综　述

DOI：10.13406/j.cnki.cyxb.004087

强迫性性行为障碍的研究进展

周　恒[1]，胡春梅[2]，刘国纯[1]，胡在东[2]

（1.重庆医科大学学生心理健康教育与咨询中心，重庆　400016；2.重庆文理学院心理健康教育与咨询中心，重庆　402160）

【摘　要】随着互联网普及，个体报告网络过度性行为和问题性色情内容使用的增多，国外对强迫性性行为障碍的研究快速增长；2019年，《国际疾病分类第十一次修订本》（International Classification of Diseases，11th Revision，ICD-11）正式纳入强迫性性行为障碍，并提出其诊断指南，促进了相关研究的全面性和严谨性，减少了研究的文化阻力，推动了跨文化研究的开展。根据ICD-11诊断指南，强迫性性行为障碍的特征是个体反复且难以控制地参与性冲动、欲望和行为（例如自慰和色情内容使用），且这些性行为导致严重的心理困扰、忽视责任、兴趣和健康，并对社会功能造成严重损害。国外众多研究指出，强迫性性行为障碍与个体的冲动性和强迫性、情绪失调、物质滥用、童年期性虐待密切相关，且可能与抑郁症、焦虑症及物质滥用等障碍共病，因此，应及时识别强迫性性行为障碍高风险人群，为其提供科学的评估和干预。当前，我国对强迫性性行为障碍的研究尚显不足，本文就强迫性性行为障碍的诊断指南、测评工具、相关因素及干预治疗方面的国际研究进行回顾及展望，以期为我国研究者开展强迫性性行为障碍研究提供参考。

【关键词】强迫性性行为；强迫性性行为障碍；文献综述

【中图分类号】R055　　【文献标志码】A

Research advances in compulsive sexual behavior disorder

Zhou Heng[1]，*Hu Chunmei*[2]，*Liu Guochun*[1]，*Hu Zaidong*[2]

（*1.Mental Health Education and Counseling Center，Chongqing Medical University；*

2.Mental Health Education and Counseling Center，Chongqing University of Arts and Sciences）

【**Abstract**】With the wide application of the Internet，there has been a significant increase in individual reports of hypersexual online behaviors and problematic pornography use，leading to a rapid growth in international research on compulsive sexual behavior. In 2019，the 11th Revision of International Classification of Diseases（ICD-11）officially incorporated compulsive sexual behavior disorder（CSBD）and proposed the guidelines for the diagnosis of CSBD，which enhanced the comprehensiveness and rigor of related research，reduced the cultural resistance to research，and promoted cross-cultural studies. According to the diagnostic guidelines of ICD-11，CSBD is characterized by an individual's repeated and difficult-to-control participation in sexual impulses，desires，and behaviors（such as masturbation and pornography use），and these sexual behaviors can cause severe psychological distress，neglect of responsibility，interests，and health，and severe damage to social functions. Numerous studies abroad have pointed out that CSBD is closely associated with an individual's impulsivity and compulsion，emotional dysregulation，substance abuse，and childhood sexual abuse，and it might coexist with mental disorders such as depression，anxiety，and substance abuse. Therefore，it is necessary to identify high-risk groups of CSBD in a timely manner and provide scientific assessment and intervention. At present，there are limited studies on CSBD in China，and this article reviews the international studies on the diagnostic guidelines，assessment tools，related factors，and intervention treatments of CSBD，as well as related future prospects，in order to provide a reference for CSBD research in China.

【**Key words**】compulsive sexual behavior；compulsive sexual behavior disorder；literature review

作者介绍：周　恒，Email：100850@cqmu.edu.cn，研究方向：社会心理和心理健康教育。

通信作者：胡春梅，Email：11061904@qq.com。

基金项目：国家社会科学基金资助项目“全民健身政策的残疾负担效益测度及循证优化研究”资助项目（编号：25BTY054）；重庆市教委人文社会科学研究项目基地资助项目（编号：25SKJD054）；重庆市社会科学规划资助项目“青少年心理疏导交叉机制的改革探索研究”资助项目（编号：2025NDYB118）。

优先出版：https://link.cnki.net/urlid/50.1046.R.20260403.1452.007（2026-04-07）

自20世纪90年代末以来，随着互联网的出现和普及，越来越多个体报告在网上经历过度性行为和问题性色情内容使用[1]，促使关于强迫性性行为障碍的研究快速增长。强迫性性行为障碍（compulsive sexual behavior disorder，CSBD）长期以来备受争议，其复杂性受到文化、道德和临床诊断标准等多种因素的影响；由于缺乏实验证据，强迫性性行为障碍未被纳入《精神疾病诊断与统计手册》第五版（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders，5th edition，DSM-5）[2]。但2019年，世界卫生组织在《国际疾病分类第十一次修订本》（International Classification of Diseases，11th Revision，ICD-11）中正式纳入强迫性性行为障碍，打破了因如何最佳定义该病症而产生的僵局，给出了该障碍的诊断指南[3]；虽然这一新诊断存在理论和方法上的局限性，却促进了强迫性性行为障碍研究的全面性和严谨性，减少了研究的文化阻力，推动了跨文化研究的开展[4]，相关研究数量快速增长。Bőthe B等[5]对42个国家不同性别、性取向人群的调查发现强迫性性行为障碍高风险人群检出率为4.8%，在不同国家检出率为1.6%~16.7%，仅有14%强迫性性行为障碍高风险个体曾寻求帮助或治疗；但强迫性性行为障碍会导致个体出现严重心理困扰和社会功能受损，因此，应及时识别强迫性性行为障碍高风险群体，为其提供科学的预防和干预。对强迫性性行为障碍的研究主要集中于欧美地区，我国相关研究较少。本文对强迫性性行为障碍的诊断指南、测评工具、相关因素及干预治疗等研究进行综述，并提出研究展望，为我国相关研究提供参考。

1 诊断指南

在强迫性性行为障碍的早期研究中，对其概念尚未达成一致，如性欲亢进、性欲障碍、性成瘾、过度性行为等，不同概念导致研究侧重点各异，影响了研究结果的一致性[2]。2019年，ICD-11正式将强迫性性行为障碍纳入，规范了强迫性性行为的概念，指个体持续性地无法控制强烈的、反复的性冲动或性欲望，从而导致重复性的性行为[3]，常见强迫性性行为包括色情内容使用、自慰、商业性行为、随意伴侣性行为等，其中，色情内容使用和自慰最为常见[6]；并给出了强迫性性行为障碍的诊断指南，指出有强迫性性行为并不等同于有强迫性性行为障碍。强迫性性行为障碍的特征是个体反复且难以控制地参与强迫性性行为，且这些性行为导致严重的心理困扰，忽视责任、兴趣和健康，并对社会功能造成严重损害[3]。具体表现为：①强迫性性行为持续6个月及以上，给个体带来明显心理困扰和功能障碍（如情绪困扰、人际冲突或工作困难等）；②反复尝试减少或停止强迫性性行为，但常以失败告终；③强迫性性行为仅带来很少或根本无满足感[3]。近年来的相关研究总体支持了ICD-11中强迫性性行为障碍诊断指南的有效性和适用性[7]，并指出具备临床性学和性医学方面的专业知识对诊断该障碍至关重要[8]。

虽然ICD-11中将强迫性性行为障碍归类为冲动控制障碍，但研究者们对其分类仍存在争议，主要有3种观点：冲动控制障碍、强迫症谱系障碍和行为成瘾障碍。第一，由于性冲动和性幻想等性行为是令人兴奋满足，尽管常伴随内疚及羞耻等负性情绪，但对性行为带来的积极情绪、感觉体验的冲动追求可引发过度的性行为，因此强迫性性行为障碍属于冲动控制障碍[9]；第二，强迫性性行为障碍和强迫症具有共同临床特征，如侵入性和重复性的强迫行为，迫使个体为缓解焦虑和紧张而参与强迫性性行为，提示其与强迫症谱系障碍存在重叠[10]；第三，强迫性性行为障碍与行为成瘾具有共同核心特征，如难以抵抗冲动、反复发作、行为频率和强度随时间的推移增加，以及减少时产生极度痛苦感，因此，它曾被认为是行为成瘾障碍的一种形式[11]。虽然还存在争议，但ICD-11中对强迫性性行为障碍的诊断指南也反映了其强迫（如强迫性参与）和行为成瘾（如重复性、复发性）的某些方面，较好地整合了上述观点[3-4]。

2 测评工具

在ICD-11颁布之前，常用的强迫性性行为测评工具包括性成瘾筛查测验（Sexual Addiction Screening Test，SAST）[12]、性欲亢进行为量表（Hypersexual Behavior Inventory，HBI）[13]、强迫性性行为量表（Compulsive Sexual Behavior Inventory，CSBI）[14]和性强迫量表（Sexual Compulsive Scale，SCS）[15]。研究表明，这4种量表分别侧重测量强迫性性行为的不同方面，无法完全准确反映不同性别、性取向和文化背景人群的强迫性性行为特征[16]。

Bőthe B等[16]基于ICD-11中对强迫性性行为障碍的诊断指南、结合已有测评工具，联合不同国家研究者共同编制了强迫性性行为障碍量表（Compulsive Sexual Behavior Disorder-19，CSBD-19），共19个题目，基于诊断指南确定了5个因子，分别是控制失败（无法控制性行为）、重要性（性行为是个人生活中心焦点）、复发（不能成功减少性行为）、不满（性行为中带来很少或毫无满足感）、负面后果（性行为导致明显心理困扰和功能受损）。量表首先向被试呈现性行为定义，指任何能激起性高潮或性快感的行为（例如，自慰、观看色情书籍/影视作品、和伴侣性爱等），性行为可以有伴侣也可以独自完成。在被试清晰性行为概念后，请被试回想自己近半年来性行为的发生情况并进行自我报告，量表采用4点计分（1=完全不同意，4=完全同意）总分越高，表明强迫性性行为越多，总分≥50分表明存在强迫性性行为障碍高风险。

CSBD-19能够从诊断指南的不同方面详细了解个体的强迫性性行为相关情况，但其题目偏多，不适用于调查时间有限或在预防、临床及研究中需要快速筛查等情况，因此，Bőthe B等[16]在CSBD-19基础上开发了简版强迫性性行为障

碍量表（Compulsive Sexual Behavior Disorder-7，CSBD-7）。CSBD-7共7个题目，分别从CSBD-19的控制、重要性、复发及不满因子中各选取1题，从负面后果因子中选取3题，测评结果显示与CSBD-19测评结果显著正相关，具有良好的信效度，得分越高，表明强迫性性行为越多，量表总分≥18分表明存在强迫性性行为障碍高风险。研究者采用CSBD-19和CSBD-7两个量表的26种语言版本对42个国家不同性别和性取向人群进行了研究，结果显示两个量表在对不同国家、不同人群被试中均有良好信效度，研究结果呈现跨文化一致性，说明量表适用于不同性别、性取向及文化背景下的被试，能够清晰区分高风险和低风险强迫性性行为障碍个体，可以作为强迫性性行为障碍的临床诊断辅助工具及研究工具[5,17]，能促进研究者更深入、更全面地了解强迫性性行为障碍[9]。

3 相关因素

目前，关于强迫性性行为障碍相关因素的研究多为横断面研究，虽无法确认强迫性性行为障碍与相关因素的因果关系，但均发现强迫性性行为障碍既可能由某些负性状态诱发，也可能诱发负性状态，与个体的冲动性和强迫性、情绪失调、物质滥用、童年期性虐待等显著相关，且与抑郁症、焦虑症、物质滥用等精神障碍存在共病现象[18-19]。

3.1 冲动性与强迫性

冲动性与强迫性是强迫性性行为障碍的2个重要特征，高冲动性和强迫性个体具有更高的强迫性性行为障碍风险[9]。但需要注意的是，二者与强迫性性行为障碍的关系存在差异。首先，二者在强迫性性行为障碍的不同阶段起作用，冲动性在强迫性性行为障碍早期阶段扮演着更重要的角色，个体因无法控制性冲动而参与强迫性性行为以获取奖励刺激；但随着强迫性性行为增多，性行为逐渐僵化和强迫化，并伴有追求奖励刺激的增强和满足感减少，此时强迫性的表现更为明显[4,10]。其次，冲动性和强迫性在驱动强迫性性行为的潜在机制上存在差异[20]，虽然二者都存在对强迫性性行为的控制失败，但冲动性控制失败表现为对性行为奖励刺激的快速且无计划的反应，个体会忽视性行为潜在危害而自发行动，如在工作中用电脑访问色情内容网站以应对突发的性冲动；强迫性控制失败表现为重复性性行为，个体通过严格遵循自我规定参与性行为来缓解痛苦、避免负性后果，如严格按时间表观看色情内容。

3.2 情绪失调

情绪失调主要表现为个体在理解、接受情绪及有效应对情绪上存在困难，它既是强迫性性行为障碍的重要特征，也可能是强迫性性行为障碍发展与维持的诱发因素[21]。强迫性性行为在以下方面帮助个体应对情绪失调：第一，情绪失调者将强迫性性行为作为满足情感需求的手段（尤其是抑郁症患者），通过性行为来体验爱、获得认可或与他人建立情感联系，以暂时缓解负性状态相关的孤独感和低自尊；第二，情绪失调者将强迫性性行为作为分散或转移对负性情绪刺激注意力的手段，在性唤起中将负性情绪转移到性行为上，通过专注于性行为带来的性感觉和愉悦，暂时释放和宣泄负性情绪[3,22-23]。

但要注意的是，虽然参与强迫性性行为能暂时缓解情绪失调，但从长远来看，反复参与却会加重负性情绪，甚至导致强迫性性行为障碍与以情绪失调为核心特征的精神障碍共病（如抑郁症和焦虑症）[23-24]。首先，强迫性性行为障碍与抑郁症、双相情感障碍可能共病，一方面，悲伤抑郁情绪是最易引发强迫性性行为的负性情绪，抑郁患者可能通过强迫性性行为来应对；另一方面，强迫性性行为是双相情感障碍复发前最常见的症状之一，患者在躁狂发作时会出现性欲亢进[8]。其次，焦虑症最易和强迫性性行为障碍共病[2]，临床诊断的强迫性性行为障碍个体，其焦虑水平明显高于非临床个体[25-26]，随着强迫性性行为增多，患者可能尝试控制或减少性行为，但往往失败，从而导致焦虑产生并持续增加。

3.3 物质滥用

强迫性性行为常与药物、酒精等物质滥用行为聚集出现，强迫性性行为障碍个体出现物质滥用障碍的风险更高[18]，而物质滥用又可能加重强迫性性行为症状[27]。首先，强迫性性行为障碍和物质滥用障碍具有相似性，二者具有相同核心特征，即强烈渴望、重复行为及过度关注行为导致的功能受损；同时，这2种障碍群体的人格特征具有相似性，他们往往更加粗心、高度神经质、缺乏责任心和亲和力[23]，难以控制注意力或行为，并具有高感觉寻求水平[28]。其次，2种精神障碍也存在差异，物质滥用障碍是对烟酒、药物、毒品等物质摄入成瘾，严重冲击患者生活功能和社会功能，而强迫性性行为障碍是非物质性的性行为成瘾，会给患者造成重大主观痛苦[29]；强迫性性行为障碍个体会特别关注自身社交关系，害怕失去亲密和信任的人，而物质滥用者无此特征[28]。

3.4 童年期性虐待

遭受童年期性虐待与个体参与强迫性性行为呈正相关，会增加强迫性性行为障碍风险[17]。研究者从不同视角对二者关系进行了分析。首先，从神经生物学视角来看，遭受童年期性虐待会影响个体大脑边缘系统和前额叶皮层参与情绪调节和冲动控制的区域，导致多巴胺和5-羟色胺失调，增加对强迫性性行为的易感性，进而强化该行为[17]。其次，从心理学视角来看，童年期性虐待会导致受害者产生性罪恶感及性羞耻感等，可能促使其将参与性行为作为应对负性情绪的方式[30]。第三，依恋理论认为，童年期性虐待会破坏个体早期关系模式，导致不安全依恋，促使个体将性行为作为寻求认可或逃避情感困扰的手段[17,23]。第四，从调节因素来看，抑郁和创伤后应激障碍会调节童年期性虐待与强迫性性行为的关联，在高创伤后应激或抑郁水平下，二者间呈显著

相关，但在中低水平下则不存在这种关联[30-31]；性别会调节二者关系，男性较女性更易受到童年期性虐待的负性影响，从而出现更多强迫性性行为[17]；遭受性虐待暴力程度和类型会调节二者关系，接触型性虐待（迫使儿童参与性行为）会较非接触型性虐待（对儿童不雅暴露、窥阴癖或让儿童接触色情内容）导致更高的强迫性性行为水平[32]，来自家庭成员的性虐待比来自熟人及性伴侣的性虐待与强迫性性行为的相关程度更高[33]。

4 干预治疗

强迫性性行为障碍的主要治疗方法包括药物治疗与心理治疗。

4.1 药物治疗

强迫性性行为障碍药物治疗的关键在于调节神经递质，促进情绪稳定，减少冲动，从而降低强迫性性行为的发生。强迫性性行为给个体带来愉悦反应的神经生物学原理主要涉及通过刺激阿片受体激活多巴胺通路，减少对其抑制来提高多巴胺水平，从而产生愉悦感；多巴胺水平增高是强迫性性行为的促进因素[34]。对强迫性性行为障碍患者的脑成像与功能性磁共振成像显示，当面对与性愉悦和性高潮相关的线索或预测线索时，中脑边缘多巴胺在大脑的某些区域（如杏仁核和腹侧纹状体或伏隔核）的传递会增强，会加剧反复出现的思维和幸福感，增强兴奋并导致去抑制现象[35-36]。基于对强迫性性行为障碍神经生物学机制的理解，主要药物治疗方法包括选择性5-羟色胺再摄取抑制剂和阿片类拮抗剂，使用5-羟色胺再摄取抑制剂（如氟西汀、舍曲林、帕罗西汀、西酞普兰等）能提高强迫性性行为障碍患者大脑5-羟色胺水平，改善负性情绪，从而减少强迫性性行为[22]；使用阿片类拮抗剂纳曲酮能够抑制多巴胺释放，进而抑制带来快感的强迫性性行为[23,37]。

目前，关于强迫性性行为障碍的药物研究主要为病例报告和小规模开放性研究，随机对照试验较少，实证支持有限[38]。基于两类药物治疗的7例病例报告显示，氟西汀能够缓解患者的抑郁和焦虑情绪，但未能缓解强迫性性行为症状；而不同剂量的纳曲酮能够有效减轻和缓解该症状[34]。1项关于氟西汀和纳曲酮药物治疗的随机对照试验发现，实验组和对照组患者分别接受8周的氟西汀和纳曲酮治疗及随后6周的随访结果显示，氟西汀约在4~8周达到稳定状态，纳曲酮依从性较低，未来研究可以考虑使用长效缓释型纳曲酮注射剂[39]。1项使用纳曲酮治疗的试验显示，患者连续4周每日服药后，强迫性性行为症状明显减轻[40]。1项使用氟西汀治疗的实验显示，患者服药2~10周能够有效减少强迫性性行为，但12~14周后又出现新的强迫性性行为，推测氟西汀可能在短期内效果良好，长期效果不佳[41]。

4.2 心理治疗

强迫性性行为障碍的心理治疗均涉及情绪调节，解决情绪失调问题能有效改善治疗效果[6]。当前常用方法包括认知行为疗法和12步治疗法。

认知行为疗法（cognitive behavior therapy，CBT）是治疗强迫性性行为障碍最常用的方法，其关键在于帮助患者修正导致性功能失调的信念——对自身性行为的否认和认知扭曲，进而显著减少患者的强迫性性行为[42-43]。CBT的6项治疗目标包括：理解性冲动、减轻羞耻感、致力于康复、理解个性化反复和强迫性思维的循环模式、解决潜在问题、制定预防复发策略及培养健康生活方式；通过治疗能帮助患者减少强迫性性行为，提升自尊，并改善与性冲动共存的负性情绪[42-43]。基于CBT治疗的7项随机对照试验（randomized controlled trial，RCT）显示，患者在治疗期间强迫性性行为显著减少，且在治疗结束后1~6个月的随访中干预效果仍稳定，表明CBT是治疗强迫性性行为障碍的有效干预手段[24,44]。但还缺乏充分的实证研究来评估CBT对强迫性性行为障碍的干预效果。

12步疗法（Twelve-Step Treatment）主要通过性匿名组织自助形式实施的团体心理治疗，旨在戒断强迫性性行为。目前，全球流行的三大性匿名组织包括性狂热者匿名组织（Sexaholics Anonymous，SA）、性成瘾者匿名组织（Sex Addicts Anonymous，SAA）及性与爱成瘾者匿名组织（Sex and Love Addictions Anonymous，SLAA），它们向求助者提供12步治疗方案[23]。治疗小组由2名及以上成员组成，组员按照12步治疗方案定期聚会，会议过程中，无专业的外部协调人员，而由经验丰富的赞助者（前期参与治疗、症状明显改善者）帮助和指导新成员完成12个步骤，赞助者会与新成员分享情绪调节策略、鼓励成员与可以提供帮助者建立人际关系等，以帮助成员调节负性情绪，降低冲动参与强迫性性行为的风险[45]。虽然该方法在性匿名组织非常流行，但其具有明显宗教和精神基础，且支持其治疗强迫性性行为障碍有效性的科学证据相当薄弱[45-46]，因此，其推广价值有待商榷。

5 小结与展望

综上所述，国外研究揭示了强迫性性行为障碍的主要特征及相关因素，提供了测评工具及干预治疗策略。但仍存在一定局限性：①研究群体取样存在方法学缺陷，主要局限于异性恋、男性、受教育水平较高及欧美国家群体，缺乏对不同性别、性取向、文化等群体的研究[47-48]，无法全面揭示社会文化因素对强迫性性行为障碍的影响[9]；②研究设计以横断面研究为主，无法确定强迫性性行为障碍与相关因素间的因果关系，不利于阐明强迫性性行为障碍的形成机制及分类；③对强迫性性行为障碍治疗效果的评估多依赖患者自我报告的性活动情况，仅能反映患者主观上的改善，缺乏标准化

且可靠的手段来衡量治疗效果[37]，影响了治疗方法的推广性。

当前，我国对强迫性性行为及强迫性性行为障碍的研究尚显不足，应借鉴国外研究的成果和不足，从以下方面开展研究：①扩大研究取样范围，对不同文化、性别、性取向、年龄等群体开展调查，了解强迫性性行为及强迫性性行为障碍的现状；②结合 ICD-11 诊断指南，借鉴强迫性性行为障碍量表，编制符合中国人群特征的测评工具，以更好地筛查出强迫性性行为障碍高风险个体；③突破横断面研究局限，结合纵向及实验研究来更全面地理解导致强迫性性行为障碍的心理、社会、环境及认知神经机制，为针对其诱因开展干预治疗奠定基础[49]；④开展强迫性性行为障碍治疗方法的随机对照试验及长期随访，以获取不同治疗方法的疗效数据，为完善强迫性性行为障碍治疗方案提供参考[37]。

利益冲突 所有作者声明不存在利益冲突

作者贡献声明 周恒、胡春梅：研究方案设计、文献综述、论文撰写及修订；刘国纯：文献检索、经费支持、论文修订；胡在东：方案设计、论文修订校对

参 考 文 献

[1] Mauer-Vakil D, Bahji A. The addictive nature of compulsive sexual behaviours and problematic online pornography consumption: a review[J]. Can J Addict, 2020, 11(3): 42-51.

[2] Grant Weinandy JT, Lee B, Hoagland KC, et al. Anxiety and compulsive sexual behavior disorder: a systematic review[J]. J Sex Res, 2023, 60(4): 545-557.

[3] World Health Organization (WHO). International classification of diseases, eleventh revision (ICD-11) [EB/OL]. (2025-01-01) [2026-01-10]. https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en#1321276661.

[4] Bőthe B, Koós M, Demetrovics Z. Contradicting classification, nomenclature, and diagnostic criteria of Compulsive Sexual Behavior Disorder (CSBD) and future directions[J]. J Behav Addict, 2022, 11(2): 204-209.

[5] Bőthe B, Koós M, Nagy L, et al. Compulsive sexual behavior disorder in 42 countries: Insights from the International Sex Survey and introduction of standardized assessment tools[J]. J Behav Addict, 2023, 12(2): 393-407.

[6] Garner AR, Florimbio AR, Basting EJ, et al. Alcohol use and compulsive sexual behaviors in college students: the moderating effect of alcohol-related sexual expectancies[J]. Sex Health Compuls, 2023, 30(1): 128-142.

[7] Reed GM, First MB, Billieux J, et al. Emerging experience with selected new categories in the ICD-11: complex PTSD, prolonged grief disorder, gaming disorder, and compulsive sexual behaviour disorder[J]. World Psychiatry, 2022, 21(2): 189-213.

[8] Briken P, Bőthe B, Carvalho J, et al. Assessment and treatment of compulsive sexual behavior disorder: a sexual medicine perspective[J]. Sex Med Rev, 2024, 12(3): 355-370.

[9] Gaudet É, Teumeni FN, Popova N, et al. Compulsive sexual behavior and problematic pornography use on the impulsivity-compulsivity axis: a systematic review[J]. Curr Addict Rep, 2025, 12(1): 41.

[10] Snaychuk LA, Ferrão YA, Fontenelle LF, et al. Co-occurring obsessive-compulsive disorder and compulsive sexual behavior: clinical features and psychiatric comorbidities[J]. Arch Sex Behav, 2022, 51(8): 4111-4123.

[11] Castro-Calvo J, Flayelle M, Perales JC, et al. Compulsive Sexual Behavior Disorder should not be classified by solely relying on component/symptomatic features[J]. J Behav Addict, 2022, 11(2): 210-215.

[12] Carnes P. Sexual addiction screening test[J]. Tenn Nurse, 1991, 54(3): 29.

[13] Reid RC, Garos S, Carpenter BN. Reliability, validity, and psychometric development of the hypersexual behavior inventory in an outpatient sample of men[J]. Sex Addict Compulsivity, 2011, 18(1): 30-51.

[14] Coleman E, Miner M, Ohlerking F, et al. Compulsive sexual behavior inventory: a preliminary study of reliability and validity[J]. J Sex Marital Ther, 2001, 27(4): 325-332.

[15] Kalichman SC, Rompa D. The Sexual Compulsivity Scale: further development and use with HIV-positive persons[J]. J Pers Assess, 2001, 76(3): 379-395.

[16] Bőthe B, Potenza MN, Griffiths MD, et al. The development of the Compulsive Sexual Behavior Disorder Scale (CSBD-19): An ICD-11 based screening measure across three languages[J]. J Behav Addict, 2020: 247-258.

[17] Slavin MN, Hewage S, Roy S, et al. Child sexual abuse and compulsive sexual behavior: an updated systematic review of key findings and moderators[J]. Curr Addict Rep, 2025, 12(1): 52.

[18] Ballester-Arnal R, Castro-Calvo J, Giménez-García C, et al. Psychiatric comorbidity in compulsive sexual behavior disorder (CSBD)[J]. Addict Behav, 2020, 107: 106384.

[19] Grubbs JB, Reid RC, Bőthe B, et al. Assessing compulsive sexual behavior disorder: The development and international validation of the compulsive sexual behavior disorder-diagnostic inventory (CSBD-DI)[J]. J Behav Addict, 2023, 12(1): 242-260.

[20] Sassover E, Weinstein A. Should compulsive sexual behavior (CSB) be considered as a behavioral addiction? A debate paper presenting the opposing view[J]. J Behav Addict, 2020, 11(2): 166-179.

[21] Rahm-Knigge RL, Gleason N, Mark K, et al. Identifying relationships between difficulties with emotion regulation and compulsive sexual behavior[J]. Arch Sex Behav, 2023, 52(8): 3443-3455.

[22] Shivakumar BK, Vaibhavi PS, Joel D. Young adults with depression exhibiting symptoms akin to compulsive sexual behavior: a case series[J]. Journal of Psychosexual Health, 2024, 6(4): 381-385.

[23] Lew-Starowicz M, Lewczuk K, Nowakowska I, et al. Compulsive sexual behavior and dysregulation of emotion[J]. Sex Med Rev, 2020, 8(2): 191-205.

[24] FiroozKhojastehfar R, Asgari K, Kalantari M, et al. A pilot ran-

domized control of the efficacy of cognitive-behavioral therapy on depression and hypersexual behaviors in compulsive sexual behavior disorder[J]. Sex Health Compulsivity, 2021, 28(3/4): 189-199.

[25] D T Scanavino M, Ventuneac A, Caramelli B, et al. Cardiovascular and psychopathological factors among non-sexually compulsive, sexually compulsive, and hypersexual individuals in Sao Paulo, Brazil [J]. Psychol Health Med, 2020, 25(1): 121-129.

[26] Scanavino MDT, Ventuneac A, Abdo CHN, et al. Sexual compulsivity, anxiety, depression, and sexual risk behavior among treatment-seeking men in São Paulo, Brazil[J]. Braz J Psychiatry, 2018, 40(4): 424-431.

[27] Efrati Y, Goldman K, Levin K, et al. Early-life trauma, negative and positive life events, compulsive sexual behavior disorder and risky sexual action tendencies among young women with substance use disorder[J]. Addict Behav, 2022, 133: 107379.

[28] Efrati Y, Kraus SW, Kaplan G. Common features in compulsive sexual behavior, substance use disorders, personality, temperament, and attachment-a narrative review[J]. Int J Environ Res Public Health, 2021, 19(1): 296.

[29] Hesse M. Why compulsive sexual behavior is not a form of addiction like drug addiction[J]. Sex Med, 2024, 12(1): qfae006.

[30] Basting EJ, Medenblik AM, Schlachta S, et al. Posttraumatic stress disorder symptoms moderate the association between childhood sexual abuse and compulsive sexual behavior among adults in residential substance use treatment[J]. Arch Sex Behav, 2025, 54(4): 1527-1536.

[31] Reis SC, Park KE, Dionne MM, et al. Symptoms of depression (not anxiety) mediate the relationship between childhood sexual abuse and compulsive sexual behaviors in men[J]. Braz J Psychiatry, 2023, 45(1): 38-45.

[32] Levin Y, Lev Bar-Or R, Forer R, et al. The association between type of trauma, level of exposure and addiction[J]. Addict Behav, 2021, 118: 106889.

[33] Guyon R, Fernet M, Canivet C, et al. Sexual self-concept among men and women child sexual abuse survivors: Emergence of differentiated profiles[J]. Child Abuse Negl, 2020, 104: 104481.

[34] Sultana T, Sahib Din J. Compulsive sexual behavior and alcohol use disorder treated with naltrexone: a case report and literature review [J]. Cureus, 2022, 14(6): e25804.

[35] Golec K, Draps M, Stark R, et al. Aberrant orbitofrontal cortex reactivity to erotic cues in Compulsive Sexual Behavior Disorder[J]. J Behav Addict, 2021, 10(3): 646-656.

[36] Lewczuk K, Wizła M, Glica A, et al. Withdrawal and tolerance as related to compulsive sexual behavior disorder and problematic pornography use - Preregistered study based on a nationally representative sample in Poland[J]. J Behav Addict, 2022, 11(4): 979-993.

[37] Zhu L, Ma WW, Zhang RQ, et al. Evaluation and treatment of compulsive sexual behavior: current limitations and potential strategies [J]. Front Psychiatry, 2025, 16: 1621136.

[38] Mestre-Bach G, Potenza MN. Current understanding of compulsive sexual behavior disorder and co-occurring conditions: what clinicians should know about pharmacological options[J]. CNS Drugs, 2024, 38(4): 255-265.

[39] Savard J, Görts Öberg K, Dhejne C, et al. A randomised controlled trial of fluoxetine versus naltrexone in compulsive sexual behaviour disorder: presentation of the study protocol[J]. BMJ Open, 2022, 12(6): e051756.

[40] Savard J, Öberg KG, Chatzittofis A, et al. Naltrexone in compulsive sexual behavior disorder: a feasibility study of twenty men[J]. J Sex Med, 2020, 17(8): 1544-1552.

[41] Gola M, Potenza MN. Paroxetine treatment of problematic pornography use: a case series[J]. J Behav Addict, 2016, 5(3): 529-532.

[42] Hallberg J, Kaldo V, Arver S, et al. A cognitive-behavioral therapy group intervention for hypersexual disorder: a feasibility study [J]. J Sex Med, 2017, 14(7): 950-958.

[43] Hallberg J, Kaldo V, Arver S, et al. Internet-administered cognitive behavioral therapy for hypersexual disorder, with or without paraphilia(s) or paraphilic disorder(s) in men: a pilot study[J]. J Sex Med, 2020, 17(10): 2039-2054.

[44] Antons S, Engel J, Briken P, et al. Treatments and interventions for compulsive sexual behavior disorder with a focus on problematic pornography use: A preregistered systematic review[J]. J Behav Addict, 2022: 11(3): 643-666.

[45] Andersson C, Carlström C, Amroussia N, et al. Using twelve-step treatment for sex addiction and compulsive sexual behaviour (disorder): a systematic review of the literature[J]. Sex Health Compulsivity, 2024, 31(2): 170-188.

[46] Sanches M, John VP. Treatment of love addiction: Current status and perspectives[J]. Eur J Psychiatry, 2019, 33(1): 38-44.

[47] Kowalewska E, Bőthe B, Kraus SW. Compulsive sexual behavior disorder: The importance of research on women[J]. J Behav Addict, 2024, 13(1): 12-15.

[48] Jennings TL, Gleason N, Grubbs JB, et al. Compulsive sexual behavior in LGBTQ individuals and minority stress theory: a literature review and theoretical integration[J]. Curr Addict Rep, 2024, 11(2): 256-264.

[49] Zhang WW, Wang PS, Gao BY, et al. Global research status and trends of compulsive sexual behavior disorder: A comprehensive bibliometric analysis[J]. J Behav Addict, 2025, 14(3): 1199-1221.

（收稿：2026-01-29；修回：2026-03-16；录用：2026-03-17）

（责任编辑：李青颖）

本文引用格式：

周 恒，胡春梅，刘国纯，等. 强迫性性行为障碍的研究进展[J]. 重庆医科大学学报，2026，51(5)：735-740.