

「健與美的歷史」研討會

Symposium on the History of Health and Beauty

初論臺灣泌尿科的「男性身體觀」 Urological Image of Male Body in Taiwan

成令方、傅大為

(輔仁大學社會系助理教授、清華大學歷史研究所教授)

中央研究院歷史語言研究所

1999年6月11-12日

中華民國 台北

Institute of History and Philology, Academia Sinica

June 11-12, 1999

Taipei, Taiwan, R.O.C.

目 錄

環亞飯店主廳中的泌尿科快樂文化	1
泌尿科醫師的訪談	7
I. 醫療化造成男性心理的負擔	9
II. 醫療化的強化趨勢	10
III. 性功能障礙的辨識和性別關係	13
IV. 早洩 是男性還是女性的焦慮?	15
大眾醫療論述裡的泌尿科醫師及其身體觀	17
幾點理論性的反省	27
I. 醫療化與陽具中心主義 (phallocentrism)	27
II. 身體資本 (physical capital)	29
III. 雙人性身體	31
IV. 「陽具勃起」科技的政略 (The politics of Phallo-technology)	32
小結與可能的新視野	34

1st rough version: 5/June/'99

Note: 此文為初稿，請勿引用

泌尿科研究和治療的範圍可分好幾大類：一是泌尿系統，包括腎臟，輸尿管，膀胱和尿道的病變；一是生殖系統，包括精蟲篩檢，不孕症；還有一類是精路系統，包括睪丸，陰莖，射精，到性病。我們在此探討的範圍屬於後者，但不包括疾病，也就是男性身體這部份的「功能」問題。由於我們關注的是以泌尿科醫師在這方面為主導的醫療知識和醫療論述，因此在醫病互動的關係中，我們就只偏重在醫師的說詞及其呈現的觀點和意識型態。

我們在這篇報告中，準備從下面三方面來探討台灣泌尿科醫師對男性的「性身體」的觀點：（一）「威而剛的臨床經驗研討會」的觀察報告（二）對四位泌尿科醫師的訪談分析（三）媒體書籍呈現的泌尿科男性「性醫學」論述。（四）最後，我們企圖從這些資料中對台灣泌尿科的男性身體觀做一理論性的分析與評論。由於研究時間的限制，我們不認為這篇報告涵蓋了足夠的面向，因此，我們稱它為「初論」。

一、環亞飯店主廳中的泌尿科快樂文化

在一個偶然的機會中，我們從一位訪談的泌尿科醫師的口中，得知了五月16日在環亞飯店舉行的「威而剛臨床經驗研討會」。顯然，這正是關於我們目前題材的泌尿科大聚會，於是就如期前往，準備以「專家學者」的身份「進/混」入其中。

等到了會場，我們才被環亞飯店二樓主廳金碧輝煌的研討會架勢震驚。原來是瑞輝藥廠 (Pfizer Limited) 親自主辦的，難怪我們從來沒有參加過這樣陣仗的「研討會」。約有近兩百名的泌尿科醫師到場，除了忙上忙下的女服務生之外，絕大部份的都是男醫生，在一個寬廣輝煌的大廳中舉行，每兩個座位前都有一張小桌，桌上除了茶水、點心、精美會議手冊外，還有一個瑞輝的小帶子，其中放著瑞輝送給與會者的精緻禮品（瑞輝高級皮夾子、精美威而剛原子筆）。雖然我們兩人看起來一點都不像醫生，我們還是毫不困難的被請入會場，我實在有點受寵若驚。會議的主持人是陽明大學校長張心湜教授(泌尿科)，主講員則是舊金山大學的呂福泰 (Tom F. Lue) 教授、日本的Michitaka Yajima教授、榮民總醫院泌尿外科主任陳光國教授、還有亞洲地區瑞輝藥廠的醫療主任Dr. Fidela Morena。

近兩百名的泌尿科醫師集聚一堂，大家興高采烈的討論泌尿科近乎「革命性」的新藥；主講員、主持人還不時穿插一些男性的笑話，使得會場頗有一點高級男性俱樂部的味道。其中，舊金山大學泌尿科的呂福泰，在美國Viagra的臨床研究上扮演了重要的角色，在當天會場顯得非常的活躍。一開頭，他就含笑問張校長吃威而剛的效果如何？然後轉而問整個會場相同的問題，順便加一句「現在有哪一位勃起的請站起來！」，顯然，整個會場覺得這些開場白很有趣，近兩百名的大男人/孩都很愉快。之後，呂福泰行雲流水般地簡介了他在美國的Viagra (Oral Sildenafil¹) 臨床研究報告 (Goldstein, Lue, et. al., 1998)，大家也聽的如痴如醉。但令我最驚訝的，是呂福泰的結尾小笑話與幻燈片。雖然我知道一點醫學院學術報告結尾的幽默慣例，但是在革命性的藥物出現時，也該有革命性的新幽默？

¹ Sildenafil (citrate) 是Viagra的原藥名。Viagra (威而剛) 則是瑞輝藥廠的牌名。

呂福泰神秘地說，他們這篇論文（1998），是發表的較早的研究，所以他知道一些Viagra的研究秘辛。

呂福泰說，是在1998年研究過總統Clinton的DNA之後，才有“Viagra”（“vigor as Niagara”）的想法的。因為Clinton的女人非常多²，透過女性洋裝上克林頓精液的DNA，研究者發現，他的DNA不是一般人的雙螺旋狀，而是一個特殊的‘Y’狀（褲子拉鍊半開狀），所以，呂教授煞有其事的說，Viagra的分子結構是從‘Y’的結構而得來的。他的報告，以幻燈片的Y拉鍊鏡頭結束，而滿場的泌尿科醫師則報之以愉悅的如雷掌聲。之後，在另外幾位主講人報告過後，由主持人張校長說話，他也就把握機會，反過來含笑問幾位主講人「吃過威而剛沒有？」幾位主講人則行禮如儀般逐一回答，有的說沒有，有的支吾其詞，有的則以技巧回答過關³。最後才終於開放給大家問問題。

聽Y拉鍊分子結構笑話後，配之以滿場男性愉悅的掌聲，我琢磨這個笑話的意義是什麼？它有什麼被壓抑的訊息？原來，泌尿科醫師配給大家的威而剛，是想透過如克林頓的Y基因療法，讓男人們都有克林頓的豔福？當然這也反面地顯示出，威而剛與女人無關，不是為女人而設的。這也使得威而剛與當天環亞飯店豪華會議廳中的濟濟男士，彼此互相輝映。甚而有之，不但威而剛是男性、滿場的知識擁有者幾乎都是男性，連幾位主講者報告論文的內容，也基

² 此時呂福泰幻燈片所顯示的，是一期「時代雜誌」的封面，中間是克林頓的臉，四周則被許多其他女人的臉環繞著。

³ 陳光國教授，因為也是陽明泌尿科的主任，對他自己的校長之回答是這樣的，「本來要用，但是校長使用後的side-effect很大，所以不敢用；而且，平常常勸病人無病不要吃藥，所以自己不能違背自己對病人的勸告。」

本上與女性無關，這幾乎是個「純陽」的論述世界，而諷刺的是，他們所談論的對象，卻都是異性戀的性關係。我現在就描述一下這種諷刺性，同時也部份顯示出泌尿科的男性身體觀。

在幾篇關於Sildenafil的服用效果與可能的後遺症、安全性之研究中(Goldstein, Lue, et.al., 1998; Morales, Gingell, et.al., 1998; 陳光國、謝汝敦等, 1998), 其實所使用的方法與預設都非常的接近。台灣於去年完成的臨床研究, 所謂“ASSESS-3” (ASian Sildenafil Efficacy and Safety Study), 是整個亞洲繼續西方測試Sildenafil Citrate的擴張與延伸。ASSESS-1是測試馬來西亞等三國, ASSESS-2則是測試香港等又另外三國, 之三, 據說很榮幸地, 只包含台灣一國。基本上, 每個測試, 從美國到台灣, 都是找相當一批(如數百)年歲不等的男人來對各種劑量的Sildenafil作比較長時期的「雙盲測驗」, 然後, 請這些實驗者在事後對一個自我評估的問卷(全世界通用的I.I.E.F.⁴)作回答, 然後就以此回答的計分, 透過雙盲的制式統計, 來評估威而剛的效果。這些測驗, 對我們而言最有意思的部份, 是在於「女性的缺席」, 我們將以實驗男性的選定、IIEF問卷的題目、問卷的語言、測驗結果的語言幾方面來說。

首先, 實驗男性的選定, 基本上是有「穩定性關係」的異性戀

⁴ The International Index of Erectile Function. 此問卷短的有五題(稱作“IIEF-5”), 比較長的就有十五題。如第二個問題是「當你有性刺激而勃起時, 究竟有多平常它可以堅硬地達成插入?」然後就是一個五選一的自我評估, 從「沒有性活動」、「幾乎從未達成」, 到「幾乎每次都達成」共五項, 然後有個「客觀」的評分。若要參考簡單的五題, 可以很容易地從「亞洲勃起功能障礙顧問與訓練處ASIAN EDACT」的網站上看到:

<http://www.asianedact.org.hk/PublicAssessQuest.htm>
我們下面還要進一步討論它。

男性（通常平均年齡是六十左右），且起碼是已經有六個月的穩定異性戀關係。這一點點，就是我們所能知道的所有關於實驗男性的「女性性伴侶」的資料！所以，我們完全不知道他們的「女人」是否對威而剛排拒、懷疑、沒有反應、或是喜愛，而我們常識性地知道，他們性伴侶的態度、積極/同情/幫忙與否，與兩人性愛的過程有相當的關係，且在年紀大的性愛關係中，這種雙方合作的需要會更大。我們姑且先不問，這樣地忽略女性的感受是一種對女性的壓制；而即使僅僅對男人所謂「滿意度」的評估，沒有他們的性伴侶的態度資料，這種問卷所宣稱達到的可靠性是很可疑的。所以，這種對女性的論述排拒，進一步也可以在IIEF的問卷題目與語言中得到印證。IIEF問卷中的第三、第四題，是美國與台灣的臨床測驗中極重要的問題。第三題問“**When you attempted sexual intercourse, how often were you able to penetrate your partner?**”，第四題則繼續問“**During sexual intercourse, how often were you able to maintain your erection after you had penetrated your partner?**”（我加黑體）。都是五選一的選擇，從「從未」到「幾乎每次」等來選擇與計分。我們注意這種問題的語言“able to penetrate your partner”（『能夠「穿透」、「插進」、「插入」你的伴侶』），是很令人驚訝地，它又是非常的機械、冰冷、像是在練功夫時出劍刺穿木人的問題⁵。同時，可以注意到，這些問題都嚴格地把男性與其性愛對象的身體，彼此撕裂分開；雖然其實這些實驗者是有親密的性伴侶，但是就問題意識而言，有無真正的性伴侶並不重要，「插進」的對象，也可以是個充

⁵ 在IIEF-5的簡短問題中，情況好一點，第三與第四題轉而成為“During sexual intercourse, how often were you able to maintain your erection after you had penetrated (entered) your partner?” 此處有一個畫入刮號的 次要的修飾：“entered”。

氣娃娃、可以是個自慰（或「自我鍛鍊」）的成人玩具、或甚至是個一夜情的陌生對象。

但有趣的是，那這些臨床實驗男人為什麼又被要求有一個「穩定的女伴侶」呢？我覺得，這並不是因為泌尿科醫生們認為一個女性伴侶在心理、身體、情緒上等對實驗者的性愛支持有多重要，因為在許多方面我們看到的是十分明顯的「女性缺席」。所以，要求有穩定女伴的意義，就是在於實驗者可以更專心於自己陰莖的表現，不必擔心有時會「沒有插入對象」的「不穩定」情況⁶。就這樣，實驗者需要有「穩定的插入對象」的詮釋角度，可以更進一步在這些臨床實驗的論文語言中得到證實。在呂福泰等的論文中（Goldstein, Lue, et.al., 1988, p.1402），有一項奇特的統計，在比較服用Sildenafil與安慰劑（placebo）的人，他們每個月有多少次性交「嘗試」（number of “attempts”），而「成功的嘗試」（“successful attempts”）次數又是多少等等。用這樣的「語言與格式」來量化與計算每月有多少次的企圖、還有其中成功的比例，令人不禁想到運動會中跳高、跳遠的競賽，每次都可以有三次的「嘗試」、「試跳」等。難怪，在這麼多拿者馬錶與量尺的醫師環伺下，被要求不斷要試跑、試跳的情況中，臨床實驗者就更需要一個穩定的、隨時待命的「被插入者」，以供運動員們，在自己心理穩定下來、自己體能準備好之後，找時間與機會來對「它」試跑、試跳。

最後，我想以蘇珊 沃安醫師⁷所報告的一個芭芭拉的心情故事

⁶ 比如說，一夜情的對象並不穩定，充氣娃娃等成人玩具又不夠逼真、容易產生厭倦感，不能「體貼人意」，導致降低性慾，影響臨床結果。

⁷ 沃安醫師寫的：*威而剛*（*VIAGRA—a Guide to the phenomenal Potency-Promoting Drug*）（1998），印鮑氏翻譯，頁212-3。

來結束本節。芭芭拉是這樣來描述她與服用威而剛的先生傑克的新情境：「現在性交時，傑克好像在和他的陰莖作愛，我卻被丟在一邊。。性交好像是跑馬拉松似的，他好像是用馬錶和尺，不停地去量他陰莖的表現，在他腦中彷彿有一隊啦啦隊在歡呼，簡直把我逼瘋了。。」

二 泌尿科醫師的訪談

訪談泌尿科醫師所獲得的片面資訊，在我們的研究中扮演的角色有三：(1)提供第一手的資訊並澄清或解釋已發表的一些相關的文字報導。(2)藉著訪談發掘一些我們忽略和不曾意識到的問題面向。(3)希望聽到一些不同於經常在媒體發言的醫師的聲音，展現醫師專業者的多樣化可能性。

由於時間限制，我們僅只訪談了四位醫師，有一位在醫學中心，二位在地區醫院，一位在私人中型醫院。有一位醫師的從醫醫齡約有十年左右，二位有二十多年的醫齡，一位是有三十年歷史的醫師。訪談問題是以半結構和半開放式的系列問題為主，訪談時間進行約一小時。我們在訪談的內容中，找出下面四個值得進一步討論的面向：醫療化造成男性心理的負擔，醫療化的強化趨勢，性功能障礙的辨識和性別關係，早洩--是男性還是女性的焦慮？

醫療化 (medicalization) 這個概念是本文解釋架構中重要的一環。醫療化是指我們生活的某部份以前不認為與醫療有關係，例如：喝酒，懷孕生產，老年失去記憶等，但逐漸接受以醫學特定的思考觀念，語言詞彙，醫療知識的解釋，醫療制度的安排和擺佈。這樣的一個過程，就出現某些行為和徵狀被歸類為「健康」（正常）或

「疾病」（不正常），而且加上運用醫療科技來檢驗生理功能，更加強了醫療對人們行為和身體的控制。Zola和Illich就指出社會藉由醫療化來進行社會控制，醫療化的過程加深了複雜的科層制，使我們更依賴專家的指引，剝奪了一般人處理自己問題的能力⁸。另外Conrad 和Schneider(1980) 認為以前一些被社會認為是厭惡的偏差行為，現在被認為是醫療的問題，可以用醫療的方式解決。

泌尿醫學的發展從早期是和皮膚科一起合稱「皮泌科」，專門治療性病，到後來發展到把陰莖勃起的表現也列入醫學研究和治療的範疇。其基本預設就是陰莖勃起若「不正常」就要求醫治療。這就是把男性的性及其身體醫療化。令人吃驚的是，如Tiefer指出⁹：「在醫學文獻中，陰莖勃起的定義與規範卻是付之厥如。」最多是對性功能障礙做了簡單的定義：「持續不能達到和/或維持勃起，足夠讓性活動達到滿意的程度。」¹⁰ 這樣的定義是依賴主觀感受，但是當然對有些人來說，性生活的滿意程度不與陰莖的勃起有必然關係。

在泌尿醫師眼中，陰莖勃起若「不正常」，可能是患了性功能障礙，也就是指：陽萎和早洩，還有比較不常見的不能射精和無慾。這樣的觀念藉著媒體廣告，醫藥工業的促銷活動以及泌尿科醫師的醫療專業的確認，普遍地在社會中推展開來，提供男人檢驗自己性經驗，性活動以及性身體的準則。

⁸ Zola, Irving K. (1972), Illich, Ivan (1976).

⁹ Tiefer, Leonore, (1995), p.159.

¹⁰ 見 Asian EDACT 「亞洲勃起功能障礙顧問與訓練處」的網頁，
http://www.asianedact.org.hk/Public_Assess_iagnosis.htm

I. 醫療化造成男性心理的負擔

男人怎麼會認為自己有問題，轉而向泌尿科醫師求醫？男人對自己的性能力的判斷，一般受到男性朋友，媒體廣告，醫藥工業以及性對象的影響（這一點，在後面詳談）。當男人自己意識到自己在陰莖勃起方面有「不正常」的表現，就會聽信廣告說詞，企圖找尋偏方，有的就去向泌尿科求醫。

答：台灣跟國外都一樣，大家談到性都很不好意思。有人在還沒來看診之前，就反覆練習怎麼開口，有人掛了號卻沒勇氣去看病，你應該去訪問病人才能知道他們的內心世界。.....有人走進來，東聊西談好一陣子，說到：我下面癢，我就知道他可能有性方面的問題了，我就要引導他，讓他慢慢地說出來。

(Dr. C)

問：比如說跟性功能障礙有關的，有的很難以啟齒，會不會有不信任的問題啦？

答：會！沒錯！這些會有，事實上，不要說以前，現在來講的話，還是很多人很保守，看久了就知道，病人進來，神色不太對勁，然後我們都會有護士小姐跟診在旁邊，他會看了護士小姐一眼，不太自然，那我大概就知道有性功能方面的問題啦，如果這時候，我就會請小姐稍微避開一下，然後在問他有什麼樣的問題，有的病人他有時候他進來不會直接講他有這方面的問題，他會先迂迴打轉，然後最後才提了一句，比如說我小便不好解啦，頻尿啦，最後才冒一句說這方面有問題，就是到現在還是一樣會，而且還不少。(Dr.A)

從這兩位泌尿科醫師的口中，我們窺見到男人面對自己的「不正常」時，所必須承受的精神負擔。這正是男性身體醫療化加諸在個人的壓力，特別是對老人來說，器官的老化是自然的，但如今卻被認定是「不正常」，有功能障礙，使老男人不能坦然面對高齡的自然現象。我們進一步對大眾醫療論述的社會詮釋，請見本文第三節「大眾醫療論述裡的泌尿科醫師及其身體觀」。

II. 醫療化的強化趨勢

根據四位醫師的解說，我們得到一個相當可靠的泌尿科醫學發展的簡圖。泌尿科在過去十五年來對精路系統的知識有很大的變化。在那之前，泌尿醫界認為造成性功能障礙90%可能是心因性因素，於是大部份的案例是要病人去看精神科醫師或做心理輔導。到了1982年，美國泌尿界由於對精路系統器官的知識日益增加，瞭解到了造成陰莖勃起的生理原因，加上1985年左右科技的新發展，製造了新的儀器，例如，高解析度的超音波可以檢查出微細血管，因此新的診斷方式也隨之發展出來。這一切的發展，改變了原先的認知：即從原先認為性功能障礙的成因90%可能是心因性因素，改變到認為心因性因素與生理器官的病變各佔50%。

四位醫師都承認心理和生理的關係是交互影響的，彼此不容易立即辨識，需要一段時間仔細聆聽病人的述說才有可能得到比較正確的診斷。

問：但他來找你的時候，你是不是也要經過各種測試、說明、confirm之後...

答：對，這是要測試，但是問題是，現在目前能夠用來測試的各式各樣的方法、儀器，這些東西都沒有百分之百的診斷力，大概都是百分之七、八十左右的診斷力而已，七、八十的問題就很大了，因為有二、三十有問題（沒法解答），所以大概我們一般大概要靠幾種的診斷方法，還有你自己臨床的經驗去判斷，但這個也不是百分之百。

問：你說不是百分之百的意思是說，很可能有時候診斷出是陽萎，但也不一定是。

答：對，因為你 psychogenic 引起的陽萎的話，他有時候的變化很大，你沒有碰過這樣的病例你絕對不會想到他是 psychogenic，但是事實上我們碰到很多病人，variation 很大，他有時候正常，有時候會想要自殺，那很厲害，所以蠻複雜的。

問：那這一部份，psycho 的部份東西，你們是用什麼樣的方法發現他不是器官的問題，而是 psycho 的問題？

答：經驗很重要。但是經驗來講的話，你也沒有辦法講診斷完全正確。(Dr. D)

上述這位醫師所呈述的說明了泌尿科醫生在即使生理器官的病變佔到50%的今天，仍必須面臨不確定病因的困境。可見性功能障礙是個很複雜不易處理的難題，通常治療的方式如下：

答：以目前來講的話，男性的性功能，也就是說勃起功能障礙的治療方式，包括口服藥、打針，就是局部注射、真空吸引器，再來手術治療。手術治療包括靜脈手術、動脈手術，還有人工陰莖的植入術，有好幾項。最近又有一些新的發展與新的東西，譬如說威而剛，再來還有一些注射的話從尿道注射。

現在還在發展的就是局部塗抹的，這些都是一直還陸續發展當中。……。在威而剛以前最有效的方式大概是局部注射，局部注射是直接將藥物注入海綿體裏面，局部注射前列腺素，或前列腺素跟其它藥混合的藥，它的有效成功率大概比威而剛更高，大概到八成左右，甚至到九成，但缺點是說用打針的。打針的話，以我們來講的話，如果病人要靠打針才有效的話，我們會教病人，像打胰島素一樣，知道病人注射需要的時候，再打一針，三、五分鐘就可以用了，這是威而剛出現之前最有效的方式。但是一來有病人很怕打針，二來他也有些某一些相當程度的併發症，譬如說注射的部位會有纖維化的情形，或者說藥物使用不當，引起持續性的勃起，勃起時間過久，等等這些問題，這是需要小心的地方。其他當然真空吸引器的話，還是有部份在用，可能量上會少一點，再來的話就是手術。口服藥的話，在威而剛以前有一、兩種，少數的藥有一些效用，但沒有像威而剛這樣高比例的。以台灣做的臨床實驗來說的話，它的有效率大概是61.8%。(Dr. A)

泌尿醫學領域，在過去十多年來有驚人地突飛猛進的擴張，把部份性功能障礙的治療從精神醫學的領域中搶了過來，這樣專業化的發展與擴張，同時也更加強了性功能障礙的醫療化。藉著口服藥、局部注射、真空吸引器，手術治療以及人工陰莖的植入術，泌尿科醫師把患者的某部分身體當成失修的機器，醫師的服務僅只修復機器損壞的這部份而已。經過醫師的治療，保證病人能獲得「功能無礙」的勃起。這樣的治療完全不考慮勃起的身體本身，使用陰莖的這個人，他與性對象的關係。這種以生理性的勃起為關注焦點，忽略心理因素和社會脈絡的傾向，在泌尿科專業治療的知識越來越發

展下顯得更明顯。

III. 性功能障礙的辨識和性別關係

當病人去看醫師時，醫生例行檢查是包括三步驟：瞭解病史，檢查身體器官、血管和神經系統，診斷檢驗¹¹。這三步驟的後兩個步驟看起來是以生物醫學的角度去關注，但是當他們收集病人史時，他們在進行類似的深度訪談，希望在其中找到病人的社會和心理情境。

性關係後，對方的影響很大，女方的關係很大，女方有時候是老手，發生過很多的性關係了，男方是人家講的「菜鳥」，沒有經驗，或者是初步經驗，所以女方說你怎麼那麼沒有用，那男的第一個就會找醫生，第二有的確有男孩子外面有小老婆的，家裡的老婆已經用了一次了，到了外面還要再用，上了年紀的人，我想我們性的恢復沒那麼快，我們的性用完之後，多久之後，還能再用，我想這個很難判定，但這總不能太快吧！（Dr.B）

他去玩一次不行、兩次不行，那就完了。事實上他不一定有問題，他也許是早洩而已。對方功夫太好，兩三下就清潔，他奇怪怎麼他的朋友還在裡面？他就嚇壞了。另外還有一個情況就是說，沒有正當的發洩方式，他用手淫的方式，手淫也是變化很大呀！開始的時候情況很好，但時間久了以

¹¹ ibid.

後，他這種東西是用幾套電影撥，他要想像的東西到後來就沒有新鮮感了，等到後來跟以前不一樣的時候，他認為他有問題，事實上並不是有問題，這是常常可以看到的病例。(Dr.D)

兩性互動要從長遠來講，如果年輕時對太太不尊重，(到老年時)太太反應就沒那麼好。男性在年輕時可能無所謂，到了四、五十歲，男性蠻需要的雙方良好互動，他可能得不到了。女性月經一停了，她不願與他有性交、有性接觸了的時候，他就嚐到苦果，.....男性到五、六十歲，他必須靠對方的煽火才行，如果沒有煽火的對象，他這性功能.....就要停止。男人受過一次挫折，他心理頭的障礙會更大，無形中，他在這方面會放棄掉。.....對，一次就完了！只要他失敗一次，他會覺得頭都抬不起來！.... 這打擊很大！這社會角色就被塑造出，男孩子從小就被教導要騎馬打仗，女孩子玩洋娃娃。男性就必須扮演強壯陽剛，他已經被認知說要這樣。哪一天他不能達到這功能的時候，他自己以前建立的基礎就受到影響。(Dr.C)

這四位醫師回憶他們所看過的男病人，沒有人透露過他是同性戀者。因此，我們在此的討論將以異性戀者為主。上述這些引言雖然只是部份男性造訪醫師的原因，但說明了異性戀男性認定自己有勃起障礙，是因為與女人互動的結果，而泌尿科醫師也認識到女性對象的重要性。因此，形塑陽具勃起「正常」與否的論述，異性戀女人扮演重要的角色，不論是主動的以言語和行動說明男性的「不正常」，或以沈默暗示對男性的「沒興趣」。

但是，由於專業分工的限制與要求，所訪談的泌尿科醫師，基本上謹守治療的本分，不認為醫師應該探討造成病人求診的背後原因：即討論造男人「性焦慮」和「性無能」的性別關係，例如，Dr.A的說法。只有一位醫師，Dr.C，意識到這問題，但又顯得無奈。

問：比如說有一些男性來跟你談到這些方面的問題，有沒有鼓勵說請他的性伴侶一起過來跟你談，還是基本上覺得說

答：基本上我是不會要他的性伴侶一起來，除非說他的家庭就是跟他太太之間有很大的問題，有遇到過，有很大的問題過，就算有這方面的問題話，我也很難去，俗話說清官難斷家務事，而且我也不是精神科方面，如果要家庭方面協調的話，說真的這也不是我的專長，我也沒有辦法幫他們解決這一方面的問題，因為我也沒受過這一方面的訓練，我通通都沒有，... 所以說有這方面的問題的話，就比較麻煩了，就比較困難了，那我們新竹方面好像還沒有這方面的專家。(Dr.A)

當然，醫生是關心一（整）個人啦！把醫生的角色廣泛一點來說，我們應該多瞭解他（病人）的一些問題，可是目前的整個文化環境中，並不是要醫生扮演這種角色，也不太容許。... 時間啦！經濟上啦！（Dr.C）

IV. 早洩-- 是男性還是女性的焦慮？

什麼叫早洩？這定義蠻難的。在會有競爭性的動物裡面，它的射精會很快的。在性交的時候最危險，最容易被敵人殺掉。到了人類，慢慢進化，開始享受性交。.....現在文化也鼓勵，女性也喜歡這

樣，就慢慢會要久一點.....到底要多久才算正常？早期，金賽的調查，美國75%的人要三分鐘射精，一般我們把這個當參考。如果說，他不能在期望的時間內射精的話，可能有這方面的問題。早洩來講，當然病態也有，有人有攝護腺的問題很敏感，有腫脹，容易射精。基本上，射精比較快跟經驗有關係，跟這方面的控制有關係，也跟對方彼此間的互動有關係。射精基本上，他就跟燒開水一樣，乾柴烈火一燒，他馬上就沸騰，他如果能學習調和溫度，不要那麼快到達臨界點，他恐怕射精時間會晚一點。他射精慢慢會改善。但是有人到了四、五十歲還是很快呀，我們就要瞭解一下，是不是包皮太長，或是先天敏感。我們可以建議割掉包皮，或帶保險套，再不行，我們就有些藥物可以幫忙，可以讓他射精緩一點。在緩的過程，讓他去體會，怎麼不要很快達到臨界點。(Dr.C)

Dr.C 以生物進化論的觀點陳述人類延長射精是受文化的影響，他同時展現了關於早洩算是病的預設：「女性也喜歡延長射精」，「75%的人三分鐘射精，可作為正常的參考」，「到了中年不應該早洩，更是要找出病因」。在這裡，我們要質疑的是：所有女人都愛持久不衰堅挺的陰莖嗎？因早洩而來就醫的男人，主要是為女性對象著想而焦急，還是為了自己不能逞雄風而憂慮？這種關注射精時間的長短，等於把陰莖從男人的身體單獨抽離檢查，也不考慮兩人的性愛關係，難道醫療好了早洩，就一定可以改善他與性對象的關係？至於，醫師給病人的建議，無異於要求早洩男人多訓練自己身體的收放能力，在專家和本人的努力下，這個不易持久堅挺的器官，終於可以達到三分鐘的持久度，宣告大功告成。

三、大眾醫療論述裡的泌尿科醫師及其身體觀

以醫生的身份及其所屬醫學院的份量，在大眾媒體中嚴肅的發言、或後來再把這些言論集結出書，是一個重要的現象，我們稱之為有醫療機構權力為其論述基礎的「大眾醫療論述」。它的意義，比起一些泛泛筆名的翻譯、一些名作家或文化工作者的「心得與心情」、某些讀者意見論壇等，當然更具有權威性、更有醫療權力的後果。雖然大眾醫療論述見諸媒體的，從日治時代的「三六九小報」、「台灣日日新報」等就已開始，一直延續發展到五六零年代，但是，比較更大幅度、甚至以集團的形式出現，大概要等到七零年代的「健康世界」醫生團體開始¹²。我們可以從權力與傅科「性部署」¹³的觀點，來看“啟蒙的”「大眾醫療論述」的一個進一步的意義：一種可內化的身體手冊。它們的出現，是在診療室與醫院之外，對「健康者與可能的患者」，提供一套可以自我管理、監控自己身體的語言與程序，並將許多健康的人們身體納入醫療論述之中，如此，一方面可以「平時日常注意自己（或親人與朋友）的身體」，另一方面可以讓醫生與病患更容易溝通（以醫生的優勢語言）、或讓醫生更容易、更快的瞭解病情與診斷治療（已經預先醫療化過的）身體、或讓醫生與醫院的「時間」更自由快速運轉，所有病患剩下的問題與感受，都交由「手冊」來處理與照顧，一種醫病關係的維護技術。還有，除了日常可以注意自己或親友的身體外，它們也提供一種允許的、正確的、健康的對任何「他人身體」的想像與圖像化、偷窺、物體/策略化、愉悅化的可能。

¹² 參考郭文華（1997）的碩士論文第四章。當然，根據郭的說法，五零年代似乎沒有所謂大眾醫療論述，這是可疑的。我也提到日治時代的三六九小報、*日日新報*等的問題。整個這些，都還需要更深入的研究。

¹³ 見傅科*性史*第一冊。又可參考傅大為（1996, 1997a）二文。

那麼，從這樣的一個角度，台灣近年來的泌尿科大眾醫療論述又是如何呢？提起九零年代今天的情況，一直到近來威而剛的“藍色革命”為止，我想大家都會熟悉台北醫學院江漢聲教授「著作等身」份量的大眾醫療論述，它們也是一般人進入任何一間台灣的便利商店就最容易進入眼簾的醫療成品。我簡單統計一下，江教授出版於九零年後的，含編譯的就至少有二十本書、外加兩項錄音書：攝護腺：疾病與保健、難言之隱：腎臟和泌尿系統常見的疾病、細說男性健康、不吃藥健康法：怎樣做自我體檢、青春期的我、我們的性、怎樣暢快有生趣：泌尿系統保健與長春、細說男性的性：男人保健顧問、細說男性健康：男人有問題怎麼辦？、解性書、男性不孕診療的新進展：男人與生育、幽默談性輕鬆做愛：打開性愛黑盒子、結石百問、性愛風情：現代女性的性觀念、身體情語：談兩性必備的性知識、性愛黑皮書、談笑話性、藍色革命、認識性病、21世紀性愛大趨勢、陰莖勃起功能障礙、成人的悄悄話等。當然，本文無法也無意對江漢聲的大眾醫療論述作個全面的討論，但卻想對台灣近年來以明白的泌尿科觀點來「談性」、來「說身體」的一些說法，作一點歷史性的追溯，並觀察其中的演變——特別是與本文一些問題性相關的演變。我們目前暫時以三位泌尿科醫師的大眾論述為主，並多少跨越了三個時代。一是比較早期的江萬宣（因為沒有在「宣」字左邊加上火字旁的電腦字型，故暫以「宣」字來替代）教授，他從1947年在台大皮膚泌尿器科開始教學行醫，或許可以代表戰後第一代的泌尿科醫生。雖然是名醫，但過去似乎倒是很少經營大眾醫療論述，一直到了九零年代（退休後？），才在報章中寫專欄，後來集結出版了《性字路上50年》（1995）、《台灣金賽的性學檔案》（1997）二書。所謂「台灣金賽」的稱號，在他兒子江漢聲為之寫序的姿態中，已經隱隱浮現。第二位，是七零年代在中興醫院泌尿科開始發展的凌岡泉醫師，他也是在七零年代「健

康世界」醫師集團開始「醫療啟蒙」台灣大眾、開始建構台灣當代大眾醫療論述時，就是一位出色的醫療論述者，素有「人體下水道工程師」之譽。我們討論他的著作，會集中在他的 醫學性教育 (1977)，還有 認識泌尿系統 (1979) 二書¹⁴。至於第三位，九零年代的，當然就以江漢聲為代表。他大眾論述當然極為雄厚，不過我們會集中在他的 談笑話性 (1992)、藍色革命 (1998a)、性愛黑皮書 (1998b) 三書上。

大致上，我們看到兩種相關的趨勢，可以來描述從江萬宣、經過凌岡泉到江漢聲這樣的一種台灣泌尿科身體觀的演變。第一種，可是說是泌尿科在人的性行為/身體上「醫療化」(medicalization)不斷的升高與強化，這可以用「早洩」與「作愛頻率/欲望」這兩個例子來說明。第二種，則可說是泌尿科的男性「性身體」(sexual body)觀，從一個模糊的「夫唱婦隨」雙人身體，逐漸集中到一個「單一性器官」¹⁵的觀點。有趣的是，這兩種趨勢彼此更是相關的，這個過程越是醫療化，伴隨著的性身體也就越是單一化、器官化。

就醫療化的升高趨勢而言，先以「早洩」為例。江萬宣曾有些蠻有趣的道理與作法。在 性字路上50年 中的「久？不久？」一文

¹⁴ 後來的凌岡泉，在八零年代後期，還出版了 *醫師談性* (1986)、*談性空間* (1989)、*愛之訣* (1990) 等書，但彼時大眾醫療論述已經很多，故它們的重要性反不如他在七零年代後期的兩本作品。到了九零年代，大眾醫療論述更是有「爆炸」之感，但此時反而不易見凌岡泉的作品出現。江漢聲雖然也在七零年代後期左右在「健康世界」開始書寫大眾醫療，如他「譯輯」的 *性與你* 一書，但彼時期的發展似乎很有限，故我們把江漢聲全面營造大眾醫療論述的「大發展」，放在八零年代後期到九零年代。

¹⁵ 但是這個「單一性器官」觀點，卻需要有個隱晦、但是卻很穩定的「女人身體/性器官」作為其輔助、或說成立的條件。我們在上一節談 IIEF 問題時，已經點到這個問題，下面還會再作討論。

中 (1995, p.33), 他說「對早洩求診的病人, 我強調早洩不是病, 相反的是身體強壯的證明, 七十歲的老人要早洩也洩不出來。」, 只要「每天兩、三次繼續三天, 第三天包君不早洩!」, 甚至還說「人類的祖先多半是早洩的, 如果追溯人類的進化史。。。那些作愛要『久』到兩分鐘以上的人, 很早就被老虎、獅子、狼群吃光了。」¹⁶另外, 一對夫婦八年只作愛四十分鐘, 似乎也不是什麼大問題, 江萬宣有一套簡單的「作愛運動」之說法¹⁷, 再配合之以小小的「心理作用」妙計, 通常問題都迎刃而解。至於七零年代的凌岡泉, 雖然對「早發射精」問題頗為重視, 使得「早洩」逐漸成為醫療化的對象 (1977, pp.57-84), 但是他一貫的風格是, 一方面對金賽、馬斯特、瓊森的看法相當的重視, 另一方面則常使用各種可能的 (幼兒時) 男性心理因素來解釋問題, 甚而有時也提到海特報告/女性心理、女權運動者的看法¹⁸。對馬斯特、瓊森看法的重視, 起碼就會強調性愛的雙方配合、互諒互助、TCC (treatment of couple by couple) 行為療法的重要性。所以, 凌岡泉的這種心理分析傾向、強調雙方心理/行為互動, 與後來「單一性器官化」的高度醫療化, 仍有相當的距離。到了九零年代, 江漢聲等則提出說「有些醫師開始質疑早洩是

¹⁶ 這個有趣的說法, 今天仍有些泌尿科醫師相信, 但是似乎很難找到什麼合理的演化論解釋。

¹⁷ (1955, p.85-6), 「一星期只能加一次夜班, 星期六不能加班, 每星期作愛兩次以上、四次以下, 星期六晚上十點就上床作一次愛, 早晨4-5點再作一次, 如果還會早洩, 7點起床前再作第三次。」

¹⁸ 在七零年代後期, 提到海蒂報告及女性心理等, 在整個台灣似乎都是非常的先進了 (1977, ch.18 & 19)。另外, 凌岡泉對人類早期的「早洩」也有有趣的看法 (1979, p.50), 「在原始社會或較低等的階級群裡, 由於早發射精所引起的婚姻問題, 似乎要比在工業社會和高級知識群中發生者要少得多。」因為在那裡「性在生活中」的地位不高。但在今天的社會, 「面對要求越來越多, 越來越嚴苛的解放女權, 很多的男人, 難免就無法應付了。」有趣的是, 凌岡泉此處認為要求是來自女性, 但一些泌尿科醫師認為是「男性文化」自己所致, Leonore Tiefer也認為如此。

否有器官性因素，包括神經反應太快、分泌的物質太旺等」，「有不少醫師開使使用神經阻斷劑作為早洩的性器官治療」，還有非局部麻醉的韓國「SS藥膏」既將進口等等 (1998a, p.184)。在此新的醫療化過程中，難怪女性主義泌尿科教授Leonore Tiefer (1995, 170) 會說，「老去討論早洩是否大部份是器官性的還是心因性的，我覺得又是另外一種新辦法來避免處理女性的性、避免面對女性觀點的性。」

我們再以「作愛頻率/欲望」的例子來說明醫療化的趨勢。在「兩個月一次的恩愛夫妻」一文中 (1995, p.81)，老醫師江萬宣碰到一對憂心的夫婦，因為她們看到健康雜誌說性慾越強的人越長壽，但他們兩個月才一次，是否有問題？江萬宣於是強調「現代是人權的時代，性也是一樣，每個人有權選擇最適合自己的性生活、性對象、作愛的次數、方式。。」，「一對夫妻要做幾次愛是他們兩人的事，沒有幾次是正常、幾次以下是不正常的。都是正常的。」他甚至提到「無性夫婦sexless couple」¹⁹，「結婚三十多年從來不作愛，領養了一男一女，但家庭圓滿幸福，養子養女也很孝順，這樣的家庭沒什麼不好啊。其實天下多了那些所謂性慾太強的人反而不妙。。」，雖然一般泌尿科會說這中間有「陽萎」的問題，但是江萬宣在另一文「無性夫妻」中反而說「這樣的 [無性] 夫婦在現代越來越多，最明顯的是男子性無能所造成的；但也有不少夫妻，雖然長期沒有性愛生活，但家庭生活卻過得平靜和樂。」（我加黑體）其實，這樣一種「非關醫療」的說法，今天很難想像是出自一位泌尿科醫師之

¹⁹ 在另一篇文章「無性夫妻」中，江萬宣也有類似的看法 (1995, pp.105-6)。在《台灣金賽的性學檔案》一書中 (1997, pp.196-8)，江萬宣有另外一篇「幾次太少？幾次太多？」，也是一種相當隨和、甚至有點反醫療化的態度，「從心所欲，不逾矩」。

口。到了凌岡泉，雖然他是直接以「對性厭惡」或「無能」的角度來看此問題，但他討論的卻是各種可能的心理問題、個人的心理歷史等 (1977, ch.11 & 12)，而非器官問題。在七零年代末，凌岡泉知道，西方泌尿科對各種性無能的診斷，已經逐漸由心因性的看法，大幅度地轉移到是器官性的看法，但有趣的是他自己仍然對此趨勢有所抗拒。但是，同樣的問題，到後來就有更大的轉變。

從馬斯特、瓊森提出性高潮的四個階段論之後，一個基本的預設就是人有無盡的自然性慾。這個從金賽以來的機械性預設，早為一般性醫療界所廣為採用，近十幾年來就碰到了大問題，就是許多所謂「無慾人」的出現 (傅大為, 1997a, ch.4)。於是性學專家H.S.Kaplan把四階段論修改成新的三階段論「欲望、激動、高潮」，如此，無慾人就是在第一階段的「錯亂」，我們於是就有了一種新的病人ISD (inhibition of sexual desire) 之誕生。而後來泌尿科醫師常碰到的「作愛次數」的問題，當然與此息息相關。我們看到，今天當江漢聲在寫「做愛做的事，一周多少次？」時 (1998b, p.62)，整個調子已經改變。作愛次數少些，在許多原因之下 (如多了幾個孩子)，是可以「了解」的，但是「自由自在的生活是多作幾次的重要條件」，「生活的快樂其實才是能多作，越作越有勁的本錢。」。同時在談到「性愛會『過度』嗎？」時 (ibid., p.68)，江就說「最近研究顯示」，「『性愛』。經常運用，反而能促進健康」，某某長壽者的秘訣也在於豐富的性生活。又說，「瑞典三十年來的觀察證明」，「瑞典人三十年來對色情片的興趣是越來越濃」，「。個人一生的平均性伴侶數及性生活頻率大為提高」云云。這裡顯示的，與前面江萬宣說的作個比較，真好像是另一個國度、另一個倫理與性愛的世界！而宣揚它的主要鼓吹手之一，也是泌尿科醫生。當然，這種性

愛次數與高度的另一面，就是ISD、性慾不足等障礙的醫療宣判。在「哎呀！怎麼不能射精」一文中（1998a, p.159），使用威而剛而不能射精，也成了ISD的一種，因為威而剛無法增強性慾，只好又回到行為療法。與以前江萬宣的「無為而治」比較，今天的泌尿科醫師，一方面忙者宣傳性愛的新高度（或說新規範），另一方面則圍繞者ISD的陰莖而忙碌，但卻又一如往常醫療論述的常態，對所謂性慾障礙者的社會文化、歷史心理的脈絡與因素，視若無睹。

現在，在談過了「醫療化」趨勢及其兩個例子之後，我們回過來簡單談談台灣泌尿科大眾醫療論述中的另一個趨勢：泌尿科的男性身體觀，從模糊傳統的「夫唱婦隨」雙人身體觀，逐漸集中在「單一性器官」的模型下。

無論是江萬宣或是凌岡泉，女人的聲音/身體，在討論性愛及其問題時，都有著相當的份量。雖然不免是常在異性戀婚姻的脈絡下談問題，但是夫唱則婦一定緊隨，而婦若不應和則夫獨唱也沒有興致。所以，女人一句話「好看不好吃」，可以令男人「十年不舉」，而當夫婦一起來看江萬宣，江總是很重視夫婦的關係，還有太太的耐心、使用的語言、性愛的態度、當然還有雙人互動的行為治療，再加上一點「心理作用」的小計策等²⁰。另外，對一對長年苦苦進行「試管嬰兒」手術而導致性無能的夫婦案例，江萬宣也提出一些在普通醫師中比較少見的作法。勸他們放棄、回歸自然的作愛心情，並同時勸他們領養小孩，脫離試管嬰兒的醫療工廠²¹。至於凌岡泉，

²⁰ 參考江萬宣的「女人一句話，好漢十年不舉」（1995, pp.15-16），另外還有一篇「男人病自己嚇自己」（1995, p.121-2），太太一句話，「陰毛中有兩根白毛」，嚇的先生喪失元氣，一個月後完全陽萎。

²¹ 「試管嬰兒與性無能」，（1995, pp.75-7）。

前面也提過，他並沒有侷限在泌尿科醫學裡面而已，反而蠻重視西方當代「性學」本身的傳統，所以夫唱婦隨式的「雙人身體」觀點，一直在他頗為心理分析式的討論中很明顯，何況，在七零年後期，他在台灣就多少注意到女權者的觀點，還有對醫療的可能批評，算是難得的。

但是，在去年出版江漢聲的 *藍色革命* 一書中，夫唱婦隨似乎就逐漸消失，取而代之的是「從地面舉到天花板」的陰莖革命。先從封面談起，是個女人眯著眼睛的輕聲細語：“Trust Me, Honey. You Can Do It Again with VIAGRA”，但是有趣的是，「藍色」一書中其實極少出現女人的聲音，更不用說江漢聲曾訪問過什麼女性的意見了。所以，從封面開始，女人似乎存在，但其實是空的、啞的、只是個歡呼陰莖重生的廣告封面而已。比起Susan Vaughan（蘇珊沃安：女性精神科醫師）寫的「威而剛」一書（1998），印鮑氏翻譯，楊幹雄醫師推薦，別的不說，裡面就有極多極多美國女性的聲音，包括男女同性戀等，與「藍色」一書相較，真有南轅北轍之感。我們再看書內，類似「如果您敢打針，一次最少勃起二十分鐘」之類的專門小標題很多，好像很高科技，但卻是完全集中在「單一性器官」的科學園區了。在序言裡，江漢聲認為威而剛改寫了性功能治療的歷史，「從佛洛伊德到威而剛，使性治療在一世紀間邁進了一個大步」，這意義也很明顯，是性功能障礙「心因性」的時代已經過去，取而代之的是圍繞在陰莖器官四周的各種新科技。我們再看書中的一些男性觀點：(1998a, p.100-1)

許多男人告訴我，他們需要恢復「性功能」並非要再擁有「性生活」，因為他們要有自尊和自信；更多男人告訴我，「性」對男人來說只有「有」和「沒有」的差別，而「一個月一次」和「一星

期五次」並沒什麼差別；這都說明了「勃起的希望」威而剛有多大的市場。。。

姑且不論這邊的「許多男人說」之客觀性如何，但這個「男人說」的世界裡，是沒有女人的聲音的，至於有沒有女人的身體以某種條件而存在，則很難確定，男人有了勃起的性功能，是否一定得要在女人身上用呢？我們再看江漢聲如何勸告女人要對威而剛有「正面」的態度，因為男人服用威而剛後，可能會「老公棄糟糠」，江如此勸女人：(1998a, p.121)

女性應該更開放的心胸並作自我調整，無論就性就愛，應有主動出擊的自我信念。。只要稍稍解開心結，就能夠在性方面掌握男人的脈動，只要她們慷慨的付出關懷就能輕易的擄獲另一半的全部。

當然，這只是一種軟性的教諭，所謂的「自我調整」，一種想當然爾的利誘，所謂的「輕易的擄獲」，其實並沒有真正地碰觸到女性的性心情與聲音，女性對威而剛的心情，當然遠非一個「老公棄糟糠」可以涵蓋的。蘇珊 沃安(1998)談威而剛的書中可以容易地看到。女人一個簡單的問題常是「女人可否服用威而剛？」江漢聲如何回答呢？令人驚訝的是，在這裡江竟然又開始訴諸「基本上男女是不同的」：(1998a, p.80)

絕大部份的女性性冷感。。沒有高潮，在器官上找不出任何的病變，在停經或老化之後，性器官的生理改變其實並不明顯，用藥物來治療女性的症狀，是不是遠水救不了近火？反過來說，女性在精神上的滿足、伴侶的溫馨、環境的改善。。可能會有想像不到

的性快感。。比任何藥物或和男性類似的治療要有效的多。

我們姑且先不談為什麼西方一開始研究威而剛時，沒有起碼男女一起來作臨床研究。江漢聲在寫「藍色」一書時，女性服用威而剛的研究報告尚不多²²，所以他的說法根據為何？況且，當江漢聲一方面說威而剛對心因性的陽萎，功效最大(p.39, 76% success)，但卻又說對心因性的女性一定沒效，怎能令人心服²³？其實，一個更簡單而明顯的問題是，對許多高齡、或是在一起很久的的伴侶，如果其中的男性服用了威而剛，那麼對另一個（女）伴侶而言，除了極不習慣之外，是否能夠或願意承受得了？所謂的「自我調整」，其實有點不負責任，而當面對了服用威而剛的伴侶，說說「精神上的滿足」是沒有用的；而一個最自然的作法，當然是另一半「也服用」。但令人驚訝的是（或其實一點也不稀奇），西方醫療研究竟然沒有同時對女用Sildenafil作臨床研究，而所謂威而剛可能對孕婦有影響，似乎只是個藉口²⁴。當初女性口服避孕藥的出現，為什麼很少有這種顧慮？現在為什麼也不擔心Sildenafil對男人精子、睪丸會有長期隱藏的副作用？更不用說，停經期的婦女，就更沒有這種顧慮了。

²² 後來無論在蘇珊 沃安(1998)的「威而剛」一書中，或是在本文第一節所說的環亞大飯店的「泌尿科威而剛會議」中，呂福泰所做的報告裡，都有更為正面的臨床實驗報告出現。

²³ 這是傅大為在參加婦女新知舉辦的「性、權力、威而剛」座談會中，有參與者明白提出的質疑。參考傅大為 (1998)。

²⁴ 這個「解釋」的說法來自蘇珊 沃安(1998)的「威而剛」一書。

四、幾點理論性的反省

這一節，我們企圖從上面的資料討論中，找出一些具有理論價值的面向，進一步討論之。為了討論方便，我們分成四個面向來進行。

I 醫療化與陽具中心主義 (phallocentrism)

醫療化的概念在第二節已有所討論，這一節總結一下前面的資料。如前所述，泌尿醫療化的擴張和普及是依賴好幾股動力在推動：泌尿醫學，醫藥工業，媒體廣告，大眾醫療論述。我們在第一節看到了，由製造威而剛的輝瑞大藥廠舉辦的盛大臨床經驗研討會，有國際和台灣泌尿醫學界學者和臨床醫師共同支持，加上有媒體報導。所呈現的是一種迷思：「科學的」、「客觀的」、「有臨床實驗根據的」、「在亞洲各國和美國都普遍有效」。但是其背後輝瑞藥廠的利潤，泌尿醫師的專業地位的提昇，臨床實驗的工具性目的，媒體廣告炒作威而剛的性別意識型態，以及以關心陰莖勃起的陽具中心主義，都在這些閃爍的字眼中被忽略遺忘。

在第二節和第三節中，我們除了從醫師的眼中看到醫療化對個別男人所造成的心理壓力，同時也看到泌尿醫學界專業知識越增加，對病人的治療越傾向器官性的解決方式，也越來越將男性的性身體單一化和器官化。醫療化在過去十多年的加深和強化在第三節中最見明顯：比較三代大眾醫學論述對「早洩」和「做愛頻率」的說法，就可以明瞭。早期女性的聲音與身體再討論性愛時都有份量，到了晚期這方面的就被忽略了。

Tiefer 指出：「醫療化的是陽具(phalluses)，不是陰莖(penises)。」²⁵ 每個男人，每對有性關係的伴侶對陰莖堅挺的程度有不同的期望，並沒有一個「標準正常」的陰莖持久的時間和堅挺的程度。但是在診療室中，醫師關心的是勃起的功能，關心的是「多硬？多久？」。病人為了要測驗自己性功能障礙的程度，要帶個機器回家，記錄他勃起的硬度和持久。但是卻沒有醫師關心病人的人際關係，性技巧，他表達自己的身體需求的能力，他的性伴侶的態度與需求。這種只關心陰莖勃起的態度，是陽具中心主義的表現。

陽具中心主義表現在另一方面的是在醫師訪談和大眾醫療論述中，令我們吃驚的是我們看到了易受驚恐的男人形象：「女人一句話，好漢十年不舉」，「一兩次不行，那就完了。」為什麼男人會如此敏感和脆弱？我們可以用陽具中心主義來解釋：有很多男人的自我價值是建立在陽具高舉上，當他有一兩次挫敗，他的自我價值就降至最低點。他們的自信要建立，只有在陽具恢復功用之後才有可能。

因此，陽萎和早洩對很多男人是自我價值的否定，自信心的打擊，這層面的重要性可能比性滿足更重要。如果真是如此，泌尿科的醫療協助就是幫忙男性重建以陽具為中心的價值觀。

我們在訪談中發現，醫師們似乎都預設，女人都喜歡堅挺的陰莖。這不曾經過研究調查的預設，其實是另一種陽具中心主義的思考。根據Tiefer在紐約一所醫院泌尿科當心理諮商的十多年經驗，她

²⁵ Tiefer, (1995), p.165.

指出，女人的需求很多樣。有些女人的確認為堅挺持久的陰莖給她帶來幸的最大愉悅。但也有一些女人並不在乎她們的伴侶的不舉，反而不瞭解為什麼男人那麼在乎舉或不舉。有些甚至擔心，她的男伴做了人工陰莖之後，經常要用，自己該如何應付？很多女人要求 Tiefer 轉告泌尿科醫師，請他們告訴她們的男人：千萬別那麼在乎陰莖的問題，把自己搞的很不快樂²⁶！在台灣我們不曾瞭解過女人對男人陰莖勃起的要求，似乎沒有泌尿科醫界關心這個問題，因為，他們都相信金賽研究的結果，三分鐘算是正常，是跨越國界，種族，世代和文化的「自然」生物反應。

II 身體資本 (physical capital)

前面我們談到醫療化與陽具中心主義是從巨觀且帶批評的視角出發，現在我們要從微觀的視角，企圖從一個比較同情的角度來檢視男性個人的「性身體」(sexual body) 與泌尿醫學的關係。

身體做為一種資本這個原來由 Bourdieu 發展出的概念，經由 Shilling 的闡釋²⁷，我們認為可以用來解釋泌尿科的男性身體觀。Bourdieu 談到身體，認為身體可以成為資本，像經濟資本，文化資本，社會資本和象徵資本一樣，擁有權力，地位和特別顯著的象徵形式，它是可以轉換成其他不同形式的資本，其他的資本也經常形塑身體的發展。

我們以老年男性為例，因為去泌尿科求診的大多數人是上了年

²⁶ ibid.

²⁷ Chris Shilling, (1993), pp. 127-149

紀的，威而剛的實驗對象平均年齡是60歲。當男人上了年紀，他們身體產生的資本，和他們身體可以轉換成其他資本的能力逐漸降低。他們往往退休了，所以經濟能力也大不如從前（即經濟資本減弱了），他們的知識被認為過時了（即文化資本減弱了），他們在過去舊有的社會關係中獲得的相互好處也越來越少（即社會資本減弱了），他們的身體也因為老年而經常生病。

在各種資本轉換的方面，老男人若沒有其他的可能，他又身受到醫療化的強勢影響，加上陽具中心主義的社會和個人價值觀的左右，對很多老男人來說，有一根「正常勃起」的陰莖可能在這一無所有的條件下，反而最重要了。至少當他覺得自己，不管是服用威而剛、打針或作人工陰莖，可以作個「正常男人」時，所獲得的自尊與自信，這可以為他的老年帶來一些權力（對老伴的掌握？），增加一些象徵「年輕精力」的資本，可以在男性同伴中吹噓獲得大家的讚美。無怪乎當威而剛正式在台灣販售，造成轟動，不少老男人也爭相求醫開藥。

那麼老女人呢？根據美國精神科醫師沃安的訪查，威而剛對有些女人也有效果，特別是過了更年期，或子宮切除後失去性慾的女人²⁸。如果有一天，女性的性身體也同樣受到重視，有女性的「騷而爽」上市，那麼現有的性別主從關係才有可能打破。在這之前，泌尿醫學的發展，我們相信其背後的推動力，有部份來自協助男性重建身體資本，使他們有能力繼續維護現有的性別關係。

²⁸ 蘇珊 沃安, (1998), pp.219-237.

III. 雙人性身體

現在我們要對上節所描述「泌尿科的性身體觀」的一個趨勢：從模糊傳統的「夫唱婦隨」雙人身體觀，逐漸集中在「單一性器官」的模型下，作進一步的理論性的闡發。透過「性身體」(sexual body) 的概念，我們想提出一個有別於「單一性器官」的另一種「雙人性身體」立場。

今天一般而言，所謂一個人的「身體界線」，通常就指其生物性身體的界線。這也常是醫學觀點下的個人身體界線，而本質上基於醫學的泌尿科醫學，即使當它們觸及性功能及其性身體時，也就同樣地是以個人的身體界線為單位，更何況，因為是泌尿科，所以此醫科中所關注的對象、所研究與看診的範圍，也只侷限在個人身體的一小部份中。至於超過這個範圍之外的性問題，一般泌尿科醫師，若非以本位主義的「領土情結」認為那些都不重要，就是謙虛地以「不是本行」來規避與忽略。但是，性 (sexuality) 之為物，難道不該起碼是兩個身體的活動？難道不是兩個身體的彼此激情擁有、彼此的吞食與穿戴？或許我們說「性身體」時的身體界線，就不同與一般的身體界線，而是一種「雙人」的性身體？一種反父權關係、但也有性別權力張力的雙人性身體？如果這是一個基本的預設，那麼泌尿醫學，如何只能對一個男人的性器官作治療，同時卻忽略另一個身體以及彼此的社會關係，而達到雙人性身體的回復與重生？

我們前面看到，比較傳統的泌尿科性身體觀，如「夫唱婦隨」，雖然蘊含有相當的傳統父權權力關係，但起碼仍然比較是一個雙人的性身體立場。江萬宣的病人，常常是夫婦一起來看病、談論、與

行為治療 即使江萬宣沒有與一位女泌尿科醫生一起來看病（馬斯特與瓊森「一對醫治一對」的構想）。但是後來的泌尿科醫師，雖然對個人身體性器官的醫學知識大有進步，但卻與「性身體」本身偏離更遠，所以大部份的醫療都只是男泌尿科醫師看男病人而已。諷刺的是，96年第四屆亞洲性學會議上，所謂的「雙人性治療」還被當作「最新的」療法，引起大家的熱門話題與媒體的注意，並獲得著名醫師如楊幹雄、江漢聲等的「提倡」²⁹。在某個程度上，今天的泌尿科高科技並沒有真正的拋棄雙人行為療法，但卻是把它看成是「單一性器官」生化醫學療法的一種候補與備胎，如當威而剛無法解決缺乏性慾的問題時，單人或甚至雙人的行為療法才會被提出。但正是因為它只是備胎，所以泌尿科的性身體關本質上仍然是「單一性器官」，而非雙人性身體。

自然，我們質疑、甚至排斥「單一性器官」的模型，並不是因為它無法克服某某「障礙」，不能恢復什麼「功能」；我們也不是要宣稱雙人性身體「更科學」或更接近「性的真理」。要進一步闡發我們的觀點，就需要討論到下一個理論性的反省：拆解「性的真理」，同時認真對待當代整個「陽具勃起」科技的政略 (politics)。

IV. 「陽具勃起」科技的政略 (The politics of Phallo-technology)

傅科在 *性史* 中曾企圖說明，人本質的性 (sex)，並不存在，但是西方近代權力發展的性部署 (sexual deployments) 卻是非常物質

²⁹ 請參考傅大為 (1997b, 1999)。

性的存有，而這些性部署的歷史流變，就是他所謂的“性史”(history of sexuality)。現在，我們在這裡也想作一個有點類似的對比。這就是說，泌尿科的整個「陽具勃起」的科技工業，並沒有發現或創造了什麼性的不變真理。陽具中心主義也不是性身體的真理，它只是今天的一種主流論述、所謂的大敘述而已。整個陽具勃起工業所真正達成的，是它們逐漸越來越可以跟據某種外在於身體的論述，隨意地改變人的性身體、性感受、性勃起、乃至性慾。就像Tiefer曾說過的³⁰「如果我們可以把人送上月球，我們當然也能夠發展藥物或技術，來加速、延緩、增強、刺激、延後、或挑起高潮 [或勃起、性慾、性幻想、性刺激、或性記憶]，畢竟，性的虛擬實在也是一種實在。」在這個意義下，對我們重要的問題，已經不是泌尿科層次的「女性是否可以服用威而剛？」，而是究竟我們要選擇「單一性器官」的模型，還是「雙人性身體」的立場。這種選擇，非關真假，而是一種「政略」與選擇「性的目的」的問題。

這個選擇的問題，也許可以用下面的對照來呈現。究竟，我們的性，是要基於我們自己的雙人性身體本身的活動呢？還是追隨主流論述（陽具中心主義）所操控的「勃起」科技工業，任由這些科技對我們身體的改造與重塑、並快樂地去消費這些改造與重塑的效果。所以，藥物和性幻想的關係，到了「威而剛」的出現，其實是一種極至的情況，這是用藥物來改變人的身體，來符合主流的性腳本³¹。當然，透過這種改造、重塑與消費，透過性器官與性身體雖著主流大敘事而起舞，我們的性身體也同時幫助複製了這個大敘事本身。

³⁰ 參考Tiefer (1995), p.169.

³¹ 參考傅大為 (1998), p.26.

五、小結與可能的新視野

面對主流泌尿科醫學的單一性器官模型，選擇「雙人性身體」立場的我們，的確需要「去醫療化」(de-medicalization) 的實踐。我們需要把一切以「正常/病理」來看性身體的醫療觀點，減低到最少的地步；相反地，我們的性身體需要雙人（而非“個人的”）的獨特性風格。性身體的風格，最好都是一種雙人的品味與偏好，而不具有醫療上正常或病理的性質。在這裡，我們回想起，傅科如何企圖逃逸於近代歐洲的性主體與醫療化之外，去追溯與重溫古希臘人相當私人化的性風格、性美感、還有性養生之道等。我們也同時回想起，許多“陽萎”但又是優美的愛人，如科學哲學家費若本(Feyerabend)，一生如何地男女相愛，或許可以喚醒我們早已遺忘掉的另類性身體經驗。甚至，我們可以再回頭來看Sildenafil。一方面，它可以是陽具勃起主流論述意義下的Viagra或威而剛，但是在「去醫療化」的另類視野中，透過再詮釋，它可以是一種特殊的“維他命”，在各種不同的性品味與性偏好之中，成為（停經）女性、男女同性戀者、高齡者、異性戀者等，在他/她們發展多元「性風格」選擇中的一種。

訪談資料：

Dr. A, 1999年2月12日訪談，訪談者：傅大為，成令方，
轉寫者：張淑卿，游千慧

Dr. B, 1999年2月12日訪談，訪談者：傅大為，成令方，
轉寫者：張淑卿，游千慧

Dr. C, 1999年5月21日訪談，訪談者：成令方，
轉寫者：張淑卿，游千慧

Dr. D 1999年5月24日訪談，訪談者：成令方，
轉寫者：張淑卿，游千慧

參考資料：

Conrad and Schneider, (1980), *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*, St. Louis: C.V.Mosby

Goldstein, I. M.D., Lue, Tom M.D., et. al., (1998), "Oral Sildenafil in the Treatment of Erectile Dysfunction", *The New England Journal of Medicine*, **338**:1397-1404 (May 14).

Morales, A., Gingell, G., et. al., (1998), "Clinical safety of oral sildenafil citrate [VIAGRA™] in the treatment of erectile dysfunction", *International Journal of Impotence Research*, **10**: 69-74.

Illich, Ivan (1976), *Limits to Medicine*, London: Marion Boyards.

Chris Shilling, (1993), *The Body and Social Theory*, London: Sage.

Tiefer, Leonore. (1995), *SEX Is Not A Natural Act & Other Essays*, (Westview).

Zola, Irving K. (1972), 'Medicine as an Institution of Social Control', *Sociological Review*, 20:487-504

陳光國、謝汝敦、黃世聰、簡邦平、林信男、王起杰, [forthcoming?] "ASian Sildenafil Efficacy and Safety Study (ASSESS-3) for Erectile Dysfunction in Patients from Taiwan", 「亞洲Sildenafil (Viagra™) 治療男性勃起功能障礙於台灣地區之藥效與安全性研究」。

江漢聲, *藍色革命*, (杏陵文化, 1998a)。

江漢聲, *性愛黑皮書*, (健行文化, 1998b)。

江漢聲, *談笑話性*, (自立, 1992)。(傅大為對之的書評, 見*自立早報*, '93/11/7)

江萬xuan1, *性字路上50年*, (聯經, 1995)。

江萬宣, *台灣金賽的性學檔案*, (健行文化, 1997)。

蘇珊 沃安醫學博士 (Susan Vaughan, M.D.), 印鮑氏譯, *威而剛 (VIAGRA—a Guide to the phenomenal Potency-Promoting Drug)*, (笛藤, 1998)。

凌岡泉, *醫學性教育*, (健康世界叢書, 1977)。

凌岡泉, *認識泌尿系統 性病、性困擾及泌尿座談講座*, (時報, 1979)。

郭文華, 1997, 「一九五零至七零年代台灣家庭計畫 醫療政策與女性史的探討」, 清大歷史所碩士論文。

傅大為, 1996, 「性的歷史」 傅科與女性主義的介入, 台灣社會學學會, 「拓邊」學術研討會, 東海大學社會系。

傅大為, 1997a, 「性學的性邏輯 一個「性史」的討論」, 《*性/別研究的新視野 第一屆四性研討會論文集*》, 第一冊, pp.13-32., 遠流出版社。

傅大為, 1997b, 「爭議中的「台灣新身體/性」: 醫療霸權的開展與來自人文的風潮」 「性別的文化建構: 性別、文本、身體政治」國際學術研討會, 清華大學兩性研究室。本文一個經過修訂與擴張的新版本, 在1999年四月, 於中研院的「威權體制的變遷 解嚴後的台灣」國際研討會中宣讀。

傅大為, 1998, 「性、權力、威而剛」對談會, (與李元貞、張小虹), *婦女新知*, 194 & 195期。pp.21-30.