

性別不安

衛生福利部心理衛生專輯(07)



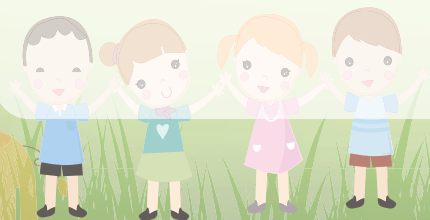
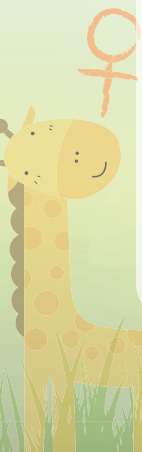
國立台灣大學醫學院附設醫院精神醫學部 著
衛生福利部 出版





目錄

一、引言	1
二、性別不安的簡介與定義	7
三、性別不安的盛行率	10
四、造成性別不安的原因	12
五、性別不安者的生命歷程：對生活、工作及 人際關係的影響	15
六、性別不安的醫療協助方式	27
七、性別不安的照顧注意事項：營造性別友善 的環境	41
八、參考文獻	44



「PM 七點鏡子前的自己 琢磨屬於自己的美麗
輕輕刮去嘴角鬍青 畫上我的本性 淡紫色眼影
粉色雙唇的喃喃自語

領帶要配蘇格蘭裙 和火一般的羽毛圍巾
只是我仍在反覆考慮 搭配幾號香精 做今晚的內衣
即使到最後你還是看不清 即使到最後你還是看不清

我要你看到我你不該猜測應該享受
我要你愛上我你不該猜測應該愛我
我可以是男是女 可以飄移不定 可以調整百分比
只要你愛我一切都沒問題 只要你愛我一切都沒問題」
——五月天〈雌雄同體〉

一、引言

性別的展現本是豐富且多元的。細究「性/別」(sex/gender) 的多種意義，其實同時涵蓋了生物與社會文化面向。古早時代當嬰兒呱呱墜地，接生婆掀開包巾看到嬰兒的身體，扯開喉嚨大喊，「恭喜你生了一個男/女孩！」。我們大多從外生殖器來判定





一個嬰兒的性別，先來看看嬰兒的生殖器官是怎麼形成的。

生殖器官的發育

胎兒第 5 至 6 週的時候，染色體上的性別決定基因，告訴胚胎性腺要發育為睪丸或是卵巢。睪丸分泌雄激素，使得胚胎發育成輸精管、精囊腺、陰莖及陰囊等男性生殖器官；若無睪丸，就沒有雄激素的刺激，胚胎則發育成輸卵管、子宮、陰道及陰唇等女性生殖器官。





到了青春期，人們開始經歷第二性徵的發育。生物男性由於雄激素的增加，開始變聲、長鬍子、體態改變、性器官發育成熟等。生物女性由於雌激素使得乳房與性器官逐漸發育、體態改變、開始出現月經等。

性染色體/性激素/生殖器官與生物性別 (sex, biological sex)

上述是肉眼看得到的巨觀結構，我們如果拿顯微鏡來看，就可以看到影響生殖器官發育的主要根源：性染色體。多數狀況下，帶著X染色體的卵子，與帶著X或Y染色體的精子結合，產生代表雄性的XY個體，或代表雌性的XX個體。

醫學上用(1)染色體的排列組合（XY染色體或XX染色體）、(2)性激素的分泌（雄激素或雌激素）、(3)內外生殖器官的形態（睪丸或卵巢、陰莖或陰道）這三個層次來界定生物性別（biological sex）。大多數的情況下，XY染色體/雄激素/睪丸與陰莖一起出現，我們歸類成男性（male）；而XX染色體/雌激素/卵巢與陰道一起出現，我們歸類成女性（female）。



但其實在性染色體/性激素/生殖器官這三個層次上，也有許多非典型的組合。例如：患有先天性腎上腺增生的嬰兒雖然性染色體為 XX，卻具有看似男性的外生殖器；同時具有睪丸和卵巢的雙性人；或是體內有部分細胞具有 XX 性染色體，部分細胞具有 XY 性染色體的鑲嵌狀態。因此生物性別除了傳統上社會大眾所熟知的男性與女性的二分外，也可能是介於其間の間性（intersex）。這些特別的人類生物發展狀態，不僅在性別身份的決定上產生爭論，也衍生出複雜的養育及社會倫理議題。

性別（gender）、性別認同（gender identity）、性別表現（gender expression）

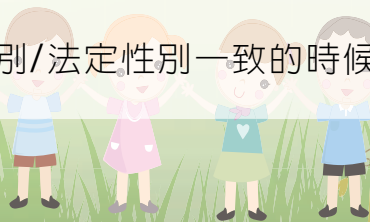
性/性別的內涵，除了上述具有生物指標性的生物性別之外，尚需考量心理及行為層面以及社會文化系統的特質，包括性別認同（gender identity）與性別表現（gender expression）。

性別（gender）是一種由社會基於生物性別所建構出來的概念與價值體系，包括外觀、角色、行為及活動的方式，也就是所謂「什麼樣子像個男生/男人」、「什麼樣子像個女生/女人」，在不同文化之



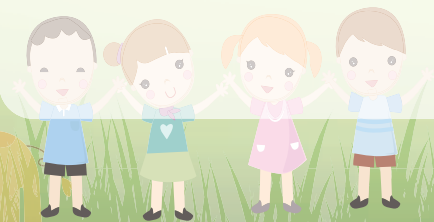
間可能有所差異。性別認同 (gender identity) 是指一個人心中認為自己是什麼樣的性別，可能是女性、男性或其他性別。性別表現 (gender expression) 則是我們與別人溝通或表現自己性別認同的方式，或別人看待我們性別的方式，包括言行舉止、服飾髮型、聲調、與展現性別角色的實際作為等，可能是穩定的，但也可能變動，與環境互動，並存在流動性。

當性別認同與生物性別/法定性別一致的時候



（例如具有男性生殖器官且認同自己為男性），稱之為「順性別者」（cisgender）；而當性別認同與生物性別/法定性別不一致時（簡稱性別不一致），例如具有男性生殖器官但認同自己為女性，或是性別認同在男女之間，非男性亦非女性等情況，概稱為「跨性別者」（transgender）。

另一個與性/性別相關，但與生物性別、性別、性別認同或性別表現不同的概念是性傾向（sexual orientation）。一個人心理上愛戀何種對象（即情感傾向，affective orientation），或是對於何種對象有性的慾望（即性慾傾向，sexual orientation），傳統上統稱為「性傾向」。有些人受到特定性別的吸引，有些人受到多種性別的吸引，有些人則不受任何人的吸引。性傾向約略可分為無性戀（asexual）、雙性戀（bisexual）、同性戀（homosexual）、異性戀（heterosexual）、泛性戀（pansexual）、流動狀態（fluid）、與未確定（questioning）等。



二、性別不安的簡介與定義

性別不安 (gender dysphoria)



跨性別者，由於性別認同與出生或生物性別有不一致，可能（但非必然或與生俱來）會經歷強烈的苦惱情緒甚至失能，也就是性別不安（gender dysphoria）。這樣的情緒不安、困擾或焦慮，可能來自



於對自我身體或生理如生殖器官特徵的焦慮。有的人只要作跨性別裝扮或進行性別認同法律承認，就可以改善性別不安；有的人會求助醫療介入如荷爾蒙治療或性別置換手術，來改變身體性別特徵，達到與自我性別認同一致，緩解性別不安，而這些求助荷爾蒙與手術治療等醫療介入的性別不安者，則稱為變性者（transsexual）。性別不安也可能來自於性別不順常規行為（gender non-conforming behavior）所致的社會壓力、歧視偏見、不友善環境等。

跨性別者、變性者及性別不順常規者，在不被瞭解或誤解下，容易受到社會污名化，經常被迫隱藏自我，怕被質疑性別身份，不敢或抗拒就醫，因此可能缺乏適當的健康照護¹。一般人也可能誤解跨性別者、變性者、非順性別常規者，視之為偏差行為，潛藏性別偏見與標籤精神疾病的雙重污名或歧視。此外，也需要留意的是，性別不安相關的症狀或現象，需要考量年齡、族群、個體或文化間的差異。

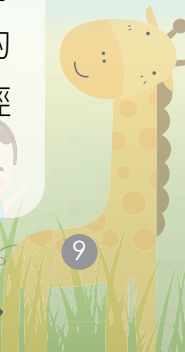
性別不安相關現象，最早在精神醫學領域中以診斷名稱「變性慾（transsexualism）」出現在 1975 年出版的世界衛生組織診斷準則《國際疾病分類》第九版（ICD-9），及 1980 年出版的美國精神醫學會



《精神疾病診斷與統計手冊》第三版（DSM-III）之中。在 1994 年《精神疾病診斷與統計手冊》第四版（DSM-IV）以及《國際疾病分類》第十版（ICD-10）將診斷名稱改為「性別認同疾患」（gender identity disorder, GID）。荷爾蒙及性別置換手術，輔以心理社會支持，成為「性別認同疾患」的「治療」方式。

隨著研究與臨床經驗的累積與反省，性別認同與生物性別的不一致如今已不被視為病態，而應當去疾病化。但考量性別不安者因遭遇社會壓力或歧視、或因性別不安產生之性別焦慮或困擾，仍可藉由醫療協助與心理諮詢而緩解，故 2013 年出版的《精神疾病診斷與統計手冊》第五版（DSM-5）摒除之前版本中以「性別認同」為疾病的命名，更名為「性別不安」（gender dysphoria），且去除「障礙症」/「疾患」（disorder）的命名。

跨性別認同不再被視為一種障礙或疾病，性別認同的「去病態化」呈現的是對於本然多樣的性/性別特質的認識與理解²。在 DSM-5「性別不安」這個新的類別概念中，核心特徵是對於性別不一致（指個體經驗或所展現的性別與法定性別之間有顯著的不一致）





感到相當不舒服、渴望有其他性別的性徵、強烈想要擺脫目前的性徵、想成為其他性別、覺得自己像其他性別、或希望被當成其他性別予以對待³。

值得注意的是，並非每位性別不一致（或性別不順常規）者都會出現性別不安的現象，僅有部份在生命中的某些時刻，曾經經歷性別不安。跨性別、變性者或性別不順常規者藉由調整性別角色與表現，例如化妝、穿女/男裝、在社交場合以女/男性的身分出席等，或是進行心理諮商、荷爾蒙療法、性別置換手術等醫療方式來紓緩性別不安，以更自在的另一種性別角色與表現生活，稱為性別轉換的過程。性別轉換的時間點可能發生在跨性別者生命中的各個階段，甚至會反覆或停頓，其進行轉換的力道取決於跨性別者對於性別認同的強度、人際與社會環境的阻力與推力、以及考量各種性別轉換方式的利弊等。

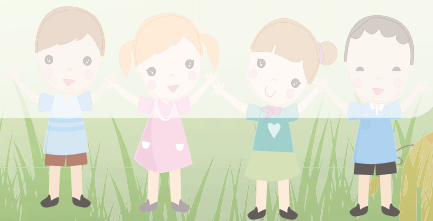
三、性別不安的盛行率

性別不安者有多少呢？由於傳統社會對於跨性別的恐懼情結，性別不安者也害怕被貼上精神疾病的標籤，所以除非決定進行醫療相關的性別轉換，性別不



安者鮮少尋求醫療協助，再加上目前性別議題相關的醫療資源亦頗為貧乏，所以性別不安的實際人口難以確定。僅統計醫院的就診資料，往往低估了性別不安的實際發生率與盛行率。



根據美國學者的統計，在 2002 年到 2011 年間尋求醫療協助的性別不安者增加了一倍之多⁴。在台灣，2010 年台大醫院精神醫學部團隊發表校園內性別不安的統計數據⁵，指出 5010 名大一新生中，男性有性別不安想法者佔全體男性的 1.9%，而女性有性別不安想法者佔 7.3%。2014 年，荷蘭學者 Kuyper 等人的大規模研究發現，4.6%的男性與 3.2%的女性有矛盾的性別認同（認同生物性別，也認同其他性別），1.1%的男性與 0.8%的女性有不一致的性別認同（認同其他性別更甚於生物性別）。在這些不一致的性別認同者中，表示不滿意自己的身體、進一步希望尋求荷爾蒙/手術治療者，男性佔原樣本 0.6%，而女性佔 0.2%⁶。因此性別不安是社會中不是少見的現象，更呈現著多樣性。



四、造成性別不安的原因

性別認同發展/性別不一致現象/性別不安
的來源：先天？還是後天？

性別 (gender) 在二十世紀以前的英文字典上的解釋僅以身體區分男女性。大約到二十世紀中期「性別認同」此字詞及概念開始出現，源自於社會逐漸發現與瞭解人類性別跨越的各種現象。1951 年知名的美國人 George Jorgensen 飛往丹麥接受男變女的性別置換手術，成為史上第一個變性人 Christine Jorgensen，成功的以女性身份刊登於美國紐約時報頭版上，於社會上獲得認同。此後專家學者擴大對於性別的認識及解釋，認為性別關連到生活經驗，也牽涉到個人感受，開始出現了經驗性別 (experienced gender) 與表達性別 (expressed gender) 等更精確的區辨用詞。一直到現在，諸多的性別用詞或定義仍在發展與變動中。1966 年此領域的開拓者 Harry Benjamin (也是上述 Jorgensen 的醫師) 寫了第一本討論跨性別的醫學專書⁷，書中曾假



設性別不安的成因或許來自基因、內分泌或是社會心理等因素影響。

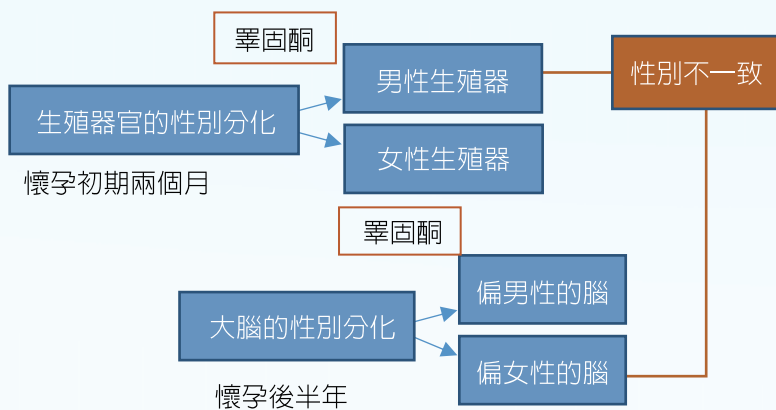
在性別不安的成因及性別認同的發展理論蓬勃發展的同時，卻也發生了嚴重的錯誤。當時知名的性心理學家 John Money 認為性別認同是後天養成的。8 個月大男嬰 David Reimer 進行包皮切除手術失敗後，陰莖受損，父母求助專家意見，John Money 當時認為在一歲之內性別認同尚未定型，建議進行男變女的性別置換手術，指導父母將 David 當成女孩養育，在此同時雙胞胎哥哥則是依著出生性別的男孩教養。不幸地，在青少年時期之後，David 一直陷於自我認同上的困擾及嚴重憂鬱，始終覺得自己並非女性。在 14 歲的時候 David 因痛苦不堪，進行了女變男手術還原成出生性別。然而之後，David 仍苦於嚴重的憂鬱症與手術併發症，不幸的，在 2004 年最終以跳樓自殺結束了生命⁸。性別認同的後天成因論自此逐漸地被推翻，而以現今觀點來看，上述的介入方式已經被視為違反醫療倫理。

迄今科學家們仍企圖找尋性別不安的成因。1980 年代起，荷蘭學者 Swaab 的研究團隊進行一系列關於性別認同起源的研究，並於 1995 年的《自

然》期刊發表⁹，認為大腦深處的構造「終紋核」（stria terminalis）與性別認同有關。此部位的神經元數目，生理男性與女跨男（自認為男性，希望被當成男性稱呼，後文中稱「跨男」）相似，且生理女性與男跨女（自認為女性，希望被當成女性稱呼，後文中稱「跨女」）也相似。2008年的《腦》期刊指出在另一個大腦深處的構造¹⁰：下視丘的「間質核」有相似的發現，意即生理男性與跨男在此部位的構造相似，而生理女性與跨女也相似。Swaab 發現不同生物性別者的大腦會存在一些構造上的差異，而跨性別者的腦部構造可能與另一種生物性別者的腦部構造較為相似。然而這些發現只是在腦的層次上更細緻地描述各種性別狀態間的相似與差異之處，仍然無法解釋性別不安從何而來。

在成因的理論推測上，神經生物學研究指出¹¹，嬰兒生殖器官的分化在懷孕的前兩個月就已完成，但腦部的性別分化則發生在懷孕的後半年。如果兩階段的分化結果不一致，例如在懷孕的前兩個月分化出女性的生殖器官，卻在懷孕後半年分化出在性別認同上傾向男性化的腦結構，則可能造成性別不一致的現象。（見圖 1）





(圖 1)

五、性別不安者的生命歷程：對生活、工作及人際關係的影響

兒童的性別不安

「從小我的個性應該就有點害羞陰柔吧，一直都是跟女生比較要好，蠻難融入男生群體的。在家裡陪我長大的玩具也是娃娃類型的東西，而不是玩具車或機器人那些。我很討厭曬太陽，所以打籃球那些運動我也都不喜歡。」

「小時候其實有思考過自己是不是女生，有一次

還問過我媽，『媽我是不是女生？下面的小雞雞是你幫我裝上去的嗎？』當時就覺得，這是不是假的東西啊？但我媽回答，『別傻了，你生下來就是男生啊！』」（A，跨女）

追溯跨性別者的童年，約在 2 至 3 歲就可能出現性別不順常規行為或性別不安的徵兆。兒童會反覆以口語表達想要成為另一個性別的想法，或以非語言的肢體表達對於自己身體的性徵或功能感到不悅，比較渴望另一個性別的衣服、玩具及遊戲，或偏向與另一個性別的兒童玩。男孩可能比較喜歡玩洋娃娃、穿裙子或玩扮家家酒的時候演女主角，而女孩可能喜歡玩機器人或戰爭遊戲、穿褲子、在遊戲中扮演男性的角色等³。小兒內分泌科醫師 Norman Spack 認為以下四點顯示孩童可能存在跨性別認同：(1)他種性別的如廁行為，(2)堅持穿他種性別的泳衣，(3)選擇他種性別的內衣褲，(4)想要玩被設計為其他性別所使用的玩具¹²。

以上行為表現因人而異，且差異性大。需注意的是，有性別不順常規表現的孩童不一定就有性別不安，而沒有以口語表達性別不安想法並不代表孩童沒



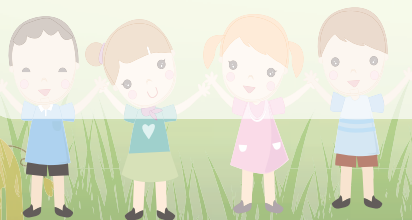


有此困擾（可能受限於口語與認知能力的發展侷限）。對於兒童和環境進行詳盡的臨床與發展評估，才能夠正確理解兒童的性別發展狀態。過去有人曾建議積極「矯正」性別認同與表現至順性別，但這樣的方式並無實證研究證實其效用，且有倫理上的爭議，不符合兒童最佳利益。當代對於性別不安兒童之健康照護概念逐漸轉變，需基於對於兒童與家庭的個別化理解，支持家長與兒童，並非聚焦於消解性別不一致，而是致力降低與性別不安相關的情緒行為困擾與家庭問題，鼓勵家長協助孩童的性別探索，建立支持且接納兒童的成長環境，例如協助在學校的適應、避免被霸凌等等¹³。

兒童時期的性別不安，只有少數會持續到成年



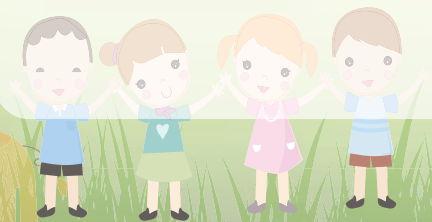
(約 2 至 27%)，大部分的性別不安會在青春期或成年早期消失。其持續到成年期與否，與兒童時期的性別不順常規的強度有正相關；性別不安減緩的同時，多數顯現出偏向喜歡同性的性傾向，成為同性戀或雙性戀的順性別者¹⁴。兒童時期的性別不安，相當可能其實是正常的非異性戀性傾向之早期行為表現，而非必然預測青春期之後的性別不安，因此對於青春期的兒童，不建議使用生物方式（激素或是手術）作立即的性別身份轉換。換句話說，此時期的基本目標，在於接納性別不一致的存在，但並不鼓勵在青春期開始前即進行完全的社會性別身份轉換，而是為兒童與家庭找到在「接納並支持兒童的性別不一致」與「考量現實環境，保持一定程度的性別彈性以避免遭受他人的負向對待」之間的平衡點，以協助兒童安全成長並發展強壯的自尊，同時能夠承受「並非所有關於性別的願望都能達成」的適當挫折¹⁵。然而需注意的是，性別不安的兒童常共存憂鬱或焦慮的問題，同時有自閉症類群的比率也較高，其情緒與人際關係等困擾往往需要醫療與心理層面的協助^{16,17}。





青少年的性別不安

「高中時代進入了一個男生女生大不同的世界，非常的不適應，越來越沒辦法跟班上同學相處。我不太習慣男同學聊天，女同學又都是乖乖保守的小女生，覺得沒能交到很好的朋友，也無法盡興參與班級活動。只要一開始錯過了打入小團體的機會，就會覺得大家已經沒辦法再接受我了，這時候不管想要做些什麼努力，好像都已經太遲。這個環境我已走到瓶頸了，很想要換一個環境重新開始。每天鬱悶到不想去上學，後來乾脆完全放棄覺得能混過去就好。」
(B, 跨男)

青春期的開始，對於性別不安是否將持續至成年期有關鍵的指標意義。青春期的性別不安不同於兒童期的性別不安。後者大部分會緩解，而前者則大多會持續到成年期之後¹⁸。第二性徵發育，可能使得性別不安者對於身體特徵的變化感到更深的不自在。跨女可能厭惡體毛與鬍子的生長，對於變聲感到苦惱；跨男可能習慣駝背或者穿外套遮掩發育中的胸部，甚至穿起束胸。有些跨性別者不喜歡被約束在男女分類





中，因此自稱為 gender queer，中文通常翻譯為「性別酷兒」。

青春期的跨性別者除了面臨第二性徵的挫折之外，也面臨探索與反思性別認同與性別表現的挑戰，對於人格與自尊的形成有相當影響。跨性別青少年需要環境（友伴與家人）的支持與足夠的時間去探索「我的性別」、「我喜歡什麼樣的性別」或「怎麼樣在人群中展現自己最自在的性別角色」。



與身邊的同學有著不一樣的性別認同，對於性別不安的青少年可能是無處可說的秘密。缺乏同樣為跨性別的同儕，使得青少年難以找到能夠理解自己性別不安感受的傾訴對象。性別不安的青少年，可能感覺孤立無援，為了保護自己而在社交上低調退縮，與旁人保持距離。

在校園裡，展現跨性別特質的青少年有時會被限制在特定時間才能使用洗手間，性別不順常規的穿著打扮可能屢屢被師長「糾正」，或在男女分隔的宿舍與公共廁所環境遭受異樣眼光，甚至發生被性騷擾或霸凌的情形。

性別不安的青少年可能對自己的性徵或性別外表感到不自在或厭惡，有些人開始對於荷爾蒙治療與性

別置換手術有強烈的渴望。經過細緻審慎的討論與評估，考量青少年的性別不安對於發展的影響，以及家庭與環境的支持情況等，在若干國家（例如荷蘭）會在青少年進入青春期早期（Tanner stage 2 或 3）處方青春期抑制荷爾蒙（促性腺激素釋放素類似物，Gonadotropin-releasing hormone agonist, GnRH agonist）以阻卻第二性徵的發展¹⁵。這樣的處置並非必然要接續進一步的性別轉換（包括性激素的使用，或加上性別置換手術），而是爭取更多時間與機會讓性別不安的青少年（與其家庭）探索並抉擇自己所欲的未來性別發展方向，也避免第二性徵的顯明化使得性別不安加劇。另一方面，若是最後決定要往性別置換的方向前進，抑制第二性徵的出現會使得後續的轉換較為容易，並減輕痛苦。

約三成的性別不安青少年/女同時有其他的精神疾患，其中焦慮症佔 21%、憂鬱症佔 12.4%、侵擾行為疾患佔 11.4%。青春期的性別不安女性患有憂鬱症和社交焦慮症之比率較高¹⁸，自閉症類群的發生率也比一般青少年為高¹⁷。對於性別不安青少年的心理與生理的全方位照護與協助（而非僅聚焦於性別不安本身），對其健康成長有舉足輕重的影響。



大多數性別不安青少年的家人因為欠缺性別不安或性別不順常規的經驗與相關知識，亦受限於社會既存的二元性別刻板印象，跨性別者向父母揭露自身認同（「出櫃」）的過程中常引發激烈的衝突，加深了性別不安的焦慮情緒。家人的理解與接納，同儕的支持與協助，學校貫徹性別友善的教育，國家落實法律與政策上的保護（例如落實性別平等教育法），都會是青少年困難處境中的重要滋養。

成人的性別不安



「我們在一起大概七、八年吧，她被家人逼婚，就跟別的男生結婚了。那時候覺得簡直是世界末日。有股衝動想要去變性，因為我明白她也有家庭壓力，但如果我是男生，就可能可以跟她結婚吧。」

「有種被背叛的感覺，很難面對這個事實，一個月就瘦了快二十公斤。以前吃一個便當也不會飽，可是那時候吃半個便當就吃不下，再怎麼塞也吃不下，就像是身上一個相當寶貴的東西突然被奪走了，有種心瞬間被掏空的感覺。無論工作或日常生活都像是行屍走肉，甚至會有兩個人一起逃離人群或是一起死的想法。感情跟理性在角逐掙扎，所以整個人都不對



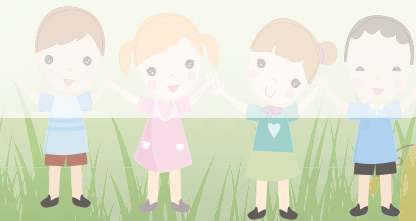
勁。我知道自己應該要祝福她，因為她跟我在一起沒有未來阿，可是感情上又很捨不得，就會在那邊掙扎。」（C，跨男）

性別不安者在成人時期的最大挑戰之一，是性別轉換時來自職場，家庭及感情生活的挫折與困難。以出生/生物性別就業者，在開始嘗試性別轉換時，必須在職場上改變穿著與外貌，面對側目與耳語，需要許多溝通與努力才得以使同事逐漸接納。新聞時有報導，跨性別者在性別轉換的過程中受到工作環境的阻攔、不平等的待遇、甚至被威脅不放棄性別轉換就得解職等。另一方面，跨性別者若於性別轉換的過程中求職，將面臨很大的困境。例如跨女在應徵傳統上偏向女性的職務時，常被以「不夠女生」的理由所拒；但在應徵傳統上偏向男性的職務時，卻又被「不夠男生」的理由打退。性別轉換進行至較後期的跨性別者於求職時，如果身分證件上的法定性別尚未更改，需耗費時間向主管溝通解釋，亦容易降低就業機會。這些職場上的種種阻礙，多源自於僵化的、在社會文化層面無所不在的二元性別價值觀，造成跨性別者生活及心理上的重大壓力與負擔。



跨性別者找尋伴侶也是另一個難關。要以出生/生物性別或是自己認同的性別來交往？要找尋異性戀的伴侶還是同性戀的伴侶？要找尋跨性別的伴侶還是順性別的伴侶？如何向雙方的家人坦承性向？而在親密關係中，伴侶雙方性別角色的互動往往需要磨合，例如以轉換後的性別來交往的跨性別者，出櫃前交往常小心翼翼，斟酌要在什麼時機、以什麼方式向伴侶出櫃較為恰當，且需擔心彼此的關係是否承受得起衝突等。此外也可能面臨性生活與生育能力的限制，以及與雙方家人的溝通及相處等議題。這些議題一方面需順著自己的天性，但在實際生活中卻也都需要諸多琢磨¹⁹。

〔針對親密關係的議題，順性別者在理解跨性別或變性者時需注意的是，對當事人而言通常性傾向的描述是以變性後的性別為認定（此點經常和過往的醫學文獻用法相反）：例如女跨男，與女性交往，會認為自己是異性戀；這是主觀的認定，必須尊重與接納當事者的想法與述說，而非以順性別的角度來做性傾向的判斷。〕





中老年人的性別不安

「夢想就是人生重來阿，哈哈，當然人生重來才有機會阿，你看如果沒有家庭的話，我要做女孩子，我要做女人，就算這樣一個人吼，我也可以很開心。可是現在不行阿，你要我放下孩子，兩個小孩跟老婆……感情啦，也有回憶啦！」（D，跨女）

性別不安者若是在年輕時即尋求性別轉換，往往已經逐漸找到合適的性別角色，性別的議題不再是最核心的人生困擾，而在老年時面對的問題多數與順性別者相同：健康走下坡、人際網路凋零、經濟出現問題等。

部分性別不安者在成年早期與社會性別常規妥協，並無尋求性別轉換，甚至可能選擇結婚生子，遵從常規的性別角色。隨著年紀增長，工作已經穩定或屆臨退休，子女也長大成人，社會責任逐漸卸除；另一方面，可能經歷親人過世與罹患重病等事件，或是自己因年紀漸長發生的各種身心不適問題，感受到「人生苦短，該行動了」，性別轉換的動力重新被喚起。





在台灣由於跨性別與性別不安相關資訊相對不足，臨床上的觀察顯示，許多性別不安者對自己的初次認識會傾向以懷疑自己是同性戀來概括解釋，直到接觸相關資訊，仔細反思自身狀況，才逐漸發現並形成自己的跨性別認同。因此尋求協助的時間點有可能已經進入中年以後了。

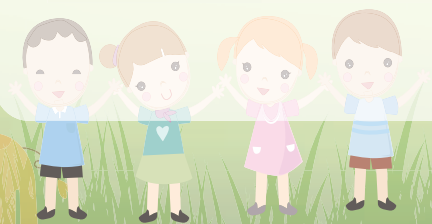
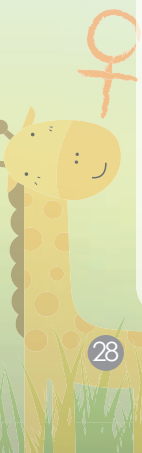
若性別不安者到中老年才尋求性別轉換，會面臨更複雜的困難：孤獨感、對前半生的懊悔、他人的不諒解、與婚姻危機等。醫療人員與身邊親友可能會以年齡為由不支持其尋求性別轉換，使得性別不安的感受難以消解。心理協助的重點為協助重新定義與調整生命歷程接下來的生活，而非陷於對於過去決定的遺憾²⁰。



六、性別不安的醫療協助方式

醫療上如何協助性別不安

「性別特質的展現，包含性別認同，是一個普遍且文化多元的人類現象，不應該被判定為先天病態或







負面的。」（世界跨性別健康專業協會, 2010）

數十年前，醫學界將非典型的性別認同認為是精神疾病，對應的治療就是「矯正」跨性別者的性別認同與表現，使其更符合生物性別。然而，這樣的治療方式因有傷害性而被認為不合乎倫理²¹。雖然性別不安仍存在於最新的精神醫學診斷系統 DSM-5 之中，但並非被稱為「障礙症」（disorder），其改變可看出該診斷非為疾病，期社會能協助支持其生存並認同、去除歧視等。

針對性別不安的心理協助，目標為幫助性別不安者探索與統整性別認同，逐漸調整性別表現，找到最自在的性別角色—儘管性別角色與展現不同於生物性別或主流的性別規範²²。心理協助可以幫助部分性別不安者有效緩解性別不安，但有些人尚須尋求荷爾蒙治療或性別置換手術等方式改變身體性徵，方能減緩性別不安。換句話說，性別不安的處遇方式因人而異，應當是個別化且具有彈性的。

根據 2009 年美國內分泌醫學會提出的準則²³，性別不安者的醫療協助方式，一般是漸進式地透過以下五個項目（但非必然需要達成所有項目），以達到

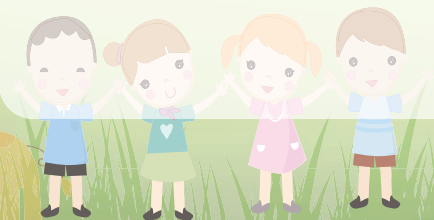


緩解性別不安的目標。這個流程不單只牽涉精神科醫師與心理師、社工師的專業，更需要內分泌科、婦產科與外科醫師等的參與協助。



心理諮詢與真實生活體驗 (Real Life Experience)

2004 年 Lev 等人提出跨性別者的六個心理階段²⁴：覺察、尋找資訊、向重要他人揭露、探索與建立認同、性別轉換、整合/接受/轉換後議題。跨性別者的生活策略一般約略有以下幾種類型（修改自跨性別倡議站）²⁵：



(1)維持原生性別樣貌生活	人際衝突少，環境壓力少，但無法紓解性別不安
(2)在中性的界線內生活，避免另一性別意涵太強的元素	部分滿足自我性別認同，亦避免質疑與衝突
(3)以另一性別樣貌生活	累積進入另一性別的經驗，性別滿足程度可能較高，但可能遇到較多調適的問題，也需要積極向周遭的人說明及培養應變的能力
(4)雙重性別樣貌生活	在職場能保有原生性別的優勢，私下在能接受的朋友圈中用另一性別樣貌生活，但缺點是較為麻煩



醫療與心理健康照護者，在心理諮詢與真實生活體驗階段能夠提供的協助包括：(1)詳細的心理社會與發展評估，以了解性別認同與表現的情況，性別不安的發展，對身心健康的影響，因性別不順常規所招致的汙名經驗，以及從環境、家人與同儕中能得到的支持與資源。(2)視需要轉介個別、家庭、或團體治療，運用社群資源或透過同儕團體獲得支持與協助。(3)對於共存的可能心理健康問題，如憂鬱、焦慮、物質成癮、人格障礙困擾等，提供治療協助。(4)在性別轉換

過程中作為陪伴、支持與諮詢的角色，無論是否接受荷爾蒙或性別置換手術治療，均個別化地幫助性別不安者找到自在的性別角色。

可提供性別不安者心理諮詢或支持服務者包括精神科醫師、心理師、社工師、或其他專業心理健康工作者等。跨性別自助社群也提供了各種心理支持或團體教育資源。隨著當代精神醫學界將性別不安「去疾病化」，精神科醫師的角色由判定有無疾病的「仲裁者」，轉變為肯定個體自我認同，並協助克服轉換性別身份所遭逢障礙與挑戰的「陪伴與支持者」。

真實生活體驗（real life experience），是指在一段時間內，完全地以想要成為的性別目標生活，藉以實際了解性別轉換的助益、困難與限制。真實生活體驗是循序漸進的，從最能信任且安全的環境開始，延伸到一般的社交場合；從改變聲音、衣著、髮型等開始，專業人員從旁協助讓跨性別者與變性者達到自己覺得可以接納的性別目標。

性別轉換的決定不只影響跨性別者個人，也不免及於家庭成員。1996年 Emerson 與 Rosenfeld 利用 Kubler-Ross 的五階段失落模型¹⁹，提出家庭成員對於跨性別者的心理調適過程：否認（Denial）、憤



怒 (Anger)、討價還價 (Bargaining)、憂鬱 (Depression)、接受 (Acceptance)。醫療及心理健康從業人員可以從旁協助跨性別者於深思熟慮後決定性別轉換的進程、方式與程度，並找出合適的方式與家人溝通。年輕的跨性別者與其家長世代的性別概念可能有所不同，往往需要長時間反覆的磨合與溝通。而較為年長的跨性別者則可能已經結婚或是為人父母，若決定進行轉換將面對全新的家庭互動模式。

綜合而言，世界跨性別健康專業協會 (World Professional Association for Transgender Health, WPATH) 的第七版「健康照護準則」認為心理健康專業人員在協助性別不安者的相關任務有以下幾點²¹：

- 一、在荷爾蒙治療和性別重置手術之前，進行心理評估和衡鑑是必要，但心理治療則不是一個絕對必要的前提。
- 二、針對有性別不安議題的成人，心理協助沒有打算改變性別不安者的性別認同，而是協助其探索性別，並設法減緩性別不安。
- 三、性別不安者的心理治療包括諮商和支持性別角色



的改變。



- 四、提供針對性別不安者之家庭成員的家族治療或支持，促進家人彼此溝通，以協助其做出深思熟慮的決定。
- 五、以生命歷程（life-span）觀點，在性別不安者及其家庭不同的生命週期所面對之各種議題上，提供服務。
- 六、網路治療、線上諮商、或遠距諮商可能有用，但需小心治療或諮商的流程、可行性及倫理問題。
- 七、心理健康專業人員針對該類人員，其在進行身份證明資料（如身份證、駕照、畢業證書、戶口名簿）等的變更過程中心理所受挫折，應予以心理輔導及諮詢協助。

需注意的是，對於世界各地的健康專業人員而言，所處的工作環境仍有極大的文化與社會系統差異。理解性別認同和展現上的文化差異，是專業工作者建立基本知能的挑戰。

荷爾蒙治療

如前所述，兒童時期的性別不安常會自行緩解，但若青春期中開始之後性別不安的狀況持續或加劇，則





往往表示會持續到成人期之後。此外，一旦在青春期中出現不可逆的第二性徵發育，可能會增加性別不安強度，甚至提高憂鬱、焦慮、自我傷害或自殺的比率²⁶。進入青春期之後的跨性別者在尋求性別轉換的過程中，可能需要藉由荷爾蒙治療與性別置換手術等生理層面的醫療，來緩解性別不安。

如前文所提到，青春期的延後可以讓性別不安的青少年有更多的時間探索自己的性別狀態，並能夠藉由延後性徵的發育，方便日後可能需要的進一步的性別轉換²²。由此可知，使用青春期抑制荷爾蒙（促性腺激素釋放素類似物，GnRH agonist）以阻卻第二性徵的出現是一種可能有益於青春期中性別不安者的治療方式。研究顯示，性別不安者在青春期中早期開始使用青春期抑制荷爾蒙，可以改善性別不安造成的自身情緒反應及負面社會效應。這些受試者在荷爾蒙治療及性別置換手術治療後，性別不安會消失，主觀的幸福感與同年齡非性別不安者相比，有過之而無不及，且客觀上的心理數值均有進步²³。因此青春期抑制荷爾蒙的使用逐漸為臨床所用。

使用青春期抑制荷爾蒙被歸類為「完全可逆的介入治療」，亦即若是停止使用，則原生物性別的第二




性徵發展仍會出現。青春期抑制荷爾蒙用來治療性早熟的青少年與青少年行之有年。對於青少年，青春期抑制荷爾蒙可以降低睪固酮與黃體生成素的分泌；對於青少年，可以降低黃體酮與雌激素的分泌。此藥物可能的副作用包含骨質密度降低、情緒不穩及體重增加。在治療期間必須小心地監測青少年的生長發育；雖然目前有追蹤十年以上的研究顯示²⁴，青春期抑制荷爾蒙並不影響身高、骨骼的發育或產生其他副作用，但是長期效果仍有待觀察。此類的治療方式，需要由小兒內分泌科的醫師共同提供。

早期使用青春期抑制荷爾蒙，在避免性別不安的負面社會和情緒後果上，可能比較晚使用來得更有效果。此外，重要的是，抑制青春期的治療，並不必然表示需要進行社會轉換、進行跨性荷爾蒙治療（cross-sex hormone therapy）、或是性別置換手術。

至於成人時期進行荷爾蒙治療，依據 WPATH 標準照護第七版，施行荷爾蒙治療標準如下：

- 一、屬於持續且確定診斷的性別不安。
- 二、法律上具備做出充分知情的決定和同意接受治療的能力。





三、達到某一國家的法定成年年齡。

如果存在顯著的醫療或共存心理健康問題，並不是治療的絕對禁忌，但必須受到良好控制。

緩解性別不安的重要方法之一，便是得到所認同性別的第二性徵。而第二性徵的發育，往往與性激素有關，因此從體外補充所認同性別的性激素，使得跨男/女能產生男/女性化的身體改變，稱為跨性荷爾蒙治療（cross-sex hormone therapy），這被歸類為「部分可逆的介入治療」¹⁹。

跨男的荷爾蒙治療，主要使用睪固酮（testosterone），造成聲音變得低沉，體毛生長，月經停止等。而跨女的荷爾蒙治療，主要是使用雌激素以及抑制雄激素釋放的激素（抗雄性激素），其效果會生成乳房、脂肪堆積在大腿與臀部、抑制體毛生長等。在青春期的某些變化，是無法藉由荷爾蒙治療改變的，例如跨男的寬臀體型，以及跨女在青春期由睪固酮引起的骨骼變化與低沉嗓音等。然而，若日後決定放棄性別轉換，某些荷爾蒙治療產生的身體變化可由手術來回復，例如雌激素造成的乳房發育。

荷爾蒙治療會不會影響健康？目前尚無研究證實性別不安者接受荷爾蒙治療會提高罹患癌症的機率。



但值得注意的是，以下情況可能不適合使用雌激素：有(1)明顯的乳癌家族史，(2)分泌泌乳激素的腦垂腺腫瘤（prolactin-secreting pituitary tumors），(3)靜脈血栓。而以下情況不建議使用睪固酮：有(1)嚴重的血脂異常伴隨心血管症狀（例如不穩定的冠狀動脈疾病），(2)懷孕，(3)血球容積為 55%或更高的惡性紅血球增多症，(4)患有荷爾蒙依賴的癌症（hormone-dependent cancer）。另外，如果有嚴重的心血管、腦血管、血栓、難控制的糖尿病或肝臟疾病，也要格外地小心使用荷爾蒙。荷爾蒙治療的過程中，需要定期檢驗是否有骨質疏鬆、心血管疾病、代謝症候群、生殖系統及其他癌症等²¹。基於這些複雜的健康考量，醫療人員會建議跨性別者接受內分泌科專科醫師評估是否適合使用跨性荷爾蒙治療，以降低自行在藥局買藥使用所產生的風險。

手術治療

當性別不安者已經以足夠時間嘗試以自己性別認同的性別角色生活，仍深覺必須以手術改變性徵才能消除性別不安，個案經過醫療團隊審慎的醫療評估，可考慮進行性別置換手術，包括以下內容：乳房手



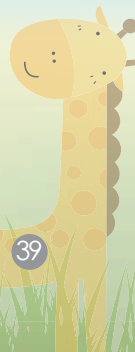
術、生殖器手術、非乳房或生殖器的各種美容手術。

用外科手術來改變性徵是緩解性別不安的「不可逆」方式，包括性器官的摘除與重建、與性徵有關的手術、整形美容手術等。手術會不可逆地去除生殖器官與生育能力，因此必須在深思熟慮之後才下決定。

男變女的性別置換手術，包括與性徵有關的手術，例如隆乳手術、聲帶手術、臉部女性化手術等；還有性器官的手術，包括睪丸與陰莖移除、陰唇、陰核、陰道成形術等。每個跨女選擇的手術項目各有不同，有人只選擇移除男性性器官；有人可能選擇移除性器官後，做陰唇與陰核的成形術；多數接受手術的性別不安者選擇進行全部的手術。

女變男的性別置換手術，包括與性徵有關的手術，例如乳房、卵巢、子宮移除手術；還有性器官的手術，包括陰莖成形術、陰囊重建術等。陰莖成形術有多種手術方式，各有優缺點，但手術後產生併發症的比率高，常見的有尿後滴瀝（約 79%）、新尿道瘻管（約 20-35%）等。女變男使用荷爾蒙的效果較為顯著，因此跨男大多選擇接受縮胸手術，或是合併荷爾蒙治療²⁷。

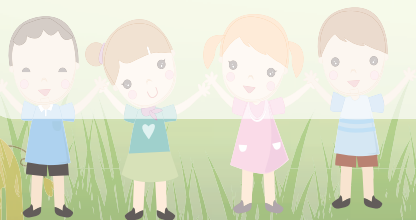
研究顯示完成性別置換手術之後，整體人際與社



會功能、憂鬱/焦慮等情緒困擾、性別不安的程度均有顯著改善。術後滿意度高，男變女者為 87%，女變男者為 97%²¹；女變男者分項來看，移除女性性器官手術為 95%，陰莖成形術為 90%，人工勃起物植入手術為 70%²⁸。而有人後悔接受性別置換手術嗎？有研究統計顯示手術的後悔率在男變女者為 1%至 1.5%，女變男者則小於 1%。然而，社群經驗顯示仍有一些接受手術者苦於各類後遺症，因此是否、何時、以及接受怎樣程度的性別置換手術，是非常個別化的決定，需要當事人與醫療團隊完整詳盡的討論方能進行。

除了性別置換手術，生殖健康、嗓音與溝通治療等議題也是相關醫療議題，對於變性者、跨性別者與性別不順常規者想要擁有孩子，或更為完整地實踐自己的性別角色，都扮演著重要的角色。

性別置換手術並不是性別轉換的終點。手術後在生理上與法律上均轉變成另一個性別，許多挑戰於焉展開，需要持續關注與追蹤。



七、性別不安的照顧注意事項： 營造性別友善的環境

營造性別友善的環境

2011 年美國的「跨性別平等國家中心」發表一篇名為「歧視無所不在 (Injustice at Every Turn)」的報告²⁹，指出跨性別者正面臨廣泛且嚴重的歧視問題。在訪問了將近 6,500 位跨性別者後發現，無論在職場、居家、醫院、學校、法院甚至在自己的家庭裡，跨性別者都受到高度的歧視。如果跨性別者同時屬於其他的弱勢族群，譬如少數種族或宗教、低社經地位、身心障礙者、老人或小孩等，其所遭遇的歧視可能更為複雜且嚴重，輕則遭逢睥睨的眼神或被詢問粗魯的問題，重則涉及仇恨罪行 (hate crime)。



從 2009 年世界人權日開始，「兩公約」（即聯合國《公民與政治權利國際公約》及《經濟社會文化權利國際公約》的簡稱）在台灣正式具有國內法效力。兩公約規範著國際社會對於人權的普世標準，包

括：性別平等為基本人權，任何人不應因其生物性別、社會性別、性傾向或性別特質而受到差別待遇。兩公約精神的落實，仍有待台灣社會繼續共同努力。

性別友善的教育環境

營造性別友善的環境，要從提供可近與實用的性別教育著手，讓老師、校方工作人員及學童從繪本、自傳、讀本、文學、影集、電影、以及生活中的人事物等實例，認識除了男女之外，性別認同、性別表現與性傾向也存在許多差異性與多樣性，以避免在社會既存刻板印象的影響下，所累積對於性別不順常規的誤解（偏見）、不友善態度或厭惡（歧視）。

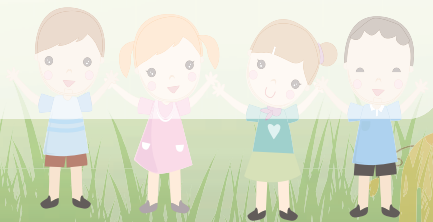
我國性別平等教育法第 14 條明定「學校應對因性別、性別特質、性別認同或性傾向而處於不利處境的學生積極提供協助，以改善其處境。」性別友善的教育環境有賴有經驗的性別專業與親師之間不斷地多方溝通，以打造性別友善校園空間，例如性別友善廁所（all-gender restroom），彈性的服儀規定，檢討性別不平等的制度，早期介入及積極處理校園性別霸凌，協助跨性別者或性別不順常規者在課程、住宿、就學、交友等層面所遇到的阻礙或困難等。以廁



所為例，依典型二元性別劃分的廁所造成跨性別者使用上的認同衝突、或隱私問題，甚至因而被誤會、攻擊或取笑，造成許多跨性別者在外憋尿，在學校不敢或逃避上廁所等。彈性允許在不同時間使用廁所，或採用性別中立或不分的廁所，能降低跨性別者上廁所時被辨識性別或感到困窘的狀況。

性別友善的工作環境

在法制面方面，我國現有的「性別工作平等法」、「就業服務法」、「住宅法」、以及正在研擬中的「性別平等基本法」等，宜明列納入對於「性別」、「性傾向」、「性別認同」與「性別表達」等的保障，並且保障跨性別族群的權益。在社會保障部分，應該顧及跨性別族群在性別轉換過程中可能出現的弱勢情況，如失業、離家、青少年相關議題等，給予生活與社會資源的支持。台灣目前主導職場的世代，在過往的教育系統與社會氛圍下對跨性別與性別不順常規的認識相對有限，持續的對話與教育，對於促進理解與職場溝通不可或缺。



八、參考文獻

1. Meyer IH. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological bulletin*. Sep 2003;129(5):674-697.
2. De Cuypere G, Knudson G, Bockting W. Response of the World Professional Association for Transgender Health to the proposed DSM 5 criteria for gender incongruence. *International Journal of Transgenderism*. 2010;12(2):119-123.
3. American Psychiatric Association. *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition*. American Psychiatric Association; 2013.
4. Blosnich JR, Brown GR, Shipherd Phd JC, Kauth M, Piegari RI, Bossarte RM. Prevalence of gender identity disorder and suicide risk among transgender veterans utilizing veterans health administration care. *American journal of public health*. Oct 2013;103(10):e27-32.

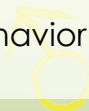






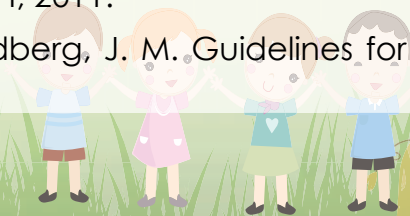
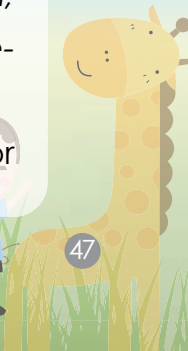
5. Lai MC, Chiu YN, Gadow KD, Gau SS, Hwu HG. Correlates of gender dysphoria in Taiwanese university students. *Archives of sexual behavior*. Dec 2010;39(6):1415-1428.
6. Kuyper L, Wijzen C. Gender identities and gender dysphoria in the Netherlands. *Archives of sexual behavior*. Feb 2014;43(2):377-385.
7. Benjamin H. *The TRANSSEXUAL PHENOMENON* 1966.
8. 約翰·科拉品托。性別天生：一個性別實驗犧牲者的真實遭遇。臺北市：經典傳訊文化；2002。
9. Zhou JN, Hofman MA, Gooren LJ, Swaab DF. A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality. *Nature*. Nov 2 1995;378(6552):68-70.
10. Garcia-Falgueras A, Swaab DF. A sex difference in the hypothalamic uncinate nucleus: relationship to gender identity. *Brain : a journal of neurology*. Dec 2008;131(Pt 12):3132-3146.
11. Bao AM, Swaab DF. Sexual differentiation of the human brain: relation to gender identity, sexual orientation and neuropsychiatric disorders. *Frontiers in neuroendocrinology*. Apr 2011;32(2):



214-226.

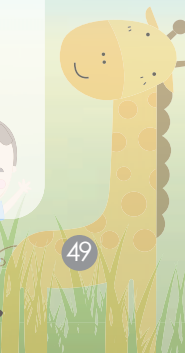
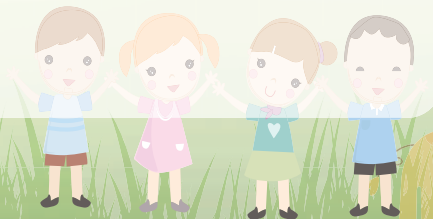
12. Stephanie Brill RP. *The Transgender Child: A Handbook for Families and Professionals*. Cleis Press; 2013.
13. Adelson SL. Practice parameter on gay, lesbian, or bisexual sexual orientation, gender nonconformity, and gender discordance in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. Sep 2012;51(9):957-974.
14. Steensma TD, McGuire JK, Kreukels BP, Beekman AJ, Cohen-Kettenis PT. Factors associated with desistence and persistence of childhood gender dysphoria: a quantitative follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. Jun 2013;52(6):582-590.
15. de Vries AL, Cohen-Kettenis PT. Clinical management of gender dysphoria in children and adolescents: the Dutch approach. *Journal of homosexuality*. 2012;59(3):301-320.
16. Cohen-Kettenis PT, Owen A, Kaijser VG, Bradley SJ, Zucker KJ. 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*. Feb 2003;31(1):41-53.
17. de Vries AL, Noens IL, Cohen-Kettenis PT, van Berckelaer-Onnes IA, Doreleijers TA. Autism spectrum disorders in gender dysphoric children and adolescents. *Journal of autism and developmental disorders*. Aug 2010;40(8):930-936.
18. de Vries AL, Doreleijers TA, Steensma TD, Cohen-Kettenis PT. Psychiatric comorbidity in gender dysphoric adolescents. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. Nov 2011;52(11):1195-1202.
19. *Principles of transgender medicine and surgery*. Routledge; 2007.
20. Ettner R, Wylie K. Psychological and social adjustment in older transsexual people. *Maturitas*. Mar 2013;74(3):226-229.
21. *Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, version 7*. WPATH; 2011.
22. Bockting WO, & Goldberg, J. M. Guidelines for
- 
- 
- 
- 

- transgender care(Special issue). *International Journal of Transgenderism*. 2006;9(3/4).
23. Hembree WC, Cohen-Kettenis P, Delemarre-van de Waal HA, et al. Endocrine treatment of transsexual persons: an Endocrine Society clinical practice guideline. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*. Sep 2009;94(9): 3132-3154.
24. Lev A. *Transgender Emergence*. Binghamton, NY: the Haworth Press.; 2004.
25. 跨性別倡議站。幾種生活策略的優缺利弊眉角分析。
<https://transgenderpunk.wordpress.com/>.
26. Olson J, Garofalo R. The peripubertal gender-dysphoric child: puberty suppression and treatment paradigms. *Pediatric annals*. Jun 2014;43 (6):e132-137.
27. Selvaggi G, Bellringer J. Gender reassignment surgery: an overview. *Nature reviews. Urology*. May 2011;8(5):274-282.
28. Wierckx K, Van Caenegem E, Elaut E, et al. Quality of life and sexual health after sex reassignment surgery in transsexual men. *The journal of sexual medicine*. Dec 2011;8(12):3379-3388.

29. Jaime M. Grant PD, Lisa A. Mottet, J.D., Justin Tanis, D.Min. Injustice at Every Turn - A Report of the National Transgender Discrimination Survey. 2014; http://www.thetaskforce.org/static_html/downloads/reports/reports/ntds_full.pdf.



性別不安

發行人：蔣丙煌

總策劃：陳快樂

著者：衛生福利部委託國立臺灣大學醫學院附設醫院
精神醫學部編製

策劃群：張雍敏、鄭淑心、賴淑玲、傅悅娟、張景瑞
侯育銘、郭約瑟、張君威、鄧惠文、陳嘉新
紀雪雲、黃雅文、連玉如、連盈如、吳其圻
陳宜明

執行編輯：賴孟泉、黃璨瑜、杜恩年

出版單位：衛生福利部

地址：11558 台北市南港區忠孝東路六段 488 號

電話：(02)8590-6666

網址：<http://www.mohw.gov.tw/>

出版年月：2015 年 6 月

版次：第一版第一刷

I S B N : 978-986-04-5393-5

G P N : 1010401136

