

한국심리학회지 : 일반
Korean Journal of Psychology: General
2018, Vol. 37, No. 4, 471-502
<http://dx.doi.org/10.22257/kjp.2018.12.37.4.471>

안전기반치료(Seeking Safety)의 한국 적용방안에 대한 제언: 개관연구*

이 은 아[†]

경일대학교 심리치료학과

안전기반치료(Seeking Safety)는 트라우마와 중독의 공존병리에 유일하게 효과적인 경험적 근거 기반(strong evidence based treatments)을 가진 PTSD치료법이다. 국내에서 주로 활용하고 있는 기존의 트라우마치료기법들과는 다르게, 안전기반치료는 트라우마치료의 3단계 중, 안전단계에 집중하고 과거 트라우마사건의 노출을 지양하는 현재중심기법이다. 또한 안전기반치료는 인지행동주의에 기반을 둔 정교한 치료자용 매뉴얼과 방대한 내담자용 활동지를 제공하며 치료자의 자격요건에 큰 제약을 두지 않으며 고가의 장기적 훈련비용이 들어가지 않는다는 점에서, 트라우마치료가 낯선 상담가나 다양한 학제배경과 전문가발달단계에 위치한 조력전문가들(helping professionals)이 적시성과 즉시성의 장점을 가지고 현장에서 활용할 수 있는 기법이다. 또한 안전기반치료의 장점은 외상사건이나 중독의 유형, 증상의 심각도에 제한받지 않고 활용가능하다는 점이다. 본 연구는 국내에 처음으로 안전기반치료를 소개하였다는데 측면에서 그 의의를 가진다. 실제 트라우마 현장에서 바로 적용할 수 있도록 적용가능방안도 함께 제시하여 안전기반치료에 대한 관심을 고취하고자 한다.

주요어 : 안전기반치료, 트라우마, 중독, PTSD, 안전, 치료법

* 이 논문은 2016년 한국상담학회 연차학술대회 포스터 발표와 2017년 ICER(International Conference on Education Research) 포스터 발표된 내용을 기반으로 작성한 원고임.

† 교신저자: 이은아, 경일대학교 심리치료학과, 경상북도 경산시 하양읍 경일대학교 교수연구동(3동) 204호
Tel: 053-600-5702, E-mail: euna@snu.ac.kr

국내에서 안전기반치료(Seeking Safety)를 아는 PTSD치료자는 많지 않다. 하지만 안전기반치료의 시작은 20년이 넘었고, 6년간의 임상 실험에 기반을 둔 매뉴얼이 출간된 것은 2002년이다. 매년 미국 임상심리학회에서는 외상 후 스트레스장애(Post-Traumatic Stress Disorder: PTSD) 치료기법을 근거기반(evidence-based treatment)으로 평가·선정하여 홈페이지에 게시하고 있는데, 안전기반치료(Seeking Safety; Najavits, 2002)는 효과적인 증거기반(strong research supported)의 치료법으로 매년 소개되고 있다(Society of Clinical Psychology, 2018). 특히 PTSD치료법 중에서, PTSD와 공존병리(중독)에 관련 경험적 근거기반을 가지고 있는 치료법은 오직 안전기반치료뿐이다.

일반적으로 PTSD는 공존병리발생률이 높은 심리장애로 알려져 있는데(보건복지부, 2017), 특히, 물질중독 치료중인 환자 가운데 PTSD의 비율은 12%~34%이며, 여성의 경우, 30%~59%에 달한다(Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, & Nelson, 1995; Langeland, & Hartgers, 1998; Najavits, Weiss, & Shaw, 1997; Stewart, Conrod, Pihl, & Dongier, 1999). 물질장애를 가진 PTSD는 단순 물질남용자보다 대처능력이 덜 발달되어 있고 따라서 더 많은 고통을 느끼며, 상대적으로 물질에 대해 더 우호적인 관점과 개인력을 가지고 있기 때문에(Ouimette, Ahrens, Moos, & Finney, 1998), PTSD와 물질남용의 이중심리장애를 가진 자는 하나만 가진 사람보다 상대적으로 예후가 좋지 않다(Najavits, Weiss, & Shaw, 1999). 그럼에도 불구하고, PTSD와 중독을 함께 치료하고자 하는 국내의 노력은 아직까지 부족한 편이다.

현존하는 대부분의 심리치료프로그램은 PTSD나 물질남용을 각각 다룬다. 이러한

PTSD와 물질남용에 개별적으로 효과적인 치료법들은 두 가지 심리장애가 동시에 발생한 사례에서는 타당하지 않을 수 있다. 예를 들어, PTSD에 대한 노출치료는 그 자체가 물질중독자에게는 물질사용재발(실수)의 촉발제로 작동될 수 있기 때문에 적절하지 않을 수 있다. 또한 PTSD 약물치료를 병행해야하는 외상자에게, 12단계모임과 같이 엄격한 기준을 가지고 있는 물질남용치료는 접근하기 어려운 치료책이 될 수밖에 없다(Ruzek et al., 1998). 따라서 우리나라의 PTSD와 중독의 열악한 치유(psychological healing)환경 속에서 안전기반치료가 기여할 수 있는 측면은 매우 많을 것이다.

지금까지 언급했던 안전기반치료의 PTSD 공존병리영역에 대한 전형적인 기여뿐 만 아니라, 국내 트라우마치유환경과 관련하여 안전기반치료가 기여할 수 있는 영역들을 본고에서 제안해보고자 한다.

첫째, 트라우마치유법 선택의 확장에 대한 것이다. 국내에서 활용되는 대부분의 트라우마기법의 근본적인 치유기제는 노출경험(정서를 충분히 경험하고 처리하여 그 정서에서 벗어남; Foa & Kozak, 1986)이라 할 수 있다. 그러나 그 노출을 힘들어하고 원하지 않는 외상자가 선택할만한 치료적 대안은 많지 않다. 세월호사건 연구에서도 유가족들이 비효과적인 심리치료개입이라고 평가했던 점은 자신을 환자취급하고 치료자의 방식에 따라 심리치료를 받으라고 했던 점이다(이나빈 외, 2015). 오히려 유가족들의 자발성과 요구에 맞춘 개입이 더 성공적이었다고 보고하고 있다. PTSD는 주관적인 심리장애이기 때문에, 치유에 있어 외상자의 적극적인 참여와 심리치유의 동기가 절대적으로 필요하다. 또한 PTSD는 인간의 통

제권이 상실됨에 기인한 심리장애임으로, 치유기제와 과정에 있어 외상자의 통제권을 회복하는 경험 자체가 치유적 과정이라 할 수 있다. 이러한 이유들 때문에, 과거기억의 고통스러운 노출을 최소화하는 치유법을 선호하는 외상자와 치유자에게 안전기반치료는 적절한 선택안이 될 수 있을 것이다. 이 적절한 선택안이 재외상화를 예방하는데 기여하는 바에 대해서도 본고에서 구체적으로 살펴보자 한다.

둘째, 트라우마치유자 훈련의 비용과 교육의 기간·수준에 관련하여, 치유자(소비자)의 선택의 폭이 넓혀질 필요가 있다. 회기 내 트라우마의 노출은 재발률과 재외상화의 위험률이 상존하기 때문에, 치료자의 숙련도를 요하고 장기적인 전문훈련과정을 필수로 한다(Duckworth, & Follette, 2012). 예를 들어, 최근 각광받고 있는 트라우마의 신체기반 치료기법들(Somatic Experiencing, Sensorimotor Psychotherapy)은 3년 동안 고가의 훈련비용을 들여야만 전문가로서 활동을 할 수 있다 (<https://traumahealing.org/>, <https://www.sensorimotorpsychotherapy.org/home/index.html>). 현실적 여건을 고려한 합리적인 훈련비용과 단기의 훈련과정을 통해 최대의 효과성을 내고 싶은 치유자들에게 다른 선택안이 필요한 것이다. 안전기반치료는 이러한 치유자의 선택안을 확장시킬 수 있다. 안전기반치료는 치유자의 자격요건에 큰 제약을 두지 않으며 장기간·고가의 훈련비용이 들어가지 않는다. 이 점은 단순히 사회와 개인의 비용대비 효과성뿐만 아니라, 트라우마치유의 효과성에 있어 즉시성과 접근성을 높이는데 기여할 수 있을 것이다.

셋째, 안전기반치료는 기존의 트라우마치유 기법들과 달리, 섬세한 치료자용 매뉴얼과 방

대한 내담자용 활동지를 제공하고 있는데, 이를 활용하여 다양한 전문가 배경과 전문가 발달수준을 가진 트라우마치유자를 교육하고 지원하는 데 활용할 수 있을 것이다. 현장에서의 트라우마치유는 다양한 학제와 다양한 전문가 발달수준을 가진 전문가들에 의해 이루어진다. 예를 들어, 재난심리지원시스템의 주요 담당요원으로는 심리학, 의학, 간호학, 임상·정책사회복지학 등의 관련전문가, 준전문가, 정신보건전문요원, 자원봉사자 등 다양한 학제와 전문가 발달단계를 가진 조력전문가들 (helping professionals)이 활동하고 있다(양기근, 2008). 범죄피해케어의 경우에도, 심리학, 의학, 간호학, 사회복지학뿐만 아니라, 경찰 등 범조계 전문가들과 협업을 통해 이루어지고 있다 (이은아, 고은영, 2017). 이처럼 다양한 스펙트럼상의 다양한 관점을 가진 전문가들의 융·복합적 협업이 실체적인 트라우마치유를 만들어내는 중요한 토대라 볼 수 있다(Saxe, Ellis, & Kaplow, 2011). 하지만 국내에서 이러한 다학제의 전문가들이 활용할 수 있는 일관적인 기준과 소통의 과학적 창구는 부재한 것 같다. 관련하여, 본고에서는 이들을 위해 매뉴얼기반 트라우마치유법인 안전기반치료를 활용하는 법에 대해서 살펴보자 한다.

이를 위해, 본고의 전반부에서는 안전기반치료에 대한 기본적인 설명을 하고, 후반부에서는 안전기반치료의 국내 적용에 대한 제안점과 향후 연구방향을 제시하고자 한다.

안전기반치료(Seeking Safety)에 대해서

안전기반치료의 저자인 Najavits(2002)의 정의에 따르면, “PTSD는 트라우마에 간혀서 정

서적 고통에 성공적으로 직면하거나 대응할 수 없어서 정상적인 일상생활을 유지해가는 것이 어려운 것”을 말한다. 위 정의에 맞추어, 안전기반치료와 그 외의 PTSD치료법들을 가장 단순하게 비교하자면, 다른 PTSD치료법들은 ‘트라우마에 갇힌 것을 노출’하는데 초점을 두지만, 안전기반치료는 PTSD를 치유(psychological healing)하기 위해서 ‘정상적인 일상생활의 유지’에 방점을 둔다고 말할 수 있겠다. 이상적인 치유과정으로, 안전기반치료는 외상자가 ‘정상적인 일상생활을 유지’해서 ‘정서적 고통을 잘 대응’하여 ‘트라우마에서 벗어나도록’ 돋는다는 시간적 흐름으로 정의할 수 있다.

PTSD와 물질남용의 공존병리에 대한 현재중심치료

안전기반치료는 PTSD와 물질남용의 공존병리를 대상으로 개발된 근거기반 치료법(strong evidence based treatments)이지만, 안전기반치료를 적용함에 있어 그 대상자들이 PTSD와 물질남용의 진단기준에 모두 정확하게 부합할 필요는 없다. 예를 들어, 트라우마 이력을 가졌으나 PTSD진단은 없는 외상자, PTSD만 있는 외상자(물질남용이 없음), 2가지 심리장애의 개인력이 있으나 한 가지 심리장애만 현재진행형인 외상자들에 대해서도 효과적이다(Najavits et al., 1998b).

안전기반치료의 또 다른 큰 특징은 현재중심치료라는 것이다. 안전기반치료는 트라우마 기억의 탐색을 지양한다. 그 이유는 첫째, 물질남용이 활성화된 외상자에게 기억을 탐색하는 노출치료가 안전하고 효과적인지에 대한

근거가 아직 부족하다는 점이다(Najavits, 2002). 많은 전문가들은 물질남용자가 안정된 금주 또는 물질의 중단과 기능성의 회복을 성취하기 전까지는 이와 같은 작업을 시작하지 않기를 추천한다(Chu, 2008; Keane, 1995; Ruzek et al., 1998; Solomon, Gerrity, & Muff, 1992). 예를 들어, 외상자가 회기 중 과거의 고통스런 기억에 압도된다면, 이를 대처하기 위해 물질사용이 더 악화될 가능성이 높기 때문이다. 두 번째 이유는, 안전기반치료의 개발과정상의 예비연구들중에서 한정된 시간의 집단형식의 연구(Najavits et al., 1997)가 있었는데, 이중진단의 많은 집단참여자들에게 자신들의 반복된 초기 트라우마가 노출되는 것이 부적절한 것으로 나타났기 때문이다. 예를 들어, 한 외상자가 트라우마경험을 약간 이야기하더라도 이것이 다른 외상을 축발시켰으며, 단기집단치료에서 재외상화 없이 그 내용을 충분히 다루기엔 시간이 부족했다. 이러한 점들을 반영하여, 안전기반치료의 현재중심형 특징이 만들어졌다. 이러한 현재중심형 특성은 안전기반치료 매뉴얼 전반에 걸쳐 드러나는데, 한 예로, 매 회기 주어지는 ‘안전대처 활동지’가 있다. 안전대처 활동지는 외상반응을 일으키는 상황, 기존의 대처방식과 결과를 적고, 상담/심리치료를 받으면서 동일한 상황에서 다른 대처방식과 그에 따른 결과를 비교하여 기재하도록 되어있다. 안전기반치료의 현재중심형 특성은 임상적 연구결과에 기인한 결과이지만, 현재에 초점을 두는 치료가 모든 외상 사건(응급, 위기, 트라우마)과 외상반응에 효과적일 수 있다는 이론적 근거는 중복모델(Callahan, 1994)에서도 확인할 수 있다(그림 1). 중복모델(Callahan, 1994)은 응급, 위기, 트라우마를 이론적으로 모형화하고 있는데, 이 세

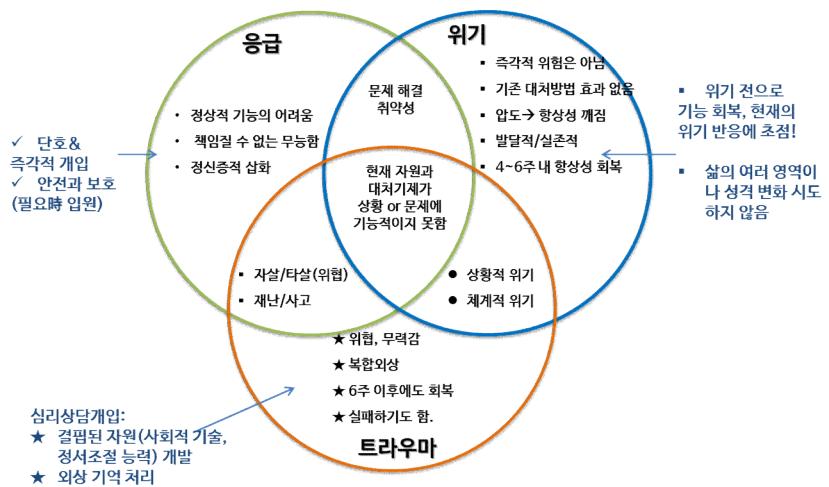


그림 1. 종복모델(Callahan, 1994)

가지 주제에 있어 공통적 측면을 ‘현재 자원과 대처기제가 상황 혹은 문제에 기능적이지 못함’으로 보았다. 안전기반치료가 외상사건의 종류나 대상자를 구분하지 않고 활용할 수 있는 강점이 여기에 기인한 것으로 보인다. 또한 한 초보상담자와 세 가지 영역의 각 전문가들도 안전기반치료를 통해 이 기본적인 공통 주제를 다룸으로서 치료적 효과성을 구현해내는데 도움을 받을 수 있을 것이다.

현장 임상연구를 통한 개발과정

안전기반치료는 ‘이론에 의해 만들어진 치료전략’이라기보다는 ‘현장 경험을 기반으로 체계를 갖춘 치료전략’에 가깝다. 안전기반치료는 PTSD와 물질남용에 대한 6년간의 임상 실험과 연구결과를 통해 개발된 최초의 근거 기반 치료법(Najavits, Weiss, Shaw, & Muenz, 1998)으로, 1993년 미국 국립 물질남용 연구소(NIDA) 행동치료개발프로그램의 연구비를 지원받아 치료 개발 및 예비연구를 목표로 시작

되었다. 비용효율성을 위해 시간이 제한된 집단치료 형식으로 이중진단을 가진 여성들을 대상으로 하였다. 그 당시 PTSD와 물질남용치료관련 출판된 연구는 한 편도 없는 상황에서, 안전기반치료는 인지행동주의치료에 근거하여 행동·인지적 영역과 관련된 세부 주제영역들을 고안하였다. 이때 초안에 참고한 문헌들은 물질남용치료에서 Beck, Wright, Newman, 및 Liese (1995), Carroll, Rounsville, 및 Keller(1991), Marlatt와 Gordon(1985), Miller, Zweben, DiClemente, 및 Rychtarik(1995)를 참조하였고, PTSD치료에서는 Davis와 Bass(1988), Herman (1992), Van der Kolk(1987), 인지행동치료(Beck, 1979), 여성주의 치료(Jordan, Stiver, & Surrey, 1991; Lerner, 1988), 현장 교육(Najavits & Garber, 1989) 등을 참조하였다. 이후 개발과정에서 밝혀진 수많은 시행착오들에 대한 연구 논문들은 다음과 같다; 집단치료형식의 초기 예비 연구(Najavits et al., 1998b); 집단치료형식으로 “종전과 같은 치료”的 통제조건과 통제된 시험조건을 비교한 연구(Najavits et al.,

1996); 개인치료형식으로 물질남용 도심거주 여성을 위한 재발방지치료와 통제된 시험 집단에 대한 비교연구(Hien, 1997); 집단형식의 여성 수감자 대상 예비연구(Zlotnick, 1999); 개인치료형식의 남성대상 예비연구; 3개의 VA센터(퇴역군인 대상 센터)에서 남성퇴역군인(C. Smith, 개별적 소통, 2000/04/10; T. North, 개별적 소통, 1999/10/12)과 여성퇴역군인(J. Ruzek, 개별적 소통, 1998/09/15). 이 중에서 집단상담으로 진행된 한 연구(Najavits et al., 1998a)를 소개한다. 모든 참가자가 구조화된 임상면접(SCID: First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1994)상으로 PTSD와 물질의존의 진단기준에 부합했고 초기면접 한 달 전까지 물질의존 상태였다. 또한 65%의 참가자는 하나 이상의 성격장애 기준에 부합했다. 모든 참가자가 5개 이상의 트라우마 사건을 보고했고, 첫 번째 트라우마 사건은 평균 나이 7세에 발생했다. 94%는 성 학대, 88%는 신체적 학대, 71%는 기타 범죄피해를 보고했고 물질의존장애의 비율은 41%의 약물의존, 41%의 알코올 의존, 양쪽 모두는 18%이었다. 약물유형에 따라 세분하면, 술 59%, 카나비스 29%, 코카인 6%, 항불안제 6%, 진정제 6%, 약국용 수면제 6%이었다. 27명의 여성 참가자 중 17명(63%)이 집단심리치료의 6회기를 완수하였다. 참가자는 평균 67%의 참석률을 보였다. 치료 전/치료하는 동안/치료 후의 3개월간 추적조사를 측정한 결과, 물질 사용, 트라우마관련 증상, 자살위험, 자살생각, 사회 적응, 가족 기능, 문제해결, 우울, 물질사용에 대한 인지적 평가, 치료관련 교육적 지식에서 유의미한 향상을 보였다. 환자동맹과 치료만족도 매우 높게 나타났다.

몇 년에 걸쳐, 예비논문의 결과를 초안에 반영하면서 많은 내용이 수정 및 조정되었고,

표 1. 25가지 주제영역

4 핵심영역	25 주제 영역
통합	삶의 선택 계임(검토)
	안전
	종결
	치료안내/사례관리
대인 관계	건강한 관계
	관계 경계설정하기
	당신의 회복을 지원할 타인 얻기
	도움을 청하기
행동	분노로부터 치유하기
	정직
	지역사회 자원
	당신을 시간을 존중하기
인지	자기 양육
	자신을 잘 돌보기
	적신호와 청신호
	정서적 고통 분리하기(그라운딩)
	촉발제 다루기
	헌신(Commitment)
	PTSD: 당신의 힘을 되찾기
	물질이 당신을 지배할 때
	발견
	분열된 자신을 통합하기
	연민
	의미를 창조하기
	회복적 생각

특히 대인관계와 사례관리영역들은 이 영역들이 동일하게 중요하다는 것이 분명해지면서 나중에 추가되었다. 최종적으로 현재의 25개 주제영역으로 정리되었다(표 1).

활용의 융통성

안전기반치료의 개발과정상, 치료를 실시함에 있어서도 시행착오가 많았고 이를 수정안에 반영하였다. 예를 들어, 치료의 초안은 외상자에게 각 영역을 제대로 숙달시키기 위해, 인지·행동·대인관계별로 회기를 따로 나누어서 시행하였다. 각 8회기 혹은 모든 회기에 있어, 미리 순서를 정하거나 모듈별 안전대처 활동지도 개별화하여 사용해 보기도 하였다. 그러나 외상자들은 하나의 주제를 몇 주 동안 다루기보다는 영역사이를 이동하는 다양성을 더 선호했고, 이것이 치료 효과성에 영향을 미쳤다. 이를 반영하여, 외상자·치료자가 치료주제의 순서를 선택하는 현재의 방식으로 수정되었다(Najavits, 2002).

표 2는 안전기반치료의 회기 형식을 요약한 내용으로, 안전기반치료의 매뉴얼, '2장 치료 실시하기'에 매우 자세하게 안내되어 있다. 이 회기 형식은 매우 단순하며, 25개 주제영역에 걸쳐 일관되게 적용하는 것이 중요하다. 일관적이고 구조화된 회기형식을 통해, 외상자가 자신의 상담시간동안 최소한의 구조화를 통해, 최대한의 통제감과 예측성을 경험하게 하는 것이 중요하다. 다양성에 대한 외상자의 욕구는 3단계에서 25개 주제영역을 외상자가 직접 선택하게 함으로서 충족시킬 수 있다. 표 3은

주제 '안전'의 '치료자용 안내'에 실제 기재되어 있는 회기 형식을 예시로 가져왔다(Najavits, 2002에서 재인용).

안전기반치료는 여성대상 집단상담의 형식에서 개발되었으나, 이후 개인상담, 남성 등에게 적용한 연구결과들이 나오면서 개입할 수 있는 대상자의 폭도 넓어졌다. 일반적인 치료 기간도 치료자·외상자의 상황에 맞춰 가도록 제안하고 있다. 다음은 안전기반치료와 노출 치료(PTSD)의 결합형을 개인치료형식으로 진행한 예비연구이다(Najavits et al., 2001). 5명의 외래환자가 5개월 동안 30회기에 참가하였다. 환자의 요구와 선호에 따라 각 치료의 회기수를 환자와 치료자가 함께 결정하였다. 모든 참가자는 아동기 외상을 겪었고(첫 번째 외상 사건의 평균나이는 8.8세임); 모두 만성적 PTSD와 물질의존을 가지고 있었다. 이 연구결과, 다양한 평가항목에서 유의미한 향상을 보였다: 약물사용, 외상증상, 해리, 불안, 적대감, 자살 생각과 계획, 가족/사회 기능, 전반적 기능, 의미감. 또한 최대치의 향상을 보인 영역은 치료 참가, 동맹, 만족도이었다.

또 다른 개인치료형식의 연구에서는 기존의 치료와 안전기반치료를 비교하였다(Hein et al., 2004). 100명의 PTSD와 물질사용장애를 가진 저소득·도심거주 여성을 대상으로 개인치료 형식의 3개월(25회기) 안전기반치료와 무작위

표 2. 안전기반치료의 회기 양식

회기 형식	
1단계	현재 상황(present condition)에 초점을 둔 체크인(Check-In)
2단계	상담 작업에 몰입하고 영감을 줄 수 있는 인용구를 크게 읽기
3단계	25개 주제영역 중에서 한 주제의 활동지를 선정하여, 외상자의 현재 상황과 연관되어 토론하기
4단계	외상의 회기내 진척사항과 활동관련 긍정적인 회기내 종결을 논의 하는 체크아웃(Check-Out)

표 3. 주제 '안전'의 회기 형식의 예시

회기 형식 (예시)	
Check-in	(환자마다 최대 5분). 2장을 참조하시오.
인용구	(간단하게): 117쪽을 참조하라. 회기와 인용구를 연결하라. 예를 들면, “인용구에서 말하고 있듯이, 당신이 끔찍한 경험으로 고통 받는 것은 당신의 잘못이 아니다. 그러나 더 나은 삶을 만들기 위해 당신이 지금 할 수 있는 일은 많다.”
주제와 환자의 삶을 연관 시켜라	(대부분의 회기에서 면밀하게) <ul style="list-style-type: none"> a. 환자에게 배포물을 자세히 살펴보도록 요청하라. 배포물은 한꺼번에 혹은 따로따로 줄 수 있다. 각 배포물은 고유의 하위주제가 있음을 주의하라. 환자의 요구와 당신의 시간에 따라서 많은 배포물 중에서 선택하는 법을 알기위해서, 아래의 “회기내용”과 2장을 참조하라. 치료자가 시간적 여유가 있다면 여러 회기동안 다루어라. 배포물1: PTSD란? 배포물2: PTSD와 물질남용사이의 연결고리 배포물3: 당신의 힘을 되찾기 위해 연민을 사용하기 배포물4: 만성 PTSD의 문제(“회기 내용”에서 이 배포물에 대한 ‘임상적 경고’를 참조하시오) b. 환자가 기술과 당면한 구체적인 생애 쟁점을 연결할 수 있도록 도와라. 아래의 “회기 내용”과 2장을 참조하라.
Check-out	(간단하게). 2장을 참조하라.

대조시험의 재발방지프로그램(RPT), 비 무작위 통제조건의 '전형적인 치료(TAU)'를 비교하였다. 치료 후, RPT와 안전기반치료 참가자들은 물질사용 횟수와 수준, PTSD증상, 심리적 증상 심각도에서 상당한 호전을 보였다. 반면, TAU 비교집단은 변화가 유의미하지 못했다.

다음은 다양한 형식에서 안전기반치료를 활용하는 예시이다(Najavits, 2002에서 재인용).

A, 낮병동의 임상사회복지사. A는 일주일에 2번 집단치료를 운영한다. 대부분의 환자는 일 년에 몇 주만 참석한다. 증상은 매우 심각한 수준이라서, 주제마다 2회기로 진행하면서 “이번 주의 주제”를 갖기로 했다. 월요일에 주제를 안내하고 관련한

모든 배포물을 나눠준다. 환자는 대략적으로 배포물을 숙지한 후, 수요일에 만난다. 상대적으로 프로그램에 오래 참석하는 환자는 많은 주제를 받고, 더 짧게 참여하는 환자에게는 몇 가지 주제만을 다룬다.

B, 단기 입원병동에 근무하는 물질남용 상담자. B는 며칠에서 몇 주간 머무는 해독병동에서 개인치료를 한다. 그는 각 환자의 가장 긴급한 요구 평가에 기반을 두고 주제를 선택한다. 환자, X는 플래쉬백과 해리가 많으나 개인적 여건 상 퇴원 전 입원병동에서 2일만 참여할 수 있다. B는 그라운딩 기법만 시행하기로 결정했다. 추수상담으로, X에게 지역내 정신건강센터의

외래 PTSD치료를 의뢰했다.

C, 회기제한이 없는 외래병동 임상가. C는 일주일에 3번 개인치료를 하는 장기외래병동의 임상가이다. Y는 초기 아동기 외상과 다양한 물질남용의 심각한 경험을 가지고 있다. Y의 배우자는 치료비용을 지불하는데 호의적이고 의료보험관련 제약은 없다. Y는 대처기술과 외상기억에 대한 논의, 모두에 관심을 표현했다. Y에 대한 세심한 평가 후, C도 Y의 선택이 치료에 도움이 될 것이라고 동의했다. 처음에는 대처기법의 토대를 만들기 위해 안전기반치료만을 작업했다. 2개월 뒤, Y가 대처기술을 일상에서 원활하게 활용하는 것을 확인한 후, 노출치료회기를 추가했고 관련 매뉴얼을 사용했다. C는 안전을 필수적으로 구축한 후에만 이 작업에 들어갔다. 또한 노출과 대처기법을 번갈아 다룰 계획을 세웠다. 이는 Y가 얼마만큼 하느냐에 따라 매 회기를 융통성 있게 결정할 것이다. Y가 잘 따라오지 못한다면, Y가 외상기억을 다시 안전하게 다룰 때 까지 대처기술 학습으로 되돌아갈 것이다.

안전기반치료의 활용에 있어, 개인 혹은 팀 접근 등에 대한 제약은 없지만, 예를 들어 정신과 의사와 협업을 요청해서 진행해야 하는 상담자의 경우, 그 상담자가 총괄 사례관리자(case coordinator)로서 중심을 잡기를 권유한다. 팀 접근에 있어, 안전기반치료자가 보다 중추적인 역할로 기능하기를 권유한다. 실제적으로 안전기반치료를 실시함에 있어 모든 치료적 의사결정의 기준은 공급자(치료자, 상담자, 1차 트라우마 대응팀)가 아니라 수요자(외상

자, 일반인, 예방교육대상자)이다. 여기에서, 사례관리(안전기반치료에서는 '지역사회연결'이라 명명함)는 예방이나 치료단계, 의뢰 후 관리(follow up) 등 모든 단계에서 중요한 기능을 한다. 안전기반치료에서의 사례관리란 치료자의 전문 용어가 아니라, 수요자(일반인 등)의 일상생활에 대한 관심과 지원이며 치료의 핵심원리인 '연결(reconnection)'에 대한 구현이기 때문이다. 이렇게 수요자의 일상을 따라가고 그에게 치료적 통제권을 경험하게 하는 것이 안전기반치료의 효과성을 실체화시키는 요인들 중의 하나라고 볼 수 있다.

안전기반치료에서는 1회나 단회기 상담만 가능한 경우, 가장 핵심적인 주제 중 하나 이상을 사용해보도록 제안한다(표 4 참조). 그러나 주제영역의 선택 기준의 1순위는 환자의 긴급한 요구와 선호이다. 예를 들어, PTSD를 처음 배우는 외상자의 경우, PTSD 주제 영역을 1-3회기정도 시행할 것을 제안한다. 표 4는 연구보다 임상경험에 더 기반을 둔 가이드라인으로서, 현재 외국에서 1박2일(16시간)의 상담자 대상 기초 워크숍을 진행할 경우에도 이 주제로 교육훈련이 이루어지고 있다. 국내에서 아래의 주제로 워크숍을 진행할 경우, '물질이 당신을 통제할 때'의 주제는 대상자의 첫 반응이 수용적이지 않을 수도 있다. 국내

표 4. 안전기반치료의 핵심 주제

주제 영역
안전
PTSD: 당신의 힘을 되찾기
물질이 당신을 통제할 때
정서적 고통으로부터 분리하기(그라운딩)
도움요청하기

에서는 약물/물질중독이 외국만큼 저변화되지 않은 까닭일 수도 있고, 혹은 중독의 전형적인 특징인 부인(denial) 현상이거나 아직 트라우마와 중독과의 연결에 대한 개념이 낮선 까닭일 수도 있다. 전자의 경우, 무리하게 약물 중독이나 중독과의 연결을 강조하기 보다는 인터넷·스마트폰 중독 등으로 중독의 대상을 변화해서 적용해볼 수 있다. 또한 후자의 경우, 중독 수준처럼 심각하지 않더라도 외상사건이후 시작된 반복된 행위가 있는지, 그리고 그 행위와 트라우마반응과의 잠재적 연결고리를 탐색해보도록 심리교육 및 격려해볼 수 있다.

25회기 이상 가능한 경우, 가능하다면 주제별 최소 2회기를 추천한다(Najavits, 2002). 예를 들어, '회복적 사고'라는 주제라면, 외상자는 첫 회기에 이 주제에 대한 배포물을 미리 받고 그 다음 회기에 그 내용을 다룬다. 후반부에는 다른 치료기법을 조합해볼 수 있다(예, 동기강화치료나 노출치료의 추가).

안전기반치료는 특정 대상자에 대한 치료효과의 근거도 가지고 있다(예, 장애인, Anderson & Najavits, 2014). 안전기반치료는 많은 활동지를 배포할 수 있는데, 읽기에 어려움이 있는 외상자의 경우, 배포물을 기준으로 전체적으로 상담의 초점을 잊지 않는 선에서 자료를 간단하게 요약해서 사용하거나 필요하다면 생략할 수도 있다. 다만 강의처럼 되지 말아야 하며, 외상자가 회기 내 통제감을 유지하도록 안내하는 것이 중요하다(Najavits, 2002). 즉, 대상자(아동, 노인, 장애인 등)나 외상사건(성폭행, 재난 등)이 다르더라도, 구조화의 틀은 그대로 유지하되 인용구를 보다 대상자와 해당 사건에 가까운 예시로 준비하고, 주제영역을 토론할 때에도 대상자의 수준에 따라 융통성

있게 진행할 필요가 있다(표 2, 3). 예를 들어, 인터넷중독을 가진 아동이 대상자일 경우, '물질이 당신을 통제할 때'의 주제영역을 다룰 때, 해당 활동지에 나와 있는 '물질'이란 단어를 '인터넷'을 변경하여 토론하고 인터넷 중독에 대한 배경지식을 미리 예습하여 회기 내에 활용할 수 있도록 한다.

안전기반치료의 고유한 특징

안전기반치료는 인지행동치료에 근간을 두고 개발되었지만, 오랜 개발과정동안 도출된 임상적 결과를 더 많이 반영하였기 때문에 기존의 PTSD 인지행동치료(Ruzek et al., 1998)와 물질남용치료(Beck et al., 1995; Carroll et al., 1991)와 다른 측면이 있다: 이론의 조합(즉, 안전이 표적 목표), 인본주의적 주제에 대한 강조(예, 안전, 연민, 정직), 인지행동치료를 어렵게 여기는 외상자에게 쉽게 접촉하고 흥미를 높이려는 시도, 사례관리에 주력, 형식(예, 인용구의 사용), 각 주제마다 치료자와 환자용 구체적 자료의 제공, 치료과정에 대한 관심(Najavits, 2002에서 재인용). 즉, 기존의 인지행동치료나 기타 PTSD기법과 비교하여, 기법의 의도와 구현의 과정이 차별화되어 있고 물질남용과의 공존병리에 있어 임상적 효과성에 근거하고 있다는 차이점이 있다. 예를 들어 설명하자면, 안전기반치료는 기존의 PTSD치료에서 담아두기 기법 자체를 확대 또는 심화한다기 보다는, 기법의 실시 의도와 치료적 매커니즘에서 다른 체계(예, 안전을 가장 우선순위함)를 가지고 있다고 볼 수 있다. 모든 치료/상담기법은 매순간 그 의도가 있어야 하는데, 안전기반치료의 이러한 기법의 의도와 치료매커니즘이 트라우마와 중독의 특성을 표적화함

으로서 기법의 효과성이 발휘되는 것으로 본다. 이러한 안전기반치료의 특성은 전문가교육에 있어 장점으로 나타날 수 있다. 예를 들어, 이미 인지행동치료기법(예, 담아두기)을 익힌 전문가들에게 그 기법의 활용 의도와 시점, 치료적 의미를 안전기반치료적 관점에서 재조정화 혹은 확장하는 것만으로도 그 기법의 효용성과 사용 대상층을 넓힐 수 있다고 본다.

다음은 안전기반치료의 특징을 5가지 원칙으로 정리한 내용이다. 1) 치료의 첫 단계의 우선순위는 안전이다. 2) PTSD와 중독의 통합적 치료접근법이다. 3) 이상(ideals)을 추구한다. 4) 4가지 내용영역을 가지고 있다: 인지, 행동, 대인관계, 사례관리. 5) 치료자의 과정에 관심을 가진다.

치료의 첫 단계의 우선순위는 안전이다

Herman(1992)에 의하면, 트라우마의 회복(recovery)은 3단계를 거치게 된다(그림 2). 1단계는 안전(Safety)이고, 2단계는 애도(Mourning), 3단계는 일상생활로의 복귀(Reconnection)이다.

이 3단계 중에서 안전기반치료는 1단계 '안전'에 집중한다. 안전기반치료에서 "안전"은 안정화(stabilization)뿐만 아니라 다양한 요소를 포함하는 포괄적 용어이다. 물질사용의 중지, 자살경향성의 감소, HIV노출의 최소화, 위험한 관계를 떠나기(예, 가정폭력), 심각한 증상



그림 2. Herman의 트라우마 회복의 3단계 모형 (Herman, 1992, 1997)

(예, 해리)에 대한 통제력 가지기, 자해행동 멈추기(예, 신체자해) 등을 포함한 트라우마의 재현(reenactment)으로부터 안전해지는 모든 활동을 일컫는다(Najavits, 2002). 안전은 심리치료뿐만 아니라, 심리교육, 옹호, 예방교육, 아웃리치(out reach), 사례관리 등 다양하고 근본적인 상담기법의 통합으로 구현될 수 있다. 안전 침해가 삶을 파괴하는 것처럼, 안전구축은 삶의 질을 높여주고 치료과정이 안전하게(재외상화/재발의 최소화) 진행될 수 있도록 돋고 치료자가 실시한 심리치료(예, 노출치료 등)의 효과성을 높이게 된다.

안전과 안정화의 개념을 혼용하거나 거꾸로 알고 있거나 잘못 인식하는 연구들을 종종 보는데, 이는 여러 가지 측면에서 임상적 전제에 대한 문제를 일으킬 수 있다. 트라우마를 전반적으로 다뤘다는 연구에서도, 심리적 증상과 기제만으로 안전을 논하는 우를 범하고 있다. 이러한 협의(狹義)의 안전은 심리치료실에서만 치유하는 사람에게 필요한 것이지, 외상자나 현장에서도 직무를 수행하는 다양한 트라우마치유자가 활용하기에 충분하지 못하다. 안전은 단순히 심리적 기제나 증상에 국한된 개념이 아니라, 이미 위에서 언급했듯이 많은 융복합적인 업무와 협업체계에서 비롯된 매우 실존적인 치유적 결과물이라 할 수 있다.

나아가 협의(狹義)의 안전이란 개념은 심리치료자들이 자궁심을 갖는데도 방해를 하는 것 같다. 세월호 상처치유에 참여했던 많은 치유자들이 안정화작업을 하지 않고 심리교육·사례관리·옹호·의뢰 등의 직무를 수행한 경우, 자신들의 상담활동이 충분하지 못했다고 보고했다(김형수, 안지영, 김동일, 2015). 외상자는 안정화가 아닌 안전을 원하고 실제로 치유자들이 실시했던 활동도 안전단계에

매우 적절한 치유적 활동이었음에도 불구하고 자신들의 활동에 대한 자긍심은 낮았다는 사실은, 현 시점에서 치유자들이 트라우마의 본질인 안전에 대해 다시 한 번 생각해봐야 한다는 화두를 던지는 현상이 아닐까 싶다.

PTSD와 중독의 통합적 치료접근법(integrated model)

안전기반치료는 통합적 모델(integrated model)로서, 한 치료자가 공존병리를 동시에 다루는 개입을 제안한다. 통합적 모델은 시간 차를 두고 하나씩 다루거나(순차적 모델), 2명의 치료자가 각 심리장애를 다루거나(평행모델), 한 심리장애를 다루는(단독모델)과는 구별된다. 안전기반치료에서 말하는 '통합'이란 현재시점에서 2개의 심리장애에 동시에 관심을 두고, 서로를 촉발시키는 파괴적 패턴으로부터 외상자가 통제력을 획득하도록 돋는 목적을 가지고 있다(Najavits, 2002). 대부분의 외상자들에게 물질중독 치료가 끝났다고 외상증상이 치료되는 것은 아니다. 실제로 일부 PTSD 증상은 금주 또는 물질을 중단한 후 더 악화되기도 한다(Brady, Killeen, Saladin, Dansky, & Becker, 1994). 그러한 이유로, 많은 연구자와 현장전문가들이 이 이중진단의 통합적 치료모델을 추천하지만(Brady et al., 1994; Evans & Sullivan, 1995; Fullilove et al., 1993), 대부분의 임상현장에서 이를 반영하지 못하고 있다(Evans & Sullivan, 1995). 나아가 트라우마와 물질남용이라는 심리장애가 가지고 있는 공통적인 특성인 수치심과 비밀화 경향은 통합적인 치료의 실제적인 장애물이 되기도 한다(Brown et al., 1995). 이처럼 트라우마와 중독의 본질적 특징뿐만 아니라 현장의 환경적 여건상,

통합치료는 쉬운 목표는 아니다. 하지만 이 공존병리의 치료적 효과성을 획득하는 데 있어, 가장 쉽고 효율적인 전략이 될 수 있다.

이상(ideals)을 추구한다

트라우마는 실존적 난제를 불러일으킨다(Frankl, 1963). 그 산산조각 난 세상과 파괴된 미래, 고립 속에서 긍정적 의미를 발견할 수 있는 외상자는 치유에 한결음 더 가까워진다. 마찬가지로, 중독도 이상(ideals)을 파괴한다. 자신의 삶이 바닥을 쳐야만(hit the bottom) 중독에서 벗어날 수 있다. 그만큼 모든 것들이 철저하게 파괴되는 추락의 과정을 생생하게 겪게 된다. 그래서 안전기반치료에서는 PTSD와 중독의 공통적 주제로 파괴된 이상(ideals)을 되살리는 것에 주목한다. 이를 실현하는 구조적 장치로, 인용구와 긍정적 언어를 활용하고, 엄격한 개념보다 연민어린(compassion) 개념을 적용하고 있다. 매 회기 인용구를 활용하여, 영감을 불어넣고, 긍정적 용어의 사용하여 '존중(respect)', '돌봄(caring)', '통합(integration)', '보호(protection)', '치유/healing'와 같은 가치를 강조한다. 예를 들어, 인지치료의 전통적 용어, '인지적 왜곡(Burns, 1980)'을 긍정적 용어, '회복적 생각(Recovery Thinking)'으로 바꾸어 쓴다. 또한 물질남용에 대해 "나쁘다" 혹은 "약하다(weak)"는 관점을 고수하기보다, "PTSD문제해결을 위한 잘못된 시도"라는 연민어린 시각으로의 개념적 변화를 심리교육한다. 이는 수용전념치료(ACT)에서 직면성과 지시성이 약한 비유적 언어를 사용하는 치료원리(Hayes et al., 1999)와도 유사한 것 같다.

4가지 내용영역을 가지고 있다: 인지, 행동,

대인관계, 사례관리

안전기반치료는 인지행동과 현재중심에 기반을 두고, 인지, 행동, 대인관계, 사례관리의 4가지 주요 내용영역을 기반으로 구성되어 있다. 4가지 핵심영역에 따라 25주제영역을 제시하고 있는데(표 1), 이 주제영역들은 7가지 씩의 대인관계/행동/인지의 주제와 4가지 통합적 주제로 세분할 수 있다. 예를 들어, 인지영역을 다루는 주제영역에는 'PTSD: 당신의 힘을 되찾기', '회복적 생각' 등이 있으며, 행동영역을 다루는 주제영역은 '자신을 잘 돌보기', '촉발제 다루기' 등이 있다. 대인관계를 다루는 주제영역으로는 '도움을 청하기', '관계에서 경계설정하기' 등이 있다. 각 주제를 독립적으로 고안하였기 때문에, 치료자와 외상자가 자유롭게 주제의 순서를 선택할 수 있다.

안전기반치료의 첫 임상실험에서는 사례관리를 치료적 영역으로 포함하지 않았다. 하지만 임상실험을 더해갈수록 PTSD와 중독의 공존병리자들에게 사례관리가 가지는 치료적 의미가 매우 중대함을 알게 되어 임상실험의 후반부에 추가하게 되었다(Najavits, 2002). 사례관리는 분명 트라우마치유자들에게 가중된 업무로 느껴질 수 있다. 하지만 트라우마의 본질은 한 사람의 일상이 망가져버린 것이고 사례관리는 그 일상을 돌보는 일이라는 점을 깨닫게 된다면, 사례관리가 트라우마치료의 한 부분일 수 밖에 없다는 점을 인정하게 될 것이다. 나아가 안전기반치료에서, 사례관리(case management)는 외상자에게는 '지역사회 연결(Connecting to Community Resources)'이란 단어로 불리게 된다. 낙인효과를 방지하기 위한 명분(Najavits, 2002)도 있겠지만, 실질적으로

'고립'에서 '연결(reconnection)'이라는 외상자의 정체성을 치료적으로 전환하는데 있어, 가장 분명하고 실체적인 상담전략이자 기법으로 작동하는 것이라 볼 수 있다.

치료자의 과정에 관심을 가진다

이미 널리 알려진 바와 같이, 치료과정은 상담자가 치료기법이나 이론에 상관없이 상담성과에 더 많은 영향을 미치는 변인이며, 치료동맹은 가장 중요한 치료적 요인이다 (Wampold & Budge, 2012). 안전기반치료에서도 회기 내 과정에서 외상자의 사적 경험(private experience)에 더 방점을 두고 있다. 또한 3세대 인지행동치료기법들과 유사하게, 수용(acceptance), 가치, 관계 등을 강조하고 맥락적 상황을 강조하고 교육보다는 외상자가 직접 체험하는 방식을 선호하고 있다(Hayes et al. 1999). 이러한 안전기반치료의 특성은, 이론적인 틀이라기보다는 6년간의 임상실험을 통해, PTSD라는 주관적인 병리체계에 가장 효과적으로 접근할 수 있는 방법(format)이라는 임상적 결론에서 나온 것 같다.

안전기반치료는 매뉴얼의 형식과 인지행동주의를 전면에 내세우고 있으나, 이 전략과 기법을 일궈내는 과정은 인간중심주의에 가까운 것 같다. 외상자의 자아는 많이 깨져있는 상태이기 때문에, 논박(debate) 등의 기법은 기법의 본래 의도와는 다르게, 외상을 다치게하거나 파괴적인 저항을 이끌어 낼 수도 있다. 외상자의 자아확충(인지확충)을 위해서는, 전형적인 인지행동치료의 기법을 순화된 형태로 사용하는 것이 적절해 보인다. 이는 실제로 안전기반치료 치료자의 자격요건에도 확인할 수 있다, 공감(empathy), 존중(respect), 진솔한

태도(genuine interpersonal skills). 안전기반치료에서 제시하는 치료자 과정의 내용에는 1) 치료 동맹을 구축하고 2) 내담자의 경험에 연민을 가지고 3) 내담자 자신의 삶에서 할 수 있는 대처기술을 활용하며, 4) 내담자에게 최대한 많은 통제권을 허용하며 5) 내담자보다 더 많이 다가가서 열심히 노력하는 것을 모델링하고, 6) 내담자로부터의 피드백과 역전이를 다루는 용기를 갖는 것을 포함한다(Najavits, 2002).

PTSD/중독의 치료자는 부지불식간에 피해자·가해자·방관자의 역할을 반복할 수 있다 (Herman, 1992). 이러한 사례를 지원하기 위해, 안전기반치료의 매뉴얼에는 25개의 모든 주제에서 '어려운 사례(tough cases)', '역전이 쟁점(countertransference issues)'라는 영역을 제시하고, 상담 전에 대처연습이나 수퍼비전의 기회를 미리 가질 수 있도록 해놓았다. 이러한 장치들은 치료자가 보다 과정적 치유작업에 몰입할 수 있도록 지원해주는 안전기반치료의 구조적 특성이라 볼 수 있다.

안전기반치료의 적용방안

안전기반치료의 공존병리영역, PTSD와 물질중독에 대한 기여뿐 만 아니라, 국내 트라우마치유환경과 관련하여 안전기반치료가 기여할 수 있는 잠재적 영역들과 활용에 대한 가이드라인을 제안해보고자 한다.

안전단계의 중요성: 외상치료의 핵심

Hargrave 등(2006)에 의하면, 인간은 과거 트라우마 경험의 유무보다 과거 트라우마 경험

이 현재 얼마나 고통스러운지를 더 중요하게 느낀다고 한다. PTSD 치료기법들을 그 초점에 따라 2가지로 단순하게 분류해보자면, 첫째 상담회기내에서 트라우마를 노출하는 과정을 중요하게 여긴다는 측면에서 과거에 초점을 두는 기법들이다. 여기에는 노출치료, EMDR (안구운동 민감소실 및 재처리 요법; Eye Movement Desensitization and Reprocessing, Shapiro, 1995), 인지처리치료(Cognitive Processing Therapy), 이야기치료, 애도(mourning) 등이 포함된다. 반면, 현재 증상, 일상에서의 외상반응에 대한 대처전략에 우선순위를 둔다는 측면에서 현재에 초점을 두는 기법이 있다. 그 대표적인 기법이 안전기반치료라고 할 수 있다.

위에서 언급한, 국내에서 주로 활용하는 외상치료의 대부분은 노출을 기반으로 한다. 노출치료에서 노출의 대전제는 신뢰로운 라포형성과 안전(safety)이다. 일반 상담에서도 안정적인 라포형성 후 심충적인 탐색을 시작하게 된다. 일반상담에 익숙한 상담자들은 트라우마 상담에서의 안전한 라포 및 환경 조성도 일반 상담에서와 같은 수준 및 깊이의 의미로 생각할 수 있다. 하지만 트라우마상담에서의 안전의 의미는 일반상담의 그것보다 훨씬 더 중요한 근거, 치료적 매커니즘을 가진다. 저명한 트라우마치료전문가들이 주장하는 바에 따르면, 심각한 Type 2 외상사건을 다루는 경우, 안전단계는 최소 6개월의 치료시간을 요구한다(Cloitre et al., 2012). 그만큼 안전단계가 트라우마치료에서 매우 중요한 역할을 맡고 있으며, 쉽게 얻어지는 치료적 성과가 아님을 의미한다.

우울증의 주제가 우울인 것처럼, 트라우마와 중독의 공통적인 주제는 안전감의 상실이

다. 외상 후 안전감이 유지되거나 결정적 시기 안에 복귀하는 경우, 상대적으로 예후가 좋다. 즉, 안전이 예후를 결정지을 수도 있다 는 말이다. 왜 그럴까? 트라우마의 본질은 지금까지 안전하다는 의식조차 인식하지 않을 정도로 안전이 당연했던 일상의 환경이 갑자기 압도적인 외부의 힘에 의해 순식간에 내 안에서 삭제(delete)되는 경험이다. 인지처리를 할 시간적·정서적 여유가 없이(Porges, 2007) 안전감은 순식간에 사라지고 고통스럽고 너무나 생경한 외상반응에 간하게 된다. 그렇기 때문에, 안전감을 다시 획득하는 과정 자체가 치유가 되고 일상생활로의 복귀(3단계)가 될 수 있는 것이다.

물질중독의 치료도 PTSD치료단계와 유사한 측면이 있다. 물질중독치료도 “성격의 재편(character reorganization)”을 다루기 전에 금주 또는 물질의 중단과 안정화를 먼저 구축해야 한다(Brown, 1985; Carroll et al., 1991; Kaufman, 1989; Kaufman & Reoux, 1988). 이를 반영한 중독의 가장 전형적인 치료법이 AA(Alcoholics Anonymous)의 12단계이다(Nace, 1988). 특히, 트라우마 이후 발전된 중독은 외상자를 PTSD증상에 간혀있게 하고 사회경제적 측면에서 추락하게 하고, 그로 인해 정상적인 일상으로부터 천천히 혹은 급작스럽게 외상자를 격리시킴으로서 안전감의 상실과 외상반응의 악화를 가져오게 된다(Najavits, 2002).

이 상황을 신경생리학적으로 설명해보자면, 외상사건에 대한 최초반응은 신체감각으로부터 와서 신체·정서·인지에 영향을 준다(Ogden, 2009). 변연계의 해마와 편도체는 정서와 분리된 기억에 영향을 미치고(Ledoux, 2000; van der Kolk, 1996), 호르몬체계(HPA축)의 변화는 과각성(Yehuda, 2000)과 마비·우

울감(Southwick, 1999)을 야기한다. 외상충격은 생존과 조건화(conditioning)되어진 일반화(generalization)를 통해, 외부의 추가적인 침입으로부터 항상 경계태세를 갖추게 된다. 생존이라는 절대 명제에 따라, 외상자는 자극-반응의 매우 체계적이고 기계적이며 불수의적인 반응 체계에 따라 외상자극·외상반응을 학습 및 습득하게 된다. 외상사건은 생존의 위협으로 인지되기 때문에, 일반적인 망각을 기대하기 어렵다. 이렇게 무소불위의 신경생리체계안에서, 외상자의 일상에서 벌어지는 모든 일들이 촉발제로써 작동할 수 있다. 하나의 촉발제로부터 발현된 자극-외상반응은 미미할 수도 있지만, 24시간, 일주일간 통제와 예측이 없는 상황에서 산발적으로 쌓인 자극-반응의 힘은 결코 작다고 할 수 없다. 요약하자면, 일상에서의 안전이 지속적으로 유지되어야만 심리치료실에서의 치유 전략이 그 효과를 발휘한다. 치료적 성과를 위해서라도, 트라우마치유자들은 외상자의 안전에 절대적으로 의존할 수밖에 없다는 결론에 도달하게 된다.

안전기반치료에 있어, 안전의 개념은 이 치료법의 근간이고 핵심적 치료매커니즘이며 치료적 의사결정에 있어 가장 우선되는 기준이 되며, 이것이 다른 PTSD치료법과 안전기반치료를 구별하는 독보적인 특징이라 할 수 있다.

일반적으로 가장 많이 활용되는 트라우마의 치유모델은 Herman의 트라우마치유의 3단계(안전-애도-일상생활로의 복귀) 모델이다(이은아, 2015). 이 때문인지, 트라우마치유자들은 안전단계를 마치고 과거기억을 노출해야만 (digging up trauma memories), 트라우마치유를 완수했다고 느끼는 것 같다. 혹은 안전단계의 작업은 심리치료가 아니라는 생각도 있는 것

같다(김형수 외, 2015; 이나빈 외, 2015). 초보 상담자나 사례관리만을 하는 트라우마치유자들은 자신이 외상치유에 충분히 기여하지 못했다는 자괴감도 갖게 된다(김형수 외, 2015). 그러나 실제로 Herman(1992)은 자신의 3단계 모형을 통해, 각 단계마다 숙련된 전문가들뿐만 아니라 각 전문성 발달단계에 있는 모든 심리치료자도 외상치유와 예방에 기여할 수 있는 각자의 역할과 기능이 있음을 강력하게 제안하고 있다.

국내에 들어온 대부분의 트라우마치료는 노출이 주요 치료매커니즘이기 때문에, 자연치유회복군이나 재외상화률이 높은 외상자에게도 그러한 노출기법들이 쓰이고 그들에게 취사선택할 여지를 주지 못하고 있다. 그에 대한 부작용은 심리적 개입의 거부감, 환자라는 낙인효과, 심리치료자를 반기지 않고 싫어하는 반응으로 되돌아오게 된다(이나빈 외, 2015). 이는 치료자나 치료적 환경으로 인해 외상자에게 의도치 않은 재외상화가 일어났다고 볼 수 있다(Duckworth, & Follette, 2012; Zayfert, 2012). 많은 외상자들이 기본적으로 가지고 있는 변화에 대한 두려움, 준비되지 않은 노출에 대한 부작용을 최소화하는데, 안전기반치료가 기여할 수 있을 것이다.

연구에 따라 차이가 많이 나긴 하지만, 대략 50~80%가 자연치유집단(심리적 외상반응이 시간에 따라 감소·회복)이고, 20~50%를 PTSD취약군으로 구분할 수 있다(Dyregrov, Kristoffersen, & Gjestad, 1996; Ursano et al., 1999). 20%의 PTSD취약군에게 해당되는 기법을 80%의 자연치유회복군에게도 동일하게 적용할 때, 외상자들은 “내가 환자인가?”, “나를 환자로 보는 사람들을 만나기 싫다.” 등의 반응을 보인다(이나빈 외, 2015). 그렇다고, 80%

의 자연치유회복군에게 아무런 조치를 취하지 않는 것은 전문가로서 비윤리적이며, 자칫 2종 오류를 범할 우려가 있고, 예방학적 차원이나 포괄적 치료체계(보건복지가족부, 한양대학교 산학협력단, 2010) 차원에서도 바람직하지 않다. PTSD취약군과 자연치유회복군에게 공통적으로 적용해서 효과를 낼 수 있는 접근법이 절대적으로 필요한데, 그 역할을 안전기반치료가 담당할 수 있다.

안전기반치료가 가지는 안전단계의 대표성 때문에 인지재처리나 정서조절(2단계 작업)을 전혀 다루지 않는다는 오해가 있을 수 있다. 안전단계에서는 인지재처리나 정서조절을 다룬다. 안전기반치료는 “과거” 기억을 인지재처리하고 통합하는 것 보다, “현재” 외상반응과 외상자의 인지활동을 연결하고 통합하는데 더 관심이 있다. 즉, 1단계와 2단계의 차이는 인지재처리나 정서조절 작업의 유무가 아니라, 상담자료 내용의 차이인 것이다. 치유자는 안전단계에서 ‘현재’의 외상반응과 대처전략을 상담의 자료로 활용하고, 외상자는 신경생리학적으로 2단계와 동일한 인지재처리나 정서조절의 과정을 경험한다고 볼 수 있다.

나아가, 안전기반치료에서는 5수준(0-10수준 중에서, 10이 고통의 최대치)이하의 고통을 담은 이야기만을 다룸으로써, 불쾌한 정서의 발생이유와 의미를 인지적/정서적으로 처리할 기회와 힘을 더 많이 경험(therapeutic processing)하게 된다고 볼 수도 있다. 불쾌한 정서는 그 발생 이유와 의미가 있다. 그 불쾌한 정서를 노출해서 다루고 이해할 수 있을 때, 치유가 일어난다. 하지만 너무 압도적인 정서는 그 기회조차 앗아가 버린다. 외상자에게 심각한 고통을 유발하는 너무 높은 각성(hyper-arousal)은 대뇌피질의 작용을 억제하는 상황이 초래

되어 안전한 상담과정을 이끌기 어렵다. 반면, 너무 낮은 각성의 경우, 우울이나 해리적 경험을 초래하여 상담진행이 어려워질 수 있다. 일반적인 트라우마치료에서도 각성의 수준이 각성의 창(Window of Tolerance, Siegel, 1999)에서 너무 벗어나는 경우, 과각성이나 마비 등의 의료사고나 재외상화를 경고하고 있다 (Siegel, 1999). 그래서 회기 중, 외상치료자는 외상자가 보내는 각성조절 실패에 대한 신체적 신호를 알아차리고 회기 내 휴식/중단/회복의 횟수를 조절하면서 회기를 진행해야한다 (Schore, 1996; Rothschild, 2000, Najavits, 2002). 하지만, 이는 아직 서로가 낮선 트라우마치료 초기단계, 자기관찰이 낮설거나 둔감해진 외상자, 트라우마에 낮선 치료자의 경우, 결코 쉬운 일이 아니며 외상자의 신체적 신호를 놓치기 쉽다. 왜냐하면, 외상사건 자체가 외상자 자신의 자기수용성 감각을 둔감하게 만들어 놓는 특성이 있기 때문이다. 아직까지는 어떤 연구도 명확하게 그 각성의 창의 범주를 숫자로 규정하지는 못하고 사례별 치료자의 직관과 경험에 의존하고 있는 형편이다. 외상자와 치료자가 외상자의 외상사건 전후의 신체적 신호를 알아차리고 규명하는 절대적인 시간이 먼저 충족되어야 가능한 작업이다. 안정적인 각성수준 안에서 외상자가 자신의 외상사건을 들여다 볼 수 있는 정도의 안전감을 유지해야 재외상화를 막고 외상자의 정서 조절구조를 기반으로 외상자/치료자가 모두 원하는 성장-촉진적 상담환경을 만들 수 있다. 그러한 이유에서, 안전기반치료에서는 그 범위를 고통 수준 5로 규정하고 있다. 물론 어떤 외상자에게 고통수준 5는 치료적 성과를 경험하기에는 너무 낮은(안전한) 고통수준일 수 있다(safe but not too safe; Bromberg, 2006; Ogden, 2009에서

재인용). 하지만, 그 선택과 결정을 외상자에게 맡기는 것도 외상자에게 통제감을 되찾아주는 경험(therapeutic processing)이 되므로, 그 경험 자체가 치유적 기제로 작동할 수 있다. 따라서 치료자가 이들에게 선택권을 주거나 적어도 공유하려는 시도는 해봐야 한다. 모든 외상이 고통스런 노출을 통해 치유되는 것이 아니다.

안전기반치료는 PTSD와 중독을 “의학적 질병”이라기보다 개인의 일상에서의 실존적 쟁점(Frankl, 1985)으로 다루고 있다. 안전기반치료는 ‘지금-여기’의 트라우마에 관심이 있다. 과거에 존재했던 트라우마의 잔상이 지금-여기에서 어떻게 어떤 방식으로 살아 움직이는지에 대해 더 많은 관심을 가지고 있기 때문에, 과거 기억의 노출이 아니라 현재 외상반응과 대처전략을 상담의 소재와 목표로 삼는 것이다.

인간에게 있어 애착과 안전기지(secure base)의 역할은 진화심리학적 입장에서 볼 때 인간의 생존과 지속에 필수 조건이다. Maslow(1943)는 인간욕구의 가장 근원이 안전임을 이야기 한다. 트라우마의 본질은 외부환경에 대한 안전감의 상실로 인한 통제감의 삭제이다. 유아기 이후로 이미 안전보다 높은 욕구단계에서 머무는 일반인이나 치유자에게, 안전감의 획득은 ‘과거에 이미 성취했던, 지금은 별 다른 기억도 나지 않는 가장 기본적이고 단순하고 쉬운 목표로 보일 수 있지만, 단 한순간에 모든 안전감을 삭제당한 외상자에게 안전감은 절대 성취하기 쉬운 욕구가 아니다. 그렇기 때문에, 안전의 획득은 트라우마치료에 절대적 요인일 수밖에 없으며, 마치 유아기의 애착과 안전기지에 대한 경험을 구축해주듯이 작은 목표와 큰 인내심을 가지고 교육적 전략

과 기법을 적용하면서 외상자의 곁을 지키는 과정이 필요한 것이다. 안전기반치료에서 투영되는 트라우마치유는 심리적 맥락을 넘어서 외부와 다양한 접촉을 하고 그로 인해 안전감을 다시 되찾아 오는 과정이다. 이때, 오감(five sense)을 통해 들어온 안전감은 인지적 재처리에 큰 도움이 된다(Ogden, & Minton, 2000). 재처리한 도식을 가지고 세상과 다시 자신의 신체와 운동을 통해 연결하는 것이 트라우마치유의 근본이 될 수 있다(Levine, 2010; Ogden, & Minton, 2000). 외부의 연결과 소통(Reconnection, Herman, 1999)은 개인의 무너진 안전감을 구축하는데 필수적이다.

요약하면, 안전기반치료에서 표방하는 안전(Safety)은 단순히 신체·정신·환경의 안정화와 같은 상담초기목표나 사례관리·옹호·아웃리치와 같은 기법명, Herman의 안전단계에 국한되는 개념이나 그 효과성이 아니다. 트라우마치유에서 안전은 인간의 근원적인 생존욕구와도 닿아있기 때문에, 트라우마 치유기제의 본질이 되고 실존적(Existential)주제를 직면하게 하여 성장의 실체적인 방법론을 경험하고 안내하게 된다.

공존장애: PTSD와 중독의 연결성에 대한 통찰

인지행동주의나 매뉴얼화된 기법이 맞지 않는 치료자(예, 정신역동주의)라고 하더라도, 안전기반치료가 제시하는 PTSD와 중독의 연결성에 대한 개념을 자신의 치료에 융합해보기를 제안한다. 안전기반치료는 트라우마(PTSD)와 물질장애(SUD)의 공존병리를 가진 사람들을 위해 고안된 증거기반치료이다. 많은 공존병리자가 외상 발생 후 물질남용을 시작하는

데(윤명숙, 이희정, 2014), 이 현상에 대해 많은 연구들은 PTSD로 인한 부정적 정서를 줄이기 위해 물질을 사용·유지·재발하는 것으로 설명하고 있다(윤명숙, 조혜정, 2012; Clark, & Foy, 2000; Jacobson et al., 2001; Lipsky et al., 2005; Marshall-Berenz et al., 2011; Vujanovic et al., 2011). 즉, 이러한 현상을 신경생리학적으로 억제통제능력(inhibitory control capacity)에 기반을 둔 경험회피의 동기로 해석하고 있다. 하지만 안전기반치료는 공존병리를 단순히 경험회피의 현상이 아니라, 트라우마의 강렬한 외상반응과 고통을 자가치료(self treatment)하고자 하는 시도로 강조하고 있다(Weiss et al., 2012); Kassel, Jackson, & Unrod, 2000; Najavits, 2002, 2013; Stewart, & Devine, 2000). 즉, 중독은 트라우마증상을 관리하려는 경험적 체계(experiential system; Epstein, 1994)의 발현이고, 도파민 관련 보상 체계(dopaminergic reward processing system)와 옥시토신 체계(oxytocinergic system)의 활성화와 같은 신경생리학적 체계가 학습 및 습득하여 조건화를 형성하게 되면, 트라우마생존자로서는 성공적인 자기조절로 중독이란 해결책을 갖게 되는 것이다. 따라서 중독 현상을 없애는 것은 치료자를 비롯한 일반인에게는 “치료”의 의미이겠지만, 이 공존병리자들에게는 자신의 생존을 위협하고 자신의 모든 자기조절에 대한 노력과 시도, 학습을 통한 실체적인 경험과 성과를 부정하며, 잔존하고 있는 미미한 통제감마저 상실하고, 자신의 유일하고 효과적인 자기조절방략을 없앤다는 의미가 될 수도 있다(Carver, Johnson, & Joormann, 2008, 2013). 그 결과, 외상자의 중독치료에서 외상자의 의식적·무의식적인 협

조와 동기를 얻어내는 것은 더욱 묘연해지고, 때로는 외상자의 파괴적인 저항과 재외상화의 위험만 높이는 결과를 초래하게 된다 (Duckworth, & Follette, 2012).

중독을 트라우마증상의 자가치유적 왜곡된 시도라고 보는 관점은, 치유자나 외상자에게 있어 공존병리자를 보는 연민을 강화시키고 병력과 재발(실수)에 대한 유연성을 강화시킨다. 물론 외상자가 습득한 중독이라는 경험회피는 외상반응으로 인한 고통에서 일시적으로 벗어나게 하지만, 장기적으로는 더 큰 심리적 불편감(Hayers et al., 1999), 트라우마증상의 악화, 중독의 심화로 귀결된다. 따라서 트라우마를 중독의 변명이 아니라, 공존병리를 이해하는 틀로 활용하여 공존병리치료를 극대화하는 방향으로 시도해보기를 제안한다.

공존병리: PTSD와 행위중독

인터넷/스마트폰과 같은 IT관련 중독은 우리나라에 특화된 심리장애라고 볼 수 있다. 작년 한국인의 88.3%가 인터넷이용자이며, 스마트폰 과의존 위험군은 17.7%로 작년에 비하여 1.6%p 상승하였다(한국정보화진흥원, 2017). AI와의 공존시대, 증강현실의 일상생활화를 눈앞에 둔 4차혁명시대를 맞이하여, 스마트폰 중독의 수치는 매년 증가하고 연령층도 계속 넓어지고(노인과 유아) 컴퓨터/게임기에서 스마트폰으로 이어지는 도구적 확장도 매순간 상상을 불허하고 있다.

인터넷/스마트폰과 같은 매체중독은 행위중독의 하위유형으로써, 내성과 금단증상의 측면에서 물질중독과 동일한 병리적 특성을 가지고 있다(Young, 1996). 예를 들어, 국내에서 사용하는 인터넷중독척도에서는 일상생활 장

애, 내성, 금단 현상, 일탈행동, 중독적 사고, 가상적 대인관계 지향성, 현실구분 장애(김청택, 김동일, 박중규, 이수진, 2002)를 하위유형으로 제시하였고, 위의 증상들은 물질중독의 증상체계와 거의 동일하다. 뿐만 아니라, 신경 생리학적으로도 물질중독과 동일한 매커니즘을 보이는 것으로 알려져 있다(Han et al., 2011). 외상자 대상 행위중독의 연구들을 살펴보면, 외상자들이 불안, 수명장애, 우울감 등을 개선하기 위해서 습관성 물질(알코올, 담배 등)이나 습관성 행위(자해, 피어싱 등), 행위중독(예, 인터넷, 쇼핑, 도박 등)을 시작하거나 심화시키는 것을 알 수 있다(권선중, 김교현, 2007; 박병강, 2007). 안전기반치료에서는 행위중독중에서 도박중독에 효과적인 연구결과가 있지만(Najavits, et al., 2013), 아직까지 인터넷/스마트폰중독에 대한 연구는 부재하다. 하지만, 물질중독, 도박중독, 인터넷/스마트폰중독의 신경생리학적 기제가 유사하고 실제 사례들(트라우마 후 발생한 인터넷중독)이 발생하고 있음(Lee, 2010)을 생각해볼 때, 안전기반치료를 인터넷·스마트폰 중독과 트라우마의 공존병리군에게 적용해보는 것도 유용한 도전이 될 것이라 제안해본다.

적극적이고 주체적인 내담자 경험의 조성: 통제감의 획득

안전기반치료의 목표 중 하나는 외상자의 정체성을 전환하는 것이다. 첫째, 외상자는 외상사건의 피해자가 아니라 외상사건으로부터의 생존자이어야 한다. 둘째, 외상에 대해 침묵으로 일관하는 것이 아니라, 자신의 목소리를 내어 자신을 위한 주장을 하여야 한다. 셋째, 힘의 부재로부터 벗어나 통제감(a sense of

control)을 가지는 것이 중요하다. 넷째, 외상사건으로 인해 혼자 남겨지는 것이 아니라 사회와 타인과 연결(connection)되어야 한다. 사실 이러한 정체성의 전환은 안전기반치료뿐만 아니라, 기존의 많은 트라우마치료법들이 동의하는 개념이다. 그럼에도 불구하고, 실제 현장에서 대부분의 외상자들은 자신이 환자로 보여지고 시키는 대로 해야 하는 수동적 존재이며 자신의 말이 체계에 전달되지 않는 침묵집단(muted group, Kramarae, 2006)임을 더 많이 경험하게 된다(이나빈 외, 2015). 그래서 외상 치유자가 이들의 말을 대변하고(advocate) 이들 과 사회와의 연결을 도와야 할 윤리적 책무성을 가지고 있다(ACA, 상담자 윤리, 2017).

치유자의 의도와는 다르게, 진단적 접근은 트라우마경험의 본질을 부정적인 병적 증상으로 가둬둠으로써, 외상자가 가질 수 있는 경험에 대한 통제력과 또 다른 의미부여가 형성될 기회를 제한할 수 있다. 증상이라는 낙인 효과(labeling effect)는 피해자에서 생존자라는 자기정체성으로 변화하는 것을 어렵게 한다. 외상자 자신이 피해자 대 생존자의 정체성에 대한 '선택권'을 가지고 충분히 통찰하는 경험 자체만으로도 치유적일 수 있다. 어떤 치료요인이든 외상자가 수동적으로 받아들여야 하는 치료요인은 실제효과가 미약하다. 왜냐하면, 트라우마의 본질은 수동적인 위치에서 선택권 없이 통제력이 완벽하게 상실된 상황을 체험하는 것이기 때문에, 그 치유나 회복의 방식과 과정이 수동적인 위치에서 자기 통제력을 회복한다는 것 자체가 논리적으로도 맞지 않기 때문이다. 외상자가 스트레스사건에 대해 인지적 평가(Lazarus, 1966)를 할 수 있고, 타협과 선택 등을 통해 통제감을 어느 정도 유지하고 있다면, 이미 외상사건이 아니라 역경사

건에 더 가까울 것이다. 이러한 까닭에, 트라우마치료에서 통제력을 획득할 수 없다는 것은 치료효과성을 저해하는 요인으로 작용할 수 있다. 안전기반치료는 외상자가 자신이 원하는 사회적 반응을 지인과 사회에 요청하고 결과를 만들어내는 과정을 연습시키며(표 1, '도움청하기'의 주제 영역 등), 스스로 일상에서 통제력을 회복하도록 돕는다.

안전기반치료는 외상자에 대한 연민(compassion)을 강조한다. 그러나 PTSD/중독자들이 전형적으로 보이는 희망 없는 재발(실수)과 부인(거짓말), 낮은 기능수준 등의 패턴을 매번 맞닥뜨릴 때마다, 외상자에 대한 연민어린 관점은 혼들릴 수밖에 없다. 하지만 이들의 이러한 패턴을 트라우마의 증상조절에 대한 노력이며 통제감(a sense of control)의 획득을 위한 절박한 자구책이었다고 재관점한다면, 이들에 대한 연민어린 치료를 수행하는 것이 더 용이할 것이다.

트라우마와 중독의 공존병리자에게 치유의 통제권을 넘기는 것은 대단한 모험임에 분명 하나, 충분히 가치 있는 시도가 될 것이다.

만성·장기적 PTSD에의 적용; 재외상화에 대한 진지한 경계

노출치료는 효과적이다. 하지만 숙련된 전문가가 아니면, 그 기법을 효과적으로 쓰기가 쉽지 않다. 실제로 노출기법은 재발률이 높고 2배 더 높은 조기종결률(Bradley, Greene, Russ, Dutra, & Westen, 2005)을 보이며 크고 작은 2차 외상과 의료사고의 위험을 가지고 있다. 특히 집단치료 형식에서 노출은 다른 집단원을 축발시키고, 그 노출된 내용을 충분히 다루기엔 시간이 부족하다(Keane, 1995; Ruzek

et al., 1998; Solomon, Gerrity, & Muff, 1992). 나아가 만성적이고 반복적인 외상사건의 경우, 치료개입에 있어 고려해야할 중요 사항들이 추가적으로 늘어나며 2단계의 치유과정은 장기적이고 심층적일 수밖에 없다. 복합외상(multiple trauma), CPTSD(Complex PTSD; Herman, 1992)나 PTSD의 해리하위유형(APA, 2013)으로 분류되는 외상자는 초기상담과정에서 각성조절에 실패하여 조기 종결되거나 회피/저항으로 연구대상자집단에서 누락되는 경우가 많으며, 이는 PTSD치료기법의 효과성 연구결과의 신뢰도를 저해하는 요인으로 작용하게 된다(Rothschild, 2000). 그러한 치유과정은 치유자뿐만 아니라, 외상생존자에게도 더 벼겁고 힘들다. 2단계의 치유를 벼텨가려면, 이전보다 더 든든한 지원과 자원이 필요한데, 이를 위해 안전단계에서 그러한 지원과 자원을 굳건히 만들어주는 작업을 공고히 할 필요가 있다.

상담자의 주된 이론적 방향성(theoretical orientation)에 상관없이 안전기반치료를 기법적인 측면에서 통합하여 활용해 볼 것을 제안한다. 안전기반치료는 PTSD/중독에 단독으로 활용되는 치료기법이지만, 이미 다른 치유법들에 숙달한 심리치료자에게 있어 자신들의 전문기술을 2단계에 활용하기 전, 1단계에 안전기반치료를 활용함으로써, 재외상화의 위험을 줄이면서 자신들의 전문역량을 펼칠 수 있는 장을 만들 수 있을 것이다. 외상자의 일상생활의 중요기능을 회복하고 촉발제를 대처함으로써 외상반응 조절에 실체적인 도움을 받게 되면, 2단계 작업을 용이하게 하는 토대로 작용할 수 있다.

초보전문가들과 1차 트라우마개입전문가들을 위한 대안

초보 상담자는 대리외상의 위험률이 높다(윤경아, 심우찬, 2015; Killian, 2008). 하지만 초보상담자를 피해서, 외상사건이 발생하고 외상자가 찾아오는 것을 기대할 수는 없다. 외상 발생후 결정적 시기에 개입이 들어가는 것은 이후 예후에도 중대한 영향을 끼치지 때문에, 초보상담자라는 이유로 외상자를 외면하거나 대기시킬 수도 없다; 이 또한 재외상화로 귀결되기 때문이다(Duckworth, & Follette, 2012). 이에 관련하여, 역할분담의 필요성을 제시하는 연구들이 있지만(권영섭, 정순둘, 2009; 이은애, 김선정, 배천직, 권영섭, 2005; 이수지 2015), 일반 상담소나 외상치료센터마다 외상의 수준별 적합형 치료자 역할을 맡은 인력풀을 보유하리라는 기대도 현실적이지는 않고 빠른 시일내에 그러한 체제를 갖추기를 기대하기도 어렵다. 결국, 초보상담자가 효과적으로 할 수 있는 트라우마치료법을 습득하고 실행할 수 있도록 도와주는 것이 현실적인 최선책이지 않을까 싶다.

PTSD는 전문가의 심리치료실에서만 다뤄지는 심리장애가 아니라, 보다 다양한 학력과 경력을 가진 현장 전문가들이 팀업을 이루면서 대응해나가야 할 심리장애이다. 그 한 예로, 정부에서는 2015년을 범죄피해자지원의 원년으로 선포하면서 범죄피해자의 심리적 케어를 위한 제도적 장치를 본격화하기 시작했는데, 현재 범죄피해케어라는 직무를 수행하는 사람들의 전문성은 상담, 임상, 간호, 법, 사회복지, 경찰 등 매우 다양하다(이은아, 고은영, 2017). 이러한 다양한 배경과 수준을 가진 전문가들이 각자의 위치에서 다를 수 있고 보다

쉽고 간단하고 공통적인 이론적 방향성과 기법을 가진다면, 보다 정확하고 원활한 의사소통을 기반으로 외상자의 PTSD치유에 있어 즉시성을 향상시키는 데 도움이 될 것이다. 또한 외상사건의 1차 대응체계에서 역할 분담을 맡고 있는 경찰관, 간호사, 응급구조사, 사회복지사, 소방관 등이 각각의 업무를 수행할 때, 트라우마의 긴급개입에 대한 이론과 훈련에 대한 기초지식을 갖는 것이 필요하다. 외상자가 모든 것을 상실한 세상에서 처음 맞닥뜨리는 사람과 인간관계가 이들이기 때문이다. 하지만 이들을 위한 심리교육적 자산(contents)이나 체계(system)는 부족한 편이다.

이러한 초보전문가들이나 일선에서 트라우마 회복의 1차 개입해야하는 전문가들(경찰관, 응급구조대원, 응급실 의료인 등)의 역할에 대한 교육내용과 형식을 안전기반치료에서 찾아보고자 한다. 이들에게 특별히 안전기반치료를 추천하는 첫 번째 이유는 안전기반치료가 매뉴얼형식을 가지고 있기 때문이다. 일반적으로 치료매뉴얼은 치료효과를 검증하고 교육 및 보급하는데 용이하다. 치유자가 매뉴얼을 따르는 경우, 치료효과가 더 높게 나타난다 (Town et al., 2012). 반면 초보 치유자가 유연성 없이 매뉴얼에만 의존하는 경우 그 효과는 떨어지게 된다(Sexton & Whiston, 1994). 이쯤에서, 낯설고 압도적 감정을 일으키는 것이 트라우마 사건의 본질이라는 점을 상기해보자. 초보 치유자들이 단순 노출(초기면접이나 트라우마를 처음 들은 회기)장면에서 당황하고 인지와 정서적 마비, 둔감을 겪어서 기존의 실력조차 발휘하기 어렵게 되는 상황은 매우 흔하게 발생하며, 또한 이러한 반응은 신경생리학적으로도 매우 정상(normal)이라고도 볼 수 있다. 이런 상황에서 매뉴얼은 초보상담자

에게 1차적인 치료도구(first line treatment)로 활용가치가 있다. 나아가 매뉴얼의 활용은 PTSD 치유의 접근성과 즉시적 개입의 효과를 높이는데도 도움이 될 것이다.

두 번째, 안전기반치료에서 제시하는 치료자 요건 때문이다. 안전기반치료는 트라우마와 중독에 대한 지식과 경험, 외상자와 관계할 수 있는 인내심과 연민 등 갖추어야할 역량이 있기 때문에 쉬운 기법이라고 할 수는 없지만, 다른 트라우마치유기법들(예, EMDR 등)과 비교하면 치료자의 요건이 상대적으로 까다롭지 않은 편에 속한다. 안전기반치료에서 제시하는 치료자 요건은 '심리치료기관에 소속되어 PTSD와 SUD(물질중독장애)를 가진 사람들을 지원·치료하는 역할을 수행하는 치료자(clinician)로서, 전문가발달수준에 있어 차별을 갖지 않는다(Najavits, 2002)'. 안전기반치료에서 더 방점을 두는 치료자 요건은 PTSD와 SUD에 관심을 가지고 인간중심적인 접근으로 외상자와 관계할 수 있는 역량이다. 직면·해석과 같은 고급 상담기술이 아니더라도, 긍정적인 대인관계기술을 가진 사람이라면 25개 주제영역 중에서 외상자가 안전단계에서 필요로 하는 치유적 주제들을 충분히 해낼 수 있다는 말이다.

초보전문가들과 1차 트라우마개입전문가들을 위한 대안으로 안전기반치료를 추천하는 세 번째 이유는, 안전기반치료가 실행의 과정과 형식에 있어 다른 기법들보다 더 융통성 있기 때문이다. 치료자의 자격요건뿐만 아니라, 회기의 시간, 집단/개인, 패쇄/개방, 외래환자/패쇄병동환자, 25개 주제 영역을 사용하는 순서도 치유자와 외상자가 합의하여 자유롭게 구성할 수 있다. 또한, PTSD진단기준에 맞지 않는 트라우마 내담자(예, 복합외상자, 트라우

마로 인한 성격장애자 등)까지 폭넓게 활용할 수 있다. 매뉴얼의 특성상, 회기형식은 매우 구조화되어 있고 기본적인 틀을 준수하기를 요구하나, 그 실행에 있어서는 치료자의 자율성과 융통성을 극대화하며 라포형성에 중점을 두고 치료자의 통제감과 자신감을 극대화한다고 볼 수 있다. 예를 들어, 병원에서 2시간동안만 환자를 만나서 심리평가를 만들어야 하는 임상심리사나 2번의 면접으로 범죄피해평가서를 작성해야 하는 범죄피해평가자들도 안전기반치료를 활용할 여지가 충분하다(예, '그라운딩' 주제 영역). 즉, 트라우마치유가 매우 낯선 어떤 전문가라도 적어도 첫 회기(혹은 1회기)내에서 외상자를 위해 할 수 있는 것이 하나는 있다는 것이다. 자신의 전문영역이 아니거나 전문성이 약하다고, 굳이 외상자를 외면하는 선택 외에 다른 선택안을 고려해 볼 수 있는 것이다

예방교육/심리교육

외상사건은 예방이 불가할 수 있다. 하지만 외상반응은 예방의 영역안에 있다. 즉, 외상반응은 인간의 통제력안에 있는 현상이라 볼 수 있다는 말이다. 안전기반치료는 의도적으로 교육학의 전통적인 전략을 가져와서 매뉴얼을 제작했다(Najavits & Garber, 1989). 트라우마치유에 있어 정상화(normalization)은 매우 중요한 치유기제이며, 이를 효과적으로 전달하기 위해서 심리교육의 형식을 빌리게 된다(Phoenix, 2007). 실제로 트라우마반응이 비정상적이 아니라는 인지적 재평가를 경험하게 하는 것이 모든 트라우마치유법의 공통된 치유기제라고 할 수 있다. 즉, 트라우마반응에 대한 인지적 오해를 수정하도록 도와주는 것이 트라우마치

유의 기제라고 할 수 있다(Hope, Heimberg, & Bruch, 1995). 왜 그러한가? 인지적 모호함(cognitive ambiguity)은 고통과 각성을 유발한다. PTSD와 중독의 고유한 특성 중 하나는 외상자가 예고나 선지식 없이 압도당했다는 느낌을 갖게 되는 것인데, 심리교육의 효과는 트라우마/중독의 이러한 특성을 깨버리는 것이다. 외상 후라도 지식과 인지적 처리가 들어가서, 인지적 모호함에 기인한 고통과 각성을 일부분이라도 낮추며, 분열된 외상기억과 정서를 통합하는 연결고리의 초석이 될 수 있다. 또한 심리교육을 통해, 외상자에게 일상에서의 촉발제로 인한 침습반응에 대해 효과적으로 대처할 수 있는 기술과 인지적 이해를 제공할 수 있다. 이 결과, 일상에서 맞닥뜨려야 하는 촉발제에 대한 과각성이나 마비반응 등의 수준이 낮아지거나 더 빨리 정상적인 각성 수준으로 되돌아오는 것이 가능하다. 안전기반치료에서 제공하는 방대한 양의 심리교육자료, 자원목록, 활동지는 외상자가 "아무것도 할 것이 없다"라는 전형적인 왜곡된 사고를 가시적으로(tangible) 반증한다. 외상자는 무기력함이 아니라, 그 중에서 하나는 찾아보리라는 용기, 모험, 도전을 느끼게 된다. 물론, 이러한 긍정적 변화를 유지하는 것은 치료자의 역량에 달려있지만, 구조화된 매뉴얼이 그 첫 단추에서 치료자를 지원할 수 있다.

트라우마 심리교육은 재발방지에도 매우 유용하다(Phoenix, 2007). PTSD취약군을 구성하는 사람에는 '이전에 외상사건을 겪은 사람'이 포함된다. 즉, 이전 외상사건에서 자연치유회복군으로 일상에 복귀했다 하더라도, 두 번째 같은 외상사건을 겪을 경우, 정서·인지·영적으로 손상이 오기 쉽다. 따라서 첫 번째 외상사건에서 자연치유회복군을 포함한 전체

대상자에게 심리교육을 제공하는 것은 추후 PTSD로 발전하는 것을 예방할 수 있으며, 이것은 개인뿐만 아니라 사회적 비용을 절감하는데 가장 효과적이라고 할 수 있다.

나아가 심리교육의 내용과 형식은 초보전문가나 응급대원, 경찰관 등 1차 외상개입자가 수행하기에 버거운 상담업무의 영역이나 수준이 아니다. 따라서 다양한 학제 및 전문가발달단계에 위치한 PTSD 현장전문가들이 공통적으로 활용할 수 있는 심리교육의 기초 자료로 안전기반치료를 제안하고자 한다.

결 론

본 연구는 안전기반치료를 개관하여 소개함으로써 아직까지 국내에서는 본격적으로 논의된 바가 없는 안전기반치료에 대한 관심을 고취하고자 하였다. 또한 단순한 소개를 넘어서 국내 상황에서의 적용 방향을 제안하여 실제적인 활용을 높이고자 하였다. 지금까지 국내에서 저변화된 PTSD치료는 노출기반의 기법들이 주류를 이루고 있어서, 재외상화의 위험률이 높은 내담자, 자연치유회복군, 법적 소송 중인 외상자를 위한 적절한 대안책이 부족했다. 이러한 대안의 부재는 현장전문가에게는 이론과 실제의 이질감, 외상자와 심리치료자 간에는 부적절한 처치에 대한 의구심을 일으켰고 결과적으로 상담자들의 역할수행도에 대한 자기평가나 만족도는 높지 않았다(김형수, 안지영, 김동일, 2015; 이나빈 외, 2015).

본고에서는 안전기반치료를 소개하면서, 트라우마치유에 있어 치료자나 치료 자체가 일으킬 수 있는 재외상화에 대한 경각심을 불러일으키는 동시에, 초보상담자도 효율적이고

외상자의 만족도가 높은 PTSD치료를 수행할 수 있다는 가능성을 과학적으로 제시하고자 하였다. 다양한 학제적 배경을 가진 PTSD치료자들이 자신들의 전문성(영역과 발달단계)에 가장 적합한 치유법을 시작하고 이를 자긍심으로 지각할 수 있도록 과학적 근거와 객관적 타당성을 제시하려고 하였다. 그것이 안전기반치료를 제안하는 가장 궁극적인 이유이라고 할 수 있다.

안전기반치료를 가장 간단하게 설명하면, 근본에 충실한 치료법이라는 것이다. 세련되고 극적이지 않지만, 외상자에게 가장 결핍된 것을 채워주는 데 충실한 기법이라고 말할 수 있다. 통제의 상실은 트라우마와 물질남용의 공통적인 고유한 특성이다. 안전기반치료가 오랫동안 과학적·경험적 근거로 지지를 받고 상대적으로 매우 낮은 재발률을 가지고 있는 이유는, 이 치료기법 자체에서 트라우마와 중독의 공통적 기본 요인, 자연치유회복군과 PTSD취약의 공통요인, 모든 외상사건의 공통 요인에 선택적 집중을 하고 치료적 초점을 맞추었기 때문이라고 본다. 또한, 안전기반치료는 외상자에게 통제력을 전적으로 이관하기 때문에, 치료자에 따라 너무 단순하고 기계적으로 느껴질 수도 있으나, 무엇보다도 외상자의 선호도와 만족도가 매우 높다. 즉, 적어도 외상자들의 요구, 선호에는 가장 부합하는 근거기반의 치료법이라 말할 수 있겠다.

안전기반치료는 트라우마치료 1단계(안전)에 초점을 두고 지금-여기의 현실적이고 실존적인 자료를 다루며, 트라우마와 중독의 공존병리자에게 있어 PTSD와 물질장애의 통합적 치유로 다가갈 수 있다. 또한 물질중독뿐만 아니라 다양한 행위중독, 스마트폰 중독 등에 활용가능하다는 장점이 있다. 나아가 매뉴얼

기반과 예방교육의 접근방식을 적용하여, 초보전문가가 1차 외상대응 직군들도 외상치유에 있어 한 역할을 담당하도록 도울 수 있고, PTSD취약 집단과 자연치유집단을 포함한 전체 외상경험자와 그 지역사회가 함께 성장하는 경험을 제공할 수 있다. 이런 예방교육은 사회적 비용을 절감하는 효과도 가져올 수 있을 것이다.

안전기반치료는 기존의 다른 이론적 배경을 가진 트라우마치료법(예, 정신역동)의 치료효과를 극대화하는 역할도 가능할 것이다. 안전기반치료를 통해, 일상생활의 중요기능을 회복하고 재외상화로 연결되는 일상의 촉발제를 제거하거나 관리하는 역량이 향상되어 외상반응 조절에 도움이 된다면, 정신역동 등이 지향하는 트라우마기법과 치료전략을 매우 안정적(stable)이고 효과적으로 구현하는 데 도움이 될 것이다. 또한 과거기억을 주로 노출하는 2단계 작업을 용이하게 하는 기반으로 활용할 수도 있을 것이다.

다음은 안전기반치료의 국내 활용에 있어 예상되는 한계와 보완점이다. 첫째, 안전기반치료는 공식적으로 Herman의 안전단계에 초점을 두는 것(early stage treatment)을 원칙으로 하고 있다. 안전기반치료의 원저(2002)에서는 6 수준 이상의 고통을 다루는 것을 추천하지 않는다. 왜냐하면, 안전기반치료의 목적과 임상 실험의 범위가 10수준의 고통을 다루는 것을 포함하지 않았고, 안전과 재외상화의 예방은 안전기반치료의 가장 큰 화두이기 때문이다. 따라서 과거노출에 초점을 둔 안전기반치료의 치료적 안전성과 효과성에 대한 과학적 근거는 아직 미비하며, 안전기반치료만을 활용하여 장기·만성적인 외상자를 다루는 것을 추천하지는 않는다. 하지만, 최근 안전기반치료

를 만든 Najavits가 과거기억 노출에 초점을 맞춘 '변화를 창조하기(CC; Creating Change, Najavits, 2013; Najavits & Johnson, 2014.)'라는 기법을 임상연구 중에 있다. 추후 관심을 가지고 지켜볼 만하다.

둘째, 안전기반치료의 근본적인 대상자는 물질중독과 트라우마의 공존병리자이다. 하지만 아직 국내 연구에서는 이들에 대한 전반적인 실태조사 등이 부족한 상황이다. 특히 안전기반치료에서는 트라우마와 중독을 시간적인 인과관계로 연결된 개념으로 보기 때문에, 연구방법론도 제한적일 수 있다. 트라우마와 중독에 대한 국내 연구가 미약한 상황은 안전기반치료를 실시하는 데 있어, 기초적인 연구(실태조사)부터 시작해야 한다는 어려움을 예상하게 한다.

셋째, 안전기반치료는 중독과 트라우마치료에 있어, 통합적인 접근법(integrated treatment)을 고수하고 있기 때문에, 치료자들이 습득해야 하는 지식체계도 트라우마뿐만 아니라 중독에 대한 전문성도 요구된다. 이러한 특성은 초보전문가나 다학제 조력전문가들에게 안전기반치료를 알기도 전에 그 접근부터 어렵게 느껴지는 장애물로 비춰질 수 있다.

넷째, 안전기반치료의 매뉴얼은 그 양이 상당히 많다. 그 의도는 외상자와 치료자의 취사선택의 폭을 넓혀주는 것이지만, 현장전문가들의 첫인상은 압도감, 그 자체일 수도 있다. 무엇을 어디서부터 시작하고 어느 정도 해야 하는지에 대한 실질적인 질문들이 있을 수 있다. 이를 위해, 본고에서 외국의 자료를 인용하여 추천하긴 했으나, 국내에서 25개 주 제영역 중에서 각 외상현장별 추천 구성요소를 선별하여 특정 현장별로 바로 쓸 수 있는 8-10회기의 프로그램을 개발하여 제공하는 것

이 향후 큰 과제가 될 것이다. 또한 특정 사례에 기반한 치료 지침서를 연구하여 제작 및 배포하는 것이 유의미한 현장지원이 될 수 있을 것이다.

다섯째, 안전기반치료가 국내에 정착하기 위해서 국내 치료환경적 변화가 일어나길 기대한다. 안전기반치료의 '지역사회 자원'이란 주제영역안에는 '치료를 위한 소비자 지침서'라는 활동지가 있다. 외상자가 소비자로서 자신의 상담 및 심리치료를 '어떻게' 선택하고 그 효과성을 평가할 수 있는지 자세하게 안내 되어 있다. 아마도 이 부분이 국내 실정과 가장 거리가 먼 내용이지 않을까 싶다. 국내 상담 및 심리치료자는 전문성관련 평가받는 것 (예, 자격증, 전문가 공인과정 등)에는 기꺼이 응할 수 있고 그것이 윤리적이라고 믿는 반면 (권정혜, 2018; 이상민 외, 2018), 소비자를 위한 서비스제공자로서의 평가에는 노출될 기회가 거의 없는 것 같다. 소비자(일반인, 외상자 등)가 어떤 상담 및 심리치료 서비스를 원하고 그 서비스가 불만족스러운 경우 어떤 과정을 거쳐서 어떻게 보상받을 수 있는지에 대한 관심은 아직 외상자나 심리치료자에게도 크지 않다. 어쩌면 시기상조인 논제일 수 있겠지만, 이 부분은 안전기반치료를 국내에서 저변화하는 데 있어 불리한 측면이다. 왜냐하면, 안전기반치료는 태생부터 그 본질이 수요자 우선 순위 치료법이기 때문이다. 수요자가 만들었고 수요자가 치료의 통제감을 경험하게 하는 것이 안전기반치료의 핵심 치료전략이기 때문이다.

또 다른 치료적 환경의 어려움은 학제간 혹은 상담 및 심리치료팀의 구조가 동등(flat structure)하기보다는 위계 구조를 더 닮아있다는 것이다. 때론 물리적으로 융합된 팀(외

양적 변화)이기는 하나, 화학적 융합(alloy, amalgamation, 내용적 변화; 최양희, 2010)이 잘 이루어진다고 확인하기 어려운 측면도 있다. 외상자를 중심으로 모인 각 전문가들은 동등한 입장에서 서로의 전문적 소견을 자유롭게 나눔으로서 외상자에게 최선의 치료책을 구현해나갈 수 있을 것이다. 혹은 외상자를 가장 자주 보는 전문가의 의견을 최대한 반영하는, 외상자를 우선순위 하는 치료구조가 치료의 효과성을 더 높일 수 있을 것이다. 그러나 국내의 치료적 환경은 아직까지 전문가(공급자)의 편의에 따른 치료적 환경에 머무는 것 같다. 이러한 환경적 특성은 타(他)전문영역을 믿고 의뢰하고 협업하는 것을 강조하는 안전기반치료가 국내에 적용되는데 있어, 장애요인이 될 수 있다.

안전기반치료가 PTSD와 중독의 증거기반 치료(evidence-based treatment)로서는 유일하게 효과성을 인정받은 만큼(Society of Clinical Psychology, 2018), 국내에서의 적용에 대해서 보다 적극적인 실험과 시도가 필요할 것으로 보인다. 국내에서의 PTSD치료에서도 사회적 변화와 다양한 수요(예, 자연치유회복군, PTSD 취약군)에 따른 트라우마 치료자집단의 화답이 필요할 것이고, 그에 적합한 대안책으로 안전기반치료가 활용되기를 바란다. 다만, 국가마다 다른 문화적 차이가 심리장애에도 영향을 미치기 때문에, 외국에서 타당한 기법이라 하여 국내에서도 무조건적인 효과성을 보장할 수는 없을 것이다. 따라서 안전기반치료를 국내에 적용한 다양한 경험연구가 뒤따라야 할 것이다.

참고문헌

권선중, 김교현 (2007). 외상 수준의 스트레스 경험과 성격 변화 그리고 중독 증후군 I. *한국심리학회 학술대회 자료집*, 2007(1), 530-531.

권영섭, 정순둘 (2009). 재해구호 자원봉사활동의 지속성에 영향을 미치는 요인. *한국방재학회 논문집*, 9(3), 75-79.

권정혜 (2018). 한국 임상심리전문가의 역할과 활동. *Korean Journal of Clinical Psychology*, 37, 4-12.

김청택, 김동일, 박중규, 이수진 (2002). 인터넷 중독 척도 개발 연구. 서울: 한국정보문화진흥원.

김형수, 안지영, 김동일 (2015). 국가적 재난 발생 대응에 대한 상담자의 경험적 합의-재난상담 수행 경험 및 상담자 요구. *상담학연구*, 16(3), 495-512.

박병강 (2007). 알코올 중독과 스트레스. *스트레스研究*, 15(4), 307-313.

보건복지부 (2017. 4. 13). 2016년 정신질환실태조사. http://www.mohw.go.kr/front_new/jb/sjb030301vw.jsp에서 검색.

보건복지가족부, 한양대학교 산학협력단 (2010). 아동·청소년치료센터 효율적 설치 운영방안 연구. 서울: 보건복지가족부.

양기근 (2008). 재난심리지원 서비스 전달체계에 관한 연구. *한국위기관리논집*, 4(1), 50-62.

윤경아, 심우찬 (2015). 원조전문직 직무관련 삶의 질 수준과 관련요인에 관한 국외 문헌연구. *사회과학연구*, 54(1), 195-230.

윤명숙, 이희정 (2014). 직장인의 외상 후 스트레스 장애(PTSD)와 음주. *정신보건과 사회사업*, 42(4), 115-142.

윤명숙, 조혜정 (2012). 남성가구주의 음주가 배우자 음주에 미치는 영향. *한국사회복지학*, 64(2), 111-131.

이나빈, 심기선, 한상우, 이강욱, 심민영, 채정호, 안현의 (2015). 세월호 참사 후 재난심리지원 실무자들의 경험을 통해 본 국내 재난심리지원체계의 한계 및 개선방안. *정신보건과 사회사업*, 43(4), 116-149.

이상민, 김은하, 김지연, 선혜연 (2018). 상담심리학의 현재와 미래과제. *한국심리학회지: 상담 및 심리치료*, 30(3), 463-474.

이은아, 고은영 (2017). 범죄피해케어전문가의 핵심역량모형개발을 위한 탐색적 연구. *아시아교육연구*, 18(3), 513-537.

이은애, 김선정, 배천직, 권영섭 (2005). 재해구호자원봉사활동의 이론과 실제: 자원봉사센터 실무자와 자원봉사리더 활동매뉴얼. 전국재해구호협회.

최양희 (2010). 인재정책의 방향과 기본과제. *한국인적자원연구센터 포럼 발표자료집*.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th Edition)*. American Psychiatric Association, Washington. D.C.

Anderson, M. L., & Najavits, L. M. (2014). Does seeking safety reduce PTSD symptoms in women receiving physical disability compensation?. *Rehabilitation Psychology*, 59(3), 349.

Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F., Liese, B. S., & Stein, D. J. (1995). *Cognitive therapy of substance abuse*. New York: Guilford.

Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., & Westen, D. (2005). A multidimensional

meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 162(2), 214-227.

Brady, K. T., Killeen, T., Saladin, M. E., Dansky, B., & Becker, S. (1994). Comorbid substance abuse and posttraumatic stress disorder: Characteristics of women in treatment. *The American Journal on Addictions*, 3(2), 160-164.

Brown, S. (1985). *Treating the alcoholic: A developmental model of recovery* (Vol. 109). New York: Wiley-Interscience.

Carroll, K. M., Rounsville, B. J., & Keller, D. S. (1991). Relapse prevention strategies for the treatment of cocaine abuse. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 17(3), 249-265.

Carver, C. S., Johnson, S. L., & Joormann, J. (2008). Serotonergic function, two-mode models of self-regulation, and vulnerability to depression: what depression has in common with impulsive aggression. *Psychological Bulletin*, 134(6), 912-943.

Carver, C. S., Johnson, S. L., & Joormann, J. (2013). Major depressive disorder and impulsive reactivity to emotion: Toward a dual process view of depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 52(3), 285-299.

Chu, J. A. (2008). Ten traps for therapists in the treatment of trauma survivors. *Personality Disorder: The Definitive Reader*, 210-228.

Clark, A. H., & Foy, D. W. (2000). Trauma exposure and alcohol use in battered women. *Violence Against Women*, 6(1), 37-48.

Cloitre, M., Courtois, C. A., Ford, J. D., Green, B. L., Alexander, P., Briere, J., & Van der Hart, O. (2012). *The ISTSS Expert Consensus Treatment Guidelines for Complex PTSD in Adults*. Retrieved from <http://www.istss.org>

Duckworth, M. P., & Follette, V. M. (2012). *Retraumatization: assessment, treatment, and prevention*. New York: Routledge.

Epstein, S. (1994). Integration of the cognitive and the psychodynamic unconscious. *American Psychologist*, 49(8), 709.

Evans, K., & Sullivan, J. M. (1995). *Treating Addicted Survivors of Trauma*. NY: Guilford Press.

First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. (1994). *Structured clinical interview for Axis I DSM-IV disorders*. New York: Biometrics Research.

Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological bulletin*, 99(1), 20-35.

Frankl, V. E. (1985). *Man's search for meaning*. New York: Simon and Schuster.

Fullilove, M. T., Fullilove, R. E., Smith, M., Winkler, K., Michael, C., Panzer, P. G., & Wallace, R. (1993). Violence, trauma, and post-traumatic stress disorder among women drug users. *Journal of Traumatic Stress*, 6(4), 533-543.

Han, D. H., Bolo, N., Daniels, M. A., Arenella, L., Lyoo, I. K., & Renshaw, P. F. (2011). Brain activity and desire for Internet video game play. *Comprehensive Psychiatry*, 52(1), 88-95.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.

Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 377-391.

Herman, J. L. (1997). *Trauma and recovery: The aftermath of violence from domestic abuse to political terror*. New York: Basic Books.

Hope, D. A., Heimberg, R. G., & Bruch, M. A. (1995). Dismantling cognitive-behavioral group therapy for social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 33(6), 637-650.

Jacobsen, L. K., Southwick, S. M., & Kosten, T. R. (2001). Substance use disorders in patients with posttraumatic stress disorder: a review of the literature. *American Journal of Psychiatry*, 158(8), 1184-1190.

Kassel, J. D., Jackson, S. I., & Unrod, M. (2000). Generalized expectancies for negative mood regulation and problem drinking among college students. *Journal of Studies on Alcohol*, 61(2), 332-340.

Kaufman, E. (1989). The psychotherapy of dually diagnosed patients. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 6(1), 9-18.

Kaufman, E., & Reoux, J. (1988). Guidelines for the successful psychotherapy of substance abusers. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 14(2), 199-209.

Keane, T. M. (1995). The role of exposure therapy in the psychological treatment of PTSD. *National Center for PTSD Clinical Quarterly*, 5(4), 1-6.

Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52(12), 1048-1060.

Kramarae, C. (2006). Muted group theory. A First Look at Communication, 499-506.

Killian, K. D. (2008). "Helping till It hurts? A multimethod study of compassion fatigue, burnout and self-care in clinicians working with trauma survivors", *Traumatology*, 14, 32-44.

Langeland, W., & Hartgers, C. (1998). Child sexual and physical abuse and alcoholism: a review. *Journal of Studies on Alcohol*, 59(3), 336-348.

Lazarus, R. S. (1966). Psychological stress and the coping process. NY: McGraw-Hill.

Lee, E. A. (2010). *Features of adult internet addicts with interpersonal trauma in childhood*. 서울대학교 박사학위논문.

Levine, P. A. (2008). *Healing trauma: A pioneering program for restoring the wisdom of your body*. Boulder, CO: Sounds True.

Levine, P. A. (2010). *In an unspoken voice: How the body releases trauma and restores goodness*. Berkley, CA: North Atlantic Books.

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford.

Lipsky, S., Caetano, R., Field, C. A., & Larkin, G. L. (2005). Psychosocial and substance-use risk factors for intimate partner violence. *Drug and Alcohol Dependence*, 78(1), 39-47.

Nace, E. P. (1988). Posttraumatic stress disorder and substance abuse clinical issues. In *Recent developments in alcoholism* (pp. 9-26). Springer, Boston, MA.

Najavits, L. M. (2002). *안전기반치료. Seeking safety: A treatment manual for PTSD and substance abuse*. Guilford Press. New York. (◎ 은아 역). 서울: 하나의학사.

Najavits, L. M. (2013). Creating change: A new past-focused model for PTSD and substance abuse. In: P. Ouimette & JP Read(Eds.). *Handbook of trauma, PTSD and substance use disorder comorbidity*. (pp. 281-303) Washington, DC: American Psychological Association Press.

Najavits, L. M., Gastfriend, D. R., Barber, J. P., Reif, S., Muenz, L. R., Blaine, J., ... & Weiss, R. D. (1998a). Cocaine dependence with and without PTSD among subjects in the National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *American Journal of Psychiatry*, 155(2), 214-219.

Najavits, L. M., & Johnson, K. M. (2014). Pilot study of Creating Change, a new past focused model for PTSD and substance abuse. *The American journal on addictions*, 23(5), 415-422.

Najavits, L. M., Schmitz, M., Gotthardt, S., & Weiss, R. D. (2005). Seeking safety plus exposure therapy: An outcome study on dual diagnosis men. *Journal of Psychoactive Drugs*, 37(4), 425-435.

Najavits, L. M., Smylie, D., Johnson, K., Lung, J., Gallop, R. J., & Classen, C. C. (2013). Seeking safety therapy for pathological gambling and PTSD: A pilot outcome study. *Journal of Psychoactive Drugs*, 45(1), 10-16.

Najavits, L. M., Weiss, R. D., & Shaw, S. R. (1997). The link between substance abuse and posttraumatic stress disorder in women: A research review. *The American Journal on Addictions*, 6(4), 273-283.

Najavits, L. M., Weiss, R. D., & Shaw, S. R. (1999). A clinical profile of women with posttraumatic stress disorder and substance dependence. *Psychology of Addictive Behaviors*, 13(2), 98-104.

Najavits, L. M., Weiss, R. D., Shaw, S. R., & Muenz, L. R. (1998b). "Seeking safety": Outcome of a new cognitive-behavioral psychotherapy for women with posttraumatic stress disorder and substance dependence. *Journal of Traumatic Stress*, 11(3), 437-456.

Ogden, P. (2009). Emotion, mindfulness and movement: Expanding the regulatory boundaries of the window of tolerance. In D. Fosha, D. Siegal & M. Solomon (Eds.), *The healing power of emotion: Perspectives from affective neuroscience and clinical practice*. New York: W.W. Norton.

Ouimette, P. C., Ahrens, C., Moos, R. H., & Finney, J. W. (1998). During treatment changes in substance abuse patients with posttraumatic stress disorder: The influence of specific interventions and program environments. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15(6), 555-564.

Phoenix, B. J. (2007). Psychoeducation for survivors of trauma. *Perspectives in Psychiatric care*, 43(3), 123-131.

Porges, S. W. (2007) The polyvagal perspective. *Biological Psychology*, 74(2), 116-143.

Resick, P. A., & Schnicke, M. K. (1993). *Cognitive processing therapy for sexual assault victims: A treatment manual*. Newbury Park CA: Sage Publications.

Rothschild, B. (2000). *The body remembers*. New York: WW Norton & Company.

Rothschild, B. (2010). *Treatment essentials: the go-to guide*. New York: W.W. Norton.

Ruzek, J. I., Polusny, M. A., & Abueg, F. R. (1998). Assessment and treatment of concurrent posttraumatic stress disorder and substance abuse. In V. M., Follette, J. I. Ruzek, & F. R. Abueg (Eds.), *Cognitive-behavioral therapies for trauma*. (pp. 226-255). Guilford Press.

Saxe, G. N., Ellis, B. H., & Kaplow, J. B. (2011). 아동·청소년 위기 상담: 트라우마 체계 치료. *Trauma systems therapy: TST*. (김동일 등 역). 서울: 학지사.

Sexton, T. L., & Whiston, S. C. (1994). The status of the counseling relationship: An empirical review, theoretical implications, and research directions. *The Counseling Psychologist*, 22(1), 6-78.

Shapiro, F. (1995). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures*. New York: Guilford Press.

Siegel, D. J. (1999). *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are*. Guilford Press: New York, London.

Society of Clinical Psychology. (2018). Post-Traumatic Stress Disorder. Retrieved from <http://www.div12.org/psychological-treatments/diorders/post-traumatic-stress-disorder/>

Solomon, S. D., Gerrity, E. T., & Muff, A. M. (1992). Efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder: An empirical review. *Journal of American Medical Association*, 268(5), 633-638.

Stewart, S. H., Pihl, R. O., Conrod, P. J., & Dongier, M. (1998). Functional associations among trauma, PTSD, and substance-related disorders. *Addictive Behaviors*, 23(6), 797-812.

Stewart, S. H., & Devine, H. (2000). Relations between personality and drinking motives in young adults. *Personality and Individual Differences*, 29(3), 495-511.

Terr, L. (1991). Childhood traumas: an outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148, 10-20.

Wampold, B. E., & Budge, S. L. (2012). The 2011 Leona Tyler Award Address: The relationship-And its relationship to the common and specific factors of psychotherapy. *The Counseling Psychologist*, 40(4), 601-623.

Weiss, N. H., Tull, M. T., Viana, A. G., Anestis, M. D., & Gratz, K. L. (2012). Impulsive behaviors as an emotion regulation strategy: Examining associations between PTSD, emotion dysregulation, and impulsive behaviors among substance dependent inpatients. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(3), 453-458.

Young, K. S. (1996). Psychology of computer use: XI. addictive use of the internet: A case that breaks the stereotype. *Psychological Reports*, 79(3), 899-902.

Zayfert, C. (2012). Cognitive behavioral conceptualization of retraumatization. *Retraumatization: Assessment, Treatment, and Prevention*, 9-32.

1차원고접수 : 2018. 07. 22.

수정원고접수 : 2018. 08. 27.

최종제재결정 : 2018. 10. 11.

Application of Seeking Safety to Trauma and Addiction Counseling in Korea

Eun A Lee

Kyungil University

Seeking Safety (SS) is the only PTSD treatment with strong evidence based that are effective for trauma and addiction. Unlike mainly used trauma treatments in Korea, SS is present-centered that focuses on the safety among the three stages of trauma and avoids unsafe exposure of past trauma. In addition, SS is theoretically based on cognitive behavior therapy, provides step-by-step manuals for therapists and vast worksheets for clients, does not place significant constraints on therapist's qualifications, and does not include long-term expensive training costs. Thus, it can be useful to work in the field with the advantage of timeliness and immediacy for counselors who have unfamiliar to trauma therapy and helping professionals who have various interdisciplinary backgrounds and developmental stages as experts. The benefits of SS can be applied to all types of trauma and addictive disorders. And it can also be used for out-of-the-box cases that have experienced trauma that does not fit the PTSD diagnostic system and various severity of the symptoms. The purpose of this study is to introduce SS for the first time in Korea and to suggest the possibility of applying it in the field of trauma.

Key words : Seeking Safety, Trauma, Addiction, PTSD, Safety, Treatment