Korean J Leg Med 2013;37:27-33
Available online at http://www.kjlm.or.kr

원 저

http://dx.doi.org/10.7580/kjlm.2013.37.1.27

# 성적 가해자의 정신과적 진단 및 임상특성
## – 성중독 · 성적과다, 우울 · 불안증상을 중심으로 –

이준형[1] · 김현식[1] · 이재우[2]
박우성[3] · 임명호[1]

[1]단국대학교 의과대학
정신건강의학과
[2]국립법무병원 정신건강의학과
[3]단국대학교 의과대학 소아청소년과

접 수 : 2012년 11월 27일
수 정 : 2012년 12월 28일
게재승인 : 2013년 2월 20일

책임저자 : 임명호
(300-715) 충남 천안시 망향로 359
단국대학교 의과대학 정신과학교실
전화 : +82-41-550-3945
FAX : +82-41-561-3007
E-mail : paperose@dku.edu

## Psychiatric Diagnosis and Hypersexual Behavior Inventory, Sexual Addiction Screening Test, and Beck Depression Inventory/Beck Anxiety Inventory of the Sexual Offenders

Jun Hyung Lee[1], Hyun Sic Kim[1], Jae Woo Lee[2], Woo Sung Park[3], Myung Ho Lim[1]
*[1]Department of Psychiatry, College of Medicine, Dankook University, Cheonan-si, Chungcheongnam, Korea*
*[2]Institute of Forensic Psychiatry, Ministry of Justice, Gongju-si, Chungcheongnam, Korea*
*[3]Department of Pediatrics, College of Medicine, Dankook University, Cheonan-si, Chungcheongnam, Korea*

The current study evaluated DSM-IV psychiatric diagnoses and investigated the psychological characteristics of sexual offenders by using the Hypersexual Behavior Inventory(HBI), Sexual Addiction Screening Test (SAST), Beck Depression Inventory (BDI), and Beck Anxiety Inventory (BAI). Fifty male sexual offenders and 36 male healthy controls completed the psychiatric diagnosis and 30 of the 50 male sexual offenders completed the psychological tests listed above. Thirty-two of the 50 sexual offenders were patients with paraphilias, these sexual offenders had been admitted by the Ministry of Justice to the Institute for Forensic Psychiatry in Gongjui-si due to sexual violence. Participants displayed high lifetime rates of psychiatric disorders: 32 (64%) had paraphilias, 16 (32%) had depressive disorders, 10 (20%) had anxiety disorders, 9 (18%) had impulse control disorders, 6 (12%) had schizophrenia, 2 (4%) had bipolar disorders, and 16 (32%) had personality disorders or some other Axis Ⅱ disorder. Scores for the sexual offenders were significantly higher both on the HBI and the SAST than the comparison group. Scores for the sexual offenders were also higher for the BDI and the BAI as compared to the control group, but this difference was not statistically significant. Results indicate that sexual offenders may have sexual addictions and be hypersexual. In addition to depressive and anxious psychopathologies, they also seem to have sexual psychopathologies. These results suggested that the psychopathology of sexual offenders may be different than that of a control group.

**Key words :** Sexual offender, Paraphilia and psychiatric diagnosis, Inventory

## 서 론

최근 성폭력이 국내에서 큰 사회적 이슈가 되고 있다. 성폭력 범죄는 피해자뿐만 아니라 가족들에게도 극심한 정신적 외상을 초래하고, 치유되기 힘든 후유증이 평생 동안 지속될 수 있으며, 이로 인해 발생하는 사회적 비용이 매우 심각한 범죄이다.[1)] 국내의 성폭력 유병률은 경찰청 통계에 따르면 2001년 6,751건, 2006년 8,755건이었던 성폭력 사건은 2011년 19,491건으로 매우 급격하게 증가하고 있는 추세이다.[2)] 성폭력이란 개인의 성적 자기 결정권을 침해하는 범죄를 말한다. 최근에는 성폭력의 개념이 점차 확대되어 강간뿐만 아니라 강

제추행, 성희롱, 성매매 등 모든 신체적, 언어적, 정신적 폭력을 포괄하는 광범위한 개념으로 사용하는 추세이며, 상대방의 의사를 침해하여 이루어지는 모든 성적 접촉은 성폭력이라 할 수 있다. 1994년부터 시행되고 있는 성폭력범죄의처벌및피해자보호등에관한법률에서는 이러한 개념을 더욱 확대하여 풍속범죄까지도 성폭력 범죄에 포함시키고 있다.[3] 현재 형법으로 처벌되는 성적 가해자에는 강간, 강제추행, 준강간 · 준강제추행, 강간 등에 의한 상해 · 치상, 강간 등에 의한 살인 · 치사, 미성년자, 심신미약자에 대한 간음, 미성년자에 대한 간음 · 추행, 강도강간 등을 들 수 있다. 일반적으로 성적 가해자란 성적 만족을 얻기 위해서 상대방의 의사에 반하여 강제력을 사용해서 어떤 시도나 행위를 하는 사람으로 그러한 행위에는 강간, 강간 미수, 성폭행 등을 포함한 명백한 성범죄, 또 근친상간, 애무, 성희롱 같은 행위 등을 포함한다.[4]

사회적으로 성폭행과 성적 피해자에 대한 관심이 높아지면서 재발 방지를 위해 전자 발찌의 착용, 인터넷 사이트에 성범죄자의 신상 공개, 화학적 거세 시행 등의 적극적인 대책이 나오고 있다. 하지만 그것은 근본적인 해결책이 될 수 없다. 성적 가해자의 왜곡된 성의식, 성행동 및 정신 병리를 토대로 제대로 치료하지 않는 한, 그들이 성범죄를 다시 저지를 가능성이 높다. 다른 신체적 폭행보다도 성폭행으로 인한 후유증은 훨씬 더 심각하다. 그러므로 성폭행의 재발 방지를 위하여 성적 가해자에 대한 특별한 관심이 더욱 요구되며 연구 및 치료에 있어서도 개별적이고 적극적인 접근이 필요하다. 하지만 선행연구에서처럼 성적 가해자에 대한 임상적 연구가 드믄데 그러한 이유는 성적 가해자가 대부분 외부에 노출을 꺼려하기 때문에 대상군의 모집이 매우 어렵고 또한 치료가 필요한 질환이 있음에도 불구하고 병원에 내원해야 하는 임상치료를 거부하기 때문이다. 더욱이 외국에 비해 아직 우리나라에서는 성적 가해자에 대한 접근 및 치료 방침이 제대로 확립되어있지 않다.

성적 가해자에서 정신과적 질환이 동반되어 있으며 서로 연관성이 있다는 보고가 오래전부터 있었다. 1954년 Atcheson과 Williams[5]는 처음으로 성적가해자에서 성도착이 연관성이 있다고 보고하였으며 2000년 Mullen 등[6]은 정신분열증이 성폭력범죄와 연관성이 있는 것으로 보고하였고 Brennan 등[7]도 주요정신질환이 성폭력범죄의 위험성을 증가시킨다고 보고하였다. Galli 등[8]은 13-17세의 소아 성적 가해자 22명을 대상으로 DSM-III-R 진단을 사용하여 평가하였는데 95%에서 소아기호증, 82%에서 기분장애, 55%에서 조울장애, 55%에서 불안장애, 50%에서 물질의존, 55%에서 충동조절장애, 71%에서 ADHD, 94%에서 품행장애를 나타내었다. Raymond 등[9]은 소아기호증을 갖고 있는 45명의 성적가해자를 대상으로 DSM-IV 진단에 따른 동반질환의 평생유병률을 평가하였는데 93%에서 성도착증을 제외한 정신과적 장애를 나타내었다. 이 중에서 67%는 우울장애, 64%는 불안장애, 60%는 물질사용장애, 53%는 다른 성도착증 동반, 24%는 성기능장애를 각각 나타내었다. Raymond 등[9]의 연구는 법정에 소환된 성적가해자를 대상으로 하였지만 Kafka와 Hennen[10]은 법정과 연관이 없는 성적가해자 120명을 대상으로 DSM-IV 진단에 따른 동반질환을 평가하였다. 그 결과로는 우울장애 71.6%, 불안장애 38.3%, 물질사용장애 40.8%, 알콜의존 30%이었으며 ADHD 혹은 품행장애 35.8% 등이었다. Dunsieth 등[11]은 113명의 성적 가해자를 대상으로 DSM-IV 진단에 따른 동반질환을 평가하였는데 인격장애를 포함한 정신과적 진단은 85%를 나타냈으며 성도착증 58%, 우울장애 35%, 조울장애 24%, 충동조절장애 23%, 불안장애 9%를 나타내었으며, 56%에서 반사회적 인격장애를 나타내었다. McElroy 등[12]은 수감된 성적 가해자 36명을 대상으로 DSM-IV 진단을 시행하였으며 그 결과로 정신과적 I축 질환은 83%이었고, 물질사용장애 58%, 성도착증 61%, 우울 · 조울장애 36%, 충동조절장애 36%, 불안장애 17%이었다. 또한 II축 질환으로 반사회적 인격장애가 72%이었다. 이후 여러 연구에서 성적 가해자와 성도착증의 높은 연관성을 지속적으로 보고하였다.[13, 14] 한편으로 성적 가해자가 성도착증보다는 인격장애 혹은 품행장애와 같은 정신과적 장애와 연관성이 더욱 높았다는 보고가 있었으며[15, 16] 또한 성적 가해자가 우울장애[17] 혹은 정신병과 연관성이 높다는 보고도 있었다.[18-20]

이와는 반대로 성적 가해자에서 정신과적 장애가 연관성이 없었거나 매우 적게 나타났다는 보고도 있었다. Henn 등[21]은 239명의 성적 가해자를 대상으로 정신과적 평가를 시행하였으나 주된 정신과적 장애는 관찰되지 않았다고 보고하였다. 또한 Rosenberg 등[22]은 111명의 소아를 대상으로 성범죄를 저지른 성적가해자와 일반 범죄자를 대상으로 Psychopathy Checklist를 이용하여 정신병리를 비교하였으나 유의한 차이가 없었다고 보고하였다. 최근 국내에서 신경백 등[1]은 검찰청이 정신과적 평가를 위해서 일 대학병원에 의뢰한 성폭력 가해자 22명을 대상으로 정신과적 진단을 시행하였는데 그 결과로 성도착증 36.8%, 우울형 장애 22.7%, 알코올 의존 13.6%, 조현병 9.1%을 가진 것으로 나타났으며 II축 질환인 인격장애는 31.8%로 나타났다고 보고하였다. 또한 신상헌 등[23]은 1987년부터 2012년 1월까지 성도착증을 제외한 정신장애 성범죄자로 치료감호소에 입원하였던 환자 193명을 대상으로 DSM-III 혹은 DSM-IV에 따른 정신과적 유병률을 평가하였는데 정신병 91명(47.2%), 정신지체 37명(19.2%), 물질관련장애 38명(19.7%), 인격장애 27명(14.0%)으로 나타났다.

본 연구팀은 외국의 선행연구결과와 같이 국내의 성적가해자에서 정신과적 장애의 동반이 매우 높게 나타날 것으로 추정하였다. 또한 성중독, 성적 과다행동, 우울, 불안 등의 정신과적 특성이 일반대조군에 비해서 심각한 정신병리를 나타낼 것으로 추정하였다. 따라서 본 연구에서는 국내에서는 처음으로 국립 법무 병원에 수감되어 있는 성적 가해자 남성 50명을 대상으로 DSM-IV 진단 상의 정신과적 질환을 평가하고 함께 가해

자 남성 30명과 일반인 집단 남성 36명에 대해서 성중독 선별검사, 성적과다행동척도, Beck 우울 · 불안 척도를 통하여 심리적 특성을 비교함으로써 성적 가해자의 임상적 특성을 이해하고자 하였다.

## 대상 및 방법

### 대상

2011년 5월부터 2011년 6월까지 국립법무병원 병동에 있는 성적 가해자를 대상으로 정신과 전공의 혹은 정신과 전문의가 개인면담을 통해 DSM-IV-TR을 기준으로 진단하였다. 또한 대상자에게 성적과다행동척도(Hypersexual Behavior Inventory, HBI), 성중독선별척도(Sex Addiction Screening Test, SAST), Beck 우울척도(Beck Depression Inventory, BDI), Beck 불안척도(Beck Anxiety Inventory, BDI), Freund Paraphilia Scale[24, 25] 및 역학 설문지를 미리 작성하게 한 후 면담 중에 면담자가 이를 확인하였다. 지능 검사 상 지능지수 70 미만의 지적 장애 및 뇌 기질성 장애에 속하는 환자는 5명이었는데 이는 심리적 평가방법의 어려움이 있을 것으로 판단되어 연구대상에서 제외하였으며 정신과적 진단에서도 제외하였다. 또한 가해자군 50명 중에서 정신과 면담평가를 거부한 환자 및 설문지 누락이 심하였던 환자 20명을 제외하였다. 입원당시에 모든 대상자에서 시행한 신체검사 및 이학적 검사 상 특별한 내과적 이상소견은 발견되지 않았다. 대조군의 모집은 인구 50만 정도의 A시의 대학병원 외래에 아동과 함께 내원한 부모 중 정신과 전문의의 면담 결과에서 과거력 상 정신과적 질환이 없었다고 답변하였던 성인 남성 36명을 대상으로 하였다. 모든 대상자들에게는 본 연구의 취지에 대해서 설명을 하였으며 사전 동의를 받은 경우를 대상으로 하였고, 연구방법에 대하여 단국대학교병원 의료윤리위원회의 심사 및 승인을 받았다.

### 방법

*역학 질문지*

대상자에 대한 기본 설문 문항으로 성별, 연령, 학력, 과거 병력 등에 관한 문항으로 이루어져 있다.

*HBI (Hyper Sexual Behavior Inventory)*

HBI는 Reid와 Garos[26]에 의해서 개발되었으며 19문항으로 구성되어 있다. 5점 Likert 척도로서 1점(전혀 없음)에서 5점(매우 자주 있음)으로 이루어져 있으며 신뢰도는 0.95이며 조절, 대응, 후유증의 세부척도로 구성되어 있고 신뢰도는 각각 0.91, 0.91, 0.89이다. Jacobson의 보고에 따르면 성중독증에서 HBI의 민감도는 0.92, 특이도는 0.62이다.[27]

*SAST (Sex Addiction Screening Test)*

성중독 선별척도(Sex Addiction Screening Test, SAST)는 성중독의 선별을 위해서 Carnes 등[28]에 의해서 개발된 척도이며 성중독증 환자가 스스로 증상을 평가하는 자가평가척도이다. 25문항으로 구성되어 있으며 예, 혹은 아니오로 대답하도록 되어있고 성인 남성에서 13점 이상이면 성중독으로 추정할 수 있다.

*BDI (Beck Depression Inventory)*

BDI는 우울증상을 측정하기 위한 자기 보고식 검사지로 4점 척도 21문항으로 구성되어 있으며 점수범위는 0-63점까지이다. 본 연구에서는 이영호와 송종용[29]이 번안하고 신뢰도와 타당도를 검증한 도구를 사용하였다. BDI는 임상 현장에서는 16점, 일반인 대상으로는 22점이 주요우울증 진단의 절단점으로 보고되었다.[30]

*BAI (Beck Anxiety Inventory)*

BAI는 불안을 측정하기 위한 자기 보고식 검사지로 4점 척도 21문항으로 구성되어 있으며 점수범위는 0-63점까지이다. 본 연구에서는 조용래와 김은정[31]이 번안한 척도를 사용하였으며 22점 이상을 치료적 개입을 필요로 하는 불안상태로 보고하였다.

### 통계

자료는 한글판 SPSS 15.0을 이용하여 처리하였으며, 통계분석에는 필요에 따라 역학 설문의 빈도비교는 교차분석을 시행하였고, 양 군 간의 HBI, SAST, BDI, DAI 점수비교는 연령, 학력에 따른 보정을 시행한 ANCOVA (Analysis of Covariance) test를 사용하였다. 성적 가해자군에서 고등학교 졸업 이하 군과 대학 진학 이상 군 간에 통계적으로 유의한 차이가 있어서 학력이 미치는 영향을 배제하고자 HBI, SAST, BDI/BAI 분석에서 학력을 공변인으로 하여 ANCOVA를 실시하였다. 각각 p 값이 0.05 미만인 경우를 유의성이 있음으로 판단하였다.

## 결 과

### 인구사회학적 특성

대상군은 19세에서 79세까지의 연령군으로 평균 연령은 36.71 ± 9.40세였다. 성적 가해자군과 대조군은 모두 남성이었으며 성적 가해자군의 평균 연령은 37.30 ± 11.58세였고 대조군의 평균 연령은 35.89 ± 5.06세로 양 군 간의 유의한 차이는 없었다(t=2.40, p=0.126). 최종 학력의 비교에서는 대조군의 학력이 더 높았다. 성적 가해자군에서 고등학교 졸업

이하는 42명(84.0%), 대학 진학 이상은 8명(16.0%)이었으며 대조군에서는 고등학교 졸업 이하는 1명(2.8%), 대학 진학 이상은 35명(97.2%)으로 양 군 간에 통계적으로 유의한 차이가 있었다($t < 0.01$, $p < 0.001$, Table 1).

### 성적 가해자의 임상진단

성적 가해자(N=50) 중에서 성도착증이 진단된 경우는 32명(64.0%)이었다. 성도착증 다음으로 가장 많이 동반된 정신과적 장애는 주요 우울장애로 16명(32.0%)이었으며 그 다음으로는 알콜사용장애 12명(24.0%), 알콜외물질사용장애 2명(4.0%), 불안장애 10명(20.0%), 충동조절장애 9명(18.0%), 조현병 6명(12.0%), 조울장애 2명(4.0%)이었으며, II축 질환인 인격장애가 동반된 경우는 16명(32.0%)이었다(Table 2).

### HBI, SAST, BDI, BAI 척도 특성

성적과다 척도인 HBI에서 대조군은 13.89 ± 9.90점이었으며, 성적가해자군은 23.10 ± 19.24점으로 양 군 간에 통계적으로 유의한 차이를 나타내었다($F = 6.28$, $p = 0.015$). 또한 성중독 척도인 SAST에서 대조군은 3.53 ± 2.72점이었으며, 성적가해자군은 8.47 ± 5.18점으로 역시 양 군 간에 통계적으로 유의한 차이를 나타내었다($F = 24.60$, $p < 0.001$). 한편 우울척도인 BDI에서는 대조군은 5.56 ± 4.67점이었으며, 성적가해자군은 41.80 ± 13.42점으로 양 군 간에 통계적으로 유의한 차이를 나타내었고($F = 229.92$, $p < 0.001$), 불안척도인 BAI에서 대조군은 5.56 ± 5.74점이었으며, 성적가해자군은 30.13 ± 8.42점으로 역시 양 군 간에 통계적으로 유의한 차이를 나타내었다($F = 197.06$, $p < 0.001$). 과거에 주요인생사건의 횟수를 평가하였는데 대조군은 1.19 ± 1.01회였으며, 성적가해자군은 2.60 ± 2.01회로 역시 양 군 간에 통계적으로 유의한 차이를 나타내었다($F = 13.54$, $p < 0.001$, Table 3).

## 고 찰

어떤 성적 행동을 정상적인 행동으로 볼 것인지 아니면 정신과적인 성적 문제로 볼 것인지는 매우 많은 요인이 관련되어 있으며 이러한 요인에는 피해자의 동의 유무, 성적 행동이 일어난 장소, 관련되어 있는 사람의 연령, 성적 행동의 특성, 어떤 곤란이나 위해성이 발생 유무, 빈도, 특정 성적 행동에 대해 다른 사람들이 느끼는 혐오감 등이 포함된다.[32] 또한 정신과적 질환이 성폭력 혹은 성적 가해자에 영향을 미치는 지의 여부는 오랜 동안 정신과적 영역뿐만 아니라 법적 윤리적 영역에서 논란이 있었다.[33, 34] 정신장애의 범법행위는 정신의학적 관점과 법률적 관점에서 차이를 보인다. 법률적 관점에서는 개인의 자유의사에 기초하여 그 자신이 책임을 진다는 입장이고 정신의학적 관점에서는 결정론적인 시각에 기초하여 범죄행위를 결정하는 요소를 예측하고 설명하고자 하기 때문이다.[35]

본 연구의 대상자인 국립 법무 병원에 수감되어 있는 성적 가해자는 모두 남성이었다. 과거의 국내외 선행연구[1, 9, 11, 21, 23, 36]에서도 모두 남성 성적가해자를 대상으로 한 연구였는데 이는 성적 가해자에 가장 많이 동반되는 성도착증이 성적피학증을 제외하고는 대부분 남자에서 훨씬 더 높은 유병률을 보였다는 결과와 부합되며,[37] 실제로 대부분의 연구가 범법행위로 수감되는 재소자를 대상으로 하였기 때문에 남성의 비율이 더 높아졌을 것으로 추정된다. 본 연구에서 성적 가해자의 평균 연령은 37.30 ± 11.58세로 가해자의 75%정도가 30세 이하라고 보고한 Henn 등[21]의 연구와는 일치하지 않았으나 37세로 보고한 Raymond 등[9]의 연구와 35.3 ± 10.4세로 보고한 Dunsieth 등[11]의 연구와는 유사한 결과를 나타내었다. 대부분의 성적 비행행동이 15-25세에 정점을 나타낸다는 국외 연구결과로 보

Table 2. Psychiatric Diagnosis of Sexual Offenders

| Paraphilia subtype | Number (N=50) | Percentile |
|---|---|---|
| Psychiatric disorder | 47 | 94.0 |
| Paraphilia | 32 | 64.0 |
| Major depressive disorder | 16 | 32.0 |
| Alcohol use disorder | 12 | 24.0 |
| Other substance use disorder | 2 | 4.0 |
| Anxiety disorder | 10 | 20.0 |
| Impulse control disorder | 9 | 18.0 |
| Schizophrenia | 6 | 12.0 |
| Bipolar disorder | 2 | 4.0 |
| Personality disorder (Axis II) | 16 | 32.0 |
| Deferred | 3 | 6.0 |

Table 1. Demographic Characteristics between Sexual Offender Group and Control Group

| Variables | Control group (N=36) | Sexual offender group (N=50) | t or $x^2$ | P value |
|---|---|---|---|---|
| Age | 35.89 ± 5.06 | 37.30 ± 11.58 | 2.40 | 0.126 |
| Education level | | | | |
| high school or less | 1 (2.8%) | 42 (84.0%) | < 0.01 | < 0.001 |
| more than high school | 35 (97.2%) | 8 (16.0%) | | |

These data represent mean ± S.D., by independent t test, or N (%), by chi-square test, significant $p < 0.05$

Table 3. HBI*, SAST†, BDI‡, BDI§ Profiles and the Frequencies of Life Events between Sexual Offender Group and Control Group

| Variables | Control group (N=36) | Sexual offender group (N=30) | F | P value |
|---|---|---|---|---|
| HBI | 13.89 ± 9.90 | 23.10 ± 19.24 | 6.28 | 0.015 |
| SAST | 3.53 ± 2.72 | 8.47 ± 5.18 | 24.60 | < 0.001 |
| BDI | 5.56 ± 4.67 | 41.80 ± 13.42 | 229.92 | < 0.001 |
| BAI | 5.56 ± 5.74 | 30.13 ± 8.42 | 197.06 | < 0.001 |
| Life events | 1.19 ± 1.01 | 2.60 ± 2.01 | 13.54 | < 0.001 |

These data represent mean ± S.D., ANCOVA adjusted for education level by general linear model, significant p < 0.05.
*HBI: Hyper Sexual Behavior Inventory,
†SAST: Sex Addiction Screening Test,
‡BDI: Beck Depression Inventory,
§BDI: Beck Anxiety Inventory

면 10년 이상의 문제행동이 나타난 이후에 수감되는 것으로 추정할 수 있다.[37] 국내 선행연구에서도 1997년 나상욱과 최상섭[36]의 연구에서는 연령대별 평균값을 적용한 성적 가해자의 평균 연령은 33세였으며 2012년 신경백 등[1]의 연구에서는 34세로 본 연구결과와 유사한 결과를 나타냈다. Henn 등[21]의 연구가 1970년대에 수행된 연구인데 반해서 Raymond 등[9]의 연구, Dunsieth 등[11]의 연구는 비교적 최근에 수행된 연구여서 국외연구에서 최근에 이루어진 선행연구와는 본 연구결과가 유사하였다. 본 연구에서는 성적가해자에서 정신과적 질환의 유병률이 94%로 매우 높았다. 이러한 결과는 외국의 선행연구결과와 일치하는 소견이다. 본 연구결과에서는 중복된 진단은 모두 기술하였지만 신상헌 등[23]의 국내보고에서는 성적 가해자에서 중복된 정신과적 진단이 있는 경우에는 하나의 진단만 인정하였기 때문에 상대적으로 정신과적 유병률이 낮게 나타난 것으로 생각되었다. 성적가해자에 가장 많이 동반되는 정신과적 질환은 성도착증이었으며 이러한 결과는 외국 선행연구 결과와 일치한다. 성적 가해자의 다수는 성도착증을 동반하고 있지만 일반적으로 성적 가해자는 성도착증 보다는 공격적인 행동을 빈번하게 나타낼 수 있으며 성도착증은 성적 가해자에 비해 행동화 없는 비정상적인 성적환상이나 욕망을 나타내기도 한다.[38] 대부분의 성도착증은 평생동안 지속되지는 않지만 만성적이고 장기간 지속되되,[39] 단순히 성도착증을 가지고 있는 것은 불법이 아니지만 그러한 욕구로 인해 행동을 하는 것은 불법이 될 수 있고 심각한 처벌로 이어질 수 있다. 의학적 문제로서 성도착증을 보면 충동 조절 장애의 형태,[40] 강박장애의 스펙트럼,[41] 성적 발달의 이상으로 볼 수도 있으며 대부분의 성도착증 역시 다른 정신 장애와의 동반 이환율이 높은 것으로 알려져 있다.[42] 본 연구에서 성적가해자에서 성도착증을 제외한 경우에 다음으로 많이 동반되는 정신과적 질환은 우울장애로 16명(32.0%)이었다. 이러한 결과는 외국의 선행연구에서도 일치하는 결과이다.[8, 15, 17, 18] Becker 등[20]은 246명의 성적가해자를 대상으로 우울증상을 평가하였는데 42%에서 우울증 증상에 부합되었으며 BDI 평균 14.3점으로 경도 우울증에 해당되었다고 보고하였다. 본 연구에서도 성적 가해자군은 BDI 평균 41.8점으로 매우 높은 점수를 나타내었으며 대조군에 비해서 유의한 차이를 나타내었다. 또한 본 연구에서는 BAI를 통해서 성적가해자와 대조군 간에 불안 증상의 양적인 차이를 비교하였는데 BDI, BAI 모두에서 유의한 차이를 나타내었다. 이러한 결과는 성적 가해자군이 일반인보다 높은 우울장애의 유병률 뿐만 아니라 우울 · 불안 증상에 있어서도 연과성이 있음을 추정할 수 있다. 본 연구에서는 알코올사용장애의 유병률이 24.0%로 높은 빈도를 보였는데 이는 Rada 등[43]이 성폭행 당시에 50%정도에서 음주상태였으며 35%가 알코올 중독자라고 보고하였으며 Mejlvang 등[44]이 성범죄자들의 범죄 당시에 63%에서 알코올 중독 상태였다고 보고한 결과와 부합된다. 성적가해자에서 인격장애는 매우 연관성이 높은 것으로 보고되고 있다.[45] 본 연구에서도 인격장애는 성적가해자의 32.0%에서 나타났으며 이러한 결과는 신경백 등[1]의 연구에서 보고한 31.8%와 비슷한 결과이며, 신상헌 등[23]의 연구에서 보고한 14.0%보다는 높은 수치이다. 그렇지만 McElroy 등[12]이 보고한 72%, Dunsieth 등[11]이 반사회적 인격장애만을 보고한 56%보다는 낮은 결과이다. 일반적인 정신과적 I축 진단과는 달리 인격장애는 정확한 평가를 위해서 장기간의 임상적 관찰 및 심리적 평가가 필요하고 장기간 지속되는 진단이므로 일차 평가 이후에 6개월 정도의 기간이 지난 후 재평가가 필요할 것으로 생각된다. 본 연구는 치료감호소에 수감되어 있는 성적 가해자를 대상으로 하였기 때문에 자가보고에 있어서의 오류가 나타날 수 있을 것으로 추정되었으나 선행 연구결과인 Kafka와 Hennen[10]의 결과와 유사한 소견을 보였다. 그러나 국내 연구인 신경백 등[1]의 연구결과에 비해서는 성도착증, 우울장애, 알코올 의존, 그리고 조현병의 유병률이 비교적 높게 나타났다. 이러한 결과는 신경백 등[1]의 연구 대상군이 검찰청에서 일 대학병원에 의뢰된 외래 환자를 대상으로 한 연구인데 반해서 본 연구는 수개월 이상 치료감호소에 입원한 성적 가해자들을 대상군으로 하였기 때문에 임상 특성이 다른 것으로 판단된다. 1997년 나상욱과 최상섭[36]은 법무부 치료감호소에 강간 및 강간미수로 의뢰된 범법피의자 60명을 대상으로 정신과적 진단을 시행하였는데 그 결과로 정신분열증 10명(16.7%), 정신지

체 9명(15.0%), 일반적인 의학적 상태에 의한 정신장애 6명(10.0%), 알코올관련장애 13명(21.7%), 양극성장애 4명(6.7%), 인격장애 4명(6.7%), 간질 4명(6.7%), 주요우울장애 1명(1.7%), 충동조절장애 1명(1.7%)으로 보고한 바 있다. 본 연구에서는 나상욱과 최상섭[36]의 결과보다는 성도착증, 주요우울장애, 알코올관련장애, 충동조절장애, 인격장애의 유병률이 높게 나타났다고 할 수 있다. 이러한 결과의 차이는 그동안 평가도구의 발달로 인해서 정신과적 진단의 민감도가 증가되었거나 실제로 입원한 환자에서 신경증의 유병률이 증가하였기 때문일 것으로 추정된다. 성폭력의 유병률뿐만 아니라 개념이 확장되었기 때문에 사회병질자/정신병질자 외에 신경증을 갖고 있는 성적 가해자 군이 증가하였을 것으로 추정된다.

본 연구에서 우울 · 불안증상을 나타내는 BDI/BAI 뿐만 아니라 성적 활동의 이상을 나타내는 HBI, SAST에서는 유의한 차이를 나타내었는데 이는 성적 가해자군이 우울 · 불안 등의 심리적 특성뿐만 아니라 일상생활에서의 성적 이상행동도 함께 나타내는 것으로 추정할 수 있다.

성적 가해자의 정신과적 심리적 특성을 파악하는 것은 중요하다. 성범죄와 정신과적 질병과의 관계를 이해하는 것은 성폭력 가해자에 대한 적절한 법적, 보건의료적 정책결정을 위해 중요하며, 성적 가해자에게 성범죄 재발방지를 위한 재활프로그램 등 적절한 정신과적 치료를 제공하기 위해 중요하며, 성범죄의 위험요인을 파악하고 성범죄 예방 및 재발방지를 위한 방법을 파악하기 위해서 중요하다.[1)]

본 연구의 제한점으로는 첫째로 성적 가해자군은 아직 형이 집행 중인 상태로서 자신에게 불리한 내용에 대해서는 방어적으로 대답을 했을 가능성이 있다. 그러므로 비록 HBI, SAST 척도 등의 신뢰성이 입증되기는 했지만 각각의 정신병리가 과소평가되었을 가능성이 있다. 둘째로 본 연구는 법무병원에 수감된 소수의 가해자들만을 대상으로 했기 때문에 일반적인 성적 가해자군을 대표하기에는 무리가 있다. 좀 더 충분한 기간 동안 입원한 성적가해자를 대상으로 하거나 입원하지 않고 외래로 내원한 경우에도 포함한 광범위한 성적가해자를 대상으로 한 연구가 필요할 것이다. 셋째로 법무병원에서 적절한 약물 치료 및 인지행동치료 등을 시행해오고 있고 규칙적인 수감생활을 수 년 이상 지속하고 있는 경우가 많기 때문에 성적 가해자의 정신 병리 또한 어느 정도 유동적일 수 있고 이런 면이 반영되어 정신병리 척도들의 점수에 영향을 미쳤을 가능성을 배제할 수 없다. 넷째로 모집할 수 있는 성도착증 환자들의 숫자가 적어 성적가해자군에서 성도착증이 있는 경우와 없는 경우를 세분화하여 비교하지 못하였다. 다섯째로 본 연구에서는 ADHD의 동반 유병률을 평가하지 않았는데 이는 국내에서 성인 ADHD의 유병률에 대한 역학 연구가 없었고 정확한 진단기준을 적용하기 어려웠기 때문이다. Galli 등,[8)] Kafka와 Hennen[10)]의 보고에서 ADHD는 상당히 높은 동반 유병률을 보이고 있다. 추후연구에서는 이러한 질환에 대한 진단, 과거력 등의 연구조사가 필요할 것으로 생각된다.

추후 연구에서는 이러한 단점들을 보완한 좀 더 많은 성적 가해자들을 대상으로 하는 연구가 필요할 것으로 생각된다. 성적 가해자는 매우 다양한 세부 유형이 있으므로 이러한 유형에 따른 임상특성을 파악하려는 노력이 필요할 것이다. 또한 대조군을 일반인이 아닌 다른 가해자를 대상으로 하거나 혹은 피해자의 역학적 특성을 고려한 유형별 임상특성 연구도 필요할 것이다.

## 참 고 문 헌


1. Shin KB, Lee YJ, Kim KR, et al. Psychiatric and psychological characteristics of sexual offenders in Korea. J Korean Neuropsychiatr Assoc 2012;51:170-7.
2. National policy agency, prevalence of five crime in Korea. Seoul. The statistics of national policy agency; 2012.
3. Noh SH. The study of the examination state of sexual violence crime. Seoul: Korean Institute of Criminoligy; 1999.
4. Wright RG. Sex offender registration and notification: public attention, political emphasis, and fear. Criminology and Public Policy 2003;3:97-104.
5. Atcheson JD, Williams DC. A study of juvenile sex offenders. Am J Psychiatry 1954;111:366-70.
6. Mullen PE, Burgess P, Wallace C, et al. Community care and criminal offending in schizophrenia. Lancet 2000;355:614-7.
7. Brennan PA, Mednick SA, Hodgins S. Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort. Arch Gen Psychiatry 2000;57:494-500.
8. Galli V, McElroy SL, Soutullo CA, et al. The psychiatric diagnoses of twenty-two adolescents who have sexually molested other children. Compr Psychiatry 1999;40:85-8.
9. Raymond NC, Coleman E, Ohlerking F, et al. Psychiatric comorbidity in pedophilic sex offenders. Am J Psychiatry 1999;156:786-8.
10. Kafka MP, Hennen J. A DSM-IV Axis I comorbidity study of males (n = 120) with paraphilias and paraphilia-related disorders. Sex Abuse 2002;14:349-66.
11. Dunsieth NW Jr, Nelson EB, Brusman-Lovins LA, et al. Psychiatric and legal features of 113 men convicted of sexual offenses. J Clin Psychiatry 2004;65:293-300.
12. McElroy SL, Soutullo CA, Taylor P Jr, et al. Psychiatric features of 36 men convicted of sexual offenses. J Clin Psychiatry 1999;60:414-20.
13. Abel GG, Becker JV, Cunningham-Rathner J, et al. Multiple paraphilic diagnoses among sex offenders. Bull Am Acad Psychiatry Law 1988;16:153-68.
14. Dietz PE, Hazelwood RR, Warren J. The sexually sadistic criminal and his offenses. Bull Am Acad Psychiatry Law 1990;18:163-78.
15. Packard WS, Rosner R. Psychiatric evaluations of sexual offenders. J Forensic Sci 1985;30:715-20.
16. Kavoussi RJ, Kaplan M, Becker JV. Psychiatric diagnoses

in adolescent sex offenders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1988;27:241-3.
17. Grossman LS, Cavanaugh JL Jr. Psychopathology and denial in alleged sex offenders. J Nerv Ment Dis 1990;178:739-44.
18. Lewis DO, Shankok SS, Pincus JH. Juvenile male sexual assaulters. Am J Psychiatry 1979;136:1194-6.
19. Gratzer T, Bradford JM. Offender and offense characteristics of sexual sadists: a comparative study. J Forensic Sci 1995;40:450-5.
20. Becker JV, Kaplan MS, Tenke CE, et al. The incidence of depressive symptomatology in juvenile sex offenders with a history of abuse. Child Abuse Negl 1991;15:531-6.
21. Henn FA, Herjanic M, Vanderpearl RH. Forensic psychiatry: profiles of two types of sex offenders. Am J Psychiatry 1976;133:694-6.
22. Rosenberg AD, Abell SC, Mackie JK. An examination of the relationship between child sexual offending and psychopathy. J Child Sex Abus 2005;14:49-66.
23. Shin SH, Ryu MK, Kim SB, et al. Legal features of mental disorders among sexual offenders without paraphilia. Korean J Leg Med 2012;36:68-73.
24. Freund K. Assessment of pedophilia. Adult sexual interest in children. New York: Academic Press; 1981.
25. Freund K, Watson R, Rienzo D. The value of self-reports in the study of voyeurism and exhibitionism. Ann Sex Res 1988;1:243-62.
26. Reid RC, Harper JM, Anderson EH. Coping strategies used by hypersexual patients to defend against the painful effects of shame. Clin Psychol Psychother 2009;16:125-38.
27. Jacobson NS, Truax P. Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. J Consult Clin Psychol 1991;59:12-9.
28. Carnes P. Sexual addiction screening test. Tenn Nurse 1991;54:29.
29. Lee YH, Song JY. A study of reliability and the validity of the BDI, SDS, and MMPI-D Scales. Korean J Clin Psychol 1991;10:98-113.
30. Shin MS, Kim JS, Park KB. The cut-off score for the Korean version of Beck depression inventory. Korean J Clin Psychol 1993;4:561-71.
31. Cho YR, Kim EJ. Psychometric properties of the Korean version of the anxiety control questionnaire. Korean J Clin Psychol 2004;23:503-18.
32. Tewksbury HC. A reader: sexual deviance. London: Lynne Rienner; 2003.
33. Zonana H. The civil commitment of sex offenders. Science 1997;278:1248-9.
34. Marzuk PM. Violence, crime, and mental illness. How strong a link? Arch Gen Psychiatry 1996;53:481-6.
35. Kwon JH, Choi SS, Lyu MK, et al. The preliminary research for making judgment on not guilty by reason of insanity and guilty but mentally ill. Korean J Leg Med 2008;32:111-7.
36. Na SW. Choi SS. A psychiatric review on rapes that had been referred for forensic evaluation. Korean J Leg Med 1998;22:63-73.
37. Kaplan BJ, Kaplan VA. Kaplan and Sadock' s Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. 9th ed. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins; 2003.
38. Malin HM, Saleh FM. Paraphilias: clinical and forensic considerations. Psychiatric Times 2007;24:1-4.
39. Thibaut F, De La Barra F, Gordon H, et al. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the biological treatment of paraphilias. World J Biol Psychiatry 2010;11:604-55.
40. Pearson HJ. Paraphilias, impulse control and serotonin. J Clin Psychopharmacol 1990;10:233.
41. Stein DJ, Hollander E, Anthony DT, et al. Serotoninergic medications of sexual obsessions, sexual addictions, and paraphilias. J Clin Psychiatry 1992;53:267-71.
42. Gordon H. Grubin D. Psychiatric aspects of the assessment and treatment of sex offenders. Adv Psychiatr Treat 2004;10:73-80.
43. Rada RT. Alcoholism and forcible rape. Am J Psychiatry 1975;132:444-6.
44. Mejlvang P, Boujida V. Sexual assaults in Greenland: characteristics of police reported rapes and attempted rapes. Int J Circumpolar Health 2007;66:257-63.
45. Gannon TA, Collie RM, Ward T, et al. Rape: psychopathology, theory and treatment. Clin Psychol Rev 2008;28:982-1008.