

■종 설

성기능장애의 정신적 원인과 치료

이민수

고려대학교 의과대학 정신과학교실

서 론

인간의 성기능은 신경계, 혈관계, 내분비계를 포함하는 다양한 상호작용의 산물이다. 인간의 성적 홍분과 오르가즘은 이러한 상호작용으로 유발되고 조절된다. 남성의 성적 각성은 시각적 자극과 환상이나 성기 또는 성감대에 대한 촉각적 자극으로 유발된다. 이 자극은 음경혈관을 조절하는 부교감신경을 자극함으로써 혈액에 의해 확장되는 특수 조직인 음경해면체(corpus cavernosa)내로 혈류량을 증가시켜 발기를 유발한다. 지속적인 자극은 교감신경과 외음신경(pudendal nerve)에 의해 조절되어 사정을 일으킨다. 남성에서 중추신경계 도파민은 성적 각성과 사정을 유발하고, 세로토닌은 이러한 기능을 억제한다. 안드로겐은 성적 홍분을 촉진하는데 필요하다. 여성에서도 성적 각성은 환상, 시각적 자극, 신체적 자극으로 유발되는데, 일반적으로 여성에서는 신체적 자극이, 남성에서는 시각적 자극이 보다 중요하다. 여성에서도 부교감신경의 활성으로 여성 성기 혈류량이 증가하고 질내 분비액이 증가하며 클리토리스가 발기한다. 일반적으로 클리토리스에 대한 직·간접적인 자극은 오르가즘을 유발한다. 에스트로겐과 프로게스테론은 여성 성기능에 중요한 역할을 담당하고, 안드로겐은 여성에서 성적 각성을 유지하는데 중요하다. 남성과 마찬가지로, 도파민은 성적 각성과 오르가즘을 유발하고 세로토닌은 억제한다.

Masters와 Johnson은 성반응을 직접 관찰 기록함

으로써 인간의 성반응 주기를 욕구기, 홍분기, 절정기, 해소기의 4단계로 나누어 과학적으로 기술하였다.¹⁾ 욕구기는 성적 환상이나 성적 욕구가 나타나는 시기이다. 홍분기에 여성은 질분비물이 증가하고 질입구가 넓어지기 시작하며 질의 길이도 평소보다 길어지고, 남성은 음경이 발기하고 고환이 커진다.

절정기 동안에 성적 긴장을 해소되고 회음부 근육과 골반내 기관들이 수축되며 폐감이 최고조에 이른다. 이 시기에 남성을 사정을 하고, 여성에서는 질윤근(circumvaginal muscle)의 주기적 수축이 일어난다. 해소기는 성반응 주기의 마지막 단계로서 신체가 성적 자극이 없던 원상태로 회복되는 시기이다. 남성에서는 오르가즘 이후에 재발기까지 불응기가 필요하며, 이 불응기는 개인간에 차이가 있고 대체로 연령이 증가할수록 연장된다. 여성에서의 불응기는 다양하여 일부의 경우 불응기가 없고 여러번의 오르가즘을 겪는 경우도 있다.

성기능장애는 한 개인이 자신이 원하는 대로의 성관계를 가질 수 없는 다양한 상태들을 모두 포함한다. 성기능장애는 해부학적, 생리학적, 또는 심리학적 원인으로 성반응 주기중 어느 한 단계 이상에 장애가 발생한 경우 유발된다.²⁾ 성적 반응은 정신신체적 과정이며 성기능장애에는 보통 심리적 과정과 신체적 과정 양자가 모두 포함되어 있다.³⁾ 심리적 원인과 기질적 원인을 명확하게 할 수 있는 경우도 있지만 어느 것이 더 중요한지 확진하기 힘든 경우도 많고 혼

합성, 불확실한 원인에 의한 장애 또한 발생한다. 따라서 성기능장애의 진단에 있어 그 원인과 유형을 파악하는 것이 중요하다.

본 론

1. 성기능장애의 역학(the epidemiology of sexual dysfunction)

얼마나 많은 남성과 여성들이 성기능 장애로 고생하고 있을까? 많은 환자들이 성문제로 병원에 내원하는 것을 어렵게 생각하기 때문에 성기능장애의 유병률을 정확히 파악하기는 쉽지 않다. Nathan(1986)⁴⁾, Spector와 Carey(1990)⁵⁾의 보고에 따르면, 남성의 경우 35-38%의 환자들이 조루증을 가지고 있고, 4-20%는 발기장애를, 4-10%는 절정감장애를 가지고 있으며, 여성의 5-30%는 절정감 장애를 가진다. 미국의 National Health and Social Life Survey(이하 NHSL라 칭함)는 성기능장애의 유병률에 대한 보다 최근의 신빙성 있는 자료를 제공하고 있다. 당시의 보고에 따르면, 남성의 경우 28.5%는 조루증을 가지고 있고 17.0%는 수행불안을 겪고 있으며, 15.8%는 성에 대한 관심의 결핍을, 10.4%는 발기유지장애를 가지고 있는 것으로 보인다. 여성의 경우 33.4%는 성욕감퇴를, 24.1%는 절정감에 도달하지 못함을, 21.2%는 불쾌한 성관계를 가지고 있으며, 18.8%는 질분비장애로 14.4%는 성교통으로 고생하고 있다.⁶⁾ 근래에는, 성욕감퇴, 남성 절정감장애, 여성 절정감장애, 남성 발기 장애는 증가하고 조루증은 감소하는 추세이다.⁵⁾

2. 성기능장애의 병인론(the etiology of sexual dysfunction)

성기능장애는 다양한 원인에 의해 유발될 수 있다. 이러한 요인들은 크게, 기질적 요인과 정신사회적 요인으로 대별될 수 있다. 초기에는 기질적 원인이 주로 고려되었으나, 최근에는 성적 불안, 성에 대한 무지, 결혼 불화 같은 심리사회적 요인이 크게 관여함으로써 대부분 기질적 요인과 심리적 요인의 상호 작용이 강조되고 있다.⁷⁾ 실제로 이러한 요인들은 복합적으로 작용하며, 일부의 경우 그 원인을 규명하지 못하기도 한다. 본 논문에서는 심리적 요인을 서술하

고자 한다.

1) 심리사회적 요인(psychosocial factors)

많은 심리사회적 요인들이 성기능 장애와 관련된다. 이러한 심리사회적 요인들에는 크게 문화적 영향, 정신성적 외상, 성적주체성, 결혼불화, 심리적 갈등, 성기술부족, 비합리적 믿음, 수행불안 등이 있다.

(1) 문화적 영향

성적으로 억압적인 문화나 가정 환경에서 양육된 경우 성에 대한 불안이나 수치심을 느끼기 쉽다. 성기를 만지는데 쉽게 죄책감을 느끼는 부모의 자녀들은 성기가 즐거움의 근원이 된다는 것을 받아들이는 것이 어렵다. 우리 사회에서 성욕을 억압하도록 학습되는 경향이 있는 여성들의 경우는 남성보다 성기능장애에 취약할 수 있다.⁸⁾ 성적으로는 활동적이지만 절정감 장애를 갖는 여성들의 경우, 자위행위에 대한 부정적 사고, 강한 성적 죄책감, 성행위에 대한 의사소통의 어려움, 직접적인 클리토리스 자극에 대한 혐오감 등을 가지고 있는 경우가 흔하다.⁹⁾

(2) 정신성적 외상

학습이론가들은 성기능장애를 설명하는데 조건화된 불안의 역할에 초점을 맞추고 있다. 강간, 근친상간, 성적 학대와 같은 신체적 또는 심리적으로 고통스러운 과거의 경험에 현재의 성적 자극과 합쳐지면 불안이 야기된다. 또한 이러한 외상과 흔히 동반되는 해결되지 않은 분노나 죄책감 이후에도 어려움을 야기한다.

(3) 성주체성

일부 동성애자들은 이성과의 관계, 결혼, 자녀 양육을 통해 성주체성을 시험하려 한다. 이러한 경우에도 이성에 대한 성적 관심의 결여로 성기능 장애가 유발될 수 있다.

(4) 성적 기술의 문제

일부의 부부들은 한 파트너가 성적 기술을 조절하지 못하거나 지루한 기법만을 고집하기 때문에 편협한 성적 기술만을 사용하게 된다. 이 경우 성적 기호나 기법에 대해 의사소통이 되는 경우의 부부들은 성에 대한 관심을 발견하지 못할 수 있다.

(5) 정서적 요인과 정신 질환

오르기즘은 수의적인 조절의 일시적 상실을 동반할 수 있다. 따라서 조절상실에 대한 두려움은 성적 홍분을 차단할 수 있다. 우울증과 같은 다른 정서적 요

인들도 성기능장애와 관련된다. 성욕감퇴를 가진 여성들은 우울장애 과거력을 흔히 가진다.⁹⁾ 높은 강도의 정서적 스트레스를 경험하는 사람들도 성적 관심이나 반응의 감퇴를 경험한다. 우울장애 외에 정신분열병이나 인격 장애에서도 성기능장애가 동반된다.

(6) 심리적 갈등

프로이드의 정신역동이론에 따르면, 성기능장애는 초기 아동기 동안에 외디푸스 콤플렉스를 성공적으로 해결하지 못하여 발생한다. 성기능장애는 해결되지 않은 갈등이나 무의식적인 불안, 적대감에 기인할 수 있다.

(7) 비합리적 믿음

비합리적인 믿음이나 태도도 흔히 성기능장애와 관련된다. 일시적으로 나타난 성기능장애에 대한 불안이나 공포 같은 부정적인 감정이 부정적인 비합리적인 믿음을 야기하고 이는 성기능 장애를 진행 또는 악화시킬 수 있다.

(8) 수행불안

수행불안과 같은 불안은 성기능장애에 중요한 역할을 한다. 수행불안은 어떤 작업이나 일을 어떻게 잘 수행하느냐에 대한 고민이 심한 경우에 발생한다. 이러한 수행불안은 긍정적인 영향보다는 부정적인 영향을 야기하는 경우가 많은데, 흔히 작업에 있어 점차적인 악순환을 초래하는 경우가 많다. 남성의 경우, 수행불안은 발기를 억제하거나 조루증을 악화시킬 수 있다. 여성의 경우, 수행 불안은 질 분비 감소나 절정감장애를 야기할 수 있다.

3. 성기능장애의 유형(the types of sexual dysfunction)

성기능장애의 분류에 있어 최근 가장 흔히 사용되는 것은 Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders fourth edition(이하 DSM-IV라 칭함)¹⁰⁾이다. DSM-IV는 성기능장애를 성주기에 따라 크게 성욕장애(sexual desire disorder), 성적흥분장애(sexual arousal disorder), 절정감장애(orgasmic disorder), 성적통증장애(sexual pain disorder)의 4개 질환군으로 분류하고 있다.

1) 성욕장애(sexual desire disorder)

성욕장애는 성욕을 비롯하여 성에 대한 관심을 포함하는 장애로 성욕결핍이나 성관계에 대한 혐오감을

특징으로 한다. 아직까지 이 장애군의 정확한 유병률은 알려져 있지 않지만, 임상가들은 이전 세대와 비교하여 빈도의 증가를 보고하고 있다.¹¹⁾ 성욕장애에는 크게 성욕 감퇴장애(hypoactive sexual desire disorder), 성적혐오장애(sexual aversion disorder)가 포함된다.

(1) 성욕감퇴장애(hypoactive sexual desire disorder)

성욕감퇴장애란 성에 대한 관심이나 욕구가 없거나 감퇴된 상태를 말한다. 흔히 성적 환상의 감퇴도 동반한다. 성욕감퇴장애는 성기능장애 중 흔히 진단되는 것 중 하나이다.¹²⁾ NHSLS 연구에 따르면 남성보다는 여성에서 흔하다. 일부 환자들은 성욕감퇴가 있어도 발기, 질분비 증가, 절정감 도달이 정상이고, 일부 환자들은 이러한 기능 전반에 걸쳐 기능장애를 가진다. 따라서 많은 환자들은 일단 자극이 되면 정상적인 성관계를 가질 수 있다.⁶⁾ 호르몬부족이나 우울장애, 결혼불화 등 생물학적 요인과 심리사회적 요인 모두가 성욕감퇴를 유발할 수 있다. testosterone 결핍증, 갑상선기능항진증, 갑상선기능저하증, 측두엽간질 등은 성욕감퇴와 흔히 관련된다.¹³⁾ 성욕은 정소와 부신에서 생성되는 testosterone에 의해 강화된다. 남성의 경우 여성보다 고령에서 흔히 성욕감퇴가 발생하는데 이는 연령의 증가에 따른 testosterone 감소와 관련있는 것으로 보인다.¹⁴⁾ 부신절제술 후에도 성욕감퇴가 올 수 있다. 그러나 성욕감퇴 환자들 중에도 정상 testosterone, estrogen, progesterone치를 보이고 있는 환자들이 많아 아직 그 관계는 불명확하다. 그러나 성욕의 급격한 변화는 우울장애, 정서적 스트레스, 결혼문제, 대인관계 문제 같은 심리사회적 문제와 관련되는 경우가 흔하다.¹⁵⁾ 우울장애는 성적 욕구를 감소시키는 가장 흔한 원인 중의 하나이다. 수행불안과 같은 불안도 흔하게 보고되는 요인이다. 성욕감퇴가 일차적인 문제인지 또는 다른 기저의 성적 문제를 가진 이차적인 문제인지를 감별하는 것도 중요하다. 결혼문제, 대인관계 문제같은 다른 기저 원인이 성욕감퇴를 유발하기도 하고, 부부 간에 성 활동이 활발하지 않아 성욕감퇴가 발생하는 경우도 많다.

(2) 성적혐오장애(sexual aversion disorder)

성적혐오장애는 성적 대상과 성접촉을 지속적, 반복적으로 극심하게 혐오하거나 두려워하는 경우를 말

한다. 성적혐오장애는 성욕감퇴장애 보다는 적다. 일부 연구자들은 이 장애를 성적 공포증이나 성적공황 상태까지 고려하기도 한다. 남성에서 발기장애가 있는 경우 성적혐오 장애가 발생하기도 한다. 특히 여성의 성적혐오장애의 경우 강간, 성적남용, 또는 근친상간 같은 성적외상과 관련된 경우가 많다.

2) 성적흥분장애(sexual arousal disorder)

성적으로 흥분되면, 성기의 혈류량 증가해서 남성에서는 발기가, 여성에서는 질내 분비가 일어난다. 성적흥분장애는 발기나 질 분비가 일어나거나 유지하는데 어려움이 있는 경우이다. 성적 흥분은 정상적인 성적 즐거움의 주관적인 느낌이 결핍된 경우도 있다.

(1) 남성 발기장애(male erectile disorder)

남성 발기장애는 성행위를 완수하는데 필요한 발기가 충분히 일어나거나 유지되지 못하는 경우이다. 이는 상황적 발기장애와, 드물지만 자위행위를 포함한 성활동 전반에 있어 기능 장애가 발생하는 일반적 발기장애로 분류된다. 발기장애는 한번도 성공적인 성행위를 완수한 적이 없는 원발성 발기장애와 어느 시점부터 발기 장애가 발생하는 이차성 발기장애로 구분된다. 발기장애는 연령에 따라 증가하며, 60세 이상의 경우 1/3이 경험한다.⁶⁾ 대체로 원발성 발기장애는 남성의 1%에서 보고되며, 이차성 발기 장애는 10-20%에서 보고된다.¹⁷⁾ 일부의 경우 일시적인 발기장애를 경험하는데, 이는 피로감, 음주, 새로운 상대에 대한 불안감 등과 관련된다. 발기장애는 수행불안과 관련되고, 흔히 악순환을 반복한다. 대부분 심인성인 경우가 많고, 기질성이거나 복합성인 경우도 존재한다. 기질적 원인을 감별하기 위해 수면시 남근팽창측정(nocturnal penile tumescence monitoring), 남근 혈류량 측정, 기타 내분비기능, 신경학적 검사 등을 시행한다.^{2,3)}

(2) 여성 흥분장애(female sexual arousal disorder)

성적 자극에 의해 성적으로 흥분하지 못하거나 질 분비물이 충분히 분비되지 못하는 경우를 여성 흥분장애라고 한다. 질의 전조는 성적 불쾌감을 동반한다. 여성 흥분장애는 자주 성욕 감퇴 장애나 절정기장애와 동반된다. 당뇨병은 클리토리스를 자베하는 신경이나 혈관의 손상을 가져와 성적 흥분을 감소시킬 수 있다. 그러나, 많은 경우 여성 흥분장애는 심리적 요

인과 관련된다. 배우자에 대한 깊은 분노를 가지고 있는 경우도 있고, 성적 외상의 과거력을 가지는 경우도 흔하다.

3) 절정감 장애(orgasm disorder)

절정감장애는 크게 남성 절정감장애, 여성 절정감장애, 조루증 등이 포함된다. 여성 또는 남성 절정감장애는 충분한 성적 자극에도 불구하고 절정기에 이르는데 지속적인 지연이 존재하거나 절정감에 이르지 못하는 경우로, 남성보다는 여성에서 흔하다.

(1) 남성 절정감장애(male orgasm disorder)

남성 절정감장애는 사정지연이라고 흔히 일컬어진다. 남성 절정감장애는 다발성경화증이나 사정을 조절하는 신경의 손상과 같은 기질적 요인에 기인하거나 약물의 부작용으로 발생한다. 수행불안이나 성적 죄책감, 분노와 같은 심리적 요인 또한 중요한 역할을 한다. 역동적으로 남성 절정감 장애는 배우자에 대한 분노 때문에 사정을 취소하는 의미를 가지고 있다.⁶⁾

(2) 여성 절정감장애(female orgasm disorder)

여성이 절정감을 경험하는데는 개인의 성적 욕구, 배우자의 성적 기교나 성행위시의 분위기 같은 여러 변수들이 고려되어야 한다.¹⁸⁾ 따라서 성행위 때마다 절정감을 느끼지 못한다고 해서 진단을 내릴 수는 없고, 충분한 조건과 노력에도 불구하고 성적흥분 상태에 도달하지만 절정감을 반복적이고 지속적으로 경험하지 못하거나 지연되는 경우에 진단한다.²⁾ 이는 여성에서 가장 흔한 성기능장애 중 하나이다. 대부분 심인성으로 심리적, 문화적, 사회적 요인들과 밀접한 관계가 있다.

(3) 조루증(premature ejaculation)

조루증은 남성에서 가장 흔한 성기능장애이다. 조루증에서 사정은 자신이나 배우자가 성관계를 완전히 즐길 수 없을 정도로 빠른데, 그 빠른 정도는 다양하며, 시간상 기준은 없다. 일부 연구자들은 시간상의 기준보다는 부부가 성관계의 시간에 만족하느냐에 초점을 맞추어야 한다고 주장한다.⁶⁾

4) 성적 통증장애(sexual pain disorder)

(1) 성교동통(dyspareunia)

성교동통은 남성, 여성 모두 이환될 수 있으나 여성에서 흔하고, 여성들이 부인과에 내원하는 흔한 원인이다.¹⁷⁾ 여성에서 가장 흔한 원인은 질 분비저하이

다. 질내 감염이나 성병도 통증을 유발한다. 콘돔이나 질경계에 대한 알레르기 반응도 원인이 된다. 심부의 통증은 골반내 감염이나 자궁내막증 등 질환이나 음경에 의한 자궁 경부 자극과 관련된다. 해결되지 않은 죄책감이나 불안도 성교동통을 유발할 수 있고, 이러한 요인들은 질 분비를 감소시키거나 질부 근육의 불수의적 수축을 야기할 수 있다.

(2) 질경련(vaginismus)

질경련은 질 하부 1/3 부위를 둘러싼 근육의 반복적이고 불수의적인 수축을 특징으로 한다. 질경련은 음경의 삽입시 반사적으로 발생하여 통증을 유발하거나 삽입 실패를 일으킨다.^{2,3,16)} 질경련이 유병률은 아직 알려져 있지 않다. 질경련을 가진 여성들은 흔히 질 근육의 수축을 자각하지 못한다. 질경련은 기질적 원인보다는 내재된 침투에 대한 두려움¹⁸⁾ 같은 심리적 원인과 관련된다. 종종 환자들은 성적 외상력을 가지고 있다. 성교동통은 삽입에 대한 두려움을 야기 시켜 질수축을 일으킬 수 있다. 성교동통이나 질경련은 흔히 남성의 발기 장애를 유발한다.^{2,3,6,16)}

4. 성기능장애의 치료(the treatment of sexual dysfunction)

1940년대까지 성기능장애에 대한 효과적인 치료 방법은 없었고, 이후 정신분석학적 이론에 기초하여 무의식, 대인관계 갈등에 대한 장기적인 정신역동적 치료가 시도되었다. 그러나 그 효과나 방법상에 한계가 있어왔고, 1970년 Masters와 Johnson의 성생리학 연구 이후 성치료라는 단기적 행동학적 치료가 대두되었다. 이 치료는 직접적으로 장애적인 행동을 교정하는 단기치료로, 자기패배적 믿음과 태도의 변화, 성교기술의 교육, 성적 지식의 증진, 성적 대화의 증진, 수행불안의 감소를 주 목적으로 한다.⁶⁾ 성치료는 흔히 배우자 모두를 대상으로 하며, 필요한 경우 개인치료를 시행한다. 현재 널리 사용되고 있는 심인성 성기능장애의 성치료로 Masters와 Johnson 기법과 Kaplan 기법이 있다. 또한 최면치료나 이완요법, 행동 치료, 정신치료, 집단치료 등이 사용되기도 하며, 필요한 경우 약물치료나 수술요법이 사용되기도 한다.

(1) Masters와 Johnson 기법과 Kaplan 기법

Masters와 Johnson은 성기능장애 치료의 직접적이고 행동적인 접근의 선구자이다. 치료형태의 특징은

치료 대상이 부부라는 점, 치료자도 남녀 치료자가 공동으로 치료에 임한다는 점, 증상의 평가와 치료에 있어서 신체적 검사와 정신사회적 평가를 함께 시행한다는 점, 치료 기간이 짧고 적극적이라는 점, 행동주의 이론에 기초하였다는 점 등^{2,3,6,16)}이다. 예를 들어, 감각집중훈련(sensate focus exercise)은 매일의 성과제를 수행하는 기법으로 성치료에 있어 기본적이고 필수적이다. 감각집중훈련의 첫단계는 유방이나 성기를 제외한 배우자의 신체를 각자 서로 애무하는 것으로 성적인 것을 유도하기 보다는 촉감을 학습하고 애무받는 감각을 인지하는 것이다. 이는 이완과 요구되지 않은 상태를 제공하고 성기 활동은 제한하여 성행위의 수행에 대한 불안감이나 부담감을 없앤다. 두번째 단계는 유방이나 성기를 포함한 신체를 성적 반응의 기대나 유도없이 교대로 애무하며 자신의 성행위나 반응을 관찰한다. 세번째 단계에는 발기 외는 상관없이 음경을 여성 성기에 부드럽게 문지르며 성행위는 제한한다. 최근들어 많은 성치료자들은 Masters와 Johnson의 기법을 변형하여 사용하기도 한다. 각 유형의 성기능 장애에는 다양한 특수 기법들이 사용된다. Kaplan 기법은 정신역동적 성치료라고도 불리운다. 이 기법은 행동학적 치료와 정신역동적 기법의 혼합치료이다. Kaplan은 부부간 대화의 증진, 수행 불안의 감소, 성적 기술과 지식의 증진과 같은 행동학적 접근에 단기 정신 치료의 개념을 사용함으로써 무의식적인 갈등을 깨닫도록 하였다.^{2,6)}

(2) 각 유형별 성기능 장애의 성치료

성욕장애의 경우 처방된 자기자극훈련과 성적 환상을 이용하여 억제된 성욕을 자극하는 기법이 도움이 된다. 성적흥분장애의 경우에는 이완된 환경에서 배우자로부터 성적 자극을 받아 자연적인 성적 반응이 불안에 의해 억제되지 않도록 하는 기법을 흔히 사용한다. 절정감 장애에 있어서 Masters와 Johnson 기법에서는 여성 환자의 경우 여성 상위 체위를 이용하여 여성 스스로가 자연스럽게 성적 자극과 흥분의 위치와 방법을 찾도록 격려한다. 또 다른 치료자들은 여성이 자기 스스로의 필요와 속도에 따라 직접적인 자위행위를 통해 자신의 신체와 성반응, 절정감에 대한 정보를 얻을 수 있도록 한다. 조루증에는 흔히 squeeze technique이나 stop-start technique이 사용된다. 성교동통이나 질경련의 경우에는 내과적 치료

가 일반적으로 사용되며, 질경련에는 일반적으로 플라스틱 질 확장기가 사용된다.

(3) 약물치료와 수술요법

성기능장애가 정신과적 질환이나 정신적 문제와 관련되어 있는 경우에는 이에 대한 근본적인 약물치료를 시행할 수 있다. 우울장애가 있는 경우 항우울제를 투여하고, 긴장과 불안이 심한 환자에서는 항불안제를 투여할 수 있다. 성에 대한 공포가 심한 경우 삼환계항우울제나 세로토닌재흡수억제제와 같은 항우울제가 도움이 되기도 한다. 최근의 연구들은 심리적 문제를 치료하는 약물들이 조루증에 효과적임을 보고한다. 고전적으로 삼환계항우울제, 특히 강박장애에서 흔히 사용되는 clomipramine 같은 항우울제들이나 thioridazine 같은 항정신병약물은 그 부작용인 사정 지연으로 말미암아 일부 경우 조루증에 효과적인 것으로 알려져 왔다.^{2,3,16)} 그러나 최근 선택적 세로토닌재흡수억제제인 fluoxetine, sertraline, paroxetine 등이 세로토닌 증가 효과에 따라 사정을 지연시킴에 밝혀져 조루증에 유용하게 사용된다. 세로토닌은 사정반사를 억제하는 것으로 밝혀지고 있다.¹⁹⁾ 절정감 도달을 지연하는 benzodiazepine의 효과를 이용하여 성행위 1-2시간 전에 lorazepam을 투여하기도 한다.³⁾

testosterone요법은 혈중 testosterone치가 비정상적으로 낮은 남성 환자들에서 성욕과 발기 능력을 회복하는데 도움이 될 수 있다.²⁰⁾ 그러나 testosterone 치가 정상인 환자들에서도 효과적이라는 증거는 없다. 또한 testosterone 요법은 testosterone를 생성하는 부신의 절제술을 받은 여성을 제외한 여성에서는 특별한 효과는 없는 것으로 보인다.²⁰⁾

발기장애는 alpha₁ 수용체차단효과를 이용한 trazodone, alpha₂ 길항효과를 이용한 yohimbin, dopamine 효현제인 apomorphine¹⁾ 사용되기도 한다.³⁾ 특히 yohimbin은 심인성 발기 장애에 효과적이라고 하나 아직 논란의 여지가 있다.¹⁶⁾ 또한 발기 장애 환자들에게 papaverine, alprostadil 등의 음경 주사술이 도움이 되기도 한다. papaverine 주입은 사정이 없는 경우 35-40분의 발기를 사정시 15분 정도의 발기를 유발한다.²¹⁾ alprostadil은 발기 장애의 치료에 있어서 1995년 FDA의 공인을 받았다. 이러한 papaverine과 alprostadil은 소혈관의 근육을 이완시킴으로써 혈류

량 증가를 유발하여 발기를 지속시키며, papaverine의 경우 phentolamine과 병합하여 사용하기도 한다. 이러한 주사술은 성기로의 혈류량을 증가시킬 수 없는 상태에서는 효과가 없다. 또한 염증, 발기 통증, 발기 지속, 조속발기증, 음경의 섬유화, 감염, 혈관 손상 등 부작용이 발생할 수 있으므로 주의해야 한다.

발기 장애의 경우 인공 구조물 삽입시술이 사용되기도 하고, 혈관 장애가 원인인 경우에는 coporal shunt와 같은 혈관 수술이 시도되기도 한다. 여성의 성교동통시 원인에 따라 hysterectomy를, 홍분 증진을 위해 질 성형술이나 음핵 유착 제거술이 시술되기도 한다.

결 론

전술한 바와 같이 성기능장애는 성욕, 성적 홍분, 절정감, 해소기를 포함하여 성반응 주기 중 어떤 기능의 지속적, 반복적인 장애로 정상적인 성활동을 하는 데 장애를 가지는 경우를 말한다. 다양한 기질적 요인과 심리사회적 요인이 성기능 장애의 원인이 되며 대개 양자가 상호작용을 하는 경우가 혼하다. 최근의 연구에 따르면 많은 성인들이 성기능장애로 고생하고 있으나 인식의 부족으로 정확한 진단과 적절한 치료가 이루어지지 못하고 있는 실정이다. 성기능 장애의 진단과 치료에 있어 기질적 요인과 심리사회적 요인에 대한 정확하고 전문적인 평가가 반드시 필요하며 그 원인에 따라 성치료, 정신치료, 행동치료, 집단치료와 같은 행동심리사회적 치료와 약물 치료나 수술 요법 같은 생물학적 치료가 필요하다. 또한 기저의 전신적 질환이 원인이 되는 경우 근본적인 내과적 치료가 필요하며 약물에 의해 유발된 성기능 장애의 경우 약물의 감량이나 교체가 필요하다. 성기능 장애에 대한 정확하고 폭넓은 인식은 많은 환자들의 삶의 질을 향상시키고 나아가 사회 병리에도 매우 긍정적인 영향을 가져다 줄 수 있다.

참 고 문 현

1. Masters WH, Johnson VE. Human sexual inadequacy. Boston : Little, Brown, 1970.
2. Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA. Textbook

- of Psychiatry. 2nd ed. Washinton DC : American Psychiatric Press, 1994:659-65.
3. 대한신경정신의학회. 신경정신의학. 서울 : 하나 의학사, 1997:487-93.
 4. Nathan SG. The epidemiology of the DSM-III psychosexual dysfunction. *J Sex Marital Ther* 1986;12:267-81.
 5. Spector IP, Carey MP. Incidence and prevalence of the sexual dysfunctions: a critical review of the empirical literature. *Arch Sex Behav* 1990;19:389-408.
 6. Rathus SA, Nevid JS, Rathus LF. Human sexuality in a world of diversity. 3rd ed. Needham Heights : Allyn&Bacon 1997:439-70.
 7. Mohr DC, Beutler LE. Erectile dysfunction : A review of diagnostic and treatment procedures. *Clin Psychology review* 1990;10:123-50.
 8. Kelly MP. Attitudinal and experiential correlates of anorgasmia. *Arch Sex Behav* 1990;19: 165-77.
 9. Schreiner-Eagle P, Schiavi R. Lifetime psychopathology in individuals with low sexual desire. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1986; 174:646-51.
 10. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders. 4th ed. Washinton DC : American Psychiatric Press, 1994.
 11. Schmidt G. Sex therapy, 1970-1994. *Nordisk Sexologi* 1994;12(3):178-83.
 12. Letourneau E, O'Dohonu W. Sexual desire disorders. In O'Dohonu W, Geer JH editor. *Handbook of sexual dysfunctions: Assessment and treatment*. Boston:Allyn & Bacon, 1993:53-81.
 13. Kresin D. Medical aspect of inhibited sexual desire disorder. In O'Dohonu W, Geer JH editor. *Handbook of sexual dysfunction : Assessment and treatment*. Boston : Allyn & Bacon, 1993:15-2.
 14. Segraves RT, Segraves KB. Medical aspect of organism disorder. In O'Dohonu W, Geer JH editor. *Handbook of sexual dysfunctions: Assessment and treatment*. Boston : Allyn & Bacon, 1993:225-52.
 15. Leiblum SR, Rosen RC. Couples therapy in erectile disorder : conceptual and clinical considerations. *Journal of Marital and Sexual Therapy* 1988;17:147-59.
 16. 민성길:최신정신의학. 제3개정판. 서울 : 일조각, 1995:359-69.
 17. Quevillon RP. Dyspareunia. In O'Dohonu W, Geer JH editor. *Handbook of sexual dysfunctions : Assessment and treatment*. Boston : Allyn & Bacon, 1993:367-80.
 18. Beck JG. Vaginismus. In O'Dohonu W, Geer JH editor. *Handbook of sexual dysfunctions : Assessment and treatment*. Boston : Allyn& Bacon, 1993:381-97.
 19. Assalian P. Premature ejaculation: Is it really psychogenic? *Journal of Sex Education and Therapy* 1994;20(1):1-4.
 20. Bagatell CJ, Bremner WJ. Drug therapy:Androgen in man-Uses and abuses. *New England Journal of Medicine* 1996;334:707-14.
 21. Levitt EE, Mulcahy JJ. The effect of intracavernosal injection of papaverine hydrochloride on orgasm latency. *Journal of Sex and Marital Therapy* 1995;21:39-41.