

스트레스 대응전략*

- 인지행동적 접근 -

고 경 봉**

Strategies for Coping with Stress*

- Cognitive-behavioral Approaches -

Kyung Bong Koh, M.D., Ph.D.**

— ABSTRACT ————— *Korean J Psychosomatic Medicine* 3(1) : 64-71, 1995 —

Cognitive-behavioral approach can be clinically applied to coping with stress, because cognitions are playing a central mediating role in the occurrences of stress and stress reactions. In other words, cognitive distortions can be associated with causing and/or maintaining psychopathology. The goal of cognitive-behavioral approach is to help the patients identify and alter cognitive distortions and maladaptive assumptions. This approach is aimed not at curing but rather at helping the patients to develop better coping strategies to deal with their life and work. The cognitive-behavioral techniques often used in this approach include problem solving, hypothesis-testing, self-monitoring, cognitive challenges, generating alternatives to automatic cognitive distortions, self-instruction, attribution and reattribution, and techniques to control or suppress thoughts. This approach is considered to be helpful for treatment and prevention of psychiatric disorders including psychosomatic disorders, in which stress can greatly affect their onset and course.

KEY WORDS : Cognitive-behavioral approach · Coping with Stress · Cognitive-behavioral techniques · Psychosomatic disorders.

서 론

인지행동적 접근 및 치료는 인지적 왜곡(cognitive distortion)을 시정하기 위한 정신치료의 일종으로서

방법적으로 인지적 및 행동적 치료기법을 병행사용하는 것을 가르킨다. 인지행동치료는 이미 우울장애 및 불안장애환자들에서 효과적인 치료방법으로 알려져 있다(Beck과 Rush 1989). 한편 우울장애 및 불

*이 논문의 요지는 1993년 11월 27일 한국정신신체의학회 추계학술대회에서 발표되었음.

The paper was presented at the annual academic meeting of the Korean Psychosomatic Society on Nov. 27, 1993

**연세대학교 의과대학 정신과학교실

Department of Psychiatry, Yonsei University College of Medicine, Seoul, Korea

안장애와 같은 정서장애환자들보다 스트레스지각이 낮은 것으로 밝혀진 정신신체장애(심리적 인자에 의해 영향을 받는 신체적 상태)환자들에서도(고경봉 1988) 인지행동치료는 효과가 있는 것으로 보고 있다(Holroyd 등 1983).

인지행동치료는 환자와 치료자 간에 적극적이고 지시적이며 협동적으로 이루어지는 단기정신치료의 일종이다(Freeman 1987). 다시 말해서 치료자와 환자가 서로 머리를 맞대고 공동으로 환자의 문제해결을 위한 전략을 짜내며, 그것이 효과적인지 평가하고 연습하면서 환자 스스로 문제해결을 시도하게 하는 치료방법이라고 볼 수 있다. 즉 환자가 자신의 인지적 왜곡과 비적응성 가정(가설)을 발견하여 변형시키도록 돕는데 치료자가 적극적인 역할을 담당하는 일종의 학습경험이다. 이 치료에서 강조되는 두 가지 핵심 요소는 환자와 치료자 간의 협동과 자가관리(self-management)이다(Freeman 1987).

인지행동적 접근이 스트레스 대응전략에 적용되는 근거는 첫째, 스트레스경험을 형성하는데 개인의 인지양상과 능동적 역할이 강조된다는 점이다. 이것은 스트레스를 일으키는 실제 생활사건보다는 생활사건에 대한 주관적 지각이 더 스트레스정도를 좌우할 수 있음을 의미한다(Reiser 1984). 즉 개인에 따라서 스트레스인자에 대한 해석이 다를 수 있어 혹자는 스트레스로 경험할 수 있는가 하면 혹자는 그렇지 않을 수 있다. 따라서 인지와 관련된 지각수준에 대한 개입이 효과적일 것으로 보고 있다(고경봉 1992). 둘째, 스트레스반응을 결정하고 스트레스에 대응하도록 하는데 인지과정이 중요하다는 점이다(Cotton 1990). 즉 개인에 따라 동일한 스트레스인자에 대한 반응이 다를 뿐만 아니라 개인의 인지과정이 스트레스에 대해 효과적으로 대응케하는가 하면 비효과적으로 대응케할 수 있어 나중에 심리적 및 신체적 장애를 야기시킬 수도 있다.

인지행동적 접근의 목표는 일차적으로 스트레스반응을 야기시키는 인지적 왜곡(잘못된 생각)을 발견하여 변화시키는데 있으나 궁극적으로 비적응성 가정 즉 생활의 규칙(rule)을 발견하여 변화시키는데 있다. 특히 이것은 환자를 치료(cure)한다기보다는 오히려 환자가 자신의 생활 및 일을 처리하는데 보다 더 나은 대응전략을 개발시키도록 돕는데 있다(Freeman 1987).

본문에서는 인지행동접근의 이론적 배경과 인지행동접근과정을 중심으로 기술하고자 한다.

1. 인지행동치료의 이론적 배경

인지행동치료는 정신치료의 인지적 모형을 형성시키는데 중추적 역할을 한 Beck과 Ellis에 의해 시작되었다(Freeman 1987). Beck(1976)은 스트레스에 있어서 인지의 역할과 인지과정에 있어서 스트레스의 역할을 다루는 스트레스의 인지적 모형을 제안하였다. 이 모형에서 첫째 원칙은 인지적 상황의 구성은 외적 상황 및 특정 반응들에 대한 지속적인 평가를 포함하는 능동적이며 연속적인 과정이라는 점이다. 그는 행동을 야기시키는 것이 상황 자체보다는 상황에 대한 인지적 구성이라고 보고 있다. 따라서 인지의 내용이 행동을 지시하고, 동시에 스트레스가 인지적 구성과 기능을 붕괴시킬 수도 있다고 보았다.

Beck의 모형에서 보듯이 인지적 접근은 스트레스에 대한 대응에 있어서 문제중심의 전략과 정서중심의 전략으로 구분되어 사용될 수 있다. 문제중심의 인지적 전략은 스트레스지각을 변경시킬 수 있는 반면, 정서중심의 인지적 전략은 스트레스에 대한 주관적 반응이나 대응행동을 변경시킬 수 있다(Cotton 1990).

Beck의 스트레스과정에 대한 개념과 Lazarus와 Folkman(1984)의 평가(appraisal)에 대한 개념을 연결 시킴으로서 인지적 기술들을 비적응성 사고양상에 적용시킬 수 있었다. 즉 인지적 기술들을 사용함으로써 일차적 평가(primary appraisal)-상황이 스트레스가 되는지에 대한 판단, 이차적 평가(secondary appraisal)-대응방법의 선택에 대한 평가, 재평가(reappraisal)-추가되는 대응방법과 새로운 지식획득에 따른 새로운 평가-를 변경하는 것이 가능하였다.

이런 치료형태의 발전에는 Ellis의 rational-emotive therapy, Lazarus의 multimodal therapy, Meichenbaum의 인지행동변형, Maultsby의 합리적 행동치료, 그리고 Sullivan, Adler, Horney, Freud학과, Frankl의 실존치료(logotherapy)와 같이 인지를 정신치료의 중심요소로 보는 분석학파과학자들이 기여하였다(Freeman 1987).

즉 인지행동치료는 인지치료와 행동치료가 혼합된 형태로서 정신역동학파에서 내적 대화 및 과정의 중요성이 도입된 반면, 행동학파에서는 과학적 방법,

행동변화에 대한 초점, 다양한 행동적 기법 및 전략들이 동원되었다고 볼 수 있다(Freeman 1987).

2. 인지치료와 역동치료 간의 차이점

어떤 면에서 인지치료는 역동(분석)치료와 비슷하다. 즉, 두 치료형태는 모두 성인기에 잘못된 대응을 야기시킨 아동기경험에서 역기능적 사고양상을 찾아내려고 시도한다. 그러나 두 치료형태 간에는 근본적으로 다른 점도 있다(Freeman 1987). 이런 인지치료의 특징을 보면 다음과 같다.

- 1) 환자가 치료를 받는다기보다 치료자와 한 팀이 되어 협동해서 일한다.
- 2) 단지 해석보다는 재구성 및 상호작용을 강조한다.
- 3) 자유연상에 의한 막연한 치료적 방향보다는 문제의 초점을 분명히 할 수 있다.
- 4) 역동치료가 설명이 별로 요하지 않는 것과는 달리 인지행동치료는 충분한 설명이 필요하다.
- 5) 역동치료는 과거의 갈등을 이해함으로써 인격변화를 유도하나 인지행동치료에서는 사고의 변화를 통해서 증상을 완화시킨다.
- 6) 역동치료가 비적응성 대응양식 혹은 방어를 찾아서 알려주는 것 자체가 치료라고 한다면, 인지행동치료는 대응양식을 변경시키도록 도와주는 것이다.

3. 인지치료들 간의 공통점과 차이점

인지행동치료에서 선구적인 역할을 한 Ellis, Beck, Meichenbaum의 치료기법 및 일반적인 접근방식은 다음과 같은 공통점을 갖고 있다(Cotton 1990).

첫째, 모든 인지치료에는 인지(사고)가 스트레스와 스트레스반응이 일어나는데 중추적인 중개역할을 하고 있다. 그리고 인지는 감정과 행동을 연결해 주는 역할을 한다. 인지는 행동이 적응성이든 비적응성이든 지간에 지속적인 행동의 양상을 유지하는데 도움이 된다. 둘째, 정신병리는 왜곡된 인지의 산물로서 치료의 목표는 이런 왜곡을 시정하는데 있다(Rush 1984). 셋째, 왜곡된 인지들에 다소 체계적으로 도전한다. 넷째, 치료는 치료자의 숙제배정과 같은 능동적이고 지시적인 경향이 있다.

한편 차이점으로는 Beck과 Ellis는 특이한 사고양상들을 감소시키는 것을 강조하는 반면 Meichenbaum은 적응성 기능을 강화하는데 초점을 두고 있다(Cotton 1990).

4. 인지행동치료의 원칙

치료의 주된 초점은 부정적 인지왜곡(잘못된 생각)이 되고, 이런 인지왜곡의 근원은 비합리적인 믿음 혹은 비적응성 가정(가설), 삶의 규칙(life schema)에 있다(Freeman 1987).

비합리적 믿음(schema)은 흔히 초기 아동기에 확립되고, 이것은 개인, 가정, 종교, 사회, 문화, 법률이란 측면으로 구분된다(Freeman 1987). 예를 들면 개인적으로는 「성공하기 위해서는 항상 완벽해야 한다」, 가정에서 혹은 사회적으로는 「윗사람에게 항상 절대 복종해야 한다」, 법률적으로는 「흠치지 말라」는 등으로 표현될 수 있다. 이런 비적응성 가정에 대한 믿음의 정도가 인지왜곡의 강도를 결정해 준다.

어떤 외적 상황이나 사건이 특정 schema를 자극하여 인지왜곡을 일으킬 수 있다. 예를 들면, 상사에게 불려가 야단맞을 때마다 「나는 무능하다」고 인지왜곡을 보이는 환자에서 비적응성 가정은 「인정받기 위해서는 항상 완벽해야 한다」라고 볼 수 있다.

이상적인 인지행동치료는 환자가 인지왜곡 이외에 비적응성 가정에 대해서도 대응하도록 하는데 있다. 이렇게 비적응성 가정에 대한 대응이 이루어질 때 단순히 인지왜곡에 대해서만 대응하는 경우보다 변화가 더 지속적이고 훨씬 더 강력해질 수 있다(Freeman 1987).

인지행동치료는 대략 15~25주로 기간을 정해놓고 일주에 일회씩 시행한다. 이때 사용되는 인지적 기술에는 인지왜곡, 명명어(해야 한다) 및 비적응성 가정들을 발견하여 현실검정하는 경우, 재귀착(reattribution), 객관성의 증대, 증상의 자가평가 등이 있다. 한편 행동적 기술에는 일과표의 작성, 숙달 및 즐거움에 관한 점수평가, 점진적인 일의 배정, 행동의 사전연습, 기분 및 사고의 자가평가 등이 있다(Kaplan과 Sadock 1988).

5. 인지치료과정

Rush(1984)는 인지치료의 과정을 5단계로 구분하였다. 첫째 단계에서는 환자 혹은 스트레스를 받는 사람이 그가 흔히 스트레스가 된다고 밝혀진 상황에 대해 갖는 견해를 알아야 한다. 그 다음에는 자신의 상황에 대한 주관적 해석과 반대되는 객관적인 것 즉, 측정할 수 있는 진실을 가려낼 수 있어야 한다. 일단 환자가 상황의 개관적인 요소와 주관적인 요소를 구

분할 수 있다면 그는 주관적 견해를 평가하고 현실 검증하고 조정할 수 있다고 본다. 그리고 환자가 문제되는 생각들을 찾아내어 수량화하기 위해서 일기 혹은 빈도를 계산하는 형태로 자료들을 수집할 필요가 있다.

두번째 단계에서는 환자가 어떤 상황들에 대해 반복되는 지각을 알게 하여 그것을 교정의 대상으로 삼게 한다.

세번째 단계에서는 이런 반복되는 지각으로부터 일반화하여 환자가 여러 상황들에서 작동하는 이면의 가정과 믿음을 밝혀낼 수 있다. 이러한 이면의 가정은 의식적으로 작용하지 않고 지각을 안내하는 역할을 담당한다.

네번째 단계에서는 환자가 예상되거나 예상치 못하는 스트레스에 대해 능동적으로 특수 인지행동적 기술들을 선택해서 연습하도록 한다.

마지막 단계에서 치료는 새로운 이면의 가정들을 일반화하고 이 새로운 가정들을 스트레스상황에 응용하는 것으로 종결된다.

치료자의 인지치료에 관한 견해에 따라서 상기 치료과정의 단계들에 대한 중요성이 달라질 수 있다. Ellis는 여러 가지 다른 상황에 영향을 미칠 수 있는 이면의 가정(가설)의 역할을 강조하고 Beck은 주로 현실검정에 관해서 언급하고 있다. 한편 Meichenbaum은 인지가 행동을 통제할 수 있는 새로운 방법들을 개발할 것을 강조하고 있다. 치료자는 환자의 요구와 스트레스인자 및 스트레스반응의 속성에 따라서 문제의 초점을 조정할 수도 있다(Cotton 1990). 이와 비슷하게 인지치료에서 사용될 기술들은 치료자의 관심(orientation), 환자의 요구, 문제의 본질에 따라 달라질 수 있다.

6. 일반적인 인지행동적 기술

인지적 변화를 위해 사용되는 일반적인 인지행동적 기술은 다음과 같다.

1) 문제해결

스트레스를 받는 사람들은 당면문제가 무엇인지 정확히 알지 못할 수 있고 해결방법도 한 가지 밖에 모를 수 있다. D'zurilla와 Goldfried(1971)는 다음과 같이 문제해결의 모형을 제시하고 있다.

(1) 문제해결에 대한 일반적인 원칙을 알아야 한다. 즉 환자는 일반적인 문제들을 정상적인 삶의 부분으

로서 일반적인 문제들을 받아들이고 이것들을 인식하고 이들에 대한 문제를 풀수 있는 준비를 갖춘다.

(2) 문제를 정의하고 공식화한다.

환자는 문제의 모든 면들에 대해 정의를 내리고 문제해결의 목표를 정한다.

(3) 대안들을 마련한다.

가능한 창조성을 고무시켜 여러 가지 해결책을 강구한다.

(4) 대안을 선택한다.

각 대안의 유용성을 평가하여 환자 자신의 상황에 가장 적합한 대안을 선택한다.

(5) 선택된 대안을 실행후 평가한다.

일단 대안이 선택되면 실천에 옮긴 후 결과를 평가하여 대안의 변경여부를 정한다.

일반적인 문제해결방법은 자기통제훈련으로서 처음에는 일반적인 문제해결을 배우고 그 다음에는 문제해결에 사용된 기술들을 특수한 문제들에 적용시킨다.

2) 가설검정

가설검정의 과정은 환자가 믿음을 진술하게 하고(예: 지구는 둥글다) 치료자가 이 가설을 검증하기 위한 방법을 처방하고(예: 세계를 향해하도록 한다) 그리고 자료를 수집하도록 한다(예: 항해한 배 6척 중 5척이 돌아왔다).

인지치료에 있어서 일반적으로 공식화된 가설들은 자동적 사고(automatic thought) 및 비논리적 가정들과 관련되어 있다. 따라서 치료자는 환자가 다른 사람들과 만날 때 일어나는 자동적 반응이 "그 사람이 나를 좋아한다" 혹은 "그 사람이 나를 좋아하지 않는다"는 가설을 제안할 수 있다. 평가방법은 환자가 얼마나 자주 자신에 대한 타인의 반응에 관해서 의아하게 생각하는 지를 관찰해 보는 것이다. 다른 연구와 마찬가지로 가설이 확인될 가능성을 극대화시키기 위해서 사전에 충분한 자료를 얻을 수 있어야 한다. 그래서 수집된 자료들이 그 가설을 긍정적으로 뒷받침해 주는지, 부정하는지, 아니면 가설의 일부를 변경해야 하는지를 시사해 줄 것이다.

3) 자가평가(Holroyd등 1983)

자가평가전략들은 가설검정과 함께 특수한 인지들을 밝혀내고 평가하기 위해서 숙제배정시에 흔히 사용된다. 환자 자신이 일상생활 중 일어나는 스트레

스반응을 평가하도록 가르친다. 이것은 환자가 스트레스상황 전후 사건의 양상, 인지적 왜곡 및 비적응성 가정을 찾아내게 하는데 있다. 지나간 일의 전반적 보고보다는 환자의 스트레스반응을 자세히 설명하게 하여 치료과정을 능률적으로 구성하게 한다. 환자가 스트레스사건 전후 느낌, 생각 및 행동을 기록하도록 하여 인지왜곡 및 비적응성 가정을 발견하게 할 수 있다. 이때 치료시간 중 환자의 기억에 의존하지 않도록 한다. 때로는 환자가 찾아낸 스트레스상황을 상상하게 해서 의식적으로 지각, 경험한 것을 보고하게 한다.

자가평가에 익숙해지면 환자가 상황변수 즉 생각, 감정, 행동, 증상들 간의 관계를 알아 볼 수 있도록 도와준다.

4) 인지에 대한 도전

파괴적일 가능성이 높은 인지들 특히 절대론적 인지들에 대한 믿음에 상반되는 증거들을 환자의 과거 속에서 찾아냄으로서 논리적인 도전이 가능하다.

치료자는 환자의 말로부터 도전을 제안할 수 있다. 예를 들면, “나는 항상 실패자다”라고 말하는데 그러나 “지난 번에 직장에서 불과 석달만에 승진되어 월급이 인상되었다고 말하지 않았습니까?”라고……. 일반적으로 처음에는 치료자가, 다음에는 환자가 도전을 하도록 한다.

5) 대안의 제시

일단 자동적 사고 및 비합리적인 생각들이 밝혀져 도전을 받으면 환자는 합리적이고 긍정적인 대안들을 만들려고 노력한다. 이렇게 함으로써 바람직하지 않은 인지(생각)를 바람직한 인지로 바꿀 수 있다. 예를 들면, ‘내가 하는 일은 모두 되는 게 없다’에서 ‘어떤 때는 잘못된 적도 있지만, 때로는 성공한 적도 있었고 아마도 다시 성공할 수 있을 것이다’ 즉 더 바람직하고 덜 절대적인 쪽으로 대체시킬 수 있다.

6) 자기교육(self-instruction)

인지가 행동을 적용하는 쪽으로 통제시킨다면 그 인지는 바로 자기교육이 된다. 따라서 환자가 문제의 행동을 어떻게 처리할 것인지를 겉으로 혹은 속으로 구두표현하게 한다. 그리고 바람직한 행동을 계속 해나가도록 강화시키고 인정해 주고 조정하도록 한다. 자기교육은 특히 어렵다고 지각되는 일들에 대해서 효과적이다. 어려움이 일 자체의 속성(새롭거나 북

잡한 일) 혹은 그 일에 대한 반응(공포의 대상에 대해 접근하는 경우) 때문인지에 관계없이 자기교육은 일반적으로 개인을 강화시키는 역할을 갖는다.

7) 귀착(attribution)과 재귀착(reattribution)

귀착은 어떤 상황에서 환자가 자신의 역할에 관해서 정확하지 않거나 도움이 안되는 쪽으로 결론을 내리는 것으로 인지치료의 주제가 된다. 예를 들면, “그것은 그저 운이었다”면서 환자가 자신의 성공을 자기의 노력으로 받아들이지 않거나 “우리팀이 진 것은 전적으로 나 때문이다”라면서 자기 권한 밖에 있는 사건에 대한 책임을 자신 혼자서 전적으로 지려고 하는 경우다.

Forsterling(1980, 1986)은 원인을 귀착시키는데 있어서 재훈련시키면 인지 및 행동을 변화시킬 수 있음을 시사하였다. 일반적으로 재귀착의 경우 문제의 행동들을 개인적으로 통제할 수 있는 원인으로 귀착시키는 것이 바람직하다. 예를 들어 학업성적이 나쁜 것을 노력의 부족으로 돌리는 학생들은 개인의 무능이나 교수의 탓으로 돌리는 학생들보다 성적을 올릴 가능성이 더 크다.

Kelley(1967)는 귀착형성에 중요한 변수 세 가지를 제안하였다. 첫째는 합의점(consensus)이다. 자기 이외에 다른 모든 사람들이 자신의 귀착에 관해 동의하느냐는 것이다. 즉 다른 학생들도 그 교수가 구제불능이라고 보느냐 하는 점이다. 둘째는 일관성(consistency)이다. 그런 귀착이 어떤 상황에서도 항상 가능하느냐는 점이다. 즉 그 교수는 어떤 한 가지에만 그런 것인지 아니면 항상 구제불능이라고 볼 수 있느냐는 것이다. 셋째는 공변화(covariation)다. 만약 귀착에서 문제의 행동들 중 하나를 변화시킨다면 따라서 결과가 변하느냐는 것이다. 즉 열심히 공부하면 성적이 올라가느냐는 것이다.

8) 사고를 통제하거나 억압하는 기술

단순히 지속적으로 일어나는 반복적인 사고들을 통제 혹은 제거하기 위해서 여러 가지 인지행동적 기술들이 개발되었다. 이런 기술들은 사고에 도전하거나 사고를 변경시키는 것은 아니다. 특히 이런 접근은 이미 도전을 받았음에도 불구하고 지속되는 강박적 사고들에 대해서 효과적이다.

Shetton과 Levy(1981)는 사고를 통제하거나 억압하는 기술들을 다음과 같이 제시하였다.

(1) 사고를 중지시킨다.

환자가 원치 않는 생각을 스스로 큰 소리로 말하게 하고 그 다음에는 치료자가 환자의 말을 중단시키기 위해서 “그만” 혹은 “중지”라고 외친다. 그러면 환자는 원치 않는 생각이 일어날 때마다 “그만” 혹은 “중지”라고 말하게 된다.

(2) 고통스러운 생각을 더 강하게 반복적으로 경험하게 한다(implosion).

환자가 고통스러운 생각을 계속 반복적으로 경험하게 해서 그것이 더 이상 정서적 흥분을 일으키지 않도록 하는 것이다. 즉 이것은 고통스러운 생각을 큰 소리로 반복시키거나 그런 생각의 내용을 설명하도록 하는 것이다. 소리의 반복은 일차적으로 구체적인 생각에 대해 효과적인 반면 내용의 설명은 반복되는 시각적인 상(image)에 대해서 더 효과적이다.

(3) 벌을 준다.

원치 않는 생각이 일어날 때마다 환자가 경미한 벌을 받도록 한다. 벌을 주는 방법으로는 실험실이나 치료실에서 치료자가 경한 전기적 충격을 줄 수 있고, 자기통제과정으로서 환자가 자신의 손목을 탄력봉대로 탁 치거나 소금을 한 모금씩 먹게 할 수도 있다.

(4) 생각을 다른 방향으로 돌리게 한다.

환자가 문제되는 생각을 특정장소(예: 의자)나 특정시간(예: 저녁식사전 반 시간동안 문제되는 생각을 걱정하게 한다)으로 돌리도록 한다.

(5) 환경을 변화시킨다.

원치 않는 생각이 떠오를 때마다 방에서 나와 보거나 자신의 활동을 변화시켜 본다.

(6) 귀찮은 일들을 해 보도록 한다.

문제의 생각이 떠오를 때마다 자기가 평소 하기 싫어했던 일-예를 들어 마루를 닦거나 빨래를 하게 한다.

(7) 생각을 늦추도록 한다.

환자가 일정한 시간동안 문제의 생각을 하지 않도록 생각을 늦추게 한다. 예를 들면 문제되는 생각을 30분간 연기시킨다.

7. 인지행동치료가 biofeedback치료보다 더

나은 점

인지행동치료가 biofeedback치료 및 이완요법보다

더 효과적인 것으로 보는 이유들은 다음과 같다(Holroyd등 1983).

첫째, 치료의 초점을 생리적 스트레스반응 이외에 스트레스반응에 영향을 미칠 수 있는 인지 및 행동 변수에도 맞출 수 있다.

둘째, 일상생활의 스트레스에 대해 근육이완 이외에 다양한 대응전략을 동원시킬 수 있다. Biofeedback치료나 근육이완요법은 단일한 대응반응인 근육이완만을 일으킬 수 있으나 복잡한 일상생활에는 이런 단일한 대응반응만으로는 불충분하기 때문에 융통성있게 다양한 대응기술 및 대응전략이 필요하다.

셋째, 증상의 유발인자 혹은 증상의 결과로서 나타나는 우울과 같은 부정적 감정을 해결하는데 biofeedback치료 및 이완치료보다 더 적합하다. 만성두통환자들에서 치료효과를 보면 긴장성 두통환자들에서 biofeedback치료보다 인지치료가 더 효과적인 것으로 보고되었다(Holroyd등 1977).

넷째, 인지치료가 biofeedback치료 및 이완치료보다 장기간 치료효과 유지에 더 효과적인 것으로 시사되었다(Lvnn과 Freedman 1979; Holroyd등 1983).

8. 인지행동치료의 문제점

인지행동치료가 많은 장점을 갖고 있음에도 불구하고 다음과 같은 문제점들이 지적되고 있다(Cotton 1990).

1) 특히 스트레스에 대한 대응이란 측면에서 인지치료가 갖는 변화의 기전과 효과에 관한 문헌이 많지 않다.

2) 인지치료가 특정 장애에서 다른 형태의 정신치료보다 더 우월하다는 증거가 없다. 우울장애 및 불안장애환자들에서 인지치료와 행동 치료 간의 효과의 차이를 평가하였으나 양자 간에 유의한 차이가 없었다(Durham과 Turvey 1987; Lindsay등 1987; Rehm등 1987). 그러나 Marchione등(1987)에 의한 연구에서는 인지치료가 다른 치료형태에 비해 우월하지는 않더라도 약간 다른 효과를 보일 수 있음을 시사하였다. 한편 이들은 인지치료와 행동치료의 기술을 병행한 경우에는 개별적인 기술들의 사용보다 일반적으로 효과가 더 우수하다고 보았다. 따라서 사람들의 개인적 필요성을 고려해서 다양한 기술들을 선택 사용하는 것이 효과적임을 알 수 있다.

3) 인지치료결과에 대한 평가가 애매모호하다. 그 이유들 중 하나는 인지치료가 무엇인지 정확하게 정

의내리기가 어렵다는 점이다. 비록 이론은 문헌에서 분명히 밝혀진데 반해(Ellis 1987; Marzillier 1987) 실제에 있어서는 여러 형태의 인지치료의 결과들을 비교한 연구는 없었다(Cotton 1990). 특히 더 혼동시키는 것은 Meichenbaum이 주장하는 행동의 중개에 있어서 인지의 역할에 관한 개념을 받아들일 경우 모든 행동적 기술들이 인지에 포함될 수 있다는 점이다.

4) 인지치료에서 다루는 주제들 중 하나는 정신병리가 개인 자신과 개인적 상황에 대해 왜곡되거나 비현실적인 평가의 산물이라고 보는 점이다. 그러나 실제에 있어서는 그러한 왜곡이나 비현실적인 지각들의 산물이 정신병리라기 보다는 정신건강일 수 있다는 점이다(Taylor와 Brown 1988). 즉 정상적인 건강한 인지들은 과도하게 긍정적인 자기평가, 통제 및 숙달에 대한 과장된 지각과 자신의 장래에 관한 비현실적인 낙관이 특징적이다. 이에 반해 자기 자신의 상황에 대해 현실적이고 정확한 평가는 우울을 감소시키기보다는 오히려 조장할 가능성이 높다. 다시 말해서 우울증환자들의 생각이 비관적이고 부정적일 수 있으나 비합리적이거나 진실하지 못한 것은 아니라는 점이다(Beidel과 Turner 1986).

5) 인지와 감정 간의 관계에서 인지가 항상 정서 반응(감정)을 예측하게 하고 유발한다고 가정할 수 없다는 점이다. 인지, 감정, 생리적 흥분 중 어느 것이 어떤 상황에서 제일 먼저 일어나는지를 결정하기는 어렵다. Beck과 Ellis는 인지가 감정에 선행된다고 주장하지만 귀착이론자들은 생리적 흥분이 처음에는 감정으로 지각되고 그때 인지적 의미를 부여받았다고 주장한다. 따라서 그들은 감정이 일종의 신호기능을 갖는다고 본다(Kendall 1984). 그러나 Meichenbaum (1985)은 인지를 다른 심리적 및 생리적 과정들의 선행인자로 보는 것에 대해 경고하고 있다. 그는 인지가 여러 가지 상호관련된 부분 즉 감정, 생리적 반응, 행동, 사회적 결과들이 포함된 과정을 거치는 곳들 중 하나로 볼 것을 제안하였다.

6) 인지가 일종의 행동인지 아니면 행동과는 다른 현상이지가 확실치 않다. 왜냐하면 인지와 관련된 주의력과 지각이 행동적 기술에 의해서도 변경될 수 있기 때문이다. 따라서 만약 인지적 활동이 기존의 학습법칙에 따른다면 인지행동의 새 이론을 만들어 내는 것이 실제로 비적응성 행동에 대한 이해를 일

마나 도울지는 의문이다(Beidel과 Turner 1986).

이외에도 저자의 임상경험으로 한국사람들이 자가 평가에 익숙치 않아 거부감을 보이는 경우가 적지 않았다. 이것은 우리나라에서 인지행동치료를 적용하는데 문제점으로 지적될 수 있다.

결 론

스트레스에 대한 대응으로서 인지행동적 접근은 인지(사고)가 스트레스인자와 스트레스반응에 있어서 중추적인 중개역할을 한다는 점에서 그 필요성이 강조된다. 즉 인지왜곡이 정신병리를 야기시키고 유지시키는데 관련되기 때문이다. 인지행동적 접근의 목적은 이런 인지왜곡을 발견하여 변화시키고, 궁극적으로는 인지왜곡의 근원인 비적응성 가정을 발견하여 변화시키는데 있다. 이방법은 환자를 치료한다기보다는 오히려 환자가 자신의 생활이나 일을 처리하는데 더 나은 대응전략을 개발시키도록 돕는데 있다. 이 접근에 사용되는 인지행동적 기술에는 문제 해결, 가설검정, 자기평가, 인지에 대한 도전, 대안의 제시, 자기교육, 귀착 및 재귀착, 사고통제 및 억압 기술 등이 있다. 인지행동적 접근은 스트레스를 적절히 지각하도록 유도함으로써 스트레스의 누적에 따라 발병 혹은 악화되는 정신신체장애를 비롯한 정신장애의 치료 및 예방에 도움이 될 것이다.

중심 단어 : 인지행동적 접근 · 스트레스대응 · 인지행동적 기술 · 정신신체장애.

REFERENCES

- 고경봉(1988) : 정신신체장애환자들의 스트레스지각. 신경정신의학 27(3) : 514-524
- 고경봉(1992) : 직장스트레스에 대한 대응. 최신의학 35(12) : 11-21
- Beck AT(1976) : Cognitive therapy and the Emotional Disorders. New York, Times-Mirror
- Beck AT, Rush AJ(1989) : Cognitive Therapy. In : Kaplan HI & Sadock BJ(ed), Comprehensive Textbook of Psychiatry, Baltimore, Williams & Wilkins, pp15 41-1550
- Beidel DC, Turner SM(1986) : A critique of the theoretical bases of cognitive-behavioral theories and therapies. Clinical Psychology Review 6 : 177-197

- Cotton DHG(1990) : Stress Management - an Integrated Approach to Therapy. New York, Brunner, pp189-213
- Durham RC, Turvey AA(1987) : Cognitive therapy versus behavior therapy in the treatment of chronic general anxiety. *Behavior Research and Therapy* 25(3) : 229-234
- D'Zurilla TJ, Goldfried MR(1971) : Problem solving and behavior modification. *J Abnormal Psychology* 78 (1) : 107-126
- Ellis A(1987) : A sadly neglected cognitive element in depression. *Cognitive Therapy and Research* 11(1) : 121-146
- Forsterling F(1980) : Attributional aspects of cognitive behavior modification : A theoretical approach and suggestions for technique. *Cognitive Therapy and Research* 4 : 27-37
- Forsterling F(1986) : Attributional conceptions in clinical psychology. *Am Psychologist* 41(3) : 275-285
- Freeman A(1987) : Cognitive therapy - an overview. In : Freeman A & Greenwood V(ed), *Cognitive Therapy*. New York, Human Science Press, pp19-35
- Holroyd KA, Andrasik F, Westbrook T(1977) : Cognitive control of tension headache. *Cognitive Therapy and Research* 1 : 121-133
- Holroyd KA, Appel MA, Andrasik F(1983) : A cognitive-behavioral approach to psychophysiological disorders. In : Meichenbaum D & Jaremko ME(ed), *Stress Reduction and Prevention*, New York, Plenum Press, pp219-259
- Kaplan HI, Sadock BJ(1988) : *Synopsis of Psychiatry - Behavioral Sciences and Clinical Psychiatry*. Baltimore, Williams & Wilkins, pp602-605
- Kelley HH(1967) : Attribution theory in social psychology. In : Levine D(ed), *Nebraska symposium on motivation*. Lincoln, Univ. of Nebraska Press, pp192-238
- Kendall PC(1984) : Cognitive processes and procedures in behavior therapy. In : Franks CM, Wilson A, Kendall PC, Brownell KD(ed), *Annual Review of Behavior Therapy* Vol. 10, New York, Guilford Press, pp 123-163
- Lazarus RS, Folkman S(1984) : *Stress, Appraisal and Coping*. New York, Springer
- Lindsay WR, Gamsu CV, McLaughlin E, Hood EM, Espie CA(1987) : A controlled trial of treatments for generalized anxiety. *British J Clinical Psychology* 26 : 3-15
- Lynn SJ, Freedman RR(1979) : Transfer and evaluation in biofeedback treatment. In : Goldstein AP & Kanfer F(ed). *Maximizing Treatment Gains : Transfer Enhancement in Psychotherapy*. New York, Academic Press
- Marchione KE, Michelson L, Greenwald M, Dancu C (1987) : Cognitive behavioral treatment of agoraphobia. *Behavior Research and Therapy* 25(5) : 319-328
- Marzillier J(1987) : A sadly neglected cognitive element in depression : A reply to Ellis. *Cognitive Therapy and Research* 11(1) : 147-152
- Meichenbaum D(1985) : *Stress Inoculation Training*. New York, Pergamon Press
- Rehm LP, Kaslow NJ, Rabin AS(1987) : Cognitive and behavioral targets in a self-control therapy program for depression. *J Consulting and Clinical Psychology* 55(1) : 60-67
- Reiser MF(1984) : *Mind, Brain, Body : Toward a Convergence of Psychoanalysis and Neurobiology*. New York, Basic Books, Inc. pp164-185
- Rush AJ(1984) : Cognitive therapy. In : Karasu TB(ed), *The Psychiatric Therapies*. Washington DC, Am Psychiatric Association pp397-414
- Shelton JL, Levy RL(1981) : Behavioral assignments and treatment compliance. Champaign, IL, Research Press
- Taylor SE, Brown JD(1988) : Illusion and well-being : A social psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin* 103(2) : 193-210