

# 探討台灣醫學對跨性別醫療之論述與實作 — 以精神科評估為核心

于政民

長庚大學醫學系學生

## 摘要

近來性少數的醫療議題在台灣越來越受重視，但焦點仍著重於同性戀相關議題，如愛滋與藥物防治、同性伴侶的醫療同意權等，跨性別議題則較少被人討論。跨性別為了使生理性徵與性別認同能夠一致，也因台灣目前制度對於變更性別的要求，許多跨性別會嘗試尋求醫療資源的協助。近年來隨著多元性別觀念的普及，醫療體系對於跨性別的討論也有更多面向，這些改變也影響到台灣跨性別醫療的實作。本研究針對目前跨性別醫療運行的方式進行整理及分析，訪談國內具跨性別醫療經驗之醫師，並採用兼具多面向討論的生物心理社會模式 (Engel, 1977, 1980)，分析台灣以往與當前的精神科變性評估，以探討當前台灣醫療對於跨性別的看法與影響其決策的因素，並檢視在各方面的評估中是否有考慮跨性別的需求，以及是否有良好的性別意識而非在無形中複製舊有的刻板印象與歧視。

## 關鍵字

跨性別、變性、精神科、生物心理社會模式、荷爾蒙療法

## 一、前言

由於同性婚姻與多元成家等議題的熱烈討論，有關性別平權與多元性別的相關議題也開始被各領域所重視。雖然在醫療領域中，性少數族群的醫療議題在台灣也已越來越受重視，但醫界的對於性少數焦點仍著重於同性戀的相關議題，如同志友善醫療、愛滋與藥物防治與同性伴侶的醫療同意權等，跨性別的相關議題卻較少討論與研究。跨性別 (Transgender, TG)，是一涵蓋範圍相當廣泛的詞彙，它是指那些不認為自己的性別與他們出生時基於生殖器官或基因型態等生物醫學特徵而被決定的性別表現為一致的人，也泛指外顯行為與社會期待下的原生性別不同的個體。因此像是變性慾者 (Transsexual, TS)、反串者 (Cross-dresser, CD) (何春蕤, 2002)，或是過去精神醫學上診斷為性別認同障礙 (Gender Identity Disorder, GID)、還是現在的性別不安 (Gender Incongruence, GI)的人，都可以視為跨性別中的一員。最近在國內外都有跨性別現身於大眾並成功地完成變性手術與性別變更的程序，但其議題多著重在跨性別本身的生活適應與心理層面，對於跨性別相當重要的醫療層面與其規範之討論卻較少人參與。在跨性別醫療中，主要參與的專科有精神科、內分泌科、婦產科與整形外科，分別負責精神評估、荷爾蒙治療與各項手術等醫療處置。台灣的跨性別醫療約始於 1970 年代，至今已有約 50 年 (徐志雲, 2010)，期間精神疾病診斷與統計手冊 (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) 中對於跨性別診斷的敘述說明精神醫學對於跨性別觀點的轉變，從完全的視為一種精神疾病到當前多元性別的一部份，跨性別在醫學上逐漸地被去病化。這樣的變化應會造成跨性別醫療規範的變動，使跨性別在醫療中能獲得更完善的照顧，然而目前仍有跨性別由於並非符合主流的跨性別醫療的規範，在醫療的流程並不順利，到國外進行變性手術的例子也時有所聞，可見台灣跨性別醫療仍有可討論的空間。

如前段所述，跨性別醫療需要眾多醫療科別的分工合作，然而在國際與台灣的醫療建議與規範中，大部分的會影響性徵與性器官之醫療處置都必須先經由精

神科醫師評估同意後方可進行 (Coleman E, Bockting W, Botzer M, et al., 2012)，持有精神科專科醫師評估鑑定之診斷書也是國內目前性別變更的必要條件之一，故筆者認為精神科在當前跨性別醫療佔了較為重要的地位，因此本文將著重與精神科評估的分析與探討。

## 二、跨性別醫療簡介與回顧

跨性別醫療的目的是幫助跨性別能講打造自己內心想要的身體，除了讓跨性別的性別認同與生理能夠協調，原生理性器官的摘除手術也是目前台灣性別變更的必要條件之一，因此跨性別醫療對於跨性別的是相當重要的。跨性別醫療主要可分為三部分：荷爾蒙療程、各項整形手術與精神科的診斷。而前兩者在國際與台灣依照目前的參考規範與醫療慣例，施行前都必須得到精神科醫師評估後所發之診斷書 (Coleman E, Bockting W, Botzer M, et al., 2012)，故筆者認為在跨性別醫療實務上，以精神科的診斷與評估最為重要。以下將藉由台灣醫界討論有關跨性別醫療的文章，回顧台灣有關跨性別醫療的發展與現況。

### (一) 荷爾蒙療法

對於生理性徵感到不安與排斥的跨性別為了改變其性別特徵以符合自身的期待，會利用服用荷爾蒙來達到抑制原生性徵並呈現其期待之性徵。但在無醫療人員指導下使用有健康上的疑慮，因此按國際的照護準則通常建議求診者有明確的變性計劃再使用荷爾蒙，而醫師通常也會要求患者提供精神科醫師所開立之適合進行荷爾蒙治療的證明書 (林亮羽，2015、劉妙真，2004)。而荷爾蒙療法對比以外科手術來改變性徵，不僅其經濟門檻較低，對於身體的傷害與風險也較為輕微，故有較多想要改變性徵的跨性別會選擇荷爾蒙療法作為第一步的醫療行為。

## （二）外科手術

如果跨性別對於自己的原生性徵與性器官感到抗拒或不滿，他們可能會利用外科手術的方式來移除或改造這些性徵，以符合心目中理想的情況。而這樣的跨性別並不全然地都想改變自己的生理與社會性別，有的只是對於部分的性徵或性器官感到不滿，因此如果全然地將這些人統稱為醫學上的變性慾（Transsexualism）筆者認為除了這會使他們被病理化外，也忽略了其中的差異性，故並不恰當。依照施行的器官，這種整形手術大致可分成不需要精神科醫師的診斷與評估即可施行的非性器官之改造手術，如隆乳手術、縮乳手術、喉結手術、聲帶手術等；以及需要兩位精神科醫師評估後方可執行，且為性別變更必要條件之性器官改造手術，也就是性別重製手術（Sex Reassignment Surgery, SRS）。雖然台灣在 1955 年時就已經有施行性別重製手術的紀錄（徐志雲，2010），但國內醫師開始討論關於手術的法規及執行門檻等相關問題卻是在 1970 年之後（蔡靜宜，2009），並在 1988 年建立了台灣變性慾評估診斷標準流程與手術的規範：（文榮光、徐淑婷、柯乃瑩，1996）

- （一）必須是原發性變性慾症；
- （二）在扮演另一性別角色的生活適應上，至少有二年以上良好的適應狀況；
- （三）父母及家人支持；
- （四）年齡在二十歲以上，四十歲以下；
- （五）患者的智力功能在中等以上；
- （六）排除個案是精神病或其他變態特質以及重大壓力下所引發的變性企圖。

雖然這些於二十多年前所制定變性手術施行標準，在現代因手術技術的進步與精神科診斷標準的改變，有些在臨床實務中已變得較為寬鬆，如年齡的限制與評估時間的縮短等，但目前仍無一個統一的更新版本，只能憑各醫師專業判斷來決定手術評估的流程與時間。

## （三）精神科診斷與評估

台灣精神科最早開始討論關於跨性別醫療的時間，也是與外科系相同是在 1970 年代左右，1978 年十位渴望變為另一性別的人在精神科文榮光醫師的協助下召開記者會（陳美華、蔡靜宜，2013），這一事件使得社會與醫界不得不去面對這些被定義為「變性慾」者的需求，而之後在 1988 年文榮光醫師與馮榕醫師參照 DSM 建立了台灣變性慾乃至後來的性別認同失調到目前仍被使用的評估診斷標準、流程與手術前的規範。

到了 1989 年，台灣開始有醫師研究及討論跨性別醫療的文章，但主體仍僅在變性慾的成因、流行病學及其個案的分析，而在文章中出現像是依髮型穿著、儀態舉止等當作客觀的跨性別行為的標準，或是「男性的工作」、「女性的工作」這一類刻板印象相當嚴重的詞彙，都顯示當時醫學判斷的背後還是有著非常強烈的二元性別想法存在（李世模等，1989；徐儷瑜、馮榕，1991）。

之後雖然在 1994 年改版的 DSM-IV 將「變性慾症」移除，但仍有研究指出在診斷與治療方面事實上僅是併入「性別認同失調」此依診斷範疇（蔡靜宜，2009），且另一本台灣精神科診斷參考：世界衛生組織出版的國際疾病與相關健康問題統計分類 (ICD)，仍把「變性慾症」列於其中，因此在實務上的診斷與評估並沒有太大的改變。而醫界的有關其討論上，在這時期仍與之前一樣，著重於「變性慾症」成因分析、個案探討與關於變性手術的討論，對於其他的面向的性別認同失調或是跨性別議題並無多加著墨（黃國權等，2002；潘建志等，2002）。

隨著社會對於性別的看法越來越多元，精神醫學界也開始對性別的想法產生改變。在最新版的 DSM-V 仍在修訂的過程中，就有許多關於「性別認同失調」是否該改名以及更動診斷依據的討論。而在 2013 年正式出版 DSM-V 中，「性別不安」取代了原本的「性別認同障礙」，據精神醫學界的闡述，這表示性別差異認同的「除病」化，以及在診斷中除去性 (sex) 而改使用性別 (gender) 一詞，並強調個體性別身分主體性，且性傾向不再是診斷根據（黃瓊瑜，2013）。雖「性別不安」一詞與「性別認同障礙」相比較不病理化，但其依然存在著診斷的根據，並未完全地去疾病化，因此仍然算是個尚未被「去診斷化」的醫學名詞（劉嘉逸，

2014)。然而由於若沒有一診斷名詞，各項昂貴的跨性別醫療處置則可能更難被醫療保險所補助，因此是否要全面將跨性別從診斷準則中移除，各方意見仍無統一。(Conrad, 2007。林彥慈、王紫菡、成令方，2015)

#### (四) 小結

由上述的文獻回顧及分析探討中，可以發現雖然台灣醫界對於跨性別群從一開始就並非抱持歧視的態度，但在早期仍將其視為心理異常之病理化存在，因此在除了在討論上常只著重於變性慾與變性手術，此外醫療也影響了跨性別相關的法律條文之制定與施行。自從 1970 年代跨性別藉由精神科醫師的協助下在大眾面前現身後，政府機關便訂定變更性別的相關規定，最新的規範是 2008 年內政部發布《內授中戶字第 0970066240 號》公文：「申請變更性別者，須持經兩位精神科專科醫師評估鑑定之診斷書及合格醫療機構開具議摘除性器官之手術完成書。」。雖然這項公文是在 2005 年訂定的《性別變更程序》中，「女變男手術」之定義除了摘除性腺器官外，還需要重建陰莖及尿道。」的這項規定受到性別團體抗議後，才在衛生署聽取各醫學會專家之意見後所更改的結果(寶秀蘭，2013)但這樣的規定還是需要接受完切除手術與精神科醫師評估後才能申請更換性別，而在台灣接受性別重製手術需要兩位精神科醫師的診斷書與一段時間的評估，故變更性別仍是一項高度精神醫學連結的行為。因此本研究以精神科評估為核心，探討台灣過往跨性別醫療之轉變及現況。

在台灣跨性別醫療中，一些研究者認為其有將社會性別刻板印象帶入醫療場域，影響醫療行為與處置之性別角色的醫療化之嫌，並以變性手術為前提所作之精神評估的各項流程(吳姿芊，2010。陳美華、蔡靜宜，2013)，然而這些研究多數的資料來源為跨性別主體的訪談記錄，醫師訪談的部分數量不到五位，可能有使單一醫師的意見及想法過度放大之疑慮，但這並不代表跨性別醫療並無可討論與修正之處。因此本文希望藉由訪談多位醫師以避免失真的情況發生，才能對其進行的妥善的分析與討論。

### 三、研究方法

綜合上述回顧及分析，都顯示大部分的跨性別醫療與當前台灣變更性別的相關規範都與精神醫學有緊密關係，因此筆者選擇以精神科醫師的訪談作為研究主要的材料。本文將使用質性研究法，一對一深度訪談國內具有跨性別評估經驗之精神科醫師，請醫師提出自己進行跨性別評估的流程，會特別注意並影響評估的地方如家屬是否知情與同意、其他就醫經驗等，以及對於目前醫療規範與法令規定的看法等。本研究訪談的對象為曾有過關於跨性別相關著作之精神科醫師，並藉由詢問訪談醫師蒐集其他具有跨性別醫療經驗之醫師，避免因訪談數過少造成研究結果與實際臨床情況差異過大。以下為受訪者的基本資料：

表一：受訪者基本資料

	職業時間（年）	接觸跨性別醫療的時間（年）
醫師 A	5-10	<5
醫師 B	>30	10-15
醫師 C	<5	<5
醫師 D	>30	15-20
醫師 F	>30	>30
醫師 G	<5	<5
醫師 H	>30	>30
醫師 I	15-20	<5

由於精神科變性評估所涉及的不僅是跨性別自身的身體與心理狀況，還會參考其人際關係、生活適應等其他因素，因此在諸多分析健康照護的模型中，本研究選用以三方面討論的生物心理社會模式 (Engel, 1977, 1980)，分析與檢視台灣變性評估中此三面向的表現及比重，然由於精神科醫師在評估中關注的議題有些可能無法單純化分在三層面的其中一類，因此本研究除運用前述模式外，將其歸類於較接近的層面外，還會另外檢視在評估中是否有仍隱含有性別刻板印象或歧

視並是否有良好的性別意識。

## 四、精神評估中身心層面

### (一) 生理層面

在評估的一開始，多數醫師會先確認來門診的個案是否因其他生理的原因或疾病，導致其性別認同的問題，如本身內分泌的問題，或是思覺失調症等都可能影響性別認同 (Rajkumar, 2014)：

排除他有沒有可能其他原因造成他性別上的一種不悅。那我舉例來說譬如說他根本是一個陰陽人，或是荷爾蒙分泌異常，然後他的腺長了瘤之類的像這樣子。所以我覺得這個一定要排除掉，啊不然他很可能就生病了你沒處理他這樣不行啦。  
(醫師 A)

確實書本上是說這個要排除比如說排除你的智能不足、排除你有精神科的疾病等等。...當然如果你今天是一個嚴重思覺失調症的病人，你有一些妄想的症狀，也許你會有你覺得自己是不同性別，但是那樣的 case 其實是蠻少，以我自己來講我只有見過一個 case 是這樣子。(醫師 C)

經由內分泌與染色體等檢查排除這些極為少數的可能性後，精神科醫師後續的評估會將重點擺在是否具有行為能力與良好的社會適應，也就是較偏向生物心理社會模式中的心理與社會面向。

雖然性別不安或跨性別的成因，至今仍無一完善的解釋，因此在實務評估中生理層面多僅作為排除其可能性之參考，在整個精神科評估的過程中所佔的地位相當地小，但由於近來跨性別相關之醫學研究，有的開始探究跨性別與其他人的腦部差異與其所代表的意涵，而在國內此類研究多為精神科醫師所主導(李鶯喬, 2011、2014)。然而對於這些研究所發表的報告，有多名跨性別運動人士表示此種研究可能對於跨性別的想像過於單一，將跨性別視為在性刺激下腦部有轉位思考現象之變性欲症病患，甚至會強化社會對於跨性別的刻板印象與歧視(高旭寬、阿瓊, 2013、陳薇真, 2016)。筆者認為此研究固然有可議之處，如把跨性別稱



作疾病化之變性慾患者，稱對照組為正常異性戀這種仍將跨性別視為異常的用詞；忽視跨性別與其他人的性傾向與情慾多元性，僅以一般男女性行為之情色影片作為實驗素材，而無使用其他種類的影片或性刺激等。在訪談過程中一些醫師談及特項研究時，也表示此研究的成果由於 fMRI 的成本過高，詳細機轉也仍未清，不太可能作為往後變性評估的參考項目之一，因此跨性別社群可以不用對此研究抱持如此排斥的態度。但由於除了研究計畫成果報告，研究結果也有藉招開記者的方式傳達給社會大眾，並刊登於國際知名期刊中（Chia-Shu Lin，2013、Hsiao-Lun Ku，2014），因此筆者認為跨性別社群的疑慮並非杞人憂天，各領域在涉及汙名歧視與刻板印象的研究對象時，仍必須小心對待。

## （二）心理層面

由於性別認同的詳細成因至今仍未有完善的解釋，因此在跨性別精神科評估中心理與社會層面便占了較重要的地位。在當前實務上，精神科醫師會安排心理測驗，檢視個案的心理狀態、決策能力以及是否有因伴有其他精神疾病，而造成後續評估上的問題：

我認為比較大的問題是在於說今天一個跨性別他又共病，他同時共病了一個比較重大的精神科的疾病，比如說躁鬱症、或是比如說思覺失調，然後是厲害的比較厲害的，或者是甚至是人格違常等等，或是物質濫用，就是合併厲害的時候，那這時候你會比較難去確認。（醫師 C）

當然就法律上或醫療上賦予精神科的責任是我們應該要評估他是不是真的性別不安，然後適不適合做荷爾蒙治療或者是手術治療，然後有沒有重大精神科疾病影響到他的決定能力。（醫師 G）

與前述生理層面類似，部分心理層面的評估比較偏向是排除其他診斷與可能。除此之外，個案性別認同的過程與程度也是醫師衡量的重點之一：

會來的狀況第一個就是我們要談一下他的認同過程，他怎麼樣的情況下開始會覺得自己想要變性，然後他對於自己變性那些議題各方面的強烈程度如何，…

然後有些人可能單純只是覺得自己一直都沒辦法融入某一種性別當中，會覺得很有疑惑；有些人甚至一開始來是因為他很憂鬱，可是那個憂鬱是因為他不知道怎麼跟別的性別相處而憂鬱（醫師 G）

然而值得注意的是，若個案在生活中遭遇挫折或困難，其心理狀態必會因此受到影響；而若個案的心理狀態原本就不太好，也會造成社會層面較注重之家庭關係、經濟狀況或人際交誼等產生問題，這樣的情況在跨性別中並不少見。而筆者認為在目前台灣的精神科評估過程中，心理層面與社會層面彼此是交織影響的，亦不能將兩者作明確的劃分。然由於兩者重疊的評估面向，醫師主要還是以個案在社會中的適應與人際互動作為評估的依據，因此在本文中相關的項目與論述將於後續社會層面的段落中詳加描述。

## 五、精神評估中社會層面

其實精神科這邊就需要做很多很多事情…包括醫療流程上像是荷爾蒙使用適不適合用，然後他要不要做變性手術，要在哪裡做，然後甚至還包括他的時間跟經濟能配合多少，…然後也包括個案整個的生活狀況，因為他們還要配合他們像是上學工作的情形，甚至包括變性轉換的過程當中他們的社會適應要怎麼辦，他忽然性別變了，他的同事接受度如何，他老闆接受度如何，他會不會因為這樣丟掉工作…那這些都是非常因人而異的事，所以整個變性評估的流程非常個人化。（醫師 G）

在變性評估中，精神科醫師不僅會考量到個案對於變性的意願程度與性別認同的過程，經濟狀況、社會接受度等屬於社會層面的項目更是醫師關注的焦點。以下段落，將從幾項較常被人提出討論的項目為主幹，討論其在當前評估的所佔的地位及其爭議。

### （一）真實生活體驗

在早先變性手術的評估中，其中一項標準是在扮演另一性別角色的生活適應上，至少有二年以上良好的適應狀況，這也被稱作真實生活體驗：

因為我們通常在評估期的話會要求他一定要，他就說他真的要往這一方面走的話，他要先以異性的角色在社會上適應至少兩年以上。…他自己要先在社會上生活，這樣看看他是不是自己能夠接受這樣。因為他們雖然心態上一直認為自己是 transgender…他現在想要往這方面走的話，他可能就要有個轉接期。(醫師 D)

但一些研究者指出，這樣的行為仍是在複製二元化的性別觀念，亦沒有考慮到這段時間跨性別因性別氣質不同而面臨到的種種問題與困難(陳美華、蔡靜宜，2013。陳薇真，2016)。對於這些反應，某些精神科醫師亦有所察覺：

我會發現年輕醫師做法其實一般都寬鬆許多，寬鬆非常多，而且我最近越來越常看到寬鬆的 case 這樣子，就可能看一兩次就拿到診斷書，有這樣的情況。那我自己覺得是說只要我夠肯定就好了，只要我夠肯定我就給他開診斷書。(醫師 A)

我在想說是不是時間可以縮短一點，因為我們的病人大部分的病人給我的感覺他們都希望能夠他覺得一年太久了，他們希望能夠縮短。…就是說至少是不是看過幾次，啊但一年也許有點久，因為有些個案他們想要比較急著要。(醫師 I)

經由上述內容，可發現雖然真實生活體驗的架構仍存在於目前變性評估之中，但在某些精神科醫師的評估中，其評估時間或檢驗規範與最初所制定的兩年標準相比，已有了相當程度轉變。不僅因個案要求而縮短評估的時間，使個案能減少在評估流程中因身心性別認同不一致所造成的心理與社會互動問題，更使精神科醫師從原先類似把關的守門人，逐漸轉變為提供資訊與協助跨性別了解並改變自身的角色。

然而也有一部份的精神科醫師，認為這樣社會適應的過程是相當重要且不易簡化與忽略的，因為若是輕易地評估放行而不管個案是否在各項社會層面中都能良好的適應，在手術或其他療程之後可能還是無法在社會中生活。面對來自個案對於時間要求的壓力，抱持此種態度的醫師大都採取暫緩或踩剎車的角色：

要求很急迫的話，其實一般來說我的角色比較偏向是踩煞車，尤其是當他非

常非常急迫的時候，因為基本上無論你是去做手術，你的社會適應跟你的手術他不一定是呈現一個相關，而且很多朋友其實他會希望這個手術可以解決他一切的問題，或是這張證明可以解決他一切的問題，但其實並不完全。(醫師 C)

另外一個我們把他擋下來的原因是那個個案的現實判斷能力跟現實能負擔的能力真的不夠…他會有點太過幻想與他一變性什麼事都能解決了，可是其實他生活的其他層面其實包括像他的職業、工作能力、他的收入都有限…所以他整體的決策執行能力其實真的不太好對。…以目前社會的狀況外觀上怎麼樣變得更能夠讓周邊的人接受還是蠻重要一件事，可是他在如何扮裝這件事情上面一直都還是做得很不好。(醫師 G)

雖然說看重社會適應能力的真實生活體驗不免有重現社會中對於良好生活的想像以及性別刻板印象等於診間的疑慮，也因此在過往都造受到不小的批評。但筆者認為精神科醫師並非僅站在專業者高高在上的角度，看待這一連串的評估過程，而是會反思其中的問題並找出可能解決的方法。但或許因臨床工作繁忙，且沒有管道能彼此討論，各地評估的流程與標準仍有不小的差異。雖然這代表了跨性別可以彈性選擇較適合自己的評估方式，但同時也表現出每位醫師觀點不一致，更說明精神科評估可能無法完全作為是否適合變性的必要環節(陳薇真，2016)。

## (二) 父母/家人支持與團體治療

在早期的變性手術施行標準中，父母及家人支持是精神科醫師評估是否適合手術的條件之一(文榮光、徐淑婷、柯乃熒，1996)。會有此項規定的原因除了可能因在較屬家長制文化中台灣社會中，家族親屬間的關係仍較被人重視外，因此在當初制定者的眼中，家屬的支持與同意可能比跨性別本身的意願還要重要，醫師本身對於施行手術後的風險也可能是原因之一：

以前要家長簽名的目的主要是為了以後經濟誰付…現在已經不需要啊…但是我相信有些人更重視自己主觀上的看法，比重視父母親的一件更多吧，我要怎麼做父母意見是聽完就算了，啊我要怎麼做我自己要負責啊。(醫師 B)

一般這個過程早期都一定要父母，開刀都要父母簽字喔，要不然的話這種碰到就是要已經送到開刀房了，他的父母一人簽字另外一個到開刀房去對那個醫生非常不禮貌，而且就要去告，搞得這個醫生很麻煩啊。(醫師 F)

消極的理由是預防被家屬告，以前都是這樣。(醫師 H)

但近來已有越來越多的醫師已不將父母同意，列為變性評估中必備的一環，取而代之的是精神科醫師開始以自身的專業形象擔任社會中介的角色(陳薇真，2016)，將自己視為跨性別個案與父母間調解溝通的橋樑：

我其實是會勸說這位朋友你盡量帶家屬來…由我們來幫你勸家屬，特別是我其實常常會做這個工作…然後我單獨跟家屬談，因為我覺得這個部份我們反而其實是比較站在跨性別朋友這一邊，就是由我們出面來勸家屬其實是有時候有蠻大的影響力。(醫師 C)

大部分家裡人都很難接受，所以很多情況下我們還要跟他們討論怎麼跟家裡溝通，然後如果他們自己都不夠了解自己，他們當然很難跟家人講清楚他是什麼狀態，所以這還是有一些因果關係。然後如果家裡人真的很沒辦法接受，我們可能就會建議說就是盡量帶過來，至少我的作法啦，我會盡量希望也能和他們家人談到話，就是我們能夠幫忙消除掉的一些社會偏見什麼的，就是希望能盡量幫忙消除。(醫師 G)

從上述訪談紀錄中，可以看出精神科醫師對於父母同意的態度，從早期將其視為事前審查與自我防備的手段，轉變成為協助性的溝通與討論，但不可否認的是精神科醫師仍將家屬與跨性別的關係納入評估的考量之中：

通常我的門診一定需要家長前來。但是不是說你馬上就要來，我通常會勸他在家裡頭先跟家人做溝通…所以先去做溝通之後。啊如果家人願意來，我們在門診再協助他們在門診做溝通。(醫師 D)

我是會跟他們講說歡迎他們父母對這方面有問題的話可以來門診，我沒有強制要求啦，只是說我會跟他們個案強調說，最好能夠得到父母的支持，這樣你之後會生活的更比較 smooth，才不會說父母反對啊你要做，這樣會有一些衝突。(醫師 I)

相較於個人主義盛行的歐美國家以病人為中心的醫療決策模式，處於亞洲傳統家族式 (familism) 文化脈絡下的台灣社會，在各種醫療情境中對於病患要求與自主性考量，較偏向以家族為中心，換言之醫師會把個案與家屬間關係列入決策的考量 (李錦虹、洪梅禎，2008。林雅萍，2014)。雖然在近年來由於個人意識越趨重視，跨性別個案與其父母乃至於其他家屬的關係，在評估中所代表的意義不再是必要性的關卡，反而會醫師希望藉由跨性別與家屬能彼此互相理解，以達雙方最大利益，期待個案心理與社會支持方面能更完善。然而就社會支持來說，有研究者指出這樣重視家庭支持的態度無疑是在重製主流異性戀家庭的意識型態，因此對於支持度的評估或許可以從家族成員，轉變為周遭同儕好友，或甚至是跨性別本身的社群網絡 (陳美華、蔡靜宜，2013)。

另一項台灣變性評估中較獨特的部份是由醫護人員與跨性別個案共同組成的團體治療，團體治療主要由精神科住院醫師擔任類似觀察員或帶領者的角色，協助來評估的個案們了解在社會適應上可能會產生什麼樣的困難並增進其對於手術或是對於荷爾蒙的期待跟認知，還有做一些醫療行為風險的評估。在醫療方的設計與預期中，跨性別不僅能在此團體中得到前述建議的社會支持與適應，更可藉由醫療人員的講述了解接下來療程的內容、風險與成效等切身相關的知識。然而對此已維持一段時間的團體，醫師 A 表示：

我覺得現在概念既然 gender dysphoria 已經快要不是一個病了…不是病有什麼好治療的，那個除非類似說壓力適應團體，這樣講還比較有意思。如果說什麼團體心理治療，那就不合理了啊。(醫師 A)

雖然筆者認為醫師 A 因不完全了解此團體與其他精神科疾病團體治療的差異，因此才会有此否定其價值的發言。但有研究者表示將此團體治療作為評估中必要的一環，可謂是另一種形式的全控機構 (total institutions) (陳薇真，2016)。因此在現今資訊網路發達的時代，這樣的由醫療人員發起的團體，應是可被其他

民間自發性團體所取代。

### (三) 多樣化的認識

以往的研究中，有研究者認為精神科醫師大都將變性醫療的診斷流程簡化單一樣貌的線性思考中，也就是將變性者的需求化約為取得全階段變性手術進而換性別（陳美華、蔡靜宜，2013），但就目前台灣對於跨性別的研究報告中，可以發現其實精神科醫師對於跨性別的多樣化已有充分的了解。在台北榮總李鶯喬醫師主持的研究報告《原發性變性慾症患者精神狀態，臨床特徵及追蹤研究》中，花了不少篇幅在強調跨性別性傾向與情慾的多元性。然此份報告中仍又一值得討論之處，報告中針對性傾向的定義，是基於未曾性別轉換之前的生理性別，而非以跨性別當事人之認定為準（李鶯喬、蘇東平、趙湘台，2014），這樣的劃分方式是否恰當並有無尊重當事人的意願仍值得商榷。除了性傾向的多元外，對於較特殊或沒有做變性手術意見的個案，精神科醫師也能理解並給予協助：

但是呢也有人單純為了自己性別的困擾來看我的，也有一個大學生吧…他說他不是變性慾者，但是呢他只是單純的想割除自己的男性生殖器官…只是不想、我不願意認同我自己是男性，但是我也沒有意思要變女性。這嘛是有這款人有來求證明啊…你不想當男性而已啊，你不想當男性也不一定說你一定要當女性啊。也許我們傳統思想觀啊你不是查埔就是查某，但是如果仔細去思考，這些想改變自己性別的人不一定要變性，變性當然是大宗啦，但是還有極少數、相對少數的人，他只是不要現在的性別，他沒有說要變性。（醫師 B）

我還有一個個案比較特別的是…他告訴我他想要去除雄性的味道，但是他不是要變女生…他就是要把比如說他把自己睪丸去掉…他一開始沒有想那麼多，後來他我勸他去做荷爾蒙，他接受荷爾蒙治療以後，他覺得雄性的味道已經減少，那就覺得 OK。當然他也沒想要在繼續開刀。（醫師 I）

雖然這些與醫學上定義精確的變性慾症者有所差異的跨性別，可能不符合社會上傳統的性別想像，對於性別變更需求或是社會角色的扮演也有別於大多數跨性別。然而據筆者的訪談內容，多數有精神科評估經驗之醫師對於這樣的個案，

並不會因其不符合診斷的標準或是一般對於性別的想像，阻止或拒絕個案進行之後的醫療處置，反而會一同與個案協商討論，找出每個人合適的處理方式。

## 六、診間外的評估

### （一）外科與精神科的互動

他出國去學習這個手術的過程，那他回國以後就在協調各個單位…進行這個變性手術在台灣的合法性…他有一次他本來是找我們科的另外一位醫師…作手術前的評估，他就邀請我加入作為這個手術評估的精神科醫師，因為這樣的關係所以我踏入了這個領域，後來就一直做到現在。（醫師 D）

1980 接觸到都是零零星星的啦…病人自己來的，但是他因為已經有在新加坡或是泰國開過刀，那他就有些併發症，這併發症需要我們的泌尿科啊，或是需要婦產科幫忙，所以他們就是說你應該去看精神科的醫師。…所以在想說去跟院長室提啊，說我們是不是要把各科集合在一起，這樣子台灣就做，不要去外面做。（醫師 F）

剛開始台灣剛接觸跨性別醫療時，某些精神科醫師是在外科醫師的要求下才開始參與相關的評估，這與近幾年開始因在診間碰到個案後才接觸的新進醫師不同。這種現象說明了為何兩科別醫師在早期規範的引進與制定上都佔了重要的地位，而並非僅由單方面主導。但近來雖然精神醫學在跨性別議題上因對於性別以有多元的了解而有了不同的討論與看法，但這部分的討論在台灣似乎僅限於精神科醫師中，在其他專科中的討論似乎仍抱持著相當程度的性別刻板印象，甚至還可能不了解跨性別逐漸去病化的趨勢，並於醫療技術與以往相比有十足進步的今日，變性手術施行標準中的年齡限制也早已不再適用，但在醫療規範或稱呼上仍有沿用舊有的用詞與規定（林亮羽，2015）：

他們（個案）說有的外科醫生會要求你診斷一定要寫變性欲症，不可以寫性別不悅。…一定要寫原發性變性慾症，寫到舊的那個名字…外科醫師又沒念 DSM。（醫師 A）



這樣的情況大都發生在僅有處理單一科別的醫院或診所，因若一家醫院具有整合型的跨性別醫療團隊，其他科別醫師的概念應會隨著每次的團隊會議中精神科醫師的報告與論述加以更新。但若沒有特別了解跨性別醫療脈絡改變的下游實作部分，醫師仍抱持著古老的態度，將跨性別視為一種需要確診的疾病，而非多元性別的一環。這樣的情況不僅造成跨性別在醫療上所面臨到的不友善(吳姿芊，2010)，更可能影響醫界乃至於社會大眾對身分變更制度的看法，仍將手術視為必要的條件，而沒有看到跨性別的多元樣貌。

## (二) 去病化後的動向與免術換證

在 DSM-5 將 gender identity disorder 更名成 gender dysphoria 並放寬診斷標準後，關於變更性別相關法令的制定議題也逐漸受到重視。對此台灣精神醫學會曾在 2014 年發表聲明，建議政府成立「性別變更決定」的專門組織，將目前由精神科專科醫師開立診斷證明後方變性的權力釋出。而跨性別社群中也有要求政府將目前需切除原生殖器後才可變更性別的規定，改成無須切除即可變更的聲音。在當前醫療實務中，多數精神科醫師已非唯一決定個案是否適合手術或變更性別的專業人士，心理師與社工師也會參與評估的過程。對於政府專門設立委員會與免手術換證這兩項議題，部分的醫師表示贊同：

我自己是覺得如果假設要免精神科的評估的話，那就是當然是說相關的一些比如說更完整的衛教，…可能要交由相關的單位去就是這個工作就要由他們去做，…我認為精神科醫師不是在做把關的責任，比較是我們有提供我們的 help 給跨性別朋友或者是家屬。…我覺得免手術我是 fully support，那免精神科換證，我是中立偏支持。

組一個委員會，…那你就會耗費很多的人力，決策的時間就會變長，然後決策的結果也不一定真的能夠這個保障到這一個病人的權利，我覺得有好有壞…那我會覺得從精神科醫師的觀點，精神科醫師當然是希望有一個委員會，因為你有一個委員會你責任就分攤了，覺得所以我這個有好有壞。(醫師 C)

委員會我不知道他組成是什麼…最好還是醫療專家啦，至少要評估說這個他變性，比如說你要變性至少在我們精神科醫師看來不要是妄想…然後這樣子是可

以快一點，把時間縮短一點，然後評估的範圍也許是精神科醫師，或內分泌的醫師或其他相關的醫療專業去評估一下，然後他們可以給他們這個快一點達到這樣子。啊我是認為不一定要開刀啦，因為開到畢竟是一個比較大的工程，萬一開了後悔的話就很難在那個變回來。我認為是給患者一個機會說他先不用開刀可以換成那個性別。（醫師 I）

然而也有醫師擔心在目前性別意識仍未完全開放的台灣，以委員會的形式審查會產生許多的問題：

因為在性別還很刻板的情況之下，沒有了器官來當作審查的標準，反而對於人的性別氣質、對於人的外貌這件事情審查標準變得更嚴厲對，那這是反而要小心事情。那精神科的角色會不會變的更吃重，就是你不用因為手術而更換身分證性別，那精神科把關的那個被賦予責任就更吃重。…那個審查委員會有沒有可能被保守團體把持，那反而變得更難通過（醫師 G）

除了個別醫師的意見外，台灣精神醫學會亦於 2015 年發佈了「由性別變更決定的專門組織來執行性別變更決定，而不需摘取性器官，但亦非直接由精神科專科醫師開立診斷證明後，即可變性」的聲明，表明性別變更將去疾病化的立場，內政部也在近日達成廢止 2008 年規定跨性別者或雙性徵者，在性別變更身份證登記必須摘除性器官的行政命令之共識。但由於其後動向尚不明瞭，所以之後關於變更性別流程仍處於未知的狀態。免手術換證這個看似能讓跨性別身分變更去醫療化的舉動，是否真的會讓變更性別、乃至於跨性別在社會上的適應更加順利，亦或者只是轉為比變動前還要困難，這也是後續所要注意的課題。

## 七、結論

由上述的文獻回顧及訪談分析探討中，可以發現雖然台灣醫界對於跨性別群從一開始就並非抱持者歧視的態度，且醫界對於跨性別的看法，已逐漸趨於開放，由診斷名稱從「性別認同障礙」轉為「性別不安」這個較不病理化的醫學名詞的過程中即可窺之一二，但目前台灣的跨性別醫療仍有可以改善之處。舉例來說美國精神醫學會仍將「性別不安」保留於 DSM-5 中，目的是要讓跨性別仍可以拿

到保險或給付以負擔昂貴的醫療資源，然而在台灣這樣的觀點卻仍未被廣泛的討論與接受。在早期仍將其視為一心理異常之病理化存在，因此在除了在討論上常只著重於變性慾與變性手術外，在諸多環節上都有醫療化跨性別的情況產生。這種現象不僅在醫療場域中存在，也影響了國家法律條文的制定與施行，造成台灣更改性別條文現行仍須接受性器官移除手術後才可接受的規定。雖然依照台灣精神科醫學會表明對於性別變更去疾病化的立場，但後續打算取代這些做法而設置的「性別變更登記諮商委員會」是否會因為仍有醫療專業人員在其中而重蹈先前醫療化，或是走向依舊按照性別刻板印象來決定的覆轍尚不得而知。而就算改變性別在各方面皆去醫療化了，但並不代表跨性別本身不再需要醫療協助，在目前許多與跨性別相關的醫療行為仍需要精神科評估的現行慣例下，跨性別族群仍必須接受各種醫療科別因不同的態度所造成之不同的對待。要改變這種情形，最好的方式是讓醫護人員們都能以性別多元的觀點來看待跨性別者，而非以病理化或是二元性別角度作為行醫的根據。然而要達到這樣的目標並不容易，除了跨性別族群持續對醫界宣導與喊話外，若醫界本身的缺乏自省的能力，則進步的速度將會是緩慢且艱辛的。

## 參考文獻

American Psychiatric Association. 2000. Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. 2013. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

American Psychiatric Association. 2013. Gender Dysphoria. Retrieved from <http://www.dsm5.org/documents/gender%20dysphoria%20fact%20sheet.pdf>

Coleman E, Bockting W, Botzer M, et al. Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, version 7. Int J

Transgenderism. 2012;13(4):165–232

Conrad, P. 2007. The medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.

Engel, G. L. 1977. "The need for a new medical model: A challenge for biomedicine". Science 196:129–136.

Engel G. L. 1980. "The clinical application of the biopsychosocial model". American Journal of Psychiatry 137(5): 535–544

Ettner, R., Monstrey, S., & Eyler, A. E. (Eds.). 2015. Principles of Transgender medicine and surgery. United Kingdom: Routledge.

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.

Hsiao-Lun Ku, Chia-Shu Lin, Hsiang-Tai Chao, Pei-Chi Tu, Cheng-Ta Li, Chou-Ming Cheng, Tung-Ping Su, Ying-Chiao Lee, Jen-Chuen Hsieh\* (2013). Brain signature characterizing the body-brain-mind axis of transsexuals. PLoS ONE, 8(7): e70808.

Rajkumar, R. P. (2014). Gender identity disorder and schizophrenia: Neurodevelopmental disorders with common causal mechanisms? Schizophrenia Research and Treatment, 2014, 1–8.

內政部，2008，〈戶政機關受理性別變更登記之認定要件〉。

[http://www.moi.gov.tw/files/law\\_file/0971107-1.doc](http://www.moi.gov.tw/files/law_file/0971107-1.doc)(最後瀏覽日期：2016年9月10日)。

〈六女四男有心病 · 魂牽夢縈想變性〉。《聯合報》1978年11月13日：第三版。

孔繁鐘編譯，2010，《DSM-IV-TR 精神疾病診斷準則手冊》。臺北市：合記。

文榮光、徐淑婷、柯乃熒，1996，性別認同障礙與變性慾症之診療現況。杏陵天地，5，17-25。

方榮煌，1990，變性手術之概論。榮總護理，7，143-144。

王茂山，2005，變性手術之發展。臨床醫學，56，81-87。

王紫菡、成令方，2012，〈同志友善醫療〉。《臺灣醫學》16(3):295-301。

台灣精神醫學會，2014，〈台灣精神醫學會對性別變更議題之聲明與立場〉。  
[http://www.sop.org.tw/Official/official\\_13.asp](http://www.sop.org.tw/Official/official_13.asp)(最後瀏覽日期:2015年1月6日)。

台灣精神醫學會，2016，〈世界精神醫學會對於性別認同與同性性傾向、性吸引和性行為之立場聲明〉。[http://www.sop.org.tw/Official/official\\_26.asp](http://www.sop.org.tw/Official/official_26.asp)(最後瀏覽日期:2016年9月10日)。

成令方，2002，〈醫『用』關係的知識與權力〉。《台灣社會學》43:11-71。

朱益蝶，2009，〈跨性別主體伴侶關係經驗〉。玄奘大學應用心理研究所碩士論文。

何春蕤，2002，〈認同的「體」現：打造跨性別〉。《台灣社會研究季刊》46:1-43。

余欣庭，2008，〈臺灣戰後異端性身體的管束歷史：以同性戀和陰陽人為例，(1950s-2008)〉。高雄醫學大學性別研究所碩士論文。

〈我國醫學史上的創舉 謝尖順變性手術成功〉。《聯合報》1955年8月31日：第一版。

吳台齡，2014，請聽一位批判精神科醫師想說的話--變性評估的壓迫性。臺灣人權學刊，2(3)，211-215。

吳姿芊，2010，整變性別？性徵打造者的身體認同與醫療處遇。高雄醫學大學性別研究所碩士論文。

李世模、魏福全、陳淑惠、張立鑫，1989，要求變性手術之性別困擾患者的齡床研究。中華精神醫學，3(3)，160-168。

李錦虹、洪梅禎，2008，家庭功能下的病患自主權。應用倫理研究通訊 第45期，27-33

李鶯喬、蘇東平、謝仁俊，2011，性別認同之中樞表徵：對變性慾者腦部結構性和功能性磁振造影研究。行政院國家科學委員會專題研究計畫成果報告(編號：NSC 99-2314-B-075-108-)，未出版。

- 李鶯喬、蘇東平、趙湘台，2014，原發性變性慾症患者精神狀態、臨床特徵及追蹤研究。科技部補助專題研究計畫成果報告（編號：NSC 101-2629-H-075-001-），未出版。
- 林文源，2001，〈「醫療化」再思考〉。《台灣大學社會學刊》29:231-250。
- 林宜屏，2000，〈給多點尊重的陽光——變性慾是基因遺傳問題〉。《卓越雜誌》190:118-123。
- 林佳緣，2005，〈跨性別媒體再現與主體解讀之分析研究〉。世新大學性別研究所碩士論文。
- 林亮羽，2015，〈變性慾症者的跨性荷爾蒙治療〉，《臨床醫學》76(1):6-9。
- 林彥慈、王紫菡、成令方，2015，〈認識跨性別〉。《臺灣醫學》19(3):270-278。
- 美國精神醫學會，2014，《DSM-5 精神疾病診斷準則手冊》〈台灣精神醫學會譯〉。臺北市：合記（原著出版於 2013 年）。
- 林雅萍，2014，從 Hardwig 的「死亡義務」觀點論家庭與醫療決策，應用倫理研究通訊 第 57 期，17-40
- 徐志雲，2010，從醫學角度看跨性別權益。全國律師月刊，14(5)，23-26。
- 徐儷瑜、馮榕，1991，變性慾患者之心理評估。國防醫學，13(3)，232-236。
- 高旭寬、阿瓊，2013，〈強化歧視的醫學研究〉。
- <http://www.coolloud.org.tw/node/75904>（最後瀏覽日期：2016 年 9 月 10 日）。
- 陳美華、蔡靜宜，2013，說些醫生想聽的話—變性評估的性／別政治。台灣人權學刊，2(2)，3-39。
- 陳逸婷，2014，〈變更性別無需摘除性器官？內政部：草案一週內討論〉。
- <http://www.coolloud.org.tw/node/81227>（最後瀏覽日期：2016 年 9 月 10 日）。
- 陳薇真，2016，台灣跨性別前史：醫療、風俗誌與亞際遭遇。跨性別倡議站。
- 黃國權、楊聰財、張敏，2002，性心理異常——探討變性慾。臨床醫學，49(3)，186-189。
- 黃璨瑜。2009。從「性別認同障礙」到「性別不安」。DSM-5 通訊，3 (2)，9-11。

臺北榮民總醫院，2013，〈變性慾症者大腦解密〉。

<http://www.vghtpe.gov.tw/admin/File/pdf/news1021007.pdf>(最後瀏覽日期:2016年9月10日)。

劉妙真，2004，〈荷爾蒙治療-MTF〉。

<http://intermargins.net/repression/deviant/transgender/tgpamphlet/2004Jan-Jun/hormones-MtF.pdf> (最後瀏覽日期：2015年1月6日)。

劉嘉逸。2009。性別與精神醫學。醫療品質雜誌，8(1)，90-92。

蔡靜宜。2009。變性者的性別麻煩－變性評估的性別政治。東海大學社會學系碩士論文。

潘建志、沈武典、蘇冠賓 (2002)。合併憂鬱症之變性症患者的治療。台灣精神醫學，16(3)，237-241。

潘選、林韻卿。1992。變性慾症及男變女手術中期護理。榮總護理，7(2)，145-149。

蕭美君，2012，〈LGBT 相關健康與醫療議題〉。《醫療品質雜誌》6(6):90-94。

薛文傑、呂昭林。2010。性別認同疾患--病例報告與文獻回顧。台灣醫界，53(8)，404-407。

竇秀蘭。2013。性別變更的脈絡與建議。當我們同在異起 第二屆同志與精神醫療研討會會議手冊