

不再是醫師： 簡述當代精神醫學對性傾向的觀點

賴孟泉（國立台灣大學醫學院附設醫院精神醫學部醫師）

紀品志（台灣青少年性別文教會理事）

一、前言

精神醫學作為跨領域學門，身處醫學、心理學、心理治療學、社會科學與人文學交界，在其間始終扮演尷尬角色：醫學以外之學門，傾向認為精神醫學處理的議題跨足生物學觀點以外之人類行為與社會狀態，易挾醫學之強大權力成為社會控制之工具（傅柯對此批判尤其深刻）；另一方面，以生物醫學為主流的其他醫學分支，又視精神醫學關注的人類心靈或社會互動等議題「不夠『（實證）科學』」，而傾向輕視之。精神醫學在歷史中所面臨的矛盾與尷尬，以性傾向相關議題尤其具代表性。儘管目前台灣的精神醫療工作者在面對性傾向議題時，多半會（政治正確地）向求診者或其家人宣示「同性戀不是精神疾病」，但其進一步的作為卻可能因意識形態而有差異。面對性傾向議題，精神科醫師亦常因其社會角色與權力地位，而被社會期待、或是自視為第一線發言者。在當代社會，精神醫學面對性傾向議題的立場究竟為何？兩位作者以身為精神科醫師與性別教育工作者的立場思考，認為精神醫學應擔負醫學與社會間的橋樑角色。本文以文獻回顧及綜

論，提供非醫學相關領域工作者了解當代主流精神醫學之立場與關注重點（請別再以刻板印象認為精神科醫師只想要「治療同性戀」了）；另一方面，也以作者之立論與觀點予尚未「改版」的心理衛生工作者參考，期能為求助於醫療及諮商輔導系統之案主提供更適切協助。

二、精神醫學和性傾向議題的交會：歷史與立場

雖然歷史研究顯示在不同人類社會及歷史時期，同性情慾、愛戀、伴侶關係、以及性行為均已存在久遠(Mondimore, 1996)，但西方醫學開始關注同性戀／性傾向議題，遲始於十九世紀中葉Karl Heinrich Ulrichs及性學家Magnus Hirschfeld等人的「救贖」立場：將同性戀從宗教時期「道德上的罪惡」，「去道德化」為「心理學上的變異」，而嘗試以生物學觀點解釋其成因。但精神醫學界進而在Richard von Krafft-Ebing的概念下(von Krafft-Ebing, 1886/1998)，逐漸將同性戀視為一種精神病理。從十九世紀末期，精神醫學採納Sigmund Freud提出的精神分析理論為其主流思考，此後將同性戀「病理化」的理論便由許多精神分析學家（特別是若干美國の後佛洛

伊德學派分析師，例如Sandor Rado）持續用以深化「同性戀為一種性心理發展異常或疾病」的概念；國內若干教科書所引用「男同性戀源於兒童時期疏離而拒絕親近的父親，及過分緊密且強勢的母親」之論點（源於分析師Irving Bieber對106位成年臨床個案的觀察，但此論點後來已被大規模社區樣本的研究所否定）即源於此。但事實上，Freud本身並不認為同性戀是一種疾病的徵象，而應當視其為內在本能的表現(Freud, 1951)；上述後佛洛伊德學派的衍伸觀點，也已不同於Freud所提出「人類本質上為雙性(bisexual)」之精神分析基本立論(Drescher, Stein, & Byne, 2005)。

二十世紀中期性學家Alfred Kinsey的萬人大規模訪談呈現了人類性行為與性吸引的多樣性(Kinsey, Pomeroy, & Martin, 1948; Kinsey, Pomeroy, Martin, & Gebhard, 1953)；心理學家Evelyn Hooker的里程碑比較研究亦顯示，由投射測驗無法區分同性戀與異性戀者、且兩者之心理健康狀態實為相同(Hooker, 1957)。此後將同性戀「去病理化」的論戰與運動積極開展，而結論乃是國內最常引用之美國精神醫學會1973年決議，即同性戀本身(homosexuality per se)不再被視為一種精神疾病(American Psychiatric Association, 1973)。但國內醫界學界較不熟知者在於，此後在持續關注性傾向議題的背景下，諸多相關學會組織亦陸續發表官方立場聲明，其中重要者包括：

- 1.美國心理學協會在1998年「Resolution on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation」(American

Psychological Association, 1997)中清楚表示，「同性戀並非精神疾病…所有心理衛生專業工作者應致力去除長久和同性性傾向相關連的精神疾病污名。」

- 2.美國精神醫學會在1998年「Psychiatric Treatment and Sexual Orientation: Position Statement」(American Psychiatric Association, 1998)、及2000年「Therapies Focused on Attempts to Change Sexual Orientation (reparative or conversion therapies): Position Statement」(American Psychiatric Association, 2000)中兩度明確聲明：「反對任何基於認為同性戀本身為精神疾患、或是個案應當改變其性傾向的假設，而進行的精神醫學治療（例如矯正療法）。」
- 3.美國小兒科醫學會在1993年「Homosexuality and Adolescence」(American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence, 1993)中表示：「意圖改變性傾向的治療不應進行(contraindicated)，因為可能引發罪咎感與焦慮，而其極少、或不可能改變性傾向。」
- 4.美國兒童青少年精神醫學會在2006年提供給家長及大眾的教育文件「Gay, Lesbian and Bisexual Adolescents」(American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2006)指出：「家長需要清楚地了解，同性戀並非一種精神疾病一人的性傾向並非由選擇而得；換

言之，一個人並不能選擇他的性傾向是同性、雙性、或是異性戀。不過，不論青少年具有何種性傾向，都可以選擇其性行為及生活風格的表達方式…改變性傾向的治療不應進行…它對於已經在掙扎中的青少年而言，可能會因增強其負面思考及情緒，而導致更多混淆與焦慮。」

5. 美國精神分析學會在2006年的官方立場聲明「Positional Statement: Reparative Therapy」(American Psychoanalytic Association, 2006)中指出：「同性性傾向不被視為人格發展缺陷、或精神病理表現之表徵…精神分析之技巧不包括對於『轉變』或『修復』個人性傾向之目的性努力；此種努力違背精神分析治療的基本原則，並經常藉由增強具傷害性的內化同性戀恐懼，而導致重大心理苦痛。」
6. 美國醫學會的官方立場聲明(American Medical Association, 2007)表示：「美國醫學會鼓勵臨床醫師、醫學院、醫院、以及診所擴展其對病患、醫療工作者、或是職員的反歧視宣言，以將『性傾向、性別、或是所察知之性別』列入所有反歧視宣言中。」並聲明：「美國醫學會(1)相信醫師對性傾向及行為的不評判的察知，可以增進對病人提供適當照護的能力；(2)在教育醫師認識性傾向議題上，須擔負領導角色；(3)反對基於假設同性戀本

身為一精神疾病、或是基於認為病患應當改變其性傾向之觀點，而進行之『矯正療法』或『轉變療法』。」

7. 世界醫學協會在醫師誓詞（即著名的「日內瓦宣言」）1994年修訂版中(World Medical Association, 1994)，明確宣示平等及反歧視立場：「我將不容許有任何關於年齡、疾病或失能、宗教、種族、性別、國籍、政見、性傾向、或社會地位的考慮，影響我對病人的職責。」

因此，西方當代醫學、精神醫學及心理學界，除了強調不同性傾向均為正常外，也強力宣示對不同性傾向的平等看待、反對基於性傾向的歧視、並反對以改變性傾向為目標的治療。可惜的是，一向採納西方醫學為知識主幹的台灣醫學界，迄今仍未有任何關於性傾向之宣示、關注、教育文件或立場聲明。

三、當代精神醫學對性傾向及性認同的理解與臨床觀點

(一) 性特質(sexuality)的多樣性

心理學及性別研究對於性特質之多面向(multi-dimension)與多樣性(diversity)的理解，已為當代精神醫學採納。要理解人類性特質，則需要瞭解個體在生物的性(biological sex)、性別認同(gender identity)、性別角色特質(gender role characteristics)、性行為(sexual behavior)、性傾向(sexual orientation)、以及性認同(sexual identity)等不同面向之狀態，並體認各面向之不同光譜分布的存在。實務上，作者認為發展心理學家

Savin-Williams等人所提出對於青少年性傾向、性行為及性認同三者的區分，是相當清晰而實用的概念架構(Perrin et al.,

2004; Ritch C. Savin-Williams, 2005)。三者個別的重要特性以下表呈現：

	性傾向	性行為	性認同
是一種選擇	否	是	是
不論時間變化均穩定不變	是 ¹	是/否	是/否
自我覺察	是/否	是	是
特屬於青少年期	否	否	是/否
類別性的（非光譜的）	否	是/否	是

此處最重要的觀念是，性傾向是內在先天的特質，性行為和性認同較偏向是在發展過程中自由意志的選擇。換言之，我有沒有同性戀的性傾向，是依照我的內在感覺、幻想、情慾、及受同性吸引的程度決定。我會不會有同性性行為，和我的性傾向不必然有關。我是否認同自己為「同性戀」、「同志」、「gay」、「lesbian」、「雙性戀」或其他，和我的性傾向及性行為有關係、但卻非必然相關（例如我可以從來沒有同性性行為，而仍認同自己為同志；或是，我有強烈的同性性傾向與性行為，但不稱呼自己是「同志」，而是其他的認同名稱）。性認同不是他人所能給予或定義的；性認同就如同其他之認同標籤，是個體自己從生活、成長和內省經

驗中，為自己決定而採納及命名的。區分此三者不僅在臨床醫療工作中有助於釐清概念，對於醫學所經常採用的流行病學觀點來說，也具有澄清「危險因子(risk factor)」、以避免強化刻板印象之作用²。

(二) 人口學層面

要理解精神醫學研究對「有多少人是同性戀」這個問題的回答，需要由所探究者究竟是性傾向、性行為、或是性認同來看：

1. 金賽博士在二十世紀中期，於美國達萬人以上的大規模深度訪談研究(Kinsey et al., 1948; Kinsey et al., 1953)顯示，在青春期的後，37%男性及13%女性曾經與同性發生達到性高潮的性行為；16-55

流行病學研究對於危險因子的定義及描述不夠細膩所致。有鑒於此，十數年來西方流行病學文獻多半使用「行為」為危險因子之描述對象，亦即描述「不安全性行為(unprotected sex)」；倘若牽涉個人身分者，亦傾向使用行為描述，如「和女人進行性行為的女人(women who have sex with women)」。因此，區分一個人的性傾向、性行為與性認同，有助於更細膩而完整的認識，而非落入刻板印象或以偏概全。

¹ 性傾向是否確實穩定不變，發展心理學界目前仍未有定論。雖然較早期研究結論均將性傾向概念化為兒童晚期至成年早期間發展穩定之個人特質，但晚近貫時研究顯示，就算在成年早期，性認同仍可能變化，而此變化與性傾向本身之流動性可能有關；此現象在女性尤其明顯(Diamond, 2008)。

² 例如，醫療論述中常被批評詬病的陳述「同性戀是愛滋病的危險因子」中，並未清楚定義所謂的「同性戀」為何，這乃是因為早期

歲的訪談個案中，有10%男性及4%女性於過去三年間，幾乎僅受同性吸引並發生性關係。【這些數字所表示的是「性行為」和「性傾向」，而非「性認同」。】

2.Laumann等學者在美國全國代表性抽樣調查(Laumann, Gagnon, Michael, & Michaels, 1994)的報告數字為：被同性在性方面所吸引（男性7.7%，女性7.5%）、18歲後曾有同性性行為（男性4.9%，女性4.1%）、過去一年內有同性性行為（男性2.7%，女性1.3%）、認同自己為同性戀或雙性戀（男性2.8%，女性1.4%）。【這個研究清楚區分性傾向、性行為、以及性認同三者。】

3.Sell等學者針對美國、英國和法國16至55歲成人，以全國代表性樣本估計(Sell, Wells, & Wypij, 1995)，在美國、英國及法國，分別有8.7%、7.9%、8.5%的男性，及11.1%、8.6%、11.7%的女性表示有受同性吸引的情形，但在十五歲後未曾經歷同性性行為。若是有受同性吸引的情形、或在十五歲後曾經歷同性性行為兩者之一或兩者皆有者，則有20.8%、16.3%、18.5%的男性，及17.8%、18.6%、18.5%的女性報告有此經驗。若是僅曾於過去五年內有同性性行為、而無受同性吸引者，則有6.2%、4.5%、10.7%的男性，及3.6%、2.1%、3.3%的女性有此情形。【這個研究清楚評估性傾向及性行為，但未評估性認

同。】

4.Sandfort等學者在荷蘭針對男性的全國調查(Sandfort, 1997)顯示，6%認同自己為gay或bisexual、7%至少曾有一次與男性戀愛之經驗、8%認為自己可能是同性戀、13%自述曾與男性發生性關係、而14%表示會受到男性生理上的吸引。【這個研究清楚區分性傾向、性行為及性認同三者。】

5.在美國二十世紀末最大規模的「全國青少年健康追蹤研究」(The National Longitudinal Study of Adolescent Health)發現，具代表性的一萬兩千多名青少年中，1.1%的男性及2.0%的女性曾有同性親密伴侶關係，而7.3%的男性及5.0%的女性曾有受到同性性吸引的情形(Russell & Joyner, 2001)。【這個研究主要探詢性傾向。】

6.在台灣，台北市建國中學進行的全校不記名普查（台北市立建國中學輔導室，2000）呈現，在3492名有效回覆者（全部為高中一年級至三年級男生）中，自己認同為同性戀有4.095%，雙性戀7.245%，異性戀87.457%，未明確填寫者1.203%。【這個研究問到的是性認同。】

7.台灣針對大專學生的全國分層抽樣調查中（抽樣4942人，2665人(53.9%)同意參與調查）（柯慧貞，2006），發現自認為性傾向為絕對異性戀占85.3%，大部分時間是異性戀占9.9%，雙性戀占

2.0%，大部分時間是同性戀占0.6%，絕對同性戀占0.7%，性傾向不確定者占1.5%。【這個研究問到的其實主要是性認同。】

8.2008年由精神健康基金會以電腦輔助隨機撥號進行電話訪問的台灣全國抽樣調查中（二十歲以上成人，成功完訪男性570人、女性544人）（楊聰財、胡海國，2009），表示在性方面（包括性幻想對象）只受異性吸引者64.3%、大部分受異性吸引少部分受同性吸引者5.4%、兩性差不多者15.3%、大部分受同性吸引少部分受異性吸引者1.4%、只受同性吸引者0.4%，不知道或未回答者13.2%。認為自己是絕對異性戀者88.7%、大部分時間是異性戀者3.1%、雙性戀者1.5%、大部分時間是同性戀者0.2%、絕對同性戀者0.3%，不知道或未回答者6.3%。有戀愛經驗且都是異性者81.6%、大部分是異性者1.0%、兩性平均者1.1%、大部分是同性者0.1%、都是同性者0.3%，從未談戀愛者12.9%，不知道或未回答者3.1%。【這個研究清楚區分性傾向、性認同、及親密戀愛關係三者。】

總結統計數字，在非異性戀特質中，最普遍的是同性間（性或情感層面的）吸引（7.5-17.1%），其次為同性性行為（1.3-13.0%），再其次為gay、lesbian或bisexual性認同（1.4-6.0%）。而發展心理學者目前的初步結論是(Ritch C. Savin-Williams, 2005)：在北美及歐洲國

家，至少約15-20%青少年及成人有某程度受同性吸引之情形（即具有非異性戀性傾向）；其中不到50%者為完全僅被同性所吸引。在所有青少年及成人當中，自我認同為gay、lesbian或bisexual者約有3-4%，目前有同性性行為者亦至少有3%，然而具有同性戀性傾向者遠多於此二數字。在台灣，這些數字可能近似於歐美。

（三）生物學層面

雖然當代精神醫學延續西方醫學傳統，以生物學觀點為知識主軸，但其關注對象亦逐漸從精神疾病擴展至生物心理學所關注的人類特質與行為，性傾向即為其中之一。在神經內分泌學與神經解剖學方面，雖有研究報告男女同性戀者與男女異性戀者間有若干腦神經核型態差異存在(Byrne et al., 2001; LeVay, 1991)，但未能進一步廣泛驗證，且「性傾向」與「性別角色特質」兩概念在這些研究中並未清楚區辨，因此目前尚未有確切結論。然而在遺傳研究方面，近二十年來數個大規模、樣本代表性佳之雙胞胎研究，均顯示遺傳因素對於性傾向而言，可一定程度解釋其變異量。例如，從澳洲四千九百多位雙胞胎研究，得到同性戀性傾向（此處定義為受同性性吸引、性幻想，或有性行為者）之遺傳率在男性為0.30至0.45、在女性為0.08至0.58(Bailey, Dunne, & Martin, 2000; Kirk, Bailey, Dunne, & Martin, 2000)；然而，非遺傳因素所能解釋之變異量亦相當。關於性傾向的生物學理解，目前之暫時結論為：(1)生物因素可能在出生前產生影響；(2)遺傳因素可以解釋的變異量明顯（和非遺傳因素相當），但目前

未有個別基因被驗證和此特質明確相關；(3)腦構造可能有差異存在；以及(4)男性與女性的性傾向是很不同的現象。

(四) 心理學層面：瞭解與協助

近半世紀以來，關於性傾向議題的心理學研究著重於認同發展歷程、內化同性戀恐懼(internalized homophobia)與異性戀主義(heterosexism)的影響、以及非異性戀者的精神健康議題。當代西方精神醫學亦採納心理學研究的觀點，關注相同的主题。

在認同發展歷程方面，雖然迄今最常被引用者仍為Vivienne Cass於1970年代所提出的線性發展模式(Cass, 1979)：

1. 認同困惑(Identity Confusion)：「我是誰？」
2. 認同比較(Identity Comparison)：「我和別人不一樣。」
3. 認同容忍(Identity Tolerance)：「我可能是同志。」
4. 認同接納(Identity Acceptance)：「我是同志。」
5. 認同驕傲(Identity Pride)：「同志是好的。異性戀是不好的！」
6. 認同統合(Identity Synthesis)：「我的同志身分，是我的一部份。」

但此模式乃是歸納自成長於二十世紀中期、充斥異性戀主義氛圍下的美國白人男性成長歷程，而晚近學者諸如Ritch Savin-Williams、Lisa Diamond等人對於成長於1980及90年代美國多族裔的

非異性戀青少年發展歷程研究顯示，其認同發展是多樣而流動的(Diamond, 1998, 2000, 2008; R. C. Savin-Williams, 1998; R. C. Savin-Williams & Cohen, 2004; R. C. Savin-Williams & Ream, 2007)，且男性與女性之發展相當不同(R. C. Savin-Williams & Diamond, 2000)，更由此進一步提出「差異性發展軌跡」(differential developmental trajectories)的概念(Ritch C. Savin-Williams, 2005)，認為個別青少年之認同發展里程碑³各有其不同演進順序(Perrin et al., 2004)。國內學者之小樣本質化研究亦有類似發現（劉安真，2001）。從作者的臨床與工作經驗對照，我們亦認為自1990年代以來，台灣非異性戀青少年的認同發展歷程，似亦可採用差異性發展軌跡的觀點、而非線性發展模式來理解，唯此仍須進一步研究驗證。

近二十年來，西方臨床精神醫學對於性傾向議題的關注，從流行病學的發現（較之於絕對異性戀青少年，具有非異性戀性傾向、性行為、或性認同者，有較高比率出現焦慮、憂鬱、自傷或自殺意念及行為、其他不適應行為、或壓力相關反應等）(Garofalo, Wolf, Kessel, Palfrey, & DuRant, 1998; King et al., 2008; Remafedi, French, Story, Resnick, & Blum, 1998; Russell & Joyner, 2001; Wichstrom & Hegna, 2003)，逐漸轉向探究導致這些不適應反應的原因。而其中主要的因

傾向/出櫃(disclosure of their same-sex sexuality/coming out)、「戀愛關係(romance relationship)」、「獲得正向的認同(acquisition of a positive identity)」、以及「向父母出櫃(disclosure to parents)」。

³ 這些里程碑包括「感覺自己和別人不一樣(feeling different)」、「受同性吸引(same-sex attraction)」、「認同標籤(identity label)」、「同性性行為(same-sex encounter/sexual behaviors)」、「向別人揭露其同性性

素，為異性戀主義與內化同性戀恐懼的影響，以及相關之偏見、歧視、校園霸凌(bullying)等經驗對於非異性戀青少年造成的傷害(Balsam, Rothblum, & Beauchaine, 2005; Bontempo & D'Augelli, 2002; D'Augelli et al., 2005; D'Augelli, Grossman, & Starks, 2006; Friedman, Koeske, Silvestre, Korr, & Sites, 2006; Herek, Gillis, & Cogan, 1999; Mays & Cochran, 2001; Otis & Skinner, 1996; Williams, Connolly, Pepler, & Craig, 2003)。內化同性戀恐懼影響深遠，尤其在於它對自我認同發展的傷害(Grace, 1992)，包括：(1)投注大量時間精力維持生存及防衛，卻非發展親密感和成長；(2)發展出一種普遍化的世界觀：認定世界是具有威脅性而危險的；(3)創造出兩個自我：以「公眾自我」掩蓋並保護被世界孤立的「私密自我」；(4)感到疏離

和孤立，因而增強了對於自己核心身分和基本需要的羞恥感。這些傷害直接或間接導致焦慮、憂鬱、自傷或自殺意念、及精神物質使用等精神病理狀態，高度影響個體人際與親密關係發展，並導致脆弱及低落的自尊與自我概念。有鑒於此，當代臨床精神醫學將「肯定式立場(affirmative stance)」視為與非異性戀案主進行心理工作的根本觀念及基調；精神醫學的聖經級教科書 *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 8th ed.中更明白揭示「接納、承認、且肯定 gay、lesbian及bisexual個體，是與其進行心理治療工作的基本要素」(Drescher et al., 2005)。肯定式立場是一種臨床工作的基調，著重協助個案覺察、面對並處理內化同性戀恐懼，以增強其自尊與自我認同。其特色如下表所整理(Milton, Coyle, & Legg, 2002)：

	非肯定式	肯定式
基本理念	將非異性戀性傾向病理化。	非異性戀性傾向不是病態，是健康、自然且正常的。
核心議題	「同性戀」本身。	內化同性戀恐懼。
發展觀點	未重視性傾向多元存在之可能。	視多元性傾向為發展主軸之一，治療者必須具備相關於該性特質之知識。
社會文化因素	忽略異性戀主義之影響。	強調異性戀主義之影響，著重在歧視性文化脈絡下之壓力議題。
治療結果	易因忽略性傾向議題，而強化內在恐懼／低自尊／症狀。	幫助個案覺察內化同性戀恐懼之影響，以增強自我形象與自尊。

以肯定式立場為基調的心理治療及精神醫療工作，除仍可沿用治療師原本所採用的治療理論與技術外（例如認知行為治療、精神動力取向心理治療、家族治療等），我們認為更須強調、辨認並善用非異性戀案主的韌力(resilience)。

儘管成長於嚴峻的異性戀主義氛圍與不友善對待之中，絕大部分非異性戀青少年仍然能夠發展健康的自我認同及自尊，而未明顯受到內化同性戀恐懼的傷害。究竟是什麼樣的個人、環境、以及家庭特質與歷程，使得這些青少年能夠

克服險阻而存活發展？倘若能夠促發並增強這些韌力特質與歷程，是否就能協助非異性戀青少年處理內化同性戀恐懼、降低異性戀主義的負面影響，而發展較為健康強壯的自我？我們認為，以韌力為基礎的諮商輔導與心理治療，可以和肯定式立場相輔相成，為需要協助的非異性戀青少年提供切合其發展與適應需求的幫助。

總結來說，當代精神醫學在臨床醫療上對於性傾向與性認同議題的態度與觀點，已經不再是「診斷－治療」的傳統醫療模式，而更接近女性主義式的培力(empowerment)觀點，以辨認權力結構、對抗歧視偏見與壓迫、增強自尊與自我概念為目標，並且更強調個人對於正向自我認同的培養。

四、結語

近三十年來，由於來自精神醫學內部及其他外部力量（包括非異性戀社群、心理學界、社會科學界等）的刺激與對話，在性傾向與性認同議題上，主流精神醫學已經不再願意扮演社會控制的角色，取而代之的是對人類多元性特質及非異性戀的認同，並且以協助具有非異性戀性傾向與性認同的個體接納其性特質狀態、對抗偏見、並發展正向自我認同，為臨床工作的主軸與目標。精神醫學應該作為人類發展的助力，而非阻礙。在二十一世紀的台灣社會，歷經十數年性別思潮與運動的刺激，醫學界應該正視性傾向與性認同議題、致力與非異性戀社群及相關學門對話、並且積極推動肯定式立場與反歧視觀點，否則醫療倫理的首要原則「First do no harm」

在面對非異性戀案主／病患時，只會淪為口號。另一方面，擔負橋樑角色的精神醫學在此轉變時刻，將更需要非異性戀個體與社群、教育界、心理學界、心理治療學界、社會科學界以及人文學界的刺激、支持與鼓勵，方能維繫其基於人本立場的助人初衷、以及協助個體正向發展並克服歧視與偏見的努力。

立基於此，我們除了期待台灣精神醫學社群發揮其專業及橋樑角色外(Lai, Gau, & Chiu, 2009)，亦誠懇呼籲台灣醫學界對於性傾向與性認同相關議題，提出正式之立場聲明(position statement)。我們並建議此立場聲明包括下列要點：

- 1.非異性戀之性傾向、性行為、性認同、與伴侶關係既非精神疾病，亦非人格發展缺陷或精神病理之表徵，而是人類性特質常見自然狀態之一。
- 2.醫療及助人工作者應認知，對於非異性戀性特質的不歧視與正確理解，如同對於其他人類特質（如性別、職業、種族等）的不歧視與正確理解一般，將有助於避免因誤解或歧視所致之傷害，並增進醫療照護與助人工作之實踐。
- 3.醫療及助人工作者為非異性戀病患或案主進行照護時，應採納肯定式立場為基本立場。
- 4.反對基於假設非異性戀為精神疾病或偏常狀態、或是基於認為案主應當改變其性傾向或性認同之觀點，而進行之「矯正治療」或「轉變療法」。
- 5.醫學研究應對於性特質之多面向與多樣性、以及性傾向與性認同

議題敏感並有所覺察。

6. 醫療及助人工作者應致力去除與非異性戀性特質相關之汙名，將關於非異性戀性特質之正確知識傳遞予社會大眾，並支持非異性戀個體及伴侶在社會與法律上所應接受的平權對待。

致謝

我們感謝王浩威醫師、丘彥南醫師、高淑芬教授、胡海國教授、謝文宜教授、趙淑珠教授、郭麗安教授、劉安真教授、謝芬蘭老師、謝月英老師、林慈玥老師、王振圍先生及鄭智偉先生等人的討論與鼓勵。並感謝匿名審查委員對本文的增改建議。

參考文獻

- 台北市立建國中學輔導室（2000）：同言異語—從數字看同志，**心泉108期**。台北市：台北市立建國高級中學。
- 柯慧貞（2006）：**全國大學生同志的壓力來源與心理健康**。台北：教育部訓委會。
- 楊聰財，胡海國（2009）：**2008全國精神健康指數調查報告**。台北：財團法人精神健康基金會。
- 劉安真（2001）：**「女同志」性認同形成歷程與汙名處理之分析研究**。彰化市：國立彰化師範大學。
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (2006). *Gay, Lesbian and Bisexual Adolescents*. Retrieved May 25, 2008, from http://www.aacap.org/cs/root/facts_for_families/gay_lesbian_and_bisexual_

adolescents

- American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence. (1993). *Homosexuality and adolescence. Pediatrics, 92(4)*, 631-634.
- American Medical Association. (2007). *AMA policy regarding sexual orientation*. Retrieved May 1, 2009, from <http://www.ama-assn.org/ama/pub/about-ama/our-people/member-groups-sections/glb-t-advisory-committee/ama-policy-regarding-sexual-orientation.shtml>
- American Psychiatric Association. (1973). *Homosexuality and civil right: Position statement*. Retrieved May 25, 2008, from http://archive.psych.org/edu/other_res/lib_archives/archives/197310.pdf
- American Psychiatric Association. (1998). *Psychiatric treatment and sexual orientation: Position statement*. Retrieved May 25, 2008, from http://archive.psych.org/edu/other_res/lib_archives/archives/199820.pdf
- American Psychiatric Association. (2000). *Therapies focused on attempts to change sexual orientation (reparative or conversion therapies): Position statement*. Retrieved May 25, 2008, from http://archive.psych.org/edu/other_res/lib_archives/archives/200001.pdf
- American Psychoanalytic Association. (2006). *Positional statements: Reparative therapy*. Retrieved May 25, 2008, from <http://apsa.org/ABOUTAP>

- SAA/POSITIONSTATEMENTS/
REPARATIVETHERAPY/tabid/472/
Default.aspx
- American Psychological Association.
(1997). Resolution on Appropriate
Therapeutic Responses to Sexual
Orientation. Retrieved May 25, 2008,
from [http://www.apa.org/pi/sexual.
html](http://www.apa.org/pi/sexual.html)
- Bailey, J. M., Dunne, M. P., & Martin, N. G.
(2000). Genetic and environmental
influences on sexual orientation and its
correlates in an Australian twin
sample. *J Pers Soc Psychol*, **78(3)**,
524-536.
- Balsam, K. F., Rothblum, E. D., &
Beauchaine, T. P. (2005). Victimization
over the life span: a comparison of
lesbian, gay, bisexual, and
heterosexual siblings. *J Consult Clin
Psychol*, **73(3)**, 477-487.
- Bontempo, D. E., & D'Augelli, A. R.
(2002). Effects of at-school
victimization and sexual orientation on
lesbian, gay, or bisexual youths' health
risk behavior. *J Adolesc Health*, **30(5)**,
364-374.
- Byne, W., Tobet, S., Mattiace, L. A., Lasco,
M. S., Kemether, E., Edgar, M. A., et
al. (2001). The interstitial nuclei of the
human anterior hypothalamus: an
investigation of variation with sex,
sexual orientation, and HIV status.
Horm Behav, **40(2)**, 86-92.
- Cass, V. C. (1979). Homosexual identity
formation: a theoretical model. *J
Homosex*, **4(3)**, 219-235.
- D'Augelli, A. R., Grossman, A. H., Salter,
N. P., Vasey, J. J., Starks, M. T., &
Sinclair, K. O. (2005). Predicting the
suicide attempts of lesbian, gay, and
bisexual youth. *Suicide Life Threat
Behav*, **35(6)**, 646-660.
- D'Augelli, A. R., Grossman, A. H., &
Starks, M. T. (2006). Childhood gender
atypicality, victimization, and PTSD
among lesbian, gay, and bisexual
youth. *J Interpers Violence*, **21(11)**,
1462-1482.
- Diamond, L. M. (1998). Development of
sexual orientation among adolescent
and young adult women. *Dev Psychol*,
34(5), 1085-1095.
- Diamond, L. M. (2000). Sexual identity,
attractions, and behavior among young
sexual-minority women over a 2-year
period. *Dev Psychol*, **36(2)**, 241-250.
- Diamond, L. M. (2008). Female bisexuality
from adolescence to adulthood: results
from a 10-year longitudinal study. *Dev
Psychol*, **44(1)**, 5-14.
- Drescher, J., Stein, T. S., & Byne, W. M.
(2005). Homosexuality, gay and
lesbian identities, and homosexual
behavior. In B. J. Sadock & V. A.
Sadock (Eds.), *Comprehensive
textbook of psychiatry* (8th ed., Vol.
one, pp. 1936-1965). Philadelphia:
Lippincott Williams & Wilkins.
- Freud, S. (1951). Historical notes: A letter
from Freud. *Am J Psychiatry*, **107(10)**,
786-787.

- Friedman, M. S., Koeske, G. F., Silvestre, A. J., Korr, W. S., & Sites, E. W. (2006). The impact of gender-role nonconforming behavior, bullying, and social support on suicidality among gay male youth. *J Adolesc Health, 38(5)*, 621-623.
- Garofalo, R., Wolf, R. C., Kessel, S., Palfrey, S. J., & DuRant, R. H. (1998). The association between health risk behaviors and sexual orientation among a school-based sample of adolescents. *Pediatrics, 101(5)*, 895-902.
- Grace, J. (1992). Affirming gay and lesbian adulthood. In N. J. Woodman (Ed.), *Lesbian and gay lifestyles: A guide for counseling and education* (pp. 33-47). New York, NY: Irvington.
- Herek, G. M., Gillis, J. R., & Cogan, J. C. (1999). Psychological sequelae of hate-crime victimization among lesbian, gay, and bisexual adults. *J Consult Clin Psychol, 67(6)*, 945-951.
- Hooker, E. (1957). The adjustment of the male overt homosexual. *J Proj Tech, 21(1)*, 18-31.
- King, M., Semlyen, J., See Tai, S., Killaspy, H., Osborn, D., Popelyuk, D., et al. (2008). A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry, 8(1)*, 70.
- Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., & Martin, C. E. (1948). *Sexual behavior in the human male*. Philadelphia, PA: WB Saunders.
- Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., Martin, C. E., & Gebhard, P. (1953). *Sexual behavior in the human female*. Philadelphia, PA: WB Saunders.
- Kirk, K. M., Bailey, J. M., Dunne, M. P., & Martin, N. G. (2000). Measurement models for sexual orientation in a community twin sample. *Behav Genet, 30(4)*, 345-356.
- Lai, M.-C., Gau, S. S.-F., & Chiu, Y.-N. (2009). Non-heterosexuality: Contemporary psychiatric perspectives. *Taiwanese J Psychiatry, 23(2)*, 104-119.
- Laumann, E. O., Gagnon, J., Michael, R. T., & Michaels, S. (1994). *The social organization of sexuality: Sexual practices in the United States*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- LeVay, S. (1991). A difference in hypothalamic structure between heterosexual and homosexual men. *Science, 253(5023)*, 1034-1037.
- Mays, V. M., & Cochran, S. D. (2001). Mental health correlates of perceived discrimination among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *Am J Public Health, 91(11)*, 1869-1876.
- Milton, M., Coyle, A., & Legg, C. (2002). Lesbian and gay affirmative psychotherapy: Defining the domain. In A. Coyle & C. Kitzinger (Eds.), *Lesbian and gay psychology: New perspectives* (pp. 175-197). Oxford, UK: Blackwell Publishers Ltd.
- Mondimore, F. M. (1996). *A natural history of homosexuality*. Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press.

- Otis, M. D., & Skinner, W. F. (1996). The prevalence of victimization and its effect on mental well-being among lesbian and gay people. *J Homosex*, *30(3)*, 93-121.
- Perrin, E. C., Cohen, K. M., Gold, M., Ryan, C., Savin-Williams, R. C., & Schorzman, C. M. (2004). Gay and lesbian issues in pediatric health care. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*, *34(10)*, 355-398.
- Remafedi, G., French, S., Story, M., Resnick, M. D., & Blum, R. (1998). The relationship between suicide risk and sexual orientation: results of a population-based study. *Am J Public Health*, *88(1)*, 57-60.
- Russell, S. T., & Joyner, K. (2001). Adolescent sexual orientation and suicide risk: evidence from a national study. *Am J Public Health*, *91(8)*, 1276-1281.
- Sandfort, T. G. (1997). Sampling male homosexuality. In J. Bancroft (Ed.), *Researching sexual behavior: Methodological issues* (pp. 261-275). Bloomington, IN: Indiana University Press.
- Savin-Williams, R. C. (1998). *"...and then I became gay": Young men's stories*. New York, NY: Routledge.
- Savin-Williams, R. C. (2005). *The new gay teenager*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Savin-Williams, R. C., & Cohen, K. M. (2004). Homoerotic development during childhood and adolescence. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, *13(3)*, 529-549, vii.
- Savin-Williams, R. C., & Diamond, L. M. (2000). Sexual identity trajectories among sexual-minority youths: gender comparisons. *Arch Sex Behav*, *29(6)*, 607-627.
- Savin-Williams, R. C., & Ream, G. L. (2007). Prevalence and stability of sexual orientation components during adolescence and young adulthood. *Arch Sex Behav*, *36(3)*, 385-394.
- Sell, R. L., Wells, J. A., & Wypij, D. (1995). The prevalence of homosexual behavior and attraction in the United States, the United Kingdom and France: results of national population-based samples. *Arch Sex Behav*, *24(3)*, 235-248.
- von Krafft-Ebing, R. (1886/1998). *Psychopathia Sexualis*. New York, NY: Arcade Publishing.
- Wichstrom, L., & Hegna, K. (2003). Sexual orientation and suicide attempt: a longitudinal study of the general Norwegian adolescent population. *J Abnorm Psychol*, *112(1)*, 144-151.
- Williams, T., Connolly, J., Pepler, D., & Craig, W. (2003). Questioning and sexual minority adolescents: high school experiences of bullying, sexual harassment and physical abuse. *Can J Commun Ment Health*, *22(2)*, 47-58.
- World Medical Association. (1994). World Medical Association International Code of Medical Ethics: Declaration of Geneva. Retrieved May 25, 2008, from <http://www.wma.net/e/policy/c8.htm>