

핵심 프로그램이 성범죄자의 인지 및 사회적 그리고 정서적 특성에 미치는 영향

박진혁¹ · 이재우¹ · 유미경¹
장소영¹ · 김종균²

¹국립법무병원 정신건강의학과
²솔마음 정신건강의학과

접 수 : 2013년 7월 29일
수 정 : 2013년 8월 15일
게재승인 : 2013년 8월 23일

책임저자 : 박진혁
(314-716) 충남 공주시 반포면 반포초교
길 253 국립법무병원 정신건강의학과
전화 : +82-41-840-5459
FAX : +82-41-840-5498
E-mail : doctorpj@hanmail.net

Effect of CORE Program on Cognitive, Social and Emotional Characteristics of Sex Offenders

Jin-Hyuk Park¹, Jae-Woo Lee¹, Mi-Kyung Ryu¹, So-Young Jang¹, Jong-Kyun Kim²

¹Department of Psychiatry, National Institute of Forensic Psychiatry, Ministry of Justice, Gongju-si, Chungcheongnam, Korea

²Solmaeum Psychiatric Clinic, Daejeon, Korea

The purpose of this study was to develop the CORE Program for sex offenders and to determine its effectiveness. The CORE Program was designed with an aim to achieve cognitive restructuring, improve the ability to empathize in interpersonal relationships, and enhance self-esteem and intimacy. We conducted this program over 48 sessions for 28 sex offenders. The effectiveness of the program was evaluated using the Interpersonal Responsiveness Index (IRI), Self-esteem Questionnaire (SEQ), UCLA Loneliness Scale (UCLALS), Coping Using Sex Inventory (CUSI), Rape Myth Acceptance Scale (RMAS), and Wilson's Sex Fantasy Questionnaire (WSFQ). The data were analyzed using paired t-tests. Our results showed no significant changes in the SEQ, UCLALS, and IRI scores after the treatment program. However, the scores for the CUSI, RMAS, and WSFQ significantly improved after this program. In this paper, we demonstrate the effectiveness of the CORE Program for sex offenders. We also discuss the limitations of our study and provide suggestions for future research. Our findings indicate that this treatment program should be provided to sex offenders for preventing recidivism.

Key Words : Sex offender, Paraphilia, CORE Program, Recidivism

서 론

최근 성범죄로 인한 사회적 불안이 가중되고, 성폭력 범죄에 대한 강화된 형사 처벌에도 불구하고 성범죄는 날로 증가하고, 흉포화 되어 가고 있다. 성폭력 범죄는 재범 가능성이 높고, 피해자의 정신적인 고통뿐 아니라 가족들에게도 깊은 상처를 남기게 되는 파괴적인 범죄로 이에 대한 예방과 치료 및 향후 관리가 절실한 상태이다.

우리나라의 성폭력 범죄에 대한 통계에 따르면 2001년 6,751건, 2005년 7,316건, 2010년 18,220건으로 증가하고

있고, 이 중 13세 미만을 대상으로 한 범죄는 2008년 828건을 정점으로 2009년 774건, 2010년 880건으로 다시 증가하는 추세를 보이고 있다.¹⁾ 현재 국내에서는 성폭력 범죄의 처벌 및 피해자 보호 등에 관한 법률(1994. 1. 5 법률 제 4702호)과 치료감호법에 따라 성범죄자들은 교도소에 수감되거나 현실검증능력의 저하가 있는 환자는 심신상실 또는 심신미약 판정을 받고 국립법무병원(치료감호소)에서 치료받을 수 있게 되었고,²⁾ 급기야 최근 청소년과 아동을 대상으로 충격적인 성범죄 사건을 계기로 2010년 7월 24일 ‘성폭력범죄자의성충동약물치료에관한법률’이 제정되어 16세 미만의 아동, 청소년을 대상으로 성폭력범죄를 저지른 성도착증 범죄자로서 재범 위험성이

있다고 인정되는 사람에게 성 충동 약물치료를 부과할 수 있도록 하여 2011년 7월 24일부터 시행되고 있다. 이 법률에 따르면 약물치료는 성폭력범죄를 저지른 성도착증 환자의 비정상적인 성적 충동이나 욕구를 억제함으로써 성폭력범죄의 재범을 방지하고, 사회복귀를 촉진하는 것을 목적으로 하고 있다. 그러나 법률 제정과과정에서 성 충동 억제 약물이 성도착증 환자에게 미치는 약리적 효과와 심리적 효과에 대한 충분한 실증적 사전검토가 부족했고, 특히, 성 충동 억제 약물치료가 대상자의 동의와 관계없이 강제적으로 집행되므로 심리치료에 대한 거부감도 예상될 수 있었다.

성폭력 범죄는 인간의 성적 충동과 공격성에서 기인하기 때문에 재범이 차지하는 비율이 높아지고 있고, 성범죄자들이 문제의 심각성을 인식하지 못해 기존의 법적인 처벌에 그치는 것이 아닌 교육과 치료의 필요성이 대두하고 있다.^{3,4)} 전 세계적으로 성폭력 범죄자에 대해 성에 대한 인지적 왜곡, 공감 능력의 부족, 낮은 자아 존중감 그리고 정상적인 애착 관계의 결핍 등 정신 병리의 평가와 이에 대한 지속적인 인지행동치료가 주를 이루고 있고, 국내에서도 사법체계 내에서 보호관찰소나 소년원을 중심으로 성폭력 가해자들을 위한 인지행동치료가 시도되고 있다. 성범죄자 인지행동치료의 목표는 자신의 범죄 행동에 대해 책임을 지고, 재범의 위험이 큰 상황을 피할 수 있도록 인지 행동적 조절능력을 신장시키는 것이다.⁵⁾ 그러나 현재 국내에서 시행되고 있는 성폭력 가해자를 위한 프로그램들은 성폭력에 대한 인지적인 왜곡을 바로 잡고, 타인과의 긍정적인 관계를 통한 사회기술훈련이 재범이 감소할 것이라는 가정을 바탕으로 하고 있어 성 충동 억제 약물치료 대상자와 같이 심각한 성적 일탈성을 보이는 성도착증 환자에게 적용하기에 미흡함이 있다. 이에 법무부에서 핵심 심리치료 프로그램을 개발하였고, 일탈적 성행동 변화에 대한 동기 증진을 주요 내용으로 집단치료를 기본으로 개인치료와 치료적 공동체 요소를 가미한 ‘핵심(CORE) 프로그램’을 국립법무병원에서 자체 매뉴얼로 만들게 되었다.

따라서 이번 연구는 치료감호 성범죄자를 대상으로 시행한 핵심 프로그램이 가해자들의 공감능력, 자아존중감, 고독감, 대인관계, 강간 통념 그리고 성적 환상 등에 치료적 효과가 있을 것이라는 가설 하에 성범죄로 정신성적 장애 판정을 받고, 국립법무병원 인성재활센터에 입원해 있는 28명의 환자군을 대상으로 치료 이후 인지적, 사회적 그리고 정서적 특성에 유의한 호전이 있는지 알아보려고 하였다.

대상 및 방법

대상

DSM-IV-TR의 기준에 따르면 성도착증은 반복적인 강렬

한 성적 각성 환상, 성적 욕구, 행동으로서 일반적으로 비인간적인 개체, 본인 혹은 상대에 대한 고통 혹은 모욕감, 아동이나 동의하지 않은 상대에 대해서 나타나며 6개월 이상 지속되는 경우를 말한다. 성도착증은 성주체성 장애에 분류되어 있으며 각각 노출증, 여성물건애, 접촉도착증, 소아성애증, 의상도착증, 관음증, 성적가학증, 성적피학증 등 8개의 유형으로 나뉜다.⁶⁾ 본 연구는 2012년 3월부터 2013년 6월 사이에 국립법무병원 인성재활치료센터에서 치료감호법 제 2조 제 1항 제 3호 ‘소아성기호증, 성적가학증 등 성적 습벽이 있는 정신성적 장애자로서 금고 이상의 형에 해당하는 성폭력범죄를 지은 자’에 의해 입원해 자발적으로 핵심 프로그램에 참여한 환자를 대상으로 하였다. DSM-IV-TR 진단 기준에 의해 Axis I 에 성도착증 이외의 다른 정신과 질환(정신병 조현병, 기분장애 포함, 정신지체, 물질관련장애, 인격장애)이 공존하는 경우, 성 충동 억제 약물치료를 받고 있는 경우, 한국판 성인용 웨슬러 지능검사(K-WAIS)^{7,8)}로 측정된 전체 지능이 70 미만인 경우, 국문해독이 불가능해 치료 프로그램을 수행할 능력이 없다고 판단되는 경우, 설문지 참여에 동의하지 않은 경우 등은 본 연구에서 제외하였다. 치료의 내용과 취지에 대한 사전 설명을 듣고 설문지 참여에 동의한 28명을 대상으로 본 연구를 진행하였다.

평가도구

1. 한국 성폭력 범죄자 위험성 평가척도(Korean Sex Offender Risk Assessment Scale, KSORAS)

성폭력 재범에 대한 잠재적 위험성은 2008년 경기대학교와 법무부에서 개발한 한국 성폭력범죄자 위험성 평가척도⁹⁾를 이용하여 평가하였다. 기존에 전 세계적으로 많이 사용되고 있는 Revised Static 99 (STATIC-99-R)¹⁰⁾는 이 도구가 주로 사용되는 북미 지역의 범죄 기록 형태가 기소 또는 체포 여부까지 포함하지만, 우리나라의 전과기록은 유죄판결 기록이기 때문에 차이가 발생할 수 있고, 이로 인해 평가도구의 재범 예측력이 부정확할 수 있어 KSORAS를 본 연구에 적용하였다. 이 도구의 평가 대상자는 만 18세 이상 성인 남성 성폭력범죄자이며, 총 15개의 문항으로 구성되어 있고, 대상자의 나이, 성범죄 유형, 과거 범죄력, 본 범행의 양상 등을 포함한다. 이 도구의 총점 범위는 1~29점으로 총점 13점 이상일 경우 고위험군, 7~12점 사이는 중위험군, 6점 이하일 경우 저위험군으로 분류된다.

2. 대인관계반응지수(Interpersonal Responsiveness Index, IRI)

대인관계반응지수(IRI)¹¹⁾는 공감의 다차원적 특성을 측정하기 위하여 개발되었는데, 다음의 4가지 차원의 하위척도로 구

성되었다. 먼저, 조망 수용(perspective taking) 하위척도는 자신에게서 벗어나서 상대방의 관점과 입장에서 서보려는 능력과 경향성을 측정하며, 상상(fantasy) 하위척도는 자신이 영화, 소설, 연극 등 가상의 상황 속의 인물이 되어 보는 상상력을 측정하고, 공감적 관심(empathic concern) 하위척도는 관찰 대상에 대해 온정, 자비, 관심 등의 느낌을 경험하는 정도를 측정하며, 마지막으로 개인적 고통(personal distress) 하위척도는 타인의 고통스러운 상황을 보고 느끼는 두려움, 공포, 불편감의 정도를 측정한다. 이 하위 척도들 중 조망수용과 상상은 인지적 공감을, 공감적 관심과 개인적 고통은 정서적 공감을 측정하며, 각 하위 척도별 문항 수는 7개씩 총 28문항으로 구성되어 있다.

3. 자아존중감 질문지(Self-esteem Questionnaire, SEQ)

자아존중감을 측정하기 위하여 Rosenberg (1965)¹²⁾가 개발한 자아존중감 척도를 이훈진과 원호택(1995)이 변안한 한국판 척도를 사용하였다. 이 척도는 자기개념의 특정영역에 국한되지 않는 전반적인 자아존중감을 측정하는 것으로서 단일 요인이다. 자아존중감 척도는 총 10문항으로 4점 척도로 구성되어 있다.

4. UCLA 고독감척도(UCLA Loneliness Scale)

친구관계나 일반 대인관계에서 느끼는 고독감을 측정하기 위해 Russell 등(1980)¹³⁾의 UCLA 고독감 척도를 사용하였다. 이 척도는 ‘친근한 타인과의 관계’, ‘사회적 관계’, ‘소속감’ 등 3개의 하위척도로 구성되며, 총 20문항의 형식이고, 점수가 높을수록 고독감을 많이 느끼는 것으로 채점된다.

5. 성적대응전략평가(Coping Using Sex Inventory, CUSI)

CUSI¹⁴⁾는 스트레스에 대한 대응전략으로 성적 행위를 얼마나 자주 이용하는가를 평가하는 도구로 성적 환상, 자위행위, 포르노그래피 이용, 강제적 성행위 등 4가지 범주의 행위를 평가하며, 성적 행위를 스트레스에 대한 대응전략으로 자주 사용할수록 점수가 높다.

6. 강간통념평가(Rape Myth Scale, RMS)

RMS는 Burt (1980)¹⁵⁾가 개발한 강간통념 수용척도를 국내에서 이석재, 최상진 등이(2001)¹⁶⁾ 수정하여 한국판 강간통념 척도(Rape Myth Scale)로 구성되었다. Burt (1980)의 강간통념은 강간에 대해 남성이 가지고 있는 그릇된 신념을 측정하는 척도로서 피해자의 과거 경험, 여성 행동에 대한 오해, 성폭행 피해의 책임귀인, 피해자의 경솔, 강간에 대한 허위조작, 피해자의 음란성과 출신배경의 6가지 하위척도로 구성되어 있다. 강간통념은 전체 20문항이며, 각 문항은 9점 척도 상에서

평가하게 되어 있다.

7. 일탈적 성적 환상 질문지(Wilson's Sex Fantasy Questionnaire, WSFQ)

본 연구에서 일탈적 성적 환상은 Wilson의 성적 환상 질문지(WSFQ)¹⁷⁾를 사용하였다. WSFQ는 5가지의 각각 다른 상황 즉, daytime fantasies, fantasies during intercourse or masturbation, dreams while asleep, have done in reality, would like to do in reality에서 40개의 문항에 성적환상을 자기보고 하도록 하였다. 본 연구에서는 5가지의 상황 중에서 daytime fantasy 상황만을 시행하였다.

방법

성범죄자를 위한 핵심프로그램은 정신과 전문의 1명, 정신과 전공의 1명, 정신보건전문요원 8명(임상심리사 4명, 정신보건전문간호사 3명, 사회복지사 1명) 등 총 10명에 의해 진행되었다. 대상군 28명은 회기당 10인 이내의 집단치료 형태로 운영되는 그룹에서 각각 참여하도록 하였고, 2012년 3월부터 2013년 6월까지 1 회기당 90분, 총 48회기를 진행하였다. 치료 프로그램의 내용은 부록 1과 같다. 모든 정보 수집은 후향적 방법을 통하여 이루어졌다. 입원 당시의 인구학적, 임상 정보의 수집은 의무기록과 정신감정서에 의해 수집되었다. 범죄와 관련된 변인들은 검찰조서, 경찰조서 및 법원 판결문 등을 참조하였다. 이러한 방법은 정신과 전공의와 정신과 전문의 각 1인에 의해서 이루어졌다. 연구자는 평가도구를 이용한 설문조사에 앞서 대상자에게 충분한 설명 및 사전 동의를 받았고, 본 연구는 국립법무병원 임상윤리심의위원회(Institutional Review Board)의 승인을 받았다.

통계

이번 연구에서 인구학적 및 임상적 특성 중 연속형 변수는 평균, 표준편차로 범주형 변수는 빈도, 백분율의 기술통계 방법을 사용하여 제시하였고, CORE 프로그램 전후의 평가척도 변화는 대응표본 t 검정(paired t-test)을 이용하여 분석하였다. 모든 자료 처리는 PASW Statistics 18.0 version을 사용하였다.

결 과

인구학적, 임상적 특징

성범죄 대상자의 평균 연령은 39.5 ± 6.8 세였고, 평균 교육 수준은 11.1 ± 2.3 년 이었으며, 모두 남성으로 배우자가 없는

경우가 20명으로 71.4%를 차지했다. 대상자의 정신과적 진단은 소아성애증이 14명(50%)으로 가장 많았고, 성적가혹증 11명(39.3%), 노출증 2명(7.1%), 관음증 1명(3.6%) 순이었다. 그러나 과거 정신과적 치료나 성도착증 인지행동치료를 받지 않은 경우가 19명(67.9%)으로 많은 수를 차지했으며 술 문제로 일상생활에 영향을 받았던 경험은 다소 있었던 적이 있었고, 직업을 가졌던 경우는 21명(75%)으로 사회적 참여도는 비교적 높았다(Table 1).

성범죄 관련 특성

성범죄 전과는 평균 3.36 ± 2.98 회였고, 성범죄를 처음 저지른 연령은 33.8 ± 9.3 세였다. 성범죄 피해자는 초등학교생이 11명(39.3%)으로 가장 많았지만, 미취학 아동과 중고생을 포함하면 18명(64.3%)이나 차지해 미성년자를 대상으로 한 성범죄가 많음을 알 수 있었다. 성범죄 유형으로는 강간(46.4%)과 성추행(42.9%)이 대부분을 차지했고, 성범죄 재발 위험성이 1명을 제외하고 중고도 이상으로 나타났다(Table 2).

CORE 프로그램 치료효과

치료 후 IRI, Self-esteem Questionnaire, UCLA 척도는 통

Table 1. Demographic and Clinical Characteristics of the Subjects

	Participants (N = 28, %)
Age (years, mean \pm SD)	39.5 \pm 6.8
Education (years, mean \pm SD)	11.1 \pm 2.3
Unmarried/divorced	20 (71.4)
No prior treatment	19 (67.9)
Problem drinker	8 (28.6)
Occupational history	21 (75)
Diagnosis	
pedophilia	14 (50)
voyeurism	1 (3.6)
exhibitionism	2 (7.1)
sexual Sadism	11 (39.3)

계적으로 유의한 호전을 보이지 않아 공감능력, 자존감, 고독감의 호전은 보이지 않는 것으로 확인된다. 그러나 CUSI 척도는 치료 전 평균 28.07 ± 8.76 에서 24.18 ± 5.85 로 유의하게 감소하였고, RMS와 WSFQ도 통계적으로 유의미한 감소가 있었다. 이는 핵심프로그램 치료 후 스트레스에 대한 반응으로 성적 환상이나 행동을 사용하는 경우가 줄어들고, 강간에 대한 인지적 오류가 개선되었음을 알 수 있다(Table 3).

고 찰

최근 성범죄와 재범률이 증가하면서 이들에 대한 치료적 개입이 반드시 필요하다는 사회적 공감대와 법의 제정으로 새로운 성폭력 가해자 치료 프로그램에 대한 연구가 이루어지고 있다.¹⁸⁾ 2011년 5월 개원한 국립법무병원 인성재활센터는 Table 4와 같이 2013년 6월 현재 202명이 입원해 있다. 이들은 성범죄를 저질렀지만, 사건 당시 사물변별능력이나 의사결정능력에 장애가 있는 심신미약이나 심신상실 상태였던 것으로 판정

Table 2. Characteristics of Sex Offenses

	Participants (N = 28, %)
Number of sex offenses (mean \pm SD)	3.36 \pm 2.98
Age at initial sex offense (years, mean \pm SD)	33.8 \pm 9.3
Age of victims	
preschool	2 (7.1)
elementary	11 (39.3)
middle-high school	5 (17.9)
adult	10 (35.7)
Type of sex offense	
rape	13 (46.4)
attempted rape	1 (3.6)
burglar rape	2 (7.1)
molestation	12 (42.9)
Risk of recidivism	
low risk	1 (3.6)
medium risk	13 (46.4)
high risk	14 (50.0)

Table 3. Effect of Core Program

	Pretreatment	Posttreatment	Statistics	
	mean \pm SD*	mean \pm SD	t [†]	p
Interpersonal responsiveness index	69.54 \pm 14.65	65.93 \pm 15.32	1.59	.123
Self-esteem questionnaire	13.25 \pm 4.19	13.64 \pm 3.46	-0.70	.492
UCLA loneliness scale	42.61 \pm 6.01	42.21 \pm 5.76	0.52	.611
Coping using sex inventory	28.07 \pm 8.76	24.18 \pm 5.85	3.33	.003 [‡]
Rape myth scale	63.18 \pm 29.65	51.10 \pm 28.59	3.31	.003 [‡]
Wilson's sex fantasy questionnaire	43.39 \pm 32.00	33.86 \pm 24.23	2.40	.024

*SD: Standard Deviation ; [†]t: T-test ; [‡]p < 0.05

되거나, 사물변별능력이나 의사결정능력에 장애는 없지만, 반복적인 범죄에 대한 치료를 위해 치료감호를 선고받고 입원해 있다. 정신병(조현병, 기분장애 포함), 정신지체, 물질관련장애, 인격장애 등의 질환군을 제외한 성도착증으로 진단을 받은 성범죄 가해자는 88명(43.6%)이고, KSORAS를 이용한 평가에서 재범 위험성이 대부분 중등도 이상으로 인지적, 사회적 그리고 정서적 특성에 대한 치료적 개입이 필요할 것으로 보였다. 1971년 Marshall¹⁹⁾은 상당한 성범죄자들이 성인과의 정상적 관계를 유지하는 데 필요한 사회적 기술이 부족함을 알고 이들에 대한 치료 내용에 사회기술 훈련과 자기주장 훈련 등이 필요함을 주장하였다. 1980년대 Abel과 Mittleman 그리고 Becker²⁰⁾는 인지왜곡이 성범죄를 정당화하고 재범으로 이끄는 부정적 역할을 지적하며 성범죄자 치료에 인지왜곡을 수정하는 내용이 포함되어야 함을 주장했다. 또한, 이 시기에 약물과 알코올 문제 치료에 적용되어 오던 재발방지(Relapse Prevention) 프로그램이 성범죄자에게도 처음 적용되기 시작했다. 1990년대 이후 다요인적 접근에 기초한 인지행동치료가 주목을 받기 시작해 일탈적인 성적 각성을 포함해 인지적 왜곡, 공감능력 부족, 성범죄에 대한 지지적 태도, 충동조절 결함, 대인관계 기술 결함 등을 치료 목표와 내용으로 혐오치료, 자위적 재조건화 등의 기법을 활용하여 성범죄 부인 다루기, 공감능력 배양, 인지적 왜곡 수정, 재발방지 교육, 문제 해결 훈련, 친밀감 훈련, 분노조절 등의 다각적 내용을 치료 프로그램에 포함시켰다. 최근에 접어들면서 긍정심리학의 영향을 받아 성범죄자의 결함보다 강점을 강조하는 재활치료와 성범죄의 ‘좋은 삶’에 초점을 맞추는 치료 모델이 새롭게 시도되고 있으며, 전반적으로 치료의 효과를 높이기 위해 치료에 참가하는 성범죄자의 변화 동기를 높이는 내용이 강화되고 있는 추세이다.

본 연구의 핵심프로그램은 특정 회기에 다루어야 할 특정 주제를 설정한 후 치료자가 참여자의 상황과 반응에 따라 융통성 있게 프로그램을 진행하는 반구조화된 치료적 프로그램이다. 치료 목표를 설정하는 데 있어 기존 연구에서 재범과 관련이

있는 것으로 밝혀진 요소들에 집중하고, 프로그램의 초반에는 참여 동기를 증진하는 내용이 배치되며, 이는 점차 개인의 범죄유발요인을 다루는 것으로 전환된다. 또한, 이전의 프로그램들과 가장 차별화되는 특징인 순환형 참여집단을 구성해 모든 참여자가 동시에 1회기를 시작해서 동시에 끝내는 것이 아니라 집단이 계속 진행되는 가운데 일정 종료 준거에 도달한 사람은 프로그램을 종료하고, 그 자리에 새로운 참여자가 포함되어 프로그램을 받는 구조이다. 핵심프로그램은 집단으로 진행되지만, 그 내용은 철저히 개인 중심으로 개별화된 형태로 진행되어 진행자는 사례 개념화를 통해 참여자 각각의 상태와 진행단계를 파악하고 있어야 한다. 그리고 진행 단계에 따라 각 참여자에게 도전하며 참여자는 각기 다른 단계에서 자신에게 해당하는 범죄유발요인을 다루어 내어야 하는 것을 특징으로 한다.

본 연구에서 치료 이후 유의하게 호전된 척도는 강간통념척도, 성적대응전략평가 그리고, 일탈적 성적 환상 질문지였다. Malamuth²¹⁾는 강간범과 보통 사람들을 비교 연구한 결과, 강간범들이 강간 통념을 더 많이 수용하고 있으며, 강간에 대한 묘사에 성적인 흥분을 보이는 것으로 보았다. 또한, 성폭력 가해자들은 여성들이 자기주장을 하는 것은 적대적인 것으로 여기며 친절하게 대하는 것은 상대를 유혹하는 것으로 부적절하게 해석한다. 강간범들과 아동 성폭행 가해자들에 대한 연구에서도 강간범들이 분노, 혐오, 공포감을 종종 긍정적인 감정으로 인식한다는 사실을 발견했고, 이들의 강압적인 행동에 대해 피해자가 복종하고, 자신들처럼 열정적으로 반응한다는 생각을 가지고 있으며 실제로도 그렇게 믿고 즐기기 위해 행동한다고 보았다. Chiroro 등²²⁾은 강간 통념에 대한 수용도가 높을수록 성범죄의 경향이 높아지는 것으로 보고하여 이번 연구에서 강간통념척도의 통계적 유의미는 앞으로 재범률 감소를 기대해 볼 수 있는 결과로 보인다.

Cortoni와 Marshall¹⁴⁾의 연구에서 성폭력 가해자들은 실제로 대처 양식에 결함을 가지고 있는 것으로 나타났다. 문제 상황에 직면했을 때 어린이 성폭행범은 그 문제에 대해 생각하는

Table 4. Diagnostic Distribution of Patients admitted to National Institute of Forensic Psychiatry with Sex Offense

Age	10 ~ 19	20 ~ 29	30 ~ 39	40 ~ 49	50 ~ 59	60 ~	Total
Paraphilia		20	30	22	9	2	83
Schizophrenia		3	13	18	8	1	43
Mental retardation	1	9	12	3	1	1	27
Bipolar disorder		1	6	4	1	1	13
Alcohol related disorder			2	4	2		8
Impulse control disorder	1	3	1	3			8
Personality disorder		1	3	1	1		6
Psychotic disorder NOS	1		2	2	1		6
Mood disorder		1		2			3
Others		1	2	2			5
Total	3	39	71	61	23	5	202

것을 회피하거나 자기 비난을 하는 반응을 보인다고 하고, 성폭력 가해자들이 스트레스를 경험할 때 이상 성행동으로 빠져드는 경향이 있음을 보여주고 있다. 이와 관련하여 핵심프로그램을 이수한 이후 성을 이용한 대응 정도가 유의하게 감소한 점은 앞으로 재범 위험성의 감소에 긍정적이라 평가할 수 있다.

성적 환상은 부모와 분리되었던 과거력, 신체적 성 학대와 가학적 범죄자들에게 있는 성도착적 행동에 의해 강한 영향을 받는다. 그들은 좀 더 나아가 초기 애착관계, 초기 외상, 폭력적 환상의 일상 및 환상과 행동이 그들의 사고패턴에 강한 영향을 미친다.²³⁾ 이런 환상과 관련된 연구 결과들을 살펴보면, 환상은 틀림없이 가학적 범죄자에 있어 중요한 위험인자이지만, 성적 환상 그 자체가 성범죄를 구성하는 것은 아니고 환상의 전이, 단계적인 행동실행이나 범죄가 고무된 불분명한 고리 등이 함께 작용되어야 최종적인 가학적 성범죄가 형성됨을 알 수 있다.

그러나 이번 연구에서 UCLA 고독감척도, 자아존중감척도, 대인관계반응지수는 유의하게 호전되지 않았다. 성폭력 가해자들은 특히, 자존감이 매우 낮은 것으로 나타나는데, 대부분의 연구에서 이들은 다른 사람에 비해 자존감이 낮았고, 아동성폭력 가해자들은 더 낮은 자존감을 나타낸다고 보고한다. Marshall 등²⁴⁾의 연구에서 낮은 자존감이 공감능력의 결여와 높은 상관관계가 있으며 이들은 사회적 관계를 맺는 것에 어려움이 많다고 말하고 있다. 따라서 이들은 다른 사람에 비해 외로움을 더 많이 느끼거나 친밀감을 경험할 기회가 적으며, 성을 통해 친밀감을 형성하고 싶어 하고 비록 그것이 강제로 된 성관계임에도 원하게 된다고 한다. 성폭력 가해자들은 자신의 호감을 나타내는 방법이나 적절한 자기노출, 갈등해결능력 같은 다양한 친밀감 형성 기술이 결여되어 있다. Marshall 등의 연구²⁴⁾에 의하면 낮은 자존감을 가진 성폭력 가해자들은 일반적으로 수치심을 느끼게 되어 자신이 피해자를 성적으로 가해했다는 것을 부인하거나, 피해자가 그러한 행동으로 인해 고통을 받았다는 것을 부정함으로써 자신이 가해를 범했다는 인식을 막게 된다고 한다. 피해자를 성적으로 가해했다는 것을 부인하는 경우, 성폭행을 했다는 인식을 하지 못하기 때문에 자신이 유죄가 아니라고 주장하게 되며 결국, 피해자에 대해 공감을 하지 못하게 된다.

한편 외국에서는 반사회성 인격장애와 이상 성기호증 등 성도착 증세를 보이는 집단의 성범죄 재범률이 높다고 보고되어 있다. Hanson 등¹⁰⁾은 총 29,450명의 성폭력범을 대상으로 한 재범률 연구의 메타분석을 통해 이상 성기호증 및 반사회성 인격장애 성향이 성인이나 청소년에 있어 성폭력범죄 재범의 가장 강력한 요인이라고 보고하고 있다. 이처럼 성범죄 재범의 위험성이 매우 높을 것으로 우려되는 인격장애나 성도착증 환자군이 많은 국립법무병원 인성재활치료센터는 환자군을 세분화하여 보다 집중적인 치료가 필요할 것으로 보인다.

이번 연구는 참가자의 정신과적 진단, 연령과 지적 수준, 참가자의 성범죄 회수와 유형 등이 다른 이질적인 집단으로 프로그램 반이 구성되었다. 또한, 입원시기와 핵심프로그램 참여시기가 같지 못해 프로그램 진행에 차이가 있었고, 병원 사정에 따라 프로그램이 장기화되고, 지속해서 진행되지 못해 연구대상자를 상대로 핵심프로그램 진행 후 심리평가척도를 적용하기에 다소 타당도가 떨어질 수 있는 한계점이 있다. 그리고 의무기록과 정신감정서의 고찰을 통해 환자의 정보를 수집해 기록 소실의 오류가 있을 수 있고, 표본 수가 28명으로 전체 집단을 대표하기에는 충분하지 못하다. 따라서 향후 이번 연구대상자를 포함한 성도착증 환자의 핵심프로그램의 치료적 효과에 대한 재평가와 실제 재범률의 감소에 어떠한 영향을 주는지를 위한 장기간 추적 연구가 필요할 것으로 보인다.

참 고 문 헌

1. Shim JY. Policy data of parliamentary inspection of the administration. Volume 1. Seoul: National Assembly Research Service; 2011. p. 57.
2. Kwon JH, Choi SS, Lyu MK, et al. The preliminary research for making judgement on not guilty by reason of insanity and guilty but mentally ill. Korean J Leg Med 2008;32:111-7.
3. Measures to prevent recurrent violence by sex offenders. Expanded implementation of protective custody for sex offenders with sexual perversion. In: The collection of resources on the 3rd meeting of the policy committee. Seoul: Protection bureau of the ministry of justice; 2006.
4. Lee SK. Republic of sexual violence, Where is it headed to?: Centered on programs to prevent the recurrence of sexual violence. The collection of resources on the audit and inspection on state affairs. Seoul: Legislation and judiciary committee of the national assembly; 2006.
5. Marshall WL, Anderson D, Fernandez YM. Cognitive behavioral treatment of sexual offenders. Chichester: Wiley; 1999.
6. Diagnostic and statistical manual of mental disorder. 4th ed. (DSM-IV-TR). Washington: American Psychiatric Association; 2000.
7. Wechsler D. WAIS-R manual. New York: The Psychological Corporation; 1981.
8. Yeom TH, Park YS, Oh KJ, et al. Korean version of Wechsler adult intelligence scale (K-WAIS). Seoul: Korean Clinical Psychology Association; 1992.
9. Lee SJ, Ko RJ, Park HR. Development of the Korean sex offender risk assessment scale (KSORAS) and its validity evidence. Criminological Psychology 2008;19:1-37.
10. Hanson RK, Morton-Bourgon KE. The characteristics of persistent sexual offenders: a meta-analysis of recidivism studies. J Consult Clin Psychol 2005;73:1154-63.
11. Davis MH. Measuring individual differences in empathy:

- evidence for a multidimensional approach. *J Pers Soc Psychol* 1983;44:113-26.
12. Rosenberg M. *Society and the adolescent self-image*. New Jersey: Princeton University Press; 1965. p. 326.
13. Russel D, Peplau LA, Cutrona CE. The revised UCLA loneliness scale: concurrent and discriminant validity evidence. *J Pers Soc Psychol* 1980;39:472-80.
14. Cortoni F, Marshall WL. Sex as a coping strategy and its relationship to juvenile sexual history and intimacy in sexual offenders. *Sex Abuse* 2001;13:27-43.
15. Burt MR. Cultural myths and supports for rape. *J Pers Soc psychol* 1980;38:217-30.
16. Lee SJ, Choi SJ. Rape myths acceptance and violent sexual behaviors. *Korean J Soc Pers Psychol* 2001;15:97-116.
17. Wilson GD. Measurement of sex fantasy. *Sex Marital Ther* 1988;3:45-55.
18. Shin YJ. A Study on the development of rehabilitation programs for sex offenders in correctional facilities: a report commissioned by the Ministry of Justice. Seoul: Institute of Behavioral Science in Medicine, Yonsei University; 2006. p.3-4.
19. Marshall WL. A combined treatment method for certain sexual deviations. *Behav Res Ther* 1971;9:293-4.
20. Abel GG, Mittleman MS, Becker JV. Sex offenders: Result of assessment and recommendations for treatment. In: Ben-Aron MH, Hucker SJ, Webster CD, ed. *Clinical criminology: The assessment and treatment of criminal behavior*. Toronto: M & M Graphics 1985:191-205.
21. Malamuth NM. Rape proclivity among males. *Soc Issues Policy Rev.* 1981;37:141-53.
22. Chiroro P, Bohner G, Viki GT, et al. Rape myth acceptance and rape proclivity: expected dominance versus expected arousal as mediators in acquaintance-rape situations. *J Interpers Violence* 2004;19:427-44.
23. Burgess AW, Hartman CR, Ressler RK, et al. Sexual homicide: a motivational model. *J Interpers Violence* 1986;1:251-72.
24. Marshall WL, Marshall LE, Serran GA, et al. Self-esteem, shame, cognitive distortions and empathy in sexual offenders: their integration and treatment implications. *Psychol Crime Law* 2009;15:217-34.

부록 1. 핵심 프로그램의 단계와 세부과정

단계(괄호는 별칭)	세부 과정
1. 첫 만남과 소개 (일단은...)	1.1 오리엔테이션 1.2 첫 만남, 집단이란? 1.3 함께하는 즐거움 1.4 우리 규칙을 정하자! 1.5 무엇을 할 것인가? 1.6 집단 응집력 만들기
2. 나는 (이런 모습 있어요)	2.1 자서전 쓰기 2.2 인생 곡선 만들기 2.3 인생 회고록 2.4 가계도 그리기
3. 행복, 꿈, 미래 (세 가지 소원)	3.1 좋은 삶, 인생의 목표 3.2 인생의 목표와 수레바퀴 3.3 꿈을 위해서 나는 3.4 과거 나의 인생 목표 달성의 문제점 3.5 인생 목표 달성 위해 버려야 할 것과 필요한 것
4. 범죄 노출 (사실은 이런 일이)	4.1 죄라고 생각하는 것은? 4.2 첫 범행의 기억은? 4.3 내가 생각하는 내 성범죄의 원인은?
5. 동기화 (오늘보다 나은 내일)	5.1 재판(수사) 과정에서 억울한 것들 5.2 이 사건을 통해서 감당해야 하는 것 (잃은 것)은? 5.3 피해자로부터의 편지 5.4 피해자에게 보내는 편지 5.5 내가 왜 이 곳에 있어야 하는가?
6. 성 관념/왜곡된 인지 (육체와 성)	6.1 성에 대한 학습, 역사 6.2 나는 왜 성에 몰두하는가? 6.3 내가 경험한 최상의 섹스는? 6.4 세상은 남자 중심, 여자는 성적 착취의 대상 6.5 아내와의 sex 보다 폭력적인 타인과의 sex가 더 좋다.
7. 일탈된 성 (치료가 필요한데)	7.1 최고로 흥분된 성관계 장면은? 7.2 야동을 왜 자꾸 저장해 두는 것일까? 7.3 자위행위를 가장 많이 할 때는? 7.4 내가 혹시 성적으로 이상한가요?
8. 대인관계 (팔방미인)	8.1 나의 애착 유형은 무엇일까? 8.2 연애/실연 경험은? 8.3 나에게 가장 소중한 사람은? 8.4 나의 동반자는? (내 이상형은?) 8.5 가만히 있으면 나만 손해?
9. 자기조절 (구급약)	9.1 자기조절 성공경험 9.2 분노 감정을 조절할 수 있을까? 9.3 나의 스트레스 해결 방법은? 9.4 가장 화가 많이 날 때는? 9.5 내가 폭발할 때 어떻게 알려주나?
10. 좋은 삶을 위한 퇴소 계획 (십중팔구 관찰도록)	10.1 중요한 목표를 달성하기 위해서는? 10.2 내 인생 목표를 달성할 구체적 계획과 방법은? 10.3 인생 목표 달성하는데 예상되는 난관들은? 10.4 인생목표 달성, 범하기 쉬운 잘못과 문제점은? 10.5 퇴소 후 경제활동/돈은 어떻게 벌 것인가? 10.6 위치추적장치를 부착한다면, 그 장점과 단점은? 10.7 성충동약물치료를 받는다면, 그 장점과 단점은?