

國際疾病分類編碼 ICD-11、ICD-10 與 DSM-5 對性與性別相關疾病的差異與演變

文 / 蔡景宏 黃璨瑜* 徐志雲** 楊聰財***

高雄市立凱旋醫院兒童青少年精神科

高雄市河堤診所*

衛生福利部金門醫院精神科**

新北市楊聰才診所***

前言

引領期盼下2018年6月18日世界衛生大會核准第11版國際疾病分類編碼(ICD-11)正式的出版，並開始在全世界展開推廣，勢必是未來疾病分類上的一大指引⁽¹⁾。從第10版國際疾病分類編碼(ICD-10)於1990年發表至今已28年，期間對「性與性別(sexuality and gender identity)」方面的疾病分類一直存在許多的爭議，這包括ICD-10的F52非器質性疾病引起之性功能障礙(sexual dysfunctions, not caused by organic disorder or disease)、F64性別認同障礙(gender identity disorders)及F65性偏好症(disorders of sexual preference)這幾類疾病。ICD-10發表隨後這20多年來，大量的研究顯示在政策、法律及人權上已有明顯的改變，使得學術界對這幾類疾病的分類也有了重大觀念的改變。ICD-11在此方面疾病的分類觀念已大大不同於ICD-10，ICD-11企圖從更多元的方式去思考，包括從臨床的實用性、從公共衛生角度及司法角度等去整體思考這幾類疾病的分類，更符合生理-心理-社會(bio-psycho-social model)，甚至文化層面的評估治療模式⁽²⁾。

本文試圖探討ICD-10進展到ICD-11在這幾類疾病分類的變化與差異，並比較ICD-11與美國精神醫學會的第五版精神疾病診斷與統計手冊(DSM-5)在此類疾病分類的差異。

原ICD-10性功能障礙(sexual dysfunctions)的演變

ICD-11與ICD-10之差異

原ICD-10對性功能障礙(F52)疾病分類是採

二分法疾病病因觀，即器質性(organic)與非器質性(non-organic)二種，必須是非器質性因素的功能障礙才會被納入精神與行為疾病(Mental and Behavioral Disorder)歸類章節中，如果是器質性(organic)造成的性功能障礙會被歸入泌尿道系統疾病(disease of the genitourinary system)分類中。然而許多的研究顯示，認為人類性反應是一種生理、心理、人際、社會、文化與性別等因素複雜互動下的結果，任何一因素都有可能影響性反應，進而造成性功能障礙，使個體有困難去從事或體驗性活動上的滿足，臨床上有必要重新使用一種整合性的角度去評估性健康與定義性功能障礙。因此，ICD-10的F52性功能障礙在ICD-11被抽離出精神疾病的分類系統，不再侷限於只考慮精神方面的病因，改歸到「性健康相關狀況(conditions related to sexual health)」，解決了ICD-10對性功能障礙二分法的缺點，希望評估各種不同的病因，用更整合性角度去看待性功能障礙之分類。

ICD-11診斷準則認為性功能沒有所謂的正常標準，如果個體可以不困擾且滿意於自己的性經驗與性活動，即使與他人所謂的性滿意不同，或在某次文化下被認為是異常，也不能下性功能障礙的診斷。另外若在性關係上因對性伴侶不切實際的性期待，或與伴侶彼此性慾望的差異，或不足夠的性刺激所造成的性功能問題，也是在診斷上需小心考慮的。

ICD-11在所有性功能障礙診斷上不同於ICD-10，引入與DSM系統相似的標註明示(specify)，包括依發生時間註明「先天型

lifelong」及「後天型acquired」，依情境註明「情境型situational」及「一般型generalized」。除此之外，因為ICD-11打破ICD-10的二分法病因觀念，認為性功能的評估與診斷需要有全人的考量，所以允許納入病因的註明機制(etiological qualifiers)，列如在性功能障礙診斷的後面加註「與藥物相關(associated with a medication or substance)」、「與文化因素相關(associated with cultural factors)」、「與受傷或手術相關(associated with injury or surgical treatment)」等等，依不同的病因個別註明，這在ICD-10是不允許的。

在疾病個別分類上，ICD-11將ICD-10中F52.7過多的性慾望(excessive sexual drive)去除，及F52.0喪失或缺乏性慾(loss or lack of sexual desire)更明確具體歸於ICD-11中的性慾望低落功能障礙(hypoactive sexual desire dysfunction)，女性性興奮障礙(female sexual arousal dysfunction in women)或男性勃起障礙(erection dysfunction in men)；ICD-10中的F52.10性嫌惡症(sexual aversion)於ICD-11中歸於性交痛/插入障礙症(sexual pain penetration disorder)或歸於anxiety and fear related disorders（如果曾主訴有恐懼的反應）；ICD-10中F52.2性器乏應症(failure of genital response)於ICD-11則被具體歸入女性性興奮功能障礙(female sexual arousal dysfunction)及男性勃起障礙(erection dysfunction in men)。

ICD-11 與 DSM-5 之比較

與DSM-5相較，ICD-11企圖以更整合性的角度去定義性功能障礙。雖然DSM-5觀念上已試圖從伴侶(partner)、關係(relationship)、個人易感性(individual vulnerability)、文化(cultural)、宗教(religious)及內科問題(medical factors)等一組因素去做病因的探討與治療的評估，比ICD-10與DSM-IV-TR更為全面，然而在疾病診斷認定上DSM-5依然強調如果性功能障礙是因為器質性病問題所造成的，例如物質使用、服用藥物或其他內外科狀況等造成，則不可以下性功能障礙的診斷，意思是若病因為器質性的因素所造成的性功能問題，在DSM-5是不可放入性功能

障礙診斷；然而ICD-11是允許任何造成性功能障礙成因放入，只要將病因註明即可(etiological qualifiers)。會有此一差別，主要的原因是兩個診斷系統的核心目標不同，ICD-11好比綜合醫院，包含各類疾病分類，需要關注各科診斷及治療，提供了較大的整合性；然而DSM-5只是針對精神與行為疾病，侷限於精神疾病分類運用⁽³⁾。

DSM-5將女性的性慾望障礙與性興奮障礙合併成單一診斷為「女性性興趣/興奮障礙(female sexual interest/arousal disorder)」，這一點ICD-11並不同意，研究顯示包括在基因學上、腦影學像上及使用抗憂鬱劑(SSRI)對性功能的影響上等方面的研究⁽⁴⁾，較支持將性慾望障礙與性興奮障礙分開分類論述；另外研究也顯示男女的低性慾障礙有相似的治療方式與結果，然而對性興奮障礙則有不同的結果，也就是說ICD-11還是認為雖然性慾障礙與性興奮障礙常有共病情況，但並不代表這兩類可以合併成同一類疾病，治療目標上也需加以區分。

ICD-11對性交痛/插入障礙症(sexual pain-penetration disorder)並未排除任何可能原因，只要註記清楚即可診斷。DSM-5中的骨盆腔器疼痛/插入障礙症(genito-pelvic pain/penetration disorder)包括DSM-IV-TR中的陰道痙攣(vaginismus)，性交疼痛(dyspareunia)及女性外陰部疼痛(vulvodynia)，但未包括其他引起性交疼痛的病因。雖然ICD-11比DSM-5有較大的空間去認定性交疼痛，但其性交痛/插入障礙症並未包括性交疼痛(dyspareunia)及女性外陰部疼痛(vulvodynia)，而是將此兩病歸類於泌尿系統疾病(genitourinary system)章節，主要原因是研究上顯示此兩類疾病有不同的病因，發生在不同的族群，及不一樣的治療方式⁽⁵⁾。

在DSM-IV-TR中男性高潮障礙(male orgasmic disorder)於DSM-5已被遲洩(delayed ejaculation)所取代。這樣的取代等於是把男性射精與男性高潮畫上等號，DSM-5之所以改變主要是因為在文獻的搜尋上以射精(ejaculation)發表的文獻遠高於以高潮(orgasm)發表的，這是強調以實證醫學的DSM系統所秉持的精神，所以做了改變。然而ICD-11並不同意，依舊保留將男

性的高潮障礙與射精障礙分開論述，屬不同障礙類別。男性的主觀高潮經驗並不同於射精反應，這是兩分類系統觀念上的差異⁽⁶⁾。

原ICD-10性別認同障礙 (gender identity disorder) 的演變

ICD-11與ICD-10之差異

首先須強調的是ICD-10發表至今，世界在性別認同議題上的社會風潮已經有巨大的改變，許多的WHO會員國或民間社會倡議組織皆力促將此一分類精神疾病能從ICD系統移除，也就是將其去疾病化，其擔心的是若持續將性別認同障礙放入診斷分類將造成病人的汙名化。然而，ICD系統認為汙名化的擔心並非是去除疾病診斷分類認定的充分理由。ICD在精神與行為疾病分類系統上對疾病的認定主要目的是幫助需要精神健康服務 (mental health services) 及給予適切的治療，以達到ICD系統公共衛生健康的目標 (public health objectives)。站在精神疾病認定與疾病汙名化的十字路口上，實陷入兩難。

根據WHO於2015年針對「性健康、人權與法律」的報告書指出，雖然整體來看近幾十年來對跨性別人土的社會態度與環境已有改善，但目前依然常見對他們歧視的社會氛圍，無法得到適切且可近性的健康照護。另外，許多醫療專業人員通常並未具備足夠的專業能力提供服務，也缺乏適當的專業訓練及相關的評估標準。在這樣侷限提供正確醫療訊息的負面環境下，增加了跨性別人土在HIV相關的危險行為、焦慮、憂鬱、物質濫用與自殺行為的發生機會。臨床亦顯示跨性別人土常在無醫療監控下經由非法管道自行取得荷爾蒙服用，而造成潛在的嚴重健康後果，研究發現有三分之二的跨性別人土使用荷爾蒙，其中二分之一是在沒有醫療協助監控下自行使用。即使一些國家認為跨性別人土需要平等的健康照護，專業人士也具備能力，但保險卻排除這些醫療給付。然而，若把跨性別納入精神疾病分類，意指他們只必須接受精神醫療專業人員治療，有可能侷限他們其他科醫療專業層面的協助。在大部分的國家，健康服務的供給需要一個相關的醫療診斷，如果移除了跨性別人土的診斷，有可能

使現存不友善的醫療服務更是雪上加霜。因此ICD-11依然保留了跨性別人土的診斷類別，「性別不一致 (gender incongruence)」診斷取代了ICD-10的性別認同障礙，但將診斷從精神行為疾病大類中移除，改放於「性健康相關狀況」分類，全面擴大了跨性別人土醫療服務的視野。

ICD-11將ICD-10的F64.0的雙性症 (transsexualism) 診斷名稱改成HA60成人及青少年期性別不一致 (gender incongruence of adolescence and adulthood)；將ICD-10的F64.2兒童期性別認同障礙 (gender identity disorder of childhood) 改成HA61兒童期性別不一致 (gender incongruence of childhood)。

ICD-11的成人及青少年期性別不一致在診斷時程上，ICD-10長達2年，ICD-11減少到幾個月即可；ICD-11中與ICD-10診斷標準一樣，不管是兒童期或成人及青少年期性別不一致，兩者診斷時除了經驗性別和指定性別不一致外，尚必須個案經驗覺察到身體部位的不一致 (anatomic incongruence)，但ICD-11和ICD10相當大的不同是並不需要有達到臨床上認定的困擾或功能的受損，也是去精神病化的主要核心，因為性別不一致者的困擾或功能受損往往大多源自於社會的歧視與暴力，而非其所經驗的心理性別認同過程病理表現。ICD-11原本希望去除ICD-10的「兒童期性別認同障礙」的診斷，最大的原因是擔心兒童過度被標籤汙名化而造成醫源性的傷害。然而經過反覆的討論ICD-11還是保留了「兒童期性別不一致」的診斷，主要考量是這些兒童及其家庭在社會的脆弱性，在他們進入青春期前是需要受到醫療及法律的支持和保護，診斷的保留仍有必要性，故最後仍保留此富爭議性診斷；另外，雖然兒童期性別不一致長大後繼續符合成人及青少年期性別不一致診斷的比例不高 (12-27%之間)，無法由兒童期性別不一致預測是否未來會持續或發展為青春期或成年期性別不一致，但醫療人員持續的評估、介入、陪伴及關懷是必要的。

ICD-11與DSM-5之比較

2013年DSM-5出版時希望減弱性別認同障礙的病理化，所以名稱由性別認同障礙改為性別

不安(gender dysphoria)，但與原ICD-10診斷標準一樣，仍存在需要個案困擾與功能上的受損爭議性準則；ICD-11為了降低爭議，根據2014年在墨西哥的進行田野研究⁽⁷⁾，於2016年發表在Lancet Psychiatry重要期刊中，成為關鍵研究證據，認為並不需要有如同DSM-5個人的困擾與功能的受損診斷準則，研究結果確立困擾的原因並非性別不一致認同本身的病理症狀（無造成痛苦統計顯著意義），而是不友善的社會環境與制度所帶來的痛苦或功能減損才具有統計學上的顯著意義。研究顯示，如果一個社會能多給性別不一致者多一些友善、支持、與包容的對待，他們就較不會產生困擾，而能像一般人尋求需要的醫療評估與協助，得到更全面的醫療照護。此研究也發現250位跨性別成人中有四分之三的參與者曾經歷過社會排斥，三分之二的人曾在兒童或青少年期體驗到與性別相關的暴力⁽⁸⁾。

順帶一提，台灣法律及政策下的性別自主部分：性別肯定手術（或稱變性手術或性別重建手術）明確為健保醫療不給付，以健保角度，則會偏向自費醫療市場機制類美容手術，理想上希望由跨專業團隊來做整合性的評估與治療。儘量降低精神疾病角度色彩，強調心理性別自主。精神科醫師也將由醫療干預的守門員逐漸轉為陪伴其社會適應、降低歧視、注重受言語或非言語形式的暴力對待或是進行社會倡議跨性別者平權的角色。至於賀爾蒙治療，在國外多由內分泌相關學會來主導專業意見或建立照護準則，相關治療指引近年也同步更新中。而隨著社會性別轉換所需更換原身份證件出生性別，台灣過去幾年總統府人權諮詢委員或是政府相關單位或是民間團體或跨性別倡議人士，皆有主張自由換證，但具體作法仍未定案，主要是牽涉到下半身（生殖器官）時就變得各方爭論不休，觸及生育和性權利或健康議題相關之間的性別矛盾性。跨性別者在社會轉換中所遇到的議題漸漸被大眾或新聞所提及，又特別在大學階段是目前台灣常見的轉換階段，如校園廁所的使用及宿舍安排，逐漸成為校園事件，醫療人員新的任務將是必須不間斷的協助與校方進行溝通例如建議以經驗的性別（或稱心理性別）而非指定性別（或稱身分證或出生性別）

入住宿舍，促進跨性別者社會轉換及降低歧視及保護其在環境中易被言語或肢體暴力對待的脆弱性。

原ICD-10性偏好症(disorder of sexual preference)的改變

ICD-11與ICD-10之差異

與ICD-10最大的差異就是ICD-11將ICD-10的disorder of sexual preference改成paraphilic disorders，以反映出現今的研究現況與臨床的實用性。依照WHO的疾病分類觀點，希望在疾病的分類精神上能清楚區分何為需要健康照護，何為只是個人私領域的行為，倘若性偏好行為並不會對公共衛生與公領域有所衝擊或影響，無需加以認定為疾病並加以重視與治療。ICD-11在性偏好症的分類便試圖表達此一分類精神，雖然在某些社會上對性偏好症依然有法律的問題、宗教上的禁忌及道德上的顧慮。ICD-11在認定性偏好症的診斷核心症狀必須出現持續(sustained)、專注(focused)及強烈(intense)的非典型(atypical)的性興奮，且行為涉及的對象其年紀或所處狀態使他們不願意或不能同意(unwilling or unable to consent)此性偏差行為，且此行為已造成公共衛生衝擊與需要臨床的關注。因此，ICD-11將合意的個人行為，且不會造成危險與死亡的性偏好行為從精神疾病診斷中排除，如ICD-10中的性被虐症(sadomasochism)，戀物癖(fetishism)及異性裝扮癖(fetishistic transvestism)等三類過去認定的精神疾病診斷在ICD-11皆被移除。

多年來聯合國組織倡議人應該有自由表達他們性方面(sexuality)的權利，因故某些使用ICD系統的國家早已將上述三類診斷移除，如丹麥於1995年移除性被虐症，2009年瑞典移除了性被虐症、戀物癖及異性裝扮癖，2010年挪威移除，2011年芬蘭移除。ICD-11最後保留了暴露症(exhibitionistic disorder)，窺視症(voyeuristic disorder)與戀童症(pedophilic disorder)，並加入新的兩個診斷名稱，強制的性虐待症(coercive sexual sadism disorder)與摩擦症(frotteuristic disorder)⁽⁹⁾。

值得一提的是ICD-11針對一些符合性偏好

症診斷準則，但其引發性興奮的類別無法以目前現有的分類命名，加上研究尚未有充足證據（如戀屍症或戀動物症），將這些性偏好症命名為「牽涉其他未同意者的性偏好症 (other paraphilic disorder involving non-consenting individuals)」；對於一些涉及同意的性偏好行為，但此行為可能會造成受傷危險或死亡（如窒息式性偏好行為），ICD-11命名為「牽涉獨特行為或同意者的性偏好症 (paraphilic disorder involving solitary behaviour or consenting individuals)」。兩者需要臨床持續的研究與關注。

性偏好症為何不比照性功能障礙與性別不一致歸入性健康相關狀態 (conditions related to sexual health) 的分類，而依舊保留在精神疾病的分類中呢？主要原因可能是司法精神醫學的考量，加上治療性偏好症需要十分專業的精神醫療人員，包括精神科醫師與臨床心理師，有時甚至需要藥物的治療（如 anti-androgen drugs），處遇上爭議點尚多，且情況有時複雜且需合併司法上的考量，通常只有精神治療單位方能勝任；另一方面還有某些性侵害犯可能同時有此類診斷，需要進一步的評估再犯危險與安排處遇計畫，例如兒童性侵害犯中可能有符合戀童症診斷⁽¹⁰⁾。

與 DSM-5 的差異

ICD-11 與 DSM-5 之比較

大致來說 ICD-11 從 ICD-10 蛻變後，診斷精神上是趨近與 DSM-5 一致，最大的差異便是 DSM-5 保留了性被虐症 (sadomasochism)，戀物癖 (fetishism) 及異性裝扮癖 (fetishistic transvestism) 等診斷，ICD-11 認為以上三種診斷只有在造成個體困擾或對象有明顯受傷或死亡的危險時才在 ICD-11 中放入「牽涉獨特行為或同意者的性偏好症 (paraphilic disorder involving solitary behavior or consenting individuals)」這一診斷分類；另外 ICD-11 並不需要像 DSM-5 要有 6 個月的持續期間 (duration) 才能下診斷，ICD-11 認為並沒有實證的研究支持需要多久才能下診斷，而是注重診斷的核心精神；ICD-11 也不需要如 DSM-5 需要造成臨床明顯困擾或重要角色功能的受損才下診斷。就研究面與人類的性福祉 (sexual wellbeing) 的潮流來

看，ICD-11 其實得比 DSM-5 更前衛的去疾病化，注意及尊重到人類性行為的多樣性。

結語

在 ICD-10 發表後已超過四分之一世紀以來，在學術研究、臨床經驗、社會氛圍與人權發展各方面與疾病診斷之關係已有了重大的改變⁽¹¹⁾。ICD-11 在性/性別相關的診斷分類已與 ICD-10 有很大的改變，觀念上也與 DSM-5 愈來愈相似。ICD-11 將性功能障礙診斷移出「精神與行為疾病」分類章節，改歸到「性健康相關狀況」章節，且棄用 ICD-10 病因二分法概念，用一更整合性的生理-心理-社會模式觀念於診斷、評估與治療；ICD-11 也將「性別認同障礙」診斷移出「精神與行為疾病」分類章節，改歸到改歸到「性健康相關狀況」章節，改名為「性別不一致」，除了精神醫療的協助，期待相關專業的整合性服務；ICD-11 對「性偏好症」還是保留在「精神與行為疾病」分類章節中，主要是基於評估與治療的目的，也在觀念上將不會對公共衛生有所衝擊或影響性偏好行為，認定為個人私領域的行為，從性偏好診斷章節移除，這點要比 DSM-5 更尊重人類的性權利。

參考資料

1. International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioral Disorders. A conceptual framework for the revision of the ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. *World Psychiatry* 2011; 10:86-92.
2. First MB, Reed GM, Hyman SE, et al.: The development of the ICD-11 clinical descriptions and diagnostic guidelines for mental and behavioral disorders. *World Psychiatry* 2015; 14:82-90.
3. Brotto LA: The DSM diagnostic criteria for hypoactive sexual desire disorder in women. *Arch Sex Behav* 2010; 39:221-239.
4. Bishop JR, Ellingrod VL, Akroush M, et al.: The association of serotonin transporter genotypes and selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI)-associated sexual side effects: possible relationship

- to oral contraceptives. *Hum Psychopharmacol* 2009; 24:207-215.
5. Bornstein J, Goldstein AT, Stockdale CK, et al.: 2015 ISSVD, ISSWSH, and IPPS consensus terminology and classification of persistent vulvar pain and vulvodynia. *Obstet Gynecol* 2016; 127:745-751.
 6. Segraves RT: Considerations for a better definition of male orgasmic disorder in DSM V. *J Sex Med* 2010; 7:690-699.
 7. Robles R, Fresán A, Vega-Ramírez H, et al.: Removing transgender identity from the classification of mental disorders: a Mexican field study for ICD-11. *Lancet Psychiatry* 2016; 3:850-859.
 8. Drescher J, Cohen-Kettenis PT, Reed GM: Gender incongruence of childhood in the ICD-11: controversies, proposal, and rationale. *Lancet Psychiatry* 2016; 3:297-304.
 9. Joyal CC: Defining "normophilic" and "paraphilic" sexual fantasies in a population-based sample: on the importance of considering subgroups. *Sex Med* 2015; 3:321-330.
 10. Briken P, Fedoroff JP, Bradford JW: Why can't pedophilic disorder remit? *Arch Sex Behav* 2014; 43:1237-1239.
 11. Reed GM, Drescher J, Krueger RB, et al.: 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* 2016; 15:205-221.