

易性症的多学科评估与诊疗研究进展

刘娜, 陆峥

摘要: 易性症的评估、诊断和治疗涉及精神心理科、内分泌科和外科等多个学科。本文对评估的内容与结果、诊断的变迁与发展、治疗的获益与风险进行综述,旨在为易性症的临床评估和诊疗提供参考。

关键词: 易性症; 诊断; 治疗; 多学科

中图分类号: R749 **文献标识码:** A **文章编号:** 1005-3220(2023)02-0164-05

Progress in multidisciplinary diagnosis and treatment of transsexualism LIU Na, LU Zheng. Shanghai Jiao Tong University School of Medicine Shanghai 200030, China

Abstract: The assessment, diagnosis and treatment of transsexualism involves a variety of disciplines, including psychiatry, endocrinology and surgery. This article reviews the contents and results of assessment, the evolution and development of diagnosis, the benefits and risks of treatment, in order to provide reference for the clinical assessment and diagnosis of transsexualism.

Key words: transsexualism; diagnosis; therapy; multidisciplinary

易性症是指渴望像异性一样生活,被异性接受为其中一员,通常伴有对自己的解剖性别的苦恼感及不相称感,希望通过激素治疗和外科手术以使自己的身体尽可能与所偏爱的性别一致的患者。“易性症女”是指生理性别为男性、性别认同为女性的患者,也可以称为跨性别女性或男转女(male to female, MTF)。“易性症男”是指生理性别为女性、性别认同为男性的患者,也可以称为跨性别男性或女转男(female to male, FTM)。

成年男性患病率为0.005%~0.014%,成年女性患病率为0.002%~0.003%。15岁以上的人群中,每10万人中患病率:新加坡23.6,德国2.25,澳大利亚2.38,芬兰4.72,苏格兰8.18;其中约3/4为男性转变为女性。

易性症的评估、诊断和治疗需要多学科间的合作,包括精神心理科、内分泌科、整形外科、泌尿外科、妇科和五官科等。精神心理科的任务包括以下4个方面:明确诊断易性症、评估精神心理共病、探讨性别确认医学干预的意愿以及通过健康途径给予支持^[1]。内分泌科、整形外科、泌尿外科、妇科和五官科实施性别确认医学干预,包括性激素和手术治疗。

1 精神心理评估

1.1 评估目的 通过精神心理评估,有助于明确诊断和鉴别诊断、识别共病、选择治疗方法、评估性别确认医学干预疗效以及预测结局。

1.2 评估内容 患者自我报告性心理发育史、性别身份特征、性取向、关注身体性征的感受以及希望的性别角色等,同时评估患者的心理健康状况、人格、情绪、社会支持系统和职业功能等。

基金项目:上海市临床重点专科建设项目(2018)

作者单位:200030 上海交通大学医学院附属精神卫生中心(刘娜);同济大学附属同济医院(刘娜,陆峥)

通信作者:陆峥, E-Mail: luzheng@tongji.edu.cn

DOI: 10.3969/j.issn.1005-3220.2023.02.019

1.3 评估工具

1.3.1 诊断或筛查工具 包括美国《精神障碍诊断与统计手册》第4版(DSM-IV)结构式临床访谈(SCID-I and II)、简明国际神经精神病学访谈(MINI)、Utrecht性别烦躁量表(UGDS)^[2]、性别认同/性别烦躁问卷(青少年和成人版)(GIDYQ-AA)^[3]。

1.3.2 量表评定 ①一般心理健康量表:包括90项症状清单(SCL-90)、生活质量评价量表(SF-36)、功能大体评定量表(GAF)、总体严重指数(GSI)和躯体不适总体严重指数(BUT-GSI)量表。②人格测验:包括明尼苏达多相人格测验(MMPI)、弗莱堡人格量表(FPI-R)和Millon临床多轴问卷(MCMI)。③情绪和情感量表:包括贝克抑郁量表(BDI)、汉密顿抑郁量表(HAMD)、抑郁自评量表(SDS)、医院焦虑抑郁量表(HADS)、汉密顿焦虑量表(HAMA)、焦虑自评量表(SAS)、情感强度量表(AIM)和简明愤怒状况问卷(SAQ)。④人际和压力量表:包括人际问题量表(IIP)、社交回避及苦恼量表(SADS)和知觉压力量表(PSS)。⑤自尊量表:包括罗森伯格自尊量表(RSE)、自尊量表(SES)和社会自尊调查表(SSEI)。⑥分离量表:包括分离体验量表(DES)、分离性障碍采访量表(DDIS)。

1.4 评估结果 研究发现易性症患者发生抑郁和焦虑(包括社交焦虑)、低自尊、自杀自伤、进食障碍和人际敏感的比例和程度高于普通人群,其中易性症女性(男转女)高于顺性别男性2~3倍^[4-5]。

易性症患者很少共病严重精神障碍(精神分裂症和双相障碍),但合并人格障碍的比例较高。成人易性症患者Millon临床多轴问卷-II(MCMI-II)量表评分中,“依赖型”、“表演型”、“反社会型”、“被动-攻击型”、“边缘型”、“偏执型”评分均高于正常对照组。精神病态、内心痛苦和躯体不适感更突出,社会适应能力更差^[6]。Lingiardi等^[7]研究发现可归为“人格障碍”的易性症患者大约占16%,强迫、偏执、自恋型人格障碍较为常见。

2 诊断标准的发展和分类

2.1 《国际疾病分类》(ICD) 诊断系统 ICD-6(1948 年)首次纳入“精神健康、精神性神经症和人格障碍”章节,其中“性偏差”包含露阴症、恋物症、性变态、性施虐症。ICD-7(1955 年)“性偏差”未做改动。ICD-8(1965 年)“性偏差”首次分类,分为“同性恋、恋物症、恋童症、异装症、露阴症和其他性偏差”6 种类别,其中“其他性偏差”包含“受虐症、自恋症、恋尸症、施虐症和窥阴症”。在 ICD-9(1975)“性偏差”更名为“性障碍和偏差”,分为“同性恋、恋兽症、恋童症、异装症、露阴症、易性症、冷阴和阳痿”8 种类别。ICD-10(1990)“性障碍和偏差”再次更名并分为“性偏好障碍”和“性身份障碍(GID)”两类。GID 分为“易性症、双重异装症、童年性身份障碍、其他性身份障碍和性身份障碍(未特定)”4 种类别。ICD-11 中将 GID 更名为“性别不一致(gender incongruence, GI)”,指个体体验到的性别与既定性别强烈而持久的不一致。分为童年期性别不一致和青春期或成年期性别不一致。在 ICD-11(2022 年)中,自觉痛苦和功能损害已并非诊断必需,因此对生理性别不满的人群,即使并没有显著的痛苦体验或明显的功能损害,也能够符合诊断标准并获得治疗。由于诊断标准更宽泛,诊断将被用于更多样化的人群。尽管可能增加性别不一致人群接受治疗意愿,但不认为自己有问题或需要治疗的性别不一致人群也可能被病态化。随着标准的实施,病耻感也会随之出现。因此 ICD-11 将其从第 6 章“精神、行为或神经发育障碍”章节中移出,放入第 17 章“与健康相关问题”章节,这一转变有助于减少社会对多元性别人群尤其是跨性别者的污名化,保障该人群不受歧视地获得必要的精神卫生服务^[8]。

2.2 DSM 诊断系统 DSM 第 3 版(DSM-III,1980 年)的分类名称“性心理障碍”指解剖性别与性别认同不一致,包括 3 种类型:易性症、儿童性身份障碍(GIDC)、非典型性身份障碍(atypical GID)。这也是易性症作为诊断名称首次进入 DSM 系统。DSM-III 修订版(DSM-III-R,1987)分类名称由“性心理障碍”更替为“性障碍”,在其下设立亚分类“通常起病于婴儿期、儿童期或青春期的障碍”(受到当时较为流行的观念影响,认为 GID 大都始于儿童期),包括 4 种类型:易性症、儿童性身份障碍(GIDC)、青少年和成人性身份障碍及非易性型(GIDAANT)和性身份障碍未定型(GIDNOS)。GIDAANT 是指不愿通过医学干预改变性征的青少年和成人性身份障碍。临床实践过程中,发现性身份障碍并非都起源于儿童期。GIDAANT 与易性症之间缺乏明确的边界,也不利于筛选性别焦虑的患者实施性别重置手术。DSM-IV 将分类名称更替为“性与性身份障碍”,同时删除了 GIDAANT 分类,分为“青少年和成人性身份障碍、GIDC、GIDNOS”。而在 DSM-5(2013)中最终使用的分类名称为“性别烦躁”,分为“青少年和成人的性别烦躁、儿童性别烦躁、其他特定的性别烦躁、非特定的性别烦躁”。性别烦躁指个体因体验或外显的性别与生理性别不一致而感到痛苦(并非所有个体都会因为这样的不一致而痛苦)。如果得不到渴望的躯体干预(例如通过激素和/或手术)则会非常痛苦。与先前 DSM-IV 中的“性与性身份障碍”相比,“性别烦躁”更具有描述性,并且聚焦于“烦躁”这一临床问题而非“认同”本身,相当

于给“性别认同”去病化,肯定性别认同的“多元化”^[9]。

3 精神科诊治

3.1 精神科诊断与鉴别诊断

3.1.1 精神病性症状 妄想也可与性别改变有关,主要分为 4 种情况:①否认自身性别;②否认自身存在性别(非男非女);③坚信同时拥有两种性别(既男又女);④坚信自身性别与实际性别相反。Krychman 等^[10]认为性别改变妄想是一种错误认同妄想综合征。有研究认为,高达 20%~25% 的精神分裂症患者在其一生中曾体验过性别改变,常见于未婚患者病情加重期^[11]。

DSM-III 诊断易性症需排除精神分裂症诊断。DSM-IV、DSM-IV 修订版和 DSM-5 不再排除精神分裂症诊断。Sohn 等^[12]报道有不到 5% 的精神分裂症患者寻求性别重置手术。Judge 等^[13]在调查 159 例 MTF 和 59 例 FTM 的易性症患者后发现 8 例(5%) MTF 患者合并精神病性症状。一项研究调查了 129 位精神科医师,其中 79% 的精神科医师认为可能合并人格障碍,26% 认为可能合并心境障碍,26% 认为可能合并解离障碍以及 24% 认为可能合并精神性病性障碍^[14]。Baltieri 等^[11]认为,与正常人群相比,易性症患者共病精神分裂症,自伤和自杀的风险升高。

3.1.2 易性症与性别改变妄想的鉴别诊断 易性症与性别改变妄想的鉴别诊断主要包括以下两点:①症状学评估:易性症患者持久体验到相反性别,并强烈渴望改变躯体和社会功能以适应这种感觉。然而,他们能意识到原本的性别和身体结构,并了解性别重建(通过药物和手术治疗,使外部躯体改变和心理适应)是长期的过程。然而,性别改变妄想患者确信,异性性别是实际存在的,或能够自行改变的。②抗精神病药治疗疗效:抗精神病药对易性症患者的疗效不明显。然而,对于性别改变妄想,选择合适的抗精神病药能相对有效地消除症状。

3.2 精神科治疗 易性症共病精神病性症状,因此精神病性症状的周期性或逐渐加重可能会阻碍易性症的治疗进程,包括性激素和外科治疗。因此有必要控制易性症患者的精神病性症状。另外,性激素和抗精神病药的相互作用可能影响抗精神病药的治疗疗效;抗精神病药的不良反应也可能影响激素和外科治疗的疗效或进程。在治疗过程中,应注意风险和获益,风险不应大于潜在的治疗获益^[15]。

4 心理治疗

4.1 心理治疗的目标和内容 心理治疗目标是将个体的整体心理福祉、生活品质和自我实现提升到最大极限。心理治疗并不是去改变个体的性别认同,而是协助个体探索性别问题,并减轻可能出现的性别困扰。治疗方式包括个体、夫妻/伴侣、家庭或团体心理治疗^[16]。

心理治疗的内容和进程:①在激素和手术治疗之前,评估心理发展史、对性别和性行为的态度。②性别转变的进程受阻时,性别认同专家或心理治疗师可协助探查或找寻受阻原因。③部分患者除性别认同外,还可能存在其他的心理问题。如果心理问题属于精神科诊断范畴,精神科治疗优先于性别治疗。④在性别治疗过程中,患者受到外界因素影响,可能会变得抑郁或不得不面对心理社会问题。与其他任何个体一样,他们可以从各种不同类型的心理治疗中获益。

⑤在治疗的任何阶段,患者可能需要在心理治疗过程中探索他们的性别认同问题。当心理治疗能够在本地频繁而定期的访问时,就更具价值。⑥术后,患者可能希望得到情感支持或心理治疗。部分患者术后会感到情绪低落,性别认同服务或其他心理治疗机构应对此提供相应的支持^[17]。

4.2 心理治疗的分类

4.2.1 人际心理治疗(interpersonal psychotherapy, IPT)

IPT 是能帮助减轻症状并提升人际交往能力的短程心理治疗,适用于抑郁、焦虑、进食障碍和物质依赖等。IPT 治疗的 5 项任务:①建立强大的治疗联盟;②辨认不恰当的沟通方式;③帮助识别这些方式;④帮助修正这些方式;⑤帮助建立更好的社交网络,并充分利用现有的人际关系。

Barbisan 等^[18]将 IPT 治疗用于合并抑郁、焦虑、自杀意念和物质滥用的易性症患者,经过 16 次的治疗以及 1 年的随访,患者未再吸食可卡因,否认存在抑郁情绪和自杀意念。1 年期间患者未使用精神科药物,也更满意与同事和密友的关系。

4.2.2 家庭治疗 对于儿童和青少年,家庭治疗的对象应包括父母和其他家庭成员。在性别表达多样化被敌视的社会里,家庭成员需要在处理自身感受的同时,学习如何接受、支持和保护患者的跨性别表达。Coolhart 等^[19]提出的跨性别确认家庭治疗模式包括两个阶段:①评估和加强家庭内部的协调(家庭对跨性别认同的理解和接受程度);②探索和支持性别表达或性别转变。当家庭对患者跨性别表达支持和理解程度较高时,第一阶段所需时间更短,很快就能进入第二阶段。

4.2.3 婚姻治疗 跨性别婚姻中的一方“变性”或“出柜”会带来一系列问题和障碍。婚姻治疗应帮助处理“出柜”、暧昧关系和弱势压力,探讨性身份的差异,理解顺性别配偶或伙伴体验到的背叛,重新商议性生活和性关系,以及转变性取向和/或社会导向^[20]。

4.2.4 认知行为治疗(cognitive behavior therapy, CBT) CBT 已广泛应用于精神卫生领域,包括抑郁、焦虑、物质滥用、创伤和自杀等。Austin 等^[21]提出的性别确认认知行为治疗(transgender-affirmative CBT, TA-CBT)对性别多元化持肯定态度,致力于辨认和识别跨性别者特有的压力来源,构建肯定和创伤知情的框架,并在此框架内完成 CBT 治疗。

4.2.5 性别认同反转治疗 性别认同反转治疗是指以改变个体性别认同,使其与生理性别保持一致为目标的心理干预方法。性别认同反转治疗的目标人群通常是不具备医疗决策法定权的青少年。未成年必须无条件服从父母或监护人的意志^[22]。2015 年 4 月 1 例青少年跨性别者经反转治疗自杀后,美国政府敦促各州禁止该疗法^[23]。州级反转治疗禁止法案只对具有精神卫生从业执照的人员有效,对没有执照的宗教人士无效(宗教人士也参与到反转治疗中)。Turban 等^[24]在一项涉及美国 50 个州 27 715 例跨性别者的横断面调查研究显示,3 896 例跨性别者曾接受过性别认同反转治疗。相比于未接受过性别认同反转治疗的跨性别者,这部分患者的心理问题更严重,自杀风险更高。如果是 10 岁前接受过性别反转治疗,自杀风险显著上升。宗教和专业人士实施性别认同反转治疗的结果相当。因此认为终生或儿童期接受过性别反转治疗与成年期心理健康不良有关。目前美国医学会、美国精神医学协会、美国儿童青少年精神医学协会和美国儿科学会等多个专业机构或组织明确表明该治疗方法既不道德也缺乏疗效。

4.3 中国易性症心理治疗现状 Wang 等^[25]在中国调查了 18 193 例性少数群体,其中 3 195 例易性症患者。易性症患者中只有 343 例(10.7%)曾接受过心理治疗或心理咨询服务。研究显示,接受过心理治疗或心理咨询服务的患者通常居住在城市、离异或丧偶、高学历背景、高收入并拥有宗教信仰,往往因性别认同被知晓,受到困扰或歧视,或被健康专家拒绝治疗、言语攻击或性骚扰。

5 性激素治疗

性激素治疗是由多学科团队中内分泌科医生完成,治疗目标是通过改变第二性征减少性别烦躁,促进与性别认同一致的性别表达。成人易性症激素治疗包括:①抑制内源性性激素水平和性征表达;②药物替代维持同性别的基础性激素水平、促进部分性征表达。开始使用性激素治疗的年龄,根据各国实际情况 16~18 岁不等。MTF 使用的激素包括雌激素和抗雄激素,FTM 使用的是睾酮。激素使用除了常见的不良反应外,还可能出现风险包括血栓、性功能和生育能力下降、癌症、脱发、骨质疏松和心血管疾病等。因此,建议在保持性别确认激素生理水平的同时,需监管风险和并发症。至今为此,已有多部指南规范性激素治疗流程(见表 1)。

表 1 跨性别医学干预临床指南

机构	年份	指南
美国内分泌协会	2017	性别烦躁/性别不一致人群的内分泌治疗:内分泌协会的临床实践指南
加州大学旧金山分校跨性别健康中心	2016	跨性别、性别不一致和非二元性别人群的初级保健指南
联合国开发计划署 卫生政策项目 亚太跨性别合作	2015	亚太跨性别人群和跨性别社区综合保健蓝图
泛美健康组织	2014	加勒比海和其他以英语为母语国家跨性别人群和跨性别社区综合保健蓝图
英国伦敦皇家精神科医师学会	2013	成人性别烦躁评估和治疗的良好实践指南 2013
Waikato 大学跨性别健康研究实验室	2018	新西兰奥特亚罗瓦性别多样性和跨性别儿童、青年和成年性别确认健康保健指南
世界跨性别健康专业协会(WPATH)	2011	易性症、跨性别者和非性别常规者的健康照护准则(第 7 版)

Colizzi 等^[26]研究发现,经过 12 个月的激素治疗,118 例易性症患者的 SAS、SDS 和 SCL-90-R 评分显著下降,精神痛苦和功能损害比例更低。Manieri 等^[27]发现,56 例 MTF 和 27 例 FTM 经过性激素治疗后,大部分患者对身体的接受程

度较前明显提高。治疗 1 年后,MTF 的生活质量(包括性生活)显著改善。Keo-Meier 等^[28]对 48 例 FTM 患者使用睾酮治疗 2 个月后,FTM 患者的 MMPI-2 疑病、抑郁、癔症和偏执评分较基线明显改善。同时,男子气和女子气的评分也显著

提高,也就意味着不再适应女性性别角色,而表现出刻板的男性性别角色。治疗 3 个月后,FTM 的精神病性评分较基线明显下降。因此认为,睾酮对 FTM 精神心理的多个维度均有更好的改善作用。Defreyne 等^[29]研究显示,56 例 FTM 患者使用睾酮,84 例 MTF 患者使用抗雄激素和雌二醇,1 年后并未发现 MTF 组的攻击行为下降。因此认为血清睾酮水平变化不影响跨性别人群的攻击行为,但影响攻击和焦虑的程度,以及对社会支持(来自朋友)的感知。

6 现实生活体验

现实生活体验是指患者在进行不可逆手术前,体验想要的性别角色。部分患者可能在医学干预前已改变性别角色,其他患者会等到性激素治疗数月或数年以后才改变性别角色。性别角色对个人的影响范围可涉及家庭、人际关系、教育、职业、经济和法律。在现实生活体验期间,需将性别认同告知同事、同学、家人、朋友和邻居^[16]。目前国际上的指南支持现实生活体验时间为 1 年。

精神科医师须在病史上记录患者现实生活体验的开始时间、更替的姓名和性别,并检验全过程是否达到标准。现实生活体验结束,可转诊至专业外科医生^[17]。

7 性别重置术

性别重置术是指通过外科手段(组织移植和器官再造)使手术对象的生理性别与其心理性别相符,即切除原有的性器官并重建新性别的体表性器官和与之相匹配的第二性征的医疗技术。实施易性症手术治疗的外科医师应该是泌尿科医师、妇科医师、整形外科医师或普外医师。手术治疗方案包含性器官重塑的主体手术以及围绕第二性征重塑的次级手术。国外已有多部相关指南,我国国家卫健委颁布的《性别重置技术管理规范(2022 年版)》是对开展此技术的医疗机构和医务人员的规范要求。

随着时代的发展,对于手术“功能结局”的判断也有较大的变化。1960 至 1980 年代,强调经济稳定、社会地位和回归社会,根据患者是否结婚,处于异性关系中或成立家庭判定。同样做为判定标准的是,配偶是否知晓患者的跨性别身份。近 20 年来,“功能结局”强调更多的是性交完成程度(是否达到高潮)、对生殖器外观是否感到满意以及手术的负性结果(包括手术并发症和后悔手术)等。研究显示,手术质量是性别重置结局的最佳预测因子之一。尽管如此,即使患者出现严重的手术并发症,后悔接受手术的比例仍很低^[30]。荷兰阿姆斯特丹的一项队列研究纳入了 1972 年至 2015 年就诊于性别诊治中心的 6 793 例易性症患者,其中 MTF 4 432 例,后悔接受手术的比例为 0.6%,FTM 2 361 例,后悔接受手术的比例为 0.4%。后悔的原因分为社交性后悔、真实后悔或自觉非二元性别。社交性后悔的 MTF 尽管性别认同仍为女性,但因无法忍受“被周围孤立”或“失去亲人的巨大牺牲”,而重新回到男性角色;真实后悔者可能是同性恋或人格问题,他们认为性别确认治疗是一种解决办法,但术后后悔诊断和治疗^[31]。Papadopulos 等^[32]通过回顾性评估 47 例跨性别者(已完成性别重置术)的抑郁、自尊和精神健康状况,发现大多数患者对手术结果感到满意,甚至认为手术时间应该更早。因此性别重置术能有效改善跨性别女性的精神病理症状,有利于患者的身心健康。Breiden-

stein 等^[33]调查了 158 例 MTF,发现性别重置术后数年,心理社会功能仍可获得持续改善。

综上所述,易性症的评估与诊疗需要多学科参与,规范而有序地经过精神心理评估、精神科治疗、心理治疗、性激素治疗、现实生活体验和性别重置术等多个程序,能够帮助易性症患者改善心理健康状况,提高社会适应能力。因此,参考国外经验,有必要加强多学科的合作,规范治疗流程,进一步提高易性症的诊治水平。

参考文献:

- [1] Dhejne C, Van Vlerken R, Heylens G, et al. Mental health and gender dysphoria: a review of the literature [J]. *Int Rev Psychiatry* 2016 28(1): 44-57.
- [2] Schneider C, Cerwenka S, Nieder TO, et al. Measuring gender dysphoria: a multicenter examination and comparison of the Utrecht gender dysphoria scale and the gender identity/gender dysphoria questionnaire for adolescents and adults [J]. *Arch Sex Behav*, 2016 45(3): 551-558.
- [3] Deogracias JJ, Johnson LL, Meyer-Bahlburg HFL, et al. The gender identity/gender dysphoria questionnaire for adolescents and adults [J]. *J Sex Res* 2007 44(4): 370-379.
- [4] Auer MK, Hühne N, Bazarra-Castro M, et al. Psychopathological profiles in transsexuals and the challenge of their special status among the sexes [J]. *PLoS One* 2013 8(10): e78469.
- [5] Davey A, Bouman WP, Arcelus J, et al. Social support and psychological well-being in gender dysphoria: a comparison of patients with matched controls [J]. *J Sex Med* 2014 11(12): 2976-2985.
- [6] Karia S, Alure A, Dave T, et al. Paranoia in patients with gender dysphoria: a clinical exploration [J]. *Indian J Psychiatry* 2019 61(5): 529-531.
- [7] Lingardi V, Giovanardi G, Fortunato A, et al. Personality and attachment in transsexual adults [J]. *Arch Sex Behav* 2017 46(5): 1313-1323.
- [8] Krueger RB, Reed GM, First MB, et al. Proposals for paraphilic disorders in the international classification of diseases and related health problems, eleventh revision (ICD-11) [J]. *Arch Sex Behav* 2017 46(5): 1529-1545.
- [9] Beek TF, Cohen-Kettenis PT, Kreukels BPC. Gender incongruence/gender dysphoria and its classification history [J]. *Int Rev Psychiatry* 2016 28(1): 5-12.
- [10] Krychman M, Carter J, Amsterdam A. Psychiatric illness presenting with a sexual complaint and management by psychotropic medications: a case report [J]. *J Sex Med* 2008 5(1): 223-226.
- [11] Baltieri DA, De Andrade AG. Schizophrenia modifying the expression of gender identity disorder [J]. *J Sex Med* 2009 6(4): 1185-1188.
- [12] Sohn M, Bosinski HAG. Gender identity disorders: diagnostic and surgical aspects [J]. *J Sex Med* 2007 4(5): 1193-1208.
- [13] Judge C, O'Donovan C, Callaghan G, et al. Gender dysphoria-prevalence and co-morbidities in an Irish adult population [J]. *Front Endocrinol (Lausanne)* 2014 5: 87.
- [14] à Campo J, Nijman H, Merckelbach H, et al. Psychiatric comorbidity of gender identity disorders: a survey among Dutch psychiatrists [J]. *Am J Psychiatry* 2003 160(7): 1332-1336.

- [15] Stusiński J ,Lew-Starowicz M. Gender dysphoria symptoms in schizophrenia [J]. *Psychiatr Pol* 2018 ,52(6) : 1053-1062.
- [16] Coleman E ,Bockting W ,Botzer M ,et al. Standards of care for the health of transsexual ,transgender ,and gender-nonconforming people ,version 7 [J]. *Int J Transgend* 2012 ,13(4) : 165-232.
- [17] Wylie K ,Barrett J ,Besser M ,et al. Good practice guidelines for the assessment and treatment of adults with gender dysphoria [J]. *Sex Relation Ther* 2014 ,29(2) : 154-214.
- [18] Barbisan GK ,Moura DH ,Lobato MIR ,et al. Interpersonal psychotherapy for gender dysphoria in a transgender woman [J]. *Arch Sex Behav* 2020 ,49(2) : 787-791.
- [19] Coolhart D ,Shipman DL. Working toward family attunement: family therapy with transgender and gender-nonconforming children and adolescents [J]. *Psychiatr Clin North Am* 2017 ,40(1) : 113-125.
- [20] Giammattei SV. Beyond the binary: trans-negotiations in couple and family therapy [J]. *Fam Process* 2015 ,54(3) : 418-434.
- [21] Austin A ,Craig SL ,Alessi EJ. Affirmative cognitive behavior therapy with transgender and gender nonconforming adults [J]. *Psychiatr Clin North Am* 2017 ,40(1) : 141-156.
- [22] Byne W. Regulations restrict practice of conversion therapy [J]. *LGBT Health* 2016 ,3(2) : 97-99.
- [23] Jarrett V. Response to your petition on conversion therapy [EB/OL]. [2022-05-10]. <https://petitions.obamawhitehouse.archives.gov/petition/enact-1eelahs-law-ban-all-lgbtq-conversion-therapy/>.
- [24] Turban JL ,Beckwith N ,Reisner SL ,et al. Association between recalled exposure to gender identity conversion efforts and psychological distress and suicide attempts among transgender adults [J]. *JAMA Psychiatry* 2020 ,77(1) : 68-76.
- [25] Wang YY ,Wilson A ,Hu ZS ,et al. Counselling and psychotherapy service use in Chinese sexual minority populations: a nationwide survey [J]. *BMC Psychiatry* 2021 ,21(1) : 11.
- [26] Colizzi M ,Costa R ,Todarello O. Transsexual patients' psychiatric comorbidity and positive effect of cross-sex hormonal treatment on mental health: results from a longitudinal study [J]. *Psychoneuroendocrinology* 2014 ,39: 65-73.
- [27] Manieri C ,Castellano E ,Crespi C ,et al. Medical treatment of subjects with gender identity disorder: the experience in an Italian public health center [J]. *Int J Transgend* 2014 ,15(2) : 53-65.
- [28] Keo-Meier CL ,Herman LI ,Reisner SL ,et al. Testosterone treatment and MMPI-2 improvement in transgender men: a prospective controlled study [J]. *J Consult Clin Psychol* ,2015 ,83 (1) : 143-156.
- [29] Defreyne J ,T'Sjoen G ,Bouman WP ,et al. Prospective evaluation of self-reported aggression in transgender persons [J]. *J Sex Med* , 2018 ,15(5) : 768-776.
- [30] Zurada A ,Salandy S ,Roberts W ,et al. The evolution of transgender surgery [J]. *Clin Anat* 2018 ,31(6) : 878-886.
- [31] 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]. *J Sex Med* 2018 ,15(4) : 582-590.
- [32] Papadopulos NA ,Lellé JD ,Zavlin D ,et al. Psychological pathologies and sexual orientation in transgender women undergoing gender confirming treatment [J]. *Ann Plast Surg* ,2020 ,84(3) : 312-316.
- [33] Breidenstein A ,Hess J ,Hadaschik B ,et al. Psychosocial resources and quality of life in transgender women following gender-affirming surgery [J]. *J Sex Med* 2019 ,16(10) : 1672-1680.

(收稿日期: 2022-07-22 修回日期: 2022-11-14)