

| 지면보수교육 |

산업재해 근로자와 외상후 스트레스 장애

최 남 희 / 서울여자간호대학 교수

I. 시작 말

예측할 수 없는 사건과 사고가 사람에게 미치는 영향은 매우 크다. 특히 자기의 판단의 범위를 벗어나거나 생명의 위협을 느끼는 한계적 상황은 사람을 크게 위축시킨다. 현대인의 삶은 고도의 테크놀로지 발전으로 큰 혜택을 받고 있지만 동시에 테크놀로지로 인한 발전이 예기치 않은 많은 사건과 사고의 가능성을 더 많이 내포하기 있기 때문에 예기치 않은 재난은 이제 특별히 운이 나쁜 사람들에게 일어나는 문제로 간과할 일이 아니다. 과거의 엄청난 사건은 자연재해가 주를 이루었다. 그러나 산업현장의 상황은 여전히 무수한 사건과 사고에 노출되어 있고 이는 단순한 안전문제나 산재보상을 처리하는 쪽에서 처리되고 있다. 산업재해로 입은 신체적 손상은 치료적 접근이 가시적이고 보상을 규정하는 기준이 된다. 그럼에도 보이지 않는 마음의 고통과 그러한 고통으로 인한 미래의 불안정 및 산업현장의 생산성 저하는 아직 논의되고 있지 못한 실정이다.

재난의 현장에서 살아온 사람들과 가족은

심각한 후유장애를 함께 앓는다. 후천적으로 신체적 장애를 떠안아야 하는 근로자 뿐 아니라 그를 의지하고 함께 살았던 가족의 고통은 이루 말할 수 없는 것이다. 심한 경우 가족분란 정도에서 그치는 것이 아니라 가족의 해체로 이어져서 또 다른 사회문제로 대두되기도 한다. 따라서 그들이 심리적 충격을 완화하고 일상생활로 복귀할 수 있도록 돕는 프로그램을 절실하게 필요로 한다. 특히 사고로 인한 산업재해 근로자들은 심한 스트레스성 장애를 일으키고 불안, 우울의 정도가 높아진다. 이러한 심리상태는 현장에서 죽음을 목격하고 지옥에서 살아온 사람들은 외상후 스트레스 장애의 일차 위험성이 높다고 본다. 따라서 그들은 다시 일터로 복귀하는 것을 기피하게 되고 장기적인 요양생활로 접어드는 경향이 있다. 때로 의도적으로 장기요양을 선택하는 경우가 없지는 않겠으나 이를 단순한 보상신경증(compensation neurosis) 정도로 백안시해서는 안되는 부분이 있다. 요양기간이 길수록 우울한 상태가 더욱 진행되고 자살 시도 및 자살하고 싶은 충동을 느끼기도 한다. 실제로 많은 환자들

이(요양중인 응답자 158명 가운데 73명 약 46%)가 자살하고 싶은 생각이 있었거나 시도한 적이 있다고 대답하였다(2005년 8월-9월, 서울내러티브연구소 조사 자료)

이러한 상태를 살펴볼 때 적절한 간호접근은 산업재해로 고통받는 근로자들을 도울 수 있을 뿐 아니라 산업생산성의 상상을 위해서도 꼭 필요한 작업이라고 본다. 이 글은 산재부상자들이 겪을 수 있는 외상후 스트레스 장애의 가능성을 살펴보고 그들을 위한 가능한 간호접근 또는 치유접근의 방안을 논의하고자 한다.

II. 재난과 외상후 스트레스 장애의 개괄적 고찰

1. 요약

재난은 거의 매일 발생한다. 자연재해건 사람에 의한 재해건 재난은 개인과 사회 때로는 국가의 안정성에 결정적인 영향을 미친다. 외상후 스트레스를 일으킬 수 있는 재난은 생명을 위협하는 절박한 사건으로 개인이 한계상황을 체험하게 되는 상태를 말한다. 그러나 생명을 위협하는 상황이 아니더라도 산재근로자는 유사한 심리적 상태를 보인다. 스트레스 반응은 사고 후 2일에서부터 3개월 정도부터 나타나기 시작한다고 한다. 그 후 6개월에서 3년 정도의 기간에 걸쳐서 서서히 회복되는 재활의 기간을 갖게 되는데, 심한 경우에는 5년 이상 걸리기도 한다. 그러나 이는 적절한 지원과 치료를 받았을 경우에 한정된다. 치료받지 못하고 방치되는 경우 더 오랫동안 지속되기도 하고 때로는 수년 후에 증상이 나타나기도 한다.

2. 외상적 사건(Traumatic accident)으로부터의 생존과 스트레스 반응

산업현장에서의 사고는 부주의와 안전관리 미비가 가장 큰 원인이라고 한다. 그러나 불가피한 사고였건 아니었건 간에 그로 인한 정신적 충격과 심리적 혼란은 다른 재난의 경우와 유사하다. 다만 산재부상자들의 심리현상에 대한 적절한 관심이 부족하기 때문에 간과하고 있는 측면이 많다. 본 필자는 몇 연구자들과 함께 Horowitz가 1976년 개발한 심리충격척도(Impact of Emotion Scale)과 우울 역학조사 도구(CES-D), 상태불안검사(State-Anxiety Scale)을 사용하여 산재근로자를 대상으로 심리충격, 우울, 불안정도를 조사하였다. 결과적으로 사건으로 인한 충격은 전체 응답자의 평균이 41.6점이었는데, 이는 산재를 당한지 짧게는 6개월 - 1년 정도 요양중인 점으로 볼때 외상후 스트레스 장애로 이행할 수 있는 가능성이 큰 것으로 볼 수 있다. 뿐만 아니라 많은 응답자들이 우울이 심하고 불안한 상태에 놓여 있는 것으로 나타났다.

산재 부상자의 회복은 신체적인 치료에 전적으로 의존할 수는 없다. 많은 산재 요양중결은 신체적 문제 해결을 기준으로 하고 있다. 그러나 산재부상자들의 경우에는 신체적 문제외에 심리적 스트레스를 고려해야 할 것이다.

외상후스트레스 장애의 주 증상은 사고의 재체험, 과각성, 그리고 유사한 사태나 상황의 회피증상이다. 재체험은 수개월 또는 수년이 지나도록 사건당시의 상황을 그때처럼 다시 체험하는 것이다. 이는 때로 생생하게 그 경험이 되살아나기도 하지만(flashback) 때로는 악몽(nightmare)로 괴워워하기도 한다. 회피증상의 경우 전형적인 회상후 스트레스 장애의 증상으로 많은 생존자 또는 부상자들이 점점 사회생활을 못하고 고립되었던 흔하게 되는 이유이기도 하다. 뿐만 아니

라 외상후스트레스 장애는 우울증으로 진행할 확률이 높으며 약물이나 술, 담배 같은 물질의존적 성향이 강하다.

3. 외상적 사건 충격의 정도와 대응 방안

Marmar, Weiss, Pynoos(1995)¹⁾는 다양한 외상후 스트레스 반응을 다섯 가지의 범주로 구별하고 그 치료원리를 제시하였다. 첫째는 건강한 사람들의 정상적인 스트레스 반응이 있고 그들은 특별한 치료적 중재를 할 필요는 없으나 충격을 완화하기 위해서 간단한 사건 회상세션을 갖는 것이 좋다. 두 번째 반응군은 일상생활의 기능을 수행할 수 없는 정도의 심각한 긴장성의 반응을 보이는 사람들이다. 즉 공황장애나 해리장애 등을 예로 볼 수 있는데.. 그들에게는 맥락에 따라서 다양한 치료적 접근이 필요하다. 충격적 사건에서 벗어날 수 있도록 하면서 불안, 공황, 불면등을 해소시킬 수 있는 약물을 투여하고 지지적인 정신치료가 필요하다. 세 번째 범주는 단순외상후 스트레스 장애(uncomplicated PTSD) 행동을 보이는 사람들로 인지행동 치료나 정신역동적 치료, 개인치료, 집단 상담 등에 좋은 반응을 보인다. 그들을 위한 치료적 접근으로는 건강의 맥락에서 사건을 다시 서술하고 더 나은 적응기전을 구축하도록 도울 필요가 있다. 네 번째의 반응군은 우울증, 물질남용, 공황장애, 강박장애와 같은 정신과적 질병을 동반하는 행동을 보이는 사람들이다. 이들에게는 PTSD 치료와 정신과적 상태의 치료를 함께 시행하는 것이 좋다. 마지막으로 볼 수 있는 행동군은

성격장애 또는 복합성 PTSD 징후를 보이는 사람들로 시간이 경과한 후에도 오랫동안 증상을 보여준다. 이들의 치료는 간단하지 않다. 안전한 상황을 제공하고 행동으로 표현할 수 있는 기회를 주어야 하는 동시에 인지의 내용을 바꾸어 주어야 한다. 따라서 입원 치료가 꼭 필요할 수도 있다. 이러한 접근을 위해서는 외상적 사건을 경험한 직후부터 생존자의 생명 구조와 더불어 초기부터 체계적으로 그들의 정신심리적인 상태를 주의깊게 살피고 도울 수 있는 장치가 마련되어야 할 것이다. 외상성 심리 상태를 다룰 수 있는 전문가와 치료접근을 용이하게 할 수 있는 환경이 마련되어야 하고 그들에 대한 사회적 관심과 배려가 중요하다. 뿐만 아니라 그들이 정신적 충격을 딛고 새로운 생활을 할 수 있도록 도울 수 있는 지지체계 예를 들면 가족이나 친지들에 대한 교육방안도 구축되지 않으면 안될 것이다.

외상후 스트레스 장애는 다양한 관점으로 다루어져왔다. 188년대 후반 미국남북 전쟁 시에는 외상후 스트레스 장애와 비슷한 스트레스 증상들(악몽, 진땀, 과도한 각성)을 노이로제(neurasthenia)라고 진단하였다. 이후 프로이드는 어린 시절의 외상적 사건을 신경증과 관련시켰다(Williams and Nurmi, 2001)²⁾ 전쟁(1차와 2차 세계대전)은 심한 포탄 세례가 두뇌 피질의 변화를 일으킨다고 간주하여 외상후 스트레스 반응을 기질적 사건과 관련시켜서 개념화하는 계기가 되었다. 실제로 이차대전이 끝난 후 많은 수의 병사들이 순수한 의학적 반응으로는 설명할 수 없는 전쟁 탈수증을 보였다(Marmar and Horowitz,

1) Marmar, C.R, Weiss, D.S., and Pynoos, R.S(1995). Dynamic psycho-therapy of post-traumatic stress disorder, in M. J. Riedman, D.S. Chaqmeq, A.Y. Deutch(eds) *Newrobiological and clinical consequences of stress: From normal adpation to post-traumatic stress disorder*, Phuiadelphia:Lippincott-Raven.

2) Williams, M.B. and Nurmi, L.A.(2001), *Creating a ciomprehensive trauma center: Choices and challenges*, New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

1988)³⁾ 전쟁의 정도가 더 심각했던 이차대전 후 일차대전에 참가했던 병사들보다 더 많은 수의 병사들이 펜토탈치료나 최면 요법을 받았고 때로는 전기충격치료나 전두엽 수술을 받기도 하였다. 이때까지는 외상성 신경증은 전반적으로 재발되며 영구히 지속된다고 간주되었다. 1942년 Norbertdp 의해서 명명된 인공두뇌학(cybernetics)는 외상성 반응을 새롭게 개념화하도록 하였다. 이는 정보처리 이론을 응용한 의사소통모델로서 스트레스 사건이 직접 생리적 심리적 반응을 일으키는 것이 아니라 자극과 반응 사이에 개입하는 내적인 처리 과정의 결과로 보는 것이다. 즉 외상성 스트레스 반응의 범위는 사건의 의미와 관련이 있고 그것을 어떻게 지각하고 해석하는가에 따라 다양하다. 이러한 접근의 중심적인 인물은 Krystal(1968)⁴⁾이었다. 정보이론을 응용한 의사소통 모델은 인간의 능동성과 변형성을 전제하고 있다. Horowitz(1976)⁵⁾의 접근-회피 모델을 정보처리 이론을 확대 발전시킨 것이라고 볼 수 있다. DSM-III-R(1987)은 PTSD에 상호작용장이론(interactive field model)을 포함하였다. 이는 단순한 자극과 반응의 인과적인 정보 처리 과정을 뛰어넘어 신념체계와 주관적 실재로서 외상을 고려하는 것이다. 가족내의 외상적 요인, 개인의 기질, 사회문화적 역사 등등이 두루 개인의 외상성 사건 체험에 영향을 준다. 생물학적 요인과 종족적 특성, 문화적 체험, 성격적 변수들이 주로 연구되고 있다. 정보처리 이론이 스트레스 사건의 지각과 평가에 관여한다면 장이론은 상황적 맥락이 외상적 충격의 극복과정에 구체적으로 개입한다.

가장 최근의 외상후 스트레스를 다루는 이론은 스트레스 반응을 병리적 측면에서만 보는 것이 아니라 건강의 측면으로 보는 것이다. 이는 변화발전의 모델이라고 볼 수 있다. 상호작용은 단선적인 것이 아니라 자기 성찰적이다. 인간은 자기를 보존하기 위해서 환경과 자기의 내적 인지들을 복합적으로 사용한다. 인지방식을 구성하고 새로운 삶의 체험을 만들어 가는 과정으로 스트레스 반응을 다룬다.

4. 산재근로자의 외상후 스트레스 관리

산재 부상자들이 전형적인 외상후 스트레스 장애의 증상을 보이지는 않지만 그들이 호소하는 끔찍한 사건 또는 생의 뒤집힘(갑작스럽게 수용하게 된 장애관정)을 반복적으로 반추하고 피하고자 한다. 이러한 상태는 즉시 퇴원하고 새로운 일을 시작하는 데에 큰 장애요인이 된다.

첫째, 외상후 스트레스 장애의 여러 증상은 작업 복귀 지연은 매우 큰 관련이 있을 것으로 본다. 뿐만 아니라 작업복귀 지연으로 인한 요양의 장기화는 점점 우울 성향을 증가시키고 자살 사고 및 가족 갈등 전제가 되었다. 따라서 산업장보건관리자와 산업간호사는 외상후 스트레스 장애관리하는 방안을 고려해야 한다. 물론 보건관리자가 전적으로 외상후 스트레스를 관리할 수는 없겠으나 심리검사 도구를 활용하여 산재 이후 부상자들의 심리상태를 관찰하고 조사할 필요가 있다. 이러한 검사는 예비검사로서 의학적 진단검사는 아니다. 그럼에도 일정한 판

3) Marmar C.R., Horowitz, M.J.(1988). Diagnosis and phase-orientation treatment of post-traumatic stress disorder. In J.P.Wilson, Z.Harel and B. Kahana(eds.), *Human adaption to extreme stress form th Holocaust to Vietnam*. New York:Plenum.

4) Krystal, H.(1968). *Massive psychic trauma*New York:International Universities Press

5) Horowitz, M.J.(1976). *Stress response syndromes*. New York: Jason Aaronson.

정 기준에 따라서 위험성을 예견할 수는 있고 보다 적절한 치료를 받도록 권유하거나 지원할 수 있는 기준이 된다.

둘째, 산재근로자의 불안에 대한 적절한 지원대책이 필요하다. 부상자들은 참을 수 없는 고통이 지나고 나면 미래에 대한 고민이 오히려 더욱 큰 압박이 된다. 따라서 산재 관리의 중요한 부분은 역시 불안관리이다. 특히 부상후 초기 단계는 자신의 신체상의 변화에 대한 염려와 미래의 역할정체성이 불투명하기 때문에 불안도가 매우 높은 상태이다. 초기 단계의 불안과정은 점점 심화되고 안정과 위로를 받을 수 있는 병원에 더욱 집착하게 되고 스스로 병원에 남을 이유를 절대적으로 필요로 하게 된다. 이러한 과정에서 부상자들은 가족과 갈등을 겪으면서 고립감과 외로움을 느낀다. 점점 의존할 곳이 없어진 환자는 자신의 증상에 집착하는 경향이 있다. 환자들은 점점 우울경향이 심해지고 고립된다.

셋째, 술과 담배 등 약물의 사용을 조절하는 것이 좋다. 외상후 스트레스 장애의 주 증상들은 환자들을 참기 어려운 두려움과 고통의 상황으로 돌아가도록 한다. 뿐만 아니라 정상적인 사람으로 살아갈 수 없을지도 모른다는 불안과 억울한 느낌이 술과 담배 및 치료용 약물에 의존하는 경향이 있다. 실제로 산재의료원에 입원했던 환자들 가운데 침대 아래에 숨겨두고 술 마셨던 사실을 증언하기도 한다. 술을 마시는 이유는 현실을 잊고, 고통을 경감시키기 위해서지만 장기적으로 오히려 인격적 황폐화로 이어지는 경우가 많다.

○ 환자의 심리상태를 확인하고 점검할 것

산재근로자가 외상후 스트레스장애로 이행되기 전에 필수적으로 필요한 간호 및 치유

는 그들의 적절한 심리적 상태를 확인 점검하는 것이다. 이와 함께 심리상담 및 자신의 체험을 자신의 것으로 받아들일 수 있는 준비가 필요하다. 우울과 불안이 동반된 회피, 응석 또는 분노 등을 처리할 수 있는 능력을 환자와 간호사가 함께 만들어갈 필요가 있다. 외상후 스트레스를 경험하고 있는 환자들은 누구나 똑 같은 증상의 똑 같은 진단으로 고통을 받는 것이 아니다. 같은 진단, 또 같은 증상으로 분류될 수 있다고 할지라도 그들의 고통은 개인의 독특한 생활 및 가족 환경, 그리고 과거의 체험이 바탕이 된다. 간호사와 보건관리자는 산재 부상자의 감정을 지나치게 획일적으로 다루어서는 안 된다. 그들이 감정을 존중하고 고통을 호소할 기회를 제공해야 한다.

○ 모든 감정을 있는대로 표현하도록 할 것.

모든 산재 근로자가 외상후 스트레스 장애를 일으키는 것은 아니다. 많은 사람들은 급성 스트레스 반응을 보이다가 정상상태로 회복되는 것이 보통이다. 그러나 가족들의 무지, 또는 무성의와 환자의 상태를 일방적으로 규정하는 것은 환자로 하여금 점점 장기적인 심리적 문제를 일으키도록 한다. 예를 들어 환자들이 잊지 못하는 사건의 충격이나 미래에 대한 불안 및 우울한 감정을 되도록 사실대로, 더 많이 표현할 수 있도록 도와야 한다. 그들은 그들이 이야기를 통해서 자기 확신을 가질 수 있다. 주변에 있는 사람이나 가족들의 감정을 고려해서 자기의 감정을 숨기고 억압하는 경우 더 큰 스트레스를 받게 된다.

○ 교육을 실시할 것

산업재해 이후의 미래가 어떻게 진행될 것인지 알 수가 없다. 특히 심리적 변화 또는

시도 때도 없이 떠오르는 사건의 회상 및 악몽은 가족이나 본인 모두가 이해할 수 없는 현상이다. 스스로 정신증이라고 판단하기도 하고 그러한 현상을 부정하기도 한다. 그러나 이 모든 과정이 정상이라는 교육이 필요하다. 사람은 누구나 극단적인 상황이 되풀이 될 것을 두려워하고 더욱이 그러한 경험을 한 사람은 자기도 모르게 그 상황 속으로 다시 들어간다. 따라서 당사자에게는 자신의 증상이 정상이고 남성답거나 여성다운 것과는 아무런 상관이 없는 정상적인 사람의 감정이라는 것을 인정할 필요가 있다. 불안하다는 말을 하는 것이 얼마나 효율적인지 알 필요가 있다.

또한 가족들의 경우 환자의 심리적 상태를 이해할 수 없기 때문에 불안이나 심리적 충격을 마치 바보 같은 일로 몰아 부칠 수 있다. 아니면 선불리 부상자의 고통을 모두 이해하는 것처럼 보임으로써 그들을 더욱 고립시키고 우울하게 만들기도 한다.

산재 근로자의 재활 및 심적안정에 가족의 역할을 매우 크다. 이는 의학적 수술의 성공이나 내과적 치료의 성취보다 더 큰 효과를 보인다.

III. 끝 말

절대적인 고립과 위기의 순간의 외상 체험은 사람을 무감각하고 무기력하게 만든다. 뿐만 아니라 삶의 의욕을 잃게 하고 다른 사람과의 관계를 기피하게 하기도 한다. 그들은 무엇을 원하고 어떠한 도움을 받아야 할지 생각하지 못할 뿐 아니라 도움을 청하려고 하지 않는 경우가 더 많다. 이러한 사람들을 돕는 과정은 돕는 사람 쪽에서의 철저한 요구 평가가 선행되어야 한다. 요구평가

는 사건 후 시간경과에 따른 반응과정에 따라 시행되어야 하고 어디에서 누구를 대상으로 하는지에 따라서 달라질 것이다.

외상 회복 과정에서 필수적인 것은 질적인 케어가 시행될 수 있는 사전 지식의 마련이다. 그러나 우리 나라의 경우 이러한 선행연구가 매우 적고 누적된 지식이 부족하여 문화적 특성이나 사고의 특성에 따른 프로그램 기획보다는 보편적인 외상후 스트레스 장애 회복의 일반적 원리를 전제로 하고 있다. 이러한 한계를 극복하고 추후 다른 사고의 충격완화 과정의 연구와 리서치가 이루어지고 지식이 축적되어 개별적으로 적절하고 사건의 특성에 따른 기술과 전략을 수립할 수 있어야 할 것이다.

Williams와 Nurmi(2001)⁶⁾는 외상에 관한 지식은 아직 걸음마 단계라고 지적하고 더 많은 연구와 이론적 작업이 요구되는 분야라고 한다. 연구자와 이론가, 전문실무자들이 실제 외상을 받은 현실을 검색하고 실제로 어떠한 전략을 수립해야 하는지에 대한 지속적이고 집중적인 노력을 투입해야 한다. 우리의 경우는 이보다 훨씬 늦은 이제 외상을 도울 수 있는 사회적 장치가 마련되고 연구가 보다 본격적으로 이루어질 수 있도록 기여하고 격려하는 사회분위기 조성이 우선 필요한 시기이다.

특히 산업재해 근로자들의 외상후 스트레스 장애의 가능성을 이야기하는 것은 매우 진보적인 태도이다. 많은 관계자들은 여전히 신체적 산정 기준에 따라서 산업재해를 판정하고, 보상을 완료한다. 그러나 많은 산재 부상자들은 세월이 흘러갈수록 외상후 스트레스장애의 전형적인 증상을 보이고 있다. 이러한 만성화되는 스트레스 장애를 차단하고 재활에 동참할 수 있도록 하기 위해서는 여

6) Williams, M.B. and Nurmi, L.A., 앞의 책 39쪽

러 분야의 사람들이 환자와 함께 노력하고 협력할 필요가 있다. 환자 본인, 가족, 그리고 간호사를 포함한 의료진의 협동 활동이

가장 환자가 아닌 사람으로의 재활을 기대할 수 있을 것이다.

