한국심리학회지 : 임상
The Korean Journal of Clinical Psychology
2015, Vol. 34, No. 1, 61-76

누적 아동기 외상이 성폭력 피해 아동의 정서조절과 외상후스트레스장애 증상에 미치는 영향*

최 지 영†
인제대학교 상계백병원

오 경 자
연세대학교

본 연구는 성폭력 피해 아동을 대상으로 누적 아동기 외상과 정서조절, 외상후스트레스장애 증상간의 관계를 구조방정식모형 분석을 통하여 밝히고자 하였다. 선행 연구에 기초하여 정서조절이 누적 아동기 외상과 PTSD 증상간의 관계를 완전매개할 것으로 가정하였다. 아동 성폭력 전담기관에 방문한 만 6-13세 성폭력 피해 아동 171명을 대상으로 신체학대, 가정폭력의 목격, 부모와의 외상적 분리, 방임, 현재 의뢰된 성폭력 사건 이외 가해자로부터의 성폭력 등 아동기 외상 경험 종류의 개수와 심각도, 지속기간을 평가하였다. 정서조절과 PTSD 증상은 정서조절체크리스트(ERC)와 부모용 외상증상체크리스트(TSCYC)로 부모에 의해 평가되었다. 구조방정식모형 분석 결과, 완전매개모형이 부분매개모형보다 적합한 것으로 나타났다. 즉, 누적 아동기 외상과 PTSD 증상간의 관계에서 정서조절이 중요한 위험요인 및 보호요인의 역할을 한다는 점을 시사하였다. 이러한 결과를 바탕으로 본 연구의 제한점과 의의를 논의하였다.

주요어 : 누적 아동기 외상, 정서조절, 외상후스트레스장애 증상, 성폭력 피해 아동

---

* 본 연구는 제 1저자의 박사학위 논문(2011)의 일부를 수정 보완한 것입니다.
† 교신저자(Corresponding Author) : 최지영 / 인제대학교 상계백병원 정신건강의학과 / 서울시 노원구 동일로 1342 / Tel : 02-950-8859 / Fax : 02-950-1955 / E-mail : haiminju@hanmail.net

www.kci.go.kr

신체학대, 성학대, 방임, 부모와의 외상적 분리, 가정폭력의 목격 등은 대표적인 아동기 외상으로 이러한 아동기 외상은 종종 여러 종류를 중복하여 경험하게 된다. 신체학대를 경험한 아동들은 가정폭력에 동시에 노출되었을 가능성이 높으며 부모와의 외상적 분리와 방임이 공존했을 가능성도 높다. 연구자들은 이렇게 아동기 외상을 중복하여 경험하는 경우를 중복외상(multiple trauma) 혹은 누적 아동기 외상(cumulative childhood trauma) 등으로 지칭하며, 그 부정적 영향에 대해 관심을 기울여 왔다(Ackerman, Newton, McPherson, Jones, & Dykman, 1998; Hodges, et al., 2013; Cloitre et al., 2009). 누적 아동기 외상은 단일외상에 비해서, 그리고 비대인관계적 외상과 성인기에 겪는 중복외상에 비해서도 정신병리 및 조절상의 어려움, 더 나아가 대인관계 및 사회적 적응 등에서 보다 더 부정적 영향을 미친다는 점이 밝혀져 왔다(Ackerman, Newton, McPherson, Jones, & Dykman, 1998; Choi, & Oh, 2013; Deblinger, McLeer, Atkins, Raplphe, & Foa, 1989; Fergusson, Boden, & Horwood, 2008). 국내에서도 Choi와 Oh(2013)이 성폭력 피해 후에 유의미한 후유증을 보이는 아동 495명을 대상으로 조사한 결과, 30%에 가까운 아동들이 성폭력 이외에 다른 대인관계외상을 중복해서 겪었으며, 그 경우 여러 정신과적 장애를 중복진단 받는 경우가 많으며 더 심각한 행동문제를 보인다는 점을 보고한 바 있다. 몇몇 선행 연구들은 아동기 외상의 심각도를 평정하여 누적 외상을 평가하기도 하였으나(Stevens, Ruggiero, Kilpatrick, Resnick, & Saunders, 2005; Weiss, Tull, Lavender, & Gratz, 2013), 대부분의 선행연구들은 경험한 외상의 개수에 초점을 맞추어 누적 외상 내지는 아동기 외상의 누적 효과라는 개념을 사용하였다(Ackerman et al., 1998; Cloitre et al., 2009; Hodges, et al., 2013). Choi와 Oh(2014)는 누적 아동기 외상을 외상의 개수 뿐 아니라 지속기간과 강도를 포함하여 보다 포괄적이고 입체적으로 측정하고자 시도하였다.

외상후스트레스장애(Posttraumatic Stress Disorder)는 외상으로 유발되는 생리, 정서 행동적 반응을 설명하는 가장 대표적인 정신병리이다. 성폭력 피해 아동을 대상으로 외상후스트레스장애는 20-30%로 보고되고 있으며 단일한 진단으로는 가장 높은 빈도에 해당된다(김태경 등, 2006; Kendall-Tackett, Williams, & Finkelhor, 1993). 성폭력 피해 아동들 중 신체학대 등의 중복학대 집단이 더 높은 PTSD 진단율 및 PTSD 증상을 보였으며, 아동기에 중복된 대인관계외상을 겪은 사람들은 성인기에 이르러서도 여전히 높은 PTSD 증상을 가지고 있었다(Ackerman, et al., 1998; Deblinger et al., 1989; Cloitre et al., 2009; Schaffe & McCanne, 1998).

그러나, 누적 아동기 외상과 PTSD 증상간의 관계와 관련하여 다른 결과들도 보고되고 있다. 성폭력 피해의 경우에 단일 피해에 비해 반복 피해를 겪은 아이들이 다른 모든 정신건강 지표에서는 더 부정적임에도 불구하고 PTSD 증상은 오히려 더 낮은 것으로 나온 바 있다(Kendall-Tackett et al., 1993). 단일 피해는 모르는 사람으로부터 물리적 폭력이 동반된 피해를 입었을 가능성이 많은 반면, 반복된 피해는 아는 사람으로부터 위협이나 폭력이 동반되지 않는 방식으로 이루어질 가능성이 많아 지각된 공포감이나 불안감이 감소될 수 있는 것으로 해석되었다. Jonkman, Verlinden, Bolle, Boer, 및 Lindauer (2013)은 사고나 폭행,

www.kci.go.kr

범죄, 단일 성폭력과 같은 단일외상과 지속된 학대와 방임의 영향을 PTSD 증상과 비외상적 증상으로 나누어 직접 비교하였다. 그 결과, PTSD 증상은 단일 외상 아동들이 유의하게 더 높았으나 외상과 직접 관련이 없는 정서문제, 행동문제, 또래 적응 등의 다른 정신건강 영역에서는 지속된 아동기 외상이 유의하게 더 부정적인 것으로 나타났다. 즉, 아동기 외상이 누적되는 경우 그 경험은 여러 영역에서 매우 부정적인 영향을 미치나 단일외상과 같은 충격적인 외상으로서의 영향이라고 할 수 있는 PTSD 증상과 직접적인 상관은 상대적으로 낮을 수 있다는 것이다.

최지영과 오경자(2012)는 성폭력 피해 아동 275명을 대상으로 인구학적 변인, 환경적 요인, 성폭력 특성 등의 여러 요인들과 함께 중복대인관계외상의 영향을 분석하였는데, 내·외현 행동문제 및 성행동과는 달리 PTSD 증상에 있어서는 중복대인관계외상의 영향은 유의하지 않았음을 보고하였다. 이때 중복대인관계외상은 폭력적인 범죄의 목격이나 피해, 외상성 소식의 직면, 가정폭력의 목격, 신체적 학대, 현재 의뢰된 성폭력 피해 이외 다른 가해자로부터의 성폭력 피해 등을 포함하였다. Choi와 Oh(2013) 역시 성폭력 피해아동들 중 중복대인관계외상을 경험한 아동들이 반구조화된 진단적 면담을 통해 외상후스트레스장애 진단을 받을 가능성이 더 많았으나 다른 위험요인들, 즉 가족형태나 사회경제적인 지위, 성폭력의 특징, 피해후의 부모의 대응 등을 함께 고려할 경우에는 PTSD 진단율의 차이가 더 이상 유의하지 않았음을 보여주었다. 즉 흔히 누적된 아동기 외상을 경험한 경우 결과적으로는 더 심각한 PTSD 증상을 보일 수 있으나 다른 위험요인을 함께 고려하면 그러한 차이는 더 이상 유의하지 않으며, 혹은 이를 매개하는 아동기 누적 외상의 고유한 영향과 더 밀접한 관련이 있는 다른 변인이 있음을 시사한다.

정서조절곤란은 아동기 외상 및 대인관계외상의 중복적인 경험 이후에 겪게 되는 대표적인 어려움으로 논의되어 왔다(Briere & Rickards, 2007; Cloitre et al., 2009; Kim & Cicchetti, 2009). 물론, 모든 외상적 사건에 대한 반응으로서 외상 관련 단서에 대한 침습, 회피, 불안각성 반응인 PTSD 증상이 심각해지면서 전반적인 정서조절곤란으로 이어진다는 관점이 있다. 압도적인 불안이나 강렬한 부정적 정서를 경험하게 되면 뇌의 시상-편도체 회로 및 자율신경계가 교란을 일으키며, 정서 활성화의 역치가 변화되거나 사건 관련 단서뿐만 아니라 중립적 자극에 대해서도 스트레스 반응이 활성화되어 정서조절의 곤란을 겪게 된다는 것으로, 이 경우 정서조절은 '정서적 반응성을 조절하는 능력'으로 정의될 수 있으며, 정서조절 곤란은 외상후스트레스 장애의 일종으로 이해할 수 있다(Davidson, Pizzagalli, Nischke, & Putnam, 2002; Ehring & Quack, 2010; van der Kolk, 2006). 이러한 관점은 DSM-5의 PTSD 진단기준에 DSM-IV에는 포함되지 않았던 공격적 · 충동적 행동, 자기-파괴적 행동, 과각성 등 보다 넓은 범위의 '각성, 반응성의 변화'가 진단 기준에 포함되는 것으로 이어졌다고 볼 수 있다(American Psychiatric Association, 2013).

그러나, 아동기 외상과 관련하여 논의될 때 정서조절은 초기에는 '정서적 각성 조절'의 의미에 초점을 두었으나(Cicchetti, Ackermal, & Izzard, 1995), 차츰 '자발적이고 목적의식적인 정서조절'까지 포괄하는 보다 폭넓은 의미

www.kci.go.kr

로 정의되었다(Cole, Martin & Dennis, 2004; Eisenberg & Spinrad, 2004). 발달 초기 아동들은 생리적 불균형과 환경과의 작용에서 발생하는 생리적, 정서적 각성을 양육자의 보살핌과 달램을 통하여 조절해 나가며 스스로 부정적 정서를 달래고 조절하는 정서관리 능력을 발달시켜 나가게 된다. 뿐만 아니라 부모와의 긍정적인 상호작용을 통하여 타인의 감정을 이해하고 공감하는 능력 등의 능동적인 친사회적 행동 및 목표 지향적 행동 조절 능력을 발달시켜 나가게 된다. 그러나 이 시기에 부정적 경험이 누적되거나 적절한 지지나 달램이 결핍되는 경우 보다 불안정하고 부정적인 정서적 반응성과 자발적, 목적의식적 조절 행동이라는 두가지 영역 모두를 포함하는 넓은 의미의 정서조절 능력에 근본적인 결함을 가져오게 된다(Eisenberg, Cumberland, & Spinrad, 1998; Shipman, Edwards, Brown, Swisher, & Jennings, 2005). 이러한 정서조절 곤란이 다양한 학대를 겪은 아동들을 대상으로 아동기 외상 이후 공격성 및 행동문제, 또래 부적응 등의 여러 부적응의 매개 역할을 한다고 밝혀져 왔으며(Maughan & Cicchetti, 2002; Schwarz & Proctor, 2000, Kim & Cicchetti, 2009), 아동기에 대인관계외상을 겪은 성인들의 대인관계문제, 약물남용 등을 비롯한 전반적인 심리적 부적응에 있어서도 핵심기제 역할을 한다는 점이 제안되었다(Briere & Rickards, 2007; Cloitre, Miranda, Stovall-McClough, & Han, 2005).

아동기 외상과 다양한 영역에서의 부적응과의 관계에서 정서조절곤란의 역할에 대해서는 광범위하게 탐구된 반면에 PTSD 증상간의 관계에서 정서조절 곤란의 역할을 밝힌 연구는 다소 제한되어 있다. 아동기 외상을 겪은 성인군을 대상으로는 몇 몇 연구들이 있었다. Stevens 등(2013)은 아동기 학대를 겪은 성인 여성 139명을 대상으로 아동기 외상과 PTSD 증상간의 관계에서 정서조절 곤란의 매개 역할을 검증하였다. 그 결과, 성학대, 정서학대, 신체 학대 등의 아동기 외상은 PTSD 증상에 직접적으로 영향을 미침과 동시에 정서조절곤란, 최근의 대인관계폭력 경험, 낮은 사회적지지 등을 매개로 하여 간접적으로도 영향을 미치는 것으로 나타났다. Weiss와 Tull, Lavender, Gratz(2013)도 성인 물질남용 집단 93명을 대상으로 아동기 외상과 PTSD 증상간의 관계를 정서조절곤란이 부분 매개한다는 점을 밝혔다. 아동을 대상으로는 자연재해 후에 정서조절 능력이 시간의 경과에 따른 PTSD 증상의 악화를 조절하는 중요한 중재 변인으로 확인되기는 하였으나(Terranova, Boxer & Morris, 2009), 직접적으로 아동을 대상으로 아동기 외상과 PTSD 증상간의 관련성을 검증한 연구는 제한되어 있다. 학대 및 대인관계 외상을 겪고 있는 대다수 아동의 경우 PTSD 증상이 임상적으로 관심의 초점이 되지 않는 것이 한 가지 그 이유일 것으로 추론된다. 그러나, 성폭력 피해 아동의 경우는 다른 아동기 외상의 경우와는 달리 PTSD 증상은 임상적 관심의 초점이 된다. 피해의 특성 및 사건 후 요인 등이 PTSD 증상의 심각도에 영향을 미치는 중요한 요인들이기는 하나 성폭력 사건 이외의 중복되거나 누적된 아동기 외상은 다른 부적응 문제 뿐 아니라 PTSD 증상에도 중요한 위험 요인임은 여러 연구들이 주목한 바 있다(Deblinger et al., 1989; Schaffe & McCanne, 1998). 그럼에도 누적 아동기 외상과 PTSD 증상간의 관계를 정서조절의 관점에서 탐색하지는 못하였다.

따라서 본 연구에서는 성폭력 피해 아동을

www.kci.go.kr

대상으로 누적된 아동기 외상이 정서조절과 외상후스트레스장애 증상에 미치는 영향을 확인하고, 아동기 외상의 부정적 결과들의 핵심 기제로 제안되어온 정서조절곤란이 누적 아동기 외상과 PTSD 증상간의 관계에서도 역시 매개역할을 하는지 검증해보고자 하였다. Stevens 등(2013)과 Weiss 등(2013)이 성인들을 대상으로 누적 아동기 외상과 PTSD 증상간의 관계에서 정서조절이 부분매개역할을 하는 것으로 확인한 바 있다. 그러나 선행 연구들이 누적 외상의 영향이라고 하나 결국 외상이 없는 피험자가 함께 포함되었다는 점에서 외상 유무의 영향을 함께 검증하였다고 할 수 있다. 모두 외상을 가진 상태에서 이전 누적된 외상의 영향을 평가하고 분석할 경우, 외상과 정서조절, PTSD 증상의 관계가 동일하지 않을 것으로 예상해 볼 수 있다. 특히, 본 연구 대상이 포함된 성폭력 피해 아동들을 대상으로 한 Choi와 Oh(2012, 2013)의 연구에서 여러 요인들을 함께 통제했을 때 PTSD 진단율 및 PTSD 증상의 심각도에서 차이가 더 이상 유의하지 않았다는 점을 고려할 때, 누적 아동기 외상의 직접적인 영향은 유의하지 않을 것으로 예상해 볼 수 있겠다. 이에 본 연구에서는 성폭력 피해 아동들 중 더 심각한 누적 아동기 외상을 겪은 경우 더 심각한 정서조절 곤란을 겪으며, 정서조절 곤란을 매개로 더 많은 PTSD 증상을 겪게 될 것이라는 완전매개모델을 가정하였으며 구조방정식모형 분석을 통하여 부분매개모형과 비교하여 검증하고자 하였다. 그리고 누적 아동기 외상을 외상의 개수 뿐 아니라 외상의 지속 기간과 강도를 함께 포함하여 종합적으로 평가하고자 하였다.

방 법

연구 대상

연구대상은 아동성폭력 피해 전담기관에 내원한 만 6-13세 이하의 아동 171명이었다. 이 기간 동안 전담기관에 내원하여 정신과 전문의가 진료를 통해 피해 가능성이 높고, 후유증이 있는 것으로 판단하여 심리평가를 의뢰한 후 실제 평가가 실시된 아동들은 241명이었다. 평가 결과, 피해사실이 없거나 불확실한 아동 14명과 정신지체 아동 15명, 부모용 설문지가 미제출된 아동 41명을 제외한 171명을 최종 연구대상으로 하였다.

분석에 포함된 아동의 인구학적 특성을 살펴보면 평균 연령은 8.95세(표준편차 2.19)였으며, 남아가 19명(11.1%), 여아가 152명(88.9%)이었다. 모든 변인에 대한 성차를 확인한 결과, 정서조절의 하위요인인 '불안정 요인'에서 유의한 차이가 있었다, $F(1, 170)=6.57$, $p<.01$.

연구대상 아동들 중 총 68명(39.8%)이 현재 의뢰된 성폭력 사건 이외에 한 가지 이상의 외상 경험을 가지고 있었으며, 31명(18.1%)은 1개, 27명(15.8%)은 2개, 10명(5.8%)은 3개 이상의 외상 종류를 경험한 것으로 나타났다. 외상의 종류별로 살펴보면 신체학대가 26명, 가정폭력의 목격이 16명, 부모와의 외상적 분리가 25명, 방임이 40명, 그리고 현재 의뢰된 성폭력 사건 이외의 다른 가해자로부터의 성폭력 사건이 7명이었다.

절차

성폭력 피해자 지원 전담기관에 방문한 아동의 부모는 사회복지사인 상담원과의 초기

www.kci.go.kr

면담에서 피해 상황 및 환경적 요인을 보고하며, 정신과 전문의와의 진료 시 센터 이용 동의서와 함께 연구 동의서를 작성하게 된다. 아동과 부모는 정신과 전문의의 진료 후 임상심리전문가에 의한 심리평가를 받게 되는데, 이때 임상심리전문가는 아동과 부모를 대상으로 각각 반구조화된 진단적 면접도구인 한국판 K-SAD-PL(Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Present and Lifetime Version; 김영신 등, 2003)를 실시하는데, 그 중에서 PTSD의 외상성 사건을 조사하며 신체학대, 가정폭력의 목격, 방임, 현재 의뢰된 성폭력 사건 이외의 성폭력 피해 등 5가지 유형의 아동기 외상의 경험 여부와 지속 기간을 확인하며 아동과 부모의 진술을 요약 없이 '아동기 외상 기록지'에 말한 그대로 적었다. 부모와 아동의 보고가 일치되지 않는 경우 K-SADS-PL의 일반적인 가이드라인에 따라 외상경험 여부와 지속기간을 임상가가 최종 판단을 하였으며, 외상의 심각도와 관련하여서는 부모와 아동의 진술에 근거하여 두 명의 임상심리전문가가 독립적으로 평정하였다. 설문지는 부모 및 주양육자에 의해 작성되어 심리평가 시에 제출되었다.

측정 도구

누적 아동기 외상

아동이 경험한 외상의 수와 그 외상의 평균 심각도와 기간을 누적 아동기 외상의 측정변인으로 구성하였다. '아동기외상기록지'에 신체학대, 가정폭력의 목격, 방임, 부모와의 분리, 현재 의뢰된 성폭력 이외의 성폭력 사건 중에서 경험한 종류의 외상 수와 기간을 기록하였으며, 외상의 심각도와 관련하여서는 Barnett와 Manly, Cicchetti(1993)의 학대분류체계

표 1. 아동기 외상 사건의 심각도 평정기준

	1점	2점	3점
성폭력	삽입이나 폭력위협 동반이 없는 성추행	삽입 혹은 폭력/협박이 동반된 경우	삽입과 폭력/협박이 둘 다 있었던 경우 혹은 강간
신체학대	부적절한 심한 체벌	체벌을 넘어서는 구타 및 폭행	흉기 사용이나 신체외상, 공공기관개입이 있었던 경우
가정폭력	심한 욕설 및 다툼, 물건을 던지는 수준	구타 및 폭행	흉기 사용이나 신체외상, 공공기관의 개입이 있었던 경우
외상적 분리	가출 및 사망 /다른 애착대상은 존재	가출 및 사망, 유기/ 주요 애착대상 부재하나 대리양육자 존재	가출 및 사망, 유기/ 대리양육자 부재, 시설입소
방임	부모 및 대리양육자가 있기는 하나 적절한 보살핌 없음/혹은 주양육자의 빈번한 교체	부모 혹은 대리양육자가 하루 중 대부분 부재/ 교육적방임(적절한 교육이나 훈육의 부재)	기본적인 의식주를 제공하지 않거나 상해와 위험으로부터 보호하지 않는 경우

www.kci.go.kr

(Maltreatment Classification System)와 유사한 3점 척도의 평정기준을 개발하여 이에 따라 5가지 외상에 대한 심각도를 평정하였다. 표 1에 평정 기준을 제시하였다. 두 명의 임상심리전문가의 평정자간 상관을 확인한 후(r= .72~.86), 측정변인으로는 첫 번째 평정자의 점수를 사용하였다. 외상의 기간은 외상이 지속된 기간이 1년 이내는 1, 1-2년 사이는 2, 2년 이상 지속되었다면 3으로 평정하였다.

정서조절 체크리스트(Emotion Regulation Checklist; ERC)

Shields와 Ciccetti(1997)가 아동의 정서조절 능력을 평가하기 위하여 개발한 도구로 부모, 교사, 상담자 등 아동과 친숙한 성인이 작성할 수 있다. Shields와 Cicchetti(1997)이 6-12세 513명의 아동을 대상으로 요인 분석한 결과, 기분변화, 분노반응, 정서적 강도, 비조절된 정서 등의 항목으로 구성된 불안정성/부정성(Lability/Negativity) 요인과 침착성, 정서이해, 공감을 포함하는 적응적 조절의 핵심인 정서조절(Emotion Regulation) 요인으로 나눌 수 있었다. 불안정성/부정성 요인의 문항으로는 "기분변화가 급격하다", "분노 폭발을 잘 하거나 쉽게 울컥해 한다" 등이 있으며 정서조절 요인의 문항에는 "다른 사람과 감정을 나눈다: 다른 사람이 당황하거나 속상해 할 때 관심을 보인다", "다른 아이가 우호적이거나 중립적으로 접근했을 때 긍정적으로 반응한다" 등이 포함되어 있다. 각 요인 별 내적 합치도 Cronbach α는 .96, .83이었으며 전체문항의 내적 합치도 Cronbach α는 .89이었다. 불안정성/부정성 요인은 15개 문항 15-60점 범위이며, 정서조절 요인은 8개 문항 8-32점 범위이다.

본 연구에서는 원저자의 허락을 받은 후 한국어와 영어에 모두 능통한 임상심리학자가 원문에 충실하게 번역한 다음 두 언어에 모두 능통한 또 다른 심리학자가 역번역하여 비교하여 수정하였다. 본 연구에서는 부모가 작성하는 것을 원칙으로 하였으며, 부모가 부재한 경우는 주양육자가 작성하였다. 본 연구의 자료 분석 시 불안정성/부정성 요인은 '불안정성 요인'으로 명명하였으며, 정서조절 요인은 역코딩하여 점수가 높을수록 정서조절능력이 손상된 것을 의미하도록 하여 '조절 곤란 요인'로 명명하였다. 본 연구에서의 전체문항 내적 합치도 Cronbach α는 .86이었으며, 불안정성 요인은 .82, 조절곤란 요인은 .75이었다.

부모용 외상증상체크리스트(Trauma Symptom Checklist for Young Children; TSCYC)

Briere(2001)가 만 3세에서 12세 아동의 외상과 학대 관련 증상을 보호자가 4점 척도도 평가하도록 개발한 도구이다. 총 90문항으로 반응수준과 비특이적 반응을 측정하는 2개의 타당도 척도와 불안, 우울, 분노/공격성, PTSD-침습, PTSD-회피, PTSD-각성, PTSD-총점, 해리, 성적 관심의 8개 임상척도로 구성되어 있다. Briere(2001)의 개발 당시 내적합치도 Cronbach α는 .87이었다. 이 척도는 아직 국내에서 표준화 작업이 이루어지지 않아, 본 연구에서는 손소영, 김태경, 신의진(2007)이 번역한 것을 사용하였다. 본 연구에서는 PTSD 증상의 3개 하위척도를 침습, 회피, 각성으로 명명하여 분석에 사용하였다. 각 하위 척도에 대한 내적 합치도 Cronbach α는 각각 .81, .81, .80이었다. 3개 척도는 각각 9개 문항으로 구성되었으며, 점수 범위는 9-36점이었다.

www.kci.go.kr

자료 분석

본 연구에서 전체 자료에 대한 기술통계 및 상관관계 분석을 위해 SPSS 15.0을 사용하였다. 누적 아동기 외상이 정서조절곤란을 통해 간접적으로 PTSD 증상에 영향을 미친다고 가정하는 완전매개모형과 누적 아동기 외상에서 PTSD 증상으로 가는 직접적인 경로를 가지는 부분매개모형을 비교, 검증하기 위해 구조방정식모형분석을 AMOS 7.0을 사용하여 실시하였다. 모델적합도를 평가하기 위해 Compartive fit index(CFI), Bentler-Bonett Normed Fit(NFI), Root Mean Square Error of Approximation(RMSEA)를 사용하였다. CFI와 NFI가 .90 이상 정도가 되면 적합도가 좋은 모형인 것으로 간주하며, RMSEA가 .08이하면 적절한 모형으로 간주하였다(Kline, 2005).

결 과

측정변인들간의 상관관계

주요변인들과의 상관관계와 기술통계는 표 2에 제시하였다. 아동기 외상의 수는 정서조절의 하위요인들과 유의한 상관을 보였으며(r=.36, r=.29), PTSD 증상들과도 유의한 상관이 있었다(r=.15～.20). 외상의 강도와 기간은 정서조절과는 유의한 상관이 있었으나(r=.15～.24), PTSD 증상과의 상관은 유의하지 않았다. 정서조절의 불안정성 요인은 PTSD 증상의 세 하위요인들과 중등도의 상관을 보였고

표 2. 주요 변인간 상관행렬 (N=171)

	1	2	3	4	5	6	7	8
누적 아동기 외상								
1. 외상개수	-							
2. 외상강도	.27***	-						
3. 외상기간	.67***	.29***	-					
정서조절								
4. 불안정성	.36***	.18*	.20**	-				
5. 조절곤란	.29***	.15	.24**	.61***	-			
PTSD 증상								
6. 침습	.16*	.09	.09	.35***	.13	-		
7. 회피	.15*	.10	.13	.28***	.17*	.68***	-	
8. 각성	.20**	.08	.15	.50***	.28***	.69***	.68***	-
평균	1.66	1.10	.73	.28.30	16.69	13.71	15.73	15.26
표준편차	.97	.67	.86	6.42	3.95	4.31	4.97	4.98

$^{*}p < .05$, $^{**}p < .01$, $^{***}p < .001$.

www.kci.go.kr

(r=.28～.50), 조절곤란 요인은 PTSD-회피와 PTSD-각성과의 상관이 유의하였다(r=.17～.28).

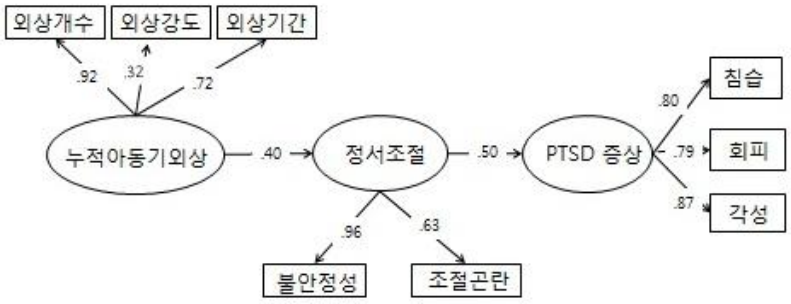
구조방정식 모형 검증

본 연구에서 가정한 누적 아동기 외상이 PTSD 증상에 미치는 영향에 대한 정서조절의 완전매개 모형을 검증하기 위한 구조방정식 모형 분석을 실시하기에 앞서 각 잠재변인과 잠재변인을 구성하는 측정변인간의 관계가 얼마나 적절하지 측정구조를 검증해보았다. 측정구조 검증결과, 측정모형의 적합도는 양호하였다, $\chi^2(df=17,\ N=171)=30.329$, $p=.024$; GFI=.97; NFI=.94; RMSEA=.068.

PTSD 증상에 대한 정서조절의 완전매개모형을 검증한 결과, 각 변인 간 경로계수는 모두 통계적으로 유의미하였으며, 모형 적합도도 양호하였다, $\chi^2(df=18,\ N=171)=30.508$, $p=.033$; GFI=.97; NFI=.94; RMSEA=.064. 누적 아동기 외상에서 PTSD 증상으로의 직접 경로가 포함된 부분매개모형 역시 양호한 모델적합도를 보였으나, $\chi^2(df=17,\ N=171)=30.329$, $p=.024$; GFI=.97; NFI=.94; RMSEA=.068, 부분매개모형에서 누적 아동기 외상에서 PTSD 증상으로 가는 직접 경로가 통계적으로 유의하지 않은 바, 모형의 간명성에 따라 완전매개모형을 채택하였다. 즉, 성폭력 피해 아동에게 있어 누적 아동기 외상과 정서조절곤란 및 PTSD 증상의 관계는 완전매개모형이 잘 부합하였다. 채택된 완전매개모형과 각 표준화된 경로계수는 그림 1에 제시하였다. PTSD 증상에 대한 모델의 매개효과는 .20이었으며, 매개효과의 통계적 유의성을 검증하기 위해 bootstrapping 방법을 이용하였다. 그 결과, 누적 아동기 외상이 PTSD 증상에 미치는 매개효과는 5% 유의수준에서 통계적으로 유의하였다.

논 의

본 연구는 성폭력 피해 아동을 대상으로 누적 아동기 외상과 정서조절, PTSD 증상간의 관계를 확인하고자 하였다. 성폭력 피해 아동의 PTSD 증상에 있어서 누적 외상은 정서조절의 곤란을 통하여 간접적으로 영향을 미친다는 완전매개모형을 가정하였으며, 대안모형인 부분매개모형과 비교하였다. 구조방정식모



$p<.001$.

그림 1. 누적 아동기 외상, 정서조절, PTSD 증상의 관계에 대한 완전매개모형과 표준화된 계수 추정치. 모든 경로계수는 유의함.

www.kci.go.kr

형 분석 결과, 두 모형의 적합도는 모두 양호하였으나 누적 아동기 외상에서 PTSD 증상으로 가는 직접 경로는 통계적으로 유의하지 않은 바, 완전매개모형이 적합한 것으로 나타났다. 이는 누적된 아동기 외상을 겪은 성폭력 피해 아동들은 더 심각한 정서조절의 곤란을 겪으며, 그러한 정서조절의 곤란으로 더 심각한 PTSD 증상을 경험하게 된다는 것을 의미한다.

이러한 결과는 아동을 대상으로 정서조절이 누적 아동기 외상의 여러 부정적 결과의 중요한 매개기제라는 점을 보고한 선행 연구들과 일치하며, 성인을 대상으로 PTSD 증상에 있어서도 유의한 매개 변인이라는 점을 제안한 연구들과도 일관된다(Choi & Oh, 2014; Kim & Cicchetti, 2009; Steven et al., 2013). 즉, 누적된 아동기 외상을 경험한 경우 정서적 불안정성과 부정성이 증가할 뿐 아니라 능동적이고 목표 지향적 조절 능력의 발달이 충분히 이루어지지 못하게 되며, 이러한 정서조절의 손상이 성폭력 피해 아동들이 겪게 되는 PTSD 증상을 더욱 악화시킬 수 있는 위험요인임을 제안하고 있다. 본 연구에서 아동기 외상은 개수와 기간, 강도를 고려하여 단순하게 해석할 수는 없으나 성폭력 피해 아동들 중 아동기 외상의 누적된 영향을 받지 않는 경우, 정서조절 능력이 덜 손상되며, 이는 PTSD 증상을 경감시킬 수 있는 보호요인으로 작용할 수 있음을 시사한다. 성폭력 피해후의 후유증 정도가 성폭력 사건의 심각도와 반드시 일치하지 않는다는 점은 주지의 사실이다. 최지영과 오경자 (2012)의 연구가 성폭력 사건 자체의 특성과 함께 가족형태, 사회경제적 지위 등의 사건 전 요인, 발고지연과 부모의 대처를 포함한 사건 후 요인을 함께 고려하였을 때에 중복대인관계외상의 영향이 상당히 유의하다는 점을 밝힌 바 있다. 본 연구에서는 다른 여러 요인들을 함께 고려하지는 못하였지만 PTSD 증상에 있어서 누적 아동기 외상의 영향이 정서조절을 매개로 이루어진다는 점을 확인하였다고 하겠다. 따라서 성폭력 피해 아동의 PTSD 증상을 평가함에 있어, 누적된 아동기 외상 경험과 함께 정서조절능력의 영향을 함께 고려해야함을 시사한다고 하겠다.

성폭력 피해 아동의 치료적 개입에 있어서도 단일 외상으로서 성폭력 피해를 겪은 아이들과 달리 여러 복합적인 외상을 가진 아동들의 경우에는 정서조절에 보다 더 초점을 맞춰야 할 필요성을 시사한다. 외상 사건과 조건화된 불안-공포 반응을 역조건화를 통해 완화시키는 노출치료는 PTSD에 가장 효과적인 것으로 밝혀져 왔다. 그러나 복합외상을 가진 경우 단일 외상에 비해 PTSD 증상에 초점을 맞춘 치료만으로는 그 효과성이 낮음이 보고되며, PTSD 증상에 초점을 맞춘 치료에 앞서 안전감의 확보와 더불어 다양한 자기조절 기술을 습득하는 단계의 중요성이 강조되고 있다(Amaya-Jackson & DeRosa, 2007; Cohen, Mannarino, Kliethermes, & Murray, 2012). 누적 아동기 외상을 겪은 아동들이 보이는 다양한 행동문제 및 복합적인 증상에 대해 정서조절 곤란이 매개기제의 역할을 한다는 점이 제안되며 정서조절에 대한 치료적 개입이 강조되었던 것처럼, 본 연구 결과는 누적 아동기 외상을 겪은 성폭력 피해 아동의 PTSD 증상을 치료하기 위해서도 정서조절 영역에 대한 개입이 중요함을 시사한다고 하겠다. 그리고 그러한 정서조절 영역은 이완훈련이나 스트레스 관리와 같은 정서적 반응성을 조절하는 영역뿐 아니라 보다 친사회적이고 목표지향적인

www.kci.go.kr

조절 영역을 포함해야 할 것으로 생각된다.

본 연구는 다음과 같은 몇 가지 의의를 가진다. 우선, 성폭력 피해 아동의 임상적 관심의 초점이 되는 PTSD 증상에 대해 누적 아동기 외상과 정서조절의 관점에서 설명하고자 시도하였다는 점이다. 성인을 대상으로 한 회고 연구에 비해 아동을 대상으로 한 연구들이 제한되어 있는 상황에서 아동을 대상으로 한 누적 아동기 외상의 영향을 확인하는데 기여하였다고 하겠다.

특히, 선행 연구들은 외상이 없는 경우가 모두 포함되어 현재 외상 유무의 영향이 함께 분석된 반면에 본 연구는 모두 성폭력이라는 동일한 외상을 겪은 경우를 대상으로 하였기 때문에 이전 외상의 누적 효과에 대한 보다 더 정확한 평가가 가능했을 것으로 추론된다. 서론에서 언급하였듯이 본 연구에서는 모두 성폭력 피해라는 외상을 겪은 아동을 대상으로 하였으며, 다른 위험 요인들을 고려하였을 때 이전 외상 경험이 PTSD 증상에 더 이상 유의한 영향이 없었다는 연구 결과(최지영, 오경자, 2012)를 바탕으로 완전매개모델을 가정하였다. 그리고 분석 결과, 완전매개모델이 타당한 것으로 나타났다. 즉, 외상이 없는 경우가 함께 포함된 선행 연구에서 누적 외상이 PTSD 증상으로 미치는 직접 영향이 유의했던 반면에 이미 모두 현재 외상을 갖고 있는 경우, 과거의 누적 외상은 더 이상 직접적인 것이 아닌 정서조절의 손상을 통해 PTSD 증상에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 외상이 없는 경우가 포함된 선행 연구의 경우 누적 외상 속에 실제로는 외상 유무의 영향 또한 포함되었던 것으로 해석할 수 있는 반면에, 본 연구의 경우 현재 외상을 제외한 누적된 외상의 영향을 분석하였다고 할 수 있겠다.

더불어 선행 연구들이 대부분 외상의 유형만을 평가하여 경로분석을 하거나, 성인을 대상으로 한 경우에는 아동기 외상질문지(CTQ)와 같은 연속 변인으로 측정한 학대 유형별로 심각도를 평가하였던 것에 반해 본 연구에서는 외상의 유형 뿐 아니라 외상의 심각도와 기간 등을 측정변인으로 포함한 구조방정식모형을 검증함으로서 누적 아동기 외상의 의미가 더 적절히 반영되었다고 하겠다. 다만, 외상 강도의 요인계수가 .32로 다소 낮은 편이었다. 본 연구에서 외상 유무나 지속기간은 직접 피험자의 보고에 의해 결정된 것에 반해서 심각도는 아동과 부모의 구술을 임상가가 평정한 것으로 객관적인 기준에 의해 평정하고자 하였으나 피험자가 경험한 심각도가 적절히 반영되지 못했을 가능성이 있겠다. 외상의 심각도를 더 잘 반영할 수 있는 평정 기준 및 아동을 대상으로 한 자기 보고 질문지 등의 개발이 도움이 될 수 있겠다.

본 연구는 몇가지 제한점과 추후 연구에서 보안해야할 점을 가지고 있다.

우선, 본 연구 자료는 횡단적으로 수집한 것으로 인과관계로서의 매개효과를 밝히기 위해서는 종단적 연구가 필요하다. Kim과 Cicchetti(2009)가 1년간의 추적 연구를 통하여 아동기 외상이 중복되고 발달 초기에 있었을 수록 정서조절의 손상을 가져오며, 정서조절을 매개로 횡단적으로뿐 아니라 종단적으로도 행동문제와 또래 관계에 있어 영향을 미친다는 점을 분석하였다. PTSD 증상의 경우 특히, 시간의 경과에 따른 영향을 많이 받으나, 이와 관련하여서는 회고적 연구들이 주를 이루고 있는 상태로 종단 연구를 통한 검증이 필요하겠다.

둘째, 본 연구에서는 PTSD 증상을 외상적

www.kci.go.kr

사건과 관련한 침습, 회피, 각성을 주증상으로 정의하여 모형을 검증하였으나 아동에게 나타나는 PTSD 증상의 양상을 충분히 반영하지 못하였을 수 있겠다. 아동의 경우 전형적인 PTSD 증상을 보이지 않는 경우가 흔하고, 무감각이나 과각성, 혹은 공격성의 증가 등으로 표현될 소지가 많다고 보고된 바 있다(Scheeringa, Zeanah, Myer, & Putman, 2003). 특히, 누적 아동기 외상은 재경험, 회피, 각성을 중심으로 한 전형적인 PTSD 증상만으로 설명하기 어려운 다양한 영역의 변화, 이를테면 자신과 타인에 대한 개념의 변화, 정서적 불안정성, 더 많은 해리반응, 충동성 등을 보이며, 이러한 현상을 설명하기 위해 복합외상후스트레스장애(Complex PTSD)라는 진단이 제안된 바 있다(Herman, 1992; Cloitre et al., 2009). 최근 DSM-V의 PTSD 진단기준에도 이러한 문제의식이 반영되어 외상사건에 아동학대와 같은 혐오스럽거나 부정적인 경험에 지속적으로 노출되는 것이 포함되었으며, 진단기준에도 지속적인 인지/정서의 부정적 변화가 포함되었으며, 각성 반응에서도 이전에 '도피'(flight) 반응에만 초점을 두었다면 투쟁(fight)반응까지 포함하고 있다. 아동의 특징과 최근에 제기되는 보다 넓은 범위의 PTSD 증상을 포괄하여 PTSD를 정의할 경우, 정서조절과의 관계가 어떻게 달라지는 지 확인해볼 필요가 있겠다.

셋째, 연령과 성별 등의 인구학적 특성의 영향을 밝히지 못하였다. 우선, 본 연구는 누적 아동기 외상의 측정 변인으로 외상의 수와 강도, 지속기간을 사용하였으나, 중요한 변인인 아동기 외상의 최초 경험 시기를 포함하지 못하였다. 본 연구 자료에서 연령과 외상의 개수가 .33의 상관을 보인 것처럼 연령에 따라 외상개수가 많아지는 경향과 어린 나이에 겪는 영향을 비교해볼 필요도 있겠다. 또한 연구대상의 10% 정도를 차지한 남아들은 여아들에 비해 정서조절의 '불안정' 요인에서 유의하게 높은 특징을 보이고 있는데, 이는 성차에 따라 차이를 보이는 정서조절 영역이 있음을 시사한다. 본 연구에서는 남아의 표본 크기가 작아서 이를 통계적으로 검증하지 못하였으나 정서조절의 남녀 차이는 PTSD 증상으로 이어지는 기제에 영향을 미칠 수 있었겠다.

참고문헌

김영신, 천근아, 김붕년, 유희정, 김재원, 소유경, 조수철, 장순아, 서동향, 배명옥, 노주선, Levental, B., Cook, E., McBurnett, K. (2003). 한국판 K-SADS-PL(Korean Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Present and Lifetime Version). 중앙문화사.

김태경, 김소향, 최경숙, 최지영, 임자영, 엄소용, 신의진 (2006). 한국 성폭력 피해 아동의 정신병리. 대한신경정신의학학회지. 45, 165-173.

손소영, 김태경, 신의진 (2007). 아동용 외상관련 증상 평가척도의 효용성-성폭력 피해 아동과 일반 아동의 비교. 소아청소년정신의학, 18, 49-57.

최지영, 오경자 (2012). 중복대인관계외상이 성폭력 피해 아동의 외상후스트레스 증상, 내외현화행동문제, 성행동에 미치는 영향. 한국심리학회지: 임상, 31, 641-658.

Ackerman, P. T., Newton, J. E. O., McPherson, W. B., Jones, J. G., & Dykman, R. A.

www.kci.go.kr

(1998). Prevalence of post-traumatic stress disorder and other pyschiatric diagnosis in tree groups of abused children(sexual, physical, and both). *Child Abuse and Neglect, 22,* 759-774.

Amaya-Jackson, L., & DeRosa, R. P. (2007). Treatment considerations for clinicians in applying evidence-based practice to complex presentations in child trauma. *Journal of Traumatic Stress, 30,* 379-390.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders, 5th ed.* Washington, D. C.: American Psychiatric Association.

Barnett, D., Manly, J. T., & Cicchetti, D. (1993). Defining child maltreatment: the interface between policy and research. In D. Cicchetti, & S. L. Toth(Eds.). *Child abuse, child maltreatment, and social policy* (pp. 7-73). Norwood, NJ: Ablex.

Briere, J. (2001). *Trauma Symptom Checklist for Young Children: professional manual.* Odessa, FI. Psychological Association.

Briere, J., & Rickard, S. (2007). Self-awareness, affect regulation, and relation, and relatedness. differential sequels of childhood versus adults victimization experience. *Journal of Nervous and Mental Disease, 195,* 497-506.

Choi, J. Y., & Oh, K. J. (2014). Cumulative childhood trauma and psychological maladjustment of sexually abused children in Korea: mediating effects of emotion regulation. *Child Abuse & Neglect. 38,* 296-303.

Choi, J. Y. & Oh, K. J. (2013). The effects of multiple interpersonal traumas on psychological maladjustment in sexually abused children. *Journal of Traumatic Stress, 26,* 149-157.

Cicchetti, D., Ackerman, B. P., & Izzard, C. E. (1995). Emotion and emotion regulation in developmental psychopathology. *Development and Psychopathology, 7,* 1-10.

Cloitre, M., Miranda R., Stovall-McClough K. C., & Han H. (2005). Beyond PTSD: Emotion regulation and interpersonal problems as predictors of functional impairment in survivors of childhood abuse. *Behavior Therapy, 36,* 119-124.

Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., van der Kolk, B., Pynoos, R., Wang, J., & Petkova, E. (2009). A developmental approach to complex PTSD: childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress, 22,* 399-408.

Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Kliethermes, M., & Murray, L. (2012). Trauma-focused CBT for youth with complex trauma. *Child Abuse & Neglect, 36,* 528-541.

Cole, P. M., Martin, S. E., & Dennis, T. A. (2004). Emotion regulation as a science construct: methodological challenges and directions for child development research. *Child Development, 75,* 317-333.

Davidson, R. J., Pizzagalli, D., Nischke, J. B., & Putnam, K. M. (2002). Depression: perspectives from affective neuroscience. *Annual Review of Psychology, 53,* 545-574.

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,*

www.kci.go.kr

13, 403-408.

Ehring, T., & Quak, D. (2010). Emotion regulation difficulties in trauma survivors: the role of trauma type and PTSD symptoms severity. *Behavior Therapy, 41,* 587-598.

Eisenberg, N., & Spinrad, T. L. (2004). Emotion-related regulation: sharpening the definition. *Child Development, 75,* 334-339.

Eisenberg, N., Cumberland, A., & Spinrad, T. I. (1998). Parental socialization of emotion. *Psychological Inquiry, 9,* 241-273.

Fergusson, D. M., Boden, J. M., & Horwood, L. J. (2008). Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child Abuse and Neglect, 32,* 607-619.

Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Stress, 5,* 377-391.

Jonkman, C. S., Verlinden, E., Bolle, E. A., Boer, F., & Lindauer, R. L. (2013). Traumatic Stress Symptomatology after child maltreatment and single traumatic events: different profiles. *Journal of Traumatic Stress, 26,* 225-232.

Kendall-Tackett K. A., Williams L. M., & Finkelhor D. (1993). Impact of sexual abuse on children; a review and synthesis of recent Empirical studies. *Psychology Bulletin, 110*, 164-180.

Kim, J., & Cicchetti, D. (2009). Longitudinal pathways linking child maltreatment, emotion regulation, peer relations, and psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 51(6),* 706-716.

Kline, R. E. (2005). *Principle and practice of structural equation modeling.* New York, NY: Guilford Press.

Maughan, A., & Cicchetti, D. (2002). Impact of child maltreatment and interadult violence on children's emotion regulation abilities and socioemotional adjustment. *Child Development, 73,* 1525-1542.

Schaaf, K. K., & McCanne T. R. (1998). Relationship of childhood sexual, physical, and combined sexual and physical abuse to adult victimization and posttraumatic stress disorder. *Child Abuse and Neglect, 22(11),* 1119-1133.

Scheringa, M. S., Zeanah, C. H., Myers, L., & Putman, F. W. (2003). New finding alternative set of criteria for posttraumatic stress disorder(PTSD) for preschool children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 42,* 561-570.

Schwartz, D., 7 Proctor L. J. (2000). Community violence exposure and children's social adjustment in the school peer group; the mediating roles of emotion regulation and social cognition. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 670-683.

Shipman, K., Edwards, A., Brown, A., Swisher, L., & Jennings, E. (2005). Managing emotion in a maltreating context: A pilot study examining child neglect. *Child Abuse and Neglect, 29,* 1015-1029.

Shields, A., & CIcchetti, D. (1997). Emotion regulation in school-age children: The development of anew criteria Q-sort scale. *Developmental Psychology, 33,* 906-916.

Steven, N. R., Gerhart, J., Goldsmith, R. E., Heath, N. M., Chesney, S. A., & Hobfoll, S.

www.kci.go.kr

E. (2013). Emotion regulation difficulties, low social support, and interpersonal violence mediatie the link between childhood abuse and posttraumatic stress symptoms. *Behavior Therapy, 44,* 152-161.

Stevens, T., N., Ruggiero, K. J., Kilpatrick, D. G., Resnick, H. S., & Saunders, B. E. (2005). Variables differentiating singly and multiply victimized youth: results from the national survey of adolescents and implications for secondary prevention. *Child Maltreatment, 10,* 211-223.

Terranova, A. M., Boxer, P., & Morris, A. S. (2009). Factor influencing the course of posttraumatic stress following a natural disaster: children's reactions to Hurricane Katrina. *Journal of Applied Developmental Psychology, 30*, 344-355.

van der Kolk, B. A. (2006). Clinical implications of neuroscience research in PTSD. Annals of *New York Academy of Sciences, 107,* 277-293.

Weiss, N. H., Tull, M. T., Lavender, J., & Gratz, K. L. (2013). Role of emotion dysregulation in the relationship between childhood abuse and probable PTSD in a sample of substance abuser. *Child Abuse & Neglect, 37,* 944-954.

원고접수일 : 2014. 02. 14.
수정원고접수일 : 2014. 11. 27.
게재결정일 : 2014. 12. 03.

www.kci.go.kr

한국심리학회지 : 임상
The Korean Journal of Clinical Psychology
2015, Vol. 34, No. 1, 61-76

The effects of cumulative childhood trauma on emotion regulation and posttraumatic stress disorder symptoms in sexually abused children

Ji Young Choi
Sanggy Paik Hospital, Inje University

Kyung Ja Oh
Younsei University

The purpose of this study was to examine relations among cumulative childhood trauma, emotion regulation, and posttraumatic stress disorder(PTSD) symptoms, using structural equation modeling(SEM). Based on previous studies and literatures, the completed mediation model was proposed, in which emotion regulation fully mediates the relationship between cumulative childhood trauma and PTSD symptoms. Data were collected on 171 children (ages 6-13 years) referred to a public counseling center for sexual abuse. Cumulative childhood trauma was defined on the basis of number of traumas(physical abuse, witnessing domestic violence, neglect, traumatic separation from parent, and sexual abuse by a perpetrator different from the one involved in the current allegation of sexual abuse), severity and duration of traumas. Emotion regulation and PTSD symptoms were evaluated by their parents using Emotion Regulation Checklist(ERC) and Traumatic Symptom Checklist for Young Children(TSCYC). SEM analyses confirmed the complete mediation model. These findings indicate the important role of emotion regulation as a risk or a protective mechanism in the link between cumulative childhood trauma and PTSD symptoms in sexually abused children. Implications and limitations of this study were discussed along with future research.

Key words : cumulative childhood trauma, emotion regulation, PTSD symptoms, sexually abused children

www.kci.go.kr