

공황장애의 인지-행동 집단치료 효과와 관련있는 환자의 성격특성

박기환

이범용

권정혜

서울 인지치료

이범용

서울 인지치료

상담센터

신경정신과

상담센터

본 연구의 목적은 공황장애환자를 대상으로 인지행동치료를 실시했을 때 환자의 성격특성이 치료효과에 영향을 주는지를 알아보는 것이다. 총 10회의 인지행동 집단치료를 받은 공황장애 환자 24명을 치료효과가 많은 집단과 치료효과가 적은 집단으로 나누어, 두 집단에 속한 환자의 MMPI변인을 통해 치료효과에 영향을 주는 성격특성을 살펴 보았다. 그 결과, 기본척도에서는 Si(내향성)척도만이 통계적으로 유의한 차이가 있었고, 성격장애척도에서 두 집단간에 유의한 차이를 보인 하위척도는 없었다. 내용척도에서는 TRT(부정적 치료예후)척도가 통계적으로 유의한 차이가 있었으며, CYN(냉소성)척도는 통계적으로 유의한 차이를 보이지는 않았으나, 경향성을 보여주었다. 이들 결과를 종합해 보면 대인관계에서의 불편감이나 불신을 상대적으로 적게 느끼는 환자가 그렇지 않은 환자에 비해 치료에 더 좋은 반응을 보인다고 볼 수 있다. 이들 연구결과가 시사하는 바와 본 연구의 제한점이 논의되었다.

심리치료의 효과에 대한 많은 경험적 연구들은 환자특성이 치료결과를 결정하는 강력한 인자임을 강조하고 있다(Bordin, 1974; Frank, 1979 ; Gomes-Schwartz,1978; Garfield,1986). 내담자의 성격변인과 관련된 경험적 연구들로는 대인관계 형성능력이 치료효과에 영향을 미친다는 연구들(Fiedler & Siegel,1949; Gottschalk, Fox, & Bates,1973; Kirtner &

Cartwright,1958; Moras & Strupp,1982), 환자의 부정적인 태도와 적대적인 태도가 나쁜 치료결과를 낳는다는 결과들(Gomes-Schwartz,1978; O'Malley, Suh, & Strupp,1983; Sachs,1983), 더 외향적인 사람들이 치료효과가 있었다는 보고들(Marks, Boulogeoris, & Marset,1971; Mathews, Johnston, Shaw, & Gelder,1974) 등이 있다.

치료결과에 영향을 주는 환자의 성격특성들에 관한 이들 연구의 대부분은 특정장애집단을 대상으로 하는 경우가 아니었고, 치료방법 또한 정신역동적 접근인 경우가 많았다. 최근 들어 다양한 심리치료 방법들이 개발되면서, 특정 치료접근이나 치료방법에 좋은 치료반응을 보이는 환자와 좋은 치료반응을 보이지 않는 환자들의 특성에 대해 더 많은 관심을 기울이게 되었다(Weiner, 1975). 특정 심리치료에 좋은 반응을 보이는 환자의 특성을 밝히는 것은 치료에 적합한 환자의 선별 뿐 아니라 치료결과의 예측을 위해서도 매우 중요하다고 볼 수 있다.

본 연구는 공황장애라는 특정 장애집단에서 인지-행동 치료의 효과와 관련있는 환자의 성격변인에 어떤 것이 있는지를 알아보고자 한다. 공황장애의 인지-행동 치료 효과에 대한 연구들은 많이 있었으나(Margraf, Barlow, Clark, & Telch, 1993), 공황장애에 대한 인지-행동 치료의 효과와 관련있는 환자변인 연구는 거의 이루어진 바가 없다.

이를 위해 본 연구에서는 환자의 성격변인을 측정하는 도구로서 MMPI를 사용하였는데, MMPI는 심리치료의 효과에 대한 연구에서 가장 널리 사용되는 성격검사라고 할 수 있다(Beutler & Crago, 1983; Lambert, 1983). 예를 들어 Barron(1953)은 33명의 외래 정신신경증 환자를 대상으로 6개월간의 심리치료를 했을 때 치료효과가 있는 집단은 치료효과가 없는 집단에 비해 Pa척도 점수가 유의하게 낮았을 뿐 다른 척도에서는 차이가 없었다고 보고하였다. Kaufman(1950)은 신경증적 증상이 있는 학생을 대상으로 conference therapy를 하고 그 전후로 MMPI를 실시하였는데, 통제집단과 비교해볼 때 D, Pt, Sc척도가 두 집단을 가장 잘 변별했고, 치료에 의한 변화도 이 세 척도가 가장 많았다고 보고하였다.

본 연구에서는 Barron(1953)과 Kaufman(1950)이 치료결과와 관련있다고 언급한 D, Pa, Pt, Sc 척도 등이 포함되어 있는 기본척도 외에 임영란과 안창일(1992)의 한국형 내용척도, 박병관, 김진영, 노주선, 안창일, 신동균, 박영숙(1991)의 성격장애척도를 포함적

으로 사용하여 환자의 다양한 성격특성을 조사하였다.

방 법

피험자

본 연구에 참여한 사람들은 1993년 3월부터 1994년 12월까지 개인 신경정신과 외래를 내원하여 공황장애에 대한 인지-행동 집단치료를 받은 환자들로서, 먼저 제 2 저자가 면담을 통해 이들이 공황장애 환자임을 확인하였고, 이후 진단의 신뢰도를 높이기 위해서 이 환자들을 대상으로 제 1 저자가 반구조화된 면담도구인 불안장애 면담도구(ADIS)를 실시하여 DSM-III-R의 진단기준(APA, 1987)에 따라 광장공포가 동반되거나 동반되지 않은 공황장애로 진단 내린 환자 30명을 대상으로 인지-행동 집단치료를 실시하였다. 30명의 환자들은 모두 외래를 찾아오기 전에 혈액검사, 갑상선 기능검사, 심전도 및 심 초음파 검사를 통해 기질적 원인에 의한 증상이 배제된 상태였고, 인지-행동 집단치료를 시작하기 전부터 공황발작 치료를 위해 항우울제나 항불안제를 복용하고 있었다. 인지-행동 집단치료에 참여한 30명의 환자 중 치료 전 후로 자가평정 불안척도를 다 작성한 24명의 자료를 최종적으로 분석에 이용하였다. 자료분석에서 빠진 6명 중 4명은 마지막 회기 혹은 그 이전 회기부터 치료에 빠짐으로써 치료 후 설문지 작성률을 하지 못했고, 나머지 2명은 치료 시작 후 2-3 회기가 지나서야 치료에 참석했기 때문에 치료 전 설문지 작성률을 하지 못했다.

인지-행동 집단치료

총 10번의 회기동안 Barlow의 프로그램 요강 번역본을 기초로 하여 저자들이 공동으로 치료작업을 하였다. 10번의 회기는 크게 다음의 다섯 가지 요소로 구성된다: 첫째, 기본적인 정보교육; 둘째, 인지 재구성 작업; 세째, 신체조절 훈련; 네째, 자극감응 훈련; 다섯째, 실험적 노출. 첫째, 기본적인 정보 교육은 불안과 공황의 기본적인 생리를 설명하고, 특

히 생존을 위한 응급반응으로서 불안의 가치에 대해 교육하며, 공황장애에 대한 개념을 환자들에게 이해 시켜 준다. 또한 공황발작을 염려하는 예기불안 상태와 공황발작과의 차이를 설명하여 구분할 수 있게 해주고, 약물치료의 효과에 대해 교육한다. 둘째, 공황장애 환자들이 보이는 사건의 비약적인 해석, 재앙화 사고, 사건 발생가능성의 과대평가 등의 자동적 사고에 대해 설명하고 각 환자들에게서 나타나는 전형적인 자동적 사고에 대해 분석한다. 세째, 신체 조절 훈련은 만성불안 상태에서 동반되는 과호흡과 근육긴장 증가를 완화시켜 주기 위해 호흡훈련과 근육이완 훈련을 시키는 것인데, 훈련을 통해 증상을 완화시키는 하나님의 대처전략을 학습할 뿐 아니라, 신체증상은 조절이 가능하다는 자신감을 가지게 된다. 네째로, 자극감응훈련은 환자가 공황발작의 신호로 받아들이는 신체감각을 인위적으로 유도하여 실제는 공황발작으로 연결되지 않는다는 것을 확인시킨다. 다섯째, 실험적 노출은 점진적 노출을 통해서, 특정 신체 감각을 피하기 위해 일상생활에서 하지 못하던 활동들을 시도하도록 해주며, 지속적인 효과의 유지를 위해 환자에게 치료 상황을 벗어난, 즉 실제 생활에서 시행하는 과제를 주고 이를 확인한다. 이와 같은 치료과정은 5-10명으로 구성된 환자집단을 대상으로 저자들이 매주 1번씩 총 10번을, 1번에 2시간씩 미리 정해진 계획표에 따라 진행하였다.¹⁾

도구 및 절차

자가 평정 불안 척도(PRAS; Patient-Rated Anxiety Scale). Sheehan이 개발한 자가평정 불안 척도는 총 46문항으로 구성되어 있으며, 1,2부로 나뉘어져 있어 명확한 진단에 도움이 되도록 고안되어져 있다. 1부는 불안장애의 심각도를 측정하는 것으로 내인성 불안을 나타내며, 지난 6개월 간의 환자의 느낌을 표시하는 35항의 질문들로 구성되어 있다. 2부는 환자가 주요공포 대상에 접근하거나 직면하면서 느끼는 불안의 수준을 측정하는 것으로 외인성 불안 혹은 공

포를 나타내며, 11항의 질문들로 이루어져 있다. 내인성 불안과 외인성 불안 혹은 공포는 각각 질문의 점수의 합에 따라 경도, 중등도, 현저함, 중도의 네 가지 불안 정도로 나뉘어질 수 있다(Sheehan, 1983). 자가평정 불안 척도는 김영신(1992)에서 신뢰롭고 적절한 평가도구로 보고된 바 있다. 이 설문지는 집단치료 첫 회기와 마지막 회기에 각각 실시되어 한 환자에게 두번씩 실시되었다.

다면적 인성검사(MMPI; Minnesota Multiphasic Personality Inventory). 이 검사는 원래 1940년대 미국의 미네소타 대학의 임상심리학자인 Starke Hathaway와 정신과 의사인 Jovian McKinley에 의해 개발된 것으로, 이상 행동을 객관적으로 측정하기 위해 만들어졌다(김중술, 1988). 우리나라에서는 1967년 번역되어 표준화되었다가 1989년에 재표준화되었다. 본 연구에서는 재표준화된 566문항의 다면적 인성검사(김영환, 김재환, 김중술, 노명래, 신동균, 염태호, 오상우, 1989)를 집단치료에 참석하는 모든 환자들을 대상으로 치료 시작 전에 실시하였다.

이 검사에는 L, F, K의 3개 타당도 척도와 10개의 임상척도를 포함하는 기본척도 외에도 수많은 특수 척도들이 있는데, 본 연구에서는 기본척도와 더불어 임영란과 안창일(1992)이 개발한 한국형 내용척도, 박병관, 김진영, 노주선, 안창일, 신동균, 박영숙(1991)이 개발한 성격장애척도를 사용하였다. 임영란과 안창일(1992)의 한국형 내용척도는 다음과 같은 15개의 하위 척도들로 구성되어 있다: 우울(Depression: DEP), 사고의 기이성(Bizarre Mentation:BIZ), 가족내 갈등(Family Problems:FAM), 공포감(Fears:FRS), 경조증적 경향(Hypomania:HYP), 적대감(Anger: ANG), 반사회성(Antisocial Practices:ASP), 불안(Anxiety:ANX), 냉소성(Cynicism:CYN), 건강염려 (Health Concern:HEA), 낮은 자존감(Low Self-Esteem:LSE), 강박성(Obsessiveness:OBS), 사회적 불편감(Social Discomfort:SOD), 직무곤란(Work Interference:WRK), 부정적 치료예후(Negative

1) 더 자세한 것을 참조하려면 이호영(1992)을 볼 것.

Treatment Indicators:TRT).

박병관 등(1991)의 성격장애척도는 다음과 같은 11개의 하위척도로 구성되어 있다: 연기성 성격장애 척도(HST척도), 자기애적 성격장애척도(NAR척도), 경계선적 성격장애척도(BDL척도), 반사회적 성격장애척도(ANT척도), 의존 성격장애척도(DEP척도), 강박 성격장애척도(CPS척도), 수동공격 성격장애척도(PAG척도), 편집성 성격장애척도(PAR척도), 정신분열형 성격장애척도(STY척도), 회피성 성격장애척도(AVD척도), 정신분열성 성격장애척도(SZD척도).

결 과

본 연구에 참여한 공황장애 환자들의 인구통계학적 특성들은 표1에 제시되어 있다. 광장 공포 유무와 교육수준에서 1명의 자료가 확인되지 않았다. 교육수준은 모두 고졸 이상이었는데, 대졸(4년제)이 14명으로 가장 많았고, 고졸은 4명이었으며, 대학원 졸도 1명 있었고, 전문대학이나 대학재학 혹은 대학 중퇴 등이 4명이었다.

표 1. 환자들의 인구통계학적 특성(N=24)

성별	교육수준(1명은 미확인)
남 18명	12년 - 18년
여 6명	(M 15.0, SD 1.8)
결혼상태	발병연령
기혼 17명	9세 - 52세
미혼 7명	(M 29.3, SD 8.6)
광장 공포	발병기간
있음 10명	1년미만 6명
없음 13명	1년-2년 8명
미확인 1명	2년-3년 3명
나이	6년이상 7명
22세 - 53세	(M 5.8, SD 9.1)
(M 35.0, SD 7.9)	

N: 전체 환자 수, M: 평균, SD: 표준편차.

본 연구에서는 치료 효과를 치료전후 불안의 감소 정도를 통하여 측정하였다. 즉 치료 전과 후에 각각 실시된 자가평정불안척도의 개인별 불안점수 차를 이용하여, 치료 후 불안의 감소가 많은 사람들을 치료효과가 많은 집단(이하 효과 上집단이라고 명명함)으로 분류하고, 치료 후 불안의 감소가 적은 사람들을 치료효과가 적은 집단(이하 효과 下집단이라고 명명함)으로 분류하였다. 치료 후에 오히려 불안 정도가 치료 전보다 늘어난 사람이 4명 있었으며, 나머지 대부분은 조금씩이나마 불안의 감소를 보였으나, 치료전후의 불안점수 차의 중앙치(median=10.5)를 기준으로 하여 두 집단으로 분류하였으며, 각각 12명씩으로 구성되었다. 두 집단의 치료전 불안점수, 치료후 불안점수, 그리고 이 두 점수들의 차에 대한 평균과 표준편차 및 t검증 결과가 표2에 제시되어 있다. 두 집단은 치료전후의 불안점수 차의 평균에서는 통계적으로 유의미한 차이를 보였으나, 치료전이나 치료후의 불안점수 평균에서는 유의미한 차이를 보이지 않았다. 또한 두 집단의 인구통계학적 변인들에 대한 chi-square 검증 결과, 두 집단간에 통계적으로 유의미한 차이는 없었다.

표 2. 집단별 치료 전후의 불안점수 및 차의 평균

불안점수/ 집단구분	효과 上집단 (N=12)	효과 下집단 (N=12)	t값
치료전 불안점수	83.92(22.61)	71.25(39.50)	.96
치료후 불안점수	57.58(28.38)	74.75(37.49)	-1.26
치료전후의 불안점수 차	26.33(13.71)	-3.50(18.86)	4.43*

()안은 표준편차, * p<.001.

효과 上집단과 효과 下집단이 MMPI의 3개 타당도 척도와 10개 임상척도의 원점수에서 통계적으로 유의한 차이가 있는지를 알아보았다. 표3에서 보는

표 3. MMPI 기본척도의 원점수 및 T점수 평균

척도	효과 上집단(N=12)		효과 下집단(N=12)		t값 (원점수)
	원점수	T점수	원점수	T점수	
L	3.33 (1.67)	44.32	3.58 (2.07)	45.58	-.33
F	12.42 (4.85)	45.57	16.00 (6.52)	50.27	-1.53
K	12.75 (2.60)	53.02	12.00 (4.55)	51.53	.50
Hs + .5K	25.54 (5.53)	64.92	23.17 (3.69)	60.42	1.24
D	32.33 (6.34)	58.15	32.42 (4.42)	58.28	-.04
Hy	34.33 (4.70)	67.16	32.00 (5.15)	63.33	1.16
Pd + .4K	30.52 (4.26)	54.83	30.80 (5.61)	55.50	-.14
Mf	29.67 (5.90)	53.34	30.92 (4.64)	56.21	-.58
Pa	15.08 (2.68)	52.99	13.58 (4.30)	49.53	1.03
Pt + 1K	39.17 (6.28)	59.65	37.58 (6.60)	57.16	.60
Sc + 1K	51.50 (12.90)	64.85	53.17 (12.24)	66.16	-.32
Ma + .2K	23.22 (4.73)	48.63	23.23 (3.00)	48.70	-.01
Si	33.92 (6.37)	46.90	40.33 (5.73)	55.83	-2.59*

표 4. MMPI 내용척도의 원점수 평균과 표준편차

척도	효과 上집단 (N=12)	효과 下집단 (N=12)	t값	정상인 집단 ^a (N=889)
DEP	14.00 (5.05)	15.08 (5.30)	-.51	12.74 (5.21)
BIZ	6.00 (4.45)	6.83 (4.95)	-.43	8.09 (5.60)
FAM	7.42 (3.09)	8.67 (4.10)	-.84	7.31 (3.62)
FRS	12.75 (3.89)	12.83 (4.30)	-.05	11.43 (5.02)
HYP	14.00 (4.20)	14.83 (5.57)	-.41	14.91 (4.65)
ANG	9.08 (3.34)	10.58 (3.32)	-1.10	9.38 (3.57)
ASP	8.58 (2.07)	10.25 (3.39)	-1.46	9.81 (3.57)
ANX	13.33 (3.89)	13.33 (4.83)	.00	8.64 (4.70)
CYN	6.33 (2.74)	8.75 (3.25)	-1.97	9.10 (3.34)
HEA	19.92 (6.04)	18.92 (6.86)	.38	12.44 (6.58)
LSE	9.83 (5.32)	10.42 (3.63)	-.31	9.21 (4.81)
OBS	11.42 (2.84)	10.67 (3.77)	.55	9.94 (4.38)
SOD	11.00 (4.90)	14.00 (5.03)	-1.48	11.49 (5.27)
WRK	15.33 (4.64)	17.25 (5.46)	-.93	13.05 (5.48)
TRT	7.08 (2.97)	10.00 (3.59)	-2.17*	7.73 (3.72)

()안은 표준편차, * p<.05. *비교를 위해 임영란과 안창일(1992)에서 발췌함.

(DEP:Depression, BIZ:Bizarre Mentation, FAM:Family Problems, FRS:Fears, HYP:Hypomania, ANG:Anger, ASP:Antisocial Practices, ANX:Anxiety, CYN:Cynicism, HEA:Health Concern, LSE:Low Self-Esteem, OBS:Obsessiveness, SOD:Social Discomfort, WRK:Work Interference, TRT:Negative Treatment Indicators).

표 5. MMPI 성격장애척도의 원점수 평균과 표준편차

척도	효과 上집단 (N=12)	효과 下집단 (N=12)	t값	정상대학생 집단 ^a (N=279)
HST	5.83(3.30)	6.92(3.03)	-.84	10.67(4.98)
NAR	13.00(4.09)	11.58(2.28)	1.05	13.91(5.53)
BDL	13.25(5.05)	14.08(4.72)	-.42	13.86(5.95)
ANT	10.75(3.17)	10.58(5.42)	.09	10.05(3.99)
DEP	12.17(4.43)	12.42(3.12)	-.16	10.49(5.19)
CPS	10.75(3.39)	11.58(4.38)	-.52	10.51(4.85)
PAG	14.25(5.46)	15.58(4.03)	-.68	12.26(5.77)
PAR	14.92(5.16)	16.33(7.64)	-.53	13.06(7.88)
STY	17.25(7.11)	18.58(7.82)	-.44	15.62(8.90)
AVD	21.67(6.01)	24.50(5.27)	-1.23	20.95(8.38)
SZD	9.67(5.19)	10.25(4.43)	-.30	9.05(4.71)

()안은 표준편차. *비교를 위해 박병관 등(1991)에서 발췌함.

(HST:연기성 성격장애 척도, NAR:자기애적 성격장애 척도, BDL:경계선적 성격장애 척도, ANT:바낫회적 성격장애 척도, DEP:의존 성격장애 척도, CPS:강박 성격장애 척도, PAG:수동 공격 성격장애 척도, PAR:편집성 성격장애 척도, STY:정신분열형 성격장애 척도, AVD:회피성 성격장애 척도, SZD:정신분열증 성격장애 척도).

것처럼, 두 집단에서 유의미한 차이가 있는 척도는 Si척도밖에 없었다. 표3에는 두 집단의 T점수가 또 한 제시되어 있다. 집단 구분에 상관없이, 모든 척도들이 T점수 40점과 70점 사이에 있는 가운데, Sc, Hy, Hs 세 척도만이 60점 이상을 기록하고 있다. 두 집단간 T점수 비교에서는 Si척도가 가장 많은 점수차이(약 9점)를 보이고 있다.

표4에는 MMPI의 내용척도의 원점수 평균과 표준편차가 효과 上집단과 효과 下집단에 따라 제시되어 있다. t검증 결과 두 집단간에 통계적으로 유의미한 차이를 보이는 내용척도는 TRT척도 뿐이었고, CYN척도는 통계적으로 유의하지는 않았지만, 경향성을 보였다($p=.062$). 정상인의 평균점수와 비교해볼 때, 가장 많은 차이를 보이는 척도는 HEA 척도와 ANX척도로서, 공황장애 환자집단이 정상인보다 훨씬 더 높은 점수를 보이고 있다.

효과 上집단과 효과 下집단간에 MMPI 성격장애 척도의 원점수에서 통계적으로 유의미한 차이가 있는지를 살펴본 결과가 표5에 제시되어 있다. 11개

하위척도에서 통계적으로 유의미한 차이를 보인 척도는 하나도 없었다.

논 의

MMPI의 기본척도에서 효과 上집단과 효과 下집단간에 통계적으로 유의한 차이를 보이는 경우는 Si척도 뿐이었다. 본 연구에서 나타난 Si척도의 치료효과집단 변별은, T점수로 볼 때 두 집단이 모두 정상범위에 있기 때문에 해석하기가 어렵긴 하지만, 공황장애 환자에게 있어서 대인관계 불편감이나 불신의 정도가 치료효과에 영향을 줄 수 있다는 것을 반영한다. 즉, 대인관계에서의 불편감이나 불신을 상대적으로 적게 느끼는 사람이 많이 느끼는 사람보다 치료효과를 더 많이 얻을 가능성이 높다고 볼 수 있다.

내용척도에서는 TRT 척도만이 효과 上집단과 효과 下집단을 변별할 수 있었는데, TRT척도는 원래 개발 당시 부정적인 치료예후를 보이는 사람들을

변별하려는 목적으로 개발된 척도여서 이 척도의 유용성이 본 연구에서 잘 나타나고 있으며, 심리치료 예후를 예언하는 도구로서의 가능성을 보여 주었다고 하겠다.

TRT 척도에서 높은 점수는 치료자와 심리치료에 대한 부정적 태도를 가르킨다. 아무도 이해해주지 못하고 도와줄 수 없다고 생각하며, 위기나 곤경에 부딪히기 보다는 회피하는 것을 선호하고, 쉽게 포기하는 경향이 있다. 또한 미래에 대해 부정적이고, 외로움을 느낄 때가 많다(임영란, 1992).

내용척도에서 통계적으로 유의하지는 않았지만, CYN척도가 두 집단간 변별경향성을 보여주는 결과는 주목해 볼만하다. 이 척도가 사람들을 잘 믿지 못하고, 세상에 대한 부정적 태도를 반영하는 척도라는 것을 고려해 볼 때, 두 집단을 변별하고 있는 기본척도에서의 Si척도, 내용척도에서의 TRT척도, CYN척도의 연결고리는 결국 대인관계에서의 불편감과 부정적 태도라고 볼 수 있다. 이것이 똑같은 치료에서 다른 결과를 낳게 하는 중요한 성격변인이라고 볼 수 있을 것 같다.

이런 결과는 대인관계에서 협동적이고 신뢰로운 관계를 맺을 수 있는 능력을 가진 사람은 좋은 치료효과를 얻는 반면, 적대적이고 불신감이 많은 사람은 치료의 예후가 좋지 않다는 많은 보고들(본 논문의 서론 부분을 참조할 것)과 일치한다. 인지행동치료의 효과를 연구한 본 연구결과가 정신역동적 접근이나 내담자중심접근을 사용한 많은 선행연구의 연구결과와 일치한다는 것은 매우 흥미롭다고 볼 수 있다. 즉 인지행동치료에서도 환자가 가진 대인관계의 특성이 치료효과를 결정하는 중요한 요인임을 시사한다고 볼 수 있다. 특히 본 연구에서는 집단으로 인지행동치료를 실시했기 때문에 환자가 가진 대인관계에서의 불편감과 불신이 치료자에게 나타날 뿐 아니라 집단내 다른 환자들과의 관계에서도 나타났으리라고 여겨진다. 개인으로 인지행동치료를 실시했을 때도 같은 결과가 나올 것인가를 살펴보는 추후 연구가 필요하리라고 본다.

본 연구에서 고려하지는 않았지만, 치료효과와 관련있을 수 있는 변인으로 많이 연구되어 온 것이 환자의 기대이다. 그러나 이 변인에 대한 연구 결과들은 일관되지 않아서, 아직 신뢰로운 결론을 내리기가 어려우며, 치료방법, 연구방법, 환자의 진단특성 등에 따라서 연구결과가 다양하게 나온다는 것을 알 수 있다(Garfield, 1986). 추후연구로서, 저자들은 환자의 기대와 관련이 있을 것으로 보이는 치료회기 출석빈도에 있어서 上집단과 下집단간에 차이가 있는지를 살펴 본 결과, 유의미한 차이를 발견하지 못했다($t=1.36$, $p>.05$). 즉, 본 연구에서 환자들의 출석여부와 치료효과는 유의미한 관련이 없는 것으로 보인다. 그런데, 치료회기 출석빈도라는 것은 단지 표면상 드러나는 환자의 기대와 동기일 뿐으로, 실제 환자가 치료에 어느 정도의 기대와 동기를 지니고 참여하고 있는지를 실제 과제물을 충실히 해오는 정도를 평가하는 등의 질적인 분석을 통해서도 살펴보아야 할 것으로 생각된다.

본 연구에서 환자의 성격특성을 MMPI만 사용하여 평가하였다는 점은 본 연구의 가장 큰 제한점이라고 지적할 수 있다. MMPI는 치료결과 평가를 위해 빈번히 사용되어 왔지만, 치료효과를 평가하도록 고안되어 있지 않고, 질병을 분류하는 체계로 구성되어 있다(Lambert, Shapiro, & Bergin, 1986). 그러므로 다른 평가도구를 사용해도 본 연구와 유사한 결과가 나오는지 확인해볼 필요가 있다. 또한 MMPI의 한국형 내용척도와 성격장애척도는 최근에 개발된 척도로서 관련연구가 많지 않은데, 이 척도들이 얼마나 타당한지의 여부도 앞으로 본 연구 결과의 일반화 가능성과 관련해서 중요할 것으로 생각된다. 특히 성격장애 척도는 많은 타당화연구가 필요한 척도이기 때문에, 본 연구에서 성격장애 척도에 두 집단간 차이가 없었다는 결과는 해석에 많은 주의를 요한다.

또 다른 제한점으로 환자의 수가 결론을 내리기에는 충분하지 않다는 점과 효과 上집단과 효과 下집단의 분류가 임의적이라는 점을 들 수 있다. 환자

수가 충분히 많지 않았기 때문에 치료 전후의 불안 감소 폭을 기준으로 환자를 임의로 양분했고, 그 결과 효과 집단에도 비록 감소의 폭은 상대적으로 적지만 불안감소를 보인 환자들이 12명 중 7명이 포함되어 있었다. 그래서 치료효과가 많은 집단과 적은 집단으로 분류하는 과정에서의 문제가 MMPI 척도들에서 나타날 수 있는 차이를 가려버렸을 수도 있다. 많은 환자들의 자료가 확보되어 좀 더 신뢰로운 기준으로 치료효과가 있는 집단과 치료효과가 없는 집단으로 나누어 연구할 수 있다면 좀 더 결정적인 증거를 제시할 수 있을 것이다.

참고문헌

- 김영신(1992). 공황장애의 인지 행동치료 : 치료효과와 치료인자. 연세대학교 대학원 석사학위논문.
- 김영환, 김재환, 김중술, 노명래, 신동균, 염태호, 오상우 (1989). 다면적 인성검사(MMPI). 서울:한국가이던스.
- 김중술(1988). 다면적 인성검사. 서울대학교 출판부.
- 박병관, 김진영, 노주선, 안창일, 신동균, 박영숙(1991). MMPI성격장애척도와 16PF 검사구조분석: 성격장애척도 타당화 예비연구. 한국심리학회지: 임상, 제 10권, 제 1호, 55-75.
- 이호영(1992). 공황장애. 서울: 진수출판사.
- 임영란, 안창일(1992). 신판 MMPI 한국형 내용척도의 타당화 연구. 한국심리학회지: 임상, 제 11권, 제 1호, .
- American Psychiatric Association.(1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3rd Ed.,Revised. Washington,DC: APA.
- Barron, F.(1953). Some test correlates of response to therapy. *Journal of Consulting Psychology*, 17, 235-241.
- Beutler, L. E., & Crago, M.(1983). Self-report measures of psychotherapy outcome. In M. J.Lmbert, E.R.Christensen, & S.S.De Julio (Eds.), *The assessment of psychotherapy outcome*(pp.453-497). New York: Wiley.
- Bordin, E. S.(1974). *Research strategies in psychotherapy*. New York: Wiley.
- Fiedler, F. E. & Siegel, S. M.(1949). The free-drawing test as a predictor of non-improvement in psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 5, 386-389.
- Frank, J. D.(1979). The present status of outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 310-316.
- Garfield, S. L.(1986). Research on client variables in psychotherapy. In S.L. Garfield & A.E. Bergin(Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*(pp.213-256). New York: Wiley.
- Gomes-Schwartz, B.(1978). Effective ingredients in psychotherapy: Prediction of outcome from process variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 1108-1132.
- Gottschalk, L. A., Fox, R.A., & Bates, D.E.(1973). A study of prediction and outcome of a mental health crisis clinic. *American Journal of Psychiatry*, 130, 1107-1111.
- Kaufman, P.(1950). Changes in the MMPI as a function of psychiatric therapy. *Journal of Consulting Psychology*, 14, 458-464.
- Kirtner, W. L., & Cartwright, D. S.(1958). Success and failure of client-centered therapy as a function of client personality variables. *Journal of Consulting Psychology*, 22, 259-264.
- Lambert, M. J.(1983). Introduction to assessment of psychotherapy outcome: Historical perspective and current issues. In M.J. Lmbert, E.R.Christensen, & S.S.De Julio

- (Eds.), *The assessment of psychotherapy outcome*(pp.3-32). New York: Wiley.
- Lambert, M. J., Shapiro, D. A., & Bergin, A. E. (1986). The effectiveness of psychotherapy. In S.L. Garfield & A.E. Bergin(Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp.157-211). New York: Wiley.
- Margraf, J., Barlow, D. H., Clark, D. M., & Telch M. T.(1993). Psychological treatment of panic: Work in progress on outcome, active ingredients, and follow-up. *Behavioral Research and Therapy*, 31, 1-8.
- Marks, I. M., Boulogeuris, J., & Marset, P. (1971). Flooding versus desensitization in the treatment of phobic patients: A crossover study. *British Journal of Psychiatry*, 119, 353-375.
- Mathews, A. M., Johnston, D. W., Shaw, P. M., & Gelder, M. G.(1974). Process variables and the prediction of outcome in behaviour therapy. *British Journal of Psychiatry*, 125, 256-264.
- Moras, K., & Strupp, H. H.(1982). Pretherapy interpersonal relations, patients' alliance, and outcome in brief therapy. *Archives of General Psychiatry*, 39, 405-409.
- O'Malley, S. S., Suh, C. S., & Strupp, H. H.(1983). The Vanderbilt Psychotherapy Process Scale: A report on the scale development and a process-outcome study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 581-586.
- Sachs, J. S.(1983). Negative factors in brief psychotherapy: An empirical assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 557-564.
- Sheehan, D. V.(1983). *The anxiety disease*. New York: Charles Scribner's Sons.
- Weiner, I. B.(1975). *Principles of psychotherapy*. New York: Wley.

**Panic Disorder Patient's Personality Factors
Relevant to Cognitive-Behavioral Group Treatment Effects**

Kee-Hwan Park

Seoul Institute
for Cognitive Therapy

Bum-Yong Lee

Dr.Lee's
Psychiatric Clinic

Jung-Hye Kwon

Seoul Institute
for Cognitive Therapy

The purpose of this study was to examine panic patients' personality characteristics which could predict cognitive-behavioral treatment effects. For this purpose, panic patients who participated in 10-session cognitive-behavioral group treatment were divided into two groups -- a high Tx response group and a low Tx response group, and pre-treatment MMPI variables were compared between the two groups. Results showed that there were significant differences between the high and the low Tx response group in Si scale, TRT content scale, but there were no significant differences in personality disorder scales. There was also a trend for a difference in CYN content scale, but the difference did not reach a significant level of confidence. These results indicated that patients who had less social discomfort, interpersonal mistrust and negative attitude toward treatment tended to show better responses to cognitive-behavioral group treatment. Implications of the results were discussed in relation to cognitive-behavioral group treatment.