

## 고문에 대한 정신의학적 고찰

연세대학교 의과대학 정신과학교실  
이창호 · 정승용 · 전우택

### The Psychiatric Consideration of Torture

Chang-Ho Lee, MD, Seung-Yong Jung, MD and Woo-Taek Jeon, MD

*Department of Psychiatry, College of Medicine, Yonsei University, Seoul, Korea*

Torture is an extreme life stressor which increases the risk of serious psychological and physical sequelae of victims. Despite Geneva declaration, Amnesty International reports that torture remains as human rights issue in many sites of the world. Even in Korean peninsula, torture is a serious human rights issue. This paper is a critical review on torture ; to describe its methods and effects, the assessment of psychological and physical sequelae, and its treatment.

Torture also affects survivor's family. The more prolonged, repeated, and unpredictable the experience of torture is, the more serious psychiatric consequences are likely. Psychological responses and sequelae include not only symptoms of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD), but also depression, personality changes, somatoform disorders and others. Diagnostic terms such as complex PTSD or torture syndrome have been used to denote the complexity of torture trauma.

Treatment is a combination of pharmacotherapy, cognitive-behavioural therapy, guidance for social readaptation. Ensuring safety and trust between survivors and medical staffs is important. Torture prevention is to expose the facts particularly health data to the public, and collaborate with international organizations fighting against torture. Preventive interventions is linked to a change in the underlying socio-political causes and to the creation of necessary conditions for human rights and development at the level of society. (J Korean Neuropsychiatr Assoc 2003;42(4):434-444)

**KEY WORDS :** Torture · Psychiatric treatment · Human right.

## 서 론

고문은 인권에 대한 가장 혐오스러운 폭력 중 하나이다. 고문은 권력을 가지고 있는 집단이 조직적으로, 자유를 박탈당한 개인을 굴복시키고 인격을 부정하며 고통하는 것이다. 1975년에 개최된 세계의학협회(WMA) 동경선언은 고문을 '강제로 정보를 얻거나 자백을 받거나 혹은 기타의 이유로 개인, 단체에 의해 혹은 어떤 권위적 힘의 사주에 의해 고의적이고 체계적으로 가해지는 정신적, 신체적 고통'으로 정의한 바 있다.<sup>1)</sup> 그 후 1989년 정부의 법적 정치적 책임에 관한 국제연합의 정의에서 고문은 '상대나 제 3 자의 정보나 자백을 얻기 위해, 상대나 제 3 자를 처벌하기 위해,

접수일자 : 2003년 5월 22일 / 심사완료 : 2003년 6월 16일

Address for correspondence

Woo-Taek Jeon, M.D. Department of Psychiatry, College of Medicine, Yonsei University, 134 Shinchon-dong, Seodaemun-gu, Seoul 120-749, Korea  
Tel : +82.2-361-5470, Fax : +82.2-313-0891  
E-mail : wtjeon@ymc.yonsei.ac.kr

혹은 상대나 제 3 자를 위협하고 지배하기 위하여, 혹은 어느 형태이든 차별에 기초한 이유로 특정인에게 정신적 혹은 육체적으로 심한 고통을 가하는 행위가 공공기관이나 공적 직위에 있는 사람의 선동이나 동의 혹은 묵인 하에 자행되는 경우'로 정의되었다.<sup>2)</sup> 이같이 정의된 고문은 인류 역사 속에서 인간과 인간성에 대한 가장 큰 위협으로 존재하여 왔다. 1949년에 선포된 국제인권선언 제 5 조인 제네바선언은 고문 철폐를 제창하였지만, 국제인권단체인 엔데스티는 아직도 고문을 세계적 규모의 인권문제로 들고 있다. 엔데스티가 1997년부터 2000년까지 195개국을 조사한 보고서를 보면 150개국 이상의 나라에서 고문이나 학대, 70개국 이상의 나라에서 공직에 있는 사람에 의한 고문이나 학대가 광범위하게 행해지고 있다고 보고 되었다. 또한 80개국 이상의 나라에서 고문으로 인한 사망이 보고 되었다. 고문은 군사독재 국가뿐만 아니라 민주주의 국가에서도 행해지고 있으며 신념 차이 때문만이 아니라 사회적 약자의 학대나 인종차별의 한 방편으로 고문이 자행되고 있는데,

그 중 어린이나 여성은 특히 성적 폭력에 희생되기 쉽다고 보고 되었다.<sup>3)</sup> 전쟁이나 정치적 박해 등으로 생기는 난민 중에도 고문 피해자가 존재하며 그들의 정신장애에 관한 지속적인 연구가 진행되고 있다. 세계적으로 1400만 명이 넘는 난민에 대한 지금까지의 연구에 의하면 5~35%가 적어도 한 번은 고문을 받았다고 보고 되었다.<sup>4)</sup> 이러한 고문은 인간에게 신체적인 후유증만이 아니라 정신적, 사회적으로도 심각한 후유증을 남기는 것으로 알려져 있다. 특히 고문은 외상후 스트레스 장애(Posttraumatic stress disorder ; 이하 PTSD로 약함) 등 정신장애의 발생 원인이 되는 특별한 스트레스로 분류된다.

한반도에서도 고문은 중요한 인권 문제이다. 역사적으로 보면 과거 일본제국주의 식민지시대의 독립운동 과정에서 많은 사람들이 일본 관헌으로부터 고문을 받았다.<sup>5)</sup> 인권 상황이 매우 열악한 북한에서도 현재 많은 고문이 자행되고 있는 것으로 알려져 있으며,<sup>6~8)</sup> 200명의 탈북자들을 대상으로 실시한 최근의 한 연구는 탈북자 중 고문을 받았다고 대답한 사람이 41명(20.92%)이었다고 보고하고 있다.<sup>9)</sup> 남한에서도 과거 군사 독재 시절, 고문의 문제가 중요한 사회적 이슈였으며, 1980년 5월 광주사건과 관련되어 고문 피해자가 있다고 보고 된 바 있다.<sup>10,11)</sup>

따라서 본 논문에서는 고문에 대한 평가와 기록, 그리고 고문이 인간에게 남기는 신체적, 정신적 후유증, 그리고 그 치료 및 국제적 예방 방법을 고찰함으로써 향후 고문의 문제를 대향하는 정신의학적 활동을 위한 기초 자료로 이용하고자 한다.

## 고문의 방법과 영향

### 고문 방법

고문하는 방법은 주로 신체적인 것과 심리적인 것으로 나눌 수 있지만 사실상 구분하기는 어려우며 오히려 양쪽 모두에 타격을 주는 경우가 많다. 신체고문은 고문 직후에 상처가 눈으로 확인되어 알리지는 경우가 많아 최근에는 신체적인 측정이 불가능한 심리적인 고문이 개발되고 있다. 가장 많이 사용되는 신체고문에는 다음과 같은 방법이 있다. 구타(주먹, 봉동이, 쇠파이프, 배트, 총의 개머리판, 전기코드 등을 이용한다), 활랑가(falanga : 발바닥을 계속 구타하는 방법), 태래훠노(telephono : 주먹으로 귀를 때리는 방법), 팔이나 발을 묶어서 매다는 것, 채찍으로 때리는 것, 또는 신체를 꽁꽁 묶어두는 것, 구속, 전기고문, 질식, 인간 혹은 동물을 사용한 성적 고문, 사지절단, 작은 상자나 독방에 감금하는 것, 화상을 입히는 것, 극도의 저온이나 고

온상태에 방치하는 것, 전기쇼크 등이다. 심리고문으로는 눈을 가리는 방법, 심한 굴욕감을 주는 방법, 성적 고문, 협박, 언어를 사용한 학대나 조롱, 타인이 당하고 있는 고문 소리를 들려주는 방법, 혼자 감금시키는 방법, 탈진(exhaustion)이나 박탈(deprivation) 등이 있다.<sup>12,13)</sup>

### 고문의 영향

고문은 인위적인 폭력이라는 점에서 천재지변 등의 다른 외상 경험과는 다른 영향을 인간에게 끼친다. 또한 권력에 의해 조직적으로 행해진다는 점에서 그 규모와 사회적인 의미는 단발적인 폭력, 범죄, 강간과도 다르다. 고문은 구속, 감금 등 자유의지와 행동의 자유가 박탈된 무력한 상태에서 심한 정신적 육체적 고통을 타인으로부터 지속적으로 그리고 반복적으로 받는 것이다. 이런 결과로 계어불능(uncontrollability), 예측불능(unpredictability)이라는 고문 특유의 상황이 만들어지며, 이는 고문 이후의 정신적인 후유증과 깊은 관계가 있으리라고 생각되고 있다. 동물실험에서도 고문과 비슷한 상황에 처했을 때가 불안과 공포 반응이 높았으며<sup>14)</sup> 다른 외상 반응과의 관계도 보고 되었다.<sup>15)</sup>

고문의 피해자는 사회에 대한 신뢰를 상실하고 세상에는 정의가 존재하지 않으며 자신은 안전하지 않다는 생각에 지배되곤 한다. 특히 인권을 유린하는 고문 집행자가 벌을 받지 않는다는 사실을 통해 심한 사회적 불의를 느낀 사람은 그 후의 사회생활 속에서도 심리적 문제를 겪기 쉽다.<sup>16)</sup> 인권억압이 심한 나라에서 고문을 받았을 경우 생존자는 죄인, 위험 인물이라는 낙인이 찍히기 쉽고 사회적 지원을 받기 어려운 상황에 내몰려 내면적 외상을 경험하게 된다. 또한 고문의 후유증을 은폐하는 의료 관계자의 문제도 있다. 즉 권력으로부터 자신의 이해를 지키기 위해 공범자가 되어 버리는 것이다.<sup>17)</sup> 이와 같이 고문은 사회 정치적인 요소가 생존자의 후유증과 복잡하게 얹히게 된다.

PTSD의 회피증상은 사회적응에 큰 장애를 초래한다. 고문장면을 떠오르게 하는 장소(경찰, 군 시설 등), 인물(고문집행자와 닮은 사람, 경관, 군인), 텔레비전 뉴스, 신문 기사 등을 피하게 되고, 혼자 있게 되는 경우나 어두운 곳을 피하는 등 생활범위가 좁아진다. 따라서 취직하기가 힘들어 경제적으로 궁핍해지며 사회부적응자가 되기 쉽다. 사회가 지원하지 않으면 국외로 망명 하든가 도망가 난민이 되곤 한다.<sup>18,19)</sup>

고문 생존자는 가족 안에서도 부모 역할을 하지 못하기 때문에 자식에게도 영향을 미치게 된다. 이렇듯 고문은 개인뿐만 아니라 주변에 있는 가족이나 공동체까지 영향을 미친다. 고문이 행해지면 주민과 공동체, 문화전체에 위협과 공포가

만연하게 된다. 가족이 함께 고문을 당하면 수치심, 죄의식, 분노의 감정을 느끼게 되어 서로 공감하고 의지하지 못하는 상황에 이른다. 또한 내향적이 되고 지나치게 경직되어 정확한 판단이 불가능해지며 고립과 절망으로 이행하기 쉽다. 그리고 가족 안에서 상실한 권력을 되찾기 위해 오히려 가족 내에서 권위주의적 인물이 되는 경우도 있다.<sup>20)</sup>

정치적 고문과 비정치적 고문을 비교한 연구를 통하여, Basoglu 등은 PTSD 증상 발현에 대한 가장 명확한 예측인자는 고문의 객관적 심각성이나 감금이 가족들에게 미치는 영향, 감금 후의 사회적 지지의 정도 등이 아니라, 고문 피해자가 주관적으로 지각한 고통의 정도라고 보고한 바 있다.<sup>18)</sup> 또한 굴욕을 주는 것, 협박하는 것, 다른 이의 고문 광경을 보게 하는 등의 행위는 그 후, 난민들에게 나타나는 PTSD 증상을 예견케 한다는 사실이 밝혀졌다.<sup>21)</sup> 다른 한편으로 부탄 난민을 대상으로 한 연구에서 그들이 경험한 고문의 총 가짓수가 PTSD의 유일한 예측인자였다는 연구 결과도 보고 된 바 있다.<sup>22)</sup>

고문을 받은 사람이 모두 PTSD에 걸리는 것은 아니라는 사실에서 ‘저항력’이라는 개념이 주목되었다. Basoglu는 고문생존자 중 고문의 원인이 된 정치활동에 실제로 참가하지 않은 사람과 참가하였던 사람들을 비교한 결과를 보면 PTSD의 발현이 58% 대 18%, 주요우울증의 발현이 24% 대 4%로 비참가자가 가벼운 고문을 받았음에도 불구하고 더 큰 정신적 피해를 받은 것으로 보고 되었다. 양자의 큰 차이는 고문을 받는 것에 대한 사전의 심리적 각오(psychological preparedness for trauma)의 유무에 있는데 이것은 다시 1) 인지과정 : 종교와 정치사상 등의 강한 신념(belief system), 외상 경험에 대한 의미부여나 예전과 제어의 가능성, 2) 행동과정 : 정치활동을 하는 과정에서 외상성 스트레스에 대해 면역이 생긴 점으로 구분할 수 있다.<sup>23)</sup> 고문생존자 중에서는 불교도의 정신적 재생력이 비교적 높은 것으로 알려져 있다.<sup>22,24)</sup> 지금까지 보고 된 예방적 대처법으로는 정치적 신념, 고문에 대한 준비, 영성, 다른 이에 대한 감정표현, 현실 지남력, 단계적 행동계획, 일에 대한 몰두, 대처 방식의 유연성, 생존에 대한 강한 동기, 자기 통제력, 고문과 수감 중의 자신감 등이 있다.<sup>22,24)</sup> 앞으로도 이에 대해 지속적으로 연구가 진행되리라 생각된다.

고문을 받기 쉬운 위험인자로는 전시의 죄인, 반정부운동가, 저널리스트, 인권활동가, 소수인종, 노동운동가, 학생 운동의 리더, 전체주의 국가의 난민, 구속된 일반시민 등이다.<sup>25)</sup> 특히 정부에 의한 고문은 잘 훈련된 병사나 경찰관, 교도관에 의해 신체적 정신적 타격이 가해지곤 하는데, 이런 행위가 민주주의 존립 자체를 위협하기도 한다. 고문의

배경에 강력한 권력이 존재하고 있으면 그에 대한 연구자체가 곤란하고 사회적으로 터부시되는 경향이 있다.<sup>26)</sup>

고문을 받은 사람들에 대해 일반인은 희생자(victim)라는 꼬리표를 붙이기 쉽다. 이 말은 그들이 약하고 정복당한 무력한 존재라는 의미를 내포하며 ‘과대한 동정’을 이끌어내려는 듯한 인상을 주기도 한다. 이런 맥락에서 고문을 받은 사람들은 스스로를 희생자가 아니라 생존자(survivor)라고 주장하게 되었다.<sup>27)</sup> 이러한 주장은 사회로부터 소외당하기 쉬운 상태에서 다시 한번 자신들의 권리를 되찾으려는 생각을 나타내는 것이다. 그리고 고문 생존자가 안고 있는 문제를 사회전체의 문제로 다루어야 한다는 것을 의미한다.

지금까지의 연구를 보면 고문 생존자들은 가해자인 정부에 대한 책임추궁을 회피하는 경향이 있음이 보고되고 있다. 따라서 앞으로는 이 같은 은닉주의에 대한 해명도 동시에 이루어져야 하고 생존자를 연구 대상자로 보는 것만이 아니라 연구 참가자로 대우해야 할 것이다.<sup>27)</sup> 그와 동시에 고문 후유증을 극복하려는 생존자의 재생적 노력도 신중히 다루어져야 한다.

## 고문의 평가와 후유증

### 고문의 평가방법

고문의 평가와 검토 작업에 있어 오류를 피하기 위해서는, 전문가들이 고문 피해자들과 접촉하기 전에 그들의 특징을 잘 이해하고 있어야 한다. 그러나 무엇보다 중요한 것은 임상의사와 고문 생존자 사이의 치료적 관계이다. 신뢰하는 치료 관계의 형성 없이는 어떤 형태로든 평가와 치료는 불가능하게 될 것이다.<sup>28)</sup>

치료자는 생존자에게 안전하다는 것을 인식시키는 것이 중요하다. 고문 생존자는 어떤 관계에서건 강요되는 것을 두려워한다. 의사가 만지거나 검사기구를 사용해 자신을 관찰하는 것조차 무서워서 떠는 경우가 있다. 심전도 기계는 전기고문을 떠오르게 하는데 이렇듯 의료검사가 생존자의 고문 경험을 재생시킬 수 있다는 점도 염두에 두어야 한다. 일반적으로 고문생존자들을 평가하고 치료 할 때는 다음과 같은 것들이 권장된다.

가능한 한 밀폐되지 않고 밖을 전망할 수 있는 쾌적한 치료 장소가 좋다. 고문을 받을 때까지 장시간 대기했던 기억이 되살아나지 않게 하기 위해 기다리는 시간도 짧게 하여야 한다. 치료자가 어떤 사람인지, 어떤 질문을 하고 어떤 검사를 하게 될 것이라는 것과 목적에 대해서도 미리 알려 준다. 대화 중에는 자유를 억압하지 않고 유연하게 대응해야 하며, 질문을 할 때에는 명령조를 삼가하고 태도를 부

**Table 1.** 고문의 내용과 후유증 평가도구

고문과	The mississippi combat scale <sup>30)</sup>
후유증 평가	The harvard trauma questionnaire (HTQ) <sup>31,32)</sup>
PTSD 증상과 진단평가	The survivor of torture assessment record (STAR) <sup>33)</sup> 등.
불안등 증상 평가	Clinician-administered PTSD scale (CAPS) <sup>34)</sup>
	Impact of the event scale-revised (IES-R) <sup>35)</sup>
	The PTSD symptom scale (PSS) <sup>36)</sup>
	Hopkins symptom checklist-25 <sup>37)</sup>

드롭게 해야 한다. 직접적인 질문이라도 말투는 친근하고 편안하게 하는 것이 좋고, 생존자가 경험한 모든 것을 다 솔직하게 이야기하기는 어렵다는 점을 인식해야 한다. 동시에 도움을 줄 수 있는 의료시설이나 사회지원 관련정보를 알려 주는 것도 중요하다.<sup>25)</sup>

고문 피해자들은 과거 이야기에 대해 함구할 수 있는데, 면담시 치료자의 지나친 적극성은 오히려 증상을 악화시킬 수 있다. 또한 고문 생존자들이 자신의 이야기를 너무 혼란스럽게 이야기하여 피해자를 평가하는데 어려움이 있을 수도 있는데, 치료자는 이런 것들을 통하여 환자가 느끼는 심각한 감정적 불편감과 환자의 외상 재경험에 대해 정보를 얻을 수 있다. 신뢰하는 치료적 관계 형성을 위해서는 고문 당시의 정황 이외에도 과거 중요한 경험이나, 개인적 가치관, 과거와 최근의 생활환경, 가정환경, 사회 재적응 과정에서 느끼는 실질적인 어려움 등에 대한 종합적인 질문이 필요하다.<sup>28)</sup>

경험이 없는 임상의사는 혐오스러운 고문에 대해 불편감이 생길 수도 있을 것이고, 혹은 지나치게 고문생존자를 자신과 동일시하고 그들의 과거 행동들을 과대 이상화하는 양상을 나타낼 수도 있다. 이 같은 역전이 현상은 심하게 외상을 입은 사람을 대할 때 흔히 겪게 되는 오해이며, 이에 대한 지도가 필요하다.<sup>29)</sup>

일반적으로 고문의 내용과 그 후유증을 평가하는 도구는 다음과 같다(Table 1).

실제로 고문에 대한 기록과 평가를 위하여 국제적인 지침으로 이스탄불 의정서(The Istanbul Protocol ; The Manual on the Effective Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment)<sup>38)</sup>가 추천되고 있다. 이 지침서의 목적은 첫째, 고문을 받은 사례를 정확하게 조사하고, 둘째, 재판소나 조사단체에 상황을 보고하고, 셋째, 고문을 받은 사실이나 치료를 받은 사실이 있다고 추측되는 사람들을 평가하기 위해서이다. 이 지침서에서는 고문을 받은 신체적 심리적 징후를 명백히 구분해서 그 유무에 신경

을 쓰도록 지도하고 있다. 보통 신체고문은 증상과 상처가 남고 이것을 측정을 하는 것은 신체고문을 증명할 수 있는 근거가 된다. 시간이 지남에 따라 상처가 없어질 우려가 있기 때문에 고문을 받은 직후 즉시 상흔을 조사하는 것이 중요하다. 고문을 검증하는 과정 자체를 통해 사회적으로 고문을 억제하는 효과를 기대할 수 있다. 의료 종사자는 생존자의 심리적 충격을 과대평가하지 말아야 하며, 개인의 신조나 문화를 배려하여야 한다. 개발도상국의 의료인은 의료제공은 물론이고 정신적 측면의 평가를 통한 생존자 보호와 안전에 힘써야 할 사회적 책임을 가지고 있다. 의료인은 환자의 의학적 소견이 고문과 외상을 시사하는 경우, 이에 대한 면밀한 조사와 평가를 시행해야 한다.<sup>38)</sup>

## 고문의 후유증

### 신체적 후유증

고문의 신체적 후유증은 생존자의 생활에 영향을 미친다. 특정 고문은 특정 신체 증상과 관계가 깊다. 그러나 여러 가지 방법으로 고문을 받았을 경우 어떤 방법이 어떤 후유증과 관계가 있는지를 증명하기는 어렵다.<sup>13)</sup>

재판사례에 적용한다는 측면에서 볼 때, 특정 고문방법과 특정한 상처, 증상과의 관계를 이해하는 것은 고문의 여부를 밝히는데 매우 중요하다. 만성 혹은 지연성 후유증은 고문방법의 잔인함과도 관련되어 있는데, 생존자는 정신적 증상보다도 먼저 신체적 증상을 치료해 줄 것을 호소하는 경향이 있다.

만성적인 두통, 요통, 복통, 흉통은 고문 후 수년간 지속되는 주된 신체적 호소들이다. 이런 신체 증상에 대해서는 침습적(intrusive)이지 않은 방법으로 서서히 신체적 평가를 진행해야 하며, 정신적 문제에 따른 이차적 증상일 가능성도 염두에 두어야 한다. 만성적 통증과 심리적 긴장감은 근육계에 긴장을 유발하고 섬유조직염, 섬유근통증(fibromyalgia), 근막통 등의 결과를 초래할 수 있는데 이는 점차 연구의 주요 주제가 되고 있다. 활랑가 피해자의 경우 보행 속도가 느려졌고, 걷는 거리가 제한되는 소견이 관찰되었다. 근골격계 증상의 호소는 가장 우세하고 객관적 임상적 소견과 연관된다는 점에서 특징적이다.<sup>12)</sup>

Table 2는 고문생존자들에게 볼 수 있는 일반적 신체 소견이다.<sup>38,39)</sup>

특히 뇌손상은 정신장애의 중요한 위험요인이 될 수 있으며<sup>40)</sup> 신경적 장애와 연관되기도 한다.<sup>41)</sup> 또한 우울증과 깊은 관계가 있으며 PTSD와도 연관이 있다고 보고 되고 있다. 또한 장기적으로 생존자에게 정신적 악영향을 미친다

**Table 2.** 고문생존자의 일반적 신체 소견

피부	비타민 A,B,C 결핍으로 인한 일반적 피부소견: 고문 전에 생긴 병변; 고문에 의한 병변, 예를 들어 박괴 (abrasions), 좌상, 열상, 찔린 자국, 담배나 열 고문 기구에 의한 화상; 전기에 의한 손상: 탈모; 손톱 손실
얼굴	골절의 흔적, 염발음 (crepitus), 부종, 통증; 모든 안면 신경을 검사해야 한다.
눈	결막 출혈, 수정체 탈구, 유리체하 출혈, 안구 후방 출혈, 망막 출혈, 시력 소실
귀	고막 패열, 청력 소실, 이루 (otorrhea)
코	정렬의 문제, 염발음, 비중격 편향
턱, 인두,	하악 골절 및 탈구, 측두-하악 관절 증후군, 설골 혹은 후두 연골의 염발음, 구강 인두부의 상처, 잇몸 출혈
목	무리하게 뽑힌 치아의 흔적, 치아 골절, 치아 보조구의 손상, 충치, 치은염
구강,	
치아	
흉부,	폐부의 상처: 근육, 갈비뼈, 내장 기관 손상과 연관된 통증, 압통 및 불편감; 후복막 출혈, 근육내 혈종, 복강내 혈종
복부	
근골격계	근골격계 통증, 관절의 운동 제한과 통증, 운동시 통증, 경축, 균력 저하, 구획 증후군 (compartment syndrome), 골절 및 탈구
비뇨생식 기계	여성: 타박, 열상, 찢긴 상흔, 출혈, 질 분비물, 출혈반, 성접촉성 질환 (HIV 포함), 흉터, 기형, 낭성; 통증, 과민성, 음낭의 수류 혹은 혈류, 고환 염전, 발기 부전, 고환 위축, 흉터, 항문 부위; 열창, 직장 파열, 항문 주름의 중단, 소변 및 흉터, 폐부풀립, 회동성 배액
중추 신경계	인지 및 정신상태 변화, 외상에 의한 운동, 감각 신경병증 (motor and sensory neuropathies related to trauma), 비타민 결핍 소견, 기타: 상완신경총병증 (brachial plexopathy), 신경근병증, 안면신경장애, 통각과민, 이상감각, 감각과민, 자세 및 열 감각의 이상, 운동기능 저하: 보행 및 협응 실조

고 생각할 수 있다.<sup>42)</sup> 따라서 신경심리검사와 자기공명영상 (MRI), 컴퓨터단층촬영(CT) 등의 검사, 신경학적 검사 등을 실시하여 뇌손상을 입은 사람에게 2차적인 정신증상을 예측하고 평가하는 것이 중요하다.<sup>43)</sup>

### 정신적 후유증

Goldfeld(1988)는 고문 생존자가 보이는 정신의학적 증상을 다음과 같이 정리한 바 있다.<sup>40)</sup>

- 1) 정신증상(불안, 우울증, 이자극성, 공격성, 정서불안, 고립감, 사회로부터 자폐).
- 2) 인지증상(착란, 독서 능력의 저하, 기억과 집중력의 저하).
- 3) 자율신경증상(무기력, 불면증, 악몽, 성기능저하).

이와 연관되어 고문과 관련된 심리적 증상에 대한 많은 연구 보고들이 있었다<sup>24,44-49)</sup> 그 외에도 비정상적인 수면 양상,<sup>50)</sup> 신체화 장애,<sup>31)</sup> 탈진, 쇠약, 죄책감, 공포, 자존심의 파괴를 동반하는 인격변화,<sup>48)</sup> 식사 장애<sup>51)</sup> 등이 보고 되었다(Table 3).

Table 3와 같이 고문 생존자는 PTSD 뿐만 아니라 여러 가지 심리반응과 정신병이 발병할 가능성이 있다고 보고되었다.<sup>38,39)</sup> 가장 중요한 질문 중 한 가지는 여전히 논쟁이 되

**Table 3.** 고문의 정신적 후유증

• 외상후 스트레스 증후군
• 통증, 두통과 같은 신체 증상의 호소
• 우울증
• 약물 남용
• 신경심리적 손상
• 정신증
• 성격 변화
• 범불안 장애
• 공황 장애
• 급성 스트레스 장애
• 신체형 장애
• 양극성 장애
• 공포증

고 있는 질병 분류학적 개념과 연관되어 있다. 즉 DSM-III에 정의되어 있는 외상 후 스트레스 장애는 외상에 의해 장기간 지속되는 정신적 영향을 기술하면서 여러 종류의 외상-예를 들면 전쟁 경험, 아동 학대, 성적 학대, 고문 등-이 비슷한 정신병리를 유발한다고 주장하였다. 그러나 외상 후 스트레스 장애의 증상이라 정의된 내용들이 고문 피해자들의 증상을 묶는 용어로 추친 언급되고 있는 상황이다.<sup>22)</sup>

그에 따라 지속 훈련성 스트레스 반응(continuous training stress response),<sup>28)</sup> 달리 분류되지 않는 극한 스트레스성 장애(disorder of extreme stress-not otherwise specified, DESNOS),<sup>22,52)</sup> 복합 외상후 스트레스 증후군 (Complex PTSD)<sup>52,53)</sup> 나 고문 증후군<sup>54)</sup> 등의 용어가 고문 생존자들의 증상을 묶는 용어로 추친 언급되고 있다.

특히 고문이 장기간 계속되거나 고문을 젊은 시기에 받으면 근본적인 성격변화를 일으킬 수 있다는 보고들이 있다.<sup>28)</sup> 또한 장기적인 후유증으로 신체화 장애, 해리성 장애, 친밀했던 사람들과의 관계 단절, 지속적인 불신 등이 유발될 가능성이 있다고 지적되어 왔다.<sup>28)</sup> 복합 외상후 스트레스 장애의 개념은 장기간에 걸친 감금이나 학대가 성격과 세계관에 영향을 미친다는 점에 주목하고 있다.<sup>55)</sup>

고문에 의한 주요증상을 선별하려는 시도들이 고문 증후군이라는 제목 하에 이루어져 왔다. 이런 연구들은 수용소의 고문 피해자들을 대상으로 정신과를 비롯한 의학적 검사를 통해 정신적 혹은 육체적 고문의 장단기 영향을 평가하는데 그 기반을 두고 있다.

이 같은 시도들은 근본적으로는 그 방법론적 문제 때문에 명확한 결론을 얻지 못하고 있는 실정이다. 무엇보다 중요한 질문은 고문에 의해 특정한 증후군이 야기되느냐 하는 것, 즉 고문은 예측 가능한 현상학(phenomenology)을

가지느냐 하는 것이다. 여기에 찬성하는 이들은 인간에 대한 고의적 폭력은 이차적 증상 형성에 결정적인 역할을 한다고 주장하며<sup>56)</sup> 고의적 외상이 그렇지 않은 경우와 차이가 있음을 지적하였는데, 악의적 의도로 자행된 폭력이 무엇보다 극심한 외상을 남긴다는 보고도 있다.<sup>57)</sup>

DSM-IV 진단 기준을 사용하여 미국 정신 의학회의 고문 피해자 재활 센터(Rehabilitation Center for Torture victims, RCT)에서 정신 치료자들이 연구한 바에 의하면, 고문 후 흔한 증상 12가지 중 9가지가 외상 후 스트레스장애 진단기준에 포함되어 있었다. 그러나 성격 변화와 생존자로서의 죄책감은 DSM-IV 개정판에서 PTSD와 연관된 증상이라는 표시 하에 포함되었는데 여기에는 대인관계와 연관된 여러 증상이 기록되었다.<sup>54)</sup>

ICD-10에서는 두 가지의 진단 범주가 중요한데, 특정 사고 이후 6개월 내에 발생하는 외상 후 스트레스 장애(F43.1)와 재앙 후 성격변화(enduring personality change after catastrophic experience, EPCACE, F62.0)<sup>58)</sup>이다. 후자의 진단 범주는 이런 변화로 인해 일상생활에 심각한 장애가 초래되고 비적응적인 행동 양상이 나타나는 경우임을 강조하고 있으며, 또한 2년 이상의 지속 기간과 기준의 성격장애나 외상후 스트레스 장애를 제외한 다른 정신 장애의 영향을 받지 않아야 한다는 조건을 포함하고 있다.

Summerfield<sup>59)</sup>는 외상경험과 그 결과 사이의 연관성이 명쾌하지 않다는 것을 강조하였다. 서구의 진단 범주가 외상 사건에 대한 반응의 본질을 포함하고 있다는 가정은 매우 위험한 생각이며, 이런 범주를 비판 없이 적용할 경우 흔히 치료의 필요성이 과장되게 평가될 수 있다.

다른 종류의 고문 방식이 다른 양상의 PTSD 증상을 유발한다는 사실<sup>60)</sup>은 PTSD가 고문 피해자들에게 항상 적용되는 유일한 진단이 아니라는 것을 보여 준다. PTSD의 침습적 증상은 고립, 눈가림, 충격 등의 신체적 고문의 피해자들에게 흔한 반면, 성적 고문을 당한 경우는 회피현상이 두드러진다. 많은 수의 고문 피해자들에게서 PTSD 유사증상이 나타나지만 그렇지 않은 경우도 관찰된다. PTSD는 결코 고문에 따르는 반응을 포괄하는 진단기준이 되지는 못한다.<sup>28)</sup>

이상과 같이 고문은 인간이 겪는 극심한 스트레스를 대표하며, 그에 의해 정신과적 증상과 기능 저하, 사회적응의 문제가 유발된다는 것이 익히 알려져 있다. 그러나 고문에 노출된 모든 사람이 정신과적 문제를 나타내는 것은 아니며, 유전적 요인, 스트레스에 대한 취약성, 불안감에 대한 취약성, 정신발달적 결함, 정신과적 파괴력, 신체적 불구 정도, 사회 환경, 대처 방식 등의 여러 요인들이 중요한 역할을

한다.

고문이 지속적이고 반복적이며 예측불가능 할수록 한 개인에게 큰 충격이 되며, 이에 따른 정신과적 후유증 또한 크다. 그러나 아직 우리에게는 고문 후의 다양한 현상을 포괄할 수 있는 적절한 진단적 토대가 마련되어 있지 않다. 일반 스트레스 이론과 고문 후 증상을 연결시키기 위해서는 진단과 치료의 이론적 모델 내에서 상호 연관성을 찾으려는 노력이 요구된다 하겠다.

## 난민과 고문

지금까지 난민과 고문과의 관계를 밝히기 위한 다양한 연구들이 있었다. 난민은 과거 살아 웠던 나라에서 고문을 포함한 여러 가지 형태의 인권침해를 받았을 확률이 높으며, 난민생활과 희망국에 정착하는 과정에서 다양한 문제에 직면하게 된다.

예를 들면 권력으로부터 사회적, 정치적으로 박해를 당하고 본인 혹은 가족의 생명이 위협을 받는 상황이나 투옥, 강제수용소에서의 생활 등을 겪게 된다. 난민은 대부분 숨어서 생활하기 때문에 항상 자신과 가족의 안전에 주의를 기울여야 하며 경제적 궁핍, 사회적 고립, 가까운 사람들과의 이별 등의 문제에 직면하기 쉽다. 또한 아주 후에도 자신의 문화, 사회적 지위, 재산, 직업 등의 상실과 사회적 편견의 문제에 직면하고 인종이나 종교적 차별을 받기도 한다.<sup>4)</sup> 난민들의 외상경험은 일반적으로 다음과 같이 8가지 군으로 분류된다. 1) 물질적 박탈, 2) 전쟁 또는 전쟁 준비상태 속에서의 생활, 3) 신체적으로 받은 상처, 4) 감금이나 탄압, 5) 타인에게 해를 입히도록 강요함, 6) 가족, 친지(loved ones)의 실종, 사별, 상처, 7) 타인이 폭력을 당하는 것을 목격, 8) 뇌손상 등이 그것이다.<sup>61)</sup>

고문 생존자는 전란으로부터의 난민, 정치적 망명자, 이민으로 분류되는데 문화 및 종교의 다양성, 정신적 신념의 유무에 따라 그 적응방법도 다르다. 고문을 포함한 외상을 받은 난민은 PTSD 등의 정신장애를 쉽게 일으킬 수 있다고 보고 되었다.<sup>31)</sup> 태국 국경의 난민캠프에 있는 캄보디아 난민 993명을 조사한 결과 우울증상이 82%, PTSD가 15% 피험자에서 관찰되었다.<sup>62)</sup> 호주에 망명한 39명에 대한 연구결과를 보면 79%가 어떤 형태로든지 외상을 체험했으며 고문체험자는 26%였으며 37%가 PTSD라고 진단되었다.<sup>63)</sup> 보스니아 난민 중 생존자에 대한 조사를 보면 그 가운데 65%가 PTSD, 35%가 우울증을 가지고 있었다.<sup>64)</sup>

치료자는 고문을 받은 본인을 둘러싼 가족이나 사회와의 관계를 모두 포함하는 관점에서 난민을 관찰해야 한다.<sup>65)</sup>

고문 외에도 복합적인 스트레스를 받기 때문에 같은 상황의 난민 중에서 고문을 받은 난민과 받지 않은 난민을 비교한 비교연구들이 있었는데 그와 같은 연구들의 결과는 다음과 같았다.

즉 터키 난민 중에서 심한 고문을 받은 사람은 불안이나 우울증보다도 PTSD 증상을 보였다. PTSD의 증상 정도는 중간 정도였고 감정의 전반적 상태는 정상이었으며, 심한 고문을 당했음에도 불구하고 중등도의 정신병리밖에 보이지 않았다고 하였다.<sup>18)</sup> 그러나 사회적 지원을 받지 못하면 고립되어 희망을 상실하기 때문에 PTSD와 함께 불안과 우울증이 유발될 수 있다고 하였다. 따라서 PTSD에 대한 행동요법이나 인지요법의 실행과 동시에 가족 재통합과 사회적인 지원에 대한 관심이 요구된다고 하였다.<sup>66)</sup>

이라크 난민에 대한 연구에서는 고문과 같은 심한 외상 경험을 가지고 있는 난민이라도 정성어린 정서적 지원으로 PTSD와 우울병을 개선할 수 있다는 점이 보고되었다. 고문체험 그 자체보다는 사후 지원의 유무에 따라 발병률이 변화한다는 보고도 있다.<sup>67)</sup> PTSD진단의 핵심이 되는 '파악성' '회피' '재경험'과 고문과의 관계를 연구한 결과들이 보고되고 있다. 또한 사회적 지원이 결여되면 정착 후 스트레스에 대한 대처가 어려워지고 고립과 절망감이 초래되고 우울병을 일으킬 수 있다는 사실이 알려졌다.<sup>13)</sup> 이러한 의견은 치료법 개발과정에도 도움이 되리라고 생각되는데, 사회적 지원에 초점을 맞춘 난민 적응프로그램은 우울증을 억제하지만 PTSD증상의 경감에는 그다지 효과가 없을 수 있다는 예측도 있다. PTSD 증상을 가지고 있는 난민은 사회적 지원을 자발적으로 요구하기가 어렵기 때문에 심리적 개입을 강화하는 치료 과정이 요구된다.<sup>68)</sup>

티벳 난민에 대한 연구에서 고문은 난민생활에 대한 영향과는 별도로 불안증상을 포함한 정신증상에 장기간에 걸쳐 일으킨다는 사실이 보고 되었다. 고문에 대한 예비지식이나 심리적 각오가 없었던 사람들은 쉽게 불안증상을 경험한 것으로 보고 되었다. 또한 고문을 받은 불교신자는 뛰어난 재생력 보였는데, 이것이 바로 문화나 종교관 등의 정신-영적 요소가 영향을 미친다는 증거일 수 있다.<sup>21)</sup>

네팔에 아주한 부탄 난민 가운데 고문을 받은 사람은 PTSD에 걸리기 쉬우며 홉킨스 증상척도-25(Hopkins Symptom Checklist-25)에서 높은 불안 및 우울증 증상 수치를 나타낸다는 보고가 있었다.<sup>22)</sup> 또한 고문을 받은 사람 중, 불교도는 우울상태와 불안에 쉽게 걸리지 않는 경향이 있으며 티벳 불교도도 같은 경향을 보였다. 그리고 고문은 근골격과 호흡기관에 악영향을 미친다는 보고도 있다.<sup>22)</sup> ICD-10 구조화된 면접 진단에서는 PTSD, 해리(전

환)성 장애(건망), 지속성 신체표현성 통증장애, 감정 장애, 범불안 장애가 고문을 받은 사람에게 자주 보였다. 그리고 그런 증상은 여성의 경우가 남성보다 더 많았다고 보고 되었다.<sup>69)</sup>

이상을 미루어 볼 때, 난민에 대한 대응과정에서 특유의 외상성 경험, 종교나 신조, 문화의 차이, 사회적응에 대한 지원 등을 고려해야 할 것이다.

## 치료와 예방

### 치료

고문 생존자들을 위한 다양한 치료 프로그램들이 개발되어 시행되고 있지만 아직 치료 프로그램들의 개별적 효과에 대한 연구결과는 알려져 있지 않다. 즉 아직까지는 일반 정신 건강 부문에서 개발된 지식과 기술들이 고문 피해자들에게 응용되고 있는 실정이다.<sup>70)</sup> 고문생존자 치료에 있어 이것이 가장 큰 약점이며, 공중 보건의 측면에서뿐만 아니라 윤리적 측면에서도 이에 대한 문제점이 제기되고 있다.

대부분의 재활 프로그램은 의학적, 정신의학적, 심리학적, 물리 치료적, 사회적 측면을 다각적 측면에서 다룬다. 최근 수년간이 문제의 중대성이 인식되면서 사회 전체 차원의 개입이 필요하다는 의견이 대두되어 왔다. 더 나아가서 고문 피해자들만의 필요를 대변할 수 있는 유용한 기구를 설립하자는 움직임도 있다.

생존자에게는 안전 확보, 신뢰의 확립, 증상의 치료 혹은 경감이 필요하다. 초기 우울 상태의 경우는 정신치료와 더불어 약물치료가 도움이 된다. 그러나 약물에 저항감을 가지고 있는 생존자인 경우 약 복용을 회피할 수 있기 때문에 신뢰관계를 형성하고 약의 효과에 대해 상세히 설명해야 한다.

약물로서는 항우울제(Trycyclic antidepressants, Monoamine oxidase inhibitors, Selective serotonin reuptake inhibitors 등), Clonidine, Propranolol, Carbamazepine, Valproate, Lithium Carbonate 등이 정신증상에 따라 사용되고 있다.<sup>28,71)</sup> 이 외의 치료로는 후유증에 따른 능력 한계를 인식하는 것, 상실을 받아들이는 것, 가족과의 재결합을 통한 사회적응의 시도 등이 있다.

통찰 지향적 치료,<sup>45,72)</sup> 관계 중심적 정신치료,<sup>73)</sup> 단기치료,<sup>29)</sup> 인지행동치료,<sup>74,75)</sup> 정신역동치료<sup>76,77)</sup> 등은 고문 피해자들에게 중요한 치료 수단이다. 고문에 의한 정신적 후유증을 이해하도록 가족들을 교육하는 것 또한 치료 전략 중 중요한 부분을 차지한다.

고문이 사람을 무력화시키고 고립화시키는 것이라 한다

면, 사회와의 재결합을 촉진시키는 것이 고문 후유증 치료의 또 하나의 목표가 되어야 한다. 예를 들자면 개인과 국민성에 따라 다르겠지만 고문당한 것을 다른 사람들에게 증언하여 그들 자신의 체험을 밝히도록 하고, 한편으로 가해자를 노출시키도록 노력하자는 것이다. 이렇게 하는 것은 두 가지 의미를 가진다. 첫째, 고문은 그 피해 당사자뿐만 아니라 그 피해자가 속해 있는 사회와 공동체 전체에게 피해를 입힌 것임을 명확히 밝힌다는 것이고, 둘째, 그렇게 가해자를 밖으로 노출시킴으로써 다른 사람들과 사회단체들이 이 문제와 연결되어 공동의 힘을 발휘할 수 있도록 할 수 있기 때문이다.

일반적으로 고문의 생존자는 다음과 같은 3단계의 과정을 통해 무력한 피해자(victim)에서 생존자(survivor)로 재생하도록 치료적인 과정을 거치게 한다.<sup>28)</sup>

### 자인(Acknowledgement)

생존자는 고문의 증거와 증언을 관계기간에 제출한다. 이 과정에서 글이나 그림, 시 등을 통한 기억 재생이 이루어지는데 Herman은 ‘재구성의 작업은 외상의 기억을 생존자의 인생에 통합시킨다’고 했다.<sup>53)</sup> 이 과정을 통해 개인의 기억은 공공의 것이 되며 나아가 국가의 역사적인 기억으로도 통합된다.

### 사죄(Apology)

가해 책임자가 깊이 반성하고 직접 사과하는 것은 치유에 있어 중요한 단계이다. 이 단계를 통해 비인간적인 취급을 당한 것에 대한 생존자 자신의 인지구조가 재구성되고 자신의 내면세계에 의미를 부여하게 된다.

### 보상(Reparation)

이것을 통하여 이미 상실한 시간과 건강을 넘어서서, 공평하게 가치 있는 인생을 다시 한 번 영위한다는 느낌을 가진다. 반면 실현 불가능한 ‘보상에 대한 환상(compensation fantasy)’은 역으로 생존자의 치유를 늦추게 하는 경우도 있다.<sup>53)</sup>

고문 생존자 5000예에 기초하여 Peltzer<sup>78)</sup>는 7가지 항목을 포함하는 치료 상담 모델을 다음과 같이 만들었다.

- 1) 생존자와 관계를 형성하고, 변화에 대한 동기를 확립 한다.
- 2) 직접적으로 생존자에게 괴로움을 유발하는 문제에 초점을 맞추고, 그 문제를 명확히 한다.
- 3) 감정을 공유하고, 이완 요법을 가르친다.
- 4) 외상을 받고서도 그것을 잘 극복하고 처리해 나가는 마

음을 가지도록 한다(working through the trauma).

5) 일정한 방식으로, 그리고 인지적이며, 지지적으로 접근 한다.

6) 교육하고, 조언한다.

7) 치료를 평가하고 수정한다.

고문을 받은 난민에 대한 치료에 대하여 Silove 등은 다음과 같은 통합적 개념체계를 가지고 접근을 하여야 한다고 설명한 바 있다.<sup>79)</sup> 즉 치료는 1) 안전, 2) 정의(justice) 체계, 3) 존재–의미 체계, 4) 정체성–역할 체계의 네 가지 체계를 고려하여야 한다는 것이다.

일반적으로 치료 원칙은 다분히 이론적이거나, 특정 원칙은 일반적으로 적용될 수 있다.<sup>28)</sup> 고문생존자 치료 담당자가 생존자의 기능을 객관적으로 평가하고, 생존자가 담당자 자신에게 기대하는 것에 초점을 두는 것이 중요하다. 치료 초기에는 신체적, 사회적 지지 뿐 아니라 정서적 지지가 요구된다. 환자의 기준 종교적 신념을 지지하는 것은 존재의 의미를 획득하는데 도움이 된다.<sup>28)</sup> 초기에는 생존과 재기를 위한 필요들을 돋는 사회적 지지가 고문경험과 정신과적 증상보다 더 중요하게 느껴질 수 있다. 그러나 고문 경험에 대한 치료가 진행되는 와중에 심리적 기능 정도가 변화되고, 사회 속에서 망명자로서 복잡한 일련의 문제를 겪다보면, 고문 피해자들에게 사회적 지지보다 정신과적 증상 관리가 더 중요한 문제가 되기도 한다.<sup>56)</sup>

외상의 재경험을 막기 위해 생존자들 스스로 과거 이야기를 털어놓는 속도를 조절할 수 있게 해 주어야 한다. 고문 생존자들은 종종 그들이 치료자로부터 심문 받는다는 느낌을 받는다.<sup>80)</sup> 그리고 외상 경험을 떠올리면서 고문 생존자들은 흔히 자신의 정신적 방어가 약화되는 느낌과 함께 치료자나 가족들에 대해 혼란스럽고 공격적인 느낌을 겪는다. 고문 생존자는 자신의 육체적, 정신적 고통에서 도망가기 위해 죽고 싶다는 생각을 한다. 이것은 심각한 증상이긴 하지만 이 때 강제적으로 입원시키려 한다면 본인은 고문을 받았던 때와 같은 상황을 재 경험하기 때문에 강제적인 입원은 가능한 한 피해야 한다.<sup>27)</sup>

치료자가 망명한 난민을 대하고 있다면 문화적 요인을 중요시하여야 한다. 그들은 정신 치료를 낯설게 느끼고 신체적 치료만을 요구할 수도 있다. 이런 경우 정신치료의 성격에 대한 설명이 필요하다. 일부 국가에서는 남성의 감정 표현이 여성적 성향과 자체력의 부재로 간주되어 금기시되고 있기 때문이다.

기능 상실은 매우 중대한 문제로 몇몇 치료자들은 외상 경험을 재구성하는 것보다 환자의 기능 수준을 높여 일상생활을 잘 영위하고 자신 나름의 목표를 달성할 수 있게 하

는 것이 우선적 치료 목표가 되어야 한다고 주장 한다.<sup>70)</sup> 치료 효과를 평가하고 각각의 치료 모델을 비교할 수 있는 국제적 도구를 발전시키는 것은 아직 어려운 과제로 남아있다.

## 예 방

고문에 의한 손상을 줄이는 것이 중요하다는 사실에도 불구하고, 사후 치치만으로는 기본권을 침해받은 모든 생존자들을 도울 수 없다는 사실을 인식해야 한다. 역사적으로 볼 때, 고문에 대한 예방적 측면에 대한 관심은 계속되어 왔다. 덴마크에서 창설된 국제 엠네스티 의료 그룹은 고문에 대한 기록과 증언을 통해 고문을 자행하는 국가에 압력을 가하고 있으며 이에 따르는 예방적 효과에 기대를 걸고 있다.<sup>12)</sup>

고문 피해자들의 건강에 대한 정보와 자료를 전략적으로 사용하여 정치적, 경제적, 사회적 정책의 변화를 유발시킬 필요가 있다. 이를 통해 건강 상태의 증진과 인권 향상이 결합되어야만 중요한 건강 정책의 진보가 이루어질 수 있기 때문이다.

같은 맥락에서 고문 예방은 공중 보건의 문제로 간주될 수 있다. 치료자들은 정책 결정권자들이나 여론, 사회 지도층들에게 정보를 제공하여 문제 인식을 확산시키고 이를 통해 고문을 예방하는 전략을 취할 수 있다. 이차적 예방은 고문의 발생 빈도를 낮추고, 후유증을 최소화하는 것을 목적으로 하며, 중재해야 할 뚜렷한 대상을 가진다. 국제연합에는 고문방지위원회(United Nation's Convention against Torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment)에 의해 운용되는 전문가 집단이 존재한다. 이들과의 연계 활동이 도움이 될 수 있을 것이다. 마지막으로, 삼차 예방은 ‘재활적 중재는 일반 예방적 효과를 가진다’는 가정 하에 이미 고문에 노출된 사람을 대상으로 시행 된다.<sup>81)</sup>

고문 금지에 대한 내용은 이미 국제법상에서 규정되고 있으며, 고문 예방을 위한 국제기구 혹은 국가별 기구가 운영되고 있다. 고문에 대한 예방적 움직임은, 국제기구 특히 국제연합의 기구인 고문방지위원회의 활동을 통해 지속되어 왔다. 이 같은 국제기구는 고문을 비난하고, 탄핵하며 범죄자들을 재판에 회부, 처벌하여 더 이상의 고문이 자행되지 않도록 하는 역할을 담당해 왔다. 고문 금지에 대한 강제적 조항은 일반법 혹은 군법을 시행하는 인사나 의료계 인사, 용의자를 심문하고 구금하는데 관여하는 인사들의 교육과정에 있어 빠질 수 없는 요소라는 것이 강조되고 있다. 국제적인 전문가 지지연결망(International professional support network)은 고문과 관계되어 의사들의 윤리적 문제를 강조하고 그들이 양심적인 목격자로서 역할을 감당할

수 있도록 지지해주는 역할을 하고 있다. 그러나 이런 방식은 단지 상황을 기술하는 정도에 불과하며, 사태의 원인을 규명하고 사회 정치적 관점에서 조직화된 폭력의 존재를 규명하는 데에는 한계가 있다는 비난을 받을 소지가 있다. 진보적 관점에서 보면, 고문이나 조직화된 폭력은 한 사회의 정치적, 구조적, 문화적 상태와 연관되어 있다.<sup>12)</sup> 생존자에 대한 효과적인 치료는 인권취득의 투쟁과 과학적인 관찰이 통합되어진 것이어야 한다. 결과적으로 고문에 대한 통합된 예방 활동은 결국 고문의 사회 정치적 원인을 개선하고, 인권과 사회 진화를 위해 새로운 필요조건을 창조하는 작업이라 할 수 있다.<sup>82)</sup>

## 마치는 말

고문은 인간이 인간에게 하는 가장 잔인한 행동이다. 따라서 고문에 맞서 그 예방과 치료를 위해 노력하는 것은 인간이 할 수 있는 가장 숭고한 사명 중 하나라 할 수 있다. 현재 한국 사회는 과거 남한 내에서 이루어진 고문의 후유증을 치료하는 과제를 가지고 있다. 동시에 아직도 열악한 인권 상황 속에서 많은 고문과 폭력이 이루어지고 있는 북한 사회에 대한 치유 과제도 가지고 있다 하겠다. 또한 현실적으로는 고문을 당한 경험을 가지고 남한에 들어오고 있는 북한 탈북자들의 지원 과제도 가지고 있다. 따라서 이를 위한 고문에 대한 여러 측면의 연구가 앞으로도 계속 필요로 된다. 고문의 치료 및 예방에 대한 통합된 시각을 가지는 일은 고문 생존자들에 대한 사회적 배려임과 동시에 오십 여년 분단사를 마감하고자 하는 현대 한국 사회의 선결 과제라 할 수 있을 것이다.

**중심 단어 :** 고문 · 인권 · 정신과적 치료.

## REFERENCES

- 1) The Declaration of Tokyo. Guidelines for medical doctors concerning torture and other cruel, inhuman or degrading treatment of punishment in relation to detention and imprisonment: World Medical Journal;1975.
- 2) United Nations. Convention against torture and other cruel, inhuman, and degrading treatment or punishment. In: United Nations, editors. Methods of combating torture. Geneva, Switzerland: United Nations Center for Human Rights;1989. p.17.
- 3) Amnesty international (to stamp out torture). <http://stoptorture.org>; 2002 Oct accessed.
- 4) Baker R. Psychosocial consequences for tortured refugees seeking asylum and refugee status in Europe. In: Basoglu M, editor. Torture and its consequences: Current treatment approaches. Cambridge: Cambridge University Press;1992. p.83-106.
- 5) 박은식. 한국독립운동지역사 (상): 서울 瑞文堂;1975. p.93-98.
- 6) Amnesty International. Korea (Democratic people's republic of): Amnesty International Report 2000: Copyright Amnesty international Publications; 2001 ([www.amnesty.org](http://www.amnesty.org)).
- 7) Amnesty International. Korea (Democratic people's republic of):

- Amnesty international Report 2001: Copyright Amnesty international Publications; 2002 ([www.amnesty.org](http://www.amnesty.org)).
- 8) Lee Y, Lee M, Chun K. Trauma experience of North Korean in China: Am J Pre Med 2001;20:225-229.
  - 9) Jeon WT. Mental Health of North Korean defectors in South Korea. Proceedings of the Annual Conference of American Psychiatric Association; 2002 May; Philadelphia, USA.
  - 10) 벤주나. 15년 후 심신 충격. 치유되지 않은 5월. 20년 후 광주민중 학살. 피해자 실상 및 대책: 도서출판 다해;2000. p.111-148.
  - 11) North American Coalition for Human Rights in Korea, Communiqué, March 1, 1981 for testimony about torture during the military trials.
  - 12) Arcel LT, Kastrup M, Genefke I, Wenzel T. Torture and its Consequences to Mental Health. In Christodoulou GN ed: Advances in Psychiatry Beta Medical Publishers;2002. p.161-174.
  - 13) skylv G. The physical sequelae of torture. In: Basoglu M, editor. Torture and its consequences: Current treatment approaches. Cambridge: Cambridge University Press;1992. p.38-55.
  - 14) Basoglu M, Mineka S. The role of uncontrollability and unpredictability of stress in the development of post-torture stress symptoms. In Basoglu M (ed): Torture and its consequences: Current treatment approaches. Cambridge: Cambridge University Press;1992. p.182-225.
  - 15) Foa EB, Zinbarg R, Rothbaum BO. Uncontrollability and unpredictability in post-traumatic stress disorder: An animal model. Psychological Bulletin 1992;112:218-238.
  - 16) Lagos D, Kordon D. Psychological effects of political repression and impunity in Argentina. Torture 1996;6:54-56.
  - 17) Iacopino V, Heiser M, Pishevar S, Kirschner RH. Physician complicity in misrepresentation and omission of evidence of torture in post-detention medical examinations in Turkey. JAMA 1996;276: 396-402.
  - 18) Basoglu M, Paker M, Paker O, Ozmen E, Marks I, Incesu C, et al. Psychological effects of torture: A comparison of tortured with nontortured political activists in Turkey. Am J Psychiatry 1994; 151:76-81.
  - 19) Basoglu M, Aker T. Cognitive-behavioural treatment of torture survivors: A case study. Torture 1996;6:61-65.
  - 20) Comite de Defensa de los Derechos del Pueblo. The effects of torture and political repression in a sample of Chilean families. Social Science and Medicine 1989;28:735-740.
  - 21) Cunningham M, Cunningham JD. Patterns of symptomatology and patterns of torture and trauma experiences in resettled refugees. Aust N Z J Psychiatry 1997;31:555-565.
  - 22) Shrestha NM, Sharma B, Van Ommeren M, Regmi S, Makaju R, Komproe I, et al. Impact of torture on Refugees displaced within the developing world: Symptomatology among Bhutanese refugees in Nepal. JAMA 1998;280:443-448.
  - 23) Basoglu M, Mineka S, Paker M, Aker T, Livanou M, Gok S. Psychological preparedness for trauma as a protective factor in survivors of torture. Psychological Medicine 1997;27:1421-1433.
  - 24) Holtz TH. Refugee trauma versus Torture trauma: A retrospective controlled cohort study of Tibetan refugees. J Nerv Ment Dis 1998; 186:24-34.
  - 25) Weinstein HM, Dansky L, Iacopino V. Torture and war trauma survivors in primary care practice. West J Medicine 1996;165:112-118.
  - 26) Jaranson JM. The science and politics of rehabilitating torture survivors. An overview. In: Jaranson J, Popking MK, editors. Caring for victims of torture: American Psychiatric Press;1998. p.15-40.
  - 27) Sister Ortiz D. The Survivors' perspective: Voices from the Center. In: Gerrity E, et al, editors. The Mental Health Consequences of Torture. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers;2001. p.13-34.
  - 28) Jaranson JM, Kinzie JD, Friedman M, Sister Ortiz D, Friedman MJ, Southwick S, et al. Assessment diagnosis and intervention. In: Gerrity E, Keane T, Tuma F, editors. The mental health consequences of torture. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers; 2001. p.249-275.
  - 29) Munczek DS. Short-term treatment of a Central American torture survivor. Psychiatry 1998;61:318-329.
  - 30) Keane TM, Caddell JM, Taylor KL. Mississippi scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: three studies in reliability and validity. J Consult Clin Psychol 1988 Feb;56:85-90.
  - 31) Mollica RF, Wishak. The psychological impact of War trauma and torture on Southeast Asian refugees. Am J Psychiatry 1987;144: 1567-1572.
  - 32) Mollica RF, Capsi-Yavin Y, Bollini P, Truong T, Tor S, Lavelle J. The Harvard Trauma Questionnaire. Validating a cross-cultural instrument for measuring torture, trauma, and posttraumatic stress disorder in Indochinese refugees. J Nerv Ment Dis 1992;180: 111-116.
  - 33) Van Velsen C, Gorst-Unsworth C, Turner S. Survivor of torture and organized violence: Demography and diagnosis. J Traumatic Stress 1996;9:181-193.
  - 34) Blake DD, Weathers FW, Nagy LM, Kaloepak DG, Gusman FD, Charney DS, Keane T. The development of the clinician-administered PTSD Scale. J Traumatic Stress 1995;8:75-90.
  - 35) Weiss D, Marmar C: The impact of event scale-revised. In Wilson J, Keane T, editors. Assessing psychological trauma and PTSD. New York: Guilford Press; 1997. p.399-411.
  - 36) Foa EB, Riggs DS, Dancu CV, Rothbaum BO. Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. J Traumatic Stress 1993;6:459-474.
  - 37) Mollica RF, Wishak G, de Marneffe D, Khuon F, Lavelle J. Indo-chinese versions of the Hopkins Symptom Checklist-25: A screening instrument for the psychiatric care of refugees. Am J Psychiatry 1987;144:497-500.
  - 38) Iacopino V, Ozkalipci O, Schlar C, Allden K, Baykal T, Kirschner R, et al. Manual on the effective investigation and documentation of torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment (Istanbul Protocol): United Nations publication;1999. Available from: URL:<http://www.phrusa.org>. Accessed Oct 2002.
  - 39) Piwowarszyk L, Moreno A, Grodin M. Health care of torture survivors. JAMA 2000;284:539-541.
  - 40) Goldfeld AE, Mollica RF, Pesavento BH, Faraone SV. The Physical and Psychological Sequelae of Torture. JAMA 1988;259:2725-2729.
  - 41) Rasmussen OV. Medical aspect of torture. Danish Medical Bulletin 1990;37:1-88.
  - 42) Mollica RF, Henderson DC, Tor S. Psychiatric effects of traumatic brain injury events in Cambodian survivors of mass Violence. Br J Psychiatry 2002;181:339-347.
  - 43) Weinstein CS, Fucetola R, Mollica RF. Neuropsychological Issues in the Assessment of Refugees and Victims of Mass Violence. Neuropsychology Review 2001 Sep;11:131-141.
  - 44) Bauer M, Priebe S, Haring B, Adamczak K. Long-term mental sequelae of political imprisonment in East Germany. J Nerv Ment Dis 1993;181:257-262.
  - 45) Bauer M, Priebe S. Political Persecution in the German democratic republic and enduring mental sequelae in the victims. Int J Psychology Research;1996. p.79-85.
  - 46) Hougen HP, Kelstrup J, Petersen HD, Rasmussen OV. Sequelae to torture: A controlled study of torture victims living in exile. Forensic Sci Int 1988;36:153-160.
  - 47) Hougen HP. Physical and psychological sequelae to torture: A controlled clinical study of exiled asylum applicants. Forensic Sci Int 1988;39:5-11.
  - 48) Sommier FE, Genefke IK. Psychotherapy for victims of torture. Br J Psychiatry 1986;149:323-329.
  - 49) Mollica RF, McInnes K, Sarajlic N, Lavelle J, Sarajlic I, Massagli MP. Disability associated with psychiatric comorbidity and health status in Bosnian refugees living in Croatia. JAMA 1999;282: 433-439.
  - 50) Astrom C, Lunde I, Ortmann J, Boysen G, Trojaborg W. Sleep disturbances in torture survivors. Acta Neurologia Scandinavica 1989;79:150-154.
  - 51) Fahy TA, Robinson PH, Russell GF, Sheinman B. Anorexia nervosa following torture in a young African woman. Br J Psychiatry 1988; 153:385-387.
  - 52) van der Kolk BA. Assessment and treatment of Complex PTSD: In Yehuda R (ed) Treating trauma survivors with PTSD: American

- Psychiatric Publishing;2002. p.127-156.
- 53) Herman JL. Trauma and recovery. New York: Basic Books;1992.
  - 54) Genefke I, Vesti P. Diagnosis of governmental torture. In: Jaranson J, Popking MK, editors. Caring for victims of torture: American Psychiatric Press;1998. p.43-59.
  - 55) Herman JL. Sequelae of prolonged and repeated trauma: Evidence for a complex posttraumatic syndrome (DESNOS). In: Davidson J, Foa EB, editors. Posttraumatic stress disorder: DSM-IV and beyond. Washington DC: American Psychiatric Press;1993. p.213-228.
  - 56) Somnier F, Vesti P, Kastrup M, Genefke I. Psychosocial consequences of torture: current knowledge and evidence. In: Basoglu M, editor. Torture and its consequences: current treatment approaches: Cambridge University Press;1992. p.56-71.
  - 57) Gelinas DJ. Relational patterns in incestuous families, malevolent variations, and specific interventions with the adult survivor. In: Paddison PL, editor. Treatment of adult survivors of incest. Washington: American Psychiatric Press;1998.
  - 58) Malt UF, Schnyder U. ICD-10 Mental and behavioral consequences of traumatic stress. In: FL Mak, CC Nadelson, editors. International review of psychiatry. Washington DC: American Psychiatric Press;1996. p.151-176.
  - 59) Summerfield D. War and mental health: A brief overview. Br Med J 2000;321:232-235.
  - 60) Ramsay R, Gorst-Unsworth C, Turner S. Psychiatric morbidity in survivors of organized state violence including torture. A retrospective series. Br J Psychiatry 1993;162:55-59.
  - 61) Mollica RF. The special psychiatric problems of refugees. In: Gelder M, Lopez-Ibor J, Andreasen N, editors. New Oxford textbook of Psychiatry (Vol. 2): Oxford University Press;2000. p.1595-1601.
  - 62) Mollica RF, Donelan K, Tor S, Lavelle J, Elias C, Frankel M, Blendon RJ. The effect of trauma and confinement on functional health and mental health status of Cambodians living in Thailand-Cambodia border camps. JAMA 1993;270:581-586.
  - 63) Silove D, Sinnerbrink I, Field A, Manicavasager V, Steel Z. Anxiety, depression and PTSD in asylum-seekers: Associations with pre-migration trauma and post-migration stressors. Br J Psychiatry 1997;170:351-357.
  - 64) Weine SM, Becker DF, McGlashan TH, Laub D, LaS, Vojvoda D, Hyman L. Psychiatric consequences of Ethnic cleansing. Clinical assessments and trauma testimonies of newly resettled Bosnian refugees. Am J Psychiatry 1995;152:536-542.
  - 65) Chester B, Holton N. Working with refugee survivors of torture. West J Med 1992;157:301-304.
  - 66) Basoglu M, Paker M, Ozmen E, Tasdemir O, Sahin D. Factors related to Long-term traumatic stress responses in Survivors of Torture in Turkey. JAMA 1994;272:357-363.
  - 67) Gorst-unsworth C, Goldenberg E. Psychological sequelae of torture and organized violence suffered by refugees from Iraq. Br J Psychiatry 1998;172:90-94.
  - 68) Keane TM, Albano AM, Blake DD. Current trends in the treatment of post-traumatic stress symptoms. In: Basoglu M, editors. Torture and its consequences: Current treatment approaches. Cambridge: Cambridge University Press;1992. p.363-401.
  - 69) Van Ommeren M, de Jong JT, Sharma B, Komproe I, Thapa SB, Cardena E. Psychiatric disorders among tortured Bhutanese refugees in Nepal. Arch Gen Psychiatry 2001;58:475-482.
  - 70) Gurr R, Quiroga J. Approaches to torture rehabilitation: A desk study covering effects, cost-effectiveness, participation and sustainability. Torture 2001 Nov, Supplementum 1.
  - 71) Smith MW, Cartaya OJ, Mendoza R, Lesser IM, Lin KM. Conceptual models and psychopharmacologic treatment of torture victims. In: Jaranson J, Popking MK, editors. Caring for victims of torture: American Psychiatric Press;1998. p.149-169.
  - 72) Vesti P, Kastrup K. Psychotherapy for torture survivors. In: Basoglu M, editor. Torture and its consequences: Current treatment approaches. Cambridge: Cambridge University Press;1992. p.348-362.
  - 73) Varvin S, Hauff E. Psychotherapy with patients who have been tortured. In: Jaranson J, Popking MK, editors. Caring for victims of torture: American Psychiatric Press;1998. p.117-129.
  - 74) Basoglu M. Behavioural and cognitive approach in the treatment of torture-related psychological problems. In: Basoglu M, editor. Torture and its consequences: Current treatment approaches. Cambridge: Cambridge University Press;1992. p.402-429.
  - 75) Basoglu M. Behavioural and cognitive treatment of torture survivors of torture. In: Jaranson J, Popking MK, editors. Caring for victims of torture: American Psychiatric Press;1998. p.131-148.
  - 76) Allody F. The physician's role in assessment and treatment of torture survivors. In: Jaranson J, Popking MK, editors. Caring for victims of torture: American Psychiatric Press;1998. p.89-106.
  - 77) Bustos E. Psychodynamic approaches in the treatment of torture survivors. In: Basoglu M editor. Torture and its consequences: Current treatment approaches. Cambridge: Cambridge University Press;1992. p.333-347.
  - 78) Peltzer K. A process model of ethnocultural counseling for African survivors of organized violence. Couns Psych Quart 1999;12:335-351.
  - 79) Silove D. The psychosocial effects of torture, mass human rights violations, and refugee trauma. Toward an integrated conceptual framework. J Nerv Ment Dis 1999;187:200-207.
  - 80) Tocilj-Sumunkovic G, Arcel LT. Group psychotherapy with victims of torture. In: Arcel LT, editor. War victims, trauma and the coping process. Armed conflict in Europe and survivor responses: International Rehabilitation Council for Torture Victims (IRCT);1998.
  - 81) Arcel LT, editor. War victims, trauma and the coping process. Armed conflict in Europe and Survivor responses. Copenhagen: IRCT;1998.
  - 82) Basoglu M. Prevention of torture and care of survivors. An integrated Approach. JAMA 1993;270:606-611.