

同性恋非病理化 以及相关文件

北京爱知行研究所

同性恋自我认同系列读本



目 录

- 1、中国同性恋走向正常…*P2*
- 2、质疑 CCMD-3 中的同性恋条文（2003 年发表）…*P20*
- 3、同性恋作为一种精神疾病：从历史的角度来看…*P29*
- 4、世界卫生组织如何看待同性恋…*P40*
- 5、世界卫生组织关于同性恋非病理化的澄清声明…*P42*
- 6、《国际疾病分类》如何看待同性恋：一个澄清…*P43*
- 7、美国精神病学会关于同性恋的声明…*P46*
- 8、无名的英雄：Evelyn Hooker 和她关于同性恋的研究…*P52*
- 9、爱知的一生——艾弗伦·胡克博士和她的同性恋研究…*P55*
- 10、美国精神病学会发表正式声明支持同性婚姻（2005 年新闻）…*P67*

中国同性恋走向正常

万延海

2001年3月2日（北京时间）傍晚，我给中华精神科学会“中国精神疾病分类与诊断标准（CCMD-3）”工作组组长陈彦方教授打了电话。中华精神科学会是中华医学会下属的精神医学分支学会；陈彦方教授是中华精神科学会常委会副主任，山东医科大学精神医学教研室主任。

1996年9月，中华精神科学会设立CCMD-3工作组，重新制定中国精神疾病分类与诊断标准，计划在随后的几年（预计到2000年）中，制定出符合中国“国情”并尽可能与国际标准接轨的中国标准。陈彦方教授担任组长，崔玉华（北京大学第六医院）和施慎逊（上海市精神卫生研究所）担任副组长。关于“同性恋”的部分，主要由朱昌明（华西医科大学附属医院精神科）负责临床测试，但是所有CCMD-3工作组成员都有责任收集案例。

4年过去了。和陈彦方的这个电话是激动人心的。首先，陈彦方教授说，“我们认为同性恋性行为是正常的”，但是考虑到一些个体在成长过程中出现的焦虑和苦恼，保留“自我不和谐的同性恋”，从而和世界卫生组织第十版国际疾病分类（ICD-10）保持一致。

陈彦方教授指出，“中国精神病学家作出这个决定是谨慎的。专家们研究了51名同性恋者，其中6人是临床求诊病人，发现一些同性恋者存在心理冲突；中国精神病学家参加了美国精神病学会2000年年会，与支持同性恋和反对同性恋的双方进行了会谈；参照了世界卫生组织第十版国际疾病分类；最后经过中华精神科学会常委会的通过。”负责专家说，同性恋在第二版中国精神疾病诊断标准中更加接近病态，而在第三版更加接近正常。笔者从CCMD-3工作组秘书那里先前已经知道，中华精神科学会常委会在去年年底通过了这个新的标准，新标准将于4月中旬出版。

虽然专家声称，新的标准参考了世界卫生组织第十版国际疾病分类（ICD-10），但是看上去中华精神科学会新的标准更加接近 1973 年美国精神病学会的决定。1973 年，美国精神病学会理事会确信，同性恋不是一个精神疾病。在将同性恋作为精神病分类单位从其《诊断和统计手册（DSM）》中删除时，该学会声明：“同性恋本身并不意味着判断力，稳定性，可信赖性，或一般社会或职业能力的损害”（美国精神病学会，1973）。但是，修订后的手册（DSM-3）包括了“自我不和谐的同性恋”这一可以治疗的疾病单位。在随后的修正中，DSM-3-R 的疾病名单上，既不包括同性恋，也不包括自我不和谐的同性恋。根据 DSM-3-R，精神疾病的定义是：“临床上明确的发生在某个人身上的行为或心理上的综合征或模式，其伴有现时的苦恼（痛苦的症状）或无能（一项或多项重要方面功能的损害）或有着明显的导致死亡、疼痛、伤残或严重失去自由的巨大危险”（美国精神病学会，1987 年）。因此，精神疾病的标准既不适用于同性恋，也不适用于自我不和谐的同性恋。最近的版本 DSM-4 在其中也不包括这两个名称。

国际标准

随着日积月累的经验性研究，跨文化研究，以及来自数个精神卫生组织的压力，其中包括美国心理学会，世界卫生组织在修改后的《ICD-10 精神与行为障碍分类》中将同性恋从成人人格与行为障碍的名单上删除了（世界卫生组织，1992）。这一分类方案的前言中指出：“一种分类也是一个时代看待世界的方式。无疑，科学的进步和运用这些指导手册的经验，最终将会要求修改这些指导手册，跟上时代”。这一分类方案的现场测试在几个国家进行。这个分类列入了几种性别认同障碍，包括变性和儿童性别认同障碍。这个分类列入了几种性偏爱障碍，比如恋物，露阴和窥阴；但是，这些都特别排除了“与性倾向有关的问题”。这个分类也列入了“与性的发展和性倾向有关的心理与行为障碍”，注释道：“性倾向本身并不能被认为是障

碍”。这些障碍包括性成熟障碍，自我不和谐的性倾向，以及性关系障碍；每一分类还可以根据问题是异性恋，同性恋或双性恋而做进一步分类。

中国标准

CCMD-2

1989年中国精神疾病分类和诊断标准（CCMD-2）经中华神经精神科学会（注：后来神经科和精神科分开，前者主要关注器质性病变，后者主要关注心理活动，相关但有所区别。）通过颁布。1994年CCMD-2修订稿CCMD-2-R经中华精神科学会通过执行，其中特别申明，“将同性恋仍列为性变态，不采纳国外从疾病分类系统中删除、完全视为正常的做法。”

这些专家做出这种决定的背景是复杂的。有专家认为，同性恋者受到社会伦理乃至刑事迫害，医学专家可以提供病理的标签为当事人做庇护，比如，有时有这样的例子，警察把人带来了，问精神医生，这（同性恋）究竟是“流氓”、还是精神“有病”，如果是病，就留在你这，如果不是，我马上带走。有专家认为，同性恋违背伦理法律，所以精神医学有责任去改造和控制同性恋。病理学标签同时为社会歧视和迫害提供了借口。

CCMD-2-R第62条对“性变态”的解释：“有性行为异常的性心理障碍，其共同特征是对常人不引起性兴奋的某些物体或情境有强烈的性兴奋作用，或者采用与常人不同的异常性行为方式满足性欲或有变换自身性别的强烈欲望。不包括单纯表现为性欲减退或亢进和性生理功能方面的障碍。”“诊断标准：1、对常人不引起性兴奋的某些物体、对象或情境，有强烈的性兴奋作用，因此努力去追求，或采用异常性行为方式满足性欲，或有强烈改变自身性别的欲望。2、除性心理方面异常外，其他与之无关的精神活动均无明显障碍。3、并非其他精神障碍所引起。”该条目下面包含“性指向障碍”，其中对“同性恋”的解释是：“在正常条件下对同性成员持续表现性爱倾向，包括思想、感情和性爱行为，对异性缺乏或减弱性爱倾向，也可有正常的性

行为。”诊断标准：“1、符合性变态的诊断标准。2、从少年时期开始，在可与异性经常接触的环境中，持续表现对同性成员的性爱倾向，不论个体对此种倾向和谐接受（ego-syntonic）或厌恶烦恼（ego-dystonic），均属此诊断。3、对异性成员可持续缺乏性爱倾向，因此难以建立和维持与异性成员的家庭关系。”

从 CCMD-2-R 对“同性恋”和“性变态”定义看，所有的同性恋者均包括在性变态中，但是“双性恋者”不在其中。

CCMD-3

1996年9月，中华精神科学会设立 CCMD-3 工作组，重新制定中国精神疾病分类与诊断标准，计划通过几年时间，制定出符合中国“国情”并尽可能与国际标准接轨的中国标准。中华精神科学会常委会在去年年底通过这个新的标准，新标准将于 2001 年 4 月中旬出版。

根据《桃红满天下》网站编辑和陈彦方教授电话交谈的记录，CCMD-3 对“性指向障碍”的解释是：“性指向障碍指起源于各种性发育和性定向的障碍。从性爱本身来说，不一定异常，但某些人的性发育和性定向可伴发心理障碍，如个人不希望如此或犹豫不决，为此感到焦虑、抑郁，及内心痛苦，有的试图寻求治疗加以改变。这是 CCMD-3 纳入同性恋和双性恋的主要原因。”对“同性恋”的诊断标准是：“1、符合性指向障碍的定义。2、在正常生活条件下，从少年时期就开始对同性成员就持续表示性爱倾向，包括思想、情感，及性爱行为。3、对异性虽然可以有正常的性行为，但性爱倾向明显减弱或缺乏，因此难以建立和维持与异性成员的家庭关系。”

CCMD-3 区别与 CCMD-2 的是，性指向（这里包含同性恋和双性恋）“从性爱本身来说，不一定异常，”表示同性恋或双性恋作为整体概念并不异常。CCMD-3 中的“同性恋”疾病单位只包含“自我不和谐”（ego-dystonic）的同性恋，不包括“自我和谐”（ego-syntonic）的同性恋。CCMD-3 包含了自我不和谐的双性恋的情况。

陈彦方教授指出，CCMD-3 里的“同性恋”和社会上普遍指的同性恋有些不同，因为 CCMD-3 的诊断对象只包括那些自我感觉不好并希望寻求治疗的同性恋者。

问题提出

1996 年 9-10 月，我、石头和刘女士陪同作家杜先生采访一些心理和精神卫生专家。在采访过程中，北京医科大学第六医院司法精神病学专家方明昭教授谈到了中华精神科学会新近成立 CCMD-3 工作组的情况，并提供了出版物“CCMD-2-R 中国精神疾病分类方案和诊断标准”和世界卫生组织“ICD-10 精神与行为障碍分类”。随后，爱知行动项目提出了中国同性恋非病理化的呼吁。

爱知行动

1996 年 10-12 月期间，爱知行动项目开展了下列活动，旨在推动中国同性恋的非病理化：

- 1、电话采访了 CCMD-3 工作组济南、北京、南京、上海、成都和长沙的成员，听取他们/她们对同性恋病理化/非病理化的意见。

- 2、寻找心理学和精神医学领域对同性恋议题敏感或友好专家的意见，动员他们/她们参与同性恋非病理化的工作。

- 3、编辑《爱知简报》第十四期（1996 年 11 月 10 日出版，1000 册），内容包括中国同性恋的病理化现状、国际同性恋非病理化的趋势、美国心理学会关于同性恋的政策声明、同性恋的“医学化”和“非医学化”和少数人的权利等。简报邮寄给了 CCMD-3 工作组所有 47 名成员和顾问、全国 170 个精神病院、全国将近 300 名心理学家、性学家和卫生机构，其余资料邮寄或送给了爱知行动项目在各地有联系的人，或在公园发放。

4、走访 CCMD-3 工作组成员。1996 年 11 月，美国同性恋亲友组织成员拉奥访问北京，我陪同拉奥访问了 CCMD-3 工作组成员陈彦方、崔玉华、肖春琳以及南京脑科医院著名精神医学专家鲁龙光教授及其助手、青岛医学院性健康中心张北川及其助手。和陈彦方教授的谈话中，陈表示，如果要改变 CCMD-3 对同性恋的定义，需要科学研究的数据；当时，我提醒陈彦方教授，CCMD-2 将同性恋定义为“性变态”其实很缺乏科学研究的数据。

5、召开座谈会。1996 年 12 月，爱知行动项目就同性恋病理化与非病理化召开两次座谈会，组织专家和男女同性恋者对话。幸运的是，CCMD-3 工作组成员、北京回龙观医院刘华清大夫积极参与了讨论，并表示希望同志社群能够配合他的研究。他希望在普通人群中、而不是单纯在医院对同性恋者进行心理测试。随后，爱知行动项目成员积极配合了刘华清大夫的研究工作。

1997 年元月，我应邀访问美国南加州大学女权主义研究中心和 ONE 研究所，开展中美同性恋病理化/非病理化比较研究。期间，并和二言、YOUYUN 等人共同筹建“北美华人性别与性倾向研究会”，创办《桃红满天下》网络杂志，推动中国同性恋的非病理化运动。

1998 年，在国际性少数人基金会的资助下，根据《桃红满天下》杂志翻译或撰写的研究报告，爱知行动项目出版多期《爱知简报》，侧重精神卫生和同性恋议题，除了给所有 CCMD-3 工作组成员邮寄外，还在第二届亚太精神卫生国际会议上散发约 200 套，在全国心理咨询热线研讨会上散发约 100 套，在北京医科大学一心理咨询研讨班上散发 50 套，其余在女权主义研讨会和柠檬树酒吧同志沙龙散发。

桃红满天下

1997 年，留学美国的中国学生、学者二言、YOUYUN 和我等发起成立“北美华人性别与性倾向研究会”（Chinese Society for the Study of Sexual Minorities, CSSSM）和创办网络杂志《桃红满天下》。在 8 月底的成立会议

上，二言做创会报告，把研究会宗旨主要放在推动中国精神病学界将同性恋非病理化问题上。用二言的话说，这是一个非政治化的路线；用 YOUYUN 的话说，这是一个科学的路线，不是政治路线。该研究会在下列方面推动中国同性恋非病理化的运动：

1、联系中国和美国的精神医学和心理学同行，增进关于同性恋非病理化/病理化的交流，包括动员美国精神病学会、美国心理学会和其它精神卫生组织给中华精神科学会写信，促成他们/她们的中国同行改变对同性恋的态度和政策；帮助中国同行参加国际学术活动。

2、大量翻译和编写了美国心理学家和精神病学家在同性恋方面的研究和政策，通过电子网络和《爱知简报》印刷版传递给中国男女同性恋社群、心理学家和精神病学家等。《桃红满天下》目前是网络上难得的中文同性恋文献资料库。

3、直接参与国内同性恋问题的讨论，比如 1997 年下半年浙江《精神卫生通讯》关于同性恋病理化/非病理化的辩论中，二言就写文章支持非病理化的主张。

4、作为中国大陆留学美国和加拿大的学生和学者组织，在性别与性倾向议题上，CSSSM 起到了独特的连接中国与国际社会的桥梁作用，从而推动着中国大陆对同性恋的开明、求实的态度。

中国专家的辩论

1997 年下半年，一个坚持同性恋病理化主张的文章引发了一场中国精神卫生领域关于同性恋病理化/非病理化的讨论。

1997 年 8 月 1 日，《精神卫生通讯》（浙江省精神卫生研究所主编）刊登了著名精神医学专家贾谊诚题为“我国是否应取消同性恋诊断？”的文章。编者按这样写道：有关“同性恋”的诊断是否该取消，目前国内存在两种观点。一种观点是“采纳 DSM-4 和 ICD-10 的标准，将‘同性恋’从精神障碍

中予以剔除，视其为正常性行为；”另一种观点认为“同性恋”是异常性行为，也不符合我国的社会道德规范。贾谊诚教授的来稿正是反映了上述两种观点的存在，希望我国同道针对上述两种观点展开广泛的学术讨论，欢迎来稿。

贾谊诚开篇这样写道：

“1996年底我曾收到北京《爱知简报》第14期的一份资料，明确表明其宗旨之一是：‘促使CCDM-III工作组和中华医学会精神医学分会采纳DSM-IV与ICD-10的标准，将同性恋从精神障碍（性变态）中予以剔除，视其为正常。’”

“1997年4月21日在苏州召开全国性情感障碍学术会议时，也有一位山东代表送交我一篇文章，当即我表示了强烈的反对意见，因为它不符合我国国情、传统“性道德”规范及建国后的法律案件处理实践。”

贾谊诚提到的这篇宣扬“同性恋运动”的文章，就是美国心理学会44分会心理学家道格拉思·柯姆的文章“从历史的角度看同性恋作为一种精神疾病”。因为这篇文章以及美国心理学会和美国精神病学会的努力，1995年，日本神经精神科学会将同性恋从疾病分类中删除，并公开向男女同性恋者社区道歉。

在将近半年的讨论中，《精神卫生通讯》刊登了11篇、10名作者的文章，坚持同性恋病理化主张的文章5篇（4名作者，其中贾谊诚2篇文章），主张非病理化的文章4篇，提出其它观点（比如认为同性恋是病，但是不用“同性恋”这个名词，或者同性恋不是病，但是需要医生治疗等）的文章2篇。这些文章罗列如下：

坚持病理化：

我国是否应取消同性恋诊断？（贾谊诚，1997年8月1日）

同性恋的取舍关键不在国情而在是否变态（梁传山、孙凤彩，1997年9月1日）

取消同性恋诊断不可取（张载福，1997年10月1日）

同性恋的诊断与干预不应舍弃--兼与李惠春君商榷（龙毅，1997年11月1日）

反对给同性恋者开绿灯（贾谊诚，日期不详）

主张非病理化：

同性恋--“性别人格”的一极（李惠春，1997年9月1日）

同性恋是病态吗？（丛中，1997年10月1日）

谈谈“同性恋的危害”--与贾谊诚先生商榷（二言，1997年12月31日）

以更广阔的视野，关注和研究同性爱现象/人群--与贾谊诚教授商榷（张北川，1998年2月1日）

其它观点：

对“同性恋”必须作具体分析（卢胜利，1997年11月1日）

同性恋心理初探（红星，1997年11月1日）

走进同性恋

从1996年12月，北京回龙观医院刘华清大夫开始和北京同性恋人群的接触，并着手收集心理测试的样本。一些同性恋积极分子帮助他找到了更多测试对象。1998年，北京柠檬树酒吧每周六举办同性恋文化沙龙，聚集了一批男女同性恋者和双性恋者，于是刘华清也和酒吧取得联系，来到这里开展他的研究。但是同性恋社群的反映却很多样。一部分人对自己的身份界定者充满敬畏，积极配合刘大夫的研究，一部分人对自己的潜在治疗者怀有敌意，但是也填写了问卷，一些非常“先进”的同志积极分子根本上认为，精神医

学的定义跟自己没有关系，所以反对刘华清来到这里。

刘华清研究的最后结论并不偏袒同性恋，甚至某些结论值得商榷，比如他认为同性恋形成和缺乏母爱有关，虽然 CCMD-3 测试量表并没有测量母爱。但是，CCMD-3 工作组成员愿意来到同性恋人群中、而不是在精神病医院中收集同性恋心理测试样本，说明工作组对同性恋议题是认真的和开放的。因为 CCMD-2-R 的同性恋定义包含自我和谐和不和谐的同性恋者，所以 CCMD-3 工作组有责任来到医院以外的地方观察同性恋者实际的心理社会情况。因为工作组走进了同性恋社群，发现大多数同性恋者心理上完全正常，这对于 CCMD-3 中国精神疾病分类方案和诊断标准中将性指向（同性恋或双性恋）作为整体概念从疾病分类中删除起到重要作用。

医学研究人员和同性恋社群的互动提示出，在同性恋这个并不黑白分明的领域里，一方面研究人员需要敏感地接触同性恋人群，另一方面同性恋人群也需要开放自己、鼓励更多的对自己的研究，如果将来自己出来研究自己，一定会弥补两方面的差距。

对专家的调查

1998 年 5 月在上海召开的“中德高级心理治疗师连续培训项目”第三次集训上，山东泰山医学院精神医学教研室中博士对部分学员进行了调查，收回 47 份问卷。调查发现，26.1%接受调查的心理医生认为同性恋是疾病，56.5%认为不是疾病但不正常，17.4%认为完全正常。其中精神医学组（注：临床精神病医生，17 人回答该问题）52.9%认为同性恋是疾病，而心理学组（24 人）只有 8.3%认为同性恋是疾病。所有接受调查的心理医生（包括精神医学组和心理学组）48.6%认为同性恋是一种精神疾病、应该列入 CCMD 精神疾病分类和诊断中，51.4%认为同性恋不是一种精神疾病、应该将同性恋从 CCMD 中删除。其中，精神医学组（16 人）68.8%认为 CCMD 应该保留同性恋分类和诊断，31.2%认为应该取消这个类别，心理学组（21 人）

33.3%认为 CCMD 应该保留同性恋分类和诊断，66.7%认为应该取消这个诊断类别。

这个调查反映出，总体上，中国心理医生对同性恋态度是消极的，而且精神病学家的态度更为否定。从中的调查对象尚且是一些积极接受国际心理学进展的中国心理医生（包括精神病医生和心理治疗专家），如果在中华精神科学会 8000 多名会员中进行这项调查，相信结论不会乐观，而 CCMD 是由精神病学会制定，适用于精神医学临床实践，和心理学家关系不大，虽然后者态度积极一些。从这个意义上看，中华精神科学会常委会通过 CCMD-3 工作组将自我和谐的同性恋从分类和诊断标准中删除，保留自我不和谐的同性恋和双性恋概念，确实不是一件轻松的事情，虽然美国精神病学会已经将“自我不和谐的同性恋”这个概念取消，而世界卫生组织保留也只是“自我不和谐的性倾向”，包含同性恋、双性恋和异性恋，用词和语意上甚为敏感、平衡。

积极反响

消息通过电话、电子邮件列表和网站传了出去，“中华精神科学会认为同性恋行为是正常的”，数千万同性恋“患者”在某一天不治而愈，影响是可想而知的。中国同性恋社区很快进行了报道并展开了热烈讨论，《爱知行动》、《桃红满天下》、《同言无忌》、《笑语扬眉》、《爱情白皮书》和《阳光男孩》等网站迅速做了报道。海外媒体《洛杉矶时报》（2001 年 3 月 6 日）、《卫报》（2001 年 3 月 7 日）、《纽约时报》（2001 年 3 月 8 日）、《多维新闻社》（2001 年 3 月 8 日）和《今日美国报》（2001 年 3 月 9 日）对此做了报道。

针对上述变化，《亦凡信息娱乐网-同言无忌》网络论坛上，网友们展开了热烈讨论。

网友石洋认为：CCMD-3 已经比美国精神病学会 1973 年的非病理化决定

要走得稍远一些。当然，CCMD-3 还没有达到世界卫生组织的标准或者美国精神病学会的目前标准（即 1986 年后完全剔除同性恋）。但就同性恋非病理化而言，中国确实已经做到了。美国的同性恋非病理化，一般就是指 1973 年的那个决定，当时登上了各大报头条，现在已经被视为同性恋运动史的重要里程碑之一，标志着同性恋运动将学术界“化敌为友”。

网友 WAN 认为，从定义上看，中华精神科学会的 CCMD-3 落后于世界卫生组织的 ICD-10，CCMD-3 依然存在对同性恋和双性恋的歧视。理由如下：

一、CCMD-3 只是说，（这些）性爱本身并不一定异常，这比 ICD-10 声明的“单纯的性取向问题不能被视为一种障碍”要弱的多；“不能被视为一种障碍”比“并不一定异常”语气上强，前者声明这是正常的，后者只是刚刚从异常中抽出来，虽然同样表达了正常化的语意。

二、ICD-10 运用的是明确的、平衡的、对同性恋敏感的词汇：“自我不和谐的性倾向”，包含同性恋、双性恋和异性恋或者混杂的情况，而 CCMD-3 不仅没有明确提出“自我不和谐的”的概念，只是在解释上体现出来，容易让人们产生误解，究竟是“同性恋”异常，还是“自我不和谐的同性恋”异常；并且，CCMD-3 只包含同性恋和双性恋，不包含异性恋患者混合的情况，给人们的感觉就是同性恋或双性恋是或者或许是有问题的。

三、CCMD-3 对同性恋的定义（还没有看到对双性恋的定义）似乎狭隘一些，并不是所有同性恋者都是在少年就感觉到自己的性爱倾向，早期可能只是关心或喜欢；许多人在相当时间是感觉模糊的，特别是女同性恋的情况；这说明 CCMD-3 工作组总体上对同性恋缺乏深刻认识，这和 ICD-10 讨论中由美国心理学会和美国精神病学积极会积极参与是不同的，而这两个学术组织分别有一个男女同性恋者和双性恋者专家组成的分会，而且世界卫生组织毕竟是一个坐落在欧洲的国际组织，信息上要比中国丰富、全面。

四、ICD-10 讨论是在 80 年代后期，在 90 年代初期出台，并和国际女男同性恋者联合会协商，其同性恋非病理化的政策受到西方社会和西方学术团体的影响，说的非常明确，保留的“自我不和谐的性倾向”，虽然表面上看

是留给同性恋的，因为毕竟一些人反对同性恋，而且以同性恋为主诉寻求帮助的同性恋者、双性恋者和异性恋者也多，（人们很少以异性恋为主诉，间接说明同性恋被深刻划上了疾病的烙印，）但是在字面上却是平衡、敏感的，而且当一个目前有着同性恋、异性恋或双性恋生活或情感的人对自己的同性恋或异性恋或双性恋产生困惑、痛苦、希望改变的时候，“自我不和谐的”就很难说是同性恋或双性恋或异性恋，而可能是一个混杂的情况，所以“自我不和谐的性倾向”应该说更加准确。

五是“自我不和谐的性倾向”重心在自我不和谐，而不在性倾向，所以对自我不和谐的治疗主要是自我认识和接纳，而“自我不和谐的同性恋”重心在同性恋，当 1973 年美国精神病学会把同性恋非病理化时，对自我不和谐的同性恋者的治疗依然是产生误导的；而且因为这种治疗和这种观念，自我不和谐的同性恋者反而不断。

思考与建议

1、关于同性恋和双性恋的科学研究在中国非常缺乏，因此，如果科学团体希望在这些议题发挥更加积极的作用，就必须加强这些方面的研究。这些研究应该积极吸取男女同性恋者和双性恋者们参加。

2、在推动关于同性恋和双性恋的科学研究上，男女同性恋者和双性恋者们可以发挥积极的作用，一方面许多男女同性恋者和双性恋者们就是心理学家、精神病学家、生物学家或社会学家，可以自己来做这些研究，另一方面男女同性恋者和双性恋者们可以主动参与研究人员的工作，帮助研究人员得到更加全面、准确的资料，从而用科学研究帮助公众和专家正确认识同性恋者和双性恋者。

3、中国是 13 亿人口的大国，目前中国发生的有利于同性恋者的变化只

是发生少数城市和学术界的领导层。这些城市或这些专家因为处于信息开放的有利地位，比较早期地得到了关于同性恋的正确观念，而且这里现在已经有了一个人们可以看得见的同性恋社群，因此上述变化只是反映出中国社会或学术界局部的变化。

4、中国男女同性恋者和双性恋者们有责任采取积极行动，把国际上关于同性恋和双性恋的正确信息（特别是世界卫生组织关于同性恋的政策）告诉给中国公众和专家。这些工作可以通过网络、传统媒体和面对面的交流，比如 CCMD-3 中国精神疾病分类方案和诊断标准出版后，CCMD-3 工作组将组织对中华精神科学会会员的培训，如果各地的男女同性恋者和双性恋者们能够组织起来，参与这些培训，把自己的想法主动和中国精神医学专家交流，对推动中国精神医学专家对同性恋者和双性恋者的正确认识将产生影响。

质疑 C C M D — 3 中的同性恋条文

(2003 年发表)

二 言

2 0 0 1 年 4 月,《中国精神障碍分类与诊断标准》第三版(简称 CCMD-3)发布,在国内外媒体上引起强烈反响。新标准不再将同性恋统划为病态,这被认为是中国向国际标准接轨的重要表示。

中华精神医学会精神病学会也认为,CCMD-3 已经很接近国际标准,尤其是世界卫生组织的标准。

那么,CCMD-3 果然接近国外的标准了吗?让我们审视一下。

1、CCMD-3 中的同性恋

以下是 CCMD-3 中有关同性恋的记述:

性指向障碍指起源于各种性发育和性定向的障碍,从性爱本身来说,不一定异常,但某些人的性发育和性定向可伴发心理障碍,如个人不希望如此或犹豫不决,为此感到焦虑、抑郁,及内心痛苦,有的试图寻求治疗加以改变。这是 CCMD-3 纳入同性恋和双性恋的主要原因。

6 2 . 3 1 同性恋

1) 符合性指向障碍的定义;

2) 在正常生活条件下,从少年时期就开始对同性成员就持续表示性爱倾向,包括思想、情感,及性爱行为;

3) 对异性虽然可以有正常的性行为，但性爱倾向明显减弱或缺乏，因此难以建立和维持与异性成员的家庭关系。

除非有特殊说明，CCMD-3 中的分类如果列入了多项条件，那么必须符合全部条件才能够使诊断成立，有关同性恋的条款就是如此。6 2. 3 1 条款将同性恋列入时，首先表明必须“符合性指向障碍的定义”，并说明“性指向障碍”是将同性恋和双性恋列入诊断标准的主要原因。从以上文字来看，被纳入 CCMD-3 的当属“自我不和谐的同性恋”，即那些自我感觉不好的同性恋者将继续被视为医疗对象。换句话说，如果同性恋者自我感觉良好或者不希望改变性倾向，他 / 她就不能被视为异常。

由此可见，CCMD-3 里的“同性恋”和人们平时泛指的同性恋有些不同，其区别在于：泛指的同性恋指对同性成员具有的性吸引和与同性发生的性行为，而 CCMD-3 中的同性恋指伴随性心理障碍的同性恋。如果有人将在 CCMD-3 中列入的“同性恋”来指代普通生活中的同性恋，那将犯断章取义的错误。

◇ 新标准的不足

CCMD-3 主要是供精神卫生专业人士使用，人们不应该拿里面的“同性恋”来指代普通生活中的同性恋。然而，同性恋在公众心目中已经有了一定的定型概念。如果不细读 CCMD-3 并对其中的“同性恋”加以严格区分的话，人们很容易将其中有关同性恋的诊断标准来作为对同性恋的统一定义，即把同性恋等同于“性指向障碍”。在 CCMD-3 推出并受到媒体的广泛关注后，一些专业人士仍然将同性恋泛指为精神障碍。比如《朋友通信》2002 年 8 月刊登吴宏新的《我看同性爱》一文中，曾提到“（CCMD-3）中将同性恋归属于性心理障碍中的性指向障碍下。但其诊断仍然存在，其标准也没有很大的变化。”2002 年 9 月出版的《携手》杂志中，马晓年教授写道：“所谓的性取

向障碍就是同性恋，这些心理障碍患者所追求的性爱对象是同性，而不像绝大多数人那样追求异性。”

CCMD-3 仍然将同性恋列入诊断标准，是异性恋中心或霸权的体现。我们可以假设一下以下情形：假如一位丈夫对男性感受到一定程度的吸引，并认为这种心理影响了他的夫妻感情，希望对此加以抑制或者消除，那么 CCMD-3 会认为他的同性恋倾向是一种“性指向障碍”，需要医学帮助。与此相对，假如一名男性主要是受到男性的吸引，但迫于家庭的压力，只能考虑与女性结婚，并认为自己与女性同房应该没有问题，当然他心里总是希望自己的生活伴侣是一名同性。那么，他的异性恋倾向是否应该被列为性指向障碍？根据 CCMD-3 的诊断标准，这名同性恋者并不会被列为诊断对象。也就是说，CCMD-3 是将异性恋作为代表“正常”的标准，在此基础上将同性恋（还有双性恋）列入，虽然手册写明“不一定异常”，但实际是说：“异性恋永远不会是异常，同性恋则可能是异常。”

由於 CCMD-3 的诊断对象只包括那些自我感觉不好并希望寻求治疗的同性恋者，那么如果有同性恋倾向的人寻求医生的帮助，他可能面对两种选择：

1) 消除或抑制同性恋倾向（比如求助者面对社会压力，希望结婚生育等）；

2) 接受同性恋倾向（比如求助者本身并没有先入为主的“同性恋是一种病态”的观念，只是迷惑自己为什么喜欢同性）。但 CCMD-3 是否给出了这方面的启示呢？

CCMD-3 是力图反映在精神病领域内的科学标准，但在有关同性恋的条文中却体现着主流社会的道德，我们不难看出其宗旨植根于传统生殖文化。假

如科学标准体现的是主流社会的道德，这本身就是对科学的亵渎，因为道德是主观观念的集合，而科学则是客观的规律。假如有专家认为有关同性恋的科学定义太过“激进”，因此暂时保留“自我失谐型同性恋”有利于过渡，那么这种做法本身就是科学原则对道德的一种妥协，客观上仍然对同性恋者造成心理伤害。

让我们再进一步，提出以下问题：如果因为一些同性恋者为自己的性倾向感到苦恼就将同性恋列入诊断标准的话，那么许多中老年人希望自己能够青春永驻，并为此寻求医生帮助，如做整容手术、注射除皱剂等，是否 CCMD-3 据此也应该将“更年期”或者“衰老”等也列入精神障碍？还有，身材高矮胖瘦、单眼皮、罗圈腿、相貌不出众、遭受城里人歧视的农民、在一个以男性占据优势的公司里工作的女性，等等，都可能承受着焦虑及内心痛苦，当事人也都希望对此加以改变，那么是否也应该将身材过高、过矮、过胖、过瘦、单眼皮、罗圈腿、相貌不出众、农民背景甚至女性性别等，也都列入精神障碍的分类呢？

还有同性恋者所承受的心理压力主要是来自社会，而社会并没有对异性恋者施加同样的压力。精神卫生工作者应该进一步认识到这一点。CCMD-3 只是针对“有些同性恋者有着心理障碍”的事实，但没有指明同性恋者这种不安情绪产生的原因是什么，这就会使人觉得同性恋本身就是心理障碍的来源，认为同性恋者“咎由自取”，从而忽视了社会对于同性恋者的歧视所产生的不良后果。

国外精神卫生人士针对同性恋者的心理状况和行为做了大量研究，这些研究充份表明了同性恋者所承认的压力来自社会。如果社会为同性恋者提供宽容的环境，允许他们诚实地面对自我，那么他们的“精神障碍”就会自然减轻或得以消除。但 CCMD-3 继续将（自我不和谐的）同性恋列入诊断标准，

这对于创造宽容的社会环境是不利的，也就是说，将在诊断标准中继续保留同性恋，这本诊断标准本身就是造成同性恋病态的原因之一。

◇ 国际标准的制定

1973年，美国精神病学会将同性恋从《诊断与统计手册》第2版（DSM-I）中去除，以“性倾向紊乱”取而代之，专为那些对自己的性倾向感到不安并希望改变的人提供诊断。“性倾向紊乱”也包括那些对自己的异性恋倾向感到不安并希望成为同性恋者的异性恋者。

以上变化是精神病学界相反两派对抗的妥协结果。一方面，当时有充分的科学证据表明，同性恋本身并非是引起精神障碍的原因。另一方面，学会内部也有一些人士仍然认为，同性恋是一种需要得到治疗的疾病。

1978年，《诊断与统计手册》第3版（DSM-II）推出，“性倾向紊乱”被改成了“自我失调型同性恋”，专门针对那些对自己的同性恋倾向感到不安并要求改变的人。如果一人对自己的同性恋倾向并未感到不安，他/她就不被列为诊断对象。目前CCMD-3的诊断标准可以被视为处于同一阶段，但在措辞上远远不够严谨。

在1986年推出的《诊断与统计手册》第3版修正版（DSM-III-R）中，“自我失调型同性恋”也遭到剔除。当时这样做的理由在于：

1) “自我失调型同性恋”的定义较多地出于精神病专家的主观感觉。仅因某人对自己的身份感到不安就被列入疾病分类之内，那么是否也应该将“自我失调型黑人身份”列入？但如果这样做的话，就等于为种族歧视提供了“科学”依据。

2) 已经有医学证据表明, 许多同性恋者在成长阶段都会经历对自己的性倾向感到难以接受的阶段, 但这并不表明同性恋本身就是一种诊断对象。

世界卫生组织的《国际疾病诊断》第 10 版 (ICD-10) 中明确写道: “单纯的性取向问题不能被视为一种障碍”, 这个标准对于同性恋者和异性恋者同样适用, 即那些希望成为同性恋者的异性恋者也被包括在内。虽然在现实生活中, 我们绝少碰到这样的人, 但这种措辞在客观上避免了对同性恋者的歧视。

国际卫生组织制定诊断标准是, 专家组也注意徵求同性恋组织的意见, 使诊断标准更显得客观尊重。世界卫生组织在制定 ICD-10 时, 徵求了国际同性恋者联合会的意见, 使诊断标准在措辞方面更为客观, 不至于让医学术语继续成为压迫同性恋者的“科学枷锁”。平心而论, “自我不和谐的性倾向”与异性恋的关系几乎等於零, 因为希望将自己改变成同性恋的异性恋者几乎不存在, 但出于对不同性倾向的同等尊重, 而单列同性恋会成为歧视的来源, 所以 ICD-10 里就列入了“性倾向”, 而非专指同性恋或异性恋, 表达出对各种性倾向一视同仁的态度。

◇ 建议

中国精神卫生专家走出诊所的院墙, 走入同性恋者中间, 使同性恋者的心理状况得到客观的反映, 这对于纠正原先“病态说”的错误起了极为重要的作用, 但新标准基本上是由异性恋精神病专家们制定, 而中华医学会除了接触到一些并没有寻求过医学帮助的同性恋者之外, 在所有的决策过程中并没有征求同性恋者的意见, 这俨然是一种知识霸权的体现。继续在诊断标准中列入“同性恋”, 反映出传统生殖文化的影响, 这本身不仅继续造成对同

性恋人群的压制，而且将科学标准作为反映道德的工具，以主观观念来体现客观标准，这本身就违反了科学原则。为此，我们建议，应该考虑在诊断标准中删除任何有关同性恋的条文，或者仿照 ICD-10，对各种性倾向一视同仁。

精神卫生人员不应该将有关诊断标准的变化视为对同性恋人群的“恩惠”。既然是科学标准，制定者就应该体现出科学的态度，这样做对于创造宽容的社会环境，具有相当实际的意义。

同性恋作为一种精神疾病： 从历史的角度来看

作者：Douglas C. Kimmel, Ph.D.

美国纽约城市大学城市学院心理学系

译者：杨青（1997年翻译）

名词同性恋 (homosexuality)是由一名德国医生 Benkert 于 1869 年创造的 (Plummer, 1984)。这个词描述的是，对异性人士不能做出性反应，却被自己同性别的人所吸引 (Benkert, 1869, 引用于 Bullough, 1976, 第 637 页)。今天，同性恋，异性恋和双性恋，被认为是不同类型的“性倾向”，其定义是：“持久的对某一特定性别成员在性爱，感情或幻觉上的吸引”；因此，同性恋指的是“对自身性别成员基本的或绝对的吸引” (Herek, 1989; 1994, 第 3 页)。

在 Benkert 创造这个医学名词之前，同性性行为被基督教会谴责为罪恶，并在一些欧洲国家，包括英国，被定为违法。在某些情况下，男人会因为介入同性性行为受到监禁，比如一百年前英国的奥斯卡·王尔德的著名案例。西方人关于同性性行为有罪的信念的起源，可以追溯到十二世纪。耶鲁大学著名的历史学家 Boswell 发现，同性恋者“在大多数欧洲国家的许多层次的社会中是杰出的，有影响的和受到尊重的，并在那个时代的文化遗产中留下永恒的印记，无论是宗教方面还是在世俗社会。”

但是，大约从十二世纪后半叶开始，比较恶毒的敌意出现在通俗文学中，并最终传播到神学和法律文献中。” (Boswell, 1980, 第 334 页)。十三和

十四世纪是一个对任何异端都不宽容的时代，包括十字军东征讨伐非基督徒，对犹太人的排斥，和对被怀疑为危险分子的人们日益严重的肆意镇压。Boswell 注意到，这种不宽容的表现影响了随后数个世纪的欧洲社会。福柯（1979）在他的「性史」中追溯了，伴随着工业革命中日益增强的世俗社会的政府和医学专业的权威，对同性恋的谴责从宗教转移到世俗社会和医学专业。

在十九世纪末期，在欧洲和美国，作为这种历史势力会聚的结果，同性性倾向被认为是一种医学上的诊断单位，同时也被当做是罪恶的和违法的行为。然而，在二十世纪初期，那些在性爱和感情上对其同性产生吸引的男人和女人们在城市地区组成益友网络和聚会地点（D'Emilio, 1981/1993）。在如纽约这样的城市，这些聚会地点在那些本世纪二十年代性解放的一代人中是广为知晓的和经常光顾的。在本世纪三十年代著名的社会压制下，随着法律的颁布和警察的镇压，这个时期社会对同性吸引的接受宣告结束。经济压迫迫使许多男人失去工作，从而复苏了对异性恋阳刚之气的强调，这可能是再次出现对同性恋不宽容的一个原（Chauncey, 1994）。

本世纪二十年代，在德国，一个同性爱运动产生了，并有一个图书馆和中心在柏林建立。1939年，纳粹摧毁了这个中心，焚烧了那个图书馆。随后不久，这个政府颁布法律禁止同性性行为，数以千计的同性恋者被监禁并死在集中营中（Plant, 1986）。弗洛伊德这个时期逃离德国，在伦敦避难。在二十年代，他曾在一份请愿书上签名，支持同性爱运动，并在一封著名的信中写道，虽然同性恋对社会没有什么好处，但是这也不是什么精神病意义上的病理现象。

第二次世界大战将男人与男人和女人与女人以前所未有的数目聚集在一起。在美国，结果是对武装部队中所谓的同性恋者的清洗，一直延续到战

争结束以后，并在五十年代参议员 Joseph McCarthy 反同性恋和反共产主义运动中进一步扩大化。在这种社会气氛中，Alfred Kinsey 和他的助手在美国发表了他们对性行为进行科学研究的第一个报告，发现为数众多的男人经历过同性性行为。其随后的研究发现，这些经验在女人中也发生。这些研究资料受到严厉批评，但是却给当时洛杉矶、旧金山和纽约的同性恋运动提供了支持。欧洲也有同性恋运动，包括阿姆斯特丹和哥本哈根的同性恋运动。同性恋报纸，杂志，私人俱乐部和公共场所聚会，开始质疑主导的同性性行为是疾病的观点。但是，医生和精神病学家依然采用激素注射、休克疗法、阉割甚至脑科手术，试图治疗同性性吸引。精神分析专家声称，家庭病理引起性的偏离，如同性恋，并且病人经常接受数年无效的治疗 (Haldman, 1991)。第一个对同性恋作为精神疾病的经验性研究是加州大学洛杉矶分校的 Evelyn Hooker 在国家精神卫生研究所支持下开展的。她的研究于 1955 年在美国心理学会年会上做了报告，并于 1957 年发表。根据当时使用的最好的心理量表 (罗夏墨迹测验, 统觉测验, 看图讲故事测验), 并请到了出色的量表说明师 (比如, Klopfer 负责解释罗夏墨迹测验), Hooker (1957) 对三十个同性恋男人进行了研究, 并对照了三十个同样年龄、智商和教育情况的异性恋男人。这些男人中没有人研究之前接受过心理治疗。结果是, 量表的专业解释者不能把同性恋者和与其对照的异性恋者进行区别, 而且专家给这些男人心理健康打的分数在同性恋者和异性恋者之间没有区别。因此, 这一研究说明, 同性恋并不作为一个疾病单元而存在, 不能用心理测验进行区别, 在心理健康的测量中同性恋并不显著。许多随后的经验性研究支持这一结论, 在性倾向和心理病理方面没有关系。(Friedman & Downey, 1994, p. 926; Herek, 1994, p. 4; Morgan & Nerison, 1993, p. 138)

在 70 年代早期, 那些本人是同性恋者的心理学家和精神病学家们开始要求其专业团体关注 Hooker 和其他人的经验性研究。他们同时指出, 支持同性恋病理学观点的临床研究是根据那些在接受心理治疗, 进监狱或精神病

院的人们中选取的样本。相反，Hooker 的样本选自那些既不是精神科病人也不住在监狱或精神病院的男人。到 1973 年，美国精神病学会理事会确信，同性恋不是一个精神疾病。在将同性恋作为精神病分类单位从其「诊断和统计手册（DSM）」中删除时，该学会声明：“同性恋本身并不意味着判断力，稳定性，可信赖性，或一般社会或职业能力的损害”（美国精神病学会，1973, p. 497）。但是，修订后的手册（DSM-3）包括了“自我不和谐的同性恋”这一可以治疗的疾病单位（Bayer, 1981）。美国心理学会代表大会通过投票，赞成美国精神病学会将同性恋从精神疾病分类中删除的行动，并进一步呼吁“所有精神卫生专家发挥领导作用，消除长期以来与同性恋性倾向有关的偏见”（Conger, 1975, p. 663）。在随后的修正中，DSM-3-R 的疾病名单上，既不包括同性恋，也不包括自我不和谐的同性恋。根据 DSM-3-R，精神疾病的定义是：“临床上明确的发生在某个人身上的行为或心理上的综合征或模式，其伴有现时的苦恼（痛苦的症状）或无能（一项或多项重要方面功能的损害）或有着明显的导致死亡、疼痛、伤残或严重失去自由的巨大危险”（美国精神病学会，1987, p. xxii）。因此，精神疾病的标准既不适用于同性恋，也不适用于自我不和谐的同性恋。最近的版本 DSM-4 在其中也不包括这两个名称。

70 年代以前对同性恋的研究主要包括个案研究或轶事报告，重在其假定的病理方面，企图确定其原因，从而消灭它。这种研究被描述为，基于“一种信仰体系，认为异性恋比同性恋优越，或比同性恋更加自然”

（Morin, 1977, p. 631）。最近的更多研究集中在女男同性恋者的特徵，其心理社会问题，以及社会对同性恋者的态度（Watters, 1986）。在 80 年代，心理学界一种时兴的观点认为，同性恋“是一种在性爱吸引和关系上的自然变异，并且男女同性恋者身份的确定是一个可行的和健康的选择，而许多女男同性恋者生活中的问题被认为来自于负面的对同性恋的社会态度”

（Garnets & Kimmel, 1991/1993, p. 2）。

三个有重要意义的经验性研究项目（除了 Hooker 的先驱性工作）被认为影响了 20 世纪后期精神病学，心理学和医学对同性恋的认识。同时，女权运动和女男同性恋者运动在精神卫生领域组织了起来（Morgan & Nerison, 1993）。公开的男女同性恋者发言人，给了人们可见的个人证据，说明那些经验性研究资料是有根据的，并且，作为同性恋者，他们并不精神错乱或病态。

① Masters 和 Johnson（1979）报告了异性恋者与同性恋者男女在性反应和性行为方面的差异和共性。他们发现，同性恋和异性恋男人或同性恋和异性恋女人在性反应上没有解剖或生理上的差异。这一研究否定了早先的看法，以为同性恋有着某些身体或性的异常。而且，在一独立的对 Masters 和 Johnson 称为“双性恋者”的男人和女人的研究中，他们发现，这些男人当其和男性性伴侣一起时，他们像同性恋男人一样做出反应，而当其与女性性伴侣一起时，他们像异性恋男人一样做出反应。同样的，双性恋女人当其和女性性伴侣一起时，她们像同性恋女人一样做出反应，而当其与男性性伴侣一起时，她们像异性恋女人一样做出反应。因此，就其能够在性方面对男性和女性性伴侣做出反应来说，一些人是双性恋者。Masters 和 Johnson 注意到，这些资料明显地表示出，没有科学上的理由说明同性恋者是有病的：“同性恋男人和女人以及异性恋男人和女人之间就其对相似的性刺激做出反应的生理能力而言，没有真正的区别。换句话说，没有身体事实依据支持这样的老调，‘我的方式比你的好。’因此，有理由做出推论，一旦引起注意，这些发现将导致当前文化观念的重要变更。”（Masters & Johnson, 1979, p. 226）。

② 在一项印第安纳大学 Alfred C. Kinsey 性研究所的研究中，Bell, Weinberg 和 Hammersmith（1981）对比了具有相似年龄，教育和宗教

背景的 979 名同性恋成人和 477 名异性恋者。这项研究发现，童年时期和其家长的关系，包括和异性家长的关系，对他们今后成为同性恋者或异性恋者没有显著影响”（p. 189）。另外，该研究发现，没有经验性资料支持那种广泛流传的观念，认为同性恋起因于年长者的勾引，或因为和异性成员不寻常的经历，或由于被其他人标签为同性恋者（pp. 184-185）。这些发现驳斥了早先的关于同性恋成因的理论，包括精神分析学派的观点，认为同性恋起因于和父母或异性的病理性关系。这些理论一直基于小规模的对前来寻求治疗其同性恋的人进行的案例研究。相反，这一科学的经验性研究基于生活在社区中并标榜自己为同性恋者的同性恋男人和女人。这一研究同时得出了如下重要的结论：

(1) “在男孩和女孩到达青春期时，他们的性偏爱已经决定，甚至尽管他们还没有变得特别地性活跃……”

(2) “在我们的调查对象中，同性恋是通过性的感觉被意识到或被强化，而这些感觉通常发生在第一次‘以前的’同性性行为之前三年左右；而且，正是这些感觉，而不是同性性行为，在成年人同性恋的发展中起到关键作用……”

(3) “特别是，我们研究中的同性恋男人和女人在其童年和青春期并不缺乏异性性行为经验。但是，他们发现这种经验并不令人满意，并从中确定了自己是什么样的”（pp. 186-188）。

这些发现和这样的观念是一致的，性倾向可能受到遗传或生理因素的影响，并在生命早期就产生作用。最近的对同性恋男人与异性恋男人脑的解剖差异研究（比如，Allen & Gorski, 1992; LeVay, 1991; Swaab & Hofman, 1990）和同性恋家族历史研究（比如，Bailey &

Benishay, 1993; Bailey & Pillard, 1991; Bailey, Pillard, Neale, & Agyei, 1993; Hamer, Hu, Magnuson, Hu, & Pattatucci, 1993) 表明, 至少对一部份人来说, 同性恋倾向可能反映了神经解剖或遗传的差别。

③数十年来, John Money 工作于 Johns Hopkins 大学医学院, 研究性特征和性差异的发展。1966 年, 他创建了“性别认同诊所”, 并写下了 34 本书和 346 篇科学论文。他的一项主要贡献是区别了生物学性别, 社会性别认同和性倾向: 鉴于此, 一个人可以是生物学上的男性, 具有男性的社会性别认同和社会角色, 并可能是同性恋的, 异性恋的, 或双性恋的。因此, Money 的研究表明, 一个人的性倾向是其性爱和感情图谱的一个方面; 但是, 这不同于其生物学性别或其社会性别认同与角色 (Money, 1988, 第 4 章)。因此, 根据外貌, 举止或社会性别角色, 常常不能将同性恋男女与异性恋者进行区别。

Money 也注意到了跨文化研究的重要性。在某些文化中, 存在着制度化的强迫性同性恋阶段, 比如, 在新几内亚的 Sambia 人中, 男人们相信, 如果他们想要成为成熟的异性恋成年男人, 他们就必须吸收男人的精液 (Herdt, 1981)。Money (1987/1993) 指出: “在 Sambia 文化中, 逃避, 而不是参与, 同性恋发展阶段, 被认为是极少发生的, 而一旦发生, 这个男人就会被歧视为不正常。相反, 在我们的文化中, 参与同性恋被认为是少见的, 被歧视为不正常, 需要做出解释” (p. 132)。因此, 来自发展性学和跨文化研究的经验性证据说明, 正如异性恋一样, 同性恋是复杂和多面的, 必须放在顺时的和共时的双性恋的背景下加以理解。

总之, Gonsiorek (1991) 回顾了同性恋研究并总结道: “那些主张同性恋者与异性恋者之间存在差异就是意味着适应不良的理论是不负责任的, 无知的, 或两者兼而有之” (p. 136)。

随着日积月累的经验性研究，跨文化研究，以及来自数个精神卫生组织的压力，其中包括美国心理学会，世界卫生组织在修改后的「ICD-10 精神与行为障碍分类」中将同性恋从成人人格与行为障碍的名单上删除了（世界卫生组织，1992）。这一分类方案的前言中指出：“一种分类也是一个时代看待世界的方式。无疑，科学的进步和运用这些指导手册的经验，最终将会要求修改这些指导手册，跟上时代”（p. vii）。这一分类方案的现场测试在几个国家进行。这个分类列入了几种性别认同障碍（pp. 215-217），包括变性和儿童性别认同障碍。这个分类列入了几种性偏爱障碍（pp. 217-221），比如恋物，露阴和窥阴；但是，这些都特别排除了“与性倾向有关的问题”（p. 217）。这个分类也列入了“与性的发展和性倾向有关的心理与行为障碍”，注释道：“性倾向本身并不能被认为是障碍”（p. 221）。这些障碍包括性成熟障碍，自我不和谐的性倾向，以及性关系障碍；每一分类还可以根据问题是异性恋，同性恋或双性恋而做进一步分类（pp. 221-222）。

因此，两个运用最广泛的精神疾病诊断分类方案，DSM-4 和 ICD-10 都不再将同性恋本身包括在精神疾病分类单位中。

将同性恋从精神疾病分类中删除的决定可以被理解为出于三个理由。首先，那些公开其性倾向的同性恋者出现在生活的所有方面和所有的社会中，而且他们和异性恋者一样，融入这些社会，过着建设性的有意义的生活。其次，经验性科学研究令人信服的证据说明，同性恋不是一个病理学整体。再次，西方心理学已经开始认为，性倾向是正常人类多样性的一个方面，并且其他文化中有着一系列不同的社会态度，提示这种行为可以被认为是正常或至少是可以接受的，除非存在着强烈的反对这种行为的宗教偏见。

世界卫生组织如何看待同性恋

选自：《国际疾病和相关健康问题分类》（第十版）（ICD-10）

精神与行为障碍分类

世界卫生组织（1992 年）

人民卫生出版社出版

第 174-175 页

F 6 6 与性发育和性取向有关的心理及行为障碍

注意：单纯的性取向问题不能被视为一种障碍。

F 6 6 . 0 性成熟障碍

个体为不能确定他 / 她的性身份或性取向而苦恼，从而产生焦虑或抑郁。最多见于少年，他们无法确定自己是同性恋、异性恋还是双性恋。有些个体常常已经有固定的性关系，却在一段时间的确定的性取向之后，发现他们的性取向发生了变化。

（注：这种情况适用于所有的性取向，而不是专指同性恋。人们因为性身份或性取向而焦虑苦恼，这种焦虑和苦恼一个健康相关问题，而不是其性身份或性取向是健康问题，人们也可能因为居住高楼或遇见狗而紧张和苦恼，你不能说高楼或狗是健康问题。）

F 6 6 • 1 自我不和谐的性取向性身份或性偏好是确定无疑的，但由于伴随有心理和行为障碍，个体希望它们并非如此，并可能寻求治疗试图加以改变。

（注：这种情况同样适用于所有性取向，而且健康相关问题是人们不认同自己的性身份或性偏好，而不是那个身份或偏好，类似情况是变性。有人不认同自己的性别，希望改变，这种对自己性别的不认同成为健康相关问题，而不是其原来生理性别是健康问题。）

F 6 6 . 2 性关系障碍由于性身份或性偏好的异常，导致与性伴侣建立或维持关系的困难。

（注：伴侣双方性取向或性身份或性偏好不协调，产生关系困难，健康问题是这个关系困难，换一个协调的伴侣，关系就可能不再困难。这不是性身份或性取向或性偏好问题，而不是双方不协调的问题。比如，一对异性恋伴侣，一方坚持使用安全套，一方坚持不用，出现不协调，关系上有困难，你不能说“用安全套”或“不用安全套”是不是疾病，只能说，彼此的差异需要调整，如果他们要建立性关系的话。单纯从心理健康角度，健康相关问题是彼此性方面不协调，而不是用或不用安全套。）

世界卫生组织关于同性恋非病理化的澄清声明

从 1948 年出版的第 6 版《国际疾病、损伤和病因统计分类》至 1975 年的第 9 版，同性恋一直被列入疾病种类。第 10 版的《国际疾病与相关健康问题统计分类》（即 ICD-10）于 1989 年受到采纳，1992 年正式推出，这一版分类标准没有将同性恋列入。

如果你想找到有关（对同性恋的）当前立场的具体信息，可以参看世界卫生组织于 1994 年 12 月 7 日刊登于《美国医学会学刊》（第 1660 页）上的一封公开信，题为《〈国际疾病分类〉如何看待同性恋：一个澄清》。

安德烈·劳埃斯（Andre L' Hours）
分类、评估、调查和术语组技术官员
全球医疗政策证据项目部
联合国世界卫生组织
2000 年 12 月 11 日

《国际疾病分类》 如何看待同性恋：一个澄清

致《美国医学会学刊》编辑：

我们很有兴趣地拜读了刊登于贵刊的以 Tinmouth 和 Hamwi 为作者的《医学院男女同性恋学生的经历》一文。我们希望对于该文第二段的某些内容提出一些指正。作者在文章中声称，世界卫生组织的《国际疾病诊断》“仍然认为同性恋应该得到医学诊断”。

《国际疾病和相关健康问题分类》（以下简称《分类》）可以被成员国用来汇报各国患者的求医情况。1977 年推出的《分类》第 9 版中，同性恋被列于第 302 条，并注明“不管同性恋是否是一种精神疾病，它被列在此处”。尽管《分类》从来没有明确表明同性恋应该被看做一种疾病，以上这样的言辞确实会造成误解。

《分类》（第十版）（简称 ICD-10）于 1990 年 5 月在世界卫生组织大会上得到通过。有关精神疾病分类的修改建议在各个国际专家组得到了讨论。在向大会递交之前，国际卫生组织与各个中心、各政府机构和非政府机构（包括国际同性恋联合会）进行了协作，修改建议最后被大会接受。ICD-10 的最重要修改之一就是将同性恋剔除出求医原因。ICD-10 第 5 章中新增的种类（F 66）“精神与行为障碍分类”带有副标“与性发育和性取向有关的心理及行为障碍”。这个种类被进一步细分为四个方面：性成熟障碍（F 66.0）；

自我不和谐的性取向（F 66.1）；性关系障碍（F 66.2）。这些障碍适用于任何类型的性倾向，并特别注明这些分类可以适用于任何与性倾向有关的障碍，但不是性倾向本身。三十多个国家对这个新的分类标准进行了测试适用，结果表明不会造成理解上的困难。

该手册还附带一份《临床叙述和诊断导则》，是基于第5章内容展开的另一本出版物，对为第5章内的再分类和这些分类的确切定义提供了进一步建议。对于F 66，它认为应该再仔细对待那些有问题的个人的性倾向（包括异性恋、同性恋、双性恋和青春期），但这并非硬性规定。

感谢你们给予这个机会，使读者们能够对于新版 ICD-10 中有关性发展和倾向的有关条文有个清楚的了解。

Jenny, J. van Drimmelen-Krabbe, 医学博士

T. Bedirhan Ustun, 医学博士

David H. Thompson, 医学博士

Andre l' Hours, 技术官员

John Orley, 医学博士

瑞士日内瓦 世界卫生组织

Norman Sartorius, 医学博士

日内瓦大学

（转载自《美国医学会学刊》第 272 卷第 21 册第 1660 页，1994 年 12 月 7 日出版）

美国精神病学会关于同性恋的声明

(1994年9月通过)

· 剑青 翻译 ·

1973年12月，美国精神病学会董事会将同性恋从《疾病诊断与统计手册》中剔除。这项决定是在审视有关的科学文献，并与该领域的专家协谈后作出的。一种精神状态如果被列为精神变态的话，那么它必须对人构成常规性的心理压力，或者与人的行为能力的破坏有着明显的联系。

董事会成员们看到，有一大部份的男女同性恋者明显对他们的性倾向感到满意，并没有显示出任何心理疾病。研究也发现，同性恋者能够有效地在社会中生存，那些寻求治疗的人往往是出于性倾向以外的其它原因。

1980年颁布的《疾病诊断与统计手册》第3版没有将同性恋列入疾病分类，虽然“自我失谐同性恋”用来指那些“性兴趣主要针对同性，为自己的性倾向烦恼，与之发生冲突，并且希望改变性倾向的人”。

1987年颁布的《疾病诊断与统计手册》修订版将“自我失谐的同性恋”也剔除出疾病范畴，因为“在美国，几乎所有的同性恋者首先经历过自我失谐的阶段。”（《疾病诊断与统计手册》修订版）

● “修补疗法”

“修补疗法”，亦称转变疗法，指那些旨在使一个具有同性恋性倾向的人转变为异性性倾向的治疗。

没有任何科学证据被发表说明“修补疗法”是一种改变性倾向的有效治疗。没有任何科学文献支持这种疗法，美国精神病学会的精神变态治疗工作组的全面报告也没有提到它（1989）。

文献中有少量的报告说明，有一些精神疗法和咨询施用在一些希望改变同性恋性倾向并成为异性恋者的人身上。然而，治疗结果并不肯定，而且它们也没有在其它情形下得到证实。没有任何证据表明哪一种疗法能够改变一名同性恋者对同性恋的根深蒂固的感情。

医疗经验表明，任何寻求治疗的人也许是出于社会压力转化成的内在的恐同情绪，那些已经肯定地接受自己性倾向的人比那些没有接受的人更能够适应社会。

美国精神病学会关于同性恋的立场

◇ 同性恋

虽然同性恋本身并不影响一个人的判断能力、情绪稳定、可依赖性，以及其它社会和工作能力，学会呼吁全球的健康组织以及各国的精神病专家敦促所在国家取缔有关惩罚同性恋行为的法律，并对同性恋者作私人咨询。除此之外，学会呼吁各组织和个人在任何可能的情形和场合下采取各种措施减弱同性恋者所面临的偏见（1992年12月）。

◇ 与偏见有关的暴力事件

因宗教、民族和国籍 / 部落出身不同而引起的种族歧视、性别歧视及其它不宽容行为，以及对同性恋的偏见在当今社会司空见惯，它们仍将是社会不安和造成个人困苦和创伤的根源之一。这些事件无所不在，在城市和乡村都有发生，其中既包括暴力攻击，也有骚扰。它们不仅给个人造成了身体与精神创伤，而且也使目标群体承受着偏见。这些事件所表现出来的种族与文化歧视使人的基本尊严受损，使受害者产生绝望情绪，最终影响到整个国家的稳定。

美国精神病协会为这些事件的发生深表遗憾，我们鼓励会员与所属机构采取措施防止这些事件的发生，并且当这些事件在当地发生后，积极做出反应减轻后果。

◇ 隐私权

美国精神病学会支持节育、堕胎和成人间互愿性性行为方面的隐私权，支持有关立法、司法和管理措施来保护这些隐私权。

◇ 同性恋与移民

美国精神病学会强烈反对在就业、住房、公共设施、执照颁发和移民方面对同性恋者的歧视。

直至 1990 年，美国移民归化局仍然把同性恋看成一种精神疾病，并用这个理由来阻止外国同性恋访问者和移民进入美国。

美国精神病学会成功地敦促移民归化局中止将同性恋当做精神疾病。学会认为身体疾病、精神疾病和性倾向本身不应该成为移民归化局排除外国人士入境的理由。

美国精神病学会欢迎移民归化局在 1990 年通过的《移民与归化法案》第 6 款中所作的修改，并愿意提供合作，使美国的移民政策及其实施符合法案中的有关条款。（1991 年 6 月）

◇ 同性恋与军队

自 1973 年以来，美国精神病学会正式反对公共和私营部门在就业、住房、公共设施和执照颁发方面对同性恋者采取任何歧视。由此可见，学会也反对以性倾向为由拒绝公民入伍，或者解除现役军人。学会进一步重申，我们反对让同性恋者在从军方面承受比他人更苛刻的审查条件。（1990 年 12 月）

◇ 基于性别和性倾向的歧视

基于性别和性倾向的不合理的歧视已经受到法律、商业、社会学以至心理学等领域的重视。众所周知，性骚扰和其它基于性别的歧视导致严重的工作压力。随着雇主越来越注意到这些歧视可能带来的法律制裁，因性骚扰和性别歧视为由提出的起诉越来越少。虽然在工作单位内外，被歧视的受害者的精神卫生还没有得到充份承认，但精神病专家应预料到这方面的咨询需求将扩大。精神病专家应该欢迎和帮助人们认识到那些受性别歧视和性倾向歧视的当事人所受到的情感创伤。

（1988年6月）

◇ 同性恋与民权

同性恋本身并不影响一个人的判断能力、可依赖性，以及总体的社会和工作能力，因此美国精神病学会反对公共和私营部门在就业、住房、公共设施和执照颁发方面歧视同性恋者，学会并申明不应该要求同性恋者在判断能力或可依赖性方面要求同性恋者具有出比他人更高的标准。美国精神病学会支持并呼吁在当地、州级和联邦程度上全面实施民权方面的有关立法，使同性恋公民能够享受到不同种族、信仰、肤色等人已经享受到的保护。

美国精神病学会进一步支持与呼吁撤消各项惩罚成人间私下的互愿性行为的法律。

无名的英雄

Evelyn Hooker 和她关于同性恋的研究

John D' Emilio

(1997 年翻译)

这是一篇关于 Evelyn Hooker 博士生平的评论，其生前不朽的贡献极大地改变了科学对同性恋的认识。作者 D' Emilio 博士是著名的历史学家和作家，也是 National Gay and Lesbian Task Force 政策研究所的主任。他的著作有《制造麻烦：有关同性恋历史、政治和大学的文集》(Routledge, 1992)、《性的政治和性的社区：美国同性恋者少数民族的产生，1940-1970》(University of Chicago Press, 1983)。

Evelyn Hooker 今年 (1996) 11 月去世了，享年 89 岁。虽然很多人不知道她是谁和她做了什么，但是作为一个改变了我们世界的先驱心理学家，她称得上是我们社区的英雄。她的生涯同时也是研究“专家”和社会运动之间潜在的生产性关系的有趣个案。Hooker 在 30 年代早期获得博士学位，(对一个美国妇女来说，在那个时代得到这样的成就不是简单的)，并执教于加州大学洛杉矶分校。在那里，她的一个朋友，也是她以前的学生，劝说她研究他和他的男性同性恋者朋友们。“科学”对同性恋的态度在 20 世纪中期是非常明确的。医生、心理分析专家和心理学家们认为，同性恋是一种需要接受治疗的精神疾病。事实上，所有这些专家研究的同性恋者，要么是关在监狱里的，要么就是来看医生的，因此，不难证明，我们都是有病的和有障碍的。

在南加州刚刚建立的 Mattachine 协会的帮助下，Hooker 成为第一个研究没有去看病的男性同性恋者的专家。她的研究并且将同性恋者和一组有着相似人口学特征的异性恋者进行了对比。然后，她对每个组进行了一系列的标准心理学测试，并且让一个专门的专家小组，（他们不知道被试的身份），评价测验的结果。出乎他们惊讶并让 Hooker 高兴的是，这些专家不能把同性恋者和异性恋者进行区别，得分情况是同性恋者被试有着良好的人格发展和情绪调节。二十年之后，当我为了写一本关于 50 年代同性爱运动的书访问 Hooker 的时候，当她想起那些专家对结果是那样的沮丧，她轻声笑了起来。

Hooker 的工作动摇了传统的看法。在整个 50 年代，Hooker 忙于就她的研究在各种学术会议上做演讲，或发表专业文章。在 60 年代，她开始扩大她的研究，不仅是研究作为个体的男性同性恋者，还研究作为社区成员的同性恋者，一种新的研究我们的方法。慢慢地，持有不同意见的医学和精神卫生专家网络开始形成，而 Hooker 的工作促进了其产生。她同时和同性爱运动保持紧密联系，对他们寻求变化的努力提供支持和鼓励。

在 1967 年，Hooker 受国家精神卫生中心委托，领导同性恋问题工作组。同性恋活动人士感到兴奋，因为她肯定是同盟，事实上，这个工作组的成立就是为了帮助我们。当工作组在 1969 年发表其报告，最后的报告无疑是来自我们政府的对同性恋最令人鼓舞的声明。我经常问自己，如果是民主党的 Hubert Humphrey 于 1968 年当选总统，而不是尼克松，会有什么样的区别。政府会开始按照其工作组的建议行动吗？

同时，Hooker 的工作引发了一连串的历史成就：美国精神病学会于 1973 年做出将同性恋从精神疾病分类中删除的决定。同时，这位先驱心理学家开放的思维方式也影响了其所在的专业团体美国心理学会。今天，90 年代，就

实现公正对待男女同性恋者和双性恋者和变性人士方面，美国心理学会可能比任何其他主流专业协会做的要多。美国心理学会有专门关注同性恋问题的人员，出版可以有效用于维护同性恋者权利工作的材料，走上法庭参与听证，并积极参与和支持关于性的和同一性问题的开创性研究。当然，我们不能说，所有这些变化是因为 Hooker。但是，我们有可能把这些有影响的事件的历史线索追溯到她的先驱性的学术研究。

爱知的一生

艾弗伦·胡克博士和她的同性恋研究

二 言

“良好的生活来自爱的激发，由知识来导引。”

——选自伯特兰德·罗素《我的信仰》

艾弗伦·胡克（Evelyn Hooker）博士于1958年发表的《公开的男同性恋者的心理调整》（The Adjust of Male Overt Homosexuals）一文也许没有引起十年前金赛博士的《男性性行为》的轰动，因为前者只着眼于研究男同性恋者，似乎不能引起大众的兴趣。然而，这篇论文为同性恋解放运动提供了有力的科学武器，并最终促使美国精神病学会将同性恋剔除出疾病分类。

艾弗伦·胡克于1907年出生于内布拉斯卡的一个名叫北普拉特的小镇。贫寒的家境并没有剥夺艾弗伦受教育的机会，只读过三年书的母亲一直叮嘱她：“知识是一种谁也无法掠夺走的财富。”

当艾弗伦即将上高中时，全家搬往了科罗拉多州的斯特林。青少年时代的艾弗伦身高达一米八，因此经常遭到同辈的取笑，使她第一次经历到被当做“异族”的滋味。当时的斯特林高中的不少教师有着硕士学位，艾弗伦在

最后一年修了一门心理学课程，并对之产生了浓厚兴趣。在老师们的鼓励下，她于1924年进入科罗拉多大学心理学系就读。

艾弗伦通过勤工俭学完成了本科学业，毕业后担任助教，同时攻读心理学专业的硕士学位，并跟从卡尔·孟辛格（Karl Muenzinger）博士从事动物行为的研究。在此期间，她爱上了一个名叫萨利文·斯品赛（Sullivan Spencer）的教授，但一直将爱慕埋在心底。但是斯品赛教授在中国的燕京大学教书，但不久就传来了他的死讯，艾弗伦为此伤心不已。孟辛格看出她心事重重，关切地询问缘故，但他得知艾弗伦的心事后，语重心长地对她说：“爱情是生命中最宝贵的，即使你只爱过一次或两次。你现在同样拥有了知识，但也同时拥有着生命，好好把握住这两者，你就会发现你有着强大的爱的动力。”这番话成为艾弗伦的人生启迪。

硕士毕业后，艾弗伦计划去耶鲁大学攻读心理学博士学位。虽然当时科罗拉多大学心理学系的主任就是耶鲁大学的毕业生，但他拒绝推荐一名女子去耶鲁大学，这使艾弗伦又一次体验到作为“异族”所遭受的歧视。最后，艾弗伦进入约翰·霍普金斯大学，并于1932年获得博士学位。毕业后她在巴尔的摩的一家女子学院任教。

1934年秋天，艾弗伦被诊断得了肺结核。在隔离住院两年之后，她重返教坛。

1937年，艾弗伦获得奖学金去德国柏林的心理治疗学院进修。当时纳粹对犹太人的迫害已达登峰造极，但艾弗伦主动选择寄宿在一个犹太人家里。主人家里有一个六岁的女儿，她苦苦哀求父母让她脱离犹太教，皈依基督教，使她免受周围人的歧视与迫害。这件事对艾弗伦的震动很大，并坚定了她多年以来的信念——尽自己的所能，用知识来修正人类社会的的不平等。

回国后不久，艾弗伦应聘在加利福尼亚大学洛杉矶分校的心理学系担任研究员，并从事一些课程的讲学。1941年，她认识了一位名叫赛姆·弗朗(Sam From)的学生。弗朗见艾弗伦每天步行上下课，所以经常开车为她提供方便。

随后，艾弗伦和她的丈夫唐·卡尔达威尔(Donn Caldwell)结识了弗朗的一些朋友。弗朗告诉艾弗伦说，他的朋友都是一群同性恋者，但这没有影响他们的友谊。弗朗的朋友都是当时美国的同性恋组织马太辛协会(The Mattachine Society)的成员，这些成员定期地举办各种活动，并邀请艾弗伦夫妇参加。艾弗伦在交往中发现，这些同性恋者不仅来自各行各业，其中即有哲学家和诗人，也有工程师和会计员，而且他们丝毫不象精神病教科书上所说的那样——滥交、情绪不稳、浅薄、性欲过盛、害怕和讨厌女人。很多人处于长期的一对一伴侣关系，精神面貌和状况非常良好，完全没有病理迹象。

1947年，弗朗和艾弗伦夫妇一起游览了旧金山。当他们在一家咖啡馆停留时，弗朗郑重地对艾弗伦说：“我们已经让你看到我们究竟是一群怎样的人，现在该轮到你要负起科学的责任来研究象我们这样的人……我们是同性恋者，但我们并不需要精神病专家，我们也不需要心理学家，我们没有病，我们一点也不象他们所说的那样。”

其后几年，艾弗伦的个人生活经历了一些变故。1947年，她与卡尔德威尔离婚。1951年，她与加大洛杉矶分校的英语教授爱德华·胡克(Edward Niles Hooker)相爱后结婚。

1953年，艾弗伦向全国精神卫生学院申请基金，提议花六个月的时间，研究那些没有接受治疗的同性恋者的心理状况，并将他们与异性恋男子做一

番比较。负责研究基金颁发的约翰·艾伯哈特（John Eberhart）博士认为该项研究会具有非凡的意义，因为当时医学界对同性恋的了解只局限在那些前来求治的病人和被警方关押的犯人，而对于那些既没有接受治疗也没有受过关押的同性恋者几乎一无所知。艾伯哈特专程飞往洛杉矶，与艾弗伦进行了一天的交谈，但最后谨慎地告诉她说：“我们准备拨给你研究基金，但你如果拿不到这笔钱，那么你我只能说不不知道出于什么缘故。”当时正值麦卡锡主义盛行，同性恋不仅被列为犯罪，而且同性恋者和共产党人一样，都被看成是对国家安全的重大威胁，在各政府部门受到“扫荡”。

可幸的是，艾弗伦不仅领到了研究基金，而且这项资助一直持续到1961年，她也因此获得了精神卫生学院颁发的杰出研究成就奖。

招收实验对象令艾弗伦煞费苦心。她从马太辛协会招收了30名男子，作为实验组（Experimental Group）并从其它公民组织招收了30名异性恋男子，作为控制组（Control Group）。这两组人的年龄、智力和受教育程度都非常相仿，并排除了任何曾经接受过精神病治疗的人。实验的假设是：如果同性恋是一种精神疾病，那么用当时的测试标准，专家可以看出哪些人是同性恋者。

艾弗伦对这60位实验对象做了三种个性测试，其中包括当时流行的罗夏墨迹板测试（Rorschach inkblot test）。罗夏测试也被用来检测一个人是否具有同性恋倾向。该测试用十个标准的黑色或彩色的墨迹图案，图案的内容比较抽象和模糊，医生让受测试的人看出它们看起来像什么。通过受测对象的选择，可以揭示出他在感知到环境刺激时，其智力和情绪因素的整合方式如何。医生试图通过受测人对图案的理解和解释，来看出他的精神状况如何。情绪消沉的人会把墨迹图案作一番消沉的想象，他们会说看到了尸体、萎蔫的植物等；心情焦虑的人 would 看到蝙蝠、蛇和怪物等令人害怕的物体；偏

执情绪的人会着眼于每个细节，并不断地做出各种反应；多疑的人会胡乱地想象出与图案根本没有任何关系的稀奇古怪的内容。这些图案都受过标准化处理，即每个心理学家都用同样的一套卡片，而且记分也有一套标准程序。受测人对于人或动物的想象、他们的总体反映、对图案细节的关注，以及他们没有注意到的图案部分，一一都被详尽地记录下来。

另一项相似的测试是泰特测试（T A T，Thematic Apperception Test 的简称）。该项测试用一系列标准化的背景图案（如房间等），外加各种男女老幼的人体模型，然后让受测人将模型加入背景，再通过图案说故事。图案上所表达的人的活动非常模糊，使受测人有充分的想象余地。当受测人看图说话时，他就会不自觉地透露出自己的内心世界。泰特测试有可能观看出一个人的性倾向，比如说如果背景是一间卧室，那么当受测人将一个男人放在另一个男人身上时，就可以看出他有同性恋倾向。

得到实验资料后，艾弗伦隐去了这 60 个受测人的性倾向，然后邀请三名当时最有名的罗夏测试专家，包括最著名的布鲁诺·克劳福（Bruno Crawford）在内，通过观看测验资料，为受测人的精神状况打分，其中 1 分为最佳精神状况，即“智力和情感的整合能力超群，自我感觉放松，与周围环境协调良好”，3 分为平均分，5 分表明“最低程度的正常性，调节不良，有病理迹象”。艾弗伦还将一对受测人的资料呈给专家。这一对受测人除了性倾向不用以外，在年龄、智力和受教育程度等各方面都相当相似，专家们需要判定其中哪一位是同性恋者，哪一位是异性恋者。

虽然这些专家事先都声称肯定能够通过罗夏测试来确定受测人的性倾向，但实验结果却令他们跌破了眼镜。同性恋者和异性恋者在精神状况上并没有呈现出明显的区别；几乎相同数量的同性恋者和异性恋者获得了 1 分和 2 分，而且同性恋者获得最佳分的人数还稍稍多一些（不过并没有呈现出统

计显著)。更令专家们难堪的是，他们只猜对了一半同性恋受测者的性倾向，也就是说，他们的医学判断和通过扔硬币来进行随机猜测的结果一样。这一结果表明，如果罗夏测试可以判断出一个人是否具有精神疾病，那么同性恋者就不具备病理迹象。

艾弗伦还在论文中引用了专家们的一些评语。比如说，某一位专家在观察一受测人的罗夏测试的结果后，做出了如下评语：

“此人能够自如地处理敌意和性方面的问题……能爱能厌。是个好丈夫和好父亲，能够成为一名可靠的职员。我看得出他有一个中等偏上的工作……他不偏不倚。这是我所见过的所有人中纪录最乾淨的一个。我不认为他有强烈的依赖感，他对自己感到非常安心，从这个意义上讲，他是个具有坚强个性的人。我可以说他是个明确的异性恋者。”

事实上，上述这位受测人是一名绝对的同性恋者——他一生中只与男人发生性关系，从来没有沾过女人。然而，在泰特测试中，同一名专家却对他做了以下这番描述：

“他犹豫不决，并有精神分裂迹象。这人很枯燥无味，不外向，待人冷淡。他自我封闭，有自我中心情绪，神经紧张，并怀有愧疚感。”

为什么同一名专家用罗夏测试和泰特测试来看同一个人，却得出截然相反的结论呢？原因在于，这名专家并没有从罗夏测试中看出受测者是一名同性恋者，而泰特测试要求受测人看图讲故事，而这位受测人也许讲了一个与同性恋有关的故事——比如说他也许谈到了男男相爱——使专家认定了他的同性恋身份，而这份认定影响了专家对他的客观判定。虽然艾弗伦没有在论文中明确指出这种差异产生的原因，但却给出了一个很强烈的暗示：得知

一个人是同性恋也许会影响医生的主观判断，使他 / 她更倾向于朝病态的方向来看待这个人，从而认定这个人有疾病迹象。

艾弗伦从她的研究中得出三个结论：

1. 同性恋并不具有专门的医疗意义。同性恋和异性恋一样多样化；
2. 同性恋也许是性的一种偏差，但它属于正常的心理范围之内；
3. 某种特殊的性欲及其在人格和身心发展的表达也许并不象我们惯常所设想的那样。

1956年，艾弗伦在美国心理学会的年会上公布了她的研究成果，引起举座喧哗。很多心理学家对此提出了质疑，其中主要有以下两点：

1. 艾弗伦的实验中涉及到的同性恋者都是从同性恋组织中招来的。这些人也许夸张地表明了自己的正常性，使实验结果出现了偏差。
2. 罗夏实验也许不足以准确地测试出一个人的精神状况。

对于第一种反对意见，受测人如果不知道各种测试的评分标准，那么他想夸张地表明自己的正常性也许只会弄巧成拙。至于第二种反对意见，艾弗伦的实验用了当时盛行的测试方法，如果说这些测试方式不合理，那么我们有什么理由来相信测试结果的合理性呢？换句话说，如果罗夏测试不能准确地测试出一个人是否患有精神疾病，那么用它来判定同性恋者具有精神疾病的科学根据何在呢？艾弗伦此间所用的正是“以其人之道还治其人之身”。

艾弗伦在当时心理学界是个无名小卒，她的研究很快受到了忽视，最后只在不知名的《预测技术杂志》（The Journal of Projective Techniques）上发表。然而，当时将同性恋非病理化的呼声已经在西欧医学界发起，艾弗伦应邀访问了几个国家。其中有一位挪威社会科学院的一位学者听说艾弗伦的到来，倍感兴奋。这位学者由于天生肌肉萎缩，只能用两个食指握笔写字，但他致力于研究那些在困境中奋斗的少数人族裔。他对艾弗伦说：“我研究盲人，因为他们教会我如何观察；我研究政治难民，因为他们教会我如何开展运动；我研究同性恋者，因为他们教会我如何去爱……”

这番话坚定了艾弗伦研究同性恋的信心和责任感。在随后的十几年里，她在各学术刊物发表了多篇有关同性恋的文章，并将研究的范围从同性恋个人扩展到同性恋社区。她指出：同性恋本身并不是疾病，同性恋者所谓的心理失调是因为他/她们生活在一个充满敌意的社会环境里，改善同性恋者精神状态的契机并不在于“治疗”同性恋者，而在于培养宽容开放的社会风气。

艾弗伦的研究在同性恋社区引起了重视，马太辛协会在自己的简报上刊登了艾弗伦的研究成果，同性恋心理学家和精神病专家们也开始动员起来，开始探索自身的生命之谜。他们组织了一个小范围的学术团体，开始展开有关同性恋的进一步研究。美国的精神卫生学界里，赞同将同性恋非病理化的呼声开始增强。当时美国民权运动正达高潮，同性恋解放运动也初成气候，而科学工作者的加入给这场运动注入了理性的活力。

1967年，艾弗伦被任命担任全国精神卫生学院同性恋研究委员会的负责人，该委员会由著名的行为科学研究者、医学家、社会学家和法学家组成。经过两年的研究，委员会在总结报告中建议取消反鸡奸法，并开展有关同性恋的公共教育。然而，当时共和党总统尼克松在台，政府的保守倾向扼制了这份报告的影响力。

与此同时，艾弗伦及其同行的研究逐渐受到了精神卫生学界的重视。1973年，美国精神病学会仔细考核了各项研究的科学价值后，正式做出宣布，将同性恋剔除出疾病分类，在《疾病统计手册》第三版修正版中，同性恋不再被列为精神疾病。1975年，美国心理学会也做出了类似的决定，认为同性恋是一种正常的心理状态。美国社会对同性恋的反对和谴责主要来自基督教的教义，但美国精神病学会和美国心理学会在二十多年以来，坚持以科学的声音和人道主义精神，为同性恋者的合法权益而呼吁。美国心理学会还专门设立了第44分部（Division 44），致力于有关同性恋的心理学研究。

70年代以来，艾弗伦将自己的研究生涯告一段落，在洛杉矶开了私人诊所。毫无疑问，前来求助的大多是同性恋者，但是与当时其他心理医生不同，艾弗伦坚持同性恋无病无罪的观点，使许多同性恋者重新树立了生活的信心。

1991年，艾弗伦获得了美国心理学会颁发的改善公众利益杰出贡献奖，并于次年获得该学会颁发的最高奖——终身成就奖，芝加哥大学还成立了以她为命名的艾弗伦·胡克同性恋精神卫生研究中心。1992年，大卫·郝格兰（David Haugland）制作的影片《改变我们的观念：艾弗伦·胡克博士的故事》（Changing Our Minds: The Story of Dr. Evelyn Hooker）获得奥斯卡最佳纪录片提名。

1996年11月，艾弗伦·胡克在加州洛杉矶去世，享年89岁。

美国精神病学会发表正式 声明支持同性婚姻

(2005 年新闻)

2005 年 7 月 31 日，美国精神病学会董事会以 14 票赞成、1 票反对和 2 票弃权的结果，通过了支持同性婚姻合法化的学会声明。该声明于今年 5 月 22 日在亚特兰大举行的年度大会上通过，其中写道：“为了维护和改善精神卫生，美国精神病学会支持附有民事婚姻所有的一切权益和责任的同性间民事婚姻，并反对针对同等权益和责任的任何限制。”

董事会的此次投票结果使该声明成为学会的正式公开声明。

杰克·德雷舍博士来自纽约市的精神病学家，也是学会的同性恋精神病专家协会的负责人，他说该声明将和其它组织的类似声明一起，在有关同性婚姻的官司中质疑将婚姻限制于一男一女之间的定义。“现在美国精神学会采纳了支持同性婚姻的正式声明，这是学会继 2000 年发表支持同性伴侣民事结合的声明的一个自然发展。”德雷舍说。

1973 年，美国精神病学会做出了将同性恋剔除出疾病分类的决定，该组织一直反对任何形式的歧视，并支持少数族群的权益。

“婚姻对社会起了稳定作用，美国精神病学会的立场表明，学会相信对同性伴侣婚姻的稳定及其家庭提供支持可以造益社会。”

有些学会成员认为同性婚姻是个政治和文化议题，不是个医学议题，因此学会不应对此表态。德雷舍对这个看法表示异议，他说：“已经有大量的研究文献表明，歧视将对那些遭受偏见的少数族群的精神卫生产生不良影响。也有越来越多的研究表明，婚姻对于异性配偶有好处，这些都是重要的精神卫生议题。”

欢迎组织和个人索取本书
电话：010-88114625-812
E-mail: huangrui.fang@aizhi.org



爱知行动

www.aizhi.net

北京爱知行研究所
BEIJING AIZHIXING RESEARCH INSTITUTE

地址：北京市海淀区阜成路42号
中裕商务花园12B楼二层（100036）
E-mail: aizhixing@aizhi.org

传真：010-88114683
电话：010-88114625
网址：www.aizhi.net