

한국심리학회지: 건강
The Korean Journal of Health Psychology
2009. Vol. 14, No. 2, 215 - 233

근거중심 치료법: 알코올 사용장애와 문제성 도박

전 영 민[†]

을지대학교 중독재활복지학과

건강 및 중독 영역에서 근거중심 치료법이 중독치료의 효과를 향상시키는 중요한 요인이라는 인식이 연구자와 임상가 모두에서 점점 더 증가하고 있다. 비록 역사적으로 행동건강 분야에서 최고의 표준 치료법은 없지만 근거중심 치료법을 배우고 제공해야 하는 과학적이고 윤리적인 이유가 있다. 본 연구는 알코올 사용장애 및 문제성 도박 영역에서의 근거중심 치료법에 대한 고찰연구들을 조사하였다. 연구결과, 강력한 근거를 갖는 치료법은 단기개입, 동기강화 접근법, 인지행동치료, 지역사회강화 접근법, 행동자기조절훈련, 사회기술훈련, 약물치료였다. 본 연구결과는 훈련과 연구를 위한 중요한 정보가 될 것이다.

중심어: 근거중심 치료법, 알코올 사용장애, 문제성 도박

우리나라에서 단일 정신장애 중 가장 높은 유병률을 보이는 장애는 알코올 사용장애와 문제성 도박이다. 보건복지부(2006)의 역학조사에 따르면 알코올사용장애 일년 유병률은 5.6%로서 정신장애들 중 가장 높았다. 정부에서는 알코올문제의 폐해를 감소시키고 예방하기 위해 2001년부터 알

코올상담센터 개소와 운영을 지원하기 시작하여 현재 전국에 29개가 개소되어 전문 치료병원과 지역사회자원을 연계하고 다양한 예방, 치료 및 재활 서비스를 제공하고 있다. 한편 도박중독 영역에서는, 정부에서 합법적 사행산업을 허가하면 서 꾸준히 확산되어 2007년 총매출액이 14조원을

[†] 교신저자(Corresponding author) : 전영민, (461-713) 경기도 성남시 수정구 양지동 212번지 을지대학교 중독재활복지학과, Tel: 031-740-7405, E-mail: clnpsyche@eulji.ac.kr

상회하고 있고(사행산업통합감독위원회, 2008), 이에 따른 문제성 및 병적 도박 일년 유병률도 6.5~9.5%(김교현, 권선중, 김세진, 송승훈, 성한기, 2004; 문화관광부, 2006 한국문화관광연구원, 2008)로 높아지면서, 이에 따른 자살, 범죄, 가정경제 파탄과 가정과외 등의 사회적 폐해도 증가하고 있다(서울대학산학협력단, 2008). 정부에서는 2007년 '사행산업감독위원회법'을 만들고 2008년에는 '사행산업 건전발전 종합계획'을 발표하여 사행산업의 폐해를 최소화하기 위한 공식적인 노력을 시작하였고, 사행산업체에서 자체적으로 예방치유센터를 운영하면서 도박이용자들에 대한 예방 교육과 치료 및 재활 프로그램을 제공하고 있다. 이에 따라 중독상담사가 되고자 하는 학생들과 임상현장의 중독관련 상담사들을 위한 교육 훈련도 활발해지고 있다. 그러나 임상실무 역량을 뒷받침할 수 있는 각 치료법들의 효과에 대한 연구는 국내에서는 미미할 뿐만 아니라 외국에서 개발된 근거중심 치료법(Evidence-Based Treatment: EBT)들마저도 임상 현장에 즉시 보급되지 못하고 있는 현실이다. 본 연구에서는 주요 의학, 심리학 및 다학제적 영역의 치료효과에 관한 문헌을 고찰함으로써 효과적인 중독치료법의 임상현장 보급과 중독상담사 교육과정 개발을 위한 기초 자료를 제공하고자 하였다.

미국심리학회는 임상가의 실무에 EBT만 사용할 것을 제안하였다(Chambless & Ollendick, 2001). 임상 실무에 EBT의 적용이 점점 더 강조되고 있는 이유는 다양하다. 정부에서는 치료효과의 향상과 책임감(accountability)을 매우 강조하고 있다. 특히 정부에서 제공하는 치료서비스 비용은 치료효과와 점점 더 밀접하게 연결되어 제공될

것으로 보인다. 연구결과가 치료서비스에 반영되도록 요구하는 압박도 점점 더 증가할 것이다. 이러한 점들은 치료자들이 과학적 연구결과들에 대한 인식과 사용을 증가시켜야 할 필요성을 시사한다. 우리나라도 앞으로 영리병원이 허용되고 민영보험이 확산된다면 각 치료에 대한 보험 보상은 EBT 및 치료효과와 연계될 가능성이 높다. 경험적으로 지지되는 치료법을 제공하지 못하는 치료자들은 자신들의 치료서비스에 대한 의료보험 보상을 받기 힘들어지게 될 것이다. 2003년 미국 오리건 주 입법부에서는 주정부의 재정적 지원을 받는 재활프로그램들은 근거중심 치료법을 사용할 것을 명령하였다(New York Times, 2008.12.23).

EBT를 사용해야 하는 이유는 또 있다. 모든 치료법이 동일하지는 않다. 알코올 및 기타 약물 문제를 다루는 데 있어서 특정 치료방법의 효과도 큰 편차를 보이고(Carroll, 1998; Miller, Wilbourne, & Hettema, 2003), 특정 치료법을 적용하는 데 있어서 각 치료자들이 지닌 치료역량에 따라 치료효과에서 유의미한 차이를 보이기 때문이다(Balabanova, Bobak, & McKee, 1998; Luborsky, McLellan, & Woody, 1985; McLellan, Woody, Luborsky, & Goehl, 1988; Najavits & Weiss, 1994; Project MATCH Research Group, 1998).

그렇다면 EBT란 무엇인가? 미국 심리학 정책(Shakow, et al., 1947)에는 심리학자가 임상가로서의 훈련과 과학자로서의 훈련을 모두 받아야 한다는 점이 반영되어 있다. 이러한 관점과 일치되게 미국심리학회(American Psychiatric Association, 2005)에서는 EBT란 환자의 특성, 문화 및 선호(preferences)라는 맥락에서의 가용한

최고 연구근거와 임상 전문지식의 통합이라고 정의하였다. 이러한 정의는 Institute of Medicine(2001, p. 147)에서 "근거중심치료란 최고 연구근거와 임상 전문지식 및 환자 가치의 통합"이라고 정의한 것과 일치한다. 또한 물질남용치료센터(Center for Substance Abuse Treatment, 2006)에서도 EBT를 가용한 근거에 관한 전문가의 의견이나 합의 및 연구결과에 기초해서 구체적인 임상효과(내담자 상태에 있어서의 측정 가능한 변화)를 보일 것으로 기대되는 치료법으로 규정되고 있다.

EBT가 되기 위해서는 환자들이 실험 처지 집단에 무선적으로 배정되고 하나 이상의 비교집단이 있는 통제된 임상 연구에서 그 효과성이 입증되어야 한다. 더구나 어떤 한 치료법이 최소한 두 독립적 연구자나 연구팀에 의한 두 개 이상의 연구에서 그 효과성이 입증되어야만 그 치료법을 '효과가 있는' 치료법으로 간주할 수 있다. 만약 한 치료법이 오직 한 연구에서 지지를 받았거나 혹은 모든 연구들이 동일한 연구팀에서 수행되었다면 그 치료법은 '효과가 있는' 치료법이 아니라 '효과가 있을 가능성이 있는' 치료법으로 분류되어야 한다(Ladouceur & Shaffer, 2005). 또한 치료법들은 반복연구와 임상적 적용을 촉진시키기 위해 매뉴얼화되어야 한다.

그렇다면 비교 집단이 있고 무선 연구설계에 의한 임상 연구결과가 얼마나 누적되어야만 근거중심 치료법이라 부를 수 있을 것인가? 이에 대한 대답은 간단하지 않다. 일반적으로 어떤 치료법이 근거중심 치료법으로 분류되기 위해서는 연구결과에 대한 검토와 해당 분야 전문가들의 의견에 근거해서 이루어진다. 어떤 특정 치료법이

근거가 있느냐를 결정하는 데 있어서 핵심 질문은 다음과 같다. 해당 치료법이 구체적인 특정 임상효과를 야기시킨다는 점을 나타내주는 근거의 강도가 무엇이나? 근거의 강도 특히 임상적 경험에서 도출되는 근거의 강도를 평가할 수 있는 황금 표준은 없다. 그러나 미국 보건국 산하의 공존장애 센터(Co-Occurring Center for Excellence: COCE)에서는 다양한 연구결과에서 도출된 근거의 수준이나 강도를 표현하기 위해 피라미드 모형을 개발하였다. 이 모형에서 가장 기초 단계의 근거는 1) 예비조사와 사례연구에서 시작하여 2) 단일집단 사전/사후 비교연구, 3) 준실험연구, 4) 단일연구/통제된 임상실험연구, 그리고 높은 수준의 근거로서 5) 기존 연구를 분석하는 문헌고찰, 6) 상이한 전집을 대상으로 한 임상실험 반복연구, 7) 메타분석 연구가 있고, 마지막 가장 높은 수준의 연구근거는 8) 연구근거에 대한 전문가집단의 고찰이다. 본 연구에서 외국의 알코올 및 도박 관련 영역에 대해서는 기존 연구근거에 대한 고찰을 할 것이고, 국내 연구에 대해서는 기존 연구를 분석하는 문헌고찰을 할 것이다.

알코올사용 영역

알코올 사용장애 치료법 고찰연구

알코올사용장애 치료법의 효과에 관한 연구는 1950년대부터 발표되기 시작하였지만 효과적인 치료법이 무엇이나에 관한 새로운 지식들은 20세기 후반이 되어서야 쏟아져 나왔다. 최근에는 Miller, Wilbourne과 Hettrema(2003)은 381개 치료효과 연구를 고찰하여, 누적 근거점수, 치료효과 크기, 방

법론적 우수성 평가치 등에 근거해서 47가지 근거중심 치료법을 제시하였는데 25위까지를 소개하면 표 1과 같다. 치료효과에 대한 근거가 가장 많이 발표된 기법은 단기개입이었고, 그 다음이 동기강화 접근법으로 분류되는 동기증진치료(motivational enhancement therapy) 및 동기강화상담(motivational interviewing; '동기화 면담'으로 번역되기도 함)과 지역사회강화 접근법(communitary reinforcement approach)이었다. 사

실, 동기강화 접근법, 사례관리, 자조메뉴얼 등이 모두 단기개입법에 속한다. 변화동기를 증진시키기 위한 목적의 단기개입은 대개 개별 평가 피드백과 동기강화상담이 결합된 '음주자 점검표(drinker's check-up)' 형태이다(Miller & Rollnick, 2002; Miller, Zweben, DiClemente, & Rychtarik, 1992). 12위로 평가되고 있는 사례관리 역시 오랜 기간에 걸쳐서 지속적으로 이루어지는 주기적이고 단기적인 접촉을 포함하고 있는데, 내담자로

표 1. 누적 근거점수 요약(cumulative evidence scores)

치료양식	순위	CES	N	%
단기개입(brief intervention)	1	390	34	74
동기강화접근법*	2	189	18	72
약물치료: acamprosate	3	116	5	100
지역사회강화 접근법(communitary reinforcement approach)	4.5	110	7	86
자조메뉴얼	4.5	110	17	59
약물치료: naltrexone	6	100	6	83
행동 자기조절훈련(behavioral self-control training)	7	85	31	52
행동계약(behavior contracting)	8	64	5	80
사회기술훈련(social skills training)	9	57	20	55
행동부부치료	10	44	9	56
협오치료: 구토유발 약물사용	11	36	6	50
사례관리	12	33	5	80
인지치료	13	21	10	40
협오치료: 내현적 감각화	14.5	18	8	38
협오치료: 무호흡	14.5	18	3	67
가족치료	16	15	4	50
침술	17	14	3	67
내담자 중심 상담	18	5	8	50
협오치료: 전기충격	19	-1	8	44
운동	20	-3	3	33
스트레스 관리	21	-4	3	33
antidipsotropic-disulfiram	22	-6	27	44
antidepressant-SSRI	23	-16	15	53
문제해결	24	-26	4	25
lithium	25	-32	7	25

주. CES=Cumulative Evidence Score

N=Total number of studies evaluating this modality

%+=Percentage of studies with positive finding for this modality

* motivational enhancement therapy와 motivational interviewing를 모두 포함

하여금 금주나 단약을 달성하여 유지하는 데 도움이 되는 지역사회 자원들을 찾아서 연결하도록 돕는 접근법이다. 공감적 방식의 동기강화상담도 내담자의 치료 유지 가능성을 증가시키는 것으로 나타났다(Miller & Rollnick, 2002).

acamprostate, naltrexone, disulfiram 등의 약물을 이용한 약물치료와 혐오치료도 매우 효과적인 것으로 나타났다. 특히 이러한 약물치료법들에 대해 긍정적인 효과가 있다고 보고한 연구들은 80% 이상으로 높았다(표 1).

지역사회강화 접근법에서는 알코올이 강화적이기 때문에 사람들이 알코올을 사용한다고 가정하고 있다. 따라서 음주보다는 단주가 더 강화적이게 되도록 내담자의 사회적 환경을 변화시키는 것이 중요하다. 또한 이러한 접근법은 음주자가 치료를 받으러 가지 않으려고 할 때에 중요 지인들을 통해 치료받게 만드는 매우 유용한 방법이다.

행동자기관리 접근법(behavioral self-management)으로서 행동 자기조절 훈련법, 행동계약, 인지치료가 효과적인 치료법으로 나타났다. 이 범주의 접근법들은 적정 음주나 단주를 목표로 음주행동을 관리하는 방법을 내담자들에게 교육하는 데 초점을 맞추고 있다. 가장 많은 문헌들이 행동 자기조절훈련에 초점을 맞추고 있는데, 이 기법은 자신의 알코올사용을 조절하기 위한 일련의 전략으로 구성되어 있다. 구체적인 목표를 설정하고 점진적 접근을 강화하는 행동계약 기법은 좋은 평가를 받았다. 인지치료는 문제음주의 기저에 있는 것으로 가정되는 신념과 사고유형을 변화시키려는 목적으로 실시되는데, 비록 그 치료효과에 대한 연구결과는 부정적인 결과와 긍정적 결과가 섞여 있기는 하지만 대체로 긍정적 결과가 우세하였다.

관계치료 접근법(relationship therapies)은 중요 관계의 질을 향상시킴으로써 단주를 촉진시키려는 접근법이다. 이 범주에는 행동부부치료, 비행동부부치료, 가족치료 등이 속한다. 행동부부치료는 상위 10위권이였다. 관계치료에 대한 행동주의 접근법은 전형적으로 효과적인 대화기술을 가르치고 관계 내의 정적 강화수준을 향상시키는 데 초점을 맞춘다. 그러나 비행동부부치료(26위)나 가족치료(16위)에 대한 경험적 지지는 낮았다.

대처기술훈련의 일차적 초점은 음주행동 그 자체가 아니라 알코올과 기능적으로 연결되어 있는 다른 생활문제 영역들이다. 그 기저 가정은, 음주문제가 발생되고 유지되는 이유는 단주생활을 위한 중요한 대처기술들이 부족하기 때문이라는 것이다. 따라서 상담자는 문제 음주자들에게 그러한 생활기술들을 가르친다. 행동부부치료와 같이 사회기술훈련(9위)은 내담자들의 관계의 질을 향상시키려는 시도를 한다. 그러나 스트레스 관리 기법(21위)과 이완훈련(44위)에 대한 경험적 지지는 부족한 것으로 나타났다. 문제해결 훈련(24위)에 대한 경험적 지지도 매우 부족하였다. 재발예방은 인지행동 접근법들을 결합시켜 놓은 접근법(예, Annis & Davis, 1989; Marlatt & Gordon, 1985)으로 내담자들로 하여금 고위험 상황들을 미리 예측하여 대처할 수 있도록 돕는다. 재발예방 접근법에 대한 규정이 모호하여 그 연구 결과에 대해 명확한 결론을 내리기는 쉽지 않다. 비록 Miller 등(2003)의 연구에서는 재발예방 접근법이 29위로서 경험적 증거가 부족한 것으로 보고되었지만 재발예방의 내용을 무엇으로 규정하느냐에 따라 재발예방의 효과에 대한 연구결과는 크게 다를 수 있다.

공존장애 치료법 고찰연구

남용치료센터(Center for Substance Abuse Treatment: CSAT, 2006)에서는 정신약물치료, 동기강화 접근법(예, 동기증진치료 Miller, 1996; Miller & Rollnick, 2002), 행동 개입법(예, 유관관

물질중독 및 기타 정신장애의 공존장애 영역에서 근거중심 치료법에 대해 미국 보건국의 물질

표 2. 근거중심 치료법들에 관한 10개 고찰연구 요약

치료법	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Σ
인지행동치료	+			++	+	++	++	+		9	
지역사회강화접근법			++	+	+	+	++	++		9	
동기강화상담	+	+			+	+	+	+	++	+	9
재발예방	+	+		+	+	+	+	+		++	9
사회기술훈련				++		+	++	++	++		9
행동 부부치료					++	+		++	++		7
단기개입						+	+		++	++	6
행동 자기관리						+	+		++		4
바우처 결합형 지역사회강화 접근법	+	++				+					4
행동계약								+	++		3
독서치료(자조메뉴얼)						+			++		3
메사돈+심리사회적 치료		++		+							3
12단계 촉진치료					+	+		+			3
혐오치료								+	+		2
내현적 감각화							+		+		2
개인 약물상담	+				+						2
메트릭스 모형	+			+							2
스트레스관리 훈련				+				+			2
지지-표현 심리치료	+				+						2
청소년을 위한 행동치료	+										1
내담자중심 상담									+		1
단서 노출					+						1
단주, 유관관계 및 바우처를 활용한 낮치료	+										1
집단치료					+						1
집중적 사례관리					+						1
청소년을 위한 다차원적 가족치료	+										1
다중체계 치료	+										1
치료 공동체			+								1
메사돈 유지 치료에서 바우처 중심 강화치료	+										1

주. 이 표에 요약된 고찰문헌은 다음과 같음: (1) NIDA(1992); (2) Carroll(1998); (3) Mattick & Hall(1993); (4) Rawson (1996); (5) McCrady & Ziedonis (2001); (6) Berglund et al. (2003); (7) Mattick & Jarvis (1992); (8) Finney & Moos (2002); (9) Miller & Wilbourne (2002); (10) McCrady (2000).

(+) 기호는 해당 고찰문헌에서 해당 치료법이 근거가 있는 것으로 확인했음을 나타냄 (++) 기호는 해당 고찰문헌에서 해당 치료법에 대한 강력한 근거를 지니는 것으로 평가되었다는 의미임 Σ 기호는 10개 고찰문헌에서 해당 치료에 대한 + 평가를 받은 총 개수임.

리: Roth, Brunette, & Green, 2005; Shaner, et al., 1997), 수정형 치료공동체(modified therapeutic communities; Center for Substance Abuse Treatment, 2005; De Leon, Sacks, Steaines, & McKendrick, 2000; Sacks, De Leon, Bernhardt, & Sacks, 1998), 통합적 이중장애치료(Center for Mental Health Services, 2003; Drake, Mercer-McFadden, Mueser, McHugo, & Bond, 1998; Drake, Mueser, Brunette, & McHugo, 2004; Mueser, Noordsy, Drake, & Fox, 2003), 주도적 지역사회 치료(Assertive Community Treatment; Drake, McHugo, et al., 1998; Essock, et al., 2006; Morse, et al., 1997; Wingerson & Ries, 1999)를 제안하였다.

근거중심 치료법에 관한 10개 고찰연구

한편 Miller, Zweben과 Johnson(2005)은 7개 연구집단에서 발표한 10개 EBT 고찰연구(Berglund, Thelander, & Jonsson, 2003; Carroll, 1998; Finney & Moos, 2002; Mattick & Hall, 1993; Mattick & Jarvis, 1992; McCrady, 2000; McCrady & Ziedonis, 2001; Miller & Wilbourne, 2002; National Institute on Drug Abuse, 1999; Rawson, 1996)의 결론들을 조사하여 발표하였다(표 2). 9개의 고찰연구에서 근거가 있는 것으로 평가된 치료법은 인지행동치료, 지역사회강화법, 동기강화상담, 재발예방 및 사회기술훈련이었으며, 3개 이상의 고찰연구에서 근거중심 치료법으로 평가된 치료양식은 행동 부부치료, 단기개입, 행동 자기관리, 바우처 결합형 지역사회강화 접근법, 행동계약, 독서치료(자기-변화 매뉴얼), 메사돈+심리

사회적 치료법 및 12단계 촉진치료법이다. 이러한 결과는 Miller 등(2003)의 연구결과와도 비슷하다.

치료 제공자의 근거중심 치료법에 대한 시각 연구

치료 제공자들의 시각과 실무를 직접 조사한 연구문헌을 고찰하였다. 이러한 연구는 EBT로 평가되는 치료법들이 실제 임상실무에 활용되지 않는 이유를 파악할 수 있기 때문에 임상적 연구에 대한 고찰을 보완할 수 있을 것이다. Herbeck, Hser와 Teruya(2008)는 경험적으로 지지 받은 치료법들이 지역사회 기관에 활용되고 있는 정도를 파악하기 위해 다양한 심리사회적 치료와 약물치료를 사용하고 있는 치료 제공자들을 설문 조사하였다. 프로그램 관리자($n=30$)와 스텝들($n=331$)이 자기보고 질문지를 통해 다양한 치료법들의 사용빈도와 효과성을 평가하고 프로그램 및 인력의 특성에 관한 정보를 제공하였다. 평균적으로 프로그램 관리자와 스텝들은 바우처 치료법을 제외한 심리사회적 치료법들을 모두 효과적인 것(5점 척도에서 3.0에서 3.6점 사이임)으로 평가하였다. 많은 스텝들과 관리자들은 매트릭스 모형과 여러 약물치료법의 효과에 대해 모르고 있었다. 또한 효과적인 것으로 평가된 치료법들이 가장 공통적으로 사용되고 있었다. 53-80%의 기관에서 이 치료법들을 사용하였다. 매트릭스 모형은 효과성이란 측면에서는 가장 높은 점수를 받았지만 일반적으로 사용되는 치료법은 아니었다. 또한 관리자와 스텝들이 각 치료법들에 대한 지각된 효과성은 해당 치료법의 더 많은 사용빈도를 예측해 주었다. 일반적으로 치료법에 대한 훈련을 더 많이 받을수록 심리사회적 치료법의 사용빈도가 더 높

아졌다. 그리고 스텝과 관리자의 교육수준이 높을 수록 지지-표현 심리치료(supportive-expressive psychotherapy)를 더 많이 사용하였으며, 해당 치료법에 대한 정보를 수집할 수 있는 원천(예, 저널 및 전문서적 컨퍼런스, 대학교육과정 및 세미나 또는 전문가 협회에서의 활동 다른 치료기관 구성원들과의 대화 스텝들과의 대화 연구원들과의 대화)이 많을수록 동기증진치료, 매트릭스 모형, 메사돈 및 디설피람을 사용하는 빈도가 더 많았다.

표 3에서 보는 바와 같이 임상 현장에서 실제 사용되고 있는 심리사회적 EBT는 5개 밖에 되지 않았다. 또한 임상 통제실험연구 결과와는 달리 임상현장의 스텝들은 해결중심 치료와 지지-표현 심리치료가 매우 효과적인 치료법으로 인식하고 있었다. 이러한 결과는 EBT를 실제 임상 현장에 보급하는 것을 방해하는 요인들이 있음을 시사한다. 이 연구에 의하면, 기관에서 사용되는 치료법의 수는 해당 기관에서 치료법 훈련의 지원 정도 및 정보수집 원천(예, 저널, 세미나, 대학교육 등)

의 범위와 관련이 있었다. 또한 Willenbring 등 (2004)도 이러한 임상현장 보급을 방해하는 요인들을 파악하기 위해 중독치료에 있어서 근거중심 실무에 관한 프로그램 지도자들의 신념을 조사하였다. 그 결과 임상현장 보급을 방해하는 요인은 행정적 지원 결핍, 불충분한 치료시간, 기술이나 지식의 결핍인 것으로 나타났다. 이 연구에서 강력한 근거를 지닌 것으로 평가되는 치료법은 거주치료, 환자교육, 인지행동적 재발예방, 확장 지속치료(extended continuing care), 정신장애에 대한 통합적 치료, 금연치료, 메사돈 유지치료이며, 임상가들이 추천하는 치료법도 행동 부부치료가 추가되는 것 외에는 모두 비슷하였다. EBT의 임상현장 보급에 가장 효과적이라고 지각하는 전략은 스텝 훈련, 임상 현장 치료지침서, 지침서를 요약한 호주머니용 카드, 간략한 팸플릿 요약, 지침서가 포함된 사무매뉴얼 등을 활용하는 전략으로 확인되었다.

표3. 치료효과성(1=전혀 효과없음, 5=매우 효과적임), 그리고 효과성을 모른다고 보고하는 비율에 대한 프로그램 관리자와 스텝들의 평균 평가값

치료법	평균 평가값(SD)		모른다는 비율	
	관리자	스텝	관리자	스텝
동기증진치료	3.46(0.86)	3.54(1.36)	16.8	13.3
해결중심 치료	3.30(1.03)	3.55(1.40)	20.3	20.0
지역사회강화접근법	3.57(0.90)	3.43(1.39)	24.1	23.3
지지-표현 심리치료	2.95(0.89)	3.44(1.38)	30.0	33.3
매트릭스 모형	3.58(1.00)	3.14(1.42)	42.6	60.0
바우처(동기화 유인)	2.65(1.06)	2.79(1.12)	32.4	43.3
메사돈	2.88(1.14)	2.92(1.22)	11.9	13.3
부프레노르핀	2.31(1.08)	2.86(1.17)	46.9	46.7
디설피람	2.39(1.20)	2.79(1.09)	22.4	23.3
날트렉손	2.32(1.06)	2.60(1.12)	49.8	36.7

문제성 도박 영역

본 연구에서 문제성 도박(problem gambling)이란 DSM-IV의 기준에 따라 병적 도박(pathological gambling)으로 진단되는 도박자와 현재 문제를 경험하고 있지만 병적 도박 진단기준에는 부합되지 않는 도박자를 모두 포괄하는 개념으로 사용하였다. 이 개념은 '병적 도박' 혹은 '강박적 도박' 개념과는 대비된다. 병적 도박 개념을 사용하는 연구들은 치료의 적용범위를 가장 심각한 사례(즉, 병적 도박자)에 국한시키는 인상을 주고, 지역사회에 존재하는 도박문제 스펙트럼을 대표하지 못하는 병원 표집을 이용한다는 문제점을 가지고 있다. 따라서 본 연구에서는 치료적 도움이 필요한 다양한 수준의 도박 문제자들을 포함시키면서도 부정적 낙인이 없는 문제성 도박이란 개념을 사용하였다.

문제성 도박자들에 대한 치료법의 효과를 연구한 문헌들에 대한 최근 고찰들은 오늘날 가용한 치료법들의 효과성에 대해 상당히 긍정적인 경향이 있다(Department of Human Services, 2000; Gambling Research Panel, 2003; Lopez Viets & Miller, 1997). 그러나 엄격한 기준을 적용한 연구 결과(Oakley-Browne & Mobberly, 2002)에서는 무선화 통제연구는 오직 4개 밖에 찾아내지 못하였다. 이 연구자들은 병적 도박의 효과적인 치료법에 대한 근거가 부족하며, 다만 인지행동 접근법들은 비교 치료법들보다 더 효과적이라는 결론만 내릴 수 있다고 하였다. 또 다른 연구(Ladouceur & Shaffer, 2005)에서도 참여자들을 실험집단에 무선적으로 배정한 엄격한 임상 연구 기준을 따른다면, 문제성 도박자들을 치료하기 위

해 설계된 치료법들을 평가하는 연구논문은 20개를 넘지 못할 것이라고 발표하였다. 따라서 문제성 도박자들에 대한 치료와 연구는 아직 초기 단계에 머물러 있다고 볼 수 있다(Ladouceur, Sylvain, Boutin, & Doucet, 2002; Ladouceur, Sylvain, Letarte, Giroux, & Jacques, 1998). 또한 Westphal(2007)은 도박치료에 관한 대부분의 연구들은 치료효과를 입증하기에는 방법론적으로 적합하지 않다고 주장하였다. 많은 연구 탈락자들이 치료효과 분석에 고려되지 않았기 때문이다. 이러한 이유로 그는 현재의 연구 근거들은 도박치료 효과를 과대평가할 수 있다고 제안하였다.

National Centre for Education and Training on Addiction(NCETA; O'Connor, Ashenden, Raven, & Allsop, 2000)에서는 행동치료, 인지치료, 체계론적 접근법, 재발예방, 최면술 및 약물치료와 같은 모든 문제성 도박 치료법들에 관한 효과연구를 고찰하였다. 또한 치료전달 양식인 거주 프로그램, 외래프로그램, 집단치료 및 단기/자조개입법의 효과에 대한 연구들도 고찰하였다. 치료 효과연구에 대한 문헌들을 분석한 결과, 통제된 연구가 많지 않고 여러 치료적 요소들이 결합되어 있는 연구방법론적 한계점 때문에 어떤 특정 치료법이 더 우수하다는 결론을 내릴 수 없었다. 다만 이러한 한계점에도 불구하고 인지재구성, 탈감각화 절차, 문제해결 및 기술시연, 자기모니터링 및 재발예방과 같은 인지행동적 접근법, 외래 프로그램, 단기개입 등이 치료효과가 있는 것으로 평가되었다.

Jackson 등(Jackson, et al., 2000)은 빅토리아 주의 도박상담사 43명을 대상으로 상담사들이 활용하는 치료기술과 그 이론적 배경을 조사하였다.

조사결과, 대부분의 상담사들은 특정 이론이나 치료법에 의존하기 보다는 다양한 치료법을 결합한 절충적 접근법을 사용하였다. 이러한 결과는 현대 상담과 심리치료의 경향과 일치하였다. 상담실무에 가장 큰 영향력을 끼친 치료법은 인지행동치료법으로 나타났다. 인본주의 심리학에 기반을 둔 내담자-중심 접근법도 상담실무의 핵심 내용인 것으로 밝혀졌다. 그 외에 동기강화 접근법, 체계론적 접근법, 해결중심 치료를 많이 사용하고 있는 것으로 보고되었다. 또한 긍정적 치료효과를 가장 일관성 있게 예측해주는 치료과정 변인은 치료관계인 것으로 나타났다. 이러한 결과는 치료적 관계가 상담결과에 영향을 미칠 가능성이 가

장 높은 요인이라는 이전의 고찰연구(Bergin & Garfield, 1994; Beutler, Machado, & Neufeldt, 1994)와도 일치한다.

치료적 관계의 중요성에 관한 연구결과 이외에도 다음과 같은 결과들이 보고되었다. 즉, 문제해결 비율이 가장 높은 상담사들은 내담자-중심 인본주의 심리학, 인지행동치료기법 및 해결중심 상담을 결합해서 사용하는 것으로 나타났다. 내담자에 대한 심리사회적 및 변화준비성에 대한 정확한 평가는 높은 치료효과를 보이는 상담사들의 실무 특성인 것으로 밝혀졌다.

Jackson, Thomas와 Blaszczynski(2003)는 문제성 도박 치료효과에 관한 연구문헌, 연구자들의

표 4. 국내 알코올 및 도박중독 영역의 치료효과에 관한 임상실험연구 요약

치료법	저자	치료효과	비교집단	무선표집	효과 크기	발표 연도	학회지
미술치료	김경순 외	불확실(5명 중 2명 탈락)	없음	없음		2004	미술치료연구
절충적 치료 (계슈탈트치료+음악치료)	임은희	지지	단일사례	단일사례		2001	정신보건과 사회사업
집단교육	강선경	지지	있음	예	.11	2003	사회복지학회 2003년 춘계학술대회 발표
자조집단	윤현숙	지지	있음	아니오		1994	한국사회복지학
재발예방교육	장진경	기각	없음	아니오		2000	학술대회 발표
부부치료	엄예선 외	지지	있음	아니오		1997	한국사회복지학
글쓰기치료	전수미	지지	단일사례	단일사례		2008	정신보건과 사회사업
폭력행동감소 프로그램	장수미	지지	있음	아니오	.04	2004	한국사회복지학
부부집단 개입	윤명숙	지지	없음	아니오		2003	정신보건과 사회사업
집단치료	박민희 외	부분지지	있음	아니오	.12	2001	정신간호학회지
심상치료	이혜경	지지	없음	아니오		2006	정신간호학회지
문제해결훈련	최이순	지지	있음	예	.15	2005	한국심리학회지: 임상
숲치유	연평식	지지	없음	아니오		2007	한국산림휴양학회지
숲치유	조현섭 외	지지	없음	아니오		2008	한국심리학회지: 건강
자기사랑	박상규	지지	없음	아니오		2002	한국심리학회지: 임상
자기사랑	전영민	지지	있음	아니오	.11	2002	한국심리학회지: 임상

주. * 효과크기=((실험집단 평균값)-(비교집단 평균값))/전체 표준편차 효과크기에서 빈칸은 효과크기와는 무관한 설계이거나 혹은 효과크기에 사용되는 측정치가 보고되지 않은 연구임.

자문, 도박상담사 40명과의 면담, 치료서비스를 받는 내담자들을 대상으로 한 포커스 집단면담, 도박상담사의 임상 과업을 평가하는 자기보고 질문지($n=48$) 등을 통한 연구결과도 Jackson 등의 2000년 연구결과와 비슷하였다. 이 고찰연구에서도 인지행동 접근법 및 중다양식(multimodal) 접근법을 사용하는 광범위한 생물심리사회적 접근법을 지지하는 것으로 나타났다. 이러한 ‘절충주의(eclecticism)’는 최신 치료전략에 관한 광범위한 고찰연구(McCown & Chamberlain, 2000)도 이미 확인된 치료경향성이다.

Korn과 Shaffer(2004)는 강력한 근거를 지닌 치료법으로서, 인지행동치료와 행동치료를 제시하였고, 중간 수준의 근거를 지닌 치료법으로서 재발예방 및 회복훈련을, 그리고 근거가 약한 치료법으로서 정신역동적 심리치료, 자조집단, 혐오치료 및 자율적 출입제한 접근법(self-exclusion)을 제안하였다. 도박에 있어서 인지행동치료는 무절제한 도박 및 그로 인한 부정적 결과와 연합되어 있는 ‘인지적 왜곡과 오류’를 확인하고 변화시키는 것이다. 이러한 치료법에는 인지재구성, 문제 해결훈련, 사회 및 대처 기술훈련이 포함된다.

국내 중독 영역

한국교육학술정보원(RISS4U), DBPIA, Korean Studies Information Service System(KISS), 학술교육원(e-article) 데이터베이스에서 ‘중독’, ‘알코올’, ‘음주’, ‘도박’검색어를 사용하여 검색하였다. 연구내용을 분석한 결과, 단일 사례가 아닌 연구들은 모두 집단치료 형태였고, 통제된 임상실험 연구는 총 16개였다(표 4). EBT가 되기 위한 조

건으로서 서로 다른 연구팀에 의한 반복연구 조건을 갖춘 치료법(예, 숲치유 및 자기사랑)은 2개였지만 비교집단 및 무선표집 기준을 충족하지는 못하였다. 무선표집 기준을 지킨 연구는 단 2개 연구였으며, 비교집단을 둔 연구도 7개 연구밖에 되지 않았다. 비교집단이 있는 연구에서 효과크기를 계산한 결과 .04~.11 수준으로 효과크기는 크지 않았다. 또한 서구에서 근거가 확인된 표준 치료법들(예, 인지행동치료, 동기강화 접근법, 지역사회회강화 접근법, 단기개입)에 대한 연구가 거의 이루어지지 않고 있다. 비교집단이 있는 임상실험 연구도 확인하지 못하였다.

논 의

본 연구고찰에서는 알코올 및 기타 약물과 도박문제를 해결하도록 사람들을 돕기 위한 치료기법에 초점을 맞추었다. 신체에 대한 치료에서처럼 중독치료도 현재 가용한 최고의 근거중심 치료법을 사용하는 것이 적절하다. 미국 국립물질남용연구소(National Institute on Drug Abuse, 1999)는 ‘Principle of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide’에서 치료는 개인의 민족과 문화에 적절해야 하는 것이 중요하다고 하였다. 또한 중독상담사가 갖추어야 할 개인상담 역량으로서 중독자의 회복을 위한 치료에 있어서 문화적인 차이에 민감한 치료법과 다양한 문화에 민감하게 반응할 수 있는 전문가 역량을 강조되고 있다(Addiction and Mental Health Division, 2009; Center for Mental Health Services, 2006). 이는 중독 치료의 효과를 향상시키기 위해서는 치료프로그램과 중독상담사의 역량은 중독자들의

표 5. 최고 근거중심 치료법 요약

치료양식	알코올 및 기타 약물			공존 장애	도박				종합 근거 강도
	A연구: 순위	B연구: 근거개수	C연구: 효과평점		D연구	E 연구	F 연구	G 연구	
단기개입	1	6			0				상
동기강화접근법	2	9	3.5	0		0			상
약물치료: acamprosate	3			0					상
지역사회강화 접근법	4.5	12	3.4	0					상
자조매뉴얼	4.5	3							중
약물치료: naltrexone	6		2.6						중
행동 자기조절훈련	7	4						0	상
행동계약	8	3						0	중
사회기술훈련	9	9						0	상
행동부부치료	10	7							중
협오치료:약물	11	2	2.7						중
사례관리	12	1							중
인지행동치료		9			0	0	0	0	상
인지치료	13								하
협오치료: 내현적 감각화	14.5								하
협오치료: 무호흡	14.5								하
가족치료	16	1							하
침술	17								하
내담자 중심 상담	18	1				0			중
협오치료: 전기충격	19								하
운동	20								하
스트레스 관리	21	2							중
해결중심치료	24	3	3.5			0			중
재발예방	29				0			0	중
12단계촉진치료		3							중
메트릭스 모형 (외래프로그램)	2		3.1		0				중
치료공동체		1		0					중
지지-표현 심리치료		2	3.4						중
바우처			2.7						하
메사돈유지치료		4	2.9						중
부프레노르핀			2.8						하
통합적 이중장애치료				0					중
체계론적 접근법						0			중
절충적 접근법						0	0		중

주. A연구=Miller, Wilbourne, & Hettema(2003), 순위점수 B연구=Miller, Zweben, & Johnson(2005), 해당 치료법을 EBT로 선정된 연구개수 C연구=Herbeck, Hser, Teruya(2008), 스텝들이 해당 치료법의 효과에 대해 5점 척도로 평정한 평균 점수 D연구=CSAT(2006), ; E연구=O'Connor, Ashenden, Raven, & Allsop(2000), F연구=Jackson 등 (2000); G연구=Jackson 등 (2003); H연구=Korn & Shaffer (2004). D연구~H연구는 순위가 없어 모두 1순위로 매김.

민족과 문화 차이를 반영해야 할 필요성을 시사해주고 있다. 따라서 서구의 문화에서 효과가 있는 근거중심 치료법을 우리나라 중독자들에게 적용할 때에는 우리의 정서와 문화에 적절하게 치료프로그램을 구성하고, 그 치료효과를 다시 연구할 필요가 있는 것이다. 이러한 의미에서 국내에서 발표된 중독치료 프로그램에 대한 연구를 고찰하는 것은 한국의 문화에 맞는 치료프로그램 개발에 중요한 의미가 있을 것이다.

현재까지 조사한 근거중심 치료법들 중에서 순위를 정한 연구결과를 중심으로 정리하면 표 5와 같다. 본 연구에서는 근거의 강도에 따라 상, 중, 하로 분류하였다. 상수준은 표 5의 B연구에서 EBT로 선정하는 연구개수가 4개 이상이고 A연구에서 9위 이내이거나 C연구에서 치료효과를 3점 이상이거나 D연구에서 EBT로 선정된 치료법들로 규정하였다. 중수준은 B연구에서 연구개수가 2-3개이거나, A연구에서 10위권이거나, C연구에서 2점대이거나, D연구에서 EBT로 선정되거나 도박중독 영역에서 EBT로 선정된 치료법들로 규정하였다. 마지막으로 하수준은 B연구에서 EBT로 선정하는 연구개수가 1개이거나 A연구에서 20위권인 치료법들로 규정하였다.

연구근거가 강력한 상수준의 치료법들은 인지행동치료, 동기강화접근법, 지역사회강화 접근법, 사회기술훈련, 행동 자기조절훈련, 약물치료(acamprosate)가 포함되었다. 중수준의 치료법들에는 자조메뉴얼, 약물치료(naltrexone), 행동계약, 행동 부부치료, 사례관리, 내담자중심 상담, 스트레스관리, 해결중심 치료, 재발예방, 12단계촉진치료, 메트릭스 모형, 치료공동체, 지지-표현 심리치료, 메사돈유지치료, 통합적 이중장애치료, 체계론

적 접근법, 절충적 접근법이 포함되었다.

비록 12단계 촉진치료는 치료효과 연구에서 많이 다루어지지는 않았지만 대규모 연구인 Project MATCH Research Group(1998)에서 주요 치료법으로 선정되어 매우 효과적인 것으로 입증되었기 때문에 지속적인 평가연구가 필요한 치료법이다. 또한 외국에서는 최고의 EBT로 분류되고 널리 활용되고 있는 지역사회강화 접근법과 메트릭스 모형은 우리나라 중독분야에서는 생소한 치료법으로서 앞으로 우리나라 지역사회 자원에 적합한 형태로 개발되어야 할 것이다. 그리고 미국 약물중독 영역에서처럼 우리나라 중독관련 분야에서 종사하는 전문가들도 약물치료의 효과에 대한 지식을 갖추어야 할 것이다.

국내 연구결과들은 외국에서의 EBT로 분류되는 치료법에 대한 연구는 찾아보기 힘든 실정이다. 순수한 인지행동치료 기법에 대한 임상실험연구는 박사학위논문 1편(임영란, 2000)뿐인 것으로 확인되었다. 역시 최고의 EBT로 분류되는 동기강화접근법, 단기개입, 해결중심치료에 대한 연구도 찾아 볼 수 없었다. 그 이유는 이러한 치료법들이 실제 임상현장에서는 널리 사용되지 않고 있거나 혹은 이와 같은 치료법들은 실제 국내 치료환경에서 많이 적용되고 있지만 연구환경이 열악하기 때문일 수도 있다. 즉, 국내 연구자들이 임상 현장에서 비교집단을 두고 무선표집이 이루어질 수 있는 환경을 구축하고 있지 못하고 있기 때문일 수 있다. 그렇다면, 가장 근거가 강력한 통제된 임상실험연구만 고집할 것이 아니라, 비록 근거수준은 조금 낮더라도 단일집단 사전/사후 비교연구 및 준실험연구를 다양한 연구자들이 다양한 치료세팅에서 이루어진다면 통제된 임상실험연구에

못지 않은 강력한 근거가 마련될 것으로 보인다. 또한 합리적 사고에 기반한 서구문화의 치료기법과 정서중심적이고 가족중심적인 국내 치료기법은 다를 수 있다. 집중적인 치료법인 인지행동치료, 행동계약, 12단계 촉진치료, 치료공동체 등은 국내의 문화와 충돌할 수 있는 접근법들이다. 지금까지의 연구고찰을 통해 더욱 분명해진 것은 국내 중독환자들에게 가장 효과적인 절충적 치료법을 개발하는 것이 국내 치료자들과 연구자들의 몫이라는 점이다.

앞으로 국내에서 연구가 절실한 또 다른 주제는 절충적 치료법이다. 중독문제는 단일 치료법으로는 해결되기 어려운 문제이다. 외국의 도박치료에서도 절충적 접근법이 효과적인 치료법으로 입증되고 있고, 실제 임상 현장에서도 다양한 치료법들을 조합해서 사용되고 있다. 예를 들어 인지행동치료와 약물치료, 단기 동기강화 접근법과 인지행동치료, 선별검사와 단기 동기강화 접근법 등이다. 이러한 추세는 내담자의 중독 정도와 변화 단계에 맞춘 접근법의 효과성을 반영하는 것이다. 내담자의 특성에 따른 최적의 치료법 조합이 무엇인지에 대한 연구가 필요하다.

효과가 입증된 다양한 EBT가 국내에서 제한적으로 활용되는 이유는 무엇일까? 대학에서 중독문제의 EBT에 대한 충분한 지식과 훈련 없이 임상현장에 배출됨으로써 임상가들은 몇 가지 제한적인 치료법에 의존하기 때문이다. 또한 대학 졸업 후에도 EBT 활용을 위한 훈련중심의 워크숍이 활발하지 못하고 있기 때문에 임상가들은 새로운 EBT에 대한 훈련의 기회가 적기 때문일 것이다. 국내에서 중독영역의 전문가들은 다른 영역에 비해 적은 편이다. 또한 중독문제에 대한 해결

은 어느 한 접근법으로는 어렵듯이 어느 한 학제의 노력으로는 한계가 있다. 따라서 앞으로는 학제들간의 이해와 존중을 바탕으로 공동 임상연구와 훈련 중심의 워크숍이 요구된다.

마지막으로 근거중심 치료법에 대한 연구의 한계점은 무엇일까? 근거중심 치료법은 무선설계법에 의한 임상 연구의 반복에 의해 규정된다. 그러나 치료법들은 보험기관에서의 정책 즉 저비용-고효과의 영향을 받기 때문에 효과는 있지만 오랜 기간이 소요되는 치료법들에 대한 연구는 활발하지 않을 수 있다. 예를 들어 Project MATCH Research Group(1998)에서 그 효과가 입증된 12단계 촉진 프로그램은 임상 현장에서 효과적으로 많이 운영되고 있지만 이에 대한 연구는 많지 않은 편이다.

기존의 EBT 연구들의 무선화설계 통제실험들은 비교되는 치료프로그램들 내에서 진행되는 치료자와 내담자의 상호작용 과정들(processes) 즉, 협력적 목표설정, 기술훈련, 내담자 중심 치료계획 수립, 내담자-치료자 관계 형성, 환경적 편의(environmental accommodations) 제공과 코칭(coaching)에 대해서는 통제하지 못하였다는 문제가 있다(Anthony, 2003). 이러한 결과로 인해 치료효과에 대한 측정치가 주로 문제행동의 감소나 소거에 한정되었다. 만성적인 질환에 있어서 특히 중독 영역에서 강조되는 치료 탈락률은 내담자와 치료자의 상호작용 과정 요인들이 영향을 많이 받는다. 따라서 앞으로의 EBT 연구에서는 치료과정에 대한 측정을 통해 임상 현장 실무를 실질적으로 반영하는 연구도 이루어져야 할 것이다.

참 고 문 헌

- 김교헌, 권선중, 김세진, 송승훈, 성한기 (2004). 도박중독 척도 개발 및 발병률 조사. 2004년도 한국마사회 연구용역보고서.
- 문화관광부 (2006). 사행산업 이용실태 조사분석 연구. 문화관광부.
- 보건복지부 (2006). 정신질환실태역학조사. 보건복지부.
- 사행산업통합감독위원회 (2008). 사행산업 관련 통계자료. 사행산업통합감독위원회.
- 서울대학산학협력단 (2008). 도박중독예방치유관련 전문인력 양성방안개발. 사행산업통합감독위원회 연구용역 보고서.
- 임영란 (2000). 알코올 의존 환자를 위한 인지행동치료의 효과 검증 및 심리적 위험 인자에 대한 구조 모형 분석. 고려대학교 대학원 박사학위 청구논문.
- 한국문화관광연구원 (2008). 사행산업 이용실태 조사 분석 및 총량조정연구. 사행산업통합감독위원회.
- Addiction and Mental Health Division (2009). Cultural competency plan 2009 Retrieved April 24, 2009, from <http://www.oregon.gov/DHS/mentalhealth/cc-plan.pdf>
- American Psychiatric Association (2005). Policy statement on evidence-based practice in psychology. Retrieved June 3, 2009, from <http://www.apa.org/practice/ebpstatement.pdf>
- Anthony, W. A. (2003). Studying Evidence-Based Processes, Not Practices. *Psychiatr Serv*, 54(1), 7.
- Balabanova, D., Bobak, M., & McKee, M. (1998). Patterns of smoking in Bulgaria. *Tobacco Control*, 7(4), 383-385.
- Bergin, A. E., & Garfield, S. L. (1994). *Handbook of psychotherapy and behavior change*(Vol. 4). New York: John Wiley & Sons.
- Berglund, M., Thelander, S., & Jonsson, E. (2003). *Treating Alcohol and Drug Abuse. An Evidence Based Review*. Weinheim, Germany: Wiley-VCH verlag.
- Beutler, L. E., Machado, P. O., & Neufeldt, S. A. (1994). Therapist variable. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4 ed.). New York: Wiley.
- Carroll, K. (1998). Treating drug dependence: Recent advances and old truths. *Treating Addictive Behaviors*, 217-229.
- Center for Mental Health Services (2003). *Co-occurring disorders: Integrated dual disorders treatment, Implementation resource kit*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Center for Mental Health Services (2006). *중독상담능력 [Addiction counseling competencies: The knowledge, skills, and attitudes of professional practice]*. (전영민, 조성민, 강경화, 송수진 역). 고양시: 한국음주문화연구센터. (원진은 1998년 출판).
- Center for Substance Abuse Treatment (2005). *Substance abuse treatment for persons with co-occurring disorders*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 42. (DHHS Publication No. SMA 05-3992). Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Center for Substance Abuse Treatment (2006). *Understanding evidence-based practices for co-occurring disorders*. COCE Overview Paper 5. DHHS Publication No. (SMA) XXX-XXXX. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, and Center for Mental Health Services.
- Chambless, D. L., & Ollendick, T. H. (2001).

- Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, *52*, 685-716.
- De Leon, G., Sacks, S., Steaines, G., & McKendrick, K. (2000). Modified therapeutic community for homeless mentally ill chemical abusers: Treatment outcomes. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, *26*, 461-480.
- Department of Human Services (2000). *Playing for time: exploring the impacts of gambling on women*. Melbourne: Department of Human Services.
- Drake, R. E., McHugo, G. J., Clark, R. E., Teague, G. B., Xie, H., Miles, K., et al. (1998). Assertive Community Treatment for patients with co-occurring severe mental illness and substance use disorder: A clinical trial. *American Journal of Orthopsychiatry*, *68*, 201-215.
- Drake, R. E., Mercer-McFadden, C., Mueser, K. T., McHugo, G. J., & Bond, G. R. (1998). Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders. *Schizophrenia Bulletin*, *24*, 589-608.
- Drake, R. E., Mueser, K. T., Brunette, M. F., & McHugo, G. J. (2004). A review of treatments for people with severe mental illnesses and co-occurring substance use disorders. *Psychiatric Rehabilitation*, *27*, 360-374.
- Essock, S., Mueser, K. T., Drake, R. E., Covell, N., McHugo, G. J., Frisman, L. K., et al. (2006). Comparison of ACT and standard case management for delivering integrated treatment for co-occurring disorders. *Psychiatric Services*, *57*, 185-196.
- Finney, J. W., & Moos, R. H. (2002). Psychosocial treatments for alcohol use disorders. *A Guide to Treatments That Work*, 157-168.
- Gambling Research Panel (2003). *Best practice in problem gambling services*. GRP Report No. 3. Melbourne: Gambling Research Panel.
- Herbeck, D. M., Hser, Y.-I., & Teruya, C. (2008). Empirically supported substance abuse treatment approaches: A survey of treatment providers' perspectives and practices. *Addictive Behaviors*, *33*(5), 699-712.
- Institute of Medicine. (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. Washington, DC: National Academy Press.
- Jackson, A. C., Thomas, S. A., & Blaszczynski, A. (2003). *Best practice in problem gambling services*. Melbourne: Department of Justice.
- Jackson, A. C., Thomas, S. A., Thomason, N., Borrell, J., Crisp, B. R., Enderby, K., et al. (2000). *Longitudinal evaluation of the effectiveness of problem gambling counselling services, Community education strategies and information products-Volume 1: Service design and access*. Melbourne: Victorian Department of Human Services.
- Korn, D. A., & Shaffer, H. J. (2004). Massachusetts Department of Public Health's Practice Guidelines for Treating Gambling-Related Problems: An Evidence-Based Treatment Guide for Clinicians. Retrieved April 21, 2009, from http://www.masscompulsivegambling.org/stuff/contentmgr/files/fc47f0095c626d286284aec72d85d3c/miscdocs/practice_guidelines_draft_26_for_mccg.pdf
- Ladouceur, R., & Shaffer, H. J. (2005). Treating Problem Gamblers: Working towards Empirically Supported Treatment. *Journal of Gambling Studies*, *21*(1), 1-4.

- Ladouceur, R., Sylvain, C., Boutin, C., & Doucet, C. (2002). *Understanding and treating the pathological gambler*. West Sussex, England: John Wiley & Sons, Ltd.
- Ladouceur, R., Sylvain, C., Letarte, H., Giroux, I., & Jacques, C. (1998). Cognitive treatment of pathological gamblers. *Behaviour Research and Therapy*, 36(12), 1111-1119.
- Lopez Viets, V. C., & Miller, W. R. (1997). Treatment approaches for pathological gamblers. *Clinical Psychology Review*, 17(7), 689-702.
- Luborsky, L., McLellan, A. T., & Woody, G. E. (1985). Therapist success and its determinants. *Archives of General Psychiatry*, 42(6), 602-611.
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1985). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York: Guilford Press.
- Mattick, R. P., & Hall, W. (1993). *An Outline for the Management of Opioid Dependence: Quality Assurance Project*. Sydney: University of New South Wales, National drug Abuse Research Centre.
- Mattick, R. P., & Jarvis, T. J. (1992). *An Outline for the Management of Alcohol Problems: Quality Assurance Project*. Sydney: University of New South Wales, National Drug Abuse Research Centre.
- McCown, W. G., & Chamberlain, L. L. (2000). *Best possible odds*. New York: John Wiley and Sons.
- McCrady, B. S. (2000). Alcohol use disorders and the division 12 task force of the American Psychological Association. *Psychology of Addictive Behaviors*, 14(3), 267-276.
- McCrady, B. S., & Ziedonis, D. (2001). American Psychiatric Association practice guideline for substance use disorders. *Behavior Therapy*, 32(2), 309-336.
- McLellan, A. T., Woody, G. E., Luborsky, L., & Goehl, L. (1988). Is the counselor an 'active ingredient' in substance abuse rehabilitation? An examination of treatment success among four counselors. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176(7), 423-430.
- Miller, W. R. (1996). Motivational interviewing: Research, practice, and puzzles. *Addictive Behaviors*, 21, 835-842.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing : preparing people for change* (2nd ed. ed.). New York ; London: Guilford Press.
- Miller, W. R., & Wilbourne, P. L. (2002). Mesa Grande: A methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. *Addiction*, 97(3), 265-277.
- Miller, W. R., Wilbourne, P. L., & Hettrema, J. E. (2003). What works? A summary of alcohol treatment outcome research. In R. K. Hester & W. R. Miller (Eds.), *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives* (3 ed., pp. 16-33). Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Miller, W. R., Zweben, A., DiClemente, C. C., & Rychtarik, R. G. (1992). *Motivational Enhancement Therapy manual: A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence*(Vol. 2, Project MATCH Monograph Series). Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Miller, W. R., Zweben, J., & Johnson, W. R. (2005). Evidence-based treatment: Why, what, where, when, and how? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 29(4), 267-276.

- Morse, G. A., Calsyn, R. J., Klinkenberg, W. D., Trusty, M. L., Gerber, F., Smith, R., et al. (1997). An experimental comparison of three types of case management for homeless mentally ill persons. *Psychiatric Services, 48*(4), 497-503.
- Mueser, K. T., Noordsy, D. L., Drake, R. E., & Fox, L. (2003). *Integrated treatment for dual disorders: A guide to effective practice*. New York: Guilford Press.
- Najavits, L. M., & Weiss, R. D. (1994). Variations in therapist effectiveness in the treatment of patients with substance use disorders: An empirical review. *Addiction, 89*(6), 679-688.
- National Institute on Drug Abuse (1999). *Principles of drug addiction treatment: A research based guide*. Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse.
- O'Connor, J., Ashenden, R., Raven, M., & Allsop, S. (2000) *Current 'best practice' interventions for gambling problems: A theoretical and empirical review*. Melbourne: National Centre for Education and Training on Addiction (NCETA).
- Oakley-Browne, M. A., & Moberly, P. M. (2002). *Interventions for pathological gambling (Cochrane Review)*. In *The Cochrane Library*, 1. Oxford: Update Software.
- Project MATCH Research Group (1998). Therapist effects in three treatments for alcohol problems. *Psychotherapy Research, 8*, 455-274.
- Rawson, R. A. (1996). Is psychotherapy effective for substance abusers? In A. M. Washton (Ed.), *Psychotherapy and substance abuse: A practitioner's handbook* (pp. 55-75). New York: Guilford Press.
- Roth, R. M., Brunette, M. F., & Green, A. I. (2005). Treatment of substance use disorders in schizophrenia: A unifying neurobiological mechanism? *Current Psychiatry Reports, 7*, 283-291.
- Sacks, S., De Leon, G., Bernhardt, A. I., & Sacks, J. (1998). *Modified therapeutic community for homeless MICA individuals: A treatment manual (revised)*. New York: National Development and Research Institutes, Inc.
- Shakow, D., Hilgard, E. R., Kelly, E. L., Luckey, B., Sanford, R. N., & Shaffer, L. F. (1947). Recommended graduate training program in clinical psychology. *American Psychologist, 2*, 539-558.
- Shaner, A., Roberts, L. J., Eckman, T. A., Tucker, D. E., Tsuang, J. W., Wilkins, J. N., et al. (1997). Monetary reinforcement of abstinence from cocaine among mentally ill patients with cocaine dependence. *Psychiatric Services, 48*, 807-810.
- Westphal, J. R. (2007). Are the effects of gambling treatment overestimated? *International Journal of Mental Health and Addiction, 5*(1), 65-79.
- Willenbring, M. L., Kivlahan, D., Kenny, M., Grillo, M., Hagedorn, H., & Postier, A. (2004). Beliefs about evidence-based practices in addiction treatment: A survey of Veterans Administration program leaders. *Journal of Substance Abuse Treatment, 26*(2), 79-85.
- Wingerson, D., & Ries, R. K. (1999). Assertive Community Treatment for patients with chronic and severe mental illness who abuse drugs. *Journal of Psychoactive Drugs, 31*, 13-18.

원고접수일: 2009년 5월 4일

수정논문접수일: 2009년 6월 4일

게재결정일: 2009년 6월 14일

Evidence-Based Treatment: Alcohol Use Disorders and Problem Gambling

Young-Min Chun

Dept. of Addiction Rehabilitation and Social Welfare, Eulji University

Researchers and practitioners increasingly perceive evidence-based treatment (EBT) as essential for improving treatment effectiveness in the health and addiction fields. Although, historically, it has not been a standard of care in behavioral health, there are sound scientific and ethical reasons to learn and deliver an EBT as it becomes available. This article examined the conclusions of reviews of EBTs from several research group. Best EBTs were brief intervention, motivational approach, cognitive-behavior therapy, community reinforcement approach, behavioral self-control training, social skills training, GABA Agnoist. The study findings provide important information regarding training and research dissemination efforts.

Keywords: evidence-based treatment, alcohol use disorders, problem gambling