

說些醫生想聽的話—— 變性評估的性／別政治

陳美華*

國立中山大學社會系副教授

蔡靜宜

東海大學社會所碩士

摘要

變性者的性別實作在部份女性主義的書寫中，經常被視為是運用男性掌握的外科手術來鞏固、複製二元化的性別體系。藉由訪談七位變性者以及三位進行變性評估的精神科醫師，本文將指出變性者這個範疇同時涵蓋非常不一樣的個體；他／她們來自不同的家庭背景，擁有不同的社會、經濟與文化資源，同時變性主體認同的途徑也不盡相同，並非精神醫學的病理模型可以解釋。其次，變性評估的過程是高度不確定的，變性者的社會、經濟與文化資源，以及評估醫師的主觀評價會影響評估結果。第三，變性主體對於打造異性別身體的想像，是高度異質的，變性精神評估的不確定性不僅使得變性主體背負莫大壓力，同時評估過程中的「真實生活體驗」、變更法定性別身份須以摘除生殖器為前提等社會與法律實踐才是迫使多元的變性主體必須走向一致性的原因。本文建議，精神醫學應正面回應 DSM-V 對於變性、性別主體去病化的路線，鬆綁現行嚴苛的評估程序。

關鍵字

性別、性、跨性別、變性慾、真實生活體驗

.....

* 感謝兩位評審人極具建議性的評審意見，也感謝跨性別倡議站陳薇真於本文修改期間提供變性換證及文獻等相關資料。研究助理呂建志、陳俊霖提供資料收集、校對等工作在此一併致謝。回應與評論請聯繫陳美華 mc153@mail.nsysu.edu.tw。

一、前言

2003年5月14日變性者林國華在不堪長期失業的經濟壓力下在家自殺身亡。中央大學性／別研究室寫給她的敬輓中指出，當時為林國華進行變性評估的精神科醫師表示，林「情緒不穩所以沒有讓他通過精神評估」，使得他必須自行赴泰國變性。同時，該醫師也表示「林國華把變性後的世界想像得太美好，因此她手術後適應不良是可以預見的結果」（中央大學性／別研究室，2003）。林國華自殺身亡的故事常被視為變性者術後適應不良的悲劇，正是這種思維使得我們無法深刻的反省當前二元化的性別體制，以及變性評估強加在變性者身上的性別暴力。

如果說主流社會的偏見限制、框架變性者的生存，並一再複製其社會污名，精神醫療作為評估個人能否進行變性手術的論述機制，無疑直接主宰了變性主體的日常生活經驗與生活世界。從變性者觀視自己的性／別經驗，到浮現變性的想法、尋求身體改造的過程中，變性者和醫療體系之間存在著相當複雜的社會關係。在傳統醫病關係論述中，醫師問診、病患回答，醫師發言、病患聆聽，這種單向性的權力關係幾乎是醫病關係的主流。異於這類傳統的醫病思維，成令方（2002）從「醫用關係」的角度改寫了醫生與醫療使用者之間的主從關係。她認為醫療專業者與使用者擁有的不同的身體經驗，都是具有「多重認同的主體」，他們在不確定的醫療診斷下，進行知識交流與權力角力。此外，成文也指出，醫療使用者在醫療場域中具有充權（empower）自己、自我決定如何使用醫療資源的在地知識與權力。

在變性者尋求變性的過程中，醫療論述與醫療體制一方面代表著將之病理化的他者，另一方面又是得以解放變性者「身心矛盾」、維護健康的資源。這個弔詭，使得變性者和醫療互動的關係更值得探究。在多大程度，變性者挪「用」了醫療資源與論述來進行身體打造的工程；而醫療又如何限制、影響這整個過程。本文將以變性評估作為主要研究主題，藉由訪問七名變性者、三名精神科醫師所取得的訪談資料，我們將揭示變性者「身心矛盾」的指控是生理性別／性別／慾望必須一致的性別意識型態的產物；有待改變的是這個看似「自然」、二元分化的性別體制，以及環繞著它所衍生出來的各種性別實作，而非

變性主體。此外，變性者並非如同女性主義者所批駁的，試圖透過變性手術鞏固二元分化的性別體制。相對的，本文指出，受訪的變性者對打造異性別身體的想法與做法上都相當分歧；同時，每個受訪者通過精神評估的時間、過程中被對待的方式，以及通過後接受什麼程度的變性手術等問題，也都因為她／他們自身所擁有的文化、物質資源而有所不同。此外，由精神科醫師主導的變性評估過程反而是複製、鞏固二元分化的性別體制最核心的機制。這一方面顯現在，變性者被迫要展現積極想變性的慾望，以便合乎 1980 年美國精神醫學會出版的《精神疾病診斷與統計手冊 -III》（以下簡稱 DSM-III）中原發性變性慾（transsexualism）的病徵。因而，變性者無法停留在只想使用荷爾蒙的狀態，而不進行以外科手術主導的肉身改造。第二，變性評估過程中，須經兩年真實生活體驗（Real Life Experience，簡稱 RLE）的過程，也直接迫使變性者必須積極的在診間操演異性別。從而，變性評估診間成為醫用共謀下不斷複製二元化性別展演的場域。第三，身份證換發以切除生殖器官為前提，導致變性者為獲取法律對其新性別的承認幾乎不可免的必須走上變性手術的過程；而這也使得變性主體在 RLE 評估期間曝露在外觀與身份證件性別不一致的性別麻煩之中。綜觀以上，我們指出變性者對於生理性別與自身性別認同之間有相當多的歧異性，但精神醫療主導下的變性評估，以及國家主導的性別身份政策則迫使相當不同的變性人都得走上鞏固二元性別體制的變性之路。

二、關於變性的辯論

七零年代以來，生理性別（sex）與性別（gender）的關係始終是女性主義社群爭論的核心課題。在對抗生物決定論者以兩性生理差異合理化女性的次等地位，以及性別角色分工模式的論述時，英國社會學者 Ann Oakley（1972）率先區分生理性別與性別這兩個不同的概念。她以生理性別（sex）來指涉男女在生理上的差異，而性別（gender）一意即我們現今所理解的陽剛特質（masculinity）與女性氣質（femininity）則被概念化為一種文化產物，是個體在社會化過程中所習得的文化規範。

透過這樣的概念分野，Oakely 成功的指出性別特質是社會建構、人為創制的過程，但她的論點在突顯出社會性別是文化的、社會的同時，也經常讓人

誤以為生理性別是給定的、天生自然的（*natural*）。從而，一再忽略人們的生理性別遠不只男性和女性的事實（Fausto-Sterling, 2000），並誤認當前的性別秩序是二分的性別強加在二元生理分類的自然現象的結果。有別於此，法國女性主義者 Christine Delphy（1993）即指出，生理性別也是人為造作的產物，它非但不是二元性別劃分的「自然」基礎，反而是為了維持性別體制中區分男女、維持男尊女卑的階層化關係，才使得二元化的生理性別分野變得如此重要。延續這樣的思維，二元化的生理性別既然是人為構作的，那麼要求變性者必須符合二元分化的、理想的生理男性或女性的要求也是多餘的。用 Judith Butler（1999）的話來說，既然沒有正本（*original*），又何來複本或仿冒品的說法？她在《性別麻煩》一書更進一步拆解生理性別、性別、慾望（*sex / gender / desire*）三者間強制的連續性秩序。Butler（1999）認為生理性別的真實，其實是透過文化界定的性別規則的不斷實踐所產生的假象。她強調

可理解的（*intelligible*）性別在某些意義上構成和維持生理性別／性別／慾望之間關係的一致性與連續性。人的一致性與持續性不是因為人本質上有邏輯性或可分析的特質，而是透過社會構成並維持可理解的性別規範。只要個人身份由生理性別、性別與性傾向的穩定理念所確認，文化上出現的不一致或不連續的性別個體，卻因為沒有遵循文化上可理解的性別規範對人的定義，因而使其成為『人』的概念受到質疑（1999: 23）。

換言之，社會預設並維繫 *sex / gender / desire* 之間的因果關係與連續性，並且只有在這套性別規範底下可被理解的性別化個體才能取得存在合理性；相反的，如果個體所呈現的性別或慾望模式逸出這樣的連續性，就成為社會所無法理解的對象，並被排除在成為人的條件之外。在她看來，性別（*gender*）看似對應著給定的生理性別，但其實是「身體不斷重複的風格化，一套在高度嚴苛的規制框架內重複自身的行為，經長時間凝聚而製造出實體的表象，就像自然的存在體」（Butler, 1999: 43）。在這樣的理解中，性別是一再重覆的性別化實作，終至銘刻於身體之上；日常反覆操演的性別，並不是因為人們內心存

在著「原真的」(authentic)、二元化的性別認同，相反的，正是因為不存在那深沈的內在認同，而必須透過日復一日的操演，使個體的性別看起來像「真」的一樣。同時，在她的分析中，異性戀母模(heterosexual matrix)更使得這種二元分化的性別操演像是「自然」的一部份。但事實上，預設某性別認同導引出某種情慾模式，或某一情慾模式關係到某些先存的性別認同都是錯的。例如，異性戀的陰柔男性愛慾異性戀陽剛女性，可能形成女女在一起的關係；而TT戀也可以是女同志版的男同性戀(lesbian mode of male homosexuality)(Butler, 2004: 79-80)。

女性主義社群對理論化性別抱持高度的興趣，使得變性(者)成為女性主義社群爭論的焦點。對部份激進女性主義者而言，以變性手術來解決生理性別和個人性別認同的不一致性，意味著複製二元化的性別刻板印象。Raymond(1979)認為執行變性手術的男變女變性者不是「真正的」女人，只是「偏差的」男性，因為他們無法改變染色體的事實，且淪為醫學體系的工具。如批評者所言，Raymond雖然挑戰性別階層秩序，但卻接受既定的自然、文化上男性陽剛、女性陰柔的分野，站穩生物決定論立場來批評變性者(Whittle, 2000; Riddell, 1996)。類似的，知名的澳洲女同志女性主義者Sheila Jeffreys(1996)認為那些自稱女性主義者的男變女變性者是在爭奪「真正」女人的發言位置。她在強烈批評異性戀體制之餘，認為變性者維繫了男性至上、女性屈從的二元性別體制。她也指出變性者變性的目的是為了躲避同性戀污名，並確立其異性戀認同；嚴詞指責變性者是接受而非挑戰既定的性/別秩序與規範。綜觀而言，Jeffreys雖然強力批評異性戀體制，卻誤把變性者多元的情慾與複雜、曲折的性/別認同全都凝結、化約為異性戀。

面對這些批評，Jason Cromwell(2003)和Jay Prosser(1997)都指出變性者雖難以擺脫這些質疑和批評，但可以藉由展開變性者的主體論述，透過自傳敘事以及自身經驗的敘說來重新組織、架構主流論述對於變性主體的預設與想像。著名的男變女女性主義者Sandy Stone(1991)在其著作《帝國的反擊：後變性者宣言》中也認為性別是虛構的，應將變性者視為一套體現文本的類型，藉以鬆動結構化的性(sexuality)並探索更多元的慾望光譜。同時，透過變性

主體的多元論述去瓦解、改寫醫學所加諸於他們身上的文本暴力和片面論述。

在變性是否複製二元性別體制的辯論之外，醫療體制如何生產「變性慾」也是論者批駁的重心。Billings 與 Urban (2002[1982]) 指出，變性人這個範疇其實是醫療論述的產物。它源自於 1996 年美國內分泌學家 Harry Benjamin 將變性人從易服症 (transvestite) 與同性戀這兩個精神疾病範疇中分離出來，獨立為變性慾。Benjamin 認為 1952 年 Christine Jorgensen 在丹麥變性的例子突顯了變性人和易服、同性戀的不同之處—意即，變性人是「困在男人身體中的女人」。這個說法在當時引起諸多精神分析師的反對。在他們看來，想要改變生理性別就是精神疾病的表現；也有一些醫生認為給生理上毫無問題的人施行手術是有問題的，而反對變性手術。為了要讓外科醫生施行變性手術有其正當性，發展明確的病理模型、診斷標準是必須的。依據 Dave King (1996: 86) 的研究，Benjamin 認為導致變性慾的原因和環境影響有關，但生理上的遺傳與內分泌問題才是最主要的原因。精神病學家 Robert Stoller 則認為男變女的變性者是特定家庭情境所產生的性別認同—他／她們「長期過度接觸母親的身體，父親又不在身邊，導致女性化的過程無法被阻斷」（轉引自 Billings and Urban, 2002[1982]: 84）。核心的性別認同 (core gender identity)¹ 既是無法改變的，而這又引發生理、性別不一致的困擾，那麼以手術改變生理性別就成為合理的治療方法。此後，變性的論述就與生理上的病因脫鉤，全然轉向性別認同的討論 (King, 1996: 94)。

有了病理模型，診斷與治療也就變得可能。雖然，一直到七零年代，還是有研究不斷指出，變性人和同性戀、易服之間在臨床上的連續性、或界線模糊，但「史丹佛性別不安計劃」(The Stanford Gender Dysphoria Program) 的精神科醫師 Norman Fisk 還是歸納了辨識「真的變性人」的行為綱要：(1) 終其一生都覺得自己是「另一個性別」的人；(2) 早期或持續的扮裝現象，而且這種扮裝完全不會引起情慾的感受；(3) 對同性戀感到不屑或反感。此後，對變性人的認定中，強烈的想要變性、終生的變性認同，以及不涉及情慾

1 Stoller認為性別認同的形成和環境有關，但核心性別認同源於自於小時候成長過程中形成的，是不會改變的。

等元素都被視為是變性慾的指標（Billings and Urban, 2002[1982]: 85）。值得注意的是，在 Norman Fisk 提出上述辨識指標的同時，也引介了一個他認為更適當的診斷，也就是「性別不安症候群」（gender dysphoria syndrome）。他用這個名詞來指稱那些「強烈且持續地對他們在解剖學和遺傳學上的生理性別和被指派的社會性別感到不舒服」的人（轉引自 King, 1996: 95）。在他看來，符合前述古典變性人（classical transsexual）指標的人，其實是性別不安症候群的極端表現；而光譜的另一端可能包括日常表現都是高度陽剛的男性，但每年有兩週會在特定場合扮裝為女性。因此，他認為將變性人從易服、同性戀的精神疾病中分離出來的效益不大，因為現實社會中，有很多因為自己生理、社會性別不一致而感到焦慮、困擾、不自在的人，並尋求使用荷爾蒙與變性手術——畢竟有一個「正當的醫療疾病」（legitimate medical illness）可以挪用，總是比被看成是道德錯亂或性偏差都要好得多了（Fisk, 1974）。雖然，1980年 DSM-III 在「性別認同障礙」²（Gender Identity Disorder, GID）這個精神疾病底下，採用的是變性慾（transsexualism）一詞，但「性別不安」已普遍流通在研討會、宣傳手冊，以及尋求變性與荷爾蒙治療的診斷之中。此後使用荷爾蒙與變性手術的人已逐漸不再侷限於傳統的變性慾診斷之中，而逐漸擴及更廣義的「性別不安」的人身上。2012年審訂的 DSM V 就以「性別不安」取代高度病理化的「性別認同障礙」（GID）一詞。此舉被視為是美國精神醫學會對跨性別族群釋出善意的表現，也受到美國跨性別社群的歡迎。然而，正如其批評者所指出的，「性別不安」一詞自始至終都是個醫療化的詞彙（Billings and Urban, 2002[1982]），性別異議份子在社會中遭遇到的困擾與麻煩仍被歸究於是她／他們個人身心不一致所引起（高旭寬，2013），而非性別化的社會所導致的問題。

從「變性慾」診斷轉移到「性別不安」的醫療化過程中，明顯的可以看到醫療論述生產此一精神疾病範疇、劃定正常／異常邊界的過程，並不是建立

2 依據 DSM-IV 「性別認同障礙」係指，一個人必須：（1）強烈而持續認同異性的性別；（2）對自己的性別持續感覺煩惱，或對自己性別的性別角色感覺不適當；（3）此障礙並未同時發生身體處於陰陽人的狀況；（4）此障礙造成臨床上重大痛苦，或損害社會、職業、或其他重要領域的功能（孔繁鐘、孔繁錦編譯，1998：247-9）。

在嚴謹的方法與精確的科學共識之上，而是建立在二元性別體制的社會常規之上。包括 Norman Fisk 在內的研究都顯示，臨床上那些符合變性慾診斷的患者，通常都已熟知教科書上的變性人定義，他們在門診的說詞常常是預演過的 (Fisk, 1974)，變性評估的診間充其量是在評估求診者是否符合性別常規 (Stone, 1991; Namaste, 2000; May, 2002; Butler, 2004)，而不具客觀性、科學性。Fisk 日後也回憶道：「現在我很坦率的承認……在初期我們確實是在找那些最有機會成功的 (變性) 候選人」 (轉引自 Stone, 1991:330)。換言之，精神醫療論述建構古典變性人的模型，再尋找最有機會變身過關的候選人來通過評估，以回溯性地確立變性慾作為疾病範疇存在的正當性。此外，求診者在過程中也扮演了重要的角色。就如同 Sandy Stone (1991) 所指出的，精神科醫師對變性慾症的診斷其實是醫療體系與變性者共謀的結果，³ 因為求診者人手一本 Benjamin 的書，彼此相互走告如何符合變性診斷以取得變性手術。而這麼做的同時，變性人日常生活中複雜、流動、混沌不清、曖昧不明的性／別認同與性實踐都無法呈現在世人面前。尋求變性的個人過關 (pass) 的同時，病理化的變性人作為集體則被建構為單一的、追求二元化性別身體的群體。事實上也是這種對變性人的集體想像使得變性人的慾望模式，或多元、分歧的性實踐成為製造性別麻煩的來源。

變性診斷高度醫療化、病理化求診者的現象，使得究竟是否應繼續保留 GID 或變性診斷成為辯論的焦點。Butler (2004) 關注變性診斷所傳達的病理化、醫療化變性者的問題，但在美國諸多變性或精神醫療都必須符合 DSM 疾病診斷始有健保給付的情形下，全然取消變性診斷將使得經濟弱勢者無法近用變性醫療。因此，她強調策略性的維持、使用變性診斷，但拒絕接受 DSM 關於變性慾症或 GID 的真理宣稱。晚近的研究也逐漸擺脫前述關於何謂「真正女人」的範疇論爭，以及醫療化、病理化的討論，而逐漸轉向研究變性者尋求變性健康資源的近用權 (right to access) 與日常生活政治。Viviane Namaste

3 類似的醫用共謀的情形並不限於變性診斷評估，Ian Hacking (2013) 在評論 DSM V 時就指出，美國眾多精神疾病的治療都必須符合 DSM 診斷證明，醫療保險才會支付診療費用，因而取得 DSM 的診斷成為必需。同時，DSM 建立單一診斷標準的作法常會影響病人如何看待他們自身的精神狀態，並影響他們的感受和行為，尤其是在醫療使用者常透過網路搜尋疾病知識的年代。

(2000) 對加拿大變性社群的研究顯示，變性者的生命經驗相當程度的被制度化、結構化、性別化的醫療體制所決定。這具體的展現在醫療院所的醫生對變性者所知有限，同時也沒有任何動機想多加瞭解變性社群，致使變性者被排除在健康資源的使用之外。尤其在近用荷爾蒙⁴的過程中，變性者常因為無法通過兩年的真實生活體驗，而無法使用荷爾蒙，導致到黑市私自購買荷爾蒙而承受健康風險。她的研究也顯示，醫療體系在提供變性醫療資源或服務時，不僅在真實生活體驗的評估過程中複製性別歧視，也再製主流社會對弱勢性／別主體的歧視。其中，從事性工作維生的變性者、居住在庇護所的無業遊民，或逃家的未成年人成為最難以近用變性醫療資源的群體。Wassersug 等 (2007) 針對男變女變性人使用荷爾蒙的研究顯示，荷爾蒙治療被視為是確認、鞏固性別轉換很重要的一步；同時，多數變性者對於使用荷爾蒙將面臨哪些變化所知相當有限。在變性評估上，Whitehead 與 Thomas (2013) 針對北美心理健康專業者的研究顯示，評估變性人是否適合變性的專業社群，因為變性者可能反悔的風險、GID 的診斷欠缺正當性等問題，而傾向於將自己視為身體改造的把關者 (gatekeeper)，同時對於誰可以使用變性手術，存在著一種關於身體改造的倫理觀。在他們的研究中，性 (sexuality) 成為評估不通過的主要考量。當求助的個案 (client) 涉及迴避污名化的同志認同、為了增加性伴侶的數目或機會，或是為強化情慾快感而尋求變性時，把關的心理健康專業者傾向於不讓他們通過變性評估。

相較於西方過去四十年來激烈的辯論，國內對於變性者的討論有很長一段時間只能見諸報章媒體。但研究顯示，坊間對變性人的報導若不是以窺奇的方式來呈現 (余欣庭, 2008)，便是援引醫學論述，從病理化的角度來呈現變性者 (林佳緣, 2005)。因而，我們經常可以看到諸如變性者被再現為罪過，並運用諸如「竟抓到變性人」⁵ 這類聳動的字眼來突顯變性的「特殊性」與「偏差性」。

其次，精神醫學成為我們認識變性 (者) 的主要權威。繼 1976 年一位生

4 美國、加拿大和英國等國家，荷爾蒙都必須有醫師處方簽才能使用。

5 相關報導請參考凌安屏 (2008)。

理女性向醫生要求變男性被媒體披露之後，⁶ 1978年十位渴望變為另一性別的人在文榮光醫師的協助下召開記者會，透過集體現身的方式探問社會大眾「我們該何去何從？」會中文榮光從醫學角度陳述「變性慾」者的困擾，以及這十人平常的穿著、打扮如何酷似異性，而明顯符合 DSM III「性別不安症候群」。⁷ 換言之，變性主體首度集體現身就是透過被疾病化、被醫療化的方式來呈現的，而變性慾的診斷也成為變性者認識自己的方法。此後，精神醫學也透過研究變性（者）的知識生產一再複製病理化的變性者。為避免變性者手術後感到後悔、術前術後適應困難，研究者咸認建立明確的評估標準，並持續修正評估標準是必要的工作（徐麗瑜、馮榕，1991；徐淑婷，1997；黃國權等，2002；徐淑婷等，2003）。這些醫療導向的研究，大都認為變性評估對變性者具有協助的性質，但基本上變性者仍被視為需要「矯正」的「病患」。同時，這些研究固然強調應讓評估工具更趨完善，但變性主體在評估過程中將面臨哪些難題都鮮少論及。

晚近跨性別者遭受性／別壓迫的生命敘事（何春蕤，2003）逐漸受到關注，網路上跨性別社群⁸也陸續出現，變性者的研究也開始受到注目。吳姿千（2010）指出尋求外科手術改造性徵的人中，除了變性主體之外，還有眾多想改造性徵，但不想變成另一生理性別的人。TG 蝶園成員王宜帆（2010）則詳加檢視變性人在性別轉換的不同階段，面臨健康權、人身安全、婚姻家庭權利與工作權飽受侵害的現象。甯應斌（2012）則引用 Martha Nussbaum 能力取向的正義觀來論證性別權與變性權。在他看來，保持身體完好是實踐自我的關鍵，但對跨性別主體而言，與生俱來的身體與性別認同的不一致恰恰是無法達致身體完好的根源，因而改造身體的權利與自主性就成為實踐自我的關鍵。從而，當一個人因為精神評估制度、經濟等因素而無法近用變性手術時，就意味著該人性別身體（gendered body）的自主權受到妨礙，其潛能發展也一併受到阻礙。在這樣的性別權利論底下，甯文主張變性手術應被視為社會福利，以確

6 請參見劉復興（1976a, 1976b）於《聯合報》一系列報導。

7 詳細報導請見聯合報（1978）。

8 1997年以來成立的茉莉安娜的秘密花園、溫妮的美麗新世界，以及較為人知的台灣TG蝶園、網路bbs站的跨性別版、跨性別倡議站，或一些個人網站等。

保其使用變性醫療的權利；同時，主張變性手術的評估應與精神醫療專業脫鉤。

綜觀以上文獻，主流社會仍將變性者視為需要「矯正」、「治療」的性別偏差對象；同時，在這波醫療化、病理化變性者的過程中，變性主體幾乎處於被噤聲的狀態。參照西方文獻，我們不難發現 1980 年發展出來的「變性慾」診斷在歐美都已有相當的批判與反省，但本地精神醫學界仍將之奉為圭臬，並以之限縮、拖延變性主體打造自我身體的權利。就在歐美國家逐漸揚棄「變性慾」診斷，而國際人權法對性取向和性別認同的保障也擴及同性戀者、變性人、雙性人之際，⁹ 台灣的變性主體卻仍必須小心翼翼的在精神科醫師面前表現地像個「真正的」變性人，以取得打造身體的資格。有鑑於此，本文將以變性評估為研究對象，從變性者的角度，探討變性者被變性醫療所凝視的主體經驗，以及變性評估作為「客觀」的診斷工具如何鑲嵌在既定的社會結構與權力網絡之中。

三、資料與方法

本研究係以蔡靜宜（2009）的碩士論文為基礎改寫而來，企圖呈現受訪者成長過程所擁有的性別經驗，及其與醫療體系互動的細節與感受，因而主要以深入訪談來採集資料，並藉由跟隨受訪者就診的現場觀察來瞭解變性者所經歷的醫療過程。

由於變性者不易現身，因此，蔡靜宜藉由參與研討會的方式¹⁰向與會的變性者詢問是否願意接受訪談。在找到了三位受訪者後，原預期能藉由滾雪球的方式接觸其他受訪者，但事實上面臨許多困難。主要原因在於變性者認為隱私是他們最重要的生活原則，即便受訪者在社群中有多位熟識的朋友，也不願冒險介紹他們接受訪談。最後我們透過私人網絡及網路社群募集受訪者，共訪談了七位變性者，以及三位進行變性評估的精神科醫師。為使訪談進行順利，訪談地點都在咖啡廳、餐廳等安靜的用餐地點，並在取得受訪者同意的情形下，全程錄音，再繕打為逐字稿作為資料分析的基礎。訪談時間都介於 1 至 2 小時之間，多數受訪者都進行二次以上的訪談。以下為受訪者基本資料表：

9 詳見 A/HRC/19/41，以及 2013 年聯合國人權事務高級專員辦事處所出版的〈生而自由一律平等：國際人權法中的性取向和性別認同〉。

10 2007 年 10 月 19、20、21 日由大仁科技大學所主辦的「理解多元的跨性別世界」研討會。

表 1 受訪者基本資料：變性者

匿名	年齡	原生理性別	學歷	職業	訪談時間	訪談方式	評估狀況 ¹¹
小巴	30-35	女	大學	作業員	2007.10.30 2008.03.07	面訪 email	已完成一階手術
小佑	25-30	男	大學	出版業	2007.12.30	面訪 email	完成手術
慧慈	35-40	男	高中	醫務行政	2007.12.30 2008.03.08	面訪 email	拿到一張評估證明
野丫頭	45-50	男	博士	教師	2008.03.05	面訪	拿到兩張評估證明
QK	30-35	女	大學	服務業	2008.03.09	面訪 email 電訪	完成一階手術
小綠	25-30	女	大學	待業	2008.04.16	面訪	完成三階手術
小林	20-25	男	碩士	學生	2008.10.22 2008.11.19 2009.02.11	面訪 msn	拿到一張評估證明

表 2 受訪者基本資料：精神科醫生

	原生理性別	訪談時間	訪談方式
A 醫生	女	2008.08.23	面訪
B 醫生	男	2008.09.07	面訪
C 醫生	男	2008.08.10	面訪

四、「身心矛盾」的性別麻煩

在二元分化的異性戀性別體制中，原生理性別、性別、慾望模式不僅是社會主流規範，甚至被視為「自然」規律的一部份。反之，個體若無法遵行「生理男性／陽剛／愛慾女性」、「生理女性／陰柔／愛慾男性」的性／別常模，¹²則被視為偏差、偽常、變態。因此，每個人從小聽聞、甚或被教導如何扮演自

11 男變女以及女變男的手術程式不同，程式上男變女只需一階，而女變男為三階，可參考王茂山（2007）整形醫師的〈完全變性手冊〉。

12 感謝評審人之一提醒，sex / gender / desire 的秩序中，除了原生理性別和社會性別之間的不一致之外，原生理性別與慾望模式、社會性別與慾望模式的不一致都是導致變性者被視為偽常、變態的原因，但本文的焦點為變性評估標準，同時變性主體的慾望模式複雜也不是本文篇幅所能承載，因而只在其性慾模式和其變性認同或行為相關時才會論及。

己的性別角色。身體作為一在世存有，我們透過它知覺周遭世界並與之互動；也是透過它，我們得以認識外在世界。然而，在這種強調生理性別、性別認同必須身／心一致的強制性規範底下，變性者的身體反倒成了體現「身心矛盾」的證據。換言之，一個不強制連結生理性別與性別認同，並允許更多形式組合的社會，就不存在變性者「身心矛盾」或遭自己的身體所背叛的問題。

在本研究中，幾乎所有的受訪者都有一段「身心矛盾」的成長經驗，而原生家庭往往是最早指認她／他們性／別不正確的社會體制。原生性別為女性的小綠，談到小時候母親很喜歡打扮「她」，並對他的外在裝扮有所期待。儘管他內心排斥但也只能無奈的接受。類似的，原生性別女的 QK 也談到小時候如何被家族成員指認其性別舉止「不當」的經驗：

從小我就十分討厭穿裙子，家族中的每個人都叫我要像女孩子，我就這樣從小被唸到大，我小時候一直把這點視為是我自己真的有病，好像真的是我的錯。（QK，原生性別女）

這類糾舉性別不正確的暴力，並沒有隨著變性者逐漸長大而消失，而是隨著變性主體成長的軌跡而逐漸轉入學校、職場或其它公領域。Halberstam（1998）與何春蕤（2003）都精確的指出，在各類公領域中，以各種符號標示「男」、「女」的公用廁所，不可免的成為羞辱性別曖昧者的場域。本研究中，多數受訪者都論及在廁所中被羞辱的經驗：

國中的時候，去女廁排隊上廁所，排隊的同學啊都說我不是該排這裡的人，常常用異樣的眼光在看著我，打量我。我不知道要說什麼，反正我就是照排啊（笑），不然怎麼辦。（小綠，原生性別女）

幼稚園到國小的時候，每次都被老師糾正上廁所上錯，我就是習慣走進女生的廁所……國中的時候還被同學一直罵屁精屁精的，還有一次班上男同學看到我從女廁出來，圍過來問說我，為什麼從女廁出來，你是女生嗎？接著這幾個男同學就把我帶進廁所輪姦了（野

丫頭，原生性別男）。

從小綠和野丫頭的自述，不難看出公民社會中，人們使用公共廁所的前提是使用者必須具備鮮明、可理解的性別特徵，因而符合二元化性別指涉的外觀、衣著、打扮成為取得進入此空間的必要條件。反之，雌雄莫辨、又男又女的個體則成為眾人任意糾舉的對象。性別體制下，致生變性者「身心矛盾」的情形有時是以自殘生殖器的方式出現。原生性別男的野丫頭則自述，從小就覺得與生俱來的身體並不是他／她真正的樣子：

我高中的時候有自殘生殖器，那時候外科醫生怎麼也想不透為什麼一個人會自殘生殖器，他告訴我要去找精神科醫師，我才曉得，但因為那時候自己獲得的資訊也不夠，而且是戒嚴時代，我甚至也不知道原來這個叫做變性慾。（野丫頭，原生性別男）

野丫頭的自述，不僅陳述試圖自殘以符合主流社會期待的生理、性別認同合一的狀態，也提及接觸醫療體系與和她日後變性認同的關係。野丫頭成長的年代，政治戒嚴、社會嚴守性別二分的保守氛圍，精神醫學提供的病理標籤弔詭的成為可以理解其「身心矛盾」的狀態，並提供一個明確的性別認同的位置。事實上，在我們的資料中，即便是比較年輕的受訪者，往往也因為無法在既定的性別秩序中找到自己的位置，又缺乏足夠的語彙來描述自己，而感到困惑與孤立。如同何春蕤所指出的「跨性別論述和跨性別意識的不夠發達普及，意味著大多數人根本就無法想像在兩性分野和異性戀框架之外還有非男非女的可欲主體，現有語言框架中的兩性預設更使得跨性別者的自我描述不斷的被化約成為不可解的錯亂。」（2003: 90）

此外，當自身的慾望也被一併考量進來時，多數的受訪者往往因為自己喜歡、慾望和自己原生生理性別的人而以為自己是同性戀。野丫頭（原生性別男）自述，國中時「慢慢發現自己喜歡男生，那時候覺得自己是同性戀，到了高中才慢慢發現我跟男生是不一樣的」。QK 也曾經誤以為自己是女同志的鐵 T：

19 歲以前，我一直以為自己是女同志，也就是現在所說的鐵 T，那

時候我腦袋裡頭知道同性戀是個大忌，千萬不能講出去，很擔心面對同性戀的污名，極力想擺脫掉。我高中的時候交了女友，但我一直沒有跟家人提過，但他們其實都知道我在做什麼（QK，原生性別女）。

一個程度而言，讓他以為自己是鐵 T 的原因是那令人反感、苦惱的突出胸部。訪談中，他不斷提及他所認識的幾位 T，對突出胸部有某種程度的厭惡感，他也無法理解，鐵 T 對胸部的感受和他作為變性者的差別究竟何在？Henry Rubin (2003: 93-95) 的研究指出，知名人類學家 Gayle Rubin 和 Esther Newton 都認為女變男變性者和 T (butch) 有很多相似之處；諸如偏好使用男性名字、服裝；對身體感到不舒服，以及性生活上的困擾等等。但在他的研究中，女變男變性人和 T 最大的分野，就在他們無法認同女體。同時，這種被身體背叛的感受，在青春期的性徵開始發育後更加明顯。女性身體的特徵越為突出，他們去身體化 (disembodied) 的感受越強烈。在台灣，女性胸部的發育讓追求陽剛氣質的 T 們感到相當困擾 (彭心筠, 2008)。一方面因為胸部與女性陰柔氣質的連結意象，讓她們常以壓平胸部的方式來維持自身的陽剛形象與認同，但另一方面，胸部凸起雖然惱人，卻也是她們認同為「女」同志的重要性徵。簡言之，對 T 而言，胸部雖然妨礙了 T 的陽剛認同，卻也同時標定了作為女性的位置，確立了「女」同志認同。但對變性主體而言，女性的胸部和月經是難以忍受的「異物感」。原生生理性別為女性的小巴說道：

那時候當我發現我內褲都是血的時候，心想我的媽呀，這是什麼東西？而且因為我有點胖胖的，胸部又發育的特別好，很大，讓我覺得對我的身體來講是個很沈重的負擔，這些東西存在我身上恨不得趕快拿掉，忍不住了。當我拿掉的時候，我感覺很舒服輕鬆，這才是我要的身體。像吃藥後，身體逐漸開始長出毛髮，還有臉上的鬍子，肌肉也變得結實了，這樣的轉變讓我感到有些興奮非常開心，感覺整個人煥然一新。

當小巴在描述面對發育期的月經來潮、胸部發育時，不論是表情或言詞

表達上，充滿著難以忍受的情緒。相反的，論及變身後的感觉則難掩喜悅。不論小巴與 T 身體經驗的差異感受，兩者的共同點很顯然的都是只有在 sex / gender / desire 需具連續性的認知下才衍生出的困擾，這也是何以叫「性別麻煩」(gender trouble)的主要原因。

變性者透過醫療語彙取得暫時安身之所，並在這樣的基礎上想像自己並擊劃未來。很快的，QK 和小巴從原先的同性戀認同，慢慢轉而發現自己與同性戀者的差別，原以為如此一來可以擺脫同性戀的污名，卻發現自己陷入更污名的病理模型。QK 在 19 歲那年透過媒體報導瞭解自己是「變性慾」，但變性慾污名並沒有比女同志好；小巴、小綠則都提及加入女同性戀社團的經驗，讓他們更瞭解自己和女同性戀者的差別：

那時候我知道變性是一件很禁忌的事，所以我也不想想這麼多，反正就跟女生在一起，也參加了一些女同性戀的團體。那時已經都覺得夠禁忌了，但從中又開始慢慢意識到自己跟她們不一樣，知道這不是自己的終點，我也開始透過社群、網路尋找適合的醫生(小巴)。

我真正去思考自己的認同是在我高中出國唸書之後，那時候因為出國嘛，比較自由一點，我就開始接觸同志社團，我以前沒聽說過變性這件事，變性倒是在我出國後我才聽到，因為社團裡有些扮裝的、變性的人，我有很多機會跟他們講話啊，所以也察覺到自己跟他們的相似之處，也開始回想一些自己小時候的事，然後上網找了很多關於變性的訊息，對我來講，變性是一個慢慢累積的過程(小綠，原生性別女)。

QK、小巴、小綠摸索變性認同的歷程並非特例。除了野丫頭之外，本文的受訪者幾乎都是透過網路、大學社團等方式先接觸同志社團，再逐漸意識到自身和同志的差異，而輾轉確認自己的變性認同，並尋求變性的身體打造工程。這些路徑不一的變性認同，相當符合符號互動論者(Plummer, 2002[1984])對性少數認同形成所提供的解釋—一個體認同的形成並非源自於內

在的心理機制，而是各種範疇、符號透過各種媒體或論述的流通、散佈、生產與消費的過程，讓主體得以撿取既定的分類來標定自我在社會中的位置，並賦予自己的行為特定的意義，進而改寫這些被污名化的範疇，賦予它們新的、正面的意涵。生理性別、性別、慾望必須一致的強制性秩序生產了「正確的」性／別認同之外，連帶地也生產了一系列諸如「性別認同錯亂」、「同性戀」、「變性慾症」等偏差的、變態的、錯亂的性／別偽常標籤。這些性／別偽常的標籤指派給性／別異議份子的形象往往都是污名的、負面的，但這些標籤的存在使得性／別少數可以從這些污名標籤中，凝聚受壓迫意識，轉而積極的建立社群，並將之轉為正向認同。當前逐漸全球化的同志（gay and lesbian）認同就是在同性戀（homosexual）這樣的病理標籤中創生出來的。

五、社會鑲嵌的變性評估

當變性主體確立其變性認同，並走上打造符合她／他自己的身體想像的變性之路時，變性者的性／別與情慾模式就開始受到精神醫學的高密度檢視。1988年文榮光與馮榕醫師參照DSM建立了台灣變性慾的評估診斷標準與流程。根據這套評估標準：（一）必須是原發性變性慾者。¹³（二）在扮演另一個性別角色適應上，至少有兩年以上滿意且良好的適應狀況。（三）父母與家人支持。（四）年齡在二十歲以上，四十歲以下。（五）智力必須中等以上。（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。（文榮光等，1996）此外，為建立診斷評估的客觀性與確診性，變性慾者需藉由兩套不同醫療系統的評估，取得兩位精神科醫師開立適合進行變性手術的證明才能執行手術。一般而言，取得一張證明的評估時間約半年至兩年不等。值得注意的是，1988年國內雖依DSM訂出變性慾評估標準，但後續的治療項目諸如「荷爾蒙替代療法」（Hormone Replacement Therapy, HRT）、「真實生活體驗」（Real Life Experience, RLE）等則是參照Harry Benjamin協會的照護

13 變性慾在臨床上被劃分為原發性跟續發性，原發性與續發性的差異在於，原發性是指並非因生理因素或精神方面的疾病、壓力所引發的變性念頭，反之，續發性則是由這些因素所引起（王茂山，2005）。其中，具有雙性生殖器官的變性者亦屬於續發性。簡言之，無法直接從生理或精神方面的異常找出變性念頭，均屬於原發性變性慾，而原發性變性慾眾說紛紜，至今仍無法找出確切起因。

標準原則來執行（2001年第六版）。「真實生活體驗」係指個人能否全然適應一個新的性別角色或性裝扮，面對家庭、職業、人際關係、教育、經濟等各個面向是否有解決、承受壓力的能力；同時此適應過程是藉由醫生協助以逐步獲取社會、經濟和心理的支持。

簡言之，介於二十至四十歲的求診者，在初步的心理治療與諮商後，才能接受變性評估。經評估確認為「原發性變性慾」後，醫生會先開兩張證明供變性者進行荷爾蒙治療，以及抵免兵役，接著再開始真實生活體驗的評估。真實生活體驗評估通過，醫生會開立適合變性手術之證明。同樣的程序，變性者必須再接受另一家醫院的評估，再取得另一張證明。取得兩張評估證明者，就可以開始與變性手術醫院聯繫，準備手術。

表3係依據訪談資料所整理的一般變性評估流程表，但每位受訪者進行評估時間的長短、複診次數與過程仍依不同醫院之規定、醫師的決定以及變性者的狀況而顯得不一致。如前所述，因為變性慾並無明確的「病因」，同時，扮演另一性別「滿意且良好的適應」的不確定用語都給予評估醫生相當大的裁量空間。因此，即使評估標準只有一個，但醫師之間的臨床實做卻相當不同。

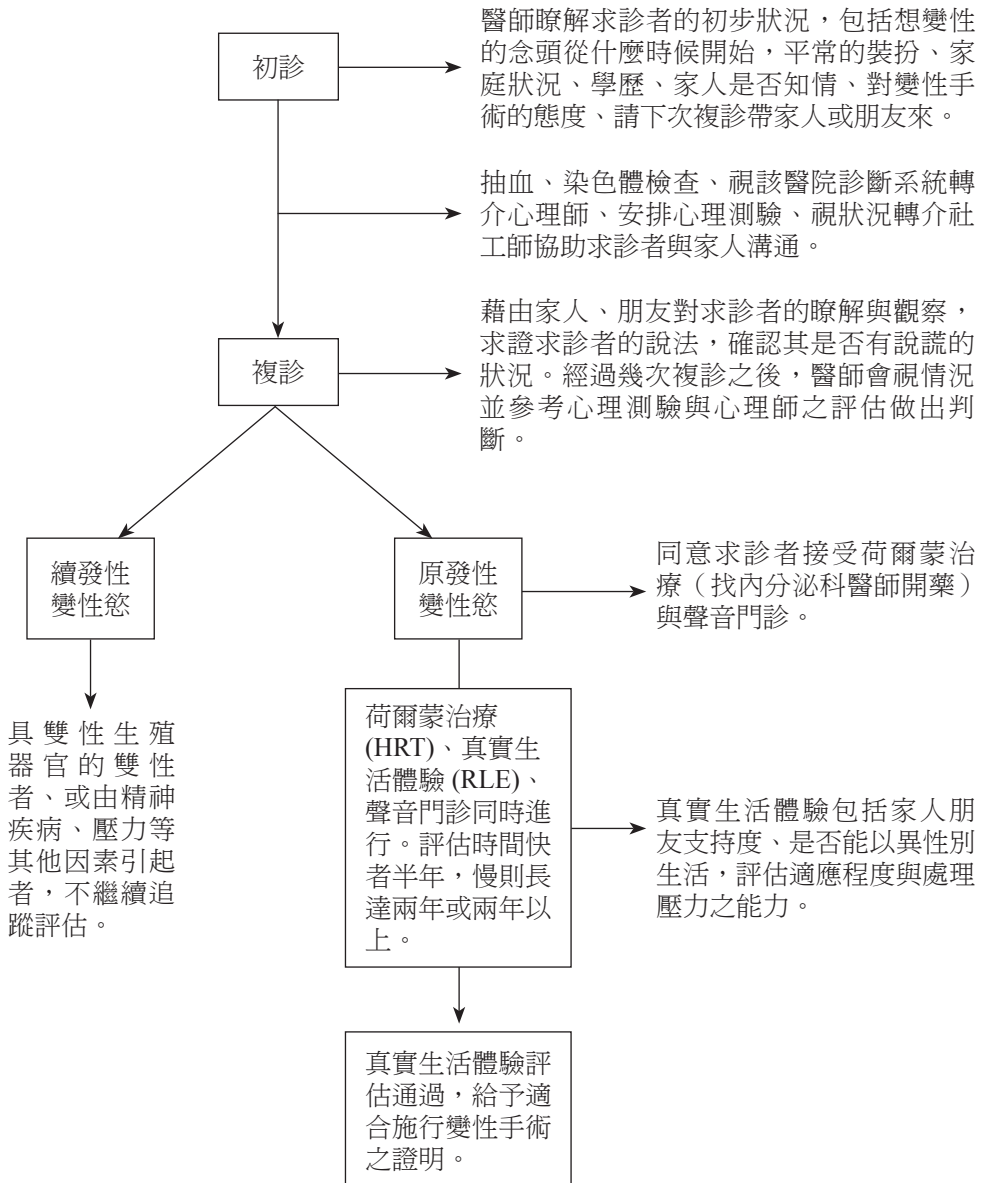
雖然合法變性程序複雜，但網路上變性社群相對活躍，加上各類資訊流通快速，因此許多變性者在自我摸索之際，也同時接收各類醫療資訊，包括分享服用荷爾蒙的資訊與經驗、¹⁴精神科醫師問診過程、心理測驗的內容，以及相關醫療檢驗、診斷的收費標準等等。資料顯示，有些變性者自認符合醫學定義的原發性變性慾之後，就自行到藥房或上網買荷爾蒙服用，再找醫生評估，希望藉此縮短精神評估的時間。但私自服用荷爾蒙，因為沒有健保給付，個人的經濟負擔較大，且必須承擔沒有專業醫師控管藥量所帶來的健康風險。¹⁵此外，也有變性者私下服用荷爾蒙之後，赴國外進行手術，再回國請醫生開立證明以抵免兵役並更換身份證。有些變性者則選擇直接進入醫療評估，經醫師確

14 關於藥名以及藥量斟酌都可以上網找到相關訊息。以男變女為例，一個月使用雌激素與抗男性荷爾蒙必須花費四百到五百元不等。關於荷爾蒙治療的目的、作用與效果可參考林口長庚劉妙真（2004）醫生的文章。

15 服用荷爾蒙的副作用包括，噁心、嘔吐、情緒低落、血塊、肝臟受損、心肺問題，以及血液循環等問題（Namaste, 2000）。

認為原發性變性慾後始取得荷爾蒙治療，但難度也相對的提高。這些不同的選擇都牽涉到不同變性者對變性的不同想法、變性者的社經地位與資源，以及醫生的主觀判斷。

表 3 精神評估流程表（蔡靜宜製表）



（一）不確定的變性診斷

不同於生理疾病的診斷，社會對於精神疾病的理解，以及醫學對精神疾病的診斷往往鑲嵌在既定的社會結構與環境之中。在二分的性別體制下，以外科手術來改變天生的生理性別，被視為不合常理、「傷害」身體的行為。因此，那些處於無法認同自己生理性別的人被病理化為「原發性變性慾」。然而，如文獻所示，迄今為止並沒有任何科學證據可以解釋變性「病因」，而臨床上精神科醫師對於變性慾的診斷也呈現高度分歧與不確定性。受訪者慧慈與醫生面談的經驗就是典型的例子。

慧慈的原生性別是男性，她是在 1992 年進入部隊服役後不久，向部隊告知自己的性別困擾，部隊將她轉介到國軍體系的醫院精神科門診。她回憶自己初診的經驗：

因為我的狀況剛好是○醫院第一個個案，十二次的門診裡面，有十二個醫生跟我面談過。第一次去，醫生說他的主要服務不是在這邊，把我轉診到○醫院去，那天其實花了兩個小時跟我聊，其實醫生的態度也滿嚴謹的，不會隨便，問也問很多。我大概不太記得問題，大概是問生活狀況、想法，主要是要把你最根源的部份找出來。問的問題差不多，都是不同的醫生，像我有幾次門診，一次只有五分鐘，醫生叫我從這邊走到那邊再走回來，（說）「好，妳可以離開了」。對啊，他要看妳的儀態。（慧慈，原生性別男）

由於慧慈是求診醫院的第一個案例，十二位醫師輪番看診的過程顯示她是相當「特殊」的個體，也凸顯該院精神科對變性主體欠缺理解。從她的描述裡，醫師們鉅細靡遺地瞭解她的成長歷程，也觀察她的儀態是否跟一般「正常人」不同。由於無法明確指出慧慈的「病因」，不同科別的醫生輪流對慧慈進行縝密、反覆的身體檢查。此外，家庭背景、成長經驗、身體儀態都成為建構她是否心智異常的細節。歷經數次檢查後，雖然被醫生確診為變性慾症，但醫生並無法向慧慈指出「病因」的來源。換言之，雖有 DSM 診斷手冊作為指引，但醫生並無法在眼前這個看似與「正常人」無異的個體身上找出「病因」，或適

當地解釋她的「異常」。

由於「變性慾」並無明確的「病因」，因此大部份的受訪者在診間陷入一種必須清晰陳述自己變性「病史」、「病徵」的表述困境—意即必須提供一個有完整變性念頭的個人生命史，並且是他人得以觀察、見證的變性敘事，以取信醫師。雖然，多數受訪者在進入精神評估之前，即已透過網路或其它管道大致瞭解變性評估的程序，但面對醫生時仍然非常緊張；包括自己的故事是否能取信醫生、擔心自己加入女同志社團的經驗、愛慾女性的情慾模式等等諸多性／別化的成長細節成為阻礙自己通過評估的因素。小巴深怕無法提供足夠的「證據」證明自己是「真正的」變性慾者，因此為取信醫生，他刻意在診間強化、展現自己陽剛的那一面，也不敢向醫生坦承自己愛慾女性。無明確病因的問題，對某些醫生也或多或少造成困擾。A 醫生提到：

比方說他是從國中之後才開始想要變性，但是國小的時候並沒有很明確的這種跨性別的行為，家人也沒有觀察到，他沒有這麼做，然後他也沒有怎麼樣去談到他對於性別的這些不舒服，那這是一種青春期後的轉變嘛，那這種時候我會覺得判斷上是有困難的。

另一個醫生則談到：

是不是原發，我們會來來回回的 check，譬如從小就想要改變性別，那這個還需要家人的佐證才有辦法證明，因為這個變性慾或是改變性別認同這個問題，它是一個長期診斷而不是忽然冒出來的，所以我們會從個案的發展階段來看整個成長過程，那家人提供的訊息是用來驗證或是推翻個案的說法，因為個案其實不會跟家人討論，家人都是從外觀的行為看到的，他們不知道這個小孩是想改變的。（C 醫生，男）

醫生希望從家人的說法進一步瞭解變性者從小到大曾經出現的性別異常行為，意味著家人必須從小到大有足夠的時間與小孩相處，並覺察其「異樣」，從而日後變性者在面對醫生時，才有足夠的證據向醫生證明她／他的確「患」

了變性慾症。但現實生活中，醫生關心的課題往往不是家人關注所在。再者，倚賴家人提供證詞，也反映了異性戀家庭主義的意識型態，從而容易邊緣化在非一父一母家庭中成長，以及與父母或家人感情淡薄的變性主體。受訪者小巴在訪談中提到：

像有的人家裡很支持，爸爸媽媽都來了還談什麼？happy family 嘛，像我們這種去的都問得很詳細，花了比較長的時間，這就是機遇。像之前就聽說有人家裡本身有認識精神科醫師，那他只要再去找 H 醫師拿一張就可以了，總共只花了一個月的時間，這個就跟家裡支不支持、錢是否足夠（有關），很現實的。

從小巴的描述顯示，如果變性者擁有完整的家庭組成，並有家人十足的尊重與支持，那麼醫生就無須藉由家人的說法來判斷求診者是否為「真正」的變性慾者。事實上，對部份醫生而言，家人支持的重要性遠大過於變性者的個人「自白」。

在接受評估的過程中，小巴自認與 E 醫生互動良好，也照著醫生的要求與家人、朋友進行溝通。但在長達兩年多的評估過程中，小巴卻始終無法取信於 E 醫師，而終止這段醫療關係：

後來跟 E 醫生，他接觸我這麼久反而在最後一刻不信任我，讓我很受傷痛苦，我一直以為他應該很知道我的狀況才對，我那麼信任你對不對。他後來沒開給我，原因也沒講，他叫我請爸爸跟他通電話，確定之後就要開給我了，但他覺得跟他通電話的不是我爸爸，他覺得我家裡還要再多支持一點，怎樣才算支持到什麼程度？我能怎麼辦？我爸都簽了這張紙了，除非我爸爸今天坐飛機到他面前，我甚至很氣憤的說，我乾脆拿身份證出來說，這是我爸爸。（小巴，原生性別女）

小巴的例子中，家庭支持是醫生是否開立證明的關鍵。然而，支持度究竟該如何計算，卻只能憑藉醫生自身的主觀判斷，也再次確立臨床診斷的評價工

具欠缺標準化、充滿高度不確定性的問題。又高度受挫的評估經驗，使得小巴在面對另一名醫生的評估時，改以找假媽媽的方式，向醫生「保證」家人支持來取得評估證明。

此外，本文的資料也顯示，不同的經濟、文化背景，以及不同的變性想像都可能影響變性者被對待的方式，甚而導致不同的診斷結果。本文第二作者跟隨尚在唸研究所的小林到醫院進行初診，但醫生對於經濟弱勢的求診者處境欠缺理解與敏感性；同時，該醫生在評估她是否為變性慾症之餘，也連帶暗示了何謂好的變性想像。

就診當天小林在見到 D 醫生之前，先與一名年輕醫生面談。年輕醫生請小林在白紙上畫一個人，接著開始問個人資料、家族病史、何時開始想變性、家人知不知道、個人認同是男是女、喜歡男生還是女生、是否有事先吃藥，並從頭到尾來回打量小林的穿著。一個小時之後，小林終於進入 D 醫生的診間。負責面談的年輕醫生向 D 醫生簡要描述小林的情形，約五分鐘後，D 醫生開始在電腦上輸入資料，眼神開始打量小林的穿著，並詢問關於性別認同、慾望對象、情感狀況、交往經驗等等。接著開始了以下的對話：

D 醫生：所以你想要做變性手術嗎？

小林：目前來講手術不是那麼必要的，想先做荷爾蒙治療，手術基本上不急，主要是希望可以先把臉部整形做好，這是最想要的。

D 醫生：所以手術不是必要的？

小林：嗯，等我覺得自己狀況好一點再說，想做再做。

D 醫生：什麼叫狀況好一點？

小林：（停頓）

D 醫生：什麼叫狀況好一點？

小林：譬如我經濟狀況 OK，但經濟狀況好一點我還是不一定那麼急迫想做手術。

D 醫生：你說你手術不急迫，你想先做荷爾蒙治療？不做手術，你用了荷爾蒙，然後還保留男性生殖器官，這樣 OK 嗎？你真的覺得這樣 OK 嗎？

小林：呃，我還是會想做，只是……（點點頭）

D 醫生就此打斷，結束問題，接著請小林下次帶小時候的照片來，並交代排心理測驗的時間。

讀者不難中看出小林在診間的窘境，也不難看出小林如何在 D 醫師的一再追問下，逐漸從想先用荷爾蒙改變身體，而不一定要做手術的變性想像，最終改為「還是會想做」。D 醫生全然沒有顧及在學中的小林並無經濟能力變性的現實，而將關注的焦點集中在確認小林的變性決心；而「變性決心」則必須透過手術移除男性生殖器官，以符合醫學上可理解的「女性」來確認。（持這種觀點的醫生不在少數，我們會再下一節繼續討論這部份。）然而，小林顯然有一個打造自己身體的想像，但在 D 醫師一再質疑「用荷爾蒙，然後還保留男性生殖器官，這樣 OK 嗎？」的情形下，不得不放棄自己的念頭，而選擇說醫生想聽的話，以求過關。作為性心理諮商師，Kathryn May（2002: 459）在一篇深具反思性的文章中寫道：「為了從醫療專業社群中取得那些可以協助變性者比較容易在社會中『過關』（pass）的技巧和技術，變性者首先必須在醫療專業者面前以真正的『變性人』來過關（pass as true 'transsexuals'）。在醫療專業者的語境中，遲疑、猶豫被視為是（性別認同）不穩定（instable）的指標，而不是人們現下對性別混沌不明的位置的精確反映。」Kathryn May 對變性諮商的反思精確地指出，精神醫療體制對性別混沌狀態高度不容忍，使得需要醫療資源的個案，都必須將自己對號入座、病理化，以證明自己是個真正的、急切的想要變性的人。

相對於此，擁有較高的社會與文化資本的野丫頭在醫生眼中，被視為「理應」及早瞭解自己的認同狀態。野丫頭說：「剛去找 G 醫生的時候，他對我說為什麼現在才來找他？我有跟他說明原因，因為我父母長期恐懼精神病的關係，所以過去我也沒有那個勇氣去求醫。」野丫頭長期沒有就醫的情形，在其他／她受訪者的例子中，可能被視為「變性決心不足」，但野丫頭的高學歷背景使得她被視為瞭解自身認同的主體，因而即便醫生知道她家人並不支持她，

但醫生仍給予她變性評估證明。¹⁶

（二）診斷中的性別歧視

成令方（2002）指出，醫用關係在互動上涉及醫學生物知識、社會論述以及個人隱微知識，同時醫師與醫療使用者都是多重認同的主體。因此，醫師在判斷過程中多少會以個人經驗，及其熟悉的社會論述對求診者提出建議，而使用者也會尋求在醫療場域中運用策略充權自己。我們發現，當「變性慾」在無明確病因可作為診斷指引的情形下，醫生在診療過程中摻雜自身主觀偏好的情形就顯得更為突出。

B 醫生強調孩子的變性慾基本上是父母性別教育不良的結果，同時相當自豪自己以個人想法勸退求診者放棄變性的念頭：

我有一個病人，做了差不多一年多的評估，他當完兵了，他一直希望可以變成女生，現在是個工程師，因為他符合原發性變性慾，我跟他談了一年半，後來他沒有去做手術，就是我告訴他說，我說你回去，你哪一天拿一張照片來。他拿了一張大頭照來，我說你希望變成長頭髮還短頭髮，他說長頭髮，我就畫了長頭髮在那張照片上，我說你看看，你假如以後變成這個樣子，這樣子的女生，因為他是很男性化的，我說你這樣變成女生，走在路上別人會怕嘛（笑），這比你現在自己感覺希望變成女生還要痛苦。後來他回去想了兩個禮拜，就說他不要做了，他現在這個狀況，很簡單，我希望變成一個女生，但我結婚我也不能生孩子，我一個人過得也很好。（B 醫生，男）

在此醫療情境中，B 醫生表面上是好言相勸，實則將自身的性別意識型態強加在變性者身上，這作法不僅未能協助變性者，反而以性別歧視的語言一走在路上別人會怕嘛—來抑制變性者發展自我認同、打造身體的權利。看起來「像不像」、「美不美」，間接決定了 B 醫生認定是否適合手術的條件之一；

16 野丫頭的醫生也知道包括她妻子在內的家人並不支持她的決定，而且她動手術的年齡並不符合國內的規定，因此她向醫生表示她將到國外動手術，最後 G 醫生開了一張英文證明給她。

但「像不像」、「美不美」的主觀評價分別預設了一個理想女性的想像，以及單一的女性美標準。然而，如前面所述，如果單一的「生理女性」是社會建構的，那麼談「『像不像』女性」，就一點意義也沒有。類似的，「美不美」作為是否適合變性的道德勸誡，則是只有在越來越趨一致的美麗標準下才說得通的道理。

此外，B 醫生也藉現行變性醫療必須切除生殖器官，「導致」變性者日後將無法生育的現象來勸退變性者。以當前國內的變性手術而言，女變男手術分為三階段，第一階段得先割除女性內、外生殖器，第二階段是把用前臂或小腿皮瓣做成的人工陰莖移植到會陰部，第三階段則是修補手術疤痕、雕刻龜頭。男變女則是將陰莖、睪丸切除，再以陰莖、陰囊皮瓣製作人工陰道，並為尿道出口「定位」，接著進行隆乳手術。然而，不論是男變女或是女變男的變性手術，更換身份證上性別註記的關鍵都在於完全摘除生殖器官。本研究中，此一規定成為某些醫師對求診者進行精神恫嚇的工具。B 醫師談到他如何勸誡變性者：

很多人說，我今天來，我想要變成女生，我常跟他講，你不是變成女生，你是變成非男生，譬如說你現在來找我，你要變成男生嘛，我一定會告訴你，你不是變成男生，你會變成非女生，要是一個男生要過來跟我說他要變成女生，我常說，你是變成非男生而不是女生，我常開的玩笑在俗語裡面，男生跟女生的差別在哪裡，我（男）不能生孩子但你（女生）會啊（笑）。（B 醫生，男）

B 醫生的邏輯是，只有當一個人在生理上成為可以生育的男人、女人時，才是真正的男人、女人，而不會陷入痛苦；變性手術因為摘除生殖器官，使得手術後的變性者，處於無法生育的狀態。B 醫師否認求診者打造自我身體的權利，並以能否生育做為區別男女兩性的論點，無疑忽略了眾多不孕女性、摘除部份女性生殖器官（子宮、卵巢）的女性存有，也再製不孕污名。事實上，認為只有「切除生殖器」才是真正變性的醫生似乎不在少數。2012 年台中一位男變女變性人因服用藥物長出女性胸部，但尚未切除男性生殖器，而遭台中某

健身房拒絕入會申請。依據蘋果日報的報導，¹⁷ 整形外科王茂山醫師建議該名女性切除男性生殖器，做個真正的「女生」；而中國醫藥大學整形科主任張家寧也認為這名「女性」還有男性生殖器官，還不能算是變性女。這些來自醫師的評論與臨床實作都顯示，變性者欠缺打造身體藍圖的自由；同時，外在的性別展演也一再地被要求和生理性別一致。正是這種強加的性別意識與實踐讓變性主體陷入痛苦與難堪的境地。

相對於此，A 醫生的作法明顯與 B 醫生不同。她鼓勵求診者與其單獨與醫生「搏鬥」，不如先參加變性支持社群，從中瞭解自己，並考量變性涉及各種問題：

我們對一個人的心理瞭解也算是清楚，但是有很多東西是他們在變性過程中所需要的，比方說他們需要有很多的資訊，一個醫療單位不可能知道很多的，所以唯有在一個大家都充分提供資訊的地方，他們才能夠聽到很多不同的選擇，才覺得要怎麼做。以我個人來講，最近的評估準則修正到說如果他沒有接觸那個變性團體，我是不會開給他診斷書的，因為他們需要更明確的消息來源，會去看更多不同的生活，而不是以他們所想要的方式去生活，那他們去參加這個團體會比較能夠去看別的人，跟他有相同經驗的人是怎麼生活的。（A 醫生，女）

在 A 醫生的說詞中，醫院被視為對變性社群的實際生活理解有限的場域，因而鼓勵求診者參與變性社群，以獲知關於身體變化、因變性而必須面對的社會壓力，以及可能的回應策略。在體認醫療體系可提供的資源相對有限的反思下，A 醫生也進一步將變性評估標準修正為，如果沒有接觸變性團體，就不會開給求診者診斷書。變性團體一個程度被視為變性者和社會之間的緩衝墊，成為提供情緒支持、社群感、歸屬感的資源，也給予變性者持續和社會進行協商的武器。

17 更詳細報導詳見王煌忠（2012）。

（三）危險的真實生活體驗

RLE 評估的目的本在於透過與醫師的面談，共同討論如何解決適應的問題，以便逐步為變性者獲取社會、經濟和心理上的支持。然而，在以適應良好始能通過評估的前提下，在診間的醫用互動已遠離共同解決適應不良的目標。對變性主體而言，它成為如何策略性展演性別、取信醫師的問題；對醫生而言，則是如何洞察求診者的「表演」與「謊言」來審度求診者的問題。

我們的資料顯示，RLE 評估過程中，醫生與變性者都會仔細研判對方釋出的訊息，再策略性的調整自己的行為與說詞。小巴談及 E 醫生給他的挫敗，如何影響他日後面對評估醫生的方式：

像我之後去找 H 醫師，即使我錢還沒準備好，我是跟朋友借的，我會跟他說我錢都準備好了，我會說我都弄好了，如果跟他講得太複雜，等於是搬石頭砸自己的腳嘛。那金錢穩定、家人又支持，感情也穩定，反正就是極力向醫生證明自己是穩定的。挫折的部份，我其實不太會跟醫生講，我會隱瞞，因為我不想讓他覺得我挫敗感很大，我想讓他知道我是穩定的，但每次又不能說我很樂觀我很 OK 這樣。（小巴，原生性別女）

生理性別男的小佑也提到，為取信醫師，自己就診時會特別打扮成典型的女性，即便她平常並不如此打扮：

他要看你有沒有這個決心。我那時候去評估的時候我會很刻意的打扮自己，可是你看我現在比較邋遢，其實我比較喜歡穿輕鬆的衣服，怎麼穿怎麼舒服，雖然線條也不對。可是我去評估的時候絕對不會是這個樣子，我一定精心打扮，想今天衣服怎麼搭，化過妝再出門，把自己最好的一面呈現給醫生看。那醫生來講，他們其實也不會把評估結論跟你講，他們就覺得他們做出來的就是自己當參考，他們不會跟病人分享。所以，在這種我得不到醫生到底對我的看法是什麼的時候，相對的，我會產生一些防衛的機制，也就是說，我只挑

醫生想聽的講。（小佑，原生性別男）

我們認為 Goffman 的表演理論很能適切的說明醫／病雙方深具表演性與策略謀劃的互動方式。Goffman (1969) 認為個體相遇之際就開啟面對面的互動。他將社會互動比喻為一場戲局，對個體而言，當自己出現在他人面前之時，便開啟了表演的場景，他人會根據個體在前台 (front stage) 所提供的訊息進行判斷與理解，協助彼此界定情境；而他人也藉由這些資料判斷個體的意圖，而個體也可藉由他人對自身意圖的反應進行瞭解 (Goffman, 1959)。值得注意的是，在互動秩序裡，即使個體之間沒有對話產生，身體慣語 (body idiom) 所透露出的非言語行動的資訊，包括情緒的散發、肢體表現、對情境的投入等行為與心理因素，均成為受觀察的條件 (Goffman, 1959: 24)。換言之，這是一種相互監視的過程，透過社會化所習得的互動秩序進行互動。由於個體的表演場域被限制在互動的框架內，個體必須依循著社會交往的規則行動，也因為個體無法完全符合所有的社會規則，所以必須使用各種行動策略讓自己過關 (Goffman, 1983: 3-5)。放在變性診間的脈絡中，變性者如何操演性別讓自己過關，就是醫用互動最主要的關鍵。

對小佑來說，診間中的性別操演是極具意義的前台表演，他意識到診間作為前台，而醫生是首要的觀眾，因而顯得十分緊張。然而，醫生對這些性別操演則另有一番詮釋。A 醫生談到她如何協助、評估變性者在 RLE 階段是否順利的經驗，以及面對變性者在她面前打扮成另一個性別的想法：

複診的時候通常會問他們過得怎麼樣，做了哪些事情，講的過程中自然有一部分可以進一步追問他用什麼性別去生活，然後遇到什麼好玩的事情，然後有什麼讓他難受的事。其實他們呈現正面的經驗比較多，負面的通常不會講……他們想要演給醫生看啊，拿到診斷書啊。對啊，那我們不是看不出來。就是說我覺得很奇怪的是他們必須要複製另外一個性別，他們會覺得說醫生想要看到的是另外一個性別，所以都要裝成那個樣子……但重要的不是他要扮得多像，而是他在性別中是游刃有餘的，如果他可以忍受他的外貌是這樣，

不怕嘲笑那也 OK 啊。(A 醫生，女)

A 醫生坦言，在這場醫病互動的遊戲中，部份變性者猜想醫生愛看，但醫生自認有能力洞識變性者在「演」。值得討論的是，在這種「表演」和「看穿」之間，雙方都一再地去對應二分的性別體制，而無法跳脫既定的性別腳本。A 醫生認為評估的重點不在於打扮「像不像」，而在於能否「游刃有餘」的穿梭於兩個不同性別之間。但事實上，RLE 的評估只有兩種結果—適應良好，准予變性；適應不良，繼續評估。表面上，A 醫生認為變性主體可以游走於兩性之間，只要自己可以接受，無須刻意複製另一個性別；但現實生活中，不刻意複製異性，而任意展現逸出二分的性別，或者因為體型、外貌無法過關時，往往遭致他人訕笑、羞辱或各種歧視，從而像林國華一樣「適應」困難，終至回溯性地導致他們無法取得評估證明。一個程度而言，「真實生活體驗」就是把變性者從診間再丟回性別二分的社會，讓他們在毫無制度保障的情形下，在這個容不下不男不女、又男又女的社會中自謀生路。

在長達兩年的 RLE 評估過程中，變性者無法適應的可能性有很多種，除了承受社會壓力外，最關鍵的莫過於法定性別身份所隱含的風險。依據內政部 2008 年 11 月 3 日頒佈的行政命令，變性者必須在取得評估證明，並動手術切除生殖器官後始可換發身份證。¹⁸ 此一規定雖比舊制要求必須完成所有手術（女變男三階段、男變女兩階段）始能換證已有所放寬，但對變性者的保障仍明顯不足。因為變性者開始服用荷爾蒙後，身體就開始產生變化，外顯的身體形象（body image）和內在男性化或女性化的物質化肉體產生衝突，導致變性主體在日常生活中的諸多不便。這包括涉及使用學生證件、畢業證書、駕照行照、健保卡、兵役、金融體系、電信服務、護照、尋職、警察臨檢等日常生活場合，都成為讓變性人隱私曝光，或面臨尷尬、質疑與羞辱的情境（王宜帆，2010；跨性別倡議站，2013）。在一個欠缺跨性別意識、不允許性別多元的社

18 依內政部（2008）令「內授中戶字第 0970066240 號」規定，戶政機關辦理性別變更登記的認定要件如下：一、申請女變男之變性者，須持經二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已摘除女性性器官，包括乳房、子宮、卵巢之手術完成診斷書。二、申請男變女之變性者，須持經二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已摘除男性性器官，包括陰莖及睪丸之手術完成診斷書。

會中，無法更換身份證的性別註記，意味著其異性別的展演缺乏正當性。這使得不男不女、又男又女的變性主體隨時面臨被警察臨檢、被人發現扮／變得「不像」、或被影射犯罪意圖，甚至遭受不當的肢體或言語暴力。擁有家人經濟、情感支持的 QK，談到沒有換發身份證前的不安全感：

我認為手術後並且拿到男性身份證，是可以讓我安心的以男性身份生活的一個保障，讓我更有信心，這張證明對我來說很重要，如果外表改變了，但身份證依舊是女生，生活中會有很多困擾出現。
(QK, 原生性別女)

QK 的擔憂並非毫無道理，變性者蔡雅婷臥軌自殺的例子就是變性制度暴力的產物。2002 年，正接受變性評估的蔡雅婷向戶政單位申請改名，並希望以女性裝扮的照片換發新的身份證，遭到戶政單位拒絕，理由是不符合民政局的規定—「男扮女裝之裝扮，與真實性別不符，應屬個人行為，其請領國民身分證所繳之相片人貌應與真實性別相符。」新聞曝光後，蔡雅婷因為無法承受巨大壓力而於當年 11 月臥軌自殺。

此外，這種強調摘除生殖器官，以符合生理與外在性別展演一致的論點，不僅沒有受到精神科醫師的挑戰，也在外科醫生給予變性手術建議時一再被複製。事實上，多數受訪者並不見得想做完所有的手術，以符合生理上全男、全女的狀態，但來自醫界的建議，以及法律上的規定總是把他／她們推向更符合生理上二元分化的男、女性模型。小佑談到他和外科醫生關於變性手術的對話：

我跟他說，我只想做下面而已，上面（胸部）不想做，但他建議我做比較好，因為這樣看起來比較完整，比較煥然一新的感覺。那我有被他打動，因為我自己吃藥的成效不是很好，不像有人光吃藥就可以吃到 B 啊、C 啊，我只有小 A，微凸而已……那我就說我想做到 D cup，醫生說不行，那樣太大，只能做到 C cup。（小佑，原生性別男）

小佑的例子並非特例。她的經驗顯示，變性者並無法全然掌握打造身體的

範圍與過程；相反的，醫生的主觀判斷往往代表著何謂社會可接受的、適當的男人、女人的標準。我們想指出的是，醫生的觀點經常也是主流社會觀點的縮影，變性診療過程不僅因之複製、鞏固了既定性別二元的正當性，也將變性者無法「適應」的問題錯誤的歸咎於個人。RLE 的評估過程要檢驗的是變性者能否順利的「過渡」到另一個性別，然而「過渡」的這段期間卻是變性者面臨最大考驗的時候；而變性者考驗的多寡恰恰反映這個社會中二元化性別體制的強度。變性者的性別麻煩不是個人先天生理或後天適應的問題，而是社會強加的性別暴力。

六、結論

繼「變性慾症」自 DSM 中移除，2012 年「性別認同障礙」又被「性別不安症」一詞取代之後，國際間對於變性的想法和實踐已逐漸走向正常化、去病化的趨勢。然而，此一國際趨勢對台灣的精神醫學界似乎還未激起任何的討論，迄今台灣的變性主體仍舊陷於「身心矛盾」的狀態，終日為了取得兩張精神科醫師的變性評估證明所苦。同時，在當前變性評估準則要求變性者必須進行兩年以上的真實生活體驗的要求下，變性者不僅必須在診間表演性別取得評估醫生的認同，有時候也會因為身形、外貌與外在展演的性別不一致，而必須承擔來自他人的訕笑、嘲弄，甚或是肢體暴力。

就性別理論而言，本文回應了早期激進女性主義者認為變性者都是在複製二元化的性別、無法認同自己的同性戀情慾，或透過變性維繫著性別階層等批評。我們的資料顯示，不同的變性者其情慾模式、對於變性的想像、範圍與方法都不盡相同，反而是當前關於變性評估的實踐、相關法規的規範，以及外科醫生對變性手術的諸多建議限縮、擠壓了變性主體對多元性別的想像與實踐空間。尤其目前要求必須取得評估，並執行生殖器官摘除手術之後才能換發身份證性別註記的規定，更使得變性者在日常生活中隨時必須遭受各種言語、肢體的性別暴力。

我們的研究指出，當前欠缺「病因」、欠缺標準化的變性慾診斷充滿著高度的不確定性，這使得醫生在評估過程中擁有龐大的裁量權，從而衍生出將自身的性別意識型態強加在求診者身上的現象。同時，變性者各自擁有的社會、

經濟與文化資源也會影響醫生做出不同的評估結果。我們認為取得家人支持的作法，不僅再製異性戀家庭意識型態，也邊緣化與家人關係淡薄的變性主體，導致求診者不必要的負擔。對變性支持度的評估也許可以逐漸擴大為找共同學習、成長或生活的同儕、朋友，或變性社群的支持，因為這可能是最貼近變性主體生活的群體，也是變性者獲取社會支持的方式。

值得關注的是，診斷上的不確定性一方面使得醫生掌有片面詮釋、評估變性者的權力，但另一方面，變性者往往也想盡辦法在診間展演性別、隱匿或放大某些訊息以便取得評估證明。一個程度而言，評估證明的取得是一個醫用共謀的結果，而非變性者被動的任人評估的過程。在目前變性社群逐漸活躍，同時網路資訊流通快速的情形下，變性者在進入診間進行 RLE 評估前，對於如何私下用藥、醫生在評估過程中會問哪些問題、自己該怎麼表現等問題，變性者幾乎都已經有所瞭解。

最後，本文也想對變性醫療提出建議。目前的變性醫療文獻，多將變性慾的診斷流程簡化為：找醫生評估→荷爾蒙替代療法→真實生活體驗→性別重新指定手術（Sex Reassignment Surgery, SRS）。在這種高度簡化的線性思考中，醫生們經常將變性者的需求簡化為取得全階段變性手術，然後以一個全然異性的身體過著令人滿意的新生活。此外，負責評估的精神科醫生似乎無法理解變性主體間存在著各式各樣的其他變性狀態，或欠缺與變性者對話的耐性，例如無法理解變性者為何只想服用荷爾蒙、只做到手術的某階段，或是對原生殖器官並不感到厭惡，但始終認為自己屬於另外一種性別等等。事實上，正因為醫療評估對於變性者內部的異質性理解不足，並一昧的認定完整性的手術才是變性的終極目標，才使得每個變性者都必須走上相同的變性路徑，進而一再地複製二元化的性別體制。因此，我們認為變性手術，以及手術的各個階段都應做為變性者可以自行選擇的變性路徑之一，而不應成為綁架變性者通過評估與否的必要條件，也不應以此做為變更法定性別身份或相關證件換發的標準。此外，醫界也應針對已通過的變性者所面臨的各種狀況進行討論，傾聽並與跨性社群進行對話，以進一步修正既有的診斷標準與相關法規。

參考文獻

- Billings, Dwight B. and Thomas Urban. 2002[1982]. "The Socio-Medical Construction of Transsexualism: An Interpretation and Critique." In *Sexualities: Critical Concepts in Sociology*, edited by Ken Plummer, 79-102. New York: Routledge.
- Butler, Judith. 1999. *Gender Trouble*. New York: Routledge.
- _____. 2004. *Undoing Gender*. New York: Routledge.
- Cromwell, Jason. 2003. "Queering the Binaries: Transsituated Identities, Bodies, and Sexualities." In *A Transgender Studies Reader*, edited by Susan Dtryker & Stephen Whittle, 509-520. New York: Routledge.
- Delphy, Christine. 1993. "Rethinking Sex and Gender." *Women's Studies International Forum* 16(1): 1-9.
- Fausto-Sterling, Anne. 2000. *Sexing the Body: Gender Politics and the Construction of Sexuality*. New York: Basic Books.
- Fisk, Norman M. 1974. "Gender Dysphoria Syndrome – The Conceptualization that Liberalized Indications for Total Gender Reorientation and Implies a Broadly Based Multi-Dimensional Rehabilitative Regime." *The Western Journal of Medicine* 120(5): 386-391.
- Goffman, Erving. 1959. *The Presentation of Self in Everyday Life*. New York: Doubleday Anchor Book.
- Goffman, Erving. 1969. *Strategic Interaction*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- _____. 1983. "The Interaction Order: American Sociological Association, 1982 Presidential Address." *American Sociological Review* 48(1): 1-17.
- Hacking, Ian. 2013. "Lost in the Forest." *London Review of Books* 35(15): 7-8.
- Halberstam, Judith. 1998. "An Introduction to Female Masculinity: Masculinity Without Men." In *Female Masculinity*, 1-30. Durham: Duke University Press.
- Jeffreys, Sheila. 1996. "Heterosexuality and the Desire for Gender." In *Theorising Heterosexuality*, edited by Diane Richardson, 75-90. Buckingham: Open University Press.
- King, Dave. 1996. "Gender Blending: Medical Perspective and Technology" In *Blending Genders: Social Aspects of Cross-Dressing and Sex-Changing*, edited by Richard Ekins and Dave King, 79-98. New York: Routledge.
- May, Kathryn. 2002. "Becoming Women: Transgendered Identities, Psychosexual Therapy and the Challenge of Metamorphosis." *Sexualities* 5(4): 449-464.
- Namaste, Viviane. 2000. *Invisible Lives: The Erasure of Transsexual and Transgendered People*. Chicago, IL: The University of Chicago Press.
- Oakley, Ann. 1972. *Sex, Gender and Society*. Aldershot, Hans, England: Gower/Maurice Temple Smith Ltd.

- Plummer, Ken. 2002[1984]. "Sexual Diversity: A Sociological Perspective." In *Sexualities: Critical Concepts in Sociology*, edited by Ken Plummer, 43-76. New York: Routledge.
- Prosser, Jay. 1997. "Transgender." In *Lesbian and Gay Studies: A Critical Introduction*, edited by Sally Munt & Andy Medhurst, 309-327. London: Cassell.
- Raymond, Janice. 1979. *The Transsexual Empire*. New York: Columbia University.
- Riddell, Carol. 1996. "Divided Sisterhood: A Critical Review of Janice Raymond's *The Transsexual Empire*." In *Blending Genders: Social Aspects of Cross-Dressing and Sex-Changing*, edited by Richard Ekins and Dave King, 171-189. New York: Routledge.
- Rubin, Henry. 2003. "Transsexual Trajectories" In *Self-Made Men: Identity and Embodiment among Transsexual Men*, 174-218. Nashville: Vanderbilt University Press.
- Stone, Sandy. 1991. "The Empire Strikes Back: A Posttranssexual Manifesto" In *Body Guards: The Cultural Politics of Gender Ambiguity*, edited by Julia Epstein & Kristina Straub, 280-304. New York: Routledge.
- Wassersug, Richard et al. 2007. "Experiences of Transwomen with Hormone Therapy." *Sexualities* 10(1): 101-122.
- Whitehead, Jaye C., and Jennifer Thomas. 2013. "Sexuality and the Ethics of Body Modification: Theorizing the Situated Relationships among Gender, Sexuality and the Body." *Sexualities* 16: 383-400.
- Whittle, Stephen. 2000. "Where Did We Go Wrong? Feminism and Trans Theory - Two Teams on the Same Side?" In <http://my.execpc.com/~dmmunson/tsc2k/StephenWhittle.htm>. Latest update 13 March 2008.
- 〈六女四男有心病 · 魂牽夢縈想變性〉。《聯合報》1978/11/13：03。
。聯合報 1978。
- 中央大學性／別研究室。2003。〈破蛹成蝶：林國華追悼文〉。http://gsrat.net/events/events_post.php?pdata_id=59。（最後瀏覽日：2013/08/03）
- 內政部。2008。〈戶政機關受理性別變更登記之認定要件〉。<http://www.htaiping.taichung.gov.tw/form/戶政機關受理性別變更登記之認定要件.pdf>。（最後瀏覽日：2013/07/16）
- 孔繁鐘、孔繁錦編譯。1998。《DSM-IV精神疾病診斷準則手冊》。臺北：合記。
- 文榮光等。1996。〈性別認同障礙與變性慾症之診療現況〉。<http://tw.myblog.yahoo.com/missjulianacd/article?mid=-2&prev=403&l=d&fid=25>。（最後瀏覽日：2013/07/16）
- 王宜帆。2010。〈跨性別族群在台灣處境實例、分析與思考〉。《全國律師月刊》14(5)：23-26。
- 王茂山。2005。〈變性手術之發展〉。《臨床醫學》56：81-87。
_____。2007。〈完全變性手冊〉。<http://tw.myblog.yahoo.com/plasticdoctor-Sam/>。
2007/09/10。
- 王煌忠。2012。〈「長出胸部 下體未摘」被拒入會 變性人控健身房歧視〉。《蘋果日報》

- 2012/12/02 : A4。
- 成令方。2002。〈醫『用』關係的知識與權力〉。《台灣社會學》43：11-71。
- 何春蕤。2003。〈「性／別壓迫」跨性別主體在台灣〉。何春蕤編《跨性別》：73-122。
中壢：中央大學性／別研究室。
- 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。
- 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。
- 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。
- 凌安屏。2008。〈KTV艷名遠播 警喬裝混入…抓到變性人！〉。<http://www.nownews.com/2008/01/19/138-2219461.htm>。（最後瀏覽日：2013/08/06）
- 徐淑婷。1997。〈變性慾症患者變性手術後的身心社會適應〉。高雄醫學院行為科學研究所碩士論文。
- 徐淑婷等。2003。〈變性慾症患者變性手術後的身心社會適應〉。何春蕤編《跨性別》：49-72。中壢：中央大學性／別研究室。
- 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。2013。〈手術自由，換證自由〉。http://www.songyy.org.tw/action1_3.asp?ACTID=ACT13526202659231&myarea=1。（最後瀏覽日：2013/08/03）
- 彭心筠。2008。〈T乳房的愛恨糾結——女同志胸部身體經驗〉。《性、身體、親密關係的轉變與融合學術研討會論文集》，320-341。高雄：樹德科技大學人類性學所。
- 甯應斌。2012。〈性別權、能力取向與變性政治〉。《政治與社會哲學評論》43：37-80。
- 黃國權等。2002。〈性心理異常——探討變性慾〉。《臨床醫學》49(3)：186-189。
- 跨性別倡議站。2013。〈台灣變性群體議題 CEDAW公約影子報告〉。<http://transgenderepunk.blogspot.tw/2013/08/tscedaw.html>。（最後瀏覽日：2013/08/06）
- 劉妙真。2004。〈荷爾蒙治療-MTF〉。<http://intermargins.net/repression/deviant/transgender/tgpamphlet/2004Jan-Jun/hormones-MtF.pdf>。2009/09/18。
- 劉復興。1976a。〈生為女兒身不甘雌伏 要變男子漢考驗醫師〉。《聯合報》1976/02/07：03。
- _____。1976b。〈少女堅決要變男性 只活一天她也甘願〉。《聯合報》1976/02/09：03。
- 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。
- 聯合國人權事務高級專員辦事處。2013。〈生而自由一律平等：國際人權法中的性取向和性別認同〉。http://www.ohchr.org/CH/Issues/Discrimination/Documents/Born_Free_and_Equal_chinese.pdf。（最後瀏覽日：2013/08/06）

Say Whatever Doctors Want to Hear: Gender and Sexuality in the Diagnosis of Transsexualism

Mei-hua Chen

Associate Professor, Department of Sociology, National Sun Yat-sen University

Ching-yi Tsai

MA, Department of Sociology, Tunghai University

Abstract

Transsexuals have been frequently represented by some feminists as using male-dominated physical surgery to reproduce gender hierarchy. Drawing upon interview data and observation on 7 Taiwanese transsexuals and 3 psychiatrists, this paper aims to reveal gender politics in the process of diagnosis of “original transsexualism” in Taiwan. We argue that transsexuals are varied in terms of social backgrounds and grow-up experiences, and thus could not be reduced to the pathological pattern identified by the DSMIII. Secondly, we find that the diagnosis of original transsexualism is extremely uncertain. Interviewees who sought sex change surgery reported that social, economic and cultural capitals of transsexuals and the doctors’ subjective ideas of gender norms are key factors to shape the diagnosis. Thirdly, we argue that there are many different imaginations regarding the sex-change among transsexual interviewees. On the contrary, it is the gendered evaluation of ‘real life experience’, and the related regulations regarding changing sex on IDs reproduce the dichotomized gender system, rather than transsexuals themselves. We strongly suggest that Taiwanese psychiatrists should adopt newly revised DSM-V which has been de-pathologized transsexual and transgender since 2012.

Keywords

gender, sexuality, transgender, transsexualism, real life experience