

· 临床督导 ·

ICD-11 与 DSM-5 关于性功能失调诊断标准的异同

肖 茜¹, 张道龙^{2*}

(1. 中南大学湘雅医院心理卫生中心, 湖南 长沙 410008;

2. 珠海市第三人民医院, 广东 珠海 519000

*通信作者: 张道龙, E-mail: dzhang64@yahoo.com)

【摘要】 本文目的是对性功能失调在《精神障碍诊断与统计手册(第5版)》(DSM-5)和《国际疾病分类(第11版)》(ICD-11)中诊断标准的异同进行比较。性功能失调是指成年人难以体验满意的性活动的各种形式。本文对两套诊断系统中性功能失调的诊断要点进行总结和比较,以提高精神心理工作者对相应内容的理解。

【关键词】 ICD-11; DSM-5; 诊断标准; 性功能失调

开放科学(资源服务)标识码(OSID):



微信扫描二维码

听独家语音释文

与作者在线交流

中图分类号: R749

文献标识码: A

doi: 10. 11886/scjsws20211224002

Similarities and differences in the diagnostic criteria of ICD-11 and DSM-5 for sexual dysfunction

Xiao Qian¹, Zhang Daolong^{2*}

(1. Mental Health Center of Xiangya Hospital, Central South University, Changsha 410008, China;

2. Zhuhai Third Renmin Hospital, Zhuhai 519000, China

*Corresponding author: Zhang Daolong, E-mail: dzhang64@yahoo.com)

【Abstract】 The purpose of this paper is to compare the similarities and differences between the diagnostic criteria of sexual dysfunction in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition (DSM-5) and the International Classification of Diseases, eleventh edition (ICD-11). Sexual dysfunction is the inability of adults to experience various forms of satisfactory sexual performance. In this paper, the main diagnostic points of sexual dysfunction in both manuals are summarized and compared with a view to assisting psychiatric and psychological workers to acquire a better understanding of the corresponding sections.

【Keywords】 ICD-11; DSM-5; Diagnostic criteria; Sexual dysfunction

性功能失调是一组异质性的精神障碍,通常以个体在性反应或体验性愉悦的能力减退为特征^[1-2]。性功能失调的患病率与年龄相关,在40~80岁的男性中,约13%~21%主诉存在勃起困难^[1-6]。对于性功能失调的诊断,国际常用的诊断系统包括《精神障碍诊断与统计手册(第5版)》(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition, DSM-5)和《国际疾病分类(第11版)》(International Classification of Diseases, eleventh edition, ICD-11)。这两套诊断系统对性功能失调的诊断具有较大差异:DSM-5将其归为精神障碍^[1];而ICD-11把性功能失调归为独立的第17章“性健康相关情况”,不再归于精神障碍谱系^[7-9]。性功能失调包含的疾病种类较多,为了帮助精神心理工作者尽快掌握各个疾病的诊断标准,本文对其在两套诊断系统中的异同进行探讨。

1 DSM-5 对性功能失调的诊断

DSM-5 中性功能失调包括延迟射精、勃起障碍、女性性高潮障碍、女性性兴趣/唤起障碍、生殖器-盆腔痛/插入障碍、男性性欲低下障碍、早泄、物质/药物所致的性功能失调、其他特定的性功能失调和未特定的性功能失调^[1-6]。上述疾病类别均包含以下标注:终身性(该障碍自个体有性活动起就持续存在)、获得性(该障碍开始于一段无症状的时期之后)、广泛性(不局限于特定类型的刺激、情境或伴侣)、情境性(仅出现于特定类型的刺激、情境或伴侣)。对严重程度的标注包括轻度、中度和重度^[1,10]。

1.1 DSM-5 对延迟射精的诊断

在所有或几乎所有情况下(约75%~100%),个体在与伴侣的性活动中没有延迟射精的愿望,却出

现以下 2 项症状中的 1 项:①显著地射精延迟;②显著地减少或没有射精。以上症状持续至少约 6 个月,且症状引起个体有临床意义的痛苦。该性功能失调不能用其他非性功能的精神障碍来更好地解释,或作为严重的关系困扰或其他显著应激源的结果,也不能归因于某种物质/药物的效应或其他躯体疾病^[1,11]。

1.2 DSM-5 对勃起障碍的诊断

在所有或几乎所有情况下(约 75%~100%),个体在与伴侣的性活动中,必须出现以下 3 项症状中的至少 1 项:①性活动时获得勃起明显困难;②难以维持勃起直到性活动结束;③勃起的硬度显著降低。以上症状持续至少约 6 个月,且症状引起个体有临床意义的痛苦。该性功能失调不能用其他非性功能的精神障碍来更好地解释,或作为严重的关系困扰或其他显著应激源的结果,也不能归因于某种物质/药物的效应或其他躯体疾病^[1,3,12]。

1.3 DSM-5 对女性性高潮障碍的诊断

在所有或几乎所有情况下(约 75%~100%),个体在与伴侣的性活动中,必须出现以下 2 项症状中的 1 项:①显著地延迟,显著减少或没有性高潮;②性高潮感觉的强度显著降低。以上症状持续至少约 6 个月,且症状引起个体有临床意义的痛苦。该性功能失调不能用其他非性功能的精神障碍来更好地解释,或作为严重的关系困扰(例如性伴侣暴力)或其他显著应激源的结果,也不能归因于某种精神活性物质/药物的效应或其他躯体疾病^[1,13]。

1.4 DSM-5 对女性性兴趣/唤起障碍的诊断

性兴趣/性唤起缺乏或显著降低,表现为以下至少 3 项:①缺乏/减少对性活动的兴趣;②缺乏/减少性或情色的想法和幻想;③没有/减少性活动的启动,通常不接受伴侣启动性活动的尝试;④在所有或几乎所有(约 75%~100%)的性活动中,缺乏/减少性兴奋或性愉悦;⑤对任何内在或外在的性或情色暗示(例如书面的、口头的、视觉的)缺乏/减少性兴趣或性唤起;⑥在所有或几乎所有(约 75%~100%)的性活动中,缺乏/减少对生殖器或非生殖器的感觉。以上症状持续至少约 6 个月,且症状引起个体有临床意义的痛苦。该性功能失调不能用其他非性功能的精神障碍来更好地解释,或作为严重的关系困扰(例如性伴侣暴力)或其他显著应激源的结果,也不能归

因于某种物质/药物的效应或其他躯体疾病^[1,13]。

1.5 DSM-5 对生殖器-盆腔痛/插入障碍的诊断

表现为以下至少 1 项持续的或反复的困难:①性交时阴道插入;②在阴道性交时或企图插入时,外阴阴道或盆腔明显疼痛;③在阴道性交过程中,对外阴阴道或盆腔疼痛的明显害怕或/和焦虑;④企图插入阴道时,显著的紧张或盆底肌肉紧缩。以上症状持续至少约 6 个月,且引起个体有临床意义的痛苦。该性功能失调不能用其他非性功能的精神障碍来更好地解释,或作为严重的关系困扰(例如性伴侣暴力)或其他显著应激源的结果,也不能归因于某种物质/药物的效应或其他躯体疾病^[1-2]。

1.6 DSM-5 对男性性欲低下障碍的诊断

持续或反复缺乏对性活动的幻想或欲望,且考虑到影响性功能的因素,如年龄和社会文化的背景。以上症状持续至少约 6 个月,且症状引起个体有临床意义的痛苦。该性功能失调不能用其他非性功能的精神障碍来更好地解释,或作为严重的关系困扰或其他显著应激源的结果,也不能归因于某种物质/药物的效应或其他躯体疾病^[1-2]。

1.7 DSM-5 对早泄的诊断

与伴侣的性活动中,在插入阴道约 1 分钟内,在个体的意愿之前出现的一种持续的或反复的射精模式。以上症状必须持续至少 6 个月,且必须存在于所有或几乎所有的性活动中,症状引起个体有临床意义的痛苦。该性功能失调不能用其他非性功能的精神障碍来更好地解释,或作为严重的关系困扰或其他显著应激源的结果,也不能归因于某种物质/药物的效应或其他躯体疾病^[1-2]。

1.8 DSM-5 对物质/药物所致的性功能失调的诊断

主要临床表现为有临床意义的性功能紊乱。来自病史、体格检查或实验室检验显示存在以下 2 项证据:①以上症状是在物质中毒期间或不久后或戒断后,或在使用某种药物后出现;②所涉及物质/药物能够产生该症状。这种障碍不能用非物质/药物所致的性功能失调来更好地解释,并非仅发生在谵妄时,并引起个体有临床意义的痛苦。物质/药物所致的性功能失调的标注如下。于中毒期间起病:如果物质中毒和在中毒过程中产生的症状都符合诊断标准;于戒断期间起病:如果物质戒断和在

戒断过程中或不久后产生的症状都符合诊断标准;于药物使用后起病:症状既可能出现在药物使用初期,也可能出现在药物调整或改变之后。对严重程度的标注包括轻度、中度和重度。轻度:出现于 25%~50% 的性活动中;中度:出现于 50%~75% 的性活动中;重度:出现于 75% 以上的性活动中^[1-2,4]。

1.9 DSM-5 对其他特定的性功能失调的诊断

此类型适用于那些具备性功能失调的典型症状,且引起个体有临床意义的痛苦,但未能符合性功能失调类别中任何一种疾病的诊断标准^[1-2]。

1.10 DSM-5 对未特定的性功能失调的诊断

此类型适用于那些具备性功能失调的典型症状,且引起个体有临床意义的痛苦,但未能符合性功能失调类别中任一种疾病的诊断标准。可在因信息不足而无法做出更特定诊断的情况下使用^[1-2]。

2 ICD-11 对性功能障碍和性交痛障碍的诊断

2.1 ICD-11 对性功能障碍的诊断

性功能障碍在 ICD-11 中被归为第 17 章“性健康相关情况”。性功能障碍是指成年人难以体验满意的性活动的各种形式。诊断性功能障碍必须满足以下条件:①症状经常发生;②至少持续数月;③造成临床显著的痛苦^[7-9]。

2.1.1 ICD-11 对性欲低下障碍的诊断

性欲低下障碍的特征是个体参与性活动的欲望或动机缺乏或明显减少,表现为以下任何一种情况:①自发的欲望(性想法或幻想)减少或缺乏;②对性暗示和刺激的反应性欲减少或缺乏;③一旦性行为开始,不能保持对性行为的欲望或兴趣。无法维持对性活动的欲望或兴趣的模式已间断或持续至少数月,造成临床显著的痛苦^[7]。性欲低下障碍包括以下次级诊断:终身性-广泛性的性欲低下障碍、终身性-情境性的性欲低下障碍、获得性-广泛性的性欲低下障碍、获得性-情境性的性欲低下障碍以及未特指的性欲低下障碍^[7,11]。

2.1.2 ICD-11 对性唤起功能障碍的诊断

2.1.2.1 ICD-11 对女性性唤起功能障碍的诊断

女性性唤起功能障碍的特征是女性对性刺激的反应缺乏或明显减少,表现为以下任何一种情况:①生殖器反应缺乏或明显减少,包括外阴阴道

润滑、生殖器充盈和生殖器敏感;②乳头硬化、皮肤潮红、心率加快、血压升高和呼吸加快等非生殖器反应消失或明显减少;③任何类型的性刺激导致的性唤起(性兴奋和性快感)感觉缺失或明显减少。尽管个体渴望性活动且有足够的性刺激,但对性刺激的反应缺乏或明显减少,在至少几个月的时间里间断或持续存在,并造成临床显著的痛苦^[8]。次级诊断包括终身性-广泛性的女性性唤起功能障碍、终身性-情境性的女性性唤起功能障碍、获得性-广泛性的女性性唤起功能障碍、获得性-情境性的女性性唤起功能障碍以及未特指的女性性唤起功能障碍^[7]。

2.1.2.2 ICD-11 对男性勃起功能障碍的诊断

男性勃起功能障碍的特征是男性无法达到或维持阴茎勃起足够的时间或硬度,以允许性活动的正常进行。尽管个体渴望性活动且有充分的性刺激,但仍会出现勃起困难,这种情况在至少几个月的时间里间断或持续存在,并造成临床显著的痛苦^[7]。次级诊断包括终身性-广泛性的勃起功能障碍、终身性-情境性的勃起功能障碍、获得性-广泛性的勃起功能障碍、获得性-情境性的男性勃起功能障碍以及未特指的男性勃起功能障碍^[7,12]。

2.1.2.3 ICD-11 对其他特指的性唤起功能障碍的诊断

此类型适用于那些临床表现具备性唤起功能障碍的典型症状,且引起患者显著痛苦,或导致社会功能受损,但未能符合性唤起功能障碍全部诊断标准的情况^[7]。

2.1.2.4 ICD-11 对未特指的性唤起功能障碍的诊断

此类型适用于那些临床表现具备性唤起功能障碍的典型症状,且引起患者显著痛苦,或导致社会功能受损,但未能符合性唤起功能障碍全部诊断标准的情况。临床工作者因信息不足而无法做出更特定的诊断,可作出此诊断^[7]。

2.1.3 ICD-11 对性高潮功能障碍的诊断

2.1.3.1 ICD-11 对性高潮缺失症的诊断

性高潮缺失症的特征是性高潮体验的显著不频繁或缺乏以及性高潮的强度明显减弱。在女性中表现为性高潮的明显延迟,而在男性中将被诊断为男性延迟射精。尽管有足够的性刺激以及对性活动和

性高潮的渴望,但性高潮的缺乏、延迟或强度降低的模式在至少几个月的时间里间断或持续存在,并造成临床显著的痛苦^[7,13]。次级诊断包括终身性-广泛性的性高潮缺失症、终身性-情境性的性高潮缺失症、获得性-广泛性的性高潮缺失症、获得性-情境性的性高潮缺失症以及未特指的性高潮缺失症^[7]。

2.1.3.2 ICD-11 对其他特指的性高潮功能障碍的诊断

此类型适用于那些临床表现具备性高潮功能障碍的典型症状,且引起患者显著的痛苦,或导致社会功能受损,但未能符合性高潮功能障碍全部诊断标准的情况^[7]。

2.1.3.3 ICD-11 对未特指的性高潮功能障碍的诊断

此类型适用于那些临床表现具备性高潮功能障碍的典型症状,且引起患者显著的痛苦,或导致社会功能受损,但未能符合性高潮功能障碍全部诊断标准的情况。临床工作者因信息不足而无法做出更特定的诊断,可作出此诊断^[7]。

2.1.4 ICD-11 对射精功能障碍的诊断

2.1.4.1 ICD-11 对男性早泄的诊断

男性早泄的特征是在阴道插入前或插入后很短的时间内射精,对射精没有或几乎无法控制。早泄的模式在至少几个月的时间里间断或持续存在,并造成临床显著的痛苦^[7,18]。次级诊断包括终身性-广泛性的男性早泄、终身性-情境性的男性早泄、获得性-广泛性的男性早泄、获得性-情境性的男性早泄以及未特指的男性早泄^[7]。

2.1.4.2 ICD-11 对男性延迟射精的诊断

男性延迟射精的特征是尽管有足够的性刺激和射精的欲望,但仍无法射精或射精延迟。延迟射精的模式是间歇性或持续性的,至少持续几个月,并造成临床显著的痛苦^[10,14]。次级诊断包括终身性-广泛性的男性延迟射精、终身性-情境性的男性延迟射精、获得性-广泛性的男性延迟射精、获得性-情境性的男性延迟射精以及未特指的男性延迟射精^[7,15]。

2.1.4.3 ICD-11 对其逆行性射精的诊断

逆行性射精是指正常情况下通过尿道射精的精液重新返回到膀胱的一种情况。逆行性射精通常伴有主观性高潮,但男性可能会注意到精液的释放有限或不存在。逆行性射精最常发生于经尿道

前列腺切除术的并发症,但也可能由其他盆腔手术、神经系统功能障碍或使用药物引起。明确诊断的依据是尿液样本中精子含量的检测结果^[7]。

2.1.4.4 ICD-11 对其他特指的射精功能障碍的诊断

此类型适用于那些临床表现具备射精功能障碍的典型症状,且引起患者明显痛苦,或导致社会功能受损,但未能符合射精功能障碍全部诊断标准的情况^[7]。

2.1.4.5 ICD-11 对未特指的射精功能障碍的诊断

此类型适用于那些临床表现具备射精功能障碍的典型症状,且引起患者明显的痛苦,或导致社会功能受损,但未能符合射精功能障碍全部诊断标准的情况。临床工作者因信息不足而无法做出更定诊断,可作出此诊断^[7]。

2.1.5 与盆腔器官脱垂有关的性功能障碍

2.1.5.1 ICD-11 对阴道或尿道外口松弛引起的感觉减退的诊断

一种因阴道肌肉或尿道口肌肉张力降低而导致感觉减退或缺失的症状^[7]。

2.1.5.2 ICD-11 对性交梗阻的诊断

这种疾病由阴道管阻塞或阴道肌肉高度紧张而引起,其特征是不能进行阴道性交^[7]。

2.1.6 ICD-11 对其他特指的性功能障碍的诊断

此类型适用于那些临床表现具备性功能障碍的典型症状,且引起患者明显痛苦,或导致社会功能受损,但未能符合性功能障碍全部诊断标准的情况^[7]。

2.1.7 ICD-11 对未特指的性功能障碍的诊断

此类型适用于那些临床表现具备性功能障碍的典型症状,且引起患者明显痛苦,或导致社会功能受损,但未能符合性功能障碍全部诊断标准的情况。临床工作者因信息不足而无法做出更特定的诊断,可作出此诊断^[7]。

2.2 ICD-11 对性交痛障碍的诊断

性交痛障碍是指成年人在性活动中出现明显的、持续的或反复的与疼痛体验有关的障碍。这种障碍并不完全归因于潜在的疾病、女性润滑不足、

与年龄有关(如女性更年期)的变化,并引起临床显著的痛苦^[8]。

2.2.1 ICD-11 对性交痛-插入障碍的诊断

性交痛-插入障碍的特征至少有以下一种:①明显的、持续性的或反复的插入困难,包括在试图插入时骨盆底肌肉不自主地收紧;②插入时外阴阴道或盆腔疼痛明显且为持续性或反复性的;③在插入的过程中,对外阴阴道或盆腔疼痛明显的、持续的或反复的恐惧或焦虑。尽管有足够的性欲和刺激,但在涉及插入的性交过程中,这些症状反复出现,且不能完全归因于导致生殖器和/或插入痛的躯体疾病,也不能完全归因于阴道润滑不足或与年龄相关的变化(例如绝经)。这种障碍引起患者显著的痛苦和功能受损^[8,14]。次级诊断包括终身性-广泛性的性交痛-插入障碍、终身性-情境性的性交痛-插入障碍、获得性-广泛性的性交痛-插入障碍、获得性-情境性的性交痛-插入障碍以及未特指的性交痛-插入障碍^[7]。

2.2.2 ICD-11 对其他特指的性交痛障碍的诊断

此类型适用于那些临床表现具备性交痛障碍的典型症状,且引起患者显著的痛苦,或导致社会功能受损,但未能符合性交痛障碍全部诊断标准的情况^[7]。

2.2.3 ICD-11 对未特指的性交痛障碍的诊断

此类型适用于那些临床表现具备性交痛障碍的典型症状,且引起患者显著的痛苦,或导致社会功能受损,但未能符合性交痛障碍全部诊断标准的情况。临床工作者因信息不足而无法做出更特定的诊断,可作出此诊断^[7]。

2.3 ICD-11 中性功能障碍和性交痛障碍的病因学因素

2.3.1 与心理或行为因素(包括精神症状)相关

当心理和行为问题或精神症状是导致性功能障碍或性交痛障碍的重要因素时,应将其归类于此,例如低自尊、对性行为的消极态度、不良的性经历和行为模式(睡眠质量差和过度工作)。抑郁、焦虑、认知症状以及其他精神症状也可能干扰性功能。如果症状达到可诊断为精神和行为障碍的程度,且性功能障碍或性交痛障碍是临床关注的独立焦点,则应使用这一类别,并指定相应的精神和行为障碍诊断^[9]。

2.3.2 与使用精神活性物质或药物相关

当有证据表明精神活性物质或药物的直接生理效应是导致性功能障碍或性交痛障碍的重要因素时,应将其归入这一类别。如果满足物质使用障碍的诊断标准,还应指定物质使用障碍的诊断^[9]。

2.3.3 与缺乏知识或经验相关

当个体缺乏对自己的身体、性功能和性反应的知识或经验是导致性功能障碍或性交痛障碍的重要因素时,应将其归入这一类别^[9]。

2.3.4 与人际关系因素相关

当人际关系是导致性功能障碍或性交痛障碍的重要因素时,应将其归入这一类别。此外,当性功能障碍或性交痛障碍与性伴侣的性功能障碍或性交痛障碍相关时,也可归入这一类别^[9]。

2.3.5 与文化因素相关

当文化因素是导致性功能障碍或性交痛障碍的重要因素时,这一类别应该被指定。文化因素可能会影响个体的性快感体验和对性活动的期望^[9]。

2.3.6 其他特指的性功能障碍和性交痛障碍的病因学因素

当上述因素之外的其他因素是导致性功能障碍或性交痛障碍的重要因素时,这一类别应该被指定^[9]。

3 两套诊断系统对性功能失调诊断的相同点

3.1 对性功能失调的总体定义一致

DSM-5 和 ICD-11 对性功能失调/性功能障碍的总体定义相同^[1,7-12],其定义是:成年人难以体验满意的性活动的各种形式^[1,7-9]。

3.2 两套诊断系统在性功能失调谱系中包含的疾病种类大体相同

两套诊断系统在性功能失调/性功能障碍中主要包含了延迟射精、勃起障碍、女性性高潮障碍、女性性唤起障碍、男性性欲低下障碍、早泄、其他特定的性功能失调以及未特定的性功能失调。虽然行文顺序不同,但疾病种类基本一致^[1,7-9]。

3.3 两套诊断系统均存在疾病谱系的概念

DSM-5 和 ICD-11 均提出了性功能失调谱系的概念,用“其他特定的性功能失调”和“未特定的性

功能失调”将未完全达到特定的性功能失调诊断标准,但核心特征仍是性功能失调的情况纳入诊断谱系之中^[1,7-9]。

4 两套诊断系统对性功能失调诊断的区别

4.1 两套诊断系统在性功能失调的章节归属问题上存在差异

性功能失调在 DSM-5 中属于精神障碍谱系之一^[1-2];而 ICD-11 认为性功能失调不再属于第 6 章精神障碍,被归于第 17 章“性健康相关情况”^[7-10]。ICD-11 中的第 17 章还包括了女性生殖器解剖的变化和男性生殖器解剖的变化,故 ICD-11 中第 17 章既包含了精神心理因素引起的性健康障碍,又包括了解剖学异常引起的性健康障碍^[7-9]。

4.2 两套诊断系统在性交痛障碍的隶属谱系上存在区别

两套诊断系统对“性交痛障碍”的归类存在区别。DSM-5 中的生殖器-盆腔痛/插入障碍属于性功能失调谱系中的一种诊断类别;ICD-11 中的性交痛障碍谱系与性功能障碍是并列的两个谱系。ICD-11 中性交痛障碍谱系的诊断包括性交痛-插入障碍、其他特指的性交痛障碍以及未特指的性交痛障碍^[1,8]。

4.3 两套诊断系统在性功能障碍谱系中包含的疾病种类存在差异

ICD-11 中的性功能障碍除了与 DSM-5 共同的诊断类型之外,还包括与盆腔器官脱垂有关的性功能障碍和逆行性射精。DSM-5 只涉及精神障碍范畴,而这两种疾病均属于躯体疾病。ICD-11 包含了所有医学专科的疾病,故这两种障碍被列入性功能障碍谱系中^[1,7-9]。

4.4 仅 ICD-11 包含了“性功能障碍和性交痛障碍的病因学因素”

ICD-11 包括 6 种性功能障碍和性交痛障碍的病因学因素^[9]。DSM-5 仅包括物质/药物所致的性功能失调,认为躯体疾病所致的性功能失调属于躯体疾病,不属于精神障碍的范畴^[1]。

4.5 两套诊断系统的诊断病程要求不一致

在 DSM-5 中,诊断性功能失调的病程均要求至少 6 个月^[1];而 ICD-11 对相应内容病程的要求是数

月以上^[7-9]。由此可见,DSM-5 的病程要求更具体;而 ICD-11 兼顾各国的实际情况,在病程上给临床医师更灵活的操作空间。

4.6 两套诊断系统对次级诊断的表达方式不同

ICD-11 采用次级诊断的形式表达,DSM-5 采用标注形式表达。例如,在 ICD-11 中,男性早泄的次级诊断包括终身性-广泛性的男性早泄、终身性-情境性的男性早泄、获得性-广泛性的男性早泄、获得性-情境性的男性早泄以及未特指的男性早泄^[7]。而上述次级诊断在 DSM-5 中均是采用标注的形式表达的^[1]。

5 小 结

性功能失调在 DSM-5 和 ICD-11 这两套诊断系统中存在较大差异,主要表现为:DSM-5 认为性功能失调属于精神障碍,而 ICD-11 认为性功能失调不属于精神障碍,归于独立的第 17 章;虽然两套诊断系统中性功能失调包含的主要疾病大体相同,但两者在部分疾病种类方面仍存在明显区别。

6 问 答

Q1:生殖器-盆腔痛/插入障碍需要与什么疾病进行鉴别?

A1:一些生殖器-盆腔痛/插入障碍的女性也可能被诊断为其他躯体疾病(例如子宫内膜异位症或盆腔炎)。但这些躯体疾病的严重程度往往无法解释生殖器-盆腔痛/插入障碍的全部症状,且通常这些躯体疾病很难被准确诊断和治疗^[1-2]。

Q2:哪些情况需要避免诊断为早泄?

A2:当早泄的问题完全由精神活性物质使用、中毒或戒断所致,应诊断为物质/药物所致的性功能失调,而不是原发性的早泄^[1]。此外,有阵发性早泄的男性(例如与一位新的性伴侣进行初次性接触的过程中),射精潜伏期短可能是正常的。这些情况都不应该被诊断为早泄^[1]。

Q3:精神疾病也可能引起的性功能失调吗?

A3:许多精神障碍,例如抑郁障碍、双相障碍、焦虑障碍和精神病性障碍都与性功能失调相关。这种情况下不被认为是原发性的性功能失调。性功能失调往往是这些精神疾病的伴随症状^[1]。

Q4:什么情况下需要考虑物质/药物所致的性功能失调?

A4:如果性功能失调与物质/药物的启用或停用

密切相关,该诊断通常可以确立。例如,如果问题发生于物质/药物启用之后,随着物质/药物的停用而消失,并随着同一物质/药物的使用而复发,就可以确定诊断^[1]。

参考文献

- [1] 美国精神医学学会. 精神障碍诊断与统计手册[M]. 5 版. 张道龙, 刘春宇, 张小梅, 等译. 北京: 北京大学出版社, 2015: 413-451.
- [2] 美国精神医学学会. 理解 DSM-5 精神障碍[M]. 夏雅俐, 张道龙, 译. 北京: 北京大学出版社, 2016: 167-185.
- [3] Parish SJ, Cottler-Casanova S, Clayton AH, et al. The evolution of the female sexual disorder/dysfunction definitions, nomenclature, and classifications: a review of DSM, ICSM, ISSWSH, and ICD[J]. *Sex Med Rev*, 2021, 9(1): 36-56.
- [4] Waldinger MD, Schweitzer DH. Differences between ICD-11 MMS and DSM-5 definition of premature ejaculation: a continuation of historical inadequacies and a source of serious misinterpretation by some European regulatory agencies (PART 2) [J]. *Int J Impot Res*, 2019, 31(5): 310-318.
- [5] Skoczyński S, Nowosielski K, Minarowski Ł, et al. Sexual disorders and dyspnoea among women with obstructive sleep apnea[J]. *Adv Med Sci*, 2020, 65(1): 189-196.
- [6] Davies RD, Davies ME. The (slow) depathologizing of gender incongruence[J]. *J Nerv Ment Dis*, 2020, 208(2): 152-154.
- [7] WHO. ICD-11 for mortality and morbidity statistics/Sexual dysfunctions [EB/OL]. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f160690465,2021-05-01>.
- [8] WHO. ICD-11 for mortality and morbidity statistics/Sexual pain disorders [EB/OL]. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f73410310,2021-05-01>.
- [9] WHO. ICD-11 for mortality and morbidity statistics/Aetiological considerations in sexual dysfunctions and sexual pain disorders [EB/OL]. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f1099536224,2021-05-01>.
- [10] Briken P, Mathiesen S, Pietras L, et al. Estimating the prevalence of sexual dysfunction using the new ICD-11 guidelines [J]. *Dtsch Arztebl Int*, 2020, 117(39): 653-658.
- [11] de Vries ALC, Beek TF, Dhondt K, et al. Reliability and clinical utility of gender identity-related diagnoses: comparisons between the ICD-11, ICD-10, DSM-IV, and DSM-5 [J]. *LGBT Health*, 2021, 8(2): 133-142.
- [12] Sutherland SE, Rehman US, Goodnight JA. A typology of women with low sexual desire[J]. *Arch Sex Behav*, 2020, 49(8): 2893-2905.
- [13] Alizadeh A, Farnam F, Raisi F, et al. Prevalence of and risk factors for genito-pelvic pain/penetration disorder: a population-based study of Iranian women [J]. *J Sex Med*, 2019, 16(7): 1068-1077.
- [14] Huang YH, Hou CL, Ng CH, et al. Sexual dysfunction in Chinese rural patients with schizophrenia [J]. *BMC Psychiatry*, 2019, 19(1): 218.
- [15] Guillén V, Rueda JR, Lopez-Argumedo M, et al. Apomorphine for the treatment of erectile dysfunction: systematic review and meta-analysis[J]. *Arch Sex Behav*, 2020, 49(8): 2963-2979.

(收稿日期:2021-12-24)

(本文编辑:陈霞)