

외상적 스트레스의 단기 관리： 위기개입 프로그램의 개발¹⁾

김미리혜

덕성여자대학교 학생생활연구소

외상적 사건들이 일어날 때 그에 대한 스트레스 반응으로 사람들은 여러가지 증상들을 겪는다. 이러한 스트레스 반응 증후군을 경감시키고 차후에 올 수도 있는 PTSD 등의 정신적 혹은 신체적 장애를 예방하기 위해서는 심리적인 개입이 필요하다. 본 논문에서는 당사자들의 자기통제감을 손상시키지 않는 범위내에서 외상적 스트레스를 짧은 시간에 걸쳐 다루어 주는 효율적인 개입법으로서 위기개입 프로그램을 소개하였다. 우선 당사자와 1대 1로, 개인을 대상으로 개입하건, 관련된 사람들을 모두 불러서 집단을 대상으로 하건 공통적으로 스며있는 위기개입의 기본정신과 원칙을 강조하였다. 그런 뒤에 각 형태의 기법들을 차례로 자세히 설명하여 심리치료의 기초가 있는 심리학도라면 어느 장면에서나 또 어느 사건에서나 쉽게 활용할 수 있도록 했다.

외상적 스트레스, 그에 대한 반응, 그리고 개입의 필요성

우리는 사는 동안 여러 가지 일들을 겪는다. 그 중에는 외상적 스트레스(traumatic stress)의 근원이 될 만한 일들이 있다. 예를 들면 강간을 포함한 폭력, 홍수, 태풍, 화재, 전쟁이 그러한 것들이다. 또한 직접적인 희생자 뿐 아니라 그 친지들도 2차적인 외상을 겪으면서 유사한 반응을 보인다. 각 외상적 사건에 관련된 반응을 기술한 연구의 예는 표 1에 나열하였다.

표 1에서 예를 든 연구들에 따르면 외상적 사건은 다양한 심리적, 생리적 반응을 야기한다. 외상적 사건의 종류에 따라 혹은 희생자의 특징에 따라 증상이 달라질 수 있겠으나 여러 종류의 사건들에서 흔히 볼 수 있는 증상들로 안전부절하고, 피곤해 하며, 잠을 못 이루고, 구토하는 것 등을 들 수 있다. 이러한 반응 혹은 증상들의 집합을 스트레스 반응 증후군이라고 이름 붙일 수 있다. 표 2는 흔히 볼 수 있는 스트레스 반응들의 목록인데 이 표는 사실상 뒤에서 설명할 위기개입프로그램에서 다양한 방식으로 유용하게 사용될 수 있다.

물론 스트레스에 대한 반응의 일부인 이러한 증상들은 '정상'적이라고 말할 수 있다. 스트레스나 위협, 상실 등에 직면한 대부분의 사람들에게 발생하며 당사자²⁾가 살아남을 수 있도록 태어날 때 몸과 마음

1 본 연구는 1998년도 덕성여자대학교 학생생활연구소 연구비 지원으로 이루어 졌음. 자료의 일부를 주신 성신여대 심리학과 채규만 선생님께 감사한다

이 프로그램되어 있는 소치이다. 그러나 문제는 이러한 반응이 오래 지속되면 당사자의 건강을 위협할 수 있다는 점이다. 외상후 스트레스 장애를 비롯한 심리적 장애 뿐 아니라 신체적 질병에도 취약하게 된다.

표 1
여러 외상적 사건에 대한 반응연구

사 건	연구자
폭력범죄	Bisson & Shepherd(1995)
폭탄폭발	Parson(1995)
가정폭력	Kemp, Rawlings, & Green(1991)
홍수	Phifer, Kaniasty, & Norris(1988)
태풍	Madakasira & O'Brien(1987)
화재	Gleser, Green, & Winget(1981)
고문	Weisaeth(1989)
화산폭발	Shore, Tatum, & Vollmer(1988)
전쟁	Rahe(1988)

그림 1에서 스트레스 반응의 경로를 단순도식화하였다. 맨 왼쪽의 첫번째 상자 속에 있는 외상적 스트레스의 근원에 대한 반응으로 두번째 상자속의 변화들이 생긴다. 이때 아예 그 반응이 무리하게 억눌려진다는지, 오래 지속된다는지, 위협요인이 존재하면 그리고 그에 대한 개입을 하지 않는다면 부정적인 결과를 초래하며(5번 상자; 장기적 부인이나 스트레스 반응의 억압의 결과는 Pennebaker, Hughes, & O'Heeron, 1987를, 사건 전 위협요인의 영향은 van der Kolk, 1987과 Smith, 1990를 보시오.) 이럴 때 어떤 형태로든지 도움이 적절히 작용하면 외상적 사건은 부정적, 파괴적인 결과를 예방하고 당사자의 인격적 성숙을 촉진시킨다. 이러한 '도움'의 형태 중 사회적 지원의 효과에 관해서는 많은 연구가 이루어졌다(van der Kolk, 1987 등). 든든한 사회적 지원을

2 본 연구에서는 외상적 사건을 겪은 당사자를 '내담자' 혹은 '환자'라고 하지 않고 '당사자' 혹은 '생존자'라 칭하였다. 또한 '당사자'의 외상적 스트레스를 극복하도록, 외상후스트레스 장애 등의 심리적, 신체적 장애를 예방하도록 돕는 이를 '개입자'라고 칭하였다.

받은 희생자들은 그렇지 못한 희생자들에 비해 증상의 수도 적었고 지속기간도 짧았으며 그 이후의 삶의 질도 높았다. 이런 결과로 미루어 볼 때 공식적인 개입프로그램에 사회적 지원의 형성이나 강화를 포함시키는 것이 타당할 것이다.

표 2
스트레스 반응 중후군(특히 사건후 6개월이내의 단기증상)

신체적 증상(식은 땀, 호흡곤란, 구토)
두려움
의심
불안
불확실성으로 인한 불안정감
긴장
사건장면이 떠오름
생각하려하지 않는데 사건이 생각남 (사고에 관한 회상)
피로감
수면장애-악몽 등
우울
타인으로부터 (물리적, 심리적) 거리를 둠
외로움
소외감
깜짝깜짝 놀람-과도한 경계심
죄책감
상실감

뒤에서 소개할 개입프로그램의 효과를 체계적으로, 통제집단을 사용해서 평가한 연구는 적은 편이다. 그러나 개입의 결과, 알려진 발병율보다 실제 심리적, 신체적 장애가 발병한 비율이 낮았다는지, 자연발생적인 통제집단보다 회복률이 높았다는지 하는 연구 결과는 여러 종류의 외상적 사건에서(연구의 예는 표 3을 보시오), 여러 나라에서(연구의 예: Ladrado-Ignacio & Perlas, 1996는 필리핀에서 일어난 재난의 희생자들 대상으로 위기개입이 긍정적인 필터효과가 있었다고 보고하였다) 여러 연령층(Rigamer, 1987에서는 아동을 대상으로, Weinberg, 1990에서는 청소년을 대상으로 연구하였다)에서 보고된 바 있다.

표 3
위기개입 프로그램의 효과에 관한 연구

사건의 종류	연구자
전쟁	Sokol (1989)
테러행위	Simon & Blum (1987)
태풍	Dingman (1995)
교통사고	Winge (1995)
열차사고	Singh & Raphael (1981)
지진	Dufka (1988)
폭력	Nader, Pynoos, & Fairbanks. (1990)

위기개입 프로그램의 소개

본 프로그램의 일부는 국내에서 이미 단편적으로 사용되고 있으며 앞으로의 과제는 다양한 외상적 사건들에 본 프로그램을 적용시켜서 효과 연구를 수행하는 것이다.

본 논문에서는 경험적 연구에서 그 효과가 보고

된 위기개입프로그램들의 공통요소를 조합하여 제시 하겠다. 결과적으로는 1 대 1 개입의 경우 Aguilera (1994), Beck(1976) 및 Burns(1980)의 모델을 조합하 게 되었고, 집단개입의 경우 Mitchell(1984)의 Critical Incident Stress Debriefing(CISD) 기법을 기초로 서 술하였다.

1대 1 개입의 경우이건 집단을 대상으로 한 개입 이건 모두 6회기 이하의 단기개입이며 이는 위기개 입의 특성이다. 앞서서도 언급하였듯이 스트레스에 대한 반응은 병리적인 것이 아니며 정상반응에 대한 개입은 '치료' 개념이 아닌 것이다. 최소한도의 개입 을 통하여 장차 일어날지도 모를 외상후 스트레스장 애 등의 심리적, 신체적 장애를 예방하고 생존자가 정서적 안정을 되찾고 원래 기능 수준으로 빨리 되 돌아 가게 하며 개인적, 사회적/환경적 자원을 활용 하도록 돕기 위한 것이다. 불필요한 장기개입은 생존 자의 독립심과 자기통제감을 저해할 수 있다. 따라서 개입자는 문제의 주인의식을 당사자로부터 박탈하지 않으면서도 적극적/능동적이고 직접적인 역할을 채택 해야 한다.

외상적 사건 후 생존자들은 그들이 안전하다는

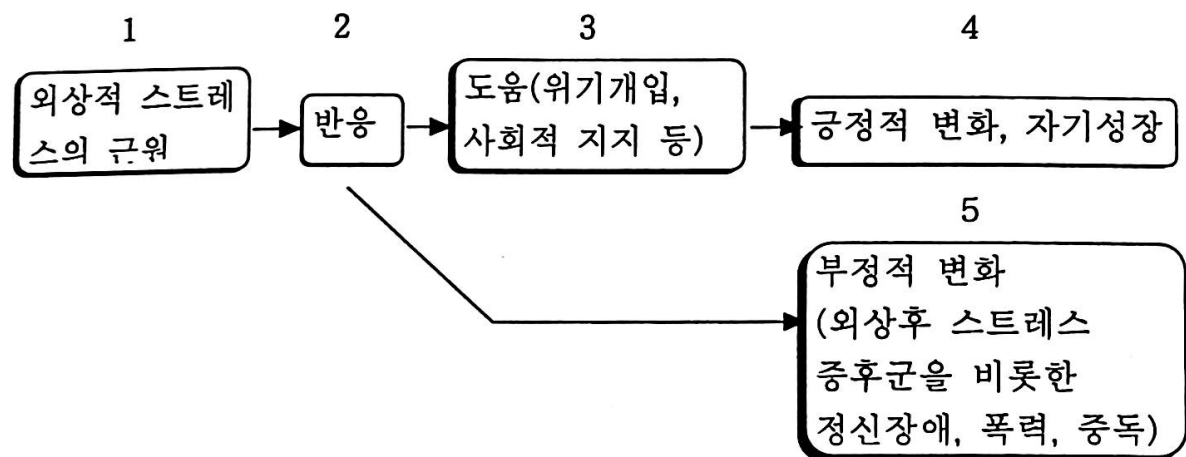


그림 1. 스트레스 반응의 경로

사실을 확인 받을 필요가 있다. 또한 급성 불안을 극복해야 하며 자신의 이야기를 타인과 나눌 기회가 적어도 한 두 번 주어져야 한다(Rahe, 1988). Maslow의 위계대로 우선 신체적으로 필요한 것들이 충족되는 것이 우선이겠지만 이와 더불어 외상적 사건에 대한 필요한 정보를 획득하고 현실감각을 유지하면서도 적절히 조율된 낙관주의가 필요하다.

개입자는 외상적 사건에 대한 각종 반응들에 관해 일관된 의미를 전달해야 한다(이때 표 1을 이용할 수 있다). 희생자들에게 증상이 외상적 스트레스에 대해 정상적으로 반응하는 것임을 말해줄 필요가 있다. 왜냐하면 뭔가 자신이 잘못되어 그러한 증상들을 겪는 것은 아닐까하고 오해할 경우 후유증이 더 심각할 수 있기 때문이다. 또한 증상이 생기기 전에 미리 증상에 대한 교육을 받는 것 역시 차후의 불안을 방지하는 데 도움이 될 것이다(Figley, 1989).

또한 개입의 중요한 요소로 자신을 돌보도록 즉 제대로 자고, 먹도록 유도하는 것이 포함된다.

개인용 위기개입 프로그램

다음에 소개하는 위기개입 프로그램은 주로 1대 1로 개입하기 위한 것이지만 기본적인 원칙은 집단을 대상으로한 경우에도 적용될 것이다. 물론 개인심리치료에서 사용하는 기법들이 포함되므로 개인심리치료의 훈련이 되어 있는 사람이 위기개입 프로그램을 적용하는데는 큰 어려움이 없을 것이다.

우선 평가를 한 다음에 6회 이하의 단기개입을 계획한다. 단, 회기당 시간은 개인의 상태에 따라 달라진다. 개입은 사건이 일어난 장소부터 전개될 수도 있고 생존자가 안전한 곳에 옮겨진 다음부터 시작될 수 있다. 외상적 사건 직후에는 자기통제감이 더욱 감소될 것을 두려워하는 소치인지 정신건강 서비스의 사용을 꺼리는 현상을 보인다. 이에 따라 개입자는 '공격적'으로 팔을 걷어 부치고 나서야 한다. 현장으로도 가고, 학교, 지역사회로 가야 한다. 그래서 즉시적 반응과 장기적으로 나타날 반응들을 경감시켜야 한다.

평가: 우선 당사자가 도움이 필요한 상태인지 판

별할 필요가 있다. 감정적 혼란을 보이면 무조건 심각한 상태이고 개입을 요한다고 생각할지 모르지만 꼭 그런 것은 아니다. 또 개입자에 따라서는, 급한데 무슨 평가하면서 따지지 말고 모든 희생자들을 도와 주자고 할 지 모른다. 그러나 그 좋은 의도가 실은 역효과를 부를 수 있다. 다음에 소개하는 집단 대상 위기개입 프로그램과 달리 개인을 대상으로 하는 프로그램을 권유할 경우 자칫 잘못하면 본의 아니게 해당 개인에게 몇 가지 부정적인 메시지를 줄 수 있다. 예를 들어 '다른 이에 비해 당신 처지가 심한 것 같아서 도와야겠다' '우리 도움이 없이는 극복하지 못할 것이다' 등의 메시지가 전달될 수 있다는 것이다. 또한 '남이 필요로 하는 사람'이 되고자 하는 욕구가 지나치면 도우려는 이가 생존자의 독립심이나 결정능력을 저하시킬 우려가 있다. 따라서 개입자는 이러한 '구원환상'에 빠지지 않도록 자중해야 할 것이다. 그리고 평가과정을 거쳐서 위기에 처한 사람이 누구 인지, 외상후 스트레스장애 등의 심리적, 신체적 장애에 걸릴 위험이 높은가를 파악한다(Ludin, 1994). 다른 기관(예: 병원)에 의뢰가 필요한지도 판단한다.

개입: 우선은 위기개입의 일반적인 원칙과 기법을 설명하겠다. 다음에 설명하는 것은 여러 setting에서 즉 집, 병원, 상담센터, 핫라인에서 적용할 수 있으며 개입자의 전문적인 수준이나 setting에 따라 세부사항은 달라질 수도 있겠지만 기본적인 개념은 바뀌지 않을 것이다.

rappor형성: 모든 개입에서 그러하겠지만 우선 rapport 형성이 중요하다. 위기개입에서는 시간이 한정되어 있으므로 재빠른 rapport 형성이 관건이다.

rapport를 형성할 때는 다음의 두 목표가 핵심이다.

가. '나를 이해하는구나'는 느낌을 주어야 한다. 잘 공감해주는 말, '굉장히 화가 났나 보구나' '그 일 때문에 굉장히 상처를 받은 것 같네.' 같은 말이 도움이 될 것이다. '...이겠네' '...것 같네'라는 식의 말이 넘겨 줘는 식의 단정보다 낫다. 왜냐하면 만약 추측

한 감정이 틀린 경우 '아니 그게 아니라..'하고 희생자가 정정할 여지가 있기 때문이다. 그러나 '충분히 이해해', '잘 알고 있지' 등의 말은 적절치 않다. 왜냐하면 실제로 당사자의 고통을 진심으로 이해하기란 불가능하기 때문이다.

나. 우리가 이해한 것이 확실하지 않으면, 그리고 이해하고 싶다는 메시지를 보내려면 다음과 같이 물어도 좋다. '좀 더 말씀해 보세요.', '어떻게 느끼십니까?' '제가 **씨의 마음을 잘 이해하고 있는 것 같지 않은데- 그게 어떤 의미지요?'. 필요하다면 더 분명하게, 자세하게 이야기해 달라고 요청한다.

다. 생존자가 개입자의 유능감을 지각하여 '아, 내가 제대로 도움을 받겠구나'하고 느끼면 정서적 안정감을 찾는 데 도움이 된다. 따라서 개입자는 본 프로그램을 숙지하고 실습경험을 쌓는 등의 방법으로 스스로 자신감을 키울 필요가 있다.

rapport를 형성하기 위한 이러한 기법 외에도 벽을 허물고 효과적으로 의사소통하기 위한 다른 방법들을 들면 다음과 같다.

가. 이중메시지를 삼가라. 예를 들어 말로는 걱정을 표현하면서 자세나, 얼굴표정은 그렇지 않을 수 있다.

나. 타인의 삶이나 감정, 가치에 관해 개입자 자신이 가진 가정들을 직시하고 그러한 가정을 함부로 적용하는 것을 삼간다.

다. 불필요한 전문용어를 피한다.

라. 어떤 사람들은 과거에 자신이 믿었던 이에게 배반당한 적이 있기 때문에 도움을 주는 이를 믿지 못할 수 있다. 그러한 가능성을 염두에 둔다.

마. 상대방이 자유로이 말하도록 내버려 둔다. 상대방이 말하도록 종용하지 말고 감정을 탐색하고 그에 해당하는 단어를 찾는 동안 인내심으로 기다려 준다. 실제로는 느끼지만 놓치기 쉬운 감정(예: 버림받은 것 같은 느낌, 남과는 너무도 다른 것 같은 느낌)을 탐색해 보도록 북돋아 준다.

바. 내용과 감정 모두에 신경써서 듣는다. 사건이 어떻게 진행되었나 뿐만이 아니라 해당감정이 어떠한 것이었는지도 듣는다.

사. 확실히, 명료하게 알아듣기 위해 상대방의 말을 풀어서 다시 말해 준다.

아. 내 자신의 감정이 상대방이 말하려 하는 바를 이해하는데 방해가 되지 않도록 한다. 사실 외상적 사건들에 대해 듣는 것만으로 강렬한 감정을 불러 일으킬 수 있다.

진단과 계획: 주의깊게 계획하지 않으면 이미 위기에 빠진 사람의 혼란을 가중시킬 뿐이다. 어떤 사람들은 죽느냐 사느냐하는 위급상황에서 계획할 시간이 어디 있느냐고 반문할지 모른다. 하지만 사실 위기와 위기개입에 관해 잘 알고 있는 사람이라면 수 분 안에 좋은 계획을 세울 수 있다. 계획 없이 개입조치들을 취할 경우 역량을 십분 활용하지 못하는 수가 많다.

계획하는 데는 평가에서 얻은 정보가 필요하다. 평가면접을 통해 다음의 질문에 대한 답을 얻는다면 그 답을 근거로 적절한 계획을 세울 수 있다.

가. 외상적 스트레스가 이 사람의 정상적 생활패턴을 어느 정도 흔뜨려 놓았는가?

나. 학교에 갈 수 있는가?(혹은, 직장에 계속 나갈 수 있는가?)

다. 일상생활-먹고, 자고, 씻고 하는 등의 -을 그런 대로 해나가고 있는가?

라. 자신의 스트레스로 인해 타인의 삶을 방해하고 있는가?

마. 범죄에 희생당했는가?

바. 이 사람은 자살이나 타살의 가능성이 있는가?

사. 약물중독?

아. 현실지각이 왜곡되어 있는가?

자. 이 사람의 평상시 지지체계가 존재하는가, 존재하지 않는가, 아니면 다 사용해 버렸나?

차. 이 사람이 필요로 하는 것을 얻을 자원이 있는가, 어떤 자원인가?

계획이란 다음의 특징을 가져야 좋은 계획이다.

가. 당사자(혹은 보호자)와 함께 협조해서 개발하

는 것이 바람직하다. 외상적 스트레스 하에 있는 사람들을 대신해서 개입자 임의대로 결정하는 것은 당사자의 발전/성장 기회를 박탈하는 것이다. 개입자가 대신 주도권을 잡으면 당사자는 참여도 못하고 자신의 가치감을 잃게 된다

나. 문제지향적이어야 한다. 구체적인 문제에 초점을 맞추고 계획해야 단기간에 스트레스를 경감시킬 수 있다. 즉 위기개입에서는 굳이 성격이나 어린 시절을 다룰 필요가 없다. 그리고 이런 문제는 위기개입 후 본격적인 심리치료에서 해결하면 된다.

다. 그 사람의 기능수준과 의존욕구에 맞춘다. 개입자는 당사자가 어떻게 생각하고, 느끼고, 행동하는가를 평가한다. 만약 당사자가 너무도 불안해서 생각을 제대로 못하면 개입자가 적극적 역할을 취할 수 있다. 그러나 일반적으로 평가결과 당사자가 독립적으로 결정을 내릴 수 없다고 판명되지 않은 이상 개입자는 희생자를 대신해서 결정내려서는 아니된다.

당사자의 감정이 넘칠 지경이면 그런 감정을 표현하는 시간을 주도록 계획을 짠다. 그 사람의 행동과 생각이 혼란되어 있다면 행동의 방향을 줄 수는 있다. 일반원칙은 이렇다: 그 사람이 혼자 해 낼 수 없다고 분명히 판명되기 전에는 그 사람을 위해서 대신하지 않는 것이 좋다. 잠재력의 발휘를 방해할 우려가 있기 때문이다.

라. 그 사람의 사는 방식에 부합되게 짠다. 사는 방식이 자신과 다른 사람에게 개입자 나름의 가치체계를 주입시키거나 하지 말아야 한다.

마. 개입 속에 생존자의 보호자와 친지들을 포함시킨다.

바. 현실적이고, 한시적이고, 구체적이어야 한다. 미치지 않을까 두려워하거나 폭력의 위협을 받거나 타인에게 의지하는 것이 힘든 이에게는 얼마후 또 다시 자신의 삶(상황)을 통제할 수 있으리라는 전망을 확신시켜 주면 도움이 된다.

사. 역동적이고 유동성이 있어야 한다. 본 프로그램의 기본원칙을 숙지하여 특정 상황, 특정인물에 맞춘 계획을 짠다. 도움이 될 지를 의심하는 사람에게는 다음과 같이 안심시킨다. '만약 이것이 도움이 안 되면 왜 그런지 검토해 본 뒤 다른 것을 시도할 겁니다.'

외상전 상태로의 회복작업: 구체적 개입전략은 외상적 스트레스의 근원에 따라 맞추지만 위기에 처한 사람들에게서 볼 수 있는 공통주제는 상실의 주제이다. 다음과 같은 상실을 생각해 볼 수 있다: 배우자, 자녀 등 사랑하는 사람, 건강, 재산, 신체적 안전, 직장, 집, 조국, 자유, 안전.....

이런 경우 회복작업이 필요하다. 죽음이나 상실 후의 변화는 피할 수 없는 것이지만 감정적으로 너무도 고통스럽기 때문에 즉시 받아 들이기가 쉽지 않다. 따라서 회복작업은 시간을 요한다.

상실시 보이는 반응은 치료되어야 하는 증상이 아니라 잃어버린(예: 사람) 채로 새로 삶을 계속해가기 위한 고통스런 과정이다. 그 과정 중에는 다음과 같은 것들이 포함된다. 마비, 신체적 불편(목이 메인다든지, 숨이 잘 안 쉬어져서 한숨을 쉬어야 한다든지, 숨이 막힌다든지, 근육에 힘이 빠진다든지) 수척해 지고, 한탄하고, 분노와 슬픔 그러다가 회복하게 된다(Parkes, 1975).

외상전 상태로의 회복작업은 부인(denial)과 기억의 회피를 극복하고 현실을 깨닫게 되는 과정인데 그 과정 중에 다음과 같은 일이 생긴다: 안절부절, 불안, 여러 신체반응 등의 경계반응이 생겨서 정상적으로 활동하기가 어렵고 어떤 형태로든간에 잃어버린 대상을 찾고자하는 충동이 생긴다. 고통스럽게 한탄하며 집착하고 연연해 하며 다른 것에 신경을 못 쓴다. 죽은 사람, 자기자신, 혹은 타인에 대한 분노가 피어난다. "왜 날 두고 떠난거야?" "내가 왜 억지로 병원에 그를 끌고 가지 않았을까?" 하는 생각이 수시로 든다. 이는 죽음과 관련된 죄책감(death guilt)과 관련이 있다(Lifton & Olson, 1976). '죽음과 관련된 죄책감'이란 자신이 죽은 사람에게 못할 짓을 했다, 나만 살아남았다 등의 죄책감이다. 이러한 상태에 있는 생존자들은 심리적으로 준비도 되기 전에 상실을 받아 들이라고 강요하는 타인들에게 분노를 터뜨리기 마련이다.

또한 내적인 상실감에 시달린다: '그는 나의 일부였어' '내 자신의 일부가 무너진 거야.'하고 생각한다.

상실에 대한 반응의 병리적 형태는 과도하거나 오래 지속되거나 아예 억제되는 경우이다. 사회적 지지가 없으면 이런 위험이 커지므로 개입자는 정상적

반응을 허용하면서 자신이 사회적 지지의 자원이 되어주고 또 지지자원을 찾도록 이끌 필요가 있다.

위에서 설명한 반응은 과부, 재난 생존자, AIDS로 죽은 사람들의 가족 등에게서 모두 관찰된다. (Ericsson, 1993)

정상적인 상실회복작업은 다음과 같다 (Johnson-Soderberg, 1981).

가. 상실의 고통을 받아 들이기: 이는 죽은 사람에 관한 추억을 다루는 것을 의미한다

나. 고통, 슬픔, 적개심, 죄책감에 대한 표현: 당사자는 자신의 상실을 자유롭게 애도할 수 있어야 한다. 운다든지하는 방법으로 편하게 표현할 수 있어야.

다. 상실과 관련된 강렬한 감정을 이해하기: 예를 들어 미치지나 앓을까하는 두려움은 애도 과정에서 정상적인 것이다. 슬픔, 두려움, 좌절감, 분노를 편한 상대(자신을 생각해 주는 상대)와 나누면 점차로 잦아들게 마련이다. 장례식 등의 의식이 도움이 되기도 한다.

라. 대인관계와 정상활동을 다시 시작하기: 상실과 연관되는 추억과 감정들을 해소한 뒤 당사자는 새로운 패턴의 사회적 상호작용을 획득한다. 상실이 큰데도 회복작업을 하지 않는다면 심한 정서적, 정신적, 대인관계 상의 문제가 일어날 수 있다.

이외의 개입전략:

가. 적극적으로 듣고 관심을 표명하라: 하찮은 문제에 대해 속상해 하고 상처받는 것에 대해 부끄러워할 수 있다. 그러나 개입자가 '잘' 들음으로써 그러한 느낌을 해소할 수 있다. '네', '그럼요', '그래요', '계속하세요' 등의 말은 rapport와 신뢰를 증진시키며 더 말하도록 촉진시킨다.

나. 감정의 표현을 조장: 어떤 사람들이 위기에 약한 이유는 습관적으로 자신의 분노, 슬픔, 좌절, 무력감, 절망감을 누르기 때문이다. 어린 시절 감정표현을 했을 때 좋지 못한 일이 일어난 적이 있으면 성인이 되어 외상적 사건이 일어나도 그러한 표현을 못할 수 있다. 개입자가 생존자의 감정을 받아들이면

생존자의 기분이 즉각적으로 나아진다고 해서 도움이 된다. 이러한 경험은 또한 앞으로 건강한 대처 스타일의 시작이 될 수도 있는 것이다. 감정 표현을 촉진시키기 위한 기법 중 역할시연 혹은 역할 모방이 있다. 예를 들어 개입자가 이렇게 말할 수 있다. '그런 일이 제게 일어 났다면 전 굉장히 화가 날 것 같아요.' 이런 식의 말은 생존자로 하여금 나누기 주저하는, 혹은 부끄러워하는 감정표현을 허용하는 분위기를 조성한다. 극단적 불안과 신체기능의 변화에 대해서는, 외상적 사건경험 직후의 증가된 에너지가 생산적인 활동에 돌려지도록 이완기법과 운동을 추천한다.

지금까지 설명한 경청과 감정표현이 위기개입에서 중요한 것은 사실이지만 그 둘 자체가 위기개입은 아니다. 인지적/행동적 요소도 필요하다. 다음에 드는 전략들이 바로 그런 것을 강조한다.

가. 당사자가 외상적 사건에 관해 이해토록 돕는다. 그 사건이 생존자에게 특별히 어떤 의미를 지니었는지 탐색한다. 자신의 세계관, 기대와 어떻게 갈등을 빚었고 삶의 목표, 신념체계가 어떻게 흔들렸는지 표현해 보도록 한다. 예를 들어 생존자는 사건 전에 '세상은 정의로운 것'이라고 믿고 있었을 수 있다. 그러다가 사건 후 '난 그동안 남에게 해 끼치지 않고 정의롭게 살려고 애썼는데 그런 일이 내게 닥치다니.' 하고 생각한다. 이때 개입자는 성급하게 '과잉일반화'를 지적하지 말고 '지금도 그런 생각이 강한가?'라고 묻든지 해서 수용적, 무비판적 분위기에서 언어적 표현을 조장한다. 또한 사건에 따라 표 1을 달리하여 유인물을 제작하여 생존자들에게 나누어 주든지 직접 설명해 주든지 하여 자신의 반응을 이해토록 한다.

'왜 이런 끔찍한 일이 나한테 생긴거죠?'라고 회생자가 물어 올 수 있다. 외상적 사건에 대한 이러한 지각은 당사자가 못된 짓을 해서 벌을 받아 마땅하기 때문에 사건이 일어난 것이라는 믿음을 함축한다. 개입자는 생존자로 하여금 위기상황을 일으킨 여러 요인들을 보도록 함으로써 '자기탓'하는 것을 줄인다. 생존자는 사건과 관련된 모든 행동을 포함한, '전체'

로서의 문제를 검토해 본다. '전체'의 조망하에서 자신과 자신의 행동에 대한 속고는 성장과 발전이라는 긍정적 변화로 이끌며 자기비하나 자기연민을 막는다.

나. 점차 현실을 받아 들이도록 돕는다. 사건 직후 사건을 생각나게 하는 것 등에 대한 '회피'(예: 사건에 대해 말하거나 생각하는 것을 피하기, 사건에 대한 TV 보도를 시청하지 않기)는 적응적이라서 단기적으로 극단적 반응을 감소시키는 데 도움이 된다. 그러나 장기적인 부인은 도움을 구하는 것을 방해할 수도 있고 일상생활을 위축시키며 신체증상(오심구토, 현기증, 두통...)을 증가시킨다. 직면, '현실에 근거한' 대처 스타일이 회피보다 더 나은 심리적, 신체적 결과를 가져온다.

다. 남에 대한 분노는 잘 승화시키도록 돕는다 (예: 강간희생자들의 모임 결성 등)

라. 문제에 대처하는 새로운 방식을 탐색하도록 돕는다. 사건에 대해서 무력한 피해자로 반응하기 보다는 적극적으로 새로운 반응을 학습할 수 있다. 때로 사람들은 외상적 사건을 당하면 과거에 도움이 되었던 문제해결방식을 포기하기도 한다. 이럴 때 개입자는 전에 도움이 되었던 성공적인 대처방식에 관해 묻고 현재 어떨지 생각해보도록 한다.

마. 대인관계망에 생존자를 연결시켜 준다. 대인관계의 문제(예: 죽음)가 스트레스의 커다란 원인이 되는 데서 볼 수 있듯이 그 문제의 해결(과거 대인관계의 회복이나 새로운 관계의 형성)은 스트레스를 해소하는 강력한 수단이다. 또한 사회적 지지가 사건의 영향력을 감소시킨다는 사실도 널리 연구된 바 있다. 따라서 개입자는 희생자의 대인관계망을 재형성시키는데 있어서 적극적인 역할을 취할 필요가 있다. 그리고 안전하고 허용적인 분위기에서 사건에 대해 이야기 나눌 것을 조장한다. 표 4에서 예시한 것과 같은 유인물을 활용하여 생존자들에게 '지침'을 줄 수 있다.

집단대상 위기개입 프로그램

앞에서 언급한대로 CISD는 외상을 겪은 집단을

대상으로 짜여진 구조적 프로그램이다. 원래는 응급기관에서 일하는 사람들(예: 119구급대원)을 대상으로 구상되었으나 그 적용범위가 넓어져서 외상적 사건을 겪은 일반인까지 포함된다(Hollister, 1996). CISD의 1차적 목표는 잠재적으로 정신적, 신체적 질병을 일으킬 수 있는 각성반응을 경감시키고, 각 구성원이 심리적, 생리적 안정(homeostasis)을 짧은 시간내에 회복하는 것이다. 또한 더욱 집중적인 정신건강서비스를 요하는 개인을 재빨리 가려내어 추수개입으로 이끄는 역할을 한다.

표 4

생존자(피해자)를 위한 조언

1. 몸을 잘 돌볼 것(먹기, 자기, 적절한 몸 움직임)
2. 카페인(기타 자극제, 흥분제) 섭취를 삼갈 것. 스트레스로 인해 자율신경이 활성화되어 예민해진 상태에서 카페인을 섭취하면 불안 증상 등을 더 악화시킬 수 있다.
3. 고립을 피할 것: 설사 내 자신이 남들과 굉장히 다른 상태에 놓여 있다고 느끼더라도 고립은 피하라. 고립 속에 갇혀 있으면 내 자신을 표현하지 못하고 객관적이고 희망적인 조망을 얻지도 못하며 회복의 기회를 놓치게 된다.
4. 중요한 결정은 미룰 것: 사건직후 이사를 간다든지, 직장을 그만 둔다든지하는 중요한 결정을 내리기에는 적절하지 않은 때이므로 객관적인 조망이 생길 때까지 기다린다.
5. 괜히 강한 척 할 필요가 없다. 당연히 지원과 원조가 필요한 때이다. 모든 사람에게 다 도움을 청할 필요는 없으니 내 신뢰하는 사람들에게는 지원을 요청하고 도움을 받아 들인다.

CISD는 기본적으로 세 가지 과정으로 구성된다. 첫번째 과정에서는 생존자가 감정을 분출하도록 허용되며 개입자에 의한 평가가 이루어진다. 두번째 과정에서는 스트레스반응에 관한 논의와 지지가 주가 되며 세번째 과정에서는 자원을 활용하고 필요한 조치를 취하도록 북돋워 준다. 본 원고에서는 몇 가지 종류의 CISD 중에서 총 3시간에서 5시간정도가

소요되는 정식 CISD를 기술해 보겠다. 사건 직후(수 시간 이내) 약 1 시간 동안 위의 과정을 빨리 훑는 방법(Initial Defusing)도 사용되는데 정식 CISD의 기법을 숙지한다면 이런 식으로 쉽게 응용할 수 있리라 본다.

정식 CISD는 소개단계, 사실단계, 생각단계, 반응단계, 증상단계, 교육단계, 그리고 종결단계의 7단계로 구성된다. 사건이 끝난 후 수 시간 동안은 감정이 억압된다. 그러다가 만 24시간이내로 강렬한 감정들이 표면에 떠오르게 되고 점점 감당하기가 힘들어진다. 이때 사건과 관련된 사람들이 모두 모여서(중세의 존재여부에 상관없이) CISD를 수행한다. 기본 법칙은 지지적인 분위기에서 서로가 서로의 느끼는 바를 들어 주고 그 누구도 다른 집단원을 비판하지 않는다는 것이다.

1. 소개단계: 개입자를 비롯해서 (필요하면) 서로 소개한다. CISD의 과정과 지켜야 할 규칙에 대해 설명해 준다. 비밀유지를 강조한다.
2. 사실단계: 사건이 일어나는 동안 무엇을 보았고 무엇을 들었는지, 자신이 경험한 바를 자세하게, 생생하게 말하도록 권유한다. 사건의 사실측면을 재 경험하는 과정이다.
3. 감정단계: 사건과 관련된 감정을 말하도록 한다. '그 일이 일어났을 때 기분이 어떠셨습니까?', '지금은 어떠십니까?', '지금까지 이런 감정이 느껴진 적이 있으셨습니까?' 등의 질문이 감정의 탐색에 도움이 된다.
4. 증상단계: 서로가 겪고 있는 스트레스 반응 증후군을 서로 나눈다.
5. 교육단계: 개입자가 나서서 스트레스 반응 증후군에 관한 교육을 시킨다. 스트레스 반응들은 자연스럽고 정상적인 반응이라고 안심시킨다.
6. 종결단계: 마지막으로 안심을 시키며 마무리한다. 조치(예: 법적 조치)를 취할 것이 있으면 실행 계획을 짠다. 필요하면 추가적인 도움(예: 장기 심리 치료)을 받을 수 있음을 알린다.

논 의

지금까지 설명한 위기개입기법은 정신건강전문가 뿐만이 아니라 심리치료의 기초를 갖춘 학교교사, 대학원생이 훈련을 통해 쉽게, 짧은 시간에 배울 수 있다. 따라서 전문인력을 요하는 '치료'보다 경제적이며 또 1차 예방의 효과가 있기에 더욱 그러하다.

지금까지 우리 나라에서 다양한 외상적 사건들이 여러 번 일어났다. 최근에 들어서 심리적 개입의 필요성이 대두되기는 하였으나 개입프로그램이 널리 보급되지 않은 탓으로 인력의 수급이 어려워 심리적 서비스가 한정되어 있었다. 가능한 한 많은 이들이 외상적 사건 후의 여러 후유증을 예방하는데 관심을 가지고 본 프로그램을 숙지하여 실제 장면에서 활용하고 또 그 기법들을 계속적으로 개선시키기를 바란다. 그리고 외국에서도 마찬가지인데, 개입 프로그램의 효과 연구를 체계적으로 수행하는 것이 앞으로의 과제일 것이다. 여기서 소개한 복합 개입프로그램에서 어떤 요소가 치료요인으로 작용하는지, 치료효과의 '분해'(dismantling)연구도 그 일부가 될 것이다.

참 고 문 헌

- Aguilera, D. C. (1994). *Crisis intervention: theory and methodology*, (7th ed.). St. Louis, MO: C. V. Mosby.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Burns, D. D. (1980). *Feeling good*. New York: The New American Library.
- Cella, D. F., Perry S. W., & Kulchysky, S. (1988). Stress and coping in relatives of burn patients: a longitudinal study. *Hospital and Community Psychiatry*, 39, 159-166.
- Dahl, S. (1989). Acute response to rape: a PTSD variant. *Acta Psychiatrica* of

- Scandinavica*, 80, 56-62.
- Dingman, R. L. (1995). The mental health counselor's role in Hurricane Andrew. Special Issue: Disasters and crises: a mental health counseling perspective. *Journal of Mental Health Counseling*, 17, 321-335.
- Dufka, C. L. (1988). The Mexico City earthquake disaster. *Social Casework*, 69, 162-170.
- Figley C. (1989). *Helping traumatized families*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Ericsson, S. (1993). *Companion through the darkness: inner dialogues on grief*. New York: Jarer Perennial.
- Gleser G. C., Green B. L., & Winget, C. (1981). *Prolonged psychosocial effects of disaster: a study of Buffalo Creek*. New York: Academic Press.
- Hoff, L. A. (1995). *People in crisis: Understanding and helping*. San Francisco: Jossey-bass Publishers.
- Hollister, R. (1996). Critical incidence stress debriefing and the community health nurse. *Journal of Community Health Nursing*, 13, 43-49.
- Johnson-Soderberg, S. (1981). Grief themes. *Advances in Nursing Science*, 3, 15-26.
- Kemp, A., Rawlings E. I., & Green B. L. (1991). Post-traumatic stress disorder (PTSD) in battered women: a shelter sample. *Journal of Traumatic Stress*, 4, 137-148.
- Ladrido-Ignacio, L., & Perlas, A. P. (1996). From victims to survivors: Psychosocial intervention in disaster management in the Philippines. *International Journal of Mental Health*, 24, 3-51.
- Lifton, R. J., & Olson, E. (1976). The human meaning of total disaster: the Buffalo Creek experience. *Psychiatry*, 39, 1-18.
- Lima, B. R., Chavez, H., & Samaniego, N. (1989). Disaster severity and emotional disturbance: Implications for primary mental health care in developing countries. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79, 74-82.
- Ludin, T. (1994). The treatment of acute trauma: Post-traumatic stress disorder prevention. *Psychiatric Clinics of North America*, 17, 385-391.
- Madakasira, S., & O'Brien, K. F. (1987). Acute post-traumatic Stress disorder in victims of a natural disaster. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 286-290.
- McFarlane, A. C. (1987). Post-traumatic phenomena in a longitudinal study of children following a natural disaster. *American Academy Child Adolescent Psychiatry*, 26, 746-769.
- McFarlane, A. C. (1988). The longitudinal course of post-traumatic morbidity: the range of outcomes and their predictors. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, 30-39.
- Nader, K., Pynoos, R. S., & Fairbanks, L. (1990). Children's PTSD reactions one year after a sniper attack at their school. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1526-1530.
- Parkes, C. M. (1975). *Bereavement: Studies of grief in adult life*. Middle Sex, England: Penguin.
- Pennebaker J. W., Hughes, C. F., & O'Heeron, R. C. (1987). The psychophysiology of confession: linking inhibitory and psychosomatic processes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 781-793.
- Phifer, J. K., Kaniasty, K. Z., & Norris, F. H. (1988). The impact of natural disaster on the health of older adults: a multiwave prospective study. *Journal of Health and Social Behavior* 29, 65-78.
- Rahe, R. H. (1988). Acute versus chronic psychological reactions to combat. *Military Medicine*, 153, 365-372.

- Rigamer, E. F. (1987). Psychological management of children in a national crisis. *Annual Progress in Child Psychiatry and Child Development*, 365-378.
- Shore, J., Tatum, E., & Vollmer, W., M. (1988). Psychiatric reactions to a disaster: the Mt. St. Helens experience. *American Journal of Psychiatry*, 143, 590-595.
- Simon, R. I., & Blum, R. A. (1987). After the terrorist incident: psychotherapeutic treatment of former hostages. *American Journal of Psychotherapy*, 41, 194-200.
- Singh, B., & Raphael, B. (1981). Post-disaster morbidity of the bereaved: a possible role for preventive psychiatry. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 169, 203-212.
- Smith, E. M., North, C. S., & McCool, R. E. (1990). Acute post-disaster psychiatric disorders: identification of persons at risk. *American Journal of Psychiatry*, 147, 194-200.
- Sokol, R. J. (1989). Early mental health intervention in combat situations: the USS Stark. *Military Medicine*, 154, 407-409.
- Tschacher, W. (1996). The dynamics of psychosocial crises: Time courses and causal models. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184, 172-179.
- Ursano, R. J., Fullerton, C. S., & Norwood, A. E. (1995). Psychiatric dimensions of disaster: Patient care, community consultation, and preventive medicine. *Sexual and Marital Therapy*, 3, 196-209.
- van der Kolk, B. A. (1987). The role of the group in the origin and resolution of the trauma response. In van der Kolk (Ed.), *A Psychological Trauma*. 153-171. Washington, DC, American Psychiatric Press.
- Weinberg, R. B. (1990). Serving large numbers of adolescent victim-survivors: Group interventions following trauma at school. *Professional Psychology Research and Practice*, 21, 271-278.
- Weisaeth, L. (1989). Torture of a Norwegian ship's crew: the torture, stress reactions, and psychiatric after-effects. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 80, 25-37.
- Winge, D. (1995). Confrontations with reality: Crisis intervention services for traumatized families after a school bus accident in Norway. Special Section: Transportation disasters. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 429-444.
- Wollman, D. (1993). Critical incident stress debriefing and crisis groups: A review of the literature. *Group*, 17, 70-83.

Management of Acute Traumatic Stress: Crisis Intervention Service

Kim, Mirihae

Student Counseling Center
Duksung Women's University

The need for psychological intervention to be applied to traumatic stress is high, but too often well-equipped mental health professionals are not available in Korea. This article proposes that psychologists and psychology students in Korea contribute to society by helping people in crisis. Stress response syndrome was described and the effectiveness of crisis intervention on healthy recovery was stressed. Then, basic principles and techniques useful in addressing stress response syndrome were presented. Tips in intervening in critical situation were also provided.