

## 횡문화적 정신건강: SSLD 접근

A. Ka Tat Tsang, Ph.D.  
Hanna Kim, MSW  
토론토 대학교  
(번역 민성길)

**저자:** A. Ka Tat Tsang, Ph.D., Hanna Kim, MSW

The Faculty of Social Work at the University of Toronto ( 토론토 대학교 사회복지학부)  
번역자: 민성길, 서울특별시 은평병원 (skmin518@yuhs.ac)

(이 논문은, 2010년 9월 7일, 서울특별시 은평병원 주최로 “다문화사회와 정신건강”이라는 주제로 서울에서 개최된 국제학술대회에서 발표된 것임)

이 논문에 관하여 토론토 대학교 사회복지학부 A. Ka Tat Tsang 교수에게 문의 하실수 있습니다.  
주소: 246 Bloor Street West, Toronto, Ontario, Canada M5S 1A1/ 전화: 416-978-5817/ 팩스: 416-978-7072/ 이메일: k.tsang@utoronto.ca

### 초록

SSLD (Strategies and Skills Learning and Development)는 학습체계로서, 체계화된 학습을 통해 전략과 기술의 범위를 확대시킴으로서 사람들로 하여금 더욱 효과적으로 자신의 욕구 충족과 삶의 목표 성취에 도움을 준다. 이 체계는 지금까지의 사회기술 훈련 (SST) 연구결과에 기반을 두고 있으며, 캐나다뿐만 아니라 국제적으로도 복지사업 분야에서 폭 넓게 채택되고 응용되어 왔다. 횡문화적 정신치료와 상담에 응용할 수 있는 이 체계는 사회적 맥락 내에서 문화가 우리의 환경과 사회적 현실, 신체와 생물학적 과정, 욕구와 동기, 인지, 감정, 행동에 어떤 영향을 미치는지를 포함한 인간의 경험을 이해하는 데 있어 포괄적인 체계를 제공해 준다. SSLD 체계는 multiple contingencies thinking에 기초하여, 다양한 영향과 맞물려 환자의 요구와 환경 이해를 개인화하는 데에 초점을 둔다. 이는 환자의 만족이나 목표의 성취, 문제해결, 향상된 자기-효능감 및 건강, 그리고 삶의 질 향상 등을 가능하게 해주는 체계적인 중재절차를 제공한다.

## I. 연구배경

SSLD (Strategies and Skills Learning and Development)는 학습 체계로서, 체계화된 학습을 통해 전략과 기술의 범위를 확대시킴으로서 사람들로 하여금 더욱 효과적으로 자신의 욕구 충족과 삶의 목표 성취에도움을 준다. 이는 실행체계로서 캐나다뿐만 아니라 국제적으로 정신건강 분야 및 지역사회 분야에서 폭 넓은 임상 인구를 대상으로 적용되어 왔다.

### 1. SSLD의 개발

SSLD의 개발은 1970년대에 홍콩에서 사회기술훈련(SST)을 처음으로 적용했던 때로 거슬러 가볼 수 있다. 초기에 나는 Michael Argyle과 그의 동료들<sup>1,3)</sup> (Argyle, 1969, 1972;; Trower, Bryant & Argyle, 1978)에 의해 개발된 모델을 주로 따랐다. 사회기술훈련 (SST)에 대한 나의 첫 번째 경험은, 영국에서 처음으로 개발된 이 체계를 홍콩에 있는 중국인 환자를 대상으로 적용해야 했기 때문에, 문화적 차이를 조정하여야 했고. 나는 다양한 정신 건강 문제에 이 체계를 사용하기 시작했다. 예를 들면, 정신분열증에 걸린 성인을 위한 개인 치료와, 자조그룹형성을 돕고, 또한, 자폐증 아이들을 위한 사회기술훈련 및 그들의 부모나 양육자에 대한 훈련을 병행하고, 자신감과 대인관계의 증진을 원하는 사람에게 기술 훈련을 제공하였다.

1990년대 이래로 나는 다음 네 가지의 요소를 강조한 접근법과 절차를 개발하였다: 1) 학습자 중심의 설계, 2) 다양한 사회심리학적 요인을 고려해서 특정 환자의 상황과 요구에 대비하는 다양한 contingencies thinking, 3) 자기 효능감의 습득과 강화, 4) 다양성의 교차 등등이다. Argyle의 개척적인 연구 (1969, 1972)에서 벗어나 나는 Singleton, Spurgeon, 그리고 Stammer (1979), Curran과 Monti (1982), Trower (1984), L'Abate와 Milan (1985), Hollin과 Trower (1986), 그리고 Liberman, DeRisi와 Mueser (1989)와 같은 영역에서 선구자들이 했던 연구와 관련된 프로그램을 개발하였다. 이 과정에서 나는 피드백 뿐만 아니라 고객들과 학생들의 수행능력을 조화시키는데 노력을 많이 하였는데, 이들 중 많은 부분은 우리가 속한 문화적 상황에 길들여져 있었다. 이러한 과정을 통해 계속적으로 진행하면서 수정을 하였다. 예를 들어, 부부상담에 모델을 적용할 때, 우리는 특정한 문화적인 의미가 담긴 사건이나 행동을 고려해야만 했다(Ma&Tsang, 1988). 이러한 과정을 통해서 프로그램을 전달하는 과정이나 방식뿐만 아니라 구조와 내용까지도 점차적으로

바뀌게 되었다. 2005년에 실행모델의 특징들과 특성들을 검토한 이후에 나는 SSLD (Strategies and Skills Learning and Development)라고 명명하여 본래의 사회기술훈련 (SST)과 구별을 하기로 결정하였다. 수년간, 나는 다음을 포함하여 캐나다 및 국제적으로 다양한 정신 건강, 사회복지 및 인간개발프로그램 등에 이 체계를 적용하였다.

- 상담과 정신치료
  - 개인
  - 부부와 가족
- 자조 그룹
- 정신교육 중재
  - 교육, 학습, 훈련 프로그램
- 기업훈련 및 조직적 개발
- 건강증진 및 만성병의 관리
- **횡문화적 연구**
  - 상담, 정신치료, 사회복지 업무
  - 국제 관리
- 지역사회개발, 지역사회조직
  - 옹호(advocacy), 사회운동, 반억압실천 (AOP, ant-oppressive practice)
  - 기초 리더십 개발
- 이민자 정착 서비스
- 정신건강 문제들:
  - 정신분열증
  - 자폐스펙트럼 장애
  - 사회공포증
  - 불면증
  - 중독 및 도박
- 인간관계 및 이성관계
  - 데이트
  - 커플 상담
  - 대인관계
- 인적자원 및 조직화 개발
  - 취업 및 고용
  - 개인지도 및 팀 구성
  - 접수처 (안내처) 직원 교육

## 2. SSLD의 기본적 이론의 전제

SSLD는 종합적인 지식을 기반으로 하여 여러 요소들을 통합한다. 개념적 모델의 상당한 부분이 사회인지이론(Bandura, 1986)에 기반을 두고 있는 반면에, 요소들은 비판논술분석, 서술적분석, 사회교환이론, 노인학, 그리고 최근의 신경과학에서의 발전 등과 같은 다양한 분야로부터 온 것들이다. SSLD 적용에 있어 주요 전제가 되는 것은

정신건강의 문제들을 포함한 의뢰인들이 경험하는 대부분의 문제들이 욕구가 충족되지 않았을 때 발생하는 현상이라는 것이다. 총괄적인 생물-심리-사회적 유기체적인 체계는 욕구의 경험을 동반하고 그것들이 사회적인 맥락 내에서 개개인에게 얼마나 충족이 되는 것인지가 쟁점이 되는 것이다. 정신과적인 증상을 포함한 문제 있는 것으로 여겨지는 행동들과 반응들은 일반적으로 욕구를 해결하기 위한 시도가 부적절하거나 비효과적인 경우의 결과인 것이다. 이러한 욕구들을 충족시키기 위해 효과적인 새로운 전략과 기술을 습득하여 보다 긍정적인 임상적 변화로 이끌어, 이전의 비효과적이고 문제있는 대응방식이 더욱 효과적인 전략과 기술들로 대체하게 될 것이다.

대부분의 인간의 행동들은 동기화되어 있고 목표 지향적이다. 다른 말로 바꾸어 말하면, 인간의 행동들은 기능적이다; 우리는 우리에게 이익이 되는 행동을 한다. 예를 들어, 우리는 배가 고플 때 먹는다; 우리는 친밀감 및 대인관계에서의 접촉 또는 성적인 욕구가 있기 때문에 매력적인 파트너를 찾는다. 인간은 필요로 하는 것을 항상 추구하는 능동적인 존재로 볼 수 있다. 우리가 하는 것들의 대부분이 기능적이라고 여길 수 있지만, 이는 우리의 욕구들을 충족시키는 데에 있어서 전적으로 효과적일 수도 아닐 수도 있다. 정신건강의 실제에서 우리는 종종 사람들의 욕구를 비효과적이거나 사회적으로 부적절하게 충족시키는 문제행동들을 하는 것을 볼 수 있다. 때로는 그런 행동들이 욕구를 효과적으로 충족시킬 수는 있지만, 다른 사람들의 욕구를 만족시키는 것에는 방해물이 될 수 있다. SSLD를 통해서 의뢰인/환자들은 비효과적이고 부적절한 행동을 대체하기 위한 효과적인 전략들과 기술들을 습득할 수 있다.

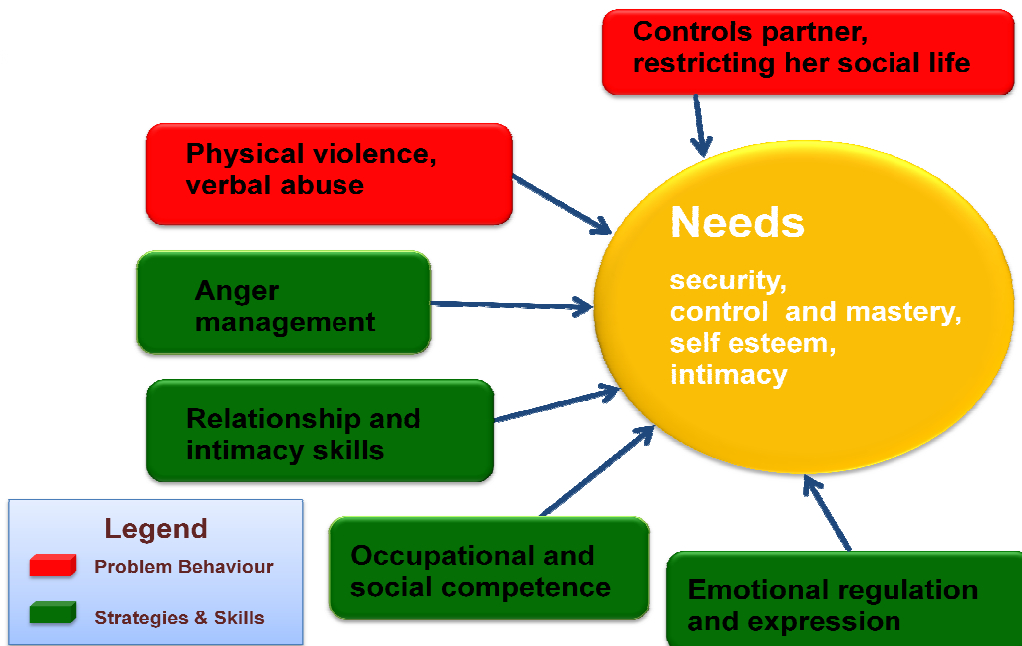
첫 번째 증례에서, 중독에 대한 사례를 보여주고자 한다. 사례의 개인은 약물, 도박 등을 사용하고, 일상에서 어려움이나 도전을 피하는 행동들을 통해, 만족감, 흥분, 고통의 감소, 그리고 지배력을 얻으려고 시도한다. 이러한 행동들은, 약물을 통해 심리적인 고통을 감소시킴으로서, 개인의 욕구를 충족시키는데 부분적으로 효과적일 수 있다. 문제는 약물의 신경화학적 효과가 사라질 때 고통이 다시 나타나게 된다는 것이다. 마찬가지로 만족감과 웰빙에 대한 주관적인 추구는 부분적으로 성공할 뿐이다. 게다가 약물 사용이 점차 삶의 중심이 되어가면, 사회적 인정, 중요한 사람들과의 관계, 직업적인 성취, 즐거움 같은 다른 욕구들은 더 이상 효과적으로 충족되지 못한다. 중독은 전체적인 욕구를 충족시키는데는 효과적인 전략이 아니다. SSLD에서는, 중독을 스트레스 대처법, 대인관계와 문제 해결 능력, 효과적인 만족 추구 행동과 같은 새로운 전략과 기술로 대체할 수 있다.

**증례 1: 중독**



두 번째 사례는 배우자를 학대한 사람의 예다. 학대자는 배우자를 통제하고 신체적 언어적인 학대를 통해 자신의 친밀감, 자존감, 통제와 지배 및 안정감에 대한 욕구 충족을 시도한다. 그와 같은 행동들은 때로는 학대자의 욕구를 충족시킬 수도 있지만, 단지 부분적일 뿐, 인생에 있어 다른 욕구 성취에 부정적인 영향을 미치게 된다. SSLD를 통해서 이 사람은 화를 조절하고, 감정의 조절과 표현, 관계와 친밀감에 대한 기술, 직업적, 사회적인 적응력의 발달을 배우게 된다. 이러한 전략과 기술들을 잘 배운다면 효과적으로 욕구를 조절하게 되고, 처음의 학대 행동은 더 이상 필요하지 않게 될 것이다.

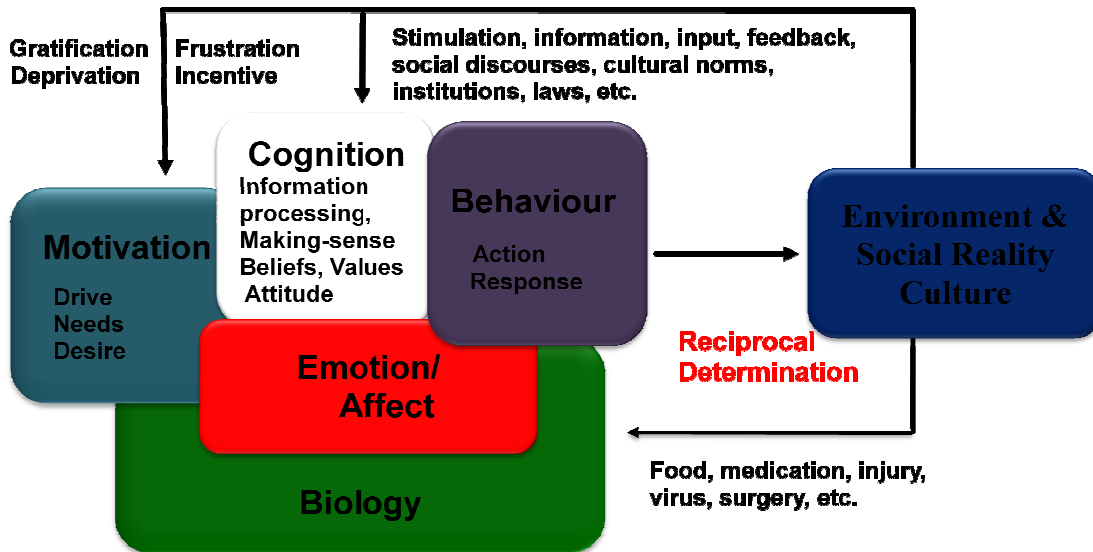
**증례 2: 배우자 학대**



### 3. 인간의 경험, 행동, 그리고 환경

실제에서, SSLD는 인간 행동의 기능과 그것이 어떻게 효과적으로 욕구와 희망을 조절하는지 강조한다. 이러한 분석은, 환경과 상호작용하는 범위 내에서, 인간의 경험과 행동을 이해하는 개념적인 틀에 근거한다.

#### 도식1: 인간과 생활세계(Life-World)



도식 1에서는 인간과 환경의 관계를 설명한다. SSLD에서는 사람들의 경험과 환경을 6개의 주요 영역으로 구분하여 이해한다. 그 중에서 5개는 내적 또는 유기체적인 것이고, 6번째는 외적인 것 즉 환경적인 것이다. 환경은 물리적, 물질적, 경제적, 사회적, 정치적, 문화적인 것을 포함한다. 사람들의 내적 현실은 5개의 영역으로 구성된다. (1) 생물학. 이는 유전적인 구성, 해부학, 생리학, 대사, 신경생리학, 질병, 조직 손상, 장애 등등을 포함한다. (2) 동기. 이는 욕구, 소원, 욕망으로도 말해진다. (3) 인지. 이는 우리가 정보, 지식, 신념체계, 세계관, 상식에 대한 틀, 가치 체계를 처리하는 방법을 포함한다. (4) 감정/정동. 이는 우리가 감정을 만들고, 경험하고, 처리하고, 관리하고 표현하는 방법들을 포함한다. 언급한 4가지 영역은 조건화 하기 위해 함께 작동한다. (5) 행동. 이는 우리가 말하고 그것들을 수행하는 방법을 포함한다.

이러한 5가지 유기체적인 영역은 사람이 실질적인 상호영향과 변화의 과정들을 통해 환경과 교류 하는 동안 서로 복잡한 상호작용으로 얽혀있다. 환경을 이해하기 위해서는 지식과 다양한 학파에서 분석적인 틀을 함께 사용해야 한다. 세계는 지난 몇십년간 빠르게 변화했고, 글로벌화나 정보 기술의 발전 같은 단지 몇 가지 큰 조류만보더라도 그 여파는 상당하다. 예를 들어, **횡문화 정신건강(cross culture Mental health)**에 대한 현재의 연구는 글로벌화란 큰 조류와 연결되어 있다. 사람, 자본, 상품, 용역 등의 거대한 이동은 다른 문화를 구성하는 생각과 수행의 이동과 연관되어 있다. 반면에 국가와 문화는 그들의 땅에 새로이 도착한 사람, 생각, 그리고 풍습을 받아들이기 위해 다른 수준의 개방성과 준비성을 갖고 있다. 즉 대부분의 세계인, 특히 대도시에서 살고 있는 사람들은 이러한

현상에 직면해 있다 하더라도 과언이 아니다. 예를 들면 토론토는 세계에서 가장 다문화적인 도시다. 그리고 캐나다에서는 다문화에 대한 명확한 정책을 가지고 있다. 인구를 유지하고 경제 안정을 위해 해마다 많은 수의 이민자를 받아들이고 있다. 이러한 현실이 단순한 인종적인 범주를 초월하는 민족정체성과 시민권을 만들어 내는데 도움을 주고 있다.

#### 4. 문화의 역할 (The role of culture)

인간의 행동과 문화 간의 복잡한 상호작용에 대한 전반적인 토론은 이논문의 범위를 넘어선다. 위에서 말한 틀하에서 말하자면, 문화란 환경이 우리의 삶을 조건화하는 중요한 과정으로 생각될 수 있다.

동기로 먼저 시작해 보자. 인간이 주거와 음식, 안전과 관계, 만족과 자율성 등에 대한 공통된 욕구를 가지고 있는 반면, 문화적 요소들은 이러한 욕구에 대한 경험들을 형성시킨다. 일부 문화에서는 성취욕이나 부의 획득 같은 특정한 욕구나 욕동은 남성에게는 격려되지만 여성에게는 격려되지 않는 반면, 다른 문화에서는 남성과 여성 모두에게 격려되어진다 (비록 추천되는 강조와 방법이 다르긴 하지만). 성욕과 같은 일부 욕구는 종종 특히 아동과 여성, 노인에게는 엄격하게 다루어지고 제한되어 있다. 많은 문화들은 동성애를 허용하지 않는다. 마찬가지로 부유하고 권력이 있는 사람의 성적 욕구는, 가난한 사람들이나 소외된 사람들에 비해, 표현될 공간과 기회가 더욱 많이 주어진다. 동기 및 욕구와는 별개로 문화는 우리에게 세계관, 사상, 신념체계, 종교, 등을 제공함으로써 우리가 사고하는 방식을 조건화시킨다. 예를 들면 종교는 사람들이 지구는 평평하고, 우주가 오직 수 천년 전에 만들어졌거나 선과 악에는 분명한 선이 있다고 믿게 만들 수 있다. 우리의 느낌또한 문화에 의해 조건화 된다,, 가족이 죽으면 슬픔을 느끼고, 또는 주된 가치 체계에 어긋나는 행동을 했을 때 수치스럽게 느끼고, 그리고 누군가 내 지갑을 훔쳐가면 화가 나고, 그러나 여성들이 대가도 받지 않고 엄청난 양의 집안 일을 하는 것에는 화를 느끼지 않도록 배운다. 문화는 규칙, 규범, 관습, 대중적으로 받아들여지는 통습을 통해 우리의 행동을 조절한다. 예를 들면 산업화 사회에서 에로틱한 경험은 소비행동에 의해 점차 매개된다 (Illouz, 1997). 아시아에서 발렌타인데이의 소비형태가 대중화되는 모습, 그리고 데이트할 때 잘 차려진 저녁식사가 규칙처럼 되어 있는 것 등이 그러한 예이다. 문화는, 동기, 인지, 감정, 행동 등 다양한 통로를 통하여, 중요한 방식으로 우리의 체형마저도 형성할 수도 있다. 식사습관은 체형과 체질, 특정한



건강 위험인자에 대한 감수성과 수명에 직접적으로 영향을 준다. 문화는 우리의 신체가 보여지고, 경험되고, 사용되는 것을 조절한다. 예를 들면, 일정 신체 부위는 노출이 가능하고 다른 부위는 그렇지 못하며, 이런 기준은 남성과 여성에게 다르게 적용될수 있다. 문화는 우리 몸에 어떤 것을 하도록 허락하기도 하고, 못하게 막기도 한다. 거기에는 성형수술, 지방흡입, 문신, 유산, 장기/조직(혈액,정액,난자) 기증이 포함된다.

비록 문화는 삶을 형성하는데 중요한 역할을 하지만, 우리는 상호결정(reciprocal determination)이라는 개념을 기억해야 한다. 문화는 인간 행위의 산물이기 때문에 우리가 만드는 것이고 우리가 말하고 쓰는 것을 포함하며, 영화, 예술, 음악 등으로 문화적 산물을 만들어 내기도 한다. 정신치료와 전문적인 정신건강 진료(mental health practice) 또한 인간 행위에 의해 만들어 지고 유지되는 중요한 문화적 산물이다. 인간이 경험하는 어려움과 문제를 정신건강에 대한 이슈로 여긴지는 그리 오래되지 않았다. 인간의 문제를 다루고 설명하는 것에 있어 서양의 의학모델이 지배적이게 된 것은 수세대에 걸쳐서 무역인, 식민지주의자, 선교자, 과학자, 교사, 보건전문가, 등에 의한 경제적 정치적인 행동의 결과이다. 우리는 모두 환경과 인간 경험, 행위간의 복잡한 상호작용에 잡혀 있다. 예를 들어 한국의 문화가 어떻게 바뀌었는지를 고려할 때 그러한 변화를 일으킨 것이 무엇이며, 그러한 변화들이 한국에 살고 있는 사람들에게 어떠한 영향을 미쳤는지를 생각해볼수 있다.그러면거기에 관련된 흥미로운 요인들과 과정을 다루는 우리자신을 발견할 것이다.

### III. 횡문화적 진료 의 중요한 이슈 (critical issues in cross-cultural practice)

환경의 빠른 변화와 변형은 엄청날 수 있다. 우리에게 익숙한 사고방식과 대처기술이 도전을 받았을 때, 우리는 간단한 분석과 해결책에 안주하고 싶은 유혹을 받는다. 선형적 범주화 사고방식(linear categorical thinking)에서는, 현실은 단순한 범주로 깔끔하게 조직되어 있으며, 만약 어떤 것을 범주에 넣게 되면 거기에는 해답이 있거나 최소한 해결책을 얻은 것처럼 보이게 하는 안도감을 제공한다. 단순한 선형적인 논리적 사고는, 단순하게 '만약 a 이면, b 이다'라는 구조를 갖는다. 예를 들면 환자가 임상적인 우울증을 앓고 있다고 진단되면 프로작 (Prozac, 우울증 약)이 처방된다. 다른 예는 환자가 아시아계라면 그가 학문적으로 뛰어나야 한다는 가족의 기대에 부응할 것이라고 우리는

가정한다. 그와 같은 선형적 범주화 사고하에서는 미국인이 일본인보다 더 개인주의적이라고 하거나 중국문화는 유교문화라고 획일적으로 말하게 된다.

### 1. 문화교양적 접근 (The cultural Literacy Approach)

선형적 범주화 사고방식(linear categorical thinking)을 횡문화적 정신치료(cross cultural psychotherapy)나 정신건강진료(mental health practice)에 적용하는 경우에, “캐나다인들은 어떤가, , 또는 인도네시아 환자에게는 어떻게 말을 해야 하는가?” 와 같은 잘못된 질문을 할 수 있다. 이러한 접근법을 문화해독 접근(cultural literacy approach)이라고 부르는데, 이는 그 불충분성 때문에 많은 비판을 받아오고 있다(Dyche & Zayas, 1995 ; Tsang & George,1998). 문화해독 접근은 필리핀인, 인도네시아인 등으로 구별하는 넓게 정의한 범주내의 사람들 모두가 유사한 특성, 믿음, 가치, 문화적 관습을 공유한다고 가정한다. 임상가 (치료사)는 공유되고 있는 관습과 생각에 대해 공부함으로써 특정 문화권에 대해 습득하게 되며, 이러한 그룹에 속한 환자에게 적합한 것으로 가정되는 처방을 제시한다. 예를 들어, 만약에 필리핀인 환자가 한국의 의사에게 도움을 청한다고 하면, cultural literacy approach 는 임상가가 환자를 이해하기 위해 먼저 필리핀의 문화에 대하여 교육받아야 한다고 생각 한다. 그렇게 교육을 받게 되면 그 환자의 문화에 대해 알기 때문에 환자의 말과 행동을 정확하게 이해할 수 있다고 가정된다.

선형적 범주화 사고 방식 (Linear categorical thinking)을 적용한 cultural literacy approach는 문제가 많은 가정을 만들 뿐만 아니라, 횡문화적 현실(cross cultural reality)의 중요한 측면을 무시하게 된다 이러한 접근법은, 문화는 단일적(homogeneous)이라고 가정하며, 집단간 차이(intergroup difference)를 과장하고, 내적 다양성(internal diversity)을 소홀히 하며, 다문화적 자원(multiple cultural source)의 현실(reality) 뿐만 아니라 내면화된 문화(interalized culture)도 무시한다.

첫째, 이러한 접근법은, 동일한 민족문화 집단(ethnocultural group)이나 범주(category)의 사람들은 동일한 세계관, 믿음, 가치, 문화적 수행을 갖고 있다고 가정하는데 문제가 있다. 이것은 때때로 ‘핵심주의’(essentialism)나 ‘단일성 가정’(homogeneity assumption)라고 불리며 정형화된 고정 관념(stereotypic perception)을 발생시킨다. 이러한 접근법에 따르면, 임상가는 문화에 대해 공부하게 되고 그 문화의 규칙과 관습에 대해 친숙해져야 효율적으로 진료를 할 수 있을 것이다.

북미에서, 아시아인에 대한 일반적인 고정관념은, 아시아인은 그들 개인의 욕구와 목표보다 가족의 관심과 연대를 우선시 한다는 것이다. 이러한 가정은 일부나 대부분의 경우에 사실일지 모르나, 임상적으로 우리를 보러 오는 많은 수의 환자는 그들 사회의 전형적이고 보통 구성원(typical average member)이 아님을 이해해야 한다. 따라서 모든 아시아인들이 동일한 것을 가치있다고 느낀다는 가정은 위험하다. 가족의 연대, 부모의 권위, 개인의 자율성에 대한 생각은 개인에 따라 극도로 다를 수 밖에 없다. 심지어 한 가족 내에서도 개인의 역할, 세대, 나이, 성별, 독특한 개인의 경험은 상당히 차이가 있을 수 있다. 따라서 한국인, 중국인, 필리핀인이 가족의 연대를 개인의 자율성이나 자유 보다 우선시 한다고 일반화 시켜서 말하는 것은 많은 경우에 적합하지 않다.

선형적 범주화 사고방식(Linerar categorical thinking)과 관련된 문화적 교양(cultural literacy)의 다른 제한점은 제한된 범주만을 다룰 수 있다는 점이다. 예를 들어 미국에서는 5 가지 넓은 범주로 사람들을 나눈다. 즉 백인계 미국인(Caucasian Americans), 흑인계 미국인(African-Americans), 아시아계 미국인(Asian - Americans), 라틴계 미국인(Latino-Americans), 원주민 미국인(Native-Americans)으로 나눌 수 있다. 나는 이러한 넓은 범위의 분류는 임상적 가치가 제한적이라고 생각한다. 예를 들어, 범주 상 아시아인은 중국, 인도, 파키스탄, 스리랑카, 한국, 태국, 베트남, 싱가포르, 말레이시아, 몽족, 캄보디아 사람 등을 포함한다. 또 어떤 경우에는 미국 태평양 도서인(American Pacific Islander) 까지 포함할 수도 있다. 이렇게 우수광스럽게도 두리몽실 광범위한 범주를 실제로 임상가들이 수십년간 사용했다는 사실이 참 흥미롭다.

둘째, 문화적 교양 접근(cultural literacy approach)은 집단간 차이(intergroup differences)를 과장하는 경향이 있다. 나는 북미백인 가족 중, 가족의 연대를 개인의 자율성과 자유 보다 우선시하는 가족들이 있다는 것을 주장하고자 한다. 또한 지리적 위치에 따라 차이가 있을 수도 있다. 이러한 가치는 뉴욕이나 로스앤젤레스 같은 도심지역 보다 시골에서 더 흔하다. 그러나 굉장히 도시화된 곳에서도 같은 민족문화적 집단(ethno-cultural group) 의 다양한 차이를 발견할 수 있다. 따라서 cultural literacy approach 는 집단내 차이에 대한 충분한 관심 없이, 집단간 차이를 과장한다. 임상에서 우리가 보는 환자들을 독특한 개인(unique individual)으로 보는 것이 매우 중요하다. 여러분이 환자를 그가 속한 민족집단 이나 문화에 의해 이해한다면, 환자를 오해할 위험이 있을 수 있으며, 때때로 나는 이것을 민족문화 정체성(ethnocultural identity)의 부당한 특혜를 주는 것(unwarranted privileging)이라고 부른다. 문화, 성적체성(sexual identity), 독특한 종교적

관례, 희귀한 형태의 장애 등등, 임상적인 상황에서 우리가 익숙하지 않은 것들이 불거져 나와 또렷이 보이는 경향이 있다. 이러한 익숙지 않음은 임상가에게 불안과 우려를 야기시키고, 환자의 현실 중 이러한 익숙치 않은 측면에 집중하도록 한다. 현실은, 환자의 전반적인 상황 중의 그러한 측면은, 문화적이든 아니든, 일부 환자의 경우 임상 상황에 핵심적인 것일 수도 있고, 다른 일부 환자에서는 지엽적이거나 최소의 중요성만을 가질 수도 있다. 획일적인 방법으로 범주화하는 사고 (선형적 범주화 사고방식, linear categorical thinking) 하에서는 ‘환자가 한국인이라면 이것을 해라’식의 태도를 갖는다. 환자가 중국인이면 이렇게 레즈비언, 이슬람교도이면 저렇게한 식으로 정형화 (혹은 도식화, 공식화) 된 태도로 환자를 다루게 한다. 이런 식의 태도는 우리의 임상이 가져야 할 초점을 흐리게 만들 위험성을 지니고 있다.

셋째, 어느사회 그룹 내부에나 항상 내적 다양성(internal diversity)이 있는 것이다. 당장 생각할 수 있는 변수에는 성별, 계층, 나이, 동성애냐 이성애냐 하는 성행위 형태 등이 있다. 또한 개인의 경험, 과거사, 성격 등을 포함시킨다면 넓은 범주 내의 사람들에 관해 어떤 일반화를 만든다는 것이 어렵다는 것을 알 수 있다. 나의 경험으로 볼때, 집단 내 다양성을 이해하는데에 필요한 최상의 정보를 제공할 수 있는 사람은 그 특정환자 자신이다. 예를 들어, 이슬람원리주의에 회의적인 동성애 파키스탄 환자를 진료할 때, 우리는 환자의 개인적 경험, 사회 경제계층과 같은 환경 뿐만 아니라 문화, 나이, 동성애냐 이성애냐 하는 성행위 형태, 종교에서 발생하는 다양성을 생각하여야만 한다.

내적 즉 같은 집단내에 존재하는 다양성(Internal or intragroup diversity)과 밀접하게 관련된 것으로, ‘내면화된 문화’(internalized culture)라는 개념과 다중적 문화적 자원(multiple culture source)이라는 현실이 있다(Ho, 1995). Cultural literacy approach는 문화를 획일적으로 정형화된 범주로 이해하려는 시도이며, 객관적인 사회적 맥락을 주관적인 심리적 현실로 오인하게 한다. 예를 들어, 서울에 살고 있는 중국인 이주 노동자는 중국인으로서 중국 문화와 중국 가치관이 자기 삶에 베어있겠지만 이 사람이 현재 한국에 살고 있다는 사실을 고려하여야 한다. 이 사람은 한국 신문을 읽을 수 있을 지도 모르며, 한국 텔레비전 쇼와 영화를 볼 수도 있고, 한국인 친구와 어울릴 수도 있다. 이러한 상호작용을 통해 그는 한국 문화 요소들을 내면화시킬수 있다. 사회적으로 고립되고 스스로에 대해서 관심만을 가지고 사는 또 다른 중국 이주 노동자는 매우 다른 내면화된 문화를 가지고 있을지 모른다. 현재 세계화의 맥락속에서 간과할 수 없는 또 다른 중요한 것은 북미 이외의 지역에 거주하는 사람들 구석구석에 스며 있는 북미 문화의 힘이

있다. 나는 한국인이든 아니든, 한국에 사는 많은 사람들은 선택적으로 할리우드 영화, 텔레비전 쇼, 광고에서 본 미국의 가치, 생활방식, 선호도, 대처하는 특정 행동 양식의 주류를 내면화하고 있다고 생각한다. 일부는 유사하게 일본이나 중국의 문화적 영향을 받고 있을 수도 있다. 세계화(Globalization)의 복잡한 역동과 다문화에의 노출이라는 현실은 cultural literacy approach에서 가정한 단순한 categorical thinking 을 흥측하게 부적합한 것으로 전락시키고 있다. 예를 들어, 내가 토론토 에서 일할 때, 복음주의와 원리주의의 기독교가 한국인 이민자와 중국인 이민자에게 굉장히 우세한 문화적 힘임을 알아차렸다. 선교사에 의해 전파된 보수적인 관점과 가부장제도와 같은 아시아 문화권의 특정 구조 사이의 혼합(hybrid)을 나타내는 종교적 가치는, 세계화적 맥락(globalized context) 내의 문화의 생산, 변화, 재생산의 흥미로운 케이스로 연구될 수 있을 것이다. 우리가 탐구하고자 하는 내면화된 문화라는 개념에 다시 돌아가서 말하자면, 그러한 종교적 가치는 그들 공동체의 구성원에 의해 다르게 내면화된다는 사실이 부연되어야 한다 (Wong & Tsang 2004).

다양한 문화적 원천(Multiple cultural source)에 노출되었을 때, 사람들은 선택적인 융화과정을 겪을 것이다. 사람들은 그들의 욕구에 보다 적합한 문화적 요소들(cultural elements)을 선택적으로 내면화한다. 예를 들어, 보수적인 아시아 문화권에서 자란 남자(중국, 인도, 파키스탄, 한국 등)는 같은 가족구성원 내의 억압당하는 딸보다 성차별주의나 가부장적인 가치를 아무 의심없이 무비판적으로 내면화하기 쉽다. 물론 억압당한 딸도 결국에는 유사한 가치를 내면화할 수 있지만, 그녀의 과정은 분노, 혼동, 자기 의심 등에 대한역동을 포함하는 등, 아들과는 다를 수도 있다.

문화를 이해하는데 이러한 대안적인 접근법에 따라, 문화를 불변하고 다른 요소의 영향을 받지 않는 별도의 범주로 보기보다는 끊임없이 변화하는 복잡한 체계로 보아야 한다. 비록 그들의 문화 유산이 위협 받고 있다고 느끼는 문화집단에서는 더 경직되고 보수적이며 종종 외국인 혐오의 정서를 보이기도 하지만 세계화적 맥락 내에서 다른 문화를 받아들이는 방향으로 가서 문화 사이의 경계는 흐릿해짐을 볼 수 있다. 문화가 세대 사이에 어떻게 발전하고 변화하는지에 대한 것을 고려하여 발달학적인 관점을 이렇게 문화를 역동적인 것으로 이해하려는 방법론 목록에 추가할 수 있다. 예를 들어, 토론토에 살고 있는 한국인 캐나다인 2세와 서울에 거주하는 상응하는 나이의 한국인을 비교할 수 있다. 우선 그들의 전반적인 문화적 노출은 상당히 다를지도 모르지만, 각각의 내면화된 문화에 대해 이해하기 위해서는 다양한 요소들을 고려해야 한다. 그런 요소들 중 일부는

매우 유사할 것이며 일부는 매우 다를 것이다. 그러한 요소들은 한국 또는 다른 문화의 뿌리에서 비롯될 것이다. 우리는 사람들에게 ‘얼마나 서구화 되었는지’, ‘어느 정도까지 한국의 문화를 내면화하고 유지하는지’ 질문 할 수 있을 것이다. 내 생각에 다양한 사람으로부터 다른 대답을 얻을 수 있을 것이며, 심지어 같은 장소에 살고 있는 사람들이라 하더라도 다른 대답을 할 것이다.

이러한 내면화된 문화의 분석을 더 해 본다면, 나는 인간의 내면화된 믿음과 가치관에 있어서 민족 문화의 차이는 가장 큰 측면이 아닐지도 모른다고 생각 한다. 때때로 정치적인 이데올로기나 종교가 문화적 정체성보다 더욱더 큰 영향을 미칠 수 있다. 독실한 이슬람교, 또는 불교신자나 기독교 신자들에게 있어서 종교 교리들은 전통적인 문화보다도 더 강력히 그들의 생각과 행동에 영향을 준다.

횡문화적 진료의 실제에서 검토되지 않은 채 남겨진 또 다른 이념적인 체제는 바로 자본주의와 이와 관련된 소비주의이다. 우리의 민족이 무엇이든 간에 우리의 신념, 가치관, 생활방식, 행동은 만연화된 자본주의 논리에 영향받아 왔을 것이다. 그래서 심지어 우리의 문화가 유교 전통에 의해 영향을 받았다 할지라도 이익을 챙겨야 한다는 지상명령과 소유와 개인의 재산에 관한 강조하는 자본주의 사고가 유교적 철학에서 말하는 자비심, 열정, 공정함과 같은 좀 더 이상적인 관념보다 아마 더 큰 영향력이 있을 것이다.

## 2. 교차하는 다양성들 (intersecting diversities)

각각 역동적으로 변화하고 상호 영향을 주는 다양한 변수에 관심을 가지는 것은, 선형적인 범주방식 사고보다 더 도전적인 지적인 수행이다. 나는 사람들이 범주가 명료성 또는 질서의 느낌을 제공해 주기 때문에 범주의 용어로 생각하기를 선호한다는 것에는 놀라지 않는다. 아마도 사고의 이런 면은 환자의 필요보다도 전문가들의 필요를 충족시킨다. 어떤 임상가들은 정신분열증, 강박증 또는 경계성 인격장애와 같은 진단된 병명을 거론하며 그들의 환자들에게 설명해주기 위해서 범주화된 응답들을 개발해 왔다. 나는 우리가 좀 더 환자의 필요, 환경, 성격, 재정을 포함해서 환자의 독특성에 관심을 기울인다면 임상적 업무가 더 생산적일 것이라고 주장한다. 우리의 임상적 반응은 각각 임상적 상황에 대한 다양한 현실 여부에 따르게 된다. 우리의 반응이 환자의 특정한 사회적 범주, 즉 한국인, 중국인, 불교신자, 동성애자, 정신적인 질환이 있냐 등에만 초점을 맞춘다면 우리는 환자 개인이 갖는 독특한 면을 간과 할 위험성이 있다.

임상 실제에서 우리는 단지 문화만이 아닌, 다양한 방면에서, 예를 들어, 성별, 동성애나 이성애나 하는 성행위형태, 종교, 나이, 사회 경제적 지위, 그리고 능력(장애)에 이르기 까지 우리와는 다른 환자들을 대한다. 이런 다양성은 서로 각각 교차하고 그 결과 사람들 사이에서 가치 있는 생물학적 다양성을 낳게 된다. 문제는, 많은 이론 또는 실제 모델들은 이런 변수들은 서로 일정하거나 사소하다고 가정하고, 그들 중 하나 만 선택한다는 것이다. 나는 multiple contingencies thinking (다양한 요인들을 염두에 둔 사고)에 기초한 대안적인 접근을 제안하는데, 이것은 교차하는 다양성들을 다룰 수 있는 능력이 있기 때문에 국제적으로 넓은 범주의 환자들에게 적용할 수가 있다. 이런 접근 방식을 임상 실제에 발달시키기 위해서는, 지배적인 전문적인 담론의 지속적이고 비판적인 관여를 요구하게 되는 바, 이로서 좀 더 균형 잡힌 세계화적 관점을 개발시키기 위한 공간을 창조하고 유지시키게 된다.

#### IV. 횡문화적 임상 실제에서 SSLD의 적용

SSLD는 multiple contingencies thinking에 기반을 둔 것이며, 이는 인간 기능의 다양한 영역들에 대한 contingencies 에 기반한 방법(contingencies-based manner)을 도입함으로써 독특한 인간의 경험을 이해하려고 시도하는 것이다. contingent한 것은 고정되어진 것이 아니고 다양하고 변화하는 것이다. Contingent(‘~에 달렸다’라는 뜻을 지님)한 것은 그것을 조건화한 요인과 과정에 연관되어 변화한다. 안정적이라고 가정된 인간의 현실의 많은 면들은 실제적으로는 contingent하다. 예를 들면 많은 사람들은 민족 주체성, 가족관, 사회적으로 짜여진 삶의 과정, 출생, 학교교육, 직업, 결혼, 부모가 되는 것 등등을 당연한 것으로 생각한다. 이런 것들은 그들의 생활에서 안정적이고 변하지 않는 현실로 여겨진다. 그러나 현실에서는 이런 구조들은 매우 유동적이고 변화를 거듭한다. 안정적인 것으로 보이는 것은 실제로는 지역적 정치 상황, 인구통계, 경제상황, 그리고 역사적 맥락 같은 사회구조와 과정의 본체에 contingent 하며, 그것들 자체도 contingent 하다. 매일의 삶, 복잡한 상황을 야기하는 각각의 다양한 연관 요인들 (contingentcoes)의 교차는 종종 선형적으로 즉 단순획일적으로 범주화된 사고하에서 나오는 단순하고 깔끔하게 정돈된 선을 넘어선다.

##### 1. 문화적으로 암호화된 메시지 해독하기

횡문화적 이해방법에 적용하면, multiple contingencies thinking은 임상 상황에서 어떠한 증상도 항상 똑같은 의미를 지녔다고 가정하지 않는다. 서양의 심리학에서 자주 사용된 예로, 인도 사람들은 머리를 가로 저으면 “yes”의 의미로, 그리고 머리를 끄덕이는 것은 “no”의 의미로 이해한다. 이것은 표시와 의미하고 있는 것 사이의 고정된 관계가 있다고 예단하는 것이다. 우리가 사회 또는 사람들 사이의 의사소통에 관한 원칙이 창출되는 과정에서 문화의 역할을 인정하지만 그 원칙들은 항상 단순해서 다르게 해석될 여지가 없다는 것은 아니다. 예를 들면 환자가 당신에게 선물을 줄 때 여러 가지 의미가 있을 수 있다. 감사의 표시, 불안의 증상, 신뢰 결여 표시, 또는 자기가 원하는 바를 이룩하기 위해서 관계를 악용하기 위한 전략 등으로 볼 수도 있다. 이런 행동을 성공적으로 해석하기 위해서는 객관적인 문화보다는 해당 환자가 더욱더 미묘하게 내면화 한 문화를 살펴봐야 한다. 왜냐하면 각 환자들은 개인적인 의미를 섞어서 문화적 행동을 하기 때문이다. 임상가로서 우리는, 임상적 상황에서 환자의 행동을 상호작용의 핵심적 contingency과 관련하여 고려하여야 한다는 것을 안다. 내가 종종 제공하는 제안은 문화적 차이점에 대한 환자들의 인식과, 환자와 임상가 사이의 힘의 역동성에 대해 고려해야 한다는 것이다. 민족문화적으로 자신과 다른 임상가를 찾아가는 많은 환자들은 그들이 자신의 문제와 자신의 이야기들을 말할 때 이런 민족문화적 차이점에 대해 고려할 것이다. 일부 환자들은 다른 환자보다 횡문화적인 문맥에 그들의 진술을 더 잘 적용 시킬수 있을 것이다.

이런 특별한 능력, 즉 상호간의 차이점을 고려하고 그리고 적절하게 적응해 가는 능력을, 환자이든 임상가든, 어떤 사람은 잘 배우고 익히는 반면에 다른 어떤사람들은 그렇게 하지 못한다. SSLD는 횡문화적면에서 상호 의사소통을 포함하여 사람들이 필요로 하는 기술을 배우고 성취하는데 도움을 주는 학습 시스템이다. 이런 능력은 실제적 또는 잘 가상(simulated)되어진 횡문화적상호작용을 포함한 경험적인 학습을 통하여 잘 발달되어진다. 이번 논문은 실제 원리의 일부만을 개요하고 있고, 미래에 동료들이 좀더 체계화된 SSLD 훈련을 받을 수 있는 기회를 가지길 희망한다.

## SSLD 의 실제

SSLD 중재는 대개 4단계를 포함한다.

1. 교류(engagement)와 문제 해석(problem translation)
2. 숙달하여야 할 기술과 전략의 형성
3. 체계적 학습과 전략과 기술의 개발
4. 복습과 평가



### step1. 교류과 문제 해석

정신치료 연구들에 의하면 가장 중요한 치료요인은 치료동맹 (Hubble, Duncan, and Miler, 1999; Lambert and Barley 2002)이라는 것을 보여주었다. SSLD 수행에서, 특히 강조되어야 할 점은 환자와의 첫 만남의 순간에서부터 환자와 교류하는 것이다. 그리고 문제해석의 첫 단계는 환자의 직면한 문제점과 이슈들, 채워지지 않았거나 불충분하게 채워진 욕구에 대한 관심들을 재구조화하는 것이다. 환자의 욕구와 환경에 대한 인식, 동의, 공감적 이해를 환자들에게 전달함으로써 이런 해석은 환자와의 초기 교류engagement를 촉진할 수 있다. 확인된 욕구들은 학습할 목표와 목적으로 변형된다. 이것은 치료동맹을 확립하는 좋은 공통된 목적을 성립시키는데 도움이 된다. 또한 이는 긍정적인 기대와 희망을 갖게 한다. 전반적인 절차는 상호협력적인 방법으로 수행되어 환자의 투자와 수행을 극대화 시키는 바, 이는 바로 시작단계에서부터 환자의 자기효율성을 강화시키는 목표와 연관되어 있다.

process-outcome study (Tsang, Bogo, Lee, 2010)를 통해서 나와 동료들은 제대로 된 횡문화적 환자-임상가의 양자관계에서 다음과 같은 특징을 발견했다. (1) 상호 대화하기 위한 지속적인 노력 (2) 임상가의 사소하지만 잘못되어 가는 관계가 발생하는데 대한 주의 기울임. 그리고 그 다음에 환자가 극복하려고 애쓰는 점에 대해 주의깊게 들어주고 이해하고 계속 대화함으로써 그 잘못된 것을 바로 잡으려고함. 인지된 문화적 차이점에도 불구하고 임상가는 횡문화적 임상에서 긍정적인 결과를 다음과 같은 방법을 통해서 크게 증가시킬 수 있다. - (1) 환자의 주요한 욕구와 관심에 대한 전문가의 인식, 동의된 목표에 대한 협상까지 이끌 수 있는 그것들에 대한 인지적 이해로 대화 (2) 환자의 감정을 동감하는 임상가의 태도. 다양한 문화적 배경을 지닌 환자를 대할 때는 환자의 임상적 이슈들에 집중하는 것이 중요한데, 이는 환자의 내면화된 문화를 참조함으로써 이해할 수 있는 것이다. 우리는 주의 깊게 들어주고, 적절할 때 보충설명을 요구함으로써 환자의 내면화된 문화에 접근한다. 지각된 문화적 차이점은 잘못된 해석 및 잘못된 문화적 전이를 방지할 정도로 분명하게 다루어져야 한다.

실제적 임상상황에서 우리는 문화적 역할이 환자들의 문제점을 어떻게 형성하였는지, 어떻게 이해되어지고 경험되어지는지, 그리고 환자가 그것에 관해 무엇을 하고 있는지에 관해 관심을 기울여야 한다. 임상적 초기단계에서 환자들은 언어표현을 통해 그들의 문제가 무엇인지에 관해 우리에게 나타내려고 노력할 것이다. 임상가로서 우리는 그들의 임상적 표현이 언어와 행동 두가지임을 안다. 임상적으로 의미 있는 행동들은, 때로는

직접적으로 관찰되기도 하고, 때로는 환자 자신의 설명으로 통해 듣기도 하고, 그리고 가족이나 친구를 통해서 그들의 행동에 대해 알게 될 때도 있다. 환자의 행동을 정확히 이해하기 위해서는 아래와 같은 질문들을 스스로 (임상가)에게 해보는 것도 유용하다.

- 이것들(행동과 말)이 무엇을 의미하나?
- 이것들(행동과 말)이 무슨 기능을 하나? SSLD는 증상을 기능으로 본다.
- 배후의 근본적인 욕구는 무엇인가?
- 환자들이 (또는/그리고 가족구성원과 지역사회) 이것을 어떻게 이해하는가? 예를 들면 어떤 증상은 악령에 홀렸다는지 또는 영적인 개입이라고 설명될지도 모른다.
- 환자들이 (그리고 가족구성원과 지역사회) 전문가에게 도움청하는 것 말고 또 다른 것을 하고 있는가? 예를 들면 특별한 음식을 준비하던가, 약초에 의존한 치료법들, 기도
- 전문가적인 도움(서구적 정신건강 서비스)이 어떻게 이해 되어지나? 그런 전문적 도움이란 신비한 것으로, 좀더 과학적이거나, 관료주의적 요구이거나, 최후의 대안 등등으로 여겨질 수 있다.

서구식의 정신건강 서비스를 처음 받을 때, 이런 서비스에 대한 사전 경험과 지식이 없는 환자들은 겁먹을 수 있고 어려움을 느낄 수 있다. 환자들이 정신 건강 전문가와 새롭게 형성된 관계를 충분히 이해하지 못했기 때문에 그리고 상호 대화법에 친숙하지 않기 때문에 발생할 수 있는 문제들을 임상가들이 의식하는 것이 반드시 필요하다. 환자들은 자신들이 어떻게 얼마나 평가되어 지고 정신치료가 어떻게 이뤄지는 지에 관해 정보와 설명을 필요로 할지도 모른다. 유사하게 임상가들도 의문이 들 때 환자들로부터 정보와 명료한 설명을 구할 수 있다. 가장 위험하고 잠재적으로 파괴적인 것은 무시, 잘못된 정보, 오해가 계속 지속도록 허용하는 것이다. 그 예로서 Fadiman(1997)에 의해 생생하게 묘사된 간질이 있는 몽족 소녀에 관한 비극적인 설명이 있다. 그녀는 결국 효과적이고 적합한 치료를 받지 못한 채 결국 죽었다. 우리의 첫 번째 과제는 환자의 관점에서 임상적으로 나타난 자료의 의미들을 이해하는 것이다. 경험 있는 임상가들은 이런 의미 중 많은 부분을 환자의 진술(narrative)을 주의 깊게 들음으로써 얻을 수 있다. 우리는 항상 질문만 해야 할 필요는 없다. 그러나 의문이 있을 경우 우리는 다음과 같은 전제적인 질문을 함으로써 보충설명을 요구해야 한다: “나는 그저 당신을 정확하게 이해하기를 원한다. 당신이 그렇게 해야 한다고 말했을 때 그 행동은 당신 주변사람들이 당신한테 기대했던 행동인가?” 또는 “ 당신의 아버지가 사망한지 7일후에 다같이 저녁식사를 했다고

말하셨는데 보통 그렇게 합니까?” 손상된 능력을 가진 환자 또는 어린 아이인 경우에서와 같이, 환자들로부터 직접 이런 질문에 대한 대답을 얻을 수 없다면, 가족이나 환자의 지역사회 이웃들, 또는 좀더 잘 알고 있는 지인들에게 물어보는 노력을 할 수 있다.

### **N3C 평가 (The N3C assessment)**

SSLD에서 분명한 초점은 환자들의 욕구를 다루는 것이다. 이런 초점은 환자들이 말해주는 이슈들을 꿰뚫을 수 있는 지식과 이해를 얻게 해주는데, 이것이 진단(diagnosis)이라는 단어의 진정한 의미이다. *Dia*는 ‘across’ (가로지르는/교차하는)를 의미하고, *gnosis*는 지식이다. N3C needs(요구), circumstances(환경), characteristics(특성) capacity(능력) 평가는 환자의 총체적인 상황에 대해 더 나은 이해를 할 수 있게 해준다. N3C 평가의 첫 구성요소는 환자의 욕구를 이해하는 것인데, 그 욕구는 아마도 문화적으로 조건화된 것일 수 있다. 예를 들어 신규 이민자는 기본적인 욕구 (의식주 비용, 교통비 조달에 필요한 충분한 돈을 버는 것을 포함하여) 를 해결하기를 바랄 것이다. 안전에 대한 욕구-실재하는 혹은 가상의 외부의 위협으로부터 자신을 보호하는 것-도 여기에 포함된다. 안전의 욕구는 정보력과 지배력 숙달 정도 등과 관련이 있으며, 더 많은 정보를 접할 수 있게 될수록 개인의 지배감과 숙달감은 높아지게 되고 결국 스스로 안전하다고 느끼게 된다. 하지만 대부분의 이민자들은 정보를 얻고 숙달되고 안전함을 느끼는데 많은 시간을 소비해야만 한다. 정보획득의 욕구가 효과적으로 채워지지 못할수록 개인은 불안, 걱정, 공포, 분노감을 느끼게 된다. 이런 부정적인 감정들은 종종 식이장애, 불안장애, 중독, 폭력 등 문제시 되는 정신건강 증상이라고 여겨지는 행동으로 이어진다. SSLD에서는 ‘충족되지 않은 욕구’를 가장 우선적이고 중요한 임상적인 문제라고 보고 있으며, 근원적인 인간 욕구의 역동적이며 상호연결된 본태를 이해하는 것이 정신건강 평가에서 중요한 것으로 여기고 있다.

N3C 평가의 두 번째 구성요소는 임상적인 상황에 관련된, 환자의 환경(circumstances), 개인적 특성(characteristics), 수용력(capacity)에 대한 것이다. 환경은 재정, 사업이나 고용상태, 가족관계, 거주환경, 임신, 도움의 가용성, 등이 있다. 또한 시민권, 영주권, 소수인종 지위가 있다. 개인적 특성은 성품, 사고 및 행동 방식, 내면화된 문화적 측면 등을 포함한다. 개인은 내향적, 수동적일 수 있고, 통제중심이 외부에 있거나 또는 부정적으로 재구성을 하는 경향이 있을 수 있다. 육체적인 특징인 성별, 나이, 외모, 체형단련정도(body-build), 피부색, 만성질환의 유무, HIV 감염여부, 장애의 정도 등도 여기에 포함된다. 수용력이란 환자가 자신의 생활을 관리하고 욕구를 충족시키며 목표를

이루는 능력을 말한다. 지적 능력, 사회 또는 대인관계의 기술, 감정적으로 필요불굴할 수 있는 능력, 직업적 또는 전문적 능력 등이 여기에 포함된다. 문화적인 차이를 이해하고 다룰 수 있는 능력 또한 수용력 평가의 일부이다. 현지 문화를 잘 이해 못하거나 개인의 욕구를 충족시키는데 필요한 문화적으로 합당한 전략 및 능력을 충분히 갖지 못한 사람은 정서적 및 정신적으로 어려움을 겪기 쉽다. 그런 전략 및 능력에는 현지 언어를 효과적으로 구사하는 능력도 포함한다.

### **증상은, 심지어 피해망상도, 기능적이다.**

기능분석(functional analysis)에서는 개인의 문제적인 행동이나 증상이 기능적이라는 것을 강조하는데, 증상이란 인간의 기본적인 욕구를 표현하려는 시도를 나타낸다는 것으로, 이런 견해를 강조하는 것은 일부 임상가에게는 극단적인 것으로 보일수도 있을 것이다. 저자가 SSLD 체계를 중국의 한 명성 있는 대학 정신과에 소개했을 때 학과장이 피해망상을 가진 환자의 예를 들면서 그것이 어떻게 기능적일 수 있는지 의문을 제기했다. 저자는 이에 대해 세가지 요점으로 답했다. (1) 환자는 말을 함으로써 불안함을 표출시키고 또 자신의 안락함과 감정적 균형에 대한 욕구를 다룬다. (2) 환자가 망상을 갖는다는 것은 위협적이고, 압도적이고 혹은 외상적인 상황을 이해 (즉, 인지적 욕구)하는 환자 자신의 나름대로 방법이며, 이것은 자신을 심리적 위협 및 피해 (즉, 안전 및 자긍심 욕구)로부터 보호하려는 방법일 수도 있다. 그리고 (3) 환자가 망상적인 내용을 이야기 할 때, 특히 정신보건 전문가와의 대화에서는 이것이 도움을 요청하는 코드로 해석될 수 있다는 것이다 (이해, 도움 또는 지원에 대한 요구).

이러한 이해의 관점을 다른 증례에 적용 해 볼 수 있다. 환자가 신규 이민여성이고 피해망상과 사회적 금단을 보인다고 상상해 보자. N3C 평가에 따른다면 우리는 그녀가 (자신의 상황을) 이해하려는 인지적인 욕구가 있으며, 안전을 갈구하고 불안감을 줄이려는 감정적인 욕구가 있고, 심지어는, 통제력을 느끼기 위한 행위자적 욕구를 가지고 있다고 생각할 수 있다. 환자는 이해 받고 보살핌을 받거나, 도움받고 있다는 느낌을 갖을 필요가 있다. 환자는 새로운 나라에 온 이후 그녀 주변의 환경이 지나치게 감당하기 힘들고, 이런 환경을 이겨내는 것은 자기 능력 밖의 것이라고 생각할 수 있다. 망상체계의 형성은 낮은 자존감, 자신 밖에 있는 통제, 부정적 재평가 경향 등과 같은 어떤 개인적 특성과 관련해서 이해될 수 있다.

### **증례 3: 피해망상을 보이는 신규 이민자**



**Step 2. 습득 할 전략과 기술들의 구성(Formulation of strategies and skills to be mastered)**

N3C평가는 현재 나타나는 임상적 문제들을, 환자가 자신의 요구를 보다 효과적으로 다루기 위해 배워야 할 전략과 기술들로 변혁시키는 것을 가능하게 한다. 망상체계는 극도의 불안을 드러내는 것인데, 이는 아마도 자신의 통제범위를 벗어난 삶의 상황들을 경험한 결과이다. 그러한 경험은 격동, 무원감, 상처 입음, 공황 등의 느낌과 관련된다. 그런 무력화하는 감정들을 감소시키기는 것이 임상적으로 최우선 과제이다. 하나의 효과적 전략은 적극적인 불안 및 스트레스관리법을 배우는 것인데, 여기에는 처방된 약물을 복용하는 것도 포함한다. SSLD의 문제 변환 (SSLD Problem Translation)에서, 환자의 욕구를 인식하는 것은 인지적 재구성을 위한 좋은 출발점이다. 인지적 전략들은 압도되는 느낌과 무원감 대신, 개인의 욕구를 만족시키는데 초점을 맞춘 관점을 선택하는 것을 포함한다. 또한 긍정적 재구성도 이에 관련된다 즉 환자는 친밀한 관계 및 어려울 때 도움을 받을 수 있는 관계를 구축하는 것을 포함하여 현재 남편과 가족과의 관계를 개선할 필요가 있다. 보다 적극적인 사회생활을 향한 점진적 발걸음도 배울 필요가 있다. 새

이민자로서 환자는 직장 구하기 전략, 취직 인터뷰기술, 공공서비스 이용법(교통, 지역센터 및 지역 프로그램, 도서관 등)과 같은 효과적 생활기술을 배울 필요도 있다. 이들은 환자의 감정, 인지, 그리고 도구적 욕구 등에 대해 표현하는 것에 더하여 자기 효능감, 유능감, 자율성, 환경에 대한 통제와 숙달력 등의 느낌을 증가시킬 것이다.

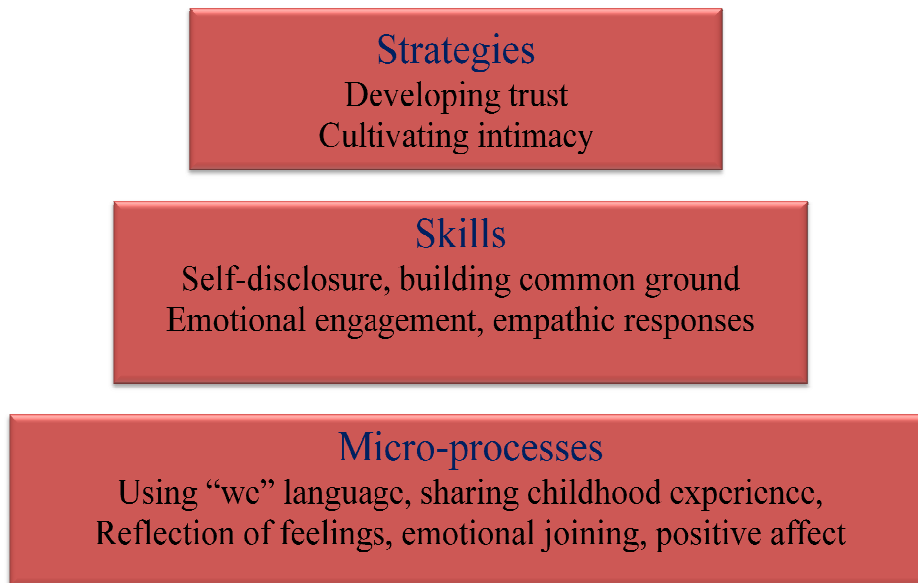
### Step 3. 행동으로 옮기기: 실제 학습과정

환자가 잘 참여하고, 상호동의된 목표가 정해지면, 우리는 실제적 학습단계로 옮겨 갈 수 있다. 핵심적 학습원칙은 환자의 자기 효능감을 기르는 것으로, 이로서 환자는 숙달과 통제의 증가를 경험할 수 있다. 실망감이나 무력함을 피하기 위해, 환자가 바로 처음부터 적극적 학습을 경험하도록 만드는 것이 중요하다. 학습과제는, 환자가 첫 단계부터 자신감 있게 해 낼 수 있도록 점진적으로 증가시키는 식으로 편성되어야 한다. 환자가 하기 싫어하거나 의심하거나 저항하는 경우, 이에 대응하는 일반 원칙은 환자가 불편해 하는 수준으로 까지 밀어 부치지 말고 대신 해 낼 수 있는 단계부터 시작하는 것이다. 성공적으로 첫 과제를 완수한다면, 아무리 과제가 작은 것이라 하더라도 치료동맹과 긍정적 기대를 강화할 것이다.

SSLD학습과 관련있는 면은 협력이다. SSLD방법론에서 강조하는 것은 임상가를 권위주의적인 전문가 혹은 환자가 모방해야할 이상적인 모델로 묘사하기 보다는 환자의 의견을 열심히 들으며 환자가 주도권을 쥐기를 적극적으로 권함으로써 협력을 강조한다. 주요 기전은 자기관찰과 검토이다. 환자는 새로운 행동을 시도해보고 그것을 관찰하도록 격려 받는다. 쉽게 전용되고 적용될 수 있는, 실제 삶과 비슷한 시뮬레이션과 역할극 시나리오가 전략과 기술의 학습을 위해 사용된다. 개인 정신치료에서, 이 과정은 보통 환자가 임상가의 피드백을 받을 수 있는 안전한 진찰실에서 시작된다. 커플이나 가족, 그룹의 경우, 다른 환자나 참여자의 피드백을 적극적으로 이용할 수 있다. 비디오 촬영과 녹음은 잘한 점, 잘못된 점, 앞으로 개선해야 할 점 등을 되돌아 보며 생각해 보는 (reflective) 학습능력을 형성하기 위해 종종 사용된다. 이 과정은 환자들이 실제 생활에서 원하는 결과나 목표를 성취하기 위하여 어떻게 행동할 수 있는지에 초점을 둔, 구체적이고, 명확하며, 긍정적 토대의 피드백을 제공한다. SSLD에서, 복잡한 전략은 복합적인 기술들로 나누어질 수 있으며, 그 기술들은 더 세분화된 과정을 통해 점진적인 방식으로 더 확실하게 환자가 그 기술들을 습득하게 돕는다. 아래의 도표는 신뢰와 친밀감을 학습하고

발달시키려는 시도가, 어떻게 복합적인 기술들과 세분화된 과정들로 특정화될 수 있는지를 보여준다.

## 도식 2. 전략, 합성기술 및 미세과정들



SSLD의 다른 특징은 새로운 전략과 기술들의 협력적 창조(collaborative creation)이다. 정신 건강 전문가들은 환자의 욕구에 손쉽게 대처할 해결책을 항상 가지고 있는 것은 아니다. 문화적 차이가 더해졌을 때, 다른 환자들에게 효과적으로 사용되었던 전략과 기술들은, 특정 의뢰인에게는 적절할 수도 있고 적절하지 않을 수도 있다. 예를 들어, 자기주장을 하는 기술을 배우는 것은, 북미의 주류 세력 속에서 직장 동료들이 자신의 의견을 진지하게 경청하지 않는다고 느끼는 이민자에게는 적절하다. 하지만 같은 자기주장 행동이 일부 동아시아 문화 맥락에서는 문화 감각이 둔하고 무례한 것으로 보일 수도 있다. 당면한 사회적 문화적 맥락과 환자의 성격과 현재의 능력에 맞는, 새로운 전략이 개발되어야 할 지도 모른다. 협력적 창조의 과정은 임상가가 환자와 함께 가능한 치료 방법들을 모색하는데, 그 과정에서 브레인스토밍, 기준 설정, 방법을 구축 및 시험해보기, 리허설, 적용, 검토 등의 단계를 거친다. 이 절차는 환자로 하여금 한정된 임상가의 지식과 기술 이상으로 환자 자신의 모든 기술과 전략을 확대시키고, 환자가 자신의 문제를

스스로 해결할 수 있게 한다. SSLD 과정은, 실제 생활에의 적용을 강조하며, 지식이 자동적으로 행동으로 옮겨지는 것으로 가정하지 않는다. 4Rs, 즉 실제 생활 실천(real-life practice), 보고(report back), 검토(review), 개선(refinement) 등의 4가지는, 학습을 실제 생활로 옮기는 것을 강화하고 돕기 위해 종종 SSLD 프로그램에 포함되는 단계들이다. 또한 우리가 기술에 대해 말했듯이, 인지적인 지식은 필요하나 이는 불충분한 조건이다. 실제 생활에서의 숙련되고 충분한 실행을 위해서는, 학습 과정은 수많은 실습, 실습, 실습, 그리고 실습이 필요하다.

#### 4단계 : 검토와 평가

성공적인 SSLD 중재를 통해, 환자들은 그들 삶의 목표 성취에 필요한 적절한 전략과 기술들을 점차적으로 배우고 발달시킨다. 이러한 목표의 달성은 또한 그들의 욕구가 충족되었다는 것을 의미한다. 욕구들에 효율적으로 대처하게 되면, 환자들은 그들이 이전에 사용하던 문제 있는 전략들을 더 이상 필요로 하지 않을 것이다. 공격성, 마약복용, 사회적 금단 같은 행동들은 보다 더 기능적이고 효과적인 전략과 기술들로 대체될 것이다. 목표들이 달성되었을 때, 환자들의 욕구는 채워지고 문제는 해결된다.

성공적인 SSLD 중재의 완성은 항상 환자의 자기효능감(self-efficacy)의 증진과 연결된다. 인간의 욕구와 삶의 환경은 역동적이고 변화하는 속성이 있으므로, 환자들은 후일 새로운 도전에 직면하기 쉽다. SSLD 중재 디자인은 다음과 같은 방법으로 환자들이 후일에 올 도전에 잘 준비되도록 한다. (1) 자기 자신의 욕구를 의식하고 받아들임. (2) 효과적인 전략과 기술들의 숙련. (3) 문제를 다루기 위해 새로운 방법들을 탐색하고 실험하는 개방성을 포함하여, 삶의 도전들에 대한 긍정적 태도. (4) 미래의 학습을 위한 향상된 능력. (5) 향상된 자기효능감과 긍정적 기대. 모든 이런 조건들은 긍정적인 정신건강에 기여하기 쉽다. SSLD 훈련에서 환자들이 그들의 당면한 문제를 해결하는 것을 넘어서서, 그들의 삶의 다른 욕구나 문제를 해결하기 위해 새로운 학습을 시도하는 것은 흔한 일이다. 그 결과, 많은 환자들은 개인적인 성장을 경험한다. 또한 지역사회나 그룹 훈련에서, 환자들이 상호간에 보살피거나 돕는 기술들을 개발하고, 그들 중 일부는 그룹 지도자가 되어 다른 구성원들에게 지지와 지원을 제공하는 것을 볼 수 있다.

훈련시스템으로서, SSLD는 정신건강에 있어서 단독의 중재로나 보조적, 부가적 과정으로 쓰일 수 있다. 자체의 multiple-contingencies 구조로 인해, SSLD는 쉽게 다른 치료 접근 방법들과 호환해서 사용할 수 있다. 이는 또한 치료그룹, 자조그룹, 그리고 다양한 형태의



정신-교육적, 사회사업 프로그램에 적용될 수 있다. 뿐만 아니라 SSLD를 지역사회 발달과 환자 권익 옹호 활동(advocacy work)을 위해서도 사용해 왔다. 더 많은 정보를 원하는 관심있는 독자는 SSLD 웹사이트(<http://ssld.kttsang.com>)를 방문하시기를 바란다.

## References

- Argyle, M. (1969). *Social interaction*. London: Methuen.
- Argyle, M. (1972). *The psychology of interpersonal behaviour* (2nd ed.). Middlesex: Penguin.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Curran, J.P., & Monti, P.M. (Eds.). (1982). *Social skills training: A Practical handbook for assessment and treatment*. New York: Guilford.
- Dyche, L., & Zayas, L. H. (1995). The value of curiosity and naivete for the cross-cultural psychotherapist. *Family Process*, 34, 389-399.
- Fadiman, A. (1997). The spirit catches you and you fall down: A Hmong child, her American doctors, and the collision of two cultures. New York: Farrar, Straus, and Giroux.
- Ho, D. Y. F. (1995). Internalized culture, culturocentrism, and transcendence. *The Counseling Psychologist*, 23(1), 4-24.
- Hollin, C.R., & Trower, P. (Eds.). (1986). *Handbook of social skills training* (2 vols.). Oxford: Pergamon.
- Hubble, M. A., Duncan, B. L., & Miller, S. D. (Eds.). (1999). *The heart & soul of change: What works in therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Illouz, E. (1997). *Consuming the romantic utopia: Love and cultural contradictions of capitalism*. Berkeley, CA: University of California Press.
- L'Abate, L. & Milan, M.A. (Eds.). (1985). *Handbook of social skills training and research*. New York: Wiley.
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2002). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (pp. 17-32). New York: Oxford University Press.
- Liberman, R.P., DeRisi, W.J., & Mueser, K.T. (1989). *Social skills training for psychiatric patients*. Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Ma, J.L.C., & Tsang, A.K.T. (1988). Managing a marital case with sexual problems: A learning approach. *Casebook of social work intervention 1988* (pp. 225-231). Hong Kong: Hong Kong Council of Social Service.
- Singleton, W.T., Spurgeon, P., & Stammers, R.B. (Eds.). (1979). *The analysis of social skills*. New York: Plenum.
- Trower, P. (Ed.). (1984). *Radical approaches to social skills training*. New York: Methuen.
- Trower, P., Bryant, B., and Argyle, M. (1978). *Social skills and mental health*. London: Methuen.
- Tsang, A. K. T., Bogo, M., & Lee, E. (2010). Engagement in cross-cultural clinical practice: Narrative analysis of first sessions. *Clinical Social Work Journal*. Retrieved from <http://www.springerlink.com/content/606625215m418041/>
- Tsang, A. K. T., & George, U. (1998). Towards an integrated framework for cross-cultural social work practice. *Canadian Social Work Review*, 15(1), 73-93.
- Wong, Y. L. R., & Tsang, A. K. T. (2004). When Asian immigrant women speak: From mental health to strategies of being. *American Journal of Orthopsychiatry*, 74(4), 456-466.