

성폭력 피해 아동에 대한 외상초점 인지행동 치료의 효과 검증: 탐색적 연구

최 지 영 신 의 진 오 경 자[†]
연세대학교 심리학과 연세대학교 의과대학 연세대학교 심리학과

본 연구는 성학대 피해 아동을 대상으로 외상초점 인지행동치료의 효과성을 확인하고, 각 증상의 호전에 영향을 미치는 요인들을 탐색하고자 하였다. 외상초점 인지행동치료는 노출, 인지·정서적 처리, 건강한 성과 자기보호기술에 대한 심리교육 등의 요소로 구성되었다. 연구 대상은 성학대 피해로 아동성폭력 전담센터인 서울해바라기 아동센터를 방문하여 정신과 진료와 심리평가를 거쳐 후유증이 심각하다고 판단되어 치료에 의뢰된 만 8세에서 13세의 여자 아동 27명이었다. 그 결과 아동이 보고한 외상후증상, 해리증상, 성관련 문제와 부모가 보고한 내·외현화 행동문제에서 모두 유의한 호전을 보였다. 한편, 아동의 성학대 피해정도, 성학대 이전의 복합외상, PTSD진단, 가족형태, 그리고 치료 회기수 중에서 증상 호전에 가장 유의한 영향을 주는 요인은 PTSD진단이었으며 복합외상 여부, 가족형태, 회기수도 몇몇 증상 호전에 영향을 주었다. 본 연구의 시사점과 제한점을 논의하였다.

주요어 : 성학대, 외상초점인지행동치료, 호전에 영향을 주는 요인

† 교신저자(Corresponding Author) : 오경자, 연세대학교 심리학과, 서울시 서대문구 신촌동 134
E-mail : kjoh@yonsei.ac.kr, Fax : 02-365-4354

아동 성학대(child sexual abuse)란 발달단계가 앞선 사람이 발달단계가 늦은 사람에게 성적 만족을 취하기 위해 일어나는 성적행위로 정의된다(Farrell, 1988). 아동 성학대는 신체 손상이나 생식기 관련 질환, 성병, 임신 등의 신체적 피해 뿐 아니라 광범위한 심리적 후유증을 남기게 됨은 여러 선행연구를 통해 확인되었다. 불안, 우울, 공격성의 증가, 해리반응, 자아손상감, 성행동의 변화 등 다양한 정서적, 행동적 변화를 겪게 될 뿐 아니라, 외상후스트레스장애나 불안장애, 우울장애, 섭식 등과 같은 정신과적 장애의 위험을 높이는 것으로 보고되고 있다(Brown & Finkelhor, 1986; Kendall-Track, Williams, & Finkelhor, 1993).

성학대 사건의 후유증은 특정한 증상군이 있는 것이 아니라 피해의 종류나 가해자와의 관계, 지속성 여부와 같은 학대 특성, 그리고 피해 연령, 성학대 사건 이전의 발달적 외상 유무 등의 위험 요인 및 지지 체계, 대처 기제와 같은 보호 요인들에 따라 그 양상이 매우 다르게 나타난다. 즉, 별다른 증상이 드러나지 않는 무증상군에서부터 외상 후 스트레스 장애의 양상을 보이는 아이들, 그 외 내현화 내지는 외현화 문제의 증상군을 보이는 아동들까지 다양한 스펙트럼을 보인다(Kendall-Track, Williams, Finkelhor, 1993; Saywitz, Mannarino, Berliner & Cohen, 2000). 이 중에서 가장 높은 비율에 해당하는 것이 외상후스트레스장애의 증상군이기 때문에 주로 관심의 초점이 되어 왔다.

성학대 아동을 대상으로 한 치료적 접근은 초기에는 우울이나 불안 등의 증상을 보이는 환자들에게 시행된 접근과 동일하게 각 이론

에 기반하거나 절충적인 일반적인 치료들이 적용되었고, 현재도 실제 많은 임상장면에서 특정화되지 않은 치료들이 시행되고 있다. 그러다 1990년대 중반 이후 성인 PTSD 환자를 대상으로 치료 효과가 검증된 노출과 인지적 재구조화를 핵심 요소로 포함하는 인지행동치료가 성학대 아동에게 적용되기 시작하였으며, 최근에는 비교적 잘 통제된 연구 설계를 통해 그 효과성이 입증되고 있다(Deblinger, Mannarino, Cohen, & Steer, 2006; Cohen, Deblinger, Mannarino, & Steer, 2004; Cohen & Mannarino, 1998; Deblinger, Lippmann & Steer, 1996).

성학대 아동을 대상으로 한 외상초점 인지행동치료는 시각적 이미지화, 내러티브 등의 방법을 사용한 외상적 기억에 대한 노출, 외상관련 부정적 정서 및 역기능적 인지의 처리, 그리고 건강한 성과 자기보호기술 등에 대한 심리교육 등으로 구성되었으며 매뉴얼화되어 사용되었다. Cohen 등(2004)은 229명의 성학대 관련 PTSD 증상을 가진 아동들을 외상초점 인지행동치료와 아동중심치료에 무선 할당하여 치료 효과를 비교 연구한 결과, 외상초점 인지행동치료 집단이 PTSD 증상뿐만 아니라 우울증과 행동문제 등에서도 더 많이 호전된 것으로 보고하였다. 또한 이러한 호전은 1년 추적 관찰에서도 유지 되었다(Deblinger et al., 2006). 국내에서는 인지행동적 접근을 개인 치료 사례에 적용하거나 구조화된 인지행동 치료프로그램을 실시한 몇몇 사례들이 보고되기 시작하고 있으나(강민아, 김혜정, 이승재, 정운선, 정성운, 2008; 채규만, 2004) 아직까지 체계적인 경험적 연구는 거의 없는 상태이다.

따라서 본 연구는 성학대 아동을 대상으로 하여 외상초점 인지행동치료의 주요 요소인 노출과 인지·정서적 처리, 심리교육으로 구성된 동질의 치료 프로그램을 적용하여 그 치료 효과를 확인하고자 하였다.

성학대 피해 아동을 대상으로 한 치료 효과 연구에서 잠재적으로 제기될 수 있는 문제 중 하나는 대상 아동 자체가 동질적이지 않다는 점이다. 대부분의 연구에서 학대의 특성들이 다양함은 물론, 학대 전 위험 요인이나 보호 요인들에서 매우 이질적이었으며 증상 역시 동질적이지 않았다. 비교적 잘 통제된 연구인 Cohen 등의 2004년, 2006년 연구에서는 치료 대상을 PTSD 증상을 보이는 아동으로 동질화하고자 하였으나, 실제 PTSD 진단 기준에 부합되는 경우는 229명의 아동 중 89%이었고, 성학대 이외의 다른 외상에 노출된 아동이 144명으로 70%에 이르렀다. 공병진단이나 성학대 이전의 진단 유무에 관련하여서도 이질적인 대상들이 포함되었기 때문에 학대의 특성 및 성학대 전 요인들이 치료 효과에 어떤 영향을 미치는지를 규명해야 하는 과제가 남게 된다.

또한, 위의 연구들에서 PTSD 증상을 가진 아동을 대상으로 하였으나 외상초점 인지행동 치료 후에는 PTSD 증상뿐만 아니라 우울과 행동문제 모두에서 호전되는 결과를 보였다. 이는 외상초점 인지행동치료의 여러 요소들이 PTSD 증상 뿐 아니라 다른 기타 증상들에도 유의한 효과를 주는 것으로 생각할 수 있으며, 혹은 PTSD 증상 감소를 매개하여 전반적인 기능 손상을 회복시켜 주는 역할을 하는 것일 수도 있다. 그렇다면 동일한 외상초점 인지행동치료를 받는데도 불구하고, 어떤 아이들은

PTSD 증상이 주로 호전되고, 어떤 아이들은 우울증상이 호전되는지, 또 어떤 아이들이 행동문제에서 개선을 보이는지 역시 규명되어야 할 것이다.

Lanktree와 Briere(1995)는 성학대 아동 71명을 대상으로 외상초점 치료를 시행하면서 3개월마다 반복 측정하여 치료 호전에 영향을 미친 요인들을 탐색하였는데, PTSD 증상과 불안 증상이 비교적 빠른 시간에 호전되었으며, 분노와 해리증상, 성적 행동은 비교적 호전되는데 오랜 시간이 걸린 것으로 보고하였다. 그리고, 불안의 호전은 연령과 부적 상관이 있었으며 성적 관심과 해리증상은 학대 동안 가해자로부터 협박을 받은 아동들에게서 더 많이 호전되는 양상을 보였다. 우울증상은 마지막 학대 경험으로부터 치료 시작까지의 시간이 짧을수록 많이 호전되었다. Horowitz 등(1997) 역시 비구조화 된 치료가 시행된 6-16세, 81명의 아동을 대상으로 주호소 문제가 호전되는데 걸린 소요 회기와 아동 변인의 관계를 분석하였다. 그 결과 학대 연령이 어릴수록 종결까지 더 많은 회기수가 소요되었고, 우울증상과, 공격성, 비행 행동이 있는 경우 더 많은 회기가 소요되는 것으로 분석되었다. 이 두 연구 모두 특정한 치료 프로그램을 일괄적으로 적용한 것은 아니며, 증상 호전에 영향을 미칠 수 있는 요인들을 포괄적으로 분석하지는 못했다는 한계를 가진다.

Cohen과 Mannarino(1996)는 학령전 아동 43명을 대상으로 외상초점 치료 후의 각 증상 호전에 영향을 주는 가족 요인을 탐색하였다. 그 결과, 부모의 정서적 반응과 지지 정도가 가장 강력한 예측변인임을 밝혔다. 이 연구는

성학대 피해 후의 보호 요인이 치료 호전에 미치는 영향을 밝힘으로써 치료 과정에 부모에 대한 개입이 필요함을 시사 하였으나 성학대 이전의 위험요인이나 치료 시작 당시의 아동의 진단 등의 요인들이 치료 호전에 미치는 영향에 대한 분석은 포함하지 않았다.

이에 본 연구에서는 성학대 피해 아동을 대상으로 외상초점 인지행동치료의 효과성을 확인하고, 각 증상의 호전에 영향을 미치는 요인들에 대해 탐색해 보고자 하였다. 표집의 크기는 크지 않으나 동질적인 요소로 구성된 치료가 시행되었으며, 학대의 특성 및 성학대 이전의 복합외상 유무, 치료 시작 당시의 PTSD진단 유무, 지지 체계에 영향을 주는 가족형태 등 치료 호전과 관련된 중요한 요인들을 포괄적으로 분석하고자 시도하였다.

방 법

연구대상

본 연구는 2006년 8월부터 2008년 6월까지 성폭력피해아동 전담기관인 서울 해바라기아동센터를 방문하여 정신과 전문의의 초진과 임상심리전문의의 심리평가를 종합하여 소아정신과 전문의가 성폭력 피해가 확실하고, 피해의 후유증이 심각하다고 판단하여 치료에 의뢰한 만 8세에서 13세의 여자 아동 27명을 대상으로 하였다. 2006년 8월부터 2008년 6월까지 센터에 내원한 총 500여명의 아동 중 학령기 아동이면서 위 기준에 의해 치료에 의뢰된 아동은 78명이었으나 이중 거리상의 이유

로 다른 병원으로 의뢰된 아동이 37명이었으며, 치료 시작 전과 1회기 진행 후 중도 탈락된 아동이 3명으로 나머지 38명의 아동들에게 외상초점인지행동치료가 시행되었다. 이들 중 사전-사후 평가가 모두 이루어진 아동이 27명이었다. 사전 평가는 치료 시행 2-3주 전 심리평가 시에 이루어졌으며 사후 평가는 치료 종결 시에 이루어졌다.

아동의 연령 및 성학대 이외의 복합외상 여부, 성학대의 특성, 진단, 가족형태 등을 표 1에 제시하였다. 간단히 살펴보면 성학대 이외의 외상경험이 없는 아동들이 15명이었으며, 나머지 12명은 성학대 이외에 신체학대나 방임, 정서학대, 가정폭력 목격, 부모의 사망이나 가출 등의 외상경험이 있었다. 피해유형 중 강간, 구강성교, 항문성교, 구강성교를 포함하는 삽입이 있었던 경우가 12명이었고, 폭력 및 위협이 있었던 경우가 20명이었다. PTSD 진단에 해당되는 아이들은 15명이었고, PTSD 진단 기준을 충족시키지 않았던 나머지 12명 중 달리 분류되지 않은 불안장애가 4명, 주요 우울장애가 1명, 달리 분류되지 않은 우울장애가 3명, 두 가지가 공병하는 경우가 4명이었다. PTSD 진단은 받은 15명중 공병진단이 없는 경우가 6명이고, 달리 분류되지 않은 우울장애와 공병하는 경우가 9명이었다. 가족형태는 양부모 가족이 15명이었고, 이혼, 부모사망 및 가출, 조부모 등의 결손가족 아이들이 12명이었다.

외상초점 인지행동 치료 프로그램

본 연구에서 시행한 외상초점 인지행동 프

표 1. 연구대상 아동의 특성

	n=27	평균(표준편차)
연령		10.19(1.46)
복합외상	성학대이의 외상경험 있음	성학대이의 외상경험 없음
	12명(44.4%)	15명(55.6%)
성학대이의 외상경험의 종류	유	무
신체학대	6명(22.2%)	21명(77.8%)
방입	7명(25.9%)	20명(74.1%)
가정폭력목격	9명(33.3%)	18명(66.7%)
부모사망/ 가출	7명(25.9%)	20명(74.1%)
피해유형	삽입	삽입 없음
	12명(44.4%)	15명(55.6%)
	폭력/ 위협 동반	폭력/ 위협 없음
	20명(74.2%)	7명(25.8%)
피해 기간	지속적 피해	1회 피해
	13명(48.1%)	14명(51.91%)
가해자의 관계	가족/친인척	가족/친인척 이외
	10명(37.0%)	17명(63.0%)
진단	PTSD	PTSD 이외 진단
	15명(55.6%)	12명(44.4%)
가족형태	결손가족	양부모가정
	12명(44.6%)	15명(55.6%)

로그랩은 본 연구의 제 1 연구자가 아동기 외상 및 성학대 아동을 대상으로 효과가 검증된 선행 연구의 치료 프로그램을 참고하여 개발하였다(Deblinger & Heflin, 1996; Cohen, Mannarino & Deblinger, 2006). 노출과 인지·정서적 처리, 건강한 성과 자기보호기술에 대한 심리교육을 주요 요소로 하여 개인치료의 형태로 주 1회 총 12회기의 프로그램으로 구성하였다. 프로그램은 본 연구자가 미리 제작된

치료 매뉴얼에 따라 실시하였다.

각 회기별 내용을 간단히 살펴보면 다음과 같다. 1회기에서는 아동의 주호소 문제를 확인하고, 성학대 후유증에 대한 교육을 통해 자신의 문제를 자연스러운 반응으로 이해하며 치료 목표를 동의할 수 있도록 하였다. 2회기에서는 다양한 감정에 대해 이해하고, 인지행동치료의 기본 원리라고 할 수 있는 감정과 생각, 행동의 상호관련성을 이해하는 것으로

학대와 관련된 정서적 인지적 문제를 다루기 위한 준비 작업을 하였다. 3-5회기에서는 학대와 관련된 정서, 이를테면 불안과 두려움, 혹은 분노와 수치심 등의 정서를 확인하고, 그와 관련된 왜곡된 인지를 탐색하고, 이를 교정할 수 있도록 하였다. 더불어 외상적 기억과 불안감의 연합 원리와 노출의 원리를 이해하여 이후 노출치료를 준비할 수 있도록 하였다. 또한 노출치료 중 혹은 일상생활에서 적용할 수 있는 자기조절 기술, 이를테면 “혼자 말하기”나 “호흡하기”, “이완훈련”과 같은 기술들 중 아동이 사용하기 용이한 것을 습득하도록 하였다. 6-9회기에서는 본격적인 노출이 시행되었는데, 시각적 이미지화, 외상이야기 만들기 등의 방법을 사용하였다. 사건에 대한 구체적 노출 과정에서 그 당시에 느꼈던 감정, 신체적 반응, 인지 혹은 지금 다시 떠올리면 서 느끼는 감정과 생각들을 표현할 수 있도록 하여 함께 다루었다. 더불어 학대 사건 이후

일상생활에서 회피하는 것이 있는 경우, 이를테면 특정 길을 가지 않는다거나 가해자 또래의 남자들을 회피하는 등의 경우 실제 노출을 숙제로 내주어 수행하였다. 10-11회기에서는 성에 대한 기본적인 교육을 바탕으로 건강한 성에 대한 토론을 하였으며 왜 성학대가 일어나는지에 대해 이해할 수 있도록 하였다. 더불어 스스로 보호할 수 있는 부분과 스스로 어쩔 수 없었던 부분을 확인하여 과도한 책임감을 경감할 수 있도록 하였다. 마지막 회기에서는 치료 과정을 정리하고 “성폭력을 겪은 친구에게 편지쓰기”와 같은 작업을 통해 학대의 후유증을 극복해나가는 유능감을 복돋울 수 있도록 하였다. 프로그램의 구성은 간략히 표 2에 제시하였다.

이와 같이 표준 12회기 프로그램으로 구성하였으나 치료 초기 저항을 다루는데 걸리는 회기, 노출을 준비하는데 소요되는 회기수의 차이, 외상과 관련된 인지·정서적 처리에 소

표 2. 외상초점 인지행동치료 프로그램의 회기별 구성

회기	내 용	관련 요소
1회기	<ul style="list-style-type: none"> · 치료의 구조화 · 성학대의 후유증에 대한 교육 	심리교육
2회기	<ul style="list-style-type: none"> · 감정 표현 및 다루기 · 인지삼제에 대한 이해 	인지·정서적 처리
3-5회기	<ul style="list-style-type: none"> · 학대 관련 정서의 확인 및 표현, · 학대 관련 인지에 대한 확인 및 토론 · 자기조절 기술 훈련 	인지·정서적 처리, 노출준비
6-9회기	<ul style="list-style-type: none"> · 점진적 노출 · 학대 관련 정서와 인지 처리하기 	노출 인지 정서적 처리
10-11회기	<ul style="list-style-type: none"> · 건강한 성, 개인안전 기술 · 성학대에 대한 이해 	심리교육, 인지적 처리
12회기	<ul style="list-style-type: none"> · 과정의 정리 	심리교육, 인지정서적 처리

요되는 회기수의 차이, 아동의 호소 문제를 다루는데 소요되는 회기 수에 따라 전체 회기가 단축되거나 연장되었다. 평균 치료 회기는 13회기였으며 범위는 최소 8회기에서 최대 24회기였다.

도구

대상자 요인 측정도구

복합외상. 성학대 피해 이전의 외상 경험은 1차적으로 접수 면담시 상담원에 의해 탐색되었으며, 2차적으로 임상심리전문가에 의한 심리평가 시 한국판 K-SADS-PL(김영신 등, 2003)의 외상성 사건에 대한 조사로 확인하는 방법을 거쳤다. 성학대 이외 한 가지 이상의 외상을 경험한 경우를 복합외상 사례로 분류하였다.

피해정도. 성학대 피해 역시 접수 면담과 심리평가 시에 조사되었다. 여러 선행연구(Kendall et al., 1993; 한인영, 박명숙, 유서구, 류소영, 2008)에서 아동의 후유증에 영향을 미치는 피해 요인으로 분석된 삽입유무, 폭력 및 협박의 동반여부, 가족내 가해자 여부, 피해의 지속성 여부를 조사하였다. 각 변인에 대한 사전 측정치에서의 차이를 분석하기 위해 일변량 ANOVA를 실시한 결과, 삽입유무, 폭력 및 협박의 동반여부, 가족 내 가해자 여부, 피해의 지속성 여부에 따른 사전 측정치에서 유의미한 차이가 없었다. 따라서 비교적 작은 사례에 대한 분석을 위해 여러 가지 피해 변인들을 하나의 변인으로 재구성하였다. 각 변인 별 유무를 합산하여 피해 정도를 점수화하

였다. 점수 범위는 한 가지만 해당되는 1점에서 네 가지 모두에 해당되는 경우 4점까지이다.

가족형태. 가족형태는 양부모가족과 결손가족으로 구분되었다. 결손가족은 이혼, 사별, 가출, 조부모 가족형태가 모두 포함되었다.

진단 및 증상 측정도구

한국판 K-SADS-PL(Korean Kiddle-Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia-Present and Life time version)

진단은 Kaufman, Birmaher, Brent, Rao와 Ryan (1996)에 의해 개발된 6-18세의 평균 지능 수준을 지닌 아동들에 대한 진단 평가를 위한 반구조화된 면담 도구로서, 국내에서 김영신, 천근아, 김봉년, 유희정, 김재원, 소유경, 조수철, 장순아, 서동향, 배명옥, 노주선, McBurnett, Leventhal(2004)이 번역한 것을 사용하였다. 최근 삽화와 과거 동안 가장 심했을 때에 대한 평정이 0, 1, 2점으로 이루어지며 선별 면담과 보충질문으로 구성되어 있다. 부모에 대한 면담과 아동에 대한 면담을 각각 실시한 후 평가자가 각 문항에 대해 종합하도록 되어 있다. 그리고 마지막으로 면담 결과를 종합하여 DSM-IV 기준에 의해 진단을 내린다. PTSD 진단에 대한 선별 문항은 재경험, 회피, 악몽, 불면증, 과민성이나 분노의 폭발 등으로 2점인 것이 하나라도 있으면 보충질문을 시행한다. 보충질문은 13개의 증상문항과 1개의 사회적 기능손상에 관한 질문으로 구성되는데, 재경험과 회피, 불안각성을 묻는 문항과 더불어 주의집중력, 과다경계, 흥미감소, 분리감이

나 소외감 등 PTSD 증상이 표현되는 다양한 양상을 확인하도록 하였다.

본 연구에서는 임상심리전문가가 K-SADS를 사용하여 면담하였으며 정신과 전문의의 진료 결과와 종합하여 DSM-IV 기준에 의해 최종 진단하였다. 현재의 증상이 보고된 성학대 사건과의 관련성이 뚜렷하다고 판단될 때 PTSD 진단이 내려졌다. 반면, 현재의 증상이 성학대 사건과의 직접적인 관련성이 없다고 판단될 경우 불안장애나 우울장애 등으로 진단되었다.

아동용 외상관련 증상평가 척도(Trauma Symptom Checklist for Children; TSCC)

아동용 외상관련 증상평가 척도는 Briere (1996)에 의해 고안된 것으로 만 8세에서 16세 아동들이 사용할 수 있는 자기보고식 평가 도구이다. 과소반응, 과대반응으로 이루어진 2개의 타당도 척도와 불안, 우울, 분노, 외상후증상, 해리증상(명맥, 모호), 성문제(몰두, 혐오)로 이루어진 6개의 임상 척도가 포함되어 있다. 모두 54 문항으로 각 문항은 0점(결코 그런 일이 없다)에서 3점(거의 대부분의 시간동안 그렇다)까지 4점 척도로 이루어져 있다. Briere (1996)가 개발한 당시 척도의 내적 합치도(Cronbach α) 계수는 .82에서 .89이었고, 국내에서 손소영, 김태경, 신의진(2007)의 연구에서 내적 합치도는(Cronbach α) .97이었다. 본 연구에서는 전반적인 불안과 우울은 각각 RCMAS와 CDI가 보다 포괄적으로 평가한다고 판단되어 제외하고 외상후증상과 해리증상, 성문제 3개 소척도를 분석에 사용하였다.

소아표출불안척도(Revised Children's Manifest Anxiety Scale; RCMAS)

Castenda(1956)의 Children's Manifest Anxiety Scale(CMAS)을 Reynolds와 Richmond(1985)가 Revised Children's Manifest Anxiety Scale(RCMAS)로 재구성한 것으로, 본 연구에서는 최진숙과 조수철(1989)이 번안한 것을 사용하였다. 초등학교부터 사용이 가능하며 다양한 불안과 관련된 증후들이 존재하는지 여부를 측정할 수 있도록 되어 있으며 37문항으로 구성되었다. 자신에 대해 어떻게 생각하고 느끼는가에 대해 '예', '아니요' 중에 하나를 선택하여 답하게 되어 있다. 각 문항에서 '예'를 1점, '아니오'를 0점으로 채점하며, 안정성을 측정한 네 문항은 역 채점을 한다. 최진숙 등(1986)이 한국 아동을 대상으로 실시한 불안의 측정 연구에서 검사 재검사 신뢰도가 $r=.79$, 반분신뢰도는 $r=.86$ 을 나타내었다.

소아 우울척도(Children's Depression Inventory; CDI)

학령기 아동의 우울증을 평가하기 위해 Kovacs(1983)에 의해 고안된 척도로, 본 연구에서는 조수철과 이영식(1990)이 번역하고 신뢰도와 타당도를 검증한 CDI를 사용하였다. CDI는 27 항목으로 구성되어 있으며 아동 스스로가 자신의 우울 수준을 평가하게 하는 자기보고 척도로 우울, 염세적 경향, 실패 등을 측정하고 있다. 아동이 제시되어 있는 3개의 서술문 중 지난 2주일 동안의 자신을 가장 잘 묘사하고 있다고 판단되는 서술문 한 개를 골라 표시하도록 되어 있다. 우울 증상의 심각도에 따라 0에서 2점가지이며, 점수가 높을수록 우

울한 아동임을 나타내고 있다. 이 척도의 내적합치도(Cronbach α) 계수는 .76이다.

한국판 아동·청소년 행동평가척도(Child Behavior Checklist; K-CBCL)

아동의 적응 및 문제 행동을 부모가 3점 척도로 평가하는 것으로 Achenbach와 Edelbrock (1983)가 제작한 것을 오경자 등(1997)이 번역하여 표준화한 것을 사용하였다. 사회능력 척도와 문제행동 증후군 척도로 나뉘어져 있으며, 문제행동 증후군 척도는 113개의 문항으로 구성되어 있다. 문제행동 증후군 척도들은 내현화 증상에 대한 척도(위축, 신체화, 우울 불안, 미성숙, 사고문제 등)와 외현화 증상에 관한 척도(주의집중, 비행, 공격성)로 구분되어 있다. 표준화 자료에서 소척도의 신뢰도 Cronbach α 계수는 성문제를 제외한 모든 소척도에서 .62에서 .86 범위였다. 본 연구에서는 내현화 행동문제 척도와 외현화 행동문제 척도를 분석에 사용하였다.

자료분석 방법

복합외상, 피해정도, PTSD진단, 가족형태 등의 치료 전 요인별로 사전측정치의 차이를 비교하기 위하여 일변량 ANOVA를 실시하였으며, 성학대 아동을 대상으로 한 인지행동치료의 효과성을 검증하기 위하여 사전-사후 측정치에 대한 반복측정 ANOVA를 실시하였다. 치료 전 요인들과 회기, 사전-사후 측정치 변화량간의 상관관계를 알아보기 위하여 Pearson의 적률상관관계 분석을 실시하였으며, 이후 각 증상별 호전도에 미치는 요인을 탐색하기 위

하여 증상별 측정 척도의 변화량에 대해 단계적 중다회귀분석을 실시하였다.

결 과

치료전 변인과 사전측정치와의 관계

외상초점 인지행동치료 효과를 분석하기에 앞서, 치료전 변인에 따라 사전측정치에서 유의한 차이가 있었는지 파악하기 위하여 일변량 ANOVA를 실시하였다. 우선, 복합외상 유무에 따른 사전측정치를 비교한 결과, TSCC의 성문제 척도에서만 유의미한 차이가 있었다($F=5.505, p<.05$). 학대 특성인 피해정도에 따른 사전 측정치의 차이는 모두 유의하지 않았다. 피해정도의 세부 항목들인 삽입유무, 피해기간, 가해자와의 관계, 폭력협박동반유무 등의 각 변인에 대해서도 사전측정치에 차이가 없었다. PTSD진단 유무에 따른 사전측정치 비교 결과, 모든 사전 측정치에서 유의미한 차이가 없었다. 가족 형태에 따른 사전 측정치의 차이를 분석한 결과, 성문제에서만 유의한 차이가 있었다($F=5.615, p<.05$). 치료전 변인과 사전측정치와 관계를 분석한 결과, 복합외상이 있는 경우와 결손가족의 아동이 성관련 문제가 유의하게 많았다.

외상초점 인지행동치료의 효과

프로그램 참가 대상의 사전-사후 측정치에 대한 반복측정 ANOVA 결과를 표 3에 제시하였다.

표 3. 사전-사후 평가 비교

		사전 평균(표준편차)	사후 평균(표준편차)	F
TSCC	외상후증상(PTS)	54.00(10.16)	41.37(7.14)	31.94***
	해리증상(DIS)	49.52(9.60)	41.15(5.41)	26.81***
	성적 문제(SC)	63.89(22.05)	44.04(4.01)	23.35***
RCMAS		20.37(7.96)	13.44(6.64)	28.25***
	CDI	17.00(10.33)	10.81(8.29)	9.09**
K-CBCL	내재화	57.04(11.18)	49.56(9.39)	17.08***
	외현화	52.33(11.93)	47.78(9.12)	5.67*

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

반복측정 ANOVA 결과, 모든 영역의 측정치에서 사전-사후 변화가 유의하였다. TSCC의 외상후증상, 해리증상, 성문제 소척도와 RCMAS, K-CBCL의 내재화행동문제 척도에서 .001의 높은 유의 수준에서 호전된 것으로 나왔다. 그리고 CDI와 K-CBCL의 외현화행동문제 척도의 호전 정도는 각각 .01수준과 .05 수준에서 유의하였다.

사전-사후 측정치 변화량에 영향을 미친 요인 탐색

각 영역별 증상 호전에 영향을 미치는 요인 탐색을 위한 단계적 중다회귀분석을 실시하기에 앞서 각 치료전 변인들과 측정치 변화량과의 상관관계를 살펴보았다. 결과는 표 4에 제시하였다. 복합외상은 성문제 변화량과 PTSD 진단은 해리증상 변화량과 유의한 상관을 보

표 4. 아동의 치료전 변인 및 회기수와 사전사후 측정치 변화량간의 상관관계

	치료회기	복합외상여부	피해정도	PTSD진단	가족형태
외상후증상 변화	-.13	-.07	-.07	-.31	-.19
해리증상 변화	-.30	-.23	-.07	.39*	-.32
성문제 변화	-.10	-.41*	-.01	-.33	-.39*
불안 변화	-.01	-.08	-.11	-.35	-.46*
우울 변화	.07	.04	-.14	-.10	-.28
내재화 변화	-.11	.09	-.24	-.08	-.03
외현화 변화	-.15	.14	-.10	.01	.04

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

였다. 가족형태는 성문제와 RCMAS의 불안증상 변화량과 유의한 상관을 보였다. 피해정도와 치료 회기수는 어떤 측정치의 변화량과도 유의한 상관을 보이지 않았다

각 증상 측정치의 변화량에 대해 치료 회기수, 복합외상 여부, 피해정도, PTSD진단, 가족형태가 미치는 영향을 탐색하기 위해 단계적 중다회귀분석을 실시하였고, 그 결과가 표 5에 제시되어 있다.

외상후증상 변화량과 CDI 변화량, 내재화행동문제, 외현화행동문제 변화량을 예측하는 유의한 변인은 없었다. 해리증상의 변화량에 대해서는 PTSD진단이 39%의 설명력을 가졌으며 치료회기 변인은 18%의 추가 설명력을 가졌다. 즉, PTSD진단을 받은 아동의 경우와 치료회기수가 길어질수록 해리증상이 더 많이 감소되었다.

성문제 변화량에 대해서는 복합외상이 41%의 설명력을 가졌으며 PTSD진단이 19%의 추

가 설명력을 가졌다. 즉, 복합외상 아동이 성관련 문제가 더 많이 감소하였으며, PTSD진단을 받은 아동도 성관련 문제 변화량이 컸다.

RCMAS 점수 변화량에 대해서는 가족형태의 설명력이 46%였으며 PTSD진단이 15%의 추가 설명력을 가졌다. 즉 결론가정인 경우와 PTSD진단인 아동이 RCMAS의 점수 변화량이 컸다.

논 의

본 연구는 성학대 아동을 대상으로 외상초점 인지행동치료의 효과를 확인하고, 각 증상의 호전에 영향을 미치는 요인들을 탐색해보고자 하였다. 그 결과를 논의하면 다음과 같다.

우선, 외상초점 인지행동치료 프로그램의 실시 결과, 모든 측정치에서 사전-사후 평가간의 유의한 호전을 보였다. 특히, TSCC의

표 5. 치료 전 변인 및 회기수의 측정치 변화량에 대한 단계적 중다회귀분석 결과

종속 변인	유의한 예언 변인	ΔR^2	F	
TSCC	외상후증상 변화	-	-	
	해리증상 변화	PTSD진단	.39	4.56*
		치료회기수	.18	5.64**
	성문제 변화	복합외상	.41	4.09*
PTSD진단		.19	6.67**	
RCMAS 변화	가족형태	.46	6.66*	
	PTSD진단	.15	6.99**	
CDI 변화	-	-	-	
K-CBCL	내재화행동문제 변화	-	-	
	외현화행동문제 변화	-	-	

* $p < .05$ ** $p < .01$

외상후증상, 해리증상, 성문제 척도, 그리고 RCMAS로 측정된 전반적인 불안 등 외상후스트레스장애와 관련된 증상들에 대한 자기보고에서 가장 유의미한 호전을 보고하였다. 뿐만 아니라 CDI로 측정된 우울과 부모가 보고한 K-CBCL의 내외현화 행동문제에서도 유의한 호전을 보였다. 이는 선행 연구 결과들(Deblinger, Mannarino, Cohen, & Steer, 2006; Cohen, Deblinger, Mannarino, & Steer, 2004; Cohen & Mannarino, 1998; Deblinger, Lippmann & Steer, 1996)과 일치되는 것으로 성학대 아동을 대상으로 한 외상초점 인지행동치료의 효과성을 확인하였다. 노출과 인지·정서적 처리, 건강한 성 및 자기보호기술에 대한 심리교육으로 구성된 성학대 아동을 대상으로 한 인지행동치료는 재경험, 회피, 불안 등의 PTSD 증상 뿐 아니라 우울 및 행동문제에서도 유의한 효과를 보고함으로써 성학대 아동들이 겪는 다양한 증상 및 심리적 고통을 감소시키는데 효과가 있는 것으로 평가된다.

그러나, 무처치 통제집단 및 다른 접근의 치료 시행 집단과의 비교 설계가 이루어지지 않아, 시간 경과에 따른 자연 호전 및 심리치료의 일반적인 효과 가능성을 완전히 배제할 수 없는 등 본 연구 결과의 해석은 제한된다. 더불어 추후 평가를 통하여 치료효과의 유지를 확인하는 작업과 외상초점 인지행동치료의 각 요소들이 증상 호전에서 어떤 역할을 하는지 규명하는 작업이 필요하겠다.

다음으로 각 증상 호전에 영향을 미치는 요인을 탐색한 결과, 여러 증상의 호전에 일관적으로 영향을 미치는 변인은 PTSD 진단이었다. PTSD 진단을 받은 아이들과 그렇지 않은

아이들의 사전 측정치에서 유의한 차이가 없었음에도 불구하고, PTSD 진단을 받은 아이들이 TSCC의 해리척도와 성문제 척도에서 더 큰 호전을 보였으며 RCMAS로 측정된 전반적인 불안도 더 많은 호전을 보였다. 즉, 현재 겪고 있는 불안 및 해리증상, 그리고 성관련 문제가 최근의 성학대라는 외상적 사건과 직접적으로 관련이 되어 있는 PTSD 진단을 받은 아이들이 치료에 더 반응적이었다는 것을 시사한다. 이는 PTSD 진단이 어떤 아이들에게 내려졌는가와 밀접한 관련이 있는데, 본 연구에서 PTSD 진단은 현재의 증상이 보고된 성학대 사건과의 관련성이 뚜렷하다고 판단될 때 내려졌다. 반면, 현재의 증상이 성학대 이전의 다양한 외상경험들과 더 많이 관련되거나 복합적으로 관련된다고 판단될 경우 불안장애나 우울장애 등으로 진단되었다. PTSD 진단을 받은 15명 중 10명이 성학대 이외의 외상이 없었던 아이들이었던데 반해 PTSD 진단을 받지 않은 12명중 성학대 이외의 외상이 없는 아동은 5명에 불과하였다. 즉, PTSD 진단을 받지 않은 아동들은 현재의 불안 및 해리증상, 성관련 문제가 최근 성학대라는 외상적 사건과 관련되었다기보다는 그 이전의 복합적 외상과 더 관련되어 있을 가능성이 높다고 하겠다. 이들은 성학대 아동을 대상으로 하는 외상초점 인지행동치료에 덜 반응적이었다고 할 수 있겠다. 따라서 증상 호전에 PTSD 진단이 중요한 예측변인이었다는 결과는 본 연구에서 시행된 외상초점 인지행동치료가 성학대라는 외상적 사건과 연합된 불안 및 해리증상, 성관련 문제를 표적으로 하는 치료 요소들로 구성된 것으로 PTSD 진단을 받은 아동들에게

가장 효과적인 치료 프로그램임을 확인해준 것으로 생각된다.

그러나, TSCC의 외상후증상 척도의 호전에 서는 이러한 PTSD진단의 영향이 없었다. 총 10문항으로 구성된 외상후증상 척도는 불안증상과 해리증상과 중복되는 문항들을 제외하면 주로 “좋지 않은 일들이 자꾸 생각난다”, “기억하고 싶지 않은 것을 기억한다”와 같은 재경험을 묻는 것들로 구성되어 있다. 외상초점 인지행동치료가 이러한 재경험 증상을 표적으로 하고 있고, 실제 치료 후에 유의한 호전을 보이는 결과를 보이고 있음에도 불구하고, 해리증상이나 성문제와는 달리 PTSD 진단의 영향을 덜 받은 것으로 나왔다. 이는 TSCC의 외상후증상 척도가 성학대 이외의 여러 외상에 대한 재경험을 포괄할 수 있다는 측정의 문제일 수 있겠으나 보다 정밀한 탐색이 필요하겠다.

복합외상은 성관련 문제 호전에 대한 유의한 예측변인이었다. 특히, 성문제는 사전측정치의 비교에서 복합외상 아동들이 유의하게 더 많이 보고하였다. 이는 복합외상 아동들이 보이는 성관련 문제가 성학대의 결과물만이 아니라 신체학대, 방임 등의 발달적 외상 및 스트레스와 상당한 관련성이 있다는 선행연구 결과와 일치된다(Letourneau, Schoenwald, & Sheidow, 2004). 성관련 문제를 더 많이 보였던 복합외상 아동들은 외상초점치료의 왜곡된 성의식에 대한 교정 및 건강한 성에 대한 교육을 통하여 성몰두 및 성혐오 증상으로 구성된 성관련 문제에서 더 많이 호전되는 것으로 이해된다.

가족형태는 RCMAS로 측정한 전반적인 불안

증상 호전에 대해 유의한 예측 변인이었다. 결손가족의 아동들은 사전측정치에서는 불안 증상에서 차이가 없었는데 치료 과정을 통해 더 많이 호전되는 양상이었다. 결손가족의 아동은 불안을 달래주고, 안심시켜주는 심리적 지원이 제한되었을 가능성이 있는바, 그러한 아동들에게 심리치료 과정에서 경험하는 치료자와의 관계에서의 안정감이 불안감 호전에 더 큰 치료적 효과를 낳았을 가능성이 있다.

한편, 치료 회기수는 해리증상의 호전에 PTSD 진단이외에 유의한 추가적 설명량을 갖는 요인이었다. 본 연구에서 실시된 외상초점 인지행동치료는 아동에 맞게 융통성 있게 회기수가 조정되었는데, 회기수에 따라 해리증상 변화량만이 유의한 영향을 받았다. 성학대 아동을 대상으로 한 치료 상황에서 호전되는데 비교적 많은 회기가 소요되는 증상이 해리증상, 우울증상, 공격성, 비행 행동 등이었다는 Horowitz 등(1997)의 연구 결과와는 부분적으로 일치한다. Horowitz의 연구에서는 89명이라는 보다 큰 표집을 대상으로 하였고, 치료 회기수가 1회기에서 52회기까지 범위가 넓었던데 반해 본 연구에서 시행된 프로그램은 8에서 24회기 범위에 한정되어 있어 증상호전과 회기수의 관계를 정밀하게 분석하는 연구 설계로서는 제한이 있는 것으로 생각된다.

이상의 외상초점 인지행동치료 후의 각 호전 증상에 미치는 요인들에 대한 탐색적 연구 결과는 성학대 아동들을 대상으로 치료 계획을 세울 때 아동의 진단, 복합외상 여부, 가족 형태 등의 지지체계 등을 고려해야 함을 제안한다. 그러나, 이러한 결론을 내리기에 앞서

성학대 아동들의 증상 발현 및 유지에 영향을 미치는 요인에 대한 연구가 선행되어야 할 필요가 있다. 특히, 본 연구 대상의 특성을 살펴 보았을 때, 그러한 필요성은 더욱 확연해진다. 본 연구 대상 아동은 만 13세 이하 성폭력 피해아동의 치료 및 법적 지원을 담당하는 전담 센터에 내원한 아동들 중 소아정신과 전문의의 진료 및 임상심리전문가의 심리평가를 통하여 피해 후유증이 심각하다고 판단되어 치료에 의뢰된 아동들이었다. 따라서 표 1에서 제시한 바, 성학대 아동들의 정신병리와 관련된 논문들을 검토한 결과 학대 아동들의 PTSD 비율이 32% 정도였다는 Kendall-Trickett (1993)의 보고서나 김태경, 김소향, 최경숙, 최지영, 임자영, 엄소영, 신의진(2006)이 심리평가까지 의뢰된 아동들을 대상으로 분석하여 보고한 41.7% 보다 훨씬 높은 55.6%였다. 뿐만 아니라 일반적인 집단에 비해 신체학대나 가정폭력 목격 등의 복합외상 경험 비율이 매우 높고, 가족형태도 결손가족 비율이 매우 높았다. 이는 성학대 아동 전체 집단의 특징을 대표한다고 할 수는 없으며, 오히려 복합적인 외상을 경험하거나 안정적인 지지체계 형성이 제한되는 가족 형태를 가진 아동들이 성학대 피해 후에 심각한 후유증을 겪을 가능성이 많다는 것을 의미한다. 즉, 본 연구 대상 아동들은 성학대 아동들 전체 집단에서도 위협 요인이 많고, 보호 요인이 부재하여 증상이 더 악화된 사례들이 많은 비율로 포함되었을 가능성이 있다. Brown 등(1986)도 가족 내 갈등이나 정서적 방임과 같은 성학대 이전의 조건이 외상의 영향을 악화시킬 수 있다는 것 제안한 바 있다. 따라서 앞으로 이러한 전체 성학대

아동들을 대상으로 위협요인 및 보호요인 등이 증상 발현에 미치는 영향을 밝히는 연구가 증상호전에 영향을 미치는 요인을 규명하는 작업에 앞서 선행되어야 하겠다. 두 가지 연구는 모두 성학대 아동에 대한 보다 효과적이고 포괄적인 치료 모델을 확립하는 이론적 기초가 될 것이다.

참고문헌

김영신, 천근아, 김봉년, 유희정, 김재원, 소유경, 조수철, 장순아, 서동향, 배명옥, 노주선, Leventhal, B., Cook, E., McBurnett, K. (2003). 한국판 K-SADS-PL. 중앙문화사.

김태경, 김소향, 최경숙, 최지영, 임자영, 엄소영, 신의진 (2006). 한국 성폭력 피해 아동의 정신병리. 신경정신의학, 45(2), 165-173.

손소영, 김태경, 신의진 (2007). 아동용 외상관련 증상 평가척도의 효용성-성폭력 피해 아동과 일반 아동의 비교. 소아청소년정신의학, 18(1), 49-57.

오경자, 이해련, 홍강의, 하은혜 (1997). 아동·청소년 행동 평가 척도. 서울: 중앙적성출판사.

조수철, 이영식 (1990). 한국형 소아우울척도의 개발. 신경정신의학, 29, 943-956.

최진숙, 조수철 (1989). 한국형 소아불안척도의 개발. 소아청소년정신의학, 5, 141-149.

한인영, 박명숙, 유서구, 류소영 (2008). 아동청소년 성학대 피해증상의 영향요인: 성학대 피해에 대한 부모의 반응을 중심으로.

- 청소년연구, 15, 327-356.
- Briere, J. (1996). *Trauma Symptom Checklist for Children(TSCC) professional manual*. Odessa, FL: Psychological Association,
- Brown, A. & Finkelhor D. (1986). Impact of child sexual abuse: a review of the research. *Psychological Bulletin*, 99, 1, 66-77.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2006). *Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescen*. New York: Guilford press.
- Cohen, J. A., Deblinger, E., Mannarino, A. P., & Steer, R. A. (2004). A multisite, randomized controlled trial for children with sexual abuse related PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 42-50.
- Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (1998). Factor that mediate treatment outcome of sexually abused preschool children: six-and 12-month follow-up. *Journal of Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 44-51.
- Deblinger, E., Mannarino, A., Cohen, J. A., & Steer, R. A. (2006). A follow-up study of a multisite, randomized, controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 1474-1483.
- Deblinger, E., Mannarino, A., Cohen, J. A., & Steer R. A. (2004). A multisite, randomized, controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 393-402.
- Deblinger, E., & Heflin, A. H. (1996). *Treating Sexually Abused Children and Their Nonoffending Parents; A Cognitive Behavioral Approach*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Deblinger E., Lippmann, J., & Steer, R. (1996). Sexually abused children suffering posttraumatic stress symptoms: Initial treatment outcome findings, *Child Maltreatment*, 1, 310-321.
- Farrell, L. T. (1988). Factor that affect a victim's self-disclosure in father-daughter incest. *Child Welfare*, 67, 462-468.
- Horowitz, L. A., Putman, F. W., & Noll, J. G. (1997). Factors affecting utilization of treatment services by sexually abused girls. *Child Abuse & Neglect*, 21, 35-48.
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., & Ryan, N. (1996). Kiddle-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Present and Lifetime Version 1.0.
- Kendall-Tackett K. A., Williams L. M., & Finkelhor D. (1993). Impact of sexual abuse on children; a review and synthesis of recent empirical studies. *Psychology Bulletin*, 110, 164-180.
- Kim, Y. S., Cheon, K. A., Kim, B. N., Chang, S. A., Yoo, H. J., Kim, J. W., Cho, S. C., Seo, D. H., Bae, M. O., So, Y. K., Noh, J. S., Koh, Y. J., McBurnett, K., & Levethal, B. (2004). The reliability and validity of kiddle-schedule for affective disorders and schizophrenia-present and lifetime version-

- korean version(K-SADS-PL-K). *Yonsei Medical Journal*, 45, 81-89.
- Lanktree, C. B., & Briere, J. (1995). Outcome of therapy for sexually abused children: a repeated measures study. *Child Abuse & Neglect*, 19, 1145-1155.
- Letourneau, E. J., Scheonwald, S. K., & Sheidow, A. J. (2004). Children and adolescent with sexual behavior problems. *Child Maltreatment*, 9, 49-61.
- Newberger, C. M., Gremy, I. M, Waternaux, C. M., & Newberger, E. H. (1993). Mothers of sexually abused children trauma and repair in longitudinal perspective. *American Orthopsychiatric Association*, 63, 92-102.
- Saywitz, K. J., Mannarino, A. P., Berliner L, & Cohen J. A. (2000). Treatment for sexually abused children and adolescents. *American Psychologist*, 55, 1040-1049.

원고접수일 : 2009. 4. 30.
수정원고접수일 : 2009. 5. 20.
게재확정일 : 2009. 6. 4.

Effectiveness of Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for Sexually Abused Children: An Exploratory Study

Ji Young Choi

Department of Psychology
Yonsei University

Yee Jin Shin

College of Medicine
Yonsei University

Kyung Ja Oh

Department of Psychology
Yonsei University

The purpose of the study was to examine the effectiveness of trauma-focused cognitive behavioral therapy for sexually abused children, and to identify the factors affecting treatment outcome. TF-CBT was comprised of exposure, cognitive and affective processing, and psycho-education regarding childhood sexual abuse, health sexuality and personal safety skills. The participants consisted of 27 sexually abused girls between the ages of 8 and 13 who were referred to psychotherapy by psychiatrists because their symptoms were severe enough to be in need of intervention. They received 8-24 sessions (mean=13 sessions) individually on a weekly base. The results showed PTSD symptom, dissociative symptom, sexual concern, anxiety and depression as children's self-reported symptoms improved following therapy. There was also a significant improvement in internalizing problems and externalizing problems as reported by the parent. This results support the treatment effectiveness of TF-CBT. In addition, the study identified that PTSD diagnosis was the most significant predictor of treatment outcome of TF-CBT. Complex trauma, family structure, and number of sessions were also significant predictors. Clinical implications and limitations of this study were discussed.

Key words : child sexual abuse, TF-CBT, factors affecting treatment outcome