

박한희. 2018. “‘트랜스젠더 정체성’의 비병리화 담론의 전개와 인권적 의의: 국제질병분류 제11판의 개정을 앞두고” 『인권연구』 1(1): 153-203.

Park, Hanhee. “The meaning of de-pathologization of transgender identities from human rights perspective: As to the amendment of the ‘11th edition of International Classification of Disease’.” *Journal of Human Rights Studies* 1(1): 153-203.

[일반논문]

‘트랜스젠더 정체성’의 비병리화 담론의 전개와 인권적 의의

: 국제질병분류 제11판의 개정을 앞두고

박 한 희*

국문초록

동성애가 공식적으로 질병목록에서 제외된 지 30여년이 지나는 동안 트랜스젠더 정체성은 여전히 정신장애로 남아 있었다. 1900년대 트랜스젠더에 대한 의학적 연구가 본격적으로 이루어지면서 1980년 미국정신의학회는 정신장애 목록에 ‘성전환증’을 포함하였고, 1990년 세계보건기구 역시 국제질병분류 제10판에 ‘성주체성장애’, ‘성전환증’을 추가하였다.

이러한 트랜스젠더 정체성의 병리화는 트랜스젠더의 포괄적 인권실현을 가로막을 뿐만 아니라 의학적으로도 맞지 않는다는 비판을 받았다. 트랜스젠더 인권운동의 성장과 더불어 트랜스젠더 정체성의 비병리화 담론이 전개됨에 따라 2013년 미국정신의학회는 ‘성주체성장애’를 ‘성별위화감’으로 개정하였다. 그리고 세계보건기구는 2018년 6월 국제질병분류 제11판에서 ‘성주체성장애’를 삭제하여 트랜스젠더 정체성을 정신장애 분류에서 제외하였다.

트랜스젠더 정체성의 비병리화는 의학적 견해의 변화를 넘어 트랜스젠더를 어떠한 존재로 바라볼 것인가와 연관되어 있다. 그러한 면에서 비병리화 담론의 전개는 트랜스젠더를 억압하는 성별규범과 사회구조 전체의 변화로 이어질 필요가 있다.

주제어 : 트랜스젠더, 성전환자, 국제질병분류, 성별불일치, 비병리화

* 변호사. 공익인권변호사모임 희망을만드는법. hope.hhpark@gmail.com

ISSN 2635-4632

www.kci.go.kr

목 차

- I. 서론
- II. 트랜스젠더 정체성의 병리화 : 성주체성장애와 성전환증
- III. 비병리화 담론의 전개와 관련 논의들
- IV. 트랜스젠더 정체성의 비병리화 : 성별위화감과 성별불일치
- V. 한국사회에서 트랜스젠더 정체성의 비병리화가 갖는 의의
- VI. 결론

I. 서론

매년 5월 17일은 국제 성소수자 혐오 반대의 날¹⁾이다. 성소수자들이 경험하는 차별과 폭력에 대해 경종을 울리는 이 날은 세계적으로 성소수자 인권에 있어 중요한 기념일 중 하나이다. 5월 17일이라는 날짜는 1990년 세계보건기구(World Health Organization, WHO)가 국제질병분류(The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD)²⁾ 제10판의 정신장애목록에서 ‘동성애

1) 영문 명칭은 International Day Against Homophobia, Transphobia and Biphobia(IDAHOBT)이며 국내에서는 아이다호 데이라고도 부른다. 2004년 처음 아이다호데이가 제정되었을 때의 명칭은 International Day Against Homophobia(IDAHO)였다. 이후 동성애자는 별도의 측면에서 트랜스젠더와 양성애자의 이슈가 논의됨에 따라 2009년 Transphobia, 2015년 Biphobia가 추가되었다. <https://dayagainsthomophobia.org/what-is-may-17th/>

2) 정식명칭은 질병, 상해, 사망 원인에 대한 국제적 통계분류, WHO에서 발표하는 사람의 질병 및 사망 원인에 대한 국제 표준 분류 규정으로, 전 세계 194개국에서 건강정보의 수집과 보건의료서비스 제공을 위한 표준으로 사

(Homosexuality)’를 삭제한 날을 기념하기 위하여 정해진 것이다.

위 기념일의 존재에서 알 수 있듯이 국제질병분류에서 동성애가 삭제된 것은 성소수자 인권에 있어 중요한 사건이었다. 1973년 미국정신의학회(American Psychiatric Association, APA)가 정신장애 진단 및 통계편람(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, DSM)³⁾ 제2판에서 동성애를 삭제한 것에 이어 이루어진 위 사건은, “동성애자라는 것이 그 자체로는 어떠한 판단력, 안정성, 신뢰성, 직업 능력에 결함이 없으며”, “문제시해야 하는 것은 성적지향이 아닌 그로 인한 차별”이라는 것을 명백히 하는 것이었다(APA, 1974: 497). 그러나 이러한 변화가 모든 성소수자 정체성의 비병리화(de-pathologization)로 이어진 것은 아니다. 정신장애 진단 및 통계편람에서 동성애가 삭제된 후 7년 뒤인 1980년, 트랜스젠더⁴⁾ 정체성은 ‘성전환증(Transsexualism)’과 ‘아동의 성주체성장애(Gender Identity Disorder of Childhood)’라는 이름으로 정신장애 진단 및 통계편람 제3판에 등재되었고, 국제질병분류 제10판 역시 동성애를 삭제함과 동시에 정신장애목록에 ‘성전환증’과 ‘성주체성장애’ 항목을 추가하였다(Dresher, 2010: 439). 이러한 정신장애 분류는 출생 시 지정된 성별과 성별정체성이 불일치하는 트랜스젠더와 그렇지 않은 사람⁵⁾간에 차이가 있다

용되고 있다. 한국 역시 ICD를 기본으로 일부 요소를 수정한 ‘한국표준질병사인분류’를 사용하고 있다. <http://www.who.int/classifications/icd/en/>

3) 미국정신의학회(American Psychiatric Association, APA)에서 발간하는 책자로, 인간의 심리적 증상과 증후군을 위주로 정신장애 분류체계를 확립하는 것을 목적으로 한다. 오늘날 정신의학계에서 가장 권위 있는 지침서로 인정받고 있다. <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>

4) 트랜스젠더(transgender)의 의미는 맥락에 따라 매우 다양하다. 이 글에서는 ‘출생 시 지정받은 성별과 다른 성별의 정체성을 가진 모든 사람’의 의미로 사용한다. 국내 법학이나 의학에서는 ‘성전환자’라는 용어를 사용하기도 하는데, 직접 인용을 제외하고는 트랜스젠더로 용어를 통일한다.

5) 출생 시 지정성별과 성별정체성이 일치하는, 즉 비트랜스젠더를 시스젠

는 인식에서 만들어졌다. 즉 지정성별과 일치하는 성별정체성을 가진 사람에게 비하여 트랜스젠더는 성별불일치로 인해 정신적 고통을 받고 있으며, 따라서 적절한 치료를 받을 때 비로소 이러한 정신적 고통을 ‘해소할 수 있다’는 것이었다(Dresher, 2010: 437).

그러나 이후의 연구들을 통해 트랜스젠더가 겪는 정신적 고통의 주된 원인은 성별불일치 그 자체가 아닌 성별다양성을 인정하지 않는 이분법적인 사회구조이고, 그렇기에 트랜스젠더 정체성을 정신장애로 분류할 의학적·과학적 근거가 부족하다는 지적이 제기되었다(Ponsford, 2015. 36; Robles et al., 2016: 859). 또한 트랜스젠더 정체성을 비정상/치료받아야 하는 것으로 보는 인식은 트랜스젠더에 대한 사회적인 낙인을 가져왔고 이는 개인의 자존감 손상과 더불어 트랜스젠더에 대한 차별을 정당화하는 근거로 사용되었다. 따라서 트랜스젠더의 포괄적인 인권보장을 위해 트랜스젠더 정체성의 비병리화가 요구되었다(Kara, 2017: 16-17; Transgender Europe. 2017: 24).

이처럼 인권적 관점에서 트랜스젠더 정체성의 비병리화에 대한 목소리가 점차 커지고 이를 뒷받침하는 연구들이 이루어짐에 따라, 미국 정신의학회는 2013년 발행한 정신장애 진단 및 통계편람 제5판에서 ‘성주체성장애’를 ‘성별위화감(Gender Dysphoria)’으로 변경하였다. 이는 트랜스젠더 정체성 그 자체를 정신장애로 보는 것이 아닌, 트랜스젠더가 성별불일치로 경험하는 고통과 스트레스, 즉 ‘성별위화감(Gender Dysphoria)’만을 진단 및 치료의 대상으로 하기 위함이었다(APA, 2013). 다만 트랜스젠더가 겪는 고통이 여전히 정신장애로 진단된다는 점에서 이는 완전한 비병리화는 아니었다. 그리고 마침내 2018년 세계보건기구의 결정에 의해 최초로 공식적인 트랜스젠더 정체성의 비병리화가 이루어졌다. 세계보건기구가 2018. 6. 18. 공개한 국제질병분류 제11판(ICD-11)⁶⁾은 기존 ‘정신 및 행태장애(Mental and

더(cis-gender)라 부른다.

behavioura disorders)’로 분류⁷⁾되어 있던 성전환증, 성주체성장애를 모두 삭제하였다. 다만 제11판에서 트랜스젠더 정체성의 완전한 삭제가 이루어진 것은 아니고 ‘성건강 관련 상태(Conditions related to sexual health)’ 분류 아래 성별불일치(Gender Incongruence)라는 진단 코드가 신설⁸⁾되었다. 세계보건기구는 이러한 개정의 이유로 “트랜스젠더 정체성은 정신건강의 문제가 아니며, 정신장애 분류는 낙인을 가져왔다. 그래서 낙인을 줄이면서 동시에 필요한 의료적 조치를 받을 수 있도록 하기 위함이다”고 설명하였다.⁹⁾

국제질병분류의 이러한 개정은 한국에 있어서도 많은 영향을 줄 것으로 예상이 된다. 현재 한국의 질병분류와 진단은 통계청이 작성하고 관리하는 한국표준질병·사인분류에 기초하고 있으며, 그 내용의 많은 부분은 국제질병분류에 기초하고 있다. 따라서 트랜스젠더 정체성에 대한 국제질병분류의 개정은 한국표준질병·사인분류에도 반영이 될 것이다.¹⁰⁾ 한편으로 국제질병분류가 갖는 국제표준으로서의 위상과,

6) <https://icd.who.int/browse11/l-m/en> 현재 발행된 국제질병분류 제11판은 각 회원국들이 번역 및 국내 이행을 준비할 수 있도록 공개된 사전 버전이다. 이후 1년여의 현장 테스트를 거쳐 2019. 5. 세계보건기구총회에서 최종적으로 승인될 예정이며, 공식적인 발효일은 2022년이다.

7) 보다 정확히는 정신 및 행태장애 아래 성인 인격 및 행태장애(Disorders of adult personality and behaviour)의 하나로 분류되어 있었다. <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#/V>

8) <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f411470068>

9) WHO: Revision of ICD-11(gender incongruence/transgender) - questions and answers (Q&A) <https://www.youtube.com/watch?v=kyCgz0z05Ik&app=desktop>

10) 한국표준질병·사인분류는 5년에 한번씩 개정되므로 현재 적용되는 제7차 분류(2015년 개정)은 2020년과 2025년에 각각 개정될 예정이다. 이에 대해 통계청은 비공식적으로 국제질병분류 제11판의 반영은 2025년에 이루어질 것이라 밝힌 바 있다. “게임중독 “ICD-11 기준 불완전하다”...통계청,

세계보건기구의 이번 결정이 공식적으로 이루어지는 트랜스젠더 정체성의 최초의 완전한 비병리화라는 것을 고려하면, 이번 개정은 질병분류 개정을 넘어 트랜스젠더에 관한 법제도 및 담론에 있어서도 많은 영향을 줄 것으로 예상된다.

그래서 이 글에서는 국제질병분류 제11판의 발행 및 최종 개정을 앞두고 트랜스젠더 정체성의 비병리화를 둘러싼 그간의 논의를 살펴보고 이번 비병리화가 갖는 의미가 단지 의학적 견해의 변화를 넘어 트랜스젠더, 성소수자 인권과 관련된 다양한 변화로 이어져야 함을 이야기하고자 한다. 먼저 제II장에서는 트랜스젠더 정체성이 어떠한 경로를 거쳐 정신장애로 분류되게 되었는지를 살펴본다. 제III장에서는 인권적, 의학적 관점에서 트랜스젠더 정체성의 비병리화 담론이 어떻게 전개되었으며 주요 논점들로 어떠한 것들이 있는지를 살펴본다. 제IV장에서는 국제질병분류 제11판 개정 이전까지 트랜스젠더 정체성의 비병리화가 이루어진 과정들과 그 의의에 대해서 살펴보고, 제V장에서는 한국사회에서 트랜스젠더 정체성의 비병리화가 어떤 의의를 갖는지 살펴본다. 마지막으로 제VI장에서는 비병리화 논의가 트랜스젠더를 둘러싼 성별규범과 사회구조의 변화로 이어져야 한다는 것을 강조하며 맺는다.

II. 트랜스젠더 정체성의 병리화: 성주체성장애와 성전환증

1 트랜스젠더에 대한 초창기 의료적 논의

태어나면서 지정된 성별과 다른 성별의 옷차림, 외모를 취하거나 사회적 역할을 하는 젠더 역전(gender reversal) 현상은 역사적으로 세계 여러 문화권에서 존재하여 왔다. 그 중에는 북미 원주민 문화권의

한국은 2025년까지 보류”, 인벤 2018. 3. 14. 참조

‘투스피릿(Tow-Sprite), 인도의 ‘히즈라(hijras)’, 태국의 ‘까터이(kathoey)’ 등과 같이 독자적인 지위와 명칭을 가지고 생활하는 경우도 있었다(이동윤, 2010: 159).

그러한 젠더 역전이 의학적으로 논의되기 시작한 것은 19세기 말 성과학이 정립되기 시작하면서부터였다. 성과학¹¹⁾의 창시자라 할 수 있는 독일의 성과학자 크라프트에빙은 1886년 처음 발간한 자신의 저서 <성 정신병리>에서 동성애, 소아성애, 사디즘, 마조히즘을 묶어 ‘뇌신경증에 의한 성감각 이상’으로 분류하였다(김학이, 2013: 29-33p) 또한 그는 동성애와 트랜스젠더를 구분하지 않았으며 그 중 신체변형의 욕구가 큰 경우를 통틀어 성적변형 편집증(metamorphosis sexualis paranoica)이라고 명명하였다(수잔 스트라이크, 2016: 72).

한편 독일의 성과학자 마그누스 히르쉬펠트(Magnus Hirschfeld)는 의학적인 면에서 최초로 동성애자와 트랜스젠더를 구분한 사람이다(Dresher, 2010: 436) 그는 트랜스베스타이트(transvestite)¹²⁾라는 용어를 사용하여 동성애와는 구분되는 트랜스젠더의 개념을 제시하였다(수잔 스트라이크, 2016: 74). 이후 히르쉬펠트는 1919년 베를린에 성과학연구소를 개설하였고, 연구소에서 또는 연구소의 소개로 세계 최초의 성 전환수술들이 이루어졌다(김학이, 2009: 179-180).

11) 성과학은 1906년 이반 블로흐에 의해 도입되고 히르쉬펠트에 의해 1919년 하나의 분과로 정립된 분야로 인간의 성적 유형과 성적 욕망의 형태의 범위를 분류하는 정교한 서술체계를 개발하는 과학을 말한다(박차민 정:2011, 29).

12) 히르쉬펠트가 사용한 트랜스베스타이트는 순수한 남성, 여성이 아닌 성적 중간자를 모두 지칭하는 용어로, 현대에서 말하는 넓은 의미의 트랜스젠더(transgender umbrella)에 가까운 개념이다. 그러나 이러한 사람들을 가리키는 말로 트랜스젠더(transgender)가 널리 쓰임에 따라 현재 트랜스베스타이트는 크로스드레서(cross dresser), 즉 이성의 옷차림을 하지만 자신의 성별정체성을 다르게 느끼지 않는 사람과 가까운 의미로 사용되고 있다

이렇게 1900년대 초반 시작된 트랜스젠더 정체성의 의료적 논의는 1952년 크리스틴 조겐슨(Christine Jorgensen)의 등장 이후 미국 사회를 중심으로 하여 이루어지기 시작했다. 미국 육군 출신이었던 조겐슨이 1952년 덴마크에서 여성으로 성전환수술을 받은 사실은 미국은 물론 전 세계 뉴스의 헤드라인을 장식했다. 젊고 아름다운 외모를 가진 조겐슨의 등장은 1950년대 미국사회의 과학기술을 경외하는 분위기와 맞물려 대중은 물론 의학, 심리학자들의 폭발적인 관심을 불러 일으켰다. 또한 자신의 정체성에 혼란스러워 하던 많은 사람들이 트랜스젠더의 개념과 성전환수술이 가능하다는 것을 깨닫고 이를 원하기 시작하면서 미국전역에 트랜스젠더에 대한 전문적인 의료적 조치를 제공하는 병원, 연구소들 역시 생겨나기 시작했다(Dresher, 2010: 436; 수잔 스트라이커, 2016: 84-86).

2 트랜스젠더 정체성에 대한 병리화 모델 확립

그러나 위와 같이 트랜스젠더 당사자들의 등장과 의료적 논의에도 불구하고 1950~60년대 미국 사회에서 의학계가 트랜스젠더 정체성을 보는 시선은 무지하거나 비우호적이었다. 많은 의사들은 트랜스젠더를 단지 ‘정신과적 치료를 요하는’ 신경증이나 망상증 환자로 보았고, 비가역적인 호르몬요법이나 수술을 해서는 안 된다고 주장하였다. 일례로 미국에서 1960년 400명의 의사를 대상으로 한 조사에 따르면 “8%가 트랜스젠더 정체성은 ‘심각한 신경증’이라고, 15%가 ‘정신적 문제’라고 보았고, 대다수가 성전환수술을 제공하는 것을 거부하겠다고 응답하였다(Green, R.,1969. Dresher, 2010: 437에서 재인용).

이와 같은 트랜스젠더에 대한 의학계의 부정적인 태도는 존 머니(John Money), 해리 벤자민(Harry Benjamin), 로버트 스톨러(Robert Stoller)와 같은 연구자들의 연구결과에 의해 점차 바뀌어갔다(Dresher,

2010: 437). 존스홉킨스 대학의 심리학자이던 존 머니는 인터섹스 아동에 대한 연구를 통해 섹스와 젠더의 차이, 성별정체성과 성역할의 차이를 설명해냈다¹³⁾(Pfafflin, 2015: 16). 로버트 스톨러는 1968년 <섹스와 젠더>라는 책을 통해 성적지향과 구분되는 개념으로서의 성별정체성을 제시하였다(Dresher, 2010: 437). 가장 트랜스젠더의 의료에 영향을 준 것은 해리 벤자민일 것이다. 벤자민은 트랜스섹슈얼(transsexual)¹⁴⁾이라는 개념을 제시함으로써 이후의 트랜스젠더의 사회적 인식에도 영향을 주었다. 벤자민은 자신의 성별에 위화감을 가진 사람을 위화감의 정도에 따라 연속적으로 구분하고 한쪽 끝에는 단지 복장만을 바꾸길 원하는 트랜스베스타잇이, 다른 한쪽에는 신체변형을 원하는 트랜스섹슈얼이 존재한다고 보았다. 그리고 이러한 ‘진짜’ 트랜스섹슈얼을 위해 성전환수술이 등이 제공되어야 한다고 주장하였으며, 현재까지도 통용되는 정신과 - 호르몬 - 수술의 3단계 의료모델을 제시했다(Lev, 2006: 43).

위 연구결과들의 공통적인 주장은 단순히 겉으로 드러나는 외관이나 성역할을 다르게 하는 것이 아닌 자신의 내면의 인식 또는 신체에 대한 감각에서 ‘잘못된 성별’을 갖고 있다고 느끼는 사람들이 존재하

13) 다만 존머니는 이 과정에서 양육에 의해 성별정체성을 후천적으로 바꿀 수 있다는 주장을 하며, 아동의 의사와 상관없이 특정성별로 양육하는 실험을 진행하여 문제가 되었다. 자세한 내용은 존 콜라핀토 2014. 『이상한 나라의 브렌다』. 이은선 옮김. 서울: 알마. 참조

14) 호르몬요법, 외과수술 등 의료적 조치를 통해 자신의 성별정체성에 맞게 신체를 변형하거나 변형하려는 사람을 말한다. 한국에서는 2000년대 초중반까지만 해도 트랜스젠더는 반드시 수술을 원하는 사람으로 이해되었기에 트랜스젠더 대신 트랜스섹슈얼이라는 용어를 사용하는 경우도 많았다. 그러나 현재는 트랜스젠더의 의미를 수술여부와 상관없이 출생 시 지정성별과 성별정체성이 다른 사람으로 넓게 이해함에 따라, 트랜스섹슈얼은 의학적 용어를 제외하고는 거의 쓰이지 않는다.

고 이들을 위해 적절한 의료적 조치가 제공되어야 한다는 것이었다. 그리고 마침내 미국정신의학회는 이러한 주장을 받아들여 1980년 정신장애 진단 및 통계편람 제3판에 성전환증(Transsexualism)과 아동의 성주체성장애(Gender Identity Disorder of childhood)를 추가하였다. 드레셔(2010), 레브(2013)에 따르면 미국정신의학의 이러한 결정은 당시까지 많은 트랜스젠더가 적절한 의료적 조치를 못 받는 상황에서 트랜스젠더 정체성을 합법화함으로써 좀 더 많은 사람들이 전문적인 치료를 받을 수 있도록 하는 목적에서 이루어진 것이었다(Dresher, 2010: 437; Lev, 2013: 291). 동성애를 정신질환에서 제외한지 7년이 지난 시점에서 트랜스젠더 정체성을 정신장애 목록에 추가한, 얼핏 보면 모순되는 결정은 위와 같은 배경을 고려했을 때 비로소 이해할 수 있다.

이후 미국정신의학회는 1987년 정신장애 진단 및 통계편람 제3판 개정판(DSM-III-R)¹⁵⁾에 성인과 청소년의 성주체성장애, 비트랜스섹슈얼 타입(Gender Identity Disorder of Adolescence and Adulthood, non-transsexual type)¹⁶⁾을 추가하였고, 1994년 제4판(DSM-IV)에서 성전환증과 아동기의 성주체성장애를 합쳐 성주체성장애 하나의 진단명을 두고 다만 연령에 따라 구분¹⁷⁾하는 것으로 하였다. 또한 위

15) 정신장애 진단 및 통계편람은 최초 발행 이후 6차례의 개정이 있었는데 각각 명칭을 DSM-I, II, III, III-R, IV, IV-TR, 5로 붙였다.

16) 자신의 성별에 불쾌감 내지 위화감을 경험하는 성기를 제거하거나 다른 성별의 성기를 얻고자 하는 강한 욕망이 없는 경우에 대한 해당 진단을 받게 된다.

17) DSM-IV의 성주체성장애 진단기준은 다음과 같다.

A. 강하고 지속적인 반대 성과의 성적 동일시(반대 성이 된다면 얻게 될 문화적 이득을 단순히 갈망하는 정도여서는 안 된다).

B. 자신의 성에 대한 지속적인 불쾌감 또는 자신의 성 역할에 대한 부적절한 느낌

C. 이 장애가 신체적 양성(중성 또는 간성)상태와 같이 나타나지 않는다.

단기준에는 맞지 않으나 자신의 성별에 위화감을 가진 사람들을 ‘기타 성주체성장애(GID Not Otherwise Specified)’로 분류하였다(박준헌 외, 2008: 3-4; WPATH, 2001).

미국정신의학회의 이러한 결정은 미국뿐만이 아닌 다른 나라들의 트랜스젠더에 대한 의학적 논의와 관점에도 영향을 주었다. 정신장애 진단 및 통계편람은 1952년 제정 이후 세계 여러 나라에서 정신장애의 연구와 임상현장에서 가장 널리 사용되었으며 보험, 제약회사, 법정에서 의사결정 도구로도 활용되어 왔기 때문이다(김청송, 2016: 476-477). 그리고 이에 영향을 받아 세계보건기구에서도 1992년 국제질병분류 제10판에 성전환증과 아동의 성주체성장애를 추가함¹⁸⁾¹⁹⁾에 따라 전 세계 거의 모든 국가들에서 트랜스젠더 정체성은 정신과 진단에 의해 판단이 되는 ‘정신장애’로 분류되었다.

3 병리화 모델의 법제도, 사회 전체로의 확산

트랜스젠더 정체성을 질병/장애로 분류하고 진단기준을 만들었다는 것은 이를 판단하고 진단해야 하는 정신과 의사의 역할이 중요해졌다는 것을 의미했다. 진단기준에 맞는 것으로 판단되어 성전환증 내지는

D. 이 장애가 임상적으로 심각한 불편이나 사회적·직업적 또는 다른 중요한 기능영역에서 심한 장애를 일으킨다.

18) 이것이 국제질병분류가 최초로 트랜스젠더 정체성을 명기한 것은 아니다. 1965년 국제질병분류는 제8판은 ‘성적일탈’ 분류 아래 ‘트랜스베스타이즈’ 항목을 두었고, 1975년 제9판은 이를 성전환증과 트랜스베스타이즈로 분류하였다. 그러나 성적일탈의 하위분류가 아닌 독자적인 트랜스젠더 정체성의 분류가 만들어진 것은 제10판이 최초이다.

19) 국제질병분류와 정신장애 진단 및 통계편람은 초기에는 서로 독자적으로 발전하여 왔으나 국제질병분류 제10판이 발행되는 1990년대부터는 서로 간에 균형을 이루며 상호보완적으로 개선이 이루어지기 시작했다(김청송, 2016 : 487).

성주체성장애 진단을 받은 사람들만이 이후로 이어지는 호르몬요법, 외과수술과 같은 의료적 조치를 받을 수 있었기 때문이다. 그 결과 정신과 의사들은 어떤 사람이 트랜스젠더인지 아닌지를 판단하는 문지기과 같은 역할을 하게 되었고, 트랜스젠더 당사자들 역시 의사의 판단에 의해 자신의 정체성을 확신하는 일들도 생겨나기 시작했다. 그렇게 하여 트랜스젠더 당사자보다는 전문가의 역할과 통제에 보다 초점을 둔 병리화 모델이 만들어졌다(Bocking, 2009: 104).

이러한 병리화 모델은 의학적 분야에서 한정되지 않고 트랜스젠더를 둘러싼 법제도 및 전반적인 사회인식에도 영향을 주었다. 이러한 영향의 대표적인 사례는 법적인 성별정정(Gender Recognition)에 있어 정신과 진단을 필수적으로 요구하는 것이다. 트랜스젠더가 자신의 성별정체성에 맞추어 출생 시 법적인 성별을 변경하는 법적성별정정은 1972년에 스웨덴에서 최초로, 그 후 1980년 독일에서 법률이 만들어진 것을 계기로 점차 유럽 국가들을 중심으로 하여 여러 나라들에서 가능하게 되었다(Pfäfflin, 2015: 17). 그러나 많은 국가들에서 성별정정을 위해서는 명시적으로 또는 암묵적으로 성전환증 내지는 성주체성장애 진단서를 받을 것을 요구하고 있다. 가령 2004년 만들어진 영국의 성별인정법(Gender Recognition Act 2004)은 성별정정을 위해서는 ‘성별위화감(gender dysphoria)을 가지고 있을 것’, ‘성별위화감을 전문으로 하는 의사 또는 심리학자의 감정서를 받았을 것’을 요구²⁰⁾

20) [Gender Recognition Act 2004]

3 Evidence

(1) An application under section 1(1)(a) must include either—

(a) a report made by a registered medical practitioner practising in the field of gender dysphoria and a report made by another registered medical practitioner (who may, but need not, practise in that field), or

(b) a report made by a chartered psychologist practising in that field

하고 있다. 한편으로 명시적 진단서를 요구하지 않아도 성별정정의 판단기준에 있어 위 병리화모델을 따르는 경우도 있다. 가령 독일의 성전환자법(Transsexuellengesetz)은 성별정정을 위해서는 ‘반대 성에 대한 확고한 귀속감’, ‘그런 귀속감에 따라 살아야 한다는 3년 이상의 강박관념’, ‘재전환 가능성의 부재’가 인정되어야 하는데(이준일, 2009: 48), 이러한 기준들은 정신의학계에서 성전환증을 판단하는 기준과 유사²¹⁾하다. 나아가 공공보험과 같은 보건의료서비스의 제공, 민간보험업자의 보험판단 기준 등에 있어서도 정신과 진단서는 필수서류로 여겨지고 있다.

아마 병리화 모델을 가장 적극적으로 받아들인 나라는 일본일 것이다. 일본의 경우 트랜스젠더에 대한 본격적인 법제도, 사회적 논의가 시작된 것은 1996년 성전환수술이 가능해지고 1997년 일본정신의학회가 <성동일성장애²²⁾의 진료와 치료의 가이드라인(性同一性障害に関する診断と治療のガイドライン)>을 제정한 것을 계기로 하여 의료적 담론이 주를 이루었기 때문이다(吉澤京助, 2016: 194-195). 그 결과 일본의 미디어 등에서는 지금도 트랜스젠더(トランスジェンダー)라는 용어보다 성동일성장애가 주로 쓰이고 있으며, 당사자들 중에서도 주변에 자신을 설명하기 위하여 자신을 적극적으로 성동일성장애인이라고 호칭하는 경우들도 있다(吉澤京助, 2016: 196).

and a report made by a registered medical practitioner (who may, but need not, practise in that field).

21) 정신장애 진단 및 통계편람 제3판은 성전환증을 다음과 같이 정의한다. “이 질환의 본질적인 특징은 사춘기 때부터 자신의 지정된 성별에 대한 영구적인 불편함과 부적절하다는 감정이다. 나아가, 적어도 2년 이상, 자신의 1차 및 2차 성징을 제거하고 다른 성별의 성징을 습득하는 데 지속적인 관심이 있어야 한다”, (APA, 1980)

22) 성동일성장애(性同一性障害)는 Gender Identity Disorder의 일본식 번역어로, 우리말 성주체성장애와 같은 의미이다.

이와 같이 트랜스젠더 정체성의 병리화는 의학계를 넘어 법제도, 사회 전반의 트랜스젠더 인식에도 큰 영향을 미쳤다. 그리하여 아래와 같이 병리화가 갖고 있는 문제점이 제기됨에 따라 트랜스젠더 정체성의 비병리화는 트랜스젠더 인권 운동에 있어 중요한 의제로 다뤄지게 되었다.

Ⅲ. 비병리화 담론의 전개와 관련 논의들

1. 트랜스젠더 정체성의 비병리화에 대한 인권운동의 논의들

2011년 11월 헤이그에서 국제 트랜스젠더 단체인 Global Action for Trans* Equality(GATE)²³⁾의 주최로 트랜스젠더 정체성의 비병리화에 관한 전문가 미팅이 개최되었다. 전 세계에서 20여명의 트랜스젠더 연구자, 활동가들이 모여 이루어진 회의 결과 국제질병분류 제10판에 있는 성전환증, 성주체성장애를 포함하여 성소수자 정체성에 대한 정신장애 분류²⁴⁾를 모두 삭제하는 합의안이 도출되었고, GATE는

23) 2009년에 설립된 트랜스젠더, 인터섹스 인권 단체로 트랜스젠더, 인터섹스 정체성의 비병리화, 트랜스젠더의 자기결정권 보장 등에 관련된 활동을 펼치고 있으며 UN, WHO 등 국제기구 대응 활동도 활발히 하고 있다. <https://transactivists.org>

24) 국제질병분류 제10판에는 성전환증, 성주체성장애 외에도 이중복장도착증(Dual-role transvetism), 성성숙장애(Sexual maturation disorder), 자아이질적 성적지향(Egodystonic sexual orientation) 등과 같이 동성애, 크로스드레싱에 대한 진단코드 역시 존재하였다. 이들 진단명은 비록 성전환증, 성주체성장애와 같이 직접적인 진단이 이루어지는 경우는 드물었지만 그럼에도 성소수자에 대한 낙인을 가져오는 상징적인 병명이라는 점에서 인권운동에서는 삭제를 요구해왔다. 현재 공개된 국제질병분류 제11판에서는 위 진단코드들 역시 삭제되었다.

이를 세계보건기구에 전달하였다(GATE, 2011: 8). 이와 같이 1990년 트랜스젠더가 국제질병분류에 정신장애로 분류된 이후 20여년이 흐르면서 트랜스젠더 인권보장을 위해 트랜스젠더 정체성을 비병리화해야 한다는 합의들이 이루어지기 시작했다(Kara, 2017: 6). 다른 예로 2009년 시작된 국제 트랜스젠더 비병리화 캠페인(International Campaign Stop Trans Pathologization, STP)²⁵⁾은 2017년 기준 417개의 단체, 기구들의 지지 속에서 전 세계적인 비병리화 캠페인을 진행하기도 하였다.

트랜스젠더 인권운동에서 비병리화가 주요 의제로 다루어지게 된 이유는 의료적 조치를 지원하기 위해 이루어졌던 정신장애 분류가 오히려 트랜스젠더에 대한 사회적 낙인을 가져오고, 나아가 성별정정에 있어서 정신과 진단이 요구되는 등 트랜스젠더의 포괄적 인권보장에 있어 걸림돌이라는 점이 점차 분명해졌기 때문이다(Kara, 2017: 6; Transgender Europe, 2017: 24). 따라서 1973년 정신장애 진단 및 통계편람 제2편에서 동성애를 삭제하기 위해 싸웠던 동성애자 단체들과 마찬가지로 트랜스젠더 단체들 역시 비병리화를 주요 운동과제로 삼고 관련 논의를 전개하였다(Dresher, 2010: 445).

그러나 트랜스젠더 정체성의 비병리화는 동성애의 비병리화와는 다른 점이 있었다. 동성애자와는 달리 트랜스젠더는 호르몬요법, 성전환 수술 등 고유한 의료적 조치를 필요로 한다는 점이였다. 따라서 트랜스젠더 정체성을 질병분류에서 완전히 삭제할 경우 이러한 의료적 조치 또는 건강보험 적용을 위한 근거를 상실할지 모른다는 우려가 제기되었다(Dresher, 2010: 486; Sennot, 2011: 96). 실제로 위 헤이그

25) 트랜스젠더 정체성의 비병리화를 목표로 하여 2009년 만들어진 국제활동가들의 플랫폼으로 정신장애 진단 및 통계편람과 국제질병분류에서 정신장애 분류 삭제, 성별정정에 있어 정신과진단 요구를 없앨 것 등을 주요 목표로 하고 있다. <http://stp2012.info/old/en/manifesto>

회의에서도 참석자들은 정신장애 분류에서의 삭제에는 합의하였지만 이를 완전히 삭제하는 것에는 합의가 이루어지지 못하였고, 트랜스젠더 정체성에 대한 다른 형태의 진단코드를 들지 여부와 그 경우 어떠한 코드를 들 것인지에 대해 여러 안 들이 제시되었으나 공통된 결론에는 이르지 못하였다(GATE, 2011: 9-17).

이와 같이 트랜스젠더 정체성의 비병리화는 의료접근권의 문제와 동시에 고려되어야 했기에, 동성애의 비병리화와는 다른 의미에서 여러 가지로 복잡한 양상을 띠 수밖에 없었다. 아래에서는 그렇다면 보다 구체적으로 비병리화와 의료접근권의 문제와 관련하여 어떠한 논의들이 오갔는지 그 내용을 자세히 살펴보기로 한다.

2. 트랜스젠더 정체성의 병리화에 대한 주된 비판

(1) 국제인권규범이 보장하는 트랜스젠더 권리에 대한 침해

트랜스젠더의 성별정체성은 현재 유엔 국제인권규약에서 명시적 차별금지 사유로 적시되지는 않고 있다. 그러나 예시적, 개방적인 차별금지사유의 특성상 성별정체성에 따른 차별과 폭력 역시 국제인권규범에 의해 당연히 금지되며, 조약기구들 역시 일반논평²⁶⁾을 통해 이 점을 분명히 하고 있다. 그리고 국제인권규범상 성별정체성을 이유로

26) 2009년 경제적·사회적·문화적 권리 위원회는 일반논평 20호를 통해 “성별정체성도 차별금지사유의 하나로 인정된다. 예를 들어, 트랜스젠더, 트랜스섹슈얼, 인터섹스는 학교나 직장에서 괴롭힘을 당하는 등 심각한 인권 침해에 자주 직면한다”라고 하여 성별정체성이 사회권규약상 보호되는 차별금지사유임을 분명히 밝혔고, (E/C.12/GC/20) 2010년 유엔 여성차별철폐위원회는 일반권고 제6호에서 “성과 성별에 근거한 여성차별은, 인종, 민족, 종교나 신념, 건강, 상태, 나이, 계층, 계급, 성적지향 및 성별정체성과 같이 여성들에게 영향을 미치는 다른 요소들과 긴밀하게 얽혀있다”라고 하였다(CEDAW/C/GC/28).

한 대한 차별금지과 인권보장에 있어 중요시되는 것 중 하나가 성별 정체에 있어 가혹한 요건을 없애는 것이다. 특히 정신과 진단, 성전환 수술 등 의료적 조치의 강제는 자신의 성별정체성을 인식하고 표현할 수 있는 자기결정권의 침해이며 한편으로 고가의 의료비용에 따른 경제적 부담 역시 부과된다는 점에서 이를 강제하는 것은 국제인권규범에서 금지하는 성별정체성에 따른 차별, 폭력이라는 법리가 점차 일반화되고 있다(Kara, 2017: 8).

가령 유엔인권최고대표는 2012년 유엔인권이사회에 제출한 「성적지향과 성별정체성을 근거로 한 차별적인 법과 관행 그리고 폭력」 보고서²⁷⁾에서 “성별정체에 있어 생식능력제거수술, 성전환수술 및 다른 의료적 조치를 요구하는 것은 국제인권규범에 위반하는 것”이며, 국가들에게 이러한 가혹한 요건을 없앨 것을 권고하였다. 또한 2017년 성적지향·성별정체성을 이유로 한 차별과 폭력 보호에 관한 독립전문가 ((Independent Expert on protection against violence and discrimination based on sexual orientation and gender identity)가 유엔인권이사회에 제출한 보고서²⁸⁾에서는, “많은 국가들에서 트랜스젠더들은...성별변경을 위해서 또는 성별변경과는 무관하게 성전환 수술과 정신과 진단, 전환치료, 불임수술과 같은 의료적 조치를 강제당하며”, “따라서 강제적인 방법 없이 스스로 정체화한 성별로 변경이 되도록 할 필요가 있다”고 이야기하였다.

또한 트랜스젠더 정체성의 병리화와 정신과 진단의 요구는 트랜스젠더 정체성을 ‘고쳐야 하는 것’으로 인식하게 함으로써 소위 ‘전환치료(conversion therapy)²⁹⁾’를 정당화하기도 한다. 2016년 유엔 및 지역

27) A/HRC/29/23, (2015. 5. 4.).

28) A/HRC/35/36, (2017. 4. 19.).

29) 성적지향·성별정체성을 강제로 교정하려는 치료방식을 말하며 국제인권기구와 세계보건기구는 이를 의료적으로 효과가 없을뿐더러 개인의 인권에 대한 심각한 침해로 보고 있다. 유엔 자유권위원회 CCPR/C/KOR/CO/4

인권전문가들이 국제성소수자혐오반대의 날에 낸 공동성명은 “병리화로 인하여 성소수자들은 지속적으로 가혹하고, 해로우며, 비윤리적인 강제 치료에 직면하며, 여기에는 아동, 청소년에게 특히 해악을 주는 소위 ‘전환치료’가 포함된다”고 지적하였다.³⁰⁾

유럽평의회 역시 트랜스젠더 인권보장을 위해 비병리화가 필요하다는 권고를 여러 차례 하였다. 유럽평의회는 2011년 WHO에 ICD-11에서 성주체성장애를 삭제할 것을 권고 하였으며,³¹⁾ 2015년에는 「유럽에서의 트랜스젠더 차별」 결의안에서 “개인의 성별정체성을 인정하는 요건으로 생식능력제거 및 정신과 진단을 포함한 다른 강제적인 의료적 조치들을 요구하는 것을 삭제할 것”을 회원국에 권고³²⁾하였다.

이와 같이 트랜스젠더 정체성의 병리화와 그에 따른 정신과 진단의

(2015.11.5.) para 15. 참조

³⁰⁾ UN Committee on the Rights of the Child, UN independent experts (Mr. Philip Alston, Special Rapporteur on extreme poverty and human rights; Mr. Dainius Pūras, Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health; Mr. Juan E. Méndez, Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman, or degrading treatment or punishment, Ms. Dubravka Šimonović, Special Rapporteur on violence against women, its causes and consequences), the Inter-American Commission on Human Rights, the African Commission on Human and Peoples’ Rights, & Nils Muižnieks, the Council of Europe Commissioner for Human Rights (2016) Joint Statement on Pathologization – Being lesbian, gay, bisexual and/or trans is not an illness for International Day Against Homophobia, Transphobia and Biphobia, 17 May 2016.

³¹⁾ European Parliament resolution of 28 September 2011 on human rights, sexual orientation and gender identity at the United Nations. P7_TA(2011)0427

³²⁾ Parliamentary Assembly of The Council of Europe, Discrimination against transgender people in Europe, Resolution 2048, 2015. 4. 22

요구는 트랜스젠더의 자기결정권, 신체·정신의 온전성 등을 침해하는 국제인권규범이 금지하는 트랜스젠더에 대한 차별 및 인권침해라는 점에서, 비병리화에 대한 요구가 지속적으로 이루어졌다,

(2) 고통과 손상에 초점을 둔 진단기준의 모호함

트랜스젠더 정체성에 대한 병리화 모델은 기본적으로 고통과 손상에 초점을 두고 있다. 트랜스젠더가 자신의 성별에 대한 위화감으로 심각한 고통과 기능적·직업적 손상을 경험한다면 정신장애의 진단기준에 해당한다고 보는 것이다. 그러나 트랜스젠더가 경험하는 고통과 손상은 사회적으로 트랜스젠더에 대한 혐오, 남성성/여성성이 강요되는 성별이분법적인 구조 속에서 배제되고 차별받아 생긴 것과, 트랜스젠더인 것 자체만으로 겪는 주로 자신이 인식하는 성별과 다른 신체를 갖고 있다는데서 오는 위화감이 복합적으로 작동하여 만들어진다. 따라서 사람에 따라서는 신체에 대한 위화감은 거의 없지만 사회적 낙인이나 신분증과 성별정체성의 차이에서 오는 차별로 인해 고통과 손상을 겪을 수 있으며, 이는 병원의 치료가 아닌 사회구조적인 차별을 해소해야 하는 문제이다. 그럼에도 병리화 모델은 트랜스젠더에 대한 진단에 있어 트랜스젠더 개인의 내면에서 오는 고통, 손상과 사회적인 차별과 낙인에서 오는 고통, 손상을 구분하지 않고 있다는 문제가 있다.

윈터(2006)는 이러한 모호한 진단기준으로 인하여 거짓 양성(false positive) 오류³³⁾가 일어날 수 있다는 점을 지적한다. 즉 자신의 성별과 신체의 불일치에 따른 위화감을 겪지 않기에 정신장애로 진단될 필요가 없는 사람이, 사회적인 차별로 인해 불필요하게 정신장애 진단을 받게 된다는 것이다. 가령 윈터(2006)는 다음과 같은 사례를 제시한다. 일상에서 항상 여성으로서 생활을 하고 있는 비수술 트랜스젠더

33) 실제로는 음성인데 검사 결과는 양성으로 진단되는 오류

여성이 있을 때, 그녀가 자신의 생활에 만족하고 직업, 사회생활상 어려움이 없음에도 성주체성장애 진단을 받을 수 있다. 비록 그녀는 자신의 내면의 성별위화감은 겪지 않겠지만 사회의 편견과 혐오로 인해 고통을 겪을 수 있고 이 경우 정신장애 진단 및 통계편람의 성주체성장애 진단 기준에 해당하기 때문이다(Winters, 2006: 79-80). 이러한 거짓 양성 오류의 가능성은 병리화 모델에 따른 고통과 손상에 집중하는 진단기준이 의학적으로 타당하지 않을뿐더러 사회적 차별을 받는 사람을 정신장애를 경험하는 것으로 진단하는 부적절한 결과를 가져온다는 점에서 문제적이다.

내면의 고통과 사회적 차별로 인한 고통을 혼재함으로써 생기는 문제점은 실증적인 연구결과로도 입증이 된다. 2016년 멕시코의 트랜스젠더 250명을 대상으로 그들이 겪는 고통과 손상에 대해 조사한 연구에 따르면, 트랜스젠더라는 것 자체로 인해 겪는 고통과 손상은 흔하기는 하지만 보편적이지 않았고 그보다는 사회적 차별과 편견으로 겪는 고통과 손상이 더 보편적인 것으로 나타났다. 다시 말해 트랜스젠더가 겪는 고통은 성별의 불일치 자체보다는 그로 인한 사회적 차별에 의해 주로 발생한다는 것이다(Robles et al., 2016: 859).

레브(2006)는 또한 고통과 손상에 집중을 하는 병리화 모델이 트랜스젠더가 겪는 고통의 실제 원인을 파악해내지 못할 뿐만 아니라, 사회적 차별만 없다면 건강하고 행복하며, 원활히 생활할 수 있는 트랜스젠더들의 존재를 포착해내지 못하는 문제를 갖고 있다고 지적하였다(Lev, 2006: 51). 2016년 비크 외(2016)가 영국과 네덜란드의 트랜스젠더 및 의료서비스 공급자들을 대상으로 실시한 트랜스젠더 정체성 진단에 대한 수용도 조사에서도 네덜란드 응답자의 59.9%, 영국응답자의 48.6%가 “성별불일치로 인한 스트레스는 없으면서도 성전환 관련 의료적 조치를 원하는 사람이 있으므로 진단에 있어 고통, 손상은 필요없다”고 응답하였다(Beek, 2016: 15). 따라서 고통, 손상에 치

중한 의료적 모델은 트랜스젠더의 존재를 그대로 인식하는 것에 지장을 초래할 뿐 아니라, 의료적 조치를 원하는 트랜스젠더가 원치 않게 정신장애로 진단을 받게 만든다. 이는 개인의 자존감을 손상시킬 뿐만 아니라 트랜스젠더에 대한 사회적 편견을 강화시킨다는 점에서 문제적이라 할 것이다.

(3) 이분법적 성별규범의 강화

레브(2006)는 또한 트랜스젠더 정체성의 병리화가 가진 문제점으로 특정한 트랜스젠더 서사만을 부각시켜 성별이분법을 강화시킨다는 점을 지적한다. 즉 트랜스젠더가 의료적 조치를 받기 위해서는 자신의 실제 경험과는 상관없이 의료기관의 승인을 얻기 위한 하나의 서사로 자신을 표현해야 하며, 이는 결국 의료적 조치를 원하는 트랜스젠더만이 ‘표준’이며, 그렇지 않은 개인들은 모두 비규범적인 존재로 만들어 버린다는 것이다(Lev, 2006). 이처럼 트랜스젠더 정체성의 병리화가 특정 서사만을 부각시키게 되는 것은 병리화 모델이 트랜스젠더가 겪는 갈등을 초래하는 성별이분법적인 규범에 대한 문제제기 없이 그와 경합하는 트랜스젠더의 정신적 고통에만 초점을 두기 때문이다. 그 결과 트랜스젠더는 진단을 받기 위해서는 자신이 출생 시 지정성별에 따른 성별규범에서 벗어난 존재이고 동시에 자신이 원하는 성별의 성별규범에 들어맞는 존재라는 것을 보여줄 수밖에 없게 된다.

이러한 이분법적 성별규범의 강화를 분명히 보여주는 것이 아동의 성주체성장애에 대한 진단기준이다. 가령 정신장애 진단 및 통계편람 제4판을 기준으로 한 정신의학 교과서(민성길, 2006)는 아동의 성주체성장애에 대해 다음과 같이 설명하고 있다.

“남자아이들은 여자 옷을 입고 여자아이들의 놀이를 한다.
이들은 특히 소꿉장난을 즐기고 예쁜 소녀나 공주를 그리며...

거친 놀이나 다투는 운동은 피하고 장난감 차나 트럭에는 관심이 적다. 여자아이는 남자옷을 입고 남자놀이를 하며... 여자복장을 해야 하는 학교나 사회적 활동에 참여하기를 꺼린다... 인형이나 여자 옷에는 관심이 적고 신체적 접촉을 많이 하는 운동이나 거친 놀이에 관심이 많다(민성길, 2006: 512)”

이러한 설명은 복장, 놀이, 행동에 있어 ‘정상적’인 남녀의 표준이 있고 그에 맞지 않는 아동의 행동을 모두 비정상적인 것으로 간주하는 것이다. 세노트(2011)는 이와 같이 성별이분법에 기초한 트랜스젠더 정체성의 진단이 페미니즘이 지난 수십 년간 성별규범에 대해 논의한 담론들과, 소위 ‘정상적’인 남녀도 젠더 전환의 양상을 보인다는 점을 무시한, 비과학적이고 성차별적인 편견이 담긴 설명에 불과하다는 점을 지적한다(Sennot, 2011: 95).

(4) 사회적 낙인과 차별

앞서 살펴보았듯이 트랜스젠더 정체성이 정신장애로 분류되게 된 계기는 트랜스젠더인 것이 어떠한 심각한 기능적, 직업적 손상을 가져와서라기보다는, 트랜스젠더의 의료적 조치를 지원해주기 위한 목적이 컸다. 그러나 이는 반대로 의료적 조치를 원하는 트랜스젠더들은 자신의 의사와는 무관하게 정신장애로 분류되고 진단되어야만 한다는 것을 의미한다. 다시 말해 트랜스젠더가 설령 자신의 성별정체성에 따라 문제없이 생활하고 만족감을 느끼고 있다 하더라도, 규범에 벗어난 성별정체성을 갖고 있다는 이유만으로 그렇지 않은 성별정체성을 가진 사람에 비해 무엇인가 치료를 받을 수밖에 없는 사람으로 여겨진다는 것을 의미한다(Winters, 2006: 77). 이는 사회적으로 트랜스젠더에 대한 부정적인 인식과 낙인을 강화하는 결과를 가져온다.³⁴⁾

34) 다만 한 가지 유의해야 하는 점은 이러한 사회적 낙인이 문제되는 것

앞의 비크 외(2016)의 조사에서도, “트랜스젠더 정체성에 대한 정신과 진단이 낙인 효과를 갖는가”는 질문에 네덜란드 응답자 182명 중 77.8%가 그렇다고 응답을 하였다(Beek, 2016: 10). 2017년 트랜스젠더 유럽(Transgender Europe)이 조지아, 폴란드, 세르비아, 스페인, 스웨덴 5개국의 888명을 대상으로 실시한 트랜스젠더 건강 조사에서도, “정신과 진단이 개인에 대한 낙인을 가져오는지”에 대해 65.2%가 그렇다고 응답을 하였다(Transgender Europe, 2017: 24).

이처럼 트랜스젠더 정체성을 정신장애로 분류하고 진단하는 것은 트랜스젠더에 대한 사회적 낙인을 가져온다. 그리고 이는 실질적인 차별로 이어지기도 하는데 앞서의 비크 외(2016)의 조사에서 영국과 네덜란드를 통틀어 452명의 응답자 중 22.8%가 정신과진단으로 인해 차별을 받았다고 응답하였다(Beek, 2016: 13). 2015년 러시아 정부가 운전면허 규제를 강화시키면서 ‘성전환증’과 ‘성주체성장애’를 운전이 금지되는 정신장애 목록에 포함시키는 사건도 있었다. 현지 인권운동가와 연구자들의 반대로 결국 최종적으로 이러한 규제는 실행되지 않았으나, 이 사건은 트랜스젠더 정체성의 병리화로 인한 차별을 상징적으로 보여주는 사건이었다³⁵⁾.

이러한 낙인과 차별의 상황은 초창기 트랜스젠더 정체성을 합법화하고 필요한 지원을 마련하기 위해 정신장애 분류에 포함시킨 의도와

은 비트랜스젠더의 성별정체성을 소위 ‘정상’으로 두고 트랜스젠더의 정체성만을 병리화하기 때문에 문제되는 것이지, 정신장애라는 것 자체가 낙인적 효과를 가진 것이기 때문으로 이해해서는 안 된다. 만일 정신장애라는 것 자체가 사회적 낙인이고 그렇기에 트랜스젠더 정체성을 정신장애에서 제외해야 한다고 이해하는 것은, 또 다른 의미에서 정신장애인 전반에 대한 편견과 혐오를 가져올 수 있기 때문이다. 관련해서 <https://transactivists.org/trans-depathologization-mental-health-stigma/> 참조

35) 「러시아 “트랜스젠더는 장애인…운전 안 돼」, 여성신문 2015. 1. 12. 참조

는 전혀 정반대의 결과이다. 따라서 이러한 낙인을 없애면서도 의료적 지원의 근거를 마련할 필요성이 제기될 수밖에 없었다.

3. 트랜스젠더의 정체성의 비병리화와 의료접근권의 논의

이상과 같이 트랜스젠더 정체성에 대한 병리화는 당초 이를 통해 의료적 지원의 근거를 마련하려는 의도와는 반대로, 오히려 트랜스젠더에 대한 인권침해와 차별을 정당화하는 근거가 되고 모호한 진단기준으로 성별규범에 맞지 않는 존재를 모두 정신장애로 분류한다는 점에서 이를 유지해야 할 의학적, 과학적 근거가 부족하다. 따라서 1973년과 1990년 동성애가 각각 정신장애 진단 및 통계편람과 국제질병분류에서 삭제된 것처럼 트랜스젠더의 인권보장을 위해 성주체성장애, 성전환증 역시 더 이상 정신장애로 분류해서는 안 된다는 것에 점차 합의가 이루어졌다(Kara, 2017: 6).

그러나 앞서 보았듯이 동성애와는 달리 트랜스젠더 정체성의 경우 질병분류코드에서 완전히 제외하는 것에 저항의 목소리 역시 컸다. 질병목록에서 트랜스젠더 정체성을 완전히 삭제할 경우 성전환 관련 의료적 조치에 대한 근거가 완전히 삭제될 것이라는 불안감이 크게 작용을 한 것이다. 앞서 비크 외(2016)의 조사에서 전체 응답자의 38.1%가 트랜스젠더 정체성을 국제질병분류에는 포함시키되 별도의 분류 아래 놓는 것에 찬성한 반면, 국제질병분류에서의 완전한 삭제는 7.2%만이 찬성하였다(Beek, 2016: 10). 특히 의료적 지원이 보편적으로 이루어지지 않고 질병코드의 내용 및 분류체계에 따라 의료적 지원의 정도와 보험적용이 결정되는 국가의 활동가들을 중심으로 이러한 주장들이 공감을 얻었다(Dresher, 2010: 486; Sennot, 2011: 96).

트랜스젠더는 정신과 진단과는 무관하게 개인에 따라 호르몬요법, 생식능력제거수술, 성기형성수술 등 일정한 의료적 조치를 필요로 하

며, 또한 국가에 따라 이러한 의료적 조치에 대한 근거 및 공적보험이 적용되기 위해서는 질병코드를 필요로 하기에³⁶⁾ 이러한 주장들은 설득력이 있었다. 다만 이것이 트랜스젠더 정체성을 여전히 정신장애로 분류해야 한다는 주장은 아니었다. 드레셔(Dresher)가 지적하듯 논의 초기에는 낙인을 감수하고도 정신장애 분류를 유지해야 한다는 주장이 제기되기도 하였다(Dresher, 2010: 486). 그러나 의료접근권 보장을 위해 병리화를 유지하는 것은 결국 또 다른 측면에서의 트랜스젠더 인권의 침해라는 점에서 이러한 주장은 설득력을 갖지 못하였고, 비병리화와 의료서비스 접근권을 함께 추구해야 한다는 주장이 점차 힘을 얻어 갔다. 이에 따라 트랜스젠더 인권운동가 및 관련 전문가들 사이에서는 트랜스젠더 정체성을 정신장애 분류에서 제외하되, 의료적 조치를 위한 근거를 만드는 방향으로 논의가 전개되었다(GATE, 2011; Kara, 2017: 4-5). 또한 실제로 병리화로 인한 낙인은 없애면서 의학적 근거를 마련하는 것이 가능하다는 점 역시 위 논의를 뒷받침했다. 가령 레브(2013)는 이러한 의학적 근거가 있으면서 병리화의 낙인은 없는 예로 ‘임신 및 출산’을 제시하였다(Lev, 2013: 295). 확실히 임신부는 필요에 따라 의학적 진단을 받고 공적보험의 대상이 되지만, 임신이 질병으로 여겨져 어떠한 차별과 낙인의 대상이 되지는 않는다는 점에서 하나의 예시가 될 수 있다.

나아가 2010년대부터 아르헨티나(2012)³⁷⁾를 모범사례로 해서 덴마크(2014), 몰타(2015), 콜롬비아(2015) 아일랜드(2015), 노르웨이(2016), 브라질(2018) 등 성별정정에 있어 정신과 진단을 포함하여 어떠한 요건도 두지 않는, 트랜스젠더의 완전한 자기결정권을 보장하는 나라들

36) 한국 역시 한국표준질병·사인분류에 코드를 바탕으로 보건의료 연구 및 국민건강보험이 적용이 이루어진다.

37) [Ley de Identidad de Genero]

제4조 어떠한 경우에도 전부 혹은 일부의 성기 변경, 호르몬 요법 혹은 다른 정신적 혹은 의료적인 조치가 취해졌다는 것을 증명할 필요가 없다.

역시 점차 증가하기 시작했다. 특히 뒤에서 자세히 살펴보겠지만 몰타의 경우 법으로 비병리화를 규정하고 한편으로는 의료접근권 역시 보장하여 비병리화와 의료접근권이 서로 별개로 규율할 수 있음을 실제로 보여주었다. 이러한 변화들이 이루어짐에 따라 트랜스젠더의 자기결정권, 신체와 정신의 온전성을 보장하는 차원에서 트랜스젠더 정체성을 병리화하지 않으면서 동시에 의료적 조치의 근거를 마련할 수 있고, 또 그렇게 해야 한다는 목소리가 더욱 힘을 얻어갔다.

IV. 트랜스젠더 정체성의 비병리화 : 성별위화감과 성별 불일치

1. 세계트랜스젠더보건의료전문가협회의 건강관리 실무표준

위와 같은 비병리화 담론의 전개는 트랜스젠더 정체성 진단기준에서의 실질적인 개정으로 이어졌다. 미국정신의학회는 정신장애 진단 및 통계편람 제5판 개정을 앞두고 2008년 성 및 성별 정체성 장애 실무그룹을 결성하여 검토에 들어갔다. 세계보건기구 역시 국제질병분류 제11판 개정을 앞두고 2007년 성적 장애 및 성적 건강에 관한 실무그룹을 결성하여 연구 및 검토를 시작하였다(Lev. 2013: 292-293; Reed et al. 2016: 205).

이처럼 미국정신의학회와 세계보건기구가 모두 트랜스젠더 정체성에 대한 개정 작업에 들어간 상황에서 세계트랜스젠더보건의료전문가협회의 건강관리실무표준 제7판의 발행은 여러모로 영향을 주었다. 트랜스젠더 및 트랜스섹슈얼의 보건의료에 관한 국제적, 다학적 전문가 협회인 세계트랜스젠더보건의료전문가협회는 정기적으로 「트랜스섹슈얼 · 트랜스젠더 · 성별비순응자를 위한 건강관리실무표준(Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-

Nonconforming People; 이하 건강관리실무표준)」을 발행하여, 트랜스젠더의 보건의료에 대한 기준을 제시하여 왔다. 2010년 세계트랜스젠더보건의료전문가협회는 성적 다양성의 비병리화를 촉구하는 성명서를 발표³⁸⁾하였고, 2012년 건강관리실무표준 제7판을 발행하면서 성별 정체성과 성별위화감을 구분하고 다음과 같이 이야기하였다.

“따라서 트랜스섹슈얼·트랜스젠더·성별비순응 자체는 장애가 아니다. 의학적으로 진단하고 다양한 방식으로 치료해야 하는 것은 성별위화감으로 인해 느끼는 고통이다. 성별위화감에 대한 진단명이 존재함으로써 환자가 용이하게 건강관리를 받도록 돕고 효과적인 치료법을 더 많이 연구하도록 이끌 수 있다(WPATH, 2012: 6).”

이처럼 트랜스젠더 정체성 자체에 대한 병리화가 아닌 이들이 겪는 고통과 스트레스만을 치료의 대상으로 보는 세계트랜스젠더보건의료전문가협회의 입장은 기존보다 진일보한 것이다. 그러나 위 서술은 여전히 트랜스젠더가 겪는 내면의 고통과 사회구조적인 차별에서 오는 고통을 구분하지 않고 있다는 점에서 한계 역시 갖고 있다. 또한 국제 트랜스젠더 비병리화 캠페인(2017)이 지적하듯 건강관리실무표준 제7판은 호르몬요법과 성전환수술을 함께 있어 사전에 정신과 의사의 진료의뢰서를 받도록 함으로써, 여전히 정신과적 판단을 거쳐야만 이후의 의료

38) The WPATH Board of Directors strongly urges the de-psychopathologisation of gender variance worldwide. The expression of gender characteristics, including identities, that are not stereotypically associated with one's assigned sex at birth is a common and culturally-diverse human phenomenon which should not be judged as inherently pathological or negative. (후략) WPATH Board of Directors. 2010. 5. 26.

적 조치가 가능하게 하고 있는 한계를 갖고 있다(STP, 2017: 4).

2. 정신장애 진단 및 통계편람 제5판: 성별위화감(Gender Dysphoria)

미국정신의학회(AMA)는 5년간의 실무그룹의 검토 결과 2013년 정신장애 진단 및 통계편람 제5판을 발행하며 ‘성주체정장애’를 ‘성별위화감³⁹⁾’으로 변경⁴⁰⁾하였다. 또한 제4판에서 성주체성장애는 성기능부전(Sexual Dysfunctions)의 하나로 분류되어 있었으나, 제5판에서는 성별위화감이라는 독자적인 범주를 만들었다. 이러한 개정은 위 건강관리실무표준 제7판과 유사하게 장애라는 용어가 갖는 낙인효과를 없애고 개인이 느끼는 고통과 위화감에 좀 더 집중을 하겠다는 것이었다(APA, 2013a). 미국정신의학회는 이를 보다 명확하게 하기 위하여 정신장애 진단 및 통계편람 제5판에서 다음과 같이 설명하였다.

“중요한 것은 젠더 비순응(Gender nonconformity)은 그 자체로는 정신 질환이 아니라는 것이다. 성별위화감의 핵심 요소는 그 상태와 관련된 임상적으로 유의미한 스트레스다⁴¹⁾(APA, 2013b).”

한편 정신장애 진단 및 통계편람 제5판은 청소년, 성인의 성별위화

39) Gender Dysphoria는 이상심리학 교재 등에서는 성별 불쾌감, 성불편증으로 번역되기도 한다.

40) 처음에 실무그룹이 제시한 안은 성별불일치(Gender Incongruence)였고 미국정신의학회 홈페이지에도 그렇게 게재되었으나 최종적으로는 성별위화감으로 확정이 되었다.

41) The current term is more descriptive than the previous DSM-IV term gender identity disorder and focuses on dysphoria as the clinical problem, not identity per se.

감과 아동의 성별위화감을 다시 분리하였다. 이에 따르면 청소년, 성인의 성별위화감 진단기준은 다음과 같다.

<표 1> 청소년, 성인의 성별위화감 진단기준

<p><정신장애진단 및 통계편람 제5판의 청소년, 성인의 성별위화감 판단기준></p> <ol style="list-style-type: none">1. 자신이 경험하고 표현하는 성역할과 주어진 생물학적 성 간의 뚜렷한 불일치가 최소 6개월 이상 지속적으로 나타나고, 다음 6가지 중 최소한 2개 이상으로 드러난다.<ol style="list-style-type: none">1) 자신이 경험하고 표현하는 성역할과 1차, 2차적 성징들간의 뚜렷한 불일치2) 자신이 경험하고 표현하는 성역할과의 뚜렷한 불일치 때문에 자신의 1차, 2차적 성징들을 제거하고 싶은 강한 열망3) 반대 성의 1차, 2차적 성징에 대한 강한 열망4) 반대의 성이 되고 싶은 강한 열망(또는 자신에게 주어진 성별과는 다른 어떤 대안적인 성별)5) 반대의 성으로 대우받고 싶어 하는 강한 열망(또는 자신에게 주어진 성별과는 다른 어떤 대안적인 성별)6) 자신이 반대 성의 전형적인 감정과 반응을 가지고 있다는 강한 확신 (또는 자신에게 주어진 성별과는 다른 어떤 대안적인 성별)2. 이러한 상태가 사회, 학교 또는 다른 중요한 기능 영역에서 임상적으로 심각한 고통이나 손상과 관련되어 있다.

원문 출처 : (APA, 2013: 452)

번역 출처 : (김청송, 2015: 456-457)

위와 같은 미국정신의학회의 입장과 변경된 진단기준은 (1) 낙인효과를 지닌 성주체성장애라는 용어를 변경했다는 점, (2) 항목의 위치를

‘성기능부전’에서 독자적인 위치로 옮긴 점, (3) ‘대안적인 성별’이라는 용어를 통해 남/여 이분법적이지 않은 성별을 인정한 점에서 진일보한 변화라 할 수 있다. 그러나 앞서 본 병리화 모델에 대한 비판과 마찬가지로 고통이나 손상에 집중하는 것은 문제의 소지가 있다. 위 진단기준 역시 내면의 성별 불일치로 인한 고통과 사회적 차별로 인한 고통을 구분하지 않음으로써, 사회적으로 차별받는 사람을 정신장애로 분류할 수 있다는 비판이 동일하게 제기될 수 있는 것이다. 그리고 국제 트랜스젠더 비병리화 캠페인(2013)이 지적하듯 ‘정신장애 진단 및 통계편람’ 내에 위치하는 한 용어가 어떠한 결국은 정신장애로 분류될 수밖에 없다는 점⁴²⁾에서 이러한 변화가 가져오는 효과는 제한적일 수밖에 없다(STP, 2013: 6-7). 이러한 이유에는 레브(2013)는 제5판의 개정을 ‘이보 전진, 일보 후퇴’라 평가하였다(Lev, 2013: 294-295).

3. 비병리화의 법제화 : 덴마크, 몰타

정신장애 진단 및 통계편람 개정 이후 2015년 세계보건기구 총회에서 국제질병분류 개정판이 승인될 것으로 예고되었다. 그러나 이후 국제질병분류 제11판의 발행일은 계속해서 연기되었다.

이렇게 국제질병분류 개정이 지연되는 사이에 덴마크, 몰타에서는 자체적으로 트랜스젠더 정체성의 비병리화를 규정하기 시작하였다. 이러한 배경에는 이들 나라들이 자기결정권에 기반한 성별정정 제도를 마련한 것과 연관성이 있다. 성별정정에 있어 정신과 진단을 포함하여 어떠한 요건도 두고 있지 않았음에도 트랜스젠더 정체성이 여전히 질병으로 분류되어 있는 것에 문제제기가 이루어진 것이다.

42) 실제로 정신장애 진단 및 통계편람 제5판을 해설한 책들은 이상심리학이란 이름 아래 성별위화감을 정신장애로 동일하게 분류하고 있다(김청송, 2015)

2015년 5월 31일, 덴마크 의회는 트랜스젠더 정체성을 비병리화하는 결정을 통과⁴³⁾시켰다. 이에 따라 덴마크에서는 국제질병분류 개정과 무관하게 트랜스젠더 정체성이 정신질환 목록에서 삭제되었다. 나아가 몰타는 2016년 12월 「성별정체성·성별표현·성특징」법을 개정하여 제4조 (b)의 (2)⁴⁴⁾에 “성적지향, 성별정체성, 성별표현에 대한 어떠한 병리화도 무효로 한다”고 명시하였다. 또한 단서 조항으로 “이러한 무효화가 보건의료 서비스 제공에 영향을 주지 않는다”고 명시하여 비병리화와 의료접근권이 별개의 영역임을 확실히 보여주기도 하였다.

4. 국제질병분류 제11판 : 성별불일치(Gender Incongruence)

그리고 마침내 세계보건기구는 트랜스젠더 정체성을 정신장애 목록에서 제외한 국제질병분류 제11판을 2018. 6. 18. 온라인으로 공개하였다.⁴⁵⁾ 공개된 국제질병분류 제11판은 정신 및 행태장애(Mental, and

43) 「덴마크 ‘트랜스젠더는 정신병 아니다’ 선언」. Naked Denmark 2016. 5. 23.자

44) [AN ACT to amend the Gender Identity, Gender Expression and Sex Characteristics Act]

“(2) The pathologisation of any form of sexual orientation, gender identity and, or gender expression as may be classified under the International Classification of Diseases or any other similar internationally recognised classification, shall be null and void in Malta. The nullity of such classification shall not impact negatively the provision of any healthcare service related to sex and, or gender.”

45) <https://icd.who.int/dev11/l-m/en>

현재 공개된 버전은 각 회원국이 번역 및 국내 이행을 위한 사전 버전으로 1년여의 현장 테스트를 거쳐 2019년 5월 세계보건기구 총회에서 최종승인이 될 예정이다

behavioural disorders) 범주에 있던 ‘성전환증, 성주체성장애’를 모두 삭제하였다. 그 대신 성건강 관련 상태(Conditions⁴⁶) related to Sexual Health)’ 범주를 신설하고 그 하위에 성별불일치(Gender Incongruence), 아동의 성별불일치, 상세불명의 성별불일치, 이렇게 트랜스젠더 정체성과 관련된 진단 코드를 두었다. 세계보건기구는 이러한 개정에 대해 “성별불일치는 정신장애가 아니라는 명백한 증거가 존재하고 정신장애 분류가 엄청난 낙인을 가져온 한편, 국제질병분류에 코드를 둠으로써 얻을 수 있는 의료적 조치에 대한 욕구가 있다는 점에서 타당하다⁴⁷”고 평가하였다. 결국 세계보건기구의 이번 결정은 트랜스젠더 정체성이 그 자체로 어떠한 ‘질병이나 장애’가 아닌, 단지 보건의료서비스를 필요로 하는 ‘상태’라는 것을 보여주는 것으로서, 병리화로 인한 낙인을 줄이면서도 동시에 트랜스젠더가 필요한 의료적 조치를 받을 수 있는 근거를 만들었다는 점에서 바람직하다 생각한다. 한편 구체적인 성별불일치 진단기준은 다음과 같다.

46) condition(상태)과 disorder(장애)의 관계에 대해, 일반적인 의학적 설명은 어떠한 ‘상태’가 ‘장애’가 되기 위해서는 (a) (그 자체 또는 결과적으로) 나쁘거나 바람직하지 않고 (b) 바람직하지 않은 증상의 원인이 개인의 신체 또는 정신 내에 있어야 한다(Brülde, 2003: 26). 이는 바꾸어 말하면 상태 자체만으로는 바람직하거나 나쁘다는 평가가 들어있지 않다는 것을 의미한다.

47) Gender incongruence, meanwhile, has also been moved out of mental disorders in the ICD, into sexual health conditions. The rationale being that while evidence is now clear that it is not a mental disorder, and indeed classifying it in this can cause enormous stigma for people who are transgender, there remain significant health care needs that can best be met if the condition is coded under the ICD. <http://www.who.int/health-topics/international-classification-of-diseases>

<표 6> ICD-11의 성별불일치 진단기준

<국제질병분류 제11판의 청소년, 성인의 성별불일치 진단기준>⁴⁸⁾

청소년, 성인의 성별불일치는 개인이 지정된 성별과 경험하는 성별 간의 두드러지고 지속적인 불일치로서, 다음 중 최소 2가지 이상이 나타난다.

- a) 자신이 경험하는 성별과의 불일치로 자신의 1차 또는 2차 성징(청소년은 기대하던 2차 성징)에 강한 불쾌감이나 불편함을 느낄 것
- b) 자신이 경험하는 성별과의 불일치로 자신의 1차 또는 2차 성징(청소년은 기대하던 2차 성징)을 전부 또는 부분적으로 제거하고 싶은 욕구
- c) 자신이 경험하는 성별의 1차 또는 2차 성징에 대한 강한 욕구

개인은 자신이 경험하는 성별로 대우(생활 또는 수용)받고 싶은 강한 욕구를 경험한다. 성별불일치 경험은 최소 수개월 이상 지속되어야 한다. 이 진단은 사춘기 이전에는 이루어지지 않는다. 성별규범에서 벗어난 행동이나 선호만으로는 이 진단을 내리는 기준이 되지 않는다.

출처: 온라인 공개된 국제질병분류 제11판. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f90875286>

⁴⁸⁾ <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f90875286>

Gender incongruence of adolescence and adulthood is characterized by a marked and persistent incongruence between an individual’s experienced gender and the assigned sex, as manifested by at least two of the following: 1) a strong dislike or discomfort with the one’s primary or secondary sex characteristics (in adolescents, anticipated secondary sex characteristics) due to their incongruity with the experienced gender; 2) a strong desire to be rid of some or all of one’s primary and/or secondary sex characteristics (in adolescents, anticipated secondary sex characteristics) due to their incongruity with the experienced gender; 3) a strong desire to have the primary and/or secondary sex characteristics of the experienced

위와 같이 진단기준에서 역시 국제질병분류는 정신장애 진단 및 통계편람과 차이를 보인다. 정신장애 진단 및 통계편람 제5판의 성별위화감이 출생 시 성별과 성별정체성의 불일치에서 오는 ‘고통, 손상’에 초점을 두었다면 국제질병분류 제11판의 성별불일치는 불일치한다는 감정 자체에만 초점을 둔다. 세계보건기구의 성적 장애 및 건강에 관한 실무그룹 보고서(2016)에 따르면 이러한 진단기준은 트랜스젠더가 성별의 불일치로 겪는 위화감이 내면의 감정보다는 트랜스혐오적이고 이분법적인 사회의 규범, 제도, 분위기로 인한 것이 더 크다는 연구결과들을 반영한 것이다(Reed et al., 2016 : 212). 또한 정신장애 진단 및 통계편람 제5판의 성별위화감 진단 기준과는 달리 ‘표현’을 진단기준에서 삭제하였는데 겉으로 드러나는 성별표현과 출생 시 성별에 따른 규범의 불일치는 사회규범의 문제이지 의학적으로 문제될 요소가 없다는 점에서 타당하다고 판단된다.

이와 같이 국제질병분류 제11판은 (1) 트랜스젠더 정체성을 정신장애 목록에서 완전히 삭제하였다는 점, (2) 트랜스젠더가 겪는 고통과 손상이 사회적 요인이 크다는 점을 고려 성별불일치 자체에만 집중하였다는 점에서 의의가 크다 할 것이다. 이러한 개정에 대해 트랜스젠더 인권단체들 역시 공동 성명을 내어 환영의 의사표시를 밝혔다.⁴⁹⁾

gender. The individual experiences a strong desire to be treated (to live and be accepted) as a person of the experienced gender. The experienced gender incongruence must have been continuously present for at least several months. The diagnosis cannot be assigned prior the onset of puberty. Gender variant behaviour and preferences alone are not a basis for assigning the diagnosis.

49) 8개 국제 트랜스젠더 단체의 합동성명은 “Joint Press Release: Being trans is not a mental disorder anymore: ICD-11 is officially released”. 2018. 6. 18. <http://stp2012.info/old/en/news#ICD-11>

한국에서도 성소수자차별반대 무지개행동이 다음과 같은 환영논평을 내었

다만 아동의 성별불일치의 경우, 사춘기 이전 아동은 의료적 조치를 받을 필요가 없다는 점에서 개정판 공개 이전부터 이를 삭제할 것을 요구하는 목소리가 지속적으로 제기되고 있다(STP, 2013: 7-8).

V. 한국사회에서 트랜스젠더 정체성의 비병리화가 갖는 의의

지금까지 19세기말 트랜스젠더 정체성이 정신질환으로 간주되기 시작한 때부터 어떠한 논의들을 거쳐 국제질병분류의 개정까지 이르렀는지를 살펴보았다. 그렇다면 이러한 트랜스젠더 정체성에 대한 비병리화는 한국 사회에 어떠한 영향을 줄 것인가? 지금까지 한국에서 트랜스젠더에 대해 이루어진 논의들을 살펴보면 병리화에 초점을 두고 이루어진 연구는 아직까지 없다. 그러나 이것이 곧 한국에서는 트랜스젠더 정체성의 병리화가 미친 영향이 없다는 것을 의미하지는 않는다. 실제로는 한국의 의료는 물론 법제도, 사회가 보는 인식 역시 병리화 모델에 기초하고 있다. 따라서 이 장에서는 현재 한국사회에서 트랜스젠더에 대한 의료, 법제도 및 사회적 인식이 병리화 모델에 따라 이루어져있음을 살펴보고, 그렇기에 국제질병분류 제11판 개정을 포함한 비병리화 담론의 전개가 질병분류의 변경은 물론 트랜스젠더를 둘러싼 전반적인 인식과 제도개선으로 이어져야 함을 이야기하고자 한다.

1. 병리화 모델과 한국사회의 트랜스젠더 인식

한국의 질병분류는 국제질병분류의 내용을 바탕으로 한국적 상황에 맞게 수정, 보완하여 통계청이 작성한 한국표준질병·사인분류에 기초

다. “트랜스젠더 정체성을 비병리화한 세계보건기구의 결정을 환영하며 - 역사적 결정에 발맞춘 한국정부의 변화를 요구한다 -”. 2018. 6. 19. <https://www.facebook.com/lgbtactkr/posts/1568771413252709>

하고 있다. 한국표준질병·사인분류는 5년마다 개정이 되며, 현재 사용되고 있는 분류는 국제질병분류 제10판을 바탕으로 2016. 1. 1.부터 시행된 제7차 개정판이다. 제 7차 한국표준질병·사인분류는 트랜스젠더 정체성을 국제질병분류 제10판과 동일하게 ‘F64.0 성전환증’, ‘F64.2 소아기의 성주체성장애’, ‘F64.8 기타 성주체성장애’, ‘F64.9 상세불명의 성주체성장애’로 분류하고 있으며 진단기준 역시 동일하게 이루어지고 있다(통계청, 2016: 346). 그리고 성전환증 내지 성주체성장애 정신과 진단서는 호르몬 요법 등 의료적 조치⁵⁰⁾와 법적 성별정정⁵¹⁾, 트랜스젠더여성의 병역판정⁵²⁾ 등에 있어 필수로 요구되는 서류이다.

즉 한국의 의료와 법제도는 기본적으로 병리적 모델에 근거하여, 트랜스젠더가 의료적조치, 성별정정 기타 여러 권리를 취득함에 있어 우선적으로 정신과 진단이라는 관문을 거칠 것을 요구하고 있는 것이다. 그러나 문제는 여기서 문지기 역할을 하는 정신과 의사가 트랜스젠더에 대한 이해가 없어 제대로 된 진단이 이루어지지 못한다는 점이다. 국가인권위원회의 연구(2014)에 따르면 최근 5년 간 의료기관 이용 경험이 있는 트랜스젠더 중 35.9%가 차별을 경험하였다고 답하였으며, 특히 의료인 및 직원이 정체성을 알고 있거나 의심했던 경우 절반에 가까운 49.1%가 ‘부적절한 질문’, ‘진료거부’, ‘부당한 치료요

50) 한국에서 트랜스젠더의 의료적 조치에 대해 공식적인 가이드라인은 존재하지 않는다. 그러나 병원들의 관행, 그리고 당사자들의 의료적 조치 과정에 따라 통상 정신과 진단 -> 호르몬요법 -> 외과수술의 순서로 진행이 된다 (이호림 외, 2015: 70)

51) [성전환자의 성별정정허가신청사건 등 사무처리지침]

제3조(첨부서류) ① 신청인은 「비송사건절차법」 제9조제1항의 신청서에 다음 각 호의 서면을 첨부하여야 한다.

2. 신청인이 성전환증 환자임을 진단한 2명 이상의 정신과 전문의사의 진단서나 감정서

52) [병역판정 신체검사 등 검사규칙]

102의2. 성주체성장애 및 성선호장애

구’와 같은 차별을 경험한 것으로 나타났다(장서연 책임, 2014: 171-175). 트랜스젠더 15인의 의료서비스 이용에 대한 조사에서도 정신과 의사가 오히려 당사자에게 “무엇이 필요한지 알아 오라”고 하는 사례도 있었다(손인서 외., 2017: 178). 한편으로 정신과 진단을 받기 위해서는 수십만원의 비용이 들지만 이에 대해 건강보험이 적용되지 않기에 받는 경제적 부담과, 한국에 만연한 정신장애인에 대한 낙인 역시 정신과 진단을 받는데 있어 걸림돌로 작동한다. 2014년 성소수자 3천여명을 대상으로 한 조사에 따르면 정신과 진단을 받지 않은 이유로 트랜스젠더 응답자 중 15.9%가 ‘경제적 부담’을 꼽았고, 11.8%가 ‘의료기록으로 인한 불이익 우려’, 10.8%가 ‘가족 및 지인의 반대’, 10.9%가 ‘정신장애로 취급받기 싫어서’라고 응답하였다(성적지향·성별정체성 법정정책연구회, 2014: 105). 이처럼 트랜스젠더가 권리를 보장받기 위해서는 정신과 진단이 요구됨에도 경제적 어려움, 정신장애에 대한 낙인, 의료인의 차별과 혐오로 제대로 된 진단을 받기 어려운 상황은 트랜스젠더가 동등한 시민으로서 삶을 영위하는데 큰 걸림돌로 작용하고 있다.

한편 정신과 진단과 병리화 모델은 트랜스젠더를 둘러싼 법제도에 도 반영되어 있다. 한국의 법적 성별정정에 있어 기준이 되는 대법원 예규 「성전환자의 성별정정허가사건 등 사무처리지침」(이하 ‘대법원 예규’)은 법원이 성별정정의 심리를 함에 있어 ‘신청인이 성전환증으로 인하여 성장기부터 지속적으로 선천적인 생물학적 성과 자기의식의 불일치로 인하여 고통을 받고 오히려 반대의 성에 대하여 귀속감을 느껴왔는지 여부’를 조사하도록 되어 있는데, 이러한 서술은 정신장애 진단 및 통계편람 제3판과 국제질병분류 제10판에서 묘사하는 성전환증의 진단기준과 거의 일치한다. 이로 인하여 법적 성별정정을 하길 원하는 트랜스젠더는 이분법적인 성별규범에 맞추어 자신이 얼마만큼의 고통을 받았고 반대의 성이 되기를 간절히 원하는지를 과장

되게 또는 사실과 다소 다름에도 서술을 해야 하며, 그렇지 못할 경우 성별정정이 기각될 위험을 안게 된다. 실제로 하급심 법원에서 생식능력 제거수술까지 마친 트랜스젠더 남성에게 대해 “상당기간 정신과 치료를 받은 적이 없고, 사회적인 영역에서 남성으로의 역할을 수행하지 않는다는 이유로‘ 남성으로서의 성별정정을 기각한 사례도 있었다⁵³⁾. 이러한 법원의 판단은 트랜스젠더 정체성 그 자체를 정신과 치료가 필요한 질병으로 보는 것이며 사회적으로 남성/여성의 성역할이 명확히 구분된다는 이분법적 성별규범에 기초하고 있다.

군대 역시 병리적 관점에서 트랜스젠더의 병역판정 신체검사 등급을 나누고 있다. 「병역판정 신체검사 규칙」은 성주체성장애를 경도, 중등도, 고도로 나누어 그에 따라 신체검사 등급을 부여하고 있다. 그리고 병무청은 성주체성장애의 정도를 판단하는 데 있어 고통과 직업적·사회적 기능장애라는 병리화 모델에 근거한 기준을 두고 있다. 실제로 트랜스젠더 여성의 신체검사 등급을 다룬 사건에서 병무청은 “정신과 진료를 받지 않아도 된다는 사실은 본인에게 주어진 성에 대해 지속적이고 강력한 불편감이 없어서 주어진 성을 인지하고 받아들인 것이라고 보는 것이 타당”하며, “사회적으로 여성역할을 뚜렷이 하지 아니하는 경우에는 직업적 사회적으로 기능적 장애가 뚜렷하게 나타나지 아니하는 것이므로 성주체성장애를 극복한 것”⁵⁴⁾이라는 근거가 없는 주장을 하였다. 이러한 병무청의 태도는 트랜스젠더라면 당연히 고통과 손상을 경험하고 있어야 하고, 이것이 없다면 반대로 트랜스젠더가 아니라는, 지극히 병리적인 관점에 입각한 것이다.

이와 같이 현재 한국의 의료계, 법원, 병무청 등 법, 제도, 행정 전

53) “부산가정법원 “남성으로 살게 해 달라” 여성 성별정정 기각“. 로이슈, 2015. 6. 25. <http://www.lawissue.co.kr/view.php?ud=22235>

54) 서울행정법원 2014구합63*** 병역처분취소 사건에서 피고(병무청) 답변서 중

반에 있어 트랜스젠더를 바라보는 시선은 병리화 모델에 기초하여 이루어져 있으며 이는 사회가 트랜스젠더를 보는 시선에도 영향을 미친다(박한희, 2016: 136-140). 그 결과 현재 한국사회에서 트랜스젠더를 바라보는 시선은 동성애자의 그것과는 비슷하면서도 다른 지점들이 존재한다. 동성애자가 일반적으로 혐오와 배제의 대상이 된다면 트랜스젠더에 대해서는 혐오를 하는 한편으로 이들이 ‘잘못된 몸을 타고 난 불쌍한’ 존재이며 그렇기에 어느 정도 인정해주어야 한다는 동정적인 시선이 공존하고 있다. 이로 인해 “트랜스젠더는 인정하지만 동성애는 안 된다” 모순적인 발언들이 나오기도 한다.⁵⁵⁾ 그러나 트랜스젠더에 대한 이러한 동정적 시선은 장애인에 대한 동정과 마찬가지로 트랜스젠더를 동등한 시민이 아닌 자신보다 낮은 존재라는 시혜적 관점에서 바라보는 것이다. 그렇기에 동정과 인정 역시 트랜스젠더가 고통을 호소하고 사회의 성별규범을 따르는 등 기존의 질서를 해치지 않을 때에만 이루어지고, 이는 결국 성별규범으로 트랜스젠더들이 겪는 차별을 고착화시키는 결과만을 낳는다. 따라서 트랜스젠더도 인간으로서의 존엄과 행복추구권을 누려야 한다는 인권의 당연한 원칙⁵⁶⁾에 비추어 보았을 때 위와 같은 병리화 모델에 근거한 의료, 법제도

55) 다음 기사들 참조

... 박 시장은 “성전환자에 대한 보편적 차별은 금지돼야 한다”면서도 「동성애는 확실히 지지하지 않는다」고 말했다고 한다... “박원순 시장 “동성애 지지 아니다”... 교계는 ‘반신반의’」. 크리스찬투데이. 2014. 12. 4.

... “성전환 수술은 별개”라고 말했다. 그러나 “그렇게 하지 않고(성전환 수술을 하지 않고) 동성애는 난 그건 아니라고 본다”고 말했다... 「홍준표 “설거지는 하늘이 여자에게 정해진 일”」. 프레시안. 2017. 4. 18.

56) 성전환자도 인간으로서의 존엄과 가치를 향유하며 행복을 추구할 권리와 인간다운 생활을 할 권리가 있고 이러한 권리들은 질서유지나 공공복리에 반하지 아니하는 한 마땅히 보호받아야 한다... <대법원 2006. 6. 22.자 2004스42 전원합의체 결정>

및 전반적인 인식은 개선되어야 할 것이다.

2. 비병리화 담론과 국제질병분류 제11판 개정이 갖는 의의

그렇다면 세계보건기구의 국제질병분류 제11판 개정과 이를 통해 비병리화 담론이 더욱 활발히 전개되는 것은 한국사회에 있어 어떤 의미를 가질 것인가. 가장 직접적인 영향은 아마도 한국표준질병·사인분류의 개정일 것이다. 다만 한국표준질병·사인분류는 5년마다 개정이 이루어지므로 국제질병분류 제11판이 한국표준질병·사인분류에 반영되는 것은 2020년 제8차 내지는 2025년 제9차 개정 때야 가능할 것이다. 물론 그렇다고 해서 개정 전까지 여전히 트랜스젠더 정체성이 병리화되어야 한다고 볼 이유는 없다. 덴마크와 몰타와 같이 독자적인 법제도를 통해 비병리화를 달성한 사례도 있으며, 무엇보다 세계보건기구의 이번 국제질병분류 개정은 보건의료의 국제표준으로서 트랜스젠더 정체성의 비병리화를 공식적으로 분명히 한 것이라는 점에서, 통계청의 개정과는 별도로 사회 전반에서 트랜스젠더의 지위, 관련 법제도에 대한 논의가 이루어져야 할 것이다. 따라서 위에서 보았듯이 트랜스젠더와 관련된 전반적인 의료, 법제도가 병리화모델에 기초하고 있고 이것이 사회적으로도 부정적 영향을 주는 상황에서, 트랜스젠더 정체성의 비병리화가 갖는 의미를 보다 깊이 검토하고 관련 법제도를 개선해 나가는 것이 우선되어야 할 것이다. 이와 관련하여 주요한 개선의 방향을 이야기하면 다음과 같다.

첫째, 사회 전반에 있어 트랜스젠더를 보는 관점을 병리화모델에서 자기결정권에 기반한 모델로 변경하여야 한다. 앞서 보았듯이 현재 한국사회가 트랜스젠더를 바라보는 시선은 혐오의 대상 내지는 성별의 불일치로 괴로워하는 불쌍하고 도움을 필요로 하는 존재에 그치는 경우가 많다. 이러한 관점에서는 트랜스젠더는 시혜적이고 동정적인 차

원에서 일부 권익을 보장받는 것까지는 가능하나 동등한 시민을 가진 존재로 대우하고 존중받는 것은 불가능하다. 따라서 다양한 성별정체성·성별표현 그 자체를 인간다양성의 증거로 존중하고, 트랜스젠더를 비정상적이고 잘못된 존재가 아닌 동등한 시민권을 가진 존재로서 바라보아야 한다. 보다 구체적으로 병리화 모델과 자기결정권 기반 모델의 차이점을 표로 정리하면 다음과 같다.

<표 3> 트랜스젠더에 대한 관점의 변화

	병리화 모델 (Pathology Model)	자기결정권 기반 모델 (Self-declaration Model)
성별의 개념	남성과 여성 이분법	이분법으로 포착될 수 없는 다양한 스펙트럼
문제의 근본원인	자신의 신체와 성별정체성의 불일치	비규범적 성별정체성과 성별표현에 대한 사회적 차별
의료의 역할	진단과 통제, 문지기 역할	정보제공, 위험 감소를 위한 조력자
성공적인 삶의 모델	남성/여성으로서의 안정적인 사회통합	자기결정권의 존중 트랜스젠더 정체성의 긍정

이러한 관점의 변화는 트랜스젠더를 둘러싼 법제도에 있어서도 변화를 요구한다. 현재 한국의 트랜스젠더 성별정정은 대법원 예규에 이루어지고 있는데, 동 예규는 ‘정신과 진단’, ‘생식능력 제거’, ‘성전환 수술’, ‘혼인 중이 아닐 것’, ‘미성년 자녀가 없을 것’과 같이 지나치게 엄격한 요건을 요구하고 있다. 이러한 의학적인 검사와 외과수술의 요구, 그 외 가족관계의 제한은 결국 성별정정을 트랜스젠더가 향유할 권리가 아닌, 일정한 트랜스젠더의 전형을 설정하고 이를 통과한 경우만 허가를 해준다는 시혜적 관점에서 바라보고 있는 것이다(이승현, 2013: 255-258). 따라서 성별정정에 있어 자기결정권을 제한하는 모든 요건을 없애거나 완화해야 할 것이다. 나아가 성별정정의 판단 내지는

병역판단에 있어 트랜스젠더 당사자가 고통이나 손상을 스스로 입증하도록 하는 병리적인 관점을 버리고, 트랜스젠더가 겪는 고통이나 손상이 사회에 존재하는 이분법적 성별규범이 주된 원인이라는 점을 인식할 필요가 있다.

둘째, 자기결정권에 기반한 트랜스젠더의 의료 모델을 만들고 지원해야 한다. 제2장에서 살펴보았듯이 트랜스젠더 정체성을 질병/장애로 보는 병리화 모델은 정신과 의사라는 전문가가 트랜스젠더와 그렇지 않은 사람을 구분해야 하고 또 그렇게 할 수 있다는 통제적 관점에 따라 트랜스젠더의 의료를 보고 있다. 그러나 트랜스젠더 정체성이 질병이 아닌 단지 다양한 성별정체성의 하나로서 개개인이 자신의 욕구와 필요성에 따라 의료적 조치의 정도를 선택할 수 있다고 보는 자기결정권 모델에 따르면 이러한 정신과 의사에 의한 통제와 진단은 불필요한 절차이다. 이러한 모델에서 정신과 의사의 역할은 평가와 진단보다는 성전환 관련 의료적 조치에 대한 정보를 제공하고 그 과정에서 겪을 수도 있는 정신적인 스트레스에 대한 적절한 상담을 제공함으로써, 당사자가 ‘충분한 정보제공을 얻은 동의(informed-consent)’를 할 수 있도록 지원하는 것이 되어야 한다(STP, 2012: 28). 따라서 의사가 자신의 이러한 역할을 잘 이해할 수 있도록 의료교육에서부터 트랜스젠더를 포함한 성소수자 인권에 대해 충분한 교육을 제공하고, 또한 위 자기결정권 모델에 기반한 트랜스젠더 의료 가이드라인이 제공될 필요가 있다.

셋째, 트랜스젠더를 포함하여 모든 성소수자에 대해 성적지향·성별 정체성을 강제로 바꾸려 하는 소위 ‘전환치료’가 금지된다는 입장이 보다 확고해져야 한다. 이미 동성애가 질병이 아니게 된지 수십 년이 되어감에도 동성애를 이성애로 바꾸려 하는 전환치료들은 종종 행해지고 있다.⁵⁷⁾ 하물며 트랜스젠더의 경우 정신적인 질병으로 여겨져

⁵⁷⁾ 다음 기사를 참조

가족, 종교인 또는 보건의료전문가에 의해 이를 강제로 ‘교정’하려는 인권침해 사건들이 계속 발생하고 있다. 2015년에도 20대 초반 트랜스젠더 여성이 종교시설에서 ‘전환치료’를 강제당하다 탈출하는 사건이 있었다.⁵⁸⁾ 이미 ‘전환치료’라는 것은 존재하지 않고 이러한 시도가 오히려 대상자의 우울, 불안, 자살시도를 증가시킨다는 연구결과가 존재함에도(김승섭, 2016: 35-36), 계속해서 이러한 인권침해가 발생하는 이유는 이에 대해 한국 정부가 미온적인 대처를 하고 있기 때문이기도 한다. 따라서 국제질병분류 제11판의 개정을 계기로 정부는 성소수자인 것 자체는 결코 질병이 아니며 이에 대한 여타 강제적 치료의 시도도 금지되어야 한다는 입장을 보다 분명하게 표명해야 할 것이다.

넷째, 트랜스젠더가 겪는 사회적인 차별과 혐오, 낙인을 제거할 필요가 있다. 국제질병분류 제11판이 성별불일치 판단기준에서 고통이나 손상을 두지 않은 것이 이들의 원인이 트랜스혐오적인 사회구조에서 온다는 여러 연구결과를 고려해서였다. 실제로 많은 사람들이 트랜스젠더는 당연히 출생 시 성별과 성별정체성의 불일치로 인해 우울하거나 불안정하거나 할 거라 생각하지만, 이미 자신이 원하는 성별로, 또는 그렇지 않더라도 주변의 지지적인 환경으로 삶에 만족감을 느끼며 생활하고 있는 트랜스젠더들도 많다. 그럼에도 이들이 고통을 겪는 것은 자신의 정체성이 드러났을 때 또는 성별이분법적인 사회 환경 속에서 여러 배제, 모욕, 차별 등을 경험하기 때문이다. 대표적으로는 남/여 두 가지만으로 구분하여 법적성별을 표기하는 현행 주민등록제도, 화장실과 같이 성별에 따라 구분되어 있는 공간들의 문제가 있다. 또한 성소수자 인권에 대한 교육이 제대로 이루어지지 않아 트랜스젠

「주변 압박으로 선택하는 ‘전환 치료’ 종교 시설서 가장 많이 시행, 정푸름 교수 “전문 분야 아니면 하지 말라”」. 뉴스앤조이. 2017. 2. 26.

58) 「연희에게 봄을 선물해주세요」, 소셜펀치 후원함 소개글 (2018. 5. 12. 최종 방문), <https://www.socialfunch.org/transgender23>

더에 대한 무지나 편견으로 혐오표현을 일상적으로 듣는 상황들은 자신의 정체성에 만족하고 있다 하더라도 사회적으로 만족스러운 삶을 영위하기 어렵게 만든다. 따라서 다양한 성별정체성을 반영하지 못하는 이분법적인 제도, 사회 환경의 개선이 필요하며 트랜스젠더를 포함한 성소수자 인권 전반에 대한 학교 및 공무원, 보건의료 전문가 등에 대한 교육이 필요하다. 무엇보다 트랜스젠더를 포함해 모든 사람이 차별받지 않고 존엄성을 누릴 수 있도록 하는 포괄적 차별금지법 제정이 요구된다.

VI. 결론

드레셔(2010)에 따르면 1973년과 1990년에 이루어진 동성애의 비병리화는 의료적 논의를 넘어 향후 동성애자 인권운동에도 많은 영향을 주었다. 비병리화로 인하여 더 이상 동성애에 대한 차별을 의료적인 이유로 합리화하는 논거가 불가능해졌고, 이후 동성애를 둘러싼 논의는 존재의 찬반을 논하는 의학적, 과학적인 영역에서 구체적 이슈를 논하는 사회적, 정치적인 영역으로 넘어갈 수 있었다는 것이다 (Dresher, 2010: 444). 이를 고려하면 국제질병분류 제11판 개정을 통한 트랜스젠더의 비병리화 역시 기존에 정신장애로 분류됨으로써 왔던 낙인과 차별을 없앨 수 있다는 점에서 향후 트랜스젠더 인권에 긍정적인 영향을 가져올 것이다. 다만 트랜스젠더는 동성애자와는 달리 의료적 조치를 필요로 하는 맥락이 존재하고 그 결과 트랜스젠더 정체성은 국제질병분류에서의 완전한 삭제가 이루어진 것은 아니라는 점에서, 동성애의 경우와는 한편으로 차이가 존재한다. 그러나 분명한 것은 트랜스젠더 정체성의 비병리화가 가져오는 결과가 어떠한 형태로든 사회 전체의 변화를 만들어내기 위해서는, 트랜스젠더를 둘러싼 성별규범 전반에 대한 논의가 같이 이루어져야 한다는 것이다.

사실 이러한 특정한 정체성에 대한 병리화는 트랜스젠더만의 문제가 아니다. 여성이 겪는 알 수 없는 고통을 모두 히스테리(hysteria)로 분류한 역사, 인터섹스의 신체적 특징을 성발달장애(Disorder of Sex Development)로 분류하는 것, 무성애자를 성불감증(sexual dysfunction)이라고 보고 치료의 대상으로 삼는 것 등 특정 집단, 행위에 대한 병리화는 이성애, 성별이분법적인 성별규범을 정상으로 간주하고 그와는 다른 비정상적인 존재들을 분류하고 위계화하는 과정에서 이루어진 결과물들이다

따라서 트랜스젠더 정체성의 비병리화는 그 동안 규범에서 벗어나고 질병/장애로 여겨졌던 존재가 규범 내에서 정상성을 획득해가는 단순한 과정이라고 보아서는 안 된다. 그것은 특정 성적지향·성별정체성·성특징 등을 배제하고 문제시했던 역사들을 치유하는 과정이고 이를 통해 사회의 차별과 혐오를 만들어내는 규범과 구조를 해체하는 과정이 되어야 한다. 그렇기에 트랜스젠더 정체성의 비병리화에 대한 담론은 트랜스젠더를 포함하여 비규범적인 존재를 둘러싼 사회구조 전체에 대한 관심과 논의로 이어져야 하고, 이러한 과정을 통해 모든 사람의 다양성이 그 자체로 존중받는 사회로 나아가야 할 것이다.

(논문접수일: 2018. 5. 14, 논문심사일: 2018. 6. 16, 게재확정일: 2018. 6. 16)

참고문헌

- 김승섭. 2016. “동성애, 전환치료, 그리고 HIV/AIDS.” 『기독교사상』: 31-41.
- 김청송. 2015. 『사례중심의 이상심리학』. 수원: 싸이북스.
- 김청송. 2016. “DSM의 변천사와 시대적 의미의 고찰”. 『한국심리학회지: 건강』 21(2): 475-493.
- 김학이. 2013. 『나치즘과 동성애』. 서울: 문학과지성사.
- 김학이. 2009. “성(性) 만드는 사람들 - 마그누스 히르쉬펠트와 베를린 성과학 연구소, 1896~1993.” 『서양사론』 103: 153-195.
- 민성길. 2006. 『최신정신의학』. 서울: 일조각.
- 박준현 · 진세영 · 반건호. 2008. “성주체성장애의 최신 지견.” 『경희의학』 24(1): 1-10.
- 박차민정. 2011. “1920~30년대 ‘성과학’ 담론과 ‘이성애 규범성’의 탄생.” 『역사와 문화』 22: 29-52.
- 박한희. 2016. “트랜스젠더와 병역의 의무.” 『2016 제8회 LGBTI 인권포럼 자료집』 : 131-144.
- 성적지향·성별정체성법정책연구회(2014), 『한국 LGBTI 커뮤니티 사회적 욕구조사 최종보고서』, 한국게이인권운동단체친구사이
- 세계트랜스젠더보건의료전문가협회(WPATH). 2012. “트랜스섹슈얼 · 트랜스젠더 · 성별비순응자를 위한 건강관리실무표준 제7판.”
- 수잔 스트라이커. 2016. 『트랜스젠더의 역사』. 제이 · 루인 옮김. 서울: 이매진.
- 손인서 · 이해민 · 박주영 · 김승섭. 2017. “트랜스젠더의 의료적 트랜지션과 의료서비스 이용.” 『한국사회학』 51(2): 155-189.
- 이동윤. 2010. “제3의 성으로서 태국의 까터이.” 『한국태국학회논총』 16(2): 153-181.
- 이승현. 2013. “성전환자의 법적 지위에 대한 국내 논의 동향 및 제언:2006년 대법원 성별정정 허가 결정 이후 국내 법학계 논의를 중심으로” 『법과사회』 44: 247-269.
- 이준일. 2009. 『섹슈얼리티와 법』. 서울: 세창출판사

- 이호림 · 이해인 · 윤정원 · 박주영 · 김승섭. 2015. “한국 트랜스젠더의 의료접근성에 대한 시론.” 『보건사회연구』 35(4): 64-94.
- 장서연 책임. 2014. “성적지향 · 성별정체성에 따른 차별 실태조사.” 『국가인권위원회 연구용역 보고서』.
- 주디스 버틀러. 2015. 『젠더 허물기』. 서울: 문학과지성사.
- 통계청. 2015. “한국표준질병 · 사인분류.” (통계청 고시 제2015-309호).
- APA, American Psychiatric Association. 1974. “Position Statement on Homosexuality and Civil Rights.” *American Journal of Psychiatry* 131(4): 497.
- APA, American Psychiatric Association. 1987. “Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd edition”
- APA, American Psychiatric Association. 2013a. “Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition”
- APA, American Psychiatric Association. 2013b. “Gender Dysphoria, 2013. [DSM-5 Fact Sheet].”
- Beek TF, Cohen-Kettenis PT, Bouman WP, de Vries ALC, Steensma TD, Witcomb GL, et al. 2016. “Gender Incongruence of Adolescence and Adulthood: Acceptability and Clinical Utility of the World Health Organization's Proposed ICD-11 Criteria.” *PLoS ONE* 11(10): e0160066. doi:10.1371/journal.pone.0160066
- Bockting, Walter O. 2009. “Transforming the paradigm of transgender health: a field in transition.” *Sexual and Relationship Therapy* 24(2): 103-107.
- Brülde, Bengt. 2003. “The Concept of Mental Disorder”. *Philosophical Communications, Web Series, No. 29 Dept. of Philosophy, Göteborg University, Sweden*
- Dresher, Jack. 2010. “Queer Diagnoses: Parallels and Contrasts in the History of Homosexuality, Gender Variance, and the Diagnostic and Statistical Manual.” *Archives of Sexual Behavior* 39(2):

427-460.

- Ehrbar, Randall D, Winters, Kelley and Gorton, R. Nicholas. 2009. "Revision Suggestions for Gender Related Diagnoses in the DSM and ICD." In: *synopsis of the presentation to The World Professional Association for Transgender Health (WPATH) 2009 XXI Biennial Symposium*
- GATE, Global Action for Trans Equality. 2011. "It's time for reform Trans* Health Issues in the International Classifications of Diseases". *A report on the GATE Experts Meeting : Hague*
- Hammarberg T., Council of Europe Commissioner of Human Rights. 2009. "Issue Paper. Human Rights and Gender Identity". *Strasbourg: Council of Europe*
- Kara, Sheherezade. 2017. *Gender is not an illness. How pathologizing trans people violates international human rights law.* GATE.
- Leslie Feinberg. 1992. "Transgender Liberation - A moment whose time has come." published by *World View Forum.*
- Lev, Arlene Istar. 2013. "Gender dysphoria: Two steps forward, one step back." *Clinical Social Work Journal*, 41(3), 288-296.
- Lev, Arlene Istar LCSW, CASAC. 2006. "Disordering Gender Identity: Gender Identity Disorder in the DSM-IV-TR." *Journal of Psychology & Human Sexuality* 17(3-4): 35-69.
- Pfäfflin, Friedemann. 2015. "Transgenderism and Transsexuality." In: Jens M. Scherpe (Ed.) *Cambridg. UK: Intersentia Ltd.*
- Ponsford, Matthew P. 2017. "The Law, Psychiatry and Pathologization of Gender-Confirming Surgery for Transgender Ontarians". *Windsor Review of Legal and Social Issues* 38(20): 20-37
- Reed, Geoffrey M, Drescher, Jack et al. 2016. "Disorders related to sexuality and gender identity in the ICD-11: revising the ICD-10 classification based on current scientific evidence, best clinical practices, and human rights considerations." *World Psychiatry*

‘트랜스젠더 정체성’의 비병리화 담론의 전개와 인권적 의의 201

15(3): 205-221.

- Robles, Rebeca, Fresán, Ana et al. 2016. “Removing transgender identity from the classification of mental disorders: a Mexican field study for ICD-11.” *The Lancet Psychiatry* 3(9): 850-859.
- Sennot, Shannon L. 2011. “Gender Disorder as Gender Oppression: A Transfeminist Approach to Rethinking the Pathologization of Gender Non-Conformity.” *Women&Therapy* 34: 93-113.
- Singer, T. Benjamin. 2006. “From the Medical Gaze to Sublime Mutations – The Ethics of (Re)Viewing Non-normative Body Images.” In: Susan Stryker and Stephen Whittle(Eds.) *The Transgender Studies Reader.*“ NY: Routledge Taylor & Francis Group
- STP, International Campaign Stop Trans Pathologization. 2017. “Press Release - International Day of Action for Trans Depathologization.”
- STP, International Campaign Stop Trans Pathologization. 2012. “Best Practice Guide to Trans Health Care in The National Health System.”
- STP. International Campaign Stop Trans Pathologization. 2013. “Reflections from STP regarding the ICD revision process and publication of the DSM-5“
- Transgender Europe. 2017. “Overdiagnosed but Underserved”
- Winters, Kelley. 2006. “Gender Dissonance: Diagnostic Reform of Gender Identity Disorder for Adults.” *Journal of Psychology & Human Sexuality* 17(3-4): 71-89.
- WPATH, World Health Organization. 2018. “ICD-11 Joint Linearization for Mortality and Morbidity Statistics: Project Plan 2015 – 2018”.
<http://www.who.int/classifications/icd/revision/en/>
- 吉澤 京助. 2016. “性同一性障害」概念の普及に伴うトランスジェンダー解釈の変化.” 『ジェンダー研究』 19: 193-202.

<Abstract>

The meaning of de-pathologization of transgender identities
from human rights perspective

: As to the amendment of the '11th edition of International
Classification of Disease'

Park, Hanhee*

In 1990, homosexuality was officially excluded from the disease list. However, transgender identities still remains as a mental disorder. Since 1900s, medical discussions on transgender have begun. In 1980, the American Psychiatric Association add 'Transsexualism' and 'Gender Identity Disorder' in DSM-III.

The pathologization of transgender identities has brought social stigma and discrimination against transgender people. Therefore, as the transgender human rights movement has grown up in 1990's, discussion of de-pathologization has developed. In addition, health model of transgender has been shifted from pathology model to self-declaration model. In 2013, the American Psychiatric Association revised 'gender identity disorder' as 'gender dysphoria', which is less pathological terminology. In addition, at 2018. 6. 18., World Health Organization release ICD-11, which removed 'gender identity disorder', 'transsexualism'. This revision means that transgender identity is no longer classified as a mental disorder.

De-pathologization of transgender identities is not only related to

* Korean Lawyers for Public Interest and Human Rights

medical context, also associated with how transgender is treated and respected in social context. In this respect, discussion of de-pathologization should be accompanied by changes in gender-binary norms and structures which suppress transgenders.

Key words: Transgender, ICD-11, Gender Identity Disorder, Depathologization, Gender Incongruence