

한국 성폭행 피해 아동의 정신병리

해바라기아동센터,¹ 연세대학교 의과대학 정신과학고실²

김태경¹ · 김소향¹ · 최경숙¹ · 최지영¹ · 임자영¹ · 엄소용² · 신의진²

Psychopathology of Sexually Abused Children In Korea

Tae-Kyoung Kim, MA¹, So-Hyang Kim, MA¹, Kyoung-Sook Choi, MA¹, Ji-Young Choi, MA¹,
Ja-Young Lim, MA¹, So-Yong Eom, MA² and Yee-Jin Shin, MD, PhD²

¹Sunflower Children Center, Seoul, Korea ²Department of Psychiatry, College of Medicine, Yonsei University, Seoul, Korea

Objectives : This study aimed to identify psychopathologies of sexually abused children and intervening variables of symptom severity.

Methods : Eighty-four school-aged children were identified for sexual abuse from a center for child sexual abuse by psychiatrists, clinical psychologists, and social workers. We analyzed correlations among symptom severity, types of sexual abuse, gender, age, relationship with the abuser, family system, and current and past psychopathologies.

Results : The percentage of victims with particular psychiatric disorders (current) were 79.8%. Children without identifiable disorders were 20.2%, but these children had significantly increased scores on self report scales of anxiety (RCMAS), depression (CDI), and withdrawal scores on parental reports of child behavior checklist (K-CBCL). Sixty nine percent of abused children had primary diagnosis related to sexual abuse in DSM-IV diagnostic system. PTSD was 41.7%, depressive disorder was 38.1%, and anxiety disorder was 21.4%. Psychopathologies were more severe if perpetrators were of acquaintance or if victims had previous psychopathologies or parent-child relational problems. Types of primary caregiver and older age were also related to the severity of psychopathologies.

Conclusion : Present study suggests that most victims of childhood sexual abuse suffer from significant psychological distress. Intervening variables are relationship with the perpetrator, previous mental health status, age of the child, type of the primary care taker, and the quality of parent-child relationship. (J Korean Neuropsychiatr Assoc 2006;45 (2) :165-173)

KEY WORDS : Child sexual abuse · Psychopathology · Symptom severity.

서 론

최근 성폭행 사건의 빈도가 급증하고 있으며, 아동성폭행 사건 역시 증가하고 있는 추세이다. 한국 성폭력 상담소의 2003년 통계¹⁾에 의하면 유·소아 성폭행이 전체 성폭행 사건의 21.2%(602명)를 차지하며, 보건복지부·아동학대예방센터에서 발간한 2004년도 전국 아동학대 현황 보

고서²⁾에서는 전체 접수 5,764건 중에 아동 성학대가 266건(4.6%)으로 나타났다. 또한, 아동 성폭력 전담 센터인 해바라기 아동 센터의 2004년 사업 보고서³⁾에 의하면 개소 이후 12월 말까지 약 7개월 동안 접수된 13세 이하 어린이의 성폭력 피해 건수가 268건으로 매우 높게 나타났다. 신고조차 되지 않는 비율이 이보다 훨씬 높을 것이라는 전문가들의 예측을 감안한다면 아동 성폭력이 얼마나 심각한 수준에 이르렀는지를 잘 알 수 있다.

어린이 성폭행의 후유증은 매우 심각하다. 질 손상과 성기 이상, 처녀막 파열, 및 감염과 같은 신체적 피해뿐만 아니라 정신적 후유증이 상당히 크게 나타난다. 물론, 성폭행을 당한 모든 어린이들이 후유증을 보이는 것은 아니다. 선행연구들의 결과에 따르면, 성폭행을 당한 당시의 나이, 상황, 신체적 가해의 여부, 협박 유무, 아동의 심리내적 자원, 및 부모의 대응 태도 등과 같은 여러 요인에 의해 후유

접수일자 : 2005년 11월 28일 / 심사완료 : 2006년 1월 2일

Address for correspondence

Yee - Jin Shin, M.D., Ph.D. Department of Psychiatry, College of Medicine, Yonsei University, 134 Shinchon - dong, Seodaemun - gu, Seoul 120 - 752, Korea
The Institute of Behavioral Science in Medicine Yonsei University College of Medicine

Tel : +82.2 - 361 - 5470, Fax : +82.2 - 313 - 0891

E - mail : yjshin@yumc.yonsei.ac.kr

해바라기아동센터 : 13세 이하 성폭행피해 아동 전담 센터로, 2004년 6월부터 여성부에서 연세의료원에 위탁 운영되고 있음.

증의 종류와 정도가 달라진다고 한다.⁴⁻⁶⁾

정신적 후유증으로는 사건의 재경험, 과잉각성, 회피행동, 악몽, 해리 등과 같은 외상 후 스트레스 증상, 우울증, 주의 집중력 장애, 수면장애, 과도한 죄의식, 낯선 사람에 대한 두려움과 불신, 등교거부, 위축, 자살사고, 자살 등을 들 수 있으며, 유뇨증이나 유분증과 같은 퇴행현상도 종종 관찰된다.⁷⁻⁹⁾ 과도한 자위행위나 놀이에서 성행위를 묘사하는 행동을 반복적으로 나타내는 등의 부적절한 성행동의 증가도 보고되고 있다.^{9,10)} 또한, 성학대로 인한 스트레스가 아동의 생물학적 스트레스 체계에 변화를 초래하여 뇌 발달에 부정적인 영향을 미친다는 연구결과도 발표된 바 있다.^{11,12)}

추적조사 연구 결과에 따르면, 사건 이후 시간이 점차로 경과되면서 사건 자체가 잊혀질 수는 있으나, 적절한 치료를 받지 않는 경우 사춘기에 접어들면서 관련 경험이 다시 떠오르거나 구체적으로 기억나지는 않으면서도 이성 관계를 방해할 수가 있다고 알려져 있기도 하다.^{5,13,14)} 과거 성폭행 경험이 있는 성인을 대상으로 이루어진 연구 결과들은 경계선 성격장애나 우울증, 성적 장애, 자아 정체감 장애 등과 같은 장기적인 후유증이 얼마나 심각한지를 잘 드러내주고 있다.¹⁵⁻¹⁷⁾

아동 성폭력은 아는 사람 즉, 친부모를 포함한 친인척, 교사, 유치원 원장, 통학버스 기사 등에 의해 일어나는 경우가 빈번하며, 성폭력에 대해 함구하도록 협박을 당하게 되면 겁을 먹은 어린이들이 오랫동안 사실을 폭로하지 못함으로써 피해가 오랫동안 반복적으로 일어나는 경우가 많아진다.^{3,17)} 이때, 비밀을 노출하는 경우 가정이 파탄된다고 하거나, 어머니에게 버림을 받는다는 등과 같은 위협이 종종 사용된다고 한다.³⁾ 성폭행의 피해는 비단 여자 어린이들만의 일이 아니다. 남자 어린이도 성폭행의 피해자가 되곤 하는데, 2004년 해바라기 아동센터의 사업 보고서에 따르면 남아의 경우 대부분 4세에서 6세 미만의 나이에 피해를 당한 것으로 나타났다.³⁾ 어린이들을 유인하기 위해 먹을 것이 자주 사용되며, 자신만 특별한 대우를 받는다는 느낌을 주면서 유인하거나 부모가 찾는다는 식으로 유인하는 경우도 많다.^{3,17)}

이렇듯 아동 성폭행 실태가 심각한 수준에 이르렀으며, 그 후유증이 매우 큰 것으로 나타나고 있으나 아직까지는 정신적 후유증에 대한 국내의 경험적 자료가 부족한 실정이다. 본 연구는 국내 최초로 설립된 13세 이하의 성폭행 피해 아동 전담 센터에서의 경험적 자료를 분석하여 성폭행 피해 아동의 임상적 특징과 심리적 후유증 및 후유증에 영향을 미칠 수 있는 변인들을 탐색해보는 것을 목적으로 이루어졌다. 이러한 자료는 향후 어린이 성폭력 관련 연구의 중요한 기본 자료가 될 수 있을 것이라 여겨진다.

방 법

연구대상

2004년 6월부터 2005년 6월까지 성폭력 피해아동 전담센터인 해바라기 아동센터에 방문한 13세 이하의 학령기 아동을 일차 대상으로 하였다. 총 방문 접수는 363건이었으며, 이 중에서 자기 보고가 어려운 미취학 아동, 성폭행 피해 사실의 확인이 어렵거나 성폭력 피해가 아닌 사례, 및 정신지체 장애인은 대상에서 제외되었다. 센터에 등록될 당시 보호자로부터 이용 동의서를 받는데, 이때에 아동의 자료가 성폭행 피해 아동의 연구에 사용될 수 있음을 명시하였으며, 본 연구에 사용된 자료는 모두 이에 동의한 아동의 것이었다.

성폭행 피해의 진단은 Drach 등¹⁸⁾이 제안한 기준을 토대로 이루어졌다. 즉, 정신과 전문의의 면담 결과, 임상심리 전문가의 심리평가와 법정 면담 결과, 산부인과 전문의의 의학적 소견, 및 사회사업가에 의해 수집된 과거력 및 현재의 정황적·행동적 증거들을 토대로 사례회의를 통해 성폭력 사건이 실제로 있었을 가능성이 논의되었다. 성폭행 사건의 실재 여부는 다음과 같은 분류 기준에 의거하여 구분되었다.

강력한 증거(Strong evidence)

의학적 증거, 면담에서 얻은 증거, 및 과거력 수집 과정에서 얻은 적절한 증거 등이 피해의 진단을 확실히 지지할만하다. 또한, 의학적 증거의 존재 여부와 상관없이 아동이 신뢰롭고 구체적이며 일관성 있게 피해 사실을 진술한다.

중간 정도의 증거(Moderate evidence)

의학적 검사 상 이상 소견이 발견되지 않더라도 아동이 중간 정도로 구체적인 진술을 하며, 암시에 대해 중간 정도로 저항할 수 있고, 과거력 상 일관성 있는 정보가 존재한다.

증거 없음(No evidence)

의학적 검사 결과 상 정상 소견을 보이며, 아동이 성폭력 피해 사실을 부인하며, 단지 약간의 지지 증거만이 존재한다.

알 수 없음(Don't know)

의학적 검사 결과 상 정상 소견을 보이며, 아동이 진술을 반복하여 진술의 사실 여부를 가늠할 수 없다.

본 연구에서는 중간 정도의 증거 이상을 보인다고 판단된 아동 중 종합심리평가가 실시된 아동을 대상으로 하였다. 14세 이상인 청소년도 2명 있었으나 이 역시 분석에서 제외하였다. 최종적으로 분석에 이용된 사례는 모두 84건이었다.

심리학책 평가도구

성폭행 피해 사실에 대해 언어적으로 보고할 수 있는 능력을 가지고 있는지 알아보기 위해 지능검사가 단축형으로 실시되었다. 그리고, 전반적인 심리상태를 평가하고 그 결과를 증상의 심각도 평정에 참고하기 위해 집-나무-사람 그리기, 가족화, 및 로샤 검사가 시행되었다.

소아우울척도(Children's Depression Inventory ; CDI)

학령기 아동의 우울증을 평가하기 위해 Kovacs(1983)에 의해 고안된 척도로, 본 연구에서는 조수철과 이영식¹⁹⁾이 번역하고 표준화한 한국형 소아우울척도를 사용하였다. 한국형 소아우울척도는 27항목으로 구성되어 있다. 이는 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. 우울증상의 심각성 정도에 따라 0에서 2점까지이며, 점수가 높을수록 우울한 아동임을 나타낸다. 이 척도의 신뢰도는 Chronbach α 7.6으로써 우울한 아동을 평가하는데 신뢰로운 도구임을 확인하였다.

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 조수철²⁰⁾이 번안한 것을 사용하였다. 이 척도의 장점은 초등학교 저학년부터 고등학교 학생에 이르기까지 지능에 상관없이 모두에게 사용이 가능하다는 것이다. RCMAS는 다양한 불안과 관련된 증후들이 존재하는지 여부를 측정할 수 있도록 고안되었으며, 모두 37항목으로 자신에 대하여 어떻게 생각하고 느끼는가에 대해 '예', '아니오' 중에 하나를 선택하여 답하게 되어 있다. 각 문항에서 '예'를 1점, '아니오'를 0점으로 채점하며, 안정성을 측정한 네 문항은 역채점을 한다. 총 점수가 높은 아동일수록 불안 성향이 높은 아동임을

을 나타낸다. RCMAS는 한국 아동을 대상으로 실시한 불안의 측정 연구에서 검사 재검사 신뢰도가 $r=.79$ 이었고, 반분 신뢰도는 $r=.86$ 을 나타내었다.

한국 부모보고용 아동·청소년행동평가척도(Korean-Child Behavior Checklist ; K-CBCL)

아동의 적응 및 문제 행동을 부모가 3점 척도로 평가하는 것으로 Achenbach and Edelbrock(1983)가 제작한 것을 오경자 등²¹⁾이 번역하여 표준화한 것을 사용하였다. 사회 능력 척도와 문제행동 증후군 척도로 나뉘어져 있으며, 문제행동 증후군 척도는 113개의 문항으로 구성되어 있다. 각 문항마다 아동의 행동문제를 0점(전혀 해당되지 않는다), 1점(가끔 보였거나 그 정도가 심하지 않다), 2점(자주 보였거나 그 정도가 심하다)으로 평정하도록 되어 있다. 사회능력 척도는 내용에 따라 사회활동과 학교에서의 활동으로 구분되어 있으며, 문제행동 증후군 척도들은 내면화 증상에 대한 척도(정신분열증, 우울증, 의사소통의 어려움, 강박 충동증, 신체화 증상)와 외면화 증상에 관한 척도(과잉활동성, 공격성, 비행)로 구분되어 있다. 또한, 성문제와 정서적 불안정성 하위 척도도 포함된다. 분석에는 문제 행동 증후군 척도의 연령 환산 점수를 사용하였다.

진 단

한국판 K-SADS-PL(Korean Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Present and Lifetime Version)²²⁾

6~18세의 평균 지능 수준을 지닌 아동들에 대한 진단 평가도구로서, PTSD의 진단 뿐 아니라 사고 이전의 장애 유무와 공병 진단을 위한 진단도구로 사용되었다. 이는 최근 삽화와 과거 동안 가장 심했을 때에 대한 평정이 함께 이루어지며, screening interview scoring sheet와 5개의 supplemental score sheets(affective, psychotic, anxiety, behavioral, substance abuse/other disorder)로 구성되어 있다. 현재 이 도구는 몇몇 질환에 대해서는 한국 표준화가 이루어졌으나, 아직 PTSD에 대해서는 표준화가 이루어지지 않아 본 연구에서 표준화 과정이 없이 직접 사용하는 것은 다소 무리가 있다고 판단된다.²³⁾ 하지만 아직 구조화된 소아정신질환의 진단도구 중 PTSD에 대해 표준화된 도구가 없으므로 본 연구에서 임상심리전문가가 DSM-IV 진단 준거에 의한 PTSD 진단 유무와 다른 공존병리 유무를 평가할 때 K-SADS-PL을 대안적으로 사용하였다.

K-SADS-PL의 결과와 다른 심리검사 및 정신과전문

의의 면담 결과를 종합한 후 소아정신과 전문의와 임상심리전문가들의 사례회의를 통하여 최종 진단이 결정되었다. 진단은 성폭력 사건 경험과 관련하여 나타난 진단(현재 진단)과 성폭행 사건 경험 이전부터 있어온 진단(과거 진단)으로 구분하여 내려졌다.

과거 진단의 경우 본래 K-SADS-PL의 개념에서는 과거에 증상이 있다가 현재에 없어진 것을 의미 하는데, 본 연구에서는 성폭행 사건 이전부터 현재까지 지속되고 있으며 사건 경험과 관련하여 심각도에 변화를 보이지 않는 경우도 과거진단으로 분류하였다.

다만, 이전부터 있어오다가 사건이후로 의미 있는 정도로 증상이 심해진 경우에는 현재진단으로 분류하였다. 한편, 현재 진단 중에서 외상 후 스트레스 장애가 배제 진단으로 시사된 경우가 몇 건 있었는데, 증상의 특성과 심각도 면을 고려하여 달리 분류되지 않는 불안장애에 포함시켰다.

증상의 심각도

K-SADS-PL은 근본적으로 Categorical diagnosis로 질병의 유무와 질병의 종류를 규명하는데 주안점을 둔 진단 도구이다. 따라서 진단명만으로 현재 환자의 질병 상태의 심각도를 나타내기 어려워, 현재의 적응 기능을 나타내기 위해 아동의 전반적 적응 기능을 보는 척도인 소아전반적평가척도(Children's Global Assessment Scale; CGAS)를 사용하도록 되어있다.

하지만 CGAS는 주로 기능 정도만 반영하므로 정신적 문제의 심각도를 정확히 표현하기에는 무리가 있다. 또한 성폭력 피해 아동의 특성 상 분명 임상적 진단 기준에 부합되는 심각한 문제들을 가지고 있음에도 불구하고 학교생활에 큰 문제가 없으며, 겉으로 보기에는 비교적 적응적으로 생활하는 것처럼 보이는 경우가 많았다. 증상을 억제하거나 해리 시키는 경우에도 증상을 부인하기 때문에 더욱 문제가 될 수 있다. 심지어 어떤 아동은 PTSD와 달리 분류되지 않는 우울장애 진단이 내려질 정도로 심리적으로 상당한 고통을 경험 중이었음에도 불구하고, 일상생활 속에서는 동생을 적절하게 돌보며 학교에 잘 다니는 모습을 보이기도 하였다. 특히 나이가 많을수록, 그리고 피해가 장기 지속적으로 이루어졌을수록 진단과 CGAS 점수가 불일치하는 비율이 증가되었다. 이러한 양상은 피해가 장기·지속적이라는 아동성폭행의 중요한 특징에 기인한 것일 수 있다.

결과적으로, 아동의 외적·심리적 고통을 적절하게 반영한다고 볼 수 있는 평가 척도가 현재로써는 국내에 부재한 상태이다. 이러한 이유 때문에 소아정신과 전문의와 임상

심리전문가가 정신과적 면담, 심리평가, 행동관찰 정보 등을 모두 종합하여 정기적인 사례 회의를 통해 성폭행에 의한 심리적 고통의 정도를 진단과 별도로 평정하였다.

평가 시에는 성폭행과 직·간접적으로 관련이 있다고 판단되는 증상에 초점을 두었으며, 사고 경험 이전부터 있어온 문제는 가능한 배제하였다. 다만, 진단과 마찬가지로 사건 이후로 심해진 경우에는 증상의 심각도 평정 시에 이를 감안하였다.

심리적 고통의 정도는 증상 없음(성폭행 피해와 관련한 심리적 고통과 적응 문제가 없음), 경도(성폭행 피해와 관련해 다소간의 문제를 드러내나 적응 기능을 크게 저해할 정도는 아님), 중등도(성폭행 피해와 관련해 상당한 정신적 고통을 경험 중이며, 정신과적 진단 기준에 부합되는 증상을 가지고 있음. 약물치료를 고려해볼 필요가 있음), 그리고 중증(성폭행 피해와 관련해 심각한 정신적 고통을 경험 중이며, 약물 치료 혹은 입원치료가 요구됨)으로 세분화되어 평정되었다.

피해의 유형

피해 유형은 형법에 명시된 성폭행 피해의 유형으로 분류하였다. 성욕의 흥분 또는 만족을 목적으로 하는 행위로서 선량한 풍속에 어긋나서 보통 사람으로 하여금 수치감이나 혐오의 정을 느끼게 하는 행위는 추행으로, 폭행 또는 협박을 동원하여 추행한 것을 강제추행으로(형법 298조), 사람의 심신상실 또는 항거불능의 상태를 이용하여 간음 또는 추행을 한 것을 준강간으로(형법 299조), 음경을 질구에 강제로 삽입한 것을 강간(형법 297조)으로 분류하였고, 폭력이 동반된 강간은 특수강간으로 분류하였다. 본 연구에 포함된 피해아동들에서는 강제적인 구강성교(fellatio)의 비율이 비교적 높게 나타났는데, 이는 강제추행으로 분류되었다.

모든 통계적 분석은 SPSS 12.0 version으로 이루어졌다. 목적에 따라 빈도분석, 변량분석, 순위 상관분석, 다중 변량분석, 및 Kruskal-Willis Test가 실시되었다.

결 과

인구통계학적 변인

전체 84명 중에서 남자는 8명(9.52%)이었고 여자는 76명(90.47%)이었다. 평균연령은 9.12세였고(SD=2.15), 7세가 22.6%로 가장 높은 비율을 차지하였다. 연령 분포는 Fig. 1에 제시되어 있다. 가족체계는 원가족이 65.5%이었고, 편모 및 편부 가정은 25%로 나타났다. 친조부모

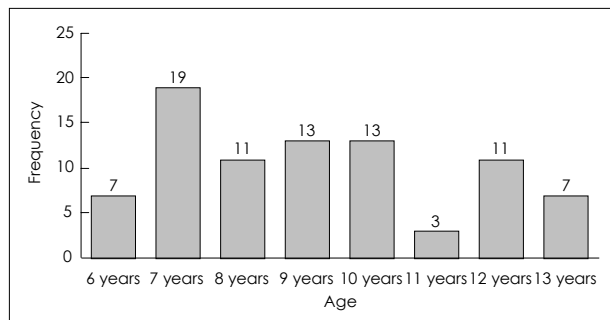


Fig. 1. Age distribution of school aged victims of sexual abuse.

1.2%, 외조부모 3.6%, 그리고 의붓 부모 가정은 2.4%로 나타났다.

성폭행 사건의 특성

아동 성폭행 사건의 기술 통계치가 Table 1에 제시되어 있다. 가해자와 피해자가 동거 중인 경우는 8명(9.5%)이었다. 가해자와 피해자의 관계로는 모르는 사람이 42.9%로 가장 많았으나, 평소 아동이 신뢰할만한 - 그리고 신뢰해야만 한다고 교육 받는 대상인 가족, 친척, 교사, 강사, 종교인 등도 27.4%로 높은 비율을 차지하였다.

피해 회수는 1회가 48.8%이었고, 10회 이상 지속적인 경우도 44%로 높게 나타났다. 피해 기간 역시 한번으로 끝나는 경우가 48.8%이었으나 1년 이상 장기 피해도 21.4%로 높게 나타났다. 나이가 어릴수록 피해의 빈도와 지속 기간도 함께 증가하는 양상을 드러내었다.

피해 장소는 피해자의 집과 가해자의 집이 각각 20.2%와 21.4%로 나타났고, 기타 공공장소도 15.5%로 나타났다. 그밖에는 숙박업소, 학교, 놀이터, 옥상 등이었다.

피해유형을 살펴보면, 언어 및 신체추행과 단순 희롱, 사건의 목적, 음란물예의 노출과 같은 추행사건이 33건(39.3%)으로 나타났다. 언어적 및 신체적 폭력을 동반한 강제 추행(강제적인 구강 및 항문 성교 포함)은 32건(38.1%)이었고, 준강간 1건(1.2%), 강간 13건(15.5%), 그리고 폭력을 동반한 특수강간이 5건(6%)으로 나타났다(Table 1).

심리측정 변인

소아우울척도(CDI) 점수의 평균이 16.76점으로 조수철 등¹⁹⁾의 연구 결과에서 제안된 절단점수인 13점보다 높게 나타났다. 소아불안척도(RCMAS) 점수 역시 18.27점으로 최진숙 등²⁰⁾의 연구 결과에서 제안된 절단 점수인 11~13점에 비해 상당히 높게 나타났다. 즉, 정신장애 진단의 유무와 무관하게 아동 스스로 보고하는 우울과 불안감은 비임상집단에 비해 의미 있게 높았다.

Table 1. Characteristics of sexual trauma

		Frequency Ratio (%)	
Relationship with the perpetrator	Stranger	36	42.9
	Family member	11	13.1
	Relative	9	10.7
	Neighbor	10	11.9
	Classmate/senior	4	4.8
	Teacher/tutor	2	2.4
	A religious man	1	1.2
	Others	11	13.1
	No response	1	1.2
Same residence with perpetrator	No	41	48.8
	Yes	8	9.5
Frequency of sexual trauma	Don't know	1	1.2
	1 episode	41	48.8
	1 - 10 episode	4	4.8
	More than 10 episode	37	44.0
	No response	1	1.2
Duration of sexual trauma	1 episode	41	48.8
	Below 1 year	25	29.8
	1 - 2 years	6	7.1
	Over 2 years	12	14.3
Place of sexual trauma	House of the victim	17	20.2
	House of the abuser	18	21.4
	Stay room	3	3.6
	School	3	3.6
	An outing place	3	3.6
	Public place	13	15.5
	Residential unit	8	9.5
	Top of building	3	3.6
	Underground room	3	3.6
	Others	8	9.5
	No response	2	2.4
Types of sexual trauma	Indecent	33	39.3
	Forced indecent	32	38.1
	Semi-rape	1	1.2
	Rape	13	15.5
	Extraordinary rape	5	6.0

한국 아동·청소년 행동평가척도(K-CBCL)의 위축에서 환산점수의 평균이 69.21점으로 높게 나타났다. 그 밖의 점수에서는 의미 있는 상승을 보이지 않았다.

정신과 진단의 분포

DSM-IV²²⁾에 의거하여 현재의 정신과적 진단이 내려진 아동은 58명(69.05%)이었으며, 진단이 내려지지 않은 아동은 26명(30.95%)이었다. PTSD 진단이 41.7%로 가장 높은 비율을 차지하였고, 달리 분류되지 않는 우울장애가 22.6%로 두 번째로 높은 비율을 차지하였으며, 주요 우

Table 2. Distribution of clinical diagnosis

Diagnosis	Current		Previous	
	Frequency	Ratio (%)	Frequency	Ratio (%)
Post traumatic stress disorder	35	41.67		
Major depressive disorder	13	15.47	1	1.2
Anxiety disorder, NOS	12	14.28	2	2.4
Depressive disorder, NOS	19	22.61	12	14.3
Separation anxiety disorder	5	5.95		
Eating disorder	2	2.38		
Attention deficit/hyperactivity disorder	1	1.19	1	1.2
Generalized anxiety disorder	1	1.19	1	1.2
Tic disorder	1	1.19	2	2.4
Social phobia			1	1.2
Reactive attachment disorder			3	3.57
Conduct disorder			5	5.95
Opposite defiant			1	1.2
Enuresis/Encopresis			2	2.4

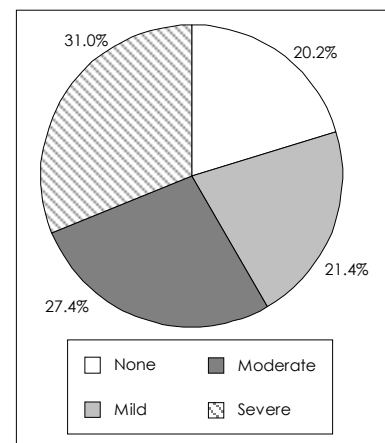
울장애가 15.5%, 그리고 달리 분류되지 않는 불안장애 진단이 14.3%이었다(Table 2).

하나의 정신과 진단이 내려진 아동이 35명(41.67%)이었으며, 두 개의 중복 진단을 받은 아동은 18명(21.43%)이었고, 세 가지 이상의 진단이 내려진 아동은 6명(7.14%)으로 나타났다. 공병 진단으로는 우울장애가 23.8%로 가장 높은 비율을 차지하였고, 그밖에 달리 분류되지 않는 불안장애, 분리불안장애와 주의집중력 장애, 섭식장애, 및 일반화된 불안장애 등이 있었다.

성폭행 사건이전의 정신장애 진단(과거진단)이 내려진 아동이 26명(30.95%)으로 비교적 높게 나타났다. 달리 분류되지 않는 우울장애가 14.3%로 가장 높게 나타났고, 그밖에는 주요우울장애, 달리 분류되지 않는 불안장애, 주의력결핍 및 과잉행동장애, 일반화된 불안장애, 틱 장애, 사회공포증, 반응성애착장애, 및 품행장애 등의 진단이 있었다(Table 2).

부모자녀 관계의 문제 여부를 살펴보았는데, 무려 60.7%에서 임상적인 관심이 될 정도의 부모자녀 관계 문제가 있는 것으로 나타났다. 이는 이전에는 뚜렷이 드러나지 않고 잠재되어 있던 관계의 문제가 성폭력 피해 사건에 대한 처리 과정에서 불거진 경우를 모두 포함하며, 가해자가 친부인 경우에도 부모-자녀관계에 문제가 있는 것으로 평정되었다.

한편, 부모의 관찰에 의해 과도한 자위행위를 포함한 부적절한 성행동이 보고 된 사례는 10.7%로 나타났다. 이는 주요 호소에 자위행위를 포함한 심히 부적절한 성적 행동이 포함된 경우만을 포함한 비율이다.

**Fig. 2.** Severity of psychopathologies related to sexual abuse by clinician rating.

증상의 심각도와 관련된 변인들

임상적인 관심의 초점이 될 정도의 정신과 증상이 없는 ‘무증상’ 사례가 17건으로 20.2%를 차지하였다. 정도의 증상을 보이는 아동이 18명(21.4%), 중등도는 23명(27.4%), 그리고 중증이 26명(31.0%)이었다(Fig. 2).

현재의 정신적 장애 여부와 증상의 심각도 간에 유의미한 정적 상관관계가 나타났으며(Spearman rho=.74, $p<.001$), 그 중에서도 PTSD가 있는 경우에 심각도가 더욱 높은 것으로 나타났다(Spearman rho=.69, $p<.001$). 또한, 두 가지 이상의 공병 진단이 있는 경우에 단일 진단 아동에 비해 증상의 심각도가 높아지는 양상을 보였다(Spearman rho=.593, $p<.001$).

성폭행 피해의 유형, 지속기간, 피해의 빈도, 가해자와 피해자의 관계(낮익은 사람인지, 낯선 사람인지), 피해 장소,

Table 3. Factors related to severity of psychopathologies

	Severity	
	Chi-square ^a	Significance
Type of sexual abuse	1.96	
Duration	2.45	
Frequency	3.84	
Relationship with perpetrator	4.09	$p < .05$
Place of sexual abuse	3.54	
Gender of victim	.38	
Types of primary care-giver	6.68	$p < .05$
Parent-child relational problem	9.30	$p < .01$
Current psychopathology	45.44	$p < .001$
Previous psychopathology	11.61	$p < .001$
	Correlation coefficient ^b	Significance
Age of child	.22*	$p < .05$

^aKruskal-Willis analysis testing for differences^bSpearman Correlation analysis testing for differences

피해 아동의 성별, 피해 아동의 나이, 일차 양육자의 유형(일차 양육자가 부모인지 아니면 그 밖의 사람인지), 현재 정신병리 유무, 부모 자녀 관계의 문제 여부, 그리고 사건 이전의 정신병리 유무에 따른 증상의 심각도에 차이가 있는지 알아보기 위하여 Spearman 상관분석과 Mann - Whitney Test 및 Kruskal - Wallis Test를 실시하였다.

분석 결과가 Table 3에 제시되어 있다. 표에서 볼 수 있는 바와 같이 성폭행 가해자와 피해 아동의 관계(Wilcoxon $W=1573.5$, $p < .05$), 주 양육자의 유형(Wilcoxon $W=2117$, $p < .05$), 부모자녀 관계의 문제(Wilcoxon $W=1122$, $p < .01$), 사건 이전의 정신병리 유무(Wilcoxon $W=2125$, $p < .01$)에 따라 증상의 심각도에 의미 있는 차이가 나타났다. 아동의 연령(Spearman's $\rho=.22$, $p < .05$)과 증상의 심각도 간에도 유의미한 정적 상관관계가 있었다. 또한 정신적 장애가 있을수록 증상의 심각도가 높아지는 것으로 나타났다(Spearman $\rho=.74$, $p < .001$).

한편, 성기의 질, 구강 및 항문 삽입이 후유증상의 심각도에 중요한 영향을 미치는 것으로 나타났다고 하는 선행연구^{5,25)} 결과에 따라 삽입 여부를 기준으로 집단을 구분하여 증상의 심각도와 심리척도들의 집단 간 차이를 알아보기 위해 변량분석을 실시하였다. 그 결과, 본 연구에서는 어느 종속변인에서도 의미 있는 차이가 나타나지 않았다.

고 찰

아동성폭행의 심리적 후유증이 얼마나 심각한가를 알고 고자하는 목소리가 꾸준히 있어왔으나, 아직까지 국내에서는 피해 아동을 대상으로 직접 이루어진 경험적 자료가 거

의 없는 실정이다. 본 연구는 학령기의 성폭행 피해 아동을 대상으로 성폭력 피해가 정신적 안녕에 미치는 영향을 알아보고, 사고 이후의 정신적 증상의 심각도에 영향을 미치는 가능한 요인들을 탐색하는 것을 목적으로 이루어졌다.

과거 및 현재의 진단 유무와 상관없이 CDI와 RCMAS 및 K - CBCL의 위축 척도 점수에서 의미 있게 높은 점수를 나타내었다. 이는 대다수의 피해 아동들이 주관적으로 상당한 심리적 고통을 겪고 있음을 반영해주는 것이라고 하겠다.

진단적 특성을 알아보기 위해 빈도분석을 실한 결과, PTSD가 41.7%로 가장 높은 비율을 차지하였다. 이는 선행연구들^{4,7,8,26)}에서 PTSD 진단 비율이 31~53%로 나타난 것과 유사한 결과라고 볼 수 있겠다. 그밖에, 달리 분류되지 않는 우울장애도 22.6%로 높게 나타났고, 주요우울장애와 달리 분류되지 않는 불안장애의 비율도 비교적 높은 편에 속하고 있다. 공병률도 상당히 높아서, 두 개의 공병 진단이 21.4%였으며, 세 개 이상의 진단을 받은 비율도 7.1%나 되었다. 공병 장애로는 우울장애가 23.8%로 가장 높은 비율을 차지하였고, 그밖에는 달리 분류되지 않는 불안장애, 분리불안장애와 주의집중력 장애, 섭식장애 및 일반화된 불안장애 등이 있었다.

본 연구 결과에서는 진단으로 외현화와 내현화 장애를 구분한 결과, 외현화 장애가 1.19%로 낮게 나타났다. 그러나, 진단이 아니라 부모가 보고하는 아동의 문제행동을 기준으로 볼 때에는 우울, 불안, 위축을 포함한 내현화 문제가 의미 있게 보고된 아동의 비율이 46.43%였으며, 비행과 공격성 및 과잉활동 등을 포함한 외현화 문제가 의미 있게 보고된 아동은 36.9%로 나타났다. 이와 유사하게, 증상을 기준으로 외현화와 내현화 문제를 구분한 선행 연구⁴⁾에서도 내현화 문제를 지닌 아동이 38%, 그리고 외현화 문제를 지닌 아동이 32%로 나타났다고 밝히고 있다.

성폭행 피해가 확인된 아동 중 20.2%의 아동에게서 의미 있는 정도의 정신적 후유증이 나타나지 않았다. 이는 선행연구 결과와 크게 다르지 않은 것이다.²⁶⁻²⁹⁾

그렇다면 진단을 받지 않은 아동들은 성폭행 피해 후유증으로부터 진정 자유로운 것일까? 그리고 왜 어떤 아이들은 후유 증상을 보이고 어떤 아이들은 보이지 않는 것일까 하는 의문이 남는다. 우선, 증상이 없는 것이 아니라 아직 증상을 드러내지 않고 있는 상태일 가능성을 고려해볼 수 있다. 즉, '증상 없음'이라는 것이 아동이 증상을 효과적으로 억압하고 있거나 외상 경험 자체를 부인하고 해리시켜 버림으로써 증상이 나타나지 않는 것일 수도 있다.

후자의 경우라면 다음의 발달 단계에서 사건의 의미가 재

해석되면서 뒤늦게 후유증이 나타날 가능성이 있다. Berliner³⁰⁾는 이를 ‘잠재적 발병(latent onset)’이라는 개념으로 설명한 바 있다. Gomes - Schwartz 등³¹⁾은 성폭행 피해 아동을 대상으로 한 18개월의 추적 조사에서 처음에 증상이 없었던 아이들의 상태가 가장 나쁜 것으로 나타났다고 밝히기도 하였다. 즉, 무증상군의 30%에서 18개월 이후에 증상이 발현되었다고 한다. 이러한 결과들은 앞서 언급한 바도 있듯이 장기간의 추적 조사의 중요성을 시사해주는 것이라 할 수 있겠다.

다음으로, 성폭력 경험이 정말로 아동의 삶에 커다란 영향을 주지 않는 것일 수도 있다. 특히, 학대적 경험에 대처하기 위한 심리적·사회적·치료적 자원이 풍부한 아동일수록 진정으로 후유증상이 없을 가능성이 있다. 부모자녀간의 유대감과 관계의 질도 이러한 자원에 포함될 수 있는데, 본 연구 결과 부모자녀 관계의 문제가 ‘진단 없음’ 집단에서 ‘진단 있음’집단에 비해 의미 있게 낮게 나타난 것도 이러한 결과와 일관성이 있는 것이라 하겠다.

피해 아동과 가해자와의 친숙도, 피해아동의 연령, 양육자의 유형, 현재 정신병리 유무, 과거의 정신건강 상태, 부모자녀 관계가 후유증의 심각도를 매개하는 변인으로 나타났다. 즉, 가해자가 아는 사람일수록, 아동의 나이가 많을수록, 부모 이외의 양육자에 의해 양육된 아동일수록, 사건 발생 이전의 정신건강 상태가 좋지 못할수록, 그리고 부모 자녀 관계의 질이 좋지 못할수록 성폭력 피해의 후유증의 심각도가 의미 있게 높게 나타났다. 이러한 결과는, 이미 논의한 바 있듯이, 사건 자체의 특성뿐 아니라 사건 발생 이후의 적절한 지지체계와 심리적 자원의 질이 후유증의 정도에 상당한 영향을 미친다는 사실을 반영해주는 것이라고 하겠다.

예상과는 달리 피해의 유형에 따른 증상의 심각도에는 의미 있는 차이가 나타나지 않았다. 이러한 결과에 대한 해석에는 몇 가지 고려해야만 할 문제점이 있다. 자료의 수집이 대부분 아동 자신의 보고에 의해 이루어질 수밖에 없었는데, 피해가 비교적 은밀하게 지속적으로 이루어지며 피해 이후 기간이 오래 지난 이후에 사건이 폭로되는 경우가 많아 아동이 정확한 내용을 회상하지 못하는 경우가 많았다. 또한, 나이가 어릴수록 구체적인 자기 보고가 더욱 어려웠다. 즉, 어린 아동이라는 특수성으로 인해 피해 자체에 대한 자료의 수집에 제한점이 있었고, 심지어 어떤 경우는 처녀막 파열 소견이 있음에도 불구하고 성적인 키스만을 강요했다고 아동이 보고하며 성기삽입은 부인하는 사례도 있었다.

다른 한편으로는, 피해의 유형과 무관하게 대부분의 아

동에서 심리적 고통의 정도를 반영해주는 심리적도에서 의미 있는 상승을 보이고 있는 바, 피해의 유형보다는 아동 스스로 지각하는 심리적 피해와 고통이 보다 중요하다는 것을 반영해주는 것일 수도 있다.

피해의 지속 기간 및 피해 빈도와 심각도 간에는 의미 있는 상관관계가 나타나지 않았다. 이는 아동 성폭행 피해의 경우 기간이나 빈도와 무관하게 심각한 정신적 후유증을 드러냄을 시사해주는 결과로 이해된다.

본 연구에서는 연령에 따른 증상의 심각도에 의미 있는 차이가 나타났다. 연령 변인의 영향에 대한 선행연구들의 결과는 상당히 불일치하는 양상을 보이고 있다. 나이든 아동일수록 보다 많은 후유증상을 보인다고 하는 연구⁴⁾도 있으나, 연령에 따른 증상의 심각도 차이가 없다고 밝힌 연구 결과도 있다.^{32,33)} 어릴수록 더욱 많은 증상을 보인다는 보고도 있다.³⁴⁾ 연령의 영향이 포물선 형태를 보인다는 연구 결과도 있다.³⁵⁾ 본 연구에서도 학령전기 아동을 제외하고 분석이 이루어졌기 때문에, 이 연령대를 포함하면 결과가 달라질 가능성이 있다. 요컨대, 불일치하는 보고들이 있기는 하나, 연령 변인이 증상의 심각도에 영향을 미칠 가능성은 충분히 있어 보이며, 증상과 연령을 매개하는 제 3의 변인으로 인해 연구결과들이 불일치하게 나타나는 것일 가능성도 있겠다.

본 연구의 제한점으로는 우선, 본 연구에 미취학 아동이 포함되지 않았다는 점을 들 수 있다. Kendall - Tackett 등⁴⁾은 취학 전 아동과 취학아동 및 청소년기 아동에서 특징적으로 나타나는 후유증상이 상이한 것으로 보고하고 있다. 본 연구는 학령전기 아동을 포함시키지 않았으므로, 취학 전 아동에 대한 연구가 추가적으로 이루어질 필요가 있겠다. 또한, 본 연구에서는 자기 보고가 가능할 수 있다고 판단된 사례만을 표집하였고, 그 과정에서 정신지체 피해 아동의 사례가 배제되었다. 임상적인 경험으로 볼 때, 정신지체 피해자의 심리적 후유증이 비장애 아이들의 그것과 크게 다르지는 않았으나, 경험적인 연구는 필요할 것으로 생각된다.

또 다른 제한점으로, 초기면담 후 피해의 가능성이 시사된 모든 아동이 심리평가를 받지는 않았다는 것을 들 수 있다. 심리평가가 의뢰되었으나 보호자의 사정으로 인해 평가가 취소된 경우가 상당히 많았으며, 정신과 의사와의 면담 결과 피해의 가능성은 높지만 후유증상이 심하지 않다고 판단되면 심리평가 자체가 의뢰되지 않는 경우가 종종 있었다. 평가가 의뢰되었으나 내소하여 평가를 받지 않은 사례에는 증상이 심하나 주변의 시선을 의식하여 오지 않는 경우가 가장 많았고, 아동의 증상이 심하지 않다고 자의적으로 판단하여 오지 않는 경우도 많았다. 따라서, 본 연

구 결과의 일반화에는 다소간의 제한이 있어 보인다.

결론

본 연구에서는 성폭행 피해가 확인된 학령기 아동의 정신병리를 분석하였다. 그 결과, 69.5%의 아동이 성폭력 피해와 관련된 심각한 정서적 및 행동적 문제를 경험하는 것으로 나타났다. 후유증의 심각도와 관계된 매개변인으로는 피해아동과 가해자와의 관계, 피해 아동의 연령, 주 양육자의 유형, 사건과 관련된 정신병리 유무, 사건 이전의 정신적 건강 상태, 부모 자녀 관계의 질 등이 있었다.

중심 단어 : 아동 성폭행 · 정신병리 · 증상의 심각도.

REFERENCES

- 1) 한국성폭력상담소. 성폭력상담 현황. 서울: 한국성폭력상담소; 2003.
- 2) 보건복지부 · 아동학대예방센터. 전국아동학대현황보고서. 서울: 보건복지부; 2004. p.3-4.
- 3) 해바라기아동센터. 2004년 사업보고서. 서울: 해바라기아동센터; 2004. p.33-35.
- 4) Kendall-Tackett KA, Williams LM, Finkelhor D. Impact of sexual abuse on children: a review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin* 1993;113:164-180.
- 5) Beitchman JH, Zucker KJ, Hood JE, daCosta GA, Akman D. A review of the short-term effect of child sexual abuse. *Child Abuse Neglect* 1991;15:537-556.
- 6) Conte J, Schuerman J. Factors associated with an increased impact of child sexual abuse. *Child Abuse Neglect* 1987a;11:201-211.
- 7) 김정규, 김중술. 아동기 성폭행의 심리적 후유증-성인기 정신건강에 미치는 영향을 중심으로. *한국심리학회지. 임상* 2000; 19:747-769.
- 8) Ruggiero KJ, McLeer SV, Dixon J. Sexual abuse characteristics associated with survivor psychopathology. *Child Abuse Neglect* 2000;24: 951-964.
- 9) 안동현. 아동 성 학대. 홍강의, 강경미, 고복자, 박영숙, 김경희, 김봉년 등 저. *소아정신의학*. 서울: 중앙문화사; 2005. p.493-475.
- 10) Deblinger E, Heflin AH. Treating sexually abused children and their nonoffending parents. New Delhi: Sage; 1996.
- 11) 이소영. 성폭력. *신경정신의학* 2003;42:34-45.
- 12) De Bellis MD, Baum AS, Birmaher B, Keshavan MS, Eccard CH, Boring AM, et al. Developmental traumatology. Part II: Brain development. *Biol Psychiatry* 1996;45:1259-1270.
- 13) 채규만. 성 피해 심리치료. 서울: 학지사; 2004. p.65-73.
- 14) Ferrara FF. Childhood sexual abuse: developmental effects across the lifespan. Canada: Books/Cole; 2002.
- 15) Saunders EA. Rorschach indicators of chronic childhood sexual abuse in female borderline inpatients. *Bulletin Menninger Clin* 1991;55:48-71.
- 16) Ferguson TJ, Stegge J, Damhuis I. Children's understanding of guilt and shame. *Child Dev* 1991;62:827-839.
- 17) Putnam W, Trickett K. Child sexual abuse: A model of chronic trauma. *Psychiatry* 1993;56:82-96.
- 18) Drach K, Wientzen J, Ricci L. The diagnostic utility of sexual behavior problems in diagnosing sexual abuse in a forensic child abuse evaluation clinic. *Child Abuse Neglect* 2001;25:489-503.
- 19) 조수철, 이영식. 한국형 소아우울척도의 개발. *신경정신의학* 1990;29:943-956.
- 20) 최진숙, 조수철. 한국형 소아 불안척도의 개발. *소아청소년정신의학* 1989;5:141-149.
- 21) 오경자, 이혜련, 홍강의, 하은혜. *아동 · 청소년 행동 평가 척도*. 서울: 중앙적성출판사; 1997.
- 22) Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Ryan N. Kiddie-Schedule for affective disorders and schizophrenia-present and lifetime version 1.0; 1996.
- 23) Kim YS, Cheon KA, Kim BN, Chang SA, Yoo HJ, Kim JW, et al. The Reliability and Validity of Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia -Present and Lifetime Version- Korean Version (K-SADS-PL-K). *Yonsei Med J* 2004;45:81-89.
- 24) American psychiatric association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV). 4rd ed. Washington DC, American Psychiatric Association; 1994.
- 25) Conte J, Schuerman J. The effects of sexual abuse on children: A multidimensional view. *J Int Violence* 1987b;2:380-390.
- 26) Kolko DJ, Moser JT, Weldy SR. Behavioral/emotional indicators of sexual abuse in child psychiatric inpatients: A controlled comparison with physical abuse. *Child Abuse Neglect* 1988;12:529-541.
- 27) Caffaro-Rouget A, Lang RA, van Santen V. The impact of child sexual abuse. *Ann Sex Res* 1989;2:29-47.
- 28) Mannarino AP, Cohen JA. A clinical-demographic study of sexually abused children. *Child Abuse Neglect* 1986;10:17-23.
- 29) Tong L, Oates K, McDowell M. Personality development following sexual abuse. *Child Abuse Neglect* 1987;11:371-383.
- 30) Burliner L. The effects of sexual abuse on children. *Violence Update* 1991;1:1-10.
- 31) Gomes-Schwartz B, Horowitz JM, Sauzier M. Severity of emotional distress among sexually abused preschool, school-age, and adolescent children. *Hospital Community Psychiatry* 1985;36:503-508.
- 32) Einbender AJ, Friedrich WN. Psychological functioning and behavior of sexually abused girls. *J Consult Clin Psychology* 1989;57:155-157.
- 33) Fridrich WN, Urquiza AJ, Beike RL. Behavior problems in sexually abused young children. *J Pediatric Psychology* 1986;11:47-57.
- 34) Wolfe VV, Gentile C, Wolfe DA. The impact of sexual abuse on children: A PTSD formulation. *Behav Therapy* 1989;20:215-228.
- 35) Shapiro JP, Leifer M, Martone MW, Kassem L. Multimethod assessment of depression in sexually abused girls. *J Personality Assess* 1990;55: 234-248.