

근거기반실천과 Hall과 Hall의 임상적 통합 근거와의 통합적 적용

김 경 준*

국문초록

본 연구의 목적은 최근 널리 받아들여지고 있는 '심리학에서의 근거기반 실천(EBPP)을 신학과 심리학 통합 작업의 일환으로 Hall과 Hall이 제안했던 임상적 통합에 있어서의 근거들과 통합하여 적용하는 것이다. 본문에서는 Hall과 Hall이 발표하였던 임상적 통합의 정의와 그 내용을 간략하게 개관한 후, 1952년에 Eysenck가 발표한 심리치료의 무익함에 대한 논쟁을 불러일으킨 논문으로부터 근거기반실천에 대한 APA 회장 전담팀의 보고서가 나오기까지 근거기반실천 운동이 생겨난 역사적인 흐름에 대하여 살펴보았다. 그리고 근거기반실천의 정의와 주축을 이루는 세 가지 내용 즉, 최고의 이용 가능한 연구 근거, 임상적 전문성 및 내담자의 가치, 성격 특성, 선호, 및 환경에 대하여 그 중심 개념을 소개하였다. 또한, 임상적 통합과 근거기반실천은 그 목적 면에서 상담의 효과 증진이라는 공통성이 있음을 제시한 후, 근거기반실천의 각 내용이 임상적 통합을 위한 근거의 이유들과 그 적용 범위에 어떻게 접목될 수 있는지에 대하여 상세히 고찰하여 기독교 상담 장면뿐만 아니라 일반상담 장면에서도 임상적 통합을 유능하게 실천 할 수 있는 근거들을 제시하였다. 마지막으로 기독교 상담 실천 영역에서 적용 가능한 실제적인 제안을 제시하였다.

주제어: 신학과 심리학의 통합, 임상적 통합, 심리학에서의 근거기반실천, 근거기반실천 운동, 기독교 상담

• 논문 투고일: 2020년 9월 29일

• 논문 수정일: 2020년 10월 31일

• 게재 확정일: 2020년 11월 4일

* 월미선대학교 상담심리학과 조교수

I. 여는 글

신학과 심리학의 통합 노력은 단일한 차원의 작업이 아닌 다양한 측면을 가지고 있다. 김용태(2006)는 신학과 심리학의 통합을 그 의미에 따라 4가지로 구분하였다. 즉, 학문적 통합, 실제적 통합, 개인적 통합, 그리고 내용적 통합이다. 학문적 통합은 심리학과 신학 두 학문의 통합 또는 과학과 심리학의 통합을 통한 새로운 학문인 기독교 상담학을 체계화하는 작업을 말하며, 실제적 통합은 임상 장면에서 어떻게 기독교적인 자원을 효과적으로 접목할 것인가를 연구하는 것이다. 개인적 통합이란 상담자의 개인적 믿음이 어떻게 임상 현장에 영향을 미치는가를 연구하는 것이며, 마지막 내용적 통합은 심리학의 기본 전제를 비판하는 것에서부터 성경에 있는 내용만을 이용하여 상담을 진행하는 경우, 심리학의 내용 중에서 기독교의 사상과 일치되는 부분을 받아들이는 경우 등을 말한다. 한편, 통합의 개념에 대하여 광범위한 조사를 한 Steve Bouma-Prediger(1990)는 4가지 유형의 통합의 방식을 제시하였다. 즉, 학문 간 통합(interdisciplinary integration), 학문 내 통합(intradisciplinary integration), 믿음과 실제의 통합(faith-praxis integration), 그리고 경험적 통합(experiential integration)이다. 이 중에서 학문 내 통합은 한 학문 내에서의 이론과 실제의 통합을 말하는데 기독교인들에게 있어서는 그들의 학문적/전문적 삶에서 믿음이 이론을 선택하게 하고 연구의 방향을 인도하게 하는 작업을 말한다. Mark McMinn(2011: 78)은 자신의 저서 *Psychology, Theology, and Spirituality in Christian Counseling* 제 2판(이 책 1판이 심리학, 신학 그리고 영성이 하나 된 상담이란 제목으로 한국어로 번역되어 있다)에서 자신의 이 책이 바로 학문 내 통합에 초점이 맞추어져 있으며 이 책의 목표가 “신학적으로 영적으로 책임감 있는 상담과 심리학 분야에 실제적인 자료를 제공해 주는 것”이라고 밝히고

있다. 이런 의미에서 Bouma-Prediger의 학문 내 통합은 김용태가 제시한 4가지 구분 중 실제적 통합과 그 의미가 비슷하다고 볼 수 있다. 한편, Hall과 Hall(1997)은 학문 내 통합 또는 실제적 통합의 내용을 아우르는 임상적 통합(clinical integration)이라는 새로운 용어를 도입하여 기독교의 믿음과 내용을 상담의 임상 현장에 적용해 온 여러 가지 노력을 체계적으로 정리하려고 시도하였다.

미국의 일반 심리학계에서는 1970년대부터 관리 의료 체계가 강화되면서 과학적으로 그 효과가 검증된 심리치료 방법만을 사용할 것을 권장해 오다가 여러 다른 환경에 처해 있는 다양한 내담자들을 더욱 효과적으로 도우려는 방편으로 2005년부터 '심리학에서의 근거기반 실천'(Evidence-Based Practice in Psychology, 이하 EBPP) 운동을 시작하였다. 그러나 이제까지의 기독교 상담학계에서는 오로지 과학적으로 검증된 심리치료 방법만을 중시하는 일반 심리학계의 전통을 그대로 수용하는 것에 대하여 여러 통합의 관점에 따라 적극적 찬성의 입장에서부터 적극적 반대의 입장까지 다양한 관점이 존재하고 있다.

본 소고에서는 여러 통합의 관점 중에서 바로 기독교 상담자의 믿음이 실제 임상 현장에서 어떻게 발휘되어야 하는가에 대한 통합적 접근을 시도하고자 한다. 구체적으로 이를 위해서 일반 심리학계에서 제안된 EBPP 방법론을 Hall과 Hall(1997)이 제시하고 있는 임상적 통합의 근거로 제시하고 있는 이유들과 통합하여 실제 기독교 상담을 표방하는 임상 현장뿐만 아니라 일반 상담 현장에서도 기독교 상담을 적용할 수 있는 실제적 임상적 통합이 가능할 수 있게 하는 작업을 하고자 한다. Hall과 Hall(1997)이 제시한 임상적 통합은 과거 25년간 기독교 상담 현장에서 진행된 여러 치료적 노력에 관한 종합적인 분석 작업으로서 그 가치와 중요성이 매우 크다고 할 수 있다. 그리고 이들이 제시한 임상적 통합의 근거들은 통합적 입장에서 기독교 상담의 존재 이유에 대한 확고한 증거

들을 보여주고 있다. 따라서 이러한 임상적 통합의 근거에 비추어 EBPP의 방법론을 통합하는 작업은 기독교 상담의 외연을 확장하는데 이론적인 근거를 마련하는 작업이라 할 수 있다. 본론에서는 Hall과 Hall(1997)이 제시한 임상적 통합에 대해 간략하게 개관을 한 후, 일반 심리학계에서 어떤 배경으로 EBPP가 제안되었는지 그리고 그 내용은 어떠한지 살펴볼 것이다. 그 후 EBPP가 어떻게 Hall과 Hall(1997)이 제시한 임상적 통합의 근거와 통합되어 실제 상담 사역에 적용될 수 있는지를 살펴보고 이를 위해 기독교 상담 실천의 영역에서 적용될 수 있는 몇 가지 제안을 제시하고자 한다.

II. 펴는 글

1. Hall과 Hall의 임상적 통합

Hall 과 Hall (1997: 86)은 임상적 통합을 “종교적 또는 영적 믿음, 가치, 그리고 방법들을 심리치료의 과정과 통합시키는 것인데 이러한 심리치료의 과정이 결과적으로 다른 방식의 치료자가 되게 하며, 다른 방식으로 내담자를 이해하며, 또는 다른 방식의 심리치료를 실천하게 되는 것을 말한다”라고 정의하였다. 이들은 지난 25년간의 임상적 통합과 관련된 연구들을 분석하여 몇 가지 중요한 내용을 소개하였다. 가장 중요한 사항은 임상적 통합은 영적인 면을 포함하는 인간의 모든 측면을 심리치료 과정에 통합시키려고 노력하기 때문에 보다 효과적인 치료를 가능하게 한다는 점이다.

Hall 과 Hall(1997)은 임상적 통합은 내담자들의 필요에 대한 응답으로 발달해 왔다고 개관하였다. 즉, 임상적 통합은 실용적 이유, 윤리적

이유, 실증적 이유, 그리고 개인적 이유에 그 기반을 둔다고 하였다. 먼저 실용적 이유는 두 가지로서 하나는 대부분의 사람은 종교적인 상담을 더 선호한다는 것이며 다른 하나는 상담과 종교는 둘 다 인생의 의미와 도덕적인 가치들을 다루기 때문에 상담에 있어서 종교적인 자원들을 이용하게 되는 것은 필연적이기 때문이다. 그다음, 윤리적 이유는 종교도 엄연히 다른 인간의 다양성과 마찬가지로 존중받아야 할 인간 다양성의 한 종류라는 것이다. 즉, 종교적인 믿음과 가치는 굳은 신앙을 가지고 있는 사람들에게 있어서 매우 중요한 동기부여 요인으로서 마땅히 상담에서 중요하게 다루어져야 하는 영역이라는 점이다. 또한, 상담 자체가 가치가 부여된 활동으로서 상담자의 종교와 영성이 내담자와 상당히 다를 때에는 윤리적인 문제가 발생할 가능성이 높다. 그러므로 이를 예방하기 위해서는 상담자의 가치관과 목표, 치료 과정 등이 투명하게 상담 동의서에 드러나야 하므로 임상적 통합의 기초가 될 수 있다고 보는 것이다. 그리고 실증적 이유로 Hall과 Hall (1997)은 상담자와 내담자의 신앙의 유사점은 상담의 결과에 좋은 영향을 미친다는 점과 임상적 통합에 근거한 상담은 종교에 깊이 헌신된 내담자들에게 세속적 상담보다 더 좋은 상담 결과를 보여준다는 것이다. Hall과 Hall(1997)이 임상적 통합의 근거로 제시하는 마지막 이유는 개인적 이유인데 이는 믿음을 가지고 있는 상담자들은 자신들의 종교적 세계관과 가치를 상담 현장과 통합하는 것이 매우 중요한 개인의 통전성(integrity)을 성취하는 것으로 여긴다는 것이다.

그다음 Hall과 Hall(1997)은 임상적 통합의 범위에 대하여 진술하였다. 그들은 종교 또는 영성을 상담에 통합하는 데에는 두 가지 레벨에서 이루어질 수 있다고 주장하였다. 첫째는 다른 방식으로 내담자를 이해하는 차원으로서 이는 내담자와 상담자의 종교적인 믿음과 가치가 어떻게 치료 과정에 영향을 줄 것인가를 이해하는 차원이다. 둘째는 다른 방식

의 상담을 진행하는 차원으로서 이는 일반상담과는 다른 목표와 상담의 기술들과 관계되는 것이다. 이 중에서 특히 상담 기술에 관련해서는 일반상담 이론에서 나온 기술이지만 영적인 근원을 가진 내용을 포함하는 기술과 또는 영적인 전통으로부터 기인하여 상담의 치료 성과를 나타내기 위하여 상담 장면에서 사용되는 기술을 가리킨다. Hall과 Hall(1997)은 임상적 통합의 범위가 또한 세 가지 스펙트럼을 가지고 있다고 하였는데 가장 기본적인 형태는 상담자가 가진 믿음의 체계에 대한 지식과 종교적인 믿음과 가치가 상담 과정에 어떻게 영향을 미치는지에 대한 자각이며 그다음 중간 단계의 임상적 통합은 명시적으로 상담 장면에서 영적인 문제들을 다루고 종교적인 과거력을 조사하며 내담자의 영적인 기능을 평가하는 즉, 영적인 내용에 관계된 것들이다. 마지막으로 가장 분명한 임상적 통합은 내담자의 심리적인 성장뿐만 아니라 영적인 성장을 목표로 두며, 영적인 자원들을 사용하는 상담 기술들을 이용하여 상담을 진행하는 것을 말한다.

지금까지 Hall과 Hall(1997)이 제시한 임상적 통합에 대한 정의와 근거 그리고 범위에 대하여 기술하였다. 이제 일반 심리학계에서 최근 강조되고 있는 EBPP에 대하여 그 배경과 내용에 대하여 살펴보고자 한다. EBPP의 주요한 세 가지 내용은 일반 심리학계에서 최선으로 내담자들을 돕기 위한 방안으로 심도 있는 논의 끝에 확립된 것으로서 이는 기독교 상담에 심리학의 유용한 내용을 성경에 비추어 선택적으로 받아들여 사용하고자하는 통합적 관점으로 볼 때 기독교 상담을 더욱 발전시킬 수 있는 내용을 포함하고 있다. 특히, 이러한 내용은 Hall과 Hall(1997)이 제시한 임상적 통합이 왜 필요한가에 대한 여러 근거에 비추어 볼 때 기독교 상담에서 그 적용 점이 풍부하다.

2. 근거기반실천 (Evidence-Based Practice in Psychology)

1) 근거기반실천 운동의 탄생 배경

1952년에 Hans Jürgen Eysenck(1952)는 5개의 정신분석적 상담(psychoanalytic) 논문과 19개의 절충적 상담(eclectic) 논문의 치료 결과를 완치됨/크게 향상됨, 향상됨, 약간 향상됨, 변화 없음/사망/치료중단의 4단계로 나누어 처음 두 가지를 심리치료의 효과성이라고 판단하고 전체 케이스에서의 비율을 조사하였다. 그 결과 정신분석적 상담은 44%의 효과성으로 파악되었으며, 절충적 상담은 64%의 비율로 조사되었다. Eysenck(1952: 322)는 이 결과를 심리치료를 받지 않았던 뉴욕 주립 병원과 미국 전체 병원에서 회복되어 퇴원한 신경증 환자(neurotic patients), 그리고 신경증으로 장애 수당을 신청한 근로자의 회복률(66%~72% 사이)과 비교하여 “이 결과는 대략 3분의 2의 신경증 환자들은 그들의 발병 후 2년 이내에 상담 치료를 받든지 받지 않았든지 완치 또는 크게 향상이 될 것을 보여주었다”라고 결론을 내렸다. Eysenck의 이러한 연구 논문은 과학자들과 심리학자들에게 거의 20년간 심리치료의 효과성에 대하여 격렬한 논쟁을 불러일으켰으며 마침내 1970년대에 들어서면서 Bergin(1971)이 23개의 통제 연구를 분석하여 심리치료가 효과가 있음을 밝혀내었고, 이어 Emrick(1975)이 72개의 연구 분석을 통하여 역시 심리치료는 효과적이라는 사실을 드러내 주었다(Smith & Glass, 1977). 그러다가, 결정적으로 Smith와 Glass(1977)는 Glass가 1976년에 개발한 메타분석(meta-analysis)이라는 새로운 연구 방법을 이용하여 무려 약 500개의 연구 결과들을 선별하여 그중에 375개의 논문을 최종적으로 분석하여 심리치료를 받은 그룹이 통제 그룹보다 0.68 표준편차만큼 더 상태가 호전되었음을(이는 치료를 받은 사람들의 평균이 치료를 받지 않은 사람들의 75%보다 더 나은 상태를 의미한다) 증명

하여 이제 더 이상 심리치료의 효과가 있는 것인지 또는 효과가 없는 것인지에 대한 논쟁은 종식되었다(Wampold, Lichtenberg, & Wahler, 2002).

이러한 와중에 1973년도에 미국 연방정부는 건강 유지 조직법(Health Maintenance Organization Act)을 통과시켰다. 이 법의 통과로 말미암아 관리 의료 조직들은 안전하고 효과적이며 효율적인, 그러면서도 비용은 적게 드는 치료 방법을 점차 표준적인 정신 건강 치료로 체계화시키기에 이르렀다. 이러한 노력은 의학계에서 먼저 도입이 되었으며 그 후 정신 장애의 약물치료에 도입되어 정신 장애 진단 통계 편람(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM)에 정의된 정신 장애에 대하여 미국 식품 의약국(U.S. Food & Drug Administration)에 의하여 승인된 약물치료 프로토콜과 표준화된 치료비용을 청구하는 것이 관리 의료 체계에서 일반적으로 사용되게 되었다. 이러한 영향은 마침내 상담자들과 심리학자들의 심리치료에까지 확대되어 관리 의료 체계에서는 특정한 정신 장애 진단에 대하여 실증적으로 효과가 입증된 심리치료 방법을 사용하도록 압력을 행사하게 되었다(Wampold, Lichtenberg, & Wahler, 2002).

그리하여 미국 심리학계는 이러한 환경에 대한 반응으로 특정한 진단에 대한 심리치료에 사용될 수 있는 표준적인 가이드라인들을 제작하기 시작하였으며 이러한 가이드라인들은 어떤 진단 또는 생애 문제에 대하여 가장 최선의 연구에 의해 지지가 되는 치료 방법들을 특정하였다(Sanderson, 2003). 그 후 1995년에 APA의 제12분과인 임상심리학 분과에서는 심리치료에 대한 홍보와 보급(Promotion and Dissemination on Psychological Procedure)이라 명명된 전담팀을 만들어 실증적으로 검증된 치료 방법(empirically validated treatments)¹⁾에 대한 범주를 확립

1) 나중에 이 명칭은 empirically supported treatment(EST)라고 불리게 되었으며 한글로 '경험적으로 지지된 치료'라고 주로 번역되어 심리학계에서 사용되고 있으나 필

하고 18개의 특정 진단명에 대한 잘 확립된(well established) 치료들과 7가지의 효과가 있음직한(probably efficacious) 치료들을 제시하였다.

그러나 이러한 접근 방법은 어떤 삶의 문제를 가진 여러 다른 개개인들에게 동일한 치료 방법이 필요하다는 것을 가정하기 때문에 문제가 있었다(Spring, 2007). 그리고 단기적이고 매뉴얼화 된 치료방법을 강조함에 따라 나타난 반작용으로 심리학자들은 치료 효과에 많은 영향을 미치는 공통요인이 있다는 것과 다양한 공존 장애, 성격, 그리고 인종, 문화와 같은 요소들로 인해서 실증적지지 치료가 가지는 적용 가능성에 대한 염려를 표출하였다. 그러자 1999년에 APA의 제29분과인 심리치료 분과에서는 전담팀을 결성하여 실증적 지지를 받는 치료적 관계(empirically supported therapy relationships)를 인식시키고 확산하는 노력을 기울이게 되었다(APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006).

이러는 사이에 미국의 많은 주에서는 미국의 저소득층과 노인층에 정부에서 제공하는 의료보험인 메디케이드(Medicaid) 프로그램에 그 치료 효과가 검증된 특정한 정신 건강 치료 방법들만 사용할 것을 장려하고 심지어 강제하기까지 하게 되었으며 연방정부 차원에서도 국립 정신 건강 센터(National Institute of Mental Health)와 보건복지부(Department of Health and Human Service)의 물질남용과 정신 건강 서비스국(Substance Abuse and Mental Health Services Administration)이 함께 주립 정신 건강 시스템 내에서 실증적 지지를 받는 정신 건강 치료를 장려하고 실행하며 평가하는 일들을 하게 되었다(APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006). 그러나 학계에서는 계속해

지는 경험적으로 지지된 치료 보다는 '실증적지지 치료'라는 용어가 원문의 의미를 좀 더 잘 전달한다고 생각되어 본 논문에서 실증적지지 치료로 사용하였다. 같은 의미로 증거기반 치료(evidence-based treatment: EBT)라는 용어를 사용하기도 한다.

서 무선통제연구에 기반하여 효과가 알려진 심리치료 방법을 선별하는 문제에 대하여 학문적인 논의를 계속해오고 있었다(임민경 외, 2013). 이러한 배경 아래에서 마침내 2005년 APA의 회장인 Ronald F. Levant가 다양한 전문가들이 모여 근거기반실천(Evidence-Based Practice in Psychology: EBPP)에 대한 APA의 회장 전담팀(Presidential Task Force)을 결성하여 합의된 정의를 내리고 제반 사항에 대한 보고서를 발표하며 EBPP 운동을 실행에 옮기게 되었다(APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006).

2) 근거기반실천의 정의와 내용

2005년에 결성된 APA의 회장 전담팀(APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006: 273)에서는 EBPP를 “내담자의 특성, 문화, 그리고 선호의 맥락에서 임상 전문가에 의해서 최고의 이용 가능한 연구를 통합하는 것”이라고 정의하였다. 이를 임민경 외(2013: 253)는 “내담자 각각에게 행할 심리치료를 정하는 의사결정 과정에서 연구를 통해 근거가 확보된 심리치료를 임상적으로 숙련된 치료자가 환자의 필요, 가치와 선호 등의 맥락을 고려하여 내담자에게 적용하는 것이다”라고 원문을 그대로 번역하는 것보다 훨씬 이해하기 쉽게 의역하였다. 한편 APA의 회장 전담팀에서 밝힌 EBPP의 목적은 “효과적인 심리치료를 도모하고 심리평가, 사례 개념화, 및 치료적 관계와 개입에 대한 실증적으로 지지가 되는 원리들을 적용함으로써 대중의 건강을 향상시키는 것”이다(APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006: 273).

① 근거기반실천(EBPP)과 실증적지지 치료(EST)의 차이점

일반적으로 EBPP는 기존에 많이 사용하던 용어인 증거기반치료

(Evidenced-Based Treatment[EBT])와 비슷한 단어들로 명칭이 만들어져 있어 그 개념에 있어 혼동을 준다. 그리고 EBT와 거의 같은 의미로 사용되어 왔던 EST와도 혼동을 피하기 위하여 EBPP와 EBT 또는 EST와의 차이점을 밝히는 것이 필요하다.

EBPP는 EBT 또는 EST와 비교해 더 종합적인 개념이라고 할 수 있다. EST는 한 치료 방법이 어떤 특정한 환경 아래에서 어떤 특정한 정신 장애나 문제에 효과가 있는지 없는지를 묻는 작업이며 통제된 임상 시험 연구에서 그 효과성이 드러난 특정한 심리적인 치료 방법들을 말한다(APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006). 좀 더 자세히 말하면 EST는 효능(efficacy), 효과성(effectiveness: 또는 임상적 유용성[clinical utility]), 그리고 효율성(efficiency)이 검증된 치료 방법을 말하는데 여기서 말하는 효능이란 통제된 연구에서 그 치료 방법이 유의함이 있었는지가 증명된 것을 의미하며, 효과성 또는 임상적 유용성이란 실제 임상 현장에서 그 치료 방법이 유용한지를 말하고, 효율성이란 다른 비교 대상의 치료 방법보다 이 치료 방법이 비용대비 효과 면에서 우수한지를 의미한다(Chambless & Hollon, 1998). 그리고 효능을 검증하기 위해 EST에서 사용되는 연구 방법은 무선통제연구(Randomized Controlled Trial) 방법이다. 무선통제연구는 개인적인 특성들과 성격 특질들이 서로 다른 내담자들을 여러 다른 상담자들에게 무작위로 치료 그룹과 통제그룹에 배치하고 상담자는 정해진 매뉴얼대로 상담을 진행한 후 잘 훈련된 외부인들의 객관적인 평가를 통하여 임상적인 변화가 있었는지를 평가하는 연구방법이다(Worthington et al., 2013).

이에 반해서 EBPP는 특정 치료 방법을 염두에 두는 EST와는 다르게 그 중점이 내담자에 향해 있어 어떤 연구 증거들이 최선의 치료 효과를 낼 수 있도록 상담가를 도와 가장 효과적인 의사결정을 하는 것에 맞추

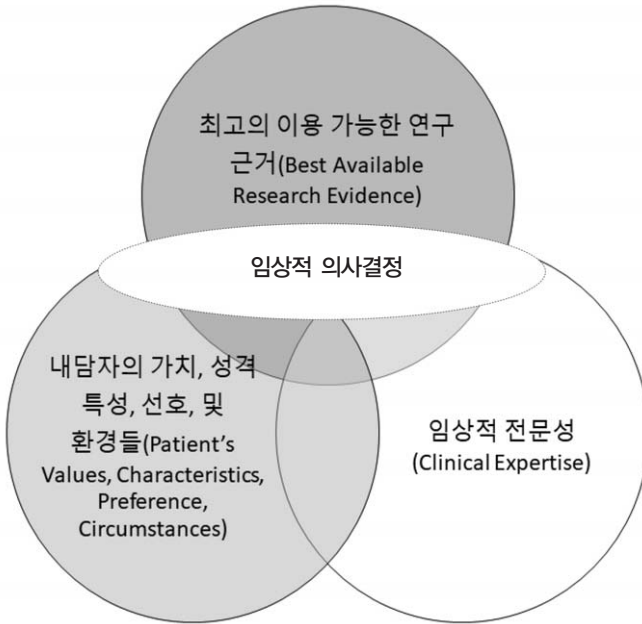
어져 있다. 또한, EBPP는 심리치료 만에 국한된 것이 아니라 심리평가, 사례 개념화, 및 치료 관계 등을 모두 포함하는 개념으로서 EST가 무선통제연구 방법을 중심으로 사용하여 치료 효과의 기반으로 삼는 것에 반해 EBPP는 무선통제연구뿐만 아니라 다양한 연구 디자인과 방법들을 활용한다는 점에서 EST와 차이점이 있다(APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006).

② 근거기반실천(EBPP)의 3가지 주요 내용

EBPP는 그 정의로부터 도출된 3가지의 주된 내용으로 이루어져 있다. Spring(2007)은 이것을 다리가 세 개인 스톤(등반이와 팔걸이가 없는 의자)에 비유하면서 EBPP의 세 가지 원이라고 명명하였다. 이 각각의 원은 각 내담자를 위한 최상의 처치를 결정하기 위해 고려되어야 하고 통합되어야 하는 요소들이다. 이 각각의 원은 첫째, 최고의 이용 가능한 연구 근거(the best available research evidence), 둘째, 임상적 전문성(clinical expertise), 셋째, 내담자의 가치, 성격 특성, 선호, 및 환경들(patient's values, characteristics, preference, circumstances) 이다(그림 1. 참조).

먼저 최고의 이용 가능한 연구 근거를 살펴보면, APA의 회장 전담팀의 보고서에서는 이 개념을 “심리학과 인근 분야에서 임상적으로 연관된 기본적인 연구 결과뿐만 아니라 치료 전략, 심리평가, 임상적인 문제들 그리고 실험실과 실제 현장에서 내담자들과 관련된 결과들”(APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006: 274) 이라고 설명하고 있다. 즉, 최고의 이용 가능한 연구 근거는 어떤 한 심리치료 기법의 효과성에 대한 과학적 근거가 있는지만을 고려하는 것이 아니라 내담자와 관련된 상담 전반에 걸친 모든 과정과 관계있는 연구 결과까지 상담 활동에 이용할 수 있다는 뜻이다. 한편, Duncan과 Reese(2013)

는 APA 전담팀에서 무선통제연구를 최고의 표준 연구 방법이라고 언급하지 않았으며 또한 어떤 연구 방법이 다른 연구 방법들보다 더 뛰어나다고 하지 않았다고 논평하였다.



〈그림 1〉 EBPP의 세 가지 원, 출처: Spring, B. (2007).
Evidence-based practice in Clinical Psychology:
What it is, why it matters: What you need to know.
Journal of Clinical Psychology, 63(7), 613.

APA 회장 전담팀은 이에 무선통제연구가 심리치료의 효능을 가장 엄격하게 검증하는 방법이지만 이것만이 유일한 방법은 아니고 APA는 심리치료에 효과적으로 기여할 수 있는 효능, 효과성, 또는 유용성과 같은 다양한 종류의 연구 증거들을 지지하며 다양한 질문에 더 적합한 다른 종류의 연구 디자인이 존재한다고 밝히고 있다. APA가 밝힌 EBPP에

활용될 수 있는 연구 디자인은 임상적 관찰(clinical observation), 질적 연구(qualitative research), 체계적 사례 연구(systemic case studies), 단일 사례 실험연구(single-case experimental designs), 대중 건강과 민족 연구(public health and ethnographic research), 과정-결과 연구(process-outcome studies), 자연적 장면 내에서 행해지는 개입 연구(Studies of interventions as these are delivered in naturalistic settings), 무선통제연구(RCT), 그리고 메타분석(meta-analysis)이다. 또한 EBPP는 심리학자들은 이러한 다양한 연구로부터 얻어진 증거들의 강점과 한계점을 파악하는 것이 필요하다고 진술했다(APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006). 한편, 최근에 연구자들은 어떤 치료 방법이나도 중요하지만, 그 치료를 누가 하느냐도 중요한 요인이 된다는 것을 점차 인정하고 있다(Duncan & Reese, 2013). 이 부분이 EBPP의 두 번째 중요한 내용인 임상적 전문성과 관련된다.

EBPP의 두 번째 내용인 임상적 전문성은 “심리학자들이 효과적인 치료를 하기 위한 교육, 훈련 그리고 경험에 의해서 얻어진 유능성(competence)”을 말한다(APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006: 275). 이러한 임상적 전문성은 치료의 목적을 달성하기 위해 필요한 최고의 이용 가능한 연구 근거들과 내담자에 대한 임상적 정보들을 통합하는 데 필수적이다. APA 회장 전담팀이 제시한 임상적 전문성이 포함하는 임상가의 유능성은 다음과 같다(APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006: 276).

- a) 심리평가, 진단적 판단, 체계적인 사례 개념화, 치료 계획, b) 임상적 의사결정, 치료의 시행, 내담자의 진전에 대한 관찰, c) 대인관계적 전문성, d) 지속적인 자기반성(self-reflection)과 기술 습득, e) 기초 및 응용심리학 모두에서의 연구 결과에 대한 적절한 평가와 이용, f) 치료에 있어서 개인과 문화의 차이점에 따른 영향을 이해하

는 것, g) 필요할 때 적절한 자원을 이용하는 것, h) 임상적 전략에 대한 설득력 있는 근거를 가질 것

한편, Spring과 Neville(2011)은 APA 회장 전담팀에서 처음 제시한 임상적 전문성에 대하여 많은 논쟁이 있었고 그 후에 몇 가지의 수정이 있었음을 지적하며 임상적 전문성을 자원들(resources)이라고 이름을 바꾸었다. 이 자원들은 임상적 전문성을 포함할 뿐 아니라 EBPP를 실현하는데 필요한 구조적인 지원(물리적, 인적, 경제적 자원 등)과 기관 내의 최고위층의 지원과 다른 조직 내 시스템의 동조 등도 포함하였다.

EBPP의 세 번째 원은 내담자의 가치, 성격 특성, 선호, 및 환경이다. 이는 인간의 다양성의 측면을 말하는데 여기에는 내담자가 가진 특별한 문제들, 장점들, 성격, 사회경제적인 상황, 심리치료에 대한 선호, 문화, 가치, 종교적 믿음, 세계관 등을 모두 포함한다. 많은 연구가 이러한 개인적인 차이가 효과적인 EBPP를 위해서 연구 결과들을 통합하는 것과 임상가의 전문성과 함께 필수적인 요소임을 증명해 주고 있다(APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006).

3) 기독교 상담학적인 평가

근거기반실천에 대한 기독교 상담학적인 평가는 그 자체로 다른 한편의 연구가 될 만한 중요한 작업이겠으나 여기서는 간략하게 EBPP에 대한 기독교 상담적 비판과 한계점을 두 가지만 논하고자 한다.

첫째, EBPP에서 과거 일반 심리학계에서 강조해오던 무선통제연구에 의해 검증된 치료 방법(EST 또는 EBT) 이외의 연구 자료들도 상담 현장에서 이용 가능 하도록 허용한 것은 기독교 상담의 입장에서 매우 환영할 만한 일이다. 그러나 기독교 상담에서는 문제의 해결뿐만 아니라 성경적 가치관에 근거한 영적인 성장을 촉진하는 것도 목표로 하고 있으

며(Tan, 2011) 기독교 상담에 있어서 고통의 제거가 반드시 상담의 목표가 되지는 않는다는 것(Clinton, Hart, & Ohlschlager, 2005)으로 인하여 과학적인 연구가 이루어지기 어려운 한계를 여전히 가지고 있다고 하겠다. 또한, 기독교 상담 관점에서 성경적 세계관에 반하는 심리학적 지식은 여전히 받아들일 수 없으며 아무리 효과가 검증된 방법이라도 성경적인 렌즈를 통해 재조명되어야 한다(전형준, 2014). 이에 대해서는 아래에서 추가적으로 다루어질 것이다. 둘째, 상담자들의 임상적 전문성에 대한 강조는 기독교 상담에서 상담자의 높은 자질을 요구하는 것과 병립된다. 그러나 EBPP에서 요구하는 임상가의 전문성에 덧붙여 기독교 상담에서는 상담자들에게 독특하게 요구되는 자질이 있음을, 예를 들어 영적 성숙, 확고한 기독교 세계관을 가질 것과 기본적인 신학적 훈련 등, 기억해야 한다.

3. 근거기반실천의 Hall과 Hall의 임상적 통합 근거에의 적용

이제 지금까지 살펴보았던 EBPP의 내용이 Hall과 Hall(1997)이 제시한 임상적 통합의 근거에 어떻게 적용 가능한지 논의해 보기로 하자. 먼저 이 둘의 통합적 적용이 가능하다는 것은 이 두 가지 모두 그 목적이 같다는 것에서 그 근거를 찾을 수 있다. 즉, EBPP와 Hall과 Hall(1997)의 임상적 통합은 모두 효과적인 상담을 추구하기 위한 목적을 추구한다는 것이다.

1) 최고의 이용 가능한 연구 근거의 적용

EBPP의 내용 중 첫 번째인 최고의 이용 가능한 연구 근거는 Hall과 Hall(1997)이 임상적 통합의 기반으로 제시한 4가지 이유 중에 실증적 이유에 적용이 가능할 뿐만 아니라 이는 기독교 상담의 가치를 대폭 향

상시켜줄 수 있는 토대가 된다고 여겨진다. 우선, Hall과 Hall(1997)은 실증적으로 임상적 통합에 근거한 상담, 즉 Worthington 외(2013b)가 말하는 기독교 정신을 담은 치료(Christian Accommodated Treatment) 또는 기독교 심리치료(Christian Treatment)가 기독교에 깊이 헌신된 내담자들에게 일반상담보다 더 좋은 상담 결과를 보여 준다고 하였다. Worthington 외(2013a)는 2013년까지 나와 있는 기독교 심리치료들의 효과성을 개관하면서 몇 가지는 엄격한 EST의 기준에 들어맞으며 다른 많은 연구도 EST의 기준에 미치지 못하지만 전망이 밝은(promising) 연구 근거를 가지고 있다고 밝혔다. Worthington 외(2013a)가 밝힌 몇 가지 EST의 기준에 부합하는 기독교 심리치료의 예는 성인 개인들을 대상으로 하는 우울증에 대한 기독교 인지행동치료를 들 수 있다. 그러나 우울증 이외의 다른 진단에 대한 기독교 인지행동치료는 안타깝게도 일반 상담 기법보다 더 높은 효과성을 보여 주지는 못하였다.

한편, EBPP 이전의 심리치료 효과성에 대하여는 엄격한 EST의 기준으로만 판단하려는 경향이 강했기 때문에 기독교 심리치료는 그 효과성을 학계에서 많이 인정받기 어려웠다(Worthington 외(2013b)에 의하면 무선통제연구는 많은 연구를 진행하기가 상당히 어려운데 그 이유는 우선 시간과 비용이 많이 들고 또 통제해야 할 변수가 많기 때문이다). 그러나 EBPP에서는 직접적인 치료 기법의 효과성에 대한 연구의 근거만을 따지는 것이 아니라 내담자와 관련된 상담 전반에 걸친 모든 과정과 관계있는 연구 결과까지 이용하도록 격려하고 있기 때문에 EST의 엄격한 인증 수준에 미치지 않은 연구 결과도 참조할 수 있는 길이 열리게 된 것이라 평가할 수 있다. 실제로 Worthington 외(2013a)는 일반적인 치료적 관계에 관한 연구 논문 중에 Norcross(2011)의 연구를 예를 들며 상담자와 내담자의 종교적인 믿음 또는 영성이 비슷한 상담 관계는 효과적이라고 밝혔으며 다른 연구에서는 경미하거나 중간 정도의 문제에 대해

서는 일반 평신도 상담자나 전문 상담자 간에 상담 결과가 차이가 없었다고 밝혔다. 또한, 그 외에도 아직 연구되지 않은 많은 명시적인 기독교 심리치료 기법들이 존재한다. 따라서 EBPP를 활용할 경우 Hall과 Hall(1997)이 개관한 것처럼 임상적 통합 접근이 더 폭이 넓어지고 좀 더 자신 있게 기독교 심리치료에 관한 연구 결과를 근거로 사용할 수 있게 될 것으로 사료된다.

2) 임상적 전문성 또는 자원들의 적용

EBPP의 세 가지 내용 중에서 두 번째인 임상적 전문성 또는 자원도 Hall과 Hall(1997)의 임상적 통합에 많은 적용 점을 가지고 있다. Hall과 Hall(1997)이 임상적 통합의 근거로 제시한 4가지 이유 중 실용적 이유에 의하면 임상적 통합에는 필연적으로 종교적인 자원들을 이용하게 된다고 하였다. 기독교 상담에 있어 기독교적인 자원들을 이용하는 것은 바로 임상가의 전문성과 밀접하게 관련되어 있다. 기독교인을 상담할 때에 각 개인의 신앙 연륜이나 믿음의 정도에 따라 기독교적인 용어의 사용이나 성경의 내용을 상담에 유효적절하게 사용하는 것은 바로 전적으로 임상가의 몫이며 이때 임상가의 경험과 훈련 정도나 신학과 심리학의 통합에 대한 관점, 내담자의 신앙적인 믿음과 헌신을 판단하는 판단력 등이 요구된다. 이러한 임상적 통합을 시도하는 임상가의 전문적인 영역은 EBPP에서 말하는 여러 가지 임상가의 유능성 중에 임상적 의사결정을 올바르게 할 수 있는 능력, 상담 진행에 따른 내담자의 진전을 관찰 할 수 있는 능력, 내담자와의 라포를 훼손시키지 않고 성경적인 용어 사용과 내용 전달을 효과적으로 할 수 있는 대인 관계적 전문성, 치료에 있어서 내담자의 개인적인 믿음의 영역과 문화적인 차이점에 따른 영향(예를 들어 은사에 대한 다양한 견해 또는 교단의 배경이 현저하게 다른 경우 등)을 이해하는 것이라고 할 수 있다. 또한, 어느 때에 성경에서 말하는

내용과 교훈을 사용해야 하는지를 아는 것과 또한 어떤 문제에 어떠한 성격적인 교훈을 상담에 적용할 것인지를 알고 적용하는 능력(APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006)과 직접적으로 관련된다고 할 수 있다.

뿐만 아니라, Hall과 Hall(1997)이 제시한 임상적 통합의 스펙트럼 중 가장 기본적인 형태인 상담자가 가진 믿음의 체계에 대한 지식과 종교적인 믿음과 가치가 어떻게 상담 과정에 영향을 미치는지에 대한 자각은 EBPP의 임상적 전문성에 있어서 지속적인 자기반성과 밀접하게 관련되어 있다. 지속적인 자기반성에는 임상가의 경험, 지식, 감정과 행동이 어떻게 상담에 영향을 미치는지에 대하여 평가할 수 있는 능력이며 자신의 지식의 한계와 편견을 깨닫는 작업을 말한다(APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006). 따라서 임상적 통합을 추구하는 상담자는 자신의 믿음 체계에 대한 지식의 한계를 자각하고 그것으로 인한 내담자를 바라보는 편견이 발생하지는 않는지 끊임없이 상담 과정 내내 자신을 돌아보아야 할 책임이 있음을 명심해야 할 것이다.

3) 내담자의 가치, 성격 특성, 선호, 및 환경의 적용

EBPP의 이 세 번째 내담자의 가치, 성격 특성, 선호 및 환경에 관한 내용은 Hall과 Hall(1997)의 임상적 통합에 명시적으로 가장 많은 이바지를 할 수 있는 부분이다. EBPP에서는 내담자의 심리치료에 대한 선호, 문화, 가치, 종교적 믿음과 세계관을 모두 포함하는 인간의 다양성을 심리치료에서 고려해야 할 것을 밝혀주고 있다(APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006). 이는 임상적 통합이 영적인 측면을 포함하는 인간의 모든 측면을 심리치료 과정에 통합하는 시도가기 때문에(Hall & Hall, 1997) EBPP와 거의 1:1로 연결된다고 볼 수 있다. 좀 더 세부적으로 살펴본다면, Hall과 Hall(1997)이 제시한 임상적

통합의 근거로 제시한 실용적인 이유에서 대부분의 사람은 종교적인 상담을 더 선호한다고 하는 부분을 예로 들 수 있다. 많은 경우 실제 일반 상담 현장에서는 상담자의 종교성에 대한 부분은 드러내지 않도록 하는 것이 윤리적인 상담 행위에 해당하는 것으로 공공연하게 행해지고 있기 때문에 내담자의 종교적인 성향에 대하여 파악하고 내담자의 선호를 반영하는 것은 더욱 금기시되는 것이 현실이다. 하지만 이제 EBPP의 영향으로 일반상담 현장에서도 내담자의 종교적 상담에 대한 선호와 믿음 체계와 종교적 가치를 중요하게 다루어야 하는 토대가 마련된 것이다. 이러한 일들은 기독교 상담 현장에서 Tan(1996)이 제시한 통합의 방법 증명적(explicit) 통합을 보다 자신감 있게 활발히 펼칠 수 있는 좋은 역할을 하게 되었다고 평가된다. 또한, 임상적 통합의 윤리적인 이유에 있어서 종교적인 믿음과 가치가 신앙이 깊은 내담자들에게 있어서 매우 중요한 동기부여의 요인으로 작용하기 때문에(Hall & Hall, 1997) EBPP의 내용은 심지어 기독교 상담 장면이 아닌 일반상담 장면에서도 기독교인 상담자가 기독교인 내담자의 문제 해결을 위해서 기독교적인 자원을 충분히 활용하는 것에 대한 정당성을 마련해 주는 것이기 때문에 매우 고무적인 내용이라고 할 수 있다.

4) 한국적 상황에서 적용의 한계점

위에서 EBPP를 임상적 통합의 근거와 통합하여 기독교 상담에 적용점을 고찰하였으나 한국적 상황에서 여전히 이를 쉽게 적용하기에는 몇 가지 한계점이 존재한다. 우선, 이 적용을 실천할 수 있는 기독교 상담현장이 매우 부족함을 들 수 있다. 일반 상담실은 국가 제도적인 뒷받침에 힘입어 최근 그 수가 늘어나고 개인들이 개업한 상담실도 곳곳에 생기고 있으나 기독교 상담을 표방하는 상담실의 숫자는 현실적으로 많지 않은 실정이다. 따라서 이렇게 기독교 상담을 실행하고 있는 곳이 많지

않기 때문에 이에 따른 기독교 상담의 효과성에 대한 다양한 연구도 그 숫자가 상대적으로 적을 수밖에 없다. 그러므로 다양한 기독교 상담의 방법에 대한 최근의 연구들을 접하기 위해서는 국외의 자료에 의존할 수밖에 없으나 상담자의 언어적 한계와 그런 문헌을 쉽게 찾아보기 어려운 환경 등도 적용의 한계점으로 작용한다. 또한, 기독교 상담자의 전문성을 향상시키기 위한 교육과정과 임상 훈련 체계가 외국보다 상대적으로 잘 확립되어 있지 않은 점도 한국적 상황에서의 한계점으로 지적할 수 있겠다. 그러나 이러한 부분은 향후 계속 발전할 수 있을 것으로 기대한다.

4. 기독교 상담 실천을 위한 제언

지금까지 EBPP의 내용이 어떻게 Hall과 Hall(1997)이 제시한 임상적 통합의 근거들과 통합적으로 적용될 수 있는지에 대하여 고찰을 해 보았다. 이제 이를 바탕으로 마지막으로 한국적 상황에서 기독교 상담 실천 영역에 몇 가지 제언을 함으로 본 소고를 마무리하고자 한다.

첫째, 무엇보다도 현재 한국적 상황에서 기독교 상담소의 숫자가 절대적으로 소수인 점을 고려할 때 EBPP의 내용을 일반 상담 현장의 지도자들에게 인식시키도록 도와 일반상담 현장에서도 임상적 통합을 통한 기독교 상담 서비스가 기독교인 내담자들에게 더욱 효과적인 상담 결과를 끌어 낼 수 있다는 사실을 널리 알리는 것이 중요하다. 한국의 학술 데이터베이스(예: RISS4U와 DBPia)에서 근거기반실천을 키워드로 검색을 하면 최초의 논문은 2007년도에 South Carolina 대학의 최길호가 한국 정신 보건사회복지학회 학술발표 때 사용한 발표논문이 최초의 논문으로 검색이 되며 그 후 2008년에 한국연구재단에서 중견연구자지원 사업의 프로젝트로 진행한 사회복지학계의 연구논문이 한 건 검색이 된

다(2020년 3월 26일 기준). 그 후 거의 매년 역시 한국연구재단의 프로젝트로 인한 연구보고서가 1년에 1건 정도씩 사회복지학 분야에서 발행이 되다가 2013년에 드디어 한국임상심리학회지에 임민경 외가 저술한 *근거기반실천과 심리치료* 라는 제목의 논문이 처음 등재가 된다. 그 후 일반심리학계에서 약간씩의 논문이 발표되고 있으나 아직 활발하게 EBPP에 대한 내용을 다루는 논문은 많이 찾아보기 어려운 실정이다. 따라서 일반상담 현장에서 근무하는 학회회원, 교수 및 학생들은 EBPP에 대한 내용을 상담소 지도자들에게 널리 알려서 임상적 통합을 통한 기독교 상담 서비스를 실천할 수 있는 기회를 넓혀 나가기를 바란다.

둘째, EBPP와 임상적 통합은 실증적인 연구 자료에 근거한 상담기법을 중요시한다. 명시적인 기독교 상담 기법에 대한 효과성 검증과 같은 연구는 많이 행하여지지 않고 있는 것이 외국에서도 현실이다. 그러나 EBPP 덕분에 무선통제연구와 같은 어려운 연구 방법 외에도 단일사례 실험연구 및 질적 연구라도 충분히 그 효과성을 인정받을 수 있는 방법이 생기게 되었으므로 현장에 있는 교수 및 학생들이 더욱 활발한 연구 활동을 할 수 있게 되기를 바라며 여러 대학에서 학술진흥재단과 같은 곳의 지원을 받는 프로젝트들에 응모하는 것을 적극적으로 홍보하고 지원했으면 하는 바람이다.

셋째, EBPP를 임상적 통합에 적용하기 위해서는 임상적 전문성이 무척 중요한 요소가 된다. 따라서 학회와 교수들은 학생들이 기독교 상담을 수행할 수 있는 유능성을 충분히 훈련할 수 있도록 교과 과정을 조정하고 훈련 세미나를 활발히 개최하는 등의 노력이 필요하다. 특히, 연구의 결과를 스스로 찾아보고 평가할 수 있는 능력이 필요하기 때문에 이 부분을 교과 과정에 반영하는 노력이 요청된다. 미국의 경우 결혼과 가족 치료사가 되기 위한 석사과정의 최소 학점은 60학점(캘리포니아의 주 정부 기준)이며 적어도 두 학기 이상의 현장 실습이 요구된다(졸업하

기 전까지 150시간의 면대면 상담을 이수해야 한다). 여기에 기독교 상담을 통합하는 학과의 경우에는 이 최소 60학점에 각 학교에서 지정하는 신학 과목을 추가로 이수해야 한다(참고로 풀러 신학교의 임상심리학 석·박사 통합과정은 6년제로서 1년 4 쿼터제로 이수학점이 300학점인데 이를 학기제로 계산하면 총 이수 학점이 200학점이다).

넷째, 기독교 상담 관련 학회 차원에서 정기적으로 발행하는 논문집에 해외에서 발행되는 기독교 상담 관련 저널에서 발췌한 주요 연구 결과들을 요약, 번역하여 정기적으로 소개하는 일을 시작하기를 바란다. 개개인이 일일이 최신 연구 논문들을 추적하기는 현실적으로 어려운 일이기 때문에 학회 차원에서 이 사업을 추진하면 훨씬 능률적으로 서비스를 제공하게 될 것이다.

다섯째, 우리는 기독교 상담을 추구하는 학도들로서 아무리 과학적으로 그 효과성이 검증된 상담기법이라도 그것이 성경적 진리의 기준에 배치되는 점이 있다면 그러한 기법은 단호히 상담 장면에서 거부할 수 있는 자세가 요구된다. Tan(2011)이 언급했던 것처럼 좋은 과학에 대한 존중은 잃지 않으면서 동시에 논리실증주의나 과학에 대한 맹신에 빠지지 않도록 경각심을 가져야 할 것이다.

III. 닫는 글

지금까지 Hall과 Hall(1997)의 신학과 심리학의 통합 작업의 한 가지 사례인 임상적 통합에 대한 정의와 그 내용에 대하여 살펴보았다. 임상적 통합은 상담의 효과성을 높이기 위해 인간의 다양성의 한 측면인 영적인 측면을 상담 과정에 접목하는 작업으로 이해할 수 있었다. 그 후 일반 심리학계에서 점차 확산되어지고 있는 근거기반실천에 대한 역사적

인 탄생 배경과 정의 그리고 세 가지 주요 내용에 대하여 고찰하였다. 엄격하게 무선통제연구만을 과학적 근거로 판단하여왔던 그동안의 흐름을 완화하여 다양한 종류의 연구 결과들을 통합할 수 있는 장을 열어 주게 되었다는 점이 고무적인 내용이었으며 이에 더하여 임상적 전문성을 상담의 효과성을 높이는데 중요한 한 축으로 채용한 점, 그리고 내담자의 선호나 가치, 종교 등을 배제하지 않고 상담 과정에 통합시키는 것이 근거기반실천의 주요한 측면이었다.

그다음으로는 근거기반실천을 임상적 통합에 통합적으로 적용할 수 있는 측면에 대하여 연구하였다. 가장 기본적으로 두 가지 접근 방법은 모두 상담의 효율성을 높이하고자 하므로 그 통합이 가능함을 언급하였고 근거기반실천의 주요한 세 가지 내용 모두 임상적 통합의 실천에 적용점이 있음을 살펴보았다. 이미 몇몇 기독교적 상담기법은 실증적지지 치료로 인정 받았으나 아직 많은 기독교적 상담기법의 효과성 연구가 이루어지지 않은 점이 부각되었으며, 기독교 상담자로서의 전문성을 더욱 향상해 나갈 것에 대한 논의 또한 이루어 졌다. 그리고 내담자의 다양성을 인정하는 것은 종교적, 영적 측면을 포함하는 내용으로서 직접적으로 임상적 통합에 적용이 가능한 것을 논증하였으며 마지막으로, 근거기반실천을 기독교 상담에 효과적으로 선용할 수 있도록 기독교 상담 현장에서 적용 가능한 실제적인 제언을 하였다.

【 참고문헌 】

- 임민경, 이지혜, 이한나, 김태동, 최기홍 (2013). 근거기반실천과 심리치료. *한국 심리학회지: 일반*, 32(1), 251-270.
- 전형준 (2014). 기독교 상담의 통합 모델에 관한 성경적 상담학적 조명. *복음과 상담*, 22(1), 256-289.
- 최길호 (2007). 정신보건과 증거기반실천. *한국정신보건사회복지학회 학술발표논문집*, 151-160.
- 황성동 (2008). 근거기반실천 모형 개발과 그 효과성 검증. 한국연구재단 KRM(Korean Research Memory).
- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in Psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271-285.
- Bouma-Prediger, S. (1990). The Task of Integration: A modest proposal. *Journal of Psychology and Theology*, 18 (1), 21-31.
- Chambless, D. L., & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7-18.
- Clinton, T., Hart, A., & Ohlschlager, G. (2005). *Caring for people God's way*. Nashville, TN: Thomas Nelson, Inc.
- Duncan, B. L., & Reese, R. J. (2013). Empirically supported treatments, Evidence-based treatments, and evidence-based practice. In I. B. Weiner (Ed.). *Handbook of Psychology*, 2nd ed. (pp. 489-513). John Wiley & Sons, Inc.
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
- Hall, M. E. L., & Hall, T. W. (1997). Integration in the therapy room: An overview of the literature. *Journal of Psychology and Theology*, 25(1), 86-101.
- Norcross, J. C. (Ed.). (2011). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- Sanderson, W. C. (2003). Why empirically supported psychological

- treatments are important. *Behavior Modification*, 27(3), 290–299.
- Smith, M. L., & Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32, 752–760.
- Spring, B. (2007). Evidence-based practice in Clinical Psychology: What it is, why it matters; What you need to know. *Journal of Clinical Psychology*, 63(7), 611–631.
- Spring, B., & Neville, K. (2011). Evidence-based practice in Clinical Psychology. In D. H. Barlow (Ed.). *The Oxford handbook of Clinical Psychology*, updated ed. (pp. 128–149). Oxford University Press.
- Tan, S. Y. (1996). Religion in clinical practice: Implicit and explicit integration. In E. P. Shafranske (Ed.). *Religion and the clinical practice of psychology* (pp. 365–387). Washington, DC: American Psychological Association.
- Tan, S. Y. (2011). *Counseling and psychotherapy: A Christian perspective*. Grand Rapids, MI: Baker Academy.
- Wampold, B. E., Lichtenberg, J. W., & Waehler, C. A. (2002). Principles of empirically supported interventions in counseling psychology. *The Counseling Psychologist*, 30(2), 197–217.
- Worthington, E. L., Hook, J. N., Johnson, E., & Aten, J. D. (2013a). Promising evidence-based treatments. In E. L. Worthington, E. L. Johnson, J. N. Hook, & J. D. Aten (Eds.). *Evidence-based practices for Christian counseling and psychotherapy* (pp. 279–302). InterVarsity Press. Kindle Edition.
- Worthington, E. L., Johnson, E. L., Hook, J. N., & Aten, J. D. (2013b). Introduction to evidence-based practices in Christian counseling and psychotherapy. In E. L. Worthington, E. L. Johnson, J. N. Hook, & J. D. Aten (Eds.). *Evidence-based practices for Christian counseling and psychotherapy* (pp. 7–22). InterVarsity Press. Kindle Edition.

【 Abstract 】

Integrative Applications of Evidence-Based Practice in Psychology to Hall & Hall's Foundations of Clinical Integration

Kim, Kyoungjun

World Mission University

The purpose of this study is to apply Evidence-Based Practice in Psychology (EBPP) to the foundations of clinical integration suggested by Hall & Hall, which is one of the works of the integration of Theology and Psychology. Firstly, a brief introduction to Hall & Hall's clinical integration containing the definition and the broad ideas was presented. Clinical integration has a strong foundation with four reasons for existence: pragmatic, ethical, empirical and personal. Secondly, the background history of how EBPP movement had been developed from Eysenck's article in 1952 to the report of APA Presidential Task Force in 2006 and the three major components of EBPP, which are the best available research evidence, clinical expertise, and patient's values, characteristics, preference, and circumstances, were described. Thirdly, an integrative work of applying the concepts of EBPP to clinical integration was executed with the common goal of the two paradigms that is to improve the effectiveness of the counseling process. This work included the inspection of the possible areas applying the main points of EBPP to the foundational reasons for clinical integration and its categories. In addition, this work can contribute to more effective counseling ministry even in the secular counseling setting as well as in the Christian counseling settings. Lastly, some suggestions for the Korean Christian Counseling settings were presented.

Key words: integration of theology and psychology, clinical integration, evidence-based practice in psychology, EBPP, Christian counseling