

복합외상과 극단적 스트레스 장애

한양대학교 의과대학 신경정신과학교실, 정신건강연구소

박 선 철 · 김 석 현

Complex Trauma and Disorder of Extreme Stress(DESCNOS)

Seon-Cheol Park, MD and Seok Hyeon Kim, MD, PhD

Department of Neuropsychiatry, College of Medicine, and Institute of Mental Health, Hanyang University, Seoul, Korea

ABSTRACT

Disorder of Extreme Stress, Not Otherwise Specified (DESCNOS) is the proposed diagnosis that meets the severe, complex, and prolonged psychological sequela of victims with chronic traumatization (e.g., family violence, incest, and childhood sexual or physical abuse). The hallmarks of DESCNOS are a multiplicity of symptoms (e.g., somatization, dissociation, and depression), pathological changes in relationships, identity disturbances, and a propensity to experience repeated harm and injury at the hands of oneself and others. DESCNOS can be directly assessed by Structured Interview of Disorder of Extreme Stress (SIDES) and Self-Report Inventory of Disorder of Extreme Stress (SIDES-SR). The treatment of DESCNOS should be phase-oriented and involve movement back and forth among three basic stages: 1) stabilization; 2) trauma processing; 3) reintegration. (Anxiety and Mood 2009;5(2):80-88)

KEY WORDS : Complex trauma · Post-traumatic stress disorder (PTSD) · Disorder of extreme stress NOS (DESCNOS) · Complex PTSD.

서 론

복합외상(complex trauma)은 희생자가 감금되거나 도주가 불가능하고 가해자의 억제아래에 놓인 상태에서 겪는 장기간에 걸친 연속적인 대인폭력(interpersonal trauma) 형태의 외상을 뜻한다.¹ 발달외상(developmental trauma),² 애착외상(attachment trauma),³ 및 II형 외상(type II trauma)⁴이 유사한 개념이다. 반대로 단일외상(simple trauma)은 단기간에 국한되어 불연속적으로 발생하는 외상을 의미하는데, 일회적인 강간이나 강도, 교통사고 등이 해당된다.⁵ 외상의 개념적 분화는 현재 PTSD 진단기준의 한계

점을 반영한다. PTSD 진단기준은 단일외상 희생자의 임상양상을 효과적으로 기술할 수 있지만, 복합외상 희생자의 성격적 변화, 해리, 신체화 등 복잡하고 다변적인 정신병리의 기술에는 제한적이기 때문이다. 따라서 강간 외상 증후군(rape trauma syndrome),⁶ 매 맞는 아내 증후군(battered women's syndrome),⁷ 스톡홀름 증후군(Stockholm syndrome)⁸ 등 임상상황을 효과적으로 기술하기 위한 대안적인 진단범주의 필요성이 제기된다.

극단적 스트레스 장애(Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified, 이하 DESCNOS)는 복합외상에 노출된 희생자에게 발생하는 만성적인 정신질환이다.^{1,9-11} 아동기 학대나 가정폭력의 희생자, 전쟁포로나 인질, 집단 재소시설 수용자, 및 사이버 종교의 희생자 등이 그 임상적 사례에 해당된다. '상세 불명의 극단적 스트레스 장애' 혹은 '복합적 외상후 스트레스장애(complex PTSD)'라고도 불리는데, 미국진단통계편람 제4판(DSM-IV) 정식 진단 기준에 포함되지는 못했고 PTSD의 부수양상(associated features)으로 기술되었다.¹² DESCNOS의 진단 기준은 1) 정동과 충동 조절 변화, 2) 주의력이나 의식의 변화,

접수일 : 2009년 10월 13일 / 수정일 : 2009년 10월 14일

계재확정일 : 2009년 10월 14일

Address for correspondence

Seok Hyeon Kim, M.D., Ph.D., Department of Neuropsychiatry, College of Medicine, and Institute of Mental Health, Hanyang University, 17 Haengdang-dong, Seongdong-gu, Seoul 133-791, Korea

Tel : +82.2-2290-8430, Fax : +82.2-2298-2055

E-mail : shkim1219@hanyang.ac.kr

본 연구논문은 한국과학재단 기초과학연구사업비(R0120070002077702008)의 일부 지원으로 작성되었습니다.

Table 1. Disorders of Extreme Stress (DESNOS): Diagnostic Criteria by Pelcovitz, et al.¹⁰

| |
|--|
| I. Alteration in regulation of affect and impulses (A and (1) of B-F required) |
| A. Affect regulation |
| B. Modulation of anger |
| C. Self-destructive |
| D. Suicidal preoccupation |
| E. Difficulty modulating sexual involvement |
| F. Excessive risk taking |
| II. Alterations in attention or consciousness (A or B required) |
| A. Amnesia |
| B. Transient dissociative episodes and depersonalization |
| III. Alterations in self-perception (Two of A-F required) |
| A. Ineffectiveness |
| B. Permanent damage |
| C. Guilt and responsibility |
| D. Shame |
| E. Nobody can understand |
| F. Minimizing |
| IV. Alterations in perception of perpetrator (Not required) |
| A. Adopting distorted beliefs |
| B. Idealization of the perpetrator |
| C. Preoccupation with hurting perpetrator |
| V. Alterations in relations with others (Two of A-C required) |
| A. Inability to trust |
| B. Revictimization |
| C. Victimizing others |
| VI. Somatization (Two of A-E required) |
| A. Digestive system |
| B. Chronic pain |
| C. Cardiopulmonary symptoms |
| D. Conversion symptoms |
| E. Sexual symptoms |
| VII. Alterations in systems of meaning (A or B required) |
| A. Despair and hopelessness |
| B. Loss of previously sustaining beliefs |

3) 자기 지각의 변화, 4) 가해자 지각의 변화, 5) 다른 사람과의 관계 변화, 6) 신체화, 7) 의미 체계의 변화로 7개의 영역으로 구성되어 있다(Table 1).¹⁰

개념적 발달

1970년대 후반 베트남전 참전자들 중 상당수에게 발생했던 정신병리를 DSM-III는 처음으로 PTSD로 기술하였다.¹³ 진단기준의 계통적 조직화에 활용할 만한 개념이 당시로서는 ‘외상성 신경증(traumatic neuroses)’ 뿐이었다. 이에 미국진단통계편람 위원회는 전투 신경증(combatau-

roses),¹⁴ 대극적 스트레스 반응(biphasic stress reaction),¹⁵ 남성 화상 희생자,¹⁶ 베트남 참전자¹⁷ 등 추가적인 임상적 기술에 근거하여 진단기준을 확립하였다. PTSD가 개념화되기 전에 제안되었던 강간 외상 증후군이나 매 맞는 아내 증후군 등 다양한 형태의 외상관련 증후군이 있었지만, 그 주요한 임상상은 개념화에 반영되지 않았다. 따라서 아동기 학대를 비롯한 지속적 학대의 희생자에게 특이적으로 발생하는 관계와 정체성의 변화, 성격적 변화를 PTSD로 포괄하지는 못한 것이다.

그러므로 연구자들은 경험적 근거를 토대로 PTSD와는 독립적인 대안진단의 필요성을 제안하였다. Niederand¹⁸는 외상성 신경증의 개념만으로는 나치 홀로코스트 생존자들의 심각하고 복합적인 임상양상을 포괄할 수 없다고 보고하였다. Kroll 등¹⁹은 동남아시아 난민의 심각하고 지속적이며 막대한 외상을 다루려면 PTSD의 개념 확장이 필요하다고 역설하였다. Horowitz²⁰는 외상후 성격장애(posttraumatic character disorder)란 개념을 제안하기도 했다. Terr⁴는 지속적 반복적 외상을 II형 외상으로 기술하면서, 단일형태의 I형 외상과 구별하였다. II형 증후군은 정서적 둔마, 해리, 수동성, 그리고 분노표출 등 대극적 증상으로 특징화되었다. 결국, Herman¹⁹은 지속적 반복적 외상에 대한 반응을 ‘complex PTSD’로 기술하며 simple PTSD와 구별하였다. Complex PTSD 진단기준은 1) 복합외상의 과거력, 2) 정서조절의 변화, 3) 의식의 변화, 4) 자기 지각의 변화, 5) 가해자 지각의 변화, 6) 다른 사람과의 관계 변화, 7) 의미 체계의 변화로 구성되었다(Table 2).

1990년대 초반 PTSD에 대한 역학 연구(field trial)를 시행하면서 만성적 대인관계 외상 희생자의 정신병리를 PTSD 진단기준으로 포괄가능한지 여부를 평가하였다. 당시 미국진단편람 분과위원회는 PTSD에 부합하지 않는 임상양상을 포괄하기 위해 DESNOS의 독립진단 범주화를 논의하였지만, 최종적으로 DSM-IV에서 PTSD 부수양상으로 기술되는 수준에서 마무리되었다. 반면에, ICD-10은 DESNOS와 유사한 ‘대참사 경험 후의 영구적 성격변화(enduring personality change after catastrophic experience)’의 진단범주를 포함시켜 복합외상 희생자를 기술하였다. 진단기준은 1) 세상에 대한 적대나 불신, 2) 사회적 위축, 3) 공허감이나 절망감, 4) 만성적인 벼랑 끝에서 있는 느낌, 5) 서먹서먹함으로 구성되는데, PTSD를 제외기준으로 별도로 기술해서 단일외상 희생자와 차별화하였다.²¹

Kilpatrick²²은 PTSD와 DESNOS 증상이 빈번하게 공존함을 제시하며, 외상관련 증후군에서 PTSD를 핵심화하

Table 2. Complex PTSD : Diagnostic Criteria by Herman¹

1. A history of subjection to totalitarian control over a prolonged period (months to years) . Examples include hostages, prisoners of war, concentration-camp survivors, and survivors of some religious cults. Examples also include those subjected to totalitarian systems in sexual and domestic life, including survivors of domestic battering, childhood physical or sexual abuse, and organized sexual exploitation
2. Alterations in affect regulation, including
 - Persistent dysphoria
 - Chronic suicidal preoccupation
 - Self-injury
 - Explosive or extremely inhibited anger (may alternate)
 - Compulsive or extremely inhibited sexuality (may alternate)
3. Alterations in consciousness, including
 - Amnesia or hypermnnesia for traumatic events
 - Transient dissociative episodes
 - Depersonalization/derealization
 - Reliving experiences, either in the form of intrusive post-traumatic stress disorder symptoms or in the form of ruminative preoccupation
4. Alterations in self-perception, including
 - Sense of helplessness or paralysis of initiative
 - Shame, guilt, and self-blame
 - Sense of defilement or stigma
 - Sense of complete difference from others (may include sense of specialness, utter aloneness, belief no other person can understand, or nonhuman identity)
5. Alterations in perception of perpetrator, including
 - Preoccupation with relationship with perpetrator (includes preoccupation with revenge)
 - Unrealistic attribution of total power to perpetrator (caution : victim's assessment of power realities may be more realistic than clinician's)
 - Idealization or paradoxical gratitude
 - Sense of special or supernatural relationship
 - Acceptance of belief system or rationalizations of perpetrator
6. Alterations in relations with others, including
 - Isolation and withdrawal
 - Disruption in intimate relationships
 - Repeated search for rescuer (may alternate with isolation and withdrawal)
 - Persistent distrust
 - Repeated failures of self-protection
7. Alterations in systems of meaning
 - Loss of sustaining faith
 - Sense of hopelessness and despair

고 DESNOS를 부수화하는 견해를 제시하였다. 하지만 van der Kolk 등²³은 희생자가 처음으로 외상에 노출된 연령이 어리고 노출횟수 및 기간이 증가할수록 더 광범위하게 심리적 손상을 당했다고 보고하였다. 학대기간이 짧고 학대당할 당시 희생자의 나이가 많을수록, 희생자는 PTSD 증상만이 있었다. 이것은 아동기의 지속적 외상경험이 미치는

영구적 영향은 단일외상의 그것과는 다르고, 대안진단으로서 DESNOS의 필요성의 근거가 된다.

임상양상

복합외상 희생자는 다양하고 심각한 증상을 나타낸다. Briere²⁴는 아동기 학대 생존자가 그렇지 않은 환자보다 불면, 성기능 장애, 해리, 분노, 자살 경향, 자해, 약물 중독, 알코올 중독이 높게 나타난다고 보고하였다. DESNOS는 장기적인 복합외상 희생자의 가변적이고 복잡한 증상을 정동과 충동 조절 변화, 주의력이나 의식의 변화, 자기 지각의 변화, 다른 사람과의 관계 변화, 신체화, 의미 체계 등으로 영역화한다.

DESNOS의 정신병리는 가변적이고 다양하므로, 그 임상양상에 따라서 외향형(externalizing type)과 내향형(internalizing type)의 아형(subtype)으로 분류하기도 한다. 외향형은 탈억제(disinhibition), 약물 의존, 경계성이나 반사회성 인격성향을 나타내는데 비해, 내향형은 낮은 긍정적 기질(low positive temperament), 우울증, 분열성이나 회피성 인격성향을 나타낸다. 더불어 외향형과 내향형 정신병리의 현상학적 차이는 외상 전 취약성(pre-trauma vulnerability)처럼 외상이외의 요인이 관여할 것으로 추정된다.²⁵

정동 조절불능

복합외상 희생자는 감정경험의 처리에 어려움을 겪는데, 정동 조절불능(affect dysregulation)은 외상이 초래하는 심리적 영향의 핵심증상으로 제시되기도 한다.^{23,26} 사소한 스트레스에도 과도하게 반응하고 쉽게 압도당하며, 중성적이거나 경미한 스트레스에도 극단적으로 반작용한다. 감정을 조절하고 안정감을 얻기 위해서, 자해, 약물남용, 식이장애, 강박적인 성행위 등 극단적인 자기 파괴행위를 하는 것이다.²⁷⁻²⁹ 뿐만 아니라 분노를 표현하거나 조절함에 있어서도 어려움을 겪는다.^{30,31} 그리고 자살에 몰두하거나 성적 충동을 조절하지 못하고 위험선행동(risk-taking behavior)을 높게 한다.

따라서 정동 조절불능은 숨김없이 다루어지지 않으면 치료과정을 방해하게 된다. 정동 조절불능은 만성적 외상을 겪는 환자의 치료에 있어 가장 중요한 초점이 되는 동시에, 가장 다루기 힘든 방해요인이 된다.

주의력이나 의식의 장애

복합외상 희생자의 대부분이 유의한 수준의 다수의 해리 증상을 겪는다. 환자는 나름대로 외상에 대처하려고 외상

경험으로부터 의식수준을 해리시키거나 격리시키는 것이다.³² 해리상태에선 정보를 통합시키지 못하므로, 자기 및 환경에 대한 지각을 외상경험과 조화시키지 못한다. 외상경험이 너무 압도적이면 지각, 신체 등 경험의 다양한 요소들이 제각각 분리되거나 희생자의 진술과도 분리된다. 외상경험의 분리(split off)는 지각적이거나 감각적이며, 언어적으로 설명할 수 없는 육체적 감각으로 처음에 경험된다.³³

복합외상 희생자는 특정한 정보에 간헐적으로만 접근할 수 있고, 외상경험의 고통스러운 감정이나 그 경험을 생각나게 하는 사람이나 사물과 직면할 때면 멍해지며 마음속으로 도피해버린다. 더불어 환자는, 단일사건에서부터 수개월 혹은 심지어 수년까지의 범위로, 자신 생애의 일부분에 대한 건망증(amanesia)을 자주 나타낸다. 심지어는 가장 심각한 해리 형태인 해리성 주체성 장애(dissociative identity disorder, DID)가 초래되기도 한다.³⁴

자기지각의 장애

복합외상 희생자는 스스로를 손상되어 무능하며, 타인에게 달갑지 않으며, 어찌할 수 없는 부정적인 존재로 인식한다.³⁵ 이러한 부정적인 견해는 학대의 원인을 스스로에게서 찾으려 하는 전조작기 사고에서 유래한다. 반면에 자신의 행동에 대해서는 적절한 책임감을 갖는 것도 어려워한다.

복합외상 희생자는 또한 외상이 자신이나 현재의 어려움에 끼친 영향이 전혀 없다고 격렬하게 외상경험을 경시하려 한다. 자신의 성격적 결함을 학대자가 발견해서 고쳐주려고 한 것이며 아동기 학대의 원인은 자신에게 돌리려고 한다.

대인관계의 장애

복합외상 희생자는 타인에 대한 불신, 재희생자화, 및 타인의 희생자화를 나타낸다.³⁶⁻³⁸ 환자는 당혹스럽고 혼란스러운 인간관계를 지속하며, 불쾌감을 초래하는 부당한 대우를 중단할 것을 요구하지 못한다.

복합외상 희생자는 위협징후를 인식하지만, 상대방에게 대응하기엔 무력하다고 느끼거나 자신의 대응으로 초래될 결과를 매우 두려워한다. 초조해지거나 갈등할 때에만 행동감을 느끼며, 재희생자화 과정을 일반적인 대인관계로 안일하게 인식한다. 타인을 신뢰하지 못하므로 배우자가 자신을 떠나거나 해칠 것이라고 걱정하고 지지적인 사회관계를 형성하는데 어려움을 겪는다. 환자는 자기를 제한적으로만 인식하고 타인과의 분리과정이 불완전하였으므로, 성숙한 인간관계를 형성하지 못한다.

신체화

복합외상 희생자는 과민성 대장 증후군(irritable bowel syndrome), 만성 골반통(chronic pelvic pain), 두통(headache), 위경련(acid stomach) 등 다양한 신체증상을 나타낸다.^{39,40} 환자들이 나타내는 신체증상은 심각하고 지속적인 임상경과를 보이며, 통상적 의학치료에 쉽게 호전되지 않는 편이다. 일시적 실명, 말단부의 이상감각, 간질양 운동 등 신체적 원인을 명확하게 밝힐 수 없는 생소한 증상까지도 나타낸다. 대규모 연구의 보고에선, 3회 이상의 아동기 부정적 사건을 겪은 환자가 그렇지 않은 경우보다 성인기에 심혈관 질환, 뇌혈관 질환, 당뇨, 골절 등이 2배정도 더 발병하였다.²⁷

van der Kolk는 복합외상 희생자는 외상경험을 언어적으로 표현할 수 없기 때문에, 신체증상으로 정서적 고통을 상징적으로 전달한다고 설명하였다.³³

의미체계의 장애

복합외상 희생자는 인생에 더 이상 의미도 목적도 없다고 믿는다. 교육받았던 종교적, 도덕적 신앙을 의심하고 고통에 무감각하고 심술궂은 영적인 존재나 힘을 인식한다.³⁵ 그리고 인생을 긍정적으로 변화시킬 수 없다고 미리 예견하는 비관적인 견해를 갖는다. 학습된 무기력이 뿌리깊게 지속적으로 지각되어 선택, 행동, 인생의 변화추구에 부정적인 영향을 끼치게 된다.

심리학적 평가

DESNOS를 포괄적으로 평가할 수 있는 타당화된 평가 도구는 극단적 스트레스 장애의 구조적 면담(Structured Interview of Disorder of Extreme Stress, 이하 SIDES)¹⁰과 극단적 스트레스 장애의 자기보고식 설문(Self-Report Inventory of Disorder of Extreme Stress, 이하 SIDES-SR)⁴¹이 있다. 그 이외에도, DESNOS 중 개별적 구성요소를 평가하기에 적합한 임상도구로는 외상경험 질문지(Trauma Antecedents Questionnaire, 이하 TAQ),⁴² 해리경험 척도(Dissociative Experience Scale, 이하 DES),⁴³ 및 변경된 자기능력 설문(Inventory of Altered Self-Capacities, 이하 IASC)⁴⁴이 있다.

극단적 스트레스 장애의 구조적 면담(Structured Interview of Disorder of Extreme Stress, SIDES)

SIDES는 PTSD의 DSM-IV 역학 연구과정에서 개발되었으며, 45개 문항을 DESNOS 6개 증상군집(가해자 지

각의 변화는 제외)에 대응하는 6개 하위척도로 분류한 구조화된 임상면담이다. 현재 및 일생 DESNOS의 발병 유무와 현재 DESNOS의 증상 심각도를 평가할 수 있다.¹⁰

SIDES는 DESNOS의 진단적 평가를 위해 개발된 임상도구 중 타당도 평가가 유일하게 이루어졌고, 진단도구 및 증상 심각도의 연속적인 평가도구로서 신뢰성이 검증되었다. 최근 SIDES 관련연구는 DESNOS의 치료결과 평가에 대해서도 이루어지고 있다.

정동 조절불능, 해리, 자기지각, 신체화 등 SIDES 하위척도의 수렴 및 판별 타당도를 검증한 예비적 연구는 DESNOS의 구조적 타당성에 대한 경험적 근거를 제시한다. PTSD로만 진단된 환자군에 비해, PTSD에 더불어 DESNOS가 SIDES로 함께 진단된 환자군은 DSM-IV II축에서 더 많은 진단이 동반이환되었다. 그리고 동반이환된 진단은 감정 조절, 자기지각, 신체기능, 대인관계처럼 DESNOS 개념의 특이적 결핍영역을 반영하였다.⁴⁵⁻⁴⁷

극단적 스트레스 장애의 자기보고식 설문(Self-Report Inventory of Disorder of Extreme Stress, SIDES-SR)

SIDES-SR은 SIDES의 자기보고식 형태이며, 1) DESNOS의 기저 심각도, 2) 6개의 개별적 증상군집의 기저 심각도, 3) 시간경과에 따른 증상변화를 평가하기 위해 개발하였다. SIDES-SR은 DESNOS에서 6개 증상군집의 현재 심각도를 연속적으로 평가할 수 있는 임상도구이다.⁴¹

SIDES-SR의 총척도와 5개 하위척도에 대한 높은 내적 일치도가 보고되었는데, 이것은 SIDES-SR을 연속적으로 활용할 때 신뢰롭게 해석할 수 있음을 시사한다. 반면에 신체화 하위척도는 내적 일치도가 낮게 보고되었으므로 신체화 척도점수는 조심스럽게 해석되어야 한다. DESNOS의 치료경과에 따른 상태특이적 변동성(state-dependent variability)을 평가함에 있어, SIDES-SR의 활용방안은 아직 연구 중에 있다.

외상경험 질문지(Trauma Antecedents Questionnaire, TAQ)

TAQ는 42개의 문항으로 구성되어 있으며, 발달과정에서 노출된 외상적 사건을 선별해 내고자 개발된 자기보고식 검사이다. 초기 아동기(0~6세) ; 중기 아동기(7~12세) ; 청소년기(13~18세) ; 성인기 등 4단계의 발달기간 동안 적응적인 경험과 외상노출의 빈도와 심각도에 대한 정보를 효과적으로 얻을 수 있다. 1) 능력(competence), 2) 안전(safety), 3) 방임(neglect), 4) 분리(separation), 5) 비밀(secrets), 6) 정서적 학대(emotional abuse), 7)

신체적 학대(physical abuse), 8) 성적 학대(sexual abuse), 9) 목격(witnessing), 10) 기타 외상(other traumas), 11) 약물 및 알코올(drug and alcohol) 등 11개의 경험영역에서 평가된다. 능력과 안전은 정신병리의 발생에 저항하는 적응이나 보호기능과 관련된 경험을 평가하며, 그 이외 9개의 영역은 외상적 혹은 부정적 사건에 대한 노출을 평가한다.⁴²

TAQ에 대한 예비연구는 외상유형과 결과 사이의 유의한 관련성을 보고하였다. 성적 학대, 신체적 학대, 정서적 학대, 기타 학대는 DESNOS 증상과 관련되어 있었으며, 반면에 기타 학대는 PTSD와 관련되어 있었다. 더불어 회귀분석은 특정한 외상유형보다는 외상에 노출된 특정한 발달시기가 성인 DESNOS 환자의 경과에 결정적인 역할을 하게 됨을 드러냈다.⁴¹

해리경험척도(Dissociative Experience Scale, DES)

DES는 28문항으로 구성된 자기보고식 도구이며, 정상에서 병리적인 해리경험까지 범위에서 경험하는 시간을 백분율로 평가한다. DES는 해리증상을 평가함에 있어 타당성이 검증되었으며, 가장 보편적으로 사용되고 있다.⁴³ DESNOS 환자의 DES 평균점수는 아직 정립되지 않았지만, 예비적 연구는 DESNOS 환자의 해리경험척도 점수는 PTSD 환자에 비해서는 유의하게 높으며 해리장애 환자에 비해서는 유의하게 낮다고 보고하였다. Darves-Bornoz 등은 DESNOS 환자의 포괄적인 심리학적 평가에 DES를 포함하여 이환된 해리증상의 범위와 유형을 조기에 평가해서, 치료계획에 활용하도록 권고하고 있다.⁴⁸

변경된 자기능력 설문(Inventory of Altered Self-Capacities, IASC)

IASC는 정동조절, 관계, 정체성 영역에서의 어려움을 7점척도로 평가하는 63개 문항으로 구성된 자기보고식 검사이다.⁴⁴ IASC를 활용하여 DESNOS 증상의 기초 심각도나 치료기간 동안의 증상변화를 평가하는 것은 아직 정립되지는 않았지만, 감정조절과 관련된 두 항목(정동 조절불능, 긴장 감소 활동)과 관계관련 항목(대인 갈등)이 유용할 것으로 여겨진다. 그 이외에도, 정체성과 대인관계 영역 척도는 DESNOS 환자의 기능손상을 평가할 것으로 고려된다.

임상적 의의

외상반응은 개별적인 단일장애의 범주로 분류하기보다는 외상후 장애 스펙트럼(spectrum of post-traumatic disorder)

ders)의 연속적 상태로 이해하는 것이 타당하다. 외상반응의 개념은 단기에 머무는 급성 스트레스 반응에서 전형적인 단일 외상후 스트레스장애를 거쳐 복합외상 희생자의 만성적인 증후군까지를 포괄할 수 있어야 한다.³⁵ 하지만 복합외상 희생자를 기술하기에는 DSM-IV는 개념적 공백이 있다. 이러한 이유로 복합외상 희생자가 신체화장애, 경계성 인격장애, 해리장애 등 개별증상에 국한된 진단만을 받고 불완전하고 통합되지 못한 치료를 받게 되는 경우가 허다하다. 복합외상 희생자는 불안, 우울, 공포, 히스테리, 자살사고, 신체증상, 해리증상, 편집증 등 여러 다양한 혼합증상을 동시에 혹은 교대로 나타낸다.⁴⁹ 그러므로 증상의 경과에 대한 통시적 고찰이 이뤄지지 않으면, 현재 증상과 외상 과거력 사이의 연결고리가 상실되어 기저 외상 문제가 다루어지지 못하게 된다.

따라서 DESNOS란 대안적 진단구조가 지니는 임상적 의미는 다음과 같다. 첫째, DESNOS는 복합외상 희생자에 대한 포괄적 견해를 제시한다. 복합외상 희생자를 DSM-IV의 PTSD 진단기준에만 근거하여 고찰할 때, 복합외상이 초래하는 우울, 공포, 불안, 해리, 신체화 등 동반증상을 간과하게 되고 또한 성격차원의 변화에 대한 접근도 제한된다. 그리고 이러한 기술적 한계점은 개인의 자아구조, 대인지각, 삶의 의미 등 심층심리에 중점을 둔 통합적 치료의 제한과도 연결된다. 둘째, DESNOS는 다양한 정신질환의 외상에 대한 통시적 견해를 제시한다. 정신과 입원환자의 50~60%와 외래환자의 40~60%에서 아동기 신체적 또는 성적 학대의 과거력이 보고되었다.^{50,51} 정신과 응급실 환자의 경우에는 70%가 학대의 과거력이 있었다.²⁴ 특히 경계성 인격장애, 식이장애, 약물남용, 신체화장애, 해리장애 등이 아동기 외상 경험과 유의한 상관관계가 있었다.²³ 그러므로 DESNOS는 정신병리학적 기술뿐 아니라 증상을 외상과 관련시켜 통시적 견해를 제시하여 다중양식적 및 범이론적(mutimodal and transtheoretical) 치료 접근을 가능하게 한다. 셋째, DESNOS는 애착형성 및 정신성적, 인지적, 사회적 발달과정에 외상이 미치는 전반적 장기적 영향을 포괄해 준다. 즉, 외상반응이 단기적 반응이 아닌 연속적 상태임을 강조하여 외상후 장애 스펙트럼의 개념적 공백을 채워주는 것이다.

마지막으로, DESNOS는 가정폭력 희생자처럼 정신과 임상상황에서 중요하지만 이론적 토대는 부족하고 치료접근은 까다로운 환자군에 대한 올바른 이해 및 대처방법을 제공해 준다. 사이버 종교의 희생자, 성매매 여성, 집단따돌림 피해자, 탈북자 등도 이러한 환자군에 해당되는데, 통시적인 정신과적 진료방침과는 상당히 다른 특이적이고 전문

적인 진료방침이 요구된다. DESNOS는 통시적 포괄적 구조로 이루어져 있어서, 이처럼 다양하고 까다로운 임상상황의 진료지침에 대한 이론적 토대를 형성해서 새로운 접근방법을 제공해 줄 수 있다.

지 료

DESNOS의 치료는 1) 안정화(stabilization), 2) 외상처리(trauma processing), 3) 재통합(reintegration into the world)의 3단계로 구성된다. 단계지향치료(phase-oriented treatment)이며 각 단계의 전후로 이행하는 순환적 나선(recursive spiral) 형태를 띤다.¹⁴ 예를 들어, 손상, 거절, 배반, 유기와 관련된 수치, 죄책, 혐오는 이전 치료단계에서 다루어졌음에도 불구하고 다음 치료단계에서 새로운 형태로 나타난다. 치료에 있어 중요한 점은 각각의 환자와 치료가 일반화되지 않고 개별화되어야 한다는 것이다. DESNOS 치료의 궁극적 목표는 과거의 외상경험을 처리하고, 감정과 신체를 건강하게 경험할 수 있는 선천적 능력을 인식시키고, 과거의 외상경험이 아닌 현재의 생각, 감정, 가치, 대인관계로 자기를 지각하도록 발달시키는 것이다.

1단계 : 안정화

1단계는 안전을 중요시하며, 환자가 자기관리 전략을 대체해서 압도적인 정동, 충동행동, 자해사고 및 행동을 조절할 수 있도록 한다.³⁵ 안전은 자해, 자살충동, 물질남용, 식이장애, 공격성과 같은 비적응적인 행동의 조절을 의미한다. 자기관리는 위기와 위험을 관리해주는 지지적 인물과 치료체계와 협력할 수 있도록 안전을 도모한다.

1단계에선 공감적이고 안정적인 치료적 동맹(working alliance)을 형성해서, 환자를 지지하고 인도하며 강렬한 감정과 충동을 감당하는 모형을 제공해 준다. 치료적 동맹의 가장 큰 방해요인은 복합외상 희생자의 비조직화된 애착(disorganized attachment) 경험이다.⁵² 환자는 감정과 신체반응을 일관되게 자기조절하는 양육자를 경험하지 못했으므로, 자기조절의 원형이 되는 주형을 내재화하지 못했다. 치료자의 섬세한 비언어적 공동조절(co-regulation)을 바탕으로 환자의 치료적 동맹과 자기조절을 발달시키는 것이 중요하다.^{53,54}

치료의 초기에는 치료자와 치료과정에 대한 환자의 정서적인 개입이 아직 불명확하므로, 세션 중간 그리고 세션 사이에 다양한 위기가 발생한다. 환자는 전이적인 외상의 재행동화(transferential trauma reenactment)을 하며, 치료구조나 변화를 견디고 통찰을 향상시키는 스스로의 능

력을 시험한다. 그러므로 기본적인 자기보호 기술과 위기를 극복하는 외상특이적 치료가 1단계 치료에선 중요하다.⁵⁵ Korn과 Leeds는 안구운동 민감소실 및 재처리 요법(Eye Movement Desensitization and Reprocessing, 이하 EMDR)의 변형된 형태인 자원 개발 및 주입(Resource Development and Installation, RDI)을 안정화 단계에 적용한 증례를 보고한 바 있다.⁵⁶

2단계 : 외상처리

2단계는 직접적으로 외상에 초점을 맞추어, 환자로 하여금 외상기억과 당시의 신체상태, 감정, 지각을 적극적으로 회상하도록 한다.³⁵ 즉, 환자로 하여금 재반응되지 못한 강렬한 감정을 경험하게 하여 의식 수준대로 통합시키며 점진적으로 과거, 현재, 미래를 완전하게 서술할 수 있도록 학습하는 것이다.

외상, 인지, 기억, 감정에 대한 신경생물학적 연구결과가 다양하게 보고되어, 외상기억을 치료적으로 다루는 다양한 치료모델이 제시된다. 첫째, 공포를 외상후 감정반응의 핵심요소로 간주하는 치료모델은 외상기억 가운데 공포를 유발하는 요소에 반복적으로 직접노출시켜 공포반응을 습관화하도록 유도한다.⁵⁷ 노출을 기반으로 한 인지행동치료(Cognitive Behavioral Therapy, CBT)에는 장기노출(Prolonged Exposure),⁵⁸ 스트레스 접종치료(Stress Inoculation Treatment),⁵⁹ 인지처리치료(Cognitive Processing Therapy)⁶⁰가 있다. 인지행동치료는 외상이 자기, 타인, 외부 세계에 각인시키는 왜곡된 도식(schema)을 중점적으로 다룬다. 인지행동치료는 외상관련 감정을 견디고 불안이 감소될 때까지 환자로 하여금 외상기억에 노출시킨다. 외상관련 정신질환에 대한 치료효과가 실증적으로 정립된 EMDR도 노출에 기반한 치료에 해당된다. EMDR은 양측성 자극을 주면서 동시에 외상기억, 동반감정, 잘못된 신념을 회상함으로써 외상을 처리하는데, 언어에 기반한 정신치료에 비해 외상처리가 빠른 것으로 알려져 있다.⁶¹⁻⁶³

둘째, 공포를 외상후 중요한 감정반응들 중 일부로 간주하는 치료모델은 외상기억의 회상을 비교적 적게 하고 외상기억과 연관된 핵심믿음에 초점을 맞추어 정서적 고통을 점진적으로 증가시킨다.⁶⁰ 마지막으로, 파편화된 삽화 기억(episodic memory)을 외상관련 손상의 핵심요소로 보는 치료모델은 통합적인 자기회고적 서술기억을 복구할 목적으로 개인사를 말하거나 쓰게 한다.⁵⁵ 아직 DESNOS의 정신치료 과정과 결과에 관한 연구는 초보적인 단계이므로 근거중심의 치료방침을 정의할 수는 없다.

3단계 : 재통합

3단계의 중요한 과제는 1단계와 2단계에서 환자가 이뤘던 변화를 재평가하고 환자가 인식, 감정, 신념, 대인관계의 범위를 안정적으로 넓히는 것이다. 3단계의 목적은 환자가 강렬한 감정, 충동, 사고를 인식하고 처리하면서 동시에 지각, 감정, 사고, 결정, 활동을 스스로 조절하는 능력을 증진시키는 것이다. 치료자는 3단계에서 환자가 외상의 희생자나 생존자가 아닌 다른 요인으로 스스로를 지각하는 것을 발달시키도록 도와주어야 한다.³⁵

결론

이 종설에서 저자들은 복합외상과 DESNOS의 개념, 진단, 의의 및 치료에 대해 개괄적으로 기술하였다. 외상 환자를 치료하는 임상가들은 현재의 증상과 과거의 외상경험을 연결지어 고찰하는 통시적인 관점의 견지가 강조된다. DESNOS 심리학적 평가도구 한글판의 표준화, DESNOS의 통합적 치료모델, 복합외상과 단일외상의 신경생물학적 차별점 등에 대한 연구가 향후에 필요할 것이다.

중심 단어 : 복합외상 · 외상후 스트레스 장애 · 극단적 스트레스 장애 · 복합 외상후 스트레스 장애.

■ 감사의 글

이 논문의 아이디어와 피드백을 주신 한양대학교 구리병원 김대호 교수님께 감사드립니다.

REFERENCES

- Herman JL. Complex PTSD: a syndrome in survivors of prolonged repeated trauma. *J Trauma Stress* 1992;3:377-391.
- van der Kolk BA. Developmental trauma disorder. *Psychiatr Ann* 2005;35:401-408.
- Allen J. Traumatic relationships and serious mental disorder. Chichester, UK: Wiley;2001.
- Terr LC. Childhood traumas: An outline and overview. In: Hertzig ME, Farber EA editors: *Annals progress in child psychiatry and child development*. New York: Brunner/Mazel;1992. p.165-186.
- Ahn H. An empirical review of complex trauma. *Korean J Psychol* 2007;26:105-119.
- Burgess AW, Holstrom LL. Rape trauma syndrome. *Am J Psychiatry* 1974;131:981-986.
- Walker LE. The battered woman syndrome. New York: Springer;1984.
- Cantor C, Price J. Traumatic entrapment, appeasement and complex post-traumatic stress disorder: evolutionary perspective of hostage reactions, domestic abuse and the Stockholm syndrome. *Aust N Z J Psychiatry* 2007;41:377-384.
- Herman JL. Sequelae of repeated prolonged trauma: evidence for complex posttraumatic stress syndrome (DESNOS). In: Davidson JRT, Foa ED editors. *Posttraumatic stress disorder: DSM-IV and beyond*. Washington DC: American Psychiatric Press;1993. p.213-228.
- Pelcovitz D, van der Kolk B, Roth S, Mandel F, Kaplan S, Resik P. Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress (SIDES). *J Trauma Stress* 1997;10:3-16.
- van der Kolk BA, Pelcovitz D, Roth S, Mandel FS, McFarlane A.

- Herman JL. Dissociation, somatization, and affect dysregulation: The complexity of adaptation of trauma. *Am J Psychiatry* 1996;153:83-93.
12. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders*. 4th ed. Washington, DC, American Psychiatric Association;1994.
 13. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders*. 3rd ed. Washington, DC, American Psychiatric Association;1980.
 14. Kardner A. *The traumatic neurosis of war*. New York: Hoeber;1941.
 15. Horowitz M, Wilner N, Kaltreider N. Signs and symptoms of post-traumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1980;37:85-92.
 16. Andreason NJC, Norris AS. Long-term adjustment and adaptation mechanisms in severely burned adults. *J Ner Men Dis* 1972;154:352-362.
 17. Shatan CF, Smith J, Haley S. Jonny comes marching home: DSM-III and combat stress, Paper presented at the 130th Annual Meeting of the American Psychiatric Association, 1997, Toronto, Canada.
 18. Krystal H editor. *Massive Psychic Trauma*. New York: International Universities Press;1968. p.221.
 19. Kroll J, Habenicht M, Mackenzie T, et al. Depression and posttraumatic stress disorder in southeast Asian Refugees. *Am J Psychiatry* 1989;146:1592-1597.
 20. Horowitz M. *Stress Response Syndromes*. Northvale, NJ: Jason Aronson;1986. p.49.
 21. World Health Organization. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorder*. Geneva, World Health Organization;1992.
 22. Kilpatrick DG. A special section on complex trauma and a few thoughts about the need for more rigorous research on treatment efficacy, effectiveness, and safety. *J Trauma Stress* 2005;18:379-384.
 23. van der Kolk B, Roth S, Pelcovitz D, Sunday S, Spinazzola J. Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *J Trauma Stress* 2005;18:389-399.
 24. Briere J, Zaidi LY. Sexual abuse histories and sequelae in female psychiatric emergency room patients. *Am J Psychiatry* 1989;146:1602-1606.
 25. Miller MW, Resick PA. Internalizing an externalizing subtypes in female sexual assault survivors: Implications for the understanding of complex PTSD. *Behavior Therapy* 2007;38:58-71.
 26. Ford J. Disorders of extreme stress following war-zone military trauma: associated feature of posttraumatic stress disorder or comorbid but distinct syndromes. *J Consult Clin Psychol* 1999;67:3-12.
 27. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, Koss MP, Marks JS. Relationship of childhood abuse to many of the leading causes of death in adults: The Adverse childhood experience (ACE) study. *Am J Prev Med* 1998;14:245-258.
 28. Poulisny M, Follette V. Long-term correlates of child sexual abuse: Theory and review of the empirical literature. *Applied & Preventive Psychology* 1995;4:143-166.
 29. Linehan MN, Tutek DA, Heard HI, Armstrong HE. Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. *Am J Psychiatry* 1994;151:1771-1776.
 30. Chemtob CM, Novaco RW, Hamada RS, Gross DM, Smith G. Anger regulation deficits in combat-related PTSD. *J Trauma Stress* 1997;10:17-36.
 31. Foa EB, Riggs DS, Massie ED, Yarczower M. The impact of fear activation and anger on efficacy of exposure treatment for posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapy* 1995;26:487-499.
 32. Braum BG. The BASK (behavior, affect, sensation, Knowledge) model of dissociation. *Dissociation* 1988;1:4-23.
 33. van der Kolk B, ven der Hart O, Marmar CR. Dissociation and information processing in posttraumatic stress disorder. In: van der Kolk BA, MacFarlane A, Weisaeth L editors. *Traumatic Stress; The Effects of Overwhelming Experience in Mind, Body, and Society*. New York: Guilford Press;1996. p.303-327.
 34. Ross CA. Epidemiology of multiple personality disorder and dissociation. *Psychiatric Clinics of North America* 1991;3:503-517.
 35. Herman JL. *Trauma and Recovery*. New York: Basic Books;1992.
 36. Fleming J, Mullen PE, Sibthorpe B, Bammer G. The longterm impact of childhood sexual abuse in Australian women. *Child Abuse Negl* 1993;23:145-159.
 37. Bryer J, Nelson B, Miller JB, Krol P. Childhood sexual and physical factors in adult physical illness. *Am J Psychiatry* 1987;144:1426-1430.
 38. Lisak D, Hopper J, Song P. Factors in the cycle of violence: Gender rigidity and emotional constriction. *J Trauma Stress* 1996;9:721-743
 39. Berkowitz CD. Medical consequences of child sexual abuse. *Child Abuse Negl* 1998;22:541-550.
 40. Saxe GN, Chinman G, Berkowitz R, Hall K, Lieberg G, Schwartz J, van der Kolk BA. Somatization in patient with dissociative disorders. *Am J Psychiatry* 1994;151:1329-1335.
 41. Spinazzola J, Blaustein M, Kisiel C, van der Kolk B. Beyond PTSD: Further evidence for a complex adaptation response to traumatic life events. Paper presented at the American Psychiatric Association Annual Meeting, 2001, New Orleans.
 42. Herman JL, van der Kolk BA. Childhood trauma in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1989;146:490-495.
 43. Bernstein EM, Putnam FW. Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *J Ner Men Dis* 1986;174:727-735.
 44. Briere. *Inventory of Altered Self-capacities (IASC): Professional Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources;1998.
 45. Zlotnick C, Perlstein T. Validation of the structured interview for disorders of extreme stress. *Comprehensive Psychiatry* 1997;38:243-247.
 46. Spinazzola J, Roth S, Deroa R. The specificity of the disorders of extreme stress construct. Poster presented at 10th Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, 1994, Chicago.
 47. Blaustein ME, Spinazzola J, Simpson W, van der Kolk BA. Psychological sequelae of early trauma: Comorbid diagnoses or diagnostic entity? Poster presented at 16th Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, 2000, San Antonio.
 48. Darves-Bornoz JM, Lemperiere T, Degiovanni A, Gaillard P. Sexual victimization in women with schizophrenia and bipolar disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1995;30:78-84.
 49. Kim KI. Family violence: Psychiatric aspects. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 2003;42:5-13.
 50. Jacobson A, Richardson B. Assault experiences of 100 psychiatric inpatients: Evidence of the need for routine inquiry. *Am J Psychiatry* 1987;144:908-913.
 51. Bryer JB, Nelson BA, Miller JB, Krol PA. Childhood sexual and physical abuse as factors in adult psychiatric illness. *Am J Psychiatry* 1989;144:755-758.
 52. Ford JD. Treatment implications of altered neurobiology, affect regulation and information processing following childhood maltreatment. *Psychiatr Ann* 2005;35:410-419.
 53. Solomon M, Siegel D editors. *Healing trauma: Attachment, mind, body, brain*. New York, Norton;2003.
 54. Pearlman LA, Courtois CA. Clinical applications of the attachment framework: Relational treatment of complex trauma. *J Trauma Stress* 2005;18:449-459.
 55. Courtois CA. *Recollections of sexual abuse: Treatment principles and guidelines*. New York, Norton;1999.
 56. Korn DL, Leeds AM. Preliminary evidence of efficacy for EMDR resource development and installation in the stabilization phase of treatment of complex posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychol* 2002;58:1465-1487.
 57. Rothbaum B, Meadows E, Resick P, Foy D. Cognitive-behavioral therapy. In: Foa E, Keane T, Friedman M. editors. *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York, Guilford;2000. p.60-83.
 58. Foa EB, Rothbaum B, Riggs DS, Murdock T. Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: A comparison between cognitive-behavioral procedures and counselling. *J Consult Clin Psychol* 1991; 51:715-723.
 59. Foa EB, Dancu CV, Hembree EA, Jaycox LH, Meadows EA, Street GP. A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing posttraumatic stress disorder in female assault victims. *J Consult Clin Psychol* 1999;67:194-200.
 60. Resick P, Nishith P, Weaver T, Astin M, Freuer C. A comparison of cognitive-processing therapy for prolonged exposure and a waiting condition for treatment of chronic PTSD in female rape victims. *J*

복합외상과 극단적 스트레스 장애

- Consult Clin Psychol 2002;15:321-330.
61. Shapiro F. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): Basic Principles, Protocols, and Procedures. New York, Guilford; 1995.
62. Bradely R, Greene J, Russ E, Dutra L, Westen. A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. Am J Psychiatry 2005; 162:214-227.
63. Kim D. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) for Posttraumatic Stress Disorder. J Korean Neuropsychiatr Assoc 2005;44:147-151.