

복합 PTSD의 상담 및 심리 치료: 단계 기반 접근을 중심으로

이 정 민[†]

본 연구는 최근 국제질병분류(ICD-11)에서 독립된 진단 범주로 분리된 복합 PTSD의 증상과 치료에 대하여 기존의 이론과 경험적 연구를 탐색하고 개관하고자 하였다. 복합 PTSD의 증상은 정서조절 장애, 자기 완결성의 상실, 대인 관계 능력의 장애 등 크게 세 가지로 나누어 설명할 수 있으며, 이에는 우울, 불안, 극단적 정서, 수면 장애, 악몽, 해리, 자해 및 자살 충동, 신체화 장애, 대인 관계 문제 등 다양한 증상이 포함된다. 복합 PTSD 내담자는 복합 외상 경험을 다루는 것이 고통스럽고, 자기와 타인에 대한 표상이 부정적이기 때문에 상담 과정에서 라포 형성과 치료의 지속이 어려울 수 있다. 그러므로 내담자에게 안전감을 제공할 수 있도록 단계에 기반한 치료를 제공하는 것이 필요하며, 복합 PTSD 치료를 위한 단계는 (1) 안정화, (2) 외상 기억의 처리, (3) 치료 이득의 통합으로 구성된다. 각 단계별 치료의 내용과 경험적 연구의 내용을 개관하여 제시하였으며, 향후 복합 PTSD 치료의 적용 및 개발을 위한 논의를 제시하였다.

주요어 : 복합 외상, 복합 PTSD, 단계기반치료, 외상 치료

[†] 교신저자: 서울대학교 교육연구소, 객원연구원
E-mail: sylphmin@naver.com

복합 PTSD는 기존의 PTSD 진단으로는 포괄하기 어려운 장기화된 대인 관계 특성의 외상 생존자 사례들을 진단하기 위한 임상적 요구로 인해 Herman(1992a)이 처음으로 제안하였다. 복합 PTSD는 아동기 학대나 가정 폭력, 장기화된 전투 경험과 같이 반복적으로 지속된 외상 경험으로 인해 발생하며, 그 이후 외상 생존자에게서 성격적인 변화까지 초래하게 된다. 복합 PTSD는 여러 학자에 의해 다양한 방식으로 개념화되고 연구되었는데, '발달적 외상 장애'(Developmental trauma disorder; van der Kolk, 2005), '외상 후 성격장애'(Posttraumatic Personality Disorders; Classen, Pain, Field, & Woods, 2006), '복합 외상성 스트레스 장애'(Complex Traumatic Stress Disorders; Courtois & Ford, 2009) 등의 개념이 제시되기도 하였다. 이러한 연구의 흐름과 더불어 2013년 개정된 정신장애 진단 및 통계 편람(DSM-5)에는 PTSD를 불안 장애에서 새롭게 구성된 외상 및 스트레스 관련 장애 범주로 이동시켰으며, 기존의 PTSD 주요 기준을 확대시키면서, 복합 외상과 관련된 PTSD의 해리성 아형을 포함시켰다. 또한, 2018년 개정된 국제 질병 분류(ICD-11)에서 복합 PTSD가 독립적 진단범주로 분리되기도 하면서 복합 PTSD의 진단과 치료는 최근 많은 주목을 받고 있다. ICD-11에서 복합 PTSD는 '극도로 위협적이거나 끔찍한 성격의 일회성 사건 및 일련의 사건들, 연속적이고 반복적이며, 탈출이 어렵거나 불가능한 사건들(예: 고문, 노예제도, 대량 학살, 연속적인 가정 폭력, 아동기의 성적/신체적 학대의 반복)에 노출된 후에 발생할 수 있는 장애'라고 제시되었고, PTSD의 3가지 증상(재경험, 회피/감각마비, 과각성)에 추가적으로 (a) 정서 조절 장애 (b) 부정적인 자기-개념(self-concept) (c)

대인관계 장애의 3가지 자기-조직 장애(DSO: disturbances in self-organization)가 포함되었다. 이러한 증상은 개인, 가족, 사회, 교육, 직업 또는 다른 주요 기능 영역에서 중대한 장애를 발생시킬 수 있다(WHO, 2018).

복합 PTSD는 기존의 PTSD 진단에서 포함하기 어려운 대인간 외상 경험에 노출된 이후 나타나는 증상들을 설명하고 진단하려는 임상적인 필요로 인해 제시된 개념이지만, 최근까지도 복합 PTSD 진단의 타당성에 대한 논쟁이 이루어졌다. 복합 PTSD를 독립적인 장애로 진단하기 어려운 이유로는 복합 PTSD가 PTSD와 구별되는 별도의 장애로 보기 어렵고 경계선 성격 장애 및 주요 우울 장애와 중복되는 증상이 다수 포함된다는 것이 근거로 제시되고 있다. Roth, Newman, Pelcovitz, van der Kolk와 Mandel(1997)의 연구에서는 복합 PTSD의 기준을 충족한 거의 모든 사람이 PTSD의 기준을 충족하였고 이러한 결과 때문에 DSM-IV에서 독립적인 장애로 받아들여지지 않았다. Resick 등(2012)은 복합 PTSD가 DSM-5에서 독립된 장애로 제시되어야 할지에 대해 평가하였고, 복합 외상과 복합 PTSD간에 고유한 관계가 있는지가 불분명하고, 진단 척도가 명확하거나 합의되지 않았으며, 경계선 성격 장애 또는 주요 우울 장애와 여러 증상이 겹치기 때문에 새로운 진단 범주로 제시되기에는 근거가 불충분하다고 평가하였다. 그러나 이에 대해 복합 PTSD의 합의된 정의가 마련되지 않았기 때문에 근거가 불충분한 것이며, 복합 PTSD로 구별되어 치료될 때 더 효과적이라는 주장도 제기되었다(Bryant, 2012). Cloitre, Garvert, Brewin, Bryant와 Maercker(2013)의 연구에서는 PTSD와 복합 PTSD가 구별되었고, 만성적인 외상이 복합 PTSD를 더 잘 예측하

였으며, 이러한 결과에는 경계선 성격 장애가 영향을 미치지 않는다는 결과가 나타나기도 하였다. Cloitre, Garvert, Weiss, Carlson와 Bryant (2014)의 연구에서는 복합 PTSD가 경계선 성격 장애와 구별되는 장애라는 것이 확인되었다. 그러나 여전히 몇몇 학자들은 복합 PTSD가 별도의 진단으로 제시되는 것에 대해 근거가 충분하지 않다는 주장을 제기하고 있다.(Landy, Wagner, Brown-Bowers & Monson, 2015; De Jongh et al., 2016).

최근 국제 외상 스트레스 연구 학회(International Society for Traumatic Stress Studies; 이하 ISTSS)에서는 Journal of Traumatic Stress의 특별호에서 복합 PTSD의 진단 및 치료에 대해 다루었으며, 복합 PTSD 진단이 독립적인 진단으로 제시된 것이 정신 외상학 분야에서 중요한 발전이라고 언급하였다(Karatzias & Levendosky, 2019). 여전히 복합 PTSD 진단의 타당성에 대해서는 논쟁이 있지만, 대인간 외상에 노출된 후 공통으로 경험하는 증상을 설명하기 위한 임상적 필요를 갖는다. 또한, 외상 경험 이후 이에 대한 비두려움(non-fear) 정서나 불안 반응, 외상 경험이 삶에 광범위하게 미치는 영향을 포착하기 위해서도 진단적 함의를 가진다. 이는 치료에도 연결되는데, 다양한 증상을 호소하는 내담자에게 PTSD, 주요 우울 장애, 경계선 성격 장애 등의 다중 진단을 하는 것은 낙인 효과를 줄 수 있으며, 각각의 장애에 대해 별도의 치료를 적용하게 되면 치료의 효율성이 줄어들 수 있다. 그러므로 기존의 진단으로는 이해하기 어려운 내담자의 장애를 이해하고 효과적으로 치료하기 위해 복합 PTSD를 별개의 진단으로 마련하는 것이 임상적으로 필요하다고 보인다. 아직은 복합 PTSD가 독립된 진단으로 제시되는 것에

대해 경험적 근거가 충분하지 않지만, 앞으로 이에 관한 연구가 누적된다면 전문가 간의 합의의 끌어낼 수 있을 것이다.

외상에 대한 치료 기술은 지속적으로 성장해왔고, 경험적이고 실험적인 기반을 가진 중재들이 개발되고 연구되었다. 특히 인지행동 치료(CBT)는 치료 효과 연구를 통해 과학적 근거가 가장 포괄적으로 마련되었으며 표준화된 프로토콜을 가진 다양한 치료 패키지들이 개발되었다. 외상 경험을 다루기 위해 지속적 노출(Foa, 2011), 인지 처리 치료(Resick & Schnicke, 1993), 변증법적 행동 치료(Linehan, 1993), 안구 운동 민감 소실 및 재처리(Shapiro, 1995), 아동들을 위한 외상 초점 인지 행동 치료(Cohen, Mannarino, & Deblinger, 2006) 등이 외상의 치료에 적용되어 왔다. 그러나 복합 외상으로 인한 증상은 기존의 PTSD, 불안, 우울 증상 외에도 정체성과 정서조절 및 대인관계 문제들, 약물 남용, 해리, 신체화 장애, 자해 행동들을 수반하는 복합적인 문제들(Briere, 2004; van der Kolk, 2005)을 드러내기 때문에 치료가 어렵고 단일 중재 전략과 단기 치료는 많은 내담자가 경험하는 여러 외상 증상 및 문제들을 다루기에는 충분하지 않기 때문에 (Courtois & Ford, 2009) 복합 외상에 효과적인 치료를 개발하고 적용하는 것이 필요하다. 이러한 요구에 따라 국제 외상 스트레스 연구 학회(International Society for Traumatic Stress Studies; 이하 ISTSS)에서는 성인을 위한 복합 PTSD 치료의 가이드라인을 제시하였다(Cloitre et al., 2012). 복합 PTSD 치료를 위한 가이드라인에서는 복합 외상 생존자의 특성으로 인해 기존의 외상 치료를 포함하는 순차적이고 단계에 기반한 치료(sequenced or phase-based)를 제공하는 것에 대해 상당한 합의가 이루어졌

다. 전문 임상가 50명 중 84%가 복합 PTSD 치료에 있어서 3단계의 단계 기반 치료를 우선시하였는데, 1단계는 개인의 안전 보장, 증상 감소, 주요 심리·사회·정서적 역량 향상, 2단계는 미해결된 외상 경험 기억의 처리, 3단계는 치료 이득의 공고화로 이루어진다. 이는 정신의학적 증상의 감소뿐만 아니라 자기 조절을 위한 핵심 기능을 개선하고, 심리 사회적·환경적 자원의 강화를 포함하므로, 다양하고 복잡한 증상을 호소하는 복합 PTSD 내담자에게 포괄적이고 다각적인 치료를 안전하게 제공할 수 있다. 본 연구에서는 복합 PTSD를 위한 단계 기반 치료에 대해 구체적으로 소개하고, 관련하여 어떠한 연구가 수행되고 있는지를 개관함으로써 국내의 복합 PTSD 치료에 단계 기반 치료를 적용하는 임상적 시사점을 도출하고자 한다.

국내에서는 복합 외상의 개념과 경험적 근거가(Ahn, 2007) 소개된 이후, 복합 PTSD의 심리적 특성 및 구조에 관한 연구(Ahn, Jang & Cho, 2009; Ahn & Ahn & Joo, 2011; Kim & Hong, 2013), 복합 PTSD의 상담 및 치료에 관한 연구들이 다수 수행되었으나(Kim, 2017; Choe & Son, 2011; Moon, 2009; Kim, 2006), 아직 치료의 과학적 근거를 마련하는 연구는 미비한 실정이다. 본 연구에서는 단계 기반 치료에 대한 국외와 국내의 연구가 어떻게 수행되고 있는지를 소개함으로써, 향후 복합 PTSD 치료에 대한 임상적 적용이나 과학적 근거 마련을 위한 연구를 수행하는 데 있어 고려해야 할 점을 시사하고자 한다. 따라서 단계 기반 치료에서 단계별로 어떠한 요인이 중요하게 다루어져야 하는지, 단계별로 적용될 수 있는 치료 프로토콜이 무엇인지에 대해 살펴볼 것이며, 연구 결과를 통하여 어떤 효과가 나타

나는지 살펴볼 것이다. 이를 통해 국내의 학자와 임상가들이 복합 PTSD의 상담 및 심리 치료와 그 효과 및 메커니즘의 연구에 있어 향후 고려해야 할 부분이나 방향성을 제시할 수 있을 것이다. 이를 위해 먼저 복합 PTSD의 증상과 증상의 메커니즘이 어떻게 되는지를 살펴보고, 이를 치료하기 위한 단계 기반 치료가 무엇인지, 단계 기반 치료는 어떻게 개발되고 연구되었는지에 대해 개관하고 분석하였으며, 이에 대한 논의를 제시하였다.

복합 PTSD의 증상

복합 PTSD 내담자는 복합 외상으로 인한 다양하고 지속적인 증상들로 인해 스스로 고통스러워하며, 동시에 이러한 내담자들은 상담가와 임상가에게 도전적인 사례로 인식될 수 있다. 복합 외상 경험자들이 보고하는 스트레스 반응이나 불안 등의 정서적인 반응뿐 아니라 동시적으로 호소하는 자해 및 자살 충동, 중독 및 식이장애, 대인관계에서의 어려움과 외상의 재현(reenactments) 등 부적응적인 대처 기제(coping mechanism)로 인한 호소는 치료에서 큰 도전과제가 될 수 있다(Courtois & Ford, 2009). 그러므로 복합 외상과 관련된 증상에 대해 폭넓게 살펴보고 이해하는 것은 복합 PTSD 내담자를 치료하는 데 있어 필수적인 부분이다. 복합 PTSD 증상에 대해 학자들은 단순히 병리적인 시선으로 바라보기보다는 복합 외상 당시의 생물학적, 심리학적 생존 방식에 머무르는 것으로 보는 관점을 주장한다(Osterman & Chemtob, 1999). 외상이 발생했던 상황이 비정상적이고 반복되었으며, 그러한 상황에 대해 '정상적인 반응과 적응'이었던 것이(APA, 1980, p. 238) 그 이후에도 지속

되면서 이러한 증상들로 나타난다는 견해이다. Herman(1992b)은 인간이 자기를 변화시키면서 까지 심리적 외상에 적응해간다는 말로 이러한 관점을 강조하기도 하였다. 그러므로 복합 외상으로 인한 증상을 이해하기 위해서는 반복적이고 지속해서 일어나는 대인 간 외상이 개인에게 어떠한 영향을 미치게 되며, 그것이 어떻게 증상으로 발현되는지를 이해하는 것이 중요하다.

복합 외상은 가까운 관계에서 지속적으로 발생하는 경우가 많기 때문에, 복합 외상에 노출된 개인의 타인을 신뢰하는 능력에 영향을 미치게 된다. 또한, 외상 사건에 대한 인지적 평가 과정에서 자기혐오, 낮은 자존감, 자신감의 결여 등 부정적인 방식으로 외상 피해자의 정체성과 자아 개념에 영향을 미치게 된다. 이러한 관계 및 자기 체계에서의 변화는 두려움, 절망, 분노 등 극단적인 부정 정서를 일으키게 되며, 무감각이나 해리와 같은 반응을 일으킬 수 있고 이는 또다시 자기와 타인으로부터 소외되는 상태로 연결되며, 이러한 반복되는 패턴을 견디기 위해 해리와 같은 강한 보호 기제를 발달시키게 된다. 외상이 추가적으로 반복되면서 이러한 상태들이 또다시 추가 외상을 초래하게 되며 강도와 침투성이 상승하는 경향을 보인다(Duckworth & Follette, 2011).

Courtois와 Ford(2012)는 복합 외상 증상들의 기반이 되는 세 가지 핵심 영역을 (1) 정서조절 장애, (2) 자기 완결성의 상실, (3) 타인들과 관계를 맺고 친밀해지는 능력의 장애의 크게 세 가지로 제시하여 설명하였다. 먼저 정서조절 장애에 대해 살펴보면, 복합 외상을 경험한 개인들은 불안과 우울증 반응을 공통으로 나타낸다. 불안은 두려움, 공포, 우려, 과민함,

패닉, 공격성, 수면 장애 및 악몽 등을 포함하며, 각성의 저하와 과잉 각성이 공존하게 된다. 우울증 반응은 슬픔, 무망감, 절망, 대부분의 생활에서 관심과 즐거움을 느끼지 못하는 것, 타인들과 가깝거나 타인들로 인해 안전하다고 느끼지 못하는 것, 공허한 지루함, 좌절, 자극 과민성이나 정서적 무감각, 내적 공허함, 결핍감, 타인에 대해 더럽고 위협하다고 느끼는 것, 자기 패배감과 자해 행동, 살아갈 가치가 없다고 믿는 것과 이로 인한 만성적인 자살 충동 등으로 나타난다(Courtois & Ford, 2012). 이 외에도 다양한 부정적 정서가 나타나게 되는데 일차적으로는 두려움, 무력감, 공포를 경험하며 시간이 지나면서 분노, 자기 비난, 슬픔, 죄책감, 수치심 등 다양한 부정 정서를 경험하게 된다. 앞의 세 정서는 생명과 안위의 위협을 느끼는 순간에 반사적으로 나타나는 자율신경계의 비정상적 활동을 수반하는데, 이러한 자율신경계의 이상 반응은 오랜 시간 지속되기 어려우므로 시간이 지나면서 차츰 감소하거나 그 빈도가 줄어들게 된다(Ahn, Park, & Joo, 2012). 그러나 외상 이후 생존자들은 외상을 이해하고 기존의 인지적 체계에 통합하기 위한 시도를 하게 되는데 그 과정에서 분노나 슬픔, 죄책감, 수치심 등의 다양한 정서가 나타나게 된다. 선행연구에서는 외상으로 인해 이차적으로 발생하는 다양한 정서에 주목해왔으며, 이러한 다양한 정서가 PTSD 증상을 더 잘 예측한다는 연구 결과가 있다(Riggs, Dancu, Gershuny, Greenberg & Foa, 1992; Andrews, Brewin, Rose, & Kirk, 2000). 그러므로 외상은 일차적으로 위협에 반응하는 정서에 영향을 미치지만, 인지-정서적(cognitive-affective) 평가 과정을 통하여 조절하기 어려운 다양한 부정 정서를 일으키며, 이는 외상으로

인한 다양한 증상으로 연결될 수 있다. 이러한 정서들은 개인에게 심각한 정서적 고통을 주게 되며 자기 자신의 정서로 인해 위협받고, 피해를 당하거나, 감금되고, 고문받는 느낌을 주게 된다. 그런 과정에서 근본적으로 자신의 감정들을 적합하고, 유용하고, 믿을만하며, 자신을 이해할 수 있는 건강한 자아감의 수단으로 인식하지 못하게 되며, 강렬한 고통을 주는 감정들로부터 회복할 수 없다는 좌절을 안겨준다(Courtois & Ford, 2012). 자신의 정서가 조절할 수 없고 위험한 것으로 내면화되면, 정서의 생리적 기반인 체성감각 정보를 차단하게 되고 신체적 감각 및 반응들로 회피하게 되면서 위장 장애, 호흡 곤란, 근육 긴장 및 편두통 등 많은 신체적 반응들이 생겨날 수 있다.

또한, 정서조절의 어려움은 복합 외상 경험자의 주요 심리적 후유증 가운데 하나인 '자기 조절(self-regulation)' 능력의 손상으로 이어진다. 외상 사건으로 인한 생리적 각성은 안전한 애착 관계 속에서 정서적인 조율과 함께 진정되어야 한다. 외부의 애착 대상을 통해 전달되는 정서의 조절 기능은 점차 내재화되어 내적인 조절 능력으로 발달하게 되는데, 이는 자기 진정(self-regulation)과 자기 조절 능력으로 이어진다. 그러나 반복적인 대인 간 외상, 특히 발달상의 애착 관계에서의 외상은 생리적 각성과 정서조절을 경험할 기회를 박탈하고 그 결과 자기 조절 능력의 습득이 어렵게 된다. 자기 조절이 어려워지게 되면 충동과 행동을 통제하기 어려워지게 되는데 Harter(1999)는 아동학대 경험자의 자살 사고 및 자살 시도와 자해, 섭식장애, 약물 남용, 무분별한 성생활 등에 대하여 이를 자기 처벌적 행동(self-punitive behavior)이라고 개념화하였

다. 이러한 복합 외상 생존자의 증상을 van Dijke(2008)는 과소 조절(under-regulation)과 과잉 조절(over-regulation)로 개념화하기도 하였는데 과소 조절에는 정서에 의해 압도당함, 과각성, 공격성 조절의 어려움, 자기 파괴적인 충동성 조절의 어려움, 자살 사고, 도발적인 성행동 등이 포함되며, 과잉 조절에는 정서적 무감각(numbing)과 억제(inhibition), 정서에 대한 통찰에서의 손상, 정서에 대한 언어화 및 분석의 어려움 등이 포함된다. 이러한 자기 조절의 손상은 정서조절과도 연관되지만, 다음에서 살펴볼 자기 완결성 및 자아 통합의 상실과도 연결 지어 설명할 수 있다.

두 번째 핵심 영역은 자기 완결성 및 자아 통합의 상실이다. 위에서 살펴본 지속적인 정서 및 신체 조절 장애는 해리 반응을 유발하고 심화시키게 된다. 고통스러운 상태에서 벗어날 방법을 찾지 못하게 되면 개인은 고통을 억누르거나 회피하기 위하여 자기 자신과 분리된다. Putnam(1989)는 외상 후의 해리에 대해 정신 역동 촉발요인들에 대한 반응으로 발생하는 여러 정서, 신체 감각들, 기억, 행동, 지식의 인식 및 자각에 대한 심리 생리학적 기반의 분리 및 분열로 설명하였다. 복합 외상의 생존자들은 과거 외상 경험과 관련된 대부분의 고통스러운 감정 및 감각들을 인식하지 못하고, 종종 매우 다른 사람이 되는 것처럼 느낀다. 해리 반응은 외상 경험 당시에는 자기방어의 역할을 할 수 있지만, 자기 발달에서 중요한 자기 지각, 자기 주도성, 자기 지속성, 자기 통합성에 치명적인 손상을 입히게 된다(Harter, 1999). 이러한 해리는 자기와 세상에 대한 신념에서도 일어나게 되는데, 외상 사건에 대해 “왜 이러한 일이 나한테 일어났지?”, “어떻게 나를 사랑해야 할 사람이 이렇

게 하는 거지?” 등의 질문을 가지게 되고 그 대답으로 “학대를 당할 운명이라서”, “선천적으로 내가 나뻐기 때문에” 등의 자기 혐오적인 답을 찾게 된다. 이러한 반복되는 생각은 “내가 이렇게 비난받을만한 죄가 없었다면 누군가가 나를 도와주었을 것이다. 따라서 나는 잘못이 있고 이러한 상황을 겪을만하다.” 등의 왜곡되고 해리된 결과의 신념을 갖게 하며 이는 자기, 타인 및 세계에 대한 표상과 믿음에 영향을 미치게 되어 이후의 대인 관계에서도 어려움이 생길 수 있다. Harter(1999)는 ‘아동학대로 손상된 자기 체계 모형’에서 학대의 생존자는 애착 관계를 유지하기 위해 학대의 원인과 책임을 가해자인 애착 대상자가 아니라 자신에게 돌리게 되어 과도한 자기 비난에 빠지게 된다고 설명하였다. 이로 인해 부정적인 자기 개념과 낮은 자기 가치감이 형성되고, 수치심과 죄책감 등 고통스러운 자의식적 정서를 경험하게 된다. 또한, 외상 경험으로 인한 무력감에서 벗어나고 통제감을 획득하기 위하여 자기 처벌적인 행동을 하고, 타인의 요구에 일치하는 거짓 자기를 형성하게 된다 (Ahn, Jang, Cho, 2009).

세 번째 핵심 영역은 타인들과 관계를 맺고 친밀해지는 능력의 장애이다. 외상을 경험한 생존자들은 다른 타인에 대해서도 학대와 착취를 예상하게 되기 때문에 누군가가 자신을 존중하거나 친절하게 대할 때 놀라거나 불안하게 되며, 타인을 신뢰하기 어렵게 된다. 복합 외상은 대인 관계에서 발생하는 외상이기 때문에 그로 인해 개인의 대인 관계 양상 및 자기와 타인, 대인 관계에 대한 표상에 영향을 미치게 된다(Cole & Putnam, 1992; Salo, Punamäki, & Qouta, 2004). 예를 들면, 복합 외상 희생자는 자신을 손상되어 무능하며, 타인

에게 달갑지 않으며, 어찌할 수 없는 부정적인 존재로 인식한다(Herman, 1992b). 이러한 표상으로 인해 외상 생존자들은 애착의 관점에서 ‘혼란 애착’의 방식, ‘회피적 애착’이거나 ‘집착적 애착’ 혹은 둘 다의 징후를 보인다. 즉, 외상 경험자들은 관계에서 타인과 가까워지고 싶다는 욕구와 친밀해지는 위험을 피하려는 것 사이에서 혼란을 경험하게 된다. 더 큰 문제는 이러한 애착 방식으로 인해 고립과 결핍, 정서 및 자신을 보호하는 능력에 대한 위협, 가해자들에 대한 지속적 의지 및 반복적 접촉으로 인해 개인은 더 취약해 질 수 있고 그로 인해 추가적인 외상의 희생자가 될 수 있다. 이는 외상 생존자의 또 다른 특성인 ‘재외상화(revictimization)’로 이어질 수 있다. 연구자들은 복합 외상 과거를 가진 성인들이 전 생애에 걸쳐 재외상을 겪게 될 상당한 위험에 놓인다는 것을 입증해왔다(Dukworth & Follette, 2011). 재외상화의 측면 이외에도 외상 생존자는 외상 경험 이후 관계 방식이 변화하게 되는데, 이는 다양한 방식으로 나타나게 된다. 먼저 외상 생존자는 결핍으로 인하여 자족 및 소원한/무시하는 관계 패턴을 맺거나 혹은 부모 같은/보살피는 관계 패턴을 맺게 된다. 그러나 겉으로는 자족적이고, 매우 기능적인 것으로 나타날 수 있으며 이처럼 개인적인 욕구를 희생하고 배제하며, 타인의 욕구에 광범위한 초점을 맞추는 것은 해리의 한 형태로도 볼 수 있다. 또 다른 패턴으로는 타인에게 적대감, 반항, 통제 불가능, 공격성, 강압 및 폭력을 수반하는 태도가 나타나는데, 이러한 태도는 직접적이거나 수동 공격적 방식으로 표현되며, 대상자는 가해자이거나 가족 내부, 혹은 외부의 타인이 될 수 있다. 이러한 태도가 자기 자신에게 가해지면 자해, 자살 충동, 위

험 감행, 자기 비난, 자기 패배적 행동들의 형태로 나타날 수 있다(Courtois & Ford, 2012).

지금까지 살펴본 복합 외상 증상의 세 가지 핵심적인 영역에는 다양한 증상들이 포함되어 있지만, 복합 외상의 증상은 매우 복잡하고 다양하게 나타나기 때문에 이에 포함되지 않은 다수의 증상이 있다. Courtois와 Ford(2012, p.52)는 복합 외상 노출로 인한 잠재적 후유증에 대해 30가지를 제시하기도 하였다. 이처럼 복합 외상의 경험이 삶에 끼치는 다중적인 영향의 범위를 다루기 위해서는 이에 상응하는 복합적이고, 다면적이면서도, 개인화된 치료가 필요하다고 학자들은 주장하고 있다(Courtois, 2008). 그러므로 임상가들은 복합 PTSD의 증상에 대해 다면적으로 이해하고 치료를 계획하는 것이 필요하다.

복합 PTSD의 치료

PTSD를 진단하고 치료하는 것은 간단하지 않은데, 그 이유는 외상 사건 자체의 특성, 시간의 경과, 개인의 취약성이나 회복 탄력성 요인에 따라 PTSD의 양상이 달라질 수 있으며, 치료 과정에서 외상 생존자의 경험을 세심하고 주의 깊게 다루지 못하면 재외상화의 가능성이 있어서 무엇보다도 치료자의 전문성과 임상경험, 자질이 요구된다(Choi, 2017). 특히 복합 PTSD의 경우에는 복잡하고 다양한 증상, 외상 이후 지속적인 성격적 변화로 인해 치료 과정이 더 어려울 수 있다. 복합 외상 과거를 가진 내담자들은 보통 자기 자신과 증상들에 대해 복잡하고, 표면상 모순된 진술을 하기도 하며, 자아 및 관계의 외상 후 문제들을 만들어내 악화될 수 있다(Courtois & Ford, 2012). 또한, 복합 외상 생존자는 극도의

스트레스로 인해 극단적인 정서, 인지(흑백 사고, 심각한 무망감, 불신), 신체적 반응 및 고통(끊임없는 통증, 신체 기능들의 붕괴, 기타 증상들), 행동(회피, 저항, 거부, 의존성)을 보일 수 있으므로 상담자의 추가적인 준비와 예상이 필요하다(Ford, 2012).

기존의 PTSD 치료 패키지는 위와 같은 특성을 다루기에 충분하지 않을 수 있으므로 복합 PTSD 치료를 위한 합의된 지침이 필요하다. 국제 외상 스트레스 연구 학회(ISTSS)에서 발행한 PTSD 치료를 위한 가이드라인(Foa, Keane, Friedman, & Cohen, 2009)에서는 향후의 PTSD 치료에서 내담자의 치료 결과를 향상시키는 치료 조건을 확인하라고 권하고 있다. 일부 연구에서는 복합 외상 경험이 있는 개인의 경우 일반적인 PTSD 치료가 덜 효과적일 것으로 지적했다(Hembree, Street, Riggs, & Foa, 2004; van der Kolk et al., 2007). 이러한 배경을 바탕으로 복합 PTSD 치료에 관한 관심이 증가하였고, 복합 PTSD 치료를 위한 가이드라인이 마련되었다. ISTSS는 2011년 PTSD와 복합 PTSD 전문가 50명을 대상으로 복합 PTSD의 치료에 대한 전문가 의견 조사를 실시하였으며(Cloitre et al., 2011), 이 연구를 바탕으로 ISTSS의 복합 외상 태스크 포스(Complex Trauma Task Force)팀은 성인을 위한 복합 PTSD 가이드라인을 제시하였다(Cloitre et al., 2012). 전문가 의견 조사 연구(Cloitre et al., 2011)에서 복합 PTSD의 증상과 치료법, 중재 유형에 있어서 상당한 합의가 있었으며, 전문 임상가의 84%가 복합 PTSD 치료에 있어 순차적이고 단계에 기반한 치료(sequenced or phase-based)를 우선시하였다. 또한, 치료가 내담자 중심적(patient-centered)이어야 하며, 눈에 띄는 증상에 치료가 맞춰져야 한다는 것에도

상당한 합의가 있었다. 복합 PTSD 치료의 가이드라인에서 제시하는 단계별 치료는 다음과 같다.

1단계: 안정화

단계별로 구체적으로 살펴보면, 1단계는 안정화와 기술 강화에 초점을 두며 몇 가지 주요 기능을 가진다. 첫 번째 목표는 어떠한 치료 기법에서든 내담자의 안전을 우선으로 보장하는 것이다. 두 번째 목표는 내담자의 정서 인식과 표현을 위한 능력을 강화하고, 긍정적 자기개념을 증가시키며, 죄책감과 수치심에 대하여 대처하도록 하고, 대인 관계 및 사회적 역량을 향상하는 것이다. 이러한 영역들을 강화하게 되면, 일상생활의 기능이 향상되며, 자신감이 생기고, 치료에 헌신하고

지속할 동기가 생기게 된다. 초기 기술 구축 단계는 외상 처리 작업과 PTSD 증상 감소에 기여할 수 있다(Cloitre et al., 2010). Courtois와 Ford(2012)는 1단계에서 4가지 요소를 제안하였다. 첫 번째는 ‘안전 보장’으로, 복합 외상 생존자가 더는 외상 경험을 하지 않을 수 있도록 내담자 삶의 안전을 확립하는 것을 우선 시한다. 내담자의 상황에 따라 안전을 확보하기 어려운 환경일 수도 있지만, 장기적인 목표로 삼고 안전 확보를 위한 방법을 모색하는 것이 필요하다. 안전 보장을 위한 개입으로는 예를 들어, 학대 관계에서 떠나거나 살기에 안전한 장소를 찾거나 경제적인 안정성을 달성하는 것 등이 될 수 있다. 상담자는 내담자의 안전 보장을 위해 내담자의 현실적 자각과 잠재적인 위협에 대해 평가를 제공하고, 책임

표 1. 1단계 안정화에 관한 연구

연구	치료 모델 (회기수)	N	연구설계	연구대상	대조군 (회기수)	주요 평가 변인
Cloitre et al. (2010)	STAIR(8)+노출(8)	104	RCT	PTSD (아동학대)	STAIR(8)+지지(8), 지지(8)+노출(8)	PTSD, 정서 조절, 대인관계문제
Cloitre et al. (2016)	STAIR(8)+서사(8)	3	사례연구	PTSD (군 성적 외상)	-	PTSD
Gudiño et al. (2016)	STAIR(16)	46	예비연구	외상경험 청소년	비중재	PTSD, 회복탄력성
Ford et al. (2012)	TARGET(12)	59	RCT	여성 비행 청소년	향상된 일반적 치료(12)	PTSD, 정서조절
Marrow et al. (2012)	TARGET(10)	74	RCT	비행 청소년	일반적 치료	PTSD 증상 (정서, 정서조절, 불안, 희망 등)
Boden et al. (2012)	안전기반치료 (집단13.3, 개인 5.9)	98	RCT	재향 군인 (SUD,PTSD)	일반적 치료	물질 사용, PTSD
Norman et al. (2010)	안전기반치료 (집단 10)	14	예비연구	재향 군인 (SUD,PTSD)	-	물질 사용, PTSD, 우울

감 및 개인의 안전을 유지하는 선택을 해나갈 수 있도록 내담자를 도울 수 있다. 이러한 과정에서 교육을 제공하는 것이 효과적일 수 있는데, 예를 들어 복합 PTSD 내담자들이 정서 조절 장애(무망감, 무력감 및 무가치함에 대한 감정들이나 생각들), 은둔과 고립, 정서적 고통과 간헐적인 느낌, 학대 및 유기와 연관된 감정들의 재현에서 벗어나거나 통제하기 위해 하게 되는 자살 관련 행동, 자기혐오 및 물질 남용 등에 외상 스트레스 반응이 기여하는 역할이 무엇인지를 교육하는 것은 악순환되는 패턴을 줄이는데 기여할 수 있다.

1단계의 두 번째 요소는 ‘안정화’이다. 복합 PTSD의 증상들은 내담자의 삶의 질에 크게 영향을 미치기 때문에 외상 기억을 처리하는 2단계 치료를 위해서는 증상을 안정화할 필요가 있다. 기존의 연구를 살펴보면, 인지 행동 치료 및 대인 관계 심리 치료에서 불안감을 감소시키는 효과가 나타나기도 하였고 (Meichenbaum, 1985; Stangier, Von Conruch, Schramm, & Heidenreich, 2010), 변증법적 행동 치료, 수용 전념 치료 등의 마음챙김 기법은 내담자들의 극심한 정서 반응이나 정신증적인 증상을 인내하거나 조절할 수 있도록 한다. 복합 외상의 치료에서 안정화를 위해 참고할 수 있는 치료 모델은 정서조절을 위한 기술 훈련(Skills Training for Affect and Interpersonal Regulation; 이하 STAIR; Cloitre, Cohen, & Koenen, 2006), 외상 정서조절: 교육 및 치료 가이드(Trauma Affect Regulation: Guide for Education and Therapy; 이하 TARGET; Ford & Russo, 2006), 안전 기반 치료(Seeking Safety; Najavits, 2002; Lee, 2018), 정서 초점 치료(emotion-focused therapy; 이하 EFT; Paivio & Nieuwenhuis, 2001) 등이 있다. 이를 통해 내담

자가 자신의 증상이나 삶의 문제들에 대해 정신화할 수 있게 되고, 내담자의 행동이나 패턴을 분석하여 제시함으로써 관리가 가능해지고, 인지-행동 중재들을 통해 자기 관리 기술을 강화할 수 있게 된다. STAIR에 대해 먼저 살펴보면, 16~20회기로 구성된 STAIR는 변증법적 행동 치료를 기반으로 개발하여 극단적이고 불안정한 정서조절 기술을 가르치고 효과적인 의사소통에 대한 심리교육과 기술을 제공한다. STAIR를 적용한 연구로 Cloitre 등 (2010)은 노출 치료 이전에 STAIR 회기를 실시하는 것의 효과를 확인하기 위해 아동학대와 관련된 PTSD 내담자를 STAIR+노출, STAIR+지지적 상담, 지지적 상담+노출의 세 집단에 무선 배정하고 16회기의 치료를 실시하였다. STAIR 회기는 전반 4회기에서 정서조절, 정서 명명, 감정 관리, 고통 감내, 정서 수용 및 긍정 정서 경험에 대해 다루었고, 후반 4회기는 대인 관계 문제와 부적응적 도식의 개선, 효과적 자기주장, 사회적 맥락 알아차리기, 대인 관계 기대와 행동에서의 유연성에 대해 다루었다. 연구 결과, STAIR와 노출을 결합한 치료는 다른 두 집단에 비해 PTSD 및 대인 관계 문제의 개선에 더 효과적이었고, STAIR 회기 없이 노출을 실시한 집단(탈락률 39%)에 비해 탈락률이 낮게(15%) 나타났다. STAIR를 적용한 다른 연구에서는 군에서의 성적 외상 피해자에 대한 사례 연구(Cloitre, Jackson & Schmidt, 2016)와 외상 경험이 있는 청소년에 대한 연구(Gudiño, Leonard & Cloitre, 2016)가 있으며 두 연구에서 PTSD 증상의 개선에 효과가 나타났다.

TARGET과 안전 기반 치료는 복합 PTSD와 공존율이 높은 물질 사용 장애를 함께 치료하기 위해 개발되었다. TARGET은 뇌의 “알람

센터”가 뇌가 정보를 분류하고 관리하는 기능을 압도하였을 때 PTSD 증상이 나타나는 것이며, 뇌의 기능을 강화하는 기술을 습득하여 PTSD를 극복하는 것에 대해 교육을 한다. TARGET은 “FREEDOM(Focusing, Recognizing, Emotions, Evaluations, Define, Option, Make a contribution)”으로 요약되는 주요 기술을 교육하는데, 한 번에 한 가지에 주의를 집중하고(Focusing), “알람” 반응을 일으키는 현재의 트리거를 인식하고(Recognizing), 알람으로 인한 반응에 대응할 수 있도록 적응적 정서(Emotion), 평가(Evaluations), 목표 정의(Define), 행동의 선택지(Option)를 찾도록 하고 알람 반응을 통제함으로써 세상에 긍정적 기여(Make a contribution)를 하도록 한다. 총 12회기 중 8회기는 FREEDOM 단계에 대해 배우고 연습을 하며, 4회기 동안에는 현재의 삶에서 PTSD 증상을 예방하고 관리하기 위한 기술을 연습하고 적용하는 데 전념하며, 창의적인 예술 활동이 포함되어 있다. 이를 PTSD 증상에 적용한 연구로는 주로 비행 청소년을 대상으로 연구가 되었는데(Ford, Steinberg, Hawke, Levine & Zhang, 2012; Marrow, Knudsen, Olafson & Bucher, 2012), 연구의 결과 PTSD 증상의 감소와 불안, 분노, 우울증 및 외상 관련 인지에 있어 효과적인 것으로 나타났다. 안전 기반 치료는 안전한 행동과 관계, 삶의 기술, 재발 방지를 위한 25개의 개별적인 모듈로 구성되어 있으며 웹사이트(www.seekingsafety.org)에서 구체적인 매뉴얼을 제공하고 있다. 안전 기반 치료가 적용된 연구는 주로 물질 사용 장애(SUD)와 PTSD가 함께 나타나는 재향 군인을 대상으로 실시되었으며, PTSD와 물질 사용에 있어 개선의 효과가 있는 것으로 나타났다(Boden et al., 2012; Norman, Wilkins, Tapert,

Lang & Najavits, 2010).

1단계의 세 번째 요소는 ‘교육을 통하여 치료에 대한 준비를 강화’하는 것이다. 복합 외상 생존자들은 외상이 주는 영향에 대해 잘 모르기 때문에 자신의 증상을 이해하거나 어떠한 경험의 영향으로 증상이 발생한 건지에 대한 인식이 없는 경우가 대부분이다. 교육을 통하여 내담자가 스스로 외상으로 인한 반응에 대해 이해하고, 향상된 개인적 관점 및 자기 자비를 발전시킬 수 있고, 우울증과 자기 비난 같은 현저한 증상이 완화될 수 있다(Allen, 2005). 1단계의 교육을 통하여 정서 상태의 확인과 조절, 자기주장, 대처, 문제해결, 의사결정, 마음챙김 등에 대해 준비를 시킬 수 있다.

마지막 요소는 ‘치료 연대 구축’으로, 복합 외상 내담자의 상담에서 특히 더 중요하다. 복합 외상 생존자들은 주요한 관계들이 환멸, 배신 등 정서적인 고통의 원천일 수 있으므로 정서적인 유대와 지지를 제공하는 상담자에 대하여 두려움, 의심, 분노, 절망 등의 부정적 정서를 느낄 수 있고, 반면에 이상화, 희망, 과도한 의존, 자격 등 긍정적 측면의 정서도 느낄 수 있다. 그러므로 상담자는 복합 외상 내담자와의 관계에서 위협적인 요소가 무엇인지에 대해 명확하게 인식하고 재구성하여 치료적 연대를 안정적으로 갖추는 것이 중요하다.

2단계: 외상 기억의 처리

복합 외상 치료의 2단계는 외상 기억을 처리하는 데 초점을 두며, 실제적이며 주관적으로 안전한 맥락에서 외상 사건을 재경험하거나 재평가하는 것이다. 이 단계에서는 PTSD 증상 및 여타 증상들과 연관된 기억과 정서

상태에 숙달되기 위해 외상 경험과 그에 수반되는 정서, 신념, 인지들을 직면하고 처리하는 과정이 실시된다. 외상 기억을 다루는 것은 내담자와 상담자 모두에게 부담스러운 일이 될 수 있고, 내담자는 이 과정에 대해 두렵고 불안한 정서를 느끼며 피하고 싶어 할 수 있다. 그러므로 2단계 치료에 앞서 안전이 토대가 되어야 하며 내담자가 정서를 조절하는 능력을 어느 정도 갖추는 것이 요구된다. 2단계에서는 복합 PTSD의 기본적인 특징 2가지에 대해 다루게 되는데, 첫 번째는 외상 사건들에 대한 기억들, 정서, 자극 및 상기시키는 요

인들에 대한 회피 및 외상 관련 상기 요인에 대한 과잉 일반화이며, 두 번째는 극도의 신체적, 정신적, 정서적 각성의 경험이다. 이러한 외상의 정서적, 인지적 후유증을 해결하기 위해 치료적 노출과 외상 기억 및 정서들을 처리하는 다양한 치료 기법들이 2단계에서 활용된다. 이러한 개입에서 내담자는 원하지 않고, 통제되지 않는 재경험을 회피하는 대신, 정보에 근거하여 외상 기억들을 회상하고 재평가할 수 있게 된다. 치료적 노출은 안전한 상황적 맥락에서 외상 기억을 활성화함으로써 ‘정서적 불일치’ 조건을 형성하게 되는데, 내

표 2. 2단계 외상 기억 처리를 위한 치료

구분	치료 기법	출처
인지-행동 치료 (CBT)	지속적 노출(PE)	Foa & Kozak(1986) Foa, Hembree, & Rothbaum(2007)
	인지 처리 치료(CPT)	Resick & Schnicke(1993) Resick, Nishith, & Griffin(2003)
기타 과학적 연구 효과 입증	안구 운동 민감 소실 및 재처리 (EMDR)	Shapiro(2012) Shapiro & Solomon(2010)
	복합외상에 대한 정서 초점 치료 (EFTT)	Paivio et al.(2010)
가능성을 보여준 치료	서사 노출 치료(NET)	Hensel-Dittmann et al.(2011)
	심상리허설(imagery rehearsal) 심상재각본(IRT)	Smucker, Dancu, Foa, & Niederee(2002)
기타 치료	가속화된 경험적-역동적 심리 치료 (AEDP)	Fosha(2000), Fosha et al.(2009) McCullohg et al.(2003)
	감각 운동 심리 치료 (Sensorimotor psychotherapy)	Fisher & Ogden(2009) Ogden & Fisher(2013)
	신체 치료 (somatic treatment)	Levine & Frederick(1997) Rothschild(2000)
	맥락치료(contextual therapy)	Gold(2009, 2013)
	맥락적 행동 치료 (contextual behavior therapies)	Follette, Iverson & Ford(2009)

담자는 덜 각성한 상태에서 지배적인 정서 반응들과 기억에 관여할 수 있게 되는 것을 경험함으로써 두려움, 불안, 불쾌감 등이 감소할 수 있다. 2단계를 위한 치료 이론들은 지속적 노출, 인지 처리 치료, 안구 운동 민감 소실 및 재처리, 외상에 대한 정서적 초점 치료 등 이미 강력한 과학적 근거를 기반으로 하고 있다.

복합 외상 치료를 위한 2단계는 주요 초점이 외상 기억을 재처리하는 것이다. 상담자는 의도적으로 외상 기억들과 이러한 기억들이 유발하는 생리적인 각성 및 정서적 고통의 극단적인 상태들에 대한 자각을 발전시키고, 이에 대한 통제를 얻도록 내담자를 이끌게 된다 (Courtois & Ford, 2012). 외상 기억에 노출하고 기억을 처리하는 것은 단순히 괴로운 기억에 대한 카타르시스를 느끼는 것 이상의 치료적 효과를 제공하게 되는데, 상담자는 이를 위해 정서에 접촉하면서도 안전하고, 담아낼 수 있을 정도의 생리적, 정서적인 각성 내에서 기억과 정서들을 탐색하기 위해 치료 계획을 수립하게 된다. 이러한 과정을 통해 내담자는 지금까지 원치 않거나 통제할 수 없는 재경험을 회피하는 대신, 주도적으로 자신의 외상 기억에 대해 회상하거나 해석하는 선택을 할 수 있게 된다.

2단계 치료에 있어 지금까지 밝혀져 온 가장 강력한 과학적 근거 기반 치료로는 인지-행동 치료(CBT) 중재에 속하며 광범위하게 연구되어 온 지속적 노출(Prolonged Exposure; 이하 PE)과 인지 처리 치료(Cognitive Processing Therapy; 이하 CPT)가 있고, 그 외 안구 운동 민감 소실 및 재처리(Eye Movement Desensitization and Reprocessing; 이하 EMDR), 외상에 대한 정서적 초점 치료(Emotion-Focused

Trauma Therapy; 이하 EFTT) 등도 과학적 연구를 통해 효과가 확인되고 있다. 이 외에도 내러티브 노출 치료(Narrative Exposure Therapy; 이하 NET), 심상 재각본 및 리허설(Imagery Rescripting/Rehearsal; 이하 IR) 치료 등이 가능성을 보여주고 있다. Courtois와 Ford(2012)는 2단계 치료에 대해 표 2와 같이 구분하여 제시하였다.

지속적 노출(PE) 치료는 지금까지 성인들의 PTSD 증상들에 대해 과학적이며 가장 광범위하게 입증되어온 치료이다. PE는 마치 바로 지금 이 순간에 일어난 것처럼 외상 사건을 반복적으로 상상하거나, 설명하는 것을 포함하며, 동시에 치료자에 의해 사건이 현재 순간에 실제로 발생하지 않는다는 것을 완전히 인식하고 유지하도록 도움을 받는다(Courtois & Ford, 2012). 내담자는 상담을 통해 자신이 겪었던 외상 사건에 대해 떠올릴 수 있는 기억, 느껴지는 감각과 감정, 떠올려지는 생각 등을 단계적으로 상세하게 설명하게 된다. 노출에는 실제 노출과 심상 노출이 있는데, 실제 노출은 내담자가 공포를 느끼는 순서에 따라 공포 자극의 위계 목록을 만들어 지속적이고 체계적으로 노출을 실시하게 된다. 심상 노출은 외상 사건을 처음부터 끝까지 회상하면서 마치 그 일이 다시 일어나는 것 같은 상상을 통하여 재경험하게 된다. 심상 노출도 실제 노출과 같이 외상 기억에 대해 위계를 먼저 세우게 되는데, 주관적 불편감(SUDS)을 중간 정도로 평가한 기억부터 노출을 시작하게 되며, 60분 정도 기억을 반복해서 이야기하거나, SUDS가 20점 이하로 감소할 때까지 노출을 실시하게 된다. 회기별로 얻게 된 SUDS 점수를 시각화하여 노출 후의 피드백을 제시하는 것이 효과적일 수 있으며, 치료 과정을 녹음

하여 과제로 연습하도록 권하게 된다.

PE와 함께 과학적 근거 기반을 광범위하게 가지고 있는 인지 처리 치료(CPT)는 인지적 재구조화를 통하여 내담자가 생각하는 외상 사건의 의미를 수정하도록 한다(Resick & Schnicke, 1993). 내담자는 하나 이상의 특정 외상 기억에 대해 되도록 구체적으로 글로 쓰거나 말하게 되며, 이를 통해 지금까지 회피해 왔던 경험에 대해 기록하거나, 말할 수 있는 이야기로 보유할 수 있게 된다. 내담자들은 외상, 자기 자신, 자신의 행동 및 반응들에 관한 새로운 통찰과 인지를 얻음에 따라 완화를 경험하게 되며, 이는 더 높은 이해와 해결을 가져오게 된다. 외상 경험에 대한 인지를 재구조화하기 위해서는 6단계의 과정이 실시된다(Zayfert & Becker, 2006). 1단계에서는 외상 사건의 상황을 이야기하고 2단계에서는 그 상황에 대한 정서를 표현하고 평가한다. 3단계에서는 부정적인 정서를 느꼈을 때 어떠한 자동적 생각을 했는지 확인하고 그 생각을 얼마나 믿고 있는지 평가한다. 4단계에서는 자동적 생각을 지지하는 증거와 지지하지 않는 증거를 찾으며, 5단계에서는 내담자 스스로 자신에게 합리적이고 도움이 될 수 있는 반응을 찾게 된다. 6단계에서는 자신의 모든 부정적 정서를 재평가하게 된다. 내담자는 잘못된 정보, 신념, 혹은 가정들에 대한 교육을 받게 되며, 소크라테스식 질문 기법들이 사용된다. CPT는 PTSD뿐 아니라, 복합 외상 과거(Resick, Nishith, & Griffin, 2003)를 가진 성인들을 치료하는데 효과적인 것으로 밝혀졌다.

다음으로 정서 초점 외상 치료(EFTT)는 고통스러운 감정 및 기억들에 대한 두려움을 줄이고, 새롭고, 정서적으로 일관된 이해를 구성하기 위해, 과거 외상 사건들과 연관된 정서

들에 대한 치료 분석을 이용한다(Pavio & Pascual-Leone, 2010). EFTT는 PE나 CPT에서 활용하는 것과 유사하게 노출이나 인지 치료 기법들을 포함하지만, 주로 내담자들이 정서를 경험하고 경험적인 회피를 줄일 수 있도록 경험적이며 인본주의적인 기법들을 활용한다. EFTT의 핵심기법으로 심상 직면(imaginal confrontation)이 있는데, 이는 빈 의자에 가해자가 앉아 있다고 상상하며, 자신의 생각과 감정들을 직접적으로 표현하는 것이다. 이러한 과정에서 내담자는 가해자에게 정서를 표현하거나 예상할 수 있는 보상을 표현하게 되며, 이를 통해 가해자에 대해서 더 현실적이고 복합적인 관점을 가질 수 있게 된다.

다음으로 안구 운동 민감 소실 및 재처리(EMDR)가 있으며 EMDR 역시 여러 연구에서 과학적 근거가 입증되어 왔다. EMDR은 안구 운동을 활용하는 치료법으로 PE와 유사하게 외상 기억에 대한 구체적인 회상을 포함한다. 그러나 EMDR에서는 내담자가 말로 표현하는 것이 아니라 외상 기억을 심상화한 채로 단속(saccadic, 수평, 앞에서 뒤로) 안구 운동이나 기타 양측 지각 운동 과제 및 자극(치료자가 신체의 왼쪽과 오른쪽을 교대로 두드리거나, 양쪽에서 음성을 듣는 것과 같은)을 실시하게 된다. 이러한 반복 과제를 외상 기억 회상에 덧붙이는 것이 외상 기억에 수반되는 정서적 고통을 크게 줄이거나, 심지어 제거한다는 연구들이 보고됐다. Shapiro(2012)는 모든 치료 중 EMDR이 PTSD의 고전적인 증상들을 완화하는 데 있어 가장 견고한 근거 기반을 갖추고 있다고 하였는데 이러한 효과들이 복합 외상의 증상으로 확대되는지에 대해서는 충분히 수립되지 않았다. 복합 외상 치료에 대한 EMDR 프로토콜은 세 단계의 치료 단계에

걸쳐 적용되기 위해 광범위하게 변경되었다 (Shapiro, 2012).

또한, 심상을 다각적으로 활용하는 치료 모델로 심상 재각본 치료(IRT, Smucker, 2005)와 이를 악몽에 적용한 심상 시연 치료(Krakow et al., 2001)가 있다. 이미 게슈탈트 치료, 글쓰기 치료, 이야기 치료 등의 모델에서 내담자들이 자신의 기억을 재구성하여 다시 쓰도록 하는 기법이 오랜 전통으로 존재해왔다. IRT는 이와 유사하게 내담자의 외상 기억이나 악몽을 떠올리고 말하게 하고, 이에 대해 재각본과 시연을 통하여 외상 경험에 대해 자신의 내적인 서사를 치료적으로 재분석하고, 명확히 밝히고, 변경하도록 돕는다. PE를 단독으로 활용하는 것보다 IR을 추가로 실시하는 것이 더 효과적이라는 연구가 보고되기도 하였다(Arntz, Tiesema & Kindt, 2007).

내러티브 노출 치료(NET)는 조직적 폭력, 가정 폭력, 다중의 혹은 연속적인 외상 스트레스 경험으로 인한 PTSD를 치료하기 위해 개발되었다(Schauer, Neuner, & Elbert, 2011). 내담자는 외상 사건과 관련된 정서, 인지, 생리, 행동, 감각 요소와 의미 내용을 재경험하면서 외상 사건을 구체적으로 반복하여 이야기한다. 이 과정에서 상담자의 안내와 직접적인 도움을 통해 자기 인생의 내레이션을 재구축하게 된다. NET는 대개 약 10회기 이하의 상대적으로 적은 횟수로 실시되며, 내담자는 상담자와 협력하여 자신의 인생 이야기에 대해 상세하고 일관성 있는 서사를 구성하게 된다. NET의 효과에 관한 연구들도 다수 보고되고 있다(Schhaal, Elbert, & Neuner, 2009; Bichescu, Neuner, Schauer, & Elbert, 2007).

복합 PTSD의 2단계 치료에 관한 연구는 복합 PTSD가 독립적 진단으로 제시된 지 얼마

되지 않았기 때문에 충분히 누적되지 않았다. Karatzias 등(2019)은 기존의 PTSD 치료 기법을 복합 PTSD 치료에도 적용할 가능성을 확인하기 위하여, 근거 기반 PTSD 치료 연구 중 자기-조직 장애(disturbances in self-organization)가 나타난 연구들에 대해 메타 분석을 하였다. 분석 결과, 자기-조직 장애 증상에 대해 인지 행동 치료, 노출, EMDR이 일반적인 PTSD 치료보다 더 효과적이었다는 결과가 나타났고, 연구자들은 이러한 결과를 고려해서 복합 PTSD의 치료 개입을 개발해야 한다고 주장하였다. 기존의 PTSD에 대한 치료를 복합 PTSD에 적용하는 것에 한계가 있다는 지적이 있었기 때문에, 복합 PTSD에서 나타나는 정서조절의 어려움, 부정적 자기개념, 대인 관계 어려움 등의 증상을 고려하여 기존의 외상 치료 기법을 적용할 필요가 있다. 이를 위해서는 2단계를 위한 치료 중 어떠한 치료가 복합 PTSD의 치료에 더 적합한가에 관한 연구가 수행되고 이러한 결과를 고려한 치료적 적용이 되어야 한다. 예를 들어, 외상과 관련하여 비-공포 정서(분노, 죄책감, 수치심 등)가 지배적인 경우에는 지속적 노출보다 심상 재각본 치료가 더 나올 수 있다는 연구를(Grunert, Weis, Smucker & Christianson, 2007) 토대로 하면, PTSD에 비해 다양한 외상 정서를 호소하며, 정서 조절의 어려움을 경험하는 복합 PTSD 내담자의 경우에는 지속적 노출보다 심상 재각본 치료가 더 적합할 수 있을 것이다. 또한, 기존의 외상 기억 처리 모듈이 PTSD 증상 외에 자기-조직 장애에도 효과적임을 확인하는 연구가 누적된다면 2단계 치료에서 어떠한 외상 기억 처리 기법을 활용할지에 대한 시사점을 제공할 수 있을 것이다.

3단계: 치료 이득의 통합

복합 외상 치료의 3단계는 '치료 이득의 통합'으로, 치료를 통해 얻은 지식 및 기술들을 일상생활과 미래에 적용하는 것이다. 이 단계에서 상담자는 내담자의 정서적, 사회적, 관계적 역량의 향상을 통합하게 된다. 상담자는 내담자가 안전하고 지지적인 사회적 네트워크를 강화하고 친밀한 관계를 구축하고 향상할 수 있도록 지지하고 도움을 준다. 이를 통하여 내담자는 증상이나 과거에서 벗어나 변화할 수 있으며, 이전에는 할 수 없었던 삶의 주도권을 위한 선택을 할 수 있게 된다. 이는 복합 PTSD 증상의 하나인 절망감에서 벗어나 희망적인 기대를 할 수 있게 하는 주요한 과정이다. 3단계에서는 별도의 치료적 중재가 있다기보다는 1단계에서 사용되는 안전, 안정화, 자기 조절 중재들이 다시 사용될 수 있으며, 내담자가 삶의 여러 부분에 대해 탐색하고, 타인의 신뢰성을 더 잘 판단하며, 자기 조절 및 대인 관계 기술들을 능동적으로 적용할 수 있도록 돕는다. 또한, 3단계에서 2단계의 치료적 중재들이 사용될 수 있는데, 2단계의 기억과 정서 처리 기술들이 일상생활 및 치료에서 직접적으로 적용될 수 있다. 이를 통하여 내담자는 점점 더 스트레스성 사건에 대해 잘 대처할 수 있다는 자신감을 가질 수 있으며, 정신화 과정을 통하여 자신의 경험들을 개인적 의미로 바꿀 수 있게 된다. 이렇게 3단계에서는 앞의 단계들 중재가 다른 목적으로 사용이 되기도 하며, 내담자의 상태에 따라 단계는 다시 앞으로 돌아갈 수도 있다. 복합 외상의 경우 일부 문제들이 해결되었으나 다른 문제가 발생할 수 있으며, 내담자가 통제할 수 없는 상황에서 추가적인 외상이 발생하여 이전 단계로 돌아갈 수 있으며 이에 대

해서도 내담자에게 알려줄 필요가 있다. 이러한 단계 기반 치료는 고정되기보다 유동적이고, 유연하게 도입되며, 다시 배우거나 강화하는 데 필요한 경우에는 반복적으로 이전에 학습한 과제나 기술로 돌아갈 수 있는 모델로 도입되는 것이 중요하다(Ford, 2012).

복합 PTSD 치료에 대한 경험적 연구

복합 PTSD에 관한 관심이 증가하고 있지만, 지금까지 복합 PTSD를 타겟으로 하는 치료 연구는 매우 적게 수행됐다. 국제 외상 스트레스 연구 학회는 2011년 전문가 조사를 하며 복합 외상 이력을 가진 개인이나 PTSD의 증상을 표적으로 개발된 치료에 관한 연구가 매우 적다고 언급하며, 아동기 복합 외상 이력이 있으며, 복합 PTSD 증상을 표적으로 한 8개의 연구를 제시하였다(Cloitre et al., 2011). 8개의 연구는 모두 개선된 혹은 단계-기반 외상 치료 모델에 대한 것이었으며, 3개의 연구는 외상 경험을 다루지 않고 안정화와 재활을 시도하는 프로그램을 평가하였고(Bradley & Follingstad, 2003; Dorrepaal et al., 2010; Zlotnick et al., 1997), 4개의 연구는 외상 경험 처리를 포함하여 안정화, 기술 훈련, 초기 외상 관련 문제 등을 다루었으며(Cloitre, Koenen, Cohen, & Han, 2002; Cloitre et al., 2010; Steil, Dyer, Priebe, Kleindienst, & Bohus, 2011, Chard, 2005), 1개의 연구는 사례 관리를 통한 외상-초점 집단 치료에 대한 것이었다(Classen et al., 2011). 8개의 연구에서 PTSD의 증상뿐 아니라 정서 조절 장애, 해리, 자기 파괴적 행동, 자기개념, 대인관계 기능 등의 복합 PTSD 증상이 개선되었음을 보고하였다. 그러나 근거 기반 치료로서 일반화하기에는 연구의 수가 적고, 연구의 방법론, 연구 대상의 외상 과거력, 진단 및

치료 결과의 평가 방법 등이 다르다는 한계가 있다. 특히 치료 결과의 평가에 있어서 합의된 복합 PTSD 척도를 활용한 것이 아니라, 우울(예: Beck Depression Inventory), 불안(예: State-Trait Anxiety Inventory), 정서 조절(예: General Expectancy for Negative Mood Regulation Scale), 해리(예: Dissociative Experiences Scale), 대인관계 문제(예: Inventory of Interpersonal Problems) 등 증상별 척도를 활용하였기 때문에 복합 PTSD의 개선이라고 보기에 한계가 있을 수 있다. 이후에는 복합 PTSD 내담자를 타겟으로 단계 기반 치료를 통합적으로 적용한 연구를 수행할 필요가 있으며, 이를 위해 복합 PTSD 내담자를 진단하고 증상을 평가하기 위한 척도가 합의될 필요가 있다.

국내 선행연구를 살펴보면, 국내에도 복합 외상 이력 및 증상에 대해 선별한 참여자를 대상으로 무작위 통제 방법을 통해 치료의 효과를 확인한 연구는 매우 적었다. 몇몇 연구는 복합 외상 이력이 있는 대상자에 관한 연구였으나 미술 치료(Kim, 2017), 모래 놀이 치료(Lee, 2016; Moon, 2016; Han, Lee, & Lee, 2019), 음악 치료(Moon, 2009) 등 기존의 근거 기반 치료와 비교하기 어려운 치료 방식의 사례 연구이기 때문에 과학적 근거를 마련하기에 한계가 있다. EMDR 치료의 효과를 확인한 연구도 있었으나(Kim, 2006), 이도 역시 한 사례의 증례 보고이기 때문에 연구 대상이 적다는 한계가 있다. 무작위 통제집단으로 연구를 수행한 경우는 북한 이탈 주민을 대상으로 한 연구가 2편 있었으며 MBSR(Choe & Son, 2011)의 효과와 북한 이탈 주민을 위한 PTSD 프로그램(Kim & Choi, 2013)의 효과에 관한 연구였다. 일반 성인을 대상으로 한 연구로는 아동 학대 생존자를 대상으로 인지 행동 치료와 이

야기 치료 및 통제집단과의 효과를 비교한 연구(Kim, Kim, & Cho, 2018)가 있으며, 인지 행동 치료가 죄책감, 우울 등에서 효과적이었으며 추후까지 지속성을 유지하는 것으로 나타났다. 또한, 대인 외상 경험이 있는 대상자에게 수용 전념 치료(ACT)를 실시하고 효과를 확인한 연구(Joo & Son, 2015; You & Son, 2018)에서는 대상자의 복합 PTSD 증상이 감소하였고, 대인 외상 경험자를 대상으로 글쓰기 용서 치료를 실시한 연구(Park & Hong, 2010)에서는 외상 관련 정서인 분노와 수치심에서 효과를 갖는 것으로 나타났다. 이러한 연구들이 수행되고 있으나, 복합 외상 이력과 증상, 복합 PTSD의 진단 등에서 명확한 표적을 대상으로 치료 효과를 확인한 연구가 매우 적은 실정이며, 추후 복합 PTSD의 특성을 고려한 치료가 임상적으로 발전하기 위해서는 과학적 근거를 마련할 수 있는 연구가 지속적으로 수행될 필요가 있다.

논 의

복합 PTSD는 높은 유병율(31~39%, Resnick et al., 1993)과 다양하고 복잡한 증상으로 인한 내담자의 고통이 큰 정신장애이다. 그럼에도 불구하고 복합 PTSD의 개념 및 진단 기준, 진단 도구에 대한 합의가 명확하지 않기 때문에 치료의 개발 및 연구에 있어 어려움이 따르고 있다. PTSD는 국외에서 6.8~9.2%, 국내에서 1.2~1.71%의 유병율을 나타내고 있으며, 우울 장애, 물질 사용 장애, 불안 장애, 정신증, 자살위험, 해리 증상 등과 80~90%의 공병률을 나타낸다(Choi, 2017). 복합 PTSD의 경우 일반 성인을 대상으로 한 체계적인 유병률의 조사

가 미비하며, 복합 PTSD 자체의 복합적인 증상으로 인해 공병률을 체계적으로 조사하는 것이 어려울 수 있다. 그러나 복합 PTSD의 관점으로 진단할 때 낙인 효과를 줄이고, 치료적 경제성을 높이는 이점을 고려하였을 때, 이에 대한 탐색과 연구가 요구된다. 특히 국내에서는 복합 PTSD의 진단 도구에 대한 타당화 및 합의가 마련되어 있지 않고, 진단 도구에 의해 선별된 대상에 관한 연구가 거의 없으며, 복합 PTSD의 치료에 관한 연구에서도 과학적 근거를 제시한다고 볼 수 있는 연구가 미비한 실정이다. 그러므로 복합 PTSD 치료와 연구의 발전을 위해서는 복합 PTSD의 진단 기준과 도구에 대한 합의가 필요하다.

복합 PTSD 진단에 관한 쟁점으로, PTSD, 경계선 성격 장애와의 중복된 증상으로 인해 복합 PTSD를 독립된 진단으로 보기 어렵다는 논쟁이 지속 되고 있다(Landy et al., 2015.; De Jongh et al., 2016). 그러나 PTSD와 복합 PTSD가 구별되는 장애라고 밝혀진 연구들이 있으며(Cloitre et al., 2013; Elklit, Hyland, & Shevlin, 2014; Knefel & Lueger-Schuster, 2013), 경계선 성격 장애와도 구별되는 것으로 나타났다(Cloitre et al., 2014). 복합 PTSD는 경계선 성격 장애와 유사한 증상을 나타내기 때문에, 경계선 성격 장애로 진단하여 치료가 어렵고 까다로운 내담자로 낙인 지을 수 있다. 그러나 Cloitre 등(2014)의 연구에 따르면, 경계선 성격 장애는 복합 PTSD에 비해 (1) 버림받지 않으려는 필사적인 노력, (2) 극단적인 이상화와 평가절하가 번갈아 나타나는 불안정하고 강렬한 대인 관계, (3) 지속적으로 불안정한 자기상 및 자기 감각, (4) 충동성 증상이 더 크게 나타나며, 자살 및 자해 행동이 50% 정도로 복합 PTSD(14.3%)에 비해 높게 나타났다. 이렇

게 복합 PTSD와 경계선 성격 장애는 다른 특징을 가지고 있으므로, 치료 역시 다르게 계획되고 실시되어야 한다. 경계선 성격 장애는 앞의 특징을 고려하여 자살 및 자해 행동 등 생명을 위협하는 행동의 감소, 타인에 대한 의존 감소, 내재적이고 안정적인 자기감의 증가를 목적으로 하는 치료가 실시되고 있으며, 치료의 종결이 증상의 재발 및 악화를 초래할 수 있으므로 신중하게 종결을 계획해야 한다. 복합 PTSD의 경우에는 경계선 성격 장애에 비해 상대적으로 대인관계 회피, 안정적이지만 부정적인 자기개념, 외상 경험의 호소 등이 더 특징적으로 나타나므로 대인관계 회피의 감소, 더 긍정적인 자기개념 개발, 외상 기억 처리 등을 중점으로 한 치료가 필요하다. 기존의 경계선 성격 장애 치료는(예: Dialectical Behavior Therapy, Linehan, 1993) 정서 조절, 마음챙김, 대인 관계 기술 등의 교육이 복합 PTSD를 위한 1단계 치료와 중복될 수 있지만, 복합 PTSD의 치료에서는 상대적으로 외상 기억을 다루는 것이 더 강조되기 때문에, 외상 기억을 다루기에 앞서 안정화 작업을 한다는 관점으로 접근하는 것이 중요하다. 이렇듯 유사 장애와의 진단 및 치료에서 구별을 더 명확하게 하기 위해서는 어떠한 측면에서 중복되거나 차이가 있는지에 대한 비교 연구가 더 누적될 필요가 있다.

복합 외상 생존자들이 가지는 정서적 취약성과 안전하지 않은 상태, 라포를 형성하기 어렵다는 특성을 고려하였을 때 이들을 복합 PTSD로 개념화하고, 내담자의 안전을 위한 단계 기반 치료가 권장되고 있다. 그러나 국내에서는 이에 대한 논의가 활발하게 이루어지지 않고 있다. 복합 외상 이후 다양한 증상을 보이는 내담자에게 우울, 불안, 자해, 섭식장

에, 수면 장애, 물질 사용 장애 등 각각의 장애로 진단하고 치료하는 것도 효과가 있을 수 있지만, 외상 경험을 다루는 것이 강조되지 않을 수 있다. 외상 경험의 유형이나 자기-조직 장애(정서조절 장애, 부정적 자기 인식, 대인 관계 어려움) 증상에 대해 면밀하게 탐색하고, 복합 PTSD로 진단한다면 내담자를 포괄적이고 다면적으로 이해할 수 있으며, 더불어 안정화한 상태에서 외상 경험을 처리할 수 있다. 이는 내담자 스스로 원인을 찾기 어려운 다양하고 고통스러운 증상에서 벗어나도록 하는데 도움이 될 것이다. 그리고 복합 PTSD 내담자의 특정 증상, 요구, 선호에 초점을 맞추는 내담자-중심(patient-centered) 치료를 위해서도 단계 기반 치료는 유용할 수 있다. 단계는 순차적일 수도 있지만, 내담자의 상태나 선호에 따라 순서가 조정될 수 있다. 이를 위해서 상담자는 내담자의 치료에 대한 준비와 현재의 상태를 면밀히 관찰하고 평가하며, 내담자에게 적절한 단계의 치료적 중재를 제공할 수 있도록 복합 PTSD의 단계적 치료에 대한 관점과 지식을 갖추어 줄 필요가 있다. 특히 단계 기반 치료를 하기 위해서는 안정화 단계를 위한 지식, 외상 기억 처리를 위한 개입 등 다양한 중재에 숙련될 수 있도록 훈련이 필요하다.

마지막으로 단계 기반 치료의 타당성에 대하여 논의하고자 한다. 앞에서 살펴본 것처럼, 현재까지 복합 PTSD의 치료에 있어서 가장 다수의 합의가 이루어진 치료 가이드라인은 단계 기반 접근의 치료이다. 그러나 복합 PTSD의 개념이 타당한지에 대해 논쟁이 있듯이, 복합 PTSD의 단계 기반 치료가 적절한지에 대해서도 논쟁이 있었다. De Jongh 등(2016)은 복합 PTSD의 단계 치료의 근거로 제시된 연구들이 방법론적으로 과학적 근거를 마련하

기에 한계가 있다고 주장하였다. 예를 들어, 1 단계인 안정화 단계의 효과를 확인 연구에서(Cloitre, Koenen, Cohen & Han, 2002) 1, 2 단계를 결합한 치료와 대기자 집단을 비교하였지만, 2 단계만 처치한 집단과는 비교를 제시하지 않아 단계 기반 치료의 이점을 확인하기에는 한계가 있다는 것이다. 또한, 2 단계에 대한 연구(Classen et al., 2011)에서도 성 학대 피해자를 대상으로 외상에 초점을 둔 집단과 초점을 두지 않은 치료 집단 모두 대기자 집단에 비해 효과가 나타났는데, 이는 복합 PTSD 내담자에게 2 단계 치료를 바로 실시하는 것이 효과적일 수 있음을 시사한다. 이러한 근거로 De Jongh 등은 단계 기반 치료가 복합 PTSD 내담자에게 기존의 PTSD 근거 기반 치료를 적용하는 것을 지연시킬 수 있다고 비판하였다. 한편 Karatzias와 Cloitre(2019)는 기존의 단계 기반 치료에서 나아가 환자 중심적인 관점에서 다양하고 유연한 치료 모듈을 활용할 것을 제안하였다. 예를 들어, 지속적 노출이 부담스러운 내담자에게 1 단계 치료(예: STAIR) 이후 서사 치료를 하거나, 경계선 성격 장애와 공존하는 내담자의 경우 변증법적 행동 치료를 통해 자살 및 자해 행동을 안정화 시킨 후 지속적 노출을 실시할 수 있다. 복합 PTSD 내담자들은 외상 경험의 양상에 따라 개별적으로 다른 형태의 증상을 호소할 수 있으며, 자기-조직 장애로 인해 기존의 근거 기반 치료의 적용이 어렵거나 치료에서 조기에 탈락할 수 있다. 그러므로 상담자는 이들을 위한 치료 계획을 수립하는 데 있어 유연한 관점과 태도가 필요하다. 유연하게 치료 모듈을 결합하기 위해서는 상담자와 내담자가 치료에 앞서 어떠한 증상에 초점을 맞출지, 모듈을 어떠한 형태로 결합할지 등에 대한 합의가 선행

되어야 한다. 또한, 다양한 치료 모듈이 어떤 특성의 내담자에게 더 적합한지, 어떠한 치료 메커니즘의 결합이 효과적인지 등에 관한 연구도 함께 발전될 필요가 있다. 위와 같은 복합 PTSD 치료에 대한 여러 쟁점을 이해하고 이를 고려하여 치료에 적용하기 위해서는 복합 PTSD에 대한 심층적인 이해와 단계 기반 치료에 대한 전반적인 이해가 요구된다. 이러한 이해를 기반으로 한다면, 단계 기반 치료를 토대로 하면서 내담자의 특성에 따라 단계를 유연하게 조정한다거나, 적합한 모듈을 조합하는 치료 계획을 세워 효과적인 치료를 제공할 수 있을 것이다.

참고문헌

- Ahn, H. N. (2007). An empirical review of complex trauma. *Korean Journal of Psychology: General*, 2(1), 105-119.
- Ahn, H. N., Park, C. O., & Joo, H. S. (2012). A review of trauma-related emotions: Shame, guilt, and anger. *Korean Journal of Counseling*, 13(2), 839-854.
- Ahn, H. N., Jang, J. Y., & Cho, H. N. (2009). Conceptualizing complex posttraumatic stress syndrome as the disruption of self-system. *Korean Journal of Psychology: General*, 28(2), 283-301.
- Ahn, H. N., & Joo, H. S. (2011). The symptom structure of PTSD in simple and complex trauma type groups. *Korean Journal of Psychology: General*, 30(3), 869-887.
- Allen, J. G. (2005). *Coping with trauma: Hope through understanding* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.
- Andrews, B., Brewin, C. R., Rose, S., & Kirk, M. (2000). Predicting PTSD symptoms in victims of violent crime: The role of shame, anger, and childhood abuse. *Journal of abnormal psychology*, 109(1), 69.
- Arntz, A., Tiesema, M., & Kindt, M. (2007). Treatment of PTSD: A comparison of imaginal exposure with and without imagery rescripting. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 38(4), 345-370.
- Bichescu, D., Neuner, F., Schauer, M., & Elbert, T. (2007). Narrative exposure therapy for political imprisonment-related chronic posttraumatic stress disorder and depression. *Behaviour research and therapy*, 45(9), 2212-2220.
- Boden, M. T., Kimerling, R., Jacobs Lentz, J., Bowman, D., Weaver, C., Carney, D., ... & Trafton, J. A. (2012). Seeking Safety treatment for male veterans with a substance use disorder and post traumatic stress disorder symptomatology. *Addiction*, 107(3), 578-586.
- Bradley, R. G., & Follingstad, D. R. (2003). Group therapy for incarcerated women who experienced interpersonal violence: A pilot study. *Journal of Traumatic Stress*, 16(4), 337-340.
- Briere, J. (2004). *Psychological assessment of adult posttraumatic states: Phenomenology, diagnosis, and measurement*. American Psychological

- Association.
- Bryant, R. A. (2012). Simplifying complex PTSD: Comment on Resick et al.(2012). *Journal of Traumatic Stress, 23*(3), 252-253.
- 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*(5), 965.
- Choi, Y. K. (2017). Evidence-based treatment of posttraumatic stress disorder, *Korean Journal of Clinical Psychology, 36*(4), 526-549.
- Choe, H. O., & Son, J. N. (2011). The effects of the Korean mindfulness-based stress reduction (K-MBSR) program on posttraumatic stress disorder symptoms, experiential avoidance, and shame in north Korean defectors. *Korean journal of health psychology, 16*(3), 469-482.
- Classen, C. C., Pain, C., Field, N. P., & Woods, P. (2006). Posttraumatic personality disorder: A reformulation of complex posttraumatic stress disorder and borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics, 29*(1), 87-112.
- Classen, C. C., Palesh, O. G., Cavanaugh, C. E., Koopman, C., Kaupp, J. W., Kraemer, H. C., ... & 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*(1), 84-93.
- Cloitre, M., Cohen, L. R., & Koenen, K. C. (2006). *Treating the trauma of childhood abuse: Therapy for the interrupted life*. New York: Guilford.
- 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*(6), 615-627.
- Cloitre, M., Courtois, C. A., Ford, J. D., Green, B. L., Alexander, P., Briere, J., & Van der Hart, O. (2012). The ISTSS expert consensus treatment guidelines for complex PTSD in adults. Retrieved November, 5, 2012.
- Cloitre, M., Garvert, D. W., Brewin, C. R., Bryant, R. A., & Maercker, A. (2013). Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: A latent profile analysis. *European journal of psychotraumatology, 4*(1), 20706.
- 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*(1), 25097.
- Cloitre, M., Jackson, C., & Schmidt, J. A. (2016). STAIR for strengthening social support and relationships among veterans with military sexual trauma and PTSD. *Military medicine, 181*(2), e183-e187.
- Cloitre, M., Koenen, K. C., Cohen, L. R., & Han, H. (2002). Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: a phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. *Journal of consulting and clinical psychology, 70*(5), 1067-1074.
- Cloitre, M., Stovall-McClough, K. C., Noonan, K.,

- Zorbas, P., Cherry, S., Jackson, C. L., ... & Petkova, E. (2010). Treatment for PTSD related to childhood abuse: A randomized controlled trial. *American journal of psychiatry*, 167(8), 915-924.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2006). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Cole, P. M., & Putnam, F. W. (1992). Effect of incest on self and social functioning: A developmental psychopathology perspective. *Journal of consulting and clinical psychology*, 60(2), 174.
- Courtois, C. A. (2008) Complex trauma, complex reactions: assessment and treatment. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, Vol 1(1), 86-100.
- Courtois, C. A., & Ford, J. D. (Eds.). (2009). *Treating complex traumatic stress disorders: An evidence-based guide*. Guilford Press.
- Courtois, C. A., & Ford, J. D. (2012). *Treatment of complex trauma: A sequenced, relationship-based approach*. Guilford Press.
- De Jongh, A., Resick, P. A., Zoellner, L. A., Van Minnen, A., Lee, C. W., Monson, C. M., ... & Rauch, S. A. (2016). Critical analysis of the current treatment guidelines for complex PTSD in adults. *Depression and Anxiety*, 33(5), 359-369.
- Dorrepal, E., Thomaes, K., Smit, J. H., van Balkom, A. J., van Dyck, R., Veltman, D. J., & Draijer, N. (2010). Stabilizing group treatment for complex posttraumatic stress disorder related to childhood abuse based on psycho-education and cognitive behavioral therapy: A pilot study. *Child Abuse & Neglect*, 34(4), 284-288.
- Duckworth, M. P., & Follette, V. M. (2011). *Retraumatization: Assessment, treatment, and prevention*. New York: Routledge.
- Elklit, A., Hyland, P. & Shevlin, M. (2014). Evidence of symptom profiles consistent with posttraumatic stress disorder and complex posttraumatic stress disorder in different trauma samples. *European Journal of Psychotraumatology*, 5, 24221, doi: <http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v5.24221>
- Foa, E. B. (2011). Prolonged exposure therapy: Past, present, and future. *Depression and Anxiety*, 28(12), 1043-1047.
- Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J., & Cohen, J. A. (Eds.). (2009). *Effective treatments for PTSD: practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Ford, J. D. (2012). Enhancing affect regulation in psychotherapy with complex trauma survivors. In D. Murphy, S. Joseph, & B. Harris (Eds.), *Trauma, recovery, and the therapeutic relationship*. London: Oxford University Press.
- Ford, J. D., & Russo, E. (2006). Trauma-focused, present-centered, emotional self-regulation approach to integrated treatment for posttraumatic stress and addiction: Trauma adaptive recovery group education and therapy (TARGET). *American journal of psychotherapy*, 60(4), 335-355.
- Ford, J. D., Steinberg, K., Hawke, J., Levine, J., & Zhang, W. (2012). Evaluation of trauma

- affect regulation—Guide for education and therapy (TARGET) with traumatized girls involved in delinquency. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 41(1), 27-37.
- Grunert, B. K., Weis, J. M., Smucker, M. R. & Christianson, H. F. (2007). Imagery rescripting and reprocessing therapy after failed prolonged exposure for post-traumatic stress disorder following industrial injury. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38, 317-328.
- Gudiño, O. G., Leonard, S., & Cloitre, M. (2016). STAIR-A for girls: A pilot study of a skills-based group for traumatized youth in an urban school setting. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 9(1), 67-79.
- Han, Y. J., Lee, E., & Lee, H. (2019). A case study on sand play therapy for an adolescent with complex trauma experience. *Korean Journal of Child Psychotherapy*, 14(1), 21-47.
- Harter, S. (1999). *The construction of the self: A developmental perspective*. Guilford Press.
- Hembree, E. A., Street, G. P., Riggs, D. S., & Foa, E. B. (2004). Do assault-related variables predict response to cognitive behavioral treatment for PTSD?. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(3), 531.
- Herman, J. L. (1992a). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 377 - 391.
- Herman, J. L. (1992b). *Trauma and recovery: The aftermath of violence—From domestic to political terror*. New York: Basic Books.
- Joo, S., & Son, J. N. (2015). Effects of acceptance and commitment therapy(ACT) on posttraumatic stress symptoms and complex posttraumatic stress symptoms of college students with interpersonal trauma. *Korean Journal of Clinical Psychology*, 34(2), 353-374.
- Karatzias, T., & Cloitre, M. (2019). Treating adults with complex posttraumatic stress disorder using a modular approach to treatment: Rationale, evidence, and directions for future research. *Journal of traumatic stress*, 32(6), 870-876.
- Karatzias, T., & Levendosky, A. A. (2019). Introduction to the Special Issue on Complex Posttraumatic Stress Disorder: The Evolution of a Disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 32, 817-821.
- Karatzias, T., Murphy, P., Cloitre, M., Bisson, J., Roberts, N., Shevlin, M., ... & Mason-Roberts, S. (2019). Psychological interventions for ICD-11 complex PTSD symptoms: Systematic review and meta-analysis. *Psychological medicine*, 49(11), 1761-1775.
- Kim, I. K., & Hong, H. Y. (2013). The relationship between trauma related emotions and forgiveness of participants experiencing complex trauma: The moderating effect of cognitive emotion regulation strategies. *Korean Journal of Psychology: General*, 32(2), 453-487.
- Kim, J. H. (2017). Effects of art therapy on complex posttraumatic stress symptoms and posttraumatic growth in adolescents with complex trauma. *Journal of Arts Psychotherapy*, 13(4), 281-310.
- Kim, J. Y., Kim, J. M., & Cho, E. B. (2018). Development and Effect of Cognitive

- Behavioral Therapy Program for Post-Traumatic Growth of Child Abuse Survivors. *Journal of Emotional & Behavioral Disorders*, 34(3), 113-134.
- Kim, N. H. (2006). Treatment of complex PTSD by using eye movement desensitization and reprocessing: A case report. *Anxiety and Mood*, 2(2), 142-146.
- Kim, S. H., & Choi, B. N. (2013). The effectiveness of PTSD program of north Korean refugees: For north Korean female refugees. *The Korean Journal of Woman Psychology*, 18(4), 533-548.
- Knefel, M., & Lueger-Schuster, B. (2013). An evaluation of ICD-11 PTSD and complex PTSD criteria in a sample of adult survivors of childhood institutional abuse. *European Journal of Psycho traumatology*, 4, 22608, doi: <http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.22608>
- Krakow, B., Johnston, L., Melendrez, D., Hollifield, M., Warner, T. D., Chavez-Kennedy, D., et al. (2001). An open-label trial of evidence-based cognitive behavior therapy for nightmares and insomnia in crime victims with PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 158, 2043 - 2047.
- Landy, M. S., Wagner, A. C., Brown-Bowers, A., & Monson, C. M. (2015). Examining the evidence for complex posttraumatic stress disorder as a clinical diagnosis. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 24(3), 215-236.
- Lee, E. A. (2018). Application of seeking safety to trauma and addiction counseling in Korea. *Korean Journal of Psychology: General*, 37(4), 471-502.
- Lee, E. C. (2016). A case study on the sandplay therapy for an adolescent who underwent posttraumatic stress disorder. *Korean Journal of Sandplay Counseling*, 12(2), 1-26.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. Guilford Press.
- Marrow, M. T., Knudsen, K. J., Olafson, E., & Bucher, S. E. (2012). The value of implementing TARGET within a trauma-informed juvenile justice setting. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 5(3), 257-270.
- Meichenbaum, D. (1985). *Stress inoculation training*. New York.
- Moon, J. Y. (2009). Case study of music therapy that used improvisation and music imaging methods with complex PTSD patient. *Korean Journal of Music Therapy*, 11(2), 86-99.
- Moon, S. (2016). A case study on the sandplay therapy to a woman in her 20s with complex PTSD. *Korean Journal of Sandplay Counseling*, 12(2), 1-38.
- Najavits, L. (2002). *Seeking safety: A treatment manual for PTSD and substance abuse*. New York: Guilford Publications.
- Norman, S. B., Wilkins, K. C., Tapert, S. F., Lang, A. J., & Najavits, L. M. (2010). A pilot study of seeking safety therapy with OEF/OIF veterans. *Journal of Psychoactive Drugs*, 42(1), 83-87.
- Osterman, J. E., & Chemtob, C. M. (1999). Emergency intervention for acute traumatic stress. *Psychiatric Services*, 50(6), 739-740.
- Paivio, S. C., & Nieuwenhuis, J. A. (2001). Efficacy of emotion focused therapy for adult

- survivors of child abuse: A preliminary study. *Journal of Traumatic Stress, 14*(1), 115-133.
- Paivio, S. C., & Pascual-Leone, A. (2010). *Emotion-focused therapy for complex trauma: An integrative approach*. American Psychological Association.
- Park, H. J., & Hong, C. H. (2010). Effects of forgiveness therapy through writing on the psychological adjustment of sufferers of interpersonal trauma. *Korean Journal of Clinical Psychology, 29*(1), 83-107.
- Putnam, F. W. (1989). *Diagnosis and treatment of multiple personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Resick, P. A., Bovin, M. J., Calloway, A. L., Dick, A. M., King, M. W., Mitchell, K. S., ... & Wolf, E. J. (2012). A critical evaluation of the complex PTSD literature: Implications for DSM 5. *Journal of traumatic stress, 25*(3), 241-251.
- Resick, P. A., Nishith, P., & Griffin, M. G. (2003). How well does cognitive-behavioral therapy treat symptoms of complex PTSD? An examination of child sexual abuse survivors within a clinical trial. *CNS spectrums, 8*(5), 340-355.
- Resick, R. A., & Schnicke, M. K. (1993). *Cognitive processing therapy for rape victims: A treatment manual*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Riggs, D. S., Dancu, C. V., Gershuny, B. S., Greenberg, D., & Foa, E. B. (1992). Anger and post traumatic stress disorder in female crime victims. *Journal of Traumatic Stress, 5*(4), 613-625.
- Roth, S., Newman, E., Pelcovitz, D., Van Der Kolk, B., & Mandel, F. S. (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*(4), 539-555.
- Salo, J., Punamäki, R. L., & Qouta, S. (2004). Associations between self and other representations and posttraumatic adjustment among political prisoners. *Anxiety, Stress & Coping, 17*(4), 421-440.
- Schauer, M., Neuner, F., & Elbert, T. (2011). *Narrative exposure therapy: A short-term treatment for traumatic stress disorders*. Hogrefe Publishing.
- Shapiro, F. (1995). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures*. Guilford Press, New York.
- Shapiro, F. (2012). *Getting past your past: Take control of your life with self-help techniques from EMDR therapy*. Rodale.
- Smucker, M. R. (2005). Imagery rescripting and reprocessing therapy. In *Encyclopedia of cognitive behavior therapy* (pp. 226-229). Springer, Boston, MA.
- Stangier, U., Von Consbruch, K., Schramm, E., & Heidenreich, T. (2010). Common factors of cognitive therapy and interpersonal psychotherapy in the treatment of social phobia. *Anxiety, Stress, & Coping, 23*(3), 289-301.
- 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*(1), 102-106.

- van der Kolk, B. A. (2005). Developmental Trauma Disorder-A more specific diagnosis than posttraumatic stress disorder should be considered for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 35(5), 401-409.
- van der Kolk, B. A., Spinazzola, J., Blaustein, M. E., Hopper, J. W., Hopper, E. K., Korn, D. L., & Simpson, W. B. (2007). A randomized clinical trial of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), fluoxetine, and pill placebo in the treatment of posttraumatic stress disorder: treatment effects and long-term maintenance. *Journal of clinical psychiatry*, 68(1), 37.
- van Dijke, A. (2008). *The clinical assessment and treatment of trauma-related self and affect dysregulation*. In Emotion regulation (pp. 150-169). Springer, Boston, MA.
- You, S. B., & Son, J. N. (2018). Effects of acceptance and commitment therapy(ACT) on complex PTSD symptoms, acceptance, and post-traumatic growth of college students with childhood emotional abuse. *Journal of Digital Convergence*, 16(3), 561-572.
- World Health Organization. (2018). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th revision)*. Retrieved from. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- Zayfert, C., & Becker, C. B. (2006). *Cognitive-behavioral therapy for PTSD: A case formulation approach*. Guilford Press.
- Zlotnick, C., Shea, T. M., Rosen, K., Simpson, E., Mulrenin, K., Begin, A., & Pearlstein, T. (1997). An affect-management group for women with posttraumatic stress disorder and histories of childhood sexual abuse. *Journal of traumatic stress*, 10(3), 425-436.

1차원고접수 : 2019. 12. 10.

2차원고접수 : 2020. 03. 26.

3차원고접수 : 2020. 05. 25.

최종게재결정 : 2020. 06. 20.

Psychotherapy of Complex PTSD: Focus on a Phase-Based Approach

Jungmin Lee

Center for Campus Life & Culture, Seoul National University

The purpose of this study is to explore and review the existing theories and empirical studies on the symptoms and treatment of complex PTSD separated into independent diagnostic categories in the recent International Classification of Diseases(ICD-11). Symptoms of complex PTSD can be explained in three categories: emotional control disorders, loss of self-integrity, and impairment of interpersonal skills. And it includes various symptoms such as depression, anxiety, extreme emotions, sleep disorders, nightmares, dissociation, self-harm and suicidal thoughts, somatization disorders, and interpersonal problems. Complex PTSD clients may find it difficult to form rapport and continue psychotherapy because processing traumatic experience is painful and representations of themselves and others are negative. Therefore, it is necessary to provide phase-based treatment to provide the client with a sense of safety. The phases for complex PTSD treatment consists of (1) stabilization, (2) process of traumatic memory, and (3) integration of treatment benefits. The contents of each phase of treatment and empirical researches were outlined and discussed for the future application and development of complex PTSD treatment.

Key words : Complex trauma, Complex PTSD, phase-based treatment, trauma treatment