

## 신체적 학대를 받은 아동에게 점진적 노출기법을 적용한 인지행동치료에 대한 연구

김 성 준<sup>†</sup>

메티스 신경정신과

김 은 정

아주대학교 심리학과

본 연구는 신체적 학대를 받은 아동에게 점진적 노출기법을 적용한 인지행동 개인치료를 실시하여 치료 전과 후의 변화를 비교하였다. 연구 대상은 심한 신체적 학대를 받고 부모와 분리되어 아동보호기관에서 일시적으로 보호받고 있는 아동 7명이었다. 치료 결과 참여 아동들은 치료 전과 비교해서 치료 후에 외상 후 스트레스 증상, 불안 및 우울 증상, 또래와의 이질감, 타인에 대한 불신감에서 향상을 보였다. 그러나 분노감, 부정적 사건의 개인적 귀인, 타인에게 신뢰받지 못한다는 지각에서는 유의한 변화가 없었다. 이런 결과는 신체적 학대를 받은 아동의 경우, 점진적 노출에 기반한 인지행동 개인치료가 효과적일 수 있다는 가능성을 시사해 준다. 참가 아동 중 2명의 치료과정에 대한 사례연구를 통해 점진적 노출기법의 적용과정을 제시하였다. 그러나 신체적 학대를 받은 아동에 대한 인지행동 개인치료의 효과를 경험적으로 검증하기 위해서는 다른 개인 치료와 비교한 무선 할당된 통제 연구가 필요하다.

주요어 : 신체적 학대, 외상 후 스트레스 장애, 치료 효과, 인지행동치료, 개인치료, 점진적 노출

<sup>†</sup> 교신저자(Corresponding Author) : 김성준 / 메티스 신경정신과 / 서울시 강남구 역삼동 721-36  
Tel : 02-564-7575 / Fax : 02-564-6144 / E-mail : korczak@hanmail.net

신체적 학대는 아동의 신체에 손상을 입히는 학대 행위를 말한다. 즉 부모나 아동양육에 책임이 있는 성인이 우발적인 사고가 아닌 상황에서 신체적 손상을 직접적으로 입히거나 또는 신체적 손상을 입도록 한 모든 행위를 말한다. 예컨대 신체적 폭행, 반복적·계속적인 구타, 아동의 나이나 제반 조건을 고려하지 않은 채 무리한 훈련을 시키는 경우를 들 수 있다(고성혜, 1992; 김종세, 2008).

보건복지가족부와 중앙아동보호전문기관이 발간한 전국 아동학대 현황보고서(2007)에 따르면 2001년 이후로 신고 접수된 아동학대의 심사례는 매년 증가하는 추세이다. 2007년 한 해 동안 아동보호전문기관에 접수된 아동학대 신고는 9,487건이었고, 학대아동보호건수는 5,581건에 이르고 있다. 여성부(2008)가 전국 각지의 10,000가구를 대상으로 전국가정폭력실태를 조사한 결과 중 지난 1년간 취학 전 아동과 초등학생 중 절반 이상이 경한 폭력을 경험하였다.

신체적 학대를 받은 아동들은 다양한 범위의 심리적, 신체적, 행동적 어려움을 보인다. 가장 두드러진 문제로 공격적인 행동, 대인관계 상의 문제, 외상 후 스트레스 증상을 들 수 있다(Runyon, Deblinger, Ryan, & Thakkar-Kolar, 2004). 신체적 학대를 받은 아동들은 또래관계를 포함한 대인관계에서 사회적 유능감이 부족하고 대인불안이 높은 것으로 나타났다(이주연, 박성연, 1996; 허남순, 2001; Howes & Espinosa, 1985). 또한 일반 아동들에 비해 공격성이 높고 분노 폭발과 공격 행동과 같은 외현적 행동문제를 더 많이 보이는 것으로 나타났다(김정준, 1987; 김현수, 1997; 신혜영, 최해립, 2003). 이는 학대경험에 기인한 억압된 분노감과 적대감이 다른 대상에게 표출되거나

(남순현, 최희경, 2006), 공격성과 강제성에 기초한 관계 방식이 내면화되어 일반적인 상황에서도 공격적인 대처 행동을 보이는 경향이 높기 때문일 수 있다(Reeder & Duncan, 2001). 신체적 학대를 받은 아동들 중 일부는 청소년기나 성인기에 폭력적 행동이나 범죄 행동을 보이고(Herrenkohl, Egolf, & Herrenkohl, 1997; Widom, 1989), 데이트 관계에서 폭력적 경향을 드러내고(이지연, 오경자, 2008; Wolfe, Wekerle, Reitzel-Jaffe, & Lefebvre, 1998), 성인기에 자신의 자녀를 학대하는 부모가 될 가능성이 있다(김혜영, 석말숙, 2003; Crouch, Milner, & Thomsen, 2001).

또한 신체적 학대와 외상 후 스트레스 증상과의 관계가 여러 연구에서 확인되었다(Ackerman, Newton, Mcpherson, Jones, & Dykman, 1998; Deblinger, Mcleer, Atkins, Ralphe, & Foa, 1989; Famularo, Fenton, Kinscherff, & Augustyn, 1996). 신체적 학대를 받은 아동은 악몽, 침투적 사고, 반복적인 기억, 과민성, 불안 등의 외상 후 스트레스 증상을 경험할 수 있다. 신체적 학대를 받은 일부 아동의 경우에는 이러한 외상 후 스트레스 증상이 시간이 지나도 줄어들지 않고 지속되었다(Famularo, Fenton, Augustyn, & Zuckerman, 1996). 외상 후 스트레스 증상으로 인해 신체적 학대를 받은 아동은 외부 환경을 과잉 경계하고, 학대 사건을 상기시키는 자극에 접하게 되면 심한 두려움을 느끼고 위축되는 모습을 보일 수 있다. 또는 이와 반대로 공격 행동이나 자해 행동을 통해 두려움과 불안에서 벗어나려는 시도를 보일 수 있다(Herman, 1992; Kolko, 2002). 이는 외상 후 스트레스 증상이 신체적 학대를 받은 아동의 공격 행동에 영향을 끼칠 가능성이 있음을 시사하는 것이다. Pelcovitz, Kaplan, Goldenberg,

Mandel, Lehane과 Guarrera(1994)는 신체적 학대를 받은 아동의 외현적 문제행동들이 외상 후 스트레스 증상으로 인해 시작될 수 있다고 제안하였다. 따라서 외상 후 스트레스 증상과 내면의 분노감에 대한 적절한 치료적 개입이 없을 경우, 신체적 학대를 받은 아동의 공격적인 행동 패턴은 지속되고 확대될 가능성이 있다.

이러한 부분에 주목하여 여러 가지 치료적 접근 방법들이 신체적 학대를 받은 아동의 학대 경험을 처리하고 통합하는 데 중점을 두고 있다. James(1989)는 놀이치료 과정을 통해 학대받은 아동이 겪는 외상 사건들을 탐색하고, 놀이와 상상을 통해 외상적 요소들을 전과는 다른 방식으로 재정립할 수 있게 하였다. 그리고 외상적 기억들을 자기 경험의 일부로 수용하고 통합할 수 있도록 도왔다. Gil(1991)은 부모의 심한 신체적, 성적 학대 때문에 해리성 정체감 장애를 보이는 여아에 대한 놀이치료에서 안정감과 신뢰감을 주는 치료적 환경을 제공하고, 외상적 사건을 언어적으로 표현하고 처리할 수 있도록 하였다. 그리고 분열된 자신을 통합하고 긍정적인 자기감을 가질 수 있도록 작업하였다. Marvasti(1993)는 구조화된 놀이치료와 자유놀이를 혼합한 외상 후 놀이치료(Post Traumatic Play Therapy)를 통해 장난감과 놀이재료를 사용하여 외상 경험을 표현하도록 했다. 놀이를 통한 반복 재현을 통해 피해 당시의 수동성과 무력감을 극복하고, 외상적 기억을 성격 내에서 통합할 수 있게 하였다. 이러한 치료적 접근 방법들은 구체적인 치료 방식에서는 차이가 나지만, 신뢰롭고 안정된 치료 관계의 형성, 외상 기억에 대한 탐색 및 재체험, 사건의 의미에 대한 이해와 외상적 경험의 통합, 보다 긍정적인 자기감의

발달, 현실 복귀라는 공통성을 가지고 있다. 이러한 과정은 비단 아동 학대뿐만 아니라 외상 후 스트레스 장애를 겪는 임상 집단의 치료에 있어 공통적으로 발견되는 것이다(Dewitt, 1990; Foa, Rothbaum, & Molnar, 1995; Herman, 1992).

1990년대에 들어가면서 학대받은 아동을 대상으로 인지행동치료를 실시한 연구들이 발표되기 시작했다. 이는 인지행동치료가 협력적인 치료 동맹, 부적응적인 인지와 행동에 대한 수정, 대처 기술 향상, 단기간의 구조화된 개입과 같은 특징들로 인해 아동과 청소년들에게 효과적으로 실시되어 왔고(Spence, 1994; Verduyn & Calam, 1999), 외상 후 스트레스 증상에 대한 치료에 있어 지속노출치료(prolonged exposure therapy)를 포함한 인지행동치료가 현재까지는 치료 효과가 경험적으로 가장 철저히 검증된 치료방법이기 때문이다(Foa, Dancu, Hembree, Jaycox, Meadows, & Street, 1999; Foa, Hembree, Cahill, Rauch, Riggs, Feeny, & Yadin, 2005; Foa, Riggs, Massie, & Yarczower, 1995; Foa, Rothbaum, Riggs, & Murdock, 1991; Follette, Ruzek, & Abueg, 1998; Friedman, 2000; Galovski & Resick, 2008; Harned & Linehan, 2008). 그러나 지속노출치료는 불안을 감내하는 능력이 부족한 아동에게는 과도한 불안감을 유발할 가능성이 있다. 이를 고려하여 학대 경험에 대한 점진적 노출(gradual exposure)과 역기능적 인지 및 부정적 감정의 처리에 중점을 둔 인지행동치료 연구들이 보고되었으나, 이는 대부분 성적 학대를 받은 아동을 대상으로 한 연구들이다(Cohen, Deblinger, Mannarino, & Steer, 2004; Deblinger, Lippman, & Steer, 1996; Deblinger, Steer, & Lippman, 1999). 신체적 학대에 대한 치료 연구의 경우 그동안 주로 가해

부모나 가족개입에 초점이 맞추어 졌다(Acton & During, 1992; Chaffin, Silovsky, Funderburk, valle, Brestan, & Balachova, 2004; Kolko, 1996). 신체적 학대를 받은 아동을 대상으로 외상 후 스트레스 증상을 포함한 정서적, 행동적 어려움을 다룬 연구는 단일사례 연구(Waldrop & Arellano, 2004)를 제외하고는 현재까지 단 두 개에 불과하고(Runyon, Deblinger, & Schroeder, 2008; Swenson & Brown, 1999), 그 중에서도 점진적 노출을 실시한 연구는 최근 발표된 Runyon, Deblinger와 Schroeder(2008)의 연구 하나뿐이다. Swenson과 Brown(1999)는 신체적 학대를 받은 학령기 아동 5명(8세~12세)을 대상으로 16회기 인지행동 집단치료를 실시하였다. 치료 프로그램은 가해부모를 인형으로 만들고 그 인형을 통해 아동이 받은 학대경험을 표현하도록 하는 노출 치료, 분노 조절 훈련, 사회적 기술 훈련의 세 요소로 구성되어 있다. 치료 결과, 참여 아동들은 치료 전과 비교해서 치료 후에 외상 후 스트레스 증상(TSCC-Posttraumatic stress), 불안 증상(TSCC-Anxiety), 해리 증상(TSCC-Dissociation), 분노감(TSCC-Anger)은 감소했지만 외현적 증상(CBCL)과 우울증상(CDI)에서는 변화가 없었다. Runyon, Deblinger와 Schroeder(2008)는 16회기로 구성된 부모-아동 인지행동 집단치료(Combined Parent-Child Cognitive-Behavioral Therapy)를 실시하였다. 아동 회기의 경우 심리교육과 정서조절(1~2회기), 인지적 대처기술(3~4회기), 개인안전기술(5~7회기), 사회적 문제해결기술(8~10회기), 점진적 노출(11~14회기), 가해부모와 자녀가 함께 하는 노출치료(14~16회기)로 구성되어 있다. 부모 회기에는 심리교육, 스트레스 및 분노관리 훈련, 아동에 대한 행동관리 교육, 가족안전계획 수립, 학대의 책임이 부모에게 있다는

편지를 써서 아동에게 보내는 활동 등이 포함 되어 있다. 보호자 12명(25~54세)과 그들의 자녀 21명(4~14세)이 치료에 참여하였다. 참여 아동들은 치료 후에 외상 후 스트레스 증상(K-SADS PTSD)과 내현적·외현적 증상(CBCL)에서 유의한 호전을 보였으나 우울 증상(CDI)에서는 유의한 변화가 관찰되지 않았다. 참여 부모들은 치료 후에 아동에 대한 분노감이 줄어들었고, 양육태도의 일관성 평가에서도 긍정적인 변화를 보였다. Runyon, Deblinger와 Schroeder(2008) 및 Swenson과 Brown (1999)의 연구는 둘다 통제집단을 설정하지 못했다.

미술치료나 놀이치료가 학대받은 아동을 대상으로 현장에서 사용되고 있기는 하지만, 해가 갈수록 학대받은 아동에 대한 치료적 수요가 계속 늘고 있는 현실을 고려할 때 비교적 단기간에 실시할 수 있는 인지행동치료는 또 하나의 치료적 대안이 될 수 있다. 인지행동 치료는 또한 아동과 청소년을 대상으로 효과적으로 활용되어 왔고, 구조화된 치료 프로토콜을 통해 치료 효과의 확인과 치료 방법의 개선이 용이하며, 외상 후 스트레스 증상을 가진 다양한 임상 집단을 대상으로 효과성이 검증되었다는 점에서 장점을 가지고 있다. Foa, Rothbaum과 Molnar(1995)는 외상 후 스트레스 증상에 대한 치료는 외상 기억에 대한 지속 노출(prolonged exposure)과 인지적 재구조화(cognitive restructuring)를 통해 공포 기억(fear structure)의 활성화와 교정이 이루어져야 한다고 제안하였고, 경험적 연구들을 통해 이를 뒷받침하였다. 그러나 아동의 경우에는 불안을 감내하는 능력이 부족하다는 점을 감안하여 점진적 노출이 사용되지만, 신체적 학대를 받은 아동을 대상으로 점진적 노출을 실시한 연구는 국내외를 통틀어 현재까지 단 한 편에

불과하다. 따라서 본 연구에서는 신체적 학대를 받은 아동에게 점진적 노출기법을 적용하는 인지행동 개인치료를 개발하고 실시하였다. 또한 신체적 학대를 받은 아동의 증상에 귀인 및 지각 방식이 영향을 끼친다는 연구 결과들(Brown & Kolko, 1999; Kolko, Brown, & Berliner, 2002)을 고려하여 귀인 및 지각 방식에 대한 측정을 포함시켰다. 치료의 효과를 확인하기 위해 치료 전과 후에 외상 후 스트레스 증상, 우울 및 불안 증상, 분노감, 학대 관련 귀인 및 지각의 수준을 비교하였다. 그리고 참가 아동에 대한 사례연구를 통해 점진적 노출기법의 적용과정을 제시하였다.

는 아동에게 치료 전반에 대해 설명한 뒤 참가 여부를 확인하였다. 그리고 동의한 아동에 한해 치료를 실시하였다. 참여 아동은 총 9명(남자 6명, 여자 3명)이었지만, 이중 2명(남자 1명, 여자 1명)은 치료 중간에 집으로 복귀하게 되어 치료가 중단되었다. 끝까지 치료에 참여한 아동은 총 7명(남자 5명, 여자 2명)이었고, 연령 범위는 7~15세(평균 10.8세)였다. 참여 아동들은 대부분 가해부모와 분리된 뒤에 학대에 따른 신체적 손상을 병원에서 치료 받았고, 이들 중 일부는 일정기간 입원치료를 받아야 했다. 가해부모는 의붓부모가 2명, 친부모가 6명이었다.

## 방 법

### 자료수집

2000년 1월 개정된 아동복지법에서는 “아동의 친권자가 그 친권을 남용하거나 현저한 비행 기타 친권을 행사할 수 없는 중대한 사유가 있는 것을 발견한 경우 아동의 복지를 위하여 필요하다고 인정할 때에는 법원에 친권 행사의 제한 또는 친권상실의 선고를 청구하여야 한다”(제 12조 1항)고 규정하고 있다. 학대 신고를 받고 현장을 방문한 사회복지사는 학대로 인한 아동의 피해 정도와 지속적인 위협 가능성을 확인하여 필요한 경우에는 개정된 아동복지법 12조 1항에 따라 피해 아동을 부모와 분리시켜 보호한다. 본 연구에서는 이런 과정을 거쳐 아동보호기관에서 일시적으로 보호받고 있는 신체적 학대 피해아동을 대상으로 하였다. 담당 사회복지사가 심리치료가 필요한 아동을 연구자에게 의뢰하면, 연구자

### 평가도구

#### 아동용 외상증상 척도(Trauma Symptom Checklist for Children, TSCC)

TSCC는 Briere(1996)가 아동의 외상 후 스트레스 증상을 측정하기 위해 고안한 것으로 54 문항으로 된 자기보고형 척도이다. 불안 증상, 우울 증상, 분노감, 외상 후 스트레스, 해리 증상, 성에 대한 관심 및 집착의 6가지 하위 척도로 구성되어 있다. 각 문항에 0점에서 3점까지의 점수를 주고 하위 척도별로 합산한 점수로 관련 증상의 심각도를 측정한다. 본 연구에서는 6가지 하위 척도 중 외상 후 스트레스, 불안 증상, 분노감의 3가지 하위 척도(28 문항)만 사용하였다. Briere(1996)가 미국 전역의 아동을 대상으로 실시한 연구에서 하위 항목별 내적 합치도는 .77~.89를 보였다.

#### 아동용 귀인과 지각척도(Children's Attributions and Perceptions Scale, CAPS)

CAPS는 성적 학대를 받은 아동의 귀인과

지각을 측정하기 위해 Mannarino, Cohen과 Berman(1994)이 개발한 것으로 총 20문항으로 이루어진 자기보고형 척도이다. 또래와의 이질감, 부정적 사건의 개인적 귀인, 타인에게 신뢰받지 못한다는 지각, 타인에 대한 불신감의 네 가지 하위 척도로 구성되어 있다. 각 문항에 0점에서 4점까지의 점수를 주고 하위 척도별로 합산한 점수를 사용한다. Cohen과 Mannarino(2002)의 연구에서 하위 항목별 내적 합치도는 .64~.73을 보였고, 하위 항목별 검사-재검사 일치도는 .60~.82이다. 질문지는 연구자가 번안하여 사용하였다. 예비 연구를 통해 번안된 척도를 초등학교 고학년 153명에게 실시한 결과, 하위 항목별 내적 합치도는 .68~.87로 나왔다.

**아동용 우울검사(Children's Depression Inventory)**

CDI는 Kovacs와 Beck(1977)이 6세부터 17세 사이에 속하는 아동과 청소년을 대상으로 우울증의 인지적, 정서적, 행동적 증상들을 평가

하기 위해 고안한 것으로, 27문항으로 구성된 자기보고형 척도이다. 각 문항에 0점에서 2점까지의 점수를 주고 합산한 점수로 우울 정도를 측정한다. 본 연구에서 사용된 척도는 조수철과 이영식(1990)이 번안하여 표준화한 것이다. 조수철과 이영식(1990)의 연구에서 내적 합치도는 .88, 검사-재검사 일치도는 .71로 나왔다.

**프로그램 구성내용**

본 연구에서 개발된 프로그램은 인지행동 개인치료로서, 각 회기마다 대략 60~90분이 소요되고, 주 2회씩 총 14회기에 걸쳐 실시되었다. 크게 노출이전 단계, 노출 단계, 기술 습득 및 종결 단계의 세 가지로 구성되어 있다(표 1).

**노출 이전 단계(1~4회기)**

치료 목적에 대한 설명, 아동과의 협력적인 관계 수립, 감정인식 및 감정표현 기술의 교

표 1. 인지행동 개인치료의 회기별 구성

단계	회기	주제
노출이전	1회기	프로그램 소개 및 관계 형성
	2회기	감정교육 및 감정인식 연습
	3회기	각 감정과 관련된 경험 탐색
	4회기	신체적 확대에 대한 심리교육 실시
노출	5회기	점진적 노출 준비 및 시작
	6회기~10회기	점진적 노출
기술습득 및 종결	11회기	어린이 법정
	12회기	개인안전기술
	13회기	분노조절훈련
	14회기	종결

육, 신체적 학대에 대한 심리교육의 실시에 초점을 둔다.

**1회기.** 먼저 치료를 실시하는 이유와 목적, 대략적인 치료 절차에 대해 간략하게 소개한다. 아동의 관심사를 확인하고 초기 단계의 어색함을 줄이기 위해, ‘나의 행성 만들기’ 활동이나 신체 일부를 큰 종이에 대고 그리는 신체본뜨기(outline of body) 활동을 실시한다.

**2~3회기.** 감정에 대한 교육을 통해 다양한 감정들을 구별할 수 있도록 돕고, 감정을 느끼고 경험하는 것은 잘못된 게 아니고 자연스런 것이라는 점을 이해시킨다. 다양한 사회적 상황을 그림으로 제시하고, 등장인물들이 느꼈을 감정들을 찾아본다. 또한 각각의 감정들을 어떤 상황에서 경험하는 지 찾아보고 그 경험에 대해 논의한다. 이러한 과정을 통해 정서적 능력을 향상시키고 이후 노출 단계에서 학대와 관련된 감정들을 보다 편안하게 표현할 수 있도록 한다.

**4회기.** 아동의 인권에 대한 교육을 통해 아동 학대는 법에 어긋나는 옳지 않은 행위라는 점을 교육한다. 신체적 학대와 관련된 아동용 애니메이션이나 다른 학대 아동이 자신의 경험에 대해 쓴 글을 함께 보고 논의하는 시간을 가진다. 이를 통해 학대에 대해 보다 객관적인 태도를 가질 수 있도록 돕는다.

#### 노출 단계(5~11회기)

점진적 노출(gradual exposure)에 대한 준비와 실시, 인지적·정서적 처리(cognitive and affective processing)로 구성되어 있다.

**5회기.** 학대로 생길 수 있는 심리적·신체적 반응에 대해 교육하고, 노출 단계에서 생길 수 있는 불안감에 대처할 수 있도록 긴장 이완방법을 연습한다. 또한 아동이 이해할 수 있는 쉬운 비유(예, “배 안에 소화되지 않고 남아있는 썩은 음식을 소화시키는 일이다”)를 통해 점진적 노출의 필요성을 인식시킨다. 아동의 특성과 흥미를 고려하여 점진적 노출을 어떤 방식으로 할지 결정한다. 예컨대 낮은 연령의 아동에게는 그림그리기(drawing), 인형극(doll play), 만화치료(Mills & Crowley, 2001) 등의 방법을, 나이가 많은 아동에게는 학대경험에 대한 직접적인 언어표현이나 상상노출(imaginal exposure)을 사용할 수 있다.

**6~10회기.** Deblinger와 Heflin(1996)이 제시한 점진적 노출(gradual exposure) 및 인지적·정서적 처리기법(cognitive and affective processing)을 실시한다. 먼저 학대와 관련된 경험들을 경한 수준에서 심각한 수준에 이르기까지 위계를 정하고, 가장 낮은 단계에서부터 학대경험에 대한 노출 치료를 시작한다. 예컨대 집 주위의 풍경이나 가족에 대한 일반적인 설명에서부터 시작하여 비가해부모나 형제와 있었던 즐거웠던 경험, 가해부모에 대한 설명, 가벼운 학대 경험, 심각한 학대 경험의 순서로 노출 치료를 진행해 갈 수 있을 것이다. 이를 통해 학대경험이 떠오르거나 그 경험을 상기시키는 촉발 자극에 접하게 되었을 때, 정서적 고통감을 덜 느끼고 회피 행동을 줄일 수 있게 한다. 또한 치료 과정에서 나타나는 학대와 관련된 부정적인 감정(예, 두려움, 불안, 무력감)과 역기능적인 인지(예, 자기비난, 부정적 사건에 대한 개인적 귀인, 자신이 손상되었다는 생각)를 치료적으로 처리한다.

**11회기.** 학대의 책임이 자신에게 있지 않다는 것을 명확히 하고, 내면의 분노감을 충분히 표출할 수 있도록 법정놀이를 통해 가해 부모를 상징적으로 처벌하는 시간을 가진다. 가해부모에게 여러 가지 벌을 내리고 가해부모가 아동에게 여러 가지 보상을 해주는 가장 놀이 활동을 실시한다. 이를 통해 가해부모에 대한 부정적 감정을 표현하고 통합할 수 있도록 한다.

#### 기술습득 및 종결 단계(12~14회기)

개인안전기술, 분노조절 훈련을 실시하고 지금까지의 활동을 마무리한다.

**12회기.** 피해 아동이 집으로 복귀한 뒤에 신체적 학대를 다시 받거나 다른 상황에서 폭력의 피해자가 될 위험에 놓였을 때, 적절한 자기보호행동을 취할 수 있도록 개인안전기술 회기를 실시한다. 위험 상황에 처했을 때는 믿을 수 있는 어른을 찾아 도움을 청하는 행동이 꼭 필요하다는 점을 인식시키고, 신뢰할 수 있는 기관이나 도움을 받을 수 있는 성인의 목록을 작성한다. 그리고 위험한 상황을 가상으로 상정하고, 대처 방안을 연습해본다.

**13회기.** 공격 행동이나 분노 폭발과 같은 외현적 행동문제를 줄이기 위해 분노 조절 훈련을 실시한다. 분노감이 유발되는 상황에서 자신의 생각, 감정, 생리적 반응을 감찰(monitoring)하고 대안적인 대처 행동을 찾아보게 함으로써, 대인간 갈등과 충돌에 대처할 수 있도록 돕는다.

**14회기.** 자신의 장점과 단점을 확인한 뒤 자신을 온전하게 수용하도록 돕는 활동을 실

시한다. 마지막으로 치유와 이별에 대한 애니메이션을 같이 시청한 뒤, 상담 종결에 대한 감정을 아동과 나눈다.

## 결 과

치료 전과 후에 차이가 나는지 검증하기 위해 *paired t-test*를 실시하였고, 각 아동별로 치료 전과 후의 측정치 결과를 제시하였다(표 2). 표 2를 보면 치료를 받은 아동은 치료 전에 비해 치료 후에 TSCC 검사의 불안,  $t(6)=3.12, p<0.05$ , 외상 후 스트레스,  $t(6)=3.79, p<0.01$ 에서 유의한 차이를 나타내었으나, 분노에서는 유의한 변화가 없었다,  $t(6)=1.65, ns$ . 사례별로 보면, 아동 D를 제외한 6명의 아동은 치료 후에 외상 후 스트레스가 대폭 감소하였다. 또한 아동 D와 G를 제외한 5명의 아동은 치료 후에 불안이 줄어들었다.

CAPS 검사의 또래와의 이질감,  $t(6)=3.12, p<0.05$ , 타인에 대한 불신감,  $t(6)=2.77, p<0.05$ 에서 치료 전과 비교하여 치료 후에 유의한 차이를 보였다. 그러나 CAPS 검사의 부정적 사건의 개인적 귀인,  $t(6)=1.76, ns$ , 타인에게 신뢰받지 못한다는 지각,  $t(6)=0.80, ns$ 은 유의한 변화가 없었다. 사례별로 보면, 또래와의 이질감에 대한 지각은 치료 시작 시에 4명의 아동이 높은 점수를 보였으나 치료 후에는 이 중 3명의 아동이 또래와의 이질감에 대한 지각이 감소하였다. 타인에 대한 불신감은 치료 시작 시에는 5명의 아동이 높은 점수를 보였으나, 치료 후에는 이 중 3명은 대폭 불신감이 줄었고 나머지 한 명은 소폭 감소하였다. 부정적 사건에 대한 개인적 귀인은 치료 시작 시에는 3명의 아동이 높은 점수를 보였으나,



표 2. 치료 전-후 측정 변인의 결과 비교

	아동 A		아동 B		아동 C		아동 D		아동 E		아동 F		아동 G		t
	사전	사후	사전	사후	사전	사후	사전	사후	사전	사후	사전	사후	사전	사후	
TSCC-Anx	8	1	5	2	6	4	20	19	6	2	13	1	1	0	2.84*
TSCC-Ang	4	1	4	4	6	4	17	20	6	4	6	1	5	3	1.65
TSCC-PTS	10	1	10	3	11	4	23	24	16	5	21	7	4	1	3.79**
CAPS-FD	3	0	2	2	2	2	9	8	9	6	4	0	4	2	3.12*
CAPS-PA	5	1	1	0	3	3	12	12	8	3	0	0	0	0	1.76
CAPS-PC	3	2	4	4	1	2	12	12	4	2	0	0	0	0	0.80
CAPS-IT	7	3	3	2	1	1	15	14	9	7	4	0	8	0	2.77*
CDI	14	8	17	18	15	5	34	36	24	7	18	7	14	9	2.64*

주. TSCC = Trauma Symptom Checklist for Children; TSCC-Anx = TSCC-Anxiety; TSCC-Ang = TSCC-Anger; TSCC-PTS = TSCC-Posttraumatic stress; CAPS = Children's Attribution and Perception Scale; CAPS-FD = CAPS-Feeling Different From Peers; CAPS-PA = CAPS-Personal Attributions for negative events; CAPS-PC = CAPS-Perceived Credibility; CAPS-IT = CAPS-Interpersonal Trust; CDI = Children's Depression Inventory.

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$

치료 후에는 이 중 2명의 점수가 줄어들었다.

우울 증상(CDI)은 치료 전과 비교하여 치료 후에 유의한 변화를 보였다,  $t(6)=2.64, p<0.05$ . 사례별로 보면 치료 전에는 모든 아동이 14점 이상의 우울 점수를 보였으나, 치료 후에는 이 중 5명이 10점 이하로 우울 증상이 줄어들었다.

### 사례 연구

다음 두 사례는 신체적 학대를 받은 아동에게 점진적 노출기법이 적용되는 과정을 보여 준다. 아동 A와 아동 E는 나이, 성별, 가해부모의 특징 등에서 대조적이고, 점진적 노출 치료에 대한 참여 아동들의 상이한 태도를 전형적으로 잘 보여주기 때문에 선택되었다. 아

동에 대한 비밀 보장과 신분 보호를 위해, 본인을 확인할 수 있는 인적 정보와 구체적인 반응은 철저히 제외시켰고 제시된 내용들도 완전히 위장하거나 원래의 소재와 전혀 다른 소재로 변화시켰다.

### 사례 1

철수(가명)는 초등학교 고학년 남자아이로, 의붓부모의 심한 학대를 받았다. 철수의 형제 중 한 명은 신고되기 전, 학대와 방임으로 인해 사망하였다. 철수는 병원에서 퇴원한 뒤 1년 동안 심한 공격성을 보였다. 이후로 공격 행동은 줄었으나 자발적인 언어 표현을 잘 하지 않았고 선택적 함구증(selective mutism)을 보였다.

노출 이전 단계에서 철수는 거의 말을 하지

표 3. 사례별 노출치료 과정에 대한 개요

	사례 1(아동 A)	사례 2(아동 E)
5회기	사별한 형제와 관련된 악몽 표현	가해부모로부터 받은 신체적 학대경험에 대해 단편적으로 설명함.
6회기	간단한 집 모양과 울고 있는 자기 모습을 그림. 사별한 형제와 관련된 반복적인 악몽을 설명함.	가해부모로부터 받은 신체적 학대를 설명하던 중 갑자기 매우 불안해하며, 조리 없고 혼란스런 말을 함.
7회기	집 내부를 보다 자세히 그리기 시작함. 사별한 형제와 비가해부모에 대한 긍정적인 경험들을 표현함.	학대 경험을 인형놀이를 통해 재현하고, 가해부모에 대해 강한 분노감을 표현함. 회기가 끝나고 무서운 악몽을 꾸었음.
8회기	학대 경험에 대한 구체적인 설명이 시작됨. 가해부모에 대한 두려움과 무력감이 표현됨.	치료자에 대한 부정적 전이를 시사하는 악몽을 보고함. 자신을 나쁜 애라고 표현하며, 심한 무가치감과 자기비난을 보임.
9회기	사별한 형제와 가해부모 사이에서 있었던 사건들에 대해 자세히 설명함. 가해부모에 대한 분노감이 나타나기 시작함.	치료에 대한 저항을 나타내고 소외감을 표현함. 부모가 자신을 사랑하지 않고 괴롭히는 이유를 궁금해 하며 괴로워함.
10회기	사별 과정에서 있었던 구체적인 기억들이 표현됨. 사별한 형제에 대한 그리움과 애도의 감정들이 나타남.	부모가 자신을 학대한 이유를 부모 안의 '나쁜 병' 때문으로 결론지음. 어린 시절 집에서 있었던 긍정적인 삽화를 표현함.
11회기	가해부모에 대해 강한 분노감과 적대감을 표현함. 자신의 과거경험들을 돌아보며 깊은 슬픔을 표현함.	나쁜 병에 걸린 여자인형을 수술함. 태어나서부터 지금까지의 삶을 짝막한 그림이야기를 통해 상징적으로 나타냄.

않으려고 했고, 이로 인해 협력적인 치료관계 형성에 어려움이 있었다. 치료자는 철수의 침묵을 인정해주고, 자신의 생각을 종이 위에 글이나 그림으로 표현하게 하였다. 2~3회기에서는 여러 가지 감정들을 종이카드 위에 적게 한 뒤, 그 카드를 통해 간접적으로 자신의 감정을 제시할 수 있게 했다.

노출 회기에 들어서자, 철수는 사별한 형제에 대한 기억과 사별한 형제가 나오는 악몽을 그림과 글을 통해 상담자에게 전달하였다. 6회기 때는 간단한 모양의 집과 그 옆에서 울고 있는 자기 모습을 그렸다. 7회기에 들어가

면서 집안의 풍경들을 보다 자세히 그렸고 비가해부모 및 사별한 형제와 있었던 긍정적인 기억들을 드러냈다. 또한 이전까지와는 달리 자신의 경험을 조금씩 '말로' 표현하기 시작하였다. 그러나 가해부모를 직접 그림으로 그리거나 가해부모에 대해 말하는 것은 어려워했다. 9~10회기에는 사별한 형제와 있었던 여러 사건들과 사별 과정에 대한 구체적인 기억들을 표현하였다. 이와 함께 사별한 형제에 대한 꿈이 점차 긍정적인 내용으로 바뀌었다. 11회기에 들어가서는 처음으로 가해부모의 얼굴을 그림으로 그릴 수 있었고, 가해부모에

대한 강한 분노감과 적대감을 글로 적은 뒤에 그 내용을 치료자와 함께 큰 소리로 읽었다. 사별한 형제에게 하고 싶은 말을 편지로 썼고, 사별한 형제가 현재의 철수에게 할 것 같은 말을 역시 편지 형식으로 작성했다. 편지를 쓴 뒤 철수는 최근 꾸었던 꿈을 말하였다. 꿈에서 철수는 불길 옆에 서 있었다. 사별한 형제가 철수에게 다가오자 철수는 하마터면 불길 속에 휘말릴 뻔 했으나 결국 철수 대신 나무토막이 불길에 휩싸였다. 이후 철수는 자신도 죽을까 무서웠으며 울음을 터트렸다. 종결 회기에서는 자기가 하고 싶은 이야기를 거의 표현했다며 종결을 긍정적으로 받아들였고, 상담을 마친 자신에 대해 자긍심을 표현하였다.

## 사례 2

영희(가명)는 초등학교 저학년 여자아이로, 친부모로부터 학대를 받았다. 외현적 행동문제는 보이지 않았지만, 또래 아이들과 잘 어울리지 못하였고, 자다가 자주 잠이 깨는 등의 수면 문제가 있었다.

치료 초기 영희는 치료자의 관심과 사랑을 받으려는 강한 욕구를 보이며, 치료에 적극적으로 참여하였다. 6회기에 부모에게 학대받은 경험을 말하던 중 갑자기 조리 없고 혼란스러운 말을 하였다. 7회기에는 부모에게 받은 학대경험을 인형놀이를 통해 재현하였다. 그리고 부모인형을 닮으며 때리는 등 부모에 대한 강한 분노감을 표현하였다. 이 회기가 끝나고 영희는 공포스런 악몽을 꾸었다. 꿈에서 영희의 부모는 영희를 보살피려고 안아주지만 손바닥에 가시가 나 있어서 부모가 영희를 만질 때마다 영희는 고통을 겪어야 했다. 또한 거

인이 영희를 도와주려고 하지만 힘이 약해서 괴물들을 당해내지 못했다. 8회기에는 꿈에서 가짜 나라에 있는 가짜 선생님(치료자)이 자신을 죽이려 했다고 설명했다. 그리고 자신은 부모에게 필요 없는 나쁜 아이인데, 왜 세상에 태어났는지 모르겠다며 자기비난과 무가치감을 보였다. 이는 이전 회기에 보였던 부모에 대한 분노감의 표현과는 대비되는 모습이였다. 9회기에는 지금까지 치료과정에서 자기가 말한 것은 모두 거짓말이고 자신은 부모가 싫어하는 나쁜 아이이니 이제부터는 혼자 살겠다고 말하면서, 치료자에게 냉담한 태도를 보였다. 영희가 느끼는 고통스런 감정을 치료자가 공감해주자, 영희는 슬픔을 표현하고 스스로에 대한 연민을 드러냈다. 그리고 부모가 자신을 사랑하지 않는 이유에 대해 궁금해 하며 괴로워하였다. 10회기에는 부모가 영희를 학대한 것이 영희의 잘못이 아니라 학대한 부모의 잘못이라는 점을 받아들일 수 있도록 노력했다. 이 과정에서 부모 안에 나쁜 병이 침입하여 부모의 마음이 나쁘게 변했다는 치료자의 설명을 영희가 받아들였고, 영희는 부모안의 나쁜 병에게 강한 분노감과 적대감을 표현할 수 있었다. 11회기에 영희는 여자인형안의 ‘나쁜 병’을 치료한다며 30분 동안에 걸쳐 여자인형을 수술하는 놀이에 몰두하였다. 그리고 부모의 사랑 속에서 태어난 아기시절에서부터 부모의 학대로 힘들어하는 현재까지의 자기인생을 몇 장의 그림이야기를 통해 상징적으로 표현하였다. 종결 회기에 영희는 치료자에 대한 호감을 표시하며 전이 감정을 드러냈고, 치료 종결을 아쉬워했다. 담당 사회복지사와 협의하여, 치료 종결 후에도 영희가 다른 곳에서 계속 심리치료를 받을 수 있도록 조정하였다.

## 논 의

본 연구의 목적은 신체적 학대를 받은 아동에게 점진적 노출 기법을 적용한 인지행동 개인치료가 얼마나 효과적인지를 치료 전후 변화와 사례 연구를 통해 알아보는 것이다. 이를 위해 학대 경험에 대한 점진적 노출에 중점을 둔 인지행동 개인치료를 개발하고 신체적 학대를 받은 아동들을 대상으로 실시하였다. 치료에 참가했던 아동들은 치료 후에 외상 후 스트레스 증상, 불안 및 우울 증상, 또래와의 이질감, 타인에 대한 불신감에서 향상을 보였다.

본 연구 결과는 신체적 학대를 받은 아동의 경우 점진적 노출에 기반한 인지행동 개인치료가 효과적일 수 있다는 가능성을 시사해 준다. 점진적 노출에 기반한 인지행동치료는 불안을 감내하는 능력이 부족한 아동의 특성을 고려하면서도, 공포 기억(fear structure)의 활성화와 교정을 통해 외상적 기억들을 통합하고 재조직화하는데 도움이 될 수 있다(Foa, Rothbaum, & Molnar, 1995; Runyon, Deblinger, & Schroeder, 2008).

구체적인 결과들을 살펴보면, 인지행동 개인치료를 받은 후에 외상 후 스트레스 증상과 불안 증상이 현저하게 줄어들었다. 이는 학대 경험을 상기시키는 자극에 점진적으로 노출시키고 역기능적인 인지와 부정적인 감정들을 처리하는 치료과정을 통해, 학대 경험과 관련된 조건화된 반응, 즉 악몽, 침투적 사고, 반복적인 기억, 과민성과 같은 외상 후 스트레스 증상을 줄일 수 있다는 가능성을 보여주는 것이다. 이는 신체적 학대를 받은 아동들을 대상으로 노출 치료를 적용한 인지행동치료를 실시한 결과 외상 후 스트레스 증상이 감소된

을 보고한 Runyon, Deblinger와 Schroeder(2008) 및 Swenson과 Brown(1999)의 연구와 일관되는 결과이다.

참여 아동들은 치료 전보다 치료 후에 우울감이 감소하였다. 치료 시작 전에는 7명의 아동 모두 우울감이 높았으나, 치료를 마친 뒤에는 이중 5명은 우울감이 현저하게 줄어들었고 2명은 우울감에 별다른 변화가 없었다. 본 연구에서 우울 증상에 대한 치료적 개입을 미리 의도한 것은 아니었지만, 이러한 긍정적 결과는 인지행동 개인치료가 신체적 학대를 받은 아동의 우울 증상에 효과적일 수 있다는 가능성을 시사해 준다. 신체적 학대를 받은 아동은 외적으로는 분노 폭발, 공격 행동과 같은 외현적 행동문제를 보여도, 내적으로는 미래에 대해 비관적으로 생각하고 무망감을 느끼는 등 자신의 현실에 대해 우울한 감정을 가지고 있을 수 있다(Crittenden, 1988; Ney, Fung, & Wickett, 1994). 여기에는 사랑과 돌봄을 받고 싶은 대상으로부터 정서적 거부와 신체적 학대를 받는 상황 자체가 주는 심리적 고통과 함께, 학대 경험을 이해하고 처리하는 귀인 방식이 우울 증상의 심각도에 영향을 끼치는 것으로 보인다(Brown & Kolko, 1999; Kolko, Brown, & Berliner, 2002). 본 연구가 우울 증상의 감소에 효과적이었던 것도 학대 경험과 관련된 역기능적인 인지와 부정적 감정들을 처리했기 때문일 가능성이 있다. 예컨대 철수의 경우 사별한 형제에 대한 애도의 감정을 표현하는 과정을 통해 마음 안에 얼어있던 슬픔을 드러낼 수 있었다. 영희는 자신이 나쁘기 때문에 학대가 발생했고 따라서 자신은 비난받아 마땅하다는 자기-비난적인 생각들로 인해 부정적인 감정에서 벗어나기 힘들었다. 하지만 치료를 통해 학대의 원인을 외재화하

면서 자기비난에서 벗어날 수 있었다. 이러한 과정들이 철수와 영희의 우울 증상이 감소되는 데 긍정적인 영향을 끼쳤을 것으로 생각된다.

참여 아동들은 치료 전에 비해 치료 후에 타인에 대한 불신감이 감소하였다. 여기에는 공감적이고 수용적인 치료 환경의 제공, 개인 치료를 통한 치료자와의 애착관계 형성 등이 긍정적 영향을 끼쳤을 것으로 보인다. 치료자와의 관계를 통해 회복된 타인에 대한 신뢰감은 다른 또래나 성인과의 관계에도 확산될 수 있을 것으로 기대된다. 철수의 경우, 치료 후에 주변 사람들과의 관계에서 자발적인 언어 표현이 늘어났다.

또한 참여 아동들은 치료 전과 비교해서 치료 후에 또래와의 이질감이 감소하였다. 다른 사람이 겪어 보지 않은 경험을 자신만이 겪었기 때문에 타인에게 수용되지 못할 것이라는 신념(Finkelhor & Browne, 1985)과 자신의 고통을 이해해주는 사람이 없을 것이라는 정서적 소외감은 또래와의 이질감을 가중시키는 요인이 될 수 있다. 마치 이방인으로 살아가는 듯한 이러한 고립감과 단절감은 학대받은 아동뿐만 아니라 외상적 경험을 겪은 다른 피해자들에게도 빈번하게 나타나는 현상이다(Herman, 1992; Matsakis, 1998). 받아들이기 힘든 기억과 감정들을 타인(치료자)에게 표현하고 이해받는 치료 과정은, 자신에 대한 부정적인 낙인(stigma)을 줄이고 자신의 존재가 외부로부터 수용된다는 느낌을 회복하는 데 도움이 되었을 것이다. 참여 아동 중 또래와의 이질감을 가장 높게 지각했던 영희를 보면, ‘부모가 나를 학대한 것은 내가 나쁜 아이이기 때문이고, 나쁜 아이라면 다른 사람들과 함께 살 가치가 없다. 따라서 나는 혼자 살아야 한다’는 식의

사고 전개를 보였다. 그러나 부모의 학대가 자기 탓이 아니라는 사실을 이해하고 자기 안의 ‘나쁜 것(badness)’을 치료하는 과정(예, 인형수술)을 통해 스스로에 대한 부정적인 태도를 줄일 수 있었다. 이는 또래와의 이질감을 줄이는 데 긍정적으로 작용했을 가능성이 있다.

그러나 분노감, 타인에게 신뢰받지 못한다는 지각, 부정적 사건에 대한 개인적 귀인에서는 유의한 변화가 없었다. Swenson과 Brown (1999)의 연구 결과와 달리, 본 연구에서 치료 후에 분노감의 변화가 없었던 것은 본 연구에 참여한 아동들의 학대 피해가 상당히 심한 수준이어서 단기간의 개입으로는 분노감의 변화를 기대하기 어렵기 때문일 가능성이 있다. 타인에게 신뢰받지 못한다는 지각의 경우, 아동 D를 제외한 다른 아동들은 치료 시작 시에도 점수가 높지 않았다. 따라서 타인에게 신뢰받지 못한다는 지각은 신체적 학대를 받은 아동에게 있어 중요한 요인이 아닐 가능성이 있다. 이를 확인하기 위해서는 신체적 학대를 받은 아동의 특징적인 귀인과 지각 방식에 대한 추가적인 연구가 필요할 것이다. 부정적 사건에 대한 개인적 귀인의 경우 통계적으로는 유의한 변화가 없었지만, 사례별로 보면 점수가 높았던 아동 3명 중 아동 D를 제외한 2명의 아동은 치료 후에 부정적 사건에 대한 개인적 귀인이 줄어들었다. 따라서 보다 많은 아동을 대상으로 연구가 실시되어 치료 효과가 안 좋은 소수 아동의 결과가 전체 통계치에 미치는 영향이 줄어든다면, 부정적 사건에 대한 개인적 귀인에 있어 의미 있는 치료적 변화가 관찰될 가능성이 있다.

사례연구를 살펴보면 철수는 가해부모에 대해 분노감과 적대감을 표현한 뒤 심리적 안정감과 자신감이 향상되는 모습을 보였으나, 영

회는 분노감을 표현한 뒤에 오히려 심리적으로 불안정해지고 치료에 대한 저항이 증가되는 모습을 보였다. 이는 철수의 경우 가해부모가 의붓부모이기 때문에 분노 표현에 따른 내적 갈등이 적었을 것으로 보이지만, 영희의 경우에는 가해부모가 친부모이기 때문에 분노를 표현한 뒤에 죄책감과 처벌에 대한 두려움이 촉발되었을 가능성이 있다. 이러한 결과는 가해부모와의 관계나 애착 정도가 이후의 경과에 많은 영향을 끼칠 수 있음을 시사해준다. 또한 점진적 노출치료에 대한 참여 아동들의 반응 역시 주목된다. 철수와 같이 학대 경험을 표현하는 걸 힘들어하면서도 그 경험들을 처리하려는 욕구를 가지고 점차적으로 학대 경험을 표현해가는 아동들이 있는가 하면, 영희처럼 치료 과정에서 억압된 갈등과 감정들이 갑작스레 드러나면서 심리적 안정감이 흔들리고 불안 상태에 빠지는 경우도 있었다. 또 다른 아동의 경우에는 점진적 노출치료 과정에서 피상적이고 단편적인 수준의 학대 경험만을 표현할 수 있었다. 이는 점진적 노출치료가 직선적이고 규격화된 방식으로 이루어지지 않으며, 아동의 특징, 치료 동기, 학대 경험의 특성, 자아 강도 등에 따라 다양한 양상을 띠 수 있음을 보여준다. 점진적 노출치료가 도움이 되는 아동과 그렇지 않은 아동을 조기에 선별하고, 점진적 노출치료를 보다 효과적으로 적용하기 위해 치료 과정에 대한 보다 포괄적인 질적 연구가 필요하겠다.

참여 아동 중 치료적 변화가 거의 없었던 아동 D의 경우, 치료 시작 시에 감정을 조절하지 못하고 빈번히 자해 행동을 보이는 등 전반적인 증상 수준이 심각하였다. 그러나 치료가 진행되면서 치료자와 관계를 형성하였고 자해 행동 역시 더 이상 나타나지 않는 등 일

부 긍정적 변화를 보였다. 그러나 치료가 종결될 즈음, 거주지 이동과 관련된 문제로 인해 분노감을 폭발하고 자해 행동이 재발하는 사건이 발생하였다. 아동 D가 치료적 호전을 보이지 않은 것은 이러한 상황적 요인이 영향을 끼쳤을 가능성이 있다. 하지만 다른 측면에서 보면, 정서 조절이나 충동성의 문제가 심각하고 신뢰 형성에 어려움이 있는 아동의 경우에는 단기간의 인지행동 개인치료가 제한적일 가능성도 고려된다.

본 연구의 한계는 다음과 같다. 첫째, 표본수가 작고 통제 집단이 없어서, 연구 결과를 일반화하는 데 어려움이 있다. 본 연구에 참여한 아동들은 학대의 정도가 심한 수준이었음에도 불구하고 노출 치료를 충분히 감당하였고 치료적 도움을 받을 수 있었다. 그러나 인지행동 개인치료에 대해 거부적인 태도를 보이거나, 인지행동 개인치료가 별로 효과적이지 않은 아동들도 있을 것이다. 신체적 학대를 받은 아동에게 있어 인지행동 개인치료가 어느 정도의 치료 효과가 있고, 어떤 특징들을 가진 아동들에게 보다 유효한지 확인하기 위해서는 놀이치료나 미술치료와 같은 다른 개인치료와 치료결과를 비교하는 무선 할당된 통제 연구가 필요하다. 다만 신체적 학대를 받은 아동들은 다른 임상 집단에 비해 치료적 손질이 닿기가 훨씬 힘들고, 관련 연구자들 역시 부족한 형편이다. 그 결과 대단위의 무선 할당된 통제 연구를 실시하기가 현실적으로 쉽지 않다. 신체적 학대를 받은 아동의 치료에 대한 연구적 관심의 증대와 함께, 관련 연구자들 사이의 협력 연구가 필요할 것이다.

둘째, 본 연구에서는 자기보고형 측정치로 치료 효과를 측정하였기 때문에, 자기보고형

측정치의 문제점들이 본 연구에도 해당될 수 있다. 따라서 추후 연구에서는 자기보고형 측정치가 아닌 다른 형식의 측정 도구를 통해 치료 효과를 검증해 볼 필요가 있다. 또한 구체적 조작기 단계에 있는 나이 어린 아동들은 등간 척도(interval scale)의 개념에 대한 이해가 부족했을 수 있다. 이와 관련하여 학령전기 아동을 대상으로 본 연구에서 사용된 TSCC 척도와 CAPS 척도를 실시하고 신뢰도와 타당도를 조사하는 연구가 필요할 것이다.

셋째, 분노 폭발, 공격 행동과 같은 외현적 행동문제에는 인지행동 개인치료가 긍정적 영향을 끼치지 못했다. 담당 사회복지사들과 면담한 결과 치료 전에 외현적 행동문제를 보였던 아동들은 치료 후에도 여전히 비슷한 수준의 외현적 행동문제를 보이는 것으로 확인되었다. 이는 한 회기의 분노조절 훈련만으로는 외현적 행동문제에 대한 치료적 개입이 충분치 않음을 보여준다. 추후 연구에서는 외현적 행동문제를 보이는 아동에 대한 치료적 개입을 보완하고, 객관적인 외부 관찰자 평정을 연구에 포함시킬 필요가 있다.

넷째, 본 연구에서는 추수 검사 없이 사전-사후 검사만 실시하였기 때문에, 치료 종결 후에도 치료 효과가 지속적으로 유지되는지를 확인하지 못했다. 외상 후 스트레스 증상은 사건이 발생하고 몇 개월이나 몇 년이 지난 뒤에 나타날 수 있고, 증상이 줄어든 뒤에도 촉발 사건에 직면하게 되면 증상이 다시 악화될 가능성이 있다는 점에서 추수 검사를 통해 이후의 상태를 지속적으로 확인할 필요가 있다. 또한 영희의 경우처럼 노출치료로 인해 일시적으로 불안 수준이 높아지고 심리적으로 불안정해지는 상황이 발생할 수 있기 때문에, 점진적 노출치료가 신체적 학대를 받은 아동

에게 장기적으로 안전하고 효과적인 치료 방법인지를 검증하기 위해서도 추수 검사는 중요하다. 후속 연구에서는 추수 검사를 연구에 포함시킬 필요가 있다.

후속 연구를 위한 제안점은 다음과 같다. 첫째, 본 연구에서는 신체적 학대에 따른 외상적 충격을 줄이는 데 중점을 두었지만, 학대받은 아동이 가진 사랑과 양육을 받고 싶은 욕구에 대해서는 충분히 다루지 못했다. 이는 전이 감정을 드러내며 치료자가 자신을 양육해주길 바랬던 영희의 사례에서도 나타난다. 학대받은 아동이 가진 의존과 애착의 욕구들을 어떻게 다루어야 할지 후속 연구에서 보다 깊은 고민이 요구된다.

둘째, 본 연구에서는 심한 신체적 학대를 받고 부모와 분리된 아동을 대상으로 하였지만, 가해부모와 함께 살고 있는 아동을 지역 사회에서 확인하여 개입하는 것 역시 필요하다. 이를 위해 지역사회에 있는 아동 관련 기관(예, 복지기관이나 학교)과의 협력이 필요하고, Runyon, Deblinger와 Schroeder(2008)의 연구에서처럼 피해아동과 가해부모 양쪽에 대한 치료적 개입방법이 고안되어야 할 것이다. 이에 대한 후속 연구가 이루어져야 하겠다.

## 참고문헌

- 고성혜 (1992). 아동학대 개념규정 및 아동학대에 대한 모·자녀의 지각성향. 서울대학교 박사학위 청구논문.
- 김종세 (2008). 아동인권과 아동 학대 - 아동인권수준 제고방안. 법학연구, 31, 47-76.
- 김정준 (1987). 교사가 인식한 영세지역 새마을 유치원 어린이의 학대에 관한 연구. 중앙대

- 학교 석사학위 청구논문.
- 김현수 (1997). 부모로부터의 학대 및 방임 경험과 아동의 또래간 공격성 및 피공격성. 서울대학교 석사학위 청구논문.
- 김혜영, 석말숙 (2003). 아동기 학대적 경험이 자녀학대에 미치는 영향력에 관한 연구: 개인특성 및 가족관계의 매개효과를 중심으로. *한국아동복지학*, 16, 71-97.
- 남순현, 최희경 (2006). 신체학대, 공격성 및 아동기 비행간의 관계: 모녀를 중심으로. *한국심리학회지: 상담 및 심리치료*, 18, 897-909.
- 신혜영, 최혜림 (2003). 부모로부터의 학대경험과 공격성 및 대인불안간의 관계 - 초등학교 고학년 아동을 중심으로. *한국심리학회지: 상담 및 심리치료*, 15, 295-307.
- 여성부 (2008). 2007년 전국 가정폭력실태조사.
- 이주연, 박성연 (1996). 아동학대유형에 따른 또래수용과 인성특성. *대한가정학회지*, 34, 21-34.
- 이지연, 오경자 (2008). 아동 학대 경험이 대학생의 데이트 폭력에 미치는 영향: 폭력에 대한 태도와 분노조절의 매개 효과. *한국심리학회 2008 연차학술대회 논문집*, 586-587.
- 중앙아동보호전문기관 (2007). 전국아동학대현황보고서. 보건복지가족부.
- 허남순 (2001). 피학대 경험이 아동의 사회성 발달에 미치는 영향. *한림대학교 사회복지대학원 석사학위 청구논문*.
- Ackerman, P. T., Newton, J. E. O., McPherson, W. B., Jones, J. G., & Dykman, R. A. (1998). Prevalence of post-traumatic stress disorder and other psychiatric diagnoses in three groups of abused children (sexual, physical, and both). *Child Abuse & Neglect*, 22, 759-774.
- Acton, R. G., & During, S. M. (1992). Preliminary results of aggression management training for aggressive parents. *Journal of Interpersonal Violence*, 7, 410-417.
- Briere, J. (1996). *Trauma Symptom Checklist for Children, Professional Manual*. Psychological Assessment Resources, Inc.
- Brown, E. J. & Kolko, D. J. (1999). Child victims' attributions about being physically abused: an examination of factors associated with symptom severity. *Journal of abnormal child psychology*, 27, 311-322.
- Chaffin, M., Silovsky, J. F., Funderburk, B., Valle, L. A., Brestan, E. V., & Balachova, T. (2004). Parent-child interaction therapy with physically abusive parents: Efficacy for reducing future abuse reports. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 500-510.
- Cohen, J. A., Deblinger, E., Mannarino, A. P., & Steer, R. A. (2004). A multisite, randomized controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *Journal of American academy child adolescent psychiatry*, 43, 393-402.
- Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (2002). Addressing attributions in treating abused children. *Child Maltreatment*, 7, 81-84.
- Crittenden, P. M. (1988). Relationships at Risk. In J. Belsky & T. Nezworski (Eds.), *Clinical Implications of Attachment*. Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Crouch, J. L., Milner, J. S., & Thomsen, C.



- (2001). Childhood physical abuse, early social support, and risk for maltreatment: Current social support as a mediator of risk for child physical abuse. *Child Abuse & Neglect*, 25, 93-107.
- Deblinger, E., & Heflin, A. H. (1996b). *Treating Sexually Abused Children and Their Nonoffending Parents: A Cognitive-Behavioral Approach*. SAGE Publications.
- Deblinger, E., Lippmann, J., & Steer, R. A. (1996). Sexually abused children suffering post-traumatic stress symptoms: initial treatment outcome findings. *Child Maltreatment*, 1, 310-321.
- Deblinger, E., Mcleer, S. V., Atkins, M. S., Ralphe, D., & Foa, E. (1989). Post-traumatic stress in sexually abused, physically abused and nonabused children. *Child Abuse & Neglect*, 13, 403-408.
- Deblinger, E., Steer, R. A., & Lippman, J. (1999). Two-year follow-up study of cognitive behavioral therapy for sexually abused children suffering post-traumatic stress symptoms. *Child Abuse & Neglect*, 23, 1371-1378.
- Dewitt, K. N. (1990). Psychological interventions for responses to stressful life events. *California Psychologist*, 22, 4-8.
- Famularo, R., Fenton, T., Augustyn, M., & Zuckerman, B. (1996). Persistence of pediatric post-traumatic stress disorder after two years. *Child Abuse & Neglect*, 20, 1245-1248.
- Finkelhor D. & Browne A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatric*, 55, 530-541.
- Foa, E. B., Dancu, C. V., Hembree, E. A., Jaycox, L. H., Measows, E. A., & Street, G. P. (1999). A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reduced posttraumatic stress disorder in female assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 194-200.
- Foa, E. B., Hembree, E. A., Cahill, S. P., Rauch, S. A. M., Riggs, D. S., Feeny, N. C., & Yadin, E. (2005). Randomized trial of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder with and without cognitive restructuring: Outcome at academic and community clinics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 953-964.
- Foa, E. B., Riggs, D. S., Massie, E. D., & Yarczower, M. (1995). The impact of fear activation and anger on the efficacy of exposure treatment for posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 26, 487-499.
- Foa, E. B., Rothbaum, B. O., & Molnar, C. (1995). Cognitive behavioral therapy of post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 675-690.
- Foa, E. B., Rothbaum, B. O., Riggs, D., & Murdock, T. (1991). Treatment of post-traumatic stress disorder in rape victims: A comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 715-723.
- Follette, V. M., Ruzek, J. I., & Abueg, F. R. (1998). *Cognitive-Behavioral Therapies for Trauma*. The Guilford Press.
- Friedman, M. J. (2000). Post traumatic stress disorder: The latest assessment and treatment

- strategies. Kansas City, MO: Compact Clinicals.
- Galovski, T. E., & Resick, P. A. (2008). Cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder secondary to a motor vehicle accident: A single-subject report. *Cognitive and Behavioral Practice, 15*, 287-295.
- Gil, E. (1991). *The Healing Power of Play: Working with Abused Children*. New York: The Guilford Press.
- Harned, M. S., & Linehan, M. M. (2008). Integrating dialectical behavior therapy and prolonged exposure to treat co-occurring borderline personality disorder and PTSD: Two case studies. *Cognitive and Behavioral Practice, 15*, 263-276.
- Herman, J. (1992). *Trauma and Recovery*. Basic Books.
- Herrenkohl, R. C., Egolf, B. P., & Herrenkohl, E. C. (1997). Preschool antecedents of adolescent assaultive behavior: A longitudinal study. *American Journal of Orthopsychiatry, 67*, 422-432.
- Howes, C. & Espinosa, M. P. (1985). The consequences of child abuse for the formation of relationships with peers. *Child Abuse & Neglect, 9*, 307-404.
- James, B. (1989). *Treating Traumatized Children: New Insight and Creative Interventions*. N.Y.:The Free Press.
- Kolko, D. J. (1996). Individual cognitive behavioral treatment and family therapy for physically abused children and their offending parents: A comparison of clinical outcomes. *Child Maltreatment, 1*, 322-342.
- Kolko, D. J., Brown, E. J., & Berliner, L. (2002). Children's perceptions and their abusive experience: measurement and preliminary findings. *Child Maltreatment, 7*, 41-53.
- Kolko, D. J., & Swenson, C. C. (2002). *Assessing and Treating Physically Abused Children and Their Families*. Sage Publications.
- Kovacs, M., & Beck, A. T. (1977). An empirical-clinical approach toward a definition of childhood depression. In J. G. Schulterbrandt, & A. Raskin (Eds.), *Depression in childhood: Diagnosis, treatment, and conceptual models*. New York: Raven Press.
- Mannarino, A. P., Cohen, J. A., & Berman, S. R. (1994). The children's Attributions and Perceptions Scale: A New Measure of Sexual Abuse-Related Factors. *Journal of Clinical Child Psychology, 23*(2), 204-211.
- Marvasti, J. A. (1993). Play Therapy with an Abused Child. In T. Kottman & C. Schaefer (Eds.), *Play Therapy in Action: A Casebook for Practitioners*. Jason Aronson INC.
- Matsakis, A. (1998). *Trust After Trauma*. New Harbinger Publications.
- Mills, J. C. & Crowley R. J. (2001). *Therapeutic Metaphors for Children and the Child within*. Bruner-Routledge.
- Ney, P. G., Fung, T., & Wickett, A. R. (1994). The Worst combinations of child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect, 18*, 705-714.
- Pelcovitz, D., Kaplan, S., Goldenberg, B., Mandel, F., Lehane, J. & Guarrera, J. (1994). Post-traumatic stress disorder in physically abused children. *Journal of the American Academy of the Child Psychiatry, 33*, 305-312.

- Reder, P. & Duncan, S. (2001). Abusive relationships, care and control conflicts and insecure Attachments. *Child Abuse Review*, 10, 411-427.
- Runyon, M. K., Deblinger, E., Ryan, E. E., & Thakkar-Kolar, R. (2004). An overview of child physical abuse. *Trauma, Violence, & Abuse*, 5, 65-85.
- Runyon, M. K., Deblinger, E., & Schoroeder, C. M. (2008). Pilot evaluation of outcomes of combined parent-child cognitive-behavioral group therapy for families at risk for child physical abuse. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16, 101-118
- Spence, S. H. (1994). Practitioner review: Cognitive therapy with children and adolescents: From theory to practice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 1191-1928.
- Swenson, C. C. & Brown, E. J. (1999). Cognitive behavioral group treatment for physically abused children. *Cognitive and Behavioral Practice*, 6, 212-220.
- Verduyn, C. & Calam, R. (1999). Cognitive behavioral interventions with maltreated children and adolescents, *Child Abuse & Neglect*, 23, 197-207.
- Waldrop, A. E., & Arellano, M. A. (2004). Manualized cognitive behavioral treatment for physical abuse-related PTSD in an African Child: A case example. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11, 343-352.
- Widom, C. S. (1989). Does violence beget violence? A critical examination of the literature. *Psychological Bulletin*, 106, 3-28.
- Wolfe, D. A., Wekerle, C., Reitzel-Jaffe, D., & Lefebvre, L. (1998). Factors associated with abusive relationships among maltreated and nonmaltreated youth. *Development and Psychopathology*, 10, 61-85.
- 원고접수일 : 2008. 11. 13.  
수정원고접수일 : 2009. 1. 16.  
게재결정일 : 2009. 1. 29.

## **The Effectiveness of an Individual Cognitive-Behavioral Treatment for Physically Abused Children**

**Sung Joon Kim**

Metis Hospital

**Eun Jung Kim**

Department of Psychology, Ajou University

The aim of this study was to describe a case series of physically abused children who received an individual cognitive-behavioral treatment program. Seven physically abused children took part in 14 weeks of twice weekly individual therapy. The treatment program was developed with a focus on gradual exposure and on cognitive and emotional processing. The children were assessed before and after treatment using measures of post-traumatic stress, anxiety, depression, anger, and attribution style. Significant improvements were found in depression, anxiety, post-traumatic stress, feeling different from peers and interpersonal distrust. The implications and limitations of this study were discussed with suggestions for future study.

*Key words : physical abuse, PTSD, treatment outcome, cognitive behavioral therapy, individual therapy, case series.*