

임상가용 아동 및 청소년을 위한 외상 후 스트레스장애 척도를 통한 학교폭력 피해아동의 인지행동집단치료 효과 : 예비연구

예수병원 신경정신과,¹ 마음사랑병원²

김형욱¹ · 김태형¹ · 은헌정¹ · 최말례¹ · 권태완² · 구정일¹ · 조수진¹ · 송옥선¹

The Effects of Cognitive-Behavioral Group Therapy on Victims of School Violence as Assessed by the Clinician-Administered PTSD Scale for Children and Adolescents (CAPS-CA) : A Preliminary Study

Hyoung-Wook Kim, MD¹, Tae-Hyoung Kim, MD¹, Hun-Jeong Eun, MD¹, Mal-Rye Choi, MD¹,
Tae-Wan Kwon, MD², Jeong-Il Ku, MD¹, Soo-Jin Cho, MA¹ and Ok-Sun Song, MA¹

Department of Neuropsychiatry¹, Presbyterian Medical Center (Jesus Hospital), Jeonju,
Department of Psychiatry², Maeumsarang Hospital, Jeonju, Korea

ABSTRACT

Objective : The present study was carried out in order to assess the effects of Cognitive-Behavioral Group Therapy (CBGT) on victims of school violence, as assessed by the CAPS-CA.

Methods : The subjects were 14 children who had experienced school violence and were subsequently diagnosed with PTSD and partial PTSD using the Clinician-Administered PTSD scale for Children and Adolescents (CAPS-CA). Seven children agreed to participate in CBGT, and they received 10 sessions of therapy. After CBGT, both the CBGT and non-CBGT groups were assessed using the CAPS-CA and School Adaptation Test.

Results : The study results showed significant decreases in avoidance ($p=0.010$) and hyperarousal in the CBGT group ($p=0.009$) following the completion of CBGT. The analysis of school adaptation showed that there was a significant improvement in peer relationships after CBGT in the CBGT group ($p=0.045$).

Conclusion : CBGT is effective in improving PTSD symptoms in children who experience school violence and subsequently suffer from PTSD. (Anxiety and Mood 2007;3 (2) :97-103)

KEY WORDS : School violence · PTSD · CBGT · CAPS-CA.

서 론

최근 많은 아동과 청소년들이 신체 및 언어폭력, 따돌림, 금품갈취 등의 학교 폭력에 노출되는 것으로 조사되었고, 한 번이라도 학교 폭력에 노출된 경우는 최소한 25%가 넘는 것으로 추산되고 있다.¹

학교폭력 등과 같은 심각한 사건이나 사고를 겪는 아동은

성인과 마찬가지로 공포, 우울, 자존감 상실, 죽음과 상해에 대한 걱정 등의 증상을 보이며, 이후 성격형성에도 심각한 영향을 주어 불안, 불신감, 인지손상, 인격변화를 초래하고, 학업이나 학교생활에 심각한 악영향을 주며,^{2,3} 재경험, 회피, 과각성을 주증상으로 하는 외상후 스트레스장애(Posttraumatic stress disorder, 이하 PTSD)를 겪을 수 있다. 특히 학교 폭력으로 인한 PTSD는 학교 생활 적응의 어려움 뿐만 아니라, 피해 아동이 다른 폭력의 가해자가 되는 악순환을 야기하기도 하며,⁴ 성인에 이르기까지 여러 심각한 후유증들을 일으킬 수 있기 때문에 피해 아동에 대한 조기 진단 및 조기 증제가 필요한 질환이다.⁵

아동 PTSD의 진단에는 여러 자가보고 도구, 반구조화 또

접수일자 : 2007년 8월 4일 / 심사완료 : 2007년 8월 23일

Address for correspondence

Tae-Hyoung Kim, M.D., Department of Neuropsychiatry, Presbyterian Medical Center (Jesus Hospital), Jeonju 560-750, Korea

Tel : +82.63-230-8340, Fax : +82.63-287-4919

E-mail : psynrdr@hanmail.net

는 구조화된 면담도구 등이 사용되고 있다. 이러한 도구들 가운데 임상가용 아동 및 청소년을 위한 외상후 스트레스장애 척도(Clinician Administered PTSD Scale for Children and Adolescents, 이하 CAPS-CA)⁶는 정신장애의 진단 및 통계편람 제 4판(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed., 이하 DSM-IV)⁷의 PTSD 진단기준을 충실히 따르면서 핵심 증상인 재경험, 과각성, 회피의 증상으로 나뉘어 평가되고, 최근 국내에서도 신뢰도와 타당도 연구가 이루어졌다.⁸ 따라서 본 연구에서는 학교폭력 피해 아동의 PTSD 진단을 위해 한국판 CAPS-CA를 사용하고자 한다.

PTSD의 치료에 있어서는 약물치료, 정신치료, 집단치료, 가족치료, 행동치료, 인지치료, 최면치료, Eye Movement Desensitization and Reprocessing(EMDR) 등의 여러 치료방법이 사용될 수 있다.⁹ 약물치료가 우울, 불안, 수면 장애 등의 증상에 도움이 되지만, 스트레스 반응의 생리적인 후유증으로 공포, 불안, 불신감, 인지손상 및 행동통제 조절의 취약성으로 인한 부분은 인지치료 등이 효과적인 것으로 받아들여지고 있어¹⁰ 최근에는 약물 치료와 함께 행동과 인지치료의 복합적인 접근을 받아들이고 있다.^{11,12} 성인을 대상으로 한 일부 연구에서 인지행동치료가 정신역동치료나 약물치료보다 더 낫다고 보고되고 있으며^{13,14} 아동을 대상으로 한 많은 외국 연구에서도 인지 행동 집단치료(Cognitive-Behavioral Group Therapy, 이하 CBGT)의 효과가 보고되고 있다.¹⁵⁻¹⁷ 반면 아직 국내 아동의 경우에는 공격적 아동, 부적응 아동에게 CBGT가 적용된 경우¹⁸를 제외하고는 PTSD를 겪는 아동을 위한 치료 프로그램은 적용되지 못한 상황이다.

따라서, 본 연구는 학교 폭력 피해 아동을 대상으로 한국판 CAPS-CA를 통해 PTSD를 진단하고, CBGT 프로그램을 실시한 후 PTSD 증상과 학교적응 정도에 있어 대상 집단과 통제 집단간 차이를 통해 CBGT의 효과를 규명하고자 한다.

대상 및 방법

연구대상

2005년 2월부터 3월까지 J시 소재 초등학교 한 곳에 재학 중인 4~6학년 아동 중 학교폭력을 경험한 아동 47명을 대상으로 하였다. 대상 아동들은 한국판 CAPS-CA로 정신과 의사 1인에 의해 평가되었다. DSM-IV의 진단 기준에 따라 기준 B에 적어도 1개 이상, 기준 C에 적어도 3개 이상, 기준 D에 적어도 2개 이상 충족될 때 PTSD 진단을

하였고, PTSD 진단기준을 만족하지는 않지만 3가지 증상군중에서 적어도 한 가지 이상의 증상군이 기준을 충족시키고 증상으로 인해 심각한 고통이나 장애가 있는 경우를 partial PTSD로 진단하였다.¹⁹ CAPS-CA 검사를 위해 질문에 대한 이해나 표현상에 어려움이 많은 아동과 CBGT의 효과를 평가하기 위해 정신과적인 치료를 받았거나 받고 있는 아동은 본 연구에서 제외하였다. 아동과 부모 또는 보건 교사에게 연구 목적을 설명하고, 자료의 비밀 보장을 약속하고 동의서를 받은 후 연구를 시작하였다. PTSD로 진단된 아동 5명과 partial PTSD로 진단된 아동 9명으로 구성된 총 14명의 아동들 중 CBGT의 실시에 대해 부모 및 아동 본인이 동의했던 7명을 최종 CBGT 대상 집단으로 선정하였고, 정신과적인 접근에 대해 거부감, 학교폭력 문제가 밝혀지는 것에 대한 걱정 등의 이유로 프로그램 실시에 대해 동의하지 않았던 7명을 통제집단으로 선정하였다.

평가도구

임상가용 아동 및 청소년을 위한 외상후 스트레스장애 척도(Clinician Administered PTSD Scale for Children and Adolescents : CAPS-CA)

아동 및 청소년의 PTSD를 평가하기 위해 구성된 구조화된 임상 면접으로 Elena Nader 등⁶에 의해 개발된 도구인 CAPS-CA는 외상적 사건에의 노출(즉, 진단기준 A1), 극심한 공포, 무력감, 고통 등의 반응(진단기준 A2), DSM-IV에서의 PTSD에 대한 17가지 증상들(즉, 진단기준 B-재경험, C-회피, D-과각성), 1개월간의 기간(즉, 진단기준 E), 그리고 임상적으로 심각한 고통이나 장애(즉 진단기준 F), 8가지 부수 증상들이 평가된다. 각각 증상의 빈도와 강도를 해당이 없는 경우(0점)와 가장 심한 경우(4점)로 평정하여 증상을 만족하는 항목이 DSM-IV 기준에 필요한 수만큼 충족이 될 때 PTSD로 진단한다.

학교 적응 척도(School adaptation test)

이영재²⁰가 초등학교 아동을 대상으로 사용한 것으로 아동들이 느낀 대로 응답하도록 되어있고 4개의 하위 요인으로 구성되어있다. 1 요인은 '교사 및 학교 환경에 대한 태도', 2 요인은 '취미 및 특기', 3 요인은 '학업관계', 4 요인은 '교우관계'로 이루어져 있다. 각 영역 별로 전체 30개 문항 중에서 11개 문항은 정적방향으로 19개 문항은 부적방향으로 채점하도록 되어있고, 점수가 높을수록 각 영역에서의 높은 적응 정도를 의미한다. 이 검사의 신뢰도 계수는 $\alpha = .81$ 로 나타났다.

연구과정

CBGT는 2005년 5월부터 7월까지 총 10회기로 매주 1회, 한 회기는 60분으로 해당 초등학교에서 실시되었고, 정신과 전문의 1명, 정신과 전공의 1명, 임상심리사 1명, 놀이치료사 1명이 PTSD 아동의 주요 증상을 감소시키는 것과 학교 적응을 잘 할 수 있도록 돕는데 목표를 두고 구체적 치료기법을 적용하고자 하였다. 대상 집단 7명이 CBGT를 시행한 반면 같은 기간 동안 통제집단 7명은 정신보건센터 소속 임상심리사에 의해 개별적으로 지지적 면담을 받았다. 대상 집단 7명 모두가 10회기의 CBGT를 완수하였고, 10번째 회기가 끝난 후 대상집단 7명과 통제집단 7명을 대상으로 CBGT의 효과를 비교하기 위해 정신과 의사 1인에 의해 추가로 한국판 CAPS-CA 검사가 시행되었다.

CBGT 프로그램

본 연구의 PTSD아동에 대한 CBGT 프로그램의 이론적 배경은 외상 사건으로 인해 야기된 증상이 PTSD 증상을 조건화한다는 공포 구조화(fear structure) 가설에 있다.²¹ 이렇게 조건화된 공포 구조화는 내적 또는 외적 자극에 의해 외상 당시의 생각과 감정으로 되돌리는 자동적 반응을 일으키고 관련된 증상을 일으킨다. 따라서, 이번 연구에서 적용하고자 하는 CBGT 프로그램은 나 자신에 대한 감정을 먼저 이해하고 표현하도록 한 다음, 공포 구조에 의해 조건화된 불안, 왜곡된 인지 구조를 살펴보고 수정하도록 도와줌으로써 불안, 분노, 우울, 죄책감, 비적응적 행동 등과 같은 관련된 증상을 감소시키는 것에 그 목표를 두었다. 구체적인 내용은 Cognitive-Behavioral Procedure,²² 우울장애와 불안장애 청소년을 대상으로 한 CBGT 효과 연구,²³ 성인 PTSD를 대상으로 한 CBGT 효과 연구²⁴를 참조하여 수정 및 보완하였고, 매 회기 시작 전에 정신과 전문의와 놀이치료사가 프로그램 적용에 대해 논의하였다. 실시한 CBGT 프로그램의 내용은 Table 3에 제시하였다.

통계처리

자료는 SPSS 12.0 version for Windows를 이용하여 통계적 분석을 수행하였다. 첫째, 빈도와 백분율 등을 통해 대상 아동들의 인구통계학적 특징을 살펴보았다. 둘째, CBGT 전후의 변화가 프로그램 자체의 효과에 의한 것인지, CBGT 전부터 발생했던 통제되지 않은 다른 요인에 의한 것인지를 확인하기 위해 비모수통계 검정 중 맨-휘트니(Mann-Whitney) 검정을 실시하여 집단간 동질성 여부를 확인하였다. 셋째, CBGT의 효과를 알아보기 위해 CBGT 전후의 하위 변인들에 대한 집단간(실험집단, 통제집단), 집단내(CBGT 전,

CBGT 후)를 각각 독립변인으로 한 2×2 반복측정 이원 변량분석(two-way ANOVA)을 실시하였다. 넷째, CBGT 전 검사를 공변량으로 통제한 후, 집단의 요인간 유의미한 효과 여부를 살펴보기 위해 공변량분석(ANCOVA)을 실시하였다.

결 과

본 연구는 한국판 CAPS-CA를 통해 진단된 PTSD와 Partial PTSD 아동을 대상으로 하여 CBGT를 적용한 후 CAPS-CA를 이용하여 PTSD 증상 변화와 이에 따르는 PTSD 진단의 변화 그리고 학교적응척도를 이용하여 학교 적응의 변화정도를 알아보았으며 결과는 다음과 같다.

연구 대상 아동의 인구 통계학적 특징

전체 연구 대상자 14명중 남아가 6명(42.9%), 여아가 8명(57.1%)으로 여아가 많은 것으로 나타났다. 대상 아동의 학년 분포는 4학년 아동이 5명(35.7%), 5학년 아동이 3

Table 1. Demographic data

Characteristics	Items	Non CBGT	CBGT
		group (n=7)	group (n=7)
		Number (%)	Number (%)
Sex	Male	3 (43)	3 (43)
	Female	4 (57)	4 (57)
Age (yrs)	11	3 (43)	2 (29)
	12	1 (14)	2 (29)
	13	3 (43)	3 (43)
Inhabitation	Both parents	6 (86)	4 (57)
	One-parent	1 (14)	2 (29)
	Relatives	0 (0)	1 (14)
School record	High	2 (29)	2 (29)
	Middle	4 (57)	5 (71)
	Low	1 (14)	0 (0)
School career of father (a graduation from)	A university	2 (29)	2 (29)
	A high school	3 (43)	3 (43)
	A middle school	1 (14)	2 (29)
	Unknown	1 (14)	0 (0)
School career of mother (a graduation from)	A university	0 (0)	2 (29)
	A high school	4 (57)	3 (43)
	A middle school	2 (29)	2 (29)
Social economic status	High	0 (0)	1 (14)
	Middle	7 (100)	6 (86)
	Low	0 (0)	0 (0)
Diagnosis	PTSD	2 (29)	3 (43)
	Partial PTSD	5 (71)	4 (57)

CBGT : Cognitive Behavioral Group Therapy

명(21.4%), 6학년 아동이 6명(42.9%)으로 나타났다. 학교 성적은 1명을 제외한 13명(92.9%)이 보통 이상의 학교 성적을 보였다. 아동들 중 PTSD 기준을 만족시키는 아동은 5명(36%)이었고, Parital PTSD에 해당하는 아동은 9명(64%)이었다. 그 외 구체적인 연구대상의 인구통계학적 특징은 Table 1에 제시하였다. 나이, 성별, 동거인, 학교 성적, 부모의 학력, 경제 상태, PTSD 증상의 변인들에 있어 모두 집단 간의 유의한 차이는 없었다(Table 2).

대상 집단과 통제 집단의 CBGT 전·후 비교

PTSD 및 Parital PTSD 진단의 변화

CBGT 실시 후 대상 집단에서는 1명만이 PTSD로 진단되었고, 3명은 partial PTSD로 진단되었으며, 3명은 더 이상 PTSD와 partial PTSD의 진단 기준을 만족시키지 않았다. 즉, 전체 PTSD나 partial PTSD로 진단된 7명중 3명(43%)은 더 이상 PTSD나 partial PTSD의 진단기준에 해

Table 2. Homogeneity test for general characteristics between non-CBGT group and CBGT group

	Sex	Age	School career of Father	School career of Mother	School record	SES	Number of PTSD symptoms		
							Reexperience	Avoidance	Hyperarousal
U	24.50	22.50	23.50	19.00	19.50	23.00	22.50	17.50	24.00
Z	.00	-.27	-.14	-.75	-.72	-.21	-.27	-.94	-.07
p	1.00	.78	.89	.45	.47	.84	.78	.35	.95

This table was analyzed by a Mann-Whitney test. CBGT : Cognitive Behavioral Therapy, SES : Socioeconomic status, PTSD : Posttraumatic stress disorder

Table 3. CBGT Program for Children with PTSD

Level	Session	Goal	Activity	Content
Initiation	1st session	Introductory program Forming an intimacy	Orientation	-Introduce myself and membership game -The purpose and necessity of program -Make a rule with affirmative sentence
Underst and myself	2nd session	Forming an intimacy	Open your mind	-Book reading related to pediatric PTSD (my partner Choi Young Dae) -Desire image of self transformation -Expressing of my feeling -Discussion
Middle	3th session	Exposing self-feeling	Recognition of self-feeling	-Sharing last week's events (good news, bad news) -Understanding positive and negative feelings -Kinetic school drawing
	4th session	Exposing elf-feeling	Understanding myself	-Role play : exposure -Understanding and practicing relaxation -Discussion
Dealing with change	5th session	Cognitive reconstruction	Understanding of ABC	-Understanding of ABC -Looking for myself relevant to ABC -Discussion
	6th session	Cognitive reconstruction	Rational/irrational thoughts	-What is the rational or irrational thoughts? -Differentiating a rational and irrational thoughts -Looking for distressed thoughts -Discussion
Middle	7th session	Cognitive reconstruction Modeling	Refutation of irrational thought	-Refuting the irrational thoughts through role play -What is my irrational thoughts? -Discussion
Problem solving	8th session	Cognitive reconstruction Self assertion	Problem solving	-Role play : conflict with peers -Self assertion of group -After meeting
	9th session	Self assertion Reality testing	Self asserting training	-Self assertion training -Learning problem solving skills through games -Discussion
Termination Re-start	10th session	Termination	New me	-Writing a letter to myself -Letting go of my past with balloon! -Reborn! -Discussion

CBGT : Cognitive Behavioral therapy, PTSD : Posttraumatic stress disorder, ABC : Activation event, Belief system, Consequence

Table 4. Analysis of PTSD symptoms and diagnosis

Variable	Source	df	SS	MS	F
Reexperience	Group	1	1.75	1.75	.60
	Time	1	6.04	6.04	16.34 [†]
	Group × time	1	.89	.89	.57
	Error	6	17.50	2.92	
Avoidance	Group	1	.32	.32	.05
	Time	1	15.75	15.75	17.18 [†]
	Group × time	1	8.04	8.04	21.77 [†]
	Error	6	36.93	6.16	
Hyperarousal	Group	1	1.29	1.29	.51
	Time	1	5.14	5.14	22.74 [†]
	Group × time	1	2.29	2.29	11.29 [†]
	Error	6	15.21	2.54	
Diagnosis of PTSD	Group	1	.89	.89	1.39
	Time	1	.32	.32	.79
	Group × time	1	1.75	1.75	1.50*
	Error	6	3.86	.64	

This table was analyzed by a two way ANOVA. SS : Sum of Square, MS : Mean Square, PTSD : Posttraumatic stress disorder. * : p<.05, † : p<.01

Table 5. Analysis of PTSD symptoms and diagnosis

Variable	Source	df	SS	MS	F
Reexperience	Group	1	1.96	1.96	.95
	Error	11	22.59	2.04	
Avoidance	Group	1	12.10	12.10	9.79 [†]
	Error	11	13.59	1.24	
Hyperarousal	Group	1	4.43	4.43	10.13 [†]
	Error	11	4.81	.44	
Diagnosis of PTSD	Group	1	2.99	2.99	5.30*
	Error	11	6.21	.56	

This table was analyzed by an ANCOVA. SS : Sum of Square, MS : Mean Square, PTSD : Posttraumatic stress disorder. * : p<.05, † : p<.01

당하지 않았다. 반면 통제집단에서는 partial PTSD로 진단된 1명만이 더 이상 partial PTSD 진단기준을 만족시키지 않은 것 외에 여전히 PTSD는 2명, partial PTSD는 4명으로 진단되었다. 이원변량분석 결과 PTSD 진단에 있어서 집단 주효과 및 시기 주효과는 유의미하지 않았고(각각 F(1,6)=1.39, ns), F(1,6)=0.79, ns), 집단과 시기의 상호작용효과는 유의미하였다(F(1,6)=1.50, p=0.018) (Table 4). 또한 사전 변인들을 통제한 공변량분석 결과에도 사후에 집단간 차이가 유의미하였다(F(1,11)=5.30, p=0.042) (Table 5).

한국판 CAPS-CA를 통한 PTSD 증상의 변화

이원변량분석 결과 재경험의 집단과 시기의 상호작용효과는 유의미하지 않았다(F(1,6)=.57, ns). 회피의 집단 주효과는 유의미하지 않았고(F(1,6)=.05, ns), 집단과 시기의

Table 6. Analysis of School Adaptation Test

Variable	Source	df	SS	MS	F
Attitude to teacher and school environment	Group	1	.03	.03	.11
	Time	1	1.75	1.75	7.00*
	Group × time	1	.89	.89	3.95
	Error	6	1.36	.23	
Taste & talent	Group	1	.02	.02	.13
	Time	1	.00	.00	.00
	Group × time	1	.14	.14	1.00
	Error	6	.71	.12	
School work	Group	1	.53	.53	2.01
	Time	1	.89	.89	2.89
	Group × time	1	.32	.32	4.50
	Error	6	2.43	.41	
Peer relationship	Group	1	.00	.00	.02
	Time	1	.14	.14	.09
	Group × time	1	1.29	1.29	6.35*
	Error	6	1.21	.20	

This table was analyzed by a two way ANOVA. SS : Sum of Square, MS : Mean Square. * : p<.05

상호작용효과는 유의미하였다(F(1,6)=21.77, p=0.003). 과각성의 집단 주효과는 유의미하지 않았고(F(1,6)=.51, ns), 집단과 시기의 상호작용효과는 유의미하였다(F(1,6)=11.29, p=0.015) (Table 4). 또한 사전 변인들을 통제한 공변량 분석 결과에서도 재경험의 경우 사후에 집단간 차이가 유의미하지 않았으며(F(1,11)=.95, ns), 회피(F(1,11)=9.79, p=0.010) 및 과각성의 경우(F(1,11)=10.13, p=0.009)에 집단간 차이가 유의미하였다(Table 5).

학교 적응 정도

학교 적응척도 중 교사와 학교환경에 대한 태도의 집단 주효과는 유의미하지 않았고(F(1,6)=.11, ns), 시기 주효과는 유의미하였다(F(1,6)=7.00, p=.004). 반면 집단과 시기의 상호 작용 효과는 유의미하지 않았다(F(1,6)=3.95, ns). 취미와 특기의 집단 주효과는 유의미하지 않았고(F(1,6)=.13, ns), 시기의 주효과도 유의미하지 않았으며(F(1,6)=.00, ns), 집단과 시기의 상호 작용 효과 또한 유의미하지 않았다(F(1,6)=1.00, ns). 학업의 집단 주효과는 유의미하지 않았고(F(1,6)=2.01, ns), 시기 주효과도 유의미하지 않았으며(F(1,6)=2.89, ns), 집단과 시기의 상호작용효과 또한 유의미하지 않았다(F(1,6)=4.50, ns). 교우관계에 있어서는 집단 주효과는 유의미하지 않았고(F(1,6)=.02, ns), 시기 주효과도 유의미하지 않았으며(F(1,6)=.09, ns), 반면 집단과 시기의 상호작용효과는 유의미하였다(F(1,6)=6.35, p=0.045) (Table 6).

고 찰

본 연구는 학교 폭력 피해 아동을 대상으로 한국판 CAPS-CA를 통해 PTSD를 진단하고, CBGT 프로그램을 실시한 후 PTSD 증상과 학교적응 정도에 있어 대상 집단과 통제 집단 간 차이를 통해 CBGT의 효과를 알아보하고자 하였다.

본 연구 결과, CBGT 후 PTSD 증상 중 특히 과각성과 회피에서 유의한 증상 호전이 있었고 학교적응 척도 중 교우관계에 개선이 있었다는 것은 CBGT가 PTSD로 진단된 학교폭력 피해 아동에 대한 치료적 접근으로 효과가 있다는 것을 의미한다고 할 수 있겠다. 과각성과 회피 증상에 비해 재경험 증상이 유의한 정도의 감소를 보이지 않은 것은 외상을 경험한 학교 환경과 학교 폭력 가해자들에게 피해 아동이 계속적으로 노출되어 있어 외상 경험의 기억을 자극하고 재경험 증상을 지속시켰기 때문인 것으로 생각된다. 외국 연구²⁵에서도 외상을 기억하게 하고 표현하게 하는 CBT 프로그램이 과각성과 회피 증상은 호전시킨 반면 일부 아동의 경우 오히려 재경험 증상을 악화시켰다고 보고하고 있어 본 연구와 비슷한 결과라고 생각되며, 이러한 경우에는 개별적인 치료적 접근이 필요할 것으로 생각된다.

CBGT 후 PTSD 진단의 변화에 있어 외국 연구를 보면, PTSD 진단 기준을 만족시키는 소아청소년을 대상으로 한 18주 동안의 CBGT 후에 14명 중 8명(57%)이 더 이상 PTSD 진단 기준을 만족시키지 않았으며, 6개월 뒤 추적조사에서는 14명 중 12명(86%)이 PTSD 진단 기준을 만족시키지 않았고, 우울, 불안, 분노 등의 증상도 호전을 보였다고 보고하였다.¹¹ 이는 CBGT 후에 7명중 3명(43%)이 더 이상 PTSD 진단 기준을 만족시키지 않은 본 연구와 비슷한 결과를 보였다. 또한, 버스사고 피해자를 대상으로 CBGT 후 PTSD 증상에 있어서 유의한 호전을 보였던 성인을 대상으로 한 연구²⁴와도 본 연구는 비슷한 결과를 보였다.

대상그룹 남아에서 3명 중 2명이 CBGT가 진행되는 동안 집중의 어려움과 과활동을 보여 주의력결핍/과잉행동장애(Attention Deficit/Hyperactivity Disorder, 이하 ADHD)가 의심되었다. ADHD는 PTSD 아동에서 흔히 동반되는 질환^{26,27}으로 본 연구에서 ADHD 공존에 대한 체계화된 평가가 이루어졌던 것은 아니지만, 해당 아동에서 지속적으로 증상이 있을 경우 정신과적인 평가와 치료가 필요할 것으로 생각된다.

학교 적응 정도에 있어서는 CBGT 후 대상 집단이 교우관계에서 개선을 보인 것으로 나타났다. 이는 동일한 경험을 한 친구들과 함께 CBGT에 참여함으로써 자신들의 생각과 느낌을 주고받으며 구성원들과 친밀하고 인격적인 관계를 맺

어 무력감, 열등 및 피해 의식, 고립감 등의 인지적 요소들의 재구조화를 도와줌으로써 대인 관계에 대한 특히, 교우관계에 대한 긍정적인 인식을 갖게 한 결과로 생각된다.

프로그램 종결 후 한국판 CAPS-CA를 시행하기 위한 면접동안 CBGT에 참여한 7명의 아이들 중 6명은 스스로가 “많은 도움이 되었다”고 보고하였으며, 2명은 추가적인 프로그램을 요구하였다. 또한 ‘비슷한 프로그램이 있다면 참여하겠는가?’ 라는 질문에 6명이 “참여하겠다”는 긍정적인 반응을 보였다. 이는 아이들이 CBGT에 대해 주관적으로 만족했다는 것을 의미하고, 아이들 스스로도 도움을 필요로 했다는 것을 의미한다고 생각한다. 따라서 필요한 경우 추가적인 프로그램을 통해 증상 감소와 학교적응에 도움을 주어야 한다고 생각된다. 또한 CBGT 프로그램을 실시하는 과정에서 실생활에서는 파악할 수 없었던 아동 개개인의 특성을 보다 심도 있게 파악할 수 있었고, 이는 향후 학교현장에서 아동을 가르치는 교사와 가정의 부모가 아동을 이해하고 아동에게 다가서는데 있어 도움이 될 것으로 생각된다.

본 연구의 한계점으로는 첫째, 학교폭력피해자를 대상으로 한 약물치료나 정신역동적치료 또는 CBGT와 복합치료 등과 같은 여러 다른 치료들과의 비교가 이루어지지 않아 다른 치료 방법들과 비교해 CBGT만의 효과를 설명하기에는 어려움이 있다. 학교폭력 피해아동의 PTSD에 대한 치료적 접근에 있어, 다양한 치료적 접근이 이루어져 CBGT 효과에 대한 비교 연구가 필요할 것이다.

둘째, PTSD 진단을 위한 평가 도구가 CAPS-CA로 제한되었고, 공존 질환에 대해 체계화된 평가가 이루어지지 않았다. 다른 불안장애나 우울장애 등과 같은 공존 질환이 있을 경우 PTSD의 만성화 가능성을 고려해 볼 때, 그룹간 공존 질환에 대한 차이는 CBGT의 결과에 영향을 미쳤을 것이다. 따라서, 우울, 불안, 비적응적인 행동 등에 대한 여러 구조화된 도구들을 이용한 추가 연구가 필요할 것이다.

셋째, 단순히 CBGT 전과 후만을 평가했고, 단기간의 프로그램이어서 효과의 지속성 여부를 확인하기에는 어려움이 있다. 6개월, 1년 후 등의 후속 연구를 통해 CBGT가 가지는 장기적인 치료적 효과에 대한 연구가 필요할 것이다.

넷째, CBGT 효과의 평가에 있어 대상수가 적었던 예비적 연구였고, 가족 기능, 부모와 아동의 관계 등과 같이 PTSD 예후에 영향을 줄 수 있는 다양한 변인들에 대해 철저한 통제가 이루어지지 못했다.

마지막으로, 아직 국내에는 학교폭력피해 아동의 PTSD에 대한 치료적 접근으로 사용되어지는 체계화된 CBGT 프로그램이 부족한 실정이다. 본 연구에서도 우울 및 불안 장애를 위한 청소년의 CBGT, 성인 PTSD를 대상으로 한 CBGT

그리고 외국 CBGT 프로그램을 수정 및 보완하여 CBGT 프로그램을 시행하였다. 따라서 앞으로 좀 더 체계화된 프로그램의 개발이 필요하며, 그 효과에 대한 그리고 실제 학교 생활에서의 미치는 영향에 대한 연구가 필요할 것으로 생각된다.

결 론

본 연구는 학교폭력 피해 아동을 대상으로 PTSD 증상 호전과 학교적응을 위한 치료적 접근의 CBGT가 이루어진 첫 번째 연구였다는 것에 그 의의가 크다고 할 수 있다. 결과적으로도, 대상 아동들에게 있어 PTSD 증상의 호전을 비롯해, 학교 적응에서도 교우관계 개선이 있어 유의한 결과를 보였고, 이는 학교폭력 피해 아동을 대상으로 한 CBGT가 효과적인 치료라는 것을 의미한다.

앞으로 학교폭력 피해 아동을 대상으로 한 CBGT의 많은 임상적 활용 및 CBGT의 안전성과 유용성에 대한 연구가 필요할 것으로 시사된다.

중심 단어 : 학교폭력 · 외상후 스트레스장애(PTSD) · 인지 행동집단치료(CBGT) · 임상가용 아동 및 청소년을 위한 외상후 스트레스장애 척도(CAPS-CA).

REFERENCES

1. Shin SW, Kwon SW, Shin MS, Cho SC. A survey of the psychosis among school violence victims. *J Kor Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;11:124-143.
2. Brady KT. Posttraumatic stress disorder and comorbidity: recognizing the many faces of PTSD. *J Clin Psychiatry* 1997;58 (Suppl 9):12-15.
3. Donnelly CL, Amaya-Jackson L. Post-traumatic stress disorder in children and Adolescents. *Epidemiology, diagnosis and treatment options. Pediatr Drugs* 2002;4:159-170.
4. Lee HB, Min SK, Chun RS, Song DH, Yook KW, Kim DK. Adolescents exposure to violence and it's associated psychiatric symptoms. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 1998;37:251-260.
5. Owens GP, Chard KM. Comorbidity and psychiatric diagnoses among women reporting child sexual abuse. *Child Abuse Negl* 2003;27:1075-1082.
6. Nader KO, Kriegler JA, Blake DD, Pynoos RS, Newman E, Weather FW. Clinician-administered PTSD Scale for Children and Adolescents. White River Junction, VT: National Center for PTSD;1996.
7. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*. 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Press;1994.
8. Ku JI, Kim TH, Eun HJ, Choi MR, Lee SM, Cho SJ, et al. A study of Reliability and Validity on the Korean Version of Clinician Administered PTSD Scale for Children and Adolescents. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 2006;45:571-577.
9. Stallard P. Psychological interventions for post-traumatic reactions in children and young people: A review of randomised controlled trials. *Clin Psychol Rev* 2006;26:895-911.
10. Yehuda R, McEwen BS. Protective and damaging effects of the bio-behavioral stress response: cognitive, systemic and clinical aspect: ISPNE XXXIV meeting summary. *Psychoneuroendocrinology* 2004; 29:1212-1222.
11. Deblinger E, McLeer SV, Henry D. Cognitive behavioral treatment for sexually abused children suffering posttraumatic stress: Preliminary finding. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990;29:747-752.
12. March JS, Amaya-Jackson L, Murray MC, Schulte A. Cognitive-behavioral psychotherapy for children and adolescents with posttraumatic stress disorder after a single-incident stressor. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998;37:585-593.
13. Solomon SD, Gerrity ET, Muff AM. Efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder. An empirical review. *JAMA* 1992;268:633-638.
14. Foa EB, Meadows EA. Psychosocial treatments for posttraumatic stress disorder: a clinical review. *Annu Rev Psychol* 1997;48:449-480.
15. Pfefferbaum B. Posttraumatic stress disorder in children: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:1503-1511.
16. Kitchur M, Bell R. Group psychotherapy with preadolescent sexual abuse victims: literature reivew and description of an innercity group. *Int J Group Psychother* 1989;39:285-310.
17. Foa EB, Rothbaum BO, Riggs DS, Murdock TB. Treatment of post-traumatic stress disorder in rape victims: a comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *J Consult Clin Psychol* 1991;59:715-723.
18. Jin JH. Effects of Cognitive-Behavior Therapy for aggressive children [thesis]. Seoul: Yonsei Univ.;1998.
19. Lai TJ, Chang CM, Connor KM, Lee LC, Davidson JR. Full and partial PTSD among earthquake survivors in rural Taiwan. *J Psychiatr Res* 2004;38:313-322.
20. Lee YJ. The study of school adaptation of children [thesis]. Gangwon: Kwandong Univ.;1989.
21. Foa EB, Steketee G, Rothbaum BO. Behavioral/Cognitive conceptualizations of posttraumatic stress disorder. *Behav Ther* 1989;20:155-176.
22. Kendall PC. *Child and adolescent Therapy: Cognitive-Behavioral Procedures*. 3rd ed. New York: Guilford press;2005.
23. Ha EH, Oh KJ, Song DH, Kang JH. The effects of Cognitive-Behavioral Group Therapy for Depressive and Anxiety Disorders in Adolescents: A Preliminary study. *Kor J Clin Psychol* 2004;23:263-280.
24. Lee SM, Kim JH. The Effects of Cognitive-Behavioral Group Therapy for Posttraumatic Stress Disorder for Bus Accident Victims. *J Korean Counseling Psychotherapy* 2001;13:225-245.
25. Foa EB, Riggs DS, Massie ED, Yarczower M. The impact of fear activation and anger on the efficacy exposure treatment for posttraumatic stress disorder. *Behavior therapy* 1995;26:487-499.
26. Famularo R, Fenton T, Kinscherff R, Augustyn M. Psychiatric comorbidity in childhood post traumatic stress disorder. *Child Abuse Negl* 1996;20:953-961.
27. Cuffe SP, McCullough EL, Pumariega AJ. Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder and posttraumatic stress disorder. *J Child Fam Stud* 1994;3:327-336.