

# 請聽一位批判精神科醫師想說的話－變性評估的壓迫性

吳台齡

開業醫師

輔仁大學心理系、新竹教育大學心諮系兼任助理教授

本文主要順著《台灣人權學刊》第二卷第二期陳美華、蔡靜宜的研究論文〈說些醫生想聽的話－變性評估的性／別政治〉的議題來發言。並未試圖對國內精神醫療體系的變性評估進行評論，只反思多年來在變性評估工作中的個人經驗。

然而在旁觀他人的痛苦之時，絕不能不加思索地把「我們」這個主體視為理所當然。

Susan Sontag / 陳耀成譯 2003/2004

## 跨性別者為何需要在診間演戲

陳老師的文章中提到「變性主體策略展演性別以取信醫師，而醫師要努力去洞察求診者的表演與謊言」。求診者為了一張身心狀態適合進行變性手術的證明，才小心翼翼的演戲給醫師看。跨性別者先入為主認為醫師只想要核對與確認性別認同的臨床症狀（checklist），於是就按照劇本來演戲，生命故事當然就無法在診間流動。跨性別者面臨醫療體制的不確定性以及作法分歧的評估標準，擔心被醫師誤解為不適合開刀而拒絕，因此出現了網路版教戰手冊，教導怎樣面對不同的醫師，於是變性評估的門診空間就變成了醫病關係之下共謀戲碼的舞台。

我曾經遇到一位異裝症（cross dressing, CD）傾向的男生，他陪同他 MTF（原來生理性別為男性，但想要變性為女性）的女友前來門診，當時他是男性打扮。第二次陪同的時候，以女裝打扮前來，在診間他還拿出手機，秀了多張他異裝打扮的美女照片。其實他也可以跟我「說假話」。在診間演出一個

MTF 的生活習性來欺騙醫師，藉以換取一張診斷書，對他而言不會是件難事。只是他根本不想要開刀變成女性，偶而穿女裝對他而言已經足夠了。

變性評估門診的特性類似「非志願性」治療的結構。跨性別者不認為自己的問題是疾病，而是性別認同的問題。若不是因為想要拿那一張診斷書，他們是不到精神科門診的。醫師的工作自然就轉向疾病的鑑別診斷，是否有其他精神疾病的共病性、可能性或是次發性的變性慾，特別是人格問題。至於是否需要父母親的同意，理應是為了可相對降低責任風險，並且獲知個案在家中的真實狀態。曾經有反應激烈的父母親意圖對醫師提告。

## DSM5 性別認同診斷的演變

DSM-5 (2013) 將 DSM-IV-TR (2007) 的「性別認同障礙」GID (gender identity disorder) 拿掉，改稱為「性別不安」(gender dysphoria)，但並非以「性別不安」取代高度病理化的「性別認同障礙」。因為「性別不安」強調對「性別不協調性」GI (gender incongruence) 的重視遠勝過「更換性別的認同」(cross-gender identification)，而後者才是 DSM-IV 的性別認同障礙中提到臨床診斷的症狀。所以「性別不安」的診斷不等同於取代了「性別認同障礙」。只能說當跨性別的人出現了性別不協調性的情緒困難，此刻就可以稱他們有性別不安的臨床診斷症狀。因此「性別不安」就像是「自我失調性同性戀」一樣，前者的受苦主體是跨性別者，後者的受苦主體是同志。以美國為主的精神醫療已經漸漸反省過度診斷 (over-diagnosis) 這個現象。目前已經去除了同性戀及性別認同障礙的病理診斷，或許有一天「性別不安」這個診斷也會從 DSM 系統中消失，如同「自我失調性同性戀」在 1987 年除名一樣。

## 我的變性評估門診空間探討

精神科醫生是最令社群垢病的，罵聲連連，不是醫生不願意看，就是規定有的沒的。我沒有要罵精神科醫生的意思，這是制度殺人，制度不友善所造成的。

某位跨性別組織的運動者

1998年我在台北榮總精神科輪到跟李鶯喬醫師的會診團隊，她建議我可以著手規劃變性手術前的團體心理治療，可惜團體成員還沒有找齊，我就因故離開北榮了。到了新竹某地區醫院之後，開始有人來找我做變性評估。初期我定位自己的專業角色，成為一位友善對待他們的醫師，當他們有了第一張其他醫院完整評估之後，我才透過門診會談的評估，開出所謂第二位精神科醫師的診斷書。雖然醫療資源有限，我不知不覺也就這樣持續了十幾年。回頭看我的變性手術評估養成訓練過程，並不像我在性加害人治療的學習路徑上，有幸遇到陳若璋老師的督導，給我一張進入森林的地圖，省去迷路摸索的過程。

精神科醫師當然也想要像電影演的一樣，以優雅的姿態來看病，但是台灣精神醫療的生態卻不允許如此。我剛到新竹的時候，將變性評估門診的會談與一般門診放在一起。當時門診病患並不多，分散在一週五個不同的門診時段，多數情況下還能提供跨性別者半個小時以上的談話。當時我沒有時間上的壓力，能夠專心聽他們講故事並作出回應。四年前我離開醫院，變成只剩一個下午診次的兼任醫師，原來習慣找我的精神科病患都集中在同一時段。門診時間本來就很擠壓了，如果當天下午的門診又塞進來一兩位跨性別者，不僅我下不了班，後面的病人進到診間，都是擺一個極臭的臉。他們在外面有可能等了超過一個小時，加上看到外觀容易辨認的跨性別者從診間走出，帶有偏見的歧視恐會更加深他們的不耐煩。

有陣子常會遇到個案在第一次門診時就問我，什麼時候可以給他證明，他急著要開刀。情勢上變成我受到某種形式上的壓迫，弄得我必需說出：「請多給我一點時間，再多看幾次門診」。我曾經拒絕一位不合適的個案，他臉色馬上出現不悅。雖不至於像拒絕給安眠藥時，病人翻臉跟翻書一樣口出惡言，不過據說後來他在網路上也是對我「說三道四」。漸漸地我發現門診的病人越來越急著要求快速開出證明。原來他們在網路看到某位整形外科醫師指名道姓地說，如果想要快速拿到精神科醫師的證明，可以找我跟北部某位醫學中心的醫師。其實這位整外醫師是好意提供相關的就醫資訊，想要告訴準備接受變性手術的病人，如何儘快取得精神科醫師的證明，但我的變性評估門診卻被放在進行手術準備的教戰手冊裡，在網路上宛如成為了團購行銷商品之一。這樣的網

路評論對我是一種「去脈絡化」下不被理解的污名，於是開始察覺到我的好意與友善對待有可能被濫用了。

跨性別者的家屬一樣也是苦不堪言，家庭互動充滿張力，彼此都找不到安放彼此心情的位置。父母親看到兒子的痛苦，知道正在讀大學的獨生子，若不答應他接受變性手術，兒子這一輩子可能都不會快樂，但是兒子現在卻是「以死相逼」。父母親知道如果不答應手術，可能會失去兒子，但如果成全兒子，卻又失去了原來的兒子。

這段期間，有一個令我難以忘記的故事。他的外表與我在門診中常常看到的科學園區工程師很相似，但他是 FTM（原生女性但是想要改變生理性別為男性）的跨性別者。他原先也是想要跟我拿證明，在經過幾次的談話之後，我就好一陣子沒有再見到他。某天下午，我看到他走進診間，第一句話就說：「我沒有問題，我只是想來跟你說我過得很好」。我當時還搞不清楚這是怎麼一回事，他說他已經決定不要開刀了。他的外觀比以前更陽光，他可以很自在的只穿男生的游泳褲去海灘玩。平常下班有空閒的時間，就去附近的一個小社區做環境維護的志工，跟他們一起種植樹木與蔬菜。他跟我分享他的心願，努力工作想要存錢去買一座山，然後在山上種樹，至少可以讓台灣少一塊土地受到污染，日後如果錢存得夠多，他就再去買一座山，然後再種樹，讓台灣有更美好的山林。我曾經在之前的門診見過他的母親與妹妹，他們都很支持他接受變性手術。那天下午我看著他的背影離開，同時從十三樓的診間望出去，清楚的看到遠處的高鐵列車正疾駛而過。我相信他真的過得很好。他愛台灣這塊土地，也愛自己的身體。他創造了一種敘說認同（narrative identity）的過程，一個有節奏的生命故事，在那樣的空間遇到一位願意傾聽故事的醫師，他的故事也被注入了新的意義。

## 受苦主體的認同歷程

性別認同不在於「是否為疾病」，也不在於變性評估上的各種「真真假假」遊戲。如同社會存在著各種受到「認同議題」壓迫的族群，必須要透過抗爭為自己的生命找出活路，回首去看他們的生命故事路徑，其實都是在尋找流離失所者之所在，找一個可以讓他們安身立命的居所。在此挪用吳介民翻譯《反

動的修辭》（*The Rhetoric of Reaction: Perversity, Futility, Jeopardy*）一書的概念，我試著以「反思的修辭」（*The Rhetoric of Reflection: Poverty, Oppression, Injustice*）來思考跨性別者，他們的生命狀態是生活在一種沒有足夠的社會生存資源及醫療資源相對貧乏，受到各種現實處境的壓迫，生命歷程常會很倒楣的遇到一些不公不義的事情。他們需要透過對自身的生命故事反思進行理解，找出力量往前行，才能跳脫悲情的戲碼。至於缺少反思能力的專家，只是抓緊僅有的專業霸權，使用某種階級的形式去壓迫各種受苦的邊緣主體。在此，若是將專業霸權與受苦主體做各種的主詞置換，就可以發現各種的弱勢族群都受到類似壓迫的處境。變性評估的政治結構創造出一種以專業語言化身為另一種阻礙（barrier）機制，想要藉此為變性手術來把關，強調專業人員的社會責任，但缺乏批判性思考的醫療體制，只是讓這群跨性者受害主體再一次去面對日常生活所存在的壓迫性。