

# 아동 성학대 대응체계와 소아청소년과 의사의 역할

국립경찰병원 소아청소년과

이 인 실

= Abstract =

## Child sexual abuse and pediatricians

Insil Lee, M.D.

Department of Pediatrics, National Police Hospital, Seoul, Korea

Child sexual abuse is not a rarely encountered problem. Child sexual abuse is a pediatric disease entity with lifelong impact. Child sexual abuse, different from sexual assault, is not always accompanied by violent force and usually repeated over a period of time. Child sexual abuse should be approached by multidisciplinary team experts. Every pediatrician should know the child protection network in his district and be competent in the child sexual abuse medical evaluation and treatment as a primary doctor. In order to accomplish that goal, the Korean Pediatric Society should change the pediatric residency training curriculum and foster child sexual abuse experts. Pediatricians have responsibilities to do their active role in response to children at risk. (Korean J Pediatr 2009;52:1200-1206)

**Key Words** : Child sexual abuse, Pediatrician, Medical evaluation

### 서 론

매년 천명이 넘는 아동 성폭력 피해가 수사기관에 신고<sup>1)</sup> 되고 있으며 신고 되지 않는 아동 성학대 사례는 몇 배에 달한다. 우리나라 성인 여성 28.4%가 아동기에 적어도 한 번 이상의 성학대를 경험하였다는<sup>2)</sup> 보고는 아동 성학대의 심각성을 잘 보여주고 있다. 아동 성학대가 개인은 물론 사회에 미치는 심각한 영향에 비하여 의료인 특히 소아청소년과 의사의 인식은 아직 미미하고 의학적 지식도 우려할 만한 수준이다. 이는 여러 가지 원인이 있겠으나 성을 금기시 하는 사회 통념과 의사가 수사관 역할을 해야 하거나 법적인 문제를 피하기 어렵다는 사실과 무엇보다도 아동 성학대에 관한 전문지식의 결여 등에서 그 원인을 찾을 수 있다. 저자는 우리나라의 아동 성학대 대응체계를 정리하고 소아과 의사로서의 바람직한 역할과 의학적 진단 및 치료에 대하여 논의하고자 한다.

### 아동 성학대의 정의

아동 성학대는 아동 학대의 하나로 가해자의 성적 만족을 위하

여 미성숙한 소아를 대상으로 행하는 성과 관련된 모든 행위로 정의한다. 미성숙한 소아는 그 행위를 이해할 수 없으며 찬반의사를 표시할 수 없기 때문이다. 또한 합의에 상관없이 법과 사회 금기를 어기는 행위도 포함된다. 신체 접촉이 있는 성추행, 성기 삽입이나 구강이용 성행위 등이 포함되고 신체 접촉이 없는 행위로 성기 노출, 엿보기, 포르노 영화 제작이나 상영 및 매춘에 어린이를 이용하는 경우도 해당된다. 포괄적 의미의 아동 성학대는 성기 삽입 시도를 동반하는 성폭행과 나머지 아동 성학대로 구분하기도 한다<sup>3)</sup> (Table 1). 아동 성학대가 가해자의 성적인 즐거움을 얻기 위한 행위라면 아동 성폭행은 성행위를 폭력의 도구로 사용하는 행위이다. 우리나라는 보건복지가족부나 중앙아동보호전문기관에서는 아동 성학대, 여성부에서는 주로 아동 성폭력이라는 표현을 사용하고 경찰이나 법무부에서는 아동 성폭력이나 아동 성범죄라는 용어를 주로 사용하고 있다. 아동 성학대의 특성상 가해자는 되도록 피해자를 잘 길들이고 크게 다치지 않게 하여 오랜 기간 아동을 이용하려고 한다. 폭력이라는 단어가 육체적, 정신적 폭력을 모두 포함 하지만 아동 성폭력이 폭력 행위만을 강조하는 듯하여 신체적인 폭력을 사용하지 않는 아동 성학대 행위가 간과되지 않도록 용어의 선택에 신중을 기하여야 한다.

### 아동 성학대의 발생빈도

아동 성학대는 조사 기관에 따라 차이를 보이거나 중앙아동보호

Received : 10 October 2009, Accepted : 26 October 2009  
Address for correspondence : Insil Lee, M.D.  
Department of Pediatrics, National Police Hospital  
58 Karakbon-dong, Songpa-gu, Seoul, 138-708, Korea  
Tel : +82.2-3400-1281, Fax : +82.2-3400-1770  
E-mail : insleemd@hotmail.com

**Table 1.** Comparison of Child Sexual Abuse and Assault<sup>3)</sup> (reprinted with permission)

	Child Sexual Abuse	Sexual Assault (Rape)
Age of Victim	Early childhood into teens	Usually postmenarchal
Engagement	Threats, bribes, manipulation	Fear, intimidation, force
Sexual Activity	Touching, rubbing, grooming to sexual intercourse and sodomy	Attempted or actual sexual intercourse and sodomy
Perpetrator	Known to child and family; family member Has an abnormal attraction to children	Stranger or acquaintance Power motive
Duration	Often many years of abuse	1 to 2 times
Presentation	Disclosure occurs days or years after an event	Disclosure often occurs soon after an event
Physical Findings	Usually acute findings are absent Older, healed findings are generally absent due to the non-violent nature of the acts, delayed disclosure, and rapid healing of tissues	May have acute injuries Healed injuries may be present due to delayed disclosure rather than past peer sexual activity
Laboratory	Presentation usually too late for a rape kit collection Cultures (not PCR) for GC and Chlamydia Blood for RPR, HIV and Hepatitis B&C to be drawn at presentation or 3 months after the last event	Rape kit collection commonly indicated Cultures for GC and Chlamydia Blood for RPR, HIV and Hepatitis B&C to be drawn initially & 3 months after the event Pregnancy test (quantitative serum)
Treatment	STD prophylaxis not usually indicated unless perpetrator believed to have a STD Protection issues Child and family counseling	Prophylaxis for GC, Chlamydia, syphilis and HIV may be appropriate, especially if the perpetrator is a stranger Victim counseling Pregnancy prophylaxis may be appropriate
Report	Child Abuse Hotline	Law Enforcement

전문기관의 발표에 따르면 2008년 전체 아동학대의 상담 및 의 심 건수가 9,570명이었고 이 중 아동학대 사례로 여겨진 5,578명 중에서 아동 성학대는 284명으로 5.1%에 해당하였다<sup>4)</sup>. 유형 별로는 성추행이 가장 많았고 남녀의 비는 1:10으로 전체 아동학대의 성비가 1:1인데 비하여 아동성학대는 여아가 월등하게 많았다. 외국의 보고는 남녀의 비가 대개 1.5-3:1로<sup>5)</sup> 우리나라 남아의 성학대 보고가 적었다. 중앙아동보호전문기관에서 2008년 보고한 아동학대로 인한 사망은 8건이었고 이 중 성학대와 관련된 사망은 없었다. 해바라기 아동센터에 2008년에 등록된 아동 성학대 사례는 269례 이었다<sup>6)</sup>. 대전성폭력상담소에서 대전 광역 시내 빈곤지역에서 초등학교 4, 5학년생을 대상으로 성학대 조기 발견 프로그램을 실시한 결과 1회 이상의 성학대 피해 아동이 약 80%, 심각한 성학대 피해 아동이 21%인 것으로 나타났다<sup>7)</sup>. 서론에서도 밝혔듯이 우리나라 성인 여성의 28.4%에서 적어도 한번 이상 아동기 성학대를 경험했다는 보고나 미국 성인 여성의 30-40%, 성인 남성의 3-13%에서 아동기에 성학대를 경험했다는 보고를 보면<sup>8, 9)</sup> 실제 발생건수는 훨씬 많은 것을 예측할 수 있다. 여성부가 발표한 지난 10년간 성폭력 범죄사건의 피해자를 연령별로 보면 6세 이하가 1.9%, 6-12세 이하의 아동이 6%로 전체의 7.9%가 12세 이하 아동이었다. 일반 범죄피해자 가운데 12세 이하는 1.8%로 성범죄 피해자에서 아동이 차지하는 비율이 일반 범죄에 비하여 현저하게 높았다<sup>10)</sup>.

우리나라도 매년 여러 가지 통계가 나오고 있으나 신고 기관 전

체 취합이 되지 않아 신고 통계만이라도 한 기관에서 총괄하여 미국 NIS-3 (Third National Incidence Study of Child Abuse and Neglect)나 곧 결과가 나올 NIS-4 같은 자료가 필요하다.

### 아동 성학대 대응체계

아동 성학대는 보건복지가족부가 위탁 운영하고 있는 44개 아동보호 전문기관, 여성부가 위탁 운영하는 10개소의 해바라기 아동센터, 경찰청과 여성부가 지원 운영하고 있는 16개소의 학교 여성 폭력피해자 원스톱지원센터에서 주로 다루어지고 있다. 중앙 및 지역 아동보호 전문기관, 여성 아동 청소년 경찰지원센터, 여성긴급전화 등을 통하여도 신고가 가능하다(1577-1391, 02-3400-1117, 국번 없이 112, 119, 129, 117, 1388, 1366). 그 외에 지역 상담소, 성폭력상담소, 청소년 보호센터, 청소년 쉼터, 성폭력피해자 보호시설을 통하여 상담과 지원이 이루어지고 있다. 아동학대와 같이 상담, 신고 접수를 통하여 아동 성학대 의심사례로 여겨지면 현장조사를 하고 아동의 피해가 의심되어 경찰 수사가 필요한 경우는 수사기관에 고소를 한다. 긴급한 의료 지원이 필요한 경우에는 전문 진료 센터로 가거나 지역 응급의료기관에 가야한다. 과거 보다는 좋아졌지만 아직도 대부분의 병원 응급실에서 시설과 전문 인력 부재로 3차 대응체계인 원스톱지원센터 등으로 가야하는 경우가 자주 생긴다. 신고가 되면 사례 관정을 하여 격리 보호, 고소 고발 등의 필요 여부를 결

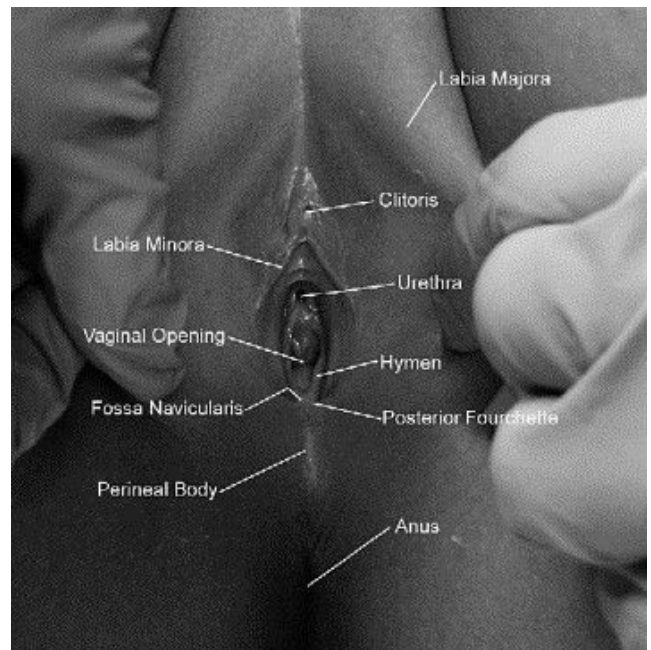
정하고 이에 관한 지원을 제공하게 된다. 의학적 소견 유무를 따지지 않고 피해 아동 진술을 녹화하여 이를 수사나 법정 증거로 사용하는 점은 과거와는 달라진 점이다. 해바라기아동센터는 아동 성학대 대응 체계 구축을 위해서 2004년 여성가족부가 세운 아동성폭력전담센터이다. 경찰청, 여성부, 사도의 협약으로 위탁 운영되고 있는 학교·여성 폭력피해자 원스톱지원센터도 아동 성학대와 성폭력 사례에 대한 상담, 수사, 의료와 법률 지원을 하고 있다. 여성부에서는 해바라기아동센터와 원스톱지원센터를 총괄하는 통합센터를 신규 설치할 계획을 가지고 있다. 현재의 원스톱지원센터와 같이 어른 성폭행 피해자와 함께 다루어지는 기관 형태는 바람직하지 않다. 우리나라 의료에서 거의 불모지였던 시기에 아동 성학대 대응체계 구축을 위한 해바라기아동센터의 역할이 매우 컸고 성학대의 충격과 후유증 치유를 위해 소아정신과 치료와 관찰이 중요하다는 것은 주지의 사실이다. 그러나 아동 성학대는 치료 못지않게 예방과 조기 발견이 중요하다는 사실과 소아 청소년의 일반적인 의료 접근성을 고려한다면 대응체계의 단계화가 필요하며 이에 따른 변화가 요구된다.

### 아동 성학대의 진단과 치료

아동 성학대 피해자 진료는 응급을 요하는 치료와 외래에서 전문가의 진단을 요하는 경우로 나누어 살펴야 한다. 응급진료에는 응급을 요하는 손상과 감염을 발견, 치료하고 성적 접촉 72시간 이내인 경우에는 법의학적 검체 수집을 하여야 하고 임신 여부와 성병 검사를 하여야 한다. 진료를 통해 소아를 안심시키고 건강에 대한 확신을 주며 나아가 가족에게 진찰 결과가 정상인지 심각한 손상이 있는지 알려 주어야 한다<sup>11)</sup>. 피해자의 진료가 1회에서 끝나는 것이 가장 바람직하나 현실은 그렇지 못하므로 대개 3단계로 의사의 전문성을 나눌 수 있다. 응급실에서 1차 진료를 하는 의사는 외상 여부와 성폭력응급 키트의 사용, 임신 및 성병 검사를 하게 되고 다음 2단계 전문가는 이미 언급한 진료와 처녀막의 정상 여부를 살피고 가능하면 사진과 질확대경(colposcope)소견을 확보할 수 있어야 한다. 다음으로 3단계의 아동 성학대 전문가는 이들 검사를 직접 실시하거나 다른 의사의 소견을 종합하여 사례에 대한 판정과 사회복지사, 심리 상담가와 수사관 등 다른 전문분야와의 협조로 가족을 포함하여 위기 관리 및 상담을 할 수 있어야 한다. 2단계 혹은 3단계의 전문가가 되기 위하여는 적어도 50례 이상의 아동 성학대 사례를 경험이 풍부한 전문가의 관리 감독 하에서 경험하여야 하고 지속적인 동료 전문가 간의 사례 검토가 필요하다<sup>3)</sup>. 누구나 전문가가 될 필요는 없으나 다른 아동학대와 아동 성학대는 동시에 발생하는 경우도 많은 점을 감안하면 소아과 의사는 응급실에서 아동 성학대 환자를 진료 할 수 있도록 외부 생식기의 해부학적 소견<sup>11)</sup>(Fig. 1), 아동성학대에 대한 의학적 소견과 사회심리학적 행동 반응, 법적 인 문제에 대한 준비가 되어있어야 하고 여건이 안 되어 진료를 못할 경우에는 피해자를 지역사회 어디로 보내야 하는지 알고 있

어야 한다. 아동 성학대가 의심되어 신시내티 어린이병원을 방문한 피해자를 진찰한 응급실 전문의의 소견과 성학대 전문가의 진찰 소견이 17%에서만 일치하였다는 보고가 있었다. 또한 소아과 수석 전공의를 대상으로 아동 성학대에 관한 수련과정과 외부 성기의 해부학적 지식에 대한 조사를 한 결과 대상의 절반에서만 수련 과정이 충분하다는 답변을 얻었고 수석전공의의 71%만이 처녀막을 제대로 알고 있었다<sup>12)</sup>. 우리나라에서 조사를 한다면 더 낮은 분포를 보이지 않을까 우려된다. 최근 미국에서 부족한 전문가를 보완하기 위한 방법으로 지역 병원과 아동 성학대 전문가와 원격진료 체계를 구축하여 진찰 과정과 법의학적 증거 수집에서 더 좋은 결과를 얻었다<sup>13)</sup>.

문진은 연구자에 따라 의학적인 문진에만 국한 하여야 한다는 의견과<sup>11)</sup> 범죄수사에 필요한 사실을 밝히기 위한 포렌식 면접을 같이 한다는 의견이 있으나 이는 경험과 전문성을 얼마나 갖추었는가와 다른 전문 분야와 협조가 어느 정도인가에 따라 달라질 수 있다. 범죄수사식 면접을 원칙적으로 반대하는 이유는 훈련을 받지 않은 사람이 수사관 노릇을 하는 것은 옳지 않으며 가장 중요한 피해자의 진술을 오염시켜 이후 진술의 신빙성을 떨어뜨리는 결과를 초래 한다고 여기기 때문이다<sup>11)</sup>. 결론적으로 포렌식 면접과는 별도로 사고, 임신, 병력을 포함한 자세한 문진이 필요하고 자칫 의사가 외부 성기 검사 기술자로 전락하지 말아야 한다. 진단과 사례 판정에 가장 중요한 것은 피해자의 진술이다. 의



**Fig. 1.** Labeled photograph of the genitalia of a prepubertal 5-year-old girl. Note that the fossa navicularis refers to the space between the hymen and the posterior fourchette. The vestibule is the area of the genitalia with a mucosal surface. Note the examiner's technique of gentle labial traction<sup>11)</sup>. (Reprinted with permission from Elsevier)

학적 문진 도중 자연스럽게 얻은 피해 사실 확인은 법정에서 자료로 제출 될 수 있다. 의사는 피해 아동의 나이에 알맞은 언어로 면담하여야 하고 성장 발달 단계, 감정 상태를 비롯하여 행동장에 여부를 물어야 한다. 아동 성학대가 의심되는 행동으로는 반복적으로 어른의 성기를 만지거나 어른에게 자기 성기를 만지고 하거나 다른 또래들, 동물 또는 인형과 성적인 행위를 연출한다. 질에 물건들을 반복적으로 삽입하는 행위와 과도하게 수줍어하며, 퇴행 행동이나 외상 후 스트레스 장애의 징후들을 보이거나 자살에 관한 이야기를 할 경우에도 의심하여야 한다. 기타 비특이적 행동장애로는 심한 자위행위, 악몽, 불안정한 수면, 학교 문제, 식이 습관의 변화와 짜증, 분노, 공격성, 우울증, 야뇨증, 유분증, 두통, 복통 및 사춘기 위험한 행동 등이 있다. 대부분의 어린이는 피해에 대하여 이야기 하지 않고 특히 첫 번째 면담에서는 75%에서 사실 자체를 인정하지 않는다. 가해자는 교묘히 피해자를 길들이게 되는데 우선 대상 피해 아동을 찾아 나선다. 친척, 친구, 이웃 등 접근이 용이한 아동으로 친구나 돌봄이 필요한 아동을 선택하여 아이와 관계를 유지, 발전시킨다. 친구로 지내거나 믿고 의지할 수 있는 사람으로 보여 가해행위에 대한 저항을 못하도록 교묘히 위장하기 때문에 성학대 라는 사실을 모르게 된다. 이 상태를 지속적으로 유지하기 위하여 어린이를 고립시킬 방법을 찾게 되고 어린이를 비난하거나 위협하여 비밀 유지를 시킨다. 이때 흔히 피해자 본인에게 책임이 있는 듯이 행동 하여 이야기를 못하게 한다<sup>14)</sup>. 따라서 어린이는 일반적으로 피해 사실을 밝히기 어렵다. 피해자의 나이가 어릴수록 병원이나 전문 센터를 찾가지 걸리는 시간이 길어지고<sup>15)</sup> 시간 경과에 따른 불확실한 기억력, 단어의 선택이나 언어능력의 제한 등 여러 문제로 인하여 어린이의 피해 사건 기술은 난해하고 앞뒤가 안 맞는 이상한 이야기가 될 수밖에 없다. 성학대 자체가 피해 아동의 인지 능력이나 경험에 비추어 도저히 이해가 안 되는 사건이다. 따라서 성학대는 변질되어 기억되거나 기술 될 수 밖에 없고 만성 학대로 신체 정신 발달 정도가 정상보다 낮은 것도 하나의 원인이다. 어린이가 성학대 사실을 밝히는 경우는 대부분이 거짓이 아니다. 어린이가 거짓을 이야기 할 수도 있지만 대부분은 아동이 두려움이나 가족과의 관계 등을 고려하여 성학대 사실을 부인하는 거짓 말을 하는 경우가 오히려 많다는 사실을 알아야 할 것이다.

진찰을 할 때는 부모에게 따로 진찰의 세부 사항에 대해 설명하여야 하고 진찰을 하여도 아동 성학대 피해 여부에 대한 결론이 나지 않는 경우도 있음을 미리 알리고 비 침습적 진찰임을 지지시킨다. 신체 모든 부위의 진찰이 끝난 이후에 성기, 회음부 진찰은 아이의 주의를 다른 곳으로 돌린 후 천천히, 협조가 잘 이루어진 상태에서 실시하되 협조가 안 되면 진찰 자체가 또 다른 상처가 될 수 있으므로 강제로 하지 말아야 한다. 일반적인 소아과 진찰은 머리끝에서 발끝까지 자세히 하여야 하는데 특히 구강과 피부에 더욱 주의를 기울여야 한다. 응급진찰이 필요한 경우에는 피해자가 72시간 내의 성학대 또는 성폭행 피해를 밝히거나 타인에 의해 목격 된 경우로 증거 수집에 필요한 모든 형태로의 DNA

채취에 필요한 정액, 혈액, 타액, 머리카락, 피부 조각 등이 피해 아동의 신체나 소지품에 남아있는 경우와 성기, 항문 및 그 주위에 통증 또는 출혈이 보이거나 질분비물이 있는 경우 등이다. DNA 채취를 위한 옷이나 형질은 플라스틱 보다는 종이봉투에 넣어야 유기물질의 분해를 막을 수 있다. 위 경우가 아니면 응급진료가 꼭 필요한 것은 아니지만 최근 연구에서는 어린이의 외상은 흔적을 남기지 않고 치유되기 때문에 응급검사의 기준이 바뀌어야 한다는 주장이 있다<sup>16)</sup>. 질분비물은 배양검사를 필수로 실시하고, HIV 전파가 우려 되는 경우에도 응급 진찰을 요한다. 사춘기 이전 아동에서는 열상 등 꼭 필요한 경우에만 질내 면봉 도말 검사를 실시한다. 사춘기 이전 아동에게 검사를 위하여 처녀막을 면봉으로 건드리지는 일은 심한 통증을 유발하므로 하지 말아야 한다. 진찰에는 밝은 조명과 확대경의 사용이 필요하고 질확대경이 없으면 마크로렌즈가 달린 사진기 등 다른 장비로 확대하여 보는 것도 도움이 된다. 사진 확보는 법정 증거로나 다른 전문가와의 증례 검토 등을 위하여 필요하다. 문진 소견과 진찰 소견, 질확대경 소견이나 사진의 정확한 기록은 필수 사항이다.

진찰 자세는 양와위에서 개구리 다리 모양으로 하고 진찰하거나 슬흉위에서 가능하다. 나이가 어린 아동은 보호자의 무릎위에서 진찰할 수 있다<sup>10, 17)</sup>. 양와위는 음순을 어느 정도로 당기는가에 따라 처녀막의 크기와 모양에 차이가 생기며 슬흉위<sup>11)</sup>(Fig. 2)가 처녀막 손상의 확인 여부를 알기에 더 좋은 자세이다<sup>18)</sup> 어른과 달리 사춘기 이전 아동에서는 성기 손상이 적고 외부 성기 및 회음부 진찰 소견은 90-95% 이상이 정상 또는 비특이적 소견이다<sup>19, 20)</sup>. 질 삽입이나 항문에 성기 삽입이 있었던 심한 성학대의 경우에서도 5.5%에서만 의학적 이상 소견을 보였다<sup>20)</sup>. 해부학적인 이상이 없다는 사실이 성학대 피해가 없었다는 증거가 되지 않는다는 사실을 명심하여야 한다. 2007년 국립경찰병원의 결과에서 정상소견이 30.5%로 낮았던 것은 여러 요인이 있겠으



**Fig. 2.** Technique of examination in the prone knee-to-chest position. The child is placed supine in a crouching position with the head resting on the examination table, knees tucked under the chest, and the buttocks arched upwards. Note the position of thumbs pressing the labia majora up and out. Outward traction on the labia majora is not used in this position<sup>11)</sup>. (Reprinted with permission from Elsevier)

나 응급실을 포함한 진료 의사의 전문성과 강간 등 성폭행 피해자의 분포가 많았던 결과라고 여겨진다<sup>15)</sup>. 아동 성학대에서 진찰 소견이 90% 이상에서 정상이거나 비특이적인 소견을 보이는 이유는 성학대가 여러 종류의 행위에 의하여 이루어지며 나이가 어릴수록 신고가 늦어지고 대부분의 점막 손상은 상처를 남기지 않고 치유되기 때문이다. 어린이가 이야기 하는 성기 삽입은 대개 질 안이 아닌 대음순 사이를 의미하는 경우가 많고 음순, 요도배오목, 후음순소대 및 항문의 손상은 흉터 없이 빠르게 치유된다. 소아에서 법의학적 증거획득은 25%에서 가능하였고 증거의 90%는 피해 24시간 이내 검사에서 양성되었고 증거의 64%가 의복 하의에서 검출되었다. 피해 9시간 이후에는 정액이 검출되지 않았다<sup>21)</sup>. 사춘기 이후에는 에스트로젠의 영향으로 질 탄력성 증가하며 질 검경은 사춘기 이후(Tanner stage 3)에만 사용할 수 있다. 성학대가 강력히 의심되는 소견으로는 질 또는 항문의 출혈이나 최근에 생긴 열상이 있고 첫 진료에서 사고 등의 적합한 원인을 찾을 수 없으면 성폭력의 가능성이 매우 높다.

검사 소견으로는 성병에 관한 검사와 화농성의 질 또는 요도 분비물이 있는 경우에는 임질, 클라미디아, 질편모충에 대한 배양 검사가 필요하고 헤르페스 감염이 의심되는 수포성 병변도 확인을 위한 배양검사가 필요하다. 3-5세 이상의 소아에서 침구 콘딜로마로 의심되는 사마귀양 병변이 있거나 음모에 사면발이가 있는 경우도 의심하여야 한다. 항문, 인후, 남아의 요도, 여아의 질에서 임균 배양 양성을 보이면 반드시 아동 성학대 의심 사례로 보고 해야 한다. 주산기 감염이 아닌 매독 양성 반응과 주산기 또는 수혈에 의한 감염이 아닌 HIV 양성 반응 및 소아의 임신도 강력히 의심되는 소견이다. 무엇이 성기의 손상을 가져 왔는지와 치유된 외상인 경우 언제 몇 번에 걸쳐 받은 손상인지는 알 수 없다. 아동 성학대로 오인 할 수 있는 질환으로는 경화태선, 용혈성 요독증, 건선, 혈관종, 회음부 가려움증, 요도탈출, 질염 등이 있고 두 다리를 벌리고 입은 사고에 의한 손상도 성학대로 오인 할 수 있다.

성학대 피해 아동의 5%에서 성병 감염의 위험이 있다<sup>19)</sup>. 예방적인 치료가 필요한 경우는 B형 간염을 포함하여 성적 접촉으로 인하여 감염되는 질병 예방과<sup>22)</sup> 접촉 72시간 이내의 HIV 예방을 위한 치료를 하여야 한다<sup>23)</sup>. 사춘기 이전 아동은 배양검사 결과를 얻을 때 까지 항생제 투여는 배제한다<sup>11, 19)</sup>. 임신 검사를 하여야 하고 성폭력에 의한 임신 위험성은 2-6% 이다. 응급 사후 피임방법으로 노보레(0.75 mg levonorgestrel)가 가장 안전한 방법으로 사고 후 12시간 이내, 늦어도 3-5일 이내 복용하면 임신 가능성이 89% 감소한다. 투약은 12시간 간격으로 1알 씩 복용하며 빠를수록 효과가 있다<sup>24)</sup>. 외상이나 성폭행이 있는 경우에는 상처의 치유 정도, 성병 검사 결과, 콘딜로마 등 당시에는 발견되지 않는 성병 유무, 월경 유무, 2-3주 후의 임신 재검사 등을 위하여 병원을 방문하여야 한다. 필요하면 매독, B형 간염, HIV 검사 등을 다시 하여야 한다.

아동 성학대 환자의 의학적 소견이 매우 전문적이고 쉽지 않

나 이제는 많은 연구 결과가 축적되어 용어 정리를 비롯하여 진찰과 검사 소견의 표준화가 이루어 지고 있다<sup>16, 19, 25)</sup>.

성폭력 피해 여아의 생물학적 체계의 이상으로 시상하부-뇌하수체-부신(HPA) 축의 조절장애, 교감신경계 과도한 반응, 신체적 성장과 발달의 변동, 면역 체계 부전과 시상하부-뇌하수체-생식기(HPG)축의 조절장애 등이 보고 되었다<sup>26)</sup>. 아동학대의 후유증이 큰 이유는 민감한 두뇌 발달기인 신경세포 접합 형성시기, 신경계의 경험의존성 성숙 시기에 피해가 발생하여 기본적인 심리 발달 과정에 영향을 주어 애착, 감정 조절, 충동 억제, 자아 인식, 사회화 과정에 영향을 주기 때문이다<sup>26)</sup>.

소아정신과 상담이 필요한 경우가 많아 치료 전 평가에서 감정 조절 능력, 행동장애의 정도, 귀속성 및 대처기술 정도, 사회적응 상태와 가족관계에 대한 평가가 되어야 하고 치료 후에는 증상완화, 정상적인 성장발달 회복, 기력회복이 되어야 하며 성학대의 재발 방지를 위한 조치가 되어야 한다. 치료 과정에서 성학대에 관한 감정적 해결, 발작적 행동 감소, 공포, 악몽의 빈도 감소, 자긍심 회복과 관계 형성 및 상담 저항 감소 등이 이루어 져야 한다. 공포와 불안 해결 방법으로는 긴장 완화 호흡 조절법, 사고 생각 금지하기, 즐거운 상상을 하거나 자신의 처지를 고무적으로 생각하기, 피해를 상기 시키거나 유발 시키는 요인 찾기, 불안 유발 상황 대처 및 연습하기 등이 있고 이들 모두 주변의 지지와 옹호가 절대적으로 필요하다. 인지 행동 요법이 자발적으로 극복하도록 유도하는 비지시적 행동 요법 보다 효과적이다. 그러나 과잉 성행동 문제는 대부분 치료가 어렵다. 이들 치료는 치료계획서(protocol)에 준하여 시행하면 더 효과적이었다.

아동 성학대 가해자가 가족인 경우는 물론이고 다른 가정 문제가 있을 때에는 이를 같이 해결하여야 하며 안전한 가정환경 확인과 재발 방지 교육이 필요하다. 아동 성학대 피해자는 물론 그 가족도 심각한 정신적 충격이 있고 피해 사실을 부정하거나 심한 수치심과 분노, 고통, 무력감과 우울증, 죄의식을 가지기 때문에 가족에 대한 이해와 치료가 꼭 필요하다. 피해 아동과의 관계에서도 가족에 따라 더욱 친밀해 질수도 있으나 오히려 멀어지는 경우도 있고 믿음과 격려를 보내기도 하지만 불신과 전혀 지지하지 않는 경우도 있다. 위기, 문제 해결, 안정화 단계를 지나게 되고 이들 각 단계 별로 적절한 대응과 도움을 주어야 한다.

전문가로서 혹은 피해자의 최초 진료인으로서 재판에서 증언을 하게 되는 경우에는 질문을 자세히 듣고 그 질문에만 답하여야 하며 소견을 요약하여 대답한다. 질문의 내용을 모를 경우 다시 묻고 정확히 아는 사실만을 이야기 한다. 간단 명료하고 정확한 언어를 사용하여 눈을 맞추고 증언하도록 하며 논문 기타 문서를 인용하되 확신이 있고 객관적으로 보이도록 하고 적대감이나 논쟁은 피하여야 한다. 직접신문의 경우에는 기록에 근거하여 확신의 정도를 표현할 수 있다. 의견이나 권장 사항에 대하여 질문 받은 경우에는 이를 제시하도록 한다. 반대신문인 경우에는 정직하게 대답하되 유도 질문에 말려들지 않아야 한다. 침착성을 잃지 않아야 하고 유머나 농담은 하지 않는다.

아동 성학대에 관한 의료인을 위한 진료 지침서로는 대한의사 협회에서 발간한 아동학대예방 및 치료 지침서<sup>27)</sup>와 여성부에서 발간한 성폭력피해자를 위한 의료업무매뉴얼<sup>28)</sup> 등이 있다.

### 소아청소년과 의사로서의 개입 의무

아동 성학대를 현재 대응체계에서 어떻게 접근하여야 소아 청소년에게 최선인가에 대한 정답을 아직은 찾지 못하고 있다. 아동 학대와 아동 성학대가 같은 피해자에게 발생하는 사례가 많고 나이가 어릴수록 부모에 의해 아이의 이상 행동이나 신체 소견을 발견하여 병원을 방문하게 되는 경우가 많아 소아청소년과가 가장 접근하기 용이함에도 소아청소년과 의사들이 그 역할을 제대로 못하고 있다. 아동 성학대 피해 아동을 진료하는 의사는 피해 아동을 수사 대상이나 사건 해결을 위한 증거를 찾는 데 필요한 도구로 여기지 말아야 한다. 아동 성학대는 전혀 이성적이지 않은 사건이다. 소아 청소년기는 이성보다는 감성이 앞서는 시기이고 이해 능력이 어른과 같지 않다. 우리는 아동 성학대를 다루면서 피해 어린이에게 터무니 없는 부조리한 사건에 대해 앞뒤가 맞는 논리적인 설명을 요구하는 우를 범하지 말아야 한다. 어린이와 가족 중심의 사고를 하면서 문진을 포함한 진료가 치료 시작이라는 개념이 필요하다. 아동 성학대를 외상이나 외부성기 중심의 진료에서 벗어나 아동의 전반적인 신체적 정신적 치유와 가족의 상처를 아물게 하는 것으로 여긴다면 이 일을 가장 잘 할 수 있는 소아청소년과 의사가 대응체계 안에 들어가서 적극적으로 개입하여야 한다. 소아청소년과 의사는 아동의 신체적 이상은 물론 사회심리학적 행동발달 과정을 포함한 아동의 성장 발달에 해박하고 가족과 가장 많이 접촉하는 의료인이다. 피해 아동이 의사에게 진료를 시작하는 순간부터 치유의 시작이기 때문에 소아 청소년과 의사가 개입하는 것은 너무도 당연한 우리의 의무이다. 아동 성학대에 관한 전문가가 갑자기 많이 생길 수는 없겠지만 각 지역마다 일정한 전문가가 있어서 적어도 전문가 그룹사이의 중재 검토가 가능하여야 아동 성학대가 제대로 다루어 질 수 있다. 그러기 위해서는 아동학대가 전공의 수련과정에서 꼭 다루어져야 하는 학습 수기 목표 항목 안에 포함되어 있어야 하고 무엇보다도 학회에서 전략적으로 일정한 수의 전문가를 양성하여야 한다. 다행히 보건복지가족부, 여성부, 경찰청 등이 서로 협조하고 의료기관, 교육기관, 사법기관, 행정기관, 수사기관 등 관련기관 간의 협력체계 구축이 되어 있고 지역 상담소도 아동 성학대에 많은 관심을 가지고 일하고 있다. 오히려 소아청소년과 의사가 가장 대응이 미흡하고 그 결과 일선에서 일하는 관련 기관 직원들도 소아청소년과 의사가 아동 성학대에 관여하는 것을 극히 예외적인 일로 생각하는 실정이다. 국립경찰병원에 위탁 운영하는 학교·여성폭력 피해자 원스톱지원센터에서 2007년과 2008년도에 내원한 530명의 18세 이하 성학대 피해 의심 아동 중에서 회음부 봉합술이나 질벽, 직장 봉합술을 받은 환아는 2명이었다. Arkansas 어린이병원에서 지난 20년 동안 항문 직장 및 외부 성

기 손상으로 수술한 환아 44명 중 아동 성학대로 인한 수술이 11명 이었고 동 기간 중 아동 성학대로 의심되어 진료한 여아가 8,000여명이었다. 즉 아동 성학대 환아의 0.14%에서 수술이 필요하였다<sup>29)</sup>. 아동 성학대에서 소아청소년과 의사로서 다루기 어려운 심한 외상은 매우 드물다.

아동 성학대의 발생 빈도는 신고 된 사례 보다 몇 배 더 많을 것으로 여겨진다. 아동 성학대 신고율을 높이기 위해 영유아 건강검진 문진표나 학생 건강검사에서 사용하는 문진표 등을 이용하는 것도 고려할 수 있다. 영유아 건강검진 문진표에 아동학대를 강력히 의심하게 하는 행동장애를 넣어서 조사하여야 한다. 학생 건강검사 문진표에는 가정 및 학교생활 항목에 초등학생에게는 ‘내 몸을 자주 만지는 사람이 있다’와 ‘자주 매를 맞는 편이다’가 포함되어 있다. 고등학생용 문진표에는 ‘지난 1년 동안 가출하는 것을 심각하게 생각해 본적이 있다’, ‘성 문제로 전문가의 상담을 받고 싶다’, ‘음란물을 보거나 성인사이트에서 채팅을 자주 한다’ 등이 포함되어 있어 이들 항목을 보완 사용 할 수 있다. 학회 차원에서 아동 성학대 관련 브로셔를 제작하여 배포하는 것도 성학대에 대한 부모들의 경각심 고취, 조기 발견과 피해자, 가해자를 더 많이 찾아내는 효과를 가져 올 것이다. 소아청소년과 의사는 의심 사례를 발견하여 철저히 신고하는 신고인의 의무에서 나아가 예방 및 조기 발견과 치료에 필요한 역할을 하여야 한다.

### 요약 및 결론

아동 성학대의 대응체계와 의학적 소견에 관하여 살펴 보았다. 아동 성학대는 제대로 치료되지 않으면 오랜 충격과 후유증을 남기는 소아과 질환이다. 아동 성학대는 성폭행과 달리 언제나 폭력을 동반하지는 않으면서 은밀하게 반복되는 경향이 있다. 아동 성학대는 여러 분야의 전문가가 협조하여 접근하여야 하는 대표적인 질환이다. 소아 청소년과 의사는 의료 분야의 전문가가 되어야 함은 물론 지역사회에 어떻게 아동 보호 대응체계가 형성되어 있는지 알아야 한다. 아동 성학대 대응체계 안에서 소아 청소년과 의사가 가장 활발하게 자기 역할을 수행 하여야 모든 소아 청소년이 가장 적절한 치료 혜택을 받을 수 있다. 그럼에도 불구하고 아동 성학대는 선뜻 나서서 일하기 어려운 분야이다. 이를 극복하기 위해서는 소아과 학회가 전략적으로 계획을 세워 아동 성학대 전문가를 키워야 한다. 소아청소년과 의사는 아동과 청소년의 위급한 요청이 있으면 그 일을 수행할 의무가 있기 때문이다.

### 감사의 말씀

경험이 일천한 본인이 아동 성학대에 관한 내용을 쓴다는 것이 매우 부담스러웠으나 아동복지를 위해 일선에서 일하는 사람들의 일부 의견과 바램을 전달하고 소아청소년과 의사의 개입 필요성

과 그 방법을 논하고자 함이었음을 이해하여 주기 바라며 여러 부분에서 제언을 하여 주신 해송아동복지연구소의 박인선 소장과의 Arkansas 어린이병원 위기아동 대응팀의 Dr. Jerry G Jones 에게 감사드립니다.

## References

- 1) Korean National Police Agency. Police White Paper 2008 chapter 2(5):93-104
- 2) Han IY, Lee YW, Yoo SK, Park MS, Kim JS. A National Survey on the Prevalence and Risk Factors of Child Sexual Abuse. *Korean Journal of Social Welfare* 2008;60:131-53.
- 3) Jones JG, Farst K, Worthington T. Management of sexual abuse and assault at arkansas children's hospital, Centers for children at risk, UAMS 2008 p2
- 4) National child protection agency. 2008 National Child Abuse Status Report. available from <http://korea1391.org/>
- 5) Sedlak AJ, Broadhurst DD. Third National Incidence Study of Child Abuse and Neglect. Final Report NIS-3. US Department of Health and Human Services 1996.
- 6) Sunflower children center. 2008 annual report. available from [http://www.child1375.or.kr/data/law/view.asp?idx=11&page=1&board\\_num=11](http://www.child1375.or.kr/data/law/view.asp?idx=11&page=1&board_num=11)
- 7) Park IS. 'Shaking society, Vulnerable children'. Key note address in the 13th Annual women's week forum 'Strategy to cope with sexual Abuse' by Gyeonggi Province and Gyeonggi Women's Solidarity. 2008
- 8) Hymel KP, Child JC. Child sexual abuse. *Pediatr Rev* 1996; 17:236-50.
- 9) Finklor D. The prevention of childhood sexual abuse. *Future Child* 2009;19:169-194.
- 10) Ministry of gender equality. 2007 National Survey on Sexual Violence. available from <http://library.mogef.go.kr/>
- 11) Bernard D, Peters M, Makoroff K. The evaluation of suspected pediatric sexual abuse. *Clinical Pediatric Emergency Medicine*. 2006;7:161-9.
- 12) Dubow SR, Giardino AP, Christian CW, Johnson CF. Do pediatric chief residents recognize details of prepubertal female genital anatomy: a national survey. *Child Abuse Negl*. 2005;29:195-205.
- 13) MacLeod KJ, Martin JP, Boyle C, Miyamoto S, Dimand RJ, Rogers KK. Using telemedicine to improve the care delivered to sexually abused children in rural, underserved hospitals *Pediatrics* 2009;123:223-8.
- 14) Feiring C, Taska L, Lewis M. A process model for understanding adaptation to sexual abuse: the role of shame in defining stigmatization. *Child Abuse Negl* 1996;20:767-82.
- 15) Lee HJ, Han HJ, Kim JH, Lee HY, Lee IS. Clinical investigation of child sexual abuse. *Korean J Pediatr* 2007;50: 20-7.
- 16) Adams JA. Guidelines for medical care of children evaluated for suspected sexual abuse: an update for 2008. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2008;20:435-41.
- 17) Lahoti SL, McClain N, Girardet R, McNeese M, Cheung K. Evaluating the child for sexual abuse. *Am Fam Physician* 2001;63:883-892.
- 18) Boyle C, McCann J, Miyamoto S, Rogers K. Comparison of examination methods used in the evaluation of prepubertal and pubertal female genitalia: a descriptive study. *Child Abuse Negl* 2008;32:229-43.
- 19) American Academy of Pediatrics, Committee on Child Abuse and Neglect. Evaluation of sexual abuse in children. *Pediatrics* 2005;116:506-12.
- 20) Heger A, Ticson L, Velasquez O, Bernier R. Children referred for possible sexual abuse: medical findings in 2384 children. *Child Abuse Negl* 2002;26:645-59.
- 21) Christian CW, Lavelle JM, De Jong AR, Loiselle J, Brenner L, Joffe M. Forensic findings in prepubertal victims of sexual assault. *Pediatrics* 2000;106:100-4.
- 22) Centers for Disease Control and Prevention: Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2002. *MMWR Recomm Rep* 2002;51:69-73.
- 23) American Academy of Pediatrics Committee on Pediatric AIDS. Postexposure prophylaxis in children and adolescents for nonoccupational exposure to human immunodeficiency virus. *Pediatrics* 2003;111:1475-89.
- 24) American Academy of Pediatrics. Committee on Adolescence. Emergency contraception policy statement. *Pediatrics* 2005; 116:1026-35.
- 25) Adams JA, Kaplan RA, Starling SP, Mehta NH, Finkel MA, Botash AS, et al. Guidelines for medical care of children who may have been sexually abused. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2007;20:163-72.
- 26) Putnam F. Ten-year research update review: Child sexual abuse. *J Am Child Adolesc Psychiatry* 2003;42:269-78.
- 27) Korean Medical Association. Guidelines for the prevention and treatment of child abuse. 2006
- 28) Ministry of gender equality, team for protection of human rights. Medical services for victims of sexual assault manual: guidelines for health-care professionals 2008
- 29) Jones JG, Worthington T. Genital and anal injuries requiring surgical repair in females less than 21 years of age. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2008;21:207-11.