

兒童及青少年性別不安—文獻回顧

文、圖 / 鄭弋

臺東基督教醫院小兒科

前言

精神疾病診斷與統計第5版(DSM-5)中，廢除了之前「性別認同疾患gender identity disorder, GID」的診斷，改以「性別不安gender dysphoria, GD」取代。所謂性別不安，意思是指「個案在表達或經驗自己的性別與其出生時的生理性別之間明顯不一致，並造成個人在社會、職業或其他方面出現嚴重困擾或傷害。」⁽¹⁾近年來未成年性別不安的案例有增加的趨勢，跨性別議題也受到前所未有的重視。然而到目前為止，未成年性別不安的成因及治療方式仍莫衷一是。臺灣在2019年9月的青少年醫學會研討會上，有醫師報告已對臺灣未成年者使用在國外仍極具爭議的青春期中斷劑(puberty blockers)。本文試圖經由文獻回顧及英國高院2020年相關判決做一整理，希望有助此議題之瞭解及探討，並能給予未成年性別不安者最佳之醫療照護。

未成年之性別不安

兒童性別不安 (早發型性別不安early-onset gender dysphoria)

兒童性別不安，顧名思義就是於兒童早期就出現的性別不安表現，大多數不會持續至青少年或成人期。綜合數個研究，至少六成的兒童性別不安者的性別不安症狀到了青春期就會消失；兒童期性別不安會持續到青春期者只佔個案中的2%到39%之間^(2, 3)。另外，性別不安者合併自閉症類群(autism spectrum disorder, ASD)的比率較一般人為高。性別不安及自閉症同時發生的

原因，可能是二者都有拒絕變化及模式化行為⁽⁴⁾。反之亦然，自閉症類群及注意力缺損症候群(attention deficit hyperactivity disorder, ADHD)兒童中，非常規性別(gender nonconformity)比例是一般人6.5倍以上⁽⁵⁾，其中有一部分人造成困擾或傷害時，視為性別不安。

青少年期初發型性別不安 (adolescent-onset gender dysphoria)

青少年的性別不安主要可分為兩類，一類是兒童性別不安者進入青春期後，性別不安症狀仍然持續或變得更明顯；另一類是原本沒有兒童期性別不安卻於青春期才初發的非典型表現⁽⁶⁾。研究發現，後者主要以出生性別為女性(natal female)較多⁽⁷⁾。亦有研究顯示，兒童性別不安若持續至青春期，減緩可能性較低^(2, 6)(但有些研究此時已開始使用藥物，性別不安的持續性與藥物的關聯性並不明朗)。青春期非常重要；有些青少年因此時第二性徵的發育以致性別不安減緩⁽²⁾；但對於青少年期仍持續性別不安者而言，此時期身體變化難以忍受，尤其是10至13歲的關鍵時期⁽²⁾。因此，國外有些醫療機構對於青少年性別不安者在青春期施予積極藥物治療，但有限的治療經驗及實證，使得目前對青少年的性別不安治療仍無共識。人們一直想了解何因素決定性別不安症狀的持續存在或消失，但是目前尚無定論。

新創名詞—速發型性別不安(rapid onset of gender dysphoria, ROGD)

這是非正式DSM-5診斷。一些歐美家長發現他們的青春期兒女突然稱自己是跨性別

(transgender)，要求進行變性，如施打跨性激素及性別重置手術。這些年輕人之前從沒出現性別不安的徵狀。新出現的案例與兒童早發型性別不安不同點在於，這些青春期末出現性別不安者以女生為主(女孩82.8%、男孩17.2%)⁽⁸⁾，而且往往病發前已有其他精神健康的問題，如焦慮及憂鬱等；研究員推斷，變性可能只是他們處理原有精神問題的方式。研究團隊將這種近年才出現的情況稱為「速發型性別不安」，更發現有社會傳染或同儕傳染的情況出現（social contagion or peer contagion，經由人群或同儕相互影響情緒和行為，這種情緒和行為可能對其發展產生負面影響）⁽⁸⁾。

流行病學相關數據

2015年發表之就近50年的文獻進行整理的報告中，成年人的「男變女的變性慾症」(male-to-female transsexualism)機率為0.0068%，而「女變男的變性慾症」(female-to-male transsexualism)為0.0026%⁽⁹⁾，男變女比女變男多。歐洲和北美青少年期初發型性別不安者在過去十年中增加許多。2017年的報告中，約有0.5%–1.3%的兒童、青少年及成年人自認為跨性別者(transgender)，未成年比例比成年人高⁽¹⁰⁾。從性別來看，2006之前，性別不安就診的青少年男生比女生多（男：女=1.41:1 阿姆斯特丹統計），而2006–2013年，性別不安的青少女變多了（男：女=1:1.72 阿姆斯特丹統計），荷蘭、瑞士、比利時情況都類似⁽¹¹⁾。

有些研究人員認為，歐洲和北美青少年性別不安者在過去十年中數量增加的原因，可能跟媒體中的跨性別訊息增加導致去污名化，使得尋求醫療協助的人數增加，但是這些因素不能解釋性別比例逆轉、青少年期初發型性別不安成倍見於女性，以及在青春期或青春期之後才出現的速發型性別不安者。研究人員推論，媒體應不致於促使人意圖變性，但媒體中的跨性別訊息有起始、強化及社會傳染的可能⁽⁸⁾。如果文化上的變化使女性更易表達跨性意圖，也不能解釋性別不安男女性別比例逆轉為何未見於成年人⁽¹⁰⁾。

病因學假說研究

大多數作者認為是多種因素造成性別不安：遺傳、生物學、心理和環境。同卵雙胞胎比同性別的異卵雙胞胎易同時出現性別不安⁽¹²⁾。雌激素受體的基因（ER α 及ER β ）、黃體素受器(PR)及CYP19酵素等基因也被認為可能造成性別不安，但這些只在少數個案中發現且並無確切結論⁽¹³⁾。關於心理和環境部分，至今尚沒有證據顯示胚胎性別的期望與性別不安有關聯⁽¹⁴⁾。雖然，父母對跨性別行為的容忍度和父母的情緒可能與性別不安有關，但並沒有確實的證據⁽¹⁴⁾。

根據一些父母的描述，性別不安的起始似乎是在同伴群體的影響下發生的，在同伴中，一個、多個或甚至所有的朋友在同一時間成為性別不安者。家長也報告在孩子自述性別不安前，社交媒體及網路的使用量增加。因此學者們提出另一個關於社交媒體而發展出的性別不安症的假設⁽⁸⁾。他們認為，媒體應不致於直接促使人意圖變性，但媒體中的跨性別訊息有間接啟發、強化及社會傳染的可能⁽⁸⁾。

未成年者性別不安之處遇及治療

兒童性別不安的研究顯示，大多數性別不安的兒童成長後，性別不安會消失^(2, 3)。針對未成年人的性別不安者的治療，目前有三種處遇方式：

1. 「忠於生理性別」(sticking to the gender at birth)：著重透過與兒童及其照顧者的心理工作，減少兒童的跨性別行為及認同(cross-gender behavior and identification)，使他們相信「天生的生理性別就是他們的適合的性別」，以降低性別不安持續到青春期的機率，並避免成年後可能必須要接受性別重置手術(sex reassignment surgery)⁽³⁾。
2. 「留心觀察等待」(watchful waiting)：著重於處理孩子的潛在社會風險因子，目的是讓兒童以自然的方式去探索自己的性別不安，鼓勵兒童及父母以開放的態度，接受心理結果的不確定性；對於兒童的「出櫃」，早期社交過渡(early social transition)和如何處理同伴或社會排斥等話題上做出平衡的決定；鼓勵

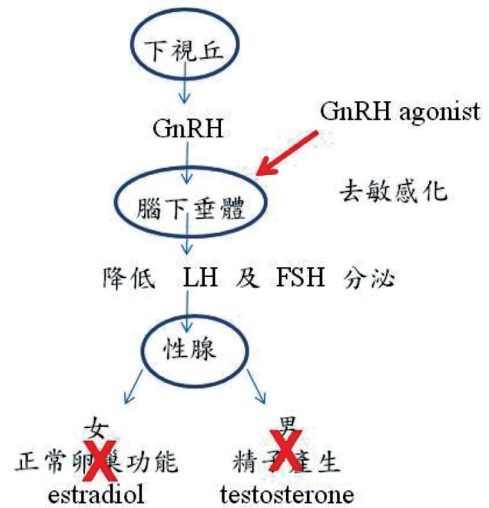
孩子和父母在對GD接受/支持的態度、保護孩子免受任何負面反應，以及接受GD將來可能會消失，三者之間找到平衡點⁽³⁾。

3. 「確認跨性認同」(affirming transgender identification)：著重於確認孩子的(跨)性別意識。簡而言之就是幫助孩子轉換到自我認同的性別，協助他們在性別過渡期上的適應，建立積極的自我認同和性別適應能力。支持這種青春期之前的社交過渡的基本思維是，必要時兒童可以恢復到原來的生理性別，因為這種過渡是在社交層面上進行而無任何藥物介入的；然而，相反的意見則認為，一個孩子可能會「忘記」他/她原來性別的生活方式，而使得改回原生理性別的慾望降低；或已跨性別的孩子若想要改回原性別，因為畏懼又要再經歷第二次社交「再」過渡而放棄回復原生理性別⁽³⁾。

到目前為止，未成年者性別不安之處遇在專業人士間仍有爭議，並未有定論。有限的治療經驗及實證使得青少年的性別不安治療仍無法達成共識，常引起兩極化且激烈的辯論⁽³⁾。

青春期阻斷劑的爭議

青春期阻斷劑(puberty blockers)是一種 gonadotropin releasing hormone (GnRH) agonist，將腦下垂體的GnRH receptor佔滿，如此一來將導致下一波GnRH無receptor可結合，此效應會使血中FSH、LH濃度下降，造成性激素無法合成(圖1)。青春期阻斷劑治療遵循內分泌學會指南(Endocrine Society Guidelines)，是奠基於由Cohen-Kettenis教授和Delemarre-van de Waal教授設計的荷蘭方案(Dutch protocol)。它的概念是「停止青春期進展從而減輕因第二性徵出現產生的困擾和焦慮」，並建議於進入青春期Tanner stage 2，16歲以前使用。治療團隊須由多學科團隊組成，包括醫學及心理健康專家。儘管目前有少數的研究結果顯示青春期阻斷劑藥物使用是安全的，但是青春期阻斷劑仍未大規模使用。原因其一，是青春期是重要的發展階段，使用青春期阻斷劑會影響性別不安青少年的腦部、骨骼和性器官發育^(15, 16)，如在跨性女或跨性男均可見骨密



副作用：

影響青少年的腦部、骨骼和性器官發育
骨密度降低、高血壓等

圖1 青春期阻斷劑GnRH agonist之機轉及副作用。(Treatment of Breast Cancer With Gonadotropin-Releasing Hormone Analogs. Front. Oncol. 9:943, 2019.)

度(bone mineral density, BMD)降低⁽¹⁵⁾。若給藥期過長，可能造成兒童骨質疏鬆，如同青春期延遲的兒童其成人後骨質疏鬆的程度較高，有較高的骨折風險。另有跨性青少男使用後出現高血壓⁽¹⁷⁾(圖1)。其二是因性別不安的未成年人常合併有重大精神疾病、社會心理不穩定性、診斷的不確定性⁽⁷⁾。因此有些醫生並不建議貿然施用青春期阻斷劑。另外，絕大多數使用青春期阻斷劑的青少年最後都持續進入跨性激素療程。荷蘭的一項包括70名12-16歲的性別不安的年輕人的研究顯示：「使用青春期阻斷劑的青少年全數進入跨性別激素治療。」⁽¹⁸⁾。另一研究中，12-18歲青少年性別不安者中，有41%使用青春期阻斷劑，其中只有1.9%會選擇停藥。所以，使用青春期阻斷劑者超過九成多會繼續接受跨性激素進行性別轉換⁽¹⁹⁾。換句話說，原本有可能自然恢復的性別不安現象，卻可能因實施青春期阻斷劑反而使得性別不安成為不可逆的現象。也就是說，讓性別不安青少年使用青春期阻斷劑很可能是條通往不得不做變性手術的不歸路。而英國因出現青少年變性後悔者Keira Bell出面控告營運性別診

所的機構—塔維斯托克暨波特曼國家健康服務基金會 (Tavistock and Portman NHS Foundation Trust)，及Christopher Gillberg教授等醫學專家的證詞「我們放棄了實證醫學，僅基於信念，就對易受傷害的青少年和兒童開立效力強且會改變生命的藥物。」「青春期阻斷劑對未成年者身體有各式各樣極大傷害」，該國之高等法院於2020年12月1日判決禁止對16歲以下未成年性別不安者施用青春期阻斷劑⁽²⁰⁾。臺灣須要重視此判決、「未成年性別不安」及「青春期阻斷劑」相關資訊，因為在2019年9月的兒科醫學會之青少年醫學研討會上，已有醫師報告使用青春期阻斷劑治療小學五年級性別不安者。建議衛福部或醫學會應對此項治療訂定正式規範，以利相關醫療業務之執行及減少對兒少的傷害。

結語

目前尚不清楚青春期初發型性別不安和速發型性別不安是短暫、暫時或長期的。在尚不確定這些性別不安是否為暫時性時，對於不可逆且具有永久性效果的治療方法，應格外謹慎。而原本可能可以減緩的性別不安，是否也可能因改以另一性別的身份生活(社會跨性)、青春期阻斷劑和跨性激素等因子介入而促使其持續存在，造成醫源性延長及持續的性別不安。醫療人員面對未成年之性別不安者，尤其是處於青春期風暴的青少年更須謹慎，期能提供他們最佳的照護。

(感謝彰化基督教醫院精神科黃以文醫師，及衛生福利部基隆醫院內分泌科楊博文醫師提供諮詢協助。在此特別感謝兒童青少年精神科周醫師以個人寶貴經驗協助本文之寫作及審閱。周醫師是一位「青少年期初發型性別不安」個案，曾出現過對自己生理性別的質疑及厭惡，對變成另一個性別身分的嚮往與執著，以及曾以異性的性別角色(gender role)生活過；直至成年後，性別不安的表現才逐漸消退，恢復個體生理性別與心理性的一致性。特此致謝。)

參考文獻

1. Kaltiala-Heino R, Bergman H, Tyolajarvi M, et al.: Gender dysphoria in adolescence: current perspectives. *Adolesc Health Med Ther* 2018;9:31-41.
2. Steensma TD, Biemond R, de Boer F, et al.: Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: a qualitative follow-up study. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2011;16:499-516.
3. Ristori J, Steensma TD: Gender dysphoria in childhood. *Int Rev Psychiatry* 2016;28:13-20.
4. van der Miesen AIR, de Vries ALC, Steensma TD, et al.: Autistic symptoms in children and adolescents with gender dysphoria. *J Autism Dev Disord* 2018;48:1537-1548.
5. Strang JF, Kenworthy L, Dominska A, et al.: Increased gender variance in autism spectrum disorders and attention deficit hyperactivity disorder. *Arch Sex Behav* 2014;43:1525-1533.
6. Cohen-Kettenis PT, Klink D: Adolescents with gender dysphoria. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* 2015;29:485-495.
7. Kaltiala-Heino R, Sumia M, Tyolajarvi M, et al.: Two years of gender identity service for minors: overrepresentation of natal girls with severe problems in adolescent development. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2015;9:9.
8. Littman L: Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria. *PLOS ONE* 2018;13:e0202330.
9. Arcelus J, Bouman WP, Van Den Noortgate W, et al.: Systematic review and meta-analysis of prevalence studies in transsexualism. *Eur Psychiatry* 2015;30:807-815.
10. Zucker KJ: Epidemiology of gender dysphoria and transgender identity. *Sex Health* 2017;14:404-411.
11. Steensma TD, Cohen-Kettenis PT, Zucker KJ: 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). *J Sex Marital Ther* 2018;44:713-715.

12. van Beijsterveldt CE, Hudziak JJ, Boomsma DI: Genetic and environmental influences on cross-gender behavior and relation to behavior problems: a study of Dutch twins at ages 7 and 10 years. *Arch Sex Behav* 2006;35:647-658.
13. Fernandez R, Esteva I, Gomez-Gil E, et al.: Association study of ERbeta, AR, and CYP19A1 genes and MtF transsexualism. *J Sex Med* 2014;11:2986-2994.
14. Zucker KJ, Bradley SJ. eds. *Gender Identity Disorder and Psychosexual Problems in Children and Adolescents*. New York/London, Guilford, 1995: pp212-226.
15. Klink D, Caris M, Heijboer A, et al.: Bone mass in young adulthood following gonadotropin-releasing hormone analog treatment and cross-sex hormone treatment in adolescents with gender dysphoria. *J Clin Endocrinol Metab* 2015;100:E270-E275.
16. Schneider MA, Spritzer PM, Soll BMB, et al.: Brain maturation, cognition and voice pattern in a gender dysphoria case under pubertal suppression. *Front Hum Neurosci* 2017;11:528.
17. Klink D, Bokenkamp A, Dekker C, et al.: Arterial hypertension as a complication of triptorelin treatment in adolescents with gender dysphoria. *Endocrinol Metab Int J*. 2015;2:36-38.
18. de Vries AL, Steensma TD, Doreleijers TA, et al.: Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: a prospective follow-up study. *J Sex Med* 2011;8:2276-2283.
19. Wiepjes CM, Nota NM, de Blok CJM, et al.: The Amsterdam cohort of gender dysphoria study (1972-2015): trends in prevalence, treatment, and regrets. *J Sex Med* 2018;15:582-590.
20. Daily mail. 'A live experiment on children' : Mail on Sunday publishes the shocking physicians' testimony that led a High Court judge to ban NHS's Tavistock clinic from giving puberty blocking drugs to youngsters as young as 10 who want to change sex, 2021. <https://www.dailymail.co.uk/news/article-9130157/The-physicians-testimony-led-High-Court-judge-ban-child-puberty-blocker-drugs.html>. accessed 2021/02/12.

