

## 학대아동에 대한 상담 모델의 개관

장 현 아\*

전주대학교 상담대학원

본 연구에서는 최근 미국 내에서 받아들여지고 있는 피학대아동에 대한 상담 프로그램들을 개관하고 피학대 아동을 상담할 때 고려해야할 중요한 점들을 제시하고자 한다. 아동학대는 이미 개인이나 가정의 차원을 넘어서 사회적으로 심각한 문제로 받아들여지고 있으며 정신건강전문가들도 아동학대의 예방 및 상담 개입의 중요성을 인식함에도 불구하고, 우리나라에서는 아직 피학대아동을 위한 경험적으로 검증된 적절한 상담 모델이 부족하다. 따라서 피학대아동을 위한 기존의 상담 프로그램들의 치료적 이론과 기제 및 성과 연구를 살펴봄으로써 국내에 피학대 아동의 상담에 대한 관심과 적용 가능성을 높이고자 한다. 최근의 피학대아동을 위한 상담 프로그램들을 개관한 결과, 학대경험을 회기 내에서 직접적으로 다루는 것이 강조되며, 부모의 개입이 상담성공에 대한 매우 중요한 예측요인이었고, 구조화된 단기상담을 지향한다는 것을 알 수 있었다. 앞으로는 외국의 상담 모델을 토대로 우리나라의 실정에 맞게 적용하고 경험적 연구를 통해 성과를 검증하는 과정이 필요할 것이다.

주요어 : 아동학대, 피학대 아동, 상담모델, 외상

---

\* 교신저자(Corresponding Author): 장현아, 전주대학교 상담대학원, (137-782) 서울시 서초구 우면동 대림아파트 103동 802호  
Tel: 010-2525-0738, E-mail: hs1618@hanmail.net

보건복지부에서 발표한 전국아동학대현황보고서(중앙아동보호전문기관, 2007)에 따르면, 2001년 접수된 아동학대 의심사례건수는 2,606건인데 비해 2006년에는 6,452건으로 2.5배가량 증가하였다. 계속 증가하고 있는 아동학대발생률과 더불어 지난 몇 년간 사망에까지 이르는 심각한 아동학대의 사례들이 매스컴을 통해 여러 차례 보도되면서 아동학대는 더 이상 가정 내의 문제가 아니라 사회적 문제로 대두되었다.

미국 내에서 아동학대를 사회문제로 인식하고 이를 방지하기 위한 적극적인 조치를 취하기 시작한 것은 1874년 후견인 부부에 의해 잔인하게 맞고 방임되어왔던 피학대아동 Mary Ellen의 사건이 알려진 후이다. 당시 9세였던 Mary Ellen의 구제에 적용할 수 있는 법이 없어 결국 미국 동물학대방지협회(American Society for the Prevention of Cruelty to Animals)의 도움을 받은 이 사건을 계기로 첫 번째 아동학대방지협회(Society for the Prevention of Cruelty to Children)가 조직되었고, 미국전역에 아동학대와 관련된 예방기관 설립과 아동보호를 위한 법률 제정이 시행되기 시작하였다(Watkins, 1990). 이후 1960대에 들어 피학대아동에 대한 보호서비스가 급격히 발전하였는데, Kempe와 동료 의사들(Kempe, Silverman, Steele, Droegemeller, & Silver, 1962)이 피학대아동의 신체증상을 관찰하고 증명하여 처음으로 학대아동증후군(The battered Child Syndrome)을 학회지에 발표한 것이 계기가 되었다. 학대아동증후군이란 아동이 부모나 보육자, 형제자매로부터 반복해서 신체적인 학대를 받아서 발생하는 각종 증상의 총칭으로 골절, 두개 내 출혈, 고막파열, 시력상실, 성장 지연 등이 야기될 수 있고 나이가 어릴수록 치명적인 영향을 받게 된다. Kempe의 논문 발표 후, 아동학대는 사회적 문제로 더욱 주목받게 되었고 아동학대의 예방과 후속 상담 프로그램에 대한 관심이 높아져, 1974년에는 아동학대 예방 및 치료법(Child Abuse Prevention and Treatment Act)이 통과되었다.

우리나라에서는 1985년 공립기관으로는 최초로

서울시립아동상담소가 아동학대 고발센터를 개설하였고 1989년에 한국아동학대예방협회가 설립되었으나 피학대아동을 위한 적극적인 서비스 제공이 잘 이루어지지 않았다(김현용, 윤현숙, 노혜련, 김연옥, 최 균, 이배근, 1997). 국내의 아동보호체계가 본격적으로 마련된 것은 2000년에 아동복지법이 개정되고 아동보호전문기관이 설립, 운영되면서 피학대아동을 위한 제도적인 토대가 갖추어지면서부터이다. 그 결과 2007년 3월 아동보호전문기관은 중앙아동보호전문기관 1개소와 지방아동보호전문기관 43개소가 운영되고 있다. 그러나 우리나라의 아동학대 발생률과 17개 아동학대 관련기관에 의뢰된 사례수를 비교해볼 때, 피학대 아동의 0.66%만이 상담 서비스의 도움을 받는 것으로 추정된다(박형원, 2004). 피학대아동에 대한 제도적 차원의 지원과 심리적 문제에 대한 서비스의 필요성이 점차 높아졌지만, 우리나라에서는 아직도 피학대아동에 대한 실질적인 상담 서비스를 제공할 수 있는 역량을 갖춘 전문 인력이 매우 부족하며 상담자들이 현장에서 활용할만한 상담 모델을 찾기도 쉽지 않은 형편이다.

미국에서는 이미 피학대아동의 치료를 위한 합의된 지침서를 발표하고 정신건강전문가들에게 소개하여 피학대 아동의 치료 계획을 수립하고 어떤 치료가 가장 적합할지 결정하는데 도움을 주고 있다(American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1998; Cohen, Berliner, & March, 2000; Foa, Davidson, & Frances, 1999). 그러나 국내에서는 아동학대의 실태조사 및 문제현황에 대한 연구들은 비교적 많이 시행된 편이나, 피학대 아동을 위한 상담 개입 프로그램에 대한 경험적 연구는 매우 부족하며 정신건강전문가들 사이에 합의된 상담 모델도 제시된 바가 없다.

최근 국내에서 개발된 상담 프로그램으로는 저소득층 밀집지역의 방임 아동을 대상으로 자존감 향상을 돕기 위해 현실치료 모델을 토대로 한 프로그램이 있다(김혜영, 2001). 프로그램 참여 후 아동의 자존감이 유의미하게 향상되었고 프로그램의 유익성은 88.9%로 평가되었다. 그 밖에 양혜원(2002), 배희분과

옥선화(2000)가 가정 폭력에 노출된 아동의 건강한 성장발달 지원 및 적응향상을 위한 집단 프로그램을 개발한 바 있고, 김명희(2001)가 근친 성학대를 받은 아동을 대상으로 자기표출 훈련 프로그램을, 박형원(2004)이 가정폭력 피해아동의 공격행동 감소 프로그램을 개발하여 효과검증을 하였다. 그러나 이런 프로그램들은 외상에 대한 내용을 직접적으로 다루기 보다는 다양한 적응 문제에 초점을 두고 있다.

이에 본 연구는 외국에서 사용되고 있는 피학대 아동을 위한 기존의 상담 프로그램들의 치료적 이론과 기제 및 성과 연구 결과를 살펴봄으로써 국내에 피학대 아동의 상담에 대한 관심을 높이고 피학대 아동을 상담할 때 고려해야할 중요한 점들을 제시하고자 한다. 먼저 아동학대의 부정적 결과 및 심리적 후유증들을 간략히 살펴보겠다.

#### 아동학대의 후유증

아동학대는 후유증이 매우 심각하며 아동에게 있어 이후 많은 정신건강 문제를 발달시킬 수 있는 지속적인 위험요인이 알려지면서 정신건강 전문가들 사이에서도 아동학대의 예방 및 상담 개입에 대한 관심이 크게 증대되었다. 학대의 정도와 지속기간, 아동의 성과 연령, 발달단계 등에 따라 학대 경험에 대한 반응에 차이가 있긴 하지만 정서적, 행동적, 인지적 차원에 걸쳐 빈번하게 발견되는 학대 후유증은 다음과 같다.

첫째, 정서적으로 아동은 불안과 공포, 우울감, 슬픔, 분노감 등을 경험한다. 피학대 아동은 학대 상황을 연상시키는 비슷한 자극에 대하여 자동적으로 불안반응을 일으키는 경우가 많다. 이런 불안반응패턴은 학대와 관련된 사람, 장소, 사물, 상황 등에 일반화되어 위험이 없는데도 높은 수준의 불안을 일으킬 수 있어 과잉각성상태를 유지시킨다.

피학대 아동은 학대경험에 대한 책임을 자신에게 돌리고 우울감을 느끼기도 한다. Sternberg 등(1993)의 연구에서는 아동학대를 경험한 집단이 비폭력 가정의 자녀들보다 우울증이 유의미하게 높다는 결과

를 보였다. 자기를 비난하게 되면 죄책감과 수치심, 무기력감을 느끼고 자아존중감이 낮아진다(Goodwin, 1988; Sanders, Berliner, & Hanson, 2004).

분노감은 학대사건이 부당하다는 생각과 학대를 막을 수 없다는 무력감과 관련된다. 학대로 인한 분노감을 가지고 있는 아동은 타인에게 공격적인 행동을 하거나 갑작스럽게 부정적 정서를 표출하는 등 정서조절의 어려움을 보인다. 이는 신경생물학적인 연구를 통해서도 입증되었는데, 만성적으로 외상을 경험한 아동은 스트레스 호르몬과 에피네프린과 같은 신경전달물질이 정상아동에 비해 과도하게 방출됨으로써 정서조절에 어려움을 경험하게 된다(Cohen, Mannarino, & Deblinger, 2006).

둘째, 행동적 문제로써 거짓말, 도벽, 약물남용, 공격성, 가출, 자살 충동 및 시도 등이 관련된다. 가정 내에서 폭력 외에 다른 갈등해결기술을 습득하지 못한 경우에 대인관계에 문제가 생기게 되고 학교생활의 부적응을 야기하기도 한다. 피학대아동 집단과 학대받지 않은 아동 집단을 비교한 한 연구(Kurtz, Gaudin, Wodarski, & Howing, 1993)에서는 두 집단의 사회경제적인 지위를 통제하였을 때조차 피학대집단 아동이 더 낮은 학업 수행 및 심각한 심리사회적 문제를 나타내었다. 피학대아동은 약물남용의 위험도 높는데, 이는 학대와 관련된 기억으로부터 회피하고 부정적 자기상에 대해 부적응적인 대처전략을 사용하는 것으로 볼 수 있다.

또 다른 심각한 행동 문제는 폭력의 세대 간 전승이다. 폭력에 노출된 아동들은 성장과정에서 폭력적 행동을 관찰할 기회가 많으므로 모방과 학습과정을 통해 폭력을 사용할 가능성이 높아진다. 폭력적인 가정에서 자라난 아동은 스트레스 상황에 직면했을 때 폭력을 사용하는 경향이 나타났으며, 성인이 되었을 때 자신의 배우자에게 폭력을 행사할 가능성이 높다(Hutchings, 1998; 박형원, 2004에서 재인용).

셋째, 학대를 경험한 아동은 평소에 가지고 있었던 타인과 세상에 대한 관점에 혼란을 겪고 왜 그러한 일이 자신에게 생겼는지 의문을 갖게 된다. 이

때 합리적인 설명을 찾지 못하면 피학대 아동은 상황에 대한 통제감과 예측가능성을 획득하기 위해 원인에 대한 잘못된 귀인을 하게되고 비합리적인 신념들을 형성하게 된다(Cohen, Mannarino, & Deblinger, 2006). 가장 빈번하게 발견되는 비합리적인 신념 중 하나는 자기비난이다. 즉, ‘내가 나쁜 아이기 때문에 아빠가 나를 때린거야’, ‘내가 삼촌 방에 들어간 게 잘못이야’ 와 같이 학대의 발생에 대한 책임을 자신에게 돌리게 된다. 자신을 보호하고 보살펴줄 것이라고 믿고 기대했던 부모 및 성인으로부터 의도적이고 지속적인 학대를 경험한 아동의 경우에는 자신의 기대와 상반되는 현실을 받아들이는 것이 매우 어렵기 때문에 자기 비난을 발달시키고 지속시키기 쉽다.

또 다른 인지적 왜곡은 ‘누구도 믿을 수 없다’는 신념으로 이는 대인관계에 부정적인 영향을 미치게 된다(채규만, 1997). 특히, 아동학대 가해자의 주요 집단은 가족, 가족의 지인이나 친척, 이웃 등 평소에게 가깝게 알고 지냈던 성인들인 경우가 많다(한국성폭력 상담소, 2007), 이후 아동이 타인을 신뢰하고 대인관계를 형성하는데 큰 어려움을 야기하게 된다. 피학대 아동이 가지는 왜곡된 인지는 외상 후 스트레스 장애(Posttraumatic stress disorder; PTSD) 증상, 불안, 우울 및 다른 행동 문제를 야기하고 유지시키는데 영향을 미친다.

피학대 아동의 치료 개입 시에는 PTSD 증상이 반드시 평가에 포함되어야 하는데, 그 필요성은 성학대 아동의 절반과 신체적 학대 아동의 삼분의 일이 PTSD 진단 기준을 만족시킨다는 보고에서도 입증된다(McLeer et al., 1998; McCloskey & Walker, 2000). 특히, 아동학대와 같이 외상이 의도적-인간 발생적이고 장기적으로 지속된 경우에는 기존의 PTSD 증상으로는 충분히 설명되지 않을 수 있는데, 이를 복합 PTSD(complex PTSD) 혹은 “달리 분류되지 않은 극단적 스트레스로 인한 장애(Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified; DESNOS)”로 명명하기도 한다(Herman, 1992).

### 피학대아동을 위한 상담 모델과 프로그램

평가가 이루어진 후 상담가의 중요한 임무 중 하나는 어떤 상담 개입이 피학대 아동의 문제 회복에 도움이 될 수 있을지를 결정하는 것이다. 이를 위해서 상담전문가들은 피학대 아동을 위한 상담 프로그램을 개발하고 검증해야할 뿐 아니라 이론적 기반 위에 경험적으로도 입증된 상담 프로그램을 익히고 사용할 수 있어야 한다. 따라서 이 절에서는 현재 피학대 아동을 위해 사용되는 상담 모델 중 이론적으로 타당하며 경험적으로 효과성이 검증되어 상담 현장에서 받아들여지고 있는 모델들을 중심으로 개관하고자 한다. 이러한 모델 중 최근 미국에서 사용되고 있는 피학대 아동을 위한 상담 프로그램으로는 인지 처리 과정 치료(Cognitive Processing Therapy; CPT), 외상 중심 인지행동치료(Trauma-focused Cognitive Behavioral Therapy; TF-CBT), 외상 중심 통합적-절충치료(Trauma-focused integrative-Eclectic Therapy; IET), EMDR(Eye Movement Desensitization and Reprocessing), 학대 중심 인지행동치료(Abuse-focused Cognitive-Behavioral Therapy; AF-CBT) 등이 있다.

### 인지 처리 과정 치료(CPT)

CPT는 12-16주 정도가 소요되는 단기적이고 구조화되어있는 인지행동치료로 특별히 성학대로 야기된 PTSD 및 이와 관련된 우울감 등을 치료하기 위해 고안되었다(Resick & Schnicke, 1992). CPT는 외상적 기억에 대한 노출, 인지적 재구성훈련, 외상에 의해 가장 크게 영향을 받은 부분에 대한 주제를 다루는 것으로 이루어져있다. 노출치료(Foa & Kozak, 1986)와 인지치료는 종종 외상 희생자들을 위한 치료에 사용되어 왔는데, CPT는 이 두 가지 접근을 통합하여 사용한다. 즉, CPT의 첫째 목표는 외상 기억에의 노출이고 인지적 요소가 여기에 더해진다. CPT는 피학대 아동으로 하여금 어떻게 사고와 정서가 서로 연관되는지를 이해하도록 교육하고, 외상 경험을 무시하거나 없애버릴 수 없는 실제로 일어났던 사건으로써 받아들이고 통합하도록 돕는다. 또한, 사건과 관련된

여러 정서를 충분히 경험하고 부적응적인 신념을 직면하여 분석함으로써 어떻게 이전 경험들과 신념들이 외상에 대한 반응에 영향을 미치고 또한 영향을 받았는지를 탐색하게 한다.

외상경험은 이전의 도식에 맞지 않는 새로운 정보이기 때문에 종종 문제를 일으키는데, 예를 들어 '세상은 안전하고 어른은 어린이를 보호해주는 존재다' 라는 믿음이 외상경험으로 인해 무너지면 이를 이해하고 범주화할 새로운 방법이 없으므로 외상과 관련된 강한 정서는 처리되지 않고 남겨지게 된다. 이전의 믿음이나 도식에 불일치하는 정보를 접하게 되면 두 가지 중의 한 과정이 일어나는데, 즉 동화(assimilation)와 순응(accommodation)이다. 동화는 새로운 정보를 왜곡시켜서 기존의 믿음 체계와 일치시키는 것이고, 순응은 기존의 믿음 체계에 불일치하는 새로운 정보에 맞추어 신념을 변경하는 것이다(예: '좋은 사람은 성폭행을 할 리 없는데, 그렇다면 나에게 문제가 있는 것이 분명해'). 과순응(over-accommodation)은 외상경험의 결과로 극심한 수준의 신념 변화가 있을 때 일어난다. 예를 들어, '때때로 나쁜 일들이 좋은 사람에게 일어나기도 해' 라는 신념은 건강한 순응과정이지만 사회적 지지체계가 부족한 피해 아동의 경우에는 '아무도 믿을 수 없어' 혹은 '나는 결코 안전하지 않아'와 같은 부적응적이고 극단적인 순응과정을 따르게 된다(Saunders, Berliner, & Hanson, 2004). 동화와 과순응은 종종 자기 비난, 죄책감, 수치심 등을 야기하기 때문에 문제가 된다. 따라서 CPT는 외상경험과 관련된 인지를 처리하는데 있어서 이러한 과순응 대신 적응적 순응을 사용하도록 돕는다.

Resick과 Schnicke(1992)는 CPT가 성폭력 피해 내담자에게 외상 후 스트레스 장애와 우울을 경감시키는데 효과적임을 입증하였다. 유사실험 설계로 이루어졌던 이들의 연구결과, 12주간의 CPT 집단상담에 참여한 내담자들은 대기자 집단과 비교하여 치료효과가 우수하였고 치료 후와 6개월 추후검사 시점에서 모두 유의미한 향상을 유지하였다. CPT 집단의 모든

내담자들은 치료를 마친 후 PTSD 증상을 보이지 않았고 삶의 질이 크게 향상되었다고 보고하였다.

Owens, Pike와 Chard(2001)는 아동기 성학대를 겪은 53명의 여성 내담자를 대상으로 17주의 구조화된 CPT를 실시하였다. 그 결과, CPT는 PTSD 증상의 심각도와 상관성이 높다고 알려진 개인 신념 및 반응 척도(Personal Beliefs and Reactions Scale; PBRs)와 세상 가정 척도(World Assumptions Scale)에서의 인지왜곡을 유의미하게 감소시켰고, 그 효과는 3개월과 1년 후의 추수시점에서도 유지되었다. PBRs는 50개 문항으로 이루어진 척도로, 대인간 일어난 외상사건에 의해 가장 영향을 많이 받는다고 생각되는 안전, 신뢰, 친밀감 등과 관련된 인지를 측정한다.

보다 최근에 이루어진 연구로는 Resick과 동료들이(2002) 171명의 성폭력 희생자를 대상으로 CPT와 노출치료, 통제집단을 비교하였다. 치료효과는 치료전 후, 3개월과 9월 추수시점에 PTSD 증상 척도와 Beck 우울척도, 외상과 관련된 죄책감 척도로 평가되었다. 그 결과, 두 치료 모두 통제집단에 비해 효과가 있었고 치료 3개월 후 CPT 집단의 83.8%와 노출치료 집단의 70.3%가 더 이상 PTSD의 진단기준을 충족하지 않았다. 특히, CPT 집단은 노출치료집단에 비해서 외상관련 죄책감의 감소에 더 효과가 높았는데, 이는 CPT가 외상과 관련된 죄책감이 두드러진 내담자의 경우에 더 적합한 치료적 접근이 될 수 있음을 시사한다.

#### 외상 중심 인지행동치료(TF-CBT)

TF-CBT는 학습이론과 인지이론에 기초한 것으로써, 아동의 부정적인 정서와 행동반응을 감소시키고 외상 경험과 관련된 부적응적인 믿음과 귀인양식을 수정하는 것을 목표로 한다. 또한, 부모(가해자가 가족 내에 있을 경우에는 비가해자 부모)와 협력하여 부모 자신이 겪는 정서적 고통을 효과적으로 다루고 아동에게 긍정적 지지를 제공할 수 있는 기술을 지원한다. 부모 역시 자녀의 학대경험으로 인해 충격을 받으며, 가정 내에서 폭력이 발생한 경우에는 비

가해부모도 폭력의 희생자일 수 있으므로 이들을 위한 지원이 필요하다. TF-CBT는 비가해부모들의 우울 증상과 학대 관련 증상을 감소시키고 자녀에게 효과적으로 정서적 지지를 제공하도록 돕는다(Cohen, Deblinger, Mannarino, & Steer, 2004).

TF-CBT에서는 증상이 학습된 행동반응과 부적응적 인지에 의해서 발달되고 유지된다고 가정하므로 사고, 행동, 감정과 생리적 반응의 상호 연관성을 강조한다. 치료는 외상과 관련된 조건화된 정서반응과 사건에 대한 왜곡된 인지, 자신, 타인, 그리고 세상에 대한 부정적인 귀인에 초점을 둔다. 치료는 보통 12회기를 기본으로 하는데, 치료가 진행됨에 따라 비가해자 부모는 아동을 지지하는 역할을 하고 치료 후반기에는 필요에 따라 형제를 포함한 가족회기를 시행하여 가족 간의 대화를 향상시키기도 한다. TF-CBT의 장점 중 하나는 개인치료, 가족치료, 집단치료로 시행될 수 있고, 상담실이나 학교 기반 환경 모두에서 사용된다는 것이다(Cohen, Mannarino & Deblinger, 2006).

치료의 주요 구성요소는 외상 후 나타나는 전형적인 반응들에 대한 교육, 안전행동에 대한 교육, 호흡훈련과 근육이완훈련과 같은 스트레스 대처 기술, 정서 조절 기술, 언어적, 서면 혹은 인형 등의 상징적 매개체를 이용한 학대 사건에 대한 점진적 노출, 학대경험의 원인, 책임소재, 결과에 대한 부정확한 귀인을 탐색하고 수정하는 인지적 재구성, 불안조절과 인지적 왜곡의 수정을 포함한 부모회기, 아동의 행동에 적절하게 반응하는 것을 훈련시키는 부모교육, 학대에 관련된 치료적 대화 기회를 만들기 위한 아동-부모회기 등이 포함된다.

외상 중심 인지행동치료는 원래는 외상의 성인 생존자를 위해 발달되었으나 연구를 통해 다양한 외상에 노출된 아동들에게도 효과적임이 입증되었고, 피학대아동의 치료에 대해서도 많은 경험적 연구들이 축적되어왔다. Cohen과 Mannarino(1996, 1997)는 내담아동의 연령에 따라 두 개의 연구를 시행하였는데 3세에서 6세 사이의 성학대 피해아동 67명과 7에서

14세 사이의 성학대 피해아동 82명에게 외상 중심 인지행동치료를 실시하여 통제집단인 비지시적 지지 치료집단과 치료효과를 비교하였다. 연구 결과, 외상 중심 인지행동치료 집단에서 아동의 성행동과 외현화 및 내현화 문제, PTSD증상이 통제집단에 비해 유의미하게 감소하였고 치료의 효과가 1년의 추수시점에서도 유지되었다.

부모의 참여가 TF-CBT의 치료효과에 미치는 영향을 검증한 연구결과도 있다. Deblinger, Lippman과 Steer의 연구(1996)에서는 100명의 성학대 피해아동을 세 개의 치료 집단에 무선적으로 배치하였다. 즉, 아동만 치료에 참여시킨 TF-CBT 집단, 부모만 치료에 참여시킨 TF-CBT 집단, 아동과 부모를 모두 참여시킨 TF-CBT 집단으로 나누어 치료를 실시하였다. 치료 후 모든 집단에서 유의미한 효과가 있었으나 아동과 부모를 모두 참여시킨 집단은 아동만 참여시킨 집단보다 아동의 우울감과 행동 문제에서 더 유의미한 감소를 보였다. 또한, 치료에 적극적으로 참여한 부모의 경우에 양육기술이 더 많이 향상되었다. 즉, 부모의 참여는 부모 자신이 치료적 이득을 얻게 될 뿐 아니라 피학대 아동의 상담 성과에 매우 중요한 역할을 한다는 것이 경험적으로 입증되었다.

### 외상 중심 통합적-절충 치료(IET)

IET는 외상이 미치는 지속적인 영향은 아동의 기능수준과 아동의 주변 관계 및 삶의 실제 맥락 속에서 가장 잘 이해될 수 있다는 것에 기초한 심리사회적 개입이다. IET는 특히 교육수준이 낮고 빈곤한 가정의 피학대아동과 부모를 위해 발달된 것으로 이들에게 치료를 보다 이해하기 쉽게 전달하고자 한다. 이 상담 모델은 가정 내에서의 안전을 증가시키고 부모-자녀 관계의 질을 향상시키며 아동 및 청소년이 보다 정확한 자아인식과 대처기술을 습득할 수 있도록 돕는 것을 목표로 한다(Saunders, Berliner, & Hanson, 2004). 아동학대가 일어나는 가정은 이미 가정 내에 다양한 문제를 가지고 있거나 전 세대에 학대의 역사를 가지고 있을 가능성이 높다고 가정하며

가정 내의 바운더리 확립, 안전 확보, 가족구성원의 역량 키우기 등을 강조한다. 또한, 피학대 아동의 어머니 자신이 이전에 학대경험이 있었는지도 중요한 평가의 내용에 포함된다. 학대경험을 해결하지 못한 어머니는 자녀와의 안정적인 애착을 형성하는데 어려움을 겪기 때문이다.

IET가 기반으로 하는 몇 가지 원칙들이 있는데, 첫째는 아동은 가족 맥락 속에서 이해되어야 한다는 것이다(Kegan, 1982). 부모-자녀 간의 안정적인 애착은 외상을 당했을 때 아동의 적응적 기능과 회복할 수 있는 탄력성에 핵심적인 영향을 미친다. 둘째는 정확한 자기개념은 미래에 닥칠 상황에서도 사용될 수 있는 필수적인 심리적 준비상태이며 장기적인 대처 기술을 촉진시켜준다는 것이다. 따라서 치료에서는 애착과 관련된 주제를 다루면서 부모에게 부모역할의 중요성을 인식시키고 아동의 정확한 자기개념 확립을 위해 수치심이나 자기 비난 등을 다룬다.

구체적인 치료의 구성요소는 가족의 삶에 포함된 다양한 영역의 문제를 밝히고 치료 계획을 수립하기, 부모-자녀 애착의 영역에서 특정한 목표를 세우고 가정 내에서의 안전을 강화하기, 안전과 부모-자녀 연결의 영역에서 치료 계획 세우기, 부모-자녀관계 향상, 부모가 자녀에 대해 가지고 있는 부정확한 지각 수정, 어떻게 부모의 양육방식이 자녀에게 영향을 미치는지 부모가 깨닫도록 돕기, 아동과 부모에게 생각, 감정, 행동의 관계 이해시키기, 이완과 연상, 자기말 등을 포함한 대안적 대처기술 가르치기 등이 포함되며 일단 부모와 자녀관계가 향상되면 발달적으로 적절한 행동을 교육한다(Friedrich, Luecke, Beilke, & Place, 1992).

IET는 놀이 활동을 통해 학대하지 않은 비가해 부모와 아동의 관계를 증진시키려는 노력을 하고 부모-자녀 관계를 보다 중요하게 다룬다는 점에서 인지행동치료와 차이가 있으며, 치료 길이는 사례에 따라 다양하다. 아동학대는 생태학적인 관점에서의 접근이 필요하고 아동 개인의 변화로만은 학대의 재발생을 방지하는 것이 어렵다는 현실을 감안할 때

이 상담모델은 매우 필요한 접근이라고 생각된다. 그러나 이 상담 프로그램은 치료의 메뉴얼이 구성되어 있고, Friedrich와 동료들이(1992) 성학대를 받은 남아를 대상으로 치료효과를 검증한 바 있지만, 그 효과를 충분히 입증하기 위해서는 좀 더 많은 후속 연구들이 필요하다.

### EMDR

EMDR은 비교적 최근에 발달한 심리치료절차로 외상과 관련된 증상들을 경감시키는데 효과적으로 알려져 있다. EMDR은 1987년 심리학자 Shapiro가 우연히 자발적인 안구 운동이 고통스러운 요소에 대한 민감도를 떨어뜨리고 부정적이고 기분 나쁜 생각을 감소시킨다는 것을 발견하면서 발달되었고(Shapiro, 1989), 인지치료 요소와 안구 운동을 결합시킨 개입방법으로써 외상기억의 차단된 과정을 촉진하고 더 적응적이고 긍정적 인지, 대처 전략과 적응적 행동을 하도록 돕는다. 즉, EMDR에서는 내담자에게 심리적 외상과 연관된 기억, 신체적 감각, 이미지 등에 집중하도록 함으로써 외상기억이 간혀있는 기억 네트워크를 자극하려고 시도한다. 동시에 안구 운동을 통해 신경계의 다른 기억 네트워크를 자극하여 간혀있던 외상정보가 적응적인 경로로 빠르게 진행되도록 촉진한다(Parnell, 1999; 김준기, 2008에서 재인용).

EMDR의 외상 기억과 “가속화된 정보 처리” 모델은 몇 가지 중요한 원리에 기반을 둔다. 첫째, 외상 기억은 개인의 더 광범위한 인지에 완전히 순응하지 못한다. 즉, 외상 기억은 개인의 더 큰 인생 경험들에 통합되지 못하고 소외된 채 남아있다. 둘째, 외상 기억들은 개인의 기존 인지 도식 안에 완전히 동화되지 못하기 때문에, 왜곡된 기억은 이후의 정보 처리 과정에 부정적인 영향을 미친다. 셋째, EMDR 이론은 인간 내부에 EMDR 과정에 의해 활성화되는 자기 치료적 기제가 존재한다고 가정한다. 활성화된 자기 치료적 기제는 외상 기억의 통합을 위한 과정을 촉진하며 매우 빠른 치료적 변화가 일어나게 된다.

치료자는 내담자에게 외상과 관련된 특정 사고나 이미지, 부정적 믿음, 신체 감각을 발견하도록 도와 주고 그것들을 마음속에 그리게 한 상태에서 치료자의 손을 따라 안구운동을 하게 한다. EMDR 치료 중에는 학대 경험을 처리하는 과정에서 강렬한 제반응이 자주 일어나기 때문에 일시적인 정서적 혼란을 아동이 견디어 낼 수 있을지를 미리 평가하고 준비시키는 작업이 중요하다. 치료 중에 표현되는 격렬한 감정을 당황하지 않고 다루려면 치료자 또한 충분히 준비되어있어야 하며 EMDR에 대한 정식교육 과정을 반드시 이수해야할 뿐 아니라 스스로도 EMDR을 경험해 볼 것이 권장된다. EMDR은 기존의 치료와 달리 평균 6회기 정도로 치료기간이 매우 짧다는 것이 특징이다.

성인을 대상으로 한 EMDR 효과 연구에 비해 아동에게 EMDR을 실시한 연구는 많지 않지만, 그 결과는 고무적이다. Chemtob, Nakashima와 Carlson(2002)은 3회기의 EMDR 치료가 PTSD를 치료하는데 대기자 집단에 비해 효과적이었음을 밝혔고, Datta와 Wallace(1996)도 과거에 성학대를 경험하였고 현재 성폭력 가해자가 된 청소년 성폭력 범죄자를 대상으로 3회기의 EMDR을 실시하여 효과를 증명하였다. EMDR 참가 청소년들은 개인집단과 집단치료를 받은 대조집단과 비교하여 심리적 외상과 관련된 불안과 고통이 유의미하게 감소하였고 희생자들에 대한 공감능력도 증가하였다(Parnell, 1999; 김준기, 2008에서 재인용).

Greenwald(1994)는 외상 경험이 있는 5명의 아동을 대상으로 해서 단 1-2회기의 EMDR 회기로 외상 증상이 유의미하게 감소한다는 것을 보여주었고, 심지어 1회기의 EMDR로도 외상 관련 증상이 감소하였다(Puffer, Greenwald, & Elrod, 1998), 이들은 외상경험이 있는 20명의 아동 및 청소년들 대상으로 하여 1회기의 EMDR을 실시하였는데 내담자 중 절반이상이 외상 후 장애 증상을 측정하는데 널리 사용되고 있는 척도인 IMS(Impact of Events Scale)에서 점수가 정상수준으로 감소하였고, 3명을 제외한 모든 내담

자가 1-3개월 추수시점에도 증상의 경감을 유지하였다. 반면 통제집단에서는 증상의 변화가 없었다. 이러한 결과는 매우 극적이지만 참가자 중 일부는 전혀 도움을 받지 못하기도 하였으며 연구 설계시 무선배치가 이루어지지 않았고 추수시점이 한 달에서 세 달로 상대적으로 짧고 일정하지 않아 결과의 해석에 제한이 있다. 아동을 대상으로 한 EMDR은 후속 연구들을 통해서 더 많은 경험적 자료가 축적되고 효과성이 검증되어야 하지만, 지금까지의 연구 결과들은 성인에게서 얻은 결과의 방향과 일치하고 있다.

#### 학대 중심 인지행동치료(AF-CBT)

AF-CBT는 피학대 아동과 학대한 부모를 모두 대상으로 하여 학대가 일어난 가족 환경과 아동과 부모의 개별적 특성을 고려한 개입방법이다(Kolko, 1996). 이 치료는 학대 및 폭력에 관한 신념체계를 다루고 자기 통제 능력을 증진시키고 폭력 행동을 감소시키는 것에 중점을 둔다. 아동 학대가 일어나는 가정은 빈곤이나 실직 등 가정 내 스트레스를 경험하고 있고 자녀에 대한 부정적인 지각을 가지고 있어 가족 상호간에 분노나 공격성이 증가되어 있는 경우가 많다. 그 결과, 이러한 가정에서의 피학대아동은 행동문제, 외상관련 정서증상, 빈약한 사회기술 및 대인관계 기술을 보이게 된다. AF-CBT는 학대를 일으키는 가족 내 다양한 요인과 아동의 학대에 대한 행동적, 정서적인 반응을 모두 고려한 통합적인 접근방식으로써 학대 행동이 시작되고 유지된 과정과 학대경험이 각각의 발달적 시기에 아동에게 미친 다양한 영향을 탐색한다.

치료는 보통 12-16주 정도 소요되며 아동과 부모는 각각 개별적이지만 내용면에서는 병행하는 치료 회기에 참여하게 되는데 치료가 진행됨에 따라 부모와 아동이 함께 참여하는 부모-아동회기를 갖게 된다. 아동은 가정 내의 스트레스와 폭력에 관한 생각을 나누고 안전 교육, 사회적 유능감을 증진시키는 대인관계 기술 훈련, 감정을 적절한 방식으로 표현



하기 위한 훈련 등을 교육받고 부모는 폭력과 신체적 처벌에 관한 자신의 관점, 귀인양식을 확인하고 비폭력적인 양육방법, 분노 통제 및 스트레스 관리 기술을 훈련한다. 아동-가족 혹은 가족 회기에서는 비폭력 서약을 맺게 하고 안전계획을 세우며 건설적이고 지지적인 상호작용을 촉진시키는 대화기술훈련과 비폭력적 문제해결 기술 훈련 등을 다룬다.

Kolko(1996a)는 55사례에 대해서 AF-CBT집단과 일반적인 지역사회 서비스를 받은 통제집단을 비교하였는데, AF-CBT 집단에서 부모의 분노감과 양육시 아동에게 신체적 힘을 행사하는 정도, 양육 스트레스와 학대 위협, 가족 갈등과 아동의 행동문제가 유의미하게 감소하였고 그 효과가 1년 후까지 지속되었다. 또 다른 연구에서는(Kolko, 1996b) 38명의 아동과 그 부모를 AF-CBT와 가족치료 두 집단에 무선적으로 할당한 후 치료효과를 비교하였다. 치료 전 아동과 부모 모두 갈등전략척도(Conflict Tactics Scale)와 가족환경척도(Family Environment Scale)를 작성하였고, 부모는 아동 학대 잠재성 검사(Child Abuse Potential Inventory), 양육척도(Parenting Scale)와 베풀척도를 작성하였다. 아동과 부모는 매회기 전에 분노, 물리적 훈육방법과 같은 잠재적인 학대 지표를 보고하게 하였는데, 부모의 분노와 물리적 훈육은 치료가 진행됨에 따라 감소하였고 AF-CBT 집단의 부모가 더 큰 치료효과를 나타내었다.

AF-CBT는 특히 학령기 피학대 아동과 신체적 학대를 하는 부모를 대상으로 사용할 때 적합한 것으로 알려져 있다. 자녀에 대한 부정적인 인식, 높은 분노 및 공격성, 가혹하고 처벌적인 양육 방식을 가지고 있는 부모에게 적합한 반면, 주요 우울장애나 약물 사용 장애와 같은 심각한 정신과적 문제가 있는 경우에는 다른 대안적 치료를 권한다. 또한, 매우 어린 아동이나 지적 기능이 제한되어 있는 부모에게도 보다 단순한 치료적 접근이 권고된다.

## 논 의

아동학대는 심각한 후유증을 양산하는 문제임에도 불구하고 국내에서는 아직까지 실태조사 및 아동학대가 미치는 부정적인 영향에 대한 현황 파악이 대부분이고 상담 개입과 관련된 경험적 연구는 많지 않다. 또한, 피학대 아동을 위한 적절한 프로그램과 서비스를 제공하지 못하고 있는 실정이다. 실제로 외국에서의 많은 치료 연구들도 최근에 이루어졌기 때문에, 현장에 있는 상담자들은 이런 연구 결과들을 아직 접하지 못했을 수도 있고 자신의 상담 현장에 적용하지 못하고 있을 수 있다. 이런 맥락에서 본 연구에서는 피학대 아동을 위한 몇 가지 상담 프로그램을 개관하였고, 앞으로 우리나라의 상담현장에서 상담 프로그램을 개발하고 적용할 때 고려할만한 몇 가지 점들을 제시하였다.

첫째, 위의 상담 프로그램들에서 공통적으로 강조되는 것은 회기 내에서 학대경험을 직접적으로 다루는 것이다. 어떤 상담자들의 경우에는 아동의 증상이 오히려 단기적으로 악화될지도 모른다는 두려움 때문에 외상에 대한 직접적인 대화를 꺼릴 수 있다. 그러나 외상경험을 억압하고 회피하면 정서적 처리가 이루어지지 않아 정보처리의 과정에 부정적인 영향을 주게 된다. 외상경험을 직접 다루는 상담 모델에서는 반복적으로 외상에 대해 직면하고 표현하게 함으로써 외상에 대한 인지적, 정서적 처리를 하도록 돕는다. 외상경험에 대한 직접적인 개입의 중요성은 Finkelhor와 Berliner(1995)가 성학대 아동을 대상으로 한 상담 프로그램들 29개를 분석하고 향후 프로그램에서 고려해야할 점을 제안하면서 학대 중심 치료와 목표지향적인 개입의 중요성을 언급한 것에서도 나타난다. 또한, PTSD 증상을 보이는 피학대 아동을 치료할 때 정신건강전문가들 사이에 합의된 중요한 지침에도 이완훈련과 같은 스트레스 대처를 위한 특정 기술들의 사용, 외상과 관련된 부정확한 귀인에 대한 탐색과 수정, 부모의 상담 참여가 필수적이라는 것과 더불어 외상에 대한 직접적인 탐색을

강조하고 있다(Friedrich, 1996). 그러나 임상현장에서 실제로 피학대 아동을 상담할 경우, 아동이 학대 사실 및 이와 관련된 감정에 대해 구체적으로 표현하는 것을 꺼려하는 것을 경험하게 된다. 특히, 우리 사회에서는 아동학대가 아직까지도 사회문제로 인식되기보다는 가정 내의 문제로 받아들여지는 경향이 있고, 피해자인 아동이 자발적으로 피해사실을 알리기는 어렵다. 가해자와 피해자가 모두 학대사실을 감추고 싶어하는 경우가 많아 문제가 은폐되거나 축소될 가능성이 많다. 피학대 청소년을 대상으로 한 연구(권해수, 2002)에 의하면 부모로부터 학대받은 사실을 주변사람에게 알린 경험이 있는지 알아본 결과, 43.78%가 아무에게도 말하지 않았다고 응답하였고 형제나 친척, 경찰, 상담기관에 알린 경우는 극소수였다.

이런 문제를 해결하기 위해서는 처음부터 외상 경험을 다루기보다는 상담자와의 라포 형성 및 안전한 환경을 제공하는 것이 우선되어야 할 것이다. 권해수(2002)는 청소년 쉼터에 거주하고 있는 성학대피해 청소년을 대상으로 집단상담을 실시하였는데 치유를 위한 결정적인 단계로써 학대와 관련하여 “비밀 깨뜨리기”를 회기에서 다루려고 시도하였으나 집단원들의 강한 거부감과 저항에 부딪혀 집단상담의 진행에 매우 어려움을 겪었다고 보고한 바 있다. 그는 집단원간, 집단원-상담자간 충분한 라포가 형성되지 않은 상태에서의 진행이 가장 큰 실패의 원인이라고 지적하였다. 반면, 성학대 피해 청소년들도 주변 사람으로부터 충분한 지지를 받는다고 지각할 때는 피해 경험을 노출하고, 노출에 대한 긍정적인 반응을 받는 경우에 심리적 부적응 수준이 낮아진다는 연구 결과는 신뢰로운 관계 형성을 바탕으로 학대 경험을 안전한 상담 장면에서 구체적으로 다루게 될 때 치료적 개입의 가능성이 있음을 지지해준다(권해수, 이재창, 2003). 따라서 학대 사실의 공개에 대한 심리적 부담이 큰 우리사회에서는 상담 과정에서 학대경험을 직접 다룰 때 그 준비과정을 더욱 세심하게 고려해야 할 것이다.

상담과정에서 학대 경험을 직접적으로 다루기 위해서는 아동학대에 대한 교육적 내용과 이완훈련과 같은 행동적 기법을 치료 초반에 시행하여 피학대 아동으로 하여금 외상을 구체적으로 다룰 만큼의 역량을 키워주는 작업도 매우 중요하다. 이는 앞서 살펴본 상담 프로그램들에서 점진적 근육이완훈련이나 호흡훈련 등과 같은 스트레스 대처 기술을 훈련하는 것을 중요한 치료 요소로 포함하며 상담과정에 있어서 이러한 훈련이 학대경험을 다루는 회기보다 선행된다는 것에서도 알 수 있다.

상담 과정에서 학대 경험을 직접적으로 다루는 것은 아동이 학대와 관련하여 가지고 있는 인지적인 오류 및 잘못된 귀인양식 등을 보다 구체적으로 밝히고 이를 수정할 기회를 제공하게 된다는 점에서도 중요하다. 권해수와 이재창(2003)의 연구에 의하면, 성학대 피해 청소년들의 심리적 부적응에 영향을 미치는 변인은 성학대 경험 자체보다는 이후 피해경험을 공개했을 때 주변 사람들의 반응, 개인의 귀인양식과 대처전략이라는 것을 발견하였다. 이러한 점은 피학대아동을 상담할 때 피해자들이 성학대에 관련해 가지고 있는 귀인양식과 대처 전략을 자세하게 검토하고 수정해주는 것이 필요하다는 것을 다시 한번 지지해준다.

우리나라에서 연구된 피학대 아동을 위한 상담 개입은 그 수가 많지 않은데다가 대부분 학대 경험을 직접 다루기보다는 다양한 적응문제에 초점을 두고 이루어져 왔다(김혜영, 2001; 박형원, 2004; 백희분, 옥선화, 2000; 양혜원, 2002). 향후 피학대 아동을 위한 상담 프로그램의 개발 및 적용에서는 외상을 좀 더 직접적이고 구체적으로 회기 내에서 다루어주는 시도를 함으로써 국내에서도 그 효과를 검증할 필요가 있겠다.

둘째, 피학대 아동의 상담에서는 부모를 상담과정에 적극적으로 개입시키는 것이 중요하다. TF-CBT, IES, FT-CBT에서 모두 부모를 치료에 참여시키고 있는데, 특히 Cohen과 Mannarino(2000)는 TF-CBT의 치료 효과에 대한 가장 강력한 예측 요인은 아동에 대

한 부모의 지지와 외상과 관련된 아동의 귀인이라고 밝혔으며, 상담 프로그램을 실시할 때 회기 시간을 아동과 부모 모두에게 절반씩 배분하여 적극적으로 부모를 상담과정에 참여시키고 있다. 폭력 가정의 아동이어도 비가해부모에게 지속적인 관심과 지지를 받는다면 심리정서적인 문제와 행동문제 등의 부정적 영향이 줄어들 수 있다는 연구가 다수 있다. 아동기 때 학대를 받은 248명의 성인여성을 대상으로 한 Wyatt와 Mickey(1988) 연구에서는 가족의 지지 정도가 학대의 부정적인 영향을 줄이는데 중요하며 학대에 대한 귀인양식이 이후의 증상발달에 강한 예측요인이 된다는 것을 보여주었다. 성학대를 경험했던 여성들의 연구에서도, Peters(1988)는 어머니의 정서적 지지는 학대의 빈도나 기간보다 더 강력하게 학대의 심리적 후유증을 예측한다는 것을 밝혔다. 이러한 결과를 볼 때, 부모에게 정서적 지지의 중요성과 적절한 부모 역할을 하도록 교육하는 것은 매우 중요하다.

부모를 상담에 참여시킬 때는 고려해야 할 몇 가지 점이 있는데, 일단 상담 초기부터 부모와 자녀를 함께 참여시키기 보다는 아동과 부모에게 각각 개별적인 상담을 실시한 후 상담이 진행됨에 따라 부모-아동회기 및 가족회기를 시도해야 한다. 더구나 가해자 부모를 상담에 참여시키고자 하는 경우, 아동의 안전이 여전히 위협받고 있다면 가해자가 자신의 행동에 대한 책임을 인정하기 전에는 상담에 함께 참여시켜서는 안 될 것이다. 이런 경우에는 부모와 아동간의 만남이 있기 전 주의 깊은 사전 준비가 있어야 하고 의사소통의 선택권과 종결할 수 있는 권한이 아동에게 우선적으로 주어져야 한다(Yokley & McGuire, 1990).

성학대 피해 아동의 부모 경우에는 자녀를 지키지 못했다는 죄책감, 우울감, 가해자에 대한 분노 등의 부정적 정서를 경험하고 있어 자녀에게 필요한 지지를 충분히 제공하지 못할 수 있다(채규만, 2005). 만일 부모의 심리적 고통이 너무 심할 때는 아동의 치료와 별개로 부모를 개인 치료에 의뢰해야 할 수

도 있다. 또한, 성학대와 같이 민감한 문제를 부모와 다룰 때는 아동이 속해있는 가정의 고유한 환경 및 문화적 배경, 가치와 신념, 종교 등을 고려하여 접근해야 한다. 우리나라의 문화적인 관점에서 자녀가 성학대를 당했을 때 집안의 체면을 생각하여 학대사실을 숨기려고 한다거나 ‘순결을 잃었다’는 식의 반응을 하면 아동은 수치심을 느끼고 학대의 원인을 자신에게 돌리는 등 잘못된 귀인을 발달시키기가 더 쉬울 것이다(채규만, 2005). 부모를 성학대 피해아동의 치료에 포함시킬 때 고려해야 할 또 하나의 쟁점은 비밀보장의 문제이다. 만일 피해아동이 청소년기 연령에 해당한다면 부모와 정보를 공유하기 전에 피해 청소년의 동의를 구하는 절차가 필요하다.

가정 내에 빈곤이나 과도한 양육 스트레스, 부부 갈등과 같은 문제와 폭력의 가능성이 계속 존재한다면 아동 개인의 인지적 및 행동적 변화만으로는 학대 경험을 극복하기 어려울 뿐 아니라, 학대의 재발생 가능성도 높을 것이다. 우리나라의 경우 학대자가 부모인 경우가 80%에 달하고 있어 가정내 학대가 매우 심각하며(보건복지부, 2003), 아동학대가 일어난 가정은 비폭력가정에 비해 가정의 경제적 수준이 유의하게 낮았고, 부모의 약물 중독률이 높은 것으로 나타났다(이창호, 권해수, 전은경, 2002). 이러한 역기능적 가정은 대개 사회적으로 고립되어 있고 가족 외 자원을 이용하는 것에 익숙지 않으므로, 피해 아동의 상담에 있어서 가정환경이나 부모를 고려하는 것이 중요함에도 불구하고 부모를 상담과정에 참여시키는 것이 쉽지 않다. 따라서 피해 아동의 상담에 부모를 참여시키기 위해서는 상담자가 구체적인 치료 계획을 제시하고 아동과 가족의 의견을 확인해서 참여를 유도하는 적극적인 노력이 필요할 것이다.

셋째, 모든 상담 프로그램들이 공통적으로 매우 구조화된 목표 지향적 단기 모델을 지향하고 있다. EMDR을 제외한 대부분의 상담 프로그램은 사례에 따라 융통성이 있지만 대개 12-16회가 소요된다. 단기간의 상담을 통해서도 피해 아동의 심리적 후유

증들이 경감되고 외상 이후에도 건강한 발달 과정을 이루도록 도움을 줄 수 있다는 것은 매우 고무적인 사실이며, 피학대 아동을 위한 상담 서비스가 신속하고 적절히 제공되어야 할 필요성을 지지한다. 실제로 부모의 협조를 얻고 피학대 아동을 상담에 참여시키려면 아동과 부모에게 실현가능한 상담계획을 제시하는 것이 중요하다. 이 때 치료 과정이 너무 길다든지 가정의 재정적 형편을 넘어서는 경우에는 제대로 치료가 진행될 수 없다.

우리나라의 실정을 고려해볼 때, 피학대 아동을 위한 전문상담센터 및 상담원이 부족하므로 제한된 시간에 효과적인 서비스를 제공하는 것이 요구된다. 피학대 아동의 상담이 많이 이루어지는 장소 중의 하나는 쉼터이다. 신체적 학대가 가정 안에서 일어날 때는 대개 비가해부모 역시 폭력의 희생자인 경우가 많고, 쉼터 등에 아동이 함께 입소하여 단기적으로 머물며 보호를 받게 되는데, 이런 경우에 장기 상담을 실시하는 것은 무리이다. 가정폭력피해 여성들의 쉼터 이용현황을 보면 이용기간이 3일 이하가 14.2%, 4-7일 이하가 14.1%, 한 달 이하가 31.2%, 1달 초과 2달 이하가 19.6%, 2달 초과 3달 이하가 13.6%, 3달 이상이 7.3%로 보고되고 있다. 즉, 전체 이용자의 약 60%가 한 달 미만을 이용한다는 것을 알 수 있다(여성가족부, 2005). 이런 현실을 감안할 때, 앞서 언급된 구조화된 단기 상담 프로그램들은 국내의 피학대 아동 상담 현장에도 적합하다고 생각된다.

결론적으로 피학대 아동에 대한 상담 프로그램이 포함해야 할 중요한 구성요소에는 학대경험을 직접적이고 구체적으로 다루어 억압된 정서적, 인지적 처리를 돕고 피학대 아동의 학대와 관련된 잘못된 인지 및 귀인 양식을 수정해주는 과정이 포함되어야 할 것이다. 또한, 부모의 적극적인 개입을 통해 아동 개인 뿐 아니라 부모 자신 및 가족 내의 환경적인 변화를 유도하여 학대의 재발생을 막고 가족 내 지지체계를 확립하는 것이 중요하다. 또한, 아동학대는 피해가 어린 나이에 발생할수록 아동의 성격형성

과 발달의 전 과정에 영향을 미치게 되므로 피학대 아동에 대한 적절한 심리적 개입이 초기에 신속하게 이루어지는 것은 그 피해의 정도를 최소화할 수 있는 중요한 방법 중 하나이며, 피학대 아동을 위한 전문상담인력이 부족한 현실적 여건을 감안할 때 목표지향적 단기 상담 모델이 적합하다.

이상으로 피학대 아동을 위한 상담을 실시할 때 고려해야 할 점들을 논의하였다. 앞으로는 위에 언급한 점들을 고려하여 피학대 아동을 대상으로 외국에서 시행되고 있는 상담 방법을 우리나라의 실정에 맞게 적용하고 경험적으로 검증하는 연구들이 필요할 것이다. 또한, 피학대 아동의 상담은 많은 서비스들과의 연계가 필요한 복잡한 분야이므로, 상담의 내용 못지않게 우리나라의 특수한 상황에 맞는 상담의 전달방법을 중요하게 고려하여야 할 것이다.

### 참고문헌

- 권자영(1991). 신체적 학대가 아동의 정서 및 행동에 미치는 영향에 관한 연구: 요보호 이동을 중심으로. 이화여자대학교 석사학위논문.
- 권해수(2002). 폭력 가정 청소년 집단상담-친족성학 대피해청소년을 중심으로- 한국청소년상담원.
- 권해수, 이재창(2003). 성학대 피해 청소년의 귀인 양식 및 대처 전략과 심리적 부적응간의 관계. 청소년상담연구, 11, 22-31.
- 김명희(2001). 근친 성학대를 받은 아동의 대인관계 증진을 위한 자기표출 훈련 프로그램에 관한 연구. 가톨릭대학교 석사학위논문.
- 김현용, 윤현숙, 노혜련, 김연옥, 최 균, 이배근 (1997). 현대 사회와 아동 -아동복지의 시각에서- (pp. 196) 한림과학원 총서.
- 김혜영 (2001). 방임아동의 자존감 향상을 위한 현실 치료 프로그램 개발 및 효과성 연구. 한국아동 권리연구, 61-80.
- 박형원 (2004). 가정폭력 노출 아동의 공격행동 감소

- 프로그램 개발 연구. *청소년상담연구*, 12, 41-52.
- 배희분, 옥선화 (2000). 부모에 의한 청소년 자녀 폭력 사례연구와 피해자 집단상담 프로그램 모형의 개발: 대전광역시 청소년쉼터 입소생을 대상으로. *한국가족관계학회지*, 5, 209-232.
- 보건복지부(2003). 아동학대 예방센터 업무 수행지침.
- 양혜원 (2002). 아내구타 노출 아동의 적응향상을 위한 집단프로그램 개발. 연세대학교 대학원 박사학위논문.
- 여성가족부(2005). 2005년 상반기 가정폭력, 성폭력 관련시설 운영실적 보고. <http://www.mogef.go.kr/>
- 이창호, 권해수, 조은경(2002). 폭력가정의 아이들 실태 조사. 한국 청소년상담원.
- 중앙아동보호전문기관 (2007). 2006 전국아동학대현황보고서. 보건복지부.
- 채규만 (2005). 성피해 심리치료. 학지사.
- 한국성폭력상담소 (2008. 8.25). 2008. 2. 4. 2007년 한국성폭력상담소 상담 동향. [www.sisters.or.kr](http://www.sisters.or.kr).
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry(1998). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 4-26.
- Chemtob, C. M., Nakashima, J., & Carlson, J. G. (2002). Brief treatment for elementary school children with disaster-related posttraumatic stress disorder: A field study. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 99-112.
- Cohen, J. A., Berliner, L., & March, J. S. (2000). *Treatment of children and adolescents*. In E. B. Foa, T. M. Keane, & M. J. Friedman(Eds.), *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. (pp.106-138). New York: Guilford Press.
- Cohen, J. A., Deblinger, E., Mannarino, A. P., & Steer, R. A. (2004). A multisite, randomized controlled trial for children with sexual abused-related PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 393-402.
- Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (1996). A treatment outcome study for sexually abused preschool children: initial findings. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 42-50.
- Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (1997). A treatment study for sexually abused preschool children: outcome during a one-year follow-up. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1228-1235.
- Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (2000). Predictors of treatment outcome in sexually abused children. *Child Abuse and Neglect*, 24, 983-994.
- Cohen, J. A., & Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2006). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. NY: Guilford Press.
- Deblinger, E., Lippmann, J., & Steer, R. (1996). Sexually abused children suffering posttraumatic stress symptoms: initial treatment outcome findings. *Child Maltreatment*, 1, 310-321.
- Friedrich, W. N. (1996). Clinical considerations of empirical treatment studies of abused children. *Child maltreatment*, 1, 343-347.
- Friedrich, W. N., Luecke, W. J., Beilke, R. L., & Place, V. (1992). Group treatment of sexually abused boys: An agency study. *Journal of Interpersonal Violence*, 7, 396-409.
- Finkelhor, D., & Berliner, L. (1995). Research of the treatment of sexually abused children: review and recommendations. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1408-1423.
- Foa, E. B., Davidson, J. R. T., & Frances, A. (1999). Treatment of posttraumatic stress disorder. *The*

- Journal of Clinical Psychiatry*, 66(Supplement 16), 1-76,
- Foa, E. B., & Kozak, M. L. (1986). Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Goodwin, J. (1988). Post-traumatic stress symptoms in abused children. *Journal of Traumatic Stress*, 1, 475-488.
- Hermann, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 377-391.
- Kagan, R. (1982). *The evolving self*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Kempe, C. H., Silverman, F. N., Steel, B. F., Droegemuller, W., & Silver, H. K. (1962). The bettered child syndrome. *Journal of the American Medical Association*, 181, 17-24.
- 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. (1996a). Child physical abuse. In J. Briere, L. Berliner, Bulkley, J. A., Jenny, C., & Reid, T.(Eds.), *APSAC Handboob of child maltreatment*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Kolko, D. J. (1996b). Clinical monitoring of treatment course in child physical abuse: Child and parents reports. *Child Abuse & Neglect*, 20, 23-43.
- McCloskey, L. A., & Walker, M. (2000). Posttraumatic stress in children exposed to family violence and single-event trauma. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 108-115.
- MeLeer, S. V., Dixon, J. K., Henry, D., Ruggerio, K. J., Escovitz, K., Niedda, T., & Scholle, R. (1998). Psychology in non-clinically referred sexually abused children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 1326-1333.
- Owens, G. P., Pike, J. L., & Chard, K. M. (2001). Treatment effects of cognitive processing therapy on cognitive disorders of females child sexual abuse survivors. *Behavior Therapy*, 32, 413-423.
- Parnell, L. (1999). *EMDR in the treatment of adults abused as children*. (김준기의 역. EMDE 마음의 상처 치유하기). 서울: 메가트렌드.
- Puffer, M. K., Greenwald, R., & Elrod, D. E. (1998). A single session EMDR study with twenty traumatized children and adolescents. *Traumatology*, 3(2), <http://www/fsu.edu/~trauma/v3i2art6.html/>
- Resick, P. A., & Schnicke, M. K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 748-756.
- Sanders, B. E., Berliner, L., & Hanson, R. F. (Eds.). (2004). *Child physical and sexual abuse: Guidelines for treatment*. Charleston, SC: National Crime Victims Research and Treatment Center.
- Shapiro. F. (1989). Efficacy of the eye movement desentization procedure id the treatment of traumatic memories. *Journal of traumatic stress*, 2, 199-223.
- Sternberg, K. J., Lamb, M. E., Greenbaum, C., Cicchetti, D., David, S., Cortes, R. M., Krispin, O., & Lorey, F. (1993). Effects of domestic violence on children's behavior problems and depression. *Development Psychology*, 29, 44-52.
- Watkins, S. (1990). The Mary Ellen myth: Correcting child welfare history. *Social Work*, 27, 68-73.
- 원 고 접 수 일 : 2008. 9. 1.  
수정원고접수일 : 2008. 10. 31.  
계 재 결 정 일 : 2008. 11. 13.

## A Review of Counseling Models for Abused Children

Hyun-A Chang

Jeonju University

This study aimed to introduce various counseling models for abused children and to encourage the use of those with sound theoretical bases, high levels of acceptance among practitioners, and empirical evidences of their utilities with victims of abuse. Although child abuse has become a serious problem in Korea, interventive efforts for the abused children are yet lacking. Treatment guidelines will guide practitioners with treatment planning, treatment selection, and clinical decision making, and increase the likelihood of children receiving the best treatments available. In general, empirically supported interventions were found to be abuse-focused in content, built around structured short-term counseling frameworks, and involving non-offending parents in the treatment process. Treatment procedures may need to be adjusted to accommodate the context and circumstances in our society, and further research is needed in this area.

*Key words* : child abuse, counseling models, trauma.