

발 간 등 록 번 호

11-1620000-000210-01

참 고 자 료

이stanbul 의정서 : 고문에 대한 조사와 기록을 위한 국제적 지침

# 고문의 심리적 증거

이stanbul 의정서의 실천 지침서

- 심리학자용 -

2004

이 지침서는 인권을 위한 의사회 미국지부(PHR USA), 터키 인권재단(HRFT), 세계의사협회(WMA), 고문 피해자를 위한 국제재활협회(IRCT)가 주도하는 이stanbul 의정서 실행 사업의 일환으로, 터키 인권재단(HRFT)이 작성하였다.



국가인권위원회

National Human Rights Commission of Korea

이스탄불 의정서 :  
고문에 대한 조사와 기록을 위한 국제적 지침

## 고문의 심리적 증거

이스탄불 의정서의 실천 지침서  
- 심리학자용 -

Turkcan Baykal, 의학박사, 이학 석사  
Caroline Schlar, 임상심리학자  
Emre Kapkin, 의학박사, 정신과의사 및 심리치료사

국내 번역출판      국가인권위원회  
감 수                  임승준

이 가이드에 대한 자세한 정보는 아래 터키 인권재단으로  
문의하십시오.

터키인권재단 본부  
Menekse 2 Sokak No: 16/5  
06440 Kyzylay/Ankara  
TURKEY

Tel: +90 312 417 71 80  
Fax: +90 312 425 45 52  
E-mail: [tihv@tr.net](mailto:tihv@tr.net)  
<http://www.tihv.org.tr>

고문 피해자를 위한 국제재활협회  
(International Rehabilitation Council for Torture Victims, IRCT)

Borgergade 13  
P.O. Box 9049  
DK-1022 Copenhagen K  
DENMARK

Tel: +45 33 76 06 00

Fax: +45 33 76 05 00

E-mail: [irct@irct.org](mailto:irct@irct.org)

<http://www.irct.org>

ISBN 87-88882-79-9

## 이스탄불 의정서 활용을 위한 참고자료 : 고문의 조사와 기록을 위한 국제적 지침

이스탄불 의정서는 고문에 대한 조사와 기록에 관한 최초의 국제적 지침이다. 이 의정서는 고문과 부당한 처우를 당했다고 주장하는 자들을 평가하고, 고문 피해 사례를 조사하고, 그 소견을 관련 기관에 보고하기 위한 실천적인 지침을 제공한다. 이 의정서는 인권옹호의사회 미국지부(PHR USA), 고문생존자를위한활동(Action for Torture Survivors) 및 터키인권재단(HRFT)이 주도하였고, 고문피해자를위한국제재활협회(IRCT), 세계의사협회(WMA)를 비롯한 40개 이상의 단체가 3년 넘게 참여하여 개발해 냈다.

유럽연합(EU)의 든든한 지원으로 의정서에 대한 인식제고와 국가의 서명 및 구체적인 이행을 위한 ‘이스탄불의정서 이행사업(Istanbul Protocol Implementation Project)’을 2003년 3월부터 2005년 3월까지 다섯 개 국가(그루지야, 멕시코, 모로코, 스리랑카, 우간다)에서 진행했다.

이 책에 실린 자료들은 이행사업의 일환으로 보건과 법률 전문가를 대상으로 시행한 훈련 프로그램의 실습 자료로 개발되었다. 이 자료집은 훈련에 참가한 보건전문가 250명과 변호사 125명에게 배포되었으며, 다섯 국가의 관련 국가기구 및 정부기관에 전달되었다. 우리는 이 자료가 고문을 척결하기 위한 공동의 노력에 있어 통찰력을 제공하고, 두 전문가 집단 사이에 상승효과를 이끌어내기를 희망한다.

고문의 심리적 증거 ..... 1  
 이 지침서의 목적 ..... 1

제 1 장 : 일반 고려사항 ..... 2  
 심리 평가의 주요 역할 ..... 2  
 1.1 고문 혐의를 조사할 때 심리 평가가 왜 중요한가? ..... 2  
 1.2 고문 혐의를 조사할 때 심리 평가의 목적은 무엇인가? ..... 4  
 1.3 고문의 목적은 무엇인가? ..... 5

제 2 장 : 주의 사항 ..... 10  
 2.1 심리 평가에서 문화적 배경은 얼마나 중요한가? ..... 10  
 2.2 심리 평가가 이루어지는 정황은 왜 그토록 중요한가? ..... 12  
 2.3 용어에 관한 고려사항 ..... 13  
 2.4 어떤 심리적 과정이 고문으로 활성화되는가? ..... 14  
 2.5 어떤 요인들이 고문으로 인하여 나타나는 증상과 관련이 있는가? ..... 15

제 3 장 : 면담 시 고려사항과 면담 과정 ..... 19  
 3.1 면담 중 면담대상자를 법적, 의학적 위협에 빠트리지 않고 어떻게 충분하고 적절한 정보를 수집할 것인가? ..... 19  
 3.2 면담 과정은 무엇이어서 하는가? (더 나은 면담과정을 위해 고려될 수 있는 권고) ..... 23  
 3.3 직면하게 될 잠재적 전이와 역전이는 무엇인가? ..... 25

제 4 장 : 고문의 심리적 결과 .....	29
4.1 어떤 증상이 고문의 결과로서 일반적으로 관찰되는가? ....	29
4.2 고문/외상 관련 정신 장애의 가장 일반적인 진단 분류는 무엇인가? .....	38
4.3 다른 일반적인 진단 분류는 무엇인가? .....	44
4.4 심리적/정신의학적 평가의 구성 요소는 무엇인가? .....	48
제 5 장 : 결과의 평가와 해석 – 임상적 추적진단 .....	55
5.1 어떻게 심리적 결과를 해석하고 임상적 추적진단을 공식화할 것인가? .....	55
5.2 진단 가능한 정신병리학의 부재는 고문당하지 않았다는 것을 의미하는가? 이 경우 조사결과는 어떻게 해석되어야 하는가? .....	57
5.3 내력을 획득하고 평가할 때 어떤 요인이 어려움을 초래하는가? .....	58
5.4 보고서 상의 피해자 이야기의 불일치성에 대해 무엇을 할 것인가? .....	61
5.5 보고서 작성(Reporting) .....	63
REFERENCES .....	68
참고자료 .....	74

# 고문의 심리적 증거

## 이 지침서의 목적

훈련 매뉴얼의 이 부분은 이스탄불 의정서의 심리적 부분에서 다루어진 다양한 쟁점들을 상호 보완하는 고려사항들과 최근의 연구문헌들을 제시한다.

여기서의 한 가지 목적은, 이스탄불 의정서에 비추어, 주요 요점들과 자주 제기되는 질문들을 논의하고, 또한 고문 혐의에 대한 심리 평가를 수행할 때 임상가가 직면할 수 있는 중요한 상황을 지적하기 위함이다.

고문의 심리적 영향들과 관련된 구체적인 질문들을 통해, 고문 혐의 경험과 그로 인해 정신에 미칠 수 있는 결과를 기록하는 과정에 관여할 때 이스탄불 의정서가 얼마나 유용한 도구가 되는지 보여준다.

첫 번째 부분은 고문이 개인에게 미치는 고문의 심리적 충격에 관한 쟁점들을 철저히 고찰하며, 두 번째 부분은 고문 혐의에 대한 심리 평가를 수행할 때 이스탄불 의정서에서 제안된 실천사항들에 대해 토론하려고 한다.

# 제 1 장 : 일반 고려사항

## 심리 평가의 주요 역할

### 1.1 고문 혐의를 조사할 때 심리 평가가 왜 중요한가?

수년에 걸쳐 고문을 체계적으로 조사함으로써 신체상의 고문을 발견하고 입증하기 위한 방식이 개선되자 피해자 신체에 식별 가능한 증거를 남기지 않기 위한 더 정교한 고문 방법들이 만들어 졌다는 점이 명백해졌다. 특히 여론이 관련되어 있는 상황에서 신체상의 흔적이거나 영구적 상처를 남기지 않기 위한 방법의 다양성은 매우 광범위하다.

이스탄불 의정서를 들여다보면, 다음 항목들은 신체상의 표시를 남기지 않기 위한 고문가해자의 의도를 설명한다.

§259: “심리 평가는 다음과 같은 여러 가지 이유로 고문피해자에 대한 학대의 결정적인 증거를 제공할 수 있다. 고문은 종종 파괴적인 심리적 증상을 일으키고, 고문 방법은 종종 신체적 병터를 남기지 않도록 고안되어, 고문의 물리적 방법은 특이성이 없거나 해결되어 버린 신체적 소견들을 만들어 낼 것이다.”

§158: “고문자가 그들의 행위를 은폐하려고 시도한다는 것을 깨닫는 것은 중요하다. 구타 (...), *falanga*(어떤 물체로 발바닥을 때리는 처벌 방법) (...) 혹은 전기충격의 신체적 증거를 감추기 위해, 최소한의 증거를 남기면서 최대의 고통을 유발하는 고문의 유형(...)을 적용하기 위한 다른 예방책들이 사용된다.”

§160: “...그러나 그러한 고문의 증거가 없다고 해서 고문이 가해지지 않



았다고 해석하면 안 된다. 왜냐하면 개인에 대한 그러한 폭력행위는 종종 흔적이나 영구적인 상처를 남기지 않기 때문이다.”

§260: “...고문생존자들 사이에 심리적 증상이 상당히 널리 퍼져있기 때문에 모든 고문에 관한 평가에 심리 평가를 포함할 것을 권유한다.”

여기서 쏘니어(Finn Somnier)의 연구가 언급되어야 한다. 이 연구는 고문의 심리적 예후는 발생가능한 신체장애보다 더 지속적이며 고질적이었음을 보여주었다. 고문의 대부분의 신체적 증상과 흔적은 매우 빠르게 사라지는 반면, 심리기능의 여러 측면들은 장기간 손실을 입을 수 있다(Sommier 등, 1992).

고문의 심리적 영향을 전문적으로 다룬 다른 정신 건강 전문가들은 고문 생존자들에 대한 연구에서 유사한 결과를 산출했다. 거(Gurr)와 퀴로가(Quiroga)(2001)는 고문의 신체적 영향과는 반대로 심리적 증상은 신체장애보다 더 지속적이고 고질적이라고 주장한다. 만약 치료를 받지 않는다면, 피해자는 여전히 불안, 공황상태, 과민반응, 분노, 불면증, 악몽, 기억 장애, 결단력 결여, 무관심, 은둔형 외톨이, 무기력, 정동상의 파행 그리고 고문 후 수개월 혹은 심지어 수년이 지난 다음에도 외상 사건이 다시 재연되는 플래쉬백을 경험한다(Sommier 등, 1992; Gurr & Quiroga, 2001).

고문에 관한 모든 국제적 논의는 정신적 고통이 종종 고문가해자로부터 의도적으로 가해진다는 것을 인정한다(Allden, 2002). 더구나, 영구적인 신체적 상흔을 남기지 않음으로써, 고문가해자는 인권을 위해 활동하는 상대자의 일을 더 어렵게 만드는 동시에 자신의 주장을 변호한다(Jacobs, 2000).

요컨대, 다양한 고문 방법은 한 사람의 심리적 구성에 심각한 공격을 가한다. 이러한 의미에서, 고문 상황을 가장 잘 파악하기 위해, 고문 혐의를 조사할 때 심리 평가를 포함하는 것이 적극 권장된다. 코돈(Kordon) 등이 말했듯이 (1988), “고문의 주요 목적 중 하나는 피해자의 심리적이며 사회적 고결함을 파괴하는 것이며, 모든 종류의 고문은 필연적으로 심리적 과정을 포함하고 있다.”

## 1.2 고문 혐의를 조사할 때 심리 평가의 목적은 무엇인가?

§260: “심리 평가는 의학적-법적 검사, 정치적 망명 신청, 거짓 진술이 취득되었을 가능성이 있는 경우에 조건 설정, 고문의 지역적 자행의 이해, 피해자의 치료적 필요 구별, 그리고 인권 조사의 진술을 위한 유용한 증거를 제공한다.”

심리 평가의 목적은 전문가가 지켜야 할 비밀 준수 정도를 규정할 것이기 때문에 평가의 목적을 고려하는 것이 항상 중요하다. 만약 심리 평가가 법적 절차의 상황에 필수적이거나 요구될 때, 평가를 받는 사람은 의학적 비밀이 지켜지지 못할 수 있음을 통보받아야 한다.

만약 법적 절차가 재판이나 심리로 이어지면, 심리 평가를 담당했던 전문가는 증인으로 소환될 수 있다.

§260: “심리 평가의 전반적인 목표는 고문에 대한 개인의 진술과 평가 과정 중 관찰된 심리적 소견들 간의 일치성의 정도를 평가하는 것이다.”

심리 평가가 수행된 정황과 상태에 따라, 상이한 정도의 일치성, 예를 들어, 낮거나, 적절한, 높은, 확실히 일어날 가능성이 요구될 수도 있다.

그럼에도 불구하고, 일부 국가들에서 전문가는 한 사람이 고문을 당했는지에 대한 여부를 명백하게 밝혀야 한다. 만약 전문가가 분명한 입장을 가지고 있지 않다면, 혐의(suspicion)는 항상 용의자(suspect)에게 유리하다는 원칙이 적용되어야 하며, 그로 인해 가해자가 처벌받지 않을 위험이 있다.

### 1.3 고문의 목적은 무엇인가?

§234: “가해자는 종종 정보 수집의 필요성이라는 이유로 자신들의 고문과 비인도적인 행위를 정당화하려고 노력한다. 그러한 개념화는 고문의 목적과 그것이 의도한 결과를 애매하게 한다. 고문의 주된 목적 중 하나는 개인을 인지적, 감정적, 행동적 기능의 황폐를 초래하는 극심한 무력함과 괴로움의 상태로 빠지게 하는 것이다. 그러므로 고문은 개인의 심리적, 사회적 기능의 근본적인 상태를 공격하는 수단이다. 이러한 상황 하에서 고문자는 피해자를 신체적으로 무력하게 할 뿐만 아니라, 개인의 인격을 파괴하려고 한다. 꿈, 희망, 미래에 대한 목표를 갖고 있는 인간으로서 가족과 사회에 기반을 두고 있는 피해자의 존재의미를 고문자는 파괴시키고자 한다. 피해자의 인간성을 빼앗고, 그들의 의지를 꺾으면서, 고문자는 나중에 그 피해자와 접촉하는 사람들에게 무서운 본모기를 보여준다. 이와 같은 방식으로, 고문은 공동체 전체의 의지와 결합력을 파괴하거나 손상시킬 수 있다. 그 뿐만 아니라, 고문은 부부, 부모, 자식, 기타 가족 구성원 간의 친밀한 관계를 깊이 손상시키고 또한 피해자와 그들의 공동체 간의 관계를 손상시킬 수 있다.”

고문은 다른 시간과 장소에서 일어날 수 있는 하나 혹은 여러 개의 연속적인 외상사건을 포함한 체포 순간이나 자유의 박탈로 시작하여 피해자의 석방이나 사망으로 끝나는 역동적인 과정이다 (Somnier, 1992). 이렇

게 연속적으로 일어나는 사건들은 피해자가 회복할 시간도 없이, 단기간 내 다시 일어날 수 있다.

고문이 인간의 자기존중과 인격을 손상하고 동료 인간과의 신뢰를 파괴하며 대중을 공포에 떨게 하기 위해 사용된다는 가정 하에(Gurr & Quiroga, 2001), 고문의 영향은 다른 각도에서 분석될 수 있다. 실제로, 고문의 잠재적 영향은 **개인 차원**에서는 축적된 외상적 경험, **가족 차원**에서는 가족 외상을, 그리고 **공동체 차원**에서는 공동체 외상을 포함한다.

**사회-정치적 관점에서**, 다음 학자들은 이 주제에 대한 몇 가지 추가적인 고려사항을 제안한다.

**리라(Lira, 1995):** 보다 넓은 수준에서, 고문의 이유는 제3자를 위협함으로써 사회 내에서 공포, 억제, 마비, 무기력, 순응의 반응들을 확보하기 위해서다. 인권 침해는 고립된 개인의 학대라는 시각으로만 관찰될 수 없다. 인권침해가 함축하는 것은 갈등에 대한 체계의 반응뿐만 아니라 정치 위협의 일반적인 분위기를 설명하기 때문에 광범위하며, 이 두 가지 모두는 만성적 공포 상황으로 이어진다. 이러한 의미에서, 고문은 사회의 정치적 문제뿐 아니라, 사회적, 인종적, 심리사회적 그리고 정신건강적인 문제이기도 하다. 고문을 조사한다는 것은 개인 그 자체로서뿐 아니라 사회적인 맥락에서 사회적 존재로서 전체 인구에 미치는 경험을 고찰하는 것을 의미한다.

**섬머필드(Summerfield, 1995):** 잔혹한 행위의 정황은 종종 피해자의 경제, 사회 그리고 문화적 세계를 의도적으로 파괴하는 것이다.

이러한 의미에서, 고문은 다른 형태의 공동체 기능장애를 유발할 수 있는 공동체 외상을 불러일으킬 수 있다. 고문은 주민을 공포에 떨게 하여, 자율성과 자유 보다는 당면한, 광범위한 위협, 공포, 테러와 억제에 근거한 명령을 창출할 수 있다. 또한 일반화된 불안전, 테러, 신뢰의 결여 그리고 사회조직의 균열 상태인 억압적인 생태환경을 만들어 낼 수 있다.

고문을 당할 수 있다는 이러한 엄청난 위협에 근거한 집단 공포는 집단 행동의 형태에 지속적인 영향을 미친다. 더구나, 고문이 세대에 걸쳐 역사적 외상을 형성하며 전이될 수 있다는 연구 결과가 있다(Kira, 2002).

**가족에 미치는 영향**에 관하여, 고문은 다른 형태의 가족 기능장애와 가족 발전 과정을 중단시킬 수 있는 가족 외상으로 이어질 수 있다.

가족 평가는 대부분의 고문 평가에서 누락된 부분이다. 생존자 가족의 역학관계에 대한 고문의 영향을 평가하는 것이 고문 평가에 있어 중요할 수 있다. 그러나 비밀유지의 문제, 시간제약, 가족에 접근하는 방법상의 기술부족 때문에 가족 역학을 조사할 수 있는 환경은 드물다.

**고문가해자와 고문을 경험한 자** 사이에서 일어난 일을 알게 될 때, 고문의 실제 목적은 더 명백해진다. 이스탄불 의정서와 더불어, 전문적인 문헌에 기록된 다음의 고려사항들이 토론을 위해 제안된다. 심리 평가가 실제로 진행될 때, 다음 측면들을 분석하는 것이 도움이 될 수 있다.

- 대부분의 고문피해자는 폭로할 만한 어떤 정보도 가지고 있지 않으며, 그 사실을 고문가해자는 알고 있다.
- 고문은 특정 기간 혹은 기간 동안에 가해지는 그리고 완전한 통제 불가능성과 불가피성 그리고 고문가해자의 예측불가능성과 다양한 종류의 외상으로 이루어진 복합적인 외상이다. 고문은 정신적 패배, 소외, 영구적으로 인지된 부정적 변화를 일으킬 수 있다(Kira, 2002).
- 전문가는 이중의 과제에 직면한다. 첫째, 어떤 인간 존재가 다른 인간 존재에 대해 집단적으로 조직된 폭력의 외적인 인과관계를 고려해야 한다. 둘째, 이러한 인과관계의 심리적 영향을 평가해야 한다. 따라서,

이것은 곧 폭력의 가해자와 피해자간의 상호작용을 평가하는 문제이다 (Sironi, 1989).

결론적으로, 고문이 인간 존재에게 가한 것이 무엇인가를 조사하는 것이 중요하다. 점점 정교해진 고문의 기술은 체계적으로 개인의 몸과 마음을 공격하기 위해, 인간성의 한계를 의도적으로 부수기 위해 고안되고 있다. 고문의 목적은 고통이나 괴로움을 가할 뿐만 아니라 고통과 괴로움을 자극하는 방법을 적용함으로써 피해자의 의지를 꺾는데 있다.

고문의 신체적, 심리적 영향이 밀접하게 연관되어 있음을 고려할 때, 고문가해자가 사용한 방법을 아는 것은 내면의 반항을 확인하는데 도움이 된다. 실제로 고문에 노출된 개인은 극도의 무력감, 무방비, 무기력 지속적인 위협 그리고 고문의 즉각적, 중기적 혹은 장기적 결과인 인식, 감정 그리고 행동 기능의 분열을 자극하는 고통의 상태로 떨어지게 된다.(Fischer & Gurriss, 1996; Lira, 1995).

이러한 상황은 총체적 혼란, 무력감과 통제감각의 상실에 대한 감정들을 동반한다. 이 감정들은 자아, 기존의 의미체계, 그리고 세계의 예측가능성에 대한 이해를 산산이 부술 수 있다(Fischer & Gurriss, 1996; McFarlane, 1995).

더구나, 고문은 특히 심리적 수단을 통해 피해자의 내면의 정신생활과 사회관계의 파괴를 목적으로 한다. 고문의 목적은 1차 피해자 그리고 그와 유사한 운명에 처할 것을 두려워하는 사람들 모두에게 미치는 심리적 결과를 통해 달성된다(Jacobs, 2000).

체포 시, 가해자가 행사하는 권력(예를 들어, 눈을 가리고 몸 전체를 구타하는 것)은 구금된 자에게 취약성의 감정을 야기한다.

고문 상황은 극도로 위협적이며, 고통스러운 특성이 있으며, 예측불가능하며, 죽음에 대한 심각한 공포를 야기한다. 그 상황은 극도의 흥분과 그에 따른 감정적 무감각을 동반하는 공황상태, 공포 그리고 고통의 반응을 만들어낸다(Gurris & Wenk-Ansohn, 1997).

고문은 신체, 개인의 자율성과 정체성, 자기실현 진취성 그리고 안전과 생존에 대한 감각에 외상을 입힐 수 있는 복잡한 기제이다. 그것은 또한 자신과 세계에 대한 신념과 의미를 부여하는 의미체계뿐 아니라 자기에와 유대감에 영향을 미친다(Kira, 2002).

## 제 2 장 : 주의 사항

### 2.1 심리 평가에서 문화적 배경은 얼마나 중요한가?

많은 전문적인 논문에서뿐 아니라 이스탄불 의정서에서는, 고문이 일어난 문화적 정황의 중요성이 여러 번 강조된다. 실제로, 고문의 징후는 증상이 일어나는 환경 그리고 증상을 겪고 있는 개인에게 증상이 상징하는 의미를 통해 이해될 필요가 있다(Summerfield, 1995; Burnett & Peel, 2001a).

서머필드가 설명하듯이, 모든 문화에는 정신건강의 심리적 기준과 틀을 결정하는 자체의 신앙과 전통이 있다(Summerfield, 2000).

§235: “고문에 대해 각 개인이 갖고 있는 독특한 문화적, 사회적, 정치적 관계가 고문을 설명하고 이야기할 수 있는 능력에 영향을 끼친다. 이것들은 고문이 결과하는 심리적, 사회적 영향에 기여하는 중요한 요소이고, 다른 문화에서 온 개인을 평가할 때 고려되어야 한다.”

§261: “문화 특이적 증후군과 증상에 관한 소통이 이루어질 수 있게 하는 고통에 관한 토착어의 인식은 면담을 수행하고 임상적 추적진단과 결론을 내리는데 가장 중요하다. 면담자가 피해자의 문화에 대한 지식이 전혀 없거나 거의 없을 때, 통역자의 도움은 필수적이다. 이상적인 피해자 국가 출신의 통역자는 조사에서 고려되어야 하는 언어, 관습, 종교적 전통과 그 밖의 신앙에 대해 알고 있다.”

이를 테면, 고문을 당했던 사람들은 난민, 비호자, 이주민으로 자신의 출생지에서 멀리 떨어진 곳에서 살 수 있다. 만약 그렇다면 그들은, 문화적



배경이 다르며 여전히 자신의 사회적 정황 속에서 살아가는 주민들과 비교할 때, 고통스러운 경험에 대처하기 위해 다른 전략을 사용할지 모른다.

그래서 다른 문화적 배경을 가진 사람에 대해 심리적 평가를 할 때, 극단적 외상을 경험했던 사람은 자신에게 그 외상이 갖는 의미에 따라 반응하는 경향을 보인다는 것을 항상 명심해야 한다. 그러한 의미의 생성은 사회적, 문화적 그리고 종종 정치적으로 형성된 활동이다. 피해자가 어떻게 자신의 개인적인 외상을 우선시하는지 예상할 수 있는 쉬운 방법은 없다. 이런 의미에서, 외상 경험과 그것이 촉발하는 의미에 대한 연구는 문화적, 사회적, 정치적 세력의 영향을 받은 결과와 함께, 그 개인 그리고 그가 속한 사회와의 관계의 관점에서 이해되어야 한다 (Summerfield, 1995).

의학적 진단 체계와 관련하여, 일부 임상가는 생존자의 전통, 의미 체계 및 능동적 우선순위(active priorities)를 무시하는 서구의 분류 방식의 문화적 타당성에 의문을 제기한다(Mollica & Caspi-Yavin, 1992, Summerfield, 1995, Kira, 2002).

§239: “평가하는 의사 또는 정신과 의사는 가능한 많이 개인의 믿음과 문화적 규범의 배경에서 그들의 정신적 고통을 이해하려고 노력해야 한다. 이것은 정치적 정황뿐 아니라 문화적, 종교적 믿음에 대한 존중을 포함한다 (...) 이상적으로, 서둘러 진단하고 분류하기보다 정보에 근거한 배움의 태도를 취하는 것은 피해자에게 그의 고통이 그 상황에서 실제적이고 예상될 수 있는 것으로 인식되고 있음을 전달할 것이다. 이러한 관점에서, 섬세한 공감의 태도는 피해자에게 소외감의 경험으로부터 어느 정도의 안도를 제공할 수 있다.”

더구나, 일부 난민은 비교 문화적 요인에 대한 무지와 통역자의 부족으로 부적절한 정신의학적 진단의 위험에 직면한다(Summerfield, 2000). 이를 테면, 많은 상징들이 특정한 문화적 정황에서 한 사람의 인생사에 대해 말할 때 사용될 수 있지만, 다른 문화적 정황에서는 기호 언어가 사실로 믿어질 수도 있다. 문화적 감수성이 결여되어 있을 때, 현실과 비현실사이의 경계에 대한 이해가 감소되며, 이것은 상황을 잘못 해석하는 것으로 이어질 수 있다.

## 2.2 심리 평가가 이루어지는 정황은 왜 그토록 중요한가?

§237: “평가는 다양한 정치적 정황에서 이루어진다. 이것은 평가가 수행되어야 하는 방법에서 중요한 차이를 보여준다.”

§238: “안전하게 특정 질문을 할 수 있는지의 여부는 기밀성과 보안의 정도에 따라 상당히 달라진다. 예를 들면, 15분으로 제한된 방문 의사에 의한 교도소에서의 진찰은 몇 시간 동안 지속되는 개인 병원에서의 법의학 검사와 같은 과정을 밟을 수는 없다.”

심리적 증상이나 행동이 병적인지 또는 적응성인지를 평가하려고 할 때 추가적으로 고려해야 할 사항들이 있다. 개인이 구금 상태 혹은 상당히 위험하거나 엄청난 억압상태에서 검사를 받을 경우, 증상은 그 정황 속에서 평가되어야 한다.

여러 증상의 평가가 특정한 생활 조건 때문에 가능하지 않을 수 있다. 예를 들어, 구금되어 있는 동안 회피 증상은 자신을 보호하려는 것을 목적으로 하는 대처전략을 나타내는 것일 수 있기 때문에 이를 평가하는 것이 더 힘들 수 있다. 마찬가지로, 신경과민과 회피행동은 억압된 사회에서 살아가는 사람들에게 필수적이며, 적응을 위한 것이고 중요한 것일

수 있다(Simpson, 1995).

‘주요’ 활동이 금지되는 구금 상황에서 주요 활동에 대한 관심이 눈에 띠게 줄어드는 것을 설명하는 것은 더 어려울 수 있다. 만약 독방에 갇금되거나 강제적으로 (부분적 혹은 완전히) 고립되어 있다면 “타인으로 부터의 분리와 소외감”을 평가하는 것 또한 힘들다.

그러한 상황은 평가에 있어 어려움을 발생시키며, 진단 범주 평가에 실수를 야기할 수 있으며, 중요한 외상 후 병증 정도를 과소평가하는 것으로 연결된다. 잘못된 부정적 결과를 도출하지 않기 위해 융통성있고 통합적인 접근 방식을 취하는 것이 중요하다(Simpson, 1995).

동시에, 전문가가 평가를 수행할 때 최적의 환경을 보증해야 한다. 예를 들어, 면담이 진행되는 동안 프라이버시는 윤리적 이유뿐 아니라 평가받는 사람을 당황하게 만드는 민감한 사안에 대해 말할 때도 필수적이다. 보다 일반적으로, 평가가 수행되는 장소의 특수성은 개인이 신뢰와 안전감을 갖게 될 것인지 여부에 영향을 미친다. 만약 평가가 시간의 제약 하에서 진행된다면, 수집된 정보와 면담 결과는 제한적이 될 수 있다.

(보다 자세한 정보는 이스탄불 의정서 제4장을 참조)

## 2.3 용어에 관한 고려사항

실제로, 고문 진술에 대한 평가는 오직 특정 건강 전문가에 의해서만 고려되는 것이 아니기 때문에, 보고서에 사용된 언어는 더 많은 대중에게 쉽게 이해되어야 한다.

‘신체적 고문’이나 ‘심리적 고문’이라는 용어가 종종 사용된다. 하지만

§144: “신체적 및 심리적 고문 방법을 구분하는 것은 인위적이다. 예를 들면, 성적 고문은 일반적으로 신체적 폭행이 없을지라도 신체적 및 심리적 증상을 야기한다.”

앞서 언급했듯이, 고문의 심리적 결과를 이해하기 위해서는 고문의 방법과 목적을 고려하는 것이 중요하다. 고문의 주요한 한 가지 목적은 피해자의 심리적 고결성에 비정상적인 상황을 강압적으로 받아들이게 하는 것이며, 따라서 모든 종류의 고문은 필연적으로 심리적 과정으로 구성되어 있다(Kordon, 등 1988). 이러한 의미에서, 신체적 고통을 가할 목적으로 사용되는 방법은 심리적 저항을 무너뜨리기 위한 수단으로 간주되어야 한다. 이러한 이유로, 고문은 두 개의 별개 범주로 분리될 수 없다.

## 2.4 어떤 심리적 과정이 고문으로 활성화되는가?

훈련 매뉴얼의 이 부분에서는, 고문으로 야기되는 심리 과정의 활성화가 개략적으로 언급된다. 이 사안에 대해 자세히 다루지는 않으나, 이 개요는 개인의 체질과는 별개로 고문에 의해 전이된 역동적이며 불안정한 측면을 설명한다.

§233: “고문이 광범위한 신체적, 심리적 고통을 초래할 수 있는 엄청난 인생 경험이라는 것은 널리 주장되는 견해이다. 대부분의 임상의들과 연구자들은 고문의 극단적 본질이 고문 그 자체만으로도 개인의 고문 전 심리적 상태와 상관없이 정신적, 감정적 결과들을 초래할 수 있을 만큼 강력하다는 것에 동의한다.”

§235: “고문을 받은 모든 사람이 정신 질환을 일으키는 것은 아니라는 사실을 인식하는 것이 중요하다. 그러나 많은 피해자는 깊은 감정적 반응과 심리적 증상을 경험한다.”

고문 관련 사건과 같이, 생존 가능성이 제한된 비정상적인 상황에서 모든 사람은 살아남아 자신의 정체성을 가능한 한 많이 보호하기 위해 자신의 적응 능력을 불러일으킨다(Vesti, Somnier, Kastrup, 1996a and b). 고문의 영향에 좌우되는 심리적 적응은 하나의 안정적인 인격 구조에서 다른 것으로의 변환을 의미한다.

나타난 증상은 시간이 경과하면서 변할 수 있다는 점에 주목하는 것이 중요하다. 즉각적인 생존 혹은 재정착의 욕구가 해소되고 피해자가 외상 기억의 공포와 다른 감정들을 다시 체험하는 것을 극복할 수 있을 만한 안전한 환경에 놓일 때까지 증상을 억제하는 해리성 반응들이 종종 나타난다(Gurr & Quiroga, 2001).

그럼에도 불구하고, 잘 알려진 분류에 따르는 증상이 나타나는 것은 고문의 심리적 증거가 될 수 있음을 의미한다. 그러나 여기서 주요 관심은 심리적 증거를 조사하고 기록하는 것이기 때문에, 우리는 많은 요인들이 증상을 제시하는 것과 관련되어 있다는 점을 염두에 두어야 한다.

## 2.5 어떤 요인들이 고문으로 인하여 나타나는 증상과 관련이 있는가?

§233: “그러나 고문의 심리적 결과들은 개인의 속성(attribution), 인격 발달 그리고 사회적, 정치적, 문화적 요인을 배경으로 일어난다.

이러한 이유 때문에 모든 형태의 고문이 같은 결과를 초래한다고 생각하면 안 된다. 예를 들면, 모의 사형의 심리적 결과는 성폭행의 심리적 결과와 같지 않고, 독방 감금과 격리는 신체적 고문과 같은 효과를 발생하지 않는다. 마찬가지로, 성인에 대한 구금과 고문의 효과가 아동에 대한 효과와 같을 것이라고 추측할 수 없다.”

실제로, 이스탄불 의정서에서 제기되었듯이, 고문의 심리적 영향에 관한 전문적인 문헌들은 여러 양상들이 체계적인 박해, 고문 그리고 다른 심각한 외상에 대한 반응을 결정한다는 의견에 일치한다. 스트레스 요인과 증상(symptomatology) 사이에 복잡한 관계가 있다는 점이 강조되어야 한다. 다양하게 결정된 고문 증상의 본질은 심오하고 다차원적인 평가를 필요로 한다(McFarlane, 1995).

비록 심리적 반응에 영향을 주는 요인들이 정확하게 알려지지 않았지만, 피해자를 평가할 때 몇 가지 차원들이 중요할 수 있다(Vesti, 1996 a+b; Summerfield, 2000; Van der Kolk 등, 1996; Somnier 등, 1992; Gurr & Quiroga, 2001; Ehrenreich, 2003, Yehuda & McFarlane, 1995).

이러한 요인들은 아래 사항을 포함하지만, 그것들로 제한되지는 않는다.

- 피해자에 의한 고문의 인식, 해석, 의미
- 개인은 고문과 같은 극한 외상이 자신에게 의미하는 바에 따라 반응한다. 이 의미의 생성은 사회적, 문화적, 정치적으로 형성되는 활동이다 (Summerfield, 1995; Varvin, 1998). 외상에 대한 심리적 반응은 피해자에 대한 외상의 심리적 의미와 밀접한 연관이 있다(Turner 등., 2003, McFarlane, 1995; Mc Farlane & Yehuda, 1996).
- 고문 전, 동안 그리고 이후의 사회적 정황. 예를 들어 외상적 경험에 대한 공동체와 인적 자원, 가치와 태도, 정치적 그리고 문화적 환경, 고문 후 외상적 상태, 이후 외상을 재활성화하는 스트레스 요인에 대한 노출)

특정한 문화적 환경은 외상적 사건의 충격을 완화하기도 한다 (Ehrenreich, 2003). 문화적 요인은 고문 증상의 발생과 표상 그리고 고문이 어떻게 인식되고 반응하는지에 중요한 역할을 한다. 지원을 아끼지 않는 사회관계는 스트레스성 사건들의 영향을 감소시키고 재발을 방지하는데 기여하기도 한다는 점에 대해 일반적인 합의가 있다(Kira, 2002). 다른 외상, 다른 문화, 다른 성별 그리고 다른 연령집단에 관한 연구는 긍정적인 사회적 지원의 경험 그리고/또는 인식이 회복과정에서 더 낮은 증상을 예측했다는 점을 보여주었다.

외상 후 시기에 개인 삶에서의 손실과 변화는 또한 심리적 반응에 큰 충격을 준다.

- 외상적 사건의 심각성과 지속, 고문의 상황과 본질

개인에게 미치는 잔인함의 심각성을 서열화한 목록을 작성하기는 어려우며, 심각성의 정도를 객관적으로 측정하는 것은 문제가 있다. 굴욕감, 사랑하는 이에 대한 위협이나 타인의 고문을 목격하는 것은 전기쇼크나 falanga로 고통을 받는 것 보다 피해자에게 더 큰 영향을 미칠 수 있다. 외상의 심각성과 그 결과와의 관계에 관해 서로 모순된 조사 보고가 있다.

참고자료를 평가할 때, 면담자는 외상에 반응하는 기간과 심각성이 서로 상호작용하는 다양한 요인에 의해 영향을 받는다는 점을 염두에 두어야 한다.

- 피해자의 발전 단계와 연령

일반적으로 고문 증상과 연관된 요인들에 관해 제한된 경험적 연구만이

수행되었다. 외상적 경험의 더 일반적 정황에서 수행된 한 연구는 외상이 발생한 연령, 외상적 경험의 본질 그리고 임상결과의 복잡성의 관계를 보여주는 초기의 조사가 옳다는 것을 증명한다(van der Kolk 등, 1996).

문화적, 정치적 배경, 개인의 신념 체계, 성별, 고문 경험의 예상과 관련된 준비상태 그리고 고문 도중 및 이후의 손실과 같은 개인적 변수들은 증상의 심각성에 영향을 미치는 모든 요인들이다.

게다가, 정서, 인식, 대처 능력, 적응 전략, 신체적 건강과 장애, 이전의 정신 장애, 이전의 성격이나 유전적 및 생물학적 취약성도 고려되어야 한다. 어쨌든 일방적인 조사는 상황을 완전하게 파악할 수 있는 가능성 없이, 고립된 요인의 악화라는 결론을 내리는 경향이 있다.

더 최근에, 몇몇 저자들이 심한 외상의 정황에서의 회복력이라는 개념을 깊이 고찰하기 시작했다. 실제로, 회복력이라는 개념은 이를 테면 외상적 사건, 한 인간의 사회적 환경 그리고 그 개인에 내재하는 요인들, 즉 정서, 인식, 대처능력과 개인 이데올로기를 포함한 개인적 심리상태와 같은 외부적 요인과 연관된 역학을 보다 잘 이해하게 하는 상호작용의 접근방식을 제공한다(Gurr & Quiroga, 2001).



## 제 3 장 : 면담 시 고려사항과 면담 과정

면담은 이스탄불 의정서의 “면담에 대한 일반적 고려사항”과 “절차 상 보호수단”에 규정된 지침에 따라 구성되고 수행되어야 한다. 심리 평가를 수행하는 전문가는 이스탄불 의정서에 언급된 모든 절차 상 보호수단이 신체검사 뿐 아니라 심리 평가에도 소중하다는 점을 유념해야 하며, 이는 면담 전 과정에서 고려되어야 한다.

면담 중 효과적이고 신뢰있는 관계를 형성하는 것은 잘 수행된 심리 평가를 위한 기본조건이다. 만약 면담이 그에 따라 구성되지 않는다면, 적절한 정보를 얻는 것은 훨씬 더 어렵다. 면담은 “면담 시 고려사항”에 규정된 측면들에 특별한 주의를 기울이며 수행되어야 한다. 면담대상자와 효과적이고 신뢰관계가 형성될 수 없어 완전하고 적절한 내력이 얻어질 수 없다면, 고문에 대한 적절한 심리 조사를 수행하는 것은 불가능할 것이다.

(더 자세한 정보는 이스탄불 의정서 제4장, 제3장의 C.2절, 제5장의 A절 및 제6장의 C.2절을 참조)

### 3.1 면담 중 면담대상자를 법적, 의학적 위험에 빠트리지 않고 어떻게 충분하고 적절한 정보를 수집할 것인가?

면담 과정에서 부딪힐 수 있는 몇 가지 딜레마

*i) 제외상황의 위험 vs. 충분하고 적절한 정보 수집의 필요성.*

고문 혐의를 기록하는 주목적은 개인적인 상황 그리고 그 개인의 심리

적 조건을 고려함으로써 사건에 대해 정확하고, 믿을만하고, 상세한 기록을 만드는 것이다(Giffard, 2000).

심리 평가를 진행할 때 고려해야 할 주요 쟁점들 중 한 가지는 특별한 주의를 기울여 재외상화와 불충분한 결과에 도달하는 것을 피하는 것이다(Wenzel, 2002).

임상적은 보충적이어야 하지만 때로는 대립할지도 모르는 두 가지 중요한 요구조건에 균형을 맞추어야 한다. 유용한 설명을 획득해야 할 필요성 그리고 면담 대상자의 요구사항을 존중하는 것의 중요성(Giffard, 2000)이 그것이다.

실제로, 고문 혐의 평가에서 충분하고 적절한 정보를 수집하는 것이 가장 중요하다. 수집된 모든 정보에 근거하여 보고서를 준비하는 것은 고문 혐의에 대한 증거를 기록하고 제시하는데 결정적이다. 이것은 고문 주장자에게 잠재적으로 도움을 주고, 고문 가해자가 처벌받지 않는 것을 예방할 수 있다. 그러나 상세 보고서는 적절하고 포괄적인 면담을 통해서만 준비될 수 있다. 그래서 임상적은 가능한 한 많은 세부사항을 획득하기 위해 노력해야 한다(Iacopino, 2002).

동시에, 신체 및 심리 검사는 본질적으로 고통스러운 정서와 기억을 이끌어냄으로써 심리적 고통과 증상을 유발하거나 악화시켜 환자에게 재외상을 가할 수 있다(§148). 면담은 고문 생존자가 재외상화될 수 있는 위험을 최소화하도록 이루어져야 한다. 여러 가지 기본규칙이 존중되어야 한다. 정보가 분명 중요하지만 면담대상자가 더욱 중요하다(§134).

면담자는 질문을 할 때 민감성을 보여야 하며, 피로나 고통의 표시들을 주시하여야 한다. 또한 문화적 금기 사항을 인지해야 한다. 이것은 면담

이 면담대상자에게 불쾌한 것이 될 뿐 아니라 면담대상자가 피로하거나 혼란스러우면 그 진술의 신뢰성이 떨어질 가능성이 있기 때문이다 (Giffard, 2000).

평가자는 법정에서 보고서의 유효성 때문에 세부사항을 계속 요구할 것인지 그리고 어느 정도 요구할 것인지에 대한 주관적인 평가를 해야 하는데, 특히 피해자가 면담을 하는 동안 명백한 고통의 징후를 보일 경우에 그렇다 (§148).

또한, 피해자가 여전히 박해나 억압상태 하에 있을 가능성을 염두에 두어야 한다 (§263). 모든 의학 및 심리 검사와 평가 과정에서 “피해를 끼치지 않는 것이 우선”이라는 기본 원칙을 고수하는 것이 기본이다 (Wenzel, 2002).

(이스탄불 의정서 §134, §148 and §263 참조)

*ii) 객관적이 되는 것 vs. 공감하는 것*

법의학적 목적에 필요한 환자의 의학 및 심리 평가는 객관적이고 공정하게 수행되어야 한다 (§161). “면담은 피해자로 하여금 두려움과 불신을 유발하고 과거의 조사를 기억나게 할 수 있다. 재외상화 효과를 줄이기 위해, 임상가는 개인의 경험과 문화적 배경을 이해해야 한다. 일부 정신요법의 유형에서 사용되는 것처럼 임상가가 피동적이고 거의 말을 하지 않는 “임상적 중립성”을 염수하는 것은 적합하지 않다. 임상가는 그 개인과 같은 편이라는 것을 전달해야 하며, 보완적이고 판단을 하지 않는 접근을 택해야 한다. (§261). 임상가는 임상 평가에 있어서는 객관성을 유지하면서 질문에 민감하게 반응하고 공감해야 한다 (§262).

객관성은 공감하는 것과 모순되지 않는다. 이러한 의미에서, 전문적인 영역을 유지하는 것과 동시에 고통과 괴로움을 인정하는 것이 필요하다 (Giffard, 2000).

(이스탄불 의정서 §161, §261 및 §262 참조).

*iii) 비밀 준수 vs. 법률적, 의학적 의무사항*

평가를 수행하고 보고서를 준비하는 임상 의사는 자신의 역할, 책임, 소속 기관 그리고 도덕적 의무사항과 관련된 윤리적 갈등 상황을 종종 경험할 수 있다.

역할과 경계, 고지에 입각한 동의, 비밀 준수의 한계 그리고 자율성과 프라이버시의 존중을 포함하여 중요하게 고려해야 할 다수의 실천상의 윤리적인 쟁점들이 있다(Alnutt & Chaplow, 2000).

히포크라테스 선서에서 현대에 이르는, 모든 윤리 강령들은 비밀 준수의무를 근본 원칙으로 포함하고 있다. 건강전문가가 법의 압력이나 요구로 정보를 밝혀야 할 때 이중 책임의 딜레마가 발생한다(§64와 §70 참조). 한편으로 비밀 준수는 신뢰 관계를 형성할 때 중요한 요소이지만, 다른 한편으로는 의학적 혹은 심리적 평가로 이어지는 정황은 비밀로 하지 않을 수 있다.

면담 초기에 비밀 준수와 그 한계를 설명하는 것은 잘 수행된 면담을 위해 매우 중요하다(§148). “임상 의사와 통역자들은 정보의 비밀 준수를 유지하고 고지에 입각한 환자의 동의가 있을 때에만 정보를 밝혀야 할 의무가 있다” (§164). 그 환자는 평가에 대한 비밀 준수에 어떤 한계가 있으며 정보 공개와 관련하여 어떤 법적 의무사항이 있는지에 대해 명확

히 통보받아야 한다. “고지에 입각한 동의가 의학적 평가의 잠재적 이점과 불리한 결과에 대한 적절한 이해에 근거하며, 그러한 동의는 타인의 강요 없이 자발적으로 이루어졌다는 것을 의사는 보장해야 한다.” (§164). 다른 말로, 비밀 준수 한계를 설명하는 것은 동의를 얻는 과정의 일부로 간주될 수 있다(Alnutt & Chaplow, 2000).

§263: “심리 평가의 이유들을 고려하는 것이 중요한데, 이것은 전문가의 의무로서 지켜야 할 비밀 준수의 수준을 결정하기 때문이다. 만약 국가 당국에 의해 사법 절차의 체계 안에서 개인의 고문혐의에 대한 진실성 평가가 요구된다면, 평가 대상자는 보고서에 제출된 모든 내용에 관한 의학적 비밀 준수가 철폐되는 것을 의미한다고 통보받아야 한다. 그러나 심리 평가 요구가 고문받은 사람으로부터 올 경우, 전문가는 의학적 비밀 준수를 존중해야 한다.”

(이스탄불 의정서 §64, §148, §164 및 §263 참조)

더 상세한 정보는 이스탄불 의정서 §62-72를 보시오.

### 3.2 면담 과정은 무엇이어야 하는가? (더 나은 면담과정을 위해 고려될 수 있는 권고)

면담 초기에, 임상가는 자신의 신분, 역할, 범위, 면담 목적, 비밀 준수의 한계, 정황, 면담의 구성과 과정을 소개해야 한다 (§261).

임상가는 시행될 절차(고문 내력과 현재의 심리적 기능을 포함한 정신 사회적 병력에 관한 질문)를 상세하게 설명하는 식으로 면담 과정을 소개해야 하고, 질문이 불러일으킬 수 있는 힘든 감정적인 반응에 개인이 대비할 수 있도록 한다 (§262).

면담 대상자는 휴식을 요청하고, 어느 때라도 면담을 중단시킬 수 있음을 통보받아야 한다. 또한 스트레스를 견딜 수 없으면 면담대상자에게는 떠날 수 있는 기회가 주어져야 하고, 추후 면담을 예약할 수 있는 선택권이 주어져야 한다(§262).

면담은 면담대상자가 상세한 설명을 하도록 격려하기 위해 편견 없는 일반적인 질문들로 시작해야 한다. 어렵게 끌어낸 정보에 근거하여, 적절한 때 더 많은 특정 세부사항이 질문되어야 한다. 면담자의 태도는, 세심하고 친근하며 격려하면서도 면담 대상자와 그의 상황에 대하여 적절한 객관성을 유지해야 한다.

상황이 허락한다면 혹은 허락할 때, 면담은 면담대상자의 요구에 따라 구성되어야 한다. 휴식을 포함한 짧은 에피소드들, 덜 민감한 사안으로 시작하고, 다음 더 심도 있게 조사하고, 정서적인 자극이 진정될 수 있도록 마음을 이완시키는 주제로 면담을 마무리해야 한다.

만일 면담자가 오직 질문만 함으로써 정보를 얻으려 한다면, 얻을 수 있는 것은 그 질문에 대한 답변밖에 없다. 면담대상자에게는 자신에 대해 말할 수 있는 기회와 시간이 주어져야 한다(§134). 외상적 심문을 회상시키는 자극들은 피해야 한다.

임상외의는 면담 중에 프라이버시를 확보하고 유지해야 한다. 경찰이나 다른 법 집행공무원은 진찰실에 절대 입회해서는 안 된다(§123).

평가자는 면담이 진행되는 장소를 지나치게 통제할 수 없으나 평가자 측의 조그만 몸짓조차도 면담대상자가 더 편안함을 느낄 수 있도록 도와줄 수 있다. 임상외의는 가능한 한 편안하고 프라이버시가 보장된 장소를 조성할 수 있는 모든 기회를 찾도록 노력해야 하며(Giffard, 2000), 상

제한 면담과 검사를 수행할 수 있는 충분한 시간을 배당받아야 한다 (§162).

내력은 민감하게 받아들여지고, 생존자가 사실을 말하는 속도를 조절할 수 있도록 해야 하며 생존자에 의해 확인된 요구에 우선권을 두어야 한다. 진척이 있는 경우 신뢰 관계가 발전되어야 하며, 이는 진단과 고문 병력을 넘어 최우선적으로 고려되어야 한다. 문화적 이해는 평가 방법론을 선택함에 있어 필수적이다(Gurr & Quiroga, 2001).

(이스탄불 의정서 §123, §134, §261, §262 참조).

보다 자세한 정보는 이스탄불 의정서 제4장을 보시오.

### 3.3 직면하게 될 잠재적 전이와 역전이는 무엇인가?

면담자(통역자가 필요한 경우, 통역자에게도 적용)에 대한 개인적인 반응은 면담 과정에 영향을 줄 수 있고, 조사의 결과에도 영향을 줄 수 있다. 마찬가지로 고문생존자에 대한 조사관의 개인적인 반응 또한 면담 과정과 조사 결과에 영향을 준다. 이러한 개인적인 반응이 조사에 부과할 수 있는 효과적인 소통과 이해의 장애물을 조사하는 것은 중요하다 (§147).

§264: “신체 또는 심리 평가를 수행하는 임상가의 극심한 외상의 평가가 면담대상자와 면담자에게 생길 수 있는 잠재적인 감정적 반응에 대해 알아야 한다. 이러한 감정적 반응은 전이(transference)와 역전이(countertransference)로 알려져 있다. 전이는 고문생존자가 과거 경험과 관련하여 갖게 되는 임상가에 대한 감정인데, 개인적으로 임상가에 대해 오해하고 있는 감정이다. 또한 역전리로 알려진 고문생

존자에 대한 임상의의 감정적 반응은 심리 평가에 영향을 미칠 수도 있다. 전이와 역전이는 서로 상호의존적이며 상호작용한다.”

## 전이

§265: “평가 과정에서 전이 반응의 잠재적 영향은 외상의 병력에 관한 세부적인 것을 설명하고 기억해야 하는 면담이나 검사가 괴롭고 원치 않는 기억, 사고, 느낌에 노출시킨다고 생각하게 될 때 분명해진다. 그러므로 고문생존자가 평가로부터 이득을 얻을 희망으로 평가에 동의한다고 해도, 그로 인한 노출은 외상 경험 그 자체를 되풀이할 수 있다. 이것은 다음의 현상들을 포함한다.”

- 평가자의 질문들은 심문과 유사한 강압적 폭로로 느껴질 수 있다.
- 평가자가 관음증의 또는 사디스트적인 동기가 있다고 의심받을 수 있다.
- 평가자는 권한있는 직위에 있는 사람으로 인식되고, 그러한 경우는 종종 사실이다(긍정적 혹은 부정적 의미에서)
- 세부사항에 대한 불가피한 주의 그리고 내력에 대해 정확하게 질문하는 것은 조사자가 불신과 의심하고 있다는 신호로 쉽게 인식된다.
- 만일 평가자와 피해자가 동성이라면, 성별이 다를 경우에 비해서 면담은 더 쉽게 고문 상황을 닮은 것으로 인식될 수 있다.
- 평가자는 구금당하고 고문당해 본 적이 없기 때문에 또는 평가자가 다른 문화나 인종에 속하기 때문에, 평가자가 자신을 이해하거나 믿지 않을 수 있다고 믿거나 또는 적의 편에 있는 것으로 인식할 수도 있다.

이 모든 그리고 다른 유사한 지각에 대해, 대상자는 고통, 공포, 불신, 강요된 복종, 분노, 격노, 수치심, 걱정 또는 의구심을 경험할 수 있거나, 지나치게 신뢰하거나 기대할 수 있다(§ 266, §267, §268, §269).



## 역전이

면담자는 자신의 지각과 판단에 영향을 끼칠 수 있는 생존자의 잠재적인 개인적 반응과 고문의 묘사를 인식하고 있어야 한다 (§262).

§271: “역전이 반응은 종종 무의식적이며, 역전이를 눈치 채지 못한다면 문제가 된다. 개인들이 그들의 고문에 대해 설명하는 것을 들을 때 감정을 갖게 되는 것은 있을 수 있는 일이다. 이러한 감정이 임상적 효율성을 방해하지만, 이해가 되면 그것들이 임상의를 인도할 수 있다. 고문피해자의 검사와 치료에 종사하는 의사들과 심리학자들은, 전형적인 역전이 반응을 인식하고 이해하는 것이 중요하다라는 의견에 동의한다. 왜냐하면 역전이가 고문의 신체적 및 심리적 결과를 평가하고 기록하는 능력을 상당히 제한할 수 있기 때문이다.” (§ 271)

흔한 역전이 반응은 다음을 포함한다.

- 회피, 위축, 방어적 무관심(defensive indifference),
- 환멸(disillusionment), 무력감, 절망, 과다동일시(over-identification),
- 구원자, 훌륭한 외상 전문가, 또는 생존자의 마지막 희망과 같이 느껴지는 형태의 전능함(omnipotence)과 당당함(grandiosity),
- 불안정감, 죄의식, 고문자와 박해자 혹은 개인에 대한 엄청난 분노(excessive rage) (§271)  
(Steele 등, 2001, Smith 등, 1996; Herman, 1992; Bustos, 1990).

이 모든 요인들은 평가자가 고문 결과의 심각성을 과소평가하거나 일부 세부사항을 망각하게 하여 고문혐의의 진실성에 대해 근거 없는 의심을 하고, 그리고 필요한 공감적 접근을 하지 못하게 만든다. 또한 대리 외상

화, 면담자의 소진, 객관성 유지의 어려움과 고문 생존자와의 과다동일 시로 이어질 수 있다.

(이스탄불 의정서 §147-148과 §263-272 참조)

## 제 4 장 : 고문의 심리적 결과

심리 훈련 매뉴얼의 이 부분은 이스탄불 의정서 심리적 증거 부분의 증상과 관련된 장들에 대해 상세한 설명을 제공한다. 여러 증상군은 전문 문헌의 보충설명과 인용으로 풍부해진다.

고문은 광범위한 신체적, 심리적 고통을 초래할 수 있는 엄청난 인생 경험이다(§233). 많은 고문 피해자는 깊은 감정적 반응과 심리적 증상을 경험한다(§235).

### 4.1 어떤 증상이 고문의 결과로서 일반적으로 관찰되는가?

“증상과 정신과적 분류에 대한 기술적 설명을 하기 전에, 정신과적 분류는 일반적으로 서구의 의학적 개념으로 간주되고 그것을 비서구인들에게 적용하는 것은 암시적으로 또는 명백히 어떤 어려움을 초래할 수도 있다는 것을 염두에 두어야 한다.” 서구 문화가 심리적 방법의 과도한 의료화(undue medicalization)를 앓고 있다고 주장될 수도 있다. “정신적 고통이 개인에게 존재하면서, 일련의 전형적 증상의 특색을 보이는 일종의 ”질환“이라는 개념은 여러 비서구적 사회에서 용납되지 않을 수도 있다”(§239).

한 문화에서 정신적으로 이상한 행동 또는 질환이라고 간주되는 것이 다른 문화에서는 전혀 병적으로 여겨지지 않을 수 있다(§235) (Kleinman, 1986; Engelhardt, 1975; Westermeyer, 1985).

일부 증상은 여러 다른 문화에 존재할 수 있지만 개인에게 가장 관련 있는 증상이 아닐 수도 있다(§236).

증상은 이것이 일어나는 정황 속에서 그리고 이를 경험한 개인에게 나타나는 의미를 통해 이해되어야 한다. 아픔과 고통은 그 자체로 병적인 상태는 아니다. 고문 생존자에게 증상은 사회 병리학에 대한 “일반적인” 반응이라는 것 또한 유의한다(Becker, 1995; Gurr & Quiroga, 2001; Summerfield, 2000; Summerfield, 2001; Burnett & Peel, 2001a).

고문을 경험한 사람에게 보이는 가장 일반적인 증상은 다음의 것들을 포함하나 이것들로 제한되지 않는다.

### **일반 심리 반응**

#### *a) 외상의 재경험(\$ 240)*

“피해자는 깨어있고 의식이 있는 동안에도 외상 사건이 다시 재연되는 플래시백(flashback)이나 끼어드는 기억들을 경험하게 되고 또한 외상 사건의 요소가 본래의 또는 상징적인 형태로 재현되는 악몽을 경험할 수 있다. 외상을 상징하거나 닮은 단서에 노출되었을 때의 고통은 종종 의사와 심리학자를 포함한 권한 있는 사람에 대한 불신과 두려움으로 나타나는데, 특히 권력자 그리고/또는 의사가 인권침해에 참여한 국가나 상황에서 그렇다.”

#### *b) 회피와 감정의 마비*

- i) “외상을 상기시키는 모든 생각, 대화, 활동, 장소, 또는 사람에 대한 회피”

회피반응의 어떤 수준은 인지될 수 있다. 때로 회피는 외상의 전면적인 부정으로 나타날 수 있다(Yehuda & Mc Farlane, 1995). 어떤 상황에서, 수년에 걸쳐 일상생활에서 발전되어왔던 전략의 결과인, 만성적인 상황

에서의 회피 반응을 인지하는 것이 어려울 수 있다. 피해자는 회피증상에 대해 좀처럼 언급하지 않는데 그 이유는 그러한 증상이 피해자 성격과 삶의 방식의 일부로서 경험되기 때문이다(Haenel, 2001).

- ii) “심각한 감정적 속박감,
- iii) 심각한 개인적 이탈과 사회적 위축,
- iv) 외상의 중요한 부분을 기억하지 못함.”

*c) 과다각성 (Hyper-arousal)*

- i) “잠에 들거나 계속 잠들어있는 것의 어려움,
- ii) 화를 잘 내거나 분노의 폭발,
- iii) 집중하기 어려움,
- iv) 지나친 경계, 과장되게 놀라는 반응,
- v) 범불안,
- vi) 숨차기, 땀 흘림, 입 마름, 또는 어지럼증과 위장장애.”

*d) 우울증 증상 (§ 241)*

다음과 같은 우울증 증상이 나타날 수 있다.

- i) 우울한 기분,

- ii) 무쾌감증 : 활동에 대한 관심이나 즐거움이 현저하게 감소
- iii) 식욕 감소와 그로 인한 체중 감소
- iv) 불면증 또는 과다수면
- v) 정신운동초조 또는 정신운동지연
- vi) 피로와 에너지 상실
- vii) 무가치한 느낌과 지나친 죄책감
- viii) 관심갖기, 집중 또는 회상의 어려움
- ix) 죽음과 죽는 것에 대한 생각, 자살 관념 또는 자살시도

*e) 손상된 자기개념 및 단축된 미래 (§ 242)*

피해자는 돌이킬 수 없을 정도로 손상을 입어서 회복할 수 없는 인격 변화를 겪고 있다는 주관적 느낌을 갖고 있다(Holtan, 1998). 그는 직업, 결혼, 자식 또는 정상적인 수명을 기대할 수 없는 단축된 미래의 느낌을 가진다.

*f) 해리, 이인증, 비전형적 행동 (§ 243)*

해리(dissociation)는 의식, 자각, 기억과 행동의 통상적인 통합 기능의 장애나 변질된 상태이다(van der Kolk 등, 1996). 개인은 특정 행동으로부터 분리되거나 인지하지 못하거나 또는 둘로 분리된 느낌을 받거나 마치 자신을 멀리에서 관찰하는 것처럼 느낄 수 있다.

이는 외상의 다양한 측면을 간과하고 잘못된 인식을 줄 수 있는 극단적인 외상 사건동안에 일어나는 일반적인 반응이다 (McFarlane, 1995). 경험의 요소는 단일한 전체로 통합되는 것이 아니라, 분리된 파편으로 기억 속에 축적되고, 감각 인지, 정서 상태 혹은 행동 재현으로 저장된다 (van der Kolk & Fisler, 1995).

이인증(depersionalisation)은 자신이나 자신의 몸으로부터 분리되어 있는 느낌이다. 이인증 상태에 있는 사람은, 마치 자신의 정신 작용이나 몸에 대한 외부 관찰자인 듯이, 떨어져 있거나 “실제로 여기에 없는” 느낌을 호소한다(예를 들어 꿈속에 있는 것 같은 느낌). 예컨대, 자신의 감정, 느낌 혹은 내면의 자아 경험이 분리되어 있고, 생소하여 자신의 것이 아니라고 혹은 마치 연극하는 것 같이 불쾌하게 어떻게 할 줄 모르는 느낌을 호소할 수 있다.

충동 조절 문제는 생존자가 외상 전 그의 성격에 비해 상당히 비전형적으로 생각되는 행동으로 나타난다. 전에 조심스러웠던 사람이 위험성 높은 행동을 할 수도 있다.

충동 조절 문제는 분노, 만성적인 자기 파괴적이고 자살 행동, 성적 관계 및 충동적이고 위협을 수반하는 행동을 조절하는데 있어서의 어려움을 포함한다(van der Kolk 등, 1996).

#### *g) 신체적 호소증상 (§ 244)*

객관적 소견들이 없거나 동반되기도 하는 통증, 두통 또는 기타 신체적 호소증상들과 같은 신체적 증상들은 고문 피해자나 외상을 입은 사람들에게 흔히 발생하는 문제들이다. 통증이 유일하게 나타나는 호소증상일 수 있다. 통증의 위치는 옮겨지기도 하며 그 강도는 변화할 수 있다. 신

체적 증상들은 고문의 직접적인 신체적 결과일 수도 있고, 원래 심리적인 것일 수도 있거나, 둘 모두일 수 있다. 때로 고통의 원인을 말하는 것은 어렵다.

만성적 통증은, 아마도 광범위한 고문 기술이 적용되기 때문에, 그에 대한 상세한 정보와 이해가 아직 부족한 고문 이후의 또 다른 측면이다. 고통의 신체적, 심리적 수준은 빈번히 연결되어 있고 실제로 이를 분리하는 것은 어렵다(Wenzel, 2002).

전형적인 신체적 호소증상의 예

- i) 두통 : 머리 구타 병력 그리고 다른 머리 상해는 고문 생존자에게 매우 흔한 증상이다. 이 상해들은 본질적으로 만성적인 상태인 외상 후 두통이 될 수 있다. 두통은 긴장이나 스트레스로 인한 것이지만, 그로 인해 악화될 수 있다.
- ii) 요통 (더 자세한 사항은, 의학적-신체적 연습 매뉴얼 pp. XXXX 참조)
- iii) 근골격계 통증 (더 자세한 사항은, 의학적-신체적 연습 매뉴얼 pp. 14 참조)

*h) 성기능 장애 (§ 245)*

§245: 성기능장애는 고문생존자에게 흔한 현상이며, 특히 성 고문 또는 강간을 경험한 사람들에게 흔하지만, 이들에게 국한되지 않는다.

증상은 신체적 또는 심리적 원인으로 발생하거나 둘의 혼합일 수 있으



며, 다음을 포함한다.

- i) 성적 파트너와의 모든 생식기적인 성접촉에 대한 혐오나 회피
- ii) 성욕의 결핍이나 상실
- iii) 성적 기쁨의 결핍
- iv) 성 활동에 대한 관심 감소
- v) 성적 흥분 장애
- vi) 성 활동에 대한 두려움
- vii) 성적으로 학대당했다는 것을 성 파트너가 ‘알 것’같아 생기는 두려움
- viii) 성적으로 손상된 것에 대한 두려움 - 고문자가 그렇게 협박했을 수 있음
- ix) 항문확대를 당한 남성에게 있어서의 동성애에 대한 두려움 (일부 이성애 남성은 교감성이 없는 항문성교 동안 발기하였고 때로는 사정하였다. 이것은 생리적 반응이라는 것을 알려 그들을 안심시켜야 한다)
- x) 성 파트너에 대한 불신
- xi) 발기 불능과 같은 생식기 반응 감퇴나 질액 감소

xii) 성적 흥분 장애와 발기불능

xiii) 질염

ixv) 성교 통증 (남성 또는 여성과 성교 시 동반하는 성기 통증)

xv) 오르가즘 불능 (오르가즘의 지체나 부재)

xvi) 조루

(더 상세한 정보는 이스탄불 의정서 제5장 D.8절 참조 )

*i) 정신병 (§ 246)*

문화와 언어적 차이가 정신병 증상들과 혼동될 수 있다. 누군가를 정신 병자라고 진단내리기 전에, 증상을 개인 특유의 문화적 정황 내에서 평가해야 한다. 정신병적 반응은 짧거나 길 수 있고, 정신병적 증상은 사람이 구금되고 고문 받을 때 또는 그 후에 나타날 수 있다. 다음의 소견들이 나타날 수 있다:

i) 망상 (delusion)

ii) 청각, 시각, 촉각 또는 후각의 환각

iii) 괴이한 관념과 행동

iv) 거짓 환각의 형태를 취하거나 진성 정신병 상태의 경계일 수 있는 착각 (illusion) 또는 지각왜곡 (perceptual distortion). 잠이 들거나 깨

어있을 때 일어나는 잘못된 지각과 환각은 일반인에게도 흔하며 정신병을 상징하지 않는다. 고문피해자가 이따금 비명이나 자신의 이름이 불리는 것을 듣거나 그림자를 본다고 보고하지만 정신병의 뚜렷한 징후나 증상들을 동반하지는 않는다.

v) 박해에 대한 망상과 편집증(paranoia) : 일부 국가에서 구금 중 혹은 그 후에 박해가 빈번히 일어나므로 편집증적 망상을 정의할 때 주의해야 한다.

vi) 정신병적 특징을 동반하는 정신병성 장애 또는 기분 장애의 재발은 과거에 정신 질환의 과거력이 있는 사람에게서 발견될 수 있다. 양극성 장애, 정신병적인 특징을 동반하는 재발성 주요 우울증, 정신분열 그리고 정신분열 정동장애(schizo-affective disorder)의 과거력이 있는 사람들은 그 장애의 에피소드를 다시 경험할 수 있다.

#### *j) 약물남용(\$ 247)*

알코올과 마약의 남용은 종종 외상적인 기억을 지우고, 감정을 통제하고, 불안감을 조절하기 위한 방법으로 고문생존자에게 이차적으로 발생한다.

#### *k) 신경-심리적 장애(\$ 248)*

“고문은 다양한 수준의 뇌 손상으로 이어지는 신체적 외상을 포함할 수 있다. 머리 구타, 질식, 장기간의 영양 부족은 장기간의 신경적 및 신경-심리적 결과를 초래할 수 있다. 두뇌영상이나 다른 의학적 방법으로 증명되지 못한 모든 뇌 손상의 경우에서 그렇듯이, 신경-심리학적 평가와 검사는 결과를 증명하는 유일하게 믿을만한 수단이 될 수 있다. 종종, 그러한 평가의 대상 증상들은 외상 후 스트레스 장애와 주요 우울증에서

발생하는 증상들과 상당히 겹친다. 의식, 지남력, 주의력, 집중력, 기억력과 실행 기능 단계에서의 변동 또는 결함은 기능적 장애나 기질적 원인에 의해 나타날 수 있다. 그러므로 신경-심리학적 평가의 전문화된 기술과 신경심리학적 방법의 비교문화 확인의 문제 인식은 이런 구분을 위해 필요하다.”

### 1) 기타

- 세상에 대한 영구적인 적대감 또는 불신의 태도
- 지속적인 공허함 또는 절망감
- 변했거나 다른 이들과는 다르다는 영구적인 느낌(이탈/소외)
- 자기 주변에 대한 인식 감소
- 수치심과 생존자의 죄책감

(이스탄불 의정서 §233, §235, §236 및 제6장 B절: §239-248 참조)

## 4.2 고문/외상 관련 정신 장애의 가장 일반적인 진단 분류는 무엇인가?

### 진단적 분류 (§ 249)

§249: “고문 생존자들 사이에서의 주요 질병과 가장 현저한 소견들은 다양하고 개인의 독특한 삶의 경험과 그의 문화적, 사회적, 정치적 배경과 관련이 있지만, 평가자는 고문이나 외상 생존자 중 가장 흔히 진단되는 질환과 익숙해지는 것이 현명하다.”

고문 생존자에게 조금 규칙적으로 관찰되고 기록되는 일련의 증상과 심리적 반응이 있다.

§249: “외상 관련 정신 질환에는 상당한 중복 이환(co-morbidity)이 있기 때문에, 한 가지 이상의 정신 질환이 나타나는 것은 보기 드문 일이 아니다. 불안과 우울증의 다양한 소견들은 고문으로 인한 가장 흔한 증상이다.”

두 가지 유명한 분류법은 국제표준질병사인분류(ICD-10)(WHO, 1994)와 미국 정신의학회의 진단통계매뉴얼 제4판(DSM-IV)(APA, 1994)이다. 진단적 분류의 완전한 설명을 위해서는 ICD-10과 DSM-IV를 참조해야 한다.

외상과 관련한 가장 흔한 진단법은 외상 후 스트레스 장애와 주요 우울증이다. 뿐만아니라, 지속적 인격 변조(enduring personality change) 또한 고려되어야 하는데, 특히 오랜 기간의 극심한 스트레스에 의한 잠재적인 장기적 효과들을 설명해주기 때문이다. (§255).

#### a) 우울 장애

거의 모든 고문생존자에게 우울 상태가 존재한다. “고문의 결과를 평가하는 상황에서, 외상 후 스트레스 장애와 주요 우울 장애가 명백히 구별될 수 있는 병인을 가진 별도의 두 개의 질병이라고 생각하는 것은 문제가 있다. 우울 장애는 주요 우울 장애, 한 번의 에피소드 또는 주요 우울 장애 및 재발 우울 장애 (한번 이상의 에피소드)를 포함한다. 우울 장애는 정신병적, 긴장성, 우울성 또는 비전형적 특징이 동반되거나 동반되지 않을 수도 있다. DSM-IV에 따르면 주요 우울 에피소드의 진단을 위해서는, 다음과 같은 증상 중 5개 이상의 증상이 적어도 연속 2 주 동안 나타나야 하고 이전 기능의 변화를 나타내야 한다(적어도 한 가지 증상이 우울한 기분이나 관심 또는 즐거움의 상실이어야 한다).

- i) 우울한 기분,
- ii) 모든 또는 거의 모든 활동에 대한 관심 또는 즐거움의 현저한 감소,
- iii) 체중 감소 또는 식욕 변화,
- iv) 불면증 또는 과다수면,
- v) 정신운동초조 또는 정신운동지연,
- vi) 피로 또는 에너지 상실,
- vii) 무가치한 느낌 또는 지나치거나 부적절한 죄책감,
- viii) 사고력 또는 집중능력 감소,
- ix) 반복되는 죽음 또는 자살에 대한 생각. 이 진단을 내리기 위해서는 증상이 상당한 고통이나 사회적 또는 직업적 기능에 지장을 야기해야 하고, 생리적 장애에 의한 것이 아니며 다른 DSM-IV 진단에 의해 설명되지 않은 것이어야 한다.” (§250)

*b) 외상 후 스트레스 장애*

“고문의 심리적 결과와 관련된 가장 흔한 진단은 외상 후 스트레스 장애 (PTSD)이다.” (§251)

최근 몇 년 동안 다양한 유형의 폭력으로 인해 고통을 받는 광범위한 개인에게 외상 후 스트레스 장애의 진단이 적용되어 왔다.(§236)

“고문과 외상 후 스트레스 장애 진단의 관련성은 의료인, 이민 법정과 박식한 일반인의 마음속에 강하게 자리 잡았다. 이것이 PTSD가 고문의 주된 심리적 결과라는 잘못되고 단순화된 인상을 만들었다.” (§251)

“그러나 비서구 문화에서는 이러한 진단의 사용이 성립되지 않았다. 그럼에도 불구하고 여러 다양한 민족적, 문화적 배경 출신의 외상을 경험한 난민들이 높은 비율의 외상 후 스트레스 장애와 주요우울증 증상을 겪는다는 것을 문헌들을 통해 알 수 있다.” (§236) (Mollica 등, 1993; Allden 등., 1996).

“DSM-IV에 나와있는 PTSD의 정의는 끼어드는 기억, 악몽과 외상의 중요한 부분을 기억하지 못하는 것과 같은 외상과 관련된 기억장애의 존재에 크게 의존하고 있다.” (§252).

“PTSD에 대한 ICD-10 진단은 DSM-IV의 진단과 매우 유사하다. DSM-IV에 의하면, PTSD는 급성, 만성 또는 지연성일 수 있다. 증상은 한 달 이상 동안 나타나야 하며 장애는 상당한 고통 또는 기능에 지장을 가져와야 한다. 외상 후 스트레스 장애를 진단하려면, 개인은 피해자 자신이나 타인에 대한 생명 위협적인 경험과 관련있고, 두려움, 무력함 또는 공포를 초래하는 외상 사건에 노출되었어야 한다.

그 사건은 다음 중 하나 이상의 방법으로 지속적으로 “재경험”되어야 한다.

- i) 사건의 고통스러운 회상이 끼어들거나,
- ii) 사건에 대한 괴로운 꿈이 반복되거나,

- iii) 환각, 플래시백과 착각을 포함하여 사건이 마치 다시 일어난 것처럼 느끼거나 행동하는 것,
- iv) 사건을 상기시키는 것에 노출되었을 때 겪게 되는 격렬한 심리적 고통, 그리고
- v) 사건의 양상과 유사하거나 상징하는 단서에 노출되었을 때 생리적으로 반응하는 것.” (§252)

“개인은 외상 사건과 관련된 자극에 대한 회피를 지속적으로 보이거나 다음 중 적어도 3개 사항에서 지적하는 반응에 대한 전반적인 마비 증상을 보여야 한다.

- i) 외상과 관련된 생각, 느낌 또는 대화를 회피하려는 노력,
- ii) 피해자에게 외상을 상기시키는 활동, 장소 또는 사람들을 회피하려는 노력,
- iii) 사건의 중요한 부분을 기억하지 못하는 것,
- iv) 중요한 활동에 대한 관심 감소,
- v) 타인으로부터 이탈 또는 소외,
- vi) 제한된 정서, 그리고
- vii) 미래에 대한 단축된 느낌.



PTSD에 대한 DSM-IV 진단을 해야 하는 또 다른 이유는 다음 중 적어도 두 가지 사항으로 나타난 바와 같은 외상 전에 존재하지 않았던 과다각성 증상이 지속되기 때문이다.

- (i) 잠들거나 계속 잠들어있는 것에 대한 어려움,
- (ii) 흥분성 또는 분노 폭발,
- (iii) 집중 곤란,
- (iv) 지나친 경계,
- (v) 과장되게 놀라는 반응.” (§253)

“PTSD의 증상들은 만성적이거나 장기간에 걸쳐 변동할 수 있다. 어떤 시기 동안에는 과다각성과 흥분성이 임상적인 설명을 특징지을 것이다. 이 시기에는 생존자가 대개 끼어드는 기억의 증가, 악몽, 플래시백을 보고한다. 다른 시기에는 생존자가 비교적 자각증상이 없는 것처럼 보이거나 또는 감정적으로 억제되고 위축된 것처럼 보일 수 있다.” (§254) 어떤 영역 간 혹은 1회 평가를 위해 면담을 할 때 증상이 없는 경우 진단 딜레마가 제기된다(Jaranson 등 2001).

ICD-10에 의하면, PTSD 환자들의 일부는 수년에 걸쳐 만성적 추이를 보이다가 결국 지속적 인격변조로 이행한다고 한다.

PTSD의 진단적 분류를 충족하지 않는다는 것이 고문이 가해지지 않았다는 것을 의미하는 것은 아니라는 것을 염두에 두어 한다.

(이스탄불 의정서 §249-254, §255 및 §235, §233, §236 참조)

### 4.3 다른 일반적인 진단 분류는 무엇인가?

고문관련 정신 장애는 우울증과 PTSD에 국한하는 것이 아니며 평가자는 외상과 고문 생존자에게 가장 흔한 진단적 분류에 대한 포괄적인 지식을 갖추어야 한다. 이러한 의미에서, 상세한 평가가 항상 매우 중요하다. PTSD와 우울증 범주를 너무 강조함으로써 다른 가능한 진단을 놓칠 수 있다.

외상에 대한 유일한 반응으로 PTSD를 보는 단순한 관점은, 이런 인식이 장애의 복잡성과 특징을 과소평가할 수 있기 때문에, 회피되어야 한다 (McFarlane & Yehuda, 2000).

PTSD는 전쟁이나 특히 고문과 같이 삶의 극단적인 사건에 특징적인 후속 사건으로 묘사되어져 왔다. 진단 및 치료와 관련한 이러한 단선적인 접근의 한계는 삶의 극단적 사건으로 인한 효과들을 묘사하기에는 너무 협소하다고 비판받아 왔다. 극심한 외상 이후의 후속 사건에 관한 연구는 PTSD라는 단순한 진단에 국한되지 않아야 하며, PTSD가 공통적인 것이지만 연구와 치료에 있어 유일하게 중요한 요인이 아닐 수도 있기 때문에, 축상성 증후군(axial syndrome)과 같은 무시된 분류를 포함하여 더 포괄적인 개념화를 계속 시도해야 한다(Wenzel 등., 2000).

다른 가능한 진단은 다음을 포함하나 이에 국한하지 않는다.

#### *a) 지속적 인격 변조 (§ 255-256)*

고문과 같은 극단적 스트레스에 대한 반응은 너무 이질적이고 광범위해서 많은 임상 및 조사연구는 광범위한 극단적 외상 결과를 포함시키기

위해 “투적의상성 장애”와 “복합 PTSD”와 같은 진단적 분류의 적합성을 조사해 왔다. DSM IV를 준비하면서 “복합 PTSD”에 대한 오랜 토론이 있었다. 그 결과, DSM IV에서 복합 PTSD 증상은 PTSD 진단의 “연관된 특징”으로 묘사된다. ICD-10에서 실질적으로 동일한 진단이 파국적인 스트레스에 따른 지속적인 인격 변화의 범주에 포함된다(Lira 1995; Herman, 1992; van der Kolk & Fisler, 1995; Fornari & Pelcovitz 1999).

파국적 또는 장기간의 극심한 스트레스 후에, 과거 인격 장애가 없던 사람에게 성인인격장애가 발병할 수 있다. ICD-10에 따르면, 지속적 인격 변조의 진단은 파국적인 스트레스에 노출된 이후 주변환경과 자신에 대한 지각, 관계, 사고 패턴에 명확하고, 뚜렷하며, 지속적인 변화가 있다는 증거가 있을 때에만 내려져야 한다 (예를 들어, 집단수용소의 경험, 고문, 재난, 생명을 위협하는 상황에의 장기간 노출). 인격변조는 외상 경험 전에는 존재하지 않았던 완고하고 부적응적인 행동과 연계되어야 한다.

이 진단은 다른 정신 장애의 소견 혹은 이전의 어떤 정신 장애의 잔류 증상으로 인한 변화뿐 아니라 뇌질환, 뇌기능장애 또는 뇌손상에 의한 인격과 행동 변화는 제외한다.

파국적인 경험 후의 지속적 인격변조라는 ICD-10 진단을 내리려면, 파국적인 스트레스에 노출된 이후 적어도 2년 동안 인격 변화가 나타나야 한다. ICD-10은 스트레스가 “인격에 미친 심각한 영향을 설명하기 위해서 개인적인 취약성을 고려할 필요가 없을 만큼” 아주 극심해야 한다고 명기한다. 이러한 인격 변화는 세상에 대한 적대적 또는 불신의 태도, 은둔형 외톨이, 항상적인 공허감 또는 절망 (이것은 다른 사람들에 대한 의존증가, 부정적이나 공격적인 감정을 표현하지 못하고 장기간의 우울한 기분과 관련될 수 있다), 계속해서 위협받는 것과 같이 “벼랑 끝에 몰린”

지속적인 느낌(이러한 내적 긴장과 위협받는 느낌의 만성적 상태는 과도한 음주 또는 약물남용의 경향과 관련될 수 있다), 변했거나 다른 이들과는 다르다는 영구적인 느낌(이탈)에 의해 특징지어진다. 그리고 이 느낌은 감정적 마비의 경험과 관련될 수 있다.

*b) 약물 남용 (§ 257)*

임상의들은 외상에 대한 기억을 억누르고, 불쾌한 감정을 조절하며, 불안を 처리하는 방법으로 알콜과 약물 남용이 고문피해자들에게 이차적으로 발생하고 있는 것을 발견했다. 다른 장애를 동반하는 PTSD의 중복이환은 흔하였지만, 고문생존자의 약물 남용에 대해 체계적인 연구가 좀처럼 이루어지지 않았다. PTSD의 위협에 처해있는 다른 사람들을 볼 때 고문생존자에게 약물남용은 잠재적 중복이환이라는 것에 대한 충분한 증거가 있다(Friedman&Jaranson, 1994).

*c) 범불안장애 (§ 258)*

다양한 사건이나 활동에 대한 지나친 불안과 걱정, 운동신경계 긴장과 자율신경계 활동 증가를 특징으로 한다.

*d) 공황장애 (§ 258)*

발한, 숨 막힘, 떨림, 빠른 심장박동, 현기증, 구역질, 오한 또는 열감과 같은 증상들을 포함한 극심한 공포 또는 불편함이 반복적이고 갑작스럽게 발생한다.

*e) 급성 스트레스 장애 (§ 258)*

PTSD와 본질적으로 같은 증상이지만 외상 사건에 노출된 이후 한 달 이내에 진단된다. 급성 스트레스 장애로 진단을 내리려면, 참혹한 사건을

경험하는 동안 혹은 경험 후에, 다음이 나타나야 한다.

PTSD와 유사한 증상(재경험, 회피와 각성)뿐 아니라, 세 개 (혹은 그 이상)의 해리성 증상. 주관적 무감각, 감정 반응의 분리 혹은 부재, 주변 환경의 인식 감소 (예를 들어, “멍한 상태”), 현실감 상실, 이인증, 해리성 기억상실증(예를 들어, 외상의 주요 부분 회상 불능).

심리적 장애는 임상적으로 중요한 고통 혹은 기능 손상을 일으키며 최소 2일에서 최대 4주 동안 지속하며 외상 사건이 일어난 지 4주 이내에 발생한다.

*f) 신체형 장애 (Somatoform disorders) (§ 258)*

의학적 상태로 설명되지 않는 신체적 증상

*g) 양극성 장애 (Bipolar disorders) (§ 258)*

기분이 들떠있고, 과대망상적이거나 신경질적인 기분, 과장, 수면 필요성 감소, 사고의 비약, 정신운동초조(psychomotor agitation)와 관련된 정신병적 현상이 동반되는 조증(mania) 또는 경조증(hypomanic)을 보이는 특징

*h) 일반적인 의학 상태에 의한 장애 (§ 258)*

뇌 손상의 형태로 결과하는 의식, 지남력, 주의력, 집중력, 기억력과 실행 기능 단계에서의 변동 또는 결함을 보임

*i) 공포증 (Phobias)*

- 사회 공포증과 광장공포증과 같은 공포증. (§258)

#### j) 다른 증상들

- 해리성 장애 (ICD-10, DSM IV)
- 전환 장애 (DSM IV)
- 급성 스트레스를 동반하는 급성 및 단기 심리적 장애 (ICD-10). 현저한 스트레스 요인(들)을 동반하는 단기 심리적 장애 (DSM IV)
- 이인증 - 현실감 상실 장애

(이스탄불 의정서 §255-258 참조)

### 4.4 심리적/정신의학적 평가의 구성 요소는 무엇인가?

전체 심리적/정신의학적 평가는 일반 고려사항, 주의사항, 윤리적, 임상적 고려사항 그리고 면담 과정에 포함된 주제의 정보에 따라 진행되고 해석되어야 한다.

(이스탄불 의정서 §260-261, §274, §290 참조)

심리 평가는 면담 초기, 처음으로 접촉할 때부터 시작한다. 옷차림, 자세, 외상을 회상하고 이야기하는 방법, 불안이나 감정적 고통의 표시, 무감각이나 과다흥분, 감정이 격해지는 시기, 놀라는 반응, 고문사건을 말할 때의 자세와 몸짓, 시선 회피와 목소리의 감정적 동요는 피해자의 내력과 심리 기능에 대한 중요한 단서를 제공할 수 있다. 면담대상자의 구술 (그가 말하는 것)내용뿐 아니라 말하는 방식(그가 어떻게 말하는가)이 심리 평가에 중요하다. 면담대상자는 자신이 무엇을 경험했는지 회상하여 자세히 말하거나 자신의 통증에 관해 진술할 때 어려움이 있을 수 있으나, 비구술적 의사소통은 증상에 대한 중요한 정보뿐 아니라 관련 정보를 이끌어내는데 효과적인 관계를 형성하고 유지하기 위한 단서들을 제공한다(Jacobs, 2000).

심리/정신의학적 평가는 개인의 내력, 정신 상태 감정, 사회적 기능 평가 그리고 임상적 소견의 공식화에 대한 상세한 설명을 제공해야 한다.

심리적/정신의학적 평가의 구성요소는 다음과 같다.

*a) 고문과 비인도적인 대우의 내력 (§ 275)*

“면담자는 당면한 법적 문제를 알아야 한다. 왜냐하면 이것이 진상의 문서 증명을 완수하는데 필요한 정보의 성질과 양을 결정할 것이기 때문이다.”

고문, 박해 그리고 그 밖의 관련된 외상 경험의 충분한 내력을 기록하는데 모든 노력을 기울여야 한다. 이 부분의 평가는 평가받는 사람을 종종 지치게 만든다. 그러므로 (가능하다면) 여러 회기동안 진행할 필요가 있을 수 있다. 면담은 고문 경험의 세부 사항을 이끌어내기 전에 사건의 일반적인 요약으로 시작해야 한다.

고문에 의해 발생한 전체적인 임상 상황은 목록에 있는 방법으로 만든 간단한 몇 가지 병변들보다 훨씬 더 많기 때문에 방법 나열식 접근법은 역효과를 낼 수 있다.

(더 자세한 정보는 제4장 E,F,G 참조)

*b) 현재의 심리적 호소증상 (§ 276)*

현재의 심리적 기능에 대한 평가는 평가의 핵심을 구성한다. 외상 후 스트레스 장애에 대한 세 가지 DSM-IV의 분류에 대한 구체적인 질문(외상 사건의 재경험, 회피나 기억상실을 포함한 무반응, 증가된 각성)이 질문되어야 한다.

“정동적(affective), 인지적(cognitive), 행동적(behavioral) 증상은 세세하게 기술되어야 하며, 증상의 빈도와 악몽, 환각, 놀라는 반응의 예도 기록되어야 한다.”

주기적 반응, 특정한 자극이나 장소, 회피를 유발하는 상황과 주제와 같은 적응 전략과 촉발 요인들이 고려되어야 한다. 고문 후 나타나는 신체적, 심리적 호소 증상들의 최초의 출현, 지속기간과 강도 또한 기록되어야 한다.

“증상이 없는 것은 외상 후 스트레스 장애의 간헐적 또는 종종 지연되는 특성 때문이거나 수치심으로 인한 증상의 부인 때문일 수 있다.”

*c) 고문 후 내력 (§ 277)*

“심리 평가의 이 구성 요소는 현재의 생활 상황에 대한 정보를 찾아낸다. 사랑하는 사람과의 헤어짐 또는 사망, 고향으로부터의 도주와 망명 생활과 같은 현재의 스트레스 근원을 묻는 것이 중요하다. 면담자는 또한 개인의 생식 능력, 생계 능력, 가족부양 능력과 사회적 지원 여부에 대해 조사해야 한다.”

*d) 고문 전 내력 (§ 278, § 279)*

“관련이 있다면 피해자의 어린 시절, 청소년기, 성년기 초반, 그의 집안 배경, 가족 질병과 가족 구성을 기술한다. 피해자의 학력과 직업 경력에 대한 설명도 있어야 한다. 어린 시절의 학대, 전쟁 외상 또는 가정 폭력을 포함한 과거의 모든 외상의 내력과 피해자의 문화적 및 종교적 배경을 기술한다.”

“외상 전 내력에 대한 기술은 정신 건강 상태와 외상 사건 이전에 고문



피해자의 심리-사회적 기능 수준을 평가하는데 중요하다. 이러한 방법으로, 면담자는 개인의 현재 정신 건강 상태와 고문 전의 정신 건강 상태를 비교할 수 있다.

배경 정보를 평가함에 있어, 면담자는 외상에 대한 반응의 지속기간과 심각도가 복합적 요소들에 의해 영향을 받는다는 것을 염두에 두어야 한다. 여러 가지 면담 상황에서는 시간제한과 그 밖의 문제로 인하여 이러한 정보를 얻는 것이 어려울 수도 있다. 그럼에도 불구하고 고문이 심리적 문제에 어느 정도까지 기여했는지에 대한 추적진단을 위해서 개인의 과거 정신 건강과 심리사회적 기능에 대한 충분한 자료를 얻는 것이 중요하다.

*e) 병력 (§ 280)*

“병력은 외상 전 건강 상태, 현재 건강 상태, 신체 통증, 신체 질병, 약물 치료와 그 부작용, 연관 있는 성 내력, 과거의 외과적 수술과 그 밖의 의학적 자료를 요약한다.”(의학적 내력을 대해서는 제5장 B절, 고문의 신체적 증거에 대해서는 제5장 C와 D절을 보라).

*f) 정신의학 병력 (§ 281)*

“정신적 또는 심리적 장애, 문제의 성질과 그들이 치료 또는 요구된 정신과 입원을 받았는지에 대한 조사가 이루어져야 한다. 조사는 또한 과거의 향정신약제 (psychotropic medication)의 치료 요법을 포함해야 한다.”

*g) 약물사용과 남용 내력 (§ 282)*

“임상의는 고문 전후의 약물 사용, 사용 패턴의 변화와 약물이 불면증 또는 심리적/정신적 문제에 대처하기 위해 이용되었는지에 대해 물어보

아야 한다. 이 약물은 알콜, 대마초와 아편뿐만 아니라 빈랑나무의 열매 (betel nut)와 그 밖의 것과 같은 지역적으로 남용되는 약물을 포함한다.”

#### *h) 정신 상태 검사 (§ 283)*

“면담자는 영양실조 징후, 청결하지 못함, 면담 중에 운동 활동의 변화, 언어 사용, 눈 마주침의 존재, 면담자와 관계를 맺을 수 있는 능력과 의사소통을 위해 개인이 사용하는 수단과 같은 사람의 모습을 관찰해야 한다.”

다음의 구성요소들이 포함되어야 하고, 정신 상태 검사의 모든 면이 심리적 평가 보고서에 포함되어야 한다.

- 외양(개인적 동일시, 행동과 정신운동 활동, 자세와 태도 등에 대한 일반적인 묘사),
- 화법, 분위기와 정서, 사고와 인지(생각하는 형태, 생각의 내용, 사고 장애, 환각과 착각과 같은 인지 장애, 이인성과 현실감 상실, 꿈과 공상),
- 지각기관(경계, 지남력, 집중과 숙려, 기억장애-장기 기억, 중간 기억과 즉각 기억-, 지식, 추상적 사고, 통찰력, 판단) (Sadock, B.J., 1999).

특정 정신 상태 항목에 대한 환자의 반응은 출생지의 문화, 교육 수준, 읽고 쓰는 능력, 언어의 숙달 그리고 문화적응 수준에 의해 영향을 받는다(Trujillo, 1999). 고문 생존자의 정신 상태 검사는 면담자의 융통성을 필요로 하는데, 면담자는 어떤 공식적인 평가를 하기 전에 내담자의 문화적, 언어적 그리고 교육적 배경을 충분히 이해해야 한다. 교육 수준은 적절한 질문과 과제들을 결정하는데 중요한 요소이다 (Jacobs 등, 2001).

### *i) 사회적 기능 평가 (§ 284)*

“외상과 고문은 직접 또는 간접적으로 사람의 기능 능력에 영향을 미칠 수 있다. 고문 경험의 심리적 결과가 스스로를 돌보고, 생계를 유지하고, 가족을 부양하고, 교육을 추구하는 개인의 능력을 손상시킨다면, 고문은 또한 간접적으로 기능 상실과 장애를 초래할 수 있다. 임상的是 일상 활동, 사회적 역할 (주부, 학생, 노동자), 사회활동 및 여가활동, 건강 상태의 인식에 대하여 질문함으로써 개인의 현재 기능 수준을 평가해야 한다. 면담자는 개인에게 스스로의 건강상태를 평가하고, 만성적인 피로감의 존재나 부재를 말하고, 전반적 기능에 있어서의 잠재적인 변화를 보고하도록 요청해야 한다.”

### *j) 심리적 검사와 체크리스트 및 질문서의 사용 (§ 285)*

“고문생존자의 평가에 있어 심리 검사(투사 및 객관적 인성 검사)의 이용에 대한 출판 자료는 거의 없다. 또한 인성에 대한 심리 검사는 비교 문화적 타당성이 없다. 이러한 요소들은 고문피해자의 평가에 대한 심리 검사의 유용성을 심각하게 제한한다. 그러나 신경심리 검사는 고문으로 인한 뇌 손상 경우를 평가하는데 도움이 될 것이다. (제 4장 C.4 참조).

고문에서 살아남은 개인은 그의 경험과 증상을 말로 표현하는 것에 어려움을 겪을 수 있다. 어떤 경우에는 외상 사건 및 증상 체크리스트 또는 질문서를 사용하는 것이 도움이 될 수 있다. 면담자가 외상 사건 및 증상 체크리스트를 사용하는 것이 유용하다고 생각할 경우, 사용할 수 있는 질문서는 수 없이 많지만, 고문피해자에게 특이적인 것은 없다.”

### *k) 임상적 추적진단*

정신병적 평가의 본질적 측면은 사건에 대하여 면담자가 이해하는 것에 대해 진술을 정확하게 공식화하는 것이다. 조사결과와 해석과 임상적 추

적진단의 공식화는 전체 면담이 논의되고 평가되는 최종단계이다. 그러므로 임상적 결정을 공식화할 때 주의를 기울여야 한다. 이 부분은 아래 별도의 제목으로 자세히 다루었다.

(이스탄불 의정서 §286-287 과 §156-159 참조)

*1) 권고 (§ 290)*

심리 평가에 따른 권고는 평가가 요청된 시간에 제기되었던 질문에 달려있다. “고려중에 있는 사안들은 법적 및 사법적 사항, 망명, 재정착 또는 치료의 필요성에 관한 것일 수 있다. 권고는 신경심리 검사, 의학적 또는 정신의학적 치료, 안전 또는 망명의 필요성과 같은 더 자세한 평가에 필요한 것일 수도 있다.”

## 제 5 장 : 결과의 평가와 해석 - 임상적 추적진단

### 5.1 어떻게 심리적 결과를 해석하고 임상적 추적진단을 공식화할 것인가?

고문의 심리적 증거 보고의 목적으로 임상적 추적진단을 공식화할 때 다음과 같은 중요한 질문을 해야 한다.(§286)

- i) 제기된 고문 혐의와 심리적 조사결과가 일치하는가?
- ii) 심리적 조사결과가 개인의 문화적, 사회적 상황 내에서 예상되거나 극심한 스트레스에 대한 전형적인 반응인가?
- iii) 시간에 걸쳐 변동하는 외상 관련 장애의 과정을 볼 때, 고문 사건과 관련해서 시간구성은 어떠한가? 개인은 회복 과정 중 어느 단계에 있는가?
- iv) 개인에게 영향을 미치는 공존하는 스트레스 요인은 무엇인가? (예: 계속되는 박해, 강제이주, 망명, 가족의 사망, 사회적 역할의 상실). 이러한 이슈들이 개인에게 어떠한 영향을 끼치는가?
- v) 어떤 신체적 상태가 임상적 소견에 기여하는가? 고문이나 구금 중 당한 머리 손상에 특별히 주의를 기울일 것
- vi) 임상적 소견이 고문의 거짓 주장을 암시하는가?

조사결과들은 함께 고려되어야 하며, 요소들 간의 관계도 고려되어야 한

다. 사건과 증상의 관계와 일관성이 평가되고 기술되어야 한다.

대부분의 의학적-법적 조사는 진단뿐 아니라 심리 현상에 대한 이해를 필요로 한다. 현상 그리고 그와 관련한 증상의 입장에서 의학적-법적 쟁점들이 언급되고, 다루어질 때까지 진단에 대한 언급을 회피하는 것이 종종 더 적절하다(Allnutt & Chaplow, 2000).

만약 면담자가 고문당한 사람이 진술한 대로 심리적 증상 수집에 단순히 의존한다면, 고문의 외상을 평가할 때 질적, 서사적 그리고 관찰적인 측면에 대한 충분한 평가를 방해할 수 있다. 임상 자료 중 명백하지만 때로 간과되는 정보에는 면담대상자의 자세, 걸음걸이, 얼굴 표정, 안색, 중량 그리고 움직임뿐 아니라 옷 입는 방식이 포함된다. 면담을 할 때 자신의 이야기를 진술하는 방법, 사건이 기술되는 정확한 방식, 드러나는 감정들, 의사소통을 위한 비언어적 단서, 설명의 내재적인 일관성 그리고 경험(악몽 등등)을 묘사함에 있어서의 특이함은 제기된 고문의 내력을 평가하는데 결정적이다 (Jacobs, 2000).

언어 및 비언어적인 의사소통을 하면서 관찰되는 개인의 행동, 인지 그리고 감정적 측면은 모두 상세히 기술되어야 한다. “임상의는 심리적 조사결과와 일관성과 이 조사결과가 제기된 확대와 일치하는 정도에 대해 진술해야 한다. (...) 외상과 관련된 특정 증상의 발병, 어느 특정 심리적 결과의 특이성과 심리 기능의 패턴과 같은 요소들을 주목해야 한다.

강제 이주, 재정착, 문화적 적응의 어려움, 언어문제, 실업, 집과 가족과 사회적 신분의 상실과 같은 그 밖의 요소들이 고려되어야 한다. (...) 둔기 외상 또는 뇌 손상과 같은 신체적 상태는 그 밖의 더 많은 평가가 요구될 수 있다. 신경과 혹은 신경정신과 평가가 권유된다.”

만약 생존자가 하나 혹은 그 이상의 DSM-IV 또는 ICD-10의 정신적 진단에 일치하는 증상 수준을 갖고 있다면, 그 진단에 대해 진술해야 한다. 그렇지 않다면, 심리적 결과와 개인의 내력사이의 일관성의 정도가 전반적으로 평가되고 보고서에서 설명되어야 한다(§288).

(이스탄불 의정서 제6장 C.3절 (k)와 제4장 L절 참조)

## 5.2 진단 가능한 정신병리학의 부재는 고문당하지 않았다는 것을 의미하는가? 이 경우 조사결과는 어떻게 해석되어야 하는가?

“고문을 받은 모든 사람이 정신 질환을 일으키는 것은 아니라는 사실을 인식하는 것이 중요하다”(§235). 조사결과의 해석은 징후와 증상의 복합물에 의존해서만은 안 되며, 만약 진단이 있는 경우, 해석은 이것을 설명하는 것에 제한되어서는 안 된다.

외상 관련 정신 장애의 진단이 고문의 주장을 뒷받침한다 할지라도, 정신의학적 진단 기준을 충족하지 못한 것이 그가 고문받지 않았음을 의미하는 것이 아니라는 것이 또한 강조되어야 한다(§288). 확실한 신체적 그리고/또는 심리적 징후나 증상의 부재는 그 사람이 고문을 당했다는 가능성을 배제하지 않으며 그러므로 고문 진술이 타당하지 않다는 것은 아니다(Peel 등., 2000). “고문 생존자는 DSM-IV 또는 ICD-10 진단의 진단적 기준을 완전히 충족시키는데 요구되는 증상의 수준이 없을 수도 있다. 이러한 경우에는, 다른 경우와 마찬가지로 생존자가 갖고 있는 증상과 그가 경험했다고 주장하는 고문 사건이 전반적으로 고려되어야 한다. 고문 사건과 개인이 보고하는 증상 간의 일관성 정도가 평가되어 보고서에 설명되어야 한다”(§288). (이스탄불 의정서 제6장 특히 §235, §254, §276 과 §288 참조)

### 5.3 내력을 획득하고 평가할 때 어떤 요인이 어려움을 초래하는가?

고문생존자는 여러 가지 중요한 이유로 고문 경험 그리고 다른 병력의 세부적 내용을 회상하고 자세히 말하는 데 어려움이 있을 수 있다. 또한 면담이 진행되는 동안 충분한 정보를 얻는 것을 어렵게 만드는 다른 요인이 있을 수 있다.

기억장애와 주의력 장애는 PTSD의 일부이지만, 이 증상들은 정서 장애, 분노, 뇌 손상 혹은 전해물 불균형 속에서 나타날 수도 있다. 기억장애는 이러한 상황에 대처하기 위한 보호기제로 흔히 사용된다고 알려진 해리의 증상일 수도 있다. 실제로, 해리는 고문 생존자에게 종종 관찰되어 왔으며, 평가가 진행되는 동안 평가자가 개입하지 않으면 안 된다.

고문 전략들은 혼란을 주거나, 잘못된 정보를 제공하거나, 시공간에 대한 방향감각 상실을 초래하는 것과 같은 방식으로 종종 의도적으로 구성되어지며, 사건을 명료하거나 완전하게 보고할 때 이 점은 특별한 문제로 관찰되어야 한다. 생존자를 의심하고 가해진 잔학성을 숨기려는 모든 노력은 추후 평가 시 어려움을 초래할 수 있다. 그러므로 손상된 기억 회상은 내력확보 및 법적으로 가능한 절차에 주요 장애물이 될 수 있으나, 이 또한 평가 시 고려되어야 할 고문의 후속편일 수 있다 (Wenzel, 2002, Burnett & Peel 2001,b).

**한 사람의 이야기를 기록하고 역사를 받아들일 때 잠재적으로 방해하는 요인 (Mollica & Caspi-Yavin, 1992, Sironi, 1989, Wenzel, 2002, Iacopino 2002).**

*고문 경험에 직접적으로 관련된 요인들.*



- 눈가림, 투약, 의식 소실 등과 같은 고문 중에 발생하는 요인들,
- 고문의 본성 혹은 고문 중에 경험된 극도의 스트레스로 인해 고문 중 시공간의 방향 감각 상실,
- 머리 손상, 질식, 익사 직전, 기근, 단식 투쟁이나 비타민 결핍으로 인한 신경-정신적 기억 장애,
- 반복되거나 유사사건을 경험하는 것 또한 특정 사건의 세부사항을 정확하게 회상하는데 어려움을 일으킬 수 있다.

#### *고문의 심리적 충격과 관련된 요인들*

- 끼어드는 기억, 악몽 그리고 외상적 사건의 중요한 부분을 기억하지 못하는 것과 같이 외상적 사건을 상기하는데 있어 PTSD와 연관된 기억 장애.
- 이러한 특정 상황에 보호 기제로서 사용되는 부정과 회피.
- 고도의 감정적 각성 그리고 우울과 PTSD와 같은 외상과 관련한 정신 질환에 부차적인 기억장애.
- 집중력 장애, 분열 혹은 외상적 기억의 억압, 혼란, 해리, 기억 상실증과 같은 다른 심리적 증상들(van der Kolk & Fisler, 1995).
- 죄책감이나 수치심.

*문화적 요인들.*

- 시간 인식에 있어 문화적 차이
- 고도로 비밀이 엄수되는 상황에서만 외상적 경험이 밝혀질 수 있는 문화적으로 규정된 제재.

*면담 조건이나 의사소통적 장애와 관련된 요인들.*

- 자신이나 타인을 위협에 빠트릴 것이라는 공포
- 조사하는 임상의 그리고/또는 통역자에 대한 신뢰의 결여
- 면담 시 안전감의 결여
- 사적 자유와 편안한 면담 조건 부족, 적절하지 않는 면담 시간과 같은 환경적 장벽(Iacopino, 2002)
- 고통이나 다른 불안, 피로, 감각장애와 같은 신체적 장벽(Iacopino, 2002)
- 면담자의 성별, 언어 그리고 문화적 차이와 같은 사회-문화적 장벽 (Iacopino, 2002)
- 면담 시 전이/역전이 반응에 의한 장벽
- 잘못 진행되거나 혹은 나쁘게 구성된 면담

(이스탄불 의정서 §141-143, §252, §289 참조)

## 5.4 보고서 상의 피해자 이야기의 불일치성에 대해 무엇을 할 것인가?

기억이나 집중력의 손상이 가능한 수많은 이유 때문에 지역, 사회적 배경, 신체적 결과에 관한 자료 그리고 고문생존자에게 과도한 스트레스 결과를 가하지 않는 모든 다른 자료를 사용한 포괄적 평가를 수행할 필요성이 강조된다.

감추고 싶은 수치스러운 경험, 특히 강간과 다른 형태의 성 고문을 들추어내는 두려움 때문에 강간 피해자로 알려져 낙인찍히거나 심지어 가족 구성원으로부터 박해당하는 문화에서는 완전하게 보고되지 않을 수 있다(Wenzel, 2002).

정신병 진단으로 인한 낙인과 고문에 뒤따르는 상황에 대한 정보 부족으로 대부분의 국가에서 사실일 것 같지 않은 선택이 가능하기 때문에, 가상의 혹은 가중처벌이 가능한 프로파일은 오직 특수한 상황 하에서만만 기대되어야 한다(Wenzel, 2002).

그러나 어떤 사람들은 다양한 이유로 고문에 대한 거짓 혐의를 제기하기도 하고, 또 어떤 사람들은 개인적 또는 정치적인 이유로 비교적 중요치 않은 경험을 과장할 수 있다는 것을 인식하는 것이 중요하다. 조사관은 항상 이러한 가능성을 명심해야 하며, 과장이나 조작의 잠재적 이유를 찾아내려고 노력해야 한다. 그러나 임상가는 그러한 조작은 개인이 거의 갖고 있지 않은 외상 관련 증상에 대한 지식을 필요로 한다는 것을 염두에 두어야 한다(§289).

진술 불일치가 항상 혐의의 거짓을 의미하는 것은 아니며(Giffard, 2000), 오히려 불일치는 정반대를 의미하는 것일 수도 있다는 것을 인식해야

한다. 불일치를 피병을 부리고 거짓 진술을 의미하는 것으로 바로 해석하는 것은 평가의 오류를 초래할 수 있는데, 그것은 평가대상자에게 심각한 결과를 초래할 수도 있다.

고문피해자 이야기의 불일치는 내력을 회상하고 자세히 이야기 하는데 있어 어려움을 유발하는 위에서 언급된 요인의 일부 혹은 전부로부터 기인할 수 있다.

“개인은 고문 사건의 구체적인 세부사항을 정확하게 기억하지 못할 수 있지만 고문 경험의 주요 테마를 기억할 수 있다. 예를 들면, 피해자는 여러 차례 강간당한 것을 기억할 수 있지만 정확한 날짜, 위치와 배경 또는 가해자에 대한 세부 상황을 기억하지 못할 수 있다. 이런 상황에서는 정확한 세부 사항을 기억하지 못하는 것이 생존자의 이야기에 대한 신빙성을 감소시키기보다 오히려 뒷받침해 준다. 그 이야기의 주요 테마는 재 면담 시에도 일치할 것이다.” (§252)

같은 질문을 다른 방식으로 물어보거나 다양한 각도에서 불일치성을 재 포함으로서, 가끔 불일치성을 해결할 수도 있다(Giffard, 2000).

“가능하다면, 조사관은 설명을 더 요구해야 한다. 이것이 가능하지 않다면, 조사관은 진술을 입증하거나 반박하는 다른 증거를 찾아봐야 한다. 일관되게 입증하는 일련의 세부 사항들은 개인의 진술을 확증하고 명백하게 할 수 있다. 개인이 날짜, 시간, 빈도, 가해자의 정확한 신원과 같은 조사관이 원하는 세부 사항을 제공하지 못하더라도 시간이 흐르면서 외상 사건과 전체적인 주제와 고문은 드러나고 부각될 것이다.” (§142)

“조작이 의심된다면, 면담자는 보고서의 불일치성을 명확하게 하기 위해서 추가 면담을 계획해야 한다. 가족 또는 친구들이 내력의 세부 사항을

확증할 수 있다.

- 임상의가 추가 검사를 수행하고도 여전히 조작을 의심할 경우, 임상의는 개인을 다른 임상의에게 의뢰하여 동료의 의견을 구해야 한다.
- 조작의 의혹은 두 명의 임상의의 의견을 가지고 문서로 증명되어야 한다.” (§289)

(이스탄불 의정서 §142, §143, §252, §289 참조)

## 5.5 보고서 작성(Reporting)

대부분의 경우, 보고서는 공동 작업으로 준비되지 않으며, 신체 및 심리 평가는 다른 시간대에 그리고 다른 상황 하에서 다양한 임상의들에 의해 이루어진다. 이 경우, 심리 평가를 수행하는 임상의는 평가를 하면서 수집한 모든 자료를 반영하는 별개의 보고서와 그 상황에 대한 자신의 의견을 준비해야 한다.

“의사는 의학적 법적 평가를 요구하는 관리가 모든 물적 증거를 설명했다고 추측해서는 안 된다. 의학적 검사를 요구하는 당사자의 사건에 관련이 없거나 불리하다고 생각된다고 할지라도 의사가 관련 있다고 생각되는 모든 물적 증거를 찾아내고 보고하는 것이 의사의 책임이다. 어떤 경우에도 고문 또는 그 밖의 비인도적인 대우와 일치하는 소견들은 의학적 법적 보고서에서 제외되어서는 안 된다.” (§161)

심리 평가 보고서를 준비할 때, 보고서 작성의 모든 기본 원칙들이 준수되어야 한다(이스탄불 의정서 부록 4 참조)

이스탄불 의정서 부록 4의 “고문과 비인도적 대우의 의학적 평가를 위한 지침”에 따른 보고 형식이 사용되어야 한다. 이 지침은 고정된 처방으로 의도된 것이 아니라, 이용 가능한 자원을 평가하고, 평가목적을 고려하면서 적용되어야 한다.

“의학적 보고서는 사실에 입각해야하며 어휘 선택에 신중해야 한다. 특수 용어는 피해야한다. 모든 의학 용어는 일반인도 이해할 수 있도록 정의되어야 한다.” (§161)

읽고 이해하기 쉬운 보고서를 작성하는 것이 중요하다. 레스닉(Resnick)은 명료성, 간결성, 평이성 그리고 인간에 원칙을 이용할 것을 제안한다. 얼버무리는 진술과 모호한 표현은 삼가야 한다; 대신 간결한 단어가 가능한 많이 사용되어야 한다. 전문 용어 사용이 불가피할 때는, 그 의미들이 괄호 안에 설명되어야 한다. 수집된 모든 정보는 보고서에 포함될 필요가 있다(Allnutt & Chaplow, 2000).

심리 평가 보고서는 다음의 세부적인 사항을 포함해야 한다.

“서론은 의뢰 출처(referral source), 방계 출처(collateral source)에 대한 요약(의학적, 법적, 정신의학적 기록과 같은), 사용된 평가 방법에 대한 기술(면담, 증상 목록, 체크리스트와 신경심리학 검사)의 기재를 포함해야 한다.” (§274)

- 사건 정보(개인 기록, ID 정보, 고지에 의한 동의 그리고 다른 의학 평가의 조건들) (부록 4-1) (§122-125 참조)
- 배경 정보(부록 4-4) (§135, §278 참조)

- 고문과 비인도적 대우의 내력(부록 4-5) ( Chapter 4의 E,F,G 와 §275 참조)

### **심리적 내력/검사**

다음의 심리 평가 요소가 최종 보고서에 상세하게 서술되어야 한다.

- 현재의 심리적 호소 (더 자세한 정보에 관해서는, §239-248; §276 과 §233, §235, §236, §253 참조)
- 고문 후 내력 (§277)
- 고문 전 내력 (§278, §135)
- 병력 (§280, 제5장의 B, C, D, E 참조)
- 과거 심리적/정신의학적 내력 (§281)
- 약물사용과 남용 내력 (§282)
- 정신 상태 검사 (§283)
- 사회적 기능 평가 (§284)
- 심리 테스트, 신경심리학적 테스트 등 (지표와 한계에 대해서는 §285, §292-297 참조)

- (적용할 수 있는 경우) 상담(부록 4-11) (가능하다면)
- 조사결과 해석- 임상의 추적조사(부록 4-XII)는 이스탄불 의정서 (§141-143, §156-159, §235, §252, §254, §276, §286-289)에서 설명되고, 이 매뉴얼의 “조사결과의 해석” 장에서 요약된 정보에 맞게 만들어져야 한다.

**평가 보고서는 아래와 같이 수행되어야 한다 (부록 4)**

- a) 세부적이고 설명적인 방법으로 심리적 조사결과와 고문 혐의 보고서 사이의 일관성 정도를 보여주어야 한다.
- b) 심리적 조사결과가 개인의 문화적, 사회적 정황상 극심한 스트레스에 대해 예견되거나 전형적인 반응인지 여부에 대한 평가를 제공해야 한다.
- c) 일정 기간 동안 외상 관련 정신 장애의 변동과정에서의 개인 상태를 적시해야 한다. 예를 들면, 고문 사건과 관련한 기간은 얼마나 되며, 고문피해자는 회복의 어느 단계에 있는가.
- d) 개인에게 영향을 미치는 공존하는 스트레스 요인(예를 들어, 지속되는 박해, 강제 이주, 망명, 가족과 사회적 역할의 상실 등)과 그러한 요인들이 개인에게 미치는 영향을 확인해야 한다.
- e) 특히 고문 또는 구금 중에 겪은 머리 손상의 증거와 관련하여, 임상 상황을 설명하는데 도움이 될 수 있는 신체적 상태를 언급해야 한다.

(이스탄불 의정서 부록 4 참조)



(더 자세한 정보에 관해서는, 제4장의 A, B, G, L; Chapter 4의 C.3 (k); §161, §235, §252, §254, §276, §288, §289 참조).

**결론과 권고는 아래를 포함해야 한다(부록 4-Section 13).**

- 1) 모든 증거 자료 그리고 고문과 비인도적 대우 혐의 사이의 일관성에 대한 의견의 진술.
- 2) 학대 혐의의 결과로 개인이 계속해서 고통 받고 있는 증상 그리고/또는 장애를 반복하는 지 여부.
- 3) 피해자에 대한 더 자세한 평가 그리고/또는 치료에 대한 권고를 제시한다.

임상주의의 서명, 일시와 장소, 임상주의의 자격 그리고 관련 자료 첨부.

(제4장의 C.3 과 C.4 (b) 참조)

## REFERENCES

- Allden K, Poole C, Chantavanich S, Ohmar K, Aung NN, Mollica R. (1996). Burmese political dissidents in Thailand: trauma and survival among young adults in exile. *American Journal of Public Health* 86(11): 1561-1569.
- Allden K (2002). The psychological consequences of torture. In: Iacopino V, Peel M, editors. *The medical documentation of torture*. London: Medical Foundation for the Care of Victims of Torture: 117-132.
- Alnutt SH, Chaplow D (2000). General principles of forensic report writing. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 34(6): 980 - 987.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)*. Fourth Edition. Washington, DC. : APA.
- Becker D (1995). The deficiency of the concept of posttraumatic stress disorder when dealing with victims of human rights violations. In: Kleber EJ, Charles RF, Gerson BPR, editors. *Beyond trauma-cultural and societal dynamics*. New York: Plenum Press: 99-110.
- Burnett A, Peel M (2001a). The health of survivors of torture and organised violence. Asylum seekers and refugees in Britain. Part 3. *British Medical Journal* 322 (7286): 606-609.
- Burnett A, Peel M (2001b). What brings asylum seekers to the United Kingdom?. Asylum seekers and refugees in Britain. Part 1. *British Medical Journal* 322 (7284): 485-488.
- Bustos E (1990). Dealing with the unbearable: reactions of therapists and therapeutic institutions to survivors of torture. In: Suedfeld P, editor. *Psychology and torture*. New York: Hemisphere Publishing: 143-163.
- Ehrenreich JH (2003). Understanding PTSD: forgetting "trauma". *Analyses of Social Issues and Public Policy* 3(1): 15-28.
- Engelhardt HT (1975). The concepts of health and disease. In: Engelhardt

- HT, Spicker SF, editors. Evaluation and explanation in the biomedical sciences. Dordrecht: D. Reidel Publishing Co.: 125-141.
- Fischer G, Gurriss NF (1996). Grenzverletzungen: Folter und sexuelle Traumatisierung. In: Senf W, Broda M, editors. Praxis der Psychotherapie: ein integratives Lehrbuch für Psychoanalyse und Verhaltenstherapie. Stuttgart: Thieme.
- Fornari VM, Pelcovitz D (1999). Identity problem and borderline disorders. In: Sadock BJ, Sadock V A, editors. Comprehensive textbook of psychiatry. New York: Lippincott Williams & Wilkins: 2922-2932.
- Friedman M, Jaranson J (1994). The applicability of the posttraumatic stress disorder concept. In: Marsella AJ, Bornemann T, Ekblad S, Orley J, editors. Amidst peril and pain: the mental health and well-being of the world's refugees. Washington DC: American Psychological Association Press: 207-227.
- Giffard C (2000). The torture reporting handbook: how to document and respond to allegations of torture within the international system for the protection of human rights. Colchester: University of Essex. Human Rights Centre.
- Gurr R, Quiroga J (2001). Approaches to torture rehabilitation: a desk study covering effects, cost-effectiveness, participation, and sustainability. Torture 11(Suppl.1).
- Gurriss NF, Wenk-Ansohn M (1997). Folteropfer und Opfer politischer Gewalt. In: Maercker A, editor. Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen. Berlin, Heidelberg: Springer: 275-308.
- Haenel F (2001). Assessment of the psychic sequelae of torture and incarceration (I) : a case study. Torture 11(1): 9-11.
- Herman JL (1992). Trauma and recovery. [S.l.]: Basic Books.
- Holtan NR (1998). How medical assessment of victims of torture relates to psychiatric care. In: Jaranson JM, Popkin MK, editors. Caring for

- Victims of Torture. Washington, D.C., American Psychiatric Press: 107-113.
- Iacopino V (2002). History taking. In: Iacopino V, Peel M, editors. The medical documentation of torture. London: Medical Foundation for the Care of Victims of Torture: 101-115.
- Jacobs U (2000). Psycho-political challenges in the forensic documentation of torture: the role of psychological evidence. *Torture* 10(3): 68 - -71.
- Jacobs U, Evans III FB, Patsalides B (2001). Principles of documenting psychological evidence of torture. Part II. *Torture* 11(4): 100 -102.
- Jaranson JM, Kinzie JD, Friedman M, Ortiz D, Friedman MJ, Southwick S et al. (2001). Assessment, diagnosis, and intervention. In: Gerrity E, Keane TM, Tuma F, editors. The mental health consequences of torture. New York: Kluwer Academic: 249-275.
- Kira IA (2002). Torture assessment and treatment: the wraparound approach. *Traumatology* 8(2): 61-90.
- Kleinman A (1986). Anthropology and psychiatry: the role of culture in cross-cultural research on illness and care. Paper delivered at WPA Regional symposium on Psychiatry and its Related Disciplines.
- Kordon DR, Edelman L, Lagos DM, Nicoletti E, Bozollo RC, Kandel E (1988). Torture in Argentina. In: Kordon DR, Edelman LI, editors. Psychological Effects of Political Repression. Buenos Aires: Hipolito Yrigoyen: 95-107.
- Lira Kornfeld E (1995). The development of treatment approaches for victims of human rights violations in Chile. In: Kleber RJ, Figley CR, Gersons BPR, editors. Beyond trauma: cultural and societal dynamics. New York: Plenum Press: 115 - - 132.
- McFarlane AC (1995). The severity of the trauma: issues about its role in posttraumatic stress disorder. In: Kleber RJ, Figley CR, Gersons BPR, editors. Beyond trauma: cultural and societal dynamics. New York:

- Plenum Press: 31 - -54.
- Mc Farlane AC (1996). Resilience, vulnerability, and the course of posttraumatic reactions. In: van der Kolk BA, McFarlane AC, Weisaeth L, editors. Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body, and the society. New York: The Guilford Press: 154-182.
- McFarlane AC, Yehuda, R (2000). Clinical treatment of posttraumatic stress disorder: conceptual challenges raised by recent research. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 34 (6): 940-53.
- Mollica RF, Caspi-Yavin Y (1992). Overview: the assessment and diagnosis of torture events and symptoms. In: Baş.oğ.lu M, editor. Torture and its consequences: current treatment approaches. Cambridge: Cambridge University Press: 253-274.
- Mollica RF, Donelan K, Tor S, Lavelle J, Elias C, Frankel M et al. (1993). The effect of trauma and confinement on the functional health and mental health status of Cambodians living in Thailand-Cambodia border camps. JAMA 270(5): 581-586.
- Peel M, Hinshelwood G, Forrest D (2000). The physical and psychological findings following the late examination of victims of torture. Torture 10(1): 12 - -15.
- Sadock BJ (1999). Psychiatric report and medical record. In: Sadock BJ, Sadock V A, editors. Comprehensive textbook of psychiatry. New York: Lippincott Williams & Wilkins: 665-677.
- Simpson MA (1995). What went wrong? diagnostic and ethical problems in dealing with the effects of torture and repression in South Africa. In: Kleber RJ, Figley CR, Gersons BPR, editors. Beyond trauma: cultural and societal dynamics. New York: Plenum Press: 187-212.
- Sironi F. (1989) Approche ethnopsychiatrique des victimes de torture. Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie 13: 67-88.
- Smith B, Agger I, Danieli Y, Weisaeth L (1996). Health activities across

- traumatized populations: emotional responses of international humanitarian aid workers. In: Danieli Y, Rodley NS, Weisaeth L, editors. International responses to traumatic stress. New York: Baywood Publishing Company: 397-423.
- Somnier F, Vesti P, Kastrup M, Genefke I (1992). Psychosocial consequences of torture: current knowledge and evidence. In: Başoğlu M, editor. Torture and its consequences: current treatment approaches. Cambridge: Cambridge University Press: 56-72.
- Steele K, van der Hart O, Nijenhuis ERS (2001). Dependency in the treatment of complex posttraumatic stress disorder and dissociative disorders. *Journal of Trauma and Dissociation* 2(4): 79-116.
- Summerfield D (1995). Addressing human response to war and atrocity: major challenges in research and practices and the limitations of Western psychiatric models. In: Kleber RJ, Figley CR, Gersons BPR, editors. Beyond trauma: cultural and societal dynamics. New York: Plenum Press: 17-30.
- Summerfield D (2000). War and mental health: a brief overview. *British Medical Journal* 321(7255): 232-235.
- Summerfield D (2001). The invention of post-traumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric category. *British Medical Journal* 322(7278): 95-98.
- Trujillo M (1999). Cultural psychiatry. In: Sadock BJ, Sadock V A , editors. Comprehensive textbook of psychiatry. New York: Lippincott Williams & Wilkins: 492 - 500.
- Turner SE, Yüksel S, Silove D (2003). Survivors of mass violence and torture. In: Green BL, Friedman MJ, de Jong J, Solomon SD, Keane TM, Fairbank JA et al., editors. Trauma interventions in war and peace: prevention, practice, and policy. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers: 185-211.
- Vesti P, Somnier F, Kastrup M (1996a). Psychological reactions of victims

- during torture. Medical ethics, torture & rehabilitation, Conference, Psychosocial Trauma and Human Rights Program 2-5 October 1996, Bangkok.
- Vesti P, Somnier F, Kastrup M (1996b). Psychological after-effects of torture. Medical ethics, torture & rehabilitation, Conference, Psychosocial Trauma and Human Rights Program 2-5 October 1996, Bangkok.
- van der Kolk BA; Fislser R (1995). Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: overview and exploratory study. *Journal of Traumatic Stress* 8 (4): 505 - - 525.
- van der Kolk BA, Pelcovitz D, Roth S, Mandel FS, McFarlane A, Herman JL (1996). Dissociation, somatization, and affect dysregulation: the complexity of adaptation of trauma. *American Journal of Psychiatry* 153(7 Suppl): 83-93.
- Varvin S (1998). Psychoanalytic psychotherapy with traumatized refugees: integration, symbolization, and mourning. *American Journal of Psychotherapy* 52(1): 64-71.
- Wenzel T (2002). Forensic evaluation of sequels to torture. *Current Opinion in Psychiatry*, 15 (6): 611-615.
- Wenzel T, Griengl H, Stompe T, Mirzai S, Kieffer W (2000). Psychological disorders in survivors of torture: exhaustion, impairment and depression. *Psychopathology* 33(6): 292-296.
- Westermeyer J (1985). Psychiatric diagnosis across cultural boundaries. *American Journal of Psychiatry* 142(7): 798-805.
- World Health Organization (1994). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders and diagnostic guidelines. Geneva: WHO.
- Yehuda R, McFarlane AC (1995). Conflict between current knowledge about posttraumatic stress disorder and its original conceptual basis. *American Journal of Psychiatry* 152(12): 1705 - -1713.

## 참고자료

- Allden K, Poole C, Chantavanich S, Ohmar K, Aung NN, Mollica R. (1996). 태국의 버마 정치적 반체제 인사: 망명 중 젊은 성인에 나타나는 외상과 생존. 미국 공중보건 저널 86(11): 1561-1569.
- Allden K (2002). 고문에 대한 심리적 결과. In: Iacopino V, Peel M, editors. 고문에 대한 의학 기록. 런던: 고문 피해자 치유를 위한 의료 재단: 117-132.
- Alnutt SH, Chaplow D (2000). 법의학 보고서 작성의 기본 원칙. 호주와 뉴질랜드의 정신의학 저널 34(6): 980-987.
- 미국 정신의학회 (1994). 정신 질환의 진단통계 매뉴얼 (DSM-IV). 4판. 워싱턴, DC. : APA.
- Becker D (1995). 인권 피해자를 대할 때 외상 후 스트레스 장애 개념의 결합. In: Kleber EJ, Charles RF, Gerson BPR, editors. 외상 - 사회문화적 역학을 넘어. 뉴욕: Plenum Press: 99-110.
- Burnett A, Peel M (2001a). 고문 생존자의 건강과 조직된 폭력. 영국의 망명 신청자와 난민. Part 3. 영국 의학 저널 322 (7286): 606-609.
- Burnett A, Peel M (2001b). 왜 망명 신청자는 영국에 오는가?. 영국의 망명 신청자와 난민. Part 1. 영국 의학 저널 322 (7284): 485-488.
- Bustos E (1990). 견딜 수 없음 다루기: 고문 생존자에 대한 임상적 의와 치료 기관의 반응. In: Suedfeld P, editor. 심리학과 고문. 뉴욕: Hemisphere Publishing: 143-163.
- Ehrenreich JH (2003). 외상 후 스트레스 장애의 이해: '외상' 지우기. 사회 문제와 공공 정책에 대한 분석 3(1): 15-28.
- Engelhardt HT (1975). 건강과 질병의 개념. In: Engelhardt HT, Spicker SF, editors. 생물 과학에 있어 평가와 설명. Dordrecht: D. Reidel Publishing Co.: 125-141.
- Fischer G, Gurrus NF(1996). Grenzverletzungen: Folter und sexuelle Traumatisierung. In: Senf W, Broda M, editors. Praxis der



- Psychotherapie: ein integratives Lehrbuch für Psychoanalyse und Verhaltenstherapie. Stuttgart: Thieme.
- Fornari VM, Pelcovitz D (1999). 정체성 문제와 경계성 장애. In: Sadock BJ, Sadock V A, editors. 정신의학에 대한 종합 교재. 뉴욕: Lippincott Williams & Wilkins: 2922-2932.
- Friedman M, Jaranson J (1994). 외상 후 스트레스 장애 개념의 적용가능성. In: Marsella AJ, Bornemann T, Ekblad S, Orley J, editors. 위험과 고통의 가운데: 세계 난민의 정신건강과 복지. 워싱턴 D.C.: 미국 정신의학회 출판: 207-227.
- Giffard C (2000). 고문 기록 편람: 인권 보호를 위한 국제 시스템으로 고문 주장 기록과 반응 방법. Colchester: 에섹스 대학 인권센터.
- Gurr R, Quiroga J (2001). 고문 재활에 대한 접근: 효과, 비용 효율성, 참여와 지속가능성에 대한 탁상 연구. 고문 11(부록 1).
- Gurris NF, Wenk-Ansohn M (1997). Folteropfer und Opfer politischer Gewalt. In: Maercker A, editor. Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen. Berlin, Heidelberg: Springer: 275-308.
- Haenel F (2001). 고문과 감금의 심리적 후유증 평가 (I) : 사례 연구. 고문 11(1): 9-11.
- Herman JL (1992). 외상과 회복. [S.l.]: Basic Books.
- Holtan NR (1998). 어떻게 고문 피해자의 의학 평가가 심리적 치유와 관련 있다. In: Jaranson JM, Popkin MK, editors. 고문 피해자를 위한 치유. 워싱턴, D.C., 미국 정신의학 출판: 107-113.
- Iacopino V (2002). 병력 작성. In: Iacopino V, Peel M, editors. 고문에 대한 의학 기록. 런던: 고문 피해자 치유에 대한 의료재단: 101-115.
- Jacobs U (2000). 고문에 대한 법의학 기록에 있어 심리 - 정치적 도전: 심리적 증거의 역할. 고문 10(3): 6871.
- Jacobs U, Evans III FB, Patsalides B (2001). 고문의 심리적 증거 기록 원칙. Part II. 고문 11(4): 100-102.

- Jaranson JM, Kinzie JD, Friedman M, Ortiz D, Friedman MJ, Southwick S et al. (2001). 평가, 진단, 개입. In: Gerrity E, Keane TM, Tuma F, editors. 고문의 정신 건강 결과. 뉴욕: Kluwer Academic: 249-275.
- Kira IA (2002). 고문 평가와 치료: 광각적(廣角的, wraparound) 접근. 외상학 8(2): 61-90.
- Kleinman A (1986). 인류학과 정신의학: 질병과 치유에 대한 비교문화 연구에 있어 문화의 역할. 정신의학과 그 관련 학문에 관한 WPA지역 심포지엄에서 발표된 논문.
- Kordon DR, Edelman L, Lagos DM, Nicoletti E, Bozollo RC, Kandel E (1988). 아르헨티나의 고문. In: Kordon DR, Edelman LI, editors. 정치적 억압의 심리적 영향. 부에노스 아이레스: Hipolito Yrigoyen: 95-107.
- Lira Kornfeld E (1995). 칠레 인권 피해자를 위한 치유 접근의 발달. In: Kleber RJ, Figley CR, Gersons BPR, editors. 외상을 넘어: 사회 문화적 역학. 뉴욕: Plenum Press: 115-132.
- McFarlane AC (1995). 외상의 심각성: 외상 후 스트레스 장애에서 그 역할에 대한 문제. In: Kleber RJ, Figley CR, Gersons BPR, editors. 외상을 넘어: 사회 문화적 역학. 뉴욕: Plenum Press: 31-54.
- McFarlane AC (1996). 회복력, 취약성 및 외상 후 반응의 과정. In: van der Kolk BA, McFarlane AC, Weisaeth L, editors. 외상 스트레스: 정신, 몸 및 사회에 대한 극한 경험의 영향. 뉴욕: The Guilford Press: 154-182.
- McFarlane AC, Yehuda, R (2000). 외상 후 스트레스 장애의 임상 치료: 최근 연구에서 제기된 개념적 도전. 호주와 뉴질랜드의 정신의학 저널 34 (6): 940-53.
- Mollica RF, Caspi-Yavin Y (1992). Overview: 고문 사건과 증상의 평가와 진단. In: Baolu M, editor. 고문과 그 결과: 현재 치유 접근법. Cambridge: 캠브리지 대학 출판: 253-274.
- Mollica RF, Donelan K, Tor S, Lavelle J, Elias C, Frankel M et al. (1993).

- 태국-캄보디아 국경 캠프에 사는 캄보디아인의 기능적 건강과 정신 건강에 관한 고문과 감금의 영향. *JAMA* 270(5): 581-586.
- Peel M, Hinshelwood G, Forrest D (2000). 최근 고문 피해자 조사에 따른 신체적 심리적 결과. *고문* 10(1): 1215.
- Sadock BJ (1999). 정신의학 보고서와 의료 기록. In: Sadock BJ, Sadock V A, editors. *정신의학 종합 교재*. 뉴욕: Lippincott Williams & Wilkins: 665-677.
- Simpson MA (1995). 무엇이 잘못되었나? 남아프리카의 고문과 억압의 영향을 대할 때 진단적 인종 문제. In: Kleber RJ, Figley CR, Gersons BPR, editors. *고문을 넘어: 사회 문화적 역학*. 뉴욕: Plenum Press: 187-212.
- Sironi F. (1989) Approche ethnopsychiatrique des victimes de torture. *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie* 13: 67-88.
- Smith B, Agger I, Danieli Y, Weisaeth L (1996). 외상 입은 대중에 대한 보건 활동: 국제 인도주의적 구조원의 감정적 반응: Danieli Y, Rodley NS, Weisaeth L, editors. *외상 스트레스에 대한 국제적인 반응*. 뉴욕: Baywood Publishing Company: 397-423.
- Somnier F, Vesti P, Kastrup M, Genefke I (1992). 고문에 대한 심리적 결과: 현재 지식과 증거. In: Baolu M, editor. *고문과 그 결과: 현재 치유 접근법*. 캠브리지: 캠브리지 대학 출판: 56-72.
- Steele K, van der Hart O, Nijenhuis ERS (2001). 복합 외상 후 스트레스 장애와 분열 장애 치유의 의존. *외상과 분열 저널* 2(4): 79-116.
- Summerfield D (1995). 전쟁과 잔학성에 대한 인류 반응 제기: 서양 정신 의학 모델 연구, 실행, 제한에 대한 주요 도전. In: Kleber RJ, Figley CR, Gersons BPR, editors. *외상을 넘어: 사회 문화적 역학*. 뉴욕: Plenum Press: 17-30.
- Summerfield D (2000). 전쟁과 정신 건강: 간략한 개관. *영국 의학 저널* 321(7255): 232-235.
- Summerfield D (2001). 외상 후 스트레스 장애의 발명과 정신 의학 범주

- 의 사회적 유용성. 영국 의학 저널 322(7278): 95-98.
- Trujillo M (1999). 문화적 정신의학. In: Sadock BJ, Sadock V A , editors. 정신의학 종합 교재. 뉴욕: Lippincott Williams & Wilkins: 492500.
- Turner SE, Yuksel S, Silove D (2003). 대규모 폭력과 고문의 생존자들. In: Green BL, Friedman MJ, de Jong J, Solomon SD, Keane TM, Fairbank JA et al., editors. 전쟁과 평화시 외상과 개입: 예방, 관행 및 정책. 뉴욕: Kluwer Academic/Plenum Press: 185-211.
- Vesti P, Somnier F, Kastrup M (1996a). 고문 중 피해자의 심리적 반응. 의료 윤리, 고문 & 재활, 회의, 심리사회적 외상과 인권 프로그램, 1996년 10월 2-5, 방콕.
- Vesti P, Somnier F, Kastrup M (1996b). 고문 후 심리적 영향. 의료 윤리, 고문 & 재활, 회의, 심리사회적 외상과 인권 프로그램, 1996년 10월 2-5, 방콕.
- van der Kolk BA; Fislser R (1995). 외상 기억의 분열과 파편의 본질: 개관과 탐구 연구. 외상 스트레스 저널 8 (4): 505 - 525.
- van der Kolk BA, Pelcovitz D, Roth S, Mandel FS, McFarlane A, Herman JL (1996). 분열, 신체화, 감정조절 이상: 외상 적응의 복잡성. 미국 정신의학 저널 153(7 Suppl): 83-93.
- Varvin S (1998). 외상 입은 난민의 정신분석학적 정신치료: 통합, 상징 및 애도. 미국 정신치료 저널 52(1): 64-71.
- Wenzel T (2002). 고문 후유증의 법의학적 평가. 정신 의학의 현재 의견, 15 (6): 611-615.
- Wenzel T, Griengl H, Stompe T, Mirzai S, Kieffer W (2000). 고문 생존자의 심리학적 장애: 피로, 손상과 우울. 정신병리학 33(6): 292-296.
- Westermeyer J (1985). 문화적 경계를 넘은 정신의학적 진단. 미국 정신의학 저널 142(7): 798-805.
- 세계보건기구(WHO) (1994). 정신 및 행동장애와 진단적 지침에 관한 국제질병분류-10 분류. 제네바: 세계보건기구.

Yehuda R, McFarlane AC (1995). 외상 후 스트레스 장애에 대한 현재 지식과 원래의 개념적 근거의 상충. 미국 정신의학 저널 152(12): 1705-1713.

## 이스탄불 의정서의 실천 지침서(심리학자용)

---

2009년 12월 인쇄  
2009년 12월 발행

발행인 : **현 병 철**

발행처 : **국가인권위원회**

(100-842) 서울시 중구 무교동길 41

금세기 B/D 9층(을지로1가 16번지)

전화 / 02) 2125-9753

FAX / 02) 2125-9733

[www.humanrights.go.kr](http://www.humanrights.go.kr)

인쇄처 : 도서출판 **한 학 문 화**

전화 / 02) 313-7593(代)

---

ISBN 978-89-6114-186-4 93360