

트라우마에 대한 이야기치료적 개입의 신경과학적 관점 해석과 함의*

서 진 희 조 은 숙 최 연 실**

(상명대학교 가족복지학과)

본 연구의 목적은 트라우마에 대한 이야기치료적 개입을 신경과학적 관점에서 해석하고 그 치료적 함의를 살펴보는 것이다. 이러한 목적을 달성하기 위해, 본 연구에서는 문헌고찰을 통해 트라우마에 대한 이야기치료의 개입 필요성을 논의하고, 신경과학적 관점에서의 해석 및 가족치료적 함의를 모색하였다. 본 연구의 결과는 다음과 같다. 첫째, 트라우마에 대한 이야기치료 개입은 트라우마를 둘러싼 사회적 맥락을 고려하여 내담자와 그 가족의 트라우마 극복에 유용하게 활용될 수 있다. 둘째, 트라우마 이야기치료와 신경과학적 관점의 연결은 가족의 관계패턴을 신경가소성을 통해 변화시킬 수 있다는 근거에서 이루어진다. 셋째, 트라우마에 대한 이야기치료 개입은 6단계로 이루어지며, 이는 신경과학적 관점에서 설명될 수 있고, 이러한 설명을 통해 트라우마 내담자에 대한 이해를 높일 수 있다는 치료적 함의를 갖는다. 본 연구는 가족치료적 개입을 신경과학적 차원에서 설명해봄으로써 가족 내 개인의 생리적 측면과 관련되는 미시체계가 가족체계의 변화와 연결될 수 있는 가능성을 모색하고 가족치료의 체계론적 관점을 보다 풍부히 하고자 하는 기초적인 탐색연구로서의 성격과 의의를 지닌다.

주제어 : 트라우마, 이야기치료, 신경과학적 관점, 신경가소성

* 본 논문은 2020년 한국가족치료학회 추계 학술대회 포스터 발표 논문을 수정·보완한 것임.

** 교신저자 : 최연실 / 상명대학교 가족복지학과 / (03016) 서울시 종로구 홍지문 2길 20

Tel : 02-2287-5317 / E-mail : yschoi@smu.ac.kr

I. 서 론

트라우마(trauma)라고 불리는 심리적 외상은 외상 후 스트레스 장애(Post Traumatic Stress Disorder 이하 PTSD)를 가져오고, 대인관계 기능과 정서행동을 담당하는 심층 심리구조에 변화를 발생시키는 것이 특징이다. 트라우마는 발생 원인에 따라 천재지변, 교통사고와 같은 단회성 사건에 의한 것과 전쟁과 학대와 같이 지속적인 사건에 의한 트라우마로 구분되기도 한다. 특히 대인관계에 대한 폭력적 사건에 의해 지속적이고 반복적으로 나타난 트라우마는 ‘복합외상(만성적 트라우마)’으로 불린다. 또한 아동기부터 부모에게 지속적인 신체적·정서적 학대인 가정폭력뿐 아니라 장기간 노출되는 학교폭력이나 성폭력의 경우도 피해자들에게 복합외상을 유발한다(신선인, 임보혜, 2012).

이런 트라우마를 효율적으로 치유하기 위해 인간과 가족의 심리를 다루는 치료자들은 여러 가지 연구를 진행하였으며, 현재까지도 다양한 치료모델이 개발되고 있다. 특히 미국심리학회(American Psychological Association: APA)에서 명시한 PTSD를 효과적으로 다루는 근거기반 트라우마 심리치료에는 인지처리치료(Cognitive Processing Therapy), 안구운동 둔감화 및 재처리 치료(Eye Movement Desensitization and Reprocessing: EMDR), 안전 추구치료(Seeking Safety Therapy), 지속적 노출 치료(Prolonged Exposure Therapy), 현재중심치료(Present-Focused Therapy)가 들어간다(주혜선, 2017). 하지만 이들 치료는 대부분 개인을 대상으로 한 트라우마 치료들이다.

트라우마로 인해 인해 치료를 받고자 하는 내담자는 트라우마로 인해 자신의 인지

(cognition), 행동(behavior), 정서(emotion)에서의 무의식적이고 자동적인 변화를 겪게 되며, 이는 내담자와 가장 가까운 관계를 맺고 있는 가족에게 큰 영향을 준다. 가족 안에서는 다른 인간관계에서 볼 수 없는 강력한 정서적 연대가 이루어지기 때문에, 트라우마의 경우 가족을 치료 전체에 포함해야 진정한 치료적 효과를 볼 수 있다(최광현, 2011; Hellinger & Hövel, 1997). 하지만 지금까지 국내에서의 트라우마 극복을 위한 가족치료에 대한 연구는 한정적이었다고 할 수 있다. 우선, 특정한 모델(예: 트라우마 가족치료, 신경언어프로그램 등)을 기법으로 한 질적 연구(신선인, 임보혜, 2012; 최광현, 2013, 2016)와 트라우마와 부부의 친밀감에 대한 이론적 고찰(정상화, 2019)이 전개된 바 있다.

그 외, 국내에서의 트라우마에 대한 가족치료적 개입에 대해 살펴보면, 최광현(2011)과 정성경(2020)의 연구가 있다. 전자에서는 Minuchin의 구조적 가족치료의 희생양 개념을 이용하여 하위체계 간의 명료한 경계선을 이용한 트라우마 개입, 후자에서는 Bowen의 다세대 모델 이론을 통해 원가족을 탐색함으로써 세대 간 전수된 정서적 유산을 통해 트라우마에 대한 개입을 시도하였다. 하지만 근래에는 전통적인 전기 가족치료의 문제중심적 견해에서 벗어나 긍정적이고 강점중심적인 해결중심치료나 이야기치료를 통해 트라우마에 개입하는 경향이 늘고 있다(Denborough, 2020).

트라우마는 외상, 큰 상처를 남기는 사건 후의 정신적 상처를 말하는 것으로 통상적인 인간 경험의 범주를 넘어서는 사건으로 정의된다(김경숙, 2020). 앞서서도 밝힌 바와 같이 트라우마는 가족 차원에서 함께 살펴볼 때 보다 효과적인 개입이 될 수 있는데, 이를 가족

치료에서 주로 사용하는 이론적 모델과 연결시킨 대표적인 연구자는 Denborough(2020)이다. 그는 트라우마 극복을 위한 삶의 의미를 회복하기 위해 이야기치료를 활용하는 것은 매우 효과적이며, 이야기치료를 통해 내담자는 트라우마 이면의 의미를 탐색하여 내담자가 선호하는 이야기를 만들 수 있다고 주장한다.

트라우마를 극복하기 위한 이야기치료적 개입은 피해자의 관점으로 재난을 둘러싼 사회적 맥락을 고려하여 내담자의 대처방법과 생존방법을 탐색하고 내담자의 이야기를 듣는 것을 중시한다. 따라서 내담자가 경험한 감당할 수 있는 작은 일들부터 점진적으로 이야기하면서, 내담자는 트라우마를 경험하면서 만들었던 ‘지배적인 이야기(dominant narrative)’를 ‘대안적 이야기(alternative narrative)’로 전환하는 과정을 거쳐 치유된다(이명진, 한윤경, 2017). 이처럼 트라우마에 대한 이야기치료의 개입은 외상 경험을 한 내담자의 관점을 변화시켜 가는 데 효과적이다.

한편 신경과학적 관점을 취하는 치료자들(Cozolino, 2018; Siegel, 2016)은 의미 있고 일관성 있는 이야기(narrative)가 좌뇌와 우뇌를 통합하여 뇌와 정신의 기능을 관리하고 조율하는 데 최적의 결과를 발생시킨다고 주장한다. 이들에 따르면, 이야기를 만들어 내는 것은 의식적으로 뇌 속에서 전두엽의 기능을 활성화함으로써 편도체의 작용을 약화시킨다. 즉 내담자가 대안적 이야기를 통해 자신의 통제력을 느낀다면, 불안과 공포를 다스릴 수 있게 된다는 것이다. 결과적으로, 이러한 이야기는 트라우마를 겪는 내담자와 그 가족에게 긍정적인 관점에서 공포에 대한 통제력을 향상시킬 수 있는 신경가소성(neuroplasticity)을 활성화시킨다.

위와 같은 사실로 미루어 볼 때, 트라우마를 가진 내담자와 그 가족에 대한 이야기치료(narrative therapy) 접근은 그들만의 이야기를 형성함으로써 트라우마라는 심리적 장애를 극복하는 데 효과적이다. 하지만 지금까지 국내에서는 트라우마에 대한 가족치료적 개입도 한정적이었을 뿐만 아니라 더 나아가 이를 신경과학적 관점과 연결시켜 해석을 시도한 연구는 더욱 미비한 실정이라고 할 수 있다.

따라서 본 연구에서는 트라우마를 가진 내담자와 그 가족에 대한 이야기치료적 개입의 필요성에 대해 탐색하고, 이러한 이야기치료가 신경과학적 관점과 어떻게 연결되는가를 살펴보고자 한다. 또한 트라우마 이야기치료 개입의 단계를 설정하여 각 단계에서 발생하는 치료개입의 효과를 신경과학적 관점에서 해석해보고자 한다.

II. 이론적 고찰

1. 트라우마(trauma)

트라우마는 이전에 경험했던 공포와 비슷한 일이 발생했을 때, 당시의 감정을 다시 느끼면서 심리적 불안을 겪는 심리적 외상을 말한다(네이버 지식백과, 2020.1.23.에 검색.). 정신분석에서 트라우마는 히스테리의 중요한 원인이며, ‘정신적 외상’이라고 부른다. 두려움, 공포, 불안, 수치심 등의 부정적인 정서를 발생시키는 경험이 억압(repression)된 채 무의식 속에서 정신적 외상으로 남게 되는데, 바로 이것이 트라우마라는 것이다(권석만, 2013).

트라우마는 광의의 의미와 협의의 의미로 정의될 수 있다. 광의의 트라우마는 심리적

고통과 상처를 남기는 다양한 부정적인 생활 스트레스 사건들(예: 천재지변, 재난, 전쟁, 교통사고 등의 불의의 사건, 가정폭력, 성폭력 등)을 포함할 수 있으며, 혐의의 트라우마는 각 개인의 삶에서 자존감이나 자신감을 잃게 만드는 일상의 사건이나 경험을 의미한다(김경숙, 2020).

미국정신의학회(American Psychiatric Association: APA)에 따르면, 트라우마는 발생한 사건으로 인해 누군가가 사망하였거나 죽음의 위협을 느끼게 한 것, 신체적 부상이나 성적 위협에 노출된 사건을 자신이 직접적으로 경험하거나 목격한 것, 의미 있는 타인이 앞서 언급된 속성의 사건들을 경험한 사실을 알게 되는 것, 혐오감을 주는 충격적인 사건에 강하게 혹은 반복적으로 노출되는 것과 같은 공통적인 특징을 가진다(주혜선, 2017).

이러한 트라우마를 겪은 개인의 적응은 사회적 맥락과 분리해서 볼 수 없으며, 트라우마의 경험 역시 어떤 방식으로든 개인과 사회적 체계의 맥락에서 직·간접적인 상호작용을 경험한다. Quinn과 Chaudoir(2015)는 이러한 상호작용을 개인에서 사회체계로 이어지는 상향식(bottom up)과 사회체계에서 개인으로 이어지는 하향식(top down)의 방향을 모두 포함한다고 말한다. 개인에서 사회체계로 영향을 미치는 (상향식) 트라우마는 개인의 경험이 가족, 친구, 이웃 등 미시체계 내에 존재하는 다양한 사람들에게도 간접적으로 영향을 미치는 것은 물론 공동체 전체에 걸쳐 그 영향력이 확대될 수 있다. 반대로 사회체계에서 개인에게로 영향 미치는 (하향식) 트라우마는 사회의 주요 구성원들이 공통적으로 지닌 사회·문화적 규범과 가치 등이 일부 하위집단에 암묵적이거나 명시적인 행동으로 발생함으로써 좀

더 암묵적이고 지속적이면서 광범위하게 개인에게 영향을 미친다(주혜선, 2017). 여기서 트라우마를 회복하기 위해서는 트라우마를 경험한 내담자들을 체계론적 시각으로 이해해야 할 필요성이 제기된다고 할 수 있다(Landau, Mittal, & Wieling 2008; Wind & Komproe, 2012). 따라서 트라우마를 가진 내담자를 치료하기 위해서는 개인과 그를 둘러싼 사회·문화적 맥락을 고려하여 관계를 살펴보는 가족치료적 관점이 유용함을 알 수 있다.

2. 트라우마와 이야기치료

트라우마에 대한 가족치료 접근은 전기와 후기 모델로 나누어 살펴볼 수 있다. 먼저 전기 가족치료 모델에서 보면, 정신역동적 모델, 보웬의 다세대모델, 미뉴친의 구조적 모델을 통해 접근이 이루어져왔다. 우선, 정신역동적 관점에서 볼 때, 트라우마는 투사의 방어기제에 의해 부정적 행동 패턴이 형성되어 가족 전체에 영향을 미칠 수도 있으며(Maaz, 2008), 가족 내에서 발생한 트라우마는 시간이 흘러 다른 사람에게 투사되는 ‘감정전이(emotional transference)’를 일으킬 수도 있다(권석만, 2013). 이러한 과거의 트라우마 기억들은 현재의 인지, 정서, 행동, 상황이 더해지면서 억압된 마음의 상처가 내면으로 쌓이게 되며, 자신을 관계에서 고립시키거나 정반대로 사람들에게 애정과 인정을 원하게 된다(최광현, 2013).

다음으로, 트라우마는 많은 경우 가족으로부터 받은 심리적 고통으로 인해 경험될 수 있으며(김경숙, 2020), 이는 개인의 성격 특성이나 기질적 차원이라기보다 이전 세대에서부터 전수되어 온 정서적인 유산과 관련이 있다는 Bowen의 다세대 관점에 의한 해석이 가능

하다(최광현, 2016). 가족의 역사 속에서 발생한 트라우마는 반복적으로 발생하기 때문에 가족은 서로 다른 장소에서 살아가고 있다고 할지라도 가족의 정서과정을 이해하기 위해 다세대에 걸친 가족역동과정을 탐색할 필요가 있다(Carter & McGoldrick, 2000).

또한, 가족 안에 존재하는 트라우마는 구조적 가족치료의 관점에서 가족 하위체계의 경계선을 명확한 경계선으로 변화시키며 해결할 수도 있다. 명확한 경계선을 설정하기 위해서는 내담자 자신과 가족 내에서 존재하는 경계선의 실체를 드러내어, 내담자는 자신의 가족을 객관적으로 바라볼 수 있으며, 이를 통해 자신의 트라우마를 직면하고 트라우마 사건을 재경험하며 치유된다(최광현, 2011; Hellinger & Hövel, 1997).

이처럼 전기 가족치료의 관점은 트라우마가 발생한 원인에 대해 파악하면서 해결책을 찾는 데 초점을 맞추는 반면, 후기 가족치료에서는 내담자와 그 가족에게 잠재되어 있는 강점에 초점을 맞추어 트라우마를 극복하고자 한다.

이야기치료 접근을 창시한 White(2010)는 인간은 여러 가지 기술, 능력, 가치, 신념을 지니고 있고, 이것을 사용하여 그들의 삶에 부정적 영향을 미치는 문제의 영향력을 감소시킬 수 있다고 말한다. 내담자의 문제는 사회의 담론이 부정적으로 취급하는 말, 행동, 사상 등을 의미하는 것으로, 이 부분이 내담자의 삶으로 인식되면서 내담자는 이러한 부분을 자신의 삶 전부로 인식하고 그것을 자신의 정체성으로 생각한다(Fcault, 1980). 따라서 이야기치료는 언어를 통해 문제의 사회문화적 맥락을 해체하고(Derrida, 1981), 내담자가 선호하는 이야기를 만들어 내어 내담자의 정체성

을 재구성하는 가족치료 이론이라고 할 수 있다(이선훈, 2008).

이러한 이야기치료는 특히 트라우마 개입에서 유용하게 활용되고 있다. White(2004)는 트라우마는 심리적·신체적 고통과 함께 기억체계의 손상을 가져오기 때문에, 내담자가 트라우마를 극복하기 위해서는 기억체계를 복구하기 위한 의미의 복구가 이야기를 통해 선행되어야 한다고 말한다. 그렇기 때문에 의미의 복구를 위해 이야기치료를 활용하는 것이 매우 효과적이며, 이야기치료를 통해 내담자는 트라우마 이전의 희망, 의도, 의미를 탐색하여 내담자만의 선호하는 이야기를 만들어야 한다(Denborough, 2020).

트라우마를 극복하기 위한 이야기치료적 개입은 내담자에게 트라우마 상황에 대한 의미를 복구하기 위해 과거 외상에 집착하는 것이 아닌 피해자의 관점으로 재난을 둘러싼 사회적 맥락을 고려하여 내담자가 외상에 어떻게 대처하였고, 어떻게 생존했는지를 탐색하는 방법으로 내담자의 이야기를 듣는 것을 강조한다. 따라서 내담자가 경험한 감정을 수 있는 작은 일들부터 가장 고통스러운 기억에 이르기까지 점진적으로 이야기하면서, 내담자는 트라우마를 경험하면서 만들었던 ‘지배적이고 문제적인 이야기’를 ‘선호하는 (대안적) 이야기’로 전환하는 과정을 거쳐 치유될 수 있다(이명진, 한윤경, 2017).

이야기치료는 다양한 문제와 맥락 등에서 광범위하게 적용되고 있는데(이선훈, 2008; McPhie & Chaffey, 1999, White, 1995), 특히 트라우마(trauma)와 실패를 경험한 대상에게 적용할 수 있는 방법이 다양하게 개발되고 있다(Denborough, 2020; White, 2004). 이러한 방법들을 White(2010)는 지도(map)를 통해 풍부한

이야기하기(지배적 이야기, 문제적 이야기), 외재화 대화, 재저작 대화, 정의(인정)예식, 회원재구성 대화, 치료적 문서의 활용 등으로 이야기치료의 구체적인 방식을 제시하였다(고미영, 장화정, 윤혜미, 2013; 김번영, 2017; 이선헌, 2008; 정문자, 정혜정, 이선헌, 전영주, 2007).

3. 이야기치료와 신경과학적 관점

가족치료의 체계이론은 커플과 가족에게 영향을 주는 맥락적 상황을 탐색하면서 내담자를 둘러싼 거시적 차원의 중요성을 강조하려는 경향이 있다. 반면 신경과학은 인간의 뇌의 변화를 살펴봄으로써 미시적 차원의 탐색을 강조한다. 이런 상황에서 가족치료와 신경과학의 접촉은 거시적 수준과 미시적 수준으로 가족을 파악하여 통합적인 체계적 관점으로 통찰할 수 있게 한다(Fishbane, 2019).

최근 가족치료에 신경과학적 관점을 도입하고자 하는 연구자들은 fMRI 등의 기계를 통해 뇌의 변화를 관찰함으로써 가족들이 서로에게 어떻게 반응하고 있으며, 정서적으로는 어떤 방법을 통해 조절되고 있는지를 파악하고자 한다(Fishbane, 2019). 이러한 뇌의 변화를 연구하는 것은 가족치료 분야의 연구자들에게 행복한 커플의 건강한 역동을 과학적으로 증명할 수 있게 하며, 임상가들에게는 불행한 커플의 역동에 대한 이해를 한층 더 깊게 한다고 볼 수 있다(Gottman & Gottman, 2015). 이렇듯 가족치료와 신경과학의 접촉은 가족변화의 과정을 관찰할 수 있게 할 뿐만 아니라 관계적 경험과 개인적 경험까지도 설명할 수 있는 토대가 되고 있다.

인간의 뇌는 익숙하고 알려진 것에 편안함

을 느끼며 안전지대(comfort zone)를 형성한다(Cozolino, 2018; Fishbane, 2019). 이러한 안전지대는 과거의 경험에 의해 만들어지며, 가족의 안정과 변화의 역동은 우리의 뇌에서 생존에 유리한 방식으로 기억되고 유지된다. 뇌는 익숙한 것을 선호하게 되는데, 익숙한 것이 관계에서 갈등을 초래할 때 가족은 안전지대를 벗어나 성장이 필요하다(Fishbane, 2019). 이러한 성장에 필요한 것이 신경가소성(neuroplasticity)이다.

신경가소성은 신경생성(neurogenesis)과 수초생성(myelinogenesis)을 통해 시냅스(synapse) 및 시냅스의 생성(synaptogenesis)을 강화하거나 성장시키는 능력을 말하는 것으로 해마(hippocampus)에서 담당한다(Eriksson et al., 1998). 이러한 신경가소성은 전 생애를 통해 학습할 수 있으며(Etkin, Pttenger, Polan, & Kandel, 2005; Siegel, 2016), 신경가소성을 통해 가족은 갈등이 발생하면 긍정적인 방향으로 관계를 변화시킬 수 있다(Cozolino, 2018; Fishbane, 2019; Kolb, & Whishaw, 2018; LeDoux, 2005; Siegel, 2016). 이러한 발견들은 가족관계의 양상들이 유전적 소인과 경험을 통한 개인차가 존재하지만, 신경가소성을 활용하여 가족들의 관계를 변화시킬 수 있다는 사실을 확인시켜 주는 것이다(Fishbane, 2019).

위에서 언급했듯이 신경가소성은 가족관계를 변화시키는 데 활용된다(Fishbane, 2019). 가족들의 반응성과 자동적인 생존전략은 편도체를 활성화시키는데, 이를 객관적 시각에서 바라보게 되면 뇌의 전두엽 영역이 활성화된다. 전두엽의 활성화는 자동적 반응성보다 선택의 역량이 강해짐을 의미하기 때문에 가족은 보다 더 기능적이 된다. 가족들은 타임아웃 등을 통해 그들의 관계 패턴을 객관적으로 바라

봄으로써 전두엽을 활성화하여 언제 생존전략을 사용해야 하는지, 그리고 그것을 어떻게 유연하게 사용할 수 있는지를 경험하고 학습할 수 있다. 가족들은 이런 과정을 통해 신경가소성을 생성하게 되며, 상상과 연습을 통해 신경가소성을 강화할 수 있다.

이야기(narrative)는 개인적인 경험과 공통의 가치를 표현하는 수단으로 가족과 사회, 국가를 연결하고 문화를 발전시키며 우리를 하나의 집단으로 연결한다고 말한다(White, 2010). 이런 관점으로 볼 때 이야기는 개인의 정체성에 중요한 부분을 차지한다. 또한 좌뇌와 우뇌를 통합하여 형성된 일관되고 의미 있는 이야기는 뇌와 정신의 기능을 조율하는 데 최적의 틀과 전략을 제공한다(Cozolino, 2018). 더불어 이야기는 우리의 내적인 주관적인 경험을 형성하게 하고, 문화의 핵심이 되며 문화를 통해 개인과 세대의 경계를 넘어 확장된 자기 안에서 마음과 마음을 결합시킨다. 따라서 이야기의 과정은 기억을 인출하고 재부호화하는 기제를 통해 이루어지고 기억을 유용하게 변화시킨다(Siegel, 2016). 즉 이야기는 신경가소성을 촉진시키는 역할을 수행한다.

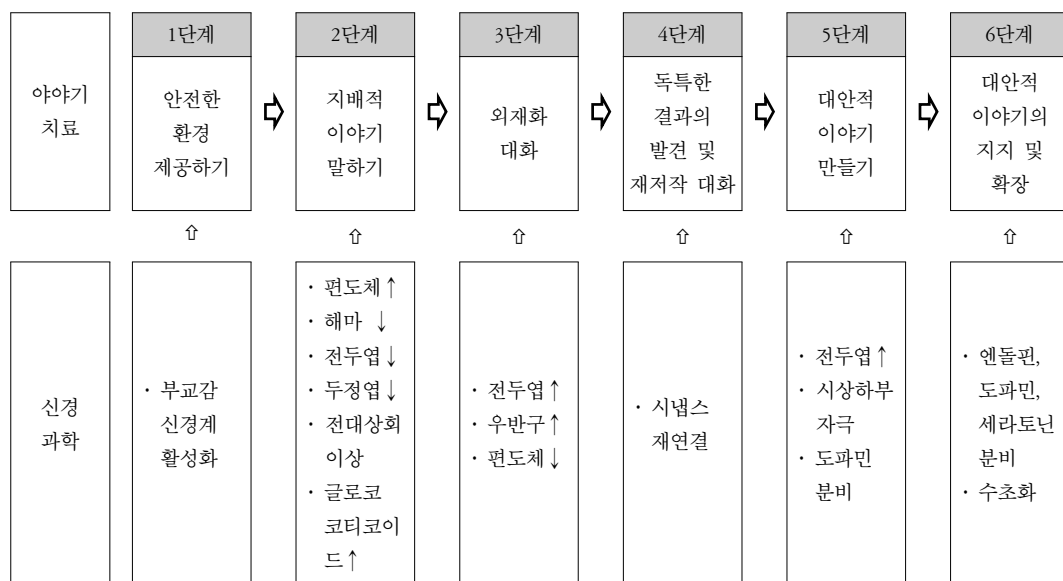
지금까지 살펴본 바와 같이, 이야기는 신경가소성을 활성화하는 데 중요한 역할을 담당하고, 신경과학은 신경가소성을 활성화시켜 가족의 관계 패턴을 변화시키는 과정을 설명하는 데 매우 유용하다. 하지만 국내에서 이야기치료를 뇌과학적으로 설명하려는 연구는 아직까지 매우 미비한 실정이라고 할 수 있다. 따라서 본 연구에서는 이러한 문제의식에서 출발해서 트라우마를 경험한 내담자와 그 가족을 대상으로 한 이야기치료적 개입의 단계 구성을 제시하고 이를 신경과학적 관점에서 설명하는 것을 시도해 보고자 하며, 이

와 더불어 그러한 시도가 가족치료에 갖는 함의를 모색해 보고자 한다.

4. 트라우마 이야기치료 개입의 단계 구성과 신경과학적 해석

트라우마를 가진 내담자는 무의식적으로 침습기억, 뚜렷한 감각기억, 악몽 등에 의한 어려움을 호소한다. 이러한 어려움들은 순간경험(flashback), 재경험(re-experience), 회피(avoidance), 정서적 둔마(emotional numbing), 과각성(hyper-arousal), 저각성(hypo-arousal) 등의 형태로 나타나는데(유정, 2015; Daigesh, 2004), 본 연구에서는 과각성 상태로 발현되는 트라우마를 가진 내담자와 그 가족을 위주로 설명을 진행하고자 한다.

트라우마를 경험한 사람들은 그 사건을 기억하는 자전적 기억(autobiographical memory)에 손상을 입는다. 이렇게 손상된 기억은 파편화되어 전체 이야기의 틀로 편입하지 못하게 되는데, Brewin와 Holmes(2004)는 이를 외상 후 스트레스의 이중표상(Dual Representation of Posttraumatic Stress Disorder) 이론으로 설명한다. 여기에서 트라우마 기억은 언어로 접근 가능한 영역(Verbally Accessible Memory: 이하 VAM)과 상황 혹은 감각만으로 접근 가능한 영역(Situational/Sensorily Accessible Memory: 이하 SAM)으로 구분된다. 특히 트라우마에 대한 기억은 VAM보다는 SAM으로 처리되기 때문에 트라우마를 겪은 내담자 자신도 무의식적이고 이해하기 어려운 상태로 순간경험, 재경험, 회피, 과각성과 같은 증상을 보이게 된다. 따라서 트라우마를 가진 내담자에게는 SAM이 VAM으로 재부호화(re-encoding)할 수 있도록(유정, 2015) 시도하는 상담적 개입이 필요하다.



[그림 1] 이야기치료의 단계에 대한 신경과학적 요소

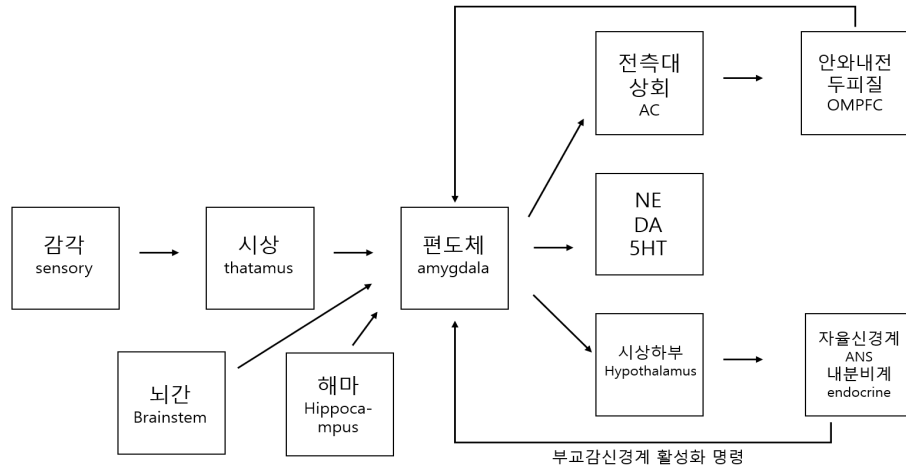
본 연구에서는 앞서도 밝힌 바와 같이 이
에 대한 유용한 상담적 개입으로 이야기치료를
활용하고자 한다. 이에 따라 이야기치료의
단계를 설정하고 각 단계에 맞는 트라우마를
처리하기 위한 신경과학적 설명을 통해 이야
기치료의 효과를 설명하고자 한다.

정문자 등(2007)은 문제이야기 경청, 문제이
야기 해체, 대안이야기 구축의 과정을 통해
이야기치료의 과정을 설명하고 있으며, 이영
분, 김유순, 신영화, 전해성, 최선령(2020)은 문
제에 대해 말하기, 색다른(독특한 결과 혹은
예외) 말하기, 이야기 다시 쓰기 새로운 이야
기하기의 과정을 거쳐 이야기치료가 진행된다고
말한다. 고미영(2019)은 이야기치료의 단계를
지배적 이야기, 회원재구성 대화, 이야기
전환점과 대안적이야기의 순서로 이야기치료
의 과정을 설명하고 있으며, 김번영(2017)은
풍부한 이야기하기, 문제 밖으로 드러내기(외
재화), 과거 재방문하기, 대안적 이야기 만들

기, 대안적 이야기 지지 및 확장하기(회원재구
성, 정의예식)로 설정하여 설명한다.

이미진과 김춘경(2012)의 논문에서는 관계
형성, 이야기하기, 문제의 외재화, 독특한 결
과 발견, 새로운 이야기 만들기 및 굳히기, 마
무리의 단계로 설정하여 프로그램 개발을 진
행하였다. 또한 Denborough(2020)는 트라우마
이야기치료를 이야기하기, 외재화 대화, 외부
증인 반영, 재저작 대화라는 순서를 통하여
진행하였다.

따라서 본 연구에서는 앞서 살펴본 이야기
치료의 문헌과 선행연구들을 바탕으로 이야기
치료의 단계를 다음의 6단계로 설정하고자 한
다. 각 단계는 이야기를 위한 안전한 환경을
제공하기(1단계), 지배적 이야기 말하기(2단계),
외재화 대화(3단계) 독특한 결과의 발견 및 재
저작 대화(4단계), 대안적 이야기 만들기(5단
계), 대안적 이야기의 지지 및 확장(6단계)으로
구성한다. 이야기치료의 단계를 제시하면, 그



※ Frank Anderson(2020)의 Internal Family Systems(IFS): Treating Complex PTSD 교육자료를 재구성함.

[그림 2] 공포의 발생과 소멸과정의 뇌 전달체계

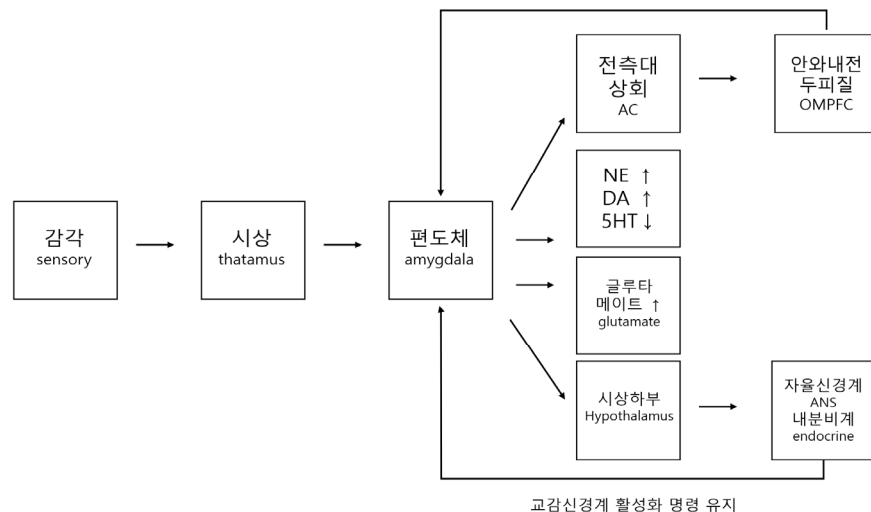
림 1과 같다.

트라우마를 가진 내담자에게 이야기치료적 개입을 위한 첫 번째 단계는 안전한 상담환경을 만들어 주는 것이다. LeDoux(2005)에 따르면, 보편적으로 인간은 공포의 감각이 발생하면 그러한 감각(sensory)들이 시상(thalamus)을 통해 편도체(amygdala)로 전달되며, 이렇게 편도체로 전달된 감각들은 노르에피네프린(norepinephrine; NE), 세로토닌(serotonin; 5HT), 도파민(dopamine: DA) 등의 물질들을 분비하거나 시상하부(hypothalamus)를 통해 자율신경계(autonomic nervous system, ANS)나 내분비계(endocrine system)를 활성화하여 편도체(amygdala)를 다시 진정시키는 정보를 보낸다. 이와 동시에 편도체(amygdala)는 전측대상회(anterior cingulate)로 신호를 주고, 이를 안와내전두피질(OMPFC)로 전달하면서 전두엽을 활성화시켜 다시 편도체로 그 신호를 전달한다. 이러한 상황들은 무의식적이고 매우 빠르게 진행되며 이러한 과정을 통해 공포가 소멸된

다(그림 2 참조).

반면에 트라우마를 겪은 내담자는 이러한 공포가 자연적으로 소멸되지 않는다. 따라서 감각에서 공포자극을 느끼게 되면 상황적 맥락으로 인해 계속적으로 편도체가 활성화되기 시작한다. 이러한 공포의 반응은 내담자의 다양한 삶의 맥락에서 촉발되기 때문에 치료자는 내담자의 편도체를 안정시키기 위해 안전한 상담환경을 제공할 필요가 있다. 안전한 상담환경은 부교감신경계(parasympathetic nervous system)를 활성화하는 것을 도와 내담자의 심리상태를 침착하고 안정되게 한다. 따라서 부교감신경계의 활성을 통해 공포상황을 겪은 내담자는 신체적·심리적 이완감과 만족감을 경험하게 할 수 있다. 따라서 내담자가 트라우마 상황에 대한 공포에 대해 이야기하기 전에 내담자의 신체적·심리적 이완감과 만족감을 위해 안전한 상담환경을 구축해야 한다(Hanson, & Mendius, 2010).

두 번째 단계는 내담자의 지배적 이야기를



※ Frank Anderson(2020)의 Internal Family Systems(IFS): Treating Complex TSD 교육자료를 재구성함.

(그림 3) 트라우마 내담자의 과각성(hyperarousal) 상태에서의 뇌의 전달체계

듣는 과정이다. 이는 치료자가 내담자를 파악하는 단계로, 내담자는 자신이 생각하는 문제 행동이나 아픔을 포함하여 이야기를 시작한다. 이 단계에서 치료자는 내담자가 트라우마로 인해 문제 상황이 발생하는 과정에 대해 이해할 수 있다. 즉 이 과정을 통해 치료자는 내담자를 자세히 파악할 수 있고, 문제가 발생한 원인을 내담자에게 정확히 설명할 수 있다.

트라우마를 가진 내담자는 맥락적 상황으로 인해 감정이 촉발되면서 문제 상황이 발생한다. 즉 문제 상황은 측두엽(temporal lobe)에 위치한 해마(hippocampus)에 저장된 무의식적인 암묵적 기억(implicit memory)¹⁾이 공포를 촉발하는 상황과 연결되어 당시의 정서 기억이 되

살아나며 발생한다. 이렇듯 감각에서 공포 자극을 느끼게 되면 상황적 맥락으로 인해 편도체가 활성화되기 시작한다. 이렇게 촉발된 편도체는 수도 주변의 회백질이 얼어붙는 반응이 나타나기 시작하면서 높은 노르에피네프린과 도파민이 분비되고, 낮은 세로토닌이 분비된다. 또한 높은 글루타메이트(glutamate)가 분비되면서, 각성된 자율신경계와 내분비계가 편도체에 진정시키는 명령을 전달하지 못하기 때문에 트라우마를 겪은 내담자의 편도체는 계속적으로 활성화하게 된다(그림 3). 즉, 편도체가 과활성화되고, 해마가 축소되면서 전대상회(anterior cingulate cortex)의 이상이 발생한다(유정, 2015; Daigesh, 2004).

이러한 내담자의 상황은 내담자의 배우자에게는 물론 그 가족에게도 영향력을 행사한다. 내담자의 폭력적인 언행이나 행동은 가족 구성원의 정서 상태에 영향을 미치게 되고, 이를 통해 가족의 스트레스 수준이 높아지면서 가족 구성원은 신체적 증상까지 호소할 수

1) 암묵적 기억은 대뇌 신피질(cerebral cortex) 영역과 기저핵(basal ganglia) 구조를 활성화하여 흑질의 도파민 세포뿐 아니라 대뇌피질의 모든 부위로부터 연결을 받고 담창구(globus pallidus)와 복측시상(thalamus)을 통해 전운동 피질로 연결되는 기억이다.

있다.

트라우마로 인해 발생한 내담자와 가족 구성원 간의 갈등은 편도체가 실행기능과 기억처리를 지배하게 되는 반면에 전두엽(frontal lobe)과 두정엽(parietal lobe)의 실행기능은 크게 억제되어 투쟁-도피반응(fight or flight response)으로 나타난다. 이런 투쟁-도피반응은 언어와 이야기를 관장하는 좌뇌의 영역을 억제하고, 관계를 중심으로 한 사회적 뇌 체계를 억압하게 되면서 위협적인 상황에만 초점을 맞추기 시작한다. 즉 신경생물학적 작용이 몸, 마음, 감정을 지배하기 시작하면서 가족관계보다 내담자의 공포에 의한 흥분상태에 초점이 맞추어지게 된다. 트라우마로 인한 만성적인 위협은 교감신경계가 부교감신경계보다 더욱 활성화되면서 균형이 무너지고 면역력 약화와 신체적 증상을 동반하게 된다.

만성적이고 심각한 스트레스(트라우마)는 글로코코티코이드(glucocorticoid)²⁾의 수치가 장기간 높게 유지되어 신경계에 부정적인 영향을 미치게 되면서 면역력 약화와 손 떨림과 같은 신체적 증상이 발생한다. 지배적 이야기하기를 통해 치료자는 내담자가 트라우마를 촉발시키는 요인과 뇌의 작용을 탐색할 수 있으며, 내담자와 그들의 가족에게 어떻게 문제 상황이 발생하는지에 대한 정확한 정보를 제공할 수 있다.

세 번째 단계는 문제를 외재화하는 단계이다. 이 과정은 이야기치료에서 가장 많이 알려진 기법인 외재화 대화를 사용하는 것으로, 문제와 사람을 분리해서 대화를 진행한다. 외

재화 대화를 통해 치료자는 트라우마라는 심리내적이고 개인적으로 여기던 문제를 사회문화적인 맥락 안에서 해석하여 문제를 객관화시키는 작업을 수행하게 된다.

이야기치료는 트라우마를 삶의 일부이자 함께 살아가는 것으로 정의하고 있으며, 이러한 이유로 트라우마와 내담자 간의 관계를 재설정하기 위해 외재화 대화를 사용한다. 문제를 외재화한다는 것은 객관적으로 문제를 바라보게 됨을 의미하며, 전전두엽(prefrontal lobe)이 활성화되어 의식적으로 트라우마적 기억을 통제할 수 있게 되도록 유도하는 것이다.

트라우마를 가진 내담자와 가족 구성원들은 서로 영향을 주고받게 된다. 특히 트라우마를 가진 내담자는 부정적인 표현이 증가하는데, 이런 부정적인 표현의 대상자가 되는 가족 구성원들의 거울 뉴런(mirror neuron)과 우반구가 활성화시키면서 가족구성원들의 행동을 위축시키고 상황을 부정적으로 받아들이게 만든다.

하지만 문제를 외재화하게 되면 내담자와 그 가족 구성원들은 우반구의 영향력에서 벗어나 사건을 객관화하여 재해석을 하게 되면서 좌반구가 활성화된다. 좌반구가 외재화된 문제를 인식하게 되면, 전두엽이 활성화되면서 편도체의 활성을 억제할 수 있다. 이러한 과정을 통해 전두엽이 활성화된다면 자기 비난이 줄어들고 부교감신경계가 활성화되어 심리적으로 안정된 상태가 이루어진다.

여기까지의 이야기치료 단계는 SAM으로 주로 발현되는 심리적 트라우마를 VAM으로 재부호화시켜 파편화된 기억을 일반 기억체계로 편입시키기 위해 이야기를 이용하는 과정이다. 이후 네 번째 단계부터는 통합된 이야기로 처리하는 과정을 넘어서 내담자의 인지를 변화시키기 위한 작업을 통해 내담자와 그

2) 글로코코티코이드는 스테로이드 호르몬의 한 종류이며, 뇌파의 알파 리듬의 빈도를 증가시키고 쾌감, 식욕 이상 항진증에서 정신병적인 행동까지 다양한 정신 증상을 발생시킨다.

가족에게 희망을 고취시키는 단계라고 할 수 있다.

네 번째 단계는 독특한 결과의 발견 및 재저작 대화의 단계이다. 이 단계는 내담자가 계속해서 자기 삶의 이야기를 발전시키도록 하기 위한 과정을 말한다. 독특한 결과의 발견은 이야기의 지배적 줄거리에서 벗어나 현재는 간과되고 있으나 잠재적으로 중요한 어떤 사건이나 경험을 자신의 이야기 속에서 발견하는 것으로, 발견된 독특한 결과는 재저작 대화를 통해 자신의 이야기 속으로 편입하도록 돕는다.

인간의 모든 경험은 시냅스(synapse)에 보관되어 기억되게 되는데, 이러한 시냅스 중에서 우리가 자주 사용하는 시냅스는 강화되어 현재의 이야기로 나타나게 되고 자주 사용하지 않는 시냅스는 점차 기억 속으로 퇴화된다(LeDoux, 2005).

하지만 내담자의 경험이 담긴 시냅스는 사라지는 것이 아니므로 잊혀진 경험을 다시 되새기는 훈련을 하게 되면 그 시냅스가 활성화되어 새로운 이야기를 만들 수 있는 중요한 성분이 된다. 내담자의 지배적 이야기는 맥락과 사회적 담론에 의해 시냅스의 강화를 이루어 왔기 때문에 발생하며, 치료자는 내담자에게 이미 존재하는 시냅스 내의 독특한 결과를 상기시키는 역할을 함으로써의 대안적 이야기를 발견할 수 있게 된다. 따라서 독특한 결과의 발견과 재저작 대화는 내담자와 가족 구성원들의 시냅스의 활성을 통한 신경가소성을 활용하여 뇌의 구조를 변화시킬 수 있다. 즉 이 과정은 뇌의 구조를 바꾸기 위한 기본적인 토대를 이루는 과정이라고 할 수 있다.

다섯 번째 단계는 대안적 이야기 만들기 단계이다. 대안적 이야기는 현재의 지배적인

이야기인 문제이야기의 영향에서 벗어나 내담자와 가족의 정체성을 재구성하여 자신이 선호하는(대안적) 삶을 재구성하는 단계이다. 이야기치료에서 인간의 삶의 방향은 목적의식의 영향을 받는다고 말한다. 내담자와 그 가족은 삶에서 추구하는 의도, 목적, 가치, 꿈, 희망, 헌신을 살피 그들의 목적의식 혹은 지향상태(intentional states)에 따라 행동하게 되고 그 행동은 다시 지향상태를 강화하는 과정을 거치며 정체성을 형성하게 된다. 따라서 대안적 이야기를 만드는 것은 내담자와 그 가족의 정체성이 재구성되어 삶의 방향을 결정짓는다.

대안적 이야기는 결국 상상된 이야기로서 내담자의 이야기를 풍부하게 하면서 내담자의 삶을 확장한다. 독특한 결과로 발생한 대안적 이야기는 전두엽을 통해 정서와 인지ye 관한 뉴런을 통해 신경망을 연결한다. 전두엽은 이야기의 포괄적인 구조를 조정하는 전략과 틀을 구성할 수 있으며, 자신이 선호하는 삶을 상상하게 할 수 있다(Cozolino, 2018). 상상을 통해 내담자의 시상하부(hypothalamus)가 자극되면, 시상하부의 신경다발이 내측전뇌다발(medial forebrain bundle: MFB)을 거쳐 보상효과를 일으키게 된다.

내측전뇌다발은 전뇌(forebrain)에서 뇌간(brainstem)으로 가는 섬유들을 활성화시키게 되는데, 이 섬유들이 도파민을 만드는 뉴런으로 이동되면서 도파민이 분비된다. 도파민은 보상작용에 중요한 인자로 이를 통해 신경가소성이 강화되는 효과를 일으킬 수 있다. 간단히 말하면, 상상을 통해 대안적 이야기가 생성되면 전두엽은 시상하부를 자극하게 되고 도파민을 분비하게 된다. 분비된 도파민을 통해 뇌는 보상의 효과를 얻을 수 있으며, 이는 대안적 이야기를 강화시키는 결과로 나타난다.

이야기치료의 네 번째 단계와 다섯 번째 단계의 과정은 기억의 재공고화(memory reconciliation)와 연결될 수도 있다. 기억의 재공고화는 새로운 신경과학의 이론적 경향으로 내담자가 트라우마 상황을 뇌를 통해 물리적, 신경적 시냅스 수준에서 삭제될 수 있다는 이론을 말한다. 이러한 기억의 재공고화 단계는 암묵적 기억이 활성화되어 있는 동안, 부조화된 경험을 얻게 되면 기억의 재공고화를 통해 트라우마를 치유할 수 있다고 주장한다(Ecker, Ticic, & Hulley, 2017). 따라서 내담자와 그 가족은 트라우마 상황과 부조화를 이루는 재저작과 대안적 이야기를 통해 기억의 재공고화를 이루게 되는 것이다.

마지막 단계는 대안적 이야기의 지지 및 확장 단계이다. 이 단계는 회원재구성과 정의(인정)예식을 활용하여 대안적 이야기를 강화한다. 인간의 정체성은 사회적으로 구성되기 때문에 타인과의 상호작용 속에서 형성되고 재구성된다. 따라서 내담자가 살아온 역사 속에서 새롭게 발견해 낸 정체성은 타인과 공유되고, 그들의 인정을 받는 의식을 통해 자신의 것이 된다(정문자 외, 2007).

위에서 언급한 것과 같이 인간의 정체성은 대인관계에 기초하고 있다. 때문에 이야기치료에서는 회원재구성의 단계를 거치게 되는데 여기서 회원은 내담자의 과거, 현재, 미래의 삶에서 중요한 위치를 차지하면서 내담자의 정체성 형성에 영향력을 행사할 수 있는 사람이나 존재를 말한다. 따라서 회원재구성을 통해 중요한 타자와의 관계를 재설정하여 대안적 이야기에 대한 인정을 통해 내담자와 그 가족의 정체성을 새롭게 확립하게 된다.

정의(인정)예식이란 정체성을 재정의하고 그것을 사회적으로 인정하는 행위를 말한다. 정

의(인정)예식을 통해 내담자는 자신의 이야기를 풍부하게 발전시킬 수 있다. 특히 정의예식은 내담자의 삶을 인정하고 의식적으로 삶을 평가하는 과정이기 때문에 이 의식을 통해 내담자는 외부증인 앞에서 자신의 삶의 이야기를 재현하고, 외부증인의 피드백을 듣는다. 이후 외부증인은 다시 말하기 과정을 통해 내담자가 지향하는 삶의 가치를 재확인한다. 특히 이 과정에서 트라우마를 가진 내담자에게 중요한 타자인 가족의 역할이 상당히 크다.

내담자는 이러한 과정을 통해 부교감신경계를 활성화하여 심리적 안정 상태에서 좌반구의 언어정보처리 기능과 우반구의 감각적·정서적 정보를 처리하는 기능을 통합할 수 있게 되어 일관되고 의미 있는 이야기를 형성할 수 있게 된다. 좌반구와 우반구를 통한 이야기 형성은 관계를 연결해줄 뿐 아니라, 신경가소성과 새로운 학습을 촉진하는 중요한 요소로 기능하게 된다(Cozolino, 2018).

내담자와 그 가족은 대안적 이야기를 상상하는 등의 방법을 통해 지속적으로 연습하면 수초화(myelination)를 증가시킨다. 이러한 연습은 수초를 계속적으로 연결하여 내담자의 삶을 선호하는 이야기로 전환할 수 있도록 시냅스적 연결 강화가 일어난다. 따라서 가족치료자는 이러한 뇌의 변화과정을 이해하고, 내담자가 선호하는 이야기를 선택할 수 있도록 뇌를 변화시키기 위해 상상하기, 명상하기 등의 방법을 활용하여 내담자의 신경가소성을 이용하여 선호하는 이야기를 강화해야 한다. 트라우마에 대한 이야기치료적 개입단계에 대한 설명과 신경과학적 해석을 표 1과 같이 요약하였다.

〈표 1〉 트라우마 이야기치료 단계에 따른 신경과학적 설명

이야기치료 단계		신경과학적 설명
1	안전한 환경 만들기	- 안전한 상담환경을 구성하는 단계 - 부교감신경계의 활성화를 통해 내담자에게 신체적·심리적 이완감을 제공하여 내담자의 이야기를 들을 수 있는 안전한 상담환경 구축함.
2	지배적 이야기 말하기	- 내담자가 가진 현재의 지배적 이야기를 다루는 것으로, 내담자를 파악하기 위한 단계 - 공포에 대한 편도체의 뉴런들은 부정적인 것들에 대해 민감하게 반응하여 위험을 학습함. - 트라우마로 인해 내담자와 가족 구성원의 편도체가 과활성화되고 전두엽과 두정엽의 활동이 저하되며 해마가 축소됨. - 좌뇌의 영역이 억제되면서 위협적인 상황에 초점이 맞춰져 지배적 이야기를 형성함. - 교감신경계와 부교감신경계의 불균형이 발생함. - 높은 글로코코티코이드의 수치로 인해 신경계에 부정적인 영향을 미치게 됨.
3	외재화 대화	- 문제를 사람과 분리해서 객관적으로 대화를 진행하는 과정 - 심리내적이고 개인적으로 여기던 문제를 사회문화적인 맥락 안에서 해석하기 위한 단계 - 트라우마와의 관계를 재설정하는 단계 - 외재화를 통해 문제를 객관화함으로써 전전두엽이 활성화되고 의식적으로 기억을 통제할 수 있음. - 트라우마를 가진 내담자와 그 가족은 거울뉴런과 우반구가 활성화되기 시작함. - 외재화는 내담자의 좌반구는 전두엽을 활성화시키고 편도체의 활동을 억제하는 기능을 시작함. - 전두엽의 활용을 통해 부교감신경계가 활성화됨.
4	독특한 결과의 발견 및 재작 대화	- 내담자 삶의 이야기를 발전시키기 위한 단계 - 이야기의 지배적 줄거리에서 벗어나 현재는 간과되고 있으나 잠재적으로 중요한 어떤 경험을 자기 이야기 속에 포함하도록 돕는 단계 - 인간의 모든 경험은 시냅스에 보관되어 기억되며, 자주 활용하는 시냅스는 계속적으로 강화되고, 사용하지 않는 시냅스는 점차 쇠퇴함. - 암묵적으로 해마에 기억된 독특한 결과를 의식적 차원으로 끌어올려 문제적 상황에서의 대안적 이야기로 전환할 수 있음. - 내담자는 쇠퇴하거나 단절된 시냅스를 재연결하여 뇌의 구조를 변화시킴으로써 대안적 이야기를 만들 수 있는 기본적 토대를 마련함.
5	대안적 이야기 만들기	- 결핍된 이야기를 풍부하게 만드는 단계 - 내담자와 그의 가족이 선호하는 삶을 재구성해 볼 수 있는 단계 - 독특한 결과로 발생한 대안적 이야기는 전두엽을 통해 정서와 인지에 관한 신경망이 연결됨. - 전두엽을 사용하여 자신이 선호하는 삶을 상상할 수 있음. - 내담자는 상상을 통해 시상하부를 자극하게 되고, 시상하부의 신경다발이 내측전뇌다발을 걸쳐 보상효과가 발생함. - 내측전뇌다발은 전뇌에서 뇌간으로 가는 섬유들을 활성화시키는데, 이 섬유들을 통해 보상작용에 중요한 인자인 도파민이 분비되어 신경가소성이 강화됨. - 이야기치료의 대안적 이야기 만들기의 과정은 기억의 재구조화가 발생함.
6	대안적 이야기의 지지 및 확장	- 내담자에게 중요한 사람이나 외부증인을 통해 대안적 이야기를 확장하는 단계(회원재구성 및 정의예식) - 내담자는 자신의 감정을 입으로 말할 때 전전두엽 피질이 활성화되고 편도체는 진정됨. - 전전두엽 피질의 활성화를 통해 내담자와 가족 구성원 간에 긍정적인 상호작용으로 엔돌핀, 도파민, 세라토닌이 분비되어 관계의 질이 향상됨. - 타인으로부터의 공감은 공명회로를 통해 발생되며, 내담자의 감정조율에도 영향을 미침. - 외부증인을 통한 대안적 이야기의 지지는 내담자의 신경가소성에 영향을 미쳐 수초화를 일으킴.

III. 결론 및 제언

본 연구는 최근 우리나라 가족치료 분야에 서 주목받고 있고 트라우마에 대해서 효과적 인 이론적 모델로 보고되고 있는 이야기치료 로 트라우마에 접근해 보고, 이를 최근 부각 되고 있는 신경과학적 관점과 연결시켜 그 생 리적 기반 설명과 아울러 치료단계 설정에 대 한 아이디어를 탐색하였다. 본 연구에서 설정 한 연구문제에 따른 결론과 논의를 제시하면 다음과 같다.

첫째, 트라우마를 경험한 내담자와 그 가족 에 대한 이야기치료적 개입은 피해자의 관점 으로 재난을 둘러싼 사회적 맥락을 고려하여 내담자가 외상에 대처하고 생존하는 방법을 탐색함으로써 내담자와 그 가족을 트라우마에 서 벗어나게 한다.

이야기치료는 언어를 통해 문제의 사회문화 적 맥락을 해체하고(Derrida, 1981), 내담자가 선호하는 이야기를 만들어 내어 내담자의 정 체성을 재구성하는 가족치료 이론이다(이선훈, 2008). 다양한 문제와 맥락 등에서 이야기치료 적 개입을 광범위하게 적용하고 있으며, 특히 트라우마를 경험한 대상에게 적용할 수 있는 방법이 다양하게 개발되고 있다(이선훈, 2008; Denborough, 2020; McPhie & Chaffey, 1999, White, 1995).

따라서 트라우마를 극복하기 위해 내담자가 경험한 감당할 수 있는 작은 일들부터 가장 고통스러운 기억에 이르기까지 점진적으로 이 야기를 하면서, 내담자는 트라우마를 경험하 면서 만들었던 지배적인 이야기를 선호하는 이야기로 전환하는 과정을 거쳐 치유된다(이 명진, 한윤경, 2017). 이처럼 트라우마에 대한 이야기치료적 개입은 내담자를 트라우마에 벗

어나게 하는 데 효과적이다.

둘째, 트라우마를 가진 내담자와 그 가족은 이야기를 통해 신경가소성을 활성화시켜 가족 의 관계패턴을 변화시킬 수 있다.

이야기는 개인적인 경험과 공통의 가치를 표현하는 수단으로 가족과 사회, 국가를 연결 하고 문화를 발전시키며 우리를 하나의 집단 으로 연결하기 때문에 이야기는 개인의 정체 성에 중요한 부분을 차지한다. 또한 좌뇌와 우뇌를 통합하여 일관되고 의미 있는 이야기 를 형성하게 되면 뇌와 정신의 기능을 조율할 수 있다(Cozolino, 2018; Siegel, 2016).

이러한 이야기의 과정을 통해 내담자와 그 가족들은 그들의 반응성과 반사적인 생존전략 으로 활성화된 편도체를 객관적 시각에서 바 라보게 되면 전두엽이 활성화된다. 전두엽의 활성화는 가족이 보다 더 기능적이 되게 하고 언제 생존전략을 사용해야 하는지, 그리고 그 것을 어떻게 유연하게 사용할 수 있는지를 경 험하고 학습하게 한다. 가족들은 이런 과정을 통해 신경가소성을 생성하게 되며, 상상과 연 습을 통해 신경가소성을 강화할 수 있다. 따 라서 이야기의 과정은 신경가소성을 활성화시 키면서 트라우마에 대한 기억을 유용하게 변 화시킬 수 있다.

셋째, 이야기치료의 단계를 6단계로 설정하 여 각 단계에 따른 트라우마를 가진 내담자와 그 가족들의 신경과학적인 변화 기제를 설명 함으로써 내담자와 그 가족 간에 발생하는 문 제에 대한 이해를 높일 수 있다.

이야기치료의 단계는 총 6단계로 첫 번째 단계는 안전한 환경 만들기의 단계로 상담자 는 내담자와 가족 구성원의 부교감신경계의 활성화를 통해 안전한 상담환경을 구축하여 내담자의 이야기를 들을 수 있도록 하는 단계

이다. 두 번째 단계는 지배적 이야기 말하기 단계로 공포로 인해 편도체가 부정적인 촉발 요인에 의해 활성화됨으로써 전두엽과 두정엽의 실행기능이 억제되어 나타나는 내담자의 상황을 파악하기 위한 단계이다. 세 번째 단계는 외재화 대화를 실행하는 단계로 트라우마로 인해 발생하는 문제적 상황을 객관적으로 바라봄으로써 전전두엽을 활성화시키는 단계이다. 여기까지의 이야기치료 단계는 상황이나 감각만으로 접근 가능한 영역(SAM)으로 주로 발현되는 심리적 트라우마를 언어로 접근 가능한 기억(VAM)으로 재부호화 시켜 파편화된 기억을 일반 기억체계로 편입시키기 위해 이야기를 이용하는 과정이다.

네 번째 단계는 독특한 결과의 발견 및 재저작 대화로 독특한 결과를 찾아 이미 생성되어 있지만 사용되지 않는 시냅스를 재연결하여 뇌의 구조를 변화시키는 단계로 대안적 이야기를 만들 수 있는 기본적 토대가 마련하는 단계이다. 다섯 번째 단계는 대안적 이야기 만들기로 정서와 인지에 대한 신경망이 전두엽을 통해 연결되고, 이러한 연결은 신경가소성을 활성화하여 내담자의 선택을 폭을 넓혀 대안적 이야기를 만들어가는 단계이다. 마지막 여섯 번째 단계는 대안적 이야기의 지지 및 확장으로 전두엽의 활성화뿐만 아니라 내담자와 그 가족 혹은 내담자의 의미 있는 타인)의 긍정적인 상호작용으로 분비되는 엔돌핀, 도파민, 세라토닌을 통하여 내담자가 대안적(선호하는) 이야기를 선택할 수 있도록 전 단계에서 활성화된 신경가소성을 강화하는 단계이다. 네 번째 단계부터 마지막 단계까지는 통합된 이야기로 처리하는 과정을 넘어서 내담자의 인지를 변화시키기 위한 작업을 통해 내담자와 그 가족에게 희망을 고취시키는 단계

이다.

이처럼 이야기치료는 트라우마를 겪은 내담자와 그 가족에게 트라우마를 극복하기 위해 대한 기억의 통합뿐만 아니라 내담자와 가족이 원하는 선호하는 이야기를 발전시켜 사고양식(생각과 정서, 조직적 사고와 비조직적 사고 등)을 변화시킨다. 이를 통해 내담자와 내담자의 가족들은 트라우마에서 벗어나 안정적이고 기능적인 가족관계로 돌아가게 되는 것이다. 따라서 트라우마에 대한 이야기치료의 단계별 신경과학적 설명에 대한 본 연구의 의의는 다음과 같다.

첫째, 트라우마를 개인의 문제에 국한하지 않고 체계적 맥락을 통해 그들의 가족을 함께 고려함으로써 가족치료의 영역을 확대했다. 근래에 트라우마를 경험한 내담자에게 개입할 때 상황적 맥락을 고려해야 한다는 주장(주혜선, 2017)도 제기되고 있으나, 국내에서 이러한 개입은 개인상담에 한정되어 있었다. 따라서 본 연구를 통해서 트라우마 개입에 대한 가족치료 개입의 효과를 탐색하였다는 점에서 의의를 가진다.

둘째, 트라우마와 관련한 이야기치료를 신경과학적으로 접근함으로써 가족치료와 신경생물학이라는 이론적 통합을 통해 새로운 접근을 시도하였다. 특히 근래에는 심리치료 전반에서 신경과학을 통해 관계가 어떻게 형성되고 정서가 어떠한 과정을 거쳐 표현되는가에 관한 질문이 구체적이고 과학적으로 증명되고 있다(Damasio, 2019; LeDoux, 2005). 본 연구는 이러한 과학적 증거를 기반으로 가족치료분야의 이야기치료와 신경과학 분야를 융합하려는 노력을 적극적으로 수용하는 관점에서 시도되었다.

셋째, 이야기치료의 단계를 신경과학적으로

설명함으로써 내담자와 그 가족에게 변화의 기제에 대한 정보를 구체적이고 정확하게 전달할 수 있다. 이러한 구체적인 정보는 상담에서 뇌신경기반적 심리교육(psychoeducation)을 통해 내담자에 대한 이해와 대처 방법을 내담자와 가족 구성원에게 제공함으로써 개입의 효과성을 향상시킬 수 있다.

하지만 본 연구는 다음과 같은 한계점을 가지고 있다. 첫째, 본 연구는 문헌검토를 통한 이론적 설명만을 제시하고 있다. 따라서 이러한 이론적 가설을 증명할 수 있는 실제적인 측정과 실험이 필요하다.

둘째, 본 연구에서는 외상적 경험에 의해 과각성 상태에 있는 내담자와 그 가족을 대상으로 설명을 시도하였다. 트라우마를 겪은 내담자는 과각성뿐만 아니라 저각성이나 정서적 둔마 등의 상태로도 트라우마를 겪을 수 있으며, 특히 저각성 상태일 경우에 내담자들은 교감신경이 활성화되기보다는 등쪽 부교감신경(ventral striatum)이 활성화되면서 전혀 다른 뇌 기제가 발생한다. 하지만 본 연구에서는 저각성 상태의 내담자와 그 가족에게 발생되는 뇌의 변화에 대해 언급하지 못한 한계점을 지닌다. 따라서 향후 이러한 외상을 경험한 저각성 상태의 내담자와 그 가족이 겪는 뇌의 변화에 대한 후속연구가 필요할 것이다.

셋째, 이야기치료 단계별 신경과학의 설명에 치중하여 정서적 측면의 설명이 현저히 부족하다는 한계를 지니고 있다. 따라서 트라우마를 겪는 내담자와 그 가족의 정서가 이야기치료의 각 단계에서 어떠한 과정을 거쳐 형성되게 되는지에 대한 연구가 추가적으로 필요할 것으로 예상된다.

본 연구는 가족치료적 개입을 신경과학적 차원에서 설명해봄으로써 가족 내 개인의 생

리적 측면과 관련되는 미시체계가 가족체계의 변화와 연결될 수 있는 가능성을 모색하고 가족치료의 체계론적 관점을 보다 풍부하게 만들고자 하는 노력의 일환이다. 또한 본 연구는 이야기치료를 통해 파편화된 트라우마 기억을 넘어서 새로운 이야기의 생성을 통해 내담자와 그 가족에게 희망을 고취시킬 수 있다는 점을 발견했다는 것에서 의미가 있다. 하지만 본 연구에서 제시된 탐색적 설명들은 가족치료의 한 이론을 신경학적 기반으로 설명하는 것에 대한 초보적 수준에 불과하다. 따라서 본 연구와 같은 융합적 연구를 통해 많은 후속 연구가 이루어지면서 트라우마를 체계적 맥락에서 다루는 가족치료의 영향력이 확대되기를 기대하는 바이다.

참고문헌

- 고미영 (2010). 이야기치료의 변천과 발전: 이야기확장을 추구한 마이클 화이트의 이야기치료의 여정. *한국가족치료학회지*, 8(1), 83-106.
- 고미영, 장화정, 윤혜미 (2013). 아동학대 가족대상 이야기치료 반영팀원의 경험에 대한 질적 연구. *아동과 권리*, 17(4), 699-737.
- 고미영 (2019). 이야기치료의 아동상담에 대한 사례 연구: 회원재구성대화를 중심으로. *교육문화연구*, 25(3), 727-747.
- 권석만 (2013). *현대 심리치료와 상담이론*. 서울: 학지사.
- 권희영 (2014). [생명나무] 은유를 활용한 이야기치료 사례연구. *대한문학치료연구*, 4, 63-79.
- 김경숙 (2020). B. Hellinger 트라우마 가족치료를 통한 중년여성의 원가족 희생양 역할 경험 연구: 인형 가족세우기를 활용하여. *한세대학교 박사학위논문*.

- 김미숙 (2006). 근접발달지대의 재개념화에 기초한 사회구성주의 이론의 탐색: 이원적 관계를 넘어서 참여로. *인간발달연구*, 13(2), 1-20.
- 김번영 (2017). 이야기치료의 원리와 실제. 서울: 학지사.
- 김 준 (2019). 이야기치료의 재저작 대화: 기독교상담을 위한 적용 방안. *복음과 상담*, 27(1), 121-148.
- 박 진 (2018). 이야기치료와의 연계를 통한 문학치료의 발전 방향. *문학치료연구*, 46, 9-38.
- 신선인, 임보혜 (2012). 신경언어프로그래밍의 가족치료 사례 연구: 원가족으로 인한 아동기 트라우마 경험자를 대상으로. *한국가족치료학회지*, 20(3), 573-600.
- 유 정 (2015). 심리적 트라우마의 정보처리: 뇌생리학적 근거와 트라우마 내러티브. *인간환경미래*, 14, 29-65.
- 이명진, 한윤경 (2017). 아동학대 생존자의 애착 재건에 대한 이야기치료적 접근. *한국기독교상담학회지*, 28(1), 103-127.
- 이미진, 김춘경 (2012). 이야기치료를 활용한 문학치료 프로그램이 초등학교 고학년생의 학업스트레스 감소와 자기효능감 향상에 미치는 효과. *놀이치료연구*, 16(2), 107-123.
- 이선훈 (2008). 내러티브접근의 가족치료사적 의의와 한국 가족치료 발전에 대한 함의: 고 마이클 화이트의 작업에 대한 재조명. *한국가족치료학회지*, 16(1), 43-62.
- 이선훈 (2009). 이야기치료 문화의 이해를 위한 모건 서베이(Morgan Survey)의 적용. *한국가족치료학회지*, 17(1), 1-30.
- 이선훈, 박지혜 (2018). 이야기치료의 국내 연구동향 분석: 1996-2018. *가족과 가족치료*, 26(3), 343-377.
- 이소희 (2017). 포스트모던 이야기치료 과정과 치료자의 역할 고찰. *연세상담코칭연구*, 8, 71-92.
- 이영분, 김유순, 신영화, 전해성, 최선령 (2020). 사례로 배우는 가족상담. 서울: 학지사.
- 이효주 (2019). 이야기치료의 문제의 외재화를 통한 자살 충동 내담자 돕기. *신학논단*, 95, 129-162.
- 정문자, 정혜정, 이선훈, 전영주 (2007). 가족치료의 이해. 서울: 학지사.
- 정상화 (2019). 성적 트라우마가 부부의 성적 친밀감에 미치는 영향. *사회복지경영연구*, 6, 31-47.
- 정성경 (2020). 한국사 트라우마를 경험한 가족의 보웬가족치료 사례. *교육치료연구*, 12(3), 333-349.
- 주혜선 (2017). 토픽모델링을 적용한 국내 트라우마 연구동향 분석. *위기관리 이론과 실천*, 13(10), 103-123.
- 최광현 (2011). 가족희생양 역할을 수행한 청소년 내담자에 대한 트라우마가족치료 사례연구. *청소년시설환경*, 9(4), 13-21.
- _____ (2013). 인형치료: 트라우마 가족치료에 대한 적용. 서울: 학지사.
- _____ (2016). 가족 트라우마와 상징체계: 인형치료 사례연구를 중심으로. *인형치료연구*, 2(1), 1-19.
- 최민수 (2013). 미셸 푸코에서 마이클 화이트까지: 이야기치료의 담론에 관한 미셸푸토의 영향과 평가. *한국기독교상담학회지*, 24(3), 239-262.
- 최민수, 김정희 (2014). 이야기치료에서의 비계설정 대화: 레브 비고스키의 비계설정의 이야기치료적 적용. *한국기독교상담학회지*, 25(3), 279-304.
- 최지원 (2015). 이야기치료에서의 수퍼비전: 상담자로서의 삶을 의미 있고 풍성하게 만들기. *한국기독교상담학회지*, 26(2), 169-200.
- 황윤미, 장성화 (2012). Rogers의 인간중심상담과 이야기치료 이론 비교. *한국상담심리치료학회지*, 3, 13-29.
- 네이버 지식백과 (2020.1.23.). 트라우마. <https://terms.naver.com/entry.nhn?docId=73291&cid=43667&categoryId=43667>.
- Anderson, F. (2020). Internal Family Systems(IFS): Treating Complex PTSD. *Psychology Korea IFS 교육자료집*, 75-80.
- Brewin, C. R., & Holmes. E. A. (2004).

- Psychological Theories of Posttraumatic Stress Disorder. *Clinical Psychology Review*, 23, 339-376.
- Carter, A., & McGoldrick, M. (2000). 가족생활주기와 치료적 개입. (정문자 역, 원제: *The changing family life cycle: A framework for family therapy*). 서울: 중앙적성. (1996년 원저 발간).
- Cozolino, L. (2018). 심리치료의 비밀: 뇌, 마음, 관계를 바꾸는 대화(하혜숙, 황매향, 강지현 역, 원제: *Why therapy works: Using our minds to change our brain*). 서울: 지식의 날개. (2016년 원저 발간).
- Daigleish, T. (2004). Cognitive approaches to Post-Traumatic Stress Disorder: The evolution of multirepresentational theorizing. *Psychological Bulletin*, 130, 228-260.
- Damasio, A. (2019). 느낌의 진화(임지원, 고현석 역, 원제: *The strange order of things*). 파주: 아르테. (2017년 원저 발간).
- Denborough, D. (2020). 트라우마 이야기치료(이경옥 역, 원제: *Trauma: Narrative responses to traumatic experience*). 서울: 학지사. (2006년 원저 발간).
- Derrida, J. (1981). *Positions*. Chicago: Chicago University Press.
- Ecker, B., Ticic, R., & Hulley, L. (2017). 뉴로사이코테라피(김유미, 이혜미, 황예린 역, 원제: *Unlocking the emotional brain*). 서울: 학지사. (2012 원저 발간).
- Eriksson, P. S., Perfilieva, E., Björk-Eriksson, T., Alborn, A. M., Nordborg, C., Peterson, D. A., & Gage, F. H. (1998). Neurogenesis in the adult human hippocampus. *Nature Medicine* 4(11), 1313-1317.
- Etkin, A., Pttenger, C., Polan, H. J., & Kandel, E. R. (2005). Toward a neurobiology of psychotherapy: Basic science and clinical applications. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience*, 17, 145-158.
- Fcault, M. (1980). *Power/knowledge: Selected interviews and it her writings*. New York: Pantheon Books.
- Fishbane, M. (2019) 커플상담과 신경생물학(박수룡, 전영주, 서미아, 김현수, 최지원, 김수지, 안혜상 역, 원제: *Loving with the brain in mind*). 서울: 학지사. (2013년 원저 발간).
- Gottman, J. M., & Gottman, J. S. (2015). Gottman couple therapy. In A. S. Gurman, J. L. Lebow, & D. K. Snyder(Eds.), *Clinical handbook of couple therapy*(pp. 129-157). NY: The Guilford Press.
- Hanson, R., & Mendius (2010). 붓다 브레인: 행복, 사랑, 지혜를 계발하는 뇌과학(장현갑, 장주영 역, 원제: *Buddha's brain*). 서울: 불광출판사. (2009년 원저 발간).
- Hellinger, B., & Hövel, G. (1997). *Anerkennen, was ist- Gespräche über Verstrickung und Lösung*. München: Zusammen mit Gabriele ten Hövel.
- Kolb, B., & Whishaw, I. (2018). 신경심리학의 기초(제7판)(김명선, 김제중, 진영선, 한상훈 역, 원제: *Fundamentals of human neuropsychology*). 서울: 시그마프레스. (2015년 원저 발간).
- Landau, J., M. Mittal., & E. Wieling. (2008). Linking human systems: Strengthening individuals, families, and communities in the wake of mass trauma. *Journal of Marital and Family Therapy*, 34(2), 193-209.
- LeDoux, J. (2005). 시냅스와 자아(강봉균 역, 원제: *Synaptic self*). 서울: 동녘 사이언스. (2002년 원저 발간).
- Maaz, H. J (2008). *Die liebesfalle*. München: Verlag C. H. Beck. oHG.
- Mcphie, L., & Chaffey, C. (1999). *The journey of a life time: Group work with young women who have experienced sexual assault*. In *Extending narrative therapy: A collection practice-based papers*. Adelaide, South Australia: Dulwich Center Publications.
- Quinn, D. M., & S. R. Chaudoir (2015). Living with a concealable stigmatized identity: The impact of anticipated stigma, centrality, salience, and cultural stigma on psychological

- distress and health. *Stigma and Health*. 1(S): 35-59.
- Siegel, D. (2016). 쉽게 쓴 대인관계 신경생물학 지침서(이영호, 강철민 역, 원제: *Pocket Guide to interpersonal neurobiology: An integrative handbook of the mind*). 서울: 학지사. (2012년 원저 발간).
- White, M. (1995). *Re-authoring lives: Interview & essays*. Adelaide, South Australia: Dulwich Center Publications.
- White, M. (2004). Working with people who are suffering the consequences of multiple trauma: A narrative perspective. *International Journal of Narrative Therapy and Community Work*, 1, 45-76.
- White, M. (2010). 이야기치료의 지도(이선희, 정슬기, 허남순 역, 원제: *Maps of narrative practice*). 서울: 학지사(2007년 원저 발간).
- Wind, T. R., & Komproe, I. H. (2012). The mechanisms that associate community social capital with post-disaster mental health: A multilevel model. *Social Science & Medicine*. 75(9): 1715-1733.

☐ 논문접수일 : 2021년 02월 01일
☐ 심사시작일 : 2021년 02월 19일
☐ 게재확정일 : 2021년 03월 11일

Narrative Therapy for Trauma: Neuroscientific Perspective Interpretation and Implications

Jin-Hee Seo

Eunsook Cho

Younshil Choi

(Dept. of Family Welfare, Sangmyung University)

Objectives: The purpose of this study is to link narrative therapeutic interventions on trauma to neuroscientific perspective and to examine their therapeutic implications. **Methods:** To achieve this goal, this study explored the need for intervention in narrative therapy for trauma, its interpretation from a neuroscientific point of view, and the family therapeutic implications through literature review. **Results:** This study finds that, first, the characteristics of narrative therapy interventions for trauma are that it takes into account the social context surrounding trauma through stories and that it lifts the clients and their families out of trauma. Second, the connection between trauma narrative therapy and the neuroscientific perspective is based on the evidence that family relationship patterns can be changed through neuroplasticity. Third, the narrative therapy intervention for trauma consists of six steps, which can be explained from a neuroscientific point of view; with the therapeutic implication that the understanding of trauma clients can be enhanced through this explanation. **Conclusions:** This study is characterized and significant as a fundamental exploratory study to explore the possibility that micro-systems related to individual physiological aspects in the family can be linked to changes in the family system and enrich the systematic view of family therapy.

Keywords: *trauma, narrative therapy, neuroscientific perspective, neuroplasticity*