



# 家庭計劃通訊

## 外科避孕的情緒反應

李美玲譯

譯者註：本文探討爲了避孕而志願接受結紮手術的情緒反應。原文是 David A. Rodgers 以及 Frederick J. Ziegler 合寫的「Psychological Reactions to Surgical Contraception」，收集在「對人口問題的心理觀點」(Psychological Perspectives on Population) 中的一章，於1972年出版。在世界各地，接受結紮手術來避孕的人數增加得很快。根據統計，到去年六十九年底，台灣地區已有 20,298 位男士及 261,635 位女士實施了結紮手術。結紮手術後的心理反應常爲討論的焦點，例如就有不少人常常問起結紮會不會使女性脾氣變壞、情緒不穩，使男性優柔寡斷，或影響性生活等等。本文特別討論這些問題。

本文檢討有關的研究結果，並在最後一節嘗試從性行爲的心理理論去解釋這些結果。這種從動態的觀點來解釋若干個案所受的影響及過程，對確定個案外科避孕的可行性或是在預防它們的心理副作用上將很有助益。

一般而言，對外科避孕的情緒反應不外是擔心它們對男性化或女性化可能有減損的作用，以至於動過手術的人在心理上便要求自己表現出男性化或女性化的行爲來證實沒有這種效果。這種急於澄清的過度反應增加婚姻的緊張壓力，以及在職業上或類似角色的運作。由於大家對這些手術的情緒反應主要都是從它們和閹割手術或是真正所謂不孕的關聯性連想而來，因此作者建議爲了消除心理副作用，應該：(1)取消一般人對它們所誤稱的「絕育」，而還它們以正確的名稱「外科避孕」；(2)在手術前以及手術後應該和個案夫婦就手術的性質以及他們對它所有的期待、焦慮，還有曲解等等加以討論。亦即明白表明這種手術的唯一功用僅爲避孕，它既不能改善陽萎、早洩或冷感；相反的，它也不會導致或加重這些問題或者增加婚姻外性行爲的危險。

本文的研究結果大多由美國的中等或低等家庭夫婦而來，研究的結果能否推廣到不同社會，則尚須更進一步的研究。

### 外科避孕的心理特徵

正常的生殖過程必須要有雄性睪丸製造精子和雌性卵巢製造卵子，精子從睪丸製造出來後經過輸精管，精囊和尿道，進入女性的陰道，再進入子宮

及輸卵管，接著精子得和從卵巢排出經輸卵管中移向子宮的卵子相遇，精子及卵子結合受精之後受精卵必須貼附在子宮壁上，並藉而形成胚胎，經過一段時期的孕育，然後有新生兒誕生。無論那種避孕方法莫不針對在受精卵着床於子宮之前的某一點截斷其過程。若是在着床之後所作的方法便不叫避孕

而稱墮胎了。口服避孕藥能阻止卵巢排出卵子，或阻止受精卵在子宮壁着床，或兩者兼有之；子宮內避孕器則阻止受精卵在子宮壁着床；保險套及子宮隔膜在精卵相遇的通道上構成機械性的障礙；而安全素片及安全藥膏則是在這個通道上形成化學性障礙；各式各樣的避孕法，好比安全期計算，性交中斷以及禁慾等，則利用時間性因素（如安全期法）或機械性因素（如性交中斷）來避免精子與卵子的結合；外科避孕阻斷受精卵結合的通道，以輸精管結紮來說，阻斷的部位是在男性的輸精管，而輸卵管結紮以及子宮切除，阻斷部位是在女性的輸卵管，此外，子宮切除更防止了着床及懷胎。

從避孕的觀點來看，外科避孕和保險套及子宮隔膜的作用相同，都是機械性地阻斷了精子和卵子結合的通道，問題是為什麼對手術避孕的心理反應比對其他機械性避孕法的心理反應值得特別關切，資料顯示對外科避孕的情緒反應遠大於非手術性的機械避孕。此種心理反應的來源可以從兩個方面來探討：第一，幾乎每一種避孕法都有某些和使用方法有關而和避孕本身不相干的副作用，例如使用保險套在陰莖勃起後必須中斷進行中動作以便把保險套套上陰莖，這種中斷總是令人討厭，但它不在避孕功能之內。套用後在感覺上所受到的改變，雖然和避孕的功能無關，但也常常是人們不喜歡用它的的原因。同樣的道理，對外科避孕的心理反應可能是和避孕功能本身無關的副作用，因此，為了闡明外科避孕可能有的心理反應，這些避孕法的性質有必要簡要地檢討一下。

其次，為瞭解外科避孕的心理反應，必須切實把握手術對個案的意義，詳情將在本文稍後加以探討。如果結紮手術在阻礙結合的通道上完全不令人厭煩，而且個案感覺不出來，如此唯一對手術效果反應的主觀基礎，便只有個人意識到的已經動過這種手術，雖然如此，手術仍然對手術避孕者心理有重要的影響。本文主要討論的也就是這種效果，但是要瞭解這些影響得先將手術的生理性質詳加了解。

### 輸卵管結紮

輸卵管結紮術將女性的輸卵管切斷並紮緊。輸卵管是連接卵巢和子宮並供卵子通過的小管。手術後卵子照樣排出，並且可能移動到輸卵管近子宮的

一端，但無法通過結紮處而被吸收。結紮後卵巢照樣分泌荷爾進入卵巢的血液中，此照理應不受避孕手術的影響。輸卵管位在腹腔深處，必須藉助外科手術才得以進入，從腹壁部切開，或從陰道探入即可找到。一般而言，陰道式創傷較小，但是意外傷害的可能性較大，可能不小心把其他構造如通向腎臟的血管也紮了。腹部切開本身也有一些危險，如將來構成結疤或沾粘等一些相關的症狀，雖然不常常發生，一旦發生了可能導致不良的反應，而且有可能提供婦女一種抱怨的想法基礎，實則她們並沒有這些症狀。輸卵管結紮手術後總會使人感到虛弱，但單就腹部開刀本身仍可能導致不良反應。若是在產後一般最常結紮的時機立刻結紮的話，並不會比單單分娩本身的虛弱感還甚。不論如何，對避孕手術之情緒反應，總是難免和手術後虛弱導致的心理影響混擾在一起。目前尚難以區別兩者。

### 子宮切除術

女人不打算再生孩子時，子宮就變成一個多餘的器官。子宮癌雖少，但有威脅婦女生命的危險，並會隨著婦女年齡增加而增加危險性，因此有些專家建議切除子宮作為輸卵管結紮之外的一種外科避孕的選擇。輸卵管結紮可能有百分之一的機會會自動吻合或一端再開張而導致懷孕，子宮切除則為一種更可靠的避孕法。子宮切除術的副作用比起輸卵管結紮更確切。第一，通常是較大手術亦即較大的腹部切口，對腹腔的創傷較大，還有將來沾粘或手術後併發症的危險性較大，以及手術後虛弱期間較長。子宮切除後，月經隨而停止。月經停止，連帶著經痛症狀也消失，這似乎是子宮切除手術的實際好處。但從不好的方面來看，沒有月經恰為一種永久避孕的提醒，容易導致女人更年期後走下坡的心理，或更直接關連到女性氣質的喪失。因此以子宮切除術來避孕附帶著心理反應的副作用，這些反應可能涉及月經，或者是月經和女性氣質之間的關係，這種複雜的副作用加強了絕育的意思。有的婦女本來可能藉口月經來避免每個月約一週的性關係，若是把月經前的不舒服也拿來當拒絕性交的藉口的話，也許還更長。這個在性關係中討價還價的力量在結紮後雖不怕懷孕了仍然保留著。因此，乍看月經是一種虛弱的抱怨，事實上卻被某些婦女在行動上或心理上作為積極寶貴的籌碼來應付婚姻生活，

這是我們要先探討論這種特殊避孕方法的心理反應時必須留意的一面。

### 輸精管結紮

輸精管結紮是把男性體內將精子從睪丸輸送到精囊的兩條輸精管切斷並紮緊各個切端。輸精管從陰囊通向腹腔，手術在陰囊部位下手，手術很簡單通常只需在局部麻醉下在陰囊作兩個小切口，手術時間約十到二十分鐘，不需要住院。經驗多，技術好的醫師作來是很少會發生嚴重的併發症的。

男性射精量中由睪丸分泌而來的約佔百分之五至百分之十。由於射精量受上次性交時間及其他變數的影響本身變化很大，因此減少個百分之十的量，是不可能主觀上察其變化的，亦即絕不可能因量而感覺不同。李 (Lee) 曾作了一個直接客觀的比較，發現結紮個案和非結紮個案的射精量並沒有顯著不同。至於對於射精量的主觀經驗，李從大約一千名接受結紮的男士中，發現有百分之九主觀上感覺精液減少，然而却也有百分之四感覺增加者。在另一群一百三十位患者中，有百分之四自稱減少而有百分之三自稱增加。這些資料顯示結紮後射精量的改變不可能是結紮後主要的反應刺激參數。

在手術的性質上，輸精管結紮後荷爾蒙的水平並沒有改變。睪丸分泌荷爾蒙，直接由血液吸收，並不依賴輸精管來運送。

輸精管結紮有個相當普通的結果是輸精管連接睪丸的那一段由於受到睪丸分泌精子及液體的壓力而有膨大的現象。根據施密特 (Schmidt)，這種附睪及輸精管的腫塞會引起短暫的不舒服，並導致細管的破裂，而有精子肉芽腫產生，有時能造成輸精管末梢的自行管通以及自行繞道，有時導致輸精管基部破裂而增加將來欲恢復生育力時作管對管造口術的困難，迫使必須再配合成功的副睪造口術。有些人認為整個的過程可能造成男性對自身精子的自動免疫力，這種免疫的作用，可能會導致暫時或永久的不孕。從男性輸精管結紮者其抗體循環次數較非結紮者為高的發現，似是支持這項假設。這些輸精管結紮的副作用造成一些生理上感覺（和輸精管近端的壅塞有關的）以及精子的自動免疫或機械性不孕。除此之外還有的併發症要算是可能高於百分之一的失敗率了，失敗主要是輸精管自行管通，而繞過手術上的阻碍。結紮失敗通常由太太的懷孕

而獲知。

輸精管復元的成功率目前還參差不齊。費克 (Phadke) 以術後精液中重現精子為準，報告說輸精管接合的成功率在一連四十九個分別結紮有一年到十六年的個案中高達百分之九十。這四十九案中，有三十一個後來懷孕，總結有百分之六十三以上的生殖復元和這個報告成對比的呢，卜雷實 (Presser) 則報告輸精管復通成功率平均在百分之十七至廿九之間。相信如果有充分的手術機會給醫生以增加經驗及改進技術，這個比率會提高很多，畢竟輸精管結紮復元尚不普遍。

從外科手術的危險性而言，輸精管結紮較輸卵管結紮安全許多。在所有的外科手術中，沒有任何一種死亡率是低於輸精管結紮的，而在這方面，泰直 (Tietze) 曾經估計輸卵管結紮的死亡率約每三千個手術中有一個，約略等於美國的產婦死亡率，子宮切除的死亡率相當於此或高一點。輸精管結紮的復元手術也較輸卵管容易，成功機會較高。

### 輸卵管結紮及子宮切除的心理反應

照理來推探討輸卵管結紮及子宮切除等外科避孕手術的心理反應，主要的應針對這些手術已經做了之後的自我意識，而不是針對這些手術和避孕無關的生理副作用。在這方面，把二者分開來考慮的研究很少，但是諾等到手術完全復原之後，顯然只有很少的主觀抱怨會是屬於副作用本身的。例如，沙克氏 (Sacks) 及賴可羅 (LaCroix) 提到在一百個病人中有百分之十九否認有骨盆變化的意識，只有一些有關月經的變化是因年紀老也可預料得到的。剩下的百分之十一提及卵巢痛、背痛、便秘，以及有關的症狀。這些比率的婦女所抱怨的事物和一般的婦女也沒什麼差別，令人懷疑她們指鹿為馬，把術後的生理副作用歸諸手術的本身。

關於婦科手術後的心理反應，尤其針對子宮切除術，已有若干的研究。這些研究大都是針對為治療目的而切除子宮的對象而不是為避孕者，因此對我們目前所要探討的沒有直接的關連。例如，梅樂蒂 (Melody) 曾提到在一群267個切除子宮的婦女中約百分之四患有嚴重的抑鬱症，而其他的嚴重併發症則較稀有。雖然如此，要將這些發現及類似的研究結果來推論避孕手術是很難的。如費雪 (Fis-

cher) 指出的，爲了治病而動的婦科手術，有些病人會把它看做是「一種仁慈的援救，把造成痛苦遭受苦難，正在產生毒害的，或是蠶食健康，殘害她生命的器官，由朋友或上帝給除掉了。……在另一方面，她會把切除器官視爲一種不好的，使她造成缺陷並失去了寶貴的東西，比起手術前更糟糕。在這樣的幻想當中，她可能也害怕或憎恨這個手術。某些時候她的反應是混雜的。」這和個人爲求期望的目標而志願手術的心理反應應該是大爲不同的。

甚至爲了避孕而作的手術，也有不是病人志願的，而是爲了醫療的理由。例如，沙克氏及賴克羅所報告的對一百個病人的研究中有八十八位後悔接受輸卵管結紮，他們之中有百分之六十在受到手術推荐時，其丈夫或太太，或是雙方曾有反對的表示。

在婦科手術的追蹤研究報告中，有一件很特出的發現是子宮以及其他骨盆器官被賦以超出它們生理的直接功能甚多的心理意義。德瑞利(Drellich)和白伯(Bieber)，以及費雪(Fischer)曾致證骨盆器官的潛在心理意義，發現其中某些至少可以應用於輸卵管結紮或切除子宮以求避孕的婦女。這些研究發現，有些婦女她們雖然不想再生孩子，卻把喪失生育能力視爲够不上完全的女性，德瑞利和白伯也發現許多婦女因爲感受子宮所賦予的女性特殊功能而懊悔接受子宮手術。在他們的研究中，大多數婦女視月經爲一種必要而且寶貴的功能，中止月經認爲可惜。許多人感覺月經是爲一種體內有害廢物的驅除，其他則有人覺得它是一種計時器以調節身體的功能，並在某種程度上有調整社會功能的效果。另有人則感覺子宮是類似於男性陰莖的性器官，除掉了它將破壞她們的性慾與樂趣，上述中後者對子宮本身的顧慮，當然只能應用在子宮切除而不能用於輸卵管結紮，因後者的子宮仍在而月經的週期也無變化。他們兩位的研究著重於全部子宮切除術，亦即把卵巢及子宮都切除，這對我們想要區分子宮切除的單獨影響是很難的。不論如何，很顯然地大多數對子宮切除的潛在心理反應是隨著子宮對各個人的特殊意義而定的。從他們的研究中，我們很難勾出一般性的結論，因爲態度的個人差異很大，並且多數對於子宮意義的資料是就手術前婦女搜集的而非手術後的反應。對這些婦女的追蹤研究，

確實也發現對手術的反應有顯着的不同。有些人並沒有性慾減退，或性機能減退的反應。有些人則相信他們在手術後身體上變得較沒經驗較柔弱和容易受傷，這種意見有時還是配偶所同感的。因爲從這些婦女的反應無法濾出一般性來，它的研究結果在應用上受到了限制，正如報告中所說的：「雖然我們研究的病人中很多人的性生活受到子宮切除的影響，但是所表明的變化情形卻不一致。」

費雪(Fisher)進一步查證個人對子宮切除的反應，但也指出改變婦科手術不良情緒反應介入治療性諮詢的可能，建議這種手術的心理反應可藉適當的心理治療來改善。這個發現說明心理反應並非不可避免，而且是可以改善。

巴勞(Barglow)和他同事的研究，以及沙克氏(Sacks)和賴克羅(Lacroix)的研究，是有關不受其他與子宮切除關連因素的影響，對於探討避孕手術本身的心理反應較適當。巴勞等人在對一百九十位手術個案的追蹤研究中發現在手術後幾個月到幾年不等期間，有一百五十二位在意識中仍存著會懷孕的幻想。這些婦女因爲不是從外科避孕患者中隨機抽樣而得的，因此無法推論到一般人。雖然如此，巴勞的資料指出很多婦女把不能懷孕看作一種個人重大的損失。對許多人來說(樣本的百分之四十五)懷孕妄想似乎有排除失落感的作用，是對手術後永久避孕狀態接受的健康適應。樣本中有百分之三十顯出較不成熟的反應，包括歇斯底里性的轉換症狀以及代償性的依賴需要，從和她們的孩子認同或相似的機轉中得到滿足。一旦懷孕的恐懼解除了，有些婦女顯然再在尋找其他的藉口來應付對性關係的討厭。例如，有位病人據推測在手術前用惟恐懷孕來避免夫妻的性交，手術後突然加入了一種狂熱的宗教儀式來爲對性無興趣作辯解。

這一類的婦女通常無法接受生殖功能喪失的事實，並顯出對手術失望的罪惡感及羞愧感，渴望再懷孕，有時想去作復元的手術。這些婦女中有些甚至在手術後仍然繼續使用避孕方法，繼續表現出一種對懷孕的強烈恐懼。第三組的婦女(佔百分之廿五)在初期顯出能完全接受生育力喪失的態度，然而，他們時常有延期痊癒的情形，或輕微的手術併發症後接而有感覺自卑、脆弱、空虛以及受傷害和變了一個人的報告。接著下來，生活上的不如意事，如意外、肥胖、冷感、婚姻失敗，和其他生理疾

## 輸精管結紮的心理反應

比起女性避孕的心理研究，對輸精管結紮避孕心理反應的研究則較有系統。在這方面的研究有若干屬於追溯性的，分別在歐洲、美國、北卡羅萊那洲、印度、韓國，及英格蘭所作。這些追溯性的研究結果幾乎一致地報導有高比例所患者（超出90%甚至高達99%）都贊賞手術並且表示願意再重作。只有極少數，約1%至3%，感覺性生活衰退並表示不願再接受。有不到10%的人，報導他們由於生活環境的改變不願再作這手術，但否認手術對他們造成任何情緒上或性生活上的影響。

但是和這些非常有利的手術後調查結果成對比的，有少數調查者曾對輸精管手術的良性與否提出審慎的懷疑。例如，渥佛士（Wofers）在英格蘭作了個多少較為深入的研究指出，在她的樣本中有12%心理受損，並感覺多數的研究方法低估了術後的不良反應。詹森（Johnson）則報告在一個蔡氏醫院的男病人中，輸精管手術後有顯著的情緒惡化。反應的嚴重性包括，八十三個病人中有十一位在手術後一年內有入院的紀錄，而有十七位明白表示後悔去結紮。不過這些樣本是從接受心理治療的病患中抽出的，因而可能有高比率的不良反應者。然而，這些結果的嚴重性也正建議我們結紮手術有尚多潛在的不良反應。

也許，更困擾人的是伊瑞森（Erikson）的研究，他提出若干男性患者的個案治療史，從中可看出，輸精管對他們有相當深遠的心理影響，但是往往為個案本人及其家人所隱瞞。有些個案，在手術完成後好久，而且經過一段顯然無問題的適應之後，才盡然顯露病理。雖然這個研究規模太小，並且也免不了個案歷史報告研究法通常存在的問題，但是它指出了有些避孕的基本影響可能間接地顯現出來，而個案本身並不知情。

載勒（Ziegler），羅吉斯（Rodgers），和同僚使用前瞻性的設計來研究兩群男人對輸精管結紮的心理反應。一群在手術後一年加以追蹤，並在手術前數週就取得他們的期初資料。這三十五位男士中有三十四位對避孕手術表示滿意，這是和其他的研究相似的；但是有七位報告性功能減低，心理測驗分析指出其中十五位有增加心理困擾的情形，只有二位，在測驗上顯出進步。這些結果指示結紮手術

病等容易歸咎於這種手術。這類婦女中有很多也表現出假性懷孕的症狀，顯然仍在潛意識中拒絕他們永遠不孕的狀態。巴勞等人所做的幾次研究群中，子宮切除者發生嚴重的術後反應的情形要比輸卵管結紮者多得多。為了有系統地區分這兩種手術的反應，一群二十二個高產婦女被隨機指派接受輸卵管結紮或子宮切除避孕，在十二個子宮切除者中只有三位手術後結果良好，而十個結紮者中有八個結果良好。因此，似乎為避孕而結紮要比為避孕而切除子宮的心理反應要簡單淺近得多。調查並發現手術前焦慮和手術後長期的反應關係密切，十二個手術前有高度焦慮的手術者中有九個反應不良，而十個手術前焦慮低者，只有二個人反應不良。不過這些結果可能受到其他的影響，因為等待切除子宮的婦女較輸卵管結紮者手術前的焦慮度要高。影響這個結果的進一步有關發現是那十二位高度焦慮者，有九位也在手術後立即經歷困難及複雜的情況。因此，雖然子宮切除以及高度術前焦慮會影響結果，而術後經驗困難也和結果不良有關，在十一個手術後有併發症者中，有八位結果不良。

巴勞等人研究中有個有趣的發現是成功的術後情緒反應似乎多數是屬於那些仍然存著不切實際的幻想可能還有懷孕能力的婦女，此種幻想在輸卵管結紮婦女中為最普遍。這種在主觀上不以結紮為永久手術的感覺提醒我們在推薦這種手術時指認它為一種手術性的避孕而不是手術性的絕育是很重要的，因為在自我概念上，對於避孕的容忍度要比永久絕育大得多。

由於巴勞等人的研究都針對為避孕而手術的婦女，這樣高比例的不良結果，包括對手術的不滿意，身心症狀的惡化，以致性關係或社會關係的衰退，都提示我們需要對手術的心理反應加以重視評估。二十二位患者中之十一位，也就是正好半數，都被列為結果不良者。十個輸卵管結紮中有二個（百分之二十），列為有不良的結果。而子宮切除的二十個中有九個（百分之七十五）結果都不好。雖然這只是個小樣本的研究，很可惜到今天尚無大樣本的精確研究。此研究的特殊群體中，包括有多產的婦女，有正常分娩生產八個孩子的，也有剖腹生產有五個子女者。他們大多為出生於美國南方，經濟情況不佳的黑人婦女，而在芝加哥市的一個公立診所找來的。這些資料能否推及其他人群當然未可知。

對情緒的不良影響比起追溯性的調查結果所指出的還大。在他們所做的第二個研究裡，針對夫婦在手術後整整作了四年的追蹤，並且還運用訪問、問卷表及測驗方法作更深入的研究。這個研究共追蹤了四十二對夫婦，其結果並拿來和三十九對服用避孕丸者相比較。雖然並沒有發現創傷性的效果，但是和使用避孕藥者仔細加以比較，顯示二年之後在婚姻滿足感止以及夫妻的適應各方面有不良的變化。在解釋結果時，顯示一般對輸精管結紮的反應好像它會減少男性氣概似的。男人結紮輸精管之後，他本人、他的妻子，以及他週遭的人就加倍地在觀察注意他是不是有減損男性氣概的跡象。於是他們的行為就特別受到挑剔，那些行為是可以接受的，也就因人而異，因個別環境以及個人對非男子氣概的解釋而異了。對某些個案，結紮的結果是有利的，減少不成熟及優柔寡斷的行為，而在職業、親職及丈夫角色的行為表現有改進；可是在其他人身上，卻成了彈性僵化，個人效能減低，焦慮提昇，並多少增加婚姻不和諧及妻子不滿足的情形。

手術對男性氣概威脅的一個例子是，輸精管結紮組比起口服避孕藥組在性行為方面的改變。兩組的性交頻度比不使用時都略有增加，但是結紮組增加較多，可能因為結紮者在手術後初期必須節制壓抑的緣故。對口服避孕藥組，性問題中最常的是和性交頻度減少有關的，有陽萎或其他問題存在的情形時性交的比例會減少。但在結紮這一組，性交頻度高者比較多陽萎的現象，這種相反的關係在手術後四年被發現。從這裡我們得到的推論是，結紮的男士為了證實自己的男性氣概而過分透支了他們的精力，導致性表現的退化效果。研究並沒有發現結紮後增加性關係混雜或氾濫的現象，或者是非交媾性活動減少的情形，顯示性慾的其他各方面並沒有受到結紮術的影響。兩組夫婦在婚姻滿足及情緒抑鬱方面等其他評價參數上，都沒有顯著的差別。

我們覺得和個案密集接觸的研究可能會減少不良的反應，因此這個研究小組的第一個研究可能低估了一般人對輸精管結紮的反應，這個對心理困擾產生的預防效果，提示我們，在手術前以及手術後對結紮夫婦的連續性咨商，將可消除或減輕任何潛在的個人或婚姻問題。

雖然手術有不良的影響，為什麼卻有不少結紮者對此表示熱心呢？有一種解釋認為其中發生了減

除認知不協調（dissonance reduction）的作用，過度強調的熱心是一種否定自己的態度和無法輕易改變的事實之間存有差距的方法。在一個探討文化對輸精管結紮的態度研究中，羅吉斯、戴勒，及李維（Levy）發現一群新教徒夫婦和一群大學生在對一對被認為結紮輸精管的夫婦和同一對被指稱為吃藥避孕的夫婦給予評分時，都給前者較不好的評分。因此，毋寧說美國文化對結紮手術及動手術者的態度相當的不利，可能因而對結紮的男人有不良的影響，尤其是那些公開表現對此法的熱衷者，也許是因為受到文化特別的困擾而藉以平復身心的焦慮。

## 絕育或避孕？

截至目前已做過的研究，我們可以下結論說男性結紮以及女性結紮或子宮切除都被主觀地認為對男性氣概及女性韻味構成一種威脅，至少有些接受過的個案就是這樣子的。若要對手術的心理反應有適當的瞭解，目前的研究結果仍不夠透徹，還待許多更確定性的研究。然而，就目前的資料，一些權宜性的事項是可以得到結論的。主要的是本文開始所提出的問題：何以外科避孕比起其他形式的避孕來有這麼多又複雜的情緒反應呢？現在我們將多花點文字來考慮這個問題。

絕育在技術上意指生殖無能。在一定的性交經歷持續期間，所有的避孕法使用的目的，可以說都是功能性的不孕（functional sterility），然而，我們通常不會去形容一位使用安全素片好端端的婦女不孕，她的生殖能力雖然只是一種潛力但被假定仍保留著。如果我們要在潛症性及現狀性生殖能力之間，或所謂暫時性或永久性的不孕之間作一區分的話，其他必須考慮的事立刻閃入我們腦裡。一個作了結紮的男性（假定他尚未對自己的精子產生自動免疫的反應），他仍不斷地在製造精子並且輸精管復通時仍然有使婦女受孕的潛能。同樣地，輸卵管結紮婦女仍然繼續排卵並還有個未受干擾的子宮，因此只要輸卵管復通，她仍有懷孕的潛力。雖然說要除掉外科機械障礙來受孕要比取出子宮隔膜，保險套及子宮內避孕器或停用避孕藥困難，但是基本原理並沒有什麼不同，而且生育潛能仍然保留。因此，正確地講，絕育實在是外科避孕的一種誤稱



從複雜一點的層次來看，我們甚至可以追究「生殖」(reproduction)究竟代表什麼意義，就此我們可以把生殖過程本身分成至少四個不同的階段。第一步是雄性或雌性配子的製造，這個能力是能生殖或是不育的最基本生物概念。人類的此種能力是依賴卵巢功能或睪丸組織的保留。把卵巢或睪丸去除稱之為閹割，這才是一般所稱之絕育。閹割不但摧毀製造配子的能力，同時也破壞了男性或女性荷爾蒙的產生，而性荷爾蒙不僅僅為了生殖，它還有其他的生理功能。因此，除了在某些類似懲罰的情況下，閹割手術很少是為了避孕而作。即便如此，荷爾蒙本身還是可能由體外供給，以致生殖之外的主要性能力也不必要受到改變。在技術上也許對我們有利的是，低等動物或植物如今已能夠經由無性的過程亦即營養繁殖而繁衍，這種繁殖過程也許具有推展至人類的潛在性。如果從字義上來看，絕育的最嚴密的定義是不能繁衍自己的同類，那麼不育是無法被誘發的，因為幾乎任何細胞性的物質都可以用營養來繁殖。這種營養性的繁殖能力目前尚未存在於人類，而閹割由於它能有效地終止配子的製造，配子又是有性生殖所必須的，因此它仍保有決定性的絕育手術地位。

生殖過程之第二個階段為配子由它們原來的部位通往結合點。就人類而言，這個階段包括精子經過睪丸，輸精管，精囊，及尿道，而在性交時進入女性的陰道，進而入子宮及輸卵管。此時卵則由卵巢進入輸卵管並在那裡和精子結合，接而移往子宮壁。如同前所討論者，機械性的避孕包括將精子及卵子移動到結合的途徑加以截斷。雖然這些通道對生殖來說是必要的，但是我們可以說，由截斷這些機械性的通道所引起的不育，實應稱之為避孕而非絕育。若是這樣，則輸精管或輸卵管結紮很明顯的只是避孕而非絕育手術。就這點意思，我們覺得巴勞研究的婦女對象，幻想她們仍然保有懷孕的潛力的想法是正確的，雖然她們已把輸卵管結紮了。

第三個階段包括受精卵的發育，從它在子宮壁着床之後，整個的妊娠期間，直到胎兒出生。在試管嬰兒成為事實之前，這個過程需要健全的子宮。有某些動物，受精卵常由生母移植到寄母子宮內，而在寄母身上發生妊娠及分娩。也就是說，妊娠並不一定要在生母體內。就我們所知這種寄母着床尚

未實現，但對人類也未嘗不可能。它並且也使我們把子宮切除視同絕育產生質疑。至少，一個切除子宮的婦女仍然在有性生殖中和男性有相等的貢獻，亦即只要有適合寄養的子宮，受精卵可發育成嬰兒。懷孕的潛能因為是很明顯的女性功能，子宮切除固將減少女性的這個成分特質，然而在技術上，子宮切除本質上不該被視同為絕育手術。

第四個階段是將新生胎兒在舒適的社會環境中養育成熟。種族繁衍並不是說新生兒一出生就完成了的，新生兒若完全任其不顧是無法存活的。有很多人似乎具有能力產生生物性之子嗣，然而卻無法對繼來的成熟過程給予滿意的社會的或心理上的支持。對這種人稱之為社會性絕育(social sterility)也許將另有一番意義，可惜在此討論超出了本文的範圍，不過倒是提示我們到底絕育的概念應包括生殖能力的任何階段呢，還是只限於製造配子的能力？就後面的一種解釋，我們得在重覆本文探討的是外科避孕而非絕育的情緒反應。如果研究文獻的解釋沒錯的話，那麼我們覺得不斷地強調這一點將使人更容易接受這些手術，並且也將減少手術者的心理傷害。

## 性行為與外科避孕—理論上的考慮

弗洛依德的研究把避孕看作是保留性交而不要生育後果的行為。但是它在性行為的解釋上，卻相對地缺少一個完滿的心理學理論。怎麼說呢？例如，何以外科避孕去除了懷孕的恐懼但在性行為的滿足感上卻沒有導致顯著的增加呢？何以局部陽萎(partial impotency)和輸精管結紮後增加性關係頻度常有關連？這些不過是許許多多有待更恰當的心理學理論來澄清的問題中的兩個而已。本文將試著將這樣一個理論的初胚簡要的勾勒一下。

我們認為性衝動或者男性的勃起依性行為情境的新奇程度或令人愉悅的不尋常性而定，並和不虞性無能有關。我們發現在性情境中女人一般在能夠放鬆並對性有反應之前，不喜歡意外的新奇。男女反應在基本上是這樣有些不協調的。丈夫不斷地追求新的技巧或一再地企圖征服妻子相對的遲疑反抗，在一夫一妻的關係中，這可能提供一種新奇，而使丈夫長期地感到精力，而慢慢地擺脫了不協調。其他的不確定性，例如可能懷孕，可能促進男性的

衝動可是卻減低女性的反應。(雖然女性在無意識中有想要懷孕的慾望有時會表現出人的意外接受態度。)接著女人可能較男性對新的性經驗能夠適應得快，因此一種經驗在女性熟悉舒適後很久仍然保留它對男性的新奇性。夫婦在這種彼此感覺舒適新奇的期間應一致有高潮。

如果女伴是如侍在側，隨要就有，或只是一種例行缺少變化的性交型式，情境將會喪失其不確定性以及其對男性激發衝動之能力。許多經過十或十五年婚姻生活的夫婦發生陽萎問題的癥結即在於此，而在婚姻外行為的新奇感中問題就會消失。Don Juan 的陽萎症候群，是針對病人能夠想到的性慾參數作徹底精細的探查，正可以代表在性生活上羅掘俱窮後的調適。這個相同的症候群也可以解釋馬歇爾 (Marshall) 的報告，他發現孟加族 (Mangaians) 的男人在老年時可能比美國男人有更普遍的陽萎現象，因為孟加族的文化中，男人從非常早年就受到鼓勵和許多伴侶有活躍的性關係。

結紮的男人為了證實自己依然有性能力，可能因而加速減低和他妻子性關係中的新奇性。反過來說，在手術後太太可能在性生活方面較願意配合，進一步減少情境中的新奇性及挑戰性。這些因素綜合起來，足可預料到會導致陽萎問題的增加。患得患失的心理，加上缺乏創新，更進而增加陽萎的症候。為了證實男性氣概不因結紮而受損，男的加倍努力追求性生活，這就是所觀察到的性交頻度增加

，陽萎也增加的複合情況。其他對於失敗恐懼，以及新奇感失落有影響的因素還包括外科的避孕效果較非外科避孕者更確定，也較難以改變。

如果上述的推想沒錯的話，那麼男性外科避孕後最初的性反應照理應該是好的，因為心中存有「它仍然管用嗎？」的新奇感，會增加興趣並使害怕失敗的心理自然趨散，在妻子方面因為並不會造成反應的問題應該沒有什麼改變。可是它的長期效果卻反而較差，原因我們也在上面討論過了，為了要澄清手術的效果，高度的性交可能減少新奇感並造成某些失敗的經驗，性注意的焦點本來是為了尋求愉悅的卻轉成為只關心著要去證實並非性無能。對於女性外科避孕的初期性反應問題可能較多，因為在手術恢復期間婦女更需要確信沒有事情發生。這個問題可能因為丈夫在太太術後性生活克制所感覺到的「被剝奪症候」(deprivation syndrome)，以及手術所帶來的新奇感而獲得解決，即使是例行的最安全最輕柔的動作都足以使他感到衝動，直到妻子重獲信心。除非婦女對再恢復性生活時初期所表現的遲疑勉強成為習慣性而持續性的恐懼，就這個理論，女性結紮後的長期性調適應該是會令人滿意的。

不論對男性或女性來說，手術後都可能表現個人迥異的性生活調適，並且看他們如何把這些事實上不存在，可是卻對個案或配偶的男性氣概或女性韻味蠻重要的心理威脅，成功地應付過來。