

애착외상(attachment trauma)의 이해와 치료적 함의

이문희

이수림[†]

용문상담대학원대학교 열린사이버대학교

본 연구는 복합외상 중 아동기에 부모 혹은 양육자와의 관계에서 발생하는 애착외상에 관심을 갖고 애착외상이 아동의 성격변화 및 성인기 정신건강에 미치는 영향 및 치료에 대해 검토하였다. 애착외상과 증상 간 단편적인 관계를 넘어서 증상형성과 사회부적응을 초래하게 되는 핵심적인 심리적 기제를 확인하였는데, '애착체계의 붕괴', '정서관리의 실패', '해리', '자기체계의 손상'이었다. 또한, 애착외상의 치료접근들을 개관하여 각 치료법의 핵심적인 치료기제와 공통적인 치료과정을 살펴보았다. 핵심적인 치료기제는 '인지재구성', '애착관계의 강화', '정신화 능력의 강화', '정서표현 및 조절'이었고, 공통된 치료과정은 안정, 외상 처리, 일상생활의 적용이었다. 애착외상 치료법 개관을 바탕으로 외상 처리, 재건, 성장 단계의 통합적 치료모형과 통합적 애착외상 치료 프로그램을 제안하였다. 이를 토대로 현재 애착외상을 경험하고 있는 아동들과 애착외상 경험자들의 치료개입과 적응에 대한 시사점을 논의하였다.

*주요어 : 애착외상, 심리적 기제, 치료 기제, 애착체계, 외상 치료, 상담, 심리치료, 외상치료프로그램

[†] 교신저자 : 서울시 종로구 경운동 SK허브 102동 301호 열린사이버대학교 상담심리학과
E-mail : sulimhm@hanmail.net

서 론

외상후스트레스장애(PTSD)는 베트남 전쟁 이후 미국사회로 귀국한 군인들에게 나타나는 극심한 스트레스를 명명할 진단체계의 필요성에 의해 정신장애진단 및 통계편람 III(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder-III; DSM-III, American Psychiatric Association [APA], 1980)에 처음으로 포함된 진단명이다. 공식적인 진단체계의 수립은 외상적 경험이 심각한 심리적 문제를 일으킨다는 공감대를 형성하였을 뿐만 아니라 다른 형태의 외상 사건이 개인에게 어떤 영향을 미치는지에 대한 관심도 동시에 증가시켰다(Van der Kolk & Courtois, 2005). 전쟁과 재난 재해를 포함한 다양한 외상 사건에 관한 연구가 축적되면서 논쟁이 되었던 점은 '기존의 PTSD의 진단기준이 다양한 형태의 외상의 영향을 잘 설명할 수 있는가?'였다. PTSD의 진단체계가 전쟁 외상에 노출된 성인 남성에 초점을 둔 반면 가정 폭력과 아동기 학대와 같이 지속적이고, 친밀한 관계에서 그리고 아동기에 일어나는 외상에 대해서 적절하게 잘 설명하지 못한다는 지적들이 이어졌다(Cook & Spinazzola, 2005; Courtois, 2004; Herman, 1992; Kilpatrick, 2005; 안현의, 2007).

후에 연구자들은 이러한 유형의 외상을 기존의 외상후스트레스장애와 구별하여 복합외상(complex trauma; CPTSD) 혹은 달리 분류되지 극단적 스트레스로 인한 장애(Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified; DESSOS)로 구분하여 정의하였는데 대표적인 사례로는 아동폭력피해, 가정폭력피해, 포로경험, 난민경험, 성매매나 인신매매 등이 해당된다(Pelcovitz, Van der Kolk, Roth, Mandel, Kaplan & Resick, 1997). 비록 복합외상은 타당성을 확보할만한 충분한 경험적 연구의 부족으로 인해 DSM-IV(APA, 1994), DSM-V(APA, 2013)에서 독립적인 진단체계로 만들어지지 못하였지만 PTSD의 부가적인 특징으로 지속적으로 언급되면서 치료자와 연구자들의 관심을 받아오고 있다.

Courtois(2004)는 복합외상은 발생 연령과 발달단계에 따라, 그리고 가해자와의 관계, 지속기간, 객관적 심각성, 외상 기간에 받은 지지, 발견 시점에 따라 다양한 양상을 보이며 심각한 영향을 미치기 때문에 치료적 어려움이 크다고 하였다. 이는 만성적으로 지속되어 온 다양한 대인관계 외상을 모두 포괄하고 있는 복합외상을 그 특성과 종류에 따라 세밀하게 살펴보아야 함을 언급하는 대목이다. 특히, 아동기에 정서적으로 매우 긴밀히 연결되어 있으며 의존도가 높은 양육자와의 관계에서 반복적으로 발생하는 외상 사건은 어린 시절뿐만 아니라 성인기까지 지속적인 영향을 미치기 때문에 이러한 형태의 복합외상 중에서도 많은 연구자와 치료자들이 주목해야 하는 영역이라고 보여 진다. 실제로, 아동기에 겪게 되는 외상은 다양할 수 있지만 대부분의 외상은 바로 가정에서 양육자와의 관계에서 시작되며, 아동기 학대의 80%는 가해자가 바로 부모이다(van der Kolk, 2005). 국내의 경우도 비슷한 상황임을 알 수 있는데 2012년 아동보호 전문 기관에 접수된 아동학대 신고보고를 살펴보면

총 10,943건으로 2011년에 비해 7.9%증가하였으며 대부분 가정 내(87%), 부모(84%)에 의해 발생하는 것으로 나타났다(보건복지부, 2013).

애착외상이라는 용어는 Adam, Sheldon-Keller와 West(1996)가 자살시도 경험이 있는 청소년들에게 어린 시절 애착인물과의 관계에서 외상이 더 많이 보고되었다는 결과를 제시하면서 언급하였다. Allen(2010)은 대인관계 관여의 정도에 따라 외상을 구분하였는데 타인에 의해 고의적으로 일어나는 대인관계 외상(interpersonal trauma)과 정서적으로 매우 긴밀히 연결되어 있고 의존도가 높은 관계 내에서 발생하는 애착외상(attachment trauma)을 구분하였다. 그는 애착외상은 안정된 애착관계를 형성하는 개인의 능력을 제한시킬 수 있으며, 애착관계를 형성하는 능력은 회복되어야만 하는 능력이기에 이와 같은 형태의 특수한 외상을 이해하는 것이 매우 중요하다고 강조하였다.

앞서 언급하였듯이 복합외상(complex trauma)은 반복적으로 행해지면서(repeated, chronic) 대인간 폭력(interpersonal violence)의 성격을 보이는 외상으로 대표적인 사례로는 아동폭력 피해, 또래 간 지속적인 따돌림 혹은 폭행, 가정폭력피해, 포로경험, 난민경험, 성매매나 인신매매 등이 포함된다(안현의, 2007). 이는 지속적으로 대인관계에서 가해지는 다양한 외상경험을 전체적으로 포괄하고 있는 개념으로 볼 수 있다. 더 나아가 Allen(2010)은 대인관계의 관여 정도에 따라 다시 대인관계 외상과 애착외상으로 구분하여 애착외상을 강조하였는데, 여기에는 이성관계, 부부관계, 또래관계 등 의존도가 높은 다양한 애착관계를 모두 포함하고 있기 때문에 아동기 경험하는 부모-자녀관계에서 일어나는 외상을 구별하여 조명하는 것에는 한계가 있다. 아동기 부모-자녀관계에서 일어나는 애착외상의 경우 보편적으로 일어나지만 '사회적 금기'로 인해 자료를 얻는 것조차 쉽지 않으며 치료적 접근에 대해서도 매우 배타적이다(van der Kolk, 2005). 특히, 아동의 경우 부모의 의지와 동의가 없으면 심리치료를 제공받는 것 자체가 현실적으로 어려운 경우가 많아 아동기 애착외상 피해자들에 관한 세밀한 이해와 개입이 절실한 상황이다.

따라서, 본 연구에서는 복합외상 중 아동기에 부모 혹은 양육자와의 관계에서 일어나는 애착외상으로 연구의 초점을 제한하여 애착외상이 아동의 성격변화 및 성인기 정신건강에 미치는 과정 및 심리적 기제를 확인할 것이다. 애착외상은 이제까지 아동기 '학대'와 '방임'이라는 주제로 다루어져왔으나 학대와 방임의 유형과 부정적 영향을 이해하는데 초점을 두고 있었기 때문에 부모와의 관계에서 매우 보편적으로 일어난다는 점이 충분히 강조되지 못한 부분이 있었다(Gobin & Freyd, 2009). 또한, 학대와 방임이 동시에 나타나는 중복외상의 형태가 빈번히 나타나고 있어 학대와 방임의 영향을 뚜렷하게 구별하기 어려우며(이주성, 2005), 아동기 및 성인기에 걸쳐 미치는 부정적인 영향이 매우 심각하여 그 피해 정도가 '외상'의 수준에 이른다는 것을 환기시키는 데는 제한점이 있다고 보여 진다. 따라서 본 연구에서는 아동기 부모-자녀관계에서 일어나는 애착외상이 초점을 두어 학대와 방임을 모두 포괄

하는 용어를 사용하여 연구를 진행하고자 한다. 또한, 애착외상의 치료적 접근을 개관하여 각 치료법에서 강조하는 핵심적인 치료기제와 공통적인 치료과정에 대해 확인할 것이다. 애착외상의 과정적 이해와 치료기제의 확인은 현재 애착외상을 경험하고 있는 아동들과 애착외상 생존자들을 위한 치료개입뿐만 아니라 예방상담에 대한 시사점을 제공할 것이다. 연구의 범위는 아동기에 부모와의 관계에서 경험하는 외상경험을 다룬 연구로 검토의 범위를 정하였으며 가능한 개괄연구와 경험적 연구를 모두 포함시키려고 하였다. 몇몇 자료를 제외하고는 가능한 2000년대 이후의 연구결과를 근거로 하여 기술하였다.

아동기 애착외상의 범위

애착외상을 일으킬 수 있는 아동학대는 크게 신체적 학대, 성적 학대, 심리적 학대, 육체적 방임, 심리적(정서적) 방임이 있다(Allen, 2013). 아동들이 경험하는 신체적 학대는 다양하다. 영구적인 상해와 최악의 경우 죽음까지 이르게 할 수 있는데 폭력 및 부상의 정도, 사건이 일어나는 빈도, 가해자의 정신건강 상태 및 가해자와의 관계가 중요한 요소이다. 특히, 분노를 통제하지 못하는 부모의 신체적 학대는 특히 위협적인데(Bifulco, Brown, & Harris, 1994), 아동이 부모의 신체적 학대를 예측할 수 없는 상황에서 일어나고 아동이 부모를 통제할 수 없다는 점에서 피해가 심각하다. 신체적 처벌과 신체적 학대 사이의 차이는 상해의 잠재성 및 신체적 학대의 수준과 빈도에 따라 구분한다(Allen, 2013). 또한, 직접 폭력의 피해자가 되지 않더라도 애착 대상인 어머니가 아버지로부터 폭력의 피해자가 되는 경우에는 안전의 일차적 대상인 어머니를 잃을지도 모르는 위협적인 상태에 놓이기 때문에 폭력을 목격하는 것만으로도 고통이 가중된다(Allen, 2010).

성적학대는 사건 당시 연령의 부적절성, 성행위로 인한 스트레스, 위협 및 강제성, 힘과 신뢰의 남용, 가해자와의 관계가 주요 관련 요인이다. 애착관계 내에서 성적 학대는 아동에게 가장 위협하다(Browne & Finkelhor, 1986). Gobin과 Freyd(2009)는 성적 학대를 범하는 사람이 바로 아동이 신뢰하고 의존해야 하는 대상이라는 점, 즉 아동을 보호해야 하는 부모라는 점에서 배반외상(betrayal trauma)이라고 하였다. 심리적 학대는 아동에 대해 거절하고, 무시하고, 공포에 빠지게 하고, 돌보는 행동들을 하지 않는 것, 수치감을 주고 깎아내리는 것, 겁을 주는 것과 같은 언어적 학대를 포함한다(English, 1998).

방임은 다른 형태의 아동학대에 비해 그동안 소홀히 다루어진 주제이다. 학대가 권한 이상의 행위를 하는 것이라면 방임은 의무 이하의 행위를 하는 것이다(Allen, 2013). 신체적 방임은 기본적인 욕구를 충족시켜주는 양육을 제공해주지 않는 것과 위험한 상황에 아동을 처하게 하는 것이 모두 포함된다. 아동의 기본적 욕구를 박탈하는 것(수면, 음식, 쉴 곳을 제공하지 않는 것), 아끼는 대상을 빼앗는 것, 억지로 먹게 하는 것, 가정폭력에 노출되는 것, 약물

중독이나 범죄행위에 노출시키거나, 하도록 내버려두는 것 등 매우 다양한 형태로 나타난다.

심리적 방임은 바로 양육자의 심리적 부재로 설명될 수 있는데 아동의 신호, 특히 위로에 대한 요구에 반응하지 않는 것이 특징이다(Hildyard & Wolfe, 2002). 대개는 신체적으로 방임된 아동이 정서적으로 방임되는 경우가 많지만 신체적으로는 방임되지 않지만 심리적으로 부재인 경우가 일어날 수 있다(Allen, 2013). 이상으로 애착외상의 유형에 대해 살펴보면 학대와 방임이 함께 일어나는 중복학대가 가능할 수 있다는 것을 짐작할 수 있다. 또한, 신체적 방임, 심리적 학대 그리고 심리적 방임은 개념적으로는 차별적이나 현실적으로는 그 차이가 뚜렷하지 않을 가능성이 있음을 알 수 있다. 예를 들어, 정서적 학대로 분류할 수 있는 냉대나 거절은 위로에 대한 욕구에 반응하지 않는 것과 부분적으로 유사한 특성을 가지고 있을 것이다.

Lyons-Ruth, Dutra, Schuder와 Bianchi(2006)는 아동기 어린 시절 부모와의 관계에서 일어나는 외상이 은밀하게 이루어지며, 장기간에 걸쳐 부정적인 영향을 미치지만 그 심각성이 쉽게 드러나지 않는다는 점을 강조하면서 아동기 애착외상을 감춰진 외상(hidden trauma)이라고 표현하였다. 또한 외상에 대한 전통적인 입장에서는 외상적 사건과 그 사건의 형태에 관심을 가졌지만, 아동기의 경우 사건 그 자체가 주는 신체적 그리고 실제적인 위협보다는 양육자가 아동의 정서적 신호에 반응하지 않는 것과 관련이 깊다고 하였다. 애착외상의 유형과 내용에 대한 관심을 넘어 쉽게 확인하기 어려운 애착외상의 질적인 특성은 '정신적 신호에 반응하지 않는다'는 것을 주목할 필요가 있다.

아동기 애착외상의 원인

아동기 애착외상의 원인에 대한 이해는 치료개입뿐만 아니라 예방상담에 대한 함의점을 안고 있기에 탐색의 의미가 크다. Main, Hesse와 Kaplan(2005)은 주된 원인으로 '양육자의 해결되지 못한 정신적인 문제'를 꼽았다. 부모는 아이를 학대하는 것뿐만 아니라 부모 자신의 '해결되지 못한 두려움'으로 인해 아이를 위협이 빠뜨릴 수 있다는 것을 강조하고 있다. 두려움과 고통에 빠진 부모, 불안하고 혼란되어 있는 부모는 도움과 안정감이 필요한 유아에게 위협적인 존재이다.

부모에 의해서 학대받은 아동은 역으로 양육자에게 고통스러운 감정을 불러일으킨다. 과거 애착대상과의 관계에서 외상을 경험한 양육자는 특히 자신의 자녀를 키우는데 매우 취약하다. 이들은 자신의 아동기 외상 경험에서 느꼈던 정서가 아이를 통해 다시 경험되는 것을 두려워하며 감정경험을 회피하게 되는데, 이러한 상황에서 자녀의 정서에 적절하게 반응하는 것은 불가능하다. 학대받은 아이가 보이는 '근접성에 대한 두려움' 그리고 동시에 '근접성에 대한 바람'은 부모 자신이 해결하지 못한 상실, 거절, 학대 기억을 떠올리게 하면서 결과적

으로 양육 능력을 상실하게 된다(Cook & Spinazzola, 2005).

부모의 애착 불안정성에 연관되어 나타나는 심각한하고 만성적인 부부갈등 또한 아동기 애착외상의 원인이다(Bifulco, Moran, Jacobs & Bunn, 2009). Solomon과 George(2008)은 양육 시스템에 대한 심각한 타격으로 인해 ‘양육포기’ 상태로 이어지는데 우울, 불안, 약물남용과 같이 부모의 정신장애, 부모 이혼, 전쟁지역이나 테러가 행해지는 폭력 환경에서의 주거하는 경우에도 아동기 애착외상 발생이 높아질 수 있다고 하였다.

애착외상의 심리적 기제와 결과

아동이 경험하는 애착외상은 이후 정신장애를 일으키는 주된 위험요인 중 하나이다. 초기 연구자들은 애착외상이라는 용어보다는 양육자와의 관계에서 경험한 ‘학대’와 ‘방임’, ‘가정폭력’의 주제로 연구를 수행하였으며, 초기 양육자와의 관계에서의 외상이 아동의 정신건강에 미치는 즉각적 영향 그리고 성인기에 미치는 장기적인 영향에 관심을 가졌다. Briere와 Elliott(1994)는 아동기 성학대의 즉각적 그리고 장기적 영향에 대해 언급하면서 외상후스트레스장애, 인지적 왜곡, 정서적 고통(분노, 우울, 불안), 자기개념의 문제, 해리, 대인관계 어려움이 나타난다고 하였다. 또한 성인기 정신장애와 관련해서는 신체화 장애, 우울, 범불안장애, 공포증, 대인관계 민감성, 망상장애와 관련이 있으며(Bryer, Nelson, Miller, & Krol, 1987), 불면증, 성기능장애, 해리, 분노, 자살, 자해, 약물 중독, 알코올 중독이 나타난다고 하였다(Briere & Zaidi, 1989). 이 밖에 Herman(1992)은 지속적이고 반복적인 아동기 외상이 생존자들에게 미치는 영향에 대해 증상적 피해와 성격적 영향을 구분하여 기술하였는데, 증상적 피해에 대해서는 신체화, 해리, 정서변화를 꼽았고, 지속적인 성격적 변화에 있어서는 관계와 정체성에서의 병리적 변화를 강조하였다. 반면, Cook과 Spinazzola(2005)는 애착외상이 영향을 미치는 증상기술에만 머물지 않고 아동기 손상 영역에 대해 포괄적으로 설명하였는데 애착, 생물학적 측면, 정서조절, 해리, 행동통제, 인지, 자기-개념으로 기술하였다. 유사하게 van der Kolk(2005)는 아동기 외상의 발달적 영향에 대해 정서조절, 혼란된 애착, 자기와 타인에 대한 공격적 행동, 변경된 도식, 자기 파괴적인 행동, 자기증오와 자기손상을 보고 하였다.

애착외상의 즉각적 그리고 장기적 영향에 대한 이상의 연구들은 증상에 대한 기술과 그 증상 이면에 있는 심리적 과정의 문제를 통합하여 제안하고 있다. 하지만 증상과 기저의 심리적 기제가 혼재되어 있어 증상 밑에 기저 하는 심리적 과정을 이해하는 데는 어려움이 있다. 이에 대해, Van Dijke, Ford, Van Son, Frank와 Van der Hart(2013)는 심각한 정신장애를 보이는 성인 내담자들의 경우 아동기 외상 특히 양육자에 의한 외상(Trauma by primary caregiver) 경험을 보고하지만 주요 변인들 간의 관련성과 기제를 파악한 연구는

많이 이루어지지 않고 있어 한계가 있다고 설명한 바 있다. 따라서 본 연구에서는 선행연구들이 공통적으로 반복해서 언급하고 있는 핵심적인 4가지 심리적 기제를 선정하였는데 이를 살펴보면, ‘애착 체계의 붕괴(Cook & Spinazzola, 2005; van der Kolk, 2005)’, ‘정서관리의 실패(Briere & Elliott, 1994; Cook & Spinazzola, 2005; Herman, 1992; van der Kolk, 2005)’, ‘해리(Cook & Spinazzola, 2005; Herman, 1992)’, ‘자기체계의 손상(Briere & Zaidi, 1989; Briere & Elliott, 1994; Cook & Spinazzola, 2005; Herman, 1992; van der Kolk, 2005)’이다.

<표 1> 애착외상의 이해(범위, 원인, 심리적 기제)

범위	신체적 학대, 심리적 학대, 성적 학대, 신체적 방임, 심리적 방임
원인	부모의 해결되지 못한 애착외상, 부모의 정신장애, 부부갈등, 폭력 환경에서 양육(전쟁, 테러 등)
심리적 기제	애착체계의 붕괴 : 안정감 상실, 붕괴된 의사소통, 타인 불신, 불안정애착, 혼란애착
	정서관리의 실패 : 정서를 구별하고 명명하는 능력 손상, 정서조절의 실패 - 정서표현의 억제(과조절), 정서조절의 어려움(미조절) -
	해리 : 양립할 수 없는 행동과 구조로 인한 통합 부족, 위협적 상호작용, 부모의 심리적 무가용성, 비현실화, 비인격화
	자기체계 손상 : 자기비난, 자기혐오감, 자기역량손상, 정신화 실패

애착체계의 붕괴(collapse of attachment system)

건강한 부모-자녀관계에서 아이가 위협에 처해있을 경우, 부모는 아이가 안전감을 느끼고 통제감을 회복하는 도움을 제공하게 된다. 그러나 양육자가 정서적으로, 물리적으로 부재하거나 일관적이지 않고, 요구적, 폭력적, 침입적, 방임적일 때 그들은 안정의 근원으로서의 역할을 수행할 수가 없게 된다(van der Kolk & Courtois, 2005). 이러한 결과로 아이들은 세상을 안전하지 못하다고 인식하게 되면서 애착체계의 붕괴를 경험한다.

Cook과 Spinazzola(2005)은 부모로부터 학대받은 아이의 80%가 불안정 애착 형태를 발전시키게 되는데 이들 양육자의 특성으로는 자기 자신에게 지나치게 몰두해 있고, 아이로부터 거리를 두며, 예측할 수 없고, 처벌적이라고 하였다. 또한, 애착외상 아동들이 보이는 대표적인 애착유형은 혼란애착인데, 이들은 양육자에게 매달리기와 철회하기 그리고 공격적인 모습을 번갈아 보인다. 부모에 대한 강한 두려움을 가지고 있으며, 두려움은 다시 애착의 필요성을 활성화시키지만 양육자로부터 다양한 형태의 학대가 목격되면서 혼란애착의 악순환에 빠

지게 된다. 결과적으로 아동과 부모 사이에 붕괴된 의사소통의 특징을 보이게 되는데, 이는 아이가 고통에 처해있을 때 부정적이며 간섭적 행동을 보이면서 한편으로는 부모가 아이로부터 안정을 찾으려는 '역할이 전도된 양육스타일'이나 '침묵과 같은 냉대와 철회', '이중메시지'와 같은 의사소통의 오류가 나타났다(Lyons-Ruth, Yellin, Melnick, & Atwood, 2005).

Muller, Thornback와 Bedi(2012)는 기존 연구들이 애착외상의 각각의 형태와 단편적인 증상과의 관련성만 살펴보았다는 점을 지적하면서 다양한 학대에 노출된 아동기 경험과 전반적인 증상 간의 관련성을 검토하였다. 그 결과, 3가지 형태의 애착외상 즉 심리적 학대, 신체적 학대, 가정폭력노출이 성인의 외현화 장애, 내면화 장애, 외상 관련 증상에 미치는 영향에서 애착이 모두 부분매개효과가 있었다. 또한 여러 연구들은 아동기의 성적, 정서적, 신체적 학대가 우울, 신체화 장애, 심리적 증상, 대인관계문제, 사회적 지지부족에 미치는 영향에서 애착의 매개효과를 보고하고 있다(Hankin, 2005; Muller, Gragtmans, & Baker, 2008; Roche, Runtz, & Hunter, 1999; Twaite & Rodriguez-Srednicki, 2004; Waldinger, Schulz, Barsky, & Ahern, 2006, 김진화, 2010; 이유경, 2006).

요약하면, 아동이 애착외상의 경험에 지속적으로 노출될 경우 타인에 대한 불신을 배우게 되고 더 나아가 세상이 안전하지 못하다는 인식이 형성되면서 애착체계의 붕괴를 경험하게 된다. 또한, 애착외상의 경험은 아동에게 공포를 일으키며 애착의 필요성을 활성화시키지만 반복해서 가해지는 외상경험으로 붕괴된 의사소통의 특성을 보이면서 불안정 혹은 혼란된 애착체계가 견고해지는 과정을 거치게 된다. 이러한 불안정한 애착은 아동기의 즉각적 영향 뿐만 아니라 성인기 삶을 지배하게 되는데, 이런 측면에서 애착장애는 애착외상이 개인의 부적응적인 기능과 증상에 이르게 하는 경로 중 결정적인 요인이다(Muller, Thornback, & Bedi, 2012).

하지만 역으로 아동기 애착외상이 있었다고 할지라도 청소년 혹은 성인이 되어 대인관계에서 안정적인 애착경험을 한다면 애착외상을 경험한 개인이 역경을 극복하게 돕는 기제가 될 수 있다. McLewin과 Muller(2006)는 아동기 애착 외상을 경험한 성인들에게 역경을 극복하게 돕는 애착과 사회적 지지의 영향을 살펴보았다. 그 결과, 자기에 대한 긍정적인 견해를 가지고 있는 '애착 안정성'은 낮은 정신병리의 수준을 예측하였다. 이러한 결과들을 통해 우리는 애착외상이 아동기 애착시스템을 붕괴시키기도 하지만 애착관계로부터 형성된 내적 작동모델은 고정적인 것이 아니라 이후 중요한 삶의 사건 그리고 관계경험을 통해 변화가능하다는 것을 알 수 있다. 이러한 결과는 사회적 지지가 청소년이 경험한 가정 폭력의 부적응적 효과를 차단하는 보호요인이라는 결과(Muller, Goebel-Fabbri, Diamond, & Dinklage, 2000)와 일맥상통한다.

정서관리의 실패(failure of emotion management)

아동의 정서발달은 기질, 신경생리학, 인지적 발달이 중요한 역할을 하는 것으로 알려져 있다. 하지만 무엇보다 정서는 사회적 관계, 특히 부모-자녀 관계의 산물이며(Morris, Silk, Steinberg, Myers, & Robinson, 2007), 아동은 부모와의 안정적인 애착관계를 통해 삶에서 경험하게 되는 부정적 정서를 조절할 수 있다. 하지만, 애착외상은 바로 이 정서적 고통을 관리하고 조절하는 능력에 타격을 준다(Fonagy & Target, 1997). 지속되는 애착외상으로 극심한 고통을 경험하지만 안정된 애착을 제공해야 할 부모나 양육자가 바로 외상의 가해자이기에, 고통을 달래줄 보호자가 없이 홀로 남겨지기 때문이다(Allen, 2013).

일반적으로 정서관리는 정서의 부호(incoding) 및 해독(decoding), 정서 이해, 그리고 정서조절로 나누어 살펴볼 수 있다. 정서의 부호와 해독은 다른 사람의 표정을 인식하고 적절하게 정서를 표현하는 것을 의미한다. 정서이해는 정서표현의 원인과 결과에 대해 자각하고 있는 상태이다. 마지막으로 정서조절은 정서표현과 정서경험을 조절하는 능력이다. 이처럼 정서에 대한 부호 및 해독, 표현, 조절의 단계적 과정을 포괄하고 있는 정서관리는 아동의 성격형성 뿐만 아니라 친밀한 대인관계 형성에 중요한 역할을 하게 되는데 만약 정서관리능력에서 손상이 일어난다면 또래부터의 거절, 정신병리 등과 같은 전반적인 부적응 문제로 드러난다(Shipman, Edwards, Brown, Swisher, & Jennings, 2005).

아동의 정서관리 손상을 일으키는 애착외상의 가해자 부모들의 특성을 몇 가지로 요약할 수 있는데 이들은 정서관리기술이 아동의 발달에서 갖는 중요성에 대한 인식이 부족하다. 또한, 그들은 정상적인 부모들과 다른 방식으로 정서관리 기술을 훈육하는데 자녀의 정서관응에 대해 지지가 부족하고 정서관련 대화를 하지 않는다(Shipman & Zeman, 1999). 건강한 부모의 달랠, 반영, 공감으로 아동들은 자신의 고통스러운 정서를 인식하고 명명할 수 있는 반면, 애착 외상을 경험한 아동은 자기의 정서 상태를 구별하고 명명하는 능력에 손상을 입게 되면서 타인과의 관계에서 타인의 정서 인식과 구분에서도 어려움을 갖는다(Beeghly & Cicchetti, 1996).

정리하면, 애착외상의 가해자 부모들은 건강하지 못한 방식으로 자신의 정서를 처리할 뿐만 아니라 자녀의 고통스런 정서에 대해 달랠, 반영, 지지 등과 같은 공감적 반응의 제공에 실패하면서 아동의 정서관리 능력의 상실을 야기 시킨다. 즉, 애착외상에 노출된 아동들은 자신의 정서를 경험하고, 인식하고, 명명할 수 있는 능력에 어려움이 나타나게 된다.

몇몇 연구는 애착외상이 정서관리에 미치는 부정적인 영향에 대해 언급하였다(van Dijke, et al., 2013; Shipman, et al., 2005; 안무옥, 2008). Shipman 등(2005)은 6~12세의 아동을 대상으로 수행한 연구에서 방임이 정서관리에 어떤 관련이 있는지 살펴보았는데, 정상적인 또래들과 비교하여 부정적 정서의 표현에서 지나친 통제를 보였으며 적응적인 정서조절의 기술이 부족하였다. 이들은 자신의 부정적인 정서표현을 억제하였으며 모와의 관계를 지지가

없는 갈등상태라고 보고하였다. 다른 연구에서는 아동기 학대와 가정폭력을 목격한 4-6세의 아동이 역기능적인 정서조절(미조절/양가적, 과조절/비반응적)을 보인다고 하였다(Maughan & Cicchetti, 2002).

안무옥(2008)은 고등학생을 대상으로 아동기 외상경험이 외상후스트레스 장애에 미치는 영향에서 정서조절 및 회피대처가 매개하는지를 살펴본 결과, 청소년의 아동기 외상경험과 PTSD 증상의 관계 사이에 정서조절의 부분매개효과를 보고하였다. Van Dijke 등(2013)은 외래정신치료센터를 방문하는 내담자들을 대상으로 양육자에 의한 아동기 외상과 경계선성격장애와의 관계를 살펴본 결과 역기능적인 정서조절이 애착외상과 경계선성격장애를 매개하는 것으로 나타났다. 역기능적인 정서조절은 정서 인식과 표현이 어렵고 무덤덤한 특징을 보이는 과조절(overregulation)과 강하고 통제되지 못한 감정을 표현하여 지나치게 과각성된 정서를 조절할 수 없는 미조절(underregulation)로 구분하여 살펴보았는데 미조절만이 학대와 관련이 있었다. 다른 연구에서도 역시 아동기 학대와 불안/우울 행동 사이에 ‘미조절/양가적 정서 조절’ 패턴이 매개하는 것으로 나타났다(Maughan & Cicchetti, 2002). 몇몇 선행 연구들은 아동기 애착외상이 정서조절에 미치는 부정적인 영향에 대해 보다 구체적으로 제시하고 있는데 방법은 과조절과 관련이 깊고, 반면 학대는 미조절과 더 깊은 관계를 보여주고 있다. 이러한 연구들은 학대 유형에 따른 구체적인 특성을 확인하고 있다는 점에서 의미가 있다.

Cloitre, Miranda, Stovall-McClough와 Han(2005)은 아동기 학대를 겪은 여성들 사이에 PTSD 증상과 비교하여 정서조절과 대인관계 기능이 사회적응과 같은 기능손상에 미치는 영향을 살펴본 결과, 정서조절과 대인관계문제가 PTSD 증상과 동등하게 아동기 학대경험을 가지고 있는 여성의 기능손상을 예측한다고 하였다. 이러한 결과는 아동기 애착외상이 증상형성에 미치는 영향에 대한 관심을 넘어서 교육적 성취, 양육, 결혼, 경제적인 활동 등과 같이 전 생애에 걸쳐 나타나는 기능적 손상에 관심을 두고 이러한 기능적 손상에 정서조절이 중요한 기여 변인을 확인하였다는 점에서 의의를 찾을 수 있다

해리(dissociation)

애착외상 아동에게 부모는 위협의 근원이며 반대로 여전히 보호를 받아야 하는, 받고 싶은 대상이다. 이러한 역설적인 상황에서 아동은 양립할 수 없는 행동과 정신 구조를 갖게 되는데 이러한 통합의 부족은 해리로 이어진다(Lyons-Ruth, Dutra, Schuder & Bianchi, 2005).

혼란애착은 애착외상을 경험한 아동들에게 자주 목격되는 애착유형인데, Lyons-Ruth와 동료들(2005)은 혼란되고 정신적으로 취약한 부모(성격적 결함, 정신과적 문제 등)가 아동들과의 관계에서 보이는 ‘위협적인 혹은 두려운 상태의 상호작용’에 대해 언급하였다. 부모가 동시에 보호와 위협의 근원이 되는 양립할 수 없는 상황 속에서 아동은 자신이 부모를 위협

했다고 생각하고 부모에게 접근하는데 어려움을 보인다. 이때 두려움에 빠져있는 혼란된 부모의 냉대 혹은 거절은 유아를 혼란 속으로 몰아넣게 된다. 즉, 스트레스 상황에서 아동이 위안과 보호를 추구하는데 기본적인 전략을 통합할 수 없는 상황은 해리 상태에 취약하도록 만든다(Liotti, 1992). 고통스러운 상황에서 이리지도 저리지도 못한 아동의 정신상태가 해리를 이끈다고 보여 진다. 또한, 아동의 애착추구의 단서에 대한 어머니의 '비반응성'은 해리 증상의 핵심 원인인데, Ogawa, Sroufe, Weinfield, Carlson와 Egeland(1997)은 이를 심리적 무가용성(psychologic unavailability)로 설명하였는데, 심리적 무가용성은 '학대의 특성', '심각성', '시작 연령'보다 해리 증상을 더 강력하게 예측한다고 보고하였다. 부모로부터 받은 학대 사건 그 자체보다 모의 심리적 무가용성과 모와의 관계에서 형성한 혼란애착의 특성을 주목할 필요가 있을 것이다.

다음으로 해리의 구체적 특성을 살펴보면 비현실화 혹은 비인격화 그리고 비관여가 대표적이다. 첫 번째, 비현실화(derealization) 혹은 비인격화(depersonalization)는 자기나 타인 환경의 경험을 낮설게 그리고 비현실적으로 느끼도록 한다. 두 번째 특성으로는 스트레스가 일어나는 상황에 비관여(disengagement)하는 것으로 공간을 벗어난 느낌(space out), 백일몽(daydreaming)이 대표적이다. 셋째, 그 외의 기타 특징으로는 신체 지각에서 변화, 정서적 무덤덤, 몸을 떠나 있는 경험, 고통스러운 학대 경험에 대한 망각, 심각하게는 다중인격으로 나타난다(Putnam, Helmers, Horowitz,, & Trickett, 1995). 역기능적이지만 아동이 고통스러운 상황에서 자신을 보호하고 견딜 수 있는 해리의 기능으로도 이해할 수 있다. Koos와 Gergely(2001)는 부모의 학대와 반응의 실패는 부모의 주의와 행동에 영향을 미치는 아이의 능력을 손상시키며 아이는 무기력한 상태에 빠지면서 자기-몰두 혹은 해리증상으로 철수한다고 설명하였다.

해리는 고통스럽지만 피할 수 없는 상황에서 심리적으로 그 상황을 떠나는 것이며, 갈등을 견디기 위한 정신의 마비이며, 신체적 비행(도주)이 어려울 때 일어나는 심리적 비행(Kluft, 1992)이다. 더 심각한 문제는 해리가 적응적인 기제를 손상시킨다는 점인데 생각과 정서가 분리되고 신체 감각 역시 의식적 자각 밖에 두기 때문이다. 이후 다양한 상황에서 의식적 선택, 계획, 자기자각이 없이 대응하게 된다(Cook & Spinazzola, 2005). 상황에 집중하고 심리적으로 존재하지 않기에 효과적으로 그 상황에 적응할 수 없으며 결국 아동을 보호했던 해리기제로 인해 아동은 성장하면서 이후 외상에 취약해 질 수 밖에 없다(Allen, 2013). 재희생(revictimization)에 노출되는 하나의 과정으로 보여 진다.

다시 말해, 성격적 그리고 정신적으로 취약한 부모의 냉대 혹은 거절이 아이를 두려움에 빠지게 하지만 아동은 자신이 부모를 위협하였다고 판단하고 부모에게 다가갈 수 없게 된다. 부모는 아이가 두려움이 빠졌을 때 이를 해소하기 위해 언제라도 다가갈 수 있는 가용적인 대상이 아니기 때문에 아이는 자신의 고통스러운 정서를 통합할 수 있는 전략을 상실하게

되며 결국 받아들일 수 없는 극심한 상황이나 정서에 대해 비현실적으로 처리하고 비관여하면서 자신을 보호하려 한다. 하지만 결과적으로 이러한 기제는 2차 피해에 노출될 가능성이 높인다.

학대의 유형과 해리와와의 관련성을 살펴본 연구들이 있는데, Macfie, Cicchetti 및 Toth(2001)는 학령전 아동을 조사하여 신체학대와 성학대를 받은 아동들이 경험하지 않은 아동보다 해리증상을 더 많이 보인다고 보고하였다. 한편 학령전 아동과 청소년해리장애 집단을 조사한 결과 성학대, 신체학대, 방임이 모두 해리와 상관이 있음을 보고하였다(Hornstein & Putnam, 1992). Brown, Schrag와 Trimble(2005)은 신체화 증상을 보이는 환자들은 높은 수준의 해리증상을 보고하였으며 다른 환자군들과 비교해서 아동기 정서적 학대와 신체적 학대를 더 많이 보고하였다. 정나희(2013)는 아동기 외상경험이 신체증상에 미치는 영향에서 해리경험과 감정표현불능증의 매개효과를 검증한 결과 해리경험과 감정표현불능증이 모두 부분매개하는 것으로 보고하였다. 이주성(2005)은 아동기 학대를 많이 받을수록 중복학대가 많을수록 외상중 해리, 외상후 해리, 폭력행동 중 해리가 높았으며, 피학대경험은 외상중 해리, 외상후 해리, 폭력 중 해리의 매개를 통해 폭력행동과 반응적 폭력행동으로 이어지는 것으로 설명하였다.

자기체계의 손상(impairment of self-system)

자기감의 발달은 유아 그리고 아동기의 중요한 발달과업이다. 자기감은 중요한 관계 맥락에서 발달되는데 초기 양육 분위기와 학대경험은 자기-자각에 중대한 영향을 미친다. Herman(1992)은 어린시절 학대를 겪은 경우 개인은 자기를 변화시키면서 심리적 외상에 적응해 간다고 주장하면서 외상으로 인한 자기변화에 주목하였다. 이들은 자신을 오염된 사람으로 인식하며 스스로를 악의 존재로 본다고 설명하였다.

양육자로부터 비난과 학대, 거절감이 내면화되었을 때 이것은 스스로를 향한 더 깊은 자기비난으로 이어진다. 냉대는 아동에 대한 거부감의 강한 표현으로 나타나기 때문에 아동은 자신에 대한 부모의 강한 거부감을 내면화하고 깊은 자기 혐오감, 최악의 경우 자기멸시, 자기증오를 발전시킨다. 아이들은 스스로 학대받아 마땅한 존재라고 여기며 자신의 어떤 나쁜 행동, 바보 같은 행동, 약함이 학대나 비난을 받는 정당한 이유라고 생각하게 된다. 또한 자기 증오에서 자기가 좀 더 완벽하게 행동했어야 한다는 신념을 내면화하고 자신을 철저히 통제함으로써 애착 외상에서 벗어나려고 한다(Allen, 2013). 자기감의 손상은 자기를 타인과 구분하는 것을 불가능하게 만든다. 어린 시절 학대경험을 가지고 있는 성인의 경우 자신의 경험과 욕구와 독립적으로 타인을 이해하고 관계하는 것에 어려움을 보이며 다른 사람의 요구와 반응으로부터 독립적인 자신만의 내적 상태를 경험하고 인식하는 능력에 어려움을 보인다. 즉, 자신의 경계를 정하고 타당한 권리를 주장하는 능력에서의 어려움으로, 쉽게 이용

당하거나 부적절하게 자기를 보호하는 방식으로 드러날 수 있어 재희생(revictimization)의 가능성을 높인다(Briere & Elliott, 1994).

Pearlman(1998)은 일관되고 통합된 자기감을 유지하는 개인의 내적 능력을 자기역량이라고 정의하였는데 적절하게 발달하지 못할 경우 자신의 존재가치를 의심하고 욕구를 알아차리지 못하게 된다고 설명하였다. Briere와 Rickards(2007)은 아동기 정서적 학대와 성적학대가 자기역량손상을 가장 잘 예측하는 것으로 나타났다. 정희진(2008)은 18세 이전에 가정 안에서 경험한 학대외상이 성인기 배우자 폭력외상보다 자기역량손상에 더 많은 영향을 미치는 것으로 보고하였다. 최은영과 안현의(2011)는 여대생의 아동 청소년기에 부모 혹은 다른 가족구성원들과의 사이에서 겪었던 대인간 외상경험이 자기역량손상에 미치는 영향에서 내면화된 수치심의 매개효과를 살펴본 결과 대인간 외상경험과 자기역량손상의 관계를 완전매개하는 것으로 나타났다.

자기감에서 확장된 개념으로 주의 깊게 살펴볼 부분은 바로 정신화이다. 정신화(mentalization)는 자기체계를 조직화하는 과정에서 가장 핵심이 되는 개념으로 자기 자신뿐만 아니라 타인의 정신 상태에 대한 자각을 포함한다. 어린 시절 주요 양육자와의 안정적 애착관계 속에서 발달하는데 개인이 암묵적 그리고 명시적으로 자기 자신 그리고 타인의 행동에 대해 바램, 욕구, 감정, 신념, 이유와 같은 의도적인 정신상태에 근거해서 해석을 할 수 있는 정신과정이다(Allen, Fonagy, & Bateman, 2008).

Fonagy(1989)가 경계선성격장애의 특성을 설명하면서 정신화에 대해 처음 언급하였는데 경계선성격장애를 보이는 성인의 경우 어린 시절 외상적 애착관계를 가지고 있으며, 자기체계를 건강하게 조직하지 못하면서 정신화의 손상이 일어난다고 하였다. 아동기의 애착외상을 통해 정신화 기능이 손상되며 더불어 정서 표상을 약화시키고 정서 통제의 문제를 일으키게 되면서 비조직적 자아구조를 갖게 된다. 결과적으로 대인관계 해석에 있어서 기능의 문제, 정서조절과 통제의 문제가 나타난다(Fonagy & Target, 2006). 이와 같은 설명은 애착이론의 관점에서 애착외상이 자기조절장애를 유발하기까지의 심리적 기제를 밝혀내고자 한 시도로써 의미가 크다(안현의, 장진이, 조하나, 2009).

Slade(2005)는 아이들과 관계에서 정신화 할 수 있는 능력을 측정하는 부모발달인터뷰(Parent Development Interview)를 개발하였는데, 빈약한 부모의 정신화는 혼란된 유아 애착과 연결된다고 하였다. 빈약한 부모의 정신화가 단절된 부모-아이 정서적 의사소통을 유발한다고 하였다(Grienenberger, Kelly & Slade, 2005). 정신화의 손상은 다른 사람들이 생각하고 느끼는 것을 이해하는 것이 어렵고 자신의 정신상태 및 정서를 경험하고 이해하는 것이 어려움이 두드러지는데, 이런 어려움은 결국 부모, 또래, 교사 그리고 다른 사람들과의 관계에서 어려움을 초래하며 삶의 전반적인 기능에서 타격을 입게 된다(Fonagy & Target, 1997).

정리하면, '자기체계의 손상'에서 아동은 부모가 자신에 드러낸 강한 거부감과 냉대를 내

면화하고 자기혐오감, 자기멸시, 자기증오를 발전시키게 된다. 스스로 자신이 확대받아 마땅한 존재라고 여기며 자신이 좀 더 완벽했어야 한다고 생각하며 철저히 자신을 통제하게 된다. 이러한 자기체계의 손상은 타인으로부터 독립적인 존재로 자신을 인식하지 못하게 되면서 더불어 자신의 내적인 능력인 '자기역량강화'와 자신과 타인의 바람, 욕구, 감정 등을 이해하고 해석하는 정신화 능력에서 어려움을 초래한다.

애착외상의 치료

외상에 대한 심리치료법은 외상후스트레스 장애 진단이 생긴 이후 수십 가지의 치료법이 개발되었으며, 사실상 모든 치료법이 외상의 치료에 적용되어 왔다고 해도 과언이 아니다. 외상후스트레스 장애에 대한 심리치료는 정신역동치료, 인지행동치료, 정서 및 경험주의 치료, 신체 및 운동 치료, 부부 및 가족치료, 집단치료 등 그 범위가 매우 다양하고 넓다. 그러나 상대적으로 아직 이러한 치료법에 대한 효과 검증 자료는 많지 않다(Courtois, 2004). 실제 임상현장에서 많은 외상 치료자들은 외상 치료의 연구 결과보다 자신의 임상적 경험에 근거하여 외상을 치료하는 경향이 있다(Ford, Courtois, Steele, Hart & Nijenhuis, 2005). 그러나 보다 효과적인 외상 치료를 하기 위해서, 치료자들은 치료 효과 연구를 살펴보고 검증된 효과적 치료법들을 이해하고 임상 현장에 적용하는 노력이 필요하다. Ford(2009)는 실제 검증되지 않은 치료법들이 상담현장에서 인기리에 활용되고 있는 것을 지적하며 이러한 치료법들에 대한 주의가 필요하다는 것을 주장하였다. 즉, 어떤 치료법들이 인기가 있다고 해서 그 치료법이 효과가 강력하다고 볼 수는 없는 것이며, 임상현장에서의 치료는 과학적으로 검증된 효과성을 기반으로 이루어지는 것이 상담 및 치료의 타당성을 높이는 방법이 될 것이다. 따라서 본 논문에서는 많은 외상치료 중에서도 애착외상 치료에 초점을 두고 있고, 경험적으로 검증된 치료법들을 살펴보고, 이 치료법들의 핵심요소를 파악하여 향후 애착외상 치료에 함의를 주고자 한다.

인지행동치료

인지행동치료는 외상에 대한 치료적 접근들 중에서 가장 많이 검증된 치료법이다(Ford, 2009). 또한 인지행동치료는 아동과 청소년에 대한 치료로써 가장 효과적이라는 평가를 받는다(Foa, Keane, & Friedman, 2000). 외상에 대한 인지행동치료는 외상 후 두려움 및 기타 부정적인 증상들과 관련되는 사고와 믿음을 직접적으로 다루는 접근방법이다(Jackson, Nissenson, & Cloitre, 2009). 인지행동치료의 가장 고전적인 외상 치료법은 노출 기법이다. 노출 기법은 외상 후 회피와 불안이 확대되는 악순환을 끊기 위해서 외상 관련된 자극과 심상을 활용하거나 또는 실제로 외상과 관련된 장소나 상황을 대면하여 과거의 두려움과는 다

른 해석과 감정을 갖게 하는 것이다. 이러한 노출 기법은 인지행동적 접근에서 개발된 거의 모든 외상치료법에 포함되어 있다.

노출 치료 외에 인지행동치료에서 공통적으로 적용하는 효과적인 기법으로는 인지적 재구성, 불안관리, 심리교육 기법이 있다. 인지재구성은 외상과 관련된 믿음과 신념을 탐색하고 재해석하여 삶에 지장이 없는 인지로 재구성하는 것이며, 불안관리는 스트레스 면역 훈련 기법을 통하여 외상과 관련된 극도의 부정적인 정서에 반응하고 관리하는 기술을 가르치는 것이다. 이에 해당하는 대표적 기법은 근육이완법으로 부정적 정서에 대한 긴장완화를 돕는데 활용된다. 심리교육은 외상 스트레스 유발 요인과 이에 대한 신체 반응 특징, 그리고 어떻게 외상 후 스트레스 장애와 같은 만성적인 문제가 되는지에 대한 교육을 하여, 내담자들이 자신의 현재 상태에 대한 이해를 갖도록 하는 것이다. 또한 외상에 대한 치료가 무엇이며 어떻게 잘 참여해야 하는지에 대해 알려주어 내담자들이 치료에 적극적으로 임하도록 한다. Foa와 Keane, Friedman(2000)는 치료 효과 검증 논문들을 검토하여 위의 치료 기법들에 대한 평가를 하였으며, 노출 기법, 불안관리 기법, 인지재구성 치료가 가장 효과적이라고 보고한 바 있다.

애착외상에 대한 인지행동치료법은 위의 한 가지 기법을 위주로 사용하기보다, 여러 가지 기법을 통합하여 사용한다. 인지행동치료를 기반으로 개발된 애착외상 치료법에는 외상적응력 회복치료(Trauma Adaptive Recovery Group Education and Therapy : TARGET, Ford & Russo, 2006), 정서 및 대인관계 조절치료(Skills Training in Affect and Interpersonal Regulation: STAIR, Cloitre, Koenen, Cohen, & Han, 2002), 외상중심 인지행동치료(Trauma-Focused CBT : TF-CBT, Cohen, Mannarino, & Deblinger, 2006), 인지처리 치료(Cognitive Processing Therapy: CPT, Resick, Nishith, Weaver, Astin, & Feuer 2002)가 있다. 이 외에도 많은 치료법들이 있지만, 위에 언급한 치료는 애착외상에 적용되고 있으면서도 효과성이 검증된 치료법이므로 이 치료법들을 간략하게 살펴보려고 한다.

TARGET은 Ford와 Russo(2006)에 의하여 애착외상 장애와 중독문제를 갖고 있는 사람들의 치료를 위하여 개발되었다. TARGET은 개인 및 집단치료 방법으로 심리교육, 외상 관련 정서 처리 및 자기 조절 기술에 대한 지도, 외상경험을 포함한 자신의 인생 이야기를 개인적 효능감, 자율성의 맥락에서 재구성하는 것을 핵심요소로 한다. TARGET은 외상 관련 정서 처리 및 자기 조절을 가르치기 위하여 7가지 단계를 가르치고 적용하도록 한다. 'FREEDOM'으로 정의되는 7단계는, F(Focus, 집중), R(Recognize, 스트레스 인식), E(Emotions, 정서확인), E(Evaluate, 개인적 생각과 믿음 평가), D(Define, 개인적 목표 정의), O(Option, 목표 달성을 위한 단계선택), M(Make a contribution, 선택의 장점 인식)로 이루어진다. 즉, 이 치료법의 목표는 극도의 정서를 둔감화시키고, 이성적인 사고를 촉진시키고, 각성을 이완시키는 데 초점이 있는 것이 아니라, 내담자들이 현재 남아 있는 외상의 영향에 대해 어떻

게 대비하고 생산적으로 처리하는지를 배우며, 자신의 신체에서 관찰되는 스트레스성 경고를 어떻게 현재 삶에 적절하게 적용하는지를 배우는 것이다. Frisman과 Ford, Lin, Mallon, Chang(2008)은 외상 장애와 중독문제를 나타내는 내담자들을 대상으로 한 9주차 TARGET 이 그들의 자기효능감을 증대시키고 중독 문제는 감소시킨 것을 검증하였다.

STAIR는 정서처리 및 대인관계 기술 발달을 목표로 하는 인지행동 치료법으로써 변증법적 행동 치료 이론을 접목한 애착외상 치료법이다(Cloitre et al., 2002). 각 회기는 외상 경험 맥락 내에서 특정 기술의 결합을 이해하는 데 초점을 둔다. 회기별 주제는 다음과 같다. 첫째, 감정을 명명하고 확인하기, 둘째, 분노, 불안 등의 정서관리, 셋째, 고통 견디기, 넷째, 감정 수용과 긍정적 정서 경험 확장하기, 다섯째, 외상 관련 대인관계 도식 확인하고 일상생활에서 실행하기, 여섯째, 외상 관련 감정과 현재 대인관계 목표간의 갈등을 명료화하기, 일곱째, 권력과 통제 주제에 대하여 역할 연습하기, 여덟째, 대인관계적 상황에서 융통성 발달시키기이다. Cloitre 등 (2002)은 아동학대로 인한 외상후스트레스 장애 환자들을 대상으로 STAIR과 노출법을 병합하여 치료한 결과, 정서 조절의 향상, 대인관계 결합, 외상후스트레스 증상의 감소를 검증하였다.

TF-CBT는 성학대와 같은 애착외상을 경험한 아동 및 청소년들을 위한 인지행동 치료법이다. TF-CBT는 애착외상을 경험한 아동 및 청소년들을 위해 잘 만들어진 치료법으로 가장 널리 알려져있다(Lawson & Quinn, 2013). Cohen과 Mannarino, Kliethermes, Murray (2012)는 최근 애착외상을 입은 청소년들을 위한 보강된 치료법을 제안하였다. 애착외상을 입은 청소년대상의 TF-CBT의 절차는 크게 대처 기술단계, 외상 처리단계, 공고화단계와 종결단계로 구분된다. 1단계 대처 기술단계에서는 안전 확보, 심리교육, 양육기술, 이완기술, 정서 조절 기술, 인지 대처 기술 과정이 포함되어 있고, 2단계 외상 처리단계에서는 외상이야기 및 처리과정, 외상 기억들에 대한 내재적 정복을 다룬다. 3단계 공고화 및 종결 단계에서는 청소년과 부모의 합동 회기들, 안전 확보 및 향후 발달, 외상적 슬픔 다루기가 포함된다. 이 치료법은 아동과 청소년을 위한 기법으로 부모 또는 양육자를 치료에 포함시키는 것을 강조하며, 아동 및 청소년이 안전을 확보하고, 대처 기술의 향상으로 외상 사건을 재구성하도록 돕는다. TF-CBT는 9.11 테러 사건으로 인한 애착외상을 겪은 아동, 청소년들에 대한 개입으로 그 효과에 대해 검증받은바 있다(CATS Consortium, 2007).

CPT는 외상과 관련된 사고 중 부인이나 자책과 같은 왜곡된 믿음의 치료에 초점을 둔다. 또한 이로 인한 자신과 세상에 대한 과일반화된 신념, 외상 이전에 갖고 있던 신념들을 다룬다. 주요 내용은 내담자들에게 외상과 관련된 작문을 하도록하여 읽으면서 그 속에서 나타난 왜곡된 신념에 대해 소크라테스식의 질문을 활용하여 보다 나은 자기진술을 하도록 돕는 것이다. 이 치료의 절차에는 심리교육, 인지도식에 대한 소개, 작문, 읽기와 소크라테스식 질문, 대안적 사고 개발하기, 과일반화된 신념 정정하기가 포함된다(Resick & Schnicke, 1992).

Resick 등(2002)은 성폭행 피해로 인한 외상장애자 대상으로 이 치료법의 효과를 검증하였다.

애착이론 기반 치료

애착이론 기반 치료는 어린시절의 보호자와의 관계에서 발생하는 애착관계에 초점을 둔 치료법이다. 그 중에 대표적인 치료법은 부모의 폭력이나 방임등의 외상 경험을 입은 6세까지의 아동을 대상으로 한 CPP(Child-Parent Therapy, Ghosh Ippen, Harris, Van Horn, & Liberman, 2011)이다. 이 치료의 목표는 안정감과 애착을 제공하는 부모의 능력을 확장하며, 아동의 정서 조절과 인지, 행동 및 사회적 기능을 확장함으로써 부모자녀 관계를 강화하는 것이다. 이 치료법에서는 보호자가 참여하는 것이 가장 중요하며, 보호자는 아동에게 외상을 떠오르게 하는 것들의 의미를 이해하고 이를 제거하는 것이 중요하다. 놀이치료를 아동에게 활용하여 아동의 부정적 정서를 표현하게 하고, 지지적 환경을 제공하며, 부모교육도 병행한다. 이 치료는 아동의 발달단계와 외상유형 등에 따라 모듈화하여 적용하나 일반적으로 50회기 정도로 이루어진다. Liberman 등(Liberman, Van Horn, & Ghosh Ippen, 2005; Liberman, Ghosh Ippen, & Van Horn, 2006)은 복합외상을 경험한 아동들이 CPP 치료 후와 추후 검증에서 외상 증상의 감소 효과가 있음을 검증하였고, Ghosh Ippen 등(2011)은 사례관리 비교 집단보다 CPP 치료를 받은 아동들이 우울과 외상후장애 증상, 행동문제가 크게 감소함을 확인하였다.

애착이론을 근거로 하고 있는 또 다른 치료법으로 애착, 자기조절 및 역량 모형(Attachment, Self-Regulation, and Competency Model; ARC, Kinniburgh, Blaustein, Spinazzola, & van der Kolk, 2005)이 있다. ARC는 애착이론, 아동 발달 이론, 외상 이론과 탄력성 이론을 바탕으로 개발되었다(Lawson & Quinn, 2013). ARC는 외상 경험으로 인한 개인의 발달적 취약성을 설명하고, 외상 경험을 변화시키기 위하여 개인의 기술 결함에 집중적인 개입을 한다. 개인의 애착, 자기 조절능력, 역량을 강화시키는 가운데에서 외상에 대한 내적 고통을 감소시키고 양육에서의 안전한 상태를 강화한다. 치료에는 애착 개입, 자기 조절 개입, 역량 개입에 대한 방법들이 안내되어 있고, 이 절차에 따라 치료가 이루어진다. 애착에 대한 개입 내용으로는 아동의 일상생활을 예측 가능하도록 수립하는 것, 양육자의 정서 관리, 양육자와 아동의 정서조율, 긍정적 칭찬과 강화법이 있다. 자기조절 기술 개입 내용으로는 정서 자각, 정서가 행동 및 경험과 연결되어 있다는 내용을 통해 정서를 명확히 하는 것, 정서 표현 기술, 정서 조절 기술이 해당된다. 역량 개입 내용으로는 아동의 흥미를 확인하고 성공 경험을 갖게 하는 것, 안전과 위협의 단서를 파악하는 능력이나 사회기술, 고통을 견디는 기술 등 아동의 기술을 평가하고 향상시키는 것, 강점을 파악하고 강화하는 것, 문제해결기술을 가르치고 언어사용과 결과예측, 향후 목표에 대한 계획 수립 등이 포함된다. Arvidson 등(2011)의 검증 결과, ARC를 받은 아동들이 행동문제에서 유의미한 향상이 있었다.

정신화 기반 치료

정신분석적 접근에서는 애착외상에 정신화 기반 치료(Mentalization-Based Therapy: MBT)를 적용하고 있다. Weinberg(2006)는 이전의 발달적 외상 경험을 정신화 능력의 향상을 통해 재구성하고 치료할 수 있다고 제안하였다. 정신화(mentalization)는 개인의 욕망, 감정, 신념과 같은 주관적인 심리상태를 기초로 자신과 타인의 행동의 의미를 이해하는 능력을 말한다(Fonagy & Bateman, 2006). 정신화는 어린 시절의 주요 양육자와의 안정적 애착 관계 속에서 발달하므로, 애착외상을 갖고 있는 성인들은 종종 타인들이 어떻게 생각하고 느끼는지 이해하지 못한다. Fonagy와 Target(2006)에 의하면, 아동기의 학대는 정신화를 약화시킨다. 아동기의 이러한 애착외상은 정서 표상을 약화시키고, 정서 통제에 문제를 일으키고 비조직적 자아 구조를 갖게 한다. 이로 인하여, 대인관계 해석 기능의 적절한 시작에 필수적인 유머가 억제 되며, 정서조절과 통제 체계가 방해받고, 무엇보다도 정신화 기능이 실패하게 된다는 것이다. 정신화의 실패는 내적, 외적 현실 간에서 관계의 자각을 잃게 한다(Fonagy, Target, & Gergely 2000). 정신화 기능의 실패는 방어적 적응 방식으로, 아동은 애착 맥락에서 정신 상태를 인지하는 능력을 분리함으로써 위협하고 사악한 학대자의 마음 상태에서부터 자신을 보호하려 한다. 실제, 학대 아동들이 정신화 결함을 갖고 있으며, 경계선 성격장애를 갖는 개인들이 학대 경험 이후 정신화에 취약해진 증거는 많다(Fonagy et al., 1996).

Bateman과 Fonagy(2004)에 의하면, MBT의 핵심 특성은 다음과 같다. 첫째, 치료자는 내담자의 내적 상태의 표상들을 모으는 목적으로 내담자의 현재 정신 상태(그들의 생각, 감정, 소망, 욕구)에 전적으로 초점을 둔다. 둘째, 치료자는 내담자들이 주관적으로 현실과 연결시킬 수 없는 무의식적 정신 상태는 다루지 않는다. 따라서 전통적 정신역동 기법과 차이가 있다. 이를 위하여, “깊은” 무의식적 관심들을 덜 강조하고 의식 또는 의식가까이에 있는 내용들을 선호하며, 과거에 초점을 적게 둔다. 또한 치료의 목적이 통찰이 아니라 정신화의 회복이다. 즉, 표상과 의도적 상태의 통합을 갖게 하는 것이다. 그러기 위해서, 치료자는 양가적이거나 무의식적인 복잡한 정신 상태를 묘사하지 않고 내담자의 의식적 사고의 경계에 가까우면서 약간 높은 관념이나 표상을 일컫는 “얕은 해석들”만 한다. 셋째, 치료의 과정에 있어서 필수적인 사항은 그들의 무의식적 의미가 아니라 상황과 정서 측면에서 즉각적으로 해석되거나 이해되는 것이다.

Bateman과 Fonagy(1999; 2001; 2003)의 경계선 성격장애 환자 대상의 연구들에서 MBT의 효과에 대한 검증들이 이루어졌다. 또한 3년간의 정신화 기반 치료를 받은 개인들이 진단 상태, 외래 치료 여부, 자살성향, 약물 이용, 기능상태, 직업 상태 등에서 더 호전되었다(Bateman & Fonagy, 2008). Brent(2009)는 정신증 환자에 대한 정신화 기반 치료를 통해서, 정신화 기반 치료가 초기 애착 관계에서 생긴 외상으로 인한 자신과 타인들의 정신 상태를 추론하는 능력의 결함을 효과적으로 다룰 수 있음을 보여주었다(Brent, 2009). Rossouw와

Fonagy(2012)도 자해청소년 대상 1년의 치료과정을 통해 일반 치료집단보다 MBT집단 청소년들의 자해 정도와 우울의 감소, 정신화 향상, 회피 애착의 감소를 나타냄을 검증하였다.

경험 및 정서 초점 치료

정서초점치료(Emotion Focused Therapy; EFT, Paivio & Shimp, 1998)는 정서 이론과 경험적 치료 이론을 근거로 개발되었다. 이 이론이 다른 인지치료와 차이를 나타내는 것은 치료적 변화에 있어서 적응적 정서와 치료 관계의 역할을 강조하는 것이다. 장기간의 애착외상은 적응적 정서를 과잉통제하게 한다. 정서경험의 과잉통제는 특정 정서들과 관련된 정보들을 단절시키게 된다. 따라서 EFT는 적응적 정서 반응을 촉진하는데 초점을 두고, 정서반응이 현재의 의미와 통합되어 자아발달과 적응행동을 촉진하도록 한다. EFT는 왜곡된 믿음에 도전하기보다 억제되었던 적응적 정서가 일어나게 한다. 예를 들어 슬픔에 대한 표현은 상실감을 수용하게 하고, 자기위로는 고통에 대한 개인적 대처에 도움을 준다(Paivio & Nieuwenhuis, 2001). EFT에서 치료 관계의 역할은 지지적 역할 뿐만 아니라 이전의 부정적인 관계 경험을 해소하는데 직접적인 치료적 역할을 한다고 본다. EFT는 변화의 기제를 세 가지로 설명한다. 첫째, 부적응적 정서적 경험(예, 두려움, 수치심 등)을 일으키는 외상 기억에 접근하고 수정하는 것이다. 둘째, 제한되었던 적응적 정서에 접근하여 이러한 감정들에서 기인하는 적응적 정보들을 접근하는 것이다. 셋째, 치료자와의 관계를 통하여 교정적 대인관계 경험을 하는 것이다. EFT에서는 케슈탈트 치료 기법인 상상적 대면 기법을 활용하여, 외상 관련된 경험에서 느끼는 정서를 관찰하고 표현한다. EFT 치료는 아동기 학대 생존자들을 대상으로 한 치료에서 외상 영향 및 증상에서 효과가 검증되었다(Paivio & Nieuwenhuis, 2001).

가속 경험 역동 치료(Accelerated Experiential Dynamic Psychotherapy; AEDP, Fosha, 2006)는 애착 관계에 대한 경험적인 탐색을 근거로 한 정서 초점적 개입방법이다. AEDP는 애착외상자들의 학습된 두려움과 회피행동 기저에 있는 불안의 감소를 목표로 한다. 이 치료법은 내담자 중심, 실존 치료, 케슈탈트 치료에서 발달했으며 지지적 공감적 치료관계의 맥락에서 정서에 접근하고 조율하는 능력을 강화하는 데 초점을 둔다. EFT와 AEDP는 정서적 조절과 처리과정에 초점을 두고, 치료자와의 교정적 관계 체험을 제공하는 것을 강조하는 측면에서 유사하다. 많은 일반적인 경험 치료 효과들이 검증되었으나(Elliott, 2001), AEDP 치료에 대한 효과 검증이 필요하다(Gleiser, Ford, Fosha, 2008).

애착외상 치료의 치료기제

앞서 살펴본 애착외상 치료법들에서 개별적으로 강조하는 핵심 치료기제를 요약하고, 애착외상 치료법들에서 공통적으로 강조하는 치료기제에 대해 설명하고자 한다. 첫째, 애착외상 치료에 가장 많이 적용되고 있는 인지치료의 핵심 치료기제는 인지재구성이다. 인지재구

성은 인지행동치료의 핵심적인 치료 기제로써 외상과 연관된 사고, 믿음을 파악하고 합리적으로 재구성하는 것이다. 이는 외상관련 기억의 왜곡된 부분을 재검토하게 하며, 현실적인 안목에서 부정적이거나 극단적인 왜곡 없이 상황을 이해하게 되고, 그에 따라 과도한 자기비난과 타인비난 등에서 벗어나도록 한다. 둘째, 애착이론 기반 치료의 핵심 치료기제는 애착관계의 강화이다. 애착외상에서는 애착관계를 탐색하고 왜곡되어 있거나, 잘못되어 있는 부분을 향상시키는 것이 중요한 부분이다. 애착 기반 치료법에서는 양육자와의 애착 관계의 강화를 위한 개입을 한다. 즉, 양육자에게는 안정적인 애착을 제공할 수 있도록 교육하며, 아동에게는 양육자와 아동을 함께 상호작용하도록 하면서 애착 증진을 이루도록 개입한다. 셋째, 정신화 기반치료의 핵심 치료기제는 애착외상으로 손상된 자기감 중 하나인 정신화 능력의 강화이다. 정신화 기반 치료에서는 정신화 능력의 회복을 위해 내담자의 생각, 정서 등에 초점을 두고 자신과 타인의 경험적 의미를 성찰하고 의식화할 수 있도록 개입한다. 정신화 능력이 향상되면서 자신과 타인의 경험을 관계적 맥락에서 고려할 수 있게 되어 자신에 대한 왜곡된 자기감도 회복되며, 인지적, 정서적 조절을 더 잘하게 된다. 넷째, 경험 및 정서초점 치료의 핵심 치료기제는 정서조절 및 표현이다. 내담자들은 애착외상으로 생긴 부정적 정서를 감당하지 못하여, 자신의 정서를 알지도 못하고, 표현하지도 못하며, 그러기에 조절은 더욱 어렵다. 따라서 외상 관련된 정서에 초점을 두고, 정서를 표현하고 잘 조절하도록 하는 것이 필요하다. 불안, 두려움, 분노, 슬픔 등의 정서를 인식하고 이러한 정서를 표현하고 나아가 조절하도록 조력하는 것이 중요한 치료기제가 된다.

이와 같이 각 치료법들의 핵심 치료기제는 다를 수 있지만, 각 애착외상의 치료의 공통점이 있다. Courtois(2008)는 현재 이루어지고 있는 대부분의 애착외상의 치료는 Herman(1992)이 제시한 3단계 모형을 공통적으로 채택하고 있다고 주장하였다. 1단계는 초기단계로 작업동맹의 형성, 심리교육, 안전 확보, 정서 안정에 초점을 둔다. 2단계는 일반적으로 내담자가 삶의 안정을 갖게 되었을 때 이루어지며, 외상으로 손상을 입은 기능의 회복 측면에서 외상을 직접적으로 다루면서 적절한 정서 조절과 대처 기술을 학습하는 것이다. 3단계는 외상 사건과 결과에 의해 영향을 덜 받도록 삶을 공고히 하고 재건하는 것이다. 그 안에서 대인관계 기술 등 외상치료를 통한 새로운 기술의 학습이 이루어진다.

Herman(1992)은 치료관계형성과 안정, 외상처리, 일상생활에 적용이라는 외상치료에 기본틀을 제공해주었다는 점에서 큰 공헌을 하였으나, 본 연구에서는 Herman(1992)의 단계에서 좀 더 나아가 성장 지향적 관점에서 통합적 치료모형을 제안하고자 한다. 이는 외상 처리, 재건, 성장 치료모형으로써 개인이 애착외상 경험으로 받은 충격과 손상에서 벗어나, 자신의 정상적인 모습을 재건하고, 정상적 기능을 넘어서서 긍정적 변화와 성장을 이루게 된다는 발달적 관점이다. 외상치료에 가장 핵심적인 외상처리와 일상생활의 적용이라는 단계의 내용을 포함하면서, 성장 단계를 포함하였다. 기존의 애착외상 치료들은 외상으로 인하여 손상된 개

인이 정상으로 돌아오도록 하는 데에 초점을 두어왔다. 즉, 외상치료들은 외상의 부정적 결과에 초점을 두고 여기에서 회복하는데 주력하였다(이양자, 정남운, 2008). 그러나 외상경험자들이 보통사람들보다 더욱 성장하고 긍정적 삶의 변화를 하는 모습들이 있다는 것을 인식할 필요가 있다. 몇몇 외상경험자들 대상의 연구에서는 치료 이후 외상후성장의 증가가 나타났다(Antoni et al., 2001; Kissane et al., 2003). 이에 애착외상 치료모형에 외상경험자들의 긍정적 변화에 초점을 두고 이를 촉진하고 격려하는 성장 과정을 추가하였다.

또한 Herman(1992)은 초기에서 종결까지 치료과정의 흐름에 따라 단계를 제시하였는데, 본 연구에서는 외상처리에서 성장까지 개인내적인 변화의 깊이에 초점을 두었다. Herman(1992)의 첫 번째 치료관계형성 단계는 애착외상 치료뿐만 아니라 모든 치료에서 초기단계의 핵심 과업이다. 따라서 이 단계를 애착외상치료 단계에서 별도의 단계로 구분하지 않았다. 한편 애착외상의 치료에 외상처리단계는 빠져서는 안 되는 핵심 부분이다. 애착외상 치료에서 외상사건을 다루고, 그 때의 정서, 인지, 관계를 파악하고 다루는 것이 가장 중요한 부분일 것이다. 따라서 외상처리 단계를 첫 번째 단계로 하고, 작업동맹 형성 등 상담초기 과업을 포함하였다. 둘째, 애착외상의 치료는 하나의 외상사건을 다루는 데 국한되지 않는다. 즉, 그 사건을 통해 개인적으로 손상된 영역의 치유와 재건을 돕는다. 외상 사건으로 인해 회피해왔던 경험, 생각, 정서 등을 개인내적으로 통합하고, 관계맥락에서도 외상사건의 영향으로 왜곡된 부분을 극복하고 잘 기능하도록 하는 것이 중요한 치료목표이다. 이 단계는 개인의 손상된 영역의 재건단계이며, Herman(1992)의 3단계인 일상생활의 적용 단계를 포괄한다고 할 수 있다. 이를 위한 각 치료법들의 핵심 치료기제로는 앞에서 기술하였던 인지재구성, 애착관계 강화, 정신화 능력 향상, 정서표현 및 조절 등이 해당될 것이다. 셋째, 애착외상 치료의 성장단계에서는 외상사건의 극복과 손상된 개인내적 영역의 재건을 넘어서는 내적인 성장에 초점을 둔다. Tedeschi와 Calhoun(2004)은 외상후성장은 외상사건을 극복하면서 단지 외상이전의 적응수준으로 돌아가는 것이 아니라, 현재의 정상적 기능 수준을 넘어서는 자신 및 삶에 대한 지각의 변화, 영성의 변화, 관계성의 변화를 포함하는 것이라고 하였다. 외상후성장을 한 사람들의 특징은 개인주의적인 삶의 시각을 초월하며, 이타주의, 삶의 조망 확대 및 지혜를 갖게된다(Linley & Joseph, 2004). 그렇다면 외상후성장은 어떻게 일어나게 되는가? 외상사건을 경험한 개인들은 극심한 고통과 좌절, 자신의 삶의 도식이 붕괴되는 경험을 한다. 그러나 안전하고 지지받는 환경에서 자기개방을 하면서 자신의 이야기를 반추하고, 도식을 재구성하고, 통찰을 하게 됨으로써 장기적으로 실존주의적 자각을 갖게 되어 긍정적 변화, 즉 성장을 하게 되는 것이다(Tedeschi & Calhoun, 2004). 이러한 외상후성장이 일어나는 과정은 상담과정에서 적용될 수 있다. 상담자는 상담과정에서 내담자의 자기개방을 촉진하고 내담자의 이야기를 들으면서 인지, 정서, 행동적 측면들의 왜곡된 부분들을 개입하고, 나아가 내담자가 이를 자각하고 스스로 자신의 외상 사건뿐만 아니라 인생의 의미까지도 새

롭게 통찰하고 삶의 가치관, 태도가 변화하게 될 수 있다. 그렇기 때문에 단지 외상으로 인한 손상되고 병리적인 부분의 치료에만 초점을 두는 것에서 더 나아가 내담자가 자신과 삶에 대해 태도를 변화시키고 긍정적으로 성장하도록 돕는 것이 상담의 역할로 의미가 있다. 즉, 외상사건의 회복뿐만 아니라 새롭게 갖게 되는 삶의 가치, 긍정적 자각, 실존주의적 고민들에 대해 치료과정에서 다루어져야 할 것이다. 위에서 논의된 사항을 중심으로 애착외상 치료의 통합적 치료모형을 아래 표와 같이 제시하고자 한다(표 2 참조).

<표 2> 애착외상 치료의 통합적 치료모형

단계	핵심내용	대상별 치료	
		성인 애착 외상	아동, 청소년의 애착 외상
외상처리	관계형성 외상사건에 대한 개입	작업동맹 형성 심리교육 외상 사건에 대한 개입 (안전한 상황에서 이야기 재구성)	양육자 및 아동과의 작업동맹 형성 안전 확보 심리교육 외상 사건에 대한 개입
재건	외상의 영향으로 손 상된 영역의 재건	애착 관계 강화 정서 표현 및 조절 인지재구성 정신화 능력 강화	상호작용을 통한 애착 관계 향상 - 양육자 개입 : 아동과의 애착 증 대를 위한 반응 및 기술 지도 - 아동 개입 : 양육자와 놀이 등 상호작용 증대 정서 표현 및 조절 안전과 위험의 단서 파악 능력 강화 정신화 능력 향상
성장	인생과 자신에 대한 재해석을 통한 자각의 확장 및 태도의 변화	내적 역량 강화(사회 기술, 문제해결 기술 등) 긍정적 변화(가치관의 변화, 타인 및 자신에 대한 자각, 삶에 대한 통찰 등)	

이 통합적 치료모형은 외상처리, 재건, 성장의 성장 지향적 관점의 치료단계와 애착외상 치료에 핵심적인 치료기제들을 기초로 제안한 것이다. 치료 대상은 과거 애착외상을 겪은 성인들과 현재 애착외상을 겪었거나 겪고 있는 아동, 청소년인 경우로 구분하였다. 외상처리 단계에는 상담초기 작업인 작업동맹 형성과 외상 및 스트레스 반응에 대한 교육을 하고 지지적 분위기에서 외상사건을 다루는 것이 주된 내용이다. 외상 사건과 관련된 내담자 표현에 대한 공감, 수용, 안정적 상황에서의 외상사건에 대한 이야기를 재구성하는 작업들이 포함된다. 아동, 청소년의 경우는 특별히 안전 확보가 중요한 과업이 된다. 재건단계에는 외상으로 인하여 손상된 영역을 회복하는 과정으로써 애착 관계의 강화, 정서조절, 인지재구성, 정신화

능력 강화를 주요 치료기제로 선정하였다. 성장 단계에는 문제해결기술 등과 같은 내적 역량을 강화하고 혼돈되었던 가치관 및 인식에서 긍정적 변화에 대한 동기를 인식하고 지지하여 개인의 성장을 촉진하는 것이 주요 내용이다. 추후 이러한 치료모형을 기반으로 하는 치료프로그램의 개발이 필요하다고 사료된다.

논 의

본 연구는 복합외상 중 아동기 부모와의 관계에서 발생하는 애착외상에 관심을 갖고, 애착외상이 아동기부터 성인기까지 미치는 과정과 결과를 검토할 뿐 아니라 핵심적인 치료모델 검토를 통한 공통적인 치료기제 및 통합적 치료모형을 확인하였다. 애착외상이라는 용어가 사용되기 전에 많은 연구자들은 애착외상을 아동의 신체적/정신적 학대, 성적 학대, 신체적/정신적 방임의 형태로 관심을 가져왔다. 학대와 방임의 실태에 대한 관심에서 출발한 연구들은 아동기와 성인기에 미치는 즉각적 장기적 영향을 밝히는데 노력을 기울였다. 축적된 연구결과를 기반으로 최근 많은 연구들은 애착외상이 어떠한 과정을 거쳐 심리적 증상에 이르게 되는지 그 심리적 기제에 대한 관심으로 이어지고 있다. 심리적 기제에 대한 관심들은 애착외상을 겪고 있는 내담자에 대한 구체적이고 적절한 치료적 접근을 마련한다는 점에서 의미가 크다. 많은 연구자들이 제시하고 있는 공통적인 심리적 기제로는 애착외상을 통해 ‘애착체계의 붕괴’, ‘감정관리의 실패’, ‘해리’, ‘자기체계의 손상’이 나타나는 것으로 알 수 있다. 첫째, ‘애착체계의 붕괴’에서 아동은 애착외상의 경험에 지속적으로 노출되면서 타인에 대한 불신을 배우게 되고 더 나아가 세상이 안전하지 못하다는 인식이 형성되면서 애착체계의 붕괴를 경험하게 된다. 또한, 애착외상의 경험은 아동에게 공포를 일으키며 애착의 필요성을 활성화시키지만 반복해서 가해지는 외상경험으로 붕괴된 의사소통의 특성을 보이면서 불안정 혹은 혼란된 애착체계가 견고해지는 과정을 거치게 된다. 둘째, ‘정서관리의 실패’이다. 애착외상의 가해자 부모들은 건강하지 못한 방식으로 자신의 정서를 처리할 뿐만 아니라 자녀의 고통스런 정서에 대해 달랠, 반영, 지지 등과 같은 공감적 반응을 실패하면서 아동의 정서관리 능력의 상실을 야기 시키게 된다. 결과적으로, 애착외상에 노출된 아동들은 자신의 정서를 경험하고, 인식하고, 명명할 수 있는 능력에 어려움이 나타나게 된다. 셋째, ‘해리’를 살펴보면, 성격적 그리고 정신적으로 취약한 부모의 냉대 혹은 거절이 아이를 두려움에 빠지게 하지만 아동은 자신이 부모를 위협하였다고 판단하고 부모에게 다가갈 수 없게 된다. 부모는 아이가 두려움이 빠졌을 때 이를 해소하기 위해 언제라도 다가갈 수 있는 가용적인 대상이 아니기 때문에 아이는 자신의 고통스러운 정서를 통합할 수 있는 전략을 상실하게 되며 결국 받아들일 수 없는 극심한 상황이나 정서에 대해 비현실적으로 처리하고 비관하면서 자신을 보호하려 한다. 하지만 결과적으로 이러한 기제는 2차 피해에 노출될 가능성을

높인다. 넷째, '자기체계의 손상'이다. 아동은 부모가 자신에 드러낸 강한 거부감과 냉대를 내면화하고 자기혐오감, 자기멸시, 자기증오를 발전시키게 된다. 스스로 자신이 학대받아 마땅한 존재라고 여기며 자신이 좀 더 완벽했어야 한다고 생각하며 철저히 자신을 통제하게 된다. 이러한 자기체계의 손상은 타인으로부터 독립적인 존재로 자신을 인식하지 못하게 되면서 더불어 자신의 내적인 능력인 '자기역량강화'와 자신과 타인의 바람, 욕구, 감정 등을 이해하고 해석하는 정신화 능력에서 어려움을 초래한다.

이상으로 기술한 핵심적인 4가지 심리기제를 고려해보면 아동에게 있어 애착외상 가해자인 부모는 '양립할 수 없는', '극단적이고도 모순적인' 대상으로 자리를 잡고 있다는 점이 특징적임을 알 수 있다. 애착관계를 파괴시키는 대상임과 동시에 아동에게는 파괴된 애착관계를 다시 회복해주기를 기대하는 대상이고, 가혹한 학대나 방임으로 아동에게 극심한 정서적인 고통을 안겨주지만 동시에 이러한 고통 속에 빠진 아동이 자신의 고통을 달래주기를 간절히 바라는 대상이다. 위협의 근원인 동시에 여전히 보호를 받아야 하기에 이들과의 관계에서 경험한 고통스러운 사건이나 감정은 분리나 해리를 시켜야 하는 대상이다. 결과적으로 부모 탓을 하기 보다는 자기를 손상시키고 외상 상황에 고통스럽게 적응하면서 부모의 관심과 돌봄을 끝없이 추구하는 것이다. 이렇게 애착외상의 4가지 심리적 기제와 이들 간의 공통적인 특징에 대한 이해를 통해 아동기 애착외상 피해자의 이해와 치료적 개입에 있어 단순히 증상 제거를 넘어서서 더불어 성격적 재건 및 성장을 위한 근본적인 노력이 필요할 것으로 보인다.

또한 애착외상 치료에 실제로 검증받은 치료법들을 중심으로 심리치료법들을 개관하여, 각 치료법에 강조하는 치료 기제를 파악하였다. 여기에는 인지행동치료, 애착 이론 기반 치료, 정신화 기반 치료, 경험 및 정서 초점 치료가 포함되었다. 각 치료법에서 강조하는 대표적인 치료 기제들은 앞서 언급한 심리적 기제와 관련성이 깊은데, 대표적인 영역으로는 인지 재구성, 애착관계의 강화, 정신화 능력의 강화, 정서조절 및 표현이 있었다. 각 접근이 강조하는 면에서 차이가 있음에도 불구하고 이들 접근들은 공통적으로 1단계는 안정, 2단계로는 외상처리, 3단계는 일상생활의 적용이라는 Herman(1992)의 3단계 치료과정이 보편적으로 적용되고 있었다. 이러한 애착외상들의 치료들은 애착외상에 대한 외상 처리 및 외상으로 인해 손상된 심리 기제에 대한 회복에 초점을 맞추고 있다. 그러나 지금까지 외상치료는 치료적 관점에 더 초점을 두어왔고, 외상 경험자들이 나타내는 긍정적 변화, 성장 측면의 관점이 부족해왔다는 것을 지적하고 치료과정에서도 외상후성장과 같은 긍정적 관점이 포함되어야 함을 제시하였다. 이에 외상처리, 재건, 성장이라는 통합적 치료모형을 제안하였다. 이 치료모형은 외상 후 처음 개입하게 되는 외상 처리과정, 외상으로 인한 손상된 심리 기제들을 회복하는 재건과정, 그리고 더 나아가 외상 사건이후 혼돈된 모습에서 성장하여 적응과 관련된 내적 역량이 강화되고 긍정적인 삶의 가치관을 갖게 되거나, 자신에 대한 긍정적 인식,

실존주의적 통찰 등과 관련된 변화에 초점을 두는 성장과정이다.

애착외상은 복합외상에 속하며, 단순외상에 비해 성격 및 정신건강에 미치는 부정적 영향이 심각하며, 그 회복도 쉽지 않다. 본 논문에서 애착외상의 치료를 개관하고 통합적 치료모형을 제시한 것은 치료적, 일반적 시사점을 갖고 있다. 첫째, 애착 외상 치료를 할 때 치료자들에게 중요하게 염두해야 하는 사항들을 제공한다. 치료 장면에서 심리치료자나 상담자들은 각자 자신의 이론에 맞추어 애착외상에 대해 상담을 하다보면 애착외상의 특수성을 간과하고 일반 외상치료와 같은 방식으로 접근하기 쉽다. 따라서 이러한 문헌 정리를 통해 애착외상에 필요한 중요한 치료기제와 공통단계 및 통합적 치료모형을 살펴본 것은 향후 애착외상의 심리치료 및 상담에 청사진을 제시하는 데 의미가 크다고 할 수 있다. 둘째, 우리사회에서 애착외상에 대한 관심을 갖고, 그들에게 개입하고 치료를 도와야 한다는 인식을 강화한다. 흔히 우리는 사건, 사고와 같은 외상 사건에는 사회적인 이슈로 관심을 갖고 개입하고 있지만, 오히려 더 증상이 더 심각할 수 있는 애착외상, 즉 보이지 않는 가정에서 이루어지는 학대와 같은 애착 외상은 쉽게 드러나지 않고, 그 피해자에 대한 개입도 수월하지 않은 상황이다. 그러나 일상생활에서 애착외상을 겪는 것으로 여겨지는 아동청소년들에 대한 개입이 절실히 필요한 상황이다. 이러한 내용에 대한 공유는 치료 장면에서 뿐만 아니라 일상에서 애착 외상으로 고려되는 아동을 발견하였을 때 간과하지 않고 관심과 도움을 주도록 하는 사회적 책임을 강화한다. 셋째, 애착외상 치료에 있어서, 기존에 초점이 되어왔던 부정적 영향에서의 회복에 초점을 둔 시각에서 외상경험자들의 성장 지향성을 관찰하고 이에 긍정적인 반응을 하도록 치료의 시각을 넓힌 데 의미가 있다. 애착외상경험자들이 나타내는 새로운 가치관에 대한 언급이나 실존적인 의문 등 내적 성장과 관련된 내용에 관심을 두고 이를 잘 내면화할 수 있도록 개입하는 부분도 치료에서 중요시되어야 할 것이다. 전체적으로 애착외상의 치료에서 본 논문에서 개관한 바와 같이 첫 단계로 안전 조치를 취하고 외상 처리를 한 이후, 지속적 치료를 통해서 심리적 손상을 재건하고 나아가 성장할 수 있도록 개입해야 할 것이다. 또한 통합적 치료모형을 근거로 하는 프로그램 개발이 되어 이를 적용하여 실제적인 효과를 검증할 필요가 있다.

본 논문의 제한점과 후속연구에 대한 제안은 다음과 같다. 첫째, 애착외상의 각 치료적 접근의 개별 치료프로그램들이 수십 가지에 이르다보니, 각 프로그램의 내용을 개별적으로 자세히 검토하는 데에는 지면의 한계가 있어 본 논문에서는 주요 치료기제 위주로 살펴보았다. 향후 연구에서는 대상별, 접근별로 구분하여 더 구체적인 문헌 정리를 해보는 것도 의미가 있을 것이다. 또한 본 논문에서는 문헌을 토대로 애착외상 치료에 대한 통합적 접근을 제시하였다. 향후 논문에서는 실제 통합적 접근의 외상치료 프로그램을 개발하는 것이 필요하다고 사료된다. 둘째, 애착외상에 관련된 국내 연구를 살펴보면 주로 성인들을 대상으로 이루어지고 있고 이들의 어린 시절 애착외상 경험을 회상하여 얻은 자료들이 대부분이다. 하지만

애착외상이 아동기 및 청소년기에 미치는 즉각적인 영향에 대해서는 충분한 연구가 아쉬운 상황이다. 증가하는 아동과 청소년의 자살율과 자살의 원인이 부모-자녀 관계라는 점을 고려할 때, 아동과 청소년 그리고 그들의 부모가 함께 참여하는 연구가 활발하게 이루어져야 할 것이다. 셋째, 애착외상의 범위와 원인에 대한 검토를 통해 알 수 있었던 점은 애착외상의 유형이 구분되는 것이 중요하지만 유형에 따른 혹은 유형을 망라하는 공통적인 질적인 특성에 대한 이해가 좀 더 이루어져야 한다는 것이다. 애착외상은 부모관계에서 일어나는 극단적인 학대와 폭력에 대한 노출을 포함하여 ‘부모의 무가용성’, ‘정서적 신호에 무반응’, ‘혼란스러운 상호작용’, ‘믿음과 신뢰가 깨진 관계’가 그 기저의 특성이라는 점을 기억할 필요가 있다. 극단적인 외상 사건에 초점을 두는 것에서 더 나아가 부모-자녀 관계의 질적인 특성의 관점에서 애착외상을 바라봐야 할 것이다. 본 연구의 결과와 제안을 근거로 하여 향후 연구에서는 애착외상의 질적인 특성에 대한 풍부한 연구가 필요할 것이다.

부모와의 안정적인 관계는 가정 밖에서 경험하는 다양한 스트레스를 관리하고 극복할 수 있는 면역체계이다. 애착외상은 부모에 대한 불신을 넘어서서 학업성취, 친밀한 대인관계, 직업생활과 같은 사회 적응과 직접적인 관련성을 가지고 있기에 심리상담에서 애착외상의 경험 여부에 우선적으로 관심을 갖고 치료 방향을 계획해야 할 것이다. 어린 시절 애착외상이 ‘이미 지난 일’, ‘회복할 수 없는 일’ 혹은 ‘현재 문제에 초점을 두어야 하는 단기상담에 부적절한 작업’이라는 내담자 그리고 상담자의 오해로 인해 쉽게 간과되지 않도록 초점화된 치료개입 및 프로그램 개발이 시급하다.

참고문헌

- 김진화 (2010). 아동기 외상과 성인애착, 데이트 폭력의 관계. *모래놀이치료연구*, 6(2), 67-87.
- 보건복지부 (2013). 2012년 전국 아동학대 현황 보고서.
- 안무옥 (2008). 청소년의 외상경험, 정서조절, 대처방식 및 사회적 지지가 외상후스트레스 장애 증상에 미치는 영향. *한림대학교 석사학위논문*.
- 안현의 (2007). 복합외상의 개념과 경험적 근거. *한국심리학회지 : 일반*, 26(1), 105-119.
- 안현의, 장진이, 조하나 (2009). 자기체계의 손상으로 본 복합외상증후군. *한국심리학회지 : 일반*, 28(2), 283-301.
- 이양자, 정남운 (2008). 외상후성장에 대한 연구 개관: 적응과의 관계 및 치료적 적용을 중심으로. *한국심리학회지 : 건강*, 13(1), 1-23.
- 이유경 (2006). 여대생의 아동기 외상경험이 심리적 증상과 대인관계문제에 미치는 영향. *이화여자대학교 석사학위논문*.
- 이주성 (2005). 아동기 피학대 경험이 폭력행동에 미치는 영향 : 해리와 감정표현불능증의

- 매개효과검증. 고려대학교 박사학위논문.
- 정나희 (2013). 아동기 외상경험이 신체증상에 미치는 영향: 해리경험과 감정표현불능증의 매개 효과. 계명대학교 석사학위논문.
- 정희진 (2008). 여성의 복합외상경험이 자기역량의 변화와 우울에 미치는 영향. 이화여자대학교 석사학위논문.
- 최은영, 안현의 (2011). 여대생의 아동 청소년기 대인간 외상경험과 자기역량 손상의 관계에서 내면화된 수치심의 매개효과. 한국심리학회지: 여성, 16(3), 285-302.
- Adam, K. S., Sheldon-Keller, A. E., & West, M. (1996). Attachment organization and history of suicidal behavior in clinical adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(2), 264-272.
- Allen (2010). *Coping with trauma hope through understanding*. (권정혜, 김정범, 조용래, 최혜경, 최윤경, 권호인 역. 트라우마의 치유). 학지사.
- Allen, J. G. (2013). *Mentalizing in the development and treatment of attachment trauma*. London: Karnac Books Ltd.
- Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. Washington, DC : American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3th ed.). Washington, DC : Author.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC : Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC : Author.
- Antoni, M. H., Lehman, J. M., Klibourn, K. M., Boyers, A. E., Culver, J. L., Alferi, S. M., ... & Carver, C. S. (2001). Cognitive-behavioral stress management intervention decreases the prevalence of depression and enhances benefit finding among women under treatment for early-stage breast cancer. *Health Psychology, 20*(1), 20-32.
- Arvidson, J., Kinniburgh, K., Howard, K., Spinazzola, J., Strothers, H., Evans, M., Andres, B. Cohen, C., & Blaustein, M. E. (2011). Treatment of Complex Trauma in Young Children: Developmental and Cultural Considerations in Application of the ARC Intervention Model. *Journal of Child & Adolescent Trauma, 4*(1), 34 - 51.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (1999). The effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry, 156*(10), 1563-1569.

- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: An 18-month follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 158(1), 36-42.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2003). Health service utilization costs for borderline personality disorder patients treated with psychoanalytically oriented partial hospitalization versus general psychiatric care. *American Journal of Psychiatry*, 160(1), 169-171.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization based treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2008). 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. *The American Journal of Psychiatry*, 165(5) 631-638.
- Beeghly, M., & Cicchetti, D. (1996). Child maltreatment, attachment, and the self-esteem: emergence of an internal state lexicon in toddlers at high social risk. (pp. : 127-166) In : Hertzog, M. & Farber E. eds. *Annual Process in child Psychiatry and Child Development*. Philadelphia, PA: Brunner/Mazel.
- Bifulco, A., Brown, G. W., & Harris, T. O. (1994). Childhood experience of care and abuse(CECA) : A retrospective interview measure. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35(8), 1419-1435.
- Bifulco, A., Moran, P., Jacobs, C., & Bunn, A. (2009). Problem partners and parenting: Exploring linkages with maternal insecure attachment style and adolescent offspring internalizing disorder. *Attachment and Human Development*, 11(1), 69-85.
- Brent, B. (2009). Mentalization-based psychodynamic psychotherapy for psychosis, *Journal of Clinical Psychology*, 65(8), 803-814.
- Briere, J. N., & Elliott, D. M. (1994). Immediate and long-term impacts of child sexual abuse. *Sexual Abuse of Children*, 4(2), 54-69.
- Briere, J., & Zaidi, L. (1989). Sexual abuse histories and sequelae in female psychiatric emergency room patients. *American Journal of Psychiatry*, 146(12), 1602-1606.
- Briere, J. & Rickards, S. (2007). Self-awareness, affect regulation, and relatedness differential sequels of childhood versus adult victimization experiences. *The journal of Nervous and mental Disease*, 195(6), 497-503.
- Browne, A. B. & Finkelhor, D. F. (1986). Impact of child sexual abuse: a review of the research. *Psychological Bulletin*, 99(1), 66-77.
- Brown, R. J., Schrag, A., & Trimble, M. R. (2005). Dissociation, childhood interpersonal

- trauma, and family functioning in patients with somatization disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162(5), 899-905.
- Bryer, J. B., Nelson, B. A., Miller, J. B., & Krol, P. A. (1987). Childhood sexual and physical abuse as factors in adult psychiatric illness. *American Journal of Psychiatry*, 144(11), 1426-1430.
- CATS Consortim. (2007). Implementing CBT for traumatized children and adolescents after September 11 : lessons learned from the child and adolescent trauma treatments and services project. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36(4), 581-592.
- Cloitre, M., Koenen, K., Cohen, L., & Han, H. (2002). Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure : A phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(5), 1067-1074.
- Cloitre, M., Miranda, R., Stovall-McClough, K. C., & Han, H. (2005). Beyond PTSD: Emotion-regulation and interpersonal problems as predictors of functional impairment in survivors of childhood abuse. *Behavior Therapy*, 36(2), 119 - 124.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Kliethermes, M., & Murray, L. A. (2012). Trauma-focused CBT for youth with complex trauma. *Child Abuse & Neglect*, 36(6), 528 - 541.
- Cook A., & Spinazzola, J. (2005). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 35(5), 390-398.
- Courtois, C. A. (2004). Complex trauma, complex reactions: Assessment and treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(4), 412-425.
- Courtois, C. A. (2008). Complex trauma, complex reactions: assessment and treatment. *Psychological trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(1) 86-100.
- Elliott, R. (2001). Contemporary brief experiential psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(1), 38-50.
- English, D. (1998). The extent and consequences of child maltreatment. *The Future of Children*, 8(1), 39-53.
- Foa, E. B., Keane, T., & Friedman, M. J. (Eds.). (2000). Effective treatments for PTSD: practice guidelines from the international society for traumatic stress studies. New York: Guilford.
- Fonagy, R. (1989). a child's understanding of others. *Bulletin of the Anna Freud Centre*, 12, 91-115.

- Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2006) Mechanisms of change in mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Clinical Psychology*, 62(4), 411-430.
- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., ... & Gerber, A. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 22-31.
- Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9, 679-700.
- Fonagy, P., & Target, M. (2006). The mentalization-focused approach to self pathology. *Journal of personality disorders*, 20(6), 544-576.
- Fonagy, P., Target, M., & Gergely, G. (2000). Attachment and borderline personality disorder: A theory and some evidence. *Psychiatric Clinics of North America*, 23, 103-122.
- Ford, J. D. (2009). *Posttraumatic stress disorder: scientific and professional dimensions*. (김정휘, 허주연, 김태욱 역, 진단명 : 외상후스트레스장애) 서울 :시그마프레스.
- Ford, J. D., Courtois, C. A. Steele, K. & Hart, O., & Nijenhuis, E. R. (2005). Treatment of Complex Posttraumatic Self-Dysregulation. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 5, 437-447.
- Ford, J. D., & Russo, E. (2006). Trauma-Focused, Present-Centered, Emotional Self-Regulation Approach to integrated Treatment for Posttraumatic Stress and Addiction : Trauma Adaptive Recovery Group Education and Therapy. *American Journal of Psychotherapy*, 60(4), 335-355.
- Fosha, D. (2006). Quantum transformation in trauma and treatment : Traversing the crisis of healing change. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 569-583.
- Frisman, L., Ford, J., Lin, H., & Mallon, S., & Chang, R. (2008). Outcomes of Trauma Treatment Using the TARGET Model. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 3, 285-303.
- Gleiser, K., Ford, J. D., & Fosha, D. (2008). Contrasting Exposure and Experiential Therapies for Complex Posttraumatic Stress Disorder, *Psychotherapy Theory, Research, Practice*, 45, 3, 340-360.
- Gobin, R. L., & Freyd, J. J. (2009). Betrayal and revictimization : preliminary findings. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 1(3), 242-257.
- Ghosh, Ippen, C., Harris, W.W., Van Horn, P., & Lieberman, A. F. (2011). Traumatic and stressful events in early childhood: Can treatment help those at highest

- risk? *Child Abuse and Neglect*, 35, 504 - 513.
- Grienenberger, J., Kelly, K., & Slade, A. (2005). Maternal reflective functioning, mother-infancy affective communication, and infant attachment : exploring the link between mental states and observed caregiving behavior in the intergenerational transmission of attachment. *Attachment and Human Development*, 7, 299-311.
- Hankin, B. L. (2005). Childhood maltreatment and psychopathology : prospective tests of attachment, cognitive vulnerability, and stress as mediating processes. *Cognitive Therapy and Research*, 29(6), 645-671.
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD : A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 377-391.
- Hildyard, K. L., & Wolfe, D. A. (2002). Child neglect : developmental issues and outcomes. *Child Abuse & Neglect*, 26, 679-695.
- Hornstein, N. L., & Putnam, F. W. (1992). Clinical phenomenology of child and adolescent dissociative disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 1077-1085.
- Jackson, C., Nissenon, K., & Cloitre, M. (2009). Cognitive behavioral therapy. In C. A. Courtois & J. Ford (Eds.), *Treating complex traumatic stress disorders : An evidence-based guide*. New-York : Guilford.
- Kilpatrick, D. G. (2005). A special section on complex trauma and a few thoughts about the need for more rigorous research on treatment efficacy, effectiveness, and safety. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 379-384.
- Kinniburgh, K., Blaustein, M., Spinazzola, J., & van der Kolk, B. (2005). Attachment, self-regulation & competency : A comprehensive intervention framework for children with complex trauma. *Psychiatric Annals*, 35, 424-430.
- Kissane, D. W., Bloch, S., Smith, G. C., Miach, P., Clarke, D. M., Ikin, J., ... & McKenzie, D. (2003). Cognitive existential group psychotherapy for women with primary breast cancer: A randomised controlled trial. *Psycho-Oncology*, 12(6), 532-546.
- Kluft, R. P. (1992). Discussion: A specialist's perspective on multiple personality disorder. *Psychoanalytic Inquiry*, 12, 139-171.
- Koos, O., & Gergely, G. (2001). A contingency-based approach to the etiology of "disorganized" attachment : the "flickering switch" hypothesis. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 65, 397-410.

- Lawson D. M. & Quinn. J. (2013). Complex Trauma in Children and Adolescents: Evidence-Based Practice in Clinical Settings, *Journal of clinical psychology*, 69(5), 497 - 509.
- Lieberman, A. F., Van Horn, P. J., & Ghosh Ippen, C. (2005). Toward evidence-based treatment: Child-Parent Psychotherapy with preschoolers exposed to marital violence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 1241 - 1248.
- Lieberman, A. F., Ghosh Ippen, C., & Van Horn, P. (2006). Child-Parent Psychotherapy : 6-month follow-up of a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 913 - 918.
- Linley, P. A. & Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 11-21.
- Liotti, G. (1992). Disorganized/disoriented attachment in the etiology of the dissociative disorders. *Dissociation*, 5(4), 196-204.
- Lyons-Ruth, K., Dutra, L., Schuder, M. R., & Bianchi, I. (2006). From infant attachment disorganization to adult dissociation : relational adaptations or traumatic experiences? *Psychiatric Clinics of North America*, 29(1), 1-18.
- Lyons-Ruth, k., Yellin, C., Melnick, S., & Atwood, G. (2005). Expanding the concept of unresolved mental states : hostile/helpless states of mind on the adult attachment interview are associated with disrupted mother-infant communication and infant disorganization. *Development and Psychopathology*, 17(1), 1-23.
- Macfie, J., Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2001). The development of dissociation in maltreated preschool-aged children. *Development and Psychopathology*, 13, 233-254.
- Main, M., Hesse, E., & Kaplan, N. (2005). Predictability of attachment behavior and representational processes at 1,6, and 19 years of age. In K. E. Grossman, K. Grossman & E. Waters (Eds.), *Attachment from infancy to adulthood: the major longitudinal studies* (pp. 245-304). New York : The Guilford Press.
- Maughan, A, & Cicchetti, D. (2002). Impact of child maltreatment and interadult violence on children's emotion regulation abilities and socioemotional adjustment. *Child Development*, 73(5), 1525-1542.
- McLewin, L. A., & Muller, R. T. (2006). Attachment and social support in the prediction of psychopathology among young adults with and without a history of physical maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 30, 171-191.

- Morris, A. S., Silk, J. S., Steinberg, L., Myers, S. S., & Robinson, L. R. (2007). The role of the family context in the development of emotion regulation, *Social Development, 16*(2), 361-388.
- Muller, R. T., Goebel-Fabbri, A. E., Diamond, T., & Dinklage, D. (2000). Social support and the relationship between family and community violence exposure and psychopathology among high risk adolescents. *Child Abuse & Neglect, 24*(4), 449-464.
- Muller, R. T., Gragtmans, K., & Baker, R. (2008). Childhood physical abuse, attachment, style and posttraumatic stress symptomatology among adults who report the experience of childhood abuse. *Journal of Traumatic Stress, 13*(2), 321-332.
- Muller, R. T., Thornback, K., & Bedi, R. (2012). Attachment as a mediator between childhood maltreatment and adult symptomatology. *Journal of Family violence, 27*, 243-255.
- Ogawa, J. Sroufe, L. A., Weinfield, N. S., Carlson, E. A., & Egeland, B. (1997). Development and the fragmented self : a longitudinal study of dissociative symptomatology in a non-clinical sample. *Development and Psychopathology, 4*, 855-879.
- Pearlman, L. A. (1998). Trauma and the self : a theoretical and clinical perspective. *Journal of Emotional Abuse, 1*(1), 7-25.
- Paivio, S. C., & Nieuwenhuis, J. A. (2001). Efficacy of Emotion Focused Therapy for Adult Survivors of Child Abuse: A Preliminary Study, *Journal of Traumatic Stress, 14*(1), 115-133.
- Paivio, S. C., & Shimp, L. N. (1998). Affective change processes in therapy for PTSD stemming from child physical abuse. *Journal of Psychotherapy Integration, 8*, 211-229.
- Putnam, F. W., Helmers, K., Horowitz, L. A., & Trickett, P. K. (1995). Hypnotizability and dissociativity in sexually abused girls. *Child Abuse & neglect, 19*, 645-655.
- Pelcovitz, D., Van der Kolk, B. A., Roth, S., Mandel, F. S., Kaplan, S., & Resick, P. A. (1997). Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress(SIDES). *Journal of Traumatic Stress, 10*, 3-17.
- Resick, P., Nishith, P., Weaver, T., Astin, M., & Feuer, C. (2002). A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic PTSD in female rape victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 15*, 321-330.

- Resick, P. A., & Schnicke, M. K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 748-756.
- Roche, D., Runtz, M., & Hunter, M. (1999). Adult attachment: a mediator between child sexual abuse and later psychological adjustment. *Journal of Interpersonal Violence, 14*(2), 184-207.
- Rossouw, T. I., & Fonagy, P. (2012). Mentalization-Based Treatment for Self-Harm in Adolescents: A Randomized Controlled Trial, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 51*, 12, 1304 - 1313.
- Shipman, K. L., Edwards, A, Brown, A, Swisher, L., & Jennings, E. (2005). managing emotion in a maltreating context: A pilot study examining child neglect. *Child Abuse & Neglect, 29*, 1015-1029.
- Shipman, K. L., & Zeman, J. (1999). Emotional understanding : a comparison of physically maltreating and nonmaltreating mother-child dyads. *Journal of clinical child psychology, 28*, 407-417.
- Slade, A. (2005). Parental reflective functioning : An introduction. *Attachment and Human Development, 7*, 640-657.
- Solomon, J., & George, C. (2008). The measurement of attachment security and related constructs in infancy and early childhood. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment : Theory, Research, and Clinical Applications* (2nd ed, pp. 383-416). New York: The Guilford Press.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). The foundation of posttraumatic growth. *Psychological Inquiry, 15*, 93-102.
- Twaite, J. A., & Rodriguez-Srednicki, O. (2004). Childhood sexual and physical abuse and adult and adult vulnerability to PTSD: the mediating effects of attachment and dissociation. *Journal of Child Sexual Abuse, 13*(1), 17-38.
- Van der Kolk, B. A. (2005). Developmental trauma disorder: towards a rational diagnosis for chronically traumatized children. *Psychiatric Annals, 35*(5), 401-408.
- Van der Kolk, B., & Courtois, C. A. (2005). Editorial comments : complex developmental trauma. *Journal of Traumatic Stress, 18*, 385-388.
- Van Dijke, A., Ford, J. D., Van Son, M., Frank, L., & Van der Hart, O. (2013). Association of childhood-trauma-by-primary caregiver and affect dysregulation with borderline personality disorder symptoms in adulthood. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 5*(3), 217-224.

- Waldinger, R. J., Schulz, m. S., Barsky, A. J., & Ahern, D. K. (2006). Mapping the road from childhood trauma to adult somatization: the role of attachment. *Psychosomatic Medicine*, 68(1), 129-135.
- Weinberg E. (2006) Mentalization, Affect Regulation, and Development of the Self, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 54, 251-270.

Understanding and Therapeutic Implications of Attachment Trauma

Lee Mun Hee

Yongmoon graduate school of counseling psychology

Lee Su lim

Open Cyber University

This study focused on the attachment trauma which manifests in a relationship between parent and children in complex trauma and reviewed the effect of attachment trauma on personality change of children and adult's mental health. We found key psychological mechanisms that cause symptom formation and social maladjustment beyond fragmentary relationship between attachment trauma and symptom. There were 'collapse of attachment system', 'failure of emotion management', 'dissociation', and 'impairment of self-system'. We also studied the most prominent therapeutic approaches for attachment trauma and identified the core therapeutic mechanism of each system and common therapeutic factors among the therapeutic approaches. The core therapeutic mechanisms we identified were 'psychological education for attachment trauma', 'building working alliance', 'cognitive reformation', 'expression and management of emotion', and the common therapeutic factors were 'restoration of mentalization' and 'reinforcement of attachment relationship'. Based on such findings, this study discussed implications of therapeutic interventions and adaptation for children who experience attachment trauma and its survivors.

Key words : attachment trauma, psychological mechanism, therapeutic factor, attachment system, trauma therapy, trauma counseling, psychotherapy, trauma therapy program