

심리적 경험보고(debriefing)의 문제점들과 올바른 적용을 위한 제언

이 승 연[†]

이화여자대학교 심리학과

본 논문에서는 대형 사고나 자연재해 등 외상적 사건 발생 후 초기의 심리적 중재방법 중의 하나로 제공되어온 심리적 경험보고(psychological debriefing)의 대표적 모델들에 대해 소개하고, 그 효과에 대한 논란들에 대해 살펴보았다. 심리적 경험보고의 효과에 대해서는 기존의 경험적 연구들을 바탕으로 일관된 결론을 이끌어 내기가 어렵다. 현재로서는 CISD 등의 기법들에 대해 지적되어온 관련 문제들을 고찰하여 위기 현장에서 심리적 경험보고를 올바르게 사용하기 위한 방법을 모색하는 것이 중요하며, 논의 부분에 이를 제시하였다.

주요어 : 심리적 경험보고, 심리적 debriefing, CISD, 재난 정신건강, 집단 위기개입

[†] 교신저자 : 이승연, 이화여자대학교 심리학과, 서울시 서대문구 대현동 11-1
E-mail : slee1@ewha.ac.kr

우리나라에서는 90년대 이후, 1993년 아시아나 여객기 추락, 서해 웨리호 침몰, 1994년 성수대교 붕괴, 1995년 대구 도시가스 폭발, 삼풍백화점 붕괴, 1997년 KAL기 괄 추락사고, 2003년 대구 지하철 화재참사 등의 대형사고와 태풍, 홍수로 인한 막대한 인명과 재산의 피해를 경험하면서도, 체계적 위기관리를 위한 정부와 학계의 시스템 개발이 아직까지 미비한 실정이다. 위기상황에서의 개입은 대부분 응급구조 활동과 의료적 개입, 경제적, 물적 지원의 차원에 머물고 있으며, 외상적 사건이 미치는 심리적 영향과 이에 대한 치료적 개입 등은 큰 관심을 받지 못하였다. 다행스럽게도 최근 들어 외상 후 스트레스 장애(Post-Traumatic Stress Disorder: PTSD)에 대한 관심과 함께, 이에 대한 심리적 치료와 위기개입 방법에 대해 연구자들의 관심이 증가하고 있다. 외상적 사건의 심리적 영향에 대한 국내 연구들은 태풍(이인숙, 하양숙, 김기정, 김정희, 권용희, 박진경, 이나운, 2003), 교통사고(이선미, 김정희, 2002), 삼풍백화점 사고(신동균, 이준상, 이민수, 최윤경, 1997), 대구 지하철 사고(최용용, 이수연, 2003; 이수연, 최용용, 홍종관, 김춘경, 2004), 전쟁(이지현, 김유숙, 최영안, 2004) 등의 위기상황에 관심을 두었으며, 대부분이 PTSD의 발병과 증상 양상에 초점을 맞추어 왔다. PTSD에 대한 인식의 증가와 활발한 연구는 위기상황 후 발생하는 정신건강 문제와 연합된 부정적 이미지를 줄이는데 기여해 왔으며(Kokai, Fujii, Shinfuku, & Edwards, 2004), 국가적, 지역적 차원에서 재난 정신건강(disaster mental health)의 영역을 개척하는데도 기초가 될 것이다.

재난 정신건강은 1990년대 초, 미국 적십자사가 허리케인 Hugo 후에 생존자들이 심각한

정신건강 문제를 안고 남겨진다는 것에 주목하고, 생존자들이 쉼터에 있는 동안 또는 응급 재정정보를 얻는 동안에, 적십자사의 훈련된 정신건강 조력자들로 하여금 즉각적으로 심리적 지원을 제공하도록 하면서 주의를 끌게 되었다. 적십자사는 위기상황에서 생존자들 뿐 아니라, 자원봉사자나 다른 관련 직원들 역시 심각한 스트레스를 경험하며, 이들 모두 현장에서 정신건강 전문가들의 지원을 받는 것으로 이득을 얻을 것이라는 것을 인식하면서, 1991년 미국 심리학회와 공동으로 성명을 발표하고, 1992년 Disaster Response Network (DRN)을 구축하였다(Gard & Ruzek, 2006). 이와 함께, 응급 구조원들을 대상으로 적용되던 심리적 경험보고(psychological debriefing) 방법들이 재난/재해의 생존자나 희생자들을 대상으로 더 보편적으로 사용되기 시작하였다. 심리적 경험보고는 “외상적 사건 후 보통 수일 내에 제공되는 짧은 위기개입을 일컫는 일반적 용어로서, 부분적으로 정서적 고통을 경감시키고 특히 PTSD와 같은 장기적 정신 병리를 예방하기 위해 고안되었다”(McNally et al., 2003, p.46). Critical Incident Stress Debriefing(CISD)으로 대표되는 심리적 경험보고 기법은 그 구성요소로서 공통적으로 1) 사건에 대한 사실과 기대, 생각, 감정적 반응과 감각적 인상들을 처리하고, 2) 집단 구성원들에 의한 정서적 지지, 증상들의 공유와 정당화(validation), 정서적 배출을 포함하며, 3) 외상적 스트레스 반응의 성격과 대처양식에 대한 교육, 그리고 앞으로의 적응을 위한 계획을 포함한다(Lewis, 2003). 심리적 경험보고는 절대적으로 심리치료가 아니며, 외상으로 인한 급성의 스트레스 반응을 경감시키고, 적응능력을 복구, 향상시켜, 조속히 이전의 평형상태로 되돌리기 위한 위기개

입의 한 방법일 뿐이다. 심리적 경험보고 이상의 도움을 필요로 할 경우, 외상에 초점을 맞춘 단기적 위기상담, 그리고 외상 뿐 아니라 다른 심리적 문제들에 대한 중재가 필요할 경우, 이에 적합한 장기적인 상담이 제공된다. National Organization of Victim Assistance(NOVA), Red Cross, Salvation Army, International Critical Incident Stress Foundation, 그리고 International Association of Trauma Counselors 등은 재난 정신건강 움직임의 대표적인 기관들이다(Gard & Ruzek, 2006).

우리나라에서 재난 정신건강과 관련한 관심과 연구는 이제 출발선상에 있다. PTSD에 대한 연구가 증가하고 있는 것과는 달리, 외상적 반응의 심리적 중재에 대한 연구는 매우 드물다. 재난현장에서 심리적 조력을 제공한 유일한 예는 전종국(2003)이 대구지하철 참사 피해자들과 그 가족들을 대상으로 현장에서 ‘관계맺기,’ ‘변화전략세우기,’ ‘변화촉진 및 유지,’ ‘중결하기’의 네 단계로 이루어진 심리상담을 제공한 것으로, 전종국의 모형은 위기개입 보다는 일반적 상담에 더 가까운 것으로 평가되었다(이운주, 2004에서 재인용). 한편, 외상적 반응의 치료를 위한 접근으로 대구 지하철사고 청소년 생존자와 유가족을 대상으로 한 인지행동적 집단 위기상담(이수연 외, 2004; 최웅용, 홍종관, 김춘경, 이수연, 2004)이 시도되었고 유의미한 효과를 보고하였지만, 2박 3일이라는 일정동안 10회기의 프로그램을 집중적으로 실시하고, 통제집단이 없었으며, 사후 검사 역시 시간적 분리 없이 10회기에 이루어진 점 등은 프로그램의 효과를 경험적으로 증명하는데 제한점으로 작용하였다. 그러나, 위기 및 재해와 관련한 심리적 개입 프로그램의 개발 필요성을 강조하고, 이를 현실

적으로 적용한 점은 큰 의의가 있다. 한편, 외상적 사건에 대한 위기개입의 일부로서 심리적 경험보고 방법을 소개한 국내 연구로는 김미리혜(1998)와 이운주(2004)의 개관논문이 있다. 김미리혜(1998)의 경우, 외상적 스트레스의 단기 관리를 위한 집단 위기개입 프로그램으로서 Mitchell(1983)의 Critical Incident Stress Debriefing(CISD)을 간략히 소개하였으며, 이운주(2004)는 재난 현장에서의 심리적 조력, 위기개입을 위한 개인/집단 상담과 함께, 심리적 경험보고에 대해 CISD를 중심으로 소개하였다. 하지만, 두 논문 모두, 심리적 경험보고가 경험적 연구에 의해 그 효과가 신뢰롭게 입증되고 모든 사람들에 의해 수용되는 개입방법인 것처럼 소개한다는 점에서 문제가 있다. 최웅용 등(2004)이 심리적 경험보고의 효과를 검증한 일련의 연구들이 일관성 있는 결과를 제시하지 못하고 있음을 지적하였지만, 경험보고의 효과가 일시적으로만 유지되고, 시간 경과에 따라 감소한다는 과잉일반화를 이끌어낸 점은 아쉽다. 또한, 최웅용과 이수연(2003)이 CISM(Critical Incident Stress Management)과 그 구성요소인 CISD의 관계를 잘못 파악한 점 등은 주의를 필요로 한다.

본 논문은 먼저 심리적 경험보고의 대표적 모델인 CISD와 NOVA모델, Dyregrov의 모델을 비교 소개하고, 경험적 연구에서 지적되어 온 심리적 경험보고의 효과에 대한 논란들을 살펴볼 것이다. 심리적 경험보고의 효과에 대한 일관된 결론을 아직까지 입증할 수 없는 현실에서, 기존 연구들에서 지적되어 온 관련된 문제들을 개관하고, 이를 바탕으로 앞으로 우리나라에서 심리적 경험보고가 실제로 사용될 때 경험보고의 긍정적인 면은 최대화하고 부정적인 면은 최소화하기 위해 따라야만 하

는 기본적 사항에 대해 정리할 것이다. 심리적 경험보고의 효과에 대한 진정한 논의는 심리적 경험보고 기법들이 가진 문제를 최소화하여 현장과 연구에 올바르게 적용했을 때에만 가능하다고 믿기 때문에, 우선 심리적 경험보고의 효과에 대한 논의보다는 심리적 경험보고와 관련된 문제점들을 이해하여 올바른 적용방법에 대해 논의하는 것에 더 중점을 두기로 한다.

심리적 경험보고의 모델

Critical Incident Stress Debriefing(CISD) 모델

2차 세계대전 중, 미국은 PIE의 원칙에 따라, 즉, 전투가 일어나고 있는 장소에 근접한 곳에서(Proximity), 가능한 빠른 시간 내에(Immediacy), 그리고 병사들이 자신들의 의무로 돌아갈 것이라는 기대(Expectancy)를 갖고, 대규모 집단 경험보고(debriefing)를 실시, 전투와 관련한 정보를 모았으며, 그 과정에서 경험보고가 갖는 정서적 효과를 발견하게 되었다(Bisson, 2003; McNally, Bryant, & Ehlers, 2003). Mitchell(1983)은 이러한 경험보고의 원리를 적용하여, 처음으로 Critical Incident Stress Debriefing(CISD)이라는 구조화된 위기개입 방법을 개발하였다(Bisson, 2003). CISD는 구급차의 응급구조원들을 위한 개인 또는 집단 중재방법으로 처음 사용되었으며, 이후 소방관, 경찰, 응급의료요원들 뿐만 아니라, 외상적 사건의 생존자나 희생자, 그 가족과 친척들, 그들을 돕는 정신건강 전문가들을 대상으로 널리 실시되고 있다(Bisson, 2003). 또한 자연재해와 인제, 사

고, 인질, 피랍 상황, 폭력, 무장 강도, 동료나 친구의 죽음 등 다양한 상황에 폭넓게 사용되고 있다(Dyregrov, 1997). CISD는 외상 후 초기의 심리적 고통을 경감시키고, 이후 PTSD같은 장기적인 심리적 문제가 발생하는 것을 예방하며, 더 전문적인 치료를 필요로 하는 개인들을 식별해 내고, 지지를 제공하는 것을 목적으로 한다(Bisson, 2003). Mitchell(1995)은 CISD가 PTSD의 예방을 목적으로 하지만, 심리치료의 대응은 아님을 강조한다(Lewis, 2003). Mitchell(1983)은 장기적인 심리치료는 공포와 스트레스에 대한 정상적인 인간 반응들을 병리적으로 취급하면서 치료의 초점을 잘못 설정한다고 주장하였으며, 외상적 반응에 대한 즉각적 중재로서의 CISD의 가치를 강조하였다(Kirk & Madden, 2003).

CISD는 보통 2-3시간동안 행해지는 구조화된 집단 위기개입으로, 대부분의 경우, 하나의 회기(session)로 이루어진다. 집단은 20-30명으로 구성되고, 즉각적인 개입을 목표로, 보통 위기 상황 발생 후 24-72시간 내에 실시된다(Roberts, 2005). CISD의 경험보고는 전체가 7개의 단계로 구성되어있으며, 외상적 사건에 대한 개인의 경험과 이에 따른 급성 스트레스 반응들을 최대한 덜 위협적인 방식으로 다루기 위해, 인간 경험의 인지적 측면을 처리하는 것에서 시작하여, 보다 정서적인 경험으로, 그리고 다시 교육적이고 인지적인 과정으로 진행한다(Roberts, 2005). 먼저 사실에 대해 다루고, 점차 정서적 반응으로 옮겨가는 이러한 구조는 CISD가 처음 개발될 당시, 응급구조원의 대부분이었던 남성들이 감정에 대해 표현하는 것을 꺼려하였기 때문이며, 위기반응과 표현의 성차를 반영하는 것이라는 주장도 있다(Dyregrov, 1997). 첫 번째 단계는 ‘소개 단계’로, CISD의

절차와 목적을 설명하고, 심리치료가 아니며, 비정상적인 사건에 대한 정상적 스트레스 반응들을 경감시키는 방법임을 강조한다(McNally et al., 2003). 두 번째 단계는 '사실 단계'로 참여자들에게 자신의 관점에서, 위기 사건동안, 무엇이 일어났는지를 기술하게 한다. Facilitator가 CISD 모임 전에 가능한 많은 출처를 통해, 사건에 대한 구체적이고 정확한 정보와 사실을 가지고 있는 것이 중요하다(Stallard & Salter, 2003). 세 번째 단계는 '생각 단계'로 외상적 사건에 대한 첫 번째 생각 또는 가장 두드러진 생각들을 표현하도록 하며, 네 번째 단계는 '반응 단계'로 참여자들로 하여금 사건 당시와 경험보고 동안의 감정들을 표현하게 함으로써, 감정적 정화(catharsis)를 경험하도록 한다(McNally et al., 2003). 다섯 번째 단계는 '증상 단계'로 사건의 결과로 어떤 신체적, 심리적, 인지적, 또는 행동적 증상들을 겪고 있는지를 보고하게 하는데, 참여자들이 외상적 스트레스 반응들에 대해 인식하는 것을 목표로 한다. 이를 바탕으로 여섯 번째 단계인 '교육 단계'로 진행하게 되는데, 논의된 스트레스 반응들이 정상적임을 강조하고, 외상 관련 증상들의 성격과 대처방안을 직접적으로 설명하고, 스트레스 관리법에 대해 교육시킨다. 마지막으로, '재입장 단계'로 이제까지 다루어진 내용들을 검토하고, 질문에 답하며, 회기를 마무리한다. 또한 어떤 참여자들이 부가적 서비스를 위해 의뢰되어야 하는지 후속 치료를 위한 필요성을 평가한다(McNally, Bryant, & Ehlers, 2003; Roberts, 2005).

CISD는 심리적 경험보고의 대표적 모델로서 매년 30,000-50,000명의 사람들이 International Critical Incident Stress Foundation, Inc.(ICISF)에 의해 훈련을 받고 있으며(McNally et al., 2003),

대형 재난 또는 재해 발생시, 다수의 희생자들과 응급구조원들을 가장 효율적으로 도울 수 있는 방법으로 인정되면서, CISD 뿐 아니라, CISD의 변형이 널리 사용되어져 왔다(Lewis, 2003). 특히, 이제는 응급구조원들이 생명을 위협하는 상황들에 노출된 후 체계적 경험보고에 참여하는 것은 기본으로 인식되어지고 있다(Kirk & Madden, 2003). 하지만, 사회사업가, 정신과 의사, 심리학자, 종교지도자 등 여러 전문가들이 위기상황에서 자신들의 역할을 인식시키기 위해 경험보고 기술을 무비관적으로 가져다 쓰는 폐해도 나타나기 시작하였다(Deahl, 2000). 1990년대 중반이후로 경험적 연구의 중요성이 강조되면서, CISD를 포함한 심리적 경험보고 방법들의 효과에 대한 연구들이 시작되었고, 그 결과, PTSD를 예방하는 초기 중재의 방법으로서의 심리적 경험보고의 가치는 의심받기 시작하였다(Bisson, 2003). 실제로, 2002년도 National Institute of Mental Health는 CISD를 PTSD의 예방을 위한 중재로 사용하지 말아야 한다고 권고하였으며, Mitchell(2003)은 이 성명에 강력 대응하였다(Gard & Ruzek, 2006). Mitchell의 주장은 CISD는 절대로 분리된 하나의 중재방법으로 사용되어서는 안 되며, Critical Incident Stress Management(CISM)의 일부로 사용되어야 한다는 것이다(Gard & Ruzek, 2006).

CISM은 위기 중재의 큰 틀로서, CISD 뿐 아니라 1) 사건 발생 전의 준비와 훈련, 2) 일대일의 개인적 위기 지원, 3) 음식, 휴식, 스트레스 반응에 대한 적응기법 등을 응급 구조원들의 집단에 제공하고, 이차적으로 영향 받은 사람들에게도 사건에 대한 정보, 외상 후 심리적 반응과 정신건강서비스 기관에 대한 접근방법 등에 대해 알려주는 Demobilization, 4)

CISD와 비슷하지만, 보통 12시간 내에 행해지며, 참여자들이 사건과 자신들의 반응을 탐색하고 논의하고, 집단 지도자가 그 반응들이 정상적임을 강조하고, 이에 대한 대처 전략을 가르치는 소규모 중재인 Defusing, 5) 가족 지원, 6) 개인들을 정신과 또는 심리학적 서비스, 법률 서비스 등으로 의뢰하는 것을 포함한다(McNally et al., 2003). CISD가 일련의 서비스들의 맥락에 포함되어야 하며, 다요인적 중재방법의 일부로서만 제 역할을 할 지 모른다는 인식이 증가하고 있다(Turner, 2000).

National Organization of Victim Assistance (NOVA) 위기개입 모델

NOVA는 사설 비영리단체로서, 1986년 범죄의 희생자뿐 아니라, 모든 외상적 사건의 희생자들로 서비스를 확장하도록 사명을 바꾼 이래, 1987년 처음으로 National Crisis Response Team의 훈련지침을 마련하였다(Young, 2002). NOVA는 지역사회의 요청이 있을 후 24시간 내에 위기대응팀(National Crisis Response Team)을 파견하며, 외상적 사건이 일어난 처음 며칠이나 몇 주 동안에 사건이 일어난 장소 또는 그 근처에서 집단 위기개입을 포함한, 전체적인 위기관리를 제공한다. NOVA의 위기관리 시스템은 비극적 사건 발생 후 지역사회의 기능을 회복시키는 것을 주목표로, 먼저, 위기 사건을 다루기 위한 전체적 계획을 제공하며, 둘째, 위기 현장에서 위기관리팀 구성원들이 통합된 전체로서 기능할 수 있도록 훈련과 지도를 제공하고, 셋째, 위기 현장에서 희생자 또는 생존자들의 기본적 욕구를 다루고, 사망 통보(death notification)를 도우며, 지지적 상담을 제공하는 등 위기개입을 실시하며, 마지막

으로 희생자들의 옹호자로서 그들이 재정적 지원을 찾고, 법적 권리를 확보할 수 있게 도우며, 미디어를 관리하는 등의 일을 한다(Jimerson, Brock, & Pletcher, 2005). NOVA의 위기개입은 Maslow의 욕구의 위계를 바탕으로, 4개의 국면으로 구성되어 있다(Jimerson, Brock, & Pletcher, 2005; Young, 2002). 첫 단계는 개인과 지역사회 **신체적 생존 욕구에 초점**을 맞추는 것으로, 의료서비스를 제공하거나, 음식, 의복, 또 쉼터를 제공하는 등 급성의 스트레스요인들을 줄이고 안전을 확보하는 것이다. 둘째 단계는 **위기개입**으로, 급성의 외상적 스트레스를 줄이고, 적응적 능력을 복원 또는 향상시키는 것을 목적으로 하며, 이를 위해 집단 위기개입(group crisis intervention: GCI)의 절차를 따른다. 셋째 단계는 **외상 후 상담 단계**로, 집단 위기개입 시 외상의 위험이 높다고 판단되는 사람들을 대상으로, 외상에 초점을 맞춘 단기간의 상담을 제공하며, 마지막 단계는 위기 사건 후의 생존과 성장을 통한 **자기실현(self-actualization)**이다. NOVA는 이 중에서 특히, 둘째, 셋째 단계의 위기개입과 외상 후 상담 국면을 강조한다. 여기서 NOVA의 위기개입은 CISD같은 심리적 경험보고와 유사해 보이지만, 1970-1980년대 NOVA의 개인 위기개입에 대한 경험과 위기상황에서의 뇌의 처리과정에 관한 연구를 바탕으로 CISD와는 독자적으로 자체 개발되었다(Young, 2002). NOVA는 군대나 경찰에서 쓰이는 ‘경험보고(debriefing)’와의 혼동을 피하기 위해 ‘집단 위기개입’이라는 용어를 사용하며(Young, 2002), 심리적 경험보고(psychological debriefing)라기 보다는 심리적 응급처치(psychological first aid)로서 위기개입의 성격을 정의한다. NOVA모델에서 ‘경험보고’라는 용어는, 위기관리의 마지막

에 모든 팀 멤버들이 위기 전의 역할과 책임으로 돌아갈 수 있도록, 위기개입 활동 중의 자신들의 경험을 공유하는 시간을 갖는 것을 가리킨다(Jimerson et al., 2005).

전쟁이나 질병 같은 장기적으로 지속되는 위기상황에 제공되는 집단 위기개입은 즉각적이며 예상치 못한, 그리고 시작과 끝이 분명한 비극들 직후에 행해지는 집단 위기개입과는 차이가 있으며(Young, 2002), 본 논문에서는 예측하지 못한 일회성의 위기상황들을 위한 기본적 형태의 NOVA 모델을 살펴보기로 하겠다. NOVA 집단 위기개입은 보통 1시간 30분에서 3시간 정도 지속되며, 참여자는 20-25명 정도로, 가능하면 동질적인 집단으로 구성한다. NOVA의 집단 위기개입은 집단을 운영하는 facilitator와 위기개입동안 말없이 조용하게 참여자들이 말한 것을 받아 적고, facilitator가 계속할 수 없을 경우에 집단을 인수받아 위기개입을 지속하는 scribe의 두 명이 주축이 되어 이루어진다. 이들 외에도, 그 지역사회에 속한 위기관리팀 멤버들이, 집단 위기개입 중에 격한 위기반응을 경험하는 개인들을 돕고, 필요한 경우, scribe를 대신 할 수 있게 보조자로 참여한다(Young, 2002). NOVA는 특징적으로 위기에 대한 사람들의 반응을 다루기 위해 “시간적 접근”을 사용하는데, 기본적으로 4가지 단계를 거친다. 90분 회기를 중심으로 할 때, 첫 번째 단계는 **Safety and Security** (10분) 단계로 희생자 또는 생존자들의 신체적 안녕과 정서적 안정감을 확보하는 것을 목적으로 하며, 먼저, NOVA와 팀원을 소개하며, 집단 규칙을 세우고, 집단의 목적과 진행방법을 설명한다. 두 번째 단계는 **Ventilation and Validation** (60분) 단계로, 시간적으로 과거에서 시작하여, 위기발생시의 즉각적인 신체적, 감

각적 지각과 경험을 검토하고 (과거), 사건 발생 후에 어떤 일들이 발생했는지, 자신들의 반응은 어떠했었는지를 검토하며 (현재), 생존자들이 사건을 의미 있게 통합하고, 사건에 대한 그들의 반응들이 정상적임을 확인받는 단계이다. 세 번째 단계는 **Predict and Prepare** (10분) 단계로, 앞으로 어떤 일들이 발생할 것 같은지를 (미래) 논의하고, 거론된 문제들에 대해 어떻게 대처할 것인지를 논의하는 과정으로, 대처 전략과 가용한 자원들에 대한 진단과 준비단계이다. 마지막으로, **Conclusion** (10분) 단계는 집단에서 언급된 내용들을 검토하고, 논의된 내용 중, 긍정적인 대처전략들을 강조하며, 앞으로 일어날지 모르는 상황들에 대한 미리 예측할 수 있도록 하면서, 위기 반응들에 대한 교육과 도움을 받을 수 있는 기관들(NOVA, 지역사회의 응급기관 번호 등)을 소개한다(Young, 2002). 보통, 집단이 마무리 지어진 후 15-30분 정도가 개인적 질문에 답하거나, 관련된 자료들을 나누어 주고, 개인들과 이야기를 나누며, 마무리 인사를 나누는 시간으로 사용된다(Young, 2002). NOVA에 따르면, 심한 신체적 상해를 입은 희생자들은 집단 위기개입에 의해 이득을 얻지 못하며, 심리적 외상의 위험이 아주 높은 개인들 역시, 개인적으로 다루어져야 한다(Jimerson et al., 2005). 또한, NOVA는 집단 위기개입 후의 후속 중재의 중요성을 강조하며, Jimerson 등 (2005)은 아동, 청소년들의 경우, 자기보고 질문지, 면접, 또는 관찰을 사용하여 학교장면에서 이루어지는 체계적인 screening, 인지-행동적 치료, 심리교육 등을 통해, 외상적 경험이 발달에 미치는 지속적 영향력이 효과적으로 다루어져야 함을 강조하였다.

NOVA의 집단 위기개입은 CISD가 외상적

경험들에 대한 덜 위협적인 접근을 위해 개인들의 인지적 경험에서 출발하는 것과는 달리, 어떤 인지적 판단보다도 가장 먼저 이루어지는 감각경험을 보고하도록 요구하고, 회기가 진행되면서 그러한 감각적 경험과 인지적 해석사이의 불일치 또는 생략된 정보들을 집단 전체의 논의를 들으면서, 조화롭게 재구성하게 한다는 점에서 훨씬 합리적이다. 또한 NOVA는 집단 구성원들에 의한 자발적인 참여와 과정(process)을 강조하며, facilitator의 역할은 CISD와는 달리 지시적이거나 교육적이지 않다. NOVA의 집단 위기개입은 CISD와는 달리, PTSD의 예방에 초점을 맞추기 보다는 급성의 외상적 반응들을 경감시키고, 기존의 적응능력을 복구하거나 새로이 개발하여 위기 후 새로운 국면의 평형(equilibrium)에 이르도록 돕는 것을 주요한 목적으로 한다는 점에서 큰 차이가 있다. 또한 NOVA의 집단 위기개입은 외상 후 상담과의 연결성을 지니면서, 전체 위기관리 체계의 일부로서 제공된다는 점 또한 전형적인 CISD와는 다른 점이다.

Dyregrov의 모델

Dyregrov(1997)는 유럽의 사회문화적 배경에서, 7단계의 CISD의 구조를 그대로 따르지만 집단과정에 더 많은 강조점을 둔 Process Debriefing 모델을 개발하였다. CISD 모델이 응급구조원들을 대상으로 개발되었던 것과는 달리, Dyregrov의 모델은 외상적 사건의 일차적 희생자 또는 생존자들을 대상으로 개발되었다(Yule, 2001b). 처음의 두 단계인 소개와 사실 단계를 관계단계로 이름 붙일 만큼, 경험보고의 효과적 실시를 위해서는 집단 지도자와 구성원들 사이의 신뢰할 만한 관계형성이 중요

함을 강조하였으며, 각 단계에서 일어나는 다양한 집단 역동을 지적하고 각각을 어떻게 다룰 것인가에 대해 자세히 설명하였다. 예를 들면, 집단 전체의 관심이 개개인의 특수한 경험보다 훨씬 중요하며, 개인적 외상 경험이 전체를 압도할 때, 지도자는 경험보고가 끝난 후의 개인적 접촉을 유도함에 의해 주의를 전환시켜야 한다(Turner, 2000). Process Debriefing은 한 명의 지도자와 1-2명의 공동 지도자들에 의해, 보통 12-15명 사이의 집단 구성원들을 대상으로, 3시간 내지 3시간 반 정도의 길이로 제공되며, 보통 한 번 실시된다(Dyregrov, 1997). 다른 경험보고 모델들처럼, 외상 당시와 그 후의 경험과 정서에 대해 상세히 고려하고, 외상적 경험과 반응들의 공통성을 인지하고 정당화하며, 희생자들의 기억에서 빈 공간을 채우는 것의 중요성을 강조한다(Bisson, 2003; Turner, 2000). 지도자는 전문가로 행세하지 않으며, 집단 구성원들이 서로 말하도록 촉진시키되, 진행 중에 일어나는 부정적이거나 파괴적인 과정을 멈추게 하는 역할을 하며, 논의되는 내용들에 대하여 항상 집단에 의한 정당화가 이루어지도록 돕는다(Dyregrov, 1997). 경험보고 후, 특별한 주의를 필요로 하는 개인들을 식별하는 것도 강조한다(Dyregrov, 1997). Turner(2000)는 Dyregrov의 모델을 위기개입과 집단과정의 혼합으로 정의하였으며, Dyregrov(1997)는 집단 전체가 한 개인에 의해 압도당하거나, 외상 경험에 대한 세부사항에 노출되면서 이차적 외상을 경험하거나, 공유된 정보가 집단 밖에서 부적절하게 사용된다거나, 집단 과정에서 파생된 부정적 감정들이 제대로 처리되지 않는 등, 집단과정의 성질 상, 경험보고 참여자들에 대한 부정적 효과가 있을 수 있음을 지적하였다.

Dyregrov의 Process Debriefing은 CISD와 비교될 수 있는 심리적 경험보고의 모델로서 자주 소개되지만, 이 모델이 진정 고유한 경험보고의 모델이 될 수 있는지는 의문이다. 이 모델은 CISD의 7단계 구조를 그대로 따르되, 각 과정에서 발생할 수 있는 집단 역동과 다양한 상황들에 대한 명시적인 분석을 포함하며, 지도자의 역할이 훨씬 덜 지시적이라는 것, 전체의 흐름이 집단과정에 의해 더 많이 좌우된다는 점을 강조한다는 점에서 CISD와 다른데,

실제로 CISD 역시, 교육단계를 제외하면 지도자의 역할은 집단과정의 촉진자에 가까우며, Dyregrov의 경험보고에서와 마찬가지로, 직접적으로 설명되지 않는다고 하더라도, 집단과정이 중재의 효과에 중요한 역할을 하기 때문이다. 또한 Dyregrov의 모델이 집단과정을 중요시하고, 집단역동의 역할에 대해 자세히 설명하는 점은 NOVA의 집단 위기개입 모델이 취하는 입장과 거의 동일하다.

표 1. 심리적 경험보고 모델들의 비교

	CISD	NOVA의 GCI	Process Debriefing
개입 시기	위기발생 후 24-72시간 내에 경험보고 실시(급성 위기 후 2-10일 & 대형재난 시 3-4주 후)	지역사회의 요청이 있을 후 24시간 내에 위기대응팀 파견, 처음 72시간의 위기관리에 초점	위기 발생 후 48-72시간 내에 경험보고 실시
지속 시간	2-3시간	1시간 30분-3시간	3시간-3시간 30분
집단 크기	20-30명	20-25명	12-15명
집단운영자	Facilitator	Facilitator & scribe + (지역사회 위기관리팀에 속한) 집단 보조자	1명의 지도자(leader) & 1-2명의 공동지도자
집단운영자의 성격	지시적 & 교육적	CISD에 비해 덜 지시적임	CISD에 비해 덜 지시적임
단계	1) 소개 2) 사실 3) 생각 4) 반응(감정의 표현) 5) 증상(신체적, 심리적, 인지적, 행동적 증상들의 보고) 6) 교육 7) 재입장	1) Safety & Security 2) Ventilation & Validation 3) Predict & Prepare 4) Conclusion	1) 소개 - '관계단계' 2) 사실 - '관계단계' 3) 생각 4) 반응 5) 증상 6) 교육 7) 재입장
특징	심리적 경험보고 중 가장 먼저 개발된 기법. 최근, CISM의 일부로 사용될 것을 강조함.	시간적 접근 사용. 위기관리 4개 국면 중 하나로 외상 후 상담과 연결됨. 후속 중재 강조.	CISD 7단계를 그대로 도입, 집단과정의 강조, 유럽에서 개발됨.

심리적 경험보고의 효과에 대한 논란

심리적 경험보고는 대형 재난/재해 발생 시, 즉각적으로 외상적 사건에 노출된 가능한 한 많은 수의 개인들에게 심리적 중재를 제공하고, 비정상적 사건에 대한 정상적 스트레스 반응들을 잘 처리할 수 있게 함으로써 이후 정신 병리로 만성화되는 것을 예방하고자 한다는 점에서 상당히 설득력이 있고 매력적이다. CISD로 대표되는 심리적 경험보고 기법들은 위기상황에서 효과적인 초기 중재의 방법으로 받아들여지면서, 1990년대 초까지 응급상황을 다루기 위한 거의 표준적인 절차가 되었지만, 심리학자, 정신과 의사, 사회복지사 등의 전문가 뿐 아니라 비전문인들에 의해서 무비판적으로 사용되어지면서 이는 “재난 산업”으로 명명될 정도로 정치화되었다(Deahl, 2000). 하지만, 1990년대 중반 이후, 심리적 경험보고의 효과에 대한 잘 통제된 연구가 거의 없고, 효과를 지지하는 충분한 증거도 부족하기 때문에 실제로 심리적 경험보고를 사용할 경우 주의해야 한다는 입장이 나타나기 시작하였다(Bisson, 2003). 하지만, 심리적 경험보고의 효과를 증명하는 것은 극히 어렵고, 긍정적이거나 부정적 효과를 주장하는 연구들 모두 심각한 방법론적 문제를 지니고 있다. 따라서 현재로서는 심리적 경험보고의 효과에 대해 자신감 있게 결론을 내리는 것은 불가능하다.

Elklit(2001)에 따르면, 심리적 경험보고의 효과에 대한 연구결과들을 해석하는데 있어서의 문제점은 연구마다 효과를 측정하는 평가기준이 다르며, 심리적 경험보고가 구체적으로 무엇을 뜻하는지가 명확하지 않다는 것이다. 심리적 경험보고의 목적은 1) PTSD와 같은 장기적 스트레스 반응을 예방하는 것, 2) 정신 병

리와 부적응을 발달시킬 위험이 높은 사람들을 미리 식별(screening)하는 것, 3) 외상 경험의 의미 있게 통합하는 것, 4) 외상적 스트레스 반응들을 정당화하고 정서적 배출을 경험하는 것, 5) 집단 지지와 응집성을 높이는 것, 그리고 6) 외상 반응과 대처방안에 대해 교육하는 것 모두를 포함하며(Elklit, 2001; Stallard & Salter, 2003), 이러한 다양한 목적들은 심리적 경험보고의 효과를 평가하는데 혼동을 일으킨다.

하지만, 심리적 경험보고의 효과에 대한 대부분의 경험적 연구들은 PTSD를 거의 배타적으로 결과변인으로 사용해왔다. PTSD의 예방은 CISD가 처음 개발되었을 당시 Mitchell (1983)에 의해 강조되었으며, CISD가 대표적인 심리적 경험보고의 기법으로 인식되면서, PTSD 증상은 거의 모든 연구에서 중요한 결과변인으로 인식되어졌다. 그러나, 많은 연구자들이 심리적 경험보고가 PTSD를 예방하는데 도움이 되지 않으며 오히려 급성 스트레스 반응들을 악화시킬 수 있다고 보고하였다(McNally et al., 2003). Elklit(2001)은 단 한 번의 심리적 경험보고 실시로, 몇 달 또는 몇 년 후에 행해진 경험보고집단과 통제집단의 비교에서 PTSD 증상 수에서 극적인 차이가 생길 것이라고 기대하는 것 자체가 너무 무리한 요구일지 모른다고 지적한다. 적응상의 어려움, 정동장애, 불안장애, 유의미한 성격변화, 사회적 기능, 약물 사용 등 역시 심리적 외상의 결과일 수 있으며, 심리적 경험보고의 중재 효과를 재기 위해서는 이러한 결과변인들도 함께 고려되어야만 한다(Deahl, 2000). 또한 실제로, 심리적 경험보고를 경험한 사람들이 PTSD 증상에서 다른 사람들과 유의미한 차이는 보이지 않지만, 많은 사람들이 경험보고가

상당히 도움이 되었다고 보고하는데(Bisson, 2003), 이러한 지각된 유용성이 현재의 연구들에서 사용하는 도구 또는 방법들로는 탐지되지 않을 수 있다(Deahl, 2000). 증상의 존재 여부보다는 증상을 개인이 어떻게 평가하느냐가 주관적인 고통의 경험과 적응에서 더 중요할 수 있으며(Bryant, 2003; Elklit, 2001), 심리적 경험보고 동안 자유롭게 사고와 감정, 반응들에 대해 논의하는 것을 강화 받은 참여자들의 경우, 자기보고식의 질문지나 면접을 사용한 연구에서 증상들에 대해 훨씬 많이 보고했을 경향성 또한 고려해야 한다.

한편, 심리적 경험보고의 효과를 검증하기 위해 무선적으로 통제된(randomized controlled) 연구만이 경험적 연구로 인정되고 있으며, 많은 경험적 연구가 심리적 경험보고의 효과에 대해 그렇게 호의적이지 않다. 그러나, 전쟁이나 대형사고, 자연재해 같은 혼란스런 상황에서 방법론적으로 엄격한 무선통제 연구를 실시하는 것은 어렵다(Deahl, 2000). 과연 누구를 치료집단 또는 통제집단에 배정할 것이냐의 윤리적인 문제와 함께(Deahl, 2000), 집단 심리적 경험보고가 실시될 때, 참여자들이 원래 속해있는 집단들 내에서 행해지는 경우가 많다는 점에서 무선통제는 사실상 가능하지도 않다(Elklit, 2001). 또한 대부분의 무선통제 연구들이 매우 짧은 개인적 경험보고 형태를 사용한다든지, 주요한 외상적 스트레스 반응이 기대되지도 않는 상황에서(예, 출산, 유산) 경험보고를 사용하며, 몇 달 또는 몇 년 후에 경험보고를 실시하기도 하는 등, 실제 위기 현장에서 심리적 경험보고가 제공되는 방식과는 상당히 다른 방식으로 심리적 경험보고를 사용하므로, 이러한 연구들로부터의 결과들을 실제 현장에 직접 적용하는 것은 무리가 있다

(Yule, 2001b). 특히, 연구마다 사용된 경험보고 방식이 표준화되어 있지 않고, 어떤 절차를 사용했는지에 대해서도 자세한 언급이 없어서 결과를 반복검증하기 어렵다는 점 역시 지적되고 있다(Lewis, 2003). 대부분의 연구들은 CISD 또는 CISD의 변형을 심리적 경험보고 방법으로 사용하는 것으로 보이지만, 심리적 경험보고가 아닌 짧은 개인적 상담도 이와 동등하게 취급되는 등(Bisson, 2003), 외상 후 초기 심리적 중재의 유형에 대한 개념적 혼동 또한 발견된다. 또한 각종 메타연구에서 다루어진 무선통제 연구들은 외상 사건의 유형(예, 교통사고, 강도, 범죄, 출산, 유산, 화재, 전투)과 심각성의 정도에서 너무나 다양하여 서로 비교가능하지 않으며, 따라서 결과들을 통합하여 일반화하는 것은 문제가 있다. 무선통제 연구에서의 또 다른 문제점은 경험보고의 효과에 영향을 주었을지 모르는 다른 변인들(예, 과거의 정신병리, 연령, 성, 사회적 지지체계의 가용 여부, 미해결된 외상 경험, 유의미한 상실과 분리, 장애여부)에 대해서 고려하지 않으며, 피험자에 대한 사전 자료가 결여되어 있다는 점이다(Deahl, 2000; Lewis, 2003). 또한 군인 또는 응급구조원에 대한 연구 자료들과 일차적 희생자 또는 이차적 희생자에 대한 연구 자료들이 함께 비교되면서, 심리적 경험보고가 대상에 따라 가질 수 있는 차별적 효과를 고려하지 않는 점도 문제이다.

심리적 경험보고의 긍정적 효과에 대해, 일부 연구자들은 경험보고가 도움이 되었다고 보고하는 많은 참여자들이 현실적으로 어려운 상황에서 집단 경험보고에 참여한 후 인지부조화에 의해 그 가치를 높이 평가하게 되는 것인지도 모르며, 극심한 위기상황에서 도움을 제공한 전문가들에 대한 예의로 긍정적인

반응을 하는 것일 수 있다고 분석하기도 한다 (McNally et al., 2003). 위기 현장에서 심리적 경험보고의 경험이 많은 전문가들이 경험적 연구들의 경고에도 불구하고 경험보고의 효과를 지지하고(Jimerson et al., 2006) 계속적으로 사용한다는 점은 주목할 필요가 있지만, CISD 등의 심리적 경험보고는 위기상황에서 돕고자 하는 정신건강 전문가들의 욕구만을 나타낼 뿐, 외상 생존자들의 실제 욕구를 만족시키지는 않는다는 부정적인 지적도 있다(Lewis, 2003).

지금 현재로서는 심리적 경험보고의 효과에 대해 비 일관적인 결과가 공존하며, 부정적이거나 긍정적인 효과에 대해 어느 한쪽으로 결론을 내릴 수 없음을 이해해야 한다. 심리적 경험보고가 사람들이 믿는 만큼 과연 효과적이나에 대한 진정한 논의는 임상실습과 연구 모두에서 경험보고의 기법이 제대로 적용되고, 앞서 언급된 여러 방법론적 문제들이 해결된 후에야 가능할 것이다. 연구 참여자들을 치료 집단과 통제집단에 무선으로 배정하는 대신, 시간적 차이를 두고 심리적 경험보고에 노출 시킴에 의해(different treatment waves) 특정시점에서 통제집단으로 역할을 하게 하는 것 (Chemtob et al., 2002)은 윤리문제를 해결하기 위한 한 방법일 수 있다. 그러나 심리적 경험보고의 효과를 검토하기 위해 무엇보다도 중요한 것은 PTSD뿐 아니라, 관련된 다른 변인들을 총체적으로 살피는 일이며, 자기보고식의 질문지뿐 아니라 임상 면접과 관찰 등 다각적인 평가방법을 사용하고, 연구 상황에서의 심리적 경험보고의 실시를 실제 위기상황과 가능하면 유사하도록 만들어야 한다는 점이다. 하지만 앞서 언급된 경험적 연구의 여러 방법론적 한계를 극복하는 것은 쉽지 않

며, 특히, 완벽한 무선통제 연구를 실행하려는 노력은 거의 환상에 가깝다(Deahl, 2000). 무선통제 연구의 과학적 장점에도 불구하고, 그러한 연구 설계가 실제 위기상황과는 전혀 유사하지 않기 때문에 갖는 빈약한 타당성은 또 다른 문제를 야기한다. 또한, 심리적 경험보고가 위기관리의 맥락에서 다른 중재 방법들과 함께 사용되는 경우(예, CISM과 CISD, NOVA 위기관리 모형과 집단 위기개입 방법), 경험보고의 효과만을 따로 분리하는 것은 거의 불가능하며, 심리적 경험보고를 제공받은 후에 사람들이 독자적으로 심리치료 또는 약물치료를 받을 경우, 그 효과들로부터 경험보고의 효과만을 따로 분리시키는 것 역시 매우 힘들다 (Elklit, 2001).

Deahl(2000)에 따르면 심리적 경험보고가 발견법적으로 유용함(heuristically useful)에 대해서는 의심의 여지가 없으며, 심리적 경험보고의 효과에 대한 논란은 “개념적이고 전혀 무익한 지적 논쟁”(p. 937)에 불과할지 모른다. 연구의 방법론적 문제를 해결하여 심리적 경험보고의 긍정적 또는 부정적 효과를 입증하려는 노력도 중요하지만, 실제 임상현장에서 심리적 경험보고가 어떻게 실시되느냐에 대한 논의와 속도가 현실적으로 더 필요한 일일지도 모른다. 우리나라에서 심리적 경험보고는 위기상황에서의 심리적 중재 방법으로, 아무런 비판 없이 짧은 개관으로 이미 소개되어 있고, 현장에서의 적용은 시간문제이기 때문이다. 따라서, 어떻게 하면 연구에서 지적된 심리적 경험보고의 문제점들을 최대한으로 줄일 수 있는 방향으로, 경험보고 기법을 위기 현장에 올바르게 적용할 수 있는가에 대한 고찰이 필요하다고 본다. 이를 위해 먼저, 심리적 경험보고와 관련된 문제점들을 정리하기로 한다.

심리적 경험보고의 문제점들

Timing의 문제

심리적 경험보고를 제공하는 목적 중의 하나는 외상적 사건을 경험한 후, 사람들이 PTSD와 같은 장기적인 정신적 문제를 발달시키는 것을 예방하는 것이며, 심리적 중재가 빠르면 빠를수록, 정상적 외상반응들이 병리적으로 변해가는 것을 더 효과적으로 예방할 수 있다는 초기 중재의 가정을 따른다. 보통 CISD는 사건 발생 후 24-72시간 내에 경험보고를 실시하며, Dyregrov 모델의 경우, 48-72시간 내에 경험보고를 실시할 것을 권장한다(Deahl, 2000). 하지만, 심각한 외상적 사건 후 극심한 피로와 신체적 상해, 정서적 마비를 경험하고 있는 개인들의 경우, 즉각적인 심리적 보고는 가능하지도, 바람직하지도 않다(Deahl, 2000). 그럼에도 불구하고, 대부분의 심리적 경험보고 기법들이 24-72시간이라는 시간 틀을 따르고 있는 이유는 원래 심리적 경험보고 모델이 위기상황에 빨리 개투입되어야 하는 응급구조원들을 대상으로 개발되었기 때문이다(Elklit, 2001). 이러한 점들을 고려하여, Everly와 Mitchell (1995)은 경험보고가 급성의 위기 사건 후 2-10일 사이, 대형 재난/재해의 경우 3-4주 후에도 일어날 수 있다고 입장을 조정하고 있다(Elklit, 2001). 72시간 내에 제공된 심리적 경험보고가 아닐 경우, 급성의 스트레스 반응을 경감시키고, 장기적 스트레스 문제들을 예방한다는 기본 목적에 어긋나는 것이 아니냐는 논란도 많지만(Stallard & Salter, 2003), Brewin (2001)은 경미한 외상의 경우 2-3일 내에, 심각한 외상의 경우 1달 내에 제공되는 심리적 중재가 자연적 회복과정과 일치하게 되고, 이

경우 공식적인 심리적 중재는 자연적인 회복 과정을 방해할 수 있으므로, 최대한 조심스럽게 제공될 필요가 있다고 주장하였다. Rachman (2001)은 정서적 고통을 일으키는 내용들에 대한 정서적 처리가 이루어지기 위해서는 그 내용들이 예측가능하고, 통제가능하며, 작은 단위로, 점진적으로 제시되게 만들어져야 함을 강조하였는데, 따라서, 사람들로 하여금 외상 직후에 너무 빨리 그들의 감정이나 사고를 말하도록 부추기는 것은 그들을 외상 경험에 의해 압도당하게 만들므로써 오히려 해가 될 수 있다(McNally et al., 2003에서 재인용). 이와는 반대로, Campfield와 Hills(2001)는 즉각적으로 행해진 심리적 경험보고(범죄를 경험한 후 10시간 이내)가 지연된 심리적 경험보고(48시간 이후)보다 PTSD의 예방에 더 효과적이었음을 보여주었다. 물론, 집단 중재가 외상적 사건 발생 몇 달 후에 제공된 경우에도 심리적 고통을 크게 감소시켰다는 연구들도 있으며(Yule, 2001b), 아직까지는 심리적 경험보고가 언제 제공되어야 가장 효과적인지에 대해 신뢰할 만한 결론을 내릴 수는 없다. 분명한 것은 심리적 경험보고가 외상적 사건의 유형과 심각성을 고려할 때 자연스런 회복과정을 방해하지 않도록 주의하면서, 빠른 시일 내에 제공되어야 한다는 점이다.

시간적 길이

보통 심리적 경험보고는 CISD의 경우, 2시간에서 3시간, NOVA 모델의 경우, 1시간 30분에서 3시간, Dregrov의 모델의 경우 3시간에서 3시간 30분 정도 지속된다. 하지만, 위기 현장에서 사용되는 심리적 경험보고의 유형은 다양하며, 사용되는 시간적 길이 역시 집단의

성격과 외상의 유형, 상황적 조건에 따라 다를 수 있다. 기존 연구에서 심리적 경험보고가 효과적이기 위한 시간적 길이에 대해서는 일관적인 결론은 없지만(Dyregrov, 1997), 보통 1시간 이상 지속된 심리적 경험보고에서 긍정적인 효과가 발견되고 있다(Elklit, 2001). 메타연구들에서 심리적 경험보고의 효과가 없거나, 또는 PTSD 증상을 악화시켰던 연구들은 대부분 1시간 이하의 짧은 경험보고를 제공하고 있었다(Bisson, 2003, McNally et al., 2003). Stallard 와 Salter(2003)는 심리적 경험보고 동안 집단 참여자들이 안전하고 구조화된 환경에서 외상경험을 직접 대면함에 의해, 외상이 정서적으로 처리되고, 부적절한 인지적 귀인은 도전되고 재평가되며, 외상경험이 의미있는 방식으로 기존의 인지적 도식에 동화된다고 하는 주장을 지적하면서, 보통 1시간도 되지 않는 일회성의 경험보고 회기에서 이를 성취한다는 것은 불가능하다고 말한다. 또한 외상적 경험에 상상으로 다시 노출되는 것은 정서적 고통을 늘리며, 노출에 대한 습관화(habituation)가 일어나기에는 심리적 경험보고의 시간적 길이가 너무 짧다(Bisson, 2003; Stallard & Salter, 2003). 특히, 어린 아동들의 경우, 심리적 경험보고 같은 매우 짧은 중재방법들은 외상 경험을 처리하거나 해결할 적절한 기회를 제공함이 없이 아동들을 외상을 상기시키는 단서들에 민감하게 만들 수 있다(Cohen, 2003).

심리적 경험보고가 효과적이기 위해서는 논의되는 외상적 경험에 대해 정서적, 인지적 처리가 제대로 이루어질 수 있고 외상적 기억에 노출되는 것에 대한 습관화를 일으킬 수 있는 충분한 시간이 필요하며, 집단에서 발생하는 다양한 역동과 과정에 민감하게 대응할 수 있어야 한다. 하지만, 대형 재난/재해 발생

시, 희생자 또는 응급구조원들이 장시간 동안 즉각적인 심리적 경험보고에 참여할 수 있는 현실적 여유가 없을 경우, NOVA는 짧지만 간헐적인(intermittent) 회기들이 효과적일 수 있음을 지적한다(Young, 2002). 또한, Stallard 와 Salter(2003)의 지적처럼, 1시간 내외로 짧은 일회성의 심리적 경험보고로 경험보고의 원래 목적들을 달성하는 것은 비현실적일 수 있으며, 따라서 후속 심리적 경험보고의 제공은 중요할 것이다. 몇 주 또는 몇 달 후, 후속 CISD가 필요할 수 있으며(Bisson, 2003), 3회기 이상의 후속 치료(follow-up)는 문제에 대한 재평가와 보다 집중적인 치료에 대한 필요성을 나타낼 수 있다(Kirk & Madden, 2003). 짧은 노출과 그로 인한 각성, 불안의 증가는 사람들이 지닌 개인차 때문에 어떤 위기개입 방법에서든 나타날 수 있으며(Yule, 2001a), 따라서, 심리적 경험보고의 제공시 최소 1시간 이상의 충분한 처리시간을 확보하는 것과 함께, 집단 지도자가 경험보고 동안 누가 그러한 부정적인 영향을 나타내는지 주의 깊게 살피고, 그에 적절한 후속 중재를 마련하는 것이 결정적으로 중요하다.

심리적 경험보고의 대상

CISD는 외상적 사건에 노출된 어떤 개인이든 심리적 경험보고의 대상으로 간주하며, 심리적 경험보고는 생존자, 희생자, 가족, 친척, 응급구조원, 정신건강 전문가들 모두를 대상으로 사용되어왔다(Bisson, 2003). 또한 심리적 경험보고는 위기상황에서 외상적 스트레스반응의 정도와는 상관없이 외상에 노출된 모든 사람들에게 일괄적으로 제공되어 온 것이 사실이다. 그러나 개인차를 무시하고 심리적 경

험보고가 모든 사람들에게 일괄적으로 제공되는 것이 과연 적절한가는 논란거리이다(Bisson, 2003; Mancini & Bonnano, 2006). 실제로 많은 사람들은 극심한 외상적 사건을 경험한 후에도, 특별한 치료나 중재 없이 잘 적응하며(Mancini & Bonnano, 2006), 모든 사람들이 그들의 외상경험에 대한 전문적인 도움을 원하거나, 필요로 하지도 않는다(McNally et al., 2003). 정신건강 전문가들이 이를 부인(denial)이나 회피로 정의하는 경향이 있긴 하지만(McNally et al., 2003), 개인이 지닌 탄력성(resilience) 역시 가능한 설명변인이다. Jordan(2001)은 탄력성은 외상적인 경험 후 개인이 이에 대처하고, 다시 튀어 오르며(bounce back), 계속해서 성장하는 능력으로 정의한다. 전문적 도움을 원하지 않는 개인들 중 일부는 이미 가지고 있는 사회적 지지체계(예, 가족, 친구, 종교지도자 등)를 적극적으로 이용하고 있을지 모르며, 이때 공식적인 심리적 경험보고는 불필요할지도 모른다(McNally et al., 2003). 또한, 외상적 경험에 대해 잊으려고 노력하거나 회피하려는 것이 어떤 개인들에게는 상당히 적응적인 반응일 수 있으며(Bisson, 2003), 일반적으로 제공된 심리적 경험보고는 이러한 자연적인 회복과정에 방해적일 수 있다. 증상의 심각성과 가용한 사회적 지지체계, 대처방식에서의 개인차를 무시하고, 모든 사람들에게 제공된 심리적 경험보고가 개인의 급성 스트레스 반응을 오히려 악화시킨다는 연구결과들도 있다(Cohen, 2003). 그러므로 심리적 경험보고 등의 초기 중재에 참여하는 것이 자발적으로 결정되어야 한다는 주장도 있는데(Bisson, 2003), 과연 극심한 위기상황에서 개인이 자신에게 무엇이 도움이 될지를 올바르게 판단할 수 있는지 여부는 의문이다.

한편, 각 발달단계에 따른 심리적 경험보고의 효과 또한 고려해야 할 필요가 있다. 사건에 대한 이해가 주변의 어른이나 다른 아동들의 반응에 의존하는 어린 아동들의 경우, 즉각적인 심리적 경험보고는 사건의 외상적 성질에 주의를 돌리게 하여 공포나 두려움의 반응을 증가시킬 수 있으며, 집단 상황에서 다른 친구들의 극단적인 외상적 경험에 접하게 되면서, 신체적으로 각성되고, 급성 스트레스 장애(Acute Stress Disorder: ASD)나 PTSD 증상의 악화를 경험할 수 있다고 한다(Cohen, 2003). 심한 급성 스트레스반응을 경험하거나 PTSD를 발달시킬 위험이 높은 아동들에게만 심리적 경험보고를 제공하는 것이 바람직할 수 있으며(Cohen, 2003), 이는 성인들에게도 마찬가지일 것이다. 또한 집단의 다른 구성원들이 경험한 세부적인 외상 경험을 알게 되면서 경험하게 되는 이차적 외상을 줄이기 위해, 집단은 가급적이면 외상에의 노출이나 경험정도, 연령, 역할 등에서 동질적인 사람들로 집단을 구성하는 것이 결정적이다(Young, 2002). 한편, 외상적 사건에의 노출 정도가 극단적이고, 외상의 영향력이 지나치게 강한 일차적 희생자의 경우, 집단 형태의 심리적 경험보고가 아니라, 개인적인 중재를 제공받는 것이 더 바람직하다(Young, 2002).

즉각적인 심리적 경험보고가 가능하지도 효과적이지도 않은 대표적인 경우는 신체적 손상을 경험하고 있는 희생자 또는 생존자들이다. Bisson, Jenkins, Alexander 와 Bannister (1997)는 입원 중인 화재 희생자들을 대상으로 한 연구에서 경험보고집단이 경험보고를 받지 않은 통제집단 보다 PTSD 증상을 더 많이 보고함을 발견하였다. 경험보고의 효과는 화상이 심할수록, 경험보고 시간이 길수록, 화상의 경

험과 경험보고사이의 시간간격이 짧을수록 훨씬 더 부정적이었다. 한편, CISD 등의 심리적 경험보고가 긍정적인 효과를 나타내는 대부분의 연구에서, 집단 구성원들은 응급구조원들이었으며(McNally et al., 2003), 이는 원래 심리적 경험보고가 개발된 목적과 일치한다.

심리적 경험보고의 형태

초기에 CISD는 응급구조원들을 대상으로 개인적으로 또는 집단의 형태로 제공되었지만, 1980대 후반 이후로 Mitchell은 CISD는 반드시 외상적 사건에 노출된 개인들의 집단에 제공되어야만 한다고 주장하였으며, CISD는 현재 집단을 대상으로만 실시되는 것을 지침으로 한다(McNally et al., 2003). 심리적 경험보고가 효과적이었음을 보고한 대부분의 연구들은 집단의 형태로 제공된 경우였다(Bisson, 2003; Elklit, 2001). McNally 등(2003)은 집단 형태의 경험보고를 제공하지 않았던 대부분의 연구들은 심리적 경험보고가 후속 정신 병리의 발생을 감소시키는데 실패하거나 외상으로부터의 자연적 회복과정을 방해하였다고 보고하였다. 집단 형태의 심리적 경험보고가 개인적 형태에 갖는 우위성은 심리적 경험보고의 목적 중 하나가, 각자의 외상 경험과 반응에 대해 말하면서, 자신의 반응이 다른 사람들과 크게 다르지 않으며 정상적임을 확인받는 것이며, 이러한 집단 정당화는 개인적 형태의 경험보고에서는 일어날 수 없다는 것으로 설명 가능하다. 심리적 경험보고가 어떤 점에서 도움이 되었는지를 물었을 때, 사람들은 다른 사람들도 자신과 같은 반응을 보인다는 것을 알게 되고, 다른 사람들이 비슷한 상황에서 어떻게 스트레스를 다루는지를 알게 되는 것이라고

보고한다(Elklit, 2001). 하지만, 집단 형태의 심리적 경험보고는 Dyregrov(1997)가 지적한 대로, 집단 과정에서 발생할 수 있는 부정적인 역동에 의해 이미 심리적으로 불안정한 개인들을 더 불안정하게 만들 수 있으며, 경험보고의 다양한 국면에서 집단의 상호작용이나 파생되는 감정들이 제대로 다루어지지 않을 경우, 참여자들에게 부정적 영향을 줄 수 있다. 또한, 집단의 구성원들이 외상 사건의 성질과 경험의 정도에서 많이 차이가 날 경우, 외상에 덜 노출된 개인들이 심하게 노출된 개인들에 의해 보고되는 무섭고 고통스런 사건의 세부사항들에 의해 이차적으로 외상을 경험하게 되는 위험이 항상 존재한다(McNally et al., 2003). 이러한 집단 심리적 경험보고의 위험을 줄이기 위해서는 가급적이면 동질적인 집단을 구성해야 하며, 집단 역동을 잘 이해하고 효과적으로 다룰 수 있는 지도자가 필요할 것이다.

Leadership의 문제

심리적 경험보고가 누구에 의해 실시되는가는 중재의 효과와 관련이 있는 것처럼 보인다. Elklit(2001)은 심리적 경험보고의 효과에 대한 연구들의 비교를 통해, 전문적인 심리치료사, 정신과 의사, 심리학자가 경험보고 참여자들이 속한 지역사회 또는 조직 내의 미리 훈련된 사람들과 팀을 이루어 집단을 운영할 때, 긍정적 효과가 있었지만, 자원봉사자나 비전문적 치료자들이 심리적 경험보고를 제공할 때 효과가 없거나 부정적이었음을 발견하였다. 이 결과는 Dyregrov(1997)가 경험보고를 이끄는 사람이 반드시 정신건강과 관련한 배경을 가지고 있을 필요는 없으며, 집단 과정을 조화

롭고 효율적으로 이끌 수 있는 훈련과 자질이 더 도움이 될 것이라고 주장한 것과는 대비되는데, 이는 그의 경험보고 모델이 집단과정에 초점을 맞춘 것이라는 점에서 이해가능하다. 또한 경험보고 기법이 상당히 단순하고 명확해서 전문적인 이론적, 임상적 훈련이 필요하지 않으며, 심리학적, 상담적 훈련이 거의 없는 사람들이라 하더라도, 심리적 경험보고를 제공할 수 있다는 주장(Kirk & Madden, 2003)도 있는데, 이러한 주장이 사회복지를 전공하는 일부 연구자들에 의해 나오고 있음을 주목할 필요가 있다. 심리적 경험보고의 주요한 목적 중의 하나가 급성의 외상적 반응들로부터 만성적이고 병리적인 스트레스 반응들을 발전시킬 위험이 높은 사람들을 식별해내고 이들에게 후속 중재와 문제의 성격에 맞는 적절한 의뢰를 제공해야 한다는 점이라는 것을 생각할 때, 경험보고를 이끄는 지도자의 정신건강에 대한 전문적 훈련과 지식은 무엇보다도 중요하다. 물론, 위기상황에서 집단 참여자들이 외부의 전문가에게 보일 수 있는 방어적 태도 때문에, 집단 내부의 인사와 외부의 전문가들로 이루어진 팀의 조직은 중요하며(Poland, Lazarus, & Pitcher, 1995), 정신건강 전문가들의 역할은 지역사회 내부의 위기관리 인사들을 지속적으로 훈련시키고, 지도, 감독하는 것일 수 있다.

심리적 경험보고의 leadership과 관련하여 좀 더 생각해 봐야 할 점은, 정신건강 전문가들의 자질과 훈련의 문제이다. 대부분의 심리치료자, 정신의학자, 심리학자들은 대규모의 위기 상황에서 효과적인 심리적 중재를 제공하기 위해 잘 준비되어 있지 않다. 학부나 대학원, 또는 임상 훈련에서 심리적 경험보고 뿐 아니라, 다른 위기개입 방법들에 대해서 극히 제

한적으로만 다루어지고 있으며, 그 중요성에 대해서도 잘 인식하지 못하고 있는 것 같다. 한편, 삶과 죽음을 넘나드는 외상적 사건 후, 사람들은 신체적 안전과 음식, 의복, 의료 서비스 같은 기본적 욕구를 해결하기 위해 전념하며, 심리적 안녕에 대해 생각하고 스스로 정신건강 전문가들을 찾아오는 경우는 전무하고, 따라서 심리적 중재는 지역사회를 향한 outreach programs로 구성될 필요가 있다(Miller, 2002). 잘 통제된 자신의 사무실에서 약속에 의해 내담자나 환자를 만나고, 주로 장기간의 개인 상담을 하는데 익숙한 대부분의 정신건강 전문가들은 급박한 위기상황에 효율적으로 대처하지 못할 수 있다(Yule, 2001b). 또한, 연구에 의해 밝혀진 적은 없지만, 개인적 경험으로 볼 때, 많은 심리학자들이 전문적 훈련과 경험에도 불구하고, (응급 조력자로서의 burnout과 이에 영향을 미치는 개인적 요인들을 고려할 경우에도) 위기상황에서 최적으로 활동하지 못하고 위기에 압도당하며, ‘성격적’으로 위기개입 자체를 맞지 않아하는 경우도 많았다.

말하는 것이 과연 효과적인가?

사람들은 보통 고통스럽고 부정적인 정서를 억압하고 속에 묻어두기 보다는 말을 해서 밖으로 배출하는 것이 스트레스를 다루는데 훨씬 적응적이고 건강한 방법이라고 믿으며(McNally et al., 2003), 심리적 경험보고 역시 외상적 스트레스를 다루기 위해 사람들이 자신들의 경험을 언어화하고, 그 과정에서 정서를 배출하고 자신들의 반응을 정당화하는 것의 중요성을 강조한다(Elklit, 2001). 사람들은 외상적 사건을 경험한 후 자연스럽게 서로서

로 그 사건과 그로 인한 영향들에 대해 말할 수 있는 기회를 찾는 경향이 있으며(McNally et al., 2003; Stallard & Salter, 2003), 실제로 심리적 경험보고가 도움이 되었다고 보고한 대부분의 사람들은 경험보고 동안, 다른 사람들이 사건에 대해 말하는 것을 듣고, 사건에 대해 이야기하는 것이 가장 큰 도움이 되었다고 반응하였다(Elklit, 2001). 따라서, 심리적 경험보고가 어떤 식으로 구조화되고 운영되는지가 중재의 효과와는 상관이 없을지 모른다는 비판이 있어왔다(Elklit, 2001). 하지만, 어떤 유형의 심리적 경험보고든지 집단 구성원들이 외상적 사건과 그 경험에 대해 단순히 말하게 하는 것이 아니라, 집단 지도자가 사건에 대한 올바른 정보를 제공하고, 근거 없는 소문들을 제거하며, 개인들이 지닌 잘못된 인지적 귀인을 바로잡고, 부정적이거나 파괴적인 방향이 아니라 보다 긍정적인 대처방식들을 이끌어내도록 안내한다는 점을 간과해서는 안 된다. 분명 구조화된 심리적 경험보고는 자연스런 일상의 대화와는 다른 중요한 기능들을 지니고 있다.

특히, 과거의 외상 경험에 대해 자발적으로 대화를 시작하거나 스스로 그에 대한 정보를 제공하지 않는 아동들의 경우, 어른들이 그런 논의를 유도하는 것이 중요한데, 양육자나 어른들이 아동들과 외상 경험에 대해 말하고 싶어 하지 않는다는 것은 문제이다(Stallard & Salter, 2003). 보통, 어른들은 외상에 대한 논의가 아이들을 고통스럽게 할 지 모른다고 두려워하거나, 외상의 피해자로서 그들 자신의 경험에 압도되어 있거나, 아니면, 사건의 심각성을 무시하고 아이들이 보이는 평소와는 다른 반응들을 외상적 사건에 귀인하지 못하며, 이런 이유들 때문에 부모나 양육자들은 아동들

에게 외상 경험에 대해 논의할 수 있는 자연스런 기회를 제공하지 못하는 경우가 많다(Stallard & Salter, 2003). 특히, 자신들이 정서적 문제를 경험하고 있을 때, 부모나 양육자들이 아동들이 외상 경험을 효과적으로 처리할 수 있게 돕는다는 것은 거의 불가능하다(Nickerson & Zhe, 2005). 또한 청소년들의 경우, 외상적 스트레스 반응들에 대해 부모나 친구와 말하는 것을 상당히 어려워하는데, 자신들이 외상 경험으로 인하여 동료집단과 달라질지 모른다는 두려움과 강하고 능력 있는 자아상을 지키고자 하는 욕구 때문에 특히 그러하다. 역으로 친구들은 외상 경험에 대해 묻는 것이 그 친구를 불편하게 만들지 모른다는 생각해서 외상적 사건에 대한 대화를 피하게 되고, 결국엔 물리적인 거리를 두게 되며, 외상의 희생자인 청소년은 이를 거부로 느끼게 된다(Yule, 2001a). 외상적 경험에 대한 자연스런 대화와 깊이 있는 논의는 우리가 생각하는 것만큼 쉬운 일이 아닐 수 있으며, 안전하고 지지적인 환경에서, 외상경험을 효과적으로 다루기 위한 훈련과 경험을 지닌 집단 지도자의 안내를 통해서 자신들의 반응을 처리하는 구조화된 기회를 갖는 것은 유용할 것이다.

그런데, 여기서 문제는 ‘말하는 것이 과연 효과적이나’는 것이다. McNally 등(2003)은 인간의 적응양식을 연구해 온 많은 연구자들이 부정적 정서에 대해 말하고 경험을 폭로하는 것이 건강한 대처방식이라는 가정을 지지하는데 실패하거나 반박하는 결과들을 보고해 왔음을 언급하였다. 특히, 의사소통의 상당 부분이 물리적 맥락 또는 상황에 의존하며, 명확한 언어적 메시지와 그 내용에는 덜 의존하는 고-맥락 의사소통(high-context communication)을 보이는 아시아권의 집단주의 문화에서 말하는

것에 의존하는 상담/심리치료가 지닌 잠재적인 제약에 대해서는 끊임없이 논의되어 왔다(Sue & Sue, 1999). Kokai 등(2004)은 아시아 지역에서 다른 나라들에 비해 PTSD의 발병이 낮은 이유로서 심리적 내용에 대한 표현이 적지만, 강한 가족, 지역사회의 유대가 있는 것을 들었다. 가족과 친지, 지역사회로부터의 강한 사회적 지지와 유대감은 외상 경험을 극복하기 위한 탄력성(resilience)의 한 요인으로 작용하며, 외상 경험을 효과적으로 다루고 이를 건강한 성장의 기회로 삼기 위해서 누구나 반드시 이에 대해 말할 필요는 없을지 모른다. 심리적 경험보고를 모든 사람에게 일괄적으로 제공하는 기존의 방식은 다시 고려해야 한다.

논의: 올바른 적용(best practice)을 위한 제언

1980년대 Mitchell(1983)에 의해 CISD가 개발된 이후로, 심리적 경험보고는 각종 위기상황에서 응급구조원 또는 조력자, 희생자와 생존자, 그 가족, 친지 등 외상적 사건과 그 영향에 노출된 다수의 사람들을 대상으로, 그들이 경험하는 급성 스트레스 반응들을 경감시키고, 적응 능력을 복구, 개발하며, 만성적인 정신병리가 생겨나는 것을 예방하기 위한 목적에서 조속하게 제공되었다. 전혀 예기치 못한, 통제 불능의 대형 재해 또는 재난 상황에서 뿐만 아니라, 학교나 조직체에서 발생하는 각종 외상적 사건들 후에도 CISD와 그 변형된 모델들이 보편적으로 사용되어지고 있다. (학교라는 특수성 때문에 심리적 경험보고가 갖는 의미는 좀 다르다고 볼 수 있는데, 이에 대해서는 다른 논문에서 다루어져야 할 것이다.)

CISD와 심리적 경험보고 기법들이 형식과 개념적 측면에서 상당히 설득력이 있고, 실제로 이를 사용해 온 정신건강 전문가들의 경험적인 지지와 경험보고를 받은 사람들이 보고하는 유용성에도 불구하고, 1990년대 중반 이후 무선통제 연구들에 의한 결과들은 심리적 경험보고가 안전하고 신뢰할 만한 중재 방법인가에 대한 질문을 던지고 있다. 앞서 살펴본 것처럼, 주로 CISD를 사용하여 행해진 심리적 경험보고의 효과에 관한 연구들은 연구에 내재한 많은 방법론적 문제들과 개념적 혼동으로 인해, 결과들을 통합하고 일반화하기에는 무리가 있다. 심리적 경험보고가 지닌 발견법적 유용성에 대해서는 많은 정신건강 전문가들과 경험보고의 수혜자들이 동의하지만, 경험보고의 효과를 연구에 의해 입증하는 것은 쉽지 않은 듯하다. 심리적 경험보고가 위기상황에서 거의 표준적으로 사용되는 심리적 중재로서, 아무 비판 없이 이미 소개된 우리나라의 현실을 고려해 볼 때, 기존 연구들이 지적한 문제점들과 제안들을 충분히 고려하여, 실제로 어떻게 심리적 경험보고를 사용할 것인지에 대해 보다 신중한 방법들을 마련하는 것이 매우 중요할 것이다. 특히, 아직 재난 정신건강 영역이 낮설고, 위기상황에서의 응급조력방법이나 다양한 심리적 중재에 대해 잘 알지 못하는 우리나라의 현실을 고려한다면, 이러한 방법론의 개발은 앞으로의 위기상황과 이로 인한 정신건강의 문제, 여기서 파생되는 사회경제적 문제들을 최소화하기 위해 매우 필요한 일이다. 본 논문에서 다루어진 심리적 경험보고의 문제점들을 바탕으로 생각해 볼 수 있는 개선점들은 다음과 같다.

먼저, 심리적 경험보고는 외상적 사건 후에 행해지는 다른 위기관리 활동들의 일부로서

제공되어야만 한다. 다른 위기관리 활동들이 일회성의 심리적 경험보고만으로 장기적인 심리적 문제들을 예방하겠다고 하는 것은 지나친 욕심이다. 위기는 사회문화적 맥락에서 만들어지며, 위기상황에 노출된 많은 개인 그리고 조직이 서로 영향을 주고받으므로(Myers & Moore, 2003), 생존자 또는 응급구조원들뿐 아니라, 그들을 둘러싼 환경 내의 다른 개인들, 조직들에게도 위기관리 활동을 제공할 수 있어야 하며, NOVA의 주장처럼 개인들이 아니라, 그들을 포함하는 지역사회의 기능을 회복시키는 것이 주목적이 되어야 할 것이다. 심리적 경험보고는 이를 위한 다각적인 중재 노력의 일부로서 이해되어야 한다. CISD가 PTSD를 예방할 수 있다고 주장하던 Mitchell (1983)은 CISD가 CISM이라는 다요인적 서비스 맥락에서 제공될 때에만 가능하다고 자신의 초기 주장을 조정하였으며, NOVA 위기관리 모델은 처음 개발 당시부터 집단 위기개입을 전체 네 개 국면가운데 하나인 위기개입의 한 방법으로서 설명하였다. 심리적 경험보고는 생존자들의 즉각적인 실질적 욕구들을 만족시키기 위해서 직접 희생자들을 찾아 나서는 outreach 활동들을 하고, 사회적 지원을 제공하고, 외상 후 반응과 치료, 대처방안에 대해 교육시키고, 1-3회기 정도의 단기간의 위기상담을 제공하거나, 고위험집단에 대한 평가와 후속 중재를 제공하고, 다른 정신건강 전문가에게 의뢰하는 등의 심리적 응급처치(psychological first aid)와 함께 제공되어야 하며(Gard & Ruzek, 2006), 지역사회의 기능과 응집성을 회복시키려는 다양한 위기관리 활동들에 통합되어야 한다.

연구에서 많이 다루어지고 있지는 않지만, 심리적 경험보고의 가장 중요한 기능은 PTSD

의 예방이 아니라, 심각한 심리적 외상을 경험하고 앞으로의 적응과 성장에 문제를 보일 위험이 큰 사람들을 미리 식별하고, 적절한 후속 중재를 제공하는 것이라 생각된다. 심리적 경험보고가 PTSD를 ‘치료’할 수 있다는 주장은 거의 지지를 받지 못하고 있으며, PTSD 예방에 대한 효과 또한 미비하다. 이는 위기 개입의 한 방법으로서 심리적 경험보고가 효과가 없다는 성급한 결론으로 이어지고 있는 듯하다. 하지만, 소수의 정신건강 전문가가 가능한 한 많은 수의 생존자, 희생자들을 제한된 시간 내에 동시에 접근할 수 있다는 것이 심리적 경험보고의 장점이라고 할 수 있으며, 더 전문적인 후속 중재로 연결시키기 위한 기초 작업으로서 의의가 크다고 믿는다. 심리적 경험보고 동안 개인들이 보이는 급성 외상적 스트레스 반응들의 심각성 정도는 이후의 적응 문제와 관련이 있으며(Kokai et al., 2004), 이러한 반응들이 정상적이며 일시적인 반응들이라 하더라도(Deahl, 2000), 지속적인 주의를 필요로 한다. 한편, 심리적 경험보고 동안 주목할 만한 급성 스트레스 반응들을 보이지 않는다 하더라도, 외상적 사건에의 노출 정도가 크고, 주요한 상실과 죽음을 경험하거나, 과거에 성공적으로 해결되지 못한 외상 경험이 있거나, 정신 병리나 장애를 가지고 있거나, 자연적인 사회적 지지체계를 갖고 있지 않으며, 효과적인 적응기술을 발달시키지 못한 사람들은 특히 외상 경험에 취약하며, 이들의 정서적, 행동적 반응들을 지속적으로 모니터링하고, 필요에 따라 개인적인 위기상담 또는 장기적 상담을 제공할 필요가 있다. 외상으로 인한 정신 병리나 부적응을 발달시킬 위험이 높은 개인들을 선별하고 필요한 서비스로 연결시키는 심리적 경험보고의 기능은 전체 위기관리

시스템의 효율성 측면에서 매우 중요하다.

심리적 경험보고가 언제 실시되는 것이 가장 효과적이라는 것은 가장 답하기 어려운 문제인 것 같다. 물론, 위기상황에 노출된 개인들이 신체적 안전과 같은 가장 기본적인 욕구들이 만족되지 않은 상태에서는 어떠한 종류의 심리적 중재에도 반응하지 않을 것이며, 따라서 심리적 경험보고 역시, 개인들이 신체적으로 안전하고 정서적 마비 상태에서 벗어난 후에야 가능할 것이라는 것은 쉽게 이해할 수 있다. 그러나 문제는 그 시기가 구체적으로 언제인지를 밝히는 것이 쉽지 않다는 것이다. 외상의 유형과 심각성, 개인의 적응능력과 가용한 자원들, 위기에 대한 지역사회의 대처 능력 등 많은 요인들이 이에 관련되어 있을 것이기 때문이다. 위기 발생 후 24시간-72시간 내에 심리적 경험보고가 제공되어야 한다는 공식은 그 역사적 기원을 고려해 볼 때, 더 이상 합리적이지 않은 것은 분명하다. Everly와 Mitchell은 일반적인 외상적 사건의 경우, 2-10일 이내, 대형 재난/재해일 경우, 3-4주 후에도 CISD가 효과적으로 제공될 수 있다고 하였다(McNally et al., 2003). NOVA는 이 문제를 “지역사회의 요청이 있을 후” 처음 72시간의 위기관리의 중요성(Young, 2002)을 강조하는 것으로 해결한다. 심리적 경험보고를 포함한 위기관리활동들이 위기관리를 제공하는 전문가들의 결정이 아니라, 이를 필요로 하는 지역사회 주체들의 결정으로 이루어질 때, 서비스의 수용도와 유용성이 극대화된다고 믿는 것이다. 물론, 지역사회 주체들이 최선의 결정을 내릴 수 있도록, 위기의 영향과 대처방안, 효과적인 위기관리의 진행경로 등에 대해 사전에 교육시키고 자문을 제공하는 것은 전문가들의 몫이다. 급성의 외상 반응들을 경감시키

고, 개개인의 적응능력을 복구, 개발시키며, 장기적인 심리적 문제들을 예방하기 위해서는 가능하면 빠른 시일 내에 심리적 경험보고를 제공하는 것이 효과적이지만, 구체적인 시기에 대해서는 개인들의 준비성 뿐 아니라, 그들을 포함하는 지역사회의 준비성 역시 중요할 것이다. 심리적 경험보고를 받는 대상이 응급구조원 또는 조력자들일 경우, 원래의 24-72시간이라는 시간 제약은 타당한 듯이 보이지만, 다른 생존자 또는 희생자들의 경우 외상적 사건의 유형과 심각성, 지역사회의 준비성 등을 고려하여 융통성 있게 그 시기가 결정되어야 할 것이다. 위기상황에서 심리적 경험보고를 포함한 심리적 중재를 담당하는 전문가들의 경우, 매일 모든 활동이 끝난 후, 자신들만의 심리적 경험보고를 실시한다.

한편, 심리적 경험보고가 제공될 경우, 만족할 만한 성과를 위해서는 최소한 1시간 이상의 집단 과정이 필요하다. 위기상황의 급박성 때문에 많은 경험적 연구들의 경우처럼, 1시간 이내의 대략적인 경험보고가 전문성이 없는 지도자 하에 행해지는 경우가 많은 것이 사실이다. 외상 사건으로 인한 급성 스트레스 반응들, 정서적, 인지적 반응들을 공유하고 이를 효과적으로 처리하며, 경험보고의 논의 동안 외상에 대한 이차적 노출로부터 습관화되어 안정적으로 반응할 수 있으려면, 경험보고는 시간적으로 충분한 길이어야 하고, 전문적인 지도력 아래 다양한 논의들과 집단 역동을 긍정적으로 처리할 수 있어야 한다. NOVA 모델이 극단적인 경우, 간헐적인 짧은 집단 위기개입을 반복적으로 사용할 수 있다고는 하였지만, 그들의 경험에 따르면 어떤 어려운 상황에서도 집단 위기개입을 위해 1시간 30분에서 3시간 정도의 시간을 찾는 것이 그렇게

힘든 일은 아니었다고 보고한다. 심리적 경험 보고의 어떤 모형을 사용하느냐에 따라 회기(session)가 구조화된 정도와 지도자의 역할이 다르지만, 만족할 만한 효과를 위해서는 최소한 1시간 30분에서 3시간 30분 정도의 시간이 필요하며, 무엇보다도 필요에 따라서는 며칠 또는 몇 주 후, 후속 경험보고가 제공될 수 있다는 점을 이해해야 한다. 물론, 3회 이상의 후속 처치가 필요할 경우에는 문제에 대한 재평가와 함께, 보다 전문적인 상담/치료를 제공할 필요가 있다.

또한, 심리적 경험보고를 외상에 노출된 누구에게나 일괄적으로 제공하는 관습은 변화될 필요가 있다. 앞서 언급했듯이, 심각한 신체적 손상을 입은 개인들은 심리적 경험보고가 오히려 부정적 영향을 줄 수 있으며, 외상 사건에 너무 강렬하게 노출된 개인들 역시 집단 형태의 심리적 경험보고는 바람직하지 않다. 어린 아동들의 경우에는 심한 외상적 스트레스 반응을 경험하고 있거나 PTSD를 발달시킬 위험이 높은 아동에게만 심리적 경험보고를 제공하는 것이 바람직하며, 이 경우 이차적 외상의 가능성을 최소화하기 위해 외상 사건에 대한 노출이나 영향 정도에서 비슷한 아동들로 동질적인 집단을 구성하거나, 심각성이 더 큰 경우에는 개인적 형태의 심리적 중재를 제공한다. 이 때, 그런 아동들을 보살피는 부모나 교사들을 대상으로 그들의 외상적 반응을 처리하고 적응기술을 복원, 향상시킬 수 있도록 심리적 경험보고의 기회를 제공하는 것이 중요할 것이다. 한편, 외상 사건에의 노출이나 그 영향력이 경미하며, 자연적인 사회지지 체계에 의존하여 정상적인 회복을 도모할 수 있는 개인들, 그리고 외상 이전부터 긍정적인 대처양식을 사용해왔고 다른 특별한

위험요인을 지니지 않은 개인들이라면, 집단 형태의 심리적 경험보고를 반드시 제공할 필요는 없다고 생각한다. 이들에게는 의료서비스나 음식, 의복 같은 물리적 도움을 제공하여 신체적 안전을 확보하며, 가족이나 친지 같은 사회적 지지체계와 조속히 연결시키고, 보다 덜 형식적인 Defusing 기법을 사용하는 등의 접근으로 충분할 수 있다. 심리적 경험보고를 모든 사람에게 형식적으로 제공하는 것이 아니라, 보다 선택적인 집단들에 제공되되, 스스로 전문적인 도움의 필요성을 인식하고 요청하는 사람들이라면 누구나 참여할 수 있는 경험보고 집단 역시 준비되어야 하며, 그러한 인식을 높이기 위해 위기 현장에서 계속적으로 비공식적인 심리적 조력을 제공하고, 외상반응과 대처양식, 도움을 받을 수 있는 가용한 자원(resources)에 대한 심리교육을 제공하는 것 또한 중요할 것이다.

위기상황에서의 심리적 중재와 관련된 가장 큰 문제 중의 하나는 전문성이다. 예측하지 못했던 대형 재난/재해 발생 시, 생존자와 희생자들을 돕고자 하는 사회 각 영역에서의 손길은 통제할 수 없을 정도이다. 심리적 경험보고는 구조화되고 짧은 형식을 지녔다는 점에서 간단한 훈련에 의해 비전문인에 의해서도 제공될 수 있다는 오해를 유발하고, 급박한 위기상황에서 비전문인들에 의해 무차별적으로 심리적 경험보고가 실시되었으며, 이는 현재 심리적 경험보고의 비효과성 내지는 유효성에 대한 논란과 어느 정도 관련이 있는 것 같다. 앞서 살펴보았듯이, 심리적 경험보고의 효과는 정신건강 전문인들에 의해 집단이 운영되었을 때, 그리고 이들 외부 전문가들이 지역사회 위기관리 인력들과 함께 팀을 이루어 경험보고를 실시하였을 때, 긍정적이었

다. 심리적 경험보고가 고위험집단에 대한 평가와 식별, 더 전문적인 중재와 치료를 위한 의뢰를 포함한다는 점은 심리학적 배경과 훈련이 지도자의 중요한 자질이라는 점을 알 수 있게 하며, 특히, 외상 후 초기 심리적 중재에 대한 전문적 훈련과 경험, 유능함은 무엇보다 중요하다. 아직 우리나라는 심리적 경험보고 기법을 포함해서 재난 정신건강에 대한 전문가들의 준비가 미흡하며, 학부와 대학원, 평생 교육제도 등을 통해 이에 대한 훈련을 제공하고 유능한 전문 인력을 확보할 필요가 있다. 심리적 경험보고를 제공하는 전문가들의 자격조건을 통제하고 관리하기 위한 방법으로 Kirk와 Madden(2003)은 일련의 자격증 제도를 도입해야 한다고 주장한다. 이러한 위기개입 전문가들의 집단이 공식적으로 구성되어 정기적으로 세미나와 모의 훈련을 갖고, 위기 발생 시에는 이들 중 도움을 줄 수 있는 전문가들이 자발적으로 위기관리 활동에 참여하여 팀이 활성화되는 것으로, 일부 사람들의 오해처럼 위기 현장에 모여든 전문인들 중에서 즉석에서 위기관리팀을 구성하는 것이 절대 아니다. 이러한 위기관리팀의 역할 중 하나는 심리적 경험보고의 표준화된 절차를 개발하고, 이를 준수할 수 있도록 지역이나 조직 내의 다른 위기관리 구성원들을 지도, 감독하는 일이다. 전문인들에 의한 심리적 경험보고라 하더라도, 그들 내에 원만한 의사소통이나 지도력의 부재로 서비스가 중복되고 남발된다는 점은 문제이며, 위기관리시의 역할과 기능을 분할하고, 이를 통합적으로 관리할 수 있는 지도자를 육성하는 것도 중요하다. 한편, 우리나라에서도 사회복지, 정신의학, 그리고 심리학 등의 전문 영역들 간에 이해를 둘러싼 마찰이 있을 수 있음을 생각해 봐야 한다. 위기상

황에서 전문적이고도 효과적인 중재를 제공하는 것은 각 전문 영역에 대한 일반 대중의 인식과 태도변화와 직결되어 왔으며(Kokai et al., 2004), 이는 각 전문영역들 간의 이해관계에 영향을 미치게 된다. 이미 미국에서 재난 정신건강이 거의 산업화되고, 그렇기 때문에 심리적 경험보고의 효과와 전문성에 대해 더 뜨겁게 논란이 되고 있다는 점을 기억해야 한다.

아직까지 우리나라에서는 심리적 경험보고에 관한 간략한 소개 이외에는 실제 위기 현장에서 이를 적용한 사례는 없다. 태풍이나 홍수, 각종 인재까지 크고 작은 많은 위기상황을 겪어오면서도, 위기관리는 주로 의료적이고 사회복지적인 차원에서 행해져왔으며, 외상적 사건이 정신건강에 미치는 영향이나 심리학적 위기개입의 중요성은 최근까지 거의 주목받지 못하였다. 특히, 지난 2004년 우리나라의 국가재난관리 전문기관으로 설치되어 운영 중인 “소방방재청”은 아직까지 재난 예방과 관리의 행정적 차원에만 치중하고 있다(최응용 외, 2004). 이는 같은 아시아권이지만, 일본이나 필리핀 등에서 재난 정신건강과 관련하여 많은 준비와 훈련을 하고 있는 것과는 좀 차이가 있다(Kokai et al., 2004). 최근 인도양 쓰나미에 대한 위기대응을 검토한 Ghodse와 Galea(2006)는 심리적 경험보고가 권장되지 않았으며, 그 이유는 외상에만 초점을 맞추면서 전체적인 위기관리 활동과 분리되는 특징 때문임을 언급하였다. 다시 말하지만, PTSD의 예방만이 아니라 외상 후의 적응과 성장이라는 더 큰 목적을 위해, 심리적 경험보고가 통합된 위기관리 체계의 일부분으로서, 연속된 서비스들의 맥락에서 제공되는 것은 매우 중요하다. 사고의 원인과 예방대책에 대해 심리학자들의 관심이 더 필요하다고 지적한 이중

한(2003)의 주장에서 더 나아가, 심리학자들은 자연재해나 인재 등 각종 위기상황에서 심리적 경험보고를 포함한 다양한 재난 정신건강 서비스들을 제공할 필요가 있으며, 보다 통합적이고 체계적인 서비스 제공을 위해 국가적, 지역적, 그리고 조직적 차원에서 위기관리 시스템을 구축해야만 한다.

그러나, Ghodse와 Galea(2006)는 미국을 중심으로 한 서구에서 개발된 심리적 경험보고가 인도양 쓰나미 희생자들과 그 가족들을 돕는데, 문화적 타당성이 있는지의 문제를 거론한다. 위기와 그로 인한 고통을 바라보는 관점, 고통을 표현해 내는 방식, 정신건강의 어려움을 다루는 방법에서의 차이 등 사회문화적 배경에 따른 차이는 개인주의 사회에서 개발된 CISD 같은 심리적 경험보고 방법이 집단주의 사회에 적용될 때 변화와 수정을 필요로 하는지 모른다. 예를 들면, 집단주의 사회의 기본이라고 할 수 있는 집단적 유대와 지지가 얼마나 공식적인 심리적 경험보고의 필요성을 대신할 수 있는지, 또 심리적 경험보고에서 지도자의 역할이 더 지시적이고 교육적일 필요가 있는 것은 아닌지, 그렇다면, 심리적 경험보고가 원래의 기능을 유지할 수 있는지 등에 대해 세심한 고찰을 필요로 한다. 문화적으로 민감한(culturally sensitive) 경험보고의 모델을 개발하기 위해서는 심리적 경험보고의 효과에 대한 연구들이 지속적으로 행해질 필요가 있으며, 이를 위해 서구사회에서 발견된 문제점들과 제안들을 고려하여 최선의 경험보고 기법들을 현장과 연구에 적용하고, 앞서 언급된 경험적 연구의 문제점들을 보완해 나가는 것이 중요하다. 우리나라에서 심리적 경험보고의 효과를 논하는 연구가 축적되는 것은 앞으로 긴 시간을 필요로 하겠지만, 서구

사회가 경험보고나 다른 위기개입 방법들과 관련하여 겪은 여러 문제들을 답습하지 않아도 된다는 점에서 상당히 희망적이며, 많은 정신건강 전문가들의 적극적 관심과 주의가 필요한 시점이다.

참고문헌

- 김미리혜 (1998). 외상적 스트레스의 단기 관리: 위기개입 프로그램의 개발. 한국심리학회지: 건강, 3, 102-113.
- 신동균, 이준상, 이민수, 최윤경 (1997). 상풍사고 생존자에서 스트레스 대처방식과 심리적 고통의 단계. 신경정신의학, 36, 612-619.
- 이민수, 한창수, 곽동일, 이준상 (1997). 삼풍사고 생존자들의 정신과적 증상. 신경정신의학, 36, 841-849.
- 이선미, 김정희 (2002). 버스사고 피해자의 심리적 특성 및 외상후 스트레스 장애 발병 관련 변인. 한국심리학회지: 임상, 21, 547-563.
- 이수연, 최용용, 홍종관, 김춘경 (2004). 대구지하철참사 청소년생존자의 심리사회적 적응을 위한 인지행동적 위기상담의 효과. 청소년상담연구, 12, 156-168.
- 이인숙, 하양숙, 김기정, 김정희, 권용희, 박진경, 이나운 (2003). 일개 지역사회 재해주민의 외상 후 스트레스 장애 정도와 관련요인 분석. 대한간호학회지, 33, 829-838.
- 이윤주 (2004). 재난피해의 심리적 영향과 재난극복을 위한 심리적 조력의 방법: 아동을 중심으로. 청소년상담연구, 12, 28-40.

- 이종한 (2003). 사고공화국에 대한 심리학적 제의: 안전사고의 심리적 기제와 대안 모색에 관한 여덟 편의 논문을 안내하면서. *한국심리학회지: 사회문제*, 9, 1-14.
- 이지현, 김유숙, 최영안 (2004). 전쟁으로 인한 PTSD 집단과 사고로 인한 PTSD집단의 MMPI 프로파일 비교. *한국심리학회지: 임상*, 23, 221-229.
- 최응용, 이수연 (2003). 위기 유가족을 위한 단기 집단상담 프로그램의 개발. *대구대학교 사회과학연구*, 11, 189-208.
- 최응용, 홍종관, 김춘경, 이수연 (2004). 대구지 하철참사 유가족의 심리사회적 적응을 위한 인지행동적 위기상담의 효과. *상담학연구*, 5, 505-518.
- Bisson, J. I. (2003). Single-session early psychological interventions following traumatic events. *Clinical Psychology Review*, 23, 481-499.
- Bisson, J., Jenkins, P., Alexander, J., & Bannister, C. (1997). A randomised controlled trial of psychological debriefing for victims of acute burn trauma. *British Journal of Psychiatry*, 171, 78-81.
- Brewin, C. R. (2001). Cognitive and emotional reactions to traumatic events: Implications for short-term intervention. *Advances in Mind-Body Medicine*, 17, 163-169.
- Bryant, R. A. (2003). Early predictors of posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 53, 789-795.
- Cohen, J. A. (2003). Treating acute posttraumatic reactions in children and adolescents. *Biological Psychiatry*, 53, 827-833.
- Deahl, M. (2000). Psychological debriefing: Controversy and challenge. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 929-939.
- Dyregrov, A. (1997). The process in psychological debriefing. *Journal of Traumatic Stress*, 10, 589-605.
- Elklit, A. M. (2001). Effectiveness of psychological debriefing. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104, 423-437.
- Gard, B. A., & Ruzek, J. I. (2006). Community mental health response to crisis. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 62, 1029-1041.
- Ghodse, H., & Galea, S. (2006). Tsunami: Understanding mental health consequences and the unprecedented response. *International Review of Psychiatry*, 18, 289-297.
- Jimerson, S. R., Brock, S. E., & Pletcher, S. W. (2005). An integrated model of school crisis preparedness and intervention. *School Psychology International*, 26, 275-296.
- Jordan, K. (2003). A trauma and recovery model for victims and their families after a catastrophic school shooting: Focusing on behavioral, cognitive, and psychological effects and needs. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 3, 397-411.
- Kirk, A. B., & Madden, L. L. (2003). Trauma related critical incident debriefing for adolescents. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 20, 123-134.
- Kokai, M., Fujii, S., Shinfuku, N., & Edwards, G. (2004). Natural disaster and mental health in Asia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 58, 110-116.
- Lewis, S. J. (2003). Do one-shot preventive interventions for PTSD work? A systematic

- research synthesis of psychological debriefings. *Aggression and Violent Behavior*, 8, 329-343.
- Mancini, A. D., & Bonanno, G. A. (2006). Resilience in the face of potential trauma: Clinical practices and illustrations. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 62, 971-985.
- McNally, R.J., Bryant, R.A., & Ehlers, A. (2003). Does early psychological intervention promote recovery from posttraumatic stress? *Psychological Science in the Public Interest*, 4, 45-79.
- Mitchell, J. T. (1983). When disaster strikes. the critical incident debriefing process. *Journal of Emergency Medical Services*, 9, 36-39.
- Miller, L. (2002). Psychological interventions for terroristic trauma: Symptoms, syndromes, and treatment strategies. *Psychotherapy: Theory/ Research/ Practice/ Training*, 39, 283-296.
- Myers, R. A., & Moore, H.B. (2006). Crisis in context theory: an ecological model. *Journal of Counseling & Development*, 84, 139- 147.
- Nickerson, A.B., & Zhe, E. J. (2004). Crisis prevention and intervention: A survey of school psychologists, *Psychology in the Schools*, 41, 777-788.
- Poland, S. Pitcher, G. D., & Lazarus, P. J. (1995). Best practices in crisis intervention, In A. Thomas & J. Grimes (Eds.), *Best practices in school psychology* (pp. 445 - 458). Washington, DC: The National Association of School Psychologist.
- Roberts, A. R. (2005). *Crisis intervention handbook*. New York: Oxford.
- Stallard, P., & Salter, E. (2003). Psychological debriefing with children and young people following traumatic events. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 8, 445-457.
- Sue, D., & Sue. S. (1999). *Counseling the culturally different: Theory and practice*, New York: Wiley.
- Turner, A. L. (2000). Group treatment of trauma survivors following a fatal bus accident: Integrating theory and practice. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 4, 139-149.
- Young, M. A. (2002). The community crisis response team training manual, volume 1. Washington, DC: NOVA
- Yule, W. (2001a). Post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *International Review of Psychiatry*, 13, 194-200.
- Yule, W. (2001b). When disaster strikes-The need to be 'wise before the event': Crisis intervention with children. *Advances in Mind-Body Medicine*, 17, 191-197.

1 차 원고 접수일 : 2007. 1. 22

최종 원고 접수일 : 2007. 2. 18

Problems in Psychological Debriefing and Suggestions for Best Practice

Seung-yeon Lee

Ewha Womans University

This study introduces major models of psychological debriefing that has been utilized as an early psychological intervention after traumatic incidents and examines the controversy on the effects of psychological debriefing. It is difficult to make consistent conclusions regarding its effects based on the previous research data. Therefore, this study examines the major issues related to psychological debriefing and suggests the important points for best practice in crisis situations.

key words : *psychological debriefing, CISD, disaster mental health, crisis intervention*