

소아 성학대에 대한 임상 연구

A CLINICAL STUDY ON CHILD SEXUAL ABUSE

이 수 경* · 곽 영 숙**

Soo-Kyung Lee, M.D.,* Young-Sook Kwack, M.D.**

요 약 : 저자들은 성학대를 경험한 소아청소년에 있어서 가족내와 가족외의 성학대형태와 가해자의 특성, 소아의 연령과 학대 형태에 따른 증상의 차이, 부모의 반응, 치료과정등의 임상적 특징을 살펴보았다.

연구대상은 1992년 1월부터 1993년 12월까지 국립서울정신병원 외래를 방문한 소아청소년 성학대아 10명을 대상으로 하였다.

가족내 성학대의 경우 가족의 성학대인 경우보다 좀더 만성적인 경과와 더 심한 가족병리를 보였고 학령전기에는 주로 신체적 증상과 불안이, 학령기에는 우울반응, 위축이 좀더 두드러졌다. 가족의 반응에서는 분노와 죄책감이 가장 흔하였고 치료는 위기개입중재, 놀이치료, 필요한 경우 입원치료가 시행되었다. 치료의 유지는 부모의 회피와 억압으로 어려움을 겪었다.

중심 단어 : 소아성학대 · 임상적 특징.

서 론

한국성폭력상담소의 1991년 4월에서 1992년 9월 사이의 상담건수 2,500건중 소아성학대 피해상담이 331건으로 28.5%를 차지하고 있었다는 보고(한국성폭력상담소 교육자료 1991)에서도 알 수 있듯이 국내에서의 성학대중 소아성학대의 피해자가 상당수에 이를 것으로 추정된다. 그러나 보고되는 방식이 대부분 전화상담에 의한 자료에 국한 되어 실제 성학대 발생 여부에 대한 정확한 파악이 어려운 실정이며, 정신적 후유증의 치료 및 중재를 위해 정신과적 진료가 행해지는 경우는 더욱 드물 것으로 생각된다.

그러나 성학대가 갖는 신체적 손상 이외의 사회심리학적 손상은 성장발달단계에 있는 아동의 장, 단기적인 심리적 손상과 함께 발달에 큰 영향을 미치므로 정신과적 개입과 치료가 절실히 요구되고 있지만

소아성학대에 대한 국내의 현황 파악 및 임상연구는 아직 미흡한 실정이다. 이에 저자들은 국립서울정신병원 소아정신과에 방문한 성학대 사례의 임상적 관찰 및 치료에 대한 경험을 살펴봄으로써 국내성학대에 대한 기초자료를 제시하고 성학대에 연관된 발달상의 문제와 정신병리를 이해해 보고자 한다.

연구방법 및 대상

저자들은 1992년 1월부터 1993년 12월까지 2년간 본원외래를 방문한 성학대 소아청소년 10명을 대상으로 기왕의 발달력과 연령에 따른 아동의 반응과 증상의 차이, 가해자의 특징, 부모를 포함한 가족들의 반응과 치료여부 및 방법과 그 연속성의 문제에 대한 임상적 특징을 임상적 관찰과 병록지를 참조하여 살펴 보았다.

* 국립서울정신병원 일반정신과 Department of General Psychiatry, Seoul National Mental Hospital

** 국립서울정신병원 소아정신과 Department of Child and Adolescent Psychiatry, Seoul National Mental Hospital

결 과

10명의 대상 환아에 대한 사회인구학적 특성 및 학대형태, 빈도, 가해자, 부모반응, 치료등에 관한 자료는 표와 같다(Table 1, 2).

1. 연령 및 성별

내원한 10명의 아동의 평균 나이는 8세였고 학령 전기인 5세이하의 아동이 5명, 학령기 아동 2명, 청소년기 아동이 3명이었고 모두 여아였다.

이들이 병원을 방문하게 된 경위를 살펴보면 3례는 성학대 사실을 알게 된 부모가 데리고 왔고 4례는 성폭력상담소의 권유로 방문하였으며 정신병적 증상이나 행동문제가 심각하여 방문한 예가 3례였다.

2. 가족내, 가족외의 학대형태의 차이와 가해자의 특성

본 연구에서는 10명중 알지 못하는 사람에 의한 경우는 1례에 불과했고 나머지 9례는 가족내 인물에 의한 경우를 포함하여, 모두 평소 알고 지내던 사람에 의한 것이었다. 또 폭행이 동반된 예는 10례중 6례에서 있었는데 2례를 제외하고는 모두 가족이외의 관계에서 언어적 위협이나 신체적 강압에 의해 일어나 가족이외의 학대에서 위협과 폭력을 더 많이 행사하고 있었다.

가해자는 모두 남성이었으며, 연령분포는 신체적인 변화와 함께 성적 호기심이 왕성해지는 사춘기의 남아에 의한 경우는 10례중 6례이었고 30대 이상의 성인남자가 4례였다. 사춘기의 남아인 경우 오빠, 사촌오빠등 가족인 경우가 3명이었는데 결손가정이

Table 1. Demographic data and characteristics of sexual abuse

| Case | Sex | Age | SES | Abuse type | Frequency (duration) | Offender (age) | Reaction of parent | Management (no of visit) |
|---------------|-----|-----|-----|--------------------------------------|----------------------|---------------------|-----------------------------|---------------------------|
| Intrafamilial | | | | | | | | |
| 1 | F | 5 | M | oral sex sexual penetration | >3 Months | uncle(37) | rage | outpatient(1) |
| 2 | F | 9 | M | sexual intercourse oral, anal sex | >3 Years | brother(11) | rage violence to abuser | outpatient(1) |
| 3 | F | 13 | L | sexual intercourse sexual contact | >3 Years | step-father(41) | hide | inpatient(2) outpatient |
| 4 | F | 6 | M | sexual penetration with violence | once | cousin(12) | rage | play therapy(5) |
| 5 | F | 15 | L | sexual intercourse | twice >3Months | brother(17) | blame to abuser indifferent | inpatient(3) outpatient |
| 6 | F | 2.5 | L | sexual penetraion with verbal abuse | >6months | father(34) | anger paranoid reaction | outpatient(1) |
| Extrafamilial | | | | | | | | |
| 7 | F | 5 | L | sexual intercourse with violence | once | neighbor(13) | rage | outpatient(4) |
| 8 | F | 3 | M | sexual penetraion with verbal abuse | >4Months | neighbor(14) | rage | on going play therapy(15) |
| 9 | F | 3 | M | sexual penetration with verbal abuse | once | strange person(40s) | rage depression | outpatient(3) |
| 10 | F | 15 | M | sexual intercourse with violence | 3 times >3 Months | neighbor(18) | rage | inpatient(1) |

Table 2. Family situation and manifested symptom

| Case | Family situation | How history revealed | Symptom |
|---------------|-----------------------------------|----------------------|--|
| Intrafamilial | | | |
| 1 | lived with parent | during evaluation | inappropriate sexual paly, physical sx(genital area pain), negativistic, inhibited |
| 2 | lived with father and step mother | incidental | stealing, lying |
| 3 | orphan in foster home | after pregenacy | somatic sx(chest tightness), regression(enuresis) sexual acting out, psychotic sx(loosening of association, auditory hallucination, soliloguy) |
| 4 | lived with parent | during evaluation | anxiety, withdrawal, startle reaction, sleep disturbance, inappropriate attitude to male figure |
| 5 | lived with father, mother away | spontaneously | wandering out, aggressive behavior to mother, psychotic sx(incoherent. speech disorganized, regressive behavior) |
| 6 | lived with parent | incidental | physical sx(vaginal laceration, genital area pain, abdominal pain) withdrawal, easy crying |
| Extrafamilial | | | |
| 7 | lived with parent | during evaluation | avoidant, withdrawal, fear, sleep disturbance, separation, anxiety, regression, startled reaction |
| 8 | lived with parent | incidental | physical sx(genital area pain) regressed clining behavior easy crying, thumb sucking, enuresis, fidgeting, sleep disturbance, lethargy |
| 9 | lived with parent | during evaluation | somatic sx(abdominal pain), depressed, enuresis, nervousness, startle reaction |
| 10 | lived with parent | incidental | withdrawal, inhibited, depressed, flashback, sexual acting out |

거나 오랜 기간 부모가 떨어져 생활해야 했던 경우였고 가족이외의 경우에는 표면적으로는 성적인 호기심에서 비롯된 경우였으나 가해자에 대한 면담은 이루어지지 않아 자세한 가해자의 문제 및 정신병리를 파악하기 어려웠다. 가해자가 성인남자인 경우, 그들의 직업은 일용직 노동자이거나 만성적인 실직으로 낮은 사회경제적 상태에 있었다. 기타 알콜이나 약물남용력이나 아동기 성장배경에 대한 정보는 가해자와의 면담이 이루어지지 않았고 피해자측에서도 잘 알지 못하는 경우가 많아 알아내지 못하였다.

가해자와의 면담은 사춘기소년인 경우 가해자측의 비협조와 가해자도 보호받아야 한다는 가해아동 보호자들의 주장, 특히 정신과 면담에 대한 일반적인 거부감으로 인해 이루어지지 않았고 성인남자의 경우 가족내 인물인 경우 가족전체의 문제로 확대시키고 싶지 않다는 피해자나 가해자의 함의로 면담은 불가능했고 가족 이외의 성인은 찾아내지 못하였다.

증례 2, 3, 5 가해자의 가족 형태는 모두 결손가정이었으며 가족내 감정적인 교류나 의사 소통이 원활하지 않은 상태였다.

증례 2는 부모가 이혼하고 부의 재혼뒤 부와 모의 집을 번갈아 왕래하며 지내던 오빠에 의해서였으며 오빠의 경우에도 실제 모와의 성적 접촉을 6세경부터 받아 온 또다른 피해자로 성에 대한 조숙한 지식, 정서적 박탈감, 가정내 역할의 혼돈이 있었다. 증례 3은 고아로 보육원에서 자랐으며 가해자는 아주 친밀한 관계에 있던 친구의 부로써 실제 혈연관계는 아니나 심리적으로 부의 역할을 맡았다고 볼 수 있어 환자의 입장에서는 가족내 성학대의 범주에 포함 시킬 수 있었다. 피해아동은 약 3년 이상의 지속적인 성관계 이후 임신과 유산의 과정에서 정신병적 증세가 발생하였다.

증례 5는 생활고와 부의 무기력을 타하여 모가 가출한 뒤 약 1년간 모의 역할을 대신 해야 하는 상황에서 사춘기 시기의 오빠에 의해 일어났는데, 피해아동은 오빠에게 정서적으로 가장 의지하고 있었고 ‘나와 똑같이 불쌍하다’라고 표현하였다.

성학대의 기간과 횟수를 살펴보면, 가족내의 성학대에 의한 경우 가족외의 성학대에 비해 1회 이상의 횟수와 3개월 이상의 기간을 갖는 경우가 많았고 대개 가해자와 평소에 친밀한 관계를 유지하고 있었다. 반면 가족이외의 학대인 경우는 1례를 제외하고는 1회성이었고 그 1례도 평소 가족간의 내용이 많고 친밀히 지내던 이웃 오빠에 의한 것이어서 장기간의 성학대인 경우 이전에 친밀한 유대 관계가 유지되고 있었던 특징을 보였다.

3. 연령에 따른 증상의 차이와 학대형태에 따른 증상의 차이

피해자의 발달력과 연령에 따른 증상의 차이를 살펴볼때, 피해자의 연령이 학령전기 5세이하인 5례의 특징은, 겉으로 드러나는 상처가 있기 이전까지 자발적으로 도움을 청하거나 보고하는 경우는 없었다는 점이었다. 이들은 성학대 사실이 노출되기 전까지는 생식기 주변의 통증이나 예민함, 식욕부진, 설사, 복통, 수면불량등의 신체적 증상과 가리던 대소변을 못가리거나 잘 울고 보채는 퇴행 행동과 나이에 맞지 않는 성적인 놀이가 특징으로 관찰되었다.

학령기의 아동인 2례에서는 우울반응, 위축등의 증상을 보이거나 도벽, 잦은 거짓말등의 행동장애로 나타나기도 했으며 아버지나 남자형제들에게 냉담, 불신을 보이는 등 남성상에 대한 부적절한 반응을 보였다. 증례 4에서는 남동생의 사소한 잘못에 대해

‘남자들은 다 저런다’는등 나이에 맞지 않는, 부정적 남성상을 반영한 표현이 유난해 많았다. 또한 공통적으로 낮은 어른에 대한 의심과 분리불안의 양상이 특징적이었다.

청소년기인 증례 3, 5, 10의 예에서는 성적인 행동화 (sexually acting-out)가 특징이었는데 증례 3, 5의 예에서와 같이 정신병적 증세를 나타내거나 증례 10과 같이 행동장애로 발전하였다. 성적인 행동화로 나타나는 반응일 경우 내재된 정신병리가 성적인 행동화로 표출되었을 가능성도 무시할 수 없었다. 증례 10의 경우에는 성학대 경험이후 우울과 위축, 자신감 결여로 인한 사회적 관계의 빈약함, 타인과의 신뢰감 형성의 어려움이 행동화 경향을 강화했다고 할 수 있었다.

피해아동들이 자발적으로 성학대 사실을 보고한 경우는 단 한례에서 있었고, 7례는 증상을 발견한 보호자의 관찰이나 추궁을 통해 밝혀졌으며 2례는 입원뒤 면담과정을 통해 밝혀졌다.

사고당시 폭행에 따른 증상의 연관을 살펴보면, 신체적 강압이나 언어적 위협이 동반된 경우는 없는 경우에 비해 공포, 불안, 다양한 놀람반응(startle reaction), 끔찍한 기억의 회상(Flashback), 사고장소나 가해자와 유사한 사람에 대한 공포등 외상후증후군의 범주에 속하는 증세가 두드러졌다. 반면 가족내에서 폭행없이 일어난 경우는 또래나 형제자매간의 놀이 도중 성적주제에 대한 관심, 조숙한 성적행위, 퇴행이 관찰되었다.

4. 부모 및 가족의 반응

사건을 처음 알게된 뒤 가족들이 먼저 찾은 곳은 10례에서 9례가 산부인과나 소아과 검진이었고 경찰에 신고된 경우는 가족내 가해자의 경우는 한 례도 없었고 가족외의 가해자 4례만이 신고되었다. 그중 2례에서는 고소를 취하하였으며 1례는 가해자를 찾지 못했고 1례만을 실형을 받았다.

사실을 알게된 보호자들의 반응은 분노감이 가장 흔하였다. 이는 대개 가해자에 대한 것이었지만 좀더 나아가 든 청소년기의 피해아에 대해서는 스스로 방어하지 못했거나 허용한 것에 대한 질책과 분노가 동반되기도 하였고 그런 경우 아동의 우울과 위축은 더욱 심하게 나타났다. 또한 가해자를 찾지 못하여 분노를 표현할 대상이 없는 경우는 다른 예에 비해 보호자의 우울반응이 두드러졌다.

부모의 반응에 따라 아동들도 다양하게 반응하는데 증례 1의 경우와 같이 부모가 극도의 화를 내며 고소한다고 진단서를 준비하는 등 일련의 사건들이 진행되면서 일이 밝혀지기 전에는 보이지 않았던 증세인 부정적이고 위축되며 낯선 인물에 대한 낮가림등이 두드러지게 나타났고, 증례 4에서는 부모가 그 사건에 대한 언급을 회피하고 아예 없었던 일로 반응하면서 기억을 지워버려야 한다는 생각으로, 피해아동이 설움을 주지 않고 여러 활동과 과외, 나들이 등으로 치밀한 생활계획표를 짜서 실천하였는데 그에 따라 아동도 성학대와 연관된 문제에 대해 부정(denial)과 억압을 많이 하고 한층 조숙한 모습을 보였다.

반면 부모나 보호자가 이 사실에 대해 별다른 정서적 지지 없이 아무일도 없는 듯이 묻어두도록 강요하거나 처음부터 오히려 피해아동이 가해자에게 저항하지 않은것에 대한 질타가 있었던 증례 3, 5의 경우는 정신병적 상태로까지 진행되었다.

대부분의 부모는 피해아동에 대해 제대로 보살피지 못했다는 죄책감으로 사건이 밝혀지기 이전보다 더 많은 보호와 관심을 표현하였으며, 피해아동이 보이는 퇴행반응에 과보호적인 입장을 취하다가도 짜증과 분노를 오히려 피해아동에게 투사하기도 했고 그것이 다시 부모의 죄책감을 가중시키는 악순환을 겪었다.

5. 치료여부 및 과정

치료는 위기개입중재(crisis intervention), 놀이치료, 입원치료로 크게 나눌 수 있었다.

그중 대부분 1~4회의 위기개입중재가 중심이 되었는데 이때 치료자는 아동의 정신상태평가와 진단서 발부등 당면한 문제를 해결하는 실질적인 대처를 하였으며 아동의 안전에 대한 확인과 부모상담이 중요한 치료적 과제였다. 부모와의 상담에서 특히 초기의 강력한 분노반응을 다뤄주고 지지하여, 그 분노나 죄책감이 아동에게 투사되어 아동을 질타(blame)하지 않도록 하는데 초점을 맞추었고 부모의 불안이 아동의 퇴행증상을 강화시키지 않도록 지지하였다.

3례에서 1회면담 및 가족상담이후 종결되었고, 2례는 3~4회의 외래치료뒤 치료가 종결되었는데 법적으로 필요한 진단서가 발급된 뒤 더 이상의 치료가 유지되지 않았거나, 보호자의 불안으로 치료가 중단되었다. 그 외 3례는 동반된 정신과적 문제로 인해 입원치료를 받았고 나머지 2례에서 권유된 놀이치료가

가 유지되었다. 이중 치료비 부담을 가해자측이 대신했던 1례에 한해 지속적인 놀이치료가 행하여졌고 한 예는 환자의 거부로 5회의 놀이치료뒤 중단되었다. 이중 계속 유지되고 있는 증례 8의 놀이치료내용의 특징을 요약하면 다음과 같다.

증례 8의 놀이치료는 남성치료자에 의해 이루어졌는데 처음 1~3회까지는 같이온 아버지와 떨어지려 하지 않고 놀이치료 중에도 혼자 따로 놀려하고 눈치를 많이 보였으며, 치료자가 개입하려하면 울음을 터뜨리는등 남성치료자에 대한 불안이 두드러졌다. 4~5회째에는 치료자에 대해 화를 표현하고 무서운 표정을 지으며 치료자를 위협하려 한다든지 꼬집거나 때리기도 하는등 직접적 분노감, 공격심의 표현이 주되었으나 일관성있고 위협적이지 않은 치료자의 태도를 통해 6회이후 부터는 치료자는 무시한채 실로폰이나 소고를 두드리며 치는 놀이를 계속 하다가 차차 전자총으로 치료자를 쏘거나 큰 곰인형으로 치료자를 깔아누르는 놀이를 통해 직접적인 분노감 대신 공격적 놀이로 치료자와 관계를 맺기 시작하였다. 그러던중 차츰 치료자에 대해서 호의적인 태도를 보였는데 그러면서도 분리불안은 계속되어 밖에 있는 아버지에게 가려고 때를 쓰거나 그것이 좌절되면 눈물을 흘리기도 했다.

7회부터의 내용은 여전히 편치불을 세계 친다거나 소고를 크게 치는 놀이를 통해 계속 공격성을 표현하면서 간간히 곰인형을 제운다거나 토끼, 잉어, 호랑이등 다양한 인형을 등장시켰고, 자신이 경찰이라며 도둑을 찾는다고 전화를 하기도 했으며 치료자를 계속 시험하며 친하게 손잡고 놀다가도 치료자를 공으로 치기도 하고 곰인형으로 짓누르기도 했지만 빈도나 강도는 현저히 줄어들었고 한결 치료자와 친해졌다.

10회째부터는 치료자에게 애착반응을 보이기 시작하면서 늑대가 아이를 잡아먹었다가 엄마가 와서 배를 갈라살렸다는 내용의 상징놀이를 통해 자신의 상처와 불안을 극복하는 과정을 보이면서 점차 정서적으로 안정되어 갔다.

놀이치료는 현재까지 진행중에 있으며 아동의 상태가 안정되면서 불안과 우울반응을 보이던 어머니도 안심하게 되었고 치료에 대해서도 처음의 태도와는 달리 부모가 모두 적극적이 되었다.

입원치료가 필요했던 증례 3, 5는 정신병적 퇴행을 보인 예인데 이들은 만성적으로 지속되는 성학대가 가져올 수 있는 심각한 부작용을 보여주었다.

증례 3의 경우 외상성 혹은 반응성 비정형정신증(traumatic or reactive atypical psychosis)으로 진단되었고, 당시 남성주치의에 대해 선택적 합구증과 불쾌감, 분노등으로 면담이 불가능할 정도의 저항을 보여 치료의 진전이 매우 느렸으며 결국 여성주치의로 바뀐뒤 자신의 갈등을 안심하고 표현하였으며, 신뢰관계를 맺으려는 지속적인 노력으로 입원 6개월 무렵부터는 상당한 호전을 보였고 장기간의 치료뒤에는 결국 부정적 남성상이 회복되는 경과를 취하였다. 퇴원뒤 약 2년간 학교와 보육원 생활에 잘 적응하고 외래치료도 꾸준히 이루어졌으나, 최근, 이성친구에게 호감을 느끼고 접근하는 과정에서 받은 거절로 인해 증세가 악화되어 현재는 다시 입원하여 치료중에 있으나 발병당시 보인 부정적인 남성상은 거의 남아 있지 않았다.

증례 5의 경우도 비정형정신증으로 진단되었는데, 환아는 해리장애와 감별이 어려웠으며 반복적이고 극적인 혼란상태가 주증상으로 수동적이고 복종적이며 말이 없다가 순간 공격적인 행동변화를 보이며 특히 부모나 치료팀등 자신을 보살피는 사람에 대한 기대가 좌절될때 강력한 분노를 보였다. 환아의 증세는 기복이 심했는데 면담의 내용은 주로 대인관계에서 해결되지 않은 의존욕구, 거절에 대한 두려움, 분노등에 관한 것으로 기본적으로 안정된 유대관계의 결여가 주문제였다. 부모의 태도는 오판과의 근친상간 및 가족내 정서적 유대의 결여때문에 생긴 증세라는 사실을 인정하지 않으려 하고, 오히려 발병무렵 보인 아동의 이상한 행동에 대해 아동을 체벌하려했던 학교선생님에게 책임을 전가하였다. 그리하여 초기에는 그 선생님께서부터 치료비를 받았으나 이것이 불가능해지자 치료를 중단했었고 몇개월뒤 환아의 증세가 계속 악화되자 다시 내원하여 치료를 받게되었고 두차례의 입원치료가 더 필요하였으며 현재는 외래치료중에 있다.

치료자의 성(sex)에 따른 영향은 앞서 제시한 놀이치료의 예에서와 같이 이성인 남성치료자인 경우 초기에는 거부와 공격성을 나타내지만 차차 신뢰회복의 과정을 통해 부정적인 남성상을 극복하는데 도움이 되었다. 그러나 사춘기에 접어든 증례 3의 경

우에는 결국 남성치료자와의 신뢰회복에 실패하였고 여성치료자로 바뀐뒤, 자신의 갈등을 안심하고 표현하였으며 이 예에서도 장기간의 치료뒤에는 결국 부정적인 남성상이 회복되는 경과를 취하였다.

고 찰

소아의 성학대에 대해 정신과내에서는 히스테리아의 원인으로 소아기 성적 손상에 의한다는 논문을 발표한 Freud에 의해 관심이 고조되었었다. 하지만 그는 그의 이론을 소아의 부모에 의한 실질적인 성적손상이라기 보다는 유아기적 환상에 의한 것이라고 수정하면서 어른들의 죄책감을 덜어주었고 환자의 유아기 성적손상에 대한 묘사는 일종의 환상으로 받아들여졌다. 그러나 히스테리아 성인 환자에서 실제 아동기에 성인과의 성적접촉의 경험이 있었음에 관심을 기울인 이래(Freud 1962) 실제로 행해지는, 근친상간을 포함한 성학대에 대한 보고가 이어지고(Woodbury 1971; Rosenfeld 1979; Hart-Rossi 1984), 핵가족화로 아동의 인권에 대한 인식이 증대되면서 소아 성학대에 대한 사회적 관심이 고조되고 있다.

소아청소년 성학대에 대해 일반적으로 갖고 있는 주요한 오류는 소아청소년이 대부분 낯선사람에 의한 피해가 주된것 일거라고 생각한다는 점과 대개의 소아가 크게 저항을 할 수 없기 때문에 신체적 위협이나 손상을 가하는 일은 적으리라는 것이다. 그러나 가족내 성학대를 제외한다 해도 소아성학대에서 많은 경우 이미 알고 있는 사람에 의해 이루어지고 있었고, 폭언과 더불어 신체적 위협이 동반되는 경우가 50% 이상이라는 보고가 있다(De Francis 1969; Porter et al, 1982). 국내의 보고에서도 성학대의 83.05%가 아는 사람에 의해서였고 15.23%만이 모르는 사람에 의한 것이었으며 가족내 성학대의 경우도 46.93%를 차지하고 있었다(한국 성폭력상담소 교육자료 1991). 본 연구에서도 평소 알고 지내던 예가 10례중 9례에서였고 폭행이 동반된 경우도 6례에서 있어 소아 성학대에서 폭행이 흔히 일어나고 있음을 알 수 있었다.

사고당시 언어적 폭력을 포함하여 신체적 학대까지 폭행은 6례에서 있었는데 이들은 외상후 증후군에 해당하는 증상들을 초기에 보였다.

성학대의 후유증을 살펴볼 때 초기의 외상후 증후

군과 장기적으로는 해리성장애와 행동문제, 대인관계장애, 이성간 성문제등의 만성후유증(chronic sequelae)으로 나눌 수 있다. 그러므로 초기의 위기개입 중재는 외상후증후군을 치료하고 만성후유증을 예방하는데 성학대 치료의 의미가 있다고 할 수 있겠다.

사회적인 압력이나 성학대에 대한 낙인의 두려움으로 미국에서도 경찰에 신고한 경우가 41%, 아무에게도 알리지 않았다고 한 경우가 32%였는데 이는 사건으로 인해 문제를 만들고 싶지 않다는 어머니 자신의 부정과 그녀 자신이 비난 받을 것에 대한 두려움 때문이었다고 하였다(Peter 1976). 또한 신고를 하고 가해자에 대한 법적 제재를 가하려 한다 하더라도 일을 더 크게 벌이지 않고 조용히 넘기고 싶어하는 피해자측의 불안으로, 본 연구에서도 실제 경찰에 신고한 4례중에서 1례만이 실형을 선고받았고, 1례는 끝내 가해자를 찾아내지 못하였으며 나머지는 소송도중 합의를 보거나 주위의 압력에 의해 고소를 취하하게 되어 이중의 피해를 보고 있는 피해아동과 가족들의 어려움을 생각해 볼 수 있었다.

가해자의 특성에 관한 문헌을 살펴보면 Peter(1976)는 가해자의 성격적 특성을 4가지 군으로 나누었는데 폭행자(Assault), 소아성기호증(Pedophile), 노출증(Exhibitionist), 동성애(Homosexual)로 나누었고 소아성기호증인 경우는 성인여성과의 관계에 대한 자신감결여, 자신의 외모에 대한 열등감이 있다고 하였다. Swanson과 Biaggio(1985)는 부녀간의 근친상간증, 부의 특성을 이질적(heterogenous)인 것으로 보고하면서 전문직을 비롯한 안정된 직업을 가지고 지적인 수준이 높은 경우에서부터 노동자, 또는 만성실업상태등 다양한 사회경제적 양상을 보인다고 했으며, 그들이 정신병적 상태도 아니었고 일반적으로 생각하듯 알콜남용도 흔한 요인은 아닌 듯하다고 보고하면서 이들은 아동시기의 정서박탈이나 신체적, 성적학대를 포함한 부모와 자식간의 왜곡된 관계로 인해 적절한 부모상의 학습이 여의치 않은 경우가 많았다고 하였다.

본 연구에서 가해자가 성인남성인 경우, 모두 기혼의 상태였는데 사회경제적인 위치가 낮았고 일정한 직업이 없거나 일용직 노동자의 상태로 가정내에 있는 시간이 많았던 특징이 있었다. 이렇듯 성인남성의 성학대인 경우 자신에게 쉽게 복종하여 조종할 수 있고 성학대 사실을 잘 표현하지 못하며 밝혀진다고

구체적 법적 제재의 위협이 상대적으로 낮을것으로 생각되는 아동을 대상으로 삼은것으로 미루어, 자신의 힘을 아동을 통해 보상하고 확인하려는 미숙한 남성성 때문일 것으로 추측할 수 있었다.

가족내 성학대의 빈도를 가족의 성학대의 빈도와 비교한 Russell(1983)의 연구에서와 같이 본 연구에서도 10례 중 6례가 가족내에서 이루어졌는데 이는 가족의 성학대에 비해 가족내 성학대는 상대적으로 노출하기 꺼린다는 점을 감안할 때 보고되지 않은 가족내 성학대가 높은 빈도일 것을 추정할 수 있었다.

한편, Browning과 Boatman(1977)은 부녀간의 성학대는 모의 만성적 우울과 부의 알콜중독과 폭행, 모의 역할에 대해 딸이 갖는 책임감이 근친상간의 위험요소가 된다고 하였다. 그러나 본 연구의 부녀간 성학대 예에서 아버지는 일용직 노동자였으나 알콜중독은 아니었으며 치밀한 계획하에 부인의 눈을 속이고 피해아동과 6개월 이상 장기간의 관계를 맺어 왔는데, 통상 부녀간 성학대의 시작연령이 평균 8~12세라는 연구(Finklehor 1979)와는 다르게 2.5세의 피해아동에 대한 학대로 질의 열상, 돌출이 심각한 상황에서 부인의 의심으로 사실이 밝혀지게 되었다. 이 예에서 가해자인 아버지는 소아성기호증인것으로 생각되었으며 사건이 밝혀진뒤 부인을 오히려 의부증으로 취급하였고, 사건의 노출을 두려워한 부인의 양가적인 태도와 경제적 어려움으로 치료는 유지되지 않았다.

가족내 성학대인 경우 장기간 지속되는 경과를 취하는 경향이 더 짙었는데 학대아는 가해자와 평소 친밀한 신뢰관계가 형성되어 사실을 보고하는데 있어 많은 저항을 보였다. 이는 피해아동이 처음에는 성행위에 대한 판단력이 없었으나 차츰 무언가 잘못된 행위를 저지르고 있다는 죄책감이나, 수치심, 비난에 대한 두려움, 사실이 드러남으로써 가해자와 맺어진 정서적 유대가 깨지는것에 대한 염려 때문 일것으로 생각된다. 이런 경우는 증례 2, 3, 5에서 보였는데 이들은 더욱 지속적이고 장기간의 관계가 유지되었고 성적 접촉이 유지되는 기간중의 증상은 가벼운 신체적 증상에 머물지만 사건이 드러나고 시간이 흐르면서 더 심각한 정신병리가 만성적으로 유지되는 경향을 보였다.

가족역동상 주목할만한 점은 부모간의 관계보다 오빠와의 관계에서 정서적 유대가 강하게 형성되어

있었고 서로 친밀감을 나누고 있었다는 점이다. 이는 부모를 포함한 다른 가족으로부터 정서적인 교류가 적절하지 못할 때 쾌락보다는 ‘불쌍해서’ 받아들이는 감정적 친밀감이나 보살핌등 일종의 애착(attachment)행위의 방편으로 성적접촉이 이루어졌으며, 이들은 성행위를 신체적인 접촉을 통한 친밀감, 수용과 관심의 요구에 대한 허용으로 받아들였다고 생각된다. 그러므로 눈으로 드러난 성학대의 문제보다 가족내 정서적 애착의 정도, 특히 부모로부터 적절한 감정적 지지를 제대로 받지 못한 감정적 결핍의 상태에서 성(sex)이외의 정서적 욕구를 성적인 표현으로 대치하여 나타낸 것이라고 생각된다. 따라서 치료에 있어서도 가족전체의 정신병리와 정신역동에 대한 이해와 가족전체의 치료적 참여동기의 부여가 중요하겠다.

그러므로 가족병리의 치료없이 환자의 치료만으로는 치료에 한계가 있으며 특히 가족내 성학대인 경우 가족 전체가 치료대상이 되어야 할 필요성이 여기에 있겠다.

Peters(1976)는 사건에 직면한 어른들이 갖는 주된 관심사는 아동의 정서적 상태(63%), 신체적 손상(57%), 피해아동의 보호(32%), 사건이 가족에게 미칠 영향(14%)의 순이었다고 하였다. 그러나 성학대에 직면한 부모나 가족의 대처방법은 순수우면서 자신이 드러나지 않는 전화상담을 통해 해결책을 모색하려는 시도가 많았고 신체적 손상에 대해 산부인과나 소아과등은 쉽게 방문하였으나 정신과적 진찰은 전체 성학대가 발생에 비해 크게 떨어진다고 보여지는데 그만큼 성학대에 대한 감정적인 대면이 어렵고 이에 대한 저항이 크다는 것을 알 수 있었다.

Herman과 Hirschman(1981)은 부모의 반응은 가족내 감정적인 끈의 강도와 가족내 역할의 분화 정도에 따라 차이가 있다고 보고되는데, 본 증례들의 경우는 책임이 전가되어서 죄책감의 자극이 컸던 모에게서 더 지속적인 분노와 우울반응을 보였으며 아동을 보호하지 못한 죄책감과 이에 따른 과잉보호가 특징이었다. 또한 보호자가 느끼는 가해자에 대한 분노가 적절히 다뤄지지 않고 지속될수록 아동으로 하여금 자신이 큰 잘못을 저질렀다는 죄책감과 수치심이 강화되는 경향이 있었고 이는 아동을 더욱 위축시키고 우울에 빠지게 하였다.

한편 부모가 공통적으로 범하기 쉬운 실수는 아동이 무엇이 일어났는지 사건에 대해 어떻게 느꼈는지에

대해 환기할 기회를 주지 않고 잊게 하려고 노력한 다는데 있었다. Terr(1988)의 연구에 의하면 일단 2.5~3세경 입력된 상처에 대한 기억은 계속 남아 후에 언어로써 자신의 상처를 얘기할 수 있었다고 하며 그 이전이라도 그들의 꿈, 신체적 반응, 감각적 경험, 공포, 놀이의 주제등에서 사건에 대한 기억이 남아 있음을 알려주는 증거들이 있다고 한다. 그러므로 증례 4와 같이 사건에 대한 기억을 지우려고 하는 노력은 대개 무위로 돌아가기 마련이다. 아동은 부모가 얘기하지 못하게 하고 기억을 차단하려는 태도에 대해 자신이 보호받지 못하고 있다고 느끼고, 혼돈되며, 거절당한 느낌을 갖게 된다고 하였다.

반면, 부모가 과도하게 반응하여 불안올 보이면 아동의 적응은 더 어렵게 되는데 파불안 반응과 비교하여 지지적 관심과 애정은 엄연히 다르기 때문이다. 증례 1의 경우와 같이 사건이 드러나고 난뒤 보여준 부모의 과민한 반응으로 아동은 전보다 더 위축되었고 우울해졌다. 이는 사실이 밝혀지고 난뒤의 수치심과 죄책감이 부모의 반응으로 강화되었기 때문으로 생각된다.

그러므로 부모의 바람직한 태도는 팔이나 다리에 입은 외상을 대하듯 이에 대해 반응하고 감정적인 지지를 동반하는데 있다고 하겠다.

소아청소년의 성학대에서 부모와의 상담은 성학대를 당하기 이전의 발달수준과 스트레스에 대한 평소의 반응을 알 수 있어 매우 중요한데, 성학대가 알려진 이후의 가족의 반응, 가족이 피해아동을 보는 시각, 가정내 정서적 유대관계, 성학대노출 이후 아동이 얼마나 안전한 상태에 있는가에 대한 조사도 병행되어야 한다. 또한 Rosenfeld등(1979)은 가능한 전가족과의 면담과 그에 대한 반응을 통해 가족간의 역동을 살피는 것이 중요하다고 하였다.

부모상담에서 기억해야 할 것은 무엇이 일어났는지 이해하도록 돕고 그것이 영구적으로 지속되지는 않으리라는 안심과 함께 피해아동뿐만 아니라 필요하다면 가족구성원과의 정신치료를 포함한 장기적이고 광범위한 계획을 제공해 주어야 하며(Everstine과 Everstine 1989), 화(anger)와 슬픔(sadness)이 아동에게 적절한 보호의 수단이 되지 않는다는 것을 깨닫게 하고 부모가 갖는 죄책감과 자책에 대해 다뤄주며, 부모상호간의 질책을 피하도록 하고, 부정(denial)은 적극적으로 직면하도록 이끌어야 한다. 또한

일반적인 성(sex)과 성학대에 대해 피해아동에게 어떻게 설명해줄 것인가에 대한 부모역할을 연습할 수 있는 기회를 제공해 주어야 한다(Peter 1976).

본 연구에서도 문제의 심각성을 인정하면서도 1회의 면담으로 끝난 경우가 3례에서 있었고 몇차례 외래를 방문하더라도 아동이 눈에 띄는 증세에 변화가 보이면 병원방문 자체가 기억을 다시하게 만든다는 이유로 치료자의 권유를 무시하고 치료를 포기하였다. 놀이치료가 지속된 증례 8에서도 치료에 대한 모의 불신과 치료를 받아야 한다는 자체에 대한 분노감으로 치료를 거부했으나 위자료를 받아내야할 근거로 치료가 필요하였고, 10회 이후에는 아동이 예전같이 쾌활해지고 두려움도 사라지면서 치료에 적극 참여하게 되었다. 이렇듯 부모의 부정과 회피는 치료에 방해가 되었으며 부모의 죄책감이 충분히 다루어지고 다른 통로를 통해 보상이 될때 치료의 연속성도 유지되었음을 알 수 있었다.

끝으로 본 연구의 사례들을 통해 치료에 있어서의 어려움을 살펴보면, 먼저 아동자신의 저항, 부정, 억압을 다루어야 한다는데 있었다. 첫 진찰은 치료전체 과정에서 매우 중요한데 아동들은 면담에 임하면서 대개 위축되고 억압되어 있었고 불안반응을 보였다. 이는 아동들의 진료실에 오기전에 이미 사실추궁을 받아 상처가 재현되는것에 대한 두려움으로 회피할 수도 있었고, 실제 법적절차를 위한 반복된 사실확인 등에 의해 재차 상처를 받을 수 있으므로 전문가에 의한 섬세한 면담이 필요하고 가능하면 사실 확인을 위한 면담은 최소한으로 줄여 반복되지 않도록 하는 것이 아동에게 미칠 충격을 최소화하는 방법이라 생각된다. 외국의 예처럼 법률가, 경찰등이 한 팀이 되어 전문가의 면담을 관찰함으로써 법적절차를 끝낼 수 있고 이들 팀에게 아동에 대한 접근방법을 교육시키는 제도가 필요하겠다. 학령전기 아동에서는 당시상황에 대해 성적인 내용을 직접 표현하기도 했지만 대부분에서는 다시 회상하고 싶어하지 않고 억압을 하고 있었으며 이는 치료의 단절로 이어졌다. 그러므로 가능한 아동자신의 말로 표현하도록 격려해주고 상황에 대한 추궁이나 그와 연관된 연상이 강요되는 것으로 느끼지 않도록 세심하게 배려하는 치료자의 자세도 중요하겠다.

둘째로 아동은 치료 초기에 그들의 불안을 직접 치료자에게 공격하거나 분노, 화를 표현하여 제반을

(abreaction)을 겪고 차츰 상징적인 공격적 놀이를 매개로하여 관계를 맺게된다. 이런 과정에서 중요한 것은 일관성있고 위협적이지 않은 치료자의 태도에 있는데 치료자 자신이 성학대에 대한 문제를 다루는데 있어서의 선입견이나 회피도 치료의 방해 요소로 볼 수 있었다.

마지막으로 부모가, 일시적인 적응상태를 문제의 해결로 생각하고 싶어하는 회피적인 태도가 두드러졌다는 점이다. 이는 치료자체가 세상에 대한 노출이라는 피해의식과 부모자신의 저항, 자신의 공포, 죄책감, 부끄러움, 나쁜부모로 인식되는데 대한 두려움 때문에 지속적인 치료가 대부분 유지되지 못하였다고 하는데(Krieger등 1980), 초기에는 이렇게 회피(avoid)하고 억압(repressed)하는 것이 일시적인 적응은 가져올지 모르나 그것이 결국 어떤 형태로든 성장에 영향을 미친다는 점을 생각해 볼 때 일시적인 미봉책보다 적극적이고 장기적인 대응이 필요한 점에 대한 이해가 필요 하리라 본다.

References

- 어린이 성폭행 예방과 대책(1991) : 한국 성폭력상담소 교육자료. 한국 성폭력상담소
- Browning DH, Boatman B(1977) : Incest, Children at risk. Am J Psychiatry 134 : 69-72
- De Francis V(1969) : Protecting the child victim of wex crimes committed by adults. Denver : American Human association
- Everstine DS, Everstine L(1989) : Sexual trauma in children and Adolescents, Dynamics and Treatment, Newyork, Brunner/Mazel
- Finklehor D(1979) : Sexually victimized children. New York, Free Press
- Freud S(1962) : Further remarks on the neuro-psychosis defense, in the Standard Edition of complete Psychological Works of Sigmund Freud. Edited and translated by Strachey J. London Hogarth Press : 162-195
- Hart-Rossi J(1984) : Protect your child from sexual abuse ; A parent guide, Seattle, WA : Parenting Press
- Herman J, Hirschman L(1981) : Family at risk for father-daughter incest. Am J Psychiatry 138 : 967-970
- Kreiger MJ, Rosenfeld AA, Gordon A, Bennett M(1980) : Problems in the psychotherapy of children with histories of incest. Am J psychother 34 : 81-88
- Swanson L, Biaggio MK(1985) : Therapeutic perspective

- on Father-Daughter Incest. *Am J Psychiatry* 142 : 667-674
- Peter JJ(1976) : Children who are victims of sexual assault and the psychology of offender. *Am J Psychother* 30 : 398-421
- Porter FS, Blick LC, Sgroi SM(1982) : Treatment of sexually abused child, in *Handbook of clinical intervention in child sexual abuse*. Lexington Books 109-145
- Rosenfeld AA(1979) : Incidence of a History of incest among 18 female psychiatric patients. *Am J Psychiatry* 136 : 791-796
- Russell D(1983) : The incidence and prevalence of intra-familial and extrafamilial sexual abuse of female children. *Child Abuse Negl* 7 : 133-146
- Rosenfeld AA, Nadelson CC, Kreigger M, Blackman JH (1979) : Incest and sexual abuse of children. *J Am Acad child Psychiatry* 16 : 327-339
- Terr L(1988) : Case Study, What happen to early memories of Trauma? A study of twenty children under age 5 at time of Documented traumatic events. *J Am Acad child psychiatry* : 96-104
- Woodbury J, Schwartz E(1971) : *The silent sin*, New York : American Library

ABSTRACT

Korean J Child & Adol Psychiatr 5 : 184~193, 1994

A CLINICAL STUDY ON CHILD SEXUL, ABUSE

Soo-Kyung Lee, M.D., Young-Sook Kwack, M.D.**

Department of General Psychiatry, Seoul National Mental Hospital

Department of Child and Adolescent Psychiatry, Seoul National Mental Hospital

This study was purposed to find out clinical characteristics of intra and extrafamilial sexual abuse, nature of offenders, difference of symptoms describe that sexually abused children and adolescents were experienced

Subjects were 10 sexually abused children and adolescents who visited Seoul National Mental Hospital, from Jan. 1992 to Dec. 1993.

In intrafamilial sexual abuse, they had more chronic course than extrafamilial abuse and had more family psychopathology. In symptomatology, The preschool children mainly presented to somatic symptoms and anxiety, and The school children prominently exhibited depressive reaction and withdrawal. Most common reaction of parents was anger and guilt.

They were treated with crisis intervention, play therapy, and hospitalization, if needed. The maintenance of treatment was difficult due to parent's avoidance and repression.

KEY WORDS : Child sexual abuse · Clinical characteristics.