

근거기반실천과 심리치료

임 민 경 이 지 혜

고려대학교 심리학과 고려대학교 교육학과

이 한 나 김 태 동 최 기 홍[†]

고려대학교 심리학과

심리학에서의 근거기반실천(Evidence-based practice)이란 “연구를 통해 증거가 확보된 심리치료를, 임상적으로 숙련된 치료자가, 환자의 필요, 가치와 선호 등의 맥락을 고려하여 내담자에게 적용하는”(APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006) 의사 결정 과정이며, 궁극적으로 증거를 기반으로 한 심리측정, 사례개념화, 치료관계와 개입 등 통합적 접근을 통해 심리학적 치료의 효과를 증진시키고 공중보건의 질을 높이기 위해서 제안되었다(APA, 2006). 경험적으로 지지된 심리치료(empirically supported treatments) 패러다임 이후, 최선의 심리치료를 제공하기 위해서는 치료의 효능(efficacy) 뿐 아니라 다른 요소들 (즉, 내담자의 선호 및 가치, 임상적 전문성)이 통합되어야 한다는 주장이 제기되었다. 그 결과, 더욱 통합적 패러다임인 증거기반실천 운동이 시작되었으며 현재 미국 및 영국을 비롯한 많은 나라들에서 근거기반실천으로의 이행이 활발히 이루어지고 있다. 본 개관 논문에서는 근거기반실천에 대한 이해를 증진하고, 한국에서의 근거기반실천 시행에 기여하기 위하여 (1) 근거기반실천의 정의 및 근거기반실천의 각 구성 요소를 소개하고 (2) 근거기반실천에 대한 흔한 오해를 개괄한 뒤 이에 대한 답변을 제시하며, 마지막으로 (3) 근거기반실천을 더욱 향상시키기 위한 방안을 소개하였다.

주요어 : 근거기반실천, 경험적으로 지지된 심리치료, 무선통제연구, 심리치료

[†] 교신저자: 최기홍, 고려대학교 심리학과, (136-701) 서울특별시 성북구 안암동 5가
Tel: 02-3290-2867, Fax: 02-3290-5390, E-mail: kchoi1@korea.ac.kr

William James 이후에 실증주의(pragmatism)는 심리학의 주요한 철학적 개념 중 하나로 자리매김했다(James, 1907). 지난 반세기 동안 실증주의에 기반한 심리치료 연구들은 치료적 기제와 치료 요인들을 밝히고 있을 뿐만 아니라 (Wampold & Budge, 2012) 다양한 심리치료들 및 타 치료들(예: 약물치료)과 비교한 연구들을 통해 특정 질환이나 상태를 치료하는데 더욱 효과적인 치료를 구분하고 있다(American Psychological Association, 1995; Kendall, 1998; Lipsey & Wilson, 1993; Smith & Glass, 1977; Westen, Novotny, & Thompson-Brenner, 2004). 이러한 연구 결과는 “심리치료는 효과적이지 않다” 혹은 “모든 종류의 심리적 치료 기법은 누가 실시하여도 동일하게 효과적이다”와 같은 심리치료의 전문성에 대한 “근거 없는 오해”를 잠식시키는데 중요한 역할을 하였다(Lipsey & Wilson, 1993; Smith & Glass, 1977). 또한 심리치료 연구 결과가 정책결정에 반영되기 시작하면서, 정책 결정자들이 국민들에게 보다 정확한 정보와 서비스를 제공하는 데에도 중요한 역할을 하고 있다. 한 가지 예로, 2006년 이후, 영국 정부는 국민을 대상으로 심리치료 계몽운동(Improving Access to Psychological Therapies)을 실시하여, 국민들이 효과적인 심리치료 서비스를 받을 수 있도록 지원하였다. 그 결과, 효과적으로 알려진 심리치료를 제공할 수 있는 치료자의 수가 몇 천명 이상 증가하였으며, 그 결과 우울증이나 불안장애와 같은 정신질환을 겪는 600,000명 이상의 영국 국민들이 효과적인 심리치료에 대한 인식을 지니고 효과적인 서비스를 받게 되었다(Editorial, 2012). 이는 연구를 통해 검증된 효과적인 심리치료가 성공적으로 임상현장과 사회에 적용되는 좋은 예가 되었으며

(Editorial, 2012), 심리치료자 및 심리학자의 올바른 위치를 정립하는 데에도 공헌했다. 또한 북미의 경우 의료분야의 관리보호(managed care) 제도 하에서, 최소의 비용으로 최대의 효과를 내는 치료에 대한 과학적인 자료를 제공하는 것이 보험회사, 병원, 의료 전문가들 및 환자들을 위해 점차 중요해지고 있다(Kazdin, 2008; Rubin, 2012).

그러나 근거에 기초하여 효과적인 심리치료를 선별하는 것에 대한 비판과 우려의 목소리 역시 꾸준히 제기되어 왔다. 그 중 하나는 심리치료를 선별하는 과정에서 무선통제연구(Randomized Controlled Trial, RCT)와 같은 통제된 연구에서 도출된 결과를 임상현장에 일반화하기 어렵다는 것이다(Leibert, 2012; Westen et al., 2004). 예를 들어 공병이 있는 사람들을 제외한 선별된 임상 집단에서 도출된 결과가 실제 임상현장에서 다양한 증상을 지닌 사람들에게 적용되기 힘들 수 있으며, 연구에서 통제된 변인들(예, 치료자 변인)이 실제 현장에서는 주요한 변인이 될 수 있다. 또한 무선통제연구와 같은 통제된 연구가 특정 치료들(예, 인지행동치료 등)을 검증하는데 더 용이하여, 통제 연구를 수행하기 어려운 치료들(예, 정신역동치료, 인간중심치료 등)이 비효과적이라는 인상을 낳을 수 있다는 우려도 있어 왔다. 무엇보다 실증주의에 대한 정확한 이해 혹은 치료기제에 대한 깊이 있는 이해 없이 경험적 근거만을 무조건적으로 수용하는 태도에도 문제가 있음이 제기되었다(Westen et al., 2004).

지난 20년간 근거에 기반하여 효과적인 치료를 선별하는 것에 대한 선호와 우려의 목소리가 교차했으며, 뜨거운 학문적인 논의가 있어 왔다. 이를 기반으로 다양한 전문가들이

동의할 수 있는 “근거기반실천 운동”(Evidence-Based Practice Movement)이 시작되었고, 근거기반실천을 구성하는 주요 요소들을 식별하였으며, 이에 관한 포괄적인 정의가 제시되었다 (Levant & Hasan, 2008). 이러한 과정에서 자연스럽게 근거기반실천과 관련된 여러가지 오해들, 예를 들면, 무선통제연구로부터 도출된 결과만이 근거기반실천을 정의한다는 오해가 해소되고 있다. 또한 근거기반실천을 사회에 적용하기 위해, 임상가-과학자 모델을 지향하는 심리학자들이 앞으로 연구를 통해 밝혀야 할 과제들이 제기되고 있으며, 근거기반실천을 통해, 현재까지 충분히 검증되지 않은 전통적 심리치료(예, 정신역동치료, 인간중심치료 등)의 치료기제와 가치에 대해서도 재고되고 밝혀지고 있다(Shedler, 2010; Town et al., 2012). 무엇보다 중요한 것은 근거기반실천을 통해 추천되는 효과적인 치료를 어떻게 사회에 알리고 효과적인 심리치료 서비스를 제공할 것인지에 대한 실제적 고찰이 이루어지고 있다는 것이다(Kazdin, 2008; McHugh & Barlow, 2010).

본 개관 논문에서는 먼저 다양한 전문가들이 동의하는 근거기반실천의 정의에 대해 기술할 것이다. 근거기반실천을 정의하기 위하여 (1) 무선통제연구 (2) 경험적으로 지지되는 치료(Empirically Supported Treatment, EST), (3) 근거기반실천을 나누어 각각의 정의를 소개하고 그들간의 차이를 비교하여 제시할 것이다. 둘째로 근거기반실천에 대한 이해를 돕기 위해, 과거에 제기된 근거기반실천에 대한 오해들과 비판들을 소개하고, 이러한 오해들과 비판들에 대해 공통적으로 받아들여지고 있는 학자들의 의견들을 요약하여 제시할 것이다. 마지막으로, 보다 나은 근거기반실천을 이루

기 위해, 앞으로 보완해야 할 부분들(예: 정책 및 연구지원 등)에 대해 논의할 것이다.

근거기반실천의 정의

근거기반실천의 본질을 이해하기 위해서 먼저 근거기반실천(Evidence based practice, EBP), 무선통제연구(Randomized controlled trial, RCT), 경험적으로 지지된 치료(Empirically supported treatment, EST) 등 근거기반 실천과 관련된 주요 용어들에 대한 정의를 내리고 서로 구분하여 정리할 것이다.

미국심리학회(APA)에서 2006년에 규정한 근거기반실천의 정의를 살펴보면 다음과 같다: “근거기반실천이란, 내담자 각각에게 행할 심리치료를 정하는 의사결정 과정에서 연구를 통해 근거가 확보된 심리치료를, 임상적으로 숙련된 치료자가, 환자의 필요, 가치와 선호 등의 맥락을 고려하여 내담자에게 적용하는 것이다(APA, 2006)”. 이러한 ‘심리학에서의 근거기반 실천(Evidence based practice in psychology, EBPP)’의 개념은, 의학에서 최근 “가장 좋은 연구근거를 임상적 숙련도와 환자의 가치에 통합시키는 것이다”라고 제안한 근거기반의학(evidence-based medicine)의 개념 (Institute of Medicine, 2001)과 유사하나, 심리학에서의 근거기반실천에서는 치료자의 임상적 숙련도에 대한 심층적인 평가와 환자의 특성을 보다 폭넓게 고려하고자 하는 목적이 더욱 강조된다는 차이가 있다. 근거기반실천은 궁극적으로 근거를 기반으로 한 심리측정, 사례 개념화, 치료관계와 개입을 통해 심리학적 치료의 효과를 증진시키고 공중보건의 질을 높이기 위해서 제안된 개념이다(APA, 2006).

근거기반실천에서 강조하는 세 가지 요소는 다음과 같다: 1) 최고의 연구 근거(Best Research Evidence), 2) 임상적 전문성(Clinical Expertise), 3) 내담자의 선호 및 가치(Patient's Value)(그림 1). 최고의 연구근거는 내담자에 대한 개입전략, 평가, 임상적 문제, 그리고 환자집단에 관한 과학적인 연구결과를 말하며, 이는 치료자의 임상적 판단과 함께 내담자의 상황을 고려한 일관적인 치료전략을 사용하는 데 중요하게 작용하는 요소이다. 근거기반실천은 심리학자들이 임상적 관찰, 질적 연구, 체계적 사례연구, 단일대상 실험연구, 치료과정 및 결과에 대한 연구, 효과성(effectiveness) 연구, 무선통제연구, 메타연구 등 다양한 연구설계로부터 나타난 치료근거의 장단점을 인식하는 것을 목적으로 한다(Greenberg & Newman, 1996). 두 번째로, 임상적 전문성은 임상적 전문기술과 임상가의 과거의 경험을 바탕으로 내담자/환자의 상태를 진단하고 긍정적인 치료결과를 증진시킬 수 있는 치료자의 전문적 능력을 의미한다. 이는 가장 좋은 연구 근거를 환자/내담자의 특성과 선호, 그리고 환자/내담자에 대한 임상적인 정보와 통합함으로써

최대의 결과를 발휘하기 위한 조건이다. 특히, 임상적 전문성은 환자/내담자에 대한 평가 및 사례개념화, 임상적 의사결정과 치료과정에 대한 감독, 치료관계를 이끄는 대인관계 역량, 지속적인 자기성찰과 치료기술 습득, 최신 연구근거에 대한 평가와 적용, 개인차 및 맥락의 차이에 대한 이해, 치료를 위한 자원의 활용, 치료전략에 대한 타당한 근거를 제시할 수 있는 능력을 모두 포괄한다(APA, 2006).

미국심리학회 산하 여러 분과학회 및 건강관련 전문가들이 협업하여 조직한 근거기반실천 기구에서는 현장에서 일하는 임상가를 위한 실제 근거기반실천 단계(evidence-based practice process)를 세부 단계들로 구성하여 제시하였다(EBBP 기구, <http://www.ebbp.org>). 예를 들어, 임상가는 최근의 연구결과, 내담자에 대한 평가 및 치료과정에서 얻은 피드백을 통하여 내담자의 주 호소 문제에 대한 가설을 검증하거나 새로운 가설을 생성할 수 있으며, 내담자 개인에게 최적화된 치료법을 정교화할 수 있다. 이러한 과정들을 통해, 임상가는 최근의 연구결과를 지속적으로 현장에 적용할 수 있다(Satterfield et al, 2009).

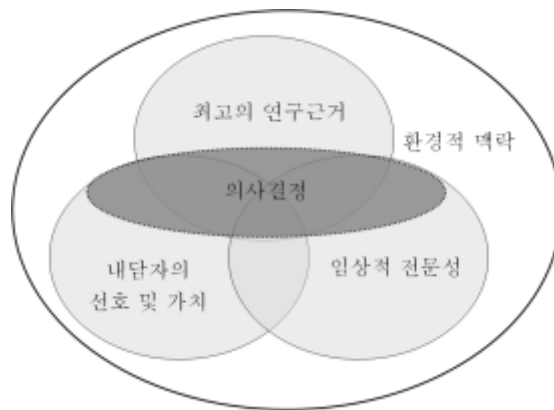


그림 1. 증거기반실천의 구성요소

세 번째, 환자/내담자의 가치는 환자/내담자의 독특한 선호와 내담자가 임상장면에 가져오는 걱정과 기대들을 통틀어 일컫는 말이다. 이는 환자/내담자가 받을 수 있는 치료 개입법에 대한 선택권을 최대화하기 위해서 중요하게 고려되어야 하는 요소이다(APA, 2006; Borkovec, Echemendia, Ragusea & Ruiz, 2001). 예를 들어 성별, 성정체성, 종교 등의 환자/내담자의 개인적 특성이나 사회·문화적 맥락 및 상황적인 요소들은 내담자의 조력 추구 양상과 증상 보고 방법, 치료에 대한 기대, 치료방법에 대한 선호 등에 영향을 줄 수 있다(APA 2003). 또한 실직, 가정불화, 상실경험 등의 환경적 요인은 환자/내담자의 정신건강 수준과 현재의 기능과 연관되어 치료결과에 직·간접적인 영향을 미치는 변인으로서 작용하므로, 이를 고려하여 치료계획을 세우는 것이 중요하다(APA, 2006). 궁극적으로 근거기반실천은 정신건강 서비스 제공자들이 환자/내담자가 이용 가능한 치료방식의 범위와 각 치료방법에 대한 잠재적인 위험요소 등에 대한 정보를 제공하여 선택할 수 있는 것을 강조하는 의사결정과정인 것이다.

근거기반실천을 보다 명확히 이해하기 위해서는 연관된 개념들, 즉 ‘무선통제연구’, ‘경험

적으로 지지되는 치료’들과 근거기반실천을 구분할 필요가 있다. 먼저 무선통제연구는 환자/내담자를 특정 실험조건 혹은 비교조건하에 무선적으로 배정(Chambless & Hollon, 1998)한 후, 특정 치료를 받은 실험집단이 위약집단 또는 통제집단에 비해서 유의한 효과를 보이는지 혹은 특정 치료가 다른 치료에 비해 보다 높은 치료효과를 보이는지 알아보기 위해 시행하는 연구설계 방법이다(Persons & Silberschatz, 1998). 무선통제연구는 편향이나 오류가 나타날 가능성이 적은 연구 설계 방법으로써(Spring, 2007), 치료의 효능성(efficacy)과 임상현장에서의 효과성(effectiveness)을 검증하기 위해 사용되는 방법 중 하나이다. 무선통제연구의 결과는 경험적으로 지지되는 치료 혹은 근거기반실천을 지지하는 근거로써 사용된다(그림 2).

한편 경험적으로 지지되는 치료(EST)란 무선통제연구 등을 통해 통제된 상황에서(즉, 특정 장애군 및 특정 실험현장) 혹은 더 포괄적인 임상현장에서 특정 심리치료가 목표 장애나 문제를 해결하는데 그 효능(efficacy), 효과성(effectiveness) 그리고 임상적 유용성(clinical utility)을 나타내는지의 여부가 검증된 치료를 말한다. 구체적으로, 경험적으로 지지되는 치



그림 2. 무선통제연구(RCT), 경험적으로 지지된 치료(EST), 증거기반실천(EBP)의 구분

료는 어떤 치료가 어떤 종류의 내담자에게 효과를 보이는지를 연구하며 심리치료들을 평가하기 위한 기준을 마련하고자 시도된 움직임이다(Chambless & Hollon, 1998). 경험적으로 지지되는 치료의 주 기준은 통제연구에서의 효능(efficacy), 실제 임상 현장에서의 효과성(effectiveness) 및 임상적 유용성(clinical utility)이다. 경험적으로 지지된 치료를 검증하는 과정에서 특정 심리치료가 통제연구에서 목표된 장애에 대해서 치료 효능을 보이는지(efficacious), 통제되지 않은 임상 현장에서도 치료 효과를 보이는지(effective), 비용 대비 효율이 있어 임상적으로 사용이 용이한지(clinical utility)를 평가한다. 특히 경험적으로 지지된 치료의 효능(efficacy)을 검증하기 위하여 APA 12분과 임상 대책 위원회(Task Force)에서는 경험적으로 지지된 치료에 관한 가이드라인을 제시하였고, 그 기준에 따라 효능성이 잘 정립된 치료(Well-Established Treatments)와 효능성이 어느 정도 검증된 치료(Probably Efficacious Treatments)를 구분하였다(이에 대한 자세한 사항은 Chambless et al, 1998을 참조)

특정 치료를 염두에 두고 시작된 경험적으로 지지된 심리치료에 비해, 근거기반실천은 내담자를 초점에 두고 시작한 보다 포괄적인 운동이다(그림 2). 즉 근거기반실천은 심리치료자가 최선의 치료결과를 내기 위해 무선통제연구 등에서 나타난 연구결과를 활용할 수 있는 방법을 제시한다. 근거기반실천은 다양한 연구 근거를 통합하는 의사결정 과정으로 심리평가, 사례개념화, 치료관계 등 넓은 범위의 임상적인 활동을 망라한다는 점에서 무선통제연구 및 경험적으로 지지된 치료를 모두 포함하는 포괄적인 개념으로 볼 수 있다. 근거기반실천은 무선통제연구 등의 다양한 연구

방법으로 도출된 특정 심리치료를 지지하는 근거들을 치료개입 과정에 통합하는 의사결정 과정이다(APA, 2006).

근거기반실천에 대한 오해

오해 1. 근거기반실천에서는 무선통제연구로 효과가 입증된 치료들만이 사용된다.

무선통제연구는 심리치료 효과 연구 시 내담자를 무선적으로 표집하고 치료집단과 통제집단에 무선적으로 할당하여, 가능한 변수들(예, 시간, 참여자의 기대, 위약효과, 치료자의 기대 등)을 통제된 후, 치료집단이 통제집단에 비해 유의미한 향상을 보이는지에 대한 인과관계를 연구하는 방법론을 말한다. 즉, 무선통제연구는 ‘치료 A가 치료 B(혹은 통제조건)보다 더 효능이 있는가(efficacious)?’라는 질문에 답하기 위한 필수적인 방법론이다. 때문에 한 치료의 효과성을 측정하고 다른 치료와 비교하기 위한 심리치료 효과 연구 시 무선통제연구의 연구결과가 반드시 필요한 정보임에는 틀림없다(APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006). 심리학에서의 근거기반실천을 위한 미국 심리학회(American Psychological Association, APA)의 지침에서는 다음과 같이 기술되었다: “정교한 경험적 연구방법론 중에서 무선통제연구는 치료 효능(treatment efficacy)을 검증하는 가장 엄격한 방법을 대표한다. 무선통제연구는 단일 실험에서 내적 타당도를 위협하는 요소를 배제하는 가장 효과적인 방법이기 때문이다(APA, 2006).” 다양한 오염 변인들을 통제된 실험을 통해서만 엄밀한 의미의 인과 관계, 즉 환자/

내담자의 행동 변화가 치료에서 비롯된 것임을 입증할 수 있기 때문에, 무선통제연구는 지금까지 심리치료의 효과성 연구에 있어서 가장 필수적인 연구방법으로 평가받는다.

그러나 무선통제연구의 중요성을 강조한다고 해서, 그 연구 결과가 효과적인 심리치료를 지지하는 충분조건을 의미하는 것은 아니다. 즉, 무선통제연구만이 특정 치료의 효과성을 검증하기 위한 유일한 방법론은 아니며, 오히려 다양한 질문에 답하기 위한 무선통제연구를 포함한 다양한 방법을 사용한 연구가 권장되고 있다. 실제로 APA의 근거기반실천 위원회가 2006년에 밝힌 가이드라인에 따르면, 현재 한 치료를 지지하기 위해서 필요한 경험적 근거로서 무선통제연구 외에도 임상적 관

찰(Clinical Observation), 질적 연구(Quantitative Research), 체계적 사례 연구(Systematic Case Studies) 등 다양한 연구 방법론들이 가능한 연구 근거(Research Evidence)로 인정되고 있으며, 각각의 특유의 이점을 소개하였다(APA, 2006) (표 1). 근거기반실천은 한 가지 연구 방법론만을 강조하는 것이 아닌, 임상가들로 하여금 다른 유형의 연구로 얻어진 여러 근거들에 대하여 강점과 한계를 파악할 것을 요구하는 패러다임이며(APA, 2005), 따라서 한 치료가 경험적으로 지지되기 위하여 무조건 무선통제연구가 필요한 것이 아니라 무선통제연구 이외에 다양한 방법론에 대한 가능성이 열려 있다고 말할 수 있다.

표 1. 근거기반 실천을 위한 연구방법론

방법	이점
임상적 관찰	과학적 발견의 맥락에 유용함
질적 연구	연구 대상 및 심리치료에 참가한 경험을 묘사하는데 유용
체계적 사례 연구	임상현장에서 각 연구 장면의 네트워크를 통합함으로써 비슷한 특징을 가진 타인과 내담자 개인을 비교하는데 유용
단일사례 실험연구	개인의 맥락에 있어 원인과 결과 관계를 밝히는데 유용
대중 건강과 민족 연구	정신건강 치료의 유용성, 활용성, 그리고 수용성을 추적(tracking)을 하는데 있어 유용 주어진 사회적 맥락에서 치료의 유용성을 최대화하기 위한 대안적 치료를 제안하는데 유용
과정-결과 연구	변화의 메커니즘을 확인하는데 유용
자연적 장면 내에서의 개입 효과성 연구	치료의 생태학적 타당도를 평가하는데 유용
무선통제연구	과학적 증명의 맥락에 있어, 개입의 효과에 대한 인과관계 추론에 유용
메타분석	다양한 연구와 연구가설로부터 추론된 결과를 통합하고, 효과 크기의 양적인 평가에 유용

APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice.(2006). Evidence-Based Practice in Psychology. American Psychologist, 61(4), 15 p.274. 에서 인용

오해 2. 근거기반실천에서 인정되는 치료는 이 연구에 유리한 특정 치료 이론(특히 인지모델 혹은 행동주의 모델)의 치료들로 한정되며, 다른 치료적 지향에 배타적이다.

근거기반실천이 무선통제연구 방법론을 선호한다는 오해와 더불어, 근거기반실천이 상대적으로 무선통제연구로 검증하기 힘든 다른 오리엔테이션의 치료에 배타적이라는 오해가 존재한다. 예를 들어 몇몇 정신역동 오리엔테이션을 가진 치료자들은 정신역동치료가 매뉴얼화하기 힘들거나 불가능하고 또한 오랜 치료 기간을 요구하기 때문에 무선통제연구로 연구하기 힘들다고 주장한다. 따라서 경험적으로 지지된 심리치료나 근거기반치료는 그 자체가 특정 치료들에게 불리하도록 편향되어 있다고 비판한다. 그러나 앞서 설명하였듯 무선통제연구만이 한 치료의 효과성을 검증하기 위해 사용될 수 있는 유일한 방법론이 아니며, 근거기반실천에서 요구되는 ‘경험적 근거’는 무선통제연구로 제한되지 않는다(Westen et al., 2004).

현재 미국 심리학회의 임상심리학 분과(Division 12)에서 전문가 및 일반 대중을 위하여 선별하여 소개한 심리적 장애에 대한 효과적인 치료 목록에 따르면, 현재 ‘연구를 통해 효과가 지지된 심리치료(Research-Supported Psychological Treatments)’는 총 74가지가 존재한다(APA, 2012). 이를 치료 이론으로 나누어 살펴보면, 행동주의 모델이 18가지, 인지 모델이 26가지, 제 3세대 행동주의 모델이 6가지, 정신역동 및 정신분석 모델이 3가지, 대상관계 및 대인관계 모델이 4가지, 애착 모델이 1가지, 그리고 인간중심 및 게슈탈트, 가족 및 지역사회, 바이오피드백 등 기타 다양한 모델들

이 16가지로 분류된다(경험적인 근거가 없으며 해가 될 수도 있다고 소개된 치료는 제외). 비록 치료 목록 중 인지행동치료 및 행동치료 등이 많은 비중을 차지하고 있으나 대상관계, 정신역동 및 정신역동 모델에 기반한 치료들(예: 단기 정신역동치료, 대인관계 치료, 정신화 중심 치료 등) 또한 적지 않은 비중을 차지하고 있음을 확인할 수 있다. 또한 Shedler (2010)는 메타분석을 이용하여 정신역동이론에 기반한 치료들이 효과적이라고 보고된 문제들(예: 성격장애들, 신체화 장애 등)과 그 효과 크기를 밝히는 연구를 실시하였고, 정신역동 이론의 주요 치료 요인 및 기제들(예: 치료 관계, 정서 표현 및 감정에 초점을 두기, 과거 경험을 다룸, 대인관계에 초점 두기 등)을 추출하기 위한 노력을 시작하였다. 따라서 근거기반실천 운동은 (1) 다양한 치료적 지향에 기반을 둔 다양한 치료기법들의 효과성을 검증할 뿐 아니라 (2) 각 치료기법들이 공통적으로 지니고 있는 치료요인들을 밝힐 수 있는 근거를 제공한다.

오해 3. 근거기반실천은 모든 심리치료를 매뉴얼화하기 때문에 근거기반실천을 수행할 경우 내담자에게 개인적 특성에 맞는 치료를 제공할 수 없다.

근거기반실천이란 “개별 환자를 치료하는 의사결정에 있어서 현재 가능한 한 최고의 경험적 근거를 양심적이며, 명백하고, 신중한 방식으로 사용하는” 의사결정과정이다(Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes, & Richardson, 1996). 치료 매뉴얼이 갖는 여러 가지 장점들(예, 새로운 치료의 효과를 검증하고, 치료를 교육하고 보급하는데 용이함)과 치료 매뉴얼에 충실히

다른 치료자가 더 높은 심리치료 효과, 특히 정신역동치료에서도 높은 효과를 보인다는 증거에도 불구하고(Town et al., 2012), 근거기반실천이란 단지 효과가 검증된 치료를 매뉴얼대로 수동적으로 따라가는 것을 의미하지 않는다. 오히려 증거기반실천은 임상가가 자신의 임상적 전문성과 내담자의 가치 및 선호를 통합하여 각 내담자에게 가장 적합한 치료를 적용하고, 예후에 따라 치료 과정을 변경 및 수정 적용하는 매우 능동적인 의사결정과정이라 말할 수 있다. 이러한 치료 과정에서 임상가가 자신은 결정의 주체 중 하나이며, 임상가의 역할은 치료 매뉴얼을 그대로 수행하는 데 한정되지 않는다. 현존하는 매뉴얼화된 치료들이 특정 내담자에게 적합하지 않을 때 임상가는 자신의 경험과 수련으로 얻어진 임상적 전문성을 활용하여 해당 내담자의 증상과 가장 유사한 증상을 다루는 치료 등을 찾아보고 그 내담자의 맥락에서 필요한 치료적 요소를 도입 및 구성하여 충분히 근거기반실천의 프레임 안에서 특정 내담자를 위한 치료를 적용할 수 있다. 예를 들어 주요우울장애의 진단 기준을 충족하지는 않으나 상당한 수준의 우울감을 호소하며, 간헐적인 공황발작을 가진 내담자가 있다면 임상가는 우울증상과 공황발작에 대하여 효과성이 경험적으로 입증된 치료를 살펴보고, 이 내담자의 증상, 가치, 선호를 반영하여 수정된 개별적인 치료계획을 세울 수 있다(Persons & Silberschatz, 1998). 또한 본 논문의 뒷 부분에서 보다 자세히 소개한 것처럼, 여러 치료 환경과 맥락에서 현장의 임상가들이 유연성을 지니고 치료를 적용할 수 있도록 치료 매뉴얼을 구성하는 방식에 대한 새로운 접근이 시도되고 있다(Herschell et al., 2004).

오해 4. 근거기반실천은 엄격하게 통제된 상황에서 도출된 치료 효능(efficacy)에 대해서만 이야기할 수 있으므로 실제 임상 장면에는 적용될 수 없다

근거기반실천의 한 구성 요소인 ‘최고의 연구 근거(best evidence)’는 연구 장면에서의 치료의 효능(treatment efficacy)뿐만 아니라, 실제 임상현장에서의 적용 가능성인 치료 효과성(treatment effectiveness)과 임상적 유용성(clinical utility)을 통합하는 개념이다(APA, 2006). 여기서 임상적 유용성 차원이란 적용 및 실행 가능성(applicability and feasibility), 지역사회나 특정 장면에서 개입의 유용성 등을 지칭한다(APA, 2006). 따라서 ‘최고의 연구 근거’ 자체는 연구 장면에서 얻어진 데이터뿐 아니라 임상 장면에서 얻어진 다양한 경험적 보고 및 일반화 가능성까지 포괄하는 개념이다.

일반화 가능성과 관련하여 무선통제연구에 가장 많이 제기되는 의문은, 임상현장에서 만나는 다양한 환자들(예: 공병, 기저하는 성격 변인, 임상적 진단기준을 만족시키지 않는 수준의 증상 및 장애 등)을 진단 등을 엄격하게 통제하고 검증한 치료들로 적절히 치료할 수 있겠느냐는 것이었다. 현재까지 심리치료의 효능과 효과(efficacy vs. effectiveness)에 관련한 사전 연구들은, 무선통제연구를 통하여 효능이 증명된 치료가 많은 경우 높은 외적 타당도 역시 지닌다는 것을 경험적으로 입증하고 있다(Chambless & Ollendick, 2001). 또한 ‘오해 1’에서 설명한 것과 같이 무선통제연구의 한계를 보완하기 위한 다른 여러 방법론이 존재하며, Westen 등(2004)과 같은 연구자들은 ‘과학적인 발견은 실험에서 시작되어 임상 현장으로 옮겨간다’는 일방향적이며 위계적인 사

고를 수정하고, 임상적 관찰과 경험을 과학적 실험의 토대로 삼아 연구와 임상현장이 유기적으로 교류하는 교류적 접근을 취할 것을 주장하였다.

오해 5. 근거기반실천은 비용이 많이 든다.

근거기반실천은 임상 현장 및 연구 장면에서의 전반적인 시스템 개선(예: 지속적(재)교육, 임상 현장과 연구 장면의 지속적 교류 활성화 등)을 필요로 하며 이는 실질적 비용 문제로 직결될 수 있다. 이러한 직접비용뿐 아니라 변화에 따른 임상가 및 관계자의 적응 문제 등 경제적·심리적 간접비용에 대한 우려 또한 존재한다. 이러한 직간접적인 효용 자체에 대한 정확한 조사는 아직 이루어지지 않았으나, 근거기반실천의 비용 대비 효과(cost-effectiveness)에 대한 다양한 측면의 연구 근거가 존재한다.

무엇보다 중요한 것은, 서비스를 이용하는 내담자 및 환자들 혹은 의료비를 부담하는 정부(혹은 보험회사·미국이나 영국 등 보험이 심리치료에 적용되는 국가의 경우)가 근거기반실천을 통해 얻는 비용 경감효과가 명백하다는 점이다. 경험적으로 효능이 입증된 치료를 실시하였을 때 얻을 수 있는 기존 치료 대비 비용 절감 효과(예: 환자 회복률, 재발 및 재입원을 감소 등)는 이미 여러 문헌에서 꾸준히 보고된 바 있으며(Antonuccio, Thomas, & Danton, 1997; Blackburn & Moore, 1997; Dobson et al., 2008; Lazar, 2010; Spiegler & Agigian, 1977), 또한 최근에는 근거기반실천으로의 이행을 통하여 임상현장에서 일하는 관계자(staff)의 이직률이 낮아지고, 충성도(fidelity)가 높아지는 등의 효과를 얻을 수 있었다는 보고가

있었다(Aarons, Sommerfeld, Hecht, Silovsky, & Chaffin, 2009). 따라서 근거기반실천으로의 이행을 통하여 임상 현장에서의 직접적 비용 뿐만 아니라 간접적 비용까지 포함한 전반적 비용 절약을 기대할 수 있다.

오해 6. 근거기반실천은 연구지향적 임상가(Science-oriented psychologist)들을 위한 패러다임이며 실무지향적 임상가(Practice-oriented psychologist)들을 위한 패러다임이 아니다.

연구지향적 임상가와 실무지향적 임상가 간의 괴리, 연구 장면과 임상 장면 간의 괴리는 지금까지 미국은 물론이고(Barlow, 1981) 한국에서도(안현의, 2003) 여러 차례 지적된 바 있다. 또한 임상현장에서 관찰한 현상과 연구 데이터 사이에 어느 정도 구분이 생기고, 근거기반실천에서 최고의 근거를 강조함으로써(물론 다른 요소들(예, 임상가의 전문성 및 내담자의 가치 및 선호)과 더불어 강조하는 주요 요소들 중 하나임) 연구지향적 임상가와 실천지향적 임상가간의 차이를 만든다는 견해가 존재한다(Spring & Neville, 2010). 그러나 근거기반실천의 주요 목표는 연구를 촉진시키는 데만 있는 것이 아니라, 연구 장면과 실제 임상 현장 사이에 존재하는 차이를 최소화하고, 두 장면이 보다 원활하게 소통할 수 있게 하는 것이다(Miller, 2005). 즉, 연구자들은 임상현장에서 보고하는 사례들과 임상가들이 경험하는 현실적 한계들(예: 치료자 교육)을 연구에 통합할 수 있는 방안을 꾸준히 고려해야 하며, 임상가들은 평생교육을 통해 연구를 통해 밝혀진 최신 연구동향을 지속적으로 자신의 임상활동에 통합해나가야 한다. 이를 위해서는

의료 및 복지 정책, 연구비, 학회를 통한 교육 등에 근거기반실천 운동이 적용되어야 한다.

이제까지 살펴본 증거기반실천의 명확한 정의와 의미에 대한 기술을 기반으로, 이제부터는 증거기반실천을 향상시키기 위해 앞으로 보아야 할 부분들을 개관하고 논의할 것이다.

근거기반실천을 향상시키기 위한 방안

심리학 분야에서 근거기반실천에 대한 담론과 이행은 간호, 의학, 사회복지 등 다른 정신건강관련 분야보다 늦게 시작되었다(Spring & Neville, 2010). 따라서 심리학의 독특한 특성과 맥락에 부합하는 근거기반실천의 이론적, 실천적 토대 마련이라는 과업이 남아 있다. 이 장에서는 심리학에서의 근거기반실천을 더욱 향상시키기 위하여 주어진 경험적 자료의 타당성을 객관적으로 평가하기 위한 방법을 비롯하여, 현재의 근거기반실천을 더 발전시키기 위한 다양한 방안을 제안할 것이다.

전과학적 과정(pre-scientific process) 재고하기

Karl Popper는 과학의 핵심은 가설 검증에 있으며, 자신의 가설을 발견하는 것은 연구자 스스로의 몫이라고 말하였다(Popper, 1959). 많은 사람들은 가설 검증에 있어서 실험법이 가장 모범적인 기준(gold standard)이라고 가정한다(Westen et al., 2004). 그러나 이 가정을 받아들이는데 있어 주요하게 고려해야 할 점은, 가설의 발견 및 설립과정 중의 하나인 검증 대상 선택이다. 임상 분야에서는 실험 조건과

통제조건에 해당되는 치료의 선택이 이 부분에 해당된다. 실험에 있어 가설검증 대상을 설정할 때 연구자는 어떠한 점을 고려하여 치료를 선정하는지 생각해 보아야 한다. 검증하려는 치료가 단기 또는 장기치료인지(치료 기간), 치료의 형태는 어떠한지 등을 고려해 보아야 한다.

대상 선정에 있어서, 이미 과학적으로 검증된 치료를 선정하는 것도 중요하나 아직 검증되지 않은 치료를 효과가 없다고 간주하고 이를 선정대상에서 제외하는 것 또한 문제가 될 수 있다. 예를 들어, 미국 국립 정신건강협회에서 실시하였던 공동연구 프로그램의 경우, 우울 증상에 효과적인 심리치료로서 인지행동치료(Cognitive Behavioral Therapy, CBT)와 당시 대인관계치료(Interpersonal Therapy, IPT)연구를 실시하였으며 이 연구로 인해 이 두 치료가 우울을 위한 우선치료로 선정되었다(Elkin et al., 1989). 이에 대하여 Westen 등(2004, p. 638)은 “만약 이 연구에서 CBT의 비교치료가 IPT가 아닌 정신역동 치료를 선정하였다면, 현재 우리는 우울 치료를 위해 CBT와 IPT가 아닌 CBT와 정신역동을 선택할 수도 있었다(Westen et al., 2004, pp. 641)”고 이야기한다. 즉, 검증되지 않은 치료를 연구의 대상으로 선택할 때, 그 선택 기준을 신중하게 정하는 것도 중요하고, 가설검증의 대상에 선택되지 않아 검증되지 못한 치료들을 효과가 없는 치료로 가정하지 않고 열린 태도를 유지하는 것이 중요하다.

모든 무선통제연구가 타당한 실험설계를 의미하지는 않는다: 무선통제연구에 대한 질적 평가의 필요성 재고하기

많은 연구자들이 경험적으로 무선통제연구

의 중요성 및 필요성을 인식하고 있으나, 그에 비하여 무선통제연구의 실제 설계 및 실시에 대한 체계적인 교육이 부족한 것이 사실이다(Gerber et al., 2011). 따라서 이에 대한 하나의 지침으로 2004년 미국심리학회의 정신의학 치료 연구(Research on Psychiatric Treatments) 위원회가 지정하고 정신역동 심리치료의 근거기반을 위한 소위원회(the Ad Hoc Subcommittee for Evaluation of the Evidence Base for Psychodynamic Psychotherapy)가 무선통제연구의 질적 평가 척도(Randomized Controlled Trial of Psychotherapy Quality Rating Scale, RCT-PQRS)를 제시한다(표 2). RCT-PQRS는 무선통제연구에서 고려해야 할 스물다섯 가지 항목을 총 다섯 개의 큰 영역으로 분류하여 평가한다. 1번 항목에서 24번 항목까지는 3점 리커트 척도를 사용하며, 마지막 25번 항목은 7점 리커트 척도를 사용한다. 무선통제연구를 계획하는 연구자는 이러한 지침에 근거하여 사전에 치밀한 계획을 세우는 것이 필요할 뿐 아니라, 이미 실시된 무선통제연구의 결과를 고려할 때 무선통제연구 설계의 엄격성을 함께 고려하여 평가해야 한다.

무선통제연구 외 고려해야 할 대안적 연구방법

앞서 살펴보았듯이 근거기반실천을 위한 연구방법에는 무선통제연구 외에 대안적 연구방법들이 존재한다(표 1). 근거기반실천 위원회가 2006년에 밝힌 지침에 따르면(APA, 2006), 현재 한 치료를 지지하기 위해서 필요한 경험적 근거들인 무선통제연구(Randomized Controlled Trials), 임상적 관찰(Clinical Observation), 질적 연구(Quantitative Research), 체계적 사례 연구(Systematic Case Studies), 단일사례 실험연구

(Single-case Experimental designs), 메타분석 연구론은 각각 특수한 이점을 지니고 있다(표 1). 따라서 경험적으로 지지된 치료를 밝히기 위해 무선통제연구와 더불어, 각 연구의 목적에 부합하도록 무선통제연구를 포함한 다양한 연구방법론을 선택하여 사용하는 것이 바람직할 것이다.

진단 중심에서 문제 중심으로 전환

경험적으로 지지된 치료는 축1 또는 축2 공병을 지닌 내담자를 연구대상에서 제외하였으며 이러한 이유로 임상장면에서의 일반화(또는 외적 타당도) 문제가 많은 연구자들에 의해 꾸준히 지적되었다(Chambless & Hollon, 1998; Persons, et al., 1998). 이는 기존의 연구 중 상당수가 내담자가 실제로 호소하는 증상 및 문제 보다는 진단을 중심으로 이루어지고 있는 현실을 보여준다. 이러한 문제를 해결하기 위해서는 경험적으로 지지된 치료를 선별하는데 있어 공병을 지닌 내담자를 포함하는 것도 하나의 해결안이 될 수 있으나, 보다 궁극적인 해결책은 내담자의 특정 진단보다는 그들의 증상 및 문제를 중심으로 한 치료 효능 및 효과 연구를 실시하는 것이다(Westen et al., 2004).

임상 및 상담심리 분야에서 내담자의 문제를 진단 내릴 때에는 정신질환 진단 및 통계편람(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM)이 주로 사용된다. 하지만, DSM 진단체계가 과학적 방법론적인 측면에서 비판을 받고 있으며(Westen et al., 2004), 또한 정신건강 센터를 찾는 1/3에서 절반에 가까운 내담자가 DSM 적용으로 진단 내릴 수 없다는 점 또한 기존의 경험적으로 지지된 치료를 실

표 2. 무선통제연구의 질적 평가 척도(RCT-PQRS)

실험 참가자의 특성

1. 실험 참여 및 제외를 결정한 진단적 도구와 기준
2. 진단적 방법론의 신뢰도 문서화 혹은 증명
3. 연관된 공병에 대한 기술(description)
4. 실험 참가를 위해 검사 받은 참가자 수/최종 포함된 참가자 수/제외된 참가자 수에 대한 기술

치료의 정의(Definition) 및 시행

5. 치료가 추후 연구를 위해 충분히 기술되었거나 명확한 출처가 밝혀졌다(통제집단/비교집단 포함)
6. 시행된 치료가 연구된 치료와 일치한다는 것을 증명할 방법(측어록이나 테이프가 슈퍼비전을 통해 검토되었을 때만 완전히 만족됨)
7. 치료자의 훈련 및 경력 수준
8. 치료가 시행되는 동안의 슈퍼비전
9. 치료 도중 함께 시행된 다른 치료(예: 약물치료)에 대한 기술(만약 약물치료중인 참가자가 집단에 포함되었을 경우, 2 점으로 채점하려면 어떤 약물 처방을 받았는지에 대한 완전한 보고가 필요함. 만약 약물치료중인 내담자가 실험에서 제외되었다면 2 점으로 채점)

결과 측정 및 측정 도구

10. 타당화된 결과 측정도구 사용(기존 도구 사용 혹은 새로 표준화된 도구)
11. 주요한 결과 측정 도구는 사전에 명시되어야 한
12. 결과는 치료집단에 대해 맹검(blind) 방식으로 신뢰롭게 평가되어야 한다
13. 연구된 치료의 위험과 부작용에 대한 논의
14. 종결 이후의 장기적 치료효과 평가(연구 이후 바로 치료로 이행된 대기집단이나 비치료집단의 경우 이 항목에 대해 평가 받을 필요 없음)

결과 분석

15. 데이터 분석 시 치료의향분석 사용(Intent-to-treat method)
16. 치료 중도탈락 및 거부 사례 기술
17. 적절한 통계적 절차 적용(예: Bonferroni correction 사용, 종적 데이터 분석, 미리 확정된 혼입만 조정하기 등)
18. 적절한 표집 크기
19. 치료 배정(assignment)에 있어 치료자 및 치료 장면의 효과가 적절히 고려됨
20. 비교집단 배정을 정당화할 수 있는, 미리 설정된 가설
21. 실험집단과 비교집단이 같은 인구에서, 같은 시간에 표집되었음
22. 치료집단에 무선 할당됨

연구의 전반적 질

23. 치료자의 치료에 대한 충성도가 균형적이다
24. 연구의 결과가 표집, 측정 및 데이터 분석으로 타당화될 수 있다
25. 일괄 평정: 연구의 적절함, 실험 디자인의 질, 데이터 분석, 결과의 타당성 등을 고려한 연구에 대한 전반적 평가

주. RCT-PQRS의 평가기준은 다음과 같다:

- 0 점: 연구 디자인의 서술(description), 시행(execution), 정당화(justification) 등이 매우 부족함
- 1 점: 명료하게 서술됨 혹은 적절한 방법/기준을 사용하였음(둘 중 하나만 만족)
- 2 점: 명료하게 서술되었고, 시행되었으며, 필요한 곳에 적절한 설계 요소를 적용하였다
- 25 번 문항의 경우 0 점: 매우 나쁨 - 7 점: 매우 훌륭함으로 채점

Gerber, A. J., Kocsis, J. H., Milrod, B. L., Roose, S. P., Barber, J. P., Thase, M. E., . . . Leon, A. C.(2011). A Quality-Based Review of Randomized Controlled Trials of Psychodynamic Psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 168(1), 19, p. 21 .에서 인용

시하는데 있어 내담자의 진단이 아닌 증상과 문제를 대상으로 실시되어야 함을 보여준다 (Howard et al., 1996; Messer, 2001).

매뉴얼 서술 방식의 전환

치료 매뉴얼이란 치료를 개발한 과학자-임상가가 치료 접근법에 대하여 설득력 있고 광범위하게 묘사한 치료 지침으로서, 혁신적인 개입법 및 새로운 치료의 효과성을 평가하고 보급하는데 매우 중요한 역할을 한다(Herschell et al., 2004). 심리치료의 종류에 따라 매뉴얼은 각 회기별 개입의 윤곽을 제공하기도 하고 개입의 실례(實例)와 함께 치료의 광범위한 요소 및 부분을 묘사하기도 한다(Chambless & Hollon, 1998). 그러나 지금까지의 매뉴얼은 하나의 치료에 다양한 치료 기법들(예, 동기향상 기법, 인지재구조화, 노출, 행동조형 등)을 묶어(package) 제시하고 있다. 이러한 묶음 형태의 매뉴얼은 연구자가 치료 요인 및 치료기제를 연구하는데 방해가 될 뿐 아니라, 임상가들이 치료를 적용하는데 있어 유연성을 떨어트리는 결과를 야기하였다(Westen et al., 2004) 그리고 실제 초보 치료자가 내담자/환자의 요구를 무시하고 치료 매뉴얼을 유연성 없이 적용할 때, 그 치료의 효과가 감소한다는 보고가 있다(Sexton & Whiston, 1994). 따라서 Westen(2004)이 주장한 바와 같이 치료 매뉴얼을 모든 치료 기법들을 하나로 통합한 묶음 형태가 아닌 각 특정 치료기법(예, 노출, 인지재구조화, 동기향상기법 등)의 형태로 전환을 고려해 보아야 할 것이다.

또한 매뉴얼에 기반하여 치료를 실시할 경우, 이에 반응하지 않는 내담자들이 존재한다. 따라서 치료 매뉴얼에 반응하지 않는 내담자

를 위한 대안적 치료 및 방향도 함께 제공할 경우, 임상가가 유연성을 지니고 치료하는데 도움이 될 것이다. 연구자들은 앞으로 치료 매뉴얼들을 사용할 때, 실패하는데 기여하는 변인들을 구분하는 것이 요구되며, 1차적 치료법(first-line treatment)이 실패할 경우 그에 대한 대안적 치료를 제안하는 것도 필요하다 (Frank, Kupfer, Wagner, McEachran, & Comes, 1991; Rush, 1993; Wilson, 2006).

결론

현재 한국 심리학회에서도 다양한 방식으로 근거기반실천 및 치료와 관련된 학회 차원의 논의와 교육이 이루어지고 있다. 그럼에도 불구하고 저자들이 아는 한도 내에서는 근거기반실천과 관련된 개관 논문이 한국심리학회지에 아직 소개되지 않았기에 본 개관 논문이 앞으로 한국심리학회에서 근거기반실천에 대한 학문적 논의를 보다 활성화하는데 기여할 것이라 기대한다. 또한 근거기반실천에 대한 몇 가지 오해가 현장에 있는 임상가들이나 학문을 시작하는 학생들이 근거기반실천을 배우고 이행하려는 동기를 저해하는 것을 경험하였다. 따라서 저자들은 본 개관논문을 통해 근거기반실천에 대한 오해들을 해소하고, 다양한 학자들의 의견을 수렴한 근거기반실천의 정의를 제시하며, 보단 발전된 형태로 근거기반실천을 이행하기 위한 방안들을 제시하였다.

심리학에서 근거기반실천을 이행하는 것은 환자/내담자, 정부, 보험회사등과 같은 서비스의 소비자 뿐 아니라, 양질의 서비스를 제공할 의무가 있는 심리학자와 심리치료자에게 중요한 사안이다. 그 동안 한국 심리학계에서

지속적으로 근거기반실천에 대한 중요성이 제기되어 왔듯이, 앞으로는 보다 심도 있는 학문적 논의뿐 아니라 정책적 대책을 함께 마련하는 과제가 남아있다. APA에서는 학문과 임상현장에서 근거기반실천을 적용하고 활성화하며, 그리고 교육을 위한 APA의 근거기반실천 공식 지침을 다양한 언어로 제공하고 있다 (APA, 2000). 따라서 한국에서도 근거기반실천을 위한 교육 및 연구에 대한 인프라를 구축하기 위한 지침을 마련해야 할 것이다.

근거기반실천을 먼저 시작한 미국, 영국 등의 국가는 실제 임상 현장에서 보급하기 위한 노력을 꾸준히 해 왔으며, 관련 프로그램 중 일부는 성공적으로 정착 단계에 도달했다고 평가받는다(Editorial, 2012; McHugh & Barlow, 2010). 성공적인 프로그램들 간에는 몇 가지 공통점이 있는데, 한국의 근거기반실천 보급 차원에서 고려해 볼 수 있는 것들을 제안해 보자면 다음과 같다.

첫째, 학회에서 근거기반실천에 관한 연구가 보다 많이 논의되어야 하며, 정부 및 관련 단체와의 협업을 통해 연구 성과를 실제 임상 현장에서 적용할 수 있어야 한다. 국내 근거기반실천에 대한 논의는 이제 시작 단계이며 관련 연구도 많지 않다. 미국의 경우 미국 심리학회(APA)의 여러 분과(Division 12/22/38/53)와 의학 관련 단체 및 대학교들이 제휴하여 근거기반실천에 대해 연구, 실시 및 교육 활동을 지원한다(www.ebbp.org). 한국에서도 이와 같은 대규모 공동 프로젝트 및 협업체계가 필요하다.

둘째, 근거기반실천과 관련된 지식 및 기술 습득과 관련하여 현 임상가들과 향후 임상가가 될 학생들에 대해서 체계적으로 교육할 수 있는 환경이 조성되어야 한다. 근거기반실천

의 특성상 체계적인 교육이 뒷받침되어야만 모델의 적용 및 보급이 용이하다(Spring & Neville, 2010). 예를 들어 캐나다 McMaster 대학의 “근거기반 임상 실천 교수법(How to teach Evidence-Based Clinical Practice)(http://ebm.mcmaster.ca/)”, 영국 Oxford 대학의 근거기반 의학센터에서 실시하는 코스(http://www.cebm.net/), 미국 APA와 인지행동치료협회 (Association of Behavior and Cognitive Therapy, ABCT) 등에서 실시하는 교육 프로그램 등이 긍정적 평가를 받는 교육 프로그램의 사례로 들 수 있다(Spring & Neville, 2010). 한국의 경우, 한국심리학회 혹은 대학원에서 근거기반실천을 교육을 할 수 있는 교과과정 및 실습 모델을 고안하고 및 확산할 필요가 있다.

셋째, 임상가들의 근거기반실천을 돕는 대규모 지원 체계가 필요하다. 구체적으로는 근거기반실천의 연구와 실시 프로그램에 대한 재정적 지원, 현장의 관련 종사자들에 대한 교육, 근거기반실천과 관련한 정보 접근의 향상을 위한 관련 자료의 데이터베이스 업무 등을 지원하는 대규모 전문 기관을 설립하는 것이다. 영국과 미국의 경우, 중앙정부 혹은 주 정부 차원에서 근거기반실천 프로그램을 다양하게 선보이고 보급하고 있다. 이러한 프로그램을 통해 효과적인 치료에 대한 국민들의 인식이 증가하였고, 효과적인 치료를 제공할 수 있는치료자 또한 증가하여, 국민들에게 효과적인 치료를 제공할 수 기반을 형성하였다(Editorial, 2012; McHugh & Barlow, 2010; http://www.mw.go.kr/). 치료의 효과를 검증하는 연구 및 보급은 단일 대학이나 개인센터에서 시행하기 힘들다. 따라서 정부차원, 예를 들어, 2014년에 보건복지부하에서 설립될 예정인 국립정신건강연구원과 같은 기관에서 앞서 언급

한 역할을 수행할 것을 기대한다.

참고문헌

- 안현의. (2003). 과학자-실무자 모델의 국내 적용 가능성에 관한 논의. *한국심리학회지: 상담 및 심리치료*, 15(3), 461-475.
- Aarons, G. A., Sommerfeld, D. H., Hecht, D. B., Silovsky, J. F., & Chaffin, M. J. (2009). The impact of evidence-based practice implementation and fidelity monitoring on staff turnover: evidence for a protective effect. *Journal of consulting and clinical psychology*, 77(2), 270-280.
- Addis, M. E. (2002). Methods for Disseminating Research Products and Increasing Evidence-Based Practice: Promises, Obstacles, and Future Directions. *Clinical Psychology Science and Practice*, 9(4), 367.
- American Psychological Association. (1995). *Template for developing guidelines: Interventions for mental disorders and psychosocial aspects of physical disorders*. Washington, DC: APA.
- American Psychological Association. (2000). *Guidelines and principles for accreditation of programs in professional psychology*. Washington, DC: APA.
- American Psychological Association. (2005). *Report of the 2005 Presidential Task Force on evidence-based practice*. Washington, DC: APA
- American Psychological Association Division 12. (2012). Website on Research-Supported Psychological Treatments. <http://www.psychologycaltreatments.org>
- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-Based Practice in Psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271-285.
- Antonuccio, D. O., Thomas, M., & Danton, W. G. (1997). A cost-effectiveness analysis of cognitive behavior therapy and fluoxetine (Prozac) in the treatment of depression. *Behavior therapy*, 28(2), 187-210.
- Barlow, D. H. (1981). On the relation of clinical research to clinical practice: Current issues, new directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49(2), 147.
- Blackburn, I. M., & Moore, R. G. (1997). Controlled acute and follow-up trial of cognitive therapy and pharmacotherapy in out-patients with recurrent depression. *The British Journal of Psychiatry*, 171(4), 328-334.
- Borkovec, T. D., Echemendia, R. J., Ragusea, S. A., & Ruiz, M. (2001). The Pennsylvania Practice Research Network and Future Possibilities for Clinically Meaningful and Scientifically Rigorous Psychotherapy Effectiveness Research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(2), 155-167.
- Chambless, D. L., & Hollon, S. (1998). Defining empirically supported treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7-18.
- Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crits-Christoph, P., Daiuto, A., DeRubeis, R., Detweiler, J., Haaga, D. A., Johnson, S. B., McCurry, S., Mueser, K. T., Pope, K. S., Sanderson, W. C., Shoham, V., Stickle, T., Williams, D. A., & Woody, S. R. (1998).

- Update on empirically validated therapies, II. *Clinical Psychologist*, 51(1), 3-16.
- Chambless, D. L., & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual review of psychology*, 52(1), 685-716.
- Craighead, W. E., & Craighead, L. W. (1998). Manual-Based Treatments: Suggestions for Improving Their Clinical Utility and Acceptability. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5(3), 403.
- Dobson, K. S., Hollon, S. D., Dimidjian, S., Schmalzing, K. B., Kohlenberg, R. J., Gallop, R. J., Jacobson, N. S. (2008). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the prevention of relapse and recurrence in major depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 76(3), 468-477.
- Editorial. (2012). Therapy deficit: Studies to enhance psychological treatments are scandalously undersupported. *Nature*, 489, 473-474.
- Elkin, I., Shea, M. T., Watkins, J. T., Imber, S. D., Sotsky, S. M., Collins, J. F., Docherty, J. P. (1989). National Institute of Mental Health treatment of depression collaborative research program: General effectiveness of treatments. *Archives of general psychiatry*, 46(11), 971-982.
- Frank, E., Kupfer, D. J., Wagner, E. F., McEachran, A. B., & Comes, C. Efficacy of interpersonal psychotherapy as a maintenance treatment of recurrent depression contributing factors. *Archives of General Psychiatry*, 48(12), 1053-1059.
- Gerber, Andrew J., Kocsis, James H., Milrod, Barbara L., Roose, Steven P., Barber, Jacques P., Thase, Michael E., Leon, A. C. (2011). A Quality-Based review of randomized controlled trials of psychodynamic psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 168(1), 19-28.
- Greenberg, L. S., & Newman, F. L. (1996). An Approach to Psychotherapy Change Process Research: Introduction to the Special Section. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 435-438.
- Herschell, A. D., McNeil, Cheryl B., & McNeil, Daniel W. (2004). Clinical Child Psychology's Progress in Disseminating Empirically Supported Treatments. *Clinical Psychology Science and Practice*, 11(3), 267-288.
- Howard, K. I., Cornille, T. A., Lyons, K. S., Vessey, J. T., Lueger, R. J., & Saunders, S. M. (1996). Patterns of mental health service utilization. *Archives of General Psychiatry*, 53, 696-703.
- Institute of Medicine. (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. Washington, DC: National Academy Press.
- James, W. (1907). Pragmatism's conception of truth. *The Journal of Philosophy, Psychology and Scientific Methods*, 4(6), 141-155.
- Kazdin, A. E. (2008). Evidence-based treatment and practice: new opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *American Psychologist*, 63(3), 146-159.
- Kendall, P. C. (1998). Empirically supported psychological therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 3-6.

- Lazar, S. G. (2010). *Psychotherapy is worth it: A comprehensive review of its cost-effectiveness*. Arlington, VA, American Psychiatric Publishing, Inc.
- Leibert, T. W. (2012). Response to Hansen: Economic pressures, not science, undermine humanistic counseling. *The Journal of Humanistic Counseling, 51*(2), 206-216.
- Levant, R. F., & Hasan, N. T. (2008). Evidence-based practice in psychology. *Professional Psychology: Research and Practice, 39*(6), 658-662.
- Lipsey, M. W., & Wilson, D. B. (1993). The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment: Confirmation from meta-analysis. *American Psychologist, 48*(12), 1181-1209.
- McHugh, R. K., & Barlow, D. H. (2010). The dissemination and implementation of evidence-based psychological treatments: a review of current efforts. *American Psychologist, 65*(2), 73-84.
- Messer, S. (2001). Empirically supported treatment: What's a nonbehaviorist to do? In R. N. W. B. D. Slife, & D. Barlow (Ed.), *Critical issues in psychotherapy: Translating new ideas into practice*. CA: Sage: Thousand Oaks.
- Miller, S. H. (2005). American Board of Medical Specialties and repositioning for excellence in lifelong learning: maintenance of certification. *Journal of Continuing Education in the Health Professions, 25*(3), 151-156.
- Persons, J. B., & Silverschatz, G. (1998). Are results of randomized controlled trials useful to psychotherapists? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*(1), 126-135.
- Popper, K. (1959). *The logic of scientific discovery*. London: Hutchinson.
- Rubin, A. (2012). *Practitioner's guide to using research for evidence-based practice*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Rush, A. J. (1993). Clinical practice guidelines: Good news, bad news, or no news? *Archives of General Psychiatry, 50*(6), 483-490.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W., Gray, J. A., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal, 312*(7023), 71-72.
- Satterfield, J. H., Spring, B., Brownson, R. C., Mullen, E. J., Newhouse, R. P., Walker, B. B., & Whitlock, E. P. (2009). Toward a Transdisciplinary Model of Evidence-Based Practice. *The Milbank Quarterly, 87*(2), 368-390.
- Sexton, T. L., & Whiston, S. (1994). The status of the counseling relationship: An empirical review, theoretical implications, and research directions. *The Counseling Psychologist, 22*(1), 6-78.
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist, 65*(2), 98-109.
- Smith, M. L., & Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist; American Psychologist, 32*(9), 752-760.
- Spiegler, M. D., & Agigian, H. (1977). *The Community Training Center: An Educational-behavioral-social Systems Model for Rehabilitating*

- Psychiatric Patients*. NY: Brunner/Mazel.
- Spring, B. (2007). Evidence-based practice in clinical psychology: What it is, why it matters; what you need to know. *Journal of Clinical Psychology*, 63(7), 611-631.
- Spring, B., & Neville, K. (2010). Evidence-based Practice in Clinical Psychology. In D. H. Barlow (Ed.), *The Oxford handbook of clinical psychology* (pp.128-149): Oxford University Press, USA.
- Town, J. M., Diener, M. J., Abbass, A., Leichsenring, F., Driessen, E., & Rabung, S. (2012). A meta-analysis of psychodynamic psychotherapy outcomes: evaluating the effects of research-specific procedures. *Psychotherapy*, 49(3), 276-290.
- Wampold, B. E., & Budge, S. L. (2012). The 2011 Leona Tyler Award Address The Relationship-and Its Relationship to the Common and Specific Factors of Psychotherapy. *The Counseling Psychologist*, 40(4), 601-623.
- Westen, D., Novotny, C. M., & Thompson-Brenner, H. (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies: assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychological bulletin*, 130(4), 631-663.
- Wilson, G. T. (2006). Treatment of bulimia nervosa: When CBT fails. *Behaviour Research and Therapy*, 34(3), 197-212.

1 차원고접수 : 2012. 12. 30.

수정원고접수 : 2013. 3. 16.

최종게재결정 : 2013. 3. 19.

Evidence-Based Practice in Psychotherapy

Minkyung Yim

Department of Psychology, Korea University

Jihae Lee

Department of Education, Korea University

Hannah Lee

Taedong Kim

Kee-Hong Choi

Department of Psychology, Korea University

Evidence-based practice in psychology(EBPP) is defined as a “decision-making process of a therapist combining his/her clinical expertise and psychotherapy with best research evidence while keeping the client's needs, value and preference in mind”(APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006). This movement was suggested to increase the provision of effective psychological treatments and improve the quality of public health through an integrative approach covering key service dimensions such as psychometric evaluation, case formulation, and working alliance(APA, 2006). Following the paradigm of empirically supported treatments, there were criticisms and opinions calling for various important factors other than efficacy. As a result, a more integrative paradigm of evidence-based practice was introduced and now actively implemented in many countries including the U.S. and the U.K. This review article aimed to promote understanding on evidence-based practice and facilitate evidence-based practice in Korea by (1) introducing the widely accepted definition and components of evidence-based practice, (2) providing answers to common misconceptions about evidence-based practice, and (3) making suggestions to implement evidence-based practices in Korea.

Key words : Evidence-based practice, empirically supported treatment, randomized controlled trials, psychotherapy