大韓男性科學會誌: 第12卷 第2號 1994年 12月
J. Kor. Androl. Soc., Vol. 12, No. 2, December, 1994

발기부전 장애유무에 따른 조루증 환자의 임상적 특성

연세대학교 의과대학 비뇨기과학교실, 아주대학교 의과대학 정신과학교실*,
연세대학교 의과대학 비뇨기과학교실**

송동호 · 이홍식 · 김찬형 · 서호석 · 임기영* · 최형기**

=Abstract=

Study of Patients Having Premature Ejaculation with and without Erectile Dysfunction Using Psychiatric Instruments

Dong Ho Song, Hong Shick Lee, Chan Hyung Kim, Ho Suk Suh, Ki Young Lim and Hyung Ki Choi**

From the Department of Psychiatry, Yonsei University College of Medicine, Seoul, Korea, the Department of Psychiatry, Ajou University College of Medicine, Suwon, Korea, and the Department of Urology, Yonsei University College of Medicine, Seoul, Korea***

The authors compared the clinical and psychological characteristics of 20 men having premature ejaculation alone(PE) and 35 men having premature ejaculation plus erectile dysfunction (PEER). Each patient was tested using several psychiatric instruments: Yonsei Sexual Function Inventory(YSFI) for general sexual function, sexual desire, erectile and ejaculatory function, etc.; Symptom Checklist-90 Revised(SCL-90 R) for various psychopathologies; Hamilton Rating Scale for Depression(HRSD); State and Trait Anxiety Inventory(STAI); and Maudsley Obsessive Compulsive Inventory(MOCI). The PE group had a higher mean age and a longer mean duration of dysfunction than the PEER group, but there was no significant difference in blood testosterone or prolactin concentrations, duration of education, marital status, or occupation between two groups. In the YSFI, the PEER group revealed lower erectile function during masturbation and sexual intercourse, and these patients were less satisfied with their erectile function than the PE group. The groups did not differ in sexual desire, ejaculatory function, or performance anxiety for rapid ejaculation. Furthermore, compared with the PE group, the PEER group did not show more psychopathologies on the HRSD, STAI, MOCI, or SCL-90 R instruments. The implications of these findings are discussed.

Key Words : Ejaculation-Penile Erection-Impotence-Psychosexual Dysfunctions-Psychopathology.

서 론

일반적으로 성기능은 대뇌(cerebral cortex), 시상하부(hypothalamus), 뇌변연계(limbic system), 척수(spinal cord)등의 중추신경계와 말초신경계 및 내분비 기관과 생식기관(genital organ)이 상호작용한 복합적인 결과이며, 이 과정들은 생리적 또는 심리적인 요인들의 영향을 받는 것으로 알려져 있다. 따라서 성기능은 일종의 정신신체 과정(psychosomatic process)이며, 임상적으로 성기능장애는 생리적인 성반응 주기(sexual response cycle)에 맞추어 이해되고 있다. 미국정신의학회(American Psychiatric Association; APA)[1]도 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Ⅳ(DSM-Ⅳ)에서 성기능 장애의 진단분류를 성 반응 주기(sexual response cycle)에

기초하여 성적 욕구(sexual desire)의 장애, 성적 흥분(sexual excitment)의 장애 그리고 성적 오르가즘(sexual orgasm)의 장애로 분류하고 있으며 남성 성기능장애에서 발기부전증은 성적 흥분장애, 조루증은 성적 오르가즘장애로 간주하고 있다. 그러나 임상적으로 성적 욕구의 저하, 발기 부전증 및 조루증은 성적 오르가즘장애로 간주하고 있다. 그러나 임상적으로 성적 욕구의 저하, 발기 부전증 및 조루증은 흔히 서로 중첩되어 나타난다. 조루증에 동시 이환된 발기장애의 빈도에 대한 국내의 임상연구에서 박병탁[2]이 15%, 유계준등[3]이 18%를 보고하였고, Warner등[4]은 조루증을 주소로 하는 환자중 18%가 발기장애를 동반하고 있다고 보고하였다. 특히 조루증은 남성 성기능 장애의 대표적 질환으로, 일반 성인 남자의 약 1/5이 조기사정으로 곤란을 호소하나, 이중 20% 정도만이 치료를 필요로 하는 것으로 알려져 있다[5,6]. 조루증 환자들은 사정을 스스로 조절할 수 없을 뿐 아니라 대체로 만족스러운 성적 오르가즘을 얻는데에 대한 행위불안(performance anxiety), 강박(obsession), 우울증상 등이 동반된다. 우울증상 등이 동반된다. Cooper[7]는 조루증 환자들의 인격특성이 신경증적(neurotic)이라고 하였고, 흥미롭게도 Munjack등[8]은 이차성 발기장애 환자를 동반한 조루증 환자를 동반한 조루증 환자들이 단순한 조루증 환자들에 비해 더욱 '신경증'적인 정신병리를 보인다고 주장하였다. 그러나 이에 대한 검증을 위한 추후 연구 및 보고는 아직 발표된 바 없다. 저자들은 단지 조루증만 호소하는 성기능 장애 환자와 발기부전을 동반한 조루증 환자 간에 임상적 특징 및 정신의학적 특성의 차이가 있는지를 알아보기 위하여 본 연구를 시행하였다.

대상 및 방법

1. 연구대상

본 연구의 대상은 연세의대 부속 영동세브란스 병원 정신과에 조기사정을 주소로 내원한 환자들로서, 연구대상의 포함기준은 1) DSM-Ⅲ-R 기준에 의하여 조루증으로 진단된 환자, 2) 신체이학적 검사와 검사실 검사(소변검사, 정액검사, prolactin과 testosterone 검사, 음경발기검사)에서 특이한 소견이 없는 환자로 하였다. 연구의 제외기준은 1) 간, 심장, 신장, 내분비계 등의 이상병력이 있는 환자, 2) 정신상태검사와 심리검사를 포함한 면밀한 정신과적 평가를 통하여 뚜렷한 정신병리를 보이는 환자, 3) 척추 손상 및 기질성 성기능 장애 환자, 4) 약물 및 알콜남용 환자, 5) 인격장애자 또는 성도착자 등으로 하였다. 본 연구의 최종 연구대상 환자는 모두 55명으로 발기장애를 호소하지 않은 조루증환자(이하 '조루증군')는 20명이었고, 발기장애를 호소하는 조루증 환자(이하 '조루증-발기장애군')는 35명이었다.

2. 평가방법

연구대상 환자 모두에게 정신의학적 면담과 진찰 외에 간이 정신진단검사(Symptom Checklist-90-Revised; SCL-90-R), Hamilton Rating Scale for Depression(HRSD), State and Trait Anxiety Inventory(STAI), Maudsley Obsessive Compulsive Inventory(MOCI) 및 연세 성기능 조사지(Yonsei Sexual Function Inventory; YSFI)를 시행하였다. 본 연구에서 양군 간의 각 평가척도에 대한 차이는 SPSS/PC$^+$의 Chi-square test와 Student's t-test를 이용하여 분석하였으며 통계적 유의 수준은 0.05이하로 정하였다.

3. 평가도구

1) SCL-90-R은 Derogatis등[9]이 개발한 90문항으로 이루어진 다차원 증상목록(multidimensional symptom inventory)검사로서 신체화 증상, 강박증상, 우울증상, 적개심, 공포 증상 등 9가지 영역의 정신병리를 자기보고(self-report)식으로 측정할 수 있도록 고안된 체계적인 심리진단검사 도구이다.

2) HRSD는 Hamilton[10]이 우울과 불안의 심리적 증상, 생리적 증상 등을 평가하기 위하여 고안한 척도로 24개 문항에 대하여 정신과 의사가 직접 평가하게 되어있다.

3) STAI는 Spielberg가 state anxiety와 trait anxiety의 정도를 측정하기 위하여 개발한 척도로 김정택과 신동균[11]이 국내에서 표준화한 문항을 사용하였다.

4) MOCI는 Hodgson[12]에 의하여 고안된 척도로 강박사고와 강박행동의 유형과 정도를 측정하게 되어있으나 본 연구에서는 강박증상의 심각도를 알아보기 위하여 사용되었다.

5) YSFI는 전반적인 성생활에 관한 정보와

Table 1. Sociodemographic characteristics of patients who entered study

	Premature ejaculation only (N=20)	Premature ejaculation with erectile dysfunction (N=35)
Age(yr)*		
mean(SD)	38.8(8.9)	33.8(6.7)
Duration of education(yr)		
mean(SD)	12.3(4.1)	12.5(2.9)
Marital status(%)		
unmarried	6 (30.0)	17 (48.6)
married	11 (55.0)	14 (40.0)
divorced	3 (15.0)	4 (11.4)
Occupation(%)		
businessman	5 (25.0)	6 (17.1)
officer	8 (40.0)	10 (28.6)
engineer	2 (10.0)	8 (22.9)
farmer	3 (15.0)	2 (5.7)
professional	1 (5.0)	2 (5.7)
unemployed	1 (5.0)	7 (20.0)

* $p<0.05$ by Student's t-test($t=2.17$, $df=1$).

Table 2. Clinical characteristics of patients who entered study

	Premature ejaculation only (N=20)	Premature ejaculation with erectile dysfunction (N=35)
Duration of symptoms(yr)		
mean(SD)	13.0(8.2)	4.4(2.9)
Testosterone(ng/ml)		
mean(SD)	6.4(2.7)	8.7(5.8)
Prolactin(ng/ml)		
mean(SD)	16.9(6.7)	16.0(8.4)
Past illness(%)		
STD*	6 (30.0)	5 (14.3)
Liver disease	1 (5.0)	7 (20.0)
Tuberculosis	1 (5.0)	3 (8.6)
Diabetes mellitus	1 (5.0)	0 (0)
Back pain	2 (10.0)	3 (8.6)
Neurosis	3 (15.0)	3 (8.6)

*Sexually transmitted disease.

성적욕구, 발기력, 조루증상 및 성행위에 대한 만족도 등을 조사하기 위하여 저자들이 고안한 평가도구로서 35개 문항으로 구성된 설문지이다.

결 과

1. 대상환자의 특징

조루증군과 조루증-발기장애군 간의 사회인구학적 특성은 Table 1에 제시하였다. 조루증군의 평균 연령은 38.8(±8.9)세로 조루증-발기장애군의 평균 연령 33.8(±6.7)세에 비하여 유의하게 많았으나, 평균 교육기간은 조루증군이 12.3(±4.1)년, 조루증-발기장애군이 12.5(±2.9)이고, 두 군 간에 유의한 차이

Table 3. Comparative frequencies of satisfactory sexual functions between premature ejaculation with and without erectile dysfunction

	Premature ejaculation only (N=20)	Premature ejaculation with erectile dysfunction (N=35)
Sexual desire(%)		
> often	8(40.0)	3(8.6)
occasionally	5(25.0)	15(42.8)
< rare	7(35.0)	17(48.6)
Duration of ejaculation(%)		
on inserting	11(55.0)	17(48.6)
< 1 min.	7(35.0)	15(42.8)
over 1 min	2(10.0)	3(8.6)
Erectin in the morning		
> often	8(40.0)	3(8.6)
occasionally	8(40.0)	7(20.0)
< rare	4(20.0)	25(71.4)
Erectin during masturbation(%)*		
> often	18(90.0)	10(28.6)
occasionally	1(5.0)	15(42.8)
< rare	1(5.0)	10(28.6)
Erectin during intercourse(%)*		
> often	11(55.0)	2(5.7)
occasionally	6(30.0)	5(14.3)
< rare	3(15.0)	28(80.0)

* $p<0.05$ by Chi-square test(df=2).

는 없었다. 결혼상태에 있어서는 조루증군이 미혼 6명(30.0%), 기혼 11명(55.0%), 이혼 3명(15.0%)이고, 조루증-발기장애군에서는 미혼 17명(48.6%), 결혼 14명(40.0%), 이혼 4명(11.4%)으로 두 군 간에 차이는 없었다. 직업의 분포는 다양하였으며 두 군 간에 차이는 없었으나 조루증-발기장애군에서는 무직이 7명(20.0%)으로 조루증군의 1명(5%)에 비하여 많았다.

대상환자들의 임상적 특징은 Table 2에 제시되어 있다. 조루증군의 증상기간은 13.0(±8.2)년으로 조루증-발기장애군의 4.4(±2.9)년에 비하여 유의하게 길었다. 조루증군에서는 평균 testosterone의 농도가 6.4(±2.7)ng/ml, prolactin은 16.9(±6.7)ng/ml이었으며, 조루증-발기장애군에서는 각각 8.7(±5.8)ng/ml, 16.0(±8.4)ng/ml으로 두 호르몬 모두 두 군 간에 유의한 차이가 없었고, 과거병력에서도 차이가 나지 않았다.

성적 욕구가 심하게 감퇴된 경우(rare)는 조루증군에서 35.0%(7명), 조루증-발기장애군은 48.6%(17명)이었고, 사정시간에 있어서도 '질 삽입시'나 '삽입후 1분 이내'에 사정하는 경우가 조루증군에서 90.0%(18명), 조루증-발기장애군은 91.4%(32명)로 두 군간에 유의한 차이가 없었다. 두 군 간의 발기기능에서는 비교한 결과, 아침 기상시의 발기기능은 조루증군이 조루증-발기장애군에 비해 대체로 우수하였으나 통계적인 유의성은 없었다. 그러나 자위행위 시에 '자주' 발기되는 경우가 조루증군에서 90.0%(18명)인데 반해 조루증-발기장애군은 28.6%(10명)이었고, 성교행위 중의 발기기능에서도 조루증군은 55.0%(11명)가 '자주' 발기되고 15.0%(3명)가 거의 발기가 되지 않는데 반해 조루증-발기장애군은 5.7%(2명)가 '자주' 발기되고 80.0%(28명)가 거의 발기가 되지 않아 두 군 간에는 유의한 차이를 보였다(Table 3).

사정 및 발기기능에 대한 환자들의 반응을 조사한 결과, 조루증상에 대한 예기불안

Table 4. Comparisons of emotional reactions to sexual functions between premature ejaculation with and without erectile dysfunction

	Premature ejaculation only (N=20)	Premature ejaculation with erectile dysfunction (N=35)
Anticipatory anxiety for rapid ejaculation(%)		
Severe	12(60.0)	14(40.0)
moderate	4(20.0)	13(37.1)
minimal to mid	4(20.0)	8(22.9)
Dissatisfaction with ejaculatory function(%)		
Severe	17(85.0)	2(57.1)
moderate	3(15.0)	12(34.3)
minimal to mid	0(0)	3(8.6)
Dissatisfaction with erectile function(%)*		
Severe	7(35.0)	32(91.4)
moderate	5(25.0)	2(5.7)
minimal to mid	8(40.0)	1(2.9)

* $p<0.05$ by Chi-square test(df=2).

Table 5. Comparative scores of psychiatric scales between premature ejaculation with and without erectile dysfunction

	Premature ejaculation only Mean(SD)	Premature ejaculation with erectile dysfunction Mean(SD)	t value	P
HRSD*	15.4(13.3)	15.6(11.7)	-0.06	NS
STAI**				
State anxiety	45.1(10.6)	49.0(10.2)	-1.31	NS
trait anxiety	47.6(8.3)	47.6(10.3)	.01	NS
MOCI***	10.1(3.0)	8.7(3.4)	1.25	NS
SCL-90-R****				
SOM[1]	50.0(8.3)	50.3(11.1)	- .10	NS
O-C[2]	57.6(5.9)	50.1(11.1)	.10	NS
I-S[3]	50.1(6.5)	51.1(10.7)	- .38	NS
DEP[4]	51.0(8.0)	52.9(9.4)	- .76	NS
ANX[5]	51.0(6.3)	50.4(10.4)	.22	NS
HOS[6]	48.1(5.3)	49.1(8.9)	- .48	NS
PHOB[7]	46.6(4.6)	48.3(9.7)	- .80	NS
PAR[8]	44.7(6.6)	47.0(9.9)	- .96	NS
PSY[9]	52.6(7.4)	57.1(10.3)	-1.75	NS
Total	49.7(6.7)	51.5(10.4)	- .64	NS

NS : not significant, * Hamilton Rating Scale for Depression, ** State and Trait Anxiety Inventory, ***Maudsley Obsessive Compulsive Inventory, *** Symptom Check List-90-Revised.

1. Somatization 2. Obsessive compulsive 3. Interpersonal sensitivity
4. Depression 5. Anxiety 6. Hostility
7. Phobic anxiety 8. Paranoid ideation 9. Psychoticism

(anticipatory anxiety)이나 사정기능에 대한 만족도는 두 군 간에 차이가 없었으나, 발기기능에 있어서는 조루증군의 35%(7명)가 '심한' 불만족을 보인데 반해 조루증-발기장애군은 91.4%(32명)가 '심한' 불만족을 보여 통계적으로 유의한 차이를 나타냈다(Table 4).

2. 정신과적 증상의 평가

조루증군에 비해 조루증-발기장애군에서 HRSD, SCL-90-R, State anxiety등 대부분의 척도점수가 다소 높은 반면, MOCI 척도에서는 조루증군이 약간 높았다. 조루증-발기장애군에서 SCL-90-R 9개 소척도의 전체 평균점수가 51.3(±10.4)으로 조루증군의 49.7(±6.7)에 비해 다소 높았으며, 그 분포 양상에 있어서도 불안(Anxiety; ANX) 증상과 강박(Obsessive-Compulsive; O-C)증상 척도를 제외한 신체화(Somatization; SOM)증상, 대인관계 민감성(Interpersonal sensitivity; I-S), 우울(Depression; DEP), 적개심(Hostility; HOS), 공포(Phobic anxiety; PHOB)증상, 편집적 사고(Paraonid ideation; PAR), 정신병(Psycoticism; PSY)증상 등 대부분의 소척도 점수가 조루증-발기장애군에서 조루증군에 비해 다소 높았다. 그러나 두 군 간의 모든 정신과적 척도점수는 통계적으로 유의한 차이가 없어 두 군의 정신의학적 특성은 차이가 없는 것으로 나타났다(Table 5).

고 안

성의학이 임상분야에서 자리잡기 시작한 것은 약 40년전으로 1953년 kinsey의 '성 보고서'가 그 효시라 하겠다. 그후 1966년 Masters와 Johnson[13]이 인간의 생리적인 성반응(sexual response)을 연구한 결과를 발표한 이후, 인간의 성행동 및 성 반응에 대한 다수의 연구 결과 정신의학 분야에서 성치료가 가능하게 되었다. 즉 Masters 등[14]과 Kaplan[5]이 성기능 장애 환자를 대상으로 행동치료와 정신치료 및 교육을 포함시킨 포괄적인 성치료와 '부부'를 단위로 치료하는 'dual-therapy'를 시도하여 현대 성치료의 근간을 이루었다. 국내의 정신의학에서 임상 성의학의 실태를 보면, 1980년대 이후 성기능 장애 및 성문제에 관한 사회적 관심이 증대되어 일반 남녀의 성행동과 성기능 장애에 대한 몇몇 임상적 연구가[15~20] 시도되었을 정도로 아직 미비하다 하겠다.

역사적으로 조루증과 발기장애는 뚜렷하게 구분되어 있었던것 같지 않다. 즉 1970년도 이전에는 조루증은 발기장애의 한 임상적 아형으로 분류되기도 하였고, 한편 Shapiro[5]는 조루증을 두가지 아형으로 분류하면서, 나이가 많은 연령층에서 호발하며 발기장애를 보이는 임상적인 유형을 기술하였는데, 이중 사정기능이 유지되는 경우가 현재의 발기장애를 보이는 임상적인 유형을 기술하였는데, 이중 사정기능이 유지되는 경우가 현재의 발기장애로 여겨진다. 그후 성반응 주기에 관한 생리적 현상이 밝혀지면서, Masters와 Johnson[21]은 조루증과 발기장애는 별개의 성생리 장애임을 주장하여 조루증은 오르가즘의 장애인 반면, 발기장애는 성적 흥분의 장애라고 하였다. 또한 조루증은 발기장애와 달리 환자 자신보다는 환자와 그 배우자 간의 성적인 상호관계의 문제라고 지적하면서, 성적 행동에 영향을 끼치는 인격적 특성이나 사회심리적인 요인이 매우 중요하다고 하였다. 그러나 임상적으로 두 질환은 동시 이환되는 경우가 많으며 그 심리적인 특성 또한 비슷하다는 보고가 있는 반면[22], 임상적인 증상이나 MMPI등 심리검사 소견에서 차이가 있다는 등[23], 그 연구결과가 일치되지 않고 있다.

본 연구결과에서 조루증군의 평균연령이 조루증-발기장애군에 비해 유의하게 높았는데, 이는 조루증 환자들은 일반 인구집단에서 나타나는 빈도에 비하여 병원을 찾는 비율이 낮은 점으로 보아, 생리적으로 성기능이 저하되기 시작하는 중년기 이후에 전문적인 치료를 요청할 뿐 아니라 증상의 기간도 길었을 것으로 생각된다. 반면에 조루증-발기장애군은 미혼인 환자가 많고 발기장애를 보다 심각하게 우려하며, 특히 결혼을 앞둔 미혼 남성들에게는 더욱 절실한 문제로 받아들여져 병원을 찾는 평균연령이 낮을 것으로 예견되며 증상의 이환기간도 짧았던 것으로 추정된다. 외국의 몇몇 연구들에[4,22] 의하면 발기장애 환자들은 비교적 연령이 높은 중년층일 때 치료적 도움을 찾아 병원을 방문하는 것으로 보고되고 있다. 그러나 국내 보고인 유계준 등[3]의 연구결과에 의하면 성클리닉을 찾는 발기장애 환자의 64%가 미혼이며, 63%가 20-30대의 연령층인 반면, 조루증 환자는 30-40대가 73

%인 것으로 보고하고 있어 본 연구의 연령층과 유사하다. 아마 외국자료와의 연령 차이는 우리나라의 서양과의 성 문화의 차이에서 기인되었을 것으로 생각된다.

자위행위와 성교행위 시의 발기기능에서 조루증-발기장애군이 조루증군에 비해 유의하게 낮았으나, 조루증군에서도 심각한 발기장애를 보인 경우가 15%이었고, 35%에서는 발기기능에 대한 심한 불만족을 나타내 조루증만을 호소하는 환자들에서도 발기장애가 상당히 동반되어 있음을 알 수 있다. 국내의 임상연구[2,3]에서도 조루증과 발기장애의 동시 이환률은 15-18%라고 보고하고 있다. 또한 두 군 모두가 조루증상이 주요한 문제임에도 불구하고, 조루증-발기장애군은 조루증상에 비하여 발기기능에 대하여 보다 만족하지 않는 것으로 보아, 성기능장애환자들이 발기기능의 장애를 더욱 심각한 문제로 인식함을 알 수 있다.

성기능 장애에서 정신과적인 문제가 흔하고, 그 원인에 있어서도 행동심리적 요인을 언급하면서도, 심리학적 특성이 성기능 장애의 원인인지 또는 결과인지는 아직 확실하지 않다[24,25]. 조루증이나 발기장애의 경우, 불안, 우울, 강박증상 및 대인관계에서의 위축감 등 다양한 신경증적인 특성을 보이고 있으며, 특히 조루증에서는 성교행위에 있어 예기 불안(anticipatory anxiety)이나 만족스러운 성교행위에 대한 행위불안(performance anxiety)이 주요 원인이라고 보고되어 있다[26,27,28]. 본 연구에서는 두 군간에 정신병리, 특히 우울, 불안, 강박에 관한 객관적인 척도(HRSD)평가나 환자 자신의 주관적인 척도(STAI와 MOCI)점수에서 두 군 간에 유의한 차이를 발견할 수 없었으며, SCL-90R을 통한 신체화 증상, 공포증상 등의 신경증적 증상에 따른 차이도 없었을 뿐아니라, 주관적인 예기불안도 차이가 없었다. 그러나 통계적 유의성은 없었지만 조루증-발기장애군이 대체로 다소 심각한 정신병리를 보인 결과는 Derogatis등[9]의 연구결과와 일치한다.

본 연구의 제한점은 연구대상의 수가 충분치 않았으며, 환자 집단에 국한된 어느 정도 이상의 심각한 상태의 환자에 대한 연구이므로 표본의 대표성이 문제가 될 수 있다. 또한 본 연구의 자료가 체계화된 평가도구에 의해 얻어진 것이라 해도 주관적인 경험이어서 객관성이 어느 정도 결여되어 있으며, 정상군 또는 성기능 장애를 보이지 않는 신경증 환자군의 대조군의 결여가 제한점이 될 수 있다. 향후 충분한 환자와 대조군을 설정하여 보다 객관적인 평가도구를 통한 체계적인 연구의 필요성이 요구된다.

결 론

발기장애를 호소하지 않은 조루증 환자('조루증군') 20명과 발기장애를 동반한 조루증 환자('조루증-발기장애군') 35명을 대상으로 성적욕구, 조루증상, 발기기능 등의 성기능 및 정신과적 평가도구(HDRS, SCL-90-R, MOCI, STAI)들을 적용하여 불안, 우울, 강박증상 등의 정신병리를 조사한 결과 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. 조루증군이 조루증-발기장애군에 비하여 평균연령, 증상의 평균 이환기간이 많았다. 그러나 평균 교육기간, 혈중 testosterone과 prolactin 농도, 결혼상태와 직업의 분포는 두 군 간에 차이가 없었다.

2. 두 군 간의 성기능을 조사한 결과, 성적욕구와 사정기능은 두 군 간에 유의한 차이가 없었으나, 조루증군에 비하여 조루증-발기장애군은 자위행위와 성교행위 시의 발기기능이 유의하게 낮았다. 조루증상에 대한 예기불안은 두 군 간에 차이가 없었으나, 두 군 모두 조루증상이 주요 증상임에도 불구하고, 조루증-발기장애군에서는 사정기능 보다는 발기기능에 대한 만족도가 유의하게 낮았다.

3. HRSD, SCL-90-R, STAI, MOCI등의 정신과적 평가도구를 적용하여 두 군의 정신병리를 조사한 결과 양 군 간에 차이가 없었다.

향후 충분한 환자와 대조군을 통한 객관적이고 체계적인 연구의 필요성이 요구된다.

REFERENCES

1) American Psychiatric Association : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder-IV. Washington DC, APA, 1994.*

2) 박병탁 : 남성 성기능장애 환자의 정신의학적 임상실태. 최신의학, *23:1105-115, 1988.*

3) 유계준, 남궁기, 이호영, 오병훈, 이범용 : 성기능 장애 클리닉 내원환자에 대한 임상

적연구. 한국임상성학회지, *2:77-91, 1990.*
4) Warner, P., Bancroft, J. and Members of the Edinburgh Human Sexuality Group: *A regional service for sexual problems: a 3-year study. Sex Mar. Therapy, 2:115-126, 1987.*
5) Kaplan, H.S.: *The new sex therapy: active treatment of sexual dysfunctions. lst. ed., New York, Brunner/Mazel, 1974.*
6) 이홍식, 최형기, 유계준, 이호영 : 성기능 장애 환자들에 대한 임상적 연구. 제 1회 연세의료원 특수질료소 학술강연회 초록집, *43-53, 1987.*
7) Cooper, A.J.: *'Neurosis' anddisorders of sexual potency in the male. J. Psychosom. Res., 12:141-144, 1968.*
8) Munjack, D.J., Oziel, L.J., Kanno, P.H., Whipple, K. and Leonand, M.D.: *Psychological characteristics of males with secondary erectile failure. Arch. Sex Behav., 10: 123-132, 1981.*
9) Derogatis, L.R., Rickels, K. and Rocks. A. F.: *SCL-90(Revised) Manual I. Baltimore, Johns Hopkins University, 1976.*
10) Hamiton, M.: *Rating scale for depression. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry, 23:56-62, 1960.*
11) 김정택, 신동균 : STAI의 한국 표준화에 관한 연구. 최신의학, *21:69-75, 1978.*
12) Hodgson, R.J. and Rachman, S.: *Obsessive complsive complaints. Behav. Res. Ther., 15: 389-395, 1977.*
13) Masters, W.H. and Johnson, V.E.: *Principles of the new sex therapy. Am. J. Psychiaty, 133:548-554, 1966.*
14) Master, W.H., Johnson, V.E. and Kolodny, R.C.: *Sexual dysfunction and sex therapy. In Human sexuality, 2nd. ed., Boston, Little Brown, 1985, pp495-526.*
15) 정동철 : 한국에서의 성치료와 그 문제점. 정신건강연구, *3:56-66, 1985.*
16) 이홍식, 김진학, 유계준, 이호영 : 기혼 남녀의 성기능 장애 빈도. 대한의학협회지, *31: 1017-1023, 1987.*
17) 이홍식, 김진학, 유계준, 이호영 : 기혼 여성의 성행위에 관한 연구. 신경정신의학, *26: 689-695, 1987.*
18) 이홍식 : 심인성 조루증의 성치료. 신경정신의학, *27:798-803, 1988.*
19) 이홍식, 송동호, 이성훈, 최형기, 민성혜, 박혜숙 : 미혼 발기부전증 환자의 집단성 치료. 대한의학협회지, *31:997-1005, 1988.*
20) 이홍식, 송동호, 이호석, 전지용, 기선완, 최형기, 유계준 : 조루증 환자에서의 *fluoxetine* 효과. 대한정신약물학회지, *5:71-76, 1994.*
21) Masters, W.H. and Johnson, V.E.: *Human sexual inadequacy. Boston, Little, Brown, 1970.*
22) Bancroft, J.: *Human sexuality and its problems. 2nd. ed., New York, Churchill Livingstone, 1989.*
23) Tondo, L., Cantone, M., Carta, M., Laddomada, A., Mosticoni, R. and Rudas, N.: *An MMPI evaluation of male sexual dysfunction. J. Clin. Psychology, 47:391-396, 1991.*
24) Beutler, L.E., Scott, F.B. and Karacan, K.: *Psychological screening of impotent men. J. Urol., 116:193-197, 1976.*
25) Derogatis, L.R., Meyer, J.K. and King. K. M.: *Psychopathology in individuals with sexual dysfunction. Am. J. Psychiatry, 138:757-763, 1981.*
26) Mauri, M., Petracca, A. and Cassano, G. B.: *Impotence I: personality profiles and psychopathological features in 66 subjects refered to an andrology out patient center. Compreh. Psychiatry, 25:142-146, 1984.*
27) Strassberg, D.S., Kelly, M.P., Caroll, C. and Kircher, J.C.: *The psychophysiological nature of premature ejaculation. Arch. Sex Behav., 16:327-336, 1987.*
28) Strassberg, D.S., Mahoney, J.M., Schaugaard, M. and Hale, V.E.: *The role of anxiety in premature ejaculation: A psychophysiological model. Arch. Sex Behav., 19:251-257, 1990.*