

상담 및 심리치료의 효과검증을 위한 새로운 연구방법론*

김 계 현
(교육학과)

I. 상담/심리치료는 효과가 있는가?

1. 처치 효과의 정의

상담과 심리치료의 효과(성과)가 어떤 식으로 검증될 수 있는가? 어떤 것이 비교학적 검증방법이고, 어떤 것이 과학적 검증방법인가?

예컨대 한 상담가가 어떤 내담자를 심리치료했다고 하자. 그 내담자는 우울증을 호소하면서 상담을 시작했는데 5회기에 걸친 상담 이후 내담자의 기분상태가 눈에 띄게 달라지기 시작해서 10회기 이후에는 우울증이 '완전히' 없어졌다고 보고했다.

이 사례 경험을 통해서 치료자는 자신의 심리치료가 우울증에 대해서 효과가 있다는 결론을 내리고 싶었다. 그런데, 그의 결론은 과학적 견지에서 볼때 옳은 결론인가? 이런 질문을 던져보자. '내담자의 우울증이 호전된 것은 심리치료 때문인가, 다른 요인 때문인가?'

이 내담자의 우울증이 호전된 원인은 여러가지로 추정해 볼 수 있다. 우선 첫째, 상담자의 희망대로 그의 심리치료가 원인일 수 있다. 둘째는, 내담자가 이 상담자를 만나기 전부터 복용하던 약이 있었는데 치료 중에도 그 약을 계속 먹고 있었다. 그 약이 증상 호전의 원인일 수도 있다. 셋째, 상담 기간 도중에 내담자에게 좋은 일이 생겼다(예컨대, 마음에 드는 데이트 상대가 생겼다). 우울증은 처치를 하지 않아도 자연적으로 호전되는 경우가 많다. 이외에도 가능한 원인은 수없이 많을 수 있다. 따라서 이 한 내담자의 우울증을 호전시켰다고 해서 그것이 심리치료의 효과라고 결론짓기에는 미흡한 점이 많다. 적어도 과학적으로 생각하는 상담자라면 이와같은 상태에서 자기의 심리치료가 우울증치료에 효과가 있다라는 결론을 내리지 않는 다.

심리치료 즉, 처치의 효과가 검증되려면 처치를 받지 않은 사람에게는 어떤 일이

* 본 연구는 서울대학교 사범대학 발전기금 1995년도 Lemix 학술연구비의 지원에 의해 이루어졌음.

일어났는지를 비교해 보아야 한다. 그래서 같은 기간동안 역시 우울증을 호소한 다른 사람은 전혀 증상의 호전을 경험하지 못했다면 이 심리치료의 효과가 있다는 주장이 다소 힘을 얻는다. 그러나 아직도 부족한 점이 있다. 그것은 이런 효과의 차이가 다른 사례, 또 다른 사례에서 반복될 수 있는가이다.

이 문제는 여러 우울증 사례에 대해서 받은 처치를 하고, 받은 처치를 하지 않음으로써 두 집단간의 증상 호전 정도를 비교해 보면 된다. 처치를 받은 집단을 '처치 집단'이라고 부르며, 처치를 받지 않은 집단을 '비처치집단', '비교집단' 혹은 '통제집단(control group)'이라고 부른다. 이때 만약 처치집단의 우울정도와 비처치(비교, 통제)집단의 우울정도가 현저하게 다르다면(비처치집단의 우울이 여전히 심하다면) 이 우울증상의 경감이 바로 그 심리치료의 효과 때문일 것이라고 추론하는 것이다.

물론 아직도 과학적 방법론상으로 문제점이 모두 해소된 것은 아니다. 단, 여기서는 효과검증 연구의 기본틀을 설명하기 위한 것으로 그친다.

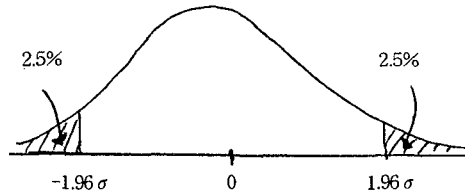
2. 효과의 크기(Effect Size)

이 논문을 읽는 독자라면 통계학에 나오는 '두 평균의 비교'를 알 것이다. 상기하는 의미에서 이를 간략히 설명해보자. 처치집단의 우울검사(예: Beck Depression Inventory, BDI) 점수 평균을 X_t , 비교집단(무처치)의 우울검사 평균을 X_c 라고 하자. 효과의 크기 즉 $X_t - X_c$ 는 의미가 있는 크기인가, 무시해도 좋은 크기인가?

추리통계학은 이 $X_t - X_c$ 의 통계적 의미를 보여줄 수 있는 절차를 개발해 놓고 있다. 그 절차의 개요는 이렇다. 만약에 처치의 효과가 없다고 치자(영가설). 그리고 같은 연구를 수없이 여러차례 반복했을때 이($X_t - X_c$)의 분포는 평균 0을 중심으로 $\sigma_{(X_t - X_c)}$ 의 표준편차(평균의 차이의 표준오차)를 가지고 정상분포를 이룬다(이론적으로는 정상분포의 가정이 가능함. 실제의 경우는 표집수에 따라서 차이가 있는 t 분포를 이룸). 그러나 이 영가설이 틀릴 수도 있다. 통계학자들은 이 ($X_t - X_c$)의 표준점수 즉 $\frac{X_t - X_c}{\sigma_{(X_t - X_c)}} = Z$ 가 1.96이 넘는 경우 5% 오류한도 내에서 영가설을 부정할 수 있다고 말한다. 정상분포에서 표준점수 즉 Z가 1.96보다 크거나 작을 수 있는 확률은 약 5%이기 때문이다(그림1).

따라서 $X_t - X_c$ 를 표준오차로 나눈 값이 1.96 혹은 통계적으로 일정수 이상을 넘을 경우 영가설을 부정하며 'Xt, Xc 두 통계치는 다른 모집단에서 나왔다' 즉 '처치 집단과 통제집단은 다르다' 라는 결론에 도달한다.

그러나 영가설을 부정했다고 해서 처치집단의 평균 X_t 와 통제집단의 평균 X_c 가 얼마만큼 그 크기의 차이가 있는지는 말해주지 않는다. 다시 말해서 '우울증에 대한 심



<그림 1> $X_t - X_c$ 의 분포

리치료는 임상적으로 볼때 어느 정도의 차이가 있다는 말인가?’라는 질문을 했을 때 $Z > 1.96$ 이라는 자료만으로는 그 임상적 의의를 말하지 못한다는 것이다.

이 질문에 대해서 답변하기 위한 것이 바로 ‘효과의 크기’ 즉 effect size라는 개념이다. 효과의 크기를 나타내는 방법은 여러가지가 있는데 그 중 가장 대표적인 방법은 처치집단의 성과평균 M_t 와 통제(비교)집단의 평균 M_c 의 차이를 표준편차로 나눈 값이다. 여기서 표준편차는 통제집단의 표준편차를 쓰거나, 처치집단과 통제집단을 합친(pooled) 분포의 표준편차를 쓰거나, 혹은 기타의 방법을 쓴다(Wampold & Poulin, 1992). 이 ‘효과의 크기’ 개념은 다음에 설명할 메타분석의 핵심 개념이므로 잘 이해해야 한다.

$$\text{효과의 크기} = \frac{M_t - M_c}{\sigma}$$

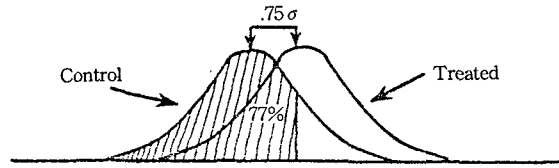
예를 들어서 처치집단의 성과점수 평균이 27.5, 통제집단의 평균이 20, 그리고 표준편차가 10이라고 하자. 효과의 크기 공식에 의하면 이 처치의 효과의 크기는 $(27.5 - 20) / 10 = .75$ 이다. 이 효과의 크기 .75는 무엇을 의미하는가?

효과의 크기는 다음과 같이 해석한다. <그림 2>를 보면 처치집단의 평균점수는 통제집단의 평균보다 0.75표준편차만큼 더 크다. 따라서 처치집단의 평균은 통제집단의 약 77 percentile(백분위점수)에 해당한다. 즉, 효과의 크기를 해석하는 가장 일반적인 방법은 다음과 같다: ‘처치를 받은 내담자들의 평균이 처치를 받지 않은 내담자들에 비해 더 나을수 있는 확률은 77퍼센트이다.’ 보통 효과의 크기가 .2 정도이면 작은 크기의 효과, .5 정도이면 중간 크기의 효과, .8 정도이면 큰 크기의 효과라고 본다. 따라서 효과의 크기 .75는 큰 크기의 효과에 약간 못 미치는 크기이다.

효과의 크기는 이렇게 평균의 차이를 표준편차로 나눈 값만을 쓰는 것이 아니다.

다른 방법도 있다. 그중의 하나를 소개하면 다음과 같다(Wampold & Poulin, 1992).

효과의 크기를 상관계수 즉, r 로 표현할 수 있다고 한다. 즉, 종속변인(성과변인)과 처치간의 상관으로 바꾸어보면 효과의 크기 .75는 $r = .37$ 이 된다고 한다. 이것을 이항분포적인 효과의 크기로 나타내면(Binomial Effect-Size Display: BESD) 표 1과 같다.



<그림 2> 효과의 크기가 .75인 처치집단과 통제집단의 점수분포

<표 1> $r = .37$ 에 대한 이항분포적인 효과의 크기 (BESD)

조 건	성 공 율		
	향 상	무 향 상	전 체
처치	68.5	31.5	100
통제(무처치)	31.5	68.5	100
전체	100	100	

이 방법에 의하면 효과의 크기 .75의 의미는 ‘처치를 받지 않은 내담자들이 31.5 퍼센트 향상을 보이는 조건에서 처치를 받은 내담자는 68.5 퍼센트 향상을 보인다.’는 것이다.

3. 메타분석(Meta-Analysis)

메타분석은 같은 변인을 연구한 동종의 여러 연구를 종합하는 방법론이다. 상담 및 심리치료 성과연구의 메타분석이란 상담 혹은 심리치료의 성과를 연구한 많은 개별연구로부터 효과의 크기를 계산해내고 그것을 하나로 요약하는 것이다. 메타분석에서는 평균적인 효과의 크기를 계산할 뿐만 아니라 효과의 크기와 다른 변인 즉 치료의 요법, 상담자의 경력수준, 내담자의 문제의 종류나 심각도, 상담자와 내담자의 유사성 등의 변인들과 연관지어 분석을 가한다.

메타분석은 Smith와 Glass(1977)가 American Psychologist에 심리치료 성과에 대한 메타분석 연구보고서를 출판한 이후에 관심이 모아졌다. 그들은 375개의 연구물로부터 833개의 효과의 크기를 얻었는데 이것은 약 2만 5000명의 내담자로부터 수집한 자료이다. 그가 계산한 효과의 크기는 전체 평균이 .68로서, 이 수치는 심리치료를 받은 내담자는 치료를 받지 않은 사람에 비해서 75 퍼센트 정도 '더 낫다(be better off)'라는 뜻이다. 이 메타분석에 의하면 심리치료의 각종 접근법들 간에는 효과의 크기에서 별다른 차이를 보이지 않았다.

앞에서 예로 든 효과의 크기 .75 그리고 향상을 68.5 퍼센트라는 자료는 가상의 자료가 아니라 1970년 부터 1979년 동안 Journal of Counseling Psychology에 실린 성과연구들을 조사한 결과이다(Haase, Waechter & Solomon, 1982). 그리고 그 다음에 소개된 Smith와 Glass의 메타분석 결과 즉 평균 .68의 효과크기는 상담과 심리치료가 확실히 효과가 있는 방법임을 입증해주는 자료이다. 이 정도의 효과의 크기는 다른 영역의 효과의 크기, 예컨대 '심장병에 대한 아스피린의 효과'에 비하면 대단히 큰 효과의 크기이다(Wampold & Poulin, 1992). 그럼에도 불구하고 상담과 심리치료가 과연 효과가 있는 치료 방법인지 일반인들로부터 인정을 받고 있지 못하다는 사실은 ("상담을 받으면 효과가 있을까요?"라는 질문을 상담자들이 내담자들로부터 얼마나 자주 받고 있는가 상기해보라) 상담전문가들이 상담의 효과에 대해서 너무나 홍보를 하지 않았다는 것을 반증해 주기도 한다.

Smith와 Glass(1977) 이후에 많은 다양한 주제로 메타분석이 시도되었다. 특히 각종 심리적, 행동적 문제에 대해서 문제별 메타분석이 시도되는가 하면, 특정 요법의 효과를 분석하기 위한 메타분석이 시도되기도 하였다. Lambert와 Bergin(1994)은 심리치료의 효과를 분석하는 자리에서 각종 메타분석들을 종합한 바 있다. 그들은 우울증의 심리치료 효과에 대한 메타분석, 불안장애의 심리치료 효과에 대한 메타분석, 그리고 기타 장애의 심리치료 효과에 대한 메타분석들을 분석, 제시한 바 있다. 여기에 그들이 제시한 자료의 일부를 실는다(표2,3,4).

<표 2> 우울증의 심리치료 효과에 대한 메타분석들

연구자	환자의 증상/처치	연구횟수	효과크기
Dobson(1989)	우울증/인지치료	10	2.15
Nietzel, Russell, Hemmings와 Gretter (1987)	단극적 우울증	28	.71
Quality Assurance Project(1983)	우울증	10	.65
Robinson, Berman과 Neimeyer(1990)	우울증	29	.84
Steinbrueck, Maxwell과 Howard(1983)	우울증	56	1.22

〈표 3〉 불안장애의 심리치료 효과에 대한 메타분석들

연구자	환자의 증상/치료	연구횟수	효과크기
Allen, Hunter와 Donohue(1989)		97	.51
Christensen, Hadzi-Pavlovic, Mattick(1987)	강박장애/노출요법	5	1.37
Clum(1989)	공황발작,광장공포증/ 행동치료	283	70% ^a
	무치료	46	30% ^a
Hyman, Feldman, Harris, Levin과 Malloy(1989)	이완훈련	48	.58
Jorm(1989)	특성불안과 신경증	63	.53
Mattick, Andrews, Hadzi-Pavlovic과 Christensen	광장공포증	51	1.62 ^{bc} .02 ^{ac}
Quality Assurance Project(1982)	광장공포증	25	1.2 ^c
Quality Assurance Project(1985a)	불안	81	.98
Quality Assurance Project(1985b)	강박장애/직면치료	38	1.34
Trull, Neitzel과 Main(1988)	광장공포증	19	2.10 ^c

^a향상된 퍼센트^b가중평균^c사전/사후측정

우울 및 불안장애의 심리치료 효과는 상당히 일관성있게 긍정적으로 나오고 있다. 다시말해서 우울증 및 각종 불안장애에 대한 심리치료는 그것이 '과연 효과가 있는가?'라는 질문을 더 이상 계속하는 것은 의미가 없다고 보인다. 그 대신에 '어떻게 해서 심리치료가 효과를 내는가?' 즉 How psychotherapy works?라는 질문을 해야 할 시기이다.

우울증의 심리치료에 대한 메타분석, 불안증의 심리치료에 대한 메타분석 등은 메타분석을 문제유형별로 한 것이다. 혹은 특정 요법에 대한 효과를 메타분석하기도 한다. <표 4>를 살펴보면 행동치료라든가 가족치료라든가 합리적-정서적 치료 등의 효과를 메타분석한 자료가 있는데 이들은 요법별로 메타분석을 한 것이다. 또한, <표 3>의 강박장애/노출요법이라든가 <표 4>의 편두통/바이오피드백 등은 문제별, 치료방법별로 메타분석을 했다는 뜻이다. 이와 같이 메타분석은 이제 시초의 메타분석처럼 '심리치료 효과에 대한 메타분석'이 아니라 '어떤 문제에 대한 어떤 방법의 효과를 메타분석함'이라는 세분화된 연구 전략을 취한다.

〈표 4〉 각종 심리장애 및 심리요법의 효과에 대한 메타분석들

연구자	환자의 증상/치료	연구횟수	효과크기
Andrews와 Harvey(1981)	신경증	81	.72
Andrews, Guitar와 Howie(1980)	말더듬	29	1.30
Asay, Lambert, Christensen과 Beutler(1984)	복합정신건강센터	9 ^a	.82 ^b
Balestrieri, Williams와 Wilkinson(1988)	복합적	11	.22
Barker, Funk와 Houston(1988)	복합적	17	1.05
Benton과 Schroeder(1990)	정신분열증	23	.76 ^b
Blanchard, Andrasik, Ahles, Teder와 O'Keefe(1980)	두통	35	40-80% ^c
Bowers와 Clum(1988)	행동치료	69	.76
Christensen, Hadzi-Pavlvio, Andrews와 Mattics(1987)	행동치료	10	1.16
Crits-Cristoph(1992)	통제	4	.04
	단기역동치료	11	86% ^c 50% ^c
Dush, Hirt와 Shroeder(1983)	자기진술 수정	69	.74
Giblin, Sprenkle과 Sheehan(1985)	가족치료	85	.44
Hahlweg와 Markman(1988)	행동결혼치료	17	.95
	결혼전 개입	7	.79
Hazelrigg, Cooper과 Bordin(1987)	가족치료/가족상호작용	7	.45
	자기평정	6	.50
Hill(1987)	역설적 치료	15	2% ^c
Holroyd(1990)	편두통/바이오피드백	22	47.3% ^c
	무치료	15	.2% ^c
Laessle, Zoettle과 Pirke(1987)	과식증	9	1.14 ^b
Landman과 Dawes(1982)	복합적	42	.90
Lyons와 Woods(1991)	합리적 정서적 치료	70	.98
Markus, Lange와 Pettigrew(1990)	가족치료	10	.70 ^d
Miller와 Berman(1983)	인지행동치료	38	.83
Nicholson과 Berman(1983)	신경증	47 ^e	.70
Prout와 De Martino(1986)	수업에 기초한 치료	33	.58
Quality Assurance Project(1984)	정신분열증	5	.00
Shapiro와 Shapiro(1982a)	복합적	143	1.03
Shoham-Saloman과 Rosenthal(1987)	역설적 치료	10	.42
Smith, Glass와 Miller(1980)	복합적	475	.85
Svartberg와 Stiles(1991)	단기역동치료	7	55% ^c
	무치료	7	45% ^c
Wampler(1982)	결혼의사소통	20	.43
Weisz, Weiss, Alicke와 Klotz(1987)	복합적 청년	108	.79

^a정신건강센터의 수

^b사전/사후검사

^c향상된 퍼센트

^d대체치료와 무치료를 포함한 통제

^e비교그룹의 수

II. 成果研究의 쟁점들

성과연구란 상담 및 심리치료의 효과에 대한 연구를 지칭하는 말이다. 영어로는 outcome research 혹은 outcome study라고 부른다. 상담성가에 영향을 준다고 보이는 요인으로서의 내담자 변인, 상담자 변인, 상호작용 변인 등 다양하다. 그것들은 별도의 章을 설정해서 논의하기로 한다. 여기서는 성과연구에서의 주요 쟁점 몇가지를 논의한다.

1. 성과연구에서 통제집단의 종류

성과연구에서 통제집단을 사용하는 이유는 앞에서 설명하였다. 다시 간략히 말하면, 상담의 효과가 바로 그 상담 때문에 발생했는지 아니면 자연적으로 혹은 다른 요인에 의해서 발생했는지 알아보기 위해서이다. 그런데 연구에서는 몇 가지의 다른 통제집단이 사용되므로 그 목적과 용도를 잘 알고 있어야 한다.

(1) 無처치 통제집단 (no-treatment control group)

상담연구에서 통제집단이 사용되기 시작했을 때 생각한 것이 바로 이 무처치 통제 집단이다. 즉, 실험집단은 소정의 상담 처치를 받고, 통제집단은 그 처치를 받지 않는 것이다. 실험연구에서는 피험자의 받은 無選(無作爲)表集하여 처치집단에 넣고 나머지 받은 무처치집단에 넣는다. 그런데 실제의 연구에서 보면 무처치집단에 할당된 피험자들이 자기들 나름대로 다른 곳에서 모종의 '처치'를 받는다는 것이다. 또한 윤리적인 측면에서 볼 때 일부의 내담자에게 연구라는 목적으로 처치를 해주지 않았다는 문제점도 있다.

(2) 대기자 통제집단 (waiting-list control group)

무처치 집단의 설정이 가지는 윤리적 문제점을 보완하기 위한 방법이다. 피험자의 일부를 역시 무선표집하여 대기자 명단에 넣는다. 이들은 실험이 끝날때까지 측정만 받을 뿐 처치를 받지 않는다. 단, 실험이 끝나면 곧 처치를 받는다. 단, 이런 설계법은 처치 후 장기적으로 추수평가(follow-up)를 해야하는 경우에는 적합하지 않다. 대기자 통제집단의 피험자들이 처치를 받아야 하기 때문이다.

(3) 플라시보 통제집단 (placebo control group)

플라시보란 의학이나 약학 연구에서 사용되는 것으로서 위약(僞藥)이라고도 한다. 즉, 어떤 약의 효과가 그 약의 약리적 작용 때문인지, 그런 약을 먹었다는 심리적

효과 때문인지를 가려내기 위해서 사용하는 것이 위약이다. 상담 및 심리치료 연구에서도 어떤 처치가 처치에 내재된 치료적 요소 때문에 효과가 생겼는지, 아니면 처치를 받았다는 사실만으로 효과가 생겼는지를 가려내고 싶은 것이다. 따라서 처치의 특정 요소를 뺀 ‘처치 아닌 처치’를 주는 것이 상담연구에서의 ‘위약’, 즉 플라시보이다. 연구자들은 무처치 통제집단이나 대기자 통제집단에게 이 플라시보를 적용하곤 한다.

개인 심리치료 연구에서 흔히 주는 플라시보 중의 하나로 SRP라고 하는 것이 있는데(Heppner 등, 1992) 이것은 Subliminal Reconditioning Placebo의 머리글자이다. SRP를 받는 피험자는 잠재의식적 메시지를 녹음테이프를 통해 듣는데 그것이 전의식 혹은 무의식에 영향을 준다고 알려준다. 그러나 그 테이프에 녹음된 잠재의식적 메시지는 사실은 무의미 철자들이다. 단지 피험자는 그것을 의식 수준에서 알아들을 수 없을 뿐이다. 이 플라시보 연구에 대해서는 후술될 것이다.

(4) 짝지은 통제집단(matched control group)

연구 실제에서는 연구자가 의도하지 않았던 변수가 작용할 때가 많다. 한 예를 들면 처치의 길이 즉 처치에 소요된 회기 수가 미리 정해져 있지 않았는데 막상 처치를 해보니 어떤 사례는 5회기에 종결되었고, 또 어떤 사례는 11회기 만에 종결되는 등 그 차이가 크다고 치자. 성과 연구에서 이 처치의 길이는 대단히 중요한, 영향력 있는 변인이기 때문에 연구에서 사례마다 처치 길이에 차이가 있다면 이는 연구의 타당성을 떨어뜨린다. 따라서 연구자는 실험집단의 사례와 통제집단의 사례들의 처치 길이가 (모두 같지는 않더라도) 최소한 짝을 기대한다. 따라서 실험집단의 A1사례가 5회기에 종결되었다면 통제집단의 B1사례도 5회기에 종결되어야 한다. A2사례가 8회기 종결이라면 B2도 8회기 종결이어야 한다. 이렇게 회기 수를 짝지음으로써 실험집단과 통제집단의 짝을 맞춘다.

2. 상담 및 심리치료의 플라시보 연구

상담 및 심리치료에서 ‘플라시보’가 존재하는가? 플라시보의 본래 뜻에 의하면 전술한 바와 같이 피험자는 바로 그 처치를 받는다고 알고 있어야 한다. 즉, 위약을 복용하는 피험자가 ‘진짜 약’을 먹었다고 믿어야 하는 것이다. 이런 조건을 상담 및 심리치료 연구에서 조작하는 것이 가능한가? 아니면 상담 및 심리치료 연구의 독특한 플라시보가 있는가?

어떤 학자는 상담 및 심리치료에서의 플라시보(이하 플라시보라 함은 특별한 언급이 없는 한 상담 및 심리치료, 혹은 그 연구에서의 플라시보를 의미함)를 ‘이론적

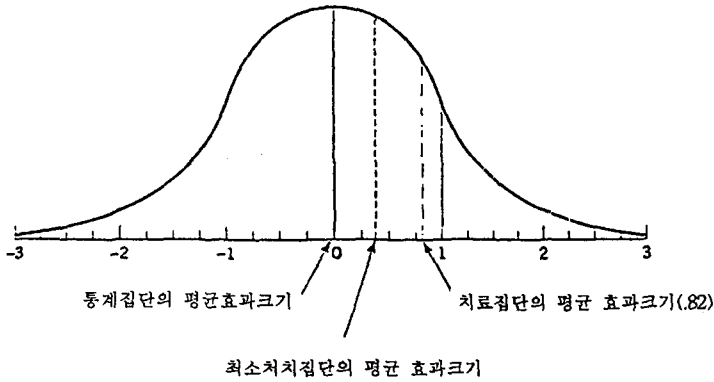
으로 不活性'이라고 정의한다(Rosenthal & Frank, 1956, Lambert & Bergin, 1994 재인용). '치료제'로서 작용하는 즉 활동하는 '성분'이 들어있지 않다는 뜻이다. 그런데, 이렇게 본다면 정신분석의 입장에서는 행동주의적 처치 성분을 '불활성'으로 보며, 반대로 행동치료의 입장에서는 정신분석적 처치 성분을 불활성으로 본다. 즉, 연구되는 접근이 무엇이나에 따라 불활성과 활성이 정의된다. 그래서 '이론적으로' 불활성이라는 정의를 한 것이다.

플라시보는 또한 '불특정 요소' 즉 nonspecific factors를 의미하기도 한다. 즉 치료거나 이론가들이 아직 발견하지 못한, 명명(identify)하지 못한 요소를 플라시보로 규정하는 것이다. 그런데 플라시보를 이렇게 정의하는 경우 어찌까지 불특정 요소였던 것이 오늘부터는 발견된, 이름붙여진 처치 요소가 되는 수가 발생하게 된다. 그것이 하나의 치료 요소로 인정을 받으면 말이다.

플라시보를 규정하는 또 하나의 방법은 모든 상담이나 심리치료에 '공통적인 요소' 즉 common factors를 플라시보로 정의하는 것이다. 어떤 치료법이나 공통적으로 나타나는 요소가 있다고 가정한다. 예를 들면 치료자와 내담자간의 협력관계(working alliance)가 그렇다고 보는 요소이다. 그리고 어떤 치료법의 독특한 요소를 치료요소로 보는 것이다. 이 정의는 상담 및 심리치료 연구의 특성 때문에 플라시보의 의미를 다소 변형시킨 정의이다. 플라시보의 원래 의미는 소정의 처치를 받지 않는 내담자가 처치를 받았다고 믿는 것이다. 그런데 이 정의에 의하면, 여러 처치들 중의 공통적인 부분은 처치를 받는다는 것이다. 즉, 처치의 일부분을 받는다는 것이다. 이점에서 플라시보의 원래 정의로부터 벗어나기는 했지만, 연구의 목적이 '어떤 처치의 특수한 요소가 치료적 작용을 하는가'라는 질문에 답변하려는 것이라면 그런 종류의 정의가 필요하기도 하다.

플라시보가 이렇게 여러가지 의미로 정의되는 이유는 상담 및 심리치료에서는 '진짜 처치'와 '가짜 처치' 즉 플라시보가 다같이 심리적인 요소라는 것 때문이다. 약에 대한 플라시보 연구에서는 진짜 약은 약리적 요소가 있고, 플라시보는 약리적 요소가 없는 즉 순전히 심리적인 효과만 보는 것이다. 그러나 상담 및 심리치료 연구에서는 플라시보와 '진짜 처치'가 다같이 심리적인 것이다. 여기에 플라시보 연구의 어려움이 있다. 이런 정의상의 혼란을 지적하면서 Lambert와 Bergin(1994)은 이런 플라시보 통제집단 연구는 더이상 하지 않아야 한다고 주장하였다. 플라시보 대신에 새로운, 의미가 정확한 비교집단 설계를 창안해야 한다는 것이다.

이런 정의상의 복잡성, 연구의미의 혼란에도 불구하고 플라시보 통제집단을 설정한 성과연구들이 다수 발표된 바 있다. 비록 Lambert와 Bergin이 앞으로는 플라시보 연구를 하지 말자고 주장했지만 그들은 플라시보 통제집단 설계를 사용한 연구들 15개를 종합개관(리뷰)한 바 있다. 단, 여기에 개관된 연구들 중에는 첫번째



<그림 3> 무처치 통제, 플라시보, 심리치료(처치)간의 효과 비교

정의의 플라시보, 두번째 정의의 플라시보, 세번째 정의의 플라시보가 명확하게 구분되지 않은 채로 섞여있다는 점이 문제이다. 세 정의 중 어느 것에 해당하는지가 분명하게 밝혀지지 않은 것이다. 이런 난점에도 불구하고 이들 15개의 연구를 통합해 본 결과는 다음과 같다(그림3).

‘진짜 처치’를 받은 처치 집단의 효과크기의 평균은 0.82이고, 플라시보 집단의 효과크기 평균은 0.42이다. 무처치 집단의 효과크기는 정의상 0이다. 이것을 ‘나아진 피험자의 비율’로 나타내면 이렇다. 플라시보 피험자의 평균은 무처치 집단에 비해서 66퍼센트 더 낮다(better off). 처치를 받은 피험자의 평균은 무처치 집단에 비해서 79퍼센트 더 낮다. 다시 말해서, 심리치료라는 처치는 분명히 효과가 있지만 플라시보 역시 무시할 수 없을 만큼의 효과를 보이고 있다. 플라시보와 처치 간의 차이보다는 무처치와 플라시보간의 차이가 더 크다.

3. 처치 요법 간의 비교

심리치료 요법 간 효과의 차이가 있는지를 검증하는 연구들이 있다. 미국에서는 전통적으로 ‘대화에 의한 심리치료’(정신분석적 심리치료, 내담자 중심 치료, 대인치료 등)와 인지-행동적 요법들 간을 비교하는 일련의 연구들이 있다. 우리나라에는 그들과 같은 종합적, 체계적 비교연구는 아직 없는 것 같다. 여기서는 Lambert와 Bergin(1994)의 개관논문을 중심으로 살펴보겠다.

(1) Sloane, Staples, Cristol, Yorkston과 Whipple(1975)의 연구

신경증 외래환자 90명을 3개 집단에 무선배정했다. 각 집단은 (1)정신분석적 단기 심리치료 집단, (2)행동치료 집단, (3)최소처치 대기자 집단이다. 치료자는 각 접근법에 익숙한 기성(experienced) 치료자들이다. 처치 개시 4개월 후에 측정된 바에 의하면 세 집단 모두 증상 호전이 있었다. 두 처치 집단 간에는 의미있는 차이가 없었으며, 둘 다 대기자 통제집단보다는 증상 호전이 좋았다. 8개월 후에 추수평가를 한 결과, 세 집단 모두 비슷한 수준의 증상 호전을 유지하고 있었다. 집단 간 차이는 발견되지 않았다.

이 연구는 많은 장점을 가지고 있다. 전문 치료가를 사용한 점, 사례수가 많은 점, 내담자의 치료동기가 높은 점, 처치 및 통제집단에 피험자를 무선배정한 점, 탈락률이 낮았던 점, 대기자 통제집단을 사용한 점 등이 장점이다. 물론 비판받을 결점들도 가지고 있다. 그러나 결점에도 불구하고 이 연구는 요법 간의 성과비교를 시도한 ‘역사적인’ 연구로 인정받고 있다.

(2) Elkin 등(1989)과 Imber 등(1990)의 연구

이 두 연구는 우울증 환자에 대한 치료효과 연구로서 네 가지의 집단이 비교되었다. 첫째는 ‘표준 처치’로서 항우울제 이미프리민(imipramine)과 임상관리를 받는 집단이다. 둘째는 인지-행동치료를 받는 집단이다. 셋째는 인본주의적, 정신역동적 대인 심리치료를 받는 집단이다. 넷째는 플라시보 약과 임상관리를 받는 집단이다. 여러 도시의 여러 병원에서 처치가 시도되었는데, 250명의 우울증 환자가 네개의 집단에 무선 배정되었다. 치료자로서는 각 접근법으로 훈련된 28명의 정신과의사 혹은 심리학자가 엄선되었다. 치료자들은 각 요법의 처치요강을 철저히 따랐다. 처치는 16-20 회기가 계획되었으며 결과적으로 평균 16.2회기를 처치했다. 치료성과는 증상 및 일반 적응 영역에 대하여 多觀點적인 종합적 평가를 하였다.

이 연구들에서 플라시보 통제집단이 받는 ‘처치’는 위약과 전문가와의 정기적인 만남(임상관리)이다. 이 연구의 초점은 과연 심리치료가 이런 ‘밀도 높은’ 플라시보에 비해서 효과가 있을 것인지에 맞추어졌다. 심리치료를 받은 집단은 분명히 치료 효과가 있었다. 그러나 플라시보 집단에 비해서 유의있는 차이가 발견되지는 않았다. 플라시보 집단도 상당한 호전을 보인 것이다. 그리고 심리치료 요법 간에는 차이가 없었다.

각 집단간의 비교를 상세히 해 본 결과 몇가지 흥미로운 발견을 하였다. 모든 피험자 집단이 호전을 보였지만, 특히 대인 심리치료를 받은 집단과 이미프라민+임상관리를 받은 집단의 효과가 가장 컸다. 그리고 증상이 심각한 (우울증이 더 심한) 피험자의 경우에 치료의 구체적인 효과가 발견되었다. 우울증이 심한 피험자에 있

어서는 플라시보에 비해서 대인 심리치료의 효과 그리고 이미프라민+임상관리의 효과가 의의있게 높았다. 이런 결과를 기초해서 도출할 수 있는 가설은 약한 우울증 환자는 플라시보를 포함하여 여러 종류의 심리치료, 투약 및 임상관리 요법에 의해서 효과를 볼 수 있으나, 심한 우울증 환자에게는 플라시보만으로는 부족하고 대인 심리치료 혹은 투약 및 임상관리 치료가 주어져야 비로소 효과가 있다는 것이다.

(이 연구는 TDCRP라고 부른 것인데, 그 연구의 방법이 모범적이어서 다음 절로 독립시켜서 더 상세히 소개하고자 한다.)

(3) Shapiro, Barkham, Hardy, Morrison 등(1990)의 연구

이 연구는 일명 The Second Sheffield Psychotherapy Project(SPP2)라고도 불린다. 이 연구는 우울증 환자에 대한 정신역동적-대인 심리치료와 인지-행동치료를 비교하였다. 이 연구의 특징은 치료법 간의 단순한 비교가 아니라 치료의 기간(dose-effect)을 변인으로 첨가하였다는 점이다. 피험자의 반은 8주(주 1회) 처치를 받고, 나머지 반은 16주(주 1회) 처치를 받았다. 즉 2개의 처치법과 2가지 처치기간에 의해서 $2 \times 2 = 4$ 개 집단에 다양한 우울수준의 피험자를 무선배정했다.

또 한가지 특징은 치료자 변인을 통제하는 방법인데, 5명의 치료자가 두 가지 요법을 모두 사용하였다는 점이다. 117명의 피험자(환자)를 5명의 치료자가 나누어 보았는데 무선적으로 배정된 순서에 의해서 어떤 피험자에게는 정신역동적-대인 심리치료를, 어떤 피험자에게는 인지-행동치료를 한 것이다. 비록 같은 치료자가 두 요법을 사용하였지만 각 요법 간에는 접근법의 차이가 분명히 있는 것으로 분석되었다. 그리고 각 요법 간에는 촉진적 조건 등 치료의 공통적 요소가 대등하게 주어졌다.

연구 결과 가장 특징적인 발견은 피험자의 우울정도와 처치기간 간에 상호작용이 나타났다는 점이다. 약한 우울증, 혹은 중간정도의 우울증 피험자는 8주 처치와 16주 처치에서 모두 효과를 보았는데 효과의 크기는 처치기간 간에 차이가 없었다. 3개월 후의 추수 평가에서도 그 효과의 차이는 별로 없었다. 그러나 심한 우울증 피험자는 8주 처치에 비해서 16주 처치를 받은 사람들이 의의있게 높은 효과를 보았으며, 그 차이는 3개월 후의 추수평가에서 더 커졌다. 그런데 피험자 우울정도를 구분하지 않은 분석에 의하면 16주 처치가 8주 처치에 비해서 미미한 수준(0.3 표준편차 정도의 양)의 효과 증가를 보였을 뿐이다.

처치법간의 비교는 인지-행동치료의 효과가 정신역동적-대인치료에 비해서 약간 더 높았다. 이 결과는 앞에서 소개한 Elkin 등(1989), Imber 등(1990)의 연구결과와는 차이가 있다.

처치 기간 일명 dose-effect에 대한 정보는 치료비의 낭비를 방지하는데 효과적이다. 더구나 이 정보가 우울의 정도에 대한 정보와 함께 주어졌기 때문에 그 의미는 더욱 커진다. 즉, 심한 우울증 다시 말해서 '진짜' 환자에게 필요한 처치의 양이 어느 정도인지를 안다는 것은 중요한 것이다. 이것은 '시간 제한 요법'(time-limited therapy)에 대해서 과학적 근거를 제공하는 정보이다.

(4) Barlow, Craske, Cerny와 Klosko(1989)의 연구

'분해 연구(dismantling study)'라고 불리는 방법이 있다. 이 방법은 심리치료가 효과를 내는 '활동 요소(active components)'를 발견하기 위한 목적으로 시도된다. 구체적인 예를 들면 다음과 같다. Barlow 등(1989)은 공황장애(약한 광장공포증을 수반한, 광장공포가 없는) 피험자 60명을 대상으로 다양한 조합의 처치를 가했다. 그들이 구분한 처치의 조합은 이완훈련(RT), 상상노출 + 인지적 재구조화 (E + C), 세가지 모두 (RT + E + C)이며 그리고 대기자 통제집단(WL)이 있었다. 연구 결과는 WL 피험자의 36%, RT 피험자의 60%, E + C 피험자의 85%, 그리고 RT + E + C 피험자의 87%가 처치 후 공황장애로부터 벗어났다. 즉 상상노출 방법과 인지적 재구조화 기법을 혼합한 처치가 이완훈련만 받는 처치보다 우수하다는 것, 그리고 대기자 통제집단에 비해서는 어떤 조합이든지 처치를 받는 것이 효과가 더 있다는 점 등이 이 연구를 통해서 밝혀졌다. 그리고 노출 요법과 인지적 재구조화를 받은 피험자는 이완훈련을 더 받아도 효과가 더 증가하지는 않는다는 결과도 밝혀졌다.

III. NIMH의 TDCRP: 성과 연구의 한 모범 사례

TDCRP는 Treatment of Depression Collaborative Research Program의 머리글자이다. 이 방대한 연구 프로젝트는 미국 정부의 정신보건국(NIMH: National Institute for Mental Health)의 지원과 감독을 받아서 이루어진 것이다. 연구의 시작은 1977년이며, 1989년 최초의 보고서가 나왔고(Elkin 등), 그 이후 수많은 관련 보고서가 출판되었으며, 현재도 추수연구가 수행 중이다. 앞으로도 많은 보고서가 나오리라 예상된다. 여기서 소개하는 내용은 이 연구프로그램의 주무자였던 Elkin의 개관논문(1994)을 참고한 것이다.

1. 개 요

1960년대 후반부터 ‘어떤 환자(내담자)에게 어떤 종류의 치료(상담)가 유효한가?’라는 질문이 제기되었다. 이것을 ‘특수성 질문(specificity question)’이라고 부른다. 이런 질문이 대답되어지려면 많은 연구가 누적되어야 할텐데 그러기 위해서는 여러 임상 현장에서 협조를 해주어야 한다. 여러 다른 치료소에서 연구가 반복 시행되어지고 일관성있는 결과가 나올 때 비로소 외적 타당도가 높은 연구가 되는 것이다.

이와같이 여러 치료소가 협력해서 어느 처치법의 효과검증을 하는 전통은 ‘정신약리학’ 분야에서 먼저 발전되었다. 이것을 모방하여 정신치료 분야에서도 여러 치료소가 협력하여 정신치료법의 효과를 검증하는 협력연구(collaborative study)를 시도하려 했으나 1970년대 전반기까지는 각 임상치료소들의 호응을 받지 못하였다. 그러던중 1977년에 NIMH의 Parloff와 Waskow가 우울증에 대한 정신(심리)치료법 효과를 검증하는 협력연구를 해보자고 제안하였다. 그 당시 정도면 협력연구를 할 만큼 치료자 수준이나 환자의 인식이 ‘향상’되었다고 본 것이다.

연구하려는 심리치료법으로는 Beck, Rush, Shaw와 Emery(1979)의 ‘인지-행동요법(CBT)’과 Klerman, Weissman, Rounsaville과 Chevron(1984)의 ‘대인심리요법(interpersonal psychotherapy: IPT)’이 선택되었다. 선택기준은 다음과 같다: (1)우울증 치료를 위해서 고안된 요법이다, (2)이미 효과에 대한 증거가 어느 정도 있다, (3)요법의 절차를 표준화시킬 수 있어서 다른 치료자들이 같은 절차로(매뉴얼 형태로) 처치를 할 수 있다.

이런 취지가 홍보된 후 여러 치료소로부터 연구신청을 받았는데, 심사에 의해서 연구참여가 결정된 치료소는 세 곳이었다. 그 세 곳은 S. Imber가 이끄는 피츠버그 대학교, S. Sotsky가 이끄는 조지워싱턴 대학, J. Watkins가 이끄는 오클라호마 대학이었다. 이 세 곳에서는 우울환자에 대한 임상적인 치료를 하고 자료를 수집하는 일을 담당한다. 치료를 담당할 치료자들은 치료를 시작하기 전에 미리 훈련을 받았는데 훈련은 그 요법의 권위자들이 직접 맡았다. 예를 들면, 대인심리요법 교육은 M. Weissman(예일대)이, 인지행동요법 교육은 B. Shaw(클라크 대학)가 맡았다.

이 두 심리요법에 대한 비교, 통제집단이 필요했다. 앞에서 설명한 것처럼 심리치료 연구에서 비교, 통제집단을 설정하기란 쉽지 않다. 이 TDCRP에서는 심리치료에 대한 비교조건으로서 ‘약물요법’을 선택했다. 즉, 항우울제로서 수차례 연구검토된 바 있는 imipramine-hydrochloride를 비교하는 표준 준거 조건으로 설정하였다. 그런데 약물처치는 약만 단순히 투여하는 것이 아니라 환자가 정기적으로 치료자를 만나는 처치를 포함한다. 이것을 ‘임상관리’ 즉 clinical management라고 불려서 이 연구에서의 약물요법은 이미프라민 + 임상관리 (IMI + CM)의 처치를 받는다. 다음으로

이 약물요법에 대한 비교, 통제 조건이 필요하다. 여기에 대해서는 '위약' 즉 플라시보 조건을 사용하였다. 위약도 역시 약만 투여하는 것이 아니라 IMI+CM과 같은 '임상관리'를 받는다. 그래서 플라시보 + 임상관리 즉 PLA + CM 조건이 설정되었다. 약물요법에 대한 교육은 R. Presbyterian(성 류크 병원)이 담당하였다.

약물요법 및 플라시보 집단에 임상관리를 포함시킨 이유는 두 가지이다. 첫째 이유는 윤리적인 이유이다. 환자들 중에는 심하게 우울에 빠진 사람들이 다수 있었는데 이들에 대해서 연구목적만을 위해서 단순히 처치를 지연시키는 것은 비윤리적인 것으로 간주된다. 둘째 이유는 심리치료가 단순히 시간의 흐름, 치료자의 관심, 치료에 대한 희망의 유지 등에 의해서도 이루어지는지를 확인하기 위해서이다. 즉, 인지행동요법 혹은 대인요법이라는 '치료요인'이 존재하는지 아니면 단지 그것이 환자에 대한 최소한의 지지(support)만으로도 충분한지를 검토하기 위함이다. 따라서 이 연구에서의 통제집단 즉 PLA+CM 집단은 무처치 조건이 아니고 '최소한의 지지'와 '위약'을 받는 조건에 놓인다. 치료자들이 어느 환자가 IMI+CM 조건이고 어느 환자가 PLA+CM 조건인지 알 수 없도록 하는 double-blind 방법을 적용한 것은 물론이다.

따라서, 모두 3개의 치료소에서 4가지의 치료조건을 연구하는 3 × 4 요인설계가 완성되었다. 총 250명의 우울환자가 무작위적으로 네 개의 처치조건에 배정되어 치료를 받았다.

2. 주요 발견

이 연구를 통한 중요한 발견은 다음과 같다. 아직도 추수연구 보고서가 계속 출판 중이므로 여기에 소개되는 내용은 현재까지의 보고내용(Elkin, 1994)만을 정리한 것이다.

(1) 치료의 일반 효과와 특수 효과

치료의 일반적 성과에 대한 측정은 네가지 도구를 사용했다. 그들은 Hamilton Rating Scale for Depression(HRSD), Beck Depression Inventory(BDI), Hopkins Symptom Checklist-90(HSCL-90), Global Assessment Scale(GAS) of the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Change Version(SAD-C)이다. 그중 BDI와 HSCL-90은 환자가 질문지에 대해서 대답하는 자기보고식 척도이며, HRSD와 GAS는 제3자가 임상적으로 평정하는 평정척도이다. 이 네가지 일반적 성과측정 이외에도 몇가지 특수한 평가척도들을 사용하였다.

자료분석은 치료에 참여한 기간에 따라서 다음과 같이 나누어서 하였다. 당초에

치료에 참가하도록 배정된 환자수는 250명이었는데, 처치에 일회라도 참여한 환자는 239명이었다. 그 중 치료에 4회(3.5주일) 이상 참여한 환자는 204명이었으며, 적어도 12회기(15주일) 이상 치료에 참여하여 처치를 마친 환자는 155명이었다. 자료 분석은 치료에 참여한 기간에 따라서 세 집단으로 나누어서 하였다. <표 5>는 각 성과 측정치들의 평균과 표준편차를 제시한 것이다.

결과의 대체적인 방향을 보면 모든 측정치들이 같은 방향으로 변화했다는 점이 발견된다. 그중 IMI-CM 집단의 증상호전이 가장 좋고, PLA-CM 집단의 증상호전이 가장 적다. 두 종류의 심리치료 집단은 그 사이에 들어있다. 그러나 집단 간의 차의 크기는 통계적으로 별 의의가 없었다(12경우 중 4경우에 불과함).

치료 전 상태와 치료 후 상태는 모든 집단이 증상호전 방향으로 나타났다($p < .001$). PLA-CM 집단에서도 명백한 증상호전이 일어났다. 이 PLA-CM 조건은 단순히 무처치 집단이 아니라 플라시보 위약과 함께 최소한의 지지적 '처치'를 정기적으로 받는다는 것이다. 즉 이런 정도의 플라시보는 우울증의 증상호전에 공헌한다는 것을 보여준다. 그리고 집단 간의 차이가 별로 발견되지 않은 주요 이유는 바로 이 PLA-CM집단이 증상호전되었기 때문인 것으로 풀이된다. 즉 다른 처치집단들의 증상호전이 적어서라기보다는 플라시보 집단의 증상호전이 컸던 것이다.

이들은 통계적 의의도 뿐만 아니라 '임상적 의의'를 검토하였다. 임상적 의의를 살피기 위해서는 HRSD에서 6점 이하이고 BDI에서 9점 이하인 경우를 '회복 준거'로 삼았다. <표 6>은 각 집단에서 '회복 준거'를 통과한 환자의 수와 비율을 나타내고 있는데, 집단 간의 차이가 발견되었다. 즉, IMI-CM 집단과 IPT집단은 PLA-CM 집단보다 더 많은 환자가 회복준거를 통과했다는 것이다.

연구자들은(Imber 등, 1990) 각 처치법이 주로 겨냥하는 증상호전이 변별적으로 일어났는지를 검토하였다. 즉, 대인심리치료를 받은 환자는 Social Adjustment Scale(SAS)에서 다른 처치를 받은 환자들보다 변별적으로 증상호전이 있는지, 인지행동치료를 받은 환자들은 Dysfunctional Attitude Scale(DAS)에서 다른 처치를 받은 환자들보다 변별적으로 증상호전이 있는지, 그리고 항우울제 치료를 받은 환자들은 우울의 Endogenous Scale에서 다른 처치를 받은 환자들보다 변별적으로 증상호전이 있는지를 검토하였다. 그런데, 결과는 예상대로 나오지 않았다. CBT집단이 DAS의 한 하위척도(Need for Social Approval 요인)에서 다른 집단과의 차이를 보였을 뿐 나머지는 집단간 차이가 발견되지 않았다. 즉, '특수성 가설'(각기 다른 종류의 처치는 다른 종류의 효과를 낼 것이다)은 극히 부분적으로만 지지되었을 뿐이다. 대인심리치료, 인지행동치료, 그리고 이미프라민치료는 그 각 처치법이 겨냥하는 특수한 증상호전을 일으킨다기보다는 모두 비슷한 효과를 보인다는 결론이 유력시된다.

〈표 5〉 4개 성과 측정치에 대한 처치 전·후 값

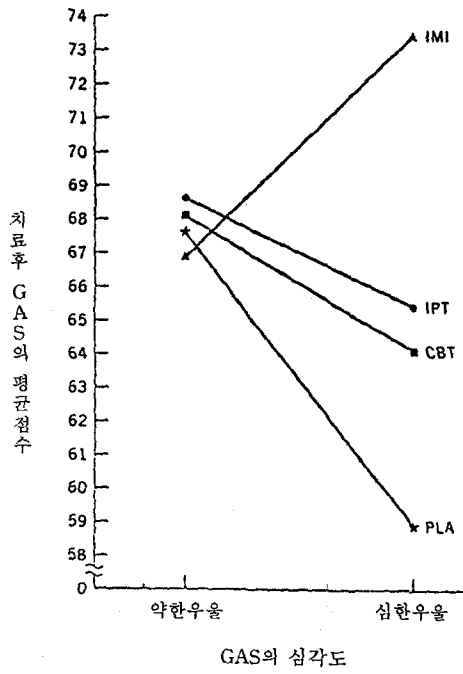
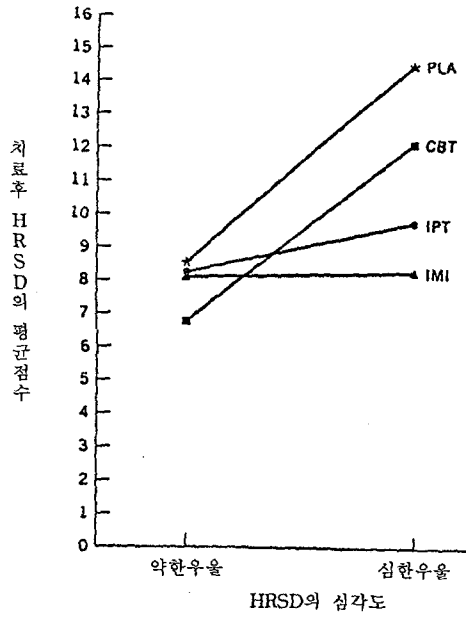
		CBT		IPT		IMI-CM		PLA-CM		유의도 수준
		N	Mean±SD	N	Mean±SD	N	Mean±SD	N	Mean±SD	
치료를 마친 환자										
HRSD										
치료전	상태	37	19.2 ± 3.6	47	18.9 ± 3.9	37	19.2 ± 5.0	34	19.1 ± 3.7	.984
치료후	상태	37	7.6 ± 5.8	47	6.9 ± 5.8	37	7.0 ± 5.7	34	8.8 ± 5.7	.458
GAS										
치료전	상태	37	52.8 ± 7.2	47	52.6 ± 6.6	37	51.6 ± 7.1	34	53.1 ± 7.3	.813
치료후	상태	37	69.4 ± 11.0	47	70.7 ± 11.0	37	72.5 ± 10.8	34	67.6 ± 10.7	.271
BDI										
치료전	상태	37	26.8 ± 8.4	47	25.5 ± 7.7	36	27.1 ± 8.8	35	28.1 ± 6.7	.538
치료후	상태	37	10.2 ± 8.7	47	7.7 ± 8.7	36	6.5 ± 8.6	35	11.0 ± 8.5	.081
HSCL-90T										
치료전	상태	37	1.38± 0.55	47	1.35± 0.45	36	1.43± 0.46	35	1.58 ± 0.49	.159
치료후	상태	37	0.47± 0.43	47	0.48± 0.43	36	0.38± 0.42	35	0.67 ± 0.43	.046
치료에 4회이상 참여한 환자(204명)										
HRSD										
치료전	상태	50	19.6 ± 3.7	55	19.2 ± 4.4	49	19.1 ± 4.7	50	19.0 ± 4.2	.914
치료후	상태	50	9.0 ± 7.0	55	9.1 ± 7.0	49	8.3 ± 6.9	50	11.3 ± 6.9	.161
GAS										
치료전	상태	50	52.1 ± 7.9	55	52.1 ± 7.3	49	52.1 ± 6.7	50	52.2 ± 7.2	1.000
치료후	상태	50	66.5 ± 12.6	55	67.2 ± 12.6	49	69.7 ± 12.4	50	63.9 ± 12.4	.137
BDI										
치료전	상태	50	27.5 ± 8.1	55	25.5 ± 7.6	49	25.8 ± 8.6	50	27.4 ± 6.8	.427
치료후	상태	50	11.5 ± 9.7	55	10.6 ± 9.7	49	8.6 ± 9.6	50	12.5 ± 9.6	.214
HSCL-90T										
치료전	상태	50	1.44± 0.55	55	1.33± 0.44	48	1.40± 0.48	50	1.53± 0.47	.200
치료후	상태	50	0.60± 0.49	55	0.60± 0.50	48	0.51± 0.49	50	0.70± 0.49	.289
치료에 1회라도 참여한 환자(239명)										
HRSD										
치료전	상태	59	19.6 ± 3.9	61	19.6 ± 4.6	57	19.5 ± 4.6	62	19.5 ± 4.6	.999
치료후	상태	59	10.7 ± 7.9	61	9.8 ± 7.9	57	9.8 ± 7.8	62	13.2 ± 7.8	.053
G5S										
치료전	상태	59	52.4 ± 7.9	61	52.0 ± 7.1	57	52.2 ± 6.7	62	52.5 ± 7.1	.985
치료후	상태	59	64.4 ± 12.4	61	66.3 ± 12.4	57	67.4 ± 12.3	62	61.6 ± 12.3	.053
BDI										
치료전	상태	59	27.0 ± 7.9	61	26.0 ± 7.8	57	26.8 ± 8.7	62	27.1 ± 6.9	.871
치료후	상태	59	13.4 ± 10.6	61	12.0 ± 10.6	57	11.6 ± 10.5	62	15.0 ± 10.5	.290
HCL-90T										
치료전	상태	59	1.42± 0.54	61	1.41± 0.51	56	1.43± 0.48	62	1.49± 0.49	.819
치료후	상태	59	0.73± 0.57	61	0.71± 0.57	56	0.66± 0.57	62	0.83± 0.57	.413

<표 6> 처치 종료시 회복된 환자

	No.(%)				유의도 수준†
	CBT	IPT	IMI-CM	PLA-CM	
치료를 마친 환자					
N	37	47	37	34	
HRSD≤6	19(51)	26(55)‡	21(57)‡	10(29)	.074
BDI≤9	24(65)	33(70)	25(69)	18(51)	.299
			(N=36)	(N=35)	
치료에 4회이상 참여한 환자(204명)					
N	50	55	49	50	
HRSD≤6	20(40)	26(47)‡	24(47)‡	13(26)	.076
BDI≤9	29(58)	33(60)	30(61)	25(50)	.668
치료에 1회라도 참여한 환자(239명)					
N	59	61	57	62	
HRSD≤6	21(36)	26(43)	24(42)	13(21)	.042
BDI≤9	29(49)	34(56)	30(53)	25(40)	.353

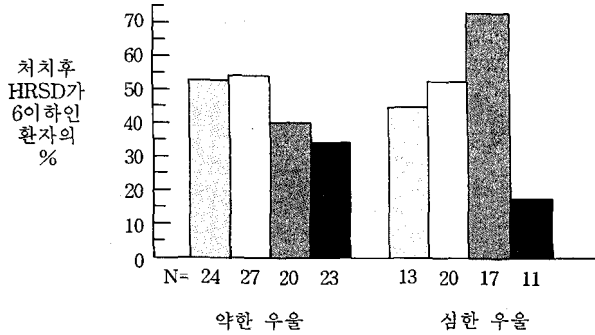
(2) 내담자의 상태와 치료 효과의 차이

환자의 치료전 상태 특히 우울의 정도는 치료 효과와 관련이 있는가? 연구자들은 '심한 우울'을 HRSD 20점 이상, 그리고 DAS 50점 이하로 정의하여 우울정도를 양분하였다. 분석 결과는 분명했다. 약한 우울의 환자들에게는 IPT, CBT, IMI-CM, PLA-CM 네 집단 간의 차이가 발견되지 않았으나, 심한 우울의 환자들에게는 집단 간의 차이가 분명하게 드러났다. <그림 4>는 우울정도와 처치간의 상호작용을 보여준다. 특기할 사항은, 플라시보 그룹내의 심한 증상 환자들의 증상호전 정도가 다른 처치집단 환자들에 비해서 현저하게 낮았다. 이것은 플라시보 위약을 복용하면서 임상관리적 차원에서 최소한의 지지를 받는 '처치'는 약한 우울에 대해서는 증상호전을 보일수 있지만 심한 우울에 대해서는 그렇지 못하다는 것을 시사한다. 반면에 이미프라민을 투여받은 환자는 특히 심한 우울에 대해서 타 처치에 비해 효과가 높게 나타났다. 즉, 심한 우울 환자에 대해서는 항우울제의 투여가 효과적임을 보여준다.

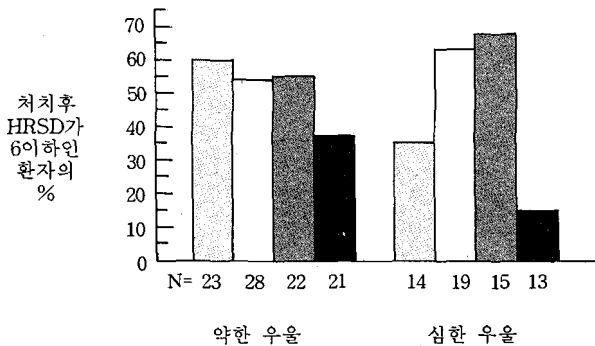


<그림 4> 처치 × 증상 수준 상호작용

GAS심각도 기준



HRSD심각도 기준



<그림 5> 증상수준별 회복환자의 비교

‘회복 준거’를 활용하여 임상적 의의를 살펴보아도 이러한 양상은 분명하게 드러난다. <그림 5>는 처치를 12회기 이상 마친 환자들로서 ‘회복 준거’를 통과한 환자의 비율을 나타낸다. 이 분석에서도 앞의 분석과 마찬가지로, 약한 우울에 대해서는 처치간의 차이가 매우 적으나 심한 우울에 대해서는 처치간의 차이가 크다. 특히 플라시보 ‘처치’의 통과율이 가장 낮고, 이미프라민 처치의 통과율이 가장 높았다.

연구자들은 우울증의 정도 뿐만 아니라 다른 여러 종류의 내담자 변인들이 치료 효과와 상호작용하는지 검토하였다. 예컨대, 성격장애 여부, 불안의 정도, 결혼 여부, 가족의 우울 병력 등이 그것이다. 여러가지 흥미로운 발견들이 보고되었으나 여기서는 지면 관계상 생략한다(참고할 문헌: Elkin, 1994; Sotsky 등, 1991).

(3) 추수연구

우울에 대한 이 처치법들(15주 정도의 단기처치)은 장기적인 효과를 보일 것인가? 그리고 대인심리치료, 인지행동치료를 받은 환자들은 그후에 우울을 효과적으로 관리하고 예방하는 능력을 보유할 것인가? 이런 질문들이 추수연구의 중요한 연구문제였다.

자료는 처치 종료후 6, 12, 18 개월이 지난 후에 얻어졌다. 회복 준거에 대한 기준은 엄격하게 적용하였다. '회복'이란 처치 종료 이후 최소 8주 연속 우울증상이 '거의' 혹은 '전혀' 없다고 보고해야 한다. 그리고 2주일 이상 MDD 즉 Major Depressive Disorder의 증상을 보이는 경우에는 '재발'로 본다. 분석결과는 <표 7>과 같다. 괄호가 없는 수치는 인원수이고 괄호 안의 수치는 비율이다. 6, 12, 18개월 이후의 추수평가에서 '회복되고 재발 없음'으로 평가된 비율이 전체 24 %인데 그중에서 CBT집단은 30%, IPT집단은 26%, IMI-CM집단은 19%, PLA-CM집단은 20%로서 인지행동치료를 받은 집단의 장기적 효과가 가장 좋게 나타났다. 상대적으로 항우울제 처치를 받은 집단의 장기적 효과는 약하게 나타났다. 그런데 연구자들은 이 자료에 대해서는 통계적 차이 검증을 하지 않았다. 그 이유는 자료가 이미 통계적 검증을 하기에는 무작위성(randomness)을 잃었기 때문이다. 단, 이 자료를 통해서 우리는 심리치료(특히, 인지행동요법)가 항우울제 치료에 비해서 우울관리와 회복 유지에 있어서 장기적인 효과가 더 좋다는 경향성을 관찰할 수 있을 뿐이다.

그러나, 세 가지 처치 모두 장기적인 효과는 전반적으로 낮다는 사실을 간과해서는 안된다. 이런 결과는 15주 정도의 단기적인 처치가 우울증을 '완전히', '장기적으로' 제거해 주기에는 충분치 못하다고 표현해야 더 적합한 표현이 될 것 같다. 처치의 장기 효과에 대해서는 더 많은 연구가 필요하다.

〈표 7〉 처치집단별 추수평가 결과

	CBT	IPT	Imipramine- Hydrochloride +CM	Placebo +CM	총계
처치					
시작	59	61	57	62	239
종결					
N	40	47	38	37	162
회복					
N	23	21	18	16	78
(%) ¹	(39)	(34)	(32)	(26)	(33)
(%) ²	(49)	(40)	(38)	(31)	(39)
회복되고 재발없음					
MDD					
N	14	14	9	10	47
(%) ¹	(24)	(23)	(16)	(16)	(20)
(%) ³	(30)	(26)	(19)	(20)	(24)
MDD 또는 처치					
N	13	9	7	9	38
(%) ¹	(23)	(15)	(12)	(15)	(16)
(%) ²	(23)	(17)	(15)	(18)	(19)

CBT: 인지-행동요법, IPT: 대인심리요법, CM: 임상관리, MDD: 주우울증 장애

1: 처치에 들어간 환자의 퍼센트

2: 처치에 들어가고 6개월 후의 추수자료가 있는 환자의 퍼센트

3: 6, 12, 18개월 후의 추수자료가 모두 있는 환자의 퍼센트

참 고 문 헌

- Allen, M., Hunter, J. E., & Donohue, W. A. (1989). Meta-analysis of self-report data on the effectiveness of public speaking anxiety treatment techniques. *Communication Education*, 38, 54-76.
- Andrews, G., Guitar, B., & Howie, P. (1980). Meta-analysis of the effects of stuttering treatment. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 45, 287-307.
- Andrew, G., & Harvey, R. (1981). Does psychotherapy benefit neurotic patients: A re-analysis of the Smith, Glass, & Miller data. *Archives of General Psychiatry*, 38, 1203-1208.
- Asay, T. P., Lambert, M. J., Christensen, E. R., & Beutler, L. E. (1984). A meta-analysis to mental health treatment outcomes. Unpublished manuscript, Brigham Young University, Department of Psychology.
- Barlow, D. H., et al. (1989). Behavioral treatment of panic disorder. *Behavior Therapy*, 20, 261-282.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). Cognitive therapy of depression. New York: Guilford.
- Christensen, H., Hadzi-Pavlovic, D., Andrews, G., & Matick, R. (1987). Behavioral therapy and tricyclic medication in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A quantitative review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 701-711.
- Clum, G. A. (1989). Psychological intervention vs. drugs in the treatment of panic. *Behavior Therapy*, 20, 429-457
- Dobson, K. S. (1989). A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 414-419.
- Elkin et al. (1989). NIMH treatment of Depression Collaborative Research Program: General effectiveness of treatments. *Archives of general Psychiatry*, 46, 971-983.
- Elkin, I. (1994). The NIMH treatment of Depression Collaborative Research Program: Where we begin and Where we are. In Bergin A. E. & Garfield, S. L. (Ed) *Handbook of Psychotherapy & Behavioral Change*, pp. 114-139, New York: John Wiley & Sons.

- Haase, R. F., Waechter, D. M., & Solomon, G. S. (1982). How significant is a significant difference? Average effect size of research in counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 29, 58-65.
- Hepner, P. P. (1992). *Research Design in counseling*: Brooks/Cole publishing company.
- Hyman, R. B., Feldman, H. R., Harris, R. B., Levin, R. F., & Malloy, G. B. (1989). The effects of relaxation training on clinical symptoms: A meta-analysis, *Nursing Research*, 38, 216-220.
- Jorm, a. f. (1989). Modifiability of trait anxiety and neuroticism: A meta-analysis of the literature. *Australian and New Zealand Journal of psychiatry*, 23, 21-29.
- Imber, S. D., et al. (1990). Mode-specific effects among three treatments for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 352-359.
- Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounsaville, B. J., & Chevron, E. S. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression*. New York: Basic Books.
- Lambert, M. J. & Bergin, A. E. (1994). The Effectiveness of Psychotherapy. In Bergin A. E., & Garfield, S. L., (Ed) *Handbook of Psychotherapy & Behavioral Change*, pp. 143-189. New York: John Wiley & Sons.
- Nietzel, M. T., Russell, R. L., Hemmings, K. A., & Gretter, M. L. (1987). Clinical significance of psychotherapy for unipolar depression: A meta-analytic approach to social comparison, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 156-161.
- Posental, D., & Fran, J. D. (1956). Psychotherapy and the Placebo effect. *Psychological Bulletin*, 53, 294-302.
- Quality Assurance Project. (1982). A treatment outline for agoraphobia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 16, 25-33.
- Quality Assurance Project. (1983). A treatment outline for depressive disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 17, 129-146.
- Quality Assurance Project. (1985a). Treatment outlines for the management of anxiety states. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 19, 138-151.
- Quality Assurance Project. (1985b). Treatment outlines for the management of obsessive-compulsive disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 19, 240-253.

- Robinson, L. A., Berman, J. S., & Neimeyer, R. A. (1990). Psychotherapy for the treatment of depression: A comprehensive review of controlled outcome research. *Psychological Bulletin*, 100, 30-49.
- Shapiro, D. A., et al. (1990). University of Sheffield Psychotherapy Research Program: Medical Research Council/Economic and Social Research Council Social and Applied Psychology Unit. In L. E. Beutler & M. Cargo(Eds.), *Psychotherapy Presearch programs* (pp. 234-242). Washington, DC: American Psychological Association.
- Sloane, R. B., Stables, F. R., Cristol, A. H., Yorkston, N. J., & Whipple, K. (1975). *Short-term analytically oriented psychotherapy vs. behavior therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Smith, M. L., & Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of Psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32, 752-760.
- Sotsky, S. M. et al. (1991). Patient predictors of response to psychotherapy and pharmacotherapy: Findings in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *American Journal of Psychiatry*, 148, 997-1008.
- Steinbrueck, S. M., Maxwell, S. E., & Howard, G. S. (1983). A Meta-analysis of psychotherapy and drug therapy in the treatment of unipolar depression with adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 856-863.
- Trull, T. J., Nietzel, M. T., & Main, A. (1988). The use of meta-analysis to assess the clinical significance of behavior therapy for agoraphobia. *Behavior Therapy*, 19, 527-538.
- Wampold, B. E., & Poulin, K. L. (1992). Counseling Research Methods: Art and Artifact. In Brown, S. D. & Lent, R. W. (Ed) *Handbook of Counseling Psychology*, pp. 71-109. New York: Wiley.

<Abstract>

Methodological Issues in Psychotherapy Outcome Research

Kim, Kay-Hyon

Dpt of Education

The present paper is to discuss several issues in the outcome research of psychotherapy or counseling. The concept of effect size is discussed and meta-analytic methods are presented. Issues in establishing control group(s) and/or placebo group(s) are discussed in detail. Finally, several comparison studies which were to determine the different effects of different interventions are reviewed. The meta-analyses and comparison studies reviewed have revealed that most of the psychotherapy and counseling are effective compared to the no-treatment clients, but it is still unclear if they are more effective than the placebo conditions.