman, A. D., & Clarke, P. M. (2003). Cricothyroid approximation and thyroid chondroplasty: A patient survey. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, 128(6), 841–847.
- Matei, S., & Danino, M. A. (2015). Smoking and plastic surgery: A Montreal perspective. *Annales de Chirurgie Plastique et Esthétique*, 60(1), e71–e72.
- Matoso, A., Khandakar, B., Yuan, S., Wu, T., Wang, L. J., Lombardo, K. A., & Yakirevich, E. (2018). Spectrum of findings in orchiectomy specimens of persons undergoing gender confirmation surgery. *Human Pathology*, 76, 91–99.
- Matsuno, E. (2019). Nonbinary-affirming psychological interventions. *Cognitive and Behavioral Practice*, 26(4), 617–628.
- Matsuno, E., & Israel, T. (2018). Psychological interventions promoting resilience among transgender individuals: Transgender resilience intervention model (TRIM). *The Counseling Psychologist*, 46(5), 632–655.
- Mattawanon, N., Charoenkwan, K., & Tangpricha, V. (2021). Sexual dysfunction in transgender people: A systematic review. *Urology Clinics of North America*, 48(4), 437–460.

- Mattawanon, N., Spencer, J. B., Schirmer, D. A., & Tangpricha, V. (2018). Fertility preservation options in transgender people: A review. *Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders*, 19(3), 231–242.
- Matthews, J. J., Olszewski, A., & Petereit, J. (2020). Knowledge, training, and attitudes of students and speech-language pathologists about providing communication services to individuals who are transgender. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 29(2), 597–610.
- Matthews, S. J., Picton, H., Ernst, E., & Andersen, C. Y. (2018). Successful pregnancy in a woman previously suffering from β -thalassemia following transplantation of ovarian tissue cryopreserved before puberty. *Minerva Obstetrics and Gynecology*, 70(4), 432–435.
- Maxwell, S., Noyes, N., Keefe, D., Berkeley, A. S., & Goldman, K. N. (2017). Pregnancy outcomes after fertility preservation in transgender men. *Obstetrics and Gynecology*, 129(6), 1031–1034.
- Mayer, T. K., Koehler, A., Eyssel, J., & Nieder, T. O. (2019). How gender identity and treatment progress impact decision-making, psychotherapy and aftercare desires of trans persons. *Journal of Clinical Medicine*, 8(5), 749.
- Mazur, T., Cohen-Kettenis, P. T., Meyer, W. J., Meyer-Bahlburg, H. F., & Zucker, K. J. (2007). Survey of HBGDA membership on treatment of disorders of sex development (DSD). *International Journal of Transgenderism*, 10(2), 99–108.
- McCallion, S., Smith, S., Kyle, H., Shaikh, M. G., Wilkinson, G., & Kyriakou, A. (2021). An appraisal of current service delivery and future models of care for young people with gender dysphoria. *European Journal of Pediatrics*, 180(9), 2969–2976.
- McCauley, E., Eckstrand, K., Desta, B., Bouvier, B., Brockmann, B., & Brinkley-Rubenstein, L. (2017). Exploring healthcare experiences for incarcerated individuals who identify as transgender in a southern jail. *Transgender Health*, 3(1), 34–41.
- McConnell, E. A., Birkett, M. A., & Mustanski, B. (2015). Typologies of social support and associations with mental health outcomes among LGBT youth. *LGBT Health*, 2(1), 55–61.
- McDowell, A., & Bower, K. M. (2016). Transgender health care for nurses: An innovative approach to diversifying nursing curricula to address health inequities. *Journal of Nursing Education*, 55(8), 476–479.
- McDowell, A., Raifman, J., Progovac, A. M., & Rose, S. (2020). Association of nondiscrimination policies with mental health among gender minority individuals. *JAMA Psychiatry*, 77(9), 952–958.
- McDowell, M. J., Hughto, J. M. W., & Reisner, S. L. (2019). Risk and protective factors for mental health morbidity in a community sample of female-to-male trans-masculine adults. *BMC Psychiatry*, 19(1).
- McFadden, S. H., Frankowski, S., Flick, H., & Witten, T. M. (2013). Resilience and multiple stigmatized identities: Lessons from transgender persons' reflections on aging. In J. D. Sinnott (Ed.), *Positive psychology: Advances in understanding adult motivation* (pp. 247–267). Springer.
- McGuire, J. K., Beek, T. F., Catalpa, J. M., & Steensma, T. D. (2018). The Genderqueer Identity (GQI) Scale: Measurement and validation of four distinct subscales with trans and LGBTQ clinical and community samples in two countries. *International Journal of Transgenderism*, 20(2–3), 289–304.
- McGuire, J. K., Berg, D., Catalpa, J. M., Morrow, Q. J., Fish, J. N., Nic Rider, G., Steensma, T., Cohen-Kettenis, P. T., & Spencer, K. (2020). Utrecht Gender Dysphoria Scale—Gender Spectrum (UGDS-GS): Construct validity among transgender, nonbinary, and LGBTQ samples. *International Journal of Transgender Health*, 21(2), 194–208.
- McInroy, L. B., Beaujolais, B., Craig, S. L., & Eaton, A. D. (2021). The self-identification, LGBTQ+ identity development, and attraction and behavior of asexual youth: Potential implications for sexual health and internet-based service provision. *Archives of Sexual Behavior*, 50(8), 3853–3863.

- McLachlan, C. (2019). Que(e)ring trans and gender diversity. *South African Journal of Psychology*, 49(1), 10–13. Urology Clinics North America
- McLaughlin, R. J., & Sharp, R. N. (2018). Working with parents/guardians and caregivers when conflicts arise. In C. Keo-Meier & D. Ehrensaft (Eds.), *The gender affirmative model: An Interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children* (pp. 157–172). American Psychological Association.
- McNabb, C. (2017). Nonbinary gender identities: History, culture, resources. Rowman & Littlefield.
- McNamara, C. (2007). Re-inhabiting an uninhabitable body: Interventions in voice production with transsexual men. *Research in Drama Education: The Journal of Applied Theatre and Performance*, 12(2), 195–206.
- McNeil, J., Bailey, L., Ellis, S., & Regan, M. (2013). *Speaking from the margins: trans mental health and wellbeing in Ireland*. Transgender Equality Network Ireland (TENI). <https://www.atlanticphilanthropies.org/wp-content/uploads/2015/09/teni-speaking-from-the-margins-report.pdf>
- McNeil, J., Bailey, L., Ellis, S., Morton, J., & Regan, M. (2012). *UK trans mental health study 2012*. Scottish Transgender Alliance, Trans Resource and Empowerment Centre, TransBareAll, Traverse Research, Sheffield Hallam University. Scottish Trans Alliance https://www.scottishtrans.org/wp-content/uploads/2013/03/trans_mh_study.pdf
- 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.
- McTernan, M., Yokoo, K., & Tong, W. (2020). A comparison of gender-affirming chest surgery in nonbinary versus transmasculine patients. *Annals of Plastic Surgery*, 84(5S Suppl. 4), S323–S328.
- Meeus, W., van de Schoot, R., Keijsers, L., & Branje, S. (2011). Identity statuses as developmental trajectories: A five-wave longitudinal study in early-to-middle and middle-to-late adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 41(8), 1008–1021.
- Mehringer, J., & Dowshen, N. L. (2019). Sexual and reproductive health considerations among transgender and gender-expansive youth. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 49(9), 100684.
- Mehringer, J. E., Harrison, J. B., Quain, K. M., Shea, J. A., Hawkins, L. A., & Dowshen, N. L. (2021). Experience of chest dysphoria and masculinizing chest surgery in transmasculine youth. *Pediatrics*, 147(3), e2020013300.
- Meier, S. C., & Labuski, C. M. (2013). The Demographics of the Transgender Population. In A. K. Baumle (Ed.), *International handbook on the demography of sexuality* (pp. 289–327). Springer.
- Meier, S. C., Sharp, C., Michonski, J., Babcock, J. C., & Fitzgerald, K. (2013). Romantic relationships of female-to-male trans men: A descriptive study. *International Journal of Transgenderism*, 14(2), 75–85.
- Meijer, J. H., Eekhout, G. M., van Vlerken, R. H., & de Vries, A. L. (2017). Gender dysphoria and co-existing psychosis: Review and four case examples of successful gender affirmative treatment. *LGBT Health*, 4(2), 106–114.
- Meister, J., Hagen, R., Shehata-Dieler, W., Kühn, H., Kraus, F., & Kleinsasser, N. (2016). Pitch elevation in male-to-female transgender persons—The Würzburg approach. *Journal of Voice*, 31(2), 244.e7–244.e15.
- Mendoza, N., & Motos, M. A. (2013). Androgen insensitivity syndrome. *Gynecological Endocrinology*, 29(1), 1–5.
- Meriggiola, M. C., Armillotta, F., Costantino, A., Altieri, P., Saad, F., Kalhorn, T., & Pelusi, G. (2008). Effects of testosterone undecanoate administered alone or in combination with letrozole or dutasteride in female to male transsexuals. *The Journal of Sexual Medicine*, 5(10), 2442–2453.
- Mészáros, K., Vitéz, L. C., Szabolcs, I., Góth, M., Kovács, L., Görömbei, Z., & Hacki, T. (2005). Efficacy of conservative voice treatment in male-to-female transsexuals. *Folia Phoniatrica et Logopaedica*, 57(2), 111–118.
- Meyer, W. III., Bockting W., Cohen-Kettenis P., Coleman E., DiCeglie D., Devor H., Gooren L., Hage J., Kirk S., Kuiper B., Laub D., Lawrence A., Menard Y., Patton J., Schaefer

- L., Webb A., & Wheeler C. (2001). The standards of care for gender identity disorders—Sixth version. *International Journal of Transgenderism*, 5(1). http://www.symposium.com/ijt/soc_01/index.htm
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674–697.
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2019). “Diagnosing” gender? Categorizing gender-identity variants in the Anthropocene. *Archives of Sexual Behavior* 48(7), 2027–2035.
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2022). The timing of genital surgery in somatic intersexuality: Surveys of patients' preferences. *Hormone Research in Paediatrics*, 95, 12–20.
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., Baratz Dalke, K., Berenbaum, S. A., Cohen-Kettenis, P. T., Hines, M., & Schober, J. M. (2016). Gender assignment, reassignment and outcome in disorders of sex development: Update of the 2005 Consensus Conference. *Hormone Research in Paediatrics*, 85(2), 112–118.
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., Khuri, J., Reyes-Portillo, J., & New, M. I. (2017). Stigma in medical settings as reported retrospectively by women with congenital adrenal hyperplasia (CAH) for their childhood and adolescence. *Journal of Pediatric Psychology*, 42(5), 496–503.
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., Khuri, J., Reyes-Portillo, J., Ehrhardt, A. A., & New, M. I. (2018). Stigma associated with classical congenital adrenal hyperplasia in women's sexual lives. *Archives of Sexual Behavior*, 47(4), 943–951.
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., Reyes-Portillo, J. A., Khuri, J., Ehrhardt, A. A., & New, M. I. (2017). Syndrome-related stigma in the general social environment as reported by women with classical congenital adrenal hyperplasia. *Archives of Sexual Behavior*, 46(2), 341–351.
- Mieusset, R., Bujan, L., Mansat, A., Pontonnier, F., & Grandjean, H. (1987). Effects of artificial cryptorchidism on sperm morphology. *Fertility and Sterility*, 47(1), 150–155.
- Mieusset, R., Grandjean, H., Mansat, A., & Pontonnier, F. (1985). Inhibiting effect of artificial cryptorchidism on spermatogenesis. *Fertility and Sterility*, 43(4), 589–594.
- Miller, L., Leeth, E. A., Johnson, E. K., Rosoklija, I., Chen, D., Aufox, S. A., & Finlayson, C. (2018). Attitudes towards ‘disorders of sex development’ nomenclature among physicians, genetic counselors, and mental health clinicians. *Journal of Pediatric Urology*, 14(5), 418.e1–418.e7.
- Millet, N., Longworth, J., & Arcelus, J. (2017). Prevalence of anxiety symptoms and disorders in the transgender population: A systematic review of the literature. *International Journal of Transgenderism*, 18(1), 27–38.
- Millington, K., Liu, E., & Chan, Y. M. (2019). The utility of potassium monitoring in gender-diverse adolescents taking spironolactone. *Journal of the Endocrine Society*, 3(5), 1031–1038.
- Millington, K., Schulmeister, C., Finlayson, C., Grabert, R., Olson-Kennedy, J., Garofalo, R., & Chan, Y. M. (2020). Physiological and metabolic characteristics of a cohort of transgender and gender-diverse youth in the United States. *Journal of Adolescent Health*, 67(3), 376–383.
- Mills, M., & Stoneham, G. (2017). *The voice book for trans and non-binary people*. Jessica Kingsley Publishers.
- Mills, M., Stoneham, G., & Davies, S. (2019). Toward a protocol for transmasculine voice: A service evaluation of the voice and communication therapy group program, including long-term follow-up for trans men at the London Gender Identity Clinic. *Transgender Health*, 4(1), 143–151.
- Milrod, C., & Karasic, D. H. (2017). Age is just a number: WPATH-affiliated surgeons' experiences and attitudes toward vaginoplasty in transgender females under 18 years of age in the United States. *The Journal of Sexual Medicine*, 14(4), 624–634.
- Ming, J. M., Chua, M. E., Lopes, R. I., Maloney, A. M., Gupta, A. A., & Lorenzo, A. J. (2018).

- Cryopreservation of testicular tissue in pre-pubertal and adolescent boys at risk for infertility: A low risk procedure. *Journal of Pediatric Urology*, 14(3), 274.e271–274.e275.
- Ministry of Justice. (2016.) *Care and management of transgender offenders*. (n.d.). GOV.UK. Retrieved May 31, 2022, from <https://www.gov.uk/government/publications/care-and-management-of-transgender-offenders>
- Mizock, L., & Lewis, T. K. (2008). Trauma in transgender populations: Risk, resilience, and clinical care. *Journal of Emotional Abuse*, 8(3), 335–354.
- Mollet, A. L. (2021). “It's easier just to say I'm queer”: Asexual college students' strategic identity management. *Journal of Diversity in Higher Education*. Advance online publication.
- Money, J., & Lamacz, M. (1987). Genital examination and exposure experienced as nosocomial sexual abuse in childhood. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 175(12), 713–721.
- Monroe (aka Patterson) v. Baldwin, Illinois Department of Corrections et al, Case No. 1:19-cv-01060, 2019.
- Monstrey, S., Hoebeke, P., Dhont, M., De Cuyper, G., Rubens, R., Moerman, M., Hamdi, M., Van Landuyt, K., & Blondeel, P. (2001). Surgical therapy in transsexual patients: A multi-disciplinary approach. *Acta Chirurgica Belgica*, 101(5), 200–209. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11758101>
- Monstrey, S., Hoebeke, P., Selvaggi, G., Ceulemans, P., Van Landuyt, K., Blondeel, P., Hamdi, M., Roche, N., Weyers, S., & De Cuyper, G. (2009). Penile reconstruction: Is the radial forearm flap really the standard technique? *Plastic and Reconstructive Surgery*, 124(2), 510–518.
- Montejo, A. L., Montejo, L., & Navarro-Cremades, F. (2015). Sexual side-effects of antidepressant and antipsychotic drugs. *Current Opinion in Psychiatry*, 28(6), 418–423.
- Moody, C., Fuks, N., Peláez, S., & Smith, N. G. (2015). “Without this, I would for sure already be dead”: A qualitative inquiry regarding suicide protective factors among trans adults. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(3), 266.
- Mora, E., Cobeta, I., Becerra, A., & Lucio, M. J. (2018). Comparison of cricothyroid approximation and glottoplasty for surgical voice feminization in male-to-female transsexuals. *The Laryngoscope*, 128(9), 2101–2109.
- Moravek, M. B., Kinnear, H. M., George, J., Batchelor, J., Shikanov, A., Padmanabhan, V., & Randolph, J. F. (2020). Impact of exogenous testosterone on reproduction in transgender men. *Endocrinology*, 161(3), bqaa014.
- Morenz, A. M., Goldhammer, H., Lambert, C. A., Hopwood, R., & Keuroghlian, A. S. (2020). A blueprint for planning and implementing a transgender health program. *Annals of Family Medicine*, 18(1), 73–79.
- Morrison, S. D., Capitán-Canadas, F., Sanchez-Garcia, A., Ludwig, D. C., Massie, J. P., Nolan, I. T., Swanson, M., Rodriguez-Conesa, M., Friedrich, J. B., Cederna, P. S., Bellinga, R. J., Simon, D., Capitán, L., & Satterwhite, T. (2020). Prospective quality-of-life outcomes after facial feminization surgery: An international multicenter study. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 145(6), 1499–1509.
- Morrison, S. D., Satterwhite, T., Grant, D. W., Kirby, J., Laub, D. R., Sr., & VanMaasdam, J. (2015). Long-term outcomes of rectosigmoid neocolporrhaphy in male-to-female gender reassignment surgery. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 136(2), 386–394.
- Morrison, S. D., Shakir, A., Vyas, K. S., Kirby, J., Crane, C. N., & Lee, G. K. (2016). Phalloplasty: A review of techniques and outcomes. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 138(3), 594–615.
- Moser, C., & Devereux, M. (2019). Gender neutral pronouns: A modest proposal. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 331–332.
- Moseson, H., Fix, L., Hastings, J., Stoeffler, A., Lunn, M. R., Flentje, A., Lubensky, M. E., Capriotti, M. R., Ragosta, S., & Obedin-Maliver, J. (2020). Pregnancy intentions and outcomes among transgender, nonbinary, and gender-expansive people assigned female or

- intersex at birth in the United States: Results from a national, quantitative survey. *International Journal of Transgender Health*, 22(1–2), 30–41.
- Moseson, H., Fix, L., Hastings, J., Stoeffler, A., Lunn, M. R., Flentje, A., Lubensky, M. E., Capriotti, M. R., Ragosta, S., Forsberg, H., & Obedin-Maliver, J. (2021). Pregnancy intentions and outcomes among transgender, nonbinary, and gender-expansive people assigned female or intersex at birth in the United States: Results from a national, quantitative survey. *International Journal of Transgender Health*, 22(1-2), 30–41.
- Moseson, H., Fix, L., Ragosta, S., Forsberg, H., Hastings, J., Stoeffler, A., Lunn, M. R., Flentje, A., Capriotti, M. R., Lubensky, M. E., & Obedin-Maliver, J. (2021). Abortion experiences and preferences of transgender, nonbinary, and gender-expansive people in the United States. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 224(4), 376.
- Moseson, H., Lunn, M. R., Katz, A., Fix, L., Durden, M., Stoeffler, A., Hastings, J., Cudlitz, L., Goldberg, E., Lesser-Lee, B., Letcher, L., Reyes, A., Flentje, A., Capprotti, M., Lubensky, M. E., & Obedin-Maliver, J. (2020). Development of an affirming and customizable electronic survey of sexual and reproductive health experiences for transgender and gender nonbinary people. *PLoS One*, 15(5), e0232154.
- Moseson, H., Zazanis, N., Goldberg, E., Fix, L., Durden, M., Stoeffler, A., Hastings, J., Cudlitz, L., Goldberg, E., Lesser-Lee, B., Letcher, L., Reyes, A., & Obedin-Maliver, J. (2020). The imperative for transgender and gender nonbinary inclusion: Beyond women's health. *Obstetrics and Gynecology*, 135(5), 1059–1068.
- Motmans, J., Meier, P., Ponnet, K., & T'Sjoen, G. (2012). Female and male transgender quality of life: Socioeconomic and medical differences. *The Journal of Sexual Medicine*, 9(3), 743–750.
- Motmans, J., Nieder, T. O., & Bouman, W. P. (2019). Transforming the paradigm of nonbinary transgender health: A field in transition. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 119–125.
- Motmans, J., Wyverkens, E., & Defreyne, J. (2017). *Being transgender in Belgium: Ten years later*. Institute for the Equality of Women and Men. https://igvm-iefh.belgium.be/sites/default/files/118_-_being_transgender_in_belgium.pdf
- Motta, G., Marinelli, L., Barale, M., Brustio, P. R., Manieri, C., Ghigo, E., Procopio, M., & Lanfranco, F. (2020). Fracture risk assessment in an Italian group of transgender women after gender-confirming surgery. *Journal of Bone Mineral Metabolism*, 38(6), 885–893.
- Mouriquand, P. D. E., Gorduza, D. B., Gay, C.-L., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Baker, L., Baskin, L. S., Bouvattier, C., Braga, L. H., Caldamone, A. C., Duranteau, L., El Ghoneimi, A., Hensle, T. W., Hoebeke, P., Kaefer, M., Kalfa, N., Kolon, T. F., Manzoni, G., Mure, P.-Y., Nordenskjöld, A., & Pippi Salle, J. L. (2016). Surgery in disorders of sex development (DSD) with a gender issue: If (why), when, and how? *Journal of Pediatric Urology*, 12(3), 139–149.
- Movement Advancement Project. Conversion “Therapy” Bans. (2021). <https://www.lgbtmap.org/equality-maps/conversion-therapy>
- Mujugira, A., Kasiita, V., Bagaya, M., Nakyanzi, A., Bambia, F., Nampewo, O., Kamusiime, B., Mugisha, J., Nalumansi, A., Twesigye, C. C., Muwonge, T. R., Baeten, J. M., Wyatt, M. A., Tsai, A. C., Ware, N. C., & Haberer, J. E. (2021). “You are not a man”: A multi-method study of trans stigma and risk of HIV and sexually transmitted infections among trans men in Uganda. *Journal of the International AIDS Society*, 24(12), e25860.
- Mukhopadhyay, A., & Chowdhury, R. (2009). The eunuch patient. *Tropical Doctor*, 39(1), 63–64.
- Müller, A. (2017). Scrambling for access: Availability, accessibility, acceptability and quality of healthcare for lesbian, gay, bisexual and transgender people in South Africa. *BMC International Health and Human Rights*, 17(1), 16.

- Müller, A., & Daskilewicz, K., & The Southern and East African Research Collective on Health (2019). 'Are we doing alright? Realities of violence, mental health, and access to healthcare related to sexual orientation and gender identity and expression in eSwatini: Research report based on a community-led study in nine countries'. COC Netherlands. https://eswatini minorities.org/wp-content/uploads/2019/07/SOGIE-and-wellbeing_02_eSwatini.pdf
- Mullins, E. S., Geer, R., Metcalf, M., Piccola, J., Lane, A., Conard, L. A. E., & Kowalczyk Mullins, T. L. (2021). Thrombosis risk in transgender adolescents receiving gender-affirming hormone therapy. *Paediatrics*, 147(4), e2020023549.
- 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.
- Murchison, G., Adkins, D., Conard, L. A., Ph, R., Ehrensaft, D., Elliott, T., Hawkins, L. A., Lopez, X., Newby, H., Ng, H., Veters, R., Wolf-Gould, C., Brown, J., Hanneman, T., Kahn, E. (2016). *Supporting & caring for transgender children*. Human Rights Campaign.
- Myers, S. C., & Safer, J. D. (2017). Increased rates of smoking cessation observed among transgender women receiving hormone treatment. *Endocrine Practice*, 23(1), 32–36.
- Nahata, L., Chen, D., Moravek, M. B., Quinn, G. P., Sutter, M. E., Taylor, J., Tishelman, A. C., & Gomez-Lobo, V. (2019). Understudied and under-reported: Fertility issues in transgender youth—A narrative review. *Journal of Paediatrics*, 205, 265–271.
- Nahata, L., Curci, M. B., & Quinn, G. P. (2018). Exploring fertility preservation intentions among transgender youth. *Journal of Adolescent Health*, 62(2), 123–125.
- Nahata, L., Quinn, G. P., & Tishelman, A. C. (2018). Counseling in pediatric populations at risk for infertility and/or sexual function concerns. *Pediatrics*, 142(2), e20181435.
- Nahata, L., Tishelman, A. C., Caltabellotta, N. M., & Quinn, G. P. (2017). Low fertility preservation utilization among transgender youth. *Journal of Adolescent Health*, 61(1), 40–44.
- Nanda, K., Stuart, G. S., Robinson, J., Gray, A. L., Tepper, N. K., & Gaffield, M. E. (2017). Drug interactions between hormonal contraceptives and antiretrovirals. *AIDS*, 31(7), 917–952.
- Nanda, S. (2014). *Gender diversity: cross cultural variations* (2nd ed.). Waveland Press.
- Narayan, S. K., Hontscharuk, R., Danker, S., Guerriero, J., Carter, A., Blasdel, G., Bluebond-Langner, R., Ettner, R., Radix, A., Schechter, L., & Berli, J. U. (2021). Guiding the conversation-types of regret after gender-affirming surgery and their associated etiologies. *Annals of Translational Medicine*, 9(7), 605.
- Nash, R., Ward, K. C., Jemal, A., Sandberg, D. E., Tangpricha, V., & Goodman, M. (2018). Frequency and distribution of primary site among gender minority cancer patients: An analysis of U.S. national surveillance data. *Cancer Epidemiology*, 54, 1–6.
- Nassiri, N., Maas, M., Basin, M., Cacciamani, G. E., & Doumanian, L. R. (2021). Urethral complications after gender reassignment surgery: A systematic review. *International Journal of Impotence Research*, 33(8), 793–800.
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2020). *Understanding the well-being of LGBTQI+ populations*. The National Academies Press.
- National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. (1979). *The Belmont report: Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research*. U.S. Department of Health and Human Services.
- National Commission on Correctional Health Care. (2016). *Solitary confinement (isolation)*. <https://www.ncchc.org/solitary-confinement>.
- National LGBTQIA+ Health Education Center. (2020). *Affirming primary care for intersex people*. <https://www.lgbtqihealtheducation.org>

[rg/publication/affirming-primary-care-for-intersex-people-2020/](https://doi.org/10.1080/20717258.2020.1811111)

- Nestle, J., Howell, C., & Wilchins, R. (Eds.). (2002). *Genderqueer. Voices from behind the sexual binary*. Alyson Books.
- Netshandama, V. O., Mavhandu-Mudzusi, A. H., & Matshideze, P. (2017). Deconstructing matula (taboo), a multi-stakeholder narrative about LGBTI. *South African Journal of Higher Education*, 31(4).
- Neumann, K., & Welzel, C. (2004). The importance of the voice in male-to-female transsexualism. *Journal of Voice*, 18(1), 153–167.
- Newcomb, M. E., Hill, R., Buehler, K., Ryan, D. T., Whitton, S. W., & Mustanski, B. (2020). High burden of mental health problems, substance use, violence, and related psychosocial factors in transgender, non-binary, and gender diverse youth and young adults. *Archives of Sexual Behavior*, 49(2), 645–659.
- Newfield, E., Hart, S., Dibble, S., & Kohler, L. (2006). Female-to-male transgender quality of life. *Quality of Life Research*, 15(9), 1447–1457.
- Neyman, A., Fuqua, J. S., & Eugster, E. A. (2019). Bicalutamide as an androgen blocker with secondary effect of promoting feminization in male-to-female transgender adolescents. *The Journal of Adolescent Health*, 64(4), 544–546.
- Nguyen, H. B., Chavez, A. M., Lipner, E., Hantsoo, L., Kornfield, S. L., Davies, R. D., & Epperson, C. N. (2018). Gender-affirming hormone use in transgender individuals: Impact on behavioral health and cognition. *Current Psychiatry Reports*, 20(12), 1–9.
- Nieder, T. O., & Richter-Appelt, H. (2011). Tertium non datur—either/or reactions to transsexualism amongst health care professionals: the situation past and present, and its relevance to the future. *Psychology & Sexuality*, 2(3), 224–243.
- Nieder, T. O., Eyssel, J., & Köhler, A. (2020). Being trans without medical transition: Exploring characteristics of trans individuals from Germany not seeking gender-affirmative medical interventions. *Archives of Sexual Behavior*, 49(7), 2661–2672.
- Nieder, T. O., Güldenring, A., Woellert, K., Briken, P., Mahler, L., & Mundle, G. (2020). Ethical aspects of mental health care for lesbian, gay, bi-, pan-, asexual, and transgender people: A case-based approach. *The Yale Journal of Biology and Medicine*, 93(4), 593–602. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7513438/>
- Nieder, T. O., Mayer, T. K., Hinz, S., Fahrenkrug, S., Herrmann, L., & Becker-Hebly, I. (2021). Individual treatment progress predicts satisfaction with transition-related care for youth with gender dysphoria: A prospective clinical cohort study. *The Journal of Sexual Medicine*, 18(3), 632–645.
- Nilsson, J., Jervaeus, A., Lampic, C., Eriksson, L. E., Widmark, C., Armuand, G. M., Malmors, M., Heyman, M., & Wettergren, L. (2014). ‘Will I be able to have a baby?’ Results from online focus group discussions with childhood cancer survivors in Sweden. *Human Reproduction*, 29(12), 2704–2711.
- Nobili, A., Glazebrook, C., & Arcelus, J. (2018). Quality of life of treatment-seeking transgender adults: A systematic review and meta-analysis. *Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders*, 19(3), 199–220.
- Nobili, A., Glazebrook, C., Bouman, W. P., Baron-Cohen, S., & Arcelus, J. (2020). The stability of autistic traits in transgender adults following cross-sex hormone treatment. *International Journal of Transgender Health*, 21(4), 431–439.
- Nokoff, N. J., Scarbro, S., Juarez-Colunga, E., Morea, K. L., & Kempe, A. (2018). Health and cardiometabolic disease in transgender adults in the United States: Behavioral Risk Factor Surveillance System 2015. *Journal of the Endocrine Society*, 2(4), 349–360.
- Nota, N. M., Wiepjes, C. M., de Blok, C. J. M., Gooren, L. J. G., Kreukels, B. P. C., & den Heijer, M. (2019). Occurrence of acute cardiovascular events in transgender individuals receiving hormone therapy. *Circulation*, 139(11), 1461–1462.

- Nota, N. M., Wiepjes, C. M., de Blok, C. J. M., Gooren, L. J. G., Peerdeman, S. M., Kreukels, B. P. C., & den Heijer, M. (2018). The occurrence of benign brain tumours in transgender individuals during cross-sex hormone treatment. *Brain*, 141(7), 2047–2054.
- Noureaï, S. A., Randhawa, P., Andrews, P. J., & Saleh, H. A. (2007). The role of nasal feminization rhinoplasty in male-to-female gender reassignment. *Archives of Facial Plastic Surgery*, 9(5), 318–320.
- Nowotny, K. M., Rogers, R. G., & Boardman, J. D. (2017). Racial disparities in health conditions among prisoners compared with the general population. *SSM—Population Health*, 3, 487–496.
- Nuttbrock, L., Bockting, W., Rosenblum, A., Hwahng, S., Mason, M., Macri, M., & Becker, J. (2014). Gender abuse, depressive symptoms, and substance use among transgender women: A 3-year prospective study. *American Journal of Public Health*, 104(11), 2199–2206.
- 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.
- Nuyen, B. A., Qian, Z. J., Campbell R. D., Erickson-DiRenzo E., Thomas J., & Sung C. K. (2022) Feminization laryngoplasty: 17-year review on long-term outcomes, safety, and technique. *Otolaryngology—Head and Neck Surgery*, 167(1), 112–117.
- Nygren, U., Nordenskjöld, A., Arver, S., & Södersten, M. (2016). Effects on voice fundamental frequency and satisfaction with voice in trans men during testosterone treatment—A longitudinal study. *Journal of Voice*, 30(6), 766.e23–766.e34.
- Oates, J. (2019). Evidence-based practice in voice training for transwomen. In R. K. Adler, S. Hirsch, & J. Pickering (Eds.), *Voice and communication therapy for the transgender/Gender Diverse client: A comprehensive clinical guide* (pp. 87–103). Plural Publishing.
- Oates, J. M. & Dacakis, G. (1983). Speech pathology considerations in the management of transsexualism—A review. *British Journal of Disorders of Communication*. 18(3), 139–151.
- O'Bryant, C. L., Flaig, T. W., & Utz, K. J. (2008). Bicalutamide-associated fulminant hepatotoxicity. *Pharmacotherapy*, 28(8), 1071–1075.
- Obedin-Maliver, J. (2015). Time for OBGYNs to care for people of all genders. *Journal of Women's Health (Larchmt)*, 24(2), 109–111.
- Obedin-Maliver, J., & Makadon, H. (2016). Transgender men and pregnancy. *Obstetric Medicine*, 9(1), 4–8.
- Obedin-Maliver, J., Goldsmith, E. S., Stewart, L., White, W., Tran, E., Brenman, S., & Lunn, M. R. (2011). Lesbian, gay, bisexual, and transgender-related content in undergraduate medical education. *The Journal of the American Medical Association*, 306(9), 971–977.
- OECD. (2019). Health at a glance 2019: OECD indicators. OECD Publishing.
- Oğuz, Ö., Ayran, B., & Yelken, K. (2020). Clinical considerations in speech and language therapy in Turkish transgender population. *Journal of Voice*, 35(4), 662.e9–662.e13.
- OHCHR, ILO, UNDP, UNESCO, UNFPA, UNHCR, & UNAIDS. (2016). *Ending violence and discrimination against lesbian, gay, bisexual, transgender and intersex people*. https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Discrimination/Joint_LGBTI_Statement_ENG.PDF
- Øien, R. A., Cicchetti, D. V., & Nordahl-Hansen, A. (2018). Gender dysphoria, sexuality and autism spectrum disorders: A systematic map review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(12), 4028–4037.
- Oktay, K., Buyuk, E., Rodriguez-Wallberg, K. A., & Sahin, G. (2010). In vitro maturation improves oocyte or embryo cryopreservation outcome in breast cancer patients undergoing ovarian stimulation for fertility preservation. *Reproductive Biomedicine Online*, 20(5), 634–638.
- Olde Dubbelink, L. M. E., & Geurts, H. M. (2017). Planning skills in autism spectrum disorder across the lifespan: A meta-analysis and meta-regression. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47(4), 1148–1165.

- Olezeski, C. L., Pariseau, E. M., Bamatter, W. P., & Tishelman, A. C. (2020). Assessing gender in young children: Constructs and considerations. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 7(3), 293–303.
- Oliphant, J., Veale, J., Macdonald, J., Carroll, R., Johnson, R., Harte, M., Stephenson, C., & Bullock, J. (2018). Guidelines for gender affirming healthcare for gender diverse and transgender children, young people and adults in Aotearoa, New Zealand. Transgender Health Research Lab. <https://patha.nz/Guidelines>
- Olivier, S., & Thurasukam, O. (2018). *Lesbian, gay, transgender, bisexual, intersex and queer (LGBTIQ+) youth in Thailand*. Save the Children Fund. https://resourcecentre.savethechildren.net/node/13480/pdf/lgbtiqyouth_in_thailand_save_the_children_2018.pdf
- Olson, K. R., Blotner, C., Alonso, D., Lewis, K., Edwards, D., Durwood, L., 2019. Family discussions of early childhood social transitions. *Clinical Practice in Pediatric Psychology* 7, 229–240.
- Olson, K. R., Durwood, L., DeMeules, M., McLaughlin, K. A., 2016. Mental health of transgender children who are supported in their identities. *Pediatrics*, 137, e20153223.
- Olson, K. R., Durwood, L., Horton, R., Gallagher, N. M., & Devor, A. (2022). Gender identity 5 years after social transition. *Pediatrics*. Advance Online Publication.
- Olson, K. R., Gülgöz, S., 2018. Early findings from the TransYouth Project: Gender development in transgender children. *Child Development Perspectives*, 12, 93–97.
- Olson-Kennedy, J., Chan, Y. M., Rosenthal, S., Hidalgo, M. A., Chen, D., Clark, L., & Garofalo, R. (2019). Creating the Trans Youth Research Network: A collaborative research endeavor. *Transgender Health*, 4(1), 304–312.
- Olson-Kennedy, J., Chan, Y.-M., Garofalo, R., Spack, N., Chen, D., Clark, L., Ehrensaft, D., Hidalgo, M., Tishelman, A., & Rosenthal, S. (2019). Impact of early medical treatment for transgender youth: Protocol for the longitudinal, observational Trans Youth Care Study. *JMIR Research Protocols*, 8(7), e14434.
- Olson-Kennedy, J., Cohen-Kettenis, P. T., Kreukels, B. P. C., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Garofalo, R., Meyer, W., & Rosenthal, S. M. (2016). Research priorities for gender nonconforming/transgender youth. *Current Opinion in Endocrinology & Diabetes and Obesity*, 23(2), 172–179.
- Olson-Kennedy, J., Rosenthal, S. M., Hastings, J., & Wesp, L. (2018). *Health considerations for gender non-conforming children and transgender adolescents*. Guidelines for the primary care of transgender and gender nonbinary people. <http://transhealth.ucsf.edu/guidelines/youth>
- Olson-Kennedy, J., Warus, J., Okonta, V., Belzer, M., & Clark, L. F. (2018). Chest reconstruction and chest dysphoria in transmasculine minors and young adults: Comparisons of nonsurgical and postsurgical cohorts. *JAMA Pediatrics*, 172(5), 431–436.
- Olyslager, F., & Conway, L. (2008). Transseksualiteit komt vaker voor dan u denkt. Een nieuwe kijk op de prevalentie van transseksualiteit in Nederland en België. *Tijdschrift voor Genderstudies*, 11(2), 39–51.
- Oparah, J. (2012). Feminism and the (trans)gender entrapment of gender nonconforming prisoners. *UCLA Women's Law Journal*, 18(2), 239–271.
- Orel, N. A., & Fruhauf, C. A. (2015). *The lives of LGBT older adults: Understanding challenges and resilience* (p. 256). American Psychological Association.
- Orloff, L. A., Mann, A. P., Damrose, J. F., & Goldman, S. N. (2006). Laser-assisted voice adjustment (LAVA) in transsexuals. *The Laryngoscope*, 116(4), 655–660.
- Ott, J., Kaufmann, U., Bentz, E. K., Huber, J. C., & Tempfer, C. B. (2010). Incidence of thrombophilia and venous thrombosis in transsexuals under cross-sex hormone therapy. *Fertility and Sterility*, 93(4), 1267–1272.

- Owen, K., & Hancock, A. B. (2010). The role of self- and listener perceptions of femininity in voice therapy. *International Journal of Transgenderism*, 12(4), 272–284.
- Owen-Smith, A. A., Gerth, J., Sineath, R. C., Barzilay, J., Becerra-Culqui, T. A., Getahun, D., Giammattei, S., Hunkeler, E., Lash, T. L., Millman, A., Nash, R., Quinn, V. P., Robinson, B., Roblin, D., Sanchez, T., Silverberg, M. J., Tangpricha, V., Valentine, C., Winter, S., Woodyatt, C., Song, Y., & Goodman, M. (2018). Association between gender confirmation treatments and perceived gender congruence, body image satisfaction, and mental health in a cohort of transgender individuals. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(4), 591–600.
- Özer, M., Toulabi, S. P., Fisher, A. D., T'Sjoen, G., Buncamper, M. E., Monstrey, S., Bizic, M. R., Djordjevic, M., Falcone, M., Christopher, N. A., Simon, D., Capitán, L., & Motmans, J. (2022). ESSM position statement “Sexual Wellbeing After Gender Affirming Surgery.” *Sexual Medicine*, 10(1), 100471.
- Özkan, Ö., Çinpolat, A., Doğan, N. U., Bektaş, G., Dolay, K., Gürkan, A., Arıcı, C., & Doğan, S. (2018). Vaginal reconstruction with the modified rectosigmoid colon: Surgical technique, long-term results and sexual outcomes. *Journal of Plastic Surgery and Hand Surgery*, 52(4), 210–216.
- Padilla, J. A., Feng, J. E., Anoushiravani, A. A., Hozack, W. J., Schwarzkopf, R., & Macaulay, W. B. (2019). Modifying patient expectations can enhance total hip arthroplasty postoperative satisfaction. *Journal of Arthroplasty*, 34(7s), S209–s214.
- PAHO. (2014). Blueprint for the provision of comprehensive care for trans persons and their communities in the Caribbean and other anglophone countries. John Snow, Inc. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31360>
- Palmer, D., Dietsch, A., & Searl, J. (2011). Endoscopic and stroboscopic presentation of the larynx in male-to-female transsexual persons. *Journal of Voice*, 26(1), 117–126.
- Palmert, M. R., & Dunkel, L. (2012). Delayed puberty. *New England Journal of Medicine*, 366(5), 443–453.
- Pan, S., & Honig, S. C. (2018). Gender-affirming surgery: Current concepts. *Current Urology Reports*, 19(8), 62.
- Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. (2019). *Guidelines for the use of antiretroviral agents in adults and adolescents with HIV: Transgender people with HIV*. Department of Health and Human Services: <https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/adult-and-adolescent-arv/transgender-people-hiv>.
- Pang, C., Gutman, G., & de Vries, B. (2019). Later life care planning and concerns of transgender older adults in Canada. *The International Journal of Aging and Human Development*, 89(1), 39–56.
- Pang, K. C., de Graaf, N. M., Chew, D., Hoq, M., Keith, D. R., Carmichael, P., & Steensma, T. D. (2020). Association of media coverage of transgender and gender diverse issues with rates of referral of transgender children and adolescents to specialist gender clinics in the UK and Australia. *JAMA Network Open*, 3(7), e2011161–e2011161.
- Papadopoulos, N. A., Lelle, J. D., Zavlin, D., Herschbach, P., Henrich, G., Kovacs, L., Ehrenberger, B., Kluger, A. K., Machens, H. G., & Schaff, J. (2017). Quality of life and patient satisfaction following male-to-female sex reassignment surgery. *The Journal of Sexual Medicine*, 14(5), 721–730.
- Papadopoulos, N. A., Zavlin, D., Lelle, J. D., Herschbach, P., Henrich, G., Kovacs, L., Ehrenberger, B., Machens, H. G., & Schaff, J. (2017). Male-to-female sex reassignment surgery using the combined technique leads to increased quality of life in a prospective study. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 140(2), 286–294.
- Parameshwaran, V., Cockbain, B. C., Hillyard, M., & Price, J. R. (2017). Is the lack of specific lesbian, gay, bisexual, transgender and queer/questioning (LGBTQ) health care education in medical school a cause for concern? Evidence from a survey of knowledge and practice among UK medical students. *Journal of Homosexuality*, 64(3), 367–381.
- Paré, F. (2020). *Outlawing trans reparative therapy*.

- EScholarship@McGill. <https://escholarship.mcgill.ca/concern/theses/wh246x33v>
- Paredes, A. Z., Hyer, J. M., Diaz, A., Tsilimigras, D. I., & Pawlik, T. M. (2020). The impact of mental illness on postoperative outcomes among Medicare beneficiaries: A missed opportunity to help surgical patients? *Annals of Surgery*, 272(3), 419–425.
- Pariseau, E. M., Chevalier, L., Long, K. A., Clapham, R., Edwards-Leeper, L., & Tishelman, A. C. (2019). The relationship between family acceptance-rejection and transgender youth psychosocial functioning. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 7(3), 267.
- Park, C., Brown, S., & Courey, M. (2021). Trans woman voice questionnaire scores highlight specific benefits of adjunctive glottoplasty with voice therapy in treating voice feminization. *Journal of Voice*.
- Parkes, G., & Hall, I. (2006). Gender dysphoria and cross-dressing in people with intellectual disability: A literature review. *Mental Retardation*, 44(4), 260–271.
- Parker, E., & Davis-McCabe, C. (2021). The sibling experience: Growing up with a trans sibling. *Australian Journal of Psychology*, 73(2), 188–199.
- Pasricha, N., Dacakis, G., & Oates, J. (2008). Communicative satisfaction of male-to-female transsexuals. *Logopedics, Phoniatrics, Vocology*, 33(1), 25–34.
- Pasterski, V., Mastroyannopoulou, K., Wright, D., Zucker, K. J., & Hughes, I. A. (2014). Predictors of posttraumatic stress in parents of children diagnosed with a disorder of sex development. *Archives of Sexual Behavior*, 43(4), 369–375.
- Pasterski, V., Prentice, P., & Hughes, I. A. (2010). Consequences of the Chicago consensus on disorders of sex development (DSD): Current practices in Europe. *Archives of Disease in Childhood*, 95(8):618.
- Pasterski, V., Zucker, K. J., Hindmarsh, P. C., Hughes, I. A., Acerini, C., Spencer, D., Neufeld, S., & Hines, M. (2015). Increased cross-gender identification independent of gender role behavior in girls with congenital adrenal hyperplasia: Results from a standardized assessment of 4- to 11-year-old children. *Archives of Sexual Behavior*, 44(5), 1363–1375.
- Payer, A. F., Meyer, W. J., 3rd, & Walker, P. A. (1979). The ultrastructural response of human Leydig cells to exogenous estrogens. *Andrologia*, 11(6), 423–436.
- Pediatric Endocrine Society (PES). (2020). *Position statement on genital surgery in individuals with differences of sex development (DSD)/intersex traits*. <https://pedsendo.org/clinical-resource/position-statement-on-genital-surgery-in-individuals-with-differences-of-sex-development-dsd-intersex-traits/>.
- Peitzmeier, S., Gardner, I., Weinand, J., Corbet, A., & Acevedo, K. (2016). Health impact of chest binding among transgender adults: A community-engaged, cross-sectional study. *Culture, Health & Sexuality*, 19(1), 64–75.
- Peitzmeier, S. M., Reisner, S. L., Harigopal, P., & Potter, J. (2014). Female-to-male patients have high prevalence of unsatisfactory Paps compared to non-transgender females: Implications for cervical cancer screening. *Journal of General Internal Medicine*, 29(5), 778–784.
- Peletz, M. (2009). *Gender pluralism: southeast Asia since early modern times*. Routledge.
- Pelusi, C., Costantino, A., Martelli, V., Lambertini, M., Bazzocchi, A., Ponti, F., & Meriggiola, M. C. (2014). Effects of three different testosterone formulations in female-to-male transsexual persons. *The Journal of Sexual Medicine*, 11(12), 3002–3011.
- Peng, K., Zhu, X., Gillespie, A., Wang, Y., Gao, Y., Xin, Y., Qi, J., Ou, J., Zhong, S., Zhao, L., Liu, J., Wang, C., & Chen, R. (2019). Self-reported rates of abuse, neglect, and bullying experienced by transgender and gender-nonbinary adolescents in China. *JAMA Network Open*, 2(9), e1911058.
- Perez-Brumer, A., Hatzenbuehler, M. L., Oldenburg, C. E., & Bockting, W. (2015). Individual-and structural-level risk factors for suicide attempts among transgender adults. *Behavioral Medicine*, 41(3), 164–171.

- Perrone, A. M., Cerpolini, S., Maria Salfi, N. C., Ceccarelli, C., De Giorgi, L. B., Formelli, G., & Meriggiola, M. C. (2009). Effect of long-term testosterone administration on the endometrium of female-to-male (FtM) transsexuals. *The Journal of Sexual Medicine*, 6(11), 3193–3200.
- Perry, D., & Pauletti, R. (2011). Gender and adolescent development. *Journal of Research on Adolescence*, 21(1), 61–74.
- Peterson, A. L., Bender, A. M., Sullivan, B., & Karver, M. S. (2021). Ambient discrimination, victimization, and suicidality in a non-probability US sample of LGBTQ adults. *Archives of Sexual Behavior*, 50(3), 1003–1014.
- Pfäfflin, F., & Junge, A. (1998). Sex reassignment: thirty years of international follow-up studies after sex reassignment surgery: a comprehensive review, 1961–1991 (Translated from German into American English by Roberta B. Jacobson and Alf B. Meier). Symposium Publishing <http://web.archive.org/web/20070503090247/http://www.symposium.com/ijt/pfaefflin/1000.htm>
- Pflum, S. R., Testa, R. J., Balsam, K. F., Goldblum, P. B., & Bongar, B. (2015). Social support, trans community connectedness, and mental health symptoms among transgender and gender nonconforming adults. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(3), 281–286.
- Philpott, A., Knerr, W., & Boydell, V. (2006). Pleasure and prevention: When good sex is safer sex. *Reproductive Health Matters*, 14(28), 23–31.
- Pickuth, D., Brandt, S., Neumann, K., Berghaus, A., Spielmann, R. P., & Heywang-Köbrunner, S. H. (2000). Value of spiral CT in patients with cricothyroid approximation. *The British Journal of Radiology*, 73(872), 840–842.
- Picton, H. M., Wyns, C., Anderson, R. A., Goossens, E., Jahnukainen, K., Kliesch, S., Mitchell, R. T., Pennings, G., Rives, N., Tournaye, H., van Pelt, A. M. M., & Schlatt, S. (2015). A European perspective on testicular tissue cryopreservation for fertility preservation in prepubertal and adolescent boys. *Human Reproduction*, 30(11), 2463–2475.
- Piepoli, M. F., Abreu, A., Albus, C., Ambrosetti, M., Brotons, C., Catapano, A. L. Corra. U., Cosyns, B., Deaton, C., Graham, I., Hoes, A., Lochen, M., Matrone, B., Redon, J., Sattar, Y., & Tiberi, M. (2020). Update on cardiovascular prevention in clinical practice: A position paper of the European Association of Preventive Cardiology of the European Society of Cardiology. *European Journal of Preventive Cardiology*, 27(2), 181–205.
- Pitasi, M. A., Kerani, R. P., Kohn, R., Murphy, R. D., Pathela, P., Schumacher, C. M., Tabidze, I., & Llata, E. (2019). Chlamydia, Gonorrhea, and Human Immunodeficiency Virus infection among transgender women and transgender men attending clinics that provide sexually transmitted disease services in six US cities. *Sexually Transmitted Diseases*, 46(2), 112–117.
- Pluvy, I., Garrido, I., Pauchot, J., Saboye, J., Chavoïn, J. P., Tropet, Y., Grolleau, J. L., & Chaput, B. (2015). Smoking and plastic surgery, part I. Pathophysiological aspects: Update and proposed recommendations. *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique*, 60(1), e3–e13.
- Pluvy, I., Panouillères, M., Garrido, I., Pauchot, J., Saboye, J., Chavoïn, J. P., Tropet, Y., Grolleau, J. L., & Chaput, B. (2015). Smoking and plastic surgery, part II. Clinical implications: A systematic review with meta-analysis. *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique*, 60(1), e15–e49.
- Pope, K. S., & Vasquez, M. J. T. (2016). Ethics in psychotherapy and counseling: A practical guide. Wiley.
- Poquiz, J. L., Coyne, C. A., Garofalo, R., & Chen, D. (2021). Comparison of gender minority stress and resilience among transmasculine, transfeminine, and nonbinary adolescents and young adults. *Journal of Adolescent Health*, 68(3), 615–618.
- Porter, K. E., Brennan-Ing, M., Chang, S. C., Dickey, L. M., Singh, A. A., Bower, K. L., & Witten, T. M. (2016). Providing competent and affirming services for transgender and gender nonconforming older adults. *Clinical Gerontologist*, 39(5), 366–388.

- Poteat, T. C., Divsalar, S., Streed, C. G., Feldman, J. L., Bockting, W. O., & Meyer, I. H. (2021). Cardiovascular disease in a population-based sample of transgender and cisgender adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 61(6), 804–811.
- Poteat, T., German, D., & Kerrigan, D. (2013). Managing uncertainty: A grounded theory of stigma in transgender health care encounters. *Social Science & Medicine*, 84, 22–29.
- Poteat, T., Scheim, A., Xavier, J., Reisner, S., & Baral, S. (2016). Global epidemiology of HIV infection and related syndemics affecting transgender people. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 72, S210–S219.
- Poteat, T., Wirtz, A. L., Radix, A., Borquez, A., Silva-Santisteban, A., Deutsch, M. B., & Operario, D. (2015). HIV risk and preventive interventions in transgender women sex workers. *The Lancet*, 385(9964), 274–286.
- Potter, J., Peitzmeier, S. M., Bernstein, I., Reisner, S. L., Alizaga, N. M., Agénor, M., & Pardee, D. J. (2015). Cervical cancer screening for patients on the female-to-male spectrum: A narrative review and guide for clinicians. *Journal of General Internal Medicine*, 30(12), 1857–1864.
- Poudrier, G., Nolan, I. T., Cook, T. E., Saia, W., Motosko, C. C., Stranix, J. T., Thomson, J. E., Gothard, M. D., & Hazen, A. (2019). Assessing quality of life and patient-reported satisfaction with masculinizing top surgery: A mixed-methods descriptive survey study. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 143(1), 272–279.
- Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. (2019). Fertility preservation in patients undergoing gonadotoxic therapy or gonadectomy: A committee opinion. *Fertility and Sterility*, 112(6), 1022–1033.
- Pradhan, S., & Gomez-Lobo, V. (2019). Hormonal contraceptives, intrauterine devices, gonadotropin-releasing hormone analogues and testosterone: Menstrual suppression in special adolescent populations. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 32(5S), S23–S29.
- Pratt-Chapman, M. L. (2020). Implementation of sexual and gender minority health curricula in health care professional schools: A qualitative study. *BMC Medical Education*, 20, 1–14.
- Précoma, D. B., Oliveira, G., Simão, A. F., Dutra, O. P., Coelho, O. R., Izar, M., Póvoa, R., Giuliano, I., Alencar Filho, A. C., Machado, C. A., Scherr, C., Fonseca, F., Santos Filho, R., Carvalho, T., Avezum, Á., Jr., Esporcatte, R., Nascimento, B. R., Brasil, D. P., Soares, G. P., Villela, P. B., ... Mourilhe-Rocha, R. (2019). Updated cardiovascular prevention guideline of the Brazilian Society of Cardiology—2019. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 113(4), 787–891.
- Prince, J. C. J., & Safer, J. D. (2020). Endocrine treatment of transgender individuals: Current guidelines and strategies. *Expert Review of Endocrinology & Metabolism*, 15(6), 395–403.
- Prison systems in the United States. *Journal of Correctional Health Care : The Official Journal of the National Commission on Correctional Health Care*, 15(4), 280–291.
- Przeworski, A., Peterson, E., & Piedra, A. (2021). A systematic review of the efficacy, harmful effects, and ethical issues related to sexual orientation change efforts. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 28(1), 81–100.
- Puckett, J. A., Cleary, P., Rossman, K., Mustanski, B., & Newcomb, M. E. (2018). Barriers to gender-affirming care for transgender and gender nonconforming individuals. *Sexuality Research and Social Policy*, 15(1), 48–59.
- Puckett, J. A., Matsuno, E., Dyar, C., Mustanski, B., & Newcomb, M. E. (2019). Mental health and resilience in transgender individuals: What type of support makes a difference? *Journal of Family Psychology*, 33(8), 954.
- Pullen Sansfaçon, A., Kirichenko, V., Holmes, C., Feder, S., Lawson, M. L., Ghosh, S., Ducharme, J., Temple Newhook, J., Suerich-Gulick, F. (2019). Parents/guardians' journeys to acceptance and support of gender-diverse

- and trans children and youth. *Journal of Family Issues*, 41(8), 1214–1236.
- Pullen Sansfaçon, A., Robichaud, M.-J., & Dumais-Michaud, A.-A. (2015). The experience of parents who support their children's gender variance. *Journal of LGBT Youth*, 12, 39–63.
- Quain, K. M., Kyweluk, M. A., Sajwani, A., Gruschow, S., Finlayson, C., Gordon, E. J., Johnson, E. K., Persky, R., Dowshen, N., & Chen, D. (2021). Timing and delivery of fertility preservation information to transgender adolescents, young adults, and their parents. *The Journal of Adolescent Health*, 68(3), 619–622.
- Quinn, G. P., Tishelman, A. C., Chen, D., & Nahata, L. (2021). Reproductive health risks and clinician practices with gender diverse adolescents and young adults. *Andrology*, 9(6), 1689–1697.
- Quinn, V. P., Nash, R., Hunkeler, E., Contreras, R., Cromwell, L., Becerra-Culqui, T. A., Getahun, D., Giammattei, S., Lash, T. L., Millman, A., Robinson, B., Roblin, D., Silverberg, M. J., Slovis, J., Tangpricha, V., Tolsma, D., Valentine, C., Wads, K., Winter, S., & Goodman, M. (2017). Cohort profile: Study of Transition, Outcomes and Gender (STRONG) to assess health status of transgender people. *BMJ Open*, 7(12), e018121.
- Radix, A. E., Harris, A. B., & Goldstein, Z. G. (2020). How can we improve uptake of oral HIV pre-exposure prophylaxis for transgender individuals? *Expert Review of Anti-infective Therapy*, 18(9), 835–838.
- Radix, A., & Eisfeld, J. (2014). Informierte zustimmung in der trans*-gesundheitsversorgung. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 27(01), 31–43.
- Rae, J. R., Gülgöz, S., Durwood, L., DeMeules, M., Lowe, R., Lindquist, G., & Olson, K. R. (2019). Predicting early-childhood gender transitions. *Psychological Science*, 30(5), 669–681.
- Rael, C. T., Martinez, M., Giguere, R., Bockting, W., MacCrate, C., Mellman, W., Valente, P., Greene, G. J., Sherman, S. G., Footer, K. H. A., D'Aquila, R. T., Carballo-Diéguez, A., & Hope, T. J. (2019). Transgender women's concerns and preferences on potential future long-acting biomedical HIV prevention strategies: The case of injections and implanted medication delivery devices (IMDDs). *AIDS and Behavior*, 24(5), 1452–1462.
- Raffaini, M., Magri, A. S., & Agostini, T. (2016). Full facial feminization surgery: Patient satisfaction assessment based on 180 procedures involving 33 consecutive patients. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 137(2), 438–448.
- Rafferty, J., & Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. (2018). Ensuring comprehensive care and support for transgender and gender-diverse children and adolescents. *Pediatrics*, 142(4), e20182162.
- Raigosa, M., Avvedimento, S., Yoon, T. S., Cruz-Gimeno, J., Rodriguez, G., & Fontdevila, J. (2015). Male-to-female genital reassignment surgery: A retrospective review of surgical technique and complications in 60 patients. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(8), 1837–1845.
- Rapp, M., Duranteau, L., van de Grift, T. C., Schober, J., Hirschberg, A. L., Krege, S., & DSD- Life group. (2021). Self- and proxy-reported outcomes after surgery in people with disorders/differences of sex development (DSD) in Europe (dsd-LIFE). *Journal of Pediatric Urology*, 17(3), 353–365.
- Rashid, A., Afqah, S. N., & Iguchi, Y. (2022). Use of hormones among trans women in the west coast of peninsular Malaysia: A mixed methods study. *Transgender Health*, 7(3), 242–249.
- RCGP. (2019). *The role of the GP in caring for gender-questioning and transgender patients: RCGP Position Statement*. <https://www.rcgp.org.uk/-/media/Files/Policy/A-Z-policy/2019/RCGP-position-statement-providing-care-for-gender-transgender-patients-june-2019.ashx?la=en>
- Rebeck, T. R., Friebe, T., Wagner, T., Lynch, H. T., Garber, J. E., Daly, M. B., Isaacs, C., Olopade, O. I., Neuhausen, S. L., van't Veer, L., Eeles, R., Evans, D. G., Tomlinson, G., Matloff, E., Narod, S. A., Eisen, A., Domchek, S., Armstrong, K., & Weber, B. L. (2005).

- Effect of short-term hormone replacement therapy on breast cancer risk reduction after bilateral prophylactic oophorectomy in BRCA1 and BRCA2 mutation carriers: The PROSE study group. *Journal of Clinical Oncology*, 23(31), 7804–7810.
- Reed, G. M., Drescher, J., Krueger, R. B., Atalla, E., Cochran, S. D., First, M. B., Cohen-Kettenis, P. T., Arango-de Montis, I., Parish, S. J., Cottler, S., Briken, P., & Saxena, S. (2016). Disorders related to sexuality and gender identity in the ICD-11: Revising the ICD-10 classification based on current scientific evidence, best clinical practices, and human rights considerations. *World Psychiatry*, 15(3), 205–221.
- Rees, S. N., Crowe, M., & Harris, S. (2021). The lesbian, gay, bisexual and transgender communities' mental health care needs and experiences of mental health services: An integrative review of qualitative studies. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 28(4), 578–589.
- Regmi, P. R., van Teijlingen, E., & Neupane, S. R. (2021). Silicone use among Nepali transgender women: The hazards of beauty. *Journal of Health Research*, 35(2), 160–171.
- Reisman, T., Dacarett-Galeano, D., & Goldstein, Z. (2019). Transgender care and medical education. In L. Poretsky & W. C. Hembree (Eds.), *Transgender Medicine* (pp. 283–292). Humana Press, Cham.
- Reisman, T., & Goldstein, Z. (2018). Case report: Induced lactation in a transgender woman. *Transgender Health*, 3(1), 24–26.
- Reisner, S. L., & Murchison, G. R. (2016). A global research synthesis of HIV and STI biobehavioural risks in female-to-male transgender adults. *Global Public Health*, 11(7-8), 866–887.
- Reisner, S. L., Bradford, J., Hopwood, R., Gonzalez, A., Makadon, H., Todisco, D., Cavanaugh, T., VanDerwarker, R., Grasso, C., Zaslow, S., Boswell, S. L., & Mayer, K. (2015). Comprehensive transgender healthcare: The gender affirming clinical and public health model of Fenway Health. *Journal of Urban Health*, 92(3), 584–592.
- Reisner, S. L., Deutsch, M. B., Peitzmeier, S. M., White Hughto, J. M., Cavanaugh, T. P., Pardee, D. J., McLean, S. A., Panther, L. A., Gelman, M., Mirmiya, M. J., & Potter, J. E. (2018). Test performance and acceptability of self- versus provider-collected swabs for high-risk HPV DNA testing in female-to-male trans masculine patients. *PLoS One*, 13(3), e0190172.
- Reisner, S. L., Greytak, E. A., Parsons, J. T., & Ybarra, M. L. (2015). Gender minority social stress in adolescence: Disparities in adolescent bullying and substance use by gender identity. *Journal of Sex Research*, 52(3), 243–256.
- Reisner, S. L., Moore, C. S., Asquith, A., Pardee, D. J., Sarvet, A., Mayer, G., & Mayer, K. H. (2019). High risk and low uptake of pre-exposure prophylaxis to prevent HIV acquisition in a national online sample of transgender men who have sex with men in the United States. *Journal of the International AIDS Society*, 22(9), e25391.
- Reisner, S. L., Poteat, T., Keatley, J., Cabral, M., Mothopeng, T., Dunham, E., Holland, C. E., & Baral, S. D. (2016). Global health burden and needs of transgender populations: A review. *Lancet* 388(10042), 412–436.
- Reisner, S. L., Radix, A., & Deutsch, M. B. (2016). Integrated and gender-affirming transgender clinical care and research. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 72, S235–S242.
- Reisner, S. L., Veters, R., Leclerc, M., Zaslow, S., Wolfrum, S., Shumer, D., & Mimiaga, M. J. (2015). Mental health of transgender youth in care at an adolescent urban community health center: A matched retrospective cohort study. *The Journal of Adolescent Health*, 56(3), 274–279.
- Reisner, S. L., Silva-Santisteban, A., Salazar, X., Vilela, J., D'Amico, L., & Perez-Brumer, A. (2021). “Existimos”: Health and social needs of transgender men in Lima, Peru. *PLoS One*, 16(8), e0254494.
- Remacle, M., Matar, N., Morsomme, D., Veduyck, I., & Lawson, G. (2011).

- Glottoplasty for male-to-female transsexualism: Voice results. *Journal of Voice*, 25(1), 120–123.
- Remington, A. C., Morrison, S. D., Massie, J. P., Crowe, C. S., Shakir, A., Wilson, S. C., Vyas, K. S., Lee, G. K., & Friedrich, J. B. (2018). Outcomes after phalloplasty. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 141(2), 220e–229e.
- Rew, L., Young, C. C., Monge, M., & Bogucka, R. (2021). Puberty blockers for transgender and gender diverse youth—A critical review of the literature. *Child and Adolescent Mental Health*, 26(1), 3–14.
- Rich, A., Scheim, A., Koehoorn, M., & Poteat, T. (2020). Non-HIV chronic disease burden among transgender populations globally: A systematic review and narrative synthesis. *Preventive Medicine Reports*, 20, 101259.
- Richards, C. (2021). Trans and sexuality: An existentially-informed inquiry with implications for counselling psychology. Routledge.
- Richards, C., & Barrett, J. (2020). Trans and non-binary gender healthcare for psychiatrists, psychologists, and other mental health professionals. Royal College of Psychiatrists/Cambridge University Press.
- Richards, C., Barker, M. J., Lenihan, P., & Iantaffi, A. (2014). Who watches the watchmen? A critical perspective on the theorization of trans people and clinicians. *Feminism & Psychology*, 4, 248–258.
- Richards, C., Bouman, W. P., & Barker, M.-J. (2017). *Genderqueer and non-binary genders*. Palgrave MacMillan.
- Richards, C., Bouman, W. P., Seal, L., Barker, M. J., Nieder, T. O., & T'Sjoen, G. (2016). Non-binary or genderqueer genders. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 95–102.
- Richards, E. G., Farrell, R. M., Ricci, S., Perni, U., Quintini, C., Tzakis, A., & Falcone, T. (2021). Uterus transplantation: State of the art in 2021. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 38(9), 2251–2259.
- Richards, R. N., & Meharg, G. E. (1995). Electrolysis: Observations from 13 years and 140,000 hours of experience. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 33(4), 662–666.
- Rider, G. N., McMorris, B. J., Gower, A. L., Coleman, E., Brown, C., & Eisenberg, M. E. (2019). Perspectives from nurses and physicians on training needs and comfort working with transgender and gender-diverse youth. *Journal of Pediatric Health Care*, 33(4), 379–385.
- Rider, G. N., Vencill, J. A., Berg, D. R., Becker-Warner, R., Candelario-Pérez, L., & Spencer, K. G. (2019). The gender affirmative lifespan approach (GALA): A framework for competent clinical care with nonbinary clients. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 275–288.
- Riggs, D. W., & Treharne, G. J. (2016). Decompensation: A novel approach to accounting for stress arising from the effects of ideology and social norms. *Journal of Homosexuality*, 64(5), 592–605.
- Riggs, D. W., & Bartholomaeus, C. (2016). Australian mental health nurses and transgender clients: Attitudes and knowledge. *Journal of Research in Nursing*, 21(3), 212–222.
- Riggs, D. W., & Bartholomaeus, C. (2018a). Fertility preservation decision making amongst Australian transgender and non-binary adults. *Reproductive Health*, 15(1), 181.
- Riggs, D. W., & Bartholomaeus, C. (2018b). Gaslighting in the context of clinical interactions with parents of transgender children. *Sexual and Relationship Therapy*, 33(4), 382–394.
- Riggs, D. W., Bartholomaeus, C., & Sansfaçon, A. P. (2019). “If they didn't support me, I most likely wouldn't be here”: Transgender young people and their parents negotiating medical treatment in Australia. *International Journal of Transgender Health*, 21(1), 3–15.
- Ristori, J., & Steensma, T. D. (2016). Gender dysphoria in childhood. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 13–20.
- Ristori, J., Fisher, A. D., Castellini, G., Sensi, C., Cipriani, A., Ricca, V., & Maggi, M. (2019). Gender dysphoria and anorexia nervosa symptoms in two adolescents. *Archives of Sexual Behavior*, 48(5), 1625–1631.

- Ristori, J., Rossi, E., Cocchetti, C., Mazzoli, F., Castellini, G., Vignozzi, L., Ricca, V., Maggi, M., & Fisher, A. D. (2021). Sexual habits among Italian transgender adolescents: A cross-sectional study. *International Journal of Impotence Research*, 33(7), 687–693.
- Roberts, A. L., Rosario, M., Corliss, H. L., Koenen, K. C., & Austin, S. B. (2012). Childhood gender nonconformity: A risk indicator for childhood abuse and posttraumatic stress in youth. *Pediatrics*, 129(3), 410–417.
- Roberts, A. L., Rosario, M., Slopen, N., Calzo, J. P., & Austin, S. B. (2014). Childhood gender nonconformity, bullying victimization, and depressive symptoms across adolescence and early adulthood: An 11-year longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(2), 143–152.
- Roberts, C. M., Sharkey, C. M., Bakula, D. M., Perez, M. N., Delozier, A. J., Austin, P. F., Baskin, L. S., Chan, Y.-M., Cheng, E. Y., Diamond, D. A., Fried, A. J., Kropp, B., Lakshmanan, Y., Meyer, S. Z., Meyer, T., Nokoff, N. J., Palmer, B. W., Paradis, A., Reyes, K. J. S., & Tishelman, A. (2020). Illness uncertainty longitudinally predicts distress among caregivers of children born with DSD. *Journal of Pediatric Psychology*, 45(9), 1053–1062.
- Roberts, L. F., Brett, M. A., Johnson, T. W., & Wassersug, R. J. (2008). A passion for castration: Characterizing men who are fascinated with castration, but have not been castrated. *The Journal of Sexual Medicine*, 5(7), 1669–1680.
- Roberts, S. A., & Kaiser, U. B. (2020). Genetics in endocrinology: Genetic etiologies of central precocious puberty and the role of imprinted genes. *European Journal of Endocrinology*, 183(4), R107–R117.
- Robles, R., Fresán, A., Vega-Ramírez, H., Cruz-Islas, J., Rodríguez-Pérez, V., Domínguez-Martínez, T., & Reed, G. M. (2016). Removing transgender identity from the classification of mental disorders: A Mexican field study for ICD-11. *The Lancet Psychiatry*, 3(9), 850–859.
- Rochlin, D. H., Brazio, P., Wapnir, I., & Nguyen, D. (2020). Immediate targeted nipple-areolar complex reinnervation: Improving outcomes in gender-affirming mastectomy. *Plastic and Reconstructive Surgery—Global Open*, 8(3), e2719.
- Rodriguez-Wallberg, K. A., Häljestig, J., Arver, S., Johansson, A. L. V., & Lundberg, F. E. (2021). Sperm quality in transgender women before or after gender affirming hormone therapy—A prospective cohort study. *Andrology*, 9(6), 1773–1780.
- Rodriguez-Wallberg, K. A., Marklund, A., Lundberg, F., Wikander, I., Milenkovic, M., Anastacio, A., Seryounitis, F., Wanggren, K., Ekengren, T. L., Lind, T., & Borgström, B. (2019). A prospective study of women and girls undergoing fertility preservation due to oncologic and non-oncologic indications in Sweden—Trends in patients' choices and benefit of the chosen methods after long-term follow up. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 98(5), 604–615.
- Rodriguez-Wallberg, K. A., Milenkovic, M., Papaikonomou, K., Keros, V., Gustafsson, B., Sergouniotis, F., Wikander, I., Perot, R., Borgström, B., Ljungman, P., & Barbany, G. (2021). Successful pregnancies after transplantation of ovarian tissue retrieved and cryopreserved at time of childhood acute lymphoblastic leukemia—A case report. *Haematologica*, 106(10), 2783–2787.
- Roen, K. (2019). Intersex or diverse sex development: Critical review of psychosocial health care research and indications for practice. *Journal of Sex Research*, 56(4–5), 511–528.
- Rolston, A. M., Gardner, M., Vilain, E., & Sandberg, D. E. (2015). Parental reports of stigma associated with child's disorder of sex development. *International Journal of Endocrinology*, 2015, 980121.
- Rondahl, G. (2009). Students' inadequate knowledge about lesbian, gay, bisexual and transgender persons. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 6(1), 11.
- Rood, B. A., Puckett, J. A., Pantalone, D. W., & Bradford, J. B. (2015). Predictors of suicidal

- ideation in a statewide sample of transgender individuals. *LGBT Health*, 2(3), 270–275.
- Rood, B. A., Reisner, S. L., Puckett, J. A., Surace, F. I., Berman, A. K., & Pantalone, D. W. (2017). Internalized transphobia: Exploring perceptions of social messages in transgender and gender-nonconforming adults. *International Journal of Transgenderism*, 18(4), 411–426.
- Rosen, H. N., Hamnvik, O. R., Jaisamrarn, U., Malabanan, A. O., Safer, J. D., Tangpricha, V., Wattanachanya, L., & Yeap, S. S. (2019). Bone densitometry in transgender and gender non-conforming (TGNC) individuals: 2019 ISCD official position. *Journal of Clinical Densitometry*, 22(4), 544–553.
- Rosenthal, S. M. (2014). Approach to the patient: Transgender youth: endocrine considerations. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 99(12), 4379–4389.
- Rosenthal, S. M. (2016). Transgender youth: Current concepts. *Annals of Pediatric Endocrinology & Metabolism*, 21(4), 185–192.
- Rosenthal, S. M. (2021). Challenges in the care of transgender youth: An endocrinologist's view. *Nature Reviews Endocrinology*, 17(10), 581–591.
- Rosenwohl-Mack, A., Tamar-Mattis, S., Baratz, A. B., Dalke, K. B., Ittelson, A., Zieselman, K., & Flatt, J. D. (2020). A national study on the physical and mental health of intersex adults in the U.S. *PLoS One*, 15(10), e0240088.
- Ross, A. (2017). *Gender confirmation surgeries rise 20% in first ever report*. American Society of Plastic Surgeons, Press Releases.
- Rothblum, E. D., Krueger, E. A., Kittle, K. R., & Meyer, I. H. (2020). Asexual and non-asexual respondents from a U.S. population-based study of sexual minorities. *Archives of Sexual Behavior*, 49(2), 757–767.
- Rothenberg, S. S., Witchel, S. F., & Menke, M. N. (2019). Oocyte cryopreservation in a transgender male adolescent. *New England Journal of Medicine*, 380(9), 886–887.
- Routh, D., Abess, G., Makin, D., Stohr, M. K., Hemmens, C., & Yoo, J. (2015). Transgender inmates in prisons. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 61(6), 645–666.
- Rowniak, S., Bolt, L., & Sharifi, C. (2019). Effect of cross-sex hormones on the quality of life, depression and anxiety of transgender individuals: A quantitative systematic review. *JBIC Evidence Synthesis*, 17(9), 1826–1854.
- Royal College of General Practitioners. (2019). *The role of the GP in caring for gender-questioning and transgender patients: RCGP position statement*. <https://www.rcgp.org.uk/policy/rcgp-policy-areas/transgender-care.aspx>
- Russell, A. M., Galvin, K. M., Harper, M. M., & Clayman, M. L. (2016). A comparison of heterosexual and LGBTQ cancer survivors' outlooks on relationships, family building, possible infertility, and patient-doctor fertility risk communication. *Journal of Cancer Survivorship*, 10(5), 935–942.
- Russell, M. R., & Abrams, M. (2019). Transgender and nonbinary adolescents: The role of voice and communication therapy. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 4(6), 1298–1305.
- Russell, S. T., Pollitt, A. M., Li, G., & Grossman, A. H. (2018). Chosen name use is linked to reduced depressive symptoms, suicidal ideation, and suicidal behavior among transgender youth. *Journal of Adolescent Health*, 63(4), 503–505.
- Ryan, C. (2009). Supportive families, healthy children: Helping families with lesbian, gay, bisexual & transgender (LGBT) children. <http://familyproject.sfsu.edu>
- Ryan, C., Huebner, D., Diaz, R. M., & Sanchez, J. (2009). Family rejection as a predictor of negative health outcomes in white and Latino lesbian, gay, and bisexual young adults. *Pediatrics*, 123(1), 346–352.
- Ryan, C., Russell, S. T., Huebner, D., Diaz, R., & Sanchez, J. (2010). Family acceptance in adolescence and the health of LGBT young adults. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 23(4), 205–213.
- Ryan, C., Toomey, R. B., Diaz, R. M., & Russell, S. T. (2020). Parent-initiated sexual orientation change efforts with LGBT adolescents: Implications for young adult

- mental health and adjustment. *Journal of Homosexuality*, 67(2), 159–173.
- Saeed, A., Mughal, U., & Farooq, S. (2017). It's complicated: Sociocultural factors and the disclosure decision of transgender individuals in Pakistan. *Journal of Homosexuality*, 65(8), 1051–1070.
- Safer, J. D. (2021). Research gaps in medical treatment of transgender/nonbinary people. *The Journal of Clinical Investigation*, 131(4), e142029.
- Safer, J. D., & Tangpricha, V. (2019). Care of the transgender patient. *Annals of Internal Medicine*, 171(1), ITC1–ITC16.
- Safer, J. D., Coleman, E., Feldman, J., Garofalo, R., Hembree, W., Radix, A., & Sevelius, J. (2016). Barriers to healthcare for transgender individuals. *Current Opinion in Endocrinology & Diabetes and Obesity*, 23(2), 168–171.
- Salgado, C. J., Nugent, A., Kuhn, J., Janette, M., & Bahna, H. (2018). Primary sigmoid vaginoplasty in transwomen: Technique and outcomes. *Biomed Research International*, 2018, 4907208.
- Salibian, A. A., Axelrod, D. M., Smith, J. A., Fischer, B. A., Agarwal, C., & Bluebond-Langner, R. (2021). Oncologic considerations for safe gender-affirming mastectomy: Preoperative imaging, pathologic evaluation, counseling, and long-term screening. *Plastic and Reconstructing Surgery*, 147(2), 213e–221e.
- Salway, T., Ferlatte, O., Gesink, D., & Lachowsky, N. J. (2020). Prevalence of exposure to sexual orientation change efforts and associated sociodemographic characteristics and psychosocial health outcomes among Canadian sexual minority men. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 65(7), 502–509.
- Sandberg, D. E., & Gardner, M. (2022). Differences/disorders of sex development: Medical conditions at the intersection of sex and gender. *Annual Review of Clinical Psychology*, 18, 201–231.
- Sandberg, D. E., & Mazur, T. (2014). A noncategorical approach to the psychosocial care of persons with DSD and their families. In B. P. C. Kreukels, T. D. Steensma, & A. L. C. de Vries (Eds.), *Gender dysphoria and disorders of sex development: Progress in care and knowledge* (pp. 93–114). Springer.
- Sandberg, D. E., Gardner, M., Kopec, K., Urbanski, M., Callens, N., Keegan, C. E., Yashar, B. M., Fechner, P. Y., Shnorhavorian, M., Vilain, E., Timmermans, S., & Siminoff, L. A. (2019). Development of a decision support tool in pediatric differences/disorders of sex development. *Seminars in Pediatric Surgery*, 28(5), 150838.
- Sanders, R. A. (2013). Adolescent psychosocial, social, and cognitive development. *Pediatrics in Review*, 34(8), 354–359.
- Santucci, R. A. (2018). Urethral complications after transgender phalloplasty: Strategies to treat them and minimize their occurrence. *Journal of Clinical Anatomy*, 31(2), 187–190.
- Sawyer, J., Perry, J. L., & Dobbins-Scaramelli, A. (2014). A survey of the awareness of speech services among transgender and transsexual individuals and speech-language pathologists. *International Journal of Transgenderism*, 15(3–4), 146–163.
- Sawyer, W. (2020). Visualizing the racial disparities in mass incarceration. Prison Policy Initiative.
- Scandurra, C., Amodeo, A. L., Valerio, P., Bochicchio, V., & Frost, D. M. (2017). Minority stress, resilience, and mental health: A study of Italian transgender people. *Journal of Social Issues*, 73(3), 563–585.
- Scandurra, C., Mezza, F., Maldonato, N. M., Bottone, M., Bochicchio, V., Valerio, P., & Vitelli, R. (2019). Health of non-binary and genderqueer people: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 10, 1453.
- Schagen, S. E. E., Wouters, F. M., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L. J., & Hannema, S. E. (2020). Bone development in transgender adolescents treated with GnRH analogues and subsequent gender-affirming hormones. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 105(12).
- Schagen, S. E., Cohen-Kettenis, P., Delemarre-van de Waal, H. A., & Hannema, S. E. (2016). Efficacy and safety of gonadotropin-releasing

- hormone agonist treatment to suppress puberty in gender dysphoric adolescents. *The Journal of Sexual Medicine*, 13 (7), 1125–1132.
- Schardein, J. N., Zhao, L. C., & Nikolavsky, D. (2019). Management of vaginoplasty and phalloplasty complications. *Urology Clinics of North America*, 46(4), 605–618.
- Schechter, L. S., & Safa, B. (2018). Introduction to phalloplasty. *Clinics in Plastic Surgery*, 45(3), 387–389.
- Schechter, L. S., & Schechter, R. B. (2019). Training surgeons in gender confirmation surgery. *Journal of Craniofacial Surgery*, 30(5), 1380–1382.
- Schechter, L. S., D'Arpa, S., Cohen, M. N., Kocjancic, E., Claes, K. E. Y., & Monstrey, S. (2017). Gender confirmation surgery: Guiding principles. *The Journal of Sexual Medicine*, 14(6), 852–856.
- Schein, A. I., & Travers, R. (2017). Barriers and facilitators to HIV and sexually transmitted infections testing for gay, bisexual, and other transgender men who have sex with men. *AIDS Care*, 29(8), 990–995.
- Schein, A. I., Bauer, G. R., & Travers, R. (2017). HIV-related sexual risk among transgender men who are gay, bisexual, or have sex with men. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 74(4), e89–e96.
- Schein, A. I., Perez-Brumer, A. G., & Bauer, G. R. (2020). Gender-concordant identity documents and mental health among transgender adults in the USA: A cross-sectional study. *The Lancet Public Health*, 5(4), e196–e203.
- Schneider, F., Kliesch, S., Schlatt, S., & Neuhaus, N. (2017). Andrology of male-to-female transsexuals: Influence of cross-sex hormone therapy on testicular function. *Andrology*, 5(5), 873–880.
- Schneider, F., Neuhaus, N., Wistuba, J., Zitzmann, M., Heß, J., Mahler, D., & Kliesch, S. (2015). Testicular functions and clinical characterization of patients with gender dysphoria (GD) undergoing sex reassignment surgery (SRS). *Journal of Sexual Medicine*, 12(11), 2190–2200.
- Schubert, F. D., & Carey, J. M. (2020). Data unclear on pregnancy risk in transmasculine individuals on testosterone. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 222(4), 393–394.
- Schützmann, K., Brinkmann, L., Schacht, M., & Richter-Appelt, H. (2007). Psychological distress, self-harming behavior, and suicidal tendencies in adults with disorders of sex development. *Archives of Sexual Behavior*, 38(1), 16–33.
- Schwartz, A. R., Russell, K., & Gray, B. A. (2019). Approaches to vaginal bleeding and contraceptive counseling in transgender and gender nonbinary patients. *Obstetrics and Gynecology*, 134(1), 81–90.
- Schweizer, K., Brunner, F., Gedrose, B., Handford, C., & Richter-Appelt, H. (2016). Coping with diverse sex development: Treatment experiences and psychosocial support during childhood and adolescence and adult well-being. *Journal of Pediatric Psychology*, 42(5), 504–519.
- Scott, S. (2013). “One is not born, but becomes a woman”: A fourteenth amendment argument in support of housing male-to female transgender inmates in female facilities. *University of Pennsylvania Journal of Constitutional Law*, 15(4), 1259–1297.
- Seal, L. (2017). Adult endocrinology. In C. Richards, W. P. Bouman, & M.-J. Barker (Eds.), *Genderqueer and non-binary genders* (pp. 183–223). Palgrave MacMillan.
- Seal, L. J., Franklin, S., Richards, C., Shishkareva, A., Sinclair, C., & Barrett, J. (2012). Predictive markers for mastopexy and a comparison of side effect profiles in transwomen taking various hormonal regimens. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 97(12), 4422–4428.
- Seelman, K. L. (2016). Transgender adults' access to college bathrooms and housing and the relationship to suicidality. *Journal of Homosexuality*, 63(10), 1378–1399.
- Seelman, K. L., Colón-Díaz, M. J., LeCroix, R. H., Xavier-Brier, M., & Kattari, L. (2017). Transgender noninclusive healthcare and delaying care because of fear: Connections to general health and mental health among transgender adults. *Transgender Health*, 2(1), 17–28.

- Segev-Becker, A., Israeli, G., Elkon-Tamir, E., Perl, L., Sekler, O., Amir, H., Interator, H., Dayan, S. C., Chorna, E., Weintrob, N., & Oren, A. (2020). Children and adolescents with gender dysphoria in Israel: Increasing referral and fertility preservation rates. *Endocrine Practice*, 26(4), 423–428.
- Sequeira, G. M., Ray, K. N., Miller, E., & Coulter, R. W. S. (2020). Transgender youth's disclosure of gender identity to providers outside of specialized gender centers. *Journal of Adolescent Health*, 66(6), 691–698.
- Serafin, J., Smith, G. B., & Keltz, T. (2013). Lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) elders in nursing homes: It's time to clean out the closet. *Geriatric Nursing*, 34(1), 81–83.
- Sermondade, N., Benaloun, E., Berthaut, I., Moreau, E., Prades, M., Béranger, A., Chabbert-Buffet, N., Johnson, N., Lévy, R., & Dupont, C. (2021). Reproductive functions and fertility preservation in transgender women: A French case series. *Reproductive BioMedicine Online*, 43(2), 339–345.
- Sevelius, J., & Jenness, V. (2017). Challenges and opportunities for gender-affirming healthcare for transgender women in prison. *International Journal of Prisoner Health*, 13(1), 32–40.
- Sevelius, J. M., Chakravarty, D., Dilworth, S. E., Rebhook, G., & Neilands, T. B. (2020). Gender affirmation through correct pronoun usage: Development and validation of the transgender women's importance of pronouns (TW-IP) scale. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(24), 9525.
- Sevelius, J. M., Deutsch, M. B., & Grant, R. (2016). The future of PrEP among transgender women: The critical role of gender affirmation in research and clinical practices. *Journal of the International AIDS Society*, 19(7S6), 21105.
- Seyed-Forootan, K., Karimi, H., & Seyed-Forootan, N. S. (2018). Autologous fibroblast-seeded amnion for reconstruction of neo-vagina in male-to-female reassignment surgery. *Aesthetic Plastic Surgery*, 42(2), 491–497.
- Shen, J. K., Seebacher, N. A., & Morrison, S. D. (2019). Global interest in gender affirmation surgery: A Google trends analysis. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 143(1), 254e–256e.
- Shepherd, S. M. (2018). Cultural Awareness training for health professionals may have unintended consequences. *The British Medical Journal Opinion*. <https://blogs.bmj.com/bmj/2018/01/22/stephane-m-shepherd-cultural-awarenesstraining->
- Shepherd, S. M. (2019). Cultural awareness workshops: limitations and practical consequences. *BMC Medical Education*, 19(1), 1–10.
- Shepherd, S. M. (2022). Introducing an integrated model of cross-cultural assessment. *Australasian Psychiatry*.
- Sheppard, M., & Mayo, J. B. Jr. (2013). The social construction of gender and sexuality: Learning from two spirit traditions. *The Social Studies*, 104(6), 259–270.
- Sherrard, J., Wilson, J., Donders, G., Mendling, W., & Jensen, J. S. (2018). 2018 European (IUSTI/WHO) International Union against sexually transmitted infections (IUSTI) World Health Organisation (WHO) guideline on the management of vaginal discharge. *International Journal of STD and AIDS*, 29(13), 1258–1272.
- Shieh, E., Marzinke, M. A., Fuchs, E. J., Hamlin, A., Bakshi, R., Aung, W., Breakey, J., Poteat, T., Brown, T., Bumpus, N. N., & Hendrix, C. W. (2019). Transgender women on oral HIV pre-exposure prophylaxis have significantly lower tenofovir and emtricitabine concentrations when also taking oestrogen when compared to cisgender men. *Journal of the International AIDS Society*, 22:e25405.
- Shields, J. P., Cohen, R., Glassman, J. R., Whitaker, K., Franks, H., & Bertolini, I. (2013). Estimating population size and demographic characteristics of lesbian, gay, bisexual, and transgender youth in middle school. *Journal of Adolescent Health*, 52(2), 248–250.
- Shipherd, J. C., Berke, D., & Livingston, N. A. (2019). Trauma recovery in the transgender and gender diverse community: extensions of

- the minority stress model for treatment planning. *Cognitive and Behavioral Practice*, 26(4), 629–646.
- Shires, D. A., & Jaffee, K. D. (2016). Structural discrimination is associated with smoking status among a national sample of transgender individuals. *Nicotine & Tobacco Research*, 18(6), 1502–1508.
- Shires, D. A., Stroumsa, D., Jaffee, K. D., & Woodford, M. R. (2017). Primary care providers' willingness to continue gender-affirming hormone therapy for transgender patients. *Family Practice*, 35(5), 576–581.
- Shonkoff, J. P., Garner, A. S., Siegel, B. S., Dobbins, M. I., Earls, M. F., Garner, A. S., McGuinn, L., Pascoe, J., & Wood, D. L. (2011). The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*, 129(1), e232–e246.
- Shnorhavorian, M., Kroon, L., Jeffries, H., & Johnson, R. (2012). Creating a standardized process to offer the standard of care: continuous process improvement methodology is associated with increased rates of sperm cryopreservation among adolescent and young adult males with cancer. *Junior of Pediatric and Hematology/Oncology*, 34(8), e315–319.
- Shumer, D. E., & Tishelman, A. C. (2015). The role of assent in the treatment of transgender adolescents. *International Journal of Transgenderism*, 16(2), 97–102.
- Shumer, D. E., Nokoff, N. J., & Spack, N. P. (2016). Advances in the care of transgender children and adolescents. *Advances in Pediatrics*, 63(1), 79–102.
- Siboni, L., Rucco, D., Prunas, A., & Anzani, A. (2022). “We faced every change together”. Couple's intimacy and sexuality experiences from the perspectives of transgender and non-binary individuals' partners. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 48(1), 23–46.
- Sigurjonsson, H., Mollermark, C., Rinder, J., Farnebo, F., & Lundgren, T. K. (2017). Long-term sensitivity and patient-reported functionality of the neoclitoris after gender reassignment surgery. *Journal of Sexual Medicine*, 14(2), 269–273.
- Silverberg, M. J., Nash, R., Becerra-Culqui, T. A., Cromwell, L., Getahun, D., Hunkeler, E., & Goodman, M. (2017). Cohort study of cancer risk among insured transgender people. *Annals of Epidemiology*, 27(8), 499–501.
- Siminoff, L., & Sandberg, D. (2015). Promoting shared decision making in disorders of sex development (DSD): Decision aids and support tools. *Hormone and Metabolic Research*, 47(05), 335–339.
- Simon, D., Capitán, L., Bailón, C., Bellinga, R. J., Gutiérrez Santamaría, J., Tenório, T., Sánchez-García, A., & Capitán-Cañadas, F. (2022). Facial gender confirmation surgery: The lower jaw. Description of surgical techniques and presentation of results. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 149(4), 755e–766e.
- Simons, L., Schrager, S. M., Clark, L. F., Belzer, M., & Olson, J. (2013). Parental support and mental health among transgender adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 53(6), 791–793.
- Simonsen, R. K., Giralaldi, A., Kristensen, E., & Hald, G. M. (2016). Long-term follow-up of individuals undergoing sex reassignment surgery: Psychiatric morbidity and mortality. *Nordic Journal of Psychiatry*, 70(4), 241–247.
- Simopoulos, E. F., & Khin Khin, E. (2014). Fundamental principles inherent in the comprehensive care of transgender inmates. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 42(1), 26–36. <http://jaapl.org/content/42/1/26>
- Singh, D., Bradley, S. J., & Zucker, K. J. (2021). A follow-up study of boys with gender identity disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 632784.
- Singh-Ospina, N., Maraka, S., Rodriguez-Gutierrez, R., Davidge-Pitts, C., Nippoldt, T. B., Prokop, L. J., & Murad, M. H. (2017). Effect of sex steroids on the bone health of transgender individuals: A systematic review and meta-analysis. *Journal Clinical Endocrinology and Metabolism*, 102(11), 3904–3913.
- Smith, A. J., Hallum-Montes, R., Nevin, K., Zenker, R., Sutherland, B., Reagor, S., & Brennan, J. M. (2018). Determinants of transgender individuals' well-being, mental

- health, and suicidality in a rural state. *Journal of Rural Mental Health*, 42(2), 116.
- Smith, P. (2006). The effects of solitary confinement on prison inmates: A brief history and review of the literature. *Crime and Justice*, 34(1), 441–528.
- Smith, N. L., Blondon, M., Wiggins, K. L., Harrington, L.B., van Hylckama Vlieg, A., Floyd, J. S., Hwang, M., Bis, J. C., McKnight, B., Rice, K.M., Lumley, T., Rosendaal, F. R., Heckbert, S. R., & Psaty, B. M. (2014). Lower risk of cardiovascular events in postmenopausal women taking oral estradiol compared with oral conjugated equine estrogens. *JAMA Internal Medicine*, 174(1), 25–31.
- Smith, Y. L., van Goozen, S. H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2001). Adolescents with gender identity disorder who were accepted or rejected for sex reassignment surgery: A prospective follow-up study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(4), 472–481.
- Smith, Y. L., Van Goozen, S. H., 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.
- Snowden, J. M., Guise, J., & Kzhimannil, K. B. (2018). Promoting inclusive and person-centered care: Starting with birth. *Birth*, 45, 232–235.
- Söderpalm, E., Larsson, A., & Almquist, S. A. (2004). Evaluation of a consecutive group of transsexual individuals referred for vocal intervention in the west of Sweden. *Logopedics, Phoniatrics, Vocology*, 29(1), 18–30.
- Södersten, M., Nygren, U., Hertegård, S., & Dhejne, C. (2015). Interdisciplinary program in Sweden related to transgender voice. *Perspectives on Voice and Voice Disorders*, 25(2), 87–97.
- Sofer, Y., Yaish, I., Yaron, M., Bach, M. Y., Stern, N., & Greenman, Y. (2020). Differential endocrine and metabolic effects of testosterone suppressive agents in transgender women. *Endocrine Practice*, 26(8), 883–890.
- Song, T. E., & Jiang, N. (2017). Transgender phonosurgery: A systematic review and meta-analysis. *Otolaryngology—Head and Neck Surgery*, 156(5), 803–808.
- Sonnenblick, E. B., Shah, A. D., Goldstein, Z., & Reisman, T. (2018). Breast imaging of transgender individuals: A review. *Current Radiology Reports*, 6(1), 1.
- Sood, R., Chen, D., Muldoon, A. L., Chen, L., Kwasny, M. J., Simons, L. K., Gangopadhyay, N., Corcoran, J. F., & Jordan, S. W. (2021). Association of chest dysphoria with anxiety and depression in transmasculine and nonbinary adolescents seeking gender-affirming care. *Journal of Adolescent Health*, 68(6), 1135–1141.
- Sorbara, J. C., Chiniara, L. N., Thompson, S., & Palmert, M. R. (2020). Mental health and timing of gender-affirming care. *Pediatrics*, 146(4), e20193600.
- Spack, N. P., Edwards-Leeper, L., Feldman, H. A., Leibowitz, S., Mandel, F., Diamond, D. A., & Vance, S. R. (2012). Children and adolescents with gender identity disorder referred to a pediatric medical center. *Pediatrics*, 129(3), 418–425.
- Spanos, C., Bretherton, I., Zajac, J. D., & Cheung, A. S. (2020). Effects of gender-affirming hormone therapy on insulin resistance and body composition in transgender individuals: A systematic review. *World Journal of Diabetes*, 11(3), 66–77.
- Spanos, C., Grace, J. A., Leemaqz, S. Y., Brownhill, A., Cundill, P., Locke, P., Wong, P., Zajac, J. D., & Cheung, A. S. (2021). The informed consent model of care for accessing gender-affirming hormone therapy is associated with high patient satisfaction. *Journal of Sexual Medicine*, 18(1), 201–208.
- Spatz, E. S., Krumholz, H. M., & Moulton, B. W. (2016). The new era of informed consent: Getting to a reasonable-patient standard through shared decision making. *The Journal of the American Medical Association*, 315(19), 2063–2064.

- Speiser, P. W., Arlt, W., Auchus, R. J., Baskin, L. S., Conway, G. S., Merke, D. P., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Miller, W. L., Murad, M. H., Oberfield, S. E., & White, P. C. (2018). Congenital adrenal hyperplasia due to steroid 21-hydroxylase deficiency: An Endocrine Society* Clinical Practice Guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 103(11), 4043–4088.
- Spencer, K. G., Berg, D. R., Bradford, N. J., Vencill, J. A., Tellawi, G., & Rider, G. N. (2021). The gender-affirmative life span approach: A developmental model for clinical work with transgender and gender-diverse children, adolescents, and adults. *Psychotherapy*, 58(1), 37–49.
- Spivey, L. A., & Edwards-Leeper, L. (2019). Future directions in affirmative psychological interventions with transgender children and adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 48, 343–356.
- Spizzirri, G., Eufrazio, R., Lima, M. C. P., de Carvalho Nunes, H. R., Kreukels, B. P., Steensma, T. D., & Abdo, C. H. N. (2021). Proportion of people identified as transgender and non-binary gender in Brazil. *Scientific Reports*, 11(1), 2240.
- Sprager, L., & O. N. Martinez, Jr. (2015). Beyond translation: Promoting a new national standard for equity in health materials translated from English. *NAM Perspectives*.
- Spruill, T. M. (2010). Chronic psychosocial stress and hypertension. *Current Hypertension Reports*, 12(1), 10–16.
- Srinath, S., Jacob, P., Sharma, E., & Gautam, A. (2019). Clinical practice guidelines for assessment of children and adolescents. *Indian Journal of Psychiatry*, 61(Suppl. 2), 158–175.
- Staples, J. M., Bird, E. R., Gregg, J. J., & George, W. (2020). Improving the gender-affirmation process for transgender and gender-nonconforming individuals: Associations among time since transition began, body satisfaction, and sexual distress. *The Journal of Sex Research*, 57(3), 375–383.
- Stark, T., Shoag, J. E., & Poppas, D. P. (2019). Eliminating early surgery for disorders of sex development: Risking adverse outcomes in 46, XX CAH. *Journal of Urology*, 201(5), 871–873.
- Statistics Canada. (2022). *Census of population Canada*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/220427/dq220427b-eng.htm>
- 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*, 16(4), 499–516.
- Steensma, T. D., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Gender transitioning before puberty? *Archives of Sexual Behavior*, 40(4), 649–650.
- Steensma, T. D., Cohen-Kettenis, P. T., & Zucker, K. J. (2018). Evidence for a change in the sex ratio of children referred for gender dysphoria: Data from the center of expertise on gender dysphoria in Amsterdam (1988–2016). *Journal of Sex & Marital Therapy*, 44(7), 713–715.
- Steensma, T. D., Kreukels, B. P., de Vries, A. L., & Cohen-Kettenis, P. T. (2013). Gender identity development in adolescence. *Hormones and Behavior*, 64, 288–297.
- Steensma, T. D., McGuire, J. K., Kreukels, B. P., Beekman, A. J., & Cohen-Kettenis, P. T. (2013). Factors associated with desistence and persistence of childhood gender dysphoria: A quantitative follow-up study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(6), 582–590.
- Steensma, T. D., & Wensing-Kruger, S. A. (2019). Gender dysphoria. In T. H. Ollendick, S. W. White, & B. A. White (Eds), *The Oxford handbook of clinical child and adolescent psychology*. Oxford Library of Psychology
- Steensma, T. D., Zucker, K. J., Kreukels, B. P. C., VanderLaan, D. P., Wood, H., Fuentes, A., & Cohen-Kettenis, P. T. (2013). Behavioral and emotional problems on the teacher's report form: A cross-national, cross-clinic comparative analysis of gender dysphoric children and adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(4), 635–647.
- Stein, G. L. (2020) Experiences of lesbian, gay, bisexual, and transgender patients and families in hospice and palliative care: Perspectives of the palliative care team. *Journal of Palliative Medicine*, 23(6), 817–824.

- Steinberg, L. (2009). Should the science of adolescent brain development inform public policy? *American Psychologist*, 64(8), 739–750.
- Stephenson, R., Riley, E., Rogers, E., Suarez, N., Metheny, N., Senda, J., Saylor, K. M., & Bauermeister, J. A. (2017). The sexual health of transgender men: A scoping review. *The Journal of Sex Research*, 54(4-5), 424–445.
- Sterling, J., & Garcia, M. M. (2020a). Cancer screening in the transgender population: A review of current guidelines, best practices, and a proposed care model. *Translational Andrological Urology*, 9(6), 2771–2785.
- Sterling, J., & Garcia, M. M. (2020b). Fertility preservation options for transgender individuals. *Translational Andrological Urology*, 9(Suppl. 2), S215–S226.
- Stohr, M. K. (2015). The Hundred Years' war: The etiology and status of assaults on transgender women in men's prisons. *Women & Criminal Justice*, 25(1-2), 120–129.
- Stojanovic, B., Bizic, M., Bencic, M., Kojovic, V., Majstorovic, M., Jevtovic, M., Stanojevic, D., & Djordjevic, M. L. (2017). One-stage genderconfirmation surgery as a viable surgical procedure for female-to-male transsexuals. *Translational Andrological Urology*, 14(5), 741–746.
- Stonewall. (2018). *LGBT in Britain: Work report*. https://www.stonewall.org.uk/system/files/lgbt_in_britain_work_report.pdf
- Strang, J. F., Jarin, J., Call, D., Clark, B., Wallace, G. L., Anthony, L. G., Kenworthy, L., & Gomez-Lobo, V. (2018). Transgender Youth Fertility Attitudes Questionnaire: Measure development in nonautistic and autistic transgender youth and their parents. *Journal of Adolescent Health*, 62(2), 128–135.
- Strang, J. F., Meagher, H., Kenworthy, L., de Vries, A. L., Menvielle, E., Leibowitz, S., Janssen, A., Cohen-Kettenis, P., Shumer, D., Edwards-Leeper, L., Pleak, R., Spack, N., Karasic, D., Schreier, H., Balleur, A., Tishelman, A., Ehrensaft, D., Rodnan, L., Kushner, E., ... Caretto, A., Lewis, H., & Anthony, L. (2018). Initial clinical guidelines for co-occurring Autism Spectrum Disorder and Gender Dysphoria or Incongruence in adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47(1), 105–115.
- Strang, J. F., Powers, M. D., Knauss, M., Sibarium, E., Leibowitz, S. F., Kenworthy, L., Sadikova, E., Wyss, S., Willing, L., Caplan, R., Pervez, N., Nowak, J., Gohari, D., Gomez-Lobo, V., Call, D., & Anthony, L. G. (2018). “They thought it was an obsession”: Trajectories and perspectives of autistic transgender and gender-diverse adolescents. *Journal of Autism Developmental Disorders*, 48(12), 4039–4055.
- Strang, J. F., Knauss, M., van der Miesen, A., McGuire, J. K., Kenworthy, L., Caplan, R., Freeman, A., Sadikova, E., Zaks, Z., Pervez, N., Balleur, A., Rowlands, D. W., Sibarium, E., Willing, L., McCool, M. A., Ehrbar, R. D., Wyss, S. E., Wimms, H., Tobing, J., & Thomas, J. (2021). A clinical program for transgender and gender-diverse neurodiverse/autistic adolescents developed through community-based participatory design. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 50(6), 730–745.
- Strauss, P., Cook, A., Winter, S., Watson, V., Wright Toussaint, D., & Lin, A. (2017). *Trans Pathways: the mental health experiences and care pathways of trans young people. Summary of results*. Telethon Kids Institute <https://www.telethonkids.org.au/globalassets/media/documents/brain-behaviour/trans-pathwayreport-web.pdf>
- Streed, C. G., Beach, L. B., Caceres, B. A., Dowshen, N. L., Moreau, K. L., Mukherjee, M., Poteat, T., Radix, A., Reisner, S. L., & Singh, V. (2021). Assessing and addressing cardiovascular health in people who are transgender and gender diverse: A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 144(6).
- Stroumsa, D., & Wu, J. P. (2018). Welcoming transgender and nonbinary patients: Expanding the language of “women's health”. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 219(6), 585.e581–585.e585.
- Stübler, M. L., & Becker-Hebly, I. (2019). [Sexual experiences and sexual orientation among transgender adolescents]. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 32(01), 5–16.

- Stutterheim, S. E., van Dijk, M., Wang, H., & Jonas, K. J. (2021) The worldwide burden of HIV in transgender individuals: An updated systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 16(12): e0260063.
- Subramanian, T., Chakrapani, V., Selvaraj, V., Noronha, E., Narang, A., & Mehendale, S. (2016). Mapping and size estimation of hijras and other trans-women in 17 states of India: First level findings. *International Journal of Health Sciences and Research*, 6(4), 345–353. https://www.ijhsr.org/IJHSR_Vol.6_Issue.4_April2016/48.pdf
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2015). *Ending conversion therapy: Supporting and affirming LGBTQ youth*. HHS Publications.
- Suchak, T., Hussey, J., Takhar, M., & Bellringer, J. (2015). Postoperative trans women in sexual health clinics: Managing common problems after vaginoplasty. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 41(4), 245–247.
- Suen, Y. T., Chan, R. C. H., & Wong, E. M. Y. (2018). Mental health of transgender people in Hong Kong: A community-driven, large-scale quantitative study documenting demographics and correlates of quality of life and suicidality. *Journal of Homosexuality*, 65(8), 1093–1113.
- Sundstrom and Fields v. Frank USDC D WI, Case No. 06-C-112, 2011.
- Taliaferro, L. A., McMorris, B. J., Rider, G. N., & Eisenberg, M. E. (2019). Risk and protective factors for self-harm in a population-based sample of transgender youth. *Archives of Suicide Research*, 23(2), 203–221.
- Tamar-Mattis, S., Gamarel, K. E., Kantor, A., Baratz, A., Tamar-Mattis, A., & Operario, D. (2018). Identifying and counting individuals with differences of sex development conditions in population health research. *LGBT Health*, 5(5), 320–324.
- Tan, K. K. H., Treharne, G. J., Ellis, S. J., Schmidt, J. M., & Veale, J. F. (2021). Enacted stigma experiences and protective factors are strongly associated with mental health outcomes of transgender people in Aotearoa/New Zealand. *International Journal of Transgender Health*, 22(3), 269–280.
- Tangpricha, V., & den Heijer, M. (2017). Oestrogen and anti-androgen therapy for transgender women. *Lancet Diabetes & Endocrinology*, 5(4), 291–300.
- Tatum, A. K., Catalpa, J., Bradford, N. J., Kovic, A., & Berg, D. R. (2020). Examining identity development and transition differences among binary transgender and genderqueer nonbinary (GQNB) individuals. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 7(4), 379–385.
- Taub, R. L., Ellis, S. A., Neal-Perry, G., Magaret, A. S., Prager, S. W., & Micks, E. A. (2020). The effect of testosterone on ovulatory function in transmasculine individuals. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 223(2), 229–e1.
- Tavakkoli Tabassi, K., Djavan, B., Hosseini, J., Ghoreifi, A., Ershadi, M., & Hosseini, E. (2015). Fold-back perineoscrotal flap plus penile inversion vaginoplasty for male-to-female gender reassignment surgery in circumcised subjects. *European Journal of Plastic Surgery*, 38(1), 43–48.
- Taylor, A. K., Condry, H., and Cahill, D. (2018). Implementation of teaching on LGBT health care. *Clinical Teacher*, 15(2), 141–144.
- Taylor, J., Zalewska, A., Gates, J. J., & Millon, G. (2019). An exploration of the lived experiences of non-binary individuals who have presented at a gender identity clinic in the United Kingdom. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 195–204.
- Telfer, M. M., Tollit, M. A., Pace, C. C., & Pang, K. C. (2018). Australian standards of care and treatment guidelines for transgender and gender diverse children and adolescents. *Medical Journal of Australia*, 209(3), 132–136.
- Telfer, M. M., Tollit, M. A., Pace, C. C., & Pang, K. C. (2020). *Australian standards of care and treatment guidelines for trans and gender diverse children and adolescents, Version 1.3*. The Royal Children's Hospital. <https://www.rch.org.au/uploadedFiles/Main/Content/adolescent-medicine/australian-standards-of-care-and->

[treatment-guidelines-for-trans-and-gender-diverse-children-and-adolescents.pdf](#)

- Temple Newhook, J., Pyne, J., Winters, K., Feder, S., Holmes, C., Tosh, J., Sinnott, M.-L., Jamieson, A., & Pickett, S. (2018). A critical commentary on follow-up studies and “desistance” theories about transgender and gender-nonconforming children. *International Journal of Transgenderism*, 19(2), 212–224.
- Ter Wengel, P. V., Martin, E., Gooren, L., Den Heijer, M., & Peerdeman, S. M. (2016). Meningiomas in three male-to-female transgender subjects using oestrogens/progestogens and review of the literature. *Andrologia*, 48(10), 1130–1137.
- Testa, R. J., Michaels, M. S., Bliss, W., Rogers, M. L., Balsam, K. F., & Joiner, T. (2017). Suicidal ideation in transgender people: Gender minority stress and interpersonal theory factors. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(1), 125–136.
- Testa, R. J., Sciacca, L. M., Wang, F., Hendricks, M. L., Goldblum, P., Bradford, J., & Bongar, B. (2012). Effects of violence on transgender people. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(5), 452.
- TGEU. (2017). Overdiagnosed but underserved. Trans healthcare in Georgia, Poland, Serbia, Spain, and Sweden: trans health survey. Transgender Europe. <https://tgeu.org/healthcare/>
- TGEU. (2021). *Trans rights map 2021*. Transgender Europe. <https://transrightsmap.tgeu.org/home/>
- Thalaivirithan, B. M., Sethu, M., Ramachandran, D. K., Kandasamy, M., & Janardhanam, J. (2018). Application of embryonic equivalents in male-to-female sex reassignment surgery. *India Journal of Plastic Surgery*, 51(2), 155–166.
- The Institute of Medicine. (2011). *The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people: Building a foundation for better understanding*. <http://www.nationalacademies.org/hmd/Reports/2011/The-Health-of-Lesbian-Gay-Bisexual-and-Transgender-People.aspx>
- The Joint Commission. (2011). Advancing effective communication, cultural competence, and patient- and family-centered care for the lesbian, gay, bisexual and transgender (LGBT) community [Field Guide]. https://www.jointcommission.org/assets/1/18/LGBTFieldGuide_WEB_LINKED_VER.pdf
- The Yogyakarta Principles. (2017). The Yogyakarta Principles Plus 10: Additional principles and state obligations on the application of international human rights law in relation to sexual orientation, gender identity, gender expression, and sex characteristics to complement the Yogyakarta Principles. http://yogyakartaprinciples.org/wp-content/uploads/2017/11/A5_yogyakartaWEB-2.pdf
- Therell, B. L. (2001). Newborn screening for congenital adrenal hyperplasia. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, 30(1), 15–30.
- Theron, L., & Collier, K. L. (2013). Experiences of female partners of masculine-identifying trans persons. *Culture, Health & Sexuality*, 15, 62–75.
- Thomas, J. P., & Macmillan, C. (2013). Feminization laryngoplasty: Assessment of surgical pitch elevation. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 270(10), 2695–2700.
- Thoreson, N., Marks, D. H., Peebles, J. K., King, D. S., & Dommasch, E. (2020). Health insurance coverage of permanent hair removal in transgender and gender-minority patients. *JAMA Dermatology*, 2156(5), 561–565.
- Thorne, N., Witcomb, G. L., Nieder, T., Nixon, E., Yip, A., & Arcelus, J. (2019). A comparison of mental health symptomatology and levels of social support in young treatment seeking transgender individuals who identify as binary and non-binary. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 241–250.
- Thorne, N., Yip, A. K.-T., Bouman, W. P., Marshall, E., & Arcelus, J. (2019). The terminology of identities between, outside and beyond the gender binary—A systematic

- review. *The International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 138–154.
- Thurston, M. D., & Allan, S. (2018). Sexuality and sexual experiences during gender transition: A thematic synthesis. *Clinical Psychological Review*, 66, 39–50.
- Thyen, U., Ittermann, T., Flessa, S., Muehlan, H., Birnbaum, W., Rapp, M., Marshall, L., Szarras-Capnik, M., Bouvattier, C., Kreukels, B. P. C., Nordenstroem, A., Roehle, R., & Koehler, B. (2018). Quality of health care in adolescents and adults with disorders/differences of sex development (DSD) in six European countries (dsd-LIFE). *BMC Health Services Research*, 18(1).
- Thyen, U., Richter-Appelt, H., Wiesemann, C., Holterhus, P.-M., & Hiort, O. (2005). Deciding on gender in children with intersex conditions. *Treatments in Endocrinology*, 4(1), 1–8.
- Timmermans, S., Yang, A., Gardner, M., Keegan, C. E., Yashar, B. M., Fechner, P. Y., Shnorhavorian, M., Vilain, E., Siminoff, L. A., & Sandberg, D. E. (2018). Does patient-centered care change genital surgery decisions? The strategic use of clinical uncertainty in disorders of sex development clinics. *Journal of Health and Social Behavior*, 59(4), 520–535.
- Timmermans, S., Yang, A., Gardner, M., Keegan, C. E., Yashar, B. M., Fechner, P. Y., Shnorhavorian, M., Vilain, E., Siminoff, L. A., & Sandberg, D. E. (2019). Gender destinies: Assigning gender in disorders of sex development—Intersex clinics. *Sociology of Health & Illness*, 41(8), 1520–1534.
- Tirapegui, F. I., Acar, Ö., & Kocjancic, E. (2020). Sexual function after gender-affirming genital reconstruction. *Current Sexual Health Reports*, 12(4), 411–420.
- Tiryaki, S., Tekin, A., Yagmur, İ., Özen, S., Özbaran, B., Gökşen, D., ... Avanoğlu, A. (2018). Parental perception of terminology of disorders of sex development in Western Turkey. *Journal of Clinical Research in Pediatric Endocrinology*, 10(3), 216–222.
- Tishelman, A. C., Shumer, D. E., Nahata, L. (2017). Disorders of sex development: Pediatric psychology and the genital exam. *Journal of Pediatric Psychology*, 42(5), 530–543.
- Tishelman, A. C., Haney, P., Greenwald O'Brien, J., & Blaustein, M. E. (2010). A framework for school-based psychological evaluations: Utilizing a “trauma lens.” *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 3(4), 279–302.
- Tishelman, A. C., Kaufman, R., Edwards-Leeper, L., Mandel, F. H., Shumer, D. E., & Spack, N. P. (2015). Serving transgender youth: Challenges, dilemmas, and clinical examples. *Professional Psychology: Research and Practice*, 46(1), 37–45.
- Tishelman, A. C., Sutter, M. E., Chen, D., Sampson, A., Nahata, L., Kolbuck, V. D., & Quinn, G. P. (2019). Health care provider perceptions of fertility preservation barriers and challenges with transgender patients and families: Qualitative responses to an international survey. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 36(3), 579–588.
- Tishelman, A., & Neumann-Mascis, A. (2018). Gender-related trauma. In *The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children* (pp. 85–100). American Psychological Association.
- Tollemache, N., Shrewsbury, D., & Llewellyn, C. (2021). Que (e) rying undergraduate medical curricula: A cross-sectional online survey of lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer content inclusion in UK undergraduate medical education. *BMC Medical Education*, 21(1), 100.
- Tollinche, L. E., Walters, C. B., Radix, A., Long, M., Galante, L., Goldstein, Z. G., Kapinos, Y., & Yeoh, C. (2018). The perioperative care of the transgender patient. *Anesthesia and Analgesia*, 127(2), 359–366.
- Tollit, M. A., Feldman, D., McKie, G., & Telfer, M. M. (2018). Patient and parent experiences of care at a pediatric gender service. *Transgender Health*, 3(1), 251–256.
- Tollit, M. A., Pace, C. C., Telfer, M., Hoq, M., Bryson, J., Fulkoski, N., Cooper, C., & Pang, K. C. (2019). What are the health outcomes of trans and gender diverse young people in Australia? Study protocol for the Trans20 longitudinal cohort study. *BMJ Open*, 9(11), e032151.

- Tomson, A., McLachlan, C., Wattrus, C., Adams, K., Addinall, R., Bothma, R., Jankelowitz, L., Kotze, E., Luvuno, Z., Madlala, N., Matyila, S., Padavatan, A., Pillay, M., Rakumakoe, M. D., Tomson-Myburgh, M., Venter, W. D. F., & De Vries, E. (2021). Southern African HIV clinicians society gender-affirming healthcare guideline for South Africa. *Southern African Journal of HIV Medicine*, 22(1).
- Toomey, R. B., Ryan, C., Diaz, R. M., Card, N. A., & Russell, S. T. (2010). Gender-nonconforming lesbian, gay, bisexual, and transgender youth: School victimization and young adult psychosocial adjustment. *Developmental Psychology*, 46(6), 1580–1589.
- Toorians, A. W. F. T., Thomassen, M. C. L. G. D., Zweegman, S., Magdeleyns, E. J. P., Tans, G., Gooren, L. J. G., & Rosing, J. (2003). Venous thrombosis and changes of hemostatic variables during cross-sex hormone treatment in transsexual people. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 88(12), 5723–5729.
- Top, H., & Balta, S. (2017). Transsexual mastectomy: Selection of appropriate technique according to breast characteristics. *Balkan Medical Journal*, 34(2), 147–155.
- Topolewska-Siedzik, E., & Cieciuch, J. (2018). Trajectories of identity formation modes and their personality context in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 47(4), 775–792.
- Tordoff, D. M., Wanta, J. W., Collin, A., Stepney, C., Inwards-Breland, D. J., & Ahrens, K. (2022). Mental health outcomes in transgender and nonbinary youths receiving gender-affirming care. *JAMA Network Open*, 5(2), e220978.
- Tornello, S. L., & Bos, H. (2017). Parenting intentions among transgender individuals. *LGBT Health*, 4(2), 115–120.
- Tosun, N. L., Fieberg, A. M., Eberly, L. E., Harrison, K. A., Tipp, A. R., Allen, A. M., & Allen, S. S. (2019). Exogenous progesterone for smoking cessation in men and women: A pilot double-blind, placebo-controlled randomized clinical trial. *Addiction*, 114(10), 1800–1813.
- TransCare. (2020). *Bind, pack and tuck*. <http://www.phsa.ca/transcarebc/care-support/transitioning/bind-pack-tuck-pad>
- Travers, R., Bauer, G., Pyne, J., Bradley, K., Gale, L., & Papadimitriou, M. (2012). Impacts of strong parental support for trans youth: A report prepared for Children's Aid Society of Toronto and Delisle Youth Services. Trans Pulse Project. <https://transpulseproject.ca/wp-content/uploads/2012/10/Impacts-of-Strong-Parental-Support-for-Trans-Youth-vFINAL.pdf>.
- Trevor Project. (2021). *The mental health and well-being of LGBTQ Youth who are Intersex*. <https://www.thetrevorproject.org/wp-content/uploads/2021/12/Intersex-Youth-Mental-Health-Report.pdf>
- Trispiotis, I., & Purshouse, C. (2022). ‘Conversion therapy’ as degrading treatment. *Oxford Journal of Legal Studies*, 42(1), 104–132.
- Trujillo, M. A., Perrin, P. B., Sutter, M., Tabaac, A., & Benotsch, E. G. (2017). The buffering role of social support on the associations among discrimination, mental health, and suicidality in a transgender sample. *International Journal of Transgenderism*, 18(1), 39–52.
- Tschan, S., Honegger, F., & Storck, C. (2016). Cricothyroid joint anatomy as a predicting factor for success of cricoid-thyroid approximation in transwomen. *The Laryngoscope*, 126(6), 1380–1384.
- T'Sjoen, G., Arcelus, G., Gooren, L., Klink, D. T., & Tangpricha, V. (2019). Endocrinology of transgender medicine. *Endocrine Reviews*, 40(1), 97–117.
- T'Sjoen, G., Arcelus, J., De Vries, A. L. C., Fisher, A. D., Nieder, T. O., Özer, M., & Motmans, J. (2020). European Society for Sexual Medicine position statement “Assessment and hormonal management in adolescent and adult trans people, with attention for sexual function and satisfaction.” *The Journal of Sexual Medicine*, 17(4), 570–584.

- T'Sjoen, G. G., Beguin, Y., Feyen, E., Rubens, R., Kaufman, J. M., & Gooren, L. (2005). Influence of exogenous oestrogen or (anti-) androgen administration on soluble transferrin receptor in human plasma. *Journal of Endocrinology*, 186(1), 61–67.
- Turban, J. L., Beckwith, N., Reisner, S. L., & Keuroghlian, A. S. (2020). Association between recalled exposure to gender identity conversion efforts and psychological distress and suicide attempts among transgender adults. *JAMA Psychiatry*, 77(1), 68–76.
- Turban, J. L., Carswell, J., & Keuroghlian, A. S. (2018). Understanding pediatric patients who discontinue gender-affirming hormonal interventions. *JAMA Pediatrics*, 172(10), 903–904.
- Turban, J. L., King, D., Carswell, J. M., & Keuroghlian, A. S. (2020). Pubertal suppression for transgender youth and risk of suicidal ideation. *Pediatrics*, e20191725.
- Turban, J. L., King, D., Kobe, J., Reisner, S. L., & Keuroghlian, A. S. (2022). Access to gender-affirming hormones during adolescence and mental health outcomes among transgender adults. *PLoS One*, 17(1), e0261039.
- Turban, J. L., King, D., Reisner, S. L., Keuroghlian, A. S. (2019). Psychological attempts to change a person's gender identity from transgender to cisgender: Estimated prevalence across US States, 2015. *American Journal of Public Health* 109, 1452–1454.
- Turban, J. L., King, D., Li, J. J., & Keuroghlian, A. S. (2021). Timing of social transition for transgender and gender diverse youth, K-12 harassment, and adult mental health outcomes. *Journal of Adolescent Health*, 69(6), 991–998.
- Turban, J. L., Loo, S. S., Almazan, A. N., & Keuroghlian, A. S. (2021). Factors leading to “detransition” among transgender and gender diverse people in the United States: A mixed-methods analysis. *LGBT Health*, 8(4), 273–280.
- Tuzun, Z., Başar, K., & Akgul, S. (2022). Social connectedness matters: Depression and anxiety in transgender youth during the COVID-19 pandemic. *The Journal of Sexual Medicine*, 19(4), 650–660.
- Twist, J., & de Graaf, N. (2019). Gender diversity and non-binary presentations in young people attending the United Kingdom's national Gender Identity Development Service. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 24(2), 277–290.
- UN Human Rights Council. (2020). Practices of so-called “conversion therapy”: Report of the Independent Expert on protection against violence and discrimination based on sexual orientation and gender identity.
- UNDP & APTN. (2017). *Legal gender recognition: a multi-country legal and policy review in Asia*. Asia-Pacific Transgender Network. <https://weareaptn.org/resource/legal-gender-recognition-a-multi-country-legal-and-policy-review-in-asia/>
- UNDP, IRGT. (2016). *Implementing comprehensive HIV and STI programmes with transgender people: Practical guidance for collaborative interventions*. United Nations Development Programme. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/TRANSIT_report_UNFPA.pdf
- United Nations Population Fund. (2014). *Reproductive rights are human rights: A handbook for national human rights institutions*. <https://www.ohchr.org/document/publications/nhrihandbook.pdf>
- United Nations. (1948). Universal Declaration of Human Rights. Retrieved from <http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>
- United Nations. (2015). *The United Nations standard minimum rules for the treatment of prisoners*. https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/GA-RESOLUTION/E_ebook.pdf
- United States Department of Health and Human Services. (2013). *Lesbian, gay, bisexual and transgender health*. <https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/lesbian-gay-bisexual-and-transgender-health>
- Valashany, B. T., & Janghorbani, M. (2018). Quality of life of men and women with gender identity disorder. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16(1), 167.

- Vale, K., Siemens, I., Johnson, T. W., & Wassersug, R. J. (2013). Religiosity, childhood abuse, and other risk factors correlated with voluntary genital ablation. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, 45(3), 230–237.
- Valentine, V. (2016). *Non-binary people's experiences of using UK gender identity clinics*. S. T. E. Network. <https://www.scottishtrans.org/wp-content/uploads/2016/11/Non-binary-GIC-mini-report.pdf>
- Van Batavia, J. P., & Kolon, T. F. (2016). Fertility in disorders of sex development: A review. *Journal of Pediatric Urology*, 12(6), 418–425.
- Van Boerum, M. S., Salibian, A. A., Bluebond-Langner, R., & Agarwal, C. (2019). Chest and facial surgery for the transgender patient. *Translational Andrology and Urology*, 8(3), 219–227.
- Van Borsel, J., De Cuypere, G., Rubens, R., & Destaeke, B. (2000). Voice problems in female-to-male transsexuals. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 35(3), 427–442.
- Van Borsel, J., Van Eynde, E., De Cuypere, G., & Bonte, K. (2008). Feminine after cricothyroid approximation? *Journal of Voice*, 22(3), 379–384.
- Van Caenegem, E., Taes, Y., Wierckx, K., Vandewalle, S., Toye, K., Kaufman, J. M., Schreiner, T., Haraldsen, I., & T'Sjoen, G. (2013). Low bone mass is prevalent in male-to-female transsexual persons before the start of cross-sex hormonal therapy and gonadectomy. *Bone*, 54(1), 92–97.
- Van Caenegem, E., Verhaeghe, E., Taes, Y., Wierckx, K., Toye, K., Goemaere, S., Zmierzak, H. G., Hoebeke, P., Monstrey, S., & T'Sjoen, G. (2013). Long-term evaluation of donor-site morbidity after radial forearm flap phalloplasty for transsexual men. *The Journal of Sexual Medicine*, 10(6), 1644–1651.
- Van Caenegem, E., Wierckx, K., Elaut, E., Buysse, A., Dewaele, A., Van Nieuwerburgh, F., De Cuypere, G., & T'Sjoen, G. (2015). Prevalence of gender nonconformity in Flanders, Belgium. *Archives of Sexual Behavior*, 44(5), 1281–1287.
- Van Caenegem, E., Wierckx, K., Taes, Y., Schreiner, T., Vandewalle, S., Toye, K., Lapauw, B., Lapauw, J. M., & T'Sjoen, G. (2015). Body composition, bone turnover, and bone mass in trans men during testosterone treatment: 1-year follow-up data from a prospective case-controlled study (ENIGI). *European Journal of Endocrinology*, 172(2), 163–171.
- Van de Grift, T. C., Cohen-Kettenis, P. T., de Vries, A. L. C., & Kreukels, B. P. C.; on behalf of dsd-LIFE. (2018). Body image and self-esteem in disorders of sex development: A European multicenter study. *Health Psychology*, 37(4), 334–343.
- Van de Grift, T. C., Elaut, E., Cerwenka, S. C., Cohen-Kettenis, P. T., De Cuypere, G., Richter-Appelt, H., & Kreukels, B. P. C. (2017). Effects of medical interventions on gender dysphoria and body image: A follow-up study. *Psychosomatic Medicine*, 79(7), 815–823.
- Van de Grift, T. C., Elaut, E., Cerwenka, S. C., Cohen-Kettenis, P. T., & Kreukels, B. P. C. (2018). Surgical satisfaction, quality of life, and their association after gender-affirming surgery: A follow-up study. *Journal of Sexual and Marital Therapy*, 44(2), 138–148.
- Van de Grift, T. C., Elfering, L., Greijdanus, M., Smit, J. M., Bouman, M. B., Klassen, A. F., & Mullender, M. G. (2018). Subcutaneous mastectomy improves satisfaction with body and psychosocial function in trans men: Findings of a cross-sectional study using the BODY-Q chest module. *Plastic Reconstructive Surgery*, 142(5), 1125–1132.
- Van de Grift, T. C., Kreukels, B. P. C., Elfering, L., Özer, M., Bouman, M.-B., Buncamper, M. E., Smit, J. M., & Mullender, M. G. (2016). Body image in transmen: Multidimensional measurement and the effects of mastectomy. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(11), 1778–1786.
- Van de Grift, T. C., Pigot, G. L. S., Boudhan, S., Elfering, L., Kreukels, B. P. C., Gijs, L., Buncamper, M. E., Ozer, M., van der Sluis, W., Meuleman, E. J. H., Bouman, M. B., &

- Mullender, M. G. (2017). A longitudinal study of motivations before and psychosexual outcomes after genital gender-confirming surgery in transmen. *Journal of Sexual Medicine*, 14(12), 1621–1628.
- Van de Grift, T., Van Gelder, Z., Mullender, M., Steensma, T., de Vries, ALC., & Bouman, M. (2020). Timing of puberty suppression and surgical options for transgender youth. *Pediatrics*, 146(5), e20193653.
- Van Der Miesen, A. I., Hurley, H., & De Vries, A. L. (2016). Gender dysphoria and autism spectrum disorder: A narrative review. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 70–80.
- Van der Miesen, A., Steensma, T. D., de Vries, A., Bos, H., & Popma, A. (2020). Psychological functioning in transgender adolescents before and after gender-affirmative care compared with cisgender general population peers. *The Journal of Adolescent Health*, 66(6), 699–704.
- Van der Sluis, W. B., de Hase, K. B., Elfering, L., Özer, M., Smit, J. M., Budding, A. E., van Bodegraven, A. A., Buncamper, M. E., de Boer, N. K. H., Mullender, M. G., & Bouman, M. B. (2020). Neovaginal discharge in transgender women after vaginoplasty: A diagnostic and treatment algorithm. *International Journal of Transgender Health*, 21(4), 367–372.
- Van der Sluis, W. B., Smit, J. M., Pigot, G. L. S., Buncamper, M. E., Winters, H. A. H., Mullender, M. G., & Bouman, M. B. (2017). Double flap phalloplasty in transgender men: Surgical technique and outcome of pedicled - anterolateral thigh flap phalloplasty combined with radial forearm free flap urethral reconstruction. *Microsurgery*, 37(8), 917–923.
- Van Dijk, D., Dekker, M., Conemans, E. B., Wiepjes, C. M., de Goeij, E. G. M., Overbeek, K. A., & T'Sjoen, G. (2019). Explorative prospective evaluation of short-term subjective effects of hormonal treatment in trans people—Results from the European Network for the Investigation of Gender Incongruence. *The Journal of Sexual Medicine*, 16(8), 1297–1309.
- Van Gerwen, O. T., Aryanpour, Z., Selph, J. P., & Muzny, C. A. (2021). Anatomical and sexual health considerations among transfeminine individuals who have undergone vaginoplasty: A review. *International Journal of STD and AIDS*, 33(2), 106–113.
- Van Kesteren, P. J., Asscheman, H., Megens, J. A., & Gooren, L. J. (1997). Mortality and morbidity in transsexual subjects treated with cross-sex hormones. *Clinical Endocrinology*, 47(3), 337–342.
- Van Leijenhorst, L., Zanolie, K., Van Meel, C. S., Westenberg, P. M., Rombouts, S. A. R. B., & Crone, E. A. (2009). What motivates the adolescent? Brain regions mediating reward sensitivity across adolescence. *Cerebral Cortex*, 20(1), 61–69.
- Vandenbussche, E. (2021). Detransition-related needs and support: A cross-sectional online survey. *Journal of Homosexuality*, 69(9), 1602–1620.
- Vanderburgh, R. (2009). Appropriate therapeutic care for families with pre-pubescent transgender/gender-dissonant children. *Child Adolescent Social Work Journal*, 26, 135–154.
- Various. (2019). *Memorandum of understanding on conversion therapy in the UK. Version 2, Revision A*. British Association of Counselling and Psychotherapy. <https://www.bacp.co.uk/event-s-and-resources/ethics-and-standards/mou/>
- Various. (2021). *U. S. joint statement on ending conversion therapy*. <https://usjs.org/usjs-current-draft/>
- Veale, J., Byrne, J., Tan, K., Guy, S., Yee, A., Nopera, T., & Bentham, R. (2019). *Counting ourselves: The health and wellbeing of trans and non-binary people in Aotearoa, New Zealand*. https://countingourselves.nz/wp-content/uploads/2020/01/Counting-Ourselves_Report-Dec-19-Online.pdf
- Veerman, H., de Rooij, F. P. W., Al-Tamimi, M., Ronkes, B. L., Mullender, M. G., M. B. B., van der Sluis, W. B., & Pigot, G. L. S. (2020). Functional outcomes and urological complications after genital gender affirming surgery with urethral lengthening in transgender men. *Journal of Urology*, 204(1), 104–109.
- Vereecke, G., Defreyne, J., Van Saen, D., Collect, S., Van Dorpe, J., T'Sjoen, G., & Gooseens, E.

1. (2021). Characterisation of testicular function and spermatogenesis in transgender women. *Human Reproduction*, 36(1), 5–15.
- Vermeir, E., Jackson, L. A., & Marshall, E. G. (2018). Improving healthcare providers' interactions with trans patients: Recommendations to promote cultural competence. *Healthcare Policy*, 14(1), 11–18.
- Vincent, B. (2018). *Transgender Health: A Practitioner's Guide to Binary and Non-Binary Trans Patient Care*. Jessica Kingsley Publishers.
- Vincent, B. (2019). Breaking down barriers and binaries in trans healthcare: The validation of non-binary people. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 132–137.
- Vincent, B. (2020). *Non-binary genders: Navigating communities, identities, and healthcare*. Policy Press.
- Vincent, B., & Manzano, A. (2017). History and Cultural Diversity. In C. Richards, W. P. Bouman, & M. J. Barker (Eds.), *Genderqueer and non-binary genders*. Palgrave Macmillan.
- Vinogradova, Y., Coupland, C., & Hippisley-Cox, J. (2019). Use of hormone replacement therapy and risk of venous thromboembolism: Nested case-control studies using the QResearch and CPRD databases. *British Medical Journal*, 364, k4810.
- Vlot, M. C., Klink, D. T., den Heijer, M., Blankenstein, M. A., Rotteveel, J., & Heijboer, A. C. (2017). Effect of pubertal suppression and cross-sex hormone therapy on bone turnover markers and bone mineral apparent density (BMAD) in transgender adolescents. *Bone*, 95, 11–19.
- Von Doussa, H., Power, J., & Riggs, D. (2015). Imagining parenthood: The possibilities and experiences of parenthood among transgender people. *Culture Health & Sexuality*, 17(9), 1119–1131.
- Vrouenraets, L. J. J., de Vries, A. L. C., de Vries, M. C., van der Miesen, A. I. R., & Hein, I. M. (2021). Assessing medical decision-making competence in transgender youth. *Pediatrics*, 148(6).
- Vukadinovic, V., Stojanovic, B., Majstorovic, M., & Milosevic, A. (2014). The role of clitoral anatomy in female to male sex reassignment surgery. *Scientific World Journal*, 2014, 437378.
- Vyas, N., Douglas, C. R., Mann, C., Weimer, A. K., & Quinn, M. M. (2021). Access, barriers, and decisional regret in pursuit of fertility preservation among transgender and gender-diverse individuals. *Fertility and Sterility*, 115(4), 1029–1034.
- Waal, H. A. D., & 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(1), S131–S137.
- Wagner, I., Fugain, C., Monneron-Girard, L., Cordier, B., & Chabolle, F. (2003). Pitch-raising surgery in fourteen male-to-female transsexuals. *The Laryngoscope*, 113(7), 1157–1165.
- Wagner, S., Panagiotakopoulos, L., Nash, R., Bradlyn, A., Getahun, D., Lash, T. L., Roblin, D., Silverberg, M. J., Tangpricha, V., Vupputuri, S., & Goodman, M. (2021). Progression of gender dysphoria in children and adolescents: A longitudinal study. *Pediatrics*, 148(1), e2020027722.
- Walker, R. V., Powers, S. M., & Witten, T. M. (2017). Impact of anticipated bias from healthcare professionals on perceived successful aging among transgender and gender nonconforming older adults. *LGBT Health*, 4(6), 427–433.
- 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.
- Walton, M. T., Lykins, A. D., & Bhullar, N. (2016). Beyond heterosexual, bisexual, and homosexual: A diversity in sexual identity expression. *Archives of Sexual Behavior*, 45(7), 1591–1597.
- Wang, Y., Yu, H., Yang, Y., Drescher, J., Li, R., Yin, W., Yu, R., Wang, S., Deng, W., Jia, Q., Zucker, K. J., & Chen, R. (2020). Mental health status of cisgender and gender-diverse secondary school students in China. *JAMA Network Open*, 3(10), e2022796.

- Warwick, R. M., Araya, A. C., Shumer, D. E., & Selkie, E. M. (2022). Transgender youths' sexual health and education: A qualitative analysis. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 35(2), 138–146.
- Wassersug, R. J., & Johnson, T. W. (2007). Modern-day Eunuchs: Motivations for and consequences of contemporary castration. *Perspectives in Biology and Medicine*, 50(4), 544–556.
- Wassersug, R. J., & Lieberman, T. (2010). Contemporary castration: why the modern day eunuch remains invisible. *BMJ*, 341(2), c4509–c4509.
- Wassersug, R. J., Walker, L. M., & Robinson, J. W. (2018). Androgen deprivation therapy : an essential guide for prostate cancer patients and their loved ones. Demos Health.
- Watson, R. J., Wheldon, C. W., & Puhl, R. M. (2020). Evidence of diverse identities in a large national sample of sexual and gender minority adolescents. *Journal of Research on Adolescence*, 30(S2), 431–442.
- Watt, S. O., Tskhay, K. O., & Rule, N. O. (2018). Masculine voices predict well-being in female-to-male transgender individuals. *Archives of Sexual Behavior*, 47(4), 963–972.
- Weaver, C. M., Alexander, D. D., Boushey, C. J., Dawson-Hughes, B., Lappe, J. M., LeBoff, M. S., Liu, S., Looker, A. C., Wallace, T. C., & Wang, D. D. (2016). Calcium plus vitamin D supplementation and risk of fractures: An updated meta-analysis from the National Osteoporosis Foundation. *Osteoporosis International*, 27(1), 367–376.
- Webb, H., Free, N., Oates, J., & Paddle, P. (2020). The use of vocal fold injection augmentation in a transmasculine patient unsatisfied with voice following testosterone therapy and voice training. *Journal of Voice*, 36(4), 588.e1–588.e6. S0892-1997(20)30298-8.
- Wei, S. Y., Li, F. Y., Li, Q., Li, S. K., Zhou, C. D., Zhou, Y., Cao, Y. J., Zhang, S. Y., & Zhao, Y. (2018). Autologous buccal micro-mucosa free graft combined with posterior scrotal flap transfer for vaginoplasty in male-to-female transsexuals: A pilot study. *Aesthetic Plastic Surgery*, 42(1), 188–196.
- Weidler, E. M., Baratz, A., Muscarella, M., Hernandez, S. J., & van Leeuwen, K. (2019). A shared decision-making tool for individuals living with complete androgen insensitivity syndrome. *Seminars in Pediatric Surgery*, 28(5), 150844.
- Weidler, E. M., & Peterson, K. E. (2019). The impact of culture on disclosure in differences of sex development. *Seminars in Pediatric Surgery*, 28(5), 150840.
- Weigert, R., Frison, E., Sessiecq, Q., Al Mutairi, K., & Casoli, V. (2013). Patient satisfaction with breasts and psychosocial, sexual, and physical well-being after breast augmentation in male-to-female transsexuals. *Plastic Reconstructive Surgery*, 132(6), 1421–1429.
- Weill, A., Nguyen, P., Labidi, M., Cadier, B., Passeri, T., Duranteau, L., Bernat, A. L., Yoldjian, I., Fontanel, S., Froelich, S., & Coste, J. (2021). Use of high dose cyproterone acetate and risk of intracranial meningioma in women: Cohort study. *British Medical Journal (Clinical Research Edition.)*, 372, n37.
- Weinand, J. D., & Safer, J. D. (2015). Hormone therapy in transgender adults is safe with provider supervision; A review of hormone therapy sequelae for transgender individuals. *Journal of Clinical and Translational Endocrinology*, 2(2):55–60.
- Weinhardt, L. S., Stevens, P., Xie, H., Wesp, L. M., John, S. A., Apchemengich, I., Kioko, D., Chavez-Korell, S., Cochran, K. M., Watjen, J. M., & Lambrou, N. H. (2017). Transgender and gender nonconforming youths' public facilities use and psychological well-being: A mixed-method study. *Transgender Health*, 2(1), 140–150.
- Weissler, J. M., Chang, B. L., Carney, M. J., Rengifo, D., Messa, C. A. t., Sarwer, D. B., & Percec, I. (2018). Gender-affirming surgery in persons with gender dysphoria. *Plastic Reconstructive Surgery*, 141(3), 388e-396e.
- Wendler, J. (1990). *Vocal pitch elevation after transsexualism male to female*. In: Proceedings of the Union of the European Phoniaticians, Salsomaggiore.
- Wesp, L. (2016). *Transgender patients and the physical examination, gender affirming health program*,

- UCSF. <https://transcare.ucsf.edu/guidelines/p/physical-examination>
- Weyers, S., Elaut, E., De Sutter, P., Gerris, J., T'Sjoen, G., Heylens, G., De Cuypere, G., & Verstraelen, H. (2009). Long-term assessment of the physical, mental, and sexual health among transsexual women. *The Journal of Sexual Medicine*, 6(3), 752–760.
- Weyers, S., Villeirs, G., Vanherreweghe, E., Verstraelen, H., Monstrey, S., Van den Broecke, R., & Gerris, J. (2010). Mammography and breast sonography in transsexual women. *European Journal of Radiology*, 74(3), 508–513.
- White Hughto, J. M., & Reisner, S. L. (2016). A systematic review of the effects of hormone therapy on psychological functioning and quality of life in transgender individuals. *Transgender Health*, 1(1), 21–31.
- White Hughto, J. M., & Reisner, S. L. (2018). Social context of depressive distress in aging transgender adults. *Journal of Applied Gerontology*, 37(12), 1517–1539.
- White Hughto, J. M., Reisner, S. L., & Pachankis, J. E. (2015). Transgender stigma and health: A critical review of stigma determinants, mechanisms, and interventions. *Social Science & Medicine*, 147, 222–231.
- Whyatt-Sames, J. (2017). Being brave: Negotiating the path of social transition with a transgender child in foster care. *Journal of GLBT Family Studies*, 13(4), 309–332.
- Wibowo, E., Johnson, T., & Wassersug, R. (2016). Infertility, impotence, and emasculation—Psychosocial contexts for abandoning reproduction. *Asian Journal of Andrology*, 18(3), 403.
- Wibowo, E., Wassersug, R., Warkentin, K., Walker, L., Robinson, J., Brotto, L., & Johnson, T. (2012). Impact of androgen deprivation therapy on sexual function: A response. *Asian Journal of Andrology*, 14(5), 793–794.
- Wibowo, E., Wong, S. T. S., Wassersug, R. J., & Johnson, T. W. (2021). Sexual function after voluntary castration. *Archives of Sexual Behavior*, 50(8), 3889–3899.
- Wiepjes, C. M., de Blok, C. J., Staphorsius, A. S., Nota, N. M., Vlot, M. C., de Jongh, R. T., & den Heijer, M. (2020). Fracture risk in trans women and trans men using long-term gender-affirming hormonal treatment: A nationwide cohort study. *Journal of the American Society for Bone and Mineral Research*, 35(1), 64–70.
- Wiepjes, C. M., den Heijer, M., & T'Sjoen, G. G. (2019). Bone health in adult trans persons: An update of the literature. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity*, 26(6), 296–300.
- Wiepjes, C. M., Nota, N. M., de Blok, C. J. M., Klaver, M., de Vries, A. L. C., Wensing-Kruger, S. A., de Jongh, R. T., Bouman, M. B., Steensma, T. D., Cohen-Kettenis, P., Gooren, L. J. G., Kreukels, B. P. C., & den Heijer, M. (2018). The Amsterdam cohort of Gender Dysphoria study (1972–2015): Trends in prevalence, treatment, and regrets. *Journal of Sexual Medicine*, 15(4), 582–590.
- Wiepjes, C. M., Vlot, M. C., Klaver, M., Nota, N. M., de Blok, C. J., de Jongh, R. T., Lips, P., Heijboer, A. C., Fisher, A. D., Schreiner, T., T'Sjoen, G., & den Heijer, M. (2017). Bone mineral density increases in trans persons after 1 year of hormonal treatment: A multicenter prospective observational study. *Journal of Bone Mineral Research*, 32(6), 1252–1260.
- Wierckx, K., Elaut, E., Declercq, E., Heylens, G., De Cuypere, G., Taes, Y., Kaufman, J. M., & T'Sjoen, G. (2013). Prevalence of cardiovascular disease and cancer during cross-sex hormone therapy in a large cohort of trans persons: A case-control study. *European Journal of Endocrinology*, 169(4), 471–478.
- Wierckx, K., Elaut, E., Van Caenegem, E., Van De Peer, F., Dedeker, D., Van Houdenhove, E., & T'Sjoen, G. (2011). Sexual desire in female-to-male transsexual persons: Exploration of the role of testosterone administration. *European Journal of Endocrinology*, 165(2), 331–337.
- Wierckx, K., Elaut, E., Van Hoorde, B., Heylens, G., De Cuypere, G., Monstrey, S., Weyers, S., Hoebeke, P., & T'Sjoen, G. (2014). Sexual desire in trans persons: Associations with sex reassignment treatment. *The Journal of Sexual Medicine*, 11(1), 107–118.
- Wierckx, K., Mueller, S., Weyers, S., Van Caenegem, E., Roef, G., Heylens, G., &

- T'Sjoen, G. (2012). Long-term evaluation of cross-sex hormone treatment in transsexual persons. *Journal of Sexual Medicine*, 9(10), 2641–2651.
- Wierckx, K., Stuyver, I., Weyers, S., Hamada, A., Agarwal, A., De Sutter, P., & T'Sjoen, G. (2012). Sperm freezing in transsexual women. *Archives of Sexual Behaviour*, 41(5), 1069–1071.
- Wierckx, K., Van Caenegem, E., Elaut, E., Dedeker, D., Van de Peer, F., Toye, K., T'Sjoen, G. (2011). Quality of life and sexual health after sex reassignment surgery in transsexual men. *Journal of Sexual Medicine*, 8(12), 3379–3388.
- Wierckx, K., Van Caenegem, E., Pennings, G., Elaut, E., Dedeker, D., Van de Peer, F., Weyers, S., De Sutter, P., & T'Sjoen, G. (2012). Reproductive wish in transsexual men. *Human Reproduction*, 27(2), 483–487.
- Wierckx, K., Van Caenegem, E., Schreiner, T., Haraldsen, I., Fisher, A. D., Toye, K., Kaufman, J. M., & T'Sjoen, G. (2014). Cross-sex hormone therapy in trans persons is safe and effective at short-time follow-up: Results from the European network for the investigation of gender incongruence. *Journal of Sexual Medicine*, 11(8), 1999–2011.
- Wierckx, K., Van de Peer, F., Verhaeghe, E., Dedeker, D., Van Caenegem, E., Toye, K., & T'Sjoen, G. (2014). Short- and long-term clinical skin effects of testosterone treatment in trans men. *Journal of Sexual Medicine*, 11(1), 222–229.
- Wilchins, R. A. (1995). A note from your Editrix. In *Your Face: Political Activism against Gender Oppression*, 1(1), 4.
- Williams, A. J., Jones, C., Arcelus, J., Townsend, E., Lazaridou, A., & Michail, M. (2021). A systematic review and meta-analysis of victimisation and mental health prevalence among LGBTQ+ young people with experiences of self-harm and suicide. *PLoS One*, 16(1), 1–26.
- Wilson, B. D., & Meyer, I. H. (2021). *Nonbinary LGBTQ Adults in the United States*. UCLA School of Law Williams Institute.
- Wilson, D., Marais, A., de Villiers, A., Addinall, R., & Campbell, M. M. (2014). Transgender issues in South Africa, with particular reference to the Groote Schuur Hospital Transgender Unit. *South African Medical Journal*, 104(6), 449.
- Wilson, E. C., Chen, Y. H., Arayasirikul, S., Raymond, H. F., & McFarland, W. (2016). The impact of discrimination on the mental health of trans* female youth and the protective effect of parental support. *AIDS Behavior*, 20(10), 2203–2211.
- Wilson, E. C., Chen, Y. H., Arayasirikul, S., Wenzel, C., & Raymond, H. F. (2015). Connecting the dots: Examining transgender women's utilization of transition-related medical care and associations with mental health, substance use, and HIV. *Journal of Urban Health*, 92(1), 182–192.
- Wilson, E. C., Turner, C. M., Sanz-Rodriguez, C., Arayasirikul, S., Gagliano, J., Woods, T., Palafox, E., Halfin, J., Martinez, L., Makoni, B., Eskman, Z. (2021). Expanding the pie—differentiated PrEP delivery models to improve PrEP uptake in the San Francisco Bay area. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 88(1), S39–S48.
- Wilson, L. M., Baker, K. E., Sharma, R., Dukhanin, V., McArthur, K., & Robinson, K. A. (2020). Effects of antiandrogens on prolactin levels among transgender women on estrogen therapy: A systematic review. *International Journal of Transgender Health*, 21(4), 391–402.
- Wimalawansa, S. M., Fox, J. P., & Johnson, R. M. (2014). The measurable cost of complications for outpatient cosmetic surgery in patients with mental health diagnoses. *Aesthetic Surgery Journal*, 34(2), 306–316.
- Winter, S., & Doussantousse, S. (2009). Trans people, hormones, and health risks in Southeast Asia: A Lao study. *International Journal of Sexual Health*, 21(1), 35–48.
- Winter, S., Diamond, M., Green, J., Karasic, D., Reed, T., Whittle, S., & Wylie, K. (2016). Transgender people: Health at the margins of society. *The Lancet*, 388(10042), 390–400.
- Winter, S., Settle, E., Wylie, K., Reisner, S., Cabral, M., Knudson, G., & Baral, S. (2016). Synergies in health and human rights: A call to action to improve transgender health. *The Lancet*, 388(10042), 318–321.

- Winters, K., & Ehrbar, R. D. (2010). Beyond conundrum: Strategies for diagnostic harm reduction. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health, 14*(2), 130–138.
- Winters, K., Temple Newhook, J., Pyne, J., Feder, S., Jamieson, A., Holmes, C., Sinnott, M.-L., Pickett, S., & Tosh, J. (2018). Learning to listen to trans and gender diverse children: A Response to Zucker (2018) and Steensma and Cohen-Kettenis (2018). *International Journal of Transgenderism, 19*(2), 246–250.
- Wisniewski, A. B., & Sandberg, D. E. (2015). Parenting children with disorders of sex development (DSD): A developmental perspective beyond gender. *Hormone and Metabolic Research, 47*(5), 375–379.
- Witcomb, G. L., Bouman, W. P., Claes, L., Brewin, N., Crawford, J., & Arcelus, J. (2018). Levels of depression in transgender people and its predictors: Results of a large matched control study with transgender people accessing clinical services. *Journal of Affective Disorders, 235*, 308–315.
- Witcomb, G. L., Claes, L., Bouman, W. P., Nixon, E., Motmans, J., & Arcelus, J. (2019). Experiences and psychological wellbeing outcomes associated with bullying in treatment-seeking transgender and gender-diverse youth. *LGBT Health, 6*(5), 216–226.
- Witten, T. M., & Eyler, E. (2016). *Care of aging transgender and Gender Nonconforming Patients*. In R. Ettner, S. Monstrey, & E. Coleman (Eds.), *Principles of transgender medicine and surgery* (2nd ed., pp. 344–378). Routledge.
- Witten, T. M. (2014). It's not all darkness: Robustness, resilience, and successful transgender aging. *LGBT Health, 1*(1), 24–33.
- Witten, T. M. (2017). Health and well-being of transgender elders. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics, 37*(1), 27–41.
- Wolfe-Christensen, C., Wisniewski, A. B., Mullins, A. J., Reyes, K. J., Austin, P., Baskin, L., Bernabé, K., Cheng, E., Fried, A., Frimberger, D., Galan, D., Gonzalez, L., Greenfield, S., Kolon, T., Kropp, B., Lakshmanan, Y., Meyer, S., Meyer, T., Nokoff, N. J., & Palmer, B. (2017). Changes in levels of parental distress after their child with atypical genitalia undergoes genitoplasty. *Journal of Pediatric Urology, 13*(1), 32.e1–32.e6.
- Wolfe-Roubatis, E., & Spatz, D. L. (2015). Transgender men and lactation: What nurses need to know. *MCN American Journal of Maternal/Child Nursing, 40*(1), 32–38.
- Wolter, A., Diedrichson, J., Scholz, T., Arens-Landwehr, A., & Liebau, J. (2015). Sexual reassignment surgery in female-to-male transsexuals: an algorithm for subcutaneous mastectomy. *Journal of Plastic and Reconstructive Aesthetic Surgery, 68*(2), 184–191.
- Wolter, A., Scholz, T., Pluto, N., Diedrichson, J., Arens-Landwehr, A., & Liebau, J. (2018). Subcutaneous mastectomy in female-to-male transsexuals: Optimizing perioperative and operative management in 8 years clinical experience. *Journal of Plastic Reconstructive Aesthetic & Surgery, 71*(3), 344–352.
- Wong, W. I., van der Miesen, A. I. R., Li, T. G. F., MacMullin, L. N., & VanderLaan, D. P. (2019). Childhood social gender transition and psychosocial well-being: A comparison to cisgender gender variant children. *Clinical Practice in Pediatric Psychology, 7*(3), 241–253.
- Workowski, K. A., Bachmann, L. H., Chan, P. A., Johnston, C. M., Muzny, C. A., Park, I., Reno, H., Zenilman, J. M., & Bolan, G. A. (2021). Sexually transmitted infections treatment guidelines, 2021. *Morbidity and Mortality Weekly Report Recommendations and Reports, 70*(4).
- World Bank Group. (2018). Life on the margins: Survey results of the experiences of LGBTI people in Southeastern Europe. <http://documents.worldbank.org/curated/en/123651538514203449/pdf/130420-REPLACEMENT-PUBLIC-FINAL-WEB-Life-on-the-Margins-Survey-Results-of-the-Experiences-of-LGBTI-People-in-Southeastern-Europe.pdf>
- World Health Organization. (1992). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (10th revision). World Health organization.

- World Health Organization. (2006). *Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health*. World Health Organization
- World Health Organization. (2007). *Prevention of cardiovascular disease: guidelines for assessment and management of total cardiovascular risk*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2010). *Developing sexual health programmes: A framework for action*. World Health Organization. https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/rhr_hrp_10_22/en/
- World Health Organization. (2015a). *Brief sexuality-related communication: recommendations for a public health - approach* World Health Organisation. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/170251/9789241549004_en_g.pdf.
- World Health Organisation. (2015b). *Sexual health, human rights and the law*. World Health Organisation. https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/sexual-health-human-rights-law/en/
- World Health Organisation. (2016). *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations: 2016 update*. World Health Organisation. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511124>
- World Health Organization. (2018). *ICD-11—Mortality and morbidity statistics*. World Health Organization. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- World Health Organization. (2019a). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (11th ed.). World Health Organization. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/90875286>
- World Health Organization. (2019b). *Consolidated guidelines on HIV testing services*, <https://www.who.int/publications/i/item/978-92-4-155058-1>
- World Health Organization. (2019c). *What's the 2 + 1 + 1? Event-driven oral pre-exposure prophylaxis to prevent HIV for men who have sex with men: Update to WHO's recommendation on oral PrEP*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325955/WHO-CDS-HIV-19.8-eng.pdf?ua=1>
- World Health Organization. (2019d). *WHO global report on traditional and complementary medicine*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/312342>.
- World Health Organization. (2020). *Tobacco*. http://www.who.int/health-topics/tobacco#tab=tab_1
- World Health Organization. (2021a). *Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach*. World Health Organization <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593>
- World Health Organization. (2021b). *Consolidated guideline on self-care interventions for health and wellbeing, Version 2.3*. World Health Organization. <https://app.magicapp.org/#/guideline/Lr21gL>
- WPAT. (2016). *Position statement on medical necessity of treatment, sex reassignment, and insurance coverage in the U.S.A.* <https://www.wpath.org/media/cms/Documents/Web%20Transfer/Policies/WPATH-Position-on-Medical-Necessity-12-21-2016.pdf>
- WPAT. (2017). *WPAT identity recognition statement*. <https://www.wpath.org/media/cms/Documents/Web%20Transfer/Policies/WPATH%20Identity%20Recognition%20Statement%2011.15.17.pdf>
- WPAT. (2019). *WPAT statement on Yogyakarta Principles Plus 10 and healthcare delivery*. <https://www.wpath.org/media/cms/Documents/Public%20Policies/2019/WPATH%20Statement%20on%20Yogyakarta%20Principles%20Plus%2010.pdf>
- WPAT Position Statement. (2018). *WPAT position on "Rapid Onset Gender Dysphoria (ROGD)"*. <https://www.wpath.org/media/cms>

- [/Documents/Public%20Policies/2018/9_Sept/WPATH%20Position%20on%20Rapid-Onset%20Gender%20Dysphoria_9-4-2018.pdf](#)
- Wu, L. J., Qi, J., Cai, Y., Liu, S. Y., Zhu, M., Zhong, P. P., Xin, Y., & Feng, S. Q. (2017). *Chinese transgender population general survey report*. LGBT Center and Department of Sociology, Peking University. <https://chinadevelopmentbrief.cn/wp-content/uploads/2020/04/2017-Chinese-Transgender-Population-General-Survey-Report.pdf>
- Wylie, K. (2008). Are the criteria for the 'real-life experience' (RLE) stage of assessment for GID useful to patients and clinicians? *International Journal of Transgenderism*, 10(3–4), 121–131.
- Wylie, K., Knudson, G., Khan, S. I., Bonierbale, M., Watanyusakul, S., & Baral, S. (2016). Serving transgender people: Clinical care considerations and service delivery models in transgender health. *The Lancet*, 388(10042), 401–411.
- Xavier, J. M., Robbin, M., Singer, B., & Budd, E. (2005). A needs assessment of transgendered people of color living in Washington, DC. In W. O. Bockting, & E. Avery (Eds.), *Transgender health and HIV prevention: Needs assessment studies from transgender communities across the United States* (pp. 31–47). The Haworth Medical Press.
- Yadegarfar, M., Meinhold-Bergmann, M. E., & Ho, R. (2014). Family rejection, social isolation, and loneliness as predictors of negative health outcomes (depression, suicidal ideation, and sexual risk behavior) among Thai male-to-female transgender adolescents. *Journal of LGBT Youth*, 11(4), 347–363.
- Yager, J. L., & Anderson, P. L. (2020). Pharmacology and drug interactions with HIV PrEP in transgender persons receiving gender affirming hormone therapy. *Expert Opinion on Drug Metabolism & Toxicology*, 16(6), 463–474.
- Yanagi, Y., Ishikawa, Y., Nakamura, K., Komazawa, D., & Watanabe, Y. (2015). Voice changes over time in a female-to-male transsexual receiving hormone therapy. *The Japan Journal of Logopedics and Phoniatrics*, 56(3), 250–256.
- Yang, C. Y., Palmer, A. D., Murray, K. D., Meltzer, T. R., & Cohen, J. I. (2002). Cricothyroid approximation to elevate vocal pitch in male-to-female transsexuals: Results of surgery. *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology*, 111(6), 477–485.
- Yang, J. H., Baskin, L. S., & DiSandro, M. (2010). Gender identity in disorders of sex development: review article. *Urology*, 75(1):153–159.
- Yang, X., Wang, L., Gu, Y., Song, W., Hao, C., Zhou, J., Zhang, Q., & Zhao, Q. (2016). A cross-sectional study of associations between casual partner, friend discrimination, social support and anxiety symptoms among Chinese transgender women. *Journal of Affective Disorders*, 203, 22–29.
- Yang, X., Zhao, L., Wang, L., Hao, C., Gu, Y., Song, W., Zhao, Q., & Wang, X. (2016). Quality of life of transgender women from China and associated factors: A cross-sectional study. *Journal of Sexual Medicine*, 13(6), 977–987.
- Yeung, H., Ragmanauskaite, L., Zhang, Q., Kim, J., Tangpricha, V., Getahun, D., & Goodman, M. (2020). Prevalence of moderate to severe acne in transgender adults: A cross-sectional survey. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 83(5), 1450–1452.
- Yogyakarta Principles.org. (2007). *Yogyakarta principles*. <https://yogyakarta.org>
- Yona, L., & Katri, I. (2020). The limits of transgender incarceration reform. *Yale Journal of Law and Feminism*, 31(2), 201–246. <http://hdl.handle.net/20.500.13051/7128>
- Yoong, S. L., Tursan d'Espaignet, E., Wiggers, J., St Claire, S., Mellin-Olsen, J., & Grady Aet al. (2020). *Tobacco and postsurgical outcomes: WHO tobacco knowledge summaries*. World Health Organization
- Yuan, N., Chung, T., Ray, E. C., Sioni, C., Jimenez-Eichelberger, A., & Garcia, M. M. (2021). Requirement of mental health referral letters for staged and revision genital gender-

- affirming surgeries: An unsanctioned barrier to care. *Andrology*, 9(6), 1765–1772.
- Yule, M. A., Brotto, L. A., & Gorzalka, B. B. (2015). A validated measure of no sexual attraction: The Asexuality Identification Scale. *Psychological Assessment*, 27(1), 148–160.
- Zanghellini, A. (2020). Philosophical problems with the gender-critical feminist argument against trans inclusion. *Sage Open*, 10(2), 2158244020927029.
- Zavlin, D., Schaff, J., Lelle, J. D., Jubbal, K. T., Herschbach, P., Henrich, G., Ehrenberger, B., Kovacs, L., Machens, H. G., & Papadopoulos, N. A. (2018). Male-to-female sex reassignment surgery using the combined vaginoplasty technique: Satisfaction of transgender patients with aesthetic, functional, and sexual outcomes. *Aesthetic Plastic Surgery*, 42(1), 178–187.
- Zelin, N. S., Hastings, C., Beaulieu-Jones, B. R., Scott, C., Rodriguez-Villa, A., Duarte, C., Calahan, C., & Adami, A. J. (2018). Sexual and gender minority health in medical curricula in new England: A pilot study of medical student comfort, competence and perception of curricula. *Medical Education Online*, 23(1), 1461513.
- Zielinski, D. S., & Bradshaw, C. P. (2006). Ecological influences on the sequelae of child maltreatment: A review of the literature. *Child Maltreatment*, 11(1), 49–62.
- Zhang, Q., Goodman, M., Adams, N., Corneil, T., Hashemi, L., Kreukels, B., Motmans, J., Snyder, R., & Coleman, E. (2020). Epidemiological considerations in transgender health: A systematic review with focus on higher quality data. *International Journal of Transgender Health*, 21(2), 125–137.
- Zhang, Q., Rechler, W., Bradlyn, A., Flanders, W. D., Getahun, D., Lash, T. L., McCracken, C., Nash, R., Panagiotakopoulous, L., Roblin, D., Sandberg, D., Silverberg, M., Tangpricha, V., Vupputuri, S., & Goodman, M. (2021). Changes in size and demographic composition of transgender and gender nonbinary population receiving care at integrated health systems. *Endocrine Practice*, 27(5), 390–395.
- Zhang, W. R., Garrett, G. L., Arron, S. T., & Garcia, M. M. (2016). Laser hair removal for genital gender affirming surgery. *Translational Andrology and Urology*, 5(3), 381–387.
- Zhang, Y. F., Liu, C. Y., Qu, C. Y., Lu, L. X., Liu, A. T., Zhu, L., Wang, H., Lin, Z. H., Zhao, Y. Z., Zhu, X. H., & Hua, J. (2015). Is vaginal mucosal graft the excellent substitute material for urethral reconstruction in female-to-male transsexuals? *World Journal of Urology*, 33(12), 2115–2123.
- Zhou, Y., Furutani, M., Athurupana, R., & Nakatsuka, M. (2021). Relation between identity disclosure to family members and mental health in Japanese transgender people. *Acta Medica Okayama*, 75(5), 611–623.
- Zhu, J., & Chan, Y. M. (2017). Adult consequences of self-limited delayed puberty. *Pediatrics*, 139(6).
- Ziegler, A., Henke, T., Wiedrick, J., & Helou, L. B. (2018). Effectiveness of testosterone therapy for masculinizing voice in transgender patients: A meta-analytic review. *International Journal of Transgenderism*, 19(1), 25–45.
- Zimman, L. (2020). Transgender language, transgender moment: Toward a trans linguistics. In K. Hall, & R. Barrett, (Eds.), *The Oxford handbook of language and sexuality* (pp. 1–23). Oxford University Press. <http://lalzimman.org/PDFs/Zimman2020TransLanguageTransMoment.pdf>
- Zucker, K. J., Cohen-Kettenis, P. T., Drescher, J., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Pfäfflin, F., & Womack, W. M. (2013). Memo outlining evidence for change for gender identity disorder in the DSM-5. *Archives of Sexual Behavior*, 42(5), 901–914.

附录 A 方法论

1. 绪论

相比于以往版本，本版照护指南（SOC-8）采用了更加严谨的、遵循明确的方法论的循证写作方法。本指南使用的证据不仅基于已发表的文献（直接和背景证据），也包括基于共识的专家意见。本循证指南包含了旨在优化相关照护的建议，这些建议基于对证据的系统性回顾以及对各种治疗选择之利弊的评估。虽然循证研究为可靠的临床实践指南和建议提供了依据，但必须权衡不同环境下提供照护的实际状况和可行性。在 SOC-8 的制定过程中，我们结合了美国国家医学院和世界卫生组织关于制定临床实践指南的建议，其中涉及透明度、利益冲突政策、委员会组成和小组程序（group process）（Institute of Medicine Committee on Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice, 2011; World Health Organization, 2019a）。

SOC-8 修订委员会由多学科的、涵盖不同观点并代表不同地域的主题专家、医疗保健专业人员、研究人员和利益相关者组成。所有委员会成员均作出了利益冲突声明。*

一位指南制定的方法学专家在制订计划和确定问题方面提供了帮助；独立团队作出了系统综述，这些系统综述用于指导部分建议的制定。国际顾问委员会、法律专家以及公众意见反馈为本指南提供了补充意见。SOC-8 中的建议基于支持干预措施的现有证据，对风险和危害的讨论，以及在不同环境和国家背景下的可行性和可接受性。最终建议的共识通过德尔菲程序达成，涵盖了委员会的所有成员，并要求得到至少 75% 的成员的赞成。各章节编写成员就相关证据撰写了建议声明的支持性和说明性文本。SOC 修订委员会主席和联合主席审查了各章草案，以确保格式一致、证据适当，且各章节的建议一致。独立团队审查了 SOC-8 引用的参考文献，随后一名专业人员进行了全面的审校。SOC-8 的方法论概述如下。

2. SOC-8 方法论与以往版本的差异

SOC-8 方法论与以往版本的主要区别在于：

- 全球各地有更多专业人士参与本指南的制定；
- 采用透明的遴选程序组建指南制定指导委员会，选任各章节负责人和编写成员；
- 多方面的利益相关者参与 SOC-8 的制定；
- 管理利益冲突；
- 使用德尔菲法以使 SOC-8 委员会成员就建议达成一致；
- 知名大学的独立机构参与本指南的制定，该机构帮助制定方法论，并在允许的情况下进行独立的系统性文献综述；
- 根据推荐程度，将建议分为“建议”或“提议”；
- 独立的临床学者小组对文献引用进行审查；
- 从事跨性别和多元性别社群工作的国际组织、WPATH 及其它专业组织的成员和一般公众参与本指南的制定，其中公众在意见征询期就 SOC-8 全文提供反馈意见。

3. SOC-8 制定过程概述

本照护指南的主要更新步骤如下：

1. 成立指南制定指导委员会，选任主席和联合主席（2017 年 7 月 19 日）。
2. 确定指南的章节，即涵盖的范围。
3. 根据专业能力选定各章节编写成员（2018 年 3 月）。
4. 选定约翰斯霍普金斯大学的证据审查团队（2018 年 5 月）。
5. 完善 SOC-8 涵盖的主题，审阅即将提交进行系统综述的问题。
6. 进行系统综述（2019 年 3 月）。
7. 起草建议声明。
8. 使用德尔菲法对建议声明进行投票（2019 年 9 月至 2022 年 2 月）。

9. 对建议声明进行评级。
10. 撰写建议声明的支持性文本。
11. 独立验证支持性文本中使用的参考文献。
12. 完成 SOC-8 草稿（2021 年 12 月 1 日）。
13. 国际顾问委员会就建议声明提出反馈意见。
14. 在公众意见征询期就 SOC-8 的草稿全文收集反馈意见（2021 年 11 月至 2022 年 1 月）。
15. 根据意见修订终稿（2022 年 1 月至 2022 年 5 月）。
16. 主席和联合主席批准终稿（2022 年 6 月 10 日）。
17. WPATH 理事会批准。
18. 发布 SOC-8。
19. 宣传、翻译 SOC-8。

3.1 指南制定指导委员会的成立

WPATH 指南制定指导委员会监督了本指南所有章节的制定过程。除主席伊莱·科尔曼（Eli Coleman）由 WPATH 理事会任命以保持与 SOC 以往版本的连续性外，指南制定指导委员会其余成员由 WPATH 理事会从申请的 WPATH 成员中选出。我们为联合主席、章节负责人、章节编写成员和利益相关者的职位撰写了职责说明，WPATH 成员可通过提交申请表和简历申请这些职位。WPATH 理事会就联合主席选任进行了投票（一名理事因利益冲突未参与）。主席和联合主席根据申请表和简历选定了章节负责人、章节编写成员，以及利益相关者。

SOC-8 指南制定指导委员会名单：

- 伊莱·科尔曼（Eli Coleman），博士（主席）。美国明尼苏达大学医学院家庭医学与社区卫生系教授，性与性别健康研究所主任兼学术主席。
- 阿萨·雷迪克斯（Asa Radix），医学博士，博士，公共卫生硕士（联合主席）。Callen-Lorde 社区卫生中心研究与教学高级主任，美国纽约大学临床医学副教授。
- 乔恩·阿塞勒斯（Jon Arcelus），医学博士，博士（联合主席）。英国诺丁汉大学心理健康与福祉教授，跨性别健康荣誉顾问。
- 凯伦·罗宾逊（Karen A. Robinson），博士（证据审查团队负责人）。美国约翰斯霍普金斯大学医学、流行病学、卫生政策与管理教授。

3.2 各章节主题确定

指南制定指导委员会回顾文献和上一版 SOC，以确定本照护指南包含的章节。SOC-8 的章节如下：

1. 术语使用
2. 全球适用性
3. 相关人口估算
4. 教育
5. 成年群体的评估
6. 青少年
7. 儿童
8. 非二元性别
9. Eunuch
10. 间性人
11. 机构环境
12. 激素治疗
13. 手术及术后护理
14. 嗓音和沟通
15. 初级保健
16. 生殖健康
17. 性健康
18. 心理健康

“教育”一章原计划覆盖教育和伦理两部分内容，但指导委员会后决定成立单独的委员会编写伦理相关章节。在编写“伦理”一章的过程中，我们认为 SOC-8 不适合囊括伦理这一主题，且跨性别健康相关伦理问题仍需深入研究。

3.3 各章节编写成员的选定

我们向 WPATH 会员发送了申请成为 SOC-8 审查委员会章节负责人和编写成员的通知。指南制定指导委员会诸位主席任命了各章节的编写成员，其中确保有来自各种学科和观点的代表。

章节负责人和编写成员必须是声誉良好的 WPATH 正式会员，同时至少是指南中某一章节主题方面的专

家。章节负责人向指南制定指导委员会汇报工作，负责协调各章节编写成员的工作。章节编写成员直接向章节负责人汇报工作。

各章节编写成员还包括利益相关者，这些人提供了跨性别健康的倡导和维权以及社群工作的视角，或提供了作为跨性别人士（作为孩子、兄弟姐妹、伴侣、家长等）家人的视角。利益相关者不必是 WPATH 的正式会员。

章节编写成员负责：

- 参与综述问题的制定和完善
- 阅读证据审查团队提供的资料并提出意见
- 批判性地审阅文件草稿，包括证据报告草稿
- 审查并评估证据和建议草稿
- 参与达成共识的德尔菲法程序
- 撰写建议声明的支持性文本
- 对每项建议声明进行分级，确定建议的级别
- 在指南制定过程中审阅并处理主席和联合主席的意见
- 编写各章节内容
- 审阅公众意见，协助指南修订
- 提出个人建议，参与本指南的传播

根据需要，我们为章节负责人和编写成员提供了培训和指导。培训内容包括问题的制定和完善（即使用 PICO 法）、证据审查、建议声明的制定、对证据和建议的分级，以及指南制定计划和过程的相关信息。

我们共任命了 26 名章节负责人（部分章节需要共同负责人）、77 名章节编写成员和 16 名利益相关者，共选定了 127 人。在指南制定过程中，8 人因个人或工作因素离开，故 SOC-8 的最终作者共 119 人。

3.4 证据审查团队的选定

WPATH 理事会发布了征集证据审查人员的请求，并为 SOC-8 聘请了凯伦·罗宾逊领导的约翰斯霍普金斯大学证据审查团队。

- 凯伦·罗宾逊（Karen A. Robinson），博士（证据审查团队负责人）。美国约翰斯霍普金斯大学医学、流行病学、卫生政策与管理教授。

罗宾逊博士还为指导委员会制定 SOC-8 的工作提供了指导，包括在使用 PICO 法提出问题、制定建议声明、德尔菲法程序，以及在有直接证据的情况下进行严格的系统性文献综述等方面的建议和培训。

利益冲突

我们要求指南制定指导委员会成员、章节负责人、章节编写成员以及证据审查团队成员披露所有利益冲突。除了潜在的经济利益、利益竞争和利益冲突，报告的内容还包括与主席、联合主席或 WPATH 理事会成员的私人关系和直接汇报关系，或在 WPATH 理事会担任的职务。

3.5 主题的完善与问题的审阅

证据审查团队总结了 SOC 的以往版本的建议声明。在证据审查团队的参与下，指南制定指导委员会和章节负责人确定了：

- 需要更新的建议声明
- 需要作出建议声明的新领域

3.6 系统性文献综述

章节编写成员起草了问题，以帮助制定建议声明。对于适合进行系统性综述的问题，证据审查团队起草了综述问题，细化了目标群体、干预因素、比较组和结果（即 PICO 要素）。证据审查团队进行了系统性综述，随后向相关章节的编写成员提供了证据列表及得到的其它结果，并征求反馈意见。

方案

根据需要，为每个综述问题或主题制定了单独的详细系统综述方案。每个方案都在 PROSPERO 上注册。

文献检索

证据审查小组根据每个研究问题制定了适当的检索策略，包括 MEDLINE®、Embase™和 Cochrane Controlled Trials Register (CENTRAL)。证据审查小组根据研究问题的需要检索了其他相关数据库。检索策略包括 MeSH 和文本查询词，不限制出版语言或日期。

证据审查小组手动检索了所有纳入的文章和最近的相关系统综述的参考文献列表。证据审查小组在 ClinicalTrials.gov 网站上搜索了任何其它相关研究。

检索内容在同行评审过程中进行了更新。

纳入系统综述的文献大多是基于在欧洲、美国或澳大利亚进行的定量研究。我们承认对来自全球北方的观点存在偏倚，没有对世界各地跨性别和多元性别社群的生活体验和观点的多样性给予足够的关注。文献中可见性的不平衡揭示了研究和实践的空白，需要研究人员和从业者在未来解决，以便公正地对待所有 TGD 人群的支持需求，无论性别身份如何。

研究选择

证据审查小组根据各章工作组负责人的意见，事先确定了每个研究问题的选入标准。

证据审查小组的两名审查员独立筛选了标题、摘要以及全文以决定特定研究是否被选入。若排除特定研究，两位评审员均需要同意该研究至少符合一个排除标准。审查员通过讨论解决有关选入标准的分歧。

数据提取

证据审查小组使用标准化表格对一般研究特征、参与者特征、干预措施和结果指标等数据进行提取。一名审查员对数据进行提取，另一名审查员对所提取的数据进行确认。

偏倚风险评估

证据审查小组的两名审查员独立评估了每项选入研究的偏倚风险。对于随机对照试验，使用了 Cochrane 偏倚风险工具。对于观察性研究，使用了非随机干预研究的偏倚风险 (ROBINS-I) 工具。在合适情况下，使用 ROBIS 工具考虑并评估了现有的近期系统综述。

数据综合与分析

证据审查小组创建了证据表，详细列出了从纳入的研究中提取的数据。章节工作组的成员对证据表进行了审查并提出了意见。

证据分级

证据审查小组使用 GRADE 方法分配证据等级。证据的强度是通过考虑对每个问题预先定义的关键结果，并通过评估个别研究质量/偏倚风险、一致性、直接性、准确性和报告偏倚五方面的局限性来获得的。

3.7 起草建议声明

章节负责人和成员起草了建议声明。这些陈述被精心设计成可行的、可操作的和可衡量的。

循证建议声明基于系统和背景文献综述的结果以及基于共识的专家意见。

主席和联合主席以及各章节负责人审查并批准了所有建议声明，以确保措辞的清晰和一致。在此次审查和整个过程中，还处理了各章之间的任何重叠的问题。

许多章节必须密切合作，以确保其建议的一致性。例如，由于现在有单独的儿童和青少年章节，为确保两个章节之间的一致性，一些作者同时参与了两章节。出于类似的原因，在适用的情况下，各章节工作组会就各章节之间共享的主题（即儿童评估、成人评估、激素治疗、手术和术后护理以及生殖健康）进行合作。

3.8 使用德尔菲程序批准建议

所有声明的正式共识都通过德尔菲程序获得，这是一种在三轮程序中征求专家意见的结构化过程。要使一项建议得到批准，至少要有 75% 的投票者赞成该声

明。对每项声明，至少需要 65% 的 SOC-8 成员参与德尔菲程序。不赞成声明者必须说明不赞成的理由，这样可以根据这些反馈意见修改（或删除）该声明。一旦修改，声明将再次进入德尔菲程序。若三轮之后，声明未被批准，该声明将从 SOC 中删除。每个 SOC 成员都对声明进行了投票。这些声明的回复率在 74.79% 和 94.96% 之间。

3.9 声明的评级标准

一旦声明通过了德尔菲程序，章节成员就会根据 GRADE 框架对每个声明进行评级。这是一个透明的框架，用于建立和呈示对证据的总结，并为作出临床实践建议提供了系统性的方法（Guyatt et al., 2011）。这些声明是根据以下因素进行评分的：

1. 对益处和危害的权衡
2. 对证据的全面审查
3. 服务提供者和服务对象的价值观和偏好
4. 资源的消耗和可行性

这些声明被分类为：

- 强建议（“我们建议”）针对以下干预/治疗/策略：
 - 证据质量高；
 - 对某项干预/治疗/策略的效果的估计（即，可高度确定在实践中会有效）；
 - 治疗/干预/策略的缺点很少；
 - 服务提供者和服务对象/建议适用的人对建议的接受程度很高。
- 弱建议（“我们提议”）针对以下干预/治疗/策略：
 - 证据基础存在弱点；
 - 对实践中可预期的效果大小存在一定程度的疑问；
 - 需要平衡干预/治疗/策略的潜在优势和劣势；
 - 服务提供者和服务对象/建议适用的人对建议的接受程度不一。

3.10 撰写声明的支持性文本

在对声明进行评级之后，各章节工作组编写了提供建议的理由或逻辑的文本。这包括提供现有证据、提供潜在益处和危害的细节、描述不确定性，以及关于建议实施的信息，包括预期的障碍或挑战等。参考文献使用 APA-7 样式，以为文本中的信息提供支撑。适当时还提供了资源的链接。主席和联合主席审查并批准了这些文本，包括建议是属于强建议还是弱建议。

3.11 对用于支持声明的参考文献进行外部验证

一组在跨性别健康领域工作的独立临床学者审查了每章中使用的参考文献，以验证这些参考文献是否被适当地用于支持相应文本。关于参考文献的任何疑问都被发回各章进行审查。

3.12 完成 SOC-8 草案

SOC-8 最终草案被提交以征求意见。

3.13 分发照护指南供国际顾问审查

《照护指南》第八版的建议声明在更广泛的照护指南修订委员会和 WPATH 国际咨询小组中分发，其中包括亚太跨性别网络（Asia Pacific Transgender Network, APTN），全球跨性别平等行动（Global Action for Transgender Equality, GATE），国际女同性恋、男同性恋、双性恋、跨性别和间性协会（International Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Intersex Association, ILGA）和欧洲跨性别者协会（Transgender Europe, TGEU）。

3.14 公众意见征询期

《照护指南》在 WPATH 官方网站发布草稿，征求公众和 WPATH 成员的意见。意见征询期共 6 周，1,279 人提出了 2,688 条意见。

3.15 根据意见修订终稿

章节负责人和指南制定指导委员会认真参考了反馈意见，作出了必要的修订。我们阅读了每条公众意见，并酌情将对文本作出相应修改。

在本程序中，我们使用德尔菲法起草了 3 项新的声明，并大幅修改了 2 项声明，因其修改幅度需要由 SOC-8 委员会重新投票。我们在 2022 年 1 月发起了新的德尔菲程序。各章节写入了这一程序得出的结果，相应地增加或修改了建议声明，添加了新的支持性文本。

主席和联合主席重新审阅了各新版章节，并提出修改意见。若某草稿得到了主席团和章节编写成员的一致认可，则最终定稿该章节。

一名独立成员复查了新的参考文献。

3.16 主席和联合主席批准终稿

主席和联合主席审阅了修订部分并同意修订。

3.17 WPATH 理事会批准

向 WPATH 理事会提交终稿，并于 2022 年 6 月 20 日获得了批准。

3.18 指南的发布与宣传

在多个场合通过多种形式宣传本照护指南，包括在《国际跨性别健康期刊》（International Journal of Transgender Health）即 WPATH 的官方科学期刊上发表。

4. 更新计划

当该领域出现了新的证据和/或发生了重大变化，需要制定新的版本时，我们将制定新的《照护指南》（SOC-9）。

* 时值 COVID-19 大流行，且世界多地政治存在不确定性，SOC-8 的制定过程变得极为复杂。SOC-8 的成员们在其日常工作之余开展 SOC-8 的制定工作，大多数会议都是在其工作时间之外，通过 Zoom 在周末进行的。实际的面对面会议非常少，且大多与 WPATH、USPATH 和 EPATH 的大会相关。SOC-8 的委员会成员在此过程中并未获得报酬。

附录 B 术语表

顺性别 (Cisgender) 是指性别认同与出生时受指派性别相符的个体。

逆性别过渡 (Detransition) 是指一个人进行复性别过渡，回到传统上与其出生时受指派性别相符的情况。

Eunuch 是指出生时受指派性别为男性，其睾丸已经手术切除或无功能，且自我认同为 Eunuch 的个体。该定义因排除了不具有 Eunuch 的自我认同的人群而与标准的医学定义不同。

自我认同为 Eunuch 的个体 (Eunuch-Identified) 是指认为 Eunuch 一词最能表达其真实自我的个体。自我认同为 Eunuch 的个体通常希望手术切除其生殖器官或使其失去功能。

性别 (Gender) 根据不同的背景以及上下文环境，“性别”可以指性别认同、性别表达、社会性别角色等，其中包括在文化上与出生时受指派性别（男性或女性）相联系的理解和期待。除了男性和女性（可能是顺性别或跨性别）之外的其它性别认同还包括跨性别、非二元性别、性别酷儿、性别中性、无性别、性别流动和“第三”性别等。在世界范围内，还有许多其它性别得到认可。

性别肯定 (Gender-affirmation) 是指对一个人性别认同的认可或肯定，通常包含社会、心理、医疗和法律等维度。性别肯定一词可被用于替换“性别过渡”（如 *医疗性别肯定*，medical gender-affirmation），或可以作为形容词（如，*性别肯定照护*，gender-affirming care）。

性别肯定手术 (GAS, Gender-affirmation surgery) 用于形容更改性征以肯定一个人性别认同的手术。

二元性别 (Gender binary) 是指一种观念，即只有男性和女性两种性别；每个人必须属于其中之一；而且所有男子都是男性化的，所有女子都是女性化的。

多元性别 (Gender diverse) 一词用于描述性别认同和/或性别表达不同于对其出生时受指派性别的社会和文化期望的个体，其中涵盖非二元性别、性别拓展、性别非常规等不自我认同为顺性别的人群，以及其它诸多因文化而异的身份认同。

性别烦躁 (Gender dysphoria) 描述了出生时因生理和/或社会因素被指派的性别与个人实际的性别认同不相符而导致痛苦和不适的状态。性别烦躁也是 DSM-5 中的一个诊断术语，表示出生时受指派性别与其体验的性别不一致，并伴随痛苦。并不是所有的跨性别和多元性别人士都会经历性别烦躁。

性别拓展 (Gender expansive) 一词通常用于描述一部分人群，其身份认同或表达方式超出了在其社会和文化中与特定性别相关的行为或信念。性别独创 (Gender creative) 一词也时有使用。过去曾使用的性别变异 (Gender variant) 一词现在由于负面的涵义正在从专业术语中消失。

性别表达 (Gender expression) 是指一个人在日常生活中以及在其文化和社会背景下表现或表达其性别的方式。性别表现包括着装、发型、配饰、化妆、激素和手术干预等外貌的方面，以及举止、言语、行为模式和名称等方面。一个人的性别表达未必与其性别认同一致。

性别认同 (Gender identity) 是指一个人深刻、固有、内在的对自我性别的感知。

性别不一致 (Gender incongruence) 是 ICD-11 诊断术语，用于描述一个人出生时被指派性别与其性别认同之间存在显著且持续的不相容的体验的状况。

间性人 (Intersex) 是指出生时性别或生殖特征不符合女性或男性二元定义的人群。

性别误称 (Misgender/misgendering) 是指使用与个体的性别认同不相符的语言，包括代词如他/他的 (he/his)、她/她的 (she/her)、TA/TA 的

(they/their)，以及使用错误的敬称，如先生（sir, Mr.）。

非二元（Nonbinary）指在二元性别之外的性别认同。非二元性别认同人士可能认为自己部分是男性部分是女性，或者有时是男性有时是女性，或者认为自己性别既非男性又非女性，或者完全没有性别。非二元人可能使用 TA（they/them/their）而不是他（he/him/his）或她（she/her/hers）作为代词。一些非二元人士认为自己是跨性别者，但另一些人不认为如此，因为这些人认为跨性别者是二元性别的一部分。词语 NB 或“enby”有时用来描述非二元人群。非二元性别认同的例子有性别酷儿、多元性别、流性别、半性别、双性别和无性别等。

复性别过渡（Retransition）是指通过社交、医疗或法律手段进行的第二次或以上的性别过渡。复性别过渡可能从一个二元或非二元性别转向另一个二元或非二元性别。一个人可能会多次进行复性别过渡。复性别过渡可能是出于许多原因，包括性别认同的改变、健康问题、家庭/社会问题和财务问题等。

出生时受指派性别（Sex assigned at birth）是指基于身体特征而根据出生时外部生殖器外观指派给一个人的男性、女性或间性的身份。AFAB 是“出生时被指派为女性”的缩写，AMAB 是“出生时被指派为男性”的缩写。

性倾向（Sexual orientation）是指一个人基于自身及伴侣的性别和/或性征所拥有的面向他人的性方面的自我认同、受到性吸引的因素以及性行为。性倾向和性别认同是两个不同的概念。

跨性别者（Transgender）是一种综合性的术语，用于描述性别认同和/或性别表达通常与其出生时受

指派性别不符的人群。在使用时应将其作为形容词而不是名词或动词。

跨性别男性或跨男（Trans Men）或有**跨性别经历**的**男性（Men of Trans Experience）**是指性别认同为男性而出生时受指派性别为女性的个体。这些人可能有，也可能没有经历任何性别过渡。FTM 或女跨男是旧术语，正在逐渐被淘汰。

跨性别女性或跨女（Trans Women）或有**跨性别经历**的**女性（Women of Trans Experience）**是指性别认同为女性而出生时受指派性别为男性的个体。这些人可能有，也可能没有经历任何性别过渡。MTF 或男跨女是旧术语，正在逐渐被淘汰。

性别过渡（Transition）是指人们通常从与其出生时被指派性别相关联的性别表达过渡至更符合其性别认同的另一种性别表达的过程。人们可以通过更改其姓名、代词、服装、发型和/或行动方式及语言方式等途径进行社会过渡。性别过渡可能涉及也可能不涉及激素和/或手术以获得身体上的改变。性别过渡一词可以用来描述将其性别表达从任何性别转变为另一性别的过程。人在其一生中可能有多次性别过渡。

跨性别恐惧（Transphobia）是指对跨性别和多元性别人群持有的负面态度、看法和行为。跨性别恐惧可能作为结构层面上的歧视政策和做法得以实施，也可能以非常具体和个人的方式呈现。若跨性别和多元性别人士接受并反映出对自己或其他跨性别和多元性别人群的偏见，也可以发生内化的跨性别恐惧。虽然跨性别恐惧有时可能是并非有意的无知而非直接的敌视造成的，但其影响绝不是无害的。一些人也会使用**反跨性别偏见**一词替代跨性别恐惧。

附录 C 性别肯定激素干预

表格 1 性别肯定激素干预作用下身体变化的预期时间

过程 (改编自 Hembree et al., 2017)

睾酮干预		
效果	开始时间	最大化时间
皮肤油性增加/痤疮	1 - 6 个月	1 - 2 年
面部/身体毛发生长	6 - 12 个月	>5 年
雄激素性脱发	6 - 12 个月	>5 年
肌肉质量/力量增加	6 - 12 个月	2 - 5 年
脂肪重分布	1 - 6 个月	2 - 5 年
月经停止	1 - 6 个月	1 - 2 年
阴蒂增大	1 - 6 个月	1 - 2 年
阴道萎缩	1 - 6 个月	1 - 2 年
嗓音降低	1 - 6 个月	1 - 2 年
雌激素干预与雄激素抑制干预		
效果	开始时间	最大化时间
脂肪重分布	3 - 6 个月	2 - 5 年
肌肉质量/力量减少	3 - 6 个月	1 - 2 年
皮肤变软/油性下降	3 - 6 个月	未知
性欲减退	1 - 3 个月	未知
自发勃起减少	1 - 3 个月	3 - 6 月
男性性功能障碍	未知	2 年
乳房发育	3 - 6 个月	2 - 5 年
睾丸体积减少	3 - 6 个月	不一
肢端毛发生长减少	6 - 12 个月	>3 年
头发	不一	不一
声音改变	无	

表格 2 与性别肯定激素干预相关的风险

(加粗项表示具有临床意义；更新自 SOC- 7)

风险等级	基于雌激素的方案	基于雄激素的方案
很可能增加的风险	静脉血栓栓塞 不育 高钾血症 ^S 高甘油三酯血症 体重增加	红细胞增多症 不育 痤疮 雄激素性脱发 高血压 睡眠呼吸暂停 体重增加 高密度脂蛋白胆固醇降低, 低密度脂蛋白胆固醇增加
在存在额外风险因素的情况下, 很可能增加的风险	心血管疾病 脑血管疾病 脑膜瘤 ^C 多尿/脱水 ^S 胆结石	心血管疾病 高甘油三酯血症
有可能增加的风险	高血压 勃起功能障碍	
在存在额外风险因素的情况下, 可能增加的风险	2 型糖尿病 低骨密度/骨质疏松 高泌乳素血症	2 型糖尿病 脑血管疾病
无增加风险或不确定	乳腺癌和前列腺癌	低骨密度/骨质疏松 乳腺癌、宫颈癌、卵巢癌、子宫癌

C 基于环丙孕酮的干预方案

S 基于螺内酯的干预方案

表 3 跨性别和多元性别青少年性别肯定激素干预方案

(改编自内分泌协会指南; Hembree et al.,2017)

口服 17β-雌二醇诱导女性青春期（基于雌激素的方案） 开始剂量为 5 μg/kg/d，每 6 个月增加 5 μg/kg/d，直到达到 20 μg/kg/d（参考雌二醇水平调整） 成人剂量： 2-6 mg/d 在青春期后的 TGD 青少年中，17β-雌二醇的剂量可以更快地增加： 开始剂量为 1mg/d（持续 6 个月），此后增加至≥2mg/d（参考雌二醇水平调整）
使用透皮 17β-雌二醇诱导女性青春期（基于雌激素的方案） 初始剂量 6.25-12.5 μg/24 h（将 24 g 贴片分为¼-½） 每 6 个月增加 12.5 μg/24 h，滴定至所需剂量（参考雌二醇水平调整） 成人剂量： 50-200 μg/24 h 到达成人剂量后的其他方案，请参见表 4
使用睾酮酯类药物诱导男性青春期（基于睾酮的方案） 初始剂量为 25 mg/m ² （体表面积）/2 周（或每周使用此剂量的一半） 每 6 个月增加 25 mg/m ² （体表面积）/2 周，直到达到成人剂量且达到目标睾酮水平。有关其他睾酮方案，请参见表 4。

表 4 跨性别和多元性别成年人性别肯定激素干预方案*

基于雌激素的方案（女性倾向）	雌激素	口服或舌下含服	雌二醇	每日 2.0-6.0 mg
		透皮	雌二醇透皮贴片	每日 0.025-0.2 mg
			不同种类的雌二醇凝胶	*每日涂抹
		注射	戊酸雌二醇或环戊丙酸雌二醇	每 2 周 5-30 mg 肌肉注射 每周 2-10 mg 肌肉注射
	抗雄激素		螺内酯	每日 100-300 mg
			醋酸环丙孕酮	每日 10 mg**
		注射	GnRH 激动剂	每月 3.75-7.50 mg 皮下注射/肌肉注射
			GnRH 激动剂长效缓释制剂	每 3 月 11.25 mg 皮下注射/肌肉注射或 每 6 月 22.5 mg 皮下注射/肌肉注射
基于雄激素的方案（男性倾向）	睾酮	注射	庚酸睾酮/环戊丙酸睾酮	每周 50-100 mg 肌肉注射/皮下注射或 每 2 周 100-200 mg 肌肉注射
			十一酸睾酮	每 12 周 1000 mg 肌肉注射 或 每 10 周 750 mg 肌肉注射
	透皮		睾酮凝胶	每日 50-100 mg
			睾酮透皮贴片	每日 2.5-7.5 mg

* 剂量应根据激素水平动态调整，使性激素水平处于理想治疗范围内。激素干预方案并不能反映全球范围内所有药房提供的所有制剂。激素干预方案可能需要根据当地药房提供的药物进行调整。

‡ 用量因药物剂型和浓度而异

** Kuijpers et al (2021).

表格 5 跨性别和多元性别人群接受性别肯定激素疗法的激素监测方案（改编自内分泌学会指南）**跨性别男性或男性倾向跨性别（包括多元性别/非二元）个体**

1. 在第一年中，约每 3 个月（或在剂量变化时）进行一次评估，并在之后的每年评估 1 至 2 次，以监测身体在睾酮干预下的变化。
2. 每 3 个月（或在剂量变化时）测量血清总睾酮水平，直至达到目标水平：
 - a. 注射睾酮者，血清总睾酮水平测量应在两次注射之间的中点进行。目标水平为 400-700 ng/dL。作为替代，也可测量峰值和谷值以确保水平保持在男性参考范围内。
 - b. 注射十一酸睾酮者，应在临注射前测量总睾酮水平。如果低于 400 ng/dL，则需要调整给药间隔。
 - c. 使用透皮睾酮制剂者，可以在每天使用并持续至少 1 周后（且至少在使用 2 小时后）进行测量。
3. 在基线和第一年中大约每 3 个月（或在剂量变化时）测量红细胞比容或血红蛋白浓度，并在之后的每年测量 1 至 2 次。

跨性别女性或女性倾向跨性别（包括多元性别/非二元）个体

1. 在第一年中，约每 3 个月（或在剂量变化时）进行一次评估，并在之后的每年评估 1 至 2 次，以监测身体在雌激素干预下的变化。
 - a. 血清睾酮水平应低于 50 ng/dL。
 - b. 血清雌二醇水平应在 100-200 pg/mL 范围内。
2. 服用螺内酯者，应监测血清电解质（特别是血钾）以及肾功能（特别是血清肌酐）。
3. 根据 第十五章 初级保健 的建议进行初级保健筛查。

附录 D 成人和青少年激素和手术干预的标准

SOC-8 旨在灵活适应全球 TGD 群体多样的医疗保健需求。在具有适应性的同时，本指南提供了推动最佳医疗保健的标准，并为性别不一致人群的医疗服务提供了指导。与《照护指南》（SOC）先前的所有版本一样，本指南为性别肯定医学干预制订的标准是一套临床指南；个别医务人员和项目可在与 TGD 个体协商下修改。临床上不完全遵循 SOC 的原因可能包括：服务对象独特的解剖、社会或心理情况；经验丰富的医务人员对处理某些常见情况的方法不断进行的改进；特定的研究方案；在世界诸多地区存在的资源不足；或特定减害策略的需要。此类做法应被承认，向服务对象解释，并将其记录下来，以确保其所受照护的质量及所受的法律保护。此类记录对于积累新数据也有其价值，可以在将来被回顾性地检验从而使医疗保健过程和 SOC 本身得到改进。

成人标准

评估过程

- 医务人员对寻求性别肯定治疗的成年跨性别和多元性别人士进行评估时，应与跨性别健康领域的多学科专业人员建立联系，以便在需要时进行咨询和转诊*。
- 如果获取性别肯定医疗需要书面文件或信函，则只需要一名有能力对跨性别和多元性别人士进行评估的医务人员提供评估信。

激素干预

- 性别不一致显著且持续；
- 在需要诊断才能获得医疗服务的地区，在开始性别肯定激素治疗之前确保其符合诊断标准；
- 具备同意接受特定性别肯定激素治疗的能力；

- 已经识别并排除了可能导致性别不一致的表现的其他原因；
- 已对任何可能对性别肯定的医疗结果产生负面影响的身心健康状况进行评估，并讨论了风险和收益；
- 了解性别肯定激素治疗对生殖功能的影响，且已探索生殖方面的选项。

手术干预

- 性别不一致显著且持续；
- 在需要诊断才能获得医疗服务的地区，在开始性别肯定手术治疗之前确保其符合诊断标准；
- 具备同意接受特定性别肯定手术干预的能力；
- 了解性别肯定手术干预对生殖功能的影响，且已探索生殖方面的选项；
- 已经识别并排除了可能导致性别不一致的表现的其他原因；
- 已对任何可能对性别肯定的医疗结果产生负面影响的身心健康状况进行评估，并讨论了风险和收益；
- 目前性别肯定激素治疗方案稳定（可能包括至少 6 个月的激素治疗，或更长，如果该手术需要更长时间以达到预期效果，除非个体不想进行激素治疗或合并禁忌症）。*

青少年标准

评估过程

- a. 进行全面的生物-心理-社会评估，包括相关的医疗和心理健康专业人员参与；
- b. 让家长/监护人参与评估过程，除非无法参与或其参与被确定对青少年有害；

* 该项被评级为证据水平较弱的“提议”标准。

- c. 如果需要书面文件或信函来推荐青少年进行性别肯定医疗，只需要来自多学科团队中一名成员的一封评估信。这封信需要反映团队的评估和意见，涵盖医务人员和心理健康专业人士。

青春期阻滞剂

- a. 多元性别特质/性别不一致显著且随着时间的推移而持续；
- b. 在需要诊断才能获得医疗保健的情况下符合性别不一致的诊断标准；
- c. 表现出必要的情感和认知成熟度，足以为治疗作出知情同意/许可（assent）；
- d. 可能会影响到诊断明确性、同意能力和实施性别肯定医疗的心理健康问题得到控制，以便能够提供最佳的性别肯定治疗。
- e. 已获悉生殖方面的影响、潜在的生育力丧失以及保存生育力的选项；
- f. 达到 Tanner II 期。

激素干预

- a. 多元性别特质/性别不一致显著且随着时间的推移而持续；
- b. 在需要诊断才能获得医疗保健的情况下符合性别不一致的诊断标准；
- c. 表现出必要的情感和认知成熟度，足以为治疗作出知情同意/许可（assent）；

- d. 可能会影响到诊断明确性、同意能力和实施性别肯定医疗的心理健康问题得到控制，以便能够提供最佳的性别肯定治疗。

- e. 已获悉生殖方面的影响、潜在的生育力丧失以及保存生育力的选项；
- f. 达到 Tanner II 期。

手术干预

- a. 多元性别特质/性别不一致显著且随着时间的推移而持续；
- b. 在需要诊断才能获得医疗保健的情况下符合性别不一致的诊断标准；
- c. 表现出必要的情感和认知成熟度，足以为治疗作出知情同意/许可（assent）；
- d. 可能会影响到诊断明确性、同意能力和实施性别肯定医疗的心理健康问题得到控制，以便能够提供最佳的性别肯定治疗。
- e. 已获悉生殖方面的影响、潜在的生育力丧失以及保存生育力的选项；
- f. 接受至少 12 个月或必要时更长时间的性别肯定激素治疗，从而能够在性别肯定手术（包括隆胸术、睾丸切除术、阴道成形术、子宫切除术、阴茎成形术、阴蒂释放术和作为性别肯定治疗一部分的面部手术）中获得期望的结果，除非不愿意进行激素治疗或存在医疗禁忌。

附录 E 性别肯定手术干预

随着有关性别不一致的诸多方面的认识不断深入，以及技术的发展使得能够开展更多的治疗，有必要认识到这个列表并不是详尽无遗的。特别是考虑到更新《照护指南》所需的时间通常较长，期间可能出现对认识和治疗模式的进一步演变。

面部手术	
眉	<ul style="list-style-type: none">• 缩眉术 (brow reduction)• 隆眉术 (brow augmentation)• 提眉术 (brow lifting)
发际线前移和/或毛发移植	
面部提升 (facelift) /面中部提升 (mid-face lift) (在改变了基础骨骼结构后)	
面部提升/面中部提升 (在改变了基础骨骼结构后)	<ul style="list-style-type: none">• 颈部提拉术 (platysmaplasty)
睑成形术	<ul style="list-style-type: none">• 脂肪填充
鼻成形术 (+/- 填充物)	
颊	<ul style="list-style-type: none">• 假体植入• 脂肪填充
嘴唇	<ul style="list-style-type: none">• 人中缩短• 丰唇 (包括自体和非自体)
下颌 (骨)	<ul style="list-style-type: none">• 缩小下颌角• 隆下颌
下巴重塑	<ul style="list-style-type: none">• 截骨塑形 (osteoplastic)• 异体塑形 (alloplastic) (基于植入物)
喉软骨成形术	<ul style="list-style-type: none">• 声带手术 (见嗓音章节)
乳房/胸部手术	
乳房切除术	<ul style="list-style-type: none">• 乳房切除术，并保留/再造乳头-乳晕，若对特定个体而言是医疗必要的• 不保留/再造乳头-乳晕的乳房切除术，若对特定个体而言是医疗必要的
抽脂术	
胸部再造 (隆胸术)	<ul style="list-style-type: none">• 植入物和/或组织扩张器• 自体组织 (包括基于皮瓣和脂肪填充)
生殖器手术	
阴茎成形术 (含/不含阴囊成形术)	<ul style="list-style-type: none">• 含/不含尿道延长术• 带/不带假体 (阴茎和/或睾丸)• 含/不含阴道切除术
阴蒂释放术 (含/不含阴囊成形术)	<ul style="list-style-type: none">• 含/不含尿道延长术• 带/不带假体 (阴茎和/或睾丸)• 含/不含阴道切除术
阴道成形术 (皮瓣翻转、腹膜、肠道)	<ul style="list-style-type: none">• 可能包括保留阴茎和/或睾丸 ¹
外阴成形术	<ul style="list-style-type: none">• 可能包括称为“前部平坦” (flat front) 的项目
性腺切除术	
睾丸切除术	
子宫切除术和/或输卵管卵巢切除术	
身体塑形	
抽脂术 (脂肪抽吸术)	<ul style="list-style-type: none">• 胸、臀、大腿、小腿
脂肪填充术	
假体植入	
阴阜整形、阴阜缩小或者阴阜提升	
补充程序	
脱毛: 从面部、身体和生殖器部位脱毛, 用于性别肯定或作为术前准备过程的一部分 (见关于脱毛的声明 15.14)	<ul style="list-style-type: none">• 电针• 激光
纹身 (即乳头乳晕纹绣)	
子宫移植	
阴茎移植	

1 译者注: 原文为 May include retention of penis and/or testicle.

翻译用词对照表

以下列出本中文译本中未被术语表涵盖的部分译词所对应英文原文，以备参考。

英文原文	译词
(genital) packing	(生殖器) 填充
(genital) tucking	(生殖器) 束缚隐藏
affirmed gender	(所) 肯定的性别
allonormativity	有性恋本位
autism spectrum disorder	孤独症谱系障碍
bioidentical	生物同质
care	照护
caregiver	照顾者
cisnormality	顺性别本位
conversion/reparative therapy	扭转/矫正治疗
culturally competent	拥有(在当地文化背景下工作的)文化能力/文化交流能力的
culturally relevant	符合文化背景的
culturally responsive	适应文化背景的
culturally sensitive	文化敏感的
detransition	逆性别过渡
disparity	(某一群体的) 弱势
distress	(心理) 痛苦
ecological approach	生态学方法
experienced gender	(所) 体验的性别
family dynamics	家庭动力学(状况)
fertility preservation	生育力保存
gatekeeping	门控把关
gender affirming (medical and/or surgical) treatment, GAMST	性别肯定医疗、性别肯定治疗
gender affirming hormone treatment, GAHT	性别肯定激素治疗
gender development	性别发展
gender diversity	多元性别特质
gender fluidity	性别流动性
gender identity changing efforts	改变性别认同的措施
gender minority stress	性别少数群体压力
gender nonconforming	性别非常规
gender questioning	性别存疑
gendered self	性别自我
harm reduction	减害策略
health care professional, HCP	医务人员
heteronormality	异性恋本位
impairment	(心理功能) 损害
informed consent/assent	知情同意/许可
institutional environments/settings	机构环境
intersectionality	交叉性、多元交织性
medical transition	医疗过渡
mental health professional, MHP	心理健康专业人士

英文原文	译词
neurodiversity	神经多样性
peer	同伴, 同侪
peer navigator	同伴引导员
progestin	孕激素类药物
puberty blocker	青春期阻滞剂
puberty blocking, puberty suppression	青春期阻滞
recommend	建议 (作为对有较强证据的建议声明的分级)
resilience	(心理) 韧性
sex assigned at birth	出生时受指派性别
sexuality	性存在
social transition	社会过渡
Standard of Care, SOC	照护指南
suggest	提议 (作为对有较弱证据的建议声明的分级)
titration	(剂量) 滴定
transgender and gender diverse	跨性别和多元性别