

우울 및 불안장애 환자에서 아동기 학대와 정서증상 및 리질리언스와의 관계

가톨릭대학교 의과대학 정신과학교실
경미하 · 민정아 · 채정호

Relationship of Affective Symptoms and Resilience with Childhood Abuse in Patients with Depressive or Anxiety Disorders

Miha Kyoung, MD, Jung-Ah Min, MD and Jeong-Ho Chae, MD, PhD

Department of Psychiatry, College of Medicine, The Catholic University of Korea, Seoul, Korea

ABSTRACT

Objective : The aim of this study is to identify the relationship between childhood abuse and affective symptom including resilience in patients with depression or anxiety.

Methods : A total 256 outpatients diagnosed with depressive disorder or anxiety disorder according to DSM IV-TR, were evaluated with Beck Depression Inventory (BDI), State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Parent-Child Conflict Tactics Scale (PCCTS), Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Independent t-test, Chi-square analysis and analysis of covariance (ANCOVA) were performed to identify the demographics of patients and the relationship between affective symptoms including resilience and childhood abuse.

Results : Among demographic and clinical variables, patients with childhood abuse history were significantly higher rate in patients who were living alone and unemployed. In affective symptoms, patients with childhood abuse history were significant more severe in depressive symptoms, and state anxiety score than patients without history of childhood abuse. Patients with childhood abuse history had higher score for trait anxiety and lower score for resilience than patients who had no history of childhood abuse.

Conclusion : These finding suggest that history of childhood abuse might be risk factor on depressive and anxiety symptoms severity. And this might be a predictable factor of poor treatment outcome. (Anxiety and Mood 2013;9(1):68-73)

KEY WORDS : Childhood abuse · Depression · Anxiety · Resilience.

서 론

아동복지법에 명기된 바와 같이 “아동학대”란 보호자를 포함한 성인이 아동의 건강 또는 복지를 해치거나 정상적 발달을 저해할 수 있는 신체적·정신적·성적 폭력이나 가혹행위를 하는 것과 아동의 보호자가 아동을 유기하거나 방임하는 것을 말한다. 아동학대는 일반적으로 신체적 학대, 성적 학대 그리고 방임 등의 감정적 학대 등으로 분류한다.

Received : March 6, 2013 / Revised : April 19, 2013

Accepted : April 19, 2013

Address for correspondence

Jeong-Ho Chae, M.D., Ph.D., Department of Psychiatry, Seoul St. Mary's Hospital, The Catholic University of Korea, 222 Banpo-daero, Seocho-gu, Seoul 137-701, Korea

Tel : +82-2-2258-6083, Fax : +82-2-594-3870

E-mail : alberto@catholic.ac.kr

본 논문은 한국연구재단 원천기술사업(2006-200515) 및 기초연구사업(2012-001314)의 지원에 의하여 이루어졌음.

일차진료기관에서 조사된 연구에서 성인의 20%에서 50% 정도가 성적학대나 신체학대를 당했다고 보고할 정도로 아동학대는 빈번하게 발생하며,¹⁻⁴ 개인과 사회에 큰 부담을 주나 2%에서 5%정도 만이 자신의 치료자에게 성적학대의 과거력에 대해 보고한다고 할 정도로 파악하는 것이 어렵다.^{4,5}

Beck 등⁶⁻⁸은 아동기 학대는 다양한 심리적 문제, 신체적 증상 등과 연관되어 있으며 아동기 시절의 부정적인 경험은 생애에 걸쳐 정신적 취약성으로 작용한다고 하였다. 성인기 우울증과 아동기 학대와의 관련성은 이전 연구에서 많이 밝혀져 있다. Bifulco 등⁹은 아동기 학대가 성인기 우울증의 위험인자로 중요한 작용을 하며, 성인기 우울증, 공격성, 적대감, 분노, 공포, 불안 장애 및 인격장애와 정상관이 있다고 하였다. Kessler와 Magee¹⁰는 아동기 학대가 반복되는 우울증과 우울증의 조기 발병에 영향을 주며 특히 형제나 부모 등의 가족으로부터 학대를 받았을 경우 반복되는 우울증과의 가장 관련성이 크

다고 하였다. Springer 등¹¹은 아동학대를 받은 여성들에서 공황장애, 강박장애, 사회공포증, 성적 장애, 외상 후 스트레스장애, 그리고 자살 시도 등이 대조군에 비하여 더 많이 발생한다고 하였다. 아동기 학대가 성인기 정신병리에 주요한 위험인자로 작용하게 되는데,¹² 특히 아동기의 감정적 학대가 우울증의 위험인자로 작용한다는 연구들이 많다.^{13,14}

이처럼 여러 연구에서 아동기 학대가 우울장애 및 불안장애의 위험인자가 된다는 연구가 있었지만 우울증상 및 불안 증상 자체와의 직접적인 연관성보다는 진단과의 관계에 대한 연구가 대부분이다. McCauley 등¹⁵은 1차 의료기관에 내원한 여성환자들을 대상으로 우울 및 불안 증상과 아동기 학대 사이의 관계에 대하여 조사하기도 하였으나 이는 우울장애나 불안장애로 정확하게 진단받은 환자군이 아니었고 여성만을 대상으로 했다는 한계가 있었다. 또한 리질리언스나 특성불안과 같은 소인적 척도와와의 관계에 대한 연구는 아직까지 미흡한 실정이다.

본 연구는 이러한 측면에서 우울 및 불안장애 환자들에서 아동기 학대와 각 증상 및 리질리언스와의 관련성을 검토하기 위하여 시도되었다.

방 법

대상 및 절차

본 연구는 가톨릭대학교 서울성모병원 정신건강의학과 우울 및 불안장애 클리닉에서 초진으로 내원한 만 18세 이상 65세 이하의 성인환자를 대상으로 하였다. 참여자들은 DSM IV-TR¹⁶에 의거하여 주요 우울장애, 기분부전장애, 달리 분류되지 않는 우울장애 등의 우울장애로 진단된 환자와 공황장애, 사회불안장애, 강박장애, 범불안장애, 외상 후 스트레스 장애, 달리 분류되지 않는 불안장애 등의 불안장애로 진단된 환자들이 포함되었다. 정신병적 증상의 과거력이 있는 환자 및 양극성 장애, 지적 장애, 인격 장애, 의학적 상태로 인한 정신질환이 있는 환자는 제외하였다.¹⁷ 모든 환자는 연구참여에 대해 충분히 설명을 들은 뒤 동의하였고, 가톨릭대학교 성의교정 및 서울성모 병원 임상연구 윤리 심의 위원회의 승인(IRB No. KC09FZZZ0211)하에 본 연구가 진행되었다.

환자가 처음 외래에 내원하였을 때 정신과 전문의의 반구조화된 간이 국제 신경정신면담(Mini-International Neuropsychiatric Interview ; M.I.N.I.)¹⁸을 통해 평가를 시행하였고, 환자들의 정보는 표준화된 자기보고식의 질문지를 이용하여 정보를 수집하였다.

척 도

우선 아동기 학대 여부를 평가하기 위하여 부모자녀갈등전

략척도(Parent-Child Conflict Tactics Scale ; PCCTS)를 사용하였다.¹⁹ PCCTS는 5개의 심리적 공격성, 9개의 신체적 폭력, 2개의 성폭행에 대한 문항으로 이루어졌으며, 18세 이전에 있었던 경험을 기술하도록 하였다.

측정 시점의 우울증상 및 불안증상의 상태를 평가 하기 위하여 벡의 우울척도(Beck Depression Inventory ; BDI)²⁰ 및 스피클버거의 상태-특성 불안척도(State-Trait Anxiety Inventory ; STAI)²¹를 사용하여, 개인의 상태불안 및 특성불안 소인을 평가하였다. 또한 환자의 리질리언스를 평가하기 위해 한국형 코너 데이비드슨 리질리언스 척도(Connor-Davidson Resilience Scale ; CD-RISC)²²를 사용하였다.

CD-RISC는 어려움에 처했을 때 이에 대응하는 능력과 태도를 측정할 수 있도록 개발된 리질리언스 평가 척도이다. 25개의 문항으로 구성되었으며 0(전혀 아님)점에서 4점(항상 거의 그렇다)사이로 구성된 5점 Likert 척도이다. CD-RISC의 점수가 높을수록 리질리언스가 좋은 것을 의미한다.²²

불안은 STAI 한국어판²¹으로 평가하였다. STAI는 상태불안을 측정하는 STAI-S와 특성불안을 평가할 수 있는 STAI-T로 구성되어 있도록 설계되어 있다. 특성항목은 얼마나 평소에 얼마나 전반적으로 어떻게 느끼는지를 평가하므로 시간과 상황에 비교적 안정적이다. 상태불안항목(STAI-S)은 그 순간에 어떻게 느끼는지, 즉, 현재 상태에서의 불안 정도를 측정하는 것으로 개인의 당시 환경에 따라 변화할 가능성이 크다. 총 20개의 항목으로 이루어져 있으며 각각의 항목은 4점 Likert 척도로 20점에서 80점 사이로 측정되며 점수가 높을수록 심각한 상태불안과 특성불안을 나타낸다.

BDI는 Rhee 등²⁰이 신뢰도와 타당도를 검증한 한국판 BDI를 사용하였으며 참가자들이 주관적으로 느끼는 우울증의 정도를 평가 하였다. 우울증상의 정서적, 인지적, 동기적, 생리적 영역을 포함하는 21문항으로 구성되어 있고 환자 자신이 느끼는 증상 정도에 대해 스스로 보고할 수 있는 척도이다. 각 항목은 0점에서 3점으로 채점할 수 있고 0점에서 63점까지로 측정되며 점수가 높을수록 우울의 정도가 높은 것이다.

통계분석

SAS version 9.1(SAS Institute Inc, Cary, NC)을 사용하였으며, 아동기 학대군과 비학대군 사이의 사회인구학적 지표들은 연속변수는 독립표본T검정(independent t-test), 범주변수는 카이제곱검정(Chi-square analyses)로 비교하였다.

정서증상과 리질리언스 및 특성불안에 영향을 줄 수 있는 인구학적 요소인 나이를 공분산분석(Analysis of covariance ; ANCOVA)을 이용하여 그 영향력을 통제하였다.^{23,24}

나이를 통제한 후 아동기 학대가 있는 군과 없는 군 사이의

불안 및 우울의 정도 및 리질리언스를 공분산분석을 통해 비교하였다.

아동기 학대가 있는 군에서의 우울 및 불안의 증상의 남녀 차이는 독립표본 T검정을 통해 분석하였다.

결 과

우울장애나 불안장애로 외래를 내원한 총 256명의 환자가 이 연구에 참여하였으며 그들의 평균나이는 37.19(±13.51)세였고, 총 256명중 142명(55%)이 여성이었다.

Table 1에 아동기 학대가 있는 군과 없는 군에서의 사회인구학적, 임상적 특성을 정리하였다. 256명의 연구대상자중 122명이 아동기 학대를 겪었다고 보고하였으며, 134명이 아동기 학대를 겪지 않았다고 보고하였다. 아동기 학대군의 평균 나이는 34.9(±12.5)세였으며 비학대군은 39.3(±14.2)세로 통계

적으로 유의한 차이가 있었다($t=2.58, p=0.01$). 여성의 비율은 학대군에서 54.9%를 차지하고 비학대군에서는 58.1%를 차지하였으며, 두 군간의 차이가 유의하지는 않았다. 수입, 평균 교육 연수, 내과적 질병력, 종교 유무 등의 인구통계학적 특성은 두 군간의 유의한 차이가 없었다. 결혼 상태($p<0.005$), 직업의 유무($p<0.005$)와 진단구성은 학대군과 비학대군간의 유의한 차이가 있었다. 결혼 여부는 학대군에서 미혼, 이혼 및 별거 중인 사람이 83명으로 72.8%를 차지하여 비학대군($N=66, 54.5%$)에 비하여 더 많은 비율을 차지하고 있었다. 직업유무도 학대군에서 무직의 비율이($N=35, 32.1%$)로 비학대군 ($N=18, 15.7%$)에 비하여 더 높았다. 불안장애의 경우는 비학대군($N=65, 50%$)에서 학대군($N=40, 32.8%$)에 비하여 유의하게 더 많았으며($p=0.006$), 우울장애에서는 학대군($N=78, 63.9%$)이 비학대군($N=60, 46.2%$)보다 더 많은 비율을 차지하고 있었다($p=0.017$).

Table 2는 아동기 학대가 있었던 군과 없었던 군 사이의 우

Table 1. Demographic characteristics among 256 anxiety or depressed outpatient with or without a childhood history of abuse

	History of abuse in childhood (N=122)		No history of abuse in childhood (N=134)		Analysis p
	N	% or SD	N	% or SD	
Gender (female)	67	54.9%	75	58.1%	0.613
Age, years	34.9	± 12.5	39.3	± 14.2	0.01
Marital status (living alone)	83	72.8%	66	54.5%	<0.005
Education	115		125		0.122
Elementary school graduated	3	2.6%	6	4.8%	
Middle school graduated	5	4.3%	7	5.6%	
High school graduated	36	31.3%	38	30.4%	
> College graduated	64	55.7%	72	57.6%	
Employment status (no)	35	32.1%	18	15.7%	<0.005
Monthly income (Korean won)	100		113		0.192
< 1 million	17	17.0%	12	10.6%	
1-2 million	32	32.0%	31	27.4%	
2-3 million	18	18.0%	33	29.2%	
3-4 million	33	33.0%	37	32.7%	
Having religion (yes)	73	64.0%	89	72.4%	0.169
Any anxiety disorders	40	32.8%	65	50%	0.006
Any depressive disorders	78	63.9%	60	46.2%	0.017
Medical illness (yes)	61	50.8%	71	55.0%	0.506

SD : Standard Deviation

Table 2. Age adjusted psychological measure of 231 outpatients with or without a childhood history of abuse

	History of abuse in childhood (N=120)		No history of abuse in childhood (N=111)		p
	Mean	SD	Mean	SD	
Resilience (CD-RISC)	45.2	1.8	51.3	1.8	0.019
State anxiety (SAI)	61	1.1	56.6	1.1	0.006
Trait anxiety (TAI)	54.7	1.0	50.9	0.9	0.005
Depression (BDI)	27.9	1.1	22.3	1.1	<0.001

CD-RISC : Conner Davidson Resilience Scale, SAI : State Anxiety Inventory, TAI : Trait Anxiety Inventory, BDI : Beck Depression Inventory

Table 3. Psychological measure characteristics between gender in 122 outpatients with childhood history of abuse

	Male (N=55)			Female (N=67)			p
	N	Mean	SD	N	Mean	SD	
Resilience (CD-RISC)	55	48.9	21.6	65	41.2	17.8	0.035
State anxiety (SAI)	53	59.6	11.2	65	62.3	10.6	0.179
Trait anxiety (TAI)	53	52.5	10.6	64	56.6	8.0	0.018
Depression (BDI)	55	25.5	12.8	65	29.4	17.8	0.071

CD-RISC : Conner Davidson Resilience Scale, SAI : State Anxiety Inventory, TAI : Trait Anxiety Inventory, BDI : Beck Depression Inventory

울, 불안 및 리질리언스의 차이를 기술하였다. 우울 증상 정도는 아동기 학대가 있었던 군(mean=27.9, SD=1.1)에서는 아동기 학대가 없었던 군(mean=22.3, SD=1.1)에 비하여 유의하게 높았다($p < 0.001$). 상태불안 정도(Mean=61, SD=1.1, $p=0.006$)와 특성불안 정도(Mean=54.7, SD=1.0, $p=0.005$) 모두 아동기 학대가 있었던 군에서 유의하게 높았다. 리질리언스 수준은 학대가 있었던 군(Mean=45.2, SD=1.8)보다 없었던 군(Mean=51.3, SD=1.8)에서 유의하게 높았다($p=0.019$).

아동기 학대가 있던 군 내에서 우울, 불안 및 리질리언스 지표간에 남녀의 차이가 있는지를 살펴보았다(Table 3). 상태불안 및 우울 증상은 남녀의 차이가 없었으나, 리질리언스와 특성불안은 남녀 차이가 있었다. 특성불안은 여자(mean=56.6, SD=8.0)가 남자(mean=52.5, SD=10.6)에 비하여 더 높았으며($p=0.018$), 리질리언스는 남자(mean=48.9, SD=21.6)가 여자(mean=41.2, SD=17.8)보다 더 높았다($p=0.035$).

고 찰

본 연구는 우울증 및 불안장애 환자에서 아동기 학대 유무에 따른 증상과 리질리언스의 정도에 차이가 있는지를 조사하였다.

연구 대상자들의 나이, 직업의 유무, 결혼 상태, 진단 구성비 등을 제외한 사회인구학적 요인들에서는 학대군과 비학대군 사이에서의 유의한 차이가 없었다. 아동기 학대군에서 비혼인 유지 상태와 미취업률의 비율이 더 높았는데, 이는 아동기 학대가 있었던 군은 사회적응에 취약해서 결혼 생활 유지도 못하고 직업이 없는 경우가 더 많을 가능성이 있을 것으로 사료된다.

본 연구에서 참가자들의 진단구성 비율이 학대군과 비학대군에서 다르게 나타났는데, 학대군에서 불안장애보다 우울장애의 비율이 더 높게 나타났다. 이는 Kate 등²⁵이 시행한 연구에서 최근 1년간 우울장애 및 불안장애가 있었던 환자들이 후향적으로 학대의 과거력을 기억해 냈을 때 학대와 정신과적 질환과의 연관성에 있어서, 불안장애보다 우울장애에서 학대와 더 높은 관련이 있다는 연구결과를 보고한 것과 일치하는

결과이다.

본 연구의 결과는 같은 우울장애 및 불안장애가 있더라도 아동기 학대가 있을 경우 우울 및 불안의 정도가 더 심하다는 것을 시사한다. 이는 이전 McCauley 등의 연구와도 일치하는 부분으로 그들은 일차 진료기관에 내원한 여성들을 대상으로 학대군과 비학대군 사이의 우울과 불안의 증상 및 여러 신체 증상 및 정신증상을 비교하였는데 학대군에서 우울 증상 및 불안증상이 더 높았다.¹⁵ 이전 연구에서 친밀한 관계의 파트너에게 학대 당하는 것은 불안 및 우울의 증상과 큰 차이는 없고, 과거의 아동기 학대가 오히려 더 중요한 인자로 작용한다는 연구가 있었다.²⁶ 이는 아동 학대의 과거력이 현재의 스트레스 요인보다 증상의 심각도와는 더 관련이 깊다는 것을 의미하며, 본 연구 결과도 이를 지지한다.

학대군에서는 특성불안도 더 높았다. 이러한 특성불안은 스트레스로 인한 우울증 발병과 관련하여 하나의 취약요인으로 알려져 있다. 또한 학대군에서는 리질리언스도 더 낮아 비학대군에 비하여 발병 후에도 회복에 어려움이 있을 가능성이 있다. 특성불안이 낮은 군에서 특성불안이 높은 군에 비해 리질리언스가 높아 치료 반응성에도 긍정적인 영향을 주는 것으로 알려져 있다.²⁷ 이는 비학대군에 비하여 학대군에서 치료 반응성이 부정적일 가능성이 높다는 것을 의미한다. 이것은 이전 연구²⁸에서 아동기 학대, 특히 감정적 방임을 겪은 환자들이 낮은 리질리언스를 보이면서, 사회공포 증상이 더 심하고, 이것이 낮은 삶의 질과 관련있다고 보고 한 것과 일치하는 결과이다. 이는 아동기 학대가 낮은 리질리언스와 연관이 있고, 증상의 심각도와 치료 예후까지 예측할 수 있는 인자가 될 수 있다는 본 연구의 가설을 뒷받침 해준다.

본 연구에서는 아동기 학대가 있었던 군 내에서의 남녀의 차이를 알아보았는데 우울 및 불안의 증상 정도는 남녀 차이가 없었으나 특성불안은 여자가 더 높은 것으로 나타나고 리질리언스는 여자가 더 낮았다. 이것은 이전 연구에서 나온 자료와 일치하는 결과로 Burghy 등²⁹은 유아기에 겪는 스트레스는 코티솔 농도를 증가시키고, 이후 십대에서 감정-조절 회로의 변화를 보였다고 한다. 이 회로의 기능은 불안과 관련 있으며, 이러한 변화는 성(gender)간에 차이를 보이고, 소녀에게서

더 강하게 나타났다. 이 연구에서 흥미로운 것은 유아기에 똑같은 스트레스를 경험했지만 청소년기에 불안을 나타내는 것은 여자가 심하였다. 이는 남녀 모두 과거에 경험하는 스트레스를 각인하지만, 이를 표출하는 방식은 다르기 때문일 것이다. 이 연구결과가 시사하는 바처럼 같은 스트레스를 받더라도 이를 발현하는 것에는 남녀의 차이가 있는데, 본 연구에서도 같은 학대군 내에서 동일하게 우울장애 및 불안장애를 진단 받았더라도 남성보다는 여성에서 특성 불안이 더 높고 리질리언스는 더 낮았다. 이는 전 연구와 일치하는 결과로 본 연구진은 이전 연구²⁷에서 낮은 특성불안과 높은 리질리언스의 연관성이 양호한 치료 예후를 예측할 수 있는 인자가 될 수 있다고 보고하였다. 본 연구에서도 학대군에서 특히 여성들이 높은 불안소인과 낮은 리질리언스를 보이고 있는데, 이것은 아동기 학대가 남성보다는 여성에서 치료 예후의 부정적인 인자로 작용할 수 있음을 예상해 볼 수 있는 근거가 될 것이다.

이 연구의 제한점으로는 첫째, 자기보고형 설문지를 사용하였다는 점이다. 자기보고형 설문지를 사용하였기 때문에 환자들이 보고한 증상의 정도가 객관적인 평가와 다를 수 있다는 점이다. 자기보고형 설문지를 사용할 경우 환자들은 임상가가 평가하는 정도보다 더 심각하게 증상을 과장하는 경향이 있기 때문이다. 향후 연구에서 객관적인 평가가 포함되는 것이 필요할 것이다. 본 연구에서 진단구성 분포가 학대군과 비학대군에서 다르게 나타났는데, 이는 우울증 환자들이 불안장애 환자들에 비하여 비관적인 면이 강하여 자신의 과거를 보다 불량한 것으로 해석했을 가능성도 배제하기 어렵다. 이처럼 환자가 현재 상태에서 과거를 기억해내서 측정하는 것이기 때문에 아동학대의 과거력 여부가 부정확할 수 있다는 것을 염두에 두어야 한다. 후향적으로 학대병력을 확인했을 때의 신뢰도는 유의하지 않은데, 한 연구에서는(Fergusson DM, 1995) 아동기 학대를 겪은 환자의 50%가 위 음성으로 대답하였으나, 아동기 학대가 없었던 군은 위 음성으로 대답한 경우가 없었다.³⁰ 또한 본 연구에서 학대가 있었던 군에서 증상이 더 심하다고 나온 결과는 반대로 증상이 심한 환자들이 자신의 과거에 대해서 더 안 좋게 해석했을 가능성이 있다. 이러한 측면에서, 본 연구에서 학대군과 비학대군의 연령 비교시, 비학대군의 연령이 더 높았는데, 이는 일반적으로 연령이 증가할수록 수용하는 삶의 태도를 가지게 되며 이로 인해 분노 및 불안 수준이 낮아지고, 감정적인 안녕과 함께 부정적인 정서의 감소를 보이는 것으로 알려져 있다는 이전연구²⁴의 결과처럼, 나이가 들면서 자신의 학대에 대하여 보다 관용적인 태도를 취했을 가능성이 있을 것이다. 본 연구는 전향적 연구가 아니라 후향적으로 과거의 학대를 검토하는 식의 연구를 하였으므로 이러한 한계에 취약하였을 것이다. 그러나 최근 종설 연구에서는

환자들이 자신의 학대의 과거력에 대해 과장하기 보다는 축소시켜 보고하는 경우가 많았고, 이러한 오류에도 불구하고, 후향적 연구가 충분한 가치를 지니고 있는 연구임을 밝혀내었다.³¹

둘째, 척도 자체의 취약성이다. 자기 보고형이기 때문에 증상이 더욱 과장되는 면도 있으며 상태불안과 특성불안을 평가하는 STAI의 경우에는 척도자체의 단점으로 인하여 특성불안이 상태불안에 영향을 받는다는 점이다. 그러나 이전 연구들에서 치료 전 높았던 상태불안은 호전되지만 특성불안은 그대로인 연구들이 있다.³² 이 연구들에서 상태불안은 시간이 지나면서 호전되는 경과를 보이지만 특성불안은 변하지 않는 것을 알 수 있다. 따라서 완벽하지는 않을지라도 어느 정도의 신뢰성은 확보한 것으로 판단할 수 있다.

셋째, 한 대학 병원에서만 이루어진 연구이기 때문에 일반인구로 확대 적용하기 어려울 것이다. 특정 지역에 국한된 환자들만을 대상으로 한 연구이므로 이 결과를 일반화하기 위해서는 보다 많은 지역에서 다양한 계층을 상대로 표본채집을 하는 것이 의미가 있겠다.

넷째, 우울장애 환자와 불안장애 환자를 구분하지 않고 증상으로부터 평가했다는 점이다. 그러나 진단과 상관없이 환자의 증상의 심각도를 아동학대의 과거력과 연결 지어 평가한 것에 의미를 둘 수 있다.

다섯째, 학대의 세분화가 되지 않았다는 점이다. 학대의 종류에 따라 결과가 다를 수 있다는 점은 이전 연구들에서 이미 밝혀진 바가 있는데 학대 중에서도 특히 감정적 방임이 증상이나 정신과적 질환에 영향을 주는 것으로 알려져 있다.¹⁴ 학대의 세분화에 따른 증상과의 연관성은 추후 연구에서 이루어져야 할 것이다.

여섯째, 단면연구이기 때문에 원인관계를 평가하기는 어렵다는 점을 보완하기 위하여 향후 전향적 연구 고안을 하거나 경로분석 등과 같이 인과관계를 추론할 수 있는 분석연구도 필요할 것이다.

결론

이 연구는 불안장애 및 우울장애를 진단 받은 환자군 내에서 학대와 우울 및 불안 증상의 강도 자체의 연관성을 평가하고 소인 및 남녀의 차이를 모두 평가한 데 의미가 있다. 또한 우울장애 및 불안장애로 진단받은 환자 군을 대상으로 학대와 증상과의 강도 차이의 관련성을 비교하였으며, 리질리언스나 특성 불안과 같은 소인적 척도까지 평가한 점이 이전 연구와 차별되는 부분이라고 하겠다. 연구 결과는 아동학대가 있는 군에서 우울 및 불안의 증상이 비학대군에 비하여 증상의 정도가 심하였으며, 특성불안도 더 높았다. 또한 환자들의

리질리언스 수준도 학대군에서 더 낮았다. 이런 결과는 아동 학대가 불안 및 우울의 위험인자로 작용한다는 증거가 될 수 있으며 학대의 경험이 환자의 특성불안을 높이고 리질리언스를 낮추어 불량한 경과를 거칠 가능성이 크다는 것을 확인하였다.

중심 단어: 아동학대 · 우울증 · 불안 · 리질리언스.

REFERENCES

1. Arnow BA, Hart S, Scott C, Dea R, O'Connell L, Taylor CB. Childhood sexual abuse, psychological distress, and medical use among women. *Psychosom Med* 1999;61:762-770.
2. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med* 1998;14:245-258.
3. Jamieson DJ, Steege JF. The association of sexual abuse with pelvic pain complaints in a primary care population. *Am J Obstet Gynecol* 1997;177:1408-1412.
4. Springs FE, Friedrich WN. Health risk behaviors and medical sequelae of childhood sexual abuse. *Mayo Clin Proc* 1992;67:527-532.
5. Lechner ME, Vogel ME, Garcia-Shelton LM, Leichter JL, Steibel KR. Self-reported medical problems of adult female survivors of childhood sexual abuse. *J Fam Pract* 1993;36:633-638.
6. Beck AT. *Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper and Row;1967.
7. Bowlby J. *Attachment and loss*. New York: Basic book;1973.
8. Bowlby J. *Attachment and loss*. New York: Basic Book;1980.
9. Bifulco A, Moran PM, Baines R, Bunn A, Stanford K. Exploring psychological abuse in childhood: II. Association with other abuse and adult clinical depression. *Bull Menninger Clin* 2002;66:241-258.
10. Kessler RC, Magee WJ. Childhood family violence and adult recurrent depression. *J Health Soc Behav* 1994;35:13-27.
11. Springer KW, Sheridan J, Kuo D, Carnes M. The long-term health outcomes of childhood abuse. An overview and a call to action. *J Gen Intern Med* 2003;18:864-870.
12. Cicchetti D, Lynch M. Toward an ecological/transactional model of community violence and child maltreatment: consequences for children's development. *Psychiatry* 1993;56:96-118.
13. Rose DT, Abramson LY. *developmental predictors of depressive cognitive style: Research and theory*. 349 ed: University of Rochester press; 1992.
14. van Veen T, Wardenaar KJ, Carlier IV, Spinoven P, Penninx BW, Zitman FG. Are childhood and adult life adversities differentially associated with specific symptom dimensions of depression and anxiety? Testing the tripartite model. *J Affect Disord* 2013;146:238-245.
15. McCauley J, Kern DE, Kolodner K, Dill L, Schroeder AF, DeChant HK, et al. Clinical characteristics of women with a history of childhood abuse: unhealed wounds. *JAMA* 1997;277:1362-1368.
16. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorder; 4th ed (DSM-IV)*. Washington D.C.: American Psychiatric Press;1994.
17. Alim TN, Feder A, Graves RE, Wang Y, Weaver J, Westphal M, et al. Trauma, resilience, and recovery in a high-risk African-American population. *Am J Psychiatry* 2008;165:1566-1575.
18. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M. I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998;59 Suppl 20:22-33.
19. Straus MA, Hamby SL, Finkelhor D, Moore DW, Runyan D. Identification of child maltreatment with the Parent-Child Conflict Tactics Scales: development and psychometric data for a national sample of American parents. *Child Abuse Negl* 1998;22:249-270.
20. Rhee MK, Lee YH, Jung HY, Choi JH, Kim SH, Kim YK. A Standardization study of beck depression inventory 2 Korean Version (K-BDI). *Korean J Psychopathol* 1995;4:96-104.
21. Hahn DW, Lee CH, Chon KK. Korean adaptation of Spielberger's STAI (L-STAI). *Korean J Health Psychol*;1996. p.1-14.
22. Baek HS, Lee KU, Joo EJ, Lee MY, Choi KS. Reliability and validity of the Korean version of the Connor-Davidson resilience scale. *Psychiatry Investig* 2010;7:109-115.
23. Nakazato K, Shimonaka Y. The Japanese State-Trait Anxiety Inventory: age and sex differences. *Percept Mot Skills* 1989;69:611-617.
24. Shallcross AJ, Ford BQ, Floerke VA, Mauss IB. Getting Better With Age: The Relationship Between Age, Acceptance, and Negative Affect. *J Pers Soc Psychol*;2012.
25. Scott KM, McLaughlin KA, Smith DA, Ellis PM. Childhood maltreatment and DSM-IV adult mental disorders: comparison of prospective and retrospective findings. *Br J Psychiatry* 2012;200:469-475.
26. Zacarias AE, Macassa G, Soares JJ, Svanstrom L, Antai D. Symptoms of depression, anxiety, and somatization in female victims and perpetrators of intimate partner violence in Maputo City, Mozambique. *Int J Womens Health* 2012;4:491-503.
27. Min JA, Lee NB, Lee CU, Lee C, Chae JH. Low trait anxiety, high resilience, and their interaction as possible predictors for treatment response in patients with depression. *J Affect Disord* 2012;137:61-69.
28. Simon NM, Herlands NN, Marks EH, Mancini C, Letamendi A, Li Z, et al. Childhood maltreatment linked to greater symptom severity and poorer quality of life and function in social anxiety disorder. *Depress Anxiety* 2009;26:1027-1032.
29. Burghy CA, Stodola DE, Ruttelle PL, Molloy EK, Armstrong JM, Oler JA, et al. Developmental pathways to amygdala-prefrontal function and internalizing symptoms in adolescence. *Nat Neurosci* 2012;15:1736-1741.
30. Fergusson DM, Lynskey MT. Childhood circumstances, adolescent adjustment, and suicide attempts in a New Zealand birth cohort. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;34:612-622.
31. Hardt J, Rutter M. Validity of adult retrospective reports of adverse childhood experiences: review of the evidence. *J Child Psychol Psychiatry* 2004;45:260-273.
32. Auerbach SM. Trait-state anxiety and adjustment to surgery. *J Consult Clin Psychol* 1973;40:264-271.