

트라우마 사례개념화 양식(TCFF)의 개발: 사례개념화 기반의 트라우마 심리치료*

주 혜 선[†]

이화여자대학교

본 연구에서는 트라우마 초점화된 심리치료에 유용하게 활용할 수 있는 트라우마 사례개념화 양식(Trauma Case Formulation Framework, TCFF)을 개발하고 그 타당도와 신뢰도를 함께 검토하였다. 트라우마 사례개념화 양식은 내담자의 트라우마로 인한 심리적 증상들과 이에 대한 개입에 대한 치료사의 이해를 돕는 정보들을 조직화해주는 틀이다. TCFF는 트라우마 사례개념화 영역 즉, 트라우마 사건 특성, 트라우마 관련 심리적 증상, 증상을 유지시키는 심리적 기제, 트라우마 치료목표, 트라우마 치료전략의 총 5개 영역으로 구성되었다. 그리고 트라우마 심리치료에 효과적이라고 알려진 6개의 근거기반 심리치료들로부터 사례개념화 요소들을 추출하였다. 이후 사례개념화 요소들을 범주화하고 전문가들로부터 타당도를 확보하였다. 21명의 참여자들에게 TCFF 활용에 대한 교육을 실시하고 트라우마 사례개념화 요소를 평정한 결과 평정자간 신뢰도는 수용할만한 수준을 보였다. TCFF 양식지의 활용에 대한 타당도는 다양한 임상 장면에서 활동 중인 46명의 심리치료전문가 집단에서 검토되었다. 마지막으로 본 연구의 의의와 제한점 그리고 후속 연구에 대한 제언을 함께 논의하였다.

주요어 : 트라우마, 트라우마 사례개념화 양식, 트라우마 심리치료, 사례개념화 기반 치료

* 이 논문은 2011년도 한국연구재단의 지원을 받아 수행된 연구임(No. NRF-2011-32A-B00307).

† 교신저자 : 주혜선, 이화여자대학교 심리학과, 서울시 서대문구 이화여대길 52.

Tel : 02-3277-2634, E-mail : healingtrauma@hanmail.net.

사람들이 살아가면서 경험할 수 있는 극단적인 부정적 스트레스 사건들, 즉 생명의 위협을 주었거나 실제 사망자가 발생한 사건 또는 성적인 형태의 폭력 사건에 직·간접적으로 노출되는 것과 같은 트라우마 사건을 경험할 때 자신에 대한 지각의 변화와 더불어 타인 및 세상에 대한 신념 체계의 변화를 보이기도 하며 이러한 경험이 일상의 경험들을 이해하고 처리하는 내적 참조의 핵심이 되기도 한다. 트라우마가 될 수 있는 경험에 대한 정의는 일반적으로 정신장애 진단 및 통계 편람(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; 이하 DSM, American Psychiatric Association; 이하 APA)에 따르는데, DSM-IV(APA, 1994)와 DSM-IV-TR(APA, 2000)까지만 해도 이러한 사건을 본인이 경험하였거나 현장에서 직접 목격하였고(A1 기준) 사건을 경험하던 당시에 정서적으로 공포와 무력감 그리고 두려움을 느꼈을 때(A2 기준) 이러한 경험들을 트라우마 사건으로 간주하였다. 하지만 DSM-5(APA, 2013)에서는 사건 당시의 정서적 반응은 제외하고 트라우마가 될 수 있는 사건의 범위를 확장하여 가까운 주요 타인(예, 가족, 친지, 동료, 가까운 이웃 등)이 이러한 사건을 경험했다는 것을 알게 되는 것과 같은 간접적인 형태의 트라우마 노출과 직업적으로 트라우마성 사건의 세부 사항에 반복적으로 노출되는 것도 또한 트라우마가 될 수 있는 경험들로 포함되었다.

트라우마가 될 수 있는 주요 사건들은 사건의 속성에 따라 사건 이후의 심리적 회복 과정에서 차이를 보이기 때문에 심리적 개입 방향도 이러한 차이를 고려하여 달리 수립될 필요가 있어 트라우마가 될 수 있는 사건들은 그 속성에 근거하여 유형을 구분해 오고 있다.

사람이 고의성을 지니고 반복적, 장기적으로 행한 폭력으로 인한 사건들(예, 아동학대, 가정폭력피해, 포로경험, 난민경험, 성매매, 인신매매, 장기간동안의 참전 경험 등)은 복합 트라우마(complex trauma) 또는 Type II 트라우마(Terr, 1992)로, 그 외 일회성 사고적인 속성을 지니는 사건들(예, 자연재해, 교통사고, 산업재해, 화재 등)은 단순 트라우마(simple trauma) 또는 Type I 트라우마(Terr, 1992)로 분류된다(안현의, 주혜선, 2011). 이러한 트라우마 경험이 원인이 되어 한 달 이상 사건에 대한 침습적 사고, 기억, 감정으로 인한 심리적 고통을 경험하고 이러한 고통을 유발시킬 수 있는 자극들에 대해서 지속적으로 회피하며, 사건과 관련하여 신념체계의 변화와 부정적 정서가 유지되고 신체과각성이 동반됨에 따라 기능수준의 저하를 보일 때 DSM-5(APA, 2013)에서는 외상후 스트레스 장애(Posttraumatic Stress Disorder, 이하 PTSD)를 고려한다. 트라우마로 인한 심리적 증상들은 PTSD 이외도 다양한 심리적 증상들이 동반될 수 있는데 특히, 복합 트라우마로 인한 심리적 후유증들은 PTSD 외에도 만성화된 대인관계 문제 및 정서조절의 문제, 주의 및 의식기능의 변화, 개인 정체성의 파편화, 핵심 신념체계의 외상화와 같은 깊은 손상을 보이기도 한다.

이처럼 트라우마로 인한 다양한 심리적 증상들로부터 회복을 돕는 트라우마 심리치료들에서는 내담자의 심리적 고통을 명료화하고, 심리적 증상을 완화시키는 동시에 다른 심리적 증상의 발병이나 부적응을 예방하며 현재의 기능수준을 증진시키는 것과 같은 심리적 개입 방안을 모색한다.

근거기반 트라우마 초점화된 심리치료와 단계적 치료적 개입

트라우마로 인한 심리적 증상들에 대한 개입은 심리치료자들이 지니는 다양한 이론적 배경과 치료 경험 그리고 개별 사례의 고유한 특성에 따라 상이한 절차와 기법이 적용되기 마련이지만 이러한 여러 치료적 개입들 중에서도 PTSD에 좀 더 치료적 효과가 우수하다는 경험적 근거들을 충분히 지니고 있는 심리치료들이 존재한다. 미국심리학회 Task Force Team(2006)이 확실한 경험적 연구 결과들로 지지되는 근거기반 심리치료들을 강조하면서 미국심리학회 분과 12(Society of Clinical Psychology)는 심리적 장애에 따른 주요 심리치료의 효과성에 관련된 정보들을 명시해오고 있다. 이에 따르면 PTSD를 효과적으로 다루는 근거기반 트라우마 심리치료들로 인지처리치료(Cognitive Processing Therapy), 안구운동 둔감화 및 재처리 치료(Eye Movement Desensitization and Reprocessing), 안전추구치료(Seeking Safety), 지속적 노출치료(Prolonged Exposure Therapy), 현재중심치료(Present-Focused Therapy)가 있다.

PTSD는 주로 노출치료에 기반한 치료들이 효과가 있는 것으로 알려져 있는데, 노출치료들은 트라우마로 형성된 공포 기억의 둔감화를 목표로 '트라우마 기억 재처리'와 통합을 유도함으로써 PTSD 증상 완화의 효과를 기대할 수 있다. 다만 이러한 치료적 과정은 트라우마 기억 회상에 따른 정서적 고통이 수반되기 때문에 정서조절능력과 일상의 문제들을 관리할 수 있는 능력 즉, 안정화 능력이 선행되어야 한다. 하지만 복합 트라우마로 인한 심리적 후유증을 경험하는 사람들은 PTSD 외에도 다양한 심리적 증상들을 공병으로 지니

고 있을 뿐만 아니라 안정화 능력이 부족하여 만성화된 문제들과 일상의 기능수준이 저하되어 있는 경우가 대다수이기 때문에 이러한 사례들은 치료 초기에 노출치료에 기반한 치료적 개입을 그대로 적용시킬 수 없다.

따라서 복합 트라우마로 인한 심리적 손상을 보일시에는 트라우마 기억처리에 앞서 안정화에 초점화된 개입을 선행하는 단계적 치료(phase-based treatment approach)가 권고된다(Cloitre et al., 2011; Cloitre et al., 2010; Herman, 1992). 안정화 단계(stabilization phase)는 1단계(phase 1) 치료라는 용어로 불리기도하며 대체로 초기단계 치료(early-stage treatment)로 트라우마 기억을 처리하기에 앞서서 내담자의 현재 문제에 초점을 두고 정서조절훈련이나 대인관계기술훈련, 그리고 증상이나 증상과 관련된 촉발단서들에 안전하게 대처할 수 있는 능력을 키우고자 한다. 앞서 언급된 치료들 중에는 안전추구치료와 현재중심치료가 1단계 치료에 해당된다. 반면, 기억처리단계(review and reappraisal of trauma memories phase)는 2단계(phase 2) 치료로 불리기도 하며 안정화 개입이 이루어진 이후에 트라우마 기억의 세부 사항들을 회상시키는 노출을 통해 구체적인 트라우마 기억의 재처리 및 재평가를 통해 기억의 통합을 유도한다. 인지처리치료, 안구운동 둔감화 및 재처리 치료, 지속적 노출치료는 모두 이러한 기억 처리에 효과적인 치료들이다.

주요 국제 트라우마 연구 학회(International Society for Traumatic Stress Studies, ISTSS)의 복합 트라우마 TF(Complex Trauma Task Force)에서는 복합 트라우마로 인한 심리적 증상들(복합 PTSD)을 보일 경우, 만일 2단계에서 치료가 진행 중이더라도 또 다른 트라우마 사건이

나 다른 부정적 생활 스트레스 사건의 발생으로 인해 내담자가 취약해질 때 언제든지 다시 1단계의 안정화 단계로 돌아가는 개입을 고려하는 단계적 개입 모델을 심리치료자들에게 권고하고 있다(Cloitre et al., 2012). Cloitre와 동료들(2012)에 따르면 일반적으로 1단계 안정화 개입은 최소 6개월, 2단계의 트라우마 기억처리 단계는 최소 3-6개월의 기간이 소요될 수 있다.

이러한 주요 근거기반 심리치료들은 대부분 매뉴얼화된 치료적 가이드라인을 제공하고 있어서 그 원리나 적용방법이 구체적으로 드러나는 장점이 있다. 하지만 치료 기법의 매뉴얼화가 지닌 이와 같은 장점은 마치 동전의 양면처럼 치료의 응용에는 몇 가지 제약이 있다.

첫째, 대부분의 심리치료 매뉴얼은 통계적 유의성에 따른 효과검증 연구에 기반하므로 효과검증 연구를 실시할 때처럼 치료 대상자의 포함 또는 불포함 기준이 설정되어야 하고, 제한된 수의 DSM 진단명이 있어야 하며, 치료자가 반드시 따라야 하는 절차가 명시되다 보니 내담자 개인과 환경의 복잡한 변수들이 얽혀 있는 실제 치료 장면에서는 적용이 쉽지 않다. 즉, 일부 트라우마 생존자들은 이들 치료 대상의 범위에서 제외되어야 하고 명시된 절차에 따라 치료를 진행하는 과정에서 개별 내담자의 특성이나 요구사항을 치료 과정에 반영하는 것에 제한이 있을 수 있다(표 1). 트라우마 생존자들 중에는 PTSD 외에도 다양한 공병(예, 기분장애, 불안 장애, 물질남용 문제, 섭식장애, 경계선 성격장애, 편집성 장애 등)을 지니는 경우가 많기 때문에(Brady, 1997; Caramanica, Brackbill, Liao, & Stellman, 2014; Gibson et al., 1999; Mitchell, Mazzeo, Schlesinger,

Brewerton, & Smith, 2012; Mills, Teesson, Ross, & Peters, 2006) 앞서 언급한 근거기반 트라우마 초점화된 심리치료들은 개별적인 심리치료의 효과성이 입증되어온 치료임에도 불구하고 특정 트라우마 사례들은 현실적으로 이들 치료에 포함시킬 수 없다는 점에서 제한된다. 또한 치료 매뉴얼에서 제안하는 '진단-기반 접근(diagnosis-based approach; Eells, 2013; Persons, 1986)은 일선의 치료자들이 활동하는 치료 장면과는 동떨어질 때가 많은 이유 중에 하나가 심리치료 현장에서는 내담자의 문제를 진단하는 과정에서 DSM의 진단 준거를 주로 따르게 되지만, 정신건강관련 서비스를 찾는 사람들의 일부 사례들은 주관적 고통은 있더라도 DSM의 정신장애에 진단 준거에는 못 미치는 사례들이 존재하기 마련이다(Messer, 2001). 무엇보다도 심리치료 현장의 실정을 고려해본다면, 진단과 심리치료의 주체들 간의 유기적인 연계를 통한 지속적인 사례 관리가 쉽지 않기 때문에 심리치료가 진행되는 중간 과정들을 평가하고 치료 계획을 점검하는데 있어서 진단-기반 접근들은 개별 사례 관리에 있어서 제한적일 수 있다. 국내의 경우 정신건강서비스 제공하는 주요 기관들은 트라우마 생존자들에게 진단 및 평가, 심리치료, 약물치료, 사회적 자원 연계와 같은 서비스를 통합적으로 제공할 수 있는 자원을 갖춘 기관이 드물기 때문에 대개의 경우는 기관 간 또는 전문가 간 상호 사례 연계를 통한 개입이 필요하지만, 현실적으로 긴밀한 상호 협력을 통한 지속적인 사례관리는 쉽지 않다.

둘째, 근거기반 트라우마 초점화된 심리치료들은 안정화 단계 또는 트라우마 기억처리만을 개입하는 치료들이기 때문에 안정화 개입과 트라우마 기억처리 개입의 두 단계 간

유기적인 순환을 고려해야 하는 개입에 대한 임상적 가이드라인이 없다는 제한점이 있다. 치료자가 절충적으로 일부 사례는 1단계에 해당하는 치료와 2단계에 해당하는 치료를 순차적으로 적용시키는 방식으로 개입을 하더라도 특정 치료가 제공하는 치료적 가이드라인만으로는 개별 사례가 회복에 필요한 전체 치료적 과정에 대한 계획과 점검이 불충분하다. 앞서 언급된 근거기반 트라우마 심리치료들을 살펴보면, 현재중심치료와 안전추구치료는 1단계의 안정화 개입만을 중점적으로 다루는 치료에 해당하기 때문에 개인의 트라우마 기억을 재처리시키고 통합시키는 2단계 개입은 포함되지 않은 치료이며 지속적 노출치료, 안구운동 둔감화 및 재처리 치료, 인지처리치료는 중독문제, 정서조절의 곤란, 심리적 위기, 경계선 성격장애, 해리증상을 지니는 사례는 공통적으로 제외하고 있는 것이 반영하듯이 안정화가 확보된 사례만을 다루기 때문에 2단계의 트라우마 기억 처리 단계만을 중점적으로 다루는 치료이다(표 1). 트라우마 기억의 세부 사항에 노출시키는 과정이 일부 내담자들에게는 심각한 주관적 고통을 불러일으키기에 심리치료 중간에 내담자가 치료를 그만두는 조기 종결로 이어질 수 있는데 최근 주요 트라우마 심리치료의 조기 종결에 관한 메타 연구의 결과를 살펴보면 이러한 현상을 기술하고 있다. 일반 심리치료에서 조기종결의 비율에 대한 메타 분석 연구 결과를 살펴보면 그 비율은 19.7%이지만(Swift & Greenberg, 2012), 트라우마 기억의 세부 사항들을 회상시키는 노출기반 심리치료들에서는 조기종결의 비율은 33%로 더 높은 양상을 보였는데 이는 트라우마 기억에 대한 노출 단계를 포함시키지 않은 트라우마 초점화된 인지행동치료들에서 보인

17%의 조기종결 비율에 비하면 2배가 높은 수치이다(Bradley, Greene, Russ, Dutra, & Westen, 2005). 이와 같은 현상은 일부 내담자들에게는 트라우마 기억 처리 이전에 충분한 안정화 작업이 중요함과 더불어 트라우마 기억처리 과정에서 안정화 능력을 유지할 수 있는 개입이 중요할 수 있음에 대한 임상적 함의를 지닌다.

따라서 개별 트라우마 사례에 대한 개입은 안정화 단계와 기억 처리 단계가 치료과정에서 매우 유동적으로 순환되면서, 트라우마 기억 처리 작업 중에도 언제든지 안정화 작업에 대한 확인과 재학습이 필요하다. 즉, 안정화 작업은 기억 처리 작업에 앞서서 순차적인 방향으로만 이루어져야 할 것이 아니라, 이 두 과정은 병렬적이고 유기적으로 이루어져야 하기 때문에 두 단계 간 개입에 대한 임상적 가이드라인은 개별 트라우마 사례를 위한 심리치료에서 중요하게 고려되어야 한다. 즉, 트라우마 기억처리 개입이 진행되는 과정에도 안정화 개입은 병행되어야 하며, 일부 사례는 트라우마 기억처리 단계에서 안정화 단계로 되돌아갔다가 다시 기억작업으로 돌아오는 것과 같은 순환적인 개입이 필요할 수도 있다. 하지만 기존의 근거기반 트라우마 심리치료들은 두 단계 간 임상적 개입에 대한 구체적인 가이드라인을 제공할 수 없기 때문에 실무 현장에서는 이러한 치료들을 그대로 적용하는 것이 제한이 된다.

사례개념화 기반의 트라우마 심리치료적 접근

앞서 살펴본 바와 같이 근거기반 트라우마 초점화된 심리치료들의 제한점들을 고려하였을 때 다양한 개별 트라우마 생존자의 고유한 임상적 특성을 반영할 수 있는 개별 사례에

표 1. 주요 근거기반 트라우마 심리치료의 치료적용 대상과 제외 대상, 치료적 단계의 구분

심리치료	외상 유형	치료 적용 대상	치료 제외 대상	치료 단계	
				안정화 (1단계 치료)	기억처리 (2단계 치료)
CPT (Resick et al., 1996)	· 성적 폭력	· PTSD와 우울공병, 사건 경과 3개월 이상, 여성 강간 생존자.	· 경계선 성격장애, 정서조 절 곤란, 자해나 자살시도, 근친상간 생존자, 물질남 용 문제		●
EMDR (Shapiro, 1995)	· 다양한 외상사건	· PTSD, 연령제한 없음, 트라우마 기억처리를 견 딜만한 신체 건강 상태, 심리적 안정(Stability), 안 정된 환경, 사회적 지지 망 지님	· 정서조절 곤란, 자기통제 곤란, 자살 사고, 타해 위 협, 정신분열, 중독문제, 해리 장애, 불안정한 환경 (예: 가족이나 대인관계의 위기 상황, 경제적인 문 제), 사회적 지지가 없음, 뇌손상 있음		●
PE (Foa, Hearst, Dancu, Hembree, & Jaycox, 1994)	· 다양한 외상사건	· 만성 PTSD, 사건경과 3 개월 이상	· 자살이나 타해 위협, 심한 자기파괴적 행동, 현재 정 신증 증상, 현재 진행중인 외상사건 있음, 트라우마 사건에 대해 명확한 기억 없음.		●
PFT (Classen, Butler, & Spiegel, 2001)	· 성적 폭력 (단순, 반복)	· 성인 여성(18세 이상), 아동기 성학대 생존자 (특히 반복적 성학대), HIV 감염 위험성을 적 어도 하나 이상 지닌 경우, 이전 해 성폭력 경험, 성적으로 위험한 행동보임, 물질 남용이 나 중독 문제	· 정신증, 의례적 학대, 한 달 이내 자살 사고, 위협 적이거나 적대적인 언어 적, 행동적 반응, 약물문 제	●	
SS (Najavits, 2002)	· 다양한 외상사건	· PTSD와 물질사용이나 중독문제 공병, 심각하 고 지속적인 정신질환 자(예: 정신증, 낮은 인 지적 기능이나 약한 외 상성 대뇌 손상자, 다양 한 공병 동반, 성격장애	· 언급없음	●	

주. CPT=Cognitive Processing Therapy; DBT=Dialectical Behavior Therapy; EMDR=Eye Movement Desensitization and Reprocessing; PE=Prolonged Exposure Therapy; PFT=Present-Focused Therapy; SS=Seeking Safety.

최적화된 치료적 단계 및 절차를 제공할 수 있는 가이드라인의 제안은 임상적으로 유용할 것이다. 복잡한 심리적 양상을 지닌 다양한 트라우마 생존자들에게 효과적일 수 있는 대안적 치료적 접근은 ‘특정 진단명’이나 ‘특정 치료 기법’에 의존한 방식보다는, 생존자들의 개별적 심리적 요구에 민감하게 반응하는 ‘사례개념화 기반의 접근(case formulation-based approaches; Boschen & Oei, 2008; Eells, 2013)’이 하나의 대안이 될 것이다. ‘사례개념화 기반’은 치료자 중심이 아니라 내담자 중심적 틀에서 개별 사례의 문제 영역에 대한 명료한 기술, 문제의 원인 및 지속 과정에 대한 이론적 설명을 토대로(Bieling & Kuyken, 2003) 개별 사례에 최적화된 치료적 목표와 전략을 수립하는 과정을 의미한다.

일반적인 사례개념화는 특정 심리치료 이론적 접근에 근거하여 기술되기도 하지만, 범이론적으로 주요 심리치료 이론들이 사례개념화 과정에서 공통적으로 고려하는 핵심 요소들에 근거하여 이루어지기도 한다. 사례개념화는 트라우마 사례 뿐 아니라 모든 심리치료 장면에서 가장 중요한 작업이라 할 수 있다. 이는 내담자의 심리적·관계적·행동적 문제의 원인, 촉발요인, 유지요인에 대한 핵심적 가설을 세우는 작업으로(이운주, 2007; Eells, 1997; Eells, 2007), (a) 치료 과정 속에서 내담자가 지닌 문제가 치료자와 내담자 간 상호작용을 통해 검증되면서 내담자의 현재 문제에 관한 추론을 이어가는 것, (b) 내담자의 자기 보고에 의존하는 것이 아니라 치료자가 지닌 지식이나 판단에 기초하는 것, (c) 사례개념화의 세부 요소들이 전반적인 공식이다. Eells, Kendjelic과 Lucas(1998)에 따르면 주요 심리치료들(예: 정신역동, 인지, 행동, 대인관계 치료)이 공유하는

사례개념화의 특성이 있는데, 이처럼 공유된 부분은 내담자의 병리에 대해 쉬운 조작적 용어를 사용함으로써 치료에 명확한 지침을 제공하기 때문에 치료자들 간 사례에 대한 이해나 개입전략에서 전문가들 간의 일치성을 높여 치료 성과의 향상으로 이어지도록 한다(Boschen & Oei, 2008).

사례개념화 작업에서는 내담자의 다양한 정보들을 이론적으로 종합하여 분석하고, 타당한 이론에 해당되는 치료 목표 및 계획 수립의 내용들을 수립하고자 처음에는 총체적이고 통합적인 가설을 기술하게 된다. 증상 완화에 초점화된 치료를 제공하고자 할 때에는 좀 더 현재의 문제에 초점화된 기술이 중요해 지기 때문에(Bieling & Kuyken, 2003) 트라우마 관련 증상 완화에 초점화된 심리치료를 제공하기 위한 사례개념화 작업에서는 내담자의 현재 문제들과 주호소에 초점화된 가설을 세우는 전략이 필요할 것이다. 근거기반 트라우마 초점화된 심리치료들은 트라우마 관련 특정 증상의 완화를 목표로 트라우마 심리치료에서 초점을 두어야 할 현재 문제들을 명료하게 기술하고 있고, 이들 증상의 유지 및 변화와 관련된 심리적 기제에 대한 가설을 제시하며, 이러한 심리적 기제에 개입하기 위한 치료적 목표와 전략 및 기법들을 함께 제안하고 있지만 앞서 살펴본 치료적 가이드라인이 지니는 임상적 제한점들도 보완될 필요가 있다.

따라서 본 연구에서는 다양한 트라우마 생존자들과 작업하는 현장의 치료자들이 트라우마 관련 문제를 호소하는 내담자와 작업할 때 치료적 계획을 세우고 치료 과정을 관찰하며 그 성과를 확인하는데 활용할 수 있는 유용한 틀로서의 ‘트라우마 사례개념화 양식(Trauma Case Formulation Framework)’을 개발하여 제공

하고 그 활용 방법을 제안하고자 하였다. 이때 트라우마가 될 수 있는 경험들에 대해서는 근거기반 트라우마 초점화된 심리치료들이 공통적으로 고려한 DSM-IV와 DSM-5의 트라우마 준거(A 1)를 따랐으므로 이하 기술되는 트라우마에 대한 정의는 이러한 속성을 반영하는 경험들을 의미한다. 본 연구에서는 근거기반 트라우마 초점화된 심리치료들로부터 트라우마 사례개념화의 요소들을 추출하여 트라우마 사

례개념화 요소와 영역을 개발하고 그 타당도와 신뢰도를 검증하였다. 일반적인 사례개념화 작업은 문장의 형태로 기술되는데, 사례개념화가 이루어지는데 정신건강전문가들의 전문성 발달 수준에 따라 사례개념화의 세부 내용이나 개념화 수준의 질적 차이를 보일 수 있기 때문에(김계현, 1992; 손은정, 이혜성, 2002; Eells, Lombart, Kendjelic, Turner, & Lucas, 2005; Kopta, Newman, McGovern, & Sandrock,

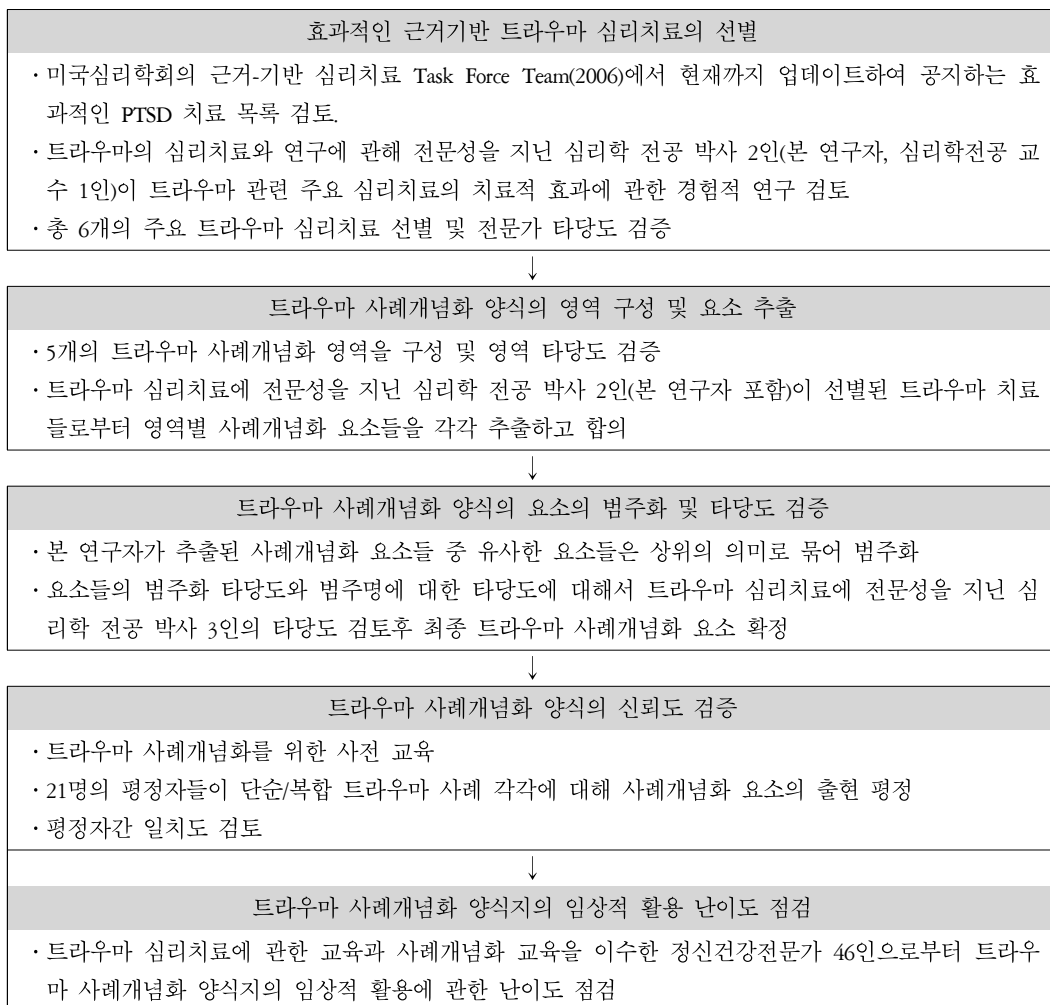


그림 1. 트라우마 사례개념화 양식의 개발 절차

1986) 트라우마 사례개념화 양식의 임상적 활용을 위해 전문가 간 일치도를 향상에 도움이 될 수 있도록 체크리스트 형태의 양식, 즉 ‘트라우마 사례개념화 양식지’를 함께 소개하였다.

방 법

트라우마 사례개념화 양식의 개발 과정은 그림 1에 제시한 것과 같이 트라우마 관련 증상들에 효과적이라고 알려진 주요 근거기반 심리치료들을 선별하여 이로부터 트라우마 사례개념화 요소를 추출, 요소 범주화 및 타당도 검증, 트라우마 사례개념화의 신뢰도 검증, 트라우마 사례개념화 양식지의 임상적 활용 난이도 점점 순으로 진행되었다. 본 연구는 연구의 제과정 대하여 연구 수행에 앞서 본 연구자가 소속된 대학의 생명연구윤리위원회(IRB)의 심의를 거쳐 승인을 받았다.

트라우마 사례개념화 양식의 개발

효과적인 근거기반 트라우마 심리치료의 선별

트라우마 사례개념화에 포함될 세부 요소들은 트라우마 관련 주요 심리치료들 중에서도 다수의 경험적 연구들을 통해 그 치료적 효과가 검증된 치료들로부터 추출하고자 하였다. 이를 위해 다년간 트라우마 심리치료와 연구 및 수퍼비전 경험을 통해 트라우마 심리치료의 전문성을 지닌 상담심리학 전공의 박사 2인(본 연구자, 심리학전공 교수 1인)은 근거기반 트라우마 초점화된 심리치료들을 우선적으로 선별하고자 하였다. 이를 위해 먼저 미

국심리학회에서 공지하고 있는 근거기반 트라우마 심리치료를 검토하고자 PTSD 영역에 기술된 주요 심리치료를 확인하였으며 이와 더불어 최근 20년 이내 트라우마 초점화된 심리치료의 효과성을 검증한 주요 경험적 연구결과들을 검토하여 치료 효과성에 대한 경험적 근거가 탄탄한 심리치료를 선별하였다. 효과적인 트라우마 심리치료의 선별을 위한 포함 기준 및 제외 기준은 다음과 같다. 미국심리학회에서 공지한 7개의 주요 트라우마 심리치료에 대한 정보 중에서 경험적 근거가 없거나 잠재적으로 해로울 수 있다고 명시된 치료 1개(Psychological Debriefing)와 보통 수준의 경험적 근거를 지닌 치료 1개(Stress Inoculation Therapy)를 제외하고 경험적 근거가 확실하다고(strong research supported psychological treatments) 명시된 치료 5개(Prolonged Exposure, Present-Centered Therapy, Cognitive Processing Therapy, Seeking Safety, Eye Movement Desensitization and Reprocessing)를 중심으로 공지된 각각의 심리치료 효과성과 관련된 주요 연구 결과들을 검토하고 5개의 치료를 본 연구에 포함시켰다. 다음으로, 선별된 5개의 주요 심리치료들 중에서 안전추구치료(Seeking Safety)를 제외한 모든 치료에서 자살시도 및 자해 문제를 보이거나 경계선 성격장애를 지닌 경우 치료에서 제외시키고 있는데 이러한 문제를 효과적으로 다루면서도 동시에 복합 트라우마로 인한 심리적 후유증을 보이는 사람들에게 치료적 효과성이 입증된 변증법적 행동치료(Dialectical Behavior Therapy)를 추가로 포함시켰다(Bohus et al., 2013; Harned, Korslund, Foa, & Linehan, 2012; Harned, Tkachuck, & Youngberg, 2013; Steil, Dyer, Priebe, Kleindienst, & Bohus, 2011). 이로써 총 6개의 치료 즉, 인

지처리치료(Cognitive Processing Therapy), 변증법적 행동치료(Dialectical Behavior Therapy), 안구운동 둔감화 및 재처리 치료(Eye Movement Desensitization and Reprocessing), 지속적 노출치료(Prolonged Exposure Therapy), 현재중심치료(Present-Focused Therapy), 안전추구치료(Seeking Safety)를 사례개념화 요소들을 추출할 심리치료로 확정되었다.

선별된 6개의 트라우마 초점화된 치료들이 트라우마 사례개념화 개발을 위한 핵심 심리치료로서의 타당성에 대한 검증에는 트라우마 심리치료 선별과정에는 참여하지 않은, 다년간 트라우마 상담 및 연구경험이 있고 심리학 전공의 박사학위를 지닌 상담심리사 1급 2인이 참여하였으며(평균 임상활동 기간 15년), 그 결과 선별된 치료들이 트라우마 사례개념화 양식 개발을 위한 치료들로 타당도를 지녔다는 것에 대해 일치하는 의견을 보여 6개의 치료들을 최종 확정하였다. 본 연구에서 사례개념화 요소 추출을 위한 심리치료로 선정된 주요 치료들에 대한 간략한 소개를 위해 치료의 기반이 되는 이론, 트라우마 유형, 치료적용 대상과 제외 대상, 치료 목표 및 형태, 치료적 단계의 구분을 기준을 간략하게 제시하면 다음과 같다.

인지처리치료. Resick과 Schnicke(1996)의 인지처리치료(Cognitive Processing Therapy, 이하 CPT)는 2단계를 중점적으로 개입하는 치료로 성폭력을 비롯한 다양한 트라우마로 인해 PTSD와 우울증을 공병으로 지닌 사람들을 돕는데 효과적인 치료로 알려져 있다. 하지만 자해나 자살 시도, 물질사용문제가 있는 경우는 제외하도록 권고하고 있다(Chard, 2005; Macdonald, Monson, Doron-Lamarca, Resick, &

Palfai, 2011; Monson, et al, 2006; Monson et al., 2012; Resick et al, 2008). CPT의 정보처리이론(information processing theory)에 의하면 트라우마 관련 정보들이 기존에 개인이 지니고 있던 도식(schema)과 충돌할 때 정보를 적절하게 처리하지 못하고 자신을 비난하는 방식으로 정보를 처리하거나(assimilation; 예, '내가 뭔가 잘못했기 때문에 그 일을 경험한 것이다') 기존의 신념을 완전히 바꾸는 방식으로(accommodation; 예, '나는 잘못된 것이 없는데 이런 일을 경험한 것을 보니 세상은 위험하다')처리하는 경우 PTSD 증상으로 이어진다고 보았다. 따라서 CPT에서는 성폭력 생존자의 트라우마 경험에 대한 적절한 정보처리와 통합을 위해 트라우마 경험 이전의 신념과 사건에 대한 반응이 상호 어떠한 영향을 주고받게 하였는지를 분석하고 트라우마 관련 의미(자신과 타인에 대한 안전, 신뢰, 힘, 능력, 자존감, 친밀감)를 재구성하는 인지재구성 작업을 핵심적으로 다룬다.

변증법적 행동치료. Linehan(1993)의 변증법적 행동치료(Dialectical Behavior Therapy, 이하 DBT)는 1단계에 해당될 수 있는 치료로 정서조절의 어려움에 따른 극단적인 감정의 표현으로써 자기파괴적 행동(self-destructive behaviors), 심각한 자해 행동이나 자살 충동을 보이는 사람들을 돕기 위해 개발된 치료로 주로 경계선 성격장애(Borderline Personality Disorder, BPD)에 효과적인 치료로 알려져 왔다. 복합 트라우마 경험으로 인한 심리적 후유증은 경계선 성격장애와 임상적으로도 구분되는 특성을 지니고 있으며(Cloitre, Garvert, Weiss, Carlson, & Bryant, 2014), DBT가 트라우마 초점화된 심리치료는 아니지만 극단적인

스트레스나 복합 트라우마 경험이 있는 사람들을 대상으로 치료 효과가 검증되었다. DBT는 생리사회적 이론을 가정하는데, 이는 생물학적 취약성(예, 정서자극에 대한 높은 선천적 또는 후천적 민감성, 높은 강도의 정서적 반응의 지속, 감정 진정에 오랜 시간이 소요되는 것)을 지닌 사람이 자신의 성격특성을 타당화해주시 못하는 환경과의 상호작용 속에서 정서조절곤란에 따른 문제들이 지속되는 것으로 본다. 따라서 DBT는 집단 또는 개인 치료의 형태로 정서조절과 대인관계효율성과 같은 기술 훈련을 주로 다루게 된다.

안구운동 둔감화 및 재처리 치료. Shapiro (1995)의 안구운동 둔감화 및 재처리 치료(Eye Movement Desensitization and Reprocessing, 이하 EMDR)은 2단계를 중점적으로 다루는 치료로 PTSD를 보이는(특히 침습 증상) 다양한 트라우마 생존자들의 증상 완화에 효과적인 치료로 알려져 있으며 현재 극단적인 심리적 증상을 지니고 있거나 사회적 지지가 없는 사람들은 치료에서 제외하고 있다(Boudewyns, Stwertka, Hyer, Albrecht, & Sperr, 1993; Devilly & Spence, 1999; Jensen, 1994; Rothbaum, 1997; Wilson, Becker, & Tinker, 1995). EMDR의 적응적 정보처리 모델(adaptive information processing model)에 따르면 PTSD와 관련된 트라우마 기억은 사건 당시 경험한 생각, 감정, 지각 정보가 상태-의존(state-dependent) 형태로 다른 기억망들과는 분리된 상태로 저장되어 있어 트라우마를 상기시키는 상황에서 쉽게 촉발되는 것으로 설명하고 있다. 따라서 분절적으로 저장되어 있는 기억들이 다른 기억망들과 연결되어 통합시키기 위해 트라우마와 관련된 모든 지각 정보들(예, 심상, 인지, 정서, 신체 감

각)에 주의를 기울이고 머물도록 하면서 양측 자극(bilateral stimulation)을 주는 개입을 적용한다. 최근 연구에서는 양측 안구 자극의 중요성 보다는 양측 뇌의 자극이 기억의 통합에 도움이 된다는 입장을 가지고 있으며 특히, 트라우마 기억을 회상할 때 안구 운동을 비롯한 그 외 다양한 형태로 제시되는 양측 자극이 생생함이나 부정적인 정서적 반응을 낮추는 것으로 경험적 결과들을 통해 확인되었다(Engelhard, van Uijen, & van den Hout, 2010; Gunter & Bodner, 2008; Kemps & Tiggemann, 2007).

지속적 노출치료. Foa 등, (1994)의 지속적 노출치료(Prolonged Exposure Therapy, 이하 PE)는 2 단계를 중점적으로 다루는 치료로 만성 PTSD에 해당하는 사람들 중에서 극단적인 심리적 증상을 지닌 경우(예, 자살이나 타해에 대한 위협, 심각한 자기 파괴 행동, 중독 문제, 현재 정신증 증상을 지님, 현재 진행중인 트라우마가 있음 등)를 제외하고 구조화된 단기 치료를 통해 효과적으로 PTSD 증상을 완화시키는 것으로 잘 알려져 있다(Bryant et al., 2008; Foa et al., 2005; Foa et al., 1999; Nacasch et al., 2011; Resick, Nishith, Weaver, Astin, & Feuer, 2002; Taylor et al., 2003). PE는 감정처리 이론(emotional processing theory)에 기반한 치료로 감정처리이론에 따르면 트라우마와 관련된 정보들은 정신적 공포 구조를 만들게 되기 때문에 실질적인 위험이 없는 내외적 단서들에 도 공포를 느끼는 방식의 반응을 보이지만 지속되는 회피로 인해 새로운 정보의 통합과 학습 안 되는 것이 PTSD를 유지하는 기제라고 본다. 따라서 PE에서는 불안과 긴장을 완화시키기 위한 실제상황노출과 상상노출을 통해

공포반응을 점차 둔감화시키며 공포 구조에 변화를 유도하고자 한다.

현재중심집단치료. Classen, Butler와 Spiegel (2001)의 현재중심치료(Present-Focused Therapy, 이하 PFT)는 1단계에 해당하는 치료로 아동기 반복적 성학대 경험이 있는 성인 여성 중 신뢰롭고 친밀한 관계 형성이 어렵고 성관련 위험 행동을 보이는 사람을 위한 효과적인 심리치료이다(Classen et al., 2011; McDonagh et al., 2005; Schnurr et al., 2003). 정신증, 최근 자살 사고, 언어적 또는 행동적으로 위협적인 모습, 물질남용 문제를 보이는 경우는 치료에서 제외하고 있다. PFGT는 과거 성학대 경험이 타인에 대한 신뢰감과 안전감을 손상시켜 병리적인 대인관계 신념을 만들며 이에 더해 자신에 대한 부정적인 의미들이 내면화되어 부정적인 자신 신념을 형성하게 되는 것이 트라우마 관련 증상과 관련된 주요 심리적 기제로 본다. 치료에서는 현재의 일상에서 트라우마로 인한 역기능적인 행동 패턴(예, 다시 성학대의 희생자가 됨, 성적으로 위협한 행동, 물질남용문제)을 규명하고 자신과 타인에 대해 신념의 재구성하고 친밀하고 신뢰할 수 있는 대인관계를 맺을 수 있도록 개입한다.

안전추구치료. Najavits(2002)의 안전추구치료(Seeking Safety, 이하 SS)는 1단계에 해당하는 치료이며 PTSD와 물질사용장애를 공병으로 보이는 사람들을 돕는데 효과적이라고 알려져 왔으며 다양한 트라우마 생존자 집단에 개인 또는 집단 상담의 형태로 적용되어 치료적 효과가 확인되었다(Hien, Cohen, Litt, Miele, & Capstick, 2004; Najavits, Gallop, & Weiss, 2006; Zlotnick, Johnson, & Najavits, 2009). SS는 인지

행동치료적 접근을 취하는 통합적 모델(integrated model)에 근거하여 현재의 심리적 증상들이 트라우마와 관련될 수 있다는 인식의 부족과 압도적인 충동과 정서를 조절하기 위한 안전한 대처 기술의 부족이 현재의 트라우마 관련 심리적 증상들을 유지시키는 기제로 보았다. 따라서 SS에서는 PTSD와 약물 사용을 문제를 보이는 사람들이 보이는 물질사용문제, 위험한 관계, 극단적 심리적 증상들(예, 자살충동이나 해리 증상), 파괴적 행동들로부터 신체적 심리적 안전을 확보하고자 안전한 대처 기술 훈련을 핵심적으로 다룬다.

트라우마 사례개념화 요소의 추출

다음 단계에서는 선정된 트라우마 관련 치료들로부터 트라우마 사례개념화 요소들을 추출하고자 하였다. 이에 본 연구자는 트라우마 사례개념화 양식의 구성 요소들을 체계적으로 추출하기 위해서 트라우마 사례개념화 양식의 영역을 먼저 구성하였다. 사례개념화는 기본적으로 문제의 원인, 문제, 문제의 지속과정에 대한 이론적 설명, 치료적 목표 및 전략 수립에 관한 내용들을 포함한다(이운주, 2001; Bieling & Kuyken, 2003; Eells, 1997). 따라서 트라우마 사례개념화 영역은 기본적으로 사례개념화에 포함되어야 할 내용들이 트라우마 심리치료에서는 어떠한 구체적인 정보들로 조직화되어야 하는지를 체계적으로 제공하고자 트라우마 사건 특성(문제의 원인에 해당), 트라우마 관련 심리적 증상(문제에 해당), 증상을 유지시키는 심리적 기제(문제의 지속과정에 대한 이론적 설명에 해당), 트라우마 치료목표(치료적 목표에 해당)와 트라우마 치료전략(전략 수립에 해당)으로 구성하였다. 트라우마 사례개념화 양식의 5개 영역의 구분과 표현의

타당성은 트라우마 심리치료와 수퍼비전 경험을 지닌 상담심리학 박사 3인의 동의를 통해 확보되었다. 이후 트라우마 사례개념화의 5개 영역별로 포함될 핵심 정보인 사례개념화 요소들을 6개의 주요 트라우마 심리치료들로부터 추출하고자 다년간 트라우마 심리치료와 수퍼비전 경험을 지닌 상담심리학 박사 2인(본 연구자 포함)이 6개의 주요 트라우마 심리치료로부터 사례개념화 요소를 각각 추출하였고 추출된 요소들은 상호 합의를 거쳐 최종적으로 128개의 사례개념화 요소들로 추려졌다.

트라우마 사례개념화 요소의 범주화 및 타당도 검증

추출된 128개의 사례개념화 요소들은 트라우마 사례개념화 영역 내 공통되는 특성을 지니는 세부 요소들을 서로 묶어 의미 있는 상위의 개념으로 범주화하고자 본 연구의 저자가 1차로 범주화 작업을 진행하였다. 이후 1차로 범주화된 사례개념화 요소들의 범주화 타당성과 범주화된 사례개념화 요소의 명칭이

적절성에 대한 타당도를 확보하고자 트라우마 영역 구성의 타당도 검증에 참여했던 전문가 3인이 본 연구자에 의해 1차로 범주화된 개념들을 검토하였다. 이때 전문가 3인과 본 연구자는 토론과 합의를 통해 범주화된 일부 요소들은 한번 더 상위의 개념으로 범주화하거나(예, 사건 심각성 정도, 증상 및 촉발요인에 대한 회피적 대처전략, 현재 일상문제 해결 및 관리 전략 모색), 반대로 범주화된 개념을 각각의 하위 개념으로 분류하는 작업(예, 트라우마 핵심증상은 PTSD 핵심증상과 복합외상 관련 증상의 하위 개념으로 구분함)을 통해 트라우마 사례개념화 요소의 타당도를 확보하였다(표 2).

확정된 구체적인 트라우마 사례개념화 요소는 트라우마 사건 속성 2개 요소(촉발 트라우마, 이전 트라우마 경험), 트라우마 관련 심리적 증상 6개 요소(PTSD 핵심증상, 공병, 복합외상관련 증상, 기능 수준, 심리적 위기상태, 생물학적 취약성), 증상을 유지시키는 심리적 기제 4개 요소(트라우마 관련 심리적 증상에

표 2. 트라우마 사례개념화 영역과 요소

트라우마 사례개념화 영역	트라우마 사례개념화 요소
트라우마 사건 특성	<p>촉발 트라우마 유형 및 심각성: 트라우마 유형, 사건 발생 후 경과기간, 사건 심각성 정도</p> <p>이전 트라우마 경험: 아동기 반복적 대인간 외상 경험, 청소년·성인기 반복적 대인간 외상, 그 외 다른 트라우마 경험</p>
트라우마 관련 심리적 증상	<p>PTSD 핵심 증상: 침습, 회피, 부정적 인지적·정서적 변화, 과각성, 해리증상 동반 유무</p> <p>공병: 기분장애, 불안장애, 물질남용/중독 문제, 성격장애, 정신증</p> <p>복합외상관련 증상: 정서적 각성 조절 기능의 변화, 주의력 또는 의식 기능의 변화, 자기 인식의 변화, 타인과의 관계변화, 신체화 증상, 의미체계의 변화</p> <p>기능 수준: 사회적·직업적 기능 손상 정도, 약물치료 필요성</p> <p>심리적 위기상태: 자살 위험, 타해 위험, 자기파괴적 행동</p> <p>생물학적 취약성: 뇌손상유무</p>

표 2. 트라우마 사례개념화 영역과 요소

(계속 1)

트라우마 사례개념화 영역	트라우마 사례개념화 요소
증상을 유지시키는 심리적 기제	<p>트라우마 관련 증상에 대한 역기능적 해석과 평가: 트라우마 관련 증상에 대한 이해부족, 현재의 심리적 증상들이 트라우마 경험과 연결된다는 인식 결여, 트라우마 관련 증상에 대한 부정적 해석과 평가</p> <p>안정화 능력 부족</p> <ul style="list-style-type: none"> · 심리적 위기관리 전략 부재 · 일상문제 해결 곤란 · 사회적 고립: 회복에 필요한 사회적 자원의 결핍 · 증상 및 촉발요인에 대한 회피적 대처전략: 트라우마 관련 내·외적 단서들에 대한 위협 지각, 트라우마 관련 내·외적 단서와 증상들에 대한 회피적 대처 전략 사용, 신체각성수준 조절 기술의 부족 · 정서조절 기술 부족: 정서자각/정서명명/정서조절/정서표현 기술의 부족 · 대인관계 기술 부족: 사회적 상황의 회피, 재외상화에 기여하는 역기능적 대인관계 도식, 대인관계와 관련된 왜곡된 인지적 가정, 자기주장기술의 부족, 사회적 상황에 대한 왜곡된 인지적 해석. <p>트라우마 외현 기억과 암묵기억의 분리(헤리된 기억): 트라우마 암묵 기억의 침습, 파편화된 외현 기억.</p> <p>외상화 된 신념체계: 트라우마 경험과 기존의 신념체계의 역기능적 통합, 자신/타인/세상에 대한 경직된 부정적 신념 유지, 파편화된 정체성</p>
트라우마 치료목표	<p>치료 장면에서 안전감과 신뢰감 확보</p> <p>정상화: 트라우마 관련 증상이나 촉발요인에 대한 반응들에 대해서 이해</p> <p>안정화 능력 향상</p> <ul style="list-style-type: none"> · 신체적 안전 확보: 생명에 위협을 주는 행동 감소, 안전한 환경 확보 · 현재 일상문제 해결 및 관리: 현재 일상의 문제들을 해결하고 관리 · 사회적 자원 연계: 회복에 필요한 사회적 자원을 이용 · 안전대처능력 향상: 트라우마 관련 증상이나 촉발요인에 대한 안전한 대처기술 적용, 불안(신체각성)조절 능력 향상 · 정서조절능력 향상: 자신의 행동에 대한 통제감을 지님, 트라우마와 관련된 부정적 정서의 완화, 긍정적 정서적 경험의 증가 · 대인관계능력 향상: 친밀하고 신뢰할 수 있는 대인관계 경험 확대, 대인관계 내에서 건 강한 자기주장하기, 재연결 <p>트라우마 기억의 재처리: 트라우마 기억 회상에 따른 공포반응 감소</p> <p>인지재구성: 트라우마 관련 자신/타인/세상에 대한 부정적 신념 체계의 변화, 파편화된 정체성의 재통합, 자기 연민촉진</p>

표 2. 트라우마 사례개념화 영역과 요소

(계속 2)

트라우마 사례개념화 영역	트라우마 사례개념화 요소
	<p>치료 구조화: 치료 진행절차에 대한 안내</p> <p>수용전략: 공감적 대화, 자기비난과 연결된 경험에 대한 타당화</p> <p>심리교육: 트라우마, 트라우마의 영향, 트라우마 관련 심리적 증상, 트라우마로부터 회복과정, 트라우마 심리치료의 원리/절차/기법에 대한 안내, 주요 타인에게도 심리교육 제공</p> <p>안정화 기술 훈련</p> <ul style="list-style-type: none"> • 심리적 위기관리전략 모색: 자살, 타해 충동, 자해, 중독(또는 물질남용)문제, 학대적 관계, 신체부상이나 질병, 섭식장애, 성적으로 위험한 행동 점검, 위기대처 전략 수립(안전 계획 수립), 위기상담 이용안내 • 현재 일상문제 해결 및 관리 전략 모색: 일상의 구조화 수준을 높임, 일상생활 관리 전략을 점검하고 필요한 전략을 모색. • 사회적 자원 연계: 회복에 필요한 자원을 제공해줄 수 있는 사회 기관에 대한 정보제공 및 연계 • 안전대처기술 훈련: 트라우마 증상들과 관련된 촉발단서들을 규명, 증상 및 촉발단서에 대한 대처 전략 점검 및 이에 대한 안전한 대처기술훈련 • 정서조절기술 훈련: 내성 기술 훈련, 고통감내, 정서조절, 정서표현 • 대인관계기술 훈련: 사회적 상황 노출, 재외상화에 기여하는 역기능적 대인관계도식 규명, 대인관계와 관련된 왜곡된 인지적 가정들을 점검하고 수정, 건강한 자기주장기술훈련, 대인관계 효율성 기술 훈련, 문제가 되는 사회적 상황에 대한 인지적 재평가. <p>트라우마 기억 노출: 노출기법의 이론적 근거 설명, 상상노출, 트라우마 기억관련 신체감각의 자각, 주관적 불편감 관찰, 현재감 유지</p> <p>트라우마에 대한 재평가: 트라우마 기억 세부 내용에 대한 재해석 및 재평가, 트라우마 관련 자신, 타인, 세상에 대한 신념의 재평가, 트라우마 경험에 대한 주관적 의미의 재구성</p>

대한 역기능적 해석과 평가, 안정화 능력부족, 트라우마 외현기억과 암묵기억의 분리, 자신·타인·세상에 대한 부정적 신념체계), 트라우마 치료목표 5개 요소(치료 장면에서 안전감과 신뢰감 확보, 트라우마로부터 회복과정에 대한 이해, 정상화, 안정화, 트라우마 외현기억과 암묵기억의 통합, 인지재구성), 트라우마 치료전략 6개 요소(치료구조화, 수용전략, 심리교육, 안정화 기술훈련, 트라우마 기억노출, 트라우마 관련 인지재평가)로 구성되었다.

이중에서 안정화 능력 부족, 안정화 능력 향상, 안정화 기술 훈련 요소들은 각각 6개의 하위 요소들을 포함하고 있다. 이로써 트라우마 사례개념화 양식을 구성할 트라우마 사례개념화 영역과 요소가 최종적으로 확정되었다.

결 과

트라우마 사례개념화 양식(Trauma Case Formulation Framework)의 이해와 적용

확정된 트라우마의 사례개념화 영역과 요소로 구성된 최종 '트라우마 사례개념화 양식'의 이해를 돕고 적용에 대한 안내는 다음과 같다.

트라우마 사례개념화 양식은 크게 트라우마 사건 특성, 트라우마 관련 심리적 증상, 증상을 유지시키는 심리적 기제, 트라우마 치료목표, 트라우마 치료전략으로 총 5개의 영역으로 구성되어 있으며 각 영역 간 유기적 관계는 그림 2에 제시하고 화살표로 표시하였다. 트라우마 사건 특성은 증상을 유지시키는 심리적 기제 영역을 통해 트라우마 관련 심리적 증상에 영향을 미치며 트라우마 관련 심리적 증상은 증상을 유지시키는 심리적 기제와 상호 영향을 주고받는 관계이다. 트라우마 심리치료는 증상을 유지시키는 심리적 기제의 변화를 유도하여 증상의 완화를 이끄는 것으로, 트라우마 치료목표와 트라우마 치료전략은 증상을 유지시키는 심리적 기제의 변화에 영향을 주는 영역이다.

트라우마 사례에 대한 초기 심리적 개입단계에서는 심리평가, 면담, 행동관찰 등의 주요 임상적 정보들을 통해 현재 문제를 명료화하는 트라우마 관련 심리적 증상 영역에 대한 탐색이 중요한 작업이 된다. 규명된 심리적 증상에 대한 원인과 유지 기제를 이해하기 위해서 트라우마 영역과 증상을 유지시키는 심리적 기제 영역에 대한 정보 탐색이 필요하다. 이러한 작업이 선행된 이후 트라우마 심리치료 목표 영역에서 개별 사례에 필요한 목표를 고려할 수 있으며, 선정된 목표에 근거하여 트라우마 심리치료 전략 영역에서 목표 달성에 필요한 세부 전략을 선별할 수 있다. 트라

우마 사례개념화 양식에서는 트라우마 심리치료 목표와 전략들에 대해서 개입의 우선순위에 관한 정보를 함께 제공하고 있기 때문에 이에 근거하여 치료자는 내담자의 요구와 상황을 반영하여 유연하게 치료 회기 내용을 구성할 수 있다. 트라우마 심리치료의 제과정에 대한 점검과 평가는 트라우마 사례개념화 영역 내 사례개념화 요소들을 주요 지표로 삼아 이들 간의 유기적인 변화의 과정을 지속적으로 관찰하는 것을 통해 가능하다. 즉, 심리적 증상을 유지시키는 심리적 기제에서 변화를 유도하기 위한 치료적 전략들을 적용하고 이와 연결된 심리적 증상의 변화가 어떻게 함께 변화하는지 그 추이를 지속적으로 관찰하는데 트라우마 사례개념화 양식은 유용한 도구로 사용될 수 있다.

트라우마 사례개념화 양식의 영역별 사례개념화 요소

트라우마 사건 특성. 트라우마 사건 특성은 트라우마 관련 심리적 증상의 원인이 되는 요인인 트라우마 사건과 관련된 주요한 정보들을 얻기 위한 것이다. 트라우마 사건 특성은 촉발 트라우마 유형 및 심각성 요소와 과거 트라우마 경험 요소와 같은 사례개념화 요소로 구성되어 있다.

• 촉발 트라우마 유형 및 심각성. 촉발 트라우마는 현재의 주호소와 관련하여 심리치료가 필요하게 된 계기가 된 트라우마를 의미하는 것으로 반복적 대인간 외상 사건(복합외상)과 그 외 사건(단순외상)으로 유형을 구분할 수 있다. 사건 발생 후 경과 기간과 트라우마 사건 심각성을 결정짓는 트라우마 사건으로 인한 주요 타인(예: 가족, 연인, 동료, 친

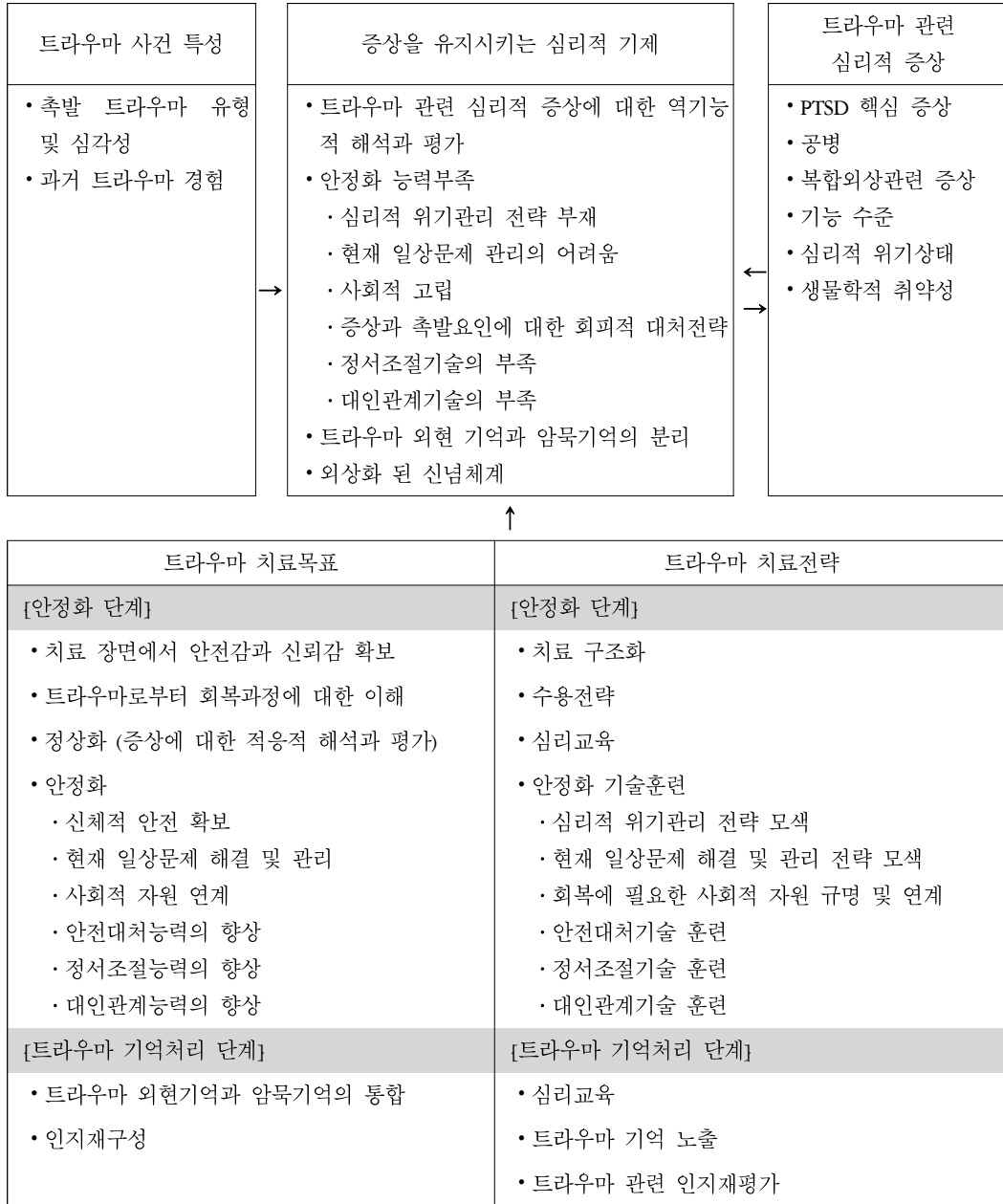


그림 2. 트라우마 사례개념화 영역 간 관계 구조

구 등)의 사망 여부, 사건관련 법적 소송의 진행 여부, 신체적 부상 유무를 포함한다.

• **이전 트라우마 경험.** 이전 트라우마 경험은 촉발 트라우마 사건 이전에 경험한 트라우마를 의미한다. 촉발 트라우마를 계기로 이

전 트라우마에 대한 기억이나 증상들이 함께 촉발될 수 있다. 이전 트라우마 경험은 당시의 연령과 사건 유형을 고려할 필요가 있으며 특히, 아동기 반복된 대인간 외상 경험은 신체적·정서적 학대나 반복적 성적 학대 경험이 있는지를 점검한다. 이외에도 청소년·성인기 반복적 대인간 외상 경험(예: 학교 폭력, 배우자 폭력, 난민 경험, 전쟁 참전, 성매매 피해 경험 등) 여부나 그 외 다른 트라우마 경험(예: 교통사고, 자연재해, 산업재해, 범죄 피해, 일회성 신체적 폭력 등)이 있었는지를 점검한다.

트라우마 관련 심리적 증상. 트라우마 관련 심리적 증상 영역에서는 트라우마로 인한 심리적 증상을 비롯하여 현재 적응 및 기능 수준을 검토함으로써 문제가 무엇인지를 명료화한다. 트라우마 관련 심리적 증상은 심리치료적 개입을 통해 변화를 유도하고자 할 때 표적이 되는 지표들로 구성되어 있다. 트라우마 관련 증상은 크게 PTSD 핵심증상, 공병, 복합외상관련 증상, 기능 수준, 심리적 위기상태, 생물학적 취약성과 같은 사례개념화 요소들로 구성되어 있다. 단, 복합외상관련 증상은 촉발 트라우마나 이전 트라우마 경험을 점검에서 복합외상에 해당하는 경험이 있었던 경우에 한하여 검토한다.

• PTSD 핵심증상. DSM-5(APA, 2013)의 PTSD 진단 준거들에 근거하여 PTSD 핵심 증상인 침습, 회피, 부정적 인지적·정서적 변화, 과각성 증상들에 더불어 해리 증상(이인화, 비현실감)의 동반 유무를 점검한다.

• 공병. PTSD 핵심증상 외에도 동반하고

있는 심리적 증상들을 검토하기 위해 PTSD와 동반 발병 가능한 주요 심리적 증상들이 포함되어 있다. 구체적으로는 기분장애(주요 우울장애, 기분부전장애), 불안장애(공포증, 일반화된 불안장애, 사회공포증, 강박장애, 공황장애), 물질남용/중독 문제, 성격장애(경계선 성격장애, 편집성 성격장애 등), 정신증의 유무를 검토할 수 있다.

• 복합 트라우마 관련 증상. 트라우마 사건 특성에서 촉발 트라우마 또는 과거 트라우마 영역에서 복합 트라우마 경험이 있다고 확인된 경우에는 추가로 복합 트라우마 관련 증상들을 검토할 필요가 있다. 비록 DSM-5의 PTSD 진단 준거에서는 이전의 PTSD 핵심증상 준거들에 복합 트라우마로 인한 일부 주요 심리적 증상들을 반영하려는 시도가 있었지만 복합 트라우마와 관련해 언급되어 온 주요 심리적 증상들을 모두 반영하지는 못하고 있어 DSM-IV-TR(APA, 2000)의 DESNOS에 명시된 정서적 각성 조절 기능의 변화, 주의력 또는 의식 기능의 변화, 자기인식의 변화, 타인과의 관계 변화, 신체화 증상, 의미체계의 변화를 복합 트라우마 관련 증상들을 추가로 검토할 수 있도록 하였다.

• 기능 수준. 현재 PTSD 핵심증상, 공병, 복합 트라우마 관련 증상들을 지닐 때의 기능 수준을 검토하기 위한 것으로 사회적·직업적 기능 손상 수준을 고려하여 약물치료 필요성을 점검할 수 있다.

• 심리적 위기상태. 현재 심리적 위기 수준 점검을 위해 자살 위험, 타해 위험, 자기과격적 행동을 보이는 것을 의미한다.

• **생물학적 취약성.** 심리적 개입시 고려되어야 할 주요 생물학적 취약성으로는 뇌손상 유무(두부 손상, 인지 기능의 현저한 저하에 따른 기능 수준의 손상)를 검토할 수 있다.

증상을 유지시키는 심리적 기제. 증상을 유지시키는 심리적 기제는 트라우마 관련 심리적 증상들을 발생시키거나 유지 및 심각하게 하는 심리적 기제를 설명해주는 요인들로 구성된다. 트라우마 관련 증상들의 변화를 이끌기 위해서는 심리적 증상과 관련된 심리적 기제를 파악하고 이러한 기제가 유지되고 작동하는 과정에서의 변화를 유도해야 한다. 증상 관련 심리적 기제는 트라우마 관련 심리적 증상에 대한 역기능적 해석과 평가, 안정화 능력부족, 트라우마 외현 기억과 암묵 기억의 분리, 외상화 된 신념체계와 같은 요소들로 구성되어 있다.

• **트라우마 관련 심리적 증상에 대한 역기능적 해석과 평가.** 트라우마 관련 증상들에 대한 이해의 부족, 현재의 심리적 증상들이 트라우마 경험과 연결된다는 인식의 결여, 트라우마 관련 증상들에 대한 부정적 해석과 평가를 보이는 것을 의미한다.

• **안정화 능력 부족.** 안정화 능력의 부족은 심리적 위기관리 전략 부재, 일상문제 해결 곤란, 사회적 고립, 증상 및 촉발 요인에 대한 회피적 대처전략, 정서조절 기술의 부족, 대인관계 기술의 부족과 같은 요소 점검을 통해 확인할 수 있다. 주로 반복된 대인간 외상을 경험하였을 때 특히, 아동기에 이러한 형태의 외상 경험이 있는 트라우마 생존자의 경우 안정화 능력에서 손상 또는 결핍을 보일

수 있다. 심리적 위기관리 전략 부재는 심리적 위기상태에서 자신이 심리적 위기 상태에 있다는 것을 감지하여 안전하게 대처할 수 있는 전략을 지니지 못한 것을 의미한다. 일상문제 해결 곤란은 기능 수준의 현저한 저하로 인해 스스로 일상적인 문제들을 해결하는 것이 어려운 상태를 의미한다. 사회적 고립은 트라우마 관련 증상들의 회복에 필요한 사회적 자원(예: 물질남용/중독, 가정폭력, 정신건강, HIV/AIDS/성병, 양육, 영양, 의학적 문제 지원 기관들)을 지원해줄 수 있는 해당 기관에 대한 정보가 없거나 연계가 되지 않은 경우에 해당될 수 있다. 증상 및 촉발요인에 대한 회피적 대처전략은 트라우마 관련 내·외적 단서들(촉발요인)에 대해 위협으로 지각하는 것, 그리고 이러한 내·외적 단서나 증상들에 대해 회피적 대처 전략 사용하는 것을 의미한다. 정서조절기술의 부족은 정서자각, 정서명명, 정서조절, 정서표현 기술의 부족을 의미하는 것으로 트라우마 관련 주요 부정적 정서(예: 두려움, 수치심, 분노, 죄책감 등)를 완화시키기 위한 정서조절 기술뿐만 아니라 일상에서의 긍정적 정서(예: 기쁨, 성취감, 편안함 등)를 고양시키는 정서조절 기술들을 함께 고려한다. 대인관계기술의 부족은 사회적 상황에 대한 회피(관계 철수, 고립), 재외상화에 기여하는 역기능적 대인관계 도식, 대인관계와 관련된 왜곡된 인지적 가정, 자기주장기술의 부족(거절하기, 요청하기), 사회적 상황에 대한 왜곡된 인지적 해석을 보이는 것을 의미한다.

• **트라우마 외현 기억과 암묵 기억의 분리** (헤리된 기억)는 트라우마를 경험하던 당시의 생각, 감정, 지각 정보들은 상황 의존적인 형

태로 저장되면서 다른 기억망과 분리되어 있기 때문에 트라우마 경험과 관련된 상황이나 단서들에 노출되면 트라우마 기억이 활성화되는 침습 증상을 보이게 되는 것을 의미한다. 트라우마 경험으로 형성된 공포 기억이 기존의 정보망과 통합되지 못하거나 새로운 정보들이 이에 추가되지 못하면서 트라우마와 관련된 암묵 기억의 침습적 회상이 지속되며 언어로 설명 가능한 의식수준에서 회상되는 트라우마 기억이 파편화된 특성(사건의 진행 순서가 뒤섞임, 사건과 관련된 일부 기억 회상 곤란 등)을 보일 수 있다.

• 외상화 된 신념체계는 트라우마 경험과 관련하여 자신·타인·세상에 대한 부정적이고 경직된 신념체계를 보이는 것을 의미하는 것이다. 트라우마 경험에 대한 자기 비난, 기존의 핵심 신념과 트라우마 관련 인지들의 역기능적 통합, 자신·타인·세상에 대한 경직된 부정적 신념 유지, 파편화된 정체성을 보일 수 있다.

트라우마 치료목표. 트라우마 치료목표는 트라우마 관련 심리적 증상을 완화시키기 위해서 증상을 유지시키는 심리적 기제 영역의 변화의 방향을 모색한다. 따라서 증상관련 심리적 기제를 설명해주는 요소별로 치료적 목표는 수립될 수 있다. 트라우마 심리치료 목표에는 치료 장면에서 안전감과 신뢰감 확보, 정상화, 안정화 능력 향상, 트라우마 외현 기억과 암묵 기억의 통합, 인지재구성과 같은 요소들로 구성되어 있다. 트라우마 치료목표들은 안정화 단계와 트라우마 기억처리 단계로 구분하여 안정화 단계가 확보된 이후에 트라우마 기억처리 단계를 고려하는 순차적 개

입이 필요하다. 만일 촉발 트라우마나 이전 트라우마 경험이 복합 트라우마로 확인되었고, 복합외상관련 증상을 함께 호소하는 경우는 치료목표와 전략 수립시 안정화 단계 개입에 필요한 기간을 약 6개월 정도는 고려하는 것을 고려해 볼 수 있다. 안정화 단계에는 치료 장면에서 안전감과 신뢰감 확보, 정상화, 안정화 능력 향상을 고려하며 트라우마 기억처리 단계에는 트라우마 외현 기억과 암묵 기억의 통합, 인지재구성을 고려한다. 단계 간 (안정화 단계와 기억처리 단계) 또는 단계 내 트라우마 심리치료 목표가 여러 가지에 해당하는 경우는 개입의 우선순위를 판단할 필요가 있으므로 치료자는 아래에 제시된 순서에 따라 우선순위를 적용할 수 있다.

안정화 단계

• **치료 장면에서 안전감과 신뢰감 확보.** 협력적이며 신뢰로운 치료적 관계 형성을 치료 목표로 설정하는 것으로 내담자가 신체적·심리적으로 치료 환경과 치료자에 대해서 안전함, 예측가능성, 통제감을 지닐 수 있도록 하는 것을 의미한다. 복합 트라우마 생존자의 경우 이러한 목표는 더욱 중요하게 고려될 수 있다.

• **트라우마로부터 회복 과정에 대한 이해.** 트라우마 경험 후 심리적 회복 과정과 치료 과정에 대해서 이해할 수 있도록 돕고 현재 내담자의 상태가 어떠한 과정에 해당하는지를 인식할 수 있도록 한다.

• **정상화.** 트라우마 관련 심리적 증상에 대한 역기능적 해석과 평가에 대한 정상화를 목표로 설정할 수 있다. 정상화는 트라우마

관련 심리적 증상이나 촉발요인에 대한 반응들을 규명하고 이것이 트라우마 경험과 연관성을 인식할 수 있도록 돕는 것과 트라우마 관련 심리적 증상들의 유지가 어떠한 심리적 기제와 관련될 수 있는지에 대해 이해할 수 있도록 돕는 것을 포함한다.

• **안정화 능력 향상.** 안정화 능력의 부족에 개입하기 위해서 신체적 안전 확보, 현재 일상문제 해결 및 관리, 사회적 자원 연계, 안전대처기술 향상, 정서조절능력 향상, 대인관계기술 향상을 세부 목표로 설정할 수 있다. 안정화 능력 향상과 관련된 세부 목표들이 중첩될 때 다음의 제시하는 순서에 따라 단계적으로 개입하는 것이 유용하다. 신체적 안전 확보는 내담자가 심리적 위기관리 전략이 없는 경우 위기관리를 위한 목표로 고려되는 것으로 생명을 위협을 주는 행동들을 감소시키는 것, 환경에서의 위험 요소들을 검토하고 통제할 수 있도록 안전을 확보하는 것을 의미한다. 현재 일상문제 해결 및 관리는 일상문제 해결 곤란을 보일 때 고려될 수 있는 목표로 현재 내담자의 기능 수준 저하에 따른 일상의 문제들이 무엇이 있는지를 규명하고 이를 관리하고 해결할 수 있도록 돕는 것을 의미한다. 사회적 자원 연계는 사회적 고립을 보이는 내담자를 위해 고려될 수 있는 목표로, 치료자 및 해당 기관에서 가진 자원으로는 직접적으로 개입할 수 없지만 내담자의 회복에 필요한 사회적 자원이 있는 경우 이것이 무엇인지를 파악하고 이러한 자원을 연계하는 것을 의미한다. 안전대처기술 향상은 증상 및 촉발 요인에 대한 회피적 대처전략을 지니는 경우 고려될 수 있는 목표로 트라우마 관련 심리적 증상이나 촉발요인에 대한 안전한 대

처기술 적용, 불안조절 능력 향상, 회피 자극에 대한 접근 행동 증진을 세부 목표로 고려할 수 있다. 정서조절능력 향상은 정서조절기술의 부족을 보이는 경우 고려할 수 있는 목표로 자신의 행동에 대한 통제감을 지니는 것, 트라우마와 관련된 부정적 정서의 완화, 긍정적 정서적 경험의 증가를 세부 목표로 고려할 수 있다. 대인관계기술 향상은 대인관계기술의 부족을 보이는 경우 고려할 수 있는 목표로 친밀하고 신뢰할 수 있는 대인관계 경험의 확대, 대인관계 내에서 건강한 자기주장하기, 타인으로부터 소외감 감소 및 연대감 증가를 세부 목표로 고려할 수 있다.

트라우마 기억처리 단계

• **트라우마 외현 기억과 암묵 기억의 통합.** 트라우마 기억 회상에 따른 공포반응을 감소시키기 위해 트라우마 관련 암묵기억을 소거(둔감화)시키는 것을 의미한다. 만일 PTSD 핵심증상 중에 침습 증상을 지닌 경우는 트라우마 기억의 통합을 치료목표로 고려해야 한다. 회상된 트라우마 기억 및 트라우마 기억과 관련된 상황이나 활동들이 과거 트라우마 사건 그 자체는 아니라는 것을 학습할 수 있다. 처리되지 못한 채로 다른 기억망과 분리되어 저장된 트라우마 기억은 새로운 정보들을 통합시키는 것이 가능해지고 기존의 정보망과 연결될 수 있다.

• **인지재구성.** 외상화 된 신념체계를 적극적으로 변화시키기 위해서 트라우마 관련 자신, 타인, 세상에 대한 경직된 부정적 신념 체계의 변화를 통해 트라우마 경험과 관련된 새로운 관점, 해석, 의미가 형성되면 이것을 정체성에 재통합할 수 있다. 이러한 과정에서

자기에 대한 비난 대신 트라우마 경험과 관련된 자신의 경험들을 타당화하면서 스스로를 바라보는 자기 연민이 촉진될 수 있다.

트라우마 치료전략. 트라우마 치료전략에 서는 앞서 제시한 트라우마 치료목표에서 확인된 목표들을 달성하는데 도움이 되는 치료적 전략들을 모색하는 영역이다. 앞서 트라우마 치료목표에서 수립된 치료적 목표별로 구체적인 치료적 전략을 계획할 수 있으며 계획된 치료적 전략 요소들은 치료자의 훈련된 정도나 치료 경험, 이론적 오리엔테이션에 따라 적절한 기법들을 적용할 수 있다. 구체적인 트라우마 치료전략에는 치료 구조화, 수용 전략, 심리교육, 안정화 기술 훈련, 트라우마 기억 노출, 트라우마 관련 인지재평가와 같은 요소들로 구성되어 있다. 트라우마 심리치료 전략들도 치료목표와 마찬가지로 안정화 단계와 트라우마 기억처리 단계로 구분하여 제시하였고 해당 목표에 적용될 수 있는 전략들은 다음과 같이 고려할 수 있다.

안정화 단계

• **치료 구조화.** 치료 장면에서 안전감과 신뢰감 확보에는 치료 구조화를 통해 치료 진행절차, 치료와 내담자의 역할 등 상담 진행 전반에 대한 안내를 제공한다.

• **수용전략.** 수용전략은 치료 구조화와 더불어 치료 장면에서 안전감과 신뢰감 확보하기 위해 내담자의 자기 비난과 연결된 경험에 대한 타당화, 공감적 대화를 포함한다.

• **심리교육.** 트라우마로부터 회복 과정에 대한 이해와 정상화를 돕기 위해 트라우마,

트라우마의 영향, 트라우마 관련 심리적 증상, 트라우마로부터의 회복과정, 트라우마 심리치료의 원리, 절차, 그리고 기법에 대한 안내를 포함시킬 수 있다. 내담자의 주요 타인에게도 필요시 심리교육 내용을 전달하는 것을 고려할 수 있다.

• **안정화 기술 훈련.** 안정화 능력 향상을 위해서는 안정화 기술 훈련이 치료전략으로 적용될 수 있다. 안정화 기술 훈련에는 심리적 위기관리전략 모색, 현재 일상 문제들에 초점을 맞추고 해결, 사회적 자원연계, 안전대처기술 훈련, 정서조절기술 훈련, 대인관계기술 훈련의 세부 전략들을 포함하고 있어 개별 사례에 필요한 세부 전략을 선택할 수 있다. 심리적 위기관리전략 모색은 자살, 타해 충동, 자해, 중독이나 물질남용문제, 학대적 관계, 신체부상이나 질병, 섭식장애, 위험한 성행위(HIV 위험을 높이는 행동)점검, 위기대처 전략 수립, 위기상담 이용 안내를 고려할 수 있다. 현재 일상 문제에 초점화된 해결에는 일상의 구조화 수준을 높이는 것이나 일상생활 관리 전략을 점검하고 필요한 전략을 모색할 수 있다. 사회적 자원 연계는 회복에 필요한 자원을 제공해줄 수 있는 사회 기관에 대한 정보 제공 및 연계(예: 중독치료, 가정폭력, 정신건강, 성관련 신체 질병, 양육, 영양, 의료적 문제를 지원해주는 전문 기관)하는 것을 고려할 수 있다. 안전대처기술 훈련으로는 트라우마 증상들과 관련된 촉발단서들을 규명, 트라우마 증상들 및 촉발요인에 대한 대처 전략 점검 및 이에 대한 안전한 대처기술훈련.이완 기술(예: 호흡법, 근육이완법, 안전한 장소 떠올리기 등), 그라운드링 기술, 파괴적인 자기진술문 수정, 문제 상황에 대한 인지적 재평가,

자기 돌봄 기술 등을 고려할 수 있다. 정서조절기술 훈련에는 내성 기술 훈련, 고통감내, 정서조절, 정서표현을 포함시킬 수 있으며 대인관계기술 훈련에는 사회적 상황 노출, 재외상화에 기여하는 역기능적 대인관계도식 규명, 대인관계와 관련된 왜곡된 인지적 가정들을 점검하고 수정, 건강한 자기주장기술(거절하기, 요청하기) 훈련, 대인관계 효율성 기술 훈련, 문제가 되는 사회적 상황에 대한 인지적 재평가를 포함시킬 수 있다.

트라우마 기억처리 단계

• **트라우마 기억 노출.** 노출기법의 이론적 근거 설명, 상상노출(예: 내러티브, 글, 심상), 트라우마 기억 관련 신체감각의 자각, 주관적 불편감(Units of Subjective Distress, SUDS) 관찰, 이중 인식(dual awareness, 외상 기억이 회상될 때 과거가 아닌 안전한 현실에 있다는 것에 대한 감각을 지님) 등을 포함시킬 수 있다.

• **트라우마 관련 인지재평가.** 트라우마 기억의 세부 내용에 대한 재해석 및 재평가, 트라우마 관련 자신, 타인, 세상에 대한 신념(예: 안전, 신뢰, 힘, 능력, 자존감, 친밀감의 영역)의 재평가, 자신의 정체성이나 삶에서 트라우마 경험에 대한 주관적 의미를 재구성하는 것이 포함될 수 있다.

트라우마 사례개념화 양식의 신뢰도

일반적으로 사례개념화의 신뢰도는 평정자간 일치도를 통해 검토될 수 있는데, 동일한 이론적 배경을 지녔고 전문가로서 숙련도가 유사하다는 가정 하에 임상가들이 동일한 사례에 대해 사례개념화 작업을 한다면 사례에

대한 이해와 치료적 계획의 수립 내용이 임상가들 간에 일치하는 비율이 높아질 것으로 기대할 수 있다. 사례개념화에서 평정자간 일치도를 검토한 연구들 중에는 특정 이론적 배경을 공유하는 임상가들이 이론에 근거하여 진술문의 형태로 사례개념화를 하면 훈련된 평정자들이 개별적으로 각 진술문에서 해당 사례개념화 요소의 출현 빈도를 평정하게 되며 이후 사례개념화 요소 또는 영역별로 평정자간 일치율을 검토하는 과정을 따른다. 만일 평정을 하는 인원이 적을 경우에는 평정자간 신뢰도가 의미하는 바가 제한적일 수 있으며 사례개념화 개발자가 직접 평정에 참여하는 경우에도 더 높은 신뢰도를 보이는 방향으로 잠재적 편향이 발생할 수 있어 주의해야 한다. 또한 사례개념화를 위한 지침의 명확성이나 평정자들에 대한 사례개념화 교육 및 훈련은 평정자간 신뢰도에 영향을 미칠 수 있다(김수현, 1997; 장재홍, 안창일, 1999).

따라서 본 연구에서는 개발한 트라우마 사례개념화의 신뢰도를 검토하기 위해 트라우마 상담 사례에서 트라우마 사례개념화의 영역별 사례개념화 요소들에 대한 평정자간 일치도를 검토하고자 하였다. 신뢰할만한 평정자간 일치도를 확보하기 위해 (1) 트라우마 사례개념화에 대한 사전 교육을 실시하고 이를 이수한 다수의 평정자들이 연구에 참여하였으며, (2) 트라우마 사례개념화의 영역별 요소들의 출현 유무를 표시할 수 있는 구조화된 체크리스트를 평정에 활용하였다. 평정자로 본 연구에 참여한 인원은 저자가 한 학기 동안 강의하는 수업의 상담심리전공 석사과정 재학생으로 교과 내용에서 트라우마와 외상 후 스트레스와 관련된 주요 이론들과 주요 트라우마 심리치료적 개입에 관한 내용의 교육을 받았으며

(100분 x 7회), 본 연구의 참여를 희망한 사람들만 추가로 모집하여 총 21명이 트라우마 사례개념화 양식의 임상적 활용에 관한 교육을 추가로 이수하였다(100분 x 1회). 평정자의 성별은 남 5명(23.8%), 여 16명(76.2%), 평균 연령은 32.38(SD=9.48)세, 학기는 석사 2학기 7명(33.3%), 3학기 2명(9.5%), 4학기 8명(38.1%), 5학기 4명(19.0%)이다. 평정자들의 평균 상담실 무기간은 8개월(SD=7.35)이고 총 상담사례수는 평균 9.76사례(SD=18.48)였다.

트라우마 사례개념화 요소는 트라우마 사례의 유형에 따라 출현 빈도가 다를 수 있기 때문에 단순 트라우마 사례와 복합 트라우마 사례를 구분하여 평정자간 일치도를 검토하고자 하였다. 평정을 위해 제공된 트라우마 상담 사례들은 저자가 실제 상담하고 종결한 사례들로 내담자가 연구 참여에 동의를 한 사례이다. 개별 평정자들이 사례들을 평정하기에 앞서 복합 트라우마 내담자의 상담사례 축어록의 일부분을 가지고 트라우마 사례개념화 방법을 연습하였다. 이후 평정자들이 개별 사례에 대해 독립적으로 평정할 수 있도록 트라우마 사례개념화 작업에 필요한 사례의 기본 정보와 상담 초기 한 회기 분량의 축어록을 자료로 배부하였으며 평정자들이 각각의 사례에 대해 체크리스트 형식의 트라우마 사례개념화 양식지를 활용하여 사례개념화 요소의 출현 유무를 평정한 자료는 1주일 후에 모두 회수하였다. 트라우마 사례개념화 양식지는 트라우마 사례개념화 양식의 영역별 요소에 대한 정보들을 간명하게 검토하는데 활용하기 위해 본 연구자가 1차로 작성한 것을 본 연구의 사례개념화 영역과 요소의 범주화 타당도 검증에 참여한 전문가 3인의 검토한 의견이 반영한 것이다. 연구를 위해 배부된 사례와 관련

된 자료들은 본 연구자가 모두 회수하였으며 평정자들에게는 1만원 상당의 사례를 제공하였다.

평정자간 신뢰도(inter-rater reliabilities)를 검토하기 위해 평정자간 일치도를 산출하고자 하였는데 만일 모든 평정자가 주어진 단위에서 유사하게 평정을 하면 평정자간 신뢰도는 높아질 수 있으며 이것이 곧 신뢰롭다는 의미이지만 반대로 평정자들이 주어진 단위에 대해서 서로 다르게 평정을 한다면 평정자간 일치도는 낮을 것이며 이는 신뢰롭지 못하다는 것을 의미한다. 평정자간 일치도를 반영해주는 값으로는 일치율, Scott(1955)의 Pi, Cohen(1960)의 Kappa, Krippendorff(1980)의 Alpha가 있는데 Krippendorff's alpha는 평정자의 수, 자료의 유형, 작은 표본 크기로부터 자유로울 뿐더러 우연에 의해 평정자들이 일치된 응답을 보이는 가능성들도 보수적인 수준에서 보고해주기 때문에 다수의 평정자가 참여하는 본 연구에서는 평정자간 일치도를 검토하기 위해 Krippendorff's alpha를 산출하고자 하였다. Krippendorff's alpha값의 해석은 0.80 이상은 좋은 신뢰도, 0.66-0.79는 수용가능한 수준으로 권고되나(Krippendorff, 2004) 0.40 이상만 되어도 적절한 신뢰도로 간주되기도 한다(Artstein & Poesio, 2008; Rietveld & Hout, 1993).

개별 평정자들이 트라우마 사례개념화 양식지에 사례개념화 요소가 있다고 표시한 경우에는 1점, 표시하지 않은 경우는 0점으로 점수를 부여하고 사례별 트라우마 사례개념화 영역별 요소의 출현 빈도를 검토하였다. Krippendorff's alpha는 SPSS나 SAS와 같은 통계 프로그램의 기본 기능에서는 산출할 수 없기에 Hayes와 Krippendorff(2007)가 SPSS 통계 프로그램에서 Krippendorff's alpha를 산출이 가능하

도록 제공하는 프로그램을 SPSS 19에 직접 설치한 이후 산출하였다. 그 결과 트라우마 사례개념화 영역별 평정자간 반응 일치도(Krippendorff's alpha) 평균값은 다음과 같다: 트라우마 영역(단순=0.69, 복합=0.60), 트라우마 관련 심리적 증상 영역(단순=0.63, 복합=0.82), 증상을 유지시키는 심리적 기제 영역(단순=0.50, 복합=0.78), 트라우마 심리치료 목표 영역(단순=0.56, 복합=0.74), 트라우마 심리치료 전략 영역(단순=0.62, 복합=0.74). 트라우마 사례개념화의 모든 영역에 대한 Krippendorff's alpha 평균값은 단순 외상이 0.50-0.69, 복합 외상이 0.60-0.82로 모두 적절하거나 좋은 신뢰도 수준을 보이는 것으로 확인되었다.

트라우마 사례개념화 양식지

본 연구에서는 트라우마 사례개념화 양식의 임상적 적용이 용이하도록 트라우마 영역과 영역별 핵심 사례개념화 요소들에 대한 정보를 체크리스트의 형태로 간명하게 검토하는데 활용할 수 있는 트라우마 사례개념화 양식지를 부록으로 함께 제시하였다. 트라우마 사례개념화 양식지는 트라우마 사례개념화 영역별 주요 사례개념화 요소들의 유무를 표기할 수 있도록 되어 있다. 증상을 유지시키는 심리적 기제 요소들을 연관되는 치료적 목표의 요소들과 나란히 동일한 행에 표기할 수 있으며, 트라우마 치료전략은 트라우마 치료 목표에 표시된 요소들과 함께 심리적 위기, 공병, 기능수준 내용을 반영하여 표기한다. 치료전략은 우선순위를 함께 제시하고 있는데 이중 안정화단계 공통으로 표기된 요소는 안정화 단계의 모든 단계에서 함께 고려할 수 있는 사항으로 고려할 수 있다.

트라우마 사례개념화 양식지에 대한 이해도

와 임상적 적용 가능성을 검토하기 위해서 심리치료 실무자 집단에서 이를 검토하여 이들의 피드백을 반영하여 트라우마 사례개념화 양식지를 확정하였으며 구체적 절차는 다음과 같다. 정신건강관련학과를 전공하고 최종 학력이 석사 이상이면서 임상 경험 최소 2년 이상이며 현재 정신건강증진센터, 사설 상담기관, 병원, 학교, 군대, 기업체, 경찰청, 범죄 피해자 지원센터(예, 해바라기 센터, 스마일센터) 등 다양한 실무 현장에서 일하는 심리치료 실무자들 중에서 트라우마와 관련된 전문 교육(트라우마에 대한 이론, 트라우마로 인한 주요 심리적 증상, 트라우마의 주요 심리치료, 트라우마의 심리평가, 트라우마 면접, 안정화, 트라우마 위기개입)을 사전에 일정 시간(약 16시간) 이상 이수하였고 본 연구자에 의해 트라우마 사례개념화 교육(트라우마 사례개념화 개발과정, 사례개념화의 영역과 요소, 트라우마 사례개념화 양식지의 활용)을 추가로 이수한 46명을 대상으로 단순 외상과 복합 외상에 해당하는 사례에 대한 주요 정보들을 제공하고 각각의 사례에 대해서 트라우마 사례개념화 양식지를 현장에서 작성하도록 요청하였다. 이러한 작업은 서로 다른 3개의 일자에 소그룹으로 진행되었으며 본 연구자를 비롯하여 트라우마 사례개념화 양식의 타당도 검토와 양식지 구성에 참여한 트라우마 전문가 2인이 함께 현장에서 트라우마 사례개념화 양식지의 활용에 대한 질문과 피드백을 취합하였다. 취합된 내용은 트라우마 사례개념화 양식지에 반영하고 수정하는 작업을 통해 트라우마 사례개념화 양식지를 확정하였다.

논 의

본 연구에서는 개별 트라우마 사례에 대한 사례개념화 작업에 활용될 수 있는 트라우마 사례개념화를 개발하고 타당도와 신뢰도를 함께 검토하였다. 이를 위해 트라우마 초점화된 심리치료로 경험적으로 치료적 효과가 입증된 주요 트라우마 심리치료들에서 사례개념화 요소들을 추출하여 트라우마 사건 특성, 트라우마 관련 심리적 증상, 증상을 유지시키는 심리적 기제, 트라우마 치료목표, 트라우마 치료 전략으로 요소들을 범주화하여 타당도를 확보하였으며 이후 트라우마 사례개념화 양식에 근거해 개별 트라우마 사례를 사례개념화한 결과에서 평정자간 일치도가 수용할 수 있는 수준을 보임을 확인하였다. 마지막으로 트라우마 사례개념화의 임상적 활용에 사용될 수 있는 양식지의 타당도를 검토하고자 다양한 임상장면에서 활동하고 있는 정신건강전문가 집단으로부터 피드백을 취합하여 트라우마 사례개념화 양식지를 보완하고 그 결과물을 함께 제시하였다. 본 연구의 주요 결과 및 의의는 다음과 같다.

첫째, 트라우마 사례개념화 양식은 개별 트라우마 사례에 대한 심리적 개입시 검토되어야 하는 주요 정보들을 다각적이고 체계적으로 탐색하고 조직화할 수 있는 구조화된 틀을 제공하고 있기 때문에 개별 사례에 대한 이해, 치료적 계획 수립, 치료 과정 및 성과의 점검과 같은 제과정에서의 임상적 활용에 유용할 것으로 기대된다. 트라우마 사례개념화 양식은 이론적·경험적 근거들로부터 트라우마 사례에 대한 심리적 개입시 변화의 과정에서 검토되어야 할 주요 지표들을 추출하여 제공하고 있기에 트라우마 치료에서 이러한 지표들

이 치료 과정에서 어떻게 상호 변화해 나아가는지에 대해 체계적으로 검토하는 것이 가능할 것이다. 최근 심리학 연구에 있어 한국어 구어체 언어 자료의 수집과 분석 방법에 관해 자세히 소개되었는데(정혜선, 2014) 트라우마 치료 과정에서의 자료 수집과 분석에 이러한 방법론을 적용한다면, 트라우마 사례개념화 요소들을 지표로 하여 치료 과정을 관찰하여 검토한다면 치료 집단과 통제 집단 비교나, 치료 전후의 비교를 통해 치료 효과성 검증 연구에서 제한적으로 설명하는 치료적 기제에 대한 깊이 있는 설명도 가능할 것으로 기대된다.

본 연구에서 트라우마 사례개념화의 영역과 요소들에 대한 평정자간 일치도는 단순 트라우마 사례와 복합 트라우마 사례에서 각각 높거나 수용 가능한 수준을 보이고 있어, 개별 트라우마 사례의 핵심 문제를 이해하고 이에 근거한 치료적 전략을 모색하는 과정에서 치료자들 간의 일치도를 높이는데 트라우마 사례개념화 양식이 도움이 될 수 있다는 것을 확인하였다. 이윤주(2001)에 따르면 수퍼바이저는 수련중인 상담자들에 비해 내담자의 핵심 문제를 더 잘 파악하고 이에 근거하여 상담전략을 모색하는 수행 능력이 더 높은 양상을 보인다. 만일 트라우마 사례개념화 양식의 구성 요소에 대한 상담자의 이해가 전제된다면, 트라우마 사례개념화 양식에 기반한 구조화된 정보망은 사례개념화 수행 수준에 미치는 치료자의 개인적 변인의 영향력을 감소시키는데 기여할 수 있을 것이며 이러한 가능성에 대해서는 추후 검토될 필요가 있다.

둘째, 트라우마 사례개념화 양식의 활용은 특정 진단명이나 대상 또는 치료적 기법에 구애받지 않고 다양한 개별 트라우마 사례에 최

적화된 치료적 개입 전략의 수립과 평가를 가능하게 할 것으로 기대된다. 치료 현장에서 접할 수 있는 다양한 트라우마 사례들 중에는 특정 트라우마 심리치료에서 치료 대상으로 언급한 기준에서 제외되는 사례가 있을 수 있으며, 만일 동일한 진단명을 공유하더라도 공병의 유무나 현재의 심리사회적 기능 수준에 따라 치료적 접근을 달리해야하기 때문에 개별 트라우마 사례에 기반한 사례개념화 작업은 임상적인 관점에서 중요한 가치를 지닐 것이다. 무엇보다도 트라우마 사례개념화의 구성 영역 중 트라우마 심리치료 영역과 트라우마 심리적 치료적 개입 전략 영역의 사례개념화 요소들은 단계와 우선순위를 본 연구가 함께 제시하였기 때문에 해당 영역의 사례개념화 요소가 동시에 출현할 때 개입 순서를 고려함에 있어 치료자의 임상적 판단이 필요한 경우 유용한 지침이 될 것이다.

셋째, 트라우마 사례개념화 양식은 트라우마 심리치료의 과정과 치료적 요인, 성과와 관련된 깊이 있는 임상적 주제의 연구에서 유용한 평가 틀로 활용될 수 있을 것이다. 기존의 사례개념화 주제에 대한 선행 연구들은 주로 문장으로 기술된 사례개념화 내용이 분석의 단위였기에 분석을 위한 평정자의 훈련과 내용 분석에 많은 시간과 비용이 필요하였지만, 트라우마 사례개념화 양식은 사례개념화 영역과 요소들의 출현 여부를 간략히 검토할 수 있는 구조화된 체크리스트 형식의 트라우마 사례개념화 양식지를 활용할 수 있기 때문에 연구 도구로써 활용도가 높을 것으로 기대된다. 효과적인 심리치료를 위한 근거-기반 치료적 개입은 연구를 통한 근거, 임상적 전문성, 내담자의 선호 및 가치를 입체적이고 쌍방향적으로 고려하며 개별 내담자에게 최적화

된 치료적 개입을 가능하도록 하는 접근으로 국내외에서 꾸준히 언급되어 오고 있다(임민경, 이지혜, 이한나, 김태동, 최기홍, 2013; APA, 2006). 개별 트라우마 내담자에 초점화된 의사결정 과정이 치료적으로 이어지는 트라우마 사례개념화의 임상적 적용은 근거-기반 치료적 개입의 좋은 예가 될 수 있을 것이다.

본 연구의 제한점과 후속 연구에 대한 제언은 다음과 같다.

첫째, 트라우마의 사례개념화 양식을 활용하기 위해서는 트라우마 사례개념화의 영역별 주요 사례개념화 요소들에 대한 지식과 전반적인 이해를 전제로 하기 때문에 사용이 제한될 수 있다. 즉, 트라우마에 대한 개념, 트라우마로 인한 심리적 반응과 증상, 외상후 스트레스와 관련된 주요 이론과 치료적 접근, 트라우마 사례개념화 양식의 구성과 요소에 대한 이해, 트라우마 사례개념화 양식지의 임상적 활용에 대한 지식을 치료자가 지닐 때 트라우마 사례개념화의 적절한 활용이 가능할 것으로 보인다. 본 연구에서 개별 트라우마 사례에 대한 사례개념화 작업에 참여한 평정자들의 경우도 앞서 언급한 내용들을 포함한 교육을 일정 시간 이상 이수한 이후에 본 연구에 참여하였다. 따라서 트라우마 사례개념화에 대한 체계적인 교육 프로그램의 개발과 적용이 필요하다고 보며 그 효과성 또한 검토되어야 할 것이다. 이외에도 트라우마 심리치료를 위한 상담자 교육을 구성하거나 수퍼비전을 제공할 때 트라우마 사례개념화 양식에 포함된 영역과 요소들, 개입의 절차와 우선순위를 고려하여 임상적 판단에 대한 지침과 트라우마 사례개념화 양식지의 임상적 활용에 대한 안내도 포함시킬 수 있을 것이다. 트라

우마 사례개념화 양식은 트라우마 심리치료에 대한 상담자 훈련 과정에 있어서 고려해야 하는 필수 요소들을 점검하는데 활용될 수 있기 때문에 이러한 훈련 과정을 체계적으로 구성하고 교육하는데 유용하게 활용될 것으로 기대된다.

둘째, 트라우마 사례개념화 양식(TCFE)을 아동이나 청소년의 트라우마 심리치료에 그대로 적용하기에는 제한적일 수 있다. 본 연구에 포함된 주요 트라우마 심리치료들은 주로 언어적 상호작용을 통해 진행되는 치료들로, 이들의 치료적 절차와 기법이 아동이나 청소년의 발달적 특성과 맥락을 치료 매뉴얼 안에 면밀히 반영시키지는 못하였다. 따라서 사례개념화 접근에 기반한 아동 트라우마 심리치료를 위해서는 본 연구의 결과 중 수정 및 보완되어야 할 내용들에 대해서 추가적으로 검토하여 반영하는 후속 연구가 필요할 것이다. 이러한 과정에서 아동 또는 청소년을 대상으로 한 근거기반 심리치료로 알려진 Child-Parent Psychotherapy(CPP; Lieberman & Van Horn, 2005), Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy(TF-CBT; Saunders, Berliner, & Hanson, 2004), Structured Psychotherapy for Adolescents Responding to Chronic Stress(SPARCS; DeROSA & Pelcovitz, 2006)와 같은 치료들을 추가로 검토하여 사례개념화 과정에 반영하는 것이 필요할 것이다.

마지막으로, 트라우마 사례개념화의 신뢰도는 다양한 이론적 배경을 지닌 치료자 집단 간 차이나 정신건강전문가로서 발달 수준이 차이가 나는 집단 간에도 차이가 있는지를 검토할 필요가 있다. 본 연구에서는 특정 심리치료 이론이나 기법에 국한되지 않고 접근 가능한 트라우마 사례개념화의 양식을 개발하고

자 하였으나, 효과적인 트라우마 심리치료로 선별된 심리치료들이 주로 인지행동치료적 접근에 기반하고 있다. 사례개념화가 치료자가 지닌 이론적 배경에 근거하여 이루어지는 과정이라는 점을 고려한다면, 임상가가 사례개념화 과정에 사용하는 용어의 차이가 존재할 뿐더러 특정 이론에서 트라우마로 인한 정신병리를 바라보는 관점의 차이가 존재할 수도 있기 때문에 본 연구의 결과를 그대로 적용하는 것이 제한적일 수 있다. 따라서 다양한 이론적 배경을 지닌 정신건강 전문가 집단에서 트라우마 사례개념화 양식지의 적용에 대한 신뢰도는 추후 검토될 필요가 있다. 이와 더불어 본 연구의 타당도와 신뢰도를 검토하는 과정에서 참여한 정신건강전문가들의 경우 일정 시간 이상 트라우마 심리치료, 트라우마 사례개념화 양식의 적용과 임상적 활용에 관한 교육을 이수한 이후에 트라우마 사례개념화 양식을 활용하였기 때문에 트라우마 사례개념화 양식의 활용을 위한 사전 교육의 필요성은 함께 고려되어야 할 것이다. 또한 치료자로서 발달 수준이 다른 집단 간에 신뢰도 차이가 보이는지에 대해서 검토될 필요도 있다. Eells(2013)은 사례개념화 접근에 기반한 치료 활동이나 치료 효과성 연구 수행에 있어서 사례개념화 요소들이 치료자가 실제 사례에 적용하기 쉽도록 구성하여 포함시키는 것이 중요하다고 주목한바 있다. 만일 치료자의 이론적 배경이나 발달 수준에 따라 특정 트라우마 사례개념화 영역에서 신뢰도가 차이가 나는 것이 확인이 된다면 해당 영역에서의 사례개념화 요소들에 대한 명료한 이해와 사례 적용을 돕기 위해 교육과 훈련 과정에서 이러한 결과들을 반영해야 할 것이다.

참고문헌

- 김계현 (1992). 상담교육방법으로서의 개인 슈퍼비전 모델에 관한 복수 사례연구. 한국심리학회지: 상담 및 심리치료, 4, 19-53.
- 김수현 (1997). 정신역동적 사례공식화: 계획공식화 방법과 개별적 갈등공식화 방법을 중심으로. 한국심리학회지: 상담 및 심리치료, 9, 129-156.
- 손은정, 이혜성 (2002). 상담자 발달 수준별 사례 개념화의 차이: 개념도를 통한 인지구조를 중심으로. 한국심리학회지: 상담 및 심리치료, 14, 829-843.
- 안현의, 주혜선 (2011). 단순 및 복합 외상 유형에 따른 PTSD의 증상 구조. 한국심리학회지: 일반, 30, 869-887.
- 이윤주 (2001). 상담 사례개념화 요소목록 개발 및 슈퍼비전에서 중요하게 지각되는 사례개념화요소 분석. 한국심리학회지: 상담 및 심리치료, 13, 79-93.
- 이윤주 (2007). 상담사례개념화의 영역과 요소. 한국학술정보(주).
- 임민경, 이지혜, 이한나, 김태동, 최기홍 (2013). 근거기반실천과 심리치료. 한국심리학회지: 일반, 32, 251-270.
- 장재홍, 안창일 (1999). 계획 공식화 방법에 의한 심리치료 과정분석. 한국심리학회지: 상담 및 심리치료, 11, 85-113.
- 정혜선 (2014). 심리학 연구에서 언어자료를 어떻게 활용할 것인가? 한국심리학회지: 일반, 33, 671-704.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th rev.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA.
- American Psychological Association. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist, 61*, 271-285.
- Artstein, R., & Poesio, M. (2008). Inter-coder agreement for computational linguistics. *Computational Linguistics, 34*, 555-596.
- Bieling, P. J., & Kuyken, W. (2003). Is cognitive case formulation science or science fiction? *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*, 52-69.
- Bohus, M., Dyer, A., Priebe, K., Kruger, A., Kleindienst, N., Schmahl, C., Niedtfeld, I., & Steil, R. (2013). Dialectical Behaviour Therapy for post-traumatic stress disorder after childhood sexual abuse in patients with and without borderline personality disorder: A randomised controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics, 82*, 221-233.
- Boschen, M. J., & Oei, T. P. S. (2008). A cognitive behavioral case formulation framework for treatment planning in anxiety disorders. *Depression and Anxiety, 25*, 811-823.
- Boudewyns, P. A., Stwertka, S. A., Hyer, L. A., Albrecht, J. W., & Sperr, E. V. (1993). Eye movement desensitization for PTSD of combat: A treatment outcome pilot study. *The Behavior Therapist, 16*, 29-33.
- Brady, K. T. (1997). Posttraumatic stress disorder

- and comorbidity: Recognizing the many faces of PTSD. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58, 12-15.
- Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., & Westen, D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 162, 214-227.
- Bryant, R. A., Moulds, M. L., Guthrie, R. M., Dang, S. T., Mastrodomenico, J., Nixon, R. D. V., Felmingham, K. L., Hopwood, S., & Creamer, M. (2008). A randomized controlled trial of exposure therapy and cognitive restructuring for posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 695-703.
- Caramanica, K., Brackbill, R. M., Liao, T., & Stellman, S. D. (2014). Comorbidity of 9/11-related PTSD and depression in the world trade center health registry 10-11 years postdisaster. *Journal of Traumatic Stress*, 27, 680-688.
- Chard, K. M. (2005). An evaluation of cognitive processing therapy for the treatment of posttraumatic stress disorder related to childhood sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 965-971.
- Classen, C., Cavanaugh, C., Kaupp, J., Aggarwal, R., Palesh, O., Koopman, C., Kraemer, H., & Spiegel, D. (2011). A comparison of Trauma-Focused and Present-Focused Group Therapy for survivors of childhood sexual abuse: A randomized controlled trial. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 3, 84-93.
- Classen, C., Butler, L. D., & Spiegel, D. (2001). *A treatment manual for present-focused and trauma-focused group therapies for sexual abuse survivors at risk for HIV infection*. Stanford, CA: Department of Psychiatry & Behavioral Sciences, Stanford University School of Medicine.
- Cloitre, M., Courtois, C. A., Charuvastra, A., Carapezza, R., Stolbach, B. C., & Green, B. L. (2011). Treatment of complex PTSD: Results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *Journal of Traumatic Stress*, 24, 615-627.
- Cloitre, M., Garvert, D. W., Weiss, B., Carlson, E. B., & Bryant, R. A. (2014). Distinguishing PTSD, Complex PTSD, and Borderline Personality Disorder: A latent class analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 5, 25097.
- Cloitre, M., Stovall-McClough, K. C., Noonan, K., Zorbas, P., Cherry, S., Jackson, C. L., Gan, W., & Petkova, E. (2010). Treatment for PTSD related to childhood abuse: A randomized controlled trial. *The American Journal of Psychiatry*, 167, 915-924.
- Cloitre, M., Courtois, C. A., Ford, J. D., Green, B. L., Alexander, P., Briere, J., Herman, J. L., Lanius, R., Stolbach, B. C., Spinazzola, J., Van der Kolk, B. A., & Van der Hart, O. (2012). The ISTSS expert consensus treatment guidelines for complex PTSD in adults. <http://www.istss.org/에서> 2013, 3, 27 자료 연음.
- Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement*, 20, 37-46.
- DeRosa, R., & Pelcovitz, D. (2006). Treating traumatized adolescent mothers: A structured

- approach. In N. Webb (Ed.), *Working with traumatized youth in child welfare* (pp. 219-245). New York: Guilford Press.
- Devilly, G. J., & Spence, S. H. (1999). The relative efficacy and treatment distress of EMDR and a cognitive behavioral trauma treatment protocol in the amelioration of post traumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 13*, 131-157.
- Eells, T. D. (1997). Psychotherapy case formulation: History and current states. In T. D. Eells (Eds.), *Handbook of psychotherapy case formulation*. New York: Guilford Press.
- Eells, T. D. (2007). History and current status of psychotherapy case formulation. In T. D. Eells (Ed.), *Handbook of psychotherapy case formulation* (2nd ed., pp 3-32). New York: Guilford Press.
- Eells, T. D. (2013). The case formulation approach to psychotherapy research revisited. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy, 9*, 426-447.
- Eells, T. D., Kendjelic, E. M., & Lucas C. P. (1998). What's in a case formulation? Development and use of a content coding manual. *Journal of Psychotherapy Practice and Research, 7*, 144-153.
- Eells, T. D., Lombart, K. G., Kendjelic, E. M., Turner, L. C., & Lucas, C. (2005). The quality of psychotherapy case formulations: A comparison of expert, experienced, and novice cognitive-behavioral and psychodynamic therapists. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 579-589.
- Engelhard, I. M., van Uijen, S. L., & van den Hout, M. A. (2010). The impact of taxing working memory on negative and positive memories. *European Journal of Psychotraumatology, 1*, 1-8.
- Foa, E. B., Dancu, C. V., Hembree, E. A., Jaycox, L. H., Meadows, E. A., & Street, G. P. (1999). A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their comparison for reducing posttraumatic stress disorder in female assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 194-200.
- Foa, E. B., Hearst, D. E., Dancu, C. V., Hembree, E., & Jaycox, L. H. (1994). *Prolonged Exposure (PE) manual*. Unpublished manuscript, Medical College of Pennsylvania, Eastern Pennsylvania Psychiatric Institute.
- Foa, E. B., Hembree, E. A., Cahill, S. P., Rauch, S. A. M., Riggs, D. S., Feeny, N. C., & Yadin, E. (2005). Randomized trial of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder with and without cognitive restructuring: Outcome at academic and community clinics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 953-964.
- Gibson, L. E., Holt, J. C., Fondacaro, K. M., Tang, T. S., Powell, T. A., & Turbitt, E. L. (1999). An examination of antecedent traumas and psychiatric comorbidity among male inmates with PTSD. *Journal of Trauma Stress, 12*, 473-84.
- Gunter, R. W., & Bodner, G. E. (2008). How eye movement affect unpleasant memories: Support for a working-memory account. *Behaviour Research and Therapy, 46*, 913-931.
- Hien, D. A., Cohen, L. R., Litt, L. C., Miele, G. M., & Capstick, C. (2004). Promising

- empirically supported treatments for women with comorbid PTSD and substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, *161*, 1426-1432.
- Jensen, J. A. (1994). An investigation of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) as a treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD) symptoms of Vietnam combat veterans. *Behavior Therapy*, *25*, 311-325.
- Kemps, E., & Tiggemann, M. (2007). Reducing the vividness and emotional impact of distressing autobiographical memories: The importance of modality specific interference. *Memory*, *15*, 412-422.
- Kopta, S. M., Newman, F. L., McGovern, M. P., & Sandrock, D. (1986). Psychotherapeutic orientations: A comparison of conceptualizations, interventions, and treatment plan costs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *54*, 369-374.
- Krippendorff, K. (1980). *Content analysis: An introduction to its methodology*. Beverly Hills, CA: SAGE Publications.
- Krippendorff, K. (2004). Estimating the reliability, systematic error and random error of interval data. *Educational and Psychological Measurement*, *30*, 61-70.
- Lieberman, A. F., & Van Horn, P. (2005). *"Don't hit my mommy!": A manual for child-parent psychotherapy with young witnesses of family violence*. Washington, DC: Zero to Three.
- Linehan, M. M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Macdonald, A., Monson, C. M., Doron-Lamarca, S., Resick, P. A., & Palfai, T. P. (2011). Identifying patterns of symptom change during a randomized controlled trial of cognitive processing therapy for military-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, *24*, 268-276.
- McDonagh, A., McHugo, G., Sengupta, A., Demment, C., Schnurr, P., Friedman, M., Ford, M., Mueser, K., Fournier, D., & Descamps, M. (2005). Randomized trial of cognitive-behavioral therapy for chronic posttraumatic stress disorder in adult female survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *73*, 515-524.
- Messer, S. (2001). Empirically supported treatment: What's a nonbehaviorist to do? In R. N. W. B. D. Slife, & D. Barlow (Ed.), *Critical issues in psychotherapy: Translating new idea into practice*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Mills, K. L., Teesson, M., Ross, J., & Peters, L. (2006). Trauma, PTSD, and substance use disorders: Findings from the Australian national survey of mental health and well-being. *The American Journal of Psychiatry*, *163*, 652-658.
- Mitchell, K. S., Mazzeo, S. E., Schlesinger, M. R., Brewerton, T. D., & Smith, B. N. (2012). Comorbidity of partial and subthreshold PTSD among men and women with eating disorders in the national comorbidity survey replication study. *International Journal of Eating Disorders*, *45*, 307-315.
- Monson, C. M., Macdonald, A., Vorstenbosch, V., Shnaider, P., Goldstein, E. S. R., Ferrier-Auerbach, A. G., & Mocchiola, K. E. (2012).

- Changes in social adjustment with cognitive processing therapy: Effects of treatment and association with PTSD symptom change. *Journal of Traumatic Stress, 25*, 519-526.
- Monson, C. M., Schnurr, P. P., Resick, P. A., Friedman, M. J., Young-Xu, Y., & Stevens, S. P. (2006). Cognitive processing therapy for veterans with military-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 898-907.
- Nacasch, N., Foa, E. B., Huppert, J. D., Tzur, D., Fostick, L., Dinstein, Y., Polliack, M., & Zohar, J. (2011). Prolonged exposure therapy for combat-and terror-related posttraumatic stress disorder: A randomized control comparison with treatment as usual. *Journal of Clinical Psychiatry, 72*, 1174-1180.
- Najavits, L. M. (2002). *Seeking Safety: A treatment manual for PTSD and substance abuse*. New York: Guilford Press.
- Najavits, L. M., Gallop, R. J., & Weiss, R. D. (2006). Seeking Safety therapy for adolescent girls with PTSD and substance abuse: A randomized controlled trial. *Journal of Behavioral Health Services & Research, 33*, 453-463.
- Persons, J. B. (1986). The advantages of studying psychological phenomena rather than psychiatric diagnoses. *American Psychologist, 41*, 1252-1260.
- Resick, P. A., & Schnicke, M. K. (1996). *Cognitive processing therapy for rape victims*. CA: SAGE Publications.
- Resick, P. A., Nishith, P., Weaver, T. L., Astin, M. C., & Feuer, C. A. (2002). A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 867-879.
- Resick, P. A., Galovski, T. E., Uhlmansiek, M. O., Scher, C. D., Clum, G. A., & Young-Xu, Y. (2008). A randomized clinical trial to dismantle components of cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder in female victims of interpersonal violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*, 243-258.
- Rietveld, T., & Hout, R. v. (1993). *Statistical techniques for the study of language and language behaviour*. Berlin: de Gruyter Mouton.
- Rothbaum, B. O. (1997). A controlled study of eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of posttraumatic stress disordered sexual assault victims. *Bulletin of the Menninger Clinic, 61*, 317-334.
- Saunders, B. E., Berliner, L., & Hanson, R. F. (2004). *Child physical and sexual abuse: Guidelines for treatment (Revised Report: April 26, 2004)*. Charleston, SC: National Crime Victims Research and Treatment Center.
- Shapiro, F. (1995). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures*. New York: Guilford Press.
- Schnurr, P., Friedman, M., Foy, D., Shea, T., Hsieh, F., Lavori, P., Glynn, S., Watenberg, M., & Bernardy, N. (2003). A randomized trial of Trauma-Focused Group Therapy for posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry, 60*, 481-489.

- Scott, W. A. (1955). Reliability of content analysis: The case of nominal scale coding. *Public Opinion Quarterly*, 19, 321-325.
- Steil, R., Dyer, A., Priebe, K., Kleindienst, N., & Bohus, M. (2011). Dialectical behavior therapy for posttraumatic stress disorder related to childhood sexual abuse: A pilot study of an intensive residential treatment program. *Journal of Traumatic Stress*, 24, 102-106.
- Swift, J. K., & Greenberg, R. P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 547-559.
- Taylor, S., Thordarson, D. S., Maxfield, L., Fedoroff, I. C., Lovell, K., & Ogradniczuk, J. (2003). Comparative efficacy, speed, and adverse effects of three PTSD treatments: Exposure therapy, EMDR, and relaxation training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 330-338.
- Terr, L. C. (1992). Childhood traumas: An outline and overview. In Hertzog, M. E., & Farber, E. A. (Eds.). *Annuals progress in child psychiatry and child development* (pp. 165-186). New York: Brunner/Mazel.
- Harned, M. S., Karslund, K. E., Foa, E. B., & Linehan, M. M. (2012). Treating PTSD in suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder: Development and preliminary evaluation of a Dialectical Behavior Therapy Prolonged Exposure Protocol. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 381-386.
- Harned, M. S., Tkachuck, M. A., & Youngberg, K. A. (2013). Treatment preference among suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder and PTSD. *Journal of Clinical Psychology*, 69, 749-761.
- Hayes, A. F., & Krippendorff, K. (2007). Answering the call for a standard reliability measure for coding data. *Communication Methods and Measures*, 1, 77-89.
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery: The aftermath of violence from domestic violence to political terrorism*. New York: Basic Books.
- Wilson, S. A., Becker, L. A., & Tinker, R. H. (1995). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for psychologically traumatized individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 928-937.
- Zlotnick, C., Johnson, J., & Najavits, L. M. (2009). Randomized controlled pilot study of cognitive-behavioral therapy in a sample of incarcerated women with substance use disorder and PTSD. *Behavior Therapy*, 40, 325-36.

원고접수일 : 2015. 09. 14

수정원고접수일 : 2016. 01. 15

게재결정일 : 2016. 01. 27

**Development of a trauma case formulation framework(TCFF):
The case formulation approach for
trauma-focused psychotherapy**

Hyesun Joo

Ewha Womans University

The present study aims to develop a trauma case formulation framework (TCFF), tool that allows clinicians to constructively organize trauma-related information to better understand client's posttraumatic problems and design effective interventions. The TCFF is comprised of five dimensions derived from six evidence-based trauma psychotherapies, including: characteristics of the traumatic event, trauma-related psychological symptoms, maintaining psychological mechanisms relevant to psychological symptoms, treatment goals, and treatment strategies. Elements of each dimension were further identified and verified by specialists. 21 participants received training regarding the use of TCFF and interrater reliabilities were calculated and found to be acceptable. The validity associated with the application of the TCFF worksheet was also reviewed by 46 psychotherapists. Implications, restrictions and further research suggestions for this study were discussed.

Key words : trauma, Trauma Case Formulation Framework, Trauma-Focused Psychotherapy, formulation-based approaches.

부 록

트라우마 사례개념화 양식지

트라우마 사례개념화 양식지			
사례번호		상담일시	
내담자명		성별/연령	<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여 (만 세)
트라우마			
촉발 트라우마 유형 및 심각성	<input type="checkbox"/> 반복적 대인간 외상 사건 <input type="checkbox"/> 그 외 사건 <input checked="" type="checkbox"/> 심각성 <input type="checkbox"/> 사건 경과 기간 <input type="checkbox"/> 주요 타인의 사망 <input type="checkbox"/> 법적 소송 진행 중 <input type="checkbox"/> 신체적 부상 있음		
이전 트라우마 경험	<input type="checkbox"/> 아동기 반복적 대인간 외상 <input type="checkbox"/> 아동기 지속된 성학대 <input type="checkbox"/> 성학대를 제외한 신체적·정서적 학대, 방임 <input type="checkbox"/> 청소년기, 성인기 반복적 대인간 외상: <input type="checkbox"/> 그 외 사건:		
트라우마 관련 심리적 증상			
PTSD 핵심증상	<input type="checkbox"/> 침습 <input type="checkbox"/> 회피 <input type="checkbox"/> 부정적 인지적·정서적 변화 <input type="checkbox"/> 과각성 <input type="checkbox"/> 해리 동반		
공병	<input type="checkbox"/> 기분장애 <input type="checkbox"/> 불안장애 <input type="checkbox"/> 물질남용/중독문제 <input type="checkbox"/> 성격장애 <input type="checkbox"/> 정신증 <input type="checkbox"/> 그 외		
복합 트라우마 관련 증상	<input type="checkbox"/> 정서적 각성조절 기능의 변화: 정서조절곤란, 분노조절곤란, 자기파괴, 자살물두, 성적 충동·행동 조절곤란, 극단적 위험 감수 <input type="checkbox"/> 주의력 또는 의식 기능의 변화: 기억력 상실, 일시적인 해리와 이인화 <input type="checkbox"/> 자기인식의 변화: 무력감, 자신이 영구적인 손상을 입은 느낌, 죄책감과 책임감, 수치심, 누구도 자신을 이해하지 못할 것 같은 느낌 <input type="checkbox"/> 타인과의 관계 변화: 타인 불신, 반복해서 피해자가 됨, 타인 가해 <input type="checkbox"/> 신체화 증상: 소화체계, 만성적 고통, 심장과 폐의 증상, 전환 증상, 성적 증상 <input type="checkbox"/> 의미 체계의 변화: 절망과 무망감, 이전에 지녔던 신념의 상실		
기능수준	<input type="checkbox"/> 사회적·직업적 기능 손상		
심리적 위기상태	<input type="checkbox"/> 자살 위험 <input type="checkbox"/> 타해 위험 <input type="checkbox"/> 자기파괴적 행동		
생물학적 취약성	<input type="checkbox"/> 뇌손상 있음		
증상을 유지시키는 심리적 기제		트라우마 치료목표	
<input type="checkbox"/> 트라우마 관련 증상에 대한 역기능적 해석과 평가 <input type="checkbox"/> 안정화 능력 부족 ○ 심리적 위기관리 전략 부재 ○ 일상문제 해결 곤란 ○ 사회적 고립 ○ 증상 및 촉발요인에 대한 회피적 대처 ○ 정서조절기술 부족 ○ 대인관계기술 부족		<input type="checkbox"/> 치료 장면에서 안전감과 신뢰감 확보 <input type="checkbox"/> 트라우마로부터의 회복과정에 대한 이해 <input type="checkbox"/> 정상화 (증상에 대한 적응적 해석과 평가) <input type="checkbox"/> 안정화 능력 향상 ○ 신체적 안전 확보 ○ 현재 일상문제 해결 및 관리 ○ 사회적 자원 연계 ○ 안전대처능력 향상 ○ 정서조절능력 향상 ○ 대인관계능력 향상	

<input type="checkbox"/> 트라우마 외현 기억과 암묵 기억의 분리	<input type="checkbox"/> 트라우마 외현 기억과 암묵 기억의 통합
<input type="checkbox"/> 외상화 된 신념체계	<input type="checkbox"/> 인지재구성
트라우마 치료전략	
1단계. 안정화 단계	
1순위 개입	○ 신체적 부상/질병관리: 의료적 지원 연계 ○ (심리적 위기시) 신체적 안전 확보: 심리적 위기수준 점검, 위기관리 전략모색, 위기개입
2순위 개입	○ 치료 장면에서 안전감과 신뢰감 확보: 치료구조화, 수용 전략 ○ 트라우마로부터의 회복과정에 대한 이해: 심리교육 ○ 정상화: 내담자 심리교육, 내담자의 주요 타인 심리교육
3순위 개입	○ 공병: 타 전문기관 연계 필요성 검토 ○ 현재 일상문제 해결 및 관리 ○ 안전대처능력 향상: 심리교육, 촉발단서 점검, 안전대처 기술훈련
4순위 개입	○ 정서조절능력 향상: 심리교육, 정서조절 기술 훈련
5순위 개입	○ 대인관계능력 향상: 심리교육, 대인관계 기술 훈련
안정화 단계 공통	○ 사회적 자원연계: 중독치료, 가정폭력, 정신건강, 성관련 신체 질병, 양육, 영양, 기타 ○ (기능수준 손상시)약물치료연계 필요성 검토
2단계. 트라우마 기억처리 단계	
○ 트라우마 외현 기억과 암묵 기억의 통합: 심리교육, 안전대처기술 적용, 트라우마 기억 재처리.	
○ 인지재구성: 심리교육, 트라우마 관련 인지재평가	
치료전략 세부사항	
<ul style="list-style-type: none"> · 치료 구조화: 치료 진행절차에 대한 안내 · 수용전략: 공감적 대화, 자기비난과 연결된 경험에 대한 타당화 · 심리교육: 트라우마, 트라우마의 영향, 트라우마 관련 심리적 증상, 트라우마로부터 회복과정, 트라우마 심리치료 원리/절차/기법에 대한 안내, 주요 타인에게 심리교육 제공 · 심리적 위기관리전략 모색: 자살, 타해 충동, 자해, 중독(또는 물질남용)문제, 학대적 관계, 신체부상이나 질병, 섭식장애, 성적으로 위험한 행동 점검, 위기대처 전략 수립(안전계획 수립), 위기상담 이용안내 · 현재 일상문제 해결 및 관리 전략 모색: 일상의 구조화 수준을 높임, 일상생활 관리 전략을 점검하고 필요한 전략 모색. · 사회적 자원 연계: 회복에 필요한 자원을 제공해줄 수 있는 사회 기관에 대한 정보제공 및 연계(예: 중독치료, 가정폭력, 정신건강, 성관련 신체 질병, 양육, 영양 등) · 안전대처기술 훈련: 트라우마 증상들과 관련된 촉발단서들을 규명, 증상 및 촉발단서에 대한 대처 전략 점검 및 이에 대한 안전한 대처기술훈련(예: 이완 기술, 그라운드링 기술, 파괴적인 자기진술문 수정, 문제 상황에 대한 인지적 재평가, 자기 돌봄 기술 등) · 정서조절기술 훈련: 내성 기술 훈련, 고통감내, 정서조절, 정서표현 · 대인관계기술 훈련: 사회적 상황 노출, 재외상화에 기여하는 역기능적 대인관계도식 규명, 대인관계와 관련된 왜곡된 인지적 가정의 점검 및 수정, 건강한 자기주장기술훈련, 대인관계 효율성 기술 훈련, 문제가 되는 사회적 상황에 대한 인지적 재평가. · 트라우마 기억 노출: 실제상황 노출, 상상노출, 트라우마 기억 관련 신체감각의 자각, 주관적 불편감(SUDs) 관찰, 이중 인식 유지 등. · 트라우마에 대한 재평가: 트라우마 기억 세부 내용에 대한 재해석 및 재평가, 트라우마 관련 자신/타인/세상에 대한 신념의 재평가, 트라우마 경험의 영향과 결과에 대한 주관적 의미재구성 등. 	