

외상 후 스트레스 장애(PTSD)의 정신치료에 대한 양 · 한방 비교 고찰

박아름, 박세진, 손아현*, 허한솔[†]

동서한방병원 한방신경정신과, 한방내과*, 사상체질의학과[†]

A Comparative Study between the Korean-medical and the Western-medical Psychotherapy on PTSD

Areum Park, Se-Jin Park, Ah-hyun Son*, Han-Sol Hur[†]

Departments of Oriental Neuropsychiatry, *Oriental Internal Medicine, [†]Sasang Constitutional Medicine, Dong-Seo Medical Center

Received: December 27, 2017

Revised: March 10, 2018

Accepted: March 16, 2018

Correspondence to

Se-Jin Park
Department of Korean
Neuropsychiatry, Dong-Seo Korean
Medical Center, 365-14, Seongsan-ro,
Seodaemun-gu, Seoul, Korea.
Tel: +82-2-337-1110
Fax: +82-2-320-7917
E-mail: doctor8282@hanmail.net

Objectives: The purpose of this study is to compare the Korean-medical and the Western-medical psychotherapy on PTSD for improving the Korean-medical psychotherapy on this issue.

Methods: We surveyed recent articles relating to psychotherapy on the incidence of PTSD.

Results: Under the circumstances of this study, we note that applying the qigong therapeutics would be helpful when conducting relaxation training on the identified PTSD patients. We understand that taking a systematic desensitization style in the use of the kyungja-pyungji treatment is recommended. It would also be more effective to combine other treatments such as the use of the I-Jeong-Byeon-Gi Therapy and the five minds mutual restriction therapy. We have shown that by using the five minds mutual restriction therapy for the imagery rescripting has a better synergy effect for optimum patient outcomes for patients who have been diagnosed with PTSD.

Conclusions: Our study has shown that by improving the shortcomings of the Korean psychotherapy and utilizing Western psychotherapy's merits, we expect to increase the efficacy of the Korean psychotherapy with these recommendations for changes in this case.

Key Words: PTSD, Korean psychotherapy.

I. 서론

외상 후 스트레스장애(Post Traumatic Stress Disorder, PTSD)는 흔치 않은 위협적인 사건으로 심한 감정적 스트레스를 경험하였을 때 나타나는 장애이다. 외상 후 스트레스 장애는 DMS-IV-TR에서 불안장애의 범주 내에서 다루어졌으나 DSM-5에서 외상 및 스트레스 관련 장애(Trauma- and Stressor-Related Disorders)로 구별되어 분류되었다¹⁾.

보건복지가족부가 발표한 국내 2016년도 정신질환실태 조사에 따르면 PTSD의 평생유병률은 1.5%, 일년유병률은 0.5%로, 최근 대중매체에서 자주 언급되는 공황장애의 평생 유병률 0.5%, 일년유병률 0.2%보다도 높은 수치를 보이고 있어 적지 않은 사람들이 PTSD로 고통 받고 있음을 알 수 있다²⁾.

양방의학의 PTSD 치료는 주로 약물과 정신치료를 병행한다. 정신치료로는 인지행동치료(Cognitive-Behavioral Therapy, CBT)가 가장 권장되는데, 노출치료, 안구 운동 민감 소실 및 재처리요법(Eye Movement Desensitization and reprocessing, EMDR), 스트레스 면역훈련, 심리교육 등이 포함된다. 최근에 개발된 가상현실치료와 심상 재각본 기법도 활용할 수 있다³⁾.

한의학에서 PTSD에 직접적으로 대응하는 증후는 없으나 그 주요증상들로 미루어 경계정충(驚悸怔忡), 기울(氣鬱), 공(恐)으로 인한 칠정상(七情傷)⁴⁾ 등으로 접근할 수 있다. 치료에 있어서 Hwang 등⁵⁾, Choi 등⁶⁾, Lee 등⁷⁾의 연구에서는 구체적인 변증에 따른 침구치료 또는 한약치료를 다루었다. Kim 등⁸⁾, Park 등⁹⁾의 연구에서는 각각 침구 또는 한약치료와 한방정신요법을 병행하였다. 나아가 Kim 등¹⁰⁾의 연구에서는 마인드풀니스(Mindfulness)를 기반으로 한 한방정신요법 종합 프로그램을 제시하였고, Sue 등¹¹⁾은 상기의 한방정신요법 프로그램을 활용한 임상연구를 보고한 바 있다. 그 외에 관련 문헌고찰⁴⁾, 재해정신보건 한의학적 치료 모델 연구¹²⁾ 등의 논의가 있어왔다.

그러나 PTSD의 유병률과 심각성에 비해 관련 연구 수가 많지 않고, 특히 한방정신요법에 관해서는 최근에야 적극적으로 다루어지기 시작했다고⁹⁻¹¹⁾ 볼 수 있다. PTSD는 질병 특성상 약물치료 뿐만 아니라 환자에 대한 지지와 증상에 대한 대처 전략 교육을 바탕으로 한 심리치료가 중요하기 때문에¹³⁾ 한방치료 시에도 보다 체계적이고 현대적인 정신

요법 활용이 필요하다고 여겨진다. 따라서 본 논문은 PTSD의 정신치료에 대해 양·한방에서 각각 근래에 활용하고 있는 기법들을 개관하고 비교하여 치료 시 보다 효용성을 높이기 위한 보완점을 고찰하고자 한다.

II. 본론

1. 양방의 PTSD 정신치료

1) 인지행동치료(CBT) 개관

CBT는 현재 우울장애, 불안장애 등을 포함한 여러 정서 질환에 강력한 치료적 효과를 지닌 것으로 인정받고 있으며, PTSD에 있어서 약물치료와 함께 1차 치료로 권고되어 왔다¹⁴⁾.

인지행동적 관점에서 외상은 외상적 사건에 대한 부적절한 정서처리(Emotional processing)의 결과로 생기는 것이므로, PTSD 치료에 있어 중요한 것은 사건 그 자체보다도 외상적 사건에 대한 내담자의 태도나 인지, 반응이라 할 수 있다¹⁵⁾.

전형적인 인지행동치료는 심리교육, 노출, 인지재구성 및 불안 관리로 구성되는데, 이 중 심리교육은 치료의 첫 회기에 이루어지며 PTSD의 일반적 증상과 질병 발생 원인에 대한 정보를 제공한다.

불안 관리에서는 내담자가 자신의 공포에 숙달감(Sense of mastery)을 가질 수 있도록 불안이나 공포가 밀려올 때 대처할 수 있는 기술을 알려준다. 주로 이완 기술이나 호흡 훈련을 포함하는데 이는 차후 노출훈련에 대비하는 기능도 한다. 인지 행동치료에는 노출단계가 통상적으로 포함되는데, 그 치료기법은 전형적인 노출치료와 유사하다. 인지재구성 단계에서는 치료자와 환자가 PTSD의 증상을 지속시키는 파국적 사고가 무엇인지 파악하고, 잘못된 기억과 신념을 교정한다¹⁶⁾.

PTSD를 위한 대표적인 CBT들로서 지속노출(Prolonged exposure, PE), 인지치료(Cognitive therapy, CT), EMDR(Eye movement desensitization and reprocessing), 스트레스 면역 훈련(Stress inoculation training, SIT), 변증법적 행동치료(Dialectical behavior therapy, DBT) 등이 있다¹⁷⁾. 본 논문에서는 그 효과성이 널리 알려져 있거나 기본적으로 많이 사용되고 있는 치료법 중 한방치료와 접목 가능성이 높은 PE와 SIT, 그리고 최근 각광받고 있는 심상 재각본 등

을 다루고자 한다.

2) 지속노출치료(PE)

전형적인 노출치료는 심리교육, 실제노출, 상상노출의 세 가지 주요 요소를 가지고 있다. 주로 심리교육이 먼저(1~2회기) 이루어지고, 이후에 치료에서 다룰 외상 사건에 따라 실제노출, 상상노출, 혹은 지속노출이 이루어진다¹⁷⁾.

심리교육에서 환자는 회피반응의 원리를 학습하고 호흡법을 연습하며 치료에서 다룰 외상사건을 정한다. 실제노출에서는 환자가 공포스러워 하는 상황에 점진적으로 직면하게 하고 그것이 실상 위협하지 않음을 깨닫게 한다. 상상노출에서는 안전한 환경에서 환자가 외상 기억을 반복적, 점진적으로 끄집어낸다. 노출하는 동안 환자는 치료자에게 떠오르는 생각과 느낌 등을 이야기하며 이를 외상에 대한 기억에 통합시킨다. 이 작업에서의 핵심은 사건에 대해 새로운 관점을 가지게 되면서 기존의 잘못된 신념을 변화시키는 것이다¹⁸⁾.

3) 스트레스 면역 훈련(SIT)

SIT의 치료적 목표는 스트레스 자체의 제거가 아니라 스트레스 사건의 재개념화이다. 이는 스트레스를 유발하는 사건의 긍정적인 측면을 떠올리거나 이중의 의미를 생각해 보도록 하는 일종의 인지수정이다¹⁹⁾.

SIT는 3단계, 즉 심리교육, 훈련, 응용으로 이루어진다. 심리교육 국면에서는 발병이나 악화 및 유지에 대한 다양한 정보를 제공하고, 사건에 대한 감정, 생각, 반응(행동)을 구분하는 방법들도 교육하며, 자신의 감정이나 생각과 반응행동을 파악하도록 촉진하고, 자신의 반응이나 증상은 비정상적인 것이 아니라는 것을 알도록 돕는다. 훈련 국면에서는 호흡훈련, 이완훈련, 역할연기, 자기주도대화, 부정적 생각 멈추기, 안전지대 상상하기 등과 같은 방법을 연습한다. 응용 국면에서는 이전 단계에서 습득한 기술들을 일상에서 응용해보고 이 경험을 치료자와 나누는 데 초점을 둔다²⁰⁾.

4) 심상 재각본

심상 재각본(Imagery rescripting)은 내담자가 스트레스 사건을 진술하면서 그 일부를 본인이 바라는 대로 각색하도록 하여³⁾, 실제 경험과 다른 반응과 결과를 상상하도록 하는 방법이다. 새로운 각본에는 그 장면에 다른 누군가가 들어

오도록 하여 자신을 안전하게 만들거나, 자신에게 힘이 생겨 외상적 사건을 예방하거나 가해자에게 복수를 하는 것이 포함된다²¹⁾. 이러한 재각본 절차는 주로 4회기 동안 이루어진다. 5회기부터 8회기까지는 병리적 도식을 수정하는 데 초점을 두고 심상을 형성하는 연습을 하고 그 내용을 치료자와 점검하게 된다³⁾.

이러한 방식으로 심상 재각본은 심상노출로부터 환자들이 느끼는 심리적 고통을 감소시킬 수 있어, 심상노출과 함께 사용될 수 있는 대안으로 간주되고 있다²²⁾. Hagensaars와 Arntz²²⁾의 연구에서 심상 재각본 집단은 심상 재경험(Imagery reexperiencing) 및 긍정 심상(positive imagery) 집단에 비해 침습적 기억이 더 적었고, 심상 재경험 집단에 비해 부정적 인지가 더 적은 것으로 나타났다. 이러한 심상 재각본의 효과는 억제된 반응을 표현하는 효과, 또는 원래 사건의 의미를 변화시키는 적응적 효과로 설명될 수 있으며²³⁾, 초기 단계에서 기억 응고화(Memory consolidation)를 변화시킬 수 있는 적절한 기법으로 제안되었다²²⁾.

2. 한방의 PTSD 정신요법

1) 경자평지요법(驚者平之療法)

경자평지요법(驚者平之療法)은 현재 공포장애나 강박장애에 환자에게 적용되는 행동치료의 고전적인 형태라고 할 수 있으나, 무서운 상황에 점차적으로 접근하거나 이완을 위한 훈련 같은 단계적인 접근보다는 직접적인 자극을 환자가 견디어내도록 하는 방식으로 체계적 탈감작법과는 분명한 차이가 있고, 그 방법적 측면에서 행동치료 중 홍수법과 보다 유사하다. 또한 급성기 상태에서 벗어난 환자에게 질병의 본질과 치료법을 설명해줌으로써 인지교정을 위한 노력이 함께 이루어지고 있는 것으로 보아 인지치료적 요소도 있다고 본다¹⁸⁾. 이와 같이 경자평지요법(驚者平之療法)은 행동기법적 요소와 인지치료적 요소를 포함하고는 있으나, 주로 ‘평지(平之)’시키기 위한 자극법의 큰 원칙만 제시되고 있을 뿐, 체계적이고 분석적인 치료기술에 대한 연구는 부족한 실정이다. 또한 심장질환이 있거나 취약한 적응상태를 보이는 환자 같이 심한 불안이 위험한 결과를 초래할 수 있는 사례에서는 이용될 수 없고, 제한적인 경우에만 성공적일 수 있다는 한계가 있다¹⁸⁾.

2) 지언고론요법(至言高論療法)

대화를 통해서 환자가 병의 경중을 이해하게 한 뒤, 이를 바탕으로 환자의 근심을 제거하고 질병을 이기려는 마음을 증가시키며, 사회적응력을 향상시키고 병태 심리의 압력을 감소시키는 방법이다²⁴. 심리교육적 측면과 더불어 치료자가 환자에게 관심과 동정을 가지고 다가간다는 점에서 지지요법적 측면이 있다.

의인들에서 치료자가 정신치료를 목적으로 구사한 언어의 내용을 보면, 환자의 이성과 지식에 호소한 설득(Persuasion)과 충고(Advice) 및 암시(Suggestion)가 주를 이룬다. 또한 지엽적인 것이 배제된 상태에서 목적인 내용의 의사전달이 간결하게 이루어진 것을 볼 수 있는데, 이는 보통의 상담이 내담자의 서술을 위주로 긴 대화가 이루어지는 현실과 차이가 있다²⁵.

그러나 Seo 등¹⁸의 지적대로 지언고론(至言高論)은 암시, 지지, 보충, 교육, 설득, 충고 등의 제반 의료진의 상담 영역을 포괄하는 의미로 사용되어, 서양의학의 정신치료처럼 부분적이고 구체적이기보다는, 포괄적인 그리고 전체적인 섭생에 관한 것이 많다. 이는 장점도 될 수 있지만 구체적 실현, 조작적 의미가 없어 혼돈이 있을 수 있다. 실제로 다빈도로 사용되는 정신요법이라는 하나 정교한 치료 기술로서 사용된 예는 찾기 어렵다는 한계가 있다²⁵.

3) 이정변기요법(移精變氣療法)

이정변기요법(移精變氣療法)이란 의사가 각종 방법을 활용하여 환자의 정신 상태를 변화시키고, 병리 상태를 조절하여 질병 회복을 촉진하는 일종의 심리치료 방법이다²⁴. 주로 음악, 미술, 시 또는 명상, 기공(氣功) 등의 도인법(導引法)이 임상에서 활용되고 있다. 그 구체적인 방법은 시대적 이론과 배경에 따라 달라져왔는데¹³, 환자의 주의력을 흡인, 전이 또는 분산할 수 있는 방법은 모두 본 요법의 치료수단이 된다. 단, 치료자가 환자의 병태, 성격 감정적 특징 및 개인의 기호에 따라 어떤 방법을 적당하게 처치하는가에 따라 그 효과가 결정된다²⁴.

최근 연구 중에서는 Sue 등²⁶이 하코미세라피의 엑세스 기법을 이정변기요법(移精變氣療法)의 일환으로 활용하여, 신체적인 접근을 통해 정을 변화시키고 기를 전이 또는 분산시켜서 정신 관념의 악성자극을 유발하는 병리변화가 완

화되면서 치유가 일어날 수 있다고 밝히기도 했다. 또한 Kim 등¹⁰의 연구에서는 이정변기요법(移精變氣療法)에 정위반응(Orienting response)을 대응시켜 제시하기도 하였다.

전통적인 양생법 중 하나인 기공 또한 이정변기(移精變氣)의 일환으로 활용될 수 있다. 기공(氣功)의 가장 기본적인 방법은 ‘조심(調心, 관념의 제어)’, ‘조기(調氣, 호흡 단련)’, ‘조신(調身, 자세)’로 관념과 호흡의 기본 단련을 중시한다²⁴. 조기(調氣)의 호흡법을 사용하고 조심의 의념 수렴 방법으로 몸과 마음의 긴장을 이완시키는 방법, 신체의 일정부위에 주의력을 집중시키는 방법 등²⁶은 마인드풀니스(Mindfulness) 훈련 중 집중 명상, 통찰 명상, 하타 요가 및 보다 스캔 명상 등과 통하기도 한다²⁷.

4) 오지상승요법(五志相勝療法)

오지상승요법(五志相勝療法)은 외부에 의한 심적 충격에 의해 내부의 기에 변화가 오면 상대적인 감정이나 오행의 상생상극(相生相剋) 관계의 감정을 통하여 본래의 장기가 지니고 있는 평형된 기의 상태로 돌리는 방법⁷으로, 한의학 논문에서 수록된 의안들 중 가장 높은 빈도로 활용되었다²⁸.

Jeong 등²⁸의 연구에서는 단기역동 정신치료와 오지상승요법(五志相勝療法)을 비교분석하여 임상활용도를 제고하기 위한 방안을 제시한 바 있다. Sue 등²⁶의 연구에서는 하코미세라피 과정에서 오지상승요법(五志相勝療法)을 응용하여 내담자의 주요 감정과 핵심신념을 파악한 후 내담자를 평화롭게 해주는 말 혹은 혼란스럽게 해주는 말을 던져주는 프로브 기법을 사용할 수 있음을 제시했다.

III. 고찰

트라우마는 마음과 뇌가 인지한 정보를 다루는 방식 자체를 근본적으로 재편한다²⁹. PTSD의 주된 임상양상은 첫째, 고통스런 정서가 동반되는 반복적이고 침투적인 외상적 사고의 재경험(반복되는 고통스런 이미지, 꿈, 악몽 등), 둘째, 외상과 관련된 자극에 대한 회피 또는 관련된 반응의 마비, 셋째, 지속적인 과각성 상태(성마름, 놀람, 수면장애)라고 할 수 있다¹⁷. 더욱이 PTSD에 의한 신경정신장애는 다른 정신질환과 비슷하거나 높은 빈도로 나타난다³⁰.

약물치료는 생리학적 측면에서 증상 개선에 어느 정도 도움이 될 수는 있지만, 그것만으로 감정조절과 행동조절

문제를 온전히 회복하기는 어렵다¹⁹⁾. 이 때문에 서구에서는 정신요법 병행을 중요하게 다루고 있고¹⁸⁾ 많은 경험적 연구들에 의해 PTSD의 치료로서 CBT와 EMDR이 이야기되어 왔지만 기존의 연구들에서 CBT와 EMDR만으로는 그 치료 효과가 부족하거나 높은 탈락율을 나타낸 경우들이 있었다³¹⁾. PTSD 치료 도중 탈락하는 환자들의 비율은 연구에 따라 전혀 없는 경우에서 54%에 이를 정도로 다양하게 보고되고 있으며, 치료 비반응 환자의 비율도 최고 50%에 이를 정도로 높다고 한다³²⁾. 이에 따라 근래에는 기존의 정신요법의 한계를 넘어서기 위해 동양의 도와 같은 가치나 명상, 선 등을 수용하여 게슈탈트 치료나 마인드풀니스 명상 등 점차 그 범위를 확장하고 있다¹⁸⁾.

이에 반해 한방정신요법에서는 서구 정신요법의 장점을 받아들여려는 시도는 찾기 어렵다는 지적이 있어왔다¹⁸⁾. 최근 이러한 한계를 극복하기 위한 움직임으로 Park 등¹³⁾의 마인드풀니스 명상과 이정변기요법(移精變氣療法)을 활용한 증례보고, Kwon 등¹²⁾의 외상 후 스트레스장애에 대한 한의학적 치료모델 연구, Kim 등¹⁰⁾의 한방정신요법 기반 심리치료 개발 및 예비적 임상시험, Sue 등¹¹⁾의 가정폭력 피해 여성들을 대상으로 한 M&L 트라우마 심리치료 프로그램의 효과에 대한 임상연구 등이 있어왔다. 그러나 연구의 수와 양이 충분하다고는 아직 말할 수 없는 상황이기여 저자는 양-한방에서 최근 활용되고 있는 정신요법들을 살펴보고 기존의 한방정신요법을 보완할 수 있는 지점을 모색해보고자 하였다.

먼저 PTSD 정신치료의 첫 단계 작업으로 활용할 만한 SIT를 살펴보면, 이는 심리교육, 훈련, 응용의 단계로 이루어져 정보를 제공하고 내담자를 설득, 지지하는 지언고론요법(至言高論療法)과 호흡훈련, 이완훈련, 사고훈련 등을 내포하는 이정변기요법(移精變氣療法)의 조합에 대응된다.

최근 서구의 뇌 연구자들은 강도 높은 명상이 생리학적인 자기 조절에 중요한 역할을 하는 뇌 영역에 긍정적인 영향을 준다는 사실을 밝혀냈다²³⁾. 양방의학에서도 명상 훈련의 일종인 마인드풀니스(Mindfulness)를 이용한 치료법들을 개발하고 있으며, 점차적으로 그 치료적 유효성이 입증되고 있다³³⁾.

마인드풀니스 명상 중에서도 ‘신체감각 마인드풀니스’는 마인드풀니스의 상태에서 손, 팔, 가슴, 배, 다리, 발, 뒷목, 머리 얼굴 등 신체 각 부위에 의식을 집중해보는 것이다.

“이것은 나의 오른손입니다. 이것은 나의 오른팔입니다 이것은 나의 뒷목입니다. 이것은 나의 얼굴입니다.” 라는 멘트에 맞추어 각 부분을 손으로 만져가면서 충분히 느껴보도록 한다. ‘신체감각 마인드풀니스’는 과각성과 마비 반응의 기초가 되는 뇌간에 초점을 맞춘 접근으로, 대뇌피질이 뇌간과 변연계의 지배에서 벗어나 제 기능을 하도록 하며, 그 결과 불안장애, 우울증 등에서 보이는 감정의 자동화나 충동적인 패턴에서 벗어날 수 있게 된다³⁴⁾.

이정변기요법(移精變氣療法)의 일종인 기공 요법(氣功療法) 또한 호흡 명상과 더불어 신체 감각을 일깨워 기혈 순환을 증진시키고 심신을 이완하는 데에 도움이 될 것이라 생각된다.

Hyun³⁵⁾의 연구에서 시행한 단전호흡 운동프로그램은 기공삼조(氣功三調)의 조식(調息)의 원리에 따라 하단전(下丹田)에 의식을 집중하여 심호흡을 하며 관결과 근육을 신전하는 32동작의 도인체조를 서서, 앉아서, 누워서 하는 운동으로 1회 80분 씩, 주3회, 12주간 집단으로 실시하는 프로그램이다. 연구 결과 단전호흡 프로그램은 불안, 우울 감소에 효과가 있는 것으로 나타났다.

단전호흡은 비강호흡의 진정작용과 아울러 횡격막이 허복부 쪽으로 많이 내려가는 호흡이므로 복부 내용물이 미주신경을 가볍게 자극하여 부교감신경의 기능이 증진된다³⁶⁾. 또한 단전호흡을 할 때는 단전에 정신을 집중하여 호흡관을 내관(內觀)하므로 호흡명상이 이루어져 불안과 우울이 감소된³⁷⁾ 것으로 추정된다.

그러나 아직 단전호흡이나 도인 체조와 같은 기공요법(氣功療法)을 임상에 적용한 사례 보거나 관련 연구가 없는 실정이어서 앞으로 보다 많은 관심과 본격적인 연구가 필요할 것으로 생각된다.

경자평지요법(驚者平之療法)은 일종의 노출치료로서 그 방식상 홍수법과 유사하다. 그러나 노출치료는 재트라우마 경험의 위험이 있어 논란이 많다. 내담자가 충분히 준비되지 않은 상태에서 시행될 경우 오히려 고통만 증가시키고 증상이 악화될 소지가 있다. 노출치료의 치료 근거는 공포 구조를 활성화시킨 후 습관화가 일어나는 것이다³⁸⁾. 심상노출을 하는 동안 공포 반응이 일시적으로 증가 할 수 있으며, 이는 특히 심상노출을 처음 도입하는 회기에, 즉 공포구조는 활성화되었으나 습관화가 아직 일어나지 않은 상태에서 뚜렷하다³⁹⁾. 노출치료의 효과는 비록 여러 연구를 통해 검증

되었음에도 불구하고 환자가 느끼는 주관적 고통과 침식 빈도의 증가 때문에⁴⁰⁾ 치료 탈락율이 상승하고 치료 순응도가 떨어질 수 있다. 특히 기존의 경자평지요법(驚者平之療法)과 같은 방식의 노출치료는 다른 노출치료에 비해 더욱 내담자에게 부담이 클 수 있어 치료자들 역시 그와 같은 요법을 사용하기 꺼리게 될 수밖에 없다.

이러한 점을 고려할 때 경자평지요법(驚者平之療法)은 기존의 홍수법적 방식에서 벗어나 체계적 탈감작법 방식을 지향해야 한다. 체계적 탈감작법은 이완훈련, 위계작성, 탈감작의 3단계에 따라 내담자의 불안에 서서히 접근하기 때문에¹⁸⁾ 내담자가 트라우마 기억에 압도당할 위험성이 낮아진다. 경자평지요법(驚者平之療法)을 시행하고자 할 경우 그에 앞서 이정변기요법(移精變氣療法)이나 오지상승요법(五志相勝療法)을 통한 이완을 위한 훈련을 꾸준히 시행하여 내담자가 충분한 안전감을 갖추어야 한다. 따라서 경자평지요법(驚者平之療法)은 독자적으로 시행하기보다는 이정변기요법(移精變氣療法), 오지상승요법(五志相勝療法) 등을 단계적으로 통합시키는 것이 바람직하다. 이완훈련이란 편향된 칠정(七情)의 기운을 조정하는 과정이므로 태과(太過)한 정서에 상극(相剋)인 정서를 이용하여 내담자의 주관적 불편감을 줄이고 안전감과 평정심을 유지토록 하는 데에 도움을 줄 수 있다.

Sue 등의 연구¹¹⁾에서는 가정폭력 피해여성들에게 심리치료 프로그램을 실시하는 과정에서 먼저 이정변기요법(移精變氣療法)으로 내담자를 환기시켜 매몰된 트라우마 기억과 반응으로부터 벗어나도록 한 다음, 신체감각 마인드풀니스 명상을 통해 경자평지요법(驚者平之療法)을 겸한 훈련을 시행하여 유의미한 효과를 거두었다.

기존의 노출치료의 일종인 심상노출과 함께 사용될 수 있는 대안으로 최근 떠오르고 있는 심상 재각본 역시 한방 정신요법의 장점을 접목할 여지가 있다.

심상 재각본의 도입은 외상 사건을 현재형으로 떠올리는 방식으로 심상노출과 같지만, 그 후 사건의 결말을 실제 사실과는 다르게 내담자가 각색하게 된다²²⁾. 예를 들어 성인인 자신이 방으로 들어가서 학대받는 어린 자신을 보호하는 것을 상상하고 진술하는 식이다³⁾.

치료로 인해 원래 외상 기억 표상 자체가 변화하는 것은 아니지만 심상 재각본은 원래 외상 기억과 경쟁해야 하는 새롭고 더 기능적인 표상을 제공한다. 무엇보다, 심상 재각

본은 심상노출에 동반되는 주관적 불편감을 감소시키는 효과가 있어, 실제 임상 장면에서 치료 순응도를 높일 수 있다는 측면이 장점인 것으로 보인다³⁾.

여기서 주목할 것은 각색한 결말의 방향성에 따라 그 치료 효과가 현저히 달라진다는 것이다. Choi의 연구²¹⁾에서 내담자들이 각자 각색한 결말을 행복, 중립, 불행으로 분류하였는데, 불행한 결말보다는 행복한 결말이 주관적 불편감과 추후 침식 빈도의 감소에 효과적인 것으로 나타났다. 이는 반대로, 불행한 결말의 심상 재각본은 주관적 불편감이나 침식 빈도를 감소시키는데 효과가 없거나 이들을 더욱 악화시킬 소지가 있음을 시사한다. 이러한 결과는 심상 재각본을 적용할 때 치료자의 명확한 안내가 수반되어야 함을 시사하며²²⁾, 더 나아가 치료자가 내담자에게 가장 적절한 방향으로 각색을 이끌수록 치료 효과가 극대화될 것임을 의미한다.

장자화(張子和)가 유문사친(儒門事親)에서 비는 노를 다스릴 수 있는 데 슬프고 괴로운 말로써 이를 감동시키고(悲可以治怒, 以愴惻苦楚之言感之), 희는 비를 다스릴 수 있는 데 익살스럽고 방탕한 말로 이를 즐겁게 하며(喜可以治悲, 以謔浪遽狎之言娛之), 공은 희를 다스릴 수 있는데 험박하여 죽인다는 말로 겁에 질리게 하고(恐可以治喜, 以迫遽死亡之言怖之), 노는 사를 다스릴 수 있는데 모욕적이고 기만하는 말로 이를 접촉 하며(怒可以治思, 以汚辱欺罔之言觸之) 사는 공을 다스릴 수 있는데 이것저것 생각하게 하는 말로 정신을 차리지 못하게 한다(思可以治恐, 以慮彼志此之言奪之)²⁵⁾고 한 것을 근거로 하면, 내담자의 주요 감정을 파악한 후 오행의 상생상극(相生相剋) 관계에 있는 감정을 이용해 각색의 큰 틀을 잡아주는 방식으로 오지상승요법(五志相勝療法)을 활용해 볼 수 있을 것으로 생각된다.

이 중 PTSD 환자에게 흔히 나타나는 정서로는 공(恐), 비(悲), 노(怒)가 있는데 각각 사승공(思勝恐), 희승비(喜勝悲), 비승노(悲勝怒)의 원리를 활용할 수 있다. 사승공(思勝恐)이나 비승노(悲勝怒)의 경우 구체적인 상황에 따라 불행한 결말로도 이어질 수 있으므로, 단순 비극적 결말이 아닌 카타르시스(katharsis)를 이끌어내는 결말이 될 수 있도록 치료자의 주의 깊은 지도가 필요할 것이다.

PTSD 환자의 트라우마 경험은 당시의 감각과 생각, 감정이 얼어붙어 포괄적으로 정리되지 못한 조각 상태로 분리된 채 저장된다. PTSD 환자가 겪는 문제가 '해리'라면, 치료의 목표는 '통합'이다. 즉 따로 떨어진 트라우마 기억의 조각을

계속 이어지는 삶의 이야기로 통합시킴으로써 뇌가 ‘그건 예전 일이고 이젠 지금 일어난 일’임을 인지할 수 있도록 하는 것이다¹⁹⁾.

Kim 등¹⁰⁾이 제안한 한방정신요법 기반 PTSD 심리치료 프로그램은 크게 4단계로 이루어지는데, 1단계는 공감해주면서 편안하게 지금 이 순간을 바라볼 수 있게 하는 안전의 장 구축이 우선이며, 2단계는 자연스럽게 안전하게 매몰되어 있는 감정과 기억에서 헤어나오게 하는 흘러보내기, 3단계는 아프고 힘든 것도 소중한 다루는 받아들이기, 4단계는 내 안의 正氣(리소스)와 邪氣(트라우마)를 조심스럽게 통합하기로 이루어져있다. 한의학의 허심합도(虛心合道)의 원리와 부정거사법(扶正祛邪法)을 심리학적으로 응용하면서 최종적으로 통합을 지향한다는 점이 서구 정신요법의 현재 경향과 궤를 같이 하고 있음을 확인할 수 있다.

본 연구는 이상 PTSD의 정신치료에 대한 기법들을 살피고, 한방정신요법을 현대적이고 효율적으로 활용하는 방안을 고찰하여 보았다. 그러나 그 방안들을 실제로 임상에 적용하여 다루어보지는 못했다는 명백한 한계가 있다. 기존의 연구들에 더불어 앞으로 다양한 사례보고와 더욱 체계적인 연구들이 이어지기를 기대하는 바이다.

IV. 결론

1. 서구의 PTSD 정신치료요법은 PE, SIT 등을 포괄한 CBT, EMDR 등으로 대표된다. 그러나 그 한계를 보완하기 위해 게슈탈트 치료나 마인드풀니스 명상 등으로 범위를 확장하고 있다. 심상 재각본과 같은 새로운 기법도 연구되고 있다.

2. 국내 한방의 PTSD 정신치료요법은 경자평지요법(驚者平之療法), 지언고론요법(至言高論療法), 이정변기요법(移精變氣療法), 오지상승요법(五志相勝療法) 등이 쓰이고 있다. 기존 요법에 현대의 마인드풀니스 명상, M&L 심리치료 프로그램 등을 활용한 연구가 최근 이루어지고 있다.

3. PTSD 치료의 첫 단계에서는 지언고론요법(至言高論療法)에 해당하는 심리교육을 거친 후, 자각과 이완을 위한 스트레스 조절 훈련이 필요하다. 훈련 시 신체명상 마인드풀니스 기법과 더불어 단전호흡과 체조를 병행하는 기공 요법 프로그램 또한 효과가 있을 것으로 보인다. 그러나 현재 기공 요법(氣功療法)의 방식과 효용에 관한 연구가 전무하

다시피 하여 추후 많은 관심과 다양한 연구가 촉구된다.

4. 경자평지요법(驚者平之療法)은 재트라우마 경험의 위험성으로 환자의 주관적 고통과 트라우마 기억의 침습빈도를 높일 수 있는 부담이 있다. 기존의 홍수법적 방식은 지양하고 체계적 탈감작법 방식을 취하는 것이 권고되는 바이며, 그러기 위해서는 이정변기요법(移精變氣療法), 오지상승요법(五志相勝療法) 등 다른 요법과 통합하여 실시하는 것이 바람직하다.

5. 최근 연구되고 있는 심상 재각본을 활용할 때, 오지상승요법(五志相勝療法)을 이용해 치료효과를 증대시킬 수 있으리라 생각된다.

REFERENCES

1. Min SK. Modern psychiatry. 6th ed. Seoul: Ilchokak. 2016:388-9.
2. The Survey of Mental Disorders in Korea 2016. Ministry of health and welfare. 2017. Available from: URL: <http://www.korea.kr/archive/expDocView.do?docId=37547>
3. Jang EY, Lee HJ, Kim DH. Review of Psychological Treatment for Post Traumatic Stress Disorder: Focus on Survivors of Disaster. Anxiety and Mood. 2016;12(2): 69-78.
4. Kim HW, Kim HJ, Park YH, Keum DH, Lee MJ. Review of Post Traumatic Stress Disorder(PTSD) Symptoms in Traffic Accident Patients. J. Oriental Rehab. Med. 2016;16(1):35-47.
5. Hwang JH, Ko JS, Bae JI, Koo BS, Kim GW. A Clinical Report of Three Patients with Acute Stress Disorder, Post Traumatic Stress Disorder Treated by Oriental Medical Treatments. J. of Oriental Neuropsychiatry. 2011;22(3): 75-85.
6. Choi KH, Hong SJ, Song IS. A Clinical Report of Post Traumatic Stress Disorder from Sexual Violence. J. Korean Oriental Pediatrics. 2010;24(3):76-80.
7. Lee JE, Cheon HS, Ryu CR, Cho MR, Ryu M S. Comparative Study of General Oriental Medical Treatment and Damjeonggyeok Acupuncture on Pain and Post Traumatic Stress Disorder due to Traffic Accident. The Journal of Korean Acupuncture & Moxibustion Society. 2009;12(6):151-9.
8. Kim SH, Sim YS. A Case With Traffic Accident Related Post-traumatic Stress Disorder. J. of Oriental Neuropsychiatry. 2003;14(1):175-81.
9. Park JM, Lee GE, Sue JH, Bae DB, Choi SY, Kang HW. A Case Report for PTSD Patients Based on Mindfulness & I-Jeong-Byeon-Gi Therapy. J. of Oriental Neuropsychiatry. 2014;25(1):73-84.
10. Kim JH, Sue JH, Lee GE, Kim NK, Choi SY, Lyu YS, Kang

- HW. Development of Korean Medical Psychotherapy and Preliminary Clinical Trial for Post Traumatic Stress Disorder. *J. of Oriental Neuropsychiatry*. 2015;26(1):49-61.
11. Sue JH, Kim JS, Ko KS, Oh JL, Ko IS, Kang HW. The Effects of M&L Trauma Psychotherapy on Impact of Events, Affection, and Quality of Life among Female Victims of Family Violence. *J. of Oriental Neuropsychiatry*. 2015;26(2):79-88.
 12. Kwon YJ, Cho SH. Oriental medical Intervention Research for Post traumatic stress disorder -A Model of Oriental medicine for Disaster Mental Health-. *J. of Oriental Neuropsychiatry*. 2011;22(4):77-86.
 13. Park KC. Psychobiological Approach for Post Traumatic Stress Disorder. *Korean journal of psychosomatic medicine*. 1996;4(1):124-37.
 14. Bisson JI, Andrew M. Psychological treatment of post-traumatic stress disorder. *The Cochrane Library* 2005;3:1-61.
 15. Smucker, M. R. Post-Traumatic Stress Disorder. In R. L. Lehrer(Ed). *Practicing Cognitive Therapy*. Alabama:Bookmart Press. 1997:193-220.
 16. Moon HM. Third Wave of Cognitive-Behavioral Therapy. 2005;17(1):15-33.
 17. Kim MS. The Cognitive Behavioral Therapy for Post Trumatic Stress Disorder. *The Journal of the Korean Association of Psychotherapy*. 2009;1(1):45-61.
 18. Seo JH, Ryu CG, Cho AR, Lee GE, Lyu YS, Kang HW. Research Status on Psychotherapy in Korean Medicine. *J. of Oriental Neuropsychiatry* 2013;24(Special 1):63-88.
 19. Silvia S, Stefano TB, Daniela VL, Pietro CP, Andrea GG, Giuseppe RV. Toward a validation of cyber interventions for stress disorders based on stress inoculation training: a systematic review. *Virtual Reality*. 2013;18(1):73-87.
 20. Saunders T, Driskell JE, Johnston JH, Salas E. The effect of stress inoculation training on anxiety and performance. *Journal of Occupational Health Psychology*. 1996;1(2): 170-86.
 21. Choi YK. The effect of bilateral eye movements, imaginal exposure, and imagery rescripting on intrusive memory: An experimental study. *Cognitive Behavior Therapy in Korea*. 2014;14(2):165-90.
 22. Hagenaars & Arntz. Reduced intrusion development after post-trauma imagery rescripting: An experimental study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2012;45:808-14.
 23. Arntz, A. Imagery rescripting for personality disorders. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2011;18:466-81.
 24. The textbook compilation committee of neuropsychiatry of oriental medical schools in nation. *The Neuropsychiatry of oriental medicine*. Seoul:Jip Moon Dang. 2010: 718-9.
 25. Kim GW, Gu BS. A study of psychotherapy by means of oriental medicine though the Giungoroen Focusing on Ancient clinical document. *J. of Oriental Neuropsychiatry*. 2001;12(1):29-45.
 26. Sue JH, Kang HW. An Introduction of Hakomi Therapy and Its Application to Korean Medicine. *J. of Oriental Neuropsychiatry*. 2013;24(special 1):101-18.
 27. Kim KS. Facing Stress Through Mindfulness and Its Clinical Use. *Korean journal of psychosomatic medicine*. 2008;16(1):5-16.
 28. Jeong SY, Kim JY, Cho MU, Kho YT. A Comparative Study between Five Minds Mutual Restriction Therapy and Short-Term Dynamic Psychotherapy(STDP). *J. of Oriental Neuropsychiatry* 2016;27(2):57-65.
 29. van der Kolk B. *The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma*. 1st ed. Seoul:eulyoo. 2016:53, 121, 289, 354, 399, 432.
 30. Kim SK, Lee KJ, Lee SH, Nam M, Chung YC. Neurocognitive Functions in Posttraumatic Stress Disorder. *Korean journal of biological psychiatry*. 2003;10(2):147-58.
 31. Kim JY, Park JI, Yang JC. Psychodynamic Psychotherapy of PTSD. *Anxiety and Mood*. 2015;11(2):106-13.
 32. Schottenbauer MA, Glass CR, Arnkoff DB, Tendick V, Gray SH. Nonresponse and dropout rates in outcome studies on PTSD: review and methodological considerations. *Psychiatry*. 2008;71:134-68.
 33. Seo HJ, Lee KS, Lee SH, Suh HS. Recent Advances in Cognitive Behavioral Therapy for Panic Disorder. *Anxiety and Mood*. 2016;12(1):47-55.
 34. Lee YJ, Kim JS, Ko KS, Sue JH, Oh JR, Kim MY, Kang HW. The Study on Effects of M&L Self-Growth Meditation Program. *J. of Oriental Neuropsychiatry* 2014;25(3):225-34.
 35. Hyun KS. The Effect of the DanJeon Breathing Exercise Program Applied to Health Promotion in Women in Midlife. *Korean Journal of Adult Nursing*. 2001;13(3): 373-84.
 36. Lee PS. Theoretical Bases and Technical Application of Breathing Therapy in Stress Management. *Korean Journal of Adult Nursing*. 2001;13(3):373-84.
 37. Kabat-Zinn, J. Massion, A. O., Kristeller, J., Peterson, L. G., Fletcher, K. E. Pbert L., Lenderking, W. R. & Santorelli S. F. Effectiveness of a meditation based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*. 1992;149(7):936-43.
 38. Foa, E. B., & Kozak, M. J. Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*. 1986;99:20-35.
 39. Foa, E. B., Zoellner, L. A., Feeny, N. C., Hembree, E. A., & Alvarez-Conrad, J. Does imaginal exposure exacerbate PTSD symptoms? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2002;70:1022-8.
 40. Kilpatrick, D. G., & Best, C. L. Some cautionary remarks on treating sexual assault victims with implosion. *Behavior Therapy*. 1984;15:421-3.