

ORIGINAL ARTICLE

J Korean
Neuropsychiatr Assoc
2016;55(4):425-431
Print ISSN 1015-4817
Online ISSN 2289-0963
www.jknpa.org

외상 및 스트레스 관련 장애 환자군에서 나타나는 난폭행동 여부에 관한 역학적 요인 및 임상적 차이 분석

한림대학교 강남성심병원 정신건강의학과,¹ 대구사이버대학교 심리학과²

이경림¹ · 이홍석¹ · 이흥표² · 이중서¹

Analysis of Epidemiological Factors and Clinical Variations to Determine Whether Violent Behavior Appears in Trauma- and Stressor-Related Disorder Patients

Kyung Rim Lee, MD¹, Hong-Seock Lee, MD, PhD¹,
Heung Pyo Lee, PhD², and Jung-Seo Yi, MD, PhD¹

¹Department of Psychiatry, Hallym University Kangnam Sacred Heart Hospital, Seoul, Korea

²Department of Psychology, Daegu-Cyber University, Daegu, Korea

Objectives The purpose of this study was to identify variables and determine their correlation with violent behavior in trauma- and stressor-related disorder diagnostic patients.

Methods A one-year retrospective study (2012 to 2013) was performed on 91 trauma- and stressor-related disorder diagnosed patients at Hallym University Kangnam Sacred Heart Hospital. Study data were obtained from previous medical records. The subjects were divided into two groups based on the presence of violent behavior.

Results Of the 91 trauma- and stressor-related disorder diagnosed patients, 33 patients exhibited violent behavior during their clinical course. Sociodemographic factors of age and marital status and their socioeconomic-environmental status were variables significantly related with the presence of violent behavior. Clinical data from Structured Clinical Interview for DSM, Post Traumatic Growth Inventory, and Social Support Scale scores were significantly associated with violence in trauma- and stressor-related disorder patients.

Conclusion In the clinical course of subjects with trauma- and stressor-related disorder, appearance of violent behavior should be monitored and approached in multiple ways to address socio-demographic, clinical, and psychological problems. Monitoring of significantly related variables and treatment compliance should be considered part of an appropriate therapeutic strategy for trauma- and stressor-related disorder patients.

J Korean Neuropsychiatr Assoc 2016;55(4):425-431

KEY WORDS Trauma-and stressor-related disorder · Violent behavior · Variables.

Received October 4, 2016
Revised October 27, 2016
Accepted October 27, 2016

Address for correspondence

Hong-Seock Lee, MD, PhD
Department of Psychiatry,
Hallym University
Kangnam Sacred Heart Hospital,
1 Singil-ro, Yeongdeungpo-gu,
Seoul 07441, Korea
Tel +82-2-829-5187
Fax +82-2-849-4469
E-mail lhs242@hanmail.net

서 론

외상 후 스트레스 장애는 기존의 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, forth edition¹⁾에서 불안장애의 한 범위 내 분류되어 있던 것에서 벗어나 새롭게 편찬된 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, fifth edition²⁾에서 외상 및 스트레스 관련 장애라는 하나의 질환군으로 독립되어 분류되었다. 외상 및 스트레스 관련 장애는 매우 복잡한 병태생리를 나타내는 질환으로 전반적 건강 수준, 대인관계 및 일상 활동, 직무 수행 등에 부정적인 영향을 미치

고 절반 정도가 만성적인 경과를 겪으며 삶의 질 전체에 악영향을 주는 장애이다. 특히 사건, 사고, 폭행 등 날이 갈수록 다양한 종류의 외상적 사건에 노출되어 있는 우리나라에서 더욱 많은 관심을 가져야 할 분야이나 현실적으로 많은 환자들이 전문적 치료 혜택을 받지 못하고 있는 실정이다.³⁾ 2011년 보건복지부 정신질환실태 역학조사에 따르면 국내 외상 및 스트레스 관련 장애의 1년 유병률은 0.6%로 미국 3.6%, 유럽 0.9%, 호주 1.3% 등 서구권 국가보다 낮거나 비슷한 수준을 보였고, 같은 아시아권 국가인 일본의 0.4%보다는 높은 유병률을 보였다. 그러나 건강보험심사평가원의

통계자료를 토대로 최근 6년간(2010~2015) 외상 및 스트레스 관련 장애 환자 수 현황을 분석한 결과에 따르면 전년 대비 3.7% 늘어난 것으로 연평균 증가율은 3.6%였다.⁴⁾ 이와 같이 환자 수가 점차 증가추세를 보이는 현황에도 불구하고 2011년 정신질환실태 역학조사에서 나타난 바에 의하면 외상 및 스트레스 관련 장애 환자군의 정신건강의학과 방문 비율은 오히려 2006년 대비 1% 감소한 19.1%의 결과를 보였다.⁵⁾

외상 및 스트레스 관련 장애의 발병에 있어서 폭력성을 포함하는 개인적·환경적 특성이 영향을 준다는 점은 잘 알려져 있으며⁶⁾ 특히 군인에서 나타나는 외상 및 스트레스 관련 장애의 증상과 폭력성의 연관성에 대한 연구들이 많이 있었으나⁷⁾ 치료 경과 중 나타나는 난폭한 행동과 관련된 구체적인 요인들에 대한 연구는 아직 부족한 상태이다. 따라서 실제 임상에서 이에 대한 예측 및 효과적인 치료 대책에 어려움이 있는 상태로, 난폭행동의 발생 위험을 예측하여 치료에 활용할 수 있는 관련 요인 모델에 대한 연구가 필요한 실정이다. 그동안 외상 및 스트레스 관련 장애 환자를 위한 약물치료와 정신치료 및 인지행동치료 등의 발달로 장기간의 치료적 효율 및 순응도는 이전보다 향상되었다.⁸⁾ 그러나 치료 경과 중에 나타날 수 있는 극심한 자기 파괴적 행동 및 난폭행동의 위험성은 자살 사고 및 증상의 악화로 이어져 치료 실패의 가능성을 더욱 높일 수 있다. 따라서 난폭행동 발생과 관련된 변인들을 분석하고 이에 따른 치료 경과 양상의 차이점을 파악하는 것은 향후 치료 방침을 결정하는 데 중요한 영향을 미친다고 할 수 있다.

난폭행동의 증상 여부는 성별과 연령 및 배우자의 유무, 사회적 기능, 외상의 종류, 가족과 사회적 지지의 유무 등과 같은 객관적·외부적 요인들에 의해서 영향을 받을 수 있는데, 외상의 종류는 가정폭력과 같은 관계 외상과 교통사고 등의 사건 외상으로 구분할 수 있다. 난폭행동에 관한 기존의 연구들은 여성보다 남성 위주의 연구가 주를 이루었고,⁹⁾ 특히 난폭행동은 젊은 남성에서 더욱 빈번하게 나타날 수 있으며, 성별이나 연령 외에도 생물학적 요인을 비롯해 가족의 규모와 구조, 성향 등과 같은 가족의 지지적 요인 및 가정폭력과 같은 관계 외상의 종류에 이르기까지 다양한 변인들과 관련성을 가질 수 있음이 제시되었다.¹⁰⁾ 또한 이와 더불어 환자가 느끼는 증상의 정도 및 외상 후 성장의 정도, 그리고 가족의 지지 정도의 임상척도와 같은 주관적이고 내부적인 요인 역시 환자의 심리 및 행동변화를 분석하는 데에 직접적인 영향을 미칠 수 있는 요인이 된다고 간주할 수 있는데, 특히 난폭행동 발생과의 관련성 차원에서 연구해 볼 수 있을 것이라 가정하였다. 따라서 본 연구는 특히 미혼자

서, 젊은 사람에서, 남자에서, 학력이 낮은 사람에서, 무직인 사람에서, 경제적 수준이 낮은 사람에서, 가족의 지지가 없는 사람에서, 사고의 종류가 성폭행이나 가정폭력 등인 경우에서, 침습 증상이 큰 경우에서, 외상 후 성장의 정도가 낮은 사람 등에서 난폭행동의 빈도가 더욱 클 것이라는 잠정적인 가설하에 연구 작업을 시행하였으며, 또한 이를 토대로 치료적 감수성과 순응도 경향을 파악함으로써 의료진이 치료에 적용할 수 있는 간편한 관련 요인 모델을 개발해 향후 외상 및 스트레스 관련 장애 환자들의 정신과적 치료와 적절한 관리 대책의 기초 자료로 삼고자 하였다.

방 법

대 상

우선 난폭행동이 발생한 환자군을 ‘폭력군’으로, 난폭행동이 발생하지 않은 환자군을 ‘비폭력군’으로 정의하였다. 난폭행동의 정의는 지난 1년 동안 평균 1회 이상의 물리적 폭력 또는 타인에게 신체적 피해를 주는 행위, 타인을 위협하는 무기의 사용을 포함하는 범위로 정의하였다. 환자들은 정신과적 면담 시 환자의 병력을 잘 파악하고 있는 정신과 전문의에 의해 난폭행동에 대하여, 그리고 미국 국립정신건강연구소(The National Institute of Mental Health)¹¹⁾ 진단 인터뷰 일정 가운데 반사회적 성격 섹션에 포함된 항목이 적용된 질문을 받았고 이에 대한 환자들의 자기 보고 및 사회적 지지 그룹의 관찰 보고를 토대로 평가된 자료가 연구수집에 사용되었다.

2012년 6월부터 2013년 6월까지 1년간 한림대학교 강남성심병원 정신건강의학과에 외래로 방문 또는 입원 이력이 있는 만 18세 이상 만 65세 이하의 외상 및 스트레스 관련 장애 진단을 받은 환자 91명에서 발생한 난폭행동에 대하여 의무기록 검토를 통해 후향적으로 분석하여 33명의 폭력군과 58명의 비폭력군 두 집단으로 나누었다. 환자 병력을 잘 파악하고 있는 정신과 전문의가 Structured Clinical Interview for DSM(이하 SCID)¹²⁾에 기초하여 외상 및 스트레스 관련 장애로 진단 내린 환자들을 대상으로 삼았으며, 대상 제외 기준은 1) 조현병이나 기분장애 등과 같은 주요 정신질환의 현 병력 및 과거력이 있는 경우; 2) 두부손상으로 인해 신경외과적 수술을 받거나 기질성 뇌질환이 있는 경우; 3) 정상 범위 미만의 인지기능을 가진 경우; 4) 성격장애의 진단이 가능한 경우; 5) 평가에 영향을 미칠 정도의 알코올을 포함한 다른 물질 사용 장애를 가진 경우; 6) 환자를 잘 파악하고 있는 연구자가 연구에 적절치 않다고 평가한 사람의 경우이다.

자료 수집

역학적 요인 항목을 자가보고 형식으로 기술하는 설문지를 이용하여 파악한 환자 외부의 객관적 요인들과, 환자의 병력을 파악하고 있는 정신과 전문의가 구조화된 면담을 통해 실시한 외상 후 성장척도(Post Traumatic Growth Inventory, 이하 PTGI)¹³⁾ 외상 및 스트레스 관련 장애 증상의 정도를 파악할 수 있는 SCID, 가족 내 사회적 지지척도(Social Support Scale, 이하 SSS)¹⁴⁾의 주요 임상척도 점수로 추정할 수 있는 환자 내부의 주관적 요인별로 자료를 수집해 폭력군과 비폭력군 사이에 드러난 차이에 따라 기술통계량을 정리하였다. 임상척도의 총점수와 유의미한 결과를 보이는 문항의 빈도를 두 환자군 간에 비교 분석하였으며, 모든 척도가 분석에 포함되었으나 각각의 세부적인 하위 척도는 제외하였다.

자료 분석

본 연구의 대상 집단은 33명의 폭력군과 58명의 비폭력군

이었다. 폭력군과 비폭력군에 유의한 사회인구통계학적 차이가 있는지 알아보기 위해 성별, 연령, 음주 유무, 직업 유무, 결혼 여부, 교육 수준 차이, 사회경제적 수준 차이, 치료 지속성 등에 대해 chi-square test를 실시하였다. 또한 사회적 지지 수준, 임상적 증상의 심각도, 외상 후 성장 정도 등을 비교하기 위해 t-test를 시행하였다. 분석은 윈도우용 SPSS 22.0(SPSS Inc., Chicago, IL, USA)을 사용하였다.

결 과

본 연구에서 먼저 난폭행동을 보인 집단(이하 폭력군)과 난폭행동을 보이지 않은 집단(비폭력군)의 인구통계학적 특징을 비교해 보면 두 집단 간의 성별 차이는 유의하지 않았으며 음주 유무에 따른 차이는 보이지 않았다. 직업의 유무, 교육 수준, 사회경제적 수준에 따른 차이도 유의하지 않았다. 또한 관계 외상과 사건 외상으로 외상을 구분하여 살펴

Table 1. Socioeconomic characteristic of violent group and non-violent behavior group in TSRD patients

Variables	TSRD patients group, n (%)		χ^2 test	p
	Non-violent group	Violent group		
Sex			0.33	0.463
Male	23 (39.65)	14 (42.4)		
Female	35 (60.35)	19 (57.6)		
Age group			4.77	0.029*
Under 40	29 (53.7)	25 (46.3)		
Over 40	29 (78.38)	8 (21.62)		
Occupational function			0.48	0.488
Yes	41 (66.13)	21 (33.87)		
No	17 (58.62)	12 (41.38)		
Marital status			7.32	0.007*
Married	27 (81.82)	6 (18.18)		
Non-married	31 (53.45)	27 (46.55)		
Education degree			0.11	0.737
Above college	26 (61.9)	16 (38.1)		
Under college	32 (65.3)	17 (34.7)		
Alcohol drinking			2.10	0.148
Yes	16 (53.33)	14 (46.67)		
No	42 (68.85)	19 (31.15)		
Socio-economic status			1.06	0.303
High level	12 (54.55)	10 (45.46)		
Low to moderate	46 (66.67)	23 (33.33)		
Treatment persistence			4.04	0.045*
Yes	45 (70.31)	19 (29.69)		
No	13 (48.15)	14 (51.85)		
Trauma type			0.22	0.638
Relation trauma	34 (37.4)	21 (23.1)		
Accident trauma	24 (26.4)	12 (13.2)		

Sexual violence. *: $p < 0.05$. TSRD : Trauma- and stressor-related disorder

보았으나 이러한 외상 유형에 따른 차이도 유의하지 않았다.

이에 비해 비폭력군의 평균 연령은 38.6세, 난폭행동 에피소드를 보인 폭력군의 평균 연령은 29.58세로 비폭력군보다 유의하게 낮았으며, 20~30대의 청년층과 40~60대의 중장년층으로 구분하여 분석한 결과, 폭력군에는 청년층이 중장년층보다 유의하게 많았다($p<0.05$). 또한 결혼 여부, 치료 지속성에 따른 차이가 있었는데 폭력군에는 미혼인 사람이 유의하게 많았다($p<0.01$). 치료 지속 유무에 따른 분석 결과, 치료를 지속하지 않은 집단에서는 비폭력행동과 폭력행동의 비율에 차이가 없었으나 치료를 지속한 집단에서는 폭력행동의 비율이 유의하게 낮았다($p<0.05$)(표 1). 이러한 결과를 요약하면 남성, 낮은 학력, 직업 결손, 사회경제적 수준에 따른 폭력행동 발생의 유무 차이는 없었으며 외상 유형에 따른 차이도 유의하지 않았다. 반면 연령이 높은 경우, 치료 순응성과 지속성이 높은 경우, 결혼을 한 경우에 폭력행동이 적으며 연령이 낮거나 치료 순응성이 낮고 미혼인 경우에

폭력행동의 비율이 많았다.

다음으로 DSM 진단기준을 중심으로 한 구조화된 임상면접(SCID)을 통해 외상 후 스트레스 증상 정도를 비교하였으며 외상 후 성장척도(PTGI), 사회적 지지척도(SSS)를 활용하여 폭력군과 비폭력군이 외상 후 성장 정도 및 사회적 지지 정도를 비교하였다. 그 결과, 폭력군에서는 비폭력군에 비해 사회적 지지의 차이는 없었으나 외상 후 성장 정도가 유의하게 낮았다($p<0.05$)(표 2).

또한 비폭력군에 비해 폭력군의 외상 후 스트레스 증상 정도가 유의하게 높았고($p<0.05$)(표 2), 이에 따라 외상 후 스트레스 증상의 하위 요인을 비교한 결과, 과각성에서는 차이가 없었으나 폭력군에서 비폭력군에 비해 침습과 회피 증상이 유의하게 높았다($p<0.05$)(표 3).

사회적 지지에서는 유의한 집단 간 차이를 보이지 않았다. 그러나 사회적 지지를 어머니, 아버지, 형제자매 등의 가족 구성원 및 친구(동료)로 구분하여 본 결과, 친구관계 지지에서

Table 2. Comparison of SCID, PTGI, SSS scores between violent group and non-violent group in TSRD patients

Variables	Group	n	Mean (SD)	t	p
SCID	Violent group	33	26.82 (13.56)	2.27	0.025*
	Non-violent group	58	19.95 (14.02)		
PTGI	Violent group	33	27.46 (29.76)	2.28	0.028*
	Non-violent group	58	41.79 (28.36)		
SSS	Violent group	33	313.06 (73.57)	0.13	0.899
	Non-violent group	58	311.00 (75.00)		

* : $p<0.05$. TSRD : Trauma- and stressor-related disorder, SCID : Structured Clinical Interview for DSM, PTGI : Post Traumatic Growth Inventory, SSS : Social Support Scale

Table 3. Comparison of SCID sub-scores between violent group and non-violent group in TSRD patients

Variables	Group	n	Mean (SD)	t	p
Intrusion	Violent group	33	7.79 (4.48)	2.40	0.019*
	Non-violent group	58	5.45 (4.69)		
Hyper-sensitivity	Violent group	33	8.56 (4.79)	1.34	0.191
	Non-violent group	58	7.19 (4.67)		
Avoidance	Violent group	33	10.30 (5.49)	2.51	0.015*
	Non-violent group	58	7.29 (5.65)		

* : $p<0.05$. TSRD : Trauma- and stressor-related disorder, SCID : Structured Clinical Interview for DSM

Table 4. Comparison of SSS-sub-scores between violent group and non-violent group in TSRD patients

Variables	Group	n	Mean (SD)	t	p
Family					
Mother	Violent group	33	101.00 (26.02)	2.27	0.024*
	Non-violent group	58	86.52 (27.84)		
Father	Violent group	33	68.30 (36.56)	-2.24	0.186
	Non-violent group	58	74.81 (31.64)		
Sibling	Violent group	33	85.03 (27.29)	1.36	0.175
	Non-violent group	58	83.50 (27.60)		
Friends	Violent group	33	79.21 (27.32)	-2.18	0.273
	Non-violent group	58	85.98 (18.40)		

* : $p<0.05$. TSRD : Trauma- and stressor-related disorder, SSS: Social Support Scale

는 유의한 집단 간 차이가 없었다. 가족관계에서도 형제자매 및 아버지와의 관계 지지에서는 유의한 차이를 보이지 않았으나 어머니와의 관계 지지에서는 폭력군이 비폭력군에 비해 높은 어머니 지지를 경험하고 있었다($p < 0.05$) (표 4).

고 찰

외상 및 스트레스 관련 장애 진단 환자의 치료 경과 중 나타날 수 있는 난폭행동의 발생 여부와 관련성을 갖는 역학적 요인 및 임상적 차이를 알아본 본 연구결과 외부적·객관적 요인으로는 연령과 결혼 여부 및 치료 지속 유무가 내부적·주관적 요인으로는 높은 SCID 점수 및 낮은 PTGI 점수 평균이 두 집단 간 유의한 차이를 보이며 폭력성과 유의한 관련성을 갖는 것으로 나타났다. 또한 SCID 항목 중 침습 및 회피 증상이 난폭행동의 발생과 유의한 관련성을 갖는 요인인 것으로 분석되었다. 이는 외상 후 스트레스 장애로 진단 받은 환자의 치료 중 난폭 운전의 발생과 연관이 있는 요인으로 증상의 정도와 나이, 결혼 유무, 경제적 수입을 나타낸 기존의 연구와 어느 정도 일치하는 결과를 보인다.¹⁵⁾

외상 및 스트레스 관련 장애 진단 환자군 중 이른 나이의 연령대일수록 난폭행동의 발생과 유의한 관련성을 갖는다는 결과는 이른 나이에 외상을 접하고 난 후 외상 및 스트레스 관련 장애로 진단을 받을 가능성과 폭력성이 발생할 위험이 높아지는 것과 관련이 있다는 기존의 연구와 간접적으로 연관성을 갖는 부분이기도 하다.¹⁶⁾ 기존의 연구를 참고로 하여 본 연구결과를 간접적으로 추론해 본다면, 나이가 어릴수록 사회적 경험이 미숙하고 대처기술 및 심리적 자원의 형성이 부족하므로 이러한 결함은 결국 제한된 감정표현과 사회생활 및 대인관계의 위축으로 이어져, 이로 인해 낮아진 자존감과 열등감 및 피해의식의 악화를 거치면서 환자의 사회적 철폐를 더욱 조장하는 악순환을 가져와 무능력 및 좌절감과 분노를 심화시킴으로써 난폭행동 및 사고로 이어질 가능성이 크다고도 볼 수 있다.¹⁷⁾

특히 미혼인 경우에서 난폭행동 발생의 빈도가 높은 결과는 결혼 여부가 그만큼 환자의 치료 경과에 중요한 영향을 미친다는 사실을 나타내는 것으로 이는 외상 후 스트레스 장애로 진단받은 베트남 참전자들 중 결혼하여 배우자의 도움을 받고 있는 경우가 상대적으로 좋은 예후를 보였다는 기존의 연구를 간접적으로 뒷받침할 수 있다.¹⁸⁾ 그러나 다른 한편으로는 환자의 배우자를 상대로 발생하는 이차적 난폭행동을 분석한 기존의 연구들을 볼 때¹⁹⁾ 본 연구의 결과만으로 결혼 여부가 환자의 치료 경과 중 발생하는 난폭행동에 크게 영향을 미친다고 결론을 내리기에는 다소 무리가 있다

고 볼 수 있다.

한편 임상척도에서는 SCID 점수가 높을수록, 그리고 PTGI 점수가 낮을수록 난폭행동의 발생빈도 증가와 관련성이 높은 것으로 나타났는데, SCID 점수가 높은 것은 환자의 외상 및 스트레스 관련 장애 증상의 정도 및 이로 인해 생활에서 겪는 불편감의 정도가 큰 것을 의미하고, PTGI 점수가 낮은 것은 외상 후 성장으로 가는 정도가 낮은 것을 의미한다고 볼 수 있다. 임상적으로 침습 및 회피 증상이 난폭행동의 발생과 유의한 관련성을 갖는다는 본 연구의 결과는 외상 후 환자가 겪는 외상기억의 자동적 침습 반주가 자책과 비판적인 미래관의 고착화 등 부정적 인지변화의 가능성과 연관이 크다는 점,²⁰⁾ 그리고 미숙한 대처기술과 대인관계에 대한 회피가 클수록 증가된 좌절과 분노, 복수심, 충동성과 같은 부정적 정서의 영향이 난폭행동으로 이어질 수 있는 가능성이 있다는 연구결과²¹⁾와 연관성을 갖는다. 한편으로는 본 연구에서 생리적 과각성보다 인지행동적 요인이 큰 침습 회피 증상이 폭력군에서 더 유의한 것으로 나타났으나 이는 과각성과 난폭성 증가 간의 관련성이 더 강하게 언급된 기존의 연구²²⁾와는 조금 다른 결과를 보여 임상증상과 난폭행동 발생과의 연관성에 대해서는 좀 더 신중한 접근이 필요할 것으로 추정된다. 또한 폭력군에서 PTGI 점수가 큰 격차로 낮게 나온 결과를 볼 때, 일상생활을 유지하기 어려울 정도로 증상에 의한 불편감이 클 경우 외상 후 성장으로 갈 수 있는 긍정적인 심리적 자원과 대응기술의 개발이 부족한 경우 난폭행동의 발생 가능성이 더 높아질 수 있다는 점을 유추해 볼 수 있다.²³⁾ 이와 같은 폭력군에서의 임상척도 결과는 난폭행동의 발생 가능성과 밀접한 관계를 가지며, 외상 후 성장에 필요한 자존감의 상승과 자기신뢰, 자긍심, 다행감, 타인에 대한 용서와 온정 및 감사, 적극적인 감정 표현 및 자아탄력성의 회복, 그리고 현실적 계획성 등과 같은 심리 자원의 형성에 걸림돌로 작용하는 역기능적 의미를 갖는다. 따라서 긍정적인 심리 자원의 개발과 이에 대한 치료적 격려가 필수적으로 요구된다고 볼 수 있으며, 이는 곧 아동학대의 외상을 겪은 환자들에 관한 기존의 연구에서 자신과 그 상황을 용서하는 마음이 환자의 공격성 발생을 낮추는 데 중요한 매개가 될 수 있다는 연구결과와 같은 맥락에 있다고 할 수 있다.²⁴⁾

본 연구를 시작할 때 중요할 것으로 생각되었던 요인으로 특히 남성, 낮은 학력, 직업의 유무와 경제적 수준, 가족의 유무와 외상의 특정 종류 등이 있었으나 분석 결과 난폭행동을 보인 환자군과의 유의한 연관성을 보이지는 않았다. 비록 통계적으로 유의하지는 않으나 성별 중 남성보다 여성이 폭력군에서 더 높게 나타난 점은 외상을 겪은 여성이 남성

보다 사회적 지지에 대한 부정적인 반응이 더 크고 사회적 회복에 곤란을 겪는 취약점을 더 크게 보인다는 기존의 연구²⁵⁾와 그 맥을 같이 하는 것으로 볼 수 있으며, 또한 낮은 소득의 여성이 더 악화된 외상 및 스트레스 관련 장애 증상을 보일 위험이 있다는 연구결과²⁶⁾를 뒷받침하는 것으로 볼 수도 있다. 그러나 본 연구에서 경제적 수준 및 학력 정도와 연관성이 부족한 것으로 나타난 점은 높은 학력과 소득수준이 증상의 완화와 회복에 영향을 미치는 주된 인자로 나타났다고 주장한 기존 연구²⁷⁾의 결과와는 차이가 있어 좀 더 추가적인 연구가 필요할 것으로 보인다. 한편 가족의 사회적 지지 유무라는 변인이 환자의 난폭행동 발생과 유의미한 연관성을 보이지 않는다는 본 연구의 결과는 기존의 연구 중 가족의 사회적 지지 여부가 외상 및 스트레스 관련 장애의 증상 악화와 만성 경과를 판단하는 것과 큰 연관성을 보이지 않는다는 결과²⁸⁾와 일치된 견해를 보임으로써 본 연구의 잠정적 가설로 설정했던 내용, 즉 치료 경과와 환자의 변화에 중요하게 영향을 미칠 것으로 가정했던 가족의 지지 여부는 정작 큰 의미를 갖지 못한다는 사실을 확인할 수 있었다.

SSS척도를 이용한 분석 결과 폭력군에서 유의하게 어머니의 긍정적인 지지를 크게 느끼는 반면, 아버지와 친구의 지지에 대한 응답은 떨어지는 것으로 나와 환자들의 유의미한 대인관계가 주로 어머니에게 편중되어 위축된 상태에 있는 것으로 추정되었다. 이는 사회적 위축 반응과 적절한 대처의 감소, 그리고 증상의 악화가 강한 연관성을 보이는 것으로 생각해 볼 수 있으며, 퇴행과 의존성의 심화 및 열등감의 악화로 인한 결과로 추정해 볼 수도 있다. 또한 환자의 가족 내에서 발생하는 폭력과 기타 문제점들에 관한 연구를 토대로²⁹⁾ 고찰해 보았을 때 환자의 이후 치료 경과 중 가족 관계 및 대인관계의 양상을 적극적으로 고려하며 치료적으로 접근할 필요성이 있을 것이라 생각해 볼 수 있다.

외상의 종류별 분석을 통해서도 역시 난폭행동 발생과 통계적으로 유의한 연관성을 보이지는 않았으나, 폭력군에서 교통사고보다 가정폭력, 집단 따돌림 등 가까운 인간관계 안에서 일어나는 인위적이고 물리적인 폭력의 피해자인 경우가 더 높게 나타났다는 결과는 집단 따돌림을 겪은 피해자에서 나타나는 다양한 영향들로 외상 후 스트레스 증상 변화와 폭력성의 발생 및 생물학적 변화 그리고 인지기능의 변화 등을 분석한 연구³⁰⁾ 및 가정폭력을 경험한 후 외상 후 스트레스 장애 진단과 공격적 행동의 발생 위험이 높다는 등의 결과와 간접적으로 비슷한 맥락을 나타냈다. 따라서 이러한 종류의 폭력을 경험한 환자일수록 증상의 양상과 치료 경과를 세심하고 주의 깊게 관찰하여 적절히 개입할 수 있는 치료가 필요하다는 점을 다시 상기해 볼 수 있다. 치료 지속

유무 변인에 있어서는 치료 경과 중 난폭행동의 발생과 낮은 치료 지속성의 관련성을 추정해 볼 수 있었는데, 이에 따르면 기존의 연구들에서 시사한대로 난폭행동 및 공격성의 발생에 의한 치료 중단 가능성을 추정해 볼 수 있었으나,³¹⁾ 약물 치료의 경과와 환자-치료자 관계 및 환자의 기타 사회적 환경 변화 등 고려해야 할 변수가 상호 다변적이기 때문에 향후 이 같은 변인에 관해서는 좀 더 집중적인 연구들이 필요할 것으로 보인다.

본 연구의 제한점은 다음과 같다. 우선 1년이라는 짧은 연구기간과 전체 대상자가 91명이라는 제한된 숫자의 환자군에서 도출된 결과이기 때문에 대상자 선정의 비뮅림 가능성이 있으며, 설문지를 이용한 후향적 자기 보고식 응답 방식 역시 회상 비뮅림 또는 왜곡된 보고의 오류 가능성을 완전히 배제하기 어렵다. 또한 난폭행동의 발생에 영향을 줄 수 있는 환자의 병식이나 성격양상, 치료적 관계의 특성 등 기타 변수들에 대한 부분이 충분히 고려되지 못하였기 때문에 향후 이에 대한 보완을 통해 추가적인 연구를 시행해야 할 것으로 생각된다. 위와 같은 제한점에도 불구하고 본 연구의 의의는 외상 및 스트레스 관련 장애 환자에서 발생하는 난폭행동에 구체적인 초점을 맞추었으며, 이의 발생과 유의한 관련성을 가질 수 있는 관련 변인으로 사회 인구학적 변수와 같은 외부적·객관적 요인과 더불어 임상에서 측정 가능한 임상척도 점수와 같은 내부적·주관적 요인을 이용함으로써, 향후 실제 임상에서 의료진이 난폭행동의 발생 가능성이 높은 환자의 특성을 파악하고 효율적인 치료에 적용할 수 있는 관련 요인 모델을 활용할 수 있도록 하는 데 있다.

결 론

외상 및 스트레스 관련 장애 환자의 치료에 있어서 특히 난폭행동의 발생은 모든 치료진에게 상당한 스트레스 요인으로 작용할 뿐만 아니라 치료관계를 저해할 수도 있으며, 환자 자신에게도 위험 요인으로 작용하기 쉬운 문제라 할 수 있다. 그런 점에서 난폭행동의 문제는 임상 치료 현장에서 결코 간과할 수 없는 매우 중요한 과제임에 틀림없다. 따라서 난폭행동 발생 요인을 미리 예측하여 치료진행에 도움을 주고자 시도한 본 연구의 결론은 다음과 같다.

난폭행동의 유무에 따라 외상 및 스트레스 관련 장애 진단 환자를 폭력군과 비폭력군으로 나누어 두 집단 간 역학적 요인 및 임상적 차이를 분석한 결과, 연령과 결혼 여부 및 치료 지속 유무와 같은 환자 외부의 요인과 더불어 높은 SCID 점수 및 낮은 PTGI 점수 평균, 그리고 SCID 항목 중 침습 및 회피 증상 등과 같은 환자 내부적 요인이 난폭행동

의 발생과 유의한 관련성을 갖는 요인인 것으로 분석되었다. 이는 사회적·정신적 요인이 복합적이며 유기적으로 상호작용하는 것으로 생각되며, 외상 및 스트레스 관련 장애 환자의 임상치료 시 이 같은 요인을 참조하여 다양하고 포괄적인 시각에서 적절한 치료의 방향을 선택해야 할 것으로 보인다.

중심 단어 : 외상 및 스트레스 관련 장애 · 난폭행동 · 변인들.

Acknowledgments

본 연구는 2013년도 SSK 사업 연구비의 지원을 받아 수행됨.

Conflicts of Interest

The authors have no financial conflicts of interest.

REFERENCES

- 1) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV. Washington, DC: American Psychiatric Association;1994. p.143-147.
- 2) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition (DSM-5®). Washington, DC: American Psychiatric Association;2013.
- 3) Chae JH. Diagnosis and pathophysiology of posttraumatic stress disorder (PTSD). *Korean J Psychopharmacol* 2004;15:14-21.
- 4) Pharmscore.com [homepage on the Internet]. Seoul: Pharmscore; c2016 [cited 2016 Sep 21]. Available from: <http://www.pharmscore.com/news/articleList.html>.
- 5) Mohw.go.kr [homepage on the Internet]. The Epidemiological Survey of Mental Disorders in Korea [cited 2016 Sep 21]. Available from: http://www.mohw.go.kr/front_new/index.jsp.
- 6) Shalev AY, Peri T, Canetti L, Schreiber S. Predictors of PTSD in injured trauma survivors: a prospective study. *Am J Psychiatry* 1996;153:219-225.
- 7) Jakupcak M, Conybeare D, Phelps L, Hunt S, Holmes HA, Felker B, et al. Anger, hostility, and aggression among Iraq and Afghanistan War veterans reporting PTSD and subthreshold PTSD. *J Trauma Stress* 2007;20:945-954.
- 8) Iverson KM, Gradus JL, Resick PA, Suvak MK, Smith KF, Monson CM. Cognitive-behavioral therapy for PTSD and depression symptoms reduces risk for future intimate partner violence among interpersonal trauma survivors. *J Consult Clin Psychol* 2011;79:193-202.
- 9) Orcutt HK, King LA, King DW. Male-perpetrated violence among Vietnam veteran couples: relationships with veteran's early life characteristics, trauma history, and PTSD symptomatology. *J Trauma Stress* 2003;16:381-390.
- 10) Farrington DP. Predictors, causes, and correlates of male youth violence. In: Tonry M, Moore MH, editors. *Crime and justice: an annual review of research, youth violence*. Chicago: University of Chicago Press;1998. p.421-475.
- 11) Robins LN, Helzer JE, Croughan J, Ratcliff KS. National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule. Its history, characteristics, and validity. *Arch Gen Psychiatry* 1981;38:381-389.
- 12) Michael B. Structured clinical interview for the DSM (SCID). Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.;1996.
- 13) Tedeschi RG, Calhoun LG. The Posttraumatic Growth Inventory: measuring the positive legacy of trauma. *J Trauma Stress* 1996;9:455-471.
- 14) Lin N, Dean A, Ensel WM. Social support scales: a methodological note. *Schizophr Bull* 1981;7:73-89.
- 15) Kuhn E, Drescher K, Ruzek J, Rosen C. Aggressive and unsafe driving in male veterans receiving residential treatment for PTSD. *J Trauma Stress* 2010;23:399-402.
- 16) Moretti MM, Obsuth I, Odgers CL, Reebye P. Exposure to maternal vs. paternal partner violence, PTSD, and aggression in adolescent girls and boys. *Aggress Behav* 2006;32:385-395.
- 17) Tull MT, Jakupcak M, Paulson A, Gratz KL. The role of emotional inexpressivity and experiential avoidance in the relationship between posttraumatic stress disorder symptom severity and aggressive behavior among men exposed to interpersonal violence. *Anxiety Stress Coping* 2007;20:337-351.
- 18) Shehan CL. Spouse support and Vietnam veterans' adjustment to post-traumatic stress disorder. *Fam Relat* 1987;36:55-60.
- 19) Mikulincer M, Florian V, Solomon Z. Marital intimacy, family support, and secondary traumatization: a study of wives of veterans with combat stress reaction. *Anxiety Stress Coping* 1995;8:203-213.
- 20) Shalev AY. Posttraumatic stress disorder among injured survivors of a terrorist attack. Predictive value of early intrusion and avoidance symptoms. *J Nerv Ment Dis* 1992;180:505-509.
- 21) Kotler M, Iancu I, Efroni R, Amir M. Anger, impulsivity, social support, and suicide risk in patients with posttraumatic stress disorder. *J Nerv Ment Dis* 2001;189:162-167.
- 22) Clair ME. The relationship between critical incidents, hostility and PTSD symptoms in police officers [dissertation]. Philadelphia: Drexel Univ.;2006.
- 23) Yang KH, Kim JN. An analysis of posttraumatic growth process: triple mediation effects of difficulties in emotion regulation, intrusive and deliberate rumination, and moderation effects of optimism. *Korean J Health Psychol* 2014;19:1041-1062.
- 24) Snyder CR, Heinze LS. Forgiveness as a mediator of the relationship between PTSD and hostility in survivors of childhood abuse. *Cogn Emot* 2005;19:413-431.
- 25) Andrews B, Brewin CR, Rose S. Gender, social support, and PTSD in victims of violent crime. *J Trauma Stress* 2003;16:421-427.
- 26) Vogel LC, Marshall LL. PTSD symptoms and partner abuse: low income women at risk. *J Trauma Stress* 2001;14:569-584.
- 27) Coker AL, Weston R, Creson DL, Justice B, Blakeney P. PTSD symptoms among men and women survivors of intimate partner violence: the role of risk and protective factors. *Violence Vict* 2005;20:625-643.
- 28) Laffaye C, Cavella S, Drescher K, Rosen C. Relationships among PTSD symptoms, social support, and support source in veterans with chronic PTSD. *J Trauma Stress* 2008;21:394-401.
- 29) Jordan BK, Marmar CR, Fairbank JA, Schlenger WE, Kulka RA, Hough RL, et al. Problems in families of male Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *J Consult Clin Psychol* 1992;60:916-926.
- 30) Einarsen S, Mikkelsen EG. Individual effects of exposure to bullying at work. In: Einarsen S, Hoel H, Cooper C, editors. *Bullying and emotional abuse in the workplace: international perspectives in research and practice*. New York: CRC Press;2003. p.127-144.
- 31) Taft CT, Niles BL. Assessment and treatment of anger in combat-related PTSD. In: *Iraq War Clinician Guide*. Boston: Department of Veterans Affairs, National Center for PTSD;2004. p.70-74.