

## 화학적 거세의 의료윤리적 관점

최범성\*, 임명호\*\*

### 요약

성적가해자에 대한 대중적인 관심은 오래 전부터 있었으나 가해자의 윤리적 문제에 대한 관심과 연구는 매우 적었다. 그러나 최근에는 성적 가해자의 윤리에 대한 연구보고가 증가하고 있으며 가해자의 인권에 관한 문제제기도 이루어지고 있다. 성적 가해자에 대한 치료의 한 방법으로 외과적 거세 및 화학적 거세치료 즉 성충동조절 약물치료 등의 방법이 있지만 공공의 안전을 위해서 범법자에 대한 벌이 필요하다는 의견과 임상적으로 가장 효과적인 치료방법을 선택해야한다는 의견이 서로 상충하고 있다. 본 연구자는 화학적 거세치료가 점차적으로 증가되고 있는 현시점에서 첫째, 화학적 거세 즉 성폭력 범죄자의 성충동약물치료에 대한 의학적 효능과 부작용을 알아보고, 둘째, 의료 윤리적 관점에서 화학적 거세의 주된 문제점들을 문답형으로 고찰하고자 하였다.

### 색인어

화학적 거세, 의료윤리, 정신건강의학과, 성적 가해자

## I. 서론

최근에 성폭력과 성적가해자에 대한 사회적 관심이 급격히 증가하고 있다. 2010년 6월 29일 ‘성폭력 범죄자의 성충동 약물치료에 관한 법률’이 국회를 통과하였고 2011년 7월부터 16세 이하 아동을 대상으로 한 성범죄자에게 화학적 거세가 시행되었다. 2013년 3월 19일부터는 16세 이하로 한정된 피해자의 연령제한이 폐지되어, 피해자의 나이와 상관없이 모든 성폭력 범죄자를 대상으로 성충동 약물치료를 시행할 수 있도록 법률이 변경되었다. 최근에 2015년 12월 23일에 헌법재판소는 화학적 거세치료를 규정한 법률인 성폭력 범죄자의 약물치료에 관한 법률 4조 1항에 대한 위헌법률제청사건에서 6:3 의견으로 합헌결정을 내렸다. 헌법재판소는 합헌결정문에서 “화학적 거세는 성폭력범죄의 재범을 방지하고, 범죄로부터 국민을 보호하기 위한 것으로 입법목적이 정당하다”고 밝혔다. 현행법에 따르면, 성충동 약물치료는 정신건강의학과 전문의의 진단 및 감정을 받은 뒤 검찰이 법원에 최장 15년까지 치료명령을 청구할 수 있다. 6개월마다 보호관찰위원회에서 치료기간을 결정할 수 있도록 하였으며 일반적으로 3년을 선고받았고 2016년 3월 현재 9명의 대상자에서 약물 투여 중이거나 약물투여를 받은 바 있었다.

본연구자는 화학적 거세치료가 점차적으로 증가되고 있는 현시점에서 첫째, 화학적 거세 즉 성폭력 범죄자의 성충동약물치료에 대한 의학적 효능과 부작용을 알아보고, 둘째, 의료 윤리적 관점에서 화학적 거세의 주된 문제점들을 문답형으로 고찰하고자 한다.

## II. 본론

### 1. 성도착증(paraphilia)이란 무엇인가?

성도착증 환자란 치료감호법 제 2조 제 1항 제 3호에 따르면, [소아성기호증, 성적 가학증 등 성적 성벽이 있는 정신병적 장애자로서 금고 이상의 형에 해당하는 성폭력 범죄를 지은 자]에 해당하는 사람 및 정신과 전문의의 감정에 의하여 성적 이상 습벽으로 인하여 자신의 행위를 스스로 통제할 수 없다고 판명된 사람을 말한다. 19세기말까지 성적 이상은 ‘의학적인 문제’로 간주되지 않았다. 성적 이상의 초기치료 및 관심은 주로 Freud의 정신분석이론에 따른 것이다. Freud는 성적 왜곡의 원인이 정신분석적인 요인뿐만 아니라 생물학적·발달학적 요인이 복합적으로 관여한다고 보았다[1]. 최근의 학자들은 성도착증을 ‘과다한 성욕이 중독적, 충동적, 강박적으로 나타나는 것’으로 보고 있다[2].

DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 이하 DSM)-I에서는 ‘성적 편향성’이란 말을 처음으로 사용하였고 사회병질적 성격 장애의 하위유형으로 보았으며[3], 성도착증(paraphilia)이란 용어는 DSM-III에서 처음으로 사용되었다. DSM-IV-TR의 기준에 따르면 성도착증은 반복적인 강렬한 성적 각성 환상, 성적 욕구, 행동으로서 일반적으로 비인간적인 개체, 본인 혹은 상대에 대한 고통 혹은 모욕감, 아동이나 동의하지 않은 상대에 대해서 나타나며 6개월 이상 지속되는 경우를 말한다[2]. 이러한 증상은 사회적 직업적 혹은 기타 중요한 기능에서 심각한 곤란 및 손상을 초래한다. DSM-IV-TR에서 성도착증은 성주체성장애에 분류되어 있으며 각각 노출증(exhibition), 여성물건애(fetishism), 접촉도착증(frotteurism), 소아성애증(pedophilia), 의상도

착증(transvestism), 관음증(voyerism), 성적가학증(sadism), 성적피학증(masochism) 등 8개의 유형으로 나뉜다[2].

성도착증의 유병률은 그동안 성범죄 보고서를 통해서 간접적으로 추정되어왔다. 프랑스에서는 수감자의 14%가 성적 가해자라고 보고한 바 있으며, 1998년 한 해에 영국에서의 수감자 중에서 11%가 성적 가해력이 있었고, 미국에서는 청소년 수감자의 17%가 성적 가해자였다[4].

### 2. 성적 가해자(sexual offender)는 성도착(paraphilia)과 다른 것인가?

법적, 사회적으로 사용되는 용어인 ‘성적 가해자’는 의학적으로 사용되는 ‘성도착’과 그 의미가 구분된다. 성적 가해자의 다수가 성도착증을 갖고 있지만 대개 성적 가해자는 성도착증보다는 공격적인 행동을 나타내며 성도착증은 행동화 없이 비정상적인 성적환상이나 욕망을 나타내기도 한다[2]. 성적 가해자 중에서 대체적으로 반수 이상이 성도착증을 갖고 있는 것으로 알려져 있다[2]. 그러나 성도착증은 성적 가해행동의 필수 조건이 아니며 대부분의 성도착증 환자는 범죄행위를 나타내지 않고 평생을 살기도 한다.

### 3. 성적가해자의 의학적 치료방법에는 어떤 것들이 있는가?

성적 가해자에 대한 치료는 정신분석적 정신치료, 혐오 치료 등의 인지행동치료[5], 외과적 거세[6], 성욕감소를 위한 약물치료 등 여러 가지 치료 방법이 있지만 공공의 안전을 위해서 범법자에 대한 벌이 필요하다는 의견과 임상적으로 가장 효과적인 치료방법을 선택해야한다는 의견이 서로 상충하고 있다[7].

### 4. 화학적 거세(성총동조절 주사제제 치료)란 무엇인가?

화학적 거세 즉 성총동조절 주사제제는 주로 생식선자극 방출 호르몬(gonadotrophin releasing hormone, GnRH) 유사체를 말하는데 이는 시상하부 신경원의 세포체에서 생산되고 뇌하수체 문맥혈관계 순환으로 직접 분비되는 호르몬인 천연 dcapeptide GnRH의 인공합성 제제이다. GnRH 유사체는 서서히 생분해되는 중합체와 결합되어 있어서 효과적인 혈액농도를 30~90일간 유지할 수 있으며 이 기간 동안 생물학적 활성을 유지할 수 있다[8]. GnRH 유사체는 결과적으로 gonadotroph 세포의 하향조절 및 황체 호르몬의 분비 억제, 그리고 난포자극호르몬의 경한 억제를 초래한다[9]. 합성 GnRH 유사체는 1980년대 초기에 개발되었으며[10] GnRH 유사체의 작용기전은 초기에는 뇌하수체의 GnRH 수용체를 자극 항진시키지만 이후에는 점차적으로 억제함으로써 결과적으로 GnRH 수용체를 하향조절시키고 GnRH에 대한 뇌하수체 반응을 탈감작시키는 것으로 알려져 있다[11].

GnRH 유사체는 goserelin (3.75 mg, 11.25 mg; Zoladex LA, Astra Zeneka<sup>®</sup>), 최근 유럽에서 극심한 성적 이상 남자환자의 치료에 승인을 받은 triptorelin (3.75 mg, 11.25 mg), 그리고 leuprorelin (Leuprolide acetate 3.75 mg, 11.25 mg) 등 3가지의 대표적인 상용 약물이 있다. 이중에서 황체 호르몬 방출 호르몬(luteinizing hormone releasing hormone, LHRH) 유사체 데포(depot) 제제 중의 하나인 Leuprorelin은 성조숙증의 선택치료제로 1996년경부터 사용되기 시작하였으며 소아성조숙증뿐만 아니라 자궁내막증 등의 산부인과 질환 및 전립선 암 등의 비뇨기과 질환에 대한 임상적 효과가 보고된 바 있었고 최근에는 이상 성적 행동을 나타내는 성도착증에도 GnRH 유사체

의 임상효과가 보고되었다[12,13]. 현재 국내에서 성적가해자의 화학적 거세에 Leuprorelin이 선택적으로 사용되고 있다. 한편 장기간 작용하는 GnRH 주사 제제는 순응도가 낮은 소아청소년 계층이나 약물 투여를 거부하는 특별한 환자군에서 큰 장점을 갖는다고 볼 수 있으나 주사 제제는 구강복용 약물에 비해서는 아직은 안전성과 효과에서 충분한 연구결과가 보고되어 있지 않은 단점이 있다[14].

성폭력 충동조절제의 기전은 GnRH 데포제제는 중추신경계에 직접 작용하여 이상 성행동을 억제하는 것으로 생각되며 동물실험에서 수컷 생쥐에서 GnRH의 척수 내 직접 투여가 공격성의 감소를 나타내었다[15]. GnRH 데포제제는 cyproterone acetate (CPA) 혹은 medroxy progesterone acetate (MPA) 제제에 비해서 조직 내 testosterone의 감소 효과가 더욱 뛰어난 것으로 보고되고 있다[16].

### 5. 성폭력 충동조절제의 부작용은 무엇인가?

GnRH 제제의 장기 투여는 골밀도의 감소를 초래할 수 있다[17]. 또한 GnRH 유사체의 장기적인 투여는 간독성, 고혈압, 체중증가, 칼슘 소실 등의 여러 가지 부작용을 초래할 수 있는 것으로 보고되고 있다[18]. 한편으로 다른 연구에서 GnRH 효현제의 부작용으로 우울장애가 유발된 경우가 보고된 바 있었다[19]. 그럼에도 불구하고 GnRH 유사체는 성도착증에 가장 효과적인 치료방법의 하나로 추천되고 있다[19]. 골감소증은 매우 중요한 부작용이므로 GnRH 유사체 투여 시에 6개월에 한 번은 주기적으로 골밀도 검사를 시행하는 것이 추천된다. 또한 골밀도를 감소시킬 수 있는 다른 내과약제의 병용 투여 여부도 확인하여야 한다. 예방적으로 소량의 칼

슘제제인 alendronate 70 mg을 주 1회 복용하는 경우를 추천하기도 한다. 대부분의 성선저하증에 따르는 부작용은 약제의 중단 시에 가역적으로 회복된다. 이러한 부작용에 대한 대처방법으로 GnRH 유사체 투여 시에 이학적 신체검사, 화학검사, 뇨 검사, 심전도, 황체호르몬, 난포자극호르몬, testosterone 검사, 골밀도 검사 등이 시행되어야 한다. 세계 사회정신약물학회의 지침서에서도 3~6개월마다 혈압, 체중, 혈액 세포 검사, 당, 지질, 칼슘, 인 검사를 시행하도록 권장하고 있으며 50세 이상의 환자에서 2년마다 골밀도 검사를 그리고 수시로 testosterone 검사를 받을 것을 추천하고 있다. 본 연구팀은 1년간 10예 이상의 경험에서 약물의 부작용으로 발기는 되지만 사정이 되지 않는다는 부작용이 관찰되었지만 그 외에 특이한 다른 부작용 호소는 없었으며 골다공증의 위험성에 대해서도 정형외과에 자문 확인하였으나 이상소견은 나타나지 않았다[20]. 그 외에 지속적인 GnRH 데포제제의 투여는 여러 가지 부작용을 나타낼 수 있음이 국외에서 보고된 바 있다. GnRH 제제는 지속적으로 androgen의 분비를 감소시키므로써 성선 기능 저하증, 특히 나이든 남성에서 발기 불능과 같은 증상을 초래할 수 있으며 그 외에도 고환 용적의 감소, 체모의 감소 등이 나타날 수 있다[21]. 또한 GnRH 제제의 투여는 이상 성행동의 욕망 감소뿐만 아니라 정상적인 성욕의 감퇴도 나타날 수 있다[22]. 또한 GnRH 제제의 장기 투여는 골밀도의 감소를 초래할 수 있으며[23,24], 또한 장기적인 투여는 간독성, 고혈압, 체중증가, 칼슘 소실, 우울증 등의 부작용을 초래할 수 있는 것으로 보고되고 있다[25-27].

### 6. 성폭력 충동조절제의 효능은 과연 우수한가?

화학적 거세의 대표적인 연구들을 살펴보면 최

근 Rösler와 Witztum [21]은 30명의 성도착증 성인에서 42개월 간 투여하였는데 모든 환자에서 성적 환상, 욕구 등이 완전히 사라졌다는 괄목할 만한 결과를 보고하였다. Thibaut 등[28,29]은 심한 성도착증 6명에서 GnRH 데포제제의 하나인 triptorelin을 7년 간 투여하였는데 5명에서 모든 이상 성행동이 사라졌다고 보고한 바 있다. Losel과 Schmucker [30]는 성적가해자의 치료에 대한 종설연구에서 인지행동치료가 1.45, 보수적인 행동치료가 2.19의 오즈비를 나타내는 데 비해서 화학적 거세를 포함하는 호르몬 치료가 3.08, 외과적 거세가 15.34의 오즈비를 나타내는 것으로 보고하였다. 이러한 결과는 화학적 거세가 기존의 인지행동치료에 비해 2배 이상의 치료효과를 나타냄을 보여주는 것이라고 추정된다[31,32].

본 연구팀은 임상적으로 난치성 성도착증 환자에서 6개월 간 GnRH 데포제제인 goserelin을 투여 후에 유의한 성욕 감퇴 및 행동증상의 감소를 보고한 바 있으며[20], 노출증 등의 성도착 증상을 가진 정신지체 환자에서 6개월 간 Leuprorelin을 투여 후에 성욕 감퇴 및 행동 증상의 개선을 보고한 바 있다[33]. 또한 법적인 성충동 조절 약물 치료 명령을 받은 8명의 성도착증 및 성적가해자를 대상으로 한 1년 이상의 종적연구에서도 일시적인 경증의 비만, 열감, 피로 등이 나타났지만, 재범은 없었다[34].

### 7. 성충동약물치료는 ‘감시 및 처벌의 강화’에 따른 정책인가?: 강제치료의 법 윤리적 근거

범죄에 대해서는 엄벌주의와 온정주의라는 두 가지 상반된 반응이 존재하는데 최근의 성폭력 정책흐름은 ‘감시 및 처벌의 강화’ 경향성을 뚜렷하게 나타내고 있다. 이는 2009년 12월에 8세 여아에 대한 잔혹한 성폭력 범죄(조두순 사건)와

2010년 2월 예비 여중생을 납치하여 성폭행과 살해유기한 범죄(김길태 사건), 그리고 2010년 6월에 초등학교 운동장에서 여아를 납치하여 성폭행한 범죄(김수철 사건) 등이 잇달아 발생하면서 성폭력의 가해자 개입에 대한 비판적 국민 여론이 매우 급증하였던 영향이 있었다. 이 때문에 전자발찌의 강화 및 소급적용, 범죄자의 신상공개, 징역형의 상한확대, 아동청소년 성폭력의 비친고죄 변경 등과 함께 화학적 거세치료의 필요성이 추가되었다. 즉 화학적 거세치료는 범죄에 대한 엄벌주의의 대표적인 예라고 볼 수 있다. 죄를 지은 사람은 당연히 벌을 받아야 하며, 성폭력 범죄자도 마찬가지이다. 즉 범죄적 처벌의 일차적인 목적은 도덕적 응징에 있으며 이를 도덕적 응징 모델이라 한다[35]. 차승현[36]은 국가의 형벌집행은 그대상이 되는 개인의 입장에서 보면 거대한 폭력과 같으며 그렇기 때문에 약물치료가 형벌인지 보안처분인지 결정하는 것은 법적으로 중요한 문제라고 하였다. ‘성폭력 범죄자의 성충동 약물치료에 관한 법률’에서는 약물치료의 성격을 보안처분으로 상정하고 있지만 사실상 본인의 동의 없이 강제적으로 이루어질 수 있고 가석방 등을 조건으로 하고 있다는 점, 치료기한이 정해져 있다는 점 등을 근거로 사실상 형벌이 아닌가에 대한 논란이 여전히 존재한다고 보았다.

그렇지만 박민식[37]의 법률안 보고서에 따르면 자발적 동의를 전제로 한 화학적 거세는 성범죄 예방과 병적으로 상습성을 지닌 성범죄자를 치료하는 것이기 때문에 ‘보안처분’으로 보고 있다. 그러므로 화학적 거세는 이중처벌금지원칙에 어긋나는 것이 아니며, 헌법상 자기결정권, 신체를 훼손당하지 않을 권리 침해도 아니라고 하고 있다. 또한 법무부에 따르면 성충동약물치료는 ‘치료감호’의 한 형태로 법원의 치료명령선고에 따라 강제집행되는 것임에도 동의를 요하는 것은

현행 형사법 체계에 맞지 않는 것이며, 동의를 자발성/진정성에도 의문이 있을 수 있고, 약물중단 시에 성기능이 정상을 복될 수 있다는 점 등을 논거로 당사자의 동의는 필요하지 않다고 보았다 [37].

#### 8. 국내에서 진행하고 있는 성충동 약물치료의 문제점은 무엇인가?

이경환[38]은 국내에서 이루어지고 있는 감시 및 처벌강화 정책에 대한 여러 가지 문제점을 제시한 바 있다. 첫째, 국내에서 이러한 엄벌주의 정책을 수립하는데 있어서 충분한 논의와 검토과정이 없이 매우 급하게 이루어진 측면이 있으며, 비판적 여론을 잠재우기 위한 자극적이고 강력한 내용의 정책이 우선시 되었으며, 이슈화된 특정 유형의 사건에 적합한 정책들만이 주로 논의되었다. 둘째, 감시 및 처벌의 강화 경향이 성폭력에 대한 지나친 엄벌주의와 같이 왜곡된 인식을 강화할 우려가 있다. 셋째, 특정 개별 가해자에 대해서만 과도한 책임을 전가할 수 있으며 사회 및 성폭력 관련제도의 문제를 간과할 수 있다. 넷째, 이러한 약물치료 등에 과도한 예산이 투입된다면, 예산/인력 등의 사회적 자원의 비효율적인 분배 문제가 나타날 수 있다는 점 등이다.

#### 9. '정신병질자(psychopath)는 범죄행위에 대한 책임(responsibility)이 있는가?': 정신병질자의 범죄에 대한 의료윤리적 관점

'정신병질자는 범죄행위에 대한 책임이 있는가?'에 대한 논란이 1940년대부터 있었다[39]. 최근 뇌 과학의 발달로 심각한 정신병질자나 소아기호증에서 다양한 뇌 이상 영상소견이 보고되고 있다. Morse [40]는 심각한 정신병질자는 범죄에

대한 책임으로부터 면책되어야 한다고 제안하였는데 그러한 근거는 뇌기능 이상이 정신병질자에서 발견되고 있으며 이들은 이 때문에 도덕적 합리성이 결핍되어 있다고 하였다. 그러므로 이들에게 '범죄행위에 대한 형사적 처벌을 강제해서는 안된다'라고 주장하였다.

정신병질자의 일부에서 나타날 수 있는 성적 가해자는 실제로 개인의 자유를 성취할 수 있는 능력이 부족할 수 있다[41]. 그들은 문제해결능력이 부족하고, 자기조절이 부족하며 통찰력의 부족, 반성능력이 부족할 수 있다. 이는 정신질환이 동반될 때에 잘 나타날 수 있다. 그러므로 자기조절능력이 미약한 이들에 대한 계획은 범죄행위에 대한 책임을 묻고 격리하는 방법보다는 이러한 부족한 능력들을 개선시킴으로써 그들이 최대한 자유의 인권을 누릴 수 있도록 돕는 것이 우선될 수 있을 것이다[41].

성충동약물치료의 윤리적 문제점은 첫째, 무엇보다 이러한 강제적 치료가 환자의 자율성을 훼손한다는 점이다[42]. 현대의료에서 환자의 자율성 존중이라는 원칙이 차지하고 있는 중요성을 거론하지 않더라도 환자본인의 의사에 반하며, 환자의 신체적 활동을 제한하고 구속하는 것은 상당한 논란을 일으킬 수밖에 없다. 둘째, 이러한 강제적 치료는 신체적 자유라는 인간의 기본적인 권리를 침해함으로써 인간전체의 도덕적 지위를 하락시키는 결과를 초래한다[43]. 셋째, 성충동약물치료의 부작용으로 인해서 환자에게 오히려 심각한 신체적, 정신적 해악을 끼칠 수 있다 [42]. 이는 부작용이 전혀 없는 완벽한 치료방법이 아니며 언제든 부작용이 나타날 수 있다. 넷째, 타인에게 해악을 끼칠 가능성이 있는 경우에 적용하는 윤리적 원칙은 환자본인에게 해악을 끼칠 수 있는 경우에 적용하는 원칙보다 엄격해야 한다. 다섯째, 강제적 치료는 환자-의료진의 신뢰관

계를 약화시키고 관계자체를 왜곡시킬 수 있다. 강제치료를 받은 후 환자는 의료진을 자신을 치료해주고 보호해줄 존재로 여기기보다는 자신을 조정하고 굴복시키는 존재로 볼 수 있다.

### 10. 정신병질자 혹은 성적 가해자에서 정신과적 질환의 동반은 왜 중요한가?

사회적으로 정신병질자 혹은 반사회적 인격장애는 범죄행위에 대해서 정신과적 치료보다는 법적인 처벌이 우선시 된다. 또한 정신과의 여러 질환들에 비해서 정신병질자와 반사회적 인격장애는 치료반응 및 예후가 좋지 않다. 그렇지만 의학적으로 이러한 정신병질자/반사회적 인격장애자들은 대부분에서 정신과적 질환을 동반하게 되는데 이는 치료적 개입에서 매우 중요하다. 동반된 정신질환의 치료가 정신병질자/반사회적 인격장애자들의 치료예후뿐만 아니라 재범률도 감소시켰다는 연구결과가 있기 때문이다[31,44]. 그러므로 성적가해자에서 이러한 정신병질자 혹은 반사회적 인격장애가 동반되어 있는지의 여부는 역시 치료에 있어서 매우 중요한 요소이다. 성적가해자의 22.5%가 반사회적 인격장애를 동반하였다는 보고가 있었다[44]. 일반 가해자 중에서 약 20%가 반사회적 인격장애를 동반하는 것으로 알려져 있다[45]. 최근 안드로겐 투여요법은 정신병질자 혹은 반사회적 인격장애가 동반되어 있는 성적가해자의 치료에서 매우 괄목할 만한 성과를 보여주었다. Losel과 Schmucker는 성적가해자의 치료효과에 대한 종설논문에서 호르몬 치료가 3.08, 외과적 거세가 15.34의 오즈비를 나타내었는데, 이는 인지행동치료가 1.45의 오즈비를 나타낸 것에 비해 매우 우수한 치료방법임을 보고하였다[30]. 또한 Thibaut 등[46]도 종설논문에서 성적가해자에서 이러한 호르몬 치료가 궁극적으로

로 재범율의 감소를 나타내었다고 보고하였다.

### 11. 화학적 거세치료는 비가역적인 치료방법인가? 가역적인 치료방법인가?

한편 화학적 거세치료는 가역적인 치료방법이다[30]. 만약 거세약물치료를 받는 대상자가 외인적 안드로겐을 투여 받으면 감소된 테스토스테론이 정상 수준으로 회복될 수 있다. 그러므로 주기적으로 소변 테스토스테론 검사를 시행함으로써 이러한 부정행위를 확인해야 할 것이다. 한편 화학적 거세치료에 참여하는 의사들은 이 방법이 가장 효과적임을 확신하지만 치료에 참여하는 것을 꺼린다. 왜냐하면 화학적으로 테스토스테론을 억제된 상태가 정상적이고 자연스러운 치료를 목적으로 하는 의사의 본질적 직업의식과 불일치하고, 일반인들의 나쁜 공공적 인식 때문에 치료 참여를 꺼리며, 또한 추후에 피험자로부터 법적 소송을 당할지도 모른다는 불안감 등을 갖기 때문이다.

### 12. 성적가해자의 윤리적 문제에 대한 관심과 연구는 얼마나 있었는가?

성적가해자에 대한 대중적인 관심은 오래 전부터 있었으나 가해자의 윤리적 문제에 대한 관심과 연구는 매우 적었다[41,47,48]. 최근 반세기 동안에 성적가해자의 연구는 주로 가해자의 위험성 평가, 위험관리, 치료적 중재 등에 관한 연구였으며 어떻게 재범률을 감소시키는가?에 대한 과학기반연구가 대부분이었다[41]. 그렇지만 최근에는 성적가해자의 윤리에 대한 연구보고가 증가하고 있으며 가해자의 인권에 관한 문제제기도 이루어지고 있다[49].

성적가해자의 윤리적인 문제는 주로 1) 자유

에 대한 권리, 2) 사생활에 대한 권리, 3) 건강과 안녕에 대한 권리 등으로 이야기할 수 있다[41]. 1) 자유에 대한 권리침해의 예로는 의무적인 에이즈 검사, 낮은 위험성에도 불구하고 지속적이고 장기간의 보호감찰, 공공매체에 대한 인터뷰 권리제한, 가석방자와 친밀한 관계형성의 제한, 감옥 관리자의 결정에 대한 항소 부재, 형기가 끝난 가해자의 지속적 관찰 및 구류/구금 등이다 [50,51]. 2) 사생활권리에 대한 권리침해의 예로는 에이즈 검사의 노출, 성적 가해자의 등록 및 지역 내 공개법률, 가해자의 편지에 대한 통제 등을 들 수 있다[52]. 3) 건강과 안녕에 대한 권리침해의 예로는 사회적/법적 방문의 제한, 에이즈 환자에 대한 노출 위험성 및 적절한 치료의 거부, 효과적인 정신과적 치료의 부재, 시설 내 비위생적이고 과도하게 밀집된 거주환경, 신체적 활동의 제한, 화학적 거세치료 등이다. 그러므로 화학적 거세치료는 건강과 안녕에 대한 권리침해의 예로 볼 수 있다[47,52].

**13. 범죄자에 대해 그가 선고를 받기 전에 거세에 대한 자의적인 동의를 받는 것은 그의 범죄에 대한 도덕적 과실을 감소시키는가?**

환자 혹은 범죄자가 화학적 거세에 대해 자발적인 동의를 한 것은 그의 도덕적 비난과 책임에 영향을 줄 수 있는데, 이는 치료에 대한 자발적 동의가 가해자가 깊이 뉘우치고 있음을 반영할 수 있기 때문이다. 범죄자가 후회를 하는 경우에는 도덕적인 비난을 감소해주는 것이 일반적인 법과 윤리의 원칙이다. 그러므로 자발적인 거세 동의는 가해자가 진심으로 후회를 한 것으로 여기게 되므로 감형을 해주게 되는 것이다[41]. 현재 외국에서는 일반적으로 환자 혹은 범죄자가 화학적 거세 혹은 물리적 거세치료를 대해 자발적인 동

의를 한 경우에는 형량을 감소해주고 있다.

**14. 환자의 자발적 동의는 윤리적으로 매우 중요한 요소이다. 성범죄자에 대한 자발적 동의 여부는 다른 나라에서 어떻게 시행되고 있는가?**

미국은 1997년 캘리포니아주를 시작으로 화학적 거세에 대한 법률이 제정되기 시작하였다. 현재 미국의 9개주에서는 성폭력 재범의 경우에는 대부분 본인의 동의와 상관없이 강제로 화학적 거세치료를 시행한다. 또한 조지아주, 아이오와주, 몬타나주 등은 초범일지라도 심각한 성범죄나 아동을 대상으로 한 악질적인 성범죄의 경우에는 화학적 거세치료를 시행할 수 있으며, 오레곤주, 텍사스주, 루이지애나주, 위스콘신주 등은 모든 성범죄자에 대해서 화학적 거세치료를 시행할 수 있으며 폴란드에서도 강제로 거세치료를 시행할 수 있다. 반면에 독일에서는 성범죄자에게 징역형과 거세치료 중에서 선택을 할 수 있도록 권리를 부여하였으며 이는 자발적 동의를 전제로 하고 있는 것이다. 그 외에도 거세치료를 승인하고 있는 덴마크, 스웨덴 등의 유럽국가에서 자발적 동의를 필요로 하고 있다.

**15. 화학적 거세와 같은 강제적 치료행위의 의료윤리적 근거는 무엇인가?**

강제적 치료행위의 법윤리적 근거가 형벌인가 보안처분인가?의 문제라면, 강제적 치료행위의 의료윤리적 근거는 선행(beneficence)의 원리이다. 윤리학에서는 다른 사람을 돕는 행동규범을 선행의 원칙이라고 하며, 선행의 원칙은 악행금지 원칙에 비해 해악의 예방과 제거는 물론 더 긍정적이고 더 적극적인 선의 실행을 요구한다. 다른 직업윤리에서는 선행은 반드시 행해야하는



의무사항은 아니다. 타인에게 해를 끼치지 않을 의무는 있지만 그들을 도와주고 그들의 복지를 증진시켜야 하는 것은 반드시 행해야 하는 의무사항은 아니기 때문이다. 그렇지만 의료윤리에서는 선행의 원칙을 매우 중요하게 여긴다[53]. 의사가 응급환자를 보고 아무조치도 취하지 않는다면 약행금지의 원칙을 위반하는 것은 아니지만, 선행의 원칙에는 어긋난 비윤리적 행위로서 비난받을 수 있다. 여기에는 온정적 간섭주의(paternalism)라는 개념이 있다. 예를 들면 정신과는 임상적으로 판단능력이 상실되거나 미약한 환자를 치료해야 하는 경우가 많은데[54], 이러한 상황에서는 이성적으로 판단할 수 없는 환자의 결정보다 치료자의 판단에 의해 강제적으로 입원하고 치료해야 하는 상황이 일어나며 이는 온정적 간섭주의의 대표적인 예가 될 수 있다. 온정적 간섭주의란 아버지가 어린 자식을 돌보는 것과 같이 환자의 이익을 위해 환자동의 없이 행동하는 것을 말한다. 이는 환자의 최대이익과 행복이라는 목적과 결과를 우선시하는 목적론적(teleological), 공리주의적(utilitarian) 입장이다[55]. 그런데 이러한 입장은 인간의 자율성(autonomy)- 즉, 환자 스스로 결정할 수 있는 권리와 상충하는 문제점을 갖고 있다[56]. 의무론적(deontological) 입장은 의료행위의 결과가 좋고 나쁨과는 상관없이 그 의료행위가 윤리적 의무감으로 일어나 것이면 선한 것이고, 윤리적 의무감 없이 일어난 것이면 악한 것으로 본다. 이러한 두 입장의 조화는 특히 임상에서 강제적인 치료를 선택해야 하는 환자의 치료에 있어서 매우 중요하다. 일반적으로 심각한 정신질환을 앓고 있는 환자는 신체적인 문제를 갖고 있는 환자에 비해서 스스로 판단할 수 있는 자율성이 상대적으로 부족하기 때문에, 그 자율성의 저하 정도에 따르는 온정적 간섭치료는 어느 정도 불가피하다[57]. 성도착증도 자율적 판단능

력이 어느 정도 상실되어 있는 정신과 환자로 볼 수 있으며 이는 환자의 자율성 미약을 전제로 온정적 간섭주의에 의한 의료적 치료강제를 시행할 수 있을 것이다. 물론 성도착증이 동반된 성적이해자에서 의학적 치료를 의미하며 성도착증 혹은 정신과적 동반질환이 없는 성적이해자에서는 이러한 강제적인 의료치료의 근거는 적용될 수 없을 것이다.

## 16. 과연 성폭력 가해자는 범죄 때문에 인간의 권리를 몰수해야 할까?

성폭력 가해자는 범죄 때문에 모든 인간의 권리를 몰수해야 할까? [41] 성폭력 가해자는 다른 사람의 권리를 침해한 잘못만큼 본인의 권리를 제한해야 한다는 것은 일견 합리적인 결정으로 보일 수 있다[58]. 그렇지만 이는 윤리적인 이유에서 그리고 효과적인 재활치료를 위해서도 이러한 결정은 합리적이지 못하다[41].

이는 윤리적으로 성적이해자의 권리는 일반인과 같이 인정되어야 하기 때문이다[41]. 또한 성적 가해자는 다른 폭력범죄자들의 권리와 동등해야 한다. 실제로 성적 범죄자는 일반 폭력범죄자들보다 더 열악한 대우를 받고 있는 현실이다. 범죄자일지라도 그들의 자유는 몰수되어서는 안되며, 범죄행위를 예방할 수 있는 만큼만 조심스럽게 제한되어야 한다. 감옥에서도 성적범죄자들을 일반 폭력범죄자들과 분리해서 같은 장소에서 보낼 수 있도록 해주어야 한다. 실제로 영국에서는 성범죄자들이 같은 일반 폭력범죄자들과 다른 병동에서 생활하고 있으며 미국에서는 성범죄자들은 판결 직후 다른 범죄자들과 분리하여 생활한다[59,60].

또한 성폭력 가해자일지라도 성도착증을 포함한 여러 가지 동반된 정신질환이 있다면 효과적

인 의료적 재활치료의 적응증이 된다. 성폭력 가해자는 당연히 법적 처벌의 대상이지만, 성도착 증 혹은 정신질환은 선행의 원리에 의해서 의료적 치료의 대상이기 때문이다.

### 17. 성적가해자의 인권을 존중하는 것은 어떤 이점이 있는가?

한편 성적가해자의 인권을 존중하는 것은 치료적이고 실용적인 이유가 있다[41]. 성적가해자의 인권을 존중하면 치료순응도와 반응성이 증가한다[61]. 일반적인 공공적 의견과는 다르게 처벌과 억제적 방법은 결코 범죄행위를 감소시키지 못한다. 성적가해자의 권리를 박탈하는 것은 재범률을 억제시키지 못하며 오히려 가해자의 억울함을 증폭시킬 뿐이다[62]. 가해자의 인권을 존중하고 지지하면 그들은 치료에 대한 동기를 증가시키고 치료에 협조하며 좋은 치료적 동맹을 형성하게 된다. 이는 효과적인 치료와 재범률의 감소를 가져오게 된다[63-65]. 물론 공공의 안전과 피해자의 인권 또한 가해자의 인권을 마주 대하고 있으며 이에 대한 충분한 고려가 필요하다. 성적가해자는 당연히 타인에 대해 해를 끼치면 안되는 의무가 있으며, 한편으로 다른 사람들이 보장받는 권리에 대한 존중을 받아야 하며 그만큼의 치료적 도움을 받아야 한다[41].

성적 가해자는 실제로 개인의 자유를 성취할 수 있는 능력이 부족할 수 있다[41]. 그들은 문제해결능력이 부족하고, 자기조절이 부족하며 통찰력의 부족, 반성능력이 부족할 수 있다. 이는 정신질환이 동반될 때에 잘 나타날 수 있다. 치료계획은 이러한 부족한 능력들을 개선시킴으로써 그들이 최대한 자유의 인권을 누릴 수 있도록 돕는 것이다.

### 18. 화학적 거세치료의 동의문제에서 고려해야 점들은 무엇인가? : 동의문제[66]

첫째는 화학적 거세치료 이외에 다른 치료방법에 대해서 선택할 수 있는 방법이 있는가? 둘째는 약물 부작용에 대해서 대상자에게 충분히 그리고 적절하게 알려주고 동의를 받았는가? 이다. 셋째는 동의를 얻을 때에 대상자가 치료에 반대할 수 있는 자율성을 갖고 있었는가? 이다. 즉 강제성이 없었는가? 이다. 일례로 ‘거세치료에 응하지 않으면 선고기간에 영향을 미칠 수 있다’라는 위협이 있었다면 이는 당연히 윤리적인 문제가 될 것이다. 한편 법원 혹은 정부의 책임자가 동의를 구하는 방법보다는 정신과의사와 같은 의료인이 동의를 구하는 편이 이러한 동의에서 위협을 적게 할 수 있는 대안이 될 수 있을 것이다.

### III. 결론

성적 가해자에 대한 치료의 한 방법으로 외과적 거세 및 화학적 거세치료 즉 성충동조절 약물치료 등의 방법이 있지만 공공의 안전을 위해서 범법자에 대한 벌이 필요하다는 의견과 임상적으로 가장 효과적인 치료방법을 선택해야한다는 의견이 서로 상충하고 있다. 본연구자는 화학적 거세치료가 점차적으로 증가되고 있는 현시점에서 화학적 거세 즉 성폭력 범죄자의 성충동약물치료에 대한 의학적 효능과 부작용을 알아보았으며 의료 윤리적 관점에서 화학적 거세의 주된 문제점들을 문답형으로 고찰하였다. ㉞

### REFERENCES

1) Garcia FD, Thibaut F. Current concepts in the pharmacotherapy of paraphilias. *Drugs* 2011 ; 71 : 771-790.

- 2) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Text Revision Edition (DSM-IV-TR). Washington : American Psychiatric Association, 2000.
- 3) Malin HM, Saleh FM. Paraphilias: clinical and forensic considerations. *Psychiatric Times* 2007 ; 24 : 1-4.
- 4) Home Office. Home Office statistical bulletin: statistics of mentally disordered offenders in England and Wales. London : Home Office, 1998-2001.
- 5) King M, Bartlett A. British psychiatry and homosexuality. *Br J Psychiatry* 1999 ; 175 : 106-113.
- 6) Alexander M, Gunn J, Cook DA, et al. Controversies in treatment: should a sexual offender be allowed castration? *BMJ* 1993 ; 307(6907) : 790-793.
- 7) Ward T, Gannon TA, Birgden A. Human rights and the treatment of sex offenders. *Sex Abuse* 2007 ; 19(3) : 195-216.
- 8) Csernus VJ, Szende B, Schally AV. Release of peptides from sustained delivery systems (microcapsules and microparticles) in vivo. A histological and immunohistochemical study. *Int J Pept Protein Res* 1990 ; 35 : 557-565.
- 9) Conn PM, Crowley WF Jr. Gonadotropin-releasing hormone and its analogues. *N Engl J Med* 1991 ; 324 : 93-103.
- 10) Crowley WF Jr, Comite F, Vale W, et al. Therapeutic use of pituitary desensitization with a long-acting lhrh agonist: a potential new treatment for idiopathic precocious puberty. *J Clin Endocrinol Metab* 1981 ; 52 : 370-372.
- 11) Wheeler MD, Styne DM. Drug treatment in precocious puberty. *Drugs* 1991 ; 41 : 717-728.
- 12) Paterson WF, McNeill E, Reid S, et al. Efficacy of Zoladex LA (goserelin) in the treatment of girls with central precocious or early puberty. *Arch Dis Child* 1998 ; 79 : 323-327.
- 13) Sifton D. Physicians Desk Reference. Montvale, NJ : Medical Economics Company, 2001.
- 14) Isaac H, Patel L, Meyer S, et al. Efficacy of a monthly compared to 3-monthly depot GnRH analogue (goserelin) in the treatment of children with central precocious puberty. *Horm Res* 2007 ; 68 : 157-163.
- 15) Kádár T, Telegdy G, Schally AV. Behavioral effects of centrally administered LH-RH agonist in rats. *Physiol Behav* 1992 ; 51 : 601-605.
- 16) Barron JL, Millar RP, Searle D. Metabolic clearance and plasma half-disappearance time of D-TRP6 and exogenous luteinizing hormone-releasing hormone. *J Clin Endocrinol Metab* 1982 ; 54 : 1169-1173.
- 17) Krueger RB, Kaplan MS. Depot-leuprolide acetate for treatment of paraphilias: a report of twelve cases. *Arch Sex Behav* 2001 ; 30 : 409-422.
- 18) Briken P, Kafka MP. Pharmacological treatments for paraphilic patients and sexual offenders. *Curr Opin Psychiatry* 2007 ; 20 : 609-613.
- 19) Warnock JK, Bundren JC, Morris DW. Depressive symptoms associated with gonadotropin-releasing hormone agonists. *Depress Anxiety* 1998 ; 7 : 171-177.
- 20) Kim HS, Park WS, Lee JW, et al. A Case of an Adolescent with Paraphilia with Depot GnRH Analogue (Goserelin). *Korean J Psychopharmacol* 2011 ; 22 : 230-236.
- 21) Rösler A, Witztum E. Treatment of men with paraphilia with a long-acting analogue of gonadotropin-releasing hormone. *N Engl J Med* 1998 ; 338(7) : 416-422.
- 22) Rösler A, Witztum E. Pharmacotherapy of paraphilias in the next millennium. *Behav Sci Law* 2000 ; 18 : 43-56.
- 23) Goldray D, Weisman Y, Jaccard N, et al. Decreased bone density in elderly men treated with the gonadotropin-releasing hormone agonist decapeptyl (D-Trp6-GnRH). *J Clin Endocrinol Metab* 1993 ; 76 : 288-290.
- 24) Krueger RB, Kaplan MS. Depot-leuprolide acetate for treatment of paraphilias: a report of twelve cases. *Arch Sex Behav* 2001 ; 30 : 409-422.
- 25) Briken P, Kafka MP. Pharmacological treatments for paraphilic patients and sexual offenders. *Curr Opin Psychiatry* 2007 ; 20 :

- 609-613.
- 26) Warnock JK, Bundren JC. Anxiety and mood disorders associated with gonadotropin-releasing hormone agonist therapy. *Psychopharmacol Bull* 1997 ; 33 : 311-316.
  - 27) Warnock JK, Bundren JC, Morris DW. Depressive symptoms associated with gonadotropin-releasing hormone agonists. *Depress Anxiety* 1998 ; 7 : 171-177.
  - 28) Thibaut F, Cordier B, Kuhn JM. Effect of a long-lasting gonadotrophin hormone-releasing hormone agonist in six cases of severe male paraphilia. *Acta Psychiatr Scand* 1993 ; 87(6) : 445-450.
  - 29) Thibaut F, Cordier B, Kuhn JM. Gonadotrophin hormone releasing hormone agonist in cases of severe paraphilia: a lifetime treatment? *Psychoneuroendocrinology* 1996 ; 21(4) : 411-419.
  - 30) Losel F, Schmucker. The effectiveness of treatment for sexual offenders: a comprehensive meta-analysis. *J Experiment Criminol* 2005 ; 1 : 117-146.
  - 31) 강석훈, 임명호, 이재우. 성적 가해자 혹은 성도착증의 향정신성 약물치료. *대한정신약물학회지* 2013 ; 24 : 59-68.
  - 32) 임명호, 유동수, 이재우. 성도착증 혹은 성적 가해자의 인지행동치료. *대한불안약학회지* 2014 ; 10 : 85-94.
  - 33) Park WS, Kim KM, Jung YW, et al. A case of mental retardation with paraphilia treated with depot leuprorelin. *J Korean Med Sci* 2014 ; 29(9) : 1320-1324.
  - 34) 임명호. 성폭력 충동조절 주사제의 효과성 평가 및 관리 가이드라인 개발. *과천 : 법무부*, 2015.
  - 35) Bailey JM, Greenberg AS. The science and ethics of castration: lessons from the morse case. *Northwestern Univ Law Rev* 1998 ; 92(4) : 1225-1245.
  - 36) 차승현. 생명의료윤리 관점에서 소아기호증 상습성폭력범에 대한 성충동 약물치료의 정당성 논의: 성폭력범죄자의 성충동 약물치료에 관한 법률, 주요 쟁점. *생명윤리정책연구* 2010 ; 4(2) : 99-120.
  - 37) 박민식. 상습적 아동 성폭력범의 예방 및 치료에 관한 법률. *입법방안연구* 2009 ; 9 : 5-7.
  - 38) 이경환. 약물치료 프로그램의 인권적인 고려. *소위 화학적 거세 어떻게 할 것인가? 토론회 자료집. 법무부 설명자료 및 국회법제사위원회 검토보고서.*
  - 39) Chadwick R, Aindow G. Treatment and research ethics, ed by Radden J. *The Philosophy of Psychiatry*. New York : Oxford University Press, 2004 : 282-295.
  - 40) Morse SJ. Psychopathy and criminal responsibility. *Neuroethics* 2008 ; 1 : 205-212.
  - 41) Ward T, Gannon TA, Birgden A. Human rights and the treatment of sex offenders. *Sex Abuse* 2007 ; 19(3) : 195-216.
  - 42) 유상호. "임상에서 정신건강의학과 의료윤리의 실제"에 대한 논평: 강박 처치의 윤리적 쟁점. *한국의료윤리학회지* 2015 ; 18(1) : 50-55.
  - 43) Kamm FM. Inviolability. *Midwest Stud Philos* 1995 ; 20(1) : 165-175.
  - 44) Raymond NC, Coleman E, Ohlerking F, et al. Psychiatric comorbidity in pedophilic sex offenders. *Am J Psychiatry* 1999 ; 156 : 786-788.
  - 45) Gilbert F, Focquaert F. Rethinking responsibility in offenders with acquired paedophilia: punishment or treatment? *Int J Law Psychiatry* 2015 ; 38 : 51-60.
  - 46) Thibaut F, De La Barra F, Gordon H, et al; WFSBP Task Force on Sexual Disorders. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the biological treatment of paraphilias. *World J Biol Psychiatry* 2010 ; 11(4) : 604-655.
  - 47) Coyle A. Editorial: a human rights approach to prison management. *Crim Behav Ment Health* 2003 ; 13 : 77-80.
  - 48) Lazarus L. Conceptions of liberty deprivation. *Mod Law Rev* 2006 ; 69 : 738-769.
  - 49) Garland D. *The Culture of Control: Crime and Social Order in Contemporary Society*. Oxford : Oxford University Press, 2001.
  - 50) Hudson B. Human rights, public safety, and the probation service: defending justice in the risk society. *Howard J* 2001 ; 40 : 103-113.
  - 51) La Fond JQ. *Preventing Sexual Violence: How Society Should Cope with Sex Offenders*. Washington, DC : American Psychological Association, 2005.
  - 52) Valette D. AIDS behind bars: prisoners rights guillotined. *Howard J* 2002 ; 41 : 107-122.

- 53) 한국의료윤리학회. 전공의를 위한 의료윤리. 서울 : 군자출판사, 2011.
- 54) Radden J. Psychiatric ethics. *Bioethics* 2002 ; 16(5) : 397-411.
- 55) 한국의료윤리학회. 의과대학 학습목표에 기초한 의료윤리학. 서울 : 계축문화사, 2001.
- 56) Chodoff P. Involuntary hospitalization of the mentally ill as a moral issue. *Am J Psychiatry* 1984 ; 141 : 384-389.
- 57) Munetz M, Galon P, Frese F. The ethics of mandatory community treatment. *J Am Acad Psychiatr Law* 2003 ; 31 : 173-183.
- 58) Lippke RL. Toward a theory of prisoners' rights. *Ratio Juris* 2002 ; 15 : 122-145.
- 59) O'Donnell I, Edgar K. Fear in prison. *Prison J* 1999 ; 79 : 90-99.
- 60) Schwaebe C. Learning to pass: sex offenders' strategies for establishing a viable identity in the prison general population. *Int J Offender Therapy Comparative Criminol* 2005 ; 49 : 614-625.
- 61) Ward T, Birgden A. Human rights and correctional clinical practice. *Aggression Violent Behavior* 2007. (in press)
- 62) McGuire J. Integrating findings from research reviews. ed by McGuire J. *Offender rehabilitation and treatment: effective programmes and policies to reduce re-offending*. Chichester, UK : Wiley, 2002 : 3-38.
- 63) Andrews DA, Bonta J. *The Psychology of Criminal Conduct*. 3rd ed. Cincinnati, OH : Anderson, 2003.
- 64) Marshall WL, Serran GA, Fernandez YM, et al. Therapist characteristics in the treatment of sexual offenders: tentative data on their relationship with indices of behaviour change. *J Sex Aggress* 2003 ; 9 : 25-30.
- 65) Ward T, Stewart CA. The treatment of sex offenders: risk management and good lives. *Professional Psychology: Research and Practice* 2003 ; 34 : 353-360.
- 66) McMillan J. The kindest cut? Surgical castration, sex offenders and coercive offers. *J Med Ethics* 2014 ; 40(9) : 583-590.

## The Perspectives of Medical Ethics with Chemical Castration

CHOI Bum-Sung\*, LIM Myung Ho\*\*

### Abstract

Although the topic of sexual offense has received increased public attention in recent years, there has been relatively little research on the ethical issues related to the medical treatment of sexual offenders. Treatment options for sexual offenders include surgical castration and chemical castration through the use of sexual impulse control drugs. Opinions vary on the most effective and appropriate methods for treating sexual offenders. In this article we examine the side-effects of the drugs used in chemical castration and discuss the main ethical issues involved in chemical castration.

### Keywords

chemical castration, medical ethics, psychiatry, sexual offender

---

\* Department of Psychiatry, Pusan National University Yangsan Hospital, Pusan National University School of Medicine

\*\* Department of Psychology, College of Social Science, Dankook University: **Corresponding Author**