

계획 공식화 방법에 의한 심리치료 과정분석

장 재 홍 안 창 일

고려대학교 심리학과

본 연구는 사례 공식화 방법의 하나인 계획 공식화 방법을 활용하여 개별적인 내담자 문제의 평가, 치료자 개입에 대한 평가, 치료성과에 대한 평가를 수행하고, 그 평정방법의 신뢰도 및 타당도를 검증하는 것이다.

그 연구의 결과, 첫째, 각 내담자의 계획 공식화에 대한 평정자간 신뢰도는 목표, 방해물, 시험, 통찰에서 평균 .90, .93, .88, .91의 높은 신뢰도를 나타냈고, 중간 정도의 평정자간 일치율을 보였다. 둘째, 계획 공식화에 비추어 치료자 개입의 적절성을 평가하는 과정에서 발생하는 평정자간 신뢰도는 개별 조화성과 분절 조화성에서 각각 평균 .80, .87이었고, 평정자간 동의율 또한 .91, .82로 매우 우수하였다. 셋째, 계획 달성척도로 내담자 역동에서의 변화를 측정하였을 때, 평정자간 신뢰도는 목표의 성취, 방해물의 극복, 전반적인 성취 문항에서는 바람직한 평정자간 신뢰도를 얻을 수 있었으나, 통찰의 획득 문항은 낮은 신뢰도를 나타냈다. 그리고 이 계획 달성척도는 복합적 성과 측정치, 상담효과 측정치 및 특성불안 측정치와 유의미한 상관을 보였다. 넷째, 계획 공식화와 일치하는 치료자의 계획 조화성은 회기성과 및 치료성과와 유의미한 관계가 있는 것으로 나타나 준거관련 타당도가 있는 것으로 나타났다. 본 연구의 시사점과 제한점들을 논의하였다.

심리치료 연구에서 사례 공식화 접근

거의 모든 심리치료 학파들은 치료 초기에 내

담자의 현재 문제와 그 기저에 있는 심층문제가 파악되고 그것에 맞게 치료계획이 수립되어야 한다고 권고한다(Persons, 1991). 이러한 작업을

다른 말로 사례 공식화(case formulation)라고 부르는데, 학파에 따라 인지 치료에서는 사례 개념화(case conceptualization), 행동 치료에서는 행동 분석(behavioral analysis), 정신역동 치료에(formulation)라고 부른다(Barber & Crits-Christoph, 1993).

사례 공식화는 사례를 간략하게 개념화하고 치료계획을 수립하는 것으로, 내담자의 우선적 문제와 부차적인 문제를 식별하여 내담자의 핵심 이슈와 갈등을 더 명료하게 이해할 수 있도록 해주며, 또한 어떤 형태의 치료에서든 치료의 큰 줄기가 흔들리지 않도록 치료를 안정화시킨다(Lister, Auchincloss & Cooper, 1995). 이러한 사례 공식화는 상담 교육장면과 사례회의에서도 일상화되어있으며, 치료의 안내자로서 그리고 상담 교육의 도구로서 큰 역할을 담당 하고 있지만, 최근에서야 연구가 활기를 띠기 시작했다.

사례 공식화 접근(case formulation approach)은 내담자 각각에 대해 개별적인 사례 공식화를 작성하고 이 공식화를 근거로 치료과정과 성과를 연구하는 연구방법이다. 이러한 사례 공식화 접근은 기존의 연구방법들이 내담자의 역동적 정보를 연구에서 제외시키고 실제의 치료와는 다르게 내담자 평가와 치료가 연구에서 단절되고, 치료가 내담자에 개별화되어 있지 않고 표준화되어 있는 등의 단점들(Persons, 1992)을 보완하는 것으로, 개별 내담자 문제와 연계하여 치료 진행 과정을 분석하기 때문에 좀 더 명료하게 치료과정을 살펴볼 수 있는 것이다. 이 접근에서 평가와 치료는 매우 밀접하게 연결되어 치료자가 수행한 평가에 기초해서 개별적인 치료가 수행된다. 또한 사례공식화 접근은 치료자가 지지하는 심리치료 모델에 근거한 평가 및 치료가 이루어진다는 점에서 심리치료의 실재를 적절히 반영한

다.

이러한 사례 공식화 접근이 심리치료의 실제 및 심리치료 연구에서 가지는 의의를 간략하게 기술하면 아래와 같다.

첫째, 사례 공식화 연구는 그 자체로 더 좋은 사례 공식화 방법을 개발하는데 이바지하게 될 것이다. 좋은 사례 공식화란 그것을 구성하고 있는 개념들이 명료하여 그 틀에 따라 임상가가 내담자 문제를 파악하는 것이 쉽고, 치료계획에 필요한 다양한 정보들을 포괄하는 임상적 추론 틀을 말한다. 이것은 마치 의사가 환자를 정확히 진단하기 위해서 더 신뢰로운 진단도구를 사용하는 것과 동일하다. 특히 심리치료에 갓 입문한 수련생, 그리고 어려운 사례를 담당하게 된 치료자 입장에서는 치료를 안내할 정교하고 신뢰로운 도구가 필요하게 된다.

둘째, 치료를 단기화 시키는데 이바지할 것이다. 단기치료는 치료비 문제와 전문가의 수가 부족한 현실적 요구에 의해 최근 그 관심이 증대되고 있는데, Budmans와 Gurman(1988)은 실제 심리치료 기관에서 시행되고 있는 치료의 평균 횟수는 10회 미만이라 보고하기도 하였다. 단기치료에서는 내담자가 호소하는 문제의 본질을 빨리 파악하고 이를 중심으로 전체적, 다각적인 측면에서 내담자를 평가한 뒤 곧 바로 치료목표가 설정되어야 이후의 치료진행이 순조로울 수 있다. 그래서 내담자의 핵심 문제를 빠르고 정확하게 파악하는 것이 무엇보다 중요한 일이다. 즉 사례 공식화가 필요한 것이다(김수현, 1994).

셋째, 사례 공식화 접근은 기존의 연구방법보다 심리치료 과정을 더 명료하고 생생하게 보여 줄 것이다. 즉 내담자의 문제, 치료과정, 치료성과는 사례 공식화라는 동일한 틀에 의해 평정되기 때문에 내담자의 어떤 문제가 치료자의 어떤 개입에 의해 어떻게 변화되는가를 일관적인 틀로

서 보여주게 될 것이다.

이렇듯 사례 공식화 접근은 심리치료의 실제 뿐만 아니라 연구영역에서 상당한 의의를 가지는 방법이다. 연구자는 이러한 사례 공식화 접근을 심리치료연구에 접목하고자 하는데, 특히 여러 공식화 방법 중에서도 매우 유용한 것으로 알려진 계획 공식화 방법을 활용하고자 한다.

계획 공식화 방법

Weiss, Sampson, 및 Mount Zion 심리치료 연구집단(1986)은 '인지적 정신분석이론'이라고도 불리는 통제-숙달 이론(control-mastery theory)을 개발하였다. 이 이론에 따르면 사람의 가장 강렬한 동기는 현실 세계에 적응하는 것이다. 이 현실세계의 적응을 위해 사람들은 세상에 대한 인지적 구성개념(cognitive construct)을 형성하게 되는데, 이것은 이전 경험을 통해 의식적 무의식적으로 생성되는 것이며 그들의 이후 행동들을 안내하게도 된다. 만약 외상적 경험에 의해 부정확한 구성개념이 만들어지게 되면 이것에 의거하여 독특한 정신병리가 나타나게 되는데, 이 부정확한 구성개념을 그들은 병리적 믿음(pathogenic belief)이라고 불렀다. 이 병리적 믿음은 대개 무의식적이다. 예를 들어, 부모로부터 자주 거절당했던 아동이라면 의식적으로는 그러한 부모에게 분노하지만, 무의식적으로는 자신이 보잘 것 없다든지 혹은 너무 이기적이었다든지 해서 부모에게 거절당하는 것이 당연하다고 믿는다.

한편, 병리적 믿음으로 고통받는 사람들은 이것을 극복하고 싶어하는데, 그렇게 하기 위해서는 우선 병리적 믿음에서 예측되는 위협적인 결과들이 실제로 발생하는지 혹은 발생하지 않는지

를 시험해 보아야만 할 것이다. 그래서 이 이론에 따르면 치료자의 최우선 과제는 내담자가 치료자를 시험할 때, 건강한 방식으로 행동하는 것이 더 이상 위험스럽지 않다는 안전감을 내담자에게 제공해 주는 일이다. 내담자들은 치료자와의 관계에서 그들의 병리적 믿음을 연속적으로 시험하며, 치료자가 이 내담자의 시험을 통과할 때마다 치료에서 더 진전을 보이게 된다(Weiss, Sampson, & Mount Zion 심리치료 연구집단, 1986).

이러한 이론을 토대로 사례 공식화를 작성하는 방법을 계획 공식화 방법이라 부른다. Weiss 등(1986)에 따르면, 내담자는 자신의 병리적 믿음을 반증(disconfirm)시키려는 전략, 즉 무의식적 계획을 가지고 치료장면에 들어오며 치료자의 과제는 그 계획을 빨리 알아차리고 내담자가 제시하는 시험을 통과하는 것이다. 이러한 시험을 통과하기 위해서 치료자는 계획 공식화를 작성할 필요가 있는데, 그 공식화에는 5요소-외상(trauma), 목표(goal), 방해물 혹은 병리적 믿음(obstruction 또는 pathogenic belief), 시험(test), 통찰(insight)-가 포함이 된다. 이를 간략하게 살펴보면 아래와 같다.

1) 외 상

외상은 병리적 믿음을 만든 사건 또는 경험으로 정의된다. 이것은 내담자의 현재 고통과 직접적인 관련이 있는 사건으로, 수년 혹은 수십년 후인 현재에도 내담자에게 고통으로 남아있는 사건들이다. 이러한 외상적 경험으로 인해 내담자는 병리적 믿음을 갖게 되었다.

2) 방해물 혹은 병리적 믿음

병리적 믿음은 비합리적 믿음으로 내담자의 공포, 죄책감, 불안과 관련이 있는 것이다. 내담자

는 이것으로 인해 그의 목표를 추구하지 못하고 있는데, 전형적으로 치료 초기단계에서 알지 못한다. 비합리적 믿음들은 만약 내담자가 특정 목표를 추구하게 되면 어떤 좋지 못한 결과들이 일어날 것이라 말해주기 때문에 내담자에게는 방해물로 작용하고 있다.

3) 목표

목표는 내담자가 치료를 통해 성취하고 싶어 하는 잠정적인 행동, 정서, 태도 또는 능력으로 정의된다. 이 목표들은 매우 구체적, 특정적일 수도 있고(예, 결혼하기) 또는 일반적이거나 추상적(예, 죄책감을 참아내기)일 수도 있다. 이 목표들은 그 자체로 건강한 것이어야 하며, 건강하지 않은 목표는 목표로 보지 않는다.

4) 시험

시험은 내담자가 치료 장면에서 자신의 병리적 믿음과 비합리적 기대를 반증해 보려는 방법으로 정의된다. 시험은 특정 목표를 추구하는 것이 위험스러운지 혹은 안전한지를 확인하고자 내담자가 고안해 낸 행동이다. 시험을 할 때, 내담자는 자신의 잘못된 신념이 확증 또는 반증되는지를 보기 위해서 치료자의 행동을 관찰한다. 만약 치료자가 병리적 행동을 요구하지 않는 것을 알게 되면, 안전감을 느끼면서 건강한 방식으로 행동하게 될 것이다.

5) 통찰

통찰은 내담자가 목표를 성취 하는데 필요한 지식으로 정의된다. 이 지식에는 병리적 믿음의 본질, 기원, 표방되는 방식 등이 포함되며, 일반적으로 치료의 초기에는 내담자 스스로는 알 수 없거나 불완전하게 아는 것이다. 이것은 내담자가 치료에서 안전감을 느낄 때 얻어지기도 하며,

혹은 치료자의 해석을 통해서 얻어진다(Rappaport, 1996).

이러한 계획 공식화 방법의 특성을 간단하게 요약하면 아래와 같다. 첫째, 계획 공식화 방법은 정신역동 치료의 기본 개념들을 가장 포괄적으로 포함하고 있는 사례 공식화 방법의 하나이다(Perry, Luborsky, Silberschatz & Popp, 1989; 김수현, 1997; 장재홍, 1998). 이것은 사례 공식화의 일반적 기술내용인 당면문제의 이해뿐만 아니라, 치료 장면에서 수행되어야 할 치료의 목표와 치료자의 과제, 그리고 치료 계획을 확연하게 보여준다. 둘째, 계획 공식화를 구성하고 있는 5가지 구성 요소들 각각은 개념적으로 매우 명료하며 또한 상호 긴밀하게 연결되어 있어, 치료자가 사례 공식화를 구성하는데서 보다 일관적이고 명료하게 추론할 수 있는 등 여타의 방법들에 비해 사례 공식화 구성이 더 쉽고 명료한 장점이 있다. 셋째, 계획 공식화 방법은 상이한 이론간의 비교를 수월하게 해주는데, 예를 들어 인지적 정신분석 이론 외의 이론을 가지고 고서도 연구자의 관심부분을 측정할 수 있는 매우 독특한 방법론을 보유하고 있다(Messer, Tishby & Spillman, 1992).

연구 목적

특정 사례 공식화가 심리치료의 실제 장면 및 연구에 유용한 도구가 되기 위해서는 사례 공식화 방법의 신뢰도 및 타당도가 확인되어야 할 것이다. 즉 특정 사례 공식화는 얼마만큼 정확하게 내담자 문제를 평가하는가? 그리고 그 방법은 내담자의 치료에 대해 얼마나 많은 정보를 제공해주는가? 그리고 그러한 정보들은 실제 치료에서

어느 정도 도움이 되는가? 이러한 질문은 특정 사례 공식화에 대한 신뢰도와 타당도 문제로 환원될 수 있을 것이다. 이러한 맥락에서, 본 연구는 계획 공식화 방법으로 개별 사례들의 심리치료 과정을 분석해 보고, 이 공식화가 얼마나 내담자 문제를 파악하는데 정확하며 얼마나 치료의 성과를 잘 예측해 주는지를 신뢰도 및 타당도 연구를 수행함으로써 그 유용성을 확인하고자 한다.

일반적으로 사례 공식화의 신뢰도는 평정자간 신뢰도로 표현되어 왔는데, 이렇듯 평정자간 신뢰도가 초점이 된 배경은 어떤 사례 공식화를 정확하다고 판단할 객관적 근거가 어디에도 없고 그래서 여러 임상가들의 의견이 일치되는 사례 공식화를 더 정확한 것이라 추론하기 때문이다 (Persons, Curtis & Silberschatz, 1991). 즉 한 임상가의 사례 공식화는 그 내담자에 대한 주관적 추론에 불과하면 옳다 혹은 그르다를 평가할 객관적인 준거가 없지만, 만약 동일한 추론이 여러 임상가들에서 공통적으로 나타난다면 그 추론은 정확한 것이라고 더 신뢰롭게 평가할 수 있게된다. 이때 신뢰도는 동일한 이론을 지지하는 임상가라면 누구라도 그렇게 추론할 것이라는 임상가들간의 의견의 일치성을 의미한다. 한편, 어떤 사례 공식화가 심리치료에서 유용하게 사용되기 위해서는 실제의 심리치료 성과와 어느 정도 관련성을 맺고 있는지가 검증되어야 할 것이다. 이것은 준거관련 타당도의 문제이다.

연구 1. 계획 공식화 방법의 평정자간 신뢰도

기존 연구들(Malan, 1976; Mintz, 1981; DeWitt, Kaltreider, Weiss & Horowitz, 1983)에서 사례 공식화가 평정자간에 일치를 보지 못했던 것은 사례 공식화가 복잡한 서술형태

로 구성되고, 기술하는 토픽이나 작성방식이 평정자에 따라 너무나 다양하게 나타나는데 그 원인이 있었다. 만약 평정자들에게 자유롭게 공식화를 작성하라고 하면 평정자에 따라 그 작성 방식은 너무나 다양하게 나타날 것이며 추론의 깊이도 서로 달라 작성된 공식화를 상호 비교한다는 것은 거의 불가능하게 될 것이다.

Weiss 학파의 일원인 Caston(1986)은 사례 공식화 신뢰도의 이러한 문제를 해결할 수 있는 새로운 방법을 개발하였다. 그는 복잡한 사례 공식화를 비교할 경우, 평정자들이 공식화의 어떤 부분에는 동의하지만 다른 부분에는 동의하지 않는다는 관찰을 토대로 평정자들로 하여금 전체 공식화에 대해 판단하기보다는 그 공식화를 세분하여 분리된 문항이나 진술로 나눈 후 개별적으로 판단하게 하였다. 이후 Curtis, Silberschatz, Sampson, Weiss 및 Rosenberg(1988)는 Caston의 방법을 수정, 보완하였다.

한편, 사례 공식화에 대한 연구들은 대부분 그 학파에 소속된 연구자들에 의해 수행되었다는 것에 주목할 필요가 있다. 국내에서 수행된 계획 공식화 방법에 대한 연구들(김수현, 1994, 1997)은 Mount Zion 심리치료 연구 집단의 연구자들(Curtis, Silberschatz, Sampson, Weiss & Rosenberg, 1988; Rosenberg, Silberschatz, Curtis, Sampson & Weiss, 1986)의 결과들과 달리 신뢰도가 매우 낮게 보고되었다. 또한 김수현(1994)의 일반화 가능성 연구(generalizability study)에서는 문항과 평정자 상호작용 요소의 분산이 매우 크게 나타나 평정자에 따라서 다르게 문항을 평정하고 있다고 보고하였다. 따라서 심리치료 장면에서의 유용성을 논하기 앞서, 우선 계획 공식화 방법의 신뢰도 연구를 반복해 볼 필요가 있겠다.

김수현(1994, 1997)은 계획 공식화 방법이

적정 수준의 신뢰도를 얻지 못한 이유 중 하나로 분석내용이나 지침이 명확하지 않고 평정자 훈련이 부족할 경우에도 평정자간 신뢰도가 낮아질 수 있다고 하였다. Resenberg 등(1986)도 만족스런 신뢰도를 얻기 위해서는 ① 평정자들이 동일한 이론을 고수해야하며 ② 사례 공식화가 정형화된 구조로 구성되어야 하며 ③ 각 문항이 내담자에 얼마나 적합한지에 근거하여 평정자들이 객관적으로 평정해야 한다고 권고하였다. 따라서 연구자는 이들의 권고에 따라 평정훈련을 수행하였으며, 계획 공식화 문항 평정의 안내지침을 제작하여 문항평정에서 자주 발생하는 오류들을 감소시키려고 노력하였다. 이에 연구 1에서는 이러한 세부적 절차를 수행했을 때 계획 공식화의 평정자간 신뢰도가 확보될 수 있는지를 확인하고자 한다.

내담자는 1998년 7월부터 1999년 3월 까지 2곳의 대학상담소 및 사설 개인상담소를 자진해서 방문한 11명으로 구성되었다. 치료 기간은 임의로 한정하지 않았으나, 연구의 자료가 되는 회기는 1회기에서 15회기로 한정되었다. 계획 공식화 작성을 위하여 내담자 접수 면접 내용, 초기 1~3회기 녹음기록을 완전 축어록으로 만들어 계획 공식화 작성의 기본 자료로 사용하였다.

치료자는 총 7명으로, 연구자는 연구의 구체적인 목적을 알려주지는 않았으며, 다만 사례 공식화를 작성할 수 있도록 하기 위해 3회기 이내에, 상담 흐름을 해치지 않는 범위내에서 내담자의 현재 문제, 이와 관련된 개인력과 초기경험, 내담자의 가족관계와 대인관계에 대해 탐색해 줄 것을 요구하였다. 평정자는 총 5명이었다. 이들에 대한 구체적인 정보를 표 1에서 제시하였다.

방 법

1. 내담자, 치료자 및 평정자

2. 도 구

1) 계획 공식화 지시문

Curtis, Silberschatz, Weiss, Sampson 및

표 1. 내담자, 상담자 및 평정자의 특성

내담자	성별	남 3명, 여 8명
	연령	남 평균 25세, 여 평균 25.5세
	직업	대학생 9명, 회사원 1명, 무직 1명
	학력	대재 9명, 대졸 2명
상담자	성별	남 1명, 여 6명
	연령	평균 37.2세
	상담경력	평균 8.5년
	자격증	상담심리전문가 6명, 취득과정 중 1명
평정자	성별	남 1명, 여 4명
	연령	평균 32.4세
	상담경력	평균 7.4년
	자격증	상담심리전문가 3명, 취득과정 중 2명

Rosenberg(1988)가 작성한 지시문을 번안하여 사용하였다.

2) 계획 공식화 평정 지시문

Curtis 등(1988)이 작성한 평정 지시문을 번안하여 사용하였다. 평정은 0~4점의 범위를 가진 Likert식 5점 척도이다. 평정자들은 작성된 계획 공식화 문항들에 대하여 0점(전혀 관련성이 없다)에서 4점(매우 관련성이 높다)으로 그 관련성 정도를 평정하였다.

3) 계획 공식화 평정 지침

계획 공식화 평정 지침은 Curtis 등(1988)이 작성한 평정 지시문을 보완할 목적으로 본 연구자가 제작하였다. 여기에는 계획 공식화 작성시 자주 발생하는 일반적인 오류, 일반적인 역동치료 접근과 인지적 정신분석 접근의 차이, 도움이 되는 평정의 순서와 세부지침, 계획 공식화 구성 요소들의 평정 예가 포함되었다.

3. 절차

1) 계획 공식화 작성 및 평정에 대한 훈련

적절한 평정자간 신뢰도를 얻기 위해서는 우선 평정자들의 지지하는 이론의 일치와 선결과제라고 생각하여, 3개월간 약 60시간의 장기적인 평정훈련 기간을 가졌다. 훈련 기간동안 평정자들은 Weiss의 인지적 정신분석 이론에 대해서 공부하고, 여러 사례에 대하여 계획 공식화 작성 및 평정 훈련을 받았다.

2) 계획 공식화 작성 절차

계획 공식화 작성의 절차는 다음과 같다.

단계 1 : 각 사례에 대해 평정자 3~5명은 내

담자의 접수면접, 초기 1~3회기의 완전 축어록을 읽고, 각 사례에 대하여 외상, 방해물, 목표, 시험, 통찰에 대한 문항을 작성하였다. 이때 각 구성요소에 대해 진짜문항과 대안적 문항을 비슷한 비율로 작성하는데 그 진위나 작성자는 표기하지 않았다. 외상은 진짜 문항만 작성하였다. 대안적 문항은 동일한 이론을 지지하는 또 다른 임상가들이 어느 정도 합리적이라고 여기거나 또는 그 사례에 적합하다고 할 수도 있는 문항이어야 한다.

단계 2 : 각 평정자들이 작성한 공식화 요소들을 합하여 대표 목록을 만들었다. 이 때 문항은 우선적으로 나열하였다.

단계 3 : 각 평정자들은 대표 목록들에 대해서, 그 사례에 대한 문항들의 관련성을 0~4점 척도로 평정하였다.

단계 4 : 각 문항에 대하여 평정의 평균이 구해지면, 적합성이 높은 문항들로 최종 사례 공식화를 구성하였다. 이때 목표, 방해물, 시험, 통찰에 대한 문항은 중앙값 이상의 문항들이 선택되었으며, 외상 문항은 평균값 이상의 문항들이 선택되었다.

단계 5 : 최종적으로 선택된 문항들로 서술형식의 계획 공식화를 작성하였다. 동일한 내용이 반복될 경우 대표적인 문항을 선택하였다.

결 과

Tinsly와 Weiss(1975)에 따르면, 평정자간 신뢰도 산출에서 평정자 집단의 평정치 평균에

연구자가 관심이 있을 경우 복합된 평정자간 신뢰도(pooled interrater reliability)가 통계적으로 적절하다고 하였는데, 그 결과를 표 2에서 제시하였다. 이 신뢰도 계수는 평정자 전집에서 n 명의 평정자를 표집하였을 때 나타날 수 있는 급내상관계수로 Sperman-Brown 공식으로 교정한 신뢰도와 동일한 것이다(Tinsly & Weiss)

평정자간 동의율에 대한 유의도 검증을 Lawlis와 Lu(1972)의 비모수적 카이검증으로 하였으며, 평정자간 동의율의 정도를 Lawlis와 Lu의 T값으로 확인하였다. 이러한 검증방법은 동간 척도에서 동의율을 절대적이고, 실무울적 형태로 잘못 취급하는 것을 피할 수 있게 해주는 것으로, 동의(agreement)에 대한 준거를 연구자가 유연하게 선택할 수 있는 장점이 있다. 본

표 2. 계획 공식화 구성요소들의 복합된 평정자간

	목표	방해물	시험	통찰
A	.94*	.96*	.96*	.98*
B	.94*	.96*	.93*	.96*
C	.94*	.94*	.89*	.92*
D	.90*	.91*	.88*	.91*
E	.80*	.93*	.83*	.88*
F	.94*	.91*	.92*	.89*
G	.87*	.97*	.86*	.95*
H	.90*	.88*	.84*	.90*
I	.91*	.98*	.93*	.92*
J	.81*	.92*	.88*	.94*
K	.91*	.91*	.80*	.83*

* $p < .001$.

연구에서는 평정자간에 1점 정도 차이가 난 것은 동의하는 것으로 보았다.

표 3. 계획 공식화 구성요소들에 대한 평정자간 동의율

사 례	목표			방해물			시험			통찰		
	n ^a	χ^2	T ^b	n ^a	χ^2	T ^b	n ^a	χ^2	T ^b	n ^a	χ^2	T ^b
A	18	159.4	.57	14	119.8	.92	16	139.2	.72	16	138.7	.79
B	21	482.5	.60	20	458.1	.64	20	453.9	.69	19	434.2	.62
C	16	140.5	.58	16	140.5	.58	16	141.4	.52	16	139.8	.65
D	19	169.3	.53	14	122.5	.53	16	143.5	.38	18	160.3	.51
E	16	142.4	.45	17	150.4	.54	16	140.5	.58	17	152.4	.41
F	16	141.4	.52	16	140.5	.58	16	140.5	.58	17	153.6	.35
G	19	170.3	.48	16	138.3	.86	17	152.4	.41	17	148.3	.74
H	20	461.6	.43	20	461.5	.43	16	367.2	.28	20	462.6	.38
I	14	41.3	.63	14	39.6	.91	13	37.1	.80	12	34.1	.78
J	21	188.2	.53	21	186.6	.63	21	192.8	.31	20	182.7	.34
K	20	677.8	.33	21	485.3	.45	20	461.6	.43	20	459.6	.53

주. 모든 사례의 동의율은 $p < .001$. 에서 통계적으로 유의미하였다.

^a대표목록의 문항수.

^bLawlis와 Lu(1972)의 평정자간 동의율 T값임.

사례별 평정자간 동의율 결과를 표 3에서 제시하였는데, 그 결과들을 살펴보면, 계획 공식화 구성요소들의 평정자간 동의율은 11사례 모두가 $p < .001$ 수준에서 통계적으로 유의미하며, 그 동의율 정도는 Lawlis와 Lu(1972)의 T값에서 목표는 평균 .51, 방해물은 평균 .64, 시험은 평균 .52, 통찰은 평균 .79 로 중간정도에서 우수한 정도의 동의율을 나타냈다.

논 의

연구 1에서는 계획 공식화의 평정자간 신뢰도와 평정자간 동의율을 확인하였다. 그 결과, 계획 공식화 방법은 평정자들간에 매우 높은 신뢰도와 중간정도의 동의율을 보여 평정자간 신뢰도가 적절한 것으로 나타났다.

이러한 결과는 Rosenberg 등(1986)이 보고한 .78~.97, Silberschatz, Fretter 및 Curtis(1986)가 보고한 .82~.90, Curtis 등(1988)이 단일사례에서 보고한 .72~.93과 유사한 결과였다. 이것은 연구자가 김수현(1997)과 Rosenberg 등(1986)의 권고에 따라 평정자들이 지지하는 이론의 일치율을 높이고, 공식화를 작성하는 방식을 통일시키고, 구체적인 평정지침을 마련하였기 때문에 가능했던 것으로 보인다. 그리고 본 연구의 평정훈련을 통해 확인된 바로도 지지하는 이론이 평정자들간에 서로 다를 경우 평정에서 상당한 불일치가 일어난다는 것을 확인할 수 있었다. 한편 계획 공식화의 평정자간 동의율 연구에서 계획 공식화 평정은 우연수준 이상으로 평정자간 동의가 있었으며, 그 동의율 정도가 중간정도 이상(T 는 .51~.79)이어서 계획 공식화 문항들에 대해 평정자들이 동의하고 있다고 결론을 내릴 수 있었다.

연구 1의 높은 평정자간 신뢰도는 장기간의 훈련과 계획 공식화의 추론하기 쉬운 구조가 결합되어 나타난 결과인 것이다. Rosenberg 등(1988)과 Horowitz, Rosenberg, Ureno, Kalehzan 및 O'halloran(1989)은 적절한 평정자간 신뢰도를 얻기 위해서는 장기적인 평정훈련이 필수적이며 훈련이 적을 경우 평정자들이 서로 동의하지 않는 것은 당연하다고 하였다. 그렇지만 장기간의 훈련만으로 적정수준의 평정자간 신뢰도를 얻을 수 있는 것은 아니다. 이것은 계획 공식화 방법의 구성요소들이 매우 명료하게 정의되어 있고, 또한 각 구성요소들은 상호 밀접한 관련성을 맺고 있어 한 구성요소가 명확해지면 다른 요소도 쉽게 추론될 수 있는 구조를 가졌기 때문이다.

연구 2. 치료자 개입의 계획 조화성 신뢰도

연구 2는 연구 1에서 내담자 각각에 대해 작성한 계획 공식화를 토대로 치료자들이 얼마나 적절하게 개입했는지를 평가해 보고, 이 평가방식이 신뢰로울 수 있는지를 평정자간 신뢰도 검증을 통해 확인하고자 한다. 이것은 기존의 심리치료 연구들이 내담자의 문제와 무관하게 치료자 개입을 평가했던 단점을 보완하는 것으로, 치료자가 내담자에 대해 수립한 치료의 목표와 전략에 비추어 개별적인 전술을 구사한다(Dewald, 1974)는 심리치료의 실체를 적절히 반영하는 연구방법이라 하겠다.

치료자 기법이란 내담자에게 긍정적 행동변화를 일으키거나 치료를 촉진할 목적으로 치료자가 사용하는 특정 방법이라 정의되며(Harper, Bruce & Sanford, 1981), 가장 일반적인 정의 방식은 직접적 조언, 반영, 해석 같이 언어반응의 문법적 구조를 바탕으로 치료자 행동들을

분류하는 방식이다. 그러나 이것은 치료자가 말하고 있는 화제나 내용과는 무관한 것이었다(Hill, 1992). 최근 정신역동 치료학파의 연구들(Silbershatz, Fretter & Curtis, 1986; Crits-Christoph, Cooper & Luborsky, 1988; Piper, Joyce, McCallum & Azim, 1993)은 치료자 언어반응 내용의 적절성을 연구에 포함시켜서 의미있는 연구결과를 보고하였다. 그들은 역동 공식화를 기초로 치료자 해석의 적절성(correctiveness)을 연구하였는데, 여기서 적절성이란 치료자 개입이 내담자의 사례 공식화와 합치되는 정도, 또는 관련되어 있는 정도로 정의된다. 이러한 적절성은 치료학파에 따라 각기 달리 불리우고 있는데-예를 들어 Weiss 학파에서는 계획 조화성(plan compatibility), Luborsky 학파는 정확성(correctiveness), Piper 등은 상응성(correspondence)라고 불렀다.

한편, 치료자 개입의 적절성에 대한 대개의 연구들은 해석이란 특정 기법에 국한된 연구였다. 평정자 입장에서 볼 때 해석 반응은 치료자의 생각이 가장 분명하게 나타난 개입이며, 그래서 다른 개입들에 비해 상대적으로 평정자들의 의견이 쉽게 일치될 수 있다. 그리고 치료의 전체적인 성과가 치료자의 해석 반응 하나만으로 설명되는 것은 논리적으로도 타당하지 않다. 단지 해석은 그 사례에 대한 치료자의 생각을 잘 대표하고 있을 뿐이다. 그러므로 사례에 대한 치료자의 적절성을 더 합리적으로 평가해 보려면 모든 치료자 반응에 대해 적절성이 평정될 필요가 있으며, 또한 그렇게 하였을 때 평정자들간에 의견이 상호 일치하는지가 확인되어야 할 것이다.

따라서 본 연구에서는 치료자의 해석 반응뿐만 아니라 모든 치료자 개입에 대하여 계획 공식화와의 관련성을 토대로 치료자 반응의 계획 조화

성을 평정하고 이러한 평정방법이 신뢰로울 수 있는지를 확인해 보고자 한다.

방 법

1. 내담자, 상담자 및 평정자

9명의 내담자와 6명의 상담자가 연구의 대상이 되었다. 조화성을 평정할 회기의 표집 방식은 연구의 대상이 되었던 총 15회기를 5회기씩 3등분하여 각 부분에 대해 1회기씩 표집하는 방법을 적용하였는데, 본 연구에서는 일률적으로 3, 8, 13회기를 표집하였다. 전체 총 26회기가 표집되었으며, 표집된 회기는 완전 축어록으로 만들어졌다. 단, D 사례는 10회기에 합의 종결하여 13회기가 표집되지 않았다. 평정자는 총 5명으로 연구 1과 동일인이었으며, 평정은 3인이 한 팀을 이루어 진행하였다.

2. 도 구

1) 개입의 계획 조화성 척도(The Plan Compatibility Scale of Intervention)

Caston(1986)이 개발하고 Curtis 등(1988)이 보완한 Likert식 7점 척도를 연구자가 변안하여 사용하였다. 이 척도는 치료자의 개입이 계획 공식화의 내용을 얼마나 잘 언급하고 있는가를 평정하는 것으로, 그 세부 준거는 ① 치료자가 언급한 내용이 내담자 계획의 중심적 요소인가 혹은 주변적 요소이거나 애매한 부분인가 ② 구성요소들을 연결하는 차원에서 단순히 목표만을 언급하고 있는가 혹은 방해물이나 통찰을 목표와 관련짓고 있는가이다. 이 척도의 범위는 -3점(매우 반계획적인)에서 +3점(매우 계획적인)

으로 표현된다. 계획 조화성 평정에서 치료자의 개입은 크게 두 분류로 나뉘는데, 계획적(proplan)인 치료자 개입이란 내담자의 목표를 지지하고 병리적 믿음에 도전하고 계획과 관련된 통찰을 유도하는 치료자의 반응으로 정의되며, 반계획적(antiplan)인 치료자 개입은 내담자의 목표를 방해하고 병리적 믿음을 확증하고 통찰을 방해하는 치료자의 개입으로 정의된다.

2) 개입의 계획 조화성 평정 지침

Caston(1986)과 Bush(1986)의 개입의 계획 조화성 평정 안내지침, 그리고 Hill과 O'Grady(1985)의 치료자 의도(therapist intention) 목록을 종합적으로 활용하여 연구자가 제작하였다.

3) 절차

연구자가 제작한 계획 조화성 평정 안내지침을 토대로 평정자들은 평정훈련을 받았다. 훈련기간 동안 평정자들은 2사례에 대해서 약 20여 시간의 평정훈련을 받았다. 조화성 평정의 준거는 평정자들의 평정 평균이 중앙값 이상이었던 계획 공식화의 목표, 방해물, 통찰 문항들이었다. 평정의 단위를 치료자의 개별반응과 분절(segment)에서의 치료자 반응으로 두 개 단위로 나누었는데 이를 각각 개별 조화성, 분절 조화성이라고 명하였다. 분절 단위로 치료자 반응을 평정할 경우 한 회기를 10개의 분절로 나누었는데, 이때 한 분절은 대략 4~5분 정도였다. 평정의 대상이 되었던 치료자의 개별반응은 총 1,971개 반응이었으며, 회기로는 26회기, 분절로는 총 260개의 분절이었다.

결 과

개별 조화성과 분절 조화성에 대한 3명의 평정자간 신뢰도를 표 4에 제시하였다. 연구가 평정자집단의 평정 평균에 관심이 있었기 때문에 복합된 평정자간 급내상관계수가 신뢰도 지수로 적절한 것이었다.

개별 조화성에 대한 복합된 평정자간 급내상관계수는 통계적으로 모두 유의미하였고, $p < .001$, 그 범위는 .59~.88($\bar{R} = .78$)로 나타났다. 대개의 사례에서 비교적 적절한 수준의 신뢰도를 보이고 있으나 G사례에서 .59로 다소 낮았다. 분절 조화성에 대한 복합된 평정자간 급내상관계수는 G사례를 제외하고는 모두 $p < .001$ 수준에서 유의미하였는데, 8사례에서 .82~.91($\bar{R} = .87$)로 높게 나타났으나 G사례에서 .35로 낮게 나타났다. G 사례는 치료자가 내담자의 말을 경청만 하였을 뿐 적극적인 개입을 보이지 않았던 예외적인 사례로, 개별 조화성 평정에서 총 187개 치료자반응 중 177개 반응이 0~+1

표 4. 조화성척도의 복합된 평정자간 급내상관계수

사 례	개별 조화성	분절 조화성
A	.81***	.90***
B	.64***	.91***
C	.78***	.82***
D	.88***	.93***
E	.84***	.82***
F	.84***	.86***
G	.59***	.35
H	.78***	.84***
I	.82***	.86***

*** $p < .001$.

표 5. 개별 조화성 평정에서 모든 평정자가 '0'으로 평정한 치료자 반응을 제거할 경우, 평정자간 신뢰도

사례	치료자 전체반응수	모든 평정이 0인 반응수	평정이 0인 반응의 비율(%)	100% 제거후 급내상관계수	50% 제거후 급내상관계수
A	291	117	43.6	.67***	.80***
B	349	206	59.0	.37***	.59***
C	193	98	50.7	.69***	.71***
D	137	75	54.7	.83***	.86***
E	232	157	67.7	.63***	.81***
F	256	139	54.3	.67***	.81***
G	187	153	81.8	.14	.56***
H	107	50	46.7	.59***	.73***
I	214	112	52.3	.78***	.85***

*** $p < .001$.

의 제한된 범위내에서 평정이 이루어졌고, 분절 조화성에서는 총 30개 분절 중 29개 분절이 0~+1의 범위에서 평정이 이루어졌다. 즉 이러한 범위의 축소로 인해 상관계수가 과소추정되고 있었던 것이다. 따라서 이러한 예외적인 사례를 제외하고는 개별 조화성과 분절 조화성 평정에서 평정자간 신뢰도는 통계적으로 유의미하며 상당히 높은 신뢰도를 보이는 것이라 할 수 있다.

한편, 개별 조화성에서 모든 평정자들이 0점으로 평정한 치료자 반응은 전체 반응 중 56.3%를 차지하여 평정자간 신뢰도가 실제보다 과대추정되었을 가능성이 있다. 이러한 경우를 감안하여 연구자는 개별 조화성에서 모든 평정자가 0으로 평정한 치료자 반응을 임의로 50%와 100% 제거한 후 평정자간 신뢰도를 측정하였으며, 그 결과는 표 5와 같다. 전체 치료자 반응 중 모든 평정자가 0으로 평정한 반응의 비율은 전체 반응의 43.6~81.8% 범위로 상당히 많은 부분을 차지하고 있었다. 모두 0으로 평정한 반응들을 100% 제거한다는 것은 평정의 현실과는

거리가 있는 것으로 50%를 제거하는 것이 비교적 적절할 것이다. 이때에도 평정자간 신뢰도는 .56~.86($R = .76$)으로 나타나 원래의 평정자간 신뢰도 수준과 거의 유사한 수준이었다. 그리고 이 경우 평정자간 신뢰도는 모두 $p < .001$ 수준에서 유의미하였다.

표 6에서 개별 조화성과 분절 조화성의 평정자간 동의율에 대한 카이제곱값과 T값을 각각 제시하였다. 개별 조화성과 분절 조화성에 대한 평정자간 동의율은 모두 통계적으로 유의미하였다. $p < .001$. 그 결과를 구체적으로 살펴보면 개별 조화성에 대한 평정자간 동의율 T값 범위는 .85~.97($T = .91$)로 매우 우수한 동의율을 보였으며, 분절 조화성에 대한 동의율의 범위도 .66~.96($T = .82$)으로 매우 우수한 것으로 나타났다. 또한 개별 조화성과 분절 조화성의 일치성을 살펴보고자 각 회기에 대해 개별 조화성과 분절 조화성의 평균은 계산하고 그들간의 Pearson 상관을 계산하였는데, 이때 $r = .83$, $p < .001$ 으로 높은 상관을 보였으며, Spearman

표 6. 개별 조화성 및 분절 조화성에서 평정자간 동의율

사 례	개별 조화성			분절 조화성		
	반응수	χ^2	T ^a	분절수	χ^2	T ^a
A	291	1980.9	.88	30	198.4	.89
B	349	2372.3	.92	30	177.8	.92
C	193	1314.1	.85	30	201.8	.66
D	137	928.9	.88	20	130.3	.89
E	232	1571.8	.97	30	201.8	.66
F	252	1709.2	.95	30	201.1	.70
G	187	1265.9	.96	30	197.8	.96
H	107	724.6	.87	30	198.8	.85
I	214	1450.8	.94	30	198.8	.85

주. 모든 사례의 χ^2 값은 $p < .001$. 수준에서 통계적으로 유의미하였다.

^aLawlis와 Lu(1972)의 평정자간 동의율 T값임.

의 순위상관계수 $\rho = .95$, $p < .001$. 로 나타나 개별 조화성이 높으면 분절 조화성도 높은 등 두 평정 방식간에 일치성이 높은 것으로 나타났다. 이러한 결과들을 종합해보면 두 평정방식에서 모두 평정자간 신뢰도와 동의율이 우수한 수준이며, 두 방식간에 일치성이 높다고 결론 내릴 수 있다.

논 의

연구 2에서는 치료자 개입의 개별 조화성과 분절 조화성 평정의 신뢰도를 검증할 목적으로 계획 조화성 평정의 평정자간 신뢰도, 평정자간 동의율 연구를 수행하였다. 두 방식에 대한 평정자간 신뢰도 연구에서 개별 조화성과 분절 조화성은 우수한 평정자간 신뢰도를 나타냈다. 이러한 결과는 기존연구들(Fretter, 1984; Norville,

Sampson & Weiss, 1989; Tishby & Messer, 1995)과 매우 일치하는 결과로 계획 조화성 평정의 신뢰도가 입증된 것이다.

그리고 평정자간 동의율은 개별 조화성과 분절 조화성 모두에서 우연수준 이상에서 평정자간 동의가 있었으며, 그 동의율도 매우 높은 것으로 나타났다. 이러한 신뢰도 연구들을 종합해 볼 때 계획 조화성 평정은 신뢰롭다고 결론내릴 수 있다.

한편, 연구 2에서 나타난 계획 조화성 점수들은 회기가 진행되는 과정에서 크게 증가하지 않는 것으로 나타났다. 이러한 현상은 회기가 진행될수록 치료자는 사례에 대해 더 명확하게 이해하게 되며 그래서 더 조화로운 개입을 하게되는 치료의 일반적 현상과는 다소 차이가 있는 것이었다. 이렇듯 치료자의 조화성이 회기의 진행과 비례하여 높아지지 않았던 것은 치료자의 치료접근과 평정의 접근이 서로 달랐기 때문일 수 있다. 하지만 평정의 접근법이 치료자의 접근법과

다르다는 것이 연구의 타당성을 훼손시키는 것은 아니다. 예를 들어 Crits-Christoph, Cooper 및 Luborsky(1988), Silberschatz 등(1986) 그리고 Norville 등(1996)의 연구에서도 연구에 포함되었던 치료자들은 거의가 연구가 지향하던 접근법의 치료자가 아니었다. 다시 말해서 어떤 이론적 접근의 타당성을 연구하는 방법 중 가장 이상적인 방법은 치료자의 치료접근과 평정의 접근을 통일시키는 것이 되겠으나, 특정 사례 공식화 방법에 기초한 치료자 개입의 적절성이 치료 성과를 잘 예측한다면 이 또한 특정 사례 공식화의 타당성을 입증하는 적절한 방법이 되는 것이다.

연구 3. 계획 달성 척도의 신뢰도 검증 및 증상 변화 측정치와의 관계

정신역동 치료학과에서는 그들의 치료가 증상 차원을 넘어 배후의 역동적 변화나 성격의 재구조화를 시도하고 있었기 때문에 이를 신뢰롭게 측정할 수 있는 방법을 고안하려고 노력하였다. Malan(1976)은 치료성과 측정을 위해 최초로 사례 공식화를 사용하였는데, 그는 각 내담자에 대한 '정신역동적 가설'을 작성하였으며 이것을 토대로 '최대 호전의 준거(criteria of maximum improvement)'를 만들어 치료 종결시점에서 각 내담자를 평가하였다. 여기서 최대 호전의 준거는 증상의 변화 뿐만 아니라 내담자 역동의 변화를 포함하고 있는 것이었다. 역동의 변화란 내담자의 정신병리를 구성하고 있는 심리 과정에서의 변화를 뜻하는 것으로, 신경증적 갈등, 방어기제, 성격구조의 변화를 일컫는다. Malan(1976)은 이 역동적 변화 측정치가 증상의 변화에 대한 설명적인 맥락을 제공해 줄 수 있다고 하였다. 예를 들어 내담자 증상의 변화가 진정한 내담자 역

동에서의 변화에 의한 것인지, 혹은 상황의 일시적 호전에 따른 일시적인 증상 변화인지, 또는 현재의 증상 호전이 심층에 있는 질병을 가리기 위한 위장술인지를 이 측정치가 설명해 준다는 것이다.

한편, Malan(1976), Mintz(1981) 및 Nathans(1988)의 연구에 따르면, 이러한 역동적 평정치는 평정자간 신뢰도가 적절한 것으로 보고되었다. 그러나 DeWitt, Kaltreider 및 Weiss(1983)는 $r = -.12$ 의 낮은 신뢰도가 나타났다고 보고하였다. 이렇듯 역동적 변화 측정치의 신뢰도 연구결과는 서로 불일치하고 있으며 그래서 역동적 변화 측정치가 신뢰롭게 평정될 수 있다고 현시점에서 결론을 내리기는 어렵다. 다만 기존연구들이 일관적이지 못했던 가장 큰 이유가 역동적 변화 측정의 근거가 되었던 역동 공식화에 대해 평정자들이 불일치하였기 때문임을 확인할 수 있었다.

연구 3에서 연구자는 Nathans(1988)이 개발한 계획 달성척도(Plan Attainment Scale)를 활용하여 내담자 역동에서의 변화를 측정해 보고, 이러한 평정방식이 신뢰로운지를 평정자간 신뢰도 검증을 통해 확인하고자 한다. 또한 공식 타당도(concurrent validity)를 검증할 목적으로 여러 증상변화 측정치들과 이 척도와의 관계를 살펴보겠다.

방 법

1. 계획 달성 척도의 평정 및 여러 증상 측정치의 측정절차

계획 달성의 평정에서 평정자는 연구 1의 평정자와 동일하였으며, 3명이 한 팀이 되어 각 사

례를 평정하였다. 평정자료는 연구 1과 연구 2에서 사용된 9사례 중 8사례 축어록이었는데, 1사례는 15회기까지 상담이 진행되었으나 내담자가 급하게 상담을 종결하여 사후측정을 실시할 수 없었다. 평정의 자료는 상담회기의 완전 축어록이었으며, 평정자들은 각 사례에서 표집된 1, 3, 8, 13회기의 축어록을 읽고 계획 달성척도 4문항에 대하여 평정하였다. 이때 평정자들은 초기에 작성한 내담자 사례의 목표, 방해물, 통찰 문항을 준거로 삼아 초기에 비해 내담자가 얼마나 진전되었는지를 평정하였다.

치료성과 측정치로 6개의 증상변화 측정치가 사용되었다. 내담자들은 1회기와 15회기 이후에 자존감 척도, 상태-특성불안 질문지, 간이정신진단검사, 문제영역별 심각도 질문지를 완성하였으며, 상담효과 질문지는 3회기에 실시하여 내담자의 주 호소내용 및 상담의 목표만을 확인하고, 13회기 직후에 다시 실시하여 주 호소내용의 호전정도를 평정하였다. 상태-특성불안 질문지는 상태불안과 특성불안으로 나누어 성과 측정치로 사용하였다. 한편, 6개의 증상변화 측정치들을 표준점수로 변환시키고 6개 측정치에서 나타난 사전-사후 검사의 차를 합하여 복합적 성과측정치를 만들었다. 이것은 내담자의 6가지 증상변화 측정치에서 나타난 사전-사후 변화 값을 모두 합한 점수이다. 계획 달성 척도와 증상변화 측정치와의 상관분석에서는 계획 달성척도의 전반적 성취 문항의 평정 평균값을 그 측정치로 사용하였다.

2. 도구

1) 계획 달성 척도

Nathans(1988)이 제작한 Likert식 7점 척도로, -3점~+3점의 범위를 가진 척도이다. 총

4문항으로 구성되었는데, 계획 공식화에서 기술된 ① 목표의 달성, ② 병리적 믿음의 극복, ③ 통찰의 획득, ④ 전체적인 진보를 평정한다.

2) 간이정신진단검사-90-개정판(Symptom Checklist-90-Revision)

Derogatis 등(1977)이 개발한 것으로 김광일 등(1984)이 한국판으로 표준화하였다. 본 연구에서는 SCL의 여러 지수들 중 전체 심각도 지수(Global Severity Index: GSI)를 사용하였다. 이것은 각 문항에서 1점 이상 평정된 점수의 합계를 총 문항수로 나눈 점수로, 현재의 전체적 장애 수준을 보여준다.

3) 상담 효과 질문지

Battle 등(1965)이 제작한 주호소문제(Target Complaints)를 변안하여 사용하였다. 이것은 상담초기에 정했던 상담목표들이 얼마나 이루어졌는지를 내담자가 평정하는 것이다.

4) 문제 영역별 심각도 질문지

금명자(1994)가 내담자들의 문제 심각도를 통제하기 위해 만든 질문지로 10개의 문항으로 구성되어 있다.

5) 상태-특성불안 질문지(State-Trait Anxiety Inventory)

Spielberger(1972)가 제작한 것을 김정택(1978)이 변안하였다. 총 40문항으로, 20문항은 상태불안을 측정하며 20문항은 특성불안을 측정하는데 4점 척도에 답하게 되어 있다.

6) 자존감 척도(Self-Esteem Scale)

Rosenberg가 제작한 것으로 자기와 관련된 진술 10문항으로(1965)로 구성되어 있다.

결 과

계획 달성 척도의 평정자간 신뢰도는 평정의 평정자 평균에 연구의 관심이 있으므로 복합된 평정자간 급내상관계수가 적절한 통계치이다. 그 결과를 살펴보면, 목표의 달성, 병리적 믿음의 극복, 전반적 성취 문항들에서 평정자간 급내상관계수는 각각 .82, .63, .79로 $p < .05$. 수준에서 통계적으로 유의미하고 적절한 평정자간 신뢰도가 나타났으나, 통찰의 획득문항에서는 .16으로 매우 낮았다. 또한 표 7에서 제시한 바와 같이 각 문항간 상호상관을 보았을 때, 목표의 달성, 병리적 믿음의 극복, 전반적 성취문항간에는 상호 높은 상관을 보이고 있으나, 반면 통찰의 획득 문항은 전반적 성취 문항과 상호상관이 높을 뿐 다른 문항들과의 상호상관은 낮게 나타났다. 이러한 결과는 계획 달성척도의 평정자간 신뢰도가 전반적으로는 적절하나 통찰 획득 문항의 평정은 신뢰롭지 못하다는 것을 의미한다. 한편, 통찰 획득 문항의 평정자간 신뢰도가 낮은 원인을 살펴보기 위해서 일반화가능도 연구를 활용하여 각 요소들의 분산성분추정치와 총 분산에 대한 오차요인들의 상대적 기여도를 살펴보았으며 그 결과를 표 8에서 제시하였다. 표 8의 결과를 보면, 내담자와 총 분산의 92.6%를 설명하고 있

표 7. 계획 달성척도의 문항간 상관

	목표의 달성	방해물의 극복	통찰의 획득	전반적 성취
목표의 달성	1.00			
방해물의 극복	.83**	1.00		
통찰의 획득	.52	.65	1.00	
전반적 성취	.89***	.93***	.74**	1.00

** $p < .01$, *** $p < .001$.

표 8. 계획 달성 척도 통찰획득문항에 대한 분산 성분추정치와 상대적 기여도

분산원	df	MS ^a	EVC ^b	% ^c
내담자	8	.333	.015	4.8
평정자	2	.361	.008	2.6
내담자*평정자	16	.288	.288	92.6

^a분산원의 평균자승화

^b분산원의 분산성분 추정치

^c전체분산에 대한 분산원의 상대적 기여도

표 9. 계획 달성 척도와 성과 측정치들간의 상관

	복합적 측정치	문제 심각도	자존감	상대불안	특성불안	SCL(GSI)	상담효과
계획달성	.64*	.56	.21	.16	.65*	.41	.74*
유의도 수준	.04	.07	.31	.34	.04	.14	.01

* $p < .05$. 일방 검증

다. 이것은 평정자의 상호작용 요소가 통찰 획득 문항 내담자의 통찰 획득 정도를 평정자들이 서로 다르게 평정하고 있다는 것을 의미하는 것이다. 계획 달성척도와 다른 증상변화 측정치들간의 관계를 살펴보았는데 그 결과를 표 9에서 제시하였다.

상관분석은 분석의 대상이 소수의 사례이고 계획 달성척도와 기타 증상변화 측정치간에 부적 상관이 나타날 가능성이 논리적으로 회박하여 일방 검증을 수행하였다. 표 9의 결과로 볼 때, 계획 달성 척도는 복합적 성과측정치, 상담효과 질문지 그리고 특성불안 측정치와 유의미한 상관을 보이고 있었으며, SCL 및 문제 심각도와는 무의미 하지만 정적 방향으로 상관을 보이고 있었다. 따라서 역동적 변화 측정치인 계획 달성척도는 복합된 증상변화 측정치와 유의미한 상관이 있으며, 구체적으로는 주호소문제의 해결 그리고 특성 불안의 변화와 유의미한 상관이 있는 것으로 나타났다.

논 의

연구 3에서 계획 달성척도 4문항에 대하여 평정자간 신뢰도를 확인해 본 결과, 목표의 달성, 방해물의 극복, 전반적 성취 문항에서는 평정자간 신뢰도가 통계적으로 유의미하게 나타났는데, 이것은 Nathans (1988)의 연구결과와 일치하는 것으로 계획달성 척도의 전반적인 평정 신뢰도가 입증되었다고 할 수 있다. 다만 통찰의 획득 문항에서는 평정자간 신뢰도가 매우 낮고, 평정자에 따라 내담자의 통찰 획득정도를 서로 달리 평정하고 있는 것으로 나타나 이 문항을 사용하는 것에는 다소의 문제점이 있는 것으로 확인되었다.

이렇듯 통찰획득 문항에서 평정자간에 일치성이 낮았던 이유로 다음과 같은 가능성을 고려해 볼 수 있겠다. 첫째, Crits-Christoph와 Lurborsky(1988)가 언급한 것과 같이 통찰을 측정하는 기준이 명확하지 않았기 때문일 수 있다. 즉 계획 공식화 통찰 문항들은 내담자가 이루어야 할 통찰 내용들은 비교적 분명하게 기술하고 있지만, 이러한 통찰이 이루어졌다는 것을 확인하는 기준은 분명하지 않았다. 둘째, 본 연구에서 수행된 15회기의 기간은 정신역동 치료에서는 비교적 짧은 기간인데, 이런 경우 목표의 달성이나 병리적 믿음의 극복과 관련된 내담자의 호전은 자주 발생할 수 있으나 통찰의 획득은 상대적으로 더 어려운 것이었을 수 있다. 따라서 평정자들은 내담자의 통찰 획득에 대해 더 많은 추론을 하였고 이것이 평정자간 불일치를 초래했을 가능성이 있다.

한편, 계획 달성척도와 증상변화 측정치간의 관계를 살펴본 결과, 계획 달성척도는 6개의 증상변화 측정치를 결합한 복합적 성과측정치, 특성불안 측정치, 상담효과 질문지의 측정치와 유의미한 상관을 나타냈다. 이러한 결과는 역동적 변화 측정치가 증상변화 측정치와 유의미한 상관을 보인다는 Nathans(1988), Malan(1976) 그리고 Mintz(1981)의 연구결과와 일관되는 결과였다. 따라서 이 계획 달성척도는 신뢰롭게 평정될 수 있는 개별화된 성과 측정치이며 내담자의 증상변화 측정치와도 상관이 높아 적절한 평정방법이 될 수 있다고 결론지을 수 있다.

연구 4. 계획 조화성이 심리치료에 미치는 효과

연구 4에서는 계획 공식화 방법의 준거관련 타당도를 검증하고자 계획 조화성과 회기성과 및 치료성과와의 관계를 연구하고자 한다. 계획 조

화성은 치료자의 개입이 내담자의 계획 공식화와 일치하는 정도로 정의되는데, 치료자 개입의 조화성이 높다는 것은 치료자가 역동 공식화에 근거하여 내담자의 목표들과 부합하는 치료적 반응을 하고 있다는 것을 의미한다. 이러한 반응은 목표와 부합하는 내담자 행동을 강화하는 치료자 반응에서부터 내담자의 전이를 정확하게 해석하는 반응, 내담자가 나타내는 저항에 대해 계획적 개입을 하는 반응 등의 많은 치료자 행동들이 포함된다. 기존연구들에서 치료자 해석의 조화성은 치료성과와 유의미한 상관을 보였으며 (Silberschultz, Fretter & Curtis, 1986; Norville, Sampson & Weiss, 1996), 개별 조화성도 치료성과와 상관이 유의미한 것으로 나타났다(Messer, Tishby & Spillman, 1992; Collins & Messer, 1991; Tishby & Messer, 1995). 그러나 이것은 대부분 Weiss 학파에 소속된 연구자의 연구이거나, 그렇지 않은 경우에는 한두 사례를 가지고 연구한 것들이었다. 따라서 그 학파에 소속되지 않은 연구자에 의해 좀 더 많은 사례를 대상으로 연구가 반복될 필요가 있는데, 이때에도 치료성과와 유의미한 상관을 보일 경우 비로소 심리치료 현장에서 그리고 심리치료 연구에서 유용할 것이라고 결론내릴 수 있을 것이다.

한편, 이러한 준거관련 타당도의 검증에서 연구자는 기존연구들의 연구방법을 확장하여 계획 조화성의 회기성과를 살펴보고자 한다. 일반적으로 회기단위의 성과측정은 치료성과를 측정하는 중간적 단위(middle level unit)이며, 전체 치료성이나 회기내 화자의 말을 다루는 것보다 더 이해하기 쉽고, 그래서 자세한 분석(microanalysis)과 개략적 분석(macroanalysis)의 가교 역할을 하는 것으로 알려져 있다(Stiles, 1980). 연구자는 이러한 계획 조화성과 회기성과와의 관계를

탐색하는데서 다음과 같은 구체적 질문들을 검증해 보고자 한다. 내담자는 치료자의 조화성이 높았던 회기를 그렇지 않았던 회기와 비교해서 어떻게 평가하는가? 그리고 전체 치료에서 조화성이 높았던 치료자의 내담자들은 조화성이 낮았던 치료자의 내담자들과 비교해 볼 때 자신의 회기를 어떻게 평가하고 있는가? 첫 번째 질문은 회기에 대한 계획 조화성의 즉시적 효과를 측정하는 문제로 이러한 효과를 Stiles(1980)은 회기영향(impact)이라고 불렀다. 두 번째 질문은 회기에 대한 계획 조화성의 누적 효과를 측정하는 문제이다. 계획 조화성은 한회기, 한번의 측정으로 그 효과를 입증하는 것이 적절하지 않을 수 있는데, 이것은 계획 조화성이 즉시적으로 그 회기에 효과를 주기보다 전형적으로는 연속된 회기에서 치료자의 계획 조화성이 누적되었을 때 비로소 내담자에게 그 영향력을 나타낼 수 있기 때문이다. 다음으로 계획 조화성의 치료성과를 살펴봄으로써 계획 조화성이 과연 역동적 변화와 증상변화를 잘 예언해주는지를 확인하고자 한다.

방 법

1. 계획 조화성의 회기성과 분석 방법

1) 연구 대상 및 분석방법

총 9명의 내담자와 6명의 상담자가 연구의 대상이었다. 표집된 회기는 각 내담자의 3, 8, 13 회기로 총 26회기가 표집되었다. 치료자 개입의 계획 조화성 측정치로는 분절 조화성 값을 사용하였다.

(2) 도구

(1) 회기평가 질문지(Session Evaluation

Questionnaire: SEQ): Stiles와 Snow (1984)가 개발한 회기성과 측정도구로 상담시간 동안의 깊이(depth)와 순조로움(smoothness)을 평가한다. 각 하위 척도는 5쌍의 양극 형용사들로 된 7점 척도로 구성된다.

(2) 회기 영향 척도 : Elliott와 Wexler (1994)가 제작한 것을 연구자가 수정하여 사용하였다. 회기 영향 척도는 전체 16 문항으로 구성되는데, 3개의 하위 척도들-과제영향, 관계영향, 방해영향을 가진다. 연구자는 Elliott와 Wexler의 원척도에서 개별 문항들이 의미가 중복되는 여러 문항들로 구성되어 있어 측정 시간이 필요이상으로 길어지고 심리측정적으로 단순성이 상실된다고 판단하였다. 그래서 연구자는 Elliott 등의 원 척도를 번안한 후, 여러 개의 진술들 중 가장 대표적인 진술만을 뽑아 원 문항의 의미를 퇴색시키지 않는 범위내에서 문항을 수정하였다. 수정된 문항의 성질을 밝히기 위한 예비 연구에서 총 48명의 내담자, 98회기에 대하여 회기영향척도를 실시하고 요인분석을 실시한 결과, Elliott와 Wexler(1994)의 원문항과 동일하게 3요인이 추출되었으며, 요인의 성질도 원문항과 동일한 것으로 확인되었다. 또한 과제영향, 관계영향, 방해영향에 대한 내적 일치도를 측정 한 결과, Chronbach α 는 과제영향 .83, 관계

영향 .88, 방해영향 .81로 나타나 신뢰도 또한 적절한 것으로 나타났다.

2. 계획 조화성의 치료성과 분석 방법

9사례 중 사후측정치가 없었던 C 사례가 제외되어 총 8명의 내담자와 5명의 상담자가 연구대상이 되었다. 상담자의 계획 조화성 측정치로 분절조화성을 채택하였는데, 표집된 3, 8, 13회기의 조화성 평균점수를 측정치로 사용하였다. 치료성과 측정치로는 계획 달성척도, 복합적 증상 변화 측정치 및 6가지 증상변화 측정치가 사용되었는데, 사용된 질문지로는 문제 영역별 심각도 질문지, 상담효과질문지, 간이정신진단검사의 전체심각도지수, 자존감척도, 상태-특성불안 질문지였다.

결 과

계획 조화성이 회기성과에 미치는 영향을 즉시적 회기성과와 누적된 회기성과로 나누어서 탐색하였다. 즉시적 회기성과를 검증하기 위해서 26개 회기를 회기에서의 치료자 조화성 수준에 따라 조화성이 높은 회기군과 낮은 회기군으로 구분하였다. 이때 한 집단의 회기수는 13회기였으

표 10. 조화성이 높은 회기군과 낮은 회기군에서 회기성과차원들의 평균과 표준편차

	회기 평가		회기 영향		
	깊이	순조로움	과제 영향	관계 영향	방해 영향
조화성 ^a 높은 회기	21.15(4.79)	19.15(4.16)	16.54(3.57)	15.92(3.52)	8.69(2.66)
조화성 낮은 회기	22.23(3.79)	22.62(5.11)	16.46(3.84)	17.46(5.21)	8.38(3.38)

주. ()는 표준편차임

^an = 13

표 11. 순조로움 문항에서 조화성 높은 회기와 낮은 회기의 차이 검증

문항	조화성		df	t	p
	높은 회기군	낮은 회기군			
1. 기분좋은 -언짢은	3.23(1.01)	2.77(1.54)	24	0.905	.37
2. 이완되는 -긴장되는	3.46(1.54)	2.38(0.96)	24	2.119	.04
4. 순조로운 -어색한	2.62(0.96)	2.62(1.45)	24	0.000	1.0
5. 편안한 -거북한	2.62(1.12)	2.46(1.20)	24	0.338	.74
8. 수월한 -힘겨운	3.62(1.38)	3.46(1.68)	24	1.788	.08

주. ()는 표준편차임

* $p < .05$.

며 조화성이 높은 회기군의 조화성 평균은 1.128, 조화성이 낮은 회기군의 조화성 평균은 .409 였다. 조화성이 높은 회기와 낮은 회기 내 답자의 회기성과 측정치들의 평균과 표준편차를 표 10에서 제시하였다. 회기성과 차원에 대하여 집단간 t 검증을 수행한 결과, 회기평가질문지의 순조로움 차원에서 조화성이 낮은 회기군에 비해 높은 회기군의 내담자가 자신의 회기를 더 순조롭지 못한 것으로 평가하고 있었다. $t = 5.807, p < .001$. 그리고 순조로움 차원을 구성

하고 있는 다섯 문항에 대하여 집단간 차이를 검증한 결과를 표 11에서 제시하였다. 그 결과 2번 문항(이완되는-긴장되는)에서 두 집단간에는 유의미한 차이가 있었다. 따라서 조화성이 낮은 회기에 비해 높은 회기에서 내담자들은 더 순조롭지 못한 것으로, 구체적으로 더 긴장되었던 것으로 회기를 평가하고 있었다.

다음으로 계획 조화성의 누적된 회기 성과를 검증하였다. 연구자는 각 사례에 대해 분절 조화성의 전체 평균을 내고, 그 평균값이 전체 사

표 12. 조화성 높은 집단과 낮은 집단에서 회기 성과 차원들의 평균과 표준편차

	회기 평가		회기 영향		
	깊이	순조로움	과제 영향	관계 영향	방해 영향
조화성 높은 집단 (n = 11)	21.18(5.38)	20.73(3.17)	18.73(3.13)	16.36(4.06)	8.45(3.01)
조화성 낮은 집단 (n = 12)	22.08(3.80)	20.67(6.08)	15.58(3.29)	16.42(4.78)	9.08(3.23)

주. ()는 표준편차임

례에서 중앙값 이상인 사례를 조화성이 높은 집단으로, 그 평균값이 중앙값 이하인 사례를 조화성이 낮은 집단으로 구분하였다. 각 집단의 조화성 평균은 조화성 높은 집단이 $M = 1.088$ 이었으며 조화성 낮은 집단은 $M = .486$ 으로 집단 간에는 조화성에서 유의미한 차이가 있었다, $t = 3.486$, $p < .01$. 두 집단의 5개 회기성과 차원의 평균과 표준편차를 표 12에서 제시하였다.

두 집단간 t 검증을 한 결과 회기 영향 척도의 과제 영향 차원에서는 두 집단간에 유의미한 차이가 있었다, $t = 2.34$, $p < .05$. 이러한 과제 영향의 차이가 어떤 문항들에서 발생하였는지를 보기 위하여 과제 영향을 구성하고 있는 1, 2, 3, 4, 5번 문항에 대하여 집단간 차이를 검증하였으며 그 결과를 표 13에 제시하였다.

표 13의 결과로 볼 때, 3, 4, 5번 문항에서 두 집단간의 차이가 통계적으로 유의미하게 나타났다. 이러한 결과는 계획 조화성이 높을 경우 낮은 집단에 비해서 상담에서 다루어야 할 문제를 더 명확하게 자각하게 되는데, 구체적으로 자신의 느낌과 경험에 대해, 다루어야 할 문제에

대해 그리고 그 문제의 해결책에 대해 더 분명히 자각하게 된다는 것이다.

다음은 계획 조화성과 치료성과와의 관계를 탐색하였다. 계획 조화성을 대표하는 분절 조화성과 계획 달성척도, 복합적 증상측정치 및 개별 증상측정치간의 상관 매트릭스를 표 14에서 제시하였다. 그 결과를 요약해보면, 분절 조화성은 증상변화 측정치인 복합적 성과측정치와 $r = .77$, 그리고 역동 변화 측정치인 계획 달성척도와 $r = .63$ 의 유의미한 상관을 보이고 있었다. 그리고 증상변화 측정치 6개 중 2개와 - 문제 영역별 심각도의 변화, $p < .01$, 상담효과 질문지의 상담효과, $p < .05$. - 유의미한 상관을 보이고 있었다.

논 의

계획 조화성의 회기성과에 대한 연구는 기존 연구들에서 수행하지 못했던 영역의 연구였다. 그 결과 첫째, 계획 조화성이 높은 회기에서 내

표 13. 과제영향 문항에서의 조화성 높은 집단과 낮은 집단의 차이검증

문항	조화성 높은 집단	조화성 낮은 집단	df	t	p
1. 자기에 대한 자각	3.73(1.10)	3.25(.75)	21	1.22	.23
2. 타인에 대한 자각	3.55(1.04)	2.83(.94)	21	1.73	.09
3. 느낌, 정서의 자각	3.91(.54)	3.17(.83)	21	2.51*	.02
4. 자기문제에 대한 자각	4.09(.70)	3.25(1.22)	21	2.01*	.05
5. 해결방법에 대한 자각	3.82(.75)	3.67(.89)	21	3.34**	.003

주 ()는 표준편차임

* $p < .05$. ** $p < .01$.

표 14. 분절조화성, 계획 달성, 복합적 측정치, 개별 증상측정치간의 상관

	분절 조화성	복합적 측정치	계획 달성	문제 심각도	자존감	상태 불안	특성 불안	SCL (GSI)	상담 효과
분절조화성	1.00								
복합적 측정치	.77*	1.00							
계획달성	.63*	.64*	1.00						
문제심각도	.87**	.60	.56	1.00					
자존감	.26	.73*	.21	.08	1.00				
상태 불안	.29	.37	.16	.13	.19	1.00			
특성 불안	.58	.83**	.65*	.69*	.48	.21	1.00		
SCL (GSI)	.37	.42	.41	-.06	.35	.06	-.05	1.00	
상담 효과	.74*	.75*	.74*	.59	.21	.02	.66*	.46	1.00

* $p < .05$. 일방검증 ** $p < .01$. 일방검증

담자는 낮은 회기에 비해 상담회기를 더 순조롭지 못한 것으로 평가하였다. 이러한 부정적인 정서반응은 역동치료, 특히 단기역동치료에서 적절한 치료자의 개입이 내담자에게 어느 정도의 불안을 유발시킨다는 문헌들의 보고와 일치하는 것이다(Davanloo, 1980; Sifneos, 1979). 즉 조화성이 높다는 것은 치료자가 내담자의 병리적 믿음에 도전하고, 억압되었던 정서와 이전 경험들을 치료장면에서 재경험하도록 촉진하며 무의식적인 것에 대해 통찰을 유도하는 반응이기 때문에, 내담자는 조화성이 낮았던 회기에 비해 더 '긴장된' 것으로 느끼기 쉽다. 둘째, 조화성의 누적된 회기성과 측면에서 치료자의 계획 조화성이 높았던 내담자들은 치료자의 계획 조화성이 낮았던 내담자들보다 회기에서 자신이 다루어야 할 과제에 대해 더 명확하게 자각하는 것으로 나타났다. 구체적으로 그들은 자신의 느낌과 경험을 더 분명하게 자각하고, 자신이 다루어야 할 과제

가 무엇인지 더 잘 알게 되며, 자신의 문제해결을 위해서 무엇을 해야하는지를 더 잘 알게된 것으로 나타났다. 이러한 연구결과는 계획 조화성이 높을 경우 회기에서 즉각적으로는 내담자를 긴장시키지만, 장기적으로는 내담자의 치료과제에 대한 자각을 더 분명하게 하는 긍정적 영향을 미친다는 것을 의미한다.

마지막으로 계획 조화성은 여러 성과측정치들과 유의미한 상관을 보이고 있었는데 구체적으로 역동적 변화측정치인 계획 달성척도, 그리고 증상변화 측정치인 복합적 성과측정치, 문제영역별 심각도 측정치 그리고 상담효과 측정치와 유의미한 상관을 보였다. 이러한 결과는 기존연구들(Silberschatz, Fretter & Curtis, 1986; Norville, Sampson & Weiss, 1986; Nathans, 1988)과 일치하는 결과로, 계획 조화성이 내담자 역동의 변화를 잘 예언하고 있으며, 증상의 변화를 부분적으로 예언해 준다고 결론내

릴 수 있었다. 하지만 이 결과는 증상측정치와의 관계에서 6개 중 2개의 측정치에 대해서만 유의미한 예언력을 보인 것으로, 엄밀하게 말하자면 증거 관련타당도는 부분적으로만 입증된 것이다. 이러한 결과는 다음과 같은 이유로 설명될 수 있다. 첫째, 특정 증상변화 측정치들은 이들 내담자의 변화를 탐색하는데 적절하지 않았을 수 있다. 예를 들어 치료 초기 SCL-90-R의 전체심각도지수에서 T점수 60이상의 내담자는 전체 9명 중 3명에 불과하였으며, 그외의 내담자들은 정상수준 범위의 내담자들이었다. 이렇게 뚜렷한 정신과적 증상이 없는 내담자들은 심리치료가 그들에게 분명히 유익하였더라도 증상변화 측정치에서의 변화는 나타나지 않을 수 있다. 둘째, 연구가 비교적 짧은 회기를 대상으로 하였기 때문에 표준화된 증상변화 측정치들에서는 미처 변화가 나타나지 않았을 수도 있다. 따라서 추후 더 많은 내담자를 대상으로 그리고 더 장기치료를 한 내담자를 대상으로 후속 연구들이 수행될 필요가 있겠다.

전체 논의

본 연구의 결과가 실제의 심리치료 그리고 심리치료 연구에 갖는 의의를 종합적으로 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 본 연구는 기존연구들이 그 학파소속의 연구자에 의한 연구(Luborsky, 1976; Perry, Augusto & Cooper, 1989; Weiss, Sampson & Mount Zion 심리치료 연구집단, 1986; Horowitz, Rosenberg, Ureno, Kalehzan & O'Halloran, 1989; Horowitz, 1989)이거나 소수의 사례에 대한 연구들(Collins & Messer, 1991; Tishby & Messer, 1995; 하정혜,

1994; 김수현, 1994, 1997)인 것과는 달리, 그 학파에 소속되지 않은 연구자가 연구를 수행하였을 뿐만 아니라 계획 공식화에 관한 연구들 중 가장 많은 내담자(11명)를 연구 대상으로 삼은 것이었다. 이때에도 평정자간 신뢰도가 적절하게 나타난 것은 이 방법이 일반적인 연구자들에 의해서도 수행될 수 있으며, 특히 통상적인 심리치료에서 유용하게 사용될 수 있음을 의미하는 것이다.

둘째, 본 연구의 결과는 성공적인 치료를 위해 치료자가 수행해야 할 과제에 대해 유용한 정보를 제공해 주고 있다. 연구의 결과로 볼 때, 만약 치료자가 치료 초기에 내담자에 대한 정확한 사례 공식화를 작성하고, 그 안내를 받아 적절한 치료적 개입을 하게 된다면 치료의 성공 확률이 더 높아지게 될 것이다. 이것은 치료 실제에서 치료자가 내담자 치료에 대한 전략을 수립한 후 그 전략에 비추어 기술(구체적으로 치료개입)을 구사하는 것과는 일치하는 것이다.

셋째, 본 연구의 연구방법인 사례 공식화 접근은 연구하고자 하는 심리치료의 이론과 밀접하게 관련을 맺고 있으며 심리치료의 과정을 더 명료하게 보여주는 연구방법으로, 이것은 기존의 전통적인 심리치료 연구가 안고 있던 여러 가지 단점을 보완하는 연구방법이었다. 즉 사례 공식화 접근은 Persons(1992)이 주장한 바와 같이 평가와 치료를 표준화, 무이론화, 평균화시켰던 기존 연구방법의 단점을 보완해 주고 있으며, Strupp, Schacht 및 Henney(1988)가 주장한 바와 같이 내담자의 평가, 치료과정, 성과를 일관적인 틀로 설명함으로써 심리치료의 과정을 더 선명하게 보여주고 있다. 그래서 심리치료 연구는 심리치료의 실제, 그리고 심리치료 이론에 더 근접하게 되었으며, 따라서 과학자-치료자 겹을 메우는 효과가 있을 것으로 기대된다.

넷째, 본 연구는 계획 공식화 방법에 대한 기존 연구의 방법론과 영역을 확장시키는 역할을 하였다. 예를 들어 연구자는 평정자간 신뢰도를 입증하는데서 기존 연구를 확장하여 평정자간 동의율을 확인하였고, 계획 조화성의 평정방법을 회기분절에 대한 평정으로 확장시켰는데, 이때에도 분절 조화성은 개별 조화성과 동일하게 평정자간 신뢰도와 평정자간 동의율이 우수한 것으로 확인되었다. 또한 계획 조화성의 회기성과를 연구하여 내담자의 최종적 치료성과 이전에 회기수준에서 중간단계의 진전이 있었음을 확인할 수 있었다.

이러한 여러 의의에도 불구하고 본 연구는 다음과 같은 제한점을 가지고 있다.

첫째, 연구의 대상은 주로 대학 재학생으로 연령이 20대로 제한되었고, 심리적 장애의 정도는 중간정도의 심각도였으며, 그 회기도 15회기의 비교적 단기치료를 대상으로 하고 있었다. 따라서 연구의 결과를 심각한 내담자나 장기치료에 일반화하는데는 제한점을 가지고 있다. 그러므로 추후 더 심각한 장애를 지닌 내담자나 장기치료를 대상으로 연구를 수행해 보는 것이 필요할 것이다.

둘째, 본 연구에서 최종적으로 작성된 공식화의 내용이 Weiss 학파의 연구자들이 얻을 수 있는 내용과 동일하지 않을 수 있다. Messer (1991)에 따르면 그 학파 소속의 평정자들과 단순히 학습을 통해 이론을 습득한 평정자들간에는 동일한 이론을 지지한다 할지라도 계획 공식화의 내용이 서로 다를 수 있다고 하였다. 현 연구에서 이것을 확인할 길이 없으나 추후 Weiss 학파와의 교류를 통해 공통점과 차이점을 확인할 필요가 있을 것이다.

셋째, 계획 달성척도의 신뢰도 연구에서, 통찰 획득 문항은 평정자간 신뢰도가 매우 낮고, 평정

자에 따라 사례의 통찰획득 정도를 서로 다르게 평정하는 것으로 나타났다. 따라서 현재의 연구로 볼 때 통찰에 대한 문항을 사용하기 위해서는 그 평정방법을 좀 더 개선하거나, 통찰획득이 명확하게 확인될 수 있는 장기치료의 사례를 표집하거나, Weiss의 이론을 지지하는 치료자의 치료사례를 표집하여 연구를 수행해 볼 필요가 있겠다.

넷째, 계획 조화성의 치료성과 연구에서 치료자의 숙련성이나 치료자 개입의 전달 태도, 그리고 내담자 문제의 심각도 수준 등 계획 조화성과 치료성과 과정을 매개할 수 있는 변인들이 통제되지 못했다.

다섯째, 본 연구의 대상이 되었던 치료사례들은 완전하게 성공한 사례가 드물어 치료성과의 임상적 의미에 대해서는 확인할 수 없는 제한점이 있다. Kazdin과 Wilson(1978)은 치료를 평가하는 주요한 준거는 임상적 의미이며 임상적 의미는 내담자가 가지고 온 문제를 해결하는 것이라고 하였다. 하지만 본 연구는 완벽하게 성공한 사례가 드물어, 비록 조화성이 치료성과를 부분적으로 예언해 주고 있었지만 그것이 내담자 문제가 완전히 해결되었다는 것을 의미하는 것은 아니었다. 따라서 추후 성공한 사례를 대상으로 연구를 수행하여 치료자의 계획 조화성의 치료성과에 대해 좀 더 명확한 결론을 내릴 필요가 있겠다.

참고 문헌

- 김수현(1994). 정신역동적 사례공식화: CCRT와 PF를 중심으로. **학생생활연구**, 충북대학교 학생생활연구소, 제9권.
- 김수현(1997). 정신역동적 사례공식화: 계획공

- 식화 방법과 개별적 갈등공식화 방법을 중심으로. *한국심리학회지: 상담과 심리치료*. 제 9권. 129-156.
- 김정택(1978). 특성-불안과 사회성과의 관계 - Spieberger의 STAI를 중심으로-. 석사학위 논문, 고려대학교.
- 장재홍(1998). 해석기법의 이해 : 정신역동적 입장에서. *인간이해*, 서강대학교 학생생활 상담연구소, 제 19권. 25-49.
- 하정혜(1994). 상담과정에서의 내담자 대인관계 패턴변화에 관한 시계열 복수 사례연구. 석사학위 논문. 서울대학교.
- Barber, J. P., & Crits-Christoph, P. (1993). Advances in Measures of psychodynamic formulation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 574-585.
- Budmans, S., & Gurman, A. (1988). *Theory and practice of brief therapy*. New York: Guilford Press.
- Bush, M. (1986). Plan compatibility scale. In Weiss, J., Sampson, H., & The Mount Zion Psychotherapy Research Group(Eds.), *The psychoanalytic process: Theory, Clinical observation, and empirical research*. New York: Guilford Press.
- Caston, J. (1986). The reliability of the diagnosis of the patient's unconscious plan. In Weiss, J., Sampson, H., & the Mount Zion Psychotherapy Research Group (Eds.), *The psychoanalytic process : Theory, clinical observation, and empirical research*. New York: Guilford Press.
- Collins, W., & Messer, S. B. (1991). Extending the Plan Formulation Method to an object relations perspective: Reliability, stability, and adaptability. *Psychological Assessment. Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 75-81.
- Crits-Cristoph, P. C., Cooper, A., & Luborsky, L. (1988). the accuracy of Therapists' Interpretations and the Outcome of Dynamic Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 4, 490-495.
- Crits-Cristoph, P. C., & Lurborsky, L. (1988). Application of the CCRT: A Measure of Adequacy of Therapist's Interpretation and a Measure of Patient's Self-Understanding. 117-128. In Dahl, H., Kachele, H. & Thoma, H. (Eds.) *Psychoanalytic Process Research Strategies*. Springer-Verlag Berlin Heidelberg. 1988.
- Curtis, J. T., Silberschatz, G., Sampson, H., Weiss, J., & Rosenberg, S. E. (1988). Developing reliable psychodynamic case formulation: An illustration of the Plan diagnosis method. *Psychotherapy*, 25, 256-265.
- Davanloo, H.(Ed.)(1980). *Basic principles and techniques in short-term dynamic psychotherapy*. New York: Spectrum Publications.
- Dewald, P. A. (1974). *The Theory and Practice of Individual Psychotherapy*. Psychotherapy Tape Library. : 김기석

- 역. 정신치료의 이론과 실제. (1978).
- DeWitt, K. N., Kaltreider, N. B., Weiss, D. S., & Horowitz, M. J. (1983). Judging change in psychotherapy: Reliability of clinical formulations. *Archives of General psychiatry*, 40, 1121-1128.
- Elliott, R., & Wexler, M. M. (1994). Measuring the Impact of Sessions in Process-Experiential Therapy of Depression: The Session Impacts Scale. *Journal of Counseling Psychology*, 41, 166-174.
- Fretter, P. B. (1984). The immediate effects of transference interpretations on patients' progress in brief, psychodynamic psychotherapy (Doctoral dissertation, University of San Francisco, 1984). *Dissertation Abstracts International*, 46, 1519A.
- Harper, F. D., & Bruce-Sanford, G. G. (1981). Factors affecting client change in individual counseling: Current status and theoretical speculations. In S. D. Brown & R. W. Lent (Eds.), *Handbook of counseling psychology*. New York: Wiley.
- Hill, C. E., & O'Grady, K. E. (1985). List of therapist intentions illustrated in a case study and with therapist of varying theoretical orientations. *Journal of Counseling Psychology*, 32, 3-22.
- Horowitz, M. J. (1989). Relationship schema formulation: Role-relationship models and intrapsychic conflict. *Psychiatry*, 52, 260-274.
- Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., Ureno, G., Kalebzan, B. M., & O'halloran, P. (1989). Psychodynamic formulation, consensual response method, and interpersonal problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 599-606.
- Kazdin, A. E., & Wilson, G. T. (1978). Criteria for evaluating psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 35, 407-416.
- Lawlis, G. F., & Lu, E. (1972). Judgment of counseling process: Reliability, agreement, and error. *Psychological Bulletin*, 78, 17-20.
- Luborsky, L. (1976). Helping alliance in psychotherapy: The groundwork for a study of their relationship to its outcome. In J. L. Claghorn(Ed.), *Successful Psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Malan, D. H. (1976). The current position of research in psychotherapy. In D. H. Malan. ed. *Toward the validation of dynamic psychotherapy*. New York: Plenum Press.
- Messer, S. B. (1991). The case formulation approach: Issues of reliability and validity. *American Psychologist*, 1348-1350.
- Messer, S. B., Tishby, O., & Spillman, A.(1992). Taking context seriously in psychotherapy research: Relating therapist interventions to patients

- progress in brief psychodynamic therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 5, 678-688.
- Mintz, J. (1981). Measuring outcome in psychodynamic psychotherapy: Psychodynamic vs. symptomatic assessment. *Archives of General Psychiatry*, 38.
- Nathans, S.(1988). Plan Attainment: An individualized measure for assessing outcome in psychodynamic psychotherapy(Doctoral dissertation, California School of Professional Psychology, 1988). *Dissertation Abstracts International*, 49, 08B.
- Norville, R., Sampson, H., & Weiss, J. (1996). Accurate interpretation and brief psychotherapy outcome. *Psychotherapy Research*, 6, 16-29.
- Perry, J. C., Augusto, F., & Cooper, S. H. (1989). Assessing psychodynamic conflicts: I. Reliability of the Idiographic Conflict Formulation Method. *Psychiatry*, 52, 289-301.
- Perry, J. C., Luborsky, L., Silberschatz, G., & Popp, C. (1989). An examination for three methods of psychodynamic formulation based on the same videotaped interview. *Psychiatry*, 52, 302-323.
- Persons, J. B.(1992). Psychotherapy outcome studies do not accurately represent current models of psychotherapy: A proposed remedy. *American Psychologist*, 46, 99-106.
- Persons, J. B., Curtis, J. T., & Silberschatz, G. (1991). Psychodynamic and cognitive-behavioral formulations of a single case. *Psychotherapy*, 28, 608-617.
- Piper, W. E., Joyce, A. S., McCallum, M., & Azim, H. F. A. (1993). Concentration and Correspondence of Transference Interpretations in Short-Term Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 4, 586-595.
- Rappaport, A. (1996). The Structure of Psychotherapy: Control-Mastery theory's Diagnostic Plan Formulation. *Psychotherapy*, 33, 1, 1-10.
- Rosenberg, S. E., Silberschatz, G., Curtis, J. T., Sampson, H., & Weiss, J. (1986). A method for establishing the reliability of statements from psychodynamic case formulations. *American Journal of Psychiatry*, 143, 1454-1456.
- Silberschatz, G., Fretter, P. B., & Curtis, J. T. (1986). How do Interpretations influence the Process of Psychotherapy?. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 5, 646-652.
- Stiles, W. B., & Snow, J. S. (1984). Counseling session impact as viewed by novice counselors and their clients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 31, 3-12.
- Strupp, H. H., Schacht, T. E., & Henry, W. P. (1988). Problem- Treatment-

- Outcome Congruence: A Principle whose time has come. In H. Dahl, H. Kachele, & H. Thoma (Eds.), *Psychoanalytic process research strategies*. Berlin, FRG. Springer-Verlag.
- Thinsley, H. E. A., & Weiss, D. J. (1975). Interrater reliability and agreement of subjective judgement. *Journal of Counseling Psychology, 22*, 358-376.
- Tishby, O., & Messer, S. B. (1995). The relationship between plan compatibility of therapist interventions and patient progress: A comparison of two plan formulations. *Psychotherapy Research, 5*, 76-88.
- Weiss, J. (1993). *How Psychotherapy works: Process and technique*. New York, London. Guilford Press.
- Weiss, J., Sampson, H., & the Mount Zion Psychotherapy Research Group. (1986). *The psychoanalytic process: Theory, clinical observation & empirical research*. New York: Guilford Press.

The Analysis of Psychotherapy Process by Plan Formulation Method

Jae-Hong Jang Chang-Yil Ahn

Department of Psychology, Korea University

This study was aimed to examine the reliability and validity of Weiss' Plan Formulation Method, one of the case formulation methods, which evaluates client's problem, therapist intervention and therapy outcome individually. Study 1 examined the interrater reliability on Plan Formulation's components. The average of interrater reliabilities on those were very high: .90 in goal, .93 in obstruction, .88 in test, .91 in insight. And the interrater agreement was moderate. Study 2 rated the plan compatibility of therapist intervention in the basis of plan formulation to examine the reliability of this method. The results were that the interrater reliabilities of two rating methods were very high: .80 in Individual Compatibility and .87 in Segment Compatibility, and interrater agreements were very high: .91 in Individual Compatibility and .82 in Segment Compatibility. Study 3 rated the client's dynamic change using Plan Attainment Scale to test the reliability of this scale, and to evaluate the relationships between this scale and six symptom measures. The interrater reliabilities of items about attaining goal, overcoming pathogenic belief, and overall attainment were high, but that of attaining insight item was low. In analysing the relationships between this scale and six symptom measures, it was found that this scale significantly correlated with composite symptom measure, counseling effect questionnaire and trait anxiety questionnaire. Study 4 tried to test the relationships between the plan compatibility and session outcome. The results were that plan compatibility was significantly correlated with session impact and therapeutic outcome. The implications and limitations of this study was discussed.