

‘PTSD 시대’의 고통 인식과 대응: 외상 회복의 대안 패러다임 모색

최 현 정[†]

트라우마치유센터 사람·마음

본 연구는 외상후 스트레스 장애(Posttraumatic stress disorder, PTSD)가 등장한 이후 현대 사회에서 외상 및 고통을 인식하고 이에 대응하는 방법을 조명하였고, 한국 사회의 외상 인식과 대응 방식을 검토하면서 외상 회복을 위한 대안 패러다임의 원칙을 제시하였다. 외상은 기억을 매개로 만성적인 고통을 야기하는 외부 스트레스 사건으로서, 미국정신의학회 1980년 정신장애 진단 및 통계 편람에서 외상후 스트레스 장애를 공식 인정하였다. 외상후 스트레스 장애 진단의 개발은 피해자에게 도덕적 정당성을 부여하였고, 성공적인 치료 개입의 길을 열었으며, 신경생리학과 인지신경과학 분야에서 연구 성과 축적에 기여하였다. 그러나 이와 동시에, 고통에 대한 인식이 협소해졌고, 기술 개입의 한계를 넘어서는 대응 방안의 중요성이 간과되고 있다. 특히 한국사회의 분리와 부인의 역사적 맥락, 의료 및 전문가 중심 관료주의 기저에는 외상을 개인의 문제로 치환하려는 전략이 발견된다. 따라서 사회적 고통으로서 외상을 인식하고 대안 패러다임을 모색할 필요가 있다. 이 글은 진실 규명과 정의 회복, 회복 주체로서 생존자와 공동체의 책임, 최신 생물-심리학적 성과의 생태학적 적용, 그리고 회복이란 무엇인가에 관한 지속적인 논의를 중시하는 대안 패러다임의 원칙을 제시하였다.

주요어 : 외상, 외상후 스트레스 장애, 사회적 고통, 회복적 정의, 생태학적 접근, 외상 인식 접근

[†] 교신저자: 최현정, 트라우마치유센터 사람·마음, 연구분야: 임상·상담 심리학

Fax: 02-745-1210, E-mail: connect@traumahealingcenter.org

서론: ‘PTSD 시대’의 고통 인식을 돌아보며

외상(外傷, trauma)은 개인의 신체, 심리, 정체성 및 관계의 안녕감과 통합성을 와해하는 충격적인 사건을 일컫는다. 본래 외상은 그리스어에서 유래하여 ‘상처, 혹은 상처 치료에 수반되는’이라는 뜻으로 고통을 유발하는 신체 부상을 지칭했으나, Pierre Janet와 Sigmund Freud의 임상 연구 이후 신체에 국한되었던 외상의 정의는 심리적 차원으로 확장되었다(Wilson, 1994; Young, 1997). 의식에서 제거되어 반복적인 심리적 고통을 가하는 억압된 실제 외상 기억에 관한 Janet와 Freud의 논의는, 기억을 매개로 하는 심리적 외상의 존재를 밝힌 최초의 연구라 할 수 있다. 그러나 심리적 외상 및 외상후 반응에 관한 개념이 주류 의학계에 공식 인정을 받은 것은 1980년 미국정신의학회(American Psychiatric Association: 이하 APA)의 정신장애 진단 및 통계 편람(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: 이하 DSM) 3판이 출판된 이후였다. 현재 DSM-5는 죽음, 심각한 상해, 성폭력의 실제 경험 및 이를 위협받은 경험을 직접 겪거나 목격했거나, 가까운 이가 경험했거나, 혹은 직업 상황에서 반복 경험했을 때를 외상이라고 정의한다(APA, 2013).

외상이라는 용어는 DSM의 정의를 넘어, 심리적 상처를 지칭하는 대중 언어이자 이디엄(Summerfield, 2001)이 되었고, 더하여 DSM의 진단명인 외상후 스트레스 장애(Posttraumatic stress disorder: 이하 PTSD)는 미국 사회에서는 ‘문화적 틀(cultural template: Young, 2007)’을 형성할 만큼 대중적인 개념이 되었다. 미국과 마찬가지로 한국 사회에서도 외상이나 PTSD라는 용어는 널리 알려졌는데, 이는 서구 정신 병리학 개념이 고통 체험을 이해하는 사고의 범위와 방식에 영향을 미친다는 뜻이다. PTSD 용어의 대중화 이전에 우리가 압도적으로 고통스러운 사건을 이해하는 방식과, 대중화 이후에 우리가 사건 및 사건 후 반응을 이해하는 방식은 변했다. 이 글은 이러한 지금을 ‘PTSD 시대’라고 지칭하였다. 정신건강 기술 용어의 대중화란 양날의 칼이다. 외상 사건으로 인한 개인의 반응을 이해하고 이를 설명할 수 있는 이름이 있다는 점에서는 외상과 PTSD의 개념은 매우 유용하지만, 이 용어의 대중화는 외상에 대한 우리의 인식과 대응방식을 퇴보시키는 변화를 발생할 우려가 있다.

첫째, 이는 고통에 대한 우리의 인식을 협소하게 한다. 사람들은 정신건강 전문

분야에서 기술하는 개념을 넘어 인간의 고통에 대해 사유하거나, 타인의 고통에 반응하기를 중단하였다. 특히 고통이 의료의 대상이 되거나 기술 영역에 속한 개념이 되면서, 인간의 고통에 대응하는 사회의 기능에 대한 논의 역시 축소되었다. 타인의 고통이란 인간과 인간관계의 본질에 대해 사유하게 하는 윤리적 의미를 담고 있다. 한 사람이 타인의 고통을 어떻게 인식하고 이에 어떻게 반응하느냐는 개인의 가치관과 삶의 의미를 대표한다. 고통을 윤리적 주제로 다루면서, 우리는 삶을 어떻게 살아야 하는가를 배울 수 있다(Kleinman, 2006). 그러나 가치관과 삶의 의미를 결정짓는 주제를 오직 전문 기술 영역에 의지할 때 우리는 도덕과 인간성 상실의 문제에 마주하게 된다. Kleinman은 묻는다. 인간이 겪는 비극이 과연 항우울제를 요청하는 질환일 뿐인가?

둘째로, 질병의 인식 및 대응과 관련된 개인의 질병 행동(illness behavior)을 왜곡시킨다. PTSD 용어가 대중에게 알려지면서 대중은 더 광범위한 경험이 외상으로 인정되기를 바랐다. 이에 무엇을 외상으로 정의할 것인가부터 논란에 휩싸였다. 개인의 경험이 외상으로 인정 되는가 아닌가는 그 경험을 고통으로 인정할 수 있는가의 기준이 되었다. 외상이 '질환'으로 허용되면서, 외상이라고 이름 붙이는 행위는 개인의 경험을 정당화하는 기능을 맡게 된 것이다. 어떤 경험을 외상으로 인정할 것인가의 문제는 DSM의 정의 수립에서도 많은 논란이 있었는데, 특히 DSM-IV(APA, 1994)에서는 외상의 정의가 가장 광범위하여('개인의 일상적인 대응 역량을 압도하는 비일상적인 사건을 경험했거나 목격') 논란을 불러일으켰다. 이는 미국 9/11 사태 이후, 매스미디어를 통한 외상 사건의 목격이 개인에게 PTSD를 야기할 수 있는가에 관한 지난한 논의로도 이어졌다(Young, 2007). Young은 PTSD 개념의 대중화가 9/11 이후 매스미디어로 사건을 간접 목격한 사람들의 체험 인식에 영향을 미쳐 PTSD의 과잉 진단을 불러일으켰다고 주장하였다.

이와 유사한 논의로, 미국 국립 베트남 참전군인 재적응 연구(National Vietnam Veterans Readjustment Study, NVVRS)의 PTSD 유병률이 과잉 추정되었다는 연구(Dohrenwend et al., 2006)가 있다. 이들은 NVVRS가 전투 외상에 어떤 경험이 포함되는지 외상을 명확하게 정의하지 않았고, 증상은 있으나 기능에는 문제가 없는 사람들을 포함하여 과잉 진단을 초래하였다고 발표하였다. 이와 관련하여, PTSD 개념의 대중적 확장이 개인의 심리적 현상 인식에 어떠한 영향을 미치는가에 관해

논의할 수 있다. Summerfield(2001)는, PTSD는 압도적인 사건에 대한 ‘정상적이고 자연스러운 반응’과 ‘병리적인 반응’에 대한 구분에 실패하여, 그 특이도가(specificity)가 저조하다고 주장하였다. 특히 국가가 사회적 공동체가 아닌 경제적 단위로 기능하고, 개인주의와 권리의식이 신장한 근대 문화의 틀 안에서 양성 오류(false positive)는 문제가 된다고 하였다. 근대 사회에서는 압도적인 사건에서 살아남은 ‘생존자’보다는 압도적인 사건으로 결함을 입은 ‘피해자’의 정체성이 더 유용하며, PTSD라는 명칭은 개인에게 ‘피해자’의 위치를 제공하여 도덕적 정당성을 제공한다. 따라서 PTSD 시대의 피해자들은 적극적으로 PTSD 환자가 되기를 격려 받는다. Summerfield는 PTSD는 우리 시대 ‘결함의 훈장(certificate of impairment)’으로서 인정과 보상 문제에서 고통에 대한 유용한 개념이라고 지적하였다. 이러한 상황에서 PTSD는 비효율적인 질병 행동을 야기하여 오히려 외상후 부적응을 야기하고 비용을 낭비하는 결과를 초래할 수 있다.

따라서 외상 및 외상후 반응을 어떻게 인식하느냐는 매우 중요한 문제이다. 이는 외상에 대한 건강한 대응 방식의 길잡이가 되고, 더 나아가 인간의 고통 인식과 윤리적 실천을 성찰하기 위한 논의의 출발점이 된다. 이 글은 우선 외부 스트레스로서 외상의 정의를 분명히 하였고, 사회적이고 정치적인 함의를 지니는 PTSD 명칭 형성의 역사를 살펴보았다. 이어서 PTSD 개발로 진전된 탈맥락적 접근의 신경생리학과 인지신경과학의 연구 성과를 요약하면서, 탈맥락적 접근의 한계와 더불어 맥락 접근이 중요하다는 점을 논하였고, 사회적 고통으로서 외상에 접근할 필요성을 제시하였다. 특히 한국사회에서 외상을 개인의 문제로 치환하는 전략을 짚으면서 외상 회복을 위한 대안 패러다임을 모색하였다.

외상과 PTSD의 의미

외상의 정의

상처의 기원이 외부의 압력, 즉 ‘외부’ 스트레스에 있다는 점에 외상의 핵심이 있다. Freud는 1928년 『쾌락 원칙을 넘어서』에서 외상 사건은 개인의 자아 방어

및 대처 역량을 감축하는 외부 스트레스라고 설명하면서 만성 외상후 증후군의 개념을 제시하였다(Wilson, 1994). 제2차 세계 대전을 목격한 Kardiner는 『전쟁 외상 신경증』에서 전쟁 외상을 경험한 사람들의 심리적 현상을 기술했는데, 외상은 ‘적응에 급격한 변화를 촉발하는 외부(이탈릭 원문) 요인이며, (...) 외상성 신경증이란 완전한 종결이 부재한 채 자원의 고갈과 자아의 위축을 지속시키는 적응 상태이다.’라고 설명하였다(Kardiner, 1941, p.79). 즉, 심리적 적응 상태에 급격한 변형을 야기하는 압도적인 외부 사건 요인이 곧 외상이라고 할 수 있다.

한편, 어떤 사건은 누적된 작용을 통해 인간의 적응 상태에 만성 영향력을 가한다. 여기에는 아동기의 반복적인 학대와 방임 경험, 전체주의적 조직에 의한 체계적인 박해 경험(예: 고문, 성매매, 종교 집단, 분쟁 및 전쟁 지역) 등이 해당한다. 임상가들은 이를 복합 외상(complex trauma)이라고 칭하며 이것이 개인의 정체성, 대인관계, 적응 방식에 야기하는 만연하고 파괴적인 영향력을 설명하고자 시도하였다(예: Briere & Scott, 2006; Curtios & Ford, 2013; Herman, 1997/2007; Pelcovitz et al., 1997). 현재 DSM-5(APA, 2013) PTSD에서는 외상후 증상을 최대한 포괄하고자 하면서 복합 외상의 영향력은 별도로 명시하지 않으나, 세계보건기구의 스트레스 관련 장애 분류 워킹그룹은 국제질병분류체계-11(International Classification of Diseases-11: 이하 ICD-11)에서 PTSD와 구분되는 복합 PTSD(complex PTSD: 이하 CPTSD)의 새로운 진단을 제안하였다(Maercker et al., 2013). ICD-11은 PTSD를 고유 증상에 초점을 맞춰 최대한 협소하게 기술하고, CPTSD는 보다 광범위하게 증상을 포괄하고자 한다(Friedman, 2014). 한편, 어떤 학자들은 생리적 경보 체계에 부정적인 영향을 미칠 수 있는 만성 스트레스 사건(예: 방임, 만성 질환, 역기능적 가족 체계) 중 DSM의 외상 개념에 해당하지는 않지만, PTSD 증상과 상관을 보이는 스트레스 반응을 일컬어 만성 압박 스트레스(prolonged duress stress)로 정의하기도 한다(예: Scott & Stradling, 1994).

요컨대, 외상이란 외적인 요인으로서, 외부 세계에서 발생하여 개인의 적응 체계를 급격히 혹은 만성적이고 광범위하게 변형시키는 사건이다. 인본주의와 긍정 심리학의 관점에서 외상을 연구하는 심리학자인 Joseph과 Linely(2008)는 ‘삶과 죽음(life and death)’이 아니라 ‘삶과 외상(life and trauma)’이라고 말하였다(pp.339-356). 심리적 고통을 표현하는 가장 강력한 언어가 죽음이라고 할지라도, 삶과 양립하는

것은 죽음이 아니라 외상이다. 죽음은 삶이 끝나는 데에서 시작하지만 외상은 살아있는 동안 일어나고 그 누구도 피할 수 없는 고통이기 때문이다. 외상은 그 압도적인 영향력에서 만큼은 비일상적이지만, 누구에게나 닥칠 수 있는 가장 일상적인 인간 조건에 속한다(Herman, 1997/2007). 우리가 죽음에 대해서 이야기하는 것만큼 외상에 대해서 이야기하는 것도 중요하다. 인간 조건으로서의 외상을 어떻게 받아들이고 해결해 나갈 것이냐 하는 질문은 결국 고통 속에서 인간과 인간이 어떻게 함께 살아갈 것인가 하는 질문과 그 무게가 같다.

PTSD 정통성 획득의 역사

Freud는 외상 이론에 대한 선견지명이 있었음에도, 후기에 그의 이론을 전환하였다(Herman, 1997/2007). 외부 요인으로서 외상 사건이라는 원인론은 환상과 심리적 현실이라는 내부 요인 원인론으로 대체되었다. 이에 초기 DSM-I과 II의 개념에서는 외부 사건이라는 맥락과 선행 연구 성과들이 사라졌다. DSM-I의 ‘전반적 스트레스 반응(Gross stress reaction)’은 외부 스트레스 보다는 개인의 특질과 정신역동에 원인이 있음을 가정하였고, DSM-II의 ‘성인기 적응 반응(Adjustment reaction of adult life)’은 당대 주요 외상 사건에 대한 개념 형성에 실패했다는 평가를 받는다(Wilson, 1994). DSM-III(1980)에 이르러 외상은 ‘누구에게나 분명한 고통을 야기하는 확인 가능한 스트레스’라고 정의되었고, 대표적인 증후군으로서 PTSD 개념이 확립되었다. DSM-III-R(1987)에서는 이를 보다 분명히 하여, ‘거의 모두에게 확연한 고통을 야기하고 일상의 범주를 넘어서는 외부 사건’을 외상으로 정의하였다.

이를 통해 외상후 반응은 ‘비정상적’으로 압도적인 외부 사건에서 비롯된 ‘정상적’인 인간 반응이라는 관점이 자리 잡았고(Lifton, 1988; McCann & Pearlman, 1990에서 재인용), 오직 심리사회적 기능에 부정적 영향을 미칠 때에 외상후 반응을 병리적으로 진단하게 되었다. 이러한 배경에 따라 현재에도 여러 임상가들은 외상후 반응을 외상에 따른 ‘장애(disorder)’나 손상이 아닌, 외상 이후 삶에 적응하는 과정에서 수반되는 고통으로 이해하기를 선택한다(Ehrenreich, 2003; Joseph & Linely, 2008; McCann & Pearlman, 1990).

DSM에 최초로 PTSD 개념이 등장하여 비정상적 외부 요인과 그에 대한 정상적

인 인간 반응을 구분함으로써, 외상에 대한 인식은 '패러다임 전환(Jones & Wessely, 2007)'을 맞이하였다. 1970년대 이전에는 외상 이후 나타나는 만성 후유증이 개인이 지닌 정신 질환과 관련 있다는 주장에 따라 외상 후유증이 개인의 문제로 치부되었으나(Jones & Wessely, 2007), 베트남 전쟁이 가했던 강력한 후유증에 대한 임상가들의 몰두는 DSM-III PTSD의 개발로 이어졌고, 외상 후 부적응의 요인으로 인간 개인의 심리적 결함이 아닌 외부 스트레스 요인을 지적하였다(Summerfield, 2001). 공격 세계의 두 세계 대전과 참혹했던 베트남 전쟁의 피해자, 그리고 사적 세계의 가정 및 성적 폭력의 피해자가 보이는 증후군은 개인의 도덕성이나 나약함과 무관한 것으로, 외상 사건이 개인에게 가한 영향력의 결과로 인정받았다(Herman, 1997/2007, pp.25-66).

이 전환은 사실상 사회적이고 정치적이다. 외상 후유증이 정신의학회의 승인을 받았다는 것은 외상의 영향력과 PTSD의 정통성이 입증 되었다는 뜻이고, 외상 사건이라는 원인이 간과된 채 피해자들의 후유증에 가해진 몰이해와 낙인을 제거할 수 있다는 뜻이며, 임상 현장에서 오진과 잘못된 치료를 예방할 수 있는 가능성이 열리게 되었다는 뜻이다(Herman, 1997/2007, pp.25-66; McNally, 2009; Wilson, 1994). PTSD가 수립된 사회적 정치적 배경 덕에, 피해자들은 자신이 경험하는 후유증에 정당한 이름을 얻게 되었고, 외상 사건이라는 기원을 출발점 삼아 임상 개입을 받을 수 있게 되었다. PTSD라는 진단을 받는다는 것은 피해자 자신이 아니라, 외상 사건이 문제라는 도덕적 입지를 마련하는 것과 같았다. 결국 PTSD는 '정신장애 진단'에 속하는 개념이지만 그 원인으로 외상 사건을 가정함으로써 엄밀히 정신장애는 아닌 것이었다.

현재 DSM-5는 외상의 모호한 정의를 보다 분명히 하고자 시도한다. DSM-IV에서는 '사건 당시 현저한 공포, 두려움, 무력감을 느낀 경우'를 외상으로 정의했지만, 이것이 이후 PTSD의 발생을 변별해주지 못한다는 경험 연구에 근거하여 DSM-5에서는 이를 삭제하였다(Friedman, 2013). DSM-IV로부터 변화된 DSM-5의 외상 정의만 살펴보면, 우선 성폭력을 명확하게 기술한 특징이 있다. 또한 간접 경험이라면, 친밀한 이의 죽음인 경우 오직 폭력적이거나 사고인 경우에만 외상으로 간주하고, 직업 상황에서 반복적으로 외상 자료에 노출되는 경우를 처음으로 포함하였으며, 마지막으로, 미디어를 통한 간접 노출은 직업 상황이 아닌 경우에는 외상이 아닌

것으로 명확하게 기술하였다(APA, 2013).

외상의 탈맥락 접근

본래 사회적이고 정치적인 배경에서 탄생한 PTSD 진단의 의미에도 불구하고, PTSD 역시 진단적 명명이 지닌 양날의 칼을 피해가기 어려웠다. PTSD 대중화의 파급 효과에 대해 앞서 언급한 바대로, 정신의학적 진단은 인간의 고통 체험을 기술(技術, technique) 문제로 전환시켰고, 인간의 고통을 전문가의 기술 개입이 필요한 대상으로 간주하였다. 외상 피해자를 향한 경청은 Freud의 대화치료(talking cure)가 탄생한 배경이기도 했으나, PTSD 시대에 외상 후유증의 진단은 임상가가 잔혹의 증인으로서 경청하기보다 진단 범주를 기계적으로 검토하는 행위로 대체되었다(Herman, 1997/2007, pp.25-66). PTSD 진단명이 보상을 위한 이름이 된 시대에서 외상을 겪은 사람이 ‘피해자’가 아닌 ‘생존자’로, ‘보상을 갈구하는 자’가 아닌 ‘진실 규명에 따른 정의 회복’을 요구하는 자로 정체성을 획득하거나, 공동체 내에서 자연스러운 재적응을 달성하기란 어려운 일이다.

그럼에도 DSM-III로부터 35년이 지난 현재 PTSD는 정신의학의 주류 개념으로 다분야에서 폭발적인 연구 성과가 누적되고 있으며, 효과적인 임상 개입의 증거 또한 확립되고 있다. 이는 진단명의 개발이 이루어낸 가장 핵심적인 성과일 것이다. 이 시점에서 일부 학자들은 이제는 PTSD 개념 설립의 사회적 정치적 배경에서 벗어나, 장애이자 정신병리로서 PTSD를 연구해야 한다고 주장한다(예: McNally, 2009). McNally는 PTSD는 정치가 아닌 과학이 되어야 한다고 주장하며, PTSD 증상에서 외상 사건은 ‘원인(cause)’이 아니고, PTSD는 오로지 외상 사건에 ‘관련된(about) 것’일 뿐이라고 말한다.

또한 심리생물학 연구의 발달로 PTSD 연구는 유전학, 신경내분비학, 신경영상학 및 신경해부학, 인지신경과학 분야로 확장하였다. 외상을 이해함에 있어 이렇듯 사회적 맥락에서 벗어난 탈맥락 접근을 두 가지 흐름으로 나눈다면, 한 축은 PTSD 증상의 기전에 관한 연구이고, 다른 축은 PTSD 발생 위험 요인 연구이다. PTSD 증상의 신경생리학적 변화 기전에 관한 연구는 외상후 회복을 보다 전문 영역의 문

제로 국한시키는 배경이 되었다. 또한 최근 PTSD 위험 요인 연구는 특히 생물학적 개인 변인에 몰두하고 있다(McNally, 2009). 위험 요인에 관한 연구는 유사한 외상 사건을 경험했을 때 PTSD 발생에 더 취약한 일부 개인 특성이 있다는 점을 전제로 한다. PTSD의 원인을 외상 사건이 아닌 개인 변인으로 가정하기 때문에 피해자에 대한 비난을 불러일으킬 수 있다는 우려에도 불구하고, 동일 사건을 겪은 모든 사람이 PTSD로의 진행을 보이지는 않는다는 사실(Breslau & Davis, 1987)에 따라 PTSD의 위험 요인을 발견하려는 시도들이 시작되었다. McNally(2009)는 이러한 시도를 찬성하며 이데올로기적 규제가 없는 자유로운 연구가 PTSD 연구의 진보를 가져올 수 있다고 주장하였다. DSM-III에 PTSD를 등재시키려는 정치적 움직임을 주도한 이전 세대의 임상가와 연구자들이 여전히 활약하는 가운데, 새로운 생물-심리학적 연구자 세대가 증가하는 것은 일부 환영할 일이다. 생물-심리학적 연구의 성과와 한계점을 이어서 논의하였다.

외상의 신경생리학

PTSD 증상의 신경생리학적 상관물에 관한 연구들은 외상 경험이 신경생리 체계에 변형을 야기하며, PTSD 증상은 자동적인 신경내분비 반응과 주의 및 기억과 관련된 특정 뇌기능 문제라고 본다. 스트레스는 생리학적으로 유기체의 생리적, 심리적 항상성을 훼손한다. 강력한 스트레스는 카테콜아민, 세로토닌, 도파민, 시상하부-뇌하수체-부신축(hypothalamic-pituitary-adrenocortical axis: 이하 HPA) 축의 호르몬 반응, 그리고 내인성 아편유사제 등 신경호르몬 반응을 동반하는데, 특히 지속적인 스트레스는 생리적 스트레스 반응의 만성 활성화를 야기하여 스트레스 반응의 효율성을 저해하고, 정서, 사고 및 행동 조절과 관련된 편도체(amygdala) 활성화 및 이마엽(frontal lobe) 기능 저하를 일으키는 것으로 밝혀졌다(Arnsten, 2009, Box 1 참조; van der Kolk, 1996). 또한 스트레스는 뇌세포의 속성을 변형시켜 학습이나 기억 등의 인지 과정을 방해하는 생리적 요인이 될 수 있다(Kim & Diamond, 2002).

건강한 신체는 스트레스 상황에서 글루코코르티코이드(예: 코티솔) 수준이 높을 때 HPA 축, 앞이마겔질(prefrontal cortex), 해마(hippocampus), 편도체의 부적 피드백 고리(negative feedback loop)를 통해 스트레스 반응을 억제 조절한다(Oitzl, Champagne,

van der Veen, & de Kloet, 2010). 그러나 PTSD로 진단받은 개인들은 주요우울장애로 진단받은 개인 혹은 진단이 없는 개인들과 비교했을 때 코티솔 수준은 저하되고, 부신곁질 자극 호르몬 방출 인자(corticotropin-releasing factor)는 높은 수준으로 나타난 동시에, HPA 축의 부적 피드백 고리 민감도는 증진하는 등, 생리적 스트레스 반응 조절 실패를 동반하는 것으로 나타났다(Yehuda, 2002). 이러한 생리적 스트레스 반응 조절 문제는 교감 신경계의 만성적인 강도 높은 활성화를 야기하고, 카테콜아민 반응을 지속시킨다. 한 연구는 PTSD가 있는 참전군인들에게서 높은 수준의 카테콜아민과 이에 따른 지속적인 교감신경계의 활성화를 발견하였다(Kosten, Mason, Giller, Ostroff, & Harkness, 1987).

뇌기능 상관 연구에서 PTSD는 편도체의 활성화와, 이를 조절하는 앞이마엽 및 해마의 기능 저하와 관련을 보였다. PTSD는 해마, 편도체의 상호 기능의 변형과 관련되었으며(Driessen et al., 2004; Shin et al., 2004; Shin, Rauch, & Pitman, 2006), 시상하부, 편도체, 뇌줄기와 연결되어 자율신경계, 신경내분비계, 정서와 행동표현을 중재하는 앞쪽 띠다발 곁질(anterior cingulate cortex)의 활성화 감소와 관련되었다(Lanius et al., 2005). 둘레계통(limbic system)을 억제하여 공포 행동의 일반화를 조절하는 안쪽앞이마엽곁질(medial prefrontal cortex)과 이마엽-곁질아래(frontal-subcortical) 연결 회로의 기능결함의 관련성은 외상 사건 당시에 적합했을 생리 반응이 사건 이후에도 자동적으로 나타나는 PTSD 핵심 증상과 관련이 있었다(Bremner, Narayan, & Staib, et al., 1999; Bremner, Staib, & Kaloupek, et al., 1999; van der Kolk, 2006).

특히 해마는 스트레스 호르몬과 기억 기능 모두와 관련된 뇌 영역으로, 인간에게는 외현 기억을 형성하는 역할을 하는 것으로 밝혀졌으며(Eichenbaum, 2000), HPA 축을 억제하는 부적 피드백을 통해 스트레스 반응을 조절한다. 해마에는 코르티코스테로이드 수용체가 밀집되어 있는데, 이 중 글루코코르티코이드 수용체는 스트레스에 활성화되어 학습과 기억의 부정적인 영향을 매개한다(Kim & Diamond, 2002). PTSD가 있는 사람들은 해마 크기 저하가 나타나는 것으로 보고되었는데, 이것이 만성 스트레스의 결과인지 혹은 병전에 지녔던 PTSD 위험 요인인지는 분명하지 않다(예: Bremner et al., 2003; Stein, Koverola, Hanna, Torchia, & McClarty, 1997). PTSD와 해마 관련 연구는 혼재되어 있는데(Shin et al., 2006), 이 상관은 외상 발생 시기에 따라 다를 수 있고(Eckart et al., 2011), 외상의 단일성 혹은 만성화

정도에 따라 다를 수 있다(Sapolsky, 2000). 특히 PTSD에서 발견된 낮은 수준의 글루코코르티코이드 수준은 높은 수준의 글루코코르티코이드가 해마 위축과 관련 있다는 결과와 상반되는 기제를 나타내기 때문에 논란의 여지가 있다(McNally, 2003; Sapolsky, 2002). 한편, 편도체 방사(projection) 영향이 해마의 기억 기능에 영향을 미칠 수 있으며, 스트레스에 따른 해마 기능 변형은 편도체의 과잉 활성화 여부에 따른다고 알려져 있다(Kim & Diamond, 2002). 이와 관련하여, 전투 중 상해로 편도체가 손상된 베트남 참전 군인들은 PTSD 증상의 강도가 완화되어 나타나는 것으로 보고되었다(Koenigs et al., 2008).

PTSD가 발생하는 개인 위험 요인에 관한 연구는 낮은 지능지수(Macklin et al., 1998), 외향성 및 신경증적 성격 성향(Breslau, Davis, & Andreski, 1995), 그리고 앞서 언급한 작은 해마 크기(Gilbertson et al., 2002)에 주목하였다. 위험 요인 연구로 유전 연구도 이루어졌는데, 쌍둥이 연구와 후보 유전자(candidate-gene association) 연구가 발표되었다. 쌍둥이 연구에서 공유 환경이나 사건 요인을 제외하고 일란성 쌍둥이는 이란성 쌍둥이에 비교하여 PTSD 진단 일치율이 높은 것으로 보고되었다(True et al., 1993). 후보 유전자 연구는 외상을 경험했으나 PTSD가 없는 사람과 PTSD가 있는 사람의 비교 연구로 이루어졌으며, 세로토닌 및 도파민 시스템(예: SLC6A4, HTR2, DRD2, DRD4), HPA 축 및 글루코코르티코이드 기능(예: FKBP5, GCCR, CNR1), 청색반점 및 노르아드레날린 시스템(예: NPY, DBH, COMT, GABRA2), 신경트로핀(예: BDNF), 리포프로틴(예: APOE) 등과 관련된 유전자 표지 연구가 보고되었다(Cornelis, Nugent, Amstadter, & Koenen, 2010). 그러나 PTSD의 생리학적 기전에 관한 연구가 부족한 만큼, 후보 유전자 연구는 다른 정신장애 연구에 비교했을 때 매우 적은 수를 차지하고, 따라서 최근에는 전장유전체연관분석(genome-wide association) 연구에서 PTSD의 유전자 표지를 발견하려는 연구들이 시작되고 있다(예: Logue et al., 2013).

외상의 인지신경과학

외상 기억을 매개로 심리적 외상의 후유증을 설명하는 Janet와 Freud의 이론에 이어, 후대의 행동주의 및 인지과학 분야의 이론가 및 임상가들 역시 PTSD를 설

명하기 위해 인지기억 이론을 제시하였다. 현재 이론 경향은 PTSD의 핵심 증상인 비자발적 침투 기억 현상(예: 플래시백)을 기억의 장애로 설명하는 입장이 우세하다. 다중 기억 표상을 가정하는 PTSD 임상 이론에는 대표적으로 Foa와 동료들의 정서 처리 이론(emotional processing theory: Foa & Kozack, 1986), Brewin과 동료들의 이중표상이론(dual processing theory: Brewin, Dalgleish, & Joseph, 1996; Brewin, Gregory, Lipton, & Burgess, 2010), Ehlers와 동료들의 인지 이론(예: Ehlers & Clark, 2000)이 있다. 이들 이론은 기억의 다중 표상 및 다중 처리 과정을 가정하며, 외상 사건의 입력 및 인출 과정에서 기억 표상 간의 분절이 외상성 기억증상을 야기한다고 설명하였다.

Foa와 Kozack(1986)은 외상 경험이 공포 자극, 공포 자극에 대한 신체 및 행동 반응, 자극-반응과 연결된 의미 체계의 연합으로 구성된 공포 기억 구조(structure of fear memory)를 형성시킨다고 보았다. 공포 기억에 대한 만성적인 회피 반응은 정서 처리를 기반으로 한 기억 구조의 수정을 방해한다. 특히 외상후 반응에 대한 부정적인 인지적 평가가 회피 반응을 유지시키면서 공포 연합 표상이 지속될 수 있다(Foa, Ehlers, Clark, Tolin, & Orsillo, 1999). 이는 외상 기억의 정교한 자서전적 통합을 저해하는데, Amir, Stafford, Freshman과 Foa(1998)는 외상 기억 내러티브가 덜 정교할수록 추후 PTSD 발생 위험이 높아진다는 점을 발견하였다.

Brewin(2014)은 장기지각기억(long-term perceptual memory) 체계와 자발적 삽화기억(voluntary episodic memory) 체계의 구분을 가정하였고, PTSD로 발현되는 기억에는 이 두 체계의 기능적 연결 방식이 변형되어 있다고 보았다. 장기지각기억 체계는 감각-지각적 단서들의 연합으로 구성된 상황접근기억(situationally accessible memory) 혹은 감각기반기억(sensation based memory)으로, 자발적 삽화기억 체계는 언어화된 의식적 기억인 언어접근기억(verbally accessible memory) 혹은 맥락에 연결된 추상 기억인 맥락기억(contextual memory)으로 개념화된 바 있다(Brewin, 2011; Brewin et al., 1996; Brewin et al., 2010). Brewin 등(2010)은 이중 기억 표상의 신경학적 기전을 탐구하였는데, 감각기반기억은 비자발적인 감각 및 정서적 자동 반응을 포함하며 편도체와 섬엽(insula)의 경로를 따르고, 맥락기억은 의식적으로 접근 가능한 맥락 의존적 기억으로 해마와 부해마(parahippocampus) 등 안쪽 관자엽(medial temporal lobe)과 관련 있다고 제시하였다. Brewin(2011, 2014)은 외상 기억의 문제는 비자발적 회

상에 동반되는 '현재성'과 현저한 지각적 특징, 그리고 자발적 회상에 동반되는 과편화되고 비조직화된 기억의 문제와 관련 있다고 정리하였다. 그러나 자발적 기억의 비조직화에 대한 연구는 맥락기억의 문제 현상에 대한 명확한 개념의 부재, 그리고 표준화된 평정 도구의 부재 등과 같은 방법론적 문제로 연구마다 상이한 결과를 보고하면서 아직 합의를 찾지 못하고 있다(최현정, 2014a; O'Kearney & Perrot, 2006).

Ehlers와 Clark(2000)은 외상 당시에는 위협에 대한 대처 능력을 증폭시키려는 생존 기제의 일환으로 지각적 점화(perceptual priming)가 활성화된다고 보았다. 따라서 외상 기억의 입력에서 감각적 인상에서 초점을 둔 자료기반처리(data-driven processing) 과정이 우세해지고, 결과적으로 상황 맥락이나 의미를 처리하는 개념처리(conceptual processing) 과정은 약화된다. 외상 당시 체험한 정서와 당시 입력된 인지적 주제는 자료기반 처리의 우세로 인해 의미 형성에 실패하여 이후에도 침투적 방식으로 고통을 지속시킬 수 있다(Halligan, Clark, & Ehlers, 2002).

이에 따라, 다중 표상 이론에서 제시하는 주된 치료적 개입은 노출(exposure) 및 습관화(habituation)와 외현 기억(explicit memory)의 조직화에 관한 인지행동주의 원칙에 따른다. 외상의 심리치료는 안전한 치료 환경에서 외상 기억을 다시 체험하면서 공포 단서에 직면하는 노출치료가 기본이 된다. Foa와 Rothbaum(1998)은 반복 노출을 통해 생리적 활성의 습관화를 피하여 공포 기억 구조를 수정하고, 자발적 외상 기억을 조직화하는 개입을 통해 증상 완화를 이룰 수 있다고 하였다. 특히 Holmes, Grey와 Young(2005)은 외상 당시 입력된 정서 경험과 인지적 주제를 확인하는 것이 중요하다고 하였다. 치료적 재체험 동안 이러한 정서 및 인지적 주제의 개념처리 과정을 활성화하여 외상 기억을 나머지 기억 체계에 통합시키는 것이 중요하다(Ehlers, Clark, Hackmann, McManus, & Fennell, 2005).

그러나 일부 이론가들은 비자발적인 외상 기억의 활성화가 자발적인 회상과 재인을 강화시키며, 따라서 비자발적인 기억과 자발적인 기억은 서로 높은 상관을 보인다고 하면서 단일 기억 표상을 가정하였다(Rubin, Berntsen, & Bohni, 2008). Berntsen, Rubin과 동료들은 외상 기억은 일반 기억과 동등한 작동 방식을 지니고(Rubin, Boals, & Berntsen, 2008), 외상 기억의 과도한 통합이 외상후 증상을 악화시킬 수 있다는 주장을 편다. 기억은 단일 표상으로 구성되어 있으므로, 개인 정체성

의 대부분이 외상 기억을 참조할 때, 개인은 외상의 영향력으로부터 자유롭지 못하다(Berntsen & Rubin, 2007; Rubin, 2011).

다중 기억 표상을 주장하는 임상가들은 기억에의 반복 노출과 통합을 촉진하는 치료가 오히려 증상을 완화시키는 원리를 단일 표상 이론이 설명하지 못한다고 반박한다(Brewin, 2011, 2014). 효과 연구에서 강간 피해자의 파편화된 연합 기억을 통합시키는 과정은 불안 감소로 나타났고, 외상 기억 내러티브는 외상에 대한 반복적인 상상 재체험을 통해 점차 통합되어 우울을 완화시키는 것으로 나타났다(Foa, Molnar, & Cashman, 1995). 단일 기억 표상을 가정하는 이론가들은 다중 기억 표상 및 처리 과정을 주장하는 임상가들과 아직 합의점을 찾지 못하고 있으며, 이들의 이론을 입증하기 위해서는 인지과학 분야에서 외상 기억 체계를 검증하는 연구가 보다 뒷받침될 필요가 있다.

논란에도 불구하고, 외상의 인지과학이론은 PTSD의 증거기반 치료의 핵심 원리를 설명하면서 PTSD 증상을 ‘완화 가능한 것’으로 전환시켰다. 노출 방법을 포함하는 인지행동치료는 PTSD의 효과적인 치료 방법으로 자리 잡고 있으며(Harvey, Bryant, & Tarrier, 2003), 복합 외상후 반응을 조절하는 효과적인 개입(예: Schauer, Neuner, & Elbert, 2011)을 개발하는 기초가 되었다.

외상의 맥락 접근

탈맥락 접근의 한계

심리생물학과 인지과학 이론이 제공하는 설명을 실제 외상후 문제를 해결하는데 어떻게 활용할 것인가? 심리생물학 결정인 및 인지심리학적 기제에 관한 연구는 분명 PTSD 증상에 대한 이해를 증진하였고, 임상에서 치료 개입의 발전을 촉진하였다. 그러나 이 지점에서 다시 강조할 점은, 외상이 개인 외부에서 발생하는 스트레스 사건이라는 점이다. 외상은 개인이 속한 관계, 사회문화, 정치, 제도적 맥락에서 개인 혹은 특정 집단에게 가해지며, 개인 혹은 집단이 외상 이후의 삶에 적응하는 과정 또한 관계, 사회문화, 정치, 제도적 환경 속에서 이루어진다(McCann

& Pearlman, 1990). 따라서 이러한 맥락에 대한 이해 없이 생물-심리학적 변인만으로 외상을 통합적으로 이해하기란 어렵다.

PTSD에 관한 생물-심리학 이론은 외상후 반응을 개인의 산물로 설명하는데 그치며, 개인이 속한 관계와 사회 환경이 외상후 반응에 미치는 영향을 고찰하는 우리의 관점을 좁힌다. 예를 들어, 동일한 사건을 경험했지만 PTSD 발생 여부에 개인 차이가 있다는 발견은, 생물-심리학적 개인 변인으로도 탐구할 수 있지만 사회적 변인 역시 이 차이에 기여할 수 있다. 이와 관련하여, 사회적 지지의 부재가 PTSD 발생으로 이어진다는 사회적 변인은 여타의 생리심리학적 변인보다 설명력이 더욱 강한 것으로 밝혀졌다(Brewin, Andrews, & Valentine, 2000). 더하여, 몇몇 연구들은 사회적 변인이 생물학적 기체에 영향을 미칠 수 있다는 근거를 발견하였다. Hostinar, Gunnar와 Sullivan(2014)은 사회적 지지가 HPA 축을 조절하는 역할을 한다고 설명하면서, 생리적 기체에 대한 사회적 완충력 모형을 구축하고자 시도하였다. 이들에 의하면 발달 초기 지지적인 경험과 이후의 사회적 지지는 옥시토신 분비와 수용 촉진, 신경계 조절 역량 증진, 신경전달물질의 중재 촉진 등을 매개로 HPA 축의 스트레스 반응을 완충할 수 있다. 이러한 연구는 외상 회복에 대한 사회적 해법의 근거를 제시하므로, 회복에 대한 관점을 확장하고 다각의 대응 방안을 모색하는데 기여한다. 이 연구는 인간의 고통 체험이 생물학적 개인 변인만으로 결정되는 것이 아니며, 약물 및 인지행동치료와 같은 전문적 개입을 넘어서 사회적 차원의 공동체 중심 접근법이 외상 회복을 중재할 수 있다는 과학적 근거로 작용한다.

또한 인지과학이론을 근거로 외상 기억의 통합을 꾀하는 치료는 결국에는 개인이 자기 경험을 어떤 기준으로 이해하고 해석할 것인가 하는 의미 차원의 처리를 요청한다. 그러나 인지과학이론은 인간의 기억 체계와 개인의 기억 처리 방식이 후유증을 유발하는 과정은 설명하고 있지만, 하위 수준의 감각-지각적 기억을 상위 수준의 명제적 기억으로 통합하는데 개입되는 사회적 가치와 의미 체계에 대해서는 방향을 제시하지 못한다. 즉, 인지과학이론은 외상 회복에 필연적으로 사회적 가치와 의미 체계, 도덕적 판단에 대한 고민이 더불어 필요하다고 촉구한다. 외상 이야기를 자서전 기억(*autobiographical memory*)에 완전히 통합시키기 위해서는 외상 기저에 놓인 존재의 문제(예: 왜 나인가?)와 도덕적 문제(예: 누구의 책임인가?)에

대한 답변이 필수적이다. 이러한 답변에 대한 기준을 고민한다는 것은 사회적이고 도덕적인 문제로서, 생물-심리학적 논의를 넘어서는 성찰을 요구한다.

결국 인간은 생물-심리학적인 독립적 유기체이기도 하지만, 사회적이고 문화적인 존재이며 의미를 추구하는 존재라는 측면에서, 개인 내적 변인이나 생물-심리학적 기제만으로 외상에 접근하기에는 한계가 있다. 또한 PTSD가 다차원의 현상을 포괄하는 다중(heterogeneous) 개념인 만큼, 외상과 PTSD를 논함에 있어 다학제적, 생태학적 관점이 필요하다.

이와 일관되게, 여러 학자들은 PTSD의 생물-심리학적 연구 방법론에 문제를 제기하였다. 한 예로 PTSD와 생물학적 상관물에 관한 연구는 일관된 결과가 나타나지 않아 논란을 드러내는데(예: 글루코코르티코이드 수준, McNally, 2003; Sapolsky, 2002), 이러한 심리생물학적 연구의 상반된 결과들은 PTSD가 결코 단일 변인으로 설명되지 않는다는 점을 시사한다. 사실상 유전 및 분자 수준의 PTSD 연구는 엄격히 통제된 실험 상황에서 진행될 수밖에 없는 까닭에, 생태학적 타당도 측면에서 비판을 피하기 어렵다. 이에 대해 Galea 등(2006)은 다양한 표본이 참여하는 대규모 연구를 통해 생리학적 변인과 사회 맥락적 변인의 상호작용에 주목하는 연구가 필수적임을 주장하며, 이를 위한 이론 및 방법론적 고민을 촉구한다.

임상에서도 마찬가지로, van der Kolk(2006)는 PTSD 연구에서 심리학과 정신의학이 ‘나무는 보았으나 숲을 보는 데에는 실패’했다고 지적하였다. 개인의 의미 부여 및 행동 반응 체계에는 다양한 변인이 관여함에도 불구하고 두 분야는 단일 변인과 PTSD의 상관을 보고하는 연구만을 쏟아내었다. 이것이 연구의 발전에는 기여할 수 있겠지만 인간을 통합적인 존재로 이해하는 데에는 실패하였고 따라서 치료적 관점을 좁히는 결과를 초래하였다. Herman(1997/2007)은 외상 개념이 점점 주류 의학계의 개념이자 대중의 개념이 되면서, 외상에 대한 맥락적 이해가 상실되는 점을 경고하였고, 생리, 심리, 사회, 정치적 상호작용의 중요성을 역설하였다. 1980년 PTSD 시대 이후, 다시 한 번 새로운 패러다임의 모색이 필요한 시점이다.

외상에 관여하는 맥락 요인

외상 사건에 대한 반응은 본질적으로는 생리적일 수 있지만, 결국 사건에 대한

개인의 주관적 해석에 영향을 받으며(Yehuda, 2002), 외상에서 회복으로 가는 경로를 따르기란 지지적인 환경을 통해서만 가능하다(Yehuda, 2004). 주관적 해석은 과거 경험과 개인의 인지적 평가에 다시 영향을 받으며(Ehlers & Clark, 2000; Foa et al., 1999), 이러한 인지적 평가는 개인이 속한 사회의 역사적, 문화적 배경과 그 배경이 무엇을 지지하느냐와 떼어놓을 수 없다. 한 사회문화가 외상 경험이나 후유증에 대해 어떠한 의미와 가치를 부여하느냐는 우리의 고통 지각에 지대한 영향을 미치고, 결과적으로 증상의 발현을 결정짓고 증상에 대한 대처 방식에도 영향을 미친다(Marsella & Dash-Scheur, 1998). 예를 들어, 수치심, 죄책감, 소외감, 분노감, 자부심, 정당성, 소속감 등은 대표적인 외상후 정서 반응인데, 이들은 자의식 및 관계성과 관련된 정서로서 그 지각에서 자신의 사회적 위치에 대한 사회적 가치 판단이 개입된다. 따라서 이러한 정서의 발현과 완화에 사회 문화적 환경이 관여하지 않을 수 없다.

뿐만 아니라, 외상은 당사자 개인을 넘어 주변 사람들에게, 외상이 발생한 사회, 문화, 정치와 제도에도 광범위한 영향을 미친다. PTSD가 가족과 2세에 미칠 수 있는 영향에 관해서는 나치 홀로코스트 생존자 자녀의 PTSD 유병률 연구에서 밝혀진 바 있다(Yehuda et al., 2000). 또한 개인에 가해진 외상은 사회 전체에 불신과 공포를 야기하기 위한 의도적인 수단으로도 활용되기도 한다(예: 고문피해, Gurr & Quiroga, 2001). 폭력은 개인을 매개로 하여 사회를 통제하는 수단이 된다. 외상은 당사자의 주변 사람들에게도 고통과 갈등을 전달하며, 외상 사건이 발생한 사회 전체의 신뢰와 안전감을 위협한다. 외상은 사회가 안전하다는 신념을, 구성원들이 서로 신뢰할 수 있다는 기본 신념을 파괴한다. 특히 진상 규명과 복구가 등한시될 때 구성원 사이에서 발생하는 갈등은 상호 공격을 정당화하고, 이로 인해 갈등과 폭력의 악순환이 일어난다(Zehr, 2008).

한편, 외상 회복 과정에 영향을 미치는 제도적 변인을 배제할 수 없다. 자원의 불균등한 분배와 이윤 추구, 익명성이 특징인 분업화된 자본주의 사회에서 외상을 애도하는 과정은 왜곡될 위험에 처하기 쉽다. 2005년 미국 뉴올리언즈 허리케인 카트리나로 인한 대형 재난 피해에 대해서 Bauman(2006/2009)은 다음을 지적한다.

카트리나는 차별이 없었다고 할 수 있다. 착한 사람도 약한 사람도 다 같

이 치고, 부자도 빈자도 구별하지 않고 휩쓸었다. (...) 그러나 자연재해는 모든 희생자들에게 똑같이 ‘자연스럽지’ 않았다. (...) 허리케인의 결과는 분명 사람의 작품이었다.

허리케인 카트리나는 그 시작에서는 강자와 약자 모두에게 자연재해였지만, 그 해결 과정 속에서 약자에게만큼은 인재였다. 뉴올리언즈 피해 지역 거주민들은 허리케인을 미리 예상하였지만, 탈출할 수 있는 자와 없는 자는 경제력을 기준으로 구분되고 말았다. 가디언지 기사에 의하면 카트리나 이후 미 정부는 오히려 홍수 방지 시설 유지비를 50% 삭감하였고, 뉴올리언즈는 재난을 예방하기 위한 보호를 더 이상 취할 수 없게 되었다. 뉴욕 9/11의 상징은 부시 정부에게 정권을 유지할 수 있는 훌륭한 상징이었지만 카트리나는 그렇지 못했기 때문이었다(Schama, 2005). 유사하게, 사토 요시유키라는 일본 학자에 따르면 일본 후쿠시마 원전 사고 이후 일본은 경제적, 사회적 비용을 낮추기 위해 오염지역에 거주하는 국민을 버렸다(정원옥, 2014). 미국과 일본 정부는 신자유주의 원칙에 입각한 효율성에 주의하느라 그들의 국민을 망각하였다.

자연 재해이거나 인간이 가한 잔혹이거나, 외상은 ‘힘없는 자의 고통(Herman, 1997/2007)’이다. 다시 말해, 외상에는 필연으로 가해자, 피해자, 방관자의 구도가 존재하며 따라서 도덕적, 정치적 주제를 내포하고 있다. Herman은 무력한 사람들의 경험에 주목하는 행위는 정치적 성질을 내포하고, 따라서 인권을 기반으로 하는 정치적 움직임과의 연결을 통해서만 회복 작업을 지속할 수 있다고 하였다(Herman, 1997/2007, p.237). ‘이데올로기적 규제가 없는 연구’ 혹은 임상에서 ‘중립’이란 외상과 PTSD에서는 다른 지형에 놓인다. 외상의 문제는 결국 도덕의 문제이며, 기본적으로 정치적이다.

요컨대, 외상은 개인뿐만 아니라 주변 사람들과 그가 속한 사회를 변형시키고, 외상후 경험에 대한 해석과 대처방식은 사회문화적 기준과 정치적, 제도적 대응에 따라 구성되며, 회복 과정에도 이러한 맥락적 변인이 개입한다. 따라서 외상의 발생, 고통 지각, 해결 과정은 탈맥락적 논의로는 충분하지 못하다. PTSD라는 정신 의학적 개념이 조명하는 외상후 반응은 극히 작은 조각에 불과할 뿐이다. 인간의 고통에 대한 이해와 이후의 삶을 살아갈 방향을 제시해주지 못하는 약물 치료와

인지행동치료는 증상 완화에는 성공할 수 있을지라도, 생존자가 사건 이후 정체성을 통합하고 삶을 재적응해 나가야 할 과정을 뒷받침하는 데에는 실패한다. 외상을 해결하기 위해서는 고통이란 무엇인지, 회복 과정은 어떠한지에 대한 다층적인 논의와 실천이 필요하다. 이것은 새로운 패러다임을 마련하는 추동이 될 것이다. 다음으로 한국사회 맥락에서 PTSD 시대의 양상을 살펴보고, 한국사회에 요청되는 패러다임의 원칙을 제시해보고자 한다.

한국사회 외상 인식과 대응

2014년 한국사회에서는 수백명의 사람들이 목숨을 잃은 세월호 침몰 사건이 일어났다. 매스미디어로 9/11을 목격한 미국 시민의 심리적 충격이 주목을 받았던 것처럼, 2014년 한국사회에서 매스미디어로 전달된 세월호 침몰에 대한 시민들의 무력감, 죄책감, 슬픔과 분노는 타인의 고통을 지각하는 인간 의식을 반영하였다. 그것은 동시대에 공존하는 타인의 외상을 목격했을 때에 그것이 더 이상 '나의 죽음'에 대한 문제가 아닌 결국 '나의 죽음'의 문제라는 사회적 연대 의식을 증명하였다(박영균, 2014). 세월호 외상에 대처하는 시민사회의 키워드는 '기억의 정치', '애도의 정치'였다. 시민사회는 세월호 문제가 세월호 탑승객들의 문제로만 읽히는 위험을 경계하였고, 진상 규명과 공동의 책임 의식을 주장한다는 면에서 정치적이고 도덕적인 차원의 애도를 시도하였다. 그러나 이와 반대로, 제도권의 대응 방식은 세월호 사건을 생존자, 유가족 및 실종자 가족 개인의 문제로 국한하려는 시도였다. 외상이 인간에게 장기적인 영향력을 남길 수 있는가에 대한 논쟁이 '그렇다'라는 답으로 종결되었음에도(Kinzie & Goetz, 1996), 한국 사회의 정책자들은 이에 무지했고, 재난 대응 제도는 비체계적이었을 뿐만 아니라, 인간의 존엄성 구현이라는 위기관리의 목적을 상실했다는 점에서 파괴적이었고(이재은, 2014), 국가는 국민이 '죽도록 버렸다'는 의혹에서 자유롭지 못했다(정원옥, 2014). 외상 사건에 대한 의심과 망각의 역사가 한국사회에서 현재 진행형으로 고스란히 드러났다. 학자들은 세월호 사건의 발생과 무능한 대처에서 한국 사회의 신자유주의(문승숙, 2014; 오창룡, 2014; 정원옥 2014; 최원, 2014)와 보수주의(최치원, 2014)를 읽었다.

이러한 문화적, 제도적 작동의 기저에는 외상 회복 과정을 철저히 개인의 문제로 한정하려는 시도가 있다. ‘진실 규명’의 문제를 ‘보상’의 문제로 대체하려는 정치적 장치, 안전관리 ‘체계’의 진단이 아닌 ‘개인 책임 소재’를 추궁하는 전략, 외상의 고통을 의학적 문제로 축소하려는 개념들은 외상에서 맥락 속성을 제거하고 외상을 개인의 문제로 쉽게 치환한다. 대안 패러다임을 모색하거나 체계의 밑바탕부터 점검하는 것, 생존자의 회복을 중심으로 지원하는 것은 최소 비용 최대 이익의 효율성을 우선시하는 신자유주의 접근에서는 손해이다. 따라서 신자유주의 체계에서 외상은 반드시 개인의 문제가 되어야 하고, 이러한 외상의 개인화가 성공했을 때 외상의 망각과 피해자 의심은 쉽게 뒤따른다.

한국사회에서 외상 문제를 개인 문제로 축소하는 전략은 단지 신자유주의에 서만 비롯된 것은 아니다. 한 사회의 역사적 맥락은 외상에 대한 사회적 대처 양상을 결정짓는다(Mollica, 1988). 한국 사회는 진실 규명이 되지 않은 집단 외상(collective trauma)의 역사가 뿌리 깊은 사회로, 이러한 역사 경험은 현대 한국사회의 외상 대처 양상에도 영향을 미친다. 특정 정체성을 공유하는 집단에게 외상이 발생했을 때 그 외상은 상징적인 의미를 통해 집단 구성원의 정체성에도 영향을 미친다. 한국 사회는 근대 식민 사회와 건국기의 잔혹, 이어진 한국 전쟁과 권위주의적 군사 정권의 인권 탄압, 정권 유지의 의도 뒤에 숨겨진 야만적 폭력, 성공 지상주의 및 물질 중심주의에 기반한 압축적인 고속 성장의 어두운 터널을 겪어오면서, 집단 외상에 대응하는 독특한 대처 양상을 발달시켰다(예: 김동춘, 2014).

한국 사회의 미해결된 집단 외상은 분리(splitting)와 부인(denial) 방어 기제를 통해 역사 속에서 반복된다. 분리란 원초적인 감정에 대응하기 위해 극단적인 이분법적 표상에 의지하는 원시적 방어기제를 뜻한다(McWilliams, 2004). 건국기와 한국 전쟁의 집단 외상은 분리와 타자화로 대응하는 방식의 뿌리이다. 내전 속에서 적과 아군을 민첩하게 구분해야 살아남을 수 있었던 원초적인 집단 공포를 통제하기 위해서는 공포의 원인을 책임질 ‘악’의 규정이 요청된다(김정인, 2014; 최현정, 2010). 극단적 공포 속에서는 타자를 ‘악’으로 분리하는 것이 공포를 통제할 수 있는 유일한 방법이 된다. 수차례의 대형 재난을 겪었음에도, 재난이 발생했을 때 체계와 제도의 문제점을 찾아 수정하지 못하고 한 개인이나 집단을 철저히 악으로 규정하면서 책임을 전가하는 양상(Dejevsky, 2014)은 한국 사회가 체계적인 재난 대

응책을 마련하지 못하고 똑같은 실수를 반복하는 큰 요인이다.

분리는 피해자의 정체성을 왜곡하기도 한다. 때로는 외상을 경험한 당사자가 비-국민이자 타자로서 철저히 '비인간' 혹은 '악'으로 규정된다. '빨갱이'는 건국기와 한국전쟁의 집단 외상이 생산해낸 '악'의 대표적인 이름이다. 국가폭력의 생존자들은 '빨갱이', '간첩'으로 명명되면서 사회로부터 배척되었다(최현정, 2014b). 경제전쟁 속에서 발생한 사회경제적 약자들의 인정 투쟁 역시 '테러' 행위로 명명되었다(김동춘, 2014). '종북 프레임'은 세월호 침몰이라는 재난 사건의 유가족들에 대한 배타마저 정당화하였다(송윤경, 2015). 이러한 명명이 야기한 책임 전가와 비인간화, 정치적 분리와 공방은 진실 규명과 사회적 애도 기간을 지연시키고 결과적으로 사회 갈등을 부추긴다.

Cohen(2001/2009)은 Freud의 부인(denial) 개념을 바탕으로 국가와 사회가 인권 침해에 눈 감는 현상을 설명하였다. 그는 '제 3자'나 '관찰자'라는 표현 대신에, '방관자'라는 표현을 쓴다. 방관자는 부인의 문화에 속한 개인 모두이다. 부인이란 외상의 결과에 대해 집단적으로 눈감고 공포의 실체를 일상적인 것으로 간주하도록 만들기에, 방관자는 외상을 발생시키는 일부분이며 결국 '공모자'가 된다. 현대 사회 개인들은 정보의 홍수 속에서 타인의 고통에 주목하지 못하는 동시대적 부인(contemporary denial; Cohen, 2001/2009)을 형성한다. 모른 척 하거나, 믿지 않거나, 침묵하거나, 폭력에 순종하거나 이를 당연시 하는 등의 부인 행위를 통해 '알지만(know)', '시인(acknowledge)'하지는 않는다(Cohen, 2001/2009).

부인은 세기를 넘는 집단 외상의 역사에도 불구하고 제대로 된 과거 청산, 진상 규명의 프로토콜이 부재한 한국사회의 주요 대응 방식이다. 김보경(2014)은 5.18 민주화 운동에 대한 조직적 부인의 전략을 개념화하였고, 이러한 부인이 민주화 운동에서 발생한 외상 생존자들의 후유증을 악화시킨 점을 설명하였다. 진실의 은폐로 진정한 애도가 방해받고, 진상 규명이 되지 않은 외상을 경험한 사람들의 주요 정서 중에 분노와 한이 심각한 점(최현정, 2014b)은 필연이다. 국외 연구에서, 크메르루주 통치 하에 심각한 외상을 경험한 캄보디아 생존자 중 진상 규명이 되었다고(예: 가해자의 처벌과 사과에 따른 배상) 느끼는 사람들은 PTSD 발생 비율이 보다 낮은 것으로 보고되었다(Sonis et al., 2009). 이러한 연구는 사회적 맥락이 개인의 고통에 영향을 미친다는 점을 뒷받침 한다.

외상의 개인화를 심화하는 또 다른 요인은 한국사회 의료 혹은 전문가 중심의 관료주의이다. 한국사회는 외상 회복의 영역을 전문성과 관료적 제도 안으로 한정 짓고, 사회적 정치적 맥락을 차단하는 회복의 기관화(institutionalization)를 강화하면서 외상 문제를 개인의 문제로 축소한다. 기관화된 지원은 외상의 사회적 속성을 ‘시인(Cohen, 2001/2009)’하지 않는다. ‘개인의 질병’으로서 외상 문제에 갇힌 피해자는 사회적 지지망으로부터 고립되기 십상이고 사회적, 정치적 지원으로부터 단절 당할 위험이 크다. 특히 의료계의 권위가 강한 한국 사회에서 PTSD 용어의 대중화는 의료 권위주의와 맞물려 외상 대응 체계의 지나친 의료화(medicalization)를 초래하였다. Kleinman(2006)은 의료 기술의 우월성에 대한 마술적 신념은 미국적인 대처 문화라고 꼬집으면서, 기술을 소비하는 것이 고통을 해결해줄 것이라고 믿는 신념의 오류를 인식해야 한다고 하였다. 기술 개입은 인간의 고통을 이성적 잣대로만 인식하고, 의료화는 고통의 존재론적, 도덕적, 미학적, 종교적 측면을 관료주의 내에 함몰시키는 강력한 방법이다(Kleinman, Das, & Lock, 1997). Kleinman 등은 고통에 대한 기계적 분석과 개입이 ‘치료’로서 권위를 획득하지만 임상가의 관료주의적 반응을 유발하여 생존자의 고통을 심화한다고 보았다.

의료화, 기관화는 외상 피해자가 자율적으로 자신의 회복을 주도하는 길을 원천 봉쇄하고, 회복의 주체로서 협력할 여지를 차단한다. 이 상황에서 회복의 주체는 당사자가 아닌 의료인이나 전문가이다. 외상의 경우 피해자의 정체성은 ‘PTSD 환자’로 축소되고 만다. Kleinman과 Kleinman(1997)은 ‘고통받는 자’가 ‘환자’로 전환되는 사회적 고통(social suffering; Kleinman et al., 1997)의 병리화를 지적한다. 외상 후유증이란 어떤 맥락에서는 병리가 아니며, 외상 후유증이 있다고 하더라도 반드시 부적응이 뒤따르는 것은 아님에도(Gorst-Unsworth, 1992), PTSD 진단은 피해자의 현상 체험을 경시하고 의료 체계 안에 피해자를 고립시키는 이름이 된다.

이 때 ‘비-전문가’로서 공동체의 구성원은 타인의 고통에 대해서 책임을 질 수 없는 위치에 처하고, ‘부인’의 공모자가 되어 버리고 만다. PTSD라는 이름은 ‘비-전문가’로서는 다룰 수 없는 것이 되기 때문이다. 따라서 의료화는 외상의 사회적 속성을 인식하는데 장애물이 되고, 공동체 안에서 사회적 지지를 획득할 기회를 박탈하는 요인이 될 수 있다. 외상 회복에 광범위하고 다차원적인 변인이 관여함에도, 관료적 의료 체계에 익숙한 한국사회에서는 다분야 간 협력을 바탕으로 하

는 통합 서비스를 제공하기 어렵고, 특히 공동체의 자연스러운 관계적 지지를 통한 사회적 회복의 측면이 차단될 수 있다.

외상이 '힘없는 자의 고통(Herman, 1997/2007)'이라고 했을 때, 의료화와 기관화 속에서 외상은 재현된다. 피해자는 의료 체계 안에서 다시 '힘없는 자'의 위치에 놓이고, 외상 당시 조건과 마찬가지로 회복 과정에서도 무력하고 수동적인 객체로 외상을 반복한다. 의료계의 권위가 막강한 문화에서는 피해자가 임상가와 상호 존중을 기반으로 하는 치료적 관계를 형성하지 못하고 두려움을 느낄 수 있고(Center for Victims of Torture, 2005), 임상가는 피해자가 힘을 다시 되찾는 것이 치료 목표라는 점에 익숙하지 않다(Fabri, 2001). 의학적 모델은 급성 증상의 완화에는 효과적일 수 있으나, 급성 증상의 완화만으로 외상의 회복은 완성될 수 없다. 예를 들어, 피해자의 힘의 회복을 고려하지 않은 일방적인 처방의 약물 치료나 응급조치로서 격리 혹은 결박은 증상 통제에 기여하지만 그 대가로 피해자를 무력화하여 결과적으로 회복을 저해한다. 복합 외상의 생존자에게 진단되는 다양한 성격장애는 증상 기술에는 유용할 수 있으나 생존자가 처한 맥락과 증상의 의미를 간과하는 결과를 초래한다. 또한, 상황 맥락에 따른 회복 절차의 변이를 무시하는 관료적 치료 지원은 현실적이고 효과적인 지원을 어렵게 한다. 외상이 발생한 사회적, 역사적 맥락을 무시하는 지원은 증상의 발생과 유지에 기여하는 맥락 변인을 고려하지 못하고 따라서 증상의 재발을 초래할 수 있다. 다시 말해, 관료주의적 의학 모델 안에서 외상 생존자의 회복은 방해받거나 제한될 수밖에 없다.

외상 회복을 돕는다는 것은 힘의 불균형에서 발생한 외상의 조건을 이해하고, 힘없는 자의 회복을 촉진하는 위치에 선다는 뜻이다. 그것은 '힘 없는 자'의 경험을 드러내고, 힘의 균형을 회복하도록 돕는다는 뜻이다. 다시 말해, 임상가들은 외상 문제에서 도덕적으로는 중립일 수 없다. 외상의 회복이란 힘의 회복을 암시하므로 본질적으로 도덕적이고, 회복의 해법은 사회적이고 정치적인 속성을 내포한다. Herman(1997/2012)은 임상가의 '도덕적인 연대'를 주장한다. 외상 회복을 맡은 임상가는 기관 안에서 질병을 치료하는 행위 이상의 임무를 맡는다. 임상가는 외상 경험 기저의 불의를 인식하고 정의를 회복하는 임무를 맡는다.

외상에 직면한 한국 사회에 필요한 것은 대안 패러다임이다. 외상의 광범위한

영향력과 다차원적인 상관물을 고려하면, 외상을 개인의 고통이 아닌 사회적 고통 (Kleinman et al., 1997)으로 다루어야 한다는 관점에 도달하게 된다. 개인의 증상 완화를 증점에 두는 의료 개입이나 심리학적 치료 역시 사회적 고통으로서 외상을 이해할 때 목적 달성이 가능해진다. 사회가 부여한 수치심과 분노는 기관화된 공간 안에서 완화되기 어렵다. 피해자가 외상 경험에 수치심의 이야기가 아닌 대안적인 이야기를 조직해 낼 때, 비로소 외상으로부터 해방된다. 외상 정보의 최종 처리 과정에서 생존자는 자신의 경험에 의미를 붙여줄 새로운 가치를 찾아 헤맨다. 이 과정은 타인의 고통에 대해 부인이 아닌 공감(compassion: 박진우, 2015)의 관점에 기대어 이끌어지고, 고통에 대한 철학적 사유의 끈을 놓지 않는 공동체의 노력에 힘입어 종착지에 도달한다.

외상 회복의 대안 패러다임

1980년 PTSD 시대의 시작으로, 자신의 고통을 인정받지 못했던 많은 이들이 의료계의 권위에 힘입어 고통을 고통이라 부를 수 있게 되었다. 그러나 신자유주의적 의사 결정 원칙이 만연해지고 생물학적 의학이 급속도로 발전한 맥락과 PTSD의 대중화가 상호작용하면서, PTSD가 지닌 사회적 정치적 함의는 퇴색하였다. PTSD는 사회적 고통으로서 외상의 맥락에 눈 감고, 외상을 개인의 고통으로 치환하는 이름이 되었다. 이에 더하여 생존자 존중이나 고통에 대한 공감과 사유보다, 기계적인 기술 개입을 우선시하는 행위가 당연해졌다. 마지막으로, PTSD 진단은 고통이 왜 발생했고 어떻게 회복해야 하는가에 대한 설명이 아닌, 이득과 손실을 따지고 보상을 제공하기 위한 기준이 되었다. 특히 한국사회에서는 진실 규명이 바탕이 된 진정한 애도가 막혀있는 역사적 맥락이 있고, 의료 및 전문가 중심의 관료주의가 강한 문화 속에서 통합적인 회복 방안을 생산해내지 못하고 있다. 한국사회에서 필요한 것은 따라서 또 다른 기관이기 보다는 대안 패러다임이다. 이러한 배경을 고려하여, 사회적 고통으로서 외상을 인식하고 회복을 핵심에 두는 대안 패러다임의 원칙을 논하고자 한다.

첫째 원칙으로, 외상 회복은 진실을 밝히고 정의를 회복하는 데에서 출발한다.

개인이 자기 고통에 적응해 나가는 과정이 개인 차원의 애도라면, 개인이 고통을 사회에게로 발화하면서 살아 있는 자들이 진실을 밝히고 정의를 수행하는 행위는 아래로부터의 사회적 애도이다(정원옥, 2014). 개인은 물론 사회적 차원의 애도 과정을 존중하고, 진실 규명을 바탕으로 정의 회복을 도모하는 것은 외상 회복의 중요한 첫걸음이다. 이러한 예로, 사법 체계에서 형식적 정의 회복을 다루는 것과 달리 실천적 정의 회복을 목표로 외상을 다루는 대안 패러다임으로 회복적 정의(restorative justice) 패러다임이 있다. 회복적 정의는 평화 구축을 목표로 하는 점에서, 가해자의 처벌을 목표로 하는 기존의 응보적 정의에 대비되는 패러다임이다. 여기에서 피해자, 가해자, 공동체는 정의 회복의 주체로서, 피해자의 회복과 공동체의 평화를 증진하는데 몰두한다. 즉, 위법, 죄책감, 처벌이 아닌, 어떤 피해가 발생했는지, 피해자의 욕구는 무엇인지, 회복을 위해 어떤 책임을 져야 하는지에 초점을 둔다(Zehr, 2008).

회복적 정의에서는 공동체 내 분쟁과 갈등 속에서 발생한 외상이 폭력의 악순환으로 이어지지 않도록 예방하는 것이 중요하다. 이를 위해 Botcharova(1998)는 다음과 같은 회복적 정의의 과정을 제안하였다. 외상 고통에 대해 피해자가 안전한 환경을 제공받고, 상실을 애도하기 시작하면서 진실을 밝히는 것이 첫 번째 단계이다. 외상이 발생한 원인이 밝혀지고 나서 피해자는 드디어 외상을 추모할 수 있고, 위협을 감수하면서 죽음이 아닌 삶을 선택한다. 진실 규명 이후 피해자는 자비(慈悲)를 선택할 수 있는데, 피해자의 선택에 따라 가해자는 회복을 위해 배상의 책임을 지고, 비로소 정의를 구체적으로 실천한다. 정의를 기반으로 피해자가 외상을 자신의 정체성으로 통합하면서, 공동체 내에 화해와 평화로 진행되는 길이 열린다는 것이 회복적 정의의 과정이다. 그러나 피해자에게 진실을 밝히고 애도할 기회가 주어지지 않을 때, 고통과 폭력이 악순환에 놓인다. 진실 규명이 부재한 불의 속에서 피해자는 홀로 정의를 되찾기 위해 복수와 공격에 몰두하게 되고 외상의 악순환을 경험한다. Botcharova(2007)는 잘못을 인정하는 것, 공식 사과, 과거를 되돌아보는 것, 해결책을 협상하는 것, 미래를 계획하는 것, 축복하는 것을 회복과 화해의 중요한 조건으로 지목하였다. 물론 이러한 과정이 공동체 내 분쟁 외의 외상에도 적용 가능한가에는 여전히 의문이 있으나, 다양한 장면에서의 적용이 시도되는 중이다(예: Miller, 2012).

두 번째 원칙으로, 외상 회복의 주체는 생존자 그 자신이고, 회복의 책임은 공동체 구성원 모두에게 있다. 생존자가 주체가 된다 함은, 회복의 과정에서 생존자의 회복력(resiliency)이 존중 받고, 회복 방법을 선택하는 기준은 생존자가 이를 통해 힘을 회복할 수 있는지 여부에 놓인다는 뜻이다. 생존자는 회복력이 있는 주체라는 관점에 기반을 두기 때문에, 회복 과정에서 의사결정 권한이 있다. 생존자의 권한을 위해서 의사결정 과정은 투명하게 집행되고 그 안에서 생존자는 자율적으로 회복에 참여하고 선택을 내린다. 이러한 관점에서 생존자의 선택권을 무시하는 개입은 힘을 회복하는 기준에 위배되기 때문에 적절치 못하다. 결과적으로 생존자가 공동체의 정당한 구성원으로 자리매김 하는 것이 목표이므로, 생존자를 기관 안에 고립시키는 개입보다 공동체와의 연결고리를 지속시키는 지원이 중요하다.

생존자의 힘을 키우는 역량강화(empowerment)와 공동체 중심의 회복을 강조하는 대안 패러다임으로는 외상 회복의 생태학적 접근이 있다(Harvey, 1996, 2007). 생태학적 접근에서는 생존자가 주체적으로 회복력을 발휘할 수 있도록 개인의 자원과 보호 요인을 촉진하는 목표에 초점을 두고, 생존자의 회복을 조력하기 위해 그가 속한 공동체 자원이나 환경 요소 또한 개발의 대상으로 삼는다(Harvey, 2007). 특히 의료화 및 기관화에서 탈피하여 지속가능한 회복 환경을 형성하는 것이 중요하다. 이를 위해 생존자의 회복력을 신뢰하는 철학을 지니고, 전문가의 개입 없이도 공동체 안에서 개인이 회복할 수 있도록 환경 자원을 개발하고, 개인이 환경과 건강하게 상호작용할 수 있는 자원과 기회를 개발하는 것이 초점에 놓인다(Harvey, 1996). 지지적인 공동체 환경을 구축하는 것은 하나의 방법으로, Harvey는 이러한 예로 피해 당사자의 자조 집단과 모임을 지원하고, 공동체로의 복귀를 촉진하는 집단 치료적 방법을 활용하거나, 지역 사회의 자원을 적극적으로 연결하고 지역사회와 협력 관계를 유지하는 활동에 주목하였다.

세 번째, 기관은 서비스 제공에서 외상에 관한 최신 생물-심리학적 지식의 생태학적 적용을 증진하는데 힘쓴다. 공동체 안에서 외상의 영향력을 인식하고 생존자의 역량강화를 증진하는 것이 Harvey(1996, 2007)의 생태학적 접근의 핵심이라면, 기관 안에서 최신 외상 이론에 더하여 외상에 관한 맥락적 이해를 통합한 서비스를 제공하기 위한 원칙도 요청된다. 그 예로 외상 인식 접근(trauma informed

approach)이 있다. 개인의 고통과 사회적 사태를 진단하고 이에 대응할 때 외상이 미친 영향력을 인식하고, 외상에 대한 이해를 바탕으로 서비스를 실행하는 접근을 외상 인식 접근이라고 한다(Elliott, Bjelajac, Fallo, Markoff, & Reed, 2005). 피해가 악화되는 위험을 예방하는 것이 이 접근법의 최우선 과제이다. 기관이 외상의 영향력을 외면하거나, 과소평가하거나, 이해하지 못할 때 개입은 오히려 회복 과정을 방해하고 고통을 악화시킨다. 이를 예방하기 위해 서비스를 제공하는 기관, 직원, 서비스를 제공 받는 생존자가 회복을 이끄는 세 주체가 되고, 이들의 자율성, 참여, 협력에 회복의 핵심이 있다. 특히 생존자가 회복 과정에서 선택권이 있는 주체라는 점을 강조할 필요가 있다. 세 주체가 안전하고 신뢰할 수 있는 투명한 집행 속에서 상호 협력하는 것이 외상 인식 운영의 기반으로, 세 주체의 자기 돌봄과 상호 지지는 주요 원칙에 해당하고, 세 주체의 회복력과 선택이 존중 받으면서 역량강화를 촉진하는 것이 서비스의 목표이다(Substance Abuse and Mental Health Services Administration: 이하 SAMHSA, 2014).

따라서 외상 인식 접근에서는 최신의 외상 초점 치료(trauma focused therapy)를 적용할 때에도 생존자의 역량강화와 자율성에 해가 되지 않도록 주의할 수 있다. 또한 문화, 역사, 성(性)의 쟁점에서 소수자 문화를 인식하는 것 역시 외상 인식 접근의 중요한 원칙이다. 사회적 소수자가 외상에 노출될 위험이 높고, 회복 과정에서도 혜택을 누리지 못하는 위험을 인식하기 때문이다. 이렇듯, 외상 인식 접근에서는 외상과 폭력을 다룰 때에 세 주체 모두 힘과 관계의 문제에서 취약해질 수 있음을 인식하고, 각 주체의 역량 강화와 자율성, 상호 협력이라는 원칙을 체계로 구현하고자 한다. 즉, 외상과 폭력이 발생하는 맥락을 고려하기 때문에 최신 과학적 접근법의 생태학적 유용성을 높일 수 있다. 현재 미국에서는 지역사회 정신건강 체계나 물질남용 문제에서 외상 인식 접근이 중요하게 활용되고 있다(SAMHSA, 2014). 이러한 만성 문제에서 외상은 영향력을 드러내지 않고 은폐된 경우가 많기 때문에, 정신건강센터나 물질문제 전문기관의 생존자들은 역량강화와 자율성 회복이라는 기회를 획득하기 쉽지 않다. SAMHSA는 외상 인식 접근을 바탕으로 기저의 외상 문제를 발견하고 다루면서 만성 정신건강 문제의 악순환 역시 해결하고자 한다.

마지막 원칙은 외상 회복이 무엇인가를 지속적으로 논의해 나가야 한다는 점이다.

다. 특히 회복의 정의를 논의하기에 앞서, 예측하거나 통제할 수 없는 고통과 폭력의 본질을 이해하고, 이것이 결코 기술 개입으로 완쾌될 대상이 아님을 인정할 필요가 있다. 따라서 외상 생존자의 회복이란 단순히 정신의학 및 심리학적 증상 완화에 국한되지 않는다. Gorman(2001)은 외상 생존자의 회복을 돕는다는 것은 관계와 사회 속의 힘 있는 구성원으로서 생존자 정체성의 회복을, 생존자의 목소리와 인생 내러티브의 사회적 발화를, 그리고 불의로부터의 심리적 해방을 돕는다는 것이며, 도덕과 영성과 존재라는 주제를 공동체가 함께 짊어져 외상을 겪은 인간 삶의 궁극적 의미와 가치에 대한 질문에 함께 대답하는 것이라고 했다.

생존자들이 삶의 여러 국면에 마주칠 때마다, 회복 과정에서 완료되었던 문제들은 언제든 다시 부상할 수 있다. 생존자들은 외상 이후 형성된 새로운 정체성을 가지고 남은 삶을 살아낸다. 자기의 삶을 살게 되었다는 것부터가 새로운 세계인 생존자에게 회복은 종착지가 아닌 출발점이고, 과정이고, 일상생활이다. 외상에 대한 반응을 ‘병리’라는 단일한 틀로 바라보는 대신에 외상이라는 압도적인 조건의 본질을 이해하고(Young, 1995), 이러한 조건에 입각하여 타인의 고통을 지각하며, 이러한 조건에도 불구하고 사람과 공동체의 삶을 회복하는 실천을 지속하는 것, 그리고 외상의 반복을 예방하기 위해 대응 체계를 점검하고 정의 회복을 목표로 하는 것이 아마도 회복의 한 양상이 될 수 있을 것이다.

마치며: 외상 회복을 위한 인간적 접촉

직시하지 않는 방식으로 고통을 해결하는 회피와 은폐의 전략은 사실상 고통의 속성 그 자체이다. 이윤 추구 중심의 해결방안, 부인과 분리의 집단 외상 기제, 고통 해결의 의료화와 기관화는 사회적 고통인 외상을 개인의 문제로 치부하면서 고통으로부터의 면책을 정당화한다. 그러나 Kleinman(2006)은 고통이라는 인간 조건에 대면하는 것은 절대로 마비와 병리로 귀결되지 않으며, 오히려 대면하지 않음은 눈먼 삶을 사는 것보다 같다고 하였다.

개인의 신체와 삶에 새겨진 고통은 개인의 역사뿐 아니라 사회의 역사를 반영하고 있다. 따라서 개인의 고통 체험을 완화시킬 책임이 사회에 있고, 외상 회복에

는 공동체 구성원 모두에게 주어진 역할이 있다. 추모의 꽃 한 송이를 보내는 것
에서부터, 진실 규명과 회복을 염원하는 것, 이를 위한 도덕적 연대를 주저하지 않
는 것, 그리고 외상에 대한 생물-심리-사회-철학적 연구와 담론을 생산하고 실천하
는 것, 마지막으로 효과적인 지원 방안과 체계를 구축하는 것까지, 공동체 구성원
은 각자의 위치에서 외상 회복에 참여할 수 있다.

나치 홀로코스트 생존자이자 실존주의 의미치료(logotherapy)의 창시자인 Victor
Frankl(1969/1980)은 수용소에서 자살한 한 여성의 휴대품에서 ‘운명 보다 더욱 강
한 것은 운명을 견뎌 내는 용기이다’라고 쓴 쪽지를 발견했다. 이러한 처세훈을
가졌음에도 이 여성이 스스로 목숨을 끊었다는 점에서, Frankl은 ‘인간적 접촉’이
없다면 그 어떤 지혜라도 사람을 살릴 수 없다고 보았다. “아무도 홀로 외상에 대
면할 수 없다(Herman, 1997/2007, p. 257).” 외상의 회복을 이끄는 것은 죽음에 대면
했던 사람의 마음을 함께 헤아리는 인간적 접촉이다.

이 글은 PTSD 시대에 인간이 고통을 어떻게 인식하고 이에 어떻게 대응하는지
를 살펴보았다. 외상에 대한 축적된 지식의 생태학적 효용을 높이기 위해 외상의
탈맥락 접근과 맥락 접근의 통합이 요청되는 배경을 살펴보았고, 특히 한국사회에
서 외상을 개인의 문제로 치환하는 대응 전략을 직시하고자 하였다. 물론 이러한
주제 각각에 관한 보다 심도 있는 분석과 논의는 더욱 이루어져야 할 것이다. 마
지막으로, 고통과 회복에 관한 인식의 전환을 촉진하는 대안적인 패러다임의 주요
원칙을 탐색하였다. 이러한 원칙이 한국사회에 어떻게 안착할 수 있는가에 대한
구체적인 논의와 시도는 추후 보다 심화되어야 할 것이다. 그럼에도, 이 글은 사회
적 고통으로서 외상에 통합적으로 접근하여 외상을 이해함에서 이러한 관점이 기
반이 되어야 함을 알렸다. 이러한 시도가 추후 외상과 회복에 관한 풍부한 논의와
실천을 이끌어내기를 기대한다.

참고문헌

- 김동춘 (2014). 전쟁, 국가폭력과 한국사회의 트라우마. 김동춘, 김명희 외 (편). 트
라우마로 읽는 대한민국: 한국전쟁에서 쌍용차까지. (pp. 20-45). 역사비평사.

서울.

- 김보경 (2014). 누가 역사를 부인하는가- 5.18 과거청산 부인의 논리와 양상. 김동춘, 김명희 외 (편). 트라우마로 읽는 대한민국: 한국전쟁에서 쌍용차까지. (pp.328-366). 역사비평사. 서울.
- 김정인 (2014). 종북프레임과 민주주의의 위기. **역사와 현실**, 93, 209-233.
- 문승숙 (2014). 한국 밖에서 본 세월호 참사. **역사와 현실**, 92, 3-18.
- 박영균 (2014). 멈춘 것은 유족들의 시간만이 아니라 우리 모두의 시간이다. **진보평론**, 61, 4-20.
- 박진우 (2015). 재난과 미디어 매개, 그리고 공감의 문화정치: 주요 의제들에 관한 시론. **인지과학**, 26(1), 97-123.
- 송윤경 (2015, 4, 18). 세월호 1년: 유가족들 거리로 나설 때 정치는 무엇을 했나. 경향신문.
- 오창룡 (2014). 세월호 참사와 책임 회피 정치: 신자유주의 국가권력의 무능 전략. **진보평론**, 61, 37-52.
- 이재은 (2014). 세월호 사고와 바람직한 재난관리체계. **서울행정학회 포럼**, 25, 12-17.
- 정원옥 (2014). 세월호 참사의 충격과 애도의 정치. **문화/과학**, 79, 48-66.
- 최 원 (2014). 멈춰진 세월, 멈춰진 국가: 신자유주의적 통치성과 폭력의 새로운 형상. **진보평론**, 61, 53-70.
- 최치원 (2014). 세월호 참사 혹은 ‘물신화되고... 무감각해진’ 한국인의 보수주의적 삶에 대한 정치철학적 소고. **경영 컨설팅 리뷰**, 5(2), 51-64. 공주대학교 경영 컨설팅연구소.
- 최현정 (2010). **조용한 마음의 혁명: 심리학으로 본 한국 사회 마음의 건강**. 미디어 일다. 서울.
- 최현정 (2014a). **복합 외상후 정체성 변화와 통합과정: 자기정의 기억을 중심으로**. 서울대학교 박사학위청구논문.
- 최현정 (2014b). **잔혹 속의 투쟁: 고문피해 생존자의 삶과 회복**. 김동춘, 김명희 외 (편). 트라우마로 읽는 대한민국: 한국전쟁에서 쌍용차까지. (pp. 115-164). 역사비평사. 서울.

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Amir, N., Stafford, J., Freshman, M. S., & Foa, E. B. (1998). Relationship between trauma narratives and trauma pathology. *Journal of Traumatic Stress, 11*(2), 385-392.
- Arnsten, A. F. T. (2009). Stress signaling pathways that impair prefrontal cortex structure and function. *Nature Reviews Neuroscience, 10*, 410-422.
- Bauman, Z. (2009). **유동하는 공포** [Liquid Fear]. (함규진 역). 산책자. 서울. (원전은 2006에 출판).
- Berntsen, D., & Rubin, D. C. (2007). When a trauma becomes a key to identity: enhanced integration of trauma memories predicts posttraumatic stress disorder symptoms. *Applied Cognitive Psychology, 21*, 417-431.
- Botcharova, O. (2001). Implementation of track two diplomacy: Developing a model for forgiveness. In G. Raymond, S. J. Helmick, & R. L. Peterson, (Eds.). *Forgiveness and reconciliation: religion, public policy, and conflict transformation*. Temple Foundation Press. Philadelphia.
- Botcharova, O. (2007). Justice or forgiveness? In search of a solution. *Cardozo Journal of Conflict Resolution, 8*, 623-650.
- Bremner, J. D., Narayan, M., Staib, L. H., Southwick, S. M., McGlashan, T., & Charney, D. S. (1999). Neural correlates of memories of childhood sexual abuse in women with and without posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry, 156*, 1787-1795.
- Bremner, J. D., Staib, L., Kaloupek, D., Southwick, S.M., Soufer, R., & Charney, D. S. (1999). Neural correlates of exposure to traumatic pictures and sound in Vietnam combat veterans with and without posttraumatic stress disorder: a positron emission tomography study. *Biological Psychiatry, 45*, 806-816.
- Bremner, J. D., Vythilingam, M., Vermetten, E., Southwick, S. M., McGlashan, T., Nazeer, A., Khan, S., Vaccarino, L. V., Soufer, R., Garg, P., Ng C. K., Staib, L. H., Duncan,

- J. S., & Charney, D. S. (2003). MRI and PET study of deficits in hippocampal structure and function in women with childhood sexual abuse and posttraumatic stress disorder(PTSD). *American Journal of Psychiatry*, 160, 924-932.
- Breslau, N., & Davis, G. C. (1987). Posttraumatic stress disorder: The stressor criterion. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 255-264.
- Breslau, N., Davis, G. C., & Andreski, P. (1995). Risk factors for PTSD-related traumatic events: A prospective analysis. *American Journal of Psychiatry*, 152(4), 529-535.
- Brewin, C. R. (2011). The nature and significance of memory disturbance in posttraumatic stress disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 203-227.
- Brewin, C. R. (2014). Episodic memory, perceptual memory, and their interaction: Foundations for a theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Bulletin*, 140(1), 69-97.
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68(5), 748-766.
- Brewin, C. R., Dalgleish, T., & Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103(4), 670-686.
- Brewin, C. R., Gregory, J. D., Lipton, M., & Burgess, N. (2010). Intrusive images in psychological disorders: Characteristics, neural mechanisms, and treatment implications. *Psychological Review*, 117(1), 210-232.
- Briere, J., & Scott, C. (2006). *Principles of trauma therapy. A guide to symptoms, evaluation, and treatment*. SAGE Publications. Thousand Oaks.
- Center for Victims of Torture (2005). *Healing the Hurt: A guide for developing services for torture survivors*. The Center for Victims of Torture. Minneapolis.
- Cohen, S. (2009). 잔인한 국가, 외면하는 대중-왜 국가와 사회는 인권침해를 부인하는가 [States of Denial: Knowing About Atrocities and Suffering]. (조효제 역). 창작과 비평사. (원전은 2001에 출판).
- Cornelis, M. C., Nugent, N. R., Amstadter, A. B., & Koenen, K. C. (2010). Genetics of post-traumatic disorder: Review and recommendations for genome-wide association

- studies. *Current Psychiatry Reports*, 12(4), 313-326.
- Curtois, C. A., & Ford, J. D. (2013). *Treatment of complex trauma. A sequenced, relationship-based approach*. The Guilford Press. New York.
- Dejevsky, M. (2014, 4, 21). The South Korea ferry disaster is truly awful, but it is not murder. *The Guardian*.
- Dohrenwend, B. P., Turner, J. B., Turse, N. A., Adams, B. G., Koenen, K. C., & Marshall, R. (2006). The psychological risks of vietnam for U.S. veterans: A revisit with new data and methods. *Science*, 313(5789), 979-982.
- Driessen, M., Beblo, T., Mertens, M., Piefke, M., Rullkoetter, N., Silva-Saavedra, A., Reddemann, L., Rau, H., Markowitsch, H. J., Wulff, H., Lange, W., & Woermann, F. G. (2004). Posttraumatic stress disorder and fMRI activation patterns of traumatic memory in patients with borderline personality disorder. *Biological Psychiatry*, 55, 603-611.
- Eckart, C., Stoppel, C., Kaufmann, J., Tempelmann, C., Hinrichs, H., Elbert, T., Heinze, H. J., & Kolassa, I. T. (2011). Structural alterations in lateral prefrontal, parietal and posterior midline regions of men with chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 36(3), 176-186.
- Ehrenreich, J. H. (2003). Understanding PTSD: Forgetting "trauma". *Journal of Social Issues*, 3(1), 15-28.
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319-345.
- Ehlers, A., Clark, D. M., Hackmann, A., McManus, F., & Fennell, M. (2005). Cognitive therapy for post-traumatic stress disorder. development and evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 413-431.
- Eichenbaum, H. (2000). A cortical-hippocampal system for declarative memory. *Nature Review Neuroscience*, 1, 41-50.
- Elliot, D. E., Bjelajac, P., Fallot, R. D., Markoff, L. S., & Reed, B. G. (2005). Trauma-informed or trauma-denied: Principles and implementations of trauma-informed services for women. *Journal of Community Psychology*, 33(4), 461-477.

- Fabri, M. R. (2001). Reconstructing safety: Adjustments to the therapeutic frame in the treatment of survivors of political torture. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32, 452-457.
- Foa, E. B., Ehlers, A., Clark, D. M., Tolin, D. F., & Orsillo, S. M. (1999). The posttraumatic cognitions inventory(PTCI): Development and validation. *Psychological Assessment*, 11, 303-314.
- Foa, E. B., & Kozack, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99(1), 20-35.
- Foa, E. B., Molnar, C., & Cashman, L. (1995). Change in rape narratives during exposure therapy for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 8(4), 675-690.
- Foa, E. B., & Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the trauma of rape. Cognitive-behavioral therapy for PTSD*. The Guilford Press. New York.
- Frankl, V. (1980). **의미에의 의지: 로고테라피의 이론과 실제** [The will to meaning: Foundations and applications of Logotherapy]. (이봉우 역). (pp. 11-20). 분도출판사. 서울. (원전은 1969년에 출판).
- Friedman, M. J. (2013). Finalizing PTSD in DSM-5: Getting here from there and where to go next. *Journal of Traumatic Stress*, 26, 548-556.
- Friedman, M. J. (2014). Literature on DSM-5 and ICD-11. *PTSD Research Quarterly*, 25(2), 1-10.
- Gilbertson, M. W., Shenton, M. E., Ciszewski, A., Kasai, K., Lasko, N. B., Orr, S. P., & Pitman, R. K. (2002). Smaller hippocampal volume predicts pathologic vulnerability to psychological trauma. *Nature Neuroscience*, 5(11), 1242-1247.
- Gorman, W. (2001). Refugee survivors of torture: Trauma and treatment. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32, 443-451.
- Gorst-Unsworth, C. (1992). Adaptation after torture: Some thoughts on the long-term effects of surviving a repressive regime. *Medicine and War*, 8, 164-168.
- Gurr, R., & Quiroga, J. (2001). Approaches to torture rehabilitation. A desk study covering effects, cost-effectiveness, participation and sustainability. *Torture*, 11(Suppl 1), 1-35.
- Halligan, S. L., Clark, D. M., & Ehlers, A. (2002). Cognitive processing, memory, and the

- development of PTSD symptoms: two experimental analogue studies. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 33, 73-89.
- Harvey, A. G., Bryant, R. A., & Tarrier, N. (2003). Cognitive behaviour therapy for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 23, 501-522.
- Harvey, M. R. (1996). An ecological view of psychological trauma and trauma recovery. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 3-23.
- Harvey, M. R. (2007). Towards an ecological understanding of resilience in trauma survivors: Implications for theory, research and practice. In M. R. Harvey & P. Tummala-Narra (Eds). *Sources and Expressions of Resiliency in Trauma Survivors; Ecological Theory, Multicultural Practice*. (pp. 9-32). Routledge. New York.
- Herman, J. L. (2007). **트라우마: 가정폭력에서 정치적테러 까지** [Trauma and recovery. The aftermath of violence from domestic abuse to political terror]. (최현정 역). 플래닛. 서울. (원전은 1997에 출판).
- Holmes, E. A., Grey, N., & Young, K. A. D. (2005). Intrusive images and “hotspots” of trauma memories in posttraumatic Stress Disorder: an exploratory investigation of emotions and cognitive themes. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 36, 3-17.
- Hostinar, C. E., Sullivan, R. M., & Gunnar, M. R. (2014). Psychological mechanisms underlying the social buffering of the hypothalamic-pituitary-adrenocortical axis: A review of animal models and human studies across development. *Psychological Bulletin*, 140(1), 256-282.
- Jones, D., & Wessely, S. (2007). A paradigm shift in the conceptualization of psychological trauma in the 20th century. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 164-175.
- Joseph, S., & Linely, P. A. (2008). Reflections on theory and practice in trauma, recovery, and growth: A paradigm shift for the field of traumatic stress. In S. Joseph & P. A. Linely (Eds.), *Trauma, recovery, and growth: Positive psychological perspectives on posttraumatic stress*. (pp.339-356). Wiley. New Jersey.
- Kardiner, A. (1941). *The traumatic neuroses of war*. National Research Council. Washington DC.

- Kim, J. J. & Diamond, D. M. (2002). The stressed hippocampus, synaptic plasticity and lost memories. *Nature Reviews Neuroscience*, 3, 453-462.
- Kinzie, J. D., & Goetz, R. R. (1996). A century of controversy surrounding posttraumatic stress-spectrum syndromes: The impact on DSM-III and DSM-IV. *Journal of Traumatic Stress*, 9(2), 159-179.
- Kleinman, A. (2006). *What really matters: Living a moral life amidst uncertainty and danger*. (pp.1-26). Oxford University Press. New York.
- Kleinman, A., Das, V., & Lock, M. (1997). Introduction. In A. Kleinman, V. Das, M. Lock.. (Eds.). *Social suffering*. (pp.ix-xxvii). University of California Press. Los Angeles.
- Kleinman, A., & Kleinman, J. (1997). The appeal of experience; The dismay of images: Cultural Appropriations of suffering in our times. In A. Kleinman, V. Das, M. Lock.. (Eds.). *Social suffering*. (pp.1-24). University of California Press. Los Angeles.
- Koenigs, M., Huey, E. D., Raymont, V., Cheon, B., Solomon, J., Wassermann, E. M., & Grafman, J. (2008). Focal brain damage protects against post-traumatic stress disorder in combat veterans. *Nature Neuroscience*, 11(2), 232-237.
- Kosten, T. R., Mason, J. W., Giller, E. L., Ostroff, R. B., & Harkness, L. (1987). Sustained urinary norepinephrine and epinephrine elevation in post-traumatic stress disorder. *Psychoneuroendocrinology*, 12(1), 12-30.
- Lanius, R. A., Williamson, P. C., Hopper, J., Densmore, M., Boksman, K., Gupta, M. A., Neufeld, R. W. J., Gati, J. S., & Menon, R. S. (2005). Recall of emotional states in posttraumatic stress disorder: An fMRI investigation. *Biological Psychiatry*, 53, 204-210.
- Logue, M. W., Baldwin, C., Guffanti, G., Melista, E., Wolf, E. J., Reardon, A. F., Uddin, M., Wildman, D., Galea, S., Koenen, K. C., & Miller, M. W. (2013). A genome-wide association study of post-traumatic stress disorder identifies the reinoid-related orphan receptor alpha(RORA) gene as a significant risk locus. *Molecular Psychiatry*, 18(8), 937-942.
- Macklin, M. L., Metzger, L. J., Litz, B. T., McNally, R. J., Lasko, N. B., Orr, S. P., & Pitman, R. K. (1998). Lower precombat intelligence is a risk factor for posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(2), 323-326.

- Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., Reed G. M., Van Ommeren, M., et al., (2013). Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the ICD-11. *Lancet*, 381(9878), 1683-1685.
- Marsella, A. J., & Dash-Scheur, A. (1988). Coping, culture, and healthy human development: A research and conceptual overview. In P. Dasen, J. W. Berry, & N. Sartorius (Eds.), *Health and Cross-cultural psychology: Toward applications* (pp. 162-178). Sage. Newbury Park.
- McCann, I. L. & Pearlman, L. A. (1990). *Psychological trauma and the adult survivor. Theory, therapy, and transformation*. Brunner-Routledge. New York.
- McNally, R. J. (2003). Progress and controversy in the study of posttraumatic stress disorder. *Annual Review of Psychology*, 54, 229-252.
- McNally, R. J. (2009). Posttraumatic stress disorder. In P. H. Blaney, & T. Millon. (Eds.), *Oxford textbook of psychopathology*, (2nd Ed). (pp. 176-197). Oxford University Press. New York.
- McWilliams, N. (1994). *Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process*. Guilford Press. New York.
- Miller, J. L. (2012). *Psychosocial capacity building in response to disasters*. Columbia University Press. New York.
- Mollica, R. F. (1988). The trauma story: The psychiatric care of refugee survivors of violence and torture. In F. M. Ochberg (Ed.), *Post-traumatic therapy and victims of violence*. (pp.295-314). Brunner/MazelPublishers. New York.
- Oitzl M. S., Champagne D. L., van der Veen R., & de Kloet E. R. (2010). Brain development under stress: hypotheses of glucocorticoid actions revisited. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 34, 853-866.
- O'Kearney, R., & Perrott, K. (2006). Trauma narratives in post-traumatic stress disorder: A review. *Journal of Traumatic Stress*, 19, 81-93.
- 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.

- Rubin, D. C. (2011). The coherence of memories for trauma: Evidence from posttraumatic stress disorder. *Consciousness and Cognition*, 20(3), 857-865.
- Rubin, D. C., Berntsen, D., Bohni, M. K. (2008). A memory-based model of posttraumatic stress disorder: Evaluating basic assumptions underlying the PTSD diagnosis. *Psychological Review*, 115, 985-1011.
- Rubin, D. C., Boals, A., & Berntsen, D. (2008). Memory in posttraumatic stress disorder: Properties of voluntary and involuntary, traumatic and non-traumatic autobiographical memories in people with and without posttraumatic stress disorder symptoms. *Journal of Experimental Psychology: General*, 137, 591-614.
- Sapolsky, R. M. (2000). Glucocorticoids and hippocampal atrophy in neuropsychiatric disorders. *Archives of General Psychiatry*, 57, 925-935.
- Sapolsky, R. M. (2002). Chickens, eggs, and hippocampal atrophy. *Nature Neuroscience*, 5(11), 1111-1113.
- Schama, S. (2005, 9, 12). *Sorry Mr President, Katrina is not 9/11*. The Guardian.
- Schauer, M., Neuner, F., Elbert, T. (2011). *Narrative exposure therapy. A short-term treatment for traumatic stress disorders*. 2nd revised and expanded edition. Hogrefe. Cambridge.
- Scott, M. J., & Stradling, S. G. (1994). Post-traumatic stress disorder without the trauma. *British Journal of Clinical Psychology*, 33(1), 71-74.
- Shin, L. M., Orr, S. P., Carson, M. A, Rauch, S. L., Macklin, M. L., Lasko, N. B., Peters, P. M., Metzger, L. J., Dougherty, D. D., Cannistraro, P. A., Alpert, N. M., Fischman, A. J., & Pitman, R. K. (2004). Regional cerebral blood flow in the amygdala and medial prefrontal cortex during traumatic imagery in male and female Vietnam veterans with PTSD. *Archives of General Psychiatry*, 61, 168-176.
- Shin, L. M., Rauch, S. L., & Pitman, R. K. (2006). Amygdala, medial prefrontal cortex, and hippocampal function in PTSD. *Annals New York Academy of Sciences*, 1071, 67-79.
- Sonis, J., Gibson, J. L., de Jong, J., Field, N. P., HEan, S., & Komproe, I. (2009). Probable posttraumatic stress disorder and disability in Cambodia: Associations with perceived justice, desire for revenge, and attitudes toward the Khmer Rouge trials. *JAMA*, 302(5), 527-536.

- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2014, 5, 20). *Trauma-informed approach and trauma-specific interventions*. <http://beta.samhsa.gov/nctic/trauma-interventions>.
- Summerfield, D. (2001). The invention of post-traumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric category. *British Medical Journal*, 322, 95-98.
- True, W. R., Rice, J., Eisen, S. A., Heath, A. C., Goldberg, J., Lyons, M. J., & Nowak, J. (1993). A twin study of genetic and environmental contributions to liability for posttraumatic stress symptoms. *Archives of General Psychiatry*, 50(4), 257-264.
- van der Kolk, B. A. (1996). The body keeps the score: Approaches to the psychobiology of posttraumatic stress disorder. In B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane, & Weisaeth, L. (Eds.). *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. (pp. 214-241). Guilford Press. New York.
- van der Kolk, B. A. (2006). Clinical implications of neuroscience research in PTSD. *Annals New York Academy of Sciences*, 1071, 277-293.
- Wilson, J. P. (1994). The historical evolution of PTSD diagnostic criteria: From Freud to DSM-IV. *Journal of Traumatic Stress*, 7(4), 681-698.
- Yehuda, R. (2002). Post-traumatic stress disorder. *The New England Journal of Medicine*, 346(2), 108-114.
- Yehuda, R. (2004). Risk and resilience in posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(Suppl. 1), 29-36.
- Yehuda, R., Bierle, L. M., Schmeidler, J., Aferiat, D. H., Breslau, I., & Dolan, S. (2000). Low cortisol and risk for PTSD in adult offspring of Holocaust survivors. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1252-1259.
- Young, A. (1995). *The Harmony of Illusions. Inventing Post Traumatic Stress Disorder*. Princeton University Press. New Jersey.
- Young, A. (1997). Suffering and the origins of traumatic memory. In A. Kleinman, V. Das, & M. Lock. (Eds.). *Social suffering*. (pp.245-260). University of California Press. Los Angeles.
- Young, A. (2007). Commentary 9/11: Mental health in the wake of terrorist attacks. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(12), 1030-1032.

인지과학, 제26권 제2호

Zher, H. (2008). Doing justice, healing trauma: The role of restorative justice in peacebuilding. *South Asian Journal of Peacebuilding*, 1(1), 1-16.

1차원고접수 : 2015. 05. 04

1차심사완료 : 2015. 06. 01

게재확정일 : 2015. 06. 09

(Abstract)

**The awareness and coping of
human suffering in the “PTSD era”:
Searching for an alternative paradigm of trauma recovery**

Hyunjung Choi

Traumahealingcenter Human · Heart

This study focused on the awareness and coping methods of psychological trauma and human suffering in the contemporary era after the development of posttraumatic stress disorder(PTSD) including the situations in the Korean society, and proposed principles for an alternative paradigm of trauma recovery. Trauma is defined as an ‘external’ stress causing chronic suffering mediated by memory, and the American Psychiatric Association approved PTSD in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders in 1980. The development of PTSD empowered moral legitimacy to the victims, opened a successful way to treatment, and accomplished explosive amount of research in the area of neurobiology and cognitive neuroscience. However, this also narrowed the understanding of human suffering, and the importance of an alternative coping method which overcomes the limitations of technical intervention became overlooked. Moreover, the Korean society has an underlying mechanism of replacing the matter of trauma to a problem of an individual. This is shown among the historical context of splitting and denial, and among medicalized bureaucracy. Trauma should be acknowledged as a social suffering, and searching for an alternative paradigm is in need. This study suggested the following principles; seeking for truth and justice, survivor as the agent of recovery emphasizing the responsibility of the community, ecological adaptations of recent bio-psychological achievements, and finally putting emphasis on continuous discussions about the definition of recovery.

Key words : trauma, posttraumatic stress disorder, social suffering, restorative justice, ecological approach, trauma-informed approach