

## 아동기 성피해의 심리적 후유증 - 성인기 정신건강에 미치는 영향을 중심으로\*

김 정 규 †

김 중 술

성신여대 심리학과

서울의대 신경정신과

본 연구는 일반인과 임상집단의 성피해에 대해 국내 최초로 체계적으로 실시된 광범위한 경험연구로서 성피해율에 대한 객관적 자료를 제시하였다. 연구결과를 보면 전체 1,032명의 일반여성 중에 비피해자가 13.3%, 가벼운 성피해자가 53.6%, 심한 성피해가 18.8%, 강간시도 또는 강간피해가 14.3%였다. 성신자기개념검사와 간편인성검사 결과로 나타난 아동기 성피해의 심리적 후유증에 대한 분석결과를 보면 비피해집단이 피해집단에 비해 정서적으로 더 안정되어 있으며, 대인관계능력이나 문제해결능력 그리고 대인신뢰감이 더 높은 것으로 드러났다. 또한 비피해집단이 피해집단에 비해 다양한 임상증상들이 더 적게 나타났다. 피해정도에 따른 집단간 차이를 보면 비피해집단과 가벼운 성피해집단이 심한 성피해집단과 강간 및 강간시도 피해집단에 비해 우울증, 반사회성, 편집증, 강박성, 정신분열증, 경조증 등의 임상증상에서 유의하게 낮은 점수를 보였다. 피해자의 가족관계에 따른 집단간 차이를 분석한 결과를 보면 심한 성피해 이상을 경험했으나 좋은 가족관계를 체험한 집단은 나쁜 가족관계 체험을 한 집단에 비해 자기존중감이 더 높았고, 우울증, 히스테리, 반사회성, 정신분열증상이 더 낮게 보고됨으로써 피해자의 가족지지가 성피해극복의 중요한 변인임이 입증되었다.

1970년대 이후 서구에서 성피해 후유증에 대한 관심이 높아지면서 연구논문도 급증하였다. 하지만 한국에서는 아직 이 분야에 대한 경험적인 연구논문은 드문 실정이며 더구나 임상집단을 포함한 연구는 거의 전무한 실정이다(김민정, 1997; 박순주, 1996; 심

영화; 1990). 우리 나라는 현재 성피해가 매우 심각한 수준에 이르렀으며 날로 증가하는 추세이므로 이 분야의 연구가 매우 절실하다(한국성폭력상담소, 1996, 1997). 이러한 배경에서 본 논문은 한국의 성피해 실태를 파악하고 일반인 집단과 임상집단을 대상으로

\* 이 논문은 학술진흥재단 1997년도 우수연구소과제로 지원된 논문입니다.

† 교신저자(corresponding Author) : 김 정 규 / 성신여자대학교 심리학과 서울시 성북구 동선동 3가 249-1 136-742 /

FAX : 02-921-7681 / E-mail : jkkim@cc.sungshin.ac.kr

그 후유증을 밝히고자 한다. 특히 아동기 성피해가 성인기 정신건강에 미치는 영향이 가장 심각하므로 이를 중심으로 연구하고자 한다.

성피해의 후유증은 심리적, 신체적, 사회적 차원에서 관찰할 수 있는데, 특히 심리적 후유증이 심각하다. 성피해로 인한 심리적 후유증으로는 불안감, 수치심, 고립감, 우울증, 죄책감, 낮은 자기존중감, 대인관계의 민감성, 후회상성 스트레스장애, 알콜이나 약물 남용, 신체화장애, 성기능장애, 과도한 성행동, 섭식장애, 다중성격장애, 경계선 성격장애 등을 들 수 있다(Beitchman 등, 1991, 1992; Conte & Schuerman, 1987; Feiring, Taska & Lewis, 1996; Figueroa, Silk, Huth & Lohr, 1997; Gibson & Hartshorne, 1996; Goldston, Turnquist & Knutson, 1989; Jehu, 1988; Lindberg & Distad, 1985).

성피해는 서구의 경우 대략 여성의 7-36%, 남성의 3-29%로 보고되고 있으며, 여성과 남성의 비율은 2~4 : 1의 비율이다(Burnam, 1985, Finkelhor, 1984; Kercher & Mcshane, 1984). 다른 연구에서는 여성의 경우 대략 세 명 중에 한 명, 남성의 경우 여섯 명에 한 명 정도의 성피해가 보고되었다(Finkelhor, 1988; Russell, 1986; Wyatt, 1985). 한편, 정신과 환자집단에서는 55%, 자살 시도자, 약물중독자 집단의 경우는 81%까지 성피해 경험이 있는 것으로 보고됐다(Alter-Reid 등, 1986; Jacobson & Richardson, 1987).

우리 나라에서의 성피해 실태와 관련해서는 한국형사정책연구원(1990)의 연구가 있는데, 이 연구보고에 의하면 2,290명의 응답여성 중에 가벼운 성피해는 76.4%, 심한 성피해 23.7%, 성희롱피해 48.6%, 성기능출피해 74.5%, 강간시도피해 14.1% 강간피해 7.7%, 어린이 성피해는 6.5%로 각각 보고됐다.

동 연구원에서 1996년에 재조사한 연구결과를 보면 1,500 명의 응답여성 중 강간 또는 강간시도피해가 1.4%, 심한 성피해가 3.1%, 가벼운 성피해가 35.7%, 전체 성피해가 37.2%로 보고됐다. 1997년 김민정의 여대생들을 대상으로 한 연구에 의하면 응답자의 31.5%가 성피해를 경험한 적이 있고, 이중 20.3%는 아동기 성피해였다(한국형사정책연구원, 1996).

이들 연구결과들은 서로 상당한 차이가 있는데, 이는 피검자 선정의 문제와 성피해 분류상의 부정확성 그리고 조사방식의 문제점 예컨대, 익명성의 보장여부 등에 기인한 것으로 보인다.

한편, 성피해는 피해자의 발달 단계에 따라 그 양상이 다르게 나타날 수 있으므로 성피해 연구는 성피해 연령에 따라 각기 달리 연구되어야 한다는 주장이 제기되었다(Cole & Putnam, 1992; Gomes-Schwartz, Horowitz & Sauzier, 1985; Kendall-Tackett, Williams & Finkelhor, 1993).

예컨대, 아동기 성피해자들은 심한 불안감, 악몽, 외상후 스트레스장애, 우울감, 죄책감, 수치심, 혼란감, 얕은 정서체협, 통제문제, 전반적인 행동장애, 부적절한 성행동, 성화된 행동(sexualized behavior)을 많이 보이고(Briere & Runtz, 1987, 1988; Browne & Finkelhor, 1986; Gold, Hughes & Swingle, 1996; Ferguson, Stegge & Damhuis, 1991; Harter, 1982; Kendall-Tackett, Williams & Finkelhor, 1993), 청소년기 피해자들은 정체감 형성의 어려움, 우울증, 위축된 행동, 자살이나 자기파괴적 행동, 신체증상, 불법적 행동, 가출, 물질남용 등이 많으며(Gomes-Schwartz, Horowitz & Sauzier, 1985; Kendall-Tackett, Williams & Finkelhor, 1993), 성인기 이후의 피해자들은 충동성, 통찰의 결여, 자기존중감 결여, 성적불만족, 부모 역할 기술부족, 자기경계, 자기통합 능력의 손상 등이 특징이라는 것이다(Cole & Putnam, 1992; Dix, 1991; Fischer, 1980).

아동기 성피해의 경우 가장 광범위한 심리적 후유증이 나타나는데, 이들은 성인기에 정신질환이 걸릴 확률이 매우 높으며, 성적 관심의 증가, 여러 가지 행동문제, 지적수행도의 저하, 외상후 스트레스장애, 재희생화 등의 문제를 나타낸다(Bifulco, Brown & Adler, 1991; Briere & Runtz, 1988; Fergusson, Horwood & Lynskey, 1997; Finkelhor, 1986; Himelein, M., 1995; Mian 등, 1996; Mullen et al., 1993; Rowan 등, 1994; Sheldrick, 1991). 그리고 성기능 장애도 아동기 성피해의 후유증상으로 언급된다(Bagley & Ramsay, 1986; Becker et al., 1982; Briere

& Runtz, 1987; Finkelhor, 1979; Kinzl, Traweger & Biebl, 1995). Sarwer 와 Durlak(1996)는 아동기 성피해 유무를 토대로 성인기 여성의 성기능 장애를 75-94% 까지 정확히 예언할 수 있었다고 한다.

아동기 성피해는 나중의 부모역할에 대한 자신감에도 부정적인 영향을 미친다. 즉, 성피해자들은 스스로 부모로서 부적합하다고 평가하며, 실제로 비피해자 부모들에 비해 자녀교육시 매물 더 많이 사용하는 것으로 밝혀졌다(Banyard, 1997; Zuravin & DiBlasio, 1992).

또한 아동기 성피해는 청소년기에 이르러 과도한 성행동, 임신, 혼잡한 성행동 등으로 연결되는 경우가 흔하다. 이들은 비보호 성행동을 함으로써 자주 성병에 걸리며, 스스로를 위험한 성행동에 노출시킴으로써 16세 이후에 성피해를 당할 확률이 높다는 것이다(Fergusson, Horwood & Lynskey, 1997).

아동기 성피해자 중 86%가 외상후 스트레스장애 진단을 받으며(Rodriguez 등, 1996), 상담소나 정신과에 심리치료를 받으러 오는 사람들의 상당수는 아동기 성피해자들이다(Briere & Runtz, 1987; Gold, Hughes & Swingle, 1996; Hutchings & Dutton, 1993). 미국의 경우 1985년 국가적 차원에서 조사한 결과에 의하면 성인 여성의 27%가 아동기 성피해를 보고했고(Finkelhor, Hotaling, Lewis & Smith, 1990), Boney-McCoy 와 Finkelhor 의(1995) 인터뷰 조사에 의하면 신체접촉을 포함한 아동 성피해의 연간 유병률은 약 2 % 정도라고 한다.

이들의 연구에 의하면 성피해를 입은 아동의 40 - 70% 가 나중에 심각한 심리장애를 보였는데, 아동기 성피해가 장기적인 후유증을 남기는 이유는 피해를 입은 아동의 기억체계에 '공포구조'가 형성되어 이후의 경험에 영향을 미치기 때문이라고 한다(Boney-McCoy & Finkelhor, 1995; Foa & Kozak, 1986).

본 연구에서는 한국에서의 아동기 성피해 현황을 조사해보고, 아동기 성피해가 비피해 또는 다른 연령기의 성피해에 비해 상대적으로 더 심한 심리적 후유증을 보이는지 알아보고자 한다. 이때 아래에 열거한 내용과 같은 선행연구들에서 밝혀진 성피해의 여

러 매개변인들이 한국의 성피해 집단에서도 적용되는지 알아볼 것이다.

성피해에 영향을 미치는 매개변인으로는 피해연령, 피해형태, 가족환경, 보호자의 지지여부, 아동의 귀인양식, 대처방식 등이 있다(Banyard, 1997; Hazzard 등, 1995; Zuravin & DiBlasio, 1992). 이때 심한 피해일 수록, 중복피해일 수록, 오랜 기간에 걸친 피해일 수록, 그리고 신체폭력이 함께 있었던 경우일 수록 후유증이 더 크며(Feinauer, 1989; Finkelhor, 1979; Frohmuth, 1986; Russel, 1986; Rodriguez 등, 1996), 비안정적 가족관계, 부모의 낮은 지지, 열악한 가정환경, 낮은 가족소득 등이 심한 후유증과 정적 상관을 보였다(Boney-McCoy & Finkelhor, 1995; Fergusson, Horwood & Lynskey, 1997; Finkelhor, 1979, 1980; Himelein, M., 1995; Mian, Marton & LeBaron, 1996).

그리고 가족내에서 피해가 일어났을 경우, 특히 부모에 의한 성피해일 경우, 협박이 없었을 경우, 뇌물이나 선물을 제공받았을 경우, 그리고 개방을 하지 않았을 수록, 개방했을 때 지지를 못 받았을 수록 후유증이 더 큰 것으로 보고되었다(Beitchman 등, 1991; Everson 등, 1989; Friedrich, 1988; Green, 1993; Lewis, 1992; Morrow, 1991; Waterman & Kelly, 1993).

또한 대처방식에서 부정이나 억압, 회피적 대처방법에 비해 자기개방, 인지적 재구성 등 적극적 대처방법을 사용하는 것이 후유증이 적었다. 그리고 성공적 성피해 극복자들은 비성공적 피해자들과 비교해 인지적 재평가에서 차이가 났다. 즉, 성공적 피해 극복자들은 내적 통제소재감, 낙천주의적 사고 등을 보여주었으며, 자기개방을 더 많이 했고, 긍정적 재해석을 했으며, 피해에 대해 계속 생각하는 행동을 중단했으며, 피해에 대해 최소화시키는 방향으로 생각했다(Coffey, Leitenberg, Henning, Turner & Bennett, 1996; Himelein & McElrath, 1996; Slus & Fletcher, 1985; Spaccarelli, 1994).

한편, 아동기 성학대를 규정함에 있어 어느 연령까지를 포함시키느냐는 문제가 쟁점이 되는데, 만 12세 이전으로 하는 경우도 있으나 Rind, Tromovitch, 및

Bauserman(1998)에 따르면 대다수(70%)의 아동기 성피해연구들은 아동기성피해를 청소년 후기까지로 정하고 있다고 보고했다. 그리고 청소년후기 중에서도 상당수의 연구자들(Rodriguez, Ryan, Vande, Kemp, & Foy, 1997; Coffey, Leitenberg, Henning, Turner, & Bennett, 1996; Peters, Wyatt, & Finkelhor, 1986)은 아동기 성피해를 만 16세 이전으로 규정하고 있다. 따라서도 본 연구에서도 아동기 성피해를 만 16세 이전으로 규정했다.

본 연구에서는 또한 일반집단과 임상집단의 비교에서 임상집단의 아동기 성피해 비율이 일반인 집단의 아동기 성피해 비율보다 유의미하게 높은지, 그리고 임상집단이 일반집단에 비해 더 심한 피해를 입었는지 검증해보고자 한다. Baker 와 Duncan(1985)은 아동기 성피해자의 약 20 %는 성인기에 심각한 정신질환을 초래하므로 이들을 임상집단으로 간주한다면, 임상집단에 있어서의 성피해 비율은 일반집단에서의 아동기 성피해율인 10%보다 높아야 한다고 주장하였다.

선행연구들에 의하면 정신건강서비스를 받는 집단들에 있어서 성피해율은 12-50% 사이로 일반집단에 서보다 훨씬 높으며, 정동장애 환자집단이 가장 높은 피해를 보였다. 그리고 환자집단 피해자들은 일반피해자 집단에 비해 피해연령, 피해형태, 피해기간, 가해자수 등에 있어 훨씬 더 심한 피해를 입은 것으로 보고되었다. 즉, 임상집단이 더 어린 나이에 피해를 보았고, 더 오랜 기간 동안, 더 많은 가해자들로부터 피해를 입었으며, 강간, 강간시도 등 더 심한 피해형태를 보였다(Gold, Hughes & Swingle, 1996).

더불어 임상집단에서도 아동기피해 집단이 비피해자 및 다른 연령층 피해집단에 비해 더 심한 후유증을 보이는지 알아보려고 한다. 선행연구들에 의하면 정신과 환자집단에 있어서도 아동기에 피해를 입은 환자들이 비피해 환자들보다 더 불안하고, 더 우울하다는 보고들이 있다(Beitchman 등, 1991; Kumar, Steer & Deblinger; Lipovsky, Saunders & Murphy, 1989). 그리고 피해환자들이 비피해환자들보다 더 재입원율이 높고, 자해행동도 더 많은 것으로 나타났다. 특히 남자 환자집단의 경우 그런 경향성이 더 두

렷했다(Bifulco, Brown & Adler, 1991; Finkelhor, 1986; Mullen 등, 1988; Wurr & Partridge, 1996).

미국의 경우 성피해와 특정 진단집단 간의 상관연구는 아직까지 없다. 하지만 우울증, 불안, 공포증상, 신체화증상, 섭식장애, 경계선성격장애 등이 아동기 성피해와 관련있다는 보고가 있다(Brown & Anderson, 1991; Bryer, Nelson, Miller & Kroll, 1987; Jacobson & Richardson, 1987; Metcalfe, Oppenheimer, Dignon & Palmer, 1990; Mullen, Martin, Anderson, Romans & Herbison, 1993; Palmer, Chaloner & Oppenheimer, 1992; Walker & James, 1992).

마지막으로 성피해의 여러 매개변인들의 효과가 임상집단에서도 입증되는지 검증해보고자 한다. 즉, 임상집단에 있어서도 피해연령, 피해형태, 가족환경, 보호자의 지지여부, 아동의 귀인양식, 대처방식 등에 따라 피해 후유증이 다르게 나타나는지 알아보려고 한다.

## 연구 1. 일반인 집단 연구

### 방법

#### 연구대상

18세에서 59세 사이의 서울시 거주 일반 여성과 남성들을 대상으로 하였으며, 서울시의 인구통계학적 자료(성별, 학력 및 연령)에 근거하여 선정하였다. 전체 2,280명에게 질문지를 배포하여, 우편으로 1,953명의 자료를 수거하였다. 이 중에 여성은 53%(1,006명), 남성은 47%(892명)였다. 이 중에 질문지에 성실히 응답하지 않은 12명의 사람들을 제외하고, 전체 1,941명을 대상으로 분석하였다.

#### 도구

##### 성의식 및 성활동 질문지

김정규가 제작한 성의식 및 성활동질문지(1998)로 성의식 및 성활동, 성피해경험과 관련된 37문항, 인

구통계학적 질문13문항으로 구성되어 있다. 성피해와 관련된 문항들에는 피해유형, 피해연령, 위협여부, 가해자유형, 주관적 상처, 대처방법 등에 대한 질문들이 포함되어 있으며, 인구통계학적 문항들에서는 성별, 연령, 학력, 성장과정의 가족환경 등에 대한 질문들이 있다.

#### 성신 자기개념검사

성신 자기개념검사는 Deusinger(1986)의 푸랑크푸르트 자기개념검사(Frankfurter Selbst- konzept skalen)와 Battle(1992)의 문화공평 자기존중감검사(Culture Free Self Esteem Inventory)를 바탕으로 김정규(1999)가 한국 실정에 맞게 86문항으로 제작한 척도이다. 성신자기개념검사의 척도들은 총자기개념 및 5개의 소척도로 나뉘어지는데, 자기존중감(19문항), 정서안정성(16문항), 대인관계능력(16문항), 문제해결능력(17문항), 대인신뢰감(18문항)으로 구성되어 있다. 각 척도의 문항에 대해 6점 Likert척도를 사용하였다. 김정규(1999)가 보고한 각 척도의 내적 신뢰도계수(Cronbach' Alpha)는 각각 .91, .87, .90, .89, .83이며 총자기개념척도의 신뢰도는 .96이다. 다섯 개의 소척도와 총자기개념 척도 이외에 RAM(Random)척도가 있는데, 이 척도는 피검자가 성신자기개념검사를 정확하게 이해했는지 그리고 성실히 응답하였는지를 측정할 수 있다.

#### 간편인성검사

다면적 인성검사(MMPI)는 1943년 미국 미네소타 대학에서 발표된 이후에 진단적 도구로서의 유용성과 다양한 장면에서의 적용가능성이 인정되었고, 현재 세계적으로 가장 널리 사용되고 있으며, 광범위한 연구가 이루어진 질문지형 성격검사이다. 하지만 MMPI의 566문항이 너무 많다는 문제점이 제기되면서 여러 가지 단축형이 제안되었는데, 그 중 하나가 Overall과 Gomez-Mont(1978)의 MMPI-168 문항이다. 한국에서는 이정훈과 김중술(1993)이 MMPI-168의 유용성을 검증하기 위해 MMPI 566문항과의 상관을 살펴 보았는데, 원점수와 .88의 높은 상관을 보이는 것으로 나타났다.

#### 연구절차

성신여자대학교 '성행동의 심리학'이라는 교양강좌를 듣는 552명의 학생들에게 안내문, 성의식 및 성활동 질문지, 성신자기개념검사 및 간편인성검사가 들어있는 봉투를 각 4부씩 배포하였다. 배포할 때 학생들에게 연구목적과 안내문에 적힌 내용을 간단히 설명해주었다. 안내문에는 질문지를 작성할 피검자의 인구통계학적 조건(성별, 연령, 학력)과 보상방법이 포함되어 있었다. 질문지를 받은 학생들은 안내문에 기입된 조건에 맞는 피험자에게 질문지를 배포한 후, 본인의 수고비 5천원과 4명의 피검자에게 지급되는 수고비 5천원을 합하여 2만5천원을 받았다. 질문지는 익명으로 작성되었으며 반송용 봉투를 통하여 우편으로 수거되었다. 질문지에 응답한 사람들은 5천원의 보상 외에 본인이 원하면 성신자기개념검사와 간편인성검사 결과에 대한 해석을 무료로 받을 수 있도록 했다. 즉, 성신여자대학교 부설 심리건강연구소에 전화를 걸어 질문지에 피검자 스스로 부여한 5자리의 비밀번호를 대면 전화상으로 결과해석을 해주었다.

#### 자료분석

(1) 피해빈도, 피해자들의 인구통계학적 변인 등을 살펴보기 위하여 빈도분석, 교차분석 등을 실시하였다. 이때 각 통계자료에서 피검자 수에 있어서 차이가 나는 경우가 있는데, 이는 해당변인에 대한 피검자들의 무응답 때문이다.

(2) 아동기 피해자들을 대상으로 피해유형과 피해연령에 따른 자기개념과 간편인성검사 상에서 나타나는 피해후유증의 차이를 검증하기 위해 공변산분석을 실시하였다. 이때 학력, 연령 변인 등을 통제하였다.

#### 연구결과

##### 피해자들의 인구통계학적 변인

전체 일반인 응답자는 1,941명이었으며, 이 중 남자는 909명 여자는 1,032명이었다. 평균 나이는 32.9세

였고, 피해형태를 보면 남자의 경우 비피해자 72.8%, 가벼운 피해 6.2% 심한 피해 4.6%, 강간시도 또는 강간 16.4 %, 그리고 여자의 경우 비피해자 13.3%, 가벼운 피해 53.6%(음란전화7.5%, 지하철 신체접촉 18.3%, 성기노출19.9%, 강제포옹 및 키스7.8%) 심한 피해 18.8%, 강간시도 또는 강간 14.3% 였다. 학력별, 연령별 피해자수는 아래 표 1과 같다.

가벼운 피해의 정의는 신체접촉을 포함하지 않은 성희롱, 성기노출, 지하철이나 버스 등에서 시도된 신체접촉, 강제적인 키스나 포옹 등이 포함된다. 심한 성피해는 유방이나 성기 또는 항문을 만지거나 상대방의 성기를 만지게끔 강요받은 경우를 말한다. 강간시도는 성기나 항문 또는 입에 성기삽입을 시도한 경우를 말하고, 강간은 성기나 항문 또는 입에 성기를 삽입한 경우를 말한다(Fergusson, Horwood & Lynskey, 1997).

피해정도에 따른 집단간 차이

아동기 성피해의 심리적 후유증을 알아보기 위해 먼저 아동기에 성피해를 입은 사람들을 그 피해정도

표 1. 인구통계학적 분포 (N=1,941)

	남	여
	909	1,032
나이 M(SD)	33.54(11.60)	32.39(12.01)
교육		
중졸이하	130(14.3%)	236(22.9%)
고졸	434(47.7%)	471(45.6%)
대재	81(8.9%)	109(10.6%)
대졸	264(29%)	216(20.9%)
피해형태		
비피해	632(72.8%)	134(13.3%)
가벼운 피해	54(6.2%)	540(53.6%)
심한 피해	40(4.6%)	189(18.8%)
강간시도 강간피해	142(16.4%)	144(14.3%)
피해연령		
비피해	610(80.8%)	128(17.2%)
16세이하	51(6.8%)	219(29.5%)
17-19세	32(4.2%)	148(19.9%)
20세이상	62(8.2%)	248(33.4%)

에 따라 세 집단으로 나누고, 집단간 차이를 알아보기 위한 공변량분석을 하였다. 이때 비교집단으로 피해를 입지 않은 비피해집단을 포함하였다. 학력변인이 종속변인들과 상관을 보였으므로 공변인으로 통제하였다.

결과를 보면 성신자기개념검사의 정서안정성 척도에서 비피해집단과 심한 성피해집단 간에[F(3, 347) = 4.87, p<.01]유의한 차이가 나타났다. 즉, 비피해집단이 심한 성피해집단에 비해 정서적으로 더 안정되었다. 하지만 피해집단 간에는 서로 유의한 차이가 밝혀지지 않았다.

간편인성검사에서는 F척도에서 비피해집단이 강간 및 강간시도 집단이나 심한 성피해집단보다는 낮은 점수를 보였으나[F(3, 347) = 8.03, p<.001], 가벼운 성피해집단과는 유의한 차이가 나지 않았다. 가벼운 성피해집단은 강간 및 강간시도 집단에 비해 낮은 점수를 보였다. 우울증 척도에서는 비피해집단 및 가벼운 성피해집단이 심한 성피해집단 그리고 강간 및 강간시도 집단에 비해 낮은 점수를 보이는 경향이 있었다. 반사회성척도에서는 비피해집단이 심한 성피해집단, 강간 및 강간시도 집단 그리고 가벼운 성피해집단보다 낮은 점수를 보였다[F(3, 347) = 10.90, p<.001].

편집증 척도에서 비피해집단은 강간 및 강간시도집단, 심한 성피해집단보다 낮은 점수를 보였고, 가벼운 성피해집단도 강간 및 강간시도집단보다 낮은 점수를 나타냈다[F(3, 347) = 11.20, p<.05]. 그리고 강박성척도에서는 비피해집단이 심한성피해 그리고 강간 및 강간시도집단보다 낮은 점수를 보였으며[F(3, 347) = 3.27, p<.05], 정신분열증 척도에서는 비피해집단이 가벼운 성피해집단, 심한 성피해집단 그리고 강간 및 강간시도집단보다 낮은 점수를 보였다[F(3, 347) = 14.03, p<.001]. 경조증 척도에서도 비피해집단이 가벼운 성피해집단, 심한 성피해집단 그리고 강간 및 강간시도집단보다 유의하게 낮은 점수를 보였다[F(3, 347) = 10.96, p<.001].

피해연령에 따른 집단 간 차이

아동기성피해가 다른 연령기성피해보다 더 심한 후유증을 보인다는 선행연구의 결과를 알아보기 위해 성피해를 입은 일반여성들을 피해시기별로 세집단(아동기, 청소년기, 성인기)으로 나누고 비교집단인 비피해집단을 포함하여 네집단을 대상으로 집단간 차이를 검증하는 공변량분석을 실시하였다. 이때 일반인 여성으로서 피해를 전혀 입지 않은 집단과 심한 성피해 이상을 경험했으면서 주관적으로 상처가 되었다고 응답한 집단만을 대상으로 분석했다. 주관적 상처보고를 조건으로 설정한 이유는 최근의 성피해연구들이 객관적 피해보다 주관적 체험을 중시하는 경향을 보이고 있으며, 저자들도 이러한 의견에 동의하기 때문

이었다. 가벼운 피해를 입은 집단은 비피해집단과 유의한 차이가 나지 않으므로 분석에서 제외시켰다. 학력과 나이를 공변인으로 통제하였다.

각 집단의 연령평균과 표준편차는 비피해집단( $M=35.3, SD=13.3$ ), 아동기피해집단( $M=29.0, SD=10.0$ ), 청소년기피해집단( $M=30.3, SD=11.2$ ), 성인기피해집단( $M=35.1, SD=12.3$ ), 그리고 학력평균과 표준편차는 비피해집단( $M=11.6, SD=3.0$ ), 아동기피해집단( $M=12.4, SD=2.5$ ), 청소년기피해집단( $M=12.0, SD=2.7$ ), 성인기피해집단( $M=11.6, SD=2.8$ )이었다.

결과를 보면 성신자기개념검사의 3개 소척도 정서안정성( $F(3, 398) = 9.59, p<.001$ ), 문제해결능력( $F(3, 398) = 3.79, p<.05$ ), 대인신뢰감( $F(3, 398) = 4.20, p$

표 2. 피해정도에 따른 집단간 차이 (N=351)

변인들	비피해 (n=134)	가벼운추행 (n=107)	심한추행 (n=80)	강간,시도 (n=30)	F
자기개념					
자기존중감	77.13(15.30)	81.54(13.91)	80.23(13.35)	75.56(15.51)	1.759
정서안정성	58.99(12.65) <sup>a</sup>	56.36(11.99) <sup>ab</sup>	53.58(12.17) <sup>b</sup>	52.87(11.44) <sup>ab</sup>	4.872**
대인관계능력	64.03(13.07)	64.78(12.02)	64.05(12.73)	62.07(13.61)	.258
문제해결능력	70.50(11.92)	69.50(11.15)	67.53(12.39)	65.13(12.96)	2.50
대인신뢰감	77.37(11.63)	76.59(8.96)	74.65(9.30)	74.80(9.76)	1.861
총자기개념	348.02(55.07)	348.78(47.80)	340.03(50.25)	330.43(54.71)	1.532
<b>MMPI</b>					
F척도	5.78(3.31) <sup>a</sup>	6.17(3.10) <sup>ab</sup>	7.11(3.14) <sup>bc</sup>	8.83(5.58) <sup>c</sup>	8.03***
건강염려증	7.50(4.00)	7.29(3.93)	8.49(3.95)	7.97(3.92)	1.758
우울증	17.41(5.70)	17.53(6.17)	19.19(5.85)	19.07(6.45)	2.411
히스테리	13.85(4.09)	12.99(4.13)	13.45(3.96)	12.70(3.55)	1.127
반사회성	11.70(3.43) <sup>a</sup>	13.09(4.14) <sup>b</sup>	14.28(3.51) <sup>b</sup>	14.77(5.30) <sup>b</sup>	10.90***
남성성	14.07(2.9)	14.03(2.86)	14.15(2.30)	13.63(3.02)	.890
여성성	16.43(3.02)	16.21(2.86)	16.15(3.05)	15.27(3.89)	1.225
편집증	5.07(1.94) <sup>a</sup>	5.81(2.01) <sup>bc</sup>	6.40(2.41) <sup>bc</sup>	7.10(3.47) <sup>b</sup>	11.20***
강박성	8.74(3.42)	9.14(3.98)	10.11(4.08)	10.16(3.98)	3.27
정신분열증	8.59(4.04) <sup>a</sup>	10.41(4.52) <sup>b</sup>	11.90(4.44) <sup>b</sup>	12.66(6.18) <sup>b</sup>	14.03***
경조증	10.35(3.05) <sup>a</sup>	11.67(3.29) <sup>b</sup>	12.81(3.34) <sup>b</sup>	12.55(3.75) <sup>b</sup>	10.96***
내향성	10.37(2.00)	9.68(2.27)	9.70(2.42)	9.63(1.88)	2.47

영문 위 첨자는 scheffé 검증에 의한 집단간 평균치 차이 여부를 나타내며, 공유하는 문자가 없는 집단 간에는 유의미한 차이가 있는 것임. 괄호 안은 표준편차.

<sup>a</sup>p <.05 <sup>\*\*</sup>p <.01 <sup>\*\*\*</sup>p <.001

표 3. 피해연령에 따른 집단간 차이 (N= 402)

변인들	비피해 (n=128)	아동기 (n=108)	청소년기 (n=53)	성인기 (n=113)	F
자기존중감	77.41(14.79)	78.88(13.98)	80.43(11.61)	74.89(16.46)	1.572
정서안정성	56.62(11.96) <sup>a</sup>	53.44(11.97) <sup>b</sup>	55.87(10.43) <sup>ab</sup>	52.16(12.22) <sup>b</sup>	9.592***
대인관계능력	64.30(11.97)	63.41(13.03)	66.02(11.57)	62.65(14.45)	1.05
문제해결능력	70.81(10.58) <sup>a</sup>	66.77(12.61) <sup>b</sup>	68.81(10.11) <sup>ab</sup>	66.39(12.15) <sup>b</sup>	3.79*
대인신뢰감	77.80(10.20) <sup>a</sup>	74.72(9.43) <sup>ab</sup>	75.25(8.59) <sup>ab</sup>	73.42(11.48) <sup>b</sup>	4.20**
총자기개념	349.94(49.77) <sup>a</sup>	333.21(51.7) <sup>ab</sup>	346.38(40.40) <sup>ab</sup>	329.52(56.73) <sup>b</sup>	3.85**
간편인성검사					
F척도	5.80(3.32) <sup>a</sup>	7.49(3.94) <sup>b</sup>	7.00(3.72) <sup>ab</sup>	8.50(4.74) <sup>b</sup>	9.68***
건강염려증	7.51(4.05) <sup>a</sup>	8.29(3.93) <sup>ab</sup>	7.98(4.06) <sup>ab</sup>	9.55(4.56) <sup>b</sup>	4.97**
우울증	17.35(5.76) <sup>a</sup>	19.10(6.00) <sup>ab</sup>	17.72(5.35) <sup>a</sup>	20.58(6.10) <sup>b</sup>	6.88***
히스테리	13.90(4.10)	13.22(3.87)	13.28(4.97)	14.53(4.42)	1.68
반사회성	11.72(3.46) <sup>a</sup>	14.33(4.04) <sup>b</sup>	13.90(3.60) <sup>b</sup>	14.60(4.03) <sup>b</sup>	13.578***
남성성	13.96(2.91)	13.96(3.00)	13.79(2.84)	13.75(2.75)	.140
여성성	16.34(3.05)	15.90(3.33)	15.57(2.56)	15.58(2.87)	1.41
편집증	5.08(1.95) <sup>a</sup>	6.54(2.71) <sup>b</sup>	6.34(2.00) <sup>b</sup>	6.87(2.73) <sup>b</sup>	13.32***
강박성	8.75(3.46) <sup>a</sup>	10.14(4.01) <sup>b</sup>	9.32(3.19) <sup>ab</sup>	10.85(3.67) <sup>b</sup>	7.52
정신분열증	8.52(4.02) <sup>a</sup>	12.00(4.89) <sup>b</sup>	10.87(4.15) <sup>b</sup>	12.58(5.10) <sup>b</sup>	17.66***
경조증	10.34(3.00) <sup>a</sup>	12.67(3.45) <sup>b</sup>	12.06(3.16) <sup>b</sup>	12.65(3.41) <sup>b</sup>	12.18***
내향성	10.40(1.97)	9.75(2.23)	9.49(2.24)	10.17(2.38)	2.237

영문 위 첨자는 scheffé 검중에 의한 집단간 평균치 차이 여부를 나타내며, 공유하는 문자가 없는 집단 간에는 유의미한 차이가 있는 것임. 괄호 안은 표준편차.

\* $p < .05$  \*\* $p < .01$  \*\*\* $p < .001$

<.01>과 총자기개념에서 [ $F(3, 398) = 3.85, p < .01$ ]에서 비피해집단과 피해집단 간에 매우 유의한 차이가 나타났다. 즉, 비피해집단이 피해집단에 비해 정서적으로 더 안정되어 있으며, 대인관계능력이나 문제해결능력 그리고 대인신뢰감이 높은 것으로 드러났다. 하지만 피해연령 집단 간에는 서로 유의한 차이가 밝혀지지 않았다.

간편 인성검사에서도 히스테리, 남여성성, 내향성을 제외한 모든 소척도들에서 비피해 집단이 피해집단보다 .000 수준에서 유의하게 낮은 점수를 보였다. 즉, 비피해집단이 모든 연령층 피해집단들보다 임상증상들이 적었다. 그러나 여기서도 우울증척도를 제외한 다른 척도들에서는 피해연령 집단 간에는 통계적으로 유의한 차이가 밝혀지지 않았다. 우울증척도에서는 성

인기 피해집단이 청소년기 피해집단보다 .02 수준에서 유의하게 높은 점수를 보였다.

#### 가족관계에 따른 집단간 차이

성피해의 극복과정에 있어 가족관계의 질이 성피해 후유증에 어떤 영향을 미치는지 알아보기 위해 피해자의 가족관계의 질에 따라 두 집단으로 나누고, 비교집단으로 비피해집단을 포함하여 세 집단 간의 차이를 검증하는 공변량분석을 실시하였다. 가족관계의 질을 나누는 기준은 성장과정에서 부모님의 사이, 피검자에 대한 (지각된) 부모님의 애정, (지각된) 부모님의 성격 등을 묻는 질문에 의하였다. 분석대상은 일반여성으로서 피해를 전혀 입지 않은 집단과 아동기에 심한 성피해 이상을 경험한 집단이었다. 연령은 중



표 4. 가족관계에 따른 성피해 후유증의 집단차이 (N=221)

	비피해 (n=128)	좋은 가족관계 (n=54)	나쁜 가족관계 (n=39)	F
자기개념				
자기존중감	77.41(14.79) <sup>ab</sup>	82.70(13.27) <sup>a</sup>	73.61(15.00) <sup>b</sup>	3.914*
정서안정성	59.61(11.96) <sup>a</sup>	54.50(11.91) <sup>b</sup>	50.89(12.06) <sup>b</sup>	10.466***
대인관계능력	64.29(11.96)	65.22(11.72)	62.23(14.64)	.535
문제해결능력	70.81(10.58) <sup>a</sup>	66.11(12.47) <sup>b</sup>	66.35(13.71) <sup>ab</sup>	4.824**
대인신뢰감	77.79(10.20) <sup>a</sup>	77.00(9.37) <sup>a</sup>	71.38(8.71) <sup>b</sup>	6.689**
총자기개념	349.93(49.77) <sup>a</sup>	345.53(49.53) <sup>a</sup>	324.48(54.45) <sup>b</sup>	4.155*
간편인성검사				
F척도	5.80(3.33) <sup>a</sup>	7.05(3.42) <sup>ab</sup>	8.38(4.85) <sup>b</sup>	8.669***
건강염려증	7.51(4.04) <sup>a</sup>	8.07(4.00) <sup>ab</sup>	9.33(3.86) <sup>b</sup>	3.369*
우울증	17.35(5.76) <sup>a</sup>	17.92(6.25) <sup>a</sup>	21.41(5.19) <sup>b</sup>	7.79***
히스테리	13.89(4.09) <sup>a</sup>	12.27(3.85) <sup>b</sup>	14.89(3.37) <sup>a</sup>	5.010**
반사회성	11.71(3.46) <sup>a</sup>	13.64(3.98) <sup>b</sup>	15.64(3.66) <sup>c</sup>	19.71***
남성성	13.96(2.91)	14.05(3.12)	13.71(2.80)	.118
여성성	16.34(3.05)	16.11(3.53)	15.30(3.04)	1.699
편집증	5.07(1.95) <sup>a</sup>	6.33(2.93) <sup>b</sup>	7.12(2.67) <sup>b</sup>	15.143***
강박성	8.75(3.46) <sup>a</sup>	9.62(4.25) <sup>ab</sup>	10.87(4.00) <sup>b</sup>	5.413**
정신분열증	8.52(4.01) <sup>a</sup>	10.98(5.04) <sup>b</sup>	13.74(4.89) <sup>c</sup>	23.558***
경조증	10.33(3.00) <sup>a</sup>	12.50(3.50) <sup>b</sup>	13.28(3.45) <sup>b</sup>	18.074***
내향성	10.39(1.96) <sup>a</sup>	9.37(2.09) <sup>b</sup>	10.00(2.43) <sup>ab</sup>	3.990*

영문 위 첨자는 scheffé 검증에 의한 집단간 평균치 차이 여부를 나타내며, 공유하는 문자가 없는 집단 간에는 유의미한 차이가 있는 것임. 괄호 안은 표준편차.

\* $p < .05$  \*\* $p < .01$  \*\*\* $p < .001$

속변인과 유의한 상관이 없었으므로 학력만을 공변인으로 통제하였다.

결과를 보면 성신자기개념검사의 자기존중감 $[F(2, 218) = 3.91, p < .05]$ , 정서안정성 $[F(2, 218) = 10.47, p < .001]$ , 문제해결능력 $[F(2, 218) = 4.82, p < .01]$ , 대인신뢰감 $[F(2, 218) = 6.69, p < .01]$ , 총자기개념 척도 $[F(2, 218) = 4.16, p < .02]$ 에서 집단 간에 유의한 차이가 있었다. 즉 비피해집단이 피해집단에 비해 더 자기존중감이 높고, 정서가 안정되어 있으며, 대인관계 능력이나 문제해결능력, 대인신뢰감이 높았다.

특기할 점은 심한 성피해 이상을 경험했으나 좋은 가족관계를 체험한 집단은 자기존중감( $p < .10$ ), 대인신뢰감 척도( $p < .02$ )에서 나쁜 가족관계 체험을 한 집

단보다 유의하게 더 높은 점수를 받았으며, 또한 자기존중감, 대인신뢰감, 총자기개념척도에서 비피해집단과 차이가 나지 않았다는 사실이다.

간편인성검사에서도 비피해집단은 피해집단에 비해 F척도 $[F(2, 218) = 8.67, p < .001]$ , 건강염려증 $[F(2, 218) = 3.37, p < .05]$ , 우울증 $[F(2, 218) = 7.79, p < .001]$ , 히스테리 $[F(2, 218) = 5.01, p < .01]$ , 반사회성 $[F(2, 218) = 19.71, p < .000]$ , 편집증 $[F(2, 218) = 15.14, p < .000]$ , 강박성 $[F(2, 218) = 5.41, p < .01]$ , 정신분열증 $[F(2, 218) = 23.56, p < .000]$ , 경조증 $[F(2, 218) = 18.07, p < .000]$ , 그리고 내향성척도 $[F(2, 218) = 3.99, p < .02]$ 에서 유의하게 낮은 점수를 보였다. 즉, 비피해 집단은 피해집단보다 위의 임상증상들이 더 적었다.

그리고 피해집단들 중에서 좋은 가족관계집단이 나쁜 가족관계 집단보다도 우울증( $p < .02$ ), 히스테리( $p < .005$ ), 반사회성( $p < .05$ ), 정신분열증( $p < .01$ )척도에서 각각 유의하게 낮은 점수를 보였다. 여기서도 특기할 점은 좋은 가족관계를 체험한 피해집단이 비피해집단과 F척도, 건강염려증, 우울증, 남녀성성, 강박성 척도들에서 유의한 차이가 없었으며 히스테리( $p < .05$ ) 및 내향성척도( $p < .01$ )에서는 오히려 더 낮은 점수를 보였다는 사실이다.

## 논 의

먼저 본 연구는 일반인의 성피해에 대해 국내에서 최초로 체계적으로 실시된 광범위한 경험연구로서 성피해율에 대한 객관적 자료로서 중요한 가치를 지닌다. 연구에 의해 드러난 결과를 보면 여성의 경우 비피해자가 13.3%, 음란전화나 성기노출, 성희롱 등 가벼운 성피해가 53.6%, 가슴만지기, 성기만지기 등 심한 성피해가 18.8%, 강간시도 또는 강간이 14.3%로써 한국 형사정책연구원의 1990년도 연구보다는 성피해 비율이 상당히 낮게 나왔다. 그러나 동연구원의 1996년 재조사 연구보다는 훨씬 높은 성피해 비율을 보였다. 외국 연구결과들에 견주어 볼 때 본 연구결과가 앞의 두 연구에 비해 현실을 더 정확하게 반영하는 것으로 추정된다. 한편, 본 연구결과에 의한 한국 일반인 성피해 비율은 외국에서 보고된 비율보다 다소 높은 것으로 나타났다(Burnam, 1985, Finkelhor, 1984, 1988; Kercher & Mcshane, 1984; Russell, 1986; Wyatt, 1985).

한편, 남자 일반인 집단에 있어서 강간시도 및 강간피해자가 16.4%로 매우 높게 나온 것은 다소 이해하기 어려운 부분으로 후속연구에서 주의를 기울일 필요가 있겠다. 장난이나 불성실한 답이 섞였을 가능성을 배제하기 어렵다.

본 연구는 아동기에 성피해를 입은 일반인 여성들을 중심으로 그 심리적 후유증을 집중적으로 분석하였는데, 먼저 피해정도에 따른 집단간 차이를 보면 성

신자기개념검사 결과로 볼 때 비피해집단이 심한 성피해집단에 비해 정서적으로 더 안정되어 있는 것으로 나타났다.

간편인성검사에서도 비피해집단이나 가벼운 성피해집단은 심한 성피해집단이나 강간 및 강간시도 피해집단보다 F척도, 우울증척도, 반사회성척도, 편집증척도, 강박성척도, 정신분열증척도, 경조증척도 등에서 낮은 점수를 보였다. 즉, 비피해집단이나 가벼운 성피해집단은 심한 성피해집단이나 강간 및 강간시도 피해집단에 비해 위 척도들에서 지시하는 임상증상들이 훨씬 적었다. 이는 아동기에 성피해를 입은 사람들은 비피해자에 비해 다양한 심리적 후유증을 보인다는 선행연구들의 결과와 일치한다(Briere & Runtz, 1987, 1988; Browne & Finkelhor, 1986; Gold, Hughes & Swingle, 1996; Ferguson, Stegge & Damhuis, 1991; Harter, 1982; Kendall-Tackett, Williams & Finkelhor, 1993).

아동기 성피해집단을 다른 연령층의 성피해집단과 심리적 후유증 측면에서 분석한 결과를 보면 비피해집단이 피해집단에 비해 성신자기개념검사 결과상 정서적으로 더 안정되어 있으며, 대인관계능력이나 문제해결능력 그리고 대인신뢰감이 더 높은 것으로 드러났다. 또한 간편인성검사 결과상에서도 비피해집단이 모든 연령층 피해집단들보다 임상증상들이 적게 나타났다. 이는 외국의 선행연구결과들과 일치한다(Boney-McCoy & Finkelhor, 1995; Briere & Runtz, 1987; Gold, Hughes & Swingle, 1996; Hutchings & Dutton, 1993).

하지만 피해연령 집단들 간에는 서로 유의미한 차이가 나타나지 않았으며, 간편인성검사의 우울증척도에서는 오히려 성인기 피해자가 청소년기 피해집단보다 높은 점수를 보임으로써 한국 성피해집단의 행동 반응 양식이 서구와 다를 수 있음을 시사한다. 즉, 한국의 성인기 성피해집단은 서구의 피해집단과는 달리 아동기나 청소년기 피해집단과 별로 차이가 나지 않거나 경우에 따라서는 더 심한 후유증을 보이는 것 같다. 이는 아직 한국 사회에서 성피해에 대한 사회적 인식이 부정적으로 유지되고 있는 것과 무관하지

않을 것 같다.

피해자의 가족관계에 따른 집단간 차이를 분석한 결과를 보면 성신자기개념검사에서 비피해집단이 피해집단에 비해 더 자기존중감이 높고, 정서가 안정되어 있으며, 대인관계능력이나 문제해결능력, 대인신뢰감이 더 높았다. 한편인성검사에서도 비피해집단은 피해집단에 비해 F척도, 반사회성, 편집증, 정신분열증, 경조증척도, 우울증, 히스테리, 강박성척도, 건강염려증, 내향성척도에서 유의하게 낮은 점수를 보였다. 즉, 비피해집단은 피해집단보다 위의 임상증상들을 더 적게 보였다.

그리고 심한 성피해 이상을 경험했지만 좋은 가족관계를 체험한 집단은 나쁜 가족관계 체험을 한 집단에 비해 자기존중감이 더 높았고, 우울증, 히스테리, 반사회성, 정신분열증상이 더 적었다. 특기할 점은 심한 성피해 이상을 경험했으나 좋은 가족관계를 체험한 집단은 비피해집단과 자기존중감, 대인관계능력, 대인신뢰감, 총자기개념, F척도, 건강염려증, 우울증, 남녀성성, 강박성 척도들에서 유의한 차이가 나지 않았으며 히스테리, 내향성 척도에서는 비피해집단보다도 오히려 더 낮은 점수를 받았다는 사실이다.

이러한 결과는 선행연구들의 결과와 일치하는 매우 중요한 발견이다. 즉, 심한 성피해를 경험했다고 하더라도 가족의 따뜻한 사랑과 지지가 있으면 성피해 후유증이 최소화될 수 있다는 것이다(Banyard, 1997; Boney-McCoy & Finkelhor, 1979, 1980, 1995; Fergusson, Horwood & Lynskey, 1997; Hazzard 등, 1995; Himelein, M., 1995; Mian, Marton & LeBaron, 1996; Zuravin & DiBlasio, 1992).

## 연구 2. 임상집단 연구

### 방 법

#### 연구대상

환자집단은 1999년 1월부터 1999년 12월까지 서울

국립정신병원, 고대 구로병원, 경희의료원, 서울대학병원에 입원 또는 통원치료 중인 환자들을 대상으로 총 382명의 자료가 모아졌는데, 불성실한 응답자들을 제외한 364명을 분석하였다.

#### 도구

연구도구는 연구1. 과 마찬가지로 성의식 및 생활동 질문지, 성신 자기개념검사 그리고 한편 인성검사가 각각 사용되었다.

#### 연구절차

서울 국립정신병원, 고대 구로병원, 경희의료원, 서울대학병원에 입원 또는 통원치료 중인 환자들을 대상으로 각 기관에 근무하는 임상심리학자가 질문지를 배포하고 수거하였다. 질문지 이해에 어려움이 있는 환자들의 경우 임상심리학자가 도움을 주면서 실시하였다. 질문지에 응답한 환자들에게는 전화카드 1매씩을 보상으로 전달하였다. 또한 본인이 원하면 성신자기개념검사와 한편인성검사 결과에 대해 무료로 해석을 받을 수 있도록 했다. 즉, 성신여자대학교 부설 심리건강연구소에 전화를 걸어 질문지에 피검자 스스로 부여한 5자리의 비밀번호를 대면 전화 상으로 결과 해석을 해주었다.

#### 자료분석

- (1) 피해빈도, 피해자들의 인구통계학적 변인 등을 살펴보기 위하여 빈도분석, 교차분석 등을 실시하였다.
- (2) 아동기피해자들을 대상으로 피해유형과 피해연령에 따른 성신자기개념검사와 한편인성검사 상에서 나타나는 피해후유증의 차이를 검증하기 위해 변량분석을 실시하였다. 이때 학력, 연령을 통제하였다.

연구결과

임상피해집단의 인구통계학적 변인

임상집단은 전체 382명 중 누락응답 및 불성실 응답자를 제외한 364명을 대상으로 분석하였다. 이들을 진단별로 보면 정신분열증 205명, 알콜중독 83명, 기분장애 48명, 기타 28명이었고, 남자는 266명 여자는 98명이었다. 각 진단 집단별 연령, 교육수준, 피해형태, 피해연령은 표 5와 같다.

일반집단과 임상집단의 피해 형태별 차이

임상집단이 일반집단에 비해 심한 성피해를 입었을 것이라는 가설을 검증하기 위해 일반집단과 임상집단을 각각 비피해, 가벼운 성피해, 심한 성피해, 강간 및 강간시도 피해집단으로 나누어 교차분석을 실시하였다. 즉, 임상집단이 일반집단에 비해 심한 성피해 또

는 강간 및 강간시도피해 집단에 더 편중되게 분포할 것이라는 가설을 검증해보기로 했다. 이때 두 집단 모두 여성들만을 대상으로 분석하였다.

표 6에 나와 있는 교차분석 결과를 보면 집단 간에 유의한 차이가 있었다( $\chi^2(3, n=1,131)=26.64, p=.000$ ). 이는 일반집단은 가벼운 성피해에 많이 분포된 데 비해 임상집단은 강간 및 강간시도피해 집단에 많이 분포됨으로써 나타난 결과이다. 이는 선행연구들과 일치되는 결과이다. 즉, 임상집단이 일반집단에 비해 심한 성피해를 입었을 것이라는 가설을 지지하는 결과이다.

일반집단과 임상집단의 피해 연령별 차이

임상집단이 일반집단에 비해 아동기 성피해를 많이 입었을 것이라는 가설을 검증하기 위해 일반집단과 임상집단을 각각 비피해, 아동기, 청소년기, 성인기피

표 5. 임상집단의 진단별 분포 (N=364)

	임상집단			
	정신분열	알콜	기분장애	기타
성별 남	155(74.5%)	81(96.4%)	13(25.5%)	17(60.7%)
여	50(24%)	2(2.4%)	35(68.6%)	11(39.3%)
나이 M(SD)	31.16(11.32)	35.21(14.91)	30.86(13.30)	30.32(7.49)
교육				
중졸이하	50(24%)	24(28.6%)	10(19.6%)	4(14.3%)
고졸	99(47.6%)	32(38.1%)	20(39.2%)	9(32.1%)
대재	3(1.4%)	0(0%)	3(5.9%)	4(14.3%)
대졸	56(26.9%)	28(33.3%)	18(35.3%)	11(39.3%)
피해형태				
비피해	61(29.3%)	32(38.1%)	9(17.6%)	13(46.4%)
가벼운 성피해	26(12.5%)	4(4.8%)	20(39.2%)	7(25%)
심한 성피해	17(8.2%)	7(8.3%)	1(2%)	1(3.6%)
강간시도	81(38.9%)	34(40.5%)	18(35.3%)	5(17.9%)
피해연령				
비피해	54(26%)	29(34.5%)	9(17.6%)	12(42.9%)
16세이하	22(10.6%)	13(15.5%)	9(17.6%)	3(10.7%)
17-19세	20(9.6%)	11(13.1%)	4(7.8%)	1(3.6%)
20세이상	38(18.3%)	12(14.3%)	10(19.6%)	3(10.7%)

표 6. 피해형태별 집단간 차이

	비피해	가벼운 성피해	심한 성피해	강간 및 강간시도	총계
일반집단	134(13%)	540(54%)	189(19%)	144(14%)	1007(100%)
임상집단	20(16%)	58(47%)	9(7%)	37(30%)	124(100%)

$x^2 = 26.639 \quad df=3 \quad p=.000$

해 집단으로 나누어 교차분석을 실시하였다. 즉, 임상 집단이 일반집단에 비해 아동기 피해집단에 많이 분포할 것이라는 가설을 검증하였다. 이때 각 피해집단은 모두 심한 성피해 이상을 경험한 여성들만을 대상으로 하였다. 임상집단의 수가 적은 관계로 주관적 상처보고의 제한은 두지 않았다. 교차분석 결과 두 집단 간에 유의한 차이가 밝혀지지 않았다.

일반집단과 임상집단의 가해자수 차이

임상집단이 일반집단에 비해 많은 가해자들에 의해 피해를 받았을 것이라는 가설을 검증하기 위해 일반 집단과 임상집단을 각각 비피해, 가해자수 1명, 가해자 수 2명 이상 집단으로 나누어 차이검증을 위한 교차분석을 실시하였다.

이때 각 피해집단은 모두 심한 성피해 이상을 경험한 여성들만을 대상으로 분석하였다. 표 8 의 분석 결과에 나와 있듯이 집단 간에 .10 수준에서 유의한

차이가 있었다. 이는 일반집단은 가해자 수 1명 집단에 많이 분포한 것에 비해 임상집단에서는 가해자 수 2명 이상에 많이 소속됨으로써 나타난 결과이다. 이는 선행연구들과 일치되는 결과이다. 즉, 임상집단이 일반집단에 비해 더 중복피해가 많다는 것이다. 하지만 유의도가 높지 않아서 후속연구가 필요하다.

성피해 여부에 따른 일반집단과 임상집단의 비교 성피해가 정신건강에 미치는 영향을 일반집단과 임상집단의 비교를 통해 알아보기 위해 일반집단과 임상집단을 성피해 여부에 따라 각각 두 집단으로 나누어 집단 간 차이를 공변량분석하였다. 피해집단은 일반집단과 임상집단 모두 심한 성피해 이상을 경험한 여성집단만을 대상으로 포함했다. 학력과 나이를 공변인으로 통제하였다.

표 9의 결과를 보면 성신자기개념점사와 간편인성점사의 대부분 척도들에서 일반집단과 임상집단 사이

표 7. 피해연령별 집단간 차이

	비피해	아동기	청소년기	성인기	총계
일반집단	416(59%)	133(19%)	121(17%)	32(5%)	702(100%)
임상집단	67(63%)	13(12%)	18(17%)	8(8%)	106(100%)

$x^2 = 4.474 \quad df=3 \quad p=.215$

표 8. 가해자수에 따른 집단간 차이

	비피해	가해자 1명	가해자 2명이상	총계
일반집단	500(65%)	175(23%)	96(12%)	771(100%)
임상집단	70(63%)	19(17%)	22(20%)	111(100%)

$x^2 = 5.360 \quad df=3 \quad p=.069$

에 통계적으로 매우 유의한 차이가 있었다. 이때 주목할 점은 피해자 수가 적은 관계로 임상집단내의 성 피해여부에 따른 집단간 차이는 밝혀지지 않았지만, 일반집단과의 비교에서는 매우 흥미로운 현상이 드러났다.

즉, 성신자기개념검사의 정서안정성, 간편인성검사의 F척도, 건강염려증, 우울증, 반사회성, 편집증, 정신분열증, 경조증척도들에서 일반피해집단은 임상집단과 유의한 차이가 나지 않았다. 이는 성피해가 정신건강에 아주 부정적인 영향을 미침을 단적으로 드러내주는 증거로 볼 수 있다.

임상집단의 피해연령에 따른 집단간 차이

임상집단 내에 피해연령기에 따라 심리적 후유증에

있어 차이가 있을 것이라는 가설을 검증하기 위해 임상집단을 비피해 및 아동기, 청소년기, 성인기피해집단으로 각각 분류하여 집단간 차이를 공변량분석하였다. 이때 피해집단은 심한 성피해 이상을 경험한 여성집단만을 대상으로 분석했다. 나이를 공변인으로 통제하였다.

결과를 보면 성신자기개념검사에서는 집단간 유의한 차이를 보인 척도가 없었다. 간편인성검사에서는 F척도에서 아동기피해집단이 비피해집단보다 높은 점수를 보였고  $F(3, 53) = 3.86, p < .02$ , 남성성척도에서는 청소년기 피해집단이 성인기피해집단보다 높은 점수를 보였다  $F(3, 53) = 2.76, p < .05$ .

표 9. 성피해 여부에 따른 일반집단과 임상집단의 차이 (N=531)

	일반비피해 (n=134)	일반피해 (n=333)	임상비피해 (n=20)	임상피해 (n=44)	F
자기개념					
자기존중감	77.13(15.30) <sup>a</sup>	76.93(14.92) <sup>a</sup>	69.05(12.18) <sup>ab</sup>	60.27(14.38) <sup>b</sup>	22.522***
정서안정성	58.98(12.65) <sup>a</sup>	53.63(11.86) <sup>b</sup>	53.10(12.31) <sup>ab</sup>	49.08(13.53) <sup>b</sup>	9.499***
대인관계능력	64.02(13.07) <sup>a</sup>	63.60(13.52) <sup>a</sup>	52.25(8.35) <sup>b</sup>	54.79(12.71) <sup>b</sup>	12.970***
문제해결능력	70.50(11.91) <sup>a</sup>	66.66(12.04) <sup>b</sup>	55.60(8.69) <sup>c</sup>	55.27(11.26) <sup>c</sup>	26.143***
대인신뢰감	77.37(11.62) <sup>a</sup>	74.10(10.39) <sup>b</sup>	60.45(8.87) <sup>c</sup>	60.25(13.96) <sup>c</sup>	40.594***
총자기개념	348.02(55.07) <sup>a</sup>	334.93(52.35) <sup>a</sup>	290.45(33.80) <sup>b</sup>	280.00(55.83) <sup>b</sup>	27.208***
간편인성검사					
F척도	5.77(3.31) <sup>a</sup>	7.84(4.29) <sup>bc</sup>	8.45(4.51) <sup>b</sup>	10.40(4.64) <sup>c</sup>	16.854***
건강염려증	7.50(3.99) <sup>a</sup>	8.89(4.31) <sup>b</sup>	7.70(4.53) <sup>ab</sup>	10.43(4.44) <sup>b</sup>	7.070***
우울증	17.41(5.70) <sup>a</sup>	19.74(5.99) <sup>a</sup>	18.60(7.82) <sup>ab</sup>	20.63(5.76) <sup>b</sup>	6.353***
히스테리	13.85(4.08) <sup>a</sup>	14.03(4.42) <sup>a</sup>	15.05(4.47) <sup>ab</sup>	16.25(4.50) <sup>b</sup>	4.719**
반사회성	11.70(3.43) <sup>a</sup>	14.35(3.91) <sup>b</sup>	13.40(4.47) <sup>ab</sup>	15.56(4.51) <sup>b</sup>	18.356***
남성성	14.07(2.90)	13.86(2.83)	13.75(3.16)	14.52(3.90)	.489
여성성	16.42(3.01)	15.77(2.96)	16.05(2.96)	15.65(3.89)	1.058
편집증	5.06(1.930) <sup>a</sup>	6.67(2.59) <sup>b</sup>	6.70(3.26) <sup>b</sup>	7.65(3.33) <sup>b</sup>	17.469****
강박성	8.73(3.41) <sup>a</sup>	10.31(3.68) <sup>b</sup>	9.35(5.34) <sup>ab</sup>	10.09(3.46) <sup>ab</sup>	6.357***
정신분열증	8.58(4.04) <sup>a</sup>	12.01(4.82) <sup>b</sup>	10.50(5.47) <sup>ab</sup>	12.40(5.25) <sup>b</sup>	17.451***
경조증	10.35(3.04) <sup>a</sup>	12.44(3.38) <sup>b</sup>	9.50(2.74) <sup>a</sup>	11.11(4.40) <sup>ab</sup>	14.155***
내향성	10.37(2.00)	9.92(2.30)	10.35(2.60)	9.75(2.66)	1.113

영문 위 첨자는 scheffé 검증에 의한 집단간 평균치 차이 여부를 나타내며, 공유하는 문자가 없는 집단 간에는 유의미한 차이가 있는 것임. 괄호 안은 표준편차.

<sup>a</sup>p < .05 <sup>\*\*</sup>p < .01 <sup>\*\*\*</sup>p < .001

표 10. 임상집단의 피해연령에 따른 집단간 차이 (N=57)

	비피해 (n=19)	아동기 (n=9)	청소년기 (n=12)	성인기 (n=17)	F
자기개념					
자아존중감	69.31(12.45)	61.00(11.15)	61.16(9.31)	59.41(20.21)	1.716
정서안정성	53.42(12.56)	49.33(12.18)	53.08(10.76)	46.82(17.19)	.815
대인관계능력	52.10(8.55)	51.55(9.32)	60.50(9.81)	53.00(16.48)	1.456
문제해결능력	55.78(8.89)	54.44(7.95)	58.58(7.01)	52.29(15.49)	.726
대인신뢰감	60.63(9.07)	57.33(12.09)	66.00(9.89)	57.23(18.26)	1.127
총자기개념	291.26(34.52)	273.66(40.99)	299.33(33.23)	268.76(78.74)	.958
간편인성검사					
F척도	7.84(3.70) <sup>a</sup>	13.33(4.58) <sup>b</sup>	9.66(3.96) <sup>ab</sup>	9.52(4.15) <sup>ab</sup>	3.856*
건강염려증	7.42(4.47)	10.55(4.92)	10.33(4.81)	9.76(4.32)	1.603
우울증	18.26(7.88)	23.66(6.04)	20.25(4.91)	19.35(6.60)	1.539
히스테리	15.05(4.60)	16.66(3.77)	17.25(4.80)	14.82(4.86)	.897
반사회성	13.57(4.52)	18.22(5.14)	15.41(2.60)	14.52(5.05)	2.333
남성성	13.47(2.98) <sup>ab</sup>	14.22(2.99) <sup>ab</sup>	16.83(2.40) <sup>a</sup>	13.29(4.74) <sup>b</sup>	2.760*
여성성	16.00(3.036)	15.33(2.34)	18.00(2.82)	14.82(4.77)	1.881
편집증	6.68(3.35)	8.33(4.27)	8.00(2.21)	7.23(3.47)	.670
강박성	9.42(5.48)	11.55(3.67)	10.50(2.87)	9.47(3.93)	.644
정신분열증	10.21(5.46)	15.11(5.08)	11.50(4.79)	11.64(4.96)	1.928
경조증	9.36(2.75)	12.55(5.29)	11.08(4.46)	10.47(4.15)	1.340
내행성	10.47(2.61)	10.11(2.75)	9.33(1.49)	10.00(3.42)	.500

영문 위 첨자는 scheffé 검증에 의한 집단간 평균치 차이 여부를 나타내며, 공유하는 문자가 없는 집단 간에는 유의미한 차이가 있는 것임. 괄호 안은 표준편차.

<sup>a</sup>p <.05 <sup>\*\*</sup>p <.01 <sup>\*\*\*</sup>p <.001

### 임상집단의 가족관계 질에 따른 집단간 차이

임상집단에서도 가족관계의 질에 따라 성피해 후유증에 차이가 있을 것이라는 가설을 검증하기 위해 임상집단을 비피해, 성장기의 좋은 가족관계, 나쁜 가족관계 집단으로 각각 나누어 집단 간 차이를 공변량 분석하였다. 이때 피해집단은 심한 성피해 이상을 경험한 여성집단만을 대상으로 분석했다. 학력과 나이를 공변인으로 통제하였다.

결과를 보면 성신자기개념검사에서는 집단간 유의한 차이를 보인 척도가 없었으며, 간편인성검사에서는 F척도에서만 .10 수준에서 비피해집단이 나쁜 가족관계집단보다 낮은 점수를 보였다.

### 논 의

임상집단의 피해 형태별 차이에 대한 분석결과를 보면 집단 간에 통계적으로 아주 유의한 차이가 있었다. 이는 일반집단은 가벼운 성피해에 많이 분포하고 임상집단은 강간 및 강간시도 집단에 많이 소속됨으로써 나타난 결과이다. 이는 선행연구들과 일치되는 결과이다. 즉, 임상집단이 일반집단에 비해 심한 성피해를 입었을 것이라는 가설을 지지하는 결과이다 (Baker & Duncan, 1985; Gold, Hughes & Swingle, 1996).

일반피해집단과 임상집단의 비교결과 성신자기개념검사의 정서안정성, 간편인성검사의 F척도, 건강염

표 11. 임상집단의 가족환경에 따른 집단간 차이 (N=55)

	비피해 (n=20)	좋은 가족관계 (n=13)	나쁜 가족관계 (n=22)	F
성신자기개념검사				
자기존중감	69.05(12.18)	59.46(9.44)	60.72(17.92)	2.033
정서안정성	53.10(12.31)	49.92(9.94)	46.95(15.39)	1.403
대인관계능력	52.25(8.35)	57.69(8.30)	51.72(15.22)	.829
문제해결능력	55.60(8.69)	55.23(5.64)	54.09(14.29)	.143
대인신뢰감	60.45(8.87)	61.61(11.28)	57.54(16.32)	.475
총자기개념	290.45(33.80)	283.92(27.53)	271.04(70.95)	.831
간편인성검사				
F척도	8.4(4.51)	9.07(4.27)	11.54(5.08)	2.426
건강염려증	7.70(4.53)	10.69(5.26)	9.63(3.92)	2.109
우울증	18.60(7.82)	18.46(7.26)	20.90(4.36)	.795
히스테리	15.05(4.47)	16.46(6.31)	15.68(3.37)	.710
반사회성	13.40(4.47)	14.69(6.54)	16.04(3.49)	1.937
남성성	13.75(3.16)	14.07(4.92)	15.36(3.59)	.985
여성성	16.05(2.96)	15.30(5.54)	16.09(3.32)	.179
편집증	6.70(3.26)	6.76(3.85)	7.81(3.30)	.633
강박성	9.35(5.34)	9.30(4.32)	10.18(2.92)	.297
정신분열증	10.50(5.47)	11.76(6.57)	12.72(4.76)	.893
경조증	9.50(2.74)	11.15(5.80)	11.27(3.95)	1.235
내향성	10.35(2.60)	9.23(3.44)	9.72(2.41)	.318

려증, 우울증, 반사회성, 편집증, 정신분열증, 경조증 척도들에서 일반피해집단은 임상집단과 유의한 차이가 나지 않았는데, 이는 비록 일반집단에 속하지만 심한 성피해를 입은 사람들은 정신과 환자집단과 아주 유사한 정도의 정신병리를 보여주고 있음을 시사한다.

일반집단과 임상집단의 피해연령별 차이를 보면 두 집단간에 유의한 차이가 없었다. 이는 임상집단 피해자들이 일반집단 피해자들에 비해 아동기피해가 많을 것이라는 외국의 선행연구들(Baker & Duncan, 1985; Gold, Hughes & Swingle, 1996; Hazzard 등, 1995; McLeer, Deblinger, Atkins, Foa & Ralphe, 1988)과 일치하지 않는 결과이다. 이러한 결과가 나타난 것은 일반집단에서 나타난 결과와 유사한 바, 한국의 사회문화적 배경과 유관한 것 같다. 즉, 한국의 전반적인 억압적인 성문화와 관련해서 청소년기나 성인기 성피

해가 아동기 성피해에 비해 반드시 가볍지 않은 문제로 작용할 가능성이 있다는 것이다. 또 다른 해석은 아동기 성피해자의 경우 기억이 억압됨으로써 피해사실이 정확히 파악되지 않았을 가능성도 있다. 특히 임상집단에서의 성피해경험 억압가능성은 높을 것으로 보인다.

일반집단과 임상집단의 피해정도를 가해자수를 기준으로 하여 분석한 결과 미약한 정도의 관련성이 나타났다. 즉, 임상집단이 일반집단에 비해 더 많은 가해자로부터 피해를 받았음이 나타났다. 이것도 선행 연구들과 일치하는 결과이다(Baker & Duncan, 1985; Gold, Hughes & Swingle, 1996). 하지만 이 결과는 유의도가 충분히 높지 않으므로 해석상에 있어 신중을 요한다.

일반집단과 임상집단을 각각 비피해 및 피해집단으로 분류하여 집단간 차이를 분석한 결과를 보면 성



신자기개념검사서서 대부분의 척도에서 임상피해집단은 일반비피해집단보다 유의하게 낮은 점수를 보였고, 간편인성검사서서도 임상피해집단은 일반집단에 비해 많은 임상증상들을 보였다. 반면에 임상비피해집단은 대부분의 척도들에서 일반집단과 유의한 차이를 보이지 않음으로써 임상집단 내에서도 성피해가 있는 집단과 없는 집단 간에 심리적 취약성에 있어 차이가 있음을 보여주었다. 이는 선행연구들의 결과와 일치하는 중요한 발견으로 볼 수 있다(Beitchman 등, 1991; Bifulco, Brown & Adler, 1991; Finkelhor, 1986; Kumar, Steer & Deblinger; Lipovsky, Saunders & Murphy, 1989; Mullen 등, 1988; Wurr & Partridge, 1996).

임상집단을 피해연령별로 분석한 결과를 보면 간편인성검사의 F척도에서만 아동기피해집단이 비피해집단보다 유의하게 높은 점수를 보였고, 나머지 척도들에서는 유의한 차이가 나타나지 않았다. 이러한 결과는 우선 임상집단의 표본수가 적기 때문에 해석상 제한점이 따른다.

임상집단을 성장기의 가족환경에 따라 집단을 나누어 분석한 결과를 보면 간편인성검사 F척도에서 비피해집단이 나쁜 가족환경집단보다 낮은 점수를 보임으로써 선행연구들과 일치하는 결과를 보였다(Bifulco, Brown & Adler, 1991; Finkelhor, 1986; Mullen 등, 1988; Wurr & Partridge, 1996). 하지만 역시 피험자수가 너무 적으므로 여기서 어떤 결론을 내리기에 아직 미흡하다.

## 종합논의

전체적으로 본 연구의 결과를 보면 한국에서 성피해에 대한 역학연구가 이루어졌다는데 중요한 의미가 있으며, 더욱이 일반집단연구 뿐만 아니라 임상집단에 대한 연구까지 이루어졌다는데 큰 의미가 있다고 하겠다. 본 연구에서는 국내의 몇 개 선행연구에 비해 훨씬 광범위한 대상에게 체계적인 방법을 사용해서 연구하였으며, 무엇보다도 심리검사를 통해 성피

해의 심리적 후유증에 대해 자세히 밝혔다.

이 연구를 통하여 한국의 성피해는 구미의 성피해를 앞지르고 있으며, 그 후유증 또한 외국연구에서 밝혀진 것과 같이 매우 광범위하게 나타나고 있음이 확인되었다. 연구결과를 보면 일반집단과 임상집단 모두에서 외국의 선행연구들에서 나타난 결과들을 대부분 확인할 수 있었다. 즉, 일반집단에서보다 임상집단에서 성피해율이 높았고, 또한 임상집단은 피해형태에 있어 일반집단보다 더 심한 피해를 입은 것으로 나타났다. 그리고 양 집단 모두에서 성피해자가 비피해자에 비해 자기개념이 더 부정적이고 더 다양한 임상증상들을 보임으로써 아동기 성피해가 성인기 정신건강에 매우 부정적인 영향을 미침을 입증했다.

또한 일반집단과 임상집단의 비교를 통해 아동기 성피해는 어떤 측면에서는 정신과 환자집단과 비교할 수 있을 정도의 심한 정신병리를 일으킬 수 있다는 사실이 밝혀졌다. 한편, 이러한 사실은 이미 많은 외국문헌에서 보고되었지만 우리 나라에서는 처음으로 경험적으로 입증되었다는 점에 의의가 있다(Brown & Anderson, 1991; Metcalfe, Oppenheimer, Dignon & Palmer, 1990; Mullen, Martin, Anderson, Romans & Herbison, 1993; Palmer, Chaloner & Oppenheimer, 1992; Walker & James, 1992).

본 연구의 또 다른 중요한 결과는 성피해자의 가족관계의 질이 성피해 후유증 극복에 지대한 영향을 미친다는 사실을 밝혀냈다는 점이다. 즉, 아동기에 성피해를 당했다 하더라도 피해자가 속한 가정의 가족관계가 우호적이고 지지적인 경우 그렇지 못한 피해자들에 비해 심리적 후유증이 훨씬 적었으며 또한 현실적용을 더 잘하였다는 사실이다. 이는 성피해 후유증 극복을 위해 중요한 시사점을 제공한다. 즉, 성피해는 아동에게 치명적인 상처를 남겨주는 위협적인 사건임에 틀림없지만, 아동이 속한 가정이 피해아동에게 따뜻한 사랑과 관심을 갖고 우호적으로 대해줄 때 피해가 최소한으로 줄어들 수 있다는 사실이다. 이러한 발견은 임상현장에서 매우 중요한 가치가 있는 발견이다. 예컨대, 성피해 아동부모를 상담할 때 이러한 사실을 주지시키고 협조를 구할 필요가 있을 것

이다.

한편, 본 연구에서는 일반집단과 임상집단 모두에서 피해연령별 집단간 차이가 나타나지 않았는데, 이는 외국의 선행연구들과 일치하지 않는 점이다. 즉, 외국의 선행연구들에 의하면 아동기 성피해가 다른 연령기 성피해에 비해 심리적 후유증이 훨씬 심각한 것으로 보고되는데 본 연구에서는 그것이 입증되지 않았다. 이는 선행연구들의 가설을 기각시키는 것일 수도 있고, 혹은 한국 피해자들의 사회문화적 특성을 반영하는 것일 수도 있다. 또는 아동기 성피해자들의 높은 망각률로 인한 현상일 수도 있다. 아동기 성피해자들의 경우 성피해에 대한 높은 망각률이 보고되고 있기 때문이다(Briere & Conte, 1993; Rodriguez 등, 1996).

마지막으로 본 연구의 제한점은 임상집단의 수가 적음으로 인해 세분화된 집단별 분석이 어려웠다는 점이다. 그리고 진단집단별로 특정 진단집단에 치중됨으로써 다양한 임상집단에 대한 비교가 불가능했다는 점이다. 이 부분은 후속연구를 통해 보장되어야 할 점이다. 또 다른 제한점은 검사도구의 문제인데 좀더 많은 정보를 얻을 수 있는 다양한 도구들을 사용하지 못했다는 점이다. 그리고 임상집단의 경우 질문지를 정확하게 이해하지 못하고 응답한 피해자들이 있었고, 도중에 포기하거나 빠뜨린 응답을 한 사람들이 많아짐으로써 전체 피해자수가 줄어드는 문제점들이 발생하였다.

### 참고문헌

김민정(1997). 여대생의 아동기 성학대 피해경험과 심리사회적 손상에 관한 연구. 이화여자 대학교 대학원 석사학위논문.  
 김정규(1999). 자기개념검사 실시요강. 서울: 한국가이던스.  
 김정규, 채규만 (1996). 성폭력피해의 평가와 심리치료. 성신여대부설 심리건강연구소.  
 박순주(1996). 어린이 성폭력 피해자의 경험인식에 관

한 연구. 이화여자대학교 대학원 석사학위논문.  
 심영희(1990). 성폭력의 실태에 관한 연구. 서울지역의 피해자를 중심으로. 형사정책연구 창간호. 149-185. 한국형사정책연구소.  
 이정흠, 김종술 (1993). 한국형 MMPI-168의 임상적 타당도. 한국심리학회지: 임상 12(2). 16-28.  
 한국성폭력상담소 (1996). 안전한 어린이. 건강한 서울. 한국성폭력상담소.  
 한국성폭력상담소 (1997). 국내 성폭력 지원체계의 현황: 성폭력문제연구소 개소 기념세미나. 서울: 한국성폭력상담소.  
 한국형사정책연구원 (1990). 성폭력의 실태와 대책에 관한 연구. 서울: 한국형사정책연구원.  
 한국형사정책연구원 (1996). 성폭력의 실태와 대책에 관한 연구II. 서울: 한국형사정책연구원.  
 Alter-Reid, K. (1986). Sexual abuse of children: A review of empirical findings. *Clinical psychology review*, 6, 249-266.  
 Bagley, C. & Ramsay, R. (1986). Sexual abuse in childhood: Psychosocial outcomes and implications for social work practice. *Journal of Social Work and Human sexuality*, 4, 33-47.  
 Baker, A.W. & Duncan, S.P.(1985). Child sexual abuse: A study of prevalence in Great Britain. *Child abuse & Neglect*, 9, 457-467.  
 Banyard, V. (1997). The impact of childhood sexual abuse and family functioning on four dimensions of women's later parenting. *Child abuse & Neglect*, 21, 1095-1107.  
 Battle, J.(1992). *Culture Free Self Esteem Inventories*. 2nd Edition. Austin. Pro-Ed.  
 Becker, J. V., Skinner, L. J., Abel, G.G. & Treacy, E. C. (1982). Incidence and types of sexual dysfunction in rape and incest victims. *Journal of Sex and Marital therapy*, 8, 65-74.  
 Beitchman, J. H., Zucker, K. L., Hood, J. E., daCosta, G. A., & Akman, D.(1991). A review of the short term effects of child sexual abuse. *Child*

- abuse & Neglect, 15, 537-556.*
- Beitchman, J. H., Zucker, K. L., Hood, J. E., daCosta, G. A., & Akman, D.(1992). A review of the long term effects of child sexual abuse. *Child abuse & Neglect, 16, 101-118.*
- Bifulco, A., Brown, G. W. & Adler, Z.(1991). Early sexual abuse and clinical depression in later life. *British Journal of Psychiatry, 159, 115-122.*
- Boney-McCoy, S. & Finkelhor, D. (1995). Prior victimization: A risk factor for child sexual abuse and for PTSD-related symptomatology among sexually abused youth. *Child Abuse & Neglect, 19(12), 1401-1421.*
- Briere, J. & Conte, J. (1993). Self reported amnesia for abuse in adults molested as children. *Journal of Traumatic Stress, 6, 21-31.*
- Briere, J. & Runtz, M.(1987). Post-sexual abuse trauma: Data and implications for clinical practice. *Journal of Interpersonal Violence, 2, 367-379.*
- Briere, J. & Runtz, M.(1988). Symptomatology associated with child sexual victimization in a nonclinical adult sample. *Child Abuse & Neglect, 12, 51-59.*
- Brown, G.W. & Anderson, B.(1991). Psychiatric morbidity in adult inpatients with childhood histories of sexual and physical abuse. *American Journal of Psychiatry, 148, 55-61.*
- Browne, A. & Finkelhor, D. (1986). Impact of child sexual abuse. A review of the literature. *Psychological Bulletin, 99, 66-77.*
- Bryer, J. B., Nelson, B. A., Miller, J.B. & Kroll, P. A.(1987). Childhood sexual an physical abuse as factors in adult psychiatric illness. *American Journal of Psychiatry, 144, 1426-1430.*
- Burnam, A. (1985). Personal communication to D. Finkelhor concerning the Los Angeles Epidemiological Catchment Area Study.
- Coffey, P., Leitenberg, H., Henning, K., Turner, T. & Bennett, R. T. (1996). The relation between methods of coping during adulthood with a history of childhood sexual abuse and current psychological adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64, 1090-1093.*
- Cole, P. M. & Putnam, F. W. (1992). Effect of incest on self and social functioning: A developmental psychopathology perspective. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60(2), 174-184.*
- Conte, J. R. & Schuerman, J. R. (1987). Factors associated with an increased impact of child sex abuse. *Child Abuse & Neglect, 11, 201-211.*
- Deusinger, I. M.(1986). *Die Frankfurter Selbstkonzeptskalen*, Goettingen: Hogrefe.
- Dix, T. (1991). The affective organization of parenting. Adaptive and maladaptive processes. *Psychological Bulletin, 110, 3-25.*
- Everson, M. D., Hunter, W. D., Runyon, D. K., Edelson, G. A. & Coulter, M. L. (1989). Maternal support following disclosure of incest. *American Journal of Orthopsychiatry, 59(2), 197-207.*
- Feinauer, L. L. (1989). Sexual dysfunction in women sexually abused as children. *Contemporary Family Therapy, 11, 299-309.*
- Feiring, C., Taska, L. & Lewis, M. (1996). A process model for understanding adaptation to sexual abuse: the role of shame in defining stigmatization. *Child Abuse & Neglect, 20, 767-782.*
- Ferguson, T. J., Stegge, J. & Damhuis, I. (1991). Children's understanding of guilt and shame. *Child Development, 62, 827-839.*
- Fergusson, D.M, John Horwood. L.J & Lynskey M. T.(1997). Childhood sexual abuse, adolescent sexual behaviors and sexual revictimiza-

- tion. *Child abuse & Neglect*, 21(8). 789-803.
- Figuroa, E. F., Silk, K. R., Huth, A. & Lohr, N. E. (1997). History of childhood sexual abuse and general psychopathology. *Comprehensive Psychiatry*, 38(1), 23-30.
- Finkelhor, D.(1979). *Sexually victimized children*. New York: Free Press.
- Finkelhor, D.(1980). Risk factors in the sexual victimization of children. *Child abuse & Neglect*, 4, 265-273.
- Finkelhor, D.(1984). Boys as victims: review of the evidence. In : D.Finkelhor (Ed), *Child sexual abuse : New theory and research*. New York. Free Press.
- Finkelhor, D.(1986). *A sourcebook on sexual abuse*. Beverly Hills, CA: Sage Publications.
- Finkelhor, D.(1988). *Lasting effects of child sexual abuse*. Newbury Park, CA: Sage.
- Finkelhor, D., Hotaling, G., Lewis, I. A. & Smith, C. (1990). Sexual abuse in a national survey of adult men and women: Prevalence, characteristics and risk factors. *Child abuse & Neglect*, 14, 19-28.
- Fischer, K. W. (1980). A theory of cognitive development: The control and construction of hierarchies of skills. *Psychological review*, 87, 477-531.
- Foa, E. B. & Kozak, M, J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Friedrich, W. N. (1988). Behavior problems in sexually abused children: An adaptational perspective. In: G. E. Wyatt & G. J. Powell. (Eds.). *Lasting effects of child sexual abuse* (pp. 171-192). Newbury Park, CA: Sage.
- Frohmoth, M, E. (1986). The relationship of childhood sexual abuse with later psychological and sexual adjustment in a sample of college women. *Child abuse & Neglect*, 10, 5-15.
- Gibson, R. L. & Hartshorne, T. S.(1996). Childhood sexual abuse and adult loneliness and network orientation. *Child abuse & Neglect*, 20(11). 1087-1092.
- Gold, S. N., Hughes. D. M & Swingle, J. M.(1996). Characteristics of childhood sexual abuse among female survivors in therapy. *Child abuse & Neglect*, 20(4). 323-335.
- Goldston, D.B., Turnquist, D.C. & Knutson, J. F. (1989). presenting problems of sexually abused girls receiving psychiatric services. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 314-317.
- Gomes-Schwartz, B., Horowitz, J. M. & Sauzier, M. (1985). Severity of emotional distress among sexually abused preschool, school-age and adolescent children. *Hospital and Community Psychiatry*, 36, 503-508.
- Green, A. H. (1993). Child sexual abuse: Immediate and long term effects and intervention. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 890-920.
- Harter, S. (1982). Children's understanding of multiple emotions. A cognitive developmental approach. In: W. F. Overton. (Ed.). *The relationship between social and cognitive development* (pp.147-194). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Hazzard, A., Celano, M., Gould, J., Lawry, S & Webb, C. (1995). Predicting symptomatology and self blame among child sex abuse victims. *Child abuse & Neglect*, 19. 707-714.
- Himelein, M. & McElrath, A. V. (1996). Resilient child sexual abuse survivors: Cognitive coping and illusion. *Child abuse & Neglect*, 20(8), 747-758.
- Hutchings, P. & Dutton, M. A. (1993). Sexual assault history in a community mental health center

- clinical population. *Community Mental Health Journal*, 29, 59-63.
- Jacobson, D. & Richardson, B. (1987). Assault experiences of 100 psychiatric inpatients. Evidence of the need for routine inquiry. *American Journal of Psychiatry*, 144, 908-913.
- Jehu, D.(1988). *Beyond sexual abuse. Therapy with women who were childhood victims*. New York: John Wiley.
- Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M. & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children. A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113, 164-180.
- Kercher, G. & Mcshane, M. (1984). The prevalence of child sexual abuse. victimization in an adult sample of Texas residents. *Child abuse & Neglect*, 8, 495-502.
- Kinzl, J. F., Traweger,, C. & Biebl, W. (1995). Sexual dysfunctions. Relationsip to childhood sexual abuse and early family experiences in a nonclinical sample. *Child abuse & Neglect*, 19, 785-792.
- Kumar, G., Steer, R. A. & Deblinger, E.(1996). *Child abuse & Neglect*, 20(11). 1079-1086.
- Lewis, M. (1992). *Shame: The exposed self*. New York: The Free Press.
- Lindberg, F. & Distad, L. (1985). Survival responses to incest: Adolescents in crisis. *Child abuse & Neglect*, 9, 521-526.
- Lipovsky, J. A., Saunders. B. E. & Murphy, S. M. (1989). Depression, anxiety and behavior problems among vintims of father-child sexual assault and nonabused siblings. *Journal of Interpersonal Violence*, 4, 452-468.
- McCormack, A., Janus, M. & Burgess, A. W. (1986). Runaway youths and sexual victimization: gender differences in an adolescent runaway population. *Child abuse & Neglect*, 10, 387-395.
- McLeer, S. V., Deblinger, E., Atkins, M., Foa, E. & Ralphe, D. (1988). Post traumatic stress disorder in sexually abused children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 27, 650-654.
- Metcalfe, M., Oppenheimer, R., Dignon. A. & Palmer,, R. L. (1990). Childhood sexual experiences reported by male psychiatric patients. *Psychological Medicine*, 20, 925-929.
- Mian, M., Marton, P. & LeBaron, D. (1996). The effects of sexual abuse on 3- to 5-year-old girls. *Child Abuse & Neglect*, 20(8). 731-745.
- Morrow, K. B. (1991). Attributions of female adolescent incest victims regarding their molestation. *Child Abuse & Neglect*, 15, 477-483.
- Mullen, P.E., Romans-Clarkson, E.E., Walton, V.A. & Herbison, G.P. (1988). *Impact of sexual and physical abuse on women's health*. *Lancet*, i, 841-845.
- Mullen, P.E., Martin, J. L. Anderson,J.C. Romans, S. E. & Herbison, G. P.(1993). Childhood sexual abuse and mental health in adult life. *British Journal of Psychiatry*, 163, 721-732.
- Palmer, R. L., Chaloner, D. A. & Oppenheimer, R. (1992). Childhood sexual experiences with adults reported by female psychiatric patients. *British Journal of Psychiatry*, 160, 261-265.
- Peters, S.D., Wyatt, G. E., & Finkelhor, D.(1986). Prevalence. In D. Finkelhor (Ed.), *A sourcebook on child sexual abuse* (pp. 15-59). Beverly Hills, CA: Sage
- Rodriguez, N., Ryan, S. W., Rowan, A. B. & Foy, D.W.(1996). Posttraumatic stress disorder in a clinical sample of adult survivors of childhood sexual abuse. *Child abuse & Neglect*, 20(10), 943-952.
- Rodriguez, N., Ryan, S.W., Vande, H.K., & Foy, D. W.(1997). Posttraumatic stress disorder in

- adult female survivors of childhood sexual abuse: A comparison study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(1), 53-59.
- Rowan, A. B., Foy, D. W., Rodriguez, N. & Ryan, S.(1994). Post traumatic stress disorder in a clinical sample of adults sexually abused as children. *Child abuse & Neglect*, 18, 51-61.
- Russel, D. (1986). *The secret trauma: Incest in the lives of girls and women*. New York: Basic Books.
- Sarwer, D. B. & Durlak, J. A. (1996). Childhood sexual abuse as a predictor of adult female sexual dysfunction: *A study of couples seeking sex therapy*.
- Sheldrick, C. (1991). Adult sequelae of child sexual abuse. *British Journal of Psychiatry*, 158(supp. 10), 55-62.
- Sirles, E. A., Smith, J. A. & Kusama, H. (1989). Psychiatric status of intrafamilial child sexual abuse victims. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 28, 225-229.
- Slus, J. & Fletcher, B. (1985). The relative efficacy of avoidant and nonavoidant coping strategies: A meta-analysis. *Health Psychology*, 4, 249-288.
- Spaccarelli, S. (1994). Stress, appraisal and coping in child sexual abuse: A theoretical and empirical review. *Psychological Bulletin*. 16, 340-362.
- Walker, S. C. & James, H. (1992). Childhood physical and sexual abuse in women. Report from a psychiatric emergency clinic. *Psychiatry in Practice*, 11, 15-18.
- Waterman, J. & Kelly, R. (1993). *Mediations of effects on children. what enhances optimal functioning and promotes healing ?* In: Behind the playground walls: Sexual abuse in preschools, Waterman J, Kelly R, Oliveri M, McCord J. New York: Guilford Publications.
- Watkins, B. & Bentovim, A. (1992). The sexual abuse of male children and adolescents: A review of current research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33, 197-248.
- Wolfe, V. V., Gentile, C. & Wolfe, D. A. (1989). The impact of sexual abuse on children: A PTSD formulation. *Behavior Therapy*. 20, 215-228.
- Wurr, C. J. & Partridge, I. M. (1996). The prevalence of a history of childhood sexual abuse in an acute adult inpatient population. *Child Abuse & Neglect*, 20, 867-872.
- Wyatt, G. E. (1985). The sexual abuse of Afro american and white american women in childhood. *Child Abuse & Neglect*, 9, 507-519.
- Zuravin, S. J. & DiBlasio, F. A. (1992). Child-neglecting asolescent mothers: How do they differ from their nonmaltreating counterparts ? *Journal of Interpersonal Violence*, 7, 471-489.

원고접수일 2000. 6. 1

수정원고접수일 2000. 9. 25

게재결정일 2000. 10. 30 ■

## **Psychological Effects of Childhood Sexual Abuse**

**Jung-Kyu Kim**

Department of Psychology  
Sung Shin Womens University

**Zoung-Soul Kim**

Department of Neuropsychiatry  
College of Medicine, Seoul University

This study examined for the first time in Korea the rate of sexual abuse both for the general and clinical population. Of the 1,032 females from general population nonabused were 13.3%, noncontact abuse 53.6%, contact abuse 18.8%, attempted or completed rape 14.3 %. The psychological effects of childhood sexual abuse(CSA) as measured by the SSCS(Sungshin Selfconcept Scale) and MMPI(short form) were that the nonabused group proved to be emotionally more stable, more competent in interpersonal relationship, problem solving, more able to trust other people and showed less clinical symptoms than sexually abused group. Furthermore the nonabused group and the noncontact abuse group showed less clinical symptoms such as depression, hystery, personality disorder, schizophrenia compared to the contact group and the attempted or completed rape group. It turned out that those who experienced contact abuse or rape but experienced good familial relationship showed a higher level of self esteem and less clinical symptoms such as depression, hystery, personality disorder, schizophrenia compared to those who belong to the same group but experienced unfavorable familial relationship.