

단순 및 복합 외상 유형에 따른 PTSD의 증상 구조*

안 현 의†

주 혜 선

이화여자대학교

본 연구에서는 다양한 외상적 사건들을 단순 외상과 복합 외상 유형으로 구분하여 한국 성인 집단에서 각각의 외상 유형에서 가장 적합한 외상 후 스트레스 장애(PTSD)의 증상구조는 무엇인지 확인하고자 하였다. 만 18세 이상 성인 남녀를 대상으로 외상 체크리스트와 PTSD 증상을 측정하기 위한 외상 후 진단척도를 실시하여 생애 중 외상 경험이 있는 경우 연구 집단으로 포함하였다. 연구 집단은 경험한 외상적 사건의 유형에 따라 단순 외상 집단과 복합 외상 집단으로 하위 집단을 나누었으며 이들 중 단순 외상 집단은 428명, 복합외상 집단은 207명이었다. 본 연구에서 검증한 PTSD 증상구조 모형은 DSM-IV의 재경험, 회피 및 정서적 마비, 과각성의 3요인을 기본으로 하는 2개의 모형과 경험적으로 타당성이 보고된 4요인 모형 3개로 총 5개의 모형이다. 다섯 개의 PTSD 증상 모형을 확인적 요인분석을 통해 검증한 결과 단순 외상 집단과 복합 외상 집단에서 동일하게 DSM-IV의 PTSD증상 모형보다는 재경험, 회피, 정서적 마비, 과각성의 4개의 하위 증상이 상호작용하는 모형이 가장 적합한 것으로 확인되었다. 이와 같은 연구결과를 바탕으로 PTSD 증상구조에 대한 이해와 함의 그리고 제한점에 대해서 제시하였다.

주요어 : 외상 후 스트레스 장애, PTSD 증상, 단순 외상, 복합외상, 확인적 요인분석

* 이 논문은 2007년도 정부(교육과학기술부)의 재원으로 한국연구재단의 지원을 받아 수행된 연구임(No. R01-2007-000-20777-0)

† 교신저자 : 안현의, 이화여자대학교 심리학과, 서울시 서대문구 대현동
E-mail: ahn12@ewha.ac.kr

외상후 스트레스 장애(Posttraumatic Stress Disorder: 이하 PTSD)는 1980년 미국정신의학회(American Psychiatry Association: 이하 APA)에서 발간한 정신장애 진단 및 통계 편람(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: 이하 DSM) 3판에 공식적인 진단명으로 처음 소개되었으며, 현재 DSM-IV (1994)에 제시된 PTSD의 핵심증상은 재경험(B 준거), 회피/정서적 마비(C 준거), 과각성(D 준거)의 세 증상군으로 구분되어 있는 3요인 구조이다. 재경험 증상군(reexperience cluster)은 외상적 사건과 관련된 침투적인 기억, 악몽, 그리고 사건을 다시 경험하는 것과 같은 플래쉬백(flashback)과 같은 5개의 증상들을 포함하고 있고, 회피 증상군(avoidance cluster)은 외상적 사건과 관련된 자극, 활동 장소를 피하려 하거나 사건과 관련된 중요한 측면을 회상할 수 없고 제한된 감정을 느끼며 타인으로부터 소외감과 미래가 단축되는 것과 같은 느낌 등을 포함하는 7개의 증상들을 포함한다. 그리고 과각성 증상군(hyperarousal cluster)에는 수면의 어려움, 성마름, 주의 집중의 어려움, 과도한 놀람 및 경계와 같은 증가된 각성상태가 지속되는 것과 관련된 5개의 증상들이 기술되어 있다.

PTSD의 세가지 증상군은 이론적, 임상적 근거가 충분히 있기는 하지만, 애초에 경험적 연구결과에 의해 개발된 것이 아니라 전문가들 사이의 합의에 의해 개발되었다는 점에서 지금까지 논란이 지속되어왔다(Asmundson, et al., 2000). 가장 많은 비판점으로는 PTSD로 진단을 받기 위해서는 이 세가지 증상군 모두에서 일부라도 증상이 있어야 한다는 것이다. 구체적으로, PTSD 진단을 받기 위해서는 재경험 증상군에서 최소 1개, 회피 증상군에서 최소 3개, 그리고 과각성 증상군에서 최소 2개

가 해당되어야 한다. 따라서 만약 어떤 사람이 17개의 증상 기준 가운데 13개가 해당된다 하더라도 만약 하나의 증상군에서 명시된 개수만큼의 증상을 충족하지 못하면 PTSD로 진단을 받지 못한다는 것이다 (Lancaster, Melka, Benjamin, & Rodriguez, 2009). 실제로 외상사건을 경험한 후에 full-PTSD 보이는 사람들의 수보다는 subclinical PTSD (또는 partial-PTSD)를 보이는 수가 훨씬 더 많고, 이 또한 주관적 고통이 상당히 크다는 사실을 고려한다면 기존의 PTSD요인 구조와 진단준거에 대한 재고려가 필요할 수도 있다.

또 다른 논란의 핵심은 과연 이 세 가지 증상군이 PTSD를 가장 잘 대변하는 요인구조인가의 문제이다. 이를테면, Foa, Zinbarg와 Rothbaum(1992)은 DSM에 제시된 PTSD의 회피 증상군 안에서 일부 증상은 외상적 사건과 관련된 침투적인 기억이 떠오르는 것을 능동적, 의도적으로 피하려는 시도인 반면에 정서적 마비는 지속되는 과각성으로 인해 파생된 반응으로 그 기제를 다르다고 하였다. 또한 PTSD 준거를 개발할 당시에는 외상의 유형에 대한 고려가 없었으나, 이후에 Terr (1992)와 Herman(1992) 등에 의해 일회적/사건사고적 외상인 단순외상 (또는 Type I 외상)과 반복적/대인관계 폭력 외상인 복합외상 (또는 Type II 외상)에 대한 차이가 논의되면서, 모든 외상 경험자들에게 일괄적으로 PTSD 진단을 적용하는 것에 대한 비판도 함께 증가하였다. 단순 외상의 경우 불안장애의 증상 특징을 가지고 있으며 PTSD의 증상들이 두드러지게 나타나는 반면, 복합 외상인 반복적인 대인관계 폭력 피해자의 경우 (예, 가정폭력, 아동학대) 인지, 정서, 행동, 의미체계 등 인간 심리의 전 영역을 아우르며 정서조절 기능의 손상,

주의력과 의식 기능의 손상, 신체화 증상, 자기인식의 변화, 타인과의 관계 변화, 의미체계 변화 등 다양한 증상들을 포괄하고 있다 (Pelcovitz, van der Kolk, Mandel, Kaplan, & Resick, 1997). 외상 유형에 따라 증상이 다르다는 것이 임상 현장에서 주장되면서 복합PTSD 또는 복합외상증후군이라는 새로운 진단이 PTSD와 차별화되어 개발되어야 한다는 입장이 증가하고 있고, 이와 관련한 문헌은 국제 트라우마 연구분야에서는 이미 활발히 소개되었을 뿐 아니라 최근 들어 국내에도 점차 소개되고 있다(예, 장진이, 안현의, 2011; 안현의, 2007; Luxenberg, Spinnazzola, & van der Kolk, 2001). 이러한 단순외상과 복합외상 진단과 관련된 논란의 핵심은 바로 우리 사회의 외상사건의 유형은 매우 다양함에도 불구하고 외상과 관련한 공식적인 진단은 PTSD와, PTSD의 전단계인 급성스트레스장애 (Acute Stress Disorder) 밖에 없다는 것이다. 그리고 더 나아가 단순히 진단의 구분만이 아니라 외상후유증의 핵심 증상들이 실제 개별 하위 증상들로 어떻게 구분이 되며 이들 증상간의 관계는 어떠한지를 확인하는 것은 각 하위 증상들과 관련된 심리적·생리적 치료 기제를 깊이 있게 이해하고 효과적으로 치료적 개입을 가능하게 하기 때문에 매우 중요하다고 할 수 있다.

현재의 DSM-IV-TR의 PTSD 증상모형은 3요인 모형을 제시하고 있지만 외상적 사건을 경험한 성인 집단을 대상으로 PTSD의 증상을 측정하고 탐색적 또는 확인적 요인분석을 통해 PTSD의 증상구조를 검증한 선행 연구들에서는 몇 가지 대안적인 모형들이 보고되었다. 가장 대표적인 것이 상호 상관된 4요인 모형 (*four-factor intercorrelated model*; King, Leskin, King,

& Weathers, 1998; Cox, Mota, Clara, & Asmundson, 2008; Palmieri, & Fitzgerald, 2005), 위계적 4요인 모형(*hierarchical four-factor model*; Scher, McCreary, Asmundson., & Resick, 2008; Asmundson, Frombach, McQuaid, Predrelli, Lenox, & Stein, 2000), 상호 상관된 4요인 정서적 고통 모형(*four-factor dysphoria intercorrelated model*; Simms, Watson, & Doebbeling, 2002; Engdahl, Elhai, Richardson, & Frueh, 2011) 등이 있다.

DSM-IV의 PTSD 증상 구조에 대한 대안적 모형

상호 상관된 4요인 모형

이 모형은 재경험(B1-B5), 회피(C1-C2), 정서적 마비(C3-C7), 과각성(D1-D5)으로 하위 증상이 구분되며 각각의 하위 증상은 서로 상호작용하는 관계에 있는 PTSD 증상구조 모형이다. King 등(1998)은 524명의 참전 남성 군인 임상 집단을 대상으로 임상가 면접방식의 PTSD 척도(Clinician-Administered PTSD Scale: 이하 CAPS; Blake, Weathers, Nagy, Kaloupek, Klauminzer, Charney, & Keane, 1990)로 PTSD 증상을 측정하고 확인적 요인분석을 실시한 결과 상호 상관된 4요인 모형이 가장 적합도가 좋다는 것을 제시하였다. 일관되게 Palmieri 등(2005)이 직장에서의 성추행 경험이 있는 여성을 대상으로 한 연구와 다양한 외상적 사건을 포함한 Cox 등(2008)의 연구에서도 상호 상관된 4요인 모형이 가장 높은 적합도를 보여 King 등(1998)의 연구결과와 일치되는 결과를 보였다.

위계적 4요인 모형

위계적 4요인 모형은 상위 PTSD 증상에 하위 침습과 재경험(B1-B5), 회피(C1-C2), 정서적

마비(C3-C7), 과각성(D1-D5)이 위계적인 관계를 지니는 모형이다. Asmundson 등(2000)은 병원 응급실에서 의뢰된 다양한 스트레스 사건을 포함하는 일반인을 대상으로 하여 일반인용 PTSD 체크리스트(PCL-C; PTSD Checklist-Civilian, Weathers, Litz, Huska, & Keane, 1994)를 실시하여 PTSD증상을 측정하고 확인적 요인분석을 실시한 결과 위계적 4요인 모형이 가장 적합한 모형임을 확인하였다. 또한 Scher 등(2008)의 연구에서도 최근 폭력을 경험한 여성(강간 피해 포함), 강간으로 인한 PTSD 임상집단 여성, 가정폭력을 경험한 여성 집단에서 위계적 4요인 모형 하나만을 검증한 결과 3집단 모두에서 양호한 모델 적합도를 보이는 것으로 확인됐다.

상호 상관된 정서적 고통 4요인 모형

상호 상관된 4요인 모형의 경우 재경험(B1-B5), 회피(C1-C2), 정서적 고통(C3-C7/D1-D3), 과각성(D4-D5)으로 하위 증상이 구분되며 각각의 하위 증상은 서로 상호작용하는 관계에 있는 PTSD 증상구조 모형이다. Simms 등(2002)은 선행 연구에서 과각성 증상 구분과 관련하여 일관되지 못한 결과들이 보고되는 것에 주목하고 과각성의 증상 중 순수 과각성 증상은 과도한 긴장과 놀람 증상(D4-D5)만이 해당하며 수면 문제, 성마름, 주의집중 문제와 같은 증상들은 정서적 각성 증상과 함께 묶일 수 있는 증상일 가능성을 고려하여 정서적 고통(dysphoria)증상으로 총칭하였다. 그리고 이 증상들 간에 상호 상관을 지니는 정서적 고통 4요인 모형으로 PTSD 증상구조를 검증하였다.

걸프 전쟁에 참가한 군인 3,695명을 대상으로 외상 노출의 심각성을 고려하여 전쟁 중 전투경험이 있는 군인과 전투경험이 없는

군인으로 하위 집단을 나누어 군인용 PTSD 체크리스트(PTSD Checklist-Military Version; Weathers 등, 1993)로 PTSD증상을 측정하여 확인적 요인분석으로 PTSD 증상구조를 검증한 결과 하위집단에서 모두 수정된 4요인 증상모형이 가장 높은 모형 적합도를 보임을 확인하였다. 이때 King 등(1998)의 상호 상관된 4요인 모형도 함께 검증되었는데 Simms 등(2002)이 제안한 상호 상관된 정서적 고통 4요인 모형이 더욱 적합도가 좋았다. Simms 등(2002)은 정서적 고통 증상과 불안 및 우울증상의 상관 관계를 검증하여 이들이 강한 정적 상관을 보이며 수렴적 관계를 보이는 것을 확인함으로써 정서적 고통 증상이 PTSD 특수 증상이라기보다 우울과 불안 장애와 공통적으로 끼고 있는 증상으로 설명하였다. 일관되게 Engdahl 등(2011)의 연구에서도 참전 경험이 있는 높은 강도의 외상 심각성을 지니는 군인집단에서 Simms 등(2002)의 연구결과와 일치하는 상호 상관된 정서적 고통 4요인 모형이 가장 적합한 PTSD 모형으로 밝혀졌다. 단, 전투 상황에 배치되지 않은 즉, 외상 심각성이 낮은 군인 집단에서는 King 등(1998)의 상호 상관된 4요인 모형과 Simms 등(2002)의 정서적 고통 4요인 모형이 둘 다 적합한 모형으로 유의한 차이가 없다는 결과를 보고하였다. 또한 Elklit, Armour와 Shevlin(2010)은 자녀의 죽음을 경험한 부모, 성폭력 피해 여성, 난민 등 각각의 외상 집단을 대상으로 PTSD의 증상구조를 검증한 연구에서도 Simms 등(2002)의 연구 결과를 지지하는 결과를 보이고 있다.

이상 대안적 모형으로 검증된 PTSD 증상 구조 모형 세 가지 외에도 교통사고 생존자를 대상으로 한 연구에서 침습과 회피

(B1-B5/C1-C2/D4-D5), 과각성과 정서적 마비(C3-C7/D1-D3)증상이 PTSD 증상들에 위계적으로 종속되는 위계적 2 요인 모형(*hierarchical two-factor model*; Buckley, Blanchard, & Hickling, 1998), 아프리카 난민을 대상으로 한 고양된 침습(B1-B5/D1,D3), 회피(C1-C2), 정서적 마비(C3-C7), 과각성(D2,D4-D5)의 증상이 상호 상관된 고양된 침습 4 요인(*aroused intrusion 4-factor*; Rasmussen, Smith, & Keller, 2007) 등이 있다.

한편, 국내에서도 김래선(2007)이 남녀 성인 151명을 대상으로 다양한 외상 사건(예, 5.18 민주화 운동, 성폭력, 교통사고, 화재, 홍수, 가정폭력)을 포함하여 PTSD의 증상구조를 확인하고자 하였다. 그 결과 외상후 스트레스 장애 증상 진단척도-면접용(Posttraumatic stress disorder Symptom Scale-Interview: PSS-I; Foa 등, 1993)을 통해 PTSD를 측정하여 확인적 요인 분석을 한 결과는 Simms 등(2002)의 모형이 가장 적합도가 좋았으나(TLI = .901; CFI = .917; RMSEA = .073) CAPS로 측정하여 확인적 요인분석을 실시한 경우는 King 외(1998)의 모형이 가장 적합도가 좋은 모형이라는 결과(TLI = .933; CFI = .950; RMSEA = .086)를 보이고 있어 일관되지 않은 결과를 제시하고 있다. 한편 탐색적 요인분석을 실시하였을 때 제시하는 대안적 모형은 수정된 4요인 모형으로 침입사고(B1-B2, B4-B5), 회피(C1, C2), 반응마비(B3/C3-C7/D4), 과각성(D1-D3, D5)이 상호 상관관계를 지니는 증상 모형을 제시하고 있다. 이와 같은 연구 결과는 국내 성인 외상집단에서 PTSD 증상구조가 DSM에서 제시하는 PTSD 증상 구조와는 일치하지 않는다는 결과를 밝히고 있어 매우 의미있는 성과이지만 분석에 포함된 사례수가 적은 편이고 DSM의 대안 모형이 합의되지 않아 일반화하기에는

제한적이다.

단순 및 복합 외상 유형과 국내의 PTSD 증상구조

앞서 언급한 PTSD 증상 구조를 경험적으로 밝히기 위한 선행 연구들의 결과는 DSM 체계의 3요인 증상 모형에 대한 대안적 모형을 제시하고 있으나 일관되게 동일한 증상구조 모형을 제시하지는 못하고 있다. 이는 외상적 사건의 종류(특정 외상 사건, 다양한 외상 사건의 혼합, 외상 노출 수준 등), 연구 참여자 선정(PTSD임상집단, 일반인 외상집단 등), 외상 경과 기간, 증상의 발병 및 지속 기간(급성, 만성 또는 지연발병), PTSD 진단방법(면접, 자기보고), 자료 분석방법(탐색 또는 확인적 요인분석) 그리고 검증 모형 설정의 다양성에 따른 결과일 수 있다. 이 중에서도 특정 외상 사건으로만 외상 유형이 한정되거나 역으로 너무 이질적일 수 있는 외상 사건들이 혼합되어 있어 일관되게 동일한 증상구조 모형을 제시하지는 못한다는 가능성을 제기해볼 수 있다.

사람들이 경험할 수 있는 다양한 외상 사건들 중에서도 반복적이고 만성적으로 사람에게 의해서 행해진 폭력으로 인한 외상 사건(예, 아동학대, 가정폭력피해, 포로경험, 난민경험, 성매매, 인신매매, 장기간동안의 참전 경험 등)의 경우에는 그 외 다른 외상적 사건(예, 자연재해, 교통사고, 산업재해, 화재 등)과는 달리 성격적 변화를 수반하는 것과 같은 증상 반응 경향이 다르기 때문에 구분되어야 한다는 주장이 제기되어 왔다(Herman, 1992). 전자와 같이 대인간 만성화된 외상의 경우는 복합 외상 또는 Type II 외상(Terr, 1992)으로, 후자

표 1. 확인적 요인분석을 위한 PDS 문항 지점

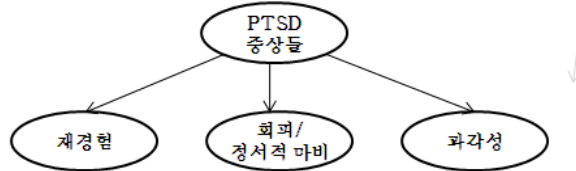
PTSD 핵심증상	모형				
	모형 1	모형 2	모형 3	모형 4	모형 5
B1. 의상에 대한 침투력 사고	재경험	재경험/PTSD	재경험	재경험	재경험/PTSD
B2. 의상에 대한 악몽	재경험	재경험/PTSD	재경험	재경험	재경험/PTSD
B3. 플래쉬백	재경험	재경험/PTSD	재경험	재경험	재경험/PTSD
B4. 외상관련 단서들에 대한 정서적 반응	재경험	재경험/PTSD	재경험	재경험	재경험/PTSD
B5. 외상관련 단서들에 대한 신체적 반응	재경험	재경험/PTSD	재경험	재경험	재경험/PTSD
C1. 외상관련 사고, 대화, 느낌의 회피	회피/정서적 마비	회피/정서적 마비/PTSD	회피	회피	회피/PTSD
C2. 외상관련 활동, 사람, 장소의 회피	회피/정서적 마비	회피/정서적 마비/PTSD	회피	회피	회피/PTSD
C3. 의상에 대한 일부 기억 회상 불가	회피/정서적 마비	회피/정서적 마비/PTSD	정서적 마비	정서적 고통	정서적 마비/PTSD
C4. 흥미 저하	회피/정서적 마비	회피/정서적 마비/PTSD	정서적 마비	정서적 고통	정서적 마비/PTSD
C5. 사람들로부터 분리 및 단절된 느낌	회피/정서적 마비	회피/정서적 마비/PTSD	정서적 마비	정서적 고통	정서적 마비/PTSD
C6. 무감각	회피/정서적 마비	회피/정서적 마비/PTSD	정서적 마비	정서적 고통	정서적 마비/PTSD
C7. 미래에 대한 무망감	회피/정서적 마비	회피/정서적 마비/PTSD	정서적 마비	정서적 고통	정서적 마비/PTSD
D1. 수면의 어려움	파괴성	파괴성/PTSD	파괴성	정서적 고통	파괴성/PTSD
D2. 성마름	파괴성	파괴성/PTSD	파괴성	정서적 고통	파괴성/PTSD
D3. 주의집중 문제	파괴성	파괴성/PTSD	파괴성	정서적 고통	파괴성/PTSD
D4. 과도한 긴장	파괴성	파괴성/PTSD	파괴성	파괴성	파괴성/PTSD
D5. 과도한 놀람	파괴성	파괴성/PTSD	파괴성	파괴성	파괴성/PTSD

주. 모형 1 = DSM-IV의 3요인 모형; 모형 2 = DSM-IV의 위제력 3요인 모형; 모형 3 = King 등(1996)의 상호 상관된 4요인 모형; 모형 4 = Simms 등(2002)의 상호 상관된 정서적 고통 4요인 모형; 모형 5 = Amundson 등(2000)의 위제력 4요인 모형.

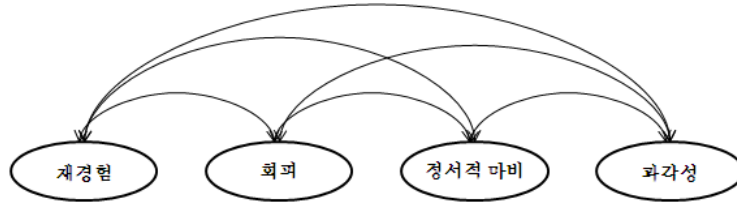
1) 모형 1



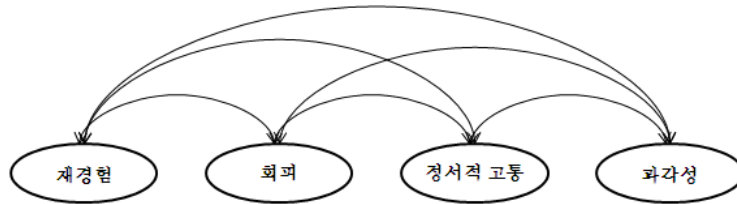
2) 모형 2



3) 모형 3



4) 모형 4



5) 모형 5

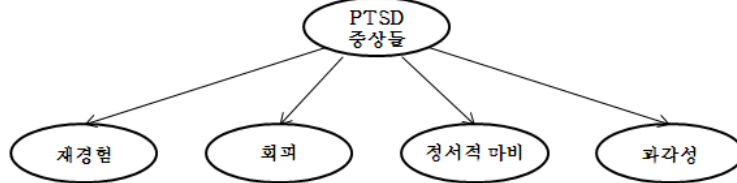


그림 1. 확인적 요인분석으로 검증할 연구 모형

주. 1) 모형 1 = DSM-IV의 3요인 모형의 상호 상관된 3요인 모형; 2) 모형 2 = DSM-IV의 위계적 3요인 모형; 3) 모형 3 = King 등(1998)의 상호 상관된 4요인 모형; 4) 모형 4 = Simms 등(2002)의 상호 상관된 정서적 고통 4요인 모형; 5) 모형 5 = Asmundson 등(2000)의 위계적 4요인 모형.

와 같은 일회성의 외상의 경우는 단순 외상 또는 Type I 외상(Terr, 1992)으로 흔히 불리고 있는데 이와 같은 구분은 외상 후 스트레스 증상 반응 양상과 관련하여 외상 유형이 미치는 영향을 중요하게 고려하고 있는 것이라고 볼 수 있다. 안현의(2007)는 외상으로 인한 심리적 후유증과 관련한 PTSD의 진단과 치료시 이들 외상 유형의 특수성과 한국 문화적 특수성 또한 동시에 고려되어야 할 것이라고 제안하였다. 하지만 지금까지 보고된 국, 내외의 PTSD의 증상구조에 관한 연구들 중에서 다양한 외상적 사건을 복합 및 단순 외상으로 체계적으로 분류하고 외상 유형에 따른 PTSD 증상구조를 제시한 연구 결과는 아직까지 보고된 바가 극히 드물다.

따라서 본 연구에서는 DSM의 PTSD 증상구조 모형과 서구사회에서 DSM의 PTSD 증상구조에 대한 대안적 모형으로 제시된 모형들 중에서 한국 문화권에서 적합한 PTSD의 증상구조 모형은 무엇인지를 검증하고자 한다. 또한 다양한 외상적 사건들을 단순외상 유형과 복합외상 유형으로 하위집단을 분류하고 각각의 외상 유형에서 PTSD의 증상구조를 가장 잘 설명해줄 수 있는 모형을 확인하고자 한다. 이 연구에서 확인적 요인분석을 통하여 검증하고자 하는 모형은 다음과 같은 다섯 가지이다: (a) 기존의 DSM 진단체계가 명시하는 상호 상관된 3요인 모형, (b) DSM 체계의 3요인 구조를 따르되 각 증상군이 상호독립적이라고 전제하여 partial-PTSD의 당위성을 강조하는 위계적 3요인 모형, (c) King 등(1998)의 상호 상관된 4요인 모형, (d) Simms 등(2002)의 상호 상관된 4요인 모형, 그리고 (e) Asmundson 등(2000)의 위계적 4요인 모형으로 이상 5개의 모형이다(그림 1). 확인적 요인분석을 위한 문

항 지정은 표 1에 제시하였다.

연구방법

연구 절차

본 연구에서는 국내 만 18세 이상 성인 남녀 중 생애 중 1회 이상 외상 경험이 있는 경우 연구에 참여할 수 있도록 하였다. 또한 본 연구의 목적상 단순 외상 경험이 있는 집단과 복합 외상 경험이 있는 집단 모두가 고루 포함되어야 하기 때문에 대학생, 평생교육원 재학생, 일반 성인, 가정폭력 쉼터 여성, 그리고 대학상담센터나 일반 심리상담센터에서 외상 심리 평가 및 치료를 신청한 내담자 중에서 연구 참여의사를 밝힌 사람을 대상으로 자료를 수집하였다. 연구 참여자는 본 연구의 도구가 포함된 질문지에 자기보고식으로 응답하였으며 연구의 질문지를 배부 및 수거하는 중간관리자가 연구자로부터 자료 배부 및 수집 절차에 대해서 훈련을 받고 자료수집에 참여하였다. 대학생, 평생교육원, 가정폭력 쉼터 자료는 기관의 도움을 얻어 본 연구진이 직접 기관을 방문하여 연구 참여자를 대상으로 질문지를 배부하고 수거하는 방식으로 자료수집이 진행되었다. 수집된 자료들 중에서 외상 경험이 없거나 본 연구에서 제시한 외상적 사건에 해당하지 않는 경우(예: 동영상 목격, 부정적인 스트레스를 주는 생활사건 등)는 자료에서 제외하였다.

연구 대상

본 연구에 포함된 연구대상자는 외상경험

이후 PTSD 증상을 하나라도 가지고 있는 partial-PTSD 해당자 총 635명이며 남성이 308명(48.5%), 여성은 320명(50.4%), 무응답 7(1.1%)명이 포함되었다. 외상 유형에 따라 하위 집단으로 구분하였을 때의 인구통계학적인 특성은 다음과 같다. 단순 외상 집단은 총 428명으로 이중 남성은 222명(51.9%), 여성은 199명(46.5%)이며 무응답은 7명(1.6%)이다. 연령은 만 18-24 세 132명(30.8%), 만 25-40세 185명(43.2%), 만 41-65세 102명(23.8%), 만 65세 이상 4명(0.9%)이며 이중 무응답은 5명(1.1%)이다. 현재의 결혼 상태는 미혼 243명(56.8%), 기혼(재혼 포함) 165명(38.6%), 기타 10명(2.3%), 무응답 10명(2.3%)이다. 단순 외상 집단에서의 보고된 외상적 사건은 교통사고 265건, 자연재해 110건, 화재 97건, 기타 단순 외상성 사건(예: 산업재해, 익사위기, 일회성 신체 폭력 경험 등) 242건이다. 이중 단순 외상성 사건의 중복경험자는 253명(59.1%)이다.

복합 외상 집단은 총 207명으로 이중 남성은 86명(41.5%), 여성은 121명(58.5%)이다. 연령은 만 18-24 세 39명(18.8%), 만 25-40세 103명(49.8%), 만 41-65세 57명(27.5%), 만 65세 이상 7명(6.5%)이었으며 무응답은 1명(0.4%)이다. 현재의 결혼 상태는 미혼 94명(45.4%), 기혼(재혼 포함) 97명(46.9%), 기타 5명(2.4%), 무응답 11명(5.3%)이다. 복합 외상집단의 외상 경험은 반복적 신체적 폭력 경험(예: 배우자 폭력, 학교폭력, 아동학대, 전쟁참전, 난민생활 등)은 172건, 성적 폭력 경험이 101건으로 보고되었으며 이들 중 일부는 복합 외상성 사건을 중복 경험하였다. 한편 복합 외상 집단에서 생애 중 단순 외상성 사건을 중복적으로 경험하였으며(자연재해 54건, 화재 49건, 교통사고 104건, 기타 일회성 외상 사건 102건) 중복경

험자는 113명(54.6%)이다.

연구도구

외상 사건 체크리스트

생애 중 본인이 직접 경험하거나 현장에서 직접 목격한 외상적 사건들을 확인하기 위해 단순 외상과 복합 외상을 구분하는 것이 가능하도록 본 연구자들에 의해서 제작된 것이다. 선행 연구들에서 고려된 다양한 세부 외상적 사건들의 목록과 경험 횟수, 당시 연령, 가장 충격적인 외상적 사건을 표시할 수 있도록 구성되어있다. 외상 사건 체크리스트에 포함된 외상적 사건으로는 전쟁, 강제수감, 자연재해, 화재, 교통사고, 건축물 붕괴, 생명을 위협하는 질병, 반복적인 신체적 폭력, 일회성 신체적 폭력, 일회성 성적 폭력, 반복적 성적 폭력, 기타 충격적 사건(예: 시위진압, 추락사고, 기계사고, 익사, 살해목격, 자살목격, 동물공격, 독극물 노출 등)으로 구분되어 있다. 안현의(2007)의 복합외상 개념 기술에 따라 대인간 발생한 외상적 사건으로 반복적으로 행해진 경우는 복합외상으로 분류하고 그 외 외상적 사건들은 단순외상으로 분류할 수 있다.

외상 후 진단 척도

외상 후 진단 척도(Posttraumatic Diagnostic Scale: 이하 PDS)는 Foa, Cashman, Jaycox와 Perry(1997)가 PTSD의 진단 및 증상의 심각성을 자기보고를 통해 평가하기 위해 개발한 척도로 안현의(2005)가 번안한 것을 사용했다. 원래 PDS는 총 49문항으로 구성되어 있으나 본 연구에서는 DSM-IV의 PTSD 진단 준거 B, C, D의 각 진단 준거 항목을 기술하고 있는 17문항만을 사용하였다. 각 문항은 지난 한달

동안 증상의 빈도를 4점(0-3점)척도로 평정하도록 되어있다. 주혜선 등(2008)의 연구에서 Cronbach's α 는 .94였으며 본 연구에서 Cronbach's α 는 .94를 보였다.

분석방법

단순외상 집단과 복합외상 집단간 PTSD 증상 심각성에 차이를 보이는지를 검토하고자 PDS총점 및 하위 증상군에서 독립표본 *t*검증을 실시하였으며 이때 SPSS 16.0을 사용하였다. 또한 본 연구에서 검증하고자 하는 5개의 PTSD 증상구조 모형의 확인적 요인분석은 AMOS 7.0를 사용하였다. 단순외상 집단과 복합외상 집단 모두에서 5개의 모형에 대한 확인적 요인 분석을 실시하여 각각의 집단에서 가장 적합도가 좋은 모형을 확인하였다. 이들 모형의 적합도를 평가하기 위한 적합도 지수는 표본 크기에 대한 민감성, 모형의 간명성, 해석 가능성 등을 고려하여 χ^2 값과 더불어 RMSEA(root-mean-square error of approximation), AIC(Akaike information criterion), ECVI(expected cross validation index), NNFI(non-normed fit index), 그리고 CFI(comparative fit index)를 사용하였다. χ^2 검증지수는 표본의 크기에 민감하므로 다른 지표들을 통한 적합도 확인을 할 필요가 있는데, 절대적인 기준은 없으나 일반적으로 RMSEA가 0.8 이하이면 괜찮은 적합도 수준, NNFI와 CFI가 .90이상이면 좋은 적합도 수준으로 볼 수 있다(홍세희, 2000; Brown & Cudeck, 1992). AIC와 ECVI는 여러 모형을 비교 평가할 때 사용되는데, RMSEA와 더불어 이 두 지수가 낮을수록, 반면 NNFI와 CFI는 높을수록 더 좋은 모형이라고 볼 수 있다.

표 2. 단순 및 복합외상 집단 간 PTSD 하위 증상군 차이

PTSD증상	단순외상	복합외상	t
	M(SD)	M(SD)	
PDS총점	3.34(5.75)	9.50(16.99)	-5.07***
재경험	0.96(1.96)	2.64(5.00)	-4.66***
회피	0.32(0.87)	1.19(2.29)	-5.26***
정서적 마비	0.61(1.49)	2.21(5.04)	-4.48***
과각성	1.50(2.68)	3.49(5.51)	-4.92***

****p*<.001

결 과

단순외상 집단과 복합외상 집단에서 PTSD 증상 심각성의 차이를 보이는지 *t*검정한 결과, PDS 총점(*t*=-5.07, *p*<.001) 및 개별 하위 증상(재경험, *t*=-4.66, *p*<.001; 회피, *t*=-5.26, *p*<.001; 정서적 마비, *t*=-4.48, *p*<.001; 과각성, *t*=-4.92, *p*<.001) 모두에서 복합 외상집단이 단순외상 집단에 비해 PTSD증상 심각성이 더 유의미하게 높은 양상을 보였다(표 2).

단순외상 집단(Type I)과 복합외상 집단(Type II) 각각에서 5개의 모형에 대한 확인적 요인분석을 실시한 결과는 표 3에 제시하였다. 단순외상 집단에서는 모형 3이 가장 낮은 AIC(540.17)과 ECVI(1.27), 그리고 CFI(.91)로 가장 양호한 것으로 나타났으나, 복합외상 집단에서는 모형 3(RMSEA=.078, NNFI=.91, CFI=.93)과 모형 4(RMSEA=.079, NNFI=.90, CFI=.93)가 괜찮은 적합도 수준을 보였다. 하지만 복합외상 집단의 경우 모형 3이 모형 4보다 상대적으로 더 낮은 AIC(444.05)과 ECVI (2.14) 수치를 나타내어 더 좋은 모형이라 할 수 있다.

표 3. 단순 및 복합외상 집단에서의 모형 적합도

Model	n	χ^2	df	RMSEA	AIC	ECVI	NNFI	CFI
단순외상 428								
모형 1		578.845	116	.097	686.85	1.61	.83	.87
모형 2		578.845	116	.097	686.85	1.61	.83	.87
모형 3		426.128	113	.081	540.17	1.27	.88	.91
모형 4		512.150	113	.091	626.15	1.47	.85	.89
모형 5		478.637	115	.086	588.64	1.38	.87	.90
복합외상 207								
모형 1		317.173	116	.092	495.13	2.38	.87	.90
모형 2		317.173	116	.092	495.13	2.38	.87	.90
모형 3		252.892	113	.078	444.05	2.14	.91	.93
모형 4		258.491	113	.079	463.02	2.23	.90	.93
모형 5		291.302	115	.086	468.91	2.25	.88	.91

주. df=degree of freedom; RMSEA=root mean square error of approximation; AIC=Akaike Information Criterion; ECVI=Expected Cross-Validation Index; NNFI=Nonnormed Fit Index; CFI=Comparative Fit Index.

표 4. 단순 및 복합외상 집단에서 모형 3의 표준화된 요인 부하량

PTSD 증상	재경험		회피		정서적 마비		과각성	
	단순외상	복합외상	단순외상	복합외상	단순외상	복합외상	단순외상	복합외상
B1	0.77	0.85						
B2	0.71	0.61						
B3	0.78	0.61						
B4	0.80	0.85						
B5	0.76	0.80						
C1			0.87	0.83				
C2			0.70	0.80				
C3					0.29	0.33		
C4					0.79	0.80		
C5					0.69	0.80		
C6					0.69	0.66		
C7					0.69	0.79		
D1							0.72	0.75
D2							0.77	0.80
D3							0.74	0.84
D4							0.76	0.71
D5							0.74	0.69

단순외상 집단과 복합외상 집단 모두에서 가장 적합한 모형으로 확인된 모형 3의 표준화된 요인 부하량은 표 4에 제시하였다. 두 집단 모두에서 C3 증상 (외상에 대한 일부 기억 회상 불거)은 낮은 요인 부하량(단순외상 집단 = .29, 복합외상 집단 = .33)을 보이고 있으나 C3 증상을 제외하고는 모든 증상의 요인 부하량은 보통 수준에서 높은 수준을 보이고 있다. 즉, 단순외상과 복합외상 두 집단에서 재경험 .61-.85, 회피 .71-.87, 정서적 마비 .66-.80, 과각성 .69-.84의 부하량 범위를 보였으며 복합외상 집단에서는 재경험 .67-.88, 회피 .83-.85, 정서적 마비 .57-.82 그리고 과각성 .74-.80의 부하량 범위를 보인다. 하지만 한 가지 유의할 점은 단순외상 집단의 경우 요인 부하량이 모든 PTSD 증상들에 걸쳐 비교적 고르게 나타나는 반면, 상대적으로 복합외상 집단의 경우 그러지 않은 양상을 보인 것이다. 특히 재경험 증상군의 문항 B2 (외상에 대한 악몽)와 B3 (플래쉬백), 그리고 정서적 마비의 문항 C6 (감정의 무감각)의 경우 같은 군집의 문항들에 비해 낮게 나타났다.

두 집단 모두에서 정서적 마비 증상군과 과각성 증상군이 가장 낮은 상관을 나타냈고, 특히 단순외상 집단의 경우 복합외상 집단보

다 전반적으로 약간 낮은 상관을 보였다. 이 결과는 표 5에 제시되었다.

논 의

본 연구에서는 한국 성인집단에서 단순 및 복합 외상 유형에 따른 PTSD 증상구조를 확인하고자 하였으며 그 결과 회피와 정서적 마비가 분리되어 재경험과 과각성 증상이 서로 상호작용하는 King 등(1998)이 제안한 상호 상관된 4요인 모형이 두 외상 유형 모두에서 가장 적합한 모형임을 확인하였다. 이는 기존의 DSM-IV에서 제시하는 재경험, 회피 및 정서적 마비, 과각성 이상 3개의 증상으로 구성된 PTSD 증상 모형보다는 회피와 정서적 마비를 각각의 하위 증상으로 구분하여 보는 4요인 구조가 더욱 타당하다는 것을 의미하는 결과라고 볼 수 있다.

이 연구의 결과는 선행연구에서처럼 일회성의 외상적 사건이나 대인 내 장기간에 걸쳐 지속된 외상 모두에서 PTSD의 핵심증상에 있어서는 증상의 구조 및 관계가 비교적 동일하게 적용될 수 있다는 것을 보여준다고 할 수 있지만, 미미하나마 복합외상 집단의 경우 단

표 5. 모형 3에 따른 PTSD 요인 간 상관계수

	재경험		회피		정서적 마비		과각성	
	단순외상	복합외상	단순외상	복합외상	단순외상	복합외상	단순외상	복합외상
재경험	-	-						
회피	.829***	.878***	-	-				
정서적 마비	.668***	.769***	.687***	.788***	-	-		
과각성	.606***	.661***	.504***	.656***	.729***	.871***	-	-

*** $p < .001$

순외상 집단 간의 차이점도 간과해서는 안될 것이다. 최근 임상현장에서는 아동학대나 가정폭력, 난민생활과 같은 복합외상의 후유증이 교통사고나 재난과 같은 단순외상의 후유증과 다르다는 점을 강조하고 있다. 그 한가지 예로 단순외상의 경우 불안장애의 특징을 많이 보이는 반면, 장시간에 걸친 대인간 폭력을 포함하는 복합외상의 경우 그 심리적 상처가 전반적인 자아의 손상을 가져올 수 있다는 사실이다 (장진이, 안현의, 2011). 이를테면, 이 연구에서도 복합외상 집단의 경우 단순외상 집단에 비해 네 가지 PTSD 요인들 간에 더 많은 상관관계를 나타내고 있다는 것은 심리적 후유증이 네 증상군에 확산적으로 발현되고 있음을 암시하는 것일 수 있다.

본 연구의 결과에서 흥미있는 점은 외상의 중요한 측면을 회상하지 못하는 것 (즉, C3 증상)과 같은 외상성 기억상실(traumatic amnesia) 증상이 일부 선행 연구들에서처럼 낮은 요인 부하량을 보이고 있다는 것이다(예, 김래선, 2007; Engdahl 등, 2011; Palmieri 등, 2005; Simms 외, 2002; King 외, 1998). 기존의 다른 연구들에서도 C3 증상의 요인부하량이 보통 혹은 높게 나타났다는 결과도 보고되고 있지만(예, Elklit 등, 2010; Cox 등, 2008; Asmundson 등, 2000), 그럼에도 불구하고 다른 증상들에 비해 C3의 외상성 기억상실이 PTSD의 핵심 증상인지 아닌지에 대해서는 논란의 여지가 많다. 원래 C3 증상이 PTSD의 회피/정서적 마비 진단준거에 포함된 것은 외상적 기억상실 반응이 외상적 사건에 대한 기억을 무의식적으로 회피하려는 프로이드의 관점에서 억압(repression)으로 간주한 것에 기인하는 것이지만 한편으로는 C3 증상이 외상 당시나 직후에 사건과 관련된 정보들이 입력되지 못하거나

공고화되지 못하여 외상과 관련된 기억이 없는 현상으로 인한 것일 가능성으로 볼 수도 있다(Yovell., Barnett, & Shalv, 2003). Rubin, Berntsen과 Bohni(2008)는 C3가 낮은 요인 부하량을 보이는 현상에 대해서 C3 증상이 PTSD 증상이라기보다는 PTSD증상으로부터 보호적인 기능을 하는 특성이라고 보고 있다. 즉, PTSD란 과거에 발생한 외상 사건에 대한 현재의 기억을 매개로 하여 유발 및 유지되는 것이라고 주장하였는데, 외상 사건에 대한 기억이 생생하고 가용할 수 있는 정보를 많이 지니고 있을 때 오히려 더 PTSD에 취약해진다고 하였다. 그렇기 때문에 C3에서 보여지는 외상성 기억 상실은 PTSD의 핵심증상이라기보다는 PTSD의 보호요인으로 간주하는 것이 타당하다고 주장하고 있다. 이와 같은 다양한 가설을 바탕으로 외상사건에 대한 기억 상실의 기제에 관한 연구가 후속적으로 이루어져야 하고, 특히 외상관련 기억과 인지적 처리 과정에 관한 연구접근이 이에 기여할 바가 많을 것으로 보인다. 외상관련 기억에 관한 후속 연구의 한 가지 접근방법은 외현적 기억과 암묵적 기억의 관점에서 C3 증상을 설명해보는 것이다. 특정 기억이 떠오르지 않는 것을 정신역동적 관점의 무의식적 회피나 억압의 방어기제로 설명하는 것은 객관적 검증이 다소 어려운 반면, 의식하지 못하는 기억 내용을 암묵 기억으로 설명하려는 시도는 최근 다양한 실험적 방법으로 시행되고 있다. C 증상군의 다른 항목들에 비해 C3 증상은 암묵 기억과 관련될 가능성이 높아 보이기에 기존의 인지기억 패러다임을 이용하여 접근하면 C3 증상의 기제를 보다 명확히 해 줄 수 있을 것이라 생각된다.

선행연구들과 유사하게 이 연구에서도 회피

와 정서적 마비 증상이 분리되어 있다는 점도 주목할 만하다. Foa 등 (1992)이 주장하였듯이 회피 증상을 발현 및 유지하는 기제가 정서적 마비의 경우와 다르기에 PTSD의 회피 증상은 정서적 마비 증상과 구분하여 하나의 독자적인 증상군집으로 보는 것이 더욱 타당하다는 입장에 대해서 본 연구의 결과도 지지하고 있다. 특히 본 연구결과에서도 볼 수 있듯이 재경험 증상과 회피 증상의 상관은 매우 높은 반면, 정서적 마비의 경우는 재경험과 상관이 높기는 하였으나 동일 수준만큼 높지는 않았다. 아마도 회피 증상의 경우 실제로든 아니면 상상에 의해서든 자신이 사건 당시 극도의 공포와 두려움을 느꼈던 자극과 직면하는 것에 대한 직접적인 반응인 반면, 정서적 마비 증상의 경우 자신이 겪었던 경험을 이해하고 내부적으로 통합하려는 과정에서 나타나는 반응일 가능성이 있을 것으로 보인다. 즉, 정서적 마비의 경우 자신에게 일어난 일을 이해하는 과정에서 매우 복잡한 정서들로부터 압도당하며, 자신과 같은 일을 겪지 않은 타인들과는 소외감을 느끼고, 미래의 자신의 존재에 대해서도 불투명하고 혼란스런 양상으로 지각하는 것과 관련이 있을 수 있다.

2013년 3월에 발간 예정중인 DSM-V를 준비하는 특별전문위원회(APA, 2011)에서는 PTSD를 불안장애에서 분리하여 외상 및 스트레스 관련된 장애(Trauma and Stressor-Related Disorder)라는 새로운 진단명으로 개정하였는데 현재 공고된 DSM-V Field Trial에서는 PTSD 증상 군집을 4개의 하위 증상군, 즉, 재경험(reexperiencing), 회피(avoidance), 감정과 인지의 부정적 변화들(negative alterations in mood and cognition), 과각성(hyperarousal) 증상군으로 구분하고 있다. 새로 개정된 PTSD 진단 준거는 기

존의 3요인 구조가 아니라 4요인 구조라는 점과, C 증상군이 본 연구에서도 확인된 모형 3과 유사하게 C1~C2, 그리고 나머지 C 증상군의 항목들로 더욱 상세하게 추가 설명되었다는 점이 주목할 만하다. 이것은 모형 3을 제안한 선행 연구들과 본 연구의 타당성을 지지하는데 중요한 근거가 될 수 있다. 더불어 개정판에서는 복합외상증후군과 관련된 일부 증상을 PTSD 핵심 증상으로 포함하고 있다. 재경험과 회피 증상은 기존의 DSM에서 제시된 증상들을 그대로 반영하고 있지만 과각성 증상 군집에는 기존 DSM-IV에서 제시하고 있는 5개의 과각성 증상에 더불어 복합외상증후군의 일부 증상인 공격적 행동, 무모하거나 자기 파괴적 행동과 관련된 증상을 추가하고 있다. 또한 정서적 마비 범주는 삭제되고 인지 및 정서의 부정적인 변화 증상 군집으로 대체되었는데, 여기에 기억의 상실 증상을 포함하고 있으며 흥미저하, 분리감, 긍정적인 정서를 지속적으로 경험하지 못하는 것과 같은 기존의 정서적 마비 증상에 더불어 자신, 타인, 세상에 대한 부정적인 기대를 지니는 것, 외상적 사건의 원인과 그 결과와 관련하여 자신이나 타인을 비난하는 것, 부정적인 정서(예: 두려움, 공포, 분노, 죄책감, 수치심) 유지와 같은 증상을 포함하고 있다. 이와 같은 새로운 PTSD의 진단준거는 단순외상과 더불어 복합외상의 특징들을 함께 포함시키고자 했다는 점에서 의미가 있고, 기존의 PTSD 요인구조에 대한 논란이 감소할 것으로 기대가 된다.

본 연구의 의의는 다음과 같다. 첫째, DSM-IV(APA, 1994)에서 제시하는 3요인의 PTSD 증상구조보다는 상호 상관된 4요인 증상 구조 모형이 국내 성인 외상집단에서 더욱 적합한 모형으로 설명될 수 있다는 것을 경험적으로

검증하였다는 것이다. 이는 PTSD 핵심 증상과 관련하여 서구 사회에서 DSM 체계의 PTSD 모형에 대한 대안으로써 제안한 PTSD의 증상 구조 모형이 한국 문화권에서도 동일하게 적용될 수 있다는 점을 확인한 것이라고 볼 수 있다. 특히, 회피 증상이 따로 분리된 PTSD 증상구조모형은 현재 작업중인 DSM-V의 PTSD 증상에서 회피 증상을 하나의 하위 증상군집으로 구분해 놓은 것의 타당성을 지지할 수 있는 경험적 근거가 될 수 있다. 이처럼 PTSD가 범문화적인 증상 특징을 가진다는 사실은 흥미있는 함의를 갖고 있다. 생명의 위협을 느끼는 순간 우리가 반응하는 방식이 매우 정교하고 복잡한 인지적 처리과정을 거치기보다는 인종과 문화권에 상관없이 유사한 방식으로 반응한다는 사실은 진화론적으로도 타당한 설명이 가능해보인다. 즉, 문화라는 것은 고차원적인 인지 기능에 의한 특정 집단의 산물인 반면, 생존에 대한 위협은 본능적인 차원에서 대응하는 것이고 고차원적인 상황해석 보다는 원초적이고 반사적인 반응이 생존율을 높일 수 있을 것이다. 다만, 어떠한 자극과 상황을 위협으로 받아들이는가에는 문화적 차이가 존재할 수 있을 뿐 아니라 개인적 차원의 심리적 해석이 개입할 수 있다. 앞으로의 연구방향은 PTSD의 증상이 문화적으로 다른가의 여부보다는 외상사건을 지각하는 방식의 문화적, 개인적 차이에 초점을 두어야 할 것으로 생각된다.

둘째, 특정 외상적 사건만을 고려한 것이 아닌 다양한 외상적 사건을 단순 및 복합 외상의 유형에 따라 체계적으로 분류하고 각각의 외상 유형에서 PTSD 증상의 구조를 검증함으로써 단순 외상으로 인한 PTSD와 복합 외상으로 인한 PTSD의 핵심 증상구조가 동일

하다는 결과를 확인한 첫 시도라는 점에서 의의를 지닌다. 그동안 학계에서는 복합 외상 관련 진단을 DSM 체계에 새로이 추가하고자 하는 노력이 있었고, 그 노력 가운데 하나는 PTSD 진단기준이 복합 외상 경험자들에게는 적절하지 않다는 것을 보여주고자 하는 시도였다. 그러한 시도에도 불구하고 본 연구에서 뿐만 아니라 다른 많은 연구들에서도 복합 외상 경험자들에게도 PTSD가 흔히 발견되었는데, 그 이유는 일반적으로 PTSD는 주요우울장애, 신체화장애, 기타 불안장애, 물질남용장애, Axis II 장애 등 여러 진단과의 공병율이 매우 높기 때문인 것으로 추측된다(예, Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, & Nelson, 1995). 단순 및 복합 외상 간 PTSD 증상 구조가 동일하다고 발견된 것은 단지 두 외상 유형에 모두 PTSD의 증상들이 존재할 수 있고, 그럴 경우 그 증상 구조가 동일하다는 것을 확인해 줄 수 있을 뿐, 반드시 두 외상 유형이 심리적으로 동일한 외상반응을 나타낼 것이라고 결론지을 수는 없다. 왜냐하면 오랜 기간 지속된 대인간 폭력 외상 경험자들의 경우 복합외상증후군은 갖고 있지만 PTSD 진단이 해당되지 않는 경우도 종종 있기 때문이다(Roth, Newman, Pelcovitz, van der Kolk, & Mandel, 1997). 따라서 PTSD 진단 증거만으로 단순 외상 증상과 복합 외상 증상을 구분하려는 시도 자체가 잘못된 접근인 것으로 판단된다. 단순 외상과 복합 외상은 PTSD의 증상을 공유하고 있다는 전제하에, 복합 외상 경험자들이 단순 외상 경험자들과는 달리 어떤 다른 심리적 증상들을 가지고 있는지 밝히는 것이 더 중요한 물음이라 할 수 있겠다.

한편 본 연구는 다음과 같은 제한점을 지닌다. 우선 PTSD 증상을 측정하는 방식이 자기

보고식에 의존하는 하나의 도구를 사용하였기 때문에 도구의 편향을 통제하지 못했다는 점이다. 더불어 연구 집단에서 중복적으로 외상적 사건을 경험한 사례들이 다수 포함되어 있기 때문에 순수하게 단순 외상 혹은 복합 외상만을 경험한 사례들을 대상으로 PTSD증상 모형을 검증한 결과가 아니라서 결과의 해석에서 제한적일 수 있다는 것이다. 다시 말해 단순 외상 집단에서는 하나의 일회성 외상적 사건 이외에도 다른 단순 외상 사건을 중복적으로 경험한 사례가 절반에 가까웠으며 복합 외상 집단에서도 복합외상 이외에 단순 외상 경험이 중첩되는 경우가 54.6%에 달했기 때문에 외상 중첩에 따른 영향을 통제하지 못했다는 제한점이 있다. 하지만 현실에서는 외상 경험의 중첩을 통제하는 것이 불가능할 뿐 아니라, 그것이 실제 외상경험자들의 경험과 일치하는 것이기에 그 점 또한 고려되어야 할 것이다.

본 연구의 결과를 토대로 제안하자면, 외상에 관심을 둔 연구를 진행시 PTSD와 관련된 4가지 하위증상을 구분하여 각각의 증상과 관련된 심리,생리학적 기제를 설명할 수 있도록 고려해야 할 것이다. 또한 외상성 기억상실(C3 증상)과 관련하여서도 PTSD진단체계 안에서 어떻게 이해되어야 할지에 대해서 설명할 수 있는 연구들이 수행되는 것이 필요하다고 보는 바이다. 이러한 이해가 기반이 될 때 임상 장면에서 외상집단에 대한 정확한 심리 평가 및 효과적인 치료적 개입을 더욱 촉진하는 것이 가능할 것이라고 기대한다.

참고문헌

- 김래선 (2007). 외상 후 스트레스장애 증상의 구조: 증상의 재분류. 가톨릭대학교 석사학위논문.
- 안현의 (2007). 복합외상(complex trauma)의 개념과 경험적 근거. 한국심리학회지: 일반, 26(1), 1-21.
- 장진이, 안현의 (2011). 외상화된 자기체계 척도의 개발과 타당화. 한국심리학회지: 상담 및 심리치료, 23(2), 359-385.
- 주혜선, 안현의 (2008). 외상후 위기 체크리스트: 개발 및 타당화 연구. 한국심리학회지: 일반, 27(1), 235-257.
- 홍세희 (2000). 구조 방정식 모형의 적합도 지수 선정기준과 그 근거. 한국심리학회지: 임상, 19(1), 161-177.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders(4th text rev. ed.)*. Washington, DC: Authors.
- American Psychiatric Association. (2011). *DSM-5 development: Proposed draft revisions to DSM disorders and criteria*. <http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/>에서 2011, 6, 14 인출.
- Asmundson, G. J. G., Frombach, I., McQuaid, J., Pedrelli, P., Lenox, Rebecca, & Stein, M. B. (2000). Dimensionality of posttraumatic stress symptoms: a confirmatory factor analysis of DSM-IV symptom clusters and other symptom models. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 203-214.
- Blake, D. D., Weathers, F. W., Nagy, L. M., Kaloupek, D. G., Klauminzer, G., Charney, D. S., & Keane, T. M. (1990). A clinician rating scale for assessing current and lifetime

- PTSD: The CAPS-1. *The Behavior Therapist*, 13, 187-188.
- Brewin, C. R., Lanius, R. A., Novac, A., Schnyder, U., & Galea, S. (2009). Reformulating PTSD for DSM-V: Life After Criterion A. *Journal of Traumatic Stress*, 22, 366-373.
- Browne, M. W., & Cudeck, R. (1992). Alternative methods of assessing model fit. *Sociological Methods & Research*, 21, 230-258.
- Buckley, T. C., Blanchard, E. B., & Hickling, E. J. (1998). A confirmatory factor analysis of posttraumatic stress symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 1091-1099.
- Cox, B. J., Mota, N., Clara, I., & Asmundson, G. J. G. (2008). The symptom structure of posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Replication Survey. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 1523-1528.
- Elklit, A., Armour, C., & Shevlin, A. (2010). Testing alternative factor models of PTSD and the robustness of the dysphoria factor. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 147-154.
- Engdahl, R. M., Elhai, J. D., Richardson, J. D., & Frueh, B. C. (2011). Comparing Posttraumatic Stress Disorder's Symptom Structure Between Deployed and Nondeployed Veterans. *Psychological Assessment*, 23, 1-6.
- Foa, E. B., Cashman, L., Jaycox, L., & Perry, K. (1997). The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: The Posttraumatic Diagnostic Scale. *Psychological Assessment*, 9, 445-451.
- Foa, E. B., Riggs, D. S., Dancu, C. V., & Rothbaum, B. O. (1993). Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 459-473.
- Foa, E. B., Zinbarg, R., & Rothbaum, B. O. (1992). Uncontrollability and Unpredictability in Post-Traumatic Stress Disorder: An Animal Model. *Psychological Bulletin*, 112, 218-238.
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 377-391.
- Kessler, R., Sonnega, A., Bromet, Hughes, M., & Nelson, C. (1995). Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- King, D. W., Leskin, G. A., King, L. A., & Weathers, F. W. (1998). Confirmatory Factor Analysis of the Clinician-Administered PTSD Scale: Evidence for the Dimensionality of Posttraumatic Stress Disorder. *Psychological Assessment*, 10, 90-96.
- Luxenberg, T., Spinnazzola, J., & van der Kolk, B. A. (2001). Complex trauma and disorder of extreme stress (DESNOS) diagnosis, part one: assessment. *Directions Psychiatry*, 21, 363-392.
- Palmieri, P. A., & Fitzgerald, L. F. (2005). Confirmatory Factor Analysis of Posttraumatic Stress Symptoms in Sexually Harassed Women. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 657-666.
- Pelcovitz, D., van der Kolk, B., Roth, S., Mandel, F., Kaplan, S., & Resick, P. (1997). Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress(SIDES). *Journal of Traumatic Stress*, 10, 3-16.
- Rasmussen, A., Smith, A., & Keller, A. S. (2007).

- Factor Structure of PTSD Symptoms Among West and Central African Refugees. *Journal of Traumatic Stress*, 20, 271-280.
- Roth, S., Newman, E., Pelcovitz, D., van der Kolk, B., & Mandel, F. (1997). Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: Results from the DSM-IV field trial for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 10, 539-555.
- Simms, L. J., & Doebbeling, B. N. (2002). Confirmatory Factor Analyses of Posttraumatic Stress Symptoms in Deployed and Nondeployed Veterans of the Gulf War. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 637-647.
- Terr, L. C. (1992). *Childhood traumas: An outline and overview*. In M. E. Hertzog & E. A. Farber (Eds). *Annuals progress in child psychiatry and child development* (pp.165-186). New York. Brunner/Mazel.
- Weathers, F. W., Litz, B. T., Herman D. S., Huska, J. A., & Keane, T. M. (1993). *The PTSD Checklist: reliability, validity, & diagnostic utility*. Paper presented at the Annual Meeting of the International Society for International Societies, Saatiotonio, Tx, October.
- Weathers, F. W., Litz, B. T., Huska, J. A., & Keane, T. M. (1994). *PCL-C for DSM-IV*. Boston: National Center for PTSD-Behavioral Science Division.
- Yovell, Y., Bannett, Y., & Shalv, A. Y. (2003). Amnesia for traumatic events among recent survivors: A pilot study. *CNS Spectrums*, 8, 676-685.
- 1 차원고접수 : 2011. 6. 30.
수정원고접수 : 2011. 8. 29.
최종게재결정 : 2011. 9. 16.

The symptom structure of PTSD in simple and complex trauma type groups

Hyun-Nie Ahn

Hye-Sun Joo

Ewha Womans University

The present study aimed to examine the structure of posttraumatic stress disorder (PTSD) symptoms in simple and complex trauma. Sample consisted of 428 simple trauma group and 207 complex trauma group in Korean adults aged over 18 who had experienced at least one traumatic event in their life time. We assessed their PTSD symptoms using Posttrauma Diagnostic Scale (PDS), and tested five models consisting of PTSD symptom factors based on the DSM-IV criteria as well as those from the previous studies. Confirmatory factor analyses were conducted on each of the five models of the PTSD symptoms. Among the five models, the four factor intercorrelated model with re-experiencing, avoidance, emotional numbing and hyperarousal factors provided the best fit in both simple and complex trauma groups. Results are discussed regarding the implications of this finding.

Key words : Posttraumatic stress disorder, PTSD symptoms, simple trauma, complex trauma, confirmatory factor analysis