

同性戀作為一種精神病： 從歷史的角度來看

Douglas C. Kimmel 萬延海

摘要

本文從歷史的角度考察了西方社會對待同性戀的態度的演化，從同性戀被譴責為罪惡到被認為是一種精神疾病，一直到最近根據經驗研究和跨文化研究，國際醫學和心理學共同體確認人類性傾向的多樣性是一種正常現象，同性戀與異性戀一樣是自然的。

關鍵詞：同性戀 異性戀 雙性戀 性傾向 精神疾病

Douglas C. Kimmel, 男, Ph.D., 美國紐約城市大學城市學院心理學系；
萬延海, 男, 醫學士, 北京現代管理學院健康人類學系, 北京8051信箱, 郵政編碼：100088。

《中外醫學哲學》I：4(1998年12月)：頁167~175。

© Copyright 1998 by Swets & Zeitlinger Publishers.

名詞同性戀 (homosexuality) 是由一名德國醫生 Benkert 於1869年創造的 (Plummer, 1984)。這個詞描述的是，對異性人士不能做出性反應，卻被自己同性別的人所吸引。今天，同性戀、異性戀和雙性戀，被認為是不同類型的“性傾向”，其定義是：持久的對某一特定性別成員在性愛，感情或幻覺上的吸引；因此，同性戀指的是對自身性別成員基本的或絕對的吸引。

在 Benkert 創造這個醫學名詞之前，同性性行為被基督教會譴責為罪惡，并在一些歐洲國家，包括英國，被定為違法。在某些情況下，男人會因為介入同性性行為受到監禁，比如100年前英國的奧斯卡·王爾德的著名案例。西方人關於同性性行為有罪的信念的起源，可以追溯到12世紀。耶魯大學著名的歷史學家 Boswell 發現，同性戀者在大多數歐洲國家的許多層次的社會中是傑出的，有影響的和受到尊重的，并在那個時代的文化遺產中留下永恆的印記，無論是宗教方面還是在世俗社會。

但是，大約從12世紀後半葉開始，比較惡毒的敵意出現在通俗文學中，并最终傳播到神學和法律文獻中。13和14世紀是一個對任何異端都不寬容的時代，包括十字軍東征討伐非基督徒，對猶太人的排斥，和對被懷疑為危險分子的人們日益嚴重的肆意鎮壓。Boswell 注意到，這種不寬容的表現影響了隨後數個世紀的歐洲社會。福柯 (1979) 在他的《性史》中追溯了，伴隨着工業革命中日益增強的世俗社會的政府和醫學專業的權威，對同性戀的譴責從宗教轉移到世俗社會和醫學專業。

在19世紀末期，在歐洲和美國，作為這種歷史勢力會聚的結果，同性性傾向被認為是一種醫學上的診斷單位，同時也被當做是罪惡的和違法的行為。然而，在20世紀初期，那些在性愛和感情上對其同性產生吸引的男人和女人們在城市地區組成益友網絡和聚會地點。在如紐約這樣的城市，這些聚會地點在

那些本世紀20年代性解放的一代人中是廣為知曉的和經常光顧的。在本世紀30年代著名的社會壓制下，隨着法律的頒佈和警察的鎮壓，這個時期社會對同性吸引的接受宣告結束。經濟壓迫迫使許多男人失去工作，從而復蘇了對異性戀陽剛之氣的強調，這可能是再次出現對同性戀不寬容的一個原因。

本世紀20年代，在德國，一個同性愛運動產生了，并有一個圖書館和中心在柏林建立。1939年，納粹摧毀了這個中心，焚燒了那個圖書館。隨後不久，這個政府頒佈法律禁止同性性行為，數以千計的同性戀者被監禁并死在集中營中。佛洛伊德這個時期逃離德國，在倫敦避難。在20年代，他曾在一份請願書上簽名，支持同性愛運動，并在一封著名的信中寫道，雖然同性戀對社會沒有什麼好處，但是這也不是什麼精神病意義上的病理現象。

第二次世界大戰將男人與男人和女人與女人以前所未有的數目聚集在一起。在美國，結果是對武裝部隊中所謂的同性戀者的清洗，一直延續到戰爭結束以後，并在50年代參議員 Joseph McCarthy (麥考錫) 反同性戀和反共產主義運動中被進一步擴大化。在這種社會氣氛中，Alfred Kinsey和他的助手在美國發表了他們對性行為進行科學研究的第一個報告，發現為數眾多的男人經歷過同性性行為。其隨後的研究發現，這些經驗在女人中也發生。這些研究資料受到嚴厲批評，但是卻給當時洛杉磯、舊金山和紐約的同性愛運動提供了支持。歐洲也有同性愛運動，包括阿姆斯特丹和哥本哈根的同性愛運動。同性愛報紙，雜誌，私人俱樂部和公共場所聚會，開始質疑主導的同性性行為是疾病的觀點。但是，醫生和精神病學家依然採用激素注射、休克療法、闖割甚至腦科手術，試圖治療同性性吸引。精神分析專家聲稱，家庭病理引起性的偏離，比如同性戀，并且病人經常接受數年無效的治療。第一個對同性戀作為精神疾病的經驗性研究是加州大學洛杉磯分校的 Evelyn

Hooker在國家精神衛生研究所支持下開展的。她的研究於1955年在美國心理學會年會上做了報告，並於1957年發表。根據當時使用的最好的心理量表（羅夏墨跡測驗，統覺測驗，看圖講故事測驗），並請到了出色的量表說明師（比如，Klopper負責解釋羅夏墨跡測驗），Hooker（1957）對30個同性戀男人進行了研究，並對照了30個同樣年齡、智商和教育情況的異性戀男人。這些男人中沒有人在研究之前接受過心理治療。結果是，量表的專業解釋者不能把同性戀者和與其對照的異性戀者進行區別，而且專家給這些男人心理健康打的分數在同性戀者和異性戀者之間沒有區別。因此，這一研究說明，同性戀並不作為一個疾病單元而存在，不能用心理測驗進行區別，在心理健康的測量中同性戀並不顯著。許多隨後的經驗性研究支持這一結論，在性傾向和心理病理方面沒有關係。

在70年代早期，那些本人是同性戀者的心理學家和精神病學家們開始要求其專業團體關注Hooker和其他人的經驗性研究。他們同時指出，支持同性戀病理學觀點的臨床研究是根據那些在接受心理治療，進監獄或精神病院的人們中選取的樣本。相反，Hooker的樣本選自那些既不是精神科病人也不住在監獄或精神病院的男人。到1973年，美國精神病學會理事會確信，同性戀不是一個精神疾病。在將同性戀作為精神病分類單位從其《診斷和統計手冊（DSM）》中刪除時，該學會聲明：“同性戀本身並不意味着判斷力、穩定性、可信賴性，或一般社會或職業能力的損害。”但是，修訂後的手冊（DSM-3）包括了“自我不和諧的同性戀”這一可以治療的疾病單位。美國心理學會代表大會通過投票，贊成美國精神病學會將同性戀從精神疾病分類中刪除的行動，並進一步呼籲“所有精神衛生專家發揮領導作用，消除長期以來與同性戀性傾向有關的偏見。在隨後的修正中，DSM-3-R的疾病名單上，既不包括同性戀，也不包括自我不和諧的同性戀。根據DSM-3-

R，精神疾病的定義是：“臨床上明確的發生在某個人身上的行為或心理上的綜合徵或模式，其伴有現時的苦惱（痛苦的症狀）或無能（一項或多項重要方面功能的損害）或有着明顯的導致死亡、疼痛、傷殘或嚴重失去自由的巨大危險。”（美國精神病學會，1987）。因此，精神疾病的標準既不適用於同性戀，也不適用於自我不和諧的同性戀。最近的版本DSM-4在其中也不包括這兩個名稱。

70年代以前對同性戀的研究主要包括個案研究或軼事報告，重在其假定的病理方面，企圖確定其原因，從而消滅它。這種研究被描述為，基於一種信仰體系，認為異性戀比同性戀優越，或比同性戀更加自然。最近的更多研究集中在女男同性戀者的特徵，其心理社會問題，以及社會對同性戀者的態度。在80年代，心理學界一種時興的觀點認為，同性戀是一種在性愛吸引和關係上的自然變異，並且男女同性戀者身分的確定是一個可行的和健康的選擇，而許多女男同性戀者生活中的問題被認為來自於負面的對同性戀的社會態度。

三個有重要意義的經驗性研究項目（除了Hooker的先驅性工作）被認為影響了20世紀後期精神病學，心理學和醫學對同性戀的認識。同時，女權運動和女男同性戀者運動在精神衛生領域組織了起來。公開的男女同性戀者發言人，給了人們可見的個人證據，說明那些經驗性研究資料是有根據的，並且，作為同性戀者，他們並不精神錯亂或病態。

1、Masters和Johnson（1979）報告了異性戀者與同性戀者男女在性反應和性行為方面的差異和共性。他們發現，同性戀和異性戀男人或同性戀和異性戀女人在性反應上沒有解剖或生理上的差異。這一研究否定了早先的看法，以為同性戀有着某些身體或性的異常。而且，在一獨立的對Masters和Johnson稱為“雙性戀者”的男人和女人的研究中，他們發現，這些男人當其和男性性伴侶一起時，他們像同性戀男人一

樣做出反應，而當其和女性性伴侶一起時，他們像異性戀男人一樣做出反應。同樣的，雙性戀女人當其和女性性伴侶一起時，她們像同性戀女人一樣做出反應，而當其和男性性伴侶一起時，她們像異性戀女人一樣做出反應。因此，就其能夠在性方面對男性和女性性伴侶做出反應來說，一些人是雙性戀者。Masters和Johnson注意到，這些資料明顯地表示出，沒有科學上的理由說明同性戀者是有病的：“同性戀男人和女人以及異性戀男人和女人之間就其對相似的性刺激做出反應的生理能力而言，沒有真正的區別。換句話說，沒有身體事實依據支持這樣的老調，‘我的方式比你的好。’因此，有理由做出推論，一旦引起注意，這些發現將導致當前文化觀念的重要變更。”

2、在一項印第安納大學Alfred C. Kinsey性研究所的研究中，Bell, Weinberg和Hammersmith (1981) 對比了具有相似年齡，教育和宗教背景的979名同性戀成人和477名異性戀者。這項研究發現，童年時期和其家長的關係，包括和異性家長的關係，對他們今後成為同性戀者或異性戀者沒有顯著影響。另外，該研究發現，沒有經驗性資料支持那種廣泛流傳的觀念，認為同性戀起因於年長者的勾引，或因為和異性成員不尋常的經歷，或由於被其他人標籤為同性戀者。這些發現駁斥了早先的關於同性戀成因的理論，包括精神分析學派的觀點，認為同性戀起因於和父母或異性的病理性關係。這些理論一直基於小規模的對前來尋求治療其同性戀的人進行的案例研究。相反，這一科學的經驗性研究基於生活在社區中并標榜自己為同性戀者的同性戀男人和女人。這一研究同時得出了如下重要的結論：

(1)在男孩和女孩到達青春期時，他們的性偏愛已經決定，甚至儘管他們還沒有變得特別地性活躍；

(2)在他們的調查對象中，同性戀是通過性的感覺被意識到

或被強化，而這些感覺通常發生在第一次“以前的”同性戀性活動之前三年左右；而且，正是這些感覺，而不是同性戀性活動，在成年人同性戀的發展中起到關鍵作用；

(3)特別是，他們研究中的同性戀男人和女人在其童年和青春期并不缺乏異性戀性經驗。但是，他們發現這種經驗并不令人滿意，并從中確定了自己是什麼樣的。

這些發現和這樣的觀念是一致的，性傾向可能受到遺傳或生理因素的影響，并在生命早期就產生作用。最近的對同性戀男人與異性戀男人腦的解剖差異研究（比如，Allen & Gorski, 1992; LeVay, 1991; Swaab & Hofman, 1990）和同性戀家族歷史研究（比如，Bailey & Benishay, 1993; Bailey & Pillard, 1991; Bailey, Pillard, Neale, & Agyei, 1993; Hamer, Hu, Magnuson, Hu, & Pattatucci, 1993）表明，至少對一部分人來說，同性戀性傾向可能反映了神經解剖或遺傳的差別。

3、數十年來，John Money工作於Johns Hopkins 大學醫學院，研究性特徵和性差異的發展。1966年，他創建了“性別認同診所”，并寫下了34本書和346篇科學論文。他的一項主要貢獻是區別了生物學性別，社會性別認同和性傾向：鑒於此，一個人可以是生物學上的男性，具有男性的社會性別認同和社會角色，并可能是同性戀的，異性戀的，或雙性戀的。因此，Money 的研究表明，一個人的性傾向是其性愛和感情圖譜的一個方面；但是，這不同於其生物學性別或其社會性別認同與角色。因此，根據外貌，舉止或社會性別角色，常常不能將同性戀男女與異性戀者進行區別。

Money 也注意到了跨文化研究的重要性。在某些文化中，存在着制度化的強迫性同性戀階段，比如，在新幾內亞的Sambia人中，男人們相信，如果他們想要成為成熟的異性戀成年男人，他們就必須吸收男人的精液。Money (1987/

1993) 指出：在Sambia文化中，逃避而不是參與同性戀發展階段，被認為是極少發生的，而一旦發生，這個男人就會被歧視為不正常。相反，在我們的文化中，參與同性戀被認為是少見的，被歧視為不正常，需要做出解釋。”。因此，來自發展性學和跨文化研究的經驗性證據說明，正如異性戀一樣，同性戀是複雜和多面的，必須放在順時的和共時的雙性戀的背景下加以理解。

總之，Gonsiorek (1991) 回顧了同性戀研究并總結道：“那些主張同性戀者與異性戀者之間存在差異就是意味着適應不良的理論是不負責任的，無知的，或兩者兼而有之”。

隨着日積月累的經驗性研究，跨文化研究，以及來自數個精神衛生組織的壓力，其中包括美國心理學會，世界衛生組織在修改後的《ICD-10精神與行為障礙分類》中將同性戀從成人人格與行為障礙的名單上刪除了（世界衛生組織，1992）。這一分類方案的前言中指出：“一種分類也是一個時代看待世界的方式。無疑，科學的進步和運用這些指導手冊的經驗，最終將會要求修改這些指導手冊，跟上時代。”這一分類方案的現場測試在幾個國家進行。這個分類列入了幾種性別認同障礙，包括變性和兒童性別認同障礙。這個分類列入了幾種性偏愛障礙，比如戀物、露陰和窺陰；但是，這些都特別排除了“與性傾向有關的問題”。這個分類也列入了“與性的發展和性傾向有關的心理與行為障礙”，注釋道：“性傾向本身並不能被認為是障礙”（p. 221）。這些障礙包括性成熟障礙，自我不和諧的性傾向，以及性關係障礙；每一分類還可以根據問題是異性戀，同性戀或雙性戀而做進一步分類。

因此，兩個運用最廣泛的精神疾病診斷分類方案，DSM-4和ICD-10都不再將同性戀本身包括在精神疾病分類單位中。

將同性戀從精神疾病分類中刪除的決定可以被理解為出於

三個理由。首先，那些公開其性傾向的同性戀者出現在生活的所有方面和所有的社會中，而且他們和異性戀者一樣，融入這些社會，過着建設性的有意義的生活。其次，經驗性科學研究令人信服的證據說明，同性戀不是一個病理學整體。再次，西方心理學已經開始認為，性傾向是正常人類多樣性的一個方面，並且其他文化中有着一系列不同的社會態度，提示這種行為可以被認為是正常或至少是可以接受的，除非存在着強烈的反對這種行為的宗教偏見。