

아동청소년 성폭력 피해자들을 위한 코호트 연구 : 코호트 구축과 초기 평가 결과

세광병원 정신건강의학과,¹ 건양대학교 의과대학 정신건강의학교실,²
연세대학교 의과대학 정신과학교실,³ 연세대학교 의과대학 의학행동과학 연구소⁴
김경윤¹ · 이나현² · 천근아^{3,4} · 송동호^{3,4}

A Cohort Study of Children and Adolescents Victims with Sexual Abuse in Korea and Their Initial Assessment Results

Kyung-Yoon Kim, M.D.,¹ Na-Hyun Lee, M.D.,²
Keun-Ah Cheon, M.D., Ph.D.,^{3,4} Dong-Ho Song, M.D., Ph.D.^{3,4}

¹Department of Psychiatry, Sekwang Hospital, Ulsan, Korea

²Department of psychiatry, Konyang University College of Medicine, Daejeon, Korea

³Department of Psychiatry, Yonsei University College of Medicine, Seoul, Korea

⁴Institute of Behavioral Science in Medicine, Yonsei University, Seoul, Korea

ABSTRACT

Objectives : The goals of the study are how to establish the cohort systems for the children and adolescents victims with sexual abuse in Korea and to identify the risk and protective factors that influence mental health in child sexual abuse (CSA). This is initial assessment data based on the analysis of cohort variables for baseline evaluation of subjects.

Methods : We constructed the cohort systems for CSA victims recruited by Seoul Sunflower Children Center, CSA victims protection center. The initial assessment data which consisted of demographic and psychological inventories of CSA victims and their parents/families, psychiatric diagnoses were the results of statistical analysis of 65 subjects under 19 years old for 3 years 7 months.

Results : The initial data were followings : female participants, N=56; mean age, 11.6 (SD=4.5); the most sexual assault, molestation 71.8%; victims, family and acquaintance 87.1%; 61.5% of the subjects diagnosed with psychiatric disorder; 29.2% diagnosed with PTSD and 23.1% diagnosed with depression. Mean duration for abuse to report is 1.5 years. Mean score of IES-R-K, TSCYC-avoidant and CBCL-problematic behavior were increased above clinical cut-off.

Conclusions : CSA victims tend to have high risks in mental health problem. The cohort study could provide the risk and protective factors of CSA in mental health, and construct the predictive model for mental illness in Korea.

KEY WORDS : Child and adolescent · Sexual · Cohort system.

Received: October 27, 2018 / Revised: June 17, 2019 / Accepted: June 21, 2019

Corresponding author: Dong-Ho Song, Department of Psychiatry, Yonsei University College of Medicine, 50-1 Yonsei-ro, Seodaemun-gu, Seoul 03722, Korea

Tel : 02) 2228-1620 · Fax : 02) 313-0891 · E-mail : dhsong@yuhs.ac

서론

아동에서의 성폭력 피해는 힘과 지위의 차이를 이용하여 성적욕구를 충족하려고 성적으로 착취 당하기에 정신적 외상(trauma)으로 경험된다. 아동청소년 시기는 사회심리적으로 충분히 성숙하지 않은 시기이므로 외상적 사건에 보다 취약하여 부정적 영향이 더 크게 나타날 수 있다. 아동청소년기의 성폭력 피해는 성인기에 이르러 우울증, 불안 장애, 행실 장애, 물질 남용, 자살 행동과 같은 정신과적 질환의 위험성을 증가시킬 뿐만 아니라¹⁾ 낮은 자존감, 성적 부적응, 대인관계 문제, 신체적 문제, 사회적 기능의 저하 등, 인생 전반에 걸쳐서 영향을 주는 것으로 보고되며,²⁻⁴⁾ 다양한 정신병리와 전반적 기능 저하들로 인하여 아동청소년기 성폭력 피해자들이 피해를 입지 않은 아동에 비해 성인기에 이를 때까지 3배 이상의 높은 비율로 정신건강 서비스를 받게 된다고 보고되었다.⁵⁾

피해자들은 피해를 입은 시기의 발달단계에 따라 다양한 병리를 나타내기도 한다. 학령전기에는 부적절한 성적 행동, 내면화된 행동문제를 나타내고, 학령기에는 행동 문제와 학업 문제가 흔하며, 청소년기에서는 우울, 낮은 자존감, 자살 사고 등이 주된 특징이다.⁶⁾ 또한 사건의 재경험, 과각성, 회피, 해리 등과 같은 외상 후 스트레스 장애의 증상 뿐만 아니라 성격 장애,⁷⁾ 성과 관련된 부적절한 행동,⁸⁾ 주의력 문제⁸⁾ 등 다양한 정신병리들이 지속적으로 나타나게 되는데, 피해 아동청소년들은 신체적 및 사회심리적 발달의 문제와 학교와 사회에서의 부적응 등의 후유증을 보이기에 적절한 시기에 치료가 제공되지 않은 피해자들은 후유증과 고통을 지속적으로 경험하게 된다.

2013년 여성가족부 조사에 따르면 성폭력 피해를 경험한 적이 있는 성인의 30% 이상이 19세 미만의 아동청소년 시기에 피해를 입었다고 응답하였고, 이 시기의 피해자들은 성폭력 피해를 드러내지 않으려 하는 특성 때문에 적절한 치료와 사회심리적 개입을 늦게 받게 된다고 발표하였다.⁹⁾ 다양한 후유증과 적절한 개입을 받지 못하는 아동, 청소년 성폭력 피해는 요즘 매스컴을 통해 알려져 심각한 사회적 문제로 대두되고 인식되어 의학적 분야 뿐만 아니라 사회적 차원의 정책 수립과 이를 위한 장기적인 연구가 시급한 실정이다.

성폭력 피해자들에서는 정신의학적 증상들이 시간이 지남에 따라 변화하는 것으로 알려져 있다. 과거 연구들에 의하면, 피해자들에서 피해 이후의 시간이 경과할수록 인지적, 생리학적 증상이 증가하는 수면자 효과(sleeper effect)가 보

고되는 반면,^{10,11)} Kendall-Tackett은 피해가 경험되고 첫 12~18개월이 지난 후 피해자들의 2/3가 사건관련 증상으로 부터 회복되는 상반되는 결과를 보고하였다.¹²⁾ 이러한 결과들을 미루어 볼 때, 피해로 인한 후유 증상들이 시간의 경과에 따라 악화되는지 완화되는지를 단언할 수는 없지만, 시간의 흐름에 따라 피해와 관련된 증상들이 변화할 가능성을 시사한다. 아동청소년 피해자들은 특히 발달 궤도(developmental trajectory)와 맞물려 후유증이 변화할 가능성이 높으므로 시간에 따른 경과의 평가가 반드시 필요하다.

국내에서 시행되었던 아동기 성폭력 피해에 관한 연구들은 대부분 성인을 대상으로 한 후향적 연구로서 아동기의 성폭력 사건에 대한 기억과 성인기에 이르는 기간 동안의 정신의학적 증상들이 주된 연구자료이다. 그러나 후향적 연구는 과거의 성폭력 사건을 기억하는데 있어 과거 피해를 보고할 당시의 피해 아동의 심리적 상태와 정신과적 증상 때문에 외상적 사건의 경험을 왜곡하여 기억하거나 오랜 기간이 지난 후에 당시의 심리적 상태를 명확하게 기억하고 보고하는 것에 어려움이 있어 연구자료의 신뢰성에 제한점으로 작용할 수 있다.^{10,12)}

이러한 문제점들을 보완하기 위해 아동기 성폭력과 관련한 전향적 연구가 필요하다. 해외에서는 관련 코호트 연구들이 수십년 전부터 시행 되어 왔으나 국내 아동청소년 성폭력 관련 연구들은 대부분 횡단적 연구에 치우쳐져 있는 상황이다. Yoon¹³⁾에 따르면 2000년부터 2008년까지 성폭력과 관련된 국내 연구는 총 23건으로 모두 횡단적 연구 설계였으며, 현재까지도 종단적 연구는 매우 제한적으로 발표된 것으로 파악되고 있다. 2010년 국내 해바라기센터에서 아동 성폭력 피해자들의 치료 경과에 관한 종단적 연구가 시행된 바 있으나, 이 또한 후향적 연구란 점이 다소 미흡한 점이었다.¹⁴⁾ 현재까지 국내에서 아동청소년 성폭력 피해자를 대상으로 하는 코호트 연구는 전무한 상태로 파악된다.

성폭력 피해의 후유증은 시간의 경과에 따라 변화되고 피해자에 따라 다른 경과들을 나타내는 것으로 미루어볼 때 후유증에 영향을 미치는 다양한 사회, 환경적 요소들이 존재할 것으로 생각된다. 또한, 후유증의 회복과 악화를 유발하는 보호요인 및 위험요인들을 파악할 수 있다면 피해자 정신병리의 경과를 예측하고, 고위험군을 선별하여 위험요인 제거와 보호요인 증가를 도모하는 피해자 정신건강관리 지침을 설립하는데 유용할 것이라 생각한다. 본 연구에서는 국내에서 최초로 성폭력 피해 아동청소년들을 위한 장기 추적 코호트 시스템을 구축하여 그들의 정신건강 상태의 궤도를 확인하고 정신질환의 장기적인 이환율을 조사

하여 후유증의 경과에 영향을 미치는 보호요인과 위험 요인을 확인하고, 최종적으로는 아동청소년 성폭력 피해자들의 정신건강 예측 모형을 개발 하고자 한다. 후유증에 영향을 미치는 피해 사건의 특성, 피해자 및 가해자 특성, 가족 환경적 특성 등 다각도의 접근과 분석을 통해 개발된 모형은 성폭력 예방 및 치료 사업의 방향을 제시하고, 궁극적으로는 성폭력 피해를 예방 및 감소시키며 치료기간 단축을 통한 성폭력 피해에 따른 사회적 비용 감소를 이루어 낼 수 있을 것이다. 본 연구에서는 현재 진행중인 체계적 코호트 구축을 위하여 초기 참여자들의 특성과 정신건강 실태를 예비분석하고 발전방향과 한계점을 모색하고자 한다.

방 법

1. 코호트 연구의 구축

1) 코호트 연구 대상과 동의 절차

코호트 연구의 참여 대상자는 여성가족부가 지원하는 성폭력 피해아동 전담지원기관, 서울해바라기아동센터(이하 '해바라기센터'로 명명함)를 방문한 성폭력 피해자들 중 2015년 6월 1일 이후 코호트 연구 참여에 동의한 19세 미만의 아동청소년들이다. 정신과 전문의가 대상자들의 발달 수준에 맞추어 연구의 목적, 연구조사의 내용 및 방법, 개인 정보 수집 및 처리와 관련한 사항을 피해자와 가족에게 설명하고, 피해자와 가족으로부터 자발적인 서면동의를 받은 뒤 연구에 참여토록 하였다. 심리적 고통이 심각하고 성폭력 피해 사실에 대한 기밀 유지가 문제가 될 수 있는 아동청소년들을 대상으로 하는 연구의 특성 때문에 비밀스럽고 독립된 장소에서 연구 동의를 이루어졌다. 친족관계의 보호자가 없어서 보호시설에서 거주하는 아동청소년의 경우는 아동청소년 자신과 시설 내에서 보호자의 역할을 하는 직원의 서면 동의를 받은 뒤 참여하였다. 피해자가 중증 두부 외상, 기타 신경계 장애의 병력이 있는 경우 및 양쪽 부모 모두가 가해자 이거나 혹은 가해자로 의심되는 경우에는 연구 자료의 신뢰성 문제로 연구 대상에서 제외되었다. 피해자 본인 혹은 보호자의 연구 참여 중단 요청이 있거나 연속하여 2회의 추적 관찰 평가에 응하지 않은 경우는 중도 탈락으로 처리하였다. 연구 등록과 연구 진행의 전체적인 흐름은 다음과 같이 진행된다(Fig. 1). 코호트 연구는 일차적으로 2019년 8월 31일 까지 대상자를 모집 한 뒤 2021년 8월 31일 까지 추적관찰을 시행하기로 계획하였다. 본 논문의 결과는 2018년 12월 31일까지 모집된 대상자 65명의 자료를 분석한 초기 평가 자료를

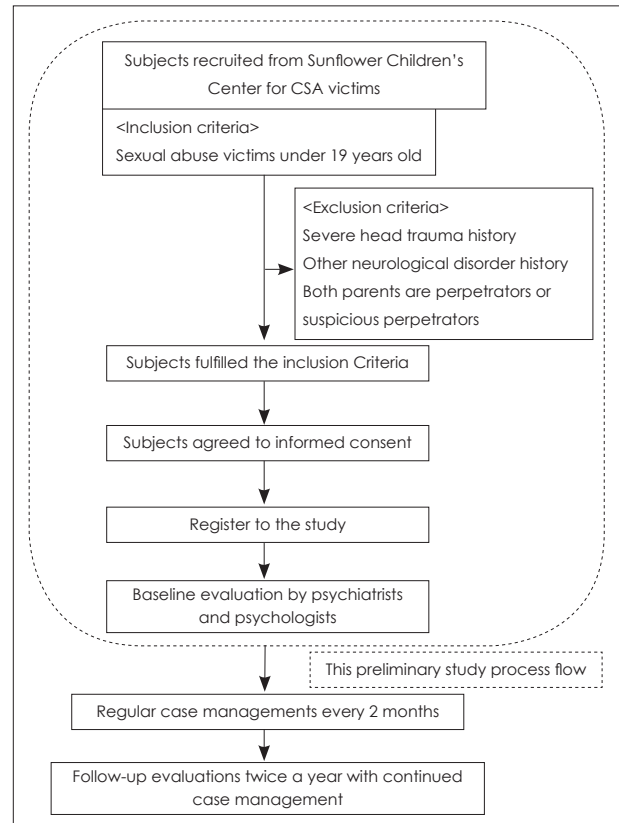


Fig. 1. Procedures of the cohort study.

바탕으로 하였다. 본 연구는 연세대학교 세브란스병원 연구심의위원회의 심의와 허가를 받아 시행되었다(IRB No. 4-2014-0876).

2) 평가방법

연구 참여 당시의 피해자의 인구사회학적 변인, 피해와 관련된 특성, 정신건강의학적 진단, 정신병리를 조사하였다. 진단과 정신병리의 변화 양상을 관찰하기 위해 연구 대상의 모집이 종료되는 시점인 2019년 8월 31일 까지 등록된 대상자들을 2021년 8월 31일까지 매년 2회 추적관찰하기로 계획되었기에, 추적 관찰 기간은 최소 2년, 최대 6년이 되도록 계획하였다. 평가 예정일 한달 전부터 전화 연락을 통해 방문 가능한 일정을 조율하여 내원하여 평가를 진행하였고, 평가를 위하여 내방할 경우, 소정의 교통비를 지급하였으며 모든 평가는 무료로 제공되었다. 6세 미만의 대상자는 설문지 내용을 이해하는데 있어 나타나는 한계점으로 인해 보호자용 설문지만을 통해 증상을 평정하였고, 6세 이상 대상자는 보호자 설문지와 아동청소년용 설문지를 모두 이용하여 증상을 평정하였다. 아동청소년들의 등록 및 추적 방문 시기의 생물학적 연령에 따라 연령대에 적합한 아동청소년 및 부모용 심리 평가를 계획하였다(Table 1). 피해자의 지능검

Table 1. Instruments for assessments

Age	1.5-2	3-5	6-7	8-11	11-12	13-16	Over 17
Parental assessment	K-CBCL for ages 1.5-5	TSCYC K-CBCL for ages 1.5-6	TSCYC CPST	TSCYC CPST	TSCYC CPST	K-CBCL for ages 6-18	K-CBCL for ages 6-18
	K-PSOC	K-PSOC	K-CBCL for ages 6-18	K-CBCL for ages 6-18	K-CBCL for ages 6-18	K-PSOC	K-PSOC
	FACES-IV	FACES-IV	FACES-IV	FACES-IV	FACES-IV	FACES-IV	FACES-IV
	K-PSI-SF	K-PSI-SF	K-PSI-SF	K-PSI-SF	K-PSI-SF		
Child and adolescent assessment			SSS	SSS	TSCC	TSCC	IES-R-K
				TSCC	AMPQ-II	AMPQ-II	AMPQ-II
					SSS	SSS	SSS

K-CBCL : Korean-Child Behavior Checklist, K-PSOC : Korean Parenting Sense of Competence, FACE-IV : Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales-IV, K-PSI-SF : Korean Parenting Stress Index - Short Form, TSCYC : Trauma Symptom Checklist for Young Children, CPST : Child Problem-Behavior Screening Test, SSS : Social Support Scale, TSCC : Trauma Symptom Checklist for Children, AMPQ-II : Adolescent Mental Health and Problem Behavior-II, IES -R-K : Korean Version of Impact of Event Scale-Revised

사는 연구 참여 당시 1회, 한국판 정신과적 진단면담 검사 (Korean Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Present and Lifetime Version, K-SADS-PL) 는 연구 참여시를 포함하여 짝수차 추적관찰 방문시마다 시행하여 연 1회 시행되었고, 정신과적 면담과 그 외 설문검사들은 6개월 간격으로 연 2회씩 시행하였다.

2. 코호트 연구의 변인

1) 인구나사회학적 변인

연구 등록 당시 해바라기센터 내의 성폭력 피해 전문 상담원이 보호자를 면담하고, 정신과 전문의가 보호자 및 아동청소년 피해자들과의 대면 면담을 통해 평가하였다. 아동청소년 피해자들의 인구나사회학적 요인들은 성별, 나이, 학력, 가족 형태, 성폭력 피해 당시의 나이 등이었고, 보호자들의 요인은 나이, 학력, 직업, 수입, 양육 상태, 정신병력, 범죄 경력, 배우자간의 폭력, 가족 특성 등이었다.

2) 성폭력 관련 변인

성폭력 피해 요인은 성폭력 피해의 빈도, 피해 지속기간, 성폭력을 당한 후 받고 까지 소요된 기간 등을 포함하였다. 성폭력 가해자 요인은 피해자와 가해자와의 관계를 친족, 지인, 낯선 사람으로 구분하여 조사하였고 가해자의 연령층을 성인과 미성년으로 구분하였다.

3) 정신과적 진단

피해자의 정신과적 진단을 위해 피해자 및 보호자에게 정신과 전문의의 정신과적 면담과 K-SADS-PL을 시행하였다.¹⁵⁾ K-SADS-PL은 6-18세 연령의 아동들에 대한 표준화된 진단 평가도구이다. 32개의 소아-청소년 질환의 과거와

현재 증상을 아동과 보호자에게 질문하여 평가하는 반구조화된 면담 도구로서 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Fourth edition (DSM-IV)에 기초한 정신과적 진단이 가능하다. 본 연구에서 6세 미만의 아동은 아동과 보호자를 대상으로 정신과적 면담을 시행하여 DSM-IV에 기초하여 진단하였고, 6세 이상의 아동과 청소년은 정신과적 면담과 K-SADS-PL 면담으로 진단하였다. K-SADS-PL의 운용에 대해 체계적인 교육을 충분히 이수한 임상심리 전문가 및 정신과 전문의가 K-SADS-PL 면담을 시행하였고, 최종적으로 소아청소년정신과 전문의와 함께 진단 회의를 거쳐 최종적인 정신과적 진단을 하였다. 그 외에 임상 심리검사 결과 및 심리적 척도를 추가하여 소아청소년정신과 전문의가 성폭력 피해와 관련한 정신병리를 평가하였다.

4) 아동청소년용 심리평가

(1) 아동보고용 아동외상증상체크리스트(Trauma Symptom Checklist for Children, TSCC)¹⁶⁾

만 8~16세 아동을 위한 자기보고식 외상후 스트레스장애 평가 도구이다. 과대반응과 과소반응을 측정하는 2개의 타당도 척도와 불안, 우울, 분노/공격성, 외상후 스트레스 증상, 해리(명백함/모호함), 성적 관심(몰두/고통)으로 이루어진 6가지 임상척도가 포함되었다. 총 54문항으로 0점(전혀 없다)에서 3점(거의 항상)으로 4점 척도로 이루어져 있으며, 점수가 높을수록 외상증상을 더 심각하게 경험하고 있음을 의미한다. 각 임상척도의 표준점수 65점 이상일 때 임상적 유의성이 있는 것으로 해석되며, 성적 관심 척도의 경우 70점 이상을 기준으로 판단한다. 한국어와 영어에 모두 능통한 임상심리전문가와 정신과 전문의가 원문에 충실하게 번

역한 다음, 두 언어에 모두 능통한 또 다른 심리학자가 역번역한 척도를 사용하였으며 각 척도의 미국기준 환산점수를 사용하였다.¹⁷⁾

(2) 사회적 지지척도(Social Support Scale, SSS)

2011년 Yong¹⁸⁾에 의해 수정되고 고안되었으며 청소년을 위한 사회적 지지체계를 평가하는 자가보고형 설문지 중에서 '가족 지지', '부모-자녀 의사소통', '가정폭력의 경험', '친구 간의 지지' 4가지 요인, 총 29문항을 채택하여 평정한다. SSS는 1점 부터 5점 까지인 5점 리커트(Likert) 척도이다. 각 요인들의 점수가 높을수록 가족의 지지가 높고, 부모-자녀간의 의사소통이 원활하며 친구간의 지지적 관계가 높음을 나타내나, '가정폭력의 경험' 요인은 점수가 높을수록 가정 내 폭력이 많음을 의미한다.

(3) 청소년 정신건강 및 문제행동 선별검사

(Adolescent Mental Health and Problem Behavior-II, AMPQ-II)¹⁹⁾

2008년 Jung에 의해 개발된 청소년 정신건강 및 문제행동 선별검사(Adolescent Mental Health and Problem Behavior, AMPQ)의 개정판이다.²⁰⁾ 자기보고용 38문항, 교사용 8문항으로 이루어져 있으며, 걱정 및 생각(Factor 1), 기분 및 자살(Factor 2), 학습과 인터넷(Factor 3), 친구문제(Factor 4), 규칙위반 및 가해행동(Factor 5)의 5가지 요인을 포함한다. 리커트 4점 척도로 0점부터 3점까지 채점되며 점수가 높을수록 정서행동문제가 심각한 것을 의미한다. 본 연구의 특성상 개인정보의 보호를 위해 자기보고용 38문항 만을 사용하였고, 각 요인 별 점수의 총점을 합산하여 추적관찰을 하는 동안의 변화 추이를 살펴보기로 하였다.

(4) 한국판 사건 충격 척도(Korean Version of Impact of Event Scale-Revised, IES-R-K)²¹⁾

외상 후 스트레스 사건에 따른 정신의학적 증상을 측정하기 위해 Weiss²²⁾에 의해 고안된 Impact of event scale-revised을 한글로 표준화 시킨 척도이다. 4가지 요인으로 구성되어 있으며, 회피(6문항), 과각성(6문항), 침습(5문항), 수면 및 정서적 마비(5문항)으로 총 22문항을 포함한다. 지난 7일간 경험된 증상에 대하여 문항마다 1점부터 5점까지 평정되며, 점수가 높을수록 사건과 관련된 부정적 영향이 크다는 것을 의미한다. 25점 이상이면 PTSD 고위험군, 18~24점이면 외상 후 스트레스 장애 경향을 지닌 PTSD 위험군, 17점 이하는 정상군으로 분류된다.

(5) 지능검사

만 3세 이상 만6세 미만의 경우 한국 웨슬러 유아지능검사(Korean-Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence, K-WPPSI), 만6세 이상 만17세 미만의 경우 한국 웨슬러 아동지능검사(Korean-Wechsler Intelligence Scale for Children, K-WISC), 만17세 이상의 경우 한국 웨슬러 성인지능검사(Wechsler Adult Intelligence Scale, K-WAIS)를 실시하였다.

5) 보호자용 심리평가 변인

(1) 부모용 외상증상체크리스트(Trauma Symptom Checklist for Young Children, TSCYC)^{23,24)}

Briere 에 의해 고안된 도구로 아동의 증상을 부모가 작성하도록 되어있다. 여기에는 반응의 수준과 비특이적 반응을 측정하는 2개의 타당도 척도와 불안, 우울, 분노/공격성, 외상후 스트레스-사건의 침입, 외상후 스트레스-회피, 외상후 스트레스-각성, 외상후 스트레스-전체, 해리, 성적 관심으로 이루어진 9개의 임상척도가 포함되었다. 모두 90문항으로 1점에서 4점까지 평정하는 리커트 척도이고, 점수가 높을수록 아동의 외상 관련 증상이 더 심각하게 드러남을 의미하며 각 임상척도의 표준점수가 70점 이상일 경우 임상적 유의성이 있는 것으로 판단한다. 한국어와 영어에 모두 능통한 임상심리전문가와 정신과 전문의가 원문에 충실하게 번역한 다음 두 언어에 모두 능통한 또 다른 심리학자가 역번역하여 사용하고 각 척도의 미국기준 환산점수를 사용하였다

(2) 가족 적응력 및 응집도 평가척도(Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales IV, FACE-IV)

Olson²⁵⁾에 의해 개발된 가족 응집력과 유연성을 평정하는 자기보고형 가족 평가 척도의 한국어판이다.²⁶⁾ 단절, 밀착, 경직, 혼란, 균형된 응집도, 균형된 유연성의 6개의 하위 척도로 이루어진 가족 적응력 및 응집력 평가 척도 항목 42개, 가족 의사소통 척도 항목 10개, 그리고 가족만족도 척도 항목 10개로 총 62개 항목으로 이루어져 있다. 리커트 5점 척도로 1점 '전혀 그렇지 않다'부터 5점 '확실히 그렇다'으로 평정된다.

(3) 유아 행동 및 아동·청소년 행동 평가척도(Korean-Child Behavior Checklist, K-CBCL)

아동의 적응 및 문제행동을 부모가 평정하는 것으로 Achenbach가 개발한 Child Behavior Checklist (CBCL)을 Oh가 표준화한 도구이다.^{27,28)} 이 도구는 사회능력 척도와 문제행동 증후군 척도로 나뉘어 있으며, 사회능력 척도가

16개, 그리고 문제행동증후군 척도가 113개 문항으로 총 129개 문항으로 구성되어 있다. 각 문항마다 아동의 행동문제를 0점부터 2점까지 평정하도록 되어있고, 사회능력 척도는 내용에 따라 사회활동과 학교에서의 활동으로 구분되며, 문제행동 증후군 척도에는 사회 위축, 신체화, 우울/불안, 미성숙, 사고문제, 주의집중, 비행, 공격성, 내재화, 외현화, 총 문제행동, 성문제, 및 정서불안정 척도들로 구성되어 있다. 분석에는 연령 환산 점수가 사용되며, 5세 미만의 아동에게는 유아용 K-CBCL을 실시하였다. 본 연구에서는 총 문제행동, 내재화, 외현화 요인을 분석에 사용하였다.

(4) 부모효능감(Korean Parenting Sense of Competence, K-PSOC)

부모 효능감을 측정하기 위해 Gibaud-Wallston와 Wandersman이 개발한 Parenting Sence of Competence(PSOC)을²⁹⁾ Shin과 Chung³⁰⁾이 번안, 수정 한 후 국내 아동을 대상으로 표준화한 부모 보고용 척도이다. 2개 요인으로 이루어져 있으며, 이는 각각 ‘부모 효능감’ 9문항과 ‘부모로서의 불안감’ 4문항으로 총 13문항으로 이루어져 있다. 각 문항마다 1점 ‘전혀 그렇지 않다’ 부터 5점 ‘정말 그렇다’으로 평정되며, 각 요인의 점수가 높을 수록 부모로서의 효능감이 높고, 부모로서의 불안감을 높게 느끼고 있음을 의미한다.

(5) 한국판 양육 스트레스 척도(Korean Parenting Stress Index-Short Form, K-PSI-SF)

양육 스트레스를 측정하기 위해 사용한 한국판 Parenting Stress Index-Short Form는 Abidin의 Parenting Stress Index(PSI)를 Jung 이 2008년 한국어로 표준화한 부모보고 척도이다.^{31,32)} 총 스트레스 점수와 ‘부모의 고통’, ‘부모-아동 역기능적 상호작용’, ‘까다로운 아동’ 세가지 요인으로 이루어져 있으며 각 하위척도는 12문항씩으로 구성되어 총 36문항으로 1점부터 5점까지 평정된다. 점수가 높을수록 부모가 높은 스트레스를 받고 있음을 의미한다.

(6) 아동용 문제행동 선별 질문지(Child Problem-Behavior Screening Test, CPST)

2003년 Huh에 의해 개발된 부모와 교사에 의해 평정되는 아동용 문제행동 선별검사(Child Problem-Behavior Screening Test)이다.³³⁾ 총 26개의 문항으로 이루어져 있고 외현화 문제척도, 내현화 문제척도, 인지문제척도, 물질남용척도, 신체건강척도의 5가지 하부척도와 총 문제행동 점수로 구성되어 있다. 리커트 4점 척도로 0점 ‘전혀 없음’ 부터 3점 ‘아주 심함’ 으로 평정되어 점수가 높을수록 문제행동이 높

은 것을 의미하며, 본 연구에서는 총 문제행동점수를 분석에 사용하였다.

6) 자료 분석

코호트 체계를 구축하고 연구 대상을 등록하기 시작한 2015년 6월부터 2018년 12월까지 초기 평가를 완료한 65명 대상자의 인구학적 변인, 피해자 가족 변인, 성폭력 피해 변인, 가해자 변인 및 피해자의 정신건강학적 병리에 대한 빈도분석과 기술통계를 SPSS(Statistical Package for the Social Science) 21.0 version을 사용하여 시행하였다.

결 과

1. 코호트 구축 및 진행 사항

2015년 6월1일부터 2018년 12월 31일까지 성폭력 피해를 주소로 해바라기 센터를 방문한 아동청소년 성폭력 피해자 412명(2015년 61명, 2016년 114명, 2017년 125명, 2018년 112명) 중 65명(2015년 11명, 2016년 18명, 2017년 16명, 2018년 20명)의 대상자가 연구에 참여하였고 추적관찰을 시행하고 있다.

2. 코호트 연구의 예비 분석 결과

1) 대상자의 인구학적 요인

연구 대상자들의 성별은 남성이 9명(13.9%), 여성이 56명(86.1%)으로 여성 피해자가 대부분을 차지하였다. 연구 참여 당시 평균 연령은 11.6세(±4.5)였고, 이중 13세 이상 19세 미만인 31명(47.7%)으로 전체 대상자의 절반 가량 차지하였다. 피해 당시 연령은 7세 이상 12세 이하가 26명(40.0%)으로 가장 많았고, 7세 미만 17명(26.2%), 13세 이상 19세 이하 22명(33.8%) 이었으며, 평균 연령은 10.2 (±4.1)세 이었다. 피해자가 첫번째 피해 이후 발고하기 까지 걸린 기간(이하 ‘발고기간’)은 평균 1.5년 이었다. 발고기간이 1년 이하인 경우가 40명(61.5%)와 1년 이상인 경우 19명(29.2%), 피해자의 표현력이 충분치 않아 첫번째 피해를 특정할 수 없는 경우가 6명(9.3%) 이었다. 피해자의 지적 수준을 구분하였을 때, 지능지수 70 초과가 49명(75.4%), 70 이하가 15명(23.1%) 이었고 평균지능은 85.5 (±19.2)이었다. 피해자 중 41명(63.1%)이 양부모로부터 양육되었고, 별거, 이혼, 재혼을 포함하여 한 부모에게 양육되는 대상자가 20명(30.1%), 시설에서 양육되는 대상자가 4명(6.1%)를 차지 하였으며, 가족 내 신체적 또는 언어적 폭력이 ‘있다’고 보고한 군은 12명(18.5%)로 나타났다 (Table 2).

Table 2. Characteristics of the subjects (N=65)

Variable	N (%)	Mean (SD)
Gender		
Female	56 (86.1)	
Age of enrollment		
<7 years	12 (18.5)	11.6 (4.5)
7-12 years	22 (33.8)	
13-19 years	30 (46.2)	
>19 years	1 (1.5)	
Mean age of first sexual abuse		10.1 (4.1)
IQ		
>70	49 (75.4)	
≤70	15 (23.1)	
Not-performed	1 (1.5)	
Parenting by		
Both biological parents	41 (63.1)	
Single biological parent	20 (30.8)	
Instituted	4 (6.1)	

SD : Standard deviation

2) 성폭력 피해 유형 및 가해자 유형

성폭력 피해의 유형은 성추행이 47건(72.3%)으로 가장 많았고, 강간 16건(24.6%), 목격 2건(3.1%)의 순이었다. 성폭력 피해가 일회인 경우가 22건(33.8%)이었으며, 동일한 가해자에 의해 1회 이상의 다발성 피해를 입은 경우는 43건(66.2%)이었다. 성폭력을 가한 가해자와 피해자의 관계는 친족 20명(30.8%), 지인 35명(53.8%)으로 가해자는 피해자의 평소 알고 지내던 사람인 경우가 84.6%로 대부분을 차지하였다. 가해자의 연령대는 성인이 40건(61.5%), 미성년자가 23건(35.4%)이었다(Table 3)

3) 성폭력 피해자의 외상 경험과 관련된 정신과적 질환

성폭력 피해와 관련된 정신의학적 진단이 확정된 대상자는 총 39명(60.0%)이었다. 외상 후 스트레스 장애가 19명(29.2%)으로 가장 많이 나타났고 우울 장애가 15명(23.1%), 이후 적응 장애와 급성 스트레스 장애, 분리 불안 장애, 유뇨증 순으로 나타났다. 이중 외상 후 스트레스 장애와 우울 장애의 중복진단이 3례, 외상 후 스트레스 장애와 분리 불안 장애의 중복진단이 1례이었다(Table 4).

4) 심리 평가

피해자와 가족을 대상으로 한 임상심리평가의 결과는 다음과 같다(Table 5, 6). 외상과 관련된 평가인 IES-R-K는 평균 74.8, TSCYC의 외상 후 스트레스 장애-회피 항목이 평균 74.8로 유의하게 높은 결과를 나타내었고, CBCL의 총문제 행동 항목은 평균 64.2 점이었다

Table 3. Characteristics of sexual abuse and offender (N=65)

Variable	N (%)
Type of sexual assault	
Molestation	47 (72.3)
Rape	16 (24.6)
Witness	2 (3.1)
Multiplicity of sexual assault	
Single	22 (33.8)
Multiple	43 (66.2)
Experiencing periods of sexual assault	
<1 year	37 (56.9)
≥ 1 year	20 (30.8)
Unspecified	8 (12.3)
Relationship between victim and offender	
Family member	20 (30.8)
Acquaintance	35 (53.8)
Stranger	10 (15.4)
Age group of offender	
Adult	40 (61.5)
Minority	23 (35.4)
Unspecified	2 (3.1)

Table 4. Initial diagnosis of the subjects (N=65)

Diagnosis	N
Posttraumatic stress disorder	19 (29.2)
Acute stress disorder	2 (30.8)
Depressive disorder	15 (23.1)
Adjustment disorder	4 (6.2)
Separation anxiety disorder	1 (1.5)
Enuresis	1 (1.5)
Anxiety disorder	1 (1.5)
No diagnosis	26 (40.0)

Multiple diagnosis : 3 Posttraumatic stress disorder comorbid with depressive disorder, 1 Posttraumatic stress disorder comorbid with separation anxiety disorder

고 찰

아동청소년 성폭력 피해에 대한 코호트 연구는 1990년대에 들어서 활발하게 시행되었다. 1989년 아동기의 학대 경험과 성인이 되고 난 뒤 범죄 행위의 증가와의 연관성을 입증한 Widom³⁴⁾을 비롯하여 1990년대 아동 성폭력을 포함한 아동 학대에 관한 관심이 높아지며 많은 코호트 연구들을 시행하였다.¹²⁾ 그러나 국내에서는 아직도 아동 성폭력과 관련한 연구가 활발하게 시행되지 않았으며, 몇몇 연구들조차도 정신병리와 아동청소년 성폭력의 위험 요인의 단편적 부분에만 초점을 맞추어 시행되었다. 특히 장기 추적 연구는 거의 전무하여 통합적인 예방 지침과 치료 지침의 개발에 어려움을 겪고 있는 실정이다.

Table 5. Scale scores of the instruments for the subjects

Variable	N	Mean (SD)
TSCC	42	
Anxiety		55.6 (18.3)
Depression		51.7 (16.7)
Anger		46.9 (11.5)
Posttraumatic stress		53.4 (14.9)
Dissociation		50.5 (15.6)
Overt dissociation		55.7 (18.0)
Fantasy		40.5 (7.3)
Sexual concerns		54.8 (14.8)
Sexual preoccupation		50.1 (11.9)
Sexual distress		66.6 (27.5)
TSCYC	50	
Anxiety		62.9 (17.6)
Depression		55.0 (13.6)
Anger		52.5 (12.5)
Posttraumatic stress-intrusion		62.5 (17.7)
Posttraumatic stress-avoidance		74.8 (21.1)
Posttraumatic stress-arousal		61.1 (14.8)
Posttraumatic stress-total		67.8 (17.0)
Dissociation		53.2 (14.9)
Sexual concerns		60.0 (17.6)
IES -R-K	12	74.8 (18.1)
K-CBCL	62	
Problematic behavior		64.2 (14.0)
Internalizing behavior problem		62.1 (14.7)
Externalizing behavior problem		62.0 (13.0)
CPST	27	12.7 (10.8)
AMPQ-II	33	23.7 (16.3)

TSCC : Trauma Symptom Checklist for Children, TSCYC : Trauma Symptom Checklist for Young Children, IES -R-K : Korean Version of Impact of Event Scale-Revised, K-CBCL : Korean-Child Behavior Checklist, CPST : Child Problem-Behavior Screening Test, AMPQ-II : Adolescent Mental Health and Problem Behavior-II

이러한 제한적인 장기 추적 연구 시행의 원인 중 하나로 아동청소년 성폭력 피해자를 대상으로 한 연구는 대상자 모집 단계에서의 어려움을 들 수 있다. 2010년 해바라기 센터에서 시행된 성폭력 피해 아동의 치료 경과에 대한 추적 연구에서는 센터에 방문하여 진료 및 심리검사를 시행했던 682명의 아동을 대상으로 대상자 모집을 시도 하였으나 참여 의사를 밝힌 대상자는 17%, 최종 참여율은 7.1%에 불과하였다. 본 연구에서도 대상자 모집 기간이었던 3년 6개월간 해바라기 센터에 등록된 피해자 412명 중 연구에 참여한 비율은 15.8%에 불과하였다. 이러한 낮은 참여율은 성폭력 피해자를 부정적인 시각으로 바라보는 사회적 분위기 속에서 개인정보가 알려질까 하는 피해자 가족들의 걱정 외에, 지속적인 추적관찰의 과정이 피해자인 아동청소년에게

Table 6. Scale scores of instruments for family and social environments

Variable	N	Mean (SD)
Social support scale	59	
Family support		14.3 (4.8)
Family communication		24.9 (7.8)
Family violence		39.2 (6.9)
Friend support		29.5 (8.7)
K-PSOC	59	
Efficacy		27.0 (5.2)
Satisfaction		13.3 (4.7)
Total score		39.7 (4.3)
K-PSI-SF	22	
Parental distress		37.1 (8.3)
Dysfunctional interaction		39.3 (12.1)
Difficulty child		34.5 (10.1)
Total score		110.9 (26.2)
FACE-IV	56	
Family communication scale		48.4 (24.8)
Cohesion ratio		2.9 (11.8)
Flexibility ratio		1.62 (0.86)
Total circumplex ratio		1.47 (0.80)
Total score		170.1 (21.0)

K-PSOC : Korean Parenting Sense of Competence, K-PSI-SF : Korean Parenting Stress Index-Short Form, FACE-IV : Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales-IV

피해 사건을 다시 떠올리게 하여 재피해로 경험 될 수 있다는 편견 에서 비롯된 것이라 볼 수 있다.¹⁴⁾ 그럼에도 2010년 연구와 비교하여 본 연구의 참여율이 다소나마 상승한 이유는 연구방법의 차이에서 기인한 것이라 생각된다. 2010년 시행되었던 연구는 우편을 사용하여 심리검사지를 회수하는 방식의 추적관찰을 시행하여 보다 낮은 참여율(7.1%)을 나타냈으나, 본 연구는 담당 사례관리자가 대상자를 방문하는 한편, 정신건강의학과 전문의와의 대면 상담과 심리검사를 병행하는 방법을 사용하였다. 연2회 직접 방문을 해야 하는 절차의 복잡성에도 불구하고 매 추적관찰 시 전문의와의 대면진단을 시행하는 것이 피해자들에 대한 보다 면밀한 평가가 가능하다는 피해자와 그 가족들의 생각으로 인해 좀더 높은 참여율을 나타낸 것으로 보이며 이는 향후 또 다른 성폭력 추적 연구를 계획할 때 반영할 수 있을 것이다.

미국과 뉴질랜드에서는 정책적 지원을 통해 출생 코호트 (birth cohort)를 구축하여 장기간에 걸쳐 정기적 추적관찰을 시행하고 있으며,^{35,36)} 출생 코호트에는 재판 및 수사기록, 보험기록, 가정폭력, 아동 학대와 방임 등의 피해 내용과 정신병리 및 치료 자료 등 방대한 관련 자료들을 포함하여 연구에 활용하고 있다.^{5,37)} 이는 코호트 체계에서 아동학대와 성폭력 피해자를 조기에 색출하는데 있어 효과적인 방법이

라 생각되며, 피해를 체계적으로 파악하고 장기적 경과 자료를 확보함으로써 대규모 연구를 시행할 수 있는 초석이 될 수 있다. 법정 기록, 보험 기록 등 공식적 기록들의 활용이 가능한 제도가 국내에 도입된다면 좀더 정확하고 다량의 자료를 활용한 연구가 가능할 것으로 생각되며, 아동청소년의 성폭력 뿐만 아니라 모든 학대와 방임의 피해자 관리 및 치료를 위해 향후 우리 사회가 갖추어야 할 제도라고 생각된다.

본 연구의 자료분석 결과는 예비적인 횡단 연구 결과이다. 피해자들의 첫번째 성폭력 피해 당시 평균 연령은 10.1 세였고, 연구에 참여한 시점의 평균 연령은 11.6세로 13세 미만의 아동 성폭력 피해자가 절반 이상을 차지 하였다. 더욱이 대상자들은 성폭력 피해를 겪고 평균 1.5년의 시간이 지난 시점에서 본 센터에 치료를 요청하고 연구에 참여 하였는데, 이는 사법기간이나 성폭력 피해 관련 기관에 처음 발고를 한 이후 피해자 지원 센터에 연결되는 기간을 고려할 때 피해를 입은 후 발고까지의 기간이 평균적으로 최소 1년 이상인 것으로 추정된다. 신속한 발고와 지연된 발고를 구분하는 명확한 기준은 확립되어 있지 않으나 다른 연구들의 경우 지연된 발고의 기준을 1일~한달 이상 소요된 경우를 기준으로 구분하는 것으로 미루어 볼 때,^{38,39)} 본 연구의 대상자들은 다소 늦게 발고가 이루어진 것으로 간주할 수 있다. 발고가 지연된 피해자들의 경우 신속한 발고를 한 피해자들에 비해 신체적, 정신사회적 문제들이 나타날 위험성이 더 높아지고 특히 불안 증상이 나타날 위험성이 높아진다고 알려져 있으며⁴⁰⁾ 본 연구 피해자들의 지연된 발고는 외상과 관련된 불안 증상이 높아져 심리검사에서 외상 관련 증상을 평정하는 TSCYC-회피 척도와 IES-R-K 가 유의하게 증가된 결과와 관련이 있을 것으로 생각된다. 또한, 첫 피해 이후 발고 까지의 기간이 길 경우 반복적으로 피해에 노출될 가능성이 증가할 것으로 생각해 볼 수 있으며 이는 본 연구의 대상자의 66.2%가 다중피해를 경험했던 것과 관련된 것으로 볼 수 있다. 피해에 노출된 횟수가 증가하면 성인기에 이르러 겪는 심리적 고통과 외상 후 스트레스장애의 증상이 증가하기에 신속한 발고는 피해자의 정신건강 예후를 위해 매우 중요할 것으로 생각된다.^{41,42)} 발고가 신속하지 않은 이유는 대상자들에게 피해를 가한 가해자 중 84.6%가 가족 혹은 지인이며, 가해자의 61.5%가 성인인 점과 관련이 있을 것이다. 아동청소년 성폭력 피해는 낯선 사람 보다는 가족이나 평소 알고 지내던 주변 사람들로부터 더욱 많이 발생한다는 사실은 이미 널리 알려져 있다. 피해자와 친분이 있는 성인 가해자들은 아동에게 가하는 피해를 마치 놀이인 것처럼 가장하거나, 피해내용이 주변에 알려졌을 때

가해자 자신이 처벌 받을 수 있음을 피해 아동에게 암시하는 경우가 많다. 피해 아동들은 자신에게 가해진 행위의 의미를 몰라 상당한 시간이 지난 뒤 우연히 알고거나, 피해자가 지인인 가해자가 처벌받게 될까봐 걱정하여 피해를 숨기는 경우가 많기에 발고가 늦어지게 되며 이러한 양상은 모든 형태의 아동학대에서 관찰된다.

코호트 참여 당시 대상자들의 정신질환은 PTSD와 우울장애가 각각 29.2%, 23.1%로서 가장 높은 유병율을 보였으며, 피해와 관련하여 정신 질환을 진단받은 대상자는 60.0%이다. Margaret⁵⁾에 따르면 아동 성폭력 피해자들은 대조군에 비해 정동장애 발병 위험이 2배 이상, PTSD 발병 위험이 5배 이상 증가 하는 결과를 나타내었고, Gabriela 등⁴²⁾의 연구에 따르면 아동청소년 성폭력 피해자의 정신질환 평생 유병율은 84%로 대조군과 비교하여 2배 이상의 위험도를 나타내며 성폭력 피해의 종류와 정신질환 유병율 간에는 유의한 상관관계가 있다고 알려졌다. 또한 정신과적 진단이 내려지지 않은 40% 피해자들에게서 시간이 지남에 따라 정신질환이 나타나는지 등의 변화 양상을 관찰하고 영향을 미치는 요인을 분석하는 것은 본 코호트 연구에서 의미 있는 관찰점이 될 것이라 생각된다.

본 연구의 제한점으로는 단일기관에서 이루어져 대상자의 숫자가 충분하지 않아 성폭력 피해 아동청소년의 전반적인 특성을 충분히 반영한다고 보기 어려울 것이라는 점이다. 그러나 적은 대상자이기에 모든 추적관찰 방문 때마다 정신건강의학과 의사와의 면담을 통한 평가가 포함되어 피해자의 정신건강 상태에 대한 밀도 있는 평가를 시행할 수 있다는 점과 이를 바탕으로 정신병리의 변화 추이를 면밀히 관찰할 수 있다는 점은 본 연구의 장점이 될 수 있다. 추후 외국의 연구와 같은 국가적 차원의 코호트 혹은 다기관 연구를 통해 다양한 대상자와 그 제반 정보를 활용하여 좀더 대규모의 연구를 진행한다면 이런 제한점은 해결할 수 있을 것이다. 본 예비적 결과에서는 연구참여 당시 정신병리 평가 결과의 일괄적 분석보다는 추적관찰이 진행되면서 변화 양상과 주변 요인들을 분석하며, 이를 통해 성폭력 피해자들의 종단적 정신병리에 영향을 미치는 위험요인과 보호요인이 존재함을 확인할 것이다

이런 제한점에도 불구하고 국내 최초로 성폭력 피해 아동, 청소년의 코호트를 구축하고 주기적 관찰을 통해 피해자의 정신병리 변화를 확인하며, 정신건강에 미치는 요인을 규명하고 정신건강 예측 모형을 수립하려는 첫 시도라고 볼 때 의의가 크다 하겠다. 추후 다기관 연구를 통하여 더 많은 대상자와 장기간의 추적관찰 결과를 활용하여 아동청

소년 성폭력 피해자들의 정신건강에 영향을 미치는 위험 요인과 보호 요인들을 확인하여 아동 성폭력의 예방에 도움을 주고자 한다.

결론적으로 서울해바라기아동센터에서 아동청소년 성폭력 피해자를 위한 코호트를 구축하여 정신질환의 장기적 이환율을 조사하고, 정신건강의 예후에 영향을 끼치는 위험 요인과 보호 요인을 파악할 수 있는 정신건강예측모형의 개발을 위한 연구의 기틀을 마련하고자 하였다. 예비적 결과로서 코호트 연구에 지난 3년 7개월간 등록된 65명의 성폭력 피해자들에서 피해와 관련한 정신질환 이환율은 61.5%에 달하는 것으로 나타났으며, 본 연구를 연구비 지원기간 이상으로 지속하여 장기간 피해자들의 정신건강을 추적하고자 한다.

Acknowledgments

이 논문은 2015년 보건복지부 정신건강기술사업단의 지원을 받아 수행된 연구임.

Conflicts of Interest

The authors have no financial conflicts of interest.

REFERENCES

(1) Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT. Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: II. Psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:1365-1374.

(2) Leonard LM, Follette VM. Sexual functioning in women reporting a history of child sexual abuse: review of the empirical literature and clinical implications. *Annu Rev Sex Res* 2002;13:346-388.

(3) Bonomi AE, Cannon EA, Anderson ML, Rivara FP, Thompson RS. Association between self-reported health and physical and/or sexual abuse experienced before age 18. *Child Abuse Negl* 2008;32:693-701.

(4) DiLillo D. Interpersonal functioning among women reporting a history of childhood sexual abuse: Empirical findings and methodological issues. *Clin Psychol Rev* 2001;21:553-576.

(5) Cutajar MC, Mullen PE, Ogloff JR, Thomas SD, Wells DL, Spataro J. Psychopathology in a large cohort of sexually abused children followed up to 43 years. *Child Abuse Negl* 2010;34:813-822.

(6) Beitchman JH, Zucker KJ, Hood JE, daCosta GA, Akman D. A review of the short-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse Negl* 1991;15:537-556.

(7) Tong L, Oates K, McDowell M. Personality development following sexual abuse. *Child Abuse Negl* 1987;11:371-383.

(8) Ruggiero KJ, McLeer SV, Dixon JF. Sexual abuse characteristics associated with survivor psychopathology. *Child Abuse Negl* 2000;24:951-964.

(9) Hwang JI, Yoon DK, Lee MJ, Kim YL, Joo JS, Kim DS, Lee

IS, Jung SY, Kim HJ, Kime EK. The Sexual Violence Survey in 2013. ed. Ministry of Gender Equality and Family; 2013.

(10) Briere J. Methodological issues in the study of sexual abuse effects. *J Consult Clin Psychol* 1992;60:196-203.

(11) Trickett PK, Noll JG, Putnam FW. The impact of sexual abuse on female development: lessons from a multigenerational, longitudinal research study. *Dev Psychopathol* 2011;23:453-476.

(12) Kendall-Tackett KA, Williams LM, Finkelhor D. Impact of sexual abuse on children: a review and synthesis of recent empirical studies. *Psychol Bull* 1993;113:164.

(13) Yoon HM. Trends in Child Sexual Abuse Literature-Articles Published from 2000 to 2008-. *Journal of the Korean Society of Child Welfare* 2010;129-160.

(14) Lee SY, Kim TK, Cheon KA, Song DH. Aftermath of Child Sexual Abuse in Children in Korea: Data from the Nation-Funded Sexual Violence Victim Protection Center for Children. *J Korean Acad Child Adolesc Psychiatry* 2018;29:32-39.

(15) Kim YS, Cheon KA, Kim BN, Chang SA, Yoo HJ, Kim JW, Cho SC, Seo DH, Bae MO, So YK, Noh JS, Koh YJ, McBurnett K, Leventhal B. 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.

(16) Chung US. The Korean version of the trauma symptom checklist for children: psychometric properties and the connection to trauma among Korean children and adolescents. *J Korean Med Sci* 2014;29:837-845.

(17) Briere J. Trauma symptom checklist for children (tscc): Professional manual. Odessa: Psychological Resources. ed. Inc; 1996.

(18) 용미주. 청소년의 자살생각과 관련변인 연구. 석사학위논문, 생활환경복지학과, 전남대학교, 광주 2011.

(19) Bhang SY, Yoo HI, Kim JH, Kim BS, Bahn GH, Ahn DH, Suh DS, Cho SC, Hwang JW, Lee YS. Revision of Adolescent Mental Health and Problem Behavior Screening Questionnaire : Development of Adolescent Mental Health and Problem Behavior Screening Questionnaire-II. *Journal of Korean Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2011;22:271-286.

(20) Jung SA, Ahn DH, Chung SY, Jeong YG, Kim YY. Development of screening test for adolescent mental health and problem behavior. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 2008;47:168-176.

(21) Eun HJ, Kwon TW, Lee SM, Kim TH, Choi MR, Cho SJ. A study on reliability and validity of the Korean version of impact of event scale-revised. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 2005;44:303-310.

(22) Weiss D, Marmar C. The Impact of Event Scale Revised in Assessing Psychological Trauma and PTSD-A Practitioners Handbook, Edited by Wilson JP & Keane TM. New York. ed. Guilford Press; 1997.

- (23) **Briere J.** Trauma symptom checklist for young children. Odesa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc. Retrieved July 2005;2:2012.
- (24) **Bae JD, Jeong JH, Lee JJ, Chung US.** The Study of Reliability and Validity of the Korean Version of the Trauma Symptom Checklist for Young Children. *J Korean Med Sci* 2015;30:1340-1346.
- (25) **Olson D, Gorall D, Tiesel J.** *FACES IV: Development and validation.* Life Innovations, Inc 2006.
- (26) **Kim YS, Sunwoo S, Kim BS, Park HK, Ok SW, Cha DH.** Reliability and validity of family communication scale in the FACES IV Package: Korean Version. *J Korean Fam Relat Assoc* 2012;17:241-258.
- (27) **Achenbach TM, Vermont VDoPUo, Edelbrock CS.** Manual for the child behavior checklist and revised child behavior profile: Department of Psychiatry of the University of Vermont; 1983.
- (28) **Oh KJ, Lee HR, Hong KE, Ha EH.** Manual for K-CBCL: Korean child behavior checklist. Seoul: Choong-Ang Aptitude Publisher 2001.
- (29) **Gibaud-Wallston J, Wandersmann LP.** Development and utility of the Parenting Sense of Competence Scale: John F. Kennedy center for research on education and human development;1978.
- (30) **Shin SJ, Chung MJ.** Effects of stress, social support and efficacy on mothers' parenting behaviors. *Korean J Child Stud* 1998;19:27-42.
- (31) **Abidin RR.** Parenting stress index-short form: Pediatric Psychology Press Charlottesville, VA;1990.
- (32) **Jung GM, Lee GS, Park JA.** Korean parenting stress index: Seoul, Hakjisa;2008.
- (33) **Huh YS, Ahn DH, Choi JH, Kang JY, Kim YY, Oh KJ.** Development of a child problem-behavior screening test. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 2003;42:724-735.
- (34) **Widom CS.** Child abuse, neglect, and violent criminal behavior*. *Criminology* 1989;27:251-271.
- (35) **Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ.** Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child Abuse Negl* 2008;32:607-619.
- (36) **Sullivan PM, Knutson JF.** Maltreatment and disabilities: A population-based epidemiological study. *Child Abuse Negl* 2000;24:1257-1273.
- (37) **Sperry DM, Widom CS.** Child abuse and neglect, social support, and psychopathology in adulthood: a prospective investigation. *Child Abuse Negl* 2013;37:415-425.
- (38) **Schönbucher V, Maier T, Mohler-Kuo M, Schnyder U, Landolt MA.** Disclosure of Child Sexual Abuse by Adolescents: A Qualitative In-Depth Study. *J Interpers Violence* 2012;27:3486-3513.
- (39) **Kogan SM.** Disclosing unwanted sexual experiences: Results from a national sample of adolescent women. *Child Abuse Negl* 2004;28:147-165.
- (40) **Hu MH, Huang GS, Huang JL, Wu CT, Chao AS, Lo FS, Wu HP.** Clinical characteristic and risk factors of recurrent sexual abuse and delayed reported sexual abuse in childhood. *Medicine* 2018;97:e0236.
- (41) **Hebert M, Tourigny M, Cyr M, McDuff P, Joly J.** Prevalence of childhood sexual abuse and timing of disclosure in a representative sample of adults from Quebec. *Can J Psychiatry* 2009;54:631-636.
- (42) **Perez-Fuentes G, Olfson M, Villegas L, Morcillo C, Wang S, Blanco C.** Prevalence and correlates of child sexual abuse: a national study. *Compr Psychiatry* 2013;54:16-27.

국문초록

연구목적

코호트 연구의 목적은 국내 아동청소년 성폭력 피해자 코호트 시스템 구축과 피해자들의 정신건강에 작용하는 위험요인과 보호요인을 규명하기 위함이며, 이 연구는 코호트 참여자들의 참여 당시 초기 평가 결과를 분석한 예비 결과이다.

방법

서울 해바라기아동센터를 통해 3년 7개월간 모집한 19세 이하의 65명 아동청소년 성폭력 피해자 및 그 가족들의 인구학적, 성폭력 관련 요인 및 정신심리학적 상태와 정신건강학적 진단을 평가하여 초기자료를 분석하였다.

결과

초기 평가 자료의 예비 분석 결과는 다음과 같다. 여성 대상자 56명, 대상자 평균나이 12.4세(SD=4.4), 성폭력 추행 71.8%, 친족 및 지인 가해자 87.1% 였고, 피해자의 61.5%가 성폭력 피해와 관련된 정신의학적 진단을 받았으며 이중 외상 후 스트레스 장애가 29.2%, 우울장애가 23.1%로 나타났다. 피해 이후 발고까지 걸린 기간은 평균 1.5년이였다. IES-R-K, TSCYC 외상 후 스트레스장애-회피 항목과 CBCL의 총문제행동 항목이 임상적으로 유의하게 증가한 결과를 나타내었다.

결론

아동청소년 성폭력 피해자는 정신건강학적 문제가 발생할 위험성이 높은 경향을 가지고 있다. 코호트 연구는 국내 성폭력 피해자들의 정신건강에 영향을 미치는 위험요인과 보호요인을 확인하고 예측모형을 설립할 수 있을 것이다.

중심 단어 : 아동청소년 · 성폭력 · 코호트.