

트랜스섹슈얼·트랜스젠더  
·성별비순응자를 위한

# 건강관리실무표준

---

세계트랜스젠더보건의료전문가협회(WPATH)

(World Professional Association for Transgender Health)



# Standards of Care

## for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender- Nonconforming People

---

Eli Coleman, Walter Bockting, Marsha Botzer, Peggy Cohen-Kettenis, Griet DeCuypere, Jamie Feldman, Lin Fraser, Jamison Green, Gail Knudson, Walter J. Meyer, Stan Monstrey, Richard K. Adler, George R. Brown, Aaron H. Devor, Randall Ehrbar, Randi Ettner, Evan Eyler, Rob Garofalo, Dan H. Karasic, Arlene Istar Lev, Gal Mayer, Heino Meyer-Bahlburg, Blaine Paxton Hall, Friedmann Pfäfflin, Katherine Rachlin, Bean Robinson, Loren S. Schechter, Vin Tangpricha, Mick van Trotsenburg, Anne Vitale, Sam Winter, Stephen Whittle, Kevan R. Wylie & Ken Zucker

© 2012 World Professional Association for Transgender Health (WPATH). All rights reserved.

7th Version<sup>1</sup> | [www.wpath.org](http://www.wpath.org)

ISBN: X-XXX-XXXXX-XX

---

<sup>1</sup> This is the seventh version of the Standards of Care since the original 1979 document. Previous revisions were in 1980, 1981, 1990, 1998, and 2001. Version seven was published in the *International Journal of Transgenderism*, 13(4), 165–232. doi:10.1080/15532739.2011.700873

제 7 판

일러두기 : 본 건강관리실무표준(Standard Of Care) 제 7 판은 영어 원본을 표준으로 중국어본과 일본어본을 참고하여 번역하였다. 원문은 세계트랜스젠더보건의료전문가협회의 홈페이지에서 다운 로드가 가능하다(<http://www.wpath.org/>). 원문의 주석은 각주로 처리되어 있으며, 한국의 맥락과 상황에 따라 추가되는 설명은 미주로 처리하였다.

---

## 목 차

I. 건강관리실무표준(SOC) 의 목적과 용도 .....	1
II. SOC 의 국제적 적용가능성.....	3
III. 성별비순응과 성별위화감의 차이.....	5
IV. 역학적 고려 .....	7
V. 성별위화감 치료 방식 개관 .....	9
VI. 성별위화감을 느끼는 아동·청소년에 대한 평가 및 치료.....	12
VII. 정신건강 .....	22
VIII. 호르몬 치료.....	33
IX. 생식건강 (Reproductive Health) .....	48
X. 음성치료 및 의사소통치료.....	50
XI. 수술.....	53
XII. 수술 후 관리 및 추적관찰 .....	61
XIII. 평생 예방관리 및 일차관리.....	62
XIV. 시설에서 생활하는 사람에게 SOC 적용하기.....	64
XV. 성발달 장애가 있는 사람에 대해 SOC 적용하기.....	65

<b>참고문헌</b> .....	69
-------------------	----

## 부 록

A. 용어집 .....	97
B. 호르몬 치료의 의학적 위험성 개괄 .....	100
C. 호르몬 치료와 수술 실시 기준 개요.....	106
D. 치료적 접근법의 임상 성과에 대한 근거.....	109
E. SOC 제 7 판 개발 과정.....	112



## I. 건강관리실무표준(SOC)의 목적과 용도

세계트랜스젠더보건의료전문가협회(The World Professional Association for Transgender Health; 이하 WPATH<sup>1</sup>)는 국제적이고 다학제적인 전문가 협회로, 트랜스섹슈얼 및 트랜스젠더 보건 분야에서 근거중심 의료, 교육, 연구, 권리옹호, 공공정책, 당사자에 대한 존중을 제고하는 것이 사명입니다. WPATH는 트랜스섹슈얼·트랜스젠더·성별비순응자가 근거중심 건강관리, 사회복지 서비스, 정의와 평등의 혜택을 누리는 세계를 지향합니다.

WPATH의 주요한 역할은 『트랜스섹슈얼·트랜스젠더·성별비순응자를 위한 건강관리실무표준 (Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, 이하 SOC)』을 통해 명확한 기준을 제시함으로써 개개인에게 최고 수준의 건강관리를 제공하는 데 힘쓰는 것입니다. SOC는 현재까지 나온 가장 최선의 과학적 지견과 전문가의 합의에 근거하여 만들어졌습니다.<sup>2</sup> 이 분야의 연구와 경험은 대부분 북미와 서유럽의 관점에서 나왔기 때문에, 지역에 따라 SOC를 알맞게 적용할 필요가 있습니다. 그래서 본서인 SOC 제 7 판은 문화상대성과 문화적 숙련도<sup>i</sup>를 고려하는 방안을 제시하였습니다.

SOC의 제반 목표는 보건의료 전문가에게 임상지침을 제공함으로써, 이들이 트랜스섹슈얼·트랜스젠더·성별비순응자를 도와 안전하고 효과적인 방법으로 본인의 성별에 지속적으로 편안함을 느끼고 전반적인 건강, 심리적 안녕 및 자아실현 수준을 극대화하도록 하는 것입니다. 전문가는 일차보건의료, 부인과 및 비뇨기과 의료, 생식 관련 선택, 음성 및 의사소통치료, 정신건강 서비스(평가, 상담, 심리 치료 등), 호르몬 치료, 외과적 치료 등에 도움을 줄 수 있습니다. SOC는 일단 보건의료 전문가를 대상으로 작성하였지만, 환자 본인, 환자의 가족, 사회기관도 본서를 활용하여 다양한 트랜스섹슈얼·트랜스젠더·성별비순응자 집단에 최적의 건강관리를 제공할 수 있습니다.

WPATH는 건강이 양질의 임상 치료뿐만 아니라 관용, 평등, 시민의 완전한 권리를 제공하고 보장하는 사회정치적 환경에 따라 좌우된다고 확신합니다. 건강은 성별 및 성적 다양성에 대한 관용과 형평성을 증진하고 편견, 차별, 낙인을 철폐하는 공공정책과 사법 개혁을 실시함으로써 증진됩니다. WPATH는 이러한 방향으로 공공정책과 사법 개혁을 촉구하는 권리옹호 활동에 앞장섭니다.

### SOC는 유연한 임상지침임

SOC는 유연하게 만들어진 지침입니다. 트랜스섹슈얼·트랜스젠더·성별비순응자의 다양한 건강관리 수요를 충족하기 위해서입니다. 그러나 SOC는 성별위화감을 경험하는 사람들을 위한 최적의 건강관리

<sup>1</sup> 구(舊) 해리 벤자민 국제성별위화감협회(Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association)

<sup>2</sup> SOC 제 7 판은 이전 판본에서 크게 개정되었다. 개정된 내용은 중대한 문화적 변화, 임상 지식의 발전, 호르몬요법과 수술뿐만 아니라 트랜스섹슈얼·트랜스젠더·성별비순응자에게 생길 수 있는 다양한 건강관리 문제에 대한 이해를 근거로 하였다(Coleman, 2009a, b, c, d).

제 7 판

및 치료 지침에 대해 일정한 기준을 제시합니다. 성별위화감이란 개인의 성별정체성이 출생 당시 지정된 성(과 해당 성에 부여된 성역할 내지 일차·이차성징)과 어긋남으로써 느끼는 불편함이나 고통이라고 광범위하게 정의합니다. (Fisk, 1974; Knudson, De Cuypere, & Bockting, 2010b).

이전 판과 마찬가지로, 성별위화감에 대한 호르몬 치료와 외과적 치료에 대해 SOC 가 제시하는 기준은 어디까지나 임상지침일 뿐, 개별 보건의료 전문가나 프로그램은 이를 필요에 맞게 수정할 수 있습니다. 실제 임상 SOC 와는 달라질 수 있습니다. 환자에게 특수한 해부학적·사회적·심리적인 사정이 있기도 하고, 경험이 풍부한 보건의료 전문가가 일반적인 상황을 다루는 방법이 점차 발전하기도 하고, 연구 프로토콜이 달라지기도 하고, 지역마다 보유한 자원이 다르기도 하고, 특정한 위험을 감소시키기 위한 전략이 개인마다 달라지기도 하기 때문입니다. 임상 치료가 SOC 와 달라질 경우 보건의료 전문가는 이를 인지하고 환자에게 설명한 후 사전동의를 받아 기록으로 남김으로써 환자에게 양질의 건강관리와 법적 보호를 제공하여야 합니다. 이러한 기록은 새로운 데이터를 축적하는 데에도 중요하게 쓰일 뿐만 아니라, 기록을 검토함으로써 향후 건강관리와 SOC 가 발전하는 데 기여할 수 있습니다.

SOC 는 건강관리실무표준을 명시하는 동시에, 충분한 정보에 근거한 의사결정 informed choice 과 위험을 감소시키는 접근법이 중요하다고 인정합니다. 또한 이번 SOC 개정판은 성별표현이 다양할 수 있으며 심리 치료, 호르몬요법, 외과치료를 반드시 해야 할 필요는 없다는 것이 옳다고 인정합니다. 어떤 환자는 치료를 받으러 오기 전에 스스로의 힘으로 성역할을 바꾸거나 성별 이행 transition<sup>ii</sup> 과정을 밟거나 성별정체성·성별위화감 문제를 상당 부분 해소하기도 하지만, 좀 더 집중적으로 치료받아야 할 환자도 있습니다. 보건의료 전문가는 SOC 를 활용해, 환자가 필요로 하는 임상 치료와 성별표현이 잘 드러나는 건강관리 서비스 중 선택 가능한 서비스를 총체적으로 고려하도록 도울 수 있습니다.



## II. SOC 의 국제적 적용 가능성

SOC 는 전 세계에서 활용될 목적으로 제작되었습니다. 그럼에도 WPATH 는 이 분야의 건강관리에 관한 임상 경험과 지식이 대부분 북미와 서유럽에서 유래했다는 것을 인정합니다. 트랜스섹슈얼·트랜스젠더·성별비순응자에 대한 사회의 태도, 성역할과 성별정체성이 구축되는 방식, 다양한 성별정체성을 묘사하는 언어, 성별위화감의 역학(疫學), 치료에 대한 접근성 및 치료 비용, 제공되는 치료법, 관련 건강관리 서비스를 제공하는 전문가의 수 및 종류, 이 분야의 건강관리에 관한 법적·제도적 쟁점은 지역과 국가에 따라, 심지어 한 국가 안에서도, 모두 다릅니다(Winter, 2009).

이런 차이점을 SOC 에 모두 반영하기는 불가능합니다. 문화적 맥락이 다른 지역에서, 보건의료 전문가는 이러한 차이에 유념하여 SOC 를 지역공동체의 현실에 맞게 적용하여야 합니다. 예를 들자면, 몇몇 문화권에서는 성별비순응자가 상당히 많고 특정한 방식으로 생활하므로 이들은 사회에서 상당히 눈에 띕니다(Peletz, 2006). 이러한 경우 10 대 때, 심지어는 더 어릴 때부터 성별표현과 신체 특징을 바꾸는 일이 흔합니다. 많은 성별비순응자가 사회적, 문화적, 심지어 언어적 맥락마저 서구와는 매우 다른 환경에서 성장하고 생활하지만, 성별비순응자는 어디서든 늘 편견을 경험합니다(Peletz, 2006; Winter, 2009). 많은 문화권에서는 성별비순응에 대해 광범위하게 사회적 낙인을 찍으며 성별에 따른 역할 규범을 엄격하게 규정합니다(Winter et al., 2009). 이런 상황에 처한 성별비순응자들은 숨어 지내지 않을 수 없으므로 적절한 건강관리를 받을 기회가 부족합니다(Winter, 2009).

SOC 는 각자에게 적합한 최선의 건강관리를 제공하는 시도를 제한하려 하지는 않습니다. 어디서든, 심지어 자원과 교육훈련 기회가 부족한 지역에서도, 보건의료 전문가는 SOC 를 뒷받침하는 아래의 핵심 원칙을 대체로 적용할 수 있습니다.

- 사회규범에 순응하지 않는 성별정체성을 가진 환자들을 존중함 (성별정체성 및 성별표현 상의 차이를 병리화하지 않음)
- 환자의 성별정체성을 긍정하고, 성별위화감으로 고통을 느낀다면 고통을 완화해 주는 건강관리 서비스를 제공함 (또는 이런 치료에 정통한 보건의료 전문가에게 환자를 의뢰함)
- 다양한 성별위화감 치료법의 이점과 위험성을 비롯해, 트랜스섹슈얼·트랜스젠더·성별비순응자 건강관리에 대한 지식을 갖추
- 환자가 필요로 하는 특정 사항, 특히 목적하는 성별표현을 달성하고 성별위화감을 감소시키는 데 적합한 치료를 실시함
- 적절한 건강관리 서비스에 대한 접근성을 향상함
- 치료 전 환자의 사전동의를 받음
- 지속적으로 치료를 제공함
- 환자를 지지하고 가족과 공동체(학교, 직장을 비롯한 각종 집단) 내에서 환자의 권리를 옹호 하도록 대비함

전문 용어는 문화와 시대에 따라 다르며 지금도 빠른 속도로 발전하고 있습니다. 장소나 상황이나 사람에 따라 상대를 존중하는 표현을 사용하는 것이 중요합니다. SOC 를 다른 언어로 번역할 때에는 반드시 신중을 기하여 해당 용어의 의미를 정확히 옮겨야 합니다. 영어로 된 전문 용어를 다른 언어로

제 7 판

번역하기 어렵거나, 다른 언어로 된 용어를 영어로 번역하기 어려울 때도 있습니다. 어떤 언어에는 SOC 에 등장하는 다양한 용어에 해당하는 표현이 존재하지 않습니다. 그러므로 번역자는 치료에 내재된 목적을 인지하고 치료 목적을 달성하기 위해 해당 문화권에 적합한 지침을 명시하여야 합니다.

### III. 성별비순응과 성별위화감의 차이

#### 트랜스섹슈얼·트랜스젠더·성별비순응은 병리가 아니라 다양성의 문제

WPATH 는 2010 년 5 월, 전 세계에 성별비순응을 정신병리로 간주하는 경향에서 탈피하자고 촉구하는 성명을 발표했습니다(WPATH Board of Directors, 2010). 성명을 통해 WPATH 는 “성별정체성을 포함한 성별 특징을 출생 당시 지정된 성에 전형적으로 부합하지 않는 방식으로 표현하는 행위는 흔히 나타나고 문화권에 따라 다양하게 일어나는 현상이다. 그 자체로 병리적이거나 부정적이라고 간주되어서는 안 된다.”라고 지적했습니다.

안타깝게도 세계 각지에서 성별비순응은 비정상으로 낙인 찍힙니다. 낙인은 편견과 차별로 이어지며 ‘소수자 스트레스’를 유발합니다(I. H. Meyer, 2003). 소수자 스트레스는 고유하게 존재하고(즉, 모든 사람이 일반적으로 경험하는 스트레스 요인에 덧붙여 별도로 나타나고), 사회적이고 만성적이며, 트랜스섹슈얼·트랜스젠더·성별비순응자를 불안이나 우울증과 같은 정신건강의학적 문제에 한층 취약하게 합니다 (Institute of Medicine, 2011). 편견과 차별이 사회 전반에 퍼진 데다 낙인까지 찍히면서, 트랜스섹슈얼·트랜스젠더·성별비순응자는 또래 및 가족 관계에서 학대와 방임을 겪고, 이에 따라 심리적으로 고통받습니다. 그러나 이러한 증상은 사회적인 이유로 발생하는 것일 뿐, 트랜스섹슈얼·트랜스젠더·성별비순응 자체가 본질적으로 잘못된 것은 아닙니다.

#### 성별비순응과 성별위화감은 다르다

**성별비순응**은 개인의 성별정체성, 성역할, 성별표현이 해당 문화가 성에 따라 정상이라고 정한 규범과 차이 나는 것을 가리킵니다(Institute of Medicine, 2011). **성별위화감**이란 성별정체성과 출생 당시 그 사람에게 지정된 성(및 해당 성에 부여된 성역할 내지 일차·이차성징)이 일치하지 않음으로써 발생하는 불편함이나 고통을 뜻합니다(Fisk, 1974; Knudson, De Cuypere, & Bockting, 2010b). 성별비순응자 중 *일부만* 삶의 어느 시점에서 성별위화감을 느낍니다.

성별위화감을 느끼는 사람이 성별정체성을 탐색하고 스스로 편안하게 느끼는 성역할을 찾도록 돕는 치료법이 있지만(Bockting & Goldberg, 2006), 개인에 따라 치료법은 달라집니다. 다시 말해, 사람에게 따라 성별위화감을 완화시키는 데 도움이 되는 조치는 매우 다를 수도 있습니다. 치료 과정에는 성별 표현을 바꾸거나 신체를 변경시키는 조치가 포함될 수도 있고 포함되지 않을 수도 있습니다. 호르몬 또는 수술로 몸을 여성화/남성화하는 조치를 실시할 수도 있는데, 호르몬/수술 치료는 효과적으로 성별위화감을 완화하며 많은 사람들이 의학적으로 이를 필요로 합니다. 사람마다 성별정체성과 성별표현은 다채롭게

나타나며, 호르몬 치료와 수술은 스스로를 편안하게 느끼고 정체성을 확립하도록 돕는 수많은 방법 중 일부일 뿐입니다.

성별위화감은 치료를 통해 상당 부분 완화할 수 있습니다(Murad et al., 2010). 트랜스섹슈얼·트랜스젠더·성별비순응자는 삶의 어느 시점에서 성별위화감을 경험할 수도 있지만, 치료를 받음으로써 비록 출생 당시 지정된 성이나 지배적인 성별규범과는 달라도 스스로에게 맞는 성역할과 성별표현을 찾게 됩니다.

## 성별위화감 관련 진단

어떤 사람들은 성별위화감이 너무 심한 나머지 정신장애 진단을 받을 정도로 고통스러워 하기도 합니다. 정신장애 진단을 받는다고 하여 임의로 낙인을 찍거나 시민권과 인권을 박탈하여서는 안 됩니다. 『정신장애의 진단 및 통계 편람(DSM)』 (American Psychiatric Association, 2000), 『국제질병분류(ICD)』 (World Health Organization, 2007) 등 기존 분류 체계는 발병 시기, 지속 기간, 발병 기전, 기능 장애, 치료 가능성이 제각기 다른 수백 가지 정신장애를 정의하나, 어느 체계에서든 분류하고자 하는 대상은 일군의 증상과 상태이지 개인 그 자체가 아닙니다. 정신장애는 한 사람 자체나 그 사람의 정체성이 아니라, 그 사람을 힘들게 하는 증상을 기술합니다.

따라서 트랜스섹슈얼·트랜스젠더·성별비순응 자체는 장애가 아닙니다. 의학적으로 진단하고 다양한 방식으로 치료해야 하는 것은 성별위화감으로 인해 느끼는 고통입니다. 성별위화감에 대한 진단명이 존재함으로써 환자가 용이하게 건강관리를 받도록 돕고 효과적인 치료법을 더 많이 연구하도록 이끌 수 있습니다.

이 분야의 연구가 발전하면서 새로운 진단명 분류가 등장하고 DSM(Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2010; Knudson, De Cuypere, & Bockting, 2010b; Meyer-Bahlburg, 2010; Zucker, 2010)과 ICD 에서 사용하는 용어도 바뀌고 있습니다. 보건의료 전문가는 본인의 전공 분야에서 최신 진단 기준과 적절한 분류코드를 참조하여야 합니다.

## IV. 역학적 고려

성전환증 transsexualism 만의, 또는 트랜스젠더와 비순응적 성별정체성 전반의 발생률<sup>3</sup>과 유병률<sup>4</sup>에 대해서는 정식 역학조사가 시행된 바 없으며, 현실적인 추정치를 구하려는 시도에도 많은 어려움이 따릅니다(Institute of Medicine, 2011; Zucker & Lawrence, 2009). 설사 트랜스섹슈얼·트랜스젠더·성별 비순응자가 전 세계에 비슷한 비율로 존재한다는 것을 역학조사로 확인한다 하여도, 문화적 차이 때문에 나라마다 다양한 성별정체성이 행동으로 드러나는 방식도 성별위화감이 (성별정체성과는 별도로) 실제 해당 인구 집단에서 나타나는 정도도 모두 달라질 가능성이 높습니다. 대부분의 국가에서는 규범적인 성별 경계를 넘나들면 공감보다는 도덕적 질책을 받기 마련이지만, 어떤 문화권에서는 성별규범에 순응하지 않는 행동(예컨대 영적 지도자의 행동)이라도 사회적 낙인이 덜하고, 때로는 공경할 대상이 되기조차 합니다 (Besnier, 1994; Bolin, 1988; Chiñas, 1995; Coleman, Colgan, & Gooren, 1992; Costa & Matzner, 2007; Jackson & Sullivan, 1999; Nanda, 1998; Taywaditep, Coleman, & Dumronggittigule, 1997).

여러 이유로 인해, 연구자들은 발생률과 유병률을 조사할 때 성별위화감을 경험하고 성별 이행에 따른 건강관리를 받으려 전문 병원을 찾는 트랜스섹슈얼에 대체로 주목했습니다(Zucker & Lawrence, 2009). 이들이 성별비순응자 중에서도 가장 쉽게 집계할 수 있는 하위집단이기 때문입니다. 대부분의 연구는 스웨덴(Wälinder, 1968, 1971), 영국(Hoenig & Kenna, 1974), 네덜란드(Bakker, Van Kesteren, Gooren, & Bezemer, 1993; Eklund, Gooren, & Bezemer, 1988; van Kesteren, Gooren, & Megens, 1996), 독일(Weitze & Osburg, 1996), 벨기에(De Cuypere et al., 2007) 등 유럽 국가에서 이뤄졌고, 싱가포르에서도(Tsoi, 1988) 연구가 1 건 진행되었습니다.

De Cuypere 등은(2007) 상기 연구들을 검토하고 자체 연구도 시행하였는데, 이 연구들은 총 39 년간에 걸쳐 이루어졌습니다. 결과가 이상수치로 나온 Pauly(1965)와 Tsoi(1988)의 연구 2 건을 제외하면 8 개국에서 수행한 연구 10 건이 남는데, 이 10 건의 연구에서 보고된 유병률은 MtF(남성에서 여성으로 이행)의 경우 1:11,900 에서 1:45,000, FtM(여성에서 남성으로 이행)의 경우 1:30,400 에서 1:200,000 에 달합니다. 몇몇 학자들은 어떤 연구 방법을 사용하는지에 따라 실제 유병률이 훨씬 높게 나타날 수도 있다고 주장했습니다(Olyslager & Conway, 2007 참조).

연구마다 데이터 수집 방법 및 개인을 트랜스섹슈얼로 규정한 기준이 다르기 때문에(성기성형수술을 받았는지, 호르몬요법을 시작했는지, 의학적 감독 하에 성별 이행 서비스를 받으려 병원에 찾아왔는지 등) 개별 연구들을 직접 비교하기는 불가능합니다. 최근 연구일수록 유병률이 높아지는 경향이 나타나는데, 임상 치료를 받으려 찾아오는 사람들이 늘어남을 보여주는 지표일 가능성이 있습니다. 이러한 해석을 뒷받침하는 근거로, Read 등은(2009) 영국에서 젠더 클리닉에서 치료받는 사람들이 5~6 년마다 두 배로 증가한다고 보고한 바 있습니다. Zucker 등도(2008) 연구진이 캐나다 토론토시에서 운영하는 병원에 다른 병원에서 소개받고 찾아오는 아동·청소년이 지난 30 년간 4~5 배 증가했다는 유사한 결과를 보고했습니다.

<sup>3</sup> 발생률(incidence): 정해진 기간(예컨대 1 년) 안에 발생한 사례의 개수

<sup>4</sup> 유병률(prevalence): 특정 증상이 있는 사람의 수를 전체 인구의 수로 나눈 수치

## 제 7 판

위와 같은 연구를 통해 도출한 수치는 기껏해야 최소 추정치에 불과합니다. 출판된 연구에서 나타난 수치는 대부분 병원에서 집계하였고, 집계된 환자들은 심한 성별위화감 진단 기준을 충족하며 병원에서 건강관리를 받을 여력이 있습니다. 어떤 지역 사람들은 성별위화감을 느낀다고 스스로 판단하면서도, 특정 임상 환경에서 제공하는 치료를 받을 여력이 없거나, 그러한 치료가 필요하다고 생각하지 않거나, 혹은 그러한 치료를 받아들이지 못한다는 사실을 고려하지 않습니다. 특정 유형의 치료를 받으려 내원하는 사람들만을 집계함으로써, 성별위화감을 느끼는 사람들이 실제로 얼마나 누락되었는지는 알 수 없습니다

다른 임상 관찰에 따르면 (아직 체계적인 연구로 검증된 것은 아님) 성별위화감의 유병률이 실제로는 더 높을 가능성도 있습니다. 첫째, 불안, 우울증, 행동장애, 약물 남용, 해리성 정체감 장애, 경계성 인격장애, 성적 장애, 성발달 장애 환자를 진료하는 과정에서, 예전에 간과되었던 성별위화감을 진단하는 경우가 가끔 있습니다(Cole, O'Boyle, Emory, & Meyer III, 1997). 둘째, 이성복장착용자 crossdresser, 여장/남장하는 사람 impersonator, 남녀 동성애자 중에도 성별위화감을 느끼는 사람들이 간혹 있습니다(Bullough & Bullough, 1993). 셋째, 어떤 사람들이 느끼는 성별위화감의 정도는 임상 진단 경계를 오르내립니다(Docter, 1988). 넷째, 여러 문화권에서 FtM 의 성별비순응은 비교적 덜 눈에 띄는데, 가장 최근에 유병률·발생률을 추정한 근거가 된 연구 대부분을 수행한 서구 보건의료 전문가들이 유독 이를 간과하는 경향이 있습니다(Winter, 2009).

전반적으로 볼 때 기존 데이터는 출발점에 불과한 것으로 간주하여야 하며, 세계 각지에서 더욱 엄밀하게 역학조사를 실시함으로써 건강관리의 수준도 높아질 것입니다.

## V. 성별위화감 치료 방식 개관

### 성별위화감 관련 지식과 치료법의 발전

20 세기 후반부터, 보건의료 전문가들은 성역할뿐만 아니라 호르몬 요법과 수술로 일차·이차성징을 바꿈으로써 성별위화감을 완화하는 서비스를 제공하기 시작했습니다. 그에 따라 성별위화감에 대한 인식도 개선되었습니다. 해리 벤자민은 성별비순응이 다양한 스펙트럼으로 나타난다는 점을 이미 인정했음에도(Benjamin, 1966), 초기 임상접근은 남성에서 여성으로 또는 여성에서 남성으로 신체적 성별 이행을 가능한 한 완벽하게 하는 데 누가 가장 적합한지를 선별하는 데 대체로 집중하였습니다(Green & Fleming, 1990; Hastings, 1974 참조). 이러한 임상 접근을 자세히 검토한 결과 매우 효과적이라고 판명되었습니다. 연구에 따라 MtF 환자의 만족도는 87%, FtM 환자의 만족도는 97%까지 나타났으며 후회하는 사례는 극히 드물었습니다(MtF 환자는 1~1.5%, FtM 환자는 1% 미만; Pfäfflin, 1993). 실제로 호르몬 치료와 수술은 성별위화감을 완화하는 데 의학적으로 필요하다고 입증되었습니다(American Medical Association, 2008; Anton, 2009; World Professional Association for Transgender Health, 2008).

이 분야가 발달함에 따라, 보건의료 전문가들은 성별위화감을 완화하는 데 호르몬 치료와 수술이 둘 다 필요한 사람도 많지만 어떤 사람은 한 가지 치료만 해도 충분하며 어떤 사람은 호르몬도 수술도 필요하지 않다는 것을 알게 되었습니다(Bockting & Goldberg, 2006; Bockting, 2008; Lev, 2004). 몇몇 사람들은 심리 치료의 도움을 받아 젠더를 바꾸거나 넘나드는 느낌을 출생 당시 지정된 성의 성역할에 통합하고, 몸을 여성화/남성화할 필요성은 느끼지 않습니다. 어떤 사람은 성역할과 성별표현만 바뀌도 성별위화감이 충분히 완화됩니다. 누군가는 호르몬을 투여하고 성역할을 바꾸지만 수술은 불필요하다고 느낄 수도 있고, 다른 누군가는 수술을 받고 성역할을 바꾸지만 호르몬은 불필요하다고 느낄 수도 있습니다. 즉, 성별위화감 치료법은 갈수록 각자의 필요에 맞게 달라지는 추세입니다.

새로운 트랜스섹슈얼·트랜스젠더·성별비순응자 세대가 등장하였는데, 이들 중에는 다양한 치료법의 혜택을 받은 사람들이 적지 않습니다. 새로이 등장한 세대는 점차 공동체를 이루어 가시화되기 시작하였고, 성별정체성·성역할·성별표현도 상당히 다양해졌습니다. 어떤 사람들은 자신이 성별비순응자가 아니라 명백히 반대 성에 속한다고(Bockting, 2008) 설명합니다. 어떤 사람들은 자신만의 독특한 성별정체성을 긍정하며 스스로 남성도 여성도 아니라고 여깁니다(Bornstein, 1994; Kimberly, 1997; Stone, 1991; Warren, 1993). 이들은 성별정체성을 트랜스젠더, 바이젠더 bigender, 젠더퀴어 genderqueer 등 특정한 용어로 표현함으로써 남녀 성별 이분법을 초월하는 독특한 경험을 긍정하고자 합니다(Bockting, 2008; Ekins & King, 2006; Nestle, Wilchins, & Howell, 2002). 이들은 출생 당시 지정된 성에 따른 성역할을 단 한 번도 완전히 받아들이지 않았거나, 성역할을 이성의 역할로 바꾸는 방식으로 자신의 성별정체성·성역할·성별표현을 실현하지 않았기에, 자신의 정체성을 긍정하는 과정을 '이행'으로 받아들이지 않기도 합니다. 예컨대 젠더퀴어로 정체화하는 청소년과 젊은이들은 늘 성별규범에(gender) 어긋나는(queer) 존재로서 성별정체성과 성역할을 경험해왔습니다. 성별다양성이 대중적으로 가시화되고 인식도 증진되어감에 따라(Feinberg, 1998), 성별위화감을 느끼는 사람들이 정체성을 실현하고 자신에게 맞게끔 성역할과 성별표현을 찾는 방식도 더욱 다양해졌습니다.

제 7 판

보건의료 전문가는 성별위화감을 느끼는 사람이 자신의 성별정체성을 긍정하고, 성별정체성을 표현하는 다양한 방법을 탐색하고, 성별위화감을 완화하는 다양한 의학적 치료 방법을 선택하도록 도울 수 있습니다.

## 성별위화감에 대한 심리적·의학적 치료법 선택하기

성별위화감 치료법은 다양하게 선택할 수 있습니다. 선택하는 치료법의 가짓수, 치료법의 유형, 치료를 실시하는 순서는 사람에 따라 달라지기도 하는데(Bockting, Knudson, & Goldberg, 2006; Bolin, 1994; Rachlin, 1999; Rachlin, Green, & Lombardi, 2008; Rachlin, Hansbury, & Pardo, 2010 참조), 다음과 같은 방법을 선택할 수 있습니다.

- 성별표현 및 성역할 변화 (하루 종일 또는 어떤 때에만 성별정체성에 부합하는 성역할에 따라 생활하는 것도 포함)
- 호르몬 치료로 신체를 여성화/남성화하기
- 수술로 일차 내지 이차 성징 바꾸기 (유방/흉부, 외부 생식기, 내부 생식기, 얼굴 생김새, 신체 윤곽 등)
- 심리 치료 (개인, 커플, 가족, 또는 집단치료): 성별정체성·성역할·성별표현을 탐색하거나, 성별위화감과 사회적 낙인이 정신건강에 미친 부정적인 영향을 다루거나, 내면화된 트랜스혐오를 완화하거나, 사회와 동료의 지지를 강화하거나, 신체상(身體像)을 좋게 하거나, 회복력(resilience)을 배양하고자 함

## 성별표현에 대한 사회적 지지 및 성별표현 변화 관련 선택지

상술한 심리적·의학적 치료법과 더불어(또는 이러한 치료법 대신), 다른 조치를 취해 성별위화감을 완화하는 것도 고려할 수 있습니다. 그 예는 다음과 같습니다.

- 사회적 지지 및 권리 옹호를 위한 통로를 제공하는, 온·오프라인 동료 지원 체계, 모임, 지역사회 단체
- 가족과 친구에 대한 온·오프라인 지원 체계 제공
- 음성 치료 및 의사소통 치료를 받아, 자신의 성별정체성을 편안하게 느끼도록 돕는 언어·비언어 의사소통 기술 익히기
- 제모: 전기분해, 레이저, 왁싱 등



- 유방 부위를 압박하거나 충전물 덧대기, (남성)생식기를 밀어 넣어 숨기거나 인조음경 착용, 둔부에 충전물 덧대기
- 신분증에 기재된 이름 및 성별 표기 변경

## VI. 성별위화감을 느끼는 아동·청소년에 대한 평가 및 치료

아동, 청소년, 성인이 겪는 성별위화감은 현상학, 발달 과정, 치료법에서 차이점이 여러 가지 있습니다. 아동·청소년은 성별위화감이 (신체적이든, 심리적이든, 성적이든) 매우 빠르고 극적인 과정을 거쳐 발달하고, 위화감에 따른 결과도 훨씬 더 유동적이고 가변적으로 나타납니다. 사춘기 전 아동에게 특히 이런 경향이 두드러집니다. 따라서 SOC 제 6 장에서는 성별위화감을 느끼는 아동·청소년을 평가하고 치료하는 데 필요한 임상 지침을 구체적으로 제시하고자 합니다.

### 성별위화감을 느끼는 아동과 청소년의 차이

성별위화감을 느끼는 아동과 청소년 사이의 가장 중요한 차이점은 성인기까지 증상이 지속되는 비율입니다. 아동기에 느끼는 성별위화감이 반드시 성인기까지 지속되지는 않습니다.<sup>5</sup> 임상 치료를 의뢰하여 성별위화감을 평가한 사춘기 전 아동(주로 남아)를 추적 관찰한 결과, 성인이 될 때까지 성별위화감이 지속된 비율은 6~23%에 그쳤습니다(Cohen-Kettenis, 2001; Zucker & Bradley, 1995). 연구에 참가한 남아들은 성인이 된 후 트랜스젠더보다는 동성애자로 정체화하는 비율이 높았습니다(Green, 1987; Money & Russo, 1979; Zucker & Bradley, 1995; Zuger, 1984). 최근에는 여아도 포함한 연구가 시행되었는데, 12~27%가 성인이 될 때까지 성별위화감을 지속적으로 느꼈습니다(Drummond, Bradley, Peterson-Badali, & Zucker, 2008; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008).

반면 청소년은 성인기까지 성별위화감이 지속되는 비율이 훨씬 높은 것으로 보입니다. 전향 연구는 아직 시행된 바 없으나, 성별위화감을 진단받고 사춘기 호르몬 억제제를 처방 받은 청소년 70 명을 추적 관찰한 결과 참가자 전원이 여성화/남성화 호르몬 치료를 비롯해 성전환 치료를 계속하였다고 나타났습니다. (de Vries, Steensma, Doreleijers, & Cohen-Kettenis, 2010).

성별위화감을 느끼는 아동과 청소년은 연령집단별 성비에서도 차이를 보입니다. 병원에 의뢰된 12 세 미만 성별위화감 환자의 남녀 성비는 6:1 에서 3:1 에 이릅니다(Zucker, 2004). 반면 임상 치료에 의뢰된 12 세 이상 청소년 집단에서는 남녀 성비가 1:1 에 가깝습니다(Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2003).

본서 제 4 장 및 Zucker 와 Lawrence 의 연구(2009)에서 논의하였듯이, 아동, 청소년, 성인의 성별위화감에 대해서 제대로 정식 역학 조사가 이뤄지지 않은 실정입니다. 추가 연구를 시행하여 전세계에 걸친 다양한 인구 집단에서 유병률과 지속성이 어떻게 나타나는지 더욱 정밀하게 추정할 필요가 있습니다.

<sup>5</sup> 아동은 성인이 되어서까지 성별비순응적 행동을 계속 나타내기도 하지만, 그렇다고 하여 꼭 성별위화감을 느끼고 치료를 요하는 것은 아니다. 제 3 장에서 설명하였듯이 성별위화감은 성별표현의 다양성과는 다른 문제이다.

## 아동기 성별위화감의 현상학

아동은 빠르면 만 2 세부터도 성별위화감을 암시하는 특징을 나타냅니다. 이성이 되고 싶어하기도 하고, 신체 성장과 성기능에 대해 불만을 드러내기도 합니다. 뿐만 아니라 일반적으로 이성에게 어울린다고 여겨지는 의복, 장난감, 놀이를 선호하기도 하고 또래 이성과 노는 것을 더 좋아하기도 합니다. 이러한 특징은 사람마다 다르게 나타난다고 보입니다. 어떤 아동은 극히 성별불순응적인 행동과 의사를 표현하면서, 지속적이고 극심하게 자신의 일차 성징이 거북하다고 느낍니다. 반면 어떤 아동은 이러한 특징을 그만큼 강렬하게 드러내지 않거나 일부 특징만을 보이기도 합니다(Cohen-Kettenis et al., 2006; Knudson, De Cuypere, & Bockting, 2010a).

성별위화감을 느끼는 아동은 흔히 불안, 우울증 등 내향성 정신장애를 동시에 앓기도 합니다(Cohen-Kettenis, Owen, Kaijser, Bradley, & Zucker, 2003; Wallien, Swaab, & Cohen-Kettenis, 2007; Zucker, Owen, Bradley, & Ameeriar, 2002). 자폐 스펙트럼 장애 유병률은 일반인 집단에 비해 임상 치료에 의뢰된 성별위화감 환자 집단에서 더 높게 나타난다고 보입니다(de Vries, Noens, Cohen-Kettenis, van Berckelaer-Onnes, & Doreleijers, 2010).

## 청소년기 성별위화감의 현상학

아동이 느끼는 성별위화감은 대개 사춘기 전이나 초기에 사라집니다. 그러나 몇몇 아동은 사춘기를 맞이해 이차 성징이 발달하면서 성별위화감도 심해지고 신체 혐오감도 생겨나거나 악화됩니다(Cohen-Kettenis, 2001; Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2003; Drummond et al., 2008; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008; Zucker & Bradley, 1995). 한 연구의 데이터에 따르면 아동기에 성별비순응이 강할수록 청소년기 후기와 성인기 초기까지 성별위화감이 지속되는 경향이 있지만(Wallien & Cohen-Kettenis, 2008), 성별위화감을 나타내는 청소년 및 성인 상당수는 아동기에 성별비순응적 행동을 보인 경력이 없습니다(Docter, 1988; Landén, Wålinder, & Lundström, 1998). 그러므로 청소년기에 들어 처음 성별위화감을 호소하기 시작하면 주위 사람들(부모와 가족, 친구, 지역공동체 구성원 등)이 당황하기도 합니다.

일차 내지 이차 성징과 출생 당시 지정된 성이 성별정체성에 맞지 않는다고 여기는 청소년은 심하게 고통스러워하기도 합니다. 성별위화감을 느끼는 청소년 중에는 호르몬 치료와 수술을 받기를 간절히 바라는 사람이 많습니다. 청소년이 고등학교 입학 즈음부터 원하는 성역할로 생활하기 시작하는 사례도 점점 늘어나고 있습니다(Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2003).

청소년이 젠더 클리닉으로 의뢰되면 초기에 의료 처치를 받기에 적합한지를 평가합니다(태너 척도 Tanner stage 초기에 생식샘자극호르몬방출호르몬 GnRH 효능제를 투여하여 사춘기를 억제하는 것으로 시작함). 그런데 나라에 따라, 병원에 따라 치료에 적합하다고 간주되는 청소년의 수는 달라집니다. 모든 병원이 사춘기 억제 치료를 하지 않으며, 치료를 한다 해도 사춘기 청소년이 치료를 시작하도록 허락하는

제 7 판

시기는 태너 척도 2 기에서 4 기 사이로 제각기 다릅니다(Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis, 2006; Zucker et al., 2012). 청소년이 치료받는 비율은 보건의료가 조직된 양상, 보험 관련 요인, 문화 차이, 보건의료 전문가의 소견, 진료 환경에 따라 달라지는 진단 절차에 영향을 받을 가능성이 높습니다.

경험이 부족한 임상가는 성별위화감 증상을 망상으로 착각할 수도 있습니다. 성별위화감 증상은 현상학적으로 보았을 때 망상이나 기타 정신병 증상과 질적으로 다릅니다. 성별위화감을 느끼는 아동·청소년 중에 기저질환으로 심각한 정신장애(정신병 장애 등)가 있는 사례는 거의 없습니다(Steensma, Biemond, de Boer, & Cohen-Kettenis, 2011 년 1 월 7 일, 온라인으로 인쇄본에 앞서 출간).

성별위화감을 느끼는 청소년은 불안 및 우울증 등의 내향성 장애 내지 적대적 반항 장애 등의 외향성 장애를 동반하는 일이 더욱 잦습니다(de Vries et al., 2010). 아동과 마찬가지로, 자폐 스펙트럼 장애 유병률은 일반 청소년 집단보다 임상 치료에 의뢰된 성별위화감 청소년 환자 집단에서 더 높은 것으로 보입니다(de Vries et al., 2010).

## 성별위화감을 느끼는 아동·청소년을 상대하는 정신건강 전문가의 자격요건

성별위화감을 나타내는 아동·청소년을 평가하고, 타 기관에 의뢰하고, 이들에게 치료를 제공하는 정신건강 전문가는 최소한 다음과 같은 자격을 갖추어야 합니다.

1. SOC 제 7 장에서 서술한 바와 같이, 성인을 상대하는 정신건강 전문가에게 요구되는 자격요건을 동일하게 구비함
2. 아동·청소년 정신병리학 분야에서 수련을 받음
3. 아동·청소년의 일상적인 문제를 진단하고 치료하는 데 숙련되어야 함

## 성별위화감을 느끼는 아동·청소년을 상대하는 정신건강 전문가의 역할

정신건강 전문가는 성별위화감을 느끼는 아동·청소년을 상대할 때 다음과 같은 역할을 비롯해 다양한 역할을 수행합니다.

1. 아동·청소년이 느끼는 성별위화감을 직접 평가합니다(후술하는 일반 평가 기준 참조).
2. 가족 상담 및 아동·청소년을 지원하는 심리 치료를 제공하여, 아동·청소년이 성별정체성을 탐색하고 성별위화감에 따른 고통을 완화하며 여타 심리사회적 어려움을 극복하도록 돕습니다.
3. 동반하는 정신건강 문제를 평가하고 치료(또는 다른 정신건강 전문가에게 치료를 의뢰)하며, 이러한 문제는 치료 계획 전반에 포함시켜 다루어야 합니다.

4. 청소년을 외부에 의뢰하여, 성별위화감을 한층 완화할 신체적 조치(사춘기 호르몬 억제제 등)를 받도록 합니다. 진료의뢰서에는 해당 청소년의 성별위화감과 정신건강에 대한 평가, 신체적 조치를 받기에 적당한지 여부(평가기준은 아래에 정리함), 정신건강 전문가 본인의 성별 이행/성별위화감 관련 전문분야, 그리고 해당 청소년의 건강과 특정 치료법 의뢰와 관련이 있는 기타 정보를 적시한 기록을 포함해야 합니다.
5. 성별위화감을 느끼는 아동·청소년과 가족을 대변하여, 지역공동체(탁아 시설, 학교, 캠프 등 각종 기관) 내에서 교육 및 권리옹호 활동을 실시합니다. 교육과 권리옹호가 특히 중요한 이유는, 아동·청소년이 사회가 규정한 성별규범에 순응하지 않으면 학교에서 괴롭힘을 당하여(Grossman, D'Augelli, & Salter, 2006; Grossman, D'Augelli, Howell, & Hubbard, 2006; Sausa, 2005) 사회적 고립, 우울증 및 기타 부정적인 후유증을 겪을 위험이 있다는(Nuttbrock et al., 2010) 것이 입증되었기 때문입니다.
6. 아동·청소년 및 가족이 성별비순응·트랜스젠더 아동 부모모임 등을 통해 주변의 지지(동료지지)를 받게끔 정보를 제공하고 외부에 의뢰합니다(Gold & MacNish, 2011; Pleak, 1999; Rosenberg, 2002).

아동·청소년에 대한 평가와 심리사회적 개입은 종종 다학제적인 성별정체성 전문 서비스의 틀 안에서 이뤄집니다. 이러한 틀이 없다면, 정신건강 전문가는 소아 내분비전문의와 협의해 자문 및 의견교환 계획을 수립하여, 아동·청소년을 평가하고 교육하고 이들의 신체적 조치에 대한 결정에 참여하도록 하여야 합니다.

## 아동·청소년을 심리학적으로 평가하기

성별위화감을 나타내는 아동·청소년을 평가할 때, 정신건강 전문가는 다음의 지침을 폭넓게 준수하여야 합니다.

1. 비순응적 성별정체성이나 성별위화감을 드러내는 징후를 무시하거나 그에 대해 부정적인 태도를 표현하면 안 됩니다. 아동·청소년과 가족이 걱정하는 문제를 인정하고, 성별위화감 및 동반 정신건강 문제를 철저히 평가하고, 필요한 경우 어떤 치료법을 선택할 수 있는지를 내담자와 가족에게 교육합니다. 성별위화감을 느끼는 아동·청소년과 가족은 다른 사람에게 받아들여지고 비밀을 털어놓으면서 상당히 편안함을 느낄 수 있습니다.
2. 아동·청소년의 성별위화감과 정신건강을 평가할 때, 내담자의 성별정체성은 본질이 어떠하며 어떤 특색이 있는지를 탐색해야 합니다. 정신진단 및 정신건강의학적 평가를 실시하여, 정서적 기능, 또래와의 관계 및 기타 사회적 관계, 지적 기능/학업성취도 등의 영역을 평가해야 합니다. 가족 기능의 강점과 약점도 평가해야 합니다. 이러한 아동·청소년에게는 정서 및 행동 상의 문제가 비교적 흔히 나타날 수 있습니다. 그 배경에는 해결되지 않은 문제가 있을 수도 있습니다(de Vries, Doreleijers, Steensma, & Cohen-Kettenis, 2011; Di Ceglie & Thümmel, 2006; Wallien et al., 2007).

3. 청소년을 진단하는 단계에서, 청소년과 가족에게 다양한 치료의 가능성과 한계에 대해서도 정보를 제공해야 합니다. 사전동의를 받는 데에도 필요하지만 평가에도 중요하기 때문입니다. 청소년이 성전환에 대한 실제 정보에 어떻게 반응하는지는 진단에 유용한 정보가 되기도 합니다. 특정 치료의 가능성에 비현실적인 기대를 품고 치료받기를 원했다면, 정확한 정보를 제공했을 때 치료에 대한 열망이 바뀌기도 하기 때문입니다.

## 아동·청소년을 위한 심리적·사회적 개입

성별위화감을 느끼는 아동·청소년을 지원하고 치료할 때, 보건의료 전문가는 다음과 같은 지침을 폭넓게 준수하여야 합니다.

1. 정신건강 전문가는 가족이 성별위화감으로 고민하는 아동·청소년을 포용하고 배려하도록 도와야 합니다. 가족은 아동·청소년의 심리 건강과 안녕에 중요한 역할을 합니다(Brill & Pepper, 2008; Lev, 2004). 지역공동체의 또래와 스승에게도 마찬가지로 도움이 필요한데, 이들도 사회적 지지를 제공하는 주요한 자원이기 때문입니다.
2. 심리 치료는 아동·청소년이 성별위화감 때문에 느끼는 고통을 줄이고 다른 심리사회적 어려움을 개선하는 데에 초점을 맞춰야 합니다. 청소년이 성전환을 목표로 한다면, 심리 치료는 성전환 전, 성전환 도중, 그리고 성전환 후 내담자를 지지하는 데에 집중하기도 합니다. 이런 상황에 대처하는 서로 다른 심리 치료 접근법을 평가한 결과는 아직 정식으로 출판된 적이 없지만, 몇몇 상담 기법이 설명된 바 있습니다(Cohen-Kettenis, 2006; de Vries, Cohen-Kettenis, & Delemarre-van de Waal, 2006; Di Ceglie & Thümmel, 2006; Hill, Menvielle, Sica, & Johnson, 2010; Malpas, in press; Menvielle & Tuerk, 2002; Rosenberg, 2002; Vanderburgh, 2009; Zucker, 2006).  
성별정체성과 성별표현이 출생 당시 지정된 성에 더 잘 부합하도록 교정하려는 치료가 과거에 시도된 바 있으나 성공하지 못했으며(Gelder & Marks, 1969; Greenson, 1964), 장기적인 효과도 나타나지 않았습니다(Cohen-Kettenis & Kuiper, 1984; Pauly, 1965). 이제 이러한 치료는 비윤리적이라고 간주됩니다.
3. 가족이 아동·청소년의 성심리 *psychosexual* 상태에 대해 느끼는 불확실함과 불안을 다루고, 자녀가 긍정적인 자아상을 개발하도록 돕는 과정을 지원해야 합니다.
4. 내담자에게 남자 아니면 여자라는 성별이분법을 강요하지 말고, 다양한 성별표현을 탐색하고 선택할 여지를 충분히 주어야 합니다. 호르몬이나 수술적 처치에 적합한 청소년도 있지만, 그렇지 않은 청소년도 있습니다.
5. 성별정체성에 부합하는 성역할을 어느 정도까지 표현하도록 허용할지, 성역할을 언제 바꿀지, 사회적 성별 이행을 한다면 언제 할지 등에 관해 어려운 결정을 내릴 때, 내담자와 가족을 지원해야 합니다. 예컨대 내담자는 학교에 갈 때 사회적 성별 이행을 부분적으로만 하거나(성별정체성을 반영하는 복장과 머리모양 등) 완전히 할 수도 있습니다(성별정체성에 부합하는 이름과 호칭 사용 등). 이러한 어려운 문제에는 내담자의 상황을 다른 사람들에게 알릴

것인지, 알린다면 언제 알릴 것인지, 내담자와 가족의 삶에 관계된 사람들이 어떻게 반응할 것인지 등도 있습니다.

6. 보건의료 전문가는 내담자와 가족이 지역공동체 구성원 및 공공기관, 즉 교사, 교육위원회, 법정 등과 상호작용할 때 이들의 교육자이자 권익옹호자로서 내담자와 가족을 지원하여야 합니다.
7. 정신건강 전문가는 사회적 변화나 신체적 조치 과정 전반에 걸쳐 성별비순응적 아동·청소년 및 가족과 치료적인 관계를 유지하기 위해 노력해야 합니다. 그럼으로써 내담자와 가족이 심사 숙고하여 성별표현과 성별위화감 치료에 관한 결정을 내리도록 보장할 수 있습니다. 정신건강 전문가를 만나기 전에 아동·청소년이 이미 사회적으로 성역할을 변경했더라도 같은 논리가 적용됩니다.

## 아동기 초기에 사회적 성별 이행하기

어떤 아동은 사춘기가 되기 훨씬 전부터 사회적으로 다른 성별의 역할로 성별 이행하고 싶다고 말합니다. 어떤 아이들은 정말로 성별정체성을 고민하기 때문에 이행을 원한다고 말하지만, 성별정체성이 아닌 다른 외부 동기가 있어서 그렇게 말하는 아이도 있습니다. 어린 자녀에게 사회적 성역할을 바꾸도록 허용하는 정도는 가정마다 다릅니다. 아동기 초기의 사회적 성별이행은 몇몇 가정에서는 성공적으로 일어나기도 합니다. 이에 대해서는 논란이 많으며 보건의료 전문가들도 의견이 엇갈립니다. 현재 축적된 근거만으로는 아동기 초기에 사회적 성별 이행을 완료했을 때의 장기 결과를 예측하기에 부족합니다. 어린 나이에 사회적으로 성별 이행을 마친 아동의 결과를 조사하면 미래에 권장할만한 임상 지침을 만드는 데 매우 유용한 정보가 나올 것입니다.

정신건강 전문가는 어린 자녀가 성역할을 바꾸는 시기와 과정에 대해 가족이 결정을 내리도록 돕습니다. 전문가는 정보를 제공하고 부모가 선택에 따른 장단점을 따져보도록 도와야 합니다. 이와 관련해, 상술했듯이 아동기 성별위화감이 성인기까지 지속되는 비율이 비교적 낮다는 점을 감안해야 합니다(Drummond et al., 2008; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008). 원래 성역할로 돌아가는 것은 매우 고통스러울 뿐만 아니라, 아이는 예전의 사회적 성역할로 다시 이행하는 것을 미루기도 합니다(Steensma & Cohen-Kettenis, 2011). 그러므로 부모는 성역할 변경을 돌이킬 수 없는 선택이 아니라 다른 성역할로 사는 경험을 해 볼 기회라고 말하기를 원하기도 하는데, 정신건강 전문가는 부모가 절충안(예컨대 휴가 기간 동안에만 성역할 바꾸기를 허락하기)을 찾도록 도울 수 있습니다. 부모가 아이에게 다시 원래대로 돌아갈 방법이 있다고 알려주는 것도 중요합니다.

가족이 성별 이행(시기 및 이행 정도)에 대해 어떤 결정을 내리든, 선택지와 그로 인한 영향을 검토하려는 가족을 정신건강 전문가는 상담하고 지원해야 합니다. 어린 자녀의 성역할 이행을 부모가 허락하지 않는다면, 부모가 민감하고 보살피는 태도로 아이의 필요에 응하도록 돕는 상담을 하여, 아이가 안전한 환경에서 성별에 대한 느낌과 행동을 충분히 탐색하도록 보장합니다. 부모가 어린 자녀에게 성역할 이행을 허용한다면, 아이의 긍정적인 경험을 돕기 위해 부모는 상담을 받을 수도 있습니다. 예를 들자면, 부모는 아이에게 새로운 성별에 맞는 호칭을 사용하는 법, 성별 이행하는 아이에게 안전하고

지지적인 환경(학교, 또래집단 등)을 유지하는 법, 자녀의 삶에 대해 다른 사람과 대화하는 방법에 대하여 도움을 필요로 하기도 합니다. 어렸을 때 성역할 이행을 허용하든 하지 않든, 일단 아이가 사춘기에 접어들면 신체적 조치를 받기에 적합한 시기가 다가옴에 따라 추가 평가가 필요할 수 있습니다.

## 청소년에 대한 신체적 조치

청소년에게 신체적 조치를 할지 고려하기에 앞서, 상술한 내용에 따라 심리·가족·사회 문제를 폭넓게 탐색하여야 합니다. 탐색 기간은 상황이 얼마나 복잡한지에 따라 크게 달라지기도 합니다.

신체적 조치 문제는 청소년의 발달을 고려하여 다뤄야 합니다. 어떤 청소년은 정체성에 대한 신념을 완강하게 고집하고 강하게 표현하다 보니 정체성이 절대 바뀌지 않을 것 같은 인상을 주기도 합니다. 반면 어떤 청소년은 성별순응적으로 태도를 바꾸기도 하지만 이는 대체로 부모의 마음에 들기 위해 그러는 것이며, 실제로는 순응적인 태도를 계속 유지하지도 못할뿐더러 성별위화감이 완전히 해소된 것도 아닙니다. (Hembree et al., 2009; Steensma et al., 2011 년 1 월 7 일, 인쇄 전 온라인 출간).

청소년에게 실시하는 신체적 조치는 3 가지 범주/단계로 나뉩니다(Hembree et al., 2009).

1. 온전히 가역적인 처치: GnRH 효능제를 투여해 에스트로겐이나 테스토스테론 생산을 억제함으로써 사춘기에 일어날 신체 변화를 지연시키는 방법이 있습니다. 또한 프로게스틴(주로 메드록시프로게스테론 medroxyprogesterone)이나 다른 의약품(스피로노락톤 spironolactone 등)을 사용해, GnRH 효능제를 투여하지 않는 청소년의 고환에서 생산하는 안드로겐의 영향을 감소시키는 방법이 있습니다. 경구피임약(또는 데포메드록시프로게스테론 depot medroxyprogesterone)을 지속적으로 투약하여 월경을 억제하기도 합니다.
2. 일부 가역적인 처치: 신체를 남성화하거나 여성화하는 호르몬 치료를 포함합니다. 호르몬으로 유도한 변화를 되돌리려면 재건수술이 필요한 경우도 있고(에스트로겐 투여로 인한 여성유방증 등), 되돌리지 못하는 경우도 있습니다(테스토스테론 투여로 인해 굵어진 음성 등).
3. 비가역적인 처치: 수술적 처치

처음 두 단계에서 언제든지 선택을 되돌릴 수 있도록, 단계적인 과정을 취하기를 권합니다. 청소년과 부모가 충분한 시간을 갖고 예전에 했던 처치가 미친 영향에 적응하기 전까지는 다음 단계로 나아가서는 안 됩니다.

## 온전히 가역적인 처치

사춘기를 맞은 청소년은 몸이 변화하기 시작하자마자 사춘기 호르몬 억제제 puberty-suppressing hormones 를 처방받을 수 있습니다. 청소년과 부모가 충분한 정보에 근거하여 사춘기를 억제할지



결정하려면, 사춘기 시작부터 최소한 태너 척도 2 기까지는 경험하기를 권장합니다. 몇몇 아동은 아주 어린 나이에 (예컨대 만 9 세) 이 단계에 도달하기도 하지만, 지금까지 사춘기 억제법을 평가한 연구는 만 12 세 이상인 아동만을 대상으로 진행되었습니다(Cohen- Kettenis, Schagen, Steensma, de Vries, & Delemarre-van de Waal, 2011; de Vries, Steensma et al., 2010; Delemarre-van de Waal, van Weissenbruch, & Cohen Kettenis, 2004; Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis, 2006).

사춘기 호르몬 억제제 투여가 정당한 이유는 두 가지입니다. 첫째, 청소년에게 성별비순응 및 발달상의 다른 이슈를 탐색할 시간을 벌어줍니다. 둘째, 되돌리기 어렵거나 불가능한 성징이 발달하는 것을 억제하기 때문에, 성전환/성별 확정 치료를 계속할 경우 성별 이행이 쉬워지게 합니다.

몇 년간 사춘기 발달을 억제한 후, 호르몬 치료를 완전히 중단할지 여성화/남성화 호르몬 치료를 실시할지를 결정합니다. 사춘기 억제 치료를 한다고 하여 사회적 성역할 이행이나 성전환으로 연결되는 것은 아닙니다.

### **사춘기 호르몬 억제제 처방 기준**

청소년이 사춘기 호르몬 억제제를 처방 받으려면 최소한 다음과 같은 기준을 만족하여야 합니다.

1. 성별비순응 또는 성별위화감을 (억누르든 내놓고 표현하든) 지속적이고 강렬하게 나타냄
2. 사춘기에 접어들면서 성별위화감이 나타나거나 심해짐
3. 치료를 방해하는 (예컨대 치료 시 준수 사항을 지키기 어렵게 하는) 심리적·의학적·사회적 질환/문제가 모두 해결되어, 청소년이 치료를 시작할 수 있을 만큼 상황이나 기능이 충분히 안정되어 있음
4. 청소년 본인이 치료에 대해 사전동의를 함. 당사자가 의료행위에 동의할 수 있는 법적 연령에 미달한다면, 특히 부모나 다른 보호자가 치료에 동의하고 치료 과정 전반에 걸쳐 청소년을 적극 지지하여야 함

### **사춘기 억제 치료법, 모니터링, 그리고 사춘기 억제의 위험성**

사춘기를 억제하려면, 남성 생식기가 있는 청소년에게는 GnRH 효능제를 투여하여 황체화 호르몬 분비를 막음으로써 테스토스테론 분비를 막습니다. GnRH 효능제 대신 프로게스틴(메드록시프로게스테론 등)이나 다른 약물을 투여하여 테스토스테론 분비를 억제하거나 테스토스테론의 작용을 중화하기도 합니다. 여성 생식기가 있는 청소년에게는 GnRH 효능제를 투여하여 에스트로겐과 프로게스테론 분비를 억제합니다. GnRH 효능제 대신 프로게스틴(메드록시프로게스테론 등)을 투여하기도 합니다. 경구피임약(또는 데포메드록시프로게스테론)을 지속적으로 투여하여 월경을 멈추기도 합니다. 두 집단 모두 GnRH 효능제를 투여하는 치료 방식이 가장 바람직하지만(Hembree et al., 2009), 이 방법은 비용이 너무 비싸 어떤 환자는 받지 못하기도 합니다.

사춘기를 억제하는 동안에는 청소년의 신체발달을 신중하게 모니터링 하여, 필요시 (예컨대 성별에 맞는 적절한 키를 설정하거나, 의인성(醫困性) 저골밀도를 개선하거나 할 때) 적절한 처치를 할 수 있도록 해야 합니다. 모니터링은 되도록 소아 내분비과 전문의가 하는 것이 좋습니다. (Hembree et al., 2009).

## 제 7 판

사춘기 호르몬 억제제를 일찍 사용하면 늦게 사용할 때보다 성별위화감이 사회적이거나 감정적인 면에 미치는 나쁜 영향을 더 효과적으로 피할 수 있습니다. 치료를 청소년기 초에 한다면, 가능한 한 소아 내분비과 전문의의 조언을 받아 관리하여야 합니다. 남성 생식기가 있는 청소년이 사춘기 초기에 GnRH 효능제를 투여하기 시작하면 나중에 음경반전질성형술에 쓸 음경 조직이 모자랄지도 모른다는 점을 고지하여야 합니다(대안으로 피부이식편이나 결장 조직을 이용한 수술기법이 존재합니다).

사춘기를 억제하는 것도 억제하지 않는 것도 중립적인 행동은 아닙니다. 보건의료 전문가가 사춘기 억제 조치를 거부한다면, 환자는 청소년기에 비가역적인 이차 성장이 발달하고 오랫동안 심하게 성별위화감을 겪게 되어, 어른이 된 후 삶에 지장을 받을 수 있습니다. 반면 사춘기 억제를 반대하는 쪽에서는 GnRH 효능제를 투여하면 신체적 부작용이 발생하리라는 (예컨대 뼈가 잘 형성되지 않거나 키가 잘 자라지 않는) 점을 우려하기도 합니다. (10 년간 청소년을 추적하여 연구한 결과) 사춘기 억제법은 전망이 밝아 보이기는 하지만(Cohen-Kettenis et al., 2011; Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis, 2006), 장기적인 효과가 어떨지는 초기에 치료받은 환자가 적절한 나이가 되었을 때에야 알 수 있습니다.

## 일부 가역적인 처치

청소년이 여성화/남성화 호르몬 치료를 시작하기에 적합할 수도 있는데, 이때에는 되도록 부모의 동의를 받는 것이 좋습니다. 만 16 세가 되면 의학적 의사결정을 내릴 수 있는 성년으로 대우하여 부모의 동의를 요구하지 않는 나라도 적지 않습니다. 청소년, 가족, 치료팀이 함께 치료 결정을 내리는 것이 가장 이상적입니다.

성별위화감을 느끼는 청소년의 호르몬 처방계획 regimen 은 성인과 상당히 다릅니다 (Hembree et al., 2009). 청소년기에 걸쳐 발생하는 신체, 정서, 정신 발달에 맞게 처방계획을 조정하기 때문입니다(Hembree et al., 2009).

## 비가역적인 처치

생식기 수술을 하기에 앞서, 환자는 (i) 해당 국가에서 의학적 처치에 동의할 수 있는 법적 성년이 되고 (ii) 성별정체성에 부합하는 성역할로 최소한 12 개월간 지속적으로 생활해보아야 합니다. 나이는 최소한의 기준일 따름이며, 나이만을 근거로 적극적인 개입 여부를 판가름하면 안 됩니다.

FtM 환자의 흉부 수술은 좀 더 일찍 할 수 있는데, 원하는 성역할로 충분한 기간 동안 생활해보고 테스토스테론 치료를 1 년간 한 후에 실시하기를 권장합니다. 이러한 일련의 과정을 권장하는 의도는

청소년에게 충분한 기회를 주어 좀 더 남성적인 성역할을 경험하고 이에 적응하도록 한 다음에 비로소 비가역적인 수술을 받도록 하는 것입니다. 그렇지만, 청소년의 특정 임상 상황과 성별정체성 표현 목표에 따라 접근 방식을 달리하는 것이 더 알맞을 수도 있습니다.

## 청소년을 의학적으로 치료하지 않을 때의 위험

청소년에게 제때 의학적 처치를 하지 않는다면, 성별위화감이 지속되고 학대와 낙인을 부르는 외모가 만들어질지도 모릅니다. 성별에 관한 학대는 청소년기에 느끼는 심리적 고통과 강한 상관 관계가 있기 때문에(Nuttbrock et al., 2010), 사춘기 억제 치료 및 추후 여성화/남성화 호르몬 치료를 하지 않는 것은 중립적인 선택이 아닙니다.

## VII. 정신건강

트랜스섹슈얼·트랜스젠더·성별비순응자는 여러 가지 이유로 정신건강 전문가에게 도움을 받고자 합니다. 치료받으러 오는 이유가 무엇이든, 정신건강 전문가는 성별비순응에 대해 알고, 적절한 문화적 숙련도를 갖추어 대응하며, 도움을 제공할 때 내담자를 세심하게 배려해야 합니다.

SOC 제 7 장은 성인이 성별위화감 및 관련 문제 때문에 도움을 받고자 할 때 정신건강 전문가가 수행하는 역할에 초점을 맞춥니다. 성별위화감을 느끼는 아동·청소년과 가족을 상대하는 전문가는 제 6 장을 참조하시기 바랍니다.

### 성별위화감을 나타내는 성인을 상대하는 정신건강 전문가의 자격요건

정신건강 전문가를 훈련하여 성별위화감을 느끼는 성인을 능숙하게 상대하도록 하려면, 먼저 제반 정신건강 문제를 평가, 진단, 치료할 수 있는 일반 임상 자격요건부터 기본적으로 교육해야 합니다. 임상 수련은 정신건강 전문가를 양성하는 어떤 분야에서라도, 예컨대 심리학, 정신건강의학, 사회복지학, 정신건강 상담, 결혼 및 가족 상담, 간호학, 또는 행동과학과 상담에 특화된 가정의학 분야에서 받을 수 있습니다. 정신건강 전문가가 성별위화감을 나타내는 성인을 상대할 때는 다음과 같은 최소 자격요건을 권장합니다.

1. 임상 행동과학 분야에서 적어도 석사학위 또는 그와 동등한 자격을 보유하며, 학위는 국가 또는 지역 내 적절한 인증기관에서 인가 받은 기관에서 수여하여야 합니다. 정신건강 전문가는 해당 국가의 유관 면허기관이나 그와 동등한 기관에서 발행한 자격증을 문서로 보유하여야 합니다.
2. 진단 목적으로 『정신장애의 진단 및 통계 편람』(DSM) 내지 『국제질병분류』(ICD)를 능숙하게 활용할 줄 알아야 합니다.
3. 동반하는 정신건강 문제를 인지하고 진단하며, 이를 성별위화감과 구분하는 능력을 구비하여야 합니다.
4. 심리 치료나 상담 분야에서 슈퍼비전을 받아 수련한 기록이 있고, 해당 분야에 능숙해야 합니다.
5. 비순응적 성별정체성·성별표현과 성별위화감 진단·평가에 대한 지식을 갖추어야 합니다.
6. 성별위화감 진단·평가에 대해 지속적으로 교육을 받아야 합니다. 관련 전문가 회의, 워크숍, 세미나에 참석하거나, 관련 경험을 쌓은 정신건강 전문가에게 슈퍼비전을 받거나, 성별비순응과 성별위화감 관련 연구에 참여하는 것 등이 여기에 포함됩니다.

이상의 최소 자격요건에 덧붙여, 트랜스섹슈얼·트랜스젠더·성별비순응자와 원활하게 작업하도록 문화적 숙련도를 키우고 유지하기를 권고합니다. 내담자와 가족에 관련된 커뮤니티, 권리옹호, 공공정책 분야의 현재 이슈에 대해 지식을 갖추는 것도 한 예입니다. 섹슈얼리티, 성 건강 문제, 성적 장애의 평가와 치료에 대한 지식도 갖추면 좋습니다.

이 분야를 처음 접하는 정신건강 전문가는 (수련 수준이나 여타 경력과 상관 없이) 성별위화감 평가·치료 의 인증된 자격요건을 갖춘 정신건강 전문가로부터 슈퍼비전을 받아 작업하여야 합니다.

## 성별위화감을 나타내는 성인을 상대하는 정신건강 전문가의 업무

정신건강 전문가는 내담자의 필요에 따라 트랜스섹슈얼·트랜스젠더·성별비순응자와 그 가족에게 다양한 서비스를 제공하는데, 심리 치료, 상담가, 가족치료, 진단/평가, 권리옹호 활동, 교육 등 다양한 역할을 할 수 있습니다.

정신건강 전문가는 내담자가 전문적인 지원을 받고자 하는 이유를 알아내야 합니다. 예를 들어, 내담자는 성별정체성과 성별표현을 탐색하거나 커밍아웃 과정을 원활하게 하거나, 심리 치료적 지원을 받으려 하거나, 의학적 여성화/남성화 처치에 필요한 평가 및 의뢰를 받으려 하거나, 가족(배우자, 자녀 및 친척)에 대한 심리적 지지를 받으려 하거나, 성별 문제와 무관한 심리 치료를 받으려 하거나, 또는 다른 전문 서비스를 받으려 하는 등 여러 가지 이유로 내원하기도 합니다.

정신건강 전문가가 성별위화감을 나타내는 성인을 상대할 때 수행하는 업무에 대한 일반 지침은 다음과 같습니다.

## 평가 및 의뢰 관련 업무

### 1. 성별위화감 평가하기

정신건강 전문가는 내담자의 전반적인 심리사회적 적응 정도를 평가하는 맥락에서 성별위화감을 평가합니다(Bockting et al., 2006; Lev, 2004, 2009). 평가 내용에는 성별정체성과 성별위화감에 대한 평가, 성별위화감을 느낀 개인력과 성별위화감이 전개된 과정, 성별비순응에 대한 사회적 낙인이 정신건강에 미친 영향, 가족·친구·동료에게 지지를 받는 정도(예를 들어, 다른 트랜스섹슈얼·트랜스젠더·성별비순응자 개인이나 집단과 면대면 또는 온라인으로 접촉하는지)가 적어도 포함되어야 합니다. 평가 결과에 따라 진단을 내리지 않거나, 성별위화감에 관련된 정식 진단을 내리거나, 내지는 내담자의 건강과 심리사회적 적응 양상을 묘사하는 다른 진단을 내릴 수도 있습니다. 정신보건의료 전문가의 역할은 성별위화감이 다른 진단에 수반되는 2 차적인 증상이 아니며 다른 진단으로 설명되지도 않음을 합리적으로 확인하는 것입니다.

상술한 자격요건을 갖춘 정신건강 전문가는 (이하 '자격을 갖춘 정신건강 전문가'로 칭함) 성별위화감을 위와 같이 평가하는 데 가장 적합합니다. 그렇지만 다른 분야의 보건의료 전문가라도, 행동건강에 대해

## 제 7 판

적절히 훈련 받고 성별위화감을 진단할 자격요건을 갖추었다면 평가 업무를 수행해도 됩니다. 여성화/남성화 호르몬 치료를 제공하는 다학제적 전문 팀의 일원이라면 더욱 그러합니다. 호르몬 치료를 처방하는 제공자거나 제공자의 건강관리 팀 구성원 등이 이에 해당합니다.

## **2. 성별정체성 및 성별표현 관련 선택지와 내담자가 받을 수도 있는 의학적 처치에 대해 정보 제공하기**

정신건강 전문가가 내담자에게 성별정체성 및 성별표현은 매우 다양하며 성별위화감을 완화하기 위한 선택도 매우 다양하다고 교육하는 것도 중요한 업무입니다. 그 후, 정신건강 전문가는 내담자로 하여금 다양한 선택지를 탐색하면서 자신에게 편안한 성역할과 성별표현을 찾고, 필요 시 의학적 처치에 대해 충분한 정보에 근거하여 의사결정을 내리도록 준비시킵니다 (아니면 다른 곳으로 의뢰합니다). 이 과정에는 개인·가족·집단치료나 동료지지를 받도록 의뢰하거나 지역공동체의 자원과 경로를 접하도록 의뢰하는 것도 포함됩니다. 전문가와 내담자는 성역할 변화 및 의학적 처치의 장단기적 영향에 대해 상의합니다. 심리적, 사회적, 신체적, 성적, 직업 관련, 경제적, 법적인 영역까지 영향이 미칠 수 있습니다(Bockting et al., 2006; Lev, 2004).

이 업무도 자격을 갖춘 정신건강 전문가가 수행하는 것이 최선이지만, 다른 분야의 보건의료 전문가라도 행동건강에 대해 적절히 훈련 받고 비순응적인 성별정체성과 성별표현 및 성별불쾌감을 진단하기 위한 지식을 갖추었다면 평가 업무를 수행해도 됩니다. 여성화/남성화 호르몬 치료를 제공하는 다학제적 전문 팀의 일원이라면 더욱 그러합니다.

## **3. 성별위화감과 동반하는 정신건강 문제를 평가, 진단, 논의하기**

성별위화감을 나타내는 내담자는 각종 정신건강 문제로 고생하기도 하는데, 이는 오랜 세월 겪은 성별위화감 내지 만성 소수자 스트레스와 유관할 때도 무관할 때도 있습니다(Gómez-Gil, Trilla, Salamero, Godás, & Valdés, 2009; Murad et al., 2010). 나타날 수 있는 문제로는 불안, 우울증, 자해, 학대 및 방임 경험, 충동, 물질남용, 성적 문제, 성격장애, 섭식장애, 정신장애, 자폐 스펙트럼 장애 등이 있습니다(Bockting et al., 2006; Nuttbrock et al., 2010; Robinow, 2009). 정신건강 전문가는 이와 같은 정신건강 문제가 있는지를 검사하고, 문제가 발견되면 치료계획 전반에 통합해야 합니다. 정신건강 문제는 내담자를 현저히 고통스럽게 할 뿐만 아니라, 치료하지 않고 두면 성정체성을 탐색하고 성별불쾌감을 해소하는 과정을 복잡하게 만들기도 합니다(Bockting et al., 2006; Fraser, 2009a; Lev, 2009). 반면 문제를 해결하면 성별위화감을 해소하고 성역할 변화도 일어날 수 있으며, 충분한 정보에 근거해 의학적 조치에 대한 결정을 내리고 삶의 질을 향상하는 등의 과정이 매우 원활해집니다.

어떤 내담자는 항정신성 약물의 도움을 받아 동반 정신장애를 치료하거나 증상을 완화하기도 합니다. 정신건강 전문가는 이러한 사실을 인지하고 약물치료를 제공하거나 약물치료 제공 자격을 갖춘 동료에게 내담자를 의뢰해야 합니다. 동반 정신건강 문제가 있다는 것은 성역할을 못 바꾸게 하거나 여성화/남성화 호르몬 치료 또는 수술을 못 받게 하는 이유는 되지 못하며, 이러한 문제는 성별위화감을 치료하기 전이나 치료하는 도중에 최선의 방식으로 관리하여야 합니다. 더불어, 충분한 이해와 근거를 근거로 사전동의를 할 능력이 있는지 내담자를 평가해야 합니다.

자격을 갖춘 정신건강 전문가는 이러한 동반 정신장애를 평가하고 진단하고 치료하도록 (또는 치료를 의뢰하도록) 특별히 교육받습니다. 다른 분야의 보건의료 전문가라도 행동건강에 대해 적절히 훈련 받고 성별위화감을 진단할 자격요건을 갖추었다면 평가 업무를 수행해도 되며, 임상적으로 필요하다고 판단한다면 자격을 갖춘 정신건강 전문가에게 의뢰하여 종합 평가 및 치료를 받도록 합니다. 이 전문가가 특히 여성화/남성화 호르몬 치료를 제공하는 다학제적 전문 팀의 일원이라면 더욱 그러합니다.

#### **4. 필요시 호르몬 치료 자격유무를 평가하고, 호르몬 치료를 받도록 준비시키고, 호르몬 치료를 의뢰함**

SOC 는 여성화/남성화 호르몬 치료 관련 결정을 안내하는 기준을 제공합니다(제 8 장 및 부록 C 에 서술). 정신건강 전문가는 수술을 고려하는 내담자가 수술에 심리적·실질적으로 대비하도록 돕습니다. 심리적인 대비의 예로는 내담자가 명확하고 현실적인 기대를 품고 충분한 정보에 근거해 결정을 내리고, 전반적인 치료계획에 맞게 서비스를 제공받을 준비를 갖추고, 가족과 공동체가 적절한 방식으로 치료 과정에 참여하도록 하는 것이 있습니다. 실질적인 대비의 예로는 내담자가 의사의 진찰을 받아 호르몬 치료의 금기사항이 없음을 확인하거나 금기증상에 대처하고, 호르몬 치료에 따른 심리사회적 영향을 고려하는 것이 있습니다. 내담자가 가임 연령이라면 호르몬 치료를 시작하기에 앞서 생식에 관한 선택지를 탐색해야 합니다(제 9 장 참조). 호르몬 치료는 (여느 건강관리 문제와 마찬가지로) 누구보다도 내담자 스스로 결정해야 한다는 점을 정신건강 전문가가 인지하는 것이 중요합니다. 그렇지만 정신건강 전문가에게는 내담자가 충분한 정보에 근거해 의사결정을 내리고 치료에 적절히 대비하도록 격려하고 안내하고 지원할 책무도 있습니다. 내담자의 결정을 최선으로 지지하려면, 정신건강 전문가는 내담자와 기능적으로 협력하는 관계를 구축하고 내담자에 대해 충분한 정보를 보유해야 합니다. 정신건강 전문가는 성별위화감을 완화하고 적절한 의료 서비스를 제공할 목적으로 내담자를 신속하고 주의 깊게 평가하여야 합니다.

#### **여성화/남성화 호르몬 치료 의뢰**

사람들은 여성화/남성화 호르몬 치료를 받으려 각종 전공분야의 전문 제공자를 찾아가기도 하지만, 트랜스젠더 건강관리는 다학제적 분야이므로 내담자의 건강관리 전반을 책임지는 팀 내에서 건강관리 업무를 협업하고 서로에게 의뢰하기를 권장합니다.

호르몬 치료는 자격을 갖춘 정신건강 전문가의 의뢰를 받아 개시할 수 있지만, 다른 분야의 보건의료 전문가라도 행동건강에 대해 적절히 수련 받고 성별위화감을 진단할 자격요건을 갖추었다면 평가 업무를 수행해도 됩니다. 특히 내담자에게 동반 정신건강 문제가 없고 해당 전문가가 여성화/남성화 호르몬 치료를 제공하는 다학제적 전문 팀의 일원이라면 더욱 그러합니다. 보건의료 전문가는 의뢰 시 차트 내지 의뢰서에 환자의 개인력과 치료 이력, 치료 진행 상황, 호르몬 치료 적격 여부에 관한 기록을 제공해야 합니다. 호르몬 치료를 권고하는 보건의료 전문가는 치료 서비스를 제공하는 의사와 더불어 치료 결정에 대한 윤리적·법적 책임을 집니다.

여성화/남성화 호르몬 치료 의뢰서에는 아래와 같은 내용을 담기를 권장합니다.

##### **1. 내담자의 일반적인 특성**

제 7 판

2. 내담자에 대한 심리사회적 평가: 진단명이 있다면 적시함
3. 의뢰를 요청하는 정신건강 전문가가 내담자를 상대한 기간과, 현재까지 실시한 평가 및 치료/상담 유형
4. 내담자가 호르몬 치료 기준을 충족함을 설명하고, 내담자의 호르몬 치료 요청을 지지하는 임상 근거를 간략하게 기술함
5. 환자에게 사전동의를 받았다는 진술
6. 의뢰를 요청하는 정신건강 전문가가 건강관리 업무를 협업할 의사가 있으며, 이를 결정하기 위해 전화를 해도 된다는 진술

다학제적인 전문 팀에서 일하는 서비스 제공자는 굳이 의뢰서를 쓸 필요 없이, 차트에 평가 결과와 권고사항을 적시해도 됩니다.

## 5. 필요시 수술 자격유무를 평가하고, 수술을 받을 수 있도록 준비시키며, 수술을 의뢰함

SOC 는 유방/흉부 수술과 생식기 수술 관련 결정을 돕는 기준도 제시합니다(제 11 장 및 부록 C 에 서술). 정신건강 전문가는 수술을 고려하는 내담자가 수술에 심리적·실질적으로 대비하도록 돕습니다. 심리적인 대비의 예로는 내담자가 명확하고 현실적인 기대를 품고 충분한 정보에 근거해 결정을 내리고, 전반적인 치료계획에 맞게 서비스를 제공받을 준비를 갖추고, 가족과 공동체가 적절한 방식으로 치료 과정에 참여하도록 하는 것이 있습니다. 실질적인 준비의 예로는 내담자가 충분한 정보에 근거하여 수술을 집도할 외과의를 정하고, 추적관찰 계획을 세우도록 하는 것이 있습니다. 내담자가 가임 연령이라면 호르몬 치료를 시작하기에 앞서 생식에 관한 선택지를 탐색해야 합니다(제 9 장 참조).

SOC 는 안면 여성화/남성화 수술과 같은 기타 외과 시술에 대해서는 기준을 정하지 않았습니다. 그러나 정신건강 전문가는 내담자가 전반적인 커밍아웃/성별 이행 과정의 맥락을 고려하여, 시술 시기와 시술에 따른 영향에 대해 충분한 정보를 제공함으로써, 내담자가 의사결정을 내리도록 돕는 데 중요한 역할을 하게 됩니다.

수술적 치료는 (여느 건강관리 문제와 마찬가지로) 누구보다도 내담자 스스로 결정해야 한다는 점을 정신건강 전문가가 인지하는 것이 중요합니다. 그렇지만 정신건강 전문가에게는 내담자가 충분한 정보에 근거해 의사결정을 내리고 치료에 적절히 대비하도록 격려하고 안내하고 지원할 책무도 있습니다. 내담자의 결정을 최선으로 지지하려면, 정신건강 전문가는 내담자와 기능적으로 협력하는 관계를 구축하고 내담자에 대해 충분한 정보를 보유해야 합니다. 정신건강 전문가는 성별위화감을 완화하고 적절한 의료 서비스를 제공할 목적으로 내담자를 신속하고 주의 깊게 평가하여야 합니다.

### 수술 의뢰하기

성별위화감에 대한 수술적 치료는 자격을 갖춘 정신건강 전문가가 의뢰하면 (수술의 종류에 따라 1 건 또는 2 건 필요) 시작할 수 있습니다. 정신건강 전문가는 차트나 의뢰서를 통해 환자의 개인력과 치료



이력, 치료 진행 상황, 수술 자격 유무에 관한 기록을 제공합니다. 수술을 권고하는 정신건강 전문가는 외과의와 더불어 수술 결정에 대한 윤리적·법적 책임을 집니다.

- 유방/흉부 수술(유방 절제술, 흉부 재건 수술, 유방 성형술 등)에는 자격을 갖춘 정신건강 전문가의 진료의뢰서 1 건이 필요합니다.
- 생식기 수술(자궁 절제술/난소자궁관 절제술, 고환 절제술, 생식기 재건 수술 등)에는 진료의뢰서 2 건이 필요한데, 자격을 갖춘 정신건강 전문가들이 각기 환자를 평가하여 의뢰해야 합니다. 환자의 심리 치료사가 첫 번째 의뢰를 했다면, 두 번째 의뢰는 환자에게 평가적 역할만을 수행한 사람이 해야 합니다. 의뢰서는 두 통을 따로 보내거나 한 통에 두 사람이 서명하여(예컨대 두 전문가가 같은 전문병원에서 진료하는 경우) 보내는데, 의뢰서는 어떤 식으로 보내든 아래에서 설명하는 주제들을 다루어야 합니다.

수술 의뢰서에는 다음과 같은 내용을 담기를 권장합니다.

1. 내담자의 일반적인 특성
2. 내담자에 대한 심리사회적 평가: 진단명이 있을 경우 적시함
3. 의뢰를 요청하는 정신건강 전문가가 내담자를 상대한 기간과, 현재까지 실시한 평가 및 치료/상담 유형
4. 내담자가 수술 기준을 충족함을 설명하고, 내담자의 호르몬 치료 요청을 지지하는 임상 근거를 간략하게 기술함
5. 환자에게 사전동의를 받았다는 진술
6. 의뢰를 요청하는 정신건강 전문가가 건강관리 업무를 협업할 의사가 있으며, 이를 결정하기 위해 대화를 해도 된다는 진술

다학제적인 전문 팀에서 일하는 서비스 제공자는 굳이 의뢰서를 쓸 필요 없이, 차트에 평가 결과와 권고사항을 적시해도 됩니다.

## 정신건강 전문가와 호르몬 처방 의사·외과의 및 여타 보건의료 전문가의 관계

가장 이상적인 상황은, 정신건강 전문가가 업무를 수행하면서 성별위화감 평가·치료에 능통한 (정신건강뿐만 아니라 다른 건강 관련 분야의) 전문가들과 정기적으로 진행 상황을 의논하고 동료 자문을 받는 것입니다. 내담자 건강에 연관된 전문가들은 상호 협조적인 관계를 맺고, 필요할 때마다 협업하고 임상 관련 대화를 나누어야 합니다. 자문을 받고, 의뢰를 하고, 수술 후 문제를 관리하는 데 열린 자세로 연락을 지속하는 것이 필요할 수 있습니다.

## 심리 치료 관련 업무

### 1. 심리 치료는 호르몬 치료 및 수술의 필수요건이 아님

상술한 바와 같은 정신건강 검사 내지 평가는 성별위화감에 대한 호르몬 치료와 수술적 치료를 의뢰할 때 필수입니다. 반면 심리 치료는 매우 권장하기는 하지만 필수요건이 아닙니다.

SOC 는 호르몬 치료나 수술 전에 심리 치료를 최소 회기 수를 권장하지 않습니다. 여기에는 다층적인 이유가 있습니다(Lev, 2009). 첫째, 최소 회기 수를 규정하는 것이 오히려 장애물로 해석되는 경향이 있어서, 개인의 성장을 탐색할 진정한 기회를 막는 경향이 있습니다. 둘째, 정신건강 전문가는 내담자가 어떤 식으로든 의학적 처치를 받기 전만이 아니라 성별정체성·성별표현 및 성별 이행 가능성을 탐색하는 단계 전반에 걸쳐 중요한 도움을 줄 수 있습니다. 셋째, 내담자와 심리 치료사는 정해진 시간 안에 비슷한 목표를 달성하는 능력에 차이가 있습니다.

### 2. 성별 문제가 있는 성인 대상 심리 치료의 목적

심리 치료는 일반적으로 개인의 심리적 안녕, 삶의 질, 그리고 자존감을 최대한 높이는 것을 목적으로 합니다. 심리 치료는 성별정체성을 바꾸려는 목적이 아니라, 성별 문제를 탐색하고 성별위화감이 있을 경우 이를 해소하는 방법을 찾기 위해 실시합니다(Bockting et al., 2006; Bockting & Coleman, 2007; Fraser, 2009a; Lev, 2004). 심리 치료의 전반적인 목적은 트랜스섹슈얼·트랜스젠더·성별비순응자가 장기적으로 편안함을 느끼면서도 애정생활, 교육, 직장생활에 현실적으로 성공할 수 있는 성별정체성 표현을 찾는 것입니다. 자세한 내용은 Fraser 의 연구(Fraser, 2009c)를 참조하시기 바랍니다.

심리 치료는 개인, 부부, 가족, 집단으로 할 수 있는데, 집단치료는 특히 동료지지를 확보하는 데 중요합니다.

### 3. 트랜스섹슈얼·트랜스젠더·성별비순응 내담자에 대한 심리 치료: 상담 및 성역할 변화에 대한 지지를 포함하여

내담자가 편안하게 느끼는 성역할을 찾는 과정에서 심리사회적인 면이 다른 어떤 면보다 가장 우선합니다. 심리 치료는 트랜스섹슈얼·트랜스젠더·성별비순응자가 (i)성별정체성과 성역할을 명확히 파악하고 탐색하고 (ii)정신건강과 인간발전에 사회적 낙인과 소수자 스트레스가 미치는 영향에 대처하며 (iii)커밍아웃 과정을 촉진하는 데 매우 유용합니다(Bockting & Coleman, 2007; Devor, 2004; Lev, 2004). 몇몇 내담자에게 커밍아웃은 성역할 표현을 바꾸고 여성화/남성화 의료 처치를 받는 것을 포함합니다.

정신건강 전문가는 내담자 개인과 가족을 지지하고 대인관계 기술과 회복력을 키워줌으로써, 이들이 트랜스섹슈얼·트랜스젠더·성별비순응자를 받아들일 준비가 되어 있지 않은 세상에서 안정적으로 생활하도록 도울 수 있습니다. 심리 치료는 검사 및 평가 과정에서 발견한 동반 정신장애(불안, 우울증 등)를 완화하는 데 도움이 되기도 합니다.

트랜스섹슈얼·트랜스젠더·성별비순응자 중에서 성역할을 영구적으로 바꾸고 사회적으로 성역할을 전환하고자 하는 사람들에게, 정신건강 전문가는 개인별 목표와 스케줄이 명시된 계획을 원활하게 수립하도록 도움을 줄 수 있습니다. 사람마다 경험에 차이가 있기는 하지만 대체로 성역할을 변경하는 것은 사회적으로 매우 힘들며, 신체적인 성별 이행보다 사회적인 이행이 힘들 때가 더 많습니다. 성역할을 바꾸면 개인적으로나 사회적으로나 극심한 영향을 초래하므로, 가족, 대인관계, 교육, 직업, 경제, 법률 측면에서 어떠한 어려움이 발생할지를 인지하고 결정을 내려야 성공적으로 새로운 성역할을 수행할 수 있습니다.

트랜스섹슈얼·트랜스젠더·성별비순응자 상당수는 본인의 성별정체성에 가장 부합하는 성역할과 연관되거나 그 성역할로 받아들여진 경험이 한 번도 없는 상태에서 치료를 받으려 옵니다. 정신건강 전문가는 이러한 내담자가 성역할 변화를 탐색하고 그에 따른 영향을 예측하며 성역할 변화 속도를 적당히 조절하도록 도울 수 있습니다. 심리 치료는 내담자가 성별정체성에 부합하는 방식으로 자신을 표현하고, 일부 내담자의 경우 성별표현을 바꾸는 것에 대한 두려움을 극복하기도 합니다. 새로운 성역할에 대한 경험과 자신감을 쌓기 위해, 치료실 밖에서 일정 정도 위험을 미리 계산하여 감수할 수 있습니다. 내담자가 가족과 지역공동체(친구, 학교, 직장)에 커밍아웃할 때 도움을 줄 수도 있습니다.

어떤 트랜스섹슈얼·트랜스젠더·성별비순응자는 이미 출생 당시 지정된 성과 다른 성역할로 (아주 적게든, 중간 정도이든, 폭넓게든) 생활한 경험이 있는 상태에서 치료를 받으려 오기도 합니다. 정신건강 전문가는 이런 내담자가 앞으로 어떤 어려움에 맞닥뜨릴지를 명백히 하고 이를 헤쳐나가며, 성역할 변화를 계속 표현하는 과정에서 가장 적절하게 적응하도록 도울 수 있습니다.

#### **4. 가족 치료 또는 가족 구성원에 대한 지지**

성역할을 변경하고 성별위화감에 대해 의학적 처치를 받겠다는 결정은 내담자뿐만 아니라 그 가족에게도 영향을 미칩니다(Emerson & Rosenfeld, 1996; Fraser, 2009a; Lev, 2004). 내담자가 자신의 성별정체성 및 치료에 대해 가족 및 다른 사람들에게 어떻게 전할지를 본인이 심사숙고하여 결단할 수 있도록 정신건강 전문가는 내담자를 돕습니다. 가족치료는 배우자나 파트너뿐만 아니라, 내담자의 자녀 및 친척에 대한 치료도 포함합니다.

내담자는 애정생활과 성 건강에 관한 도움을 요청하기도 합니다. 예를 들어, 섹슈얼리티와 성적 관계에 대한 문제를 탐색하고 싶어할 수도 있습니다.

가족치료는 내담자의 개인 치료의 일부로 제공할 수도 있으며, 임상적으로 타당하다면 동일한 전문가가 제공하기도 합니다. 같은 전문가가 가족 치료를 하는 대신, 가족을 상대하는 작업에 전문성이 있는 치료사나 동료 지원 체계(예컨대 배우자나 가족 간의 직접대면 또는 오프라인 지지 네트워크)에 의뢰하기도 합니다.

#### **5. 평생 후속 치료**

정신건강 전문가는 내담자 및 그 가족을 삶의 여러 단계에 걸쳐 상대하게 될 수 있습니다. 심리 치료는 생애주기 내내 여러 시점에서, 다양한 문제에 도움을 주기도 합니다.

## 6. E-치료(E-Therapy), 온라인 상담, 또는 원격 상담

온라인 또는 E-치료는 숙련된 전문가를 직접 만나 심리 치료를 받기 어렵거나 고립과 낙인을 경험할 수 있는 사람에게 특히 유용하다고 밝혀졌습니다(Derrig-Palumbo & Zeine, 2005; Fenichel et al., 2004; Fraser, 2009b). 이를 근거로 E-치료가 트랜스섹슈얼·트랜스젠더·성별비순응자에게 유용한 방식이 되리라고 추정할 수 있습니다. E-치료는 환자에게 향상되고 확장되고 창의적이며, 개개인에게 맞는 서비스를 제공할 수 있습니다. 그러나 E-치료는 아직 개발 단계에 있기 때문에 예기치 못한 위험을 초래할 수도 있습니다. 원격의료 지침은 미국 일부 지역 내 몇몇 전공분야에서는 확립되어 있지만(Fraser, 2009b; Maheu, Pulier, Wilhelm, McMenamin, & Brown-Connolly, 2005) 모든 지역과 분야에서 확립된 것은 아니며, 해외에서는 규정이 더욱 미흡합니다(Maheu et al., 2005). E-치료를 이러한 방식으로 사용하는 것에 대해 근거에 기반한 데이터가 충분히 축적될 때까지, E-치료를 사용하는 데에는 주의를 요합니다.

E-치료에 참여하는 정신건강 전문가는 해당 전문분야의 인증기관, 전문가협회 및 국가에서 제정한 최신 규정뿐만 아니라, 급격히 발전하는 치료수단인 E-치료에 대한 최신 문헌도 숙지하도록 권장합니다. E-치료의 잠재적 용도, 절차, 관련 윤리 문제에 대해 더 자세히 설명한 문헌이 출간된 바 있습니다(Fraser, 2009b).

## 정신건강 전문가의 기타 업무

### 1. 지역공동체(학교, 직장 및 기타 기관) 내에서 내담자를 대변하여 교육 및 권리옹호 활동을 하고, 내담자가 신분 서류를 변경하도록 도움

트랜스섹슈얼·트랜스젠더·성별비순응자는 성별정체성과 성별표현을 실현해 가면서 직장과 학교를 비롯한 각종 환경에서 어려움에 직면합니다(Lev, 2004, 2009). 정신건강 전문가는 이러한 환경에서 사람들에게 성별비순응에 대해 교육하고 내담자를 대변해 권리옹호를 하는 데 중요한 역할을 할 수 있습니다(Currah, Juang, & Minter, 2006; Currah & Minter, 2000). 교내 상담사, 교사, 행정가, 인사과 직원, 인사관리 담당자 및 직원, 다른 기관 대표자에게 자문을 제공하는 것도 이에 포함됩니다. 뿐만 아니라, 내담자가 여권, 운전면허증, 출생증명서, 학위증명서 등 신분 증명 서류 상의 이름 내지 성별표기를 개정하고자 할 때 건강관리 제공자에게 도움을 요청하기도 합니다.

### 2. 동료지지에 관한 정보와 의뢰 제공

어떤 트랜스섹슈얼·트랜스젠더·성별비순응자는 성별표현 선택과 관련해 개별 심리 치료에서 받을 수 있는 그 무엇보다도 유익한 경험을 동료지지집단에서 하기도 합니다(Rachlin, 2002). 동료지지와 개별심리 치료는 양쪽 다 매우 유용하므로, 성별 문제를 탐색하는 사람이 가능한 한 커뮤니티 활동에 동참하도록 장려하고 동료지지 자원과 관련 정보를 접하도록 해야 합니다.

## 문화가 평가와 심리 치료에 미치는 영향

세계 각지에서 보건의료 전문가가 일하는 환경은 매우 다양합니다. 같은 고통이라고 해도, 어떤 문화권에서는 전문가의 도움이 필요하다고 여기지만, 또 다른 문화권에서는 그 문화권 고유의 용어로 이를 이해하고 분류합니다(Frank & Frank, 1993). 문화적 환경에 따라 정신건강 전문가가 이러한 증상을 이해하는 방식이 주로 결정됩니다. 성별정체성과 성별표현에 관련된 문화 차이는 환자, 정신건강 전문가, 사회에서 인정하는 심리 치료에 영향을 미치기도 합니다. WPATH 는 SOC 가 서구 전통에서 비롯했으며 문화적 맥락에 따라 조정이 필요할 때도 있다는 것을 인정합니다.

## 정신건강관리 관련 윤리 지침

정신건강 전문가는 그 나라에서 전문직에 대한 규정에 따라 그 나라에서 진료/상담할 자격증이나 면허를 취득해야 합니다(Fraser, 2009b; Pope & Vasquez, 2011). 전문가는 트랜스섹슈얼·트랜스젠더·성별비순응 내담자와의 작업 전반에 걸쳐 전공분야의 전문인증기관이 규정한 윤리지침을 준수해야 합니다.

출생 당시 지정된 성에 성별정체성과 성별표현이 더 잘 부합하도록 교정하려는 치료가 과거에 시도된 바 있으나 성공하지 못했으며(Gelder & Marks, 1969; Greenson, 1964), 장기적인 효과도 없었습니다(Cohen-Kettenis & Kuiper, 1984; Pauly, 1965). 이제 이러한 치료는 비윤리적이라고 간주됩니다.

정신건강 전문가가 트랜스섹슈얼·트랜스젠더·성별비순응자 그룹을 대상으로 하기 불편하게 느끼거나 경험이 부족하다면, 자격요건을 갖춘 전문가에게 내담자를 의뢰하거나, 적어도 전문성을 갖춘 동료에게 자문을 받아야 합니다. 현지에 진료할 전문가가 없고 현지 규정에 따라 장거리 자문을 받을 수 있다면, 원격의료를 이용하여 자문을 받을 수도 있습니다.

## 건강관리에 대한 접근 문제

제 7 판

자격을 갖춘 정신건강 전문의를 어디서나 접할 수 있는 것은 아니므로, 양질의 건강관리에 접근이 제한되기도 합니다. WPATH 는 건강관리에 대한 접근성을 개선하고자 하며, 다양한 전공분야의 전문가들을 훈련하는 지속적인 교육 기회를 제공하여 양질의/우수한 트랜스젠더 전문 보건의료를 제공할 수 있도록 합니다. 테크놀로지를 이용해 원격으로 정신건강관리 서비스를 제공하는 것도 접근성을 개선하는 방법입니다(Fraser, 2009b).

세계 여러 지역에서 트랜스섹슈얼·트랜스젠더·성별비순응자들은 건강보험이 없거나 필요한 건강관리를 받는 것에 필요한 돈이 없기 때문에 건강관리에 접근이 제한됩니다. WPATH 는 건강보험회사 및 제 3 의 지급인(기타 지급 회사)이 성별위화감을 완화하기 위해 의학적으로 필요한 치료에 보험을 적용할 것을 촉구합니다(American Medical Association, 2008; Anton, 2009; The World Professional Association for Transgender Health, 2008).

건강관리 서비스에 접근하지 못하는 내담자는 (오프라인 또는 온라인에 있는) 유용한 동료지지 집단에 의뢰하기를 권장합니다. 마지막으로, 내담자가 건강한 결정을 내려 더 나은 삶을 살게 도우려면 위험감소 접근법이 임상적으로 필요하다고 판단할 수 있습니다.

## VIII. 호르몬 치료

### 호르몬 치료의 의학적 필요성

여성화/남성화 호르몬 치료는 내분비호르몬을 외부에서 투여함으로써 신체가 여성화/남성화하도록 변화를 유도하는 치료로, 성별위화감을 느끼는 여러 트랜스섹슈얼·트랜스젠더·성별비순응자가 필요로 하는 의학적 처치입니다(Newfield, Hart, Dibble, & Kohler, 2006; Pfäfflin & Junge, 1998). 어떤 사람들은 여성화/남성화를 최대한으로 추구하는 반면, 어떤 사람들은 기존의 이차 성장을 호르몬 치료로 최소화하여 양성(兩性)적인 외모를 만들기만 해도 불쾌감이 해소된다고 느낍니다(Factor & Rothblum, 2008). 호르몬 치료의 심리사회적 성과에 대한 근거는 <부록 D>에 정리하였습니다.

호르몬 치료는 환자의 목표, 약물의 위험성 대비 효용, 다른 의학적 증상 유무, 사회경제적 고려를 근거로 하여 개개인에 맞게 조절해야 합니다. 호르몬 치료는 사회적인 성역할 변화만으로 만족하지 못하거나 수술을 받고자 하지 않는, 또는 성역할 변화나 수술이 불가능한 환자를 상당히 편안하게 할 수 있습니다(Meyer III, 2009). 성별위화감에 대한 수술적 치료를 위해 일부는 사전에 호르몬 치료가 권장되지만, 일부는 그렇지 않습니다(제 11 장 및 부록 C 참조).

### 호르몬 치료 실시 기준

호르몬 치료를 시작하려면, SOC 제 7 장에서 설명한 바와 같이 자격을 갖춘 보건의료 전문가가 심리사회적 평가를 실시하고 사전동의를 받아야 합니다. 환자에게 심리사회적 평가를 실시한 정신건강 전문가에게 반드시 의뢰를 받아야 합니다. 단, 이 분야에 자격을 갖춘 호르몬 치료 제공자가 평가를 한 경우는 예외입니다.

호르몬 치료 실시 여부를 판단하는 기준은 다음과 같습니다.

1. 성별위화감이 지속되며, 성별위화감이 기록을 통해 충분히 입증됨
2. 환자가 충분한 정보에 근거한 의사결정을 내리고 치료에 동의할 능력을 갖추
3. 환자의 연령이 해당 국가에서 법적으로 성년에 해당함 (만약 미성년이라면 SOC 제 6 장의 기준에 따를 것)
4. 중대한 의학적 문제나 정신건강 문제가 있다면, 합리적으로 잘 통제된 상태여야 함

SOC 제 7 장에서 언급했듯이, 동반하는 정신건강 문제가 있다고 하여 여성화/남성화 호르몬 치료를 제한하지는 못하며, 이러한 문제는 성별위화감을 치료하기 전이나 치료하는 동시에 관리하여야 합니다.

어떤 경우에는 기준을 충족하지 못하는 환자에게도 호르몬을 처방하는 것이 용인됩니다. 예컨대 불법적이거나 자의적인 방식으로 호르몬을 사용하는 사람에게 품질이 검증된 호르몬을 이용한 치료와 모니터링을 원활히 제공할 수도 있고, 이미 본인이 원하는 성별을 확립하였으며 과거 호르몬 투여 경력이

## 제 7 판

있는 환자에게 처방할 수도 있습니다. HIV, B 형간염, C 형간염 등 혈액매개 감염질환에 양성혈청반응을 보인다는 이유만으로 호르몬 치료를 거부하거나 호르몬 치료에 부적합하다고 판단하는 것은 비윤리적입니다.

드물지만, 심각한 건강 문제로 인해 호르몬 투여가 금기되는 경우도 있습니다. 보건의료 전문가는 이러한 환자가 비호르몬 치료로 성별위화감을 치료받도록 도와야 합니다. 자격 있고 환자를 잘 아는 정신건강 전문가는 이런 상황에서 크게 유용합니다.

## 사전동의

여성화/남성화 호르몬 치료로 인해 신체에 비가역적인 변화가 일어나기도 합니다. 그러므로 호르몬 치료는 합법적으로 사전동의를 할 수 있는 사람에게만 실시하여야 합니다. 법원에 의해 친권으로부터 독립한 미성년자 emancipated minor<sup>iii</sup>로 선언한 사람, 수감된 사람, 인지능력에 장애가 있지만 본인의 의료 관련 결정에 참여할 능력을 갖추었다고 여겨지는 사람도 이에 포함됩니다(Bockting et al., 2006). 호르몬 치료 제공자는 환자가 종합적인 정보를 제공받았으며 호르몬 치료의 이점, 위험성, 생식능력에 미치는 영향을 비롯해 모든 관련 측면을 이해했다는 사실을 의무기록에 기록해야 합니다.

## SOC 와 사전동의 모델 프로토콜의 관계

미국의 여러 보건소에서 사전동의 모델 Informed Consent Model 이라고 명명한 접근법에 기초하여 호르몬 치료 프로토콜을 만들었습니다(Callen Lorde Community Health Center, 2000, 2011; Fenway Community Health Transgender Health Program, 2007; Tom Waddell Health Center, 2006). 이 프로토콜은 SOC 제 7 판에서 제시하는 지침과 일치합니다. SOC 는 유연한 임상지침으로, 의료서비스를 받는 개인의 필요에 따라 처치법을 조정하는 것과 이러한 서비스가 제공되는 방법과 환경에 따라 조정하는 것을 감안합니다(Ehrbar & Gorton, 2010).

호르몬 치료 시 사전동의를 받는 것은 제공자의 중요한 임무입니다. 환자가 호르몬 치료의 심리적·신체적 이점 및 위험성과 치료가 어떠한 심리사회적 결과를 초래하는지 이해했다는 것을 확실히 해야 하기 때문입니다. 호르몬을 처방하는 제공자나 호르몬을 추천하는 보건의료 전문가는 성별위화감 평가에 대해 지식과 경험을 갖추어야 합니다. 또한 환자의 나이, 과거 호르몬 치료 이력, 이에 동반된 신체/정신건강 문제를 감안하여, 호르몬이 어떤 특정한 이점, 한계, 위험성이 있는지 고지해야 합니다.

사전동의 과정에서 급성 혹은 현재의 정신건강 문제를 검진하고 이에 대처하는 것이 중요한데, 이 일은 정신건강 전문가나 적절한 수련을 받은 호르몬 치료 제공자가 할 수 있습니다(SOC 제 7 장 참조). 호르몬



치료가 초래하는 심리사회적 결과에(예컨대, 남성화/여성화 치료가 환자에 대한 외부인의 인식에 미치는 영향, 남성화/여성화가 가족, 친구, 직장동료와의 관계에 잠재적으로 미칠 영향 등) 필요시 대처하는 일은, 위와 같은 전문가나 건강관리 팀에 소속되어 적절한 수련을 받은 다른 팀원(간호사 등)이 할 수 있습니다. 필요하다고 판단한다면, 호르몬 치료 제공자는 심리 치료 및 불안·우울증 등의 동반 정신장애에 대한 평가·치료를 의뢰합니다.

사전동의 모델과 SOC 제 7 판이 다른 점은, SOC 는 정신건강 전문가가 성별위화감을 완화하고 성역할 변경 및 심리사회적 적응을 촉진하는 데 중요한 역할을 한다고 더 강조한다는 점입니다. 필요하다고 판단한다면, 정신건강을 종합적으로 평가하고 심리 치료를 하는 것도 여기에 포함됩니다. 반면, 사전동의 모델은 다학제적이고 위험감소를 추구하는 환경에서 호르몬 치료 개시를 결정하는 기준을 설정하기 위해 사전동의를 얻는 데 초점을 맞춥니다. 중대한 정신건강 문제가 발견되어 이를 호르몬 치료 전에 반드시 처리해야 할 상황이 아닌 한, 환자가 요청하기 전까지는 정신건강 관리 서비스가 덜 강조됩니다

## 호르몬 치료가 신체에 미치는 영향

여성화/남성화 호르몬 치료는 성별정체성에 더 잘 부합하는 신체 변화가 일어나도록 유도합니다.

- FtM 환자에게 예상되는 변화: 음성 굵어짐, 클리토리스 비대(개인차 있음), 수염 및 체모 증가, 월경 중단, 유방 조직 위축, 근육량 대비 체지방 비율 감소 등
- MtF 환자에게 예상되는 변화: 유방 발달(개인차 있음), 발기 기능 감퇴, 고환 크기 감소, 근육량 대비 체지방 비율 증가 등

신체 변화는 여성화이든 남성화이든 상관없이 대체로 2 년에 걸쳐 일어납니다. 신체가 변화 하는 정도와 호르몬 치료의 영향이 나타나는 데 소요되는 정확한 시간은 사람에 따라 크게 달라집니다. 표 1A 와 1B 에 이러한 신체 변화가 나타나는 데 대략 얼마 정도 시간이 걸리는지 정리하였습니다.

표 1A: 남성화 호르몬이 미치는 영향 및 예상되는 시간 경과<sup>a</sup>

영향	예상 시작 시기 <sup>b</sup>	예상 극대화 시기 <sup>b</sup>
피지 증가/여드름	1~6 개월	1~2 년
수염/체모 증가	3~6 개월	3~5 년
두피 탈모	>12 개월 <sup>c</sup>	개인차 있음
근육량 및 근력 증가	6~12 개월	2~5 년 <sup>d</sup>
체지방 재배치	3~6 개월	2~5 년
월경 중단	2~6 개월	n/a
클리토리스 비대	3~6 개월	1~2 년

## 제 7 판

질 위축	3~6 개월	1~2 년
음성 굵어짐	3~12 개월	1~2 년

- Hembree 등(2009)의 연구를 허가를 얻어 개작하였음. 저작권: The Endocrine Society, 2009.
- 추정치는 발표된 임상관찰과 발표되지 않은 임상관찰로부터 도출하였음
- 연령과 유전에 따라 크게 좌우되며, 거의 나타나지 않을 수도 있음
- 운동량에 따라 크게 좌우됨

표 1B: 여성화 호르몬이 미치는 영향 및 예상되는 시간 경과<sup>a</sup>

영향	예상 시작 시기 <sup>b</sup>	예상 극대화 시기 <sup>b</sup>
체지방 재배치	3~6 개월	2~5 년
근육량 및 근력 감소	3~6 개월	1~2 년 <sup>c</sup>
피부 부드러워짐/피지 감소	3~6 개월	알 수 없음
성욕 감퇴	1~3 개월	1~2 년
자연발기 감소	1~3 개월	3~6 개월
남성 성기능 부전	개인차 있음	개인차 있음
유방 발달	3~6 개월	2~3 년
고환 크기 감소	3~6 개월	2~3 년
정자 생성 감소	개인차 있음	개인차 있음
수염과 체모가 가늘어지고 자라는 속도가 느려짐	6~12 개월	> 3 년 <sup>d</sup>
남성형 탈모 중단	탈모는 1~3 개월 후 멈춤. 빠진 머리카락이 다시 자라지는 않음	1~2 년

- Hembree 등(2009)의 연구를 허가를 얻어 개작하였음. 저작권: The Endocrine Society, 2009.
- 추정치는 발표된 임상 관찰과 발표되지 않은 임상 관찰로부터 도출하였음
- 운동량에 따라 크게 좌우됨
- 남성의 수염과 체모를 완전히 제거하려면 전기분해 요법이나 레이저 치료, 또는 둘 다를 실시함

호르몬이 신체에 영향을 미치는 정도와 속도는 투여량, 투여 경로, 사용한 약물에 따라 달라지는데, 이는 환자의 특정 의학적 목표(예컨대 성역할 표현 변화, 성전환 계획 등)와 의학적 위험 요인에 따라 선정됩니다. 연령, 체질, 인종, 가족의 외모에 근거하여 호르몬 치료에 대한 반응을 (아마 FtM의 음성 굵어짐만 제외하면) 신뢰성 있게 예측 가능하다는 근거는 지금까지 없습니다. 다른 조건이 동일할 때, 의학적으로 승인된 호르몬 처방계획 중 어느 특정한 방법이 원하는 신체 변화를 이끌어내는 데 더 효과적이라는 근거는 없습니다.

## 호르몬 치료의 위험성

모든 의학적 처치에는 위험이 따릅니다. 심각한 부작용이 일어날 가능성은 약물 자체, 투여량, 투여 경로, 환자의 임상적 특징(연령, 동반 질환, 가족력, 건강 습관) 등 다양한 요인에 따라 달라집니다. 그러므로 어떤 부작용이 어떤 개별 환자에게 나타날지 예측하는 것은 불가능합니다.

여성화/남성화 호르몬 치료가 트랜스섹슈얼·트랜스젠더·성별비순응자 집단에 전반적으로 어떤 위험을 미치는지 표 2에 정리하였는데, 위험성에 대한 근거를 기준으로 (i)호르몬 치료 시 위험성 증가 (ii)호르몬 치료 시 위험성 증가 가능성이 있음 (iii)결론이 불확실하거나 위험성이 증가하지 않음의 3 단계로 분류하였습니다. 세 번째 단계에 속한 항목 중에는 위험성이 있을 수 있지만 근거가 빈약하여 확실한 결론을 내릴 수 없는 경우도 포함되어 있습니다.

이러한 위험성에 대한 추가 세부사항은 부록 B에서 확인할 수 있는데, 해당 내용은 남성화/여성화 호르몬 치료에 대한 종합적이고 근거 중심적인 문헌검토와(Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009) 대규모 코호트 연구를(Asscheman et al., 2011) 토대로 작성하였습니다. 이러한 문헌검토 결과는 널리 인정받고 출간된 다른 임상 자료와 (Dahl, Feldman, Goldberg, & Jaber, 2006; Ettner, Monstrey, & Eyler, 2007) 더불어 제공자에게 자세한 레퍼런스를 제공할 수 있습니다.

표 2: 호르몬 치료에 연관된 위험: **굵은 글씨**는 임상적으로 중요한 항목을 나타냄

위험 정도	여성화 호르몬	남성화 호르몬
호르몬 치료 시 위험성 증가	<b>정맥혈전색전성질환(VTE)<sup>a</sup></b> 담석 간효소 수치 상승 체중 증가 <b>고중성지방혈증</b>	<b>적혈구증가증</b> 체중 증가 여드름 안드로겐성 탈모증(대머리) 수면 무호흡증
추가 위험 요인 존재 시 위험성 증가 <sup>b</sup>	심혈관질환	
호르몬 치료 시 위험성 증가 가능성이 있음	<b>고혈압</b> 고프로락틴혈증 또는 프로락틴샘종	간효소 수치 상승 <b>고지질혈증</b>
추가 위험 요인 존재 시 위험성 증가 가능성이 있음 <sup>b</sup>	<b>제 2 형 당뇨병<sup>a</sup></b>	<b>특정 정신장애의 불안정화<sup>c</sup></b> 심혈관 질환 고혈압 <b>제 2 형 당뇨병</b>
결론이 불확실하거나 위험성이 증가하지 않음	<b>유방암</b>	골밀도 감소 <b>유방암</b> <b>자궁경부암</b> <b>난소암</b>

		<b>자궁암</b>
--	--	------------

- ★ 주의사항: 경피 에스트로겐 투여보다 경구 에스트로겐 투여가 더 위험성이 높음
- a. 경피 에스트로겐 투여보다 경구 에스트로겐 투여가 더 위험성이 높음
- b. 추가적인 위험요인으로는 연령이 있음
- c. 양극성장애, 분열정동장애, 조증이나 정신병적 증상을 비롯한 다른 정신장애를 포함함. 이러한 유해 사례는 약물 다량 투여나 초 생리적 혈중 테스토스테론 농도와 관련이 있는 것으로 보인다.

## 호르몬을 처방하는 의사의 자격요건 및 다른 보건의료 전문가와의 관계

여성화/남성화 호르몬 치료는 종합적인 일차 건강관리와 심리사회적 문제에 대한 통합 접근법을 제공하는 건강관리 영역 전반에 대한 접근이라는 맥락 안에서 시술하는 것이 최선입니다(Feldman & Safer, 2009). 심리 치료나 지속적인 상담이 호르몬 치료를 개시하는 데 필수 요건은 아니지만, 만약 심리 치료사가 있다면 보건의료 전문가들은 (환자의 동의를 받아) 성별 이행 과정이 신체적으로나 심리사회적으로나 원활하게 진행되도록 정기적으로 소통하기를 권고합니다.

전담 간호사, 의료 보조인, 일차 의료 의사를 비롯해 다양한 유형의 제공자는 적절한 훈련을 받아 여성화/남성화 호르몬 치료를 관리할 수 있습니다(Dahl et al., 2006). 트랜스섹슈얼·트랜스젠더·성별 비순응자 집단은 의료 서비스를 제대로 제공받기 어려운데, 호르몬 유지관리를 받으려 내원하는 기회를 이용해 이들에게 더 폭넓은 서비스를 제공할 수 있습니다(Clements, Wilkinson, Kitano, & Marx, 1999; Feldman, 2007; Xavier, 2000). 검진 업무와 장기간 호르몬 투여에 따른 동반 증상을 관리하는 업무는 (예컨대 심혈관질환 위험요소 관리, 암 검진 등) 대체로 전문의 치료보다는 일차 건강관리의 영역 인데(American Academy of Family Physicians, 2005; Eyler, 2007; World Health Organization, 2008), 성별 문제를 전담하는 의료진이나 전문의가 없는 지역이라면 특히 그렇습니다.

호르몬 치료를 원하는 트랜스섹슈얼·트랜스젠더·성별비순응자가 다학제적인 서비스를 필요로 하는 데다, 일반적으로 건강관리가 분절됨으로 인해 발생하는 어려움을 감안하면(World Health Organization, 2008), WPATH 는 일차 의료 제공자가 여성화/남성화 호르몬 치료에 대해 더 많이 교육받고 여기에 참여하기를 강력하게 권장합니다. 전문의가 호르몬을 처방하더라도 환자의 일차 의료 의사와 긴밀히 연락하여야 합니다. 반대로 일차 의료 의사가 호르몬 치료 경험이 없거나 환자에게 이미 대사 장애나 내분비 장애가 있어서 내분비 치료의 영향을 받을 가능성이 있다면, 숙련된 호르몬 치료 제공자나 내분비과 전문의가 참여하여야 합니다.

트랜스젠더 전문 정식 의학 교육과정은 아직 존재하지 않지만, 호르몬 치료 제공자는 이 분야에서 적절한 지식과 경험을 쌓을 책임이 있습니다. 임상직의 경험은 더 많은 제공자와 공동으로 환자를 관리하거나 제공자에게 자문을 받거나, 또는 환자가 본격적으로 호르몬 치료를 시작하기 전에 받는 간단한 호르몬 치료를 제공하는 등의 방법을 통해 여성화/남성화 호르몬 치료 경험을 쌓고 이에 익숙해질 수 있습니다. 이 분야의 의학이 발전하고 있으므로, 임상직의는 관련 의학 문헌을 숙지하고

떠오르는 이슈를 동료 의사와 논의하여야 합니다. 이러한 논의는 WPATH 나 국가 및 지역 조직이 설립한 네트워크를 통해 할 수도 있습니다.

## 호르몬을 처방하는 의사의 책임

호르몬 치료를 처방하는 임상 의사는 대체로 다음과 같은 업무를 수행하여야 합니다.

1. 우선, 환자의 신체적 성별 이행 목표 논의, 과거력, 신체검사, 위험성 평가, 관련 진단검사 등을 포함해 평가를 실시합니다.
2. 여성화/남성화 약물의 기대 효과와 부작용을 환자와 상의합니다. 생식 능력 저하도 부작용에 포함되므로(Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009), 호르몬 치료를 시작하기 전에 생식 관련 선택지를 의논해야 합니다(제 9 장 참조).
3. 환자가 치료의 이점과 위험을 이해할 능력이 있고 의료에 관해 충분한 정보에 근거한 의사 결정을 내릴 능력이 있음을 확인합니다.
4. 지속적으로 모니터링을 합니다. 여기에는 정기적인 신체 검사와 진단검사를 실시하여 호르몬의 유효성과 부작용을 모니터링 하는 것도 포함됩니다.
5. 필요시 환자를 담당하는 일차 의료 제공자, 정신건강 전문가, 외과의와 소통합니다.
6. 필요한 경우, 환자가 여성화/남성화 호르몬 치료를 포함한 의학적 감독 및 관리를 받고 있음을 간략하게 서술한 서류를 발행합니다. 특히 호르몬 치료 초기 단계에서, 환자는 경찰이나 다른 당국으로부터 곤란을 겪는 것을 예방하기 위해 이러한 진술서를 항상 소지하기도 합니다.

호르몬을 제공하는 임상 상황에 따라 (아래 내용 참조), 위의 업무 중 몇 가지는 필요 없을 때도 있습니다. 그러므로 어느 정도로 상담, 신체검사, 진단검사를 실시할지는 환자 개개인의 필요에 맞게 조정해야 합니다.

## 호르몬 치료를 실시하는 임상 상황

어떤 상황에서는 환자가 임상 의에게 호르몬 치료를 요청하기도 하지만, 이는 임상 의가 반드시 장기적인 여성화/남성화 호르몬 치료를 시작하거나 지속해야 한다는 것을 뜻하지는 않습니다. 이렇듯 다양한 임상 상황이 있음을 인정함으로써 (아래에 가장 단순한 상황부터 복잡한 상황까지 순서대로 정리), 호르몬 치료를 제공할 역량이 부족하다고 느끼는 임상 의도 여성화/남성화 호르몬 치료에 동참하는 것도 가능합니다.

### **1. 가교적 치료 Bridging**

다른 임상 의에게 처방 받았거나 별도의 수단으로 구한 (인터넷 구입 등) 호르몬으로 이미 치료받고 있는 환자가 내원하기도 합니다. 임상 의는 제한된 기간 동안 (1~6 개월) 호르몬을 처방하면서 환자가 장기 호르몬 치료를 처방할 제공자를 찾는 것을 도울 수 있습니다. 호르몬 치료 제공자는 환자의 현재 호르몬 처방계획(regimen)에 대해 안전성과 약물 상호작용을 평가하여, 필요하다면 더 안전한 약물로 대체하거나 투여량을 조절해야 합니다(Dahl et al., 2006; Feldman & Safer, 2009). 예전에 호르몬을 처방 받았다면, (환자의 동의를 받아) 의무기록을 요청하여 기초 검진 및 진단검사 결과를 확인하고 유해 사례가 있었는지를 확인해야 합니다. 또한 환자의 건강관리에 참여하는 정신건강 전문가가 있다면 소통해야 합니다. SOC 가 권장하는 심리사회적 평가를 (제 7 장 참조) 환자가 받은 적이 없고, 이러한 평가를 받는 것이 적절하고 평가를 시행하는 것이 가능하다면, 임상 의는 자격을 갖춘 정신건강 전문가에게 환자를 의뢰해야 합니다(Feldman & Safer, 2009). 호르몬을 가교적 치료 목적으로 처방하는 제공자는 환자와 협의하여 언제까지 가교적 치료를 할지 기한을 정해야 합니다.

### **2. 생식샘 제거 후 호르몬 치료**

에스트로겐이나 테스토스테론을 이용한 호르몬 대체요법은, 의학적 금기사항이 없는 한, 난소절제술이나 고환 절제술을 시행한 후 통상 평생 계속합니다. 수술 후 호르몬 투여량은 종종 감소하고(Basson, 2001; Levy, Crown, & Reid, 2003; Moore, Wisniewski, & Dobs, 2003) 연령과 동반 건강 문제만을 고려하여 조정하게 됩니다. 이는 통상의 생식샘저하증 환자의 호르몬 대체요법과 상당히 유사합니다.

### **3. 생식샘 제거 전 호르몬 유지**

환자가 일단 호르몬 치료로 여성화/남성화 효과를 최대한으로 달성하였다면(보통 2 년 이상 걸림) 유지용량을 계속 투여합니다. 유지 용량은 건강 상태, 연령 증가, 생활 방식 변화 등 다른 사항을 고려하여 조절합니다(Dahl et al., 2006). 호르몬 유지 치료를 받는 환자가 치료를 받으러 왔을 때, 제공자는 환자가 현재 받는 치료법을 안전과 약물 상호작용 측면에서 평가하고, 임상적으로 필요하다고 판단하면 약물의 종류나 용량을 더 안전한 쪽으로 대체해야 합니다. 문헌에서 서술한 바와 같이(Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009) 환자에게 정기적으로 신체검사와 진단검사를 실시해야 합니다. 환자의 건강 상태에 어떤 식으로든 변화가 있거나 장기 호르몬 투여의 잠재적 위험에 대한 근거가 발견되면 이에 따라 호르몬 투여량과 투여 형태를 정기적으로 재검토해야 합니다(아래 “호르몬 처방계획” 항목 참조).

### **4. 호르몬을 통한 여성화/남성화 시작하기**

제공자의 시간과 전문성이 가장 많이 필요한 임상 상황입니다. 호르몬 치료는 환자의 목표, 약물의 위험성 대비 이득, 다른 건강 상태, 사회적·경제적 상황 등을 고려하여 개별화하여야 합니다. 다양한 호르몬 처방계획이 문헌에 출간되었지만(Dahl et al., 2006; Hembree et al., 2009; Moore et al., 2003), 무작위로 실시된 임상 실험으로 안전성과 효능을 비교한 결과는 보고된 바 없습니다. 치료법이 다양한긴 해도, 상술한 효능 및 안전성에 대한 근거에 근거하여 초기 위험성 평가와 지속적인 모니터링에 대해 합리적인/타당한 틀을 수립할 수 있습니다.

## 호르몬 치료를 개시하기 위한 위험성 평가 및 수정

호르몬 치료의 초기 평가에서는, 환자의 임상 목표 및 호르몬 관련 유해 사례에 관한 위험 요인을 측정합니다. 위험 평가 시 환자와 임상 의는 치료 전 가능한 한 위험 요소를 줄이고, 치료 중이라도 가능한 한 위험 감소 계획을 수립하여야 합니다.

모든 평가에는 체중·신장·혈압 측정을 비롯해 철저한 신체검사가 수반되어야 합니다. 유방, 생식기, 직장 검사는 트랜스섹슈얼·트랜스젠더·성별비순응자 환자에게 대체로 민감한 문제이므로, 개개인이 보유한 위험성과 예방 건강관리 상의 필요에 근거해 이러한 검사가 필요한지 결정하여야 합니다(Feldman & Goldberg, 2006; Feldman, 2007).

### 예방적 관리

호르몬 제공자는 환자와 예방적 건강관리 문제를 상의해야 하며, 특히 환자에게 일차 의료 제공자가 없다면 더욱 그러해야 합니다. 환자의 연령과 위험 요인에 따라, 호르몬 치료로 영향 받는 의학적 조건에 대해 적절한 검사나 검진이 있을 수 있습니다. 이러한 검사는 호르몬 치료 시작 전에 시행하는 것이 가장 이상적입니다.

### 여성화 호르몬 치료에 대한 위험성 평가 및 수정 (MtF)

여성화 치료 자체에 대해서는 절대 금기 사항이 없지만, 여러 여성화 제제 각각, 특히 에스트로겐에 대해서는 절대 금기 사항이 있습니다. 혈액응고항진과 연관된 정맥혈전증 과거력, 에스트로겐 의존성 종양(estrogen-sensitive neoplasm) 병력, 말기 간질환 등이 여기에 해당합니다(Gharib et al., 2005).

표 2 및 부록 B 에 언급한 기타 의학적 증상들은 에스트로겐 투여나 안드로겐 억제로 인해 악화되기도 하므로, 호르몬 치료를 시작하기 전에 평가하고 적절히 통제해야 합니다(Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009). 임상 의는 특히 흡연에 주의해야 하는데, 흡연은 정맥혈전증 위험을 높이고 에스트로겐 사용에 의해 정맥혈전증 위험이 더 높아지기 때문입니다. 환자에게 심혈관 또는 뇌혈관 질환이 있다면 순환기 전문의에게 자문을 받는 것이 바람직합니다.

기초 진단검사 수치는 초기 위험성 평가 및 앞으로 발생할 수 있는 유해 사례를 평가하는 데에도 중요합니다. 초기 진단검사는 표 2 에 정리한 바와 같은 여성화 호르몬 치료의 위험과, 가족력을 비롯한 개별 환자의 위험 요소에 근거하여야 합니다. 초기 진단검사 패널 lab panel 권장 항목이 출간된 바 있으며(Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009), 환자나 보건의료 체계가 충분한 자원을 갖추지 못했거나 환자에게 다른 이상이 없는 경우 상황에 맞게 이를 수정할 수 있습니다.

### 남성화 호르몬 치료에 대한 위험성 평가 및 수정 (FtM)

테스토스테론 치료에 대한 절대적 금기사항으로는 임신, 불안정 관상동맥질환, 치료하지 않은 적혈구증가증(적혈구용적률 55% 이상) 등이 있습니다(Carnegie, 2004). 테스토스테론이 에스트로겐으로 방향화 aromatization 되면 유방암이나 기타 에스트로겐 의존성 암 병력이 있는 환자는 위험이 높아지기 때문에(Moore et al., 2003), 임상적으로 호르몬 사용 전 종양전문의에게 자문을 받을 필요가 있습니다. 테스토스테론을 사용함으로써 악화될 가능성이 있는 동반 질환은 호르몬 치료 전 평가하고 치료하는 것이 이상적입니다(Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009). 환자에게 심혈관 또는 뇌혈관 질환이 있다면, 순환기전문의에게 자문을 받기를 권합니다(Dhejne et al., 2011).

FtM 환자는 테스토스테론을 투여하지 않아도 다낭성난소증후군 PCOS 의 유병률이 더 높다는 사실이 알려진 바 있습니다(Baba et al., 2007; Balen, Schachter, Montgomery, Reid, & Jacobs, 1993; Bosinski et al., 1997). 다낭성난소증후군이 트랜스섹슈얼·트랜스젠더·성별비순응적 정체성 발달과 연관이 있다는 근거는 없지만, 당뇨병, 심장질환, 고혈압, 난소암, 자궁내막암 위험을 증가시킵니다 (Cattrall & Healy, 2004). 테스토스테론 치료를 시작하기 전에 다낭성난소증후군의 증상과 징후에 영향을 미칠 수 있으므로, 이러한 증상과 징후가 있는지 평가해야 합니다. 테스토스테론은 태아 발달에 영향을 미치므로(Physicians' Desk Reference, 2010), 임신 위험이 있는 환자는 매우 효과적인 피임이 필요합니다.

기초 진단검사 수치는 초기의 위험성을 평가하고 향후 발생 가능한 유해 사례를 평가하는 데에도 중요합니다. 초기 진단검사는 표 2 에 정리한 바와 같은 남성화 호르몬 치료의 위험과, 가족력을 비롯한 개별 환자의 위험 요소에 근거하여야 합니다. 초기 진단검사 패널 lab panel 권장 항목이 출간된 바 있으며(Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009), 환자나 보건의료 체계가 충분한 자원을 갖추지 못했거나 환자에게 다른 이상이 없는 경우 상황에 맞게 이를 수정할 수 있습니다.

### 호르몬 치료 기간 동안 효능과 부작용을 임상에서 모니터링 하기

호르몬을 사용하는 동안, 여성화/남성화가 진척되는 정도와 약물 부작용을 평가할 목적으로 임상 모니터링을 실시합니다. 그렇지만, 여느 장기 투여 약물을 모니터링 할 때와 마찬가지로, 호르몬 모니터링도 종합적인 건강관리라는 맥락 안에서 이뤄져야 합니다. 권장되는 임상 모니터링 프로토콜들이 출간된 바 있습니다(Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009). 의학적인 동반증상이 있는 환자는 더 자주 모니터링 할 필요가 있을 수도 있습니다. 건강하지만, 지리적으로 멀거나 자원이 빈약한 지역에 사는 환자는 대안적인 전략, 예컨대 원격 건강관리, 간호사나 의료 보조인 등 현지 제공자와 협력하는 방법을 쓰는 것이 가능할 수도 있습니다. 환자에게 다른 적응증이 없는 한, 보건의료 전문가는 호르몬 치료로 인해 증가하는 위험과 호르몬 치료로 인해 증가할 수 있고 임상적으로 심각한 질병 위험을 우선 모니터링 할 수 있습니다.



### **여성화 호르몬 치료의 효능과 위험성 모니터링 하기 (MtF)**

호르몬의 유효성을 평가하는 가장 좋은 방법은 임상 반응, 즉 “환자가 목적하는 성별에 부합하는 방향으로, 여성화된 신체가 발달하면서 남성적인 특징이 최소화되고 있는가” 를 보는 것입니다. 임상 반응을 달성하는 호르몬 투여량을 더 신속하게 예측하기 위해 호르몬 농도를 측정할 수 있으며, 테스토스테론 수치는 건강한 성인 여성의 정상수치 최고치보다는 낮은 수준에서 억제하고, 에스트라디올 수치는 폐경기 전 여성의 수치 범위 내로 유지하되 초 생리적 농도보다는 훨씬 낮게 유지해야 합니다(Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009).

유해 사례 모니터링은 임상 평가와 진단검사를 모두 포함해야 합니다. 추적관리 시 혈압·체중·맥박을 측정하고, 심장과 폐를 검사하고, 사지 부종이나 국소 부위 종창 및 통증이 있는지 검사하여, 심혈관계 손상이나 정맥혈전색전증(VTE) 징후가 있는지 신중하게 평가해야 합니다(Feldman & Safer, 2009). 진단검사를 통한 모니터링은 상술한 바와 같은 호르몬 치료의 위험성, 환자 개인의 동반 질환과 위험요인, 그리고 특정 호르몬 처방계획 자체를 근거로 해야 합니다. 이에 대해 구체적인 진단검사 모니터링 프로토콜이 출간된 바 있습니다(Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009).

### **남성화 호르몬 치료의 효능과 위험성 모니터링 하기 (FtM)**

호르몬의 유효성을 평가하는 가장 좋은 방법은 임상 반응, 즉 “환자가 목적하는 성별에 부합하는 방향으로, 남성화된 신체가 발달하면서 여성적인 특징이 최소화되고 있는가” 를 보는 것입니다. 유해 사례가 나타날 가능성을 최대한 줄이면서 좋은 임상 반응을 얻으려면, 임상 의는 환자의 테스토스테론 농도를 건강한 (성인) 남성의 수치 이내로 유지하면서 초 생리적 농도는 피해야 합니다(Dahl et al., 2006; Hembree et al., 2009). 환자가 시피온산테스토스테론 testosterone cypionate 이나 에난트산테스토스테론 testosterone enanthate 근육주사(IM)를 투여 받는 경우, 어떤 임상 의는 최저치를 확인하는 반면 어떤 임상 의는 투여 주기 중간치 midcycle levels 를 선호합니다(Dahl et al., 2006; Hembree et al., 2009; Tangpricha, Turner, Malabanan, & Holick, 2001; Tangpricha, Ducharme, Barber, & Chipkin, 2003).

유해 사례 모니터링은 임상 평가와 진단검사를 모두 포함 해야 합니다. 추적관리 시 과도한 체중 증가, 여드름, 자궁파탄출혈, 심혈관계 손상의 증상과 징후를 주의 깊게 평가하고, 정신장애 위험이 있다면 그 증상도 평가해야 합니다. 신체검사 시 혈압, 체중, 맥박을 측정하고 심장, 폐, 피부를 검사해야 합니다(Feldman & Safer, 2009). 진단검사 모니터링은 상술한 바와 같은 호르몬 치료의 위험성, 환자 개인의 동반 질병과 위험 요인, 그리고 구체적인 호르몬 치료 그 자체에 근거하여야 합니다. 이에 대해 구체적인 진단검사 모니터링 프로토콜이 출간된 바 있습니다(Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009).

## 호르몬 처방계획(regimen)

현재까지 그 어떤 여성화/남성화 호르몬 처방계획에 대해서도 통제된 임상 연구 controlled trial 를 시행하여 신체적 성전환의 안전성이나 유효성을 검증한 적이 없기 때문에, 의학 문헌에는 호르몬 투여량과 종류가 매우 다양하게 출판되었습니다(Moore et al., 2003; Tangpricha et al., 2003; van Kesteren, Asscheman, Megens, & Gooren, 1997). 또한 지리적 위치 내지 사회경제적 상황에 따라 환자는 특정 약물을 구하지 못하기도 합니다. 이러한 이유로 인해 WPATH 는 특정한 여성화/남성화 호르몬요법을 묘사하거나 지지하지 않습니다. 다만, 대부분의 문헌에서 사용되는 호르몬 약물의 종류와 투여 경로를 광범위하게 검토할 뿐입니다.

상술했듯이, 호르몬 처방계획 각각의 개별 요소에 따라 안전성에도 차이가 발생합니다. 『내분비학회 지침』(*The Endocrine Society Guidelines*)(Hembree et al., 2009) 및 Feldman 과 Safer 의 연구 (2009) 는 환자가 지향하는 성별을 구현하기 위해 (완전한 여성화/남성화를 목표로 한다는 것을 전제로) 어떠한 종류의 호르몬을 투여하고 생리적 범위 내로 농도를 유지하기 위한 권장 투여량을 어떻게 설정할지 구체적인 지침을 제시합니다. 호르몬 제공자는 정기적으로 문헌을 검토하여 새 정보를 수집하고, 환자 개개인의 필요에 안전하게 부합하면서 현지에 있는 자원으로 구할 수 있는 약물을 사용하기를 강력하게 권고합니다.

## 여성화(MtF) 호르몬요법

### 에스트로겐

경구 에스트로겐, 정확히 말해 에티닐에스트라디올 ethinyl estradiol 사용은 정맥혈전색전증 VTE 위험을 증가시키는 것으로 보입니다. 이러한 안전 문제 때문에 여성화 호르몬 치료에 에티닐에스트라디올을 사용하는 것은 권장하지 않습니다. VTE 위험요인을 보유한 환자에게는 경피 에스트로겐을 권장합니다. 호르몬을 다량으로 투여할수록, 특히 초 생리적 혈중 농도가 나타날 정도로 다량 투여할수록 부작용이 나타날 위험이 증가합니다(Hembree et al., 2009). 에스트로겐의 영향을 받을 수 있는 동반 질환이 있는 환자는 가능하면 경구 에스트로겐을 피하고 낮은 농도에서부터 시작해야 합니다. 어떤 환자는 원하는 결과를 나타내는 데 필요한 에스트로겐을 안전하게 사용하지 못할 수 있습니다. 호르몬 치료를 시작하기 전에 이러한 가능성이 있다는 점을 미리 환자와 상의해야 합니다.

### 안드로겐 감소 약물 (“항안드로겐 제제”)

에스트로겐과 “항안드로겐 제제”를 혼합 처방하는 것이 여성화 치료법에서 가장 흔히 쓰입니다. 안드로겐을 감소시키는 약품은 종류가 다양한데, 체내 테스토스테론 농도를 감소시키거나 테스토스테론 활성을 억제함으로써 체모와 같은 남성적인 특성을 감소시키는 효과가 있습니다. 항안드로겐 제제는

테스토스테론을 억제하는 데 필요한 에스트로겐 투여량을 최소화함으로써 체외에서 에스트로겐을 고용량 투여하는 데에 따르는 위험성을 감소시킵니다(Prior, Vigna, Watson, Diawold, & Robinow, 1986; Prior, Vigna, & Watson, 1989).

흔히 쓰이는 항안드로겐 제제는 다음과 같습니다.

- 스피로노락톤 spironolactone<sup>iv</sup> : 혈압강하제로, 테스토스테론 분비를 직접 억제하고 안드로겐이 안드로겐 수용체에 결합하는 것을 직접 억제합니다. 고칼륨혈증이 생길 가능성이 있으므로 혈압과 전해질 농도를 모니터링하여야 합니다.
- 시프로테론아세테이트 cyproterone acetate<sup>v</sup> : 프로게스틴 복합물로 항안드로겐 성질이 있습니다. 미국에서는 잠재적인 간 독성 우려가 있어 승인 받지 못했으나 다른 나라에서는 널리 쓰입니다(De Cuypere et al., 2005).
- GnRH 효능제: 고세렐린 goserelin, 부세렐린 buserelin, 트립토렐린 triptorelin 등이 있습니다. GnRH 효능제는 신경호르몬으로, 생식샘자극호르몬분비호르몬 수용체를 억제함으로써 난포자극호르몬 및 황체형성호르몬 분비를 억제합니다. 이를 통해 매우 효과적으로 생식샘을 억제할 수 있습니다. 그러나 GnRH 효능제는 고가이며 주사제나 피하 임플란트 형태밖에 없습니다.<sup>vi</sup>
- 5 알파환원효소억제제 5-alpha reductase inhibitors : 피나스테라이드 finasteride<sup>vii</sup>, 두타스테라이드 dutasteride<sup>viii</sup> 등이 있으며, 테스토스테론이 더 활성이 강한 5 알파디히드로 테스토스테론 5-alpha-dihydrotestosterone 으로 변환되는 것을 억제합니다. 두피 탈모, 체모 증가, 피지샘, 피부 항상성 skin consistency 에 유익한 효과가 있습니다.

시프로테론과 스피로노락톤은 가장 널리 쓰이는 항안드로겐제제이며 가격 대비 효용도 가장 높을 것으로 보입니다.

## 프로게스틴

시프로테론 이외의 프로게스틴을 여성화 호르몬 치료에 포함하는 데 대해서는 논쟁이 있습니다(Oriel, 2000). 프로게스틴은 세포 단계에서 유방 발달에 기여하기 때문에, 몇몇 임상가는 유방이 완전히 발달하려면 프로게스틴 제제가 필요하다고 여깁니다 (Basson & Prior, 1998; Oriel, 2000). 그러나 프로게스틴을 포함한 여성화 호르몬 처방계획과 포함하지 않은 치료법을 임상에서 비교한 결과, 프로게스틴을 첨가하였을 때 유방 발달이 촉진되지도 않았고 혈청 내 유리 테스토스테론 free testosterone 농도가 낮아지지도 않았습니다(Meyer et al., 1986). 프로게스틴에 우울증, 체중 증가, 지질 변화 등 잠재적인 부작용이 있다는 우려가 있습니다(Meyer et al., 1986; Tangpricha et al., 2003). 프로게스틴(특히 메드록시프로게스테론)은 여성이 유방암이나 심혈관계 질환에 걸릴 위험을 높이는 것으로 의심되고 있습니다(Rossouw et al., 2002). 미분화프로게스테론 micronized progesterone 은 메드록시프로게스테론보다 몸에서 더 잘 받아들여지고 지질 수치에도 더 나은 영향을 미칠 수 있습니다(de Lignières, 1999; Fitzpatrick, Pace, & Wiita, 2000).

## 남성화(FtM) 호르몬요법

### 테스토스테론

테스토스테론은 일반적으로 경구, 경피, 비경구(즉 근육주사(IM))로 투여하지만, 구강 및 임플란트 제제도 있습니다. 경구 테스토스테론 제제인 운데카노산 undecanoate 은 미국 외의 지역에서 사용 가능한데, 비경구 제제를 사용했을 때보다 혈중 테스토스테론 농도가 낮으며 월경을 억제하는 효과도 제한적입니다(Feldman, 2005, April; Moore et al., 2003). 근육에 주사하는 시피온산테스토스테론 testosterone cypionate 이나 에난트산테스토스테론 testosterone enanthate 은 보통 2~4 주에 한 번씩 투여하기 때문에, 몇몇 환자는 호르몬의 효과가 주기적으로 변한다고(예컨대 투여 주기 말기에 피로나 짜증을 느끼거나, 투여 주기 초기에 공격성이나 고양된 기분을 느낌) 느끼기도 하고, 호르몬 수치가 정상 생리적 범위를 벗어날 때가 더 많아지기도 합니다(Jockenhövel, 2004). 이러한 부작용은 회당 투여량을 줄이면서 투여 횟수를 늘리거나 매일 경피 제제를 사용함으로써 완화할 수 있습니다(Dobs et al., 1999; Jockenhövel, 2004; Nieschlag et al., 2004). 운데카노산테스토스테론 근육주사제 testosterone undecanoate(현재 미국에서는 유통하지 않음)는 안정적인 생리학적 테스토스테론 수치를 약 12 주 이상 유지시키므로 생식샘기능저하증 환자와 FtM 에게 매우 효과적입니다(Mueller, Kiesewetter, Binder, Beckmann, & Dittrich, 2007; Zitzmann, Saad, & Nieschlag, 2006). 경피 제제이든 근육주사이든 유사한 남성화 효과를 달성하지만, 연구 근거에 따르면 경피 제제는 효과가 조금 더 느릴 수 있습니다 (Feldman, 2005, 4 월). 특히 환자의 연령이 높아질수록 원하는 임상 결과를 유지하는 것에 필요한 최소량만을 사용하도록 하고, 골밀도가 유지되도록 주의하여야 합니다.

### 기타 물질

호르몬 치료 초기에 월경이 멈추도록 돕기 위해 단기간 동안 프로게스틴을 사용할 수 있는데, 주로 메드록시프로게스테론을 사용합니다. GnRH 효능제도 비슷하게 월경 억제 목적으로 사용할 수 있으며, 기저에 부인과적 이상이 없는 환자의 난치성 자궁출혈에도 사용할 수 있습니다.

### 생동일성 호르몬 및 복합 호르몬

폐경 후 호르몬 대체치료에 생동일성 호르몬을 사용하는 데 대한 논의가 활발해지면서, 이와 비슷한 복합체를 여성화/남성화 호르몬 치료에서 사용하는 데 대한 관심도 높아졌습니다. 개인 맞춤형 복합 생동일성 호르몬이 정부 기관에서 승인한 생동일성 호르몬보다 안전하거나 효과적이라는 근거는 없습니다(Sood, Shuster, Smith, Vincent, & Jatoi, 2011). 그러므로 북미폐경학회(North American

Menopause Society, 2010)를 비롯한 전문가들은 호르몬 치료제가 약국에서 배합되었든 아니든 유효 성분이 유사하다면 부작용 프로파일도 유사하다고 조언합니다. WPATH 도 이러한 평가에 동의합니다.

## IX. 생식건강 (Reproductive Health)

자식을 갖고자 하는 트랜스섹슈얼·트랜스젠더·성별비순응자가 많습니다. 여성화/남성화 호르몬 치료가 생식능력을 제한하기 때문에(Darney, 2008; Zhang, Gu, Wang, Cui, & Bremner, 1999) 환자는 호르몬 치료를 시작하거나 생식기를 제거/변형하는 수술을 받기 전에 생식 관련 결정을 내리는 것이 좋습니다. 호르몬 치료와 성기 수술을 받은 후 친자식을 가질 수 없게 된 것을 후회하는 사례도 알려져 있습니다(De Sutter, Kira, Verschoor, & Hotimsky, 2002).

호르몬 치료나 수술을 권장하는 정신건강 전문가, 호르몬을 처방하는 의사, 외과의사 등 보건의료 전문가들과 환자는 성별위화감에 대한 의학적 치료를 실시하기 전, 생식에 관련해 어떤 선택을 할지 함께 상의해야 합니다. 설사 치료 당시 환자가 생식 문제에 관심을 보이지 않는다 해도 상의는 해야 하는데, 연령이 낮은 환자일수록 이에 무관심한 경향이 있습니다(De Sutter, 2009). 일찍 상의하는 것이 좋지만 언제나 가능하지는 않습니다. 아직 완전히 성전환수술을 받지 않았다면, 호르몬 치료를 일시 중단한 후 선천적인 호르몬 분비가 회복될 만큼 충분히 오랜 기간 동안 호르몬 치료를 중지하여 성숙한 생식세포가 만들어지도록 할 수 있습니다(Payer, Meyer, & Walker, 1979; Van den Broecke, Van der Elst, Liu, Hovatta, & Dhont, 2001).

토론과 의견 논문을 제외하면, 성별위화감에 대해 다양하게 의학적 치료를 받는 사람들의 생식건강 문제에 대해 출간된 연구논문은 거의 없습니다. 한편, 종양으로 인해 생식기관을 절제하거나 생식기관을 손상시키는 방사선 치료나 화학요법을 받는 사람들도 생식샘이 상실되거나 손상되는 것을 고려하여 생식기능을 보존할 필요를 느끼는데, 이들의 사례에서 도출한 교훈을 성별위화감으로 치료받는 사람들에게도 적용할 수 있습니다.

MtF 환자, 특히 자녀가 없는 환자에게는 정자 보관에 대한 정보를 제공하고 호르몬 치료 전에 정자를 보존할 것을 고려하도록 격려해야 합니다. 고환이 고용량 에스트로겐에 노출된 사례를 연구한 결과에 따르면(Payer et al., 1979), 에스트로겐 투여를 멈추면 고환이 회복될 가능성이 있다고 합니다. MtF 들이 정자 냉동 보존에 대해 어떻게 생각하는지 보고한 논문에서(De Sutter et al., 2002), 설문에 참가한 121 명 중 절대 다수는 의료계가 정자 냉동 가능성을 의논하고 제시해야 한다고 답했습니다. 정자는 호르몬 치료를 시작하기 전이나, 치료를 중단하고 정자 수가 늘어난 후에 채취해야 합니다. 정액이 질이 나빠도 냉동보존에 대해 의논해야 합니다. 성인 환자가 무정자증인 경우, 고환을 생검하여 채취한 조직을 냉동 보존해 정자를 보존하는 것이 가능하기는 하지만 실패할 수도 있습니다.

FtM 환자는 난모세포(난자)나 수정란 냉동보존을 생식 선택지로 고려할 수 있습니다. 냉동한 생식세포와 수정란은 나중에 대리모를 통하여 임신시킬 수 있습니다. 다낭성난소증후군 여성에 대한 연구에 따르면, 난소는 고농도 테스토스테론 효과로부터 부분적으로 회복할 수 있는 것으로 보입니다(Hunter & Sterrett, 2000). 테스토스테론을 잠시 중단하면 난소가 충분히 회복하여 난자를 배출할 가능성도 없지 않은데, 성공할 확률은 환자의 나이와 테스토스테론 치료를 받은 기간에 따라 달라지는 것으로 보입니다. 체계적으로 연구된 바는 없지만, 몇몇 FtM 들은 실제로 그렇게 하고 있으며, 몇몇 사람들은 임신하여 아이를 출산하는 데 성공했습니다(More, 1998).

이러한 기술이 어디에서나 가능한 것은 아니며 비용도 상당히 많이 들 수 있다고 환자에게 조언해야 합니다. 트랜스섹슈얼·트랜스젠더·성별비순응자가 생식 관련 선택을 내리는 것을 그 어떤 이유로도 거부해서는 안 됩니다.

사춘기 전이거나 사춘기인 청소년 중, 억제 호르몬이나 여성 호르몬을 사용함으로써 선천적 성에 따른 생식기능이 발달하지 않는 특수한 경우가 있습니다. 현재는 이들의 생식샘 기능을 보존할 수 있는 기술이 없습니다.

## X. 음성치료 및 의사소통치료

언어소통이든 비언어소통이든, 의사소통은 인간 행동과 성별 표현에서 중요한 측면입니다. 트랜스섹슈얼·트랜스젠더·성별비순응자는 음성·의사소통치료 전문가의 도움을 받아 음성적 특징(높낮이, 억양, 공명, 말하는 속도, 말투 등)과 비언어적 소통 양식(몸짓, 자세/동작, 표정 등)을 개발하여 본인의 성별정체성을 한층 더 편안하게 받아들이기도 합니다. 음성치료 및 의사소통치료는 성별위화감을 완화하는 데 기여하고, 목표로 하는 성역할 표현에 가까워지도록 긍정적인 동기를 부여하는 첫 단계가 되기도 합니다.

### 트랜스섹슈얼·트랜스젠더·성별비순응 내담자를 대상으로 하는 음성·의사소통 치료 전문가의 자격요건

여기에 해당하는 전문가로는 언어병리학자, 언어치료사, 언어음성 임상의 등이 있습니다. 대부분의 국가에서 언어병리학자 전문가집단에 속하려면 특정한 자격요건을 구비해야 합니다. 어떤 나라에서는 정부가 면허, 자격증, 또는 등록 절차를 통해 전문가의 활동을 규제하기도 합니다(American Speech-Language-Hearing Association, 2011; Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists; Royal College of Speech Therapists, United Kingdom; Speech Pathology Australia).

트랜스섹슈얼·트랜스젠더·성별비순응 내담자를 대상으로 하는 음성·의사소통 치료 전문가에게 권장하는 최소한의 자격요건은 다음과 같습니다.

1. 전문적인 훈련을 받아, 트랜스섹슈얼·트랜스젠더·성별비순응 내담자의 의사소통 기술을 개발하는 데 적절한 자격을 갖추어야 합니다.
2. 트랜스젠더 건강에 대해 기본적인 이해를 갖춰야 하는데, 여기에는 여성화/남성화 호르몬 치료 및 외과적 치료, SOC 에서 서술한 바 트랜스젠더 특유의 심리사회적 문제, 트랜스섹슈얼·트랜스젠더·성별비순응자를 배려하는 기본 프로토콜에 대한 이해(예컨대 내담자가 선호하는 성별 지시어와 이름을 사용하기)가 포함됩니다(Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists; Royal College of Speech Therapists, United Kingdom; Speech Pathology Australia).
3. 트랜스섹슈얼·트랜스젠더·성별비순응 내담자의 의사소통 기술을 평가하고 개발하는 데에 지속적으로 교육을 받아야 합니다. 전문가 회의, 워크숍, 세미나 등에 참석하거나, 성별정체성 관련 연구에 참여하거나, 독자 연구를 하거나, 경험 있고 인증된 임상자에게 지도를 받는 것도 여기에 포함됩니다.



발성 트레이너, 전문 연극인, 노래 교사, 동작 전문가 등 다른 분야의 전문가들도 중요한 보조적 역할을 할 수 있습니다. 이러한 전문가들이 언어병리학자와 함께 작업하거나 적극 협조한 경험이 있는 것이 이상적입니다.

## 평가 및 치료 시 고려할 점

음성치료 및 의사소통치료는 내담자가 안전하면서도 자연스러운 방법으로 음성과 의사소통 방식을 조정함으로써 성별정체성과 자아인식에 부합하는 의사소통 양식을 개발하는 것을 제반 목표로 합니다(Adler, Hirsch, & Mordaunt, 2006). 중요한 점은, 음성·의사소통 치료 전문가는 내담자 개개인이 어떤 의사소통 방식을 선호하는지에 대해 민감해야 한다는 것입니다. 스타일이나 음성이나 언어 표현을 비롯해, 모든 방식의 의사소통은 개인적인 행위입니다. 그러므로 내담자가 편안하게 느껴지지 않거나 가식적이라고 느끼는 행동을 취하라고 조언해서는 안 됩니다. 전문가는 충분히 시간을 들여 내담자가 느끼는 성별 문제와 추구하는 성역할 표현을 이해함으로써 최선의 도움을 줄 수 있습니다(American Speech-Language-Hearing Association, 2011; Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists; Royal College of Speech Therapists, United Kingdom; Speech Pathology Australia).

개개인은 성별정체성과 부합하기 위해 어떤 의사소통 행동을 채택하고자 할지 선택할 수 있습니다. 음성·의사소통 치료 전문가는 전문지식과 특정 내담자에 대한 평가 데이터에 근거하여 결정을 내리는 데 필요한 정보를 제공하고 결정을 지지합니다 (Hancock, Krissinger, & Owen, 2010). 평가에는 내담자의 자기평가, 음성·공명·조음·말씨·비언어 의사소통에 대해 전문가가 평가한 내용이 포함됩니다(Adler et al., 2006; Hancock et al., 2010).

음성 및 의사소통 치료 계획은 현존하는 연구조사 근거, 전문가의 임상 지식 및 경험, 그리고 내담자의 목표와 가치관을 토대로 수립합니다(American Speech-Language-Hearing Association, 2011; Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists; Royal College of Speech Therapists, United Kingdom; Speech Pathology Australia). 치료 대상에는 보통 높낮이, 억양, 음량 및 강세 패턴, 음색, 공명, 조음, 말하는 속도와 말씨, 언어표현, 비언어 의사소통이 포함됩니다(Adler et al., 2006; Davies & Goldberg, 2006; de Bruin, Coerts, & Greven, 2000; Gelfer, 1999; McNeill, 2006; Oates & Dacakis, 1983). 치료는 개별치료 내지 집단치료로 진행할 수 있으며, 치료 빈도 및 기간은 내담자의 필요에 따라 달라집니다. 개별화된 치료 계획을 수립할 때 기존의 음성 및 의사소통치료 프로토콜을 참조할 수 있습니다(Carew, Dacakis, & Oates, 2007; Dacakis, 2000; Davies & Goldberg, 2006; Gelfer, 1999; McNeill, Wilson, Clark, & Deakin, 2008; Mount & Salmon, 1988).

음성을 여성화/남성화하려면 평소에 익숙하지 않던 방식으로 발성기관을 사용해야 합니다. 음성을 잘못 사용하거나 장기적으로 목소리가 망가지지 않으려면 예방 조치를 반드시 취해야 합니다. 그러므로 모든 음성·의사소통치료 서비스는 음성 건강 관련 내용을 포함해야 합니다 (Adler et al., 2006).

## 음성 여성화 수술 후 고려해야 할 음성 건강 문제

제 11 장에서도 언급하지만, 어떤 트랜스섹슈얼·트랜스젠더·성별비순응자는 음성 여성화 수술을 받기도 합니다(남성화 호르몬 치료를 받으면 음성이 굵어지는 효과를 달성할 수 있지만, 여성화 호르몬은 성인 MtF 의 음성에 영향을 주지 않습니다) 만족도, 수술의 안전성, 장기적인 개선 효과는 수술을 받은 환자마다 정도가 다릅니다. 음성 여성화 수술을 받는 환자는 음성·의사소통 치료 전문가의 자문을 받아 수술 성과를 극대화하고, 음성을 건강하게 보호하고, 의사소통에서 음성의 높낮이 조절뿐만 아니라 다른 요소에 대해서도 배우기를 권장합니다. 음성 수술 절차에는 해당 국가에서 언어치료사/언어병리학자로 면허 내지 자격증을 갖춘 음성·의사소통치료 전문가와 만나 추적 관찰을 받는 회기도 포함되어야 합니다(Kanagalingam et al., 2005; Neumann & Welzel, 2004).

## XI. 수술

### 성전환수술은 효과적이며 의학적으로 필요함

수술, 특히 생식기 수술은 성별위화감 치료 과정에서 가장 마지막으로 거치는 단계이자 가장 숙고하여 진행하는 단계입니다. 수술 없이도 자신의 성별정체성, 성역할, 성별표현을 편하게 받아들이는 트랜스섹슈얼·트랜스젠더·성별비순응자도 많지만, 성별위화감을 완화하는 데 수술이 극히 중요하고 의학적으로 필요한 사람도 많습니다(Hage & Karim, 2000). 후자에 속하는 사람들은 본인의 성별정체성에 더욱 확실히 부합하는 방향으로 일차 내지 이차 성징을 수정하지 않으면 성별위화감으로 계속 괴로워하게 됩니다. 뿐만 아니라 수술은 환자가 성관계 상대를 대할 때나 진료실, 수영장, 헬스클럽 같은 장소에서 더 편안하게 느끼도록 도와줍니다. 수술을 받음으로써 경찰이나 정부기관에 체포되거나 수사를 받을 때 피해를 당할 위험이 줄어들기도 합니다.

후속연구에 따르면 성전환수술은 주관적 안녕, 미용, 성 기능 등의 수술 후 성과에 명백히 긍정적인 효과를 미칩니다(De Cuypere et al., 2005; Gijs & Brewaeys, 2007; Klein & Gorzalka, 2009; Pfäfflin & Junge, 1998). 수술적 치료 결과에 대한 추가 정보는 부록 D에 요약하였습니다.

### 성전환수술 관련 윤리 문제

일반적으로 외과 진료는 병리적인 세포를 제거하여 장애가 생긴 기능을 회복하거나 신체 특징을 변경하여 환자의 자아상을 개선합니다. 몇몇 보건의료 전문가를 비롯한 사람들은 성별위화감을 수술로 치료하는 것이 이러한 진료에 해당하지 않는다고 여기기 때문에, 윤리적인 이유를 들어 수술에 반대합니다.

보건의료 전문가가 성별위화감을 느끼는 환자를 진료할 때, 해부학적으로 정상인 신체구조를 변경하는 데에 거부감을 느끼지 않는 것이 중요합니다. 수술이 성별위화감으로 인한 심리적 불편함과 고통을 어떻게 완화시키는지 이해하려면, 전문가들은 환자가 자신의 증상, 딜레마, 생애사를 말하는 데 귀 기울여야 합니다. “무엇보다도 해를 끼치지 말지어다”라는 윤리적 근거로 수술을 거부하는 태도는 존중 받고 논의되어야 하지만, 환자가 성별위화감 때문에 심리적 고통을 겪고 적절한 치료를 거부당함으로써 유발되는 잠재적 위해에 대하여 환자들 본인으로부터 직접 배울 기회를 접해야 합니다.

성별위화감을 해소하기 위한 생식기 및 유방/흉부 수술은 다른 외과적 치료와는 달리 단순한 선택적 치료 행위가 아닙니다. 일반적인 선택적 치료 행위는 환자와 외과의가 상호 합의 하에 개인적인 계약을 체결하기만 하면 실시할 수 있습니다. 반면 생식기 및 유방/흉부 수술을 성별위화감 치료에 필요한 의학적 조치로서 실시하려면, 먼저 자격을 갖춘 정신건강 전문가가 SOC 제 7 장에서 서술한 바와 같이 환자를 평가해야 합니다. 이러한 평가를 실시한 결과 특정한 외과적 치료를 받을 기준을 충족하였다는

제 7 판

서면 문서가 있어야 비로소 수술을 집도할 수 있습니다. 이러한 절차를 따름으로써 정신건강 전문가와 외과의와 환자는 신체에 비가역적인 변화를 일으키는 결정을 내리는 데 대해 책임을 분담합니다.

HIV, B 형간염, C 형간염 등 혈액매개 감염질환에 양성혈청반응을 보인다는 이유만으로 성전환수술의 필요성을 부인하거나 수술에 부적합하다고 판명하는 행위는 비윤리적입니다.

## 외과의와 정신건강 전문가, 호르몬 처방의(만약 있다면), 환자의 관계 (사전동의)

외과의는 성별위화감을 치료하는 과정에서 단순히 기술자 역할만 하지는 않습니다. 성실한 외과의는 환자 한 사람 한 사람의 개인력과 수술이 의뢰된 타당성을 살핍니다. 그러려면 외과의는 환자와 장시간 대화를 나누고 환자에 대한 임상관리에 적극 참여한 다른 보건의료 전문가들과 긴밀한 협력관계를 유지해야 합니다.

외과의가 다학제 건강관리 팀의 일원으로 활동한다면 손쉽게 자문을 받을 수 있지만, 그러한 팀이 구성되지 않았다면 외과의는 환자를 의뢰한 정신건강 전문가(들)와 호르몬 처방의(만약 있다면)가 성별위화감을 평가하고 치료할 자격요건을 갖추었다는 사실을 확신해야 합니다. 이들의 전문성에 외과의가 크게 의존하기 때문입니다.

환자가 특정 수술을 받을 기준을 충족했다고 보이면(자세한 요건은 아래에 서술), 외과의는 수술적 치료를 염두에 두고 수술 전 외과적 상담을 실시하여, 수술 절차 및 수술 후 조치를 환자와 상세하게 논의하여야 합니다. 외과의는 다음의 사항 모두를 성별위화감 수술적 치료를 원하는 환자와 상의할 책임이 있습니다.

- 시술 가능한 여러 수술 기법 (다른 수술적 대안을 제공하는 동료에게 의뢰하는 것도 포함해서)
- 수술 기법 각각의 장단점
- 시술이 '이상적인' 결과를 달성하는 데 어떠한 한계가 있는지를 상의함: 외과의는 본인이 시술한 환자의 수술 전-수술 후 결과 전반을 보여주는 사진을 제시하여야 하며, 수술이 성공한 사례와 실패한 사례를 모두 보여주어야 합니다.
- 여러 기법의 잠재적 위험성과 나타날 수 있는 합병증: 외과의는 환자에게 자신이 각각의 방법으로 시술했을 경우 합병증 비율을 고지해야 합니다.

이러한 논의는 사전동의 절차의 핵심이며, 어떤 외과 시술이라도 필히 구비해야 하는 윤리적·법적 조건입니다. 환자가 시술 결과에 현실적인 기대를 갖도록 확실히 하는 것은 성별위화감을 완화하는 결과를 달성하는 데 중요합니다.

이러한 모든 정보는 환자가 유창하게 구사하는 언어로, 그림 설명을 곁들여서 문서화하여 환자에게 제공하여야 합니다. 환자는 미리 정보를 받고 (인터넷으로 줄 수도 있음) 정보를 검토할 충분한 시간이 주어져야 합니다. 사전동의 요소는 수술적 처치를 실시하기 전에 환자와 직접 만나 논의하여야 합니다. 그런 후 질문에 답변하고 환자에게 서면으로 사전동의를 받을 수 있습니다. 수술은 비가역적 조치이므로,

사전동의를 받기 전에 환자가 충분한 시간을 갖고 정보를 완전히 소화하도록 주의를 기울여야 합니다. 최소한 24 시간은 주기를 권장합니다.

외과의는 즉각적으로 후치료를 실시하고, 앞으로 환자를 돌볼 의사에게 자문을 제공하여야 합니다. 환자는 외과의와 협력하여 수술 이후 적절한 후치료 계획을 세워야 합니다.

## 성별위화감을 느끼는 환자에 대한 수술적 치료 절차 개괄

### MtF 환자에게 시술 가능한 외과적 치료

1. 유방/흉부 수술: 유방확대 성형술 (보형물 삽입/지방이식)
2. 생식기 수술: 음경 절제술, 고환 절제술, 질 성형술, 음핵 성형, 외음부 성형술
3. 생식기와 유방을 제외한 신체부위 수술: 안면윤곽여성화술, 지방 흡입술, 지방 이식술, 음성 수술, 갑상연골(목젖)축소술, 둔부확대성형술(보형물 삽입/지방이식), 두발 재건술, 기타 다양한 미용 시술

### FtM 환자에게 시술 가능한 외과적 치료

1. 유방/흉부 수술: 피하유방 절제술, 남성형 흉부 성형술
2. 생식기 수술
  - 자궁 절제술/난소자궁관 절제술
  - 요도의 고정 부위 재건 수술: 메토이디오플라스티 metoidioplasty 나 음경 성형술 (유경피판 pedicled flap 법이나 유리피판 free vascularized flap 법을 사용함)과 병합 시술 가능
  - 질 절제술, 음낭성형술, 발기 보형물 내지 고환 보형물 삽입
3. 생식기와 유방을 제외한 신체부위 수술: 음성변경수술(드름), 지방 흡입술, 지방 이식술, 기타 다양한 미용 시술

## 재건 수술 대 미용 수술

성전환 수술이 '미용' 수술인가 '재건' 수술인가 하는 문제는 철학적인 문제뿐만 아니라 금전적인 문제에도 직접 관련이 있습니다. 미용 수술은 대개 의학적으로 필요하지 않다고 간주되므로 비용을 환자가 온전히 부담해야 하는 반면, 재건 수술은 의학적으로 필요하다고 간주되고 의문의 여지 없이 치료적 효과를 가져오므로 국가보건의료체계나 보험회사가 비용을 일부 또는 전부 부담하게 됩니다.

## 제 7 판

안타깝지만 성형 및 재건 수술 분야는 (일반적인 수술이든 성별 관련 수술이든) 순수한 재건수술 아니면 순수한 미용수술로 명확히 구분할 수 없습니다. 대부분의 성형수술에는 재건과 미용 요소가 혼합되기 마련입니다.

전문가들은 생식기 수술과 유방 절제술을 순수한 미용수술로 간주할 수 없다는 것에 대체로 동의하지만, (예컨대 유방확대, 안면여성화수술 등) 다른 외과적 시술은 어느 정도까지 순수한 재건수술로 간주해야 할지 의견이 갈립니다. 음경성형술이나 질 성형술이라면 평생 짊어질 고통을 끝내는 처치로 보기가 훨씬 쉽겠지만, 어떤 환자는 코 축소성형술 같은 처치를 받음으로써 삶의 질이 근본적이고 영구적으로 개선되는 효과를 얻으므로, 성별위화감이 없는 사람보다 이러한 처치를 더 의학적으로 필요로 합니다.

## 수술 시행 기준

SOC 의 다른 모든 내용과 마찬가지로, 성별위화감을 외과적으로 치료하기 시작하는 기준은 환자에게 최선의 관리를 제공할 목적으로 개발하였습니다. SOC 는 환자의 건강관리 필요를 최선으로 충족하기 위해 치료법을 개별화하도록 허용하기는 하지만, 유방/흉부 및 생식기 수술을 실시하는 기준으로 자격을 갖춘 정신건강 전문가가 환자의 성별위화감이 지속되었음을 반드시 기록으로 입증하도록 규정합니다. 어떤 수술에는 여성화/남성화 호르몬 치료를 받고 환자의 성별정체성에 부합하는 성역할로 1 년간 지속적으로 생활하여 수술에 대비하고 치료를 받아야 한다는 추가 조건이 붙기도 합니다.

수술 시행 기준은 아래에 서술된 바와 같습니다. 현행 이용 가능한 근거와 전문가의 임상 합의에 따르면, 각각의 수술마다 권장 기준은 다릅니다.

SOC 는 여러 수술 중 어떤 수술부터 해야 하는지 순서를 명시하지는 않습니다. 외과적 시술을 시행하는 횟수와 순서는 환자의 임상적 필요에 따라 사람마다 달라집니다.

### 유방/흉부 수술 시행 기준 (의뢰 1 건 요약)

#### ***FtM 환자의 유방 절제술 및 남성형 흉부 성형술 시행 기준***

1. 성별위화감이 지속되며 이 사실이 기록됨
2. 충분한 정보에 근거하여 의사결정을 내리고 치료에 동의할 능력을 갖춘
3. 해당 국가에서 법적 성년에 달하는 연령 (만약 미성년이라면 SOC 의 아동·청소년 관련 지침을 따름)
4. 만약 중대한 의학적 문제나 정신건강 문제가 있다면, 합리적으로 잘 통제된 상태여야 함

수술에 앞서 반드시 호르몬 치료를 할 필요는 없습니다.

**MtF 환자의 유방 확대술(보형물 삽입/지방이식술) 시행 기준**

1. 성별위화감이 지속되며 이 사실이 기록됨
2. 충분한 정보에 근거하여 의사결정을 내리고 치료에 동의할 능력을 갖추
3. 해당 국가에서 법적 성년에 달하는 연령 (만약 미성년이라면 SOC 의 아동·청소년 관련 지침을 따름)
4. 만약 중대한 의학적 문제나 정신건강 문제가 있다면, 합리적으로 잘 통제된 상태여야 함

명문화된 기준은 아니지만, MtF 환자는 유방 확대술 시행 전 여성화 호르몬 치료를 (최소 12 개월 동안) 받기를 권장합니다. 유방 발달을 극대화하여 더 나은 외과(미용)적 결과를 얻고자 합니다.

**생식기 수술 시행 기준 (의뢰 2 건 요약)**

생식기 수술 시행 기준은 환자가 어떤 유형의 수술을 요구하느냐에 따라 달라집니다.

**FtM 환자의 자궁 절제술과 난소자궁관 절제술 및 MtF 환자의 고환 절제술 시행 기준**

1. 성별위화감이 지속되며 이 사실이 기록됨
2. 충분한 정보에 근거하여 의사결정을 내리고 치료에 동의할 능력을 갖추
3. 해당 국가에서 법적 성년에 달하는 연령 (만약 미성년이라면 SOC 의 아동·청소년 관련 지침을 따름)
4. 만약 중대한 의학적 문제나 정신건강 문제가 있다면, 합리적으로 잘 통제된 상태여야 함
5. 환자가 추구하는 성별에 부합하도록 12 개월 동안 계속 호르몬 치료를 받아야 함(임상적으로 호르몬을 사용해서는 안 된다고 판단되는 경우는 제외).

생식샘절제술 전 호르몬 치료를 하는 주된 목적은, 환자가 비가역적인 외과 처치를 받기에 앞서 일정 기간 동안 가역적인 에스트로겐/테스토스테론 억제 치료를 우선 접해 보도록 하는 데 있습니다.

위의 기준은 성별위화감이 아닌 다른 의학적 사유로 이러한 처치를 받는 환자에게는 적용하지 않습니다.

**FtM 환자의 메토이드오플라스티/음경 성형술 및 MtF 환자의 질 성형술 시행 기준**

1. 성별위화감이 지속되며 이 사실이 기록됨
2. 충분한 정보에 근거하여 의사결정을 내리고 치료에 동의할 능력을 갖추
3. 해당 국가에서 법적 성년에 달하는 연령 (만약 미성년이라면 SOC 의 아동·청소년 관련 지침을 따름)
4. 만약 중대한 의학적 문제나 정신건강 문제가 있다면, 합리적으로 잘 통제된 상태여야 함
5. 환자가 추구하는 성별에 부합하도록, 12 개월 동안 계속 호르몬 치료를 받아야 함 (임상적으로 호르몬을 사용해서는 안 된다고 판단되는 경우는 제외).

## 6. 환자의 성별정체성에 부합하는 성역할로 12 개월 동안 생활하여야 함.

명문화된 기준은 아니지만, 환자가 정신건강 전문가나 다른 의학 전문가에게 정기 진찰을 받기를 권고합니다.

### **수술 전 12 개월 동안 성별정체성에 부합하는 성역할로 생활하라고 요구하는 근거**

상술한 바와 같이, 일부 생식기 수술에는 환자가 성별정체성에 부합하는 성역할로 12 개월 동안 꾸준히 생활하라는 등의 기준을 요구합니다. 그 근거는 이러한 경험이 환자가 비가역적인 수술을 받기 전에 원하는 성역할을 경험하고 이에 사회적으로 적응할 기회를 충분히 제공한다는 데에 전문가들이 임상적으로 합의했다는 것입니다. 제 7 장에서 언급했듯이 성역할을 변경하는 것은 사회적으로 매우 힘들고, 심지어 신체적인 면보다 사회적인 면이 힘들 때가 더 많습니다. 성역할을 바꾸면 개인적으로나 사회적으로나 극심한 영향을 초래하므로, 가족, 대인관계, 교육, 직업, 경제, 법적 측면에서 어떠한 어려움이 발생할지를 인지하고 결정을 내려야 새로운 성역할을 성공적으로 수행할 수 있습니다. 자격을 갖춘 정신건강 전문가와 동료들로부터 받는 지지는 바뀐 성역할에 성공적으로 적응하는 데 크게 기여합니다(Bockting, 2008).

12 개월이라는 기간은 한 해 동안 벌어지는 각종 생애 경험과 행사를(가족 행사, 명절, 휴가, 특정 계절 특유의 직장/학교 생활 등) 고려하여 설정하였습니다. 이 기간 동안 환자는 매일매일 모든 생활 환경에서 본인이 지향하는 성역할을 일관되게 나타내야 합니다. 배우자, 가족, 친구, 지역공동체(학교, 직장 등 각종 장소) 구성원에게 커밍아웃하는 것도 여기에 포함됩니다.

보건의료 전문가는 환자가 새로운 성역할을 경험하는 과정을 의무기록에 명확하게 기록해야 하며, 여기에는 생식기 수술을 준비하는 사람이 새로운 성역할로 종일 생활하기 시작한 날짜를 포함합니다. 보건의료 전문가는 필요한 경우 이 기준이 충족되었다는 증거를 요구하기도 하며, 환자가 성별정체성에 부합하는 성역할로 생활할 때 접촉한 사람과 대화하거나, 가능한 경우에 한하여<sup>ix</sup> 법적 개명 내지 성별 표기 변경을 확인할 수 있는 서류를 요청하기도 합니다.

### **정신병 증상 및 기타 중증 정신장애를 앓는 사람 수술하기**

성별위화감을 느끼는 환자가 중증 정신장애와 현실판단능력 손상 impaired reality testing 진단을 받으면(예컨대 정신병 삽화, 양극성장애, 해리정체성장애, 경계인격장애 등), 수술을 고려하기 전에 반드시 항정신성 약물 내지 심리 치료로 증상을 개선하도록 노력해야 합니다(Dhejne et al., 2011). 정신병 증상을 평가하고 관리하는 자격을 갖춘 정신건강 전문가가 수술 전에 환자를 재평가하여, 환자의 정신 상태와 수술 받을 준비가 되어 있는지를 기술하여야 합니다. 환자를 잘 아는 정신건강 전문가가 평가를 하는 것이 바람직합니다. 환자의 정신병 증상이 현저하면 그 어떤 수술도 시행해서는 안 됩니다(De Cuypere & Vercruysse, 2009).

### **유방/흉부 또는 생식기 수술을 시행하는 외과의의 자격요건**



성별위화감에 대한 수술적 치료를 시행하는 의사는 비뇨기과, 산부인과, 성형외과, 또는 일반외과 의사여야 하며, 해당 국가/지역 기관에서 전공분야의 면허를 받아야 합니다. 외과의는 생식기 재건 기법에 전문성을 갖추어야 하며, 경험 있는 외과의의 슈퍼비전 하에 수련을 받은 기록으로 이를 입증해야 합니다. 경험 많은 외과의라 해도 본인의 외과 치료 능력을 동료에게 기꺼이 검토 받아야 합니다. 외과 수술 결과를 공식적으로 검증하고 그 결과를 출간하면 치료를 의뢰하는 보건의료 전문가와 환자 모두 안심할 것입니다. 외과의는 정기적으로 전문가 회의에 참석하여 새로 발표되는 기법을 접해야 합니다. 환자들은 종종 인터넷을 효과적으로 이용하여 외과의 및 외과수술팀에게 치료받은 경험을 공유합니다.

가장 이상적인 상황은, 외과의가 두 가지 이상의 생식기 재건 수술 기법에 정통하여, 환자와 상의하여 개개인에게 가장 잘 맞는 기법을 선택하는 것입니다. 만약 외과의가 한 가지 수술법에만 숙련되어 있는데 이 기법이 환자에게 적합하지 않거나 환자가 원하는 바가 아니라면, 외과의는 환자에게 다른 수술법이 있다고 고지하고, 적절한 기술을 갖춘 다른 외과의에게 의뢰해주겠다고 제안해야 합니다.

### **유방/흉부 수술 기법 및 합병증**

유방/흉부 형상은 중요한 이차 성징이긴 하지만, 유방의 유무나 크기는 법으로 성 sex 이나 성별 gender 을 정의하는 것에 관계가 없으며 생식에도 필요하지 않습니다. 성별위화감을 치료하기 위해 유방/흉부 수술을 시행할 때에는 호르몬 치료를 시작할 때와 동일한 수준으로 심사 숙고해야 합니다. 둘 다 신체에 상대적으로 비가역적인 변화를 일으키기 때문입니다.

MtF 환자에게 실시하는 유방 확대술('가슴 재건술'로 불리기도 함)은 태어날 때부터 여성인 환자에게 하는 시술과 다르지 않습니다. 유방에 보형물을 삽입하는 것이 보통이며 때로는 지방 이식 기법을 쓰기도 합니다. 감염과 피막섬유화는 MtF 환자의 유방 확대 성형술에 드물게 나타나는 합병증입니다(Kanhai, Hage, Karim, & Mulder, 1999).

FtM 환자가 받을 수 있는 수술로는 유방 절제술, 일명 '남성형 흉부윤곽 성형술'이 있습니다. FtM 환자는 유방절제술만 받는 경우가 많습니다. 유방 조직을 많이 절제하느라 피부까지 절제하면 흉터가 남으므로, 이에 대해 환자에게 미리 고지해야 합니다. 피하유방 절제술의 합병증으로는 유두괴사, 불규칙한 흉부 윤곽, 보기 싫은 흉터 등이 있습니다(Monstrey et al., 2008).

### **생식기 수술 기법 및 합병증**

MtF 환자에게 시술하는 생식기 수술로는 고환 절제술, 음경 절제술, 질 성형술, 음핵 성형술, 음순 성형술 등이 있습니다. 수술 기법으로는 음경 피부 반전술, 유경 S 결장이식 pedicled colosigmoid transplant, 신생 질 neovagina 유리 피부 이식술 free skin graft 등이 있습니다. 기능적이고 보기 좋을 뿐만 아니라 성적 감각도 살아있는 질을 만드는 것이 질 성형술의 중요한 목적입니다.

MtF 성기수술의 외과적 합병증으로는 질과 음순의 완전/부분 괴사, 방광이나 장에서 질로 이어지는 누공, 요도 협착증, 질이 너무 작거나 짧아 성교가 어려운 증상 등이 있습니다. 신생 질 neovagina 을 만드는 외과 수술은 기능 면에서도 미용적인 면에서도 훌륭하지만, 시술 후 무오르가증증 anorgasmia 이

## 제 7 판

보고된 바 있으며, 미용상의 이유로 음순 성형 수술이 두 번째 단계로 필요할 때도 있습니다(Klein & Gorzalka, 2009; Lawrence, 2006).

FtM 환자에게 시술하는 성기수술로는 자궁 절제술, 난소자궁관 절제술, 질 절제술, 메토이디오플라스티, 음낭 성형술, 요도 성형술, 고환 보형물 삽입술, 음경 성형술 등이 있습니다. 복부 수술을 받은 적 없는 환자에게 자궁 절제술과 난소자궁관 절제술을 시술할 때에는 하복부에 흉터가 생기지 않도록 복강경 수술을 권합니다. 환자 대다수가 출산한 적도 없고 삽입성관계 경험도 없는 경우가 많아서 질식수술 vaginal access 이 어려울 때도 있습니다. 현재 다양한 음경성형술 기법이 존재하는데, 해부학적·외과적 이유와 내담자의 경제 사정 때문에 선택할 수 있는 수술법이 제한되기도 합니다. 음경성형술의 목적이 보기 좋은 신생 음경 neopenis 을 새로 만들거나, 일어서서 소변을 보거나, 성감을 느끼거나, 내지는 성교할 능력을 갖는 것이라면, 수술은 여러 단계에 걸쳐 시행되며 종종 기술적인 어려움이 발생하여 추가 수술을 요하기도 한다는 것을 환자에게 고지해야 합니다. 메토이디오플라스티는 작은 음경 microphallus 을 만드는 시술로, 이론상으로는 일차 수술로 끝나지만 실제로는 종종 두 번 이상 수술이 필요합니다. 이 수술법으로는 서서 소변을 보게 하는 목적을 달성한다고 항상 보장하지는 못합니다(Monstrey et al., 2009).

FtM 음경 성형술의 합병증으로는 잦은 요로 감염증 및 누공이 있으며, 가끔 신생 음경 괴사가 일어나기도 합니다. 메토이디오플라스티로 만든 작은 음경으로는 일어서서 소변을 보지 못합니다. 음경 성형술은 유경 피판이나 유리 피판을 이용하는데, 오랜 시간이 걸리고 여러 단계에 걸쳐 시술해야 하며 요로 합병증이 잦고 공여부위에 흉터를 피할 수 없는 등 이환율이 현저히 높습니다 그렇기 때문에, 많은 FtM 환자는 자궁 절제술과 난소자궁관 절제술 이외의 생식기 수술을 받지 않습니다(Hage & De Graaf, 1993).

중증의 수술 합병증이 있던 환자조차도 수술 받은 것을 거의 후회하지 않습니다. 수술 결과가 성전환 전반의 성과를 예측하는 최상의 지표 중 하나라는 사실이 거듭 밝혀지는 것을 보아서도 수술이 중요하다는 것을 알 수 있습니다(Lawrence, 2006).

## 기타 수술

신체 여성화를 돕는 다른 수술로는 갑상연골 축소술(목젖 축소술), 음성 변경 수술, 허리 윤곽을 수정하기 위한 단순 기계식 지방 흡입 수술, 코 성형술, 얼굴뼈 축소술, 얼굴 주름 제거술, 눈꺼풀 성형술(눈꺼풀을 성형하여 젊어 보이게 함) 등이 있습니다. 신체 남성화를 돕는 다른 수술로는 지방 흡입술, 지방 이식술, 흉근 이식술 등이 있습니다. 음성을 굵게 하기 위해 음성 수술을 시행하는 사례는 흔치 않지만, 호르몬 치료가 효과적이지 못하거나 하는 특정 상황에서는 수술을 권하기도 합니다.

이러한 수술이 정신건강 전문가의 의뢰를 요하지는 않을지라도, 정신건강 전문가는 사회적 성별 이행이라는 맥락을 고려해 환자가 충분한 정보에 근거하여 수술 시기와 수술이 초래할 결과에 대해 결정을 내리도록 돕는 데 중요한 역할을 할 수 있습니다.

이런 수술들은 일반적으로 '순수한 미용' 수술로 여겨지지만, 같은 수술이라도 성별위화감이 심한 사람에게는 증상과 생활 상황에 따른 환자 개개인의 임상 상황에 따라 의학적으로 필요하다고

판단하기도 합니다. 즉, 미용인지 재건인지 구분이 모호한 것이 임상 상황의 현실입니다. 따라서 이러한 시술이 필요하고 바람직한지는 각자의 상황에 맞게 결정해야 합니다.

## XII. 수술 후 관리 및 추적관찰

성별위화감을 외과적으로 치료한 후 장기간 수술 후 관리와 추적관찰을 하는 것이 외과적으로도 심리사회적으로도 바람직한 결과와 상관관계가 있습니다(Monstrey et al., 2009). 추적관찰은 수술 후 환자의 신체건강과 정신건강에 중요하며 외과의가 수술의 이점과 한계를 파악하는 데에도 중요합니다. 장거리 환자를 수술한 외과의사는 개인 추적 관찰을 환자 관리 계획에 포함하여야 하며, 환자가 거주 지역에서 장기적이고 알맞은 비용으로 후치료를 받을 수 있도록 노력해야 합니다.

환자는 수술을 받고 나서 호르몬처방의(호르몬 치료를 받는 경우)를 비롯한 전문의로부터 추적관찰을 받기를 꺼리기도 하는데, 이러한 전문의들이 호르몬 및 외과적 치료를 받은 환자에게 특유하게 나타나는 의학적 상태를 예방하고 진단하고 치료한다는 데 가장 유능하다는 것을 인지하지 못하기 때문입니다. 마찬가지로 정신건강 전문가에게도 추적 관찰을 받을 필요가 있는데, 이들은 다른 어떤 전문가보다도 환자와 많은 시간을 보냈기에 수술 후 적응 과정의 어려움을 극복하도록 돕기에 유리한 입장에 있기 때문입니다. 보건의료 전문가는 수술 후 추적 관찰이 매우 중요하다는 것을 환자에게 강조하고 지속적인 관리를 제공해야 합니다.

환자는 수술을 받은 뒤, 연령에 따른 권장 지침에 따라 정기 의료 검진을 받아야 합니다. 이에 대해서는 다음 장에서 더 자세히 설명합니다.

## XIII. 평생 예방 관리 및 일차 관리

트랜스섹슈얼·트랜스젠더·성별비순응자는 평생 건강관리를 받아야 합니다. 예를 들어, 비교적 어린 나이에 생식샘 절제술을 받거나 장기간 고용량 호르몬 치료를 받는 데 따른 부작용을 피하려면, 환자는 일차 관리와 트랜스젠더 건강에 경험을 쌓은 의료서비스 제공자에게 철저하게 의학적 관리를 받아야 합니다. 제공자 한 사람이 서비스를 전부 제공하지 못한다면, 제공자들이 서로 계속 연락을 주고받는 것이 필수입니다

일차 의료 및 건강유지 문제는 성역할을 어떤 식으로든 변경하거나 성별위화감을 완화하는 의학적 처치를 받기 전후 또는 도중에 다루어야 합니다. 호르몬 제공자와 외과의도 예방관리에 중요한 역할을 하긴 하지만, 트랜스섹슈얼·트랜스젠더·성별비순응자는 모두들 일차 의료 제공자를 담당자로 두고 전반적인 건강관리를 받아야 합니다(Feldman, 2007).

### 일반적인 예방 건강관리

일반인을 대상으로 개발한 검진 지침은 여성화/남성화 호르몬의 영향을 받을 가능성이 낮은 기관계를 검진할 때 적절합니다. 그렇지만 심혈관계 위험요인, 골다공증, 몇몇 암(유방암, 자궁경부암, 난소암, 자궁암, 전립샘암) 등의 영역에서는 이러한 일반적 지침이 호르몬 치료를 받는 사람의 비용효율성 면에서 과도하거나 미흡할 수도 있습니다.

성전환수술 후 호르몬 치료를 비롯한 여성화/남성화 호르몬 치료를 받는 환자에 대해 일차 건강관리 프로토콜을 제공하는 자료가 몇 가지 있습니다, (Center of Excellence for Transgender Health, UCSF, 2011; Feldman & Goldberg, 2006; Feldman, 2007; Gorton, Buth, & Spade, 2005). 임상외는 해당 국가의 근거중심 지침을 참조해, 호르몬 치료가 환자의 기초 위험도에 미치는 영향을 검진하는 데 대해 환자와 상의해야 합니다

### 암 검진

생식기계에 발생하는 암을 검진하는 것은 트랜스섹슈얼·트랜스젠더·성별비순응자와 그들의 의료서비스제공자에게 의학적이고 심리사회적으로 특히 어렵습니다. 대규모 전향연구가 이뤄지지 않았기 때문에, 서비스제공자에게는 이 집단에 대해 어떤 유형의 암을 검진하고 얼마나 자주 검사해야 하는지 충분한 근거가 없습니다. 과다검진은 건강관리 비용 및 위양성률을 높이고, 환자가 불필요한 방사선

노출이나 조직검사와 같은 진단적 처치를 받게 되기도 합니다. 반면 검진이 미흡하면 치료 가능한 암 진단이 지연되기도 합니다. 환자는 암 검진을 자신의 젠더를 긍정해주는 절차로 받아들이기도 하고 (예컨대 MtF 환자에 대한 유방촬영), 육체적이거나 정신적으로 괴로운 절차로 받아들이기도 합니다(예컨대 FtM 환자에 대한 자궁경부암검사 Pap smear 는 건강관리의 연속성을 보장함).

## 비뇨생식기 관리

트랜스섹슈얼·트랜스젠더·성별비순응자는 성별에 관계 없이 부인과 관리를 요하기도 합니다. FtM 환자 중에서는 생식기 수술을 하지 않은 사람들이 주로 부인과 관리를 필요로 하고, MtF 환자는 생식기 수술 후 부인과 관리를 요합니다. 외과의들이 대체로 환자에게 수술 후 비뇨생식기 관리에 대해 상담해 주기는 하지만, 일차 의료 의사와 부인과 의사도 트랜스섹슈얼·트랜스젠더·성별비순응자 특유의 생식기 관련 문제를 숙지하여야 합니다

MtF 환자는 모두 생식기 위생·섹슈얼리티·성병 예방에 관한 상담을 받아야 하며, 생식기 수술을 받았다면 정기적으로 질을 확장하거나 삽입성교를 하여 질의 깊이와 넓이를 유지할 필요성에 대해 상담을 받아야 합니다(van Trotsenburg, 2009). 남성 골반의 해부학적 구조 때문에 신생 질과 생물학적 질은 골반의 방향 axis 과 크기가 상당히 다릅니다. MtF 환자와 이들의 배우자가 이러한 해부학적 차이를 이해하지 못하면 성관계에 지장이 발생하기도 합니다(van Trotsenburg, 2009).

하부 요로 감염은 수술 받은 MtF 환자에게 자주 발생하는데, 재건수술로 인해 요로가 짧아지기 때문입니다. 하부 요로의 기능장애를 앓기도 하는데, 이러한 장애는 직장과 방광 사이를 박리할 때 방광저 bladder floor 를 지배하는 자율신경이 손상됨으로써 발생하거나, 방광 자체의 위치가 바뀜으로써 발생합니다. 성전환 수술 후 방광 기능이상(예컨대 과민성 방광, 긴장성 요실금, 절박성 요실금 등)이 일어나기도 합니다(Hoebeke et al., 2005; Kuhn, Hildebrand, & Birkhauser, 2007).

FtM 환자는 대체로 질 절제술을 받지 않습니다. 남성화 호르몬을 투여하는 환자 중에는 테스토스테론이 상당량 에스트로겐으로 변환되었음에도 불구하고 질 내막 위축이 정기적으로 관찰되며 가려움이나 작열통을 일으키는 사람도 있습니다. 이 때 시행하는 검사는 육체적·신체적으로 고통스럽기도 하지만, 치료를 하지 않으면 상황이 심각하게 악화되기도 합니다. FtM 환자가 호소하는 생식기 문제를 치료할 때, 부인과 의사는 남성 정체성을 갖고 남성적으로 성별을 표현하는 환자가 통상 생물학적 여성의 생식기로 간주되는 생식기관을 보유함으로써 느끼는 예민함을 헤아려야 합니다.

## XIV. 시설에서 생활하는 사람에게 SOC 적용하기

SOC 의 모든 내용은 트랜스섹슈얼·트랜스젠더·성별비순응자가 어떠한 주거 상황에서 생활하는가와 상관없이 적용할 수 있습니다. 어디에서 사는 지를 근거로 사람을 차별하여 적절한 건강관리를 받지 못하게 해서는 안 됩니다. 이는 교도소나 중장기 요양시설에 사는 사람에게도 마찬가지입니다(Brown, 2009). 시설에서 생활하는 트랜스섹슈얼·트랜스젠더·성별비순응자는 같은 지역공동체 내 비시설 환경에서 생활할 때 받을 수 있는 보건의료와 동일한 수준의 보건의료를 누려야 합니다.

SOC 에서 기술하는 평가 및 치료의 모든 기본요소는 시설에서 생활하는 사람들에게도 제공할 수 있습니다(Brown, 2009). 시설이나 특정 거주환경을 근거로 의학적으로 필요한 치료를 거절해서는 안 됩니다. 만약 시설 내부에서 직간접적으로 고용한 보건의료 전문가 중에 성별위화감을 느끼는 사람을 평가 내지 치료할 전문성을 갖춘 사람이 없다면, 이 특수한 영역의 건강관리에 대해 잘 아는 외부 전문가의 자문을 받는 것이 바람직합니다.

시설에서 성별위화감을 느끼는 사람에게는 정신질환이 동반되기도 합니다(Cole et al., 1997). 이러한 정신질환은 적절하게 평가하고 치료하여야 합니다.

적절한 호르몬 처방계획을 시술 받는 도중에 시설에 입소한 사람은 기존에 받던 것과 동일하거나 유사한 치료를 계속 받고 SOC 에 따라 모니터링을 받아야 합니다. 치료를 중도에 '동결'하는 접근법은 대체로 부적절하다고 여겨집니다(*Kosilek v. Massachusetts Department of Corrections/Maloney*, C.A. No. 92-12820-MLW, 2002). 성별위화감을 느끼면서 (SOC 의 기준에 따라) 호르몬 치료를 받기에 적합하다고 판정된 사람에게는 호르몬 치료를 개시하여야 합니다. 급작스럽게 호르몬을 중단하거나 의학적으로 호르몬 치료가 필요한데도 치료를 시작하지 않으면 스스로를 물리적(외과적)으로 거세해 자가치료를 시도하거나, 기분이 우울해지거나, 불쾌감을 느끼거나, 내지는 자살 경향성을 증가시키는 등 부정적인 결과를 초래할 가능성이 높습니다 (Brown, 2010).

SOC 에 부합하는 건강관리를 제공할 때, 성별위화감을 느끼는 사람에게 필요한 의학적 관리에 지장을 주지 않는 선에서 시설 환경에 맞춰 적절하게 타협할 수도 있습니다. 규칙적으로 호르몬을 경구투여하기 어려운 환경에서, 의학적으로 금기가 없는 환자에게 호르몬 주사제를 사용하는 것도 적절한 타협의 한 예입니다(Brown, 2009). 시설에 거주한다는 이유만으로 거주자가 필요로 하는 성역할 변경이나 (성전환수술을 포함한) 제반 치료에 접근하지 못하도록 차단하는 것은 SOC 에서 규정한 적절한 타협에 해당하지 않습니다(Brown, 2010).

시설에서 생활하는 트랜스섹슈얼·트랜스젠더·성별비순응자의 주거편의시설, 욕실/화장실 시설은 이들의 성별정체성, 성역할, 신체 상태, 개인의 존엄성과 안전을 고려해야 합니다. 외부생식기의 형태만을 근거로 남녀 분리된 주거단위, 거주동, 또는 소형공용주택에 배정하는 것은 부적절하며, 당사자는 괴롭힘 당할 위험에 처하기도 합니다 (Brown, 2009).

트랜스섹슈얼·트랜스젠더·성별비순응자가 생활하면서 건강관리를 받는 시설은 거주자가 직원이나 다른 거주자에게 괴롭힘을 당하지 않는지를 모니터링 하여 관용적이고 긍정적인 환경을 조성하여야 합니다.

## XV. 성발달 장애가 있는 사람에 대해 SOC 적용하기

### 용어

성발달 장애 disorder of sex development(DSD)란 생식기관이 비전형적으로 발달하는 신체적 현상입니다(Hughes, Houk, Ahmed, Lee, & LWPES/ESPE Consensus Group, 2006). 과거 간성 intersex, intersexuality 이라 불리던 현상도 일종의 성발달 장애입니다. 2005 년에 열린 국제회의에서 해당 용어를 '성발달 장애'로 바꾸는 데 합의했지만(Hughes et al., 2006) 아직도 용어에 대해 논란이 계속됩니다. 어떤 사람들은 '장애'라는 호칭에 강하게 반발하며, 이러한 선천적 증상을 다양성 문제로 보고(Diamond, 2009) 간성이라는 용어를 계속 사용하고자 합니다. SOC 에서 WPATH 는 성발달 장애라는 용어를 객관적이고 가치중립적인 방식으로 사용하는데, 이 분야가 발전함에 따라 보건의료 전문가들이 성발달 장애라는 의학용어를 인지하고 이 용어를 사용하여 관련 문헌을 접하도록 보장하기 위해서입니다. WPATH 는 다양한 사람들로 이뤄진 트랜스섹슈얼·트랜스젠더·성별비순응자 집단의 경험을 더욱 명확하게 반영하고 건강관리 접근성과 서비스 제공을 개선하는 데 도움이 될 새로운 용어를 적극 받아들이고자 합니다.

### SOC 에 성발달 장애를 추가한 근거

예전에는 성발달 장애가 있으면서 DSM-IV-TR 의 성별정체성장애의 행동 기준을 충족하면 (American Psychiatric Association, 2000) 일반 성정체성장애 진단을 배제하고 대신 "달리 분류되지 않는 성별정체성장애"로 진단하였습니다. WPATH SOC 에서도 이러한 사람들은 다루지 않았습니다.

DSM 5 판([www.dsm5.org](http://www.dsm5.org))에서 개정하자고 현재 제안된 내용에 따르면, 성별정체성장애 대신 성별위화감이라는 용어를 도입할 뿐만 아니라,<sup>x</sup> 성발달 장애가 있으면서 성별위화감을 느끼는 증상을 성별위화감의 아형으로 간주하자고 합니다.<sup>xi</sup> 성별위화감이 있으면서 성발달 장애도 있는 사람을 구분하자는 제안이 정당성을 갖는 이유는 성발달 장애가 있을 때 성별위화감의 현상학적 표현, 역학, 삶의 궤도, 병인도 달라지기 때문입니다 (Meyer-Bahlburg, 2009).

보건의료 전문가가 성발달 장애와 성별위화감을 동시에 겪는 성인에 대해 점점 더 관심을 갖게 됨에 따라, SOC 제 7 판은 이들의 건강관리에 대해서도 간략하게 논의합니다.

## 건강력에 대한 고려

성발달 장애와 성별위화감이 공존하는 환자를 도울 때, 보건의료 전문가는 이들이 성발달 장애가 없는 사람과는 대체로 매우 다른 의학적 맥락에서 성장했다는 사실을 분명히 인식해야 합니다.

어떤 사람은 출생 당시 비전형적인 생식기가 관찰됨으로써 성발달 장애로 분류되어(초음파 등의 촬영기술이 발전함에 따라, 비전형적인 생식기가 임신 중에 관찰되는 경우가 점점 늘어나고 있습니다) 자세한 의학적 진단 절차를 거치게 됩니다. 가족과 보건의료 전문가는 구체적인 진단명, 신체 및 호르몬 현상, 장기 결과 연구에서 얻은 피드백 등을 (Cohen-Kettenis, 2005; Dessens, Slijper, & Drop, 2005; Jurgensen, Hiort, Holterhus, & Thyen, 2007; Mazur, 2005; Meyer-Bahlburg, 2005; Stikkelbroeck et al., 2003; Wisniewski, Migeon, Malouf, & Gearhart, 2004) 고려하여, 신생아에게 남성 또는 여성이라는 성을 지정하기로 협의합니다.

성발달 장애는 사춘기에 비전형적인 이차성징이 관찰됨으로써 보건의료 전문가의 눈에 띄기도 합니다. 관찰된 사항을 근거로 특정한 의학적 평가가 이뤄집니다.

성발달 장애는 유형과 증상의 심각성에 따라 환자의 초기 성 지정과 생식기 수술, 기타 의학적 관리 및 심리사회적 관리에 중대한 영향을 미칩니다(Meyer-Bahlburg, 2009). 예를 들어, 성발달 장애가 있는 사람이 태내에서 안드로겐에 노출된 정도는 성별 관련 행동(즉, 성역할과 성별표현)의 남성화와 상관관계가 있다고 합니다. 그러나 상관관계는 실제로 그다지 강하지는 않으며, 태중 안드로겐 노출로는 설명하지 못하는 행동상의 다양성이 상당히 크게 나타납니다(Jurgensen et al., 2007; Meyer-Bahlburg, Dolezal, Baker, Ehrhardt, & New, 2006). 주목할 점은, 태내에서 호르몬에 노출된 정도와 성별정체성 사이에는 유사한 상관관계가 관측되지 않았다는 것입니다(e.g., Meyer-Bahlburg et al., 2004). 성별정체성(의 핵심)이 동일한 사람들도 성별 관련 행동을 남성적으로 표현하는 정도는 매우 달라진다는 사실도 이를 뒷받침합니다.

## 성발달 장애가 있는 사람의 성별위화감을 평가하고 치료하기

성발달 장애가 있는 사람이 성발달 장애보다 성별위화감부터 먼저 진단받는 사례는 극히 드뭅니다. 그런 경우라 해도 적절히 개인력을 검토하고 기초 신체검사를 실시하면 성발달 장애 진단이 분명히 나타나기 마련입니다. 개인력 검토와 기초 신체검사는 호르몬 치료나 성별위화감에 대한 외과적 처치의 적합성에 대한 의학적 평가의 일부입니다. 정신건강 전문가는 성별위화감을 나타내는 내담자에게 신체검사를 받도록 요청해야 합니다. 특히 내담자에게 현재 주치의(나 다른 주 건강관리 서비스 제공자)가 없다면 더욱 그러합니다.

성발달 장애가 있으면서 모호한 생식기를 갖고 태어난 사람들이라 하여 일반적으로 성별위화감을 갖게 되지는 않습니다(Meyer-Bahlburg, Dolezal, et al., 2004; Wisniewski et al., 2004 참조). 그러나 성발달



장애가 있는 사람 중 몇몇은 만성 성별위화감을 느끼고 심지어 출생 당시 지정된 성 내지 성역할을 변경하게 됩니다(Meyer-Bahlburg, 2005; Wilson, 1999; Zucker, 1999). 만약 성별위화감이 존재한다는 조짐이 지속적이고 강하게 나타난다면, 환자의 연령에 상관 없이 성별위화감 평가·진료에 능숙한 임상의를에게 종합 평가를 받도록 하여야 합니다. 이러한 평가를 시행하고 성발달 장애를 고려하여 성별위화감을 치료하기 위한 결정을 내리기 위한 자세한 권고사항이 출간된 바 있습니다(Meyer-Bahlburg, 2011). 철저하게 평가를 시행한 연후에야 환자에게 출생 당시 부여된 성이나 성역할을 바꾸는 데 필요한 조치를 취해야 합니다.

임상의가 이러한 환자에게 성별위화감에 대한 치료 선택지를 제공할 때, 성발달 장애가 없는 환자에게 건강관리를 제공한 사례로부터 얻은 통찰에서 도움을 받기도 합니다(Cohen-Kettenis, 2010). 그렇지만 특정한 치료 기준(예컨대 연령, 원하는 성역할로 생활한 기간)은 성발달 장애가 있는 사람에게는 일반적으로 적용하지 않습니다. 대신 환자의 특정한 상황에 맞춰 자격기준을 해석합니다(Meyer-Bahlburg, 2011). 성발달 장애가 있을 때, 출생 당시 지정된 성 및 성역할은 초등학교 저학년에서 성인기 중반 사이의 어떤 나이에서든 변화할 수 있습니다. 만약 진단 결과와, 해당 증후군 및 증후군의 중증도의 근거에 기반한 성별정체성 예후 그리고 환자가 원하는 바를 고려해 외과수술이 충분히 정당하다면, 성발달 장애가 없는 경우보다 더 이른 나이에 시술하기도 합니다.

치료법이 달라지는 이유는 성발달 장애가 있는 사람이 유아기와 청소년기에 흔히 생식기 수술을 받기 때문입니다. 어린 나이에 생식샘이 기능을 상실하거나 악성화를 우려하여 생식샘 절제술을 실시하여 이미 불임인 경우도 많습니다. 그렇다고 하더라도, 성발달 장애가 있는 환자가 다른 성역할로 완전히 사회적 이행을 하려면 장기간 성별비순응적 행동을 보인 이력이 있고 성별위화감 내지 성역할을 바꾸고자 하는 욕망이 일정 기간 동안 강하고 지속적으로 나타난 경우에만 하는 것이 바람직합니다. DSM-5 개정안에서는 성별위화감 진단을 내리려면 6 개월 동안 증상이 완전하게 나타나야 한다고 제시합니다(Meyer-Bahlburg, 2011).

## 추가 자료

성발달 장애가 있는 사람은 대체로 성별 관련 병력이 복잡합니다. 매우 다양한 선천성 유전·내분비·신체적 비전형성과 다양한 호르몬·수술 및 기타 의학적 치료가 병력에 들어있을 수 있습니다. 그러므로 성발달 장애 환자에게 심리사회적·의학적 관리를 제공할 때에는, 성별위화감 유무와 상관 없이 여러 가지 추가적인 문제를 고려해야 하는데, 이는 SOC 의 영역을 넘어서는 문제입니다. 관심이 있는 독자는 기존 문헌을 참조하시기 바랍니다(Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2003; Meyer-Bahlburg, 2002, 2008 등). 어떤 환자와 가족은 지역 내 지지집단과 상의하거나 협력하여 도움을 받기도 합니다.

성발달 장애가 있는 환자의 의학적 관리에 대해 상당히 많은 의학 문헌이 나왔습니다. 문헌 대부분은 소아내분비학과 비뇨기학의 고위급 전문가가 관련 전공, 특히 성별 분야에 전문성이 있는 정신건강 전문가의 조언을 받아 작성하였습니다. 최근 개최한 국제적인 합의 회의에서는 성발달 장애 일반(Hughes

제 7 판

et al., 2006) 및 선천콩팥위샘과다형성(Joint LWPES/ESPE CAH Working Group et al.,2002; Speiser et al., 2010)에 대해 근거중심 건강관리 지침(성별 및 생식기 수술 문제 포함)을 다루었습니다. 성발달 장애 제반에 대한 연구와(Meyer- Bahlburg & Blizzard, 2004) 46,XXY 등 특정 증후군에 대한 연구의(Simpson et al., 2003) 필요성에 대응하기도 하였습니다.

## 참고문헌

- Abramowitz, S. I. (1986). Psychosocial outcomes of sex reassignment surgery. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(2), 183–189. doi:10.1037/0022-006X.54.2.183
- ACOG Committee of Gynecologic Practice. (2005). Committee opinion #322: Compounded bioidentical hormones. *Obstetrics & Gynecology*, 106(5), 139–140.
- Adler, R. K., Hirsch, S., & Mordaunt, M. (2006). Voice and communication therapy for the transgender/transsexual client: A comprehensive clinical guide. San Diego, CA: Plural Pub.
- American Academy of Family Physicians. (2005). Definition of family medicine . Retrieved from <http://www.aafp.org/online/en/home/policy/policies/f/fammeddef.html>
- American Medical Association. (2008). Resolution 122 (A-08) . Retrieved from <http://www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/471/122.doc>
- American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- American Speech-Language-Hearing Association. (2011). Scope of practice . Retrieved from [www.asha.org](http://www.asha.org)
- Anton, B. S. (2009). Proceedings of the American Psychological Association for the legislative year 2008: Minutes of the annual meeting of the council of representatives, February 22–24, 2008, Washington, DC, and August 13 and 17, 2008, Boston, MA, and minutes of the February, June, August, and December 2008 meetings of the board of directors. *American Psychologist*, 64, 372–453. doi:10.1037/a0015932
- Asscheman, H., Giltay, E. J., Megens, J. A. J., de Ronde, W., van Trotsenburg, M. A. A., & Gooren, L. J. G. (2011). A long-term follow-up study of mortality in transsexuals receiving treatment with cross-sex hormones. *European Journal of Endocrinology*, 164(4), 635–642. doi:10.1530/EJE-10-1038

- Baba, T., Endo, T., Honnma, H., Kitajima, Y., Hayashi, T., Ikeda, H., . . . Saito, T. (2007). Association between polycystic ovary syndrome and female-to-male transsexuality. *Human Reproduction*, 22(4), 1011–1016. doi:10.1093/humrep/del474
- Bakker, A., Van Kesteren, P. J., Gooren, L. J., & Bezemer, P. D. (1993). The prevalence of transsexualism in the Netherlands. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87(4), 237–238. doi:10.1111/j.1600-0447.1993.tb03364.x
- Balen, A. H., Schachter, M. E., Montgomery, D., Reid, R. W., & Jacobs, H. S. (1993). Polycystic ovaries are a common finding in untreated female to male transsexuals. *Clinical Endocrinology*, 38(3), 325–329. doi:10.1111/j.1365-2265.1993.tb01013.x
- Basson, R. (2001). Towards optimal hormonal treatment of male to female gender identity disorder. *Journal of Sexual and Reproductive Medicine*, 1(1), 45–51.
- Basson, R., & Prior, J. C. (1998). Hormonal therapy of gender dysphoria: The male- to-female transsexual. In D. Denny (Ed.), *Current concepts in transgender identity* (pp. 277–296). New York, NY: Garland.
- Benjamin, H. (1966). *The transsexual phenomenon*. New York, NY: Julian Press.
- Besnier, N. (1994). Polynesian gender liminality through time and space. In G. Herdt (Ed.), *Third sex, third gender: Beyond sexual dimorphism in culture and history* (pp.285–328). New York: Zone Books.
- Bockting, W. O. (1999). From construction to context: Gender through the eyes of the transgendered. *Siecus Report*, 28(1), 3–7.
- Bockting, W. O. (2008). Psychotherapy and the real-life experience: From gender dichotomy to gender diversity. *Sexologies*, 17(4), 211–224. doi:10.1016/j.sexol.2008.08.001
- Bockting, W. O., & Coleman, E. (2007). Developmental stages of the transgender coming out process: Toward an integrated identity. In R. Ettner, S. Monstrey & A. Eyler (Eds.), *Principles of transgender medicine and surgery* (pp. 185–208). New York, NY: The Haworth Press.
- Bockting, W. O., & Goldberg, J. M. (2006). Guidelines for transgender care (Special issue). *International Journal of Transgenderism*, 9(3/4).

- Bockting, W. O., Knudson, G., & Goldberg, J. M. (2006). Counseling and mental health care for transgender adults and loved ones. *International Journal of Transgenderism*, 9(3/4), 35–82. doi:10.1300/J485v09n03\_03
- Bolin, A. (1988). *In search of Eve* (pp. 189–192). New York, NY: Bergin & Garvey.
- Bolin, A. (1994). Transcending and transgendering: Male-to-female transsexuals, dichotomy and diversity. In G. Herdt (Ed.), *Third sex, third gender: Beyond sexual dimorphism in culture and history* (pp.447–486). New York, NY: Zone Books.
- Bornstein, K. (1994). *Gender outlaw: On men, women, and the rest of us*. New York, NY: Routledge.
- Bosinski, H. A. G., Peter, M., Bonatz, G., Arndt, R., Heidenreich, M., Sippell, W. G., & Wille, R. (1997). A higher rate of hyperandrogenic disorders in female-to-male transsexuals. *Psychoneuroendocrinology*, 22(5), 361–380. doi:10.1016/S0306-4530(97)00033-4
- Brill, S. A., & Pepper, R. (2008). *The transgender child: A handbook for families and professionals*. Berkeley, CA: Cleis Press.
- 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. doi:10.1080/15532730903008073
- 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. doi:10.1080/15532731003688970
- Bullough, V. L., & Bullough, B. (1993). *Cross dressing, sex, and gender*. Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Press.
- Callen Lorde Community Health Center. (2000). *Transgender health program protocols*. Retrieved from [http://www.callen-lorde.org/documents/TG\\_Protocol\\_Request\\_Form2.pdf](http://www.callen-lorde.org/documents/TG_Protocol_Request_Form2.pdf)
- Callen Lorde Community Health Center. (2011). *Transgender health program protocols*.

Retrieved from [http://www.callen-lorde.org/documents/TG\\_Protocol\\_Request\\_Form2.pdf](http://www.callen-lorde.org/documents/TG_Protocol_Request_Form2.pdf)

Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists. (n.d.). CASLPA clinical certification program. Retrieved from <http://www.caslpa.ca/>

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. doi:10.1016/j.jvoice.2006.05.005

Carnegie, C. (2004). Diagnosis of hypogonadism: Clinical assessments and laboratory tests. *Reviews in Urology*, 6(Suppl6), S3–8.

Cattrall, F. R., & Healy, D. L. (2004). Long-term metabolic, cardiovascular and neoplastic risks with polycystic ovary syndrome. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 18(5), 803–812. doi:10.1016/j.bpobgyn.2004.05.005

Center of Excellence for Transgender Health, UCSF. (2011). Primary care protocol for transgender health care. Retrieved from <http://transhealth.ucsf.edu/trans?page=protocol-00-00>

Chiñas, B. (1995). Isthmus Zapotec attitudes toward sex and gender anomalies. In S. O. Murray (Ed.), *Latin American male homosexualities* (pp. 293–302). Albuquerque, NM: University of New Mexico Press.

Clements, K., Wilkinson, W., Kitano, K., & Marx, R. (1999). HIV prevention and health service needs of the transgender community in San Francisco. *International Journal of Transgenderism*, 3(1), 2–17.

Cohen-Kettenis, P. T. (2001). Gender identity disorder in DSM? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(4), 391–391. doi:10.1097/00004583-200104000-00006

Cohen-Kettenis, P. T. (2005). Gender change in 46,XY persons with 5 $\alpha$ -reductase-2 deficiency and 17 $\beta$ -hydroxysteroid dehydrogenase-3 deficiency. *Archives of Sexual Behavior*, 34(4), 399–410. doi:10.1007/s10508-005-4339-4

Cohen-Kettenis, P. T. (2006). Gender identity disorders. In C. Gillberg, R. Harrington & H. C. Steinhausen (Eds.), *A clinician's handbook of*

- child and adolescent psychiatry (pp. 695–725). New York, NY: Cambridge University Press.
- Cohen-Kettenis, P. T. (2010). Psychosocial and psychosexual aspects of disorders of sex development. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 24(2), 325–334. doi:10.1016/j.beem.2009.11.005
- Cohen-Kettenis, P. T., & Kuiper, A. J. (1984). Transseksualiteit en psychotherapie. *Tijdschrift Voor Psychotherapie*, 10, 153–166.
- 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. doi:10.1023/A:1021769215342
- Cohen-Kettenis, P. T., & Pfäfflin, F. (2003). *Transgenderism and intersexuality in childhood and adolescence: Making choices*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Cohen-Kettenis, P. T., & Pfäfflin, F. (2010). The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in adolescents and adults. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 499–513. doi:10.1007/s10508–009–9562-y
- Cohen-Kettenis, P. T., Schagen, S. E. E., Steensma, T. D., de Vries, A. L. C., & Delemarre-van de Waal, H. A. (2011). Puberty suppression in a gender-dysphoric adolescent: A 22-year follow-up. *Archives of Sexual Behavior*, 40(4), 843–847. doi:10.1007/s10508–011–9758–9
- Cohen-Kettenis, P. T., Wallien, M., Johnson, L. L., Owen-Anderson, A. F. H., Bradley, S. J., & Zucker, K. J. (2006). A parent-report gender identity questionnaire for children: A cross-national, cross-clinic comparative analysis. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 11(3), 397–405. doi:10.1177/1359104506059135
- Cole, C. M., O'Boyle, M., Emory, L. E., & Meyer III, W. J. (1997). Comorbidity of gender dysphoria and other major psychiatric diagnoses. *Archives of Sexual Behavior*, 26(1), 13–26.
- Coleman, E. (2009a). Toward version 7 of the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care. *International Journal of Transgenderism*, 11(1), 1–7. doi:10.1080/15532730902799912

- Coleman, E. (2009b). Toward version 7 of the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care: Psychological assessment and approaches to treatment. *International Journal of Transgenderism*, 11(2), 69–73. doi:10.1080/15532730903008008
- Coleman, E. (2009c). Toward version 7 of the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care: Hormonal and surgical approaches to treatment. *International Journal of Transgenderism*, 11(3), 141–145. doi:10.1080/15532730903383740
- Coleman, E. (2009d). Toward version 7 of the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care: Medical and therapeutic approaches to treatment. *International Journal of Transgenderism*, 11(4), 215–219. doi:10.1080/15532730903439450
- Coleman, E., Colgan, P., & Gooren, L. (1992). Male cross-gender behavior in Myanmar (Burma): A description of the acault. *Archives of Sexual Behavior*, 21(3), 313–321.
- Costa, L. M., & Matzner, A. (2007). *Male bodies, women's souls: Personal narratives of Thailand's transgendered youth*. Binghamton, NY: Haworth Press.
- Currah, P., Juang, R. M., & Minter, S. (2006). *Transgender rights*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Currah, P., & Minter, S. (2000). Unprincipled exclusions: The struggle to achieve judicial and legislative equality for transgender people. *William and Mary Journal of Women and Law*, 7, 37–60.
- Dacakis, G. (2000). Long-term maintenance of fundamental frequency increases in male-to-female transsexuals. *Journal of Voice*, 14(4), 549–556. doi:10.1016/S0892–1997(00)80010–7
- Dahl, M., Feldman, J. L., Goldberg, J. M., & Jaber, A. (2006). Physical aspects of transgender endocrine therapy. *International Journal of Transgenderism*, 9(3), 111–134. doi:10.1300/J485v09n03\_06
- Darney, P. D. (2008). Hormonal contraception. In H. M. Kronenberg, S. Melmer, K. S. Polonsky & P. R. Larsen (Eds.), *Williams textbook of*



- endocrinology (11th ed., pp. 615–644). Philadelphia: Saunders.
- Davies, S., & Goldberg, J. M. (2006). Clinical aspects of transgender speech feminization and masculinization. *International Journal of Transgenderism*, 9(3–4), 167–196. doi:10.1300/J485v09n03\_08
- de Bruin, M. D., Coerts, M. J., & Greven, A. J. (2000). Speech therapy in the management of male-to-female transsexuals. *Folia Phoniatica Et Logopaedica*, 52(5), 220–227.
- De Cuypere, G., T'Sjoen, G., Beerten, R., Selvaggi, G., De Sutter, P., Hoebeke, P., . . . Rubens, R. (2005). Sexual and physical health after sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior*, 34(6), 679–690. doi:10.1007/s10508-005-7926-5
- De Cuypere, G., Van Hemelrijck, M., Michel, A., Carael, B., Heylens, G., Rubens, R., . . . Monstrey, S. (2007). Prevalence and demography of transsexualism in Belgium. *European Psychiatry*, 22(3), 137–141. doi:10.1016/j.eurpsy.2006.10.002
- De Cuypere, G., & Vercruyssen, 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. doi:10.1080/15532730903383781
- 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. doi:10.1530/eje.1.02231
- Delemarre-van de Waal, H. A., van Weissenbruch, M. M., & Cohen Kettenis, P. T. (2004). Management of puberty in transsexual boys and girls. *Hormone Research in Paediatrics*, 62(Suppl 2), 75–75. doi:10.1159/000081145
- de Lignières, B. (1999). Oral micronized progesterone. *Clinical Therapeutics*, 21(1), 41–60. doi:10.1016/S0149-2918(00)88267-3
- Derrig-Palumbo, K., & Zeine, F. (2005). *Online therapy: A therapist's guide to expanding your practice*. New York, NY: W.W. Norton.
- 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. doi:10.1007/s10508-005-4338-5

De Sutter, P. (2009). Reproductive options for transpeople: Recommendations for revision of the WPATH's standards of care. *International Journal of Transgenderism*, 11(3), 183–185. doi:10.1080/15532730903383765

De Sutter, P., Kira, K., Verschoor, A., & Hotimsky, A. (2002). The desire to have children and the preservation of fertility in transsexual women: A survey. *International Journal of Transgenderism*, 6(3), retrieved from [http://www.wpath.org/journal/www.iiav.nl/eazines/web/IJT/97-03/numbers/symposion/ijtvo06no03\\_02.htm](http://www.wpath.org/journal/www.iiav.nl/eazines/web/IJT/97-03/numbers/symposion/ijtvo06no03_02.htm)

Devor, A. H. (2004). Witnessing and mirroring: A fourteen stage model. *Journal of Gay and Lesbian Psychotherapy*, 8(1/2), 41–67.

de Vries, A. L. C., Cohen-Kettenis, P. T., & Delemarre-van de Waal, H. A. (2006). Clinical management of gender dysphoria in adolescents. *International Journal of Transgenderism*, 9(3–4), 83–94. doi:10.1300/J485v09n03\_04

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*. Advance online publication. doi:10.1111/j.1469-7610.2011.02426.x

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. doi:10.1007/s10803-010-0935-9

de Vries, A. L. C., Steensma, T. D., Doreleijers, T. A. H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2010). Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: A prospective follow-up study. *The Journal of Sexual Medicine*. Advance online publication. doi:10.1111/j.1743-6109.2010.01943.x

Dhejne, C., Lichtenstein, P., Boman, M., Johansson, A. L. V., Langstrom, N., & Landen, M. (2011). Longterm follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: Cohort

- study in Sweden. *PloS ONE*, 6(2), 1–8. doi:10.1371/journal.pone.0016885
- Diamond, M. (2009). Human intersexuality: Difference or disorder? *Archives of Sexual Behavior*, 38(2), 172–172. doi:10.1007/s10508-008-9438-6
- Di Ceglie, D., & Thümmel, E. C. (2006). An experience of group work with parents of children and adolescents with gender identity disorder. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 11(3), 387–396. doi:10.1177/1359104506064983
- Dobs, A. S., Meikle, A. W., Arver, S., Sanders, S. W., Caramelli, K. E., & Mazer, N. A. (1999). Pharmacokinetics, efficacy, and safety of a permeation-enhanced testosterone transdermal system in comparison with bi-weekly injections of testosterone enanthate for the treatment of hypogonadal men. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 84(10), 3469–3478. doi:10.1210/jc.84.10.3469
- Docter, R. F. (1988). *Transvestites and transsexuals: Toward a theory of cross-gender behavior*. New York, NY: Plenum Press.
- 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. doi:10.1037/0012-1649.44.1.34
- Ehrbar, R. D., & Gorton, R. N. (2010). Exploring provider treatment models in interpreting the standards of care. *International Journal of Transgenderism*, 12(4), 198–210. doi:10.1080/15532739.2010.544235
- Ekins, R., & King, D. (2006). *The transgender phenomenon*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Eklund, P. L., Gooren, L. J., & Bezemer, P. D. (1988). Prevalence of transsexualism in the Netherlands. *British Journal of Psychiatry*, 152(5), 638–640.
- Eldh, J., Berg, A., & Gustafsson, M. (1997). Long-term follow up after sex reassignment surgery. *Scandinavian Journal of Plastic and Reconstructive Surgery and Hand Surgery*, 31(1), 39–45.

- Emerson, S., & Rosenfeld, C. (1996). Stages of adjustment in family members of transgender individuals. *Journal of Family Psychotherapy*, 7(3), 1–12. doi:10.1300/J085V07N03\_01
- Emory, L. E., Cole, C. M., Avery, E., Meyer, O., & Meyer III, W. J. (2003). Client's view of gender identity: Life, treatment status and outcome . Paper presented at 18th Biennial Harry Benjamin Symposium, Gent, Belgium.
- Ettner, R., Monstrey, S., & Eyler, A. (Eds.) (2007). *Principles of transgender medicine and surgery*. Binghamton, NY: Haworth Press.
- Eyler, A. E. (2007). Primary medical care of the gender-variant patient. In R. Ettner, S. Monstrey & E. Eyler (Eds.), *Principles of transgender medicine and surgery* (pp. 15–32). Binghamton, NY: Haworth Press.
- Factor, R. J., & Rothblum, E. (2008). Exploring gender identity and community among three groups of transgender individuals in the United States: MtFs, FtMs, and genderqueers. *Health Sociology Review*, 17(3), 235–253.
- Feinberg, L. (1996). *Transgender warriors: Making history from Joan of Arc to Dennis Rodman*. Boston, MA: Beacon Press.
- Feldman, J. (2005, April). Masculinizing hormone therapy with testosterone 1% topical gel . Paper presented at the 19th Biennial Symposium of the Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association, Bologna, Italy.
- Feldman, J. (2007). Preventive care of the transgendered patient. In R. Ettner, S. Monstrey & E. Eyler (Eds.), *Principles of transgender surgery and medicine* (pp. 33–72). Binghamton, NY: Haworth Press.
- Feldman, J., & Goldberg, J. (2006). Transgender primary medical care. *International Journal of Transgenderism*, 9(3), 3–34. doi:10.1300/J485v09n03\_02
- Feldman, J., & Safer, J. (2009). Hormone therapy in adults: Suggested revisions to the sixth version of the standards of care. *International Journal of Transgenderism*, 11(3), 146–182. doi:10.1080/15532730903383757
- Fenichel, M., Suler, J., Barak, A., Zelvin, E., Jones, G., Munro, K., . . . Walker-Schmucker, W. (2004). Myths and realities of online clinical work, observations on the phenomena of online

behavior, experience, and therapeutic relationships. A 3rd-year report from ISMHO's clinical case study group . Retrieved from [https://www.ismho.org/myths\\_n\\_realities.asp](https://www.ismho.org/myths_n_realities.asp)

Fenway Community Health Transgender Health Program. (2007). Protocol for hormone therapy . Retrieved from [http://www.fenwayhealth.org/site/DocServer/Fenway\\_Protocols.pdf?docID=2181](http://www.fenwayhealth.org/site/DocServer/Fenway_Protocols.pdf?docID=2181)

Fisk, N. M. (1974). Editorial: Gender dysphoria syndrome—the conceptualization that liberalizes indications for total gender reorientation and implies a broadly based multi-dimensional rehabilitative regimen. *Western Journal of Medicine*, 120(5), 386–391.

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 Women's Health & Gender-Based Medicine*, 9(4), 381–387.

Frank, J. D., & Frank, J. B. (1993). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (3rd ed.). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.

Fraser, L. (2009a). Depth psychotherapy with transgender people. *Sexual and Relationship Therapy*, 24(2), 126–142. doi:10.1080/14681990903003878

Fraser, L. (2009b). E-therapy: Ethical and clinical considerations for version 7 of The World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care. *International Journal of Transgenderism*, 11(4), 247–263. doi:10.1080/15532730903439492

Fraser, L. (2009c). Psychotherapy in The World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care: Background and recommendations. *International Journal of Transgenderism*, 11(2), 110–126. doi:10.1080/15532730903008057

Garaffa, G., Christopher, N. A., & Ralph, D. J. (2010). Total phallic reconstruction in female-to-male transsexuals. *European Urology*, 57(4), 715–722. doi:10.1016/j.eururo.2009.05.018

Gelder, M. G., & Marks, I. M. (1969). Aversion treatment in transvestism and transsexualism. In R. Green, & J. Money (Eds.), *Transsexualism and sex reassignment* (pp. 383–413). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.

- Gelfer, M. P. (1999). Voice treatment for the male-to-female transgendered client. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 8(3), 201–208.
- Gharib, S., Bigby, J., Chapin, M., Ginsburg, E., Johnson, P., Manson, J., & Solomon, C. (2005). *Menopause: A guide to management*. Boston, MA: Brigham and Women's Hospital.
- Gijs, L., & Brewaeys, A. (2007). Surgical treatment of gender dysphoria in adults and adolescents: Recent developments, effectiveness, and challenges. *Annual Review of Sex Research*, 18, 178–224.
- Gold, M., & MacNish, M. (2011). Adjustment and resiliency following disclosure of transgender identity in families of adolescents and young adults: Themes and clinical implications. Washington, DC: American Family Therapy Academy.
- Gómez-Gil, E., Trilla, A., Salamero, M., Godás, T., & Valdés, M. (2009). Sociodemographic, clinical, and psychiatric characteristics of transsexuals from Spain. *Archives of Sexual Behavior*, 38(3), 378–392. doi:10.1007/s10508-007-9307-8
- Gooren, L. (2005). Hormone treatment of the adult transsexual patient. *Hormone Research in Paediatrics*, 64(Suppl 2), 31–36. doi:10.1159/000087751
- Gorton, R. N., Buth, J., & Spade, D. (2005). *Medical therapy and health maintenance for transgender men: A guide for health care providers*. San Francisco, CA: Lyon-Martin Women's Health Services.
- Green, R. (1987). *The "sissy boy syndrome" and the development of homosexuality*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Green, R., & Fleming, D. (1990). Transsexual surgery follow-up: Status in the 1990s. *Annual Review of Sex Research*, 1(1), 163–174.
- Greenson, R. R. (1964). On homosexuality and gender identity. *International Journal of Psycho-Analysis*, 45, 217–219.
- Grossman, A. H., D'Augelli, A. R., Howell, T. J., & Hubbard, S. (2006). Parent's reactions to transgender youth's gender-nonconforming expression and identity. *Journal of Gay &*

- Lesbian Social Services, 18(1), 3–16.  
doi:10.1300/J041v18n01\_02
- Grossman, A. H., D’Augelli, A. R., & Salter, N. P. (2006). Male-to-female transgender youth: Gender expression milestones, gender atypicality, victimization, and parents’ responses. *Journal of GLBT Family Studies*, 2(1), 71–92.
- Grumbach, M. M., Hughes, I. A., & Conte, F. A. (2003). Disorders of sex differentiation. In P. R. Larsen, H. M. Kronenberg, S. Melmed & K. S. Polonsky (Eds.), *Williams textbook of endocrinology* (10th ed., pp. 842–1002). Philadelphia, PA: Saunders.
- Hage, J. J., & De Graaf, F. H. (1993). Addressing the ideal requirements by free flap phalloplasty: Some reflections on refinements of technique. *Microsurgery*, 14(9), 592–598.  
doi:10.1002/micr.1920140910
- Hage, J. J., & Karim, R. B. (2000). Ought GIDNOS get nought? Treatment options for nontranssexual gender dysphoria. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 105(3), 1222–1227.
- Hancock, A. B., Krissinger, J., & Owen, K. (2010). Voice perceptions and quality of life of transgender people. *Journal of Voice*. Advance online publication. doi:10.1016/j.jvoice.2010.07.013
- Hastings, D. W. (1974). Postsurgical adjustment of male transsexual patients. *Clinics in Plastic Surgery*, 1(2), 335–344.
- Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P., Delemarre-van de Waal, H. A., Gooren, L. J., Meyer III, W. J., Spack, N. P., . . . Montori, V. M. (2009). Endocrine treatment of transsexual persons: An Endocrine Society clinical practice guideline. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 94(9), 3132–3154.  
doi:10.1210/jc.2009–0345
- Hill, D. B., Menvielle, E., Sica, K. M., & Johnson, A. (2010). An affirmative intervention for families with gender-variant children: Parental ratings of child mental health and gender. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 36(1), 6–23.  
doi:10.1080/00926230903375560

- Hoebeke, P., Selvaggi, G., Ceulemans, P., De Cuyper, G. D., T'Sjoen, G., Weyers, S., . . . Monstrey, S. (2005). Impact of sex reassignment surgery on lower urinary tract function. *European Urology*, 47(3), 398–402. doi:10.1016/j.eururo.2004.10.008
- Hoenig, J., & Kenna, J. C. (1974). The prevalence of transsexualism in England and Wales. *British Journal of Psychiatry*, 124(579), 181–190. doi:10.1192/bjp.124.2.181
- Hughes, I. A., Houk, C. P., Ahmed, S. F., Lee, P. A., & LWPES/ESPE Consensus Group. (2006). Consensus statement on management of intersex disorders. *Archives of Disease in Childhood*, 91(7), 554–563. doi:10.1136/ad.2006.098319
- Hunter, M. H., & Sterrett, J. J. (2000). Polycystic ovary syndrome: It's not just infertility. *American Family Physician*, 62(5), 1079–1095.
- Institute of Medicine. (2011). *The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people: Building a foundation for better understanding*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Jackson, P. A., & Sullivan, G. (Eds.). (1999). *Lady boys, tom boys, rent boys: Male and female homosexualities in contemporary Thailand*. Binghamton, NY: Haworth Press.
- Jockenhövel, F. (2004). Testosterone therapy-what, when and to whom? *The Aging Male*, 7(4), 319–324. doi:10.1080/13685530400016557
- Johansson, A., Sundbom, E., Höjerback, T., & Bodlund, O. (2010). A five-year follow-up study of Swedish adults with gender identity disorder. *Archives of Sexual Behavior*, 39(6), 1429–1437. doi:10.1007/s10508-009-9551-1
- Joint LWPES/ESPE CAH Working Group, Clayton, P. E., Miller, W. L., Oberfield, S. E., Ritzen, E. M., Sippell, W. G., & Speiser, P. W. (2002). Consensus statement on 21-hydroxylase deficiency from the Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society and the European Society for Pediatric Endocrinology. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 87(9), 4048–4053. doi:10.1210/jc.2002-020611
- Jurgensen, M., Hiort, O., Holterhus, P. M., & Thyen, U. (2007). Gender role behavior in children with XY karyotype and disorders of sex development. *Hormones and Behavior*, 51(3), 443–453. doi:10.1016/j.yhbeh.2007.01.001



- 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. doi:10.1097/01.mlg.0000161357.12826.33
- Kanhai, R. C. J., 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.
- Kimberly, S. (1997). I am transsexual - hear me roar. *Minnesota Law & Politics*, June, 21–49.
- Klein, C., & Gorzalka, B. B. (2009). Sexual functioning in transsexuals following hormone therapy and genital surgery: A review (CME). *The Journal of Sexual Medicine*, 6(11), 2922–2939. doi:10.1111/j.1743-6109.2009.01370.x
- Knudson, G., De Cuypere, G., & Bockting, W. (2010a). Process toward consensus on recommendations for revision of the DSM diagnoses of gender identity disorders by The World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism*, 12(2), 54–59. doi:10.1080/15532739.2010.509213
- Knudson, G., De Cuypere, G., & Bockting, W. (2010b). Recommendations for revision of the DSM diagnoses of gender identity disorders: Consensus statement of The World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism*, 12(2), 115–118. doi:10.1080/15532739.2010.509215
- Kosilek v. Massachusetts Department of Corrections/Maloney, C.A. No. 92–12820- MLW (U.S. Federal District Court, Boston, MA, 2002).
- Krege, S., Bex, A., Lümmer, G., & Rübber, H. (2001). Male-to-female transsexualism: A technique, results and long-term follow-up in 66 patients. *British Journal of Urology*, 88(4), 396–402. doi:10.1046/j.1464-410X.2001.02323.x
- Kuhn, A., Bodmer, C., Stadlmayr, W., Kuhn, P., Mueller, M. D., & Birkhäuser, M. (2009). Quality of life 15 years after sex reassignment surgery for transsexualism. *Fertility and Sterility*, 92(5), 1685–1689. doi:10.1016/j.fertnstert.2008.08.126
- Kuhn, A., Hildebrand, R., & Birkhauser, M. (2007). Do transsexuals have micturition disorders?

- European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 131(2), 226–230. doi:10.1016/j.ejogrb.2006.03.019
- Landén, M., Wålinder, J., & Lundström, B. (1998). Clinical characteristics of a total cohort of female and male applicants for sex reassignment: A descriptive study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97(3), 189–194. doi:10.1111/j.1600-0447.1998.tb09986.x
- Lawrence, A. A. (2003). Factors associated with satisfaction or regret following male- to-female sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior*, 32(4), 299–315. doi:10.1023/A:1024086814364
- Lawrence, A. A. (2006). Patient-reported complications and functional outcomes of male-to-female sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior*, 35(6), 717–727. doi:10.1007/s10508-006-9104-9
- Lev, A. I. (2004). *Transgender emergence: Therapeutic guidelines for working with gender-variant people and their families*. Binghamton, NY: Haworth Clinical Practice Press.
- Lev, A. I. (2009). The ten tasks of the mental health provider: Recommendations for revision of The World Professional Association for Transgender Health’s standards of care. *International Journal of Transgenderism*, 11(2), 74–99. doi:10.1080/15532730903008032
- Levy, A., Crown, A., & Reid, R. (2003). Endocrine intervention for transsexuals. *Clinical Endocrinology*, 59(4), 409–418. doi:10.1046 /j.13 65 – 2265.2003.01821.x
- MacLaughlin, D. T., & Donahoe, P. K. (2004). Sex determination and differentiation. *New England Journal of Medicine*, 350(4), 367–378.
- Maheu, M. M., Pulier, M. L., Wilhelm, F. H., McMenamin, J. P., & Brown-Connolly, N. E. (2005). *The mental health professional and the new technologies: A handbook for practice today*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Malpas, J. (2011). Between pink and blue: A multi-dimensional family approach to gender nonconforming children and their families. *Family Process*, 50(4), 453–470 doi:10.111 1/j.1 545-5300.2011.01371.x
- Mazur, T. (2005). Gender dysphoria and gender change in androgen insensitivity or micropenis.

- Archives of Sexual Behavior, 34(4), 411–421. doi:10.1007/s10508-005-4341-x
- McNeill, E. J. M. (2006). Management of the transgender voice. *The Journal of Laryngology & Otology*, 120(07), 521–523. doi:10.1017/S0022215106001174
- 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. doi:10.1016/j.jvoice.2006.12.010
- Menvielle, E. J., & Tuerk, C. (2002). A support group for parents of gender-nonconforming boys. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(8), 1010–1013. doi:10.1097/00004583-200208000-00021
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice as stress: Conceptual and measurement problems. *American Journal of Public Health*, 93(2), 262–265.
- Meyer, J. K., & Reter, D. J. (1979). Sex reassignment: Follow-up. *Archives of General Psychiatry*, 36(9), 1010–1015.
- Meyer, W. J. III. (2009). World Professional Association for Transgender Health's standards of care requirements of hormone therapy for adults with gender identity disorder. *International Journal of Transgenderism*, 11(2), 127–132. doi:10.1080/15532730903008065
- Meyer, W. J. III, Webb, A., Stuart, C. A., Finkelstein, J. W., Lawrence, B., & Walker, P. A. (1986). Physical and hormonal evaluation of transsexual patients: A longitudinal study. *Archives of Sexual Behavior*, 15(2), 121–138. doi:10.1007/BF01542220
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2002). Gender assignment and reassignment in intersexuality: Controversies, data, and guidelines for research. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 511, 199–223. doi:10.1007/978-1-4615-0621-8\_12
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2005). Gender identity outcome in female-raised 46,XY persons with penile agenesis, cloacal exstrophy of the bladder, or penile ablation. *Archives of Sexual Behavior*, 34(4), 423–438. doi:10.1007/s10508-005-4342-9

- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2008). Treatment guidelines for children with disorders of sex development. *Neuropsychiatrie De l'Enfance Et De l'Adolescence*, 56(6), 345–349. doi:10.1016/j.neurenf.2008.06.002
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2009). Variants of gender differentiation in somatic disorders of sex development. *International Journal of Transgenderism*, 11(4), 226–237. doi:10.1080/15532730903439476
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2010). From mental disorder to iatrogenic hypogonadism: Dilemmas in conceptualizing gender identity variants as psychiatric conditions. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 461–476. doi:10.1007/s10508-009-9532-4
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2011). Gender monitoring and gender reassignment of children and adolescents with a somatic disorder of sex development. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 20(4), 639–649. doi: 10.1016/j.ch.2011.07.002.
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., & Blizzard, R. M. (2004). Conference proceedings: Research on intersex: Summary of a planning workshop. *The Endocrinologist*, 14(2), 59–69. doi:10.1097/01.en.0000123701.61007.4e
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., Dolezal, C., Baker, S. W., Carlson, A. D., Obeid, J. S., & New, M. I. (2004). Prenatal androgenization affects gender-related behavior but not gender identity in 5–12-year-old girls with congenital adrenal hyperplasia. *Archives of Sexual Behavior*, 33(2), 97–104. doi:10.1023/B:ASEB.0000014324.25718.51
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., Dolezal, C., Baker, S. W., Ehrhardt, A. A., & New, M. I. (2006). Gender development in women with congenital adrenal hyperplasia as a function of disorder severity. *Archives of Sexual Behavior*, 35(6), 667–684. doi:10.1007/s10508-006-9068-9
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., Migeon, C. J., Berkovitz, G. D., Gearhart, J. P., Dolezal, C., & Wisniewski, A. B. (2004). Attitudes of adult 46,XY intersex persons to clinical management policies. *The Journal of Urology*, 171(4), 1615–1619. doi:10.1097/01.ju.0000117761.94734.b7

- Money, J., & Ehrhardt, A. A. (1972). *Man and woman, boy and girl*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Money, J., & Russo, A. J. (1979). Homosexual outcome of discordant gender identity/role in childhood: Longitudinal follow-up. *Journal of Pediatric Psychology*, 4(1), 29–41. doi:10.1093/jpepsy/4.1.29
- Monstrey, S., Hoebeke, P., Selvaggi, G., Ceulemans, P., Van Landuyt, K., Blondeel, P., . . . De Cuypere, G. (2009). Penile reconstruction: Is the radial forearm flap really the standard technique? *Plastic and Reconstructive Surgery*, 124(2), 510–518.
- Monstrey, S., Selvaggi, G., Ceulemans, P., Van Landuyt, K., Bowman, C., Blondeel, P., . . . De Cuypere, G. (2008). Chest-wall contouring surgery in female-to-male transsexuals: A new algorithm. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 121(3), 849–859. doi:10.1097/01.prs.0000299921.15447.b2
- Moore, E., Wisniewski, A., & Dobs, A. (2003). Endocrine treatment of transsexual people: A review of treatment regimens, outcomes, and adverse effects. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 88(8), 3467–3473. doi:10.1210/jc.2002–021967
- More, S. D. (1998). The pregnant man – an oxymoron? *Journal of Gender Studies*, 7(3), 319–328. doi:10.1080/09589236.1998.9960725
- Mount, K. H., & Salmon, S. J. (1988). Changing the vocal characteristics of a postoperative transsexual patient: A longitudinal study. *Journal of Communication Disorders*, 21(3), 229–238. doi:10.1016/0021–9924(88)90031–7
- Mueller, A., Kiesewetter, F., Binder, H., Beckmann, M. W., & Dittrich, R. (2007). Long-term administration of testosterone undecanoate every 3 months for testosterone supplementation in female-to-male transsexuals. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 92(9), 3470–3475. doi:10.1210/j.2007–0746
- 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. doi:10.1111/j.1365–2265.2009.03625.x
- Nanda, S. (1998). *Neither man nor woman: The hijras of India*. Belmont, CA: Wadsworth.
- Nestle, J., Wilchins, R. A., & Howell, C. (2002). *Genderqueer: Voices from beyond the sexual binary*. Los Angeles, CA: Alyson Publications.
- Neumann, K., & Welzel, C. (2004). The importance of voice in male-to-female transsexualism. *Journal of Voice*, 18(1), 153–167.
- Newfield, E., Hart, S., Dibble, S., & Kohler, L. (2006). Female-to-male transgender quality of life. *Quality of Life Research*, 15(9), 1447–1457. doi:10.1007/s11136–006–0002–3
- Nieschlag, E., Behre, H. M., Bouchard, P., Corrales, J. J., Jones, T. H., Stalla, G. K., . . . Wu, F. C. W. (2004). Testosterone replacement therapy: Current trends and future directions. *Human Reproduction Update*, 10(5), 409–419. doi:10.1093/humupd/dmh035
- North American Menopause Society. (2010). Estrogen and progestogen use in postmenopausal women: 2010 position statement. *Menopause*, 17(2), 242–255. doi:10.1097/gme.0b013e3181d0f6b9
- 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. doi:10.1080/00224490903062258
- Oates, J. M., & Dacakis, G. (1983). Speech pathology considerations in the management of transsexualism—a review. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 18(3), 139–151. doi:10.3109/13682828309012237
- Olyslager, F., & Conway, L. (2007). On the calculation of the prevalence of transsexualism . Paper presented at the World Professional Association for Transgender Health 20th International Symposium, Chicago, Illinois. Retrieved from [http://www.changelingaspects.com/PDF/2007–09–06-Prevalence\\_of\\_Transsexualism.pdf](http://www.changelingaspects.com/PDF/2007–09–06-Prevalence_of_Transsexualism.pdf)
- Oriel, K. A. (2000). Clinical update: Medical care of transsexual patients. *Journal of the Gay and*

- Lesbian Medical Association, 4(4), 185–194. doi:1090-7173/00/1200-0185\$18.00/1
- Pauly, I. B. (1965). Male psychosexual inversion: Transsexualism: A review of 100 cases. *Archives of General Psychiatry*, 13(2), 172–181.
- Pauly, I. B. (1981). Outcome of sex reassignment surgery for transsexuals. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 15(1), 45–51. doi:10.3109/00048678109159409
- Payer, A. F., Meyer, W. J. III. & Walker, P. A. (1979). The ultrastructural response of human leydig cells to exogenous estrogens. *Andrologia*, 11(6), 423–436. doi:10.1111/j.1439-0272.1979.tb02232.x
- Peletz, M. G. (2006). Transgenderism and gender pluralism in southeast Asia since early modern times. *Current Anthropology*, 47(2), 309–340. doi:10.1086/498947
- Pfäfflin, F. (1993). Regrets after sex reassignment surgery. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 5(4), 69–85.
- Pfäfflin, F., & Junge, A. (1998). Sex reassignment. Thirty years of international follow-up studies after sex reassignment surgery: A comprehensive review, 1961–1991. *International Journal of Transgenderism*. Retrieved from <http://web.archive.org/web/20070503090247/http://www.symposion.com/ijt/pfaefflin/1000.htm>
- Physicians' desk reference . (61st ed.). (2007). Montvale, NJ: PDR.
- Physicians' desk reference . (65th ed.). (2010). Montvale, NJ: PDR.
- Pleak, R. R. (1999). Ethical issues in diagnosing and treating gender-dysphoric children and adolescents. In M. Rottnek (Ed.), *Sissies and tomboys: Gender nonconformity and homosexual childhood* (pp. 34–51). New York: New York University Press.
- Pope, K. S., & Vasquez, M. J. (2011). *Ethics in psychotherapy and counseling: A practical guide* (4th ed.). Hoboken, NJ: John Wiley.
- Prior, J. C., Vigna, Y. M., & Watson, D. (1989). Spironolactone with physiological female steroids for presurgical therapy of male-to-female transsexualism. *Archives of Sexual Behavior*, 18(1), 49–57. doi:10.1007/BF01579291

- Prior, J. C., Vigna, Y. M., Watson, D., Diewold, P., & Robinow, O. (1986). Spironolactone in the presurgical therapy of male to female transsexuals: Philosophy and experience of the Vancouver Gender Dysphoria Clinic. *Journal of Sex Information & Education Council of Canada*, 1, 1–7.
- Rachlin, K. (1999). Factors which influence individual's decisions when considering female-to-male genital reconstructive surgery. *International Journal of Transgenderism*, 3(3). Retrieved from [http:// www.WPATH.org](http://www.WPATH.org)
- Rachlin, K. (2002). Transgendered individuals' experiences of psychotherapy. *International Journal of Transgenderism*, 6(1). Retrieved from [http://www.wpath.org/journal/www.iiav.nl/ezines/web/IJT/97-03/numbers/symposion/ijtv06no01\\_03.htm](http://www.wpath.org/journal/www.iiav.nl/ezines/web/IJT/97-03/numbers/symposion/ijtv06no01_03.htm).
- Rachlin, K., Green, J., & Lombardi, E. (2008). Utilization of health care among female-to-male transgender individuals in the United States. *Journal of Homosexuality*, 54(3), 243–258. doi:10.1080/00918360801982124
- Rachlin, K., Hansbury, G., & Pardo, S. T. (2010). Hysterectomy and oophorectomy experiences of female-to-male transgender individuals. *International Journal of Transgenderism*, 12(3), 155–166. doi:10.1080/15532739.2010.514220
- Reed, B., Rhodes, S., Schofield, P. & Wylie, K. (2009). Gender variance in the UK: Prevalence, incidence, growth and geographic distribution . Retrieved June 8, 2011, from <http://www.gires.org.uk/assets/Medpro-Assets/GenderVarianceUK-report.pdf>
- Rehman, J., Lazer, S., Benet, A. E., Schaefer, L. C., & Melman, A. (1999). The reported sex and surgery satisfactions of 28 postoperative male-to-female transsexual patients. *Archives of Sexual Behavior*, 28(1), 71–89. doi:10.1023/A:1018745706354
- Robinow, O. (2009). Paraphilia and transgenderism: A connection with Asperger's disorder? *Sexual and Relationship Therapy*, 24(2), 143–151. doi:10.1080/14681990902951358
- Rosenberg, M. (2002). Children with gender identity issues and their parents in individual and group treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(5), 619–621. doi:10.1097/00004583-200205000-00020
- Rossouw, J. E., Anderson, G. L., Prentice, R. L., LaCroix, A. Z., Kooperberg, C., Stefanick, M.



- L., . . . Johnson, K. C. (2002). Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: Principal results from the women's health initiative randomized controlled trial. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 288(3), 321–333.
- Royal College of Speech Therapists, United Kingdom. <http://www.rcslt.org/>
- Ruble, D. N., Martin, C. L., & Berenbaum, S. A. (2006). Gender development. In N. Eisenberg, W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology* (6th ed., pp.858–932). Hoboken, NJ: John Wiley.
- Sausa, L. A. (2005). Translating research into practice: Trans youth recommendations for improving school systems. *Journal of Gay & Lesbian Issues in Education*, 3(1), 15–28. doi:10.1300/J367v03n01\_04
- Simpson, J. L., de la Cruz, F., Swerdloff, R. S., Samango-Sprouse, C., Skakkebaek, N. E., Graham, J. M. J., . . . Willard, H. F. (2003). Klinefelter syndrome: Expanding the phenotype and identifying new research directions. *Genetics in Medicine*, 5(6), 460–468. doi:10.1097/01.GIM.0000095626.54201.D0
- Smith, Y. L. S., Van Goozen, S. H. M., 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. doi:10.1017/S0033291704002776
- Sood, R., Shuster, L., Smith, R., Vincent, A., & Jatoi, A. (2011). Counseling postmenopausal women about bioidentical hormones: Ten discussion points for practicing physicians. *Journal of the American Board of Family Practice*, 24(2), 202–210. doi:10.3122/jabfm.2011.02.100194
- Speech Pathology Australia. <http://www.speechpathologyaustralia.org.au/>
- Speiser, P. W., Azziz, R., Baskin, L. S., Ghizzoni, L., Hensle, T. W., Merke, D. P., . . . Oberfield, S. E. (2010). Congenital adrenal hyperplasia due to steroid 21-hydroxylase deficiency: An endocrine society clinical practice guideline. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 95(9), 4133–4160. doi:10.1210/jc.2009–2631

- 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*. Advance online publication. doi:10.1177/1359104510378303
- Steensma, T. D., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Gender transitioning before puberty? *Archives of Sexual Behavior*, 40(4), 649–650. doi:10.1007/s10508-011-9752-2
- Stikkelbroeck, N. M. M. L., Beerendonk, C., Willemsen, W. N. P., Schreuders-Bais, C. A., Feitz, W. F. J., Rieu, P. N. M. A., . . . Otten, B. J. (2003). The long term outcome of feminizing genital surgery for congenital adrenal hyperplasia: Anatomical, functional and cosmetic outcomes, psychosexual development, and satisfaction in adult female patients. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 16(5), 289–296. doi:10.1016/S1083-3188(03)00155-4
- Stoller, R. J. (1964). A contribution to the study of gender identity. *International Journal of Psychoanalysis*, 45, 220–226.
- Stone, S. (1991). The empire strikes back: A posttranssexual manifesto. In J. Epstein, & K. Straub (Eds.), *Body guards: The cultural politics of gender ambiguity* (pp. 280–304). London: Routledge.
- Tangpricha, V., Ducharme, S. H., Barber, T. W., & Chipkin, S. R. (2003). Endocrinologic treatment of gender identity disorders. *Endocrine Practice*, 9(1), 12–21.
- Tangpricha, V., Turner, A., Malabanan, A., & Holick, M. (2001). Effects of testosterone therapy on bone mineral density in the FtM patient. *International Journal of Transgenderism*, 5(4).
- Taywaditep, K. J., Coleman, E., & Dumronggittigule, P. (1997). Thailand (Muang Thai). In R. Francoeur (Ed.), *International encyclopedia of sexuality*. New York, NY: Continuum.
- Thole, Z., Manso, G., Salgueiro, E., Revuelta, P., & Hidalgo, A. (2004). Hepatotoxicity induced by antiandrogens: A review of the literature. *Urologia Internationalis*, 73(4), 289–295. doi:10.1159/000081585

- Tom Waddell Health Center. (2006). Protocols for hormonal reassignment of gender . Retrieved from <http://www.sfdph.org/dph/comupg/oservices/medSvs/hlthCtrs/TransGendprotocols122006.pdf>
- Tsoi, W. F. (1988). The prevalence of transsexualism in Singapore. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78(4), 501–504. doi:10.1111/j.1600-0447.1988.tb06373.x
- Van den Broecke, R., Van der Elst, J., Liu, J., Hovatta, O., & Dhont, M. (2001). The female-to-male transsexual patient: A source of human ovarian cortical tissue for experimental use. *Human Reproduction*, 16(1), 145–147. doi:10.1093/humrep/16.1.145
- Vanderburgh, R. (2009). Appropriate therapeutic care for families with pre-pubescent transgender/gender-dissonant children. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 26(2), 135–154. doi:10.1007/s10560-008-0158-5
- van Kesteren, P. J. M., Asscheman, H., Megens, J. A. J., & Gooren, L. J. G. (1997). Mortality and morbidity in transsexual subjects treated with cross-sex hormones. *Clinical Endocrinology*, 47(3), 337–343. doi:10.1046/j.1365-2265.1997.2601068.x
- van Kesteren, P. J. M., Gooren, L. J., & Megens, J. A. (1996). An epidemiological and demographic study of transsexuals in the Netherlands. *Archives of Sexual Behavior*, 25(6), 589–600. doi:10.1007/BF02437841
- van Trotsenburg, M. A. A. (2009). Gynecological aspects of transgender healthcare. *International Journal of Transgenderism*, 11(4), 238–246. doi:10.1080/15532730903439484
- Vilain, E. (2000). Genetics of sexual development. *Annual Review of Sex Research*, 11, 1–25.
- Wålinder, J. (1968). Transsexualism: Definition, prevalence and sex distribution. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 43(S203), 255–257.
- Wålinder, J. (1971). Incidence and sex ratio of transsexualism in Sweden. *The British Journal of Psychiatry*, 119(549), 195–196.

- 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. doi:10.1097/CHI.0b013e31818956b9
- Wallien, M. S. C., Swaab, H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2007). Psychiatric comorbidity among children with gender identity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(10), 1307–1314. doi:10.1097/chi.0b013e3181373848
- Warren, B. E. (1993). Transsexuality, identity and empowerment. A view from the frontlines. *SIECUS Report*, February/March, 14–16.
- Weitze, C., & Osburg, S. (1996). Transsexualism in Germany: Empirical data on epidemiology and application of the German Transsexuals' Act during its first ten years. *Archives of Sexual Behavior*, 25(4), 409–425.
- Wilson, J. D. (1999). The role of androgens in male gender role behavior. *Endocrine Reviews*, 20(5), 726–737. doi:10.1210/er.20.5.726
- Winter, S. (2009). Cultural considerations for The World Professional Association for Transgender Health's standards of care: The Asian perspective. *International Journal of Transgenderism*, 11(1), 19–41. doi:10.1080/15532730902799938
- Winter, S., Chalungsooth, P., Teh, Y. K., Rojanalert, N., Maneerat, K., Wong, Y. W., . . . Macapagal, R. A. (2009). Transpeople, transprejudice and pathologization: A seven-country factor analytic study. *International Journal of Sexual Health*, 21(2), 96–118. doi:10.1080/19317610902922537
- Wisniewski, A. B., Migeon, C. J., Malouf, M. A., & Gearhart, J. P. (2004). Psychosexual outcome in women affected by congenital adrenal hyperplasia due to 21-hydroxylase deficiency. *The Journal of Urology*, 171(6, Part 1), 2497–2501. doi:10.1097/01.ju.0000125269.91938.f7
- World Health Organization. (2007). *International classification of diseases and related health problems-10th revision*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization. (2008). *The world health report 2008: Primary health care — now more than ever*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Professional Association for Transgender Health, Inc. (2008). *WPATH clarification on medical necessity of treatment, sex*

- reassignment, and insurance coverage in the U.S.A. Retrieved from <http://www.wpath.org/documents/Med%20Nec%20on%202008%20Letterhead.pdf>
- WPATH Board of Directors. (2010). Depsycho-pathologisation statement released May 26, 2010. Retrieved from [http://wpath.org/announcements\\_detail.cfm?pk\\_announcement=17](http://wpath.org/announcements_detail.cfm?pk_announcement=17)
- Xavier, J. M. (2000). The Washington, D. C. transgender needs assessment survey: Final report for phase two. Washington, DC: Administration for HIV/AIDS of District of Columbia Government.
- Zhang, G., Gu, Y., Wang, X., Cui, Y., & Bremner, W. J. (1999). A clinical trial of injectable testosterone undecanoate as a potential male contraceptive in normal Chinese men. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 84(10), 3642–3647. doi:10.1210/jc.84.10.3642
- Zitzmann, M., Saad, F., & Nieschlag, E. (2006, April). Long term experience of more than 8 years with a novel formulation of testosterone undecanoate (nebido) in substitution therapy of hypogonadal men. Paper presented at European Congress of Endocrinology, Glasgow, UK.
- Zucker, K. J. (1999). Intersexuality and gender identity differentiation. *Annual Review of Sex Research*, 10(1), 1–69.
- Zucker, K. J. (2004). Gender identity development and issues. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 13(3), 551–568. doi:10.1016/j.chc.2004.02.006
- Zucker, K. J. (2006). "I'm half-boy, half-girl": Play psychotherapy and parent counseling for gender identity disorder. In R. L. Spitzer, M. B. First, J. B. W. Williams & M. Gibbons (Eds.), *DSM-IV-TR casebook*, volume 2(pp. 321–334). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Zucker, K. J. (2010). The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in children. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 477–498. doi:10.1007/s10508-009-9540-4
- Zucker, K. J., & Bradley, S. J. (1995). Gender identity disorder and psychosexual problems in

children and adolescents. New York, NY: Guilford Press.

demographic characteristics and behavioral problems. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7(3), 398–411.

Zucker, K. J., Bradley, S. J., Owen-Anderson, A., Kibblewhite, S. J., & Cantor, J. M. (2008). Is gender identity disorder in adolescents coming out of the closet? *Journal of Sex & Marital Therapy*, 34(4), 287–290. doi:10.1080/00926230802096192

Zuger, B. (1984). Early effeminate behavior in boys: Outcome and significance for homosexuality. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 172(2), 90–97

Zucker, K. J., Bradley, S. J., Owen-Anderson, A., Kibblewhite, S. J., Wood, H., Singh, D., & Choi, K. (in press). Demographics, behavior problems, and psychosexual characteristics of adolescents with gender identity disorder or transvestic fetishism. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 38(2), 151–189.

Zucker, K. J., & Lawrence, A. A. (2009). Epidemiology of gender identity disorder: Recommendations for the standards of care of The World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism*, 11(1), 8–18. doi:10.1080/15532730902799946

Zucker, K. J., Owen, A., Bradley, S. J., & Ameeriar, L. (2002). Gender-dysphoric children and adolescents: A comparative analysis of

## 부록 A: 용어집

트랜스섹슈얼·트랜스젠더·성별비순응자 건강관리 관련 용어는 빠르게 진화하고 있습니다. 새로운 용어가 소개되고, 기존 용어의 정의도 바뀌고 있습니다. 그렇기 때문에 이 분야의 언어에 대해 오해나 논쟁이 있거나 의견이 엇갈리는 경우가 적지 않습니다. 낯선 용어나 건강관리실무표준(SOC)에서 특수한 의미로 사용된 용어를 아래와 같이 정의하였지만, 이 정의는 SOC 에 한정하여 사용됩니다. 물론 다른 사람들도 아래의 정의를 채택할 수는 있겠지만, WPATH 는 다음의 용어들이 문화, 사회, 맥락에 따라 다르게 정의될 수 있다는 점을 인정합니다.<sup>xii</sup>

또한 WPATH 는 해당 집단에 관해 사용되는 용어 중 흡족하지 못한 단어가 상당히 많다는 점을 인정합니다. 예를 들면 트랜스섹슈얼(transsexual)와 이성복장착용자(transvestite)라는 용어는 상대를 대상화하는 방식으로 적용되어 왔습니다(상대적으로 최근에 고안된 표현인 '트랜스젠더'도 그러하다는 주장도 있습니다). 그럼에도 자신의 뜻을 최대한 이해시키려 노력하는 많은 사람들은 이 용어들을 어느 정도 수용했습니다. WPATH 가 이러한 용어들을 계속 사용하는 이유는 오로지 관련 개념과 과정의 이해를 도움으로써 트랜스섹슈얼·트랜스젠더·성별비순응자에게 양질의 건강관리를 쉽게 제공할 수 있도록 하는 데 있습니다. WPATH 는 다양한 사람들로 이뤄진 트랜스섹슈얼·트랜스젠더·성별비순응자 집단의 경험을 더욱 명확하게 반영하고 건강관리 접근성과 서비스 제공을 개선하는 데 도움이 될 새로운 용어를 적극 받아들이고자 합니다.

**생동일성 호르몬 Bioidentical hormone:** 인체에 존재하는 호르몬과 구조가 동일한 호르몬 (ACOG Committee of Gynecologic Practice, 2005). 생동일성 호르몬 요법에 쓰이는 호르몬은 보통 식물에서 유래하며 인체에서 분비되는 호르몬과 구조가 비슷하지만, 상업적인 처리 과정을 통해 생동성을 가짐.

**생동일성 호르몬 복합 요법 Bioidentical compounded hormone therapy (BCHT):** 의사가 지정한 바에 따라, 약사가 환자 개인에게 맞추어 제조, 배합, 조합, 포장하거나 의약품으로 라벨링한 호르몬을 사용하는 요법. 이처럼 소비자 개개인에 맞춤으로 제작된 제품을 정부 의약품 관련 부서에서 일일이 승인하는 것은 불가능함.

**크로스트레싱 Cross-dressing / 이성복장착용 Transvestism** <sup>xiii</sup> : 특정 문화권에서 이성에게 전형적으로 어울린다고 여겨지는 의복을 입고 그러한 성역할을 표현하는 것.

**성발달 장애 Disorders of sex development (DSD):** 염색체, 생식샘, 또는 해부학적 성이 비전형적으로 발달한 선천적 증상. 어떤 사람들은 이러한 증상을 '장애'로 낙인찍는 데에 강력히

제 7 판

반발하고 이러한 증상을 성적 다양성(sexual diversity)의 문제로 볼 것을 것을 주장하며 (Diamond, 2009) **간성(intersex, intersexuality)**이라는 표현을 대안으로 선호함.

**FtM (Female-to-Male)<sup>xiv</sup>**: 출생 당시 여성이라는 성을 지정 받았지만, 신체 및/또는 성역할을 더욱 남성적으로 바꾸고자 하거나 바꾼 사람을 지칭하는 수식어.

**성별위화감 Gender dysphoria**: 한 개인의 성별정체성과 출생 당시 지정된 성(및 해당 성에 부여된 성역할 내지 일차·이차 성징)이 일치하지 않음으로써 발생하는 고통 (Fisk, 1974; Knudson, De Cuypere, & Bockting, 2010b).

**성별정체성 Gender identity**: 자신이 남성(소년 또는 남자), 여성(소녀 또는 여자), 내지는 다른 성별(여자 같은 남자(boygirl), 남자 같은 여자 (girlboy), 트랜스젠더, 젠더퀴어, 거세남성<sup>xv</sup> 등)이라고 느끼는 내면의 감각 (Bockting, 1999; Stoller, 1964).

**성별정체성장애/성주체성장애<sup>xvi</sup> Gender identity disorder**: 『정신장애의 진단 및 통계 편람 제 4 판 개정판』(DSM IV-TR)에 근거한 정식 진단명(American Psychiatric Association, 2000). 반대 성별에 강력하고 지속적으로 동질감을 느끼고, 자신의 생물학적 성이 불편하거나 해당 성에 부여된 성역할이 부적절하다는 느낌이 지속됨으로써 사회적, 직업적 및 다른 중요기능에 손상을 초래할 정도로 의미 있는 고통을 유발하는 상태.

**성별비순응 Gender-nonconforming**: 특정 문화권이나 시대에서 개인에게 부여된 생물학적 성에 적합하다고 규정하는 성별정체성·성역할·성별표현이 자신의 실제 성별정체성·성역할·성별표현에 들어맞지 않는 사람들을 묘사하는 수식어.

**성역할/성별표현 Gender role or expression**: 특정 문화권이나 시대에서 남성적이거나 여성적이라고 규정된 (즉 전형적인 남성이나 여성의 사회적 역할이라고 여겨지는) 성격, 외모, 행동상의 특징 (Ruble, Martin, & Berenbaum, 2006). 대다수 사람들은 사회적으로 명백히 남성 혹은 여성다운 성역할을 표현하지만 어떤 사람들은 젠더퀴어나 특정 성별을 지향하는 트랜스젠더 등 전통적인 방식과 다른 성역할을 표현하기도 하며, 사실 모든 사람들은 다양한 방식과 다양한 정도로 남성 및 여성의 특징을 혼합하여 표현함 (Bockting, 2008).

**젠더퀴어 Genderqueer**: 자신의 성별정체성 및/또는 성역할이 남성 혹은 여성으로 이분화된 범주와 일치하지 않는다고 여기는 사람들에게 의해 사용되는 성별표현 (Bockting, 2008).

**내면화된(내적) 트랜스젠더혐오 Internalized transphobia**: 사회가 정상으로 규정한 성역할 규범을 내면화함으로써 자신의 트랜스젠더적 감정이나 정체성을 불편하게 여기는 것.

**MtF (Male-to-Female)<sup>xvii</sup>**: 출생 당시 남성이라는 생물학적 성을 지정 받았지만, 신체 및/또는 성역할을 더욱 여성적으로 바꾸고자 하거나 바꾼 사람을 지칭하는 수식어.



**천연 호르몬 Natural hormones:** 동식물 등 천연 자원에서 유래한 호르몬으로, 천연 호르몬이 반드시 생동일성 호르몬인 것은 아님.

**성 Sex:** 성은 통상 외부 생식기의 모양에 따라 출생 당시 남성 또는 여성으로 지정되며, 외부 생식기의 형상이 모호할 때에는 다른 생물학적 성 관련 요소(내부 생식기, 염색체, 호르몬)를 고려하여 성을 지정함(Grumbach, Hughes, & Conte, 2003; MacLaughlin & Donahoe, 2004; Money & Ehrhardt, 1972; Vilain, 2000). 대다수 사람들은 출생 당시 지정된 성과 성별정체성·성별표현이 일치하지만, 트랜스섹슈얼·트랜스젠더·성별비순응자의 성별정체성 및 성별표현은 출생 당시 정해진 생물학적 성과 다름.

**성전환수술/성별확정수술<sup>xviii</sup> Sex reassignment surgery (gender affirmation surgery):** 일차 및/또는 이차 성징을 변화시킴으로써 당사자의 성별정체성과 신체를 부합시키고자 하는 수술. 성전환수술/성별확정수술은 성별위화감을 완화시키는 데 필요한 의학적 조치에 중요한 역할을 할 수 있음.

**트랜스젠더 Transgender:** 문화적으로 규정된 성별 범주를 가로지르거나 초월한 사람들로 구성된, 다양한 집단을 지칭하는 수식어. 트랜스젠더의 성별정체성과 출생 당시 부여된 생물학적 성 사이의 격차는 사람에 따라 다양하게 나타남(Bockting, 1999).

**성별 이행 Transition<sup>xix</sup>:** 한 사람이 출생 당시 지정된 성에 부여된 성역할에서 다른 성별의 성역할로 전환하는 시기. 많은 사람들은 이 시기에 다른 성별의 성역할에 따라 사회생활을 하는 법을 배우고, 어떤 사람은 이 과정을 통해 자신에게 가장 편안하게 느껴지는 성역할과 성별표현을 찾기도 함. 성별 이행 과정에서 호르몬이나 다른 의학적 시술을 통해 신체를 여성화/남성화할 수도, 하지 않을 수도 있음. 또한 성별 이행의 성격 및 지속기간은 개인에 따라 다름.

**트랜스섹슈얼 Transsexual:** 몸을 여성화 또는 남성화시키는 의학적 개입(호르몬 요법 및/또는 수술)을 통해 일차 및/또는 이차 성징을 바꾸고자 하거나 이미 바꾸었으며, 통상 성역할도 영구적으로 바꿔버린 사람을 지칭하는 수식어(보통 의학계에서 사용함).

## 부록 B: 호르몬 치료의 의학적 위험성 개괄

종합적이고 근거중심적인 문헌 검토 2 건과 (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009) 대규모 코호트 연구를 (Asscheman et al., 2011) 토대로, 다음과 같이 남성화/여성화 호르몬 치료의 위험성을 정리하였습니다. 이러한 문헌검토 결과는 다른 널리 인정받고 출간된 임상자료와(Dahl et al., 2006; Ettner et al., 2007 등 참조) 더불어 제공자에게 자세한 레퍼런스를 제공할 수 있습니다.

### 여성화 호르몬 치료의 위험성 (MtF)

#### 호르몬 치료에 따라 위험성 증가

##### **정맥혈전색전증(VTE)**

- 에스트로겐을 투여하면 VTE 가 발생할 확률이 상승하는데, 40 세 이상이거나, 흡연자이거나, 매우 비활동적인 생활습관을 갖고 있거나, 비만이거나, 혈전 성향이 있는 환자는 특히 유의해야 합니다.
- 3 세대 프로게스틴을 추가 투여하면 위험성이 증가합니다.
- 에스트라디올(난포호르몬)을 (경구가 아닌) 경피로 투여하면 위험성이 감소하므로, VTE 위험성이 높은 환자에게 권장합니다.

##### **심혈관 및 뇌혈관 질환**

- 에스트로겐을 투여하면 50 세 이상이며 선행하는 심혈관계 위험요소를 보유한 환자에게 심혈관질환이 발생할 위험성이 증가합니다. 프로게스틴을 추가로 투여하면 위험이 더 커질 수 있습니다.

##### **지질**

- 경구로 에스트로겐을 투여하면 중성지방이 현저하게 증가하여, 췌장염과 심혈관질환이 발생할 위험성이 증가합니다.
- 투여 경로가 달라지면 고밀도지질단백질(HDL) 콜레스테롤, 저밀도지질단백질(LDL) 콜레스테롤, 지질단백질(a) 수치에 미치는 대사 효과도 달라집니다.
- 일반적으로, 임상 근거에 따르면 MtF 환자 중 이미 지질 장애가 있는 사람은 경구 에스트로겐보다는 경피 에스트로겐 투여가 더 유익한 것으로 보입니다.

##### **간/담낭**

- 에스트로겐과 시프로테론아세테이트를 투여하면 일시적으로 간효소 수치가 상승할 수 있으며, 드물지만 임상적인 간독성이 일어나기도 합니다.
- 에스트로겐을 투여하면 담석이 생길 위험이 높아지고, 이에 따라 담낭 절제술을 할 위험도 높아집니다.

### 호르몬 치료에 따라 위험성 증가 가능성이 있음

#### **제 2 형 인슐린의존당뇨병**

- 여성화 호르몬 치료, 특히 에스트로겐은 제 2 형 당뇨병이 발병할 위험을 증가시키는데, 특히 당뇨병 가족력이 있거나 다른 당뇨병 위험요인을 보유한 환자는 유의해야 합니다.

#### **고혈압**

- 에스트로겐을 투여하면 혈압이 상승하지만, 현성(顯性) 고혈압 발병률에도 영향을 미치는지는 알려지지 않았습니다.
- 스피로노락톤은 혈압을 낮추므로, 고혈압이거나 고혈압 위험이 있는 환자가 여성화를 원할 때 권장합니다.

#### **프로락틴분비종양**

- 에스트로겐을 투여하면 치료를 시작하고 처음 1 년간은 MtF 환자에게 고프로락틴혈증의 위험이 증가하지만, 그 이후로는 위험성이 거의 없습니다.
- 에스트로겐을 고용량 투여하면, 기존에 있었지만 임상적으로 드러나지 않던 프로락틴분비종양이 드러나는 것을 촉진하기도 합니다.

### 결론이 불확실하거나 위험성이 증가하지 않음

위험성이 있을 수도 있지만 근거가 너무 부족해 확실한 결론을 내리지 못하는 항목도 이 분류에 들어갑니다.

#### **유방암**

- MtF 환자 중 여성화 호르몬을 투여한 사람이 유방암에 걸리기도 하지만, 여성 생식기를 갖고 태어난 사람과 비교했을 때 유방암에 걸릴 위험이 상대적으로 얼마나 높은지는 알려지지 않았습니다.
- 여성화 호르몬에 장기간 노출되거나(예컨대 여러 해 동안 에스트로겐 제제를 투여하거나), 유방암 가족력이 있거나, 비만이거나(BMI>35), 프로게스틴을 투여하면 위험성은 높아질 수도 있습니다.

### 여성화 치료에 따른 기타 부작용

## 제 7 판

환자에 따라 이러한 변화를 사소하거나 오히려 바람직하다고 여기는 경우도 있지만, 어쨌든 다음에 설명하는 효과는 여성화 호르몬 치료와 분명히 관계가 있습니다.

**생식능력과 성기능**

- 여성화 호르몬은 생식 능력에 지장을 초래하기도 합니다.
- 여성화 호르몬은 성욕을 감퇴시키기도 합니다.
- 여성화 호르몬 치료는 야간 발기를 감소시키며, 성적 자극에 따른 발기에 미치는 영향은 달라질 수 있습니다.

**항안드로겐 제제의 위험성**

여성화 호르몬 처방계획에는 테스토스테론 합성나 작용에 영향을 미치는 제제가 다양하게 포함되는데, 여기에는 생식샘자극호르몬분비호르몬(GnRH) 효능제, 프로게스틴(시프로테론 아세테이트 등), 스피로노락톤, 5 알파환원효소억제제 등이 있습니다. 각각의 제제에 어떠한 특정한 위험성이 있는지를 세세히 논하는 것은 SOC 의 영역을 벗어나지만, 스피로노락톤과 시프로테론아세테이트는 널리 쓰이므로 이에 대해서는 간단히 언급할 필요가 있습니다.

시프로테론아세테이트는 프로게스틴 복합물로 항안드로겐 성질이 있으며(Gooren, 2005; Levy et al., 2003) 유럽에서는 널리 쓰이지만, 간 독성 우려가 있어 미국에서는 승인하지 않았습니다(Thole, Manso, Salgueiro, Revuelta, & Hidalgo, 2004). 스피로노락톤은 여성화 호르몬 치료에서 항안드로겐 제제로 흔히 쓰이며, 특히 시프로테론이 승인되지 않은 지역에서 널리 쓰입니다 (Dahl et al., 2006; Moore et al., 2003; Tangpricha et al., 2003). 스피로노락톤은 고혈압과 울혈심부전을 치료하는 데 오랫동안 사용되어 왔습니다. 흔히 발생하는 부작용으로는 고칼륨혈증, 어지럼증, 위장장애 증상 등이 있습니다(Physicians' Desk Reference, 2007).

**남성화 호르몬 치료의 위험성 (FtM)****호르몬 치료에 따라 위험성 증가****적혈구증가증**

- 테스토스테론이나 다른 안드로겐성 스테로이드를 이용해 남성화 호르몬 치료를 시행하면 적혈구증가증(적혈구용적률 >50%)에 걸릴 위험성이 증가합니다. 다른 위험요인도 보유한 환자라면 특히 유의해야 합니다.
- 경피 투여를 실시하거나 용량을 조절하여 위험성을 줄일 수 있습니다.

**체중/내장지방 증가**

- 남성화 호르몬 치료로 인해 내장지방이 증가하면서 체중이 다소 늘기도 합니다.

**호르몬 치료에 따라 위험성 증가 가능성이 있음****지질**

- 테스토스테론은 HDL 콜레스테롤을 줄이지만, LDL 콜레스테롤과 중성지방에 대한 영향은 사람마다 다르게 나타납니다.
- 초 생리적인(건강한 남성 수치의 범위를 벗어나는) 혈중 테스토스테론 농도는 호르몬을 장기간 근육주사 할 때 종종 발생하는데, 이는 혈중 지질 농도에 악영향을 미칠 수 있습니다. 반면 경피 투여는 혈중 지질 농도에 영향을 덜 미치는 것으로 보입니다.
- 다낭성난소증후군이나 이상지질혈증이 진행되는 환자는 테스토스테론 치료로 이상지질혈증이 악화될 위험이 증가하기도 합니다

**간**

- 테스토스테론 치료를 하면 일시적으로 간효소수치가 상승하기도 합니다.
- 경구 메틸테스토스테론(methyltestosterone)에 관련해 간기능장애 및 간암에 대한 언급이 있습니다. 그러나 이제는 메틸테스토스테론을 구할 수 있는 국가도 거의 없고, 이를 사용해서도 안 됩니다.

**심리**

테스토스테론이나 다른 안드로겐성 스테로이드를 사용하여 남성화 치료를 하면, 경조증(hypomanic), 조증, 또는 정신병 증상이 나타나는 정신장애가 진행되는 환자는 이러한 증상이 악화될 위험이 증가하기도 합니다. 투여량이 높거나 혈중 테스토스테론 농도가 초 생리적일 때 이러한 유해 사례가 나타나는 것으로 보입니다.

**결론이 불확실하거나 위험성이 증가하지 않음**

위험성이 있을 수도 있지만 근거가 너무 부족해 확실한 결론을 내리지 못하는 항목도 이 분류에 들어갑니다.

**골다공증**

- 난소절제술을 받기 전 FtM 환자에게 테스토스테론 치료를 실시하면 적어도 처음 3 년간은 골밀도가 유지되거나 높아집니다.
- 난소절제술을 시행하면 골밀도가 감소할 위험이 높아지는데, 테스토스테론 치료를 중단하거나 치료가 부족하면 특히 위험이 높아집니다. 경구로만 테스토스테론을 투여하는 환자도 마찬가지입니다.

제 7 판

### **심혈관계**

- 정상 생리적 용량의 남성화 호르몬을 투여할 경우, 건강한 환자에게는 심혈관계 질환이 발생할 위험이 증가하지 않는 것으로 보입니다.
- 선행 위험요소가 있는 환자에게 남성화 호르몬 치료를 실시하면 심혈관계 질환이 발생할 위험이 증가할 수도 있습니다.

### **고혈압**

- 정상 생리적 용량의 남성화 호르몬 치료를 실시할 경우, 혈압이 상승할 수는 있지만 고혈압의 위험이 증가하지는 않는 것으로 보입니다.
- 단 체중 증가, 가족력, 다낭성난소증후군 등의 고혈압 위험요소를 보유한 환자는 그 위험성이 높아질 수 있습니다.

### **제 2 형 인슐린의존당뇨병**

- 다른 위험요소가 없는 한, 테스토스테론 치료는 FtM 환자 전반에게 제 2 형 인슐린의존 당뇨병의 위험을 높이지는 않는 것으로 보입니다.
- 단 현저한 체중 증가, 가족력, 다낭성난소증후군 등 위험요소를 보유한 환자는 제 2 형 인슐린의존 당뇨병의 위험성이 높아질 수 있습니다. 이상지질혈증 위험요소가 있는 환자에서 제 2 형 인슐린의존 당뇨병의 위험이 증가하는지에 대한 데이터는 없습니다.

### **유방암**

- FtM 환자에게 테스토스테론 치료는 유방암 발병 위험을 증가시키지 않습니다.

### **자궁경부암**

- FtM 환자에게 테스토스테론 치료를 해도 자궁경부암 발병 위험이 높아지지는 않습니다. 다만, 위축성 변화가 일어나기 때문에 자궁경부암 검사(Pap smear)에서 극히 작은 이상이 나타날 가능성은 증가하기도 합니다.

### **난소암**

- 여성 생식기를 갖고 태어났는데 안드로겐 수치가 높은 사람과 마찬가지로, 테스토스테론 치료를 받는 FtM 환자는 난소암 위험이 증가 할 수 있지만, 근거는 아직 부족합니다.

### **자궁암/자궁내막암**

- FtM 환자에게 테스토스테론 치료를 하면 자궁내막암 위험이 증가할 수 있으나, 이를 입증하는 근거는 아직 부족합니다.

### **남성화 치료에 따른 기타 부작용**

환자에 따라 이러한 변화를 사소하거나 오히려 바람직하다고 여기는 경우도 있지만, 어쨌든 다음에 설명하는 효과는 남성화 호르몬 치료와 분명히 관계가 있습니다.

### **생식능력과 성기능**

- FtM 환자에게 테스토스테론 치료를 하면 생식능력이 저하되지만, 어느 정도 저하되는지, 저하된 생식능력을 되살릴 수 있는지는 알려지지 않았습니다.
- 테스토스테론 치료는 발달 중인 수정란이나 태아에게 영구적인 해부학적 변화를 초래하기도 합니다.
- 테스토스테론 치료를 실시하면 클리토리스가 비대해지고 성욕이 증가합니다.

### **여드름, 안드로겐성 탈모**

여드름이나 남성형 대머리(안드로겐성 탈모)가 다양한 정도로 나타나는 것은 남성화 호르몬 치료에서 흔히 나타나는 부작용입니다.

## 부록 C: 호르몬 치료와 수술 실시 기준 개요

이전 판에서도 그랬지만, SOC 제 7 판이 성별위화감에 대한 호르몬 치료와 외과적 치료에 대해 제시하는 기준은 어디까지나 임상지침일 따름이며, 개별 보건의료 전문가 및 프로그램이 필요에 맞게 수정할 수 있습니다. 실제 임상은 SOC 와는 달라질 수 있는데, 그 이유는 환자의 특수한 해부학적·사회적·심리적·상황을 고려하거나, 경험이 풍부한 보건의료 전문가가 일반적인 상황을 다루는 방법이 점차 발전하거나, 연구조사계획 때문이거나, 세계 각지에서 자원이 부족하거나, 특정한 위험을 감소시키기 위한 전략이 필요하기 때문입니다. 임상 치료가 SOC 와 달라질 경우 보건의료 전문가는 이를 인지하고 환자에게 설명한 후 사전동의를 받아 기록으로 남김으로써 환자에게 양질의 건강관리와 법적 보호를 제공하여야 합니다. 이러한 기록은 새로운 데이터를 축적하는 데에도 중요하게 쓰일 뿐만 아니라, 기록을 검토함으로써 향후 건강관리와 SOC 가 발전하는 데 기여할 수 있습니다.

### 여성화/남성화 호르몬 치료 실시 기준 (진료의뢰서 1 건, 또는 차트에 기록된 심리사회적 평가 결과 요망)

1. 성별위화감이 지속되며, 성별위화감이 기록을 통해 충분히 입증됨
2. 환자가 충분한 정보에 근거한 의사결정을 내리고 치료에 동의할 능력을 갖추
3. 환자의 연령이 해당 국가에서 법적으로 성년에 해당함 (만약 미성년이라면 SOC 제 6 장의 기준에 따를 것)
4. 만약 중대한 의학적 문제나 정신건강 문제가 있다면, 합리적으로 잘 통제된 상태여야 함

### 유방/흉부 수술 (진료의뢰서 1 건 요망)

#### *FtM 환자의 유방절제술 및 남성형 흉부 성형술*

1. 성별위화감이 지속되며 이 사실이 기록됨
2. 충분한 정보에 근거하여 의사결정을 내리고 치료에 동의할 능력을 갖추
3. 해당 국가에서 법적 성년에 달하는 연령 (만약 미성년이라면 SOC 의 아동·청소년 관련 지침을 따름)
4. 만약 중대한 의학적 문제나 정신건강 문제가 있다면, 합리적으로 잘 통제된 상태여야 함

수술에 앞서 반드시 호르몬 치료를 할 필요는 없습니다.



**MtF 환자의 유방 확대술(보형물 삽입/지방이식술) 시행 요건**

1. 성별위화감이 지속되며 이 사실이 기록됨
2. 충분한 정보에 근거하여 의사결정을 내리고 치료에 동의할 능력을 갖추
3. 해당 국가에서 법적 성년에 달하는 연령 (만약 미성년이라면 SOC 의 아동·청소년 관련 지침을 따름)
4. 만약 중대한 의학적 문제나 정신건강 문제가 있다면, 합리적으로 잘 통제된 상태여야 함

명문화된 기준은 아니지만, MtF 환자는 유방 확대술 시행 전 여성화 호르몬 치료를 (최소 12 개월 동안) 받기를 권장합니다. 유방 발달을 극대화하여 더 나은 수술(미용) 결과를 얻고자 합니다.

**생식기 수술 시행 요건 (진료의뢰서 2 건 요망)****FtM 환자의 자궁 절제술과 난소자궁관 절제술 및 MtF 환자의 고환 절제술 시행 요건**

1. 성별위화감이 지속되며 이 사실이 기록됨
2. 충분한 정보에 근거하여 의사결정을 내리고 치료에 동의할 능력을 갖추
3. 해당 국가에서 법적 성년에 달하는 연령 (만약 미성년이라면 SOC 의 아동·청소년 관련 지침을 따름)
4. 만약 중대한 의학적 문제나 정신건강 문제가 있다면, 합리적으로 잘 통제된 상태여야 함
5. 환자가 추구하는 성별에 부합하도록, 12 개월 동안 계속 호르몬 치료를 받아야 함 (임상적으로 호르몬을 사용해서는 안 된다고 판단하는 경우는 제외)

생식샘 절제술을 시행하기 전 호르몬 치료를 하는 주된 목적은 환자가 비가역적인 외과적 처치를 받기 전에 가역적인 에스트로겐/테스토스테론 억제 기간을 갖도록 하는 것입니다. 위의 기준은 성별위화감이 아닌 다른 의학적 사유로 이러한 시술을 받는 환자에게는 적용하지 않습니다.

**FtM 환자의 메토이드오플라스티/음경 성형술 및 MtF 환자의 질 성형술 자격요건**

1. 성별위화감이 지속되며 이 사실이 기록됨
2. 충분한 정보에 근거하여 의사결정을 내리고 치료에 동의할 능력을 갖추

제 7 판

3. 해당 국가에서 법적 성년에 달하는 연령 (만약 미성년이라면 SOC 의 아동·청소년 관련 지침을 따름)
4. 만약 중대한 의학적 문제나 정신건강 문제가 있다면, 합리적으로 잘 통제된 상태여야 함
5. 환자가 추구하는 성별에 부합하도록, 12 개월 동안 계속 호르몬 치료를 받아야 함 (임상적으로 호르몬을 사용해서는 안 된다고 판단하는 경우는 제외)
6. 환자의 성별정체성에 부합하는 성역할로 12 개월 동안 생활하여야 함

명문화된 기준은 아니지만, 환자가 정신건강 전문가나 다른 의학 전문가에게 정기 진찰을 받기를 권합니다.

상술한 바와 같이, 일부 생식기 수술에는 환자가 성별정체성에 부합하는 성역할로 12 개월 동안 꾸준히 생활하라는 등의 기준을 요구합니다. 그 근거는 이러한 경험이 환자가 비가역적인 수술을 받기 전에 원하는 성역할을 경험하고 이에 사회적으로 적응할 기회를 충분히 제공한다는 데에 전문가들이 임상적으로 합의했다는 것입니다.

## 부록 D: 치료적 접근법의 임상 성과에 대한 근거

새로운 치료법을 실질적으로 뒷받침하는 근거는 성과 분석입니다. 성전환 수술은 워낙 논쟁적인 문제라 성과분석이 매우 중요한 역할을 하는데, 이 분야의 성과분석은 거의 다 후향 연구입니다.

성전환증 환자의 수술 후 심리사회적 성과를 분석한 초기 연구 중에, 1979 년 미국 존스홉킨스 의대 및 부속병원에서 시행한 연구가 있습니다(J. K. Meyer & Reter, 1979). 이 연구는 환자의 직업, 교육, 결혼, 가정 내 안정성을 집중 분석하여 환자에게 치료 후 중대한 변화가 일어난다는 것을 밝혔습니다. 문제는 환자에게 일어난 변화가 긍정적이지 않았고, 오히려 치료 프로그램에 참여한 사람들 상당수가 프로그램에 참가한 후 별다른 변화가 없거나 여러 측면에서 나빠졌다는 것입니다. 연구 결과에 따라 존스홉킨스 의대/부속병원은 치료 프로그램을 중단하였습니다(Abramowitz, 1986).

그 후, 여러 보건의료 전문가가 성전환수술 적격 여부를 판단하는 기준을 수립하자고 주장하였으며, 이에 따라 1979 년 해리 벤자민 국제성별위화감협회(Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association; WPATH 의 전신)가 『건강관리실무표준(SOC)』 원안을 개발했습니다.

1981 년에 Pauly 는 성전환수술을 받은 사람들에게 대해 대규모 후향연구를 실시한 결과를 출판했습니다. 연구에 참가한 사람들은 훨씬 더 나은 성과를 거두었는데, FtM 환자 83 명 중 80.7%는 결과에 만족하였고(다시 말해, “사회적, 감정적으로 더 잘 적응하게 되었다”고 응답하였고), 6.0%만이 만족하지 못했습니다. MtF 환자 283 명 중에서는 71.4%가 결과에 만족하고, 8.1%가 불만족한다고 밝혔습니다. 이 연구에는 SOC 가 출판되고 활용되기 전에 치료받은 사람도 포함되었습니다.

SOC 가 발표된 이래로, 성전환수술에 대한 환자의 만족도는 꾸준히 상승하고 불만족은 감소했습니다. 1996 년 이후에 시행한 연구들은 SOC 에 근거해 치료받은 환자들에게 집중했습니다. Rehman 등(1999)의 연구와 Krege 등(2001)의 연구는 이러한 연구의 전형인데, 연구에 참가한 환자는 단 한 명도 수술을 후회하지 않았고, 대다수가 수술의 미용적·기능적 결과에 만족한다고 보고하였습니다. 심지어 심각한 수술 합병증이 나타날 때조차 수술한 것을 좀처럼 후회하지 않았습니다. 수술 결과는 성전환 과정 전반의 결과를 예측하는 최상의 지표입니다(Lawrence, 2003). 후속 연구 절대 다수에서도 성전환수술이 주관적 안녕, 미용술, 성 기능 등의 수술 후 성과에 명백히 긍정적인 효과를 미쳤다고 나타나지만(De Cuypere et al., 2005; Garaffa, Christopher, & Ralph, 2010; Klein & Gorzalka, 2009), 어느 정도로 유익한 효과가 나타났는지는 현존하는 근거만으로는 확실히 판단하기 어렵습니다. 어떤 연구에서는(Emory, Cole, Avery, Meyer, & Meyer, 2003) 심지어 환자의 수입까지도 늘어났다고 나타났습니다.

## 제 7 판

결과를 우려할 만한 연구도 있는데, Newfield 등(2006)의 연구에는 FtM 환자가 일반인 집단보다 삶의 질 지수(SF-36 으로 측정)가 낮다고 기록되었습니다. 이 연구는 참가자 384 명을 체계적인 방법이 아니라 확일적으로 이메일을 보내 모집했다는 점이 약점이며, 참가자가 어떤 치료를 어느 정도까지 받았는지도 기록되지 않았습니다. 참가자 중 테스토스테론을 투여한다고 밝힌 사람들은 대체로 투여 기간이 5 년 미만이었습니다. 유방/흉부 수술을 받은 환자는 그렇지 않은 환자보다 삶의 질이 높다고 보고했습니다( $p < .001$ ). (생식기 수술에 대해서는 이와 같은 분석을 실시하지 않았습니다.) 다른 논문에서 Kuhn 등은(2009) King's Health Questionnaire 를 활용해 수술 후 15 년이 지난 성전환증 환자 55 명의 삶의 질을 평가했습니다. 설문 결과는 복부/골반 수술을 받은 적 있는 건강한 여성 20 명의 설문 결과와 비교했는데, 성전환증 환자의 삶의 질 지수는 몇몇 하위영역에서는(감정, 수면, 요실금, 증상의 심각성, 수행하는 역할의 한계) 통제군보다 같거나 높게 나왔지만 다른 하위영역에서는(건강 일반, 신체적 한계, 개인적 한계) 낮게 나타났습니다.

장기 관찰연구(후향성 연구) 2 건이 성전환증 성인의 사망률과 정신건강질환 이환율을 일반인 대조군과 비교하였습니다(Asscheman et al., 2011; Dhejne et al., 2011). 스웨덴 국립보건복지위원회(Swedish National Board of Health and Welfare) 정보등록부를 분석한 결과, 성전환수술을 받은 사람들(MtF 191 명, FtM 133 명)은 사망률, 자살률, 자살행동 비율, 정신건강질환 이환율이 연령, 이주 여부, 과거 정신질환 이환율, 출생 당시 지정된 성에 맞게 통제된 대조군보다 현저히 높게 나타났습니다(Dhejne et al., 2011). 이와 비슷하게, 네덜란드에서 실시한 연구에서도 수술 전·수술 후 성전환증 환자(MtF 966 명, FtM 365 명)는 양쪽 다 자살률을 비롯한 사망률이 일반인 집단에 비해 높다고 나타났습니다(Asscheman et al., 2011). 둘 중 어느 연구도 성전환이 효과적이었는지 문제를 제기하지 않은 데다, 치료를 받지 않았거나 생식기 수술 이외의 치료를 받은 트랜스섹슈얼로 대조군을 적절하게 구성하지도 않았습니다. 연구 참가자가 치료받은 시기는 무려 1970 년대로 거슬러 올라가기까지 했습니다. 그럼에도, 이 연구들은 해당 인구 집단이 심리·정신건강 면에서 양질의 장기적인 관리를 접할 수 있어야 한다는 것의 중요성을 강조합니다. 성별위화감을 평가하고 치료하는 현행 접근법이 어떤 성과를 거뒀는지에 초점을 맞추어 더 많이 연구할 필요가 있습니다.

성별위화감을 완화하는 데 호르몬이 독자적으로 얼마나 효과를 발휘했는지 판별하기는 어렵습니다. 성별위화감에 대한 남성화/여성화 호르몬 치료의 효과성을 평가하는 연구는 대부분 성전환수술도 받은 환자들을 대상으로 했기 때문입니다. 1961 년에서 1991 년 사이에 실시된 79 개 연구(대부분 관찰연구)에 참가한 환자 3000 명 이상의 사례를 종합적으로 검토한 결과, 호르몬과 수술을 결합한 치료가 긍정적인 효과를 보였다고 보고되었습니다(Eldh, Berg, & Gustafsson, 1997; Gijs & Brewaeys, 2007; Murad et al., 2010; Pfäfflin & Junge, 1998). 1986 년 이후에 수술받은 환자는 1986 년 이전에 수술받은 환자보다 나은 성과를 거두었는데, 이는 수술 합병증 문제가 현저히 개선된 사실을 반영합니다 (Eldh et al., 1997). 환자 대다수는 심리사회적으로 개선된 성과를 거두었다고 보고하였는데, MtF 환자는 87%가, FtM 환자는 97%가 그렇다고 응답했습니다(Green & Fleming, 1990).

스웨덴에서 실시한 연구에도 비슷하게 삶의 질이 개선되었다고 나타났는데, 이 연구에서는 “환자 거의 모두가 성전환 5 년 후 만족했으며, 환자의 86% 임상이가 추적관찰 시 평가한 결과 전반적인 기능 수행 면에서 안정되거나 나아졌다고 나타났다”(Johansson, Sundbom, Höjerback, & Bodlund, 2010)고 보고하였습니다. 과거에 실시한 이러한 연구들은 설계가 후향적이고 성과를 평가하는 기준이 서로 다르다는 것이 약점입니다.

네덜란드에서는 성전환을 희망하는 성인과 청소년 325 명을 대상으로 연속으로 전향연구를 실시하였습니다(Smith, Van Goozen, Kuiper, & Cohen-Kettenis, 2005). 성전환치료(호르몬과 수술적 처치 둘 다)를 받은 환자에게 위트레흐트 성별위화감 척도(Utrecht Gender Dysphoria Scale)로 성별위화감을 측정한 결과, 성별위화감 지수가 평균적으로 개선되었습니다. 신체에 대한 불만족도와 심리적 기능을 나타내는 지수도 대부분의 영역에서 개선되었습니다. 치료를 후회하는 환자는 2%미만이었습니다. 이 연구는 호르몬과 수술을 결합한 치료가 성별위화감과 기타 심리 사회적 기능 수행을 개선하는 데 도움이 된다는 후향연구들의 결과를 확인하는 전향연구 중 규모가 가장 큰 연구입니다. 수술 없이 호르몬 치료만 했을 때, 그리고 신체를 최대한 여성화/남성화하는 것을 목적으로 하지 않고 호르몬 치료를 했을 때, 어떤 효과가 있는지는 앞으로 추가 연구가 필요합니다.

전체적으로 보았을 때, 이 분야가 발전함에 따라 치료 성과도 꾸준히 좋아지고 있다고 연구에서 나타납니다. 성과연구는 주로 성전환수술의 결과를 중심으로 시행되었습니다. 그러나 최근에는 성별정체성, 성역할, 신체적 적응 양상이 다양해짐에 따라 후속연구나 성과분석을 추가로 실시할 필요가 있다고 보입니다(Institute of Medicine, 2011).

## 부록 E: SOC 제 7 판 개발 과정

2006 년에 초기 SOC “실무그룹”을 설립하면서 『건강관리실무표준』(SOC) 제 7 판을 개발하는 과정을 시작하였습니다. 실무그룹 구성원에게는 SOC 제 6 판의 특정 부분들을 검토하여, 각각의 부분에 관련된 문헌을 검토하고, 어느 지점에서 연구가 부족하여 추가 연구가 필요한지를 파악하고, 새로 발견된 근거에 따라 SOC 를 향후 어떻게 개정하면 좋을지를 권장하도록 요청하였습니다. 이에 따라 검토 논문을 제출한 저자들은 Aaron Devor, Walter Bockting, George Brown, Michael Brownstein, Peggy Cohen-Kettenis, Griet DeCuypere, Petra DeSutter, Jamie Feldman, Lin Fraser, Arlene Istar Lev, Stephen Levine, Walter Meyer, Heino Meyer-Bahlburg, Stan Monstrey, Loren Schechter, Mick van Trotsenburg, Sam Winter, Ken Zucker 입니다. 일부 저자는 자신의 집필 과정에서 공저자를 추가하였습니다.

검토 논문 초안은 2007 년 6 월 1 일까지 제출하기로 정하였으며, 논문 대부분은 2007 년 9 월에 완성되었고 나머지도 2007 년 말에 완성되었습니다. 논문 원고는 「국제트랜스젠더학회지」(*International Journal of Transgenderism* [IJT])에 제출하여 IJT 의 정규 동료검토 절차를 거쳤습니다. 최종 논문은 2009 년 IJT 제 11 권(1-4)에 출판하여, 공개적으로 논의하고 토론할 수 있도록 하였습니다.

논문이 출판된 후 WPATH 이사회는 2010 년에 SOC 개정위원회를 설립하였습니다. SOC 개정위원회에게 처음 주어진 임무는 IJT 에 실린 배경논문에 대해 구글 웹사이트에서 논의하고 토론하는 것이었습니다. WPATH 이사회는 개정위원회 내 소모임을 집필진으로 임명하였는데, 집필진은 SOC 제 7 판의 초고를 집필하고 개정위원회에서 검토할 개정 권고 사항을 작성하는 임무를 맡았습니다. 또한 이사회는 트랜스섹슈얼·트랜스젠더·성별비순응자 개개인으로 구성된 국제 자문단을 임명하여 개정안에 대해 의견을 제시하도록 하였습니다.

기술문서 작성자를 고용하여 (1) 개정 권고 사항을 모두 검토하고 (IJT 논문에 실린 원래 권고 사항, 개정위원회가 온라인 토론을 통해 도출한 추가 권고 사항) (2) 설문을 작성해 개정안에 대해 추가로 의견을 받도록 하였습니다. 설문조사 결과를 통해, 집필진은 조사에 참여한 전문가들이 어떤 분야에 대해서는 합의하였고 어떤 분야에 대해서는 향후 더 논의하고 토론해야 하는지를 파악할 수 있었습니다. 그 후 기술문서 작성자는 (3) SOC 제 7 판의 대략적인 초고를 작성하여, 이를 토대로 집필진이 작업하도록 하였습니다.

집필진은 2011 년 3 월 4~5 일에 면대면 전문가 자문회의를 개최하여, 개정 권고 사항을 모두 검토하고 논란이 있는 여러 분야에 대해 논쟁을 거쳐 합의에 도달했습니다. 현행 최선의 과학 지견과 전문가 합의를 근거로 결정을 내렸으며, 결정된 사항은 초안에 반영하였습니다. 또한 집필진은 기술문서 작성자의 도움을 받아 추가 항목을 작성하였습니다.

자문회의에서 작성한 초안은 집필진 내에서 돌아가며 검토하였고, 기술문서 작성자의 도움을 받아 확정하였습니다. 확정된 초안은 SOC 개정위원회 전체와 국제 자문단 내에서 돌아가며 검토했습니다. 구글 웹사이트를 통해 논의를 진행하였고 논쟁을 해결하기 위해 전화 회의를 개최하였습니다. 집필진은 개정위원회와 국제 자문단이 제공한 피드백을 고려하여 추가로 원고를 수정하였고, 구글 웹사이트에 2 회에 걸쳐 수정 초안을 게시하여 개정위원회와 국제 자문단의 검토를 받았습니다. 총 3 회에 걸쳐 수정과 검토를 반복한 끝에 최종안을 WPATH 이사회에게 제출하였고, 이사회는 2011 년 9 월 14 일에 이 안을 승인하였습니다.

## 모금

타와니 재단(Tawani Foundation)에서 지원해주신 기금과 익명 후원자 한 분이 기부하신 후원금으로 SOC 개정 절차를 진행할 수 있었습니다. 모금된 자금은 다음과 같이 사용하였습니다.

1. 기술문서 작성 전문가 고용
2. 개정안에 대해 성별정체성 전문가와 트랜스젠더 커뮤니티의 의견을 국제적으로 구하는 절차
3. 집필진 실무회의 비용
4. 전문가 집단, 트랜스젠더 커뮤니티, 『건강관리실무표준』(SOC) 개정위원회, WPATH 이사회로부터 추가 피드백을 받고 최종 전문가 합의를 도출하는 과정
5. SOC 제 7 판 인쇄·배포 및 WPATH 웹사이트에 무료 다운로드 파일로 게시
6. 2011 년 미국 조지아주 애틀랜타에서 WPATH 격년 심포지움 총회를 개최하여 SOC 제 7 판 발표

## SOC 개정위원회 위원 †

Eli Coleman, PhD (미국)\* - 의장

Richard Adler, PhD (미국)

Walter Bockting, PhD (미국)\*

Marsha Botzer, MA (미국)\*

제 7 판

George Brown, MD (미국)

Peggy Cohen-Kettenis, PhD (네덜란드)\*

Griet DeCuypere, MD (벨기에)\*

Aaron Devor, PhD (캐나다)

Randall Ehrbar, PsyD (미국)

Randi Ettner, PhD (미국)

Evan Eyler, MD (미국)

Jamie Feldman, MD, PhD (미국)\*

Lin Fraser, EdD (미국)\*

Rob Garofalo, MD, MPH (미국)

Jamison Green, PhD, MFA (미국)\*

Dan Karasic, MD (미국)

Gail Knudson, MD (Canada)\*

Arlene Istar Lev, LCSW-R (미국)

Gal Mayer, MD (미국)

Walter Meyer, MD (미국)\*

Heino Meyer-Bahlburg, Dr. rer.nat. (미국)

Stan Monstrey, MD, PhD (Belgium)\*

Blaine Paxton Hall, MHS-CL, PA-C (미국)

Friedmann Pfäfflin, MD, PhD (독일)

Katherine Rachlin, PhD (미국)

Bean Robinson, PhD (미국)

Loren Schechter, MD (미국)

Vin Tangpricha, MD, PhD (미국)



Mick van Trotsenburg, MD (네덜란드)

Anne Vitale, PhD (미국)

Sam Winter, PhD (홍콩)

Stephen Whittle, OBE (영국)

Kevan Wylie, MB, MD (영국)

Ken Zucker, PhD (캐나다)

\* 집필진의 일원이기도 함

† SOC 제 7 판 개정위원회 위원 전원은 무보수로 개정 작업에 참여하였다.

## 국제 자문단 선정위원회

Walter Bockting, PhD (미국)

Marsha Botzer, MA (미국)

Aaron Devor, PhD (캐나다)

Randall Ehrbar, PsyD (미국)

Evan Eyler, MD (미국)

Jamison Green, PhD, MFA (미국)

Blaine Paxton Hall, MHS-CL, PA-C (미국)

## 국제 자문단

Tamara Adrian, LGBT Rights Venezuela (베네수엘라)

Craig Andrews, FtM Australia (오스트레일리아)

Christine Burns, MBE, Plain Sense Ltd (영국)

Naomi Fontanos, Society for Transsexual Women's Rights in the Phillipines (필리핀)

Tone Marie Hansen, Harry Benjamin Resource Center (노르웨이)

Rupert Raj, Sherbourne Health Center (캐나다)

Masae Torai, FtM Japan (일본)

Kelley Winters, GID Reform Advocates (미국)

## **기술문서 작성자**

Anne Marie Weber-Main, PhD (미국)

## **편집 보조**

Heidi Fall (미국)

## 한국어판 번역팀

### 번역

한정연: 영한번역가

이은실: 순천향대학교 의과대학 산부인과 교수

### 전문가 감수

윤다림: 트랜스젠더 인권활동가

이승현: 법학박사, 트랜스젠더 인권활동가

이은실: 순천향대학교 의과대학 산부인과 교수

추혜인: 가정의학과 전문의, 살림의료복지사회적협동조합 살림의원 원장

한채윤: 비온뒤무지개재단 상임이사

### 프로젝트 매니저

캔디.D: 비온뒤무지개재단 활동가

이승현: 비온뒤무지개재단 이사

## 역주

i 문화적 숙련도(cultural competence): 환자와 건강관리 전문가 사이에 문화 차이가 존재할 때, 전문가가 상대의 문화를 이해하고 문화상대성을 존중하여 상황에 대응하는 역량

ii 부록 A 용어집 참조. 국내에서는 '성전환'이라는 표현이 통용되지만, 사실 성별 변경은 신체를 변경시키는 단기적 조치가 아니라 장기간에 걸친 신체적·심리적·사회적·법률적 변화를 수반하는 과정이며, '과정'을 강조하기 위해 국제사회(WPATH 포함)와 국내 성소수자 커뮤니티·인권단체는 'transition'이라는 표현을 사용한다. 이러한 함의를 존중하기 위해 transition 을 '성전환'이 아닌 '성별 이행'으로 번역하였다.

iii 미국은 미성년자가 혼인으로 인해 법적 성년으로 대우되는 경우 외에도, 일정한 요건하에서 법원의 판단에 따라 성인에 준하는 권리·의무를 행사할 수 있는 제도가 마련되어 있다. 한국에서는 미성년자가 혼인한 경우에만 성년으로 의제된다. 만 18 세가 된 미성년자는 부모(후견인)의 동의를 받아 혼인할 수 있으며, 이를 통해 만 19 세가 되지 않았어도 민법상 성년자가 된다(민법 제 808 조 및 제 826 조의 2)

iv 국내 사용 가능(2015 년 12 월 현재)

v 국내 사용 가능(2015 년 12 월 현재)

vi 국내에는 주사제 형태만 유통됨(2015 년 12 월 현재)

vii 국내 사용 가능(2015 년 12 월 현재)

viii 국내 사용 가능(2015 년 12 월 현재)

ix 이는 법적 개명, 신분증상 성별 표기 변경, 법적 성별정정 등에 대해서 외과적 수술을 요구하지 않는 국가의 경우를 의미한다는 점에 주의해야 한다.

x SOC 제 7 판 원서는 DSM 5 판이 발간되기 전인 2012 년에 출간되었는데, 2013 년 5 월 발간된 DSM 5 판은 결국 성별위화감이라는 진단명을 정식 도입하였다. (American Psychiatric Association, 2013, "Gender Dysphoria", <http://www.dsm5.org/documents/gender%20dysphoria%20fact%20sheet.pdf> 참조)

xi DSM 5 판은 성발달 장애를 성별위화감의 아형(specifier)으로 정하였다. 즉, DSM 5 판의 성별위화감 진단은 "성발달 장애가 없는 성별위화감"과 "성발달 장애를 수반한 성별위화감"으로 나뉜다. (Cynthia Kraus, "Classifying Intersex in DSM-5: Critical Reflections on Gender Dysphoria," Archives of Sexual Behavior (Impact Factor: 3.53), 05/2015; 44(5) 참조).

xii 한국어에서는 sex 와 gender 가 '성'으로 혼용되어 쓰이는 경우가 많으며, gender 에 완전히 적합한 역어를 찾기 힘들기 때문에 번역하지 않고 '젠더'로 쓰는 예도 적지 않다. SOC 한국어판에서는 대체로 sex 를 '성', gender 를 '성별'로 번역하되, 국내 성소수자인권운동 및 학계의 용례와 WPATH SOC 의 기조를 존중하는 범위 안에서 유동적으로 번역하였음을 밝힌다.

xiii Transvestism 은 종종 '의상도착증'이나 '복장도착증'으로 번역하기도 하지만, '도착증'이란 표현에 이성복장착용자를 비정상적으로 간주하고 비하하는 함의가 있으므로 SOC 의 취지 상 부적합하다고 여겨 사용하지 않는다.

xiv FtM/MtF 는 국내 트랜스젠더 당사자 집단에서 흔히 쓰이는 용어이므로 그대로 사용한다. 한편 FtM 과 더불어 트랜스남성(trans man), 성전환남성이라는 단어도 종종 쓰인다.

xv '환관, 거세된 남성'을 의미하는 원문의 eunuch 라는 단어는 지역/문화권에 따라 특정 집단의 성별정체성을 지칭하는 말로 쓰이기도 한다.

---

<sup>xvi</sup> 국내 의학실무 및 법령에서 '성주체성장애'라는 진단명이 통용되었으므로, 이 경우에만 특별히 gender identity 를 '성주체성'으로도 번역하였음을 밝힌다.

<sup>xvii</sup> MtF 와 더불어 트랜스 여성(trans woman), 성전환 여성이라는 단어도 종종 쓰인다.

<sup>xviii</sup> 일반적으로 잘 알려진 표현은 생물학적 성을 이성으로 바꾼다는 의미의 '성전환 수술'이지만, 수술을 통해 내담자가 원하는 성별을 확실하게 한다는 의미로 '성별확정수술'이나 '성정위(定位)수술'이라는 용어를 사용하기도 한다.

<sup>xix</sup> 국내 트랜스젠더 커뮤니티에서는 '트랜지션'이라는 표현도 흔히 쓰인다.