

## 심리치료 사례공식화 방법의 개관과 비교\*

김 수 현<sup>†</sup>

충북대학교

심리치료 사례공식화는 사례에 대한 평가나 가설로써 상담초기에 내담자를 정확히 이해하고 바람직한 치료계획을 세우는데 도움이 된다. 현재 핵심갈등주제 방법이나 계획공식화 방법은 우리에게 소개되었으나 타 방법에 대해서는 잘 알려지지 않은 상태이다. 따라서 본고에서는 상담초기 체계적인 내담자 파악을 돕기 위해 몇 개의 정신역동적 사례공식화 방법(핵심갈등 관계주제 방법, 순환적 부적응적 패턴, 계획공식화 방법)과 이외에 형태분석, 사회적행동의 구조분석을 사용하는 대인간 사례공식화, 인지행동적 사례공식화, 행동치료 사례공식화, 현상학적 이론에 기초한 과정-경험적치료 사례공식화 방법을 간략히 개관하고 이들의 특성과 차이점을 밝혀보고자 한다.

주요어 : 사례공식화, 핵심갈등관계주제 방법, 계획공식화 방법

---

김수현은 충북대학교 종합인력개발원에 근무하고 있음.

\* 본 논문은 2005학년도 충북대학교 학술연구지원사업의 연구비 지원에 의하여 연구되었음.

† 교신저자 : 김수현, 충북대학교 종합인력개발원, (361-763) 충북 청주시 흥덕구 개신동 산 12번지  
E-mail : shkims@chungbuk.ac.kr, Tel : 043-261-3552

상담초기에 내담자의 문제를 정확하게 이해하고 적절한 계획을 세우는 일은 상담의 우선적 과제이다. 이 작업은 대부분 초기 몇 회의 면접에서 이루어지며 이후의 상담과정과 결과에 결정적인 영향을 미치게 되는데 특히 시간제한 치료의 경우에는 더욱 그러하다. 그러나 상담 경험이 부족한 초심자는 물론 경험이 있는 상담자의 경우에도 짧은 시간에 내담자의 문제를 정확히 파악하고 내담자를 포괄적으로 이해하는 일은 생각처럼 쉽지 않아서 상당한 어려움을 호소하는 경우를 상담현장에서 많이 보게 된다. 실제로는 상담초기의 중요성을 간과한 채 수동적으로 내담자의 호소만을 열심히 듣다보면 포괄적인 내담자 파악의 기회를 놓쳐버리게 되어 뒤늦게 당황하게 된다. 따라서 여러 번의 시행착오를 거치거나 수퍼비전을 통해 사례에 대한 가설을 세울 수 있고 때로는 객관적인 사실과는 전혀 다른 상담자의 주관적인 판단 하에 상담자가 중요하다고 생각하는 지엽적인 주제에 집착해서 상담을 진행시키는 경우도 많다. 이런 경우는 상담자 측이나 내담자 양쪽 입장에서 시간과 노력을 낭비하고 심한 경우는 본의 아니게 내담자에게 보이지 않는 피해를 줄 수도 있다. 실제 상담에서 내담자를 올바르게 파악하는 일은 상담이론에 숙달해있거나 기계적으로 기법을 적용시킨다고 해결될 일이 아니며 생각보다는 오랜 경험을 필요로 한다. 그렇다면 지금처럼 많은 사람들이 상담에 관심을 가지고 공부하는 현실에서 경험이 축적될 때 까지 마냥 기다릴 것인가? 가능한 방법이 있다면 당연히 그 방법을 찾도록 노력해야 하며, 개인적인 노력도 중요하지만 이를 위한 체계적인 교육과 과학적이고 합리적인 사례이해 방법, 즉 사례공식화(개념화) 방법에 대한 이해와 훈련

이 필요하고 공식화 방법에 대한 체계적인 연구와 관심이 요구된다.

그러나 현재 우리나라에서는 사례개념화라는 용어는 사용되지만 아직까지 이해가 부족해서 일부 상담자를 제외하고는 사례공식화의 필요성을 실감하거나 실제 상담에서 활용하고 있는 경우는 많지 않다고 보여진다. 심리치료 슈퍼바이저로서 Perry, Cooper와 Michels(1987)는 포괄적인 사례공식화는 거의 되어있지 않고, 기록은 더군다나 되어 있지 않다고 탄식하면서 임상가가 사례공식화를 하도록 잘 훈련되지 못한 점도 중요하지만 용어 자체도 명확히 정의되지 않았고, 공식화를 어떻게 구성할지에 대한 지침도 제공되지 못한 점을 지적했다. 또한 이들은 대부분의 임상가들이 정규적으로 공식화를 구성하지 못하는 5가지 오해를 들었다. 즉 사례공식화는 장기심리치료 환자에게만 해당된다는 믿음, 사례공식화는 일차적으로는 훈련경험이므로 숙련된 치료자에게는 불필요하다는 관점, 사례공식화는 노력과 시간-소모적인 과정이라는 믿음, '개인의 머릿속'에서 느슨하게 구성된 공식화로서 충분하다는 견해. 공식화에 너무 몰입되어 공식화에 맞지 않는 환자의 대화는 듣지도 수용하지도 않을 것이라는 걱정 등이다. Perry등은 이러한 오해에 맞서기 위해 사례공식화는 장기사례는 물론 단기치료에도 중요하다는 점, 경험에 관계없이 임상가가 일상적으로 잘 사용할 수 있다는 점, 공식화에 맞지 않는 치료사건에서도 치료자의 이해를 방해하기보다는 촉진시킨다는 점을 주장했다.

사례공식화란 사례에 대한 평가나 설명, 또는 가설과 유사하게 사용되는 용어로 내담자의 문제(대인간, 정신내적, 행동상)가 무엇이고 그 문제가 어디에서 왔으며, 무엇이 문제를

지속시키는가, 문제해결을 위해서는 무엇이 필요한가 등에 관한 가설로서 개인에 대한 복잡하고 상반되는 정보를 조직하는 일을 돕는다. 구체적으로는 초기 아동기 외상, 병적 학습경험, 생물학적 또는 유전적 영향, 사회 문화적 영향, 현재 작동하는 강화 유관성, 자타에 대한 부적응적 믿음과 이에 기초한 소인적 또는 선행적 취약성에 관한 추론을 포함한다. 정신분석 입장에서는 환자의 정신병리의 본질, 즉 환자의 성격구조, 역동, 발달에 대한 임상적 추론이 위계적으로 잘 조직된 것을 사례공식화라고 한다.

또한 사례공식화에는 기술적 정보(descriptive information)와 처방적 권고(prescriptive recommendations)가 포함되어야 한다(Sperry, Gudeman, Blackwell, & Faulkner, 1992). 기술적 정보란 개인생활의 주요 사실과 현재 문제를 설계하는 것으로 여기에는 현재 문제와 문제 발달사, 심리적 문제와 이전의 치료경험, 부가적인 심리사회적 스트레스 및 정신상태검사 결과가 해당된다. 사실의 선택은 치료자의 이론이나 지각의 영향을 벗어날 수 없지만, 의미를 해석하거나 추론하는 하는 대신에 신뢰로운 기초정보를 제공해야 한다. 처방적 권고란 초기의 기술적 가설에서 직접 나온 것으로 개인치료를 위한 계획을 제안하는 것이다. 여기에는 권장하는 치료유형, 치료빈도와 기간, 치료목표 그리고 목표도달 과정에서 발생할 가능성이 있는 장애물, 예후, 부가적 개입의뢰(예: 약물, 집단치료, 물질중독치료 등), 다른 형태의 치료, 또는 치료가 불가능할 것 이라는 권고 등이 포함된다.

물론 이와 같은 가설의 본질은 임상가가 적용하는 정신병리나 심리치료 이론에 따라 아주 다를 수 있어서 사례공식화에 무엇이 포함

되어야 할지, 또 어떤 공식화방법이 더 유용한가는 논하기 어렵다. 예를 들어 정신역동적 입장에서는 무의식적 정신과정과 갈등에 초점을 두는데 비해서, 인지치료 공식화는 자기와 타인 그리고 세계와 미래에 대한 역기능적 사고와 신념에 초점을 둔다. 반면에 행동치료 공식화는 환경적 유관성, 개인의 학습사, 자극과 반응에 관한 영향에 초점을 둔다. 그러나 이와 같은 논란에도 불구하고 Luborsky와 Barber 등이 사례공식화에 대한 글을 발표하고 이후 여러 연구자들(예: Persons, 1995) 이 공식화에 대한 글을 실으면서 심리치료에서 사례공식화 방법과 연구에 대한 관심이 본격적으로 쏠리게 되었다.

우리나라에서도 김수현(1994, 1997)과 하정혜(1994)가 Luborsky 등이 개발한 핵심갈등주제 방법에 관심을 가지고 사례공식화 연구를 시작한 이후 장재홍(1999)과 신희천(2001)의 박사논문이 나오게 되었다. 그러나 위의 논문들은 가장 대표적인 공식화 방법인 핵심갈등주제 방법과 계획공식화 방법을 사용하여 이의 신뢰도나 타당도, 각 방식의 효과를 검증한 이론적 연구로서 실제 공식화방법의 개발이나 상담현장에서의 활용을 돕기에는 미흡하다. 또한 몇 개 안되는 이론 논문이지만 다양한 공식화방법을 사용한 것이 아니고 모두가 정신역동적 사례공식화 방법과 관련된 것으로 기타 방법에 대한 소개는 아직 되어있지 않다. 이 점은 사례공식화에 관한 외국의 연구에서도 마찬가지이다. 많은 심리치료자들이 정신역동적 접근 틀 안에서 치료하거나 또는 이를 기본적으로 익혀왔기 때문에 사례공식화 방법에서는 다른 어떤 중요 접근들보다 정신역동적 방법이 더 중점적으로 대표되고 연구되어 온 것을 알 수 있다. 이밖에도 정신역동치료

는 인지치료나 타치료 접근에 비해 치료기간이 더 길고 평가방식이 구체화되어 있지 않으므로 이에 대한 연구가 더 필요했을 것으로 추측된다.

따라서 본고에서는 정신역동적 사례공식화 방법 외에도 상담현장에서 일하는 임상가(특히 초심자)에게 무엇보다도 절실한 초기 내담자파악을 실질적으로 도울 수 있는 다양한 사례공식화 방법을 소개함으로써 일차적으로 공식화에 대한 이해와 관심을 높이고자 한다. 또한 치료접근 방식이 다르면 면담방식과 내용, 치료초점이 달라지므로 내담자 평가시에 어느 공식화방법을 선택할 것인가의 문제가 따르게 되는데 이들 방법들을 비교할 기회를 제공하여 각각의 특성과 강점, 차이점의 이해를 돕고자 한다. 이와 같은 목적으로 본고에서는 현존하는 사례공식화 방법 중 대표적인 몇 가지 방법을 소개하고 비교하고자 한다. 정신역동적 접근과 연관된 공식화 방법 몇 개(핵심갈등관계주제 방법, 시간-제한 역동적 심리치료에서의 순환적 부적응적 패턴, 계획공식화 방법)와 이외에 형태분석(Horowitz & Eells, 1997), 대인간(Henry, 1997), 인지-행동적(Persons & Tompkins, 1997), 행동적(Nezu, Nezu, Friedman, & Haynes, 1997), 그리고 과정-경험적 (Goldman & Greenberg, 1997) 관점에서의 공식화방법을 개관할 것이다. 각 방법들에서 정신병리나 건강함 심리적 기능을 무엇으로 보는가. 성격구조와 발달, 정서조절, 갈등이 어떻게 만들어진다고 보는가. 사례공식화의 구성요소는 무엇인가. 각 방법이 적합한 문제의 종류와 영역이 있는지 등에 관심을 가지고 각 접근의 발달배경, 기본개념, 적용대상, 공식화 구성 단계 등의 내용을 중심으로 기술했다(본고에서는 Tracy D. Eells의 Handbook of Psychotherapy

Case Formulation의 내용을 많이 참조했음).

## 사례공식화 방법들

### 핵심갈등관계 주제(Core Conflictual Relationship Theme) 방법

핵심갈등관계 주제(CCRT) 방법은 역동적 심리치료접근을 취하는 치료의 공식화 중 가장 대표적인 방법으로 Luborsky(1977a), Luborsky와 Crits-Christoph(1990)가 임상자료에 기초해 처음 개발한 방법이다. 역동적인 심리치료에서는 반복되는 대인관계패턴이 중요하므로 이를 잘 찾아내고 기술하는 방법에 관심이 증대되면서 중심개념을 추론하고 구체적인 조작화(operationalization)를 위한 체계적인 지침이 발달되었다. 중심되는 문제패턴을 찾기 위해서는 치료자의 다각적인 노력이 필요한데 Perry, Cooper와 Michels(1987)이 역동적공식화에 포함시켜야 한다고 주장한 바를 살펴보면 1) 현재의 문제와 상황, 그리고 환자의 발달적 역사의 기술 2) 장애에 공헌했을 수 있는 비역동적 요인의 기술 3) 중심갈등에 관한 정신역동적 설명(현 상황에서 중심갈등의 역할과 발달사 중에서 그 발생론적 기원을 기술하기) 4) 앞서 말한 3번 기준이 치료에 어떻게 영향을 미칠 것인가를 예측하기 등의 내용이 잘 조합되어 포함되어야 한다고 했다.

내담자의 다양한 문제들은 심리치료 장면에서는 대인관계 맥락상에서 잘 드러나는데, 이러한 내담자의 대인관계 양상을 정신분석에서는 전이개념으로 설명하였다. CCRT에서도 치료상황이나 밖에서 나타나는 개인의 역동이나 전이의 특성으로서 관계패턴에 초점을 맞추는

데, 이런 점에서 CCRT는 Freud의 전이 형태와 유사하다고 볼 수 있다. 환자의 주된 부적응적 대인관계 패턴과 갈등을 평가하기 위해서 정신내부 기능이나 대인관계 기능에 초점을 맞추며, 한 개인에게 반복적으로 일어나는 중심되는 관계패턴( recurrent central relationship pattern)을 찾아내고 이를 중심으로 일반적인 관계패턴을 추론한다. 다른 공식화방법들이 치료 중 광범위한 내담자의 반응이나 정보를 근거로 문제를 파악하고 치료계획을 세우는데 비해 CCRT는 내담자의 진술 중 일부 관계 에피소드만을 뽑아 이를 대상으로 구체적인 내용분석을 하는 방식을 취한다. CCRT는 대인간 관계패턴을 추출하는 체계적인 방법으로, 내담자 문제를 종합하고 치료방향을 설정하는데, 그리고 치료성과를 측정하는 기초도구로 사용될 수 있다.

#### 사례공식화 구성 단계

1) CCRT초기에는 치료자나 다른 사람과의 상호작용에 관한 내담자의 이야기(narrative)에 관심을 가졌으나 점차 상호작용에서 반복적으로 나타나는 양상에 관심을 가지게 되었다. 따라서 녹음된 상담내용을 축어록으로 풀고 여기서 내담자와 다른 사람들과의 상호작용에 관련된 관계적 일화(relational episode)를 뽑아낸다. 관계 에피소드는 자신이나 타인과의 관계에서 가장 명백한 이야기에 초점을 맞추게 되는데 각 에피소드에는 내담자가 관계하는 주된 타인이 있다. 여기에는 어린 시절의 부모, 친구, 형제와의 관계뿐만 아니라 현재 치료자와의 관계나 치료 밖에서의 인간관계가 다 포함된다. 치료나 치료단계를 대표하는 CCRT를 얻기 위해서 적절한 에피소드 표집을 얻는 것이 중요한데, 초기에 두 시간, 후기에 두 시간

정도(각각 10개 전후의 에피소드를 발췌)를 자료분석에 사용한다. CCRT 연구초기에는 각 회기(초기2/후기2)로부터 4개의 20분짜리 분절에서 선택되었다(Luborsky, 1977b). 그러나 초기 CCRT와 후기 CCRT 사이의 내용에 일관성이 있는 경우가 많았다. 따라서 10개 미만의 에피소드라도 CCRT를 알아내기에는 충분하였다(Luborsky, 1990).

2) 뽑아낸 일화는 주제별로 모으고 완성도 정도를 평가하여 중요한 순서로 열거한다. 모아진 이야기 내용은 의미 단위 문장으로 잘게 나눈다.

3) 선택된 대인관계 상호작용 일화의 개개 문장을 대상으로 다음의 세 가지 요소를 분석한다.

\* ‘환자가 타인으로부터 무엇을 원하는가’ 하는 내담자의 기대, 소망(wish, need, intention-W) (예: ‘나는 사랑받고 싶다-사랑받고 이해받음’, ‘내 주장을 하고 싶다-자기주장, 독립적’) \* ‘타인이 내담자에게 어떻게 반응(react)하는가’(response from others-RO) (예: ‘그는 나의 전화를 끊었다-거부’, ‘어머니가 칭찬을 했다-나를 이해함’) \* ‘타인의 반응에 대해 내담자가 어떻게 반응하는가’(response of self-RS) (예: ‘나는 수치심을 느꼈다-불안, 수치심’, ‘나는 무엇인가 할 수 있을 것 같았다-자기통제적, 자신감’) 하는 세 가지 요소를 분석한다.

4) 주된 요인을 중심으로 분석된 내용과 빈도를 기초로 하여 핵심 갈등관계 주제(CCRT)를 추론하게 된다. CCRT 추론은 훈련받은 평정자가 주관적으로 내담자 문제에 관해 적절한 내용을 만들 수 있으며(tailor-made system), 또는 기존의 유목(표준범주)들을 이용할 수도 있다. 유목은 Luborsky, Barber와 Crits-Christoph (1990)가 16개 사례의 상담 축어록을 분석하여

가장 자주 사용된 범주를 기초로 해서 만들었다(2판에서는 초기범주를 크게 확장시켜 35개의 W, 30개의 RO, 31개의 RS 항목이 만들어졌다(Crits-Christoph & Demorest, 1988). 여기서는 겹치는 부분도 있으므로 군집분석을 통해 각각 8개 요소들로 다시 감축되었다(이 유목에는 중복되는 내용이 없고 즉각적으로 판별이 가능한 것으로 W, RO, RS에 쓰인 형용사 중에서 동의어들은 같은 의미를 내포하고 있다). 추론된 CCRT내용은 내담자 핵심문제의 이해와 치료목표 설정에 활용될 수 있다.

(핵심갈등관계 주제방법은 공식화할 자료를 끌어내는 방법이 체계적이고 수량화 할 수 있어서 과학적인 접근이 가능하며, 타 방법에 비해 많이 알려져 있으므로 간략하게 소개했음.)

**순환적 부적응적 패턴: 시간-제한 심리치료의 사례공식화(Cyclical Maladaptive Patterns: Case Formulation in Time-Limited Dynamic Psychotherapy)**

시간제한 역동치료(Time-Limited Dynamic Psychotherapy: TLDT)는 역사적으로 대상관계 도식에 뿌리를 두고 Sullivan(1953)의 대인간 관점을 포함한다. 인간의 관계성(relatedness)을 모든 인간에게 내재한 주요 동기화의 힘으로 보았는데, 이러한 관계적 관점은 결정론적인 정신구조를 강조하는 고전적 정신분석과는 대조를 이룬다. TLDT는 여러 대상에게 만성적으로 역기능적 방식으로 관계하는 환자에게 시행하는 시간에 민감한 치료접근법으로써, 심리적 증상과 문제는 대인간 어려움에서 발생하는 것으로 보아 자신이나 타인과 관계하는 개인의 방식을 바꾸려는 것이 목적이다. 다시 말

해 환자가 보이는 증상감소가 목적이 아니라 대인관계 관련성과 성격스타일의 뿌리 깊은 패턴을 변화시키는데 초점을 둔다. 역기능적 관계패턴은 치료에서 생생하게 재연되는데 이를 근본적으로 변화시키는 도화선으로 치료자와 환자사이의 관계를 이용하고 참여적관찰자로서 치료자는 상호교류 패턴에 초점을 맞춘다(Levenson & Strupp, 1997). TLDT 도식은 정신역동적이지만 현재는 인지행동, 체계적접근 뿐만 아니라 대인관계, 대상관계, 자기심리학이론이 통합되었다. 이 접근의 공식화유형인 순환적 부적응적 패턴은 환자의 현재 관계 방식, 작업의 목적, 이러한 목적에 맞도록 치료를 이끌어나가는 방법을 치료자가 아는데 도움이 된다.

#### 순환적 부적응적 패턴

단기 정신역동치료자들은 사례공식화를 하는데 그들의 직관력과 통찰, 임상적인 육감을 사용했고 이 방법은 경험이 풍부한 임상가에서는 놀라운 역할을 하지만 명확하지 못한 문제가 있다. 이 점을 보완하고자 역동적, 대인간 초점-순환적 부적응적 패턴(Cyclical Maladaptive Patterns)(CMP; Schacht, Binder, & Strupp, 1984)을 끌어내고자 새로운 절차가 개발되었다. 간단히 말하면 CMP는 특정 환자가 타인과 관계할 때 보이는 부적응적인 독특한 상호작용의 악순환을 나타낸다. 이 순환이나 패턴은 융통성이 없고 자기-영속적인 행동, 자기-패배적 기대, 부정적인 자기평가를 포함하는데 이것들이 타인과의 역기능적이고 부정적인 상호작용으로 이끈다.

CMP는 환자에 대한 대인간 정보를 조직하는데 4가지 범주를 사용한다.

- 1) 자기의 행동(acts of the self): 대인간 속성

에 대한 환자의 사고, 감정, 동기, 지각, 및 행동 등을 말한다(예: ‘낯선 사람들을 만났을 때 그 사람들은 나와 어떤 것도 하고 싶어하지 않는다고 나는 생각한다’(사고), ‘승진이 걱정된다’(감정) 등)

2) 타인의 반응에 대한 기대: 대인간 행동에 대한 반응으로 타인이 자신에게 반응할 것이라고 환자가 상상하는 것과 관련된 모든 기술(예: ‘내가 잘못하면 상사는 나를 해고할 거야’)

3) 자기에 대한 타인의 행동: 환자가 관찰하고 해석한 타인의 실제 행동(예: ‘춤추러갔을 때 남자들이 나에게 요청한 것은 내가 불쌍해 보여서 그랬을꺼야’).

4) 자기에 대한 자기의 행동: 자기가 대인간 패턴의 대상이 될 때 환자의 자신에 대한 행동이나 태도(예: ‘내가 실수를 했을 때 난 스스로를 꾸짖느라 그날 밤 잠자기가 어려웠다’)

위의 네가지 범주에 덧붙여 치료자는 환자에 대한 자신의 반응을 고려해야 한다. 왜냐하면 치료자의 반응은 환자의 대인간 패턴과 연관되기 때문이다. CMP는 방대한 자료를 이해하고 가설로 이끄는 도식이지만 진실이라기보다는 환자의 현재와 역사적 상호작용 세계의 주 구성요소를 통합하는 그림직한 이야기로 이해할 필요가 있다.

#### 사례공식화 구성 단계

1) 환자가 자신의 말로 자기 이야기를 하도록 시킨다(이야기 내용과 방식을 잘 들으면 환자의 상호작용 스타일에 대해 많은 정보를 얻을 수 있다).

2) 증상이나 문제와 관련된 대인간 맥락을 탐색한다(문제가 언제 시작되었나? 그때 환자의 생활은 어땠나? 누구와 관계했나?).

3) 정보를 모으고 범주화하고 증명하기 위해 CMP범주를 사용한다(치료자는 환자의 자기관, 타인의 행동에 대한 기대 등을 포함하는 독특한 세계, 대인간 세계상을 발달시킨다).

4) 환자의 내용에서 주제(과거와 현재관계에 대한)와 면담 중 상호작용 방법에 관심을 가진다(치료자는 환자의 사람, 시간, 장소에 따른 교류패턴에서의 공통성에 관심).

5) 상호적 반응을 인식하기(역전이적인 밀고망기기)

6) 치료관계에서 역기능적 상호작용이 재현됨을 경계한다.

7) 치료자와의 관계가 생겨나는데 대한 환자의 반응을 탐색하기

8) 환자의 우세한 역기능적 상호작용 패턴을 기술하는 CMP이야기를 발달시키기

9) 위의 CMP로부터 치료목적의 윤곽을 그리기

10) CMP와 일치하는 치료적관계 안에서 더 적응적인 관계의 경험을 촉진하기

11) 환자가 치료자나 그 밖의 사람들과 관계에서 일어나는 역기능적 패턴을 그것이 일어날 때 밝혀내고 이해할 수 있도록 돕기

12) 환자가 자신의 상호작용 방식의 적응적 기능을 평가하도록 도와주기

13) 전 치료회기를 통해 CMP를 수정하고 세련화시키기

첫 회기는 평가회기로 이 방법이 환자에게 적절한지를 평가한다. 환자는 정서적 불편을 느껴야하고 고통스런 변화과정을 견디고 이에 필요한 노력을 기울일 동기가 있어야 하며 치료자와 의미있는 관계를 수립할 수 있어야 한다. 반면 치료자와 언어적으로 주고받는 과정에 집중할 수 없거나, 환자문제가 다른 방법으로 더 효율적으로 치료될 수 있는 경우, 환

자가 적극적이고 해석적이며 상호작용적인 치료과정을 견딜 수 없는 경우는 제외된다.

#### 계획 공식화 방법(Plan Formulation Method)(PFM)

샌프란시스코 심리치료연구 집단(전에는 Mount Zion Psychotherapy Research Group으로 알려짐)은 20년 이상 정신분석, 정신역동적 심리치료, 시간제한 심리치료를 실시해왔다. 이들의 일차적 초점은 치료과정에서 치료자의 역할로 특히 치료 중에 치료자가 어떻게 하면 환자가 향상, 정체, 악화되는지를 밝히려는 것이다. 이와 관련하여 임상적 사례공식화의 사용에서 임상가들 사이에 합의를 끌어내는 일이 중요한데, 팀이 어떻게 작업할지에 관한 분명한 지침이 없어서 팀이 다르면 서로 다른 절차를 사용했던 문제가 있었다. 이 점 때문에 새로운 PFM이 개발되었다. 계획 공식화 방법은 Weiss, Sampson과 Mount Zion 심리치료 집단(1986)이 개발한 공식화 방법으로, Plan Diagnosis Method(PDM)(Curtis, Silberschatz, Sampson & Weiss, 1994)에서 발달되었다.

이들 방법은 인지적 정신분석이론이라고 할 수 있는 Weiss의 이론에 기초하고 있는데, Weiss 등에 따르면 무의식적 마음에는 병적 믿음이 있어서 이것이 모든 정신병리의 발달과 유지에 결정적인 역할을 하고 어떤 종류의 행동에 대한 개인의 통제를 약화시킨다고 한다. 병적인 믿음은 보통 억압되어 있으므로 의식적으로 이것을 반증하기가 어렵다. 또한 이는 잘못되고 부적응적인 것이기는 하지만 어린이의 적응노력의 일부로써 산출된 것으로, 정신병리는 보통 어린시절의 외상적 경험에 기초한 무의식적 병적 사고(idea)에서 나온다고

Weiss는 가정했다. 그러나 또한 인간의 고등정신기능의 역할을 중요시해서 현실적응은 인생의 요구에 의해서만 전적으로 개인에게 부과되는 것이 아니고 어느 정도는 추동과는 독립적으로, 적응을 향한 기대나 동기 등 독립적인 능력의 결과이기도 하다. 그리고 이 동기체계가 개인의 충동, 방어, 가치와 현실판단을 일관성있고 장기적인 적응목표로 통합시킨다. 다시 말해, 환자의 행동은 충동과 방어의 역동적 상호작용에 의해 자동적으로 조정되는 것이 아니고, 환자는 병적인 믿음을 확인하려는 시도로서 자아의 목적에 맞도록 자신의 행동을 무의식적으로 통제한다는 믿음에 기초하고 있다. 따라서 치료에 오는 환자는 갈등을 통달하려는 욕구와 무의식적 계획을 가지고 오게 된다. 환자의 계획은 치료를 통해 병적 믿음에 대한 이해를 넓히고 또 치료자와의 관계에서 그것들을 검증함으로써 병적 믿음을 반증하려는 전략으로 생각될 수 있다(Curtis & Silberschatz, 1986). 치료에서 내담자는 병리적 믿음을 반증하기 위해 치료자와의 관계를 이용한다. 해석을 통해 그리고 환자가 치료관계 속에서 이러한 믿음을 테스트하도록 허용함으로써 환자가 병리적 믿음의 속성이나 파생효과(ramification)를 이해하도록 돕는 것이 치료자의 기능이다.

임상가는 특정사례를 이해하고 치료계획을 세우는데 무엇이 필요하고 적절한가를 결정하기 위해 임상자료를 리뷰하고 평가할 필요가 있는데 여기서는 환자의 목표, 갈등, 환자의 목표 획득에 방해물, 갈등이나 억제의 소스, 환자가 자신의 갈등을 이해하고 극복하는데 도움이 되는 정보, 또는 도움이 되는 치료자의 행동이나 개입 등을 밝힌다.

### 사례공식화 구성 단계

PF의 환자분석에서는 다음의 5가지 요소를 분석한다.

1) 외상적 경험: 병적인 믿음이 발달되도록 이끈 사건이나 경험들이다. 하나이상의 외상이 있을 수 있으나 모두 나열할 필요는 없고 환자가 치료에서 해결하고자 하는 갈등에서 전형적인 것만 밝힌다.

2) 장애요인: (공포, 죄책감, 불안 등과 관련되어 있는) 내담자의 목표추구를 막는 비합리적인 병적 믿음으로 치료초기에는 무의식적일 수 있다. 내담자의 사고나 감정, 행동에 영향을 미친다는 점에서 장애요인은 단순한 믿음과는 다르다. 믿음이 장애요인이 되기 위해서는 믿음과 연관된 부정적인 결과가 있어야 한다.

3) 목표: 내담자가 달성하고자 하는 가능한 행동, 정서, 태도, 능력 등이다. 목표는 구체적, 세부적일 수 있고 일반적, 추상적일 수도 있다. 문제의 기원을 기술하는 식이 아니라 문제를 극복하는 방법을 목표로 기술해야 하며, 환자의 불평이 반드시 치료목표를 반영하는 것은 아니다.

4) 테스트: 내담자가 병적 믿음을 반증하는 방법 중의 하나는 내담자의 테스트에 대한 치료자의 반응으로 치료자 행동을 관찰하는 것이다. 테스트는 특정한 목표를 추구하는 데 따르는 위협이나 안정성을 평가하도록 고안된 내담자의 행동이다.

5) 통찰: 내담자가 자신의 치료목표를 달성하도록 돕는 지식으로, 병적 믿음의 속성이나 기원, 인과성 등에 관한 것이며 치료 초기에는 얻기 어렵다.

보통 정신역동 심리치료의 초기 2회 면접 또는 처음 10회의 정신분석적 치료 축어록을

대상으로 분석하는데, 이것은 개인 사례의 심층적인 연구를 위해 개발된 방법이다. 먼저 각 판단자는 개별적으로 축어록(또는 녹화자료)을 여러번 읽은 뒤에 위에서 언급된 5가지 요인에 대해 가능한 것들을 전부 뽑아낸다. 그리고 그럴듯한 그러나 다른 항목보다는 덜 적절하다고 생각되는 대안도 추가한다. 각 판단자들이 내놓은 항목들을 모두 합쳐서 무선으로 대표목록(master list)을 만들고 각 항목에 대해 또 다른 평정자들이 적합성(relevance) 정도를 다시 평정한다. 마지막으로 적합성 정도가 높은 항목을 중심으로 사례에 대한 전체 공식화를 만들게 된다. 정확한 사례공식화는 치료초기에 되어야 한다는 것이 기본가정이지만 개입에 따라 새로 생겨나는 환자의 반응과 요인들에 기초하여 끊임없이 재평가되고 초점을 맞추게 되므로 이 방법은 끊임없이 움직이는 가설이라 할 수 있다.

형태분석: 마음상태, 개인스키마, 생각과 정서 통제(Configurational Analysis: States of Mind, Person Schemas, and the Control of Ideas and Affect)

형태분석(Configurational Analysis: CA)은 Horowitz(1997)가 소개하고 최근에 계획된 심리치료공식화 체제로 새로워졌다. 이는 환자의 역사와 관련 징후, 증상 등을 환자의 독특한 마음상태, 자기와 타인의 개념 그리고 정서적인 정보를 조절하는 습관적인 방법에 관한 추론으로 조직하는데 초점을 두는 심리치료 사례공식화 접근이다(Horowitz, 1987, 1989, 1997).

형태분석은 정신역동과 인지-행동 개념을 이론적으로 결합해서 새로운 이론을 시도한다는 점에서 통합적 접근이며, Merluzzi(1991)는

개인스키마이론(person schemas theory)이라고도 부른다. CA는 정신역동이론에 뿌리를 두고 있는데 특히 정신내적 갈등과 대인간 관계에서의 갈등에 초점을 두고 있다. 욕구-두려움 절충형태에 따라 개인적 의미를 조직하고 이런 형태는 자기와 타인의 중다스키마, 스트레스와 갈등을 관리하기 위해 스키마들 간 연결의 통제에 초점을 둔다. 형태분석은 또한 인지과학에서 영향을 받았는데, 일차적으로는 마음-두뇌 활동의 정보처리모델에 의해서이고 이점은 정신적표상은 사고와 감정, 행동을 중재한다는 형태분석의 기본가정에서 나타난다. 이들 정신표상 또는 스키마에 대한 초점은 스키마가 주요우울장애나 불안장애를 중재한다는 인지적 정신병리학자들의 증명과도 일치한다. 이밖에 다중 자기-상태와 이들 간의 교류를 강조한 점을 보면 Eric Berne의 교류분석과도 관련이 있다. 교류분석에서 ‘가혹하고 비판적인 부모’는 형태분석에서 내적인 비판, 또는 내사의 스키마에 부합한다. 형태분석은 또한 부적응적 대인간 패턴의 양적인 평가가 가능한(Anchin & Kiesler, 1980), circumplex-based interpersonal theories(Henry, 1996)에 영향받았고, 소망과 소망-공포 갈등에 초점을 맞추는 면에서는 Luborsky의 CCRT에서 영향받았다.

### 중요 개념

형태분석에서 공식화되는 4개 정보는 의미 있는 임상적 현상, 마음의 상태, 자기 타인 및 관계의 스키마, 사고와 정서의 통제이다.

1) 임상적현상: 면접실에서 일어나는 관찰가능하거나 표면적인 사건들, 또는 어디서 일어나든 환자가 보고한 것은 물론 환자의 현존증상과 문제 리스트를 말한다. 여기에는 일상적이 아닌 제스처, 얼굴표정, 말하는 방법, 이야

기주제, 정서를 다루는 방식들이 포함된다.

2) 마음의 상태: 반복하는 일관된 정서, 사고, 경험, 행동의 복합체로서, 이는 어떤 사고나 정서에 접근을 제한하는 것으로 추정된다. 마음상태개념은 무드와 유사하지만 더 포괄적이다. 상태는 4개의 범주 중 하나로 분류될 수 있다. 강렬하고 통제가 안되는 감정이 표현되는 ‘조절이 되지 않는 상태’(undermodulated states), 접근이 용이하고 다양한 정서적/이성적 표현이 통합되는 ‘잘 조절된 상태’, 지나친 행동통제를 하는 ‘과도하게 조절된 상태’, 두 마음 상태사이에서 흔들거리거나 동시에 경험하는 희미한 상태(shimmering) 등이다.

3) 자기, 타인 그리고 관계 스키마: 형태분석의 중심에는 개인은 개인스키마 레파토리를 가지고 있다는 가정이 있다. 스키마는 개인의 자아개념, 타인에 대한 개념 그리고 지배적인 자기-타인 관계패턴을 조직하도록 돕는 비교적 안정된 지식구조이다(Singer & Salovey, 1991). 스키마는 구성적, 발생학적, 개인내적 경험뿐 아니라 대인간 경험에서 나온 개인의 심리적 구성물로서 의식적으로 경험되는 것은 아니지만 의식적 경험에 영향을 미친다. 또한 한 사람의 개인내, 대인간 세계의 특정 요소에 관심을 맞추고 이들의 의미를 쉽게 예측할 수 있게 함으로써 정보처리 효율성을 증가시킨다.

CA에서는 개인이 핵심 상호작용패턴 또는 관계스키마를 조직하는 도식으로 역할관계모델(Role Relationship Models-RRMs)을 제안했다. RRM은 자기스키마, 타인스키마, 관계스크립트 세가지 요소로 구성되며 스크립트는 다음을 포함한다: ① 자기의 예측되는 행동, 정서, 소망, 동기 ② 타인으로부터 기대하는 반응 ③ 타인의 반응에 대한 자기의 반응 ④ 이들 반

응에 대한 자기평가 그리고 ⑤ 이들 반응에 대한 기대되는 타인의 평가 등이다. 역할관계 모델형태(Role Relationship Model Configurations-RRMCs)는 RRMs가 소망-두려움 절충 형태의 도식으로 조직된 것이다. RRMC의 아래 절반은 바람직한 RRMS(만족한 상태) 그리고 두려운 RRMS(강렬한 고통으로 통제가 안되는 상태)로 구성되어 있고, 위의 절반은 통제를 더 많이 하는 타협적 RRMs로 구성되어있는데 더/덜 적응적인 형태로 나누어진다. 자기스키마는 RRMC 도식의 중간에 있는 한 원안에 배열되어 있다. 부정적인 정서적 잠재성을 지닌 스키마들은 RRMC의 왼편에 있고 긍정적 정서적 잠재성은 오른편에 있다. 복잡한 사례에서는 여러 가지 RRMCs들을 도식으로 구성할 수 있다(지면관계로 도형 생략-자세한 내용은 Horowitz & Eells(1997) 참조 바람).

4) 사고와 정서의 통제: 통제목적 개념은 CA에 동기적인 요소를 공급하며 한 개인의 동기, 목표, 희망 그리고 의도를 포함하는데, 이러한 목표들에 대해서는 의식적인 인식이 없다고 본다. 그리고 대처방식이나 방어기제도 무의식적인 조절과정과 연관된다(Horowitz & Stinson, 1995; Horowitz, Znoj, & Stinson, 1996). 의식적표상을 목표로 하는 갈등적 사고나 정서를 조절하려는 과정의 결과물로서 통제 결과가 나타나는데 이러한 정서와 사고의 인식은 편향 정도가 다양하다(‘나는 죽은 아내를 미워한다’라고 생각하는 대신, ‘나는 아내를 이상화 한다’라고 -반동형성하거나, ‘그를 싫어할 이유가 있다’라고 -합리화한다). 임상적인 경험을 보면 통제 목적, 과정 그리고 결과는 환자가 자주 사용하는 습관적인 패턴이며 대부분 의식 밖에서 작동한다.

### 사례공식화 구성 단계

1) 임상적으로 관련된 현상들을 기술하기: 증상, 문제리스트, 주목할 만한 신호를 선택하고 기술하기

2) 마음 상태 레파토리를 밝혀내기: 선택된 현상이 일어나거나 일어나지 않는 상태(state)를 기술하기. 상태 싸이클의 패턴을 기술하기 (상태 기술에 대한 자세한 지표가 있음).

3) 자기와 타인의 스키마: 각 상태를 조직하는 역할, 믿음, 표현과 행동의 스크립트를 기술하기. 바람직한/두려운 RRMs와 관련지어 소망-공포 딜레마를 기술하기. 통제과정과 타협적 RRMs이 이러한 위험을 어떻게 막고 있는지 추론하기. 역기능적 태도를 밝히고 이것들이 부적응적 상태 싸이클과 어떻게 연관되는지를 밝힌다.

4) 해결 되지 않은 정서주제와 방어적 통제 과정에 이름을 붙이기: 문제가 되는 상태 동안에 염려되는 주제들을 기술하기. 사고와 정서의 표현이 어떻게 불명확해지는지 기술하기. 두렵고 조절이 되지 않는 상태들을 막고 있는데 회피상태들이 어떻게 기능할 수 있는지를 추론하기.

5) 치료기법 계획: 현상들, 상태, 통제, 그리고 RRMs의 상호작용을 고려한다. 지지를 통해 작업상태를 어떻게 안정시킬지, 관심에 의해 방어적 회피를 어떻게 상쇄시킬 것인지, 해석이나 새로운 행동, 반복을 통해 역기능적 태도를 어떻게 변화시킬 것인지를 계획한다. 필요한 경우 심리적 계획을 생물학적, 사회적 계획과 통합한다.

접수면접 시의 평가, 과정이나 진전에 대한 기록물, 치료 회기에 관한 임상가의 회상을 자료로 사용하는데 연구에서는 녹음내용이나 스크립트를 사용한다. CA는 대인간 관계, 자

기와 타인의 개념이 중요한 역할을 하는 심리치료 과정에 있는 개인이나, 환자의 대인간 의미 체계를 바꾸는 것이 치료 목적 중 하나일 때 적합하다. CA가 적합한 정신치료 양식에 제한은 없지만 정신역동적, 인지적, 대인간, 경험적, 또는 행동치료 등 다양한 곳에 적용 가능하다(Horowitz & Eells, 1997).

대인간 사례공식화(Interpersonal Case Formulation): 사회적 행동의 구조적 분석(Structural Analysis of Social Behavior: SASB)을 사용한 대인간 패턴의 기술

대인간 사례공식화는 Harry Stack Sullivan, John Bowlby, Lorna Smith Benjamin으로 부터 지적인 영향을 받고 이들의 아이디어를 종합한 것이다 즉 사랑받고 받아들여지는 거의 본능적인 동기 목표가 충족되지 못하면 불안해지고, 불안을 줄이기 위해 아동은 대인간 행동을 변형시키고 자신의 진정한 욕구나 환경에서 가능한 타협을 시도한다. 그러나 불행하게도 보상적 전략은 끊임없이 부조화를 만들어내고 행동결핍이나 과잉으로 인하여 결과적으로는 더욱 경직된 지각이나 행동으로 간다. 그리고 이러한 부조화는 반복적, 순환적 문제를 가진 대인관계 패턴으로 발전하여 결과적으로 증상을 유발, 지속시키는 것을 돕게 된다.

대인간 사고는 기본적으로 분석적이고 대상관계 이론과도 연관되므로 서로 다른 언어나 명칭, 맥락에도 불구하고 이들 방법들 간에는 공통점이 많다. 완전한 대인간 사례공식화는 대인간 교류의 행동적 기술, 반복적 사이클을 유지하는 교류의 원칙(예: 보완과 내사), 행동들을 설명하는 이와 관련된 복사과정, 대인간

소망과 공포 측면에서 행동의 동기와 소망-공포 동기들이 왜 특정한 행동교류로 변형되는가 등을 설명해주는 대인간 기대와 지각에서의 믿음 체계를 포함한다. 다시 말해, 포괄적 구성을 위해 ① 어려서부터 모방된 특정한 중심인물 ② 복사과정 ③ 이러한 복사과정이 현재 행동과 자기-개념에 어떻게 드러나나 ④ 현재행동이 타인으로부터 특정한 반응을 끌어내고 자기개념을 강화하고 사이클을 유지하는 대인간 과정에 주의하면서 임상가는 대인간 현상에 적극적인초점을 둔다. 치료에서는 새로운 대인간 경험적 학습을 할 기회를 가지도록 이끈다.

### 대인간 개념의 구조와 측정

역사적으로 대인간 스타일과 행동을 개념화하고 측정하는데 가장 일반적으로 사용되는 체계의 유형은 circumplex였다. 이 체계는 두개의 직교하는 독립적인 축에 기초한 수학적 구조이다. 두개의 축을 둘러싸고 있는 원 위의 각 점은 두개 변인들의 서로 다른 독특한 양적 조합을 나타낸다. 대인간 circumplex는 정신분석 추동이론에서 인간의 기본욕구 리스트를 끄집어낸 Henry Murray(1938)와 증상보다 대인간 행동을 진단의 기초로 삼을 것을 제안한 Sullivan에서 개념적으로 추적이 가능하다. Benjamin(1974)은 Leary(1957)와 Schafer (1965)의 이전 아이디어를 결합하여 새로운 circumplex 체계를 구성했는데 SASB는 현재 가장 복잡하고 포괄적인 대인간 circumplex 체계이다.

Benjamin은 원래 대인간 사례공식화를 두 가지 면에서 정교화시켰다. 첫째, 대인간 통제영역의 한쪽 끝은 뒤엉킴(enmeshment)을, 다른 쪽은 변별(differentiation)을 나타내는 것으로 정의했다. 둘째, 셀프에 대한 타인의 행동이 어떻

개 자기개념의 일부가 되는가를 측정하기 위해 ‘introject’ circumplex를 추가시켰다. 세 개의 대인간 구조(뒤엉킴, 변별, 내사)를 적절히 설명하기 위해서 전통적인 단일한 IPC(원래의 대인간 circumplex)가 세 개의 상호연관된 circumplex surfaces 체계로 확대되었다. Benjamin은 이들을 ‘Focus on Other’, ‘Focus on Self’, ‘Introject’라고 이름을 붙였고 각각은 횡적으로는 ‘affiliation축’을, 종적으로는 ‘interdependence축’을 가진다(지면관계상 그림과 표는 생략함, SASB circumplex system은 Benjamin(1974)을, SASB\_CMP Format에 관한 정보는 Henry(1997)를 참조 바람).

전체 SASB 모델은 각 3개의 circumplex 주변에 36개의 점을 포함한다. 각 점은 기본 축인 affiliation과 interdependence의 양적으로 다른 뒤섞음을 나타낸다. 가장 많이 사용되는 SASB 양식은 36개점이 각 표면(surface) 주변에 8개의 군집으로 모이는 cluster모델이다. SASB의 가장 단순한 사용방식은 각 표면에서 4개의 quadrant만을 언급하는 것이다(예: hostile control, friendly submission, friendly self-autonomy 등). ‘1-4’라는 군집코드를 부를 경우 첫째 번호는 surface를 말하고, 두 번째 번호는 그 surface 상 8개 cluster중의 하나를 나타낸다. SASB는 개인들 사이에 지속되는 대인간 과정(내용은 관계없이)을 기술하거나 언어적 대화의 대인간 내용을 부호화하는데 사용될 수 있다.

예를 들어, 치료자: ‘당신 어머니에 대해 더 말씀 좀 해 주시죠’. - 치료자의 과정은 친밀하게 환자의 자율적인 자기-개방을 유도하는 것이었다. 치료자 진술의 과정코드는 1-2인데, 타인초점(표면 1), 군집2(friendly autonomy granting or affirming)이다.

환자: ‘사실대로 말하면, 우리 엄마는 나의

모든 문제에 책임이 있기 때문에 나는 어머니를 중요해요’. 치료자의 언급과 관련지어 이 발언을 보면 2-2에 해당된다. 즉 자기초점(표면2), 군집2(friendly autonomy taking or self-disclosure) 그러나 환자언급의 대인간 내용을 보면 아주 다르다. 내용코드는 1-6에 해당되며 타인초점(어머니:표면 1), 군집 6(hostile control, or blame)이다. 상호작용자 간의 대인간 과정은 항상 부호화할 수 있다. 그러나 내용은 모든 경우에 반드시 부호화할 수 있는 것은 아닌데 왜냐면 진술의 내용이 대인간 교류의 형태가 아닐 수도 있기 때문이다. 예를 들어 ‘나는 우울하다’ ‘나는 오늘 일을 못했다’ 할 때 부호화할 대인간 내용이 없다. 대인간 과정과 내용 사이의 차이를 이해하는 것이 대인간 사례 공식화에서 SASB를 사용하는데 매우 중요하다.

#### 사례공식화 구성 단계

1) 복잡성(complexity)수준 설정: 6단계의 수준이 있는데, 가장 기초적인 공식화는 4개-범주 CMP(Cyclical Maladaptive Pattern)모델에 기초해 구체적인 대인간 내사 행동을 연계적으로 나열하는 것이다. 가장 복잡한 6단계는 순환적이고 병원적인 가설을 다른 현상들이나 ‘유지시키는 조건들’(방어기제 원형, 대인간 통제 소재, 전형적인 파우어 작전, 생물학적 성향 등)과 완전히 통합하는 일이다

2) 대인간 정보를 뽑아내고, 범주화하고, 요약하기.

3) SASB Codes를 적용시키기

4) 최종적인 자료 요약: 단일패턴 또는 다중패턴, 어떤 것이 공식화되는가에 따라 이 단계에서는 정확한 과정이 다를 수 있다. 빈도에 기초해 각 범주를 대표하는 한개, 두개, 또

는 세 개까지의 SASB 코드를 선택할 수 있다. 이 단계에서는 임상적 판단이 요구된다.

5) 순환적 정신병리의 대인간 모델 코드를 만들고 가설에 포함된 과정을 그림으로 그려 본다. 차트는 초기 경험에서 현재 행동의 뿌리를 추적하고 문제 사이클이 정신내부적, 행동적으로 어떻게 유지되어 왔는지 또는 변화되었는지를 제시한다.

6) 인과적 가설을 만들기 위해 순환적 모델을 사용하기: 인과적 가설은 다음의 4가지 요소를 포함해야한다. ① 대인간/내사적 행동의 구체적인 연계성 ② 세 가지 복사과정이 어떻게 발달적역사와 문제행동들을 연결하는가 ③ 환자와 타인의 현재 행동과 반응들이 문제를 유지하도록 작용하는 과정, ④ 패턴아래 내재하는 동기(표준적인 대인간 목표를 획득하기 위해 고안된 소망과 공포)등을 포함하고 있어야 한다.

7) 최종적인 사례 이야기 만들어내기: 마지막 공식화에서는 인과적 가설을 좀 더 분명하고 조직적인 방법으로 기술한다. 만약 두개 또는 그 이상의 패턴이 개발되면 이들은 각 패턴의 맥락을 분명히 언급하면서 별개의 일화적 연속성으로 제시되어야 한다.(예: 나이 많은 여자 친구에게 그녀는 --게 하는 경향이 있지만, 그러나 그녀가 로맨틱하게 느끼는 남자들 앞에서는 그녀는 --게 느낀다.)

임상가는 하나 또는 그 이상의 초기 면담에 기초해 공식화를 구성한다. 대인간 자료는 인터뷰나 회기의 스크립트, 자기-보고 측정도구, 타인과의 부수적 인터뷰, 임상기록, 인터뷰 시간동안 직접 관찰된 내용에서 끌어낸다. 대인간 사례공식화방법을 적용시킬 수 있는 특별한 인터뷰 형식이 따로 있는 것은 아니다. 오디오 또는 비디오 테이프를 사용해 코딩하고,

독립적인 평정자들이 2자간, 또는 집단의 대인간 과정이나 내용을 코딩한다.

### 인지-행동적 사례공식화 방법(Cognitive-Behavioral Case Formulation)

인지적 사례공식화 방법을 제시한 이론가는 Beck(1995), Freeman(1992), Muran과 Segal(1992) 등 여럿을 들 수 있지만 본고에서 기술할 인지-행동 사례공식화는 Persons(1993)가 기술한 방법을 따른 것이다(인지행동치료의 기본 입장. 개념 등에 관해서는 많이 알려져 있으므로 생략하겠음).

인지행동적 사례공식화는 인지치료와 이론 그리고 기능적 분석에 기원을 둔다. 행동의 형태(topography)와 밑바닥의 인과적 기제에 초점을 맞추는 구조적 평가와 행동의 기능에 초점을 맞추는 기능적 평가 양 측면을 포함한다. 외현적 문제를 밝히고 측정함을 강조하고 기능적 가설을 구체화하고, 이것이 치료성파에 어떻게 공헌하는가를 본다. 인지행동 사례공식화는 두 가지 수준에서 일어나는데 ‘사례(case)’수준과 ‘상황(situation)수준’이다. 사례수준에는 환자의 현재 문제들, 이들 간의 상호관계, 이에 기저하고 이를 설명할 수 있는 기제들이 포함된다. 상황수준에서는 치료자는 특정한 문제상황(예: 우울감에 빠지기)을 검토하고, 이 상황을 설명하거나 기저하는 기제에 대한 가설을 발달시킨다.

### 사례공식화 구성 단계

1) 문제리스트: 환자의 어려움 전부를 말하며 포괄적 리스트가 도움이 된다. 이는 핵심 믿음에 대한 아이디어를 만들고 가설을 개발하는데 도움이 된다. 문제리스트 만들기는 환

자의 주된 불편함에서 시작해서 이후 또 다른 불편이 있는지 질문한다. 심리적/정신과적, 대인관계적, 직업적, 의학적, 금전적, 주거, 법적, 여가 등의 영역을 탐색한다. 내담자들이 자신의 불편을 다 아는 것은 아니고 때로는 어떤 문제는 받아들이기를 두려워하거나 수치스럽게 생각할 수도 있지만 이를 인식하지 못할 수 있다.

2) 핵심믿음 제안: 핵심믿음과 관련될 수 있는 특정상황에 대한 일련의 인지를 만들어내는데 사고기록(thought record)이 특히 유용하다. 당신이 이렇게 느끼기 시작하기 바로 직전에 당신마음에 무엇이 지나가는지? 이것이 당신에 대해 무엇을 말하는지? 이 상황에 대한 이미지나 기억을 가지고 있는지? 문제리스트에 있는 모든 문제들을 설명할 수 있는 단 하나의 중심적인 역기능적 태도나 핵심믿음을 발견해야 하는 것은 아니고 서로 다른 상황에서 몇 개의 핵심믿음들이 동시에(자기, 타인, 세계) 작용할 수 있다.

3) 촉발요인과 활성화 상황 :환자에게 현 문제나 상황으로 이끈 일련의 사건들을 기술하도록 요청.

4) 가설(working hypothesis): 이 부분이 공식화의 중심이다 여기서 임상가는 문제리스트의 문제와 핵심믿음과 활성화 사건과 상황들을 함께 묶어서 이야기를 만든다. 이는 기능적 가설이며 설명적인 가설이다. 생물학적 요인도 포함된다.

5) 근원: 임상가는 이 부분에서 환자가 어떻게 핵심믿음을 학습하게 되었나를 설명하는 부모나 돌봄인 등의 초기역사를 간단히 기술한다. 모델링 경험이나 중요기술, 행동 학습의 실패도 포함된다.

6) 치료계획: 치료계획은 실행가설에 기초함

을 강조하기 위해 사례공식화에 포함시킨다. 예를 들어 환자의 사회불안이 사회기술 부족에 기인한다면 치료계획에는 사회기술훈련도 포함되어야하며, 개입전략을 기술하기 전에 치료에 대한 분명한 목표를 말해야 한다.

7) 치료에 반하는 예상 장애물: 치료자는 문제리스트나 핵심믿음 등을 참고로 진전에 방해가 될 것으로 여겨지는 잠재적 장애에 관해 한두 가지 아이디어를 제공한다.

사례공식화의 마지막 단계에서는 앞의 7단계 형식을 사용해 문자로 기록하며, 보통은 3-4회기 내에 쓴다. 환자와의 첫 상호작용에 기초해 가설을 발달시키면서 치료자는 즉시 사례공식화 쓰기를 권장한다. 사례공식화과정은 환자와 치료자가 같이 문제리스트를 만들고 진행하는 협력과정으로 구조화된 인터뷰를 사용하지는 않는다. 치료 진전에 대한 객관적인 평가를 위해 자기보고 검사를 자주 사용한다. 사례공식화는 치료의 모든 회기에 활용될 수 있다.

#### 사례공식화의 예(Persons & Tompkins, 1997)

1) 공황발작, 술 먹고 통제불능, 만성적불안, 여자친구와 어려움, 모와 관계 어려움.

2) 나는 좋은 결정을 못 내린다. 나는 완전해야 한다/나는 실패자다. 나는 나를 완전히 통제할 수 있어야 한다.

3) 내담자는 변화가 힘들다( 대학을 가기 위해 집을 떠났을 때 불안이 증가했음).

4) 나는 결정을 못 내린다, 완전해야 한다는 환자의 믿음이 환자가 사회적 상황에 있거나 개인적으로 이전할 때 환자를 불안하게 만든다.

5) 양부모는 그들 스스로 불안해서 일생동안 내담자 걱정과 염려를 하고 아들 대신 결

정해줌.

6) 치료목표: 공황발작과 이에 대한 불안의 제거하기. 음주를 모니터하고 제한하기.

치료개입: 음주를 위한 목표설정, 치료장면과 집에서 이완훈련, 핵심믿음에 대한 인지적 재구성 등

7) 환자 스스로 치료계획에 동의하지 않는다면 환자는 치료시간에 주장적이 되기를 망설일 것이다. 그 결과 숙제를 마치려는 동기가 약할 것이고, 진전이 덜하면 환자는 실패감을 느낄 것이다.

행동치료 사례공식화: 문제해결과 기능적 분석적 전략(Problem-Solving and Functional Analytic Strategies)

행동치료는 조작적 또는 고전적인 조건화 패러다임에 기초한 임상적 개입으로 현재는 행동을 외현적 행동, 내적 인지현상, 그리고 감정 또는 정서 경험을 포함하는 폭넓은 의미로 보고 있다(Nezu, Nezu, Friedman & Haynes, 1997). 그리고 행동적 사례공식화의 문제 오리엔테이션에서는 다음을 강조한다. 첫째는 특정 증상이 다중적 인과요인들과 다수의 경로를 통해 생길 수 있다는 것이다(Kazdin & Kagan, 1994). 두 번째 요소는 일반 체계적 접근으로 생리학적, 심리학적, 그리고 사회적 변수들이 상호적인 방법으로 내담자의 체계 안에서 어떻게 관련되는가를 평가한다(Kanfer, 1985; Ollendick & Hersen, 1993). 이와 관련하여 Kanfer(1985)는 내담자의 목표달성과 긍정적인 치료효과의 일반화를 촉진시킬 수 있는 도구적 성과를 밝혀냄이 바람직하다고 했다.

행동치료의 사례공식화는 임상가가 환자의 고통과 불평을 의미있는 표적 문제와 치료목

표 세트로 바꾸는 작업에서 시작하며 기능적 분석이 포함된다. 임상적 판단에는 ① 스크리닝과 문제를 밝혀내기 ② 문제 분석과 초점을 맞출 문제선택 ③ 치료 설계 ④ 치료효과 평가 등 네 가지단계가 있다(Nezu & Nezu, 1989). 각 단계에서 행동치료자는 “내가 환자를 치료해야하는가?”로 부터 “치료 효과를 높이기 위해서 무슨 도구를 사용할 수 있을까? 까지 임상적 결정과 판단을 해야 한다. 행동적 구성체계와 사례공식화모델은 경험적인 연구결과가 부족하다는 한계에도 불구하고 많은 환자들에게 적용되고 있다.

#### 사례공식화 구성 단계

1) 문제 정의와 공식화: 초기 문제 해결 단계에서, 행동 치료자는 환자의 문제와 관련되는 모든 정보를 얻고, 사실을 가정과 분리시키고, 잘못된 해석을 최소화하도록 명확한 언어를 사용한다. 이 과정에서 대인관계, 경력, 직업, 재정, 성, 육체적인 건강, 교육, 레저, 종교, 목표 성취와 같은 넓은 범위에 걸쳐서 환자가 현재 경험하고 있는 어려움에 대해 폭넓고 깊이 있는 탐색을 한다. 어떤 영역에서 문제가 없다는 증거가 축적되면 평가과정의 초점은 좁혀지고 각 문제영역에서 더 미세분석적인 접근을 시도한다. 이 과정에서 다중영역 평가 모델 사용이 도움이 된다(Nezu & Nezu, 1989). 이 모델의 첫째 평가 차원은 환자와 환자의 환경이다. 6개의 전반적인 분야에 대해서 질문하는데 네 개는 특수한 내용(행동, 정서, 인지, 생물적)이고, 두개는 환경적인 것(물리적/사회적)이다.

문제행동은 크게 행동적 결핍과 과잉 어느 쪽으로도 분류될 수 있다. 일상생활 기술부족, 자기 통제지식의 부족 등은 결핍에 해당되고,

강박적 행동, 불안유발 자극의 회피, 빈번한 부정 자기평가, 또는 공격적인 행동은 과잉행동으로 본다. 정서는 불안, 우울, 무망, 두려움, 화, 그리고 적대감과 같은 감정과 무드 상태를 포함한다. 정신병리와 관련된 인지적인 요소는 인지적 결핍과 인지적 왜곡으로 나눈다(Kendall, 1985). 생물학적인 변인들은 환자의 문제와 목표에 기능적으로 관련된 생리적, 의학적, 그리고 물리적인 요소를 포함한다.

사례공식화를 위해 선택되는 변인의 수준은 사례공식화의 목적에 달려있다. 낮은 수준의 변인들은 더 구체적인 문제행동과 인과적 변인들, 그리고 개입 전략을 지적하기 때문에 개개환자에 맞는 치료 프로그램을 디자인하는데 더 유용하다. 과도하게 높은 수준의 변인들을 포함하면 기능적 분석이 잘못될 가능성이 더 크다. 사례공식화를 위한 기능 분석은 매우 개별화 되어야 하며, 환자의 어려움을 더 잘 묘사하는 낮은 단계의 변인들을 사용하면 편파적인 임상 판단을 최소화할 수 있어서 더욱 유용하다. 낮은 순서 변인을 높은 순서 변인들과 선형적으로 결합시키면 사례공식화 구성에 더 효과적이고 필수적이다(예: 함께 할 수 있는 동업자가 없는 경우, 사회적 관계가 없는 경우, 그리고 가족과 접촉이 적은 경우와 같은 상호 연관된 변인들은 더 높은 순서의 변인인 “사회적 지지부족”으로 대표될 수 있음).

모델이 너무 많은 변인들을 포함하고 있으면 치료의 결정이 어렵고 ‘과소 구체화된’ 모델( 너무 적은 수의 변인)로는 장애를 적절히 설명할 수 없는 문제가 있다. 시간영역 역시 주요 평가 요인으로 환자의 현재와 과거 기능과 관련된 정보도 중요하다. 자료가 어디서 온 것인가도 중요해서 실제자료(검사, 심리학

적인 평가절차 등)와 지각적 자료(환자의 언어적 자기보고) 간의 차이점을 확인함으로써 환자와 임상가의 판단에서 잠재적인 차이를 알 수 있다.

2) 대안 만들기: 환자의 독특한 변인들 목록을 만들기 위해서 사례공식화 과정을 계속하면서, 치료자는 평가의 다차원 모델 맥락에서 브레인스토밍을 사용해서 대안을 만든다.

3) 임상적 병리발생 지도(Clinical Pathogenesis Map: CPM): Nezu와 Nezu(1989, 1993)는 임상적 병리발생 지도라고 부르는 시각적 도식 안에서 내담자의 정보를 그려볼 것을 제안했다. 즉 문제의 시작과 유지에 가설적으로 공헌하는 다양한 주 요소들을 그림으로 묘사하는 것으로 발달사, 최근의 촉발사건, 문제 행동을 촉발하고 유지하는데 공헌하는 현재의 “역기능적인 체계” 등이 포함된다.

4) 기능적 분석적 인과모델(Functional Analytic Causal Model: FACM): O'Brien과 Haynes(1995)는 CPM과 유사한 기능적 분석적 인과모델을 개발했다. 내담자의 행동 문제와 목표에 관련된 치료자의 가설에 대한 시각적인 모델로 이 접근은 전통적 인과 모델링과 벡터 기하학에서 따온 것이다. FACM은 내담자의 행동문제에서 가정된 선행요인, 결과, 상관변인, 매개변인, 그리고 유지요인들 간 관계의 강점을 추론하는데 도움이 된다(지면관계로 모델의 예 제시는 생략함).

5) 치료 의사결정: 문제-해결 모델을 사용하는 행동치료자는 우선 내담자의 궁극적인 성과와 관련된 도구적 성과를 밝히는데 초점을 맞춘다. 그리고 대안들의 유용성을 평가하는 비용-이익 분석을 통해 다양한 대안과 가능한 보완책 중 가장 효과적인 것을 선택 한다.

6) 해결수행과 검증: 마지막으로 해결 계획

을 실행하고, 계획의 결과들을 모니터하며, 예측된 결과와 실제 결과 간의 부합도를 평가한다. 내담자의 CPM/FACM를 만듦으로써 문제해결 실행이 가능하며, 예측된 결과를 성과와 비교하기 위해 사례공식화의 효과를 계속 모니터한다. 치료과정 동안 지속적인 다변량 시계열 평가는 행동적 평가 파라다임의 기본 원칙이다. 내담자는 CPM/FACM의 타당성에 대하여 피드백을 제공할 수 있다. 평가 후에 CPM/FACM에 문제가 있다고 생각되면 불일치의 근원을 결정하는 것으로 다시 시작하며, 타당하면 사례공식화에 기초한 개별적인 치료 프로그램을 설계하는 다음 치료단계로 나아간다.

#### 과정-경험적 치료(Process-Experiential Therapy)의 사례공식화

이 모델은 인본주의적-현상학적 이론(Rogers, 1951; Perls, 1969), 정서와 인지이론(Leventhal, 1984; Greenberg & Safran, 1987) 양쪽과 관련이 있으며, 과정-경험적치료(Greenberg, Rice, & Elliott, 1993)라고 불리는 최근의 경험적인 접근에서 나온 것이다.

##### 인본주의적-현상학적 입장

Perls(1969)는 사례공식화에 대해 직접적으로 언급하지 않았으나 자기, 또는 경계 장애나 신경증적 자기-조절과 같은 타인/ 다른 것에 대한 접촉에 대한 방해물 밝혔다. 반면 Rogers는 자기개념과 경험사이의 불일치라는 한 가지 보편적인 공식화를 가지고 작업했으며 모든 종류의 심리평가에 반대했다. 본 공식화 방법을 제안한 Goldman과 Greenberg(1997)는 로저스의 입장에 동의하나 어떤 형태의 공식화는 도움이 된다고 믿는다. 즉 변별적인 과

정 공식화는 치료를 인도하는데 도움이 되며 궁극적으로는 치유과정을 높이는 치료 초점의 발달을 촉진시킨다고 믿는다.

유기체는 성장과 숙달을 향한 적응적 성향을 가지는 정서 체계를 타고 난다는 것이 이 접근의 기본이념이다. 따라서 창조적인 적응을 막는 장애물을 극복하고 'process of becoming'을 원래대로 회복시키는 것이 목표이다. 심리적 역기능을 극복하는 수단으로써 부적응적 정서적 반응들을 재구성할 필요는 물론 소유되지 못한 자기의 다양한 양상들을 통합하는 능력과 자기-수용의 중요성을 강조한다.

과정-경험적 치료에서는 무엇이 역기능적인지, 무엇이 중요한지를 추론하지 않으므로 공식화는 선형적으로 미리(예: 초기 평가에 기초해서) 실행되지 않는다. 가장 문제성이 있는 것이나 의미있는 것은 안전한 치료환경에서 점차적으로 드러난다고 믿기 때문에 경험적 치료에서 공식화는 변하지 않는 한 인간에 대한 것이 아니고 순간적인 경험 또는 현 상태에 대해 계속적으로 실행되어야 한다. 공식화의 중요목적은 'process diagnosis'로서, 이는 사람들이 현재 자신의 경험을 어떻게 가로막고 방해하는가를 나타내주는 것이다. 진단과 관련해서 어떤 질병분류학적 범주나 증상에 대한 지식은 경험적 치료자에게 도움이 된다고 믿는다. 그러나 사람의 종류보다는 기능 패턴의 기술로써 이해할 때 도움이 된다. 따라서 사람보다는 불안 또는 강박적 과정으로 생각하기를 더 좋아한다.

##### 정서적 처리과정과 역기능

이 이론적 관점에서 유기체는 고 수준 정보-처리 구조(정서스키마)를 고용하는 복잡한 자기-조직적 체계로서 개념화된다(Greenberg &

Paivio, 1997). 과거의 정서학습은 현재의 정서 처리 스타일과 정서조절에 영향을 미치게 되므로 이 치료에서는 셀프의 현재 스타일과 정서 조절에 대한 인식 증가를 강조하고 현 정서 처리과정에 초점을 맞춘다. 정서장애 또는 건강한 정서 조절의 방해물로는 1) 감정의 상징화에 어려움 2) 부정적 감정을 낳는 부적응적 인지/정서 스키마의 활성화 3) 정서스키마의 통합이 되지 않아 결과적으로 두개의 상반된 셀프 양상으로 분열됨 등을 들고 있다. 이때의 치료과제는 건강한 정서를 막는 밑바닥의 역기능적 정서스키마에 지속적으로 초점을 맞추는 것이다.

#### 사례공식화 구성 단계

1) 치료관계 형성: 최소한 첫 2시간은 일차적으로 관계형성에 초점을 맞추는데 안전한 본드를 만들고, 문제를 명확히 하고, 치료의 목표와 과제에 대해 동의한다.

2) 처리과정(processing)의 전반적 스타일 평가: 치료초기에 개인의 전반적 처리과정 스타일에 관한 공식화를 만든다. 내담자가 자기-초점을 할 수 있는지, 내적 경험을 볼 수 있는지, 자신의 경험을 제시하는 방법과 스타일 등에 관심을 기울인다. 내담자 목소리의 질, 내담자 경험의 깊이, 구체성 대 추상성, 특수성 대 일반성, 언어 사용의 생생함을 본다.

3) 순간순간의 인지적/정서적 스타일 평가: 인지/정서 처리과정에 대한 현 방식을 평가하고 한 순간에서 다음 순간으로 어떻게 적절하게 개입하는가를 본다(경험적 수준/개념적 수준/외적 수준 처리를 평가). 순간순간 상태에 대한 공식화를 돕기 위해 치료자는 일차적, 이차적, 그리고 도구적 정서반응을 구분하는 훈련이 되어 있어야 한다(Greenberg & Safran,

1987).

4) 정서적 문제표시들: 이 단계에서는 정서적 문제표시들을 밝혀낸다(6개의 특정한 표시들을 밝혀내는 매뉴얼이 있음). 정서적 문제표시들로는 정서적 또는 행동적 반응에 대해 당황함, 경험에 대해 느낀 불분명한 느낌이나 혼란스러움, 자기의 한 부분이 타인에 대해 비판적이거나 강요적인 갈등 분열, 자기의 한 부분이 정서표현을 제한하는 자기-방해적인 분열, 의미있는 타인에 대해 아직 끝나지 않은 과제, 취약성의 표현 등을 들 수 있다.

별개의 초기 공식화나 평가단계는 없고 처음이나 치료회기 전체에서 치료자는 내담자의 참조체계에 공감적으로 주파수를 맞춘다. 내담자가 정서세계를 조직하는 것을 관찰하고 의미를 창조하는 것에 초점을 맞춘다. 지시하거나 생각하기보다 치료자는 내담자의 순간적인 경험, 반응에 주의를 기울인다. 치료자는 내담자의 의미 있는 틀에 들어가 역기능적 스키마과정에 개입하고 치료전반에 걸쳐 이러한 방면에 지속적인 초점을 맞추는데, 다음의 요인들에 관심을 가져야 한다.

1) 순간 순간(moment-by-moment) 대 예비(preliminary) (A Priori) 공식화: 어디에 초점을 둘까를 계획할 필요가 없이 가장 눈에 띄는 현상을 쫓아 가면 가장 적절한 자료를 얻을 수 있다. 내담자는 자신 경험의 전문가이므로 이면의 동기 등에 대한 공식화를 만들면 오히려 내담자의 경험을 막을 가능성이 있다고 본다.

2) 치료관계: 안정적 관계는 치유적이며 이후 생산적인 치료작업에 필수적인 기초로서 (Watson & Greenberg, 1995) 내담자의 참여와 인식, 노출을 증가시킨다. 이 입장에서 문제

정의는 내담자에게 주어진 진단보다는 항상 관계에서 나오는 공동 구성물이라고 본다.

3) 의미와 생생함: 초기 공식화를 억제하고 가능하면 판단을 유보시킨다. 표현의 생생함이 내담자 정서과정의 현 방식에 대한 중요한 정보를 드러낸다.

4) 정서적 문제 표시(markers)와 과제: 특정한 정서문제 표시와 과제는 치료가 진행되면서 점점 더 중심이 된다. 표시는 현재 특정한 개입으로 수정할 수 있는 특정한 종류의 정서적 문제를 의미한다. 따라서 치료자는 어떤 표시가 생겨나면 이를 알아차리고 해결을 촉진하기 위해 특정한 방법으로 개입한다.

5) 회기 초점과 새로 생겨나는 주제: 사례공식화 과정은 내담자가 제시하는 현 문제에 대한 반응으로 만들어지는 회기 중의 과정-진단적 공식화와 관련된다. 회기 중에 치료자는 내적 경험을 탐색하도록 인도하고 순간적인 인지적/정서적 과정을 탐색하고 내적 경험의 인식을 격려한다. 다음 회기에 특정 내용에 초점을 두어야한다는 정해진 계획이 없다. 치료자는 내용을 지향하지 않으므로 저변의 정서적 문제를 구성하는 내적 주제에 지속적으로 초점을 맞추기를 격려한다.

대인간/정체감/실존문제는 물론 보통정도의 정서장애, 외상적 인생사건을 가진 내담자에게 적합하다. 자살위험이 높은 경우, 장기알콜/약물중독, 정신병적 상태 경우는 단기 과정-경험적 치료(16-20주)에 부적합하다.

## 논 의

이상 몇 가지 서로 다른 공식화방법들의 기본개념과 특성, 사례공식화 단계들을 살펴보

았다. 이들 방법들은 치료에 대한 기본 가설과 방법, 초점 등이 서로 다르지만 유사한 측면들도 있어서 Luborsky와 동료들(1993)은 공식화 방법들 간의 유사성으로 다음의 4가지 특성을 들었다. 1) 심리치료회기에 나타난 관계 상호작용에 초점을 둔 점 2) 치료에 나타난 패턴의 빈도에 기초해 핵심관계갈등을 밝힌 점 3) 환자의 자기보고보다는 임상적 판단에 따른 점 4)추론한 기본 메카니즘에 대한 임상가간 합의를 평가하기 위한 준비를 포함시킨 점 등이다. 그리고 심리치료 통합 경향성이 많은 방법들에 퍼져 있어서 여러 방법들이 인지적 역동적 틀을 포함하고 있다는 점을 부가적으로 들고 있다.

그러나 이와 같은 공통점에도 불구하고 실제 방식에는 차이점도 많아서 정신역동적 사례공식화방법만을 보더라도 몇 가지 다른 방법들이 있으며 각각은 구성요소 면에서 나름대로 강조하고 있는 내용이 다르다. CCRT는 Freud의 전이와 유사한 관계패턴에, 인지적 정신분석이라고도 불리는 Weiss의 이론에 기초한 PF는 치료에서 나타나는 전이, 저항, 통찰과 관련된 역동적 특성에, 그리고 기본적인 도식은 정신역동적이지만 이밖에 대상관계, 인지행동, 체계적접근까지도 통합된 CMP에서는 역기능적 상호교류 패턴에 초점을 맞추었다. 반면 정신역동과 인지-행동 개념을 이론적으로 결합한 형태분석은 개인스키마이론으로 정신내적/대인간 갈등에 초점을 두고 스키마들 간의 연결과 정신적표상, 또는 사고와 정서의 통제에 관심을 가진다. ICF(대인간사례공식화)는 Sullivan은 물론 대상이론과도 연관되며 어려서의 중요인물과 현재행동 간의 관계, 그리고 현재행동이 타인으로부터 특정한 행동을 끌어내고 유지시키는 대인간 과정과 대인

간 현상에 초점을 둔다. CCRT는 핵심적인 대인갈등 아래의 무의식적 동기와 소망, CMP에서는 인지적 측면과 정신표상, ICF에서는 순환적, 병리적 대인간 모델을 만들어 좀 더 조직적이고 분명한 인과적 가설을 제시하고자 하는 면에서 세 가지 방법은 기초를 이루는 이론적 접근과 방법에서는 다소 차이가 있으나 역기능적이고 반복되는 대인관계나 과정을 중요시한다는 점은 동일하다.

이와는 달리 인지치료와 기능적분석에 기초한 인지-행동적 사례공식화에서는 널리 알려진 바와 같이 핵심믿음을 발견하고 촉발요인, 활성화상황을 밝히고 기능적 가설 및 치료계획을 중요시 한다. 행동치료에서도 문제정의를 중요시하며 CMP와 유사한 기능적 분석적 인과모델을 개발하여 행동문제에서 가정된 선행요인, 매개요인, 유지요인들 간의 관계를 시각적으로 드러내고자 시도한다. 정신역동이나 대상관계이론 등에 기초한 앞의 방법들이 주로 대인관계나 과정에 관심을 기울인 점과는 달리 이 두 방법은 외현적이거나 광범위한 문제의 기능적 분석에 기초하여 가능한 한 명확한 언어를 사용하고 미세분석적인 접근을 시도하며 개별화된 공식화의 가설을 활용해서 구체적인 치료계획을 세우고 계속적으로 모니터링한다. 또한 객관적인 평가자료나 질문지 등을 사용하기도 한다.

반면 인본주의-현상학적 이론에 기초한 과정-경험적 치료의 사례공식화에서는 앞에 제시한 방법들과는 달리 유기체의 성장과 숙달을 향한 타고난 잠재력을 가정하는 기본 이념과 같이 적응을 방해하는 장애물을 극복하고 ‘process of becoming’을 회복시키는 것이 치료의 목표이다. 공식화는 치료초점의 발달을 위해서는 도움이 된다고 생각하지만 여기서 공

식화란 변하지 않는 한 인간에 대한 것이 아니므로 초기 공식화에 의미를 두지 않는다. 그대신 안전한 치료환경에서 순간순간의 경험에 주의를 기울이고 부적응적 정서적 반응들을 재구성하고 통합, 수용하도록 돕는다. 이러한 과정 중에 내담자의 전반적/순간순간의 정서/인지처리과정이나 스타일을 (평가) 밝힌다. 이러한 특성은 내담자 행동의 기능적 분석을 강조하는 행동적, 인지-행동적 입장이나 구체적인 공식화 방법의 기술을 개발하고, 대인관계 패턴과 이면의 역동이나 무의식적 요구를 체계적으로 밝히려는 앞에서 기술한 방식들과는 크게 다른 점이다.

이상 소개한 사례공식화방법들이 실제로 사용할만한가에 대해 상담자들이 많은 관심을 가질 것으로 여겨져 이와 관련된 연구들을 몇 가지 소개하고자 한다. 공식화 연구에서 연구자들의 일차적인 관심거리는 동일한 심리치료 내용에 대한 평가에서 평가자들 간의 의견이 얼마나 일치하는가여서 Seitz(1966)는 정신분석 연구에서 ‘합의’에 관심을 가지고, 3년간 6명 정신분석가들이 독립적으로 단일심리치료사례 인터뷰노트와 꿈을 검토한 자료를 분석했다. 결과는 실망스러웠지만 Seitz의 연구는 심리치료연구자와 실행자 간의 문제합의에 자극을 주고 사례공식화의 신뢰도와 타당도를 높이려는 노력에 불을 붙였다. 특히 1990년대 이후 공식화방법들이 얼마나 신뢰롭고 타당한가에 대한 연구들이 계속되고 있으며 지금까지 가장 활발하게 연구가 된 방법은 CCRT와 PF방법이다. 이들 방법에서는 추출된 요인의 빈도를 수량화하여 평정자간 비교가 통계적으로 가능하므로 가장 믿을만한 효과를 내고 있고 특히 CCRT방법은 공식화 방법이 구체적이고 범주화된 표준목록이 있어서 치료초심자라도

연습을 거치면 실행이 가능하다.

먼저 CCRT 방법을 보면, 축어록에서 CCRT를 분석하고 평정자간 일치도를 통해 신뢰도를 측정 한 결과 여러 연구들(예: 김수현, 1994; Crits-Christoph, Luborsky, Dahl, Mellon, & Mark, 1988)에서 높은 일치도를 보여 주었다. CCRT의 타당도를 보기 위한 연구들도 시행되었는데, 상담회기 동안에 나타난 내담자의 반복적인 패턴이 그밖의 다양한 사람들 관계에서도 얼마나 유사하게 나타나는가를 연구한 결과 W는 66%, Ro는 41%, Rs는 40%의 동질성을 보였다. 또한 상담전의 부정적인 CCRT 점수는 Hopkins Symptom Checklist, Health-Sickness Rating Scale 점수와 높은 상관성이 있었고 ( $r=.34, P<.05$ ), 후기 CCRT 점수는 상담 후 측정 한 Hopkins-HSRS 점수와 높은 상관성을 보임으로써 CCRT가 효과적인 상담성과의 측정 도구로 사용될 수 있음을 보여 주었다. CCRT를 통한 연구결과와 Freud의 전이에 대한 발견들과의 일치도를 본 결과, Freud가 기록한 5가지 전이에 CCRT가 각각 일치된 결과를 보였다는 결과도 있다(Luborsky, Crits-Christoph, Friedman, Mark, & Schaffler, 1991; Luborsky, Crits- Christoph, & Mellon, 1986).

PF방법에서도, 인지적 정신분석이론으로 훈련된 4명의 치료자가 대표목록에 포함된 문항들의 적합성을 평가한 결과 목표, 장애, 테스트, 통찰에 대한 통합된 판단자간 일치도(Pooled interjudge agreement)는 .89-.97이었다. 장재홍(1999)의 연구에서도 목표, 방해물, 시험, 통찰에서 .90, .93, .88, .91의 높은 평정자간 신뢰도를 나타냈다. 그러나 CCRT와 PF방법을 비교한 김수현(1994)의 연구에서 PF방법은 CCRT에 비해 낮은 신뢰도를 보였다. 낮은 평정자간 일치도는 아마도 평정자 훈련과 관련된 문

제일수도 있을 것이며 CCRT처럼 5가지 요소들에 대한 객관적인 표준목록을 제시할 수 있다면 도움이 될 것으로 여겨진다. PF의 예시 타당도에 대한 간접적 증거로서는 Silberschatz, Fretter와 Curtis(1986)가 실시한 해석의 정확성에 관한 연구를 들 수 있다. 이들은 해석의 적절성을 치료자 개입과 환자 계획 간의 양립성이라고 정의했는데, 계획에 대한 해석의 적절성 정도는 치료시간 내의 경험척도(Experiencing Scale)(Klein, Mathieu-Couglan, & Kiesler, 1986: 통찰, 치료에의 개입, 생산적인 언급에 관한 측정도구)와 .25-.54 정도의 정적인 상관을 보임으로써 PF가 효과적인 치료성과와 관련될 수 있음을 드러냈다.

서로 다른 공식화 방법을 비교해 보려는 시도로서 Perry, Luborsky, Silberschatz와 Popp(1989)은 CCRT, PF(PD), 개별적 갈등공식화(Idiographic Conflict Formulation: ICF) 세 가지 공식화 방법을 동일한 녹화인터뷰 자료에 적용시켜 공식화를 끌어내었고, CCRT의 소망과 ICF의 소망 그리고 PD의 목표를 비교했다. 이들은 통제비교를 위해 서로 다른 잘못 짝 지워진 사례로부터 나온 내용과도 비교했는데, 결과를 보면 모든 PD 목표와 CCRT 소망은 의미있게 유사했다. ICF 소망 일부와 CCRT소망 일부도 유사했다. 그리고 CCRT 소망 항목에 따라 PD 목표의 어떤 항목과 유사했고 ICF 일부 항목도 일부 PD 항목과 유사하므로 세 체계에서 뽑은 소망들이 다소간 유사성을 보임을 입증했다. 여기서 세 가지 방법에서 공통된 부분이 있다는 것은 이 영역에서 공통적인 언어를 사용할 수 있음을 시사한다(김수현, 1994). 그러나 이들은 세 방법에서 모두 환자의 소망은 밝혀냈지만 이런 방법으로 환자를 계속 밀고 있는 역동적 동기는 밝히지 못했음을 지적당

했다.

순환적 부적응적 패턴을 중요시하는 TLDP는 1950년 초기에 시작된 경험적 연구 프로그램에서 시작되어 Vanderbilt대학 심리치료연구소에서는 구체적(기술적)요인과 비구체적(대인간)요인이 상담성과에 미치는 상대적인 공헌 정도를 밝히는데 관심이 있었다. SASB를 사용해 몇 사례를 검토한 Henry, Schacht와 Strupp(1986)의 연구에서 효과가 좋은 사례에서는 치료자가 덜 비난하고 의미있게 더 확신을 주고 이해적임이 드러나 치료에서 기술보다는 대인간 요인이 중요함을 밝혔다. 이후 Johnson, Popp, Schacht, Mellon과 Strupp(1989)은 SASB로 코딩한 CMP의 수정(본)을 사용해서 밝혀낸 관계주체가 다른 정신역동 관계모델(CCRT)을 사용해서 끌어낸 주제와 동일함을 발견했다. 또한 Quintana와 Meara(1990)는 담당 치료자가 쓴 CMP사례공식화를 환자나 치료에 대해 전혀 모르는 5명의 임상가에게 읽혔는데, 치료에서 논의되어야 한다고 평정자들이 느낀 대인간 주제와 치료자가 실제로 논의 했다고 말한 주제 사이에 통계적으로 의미있는 관계가 있었다. 이러한 결과를 볼 때 TDLT방법은 사례에 대해 신뢰로운 대인간 정보를 준다고 볼 수 있다(Levenson & Strupp, 1997).

형태분석에서는 개인 스키마 요소의 신뢰도 측정에 관한 연구들이 있다. Horowitz, Eells, Singer와 Salovey(1995)도 두 집단의 임상가가 동일한 심리치료 스크립트에서 유사한 RRMCs를 구성함을 보여주었다. 이외 Horowitz, Luborsky와 Popp(1991)은 RRMC의 수렴(convergent)타당도를 CCRT방법과 질적으로 비교함으로써 RRMC의 타당도를 보았다. 결과적으로 이 방법들은 유사한 핵심 정서적/대인간 갈등을 밝혀냈는데, CCRT는 실행하기가 더 쉽고, RRMC

는 방어과정에 대해 더 많은 정보를 주었다.

대인간 분석 방법에서는 ICF 과정 전체에 관한 신뢰도 연구는 별로 없다 그러나 Henry(1997)는 ICF의 신뢰도를 합리적으로 추정할만한 구체적인 단계에 관한 자료는 충분하다고 주장하고 있다. 행동치료 공식화 방법에서도 구체적인 문제 영역을 밝히는 데 있어서 면접자들 간 신뢰도는 아주 낮은 경우부터 보통 정도인 것으로 드러났다. 임상개입이나 평가에서 경험적이고 과학적인 방법론이 행동적 접근의 기초가 됨을 고려할 때 이런 경험주의는 행동적 평가와 개입전략을 개발하고 평가하는 데서는 명백하지만 평가 자료를 사례공식화나 치료계획으로 옮기는 과정에서는 보다 덜 분명하다는 사실을 알 수 있다.

반면 CB사례공식화의 신뢰도 연구결과는 행동치료 방법의 결과보다 양호하다. Persons, Mooney와 Padesky(1995)의 연구에서는 46명의 임상가가 두 환자의 초기 인터뷰 녹음내용을 듣고, 사례 1에서 3문제, 사례 2에서 5개의 문제를 밝혀내도록 함으로써 임상가의 능력을 평가했는데, 문제를 밝혀내는 임상가의 능력은 사례 1보다는 2에서 우수했지만 뛰어난 것은 아니라고 결론지었다. 또한 5인 임상가 집단에서 임상가들의 평정을 평균했을 때, 임상가들은 다른 임상가가 환자의 스키마나 핵심 갈등을 평가한 것에는 상당히 잘 동의 하나(평정자간 신뢰도 지수 평균은 .76) 단일 평정자 간에는 평균이 .46보다 낮음으로써 결과가 좋지 않음을 밝혔다. 이에 대해 Kanfer(1985)는 임상가들 간에 공식화에 대한 초기 합의가 중요한 것이 아니라 임상가가 공식화를 구성하고 개입구상을 위해 공식화를 사용하고 개입 결과를 평가하는 등의 가설-검증 접근을 사용하는 것이 정말로 중요한 일이라고 주장했다.

CB사례공식화 방법을 따른 치료가 이 방법을 따르지 않은 치료보다 더 좋은 결과를 가져오는가하는 CB의 타당도에 대한 직접적인 연구는 아직 없다. 그러나 CB사례공식화 방법을 사용한 치료의 효과는 자연스런 연구에서 검토되었고, 다른 접근들을 인지행동 사례공식화와 비교하는 연구들이 있다(예: Persons, Bostrom, & Bertagnoli, 1995).

마지막으로 과정-경험적 사례공식화 방법을 살펴보면 Goldman과 Greenberg(1997)는 다양한 연구들이 이 방법의 여러 측면들을 지지한다고 주장한다. 예를 들어 평정자들은 치료테입에서 내담자의 읍질 수준(.93)이나 경험의 깊이(.75)에 상당히 동의하는 것으로 나타나는데 이는 치료자가 내담자의 자기-초점 능력을 평가할 수 있음을 보여주는 결과라고 한다. 이 밖에도 평정자는 정서적 과제의 표시들을 신뢰롭게 구분할 수 있다고 주장하고 있다. 또한 성공적인 사례들에서, 전 회기를 통한 지속적인 순환적인 공식화는 치료에 강력한 초점을 형성하는 치료중기에 일어나는 특정한 주제에서 결과적으로 드러나는데, 이러한 주제는 대인간/대인내 문제와 관련된다고 함으로써(Goldman, 1995) 이 방법의 중요성을 강조한다.

이상 다양한 사례공식화 방법의 특성과 효과에 관해 살펴보았다. 이들 방법들은 서로 다른 치료이론과 기법에 근거하여 개발되었으므로 이들을 단순비교하기 어렵고 각각의 특성이나 강점, 문제점 등을 중심으로 이해해야 한다. 먼저 이 방법들이 어떤 구조(construct)를, 어떤 방법을 사용하여, 어느 측면에 초점을 두고 평가하는가를 고려해야 할 것이다. 동일한 자료를 기초로 공식화가 되었다 해도 공식

화 방법이 다르다면 서로 자료의 다른 측면에 초점을 맞추게 되므로, 즉 다른 정보를 사용하므로 결과는 다르게 된다. 또한 유사한 내용을 다루더라도 사용하는 용어가 다르다면 다른 결과로 나타난다. 따라서 몇 가지 공식화 방법의 유사성이나 차이를 비교한다는 것은 기본적으로 서로 관련이 있고 유사한 틀에서 나온 내용을 연구할 때 가능할 것이다. 여러 방법 중 어떤 공식화 방법이 설득력이 있는가는 여러 평가 영역을 포함시켜 나온 결과가 치료성과와 얼마나 연관이 되느냐 하는 점과도 관련될 것이다. 앞으로의 연구에서는 세부적인 평가영역의 내용을 비교하는 일도 필요하지만 다양한 방법들의 강점이나 제한점을 살펴보고 이를 치료자의 관심이나 사례유형에 따라 달리 적용시킬 수 있는지가 검토되어야 할 것이다. 마찬가지로 공식화 방법의 선택에서도 치료자는 우선 자신의 기본철학이나 치료접근을 고려하고 내담자의 특성이나 수집된 자료의 형태와 내용을 검토한 뒤에 적절한 방법을 선택해야 할 것이다.

마지막으로, 접근양식에 관계없이 서로 상충되는 목표 때문에 포괄적인 사례공식화를 만드는 과정에서 임상가가 직면하게 되는 몇 가지 긴장들(Bells, 1997)을 들 수 있는데 이점 역시 주의를 요한다.

1) 즉각성 대 포괄성: 치료 첫 시간부터 상담자는 환자의 증상, 핵심문제, 목표, 장애, 방어와 적응기제, 대인간 스타일 등에 대한 아이디어를 개발해야하므로 사례공식화는 치료 초기부터 필요하다. 그러나 이와 동시에 분명함이나 초점을 잃지 않고 포괄적이어야 하므로 어려움이 있다.

2) 복잡성 대 단순성: 사례공식화 과제를 단

순하게 또는 복잡하게 구성하느냐의 문제로, 단순하면 중요요소가 빠질 위험이 있고 너무 복잡하면 시간소모와 비실용적일수 있다.

3) 임상가 오류 대 객관성: 환자를 정확하게 이해하려는 치료자의 노력과 노력하는 치료자의 능력에 내재한 인간적 결함에 관련된 것으로 임상적 판단이나 추론, 추측의 한계가 있을 수 있다(역전이와 투사 등).

4) 관찰 대 추론: 공식화는 증상이나 문제행동을 만들고 유지시키는 심리과정에 대한 관찰과 추론 둘 다에 기초한다. 관찰가능한 행동을 너무 믿으면 환자증상을 구성하는 의미있는 패턴을 간과할 수 있고 추론에 비중을 두면 경험적인 기초를 상실할 위험이 증가한다.

5) 개인적 사례공식화 대 일반적 사례공식화: 공식화는 개인에 관한 진술이기 때문에 특정개인의 상황, 욕구, 목적, 두려움 사고패턴 등에 맞추어야 한다. 그러나 치료자는 개념화 과정에서 다른 개인의 과거경험이나 일반적인 심리학지식에도 의지하게 된다. 개인적이든 일반적이든 한 개인에게 맞는 내용은 완벽할 수 없다.

이상 언급된 내용에 유의하면서 가능한 한 객관성을 유지하고 동시에 개인의 특수성을 살려 사례공식화를 개발해야 할 것이다.

### 참고문헌

김수현 (1994). 정신역동적 사례공식화: CCRT와 PF를 중심으로. *충북대학교 학생생활연구* 19, 85-121.

김수현 (1997). 정신역동적 사례공식화: 계획공식화 방법과 개별적 갈등공식화 방법을 중심으로. *한국심리학회지: 상담과 심리*

치료, 9(1), 129-155.

신희천 (2001). 내담자의 핵심적 갈등관계에 대한 해석과 작업동맹 그리고 상담성과의 관계. *서울대학교 대학원 박사학위 청구논문*.

장재홍 (1999). 계획공식화 방법에 의한 심리치료 과정분석. *고려대학교 대학원 박사학위 청구논문*.

하정혜 (1994). 상담과정에서의 내담자 대인관계 패턴 변화에 관한 시계열 복수사례 연구. *서울대학교 대학원 석사학위 청구논문*.

Anchin, J. C., & Kiesler, D. J. (Eds.). (1980). *Handbook of interpersonal psychotherapy*. New York: Pergamon Press.

Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford Press.

Benjamin, L. S. (1974). Structural analysis of social behavior. *Psychological Review*, 81, 392-425.

Cris-Christoph, P., & Demorest, A. (1988). *List of standard categories (2th ed)*. Unpublished manuscript, University of Pennsylvania School of Medicine.

Cris-Christoph, P., Luborsky, L., Dahl, L., Mellon, Popp, C., & Mark (1988). Clinicians can agree in assessing relationship patterns in psychotherapy: The Core Conflictual Relationship Theme Method. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1001-1004

Curtis, J. T., & Silberschatz, G. (1986). Clinical implications of research on brief dynamic psychotherapy: I. Formulating the patient's problems and goals. *Psychoanalytic Psychology*, 3, 13-25.

Curtis, J. T., Silberschatz, G., Sampson, H., & Weiss, J. (1994). *The Plan Formulation*

- Method. Psychotherapy Research*, 4, 197-207
- Eells, T. D. (1997). *Handbook of psychotherapy case formulation*. New York: Guilford Press
- Freeman, A. (1992). Developing treatment conceptualizations in cognitive therapy. In A. Freeman & F. Dattilio (Eds.), *Casebook of cognitive-behavior therapy*(pp. 13-23). New York: Plenum Press.
- Goldman, R. (1995). *The relationship between depth of experiencing and outcome in a depressed population*. Paper presented a meeting of the Society for Psychotherapy Research, Vancouver, British Columbia, Canada.
- Goldman, R., & Greenberg, L. (1997). Case formulation in process-experiential therapy. In T. Eells (Eds.), *Handbook of psychotherapy case formulation*(pp. 402-429). New York: Guilford Press.
- Greenberg, L. S., & Paivio, S. C. (1997). *Working with emotions in psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Greenberg, L. S., & Safran, J. D. (1987). *Emotion in psychotherapy: Affect, cognition, and the process of change*. New York: Guilford Press.
- Greenberg, L. S., Rice, L. N., & Elliott, R. (1993). *Facilitating emotional change: The moment-by-moment process*. New York: Guilford Press.
- Henry, W. P. (1996). Structural analysis of social behavior as a common metric for programmatic psychopathology and psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1263-1275.
- Henry, W. P. (1997). Interpersonal case formulation: Describing and explaining interpersonal patterns using the structural analysis of social behavior. In T. Eells (Eds.), *Handbook of psychotherapy case formulation* (pp.223-259). New York: Guilford Press.
- Henry, W. P., Schacht, T. E., & Strupp, H. H. (1986). Structural analysis of social behavior: Application to a study of interpersonal process in differential psychotherapeutic outcome. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 54, 27-31.
- Horowitz, M. J. (1987). *Stress of mind: Configurational analysis of individual psychology*(2th ed). New York: Plenum Press.
- Horowitz, M. J. (1989). Relationship schema formulation: Role-Relationship Models and intrapsychic conflict. *Psychiatry*, 52, 260-274.
- Horowitz, M. J. (1997). *Formulation for psychotherapy*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Horowitz, M. J. & Eells, T. D. (1997). Configurational analysis: states of mind, person schema, and the control of ideas and affect. In T. Eells (Eds.), *Handbook of psychotherapy case formulation* (pp. 166-191). New York: Guilford Press.
- Horowitz, M. J., Eells, T. D., Singer, J., & Salovey, P. (1995). Role Relationship Models for case formulation. *Archives of General Psychiatry*, 52, 625-632.
- Horowitz, M. J., Luborsky, L., & Popp, C. (1991). A comparison of the Role-Relationship Models Configuration and the Core Conflictual Relationship Theme. In M. J. Horowitz (Ed.), *Person schemas and maladaptive interpersonal patterns*(pp. 213-220). Chicago: University of Chicago Press.

- Horowitz, M. J., & Stinson, C. H. (1995). Consciousness and processes of control. *Psychotherapy Research*, 4, 123-139.
- Horowitz, M. J., Znoj, H., & Stinson, C. (1996). Defensive control processes: Use of theory in research, formulation, and therapy of stress response syndromes. In M. Zeidner & N. Endler (Eds.), *Handbook of coping*(pp. 532-553). New York: Wiley.
- Johnson, M. E., Popp, C., Schacht, T. E., Mellon, J., & Strupp, H. H. (1989). Converging evidence for identification of recurrent relationship themes: Comparison of two methods. *Psychiatry*, 52, 275-288.
- Kanfer, F. H. (1985). Target selection for clinical change programs. *Behavioral Assessment*, 10, 107-121.
- Kazdin, A. E., & Kagan, J. (1994). Models of dysfunction in developmental psychopathology. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 1, 35-52.
- Kendall, P. C. (1985). Toward a cognitive-behavioral model of child psychopathology and a critique of related interventions. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 13, 357-372.
- Klein, M. H., Mathieu-Coughlan, P., & Kiesler, D. (1986). The Experiencing Scale. In L. S. Greenberg & W. M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook*(pp. 21-71). New York: Guilford Press.
- Leary, T. (1957). *Interpersonal diagnosis of personality: A functional theory and methodology for personality evaluation*. New York: Ronald Press.
- Levenson, H., & Strupp, H. (1997). Cyclical Maladaptive Patterns: Case Formulation in Time-Limited Dynamic Psychotherapy. In T. Eells (Eds.), *Handbook of psychotherapy case formulation* (pp. 84-115). New York: Guilford Press.
- Leventhal, H. (1984). A Perceptual motor theory of emotion. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental and social psychology*(pp. 117-182). New York: Academic Press.
- Luborsky, L. (1977a). Measuring a pervasive psychic structure in psychotherapy: The Core Conflictual Relationship Theme. In N. Freedman & S. Grand (Eds.), *Communicative structures and psychic structures*(pp. 367-395). New York: Plenum Press.
- Luborsky, L. (1977b). Curative factors in psychoanalytic and psychodynamic psychotherapies. In J. P. Brady, J. Mendels, M. T. Orne, & W. Rieger (Eds.), *Psychiatry: Areas of promise and advancement* (pp.187-203). New York: Spectrum.
- Luborsky, L. (1990). The early development of the core conflictual relationship theme idea. In Luborsky & Crits-Christoph(Eds.), *Understanding transference: The CCRT method*(pp.1-14). New York: Basic Books.
- Luborsky, L., Barber, J. P., Binder, J., Curtis, J., Dahl, H., Horowitz, L., Horowitz, M., Perry, J. C., Schacht, T., Silverschatz, G., & Teller, V. (1993). Transference-based measures: A new class based on psychotherapy sessions. In N. E. Miller, L. Luborsky, J. P. Barber, & J. P. Docherty (Eds.), *Psychodynamic treatment research: A handbook for clinical practice*(pp. 326-341). New York:

- Basic Books.
- Luborsky, L., Barber, J., & Crits-Christoph, P. (1990). Theory-based research for understanding the process of dynamic psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58*, 281-287.
- Luborsky, L., & Crits-Christoph, P. (1990). *Understanding transference: The CCRT method*. New York: Basic Books.
- Luborsky, L., Crits-Christoph, P., & Mellon, J. (1986). Advent of objective measures of the transference concept, *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*(1), 39-47.
- Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Friedman, S., Mark, D., & Schaffler, P. (1991). Freud's transference template compared with the core conflictual relationship theme(CCRT): illustrations by the two specimen cases. In Horowitz, M(Ed.), *Person schemas and maladaptive interpersonal patterns*(pp. 167-195). Chicago: University of Chicago Press.
- Merluzzi, T. V. (1991). Representation of information about self and other: A multidimensional scaling analysis. In M. J. Horowitz(Ed.), *Person schemas and maladaptive interpersonal patterns*(pp. 155-166). Chicago: University of Chicago Press.
- Muran, J. C., & Segal, Z. V. (1992). The development of an idiographic measure of self-schemas: An illustration of the construction and use of self-scenarios. *Psychotherapy, 29*, 524-535.
- Murray, H. (1938). *Explorations in personality*. New York: Oxford University Press.
- Nezu, A. M., & Nezu, C. M (Eds.). (1989). *Clinical decision making in behavior therapy: A problem-solving perspective*. Champaign, IL: Research Press.
- Nezu, A. M., & Nezu, C. M. (1993). Identifying and selecting target problems for clinical interventions: A problem-solving model. *Psychological Assessment, 5*, 254-263.
- Nezu, A., Nezu, C., Friedman, S., & Haynes, S. (1997). Case formulation in behavior therapy: problem-solving and functional analytic strategies. In T. Eells (Eds.), *Handbook of psychotherapy case formulation*(pp. 368-401). New York: Guilford Press.
- O'Brien, W. H., & Haynes, S. N. (1995). A functional analytic approach to the conceptualization, assessment and treatment of a child with frequent migraine headaches. *In Session, 1*, 65-80.
- Ollendick, T. H., & Hersen, M. (1993). Child and adolescent behavioral assessment. In T. H. Ollendick & M. Hersen (Eds.), *Handbook of child and adolescent assessment*(pp. 3-14). Boston: Allyn & Bacon.
- Perls, F. (1969). *Gestalt therapy verbatim*. Lafayette, CA: Real People.
- Perry, J., Cooper, A. M., & Michels, R. (1987). The psychodynamic formulation: Its purpose, structure and clinical application. *American Journal of Psychiatry, 144*, 543-550.
- Perry, J., Luborsky, L., Silbershatz, G., & Popp, C. (1989). An examination of three methods of psychodynamic formulation based on same videotaped interview. *Psychiatry, 52*, 302-323.
- Persons, J. B. (1993). Case conceptualization in cognitive-behavior therapy. In K. T.

- Kuehlwein & H. Rosen (Eds.), *Cognitive therapy in action: Evolving innovative practice*(pp. 33-53). San Francisco: Jossey-Bass.
- Persons, J. B. (1995). Interrater reliability of cognitive-behavioral case formulations. *Cognitive Therapy and Research, 19*, 21-34.
- Persons, J. B., Bostrom, A., & Bertagnolli, A. (1995, June). *Clinically-significant change in patients treated with cognitive-behavior therapy for depression in a private practice setting*. Paper presented at the Society for Psychotherapy Research, Vancouver, British Columbia, Canada.
- Persons, J. B., Mooney, K. A., & Padesky, C. A. (1995). Inter-rater reliability of cognitive-behavioral case formulations. *Cognitive Therapy and Research, 19*, 21-34.
- Persons, J. B., & Tompkins, M. (1997). Cognitive-behavioral case formulation. In T. Eells (Eds.), *Handbook of psychotherapy case formulation* (pp. 314-339). New York: Guilford Press.
- Quintana, S. M., & Meara, N. M. (1990). Internalization of the therapeutic relationship in short-term psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology, 37*, 123-130.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Schacht, T. E., Binder, J. L., & Strupp, H. H. (1984). The dynamic focus. In H. H. Strupp & J. L. Binder, *Psychotherapy in a new key: A guide to time-limited dynamic psychotherapy*(pp. 65-109). New York: Basic Books.
- Seitz, P. F. (1966). The consensus problem in psychoanalytic research. In L. Gottschalk & A. H. Auerbach (Eds.), *Methods of research and psychotherapy*(pp. 209-225). New York: Appleton-Century-Crofts.
- Schafer, E. (1965). Configurational analysis of children's reports of parental behavior. *Journal of Consulting Psychology, 29*, 552-557.
- Silberschatz, G., Fretter, P., & Curtis, J. (1986). How do interpretations influence the process of psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*(5), 646-652.
- Singer, J. L., & Salovey, P. (1991). Organized knowledge structures and personality. In M. J. Horowitz (Ed.), *Person schemas and maladaptive interpersonal patterns*(pp. 33-79). Chicago: University of Chicago Press.
- Sperry, L., Gudeman, J. E., Blackwell, B., & Faulkner, L. R. (1992). *Psychiatric case formulations*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton.
- Watson, J. C., & Greenberg, L. S. (1995). The alliance in experiential therapy: Enacting the relationship conditions. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice*. New York: Wiley-Interscience.
- Weiss, J., Sampson, H., & the Mount Zion Psychotherapy Research Group. (1986). *The psychoanalytic process: Theory, clinical observations and empirical research*. New York: Guilford Press.

원고접수일 : 2006. 4. 2

수정원고접수일 : 2006. 4. 26

게재결정일 : 2006. 5. 2

## Overview of psychotherapy case formulation method

Soo-Hyun Kim

Chungbuk National University

Psychotherapy case formulation is a kind of assessment or hypothesis that is helpful for accurate understanding of clients and adequate treatment plans in early phase of counseling process. Currently, core conflictual relationship theme method and plan formulation method are being introduced but other methods are still not well known in Korea. In addition to several psychodynamic case formulation methods, this study attempts to briefly overview characteristics and differences in formulation methods as well as formulation steps suggested by other approaches. Case formulation methods introduced in this study were configurational analysis, interpersonal case formulation which uses structural analysis of social behavior, cognitive-behavioral and behavioral approaches and process-experiential therapy based on phenomenological theory.

*Key words : case formulation, core conflictual relationship theme method, plan formulation method*