

## 性别苦恼的临床研究新进展（DSM-5 新标准）

邓明显 博士

（美国）东西方人类性学研究所教授、研究员，美国纽约

**【摘要】**性别苦恼（gender dysphoria）既往称为性别认同障碍（gender identity disorder），又称性别改变症（transsexualism）。是指一个人在心理上无法认同自己与生俱来的性别，相信自己应该属于另一种性别。或是指性别方面的心理障碍者深信称之为自己是另一性别的人，并可能考虑改变自己的性别角色，对自己的身体进行女性化或男性化处理，以取得更大的舒适性与自我认同的性身份。

美国精神病学会在2013年5月出版了《精神疾病诊断与统计手册》第5版（DSM-5）。DSM-5去除“性别认同障碍”诊断名称，而改为“性别苦恼”。这等同于“性别认同”的“去病化”，肯定性别认同的“多元性”。自此，性别认同的差异不再有正常与不正常之分。

近年来，在人类性学、精神病学和临床心理学领域对性别苦恼进行了大量的临床研究。根据DSM-5的标准和新的临床研究成果，本文对性别苦恼的病因和发病机制、临床表现、诊断标准、诊断和鉴别诊断、治疗、预防和保健进行了分析。

**【关键词】**性别苦恼；性别认同障碍；DSM-5；临床研究

### New progress of Clinical Research to Gender Dysphoria (DSM-5 Update)

DENG MingYu, M.D., Ph.D.

*Professor & Researcher, Institute for Oriental-Western Human Sexuality, New York, USA*

**[Abstract]** *Gender dysphoria* (GD) previously called *gender identity disorder* (GID), also known *transsexualism*. It refers to a discomfort with one's gender assigned at birth. Individuals who have persistent gender dysphoria typically have an experienced gender identity that differs significantly from the sex they were assigned at birth, and may consider changing their gender role and feminize or masculinize their body to achieve greater comfort with self and identity.

American Psychiatry Association (APA) has published <Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition> (DSM-5) in 2013. DSM-5 has removed the "gender identity disorder"'s diagnosis name and change to "gender dysphoria". This is equivalent to "gender identity" into "treat illness", and affirmed gender identity of "diversity". Since then, difference of gender identity is no normal or abnormal points.

In recent years, A lot of clinical research on gender dysphoria has been practiced in human sexuality, psychiatry, and clinical psychology fields. According to update of DSM-5 and new achievement of clinical research, this paper has analyzed to etiology and pathogenesis, clinical manifestations, diagnostic criteria, diagnosis and differential diagnosis, treatment, prevention and health care of gender dysphoria.

**[Key words]** Gender dysphoria, GID, DSM-5, Clinical research

## 1. 引言

性别苦恼 (gender dysphoria) 既往称为性别认同障碍 (gender identity disorder), 又称性别改变症 (transsexualism)、易性症、变性欲。是指一个人的性别自觉 (性别认同) 与其生理性别完全相反, 极想改变其性别。或是指性别方面的心理障碍患者深信称之为自己是另一性别的人, 为此常要求手术使其性解剖结构符合个人信念。

美国精神病学会在 2013 年 5 月出版了《精神疾病诊断与统计手册》第 5 版 (DSM-5)。DSM-5 去除“性别认同障碍”诊断名称, 也就是认为: 性别认同的差异不再视为一种障碍或疾病, 例如“我是男或是女”、“我是男也是女”、“我什么都不属于”等等; 自我性别认同的与众不同或你我彼此之间认同的不同, 自此, 不再有正常与不正常之分。因此性别差异认同的“去病化”, 也让多元的性别认同“正常化”。去除“性别认同障碍”的诊断名称而改为“性别苦恼”, 等同于“性别认同”的“去病化”, 肯定性别认同的“多元性”。有学者认为, 这一改名的举足可比拟数十年前不再将同性恋视为精神病的重大决定。

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

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

世界上第一个进行正式外科变性手术是 1953 年在丹麦开展的。此后, 欧美各国相继出现了一些为变性欲者服务的特别医疗机构。在亚洲, 新加坡于 1977 年、台湾于 1979 年、香港于 1981 年、北京于 1983 年、上海于 1990 年均有变性手术的报告。全球变性欲者人数估计有 20-30 万人, 男女之比为 2:1。

性别苦恼经过治疗之后, 绝大部份都可以获得缓解 (Murad et al., 2010)。因此, 虽然变性者可能在生命中的某一时刻经历到性别苦恼的状况, 但许多人在接受治疗之后, 将可以找出一个令自己感到舒适的性别角色和展现, 尽管这些是不同于他们在出生时的指定性别, 或是主流的性别规范与期待。

## 2. 原因

性别苦恼的原因不明。他们的性染色体和性征并无异常, 也未发现确切的遗传证据。一些学者强调, 性别苦恼的发生与源于子宫内发育时期的激素异常有关, 认为是胚胎发育时激素不协调的影响所致。这类称之为原发性或先天性, 或真性性别苦恼。

某些学者更侧重性别苦恼是异常性别角色获得的结果。不仅重视胎儿期和围产期雄激素对人类男性分化的决定性作用, 也强调婴儿出生后父母的性别态度, 幼年性指定和习得行为 (learning behaviour) 的重要性。他们认为, 性别苦恼是幼童时某种家庭、环境或养育上的问题所致或有些人在极度心理压力下产

生变性的想法，此种类型称之为继发性或后天性，或暂时性性别苦恼。

一些学者对产生性别苦恼的多种假说进行了归纳。其一， 惩罚神学论：因为有人在 Aphrodite 女神殿偷东西，神给予的惩罚，其二， 大脑皮质受到破坏，产生性与性别不协调，其三， 内分泌不平衡，引起生理的改变，其四， 外阴部过度伤害，有些学者认为因为外阴部受过多的伤害而改变了个性，其五， 家庭环境造成，父母在子女表现某种性别时就高兴，反之就惩罚，久之成为环境的条件反射而变更性别，其六， 分离焦虑说，佛洛伊德认为，男孩与母亲的恋母情结过长，儿子怕与母亲分离，久之，认为自己即是母亲就不会分离而产生性别的改变，其七， 基因论，性与性别的基因在染色体之排列应当一致，但某种情况下排列不在一起而导致心理与生理的不协调。假说只能说明症状的一部分，却无法解释全部，目前最为学者肯定的是基因论。

### **3. 临床表现**

#### **3.1 一般表现**

临床上多起病于青春期前，无明显诱因，且缓慢起始，部分性别苦恼者甚至起始于“刚懂事”的童年。一开始便是对自己的性征不满意与否定，并有改变性别身份的强烈愿望。喜着异性服装，与异性伙伴一起玩，模仿异性的声调、表情、姿势并参加异性偏爱的活动。

许多性别苦恼者为了改变性别身份，自服可使体态发生异性化改变的药物(如男性用雌激素，女性用雄激素)。此外，男性还用电解法除毛和胡须，求医生切除自己的阴茎、睾丸，作人工阴道等。而女性则在雄激素帮助下，刺激胡须生长和喉头生长，使声调变低，体脂减少，并要手术切除双乳，子宫等女性生殖器，并希望作人工阴茎。尽管患者的性意向指向同性的心理很强烈，但这些患者的性驱力却不高，很少有自慰和其它类型的性活动如肛交、口交等。

性别苦恼者虽无特征性的人格障碍，但一部分人可表现明显的自我中心、好表现、富幻想的性格。据 Walinder(1967)报告约 16% 的性别苦恼者有自杀企图。

#### **3.2 儿童期的表现**

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

性别苦恼的儿童可出现共存的內化疾患，例如焦虑和忧郁。自闭症类群障碍的盛行率，在临床转介之性别苦恼的儿童当中，似乎比在一般大众的比率还要高。

#### **3.3 青少年期的表现**

对大部分儿童而言，性别苦恼将在青春期之前或早期的阶段消失。然而，某些儿童对于这些感觉反而是更加地剧烈，并且当他们成为青少年和发展出第二性征时，将会产生或增加对身体的厌恶感(Wallien & Cohen-Kettenis, 2008)。一项研究的资料指出，在儿童期出现较剧烈的非性别常规的行为，乃是与性别苦恼持续至青春后期和成年早期有关联性(Wallien & Cohen-Kettenis, 2008)。当然，许多性别苦恼的青少年和成人，在过去并没有出现童年期的非性别常规行为(Landén, Wåålinder, & Lundströöm, 1998)。因此，当青少年的性别苦恼首次在青春期变得明显时，会令其它人(父母、其它家庭成员、朋友、和社区成员)感到惊讶不已。

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

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

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

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

#### **4. 诊断标准**

DSM-5 关于性别苦恼的诊断标准：

##### **4.1 儿童性别苦恼**

A. 个体体验/表达的性别与生理性别之间显著地不一致，持续至少 6 个月，表现为下列至少 6 项 (其中 1 项必须为诊断标准 A1) 情况：

1. 有强烈的称为另一种性别的欲望或坚持他/她就是另一种性别 (或对生理性别不同的某种替代的性别)。
  2. 男孩 (生理性别) 对变装的强烈偏好或模仿女性装扮；女孩 (生理性别) 对只穿典型的男性服装的偏好，以及对穿典型的女性服装的强烈抵抗。
  3. 对在假装游戏或幻想游戏中扮演相反性别角色的强烈偏好。
  4. 对被另一种性别通常使用或参与的玩具、游戏或活动的强烈偏好。
  5. 对另一种性别的玩伴的强烈偏好。
  6. 男孩 (生理性别) 强烈地排斥典型的男性化玩具、游戏和活动，以及强烈地回避打斗游戏；或女孩 (生理性别) 强烈地排斥典型的女性化玩具、游戏和活动。
  7. 对自己的性生理特征的强烈厌恶。
  8. 有希望第一和/或第二性特征与自己体验的性别相匹配的强烈愿望。
- B. 该状况与有临床意义的痛苦或社交、学校或其他重要功能方面的损害有关。

标注如果是：

伴某种性发育障碍 (例如，先天性肾上腺生殖器障碍：如先天性肾上腺皮质增生症或雄激素不敏感综合征)。

##### **4.2 青少年和成人的性别苦恼**

A. 个体体验/表达的性别与生理性别之间显著地不一致，持续至少 6 个月，表现为下列至少 2 项情况：

1. 体验/表达的性别与第一和/或第二性特征之间显著地不一致 (或在青少年早期，则为预期的第二性特征)。
2. 由于与体验/表达的性别显著地不一致，因而产生去除自己第一和/或第二性特征的强烈欲望 (或在青少年早期，防止预期的第二性特征的欲望)。
3. 对拥有另一种性别的第一和/或第二性特征的强烈欲望。
4. 成为另一种性别的强烈欲望 (或与生理性别不同的某种替代性别)。

5. 希望被视为另一种性别的强烈欲望（或与生理性别不同的某种替代性别）。
  6. 深信自己拥有另一种性别的典型感觉和反应（或与生理性别不同的某种替代性别）。
- B. 该状况与有临床意义的痛苦或社交、学校或其他重要功能方面的损害有关。

标注如果是：

伴某种性发育障碍（例如，先天性肾上腺生殖器障碍：如先天性肾上腺皮质增生症或雄激素不敏感综合征）。

标注如果是：

**变性后：**个体已经完全过渡到所渴求性别的全时的生活中（有或没有法律上的性别改变认定），且经历过（或准备接受）至少 1 次变性的医学操作或治疗程序——即定期的变性激素治疗或符合所渴求性别的变性手术（如，先天性男性的阴茎切除术，阴道成形术；先天性女性的乳房切除术或阴茎成形术）。

## 5. 诊断与鉴别诊断

有些人经历到性别苦恼，并且困扰的程度已经达到正式诊断的标准，便有可能被归类为一种精神障碍。这种诊断并不是污名化烙印或剥夺公民权与人权的许可证。现有的分类系统，如《精神疾病的诊断与统计手册，第 5 版》（美国精神医学学会，2013）和《国际疾病分类标准》（世界卫生组织，2007）定义数以百计的精神障碍，不论是在发病、持续时间、病理、临床表现、以及治疗方面，都是截然地不同。这些系统全部都是尝试分类集群的症状和条件，而不是针对个人本身。所谓的障碍，只是描述一个人对抗着某种事物，而不是描述这个人的本身或个人的认同。

性别苦恼以对现存的性别身份的否定，并谋求性别转换为特征，典型病例的诊断不难。

### 5.1 病史、心理测验、体格检查及实验室检查

断定是否真性性别恼者，要由各科专家组成的性别认同小组根据多方面的检验和长期观察来做出决定。性别认同小组一般包括有精神科、临床心理学、遗传医学、外科学、内科学、内分泌学、妇科、心理卫生、社会学、律师等专家组成。求诊者须接受如下一些特殊检查来取得详尽的病史资料：

(1) 一系列标准的心理测验，如“Bem 性别角色量表”（Bem sex role inventory, BSRI）、性别角色信念量表（Gender role beliefs scale, GRBS），男性角色量表和女性角色量表（masculine gender roles scale and feminine gender roles scale）、MMPI, 16PF 等；

(2) 各科化验，尤其是性激素水平的测定；

(3) 脑电波及阴茎检测；

(4) 邀请求诊者家人面谈或接受部分心理测验。

### 5.2 诊断要点

1. 强烈而持续认同异性的性别。对自己的性别持续感觉烦恼，或对自己性别的性别角色感觉不当。

2. 上述表现至少持续 6 个月。

### 5.3 鉴别诊断

#### 5.3.1 异性装扮障碍 (transvestic disorder)

指穿异性服装既不是为了寻求性兴奋，也不是希望改变性别和性角色，而是为了暂时获得异性的成员资格，喜欢异性装扮。

多数男子性别苦恼者与男子异性装扮障碍者一样着女装，但心理上却截然相反。前者着女装以表明自己的女性身份，并不产生性唤起，而后者着女装以激起性兴奋，但他们仍然明白自己的男性身份。前者讨厌自己的性器官，而后者认为自己的性器官是愉悦的来源。

#### 5.3.2 跨性别 (Transgender)

是指那些不认为自己的性别与他们出生时基于生殖器官而被决定的性别表现为一致的人。或者说各

人的真实性别没有在其出生时被真实的反映出来。

跨性别者一般不会进行医学性别重整治疗（*medical gender reassignment therapy*）。

有人认为跨性别者是性别苦恼者的一同义词。这种用法的问题是，它混淆了跨性别者和性别苦恼者之间的区别。跨性别者认为自己是不同于男性和女性的另一种性别；而性别苦恼者则认为自己是在“女性身体里的男性”或“男性身体里的女性”，进而希望通过手术“改变性别”。

### 5.3.3 双性人 (*Intersex*)

双性人，在医学上称为两性畸形或性别畸形，俗称“阴阳人”，是指生殖器官发生变异，出现与正常的男女生殖器官不同的器官的人。雌雄同体的人在不同文化中有不同待遇。在某些文化中这种人被归类为“第三性”或性别混合的社会角色。在大部分社会中，雌雄同体的人期待选择一个生物性别，并顺从此性别的社会性别角色。现代医学在西方社会兴起后，性别不明的雌雄同体个体会以手术改变其生殖器，使生殖器看来像雄性或雌性。

## 6. 处理

性别苦恼者常常要求治疗自己的身体，而不是心理。因此，针对他们欲改变性别的观念的心理治疗，罕有获得成功的。在二十世纪的下半叶，增加了对于性别苦恼的觉察，健康专业人员开始协助患者减缓性别苦恼的特征，透过性激素治疗和手术来改变主要和次要性别特征，以及改变性别角色。然而，最初的临床措施大都是聚焦于找出最适合进行性别重置的人选，并且尽可能地促成完全从男性转变到女性，或女性转变为男性的生理改变。这个措施经过广泛的检验，并且证明效果是非常地显着。各个研究的满意度范围，从男变女（MtF）患者的 87%，到女变男（FtM）患者的 97%之间（Green & Fleming, 1990），而且后悔是极其罕见的（男变女患者是 1~1.5%，女变男患者是 <1%；Pfäfflin, 1993）。

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

### 6.1 心理治疗

心理治疗的一般目标，是设法将个人的整体心理福祉、生活质量、和自我实现，提升到最大的极限。心理治疗并不打算去改变个人的性别认同；而是，心理治疗可以协助个人去探索性别的问题，并且设法去减缓性别苦恼。最典型的状况是，治疗的中心目标放在协助他们的性别认同的展现，拥有长期的自在感受，并且有真实的机会，能够在他们的关系、教育、和工作上获得成功。

针对性别苦恼者提供社会支持与心理治疗时，心理健康专业人员应该大致遵循以下几点：

（1）心理健康专业人员应该协助家庭，以接纳和理解的态度，响应他们的性别苦恼的儿童或青少年的问题。家庭在青少年的心理健康和福祉上，扮演着重要的角色。这也适用于社区的辅导者，他们可以成为社会支持的其它来源。

（2）心理治疗应该聚焦于减缓儿童或青少年与性别苦恼有关的困扰，并且改善任何其它的心理困扰。针对寻求变性的青少年，心理治疗可以聚焦在手术之前、进行中、和手术后，给予他们支持。

过去曾经将治疗目标放在改变个人的性别认同上，使其更符合出生时的指定性别，但是这样的尝试并没有成功。特别是从长期来看，这样的治疗已经不再被认为是合乎伦理规范。

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

(4) 心理健康专业人员不应该将二元的性别观念强加于他人身上。他们应该给予个案足够的空间，去探索性别展现的不同选择。性激素或手术治疗对于某些青少年而言是适当的，但是对于其它人却不一定合适。

(5) 协助个案和他们的家属做出困难的决定，包括在何种程度上允许个案展现与他们的性别认同一致的性别角色，以及性别角色和可能之社会转换的时间点。例如，个案在就学期间仅进行部分的社会转换（例如，反映出性别认同的穿著打扮与发型）或完全的社会转换（例如，加上使用和性别认同一致的名字和别名）。困难的问题包括是否与何时应该告知其它人关于个案的状况，以及生活周遭的他人又应该如何响应。

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

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

## **6.2 性激素治疗**

### **6.2.1 性激素治疗的医疗必要性**

女性化/男性化的性激素治疗，是指通过过外源性内分泌制剂的投药，促成女性化或男性化的改变。对性别苦恼的变性者而言，是必要的介入治疗。有些人追求最大的女性化/男性化效果，但是，其它人则对于兼性的呈现感到轻松自在，此乃是性激素将现存的第二性征削弱至最低程度所造成的效果。

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

荷尔蒙治疗是提供给某些人的建议标准，但不是针对所有的人，性别苦恼的手术治疗也是如此。

### **6.2.2 性激素治疗入选的标准**

- (1) 属于持续且确定诊断的性别苦恼；
- (2) 具备作出充分知情的决定和同意接受治疗的能力；
- (3) 达到某一国家的法定成年年龄；
- (4) 如果存在显着的医疗或心理健康问题，它们必须得到相当良好的控制。

### **6.2.3 性激素治疗的生理效果**

女性化/男性化性激素治疗将造成生理的变化，因而能够与患者的性别认同更加地一致。

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

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

无论是促成女性化或男性化的改变，大多数的生理变化都是在两年内发生。生理变化的数量和产生效果的确切时间表，可能会有很大变异性。

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

#### 6.2.4 性激素治疗的临床状况

##### (1) 性激素治疗的衔接

无论是由临床医生开处方，或是透过其它方式获得（例如，在网络上购买），患者在就诊前，可能已经接受过性激素治疗。临床医生可以提供有限的（1~6个月）的性激素处方，并且协助患者找到可以开出长期性激素治疗处方的提供者。提供者应该要评估患者目前之治疗方案的安全性，以及药物的交互作用，当有必要时，以更安全的药物或剂量替代之。如果性激素是先前开出的处方，应该要求查阅医疗记录（在患者的同意之下），以便获知基准线的检查和实验室的检验，以及任何不良事件的结果。性激素提供者也应该要与任何正在照护患者的心理健康专业人员进行沟通。提供者需要让患者了解，衔接的性激素处方只限于在衔接治疗的过渡期间内开出。

##### (2) 性腺切除后的性激素治疗

在卵巢切除手术或睾丸切除手术之后，进行雌激素或睾酮的性激素替代疗法，通常是持续终生的，除非是出现医学上的禁忌症。由于在这些手术之后，性激素的使用剂量通常会降低，而且只需要随着年龄和共病的健康问题来进行调整，在这种情况下的性激素处置，非常类似于任何性腺功能低下之患者的性激素替代疗法。

##### (3) 性腺切除前的性激素维持治疗

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

##### (4) 展开女性化/男性化性激素治疗

在这种临床情况下，需要提供者在时间和专业上给予最大的承诺。性激素治疗必须是个别化的，此乃根据患者的目标、药物的风险/效益比、其它身体病况的存在、并且考虑社会和经济的问题。

### 6.3 手术治疗

#### 6.3.1 选择进行变性手术的程序

选择进行变性手术需要一个复杂而漫长的临床过程。当病史资料收集后，需进行如下程序：

(1) 性别认同小组研讨会，初步得出诊断，提出处理办法；

(2) 求诊者每12个月接受一年一度的检验，为期5年；

(3) 性别认同小组确诊为变性欲者后，并计划进行变性手术时开始要求求诊者在社会中以异性身份生活，建立异性形象，以异性身份寻找工作。在此间，性别认同小组应帮助其办理有关性身份等一切证件上的性别问题；

(4) 术前需进行法律咨询，包括法律意见及法律后果（婚姻、儿女、有关“性”的犯罪）；

(5) 建立其异性身份1年后，接受性别认同小组的再度评估，如认为心理状况稳定，则开始接受性激素治疗。异性身份建立2年后，再接受评估，确定合格方能接受变性手术。

(6) 施行变性手术：男性转女性切去双侧睾丸、阴茎并造人工阴道；女性转男性则切除双侧乳房、子宫、卵巢并作人工阴茎。

(7) 手术前后都要接受性激素及心理治疗。

(8) 变性手术获成功的病例，长期心理治疗亦不可缺少。因为改性手术并不能治愈早已存在的精神病理学改变。术后的性别再指定、性定向和对异性角色的适应都是一个长期的过程。

#### 6.3.2 变性手术的内容



(1) 针对男变女 (MtF) 的患者，手术治疗可能包括以下内容：

- a. 乳房/胸部手术：隆胸手术（植入手术/脂肪填充手术）；
- b. 生殖器手术：阴茎切除手术、睾丸切除手术、阴道成形手术、阴蒂整型手术、外阴部成形手术；
- c. 非生殖器、非乳房手术：脸部女性化手术、抽脂手术、脂肪填充手术、嗓音手术、甲状软骨缩小手术、臀部增大手术（植入手术/脂肪填充手术）、头发重建、以及各种美容手术。

(2) 针对女变男 (FtM) 的患者，手术治疗可能包括以下内容：

- a. 乳房/胸部手术：皮下乳房切除手术、塑造男性胸部；
- b. 生殖器手术：子宫切除手术/双侧卵巢切除手术、重建尿道的固定部分，结合阴核释出手术或阴茎成形手术（采用带蒂或带血管的皮瓣）、阴道切除手术、阴囊成形手术、以及植入勃起和/或睾丸的假体；
- c. 非生殖器、非乳房手术：嗓音手术（罕见）、抽脂手术、脂肪填充手术、胸部植入手术，以及各种美容手术。

### 6.3.3 变性手术前后的注意点

(1) 变性手术是不可逆转的

男变女的变性手术，会隆胸及切除睾丸阴茎，再于直肠与尿道之间制造一条信道作为假阴道；女变男的手术会切除病人的乳房、子宫及卵巢，再为当事人以其四肢组织移植制成假阳具。这是一个不可逆转的手术，并且手术会带来极大的痛楚，所以当事人要清楚了解自己的需要，避免做成错误决定。

早前有变性人表示他们不是变性，而是还原。因为他认为自己根本就是另一个性别，变性手术只是将错配的身体还原过来。这说法是将人的性别焦点集中在性别身份 (Gender Identity) 方面，忽略了生理性别 (Sex) 的层面。或者可以这样说，变性手术是医学上的外科及整形手术，只能产生身体器官上的改变，藉此帮助变性人处理性别认同上的问题，好让他们能接纳自己的身体，解决生活上遇到的困难，能以变性后的性别生活。

(2) 变性手术并不能真正改变性别

变性人在手术后能成功变为另一个性别吗？其实，任何手术都不能更改人的生理性别 (Sex)，XX (女生) 或 XY (男生) 的性染色体会跟着我们终老。故此，变性人在医学上不能算作性转变，虽然身体外观改变了，但性染色体是不能改变的。变性人虽然可进行性交，但不能成孕。男变女者 (MtF) 不会排卵，人造阴道没有分泌物，更没有月经。女变男者 (FtM) 没有精子，不能射精，人造阴茎不能像正常阴茎般受刺激时勃起，所以一直都是呈现勃起状态。而且，变性人在手术后仍需持续服用性激素，才能维持第二性征上的转变。另一方面，他们不论有否进行变性手术，都打从心底认为自己应该属于另一种性别。所以，手术本身对一个人的生理性别 (Sex) 和性别身份 (Gender Identity) 未能造成任何改动。

(3) “性别转换手术”到底改变了甚么？

“性别转换手术”能改变的是法律上的性别定位。以生理性别是男的变性人人为例，虽然他们自觉是女性，但一日未进行变性手术，不论他们的性别表达是如何的女性化，法律仍然视他们是男性。患病住院时要进入男病房，犯事后要进入男性监仓；他们进出洗手间、出入境检查证件、求职等都有机会产生误会和困难。

当完成一系列的心理评估、性激素治疗及变性手术后，他们能更改法律上的性别身份，以变性后的性别生活。当变性人结婚权的终审判决后，他们亦能与另一性别的人结婚。

(4) 不同程度的变性手术可致混乱

不过，变性手术可以对身体器官有不同程度的改动。如果男变女的变性人隆胸但保留阴茎，而女变男的变性人切除乳房但保留子宫，会产生十分混乱的后果。外国曾有保留子宫的男变性人 (FTM) 怀孕

产子，亦有保留阴茎的女变性人（MTF）进入女更衣室对使用者造成困扰。

## 7. 终身预防与基层医疗保健

变性手术后需要终身的健康保健服务。例如，在相对年轻的年龄时，已经进行生殖器手术和/或接受长期且大量的性激素治疗，为了避免负面的继发效应，患者乃需要在基层保健和跨性别健康上有经验的提供者，给予医疗上的保健服务。假使所有的服务无法由单一的提供者提供，则所有提供服务的人必须要进行持续的沟通。

基层医疗保健和健康维护的问题，应该在为了减轻性别苦恼而进行任何可能之性别角色的改变和介入治疗之前、在此期间当中、及之后，得到妥善地处理。尽管性激素的提供者和外科医生，在预防保健上扮演着重要的角色，然而，针对整体的保健需求而言，每一位变性者仍应该要有基层医疗保健的提供者的陪伴（Feldman, 2007）。

### 7.1 一般的预防保健

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

针对接受女性化/男性化的性激素治疗的患者，有些资源提供了详细的基层医疗方案，包括性别重建手术的术后治疗。临床医生应该参考这些证据，以及根据性激素治疗在患者的基准线风险上的影响，并且和他们讨论筛检的结果。

### 7.2 癌症筛检

对于变性者，与性相关的器官系统的癌症筛检，将会面临特别的医疗和心理上的挑战。

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

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

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

### 7.3 泌尿与生殖系统的保健

同时对于两个性别的变性者而言，妇科保健可能是必要的。在 FtM 患者的群体当中，此类型的保健主要是针对没有进行生殖器手术的患者。在 MtF 患者的群体当中，进行生殖器手术之后乃是需要这类型的保健。虽然许多外科医生为患者提供术后的泌尿与生殖的保健，但是，基层家庭医生和妇科医生，也应该要熟悉这类型群体之特殊的生殖器问题。

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

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

大多数的 FtM 患者并没有进行阴道切除手术。虽然当患者接受男性化性激素的治疗时，睾固酮有可

能会转变为雌激素，但是仍能够规则地观察到阴道衬里的萎缩，并且可能导致瘙痒或灼热感。进行检查将会带来肉体和精神上的痛苦，但是，缺乏治疗又可能导致状况的严重恶化。妇科医生在处理 FtM 患者有关生殖器的抱怨时，应该要保持敏感度，意识到男性的性别认同和阳刚的性别展现的患者，可能具有典型的女性生殖器官。

### 【参考文献】

1. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (DSM-5)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
2. 邓明显, 王效道 (1989). 性心理学探索[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 188-200
3. 邓明显主编 (1998). 实用性医学[M]. 美国纽约: 国际华人医学家心理学家联合会, 339-340.
4. 邓明显 (2011). 性障碍的识别与处理[J]. (美) 国际中华性学杂志, 11 (1): 7-53.
5. 邓明显 (2011). 性别改变症. 见: 李建明主编. 精神病学[M]. 北京: 清华大学出版社, 210-212.
6. 邓明显主审, 李荐中、邱鸿钟主编 (2013). 性心理学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 180-184.
7. 邓明显 (2014). DSM-5 诊断准则手册的部分内容解析[J]. (美)国际中华应用心理学杂志, 11 (1): 15-73
8. Alessandra D. Fisher, Giovanni Castellini, Elisa Bandini, et al (2014). Cross-Sex Hormonal Treatment and Body Uneasiness in Individuals with Gender Dysphoria [J]. *The Journal of Sexual Medicine*, 11 (3): 709–719.
9. Alicia Garcia-Falgueras (2014) Gender Dysphoria and Body Integrity Identity Disorder: Similarities and Differences [J]. *Psychology*, 5 (2): 160-165.
10. Annemieke S. Staphorsius, Baudewijntje P.C. Kreukels, Peggy T. Cohen-Kettenis, et al (2015). Puberty suppression and executive functioning: An fMRI-study in adolescents with gender dysphoria [J]. *Psychoneuroendocrinology*, 56 (6): 190-199.
11. Eli Coleman, Walter Bocking, Maesha Botzer, et al (2012). *Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People (7th Version)* [M]. WPATH.
12. Jennifer Couturier, Bharadwaj Pindiprolu, Sheri Findlay, et al (2015). Anorexia Nervosa and Gender Dysphoria in Two Adolescents [J]. *International Journal of Eating Disorders*, 48 (1): 151–155.
13. Lisette Kuyper, Ciel Wijzen (2014). Gender Identities and Gender Dysphoria in the Netherlands [J]. *Archives of Sexual Behavior*, 43 (2): 377-385.
14. M Aitken, TD Steensma, R Blanchard, et al (2015). Evidence for an Altered Sex Ratio in Clinic-Referred Adolescents with Gender Dysphoria [J]. *The Journal of Sexual Medicine*, 12 (3): 756–763.
15. Sheraz Ahmad, James Barrett, Amal Y. Beaini, et al (2013). Gender Dysphoria Services: A Guide for General Practitioners and Other Healthcare Staff [J]. *Sexual and Relationship Therapy*, 28 (3): 172-185.
16. Thomas D. Steensma, Jenifer K. McGuire, Baudewijntje P.C. Kreukels, et al (2013). Factors Associated with Desistence and Persistence of Childhood Gender Dysphoria: A Quantitative Follow-Up Study [J]. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52 (6): 582-590.