

SPECIAL ARTICLE

J Korean
Neuropsychiatr Assoc
2019;58(4):270-276
Print ISSN 1015-4817
Online ISSN 2289-0963
www.jknpa.org

Received October 9, 2019
Revised October 11, 2019
Accepted October 16, 2019

Address for correspondence

Seung Min Bae, MD
Department of Psychiatry,
Gil Medical Center,
Gachon University College of Medicine,
21 Namdong-daero, Namdong-gu,
Incheon 21565, Korea
Tel +82-32-433-1295
Fax +82-32-434-1295
E-mail mdbae@gilhospital.com

가정폭력 : 정신의학적 후유증의 평가 및 예방

가천의과학대학교 길병원 정신건강의학과교실,¹ 인천스마일센터²

배 승 민^{1,2}

Domestic Violence : Evaluation and Prevention of Medical Sequelae of Victims

Seung Min Bae, MD^{1,2}

¹Department of Psychiatry, Gil Medical Center, Gachon University College of Medicine, Incheon, Korea

²Incheon Smile Center for Victims of Crime, Incheon, Korea

Domestic violence is a phenomenon that requires extensive medical attention as it has both short-term and long-term effects on the victims as well as their families and communities. Therefore, clinicians need to have not only a general knowledge of domestic violence, but also need to be skilled in early identification of victimized patients, proper intervention methods, and assessment of sequelae. Furthermore, as health care service providers, clinicians should make efforts to refer patients to appropriate institutions as a means of preventing further violence. This paper presents general ideas about the high-risk domestic violence group, gives guidelines for clinicians who are likely to meet such victims as a patient, and describes sequelae of and treatments for domestic violence victims and their children. In conclusion, through such medical endeavors and the roles of experts, the desire for an increase in social sensitivity to domestic violence and for minimizing short-term and long-term sequelae can be fulfilled. In the future, it is necessary to develop more suitable guidelines for the treatment of domestic violence victims and to undertake studies into the attitudes of medical professionals facing domestic violence victims in Korea.

J Korean Neuropsychiatr Assoc 2019;58(4):270-276

KEY WORDS Domestic violence · Spouse abuse · Intimate partner violence.

서 론

최근 가정폭력 사건이 연이어 언론의 관심을 받고 있다. 이는 우리나라만의 일이 아니다. 상대적으로 여성 인권이 비교적 높다고 인식되는 프랑스에서 가정폭력에 의한 여성 사망이 증가 추세라는 점이 최근 보도된 바 있다.¹⁾ 영국 역시 가정폭력에 의한 사망률이 2018년 최고치를 경신하여 지난 2019년 1월, 신체적 폭력뿐 아니라 비신체적, 경제적 폭력도 ‘가정폭력’의 범주에 추가하는 법안 초안이 의회로 제출된 바 있다.²⁾ 결국 현대의 가정폭력은 동서양의 문화적 차이를 넘어 전세계적인 문제로 보아야 할 현상이다.^{3,4)}

결코 함께해서는 안 될 두 단어인 ‘가정’과 ‘폭력’이 붙어 유발되는 영향은 광범위하며 파괴적이란 점은 이미 전문가들이 아닌 이들도 공감하는 바이다. 즉 가해자와 피해자만이 아니라 자녀를 포함한 그 주변인들에게도 직간접적인 영향으로 대를 이어 그 악영향이 계속 전달될 수 있어, 결국 그 병적인 영향이 사회와 개인의 중, 횡단적인 도미노 현상을

통해 심각한 병리를 전달하고 악화시킨다. 이렇게 심각한 개인적, 사회적 영향을 고려해야 하는 가정폭력 피해는 종종 의료 현장에서 발견되거나 연관되어 다양한 의료 서비스를 요구한다.⁵⁾ 그러나 안타깝게도 현재까지의 의학 연구는 그에 상응한다고 보기 어렵다. 일부 정신건강의학 교육 책자에서 방임, 학대와 가정 내 폭력 현상을 다루지만,⁶⁻⁸⁾ 이마저 일부 단락에 한정되며 가정폭력에 대한 독립적인 장이 할애되어 있지 않다. 대다수의 논문도 의학계보다 여성학, 사회복지 또는 심리학 전문가들이 저술한 것으로, 가정폭력이 주제어인 국내 논문 검색(2019년 9월 기준) 총 2804건의 논문 중 의학 논문은 48개뿐이었다(간호학 15개). 그나마 최근 의대생들의 실습시험 중 한 과목으로 ‘가정폭력’이 성폭력과 함께 소주제로 채택되어 교육 과정에 포함되었으나, 이를 뒷받침할 체계적인 수업 없이 실습 시간에 다루는 부분만 제한적으로 배움이 이루어지고 있다. 그러나 「가정폭력 및 피해자 보호 등에 관한 법률」⁹⁾상 의료인은 피해자를 보호할 사회적 책임과 전문가로서의 역량을 갖추고 있어야 한다. 국회의 연구¹⁰⁾

에서도 가정폭력에 대한 사회적 대응의 맹점으로 지원 시스템 및 자원의 불충분함과 더불어, 수련 부족으로 인한 임상 의의 기술과 지식 결핍이 그 원인 중 하나로 지적되는 만큼 이는 의학 수련의 관점뿐만 아니라 사회적으로도 중요한 문제이다. 이를 소홀히 할 경우, 인권에 대한 인식과 약자에 대한 보호 의식이 높아지고 있는 현대 사회에서 개인뿐 아니라 전체 의료인의 이미지를 실추시킬 우려가 있으므로, 수련과 임상 과정에서 이에 대한 중요성을 충분히 인식하고 전문성을 함양할 수 있도록 노력이 필요한 시기이다.

이에 본 종설에서는 의학 수련 과정과 임상 현장에서 의료인이 알아야 할 가정폭력의 개념과 피해자 및 피해 가족의 정신의학적 평가 및 치료, 예방에 대한 선행 연구들을 고찰하고 국내에서의 적용을 논하고자 한다.

본 론

가정폭력의 정의

가정폭력(domestic violence)은 배우자 폭력(spouse abuse), 친밀한 관계 폭력(intimate relationship violence) 등으로도 불리며, 전통적으로는 가정 내 배우자, 또는 준배우자 간에 한 명이 상대를 반복적으로 신체적인 가해를 하는 것을 뜻한다.⁷⁾ 최근에는 여기에 추가적으로 서론에서 언급한 것처럼 신체적, 정서적 폭력뿐 아니라 경제적, 재정적인 학대 역시 가정폭력의 범주로 보는 넓은 범위의 정의를 채택하려는 움직임이 있다.^{2,8)} 경우에 따라 가정 내에서 일어나는 폭력이라는 의미에서 부모에 대한 자녀의 폭력, 노인학대 등을 포함하기도 하나,¹¹⁾ 일반적으로 전자의 정의를 따르며 본 고에서도 다른 영역과의 혼동을 피하기 위하여 상기 정의에 한정하여 기술한다.

전통적인 의미의 가정폭력은 다시 둘로 분류될 수 있다. 하나는 '고위험 폭력(high-severity abuse)'으로, 피해자를 무기로 위협하거나 상해를 입히는 경우, 화상, 질식을 유발하거나 손과 발 등의 신체 부위를 이용하는 구타 등으로 골절, 두뇌 또는 내상이 일어나는 경우를 말한다. 다른 하나는 '저위험 폭력(low-severity abuse)'으로, 멍이나 가벼운 찰과상, 염좌 이하의 상해를 유발하는 신체적 접촉(주로 따귀, 밀침이나 차기)이 여기에 해당한다.⁷⁾

발생 빈도

서론에서 언급하였듯이 가정폭력은 동서양과 시대와 무관하게 인류의 역사와 함께 존재해 왔으며, 현대에도 국가나 인종의 구분을 떠나 전세계적으로 발생하는 현상이다. 그럼에도 우리나라는 가정폭력이 많은 국가 중 하나로 간주되어

왔다.¹²⁾ 90년대에는 국내 결혼 여성 10명 중 4명이 가정폭력을 겪는 것으로 집계되어 동시대 미국의 경우보다 3배나 높게 나타났다.¹³⁾ 우리나라의 최근 현황에 대한 자료로는 정부 기관에서 3년마다 일반 성인 인구 대상의 면대면 가구 조사 형식을 통해 평가하는 '가정폭력 실태조사'가 있다. 이 중 가장 최근 자료인 2016년 실태조사 결과에 따르면,¹⁴⁾ 결혼한 여성이 지난 1년간 배우자로부터 가정폭력을 겪었다고 대답한 비율은 12.1%(중복응답 : 신체적 폭력 3.3%, 정서적 폭력 10.5%, 경제적 폭력 2.4%, 성적 폭력 2.3%)로, 같은 조사의 2013년도 결과인 29.8%에 비해 크게 감소한 것으로 나타났다. 따라서 90년대에 비해 현대 우리 사회의 여성의 가정폭력 경험은 인권과 폭력의 문제성에 대한 인식이 향상되면서 다소 줄어든 것처럼 보인다. 그러나 질적 연구인 면대면 조사 방법은 오히려 이러한 민감한 주제에서 과소 보고가 존재할 가능성을 고려하여 해석해야 한다. 실제로 경찰청 통계에 따르면,¹⁵⁾ 반대로 가정폭력 신고 건수가 2010년 5954건 대비 2013년 16785건, 2018년에는 248660건으로 8년 만에 40배에 육박하는 증가율을 보인 것으로 나타났다.¹⁶⁾ 이런 신고 건수의 급증은 신고 의식의 함양으로 인한 부분도 있겠으나, 일반적으로 가정폭력의 실제 발생 건수보다 직접 경찰에 신고하는 경우는 드물다는 점, 신고 의식의 함양만을 원인으로 보기에는 증가율의 속도가 매우 높다는 점을 고려해야 하겠다. 따라서 이 두 가지 형태의 통계를 종합하여 고찰하자면 우리나라 사회에서의 가정폭력은 여전히 경각심을 가져야 할 현상이다.

남성 피해자

상대적으로 적은 비율이지만 여성(준)배우자에게 폭행을 당하는 남성 피해자도 간과할 수 없다. 이들은 일반적인 통념과 다른 피해 성격으로 인해, 일반적으로 주변에 도움을 구하기 어렵고 폭력 사실이 밝혀질 경우 오히려 본인 역시 가해자로 오인될 가능성이 있으며, 여성에게 맞았다는 사실이 밝혀질 경우 자신의 심리적 안전이 더 위협받음지도 모른다는 불안으로 취약한 상태에 놓이기 쉽다. 연구에 따르면 고령, 질병 등 신체적으로 약해진 남성이 젊은 여성과 결혼한 상황에서 남자 배우자가 가정폭력의 피해자가 될 가능성이 높게 나타났다.⁷⁾ 국내에서도 상기 언급한 가정폭력 실태조사에서 기혼 남성의 8.6%(2013년도 27.3%)가 배우자에 의한 폭력을 겪었다고 답했다.¹⁴⁾

위험 요인

여러 차례 강조하였듯이 가정폭력은 시대와 관계없이 사회, 인종, 종교, 그리고 경제적 배경과 무관하게 일어나는 현

상이다. 그러나 연구들을 통해 몇 가지 개인적, 관계적, 그리고 사회적 위험 요소들이 밝혀져 있다.

상대적으로 가정폭력의 발생 비율이 높은 집단의 개인적 요소에 대한 연구를 살펴보면, 중독, 특히 술과 마약 중독의 문제가 있는 가정, 그리고 아동기 학대 경험이 있는 성인의 가정에서 가정폭력의 비율이 높았다.^{7,8)} 특히 매 맞는 여성의 1/2이 원가족의 폭력에 직간접적인 노출이 된 과거력이 있으며,⁷⁾ 가해 남성 역시 어린 시절 본인이 아동학대의 피해자였거나 자신의 어머니가 맞는 것을 보고 자란 경험이 많다는 사실은, 폭력의 영향이 상당히 오랫동안 개인 및 그 주변에 깊은 영향을 미친다는 점을 시사한다. 국내의 연구에서도 가정폭력 가해자의 3/4이 자신의 아동기에 가정폭력 가정에서 성장했다는 과거력이 밝혀진 바 있다.¹²⁾ 또 다른 가정폭력의 위험 요소 중 하나는 임신이다. 임신 중인 여성의 15~25%가 가정폭력에 노출되며,⁷⁾ 종종 이로 인해 태어나 출산 시의 문제로 이어지기도 한다.¹⁷⁻¹⁹⁾ 게다가 선진국에서는 임신 또는 최근 임신했던 여성들의 가장 높은 사망 원인이 배우자에 의한 살인으로 나타났다. 따라서 응급의학과나 외상외과, 정신건강의학과 외에 산모와 출산 전후 시기의 여성을 접할 수 있는 영역인 산부인과, 소아청소년과의 의료진도 이의 가능성에 대해 숙지하고 주의를 기울여야 한다. 이 밖에도 개인적 위험인자에 어린 나이, 무직, 낮은 소득과 교육 수준, 경계성 또는 반사회적 인격 특성이 있는 경우,^{8,20)} 기존의 정신과적 질환이 있는 경우,²¹⁾ 이민 등의 사회적 소수 집단에 속한 경우가 해당된다.^{7,8)} 국내의 연구에서도 북한 이탈주민, 이민 여성에게서 가정폭력의 위험성이 높게 나타났다.²²⁾ 관계적 요소에는 부부 갈등과 관계의 불안정성, 경제적 스트레스 요인, 다수의 파트너가 있는 남성, 그리고 가부장적인 구조의 가정이 해당된다.^{7,12)} 마지막으로 가난과 인구밀집, 가정폭력에 허용적인 문화와 처벌의 부족, 경직된 성 역할 같은 사회적 요소도 가정폭력의 위험성을 높이는 것으로 밝혀져 있다.^{8,12)}

폭력의 피해 후유증

폭력의 생존자들의 반응과 상태는 다른 개인에 따라 매우 다양하게 나타날 수 있으나, 많은 연구에서 반복적으로 확인된 사실은 이들이 신체뿐 아니라 정신적인 건강 상태가 악화되어 의료기관 이용률이 증가한다는 것이다.⁷⁾

가정폭력은 우울, 불안, 낮은 자존감, 물질 남용, 성기능 장애, 기능성 소화기관 장애, 두통, 만성 통증, 그리고 다양한 신체 증상들과 관련성을 보인다.^{7,8)} 최근의 폭력에서 보이는 신체 증상은 식욕 저하, 잦은 또는 심한 명, 악몽, 질 분비

물, 폭식 또는 스스로 유발한 구토, 설사 또는 변비, 골절, 염좌 또는 심한 자상, 골반 또는 회음부 통증, 기절, 복통, 흉통 또는 가슴 부위 통증, 잦은 또는 심한 두통, 배뇨의 어려움, 수면 장애, 숨 참 등이다. 특히 폭력의 양과 신체적 증상은 서로 비례하는 특성을 보인다.⁸⁾ 가정폭력 피해에서 살아남은 생존자들은 대조군에 비해 높은 자살 시도율을 보인다.⁷⁾

또한 임신 중의 폭력은 조산과 저체중 출산, 영아 사망, 산후 우울증과 신생아 입원 등의 모성과 신생아 건강 이상과 연관성이 높았다.¹⁷⁻¹⁹⁾ 최근의 메타 분석 연구 결과에서는 임신 전후에 가정폭력을 경험한 여성에게서 일관되게 우울, 불안과 post-traumatic stress disorder(이하 PTSD) 유병률이 높게 나타났다.²³⁾ 또 이러한 모성 정신건강의 해악이 태아 또는 신생아에게 신체적, 정신적 악영향과 높은 연관성을 보이는 것으로 나타났다.²⁴⁾ 이들 연구에서 우리가 중요하게 보아야 할 결과는, PTSD의 가장 큰 보호인자는 사회적 지지이고 반대로 지지의 부재 또는 자신이 부당한 차별을 받고 있다는 인식이 PTSD 증상의 악화에 결정적으로 영향을 준다는 것이다. 이런 점을 고려하여, 취약한 환자를 대할 때 의료진의 더욱 특별한 주의가 필요하다.

자녀에 미치는 영향

가정폭력이 발생하는 가정의 경우, 배우자 간의 폭력만이 존재하는 것이 아니라 가해 부모가 상대 배우자와 동시에, 또는 교대로 폭행하는 경우가 많다.^{12,25)} 즉 아동학대의 피해도 동시에 또는 다른 시기에 발생할 가능성이 높은 가정이므로 이를 고려한 후유증의 평가가 필요하다.²⁵⁾ 또한 직접적인 가해자에 의한 폭력뿐 아니라 폭력의 간접적인 영향 역시 고려해야 한다. 즉 좋은 것이든 나쁜 것이든, 아이들은 그들이 일반적으로 가장 먼저, 그리고 가장 내밀하게 접하게 되는 환경인 가정환경으로 인한 의식적, 무의식적 영향을 받는다.²⁶⁾ 일반적으로 생각하는 학습이론에 의한 영향만이 아니라, 복합적으로 자녀는 자신들이 처한 극단적인 환경에 매일매일, 매 순간 적응하기 위하여 그들의 내면과 행동을 조절해가며 성장하게 된다.^{25,26)} 이러한 적응의 결과는 당시뿐 아니라 그들의 평생에 걸쳐, 또는 그들의 자손들에게 전달되며 스스로와 주변인뿐 아니라 지역사회에 엄청난 경제적, 정서적 비용을 감당하게 한다.^{7,25,26)} 국내외의 선행 연구들에 의하면 가정폭력 가정에서 성장한 자녀에게서 부적응적 성격 형성, 비행 공격성, 불안과 우울, 약물 남용, 자살 시도 등의 다양한 정서와 행동 문제의 위험성이 높게 나타났다.²⁷⁻³⁰⁾ 따라서 의료인들은 이런 환경에 노출되어 성장하는 것이 그들에게 어떤 발달상의 위해를 일으키는지 민감한 주의를 기울여야 한다.

평가 및 치료

가정폭력 피해자의 치료에는 다양한 영역의 고려가 필요하다. 특히 폭력의 피해는 현재 상황만이 아니라 이후의 법적 진행 등을 포함한 다양한 변수에 영향을 받으며 평가 시기마다 다르게 나타날 수 있으므로,²⁵⁾ 가정폭력 피해자를 치료할 때에는 현재 보이고 있는 증상과 함께 차후에 발생 가능한 (특히 심리적인) 증상들을 고려하여 치료적 계획을 세운다.⁷⁾ 추가적으로 의료진이 주지해야 할 것은, 폭력 피해자의 평가 과정이 안전한 대인관계의 경험, 특히 권위자와의 관계에서 존중받지 못했거나 그런 경험이 극히 적었던 환자에게 중요한 회복의 첫 시작 단계가 되어야 한다는 점이다. 즉 피해자의 초기 평가는 환자의 안전과 보호를 우선으로 하여 신중히 진행한다. 이 과정 동안의 상호 관계가 폭력 피해자인 환자의 초기 안정화와 이후 치료 과정을 시작할 토대가 되므로, 이 과정은 평가인 동시에 치료의 시작 단계로 간주해야 한다.

초기 평가 및 안전의 확인

가정폭력 피해자들은 보통 신체 외상을 치료하기 위해 병원에 오지만, 종종 상처의 원인에 대한 질문을 회피하는 경향이 있다.⁷⁾ 특히 가해자가 보호자로 위장하여 피해자를 계속 감시하고 있는 경우 이러한 태도는 더욱 뚜렷하다.¹²⁾ 따라서 폭력 피해를 의료진이 알아차리지 못한 상태에서 치료하게 되는 경우가 종종 발생할 수 있다. 따라서 숨겨진 사실을 최대한 빠르게 알아내기 위해, 가정폭력의 가능성이 있는 상처는 곧장 폭력의 신호로서 의료진이 숙지하고 있는 것이 중요하다. 만성적으로 폭력에 노출된 환자들의 증상은 원인 질환에 맞지 않으며, 다양하고 복잡한 전신적인 임상 양상을 호소하거나 이런 호소 양상이 자주 바뀌기도 한다.^{7,25)} 이러한 경향이 차후의 의료적 처치뿐 아니라 법적 진행(사건 기록, 법적 서류 등)에 문제가 될 수 있으므로, 평가 동안 환자와 치료적 관계, 라포(rapport)를 쌓는 것이 필요하다.⁷⁾ 이를 위해 가해자와 분리하여 피해자를 안전한 환경에 두고, 필요하다면 동성의 의료진을 배석하여 환자의 불안과 스트레스를 줄이도록 한다. 평가를 시작하기 전에 환자에게 먼저 과정을 설명해 주고, 과정 중 환자의 의견을 제시할 수 있도록 허용하여 통제감을 유지하도록 돕는다.⁷⁾ 가정폭력 여부를 묻는 시작 면담의 예는 다음과 같다 : “(많은 여성들이 폭력을 겪기 때문에)일반적으로 하는 질문입니다.”, “언제든 누군가 밀치거나 때리는 등 어떤 방식으로든 당신을 다치게 하거나 위협한 적이 있습니까?” 폭력 상황 자체가 환자에게 자기 통제를 불가능하게 하였을 것이므로, 평가 과정이 무력감을 자극하지 않도록 한다. 임상가는 불편감을 시사하는 환자의 비

언어적 반응에 주의하며 환자의 상태에 맞춰 평가를 진행한다. 최초 의료 경험 당시의 이러한 의료진의 세밀한 주의가 피해 환자의 예후에 긍정적인 영향을 미칠 수 있다. 환자가 가정폭력을 밝힐 경우 차후의 법적 과정 및 진료를 위해 이를 의료기록에 남긴다. 이때 의료진은 환자가 말하도록 사려 깊게 독려하고, 비판단적인(non-judgemental) 자세로 듣는다. 피해자인 환자는 주변에서 종종 자신을 믿어주지 않는 경험을 하고, 자신의 불안도 축소하여 말할 가능성이 있다. 따라서 의료진은 아래와 같은 말 등으로 환자를 지지해준다 : “당신만이 이런 일을 겪은 것이 아닙니다. 혼자 아님니다.”, “어떤 사람도 이런 일을 겪을 이유가 없습니다.”, “당신이 이상한 것이 아닙니다.”, “당신에게 일어난 일은 범죄입니다.”, “당신에게 도움이 될 것들이 있습니다.” 이때 의료기록은 가능한 환자의 언어와 표현 그대로를 옮기고, 의료 및 외상의 과거력, 관련된 환경인자를 기록한다. 또한 상처에 대하여는 가능성이 있는 원인들과 환자가 말한 해명까지 포함하여 최대한 자세히 기술한다. 의무기록 시스템이 가능하면 상처의 사진들도 찍어 의무기록으로 남긴다. 신고를 통해 경찰이 방문하였다면 담당관의 이름과 취해진 조치들도 의무기록에 남기도록 한다.

이 초기 평가 시 특히 주의를 기울여야 하는 부분은, 피해자의 가해자에 의한 살해 가능성이, 피해자가 가정에 남아 있을 때보다 가정을 떠났을 때 오히려 높다는 점이다.⁷⁾ 즉 지원체계 없이 성급히 기계적으로 피해 여성을 가정에서 분리하는 것만을 목표로 두는 지원은 가해자를 자극하여 오히려 부정적인 결과를 초래할 수 있으므로, 임상가는 가정폭력 피해자를 만났을 때 신중한 자세로 평가와 면담을 진행한다. 따라서 환자가 진료실을 떠나기 전에 환자의 안전을 평가하는데, 이때 가장 중요한 것은 환자 스스로 느끼는 공포의 정도와 미래 자신에 대한 안전을 확인하는 정도를 평가하는 것이다. 여기에 기준으로 들 수 있는 것들은, 가해자의 폭력의 빈도와 강도가 증가하고 있는지, 타살이나 자살에 대해 위협하는 행동이 시작되었거나 늘어났는지, 자녀에 대해서도 폭력의 위협이 있는지, (폭력을 목적으로 한)흥기를 갖고 있거나 흥기를 이용할 가능성이 있는지 여부이다.^{7,8)} 이런 평가 과정을 통해 환자가 긴급한 위협에 처한 상태라면, 위협에 처한 다른 가족(특히 자녀)이 있는지 확인하고 같이 지낼 친구나 가족이 있다면 피신하도록 권고한다. 가능한 선택지가 없다면, 가정폭력 피해자 대상 쉼터에 연결해줄지 환자의 의사를 묻고, 어떤 방법도 가능하지 않다면 입원을 고려한다. 긴급한 위험 상태가 아니라면 쉼터와 기타 지역 자원에 대한 정보를 제공하되, 환자가 이런 정보를 소지하고 있다가 가해자에게 발각될 경우 오히려 환자가 위협해질 수 있으므로 주

의한다. 환자의 전화기에 지역 가정폭력 상담소나 중앙기관의 핫라인 번호를 다른 명칭으로 저장하게 하거나, 처방전 빈칸이나 예약증에 적어주든가 병원 전화로 현장에서 해당 기관에 전화하도록 배려하는 등의 방법을 고려한다. 병원에 사회사업실이 있다면 연계한다.

환자가 폭력 여부에 대한 질문에 대답을 거부하거나 폭력을 부인할 경우, 폭력을 시사하는 임상 징후를 염두에 두고 평가한다. 이런 임상 증후에는 두부, 목, 몸통, 가슴, 배 또는 생식기의 상처, 양측 또는 다발성 상처, 다치고 병원에 오기까지 시간이 지연된 경우, 상처 형태와 일치하지 않는 환자의 설명, 임신 중 발생한 상처(특히 가슴이나 복부 부위), 과거에 자주 다쳤던 기록이 있는 경우, 원인이 불분명한 만성 통증, 지나치게 과보호하거나 환자 곁을 떠나지 않으려고 하는 배우자가 있는 경우 등이 해당된다. 평가 중 우울, 자살 사고, 불안 또는 수면 이상과 같은 정신 증상을 같이 호소하는 경우도 주의가 필요하다.⁷⁾ 이런 임상 징후 중 하나라도 존재할 경우, 배우자가 없는 곳에서 세부적인 추가 질문을 한다: “다른 사람에 의해 생긴 상처처럼 보이는데요, 어떻게 상처가 생긴 것인지 말해주시겠어요?”, “비슷한 상처로 여기에 오시는 분들 중에서는 힘든 일이 있는 경우가 있었습니까. 누군가 당신을 다치게 한 건 아닌지 걱정되어서 여쭙는 건데요, 그런 일이 있었나요?”

여기서 한 가지 첨언할 것은, 이러한 의료적 권고 및 대처의 성공 여부를 진료실에서의 환자 반응만으로 판단하지 않는다는 것이다. 앞서 언급하였듯이, 가해자를 떠나려고 할 때 환자의 안전이 위협해질 가능성이 가장 높다는 점과 환자가 실제로 결심할 때까지 시간이 필요할 수 있다는 것을 이해해주어야 한다. 환자가 폭력적인 상황에 남거나 사실을 밝히지 않는다는 것이 의료진에게는 좌절감을 줄 수 있지만, 환자의 상황을 인지하고 평가하여 적절한 연계 기관을 안내하였다면, 의료진으로서 환자를 도울 수 있는 방법을 취했다는 점을 받아들인다.

입원

환자의 안전이 보장되지 않는 상황이라면 입원이 필요할 수 있다. 입원의 적응증에는 1) 심각한 의학적 상처, 2) 자기 파괴적 행동, 자살 사고 또는 타살 사고, 3) 해리 또는 정신 증상, 4) 정서 불안정성, 5) 환자의 삶과 안녕에 지속적이며 심각한 위협이 있는 경우가 해당된다.⁷⁾ 장기적인 안전 계획이 세워지기 전 단기 입원인 경우가 많기 때문에 안전, 환경치료(milieu therapy), 정서 안정, 약물 필요성 평가가 입원 중 필요한 초기 치료 계획에 속한다. 치료는 퇴원 후에도 장기적으로 필요할 가능성이 높으므로, 정신과적-타과 및 사회복

지적 개입이 퇴원 전 정립이 되어야 한다.^{7,25)}

법적 고려

성인 환자의 경우, 의료진이 피해자의 의사에 반하여 신고할 강제 의무는 없으나, 미성년(아동)의 피해가 우려되거나 또는 현재 스스로의 안전을 위한 자기 의사 표현이 어렵다고 판단되는 지적 또는 정신장애 환자의 경우에는 환자의 뜻과 무관하게 법 집행 기관에 신고할 의무가 있다.^{7,9)}

치 료

정신치료

환자의 안전이 보장되고 초기 평가가 완료된 후에는 다양한 정신치료적 개입이 필요하다.^{7,25)} 효과에 대해 가장 폭넓게 연구된 것은 인지행동치료로, 노출치료도 사건 기억이나 자극 요소에 대한 불안을 줄여 정서적인 처리를 돕는 인지행동치료의 아형치료법이다.⁷⁾ 급성 PTSD를 겪는 환자에게 초기의 단기 인지행동치료가 효과적인 것으로 연구되었으며,³¹⁾ eye movement desensitization and reprocessing도 연구 결과 효과가 있다고 밝혀져 있다. 이런 개별 정신치료와 함께 환자의 상태와 선호도에 따라 집단치료, 예술치료, 운동치료, 음악치료, 기타 신체적 접근 치료법 등으로 다양한 부가적 치료를 더할 수 있다.^{7,8)}

약물치료

급성 위기 시기에 약물치료는 권고되지 않으나 일부 상황에 도움이 될 수 있다. 환자가 견디기 어려운 불안, 자신이나 타인을 향한 극단적인 공격성, 폭력 직후의 해리나 정신 증상이 있을 경우 약물치료를 고려한다.^{7,31)} 즉 환자와 환자 주변인들의 안전이 약물치료에 고려되어야 할 요건이다.²⁵⁾ 이때 약물치료가 이런 증상의 조절에는 유용할 수 있으나 정신치료의 대안으로 간주되어서는 안 된다. 특히 처방 약물이 폭력적인 가해자로부터 환자가 자신을 보호하거나 피할 능력을 저해할 가능성이 있다면(예: 수면제, 근육 이완제 등 부작용으로 졸음과 어지럼을 유발할 수 있는 약물) 환자의 안전을 위협에 처하게 할 수 있으므로 주의해야 한다.^{7,8)}

예 방

가정폭력의 예방에는 가해자의 직접적인 가해 행동을 막는 것과 더불어 피해자의 피해 가능성의 조기 인식 및 재발을 막기 위한 교육과 함께 전체 사회에서의 폭력에 대한 감수성을 높이는 과정이 필요하다. 또한 앞서 살펴본 바와 같이, 가

정폭력 피해, 가해자들에게서 과거 폭력에 노출된 경험이 높게 나타났다는 선행 연구 결과들을 고려하면,²⁵⁻²⁷⁾ 폭력에 노출된 아동의 조기 인식과 개입이 해당 아이들의 발달 문제를 해결할 뿐 아니라 향후 폭력의 악순환을 막는 예방의 단계가 될 수 있다.^{25,28-30)} 따라서 의료진은 이를 조기에 인식하고 적극적으로 치료할 능력을 길러야 하며 이의 필요성을 의학 교육에서 강화하고 관련자들에게 교육할 수 있어야 한다. 특히 우리나라는 아직도 가정폭력이 외부에 알려 주변의 도움을 요청해야 한다는 인식이 현저히 낮은 것으로 나타났기 때문에,¹⁴⁾ 의료인을 비롯한 전문가의 역할이 매우 중요하다.

아동청소년 대상의 폭력 및 폭력 후유 예방 프로그램 개발

가정폭력에 노출된 아동청소년들을 위한 임상적인 개입은 전통적으로는 특정 집단, 즉 가해가 확인되거나 고위험군을 대상으로 해왔다. 그러나 1년 동안 평균 12명 중의 1명의 아동청소년이 가정폭력에 노출된다는 최근의 통계 결과를 바탕으로,³²⁾ 일반적인 인식과 달리 아동청소년이 폭력에 광범위하게 노출되어 방치되고 있다는 인식이 커지면서 점차 서구에서는 특정 군 대상의 교육보다 공공적인 접근과 일반적인 예방 노력의 중요성이 커지고 있다.

선행 연구에 따르면 청소년들의 데이트폭력이 아동기 가정폭력에의 노출 경험과 강한 연관성을 보이며,³³⁾ 데이트폭력 피해 미성년자가 스스로 도움을 청하거나 관련 기관에 연계되는 비율은 매우 낮다.³⁴⁾ 따라서 이러한 연구들을 바탕으로, 가정폭력에 노출된 아동이 성장하여 청소년기 문제 행동에 휘말리기 전, 사전 단계에서의 개입이 매우 중요하다는 인식하에 미국의 경우 학교와 지역사회 내에서 조기의 공공 대상의 프로그램의 필요성이 부각되며, 근본적인 조기 예방 효과를 기대하는 방향으로 나아가고 있다. 많은 부분 서구화된 우리 사회 또한 이러한 움직임을 국내 실정에 맞추어 구체적으로 현실화해 나가는 방향을 고려해봐야 할 것이다. 이에 대해 국외의 연구에서 제안된 방법 중 한 가지는, 위기에 처한 청소년들이 전문가보다 주변인이나 가까운 또래를 찾을 가능성이 높으므로,²⁵⁾ 교육자와 학생들을 대상으로 한 교육을 확대하는 것이다. 즉 특정 그룹을 대상으로 하는 교육은 폭력의 낙인을 강화할 위험성이 있으므로, 아동청소년의 발달단계를 고려하여, 표준화된 프로그램의 형식으로 교사 또는 숙련된 인력을 통해 일반적인 교육으로 긍정적인 대인관계 기술을 바탕으로 폭력의 예방과 치유를 위한 기회를 제공하는 것이다.^{35,36)}

일반인 대상 피해의 조기 선별 평가를 통한 예방

아동청소년 대상의 교육적 접근법 외에, 피해자의 조기 인

식을 통한 폭력의 악화를 예방하는 방법으로 고려되는 것은 일반인 또는 고위험군 여성을 대상으로 하는 선별 평가의 적용이다. 고위험군 선별평가용으로 효용성이 입증된 도구들에는 Partner Violence Screen(PVS) ; Woman Abuse Screening Tool(WAST)/Short-Form(WAST/SF) ; Humiliation, Afraid, Rape, Kick(HARK) ; Hurt, Insult, Threaten, Scream(HITS) ; Extended-Hurt, Insult, Threaten, Scream(EHITS) ; The Relationship Chart 설문 ; Computer-Based Intimate Partner Violence(IPV) Questionnaire 등이 있다.^{37,38)} 그러나 선행 연구들의 결과는 사회적 연계체제와 피해자의 안전 시스템이 부족할 경우의 국가에서 선별리 시행되는 일방적인 선별 평가는 비용 효과 및 잠재적인 위해 면에서 주의가 필요하다는 지적이 있으므로, 우리 사회에도 연계 시스템과 피해자의 안전 보장에 대하여 먼저 의료계를 포함한 해당 직역들의 숙고와 필요하며, 선별 평가의 일방적인 적용은 주의를 요한다.⁹⁾

결론

가정폭력은 직접적인 폭력 관계인 피해자와 가해자 외에도 자녀를 비롯한 주변인에게 횡적, 종적으로 광범위하고도 파국적인 신체적, 정신적 악영향을 미칠 수 있는 범죄 행위이다. 피해자의 의료 이용 시 폭력의 조기 발견 및 개입이 원인이 이루어지도록 의료인은 이들을 대함에 있어 숙련되어 있어야 한다. 특히 가정폭력에 좀더 취약한 위험인자를 갖고 있는 환자를 대할 가능성이 있는 의료진은 폭력 피해자의 인식, 지지 및 적절한 자원으로서의 연계 측면에서 항상 준비된 자세가 필요하며, 가정폭력의 예방 활동에도 전문가로서의 역할을 다할 수 있어야 한다.

중심 단어 : 가정폭력 · 배우자폭력 · 친밀한 관계 폭력.

Conflicts of Interest

The author has no financial conflicts of interest.

REFERENCES

- 1) Eurostat. Monitoring EU crime policies using the International Classification of Crime for Statistical Purposes (ICCS). Luxembourg: Publications Office of the European Union;2018.
- 2) Casciani D. Domestic abuse: non-physical and economic abuse included in law. BBC News [online] 2019 Jan 21 [cited 2019 Jan 21]. Available from: <https://www.bbc.com/news/uk-46939735>
- 3) WHO. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. WHO clinical and policy guidelines. Geneva: WHO publications;2013.
- 4) O'Campo P, Kirst M, Tsamis C, Chambers C, Ahmad F. Implementing successful intimate partner violence screening programs in health care settings: evidence generated from a realist-informed systematic review. Soc Sci Med 2011;72:855-866.
- 5) O'Doherty LJ, Taft A, Hegarty K, Ramsay J, Davidson LL, Feder G.

- Screening women for intimate partner violence in healthcare settings: abridged Cochrane systemic review and meta-analysis. *BMJ* 2014;348:g2913.
- 6) Hong KE. Korean textbook of child psychiatry. Seoul: Hakjisa;2014. p.412-425, p.462-470.
 - 7) Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. 11th ed. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer;2015. p.824-830.
 - 8) Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 10th ed. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer;2017. p.2538-2542.
 - 9) The National Law Information Center. Act on Special Cases Concerning the Punishment, etc. of Crimes of Domestic Violence. [cited 2019 Aug 6]. Available from: law.go.kr/법령/가정폭력방지및피해자보호등에관한법률
 - 10) Feder G, Ramsay J, Dunne D, Rose M, Arsene C, Norman R, et al. How far does screening women for domestic (partner) violence in different health-care settings meet criteria for a screening programme? Systematic reviews of nine UK National Screening Committee criteria. *Health Technol Assess* 2009;13:hta13160.
 - 11) Humanrights.go.kr [homepage on the Internet]. Seoul: National Human Rights Commission of Korea [cited 2019 Jan 20]. Available from: <https://www.humanrights.go.kr/site/program/dictionary/listDictionary?menuid=001003006>.
 - 12) Kim KI. Family violence: psychiatric aspects. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 2003;42:5-13.
 - 13) Kim KI, Cho YG. Epidemiological study of spousal violence in Korea. In: Viano EC, editor. *Intimate Violence: Interdisciplinary Perspectives*. Bristol, PA: Taylor & Francis Publishers;1992. p.277-282.
 - 14) Korea Women's Development Institute. The Domestic Violence Survey in 2016. Seoul: Ministry of Gender Equality and Family;2016.
 - 15) Korean National Police Agency. Status of domestic violence by type. [online] 2015 Oct 14 [cited 2015 Oct 14]. Available from: <https://police.go.kr/portal/bbs/view.do?nttId=4691&bbsId=B0000061&menuNo=200932#>
 - 16) Korean National Police Agency. Serious domestic violence crime: 112 reports per year 2018 248,660 cases. [online] 2019 Jul 11 [cited 2019 Jul 11]. Available from: <https://police.go.kr/portal/bbs/view.do?bbsId=B0000011&nttId=21942&menuNo=200488>
 - 17) Shah PS, Shah J; Knowledge Synthesis Group on Determinants of Preterm/LBW Births. Maternal exposure to domestic violence and pregnancy and birth outcomes: a systematic review and meta-analysis. *J Womens Health (Larchmt)* 2010;19:2017-2031.
 - 18) Desmarais SL, Pritchard A, Lowder EM, Janssen PA. Intimate partner abuse before and during pregnancy as risk factors for postpartum mental health problems. *BMC Pregnancy Childbirth* 2014;14:132.
 - 19) Pavey AR, Gorman GH, Kuehn D, Stokes TA, Hisle-Gorman E. Intimate partner violence increases adverse outcomes at birth and in early infancy. *J Pediatr* 2014;165:1034-1039.
 - 20) Capaldi DM, Knoble NB, Shortt JW, Kim HK. A systematic review of risk factors for intimate partner violence. *Partner Abuse* 2012;3:231-280.
 - 21) Oram S, Trevillion K, Feder G, Howard LM. Prevalence of experiences of domestic violence among psychiatric patients: systematic review. *Br J Psychiatry* 2013;202:94-99.
 - 22) Lee Y, Park S. The mental health of married immigrant women in South Korea and its risk and protective factors: a literature review. *Int J Soc Psychiatry* 2018;64:80-91.
 - 23) Howard LM, Oram S, Galley H, Trevillion K, Feder G. Domestic violence and perinatal mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med* 2013;10:e1001452.
 - 24) Goodman SH, Rouse MH, Connell AM, Broth MR, Hall CM, Heyward D. Maternal depression and child psychopathology: a meta-analytic review. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2011;14:1-27.
 - 25) Jaffe P, Wolfe DA, Campbell M. Growing up with domestic violence. Cambridge, MA: Hogrefe Publishing;2012. p.1-56.
 - 26) Montgomery E, Just-Østergaard E, Jervelund SS. Transmitting trauma: a systematic review of the risk of child abuse perpetrated by parents exposed to traumatic events. *Int J Public Health* 2019;64:241-251.
 - 27) Putnam F, Harris W, Lieberman A, Putnam K, Amaya-Jackson L. Opportunities to change the outcomes of traumatized children 2015. The childhood adversity narratives. CAN. [cited 2019 Aug 29]. Available from: https://static1.squarespace.com/static/552ec6c7e4b0b098cbafba75/t/553e3673e4b09e094f914b8f/1430140531869/CAN_Narrative_4-26-15-v2L4.pdf
 - 28) Min BK, Kim HS. The impact of marital relationship, conjugal dynamics and family violence on juvenile delinquency. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 1997;36:878-984.
 - 29) Osuna E, Alarcón C, Luna A. Family violence as a determinant factor in juvenile maladjustment. *J Forensic Sci* 1992;37:1633-1639.
 - 30) Harold GT, Sellers R. Annual research review: interparental conflict and youth psychopathology: an evidence review and practice focused update. *J Child Psychol Psychiatry* 2018;59:374-402.
 - 31) Ake GS 3rd. Domestic violence and families: trauma-focused treatment options. *N C Med J* 2016;77:399-400.
 - 32) Finkelhor D, Turner HA, Shattuck A, Hamby SL. Prevalence of childhood exposure to violence, crime, and abuse: results from the National Survey of Children's Exposure to Violence. *JAMA Pediatr* 2015;169:746-754.
 - 33) Wolfe DA, Wekerle C, Scott K, Straatman AL, Grasley C. Predicting abuse in adolescent dating relationships over 1 year: the role of child maltreatment and trauma. *J Abnorm Psychol* 2004;113:406-415.
 - 34) Ashley OS, Foshee VA. Adolescent help-seeking for dating violence: prevalence, sociodemographic correlates, and sources of help. *J Adolesc Health* 2005;36:25-31.
 - 35) Wolfe DA, Crooks C, Jaffe P, Chiodo D, Hughes R, Ellis W, et al. A school-based program to prevent adolescent dating violence: a cluster randomized trial. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2009;163:692-699.
 - 36) Foshee VA, Bauman KE, Ennett ST, Suchindran C, Benefield T, Linder GF. Assessing the effects of the dating violence prevention program "safe dates" using random coefficient regression modeling. *Prev Sci* 2005;6:245-258.
 - 37) US Preventive Services Task Force, Curry SJ, Krist AH, Owens DK, Barry MJ, Caughey AB, et al. Screening for intimate partner violence, elder abuse, and abuse of vulnerable adults: US Preventive Services Task Force Final Recommendation Statement. *JAMA* 2018;320:1678-1687.
 - 38) Usta J, Taleb R. Addressing domestic violence in primary care: what the physician needs to know. *Libyan J Med* 2014;9:23527.