

불안장애에 대한 노출치료 : 비판적 분석, 작용기제 및 개선방안

조 용 래

조선대학교 의과대학 신경정신과학교실

노출치료는 실험실 연구와 학습이론에 입각하여 개발된 대표적인 행동치료이며, 불안장애에 대해 특효가 있는 치료로 알려져 있다. 본 고에서는 불안장애에 대한 노출치료의 제한점을 개선하고 그 치료효과를 증진시키기 위한 방안들을 다각적으로 모색하고 제언하고자 하였다. 우선 노출치료의 발견과정을 역사적 관점에서 고찰해 보았다. 다음에는, 노출치료의 효과에 대한 경험적 연구결과들을 각 불안장애별로 개관한 후 내담자의 비수용적인 태도, 증상의 재발 및 제한된 치료효과 등 노출치료의 몇가지 제한점들을 제기하였으며, 노출치료와 인지치료를 결합한 기존 치료들의 실상을 요약하였다. 그런 다음, 노출치료가 어떤 과정을 거쳐서 효능을 보이는지를 설명하는 이론들을 소거나 습관화와 같은 초기의 학습이론들과, 정서적 처리, 자기효능감 및 예언적 정확성 등 인지적 요인을 강조하는 보다 최근의 인지행동적 이론들로 구분하여 논의하였다. 앞서 논의한 내용들을 토대로, 치료순응의 증진 및 재발방지를 위한 대책, 그리고 효능증진방안으로서 노출치료 절차를 개선하는 방안과 노출치료에다 보다 세련된 인지적 전략들을 효과적으로 추가하는 방안 등을 제언하였다. 끝으로, 앞으로의 연구를 위한 쟁점들을 제기하였다.

주요어: 노출치료, 불안장애, 행동치료, 인지치료, 학습이론, 인지행동적 이론

행동치료가 심리치료 영역에 본격적으로 등장한 지 약 40여년의 세월이 경과하였다. 그동안 행동치료는 때로 침체기와 퇴보기도 있었지만 심리학

및 관련 분야에서 오늘날 매우 유력한 치료적 접근으로 성장하였다. 특히, 불안장애, 우울증, 섭식장애, 알코올의존 및 행동의학 분야에서의 많은

응용 등 다양한 영역들에서 괄목할만한 성과를 보여주었다(Agras, 1997).

행동치료에 속하는 여러 치료법들 중 노출치료(exposure therapy) 만큼 초창기부터 지금까지 많은 임상가와 연구자들로부터 지속적으로 주목을 받고 있는 치료도 드물 것이다. 또한 이 치료는 실험실 연구와 학습이론에 입각하여 개발된 대표적인 행동치료이며(Agras, 1987), 불안장애를 비롯하여 여러 심리장애들에 대해 특효가 있는 치료로 알려져 있다(예, Barlow, 1988; Craske & Rowe, 1997; Wilson, 1997 등). 이러한 추세에 부응하여, 국내에서도 1990년대 들어 노출치료를 단독으로 또는 인지치료(cognitive therapy)와 함께 결합해서 불안장애의 치료에 적용한 연구들이 계속 증가하고 있다(김영신, 임기영, 1995; 김은정, 1999; 박기환, 안창일, 2001; 박기환, 이범용, 권정혜, 1994; 손정아, 1999; 윤화영, 정승희, 최승미, 신민섭, 김중술, 권준수, 1999; 이정운, 최정훈, 1996; 정미순, 이봉건, 1997; 조용래, 인쇄중, 조용래, 김학렬, 1999; 조용래, 원호택, 표경식, 2000; 채정호, 안희원, 이정준, 박원명, 전태연, 김광수, 1999; 최영희, 이정흙, 1998; 최영희, 이정흙, 허시영, 1999; Choi & Lee, 1998).

그러나, 불안장애에 대한 노출치료를 소개한 문헌들을 살펴보면, 대부분 불안장애의 각 유형에 따라 별도의 장으로 나누어 노출치료를 소개하고 있을 뿐(예, Barlow, 1988; Bellack & Hersen, 1990), 이 치료를 종합적으로 고찰한 문헌은 소수에 불과한 것으로 보인다(Craske & Rowe, 1997). 최근에 발표된 Craske와 Rowe의 개관 논문의 경우, 공포증에 대한 행동치료와 인지치료를 이론적 기초, 치료방법, 작용기제 및 치료효능이라는 측면에서 다각적으로 비교하였다는 점과, 치료연구에 대한 방법론적 쟁점들과 미래 연구의 방향을 제시했다는 점에서 의의가 있다. 하지만, 행동치료, 특히 노출치료의 제한점들을 개선하고 치료효능을 증진시키기

위한 방안들을 다루지는 않았다. 많은 경험적 연구들이 불안장애에 대한 노출치료의 효과를 일관되게 입증한 반면, 내담자들의 비수용적인 태도 등 몇가지 제한점들을 보고하고 있는 것 또한 사실이다(예, Barlow, 1988, Butler, 1985; Mattick & Peters, 1988 등).

본 고에서는 국내외 연구와 문헌들을 개관함으로써 불안장애에 대한 노출치료의 여러 제한점들을 개선하고 그 치료효과를 증진시키기 위한 방안들을 다각적으로 살펴보고자 한다. 이러한 개선방안들을 탐색하기 위하여, 우선 노출치료의 발견에 체계적 둔감화(systematic desensitization)의 치료 성과 및 과정에 관한 집중적인 연구들이 크게 기여했다는 점을 역사적 관점에서 고찰할 것이다. 이러한 고찰은 본 고에서 노출치료에 대한 다양한 개선방안들을 탐색하는데 있어 치료의 작용기제를 밝히려는 노력의 중요성을 포함한 몇가지 시사점을 제공할 것으로 생각한다. 그런 다음, 노출치료의 효과에 대한 경험적 연구결과들을 비판적으로 분석함으로써, 노출치료 자체의 제한점들을 각 불안장애 유형별로 지적하고, 노출치료와 인지치료를 결합한 기존의 방법들이 지금까지 어떤 성과를 가져왔고 어떤 문제점들이 있는 지를 요약할 것이다. 그 다음에는, 이러한 제한점과 문제점들을 개선하기 위한 기초 작업으로서 노출치료의 작용기제를 설명하는 여러 이론들을 살펴볼 것이다. 그리하여, 앞서 논의한 내용들을 토대로, 노출치료에 대한 순응을 증진하기 위한 방안들과 일반적인 재발방지대책들을 탐색해 보고, 노출치료의 효능을 증진시키기 위한 방법들로 노출치료 절차를 개선하는 방안 및 노출치료를 보다 세련된 인지치료와 효과적으로 결합하는 방안들을 제안할 것이다.

노출치료의 발견과정

오늘날 불안장애의 행동치료에서 기본 절차로 간주되고 있는 불안유발상황에 대한 노출은 이미 오랜 전부터 적용되어 왔던 것으로 보인다. 그 증거로, 18세기 후반 시인 Johann Wolfgang Goethe의 자서전적 작품, 1911년 Oppenheim이 쓴 텍스트북, 그리고 1947년 Freud의 저서 등에서 노출의 치료 효과에 관한 기록이 발견되었다(Margraf, 1990). 그렇지만, 노출치료가 불안장애에 특효가 있는 치료법으로서 체계적으로 개발되고 실험적으로 검증된 것은 1960년대 후반의 일이다. 이 치료는 두 가지 점에서 체계적 둔감화에 힘입은 바가 큰 것으로 생각된다(Agras, 1987, 1997; Mavissakalian & Barlow, 1981). 한가지는 체계적 둔감화를 구성하는 치료요소 중 어떤 요소가 특효가 있는가 또는 이 치료는 어떤 기제가 작용해서 치료효과를 가져오는가 하는 연구문제와 관련되며, 다른 한가지는 체계적 둔감화가 광장공포증이나 강박장애의 치료에 제한된 효과를 보였다는 연구결과와 관련되어 있다.

체계적 둔감화는 현대 행동치료에서 하나의 효시로 간주될 만큼 그 역사적 의의가 깊다고 하겠다(Agras, 1987; Franks & Barbrack, 1983; Levis, 1999; Rimm & Masters, 1979). 특히 체계적 둔감화의 치료 성과 및 과정에 관한 연구들은 Wolpe가 치료 프로그램을 처음 개발할 당시인 1958년부터 그 이후 수년에 걸쳐 전례가 없을 정도로 주의 깊게 수행되었다. 그 결과, 원래부터 가정되었던 상호억제 과정으로서의 체계적 둔감화에 대한 개념화는 지지되지 않는 것으로 밝혀졌다(Agras, 1987, 1997; Kazdin & Wilcoxon, 1976). 체계적인 둔감화에 대한 다른 대안적인 해석들에는 역조건형성(counterconditioning), 소거(extinction), 습관화(habituation), 대처(coping) 또는 자기통제(self-control) 기법, 그리고 인지적 재구성(cognitive restructuring) 등 많이 있다

(Barlow, 1988; Kazdin & Wilcoxon, 1976; Rimm & Masters, 1979). 그 중에 상당한 주목을 받았던 대안적 해석은 소거(extinction)에 기반을 둔 것이었다. 이 입장은 혐오적 결과와 관련되지 않거나 또는 이런 결과가 뒤따르지 않는 조건정서자극이 제시됨으로써 불안이 감소된다는 Pavlov식 조건형성이론에 기초하고 있다(Wilson, 1997). 1970년대 중반까지만 하더라도, 공포유발자극에 대한 노출이 효과적이라는 연구 결과들은 이런 소거이론을 지지하는 것으로 해석되었다. 노출치료의 작용기제에 관해서는 뒤에서 더 자세히 논의하고 있다. 이러한 사실들로 보아, 1950년대 후반 행동치료가 본격적으로 출현했을 때부터 내담자들을 그들의 (상상적인) 공포상황에 체계적으로 노출시키는 방법들은 공포증 등 불안장애에 대한 행동치료에서 중추적 역할을 담당해 왔던 것으로 보인다(Leitenberg, 1976; Mavissakalian & Barlow, 1981).

한편, 1960년대만 해도 광장공포증이나 공황을 효과적으로 치료하는 것으로 입증된 방법은 없었다(Barlow, 1988). 이 무렵 Klein이 imipramine이라는 약물로 연구를 시작했는데, 단지 예비적인 결과만 얻었을 따름이었다. 거의 비슷한 시기에, 선구적인 행동주의자들이 광장공포증을 치료하기 위해 가능한 행동치료 접근들을 실험적으로 시도하였다. 예를 들면, Meyer와 Gelder(1963)는 광장공포증 내담자들로 하여금 집이나 클리닉 밖으로 나와 길을 걸도록 격려하는 방법을 시도해 보았다. 이 내담자들에게는 집 또는 클리닉 밖으로 나가는 일이 아주 두렵고 어려운 과제였다. 그렇지만, Meyer와 Gelder는 그들에게 어떤 불안이든 경험하는 것을 피하라는 주의와, 이런 경험을 하게 되면 집 또는 클리닉으로 되돌아가라는 지시를 주었다. 이런 방법으로 소수의 내담자들이 아주 제한된 호전을 매우 느리게 보였다(Mathews, Gelder, & Johnston, 1981).

이 치료절차는 당시 탁월한 행동치료였던 체계적 둔감화에 밀려 곧바로 포기되었다. 그 당시 체계적 둔감화는 전통적인 심리치료에 비해 특정 및 혼재공포증에 효과적이었고, 적어도 몇 명의 광장공포증 내담자들에게도 효과적이었다는 보고가 나오기 시작했다. 그러나, 심각한 광장공포증에 국한된 연구들의 경우 체계적 둔감화는 전통적인 심리치료보다 더 나은 효과를 보이지 않았으며, 전반적인 호전 정도는 두 치료집단 모두에서 작았다. 이처럼 체계적 둔감화가 광장공포증에 특별히 효과적이지는 않다는 결과들이 계속 보고됨에 따라, Agras, Leitenberg 및 Barlow(1968)는 현실적인 공포 상황에 내담자들 스스로 직면하게 하는 노출치료를 실험적으로 시도하였으며, 그 결과 노출치료의 극적인 효과를 입증하게 되었다.

이러한 양상은 비슷한 시기에 강박장애에서도 나타났다. 1960년대 중반까지만 해도 강박장애는 일종의 난치성 심리장애로 간주되었다. 그 무렵, 체계적 둔감화로 치료받은 10명의 강박장애 내담자들 중 단 3명만이 호전되었다는 결과가 보고되었다(Cooper, Gelder, & Marks, 1965). 그러던 중 이듬해에 발표된 Meyer(1966)의 연구보고서는 강박장애의 치료에 대한 관점을 극적으로 바꾸어놓았다. Meyer에 의해 최초로 적용된 강박단서에 대한 연장된 노출과 강박의례에 대한 엄격한 방지를 포함한 치료법은 2명의 내담자를 성공적으로 호전시켰으며¹⁾, 오늘날 노출과 반응방지법(exposure and response prevention)으로 알려진 이 치료는 강박장애에 널리 적용되고 있다.

1960년대 후반 이후, 10년 넘게 유사(analogue)

- 1) 강박장애의 치료에는 불안유발단서에 대한 노출 뿐만 아니라 강박행동을 못하게 하는 반응방지법도 함께 적용하는 것이 매우 효과적인 것으로 알려져 있다. 치료효과에 대한 비판적 분석에서 노출과 반응방지법을 분리하여 적용한 연구결과를 소개하고 있다.

및 임상 내담자들을 대상으로 집중적인 실험연구들을 한 결과, 불안장애를 성공적으로 치료했던 모든 심리치료들에서 결정적인 절차는 특정 공포 상황에 대한 노출이라는 사실이 분명해졌다(Agras, 1987; Leitenberg, 1976). 뿐만 아니라, 노출은 공포와 불안감소에 가장 중요한 요소이며 필요조건일 가능성이 있다는 주장(Eysenck, 1987)이 나올 정도로까지 발전하게 되었다.

불안장애에 대한 노출치료의 효과: 비판적 분석

불안장애에 대한 노출치료의 효과를 다룬 국내외 연구들과 문헌을 개관하기에 앞서, 각 연구결과에 대한 이해를 돕기 위하여 노출치료의 절차들을 간단하게 소개하겠다. 그런 다음, 기존의 경험적 연구결과들을 비판적으로 분석함으로써, 노출치료 자체의 제한점들을 불안장애 유형별로 지적하고, 노출치료와 인지치료를 결합한 기존의 치료적 시도들이 지금까지 어떤 성과를 가져왔고 어떤 문제점들이 있는 지를 간략하게 살펴보고자 한다.

노출치료의 절차 요약

노출치료는 공포가 감소할 때까지 공포유발 자극에 대해 체계적이고 반복적으로 직면하도록 하는 것이 주요 특징이다(Barlow, 1988). 이를 치료과정에서 실시하는 방식에는 여러 가지 변형이 있다(Craske & Rowe, 1997). 구체적으로 예를 들면, ① 상상적 대 실재(*in vivo*) 노출과 가장 최근에 나온 가상 현실(virtual reality)에 대한 노출, ② 등급화된(가장 덜 공포스런 자극에서부터 가장 공포스런 자극으로 점진적으로 진행함) 노출 대 강렬한 노출(때로 대량자극법 flooding therapy이라 불리는데,

표 1. 불안장애의 각 종류별로 적합한 대표적인 노출치료 유형

불안장애 종류	노출치료 유형
광장공포증	실제 노출
공황장애	체내감각에 대한 노출과 상황적 노출
사회공포증	집단상황에서의 모의노출 및 실제 노출을 위한 숙제
특정공포증	실제 노출
강박장애	실제 노출과 반응방지
외상후 스트레스 장애	상상노출 (가능하면 실제 노출 병행)

긴 시간 동안 가장 강렬한 공포자극에 노출시키는 것), ③ 집중적(massed; 예컨대, 여러 주 동안 매일 한번씩) 노출 대 간격을 둔(spaced; 예컨대, 여러 달 동안 매주 한번씩) 노출, ④ 치료자 또는 다른 사람의 도움을 받는(더 많은 노출을 촉진시키기 위하여 처음의 안전신호(safety signal)로서 기여할 수 있는 사람을 선정하며, 내담자의 독립심을 촉진시키기 위하여 그 사람과 함께 있는 것을 점차로 없애나감) 노출 대 자기 주도적인(아마도 매뉴얼의 도움을 받아 실시되는) 노출, 그리고 ⑤ 공포가 줄어들 때까지 각 노출시행을 계속하는 경우 대 불안이 최고조에 달한 순간 노출 시행을 중단했다가 불안이 줄어든 후에 다시 노출을 시도하는 경우 등이 있다.

지금까지 보고된 많은 연구들에서 효과적인 것으로 밝혀진 대표적인 노출치료 절차들을 각 불안장애 유형별로 정리하면 표 1과 같다.

노출치료 자체의 제한점

노출치료는 다양한 불안장애들, 특히 광장공포증, 공황장애, 사회공포증, 특정공포증, 강박장애 및 외상후 스트레스 장애 등을 완화시키는데 있어 효과적인 치료로 알려져 있다. 지금부터는 각 유

형의 불안장애에 대한 노출치료의 효과를 다룬 선행 연구들을 개관함으로써 노출치료 자체의 제한점들을 살펴볼 것이다.

광장공포증

노출치료가 광장공포증 등 공포장애의 치료에 성공적이라는 사실은 일관되게 밝혀지고 있다. 이와 관련하여, Craske와 Rowe(1997)는 비교적 최근에 보고된 행동치료, 인지치료 및 인지행동치료의 효과들을 개관한 후, 앞으로 인지치료와 관련된 더 많은 연구 결과들이 나오기까지는 노출치료가 광장공포증을 위해 추천되는 표준적인 치료라고 결론을 내렸다.

다른 한편으로, 광장공포증에 대한 노출치료에는 몇 가지 제한점들이 발견된다. 광장공포증의 치료에서 아주 흔히 간과되는 주요한 문제는 중도 탈락률(dropout rate)이다. 다시 말해, 내담자들이 노출치료를 수용하는 태도가 부족해 보인다는 점이다. 실제로, 노출에 입각한 치료를 받던 도중 탈락한 비율의 중앙값이 12%라는 연구(Jansson & Öst, 1982)와, 20~25%에 이르는 내담자들이 치료를 거부하거나 조기에 종결하였다는 보고가 있다(Barlow, 1988).

이 문제 외에도, Barlow(1988)는 증상의 재발 및

임상적으로 제한된 호전 등을 노출치료의 제한점으로 들고 있다. 치료효과가 장기간 유지되지 못하고 증상이 재발될 수 있다는 점은 행동치료의 일반적인 제한점으로 오래 전부터 지적되어왔던 문제(Forsyth, 1997; Lazarus, 1981)이다. 증상 재발문제의 경우, 광장공포증에서는 증상 재발률이 높았다는 Barlow(1988)의 입장과 치료효과가 비교적 장기적으로 유지되었다는 Margraf(1990)의 견해가 상반된다. 이러한 입장 차이는 각자 개관한 연구들이 달랐다는 점에 기인하는 것 같다. Barlow(1988)가 개관한 세 연구들은 광장공포증에 대한 노출치료가 개발된 후 비교적 초창기(1970년부터 1980년까지)에 수행된 연구들이었으며, Margraf(1990)가 검토한 연구들은 대부분 그 이후인 1980년대에 이루어진 연구들이었다.

그리고 노출치료의 성공률을 확인해 본 결과, 대략 60~80%로 밝혀졌다(Jansson & Öst, 1982; Margraf, 1990). 광장공포증 내담자들을 대상으로 등급화된 노출치료 하나만을 실시한 결과, 치료종결시의 기능(end-state functioning)에서 높은 수준으로 분류된 사람은 불과 25%에 불과했다는 연구(Marchione, Michelson, Greenwald, & Dancu, 1987)도 있다. 이는 치료를 마친 모든 광장공포증 내담자들 중 적어도 20~40%(심할 경우 75%)의 내담자들이 치료되지 않았다는 의미이다. 따라서 광장공포증에 대한 노출치료의 효과를 더 증진시킬 수 있는 방법을 찾기 위해서는 치료 효과를 보이지 않았던 내담자들을 대상으로 집중적인 면담을 함으로써 그 이유를 구체적으로 확인할 필요가 있다.

공황장애

공황을 호소하는 내담자들을 대상으로 노출치료를 실시한 결과, 이 치료는 공황을 효과적으로 감소시키는 것으로 알려져 있다. 그러나, 공황-공황장애 뿐 아니라 광장공포증 내담자들이 호소하

는 공황증상까지 포함해서 -에 대한 노출치료의 효과를 보고한 연구들을 살펴보면, 치료 종결 후 자발적인 공황을 호소하지 않은 내담자는 대략 30~64%에 그친다(Barlow, 1988). 치료에 반응을 보이지 않았던 내담자들(66%) 중 상당수(60%)가 공황에 대한 평정에서 실제로 악화되었다고 보고한 경우도 있다(Barlow, O'Brien, & Last, 1984). 비교적 최근에 이루어진 한 연구(Margraf & Schneier, 1991)에 의하면, 체내감각 및 상황적 노출(interoceptive and situational exposure)로 이루어진 노출치료 집단은 대기자 통제집단에 비해 유의한 호전을 보였으며, 인지행동치료 집단과 비교할 경우 대부분의 종속측정치들에서 유의한 차이를 보이지 않을 정도로 호전을 나타냈다. 그렇지만, 치료에 끝까지 참가한 내담자들 뿐 아니라 중도에 탈락한 내담자들도 모두 포함한 후 공황을 면한 사람들의 비율을 비교한 결과, 노출치료는 인지행동치료에 비해 열등한 것으로 밝혀졌다.

사회공포증

광장공포증이나 공황장애에서와 마찬가지로, 노출치료가 사회공포증의 치료에서도 긍정적인 효과를 보이는 것은 분명하다. 노출치료에 대한 여러 연구들은 이 치료가 기저선 수준 또는 다양한 통제집단들에 비해 사회공포증 및 관련 기능장애허을 유의하게 감소시켰음을 보고하였다(이정운, 최정훈, 1996; 조용래 등, 2000; Heimberg & Juster, 1995). 그렇지만, 노출치료에 대한 사회공포증 내담자들의 반응은, 광장공포증의 노출치료에서 흔히 그랬던 것(Barlow, 1988)처럼, 완전하지는 않아 보인다. 사회공포증을 치료하기 위해 노출치료만 유일하게 실시할 경우, 치료효과가 바라는 만큼 장기적으로 유지되지 않을 수 있다. 예를 들면, 치료를 종결하고 각각 3개월(Marrick, Peters, & Clarke, 1989)과 9개월(Alström, Nordlund, Persson,

Harding, & Ljungqvist, 1984)이 지난 후에 사회공포증이 오히려 악화되었다는 보고들과, 종결 후 3개월이 지난 뒤에 측정한 결과 추가로 치료를 요구할 가능성이 47%였다는 연구(Mattick & Peters, 1988)가 있다. 이에 더해, 치료 종결 후 6개월 동안에 추가적인 치료를 실제로 찾은 빈도가 40%였다는 보고도 있다(Butler, Cullington, Munby, Amies, & Gelder, 1984).

다음으로, 광장공포증의 치료에서 내담자들이 노출치료를 수용하는 데에 문제가 있다는 지적은 광장공포증 내담자들에게만 국한된 것은 아니다. 인지요인(예, 타인의 부정적 평가에 대한 공포)이 다른 불안장애에 비해 사회공포증의 발생과 유지에 더 중심적이라는 주장(Butler, 1985; Emmelkamp, 1982)과 관련하여, 치료에 인지적 요소가 포함되지 않을 경우 사회공포증 내담자들이 그 치료에 대해 저항을 보일 가능성이 있다(Butler, 1985). 실제로, 노출치료집단에 속한 31%(조용래 등, 2000)와 37.5%(이정운, 최정훈, 1996)의 내담자들이 치료 도중에 탈락한 것으로 보고되었다. 이런 중도탈락률은 앞서 소개한 동일한 연구들에서 다른 유형의 치료집단과 유의한 차이를 보이지 않았기 때문에 결과해석에 어려움이 있지만, 집단상황에서 모의 노출(simulated exposure) 훈련에 참가한 사회공포증 내담자들이 치료 중반무렵부터 노출치료를 단조롭게 여기고 지루하다는 의사를 표명하였다는 점과도 일부 관련이 있을 것으로 추측된다. 이런 해석이 맞다면, 노출치료에 대한 내담자들의 비수용적인 태도를 줄이기 위해서는 앞의 두 연구에서 적용된 것처럼 각 내담자별로 노출훈련을 단계적으로 시키는 절차(Barlow & Waddell, 1985) 외에 또다른 추가조치를 취할 필요가 있다고 하겠다.

강박장애

Meyer(1966)가 노출과 반응방지법의 치료효과를

선구적으로 보고한 이래, 많은 연구들은 이 치료를 끝까지 받은 내담자들의 강박장애가 호전되었으며, 추수평가에서도 그 치료효과가 지속된 것으로 보고하였다(Foa, Franklin, & Kozak, 1998). 약 20년간 수행된 18개의 통제된 연구들을 개관한 결과, 내담자의 51%는 매우 호전되었고, 39%는 중등도로 호전되었으며, 나머지 10%는 호전을 보이지 않았던 것으로 밝혀졌다(Foa, Steketee, & Ozarow, 1985). 그 반면에, 내담자들의 약 20~30%가 치료에 저항적이었으며, 중도탈락률은 평균 20%가량 되었다는 보고가 있다(Marks, 1981; Rachman & Hodgson, 1980; Rasmussen & Eisen, 1990). 게다가, 강박사고만 호소하고 의례적 행동을 보이지 않는 환자들에게 노출 등의 행동치료만을 적용할 경우 그 결과가 성공적이지 못했다(Marks, 1981). 이와 관련하여, Beck과 Bourg(1992)는 평균 치료거부자와 중도탈락률(18%), 그리고 평균 증상재발자와 실패율을 고려할 때 노출과 반응방지법의 전반적인 장기적 치료 효과율은 50%로 추정된다는 견해를 밝힌 바 있다.

강박장애에 대한 노출치료의 효능을 검토한 대부분의 연구들은 노출치료 외에 반응방지법도 또한 포함하고 있는데, 이로 인해 각 치료절차의 효과들이 혼입되었다는 문제점이 있다. 이러한 효과들을 분리시키기 위하여, Foa, Steketee, Grayson, Turner 및 Latimer(1984)는 청결행동을 보이는 강박장애 내담자들을 노출치료 단독, 반응방지법 단독, 그리고 이 두 치료를 조합한 집단에 무선할당하였다. 그 결과, 치료종결 및 추수평가지 각 집단에서 증상완화가 관찰되기는 했으나, 조합집단이 각 단독집단에 비해 더 우수한 치료효과를 보였다. 주목할만한 점은 노출치료 단독집단은 반응방지법 단독집단에 비해 오염자극 직면시 불안수준이 더 낮았던 반면, 강박의례를 하고자 하는 충동은 정반대의 결과를 보여 차별적인 양상을 나타냈다는 것이다. 이 결과들은 노출과 반응방지법이 동시에

실시되어야 하며, 이 두가지 치료요소를 포함하지 않는 치료는 저조한 성과를 보일 것이라는 점을 시사한다.

외상후 스트레스장애

전쟁과 관련된 외상후 스트레스장애를 겪고 있는 내담자들을 대상으로 상상적인 노출치료를 시행한 세 연구들은 노출치료의 효과를 대체로 입증하였다(Boudewyns & Hyer, 1990; Cooper & Clum, 1989; Keane et al., 1989). 그러나, 각 연구들마다 상상적 노출치료의 제한점이 발견되고 있다. Keane 등의 연구에서는 외상후 스트레스장애의 증상에 속하는 정서적 무감각과 사회적 회피가 호전되지 않았으며, Cooper와 Clum의 연구에서는 우울과 특질불안 수준 및 행동회피검사시 측정된 심장박동 반응에 뚜렷한 효과를 보이지 않았다. 뿐만 아니라, Boudewyns와 Hyer의 연구결과는 외상관련 단서에 생리적 반응을 보이지 않았던 외상후 스트레스장애 내담자들에게 노출치료가 효과적이지 않았음을 시사하였다.

그렇지만, 강간피해자들을 대상으로 상상적 노출에다 실제 노출연습을 추가한 행동치료는 정서적 무감각과 사회적 회피를 포함한 외상후 스트레스장애 증상들을 성공적으로 완화시켰으며, 3.5개월의 추수평가에서도 그 효과가 지속되었던 것으로 밝혀졌다(Foa et al., 1991).

이상과 같이 다양한 불안장애에 대한 노출치료의 효과를 검증한 경험적 연구들을 살펴본 결과, 각 유형별로 약간의 차이가 있기는 하나, 대체로 몇가지 공통된 제한점들이 발견된다. 즉 내담자의 비수용적 태도와 무시하기 힘든 정도의 증도탈락을, 증상의 재발 및 제한된 치료효과 등이 앞으로 개선되어야 할 노출치료의 제한점들이라 하겠다.

노출치료와 인지치료를 결합한 기존 치료의 실상

노출치료에다 다른 형태의 치료기법을 추가하여 노출치료의 효능을 증진시키고자 한 시도들은 대체로 1980년대 이후부터 계속되어오고 있다. 이처럼 추가적으로 적용된 치료기법들에는 인지치료를 비롯하여, 이완훈련(relaxation training), 응용이완훈련(applied relaxation training), 역설적 의도(paradoxical intention), 사회기술훈련(social skill training), 불안관리훈련(anxiety management training), 그리고 약물치료(medication) 등이 있다(Barlow, 1988; Craske & Rowe, 1997; Foa et al., 1998; Heimberg, 1990; Heimberg & Juster, 1995; Margraf, 1990).

여기서는 통합적 치료의 필요성 및 인지치료와의 결합의 근거라는 부분에서 제시하는 여러 가지 이유들을 고려하여, 인지치료에 국한시켜 논의해 나가도록 하겠다. 많은 선행 연구들은 노출치료에다 인지치료를 추가하게 되면 그 치료효능이 증진되는 지를 밝히고자 하였는데, 이러한 인지치료들에는 합리적-정서적 행동치료(rational-emotive behavior therapy), 자기지시 훈련(self-instructional training), 체계적인 합리적 재구성(systematic rational restructuring), 그리고 Beck식의 인지치료 등이 속한다.

이러한 인지치료는 일반적으로 불안장애에 대한 노출치료의 효과를 증진시키는가? 이러한 문제를 다룬 여러 선행 연구들을 개관해 볼 때, 그 대답은 현재로서는 일반적으로 부정적인 것으로 보인다. 각 유형별로 그 결과를 요약하면, 광장공포증을 대상으로 한 대다수의 연구들은 인지치료와 노출치료를 결합한 치료가 노출치료 단독에 비해 거의 또는 아무 추가적인 이득을 가져다주지 못했다(Craske & Rowe, 1997; Margraf, 1990). 그러나, 한 연구에서는 비교적 최근에 개발된 인지치료를 광장공포증을 동반한 공황장애 내담자들에게 실시한

결과 우수한 치료효과를 보였다(Hoffart, 1995). 이에 더해, 광장공포증 내담자들에게 등급화된 노출치료 단독과, 인지치료와 등급화된 노출을 결합한 치료를 실시한 결과, 후자에 속한 내담자들 100%는 치료 종결 시에 높은 기능수준으로 분류된 반면, 전자에 속한 내담자들은 그 비율이 불과 25%에 불과했다는 연구도 있다(Marchione et al., 1987).

특정공포증(Craske & Rowe, 1997) 및 강박장애(Foa et al., 1998)의 경우 인지치료가 노출치료 등의 행동치료의 효과를 증진시켰다는 연구들과 그렇지 못했다는 결과들이 혼재되어 있는 것으로 밝혀졌다. 사회공포증을 대상으로 한 시도들도 역시 많이 있었지만 노출치료와 인지치료를 결합한 인지행동치료는 치료 효과를 분명하게 증진시키지는 못했다(Craske & Rowe, 1997; Heimberg & Juster, 1995). 다시 말해, 인지행동치료가 노출치료에 비해 우수하다는 연구들이 있었던 반면, 별로 차이가 없거나 오히려 열등하다고 보고한 연구들도 있다. 사회공포증을 대상으로 한 선행 연구들을 전부 망라한 후 치료효과에 대한 통합적 분석을 한 결과, 인지행동치료 집단은 순전히 노출치료만 받은 집단과 비교할 때 사회불안과 회피, 인지, 우울 정도 또는 일반적 불안수준에서 유의한 차이를 보이지 않았다(Feske & Chambless, 1995).

지금까지 보고된 결과들이 대체로 부정적인 결과를 보였다 하더라도, 현재로서는 선행 연구들이 안고 있는 방법론적 문제점들로 인해 반드시 그렇다고 결론내릴 수는 없다. 이러한 방법론적인 문제점들에는 인지치료의 여러 형태를 뚜렷하게 구분하지 못했다는 점, 노출치료와 인지치료를 결합할 때 치료회기의 수와 지속기간을 어떻게 하고 어떤 순서로 치료를 실시할 것인가 하는 문제, 그리고 여러 연구들에 걸쳐 표준화된 측정치가 결여되어 있다는 점 등이 있다(Craske & Rowe, 1997; Foa et al., 1998).

노출치료의 작용기제

앞서 살펴본 노출치료의 몇가지 제한점들을 해결하고 그 효과를 증진시키기 위해서는 다양한 방법들이 모색되고 적용될 수 있을 것이다. 그 중 한가지는 노출치료가 어떤 과정을 거쳐서 효능을 보이는지를 과학적으로 견고하게 이해하는 것이다(Wilson, 1997). 체계적 둔감화의 치료성과와 과정에 대한 전례가 없는 주의깊은 연구들을 통해 더 강력한 치료기법이 탄생했다는 사실은 치료의 작용기제를 밝히고자 하는 노력의 중요성을 반영하고 있다.

불안장애를 치료할 때 공포감소 절차들의 필수적 요소는 공포유발상황에 대한 노출과정이라는 점에 많은 연구자와 치료자들이 동의하고 있다. 다양한 심리사회적 치료들간의 주요한 차이는 노출이 배열되는 방식과, 노출을 촉진시키기 위해 실행되는 추가 절차들(예, 강한 암시, 이완, 치료자의 존재, 모델링 등)에 있다(Barlow, 1988). 이렇듯이, 노출은 치료적 작용에 대한 이론이 아니며, 많은 치료들에 포함되어 있는 하나의 공통된 절차를 나타낼 뿐이다. 과거에는 노출을 불안감소에 대한 일종의 설명적 개념으로 다룬 사람들도 있었지만, 이런 비이론적인 입장은 일찍이 반박되어졌다(예, Rosenthal & Bandura, 1978).

노출 동안 왜 불안감소가 일어나는가? 이 질문에 대한 명확한 대답은 지금까지 없는 실정이지만, 대답의 실마리를 제공하는 이론들은 여러 가지가 있다(Barlow, 1988; Craske & Rowe, 1997). 이 이론들은 대개 소거와 습관화라는 두가지 서로 밀접하게 관련된 과정 중 한가지에 기초하고 있다. 여기서 노출치료의 작용기제로 소거나 습관화를 드는 이론들은 공포를 자극(Stimulus, S)과 반응(Response, R) 간의 연합으로 개념화했다는 점에서 초기 학습이론으로, 그리고 인지적 매개를 중요시하는 비교

적 최근에 나온 입장들은 인지행동적 이론으로 구분하고 있다.

초기 학습이론

소거

소거는 강화를 받지 못하는 반응을 반복함으로써 이전에 학습된 반응의 강도가 감소되는 것이다. 이것은 고전적 공포조건형성에 관한 실험실 연구로부터 직접 도출되었다(Barrow, 1988). 소거 이론은 전체 노출시간이 동일할 경우 단일한 긴 시간의 노출이 일련의 짧은 노출에 비해 일반적으로 더 효과적이라는 발견(예, Marshall, 1985)에 의해 지지되었다.

그러나, 무엇이 학습된 것인지가 불분명하다. 이에 더해, 때로 강화를 받지 못한 노출을 반복하더라도 공포가 감소되지 않는다는 보고와, 공포 수준이 지나치게 높을 때 피험자들이 도망가는 “통제된 도피 노출(controlled escape exposure)”이 효과적이라는 발견(예, Rachman, Craske, Tallman, & Solyom, 1986)은 소거 이론과 일치하지 않는다.

Bouton과 그 동료들(Bouton & Swartzentruber, 1991; Bouton, 1993)은 소거 동안에 “학습된 것”에 대한 흥미있는 재개념화를 제안하였다. 조건자극이 갖고 있던 원래의 흥분적 의미(excitatory meaning)는 소거 동안에 제거되지 않았으나, 추가로 억제적 의미(inhibitory meaning)가 학습되었다는 것이다. 이로 인해 조건자극이 갖게 된 이중적 의미는 오직 조건자극의 현재 맥락에 의해서만 해결되는 애매모호성을 산출할 것이다. 예를 들어, 뱀은 숲속에 있을 때는 위험을, 그리고 클리닉에 있을 때는 위험하지 않다는 것을 의미한다. 이러한 개념적 발전은 소거의 맥락 의존성을 시사하며, 앞으로 사람을 대상으로 한 경험적 연구들이 요구되고 있지만 일단 광범위한 동물 실험에 의해 지

지를 받았다. 그러한 맥락변인들에는 치료자의 존재나 노출의 위치와 같은 환경적 자극, 체내 감각과 기분상태, 약물상태, 그리고 시간 등이 포함된다. 따라서 Bouton과 그 동료들은 성공적인 공포 감소에 뒤이어 공포 수준이 부분적으로 증가하는 “공포의 복귀(return of fear)” 현상을 단순히 소거로부터 자발적으로 회복된 것으로 보지 않고, 그 대신에 공포학습의 맥락적 인출을 나타낸다고 가정한다. 이들의 이론은 공포장애의 치료시 공포가 학습되었던 충분히 다양한 맥락들에 대해 긴 시간 노출해야만 효과가 있다는 점을 시사한다. 이와 관련하여, 공포가 원래 획득되었던 맥락에서의 노출과 광범위하게 다양한 실제 자연환경에 대한 노출이 매우 중요함을 알 수 있다.

습관화

Lader와 Wing(1966)은 노출치료를 통한 공포감소에 습관화 기제를 처음으로 적용하였다. “습관화”라는 용어는 반복적인 자극제시로 인해 반응강도가 단지 감소되는 것을 말한다. 기저 과정에 대한 이론들은 Groves와 Thompson(1970)의 이중과정 이론을 포함하고 있다. 관찰된 행동은 습관화와 민감화또는 반복된 자극제시에 따른 반응의 증가의 합을 반영한다는 것이다. 습관화는 S-R 경로에 위치하는 반면, 민감화는 유기체의 상태 또는 일반적인 반응성과 관계된다. 이후, Wagner(1976)는 습관화에 대한 정보처리모델을 제안하였다. 그러나, Wagner의 이론은 경험적으로 지지를 받지 못하였고 은유로 간주된 대신에, 경험적 증거는 습관화가 S-R 경로들에 위치한다는 견해를 지지한 것으로 해석되었다(Mackintosh, 1987).

노출치료에서 습관화의 역할을 지지하는 증거들에는 노출 동안에 더 많은 생리적 습관화를 보인 특정 공포증 내담자들이 습관화를 보이지 않은 사람들에 비해 더 좋은 치료성적을 보였다는 발견

이 있다(Lang, Melamed, & Hart, 1970; Marshall, 1988). 또한, 많은 수의 독립변인들이 노출 동안에 동일한 방식으로 습관화와 공포 감소를 가져온다. 그런 변인들에는 진정제, 각성수준, 자극제시 비율, 자극의 약소화, 제시의 규칙성, 그리고 자극의 복잡성 등이 포함된다(Rachman, 1990).

그렇지만, 이러한 설명에는 많은 제한점이 있다. 먼저, 자극이 반복적으로 제시되어도 어떤 공포들은 지속된다는 점과 습관화가 강렬한 자극에 의해 방해받을 땐에도 불구하고 대량자극법이 효능을 보인다는 사실(Rachman, 1990), 그리고 노출동안에 자극과 맥락을 다양하게 변화시킨 조건 및 노출시행의 간격을 점차로 늘여나간 조건에서는 생리적 습관화가 일어나지 않았으나 공포가 감소되었다는 결과(Lang & Craske, 2000)는 습관화 이론과 맞지 않는다. 또한, 습관화는 일반적으로 자극 노출이 없다면 일정한 간격 후에 자연스럽게 탈습관화하게 되는 일시적 과정으로 간주되는데, 이러한 탈습관화는 노출의 장기적 효과들과 대조된다(Craske & Rowe, 1997). 아울러, 공포의 복귀 현상과, 공포 감소시의 언어적 보고와 생리적 반응간의 비동시성 또는 약한 상관관계를 잘 설명하지 못한다(Barlow, 1988; Rachman, 1990). 게다가, 앞서 보았듯이, 공포감소는 맥락 특정적이었던 반면, 습관화는 그렇지 않았다(Marks & Tobena, 1990).

인지행동적 이론

S-R 조건형성이론이 경험적 및 이론적 어려움에 봉착함에 따라서, 노출치료에 대한 지지자들은 S-R 패러다임의 붕괴에 대해 두가지 방식으로 반응하였다(Foa & McNally, 1996). 어떤 사람들은 변화기제에 대한 설명을 삼가한 채 치료의 모수치를 실용적으로 확인하는데 집중하였으며(예, Marks, 1987), 다른 사람들은 동물 및 사람을 대상으로 한

실험심리학적 연구들에서 이미 인정을 받고 있었던 정보처리 접근을 채택하는 쪽으로 방향을 선회했다. Lang(1977, 1979)이 공식화한 병적인 공포에 대한 생물정보적 모형(bioinformational model)은 후자의 예에 속한다.

노출치료의 작용기제로 인지적 요인을 강조한 입장에는 정서적 처리(emotional processing), 자기효능감(self-efficacy), 그리고 예언적 정확성(predictive accuracy)으로 각각 개념화한 인지행동적 이론들이 있다. 이 이론들을 차례대로 살펴보기에 앞서, 정서적 처리이론의 기초가 된 생물정보적 이론부터 소개하겠다.

생물정보적 이론

Lang(1977, 1979)은 기억의 연결망식 구조와 활성화 확산 이론에 근거하여 병적인 공포에 대한 생물정보적 이론을 공식화하였다. Lang(1977, 1979)에 따르면, 공포는 (1) 공포 자극에 관한 정보, (2) 언어적, 생리적 및 운동 반응에 관한 정보, 그리고 (3) 그것들의 의미에 대한 해석적 정보로 이루어진 하나의 구조로서 기억 내에 표상되어 있다. 이러한 “공포구조”는 위협으로부터의 도피를 위한 프로그램을 구성하고 있다. 만약 공포구조가 위협으로부터의 도피를 위한 프로그램이라면, 그것은 도피를 위한 생리적인 동원에 관한 정보 외에도, 자극, 반응, 혹은 이 양자 모두가 위협하다는 정보를 포함해야 한다.

정상적인 공포는 실제적인 위협에 대한 지각에 의해 유발되며, 위협이 지나가면 사라진다. 때때로 공포는 어떤 사람이 안전한 상황을 위협한 것으로 지각했을 때 발생하지만, 그것이 오류라는 사실을 인식하게 되면 공포는 감소된다. 공포는, 그것이 혼란스러운 정도로 강렬할 때 또는 안전하다는 점을 알려주는 정보가 있음에도 불구하고 여전히 지속될 때, 병적인 것으로 된다. 이를테면, 병적인

공포구조는 과도한 반응(예, 회피, 생리적 활동)의 표상을 포함하며 변화에 저항적이다. 기억에 있는 기억 구조가 세계 내에 있는 관계를 정확하게 표상하지 못하는 S-S 연합을 포함할 때 그 공포는 비현실적이다. 병적인 공포구조는 또한 무해한 자극과 도파나 회피 같은 공포 반응간의 비현실적인 S-R 연합을 포함한다. 이러한 역기능적인 S-S와 S-R 연합에 깊이 새겨진 것은 병적인 공포구조에 대한 어떤 잘못된 의미이며, 추가적인 잘못된 의미는 그 구조의 해석적인 요소들에 의해 표상될 수 있다. 예컨대, 비행기를 탑으로써 공황발작이 올까봐 두려워하는 어떤 광장공포증 내담자의 공포구조는 세 가지 유형의 개념적인 오류를 표상한다. 즉 S-S 연합(예, 비행기-공황발작), S-R 연합(예, 비행기-공포 반응), 그리고 의미적 요소와 자극적 요소간의 연합(예, 비행기는 위험하다)으로 표상된다.

Foa와 Kozak(1986)은 공포구조 내에 있는 위협과 위협의 의미가 공포구조의 구조적 관계 속에서 내현적으로 전달된다고 주장한다. 즉 이들은 자극과 반응의 의미에 대한 의식적 자각 없이 공포반응이 유발된다고 본다. 내성에 의해 공포구조의 어떤 측면이 의식될 수는 있지만, 여러 연구들은 자극, 반응, 그리고 의미의 연결이 그것들에 대한 의식적 자각 없이 이루어질 수 있다는 것을 시사한다.

정서적 처리

Foa와 Kozak(1986)은 병적인 공포에 대한 치료를 통해 기억에 있는 생물정보적인 공포구조가 수정된다고 제안하였다. 이러한 공포구조의 수정이야말로 Lang(1977)과 Rachman(1980)이 “정서적 처리”라고 부른 개념의 본질이라는 입장이다. 이 입장은 노출 동안에 “학습되는 것”을 설명하기 위하여 습관화와 인지적 변화를 강조한다. 더 나아가, Lang(1979)의 생물정보적 이론을 사용하여, 공포 감소를 위해 필요한 두 가지 조건을 가정하였다. 첫

째, 치료자들은 공포구조에 표상되어 있는 정보에 걸맞은 정보를 제공함으로써 그 구조를 충분히 활성화시켜야 한다. 둘째, 치료 동안에 제공되는 정보는 또한 공포구조에 있는 병리적 요소와 양립하지 않아야 한다.

정서적 처리에 대한 세가지 지표들은 노출치료의 성공적인 결과를 예언한다(Foa & Kozak, 1986). 첫째, 호전되는 내담자들은 노출회기 동안 생리적 각성을 보이고 자기 스스로 공포를 보고한다. 둘째, 그들의 공포반응들은 공포유발자극에 대한 노출 동안 점차적으로 감소한다. 예를 들어, 그들은 회기내 습관화를 보인다. 셋째, 각 회기마다 보이는 초반부의 공포반응들은 회기가 진행될수록 줄어든다. 이를 회기간 습관화라고 한다. 이러한 지표들의 타당도는 대부분 특정 공포증에 대한 유사연구들(예, Kamphuis & Telch, 2000)로부터 지지를 받았으며, 강박장애(Kozak, Foa, & Steketee, 1988), 발표불안(Schwartz & Kaloupek, 1987) 및 외상 후 스트레스장애(Foa & McNally, 1996)를 대상으로 한 연구들에서도 지지를 받았다.

이러한 입장에서 보면, 공포구조를 활성화시키는 가장 효과적인 방법은 공포자극에 대한 직접적인 노출임을 쉽게 짐작할 수 있다. 반복된 노출을 하게 되면, 자극과 반응을 해리시키는 단기적인 생리적 습관화로부터 공포구조와 양립할 수 없는 정보가 도출된다. 각성이 없는 상태에서 특정한 자극이 제시될 수 있다는 인식은 그러한 예에 해당된다. 여러 번의 노출은 자극과 반응의 의미를 변화시키기 때문에, 회기간의 습관화가 또한 일어난다. 이를테면, 위협의 위험이 낮아지며 정서가가 덜 부정적이게 된다는 점에서 결과 기대(outcome expectancies)가 변경되는 것이다. 이와 관련하여, 공포구조에의 접근이나 새로운 정보의 통합을 방해하는 절차들은 노출의 효과를 감소시킬 수 있다. 이러한 간섭은 주의전환, 과도하게 높거나 매우

낮은 수준의 불안, 또는 지나치게 짧은 노출 기간 등으로부터 일어날 것이라고 Foa와 Kozak(1986)은 제안한다. 이러한 제안은 대체로 지지를 받았다. 주의전환의 경우, 논란이 있었던 것은 사실이지만 (Rodriguez & Craske, 1993), 기존의 방법론적 문제점들을 보완한 최근 연구에서 공포감소를 방해하는 것으로 밝혀졌다(Kamphuis & Telch, 2000).

그렇지만, 이 모델은 여러 가지 문제들에 직면해 있다(Craske & Rowe, 1997). 예를 들어, 일단 수정된 공포구조들이 왜 원래의 상태로 되돌아가는가 하는 공포의 복귀 현상에 대한 질문에 분명한 답을 제시하지 못한다. 이와 관련하여, 공포구조들이 철회된다는 개념은 장기기억의 영속화를 지지하는 증거와 대조된다. 아마도, 원래의 공포구조가 수정되기 보다는 추가적인 비공포구조의 생성이 일어날 가능성이 더 클 것 같다. 정서적 처리는 앞서 기술된 습관화 기제와 많은 부분들을 공유하고 있으므로, 습관화 기제의 여러 가지 약점들 또한 공유하고 있다. 생리적 습관화 및 높은 불안의 무해함에 관한 정보가 최소화되는 통제된 도피 노출(예, Rachman, Craske, Tallman, & Solyom, 1986)과, 치료 후에 나타나는 반응체계간의 부조화를 잘 설명하지 못한다. 후자와 관련하여, 공포상황에서 생리적 수준이 계속 높음에도 불구하고, 행동적 및 자기보고된 기능의 향상을 보이는 임상 사례들이 많이 있다(Barrow, 1988). 그 반면에, 자극의 위협성과 불안의 발생가능성에 관하여 정서적 처리 이론이 상정한 인지적 변화는 경험적 지지를 받았다(Craske & Rowe, 1997).

자기효능감

자기효능감 이론에 따르면, 치료효과는 자기효능감, 즉 어떤 과제를 성공적으로 수행할 수 있다는 자신감이 생성되는 정도에 달려있다(Bandura, 1977). 자기효능감 지각은 개인들이 다양한 원천으

로부터 오는 정보에 접근하고, 해석하며, 통합하는 인지적 과정의 산물이다. Williams(1996)는 자기효능감 정보의 6가지 주요 원천들을 소개하고 있다. 효능감 정보의 가장 효능있는 단일 원천으로 간주되는 수행성취를 비롯하여, 대리 경험, 상상 경험, 언어적 설득, 생리적 각성 및 주관적인 기분상태 등이다.

이 이론에서는 자기효능감과 결과 기대를 구분하고 있음에 유의할 필요가 있다. 소거 모델들은 동일한 양의 노출에도 불구하고 개인에 따라 다르게 반응하는 이유를 제대로 설명하지 못한다는 비판을 받았으나, 자기효능감 이론은 그러한 개인차를 잘 설명하고 있다.

고소공포증, 운전공포증, 광장공포증 등에 관한 여러 연구들은 자기효능감이 치료 성과를 잘 예언한다는 점을 보여주었다(Craske & Rowe, 1997). 게다가, Williams와 그의 동료들은, 표적화된 공포 자극과 그렇지 않은 공포자극에 걸쳐 치료 방법에 상관없이 치료 성과에 대해 예언적이라는 점을 보여주었다. 이러한 결과는 위험이나 불안에 대한 결과기대를 통제 한 후에도 동일하게 유지되었다(Williams, 1996). 뿐만 아니라, 이 이론은 높은 불안 경험을 최소화하는 통제된 도피 노출의 성공을 설명할 수 있다(예, Rachman et al., 1986).

그러나, McNally와 Foa(1996)는 이 이론의 제한점을 다음 몇 가지로 정리하고 있다. 첫째, 불안장애의 단 한가지 측면(예, 회피행동)에만 초점을 맞추고 있으며, 둘째, 공포불안과 회피행동에 대한 치료들의 차별적인 효과들(예, 광장공포증에 대한 노출치료 결과, 회피행동은 크게 줄어든 반면 공황발작은 유지되는 경우)을 잘 설명하지 못한다. 이와 관련하여, Barlow(1988)는 자기효능감이 불안 보다는 수행을 더 잘 예언하며, 반응체계간의 비동시성(response desynchrony)을 설명하지 못한다고 지적하였다. 셋째, 이런 장애의 유지과정에 개입하

는 자동적이고 비의식적 정보처리 편파(automatic, nonconscious information-processing biases)를 무시하고 있으며, 넷째, 특정한 행동을 하고자 하는 의지와 그런 행동이 가져올 두려운 결과들을 처리할 수 있는 능력에 대한 지각을 서로 개념적으로 혼동하고 있다.

예언적 정확성

1980년대 중반, Rachman과 동료들은 공포 추정 에 대한 정확성을 경유한 노출에 대한 인지개개가 설을 강조했다(Rachman & Levitt, 1985; Rachman, Levitt, & Lopatka, 1988; Rachman & Lopatka, 1986). 이를테면, 노출치료 후에 불안에 대한 기대가 이전과 달리 변경되었다는 입장이다. 그 이후, 공포 증 내담자들이 전형적으로 공포 또는 특정한 상황에서 공황이 발생할 가능성을 과대 추정한다는 결과들은 Rachman을 비롯한 여러 연구자들에 의해 발견되었다. 이러한 과대추정은 다시 회피행동을 예언하며, 회피행동은 그런 과대추정을 반증할 기회를 감소시킨다(Rachman, 1994). 게다가, 한번의 예기치 않은 공포나 공황 발생시도는 후속 노출에서 공포나 공황이 발생할 것이라는 기대를 증가시키는 경향이 있다. 따라서, 공포에 대한 과도한 예언은 공포증적 불안과 회피행동을 유지하는 것으로 믿고 있다(Rachman & Bichard, 1988). 노출이 반복됨에 따라서 예언들이 더 정확해지기 때문에, 치료효과는 과도한 예언에 기인하는 것으로 믿고 있다(Rachman & Lopatka, 1986). 이와 관련하여, Kirsch(1985)는 본인이 예측한 대로 자신의 반응을 하게 되며, 노출은 공포감소에 대한 기대를 확증하는 경험적 피드백을 제공함으로써 기능을 발휘하게 된다고 주장한다.

그렇지만, van Hout과 Emmelkamp(1994)의 연구 결과, 노출을 함에 따라 예언의 정확성이 증가된다는 주장은 확증되지 못했으며, 예언된 공포수준

과 실제 공포수준이 서로 일치하든 그렇지 않든 간에 상관없이 실제 공포는 감소된 것으로 밝혀졌다. 따라서, 현재로서는 공포증 내담자들이 과도한 예언을 한다는 점과 과도한 예언으로 인해 공포와 회피행동이 증가된다는 점은 분명하지만, 예언의 정확성이 증가하는 것이 노출치료의 효과를 설명한다는 사실은 분명하지 않다고 하겠다.

이상과 같이, 노출치료의 작용기제를 설명하는 여러 이론들을 살펴보았다. 초창기의 학습이론적 전통에 입각한 두가지 이론은 물론이거니와, 비교적 최근에 개념화된 인지행동적 이론들마저 제각기 단점들이 내포되어 있다. 노출 동안 왜 불안감소가 일어나는지에 관해서 아직 분명한 결론을 내릴 수 있는 단계는 아니지만, Barlow (1988)는 정서적 처리이론을 여태까지 나온 이론들 중에 가장 포괄적인 이론이며, 정서이론의 토대에 확고하게 의지하는 유일한 이론이라고 높이 평가하였다. 그 이후, 정서적 처리이론으로부터 도출된 예언들을 검증하기 위한 연구들이 꾸준히 발표되고 있는 실정이다. 그러므로, 노출치료와 관련하여 앞으로 치료성과에 관한 연구를 넘어서서 치료과정에 대한 주의 깊은 연구들을 계속 시도함으로써 그 작용기제들을 과학적으로 더 견고하게 이해할 필요가 있다. 이렇게 되면, 체계적 둔감화와 노출치료의 예에서 보듯이, 더 강력한 치료 기법들을 만들어낼 수 있을 것으로 본다.

노출치료의 효과를 증진시키기 위한 개선방안

여러 형태의 노출치료가 다양한 유형의 불안장애에 효과적이라는 사실은 이론의 여지가 없다고 하겠다. 그러나, 모든 내담자들이 노출치료를 받아들이는 것은 아니다. 또한 진전이 있기 전에 중도

탈락하는 사람들이 있는가 하면, 그런 치료를 받더라도 효과를 제대로 보지 못하는 사람들이 있는 것 또한 사실이다. 따라서 노출치료의 효과를 증진시키기 위한 방안들을 다각적으로 모색하기 위해서는, 내담자의 비수용적인 태도를 개선하는 방안과 증상재발을 방지하기 위한 방안들 뿐 아니라, 노출치료의 효능을 높이는 방안들도 또한 마련될 필요가 있다. 지금부터는 먼저 내담자의 치료순응을 높이는 방안과 일반적인 재발방지대책을 추천할 것이다. 그런 다음에는, 치료효능을 증진시키기 위한 방법으로서 노출치료 자체 내에서의 개선방안을 찾아보고, 선행 연구들에서 노출치료와 인지치료를 결합하여 불안장애의 치료에 적용했던 기존의 방법들이 안고 있는 제한점들을 보완하는 방안들을 구체적으로 제안하려고 한다.

치료순응 증진방안

노출치료에 대한 내담자의 비수용적인 태도는 여러 유형의 불안장애들에서 흔히 문제가 되며, 치료 실패를 가져오는 주요 이유 중 하나로 간주되고 있다(Barrow, 1988; Foa et al., 1998; Jenike, 1992). 이러한 태도를 보이는 데에는 여러 가지 이유가 있을 것이다. 불안유발상황에 대한 노출 자체가 너무 위협적이고 두려워서 참여를 거부할 수 있고(Foa et al., 1998), 노출치료 절차가 자신에게 맞지 않으며 증상을 오히려 악화시킬 것이라거나 또는 이 절차를 별로 특별할 것도 없고 너무 단순한 것으로 여겨서 그런 태도를 보일 수도 있다(예, 조용래 등, 2000). 후자와 관련하여, 노출치료는 내담자로 하여금 공포자극에 대해 오랜 시간 동안 직면하라는 지시 외에 적절한 절차에 관한 더 구체적인 지침을 거의 주지 않는다는 지적이 있다(Williams, 1996). 이와 반대로, 치료회기 뿐 아니라 실생활 장면에서 숙제를 하는 동안에도 또한

행동적 지시를 따라야 한다는 점에서 요구사항이 너무 많은 것으로 지각하는 내담자도 있을 수 있다(Jenike, 1992).

이러한 거부적인 태도를 줄이고 치료순응을 높이기 위해서는 각 내담자별로 그런 태도를 보이는 구체적인 이유를 찾아내는 것이 무엇보다도 중요하다. 만약 너무 두려워서 노출치료를 꺼리는 내담자가 있다면, 치료자가 지지, 격려, 그리고 그 치료 절차에 맞게 수행하려면 어떻게 해야하는지에 관한 대처지침을 제공해주는 방법과, 근육이완 훈련이나 호흡훈련 또는 약물치료를 통해 먼저 높은 불안수준을 어느 정도 완화시키는 것이 필요할 것이다. 그런 다음에, 노출치료를 적용하는 것이 효과적일 것이다. 노출치료가 자신에게 맞지 않거나 이를 시행하더라도 별로 나아지지 않을 뿐 더러 자신의 증상이 오히려 악화될 것이라는 식의 태도를 보일 경우, 이러한 내담자의 생각이나 신념을 하나의 가설로 설정한 후 그 타당도를 검증하는 “행동실험(behavioral experiments)” 절차를 적용할 수 있다(Craske & Rowe, 1997). 이 방법에 관해서는 뒤에서 노출치료를 인지치료와 결합하는 절차에서도 또한 소개하고 있다. 노출치료를 단조롭게 여기고 회기 중에 더 구체적인 지침을 요구하는 내담자들에게는 뒤에서 논의될 다른 유용한 치료기법들을 함께 또는 추가로 사용하는 방안들을 추천한다.

가족이나 친구를 보조치료자로 활용하는 방안 에 관해서는 광장공포증의 경우 논란이 있으므로, 각 내담자별로 또는 부부별로 그 활용여부를 결정하는 것이 바람직해 보인다(Barrow, 1988). 강박장애의 경우에는 숙제를 수행하는데 있어 주변인들의 도움이 치료에 대한 순응도를 높이는데 흔히 결정적이라는 견해가 있으며, 내담자들이 숙제를 수행하는 과정에서 휴대용 컴퓨터 등 몇가지 새로운 방법들을 사용하는 것이 효과적인 지에 관해서는 계속 연구되고 있는 실정이다(Jenike, 1992).

일반적인 재발방지대책

재발방지는 비단 불안장애 뿐 아니라 모든 심리장애에서 매우 중대한 문제이다. 노출치료 등 행동치료의 주요한 제한점 중 한가지는 증상 재발 - 물론 그렇지 않다는 보고들도 있지만 - 이다. 이 때문에 재발을 방지하기 위한 많은 전략들이 사용되고 있다(Margraf, 1990).

첫째, 치료자는 내담자들에게 치료란 그들의 불안과 회피행동을 효과적으로 해결하는 기술을 배우는 것을 의미한다는 점을 강조해야 한다. 이런 기법들은 내담자들이 치료받는 중에 실습하지 못했던 상황에 직면하는 것을 돕는다. 그 뿐 아니라, 내담자들이 불안의 재발에 직면하도록 도울 것이다. 따라서, 내담자들은 그들이 원래의 치료장면 바깥에서 독립적으로 사용할 수 있는 기술을 배우는 것이 중요하다. 다시 말해, 노하우를 익히는 것과 자가치료 철학이 강조되고 있다. 둘째, 내담자들에게 불안의 변동이나 재발이 있을 수 있다는 점을 미리 알려주는 것이 유용하다. 재발은 실무율적(all-or-none) 현상(예, “공황발작이 한번 있었으니까 내가 여태껏 받은 치료는 전부다 쓸모가 없다”)이 아니기 때문에 이를 재앙(carastrophes)으로 잘못 해석해서는 안 된다. 불안의 변동과 회피행동의 재발은 취약성(병적 소질)-스트레스 모델(diathesis-stress model)에 기초하여 설명될 수 있다. 이 모델을 내담자들에게 소개함으로써 그들의 일상적 환경에 있는 스트레스 유발인과 갈등을 감소시키고자 하는 동기를 부여해 준다. 셋째, 다른 해결되지 못한 문제들(예, 부부간의 불화)이 때로 재발과 연관되어 있다. 만약 이러한 중요한 문제가 불안장애에 대한 치료의 끝 무렵에 분명하게 드러난다면, 이를 추가적인 치료적 조치로써 직접 다루어야 한다. 넷째, 여러 가지 다양하고 현실적인 상황을 대상으로 한 숙제를 많이 내주는 것이 재

발 방지 뿐 아니라 치료 효과의 일반화에 기여한다. 숙제는 내담자들의 일상생활과 밀접히 연관된 상황에 초점을 맞추어서 내주어야 한다. 이러한 사실은 앞서 노출치료의 작용기제를 설명하는 이론들, 특히 정서적 처리이론이나 소거이론이 주장하는 바와 일치한다고 하겠다. 다섯째, 특히 치료의 끝 무렵에는 치료자가 내담자들에게 가능한 한 많은 결정을 하게 하고 치료 계획수립에 많은 책임감을 갖게 해 줄 수 있어야 한다. 이와 함께, 자기-강화(self-reinforcement)의 적절성을 강조해야 한다. 코칭과 모델링을 통하여 내담자들에게 적절한 자기-강화를 가르쳐주는 것이 흔히 필요하다. 여섯째, 원래의 치료가 종결된 후에 효능촉진회기(booster sessions)를 갖는 것이 재발 방지에 도움을 준다. 정기적으로 계획된 효능촉진회기는 치료시에 얻은 효과를 계속 공고하게 해줄 수 있다(Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979)

노출치료 절차를 개선하는 방안

노출치료의 효능을 증진시키기 위해서는 노출치료 절차 자체를 개선하는 방안들을 우선 고려할 수 있다. 여기서는 이러한 방안들로 노출절차의 모수치를 고려하는 방법, 안전신호를 제거하는 방법, 그리고 안전행동을 못하게 방지하는 방법들을 소개하고 있다.

노출절차의 모수치 고려하기

노출치료의 작용기제를 설명하는 이론들로부터 공포감소에 효과적인 노출절차의 모수치에 관한 유용한 정보를 얻을 수 있다. 앞서 보았듯이, 소거이론은 공포장애의 치료시 공포가 학습되었던 충분히 다양한 맥락들에 긴 시간 노출하는 방법이 매우 효과적이라는 점을 시사한다. 이러한 점에 기초할 때, 공포가 원래 획득되었던 맥락에서의

실제 노출, 더 나아가 광범위하게 다양한 실제 자연환경에 대한 노출이 아주 중요함을 알 수 있다. 이와 비슷하게, 정서적 처리이론에 따르면 공포구조를 활성화시키는 가장 효과적인 방법은 공포 자극에 대한 직접적인 노출과 반복된 노출이다. 이런 방법을 사용하면 내담자의 회기내 습관화와 회기간 습관화가 잘 일어날 뿐 아니라, 결국 공포구조가 효과적으로 변경될 수 있다.

이러한 이론들과 일치되게, 실제 공포자극에 대한 직접적인 노출, 다양한 자극과 맥락에 대한 노출, 내담자 본인이 자신의 공포나 불편감이 감소되는 것을 주목할 때까지 충분히 지속되는 노출, 급작스러운 노출보다는 점진적인 노출, 그리고 노출시행들간의 간격을 점차로 더 늘여나가는 방법 등이 여러 불안장애의 치료에 효과적인 것으로 보인다(Craske & Rowe, 1997; Foa et al., 1998; Lang & Craske, 2000). 아울러 상상적 노출의 경우, 강박증의 성공적인 치료성가에 필수적인 것으로 보이지는 않으나 치료효과를 장기적으로 유지시키는데 기여할 수 있으며, 자신의 강박사고가 가져올 재앙적인 결과 때문에 공포를 호소하는 내담자들에게는 흔히 실제 노출에 대한 유용한 보조치료로 간주된다(Foa et al., 1998).

안전신호 제거하기

노출치료를 수행하는 과정에서 흔히 간과하는 것은 안전신호의 제거이다. 안전신호란 광장공포증이나 공황장애 내담자들의 생활에서 아주 두드러진 일종의 “부적” 같은 것을 말한다. 그런 내담자들이 위험을 무릅쓰고 외출을 할 때 배우자나 가족과 같은 “안전한 사람”과 동반할 것을 요구함으로써 초래되는 생활기능상의 어려움들에 주의를 기울이지 않을 치료자는 거의 없을 것이다. 반면에, 대부분의 경우 표나지 않게 갖고 다니는 다른 안전신호들, 예컨대 빈 약병, 대처를 위한 자기진

술(coping self-statements) 목록이 적혀 있는 메모지, 또는 심지어 애완동물 등에는 주의를 덜 기울인다. 따라서 이러한 신호들에 계속 의존하고 있음-그것이 비합리적이라는 점을 쉽게 인식하게 되는 의존-에도 불구하고 어떤 내담자들은 자신이 회복되었다고 생각할 수 있다.

이런 점을 무시함으로써 생기는 어려움은 치료가 종결된 후에 어떤 내담자가 그러한 안전신호들을 잘못 두거나 또는 그렇지 않으면 잊어버릴 위험에 빠지는 것이다. 이럴 경우 불안, 어떤 회피행동의 복귀, 또는 심지어 완전한 재발이 초래될 수 있다. 적어도, 이러한 결과는 그 내담자로 하여금 자신이 회복되지 않았다는 점과, 통제력 상실과 공황이 메모지나 빈 약병의 유무에 따라 좌우됨으로써 이제 곧 나타날지도 모른다는 점을 알게 해 줄 것이다. 따라서 내담자들에게 그들의 다양한 안전신호를 단념하도록 하는 것은 그들의 구조화되고 자기보조에 맞춘 노출 연습들의 일부분으로 다루게 되면 그리 어려운 문제가 아니기 때문에, 이렇게 하는 것이 타당해 보인다(Barlow, 1988).

안전행동 방지하기

이와 비슷한 맥락에서, 공황장애, 광장공포증, 사회공포증, 그리고 강박장애 내담자들의 노출치료에서 문제가 되는 것은 안전행동(safety behaviors)²⁾

2) Salkovskis(1996)는 최근 들어 “안전추구행동(safety-seeking behaviors)”이라는 용어를 사용하고 있다. 그에 따르면, 안전추구행동은 세가지 범주로 나누어진다. 첫째, 내담자가 공황이 촉발될 것 같다고 믿는 상황을 회피하는 행동, 둘째, 공황발작이 일어날 때 그 상황으로부터 도피하는 행동, 셋째, 공포스러운 재앙을 적극적으로 막으려는 의도에서 공황 중에 보이게 되는 안전추구행동 등이다. 이전에 그가 “미묘한 회피행동”으로 기술했던 것은 그 중 세 번째 범주에 속한다. 본 고에서는 용어의 혼돈을 피하기 위해, 위의 세 범주를 포괄하는 경우에는 “안전추구행동”으로, 그 중 세 번째 범주에 들어가는 행동은 이전처럼 “안전행동”이라 지칭하고 있다.

이다(Clark & Wells, 1995; Salkovskis, 1988, 1991). 이는 공포증 상황에서 부정적 결과의 위험을 줄이기 위해 미묘한 방식으로 사용하는 방어적 행동을 말한다. 예컨대, 스스로 심장질환이 있다고 믿는 공황장애 내담자가 쉽게 가슴을 뛰게 하는 운동을 피하게 되고, 이렇게 회피함으로써 심장발작을 사전에 막을 수 있다고 믿게 된다. 그러나, 실제 심장질환이 없기 때문에 실질적인 회피 효과는 오히려 자신으로 하여금 가슴 뛰는 증상이 위험하지 않다는 사실을 학습할 수 없도록 하는 것이다. 결국 이러한 안전행동은 공황장애나 사회공포증 등을 지속시키는데 일정한 역할을 하게 된다.

Wells 등(1995)은 사회공포증 내담자들의 안전행동(예, 말을 하다가 중간에 끊어질 경우 상대방이 자신을 불안한 사람으로 볼까봐 말을 더욱 빨리 하는 것)이 그들의 불안과 사회적 상황에서의 자신에 대한 부정적 신념을 수정하는데 있어 노출의 효과를 방해할 것이라는 가설을 검증하였다. 그 결과, 안전행동을 하지 않고 노출을 한 조건은 그냥 노출만 했던 조건에 비해 불안과 부정적 평가에 대한 신념이 더 크게 감소하였다. 이러한 결과는 김은정과 원호택(2000)의 연구에서도 반복 검증되었다. 그러므로, 공황장애나 사회공포증 등을 대상으로 노출치료를 실시할 때는 안전행동을 하지 못하게 방법이 중요함을 시사한다.

이와 비슷한 이유로 강박장애를 치료하는 데에는 노출과 반응방지법을 함께 사용하는 것을 권장하고 있다(Foa et al., 1998). 이것은 비단 강박의례가 뚜렷한 강박장애 뿐 아니라 강박사고를 중화시키기 위한 인지적 의례(예, 자신의 사고가 사실이 아님을 확신시키기 위한 의례화된 내적 대화)나 또는 덜 구조화된 중화전략들(예, 주의전환)을 사용하는 내담자들에게도 효과적이었다(예, Freeston et al., 1997). 이러한 중화전략들은 공포스러운 재앙에 대한 역기능적 신념을 반증할 수 있는 기회

를 막음으로써 불안과 역기능적 신념을 계속 유지시키는 기능을 한다는 점에서 일종의 안전추구행동으로 볼 수 있다(Salkovskis, 1996).

통합적 치료의 필요성 및 인지치료와의 결합의 근거

앞서 소개했던 노출치료의 제한점들, 예컨대 수용적인 태도의 부족, 증상재발, 제한된 임상호전 등을 해결하기 위해서는 노출치료의 절차 자체를 보다 효과적으로 개선하는 방법 뿐 아니라, 노출치료와 다른 효과적인 치료를 적절하게 결합하는 방법이 요구된다(Craske & Rowe, 1997; Margraf, 1990). 불안장애의 치료에서 노출치료의 효과를 증진시키고, 그 제한점들을 적절하게 개선할 수 있는 치료로는 인지치료가 있다. 그 근거는 다음과 같다.

첫째, 치료의 이론적 근거 및 원리에 관해 쉽게 설명해 주는 것과, 불안 증상은 위험한 것이 아니라는 식으로 재평가를 하는 것은 모든 치료적 접근에 공통된 인지적 특징이다(Margraf, 1990). 불안한 내담자들은 흔히 불안에 관해 잘못된 생각들(예, 심장이 두근거리는 것을 보니 심장마비가 오는 거야, 공황발작 중에 가질할 것이다)을 가지고 있다. 따라서 이런 오해들을 교정하도록 도와주는 것이 치료의 첫 번째 과제이다(조용래 등, 2000; Barlow & Craske, 1994; Beck, Emery, & Greenberg, 1985; Hope et al., 1995; Margraf, 1990).

둘째, 앞서 살펴본 노출치료의 작용기제에 관한 최근의 인지행동이론들은 인지가 공포감소에 핵심적인 역할을 한다는 점을 공통되게 강조한다. 즉 공포자극의 위협성에 대한 결과기대(정서적 처리 이론), 불안에 대한 기대(정서적 처리 및 예언적 정확성), 그리고 자기효능감 등을 각각 강조하고 있다. 이와 관련된 경험적 연구들이 다수 보고되어 있다. 예를 들어, 공황장애 내담자들을 대상으로

로 상황적 노출과 체내감각에 대한 노출치료를 함께 실시한 결과, 공황과 관계된 인지의 변화가 즉각적인 치료성고를 유의하게 예언하였다(Margraf & Schneier, 1991). 또한 사회공포증을 대상으로 노출치료 등을 실시한 결과, 부정적 평가에 대한 공포의 변화는 내담자들의 사회공포증 향상 정도를 유의하게 예언하였다(이정운, 최정훈, 1996; Mattick & Peters, 1988; Mattick et al., 1989).

이처럼 인지치료를 직접 적용하지 않았는데도 불구하고, 노출치료를 성공적인 결과를 보이고 인지적 변화를 보였다는 결과들을 인지이론에서는 어떻게 설명하는가? 이 결과들에 대해, 인지이론가들(예, Rachman, 1993)은 각 노출시 내담자들이 역기능적 신념이나 부정적인 자동적 사고에 대한 새로운 반증적 증거(예, 심장마비가 발생하지 않았다거나 통제력을 상실하지 않았다는 점)를 획득했으며, 이러한 개인적이고 직접적이며 반증적인 증거가 계속 누적된 결과 재앙적 인지가 약화되었다고 해석한다. 이러한 해석은 정서적 처리이론 및 자기효능감이론과 분명히 중복되는 점이다. 이를테면, 인지적 변화는 직접적인 인지적 개입전략을 적용하지 않더라도 경험에 의해 발생한다는 것이다.

셋째, 노출치료로 인해 인지적 변화가 나타나기는 하지만, 그 정도가 충분하지 않았다는 결과들이 있다(Butler et al., 1984; Emmelkamp, Merish, Vissia, & van de Helm, 1985; Mattick et al., 1989). 뿐만 아니라, 노출치료 후의 인지적 변화의 양상은 인지치료의 경우와는 다르다는 보고도 있다(조용래 등, 2000). 사회공포증을 대상으로 노출훈련을 위주로 한 행동치료와 인지재구성(cognitive restructuring) 훈련을 위주로 한 인지치료를 각각 실시한 결과, 행동치료 집단의 경우 치료 중기에는 긍정적인 자동적 사고(automatic thoughts)의 증가가, 그리고 치료 말기에는 부정적인 자동적 사

고의 감소가 유의했던 반면에, 인지치료 집단에서는 그것과 정반대의 양상을 보였다. 또한 3개월 추수평가시에 보인 결과는 노출치료 후에 나타나는 인지적 변화가 지속적이지 않고 일시적일 가능성을 시사하고 있다.

넷째, 안전행동을 하지 않도록 한 노출조건에서 보인 우수한 치료효과를 더 자세히 분석한 결과는 인지적 절차가 사회공포증 치료에서 중요한 요소를 시사한다. 김은정과 원호택(2000)은 인지이론적 근거 하에서 안전행동을 하지 않도록 한 노출 집단이 소거이론의 근거 하에서 안전행동을 하지 않도록 한 노출집단에 비해 처치 후 불안과 공포스런 결과에 대한 확신도에서 더 많은 감소를 보였다. 뿐만 아니라, 인지이론적 근거 하에서의 안전행동감소 집단이 노출 단독 집단보다 노출을 해본 것이 자신의 공포를 극복하는데 효과적이라고 평정했던 반면, 소거이론 하에서의 안전행동감소 집단은 다른 두 집단과 각각 비교했을 때 노출의 효과를 다르게 평정하지 않았다. 이 결과는 공포 자극에 대한 직면시 공포스러운 재앙이 초래될지도 모른다는 기대나 신념을 반증하는데 특히 초점을 맞추게 하는 것이 중요함을 시사한다.

다섯째, 인지치료를 재발방지에 일차적으로 유용해 보인다. Barlow(1988)는 두 가지 이유를 들어 광장공포증의 회피행동에 대한 치료에서 인지치료의 기여가능성을 강조하였다. 한가지는 내담자들이 치료효과를 흔히 인지적 대처절차(cognitive coping procedures)의 사용에다 귀인시킨다는 점이다. 다른 한가지는 성공적인 노출치료 후에도 재앙적 인지에서 뚜렷한 변화를 보이지 않은 사례들이 있었다면서 이들이야말로 재발 가능성이 높은 사람들이라는 것이다. 이런 이유들 때문에 인지치료는 즉각적인 치료효과를 제공하는데 보다는 주로 치료가 끝난 후에 재발을 막거나 치료효과를 연장하는데 유용할 가능성이 있다고 하였다. 실제로 고

소공포증 내담자들을 대상으로 한 연구에서 긴 시간의 노출집단을 인지적 대처절차의 추가 여부에 따라 두 집단으로 나눈 후 치료를 실시한 결과, 결합집단은 추수평가시에도 치료적 호전이 지속되어 노출치료만 받은 집단에 비해 우수한 치료효과를 보였다(Marshall, 1985).

여섯째, 인지치료는 내담자들에게 공포자극이나 공포증상에 대해 효과적으로 대처할 수 있는 기술(예, 인지재구성)을 구체적으로 가르쳐 준다(Beck et al, 1985). 노출치료 동안 내담자들에게 공포자극에 대해 얼마간 연장된 접촉을 하라는 것 외에 별다른 지시를 주지 않는다는 점(Williams, 1996)을 고려할 때, 치료 효능을 높이기 위해서 뿐 아니라 내담자들의 비수용적인 태도를 줄이기 위해서라도 공포자극을 적절하게 다루는 구체적인 방법을 그들에게 교육할 필요가 있다. 이와 관련하여, Kamphuis와 Telch(2000)는 공포자극에 직면하는 각 내담자별로 그들의 “핵심적 위협”에 초점을 맞추게 하는 “안내된 위협재평가(guided threat reappraisal)”절차가 노출치료의 공포감소에 촉진적인 효과를 보임을 실험적으로 입증하였다. 이 절차는 ① 공포상황에 들어가는 것과 연관된 각 내담자들의 핵심적인 위협내용을 파악하고, ② 각 노출시행 동안에 그 핵심위협내용에 가능한 모든 주의를 동원해서 집중하도록 지시하며, ③ 노출 동안에 그들의 핵심위협내용의 정확성을 적극적으로 검증하도록 지시함으로써 결정적인 위협에 대한 재평가를 촉진시키는 것으로 이루어져 있다.

인지치료와의 구체적 결합방법

노출치료와 인지치료를 체계적으로 결합하기 위해서는 우선 어떤 유형의 인지치료를 선택할 것인지, 그리고 어떤 순서로 어떻게 조합을 하는 것이 최대한의 효과를 가져다 줄 것인지를 고려하는

것이 중요하다.

적절한 인지치료의 유형

어떤 유형의 인지치료를 선정할 것인지의 문제부터 답을 찾아보자. 노출치료에 대한 보완적 또는 대안적 접근으로 다른 심리치료나 약물치료를 고려하는 다수의 임상가와 연구자들은 치료의 성공을 더 증진시키기 위한 방법들을 찾고자 그동안 많은 시도를 해왔다. 특히 추가적인 치료적 구성요소들이 노출에 기반을 둔 치료들의 효능을 증진시키는지는 아직까지 확실하지 않다(Craske & Rowe, 1997; Feske & Chambless, 1995; Heimberg & Juster, 1995; Margraf, 1990). 그렇지만, 그동안 다수의 연구자들이 이 문제를 다루기 위해 많은 노력을 해왔고 일부 성과를 거두고 있는 것 또한 사실이다.

노출치료와의 결합을 고려해 볼 수 있는 여러 유력한 인지치료들 중 Beck식의 인지치료가 여러 가지 점에서 가장 주목된다. 이와 관련하여, Clark (1996)는 다음의 5가지 주된 요소들을 들어 Beck식의 인지치료를 강력하게 추천하고 있다. ① 심리장애의 중심에 인지를 위치시킨 간단한 인지모델을 명세화하고 있으며, ② 이 모델을 검증하기 위해 실험적 연구들을 계속하고 있을 뿐 아니라 그 모델을 지지하는 증거들이 다수 확보되어 있고, ③ 치료를 받지 않은 상태에서 생길 수 있는 인지적 변화를 막는 요인들을 상세하게 설명하며, ④ 인지적 변화를 막는 요인들에 구체적으로 표적을 맞춘 치료 절차들을 주의 깊게 선택하였고, ⑤ 그런 인지치료의 효과를 평가하는 통제된 연구들을 시도하여 지지하는 결과들을 얻고 있다. 이에 더해, Michelson과 Marchione(1991)는 Beck식의 인지치료가 인지의 내용보다는 인지의 과정 및 구조를 수정하는데 목표를 두고 있기 때문에 다른 인지치료들(예, 합리적-정서행동치료, 자기지시 치료)에

비해 불안감소에 더 효과적일 것이라고 주장하였다.

실제로 인지치료와 노출치료를 결합한 집단이 노출치료 단독 집단에 비해 우수한 치료효과를 보였다고 보고한 선행 연구들을 살펴보면 그 연구들에서 사용된 인지치료는 모두 Beck의 인지이론 및 인지치료에 기초하고 있다. 예를 들어, Craske와 Rowe(1997)가 보다 세련된 인지치료 - 더 정확히는 인지행동치료 - 라고 지칭한 공황장애 또는 광장 공포증을 동반한 공황장애의 치료에 널리 사용되고 있는 Clark의 인지치료 패키지(Oxford-based Cognitive Therapy Package)와, 특효가 있는 또다른 치료인 Barlow 등이 개발한 공황조절치료(Albany-based Panic Control Treatment) 양자 모두는 Beck의 인지이론 및 인지치료에 근거하고 있다(Clark, 1996). 오늘날 사회공포증 치료에서 많은 주목을 받고 있는 Heimberg 등의 인지행동집단치료(Heimberg, 1991; Hope et al., 1995)와, Clark와 Wells(1995)의 인지치료도 또한 Beck의 인지이론과 인지치료에 많은 영향을 받았다.

인지치료와 노출치료의 결합방법

인지치료와 노출치료를 어떻게 결합할 것인가 하는 문제는 편의상 사회공포증에 한정시켜 논의하겠다. 사회공포증에는 인지변인이 핵심적인 역할을 하는 것으로 알려져 있는데 비해, 현재 나와 있는 Heimberg식의 인지행동집단치료를 비롯한 인지행동치료는 그 효과가 만족스럽기는 하지만 충분하지는 않은 것으로 알려져 있다(Craske & Rowe, 1997; Heimberg & Juster, 1995).

Beck식의 인지치료와 노출치료를 결합하는 방법과 관련하여, 우선 각 내담자의 핵심인지에 해당되는 역기능적 신념이나 부정적인 자동적 사고를 미리 파악한 후 치료자와 내담자가 상호 합의하여 그런 인지를 앞으로 검증해야 할 일종의 가

설로 설정한 다음, 내담자가 공포자극에 노출하는 동안에 그 타당성을 스스로 검증해 보게 하는 “행동실험” 절차가 매우 효과적일 것으로 생각된다.

앞서 소개한 “안내된 위협재평가” 절차는 하나의 좋은 예이다. 이와 관련하여, Foa와 Kozak(1986)은 노출치료의 효능의 기저에 있는 결정적인 기제는 잘못된 연합과 신념에 대한 반증이라고 주장하였다. 여러 연구들이 이러한 견해를 경험적으로 지지하고 있다(예, Harvey, Clark, & Rapee, 2000; Kamphuis & Telch, 2000; Salkovskis et al., 1999 등).

다음에는, 인지치료의 타이밍과 관련된 문제이다. 이와 관련하여 Marshal(1985)의 보고는 유용한 시사점을 주고 있다. 그는 - 비록 고소공포증을 대상으로 연구했지만 - 노출치료에 의해 내담자의 불안과 각성수준이 비교적 완화된 후 인지재구성 훈련을 공포상황에 적용한 집단이 추수평가시에도 호전이 계속되었을 뿐 아니라 노출치료 단독 집단에 비해 우수한 치료효과를 보였다고 하였다. 이에 Marshal 연구의 시사점을 일부 수용하여, 사회공포증의 치료에 매우 효과적일 것으로 기대되는 인지행동집단치료가 최근에 제안된 후, 예비적으로 검증된 바 있다(조용래, 2000; 조용래, 김학렬, 1999). 이 치료는 총 12회로 구성되어 있으며, 심리교육, 부정적인 자동적 사고에 대한 인지재구성 훈련, 모의노출훈련 및 실제 노출을 위한 숙제 부여, 그리고 역기능적 신념에 대한 인지재구성 훈련의 순으로 된 치료 패키지이다. 자동적 사고에 대한 인지재구성 훈련을 노출훈련보다 먼저 실시하도록 권고하는 이유는, 내담자들에게 자신의 사회공포증에 개입하는 왜곡된 자동적 사고를 찾아내고, 평가하며, 교정하는 일련의 기술들을 가르침으로써 그들이 부적응적 인지와 신념증상 및 회피행동간의 관계를 보다 잘 이해하도록 도와줄 수 있기 때문이다. 그 뿐 아니라, 노출훈련에 대비하여 미리 대처기술을 습득하도록 함으로써 자기효

능감을 높이며, 노출훈련을 보다 적극적으로 수용케 하고 더욱 효율적으로 진행시키기 위해서 이다. 이와 관련하여, 각 치료기법들간의 실시 순서에 대해서는 추후 통제된 연구가 요망된다.

이 치료는, 기존의 인지행동집단치료와 달리, 사회공포증에 대한 집단치료에서 역기능적 신념에 대한 인지재구성 훈련을 추가로 포함시켰다. 그 이유는 원래 Beck의 인지치료에는 내담자의 부정응적인 인지를 부정적인 자동적 사고와 역기능적 신념으로 구분하고 있으며, 이를 각각 별도로 다루도록 되어 있다는 점(Beck et al., 1985; Beck et al., 1979)에 근거하고 있다. 특히, 노출치료의 효과가 장기적으로 유지되지 못하는 문제를 개선하고, 그 효과를 유의하게 증진시키기 위해서는 역기능적 신념에 대한 인지재구성 훈련이 꼭 필요하다는 판단에서였다. Beck과 그의 동료들(1995, 1979)의 인지이론에 따르면, 역기능적 신념은 보다 근원적인 부정응적인 인지로서, 이를 재구성하는 작업은 내담자가 미래에 힘든 일을 만날 때 생길 수 있는 재발에 대한 취약성과 위험을 최소화하기 위해 반드시 필요하다.

이와 함께, 다른 치료적 기법들도 추가로 포함시킬 필요가 있어 보인다. 예컨대, 최근 들어 사회공포증 치료에서 많은 관심을 받고 있는 노출훈련 동안 안전행동을 하지 않도록 하는 절차와 비디오 피드백을 활용하는 기법 등이 효과적인 것으로 밝혀졌다(김은정, 1999; Clark & Wells, 1995; Harvey et al., 2000). 이 치료기법들을 치료 패키지에 포함시킨 후 노출치료만 실시한 집단이나 기존의 인지행동집단치료와 그 효과를 비교하는 연구를 앞으로 진행할 필요가 있을 것이다.

맺는 말

지금까지 노출치료의 발견과정을 역사적 관점

에서 알아보았고, 불안장애에 대한 노출치료의 효과를 다룬 선행 연구들을 비판적으로 분석하였으며, 노출치료의 작용기제를 설명하는 여러 이론들을 살펴보았다. 그리고 이러한 내용들에 기초하여 노출치료의 제한점을 개선하고 그 치료효과를 증진시키기 위한 다각적인 방안들을 종합적으로 고찰해 보았다.

노출치료는 실험적으로 타당화된 이론적 원리로부터 도출되었을 뿐 아니라 많은 경험적 연구 끝에 개발된 치료라는 점에서 행동치료의 정의적 특징에 잘 부합된다고 하겠다(Wilson, 1997). 아울러, 불안장애에 대해 특효가 있는 치료이면서도, 몇가지 제한점을 가진 치료라는 점을 살펴보았다. 그리하여 치료순응 및 증상재발의 문제를 개선하기 위한 여러 대책들과 함께, 치료효능을 증진시키기 위한 노출치료 자체의 개선방안들 및 인지치료와 효과적으로 결합하는 방법들을 제안하였다. 물론 본 고에서 제안된 개선방안들 외에 다른 전략들(예, 개인적인 특성이나 치료양식을 맞추는 방법)도 또한 있을 것이다. 이러한 방안들을 찾아내기 위해서는 노출치료의 작용기제를 더욱 명확하게 밝히기 위한 많은 경험적 연구들과 치료적 적용 시도들이 앞으로 계속되어야 할 것이다.

노출치료의 작용기제와 관련하여, 앞으로의 연구들을 통해 밝혀야 할 주요 문제들을 살펴보자. 물론 많은 연구들은 치료방법이 일차적으로 행동적인 접근인지 아니면 인지적 접근인지 여부에 상관없이 공포 감소에는 인지의 역할이 중요하다는 점을 지지하였다. 그러나, 아직도 해결되지 않은 몇가지 쟁점들이 남아있다. 첫째, 인지의 변화는 공포 감소에 선행하는가 또는 후속되는가? 둘째, 인지의 변화가 동반되지 않는 행동적 또는 생리적 반응의 변화는 어떻게 설명될 수 있는가? 반대로, 인지가 변화되었는데도 불구하고 행동적 변화가 나타나지 않는 경우는 어떻게 설명될 수 있는가?

셋째, 인지가 변화된다면 정확하게 무엇이 변화되는가?

본 고에서 사회공포증의 치료를 위해 추천한 새로운 인지행동집단치료의 효과를 체계적으로 검증하기 위해서는 각 치료기법들간의 실시 순서, 치료회기의 수와 지속기간에 대한 통제된 연구가 요망된다. 게다가, 이러한 치료 패키지에도 비디오 피드백을 활용하는 방법 등 비교적 최근에 소개된 치료기법들도 추가로 포함시킨 후에는 이를 실제 치료에 적용하고, 각각의 타당성과 효과를 경험적으로 검증하는 작업이 필수적이다. 이러한 연구를 진행하는 과정에서 방법론적으로 고려하여야 할 점들이 많이 있다(Craske & Rowe, 1997).

이들때면, 검증하고자 하는 치료법이 표준화되어야 할 것이고, 이런 치료전략들을 실시하는 치료자의 우수한 능력과 원래 의도한 바대로 충실히 실천하는 자세가 필요하다. 또한 인지치료에는 다양한 형태들이 있기 때문에 이를 구분해서 치료성과를 비교해야 하고, 연구목적에 맞는 적절한 연구설계를 설정해야 한다. 이와 함께, 치료성과와 종결시의 최종기능수준을 측정하는 표준화된 방법들이 개발되고 적용되어야 하며, 치료양식과 내담자의 특성을 매칭하는 연구에서는 개인 내담자들을 적절하게 범주화하는 방법이 있어야 한다. 아울러, 인지적 매개요인을 적절하게 측정하기 위해서는 지금까지 많이 사용되어져 온 자기보고법 외에, 반응편파에 영향받지 않는 다른 방법들(예, Stroop 과제)이 추가로 사용되어야 할 것이며, 다양하게 표현되는 각 반응양상에 따라 차별적이며 민감한 측정방법과 다양한 측정시기를 고려해야 할 것이다.

끝으로, 표준화된 치료, 치료자의 능력과 표준화된 절차에 대한 보장, 치료성과와 매개요인을 측정하는 도구와 방법 등을 사용한 많은 치료연구들이 앞으로 계속 나와서 노출치료 및 노출치료와

인지치료가 결합된 인지행동치료가 다양한 불안장애들을 더욱 효과적으로 치유하는 방법들로 정착하길 기대한다.

참 고 문 헌

- 김영신, 임기영 (1995). 공황장애의 인지-행동 집단 치료: 치료효과와 치유인자. *신경정신의학*, 34, 240-248.
- 김은정 (1999). 사회공포증 집단의 사회적 자기처리 및 안전행동. 미발표 박사학위 논문, 서울대학교.
- 김은정, 원호택 (2000). 안전행동의 감소가 사회공포증 집단의 불안과 부정적 사고에 미치는 영향. *한국심리학회지: 임상*, 19, 409-426.
- 박기환, 안창일 (2001). 사회공포증의 인지행동집단 치료 효과에 대한 연구. *한국심리학회지: 임상*, 20, 1-18.
- 박기환, 이범용, 권정혜 (1994). 공황장애의 인지-행동 집단치료 효과와 관련있는 성격특성. *한국심리학회지: 임상*, 13, 159-168.
- 손정아 (1999). 사회공포증이 있는 고등학생들을 위한 인지행동집단치료 효과. 미발표 석사학위 논문, 고려대학교.
- 윤화영, 정승희, 최승미, 신민섭, 김중술, 권준수 (1999). 강박증의 인지행동 집단치료 프로그램의 효과. *대한신경정신의학회 1999년도 추계학술대회 초록집*, 155.
- 이정운, 최정훈 (1996). 사회불안증에 대한 인지행동치료와 노출치료의 효과연구. *한국심리학회 연차학술대회 학술발표논문집*, 583-598.
- 정미순, 이봉건 (1997). 사회공포증에 대한 인지행동치료와 지지처치의 비교. *임상심리학회 하계학술대회 자료집*, 101-105.
- 조용래 (2001). 발표불안에 대한 인지행동집단치료

- 의 효과. 한국심리학회지: 임상, 인쇄중.
- 조용래, 김학렬 (1999). 사회공포증에 대한 집단인지행동치료의 효과에 관한 예비 연구. *조선대학교 의대 논문집*, 24, 165-179.
- 조용래, 원호택, 표경식 (2000). 사회공포증에 대한 집단인지치료의 효과. 한국심리학회지: 임상, 19, 181-206.
- 채정호, 안희원, 이정준, 박원명, 전태연, 김광수 (1999). 공황장애에서 인지행동치료와 약물치료 병합요법의 단기 효과. *정신병리학*, 8, 168-174.
- 최영희, 이정흠 (1998). 공황장애에 대한 집단인지행동치료의 효과 및 3개월 추적연구. *대한신경정신의학회 추계학술대회 초록집*, 129.
- 최영희, 이정흠, 허시영 (1999). 공황과 불안의 치료에 인지행동치료가 약물치료를 대체할 수 있는가. *대한신경정신의학회 추계학술대회 초록집*, 152.
- Agras, W. S. (1987). So where do we go from here? *Behavior Therapy*, 18, 203-218.
- Agras, W. S. (1997). Helping people improve their lives with behavior therapy. *Behavior Therapy*, 28, 375-384.
- Agras, W. S., Leitenberg, H., & Barlow, D. H. (1968). Social reinforcement in the modification of agoraphobia. *Archives of General Psychiatry*, 19, 423-427.
- Alström, J. E., Nordlund, C. L., Persson, G., Harding, M., & Ljungqvist, C. (1984). Effects of four treatment methods on social phobic patients not suitable for insight-oriented psychotherapy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 70, 97-110.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford Press.
- Barlow, D. H., O'Brien, G. T., Last, C. G. (1984). Couples treatment of agoraphobia. *Behavior Therapy*, 15, 41-58.
- Barlow, D. H. & Waddell, M. T. (1985). Agoraphobia. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual*. New York: Guilford Press.
- Bellack, A. S., & Hersen, M. (1990). *Handbook of comparative treatments for adult disorders*. NY: John Wiley-Sons.
- Bouton, M. E. (1993). Context, time, and memory retrieval in the interference paradigms of Pavlovian learning. *Psychological Bulletin*, 114, 80-99.
- Bouton, M. E., & Swartzentruber, D. (1991). Sources of relapse after extinction in Pavlovian and instrumental learning. *Clinical Psychology Review*, 11, 123-140.
- Butler, G. (1985). Exposure as a treatment for social phobia: Some instructive difficulties. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 651-657.
- Butler, G., Cullington, A., Munby, M., Arnies, P., & Gelder, M. (1984). Exposure and anxiety management in the treatment of social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 642-650.
- Choi, Y., & Lee, J. (1998). *Can cognitive behavioral therapy substitute medication for controlling panic and anxiety symptoms?* Poster presentation at the '98 WCBCT. Acapulco, Mexico.
- Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Eds.). *Social phobia: Diagnosis, assessment, & treatment*. (pp.

- 69-73). New York: Guilford Press. ;
- Cooper, J. E., Gelder, M. G., & Marks, I. M. (1965). Results of behaviour therapy in 77 psychiatric patients. *British Medical Journal*, 1, 1222-1225.
- Craske, M. G., & Rowe, M. K. (1997). A comparison of behavioral and cognitive treatments of phobias. In G. C. L. Davey (Ed.), *Phobias: A handbook of theory, research and treatment* (pp. 247-280). Chichester: John Willy & Sons.
- Emmelkamp, P. M. G. (1982). *Phobic and obsessive-compulsive disorders: Theory, research, and practice*. New York: Plenum Press.
- Eysenck, H. J. (1987). Behavior therapy. In H. J. Eysenck, & I. Martin (Eds.), *Theoretical foundations of behavior therapy* (pp. 3-35). New York: Plenum Press.
- Feske, U., & Chambless, D. L. (1995). Cognitive behavioral versus exposure only treatment for social phobia: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 26, 695-720.
- Foa, E. B., Franklin, M. E., & Kozak, M. J. (1998). Psychosocial treatments for obsessive-compulsive disorder: Literature review. In R. P. Swinson, M. M. Anthony, S. Rachman, & M. A. Richter (Eds.), *Obsessive-compulsive disorder: Theory, Research, and Treatment* (pp. 58-276). NY: Guilford.
- Foa, E. B., & McNally, R. J. (1996). Mechanisms of change in exposure therapy. In R. M. Rapee (Ed.), *Current controversies in the anxiety disorders* (pp. 329-343). New York: Guilford Press.
- Foa, E. B., & Kozak, M. Z. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Foa, E. B., Rothbaum, B. O., Diggs, D. S., et al. (1991). Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: A comparison between cognitive-behavioral procedure and counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 715-723.
- Foa, E. B., Steketee, G., Grayson, J. B., Turner, R. M., & Latimer, P. (1984). Deliberate exposure and blocking of obsessive-compulsive rituals: Immediate and long-term effects. *Behavior Therapy*, 15, 450-472.
- Foa, E. B., Steketee, G. S., & Ozarow, B. (1985). Behavior therapy with obsessive-compulsives: From theory to treatment. In M. Mavissakalian (Ed.), *Obsessive-compulsive disorders: Psychological and pharmacological treatments* (pp. 49-129). NY: Plenum.
- Forsyth, J. P. (1997). It was the age of wisdom, it is the age of hope (Commentary). *Behavior Therapy*, 28, 397-402.
- Franks, C. M., & Barbrack, C. R. (1983). Behavior therapy with adults: An integrative perspective. In M. Hersen, A. E. Kazdin, & A. S. Bellack (Eds.), *The clinical psychology handbook* (pp. 507-523). New York: Pergamon Press.
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Gagnon, F., Thibodeau, N., Rheaume, J., Letarte, H., & Bujold, A. (1997). Cognitive-behavioral treatment of obsessive thoughts: A controlled study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 405-413.
- Groves, P. M., & Thompson, R. F. (1970). Habituation: A dual-process theory. *Psychological Review*, 77, 419-450.
- Harvey, A. S., Clark, D. M., & Rapee, R. M. (2000). Social anxiety and self-impression: Cognitive preparation enhances the beneficial effects of video feedback following a stressful social task. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 1183-1192.
- Heimberg, R. G. (1990). Cognitive behavior therapy

- (for social phobia). In A. S. Bellak, & M. Hersen (Eds.), *Comparative handbook of treatments for adult disorders* (pp. 203-218). New York: Wiley.
- Heimberg, R. G. (1991). *Cognitive behavioral treatment of social phobia in a group setting: A treatment manual* (2nd ed.). Unpublished manuscript available from the Center for Stress and Anxiety Disorder, Pine West Plaza, Building 4, Washington Avenue Extension, Albany, NY 12205.
- Heimberg, R. G. & Juster, H. R. (1995). Cognitive-behavioral treatments: Literature Review. In R. G. Heimberg., M. R. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 261-309). New York: Guilford Press.
- Hope, D. A., Heimberg, R. G., & Bruch, M. A. (1995). Dismantling cognitive-behavioral group therapy for social phobia. *Behavior Research and Therapy*, 33, 637-650.
- Jenike, M. A. (1992). New developments in the treatment of obsessive-compulsive disorder. In A. Tasman & M. B. Riba (Eds.), *Review of Psychiatry* (Vol. 11) (pp. 323-346). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Kamphuis, J. H., & Telch, M. J. (2000). Effects of distraction and guided threat reappraisal on fear reduction during exposure-based treatments for specific fears. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 1163-1181.
- Kazdin, A. E., & Wilcoxon, L. A. (1976). Systematic desensitization and nonspecific treatment effects: A methodological evaluation. *Psychological bulletin*, 83, 729-758.
- Kirsch, I. (1985). Response expectancy as a determinant of experience and behaviour. *American Psychologist*, 40, 1189-1202.
- Kozak, M. J., Foa, E. B., & Steketee, G. (1988). Process and outcome of exposure treatment with obsessive-compulsives: Psychophysiological indicators of emotional processing. *Behavior Therapy*, 19, 157-169.
- Lader, M. & Wing, L. (1966). *Physiological measures, sedative drugs, and morbid anxiety*. London: Oxford University Press.
- Lang, A. J., & Craske, M. G. (2000). Manipulations of exposure-based therapy to reduce return of fear: A replication. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 1-12.
- Lang, P. J. (1977). Imagery in therapy: An information processing analysis of fear. *Behavior Therapy*, 8, 862-886.
- Lang, P. J. (1979). A bio-informational theory of emotional imagery. *Psychophysiology*, 16, 495-512.
- Lang, P. J., Melamed, B., & Hart, J. (1970). A psychophysiological analysis of fear modification using an automated desensitization technique. *Journal of Abnormal Psychology*, 76, 220-234.
- Leitenberg, H. (1976). Behavioral approaches to the treatment of neuroses. In H. Leitenberg (Ed.), *Handbook of behavior modification and behavior therapy* (pp. 124-167). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Levis D. J. (1999). The negative impact of the cognitive movement on the continued growth of the behavior therapy movement: A historical perspective. *Genetic, Social, & General Psychology Monographs*, 125, 157-171.
- Mackintosh, N. J. (1987). Neurobiology, psychology and habituation. *Behaviour Research and Therapy*, 25, 81-98.
- Marchione, K. E., Michelson, L., Greenwald, M., &

- Dancu, C. (1987). Cognitive-behavioral treatment of agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 25, 81-98.
- Margraf, J. (1990). Behavior therapy for panic and agoraphobia. In A. Bellack, & M. Hersen (Eds.), *Handbook of comparative treatments for adult disorders* (pp. 144-175). New York: John Wiley & Sons.
- Margraf, J., & Schneier, S. (1991). *Outcome and active ingredients of cognitive-behavioural treatments for panic disorder*. Paper presented at 25th Annual Meeting of the Association for Advancement of Behaviour Therapy, New York, November.
- Marks, I. M. (1981). Review of behavioral psychotherapy I: Obsessive-compulsive disorders. *American Journal of Psychiatry*, 138, 584-592.
- Marks, I. M. (1987). *Fears, phobias, and rituals*. NY: Oxford University Press.
- Marks, I. M., & Tobena, A. (1990). Learning and unlearning of fear: A clinical evolutionary perspective. *Neuroscience and Biobehavioural Review*, 14, 365-384.
- Marmar, C. R., Foy, D., Kagan, B., & Pynoos, R. S. (1993). An integrated approach for treating posttraumatic stress. In J. M. Oldham, M. B. Riba, & A. Tasman (Eds.), *Review of Psychiatry* (Vol.12) (pp. 239-272). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Marshall, W. L. (1985). The effects of variable exposure in flooding therapy. *Behavior Therapy*, 16, 117-135.
- Marshall, W. L. (1988). Behavioural indices of habituation and sensitization during exposure to phobic stimuli. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 167-175.
- Mathews, A. M., Gelder, M. G., & Johnston, D. W. (1981). *Agoraphobia: Nature and treatment*. New York: Guilford Press.
- Mattick, R. P., & Peters, L. (1988). Treatment of severe social phobia: Effects of guided exposure with and without cognitive restructuring. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 251-260.
- Mattick, R. P., Peters, L. & Clarke, J. C. (1989). Exposure and cognitive restructuring for social phobia: A controlled study. *Behavior Therapy*, 20, 3-23.
- Mavissakalian, M., & Barlow, D. H. (1981). *Phobia: Psychological and pharmacological treatment*. New York: Guilford Press.
- McNally, R. J., & Foa, E. B. (1996). The limitations of self efficacy theory in explaining therapeutic changes in phobic behavior. In R. M. Rapee (Ed.), *Current controversies in the anxiety disorders* (pp. 369-372). New York: Guilford Press.
- Meyer, V. (1966). Modification of expectations in cases with obsessional rituals. *Behaviour Research and Therapy*, 4, 273-280.
- Meyer, V., & Gelder, M. G. (1963). Behaviour therapy and phobic disorders. *British Journal of Psychiatry*, 109, 19-28.
- Rachman, S. J. (1980). Emotional Processing. *Behaviour Research and Therapy*, 18, 51-60.
- Rachman, S. J. (1990). *Fear and Courage*. New York: W. H. Freeman.
- Rachman, S. J. (1994). The overprediction of fear. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 683-690.
- Rachman, S. J., & Bichard, S. (1988). The overprediction of fear. *Clinical Psychology Review*, 8, 303-313.
- Rachman, S. J., Craske, M. G., Tallman, K., & Solyom, C. (1986). Does escape behaviour

- strengthen agoraphobic avoidance? A replication. *Behavior Therapy*, 17, 366-384.
- Rachman, S. J., & Hodgson, R. J. (1980). *Obsession and compulsions*. NJ: Prentice-Hall.
- Rachman, S. J., & Levitt, K. (1985). Panic, fear reduction and habituation. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 169-206.
- Rachman, S. J., Levitt, K., & Lopatka, C. (1988). III. Experimental analyses of panic: claustrophobic subjects. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 41-52.
- Rachman, S. J., & Lopatka, C. (1986). Match and mismatch in the prediction of fear-1. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 387-393.
- Rasmussen, S. A., & Eisen, J. L. (1990). Epidemiology and clinical features of obsessive-compulsive disorder. In M. A. Jenike, L. Baer, & W. E. Minichiello (Eds.), *Obsessive-compulsive disorder: Theory and management* (pp. 10-27). Chicago: Year Book Medical.
- Rimm, D. C., & Masters, J. C. (1979). *Behavior therapy: Techniques and empirical findings* (2nd ed.). New York: Academic Press.
- Rodriguez, B., & Craske, M. G. (1993). The effects of distraction during exposure to phobic stimuli. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 549-558.
- Rosenthal, T. L., & Bandura, A. (1978). Psychological modeling: Theory and practice. In S. L. Garfield, & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (2nd ed.). New York: Wiley.
- Salkovskis, P. M. (1988). Phenomenology, assessment and the cognitive model of panic. In S. J. Rachman, & J. Maser (Eds.), *Panic: Psychological perspectives*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Salkovskis, P. M. (1991). The importance of behaviour in the maintenance of anxiety and panic: A cognitive account. *Behavioural Psychotherapy*, 19, 6-19.
- Salkovskis, P. M. (1996). The cognitive approach to anxiety: Threat beliefs, safety seeking behavior, and the special case of health anxiety and obsession. In P. M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 48-74). NY: Guilford.
- Schwartz, S. G., & Kaloupek, D. G. (1987). Acute exercise combined with imaginal exposure as a technique for anxiety reduction. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 19, 151-166.
- van Hout, W. J. P. J., & Emmelkamp, P. M. G. (1994). Overprediction of fear in panic disorder patients with agoraphobia: Does the (mis)match model generalize to exposure *in vivo* therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 723-734.
- Wagner, A. R. (1976). Priming in STM: An information processing mechanism for self-generated or retrieval-generated depression in performance. In T. J. Tighe, & R. N. Leaton (Eds.), *Habituation: Perspectives from child development, animal behaviour and neuropsychology* (pp. 95-128). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Williams, S. L. (1996). Therapeutic changes in phobic behavior are mediated by changes in perceived self-efficacy. In R. M. Rapee (Ed.), *Current controversies in the anxiety disorders* (pp. 344-368). New York: Guilford Press.
- Wilson, K. G. (1997). Science and treatment development: Lessons from the history of behavior therapy. *Behavior Therapy*, 28, 547-558.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, CA: Stanford University Press.

Exposure Therapy for Anxiety Disorders : Critical Analysis, Mechanisms of Action, and Improvements

Yongrae Cho

Department of Neuropsychiatry, Chosun University

Exposure therapy is a laboratory-based behavior therapy and clearly effective for anxiety disorders. This paper aimed to explore and recommend various improvements for the limitations of exposure therapy. First, the discovery process of it was historically investigated. Next, empirical studies of exposure therapy for various anxiety disorders were critically analyzed, and current status of the existing combinations of exposure and cognitive treatments was summarized. As limitations of exposure therapy, clients' poor compliance, relapse and recurrence, and limited clinical improvements were noted. Both earlier learning and more recent cognitive-behavioral theories were then discussed as theories that explain how exposure therapy works. Based on the aforementioned discussions, both strategies for enhancement of treatment compliance and general measures to prevent relapse or recurrence were offered. Furthermore, methods of combining exposure with more sophisticated cognitive treatments effectively as well as improvements for the procedures of exposure therapy were recommended. This paper concluded with directions and methodological issues for future research.

Key Word: Exposure therapy, anxiety disorder, behavior therapy, cognitive treatments, learning theories, cognitive-behavioral theories

1차 원고 접수: 2000년 9월 18일
수정 원고 접수: 2001년 3월 21일
최종 게재 결정: 2001년 4월 17일