

## 성폭력 외상이 소아청소년의 정신병리와 삶의 질에 미치는 영향

김혜영<sup>1)</sup> · 황준원<sup>1)</sup> · 최승미<sup>2)</sup> · 이혜경<sup>3)</sup> · 김별님<sup>3)</sup>

강원대학교 의학전문대학원 정신건강의학교실,<sup>1)</sup> 광운대학교 교육대학원,<sup>2)</sup> 강원해바라기 여성이동센터<sup>3)</sup>

### Impact of Trauma due to Sexual Violence on Psychopathology and Quality of Life in Children and Adolescents

Hye-Young Kim, M.D.<sup>1)</sup>, Jun-Won Hwang, M.D., Ph.D.<sup>1)</sup>, Seung-Mi Choi, Ph.D.<sup>2)</sup>,  
Hye-Kyoung Lee, M.A.<sup>3)</sup>, and Byul-Nim Kim, M.A.<sup>3)</sup>

<sup>1)</sup>Department of Psychiatry, Kangwon National University School of Medicine, Chuncheon, Korea

<sup>2)</sup>Kwangwoon University Graduate School of Education, Seoul, Korea

<sup>3)</sup>Kangwon Sunflower Center, Chuncheon, Korea

**Objectives** : This study was conducted in order to investigate the influence of sexual trauma on the psychopathology and quality of life of children and adolescents in Korea.

**Methods** : Twenty-seven children and adolescents and their caretakers who visited the Kangwon Sunflower Center participated in a cross-sectional study. Participants completed the Korean version of Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Present and Lifetime Version, Child Behavior Checklist (CBCL), and Child Health Questionnaire-Parent Form-50 (CHQ-PF-50). Their scores were compared with those of a age and sex-matched control group of 27 healthy children and adolescents.

**Results** : Victims of sexual violence showed higher t score in Withdrawn, Social problems, Delinquent behavior, Externalizing problems, and Total problems in CBCL, compared with control group. In CHQ-PF-50, there were lower scores on Bodily pain/discomfort, Behavior, Mental health, Time impact in parents, and Family activities subscales in victims of sexual violence. While Behavior and Family activities subscale showed negative correlations with Delinquent behavior, Externalizing problems, and Total problems in CBCL. Mental health subscale showed negative correlations with Social problems, Delinquent behavior, Externalizing problems, and Total problems. In addition, Time impact on parent subscale showed a negative association with Delinquent behavior in CBCL.

**Conclusion** : The current study provided evidence suggesting that victims of sexual violence had a higher level of psychopathology and lower level of quality of life.

**KEY WORDS** : Sexual Violence · Psychopathology · Quality of Life · Child · Adolescent.

## 서 론

성폭력(sexual violence)은 상대방의 의사나 동의에 관계 없이 강제적으로 성적 행위를 하거나 성적 행위를 하도록 강요 혹은 위협하는 일체의 유무형의 강제적 행사로서 가벼운

형태의 성희롱으로부터 가장 심한 강압적인 성행위까지 광범위한 범위로 존재한다.<sup>1)</sup> 국내에서는 아동 성폭력을 가해자가 자신의 성적 쾌락을 위해 아동을 성적 대상으로 이용하는 것으로 정의하고 있다.<sup>2,3)</sup>

과거 해외연구에서는 성폭력 또는 성학대를 당하는 아동이 1,000명 중 0.7-2.5명으로 보고하고 있으나 실제 성학대 또는 성폭력 발생률은 이보다 훨씬 높을 것으로 추정되며, 남녀의 성학대 또는 성폭력 피해비율은 1.5 : 1에서 2 : 1 정도로 여아에서 많이 나타난다.<sup>4)</sup> 국내 연구에서는 약 2,300명의 서울 거주 여성의 자기보고에서 약 6.5%가 어린 시절 성학대 경험을 보고한 바 있으며,<sup>5)</sup> 10대 청소년 965명 대상 연구에서는 5.8%의 여학생이 성학대의 과거력을 보고하였다.<sup>6)</sup> 국내 병원

접수완료 : 2014년 11월 17일 / 수정완료 : 2014년 12월 8일

심사완료 : 2014년 12월 10일

Address for correspondence: Jun-Won Hwang, M.D., Ph.D., Department of Psychiatry, Kangwon National University School of Medicine, 156 Baekryong-ro, Chuncheon 200-722, Korea

Tel : +82.33-258-9410, Fax : +82.33-254-1376

E-mail : huangjw@hanmail.net

이 연구는 2013년도 강원대학교병원 학술연구조성비로 진행하였음.

의 학대아동보호팀 20년간 활동 내역 조사에서 성학대는 전체 학대 중 35.5%를 차지하였다.<sup>7)</sup>

성폭력과 같은 정신적 스트레스는 외상(trauma)으로 작용하여 외상적 사건에 대한 반복적인 상기, 침습적 사고가 늘어나 말 또는 그림에서 재현되는 재경험, 사회적 위축과 회피증상, 과도한 경계심, 놀람 반응, 집중력 감소, 과각성 증상 등 외상후 스트레스장애를 유발할 수 있으며,<sup>8)</sup> 일부 아동에서는 과도한 환상이나 백일몽, 전환 증세로 나타나는 해리 현상, 무력감, 가족이나 세상에 대한 배신감, 또는 자신이 망쳐졌다는 느낌과 부정적인 자아상 등과 연관되어 우울감을 느끼기가 쉽다.<sup>9)</sup>

발달단계별로 다음과 같은 증상들이 흔히 나타나는데,<sup>10)</sup> 학령 전기 아동에게는 신체증상과 퇴행증상이 주요 특징이며 학령기 아동은 주로 정신신체증상과 행동장애를 나타낸다. 또, 청소년의 경우 자아손상과 관련된 증상과 반항 또는 자해가 특징적으로 나타난다. 아동기 때 성학대를 경험한 5명 중 1명 정도가 심각한 장기적인 영향을 받는데, 성인기 만성 외상후 스트레스장애, 해리장애, 주체성장애, 신체화장애, 우울장애 및 자살시도, 약물 또는 알코올 남용 및 의존, 경계선 인격장애 또는 다중 인격장애 등 다수의 인격장애 발생이 알려져 있다.<sup>11-13)</sup>

성폭력으로 인한 외상 경험 및 피해를 입은 소아청소년의 장기적 증상지속, 발달의 문제 및 성인기까지의 부정적인 예후들은 최근 들어 비단 보건, 의학적 분야뿐만 아니라 국가적으로 이의 심각성을 인식하고 관련 정책을 마련하기에 이르렀다. 그러나, 국내의 아동 성폭력과 관련된 주요 생정통계는 주로 피해실태 및 유형 관련 조사에 국한되었으며, 피해 소아청소년의 심리적 외상, 정신병리 등 후유증과 관련된 연구는

예비적 단계에 그치고 있다. 또한, 해외의 연구도 성폭력 피해 소아청소년의 심리적 외상, 동반된 정신증상, 장기 예후와 관련되어 다수의 보고가 되었지만 피해 소아청소년을 대상으로 삶의 질의 양상에 대해서는 지금까지 보고된 바 없다.

이에 성폭력 피해 소아청소년을 대상으로 성폭력으로 인한 소아청소년의 정신병리뿐만 아니라 삶의 질 등 보다 광범위한 영향을 조사하여 피해자를 대상으로 효과적인 중재 목표를 탐색하기 위해 본 연구를 수행하였다.

## 방 법

### 1. 대 상

강원해바라기 여성아동센터를 방문한 27명의 성폭력 피해 소아청소년(남아 4명, 여아 23명, 평균연령 11.5±3.6세) 및 보호자(어머니 20명, 아버지 5명, 할머니 2명)가 본 연구에 참여하였다. 성폭력 피해일부터 평가까지 평균 107.4±162.0일이 소요되었고, 17명은 성추행, 7명은 강간, 3명은 성행위 장면 목격 등을 피해유형으로 보고하였는데 남아 4명에서의 피해는 모두 성추행으로 인한 것이었다. 대조군으로 지역사회에서 학생정신건강장애에 참여한 부모에게 본 연구의 취지를 설명 후 서면 동의를 받은 58명의 자료 중 주요정신질환의 과거력이 없고 본 연구의 성폭력 피해군과 연령, 성별의 짝짓기가 이루어진 총 27명의 소아청소년(남아 4명, 여아 23명, 평균연령 11.9±3.7세)의 자료를 사용하였다(Table 1).

본 연구는 강원대학교병원 Institutional Review Board의 심의를 통과하였다. 설문 전 연구 목적 및 진행 절차에 대해 자세히 설명을 한 후 서면으로 동의서를 받았으며 자발적으로 참여한 자에게 설문지를 배포하였다.

**Table 1.** Baseline demographic and clinical characteristics in victims of sexual violence and control groups

	Victims of sexual violence	Control group	Chi-square or t	p
Age, mean (SD)	11.5 (3.6)	11.9 (3.7)	1.513	.142
Female, N (%)	23 (85.2)	23 (85.2)	0.000	1.000
CPTSD-RI (by parents), mean (SD)	41.1 (21.6)	-		
CPTSD-RI (by children), mean (SD)	35.8 (17.9)	-		
Diagnosis, N (%)				
Adjustment disorder	22 (81.5)	-		
Posttraumatic stress disorder	4 (14.8)	-		
Major depressive disorder	1 (3.7)	-		
Past or current comorbidities, N (%)				
Mild mental retardation	1 (3.7)	-		
Major depressive disorder	2 (7.4)	-		
Dysthymia	1 (3.7)	-		
Transient tic disorder	1 (3.7)	-		
Oppositional defiant disorder	1 (3.7)	-		

Chi-square test or Student's t-test. CPTSD-RI : Child Posttraumatic Stress Disorder-Reaction Index, SD : standard deviation

## 2. 평가도구

### 1) 한국판 Korean version of Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Present and Lifetime Version(K-SADS-PL)

Korean version of Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Present and Lifetime Version(K-SADS-PL)은 6-18세의 평균 지능 수준을 지닌 아동들에 대한 반구조화된 진단 평가도구로 부모와 아동에게 질문하여 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.<sup>14)</sup>

본 연구에서는 강원해바라기 여성아동센터 내 임상심리학자 2인이 K-SADS-PL을 시행하고 심리검사 및 정신과전문의의 면담 결과를 종합한 후 사례회의를 통하여 진단을 확정하였다. 본 연구에서 성폭력 피해로 인해 22명은 적응장애, 4명은 외상후 스트레스장애, 1명은 주요우울장애로 각각 진단을 받았으며, 부진단으로 적응장애군에서는 주요우울장애(과거), 일과성 운동틱, 적대적반항장애, 경도지적장애가 각각 1명, 외상후 스트레스장애군에서는 주요우울장애, 기분부전장애가 각각 1명씩 발견되었다.

### 2) 소아용 외상후 스트레스장애 반응척도(Child Posttraumatic Stress Disorder-Reaction Index, CPTSD-RI)

Frederic이 고안하고 Pynoos와 Nader가 함께 수정한 어린이용 외상후 스트레스장애 반응 척도로,<sup>15)</sup> 전체 설문내용은 20문항이며, 만 6세부터 16세까지의 소아청소년과 부모에게 실시할 수 있다. 총점이 12점에서 24점은 경도, 25점에서 39점은 중등도, 40에서 59점은 중증, 60점 이상은 최중증으로 각각 구분된다. 본 연구의 성폭력 피해군에서 총점은 부모용 평균 41.1±21.6점, 아동용 35.8±17.9점이었다.

### 3) 아동·청소년행동평가척도(Korean version of Child Behavior Checklist, K-CBCL)

국내에는 Oh 등<sup>16)</sup>이 번역하여 표준화한 바 있는 국제적 아동 정신병리척도로, 아동의 적응 및 문제 행동을 부모가 3점 척도로 평가하며 사회 능력 척도와 문제행동 증후군 척도로 구분된다. 사회능력 척도는 내용에 따라 사회활동과 학교에서의 활동으로 구분되어 있다. 문제행동 증후군 척도는 113개의 문항으로 구성되어 있으며, 내면화 증상에 대한 척도(정신분열증, 우울증, 의사소통의 어려움, 강박 충동증, 신체화 증상)와 외현화 증상에 관한 척도(과잉활동성, 공격성, 비행)

및 총 문제행동 척도로 구분되어 있다. 본 연구에서는 Korean version of Child Behavior Checklist의 문제행동증후군 척도 중 4-18세 연령에 모두 적용이 가능한 위축, 신체증상, 우울/불안, 사회적 미성숙, 사고의 문제, 주의집중문제, 비행, 공격성 등 8개 소척도 및 위축, 신체증상, 우울/불안의 합산 점수인 내재화 문제, 비행, 공격성의 합산 점수인 외현화 문제, 전체 합산 점수인 총문제행동점수 등 총 11개 소척도 표준점수를 산출하여 분석에 사용하였다.

### 4) Child Health Questionnaire-Parent Form-50 (CHQ-PF-50)

Child Health Questionnaire-Parent Form-50(CHQ-PF-50)<sup>17)</sup>은 50문항으로 구성되어 있으며 12개의 척도(Physical function, Role/social limitations-physical, Role/social limitations-emotional/behavioral, Mental health, Self-esteem, Behavior, Bodily pain/discomfort, General health perceptions, Family activities, Parent impact on time, Parent emotional impact) 및 2개의 전반적 항목(Global behavior and global general health), 2개의 요약 점수(Physical and a psychosocial summary scores) 등으로 5-14세 소아 청소년의 삶의 질에 대해 평가하는 도구이다. 원점수는 0-100점 사이의 환산점수로 변환되며, 높을수록 보다 삶의 질이 좋음을 의미한다. 본 연구에서는 채점 매뉴얼에 따라 12개의 척도 및 2개의 전반적 항목 점수를 산출하여 사용하였다.

## 3. 분석방법

통계분석은 Statistical Package for the Social Sciences 13.0 통계 패키지(SPSS Inc., Chicago, IL, USA)를 사용하였다. 성폭력 피해군의 Child Behavior Checklist(CBCL), CHQ-PF-50의 소척도 점수는 27명의 연령과 성별이 짝짓기 된 대조군과 비교하였다. 통계 방법으로는 범주형 변수의 비율의 차이를 검증하기 위하여 카이제곱 검정, 연속되는 변수의 평균의 차이를 검증하기 위하여는 Student t-test를 각각 사용하였다. 또한, 성폭력 피해군의 척도 점수 간 관련성을 확인하기 위하여 Pearson 상관분석을 사용하였다. 유의수준은 양측검정,  $p < .05$ 로 정하였다.

## 결 과

27명의 성폭력 피해군과 연령, 성별이 짝짓기 된 27명의 지역사회 대조군 간의 CBCL 소척도 점수 차이는 Table 2에 제시하였다. CBCL 중 위축( $t=2.760$ ,  $df=52$ ,  $p=.008$ ), 사회적 문제( $t=2.669$ ,  $df=52$ ,  $p=.010$ ), 비행( $t=2.816$ ,  $df=52$ ,  $p=.008$ ), 외

현화 문제( $t=2.026, df=52, p=.048$ ), 총 문제( $t=2.286, df=52, p=.027$ ) 소척도에서 성폭력 피해군은 대조군보다 유의하게 높은 T 점수를 나타내었다. 또한, 불안/우울( $t=1.964, df=52, p=.055$ ) 및 주의력 문제( $t=1.940, df=52, p=.058$ )에서 성폭력 피해군의 T 점수는 대조군보다 높은 통계적 경향성을 보였다(Table 2).

성폭력 피해군과 지역사회 대조군 간의 CHQ-PF-50 소척도 점수 차이는 Table 3에 제시하였다. CHQ-PF-50의 환산 점수가 제공되는 총 14개 점수 중 Bodily pain/discomfort ( $t=-2.682, df=52, p=.011$ ), Behavior( $t=-2.036, df=52, p=.011$ ), Mental health( $t=-2.120, df=52, p=.039$ ), Time impact on parent( $t=-2.721, df=52, p=.009$ ), Family activities( $t=-2.957, df=52, p=.005$ ) 등 5개 영역의 환산점수에서 성폭력 피해군은 대조군에 비해 유의하게 낮은 점수를 나타내었다.

General health perceptions( $t=-1.743, df=52, p=.088$ ) 및 Family cohesion( $t=-1.995, df=52, p=.051$ ) 영역에서는 성폭력 피해군에서 통계적으로 낮은 점수의 경향성을 보였다(Table 3).

성폭력 피해군의 이들의 정신병리와 삶의 질의 관련성을 조사하기 위해 이전 분석에서 유의한 차이를 나타낸 변수를 대상으로 상관분석을 실시하였다. CHQ-PF-50의 Behavior 및 Family activities 영역 점수는 CBCL의 비행(Pearson's coefficient= $-0.543, p=.007$ ; Pearson's coefficient= $-0.537, p=.008$ ), 외현화문제(Pearson's coefficient= $-0.612, p=.002$ ; Pearson's coefficient= $-0.519, p=.011$ ), 충문제행동(Pearson's coefficient= $-0.545, p=.007$ ; Pearson's coefficient= $-0.441, p=.035$ )와 각각 부적상관을 나타내었다. Mental health 소척도의 경우 CBCL의 사회성 문제(Pearson's coefficient= $-0.517, p=.011$ ), 비행 (Pearson's coefficient= $-0.713, p<$

**Table 2.** Differences in subscales of CBCL between victims of sexual violence and control groups

CBCL	Victims of sexual violence, mean (SD)	Control group, mean (SD)	t	p
Withdrawn	56.7 (16.4)	44.8 (14.0)	2.760	.008 <sup>†</sup>
Somatic complaints	47.0 (10.0)	48.3 (7.5)	-0.558	.580
Anxious/depressed	51.2 (10.4)	46.0 (8.4)	1.964	.055
Social problems	52.1 (10.0)	45.1 (8.7)	2.669	.010*
Thought problems	49.6 (7.6)	49.4 (7.0)	0.076	.939
Attention problems	51.6 (9.1)	46.9 (8.3)	1.940	.058
Delinquent behavior	51.8 (10.4)	45.0 (5.7)	2.816	.008 <sup>†</sup>
Aggressive behavior	48.3 (9.7)	45.0 (8.5)	1.269	.211
Internalizing problems	50.4 (10.6)	46.5 (8.2)	1.444	.155
Externalizing problems	50.1 (12.0)	44.2 (8.5)	2.026	.048*
Total problems	50.4 (10.1)	44.4 (8.7)	2.286	.027*

Student's t-test. \* :  $p<.05$ , † :  $p<.01$ . CBCL : Child Behavior Checklist, SD : standard deviation

**Table 3.** Differences in subscales of CHQ-PF-50 between victims of sexual violence and control groups

CHQ-PF-50	Victims of sexual violence, mean (SD)	Control group, mean (SD)	t	p
Global general health	63.0 (23.1)	64.3 (20.8)	-0.217	.829
Physical function	96.5 (18.3)	96.2 (7.8)	0.070	.944
Role/social limitations – emotional/behavioral	87.7 (26.0)	93.8 (11.7)	-1.126	.268
Role/social limitations – physical	93.8 (26.2)	98.7 (6.7)	-0.928	.361
Bodily pain/discomfort	73.7 (27.5)	89.6 (13.7)	-2.682	.011*
Behavior	77.0 (27.5)	84.7 (12.9)	-2.036	.047*
Global behavior	59.6 (28.0)	68.1 (18.4)	-1.261	.213
Mental health	73.5 (18.4)	82.6 (12.4)	-2.120	.039*
Self-esteem	64.5 (23.4)	72.1 (24.7)	-1.150	.256
General health perceptions	54.7 (12.3)	60.8 (12.4)	-1.743	.088
Emotional impact on parent	42.9 (25.4)	51.5 (25.9)	-1.238	.221
Time impact on parent	56.4 (37.0)	79.5 (23.7)	-2.721	.009 <sup>†</sup>
Family activities	70.5 (23.5)	86.7 (16.1)	-2.957	.005 <sup>†</sup>
Family cohesion	51.7 (26.4)	65.0 (22.5)	-1.995	.051

Student's t-test. \* :  $p<.05$ , † :  $p<.01$ . CHQ-PF-50 : Child Health Questionnaire-Parent Form-50, SD : standard deviation



**Table 4.** Correlation between subscales of CHQ-PF-50 and subscales of CBCL in victims of sexual violence

	Withdrawn	Social problems	Delinquent behavior	Externalizing problems	Total problems
<b>Bodily pain/discomfort</b>					
Pearson	-0.103	-0.232	-0.275	-0.230	-0.271
p	.641	.286	.204	.291	.211
<b>Behavior</b>					
Pearson	-0.324	-0.399	-0.543	-0.612	-0.545
p	.132	.059	.007 <sup>†</sup>	.002 <sup>†</sup>	.007 <sup>†</sup>
<b>Mental health</b>					
Pearson	-0.167	-0.517	-0.713	-0.771	-0.562
p	.447	.011 <sup>*</sup>	<.001 <sup>‡</sup>	<.001 <sup>‡</sup>	.005 <sup>†</sup>
<b>Time impact on parent</b>					
Pearson	-0.316	-0.199	-0.416	-0.342	-0.279
p	.142	.363	.048 <sup>*</sup>	.110	.197
<b>Family activities</b>					
Pearson	-0.118	-0.257	-0.537	-0.519	-0.441
p	.593	.237	.008 <sup>†</sup>	.011 <sup>*</sup>	.035 <sup>*</sup>

Correlation analysis. \* : p<.05, † : p<.01, ‡ : p<.001. CHQ-PF-50 : Child Health Questionnaire-Parent Form-50, CBCL : Child Behavior Checklist

.001), 외현화문제(Pearson's coefficient=-0.771, p<.001), 총 문제행동(Pearson's coefficient=-0.562, p=.005)와 부적상관을 나타내었다. 또한 Time impact on parent 소척도에서 CBCL의 비행(Pearson's coefficient=-0.416, p=.048)과 부적 상관이 있었다(Table 4).

## 고찰

본 연구의 결과 27명의 성폭력 피해군과 연령, 성별이 짝짓기 된 27명의 지역사회 대조군 간에 CBCL 소척도 점수를 비교한 결과 위축, 사회성 문제, 비행, 외현화 문제, 총 문제 등 소척도에서 성폭력 피해군은 대조군보다 유의하게 높은 T 점수를 나타내었다. 이러한 성폭력 피해유형과 정신병리의 관련성은 과거 국내 연구의 결과와 부분적으로 일치하는 것이며,<sup>10,18,19</sup> 본 연구의 삶의 질 관련 결과는 현재까지 소아청소년기에 성폭력 피해가 나타난 직후 삶의 질의 저하를 조사한 최초의 것이다.

Song 등<sup>18)</sup>은 2006-2008년 중 1년 4개월간 경기 원스톱센터에 방문한 19세 미만 소아청소년 60명 대상의 피해실태를 분석하였는데, 피해 소아청소년 중 10-15세가 55%로 다수를 차지하였으며 가해자 중 40%가 십대였다. 면식범에 의한 성폭력은 강간의 비율이 높으며, 내원하기까지의 기간도 길고 반복성이 높았다. Kim 등<sup>19)</sup>은 2004-2005년 중 1년간 서울해바라기 아동센터에 방문한 13세 이하 84명(평균 9.12±2.15세)의 자료를 분석한 결과 2/3 정도가 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition으로 진단가능한 상태였으며, 외상후 스트레스장애(41.7%), 달리 분

류되지 않는 우울장애(22.6%), 주요우울장애(15.5%), 달리 분류되지 않는 불안장애(14.3%), 기타 분리불안장애, 주의집중력장애, 섭식장애, 범불안장애 등으로 진단되었다. 성폭행 사건 이전의 정신장애 진단(과거진단)이 내려진 아동은 26명(30.95%)이었으며, 60.7%에서 임상적인 관심이 될 정도의 부모자녀 관계 문제가 있었고, 과도한 자위행위 등 부적절한 성행동이 보고된 사례는 10.7%였다. 심리적 외상증상의 심각도는 성폭행 가해자와 피해 아동의 관계, 주 양육자의 유형, 부모자녀 관계의 문제, 사건 이전의 정신병리 유무, 아동의 높은 연령, 정신적 장애 등과 관련되었다.

본 연구 대상의 평균연령 11.5±3.6세는 19세 미만 소아청소년 성폭력 피해자의 평균연령은 11.61±3.89세였고 10-15세가 55%로 다수를 차지한다는 선행연구 결과와 부분적으로 부합하는 것이다.<sup>18)</sup> 서울해바라기 아동센터에 방문한 성폭력 피해 소아청소년을 대상으로 한 Kim 등<sup>19)</sup>의 선행연구에서는 대상의 평균연령이 9.12±2.15세로 본 연구에 비해 평균연령이 낮고, 나이가 어릴수록 피해의 빈도와 지속 기간도 함께 증가하는 양상을 보고하였는데, 본 연구에서 이 연구에 비해 낮은 비율의 외상후 스트레스장애 이환수는 본 연구 대상의 평균연령이 선행연구보다 많아 상대적으로 성폭력 피해의 빈도와 지속시간 등이 낮은 것과 관련될 수 있다.

본 연구에서 CHQ-PF-50을 통한 삶의 질 영역 중 Bodily pain/discomfort, Behavior, Mental health, Time impact on parent, Family activities 등 5개 영역에서 성폭력 피해군이 대조군에 비해 유의하게 낮은 환산점수를 나타내었다. 이중 Bodily pain/discomfort 영역 점수는 CBCL 소척도와 유의한 상관을 보이지 않은 반면, Behavior 및 Family activi-

ties 영역 점수는 CBCL의 비행, 외현화문제, 충문제행동, Mental health 영역 점수는 CBCL의 사회성 문제, 비행, 외현화문제, 충문제행동과 각각 부적상관을 나타내었다. 또한 Time impact on parent 소척도와 CBCL의 비행 소척도 간에 부적 상관이 발견되었다.

CHQ-PF-50 개발과정에서 실시한 요인분석상 Behavior와 Mental health는 Self esteem, Role/social-emotional/behavioral과 더불어 정신사회적 군집으로 구분되며, Bodily pain/discomfort는 General health perceptions, Role/social-physical, Physical functioning 등 4개 소척도와 더불어 신체적 군집으로 각각 구분된 바 있다.<sup>17)</sup>

본 연구에서 성폭력 피해군에서 나타난 삶의 질 영역 중 정신사회적 군집의 점수 저하 및 특히 Behavior와 Mental health에서 나타난 정신병리와외의 부적 상관관계는 과거 성폭력 피해로 인한 정신사회적 후유증에서 나타나는 심리적 문제들에 대한 연구 결과와 일부 부합하는 것으로 보인다.<sup>8-13,18,19)</sup> 신체적 군집에서의 Bodily pain/discomfort 영역 점수의 저하는 성폭력이 비단 정신사회적 후유증만을 남기는 것이 아니라 신체적 삶의 질 영역에서 일부 영향을 미치는 것을 시사하는 소견이다. Time impact on parent, Family activities 영역에서의 점수 저하는 아동의 전반적 행동의 변화로 인해 가족들이 시간적, 정서적으로 부정적인 영향 및 일상생활의 지장을 받는 것과 관련될 수 있다.

성폭력 피해와 삶의 질과의 관련성을 조사한 선행연구에서는 주로 후향적으로 아동기 때 성폭력을 비롯한 아동학대의 과거력을 보고한 성인에서의 삶의 질 양상을 분석한 바 있다. 대표적인 건강관련 삶의 질 측정도구인 36-Item Short Form Health Survey를 사용하여 네덜란드에서 전국적인 정신건강조사 및 발생률 연구를 통해 아동 학대의 과거력과 성인의 건강관련 삶의 질과의 관련성을 조사한 연구 결과는 다음과 같다. 방임·심리적 학대·신체적 학대·심한 성적학대 이환 여부 및 전체 아동학대 유형의 수는 정신적 건강관련 삶의 질의 감소와 관련되었고 심리적 학대·신체적 학대 이환 여부와 전체 아동학대 유형의 수는 신체적 건강관련 삶의 질의 감소와 관련되었다.<sup>20)</sup> 또한, 아동기에 경험한 양육 방식이 높은 수준의 아동 학대를 보고한 성인에서 삶의 질은 전반적인 아버지의 양육의 질과 현 우울증상 수준에 의해 유의하게 예측되었다.<sup>21)</sup> CBCL의 외현화문제나 충문제행동 점수가 여러 소척도 문항의 합산점수인 점을 고려하면,<sup>16)</sup> 성폭력 피해군에서 Mental health 영역의 경우 사회성 문제 및 비행, Behavior, Family activities, Time impact on parent 등 3개 영역의 경우 주로 비행 소척도와 부적 상관을 보인 본 연구의 결과는 성폭력 직후 소아청소년기에 후유증으로 나타나는 특

정 정신병리와 삶의 질의 관련성을 시사하는 것이다.

본 연구의 제한점은 다음과 같다. 첫째, 본 연구의 단면적 성격으로 정신병리와 주관적 삶의 질 간의 장기적인 관련성에 대해서는 조사할 수 없었다. 이러한 단면적 연구의 한계를 극복하기 위해 추후 본 연구의 대상에 대해 6개월 간격의 추적조사를 통해 정신병리 및 삶의 질의 변화 양상, 장기화와 관련된 위험요소 또는 예측인자에 대해 조사할 예정이다. 둘째, 성폭력 피해군에서 성폭력 피해부터 본 연구의 조사까지 평균 107.4±162.0일이 소요된 바, 외상으로서 성폭력으로 인한 급성 효과에 대해 조사할 수는 없었다. 셋째, 비록 CHQ-PF-50이 국제적으로 표준화된 도구이지만, 본 연구 결과를 다른 사회문화 환경에서 일반적으로 동일하게 재현할 수는 없다. 넷째, 본 연구의 참가자는 강원해바라기 여성아동센터에 방문한 소아청소년 및 가족의 협조 과정을 통해 참여하였는데, 이들의 정신사회적 환경과 가족체계가 방문하지 못한 지역사회에서의 성폭력 피해를 입은 소아청소년 및 가족과 서로 다를 가능성이 있다. 다섯째, 본 연구의 적은 표본수로 인해 추후 대규모 조사에서 현 소견이 재현되지 못할 가능성이 있다.

## 결 론

소아청소년 성폭력으로 인한 피해는 비단 초기의 물리적 상해, 급성기 심리적 외상에 그치지 않고 지속적으로 아동의 정신사회적 적응, 신체적 적응, 가족관계 등 광범위한 영역에 영향을 주는 것임을 확인할 수 있다. 적어도 소아청소년에서는 성폭력 피해를 조기에 발견하고 초기에 위기대응 체계를 구축하는 것 외에도 지속적인 정신사회적 후유증의 평가 및 치료가 필수적이며, 사건 이전부터 존재할 수 있는 사회적 관계에서의 철회를 특징으로 하는 도움을 회피하는 질병행동에 대해서는 행동과학적 관점의 접근이 고려되어야 할 것이다.

**중심 단어:** 성폭력 · 정신병리 · 삶의 질 · 아동 · 청소년.

## References

- 1) **Planned Population Federation of Korea.** Special Counselors for Victims of Sexual Violence. Seoul: Planned Population Federation of Korea;2000.
- 2) **Korean Sexual Violence Relief Center.** Seminar Proceedings of Child Sexual Abuse. Seoul: Korean Sexual Violence Relief Center; 1991.
- 3) **Korean Women's Development Institute.** Education Program of Counselors for Victims of Sexual Violence. Seoul: Korean Women's Development Institute;1993.
- 4) **Sedlak AJ, Broadhurst DD.** The national incidence study of child abuse and neglect. Washington, DC: US Department of Health and Human Services;1996.
- 5) **Shim YH.** A study on sexual violence in Korea- a victimization survey of Seoul women. Korean. Criminol Rev 1990;1:149-194.

- 6) **Korean Womenlink.** Education of Special Counselors for Victims of Sexual Violence. Seoul: Korean Womenlink;1999.
- 7) **Song BK, Kim DK, Park HY, Hwang JW, Kwak YH.** A multidisciplinary approach for the treatment of child abuse in Korea. *Korean J Pediatr* 2009;52:1207-1215.
- 8) **Putnam FW.** Posttraumatic stress disorder in children and adolescents. In: Dickstein LJ, Riba MB, Oldham JM, editors. *American Psychiatric Press Review of Psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Press;1996. p.447-468.
- 9) **Stewart DE, Robinson GE.** Violence against women. In: Oldham JM, Riba MB, editors. *American Psychiatric Press Review of Psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Press;1995. p.261-283.
- 10) **Ahn DH.** Evaluation and treatment of intrafamilial sexual violence. *Ment Health Res* 1994;13:33-52.
- 11) **Brown GR, Anderson B.** Psychiatric morbidity in adult inpatients with childhood histories of sexual and physical abuse. *Am J Psychiatry* 1991;148:55-61.
- 12) **Molnar BE, Berkman LF, Buka SL.** Psychopathology, childhood sexual abuse and other childhood adversities: relative links to subsequent suicidal behaviour in the US. *Psychol Med* 2001;31:965-977.
- 13) **Murray JB.** Relationship of childhood sexual abuse to borderline personality disorder, posttraumatic stress disorder, and multiple personality disorder. *J Psychol* 1993;127:657-676.
- 14) **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.
- 15) **Pynoos RS, Frederick C, Nader K, Arroyo W, Steinberg A, Eth S, et al.** Life threat and posttraumatic stress in school-age children. *Arch Gen Psychiatry* 1987;44:1057-1063.
- 16) **Oh KJ, Lee HR, Hong KE, Ha EH.** Manual for K-CBCL: Korean Child Behavior Checklist. Seoul: Jungang Munhwasa;2001.
- 17) **Landgraf JM, Abetz L, Ware JE.** The CHQ User's Manual. Boston: The Health Institute, New England Medical Center;1996. p.235-239.
- 18) **Song SH, Kim SY, Chung YK, Shin YM.** A study of sexual assaults on children and adolescents: based on data from a one-stop service center. *J Korean Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008;19:162-167.
- 19) **Kim TK, Kim SH, Choi KS, Choi JY, Lim JY, Eom SY, et al.** Psychopathology of sexually abused children in Korea. *J Korean Neuro-psychiatr Assoc* 2006;45:165-173.
- 20) **Afifi TO, Enns MW, Cox BJ, de Graaf R, ten Have M, Sareen J.** Child abuse and health-related quality of life in adulthood. *J Nerv Ment Dis* 2007;195:797-804.
- 21) **Rikhye K, Tyrka AR, Kelly MM, Gagne GG Jr, Mello AF, Mello MF, et al.** Interplay between childhood maltreatment, parental bonding, and gender effects: impact on quality of life. *Child Abuse Negl* 2008;32:19-34.