

Evidence-Based Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder

Il-Jung Kim¹ Min-Sup Shin^{1,2†}

¹Department of Neuropsychiatry, Seoul National University Hospital, Seoul;

²Department of Psychiatry and Behavioral Science, Seoul National University College of Medicine, Seoul, Korea

This paper presents a current review of existing evidence-based treatments for Obsessive-Compulsive Disorder (OCD), with a description of “Cognitive Behavioral Therapy” (CBT), which encompasses “Exposure and Response Prevention” (ERP) and “Cognitive Therapy” (CT), and “Acceptance and Commitment Therapy” (ACT). Based on meta-analyses and systematic reviews including randomized-controlled trials (RCTs), American Psychological Association (division 12) suggests that both ERP and CT have a “strong/well-established” evidence base, and ACT has a “modest/probably efficacious” evidence base. A literature search for domestic clinical trials, however, revealed that while no RCTs had examined the efficacy of CBT or ACT for OCD, a pretest-posttest design trial had examined the efficacy of group CBT and a quasi-experimental design trial had examined computer-based CBT. Based on this evidence, CBT for OCD is deemed to have a “modest/probably efficacious” evidence base in Korea. Finally, challenges to the treatment of OCD and future directions are suggested.

Keywords: obsessive-compulsive disorder, evidence-based treatment, cognitive behavioral therapy, exposure and response prevention, cognitive therapy

국제보건기구(WHO)에 따르면 강박장애(Obsessive-Compulsive Disorder, OCD)는 가장 심신을 쇠약하게 만드는(debilitating) 장애 중의 하나로 선정되었다. 강박장애는 원하지 않는 생각과 행동을 반복하게 되는 정신장애로서 적절한 치료를 받지 않으면 만성적인 경과를 보이고 기능 손상을 유발하며 삶의 질을 저해시킨다(Koran, Thienemann, & Davenport, 1996). 강박사고는 반복적으로 의식에 침투하는 고통스러운 생각, 충동, 심상을 말하며 음란하거나 근친상간적인 생각, 공격적이거나 신성 모독적인 생각, 오염에 대한 생각, 반복적인 의심, 물건을 순서대로 정리하려는 충동 등 매우 다양한 주제를 포함한다. 대부분의 강박장애 환자들은 이러한 생각이 부적절하다는 것을 인식하고 있으므로 그러한 생각을 억제하려고 노력하거나 저항함에도 불구하고 반복적으로 의식에 떠올라 현저한 불안이나 고통을 느끼게 된다. 따라서 강박사고에 따른 불안이나 고통을 없애거나 회피하기 위해 강박행동을 보이게 된다.

강박행동은 반복적인 행동이나 정신적인 활동으로서 씻기, 청소하기, 정돈하기, 확인하기와 같이 외현적인 행동으로 나타날 수도 있고 숫자세기, 기도하기, 속으로 단어 반복하기와 같이 내현적 활동으로 나타나는 경우도 있다(Kwon, 2013). DSM-IV(American Psychiatric Association [APA], 2000)에서는 강박장애가 불안장애 범주에 포함되었으나, DSM-5(APA, 2013)에서는 ‘강박 및 관련 장애(Obsessive-Compulsive and Related Disorder)’라는 독립적이고 새로운 범주에 강박장애를 포함시켰으며, 이 외에도 신체이형장애, 저장장애, 모발뽑기장애, 피부뜯기장애 등이 함께 포함되었다(Hong et al., 2014).

강박장애와 함께 나타나는 장애는 매우 흔한데, DSM-5에 따르면 성인에서 75%가 불안장애를 경험하고 63%가 우울 및 양극성 장애를 경험하며 약 15% 정도는 자살을 시도하는 것으로 보고되었다. 강박성 성격장애 또한 강박장애 환자의 23-32%가 나타낼 만큼 흔하다. 강박장애 환자 중 많게는 30%가 평생 동안 틱 장애를 1회 혹은 그 이상 동반하게 되며 이들은 강박 증상이나 공병 질환, 경과 그리고 가족적 전파 양상 등에서 틱 장애를 동반하지 않는 경우와는 다른 양상을 보인다. 그 외 강박장애 환자에서 함께 나타나는 질

†Correspondence to Min-Sup Shin, Department of Psychiatry and Behavioral Science, Seoul National University College of Medicine, 101 Daehak-ro, Jongno-gu, Seoul, Korea; E-mail: shinms@snu.ac.kr

Received Sep 15, 2017; Revised Oct 18, 2017; Accepted Oct 20, 2017

환에는 신체이형장애, 모발뽑기장애, 피부뜯기장애와 같은 ‘강박 및 관련 장애’가 있다. 국내에서 2016년에 실시한 정신질환실태 조사(Hong et al., 2016)에 따르면 강박장애는 알코올 의존, OR=1.5, 95% CI=1.1-1.9, 니코틴 의존, OR=1.5, 95% CI=1.1-1.9, 조현병 및 관련장애, OR=1.9, 95% CI=1.1-3.3, 주요우울장애, OR=1.5, 95% CI=1.2-1.8, 기분부전장애, OR=2.0, 95% CI=1.6-2.6, 양극성 장애, OR=3.2, 95% CI=2.0-5.1,와 유의미한 수준의 공병률을 보였으며, 외상후스트레스 장애, 공황장애 등 모든 종류의 불안장애와도 유의미한 수준의 공병률을 보였다.

한편, DSM-5에서는 강박장애를 진단할 때 감별해야 할 진단으로 불안장애, 주요우울장애, 기타 강박 및 관련장애, 섭식장애, 틱(틱 장애)과 상동적 운동, 정신병적 장애, 기타 강박 유사 행동, 강박성 성격장애를 제안하고 있다. 그 중 공병률이 높은 불안장애, 주요우울장애와의 감별진단 사항을 정리하면 다음과 같다. 첫째, 불안장애와 관련하여 반복적 생각이나 회피행동, 안심에 대한 되풀이되는 요청은 불안장애에서도 발생할 수 있다. 하지만 범불안장애의 반복적인 생각들은 보통 강박장애에서 보이는 비현실적이고 이상하거나 비합리적이고 마술적으로도 보이는 강박사고와 달리 실생활에 대한 걱정인 경우가 많다. 강박장애 환자들처럼 특정공포증 환자들도 특정 대상이나 상황에 대해 공포 반응을 보이는 경우가 많지만 특정공포증에서는 공포의 대상이 대개 훨씬 더 국한되어 있고 의식적인 행위가 존재하지 않는다. 둘째, 주요우울장애와 관련하여 강박장애에서의 강박사고는 주요우울장애에서 나타나는 사고의 반추와는 구분될 수 있다. 즉 주요우울장애에서 보이는 반추적인 사고는 대개 기분에 일치하고 반드시 침투적이거나 고통스럽게만 느껴지지 않는다는 점이 다르다. 그리고 주요우울장애에서는 이러한 사고의 반추가 강박행동과 관련되지 않는 반면 강박장애에서는 강박사고와 강박행동이 관련되어 있는 것이 전형적이다.

유병률 및 발병률과 관련하여, DSM-5에 따르면 미국의 1년 유병률은 1.2%이며 전 세계적으로 1년 유병률이 1.1-1.8%로 나타났으나 국내의 경우 평생 유병률이 0.6% (남 0.1%, 여 1.0%), 1년 유병률 0.4% (남 0.1%, 여 0.7%)로 상대적으로 낮게 보고되었다(Hong et al., 2016). 이러한 유병률의 차이는 Weissman 등(1994)이 실시한 강박장애에 대한 국제 역학 연구에서도 보고된 바 있는데, 즉 미국, 캐나다, 푸에르토리코, 독일, 타이완, 대한민국, 뉴질랜드에서 실시한 역학 조사 결과 대한민국은 타이완 다음으로 낮은 발병률을 나타냈다. Horwath와 Weissman(2000)에 따르면 강박 증상이 겉으로 표현되는 유형의 차이에는 아마도 문화적 요인이 영향을 미치는 것으로 보이나 강박장애의 유병률이 아시아 국가에서 훨씬 낮게 나타나는 이유는 아직 불명확하다. 한편, 국내 정신질환실태 조사에

서 사회인구학적 분포에 따라 남자는 20대에서, 여자는 30대에서 강박장애 일년유병률이 각각 0.3%, 1.6%로 가장 높게 나타났다. 남녀 모두 미혼 집단에서 강박장애 유병률이 기혼, 이별, 별거, 사별 집단에 비해 높게 나타났다. 교육 연한에 따른 강박장애의 일년유병률의 증감 경향은 뚜렷하지 않았으나 취업상태의 경우는 남자는 미취업 집단에서, 여자는 전일제 집단에서 강박장애의 일년유병률이 가장 높았다. 발병 연령과 관련하여, 성별 구분 없이 전체적으로 30세 이전에 발병하는 비율이 82% 이상을 차지하고 있으며 그 중 남자의 경우 80%의 강박장애가 10대 때 발병하는 것으로 나타났다. 여자는 50%가 10대 때 발병하며, 29세 이전에 발병하는 비율은 79.2%로 나타났다. 위험 요인과 관련하여, 여자가 남자보다 3.6배 높은 강박장애 일년유병률을 보였으며, 연령 구간에 따라서는 60대에 비해 18-29세에서 3.6배, OR=3.6, $p < .05$, 45-59세에서 5.3배, OR=5.3, $p < .05$, 높은 강박장애 일년유병률을 나타냈다. 저소득층의 경우 고소득층에 비해 일년유병률이 3.9배, OR=3.9, $p < .05$, 높게 나타났다.

미국심리학회(APA)에서는 강박장애에 대한 심리치료의 효과를 검증한 무선택당통제(Randomized Controlled Trial, RCT) 연구를 메타분석(meta-analysis)하고 체계적으로 검토(systematic review)하여 ‘노출 및 반응방지 기법(Exposure and Response Prevention; ERP)’과 ‘인지 치료(Cognitive Therapy, CT)’, ‘수용전념치료(Acceptance and Commitment Therapy, ACT)’를 과학적인 근거 기반이 갖추어져 있는 치료로 권고하고 있다. 그러나 국내에서는 근거기반 마련을 위한 잘 설계된 임상 연구가 매우 부족한 실정이다. 이에 본 논문에서는 먼저 강박장애에 대한 심리치료의 효과를 체계적으로 검토하고 메타분석한 대표적인 해외 연구들을 검토하고 미국심리학회에서 제안하는 근거기반치료를 소개하고자 한다. 또한 국내에서 강박장애에 대한 심리치료의 효과를 다룬 임상 연구를 개관하여 근거기반 수준을 평가할 것이며, 이를 통해 강박장애 환자에게 심리치료를 적용할 때 유용한 권고안 및 향후 연구 방향에 대해서 제안하고자 한다.

근거기반치료: 해외

인지행동치료(Cognitive Behavioral Therapy, CBT)는 강박장애 치료에 대한 효과가 가장 체계적으로 검증된 심리치료로서 ERP와 인지 치료를 포함한다. McKay 등(2015)에 따르면 Meyer(1966)가 처음으로 ERP를 통한 치료를 기술한 이후로 인지행동치료는 강박장애를 위한 가장 효과적인 근거기반 심리치료로 간주되어 점차 정교화되어왔다(APA, 2007; NICE guidelines, 2005). 강박장애에 대한

인지행동치료의 효과를 검토한 대표적인 연구를 소개하면 다음과 같다.

먼저 Olatunji, Davis, Powers와 Smits(2013)는 2011년까지 PsycINFO, MEDLINE, Scopus에서 출판된 RCT 연구 16개를 포함시켜 메타분석을 실시하였다. 인지행동치료 집단은 통제 집단보다 치료 후(post-treatment) 시점, Hedge's $g=1.39$,과 추후 평가(follow-up) 시점, Hedge's $g=0.43$,에서 유의미하게 더 높은 치료 효과를 보였다. 효과 크기는 인지행동치료의 유형, 치료 형식(format), 발병 연령, 증상의 지속 기간, 성별, 회기 수, 공병률에 따라 유의미한 차이를 보이지 않았다. 성인은 아동보다 작은 효과 크기를 보였고 전체 집단을 기준으로 했을 때 나이가 많을수록 효과 크기가 작은 경향을 보였다. 하지만 성인과 아동 집단을 나누었을 때는 연령과 효과 크기 간의 유의미한 상관관계가 발견되지 않았다.

다음으로 Ost, Havnen, Hansen과 Kvale(2015)은 1993년부터 2014년까지 출판된 강박장애에 대한 인지행동치료 연구를 체계적으로 검토하였으며, 여기에는 치료 효과를 Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS)로 측정된 37개의 RCT 연구에 대한 메타분석이 포함되었다. 분석 결과, 인지행동치료 집단과 대기 집단(wait list) 간의 효과 크기 차이, Hedge's $g=1.31$,와 인지행동치료 집단과 위약 집단 간의 차이, Hedge's $g=1.33$,가 크게 나타났다. ERP와 인지치료의 효과 간에는 유의미한 차이가 없었으며, Hedge's $g=0.07$, 개인 치료와 집단 치료 사이에서도 유의미한 차이가 발견되지 않았다, Hedge's $g=0.17$. 인지행동치료는 항우울제보다 유의미하게 높은 효과를 보인 것으로 보고되었으며, Hedge's $g=0.55$, 인지행동치료와 항우울제 치료를 결합한 치료는 인지행동치료와 위약 처치를 결합한 치료보다 유의미하게 높은 효과를 보이지 못했다, Hedge's $g=0.25$.

한편, McKay 등(2015)에 따르면 치료 효과를 검증하고자 시도된 여러 연구들 간에는 강박장애의 유형과 인지행동치료의 방식, 그리고 치료 반응에 대한 정의가 서로 다르다는 제한점이 있다. McKay 등(2015)은 강박장애에 대한 ERP와 인지치료에 대한 메타분석 연구들을 각각 검토하였으며, 먼저 ERP에 대한 메타분석 결과는 다음과 같다.

인지행동치료 회기를 구성할 때 치료 초기에 ERP를 먼저 적용하게 된다. ERP에서는 불안을 유발하는 자극의 위계를 설정하고 점진적으로 불안을 유발하는 자극에 노출하며, 불안이 습관화를 통해 줄어들 때까지 기다리는 훈련을 실시한다. 강박장애에 대한 ERP의 효과를 양적으로 평가한 몇 가지 연구들이 있는데, 먼저, Christensen, Hadzi-Pavlovic, Andrews와 Mattick(1987)의 메타분석에 따르면 ERP가 효과적이라고 보고되었다, mean d (standardized

mean difference)=1.30. 그러나 몇몇 범주들(예: live exposure, exposure in vivo)은 효과 크기를 계산하기에 매우 적은 수의 연구만을 포함하였고 하나의 대기 집단만을 통제 집단으로 설정하였다는 제한점이 있다. Abramowitz(1997)의 연구에서는 이완훈련 집단을 대조군으로 설정한 연구를 메타분석하였으며, 분석 결과 강박 증상의 호전에 있어 ERP를 실시한 집단이 이완훈련을 실시한 집단에 비해 더 큰 효과 크기를 보였다, mean $d=1.18$. Abramowitz(1996)는 ERP를 실시하는 구체적인 방법에 따라 서로 다른 치료 효과를 평가하였으며, 노출을 실시하는 접근법이 노출 훈련에 대한 치료자의 감독 여부, 노출의 유형(실제 또는 상상), 노출 자극 제시 속도(점진적 또는 급진적), 반응 방지의 정도(완전 또는 부분)와 같이 4가지 범주로 구분되었다. 몇 가지 중요한 결과가 있었는데, 첫째, 환자가 독립적으로 ERP를 실시(self-guided intervention)했을 때보다 치료자가 ERP 훈련을 감독했을 때 치료 후 시점, mean $d=1.58$,과 추후 평가 시점, mean $d=1.47$,에서 증상이 더 많이 감소하였다. 둘째, 반응을 완전히 방지하는 것이 부분적으로 방지하는 것보다 치료 후, mean $d=1.67$,와 추후 평가 시점, mean $d=1.46$,에서 증상이 더 많이 감소하였다. 셋째, 실제 노출과 상상 노출의 결합이 실제 노출만 실시했을 때보다 더 큰 효과가 있었다, mean $d=2.76$. 마지막으로 노출 강도에 따른 점진적 노출과 급진적 노출 간에는 효과 차이가 발견되지 않았으며, 두 가지 방법 모두 유의미한 효과를 보였다, all mean $d>1.33$. 이후의 분석(Rosa-Alcazar, Sanchez-Meca, Gomez-Conesa, & Marin-Martinez, 2008)에서는 상상 노출이 동반된 실제 노출을 실시한 치료 집단이 대조 집단보다 더 큰 효과를 보였다, mean $d=1.30$. 또한 치료자의 지도 감독이 강박장애 환자들의 우울 증상을 감소시키는 데에도 유의미한 효과가 있는 것으로 보고되었다, mean $d=0.78$.

이러한 결과를 볼 때, 지난 수십 년간 ERP가 강박장애에 대한 효과적인 치료라는 점을 보여주는 연구들이 축적되어 온 것으로 보인다. 이 때 ERP를 실시하는 방법이 중요한데, 치료자의 감독을 통한 실제 노출과 상상 노출의 결합이 증상 호전에 가장 큰 영향을 미치는 것으로 보인다. 그러나 치료 효과를 검증할 때 회복률에 대한 검증이 충분하게 이루어지지 않았고, 회복에 대한 정의 또한 표준화되지 않았다는 점이 제한점으로 남아있다. 가령 환자의 치료 순응도(adherence)와 같은 여러 가지 요인에 따라 “회복(recovery)”, “최소한의 잔여 증상(minimal residual symptoms)”, “부분적 효과(partial response)”, “거의 효과 없음(little benefit)”과 같이 치료 효과가 다양한 범위에 걸쳐 나타난다. 또한 선행 연구자들이 지적한 바대로, 인지행동치료를 실시하는 최적의 기간은 3개월 이상이지만 RCT 연구들은 일반적으로 시간이 제한되어 있고(time-limited)

매뉴얼화 되어 있다. 더 나아가, 근거기반치료가 마련되어 있다 하더라도 이러한 치료를 실시하는 전문가의 자격이나 역량 또한 효과에 영향을 미친다.

다음으로 인지치료에 대한 메타분석 결과는 다음과 같다. 인지치료의 핵심적인 특징은 문제 행동을 변화시키기 위해서 침투사고에 대한 역기능적 평가(appraisal)와 증상과 관련된 신념을 확인하고 수정해나가는 것이다(Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979). 강박장애와 특징적으로 관련된 다양한 수준의 인지적 측면을 평가하는 방법이 개발되어왔으며, 여기에는 “The interpretation of intrusion inventory”, “Obsessive beliefs Questionnaire”(Obsessive Compulsive Cognitions Working group, 2001, 2003), “Vulnerability Schemata Scale”(Sookman, Pinard, & Beck, 2001)이 있다. 이러한 도구들은 치료 전, 그리고 치료가 진행되면서 나타나는 인지적 변화를 평가하기 위해 사용될 수 있다.

강박장애를 설명하는 몇 가지 인지모델이 있으며, 이들은 모두 강박 증상 완화를 강조한다. 최근의 몇몇 모델들은 정체성, 가치, 애착 방식, 대안적인 인지 양식 등에 초점을 둔 방법들도 통합시켰으나 Salkovskis와 Warwick(1985)가 기술한 인지모델이 가장 널리 알려져 있다. 이 모델에서는 실제 정상인들도 침투적 사고를 경험할 수 있으나 이를 무시하고 쉽게 잊을 수 있는 반면, 강박장애 환자들은 침투적 사고에 대해서 특별한 의미나 과도한 책임감(inflated responsibility)을 부여한다고 설명한다. 또한 추가적인 임상적 관찰을 통해, 많은 강박장애 환자들이 반드시 과도한 책임감을 부여하지 않더라도 다양한 침투적 사고에 대한 다양한 의미부여와 역기능적 신념을 지니고 있다고 보고되어 왔다. 즉 위협에 대한 과잉추정, 침투적 사고에 대한 과도한 중요성 부여, 불확실성에 대한 감내력 부족, 생각에 대한 통제 필요성, 완벽주의가 있다(Obsessive Compulsive Cognition Working Group, 2001, 2003). 따라서 이러한 침투적 사고에 대한 평가와 신념들이 강박장애에 적용되는 현대의 인지치료에서 핵심적으로 다루게 되는 치료적 개입의 대상이 된다(Wilhelm & Steketee, 2006). Beck이 개발한 일반적인 인지치료와 비교했을 때, 강박장애를 위한 인지치료에서는 인지치료의 공통적인 기법은 공유하지만 침투사고에 대한 역기능적 평가를 강조한다는 점에서 강박장애와 구체적으로 관련된다는 점을 아는 것이 중요하다. 이 모델에는 강박 증상과 관련된 역기능적 신념을 유발하는 상황에 직면해서 이러한 신념이 사실이 아니라는 것을 체험하는 ‘행동 실험(Behavioral Experiment)’이 포함되기도 한다. 강박장애에 대한 인지치료의 효과를 메타분석한 연구를 살펴보면 다음과 같다.

강박장애에 구체적으로 맞춰 고안된 인지치료 관련 연구는 ERP

만큼 많지 않기 때문에 효과 크기를 제시한 연구의 수도 적고 메타분석을 통해 평가할 문헌의 양도 적다. 그러나 강박장애를 위해 이론적 기반을 토대로 고안된 구체적인 인지치료가 출현하기 전에 Van Balkom 등(1994)은 Beck의 인지치료가 적용된 강박장애 치료에 대해 정리한 바 있다. 이러한 연구들로부터 도출된 결론에서 가장 눈에 띄는 제한점은 거의 모든 치료들이 인지치료와 ERP를 결합했다는 것이다. 그럼에도 불구하고 Van Balkom 등(1994)의 연구에서는 표준적인 인지치료에 ERP를 추가했을 때 추가적으로 발생하는 효과의 크기가 작거나 유의미하지 않았음을 보여주었다. 그 이후로 메타분석이 가능할 정도로 강박장애의 인지모델을 기반으로 한 인지치료가 시행되어왔다. Rosa-Alcazar 등(2008)의 메타분석에 따르면 이러한 형식의 인지치료가 대기 집단과 주의 통제(attention control) 집단에 비해 더 큰 효과 크기를 나타냈다고 보고되었고, $mean\ d=1.09$, ERP만 실시한 집단과 비교했을 때 유의미한 차이가 없다고 보고되었다, $mean\ d=1.13$, ns. in direct comparison. 그러나 연구자들은 인지치료에 대한 추정된 효과 크기가 오직 3가지 연구로부터 도출된 것이라는 제한점을 언급했다. 이후의 또 다른 연구들에서는 강박장애를 위한 인지치료가 대기 집단에 비해서 효과적이라고 제안하였다(Wilhelm et al., 2009; Belloch, Cabedo, Varrío, & Larsson, 2010; Olatunji, Rosenfield et al., 2013). 비록 인지치료의 효과를 검증하기 위해 추가적인 연구가 필요하지만, 제시된 근거들을 통해 보았을 때 인지치료만을 단독으로 적용하는 것을 강박장애에 대한 제일선의 치료로 간주해서는 안 된다는 점이 시사된다. 인지치료는 ERP에 선행되어 시행되거나 어떤 방식으로든 조합하여 사용될 때 유용하며 특히 역기능적 신념, 스트레스 감내력을 포함한 강박 증상과 관련된 문제들을 변화시키거나 치료에 대한 충성도를 높이고 중도 탈락을 줄이는 데 도움이 된다. Olatunji, Rosenfield 등(2013)에 따르면 인지치료 집단에 비해 ERP 집단의 증상 경감 속도가 더 빨랐고, 두 집단 모두 1년 후 추후 평가 시점에 유의미한 호전을 보였다.

마지막으로 ‘수용전념치료(Acceptance and Commitment Therapy, ACT)’에 대한 임상 연구를 살펴보면 다음과 같다. Bluett, Homan, Morrison, Levin과 Twohig(2014)가 실시한 체계적 검토 연구에 따르면, 강박장애에 대한 수용전념치료의 효과를 검증한 연구는 2000년대 중반부터 이루어져왔으며, 구체적으로 2014년까지 1편의 사례 연구, 3편의 다중 기저선 연구(multi baseline study) 및 1편의 RCT 연구가 실시되었다(e.g., Twohig, Hayes, & Masuda, 2006; Twohig, Whittal, Cox, & Gunter, 2010; Twohig, Hayes et al., 2010; Armstrong, Morrison, & Twohig, 2013; Dehlin, Morrison, & Twohig, 2013). 이 중 Twohig, Hayes 등(2010)이 실시한 RCT 연구

에서는 강박장애로 진단받은 79명의 환자를 대상으로 수용전념치료와 점진적 이완훈련(Progressive Relaxation Training; PRT)의 치료 효과를 비교하였다. 수용전념치료 집단은 PRT 집단보다 치료 후 시점, $ES=0.77$,과 3개월 후 추후 평가 시점, $ES=1.10$,에서 유의미하게 더 높은 치료 효과를 나타냈다. 수용전념치료에서 강조하는 치료적 요인 중의 하나인 심리적 유연성(psychological flexibility)의 경우, PRT 집단에서는 치료 전, 후에 차이가 발견되지 않았으나 수용전념치료 집단에서는 유의미하게 향상되었다, $ES=0.59$. 또한 불안장애 치료에 대한 조절 변인을 찾는 연구가 부족한 실적이긴 하지만 최근의 한 연구(Wolitzky-Taylor, Arch, Rosenfield, & Craske, 2012)에서는 기분 장애가 함께 있는 경우와 인지적 왜곡이 심한 경우에는 인지행동치료보다 수용전념치료가 더 효과적이라고 보고되었다. Bluett 등(2014)에 따르면, 강박장애를 치료하는 데 있어 인지행동치료가 여전히 제일선(the first line)의 치료로 간주되고 있으나 인지행동치료를 통해 치료 효과를 얻지 못하거나 노출 훈련을 거부하는 경우가 있으며, 이 때에는 수용전념치료가 차선책으로 적용될 수 있다. 즉 환자가 노출 훈련을 실시하는 것에 대해 망설이거나, 저항하거나, 치료 순응도가 낮은 경우에는 수용전념치료의 접근법을 추가함으로써 치료에 대한 참여도를 향상시킬 수 있다. 이는 수용전념치료에서 강조하는 ‘기꺼이 하기(Willingness)’를 적용하여 ‘강박 사고를 기꺼이 경험하기’를 증진시키는 것이 치료 효과에 도움을 준다는 연구 결과를 통해 지지된다(Marcks & Woods, 2005, 2007).

해외 연구를 요약하면, 연구자들은 ERP가 제일선의 치료적 기반이 되는 것으로 제안하였다. 인지치료는 강박 증상과 관련된 역기능적 신념을 변화시키고 스트레스 감내력과 치료에 대한 순응도를 향상시키며 중도 포기율을 감소시키는 데 도움이 되는 것으로 나타났다. 그러나 강박장애는 증상의 차원이 다양하다(McKay et al., 2004). 요인분석과 군집분석 연구를 통해 강박장애는 다양한 차원으로 이루어져 있다고 보고되었다. 즉 공격적, 성적, 종교적, 신체적 강박사고와 확인행동, 대칭과 관련된 강박사고와 정렬, 숫자세기 반복하기, 오염에 대한 강박사고와 세척행동, 그리고 저장행동이 보고되었다. 이러한 다양한 차원뿐만 아니라 강박장애와 함께 나타나는 우울장애, 불안장애, 그리고 과대평가된 관념(overvalued idea)과 같은 강박장애와 관련된 요인이 있다(Abramowitz, McKay, & Taylor, 2008a, 2008b). 그 결과 인지행동치료의 효과를 강조하는 연구들은 임상가가 치료적 결정을 내리는 데 지침이 될 수 있는 간단한 권고안을 제공하지 못한다. 더욱이 강박 증상의 다양성의 측면에서 구체적인 증상에 대한 치료 효과를 검증한 연구도 찾아보기 어렵다. 또한 하나의 차원 내에서도 다양한 차이가 존

재하는데, 가령 오염에 대한 공포의 경우 종종 공포 보다는 혐오를 더 특징적으로 보이며, 혐오에 대한 노출 반응은 불안에 대한 노출 반응보다 낮다(McKay, 2006). 보다 일반적인 용어로 혐오는 더 높은 수준의 침투적 심상과 관련이 있다고 여겨지므로, 현존하는 인지행동치료 기법으로 치료하기 더 어렵다는 한계가 있다. 마지막으로 수용전념치료 또한 강박증상을 경감시키는 데 효과가 있으며, 특히 치료 순응도를 높일 수 있는 절차를 포함하고 있어 ERP에 대한 참여율을 높이는 데 도움이 될 수 있다. 그러나 수용전념치료는 ERP나 인지치료에 비해 대규모 RCT 연구가 매우 부족한 상황이며, 심리적 유연성을 포함한 치료적 요인에 대한 평가가 주로 자기 보고 방식에 제한되어 있어 행동 측정(behavioral measures)과 같은 대안적인 평가 방식이 요구된다.

해외 유용 사이트 및 권고안

미국심리학회(APA)의 임상심리학분과(division 12)와 아동청소년 임상분과(division 53)에서는 강박장애에 대한 근거기반치료와 치료의 효과성을 소개하고 있다. 먼저 APA division 12 (<http://www.div12.org>)에서는 일반 대중, 임상가, 연구자, 학생들을 위해 각 심상장애에 대한 근거기반치료를 제안하고 있다. 또한 주요 참고문헌, 임상적 출처, 훈련 기회와 관련된 정보들을 제공한다. 구체적으로, 강박장애에 대한 근거기반치료로서 노출 및 반응방지 기법, 인지치료, 수용전념치료를 권장한다. 세 가지 효과적인 치료적 접근을 선정함에 있어서 약물 치료는 제외되었으며 심리치료 중 과학적으로 확고하게 검증된 치료만이 포함되었다. Chambless 등(1998)이 제안한 근거기반 기준에 따라 ERP와 인지치료는 “잘 확립된 치료법(strong/well-established)”으로, 수용전념치료는 “효과가 있음직한 치료법(modest/probably efficacious)”으로 연구에서 지지된 것으로 평가되었다. 이 중 ERP의 경우 Table 1에 제시된 바와 같이 두 가지 기준에 따라 평가되었는데, Chambless 등(1998)이 제안한 근거기반 기준에 따라 “잘 확립된 치료법(strong/well-established)”으로, Tolin, McKay, Forman, Klonsky와 Thombs(2015)의 기준에 따라 “잘 확립된 치료법(strong)”으로 평가되는 것처럼 강한 근거기반이 갖추어져 있다.

ERP 효과를 검증하기 위해 실시된 임상 연구와 메타분석 및 체계적 리뷰 연구는 division 12 웹사이트 내의 “Treatment: Exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder”, “Clinical trials”에서 확인할 수 있다. 추가적으로, Division 12에서는 ERP에 대한 “Treatment manuals”, “Training resources”, “Measures”, “Handouts and worksheets”, “Self-help books”,

Table 1. Strength of Research Support for ERP (Quoted from APA division 12)

Empirical Review status	Strength of Research Support			
	Very Strong	Strong V	Weak	Insufficient evidence
2015 Criteria (Tolin et al., 2015)				
1998 Criteria (Chambless et al., 1998)	Strong V	Modest	Controversial	

“Smart-phone applications” 등 임상가, 연구자 뿐만 아니라 일반 대중이 참고할 수 있는 자료도 제공하고 있다.

한편, Division 12에서 인지치료를 “잘 확립된 치료법”으로 평가하고 있지만 이에 대한 구체적인 정보는 제시하고 있지 않으며, 그 이유는 아마도 대부분의 효과 크기 연구가 ERP와 인지치료를 접목하였기 때문으로 보인다. “효과가 있음직한 치료법”으로 평가된 수용전념치료에 대해서는 간단한 설명과 더불어 관련 연구 1편(“A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy versus progressive relaxation training for obsessive-compulsive disorder” [Twohig et al., 2010])을 소개하고 있으며, 그 외에 임상적 지침을 얻을 수 있는 Hayes의 저서들과 훈련 기회(“Association for contextual behavioral science website”)를 제시하고 있다.

Division 53에서도 강박장애에 대한 효과가 입증된 치료를 제안하고 있다. 아동 및 청소년에서도 ERP를 강박장애에 대한 가장 효과적인 치료이자 제일선의 치료로 제안하고 있으며 ERP를 단독으로 적용하거나 약물치료와 함께 적용하기를 권장한다. 이에 더해 가족치료 또한 아동 청소년의 강박장애에 도움이 된다고 소개한다. Division 53에서는 아동 청소년에 대한 심리치료의 효과를 5가지 수준, 즉 “매우 효과적인(Works Well)”, “효과적인(Works)”, “효과가 있음직한(Might Work)”, “결과가 혼재된(Experimental)”, “효과 없음(Does Not Work)”으로 구분한다. 여기서 “매우 효과적인” 수준은 “잘 확립된 치료(Well-established treatments)”로써, 아동 및 청소년을 대상으로 실시한 최소 두 개 이상의 대규모 RCT 연구가 포함되어야 하며 위약 집단이나 다른 치료 집단과 같은 통제 집단에 비해 우수한 효과가 입증되어야 한다. 인지행동치료가 속한 “효과적인” 수준 또한 강한 경험적 근거가 있어야 하지만 연구자가 서로 달라야 한다는 기준을 충족시키지 못한 경우이다. 또한 “매우 효과적인” 수준에 부합하는 RCT 연구가 하나만 있을 때도 가능하다(자세한 내용은 <http://effectivechildtherapy.org>를 참고 바람). Division 53에서 제안하는 “매우 효과적인” 수준과 “효과 없음” 수준에 해당하는 치료는 없으며, “효과적인” 수준에 인지행동치료(개인, 가족 중심)가, “효과가 있음직한” 수준에 집단 인지행동치료(가족 중심, 비-가족 중심)가, “결과가 혼재된” 수준에 기술 기반

(Technology-based) 인지행동치료가 속한다(Freeman et al., 2014).

한편, Geller 등(2012)은 “Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder”라는 논문에서 강박장애 아동 및 청소년에 대한 임상 지침을 제안하였다. 이들은 연구 기반을 근거로 하여 강박장애에 대한 평가, 인지행동치료, 약물치료, 통합치료에 대한 구체적인 권고안을 제시하였다. 먼저 아동 및 청소년 강박장애에 대한 권고안을 요약하면 다음과 같다. 첫째, 아동 청소년에 대한 정신과적 평가에서는 강박 증상이 주소(chief complaints)가 아니더라도 강박 증상을 평가해야 한다. 그 이유는 강박 증상이 경도(mild)에서 중등도(moderate)에 해당할 수 있고, 시간에 따라 호전/악화될 수 있으며, 특정 상황에서는 눈에 띄게 나타나지만 다른 상황에서는 관찰되지 않을 수 있고, 가족과 같은 주변 사람들이 모르게 나타날 수도 있기 때문이다. 둘째, 강박 증상 평가 시에는 DSM 기준과 CY-BOCS(Chung et al., 2000)와 같은 평가 도구를 사용해야 하며, 가능한 모든 정보 즉 의학적 상태, 발달력, 가족력, 학업, 정신상태검사, 공병장애에 대한 평가를 포함해야 한다. 다음으로 인지행동치료에 대한 권고안을 요약하면 다음과 같다. 첫째, 가능하다면 경도에서 중등도 수준의 강박장애 아동에게는 인지행동치료가 제일선의 치료로서 적용될 수 있다. 체계적으로 수행된 치료 효과 연구들에서는 일관적으로 강박장애 아동 및 청소년에게 인지행동치료가 효과가 있다고 제시되어왔다. Watson과 Rees(2008)의 연구에서는 강박장애 아동에 대한 인지행동치료 효과를 검증한 5개의 RCT 연구에 대해 메타분석을 실시하였으며, 그 결과 큰 효과 크기를 발견하였다, mean $d=1.45$. 가족을 기반으로 한 인지행동치료 접근 또한 연구되었는데(Barret, Healy-Farrell, & March, 2004), 연구자들에 따르면 강박장애 아동에게 인지행동치료를 실시할 때 반드시 가족이 참여해야 하며, 부모가 아동의 일상 활동에서 행동 수반성(contingency)을 통제해야 한다. 이에 더해 집단 인지행동치료 또한 효과 있다고 보고되었으며, 이때 집단 치료와 장점과 인지행동치료의 장점이 결합될 수 있다(Himle et al., 2001). 집중 인지행동치료(intensive CBT) 또한 도움이 될 수 있으며, 특히 치료에 반응이 없는(treatment resistance) 강박장애 환자나 매우 빠른 호전을 원하

는 환자들에게 도움이 될 수 있다. 만약 인지행동치료를 시작한지 몇 개월이 지나도 증상이 호전되지 않거나 증상이 심각한 경우에는 다중양식 치료(multimodal treatment)를 권할 수 있다. 강력한 치료 효과를 위해, 증상이 심각한 강박장애 아동에게는 인지행동 치료와 약물치료를 함께 실시할 수 있다. 마지막으로 강박장애와 함께 나타나는 장애에 대해서는 경험적으로 지지되는 약물치료와 심리치료가 고려되어야 한다. 추가적으로 약물치료와 관련하여 중등도(moderate)에서 심도(severe) 수준의 강박장애 환자에게는 인지행동치료를 더해 약물치료를 함께 적용할 수 있으며 SSRIs는 강박장애 아동에게 추천할 수 있는 제일선의 약물이다.

인터넷 및 앱 프로그램

Seol, Kwon, Kim, Kim과 Shin(2016)에 따르면, 컴퓨터 기반 인지행동치료(computer-based cognitive behavioral therapy, CCBT)는 치료에 대한 접근이 용이하고 사용이 편리하다는 점, 그리고 치료자의 적극적인 개입 없이도 인지행동치료의 잠재적 이득을 제공해줄 수 있다는 점에서 치료자가 이끄는 인지행동치료(therapist-led cognitive behavioral therapy, TCBT)의 유용한 대안이 될 수 있다. 외국에서는 1990년대부터 자가 치료를 위한 CCBT의 개발이 본격적으로 이루어졌으며 자가 치료 프로그램의 임상적 효과성(clinical effectiveness) 및 비용 대비 효과성(costeffectiveness) 또한 지속적으로 보고되어왔다.

한편, Division 12에서는 강박장애 환자들이 스마트폰 어플리케이션을 통해 이용할 수 있는 ERP 훈련 프로그램을 소개하고 있다(<http://www.liveocdfree.com>). “Live OCD Free”라는 이름의 어플리케이션으로, 근거기반치료인 ERP를 스마트폰(iPhone)을 통해 훈련할 수 있다고 홍보하고 있으며 “iPhone AppStore”에서 구매 가능하다. 성인, 아동에 따라 두 가지 양식이 있으며, 사용자가 노출 위계, 훈련의 목표와 보상을 설정하는 과정을 도와주고 언제 어디서든 강박 증상에 대처할 수 있게 도와주는 “personal pocket therapist”라고 소개한다.

구체적으로, 프로그램과 사용자가 상호작용하는 방식으로 강박 증상을 다루기 위해 노출 위계를 설정하고 노출 훈련의 목표와 성공 시 받을 수 있는 보상을 설정한다. 또한 동기를 향상시키는 스크립트(motivational script), 이완 및 명상 녹음 파일(relaxation and meditation recordings), 오염 공포나 확인 행동 등에 대처하기 위한 구체적인 전략 등 사용자 개개인의 성공적인 대처를 위한 도구를 제공하며 심상 노출을 위해 각 사용자에게 맞춰 “loop tapes”를 녹음하여 제공한다. 사용자가 확인할 수 있도록 상세한 치료 경과 보고

서를 제공하며, 배정된 치료자에게 전자메일을 통해 보고서가 전달될 수도 있다. 아동의 경우, 기본적인 기능은 성인 프로그램과 동일하지만 “현명한 부엉이”라는 개인 코치와 함께 상호작용하며 마치 게임과 비슷한 형식으로 진행된다.

위에서 소개한 스마트폰 어플리케이션을 통한 치료 방식은 인지행동치료가 강박장애에 매우 효과적인 개입 전략임에도 불구하고 여러 가지 제약으로 인해 치료를 받지 못하는 환자들을 위해 유용하다. 가령, 강박장애 환자가 낙인에 대한 두려움으로 인해 치료 장면을 잘 찾지 않기 때문일 수 있으며(Simonds & Thorpe, 2003), 잘 훈련된 치료자 수가 부족하여 인지행동치료를 받기 위한 대기자가 많다는 문제점에 기인된 것일 수도 있다(Mataix-Cols & Marks, 2006). 이와 더불어 집단 및 개인 인지행동치료를 전문적으로 실시할 수 있는 기관이 지역적으로 편중되어 대도시에 위치하는 경우가 많으며, 직장인이나 학생의 경우 낮 동안 치료 기관을 주 1회, 10회 이상 정기적으로 방문하기 어려운 측면도 있다(Marks, Kenwright, McDonough, Whittaker, & Mataix-Cols, 2004). 이에 국내에서 Shin, Kwon과 Seol(2010)은 인터넷으로 접속하여 훈련이 가능한 한국형 ‘컴퓨터 기반 인지행동치료’(COT; 과학기술부 연구 보고서, 2010; <http://www.ocdcbt.com>)를 개발하였고, 2012년에 국내 특허(Shin, Kwon, & Seol, 2012)를 취득하였다. CCBT에는 강박장애에 대한 심리교육, ERP, 인지적 재구성 기법이 포함된다. 구체적으로, 총 11회기로 구성되며 0회기: COT 개관과 치료에 대한 다짐, 1회기: 강박 증상과 인지행동모델 이해하기, 2회기: 불안 완화 훈련, 3회기: 노출과 반응방지 기법, 4-5회기: ERP 적용하기 1-2, 6회기: 자동적 사고와 인지적 오류, 7-8회기: 강박장애에 공통적인 인지적 평가 다루기 1-2, 9회기: 강박장애에 공통적인 인지적 평가 다루기 3 & 핵심 신념 재구성하기, 10회기: 종결 및 재발 방지로 진행된다(Shin, Kwon, & Seol, 2010). 이후에 Seol 등(2016)이 CCBT의 효과 검증 연구를 수행한 결과, 강박 증상이 중등도 수준에 해당하고 치료 경험이 거의 없는 강박장애 환자에서 강박 증상, 우울 증상, 직업 및 사회적 기능 호전에 효과가 있는 것으로 나타났다.

컴퓨터 기반 인지행동치료 프로그램은 현재까지 서울대학교병원 정신건강의학과 외래를 방문한 강박장애 환자는 물론 일반인들이 이용하고 있다. 우선 증상의 심각도가 덜하고, 공병장애가 없으며, 병식(insight)이 많고, 치료에 대한 동기가 높은 환자의 경우에는 일차 치료로서 집에서 CCBT와 같은 자가-치료를 적용할 수 있다. 하지만 환자가 여기에서 효과를 보지 못하는 경우 외래에 방문하여 치료자의 도움을 받아 TCBT를 적용할 수 있으며, 이보다 증상이 심각하고 치료에 저항적인 환자들의 경우에는 병원에 입원하여 더 강도 높은 치료를 받도록 하는 것이 권고된다.

한편, 최근 들어 가상현실(virtual reality)을 이용한 노출 기법에 대한 관심이 증가하고 있다. 국내에서는 한양대학교 의공학과가 주축이 되어 강박장애에 대한 가상현실 프로그램을 개발하였다. 머리에 착용하는 디스플레이(display) 장치와 조이스틱(joystick)을 사용하여 마치 현실 속에서처럼 주변을 둘러보고 움직이는 것이 전등이나 가스레인지 켜기, 우산이나 핸드폰 챙기기를 할 수 있다 (Seol, 2013). 해외에서는 Belloch 등(2014)이 처음으로 강박장애 환자들을 대상으로 가상현실 노출(virtual reality exposure)을 실시한 바 있다. 연구에서는 4명의 여성 강박장애 환자들을 대상으로 가상현실 속에서 “Contamination Virtual Environment” (COVE)로 명명되는 4개의 시나리오를 제시하였고 몇 가지 과제를 수행한 후에 실제감(sense of presence), 정서적 관여(emotional engagement), 현실 판단(reality judgment)을 “Reality Judgment and Presence Questionnaire” (Banos et al., 2000)로 평가하였으며, 불안과 혐오 수준을 Visual Analogue Scale (VAS)을 통해 측정하였다. 그 결과, COVE 시나리오는 양호한 실제감을 유발하였고, 가상의 오염이 증가할수록 불안과 혐오 수준이 증가하였으며, 불안 수준은 정서적 관여, $r = 0.87, p < .05$,와 실제감, $r = 0.88, p < .05$,과 유의미한 정적 상관관계를 나타냈다. 하지만 강박장애 가상현실 프로그램의 경우 그 자체로 치료적 목적을 가지고 있는 것은 아니며, 그보다는 가상현실 속에서 강박장애 환자들의 불안을 얼마나 실감나게 유발할 수 있는지에 대한 도구로서의 적합성이나 효과성을 살펴보는 측면이 강하다(Seol, 2013).

근거기반치료: 국내

강박장애에 대한 심리치료의 효과를 검증한 국내 학술지에 출판된 연구들은 학술자료 온라인 검색 엔진인 Research Information Sharing Service (RISS), Korean studies Information Service System (KISS)를 이용하여 2017년 8월 26일까지 국내에 출판된 학술지 논문을 검색하였다. “강박증”, “강박장애”, “치료”, “심리치료”, “인지행동치료”, “수용전념치료”를 주제로 검색하였으나, 근거기반치료라고 결론을 내리기 위해 필요한 논문들의 수가 현저히 부족하였기 때문에 강박장애에 대한 심리치료와 관련된 모든 연구들을 검색하였다. 그러한 연구들을 개관한 결과, RCT 기준을 충족시키는 연구는 없었으며, 무선회와 통제집단 설정이 없는 사전-사후 설계(pretest-posttest design) 연구 1편(Yoon et al., 2000)과 준실험설계(quasi-experimental design) 연구 1편(Seol et al., 2016), 그리고 4편의 사례 보고(Kim & Shin, 2002; Kim & Shin, 2004; Byun, 2017; Kwon & Lee, 2016), 1편의 질적 분석 연구(Park & Kim, 2016)가 검

색되었다. 국내 연구를 요약한 내용이 Table 2에 제시되어 있다.

먼저, 강박장애 집단 인지행동치료는 서울대학교병원 정신건강의학과에서 국내에서 최초로 시도되었다. 비록 RCT 연구는 아니지만 Yoon 등(2000)의 연구는 국내 강박장애 환자를 대상으로 집단 인지행동치료의 효과를 살펴본 최초의 연구이다. 연구 대상은 서울대학교병원 정신건강의학과 외래의 ‘강박증 클리닉’에 내원한 환자 중 DSM-IV 기준에 따라 강박장애로 진단받은 환자들로, 18세에서 46세까지의 연령에 해당되었다. 집단치료에 참가한 환자 수는 총 17명으로, 각 집단별로 4-7명이 참가하여 세 번째 집단까지 진행되었으며, 치료 종결 후 추후 평가 시간까지 참가하여 최종적으로 분석이 가능한 환자는 13명이었다. 13명 모두 항불안제나 항우울제를 복용하고 있었고 대부분 급성 강박 증상은 완화된 상태였다. 첫 번째 집단은 주 1회에 2시간씩 12주 동안 치료를 진행하였고, 치료진의 논의 후 4회기를 연장하여 총 16회기를 실시하였으며 두 번째와 세 번째 집단은 16회기로 계획되어 진행하였다. 세 집단 모두 종결 후 한 달 간격으로 2회, 두 달 간격으로 2회, 다음 자조집단형식의 추후 회기가 2주, 1, 2, 6개월로 진행되었다. 연구에서 실시한 집단 인지행동치료 프로그램의 기본 틀은 1980년대 이후 제시된 Salkovskis와 Warwick(1985), Rachman, Thordarson, Shafran과 Woody(1995), Kozak과 Foa(1997)의 이론 및 치료자 지침서와 심리교육적 지지 집단과 행동치료 집단의 특성 요인들을 접목시켰으며, 인지적 재구성 훈련과 ERP 훈련을 중심으로 구성하였다. 증상 평가를 위해 Y-BOCS (Seol, Kwon, & Shin, 2013), BDI (Beck Depression Inventory; Rhee et al., 1995), BAI (Beck Anxiety Inventory; Kwon, 1992)가 사용되었다. 연구 결과, 치료 전과 후, 그리고 6개월 후 추후 평가 시점의 Y-BOCS 점수에 대해 반복측정 분산 분석을 실시했을 때 강박사고 및 강박행동의 심각도가 유의미하게 감소한 것으로 나타났다, Obsession $F = 11.39, p < .001$, Compulsion $F = 11.59, p < .001$. 구체적으로, 치료 전, 후에 Y-BOCS 강박사고 척도 점수상 평균 11.2점의 차이로 증상이 호전되었고, 치료 후 시점에 비해 치료 종결 6개월 후에는 평균적으로 2.1점의 차이로 증상의 증가가 나타났다. 강박행동 척도 점수에서도 치료 전과 후의 변화를 비교하였을 때 평균 13.1점의 차이로 증상 호전을 보였고, 치료 후 시점에 비해 치료 종결 6개월 후에는 평균 1.2점의 차이로 증상의 감소가 나타났다. 우울 증상과 불안 증상 또한 치료 전에 비해 치료 후, 6개월 후 추후 평가 시점에 유의미하게 감소하였다, BDI $F = 21.56, p < .001$, BAI $F = 12.21, p < .01$. 이 연구는 국내 강박장애 환자를 대상으로 집단 인지행동치료의 효과를 검증한 최초의 연구이지만, 무선회와 통제집단 설정과 같은 RCT 연구의 기준을 충족시키지 못하였고 효과 크기 또한 제시되지 않았다.

Table 2. Korean Studies Included in Review

Authors	Sample	Treatments	Trial type	Measures	Results	Effect size	Follow-up
Yoon et al. (2000)	N=13 Age 18–46 Male, Comorbidity : Not reported	CBT 22 sessions	Pretest-posttest design	Y-BOCS, BDI, BAI	Significant improvement in Y-BOCS, BDI, BAI	Not reported	6 months
Seol et al. (2016)	N=27 (ICBT with medication n=11; ICBT without medication n=16) Age 16–64 Male 70.4% Comorbidity : Not reported	ICBT (11 sessions) only ICBT (11 sessions) +Medication	Quasi-experimental design	Y-BOCS, BDI, BAI, WSAS	Significant improvement in Y-BOCS, BDI, WSAS scores after ICBT (in total group) Combined medication had no significant impact on treatment effect	Within Group Y-BOCS $d=1.64$ BDI $d=0.64$ WSAS $d=0.74$	None
Kim & Shin (2002)	N=1, Age 29, Female Comorbidity : Not reported	CBT 16 sessions	Case study	Y-BOCS, BDI, BAI	Improvement in Y-BOCS, BDI, BAI (Y-BOCS 24→16, BDI 15→11, BAI 13→8)	Not available	None
Kim & Shin (2004)	N=1, Age 36, Female Comorbidity : Schizotypal personailty	CBT 16 sessions	Case study	Y-BOCS, BDI, BAI	Improvement in Y-BOCS, BAI (Y-BOCS 31→17, BAI 18→12)	Not available	None
Byun (2017)	N=1, Age 8, Female Comorbidity : Not reported	Art therapy based on Winnicott's theory	Case study	Not available	Not available	Not available	None
Kwon & Lee (2016)	N=1, Age 5, Female Comorbidity : Not reported	Play therapy	Case study	Not available	Not available	Not available	None
Park & Kim (2016)	N=7 Age 30–41 Male 28.6% Comorbidity : Not reported	CBT 12 sessions	Qualitative case study	Y-BOCS, BDI, BAI	Significant improvement in Y-BOCS, BDI, BAI	Not reported	None

Note. CBT = Cognitive Behavioral Therapy; ICBT = Internet-based Cognitive Behavioral Therapy; Y-BOCS = Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale; BDI = Beck Depression Inventory; BAI = Beck Anxiety Inventory; WSAS = Work/Social Adjustment Scale; d = Cohen's d .

다음으로 국내에서 실시한 준실험설계(quasi-experimental design) 연구인 Seol 등(2016)의 연구를 살펴보고자 한다. Seol 등(2016)은 앞서 언급했던 Shin 등(2010)이 개발한 한국형 컴퓨터 기반 인지행동치료 프로그램(COT)의 효과를 검증하는 연구를 실시하였다. 강박장애로 진단받은 42명의 환자가 COT에 참여하여 15명이 중도 탈락하였으며, 최종적으로 27명의 환자가 모든 훈련 회기를 완료하였다. 중도 탈락의 주요한 이유로는 시간 부족과 치료 동기 유지의 어려움으로 보고되었다. 훈련을 완료한 27명의 환자를 대상으로 치료 전, 후에 반복 측정된 Y-BOCS, BDI, BAI, WSAS (Work/Social Adjustment Scale; Mundt, Marks, Shear, & Greist, 2002) 자료를 분석한 결과, 치료 후에 강박 증상, $t(26) = 7.65$, $p < .001$, Cohen's $d = 1.64$, large effect size, 우울 증상, $t(26) = 3.17$, $p < .01$, Cohen's $d = 0.64$, medium effect size, 직업 및 사회적 기능, $t(26) = 2.81$, $p < .05$, Cohen's $d = 0.74$, medium effect size, 이 호전되었음이 확인되었다. 한편, 훈련을 완료한 환자의 약 40%에 해당하는 11명이 약물치료를 받고 있었기 때문에 CCBT만 실시한 집단과 CCBT를 실시하면서 동시에 약물치료를 받은 집단 간의 치료 효과

를 비교할 수 있었으며, 분석 결과 두 집단 간에 치료 효과의 크기 차이는 발견되지 않았다. 강박 증상이 35% 감소한 것을 유의미한 호전으로 보는 기준(Farris, McLean, Van Meter, Simpson, & Foa, 2013)에 따라, CCBT에 치료 효과를 보인 집단은 그렇지 않은 집단에 비해 연령이 더 어리고, $t(26) = -3.04$, $p < .01$, 위스콘신 카드 분류 검사(Heaton, 1981)에서 더 양호한 수행, total errors $t(26) = 2.37$, $p < .05$, 을 보인 것으로 나타났다. 미수로 집단은 수료 집단보다 우울, $t(41) = -2.20$, $p < .05$, 및 불안, $t(41) = -3.18$, $p < .01$, 점수가 더 높았다. 연구자들은 CCBT가 강박 증상이 중등도 수준에 해당하고 치료 경험이 거의 없는 강박장애 환자들에게 특히 효과적이라고 제안하였으나 이 역시 RCT 연구 기준을 충족시키지 못하였고, 추후 평가를 통해 치료의 장기적인 효과를 검증하지 못하였으며, 연구 참여자 수가 적어 강박장애 아형에 따른 치료 효과를 평가하지 못했다는 제한점이 있다.

위에서 살펴본 바와 같이, 국내에서는 최소 두 개의 인지행동치료 효과 검증 연구에서 유의미한 치료 효과가 보고되었고, 비교적 잘 설계된 치료 연구는 하나로, 미국심리학회에서 사용하는 근거

Table 3. Strength of Research Support for CBT in Korea

Strength of Research Support			
Empirical Review status			
1998 Criteria (Chambless et al., 1998)	Strong	Modest V	Controversial

기반 수준에 따라 인지행동치료는 “효과가 있음직한 치료법”으로 평가할 수 있다(Table 3). 비록 해외에서는 인지행동치료가 “잘 확립된 치료법”으로 평가 받고 있지만 국내에서는 “효과가 있음직한 치료법” 수준에 해당하며, “잘 확립된 치료법” 수준에 도달하기 위해서는 서로 다른 연구진에 의해 잘 설계된 RCT 연구가 필요한 실정이다. 또한 해외에서는 활발하게 이루어지고 있는 강박장애에 대한 수용전념치료의 효과를 다룬 RCT 연구가 국내에서는 전무하므로 국내에서는 수용전념치료의 근거기반 수준을 평가하는 것이 불가능하다.

그 외 잘 설계된 치료 연구는 아니지만 4편의 사례보고가 검색되었으며, 그 중 2편은 인지행동치료, 2편은 각각 예술치료, 놀이치료에 대한 사례보고이다. 먼저 Kim과 Shin(2002)은 29세의 강박장애 환자를 대상으로 인지행동치료를 실시하였다. 치료는 2003년 2월부터 6월까지 모두 16회기에 걸쳐 진행되었으며, ERP 훈련을 위주로 한 행동적 접근 및 환자의 완벽주의적 신념을 수정하기 위한 인지적 접근이 시도되었다. 치료 효과를 Y-BOCS, BDI, BAI를 토대로 평정한 결과, 치료 전에 비해 치료 후에 강박 증상, 우울 증상, 불안 증상에서 중등도의 호전을 보인 것으로 평가되었다, Y-BOCS 24→16, BDI 15→11, BAI 13→8.

또 다른 사례 보고로, Kim과 Shin(2004)은 강박장애와 조현형 성격으로 진단 받은 36세 여자 환자를 대상으로 강박장애에 대한 집단 인지행동치료 프로그램을 적용하여 치료 효과를 평가하였다. 집단 치료는 모두 16회기에 걸쳐 진행되었으며, 치료 전에 비해 치료 후에 강박 증상과 불안 증상에서 중등도의 호전을 보인 것으로 평가되었다, Y-BOCS 31→17, BAI 18→12. 우울 증상의 경우 치료 전에 비해 더욱 악화된 패턴을 보였는데, BDI 13→21, 그 시기에 환자가 취업을 하게 되어 스트레스가 증가하였을 뿐만 아니라 강박 증상이 감소하면서 관계사건이나 피해의식에 집중되는 시간이 상대적으로 많아졌고 치료 후반부에 도입된 인지치료 기간이 관계사건을 변화시키기에 충분히 길지 못하였기 때문으로 보였다.

다음으로 Byun(2017)은 우울한 어머니로 인하여 강박적 방어기제를 형성하게 된 8세 여아를 대상으로, 예술치료의 효과가 나타나는 과정을 살펴보았다. 주 1회 50분씩 Winnicott 이론을 중심으로 한 예술치료를 진행하였으며 놀이, 연극, 미술, 모래놀이, 음악 등 다양한 프로그램으로 구성되어 총 15회기가 진행되었다. 연구자에 따

르면 대상 아동에게 “안아주기” 환경으로서의 예술치료 경험은 첫째, 충분히 좋은 환경으로써 스스로 양육하고 다시 자라게 하였으며, 둘째, 강박적인 방어기제와 정서적인 문제가 점차 완화되는 데 도움이 되었다.

Kwon과 Lee(2016)는 강박 증상을 보이는 5세 여아를 대상으로 놀이치료와 부모자녀 놀이치료를 적용한 상담 개입이 강박사고 및 행동에 미치는 효과를 살펴보았다. 총 22회기의 아동중심 놀이치료를 실시하였으며, 부모면담을 6회기, 부모자녀 놀이치료를 3회기 실시하였다. 상담 종결 후와 한 달 후 추후 상담에서 아동의 어머니는 아동의 강박사고 및 행동이 거의 나타나지 않는다고 보고하였으며, 이를 통해 연구자는 상담을 통해 아동의 강박사고 및 행동이 감소하였고 그 효과가 유지되었다고 제안하였다. 두 개의 단일 사례연구는 예술치료와 놀이치료가 강박 증상을 보이는 아동의 행동 변화에 도움이 될 수 있음을 구체적인 사례를 통해 보여주지만, 증상 변화에 대한 객관적 평가가 누락되어있다는 한계점을 지니고 있어 근거기반치료 기준에는 해당되지 않는 사례이다.

그 외 질적 사례 연구로, Park과 Kim(2016)의 연구에서는 Stake(1995)가 제시한 본질적 사례 연구 방법에 따라 강박장애 환자의 인지행동치료 프로그램 참여 경험을 탐색하기 위한 질적 사례연구를 실시하였다. 강박장애 진단을 받고 2012년 7월부터 2013년 1월까지 국내 병원에서 인지행동치료 프로그램을 완료한 7명을 대상으로 분석하였다. 강박증의 인지치료 전문가용 지침서(Wilhelm & Steketee, 2006)와 서울대학교병원 강박증 클리닉 매뉴얼(Seoul National University Hospital: Obsessive-Compulsive Disorder Clinic, 2001)을 기초로 하여 해당 병원의 전문의와 연구자가 프로그램 운영 방법과 회기를 수정 보완하여 치료를 진행하였다. 정신과 전문의, 주진행자 1인(연구자), 보조 진행자 2인(간호사), 총 4인이 팀을 이루어 주 1회 2시간씩 총 12회기를 진행하였다. 프로그램은 행동적 접근 6회기와 인지적 접근 6회기로 구성되었다. 분석 결과, 3개의 유형과 13개의 범주, 그리고 49개의 의미단위가 도출되었고, 그 중 3개의 유형으로 “마음의 감옥에서 헤매며 힘겨워함”, “알아차림과 함께 힘을 통해 힘이 키워짐”, “삶의 동반자로 받아들이게 되고 발걸음을 내딛음”이 도출되었다. 추가적으로, 연구자들은 프로그램 참여 전과 후에 Y-BOCS, BDI, BAI를 실시하였다. 프로그램 참여자들의 강박 증상 점수가 유의미하게 감소하였으며, $Z = -2.388, p = .017$, 우울 증상: $Z = -2.366, p = .018$,과 불안 증상: $Z = -2.366, p = .018$, 척도 상에서도 유의미한 감소가 관찰되었다. 이러한 질적 사례 연구는 인지행동치료를 경험하는 강박장애 환자들이 어떠한 경험과 의미부여를 하면서 나아지는지 질적으로 파악할 수 있으나, 그 효과를 과학적인 방법론에 근거하여 평가하지는 못한

Table 4. Evidence-Based Treatment for Obsessive-Compulsive Disorder

Strength of Research Support	In Korea	American Psychology Association
Strong/well-established		Exposure and Response Prevention, Cognitive Therapy
Modest/probably efficacious	Cognitive Behavioral Therapy (Individual & group/ computer-based)	Acceptance Commitment Therapy
Controversial/experimental		

다. 즉 무선 표집 절차나 통제 집단 설정이 없고 적은 수의 참여자들을 대상으로 사전/사후 평가만을 실시하였기 때문에 Chambless 등 (1998)의 기준에 따라 인지행동치료를 근거기반치료로 제안하기 위한 근거가 되기 어려운 측면이 있다.

근거기반치료 권고안 및 제언

미국심리학회에서는 인지행동치료를 구성하는 노출 및 반응 방지와 인지치료를 “잘 확립된 치료법”으로, 수용전념치료를 “효과가 있음직한 치료법”으로 권고하고 있으며, 국내 연구에서는 인지행동치료(개인 및 집단치료, 컴퓨터 기반)가 “효과가 있음직한 치료법”으로 평가되었다(Table 4).

제안된 근거들을 기반으로, 강박장애를 치료하기 위한 다양한 접근들 중 ERP나 행동실험을 포함한 인지치료 모두 치료적 가치가 있어 보인다. 실제로, ERP와 행동실험을 포함한 인지치료 간에 중첩되는 부분이 많다. ERP를 곧바로 시작할 수 없는 환자들은 인지치료를 먼저 실시하는 것이 도움이 될 수 있으며, 이를 통해 역기능적 신념이나 스트레스 감내력의 부족, 위협에 대한 과대평가를 변화시킬 수 있다. 강박 증상의 다양성을 고려할 때, 특정 증상에 가장 적합한 접근이 무엇인지 밝히기 위한, 그리고 지속적인 호전과 회복을 달성하기 위한 치료적 전략을 개발, 검증하는 추가적인 연구가 필요하다.

McKay 등(2015)이 제안한 바와 같이 지금까지 살펴본 국내외 연구들은 강박장애 치료를 어떻게 개념화하고 치료할 것인가에 대한 몇 가지 중요한 차원들을 제공해준다. Meyer(1966)가 처음으로 두 명의 환자를 대상으로 ERP를 적용한 이후로 강박장애 치료를 위한 연구들은 괄목할만한 성장을 이루어왔지만 여전히 중요한 제한점이 남아있다. ERP를 지지하는 수많은 근거를 볼 때, ERP는 강박장애를 위한 심리 치료에 우선적으로 적용되어야 하는 제일선의 치료라고 볼 수 있다. 인지치료는 강박장애의 다양성과 복잡성을 다루는 데 효과가 있다고 입증되어왔으므로 대부분의 전문가들은 인지치료가 ERP와 통합적으로 시행되어야 한다고 제안한다. ERP를 포함한 인지치료와 행동실험을 포함한 인지치료의 목표는 비슷하다(McMillan & Lee, 2010). 그러나 주요한 차이점은 후자의 경우

침투적 사고에 대한 평가가 환자에게 타당하게 여겨지는 것일지라도 객관적인 증거를 찾아봄으로써 역기능적인 사고를 적극적으로 수정해나가는 것이 주된 목표인 반면 ERP를 포함한 인지치료, 즉 인지행동치료는 ERP에 따른 불안의 습관화 기제를 통하여 가정된 기저의 역기능적 인지적 요인을 변화시킬 수 있다는 것이다.

ERP의 성공적인 효과에도 불구하고 제한점은 여전히 존재한다. 먼저, 치료에 대한 낮은 순응도가 치료 효과를 방해한다는 점이다 (Maher et al., 2010, 2012; Simpson et al., 2011a, 2011b, 2012). 더욱이, ERP 치료를 끝까지 완료한 환자들이 전형적으로 양호한 치료 효과를 나타내에도 불구하고 많은 환자들은 노출에 따른 불안의 일시적 증가를 직면하지 못하고 회피하려는 행동 때문에 치료를 시작하지 못하거나 중간에 그만 두게 되며 이러한 경우에는 치료 프로토콜에 인지치료를 추가하는 것이 권장된다(Daflos & Whittal, 2012).

마지막으로 강박장애의 몇 가지 주요한 차원에 대해, 어떻게 ERP를 적용해야 하는지에 대한 문제가 남아 있다. 특히 몇몇 형태의 확인 행동과 성적이거나 종교적인 강박사고는 ERP를 적용하여 치료하기가 매우 어렵다. 확인 강박은 잘 알려지고 흔한 증상이며, ERP를 시도하는 많은 강박장애 환자들 증상의 상당한 부분을 차지하지만(Ball, Baer, & Otto, 1996), 확인 행동은 장차 발생할지 모르는 위험을 예방하기 위한 의례적인 행동이므로 직접 노출이 어려운 경우가 많고 환자마다 인지적 평가와 중화 전략이 다양하기 때문에 치료하기 어려운 영역이므로 추가적인 연구가 필요하다(Foa & Kozak, 1986). 또한 종교적, 성적 강박사고를 어떻게 치료하는지에 대해서 체계적으로 다룬 문헌은 찾아보기 어렵다.

McKay 등(2015)의 제안과 국내 연구 리뷰 결과를 고려하여 치료에 대한 제안을 정리하면 다음과 같다. 첫째, 인지치료와 ERP는 이론적인 면에서, 그리고 개입방법에서 차이점이 있지만 두 가지 치료 기법간의 관계는 양방향적이다. 즉, 인지적 변화가 행동이 호전되도록 유도하며, 역시 노출이 인지적 변화를 이끌어내는 양방향적 관계를 지지하는 충분한 근거들이 있으므로 두 치료에 대한 구분은 불필요할 수 있다. 치료 방법을 선택하는 데에 있어서는 각 환자에 대한 사례 개념화, 임상적 치료 환경, 증상의 아형과 심각도, 치료자의 특성이 영향을 미치므로 이러한 요인을 반드시 고려하여야 한다.

둘째, 치료가 진행되는 과정에서 치료 순응도에 대한 면밀한 평가가 필요하다. 강박장애 환자 중 대략 50% 정도가 ERP만으로 치료 효과를 얻는다고 한다(Foa et al., 2005). 최근의 연구 결과들은 많은 환자들이 노출을 실시하는 것에 대한 공포로 인해 중도 포기하거나 치료 방법에 대한 잘못된 인식 때문에 치료를 시작하지 못한다고 보고되었다(Mancebo, Eisen, Sibrava, Dyck, & Rasmussen, 2011). 이러한 경우에는 수용전념치료의 접근법을 추가함으로써 치료에 대한 참여도를 향상시킬 수 있다. 치료 순응도는 매우 중요한 치료적 요인이며(Simpson et al., 2011a, 2011b), 치료에 대한 저항이 발생하는 다양한 원인을 파악하고 순응도를 향상할 수 있는 개입방법을 개발하기 위해 노력해야 한다. 임상적 면담과 더불어 “Patient ERP Adherence Scale” (Simpson et al., 2011a, 2011b)을 실시하여 순응도를 평가하고 순응도 향상을 위해 추가적인 개입이 필요할지 파악하는 것이 권장된다. 국내에서 Kim 등(2013)이 강박장애 환자의 인지행동치료 순응도에 영향을 미치는 요인을 탐색하기 위해 실시한 연구에서는 치료 순응도를 예측할 수 있는 임상적 요인을 발견하지 못하였다. 인지행동치료 미수로 집단이 수료 집단에 비해 더 많은 공격성 관련 강박사고를 지니는 경향성과, $p=.06$, 약물치료를 덜 받는 경향성, $p=.08$,이 관찰되기는 하였으나 두 집단 간에 유의미한 차이를 보이는 임상적인 변인은 없었으며 증상의 심각도, 주요우울장애의 공존 여부 측면에서도 두 집단 간 유의미한 차이는 관찰되지 않았다. 강박장애 인지행동치료에서 치료 순응도에 영향을 주는 구체적인 요인을 파악하기 위한 추가적인 탐색이 필요하며, 특히 역기능적 신념과 관련된 인지적 요인들, 스트레스에 대한 감내력 부족, 위험 회피 경향 등이 치료자와의 협동과 치료 효과에 영향을 미치는 요인들이라고 제안되어 왔으므로 이에 대한 연구가 필요해 보인다(Mckay et al., 2015). 추가적으로, Sookman과 Steketee(2010)의 연구가 강박장애 인지행동치료 중에 발생하는 치료 저항성의 다양하고 복잡한 원인을 이해하는 데 도움이 된다.

셋째, 강박 증상의 심각도는 훈련 강도와 치료자의 개입 정도에 영향을 미친다. 즉, 강박 증상이 심각할수록 치료자는 훈련 강도를 높이고 더 많이 개입하게 된다. 많은 환자들은 치료실 내에서 실시하는 ERP만으로 증상이 호전되지 않는데, 그 이유는 이러한 환자들이 치료실 안에서보다 집이나, 학교/직장, 또는 공공장소에서 강한 불안을 경험하고 치료실 밖에서는 치료자의 도움을 받아야만 ERP를 시작할 수 있기 때문이다. 하지만 치료실 밖에서 치료자의 직접 개입하여 ERP를 실시하기에는 숙련된 치료자의 수가 부족하다는 현실적인 한계가 있다. 이러한 문제를 해결하고 더 많은 수의 환자에게 치료를 제공하기 위해 인터넷을 기반으로 한 접근이 시도

되어왔으며, 국내외 연구에서 치료기관에 대한 접근성이 부족한 환자들에게 컴퓨터나 인터넷을 기반으로 한 인지행동치료의 효과가 있는 것으로 보고되어왔다. 국내에서는 앞서 제시한 Seol 등(2016)의 연구가 대표적이며, 국외에서 실시한 연구로는 Andersson 등(2012)의 연구가 있다. Andersson 등(2012)은 101명의 강박장애 환자들을 대상으로 10주간의 인터넷 기반 인지행동치료를 실시하였으며, 강박 증상이 유의미하게 호전되었다고 보고되었다, Cohen's $d=1.12$, 95% CI= 0.69-1.53.

앞으로 수행해야 할 중요한 임상 연구는 다양한 강박 증상 유형에 대한 구체적인 치료적 요인이 무엇인지 밝히는 것이다. Seol 등(2016)의 연구에 따르면 강박 증상의 유형에 따라 인지행동치료를 통한 호전의 정도가 달랐다. 즉, 세척형(washing type)이 인지행동치료의 효과가 가장 큰 것으로 나타났다. 또한 인지행동치료의 효과를 검증하는 대부분의 연구는 단기적이다. Steketee 등(2011)과 다른 연구자들이 언급한 것처럼, 장기간의 치료는 때때로 보다 심각한 환자에게 적용된다. 중요한 것은 강박장애 전문 기관에서의 즉각적인 치료를 통해 경미한 수준의 증상을 보이는 강박장애 초기 환자의 증상이 악화되거나 만성적인 강박장애로 발전하는 것을 방지하는 것이다. 또한 추후 연구에서 달성해야 할 중요하고 어려운 과제는 강박장애 진단기준을 더 이상 충족시키지 않는 수준으로 회복률을 향상시킬 수 있도록 강박장애에 특화된 치료프로그램을 개발하고 효과를 검증하는 방법론적으로 엄격한 임상 연구를 수행하는 것이다. 이를 위해서는 강박 증상이 시작된 후 가능한 빠르게 개입할 수 있는 전문적 치료가 필요하다. 선행 연구들을 고려해볼 때 강박 증상이 중등도 수준이고 공병장애가 없으며, 치료 경험이 거의 없는 강박장애 초기 환자에게는 컴퓨터를 기반으로 한 인지행동치료가 도움이 될 수 있어 보인다. 그러나 증상이 심각하고 치료 순응도가 낮은 강박장애 환자들에 대해서는 효과적인 근거기반 치료가 있음에도 불구하고 이를 실시할 수 있는 전문가들이 부족하다는 점이 핵심적인 문제이므로, 강박장애에 대한 근거기반 치료를 실시할 수 있는 숙련된 국내 전문가들을 양성하고 보급하는 것이 시급하게 요구된다.

References

- Abramowitz, J. S. (1996). Variants of exposure with response prevention in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 27, 583-600.
- Abramowitz, J. S. (1997) Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder: A quantitative review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*,

- 65, 44-52.
- Abramowitz, J. S., McKay, D., & Taylor, S. (2008a). *Clinical handbook of obsessive-compulsive disorder and related problems*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Abramowitz, J. S., McKay, D., & Taylor, S. (2008b). *Obsessive-compulsive disorder: Subtypes and spectrum conditions*. Amsterdam: Elsevier.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition-text revision*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association. (2007). Practice guidelines for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164, 1-56.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Andersson, E., Enander, J., Andren, P., Hedman, E., Ljotsson, B., Hursti, T., . . . Ruck, C. (2012). Internet-based cognitive behaviour therapy for obsessive-compulsive disorder: A randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 42, 2193-2203.
- Armstrong, A. B., Morrison, K. L., & Twohig, M. P. (2013). A preliminary investigation of acceptance and commitment therapy for adolescent obsessive-compulsive disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 27, 175.
- Ball, S. G., Baer, L., & Otto, M. W. (1996). Symptom subtypes of obsessive-compulsive disorder in treatment trials: A quantitative review. *Behavior Research and Therapy*, 34, 47-51.
- Banos, R. M., Botella, C., Garcia-Palacios, A., Villa, H., Perpina, C., & Alcaniz, M. (2000). Presence and reality judgment in virtual environments: A unitary construct? *Cyberpsychology and Behavior*, 3, 327-335.
- Barrett P, Healy-Farrell, L., & March, J. S. (2004). Cognitive-behavioral family treatment of childhood obsessive-compulsive disorder: A controlled clinical trial. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 46-62.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy for depression*. New York: Guilford.
- Belloch, A., Cabedo, E., Carrio, C., & Larsson, C. (2010). Cognitive therapy for autogenous and reactive obsessions: Clinical and cognitive outcomes at post-treatment and 1-year follow-up. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 573-580.
- Belloch, A., Cabedo, E., Carrio, C., Lozano-Quilis, J. A., Gil-Gomez, J. A., & Gil-Gomez, H. (2014). Virtual reality exposure for OCD: Is it feasible? *Spanish Journal of Clinical Psychology*, 19, 37-44.
- Bluett, E. J., Homan, K. J., Morrison, K. L., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2014). Acceptance and commitment therapy for anxiety and OCD spectrum disorders: An empirical review. *Journal of Anxiety disorders*, 28, 612-624.
- Byun, S. H. (2017). Art therapy case study of a girl with obsessive-compulsive tendency. *The Study of Child-Family Therapy*, 15, 33-53.
- Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crits-Christoph, P., . . . Woody, S. (1998). Update on empirically validated therapies. II. *The Clinical Psychologist*, 51, 3-16.
- Christensen, H., Hadzi-Pavlovic, D., Andrews, G., Mattick, R., (1987). Behavior therapy and tricyclic medication in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A quantitative review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 701-711.
- Chung, S. J., Lee, J. S., Kang, Y. H., Cho, S. J., Suh, D. H., & Hong, K. E. M. (2000). Development of Korean form of Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (CY-BOCS): A reliability and validity study. *Korean Journal of Child & Adolescent Psychiatry*, 11, 60-69.
- Daflos, S., & Whittal, M. L. (2012). Exposure therapy in OCD: Is there a need for adding cognitive elements. In: P. Neudeck, & H. U. Wittchen (Eds.), *Exposure Therapy: Rethinking the Model-Rethinking the Method*(pp. 335-350). New York: Springer Science+ Business media.
- Dehlin, J. P., Morrison, K. L., & Twohig, M. P. (2013). Acceptance and commitment therapy as a treatment for scrupulosity in obsessive compulsive disorder. *Behavior Modification*, 37, 409-430.
- Farris, S. G., McLean, C. P., Van Meter, P. E., Simpson, H. B., & Foa, E. B. (2013). Treatment response, symptoms remission, and wellness in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 74, 685-690.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychology Bulletin*, 99, 20-35.
- Foa, E. B., Liebowitz, M. R., Kozak, M. J., Davies, S., Campeas, R., Franklin, M. E., . . . Tu, X. (2005). Randomized, placebo-controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162, 151-161.
- Foa, E. B., Simpson, H. B., Liebowitz, M. R., Powers, M. B., Rosenfield, D., Cahill, S. P., . . . Williams, M. T. (2013). Six-month follow-up of a randomized controlled trial augmenting serotonin reuptake inhibitor treatment with exposure and ritual prevention for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 74, 464-469.
- Foa, E. B., Steketee G., Grayson J. B., & Latimer P. R. (1984). Deliberate exposure and blocking of obsessive-compulsive rituals: Immediate and long-term effects. *Behavior Therapy*, 15, 450-472.
- Foa, E. B., Steketee, G., & Milby, J. B. (1980). Differential effect of exposure and response prevention in obsessive-compulsive washers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 71-79.
- Foa, E. B., Steketee G., Turner R. M., & Fischer S. C. (1980). Effects of imaginal exposure to feared disasters in obsessive-compulsive checkers. *Behavior Research and Therapy*, 18, 449-455.

- Franklin, M. E., Abramowitz, J. S., Kozak, M. J., Levitt, J. T., & Foa, E. B. (2000). Effectiveness of exposure and ritual prevention for obsessive-compulsive disorder: Randomized compared with nonrandomized samples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 594-602.
- Freeman, J., Sapyta, J., Garcia, A., Compton, S., Khanna, M., Flessner, C., . . . Franklin, M. (2014). Family-based treatment of early childhood OCD: The Pediatric OCD Treatment Study Junior (POTS Jr.) randomized controlled trial. *JAMA Psychiatry, 71*, 689-698.
- Geller, D. A., March, J., & The AACAP Committee on Quality Issues. (2012). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 51*, 98-113.
- Heaton, R. K. (1981). *Wisconsin Card Sorting Test Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Cooperations Press.
- Himle, J. A., Rassi, S., Haghghatgou, H., Krone, K. P., Nesse, R. M., & Abelson, J. (2001). Group behavioral therapy of obsessive-compulsive disorder: seven vs. twelve-week outcomes. *Journal of Depression and Anxiety, 13*, 161-165.
- Hong, J. P., Lee, D. W., Ham, B. J., Lee, S. H., Seong, S. J., Yoon, T., . . . Kim, S. W. (2016). *The survey of mental disorders in Korea in 2016*. Service business report of Ministry of Health and Welfare. Seoul: Samsung Medical Center.
- Hong, K. E. M., Kang, J. W., Ko, B. J., Kwak, Y. S., Koo, Y. J., Kweon, Y. S., . . . Hwang, J. W. (2014). Obsessive-compulsive disorder and related disorder. In K. W. Yun, & E. J. Kim (Eds.), *Korean Textbook of Child Psychiatry* (pp. 268-283). Seoul: Hakjisa.
- Horwath, E., & Weissman, M. M. (2000). The epidemiology and cross-national presentation of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America, 23*, 493-507.
- Kim, H. S., & Shin, M. S. (2002). Case report: Cognitive behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Behavior Therapy in Korea, 2*, 103-111.
- Kim, J. S., Park, H. Y., Kim, S. N., Shin, M. S., Ha, T. H., & Kwon, J. S. (2013). Factors associated with the compliance of cognitive behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Korean Neuropsychiatric Association, 52*, 409-416.
- Kim, J. Y., & Shin, M. S. (2004). Case report: Cognitive behavioral therapy for the patient with obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Behavior Therapy in Korea, 4*, 97-106.
- Koran, L. M., Thienemann, M. L., & Davenport, R. (1996). Quality of life for patients with obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry, 153*, 783-788.
- Kozak, M. J., & Foa, E. B. (1997). *Mastery of obsessive-compulsive disorder: A cognitive behavioral approach*. New York: Graywind.
- Kwon, S. M. (1992). *Differential roles of dysfunctional attitudes and automatic thoughts in depression: An integrated cognitive model of depression* (Unpublished doctoral dissertation). University of Queensland, Brisbane.
- Kwon, S. M. (2013). Obsessive-compulsive and related disorders. In S. M. Kwon (Ed.), *Contemporary abnormal psychology 2nd edition* (pp. 195-207). Seoul: Hakjisa.
- Kwon, J. S., Kang, D. H., Kim, B. N., Kim, Y. Y., Kim, E. T., Kim, C. H., . . . Hong, S. B. (2009). *Obsessive compulsive disorder*. Seoul: Hakjisa.
- Kwon, Y. J., & Lee, K. Y. (2016). Play therapy case study of a girl representing obsessive thinking and behaviors: Using child-parent play therapy to enhance relationship between child and mother. *Child Education, 25*, 185-200.
- Maher, M. J., Huppert, J. D., Chen, H., Duan, N., Foa, E. B., Liebowitz, M. R., & Simpson, H. B. (2010). Moderators and predictors of response to cognitive behavioral therapy augmentation of pharmacotherapy in obsessive-compulsive disorder. *Psychological Medicine, 40*, 2013-2023.
- Maher, M. J., Wang, Y., Zuckoff, A. M., Wall, M. M., Franklin, M. E., Foa, E. B., & Simpson, H. B. (2012). Predictors of adherence to cognitive behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics, 81*, 124-126.
- Mancebo, M. C., Eisen, J. L., Sibrava, N. J., Dyck, I. R., & Rasmussen, S. A. (2011). Patient utilization of cognitive behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy, 42*, 399-412.
- Marcks, B. A., & Woods, D. W. (2005). A comparison of thought suppression to an acceptance-based technique in the management of personal intrusive thoughts: A controlled evaluation. *Behavior Research and Therapy, 43*, 433-445.
- Marcks, B. A., & Woods, D. W. (2007). Role of thought-related beliefs and coping strategies in the escalation of intrusive thoughts: An analog to obsessive-compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy, 45*, 2640-2651.
- Marks, I. M., Kenwright, M., McDonough, M., Whittaker, M., & Mataix-Cols, D. (2004). Saving clinicians' time by delegating routine aspects of therapy to a computer: A randomized controlled trial in phobia/panic disorder. *Psychological Medicine, 34*, 9-18.
- Mataix-Cols, D., & Marks, I. M. (2006). Self-help with minimal therapist contact for obsessive-compulsive disorder: A review. *European Psychiatry, 21*, 75-80.
- McKay, D. (2006). Treating disgust reactions in contamination-based obsessive-compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 37*, 53-59.
- McKay, D., Abramowitz, J., Calamari, J., Kyrios, M., Radomsky, A., Sookman, D., Taylor, S., & Wilhelm, S. (2004). A critical evaluation of obsessive-compulsive disorder subtypes: Symptoms versus mechanisms. *Clinical Psychology Review, 24*, 283-313.
- McKay, D., Sookman, D., Neziroglu, F., Wilhelm, S., Stein, D. J., Kyrios, M., Matthews, K., & Veale, D. (2015). Efficacy of cogni-

- tive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Psychiatry Research*, 225, 236-246.
- McMillan, D., & Lee, R. (2010). A systematic review of behavioral experiments versus exposure alone in the treatment of anxiety disorders: A case of exposure while wearing the emperor's new clothes? *Clinical Psychology Review*, 30, 467-478.
- Meyer, V. (1966). Modification of expectations in cases with obsessional rituals. *Behavior Research and Therapy*, 4, 273-280.
- Mundt, J. C., Marks, I. M., Shear, M. K., & Greist J. H. (2002). The Work and Social Adjustment Scale: A simple measure of impairment in functioning. *British Journal of Psychiatry*, 180, 461-464.
- NICE-National Institute for Health for and Clinical Excellence. (2005). *Obsessive-compulsive disorder: Core intervention in the treatment of obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder*. Clinical Guidelines. Retrieved from <http://www.nice.org.uk>
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. (2001). Development and initial validation of the obsessive beliefs questionnaire and the interpretation of intrusions inventory. *Behavior Research and Therapy*, 39, 987-1005.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. (2003) Psychometric validation of the obsessive beliefs questionnaire and the interpretation of intrusions inventory: Part 1. *Behavior Research and Therapy*, 41, 863-878.
- Olatunji, B. O., Davis, M. L., Powers, M. B., & Smits, J. A. J. (2013). Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis of treatment outcome and moderators. *Journal of Psychiatric Research*, 42, 33-41.
- Olatunji, B. O., Rosenfield, D., Tart, C. D., Cottraux, J., Powers, M. B., & Smits, J. A. J. (2013). Behavioral versus cognitive treatment of obsessive-compulsive disorder: An examination of outcome and mediators of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81, 415-428.
- Ost, L. G., Havnen, A., Hansen, B., & Kvale, G. (2015). Cognitive behavioral treatments of obsessive-compulsive disorder. A systematic review and meta-analysis of studies published 1993-2014. *Clinical Psychology Review*, 40, 156-169.
- Park, J. I., & Kim, S. J. (2016). A qualitative case study for the experience of patients with obsessive-compulsive disorder participated in cognitive behavior therapy Program. *The Korean Association for Qualitative Inquiry*, 2, 67-96.
- Rachman, S., Thordarson, D. S., Shafraan, R., & Woody, S. R., (1995). Perceived responsibility: Structure and significance. *Behavior Research and Therapy*, 33, 779-784.
- Rhee, M. K., Lee, Y. H., Jung, H. Y., Choi, J. H., Kim, S. H., Kim, Y. K., Lee, S. K. (1995). Validity=A standardization study of Beck Depression Inventory 2-Korean version (K-BDI). *Korean Journal of Psychopathology*, 4, 96-104.
- Rosa-Alcazar, A. I., Sanchez-Meca, J., Gomez-Conesa, A., Martinez, F. (2008). Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 28, 1310-1325.
- Salkovskis, P. M., & Warwick, H. (1985). Cognitive therapy of obsessive-compulsive disorder: Treating treatment failures. *Behavioral Psychotherapy*, 13, 243-255.
- Seol, S. H. (2013). *Efficacy of the Korean version of computer-based cognitive behavioral therapy for patients with obsessive-compulsive disorder* (Unpublished doctoral dissertation). Seoul National University, Seoul, Korea.
- Seol, S. H., Kwon, J. S., Kim, Y. Y., Kim, S. N., & Shin, M. S. (2016). Internet-based cognitive behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder in Korea. *Psychiatry Investigation*, 13, 373-382.
- Seol, S. H., Kwon, J. S., & Shin, M. S. (2013). Korean self-report version of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale: Factor structure, reliability, and validity. *Psychiatry Investigation*, 10, 17-25.
- Seoul National University Hospital: Obsessive-Compulsive Disorder Clinic. (2001). *Cognitive behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder*. Seoul: Seoul National University Hospital.
- Shin, M. S., Kwon, J. S., & Seol, S. H. (2010). *A study of development of the computerized cognitive behavior therapy for obsessive-compulsive disorder and its effectiveness*. Service business report of Ministry of Education, Science and Technology, Seoul: Seoul National University R&DB Foundation.
- Shin, M. S., Kwon, J. S., & Seol, S. H. (2012). *Training method and system for easing obsessive-compulsive disorder and computer readable recording medium having training program*. Patent for ICBT program for OCD in Korea (Patent No. 10-1135250). Korea Institute of Patent Information.
- Shin, M. S., & Seol, S. H. (2007). Cognitive behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Behavior Therapy in Korea*, 7, 17-40.
- Simonds L. M., & Thorpe, S. J. (2003). Attitudes toward obsessive-compulsive disorders-An experimental investigation. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 331-336.
- Simpson, H. B. Foa, E. B., Liebowitz, M. R., Huppert, J. D., Cahill, S., Maher, M. J., . . . Campeas, R. (2013). Cognitive-behavioral therapy vs risperidone for augmenting serotonin reuptake inhibitors in obsessive-compulsive disorder: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 70, 1190-1199.
- Simpson, H. B., Maher, M. J., Wang, Y., Bao, Y., Foa, E. B., & Franklin, M. (2011a). Patient adherence predicts outcome from cognitive behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 247-252.
- Simpson, H. B., Marcus, S. M., Zuckoff, A., Franklin, M., & Foa, E. B. (2012) Patient adherence to cognitive behavioral therapy predicts long-term outcome in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 73, 1265-1266.
- Simpson, H. B., Zuckoff, A. M., Maher, M. J., Page, J. R., Franklin,

- M. E., Foa, E. B., . . . Wang, Y. (2011b). Challenges using motivational interviewing as an adjunct to exposure therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, *48*, 941-948.
- Sookman, D., Pinard, G., & Beck, A. T. (2001). Vulnerability schemas in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *15*, 109-130.
- Sookman, D., & Steketee, G. (2010). Specialized cognitive behavior therapy for treatment resistant obsessive-compulsive disorder. In: D. Sookman, & R. Leahy. (Eds.), *Treatment resistant anxiety disorders: Resolving impasses to symptom remission* (pp. 31-74). New York: Routledge
- Soomro, G. M., Altman, D., Rajagopal, S., & Oakley-Browne, M. (2008). Selective serotonin re-uptake inhibitors (SSRIs) versus placebo for obsessive-compulsive disorder (OCD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *23*, CD001765.
- Stake, R. E. (1995). *The art of case study research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Steketee, G., Siev, J., Fama, J. M., Keshaviah, A., Chosak, A., & Wilhelm, S. (2011). Predictors of treatment outcome in modular cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Depression and Anxiety*, *28*, 333-341.
- Tolin, D. F., McKay, D., Forman, E. M., Klonsky, E. D., & Thombs, B. D. (2015). Empirically supported treatment: Recommendations for a new model. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *22*, 317-338.
- Twohig, M. P., Hayes, S. C., & Masuda, A. (2006). Increasing willingness to experience obsessions: Acceptance and commitment therapy as a treatment for obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy*, *37*, 3-13.
- Twohig, M. P., Hayes, S. C., Plumb, J. C., Pruitt, L. D., Collins, A. B., Hazlett-Stevens, H., & Woidneck, M. R. (2010). A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy versus progressive relaxation training for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *78*, 705-716.
- Twohig, M. P., Whittal, M. L., Cox, J. M., & Gunter, R. (2010). An initial investigation into the processes of change in ACT, CT, and ERP for OCD. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, *6*, 67-83.
- Van Balkom, A. J. L. M., Van Oppen, P., Vermuelen, A. W. A., Van Dyck, R., Nauta, M. C. E., & Vorst, H. C. M. (1994). A meta-analysis on the treatment of obsessive-compulsive disorder: A comparison of antidepressants, behavior, and cognitive therapy. *Clinical Psychology Review*, *14*, 359-381.
- Van Oppen, P., De Haan, E., Van Balkom, A. J. L. M., Spinhoven, P., Hoogduin, K., & Van Dyck, R. (1995). Cognitive therapy and exposure in vivo in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, *33*, 379-390.
- Watson, H. J., & Rees, C. S. (2008). Meta-analysis of randomized, controlled treatment trials for pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *49*, 489-498.
- Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., Greenwald, S., Hwu, H. G., Lee, C. K., . . . Newman, S. C. (1994). The cross national epidemiology of obsessive compulsive disorder. The Cross National Collaborative Group. *Journal of Clinical Psychiatry*, *55*, 5-10.
- Wilhelm, S., & Steketee, G. (2006). *Cognitive therapy for obsessive compulsive disorder: A guide for professionals*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Wilhelm, S., Steketee, G., Fama, J. M., Buhlmann, U., Teachman, B. A., & Golan, E. (2009). Modular cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A wait-list controlled trial. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *23*, 294-305.
- Wolitzky-Taylor, K. B., Arch, J. J., Rosenfield, D., & Craske, M. G. (2012). Moderators and non-specific predictors of treatment outcome for anxiety disorders: A comparison of cognitive behavioral therapy to acceptance and commitment therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *80*, 786-799.
- Yoon, H. Y., Chung, S. H., Shin, M. S., Kim, J. S., Kim, M. S., & Kwon, J. S. (2000). Group cognitive behavioral treatment of obsessive-compulsive disorder. *Korean Journal of Psychopathology*, *9*, 142-156.

국문초록

강박장애에 대한 근거기반치료

김일중¹ · 신민섭^{1,2}¹서울대학교병원 정신건강의학과, ²서울대학교 의과대학 정신과학교실

본 논문에서는 강박장애에 대한 국내외 근거기반치료를 검토하였으며 주로 노출 및 반응방지 기법과 인지치료를 포괄하는 인지행동치료와 수용전념치료의 효과에 대해 다루었다. 미국심리학회와 임상심리학분과에서는 무선택당통제연구에 대한 메타분석과 체계적 리뷰를 근거로 노출 및 반응방지 기법과 인지치료를 “잘 확립된 치료법(strong/well-established)”으로, 수용전념치료를 “효과가 있음직한 치료법(modest/probably efficacious)”으로 제안하였다. 그러나 국내에서 실시된 연구를 개관한 결과, 강박장애에 대한 인지행동치료 및 수용전념치료의 효과를 검증한 무선택당통제연구는 전혀 없었으며 집단 인지행동치료의 효과를 검증하기 위해 실시된 1편의 사전-사후 설계 연구와 컴퓨터 기반 인지행동치료의 효과를 검증하기 위해 실시된 1편의 준실험설계 연구가 검색되었다. 이를 통해 국내에서는 인지행동치료를 강박장애에 대한 “효과가 있음직한 치료법”으로 제안할 수 있다. 마지막으로 강박장애 치료 과정에서 발생할 수 있는 문제점과 치료적 제안 및 향후 연구 방향을 제시하였다.

주요어: 강박장애, 근거기반치료, 인지행동치료, 노출 및 반응방지, 인지치료