



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

채 규 만 교수지도
석사학위 청구논문

마음챙김에 기반한 인지치료가
역기능적태도, 스트레스대처 및
자아존중감에 미치는 효과
- 만성정신분열병 환자를 대상으로 -

2011

성신여자대학교 대학원
심 리 학 과
박 민 석

마음챙김에 기반한 인지치료가
역기능적태도, 스트레스대처 및
자아존중감에 미치는 효과

- 만성정신분열병 환자를 대상으로 -

채 규 만 교수지도

이 논문을 석사학위 논문으로 제출함

2011년 5월

성신여자대학교 대학원

심리학과

박 민 석

인 준 서

박민석의 석사학위 논문으로 인준함.

심사위원 _____ 인

심사위원 _____ 인

심사위원 _____ 인

성신여자대학교 대학원

논문개요

본 연구는 마음챙김에 기반한 인지치료(Mindfulness based cognitive therapy: MBCT)가 만성정신분열병 환자의 역기능적태도, 스트레스대처, 자아존중감 및 정신과적 증상에 미치는 효과를 검증하기 위한 목적으로 수행되었다.

연구대상은 서울에 소재한 정신장애인 사회복지시설과 Half-way House을 이용하고 있는 입소자를 대상으로 하였다. 연구대상의 선별 기준은 K-WAIS 지능지수 80이상, 유병기간 5년 이상, 정신과 증상이 안정된 사람으로 하였으며, 선별된 대상자들을 실험집단과 통제집단으로 각각 12명씩 무선 할당하였다. 그러나 연구가 진행되면서 통제집단에서 입원 및 퇴소로 인하여 5명이 탈락하여 최종적으로 실험집단 12명, 통제집단 7명을 대상으로 분석하였다.

마음챙김에 기반한 인지치료(MBCT)는 실험집단을 대상으로 6주에 걸쳐서 주 2회씩 매 회기 70분간 진행하였으며, 프로그램 종결후 6주 후에 추후검사를 실시하였다. 한편 통제집단은 아무런 처치를 행하지 않았다.

연구 도구로는 역기능적태도(Dysfunctional Attitude Scale), 백의 우울척도(BDI), 상태특성불안척도(STAI), 스트레스대처척도, 자아존중감척도, 간이정신진단척도(Brief Psychiatric Rating Scale)를 사용하였다.

본 연구의 자료분석은 PASW Statistics 18.0을 이용하여 분석하였으며, 실험집단과 통제집단의 동질성 검증을 위하여 인구통계학적 특성은 Chi-square test와 Independent samples t-test를 시행하였고, 사전검사는 Independent samples t-test를 시행하였다. 프로그램의 효과 검증은 paired-samples t-test와 ANCOVA를 시행하였으며, 프로그램 효

과의 지속성 검증은 One-factor repeated measures ANOVA를 실시하였다.

본 연구 결과는 다음과 같다.

첫째, 마음챙김에 기반한 인지치료에 참여한 실험집단은 통제집단에 비하여 역기능적태도가 유의미하게 개선되었으며 그 효과는 6주후 추후검사까지 지속되었다. 역기능적태도 점수는 189.25 ± 49.1 에서 167.58 ± 45.69 ($p=.000$)으로 감소하였고 추후검사결과 175.25 ± 45.51 ($F=30.3, p=.000$)로서 효과가 지속되었다. 우울의 치료효과는 통계적으로 유의하지 않았으나 추후검사에서는 유의한 점수 차이로 우울점수가 감소하였다. BDI 점수는 17.67 ± 10.8 에서 16.00 ± 11.77 ($p=.462$)으로 감소하였고 추후검사에서는 13.17 ± 10.12 ($F=2.10, p=.146$)로 점수가 더 감소하였다. 통계적으로 유의하지는 않았지만 우울점수가 지속적으로 감소하고 있음을 보여주었다. 한편 불안은 치료효과가 없었으며 추후검사에서도 효과가 나타나지 않았다.

둘째, MBCT가 스트레스대처에 대하여 미치는 효과에서는 스트레스대처 척도 전체점수에서 프로그램의 효과가 유의미하게 나타났다. 한편 스트레스대처의 하위요인 4개 중에서 문제중심적대처와 소망적사고대처는 통계적으로 유의한 결과를 보였으나 사회적지지추구와 정서완화적대처에서는 유의한 차이를 보이지 않았다. 추후검사에서는 스트레스대처 척도 전체점수와 하위요인 점수 모두에서 프로그램의 효과가 지속되지 않았다. 스트레스대처척도 점수는 159.25 ± 19.25 에서 170.42 ± 22.36 ($p=.044$)으로 상승하였으나 추후검사결과 159.92 ± 27.94 ($F=1.49, p=.246$)으로 그 효과가 지속되지는 않았다.

셋째, 마음챙김에 기반한 인지치료가 자아존중감에 미치는 효과를 분

석한 결과 프로그램 처치 후 자아존중감이 유의미하게 향상되었다. 그러나 추후검사까지 그 효과가 지속되지 않았다. 자아존중감은 25.50 ± 2.54에서 29.75 ± 3.11 ($p=.003$)으로 유의하게 점수가 상승하였으나 추후검사 결과 25.92 ± 2.07 ($F=11.18, p=.000$)으로 효과가 지속되지 않았다.

넷째, 마음챙김에 기반한 인지치료가 만성정신분열병 환자의 정신과적증상에 미치는 효과를 분석한 결과 프로그램의 효과성이 나타났으며, BPRS 하위요인 중 사고장애를 제외한 나머지 하위요인 모두 추후검사까지 그 효과가 지속되었다. BPRS점수는 33.33 ± 9.44에서 16.42 ± 7.09 ($F(1,16)=21.64, p=.000$)로 통계적으로 유의미하게 감소하였고, 추후검사에서도 18.17 ± 9.51 ($F=15.37, p=.000$)으로 그 효과가 지속되었다.

이와 같은 결과를 통해서 볼 때, 마음챙김에 기반한 인지치료가 만성정신분열병 환자의 역기능적 태도 개선, 우울 감소, 스트레스대처능력 향상, 자아존중감의 향상 및 정신과적 증상의 안정에 효과가 있는 것으로 나타났다. 이는 마음챙김에 기반한 인지치료가 만성정신분열병 환자에게도 효과적인 치료 프로그램임을 시사해주고 있다.

주요어 : 마음챙김에 기반한 인지치료, 역기능적태도, 스트레스대처

목 차

논문개요

I. 서론	1
1. 연구의 필요성	1
2. 연구 문제 및 가설	8
II. 이론적 배경	10
1. 정신분열병	10
2. 역기능적태도와 정신분열병	17
3. 스트레스대처와 정신분열병	24
4. 자아존중감과 정신분열병	28
5. 마음챙김에 기반한 인지치료	35
III. 연구 방법	42
1. 연구대상	42
2. 연구설계	42
3. 연구진행절차	43
4. 측정도구	46
1) 역기능적 태도 척도	46
2) Beck 우울 척도	46
3) 상태-특성 불안 척도	47
4) 스트레스 대처 방식 척도	47
5) 자아존중감 척도	49

6) BPRS 척도	49
5. 자료분석	51
IV. 연구결과	52
1. 실험집단과 통제집단의 동질성 검증	52
2. 마음챙김에 기반한 인지치료의 효과 검증	56
3. 실험집단의 프로그램 효과 지속성 검증	64
V. 논의	71

참 고 문 헌

ABSTRACT

부 록

표 목 차

<표1> 연구 설계	43
<표2> 마음챙김 명상에 기반을 둔 인지치료 프로그램	44
<표3> STAI 척도의 하위요인 문항 구성	47
<표4> 스트레스 대처 방식의 하위 요인별 문항 구성 및 신뢰도	48
<표5> BPRS 하위요인 문항구성	50
<표6> 실험집단과 통제집단의 인구통계학적 특성 동질성 검증	52
<표7> 실험집단과 통제집단의 사전검사 동질성 검증	54
<표8> 실험집단과 통제집단의 역기능적태도, BDI, STAI 대응표본 t검증	56
<표9> 실험집단과 통제집단의 스트레스대처 대응표본 t 검증 결과	58
<표10> 실험집단과 통제집단의 자아존중감 대응표본 t 검증 결과	59
<표11> 실험집단과 통제집단의 BPRS 사전-사후 평균, 표준편차	62
<표12> BPRS 공분산분석표	63
<표13> 실험집단 역기능적태도, 우울, 불안의 사전-사후-추후 평균과 표준편차	64
<표14> 실험집단 역기능적태도, 우울, 불안의 사후검증 (대응별비교)	64
<표15> 실험집단 스트레스 대처 사전-사후-추후 검사 일원 반복측정 ANOVA 결과	66
<표16> 실험집단 스트레스대처 사전-사후, 사전-추후, 사후-추후 점수의 차이검증	66

<표17> 실험집단 자아존중감 사전-사후-추후 검사 일원 반복측정 ANOVA 결과	67
<표18> 실험집단 자아존중감 사전-사후, 사전-추후, 사후-추후 점수의 차이검증	68
<표19> 실험집단 BPRS 사전-사후-추후 검사 일원 반복측정 ANOVA 결과	69
<표20> 실험집단 BPRS 사전-사후, 사전-추후, 사후-추후 점수의 차이검증	70

그림 목 차

<그림1> 실험집단과 통제집단의 역기능적태도 사전-사후 비교	57
<그림2> 실험집단과 통제집단의 스트레스대처 사전-사후 비교	59
<그림3> 실험집단과 통제집단의 자아존중감 사전-사후 비교	60
<그림4> 실험집단과 통제집단의 BPRS 사전-사후 비교	62
<그림5> 실험집단의 역기능적태도 사전-사후-추후 비교	65
<그림6> 실험집단의 우울 사전-사후-추후 비교	65
<그림7> 실험집단의 스트레스대처 사전-사후-추후 비교	67
<그림8> 실험집단의 자아존중감 사전-사후-추후 비교	68
<그림9> 실험집단의 BPRS 사전-사후-추후 비교	70

I. 서론

1. 연구의 필요성 및 목적

사람은 누구나 행복한 삶을 살기를 원한다. 아리스토텔레스는 행복이 최고의 선(善)이라고 주장하면서 인간의 최고선은 가장 완전하고 최상의 덕에 따르는 영혼의 활동이며 결국 인간만의 고유한 활동은 영혼의 이성적 활동과 실천이라고 보았다. 그리고 한 마리의 제비가 날아온다고 봄이 오지 않는 것처럼 행복은 짧은 시일에 달성되는 것이 아니고 온 생애를 통한 것이어야 한다고 하였다.

정신장애를 가지고 있는 사람들 역시 행복한 삶을 원한다. 정신분열병 환자들은 정신과적 증상으로 인하여 삶의 여러 부분에서 불편감과 정서적인 어려움을 겪고 동시에 사회적인 편견과 차별을 경험하면서 그 결과 자아존중감이 낮고 삶의 질이 저하되어 있다. 그로인하여 당사자 본인조차도 정신장애 때문에 행복하지 못할 것이라고 단정 짓는 경향이 있다. 그렇다면 정신장애인은 제대로 사회적인 기여를 하지도 못하고 평생을 처절한 고통 속에서만 살아야 하는 것인가? 영화 '뷰티풀 마인드'의 실존인물인 존내쉬 박사의 사례는 은연중에 사회와 당사자들이 갖고 있는 편견에 대해 다시 생각하게 한다. 존내쉬 박사는 정신분열증을 겪으면서 평생동안 정신과적 증상을 경험하였지만 그 사실을 수용하고 인정하면서 본인의 능력을 십분 발휘하여 노벨 경제학상까지 수상하였다.

정신분열병은 심각한 정신질환이기도 하지만 그 증상을 어떻게 바라보고 관리하느냐에 따라서 삶의 질이 결정된다. 이에 정신분열병 환자들이 정신과적 증상을 보다 잘 수용하고 인정하면서 본인의 능력을 발휘할 수 있는 방법을 찾아보기 위한 연구가 필요하다.

정신분열병은 인지·지각·정동·행동·사회활동 등의 다양한 영역에서 주요 증상을 나타내는 일련의 복합질환으로서 병의 임상경과나 예후 등이 매우 다양하다. 질병경과가 만성적이고, 파괴적인 경우가 많은 정신분열병은 젊은 나이에 발병하며, 유병률이 비교적 높은 편으로 전세계적으로 매년 약 200만 명의 새로운 환자가 발생하는 것으로 추정되고 있다(민성길, 2009).

정신분열병 환자는 기본적으로 정서적인 장애를 가지고 있으며, 정서장애의 특징으로 정서반응의 감소, 정서의 부적절성, 그리고 정서의 완고함을 들 수 있다. 또한 정신분열병 환자는 무쾌감증 상태 또는 우울증 상태를 나타내는 등 감정조절에 일관성이 없고, 감정표현에 깊이와 초점이 결여되어 있기 때문에 다른 사람과 정서적 유대관계를 맺기 어렵다. Bleuler(1950)는 정동장애를 정신분열병의 핵심이 되는 기본 증상의 하나로 여기고 정서적인 장애가 오히려 환청이나 환각보다 정신분열병 환자의 더 중요한 증상이 될 수 있음을 지적하면서, 외부로 나타나는 감정표현과 환자 자신의 내적 경험이 서로 차이가 남에 주목하였다. 실제 정신분열병의 경우 주관적 삶의 질에 기여하는 것을 검증한 연구들을 살펴보면 주로 우울증에 초점을 맞추고 있다. Leff(1990)의 연구에서는 정신분열병 전집의 81%가량이 우울증 증상이 나타나고 있음을 보고하였고, Lehman(1998)은 우울과 불안은 만성정신질환자의 전집에서 삶의 질과 일관된 관련성이 있다고 하였다. Beck(1967)에 따르면 우울한 사람들은 주로 역기능적태도가 높다는 것을 밝혀내었는데, 정신분열병 환자들 또한 우울증 환자들과 비슷한 괴로움과 패턴의 역기능적 태도를 유지하고 있음을 발견하였다(Bentall & Kaney, 1996; Hollon, Kendall, & Lumry 1986; Zimmerman, Coryell, Corenthal, & Wilson, 1986). 역기능적 태도와 우울에 관한 선행연구들(원두리, 1992; Barnett & Gotlib, 1990;

Dobson & Shaw, 1986; Eaves & Rush, 1984; Olinger et al., 1987)은 Beck 등(1979)의 입장과 마찬가지로 우울한 사람들이 우울하지 않은 사람들보다 유의하게 역기능적 태도가 높은 것으로 밝혀졌다.

한편 정신분열병환자는 질병이 진행되면서 증상 때문에 고통 받을 뿐 아니라 많은 스트레스로 인하여 증상이 악화되는 악순환을 반복하게 된다(강봉란, 박숙희, 1983; Morrison & Bellack, 1988). 스트레스 사건에 반복적으로 노출되면 스트레스에 대한 대처 반응이 무기력하게 되어 우울증이나 면역조절에 장애가 나타나며 만성적으로 스트레스에 시달리는 사람은 일상적인 작은 사건들에 대해서도 과민한 스트레스 반응을 보이게 된다(장현갑, 2010).

높은 수준의 스트레스는 우울증(Billings 등, 1983; Paykel, 1979; Tennant 등, 1981) 및 다른 형태의 정신병리(Andrew 등, 1978; Dohrenwend, 1979)와 관계가 있다고 알려져 있다. Oliner 등(1978)은 역기능적 태도가 크고 작은 스트레스요인의 효과를 중재(moderating)하는 역할을 한다고 주장하였으며, Weissman 등(1978)은 역기능적 태도를 많이 가진 개인은 그렇지 않은 개인에 비하여 우울에 인지적으로 취약하다고 주장하였다. 역기능적 태도 성향이 높은 개인은 역기능적 태도 성향이 낮은 개인보다 일상생활에서의 작은 자극과 요구를 자신의 자존심과 안녕에 보다 더 심각하고 위협적인 것으로 지각하기 쉽다고 하였다. 그리고 대부분의 정신 장애인들은 경증에서 중증까지 불안과 우울을 비롯한 다양한 정서를 경험하면서 여러 부적응 행동을 보이는데, 이 때문에 타인과 어울리는 사회활동에 어려움을 겪고 있다(최미란, 2004). 결과적으로 이와 같은 작은 스트레스가 시간에 걸쳐 축적이 되면 역기능적 태도 성향이 높은 개인이 보다 합리적인 태도를 취하는 개인 보다 더 높은 정도의 정서적인 문제를 갖기 쉽다(신경희 등, 2008).

정신분열병의 치료에는 약물치료를 기본으로 하면서 사회기술훈련, 약물증상교육, 일상생활훈련, 사회적응훈련 및 직업재활 등의 다양한 사회재활프로그램이 실시되고 있다. 그러나 정신분열병 환자들이 겪는 정신과적 증상과 함께 겪는 우울, 불안과 같은 디스트레스를 감소시킬 수 있는 심리사회적 중재 개입은 많이 부족한 실정이다. 이는 약물치료 위주로 정신과적 증상을 관리하고 정신분열병 환자의 치료에 심리치료가 적합하지 않다는 편견때문이다. 실제로 중증질환자에 대한 낙인과 선입견은 정신건강 전문가들에게도 상당히 퍼져 있고(Galdwell & Jorm, 2001; Hugo, 2001), 1980년대에 이르기까지 정신분열병 환자를 대상으로 심리치료를 하는 것은 비효율적이거나 때론 악영향을 줄 것이라라고 여겨져 정신분열병 치료에서 심리치료가 무시되어왔다(Steffen et al., 2010). 그러나 우울증 환자를 대상으로 치료가 이뤄졌던 인지행동치료(Cognitive Behavior Therapy : CBT)가 정신분열병 환자에게도 효과가 있음이 입증되면서 정신분열병치료에 여러 심리치료기법이 사용되고 있다. 특히 최근들어와 마음챙김에 기반한 심리치료가 여러 정신질환 치료에 효과가 있음이 밝혀지면서 제3세대 심리치료로서 여러 임상현장에서 적용되고 있다. 마음챙김에 기반한 인지치료(MBCT)는 Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) 프로그램과 CBT를 결합하여 Segal et al(2000)이 개발한 심리치료 프로그램이다. MBCT는 Beck의 인지치료가 우울증 환자의 치료에 초점을 두었던 것처럼 우울증 치료를 목적으로 개발되었으나 이후 여러 임상치료 결과 정신병 치료에도 효과가 있음이 밝혀졌다.

명상은 돈이 들지 않고, 시간과 장소를 가리지 않으며, 쉽고 빠르게 효과를 볼 수 있는 방법이다. 또한 스트레스 해소, 약물중독 치료, 정신병 완화, 행동 교정 등 실제로 효과가 크다는 연구 결과도 있다. 최근 하버드 대학 심신의학연구소에서는 스트레스 치료를 위해 시도한 여러 방법

가운데 명상이 가장 확실하고 빠른 효과를 나타냈다는 실험 결과를 발표하면서 명상을 하면 평균 20초 이내에 스트레스 해소 효과가 나타났다고 주장하였다. 명상은 심리치료에 적용되어 최근들어와 마음챙김 명상에 기반한 심리치료가 의료·정신건강·복지 등 다양한 영역에서 연구되고 적용되고 있는데 예를 들면, 마음챙김에 기반한 스트레스 완화(MBSR), 마음챙김에 근거한 인지치료(MBCT), 변증법적 행동치료(DBT) 그리고 수용과 전념 치료(ACT) 등이 있다. 여기에서 마음챙김(mindfulness)이란 주의를 기울이는 방법을 말하는데 비판단적 또는 수용의 방식으로, 자신의 주의를 현재의 순간에 일어나는 경험에 의도적으로 초점을 맞추는 것이다(Kabat-Zinn, 1990). 최근의 질병에 대한 통합적 접근 관점에서, 마음챙김 명상은 질병을 가진 환자의 정서적 디스트레스(distress) 감소뿐만 아니라 실제 생리적 이득의 효과도 있어 결과적으로 건강 증진에 기여하는 중재법으로 각광받고 있다(Witek-Janusek, Albuguerque, Chroniak, Curazo-Arvizu, & Mathews, 2008). 마음챙김 명상은 일상에서의 스트레스와 심리적 문제까지 감소시킨다는 점에서 심리치료와 공통점이 있어(김정호, 1995) 다양한 장면에서 유용하게 적용할 수 있다. 특히, 마음챙김(mindfulness)은 웰빙(well-being), 행복과 충만감과 같은 정신적인 혜택 그리고 치료적인 효능 등 세 영역에서 다양한 혜택을 준다. 치료적인 효능은 스트레스, 우울증, 불안, 물질남용, 통증 그리고 정신분열병과 같은 정신장애의 치료에도 도움이 되었다.

정신분열병 환자를 대상으로 한 마음챙김에 기반한 인지치료는 여러 선행연구를 통하여 그 효과성이 증명되었다. Colin Thompson(2010)의 연구에서는 정신분열병 환자들이 마음챙김 심리치료를 받은 후 비록 환각이나 망상의 빈도에는 변함이 없었으나 그것들에 대한 태도가 변화되어 재입원률이 절반가량 줄어들었는데 정신분열병 환자들은 여전히 환각이나

망상을 경험하지만 더 이상 그것 때문에 고통스러워하지 않았다는 것을 밝혀냈다. Chadwick(2005)는 편집형(paranoid) 정신분열병 환자를 대상으로 마음챙김에 기반한 심리치료를 실시하였는데, 실험 참가자들은 모두 환청, 환시, 환촉 등의 환각을 경험하고 있었으며, 부정적인 자기관념, 그리고 불안과 우울 증상을 가지고 있었다. 치료결과는 주관적 안녕감, 정신과적 증상이나 문제들, 삶의 기능 그리고 재발 위험 등 34개 문항으로 구성된 CORE(Clinical Outcomes in Routine Evaluation)로 사전 및 사후 평가 결과, 마음챙김 치료 후 참가자들의 증상이나 기능 등이 평균적으로 더 향상되었음을 증명하였다. 그리고 Chadwick와 동료들(2006)과 Abba N과 동료들(2008)은 마음챙김에 기반한 인지치료(MBCT)를 환청과 같은 정신병 증상 치료에 활용하였고(Sara Tai1, 2009), Davis(2007)는 정신분열병 환자들의 불안에 마음챙김에 기반한 인지치료가 미치는 증재효과를 연구하기 위하여 MBCT를 적용하기도 하였다. Forman과 동료들(2007)은 불안과 우울 증상을 가진 정신분열병 환자들에게 마음챙김 인지치료가 미치는 효과를 연구하여 그 효과성을 밝혀내기도 하였다. 한편, 국내에서도 최근 들어와 다양한 임상현장에서 마음챙김에 기반한 심리치료에 대한 연구가 활발하게 이루어지고 있다. 마음챙김에 기반한 심리치료의 효과성은 청소년을 대상으로 인지적 및 정서적 마음챙김이 청소년의 주관적 웰빙에 미치는 영향에서 스트레스 대처방식의 매개효과 연구(원두리, 2010), 대학생들의 정서조절에 MBCT가 미치는 효과 연구(김정모와 전미애, 2009), 우울과 불안증상 및 안녕감에서 마음챙김의 주의 자각의 역할 연구(조영래 외, 2009), 마음챙김 명상과 결합한 인지행동집단치료가 발표불안의 감소에 효과 연구(김정모; 전미애, 2009), 우울증 환자에서의 마음챙김 주의 및 자각, 부정적인 정서, 자존감, 그리고 감정표현불능의 관계 연구(이우경 ;황태연 ;함병주 ;류성곤 ;박성덕, 2007) 등 마음

챙김에 관한 연구가 다양한 연령층과 증상군을 대상으로 활발하게 이뤄지고 있으며 그 효과를 입증하였다. 그러나 정신분열병 환자를 대상으로 한 마음챙김에 기반한 심리치료의 효과성에 대한 국내 연구는 아직 이뤄지지 않았다.

지금까지의 내용을 요약하자면, 정신분열병 환자들은 정신과적 증상을 겪으면서 기본적으로 정서장애를 갖고 있다. 그와 동시에 스트레스에 취약하여 일상생활에서 상당한 심리적 불편감을 호소하며 스트레스로 인하여 정신과적 증상이 악화되는 악순환을 반복하게 된다. 선행연구에서 살펴보았듯이 우울, 불안 및 스트레스는 역기능적인 태도와 관련이 있었다. 정신분열병 환자들은 역기능적인 태도가 높은 편이며 비합리적인 사고와 왜곡된 인지패턴을 갖고 있다. 그로 인하여 정서적인 장애와 스트레스를 지속적으로 경험하게 되고 그 결과 증상이 악화되고 삶의 질과 자아존중감이 낮아질 수 밖에 없다. 만성 정신분열병 환자들은 장기간동안의 투병생활로 인하여 인지적, 정서적, 대인관계 등의 다양한 영역에서 심각하게 기능들이 손상되어 있다. 게다가 만성정신분열병 환자들은 스트레스에 취약하여 우울감과 불안감을 느끼는 등 심리적인 불편감을 호소한다. 만성 정신분열병 환자들은 대부분이 자아존중감이 낮고 삶의 질도 떨어져 있는 것으로 알려져 있다. 이는 양성 및 음성 증상의 환자들 모두에게서 보고되는 내용들이다. 환각이나 망상 등의 양성 증상들은 정신과 약물로 조정하여 대처할 수 있으며, 심리적 불편감으로 인한 우울증이나 불안감의 치료에는 약물치료와 심리사회재활치료를 병행하였을 경우 더 효과적이다.

따라서 본 연구의 목적은 제3세대 심리치료로서 그 효과가 검증된 마음챙김에 기반한 인지치료를 만성정신분열병 환자들을 대상으로 실시하여, 만성정신분열병 환자들이 갖고 있는 역기능적태도, 스트레스대처, 자아존중감 및 정신과적 증상에 미치는 효과를 검증해보고자 한다.

2. 연구 문제 및 가설

본 연구에서는 마음챙김 명상에 기반한 인지치료가 만성정신분열병 환자의 역기능적 태도, 스트레스 대처, 자아존중감 및 정신과적 증상에 미치는 효과를 검증해 보고자 한다.

본 연구에서 설정한 연구 문제는 다음과 같다.

**【연구문제 1】 마음챙김에 기반한 인지치료(MBCT)는
만성정신분열병환자의 역기능적태도에 영향을 미칠 것인가?**

가설 1-1. MBCT에 참여한 실험집단은 통제집단에 비하여
역기능적 태도가 개선 될 것이다.

가설 1-2. MBCT에 참여한 실험집단은 통제집단에 비하여
우울 수준이 감소할 것이다.

가설 1-3. MBCT에 참여한 실험집단은 통제집단에 비하여
불안 수준이 감소할 것이다.

**【연구문제 2】 마음챙김에 기반한 인지치료(MBCT)는
만성정신분열병 환자의 스트레스대처에 영향을 미칠 것인가?**

가설 2-1. MBCT에 참여한 실험집단은 통제집단에 비하여
스트레스 대처 능력이 향상될 것이다.

【연구문제 3】 마음챙김에 기반한 인지치료(MBCT)는

만성정신분열병 환자의 자아존중감에 영향을 미칠 것인가?

가설 3-1. MBCT에 참여한 실험집단은 통제집단에 비하여
자아존중감이 향상될 것이다.

【연구문제 4】 마음챙김에 기반한 인지치료(MBCT)는

만성정신분열병 환자의 정신과적 증상에 영향을 미칠 것인가?

가설 4-1. MBCT에 참여한 실험집단은 통제집단에 비하여
정신과적 증상이 개선될 것이다.

II. 이론적 배경

1. 정신분열병

1) 정신분열병의 정의

정신분열병은 사고, 행동, 정서 전반에 걸쳐 다양한 정신증적 증상을 나타내는 질환이다. 정신분열병(schizophrenia)이라는 용어는 ‘분열된’, ‘분리된’을 뜻하는 그리스어 “schizo”와 ‘마음의’, ‘정신의’이라는 뜻의 그리스어 “phrenia”의 합성어이다. 즉 정신분열병이라는 용어는 ‘분열된 마음’을 뜻한다(원호택, 이훈지, 2007). Bleuler가 정신분열병이라는 용어를 처음 만들어 내고 정신분열병을 초기치매(dementia praecox)와 구별하기 시작한 이후, 정신분열병이란 용어는 정신과에서 폭넓게 사용되었다. 정신장애의 진단 및 통계 편람 제4판(DSM-IV-TR)과 그 이전 판들에서부터 정신분열병이라는 용어는 편집형, 긴장형 혹은 미분화형으로 질병의 분류가 수정되면서 지속적으로 사용되어 왔다. 그러나 정신분열병이라는 용어(특히 편집형 정신분열증)는 대중매체에서 주로 광기어린 눈빛의 암살자 이미지를 떠오르게 하고 뚜렷한 이유없이 살인을 하거나 다른 사람을 불구로 만들어버리는 이미지를 만들어내어 일반인들은 정신분열병은 다중인격장애의 하나라는 잘못된 개념으로 이해하고 있다. 이에 시카고의 대형 정신재활시설인 Thresholds의 Jerr Dincin은 진단적 용어로서의 정신분열병이 신경전달물질/스트레스 증후군(neuro-transmitter/stress syndrome)으로 진단명이 변화되어야 한다고 주장하였다(Dincin, 1990). 이 새로운 진단용어는 중증 정신질환의 생물학적인 근거(신경전달물질)와 환경적 취약성(스트레스)을 모두 포괄하고 있다. 이 용어는 낙인을 전달

하지 않고 부정적인 의미를 내포하지 않아 정신분열병의 이해를 제대로 전달하고 있는 것으로 평가되고 있다.

한편 일반적으로 의학에서는 그 질환이 한시적이지 않으며, 증상이 초기의 급성 증상과는 어느 정도 다를 때에 '만성'이라는 용어를 적용한다. 여기에는 잠행성(潛行性) 병리과정이 진행하고 있으며 난치성이라는 의미가 아울러 함축되어 있다. 이런 의미가 정신분열병에 적용되어, Jaspers(1963)는 급성 정신병의 핵심 양상-치료가 가능한, 혹은 어느 정도의 개선이 가능한 상태에서의 심한 증상과 징후-과 만성 정신분열병의 핵심 양상-더 이상 낫지 않는 상태에서의 덜 분명한 증상-을 대조시켰다. 또한 '만성 상태는 분별능력을 보이고, 지남력이 유지되고, 차분하고, 정돈된 모습을 보이며, 상대적으로 그 기복이 적어 서서히 진행되는 병리적 상태 혹은 걱정의 급성 과정의 잔류 상태로 생각된다'라고 하였다. Jaspers(1963)는 질환의 기간을 중요하게 생각하지 않았다. 그러나 미국 정신의학에서는 처음으로 DSM-III과 DSM-III-R을 통해, 단지 전체 기간이 2년을 넘으면 만성 정신분열병으로 정의하였으나 DSM-IV와 ICD-10은 모두 만성 정신분열병을 따로 분류하지 않고 있다.

Kraepelin(1919)과 Bleuler(1950)는 정신분열병의 말기에는 회복된 상태에서 중증 장애에 이르기까지 무수한 변화가 있음을 인정하면서, 편이상 경증과 중증으로 구분하였다. Kraepelin은 경미한 형태를 '심리저능'이라고 불렀고, Bleuler는 '결함이 남은 치유'라는 용어를 사용하였다. 경한 만성 상태는 Kraepelin과 Bleuler의 분류에 의하면 단순 황폐(단순 심리저능, 단순 치매, 결함이 남은 치유)에 해당한다. 이것의 핵심 양상은 감정과 의욕의 결손, 또는 오늘날의 음성증상이라 불리는 것들이었다. 이들은 황폐화에 매우 두드러진 언어의 지리멸렬이 동반되는, 또 다른 형태의 경한 말기 상태를 구분하였다(혼돈성 언어치매, 언어의 혼돈을 지닌 '치우

1). 더 중증의 만성 상태는 각양각색의 양상을 보일 수 있다. Bleuler는 이를 편집형(paranoid), 저능형(silly), 무감동형(apathetic)으로 분류하였다. Kraepelin에 의하면, 망상과 환각이 전혀 없이 심하게 황폐화된 환자들이 존재하는데, 이들은 정신적 삶의 단조로움과 빈곤화 이외에는 음성 증상을 거의 보이지 않는다. 대신 판단과 행동의 테두리 내에서 이상을 보인다(저능형 치매). 만성 정신분열병에 관한 미세하고 주관적인 최종 관찰은, 심하게 병든 환자에게서조차 내적 인격은 온전히 유지된다는 주장과 관련이 있다. Bleuler와 M. Bleuler(1974, 1978)는 가장 황폐화된 환자라 할지라도 감정의 모든 범위는 보존되어 있고, 대부분은 접근이 불가능할 뿐이라고 믿었다. M. Bleuler는 인간적 감정이 남아있지 않게 소진되었고 황폐화되었다고 간주되는 환자들에게서 정상적이고 감동적인 감정, 진정한 기쁨과 동정을 보였던 예를 기술했다.

한편, 만성 정신분열병은 정적(靜的)이고 안정된 상태라고 생각하기 쉽지만 Kraepelin은 급성 악화에 항상 대비해야 한다고 했다. Bleuler는 정신분열병의 모든 단계에서, 진행, 답보, 악화와 관해가 나타날 수 있다고 했으며, 중증의 정신분열병이라 할지라도 진행의 완전한 정지는 없다고 했다. 몇몇의 후속연구들이 질환의 발병 수 년 후에 나타날 수 있는 임상변화를 입증했다(Ciampi L, 1980; Harding C, 1988). M. Bleuler는 정신분열병이 엄격히 진행성 장애는 아니라는 폭넓은 결론을 내렸다. 오히려 복합성 경과를 따른다고 보는 편이 옳다. 개개인의 편차가 크지만, 정신분열병은 처음에 평균 5년 기간에 걸쳐 임상적으로 진행한다. 그 후에는 더 이상의 영구적인 황폐화가 발생하지는 않으며 변화가 있다면 오히려 호전을 향한 경향이 생겨난다.

2) 정신분열병의 원인 및 진단 기준

정신분열병은 정신과 입원 환자의 70%(정인원, 박문희, 이정균, 1985)를 차지하며, 심한 인격의 황폐화를 초래하는 질환으로 유전적(Kety 등, 1975), 발달학적(Freud, 1911/1958; Sullivan, 1962), 환경적(Fromm-Reichman, 1948), 사회문화적(Hare, 1956; Wender 등, 1973), 생물학적(Carlsson, 1988; davis 등, 1991)요인이 모두 관여한다고 알려져 왔으나 아직 확실한 원인은 알려진 것이 없는 실정이다.

정신분열병의 원인에 대한 모든 입수 가능한 증거들을 요약하여 Walker와 Kestler, Bollini, 그리고 Hochman(2004)은 유전적인 그리고 태아기 전의 요인 모두가 정신분열병의 취약성에 영향을 미칠 수 있다는 결론에 도달했다. 스트레스 상황에 노출되고 청소년기에 일어나는 뇌의 발달을 포함한 이후의 과정은 주요 정신질환으로 알려진 것들의 발병을 유발한다. 정신분열병과 유사한 상태가 뇌의 구조와 기능의 변화 때문이라는 증거는 매우 많다(Buchanan & Carpenter, 1997; Frith, 197; Walker et al., 2004). 또한 정신분열병에서 장애가 있는 뇌의 영역이나 장애의 성질에 대해서 정확히 밝혀지지 않았지만, 정신분열병이 결과적으로 집행기능에서의 장애를 야기한다는 데에는 대체로 의견이 일치하고 있다. 그 결과 주의력, 기억력, 추상적 사고능력, 언어 능력 등 인지과정 전반에 걸쳐 장애가 광범위하게 나타난다.

정신분열병은 하나의 단일진환으로서 다양한 양상을 보이는 것이라기보다 인지, 지각, 정동, 행동 등의 영역에서 주요 증상을 나타내는 일련의 복합 질환이다. 정신분열병에서 흔히 볼 수 있는 임상증상들은 사고의 장애, 지각의 장애, 감정의 장애, 충동조절의욕 및 행동의 장애, 의식·기억력 및 지적능력의 장애 등이 있다. 이러한 증상에 대한 진단은 병력과 임상

자료에 근거하며, 다른 장애를 배제해 나가는 방법에 의한다.

정확한 진단이 내려지기 위해서는 정신분열병 삽화의 지속기간이 적어도 6개월 이상 지속되어야 한다(APA, 2000). 정신분열병의 필수 증상은 1개월(또는 성공적으로 치료된 경우에는 좀더 짧은 기간)의 대부분의 시간 동안 존재하는 특징적인 징후와 증상들(양성과 음성 증상 모두)로서, 장애의 일부 징후는 최소 6개월 동안 지속된다. 이런 징후와 증상은 심각한 사회적, 직업적 기능 장애를 동반한다. 정신분열병의 특징적인 증상은 광범위한 인지 및 정동 장애로서, 여기에는 지각, 추리적 사고, 언어 및 의사 소통, 행동 조절, 정동, 사고와 언어의 유창함과 풍부함, 쾌감 능력, 의욕과 욕동, 그리고 집중력이 포함된다. 그러나 진단에 결정적인, 단일한 질병 특유의 단일한 증상이 있는 것은 아니며, 직업적, 사회적 기능 손상이 동반되는 징후 및 증상의 복합체를 인식함으로써 진단을 내릴 수 있게 된다. 한 개인이 삽화동안 경험하는 증상들은 질환이 어느 단계에 위치하느냐에 따라 전구기, 급성기 또는 활동기 그리고 잔류기 등으로 다양해진다. 전구기(prodromal phase: 완전한 증후군 이전)는 기능이 저하되고 음성 및 양성 증상들이 증가하는 시기이다. 급성기(acute) 또는 활동기(active phase)는 가장 심각하고 극심한 증상이 생기는 시기이다. 이 기간에는 양성증상이 가장 두드러진다. 잔류기(residual phase)에는 증상이 다소 약화된다. 양성증상과 음성증상이 모두 감소하지만, 음성증상은 지속되는 경향이 있다. 정신질환을 가진 사람들 중 많은 수는 이 단계를 반복적으로 경험하게 되며 이로 인해 삶 속에 무수하고 예측 불가능한 장애를 겪게 된다. 긴 잔류기 동안에 때때로 터져 나오는 양성증상과 함께 장기간 지속되는 음성증상은 개인의 실존을 좌우하며, 단순한 일상의 과업에 집중하는 것조차 어렵게 만든다. 장애와 관련된 기능 결함이 개인의 직업과 삶의 방식과 관련된 목표 지향적인 행동을 방해한다.

3) 정신분열병의 특징

Goldberg & Gold(1995)는 인지기능 장애가 정신분열병의 지속적이고 중심적인 증상이라고 하였으며, Brenner 등(1992)은 정신분열병의 취약성·스트레스 모델을 설명할 때 취약성을 생물학적 취약성과 인지적 취약성으로 나누어 설명하였고, 집행기능의 장애가 인지적 취약성의 표현이라고 하여 정신분열병에서 나타나는 인지기능 장애를 특히 강조하였다. 인지기능의 결함은 정신분열병의 정신과적 증상과는 독립적으로 지속되고, 정도의 차이는 있으나 대부분의 환자가 증상에 비해 주의집중력 저하, 기억력 저하, 집행기능 저하 등 뚜렷한 인지기능의 결함을 나타낸다는 결과가 보고되었다. 주의는 인간의 정보처리의 전과정에서 기능한다. 즉 적절한 정보를 선택하고 통합하며 정보처리의 책략을 문제나 과제에 맞추어 할당하는 정신적인 노력을 투입하도록 작용한다(Kahermann, 1973). 따라서 주어지는 자극이나 학습하여야 할 내용에 따라 사람은 더 많은 정신적인 노력을 기울이게 되기도 하고 이미 형성된 인지적 틀 속에서 자동적으로 처리하기도 한다. 스트레스 사건 즉 비일상적인 생활경험은 사건자체가 예기치 못한 사건일 뿐 아니라 그러한 사건의 경험이 다른 정서적인 변수-불안, 우울, 분노 등의 감정을 일으킴으로써 인간의 한정된 처리능력을 분산시키기 때문이다(Hockey, 1979). 스트레스의 정도가 높아지면 대뇌의 상하부와 변연계(limbic system)에 의해 통합되어 자율신경계의 반응을 일으키고 간접적으로 부신호르몬을 자극하여 생리적인 각성상태가 고조되고 긴장, 불안, 불안정한 행동반응을 나타나게 한다. 즉 심박동수의 증가, 혈압상승, 구강건조감과 함께 신체적 행동적 반응들이 나타난다(Graham, 1962). 정신분열병 환자의 전반적인 인지능력 연구와 관련하여 Gjerde(1983)는 정신분열병에 있어서의 주의상의 장애(attentional

disturbance)를 제시하였으며, 다양한 주의상의 어려움들은 주의 용량을 동원하고 배치하는 통제 기능상의 결함들을 반영한다고 하였다. 그는 또한 정신분열병 환자들의 주의력 상의 문제들은 높은 주의를 요하는 인지 과정에서 주의력을 동원하는데 실패하거나 잘못 배치하는 등의 결과로 보다 명백하게 드러난다고 하였다. 정신분열병 환자들은 이와 같은 인지결함으로 인해 사회생활을 하거나 직장생활을 하는데 심각한 어려움을 겪게 되고(Brenner, Hodel, Roder & Corrigan, 1992; Liberman & Green, 1992), 재활에도 어려움을 겪게 된다(Morice & Delahunty, 1996).

2. 역기능적태도와 정신분열병

1) 역기능적 태도의 개념

역기능적 태도(Dysfunctional attitude)란 개인이 자신의 생활지침으로서 가지고 있는 과도하게 경직되고 부적절한 규칙들을 의미한다(Beck, Shaw & Emery, 1979). Beck(1976)은 사람들이 고통을 겪는 이유는 사건 그 자체가 아니라 사건을 해석하고 이해하는 인지적인 과정 때문이라고 주장하였다. 그리고 역기능적 태도를 지닌 사람들은 자신과 세상에 대하여 절대주의적이고 당위적이며 강요적이고 융통성이 없는 경직된 신념을 지니고 있다고 하였다. Beck(1979)은 역기능적 태도 척도(DAS; Weissman & Beck, 1978)를 사용하여 역기능적 신념을 평가하였다. 역기능적 신념은 핵심믿음 혹은 스키마의 높은 수준과 자동적 사고의 중재 역할을 한다(J. Beck, 1995). 특정 인지적 내용에 대한 강조는 Ellis (1977, 1994: 서수균, 권석만, 2005에서 재인용)의 합리적 정서행동치료나 Beck(1976)의 인지치료와 같은 주요 인지 치료적 접근과도 부합된다.

역기능적 태도는 학자에 따라 역기능적 태도(신념)와 비합리적 신념은 동일한 의미로 혼용하여 사용되고 있으며, 어린 시절의 중요한 경험들이 역기능적 태도를 형성하는데 상당히 기여하는 것으로 알려져 있다(서수균 외, 2005). 역기능적 태도는 심리적으로 안정적이고 지속적인 특징을 보이며 심층적인 심리를 반영하는 것으로, 내용 면에서 자기 자신이나 타인 혹은 세상에 대한 절대적이고 완벽 주의적이며 융통성이 없는 비현실적인 신념으로서 이 신념이 위반되면 과도한 정서경험이 수반된다. 비합리적 신념은 ‘승인욕구, 높은 자기기대, 비난 경향성, 좌절반응, 정서적 무책임, 지나친 염려, 문제회피, 의존성, 무기력감, 높은 타인기대, 비난 경향성,

좌절반응, 정서적 무책임, 지나친 염려, 문제회피, 의존성, 무기력감, 높은 타인기대, 완전무결’ 등의 11가지 하위 영역으로 범주화 할 수 있다 (Ellis, 1977; 김문식, 2001에서 재인용).

한편, 역기능적 태도는 ‘만약 내가 남들만큼 일을 잘 수행하지 못한다면 그것은 내가 열등한 인간임을 뜻한다.’식의 ‘성취지향성’과 ‘한 인간으로서 나의 가치는 남들이 나를 어떻게 생각하고 있느냐에 달려있다’식의 ‘타인에 의한 인정’을 포함한다(Cane, Olinger, Gotlib & Kuiper, 1986; Oliver & Baumgart, 1986). 이외에도 완전주의(만약 내가 성공하지 못한다면 나의 인생은 쓸모가 없는 것이다), 취약성(어떤 사람이 도움을 요청한다면 그것은 그 사람이 나약하다는 표시이다), 절대적 명령(나는 언제나 행복해야만 한다), 철학적 사고(자신에게 일어나는 일들은 통제할 수 없을지라도 사고방식은 통제할 수 있다), 타인의 마음에 들려고 애씀(내가 나 자신을 보는 입장보다 남들이 나를 어떻게 보느냐가 더 중요하다) 등이 포함된다(Clark, Beck & Stewart, 1990; 김은이, 2002, 재인용). 권석만(1994)도 역기능적 태도를 ‘성취지향성과 자율성에 대한 신념’과 ‘사회적 의존성과 애정욕구’의 2요인으로 구성됨을 확인하여 선행연구와 일치하는 결과를 보고한 바 있다.

역기능적 태도를 지니는 인지 도식이 부정적인 생활 사건들과 만나면, 인지 왜곡이나 오류들이 생겨나고, 생활 사건들을 부정적으로 해석하게 되어 그 결과 정서적인 문제가 유발된다(Beck, 1967). 이러한 과정은 직선적인 방향으로 일어나는 것은 아니며 정서적인 문제의 유지 과정에서 각 요소가 상호작용하면서 악순환적 관계로 형성될 수 있다(Teasdale, 1983; Kwon & Oei, 1994; 김현, 1996 재인용). 흔히 관찰되는 역기능적 태도의 인지 왜곡이나 인지 오류에는 이분법적 사고, 과도한 일반화, 선택적 추론, 긍정적 측면의 격하, 독심(mind reading), 예언하기, 비극화,

최소화 등이 있다(박형원, 2002).

자신에 대한 역기능적인 신념은 정신병의 발달과 유지에 중요한 역할을 한다. 첫째, 많은 환청의 부정적인 내용은 내부의 자기가치를 평가절하하거나(Beck & Rector, 2002; Morrison, Haddock, & Tarrier, 1995), 낮은 자아존중감과 관련된(Smith et al., 2006) 목소리들이다. 그리고 망상은 때론 생애력의 주제(Chopra, 2006; Morisson & Peterson, 2003)와 경험(Raue, Bebbington, Dunn, & Kuipers, 2006)과 연결되어 있다. 둘째는 사회적 무관심과 정신병의 트라우마와 연관된다(Bendall, Jackson, Hulbert, & McGorry, 2008; Morgan & Fisher, 2007; Scott, Chant, Andrew, Martin, & McGrath, 2007). 그것은 자아에 대한 부정적인 도식 모델에 의해 특성지워진 지속적인 인지적 취약성을 창조해내는 부정적인 사건들로 설명될 수 있다(Beck & Rector; Garety et al., 2001). 셋째, 관계망상, 피해망상 혹은 과대망상은 낮은 자기 가치감을 보상하기 위해 만들어낸 방어기제라고 가정할 수 있다(Bentall et al., 2001; Bentall, Kinderman, & Kaney, 1994; Moritz, Wwener, & von Collani, 2006).

최근의 연구에서 정신병을 가진 사람들은 자기에 대한 긍정적 그리고 부정적인 신념에 차이가 있음을 발견하였다. 정신병을 가진 사람들은 건강한 사람들보다 자기에 대해서 부정적인 신념을 더 많이 표현하였다(Steffen et al., 2010). 그러나 자기에 대한 긍정적인 신념에 대해서는 건강한 사람들과 차이가 없었다는 것이 밝혀졌다(Bentall et al. 2008; Fowler et al., 2006; Humphrey & Barrowclough, 2006; Kinderman, 1994; Vazquez, Diez-Aldegria, Hernandez-Lloreda, & Moreno, 2008).

2) 역기능적 태도와 우울, 불안 및 스트레스의 관계

정신분열병 환자에서 우울증상의 유병률은 연구의 도구, 대상 군에 따라 10-70%정도로 다양하게 나타나지만 대규모 연구에서는 약 25%정도로 보고 있다(Sadock과 Sadock, 2003). Green 등(2003)의 연구에서 정신분열병 환자는 일반 인구에 비해 우울증의 위험이 14배 높다고 하였다. Addington(1993) 등은 정신분열병 경과 중 발생하는 우울증에 대한 국제적인 연구 조사를 통해 정신분열병에서 우울증상의 임상적 중요성을 보고하였고 Gruenberg와 Goldstein(1997)은 일반 인구에서 우울증상의 평생 유병률을 7-25%라고 하였고, Fenton(2001)은 정신분열병 환자에서 우울증상의 평생 유병률을 81%로 보고하였다.

정신분열병에서 나타나는 우울증상은 인지기능의 손상과 기능저하, 삶의 질의 저하, 재발률의 증가, 이른 재발, 입원기간의 증가, 치료반응 저하 및 약물 용량 증가, 만성화 경향, 자살률의 증가 등의 많은 부정적 예후와 관련이 있다(Glazer 등, 1981; Herz, 1985; Roy 등, 1986; Ram 등, 1995; Sim 등, 2004; Norholm과 Bech, 2006). 특히 정신분열병 환자들의 자살에 관련되는 요인들 중 가장 등한시 되는 것이 우울증상으로, 이는 정동의 둔마와 같은 음성증상이나 약물의 부작용으로 잘못 진단되기 쉽다(Sadock과 Sadock, 2003). 또한, 절망감과 우울감이 정신분열병 환자에게 있어서 가장 중요한 자살예측 요인이라는데 대부분의 임상가들이 동의하고 있다(남윤영 등, 2003). 그리고 자살시도자는 일생동안 더 많은 우울삽화를 경험한다고 한다(Gupta 등, 1998). 이처럼 우울증상은 정신분열병 환자에서 이환률이 높은 중심증상 중의 하나이고, 중요한 예후인자이며, 무엇보다도 정신분열병 환자의 자살과 관련되는 주요 요인이다.

역기능적태도 척도를 사용한 연구들은 정신분열병 환자들이 우울증 환

자들과 비슷한 괴로움과 패턴의 역기능적 태도를 유지하고 있음을 발견하였다(Bentall & Kaney, 1996; Hollon, Kendall, & Lumry 1986; Zimmerman, Coryell, Corenthal, & Wilson, 1986). Beck 등(1979)은 역기능적 태도로 명명한 어떤 잠재적 인지를 발견하고 이 역기능적 태도가 우울에 대한 인지적 취약성 역할을 한다고 제안하였다. 즉 우울증은 현재 진행되는 사건에 대한 부정적이고 자동적인 사고와 관련되는데 이러한 사고는 개인이 과거 경험에서부터 발달된 좀 더 전반적이면서 기저에 있는 역기능적 태도 혹은 역기능적 도식에 근거를 두고 있다고 보았다(박희석 등, 1993). Keller(1983)의 연구에서 역기능적 태도 수준이 높은 환자는 역기능적 태도가 비교적 낮은 수준의 환자에 비해 인지치료에 대한 반응성이 약하였다. 즉, 역기능적 태도가 낮은 환자들이 치료 결과 및 추후 평가에서 우울이 완화된 것에 반하여, 역기능적 태도 수준이 높았던 환자는 또 다시 우울해지는 경향이 있는 것으로 나타났다. Dobson과 Shaw(1986)는 주요 우울환자, 비우울 정신과 환자 그리고 비정신과 환자 집단에서 우울과 여러 가지 우울관련 인지의 관계를 조사하였다. 그 중 역기능적 태도 점수에서는 우울 환자의 역기능적 태도 점수가 다른 두 집단에 비해 유의하게 높게 나타났다. 또한 우울수준이 변했을 때의 인지들을 살펴 본 결과 역기능적 태도는 비교적 안정적이어서 우울수준이 감소하여도 유의미한 변화를 보이지 않았다. 이러한 역기능적 태도를 지닌 사람은 일상생활에서의 자극과 욕구를 자존감이나 행복에 더욱 심각하고 위협적인 것으로 지각함으로써, 사소한 스트레스라 할지라도 시간에 걸쳐 누적되면 합리적 태도를 나타내는 개인에 비해 훨씬 더 높은 수준의 우울증, 분노와 같은 정서 문제를 유발하게 된다(권석만, 1994). 최근 연구들에서는 정신분열병 환자의 우울증상을 독립적인 영역으로서 나타나는 하나의 증상 군으로 간주할 것을 주장하고 있다(Kay와 Sevy, 1990;

Tollefson 등, 1998).

역기능적 태도와 우울에 관한 선행연구들(원두리, 1992; Barnett & Gotlib, 1990; Dobson & Shaw, 1986; Eaves & Rush, 1984; olinger et al., 1987)은 Beck 등(1979)의 입장과 마찬가지로 우울한 사람들이 우울하지 않은 사람들보다 유의하게 역기능적 태도가 높은 것으로 밝혀져 왔다. Miranda(1982)의 연구에서도 우울에 취약한 개인들의 경우 역기능적 태도가 스트레스 생활사건에 의해 활성화 된다는 가설이 검증되었다. 즉 우울증 병력을 가진 집단이 스트레스를 주는 생활사건의 증가에 따라 우울증 병력이 없는 집단과는 대조적으로 부정적인 사고의 증가를 보였다. 역기능적 태도와 관련한 국내 연구들을 살펴보면, 김문식(2001)의 연구에서 중학교 여학생의 우울과 비합리적 신념은 정적 상관을 보고하였으며, 합리적 정서 행동치료가 우울한 학생의 비합리적 신념을 개선하고 우울성향도 감소하는데 효과적임을 제안하였다. 분노 집단과 우울집단을 대상으로 한 서수균과 권석만(2006)의 연구에서도 우울과 불안 증상이 특정 인지적 내용과 관련되어 있다는 것을 증명한 바 있다. 이정윤(1999)의 연구도 선행 연구의 맥을 같이하는데, 사회불안과 우울의 인지특성에 관한 연구결과 인지적 특성-비합리적 신념, 역기능적 태도, 핵심 믿음이 모두 사회불안 및 우울과 유의한 상관($p < .001$)이 있는 것으로 나타났다. 또한 우울 집단과 불안 집단은 비합리적 사고와 높은 상관을 지니며(신현균, 원호택, 1991), 비합리적 신념이 높을수록 분노 수준도 높아진다는 주장이 제기된 바 있다(고경희, 2000; 김인희, 2000; 서수균 외, 2005). 역기능적 신념이나 태도는 불안과 우울에 대한 인지적 취약성 역할을 할 뿐만 아니라, 스트레스와 상호작용하여 우울에 영향을 주는 변인으로 알려져 왔고, 역기능적 태도, 스트레스 사건의 상호작용과 우울의 관계를 알아본 경험적 연구들에서 역기능적 태도의 매개효과를 보고하였다(원두

리, 1992). Miller(1990)의 연구에서도 우울에 취약한 개인들의 역기능적 태도가 스트레스 생활사건에 의해 활성화된다고 하였다. 이에 반대하는 견해(Robbiss, Block & Peselow, 1989; Robins, Garber & Hilsman, 1995). Robert Post(1992)는 심리적 스트레스와 우울증 재발 간의 관계가 시간이 지나면서 변한다는 것을 제안하였다. 그는 우울증 삽화가 더 많아질수록 스트레스 사건이 차지하는 비중은 점점 줄어들게 되고 나중에는 발생하는 우울증 삽화가 점점 쉽게 촉발이 된다는 것이다. 새로 나타나는 각 삽화는 우울증이 촉발되는 신경생물학적 역치(threshold)에 작은 변화를 일으켜, 시간이 지날수록 개인의 생활환경과는 무관하게 우울증 삽화가 자발적으로 일어날 정도로 역치 수준이 낮아진다고 제안하였다. Jesper(1923)는 정신분열병 초기에 침착하지 못함을 기술하였고, Sullivan(1953)은 정신분열병 초기에 공포, 불안, 공황상태가 중요한 요소라고 하였다. Bemporade와 Pinsker(1974)는 정신분열병의 발병 당시에 환자의 정서가 불안하거나 혼란스러워 진다고 하며 또한 Arieti(1974)는 정신분열병의 초기 단계에서 불안이 특징적으로 존재하며, 유발요인으로 증가된 불안을 주장했다. 한편, 최승애(2003)는 역기능적 태도가 스트레스에 직접적인 영향을 미치며, 역기능적 태도가 높은 경우에는 상황에 보다 소극적으로 대처한다고 보고하였다. Cohen과 Edward(1989)는 현재의 우울 수준과 상관없이 역기능적 태도가 높은 개인은 스트레스를 높게 지각한다고 하였다. 이는 생활사건을 압도적인 것으로 느끼고, 그것이 자신의 통제권 밖에 있다고 지각하기 때문인 것으로 해석되고 있다. 즉, 역기능적 태도가 높은 사람은 낮은 사람에 비하여 스트레스 사건이 자신에게 더욱 중요하고 정서적으로 영향을 준다고 평가하는 경향이 있다. 이러한 반복적인 자기 평가는 우울한 사람의 자기 생성적 스트레스의 원인이 될 수 있다(Olinger, Kuiper & Shaw, 1987).

3. 스트레스대처와 정신분열병

1) 스트레스

Stress라는 말은 라틴어의 ‘Stringer(팽팽하게 죄다)’에서 유래된 말로 14C에는 고난, 곤경, 역경, 또는 고통 등의 의미로 사용되었으며, 19C 들어 스트레스에 대한 사고방식에 물리학이 도입되면서부터 스트레스는 물체에 가해진 외부로부터의 압력을 의미하며 긴장은 압력의 결과 내부에서 일어난 수축이나 크기 및 형태의 변화 등을 뜻하게 되었다. 이러한 개념이 20C에 들어서 의학계에 소개되면서 스트레스에 대한 반응 양식이 조직적으로 연구되기 시작하였다(백영광, 2001). Selye(1956)는 ‘The Stress of Life’에서 스트레스를 “신체에 가해진 요구에 대응하여 신체가 수행하는 일반적이고도 비 특정적 반응”으로 정의한 이래 정신의학, 병리학, 생리학 등 모든 의학분야와 심리학, 사회학, 경영학 등의 여러 행동과학 분야에서 활발하게 연구가 이루어지고 있다.

최근 심리학자들이 스트레스에 대하여 내린 가장 보편적인 정의는 스트레스를 자극이라고 보는 입장이다. 자극으로서의 스트레스는 대표적으로 생활사건의 접근법에 의해 연구되어졌다. Holmes와 Rahe(1967)에 의해 개발된 사회재적응척도(SPRS: Social Readjustment Rating Scale)에 따라 생활변화단위(LCU: Life Change Unit)의 총점으로 스트레스의 정도를 나타내는 것인데, 우리나라에서 이루어진 대부분의 스트레스 연구들도 이 방법을 따르고 있다. 이들이 취하고 있는 입장은 생활 변화가 좋거나 나쁨에 관계없이 그 변화량의 함수로 어떤 사건의 긴장성(stressful)을 나타내려고 하는 것이다(박용하, 2000). 스트레스의 개념은 크게 반응모델, 자극모델, 상호역동모델로 구별할 수 있다(유수현, 2004). 반응모델로서

스트레스는 ‘어떤 것이든 요구에 대해 신체의 비특정적 반응’으로 새로운 자극에 대처하는 신체방어의 틀 혹은 일방적 증후군이라고 정의한다. 이 개념은 반응을 요하는 모든 자극을 스트레스로 본다. 생활의 모든 측면에서 유기체의 항상성 유지는 항상 도전을 받게 되므로 매우 심각한 경우를 제외하고는 스트레스 반응과 일상생활에서의 반응 간에 구별이 어렵기 때문에 반응으로서의 스트레스는 한계를 지니고 있다(김만지, 2000). 자극 모델로서 스트레스는 환경내의 자극 특징을 스트레스로 보는 개념이다. 이 입장에 의하면 스트레스는 외적·내적 요인, 다시 말해 사람과 환경 간에 평형을 방해하고 혼란시키는 특성을 가진 자극을 의미한다(이은정, 2004). Lazarus와 Folkman(1984)은 상호역동모델로서 스트레스를 개인과 환경간의 상호작용으로 보았는데 스트레스를 ‘개인이 가진 자원을 청구하거나 초과하여 개인의 안녕을 위협한다고 평가되는 개인과 환경간의 특정한 관계’로 정의한다. 그리고 그들은 스트레스 사건이 직접 부적응 반응에 영향을 주는 것이 아니라 스트레스를 경험하는 개인이 이를 어떻게 지각하고 해석하며 어떤 능력과 개인적 자원을 가지고 반응하느냐가 적응에 영향을 미치는 것으로 보고 있다(Leroy, 2000; 이중문, 2003).

2) 스트레스 대처의 개념

스트레스는 정서, 인지, 행동적 측면, 나아가 면역기능과 관련한 질병과도 깊은 관련을 맺고 있는 것으로 밝혀지고 있다. 스트레스 사건에 반복적으로 노출되면 스트레스에 대한 대처 반응이 무기력하게 되어 우울증이나 면역조절에 장애가 나타난다. 만성적으로 스트레스에 시달리는 사람은 일상적인 작은 사건들에 대해서도 과민한 스트레스 반응을 보이게 된다(장현갑, 2010). 스트레스는 대처방법이 많고 감정을 적절히 표출할 능력

이 많은 개인일수록 현실적응능력이 향상되고, 스트레스 대처방법의 범위가 넓을수록 더욱 효과적으로 스트레스를 관리할 수 있다. 따라서 정신장애인이 스트레스 상황에서 적절하게 대응할 수 있도록 대처능력을 키우는 것이 필요하며 이는 개인과 환경이 상호 작용할 때 생기는 갈등과 긴장, 부담을 극복하거나 감소시키려는 과정으로(Bell, 1977), 스트레스에 직면했을 때, 상황을 보다 나은 방향으로 재정리하며 스트레스 요인을 해결하는데 필요한 인지적이고 행동적인 노력을 지속하는 것이다. 개인이 손상이나 위협, 도전적인 상황에서 고통을 감소시키기 위해 스트레스를 완화시키는 등 감정을 조절하려는 의식적이거나 무의식적인 반응이 해당된다(Lazarus, 1984).

Lazarus & Folkman(1984)은 스트레스 상황에 대한 인지적 평가에 따라 문제 상황에 직면했을 때 개인이 행하는 대처능력을 기능에 따라 문제중심적 대처방식과 정서중심적 대처방식으로 나누어 제시하였다. 문제중심적 대처방식은 개인이 문제가 되는 행동이나 환경적인 조건을 변화시키든지 스트레스 자극을 통제할 수 있다는 인지적인 활동을 통하여 부정적인 영향을 다루어 간다. 이는 스트레스 사건에 직면했을 때 계획적이고 체계적으로 문제를 해결하려는 것과 도구적인 전략을 말한다. 정서중심적 대처는 스트레스 사건에 의해 생긴 부정적인 감정들을 직접적으로 감소시키거나 완화시키는 대처활동으로서 위협을 최소화 시키려는 전략을 말한다. 즉, 스트레스를 일으키는 문제를 회피하거나, 스트레스 상황을 인지적으로 재구성하거나 부인(denial), 소망적 사고를 통하여 문제 상황의 긍정적인 면에만 주의를 기울여 스트레스로부터 초래되는 정서상태를 통제하려는 것이다(조윤정, 2006). 정신장애인의 스트레스 대처유형에 대한 연구(최동애, 1992; 김은실, 2005 윤지은, 2006; 송정원, 2007)에 따르면 정신장애인들은 스트레스에 대해 적절히 대처하지 못하고 있는 것으로 나

타나고 있다. 정신장애인은 스트레스에 취약하여 정상인보다 사회 환경에 매우 민감하고 생활의 변화나 위기시 자극에 과도한 반응을 보여 작은 스트레스에도 병이 유발하거나 재발하게 된다.

한편 정신분열병의 여러 요인들을 이해하는데 있어 지금까지 가장 널리 알려진 이론은 스트레스-취약성 모델이다. 이 모델에 따르면 정신분열병 증상의 증도와 경과는 생물학적 취약성, 스트레스 그리고 극복 능력 등의 세 가지 요인에 의해 결정된다고 한다(Mueser & Gingerich, 1994).

정신분열병 환자들이 지각하는 스트레스 유형은 자신의 발병과 재입원, 사회적 대인관계문제, 직업상 실패나 좌절, 경제적 요인, 부모의 다툼과 갈등 및 가족내 문제, 결혼문제, 망상을 포함한 비현실적 사고내용들이다(한양순 외, 1992). 고성희(1978)의 일반인과 정신분열병환자 스트레스에 대한 비교 연구에서 정신분열병환자와 일반인 간에 스트레스를 느낀 사건 수는 유의한 차이는 없었으나 스트레스를 초래한 사건에 대한 심각도에는 정신분열병환자가 높게 느끼고 있는 것으로 나타났다. 이것은 스트레스성 사건 수 보다는 이를 인지하는 심각정도가 정신질환과 중요하게 관련되어 있다는 것을 보여주는 것이다. Serban(1975)에 의하면 정상인은 생활사건을 처리하는데 스트레스를 덜 느끼는 반면 정신분열병환자는 사회환경과 생활의 변화 혹은 위기 시에 긍정적 및 부정적 자극에 과도하게 반응한다고 한다. 최동애(1991)의 연구에서는 정신분열병환자가 지각하는 스트레스 요인으로 건강과 직업 및 경제 스트레스였는데 그 중 가장 큰 스트레스 요인은 건강 스트레스였다. 여기서 건강 스트레스란 환자들이 병에 대한 부정적인 예후나 불면, 행동의 부자유 등에 대한 스트레스를 지각하는 것이다. 이에 따라 환자들에게 건강과 관련한 불안 등을 감소시키기 위한 스트레스 이완 훈련 프로그램의 개발과 개입의 필요성을 제언하였다.

4. 자아존중감과 정신분열병

자아존중감이란 개인의 자기 가치와 자기 수용정도를 포함한 자신에 대한 느낌으로서 자아개념과 연합된 개인의 가치와 능력에 대한 자기 평가로 긍정적인 태도를 의미하며(Baumeister, 1994), 전반적으로 자아존중감이 낮은 사람은 자기 거부, 자기 불만이 원인이 되어 부정적인 감정으로 표출되지만, 자아존중감이 높은 사람은 자신을 존경하며 가치있는 존재로 생각하고 자기발전과 증진을 기대하며 자신을 좋아하는 느낌으로 표출하게 된다(송인섭 1989). Coopersmith(1967)는 자아존중감을 개인이 자신에 대해 형성하고 유지하는 평가로서 자신을 유능하고 중요하며 성공적이고 가치있다고 여기는 정도라고 정의하였으며, 강석기(2003)는 자아존중감을 자아에 대한 태도를 의미하는 것으로 자신의 가치를 가늠해주는 감정이라고 정의하고 있다. Branden(1999)에 의하면 자아존중감은 인간의 사고과정, 감정, 욕구, 가치 그리고 목표에 상당한 영향을 미치는 것이며, 이는 한 개인의 사회적 행동의 역할을 결정하는 중심 특성으로서 개인의 행동양식, 성취동기, 목표의 계획 및 달성, 자아실현, 사회적 적응행동에 중요한 영향을 미치는 것으로 보았다. 따라서 자아존중감은 전반적으로 개인의 거의 모든 면에 있어 중요한 영향력을 가지고 있다고 하였다. 자아존중감은 스트레스에 대한 완충역할을 하는 등 심리적인 영역에서 중요한 역할을 하고 있다. Rosenberg(1953; 김미옥 등, 2002에서 재인용)에 의하면 자아존중감이 낮은 사람은 우울하고 불안한 정서 상태를 보이고 자아존중감이 높은 사람은 자신감과 인내력, 그리고 대인관계 능력이 높다고 하였다. 자아존중감은 한 개인의 사회적 행동의 역할을 결정하는 중심 특성으로서, 개인의 행동양식, 성취동기, 목표의 계획 및 달성, 자아실현, 사회적 적응행동에 중요한 영향을 미치는 것이다. 따라서 어떤

개인이 가지는 자신에 대한 일반적인 가치평가를 자아존중감이라 하며, 높은 자아존중감을 갖고 자신에 대한 긍정적인 견해를 가진 사람은 낮은 자아존중감을 가진 사람보다 현재에 더 행복을 느끼며 새로운 일을 많이 시도하는 경향이 있다. 따라서 자아존중감은 전반적으로 개인의 거의 모든 면에 중요한 영향력을 가지고 있다고 볼 수 있다. Brown과 Mankowski(1983; 김미례, 2007에서 재인용)에 의하면 자아존중감이 낮은 사람과 높은 사람은 모두 긍정적 스트레스 사건에는 긍정적 반응을 보이는 반면에, 부정적 스트레스 사건에는 자아존중감이 낮은 사람은 부정적 반응을, 자아존중감이 높은 사람은 부정적 스트레스 사건을 거절하고 제한하려 하기에 그 영향을 적게 받게 된다고 하였다.

정신분열병 환자들은 낮은 자아존중감으로 인하여 생활경험으로부터 기만을 당했다는 느낌을 가지게 되고, 스스로 무기력하다고 느끼는데, 특히 자신의 질환이 생리적인 장애라기보다 인격적 결함이라고 믿는 경우 더 심하다(이경순 등, 2000). 또한 정신분열병 환자의 자아존중감은 중증 정신질환자에 대한 낙인과 고정관념으로 인해 부정적인 영향을 받고 있다. 낙인으로 인한 사회적 위축, 거절이 이들의 자아존중감을 낮추고 있으며, 차별 경험이 없거나 낙인을 방어하는 능력이 높을수록 자아존중감이 높다(Lysaker, Tsai, Yanos, & Roe, 2008). 대개 정신질환자들은 일반 성인에 비하여 자아존중감이 낮은 상태이고(김태숙, 오경옥, 1994; 박순자, 1996; 한혜숙, 2002), 자아존중감의 저하 동기는 정신병원에 강제로 입원한 경험, 정신병 약을 복용하고 있다는 사실, 가정, 친구, 일/학교에서 정상적인 사회적 역할을 할 수 없다는 것, 정신질환자로서 낙인을 받게 되는 두려움, 그리고 영원히 회복될 수 없다는 것에 대한 두려움 등 다양한 요인이 있었다(이정숙, 김수진, 2002). 이처럼 정신분열병 환자들은 잦은 재발로 인한 입·퇴원의 반복, 사회적 편견 등으로 인하여 우울감,

좌절감, 무기력감과 같은 부정적인 정서를 자주 경험하면서 일반인에 비해 자아존중감이 낮을 뿐만 아니라(노은선, 2000), 다른 만성질환자와 마찬가지로 자아존중감이 낮은 것으로 보고되고 있다(도복늬 · 차선희, 2002). 또한 인지능력의 손상과 경직된 사고, 통찰력의 결여로 정상적인 사회관계를 형성하지 못하여 고립된 생활을 하게 되면서 삶의 질 또한 저하되어 있다. 이러한 신체적, 심리적, 사회적 장애로 인하여 정신분열병 환자들은 왜곡된 자아상을 갖게 되며, 사회적응과 증상관리에도 큰 어려움을 겪고 있다. 그리고 정신과적 증상을 오랜 기간동안 반복적으로 겪게 되면서 가족들로부터 외면을 당하거나 무시를 당하고, 일상적인 사회생활을 하지 못하게 되면서 자신에 대해 부정적인 이미지를 갖게 된다(이영실, 1995). 이지훈(2000)은 정신장애인의 사회통합에 미치는 요인 중의 하나가 자아존중감 요인이며, 이러한 자아존중감의 향상을 통해 주체성을 확립하고, 자아실현을 위한 자율성, 자신감을 가질 수 있도록 할 수 있다고 하였다. 전희순(2002)도 정신분열병 환자들이 외부 자극에 대한 감정적인 반응이 부족하여 언어적인 의사소통이 줄어들어 사회적 고립감을 느끼며, 오랜 기간 병원과 사회를 오가는 동안 자아에 대해 혼란을 느끼고 사회 적응에 실패함으로써 자신감을 잃게 되는 경우가 많다고 하였다. 또한 김진희(2002)는 정신질환자의 자아존중감 저하가 대인관계의 어려움 뿐 아니라 문제해결능력도 저하시킨다고 하였다. 이와 같은 보고는 정신분열병 환자의 자아존중감이 이들의 심리적인 정신건강과 인간관계에 중요한 요인이며, 결국 정신분열병 환자들의 낮은 자아존중감 때문에 나타난 사회성의 결여는 대인관계형성에 부정적인 영향을 미치고 사회로의 원활한 복귀를 막는 걸림돌이 되는 것이다(한희원, 2002). 따라서 정신분열병 환자의 자아존중감을 향상시키는 것이 무엇보다도 시급하며, 이를 위해 다양한 심리적 중재가 반드시 필요하다.

5. 마음챙김에 기반한 인지치료(MBCT)

1) 마음챙김의 정의

마음챙김은 주의를 기울이는 방법이다. 일반적으로 마음챙김은 비판단적 또는 수용의 방식으로, 자신의 주의를 현재의 순간에 일어나는 경험에 의도적으로 초점을 맞추는 것이다(Kabat-zinn, 1990). 그것은 기억, 공상, 계획 또는 걱정에 빠져 있거나 자신의 행위를 알아차리지 못한 채 자동적으로 행동하는 것과 같이 어떤 곳에 주위가 모아져 있는 마음 상태와 대비되어 왔다(Brown & Ryan, 2003). 카밧진(Kabat-Zinn, 2003)은 마음챙기는 주의(mindful attention)에는 그 경험이 즐겁든 혐오스럽든 관계없이 현재 순간에 관찰되는 경험에 대한 연민, 흥미, 친근감 그리고 가슴이 열려 있는 자세가 포함되어 있다는 점을 지적한다. 이러한 마음챙김 명상은 괴로움을 감소시키고 알아차림(자각), 통찰, 지혜, 연민 그리고 평정과 같은 긍정적인 자질을 길러 내는 것을 복돋아 주기 위해 누구라도 접근할 수 있는 방법이다 (Goldstein, 2002; Kabat-Zinn, 2003).

명상 수행을 통해서 마음챙김을 향상시키는 것은 불교를 위시한 동양의 영적 전통에서 긴 역사를 가지고 있다(Linehan, 1993a; Kabat-Zinn, 1982). 마음챙김이라는 용어는 1세기 전 불교성전협회(Buddhist Text Society)의 번역자 리스 데이비드가 팔리 문헌을 번역하면서 도입된 용어이다. 그가 '마음챙김'이라고 번역한 원 팔리어 용어는 '사티(sati)'로서, 마음챙김 외에도 '알아차림(awareness)' '순수한 주의(bare attention)' 등의 역어가 존재한다(Chris Macs, 2010). 그러나 '사티'라는 용어는 더 넓은 의미를 갖고 있다. 이 다양한 의미들 중 마음을 차분히 가라앉히는 능력 같은 것은 '마음챙김'이라는 용어 안에 일반적으로 통합되었다. 그러나

현대 저자들의 '현재'에 대한 강조에서 예상할 수 있듯이 과거에 대한 기억으로서의 사티의 부차적인 의미는 '마음챙김'이라는 용어 안에 일반적으로 흡수되지 못했다. 동시에, '악행을 피하고 선행을 행하며 언제나 현재에 깨어 있는 주의 깊음'(Thera, 1974: 180), 혹은 '게으리지 않음 혹은 광기의 부재'(Gunaratana, 1992: 158)를 뜻하는 '아파마다(appamada)'라는 팔리어 용어도 현대 문헌에서는 '마음챙김'으로 번역될 수 있다. 그러므로 '마음챙김'이라는 용어의 현대적 사용이 초기 불교 문헌과 완전히 일치하는 것이라고 하기는 어렵다(Chris Mace, 안희영 역, 2010 재인용).

마음챙김 명상의 지도 방식은 참가자들이 특정한 자극(예: 호흡)에 초점을 맞추는 집중에 근거한 수련으로 시작한다. 참가자들은 자신이 헤매고 있음을 알아챌 때마다 그 자극에 주의를 돌린다. 마음챙김 지도는 시간에 따라 자연스럽게 생겨나는, 끊임없이 변화하는 자극의 흐름에 대한 비판단적인 관찰을 수련한다. 자극의 흐름에는 생각, 기억, 공상, 몸의 감각, 지각, 감정, 충동 등이 포함된다. 이 수련에서 헤매는 마음은 단지 관찰되어야 할 또 다른 사건의 하나일 뿐이다. 참가자들은 이러한 사건들이 상대적으로 가치 있거나 중요하다는 판단을 내리지 않으면서 모든 사건들이 일어날 때 알아차리는 것을 배운다. 끊임없이 변하는 감각의 흐름을 일어나는 순간에 비판단적으로 관찰하는 이런 상태를 순수한 주의(bare attention) 또는 선택 없는 알아차림(choiceless awareness)이라고 한다(Kabat-Zinn, 1982).

즉, 마음챙김은 이처럼 특수한 방식으로 주의를 기울이는 것이다. 그렇다면 특수한 방식이란 무엇인가? 위 정의들은 다른 어떤 경험보다도 바로 지금 나타나고 있는 것에 대한 살아있는 주의를 강조하고 있다. 그리고 지금 현재의 경험을 어떠한 판단도 없이 받아들이는 것을 강조하고 있다. 마음챙김을 한다는 것은 과거나 미래가 아닌 지금 현재 일어나고 있

는 것에 깨어 있는 것이다. 마음챙김은 특정한 대상을 갖지 않지만 시각과 청각을 통해 분명하게 드러나는 외부 대상에 대한 갖가지 마음챙김의 강조와 더불어, 호흡이나 신체감각, 사고나 감정과 같은 내적 과정에 대한 자각은 마음챙김을 가르치는 다양한 방법들의 핵심이다.

이러한 마음챙김은 일상에서의 매우 조건화된 자각과는 매우 다르다. 그것은 조건 지어지지 않은 자질을 계발하는 연습을 통해 계발될 수 있다. 전통적으로 이것은 몸(호흡을 포함)에 대한 훈련된 주의, 느껴진 반응에 대한, 그리고 마음의 패턴에 대한, 모든 경험에 있어 실재의 근본적 성질에 대한 이해를 포함한다.

마음챙김의 과학적인 점진적인 효과를 살펴보면, 마음챙김의 투과(permeation) 측면이 있는데 '투과'는 마음챙김이 일상생활의 다양한 활동으로 점점 침투해 들어가는 과정에서뿐 아니라 온종일 알아차림을 지속하고 마음챙김 경험의 자동성이 증가하는 데서도 관찰되었으며 의도적인 노력없이도 점점 더 자주 일어났다. 마음챙김에서 나타나는 또 다른 측면들은 타인에 대한 새로운 감각과 참여자들이 보다 규칙적으로 경험하게 되는 다양한 긍정적 감정들이었다. 이 감각들에는 삶에 대한 흔들리지 않는 신뢰감, 깊은 자애의 감정, 심오한 사랑의 감각 등이 포함되었다. 마음챙김은 행위에 관한 것이 아니라 삶이 일어날 때 단순히 그것과 함께 있는 것에 관한 것이라는 느낌도 있었다. 마음챙김 훈련은 매 순간 마음의 양식을 더 잘 인식하고, 유용하지 못한 마음의 양식에서 벗어나 더 유용한 양식으로 들어가는 기술을 사람들에게 가르치는 것이다. 그리고 마음챙김 수련의 과정에서는 매일의 일상적인 마음챙김 과제를 제시하는데 이는 마음이 작용하는 두 가지 주요한 양식을 인식하고 한 가지 마음 양식에서 다른 마음 양식으로 움직이게 하는 기술을 배우는 것이 포함되어 있다. 전통적으로 이 두 가지 마음 양식은 '행동' 그리고 '존재'로 알려져 있다.

'행동'양식은 '추진 양식(driven mode)'이라고도 하는데 마음이 원치 않는 어떤 일들이 발생하는 것을 보았을 때 일어난다. 즉 상황이 어떻게 될 것이라고 예상하는 것과 어떻게 되기를 바라는 것 혹은 어떻게 되어야만 한다고 생각하고 있는 것 사이의 불일치를 감지했을 때 마음은 행동 양식에 들어가게 된다. 이러한 불일치 상태에서는 두 가지가 유발되는데, 첫 번째는 자동적으로 어떤 부정적인 감정이 일어나고 두 번째는 현재 또는 기대되는 상태와 소망하는 상태 사이의 차이를 줄이기 위해 습관적인 마음 패턴이 가동된다. 한편, 존재 양식은 생각과 감정과의 관계를 변화시키는 것을 포함한다. 개념적인 생각은 마음의 행동 양식이 몰두하는 목표를 성취하기 위해 사용하는 핵심적인 수단이다.

이처럼 마음은 서로 상호작용하는 구성요소의 집합체로 생각할 수 있다. 이 각각의 요소들은 감각의 세계나 마음의 다른 구성요소들로부터 일어나는 정보를 받아들인다. 각 요소는 받아들인 정보를 처리하고, 처리된 정보를 다른 요소들로 전달한다. 만약 우리가 마음을 들여다볼 수 있다면, 시간에 따라 요소들 간의 상호작용에서 어떤 되풀이되는 패턴을 깨달을 수 있을 것이다. 잠시 동안 하나의 패턴이 지배하게 되고, 그 다음 내부 또는 외부 세계의 변화로 인해 하나의 패턴으로 상호작용했던 마음의 똑같은 구성요소들이 지금은 다른 형태로 작용하게 된다. 이런 상호작용은 또 다른 변화가 일어날 때까지 잠시 동안 혹은 좀 더 오랫동안 우세하게 되다가 원래의 상호작용 패턴으로 돌아가거나 다른 형태로 바뀌게 된다. 이와 같이 마음의 활동은 계속적으로 변화하고 되풀이하고 혹은 그 구성요소들 간에 변화하는 상호작용 패턴을 보인다는 것을 알 수 있다. 마음의 양식은 정보처리에 대한 반응으로 자동적으로 변할 수도 있고, 개인이 의식적으로 특별한 의도를 시연하거나 특정한 방식으로 주의를 전개함으로써 의도적으로 변화시킬 수 있는 것이다.

2) 마음챙김에 기반한 인지치료(MBCT)

(1) 마음챙김에 기반한 인지치료의 개요

최근 몇 십 년 사이에 서양 정신건강 전문가들과 연구자들은 어떠한 종교적 신앙 체계와도 독립적으로 배울 수 있는 일련의 기법들로 전통적인 마음챙김 명상을 이해하면서, 정신건강과 의료환경에서 점진적으로 많이 제공되는 치료 개입에 포함시킴으로서 접근할 수 있는 마음챙김 훈련을 만들어 왔다. 마음챙김에 근거한 접근은 정신장애나 건강 문제가 있다고 인식된 사람들부터 스트레스 감소 또는 안녕감(wellbeing) 증진을 추구하는 사람들에게 이르기까지 광범위한 사람들에게 적용되고 있다. 마음챙김에 기반한 심리치료는 마음챙김에 근거한 스트레스 완화(MBSR, Kabat-Zinn, 1982, 1990), 마음챙김에 근거한 인지치료(MBCT, Segal, Williams, & Teasdale, 2002), 변증법적 행동치료(DBT, Linehan, 1993a, 1993b), 수용과 전념 치료(ACT, Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999) 그리고 이들 접근을 변화시킨 형태가 있다. 이러한 심리치료적 개입의 효과는 다양한 영역에서 그 효과성이 입증되고 있다. 특히, 만성통증 치료(Kabat-Zinn, Lipworth, & Burney, 1985; Kabat-Zinn, Lipworth, Burney, & Sellers, 1987), 불안(Kabat-Zinn et al., 1992; Roemer, Salters, & Raffa, 2005), 섭식장애(Kristeller & Hallett, 1999; Wilson, 1996), 우울증(Ma & Teasdale, 2004; Teasdale et al., 2000), 경계선 인격장애(Linehan, 1993a), 물질의존(Hayes et al., in press; Marlatt et al., 2004), 커플 디스트레스(Christensen, Sevier, Simpson, & Gattis, 2004; Jacobson, Christensen, Prince, Cordova, & Eldridge, 2000), 정신병(Bach & Haye, 2002; Gaudio & Herbert, in press) 등에서 효과

성이 입증되었다.

이와 같은 마음챙김에 기반한 심리치료는 마음챙김에 근거한 치료 개입에는 알아차림을 가르치기 위한 많은 방법을 포함하고 있으며 크게 공식 명상과 비공식명상으로 나눌 수 있다. 공식 명상이란 특정한 방식으로 주의를 모으면서 45분 정도 참가자들이 고요히 앉아 있는 공식적인 명상 수행이다. 비공식 명상은 참가자들이 걷기, 목욕하기, 먹기 또는 운전하기와 같은 일상 활동 마음챙김을 적용하면서 일상에서의 알아차림을 강조한 보다 짧거나 비공식적인 수행이다.

마음챙김에 근거한 인지치료(Mindfulness-Based Cognitive Therapy: MBCT)는 마음챙김에 근거한 스트레스 완화(Mindfulness-Based Stress Reduction: MBSR)의 수련법과 인지치료(Cognitive Therapy)의 치료기법을 접목하여 개발된 치료법이다. 수련방법의 대부분은 MBSR을 근거로 하고 있으며 그 구성요소의 많은 부분들을 사용하다. 걷포도 명상, 바디스캔, 정좌 명상, 요가 그리고 걷기 명상 모두가 MBCT에 편성되어 있다. 설거지, 양치질, 쓰레기통 내다 놓기와 같은 일상생활에서의 비공식적인 마음챙김 수련도 포함된다. MBSR처럼, MBCT 또한 즐겁거나 불쾌한 사건에 대한 모니터링을 포함한다. MBCT는 일반적으로 12명까지의 참가자가 매주 2시간 동안 진행되는 회기로, 8주 동안 그룹으로 수행한다. MBSR처럼 하루 종일 하는 회기는 포함되지 않는다.

마음챙김은 '특별한 방식으로 주의를 기울이는 것'이라고 기술할 수 있다. 즉, 의도적으로 현재 순간에 판단을 하지 않고 머무르는 것이다. 재발 관련 마음 상태를 특징짓는 사고패턴, 감정, 신체감각을 자각하는 것은 교정 행동(corrective action)의 필요성을 인식하는 데 있어서 가장 중요한 첫 번째 단계이다. 의도적으로 주의 초점과 양식을 바꾸는 것은 하나의 인지 양식에서 다른 인지 양식으로 전환되는 것을 도와준다. 그리고

판단하지 않고 현재 순간에 마음을 챙기는 것은 마음의 존재 양식과 매우 밀접하게 연관되어 있다. 마음챙김 기법이 발전하게 되면, 일상의 생활과 부정적인 정서, 그리고 행동 양식을 유발시키는 반응을 알아차리는 데 더 특별한 주의를 기울이게 되고, 마음이 행동 양식에서 벗어나서 존재 양식으로 들어가는 방법을 배우게 되며, 힘들고 불편한 감정에 머무를 수 있는 방법을 배우는 데 훈련의 초점이 주어진다. 이어서 감정과 관련된 마음의 양식에서 벗어날 수 있는 단순한 기술을 추가적인 전략으로 제시함으로써 부정적인 감정에 보다 능숙하게 반응할 수 있는 많은 선택권을 환자들에게 제공해 준다. 마지막으로 회기에서 가르친 기술들은 프로그램의 궁극적 목표, 즉 우울한 기분 없이 잘 지내고 향후 재발을 막는 것으로 통합된다.

한편 인지치료는 지금 여기(here & now)에서의 문제에 초점을 두면서 다양한 정신과적 장애(예: 우울, 불안, 공포, 통증 등)를 다루는 데 사용되는 적극적이고 지시적이며, 시간 제한적이고 구조화된 접근이다. 인지치료는 개인의 정서와 행동은 주로 그가 세계를 구조화하는 방식에 의해 결정된다는 이론적 근거에 기초하고 있다(Beck, 1967, 1976). Beck(1976)은 임상적 접근과 실험적 접근의 병행을 통해서 우울증의 인지모형을 가정하였다. 우울증의 인지모형은 인지삼제, 도식, 인지적 오류의 세 가지 주요한 개념을 가정한다. 먼저 인지삼제(Cognitive triad)란 환자가 부정적이고 왜곡된 방식으로 자기 자신과 자신의 미래, 그리고 자신의 경험을 바라보는 세 가지 주요 인지 패턴으로 구성된다. 우울모형의 두 번째 주요 요소는 도식이라는 개념이다. 이 개념은 우울한 사람은 그의 삶 속에 긍정적인 요인이 객관적으로 존재함에도 불구하고 왜 고통 유발적이고 자기패배적인 태도를 유지하게 되는가를 설명해준다. 모든 상황은 풍부하고 다양한 자극들로 구성되어 있는데 개인은 그들 중 특정 자극

들에만 선택적으로 주의를 기울여서 이들을 어떤 패턴으로 조합하여 그 상황을 개념화하게 된다. 사람마다 동일한 상황을 각기 다른 방식으로 개념화 하겠지만, 한 특정 개인은 유사한 유형의 사건들에 대해서 일관적인 반응을 보이는 경향이 있다. “도식”이라는 용어는 비교적 안정적인 인지패턴을 가리키는 말이다. 유사한 상황들을 해석할 때 일정한 규칙성이 나타날 수 있는 것은 비교적 안정된 인지패턴이 있음으로써 가능하다. 우울증과 같은 정신병리 상태에서는 어떤 상황에 대한 환자의 개념화는 당시에 활성화된 역기능적 도식에 맞게 왜곡된다. 사람들의 인지는 과거 경험으로부터 발전된 어떤 태도나 가정(인지도식)에 기초한다. 인지치료는 왜곡된 개념화와 이런 인지 밑에 깔린 역기능적 신념(도식)을 파악하고 현실을 검증하며 수정하기 위해 고안된 것이다. 환자는 그의 사고를 재평가·수정함으로써 그가 전에는 극복할 수 없다고 생각한 문제나 상황에 대처하는 것을 학습한다. 인지치료자는 환자가 자신의 문제에 대해서 보다 더 현실적이고 적응적으로 생각하고 행동하도록 도움으로써 증상을 경감시킨다.

인지치료에서는 다양한 인지적 책략과 행동적 책략을 사용한다. 인지적 기법은, 환자의 잘못된 생각과 부적응적인 가정을 파악하고 검증하는 것을 목표로 한다. 인지적 접근은 매우 특수한 학습경험들로 이루어지는데, 환자들은 이를 통해 부정적·자동적 사고(인지)를 감찰하기, 인지·정서·행동 간의 관련성을 인식하기, 왜곡된 자동적 사고의 증거와 반대 증거를 검토하기, 이러한 편파된 인지를 보다 더 현실지향적인 해석으로 대체하기, 경험을 왜곡하는 소인으로 작용하는 역기능적 신념을 파악하고 수정하기 등을 배운다. 행동적 기법은 보다 더 심각한 우울증 환자들에게 사용되는데, 행동을 변화시키기 위해서 뿐만 아니라 어떤 행동과 연관된 인지를 끌어내기 위해서 사용된다. 이러한 행동적 책략들 중 대표적인 것

으로는 환자가 시간단위로 자신의 활동을 기입하도록 하는 주간활동시간 표 작성하기, 환자가 자신의 활동을 숙달 및 즐거움의 측면에서 평정토록 하는 숙달 및 즐거움 평정표 작성하기 그리고 환자가 달성하기 어렵거나 불가능하다고 생각하는 목표에 도달할 수 있도록 과제수행단계를 세분화 하여 단계별로 점진적으로 과제를 수행토록 하는 점진적 과제부여 기법 등이 있다(Beck, 1967, 1976).

인지치료의 가장 큰 강점 중의 하나는 특정한 정서장애를 구성하고 있는 감정과 생각 그리고 행동 간에 연결점을 찾을 수 있도록 해 준다는 것이다. 인지치료는 다루고자 하는 임상적 상태를 이해할 수 있도록 치료자와 환자에게 정신적 지도를 제공할 뿐만 아니라, 이러한 이해를 기반으로 더 좋은 변화를 위해서 무엇이 필요한지에 대한 지침을 제공해 준다. 그 결과 치료자와 내담자 모두 문제에서 벗어나기 위해 정해진 절차를 협소한 범위 내에서 무분별하게 적용하면서 '기법'에만 치중하기 보다는, 에너지를 유연하고 창의적으로 사용하여 문제를 다룰 수 있게 된다.

(2) 마음챙김에 기반한 인지치료의 구조

MBCT 프로그램의 궁극적인 목표는 환자들에게 더 깊은 수준에서 이해의 변화가 일어나서 우울증을 재발하게 하는 생각과 감정, 그리고 신체 감각과의 관계가 근본적으로 변화될 수 있도록 도와주는 것이다. 즉 프로그램의 목적은 행복, 이완 등이 아니라 자유다. 내려놓는 것은 틀에 박힌 오랜 습관에 맡겨둘지 않고 부정적인 순환 고리를 이루면서 돌아가고 있는 사고패턴, 즉 불행감을 느끼지 않으려고 도망가거나 회피하면서 행복감을 얻으려는 지속적인 시도를 부추기는 집착/협오감으로부터 자신을 자

유롭게 하는 것이다. MBCT의 핵심 주제는 부정적인 사고패턴의 확립과 공고화를 잘 막을 수 있는 방법을 탐색하고, 무엇이 오래된 사고 습관을 일으키는가를 알아차리는 것이다. MBCT의 핵심기술은 부정적이며 자기-영속적인 인지 과정에서 빠져 나가는 것을 배우는 것이다. 예를 들어, 짧은 시간동안 명상을 실시하는데 이는 미니 명상(mini-meditation)이라고 하는 3분 호흡 공간(3-minute breathing space)이라고 한다. 이는 공식 명상 수련에서 익힌 마음챙김 기법을 일상생활에 일반화시키려는 시도다. 호흡 공간은 참가자들이 몹시 바쁜 날에도 언제나 자동 조종 장치에서 빠져 나오게 해 주고 현재 순간의 알아차림을 다시 확립해 준다. 그것은 각각 대략 1분 동안 행해지는 세 단계의 수련으로 이루어져 있다. 첫 번째 단계는 현재 발생하고 있는 내적인 경험의 영역에 알아차림을 집중하는 것이다. 참가자는 '지금 이 순간의 내 경험은 무엇인가?'라고 자문한다. 그리고 어떤 신체의 감각, 생각 혹은 정서적 상태가 현존함을 알아차린다. 더불어 비판단적인 수용의 자세가 권장된다. 이처럼 참가자들은 경험을 물리치거나 억압하려 하지 않고, 설령 불쾌하고 원치 않는 것이라 할지라도 모든 것을 알아차리려 한다. 두 번째 단계는 들숨과 날숨이 있을 때마다 알아차리면서 호흡의 움직임과 그 감각에 온전히 주의를 집중시키는 것이다. 세 번째 단계는 자세 및 얼굴 표정을 포함하여 신체 전체로 알아차림을 확장하고, 다시금 수용하면서 판단 없이 현재의 감각을 알아차리는 것이다.

MBCT의 초기 회기의 목표는 행동 양식이 표출되는 다양한 양상을 인식하게 하고 집중적이고 공식적인 마음챙김 수련을 통해 존재 양식을 기르기 위한 시작 단계라는 것을 참가자들에게 가르쳐 준다. 이는 많은 회기에서 반복되는데 그 이유는 참가자들에게 핵심 주제를 상기시켜 주기 위한 것이며, 연습을 통해 만연되어 있는 행동 양식에서 벗어나서 마음챙김

의 존재 양식으로 되돌아갈 기회를 주기 위함이다. MBCT의 구조는 1~4회기는 주의집중방법을 배우는 데 초점을 둔다. 우선 신체의 각 부분들에 주목하는 것을 배우고, 두 번째는 호흡에 주목하는 법을 배우게 된다. 세 번째로, 참가자들은 떠돌아다니는 마음이 얼마나 부정적인 생각과 감정을 가져오게 되는지를 알아차리는 방법을 배우게 된다. 5~8회기는 기분 변화를 다룬다. 생각과 감정을 충분히 알아차리는 법을 배운다. 그리고 생각과 감정을 인식하고 나서 몇 분 동안 호흡에 주의를 집중한 다음 몸 전체로 확장시키도록 한다. 호흡 시간을 갖는 것만으로도 순간의 어려움을 다루고 불쾌한 생각과 감정을 해결하는데 충분할 수도 있을 것이다. 그 다음에 참가자들은 어떻게 하면 가장 좋은 반응을 할 수 있을지 결정하게 된다. 마지막으로 참가자들은 우울증이 재발하고 있다는 자신만의 독특한 경고 징후를 더 잘 알아차리게 되고 이러한 일이 일어날 때 구체적인 행동 계획을 개발시키게 된다.

MBCT는 내적인 경험에 대한 탈중심적인 접근(decentered approach)을 강조하며 ABC모델, 자동적 사고 질문지, 기분, 사고 및 대안적 관점 연습, 재발방지 행동 계획안과 같은 인지치료 요소에 바탕을 둔 몇 가지 연습을 통합한다. MBCT의 마음챙김 훈련은 신체 움직임을 덜 강조하고 대신 3분 '호흡 공간'을 통합했다(이것은 매우 짧은 시간에 신속하게 마음챙김 태도를 회복하는 방법이다. 현재의 사건과 반응을 의도적으로 재검토해 보고 내면의 고요한 감각을 회복시키는 수단으로 호흡에 마음챙김을 하는 것이다. 또 고요한 감각이 유지되고 지속되는 환경으로 다시 되돌아가는 움직임이다). 스트레스 교육 대신 역기능적인 태도(사고)와 그것이 신체 감각과 기분에 대해 갖는 특수한 관계를 모니터링하고 분석하는 연습이 포함되었다.

Ⅲ. 연구 방법

1. 연구대상

본 연구는 서울에 소재한 정신장애인 사회복지시설에 입소하여 생활하고 있는 입소자 24명을 선별하여 진행하였다. 선별 기준은 성인으로서 정신과적 증상이 안정적이며 프로그램의 내용을 잘 이해하고 수행할 수 있는 사람을 대상으로 하였다. 구체적인 선별 기준은 20세 이상, KWAIS 지능지수 80 이상, 정신과전문의의 진단을 받은 자, 유병기간이 5년 이상인 자, 알코올 중독장애가 없는 자 등이다. 이러한 기준을 충족하여 선별된 대상자들을 각각 12명씩 실험집단과 통제집단에 무선할당하여 배정하였다. 그러나 본 연구가 진행되면서 통제집단에서 5명(입원 1명, 퇴소 4명)이 탈락하여 최종적으로 실험집단 12명, 통제집단 7명이 참여하였다.

본 연구에 참여한 대상자들의 인구통계학적인 특성은 남성 11명, 여성 8명이었으며, 평균 연령은 40세, 평균 유병기간은 16년이었다. 학력수준은 고졸 14명, 대졸이상이 5명이었고 결혼상태는 미혼 15명, 기혼 1명, 이혼 3명이었다. 장애등급은 1급이 2명, 2급이 6명, 3급이 4명, 기타 7명이었다.

2. 연구 설계

본 연구는 실험집단과 통제집단에 사전-사후 검사를 실시하여 효과성을 검증하는 사전-사후검사 설계를 사용하였다. 프로그램 효과의 지속성을 검증하기 위하여 실험집단에 한하여 추후검사를 실시하였다.

연구설계는 <표 1>에 제시하였다.

<표 1> 연구 설계

G1	O1	X1	O2	O3
G2	O4		O5	

G1 : 실험집단

G2 : 통제집단

O1, O4 : 사전검사(DAS, BDI, STAI, SES, BPRS)

O2, O5 : 사후검사(DAS, BDI, STAI, SES, BPRS)

O3 : 추후검사(DAS, BDI, STAI, SES, BPRS)

X1 : 실험처치(마음챙김에 기반한 인지치료)

3. 연구 진행절차

1) 프로그램 구조화

마음챙김에 기반한 인지치료를 실험집단을 대상으로 2011년 3월 7일부터 4월 11일까지 주 2회씩 총 12회기를 진행하였다. 프로그램 시간은 한 회기당 70분이 소요되었다. 프로그램 진행은 본 연구자가 주진행을 맡았으며 심리학 석사과정 2명이 보조진행자로 참여하였다. 프로그램은 Segal 등(2000)이 개발한 MBCT와 장현갑(2007)이 한국형 마음챙김명상에 기반한 스트레스 감소 프로그램(K-MBSR)을 참고하여 본 연구자가 연구목적에 맞게 수정·보완하여 재구성하였다.

구체적인 내용은 <표 2>에 제시하였다.

<표 2> 마음챙김 명상에 기반을 둔 인지치료 프로그램

회기	주제	목표	내용
1	사전척도 검사	1. 척도검사하기	DAS, BDI, STAI, 스트레스대처, SES, BPRS
2	프로그램 소개	1. 라포 형성. 2. 프로그램의 이해 3. 프로그램 목표 설정.	- 진행요원 소개 - 참여자 소개/ 별칭짓기 - 프로그램 소개 - 참여서약서 작성하기
3	마음챙김 인지치료 소개	1. MBCT 이해하기 2. 신체감각, 생각, 감정 구분하기 3. 자동조정 이해하기	- 마음챙김 설명 - 마음챙김 7가지 태도 - 3분 호흡 명상 - 자동조종 이해하기 - 신체감각, 생각, 감정, 소망, 행동 구분하기 - 건포도 먹기 명상 실습 - ABC 모형 설명
4	인지행동 모델의 이해	1. ABC 모형 이해하기 2. 즐거운 사건 알아차리기	- 3분 호흡 명상 - 즐거운 사건 알아차리기 - 자기대화 연습 - 보디스캔 실습
5	방황하는 마음 알아차리기	1. 방황하는 마음 알아차리기 2. 불쾌한 사건 알아차리기	- 즐거운 사건 알아차리기 - 3분 호흡 명상 - 불쾌한 사건 알아차리기 - 자기대화연습 - 정좌명상 실습
6	자동적 사고 알아차리기	1. 자동적 사고 이해하기 2. 인지적 오류들 이해하기	- 자동적 사고 이해하기 - 3분 호흡 명상 - 인지적 오류들 알아보기 - 바디스캔 실습 - 자기대화연습 - 정좌명상 실습

7	현재에 머무르기	<ol style="list-style-type: none"> 1. 현재 경험하고 있는 디스트레스 알아차림 2. 자동화된 부정적 사고 알아차리기 	<ul style="list-style-type: none"> - 현재 겪고 있는 문제 알아차리기 - 3분 호흡 명상 - 자동화된 부정적 사고 알아차리기 - 자기대화연습 - 동영상자료 시청하기
8	수용하기	<ol style="list-style-type: none"> 1. 만성 정신분열증의 증상 이해하기 2. '수용하기' 	<ul style="list-style-type: none"> - 만성 정신분열병 증상 수용하기 - 정좌명상 - 동영상자료 시청 - 시 읽기 - 자기대화 연습
9	생각은 생각일 뿐이다.	<ol style="list-style-type: none"> 1. 호흡명상으로 자각 능력 향상시키기 2. 대안적인 사고훈련 	<ul style="list-style-type: none"> - 3분 호흡하기 - 대안적인 사고 훈련 - 주의돌리기와 주의확장하기 - 정좌명상 - 동영상 자료 시청 - 자기대화 연습
10	자애명상	<ol style="list-style-type: none"> 1. 즐거움과 속달감을 주는 활동 계획하기 2. 긍정적인 정서 알아차리기 3. 부정적인 정서 대처하기 4. 자애명상으로 긍정적인 정서 키우기 	<ul style="list-style-type: none"> - 자신을 돌보기 - 자애명상 실습 - 긍정적인 정서 알아차림 - 부정적인 정서 대처하기 - 3분 호흡하기
11	향후 대처하기	<ol style="list-style-type: none"> 1. 전체 과정 검토하기 2. 향후 계획하기 3. 자기사랑하기 선언 	<ul style="list-style-type: none"> - 전체 지난 회기 검토 - 계획하기 - 재발 방지 행동 계획 - 자기 사랑하기 선언문 낭독 - 교육 수료 축하파티
12	사후척도 검사	<ol style="list-style-type: none"> 1. 척도 검사하기 	<p>DAS, BDI, STAI, 스트레스대처, SES, BPRS</p>

4. 측정도구

1) 역기능적 태도 척도

이 척도는 개인의 부정적인 도식을 측정하는 도구로서 Weissman과 Beck(1978)이 제작한 DAS(Dysfunctional Attitude Scale) Form A를 Kwon(1992)이 번안한 척도이다. 이 척도는 Beck(1967)의 우울증에 관한 인지적 모델에 기초하여 만들어진 자기보고식 질문지로 개인의 부정적인 도식을 측정한다. 총 40문항이고, 7점 평정 척도이다(1=전적으로 동의한다 ~ 7=전적으로 반대한다). 점수의 범위는 40점에서 280점까지 가능하며, 점수가 높을수록 자신에 대한 부정적인 도식을 더 많이 갖고 있음을 의미한다. 전체 문항에 대한 Cronbach's α 계수는 .88이었다. 역채점 문항은 2, 6, 12, 17, 24, 29, 30, 35, 37, 40이다.

2) Beck 우울척도(BDI)

Beck(1967)등이 우울 증상을 측정하기 위해 개발한 척도로 21개 문항의 자기보고식 검사이다. 각 문항은 각각 0~3점으로 평가되어, 전체 점수는 0~63점이다. 본 연구에서는 이영호와 송종용(1991)이 번안한 한국판 BDI 우울척도를 사용하였다. 한국인을 대상으로 한 연구 결과에 따르면 0-9점은 우울하지 않은 상태, 10-15점은 가벼운 우울, 16-23점은 중한 우울, 24-63점은 심한 우울로 해석할 수 있다. 이영호와 송종용(1991)의 연구에서 보고된 Cronbach's α 계수는 .98이었다.

3) 상태-특성 불안 척도(State-Trait Anxiety Inventory, STAI)

Spielberger(1970)에 의해 상태-불안과 특성-불안을 함께 측정할 수 있는 보다 간편한 객관적인 자기 보고형의 단일척도로서 개발되었다.

STAI는 상태-불안을 재는 20개의 문항(X-1형)과 특성-불안을 재는 20개의 문항(X-2형)으로 총 40개의 문항으로 구성되어 있고, Likert식 4점 척도이다. 각 문항마다 ‘거의 그렇지 않다’는 1점, ‘가끔 그렇다’는 2점, ‘자주 그렇다’는 3점, ‘거의 언제나 그렇다’는 4점으로 채점되며 X-1에서의 10개, X-2에서의 7개의 역문항이 포함되어 있다. 국내에서는 김정택(1978)이 이 척도의 신뢰도를 계산하였는데 상태 불안, 특성 불안 각각 Cronbach's α 계수가 .87, .86으로 보고하였다. STAI 척도의 하위 요인과 역채점 문항은 <표 3>에 제시하였다.

<표 3> STAI 척도의 하위요인 문항 구성

요인명	문항수	문항번호
상태불안	20	1*, 2*, 3, 4, 5*, 6, 7, 8*, 9, 10*, 11*, 12, 13, 14, 15*, 16*, 17, 18, 19*, 20*
특성불안	20	1*, 2, 3, 4, 5, 6*, 7*, 8, 9, 10*, 11, 12, 13*, 14, 15, 16*, 17, 18, 19*, 20
2요인	40	*은 역채점 문항

4) 스트레스 대처 방식 척도

스트레스 대처 방식 척도는 Folkman과 Lazarus(1985)가 개발한 척도를 토대로 김정희와 이장호(1985)가 요인분석과정을 거쳐 일부 문항을 제외 또는 수정한 후 62개의 문항으로 재구성한 것을 다시 김정희(1987)

가 수정·보완한 척도를 사용한다. 이 척도의 하위 요인은 크게 적극적 대처와 소극적 대처로 나누고 다시 적극적 대처는 문제중심적 대처와 사회적 지지 추구 대처, 소극적 대처는 정서완화적 대처와 소망적 사고 대처로 분류하였다. 문제중심적 대처는 스트레스를 유발한다고 생각되는 개인 및 환경과 관련된 문제를 직면하여 변화시켜 스트레스 근원에 작용하려는 노력을 말하며 사회적 지지추구는 스트레스 사건이나 상황을 해결하기 위해 누군가의 도움을 요청하는 대처방식이다. 정서완화적 대처는 스트레스와 관련되거나 스트레스로부터 초래되는 감정상태를 통제하려는 노력을 뜻하고, 소망적 사고 대처는 스트레스나 그것을 유발하게 되는 상황, 사건에 거리를 두고 바람직한 상황을 생각하거나 상상함으로써 대처하는 방식을 말한다. Likert식 4점 척도(사용하지 않음, 약간 사용, 어느 정도 사용, 아주 많이 사용)로 구성되어 있다. Cronbach's α 는 .84였고, 문제중심적 대처 .89, 사회적지지 추구 .66, 정서완화적 대처 .81, 소망적 사고 .84이다. 본 연구에서의 스트레스 대처 방식의 하위요인별 문항 구성은 아래의 <표 4>와 같다.

<표 4> 스트레스 대처 방식의 하위 요인별 문항 구성 및 신뢰도

스트레스 대처 방식		문항 번호	Cronbach's α
적극적 대처	문제중심적 대처	1,2,5,6,9,19,22,25,28,29,33,34,35,37,39,46,48,50,53,59,62	.89
	사회적지지 추구	8,17,21,30,42,45	.66
소극적 대처	정서완화적 대처	3,4,7,10,11,12,13,14,15,16,18,20,23,24,27,31,32,36,40,41,43,44,47	.81
	소망적사고 대처	26,38,49,51,52,54,55,56,57,58,60,61	.84
합 계		총 62	.84

5) 자아존중감 척도

Rosenberg(1965)가 개발한 자아존중감 척도로서 개인의 자아존중감 즉, 자기 존중의 정도와 자아승인양상을 측정하는 검사이다. 긍정적 자아존중감 5문항과 부정적 자아존중감 5문항 등 모두 10문항으로 구성되어 있으며, 4점 Likert 채점방식으로 부정적 문항에 대한 응답은 채점할 때 반대로 처리해야 한다. 점수 범위는 10점에서 40점까지이며 점수가 높을수록 자아존중감이 높은 것을 의미한다. 이영자 등(1996)의 연구에서는 Cronbach's α 계수가 .79였고, 이영호(1993)의 연구결과 Cronbach's α 계수는 .83이었다. 본 연구에서는 이영호가 번안한 문항을 사용한다.

6) 간이정신진단척도(BPRS)

간이정신진단척도는 Overall과 Gorham(1962)가 정신병리의 주요차원에 대해서 임상가들이 신속히 측정할 수 있도록 하기 위해 개발하였다. 처음에는 16문항으로 이루어졌으나 후에 18문항으로 확장되었으며 이 형태가 현재에도 사용되고 있다(Overall, 1983). 이 척도는 심각한 정신병리를 진단하고 치료와 관련되어 정신병리의 경과를 평가하기 위해서 널리 사용된다.

면담과 행동관찰을 통해 얻은 정보를 토대로 18가지 증상 각각을 7점 척도로 평가한다. 평가된 각각의 점수는 네 가지의 방법으로 사용된다. 첫째, 총점은 18개 문항들의 점수를 합한 것으로 장애의 정도를 반영한다. 둘째, 하위척도 점수는 관련 문항 점수를 합하여 사용한다. 하위척도 구성 항목은 <표 5>에 제시하였다.

이 척도의 절단점과 표본 점수는 Jaeger 등(1990)이 급성 악화로 입원

한 정신분열증 환자 92명과 외래 치료중인 정신분열병이거나 분열정동장애 환자 26명을 대상으로 이 척도의 점수를 보고하였는데, 입원환자의 경우 전체 평균치는 49.0이었고, 표준편차는 12.6이었다. 외래환자의 경우에는 전체 평균치가 32.6, 표준편차는 7.2였다. Hedlund와 Vieweg(1980)에 의하면, 전체 정신병리 점수에 대한 Cronbach's α 계수는 .85였다. 18개 문항 각각에 대한 검사자간 신뢰도는 .63에서 .88까지 분포하였다.

<표 5> BPRS 하위요인 문항구성

요인명	문항수	문항번호
사고장애	3	4, 12, 15
철퇴/지연	3	3, 13, 16
불안/우울	3	2, 5, 9
적대/의심	3	10, 11, 14
동요/흥분	2	6, 17

5. 자료 분석

본 연구에서 수집된 모든 자료는 유의도 .05수준에서 PASW Statistics 18.0으로 분석하였다.

1) 실험집단과 통제집단의 인구통계학적 특성의 동질성을 검증하기 위해 Chi-square test와 Independent samples t-test를 시행하였고, 실험집단과 통제집단의 동질성을 검증하기 위해 역기능적태도, 우울, 불안, 스트레스 대처방식, 자아존중감, 간이정신진단척도의 사전점수를 Independent samples t-test를 실시하여 검증하였다.

2) 프로그램의 효과 검증은 동질성이 확보된 척도는 paired-samples t-test로 분석하였고 동질성이 확보되지 않은 척도는 ANCOVA를 실시하여 치료의 효과성을 검증하였다.

3) 실험집단의 치료 효과의 지속성 검증을 알아보기 위하여 프로그램 종결 후 6주후에 추후검사를 실시하였으며 그 결과는 One-factor repeated measures ANOVA를 실시하여 검증하였다.

IV. 연구결과

1. 실험집단과 통제집단의 동질성 검증

1) 인구통계학적 특성에 대한 동질성 검증

실험집단과 통제집단이 인구통계학적 특성에 있어서 동질한 집단인지의 여부를 분석하기 위하여 동질성 검증을 실시하였다. 이 결과는 <표 6>에 제시하였다.

<표 6> 실험집단과 통제집단의 인구통계학적 특성 동질성 검증

변인	실험집단(n=12)		통제집단(n=7)		χ^2	p
	성별	n	n	n		
성별	남성	7	4	.003	.96	
	여성	5	3			
학력	고졸	9	5	.029	.87	
	대졸	3	2			
종교	기독교	7	4	4.84	.18	
	불교	2	0			
	천주교	2	0			
	없음	1	3			
결혼 상태	미혼	9	6	3.53	.17	
	기혼	0	1			
	이혼	3	0			
장애 등급	1급	1	1	7.18	.07	
	2급	3	3			
	3급	1	3			
	기타	7	0			
진단 명	정신분열	10	6	.74	.69	
	정동분열	1	1			
	기타	1	0			

변인	실험집단(n=12)		통제집단(n=7)		t	p	
	n	M(SD)	n	M(SD)			
연령 대	30세미만	2	40 (7.03)	0	41 (6.49)	.77	.57
	30대	2		3			
	40대	8		3			
	50대	0		1			
발병 연령	25세이하	5	25 (5.63)	4	24 (4.63)	.62	.54
	26세이상	7		3			
유병 기간	10년미만	1	14 (4.87)	1	18 (8.56)	-.39	.70
	10~19년	8		3			
	20년이상	3		3			

동질성 검증 분석결과 실험집단의 성별은 남성은 7명, 여성은 5명이었으며, 평균 연령은 40세였다. 학력은 고졸 9명, 대졸 3명이었고, 장애등급은 1급이 1명, 2급이 3명, 3급이 1명, 그리고 기타 7명이었다. 발병연령 평균은 25세, 유병기간 평균은 14년이였다. 진단명은 정신분열증이 10명, 정동분열이 1명, 기타 1명이였다.

통제집단의 성별은 남성은 4명, 여성은 3명이였고, 평균 연령은 41세였다. 학력은 고졸 5명, 대졸 2명이였고, 장애등급은 1급이 1명, 2급이 3명, 3급이 3명이였다. 발병연령 평균은 24세, 유병기간 평균은 18년이였다. 진단명은 정신분열증이 6명, 정동분열이 1명이였다.

이상과 같은 인구통계학적 특성들을 χ^2 과 독립표본 t 검증으로 동질성 검증을 실시한 결과 두 집단 모두 5% 유의수준에서 통계적으로 유의미한 차이를 보이지 않아 동질한 집단으로 분석되였다.

2) 사전검사에 대한 동질성 검증

프로그램 효과를 검증하기 앞서 표본 오류를 배제하고자 프로그램 실시 전에 치료집단과 통제집단에 사전검사를 실시하고 집단의 동질성에 대한 검정을 실시하였다. 사전검사는 역기능적 태도, BDI, STAI, 스트레스대처, 자아존중감, BPRS를 실시하였으며 동질성 검증의 결과는 <표 7>에 제시하였다.

<표 7> 실험집단과 통제집단의 사전검사 동질성 검증

변인		실험집단(n=12) M(SD)	통제집단(n=7) M(SD)	t
	역기능적태도	189.25(49.01)	166.71(12.85)	1.18
	BDI	17.67(10.85)	15.86(11.31)	.35
	STAI	87.75(24.32)	97.71(21.75)	-0.89
ST	상태불안	44.50(14.48)	48.86(10.54)	-0.69
AI	특성불안	43.25(10.71)	48.86(11.67)	-1.07
	스트레스대처	159.25(19.25)	165.71(17.55)	-0.73
스	문제중심적대처	53.92(9.4)	56.29(9.45)	-0.53
트	사회적지지추구	15.08(4.42)	15.57(2.26)	-0.27
스	정서완화적대처	59.75(5.91)	59.00(6.71)	.25
대	소망적사고대처	30.50(4.27)	34.86(5.11)	-1.99
처	자아존중감	29.75(3.11)	30.14(2.48)	-0.29
	BPRS	33.33(9.44)	27.57(7.50)	1.38
	사고장애	2.50(2.54)	7.86(3.53)	-3.85**
B	철퇴/지연	6.00(2.80)	4.86(2.27)	.92
P	불안/우울	8.67(3.39)	5.14(2.19)	2.45*
R	적대/의심	6.17(4.60)	2.57(2.30)	1.91
S	동요/홍분	3.75(1.86)	2.86(2.19)	.95

*p<.05, **p<.01

<표 4>에서 제시한 바와 같이 독립표본 t 검증을 통해 두 집단의 사전검사 점수를 비교한 결과 역기능적 태도($t=1.18, p=.25$), BDI($t=.35, p=.73$), STAI($t=-.89, p=.38$), STAI 하위요인인 상태불안($t=-.89, p=.38$), 특성불안($t=-1.07, p=.30$) 모두 통계적으로 유의한 차이가 없었다.

스트레스대처($t=-.73, p=.48$)와 스트레스대처의 하위요인인 문제중심적대처($t=-.53, p=.61$), 사회적지지추구($t=-.27, p=.79$), 정서완화적대처($t=.25, p=.80$), 소망적사고대처($t=-1.99, p=.06$) 역시 통계적으로 유의한 차이가 없었다.

자아존중감($t=-.29, p=.78$)의 사전검사 동질성검사 결과 통계적으로 유의한 차이가 없었다.

마지막으로 BPRS($t=1.38, p=.19$)와 하위요인 철퇴/지연($t=.92, p=.37$), 적대/의심($t=1.91, p=.07$), 동요/흥분($t=.95, p=.36$)은 통계적으로 유의한 차이가 없었으나, 사고장애($t=-3.85, p=.001$)와 불안/우울($t=2.45, p=.025$)은 통계적으로 유의미하여 동질성이 확보되지 않았다.

이 결과를 토대로 마음챙김에 기반한 인지치료(MBCT)의 효과를 검증해보았다.

2. 마음챙김에 기반한 인지치료(MBCT)의 효과 검증

마음챙김에 기반한 인지치료(MBCT)가 만성정신분열병 환자에 미치는 효과를 검증하기 위하여 사전검사에서 동질성이 확보된 역기능적 태도, 스트레스 대처, 자아존중감은 대응표본 t 검증으로 분석하였고, 사전검사에서 동질성이 확보되지 않은 간이정신증상척도(BPRS)는 공분산 분석(ANCOVA)으로 분석하였다.

1) 역기능적 태도, 우울 및 불안의 사전, 사후검사의 차이

마음챙김에 기반한 인지치료(MBCT)가 만성정신분열병 환자의 역기능적 태도, 우울, 불안 수준의 감소에 효과가 있는지 알아보기 위해 대응표본 t 검증을 실시하였다. 역기능적 태도, 우울 및 불안의 사전, 사후검사 차이의 검증 결과는 <표 8>에 제시하였다.

<표 8> 실험집단과 통제집단의 역기능적태도, BDI, STAI paired t-test

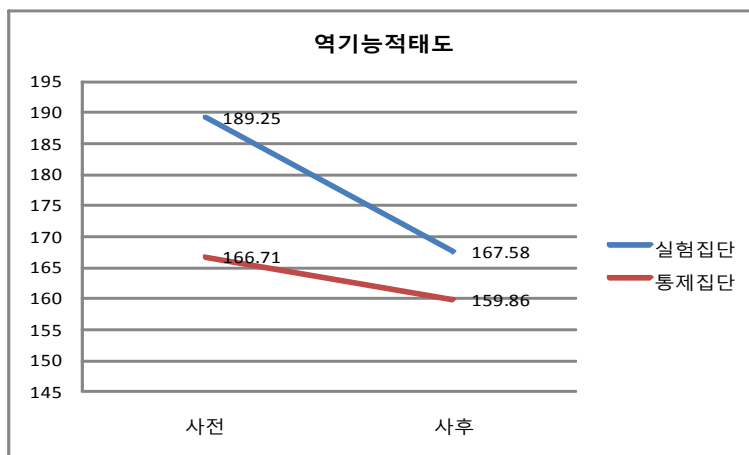
변 인	집단	사전검사	사후검사	차이점수	t	
		M(SD)	M(SD)	M(SD)		
역기능적 태도	실험	189.25(49.1)	167.58(45.69)	-21.67(12.97)	-5.77***	
	통제	166.71(12.85)	159.86(19.93)	-6.86	-1.05	
BDI	실험	17.67(10.8)	16.00(11.77)	-1.67(7.58)	-.76	
	통제	15.86(11.31)	17.86(9.65)	2.00(8.60)	.62	
STAI	실험	87.75(24.32)	89.25(23.46)	1.5(8.79)	.59	
	통제	97.71(21.75)	95.00(23.42)	-2.71(11.07)	-.65	
ST AI	상태 불안	실험	44.50(14.48)	45.17(11.79)	.67(6.61)	.35
	통제	48.86(10.54)	47.86(12.21)	-1.00(5.45)	-.49	
특성 불안	실험	43.25(10.71)	44.08(12.03)	.83(5.49)	.53	
	통제	48.86(11.67)	47.14(11.50)	-1.71(6.97)	-.65	

***p<.001

마음챙김에 기반한 인지치료(MBCT)에 참여한 실험집단은 역기능적 태도($t=-5.77, p=.000$)에서 통계적으로 유의미한 차이를 보였다. BDI($t=-.76, p=.462$)는 통계적으로 유의미한 차이를 보이지는 않았으나 실험후 우울점수가 평균 1.7점 감소한 효과가 나타났다. STAI($t=.59, p=.567$)와 하위요인인 상태불안($t=.35, p=.733$)과 특성불안($t=.53, p=.61$)은 유의미한 차이를 보이지 않았다. 한편 통제집단의 사전, 사후검사의 차이는 역기능적태도($t=-1.05, p=.336$), BDI($t=.62, p=.561$), STAI($t=-.65, p=.541$), STAI의 하위요인인 상태불안($t=-.49, p=.644$), 특성불안($t=-.65, p=.539$)로 나타나 통계적으로 유의미하지 않았다.

이와 같은 결과에 따라 “MBCT에 참여한 실험집단은 통제집단에 비해 역기능적태도가 향상될 것이다”라는 연구문제1의 가설1-1은 지지되었다. 그러나 “MBCT에 참여한 실험집단은 통제집단에 비하여 우울 수준이 감소할 것이다”라는 가설 1-2와 “MBCT에 참여한 실험집단은 통제집단에 비하여 불안 수준이 감소할 것이다.”라는 가설 1-3은 기각되었다.

<그림 1> 실험집단과 통제집단의 역기능적태도 사전-사후 비교



2) 스트레스대처의 사전, 사후검사의 차이

마음챙김에 기반한 인지치료(MBCT)가 만성정신분열병 환자의 스트레스대처에 효과가 있는지 알아보기 위해 대응표본 t 검증을 실시하였다. 스트레스대처의 사전, 사후검사 차이의 검증 결과는 <표 9>에 제시하였다.

<표 9> 실험집단과 통제집단의 스트레스대처 paired t-test 검증 결과

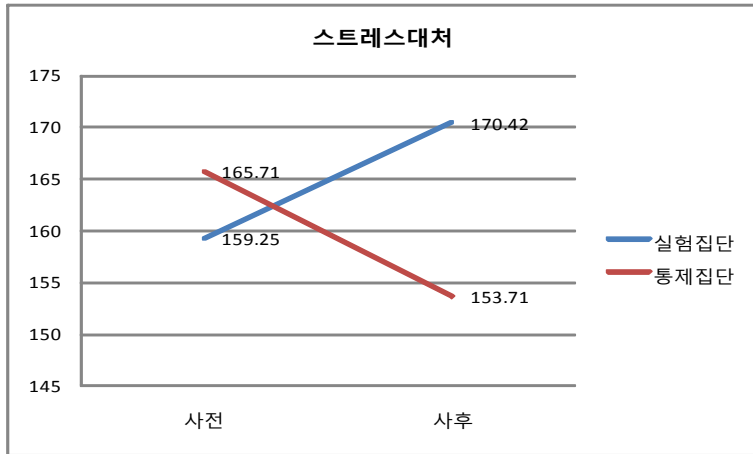
변 인	집단	사전검사	사후검사	차이점수	t
		M(SD)	M(SD)	M(SD)	
스트레스대처	실험	159.25(19.25)	170.42(22.36)	11.17(16.96)	2.28*
	통제	165.71(17.55)	153.71(2.28)	-12.00(28.71)	-1.11
문제중심	실험	53.92(9.46)	58.83(10.88)	4.92(6.53)	2.61*
	통제	56.29(9.45)	51.86(13.9)	-4.43(9.03)	-1.30
사회적지지	실험	15.08(4.42)	17.00(3.59)	1.92(4.74)	1.40
	통제	15.57(2.23)	14.71(4.61)	-.86(5.58)	-.41
정서완화	실험	59.75(5.91)	61.58(6.58)	1.83(6.37)	.99
	통제	59.00(6.71)	57.00(8.96)	-2.00(11.22)	-.47
소망적사고	실험	30.50(4.27)	33.00(4.90)	2.50(3.83)	2.26*
	통제	34.86(5.11)	30.14(6.74)	-4.71(4.23)	-2.95*

*p<.05

마음챙김에 기반한 인지치료에 참여한 실험집단의 스트레스대처 ($t=2.28$, $p=.044$)는 치료후 평균 11점이 상승하였으며 통계적으로 유의한 결과를 보였다. 스트레스대처의 하위요인 중에서 문제중심적대처 ($t=2.61$, $p=.024$)와 소망적사고대처($t=2.26$, $p=.045$)는 통계적으로 유의하였지만 사회적지지추구($t=1.40$, $p=.89$)와 정서완화적대처($t=.99$, $p=.34$)는 통계적으로 유의하지 않았다. 통제집단은 스트레스대처 ($t=-1.11$, $p=.31$), 하위요인인 문제중심적대처($t=-1.30$, $p=.24$), 사회

적지지추구($t=-.41, p=.70$), 정성완화적대처($t=-.47, p=.66$)에서 통계적으로 유의미하지 않았으며, 소망적사고($t=-2.95, p=.03$)에서는 오히려 평균점수가 4.7점 더 하락하여 스트레스대처능력이 저하되었다.

<그림 2> 실험집단과 통제집단의 스트레스대처 사전-사후 비교



3) 자아존중감의 사전, 사후검사의 차이

마음챙김에 기반한 인지치료(MBCT)가 만성정신분열병 환자의 자아존중감에 효과가 있는지 알아보기 위해 대응표본 t 검증을 실시하였다. 자아존중감의 사전, 사후검사 차이의 검증 결과는 <표 10>에 제시하였다.

<표 10> 실험집단과 통제집단의 자아존중감 paired t-test 검증 결과

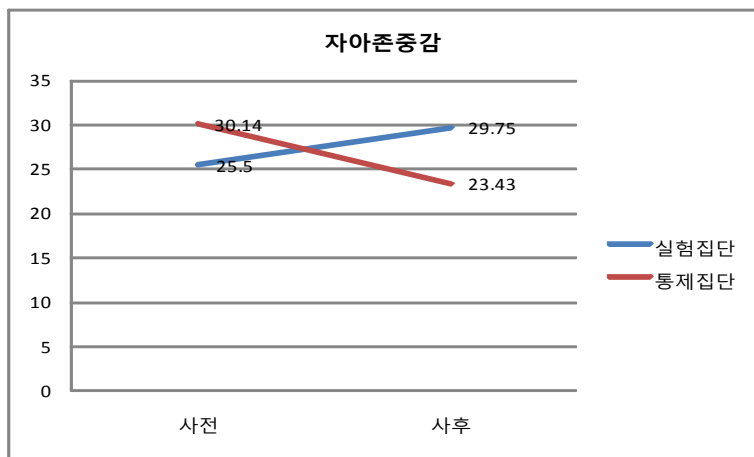
변인	집단	사전검사	사후검사	차이점수	t
		M(SD)	M(SD)	M(SD)	
자아존중감	실험	25.50(2.54)	29.75(3.11)	4.25(3.79)	3.88**
	통제	30.14(2.48)	23.43(2.63)	-6.71(3.20)	-5.55**

** $p<.01$

검증 결과 실험집단의 자아존중감($t=3.88, p=.003$)은 치료후 평균 4.3점이 더 상승하였으며 통계적으로 유의미하였다. 통제집단의 자아존중감($t=-5.55, p=.001$)은 차이점수의 평균은 -6.71점으로서 자아존중감이 더 하락한 것으로 나타났다.

이 결과 “MBCT에 참여한 실험집단의 자아존중감은 통제집단보다 더 향상될 것이다”라는 연구문제3의 가설3은 지지되었다.

<그림 3> 실험집단과 통제집단의 자아존중감 사전-사후 비교



4) BPRS 사전, 사후 점수의 차이

마음챙김에 기반한 인지치료(MBCT)가 만성정신분열병 환자의 정신과적 증상에 미치는 효과는 BPRS 사전검사 동질성 검증에서 동질성이 확보되지 않아 공분산 분석을 실시하여 분석하였다. 먼저 <표 11>는 각 집단별로 종속변수에 대한 평균과 표준편차를 보여주고 있다. 이 결과는 먼저 공변수 사전 BPRS를 통제하지 않았을 때, 각 집단별 점

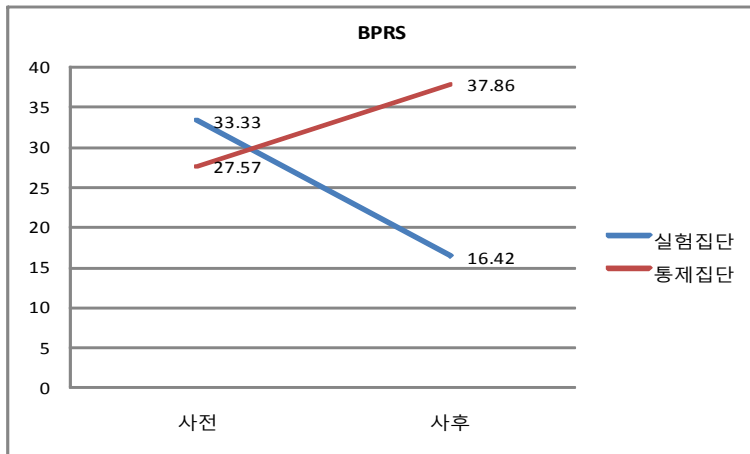
수의 평균이다. 이 결과를 보면 실험집단의 BPRS 사전검사 평균은 33.33점이었고 사후검사 평균은 16.42점으로 17점이 감소하였다. 실험집단의 BPRS 하위요인의 평균점수 차이를 보면, 사고장애는 평균 .92점, 철퇴/지연 2.67점, 불안/우울 4.00점, 적대/의심 4.25점, 동요/흥분 2.17점이 감소하였다. 통제집단은 BPRS의 사전, 사후 점수의 평균차이 점수는 10.28점 상승하였다. BPRS 하위점수의 평균점수 차이를 보면, 사고장애는 평균 .86점, 철퇴/지연 2.29점, 불안/우울 1.71점, 적대/의심 2.86점, 동요/흥분 0점으로 약간 상승하거나 차이가 없었다.

이들 자료를 각 사전검사를 공변수, 집단을 독립변수, 그리고 사후검사를 종속변수로 한 공분산분석을 실시하여 프로그램의 효과를 분석한 결과의 분산분석표는 <표 12>에 제시하였다. 먼저 전체적으로 이 모형은 유의하였으나($F(2,16)=11.81, p=.001$) 공변수인 사전 BPRS의 효과는 유의하지 않았다($F(1,16)=.019, p=.891$). 한편 BPRS 사전변인을 통제했을 때, 집단간의 조정평균엔 유의한 차이가 있었다($F(1,16)=21.64, p=.000$). BPRS의 하위요인들의 공변수를 통제한 후 결과를 살펴보면, 사고장애($F(1,16)=6.90, p=.018$), 철퇴/지연($F(1,16)=31.33, P=.00$), 불안/우울($F(1,16)=5.69, P=.03$), 적대/의심($F(1,16)=12.90, P=.002$)은 각 집단간의 조정평균에 유의한 차이가 있어 통계적으로 유의미한 결과를 보였고 동요/흥분($F(1,16)=3.37, P=.085$)은 통계적으로 유의미한 경향성을 보였다. 이 결과 마음챙김에 기반한 인지치료(MBCT)는 만성정신분열병 환자의 정신과적 증상에 부분적으로 효과가 있는 것으로 나타났다.

<표 11> 실험집단과 통제집단의 BPRS 사전-사후 평균, 표준편차

변수	집단	사전검사	사후검사	차이점수
		M(SD)	M(SD)	M(SD)
BPRS	실험집단	33.33(9.44)	16.42(7.09)	-16.91(12.83)
	통제집단	27.57(7.50)	37.86(11.74)	10.28(11.50)
B	사고	2.5(2.54)	1.58(1.68)	-.92(2.19)
	장애	7.86(3.53)	8.71(4.68)	.86(4.88)
P	철퇴	6.00(2.80)	3.33(2.39)	-2.67(1.78)
	지연	4.86(2.27)	7.14(2.61)	2.29(1.89)
R	불안	8.67(3.39)	4.67(1.92)	-4.00(4.35)
	우울	5.14(2.19)	6.86(3.29)	1.71(1.70)
S	적대	6.17(4.61)	1.92(1.73)	-4.25(4.35)
	의심	2.57(2.30)	5.43(2.94)	2.86(2.91)
하위점수	동요	3.75(1.86)	1.58(1.24)	-2.17(2.29)
	흥분	2.86(2.19)	2.86(2.73)	.00(1.83)

<그림 4> 실험집단과 통제집단의 BPRS 사전-사후 비교



<표 12> BPRS 공분산분석표

척도	분산원	제공합(SS)	자유도(df)	평균제공(MS)	F
BPRS	모형	2034.00	2	1017.00	11.81**
	사전BPRS	1.67	1	1.67	.019
	집단	1863.87	1	1863.87	21.64***
	오차	1378.11	16	86.13	
	합계	3412.11	18		
사고장애	모형	246.48	2	123.239	14.02***
	사전사고장애	21.65	1	21.67	2.46
	집단	60.69	1	60.69	6.90*
	오차	140.68	16	8.79	
	합계	387.16	18		
철퇴지연	모형	121.09	2	60.95	21.30***
	사전철퇴지연	57.74	1	57.74	20.18***
	집단	89.64	1	89.64	31.33***
	오차	45.78	16	2.86	
	합계	167.68	18		
하위요인	모형	33.55	2	16.78	2.88
	사전불안우울	12.34	1	12.34	2.12
	집단	33.11	1	33.11	5.69*
	오차	93.18	16	5.82	
	합계	126.73	18		
적대의심	모형	62.31	2	31.16	6.49**
	사전동요흥분	7.79	1	7.79	1.6211
	집단	61.98	1	61.98	2.90**
	오차	76.85	16	4.80	
	합계	139.19	18		
동요흥분	모형	16.95	2	8.47	2.61
	사전적대의심	9.77	1	9.77	3.01
	집단	10.95	1	10.95	3.37
	오차	52.00	16	3.25	
	합계	68.95	18		

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

3. 실험집단의 프로그램 효과 지속성 검증

마음챙김에 기반한 인지치료의 효과가 시간의 추이에 따라 지속되는지를 파악하기 위해 실험집단 12명의 사전-사후-추후 변화에 대하여 단일요인 반복측정 분산분석(One-Factor Repeated Measures ANOVA)을 실시하였고, Sidak 방법에 의하여 사후검정분석을 하였다.

1) 역기능적 태도, 우울 및 불안의 집단 내 변화 분석

마음챙김에 기반한 인지치료를 실시한 실험집단 12명에 대한 사전, 사후 및 추후 측정된 역기능적 태도, 우울 및 불안의 평균과 표준편차는 <표13>와 같았다.

<표 13> 역기능적태도, 우울, 불안의 사전-사후-추후 평균과 표준편차

척도	실험집단(n=12)			F	
	사전M(SD)	사후M(SD)	추후M(SD)		
역기능적태도	189.25(49.1)	167.58(45.69)	175.25(45.51)	30.3***	
BDI	17.67(10.85)	16.00(11.77)	13.17(10.12)	2.10	
STAI	87.75(24.32)	89.25(23.46)	92.58(20.79)	.75	
STAI	상태	44.50(14.48)	45.17(11.79)	47.92(10.23)	.87
	특성	43.25(10.71)	44.08(12.03)	44.67(12.02)	.27

*** p<.001

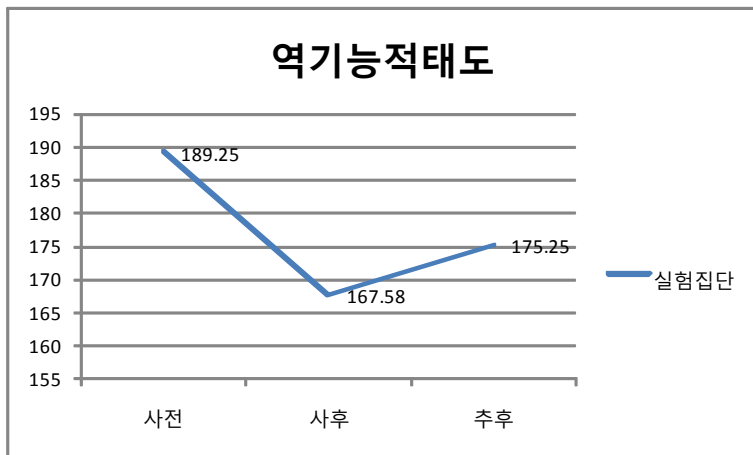
<표 14> 역기능적태도, 우울, 불안의 사후검증(대응별 비교)

척도	사후검증(대응별 비교)			
	사전-사후(p)	사전-추후(p)	사후-추후(p)	
역기능적태도	-21.67***(.000)	-14.00(.001)	7.67**(.001)	
BDI	-1.67(.845)	-4.50(.124)	-2.83(.620)	
STAI	1.50(.919)	4.83(.701)	3.33(.850)	
STAI	상태	.67(.981)	3.42(.711)	2.75(.704)
	특성	.83(.940)	1.41(.875)	5.83(.991)

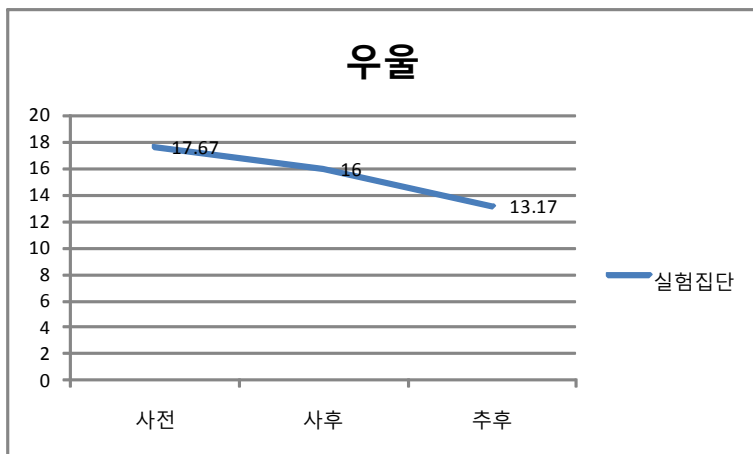
** p<.01, *** p<.001

<표 13>을 보면, 역기능적태도($F=30.30, p=.000$)는 통계적으로 유의하였으며 추후까지 프로그램의 효과가 지속되고 있음을 나타내고 있다. 우울($F=2.10, p=.146$)은 통계적으로 유의하지는 않지만, 추후까지 지속적으로 BDI 점수가 하락하고 있음을 볼 수 있는데 이는 프로그램의 효과의 경향성이 있다고 할 수 있다. 반면 불안($F=.75, p=.483$)은 하위요인인 상태불안($F=.87, p=.434$), 특성불안($F=.27, p=.769$) 모두 통계적으로 유의하지 않았다.

<그림 5> 실험집단의 역기능적태도 사전-사후-추후 비교



<그림 6> 실험집단의 우울 사전-사후-추후 비교



2) 스트레스 대처 의 집단 내 변화 분석

마음챙김에 기반한 인지치료를 실시한 실험집단의 사전, 사후 및 추후 측정한 스트레스대처의 평균과 표준편차는 <표 15>에 제시하였다.

<표 15> 실험집단의 스트레스 대처 사전-사후-추후 검사
일원 반복측정 ANOVA 결과

척도	실험집단(n=12)			F	
	사전M(SD)	사후M(SD)	추후M(SD)		
스트레스대처	159.25(19.25)	170.42(22.36)	159.92(27.94)	1.49	
스트레스 대처	문제중심	53.92(9.46)	58.83(10.88)	55.50(11.38)	2.07
	사회지지	15.08(4.42)	17.00(3.59)	16.17(3.19)	1.12
	정서완화	59.75(5.91)	61.58(6.58)	57.33(10.20)	1.30
	소망사고	30.50(4.27)	33.00(4.90)	30.92(7.04)	1.31

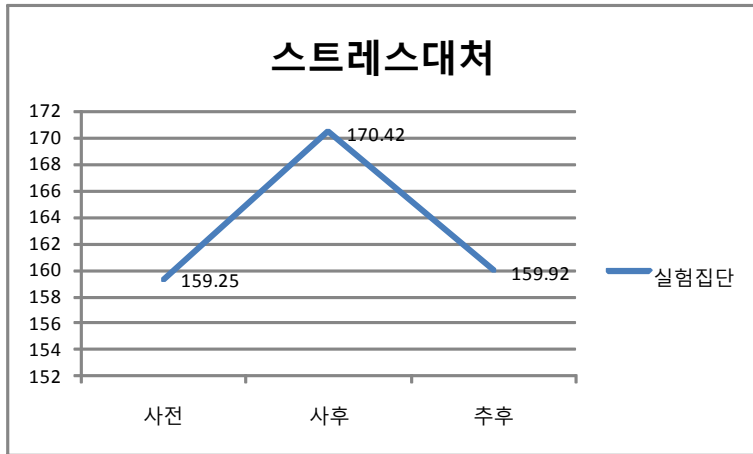
<표 16> 실험집단의 스트레스대처 사전-사후, 사전-추후, 사후-추후 점수의 차이검증

척도	사후검증(대응별 비교)			
	사전-사후(p)	사전-추후(p)	사후-추후(p)	
스트레스대처	11.17(.125)	.67(1.00)	-10.50(.555)	
스트레스 대처	문제중심	4.92(.071)	1.58(.911)	-3.33(.601)
	사회지지	1.92(.466)	1.08(.864)	-8.33(.767)
	정서완화	1.83(.712)	-2.42(.815)	-4.25(.455)
	소망사고	2.50(.128)	.42(.994)	-2.08(.681)

<표 16>을 보면 스트레스대처(F=1.49, p=.25)의 사전-사후-추후 일원반복측정 ANOVA 결과 그 하위요인인 문제중심적대처(F=2.07,

p=.151) 사회적지지추구(F=1.12, p=.345), 정서완화적대처(F=1.30, p=.294), 소망적사고대처(F=1.31, p=.290)에서 모두 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다.

<그림 7> 실험집단의 스트레스대처 사전-사후-추후 비교



3) 자아존중감의 집단 내 변화 분석

마음챙김에 기반한 인지치료를 실시한 실험집단의 사전, 사후 및 추후 측정한 자아존중감의 평균과 표준편차는 <표 17>에 제시하였다.

<표 17> 실험집단의 자아존중감 사전-사후-추후 검사
일원 반복측정 ANOVA 결과

척도	실험집단(n=12)			F
	사전M(SD)	사후M(SD)	추후M(SD)	
자아존중감	25.50(2.54)	29.75(3.11)	25.92(2.07)	11.18***

*** p<.001

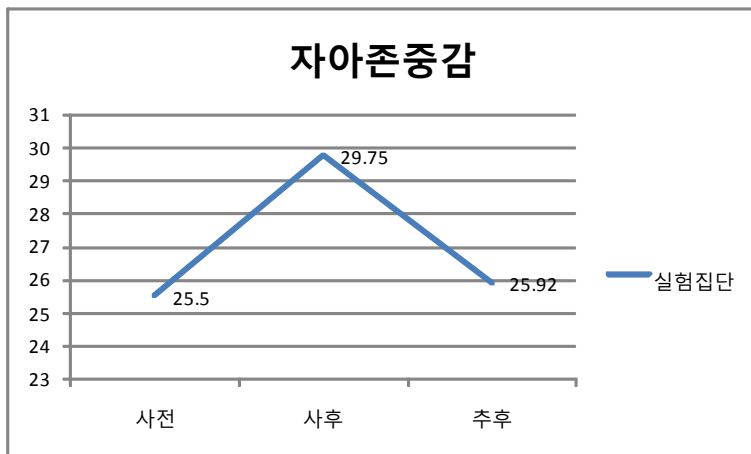
<표 18> 실험집단의 자아존중감 사전-사후, 사전-추후, 사후-추후 점수의 차이검증

척도	사후검증(대응별 비교)		
	사전-사후(p)	사전-추후(p)	사후-추후(p)
자아존중감	4.25**(.008)	.42(.940)	-3.83*(.012)

*p<.05, **p<.01

<표 17>를 보면, 자아존중감(F=11.18, p=.000)는 사전-사후-추후 점수간 통계적으로 유의미한 차이를 나타내었다. 사후검증결과는 <표 18>에 제시하였는데, 사전-사후(p=.008)와 사후-추후(p=.012)는 통계적으로 유의한 차이가 보였지만 사전-추후(p=.94)는 통계적으로 유의한 차이가 없어 프로그램의 효과가 지속적이지 않았다.

<그림 8> 실험집단의 자아존중감 사전-사후-추후 비교



4) BPRS의 집단 내 변화 분석

마음챙김에 기반한 인지치료를 실시한 실험집단의 사전, 사후 및 추후 측정된 자아존중감의 평균과 표준편차는 <표 19>에 제시하였다.

BPRS($F=15.37$, $p=.000$)와 그 하위요인 철퇴/지연($F=6.55$, $p=.006$), 불안/우울($F=11.37$, $p=.000$), 적대/의심($F=10.70$, $p=.001$), 동요/흥분($F=9.73$, $p=.001$)은 유의하게 프로그램의 효과가 지속되고 있는 것으로 나타났다. 그러나 하위요인 사고장애($F=1.62$, $p=.221$)는 통계적으로 유의하지 않았다. <표 20>을 보면, 사전-추후 대응별 비교에서 BPRS 전체점수($p=.002$)와 불안/우울($p=.019$), 적대/의심($p=.021$), 동요/흥분($p=.018$)은 프로그램의 효과가 6주후 추후검사에서도 유지되었다. 그러나 철퇴/지연($p=1.83$)은 프로그램의 효과가 지속되지 않았다.

<표 19> 실험집단의 BPRS 사전-사후-추후 검사
일원 반복측정 ANOVA 결과

척도	실험집단(n=12)			F	
	사전M(SD)	사후M(SD)	추후M(SD)		
BPRS	33.33(9.44)	16.42(7.09)	18.17(9.51)	15.37***	
하위 요인	사고 장애	2.5(2.54)	1.58(1.68)	1.75(1.71)	1.62
	철퇴 지연	6.00(2.80)	3.33(2.39)	4.25(3.44)	6.55**
	불안 우울	8.67(3.39)	4.67(1.92)	4.75(2.14)	11.37***
	적대 의심	6.17(4.61)	1.92(1.73)	2.42(2.19)	10.70**
	동요 흥분	3.75(1.86)	1.58(1.24)	1.58(1.00)	9.73**

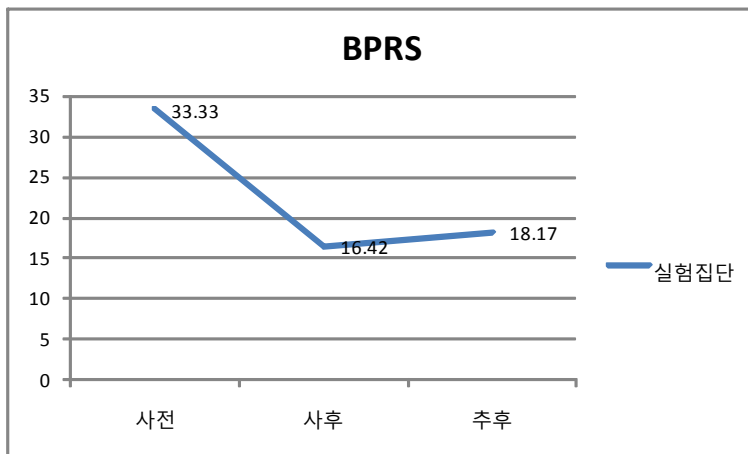
** $p<.01$, *** $p<.001$

<표 20> 실험집단의 BPRS 사전-사후, 사전-추후, 사후-추후 점수의 차이검증

척도	사후검증(대응별 비교)			
	사전-사후(p)	사전-추후(p)	사후-추후(p)	
BPRS	-16.92**(.002)	-15.17**(.008)	1.75(.804)	
하위 요인	사고 장애 철퇴 지연	-.92(.440)	-.75(.562)	.17(.953)
	불안 우울	-4.00*(.011)	-3.92*(.019)	.083(.997)
	적대 의심	-4.25*(.018)	-3.75*(.021)	.50(.554)
	동요 흥분	-2.17*(.022)	-2.17*(.018)	.00(1.000)

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

<그림 9> 실험집단의 BPRS 사전-사후-추후 비교



V. 논의

1. 연구의 결과 논의

본 연구는 만성정신분열병 환자들을 대상으로 마음챙김에 기반한 인지치료(MBCT)의 효과성 검증을 목적으로 수행되었다. 서울에 위치한 정신장애인 사회복지시설입소자 중에서 지능지수가 80이상이며, 증상이 안정된 대상자를 선별하여 실험집단과 통제집단으로 무선할당하여 배정하였고, 프로그램의 효과성을 검증하기 위하여 역기능적태도척도(dysfunctional attitude scale), 백의 우울척도(BDI), 상태특성불안척도(STAI), 자아존중감척도, 간이정신진단척도(BPRS) 척도를 사용하여 사전, 사후, 추후 검사를 실시하였다.

본 연구의 결과를 요약하면 다음과 같다.

첫째, 마음챙김에 기반한 인지치료에 참여한 실험집단의 역기능적 태도의 수준 변화를 분석한 결과, 사전-사후, 사전-추후 비교에서 역기능적 태도가 유의미하게 개선되었다. 반면 통제집단에서는 역기능적태도의 변화가 유의미하지 않았다. 이 결과는 마음챙김에 기반한 인지치료가 만성정신분열병 환자들의 역기능적태도 변화에 효과가 있다는 것을 보여주는 결과이다. 그러나 극단값을 배제하지 않아 실험집단의 표준편차가 큰 결과가 나왔는데 이는 역기능적인 태도가 극단적으로 높은 참여자들의 점수 변화가 미친 영향 때문이다. 본 연구에서는 실험집단의 집단원 규모가 작아 극단값을 제거하였을 경우 다른 척도의 결과에 미치는 효과가 달라질 우려가 있어 극단값을 배제하지 않았다. 연구문제 1의 연구결과는 마음챙김에 기반한 인지치료가 심리적 차원에 대하여 치료적 효과를 가지고 있음을 나타내는 것이다. 이는 Hollon, Kendall과 Lumary(1986)의 연구결

과와 Reda, Carpinello, Secchiaroli와 Blanco(1985)의 연구와 일치한다.

BDI 우울점수에 있어서 실험집단의 사전-사후 비교에서는 우울점수의 수준이 감소하였으나 통계적으로 유의하지는 않았다. 하지만 실험집단의 사전-추후 대응비교에서는 유의미하게 점수가 낮아졌다. 반면 통제집단에서는 사전-사후, 사전-추후 비교 모두에서 유의미한 차이가 없었다. 이는 우울점수의 감소가 마음챙김에 기반한 인지치료의 효과라고 볼 수 있다. 본 연구에서 우울이 감소한 것은 MBCT가 우울증상에 긍정적 효과가 있다는 것을 검증한 선행연구들과 일치한다(Barnhofer et al., 2009; Finucane & Mercer, 2006; Kingston et al., 2007). 우울은 역기능적 태도와 상관이 높아 역기능적태도를 개선할 경우 우울도 낮아졌다는 윈두리(1992)의 선행연구와도 일치한 결과를 보였다. 윈두리(1992)는 역기능적 태도가 높은 사람들은 역기능적 태도가 낮은 사람보다 부정적 스트레스 사건을 경험한 후 더 우울점수가 증가하였고 긍정적 스트레스 사건을 경험한 후에는 더욱 우울점수의 감소가 심하였다고 보고하였다. 이 결과는 역기능적 태도가 높을수록 우울 수준이 높다는 박희석과 오상우(1993), 이훈진(1998)의 연구 결과와 일치한다. 박희석과 오상우(1993)는 역기능적 태도가 높아서 우울 정도가 높은 경우, 대처 사용을 증진시켜 역기능적 태도가 미치는 영향력을 완화시키고, 이로 인해 우울을 감소시킬 수 있다고 하였다. 따라서 역기능적 태도를 줄여주는 인지치료적 개입과 동시에 대처 능력 증진을 위한 중재가 필요하다고 할 수 있다.

STAI 불안 점수에 있어서는 실험집단과 통제집단간의 사전-사후, 사전-추후 간에 유의미한 차이가 없었다. 이 결과는 MBCT가 일반화된 불안장애와 공황장애 및 강박장애 등의 불안 증상감소에 긍정적인 것으로 나타난 연구들(김전모, 전미애, 2009; Evans et al., 2008; Finucane & Mercer, 2006; Kim et al., 2009; Yook, 2009)과 상반된 결과이다. 본

연구의 결과에서 불안의 효과가 없는 이유는 만성정신분열병 환자의 특성에서 찾아볼 수 있다. 만성정신분열병 환자들은 스트레스에 직면할 때 불안을 통제하려고 시도한다. 그 결과 불안은 통제하려 노력할수록 그 결과가 사실상 부정적인 역설적 효과(negative paradoxical effects)를 나타낸다(Ascher, 1989). 즉 불안에 대한 경험을 최소화 하려는 시도나 노력은 역설적으로 불안을 증가시키고, 이로 인해 내적인 불안이 더 증가하게 된다(Craske, Street, & Barbow, 1989).

둘째, 본 프로그램 실시 후 실험집단의 스트레스대처 점수 변화를 분석한 결과, 사전-사후, 사전-추후 점수간의 유의한 차이가 있었다. 스트레스 대처의 하위요인인 문제중심적 대처, 소망적 사고 대처에서는 유의한 차이가 있었지만 사회적지지 대처와 정서완화적 대처에서는 유의한 차이가 없었다. 문제중심적 대처와 소망적사고 대처에서 프로그램의 효과가 나타난 것은, 문제중심적 대처는 마음챙김에 기반한 인지치료가 특히 인지행동치료(CBT) 교육을 통하여 역기능적인 사고를 수정하는 작업을 통하여 스트레스 상황에서 문제중심적으로 대처할 수 있는 훈련하였고, 소망적사고 대처는 '3분호흡명상'과 '자애명상'을 통하여 정신과적 증상을 '수용하기'를 집중적으로 훈련한 결과인 것으로 보인다. 한편 스트레스대처 효과가 지속되지 않은 이유는 MBCT는 프로그램의 효과를 보기 위해서는 매일 정기적으로 스스로 수행하는 것이 중요하다. 그러나 실험에 참가한 집단원들의 대부분이 구조화된 프로그램 시간이외에 따로 시간을 내서 과제를 제대로 수행하지 않아 그 효과가 지속되지 않았다고 볼 수 있다. 이는 최승애(2003)의 연구에서와 맥락을 같이 하는데 역기능적 신념은 스트레스 대처방식에 직접적인 영향을 미치며 역기능적 신념이 높음에 따라 상황에 보다 소극적으로 대처한다고 하였다. 이는 적극적 대처 행동을 하지 못하는 이유가 부정적 인지에 있음을 시사한 것과 맥을 같이 한

다. 또한 조증렬과 조형희(1997)의 연구에서도 정신장애에서 장애가 심할수록 스트레스에 소극적 대처방식을 사용하는 경향이 있다고 보고하였다.

셋째, MBCT가 자아존중감에 미치는 효과를 분석한 결과 실험집단의 사전-사후 비교에서 유의미한 향상이 있었다. 하지만 6주후 추후검사에서는 프로그램의 효과성이 지속되지 않았다. 통제집단에서는 사전-사후, 사전-추후 비교 모두에서 유의한 차이가 없었으며 오히려 사후검사에서 자아존중감이 더 감소한 것으로 나타났다. 이는 MBCT 프로그램 기간동안 격려와 지지를 받으면서 자아존중감에 영향을 준 것으로 보이며 이와 같은 결과가 MBCT 프로그램의 효과라고 할 수 있는지의 여부는 명확하지 않다. 하지만 통제집단의 경우 자아존중감이 사후검사에서 오히려 크게 감소하였는데 이는 정신장애인들은 긍정적인 면보다 부정적인 사건에 더 민감하고 스스로의 가치에 대해 비판적으로 생각하는 경향이 더 많아 자아존중감이 낮기 때문에 지속적으로 지지와 격려를 해줘야 함을 보여주고 있다.

넷째, 마음챙김에 기반한 인지치료가 만성정신분열병 환자들의 정신과적증상에 미치는 효과를 분석하고, 정신분열병 환자들이 작성한 자기보고식 척도들과의 차이를 객관적으로 비교해 보기 위하여 사회복지시설에 근무중인 정신보건요원들이 간이정신진단척도(BPRS)를 평가하였다. 평가 결과, 마음챙김에 기반한 인지치료가 사전-사후 비교에서 정신과적증상에 유의한 효과를 보였으며, 사전-사후-추후 검사에서도 그 효과가 지속된 것으로 나타났다. 실험집단의 BPRS 전체점수와 하위요인을 각 사전점수를 통제하여 공분산분석으로 분석한 결과 BPRS전체점수, 사고장애, 철퇴/지연, 불안/우울, 적대/의심에서 통계적으로 유의미한 차이를 보였다. 하위요인 중 동요/홍분은 통계적으로 유의미한 경향성을 보였다. 프로그

램 효과의 지속성을 분석한 결과 BPRS 전체점수와 하위요인인 철퇴/자연, 불안/우울, 적대/의심, 동요/흥분은 유의하게 프로그램의 효과가 지속되고 있는 것으로 나타났다. 그러나 사고장애는 통계적으로 유의하지 않아 프로그램의 효과가 지속되지 않았다. 통제집단은 BPRS 사전-사후 대응비교에서 유의한 차이가 없었다. BPRS 하위요인들 역시 유의하지 않았다.

위와 같은 결과들을 종합해보면 본 연구에서 실시한 마음챙김에 기반한 인지치료(MBCT)가 만성정신분열병 환자의 역기능적태도, 우울, 스트레스대처, 자아존중감 향상에 효과적이라고 볼 수 있다.

2. 연구의 제한점과 제언

본 연구의 제한점과 그에 따른 제언은 다음과 같다.

첫째, 본 연구는 서울에 위치한 Halfway-House와 사회복지시설의 입소자들 중에서 지능지수가 80 이상이고 증상이 안정된 입소자들을 대상으로 했기 때문에 본 연구의 효과를 전체 만성정신분열병 환자로 일반화하는데 제한점이 있다.

둘째, 연구 대상자 모집이 힘들어 실험설계를 비교집단없이 실험집단과 통제집단으로만 구성하여 프로그램의 효과가 순수한 프로그램 처치의 효과인지 가의변인으로 인한 결과인지를 비교할 수 없었다는 것이다. 정신장애인 지역사회복지시설의 특성상 소규모 정원이자보니 만성정신분열병 환자들 중에서 본 연구에 적합한 대상자를 구하기가 힘들었고, 또한 대상자가 퇴소를 하게 되면 본 연구에 지속적으로 참여시키는

것이 어려웠다. 차후 연구에서는 이러한 제한점을 고려하여 비교집단까지 설계하여 프로그램을 진행한다면 효과성의 차이를 보다 유의미하게 설명할 수 있을 것이다.

셋째, 만성정신분열병 환자들의 상태를 객관적으로 측정할 수 있는 척도의 부재이다. 역기능적태도, BDI, STAI, 자아존중감을 측정하기 위하여 자기보고식 설문지를 사용하였는데 사후검사와 추후검사시 학습효과와 이월효과를 배제할 수 없었고, 특히 이해력이 떨어진 환자들의 경우 설문지 작성시 범하게 되는 오류를 통제할 수 없었다. 이러한 자기보고식 설문지의 한계를 극복하기 위하여 BPRS를 정신보건요원들이 평정하도록 하였으나, 사후검사와 추후검사에서는 평정자들간의 신뢰도를 확보하였으나 사전검사에서 평정자들간의 신뢰도를 확보하지 못하여 평정점수의 차이를 단순비교하기에는 무리가 있었다. 향후 연구에서는 평정자들간의 신뢰도를 확보하여야 할 것이고 만성정신분열병의 특성을 잘 반영할 수 있는 객관적인 척도를 추가하여야 할 것이다. 또한 정신과적 증상의 측정의 경우 보다 전문가들이 평정하도록 하여 평정결과와 신뢰도를 향상시키도록 해야 할 것이다.

넷째, 마음챙김 명상은 특히 뇌를 활성화시켜 정서적인 안정감과 주의력을 향상시키는 것으로 잘 알려져있다. 본 연구는 만성정신분열병 환자들을 대상으로 하였기 때문에 이를 검증하기 위해 신경심리평가와 뇌영상기법 등을 통하여 만성정신분열병 환자들의 주의력, 집중력, 집행기능 및 정서반응 등을 측정하였다면 보다 더 객관적으로 프로그램의 효과성을 검증할 수 있었을 것이다. 하지만 여러 제반 요건과 환경적인 제한으로 실행할 수 없는 한계가 있었다. 향후 연구에서는 신경심리평가와 뇌의 활성화를 측정을 실시한다면 심리치료의 효과를 보다 더 객관적으로 검증할 수 있을 것이다.

다섯째, 마음챙김에 기반한 인지치료는 꾸준히 매일 수행하는 것이 무엇보다 중요하다. 그러나 프로그램에 참여한 대부분의 대상자들이 매 회기마다 제시되는 과제를 제대로 실천하지 않은 상태에서 프로그램에 참여하였다. 실무자나 보호자들이 만성정신분열병 환자로 하여금 매일 꾸준히 실습할 수 있도록 환경과 시간을 좀더 세심하게 구조화해 주고 지도해준다면 보다 더 나은 연구결과를 얻을 수 있을 것이다.

만성정신분열병 환자들을 대상으로 마음챙김에 기반한 인지치료를 실시할 경우 그 치료의 효과를 보기 위해서는 최소한 6개월 이상의 중장기간의 연구가 필요할 것이다. 그리고 집단상담과 함께 개별상담을 진행한다면 더 효과를 극대화시킬 수 있을 것이다.

3. 연구의 의의

위와 같은 제한점에도 불구하고 본 연구는 다음과 같은 의의를 갖는다.

첫째, 마음챙김에 기반한 인지치료를 만성정신분열병 환자들의 특성에 맞게 재구성하여 진행하여 그 효과성을 검증하였다는 것이다. 특히 마음챙김에 기반한 인지치료가 역기능적 태도와 우울, 스트레스대처, 자아존중감 및 정신과적 증상에 효과가 있음을 검증하였다.

둘째, 마음챙김에 기반한 인지치료는 만성정신분열병 환자들의 정신과적 증상의 개선에도 효과적일 것이라는 가설을 검증하였다는 것이다. 마음챙김에 기반한 인지치료는 마음챙김 명상과 인지행동치료를 접목한 프로그램으로서, 마음챙김 명상은 본인이 겪고 있는 어려움들을 알아차리고 수용하도록 하여 짧은 시간 안에 심신을 진정시키는 효과가 있었고, 인지행동치료 교육은 참여 대상자들의 인지재구조화 작업 등을 통하여 인지적

인 오류, 비합리적인 신념, 부정적이고 비관적인 태도 등을 수정하여 정신과적인 증상들을 보다 잘 이해하고 수용하는데 도움이 되도록 하였다. 실제로 프로그램에 참여한 대상자들의 대부분이 프로그램 참여 후 정신이 맑아지고, 마음이 편안해졌다는 주관적인 보고를 하였다.

셋째, 마음챙김에 기반한 인지치료가 정신장애인 사회복지시설의 집단 상담 프로그램으로서 적용할 수 있을 것인지에 대한 적합여부를 확인하였다는 점이다. 지역사회 정신장애인 사회복지 프로그램은 사회적응훈련, 직업훈련, 사회기술훈련 등 다양하게 운영되고 있으나, 환자들의 심리적인 불편감을 해소시킬 수 있는 프로그램이 부족한 상황이다. 마음챙김에 기반한 인지치료는 실무자가 숙련된 지도자로부터의 전문수련을 받은 후 프로그램을 진행한다면 다른 사회재활프로그램에 비하여 시간적, 경제적, 장소적인 제약을 덜 받으며 정신분열병 환자들의 증상개선에 도움을 줄 수 있을 것으로 기대된다.

참 고 문 헌

- 고려대학교 부설 행동과학연구소(2009). **심리척도핸드북 II**. 학지사.
148-150.
- 김설환 (2010). **한국형 마음챙김 스트레스 감소에 기반을 둔 인지치료 프로그램이 대학생의 우울, 자살생각 및 충동성에 미치는 효과**. 한국심리학회지: 임상 29(1), pp. 189-204.
- 김완석 (2010). **K-MBSR과 MBSR의 이론적 토대와 프로그램 비교: K-MBSR의 확립을 위한 개관연구**. 한국명상치유학회지: 1(1), 17-39.
- 김정숙 (2001). **정신분열병 환자를 위한 현실요법 중심: 정신재활 프로그램개발 및 효과**. 경희대학교 대학원. 석사학위논문.
- 김정호 (2010). **마음챙김과 긍정심리학 중재법의 통합 프로그램을 위한 제언**. 한국심리학회지: 건강, 15(3), 369-387.
- 김창운 (2001). **정신장애 평가도구**. 하나의학사
- 김효신 (2007). **정신분열병 입원환자의 흡연과 우울, 불안, 스트레스 대처방식**. 가톨릭대학교 대학원. 석사학위논문.
- 남윤영, 이홍식, 김찬형 (2003). **정신분열병과 자살**. Schizophrenia Clinics 6(1): 12-16
- 민성길 (2009). **최신정신의학**. 일조각. pp. 242-299
- 박경애 (1997). **인지·정서·행동치료**. 학지사.
- 박석 (2001). **명상길라잡이**. 도솔출판사.
- 박승일 (2008). **정신분열병 환자의 스트레스 관리 훈련의 효과성 연구**. 숭실대학교 대학원. 석사학위논문.
- 배명숙 (2008). **정서관리훈련프로그램이 정신분열병환자의 정서표현, 정**

- 서행동 및 대인관계에 미치는 효과. 동신대학교 대학원. 석사학위
문.
- 배다현 (2008). 마음챙김에 기초한 인지치료가 공동의존에 미치는 영
향. 영남대학교 대학원. 석사학위논문.
- 송지영 (2009). 정신증상: 기술과 이해. 집문당.
- 신아영 (2008). 정서 마음챙김이 정서인식의 명확성과 인지적 정서조
절, 신체 증상 및 웰빙에 미치는 효과. 덕성여자대학교 대학원.
석사학위논문.
- 원두리 (2010). 인지적 및 정서적 마음챙김이 청소년의 주관적 웰빙
에 미치는 영향에서 스트레스 대처방식의 매개효과. 한국심리
학회지: 건강, 15(3), 427-443.
- 오정혜 (2009). 마음챙김명상에 기초한 인지치료가 기혼여성의 우울
에 미치는 효과. 영남대학교 대학원. 박사학위논문.
- 유수현 (1997). 임상사회사업분야에서 스트레스 관리기법의 활용. 한
국정신보건사회사업학회지. 4. pp. 145-168.
- 유승연 (2010). 마음챙김 명상이 화병 증상과 우울, 불안, 스트레스
에 미치는 효과 : 중년 여성을 대상으로. 덕성여자대학원 석사논
문.
- 윤다영 (2009). 정신분열병과 주요 우울증 환자의 실행 기능 비교. 가
톨릭대학교 대학원. 석사학위논문.
- 이경아 (2010). 만다라 집단미술치료가 정신분열증 환자의 자아존중
감에 미치는 효과. 순천향대건강과학대학원 석사학위논문.
- 이수정, 안석균 (2000). 정신분열병환자들의 정서조절과정에 있어서의
특성. 한국심리학회지: 임상, 19(3), 269-279.
- 이희영 (2009). 마음챙김명상이 극대화자의 극대화수준 및 역기능적

- 태도에 미치는 효과. 덕성여자대학교 대학원. 석사학위논문.
- 장영수 (2010). **고등학생의 마음챙김에 기초한 스트레스 감소 프로그램 경험에 관한 질적연구**. 한국명상치유학회지: 1(1), pp.57-70.
- 장현갑 (2010). **심신의학에 있어서 이론적 논점**. 한국명상치유학회지: 1(1), 1-12.
- 장현갑 (2010). **스트레스는 나의 힘**. 불광출판사.
- 장현갑 (2009). **마음 vs 뇌**. 불광출판사.
- 조성옥 (2009). **도예치료가 입원치료 중인 정신분열병 환자의 불안 및 우울, 삶의 질에 미치는 영향**. 원광대 대학원. 박사학위논문.
- 천은진 (2007). **정신분열병 환자의 우울증상에 미치는 요인**. 영남대학교대학원. 박사학위 논문.
- 최동애 (1991). **만성정신분열증 환자의 스트레스와 스트레스 대처에 관한 연구**. 이화여자 대학교 대학원. 석사학위논문.
- 최명희 (2009). **스트레스 관리 프로그램이 만성 정신질환자의 정신건강, 대처방식, 자아존중감에 미치는 효과**. 이화여대대학원. 석사학위논문.
- Aaron T. Beck: 원호택 옮김 (1997). **우울증의 인지치료**. 학지사.
- Abba N et al. (2008). *Responding mindfully to distressing psychosis: a grounded theory analysis*. Psychother Res. 2008;18:77--87.
- Bleuler, E., (1950). *Dementia praecox or the group of schizophrenia*(tran. Zinkin. J). International Universities Press, New York.

- Batten, S. V., & Hayes, S. C. (2005). *Acceptance and commitment therapy in the treatment of comorbid substance abuse and post-traumatic stress disorder*. *Clinical Case Studies*, 4(3), 246.
- Brenner, C. (1973). *An elementary textbook of psychoanalysis*. International Universities Press New York.
- Chichester (2006). *Person Based Cognitive Therapy for Distressing Psychosis*. UK: John Wiley & Sons.
- Christopher K. Germer, Ronald D. Siegel, Paul R. Fulton, 김재성 옮김 (2009). *마음챙김과 심리치료*. 도서출판 무수.
- Chris Mace: 안희영 옮김 (2010). *마음챙김과 정신건강*. 학지사.
- Cynthia G. Last & Michel Hersen 공저. 김영환, 백용매, 홍상환 공역 (1993). *성인행동치료사례집*. 학지사.
- Eifert, G. H., & Forsyth, J. P. (2005). *Acceptance & commitment therapy for anxiety disorders: A practitioner's treatment guide to using mindfulness, acceptance, and values-based behavior change strategies*. New Harbinger Pubns Inc.
- Evan M. Forman (2007). *A Randomized Controlled Effectiveness Trial of Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Therapy for Anxiety and Depression*. behavior modification
- Feldner, M. T., Zvolensky, M. J., Eifert, G. H., & Spira, A. P. (2003). *Emotional avoidance: An experimental test of individual differences and response suppression using*

biological challenge. Behaviour Research and Therapy, 41(4), 403–411.

Finch, A. J., Simon, N. P., & Nezu, C. M. (2006). *The future of clinical psychology: Board certification*. Clinical Psychology: Science & Practice, 13(3), 254–257.

Greenberg, L. S., & Safran, J. D. (1987). *Emotion in psychotherapy*. Guilford Press New York.

Greenberg, L. S., & Safran, J. D. (1989). *Emotion in psychotherapy*. American Psychologist, 44(1), 19–29.

Hannigan, B., Edwards, D., & Burnard, P. (2004). *Stress and stress management in clinical psychology: Findings from a systematic review*. Journal of Mental Health, 13(3), 235–245.

Hayes, S. (1999). Wilson (1999) SC hayes, KD strosahl and KG wilson, *acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*.

Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., et al. (2004). *Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model*. The Psychological Record, 54(4), 553–579.

Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). *Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and*

treatment. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64(6), 1152–1168.

Joan Borysenko, Miroslav Borysenko 공저: 장현갑, 추선희, 김종성 공역 (2006). **마음이 지닌 치유의 힘**. 학지사

Louanne W. Davis (2007). *Mindfulness: An Intervention for Anxiety in Schizophrenia*. Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services Vol. 45 No. 11.

Mueser, K. T. & Gingerich. S. (1994). *Coping with Schizophrenia*. Oakland: New Harbinger Publications, Inc.

Paul Chadwick et al. (2005). *Mindfulness Groups for People with Psychosis*. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33: 351–359

Robert L, Leahy, Stephen J. Holland: 박경애 외 공역 (2008). **우울과 불안 장애의 치료계획과 개입방법**. 시그마프레스.

Roy A, Schreiber J, Mazonson A, Picker D: *Suicidal behaviour in chronic schizophrenia*. Can. J. Psychiatry 31: 737–749, 1986.

Ruth A. Baer: 안희영 외 공역 (2009). **마음챙김에 근거한 심리치료**. 학지사.

Sadock BJ, Sadock VA: *Synopsis of Psychiatry*, 9th Ed. Williams and Wilkins, Baltimore, 2003, p582.

Sara Tai et al. (2009). *The Evolution of Cognitive Behavior Therapy for Schizophrenia: Current Practice*. Schizophrenia Bulletin vol. 35 no. 5 865--873

Schafer, W. (2000). *Stress Management for Wellness*. New York: Harcourt College Publishers.

Segal, Z.V., Williams, J.M.G., & Teasdale, J.D. 공저: 이우영, 조선미, 황태연 공역 (2006). **마음챙김 명상에 기초한 인지치료**. 학지사.

Wright, Basco, & Thase 공저: 김정민 옮김 (2009). **인지행동치료**. 학지사.

ABSTRACT

The effects of Mindfulness-based Cognitive Therapy(MBCT) on the Dysfunctional Attitude, Stress Coping Skills and Self-esteem of the patients with chronic schizophrenia

Min Seok, Park

Department of psychology

The Graduate School of

Sungshin Woman's University

The purpose of this study was to investigate the effects of Mindfulness-based cognitive therapy(MBCT) on the dysfunctional attitudes, stress coping skills, self-esteem and psychiatric symptoms of the patients with chronic schizophrenia.

The subjects of this study were peoples with chronic schizophrenia who reside in the mental health institutions such as Halfway houses in Metropolitan Seoul areas. The subjects of IQ of 80 and chronic psychiatric symptoms for the last of five years was recruited, and were randomly assigned in two group(an experimental group and a

control group). Each group members consisted of twelve subjects, but five participates in control group were dropped out because of moving out the other center. The final study groups consisted of twelve experimental and seven control group subjects.

The program was run by the trained clinicians twice a week for six weeks. The length of each session was 70 minutes. Tools to measure The measurements were DAS(Dysfunctional Attitude Scale), BDI, STAI, Stress Copying Skills Scale, Self-esteem Scale and BPRS(Brief Psychiatric Rating Scale). The data were analyzed by PASW Statistics 18.0.

The results were as follows :

First, there was a statistically significant improvement of dysfunctional attitudes and depression for the experimental group but not the control group. That this effects continued for following six weeks after the program. The effect on anxiety, however, was not significantly improved.

Second, the effect of program on stress copying skills was statistically significant. The Stress copying skills were partially improved, but the improvement of program effects weren't maintained during the follow-up test.

Third, the self-esteem of experimental group with MBCT program showed the statistically significant change for the better. However, the effect was not sustained for long.

Finally, the psychiatric symptom also significantly improved and the changes of these symptoms were maintained in follow-up assessment.

In conclusion, the study showed that the Mindfulness-based cognitive therapy can be helpful to and beneficial for the patients with chronic schizophrenia, and can be effective in improving the life qualities of them.

Key words : MBCT, Chronic schizophrenia, Dysfunctional attitude,
Stress copying

부 록

- 부록 1. 프로그램 소개
- 부록 2. 역기능적태도 척도
- 부록 3. Beck 우울 척도
- 부록 4. STAI 척도
- 부록 5. 스트레스대처 척도
- 부록 6. 자아존중감 척도
- 부록 7. 간이정신진단 척도
- 부록 8. 바디스캔
- 부록 9. 호흡명상
- 부록 10. 3분 호흡하기

부록 1. 프로그램소개

만성정신분열병 환자를 대상으로 한
마음챙김 인지치료 프로그램

"카르페 디엠(Carpe Diem)"

- ◆ **프로그램 목적** : 만성 정신분열병 환자들의 역기능적 태도를 개선하고 스트레스 대처 능력을 향상시켜 증상과 연관된 심리적인 디스트레스를 감소시켜줌으로써, 재입원율을 낮추고 좀더 편안한 마음으로 일상생활을 잘 수행할 수 있도록 한다.
- ◆ **회 기** : 총 12회기
- ◆ **시 간** : 주 2회, 70분
(CBT 교육 30분 + 마음챙김 실습 20분 + 나눔 20분)
- ◆ **참여대상 및 인원** : 사회복지시설 입소회원, 12명
- ◆ **사전, 사후, 추후 평가**
역기능적 태도, BDI, STAI, 스트레스 대처 척도, SES, BPRS

'카르페 디엠' 프로그램 참여 서약서

1. 본인은 프로그램 시간에 특별한 사유없이 지각이나 결석하지 않고 성실하게 참여 하겠습니다.
2. 본인은 프로그램 과정에 적극적으로 참여하고 본인이 느낀 내용을 솔직하게 공개하겠습니다.
3. 본인은 프로그램 시간에 알게 된 집단원의 비밀이나 사생활을 존중하고 외부에 누설하거나 나쁘게 이용하지 않겠습니다.
4. 본인은 프로그램 진행과정 내용에 대해 녹음, 촬영 및 기록하는 것을 허락하겠습니다.
5. 본인은 상대방이 말한 내용을 비난하거나 무시하지 않고 잘 경청하겠습니다.
6. 본인은 프로그램 후 제시한 과제를 매일 빠트리지 않고 잘 수행하겠습니다.
7. 본인은 본 프로그램을 통하여 설정한 목표를 달성하기 위하여 노력하겠습니다.

본인은 위 내용을 잘 이해하였으며 프로그램의 규칙들을 잘 지키고 성실하게 참여할 것임을 서약합니다.

2011년 월 일

성 명: _____(서 명)

별 칭: _____

마음챙김 명상에 기반을 둔 인지치료(MBCT) 프로그램

회기	주제	목표	내용
1	사전척도 검사	1. 척도검사하기	DAS, BDI, STAI, 스트레스대처, SES, BPRS
2	프로그램 소개	1. 라포 형성. 2. 프로그램의 이해 3. 프로그램 목표 설정.	- 진행요원 소개 - 참여자 소개/ 별칭짓기 - 프로그램 소개 - 동영상자료 시청 - 참여서약서 작성하기
3	마음챙김 인지치료 소개	1. MBCT 이해하기 2. 신체감각, 생각, 감정 구분하기 3. 자동조정 이해하기	- 마음챙김 설명 - 마음챙김 7가지 태도 - 3분 호흡 명상 - 자동조종 이해하기 - 신체감각, 생각, 감정, 소망, 행동 구분하기 - 건포도 먹기 명상 실습
4	인지행동 모델의 이해	1. ABC 모형 이해하기 2. 즐거운 사건 알아차리기	- ABC 모형 설명 - 3분 호흡 명상 - 즐거운 사건 알아차리기 - 자기대화 연습 - 바디스캔 실습
5	방황하는 마음 알아차리기	1. 방황하는 마음 알아차리기 2. 불쾌한 사건 알아차리기	- 즐거운 사건 알아차리기 - 3분 호흡 명상 - 불쾌한 사건 알아차리기 - 자기대화연습 - 정좌명상 실습
6	자동적 사고 알아차리기	1. 자동적 사고 이해하기 2. 인지적 오류들 이해하기	- 자동적 사고 이해하기 - 3분 호흡 명상 - 인지적 오류들 알아보기 - 바디스캔 실습 - 자기대화연습 - 정좌명상 실습

7	현재에 머무르기	<ol style="list-style-type: none"> 1. 현재 경험하고 있는 디스트레스 알아차림 2. 자동화된 부정적 사고 알아차리기 	<ul style="list-style-type: none"> - 현재 겪고 있는 문제 알아차리기 - 3분 호흡 명상 - 자동화된 부정적 사고 알아차리기 - 자기대화연습 - 동영상자료 시청하기
8	수용하기	<ol style="list-style-type: none"> 1. 만성 정신분열증의 증상 이해하기 2. '수용하기' 	<ul style="list-style-type: none"> - 만성 정신분열병 증상 수용하기 - 정좌명상 - 동영상자료 시청 - 시 읽기 - 자기대화 연습
9	생각은 생각일 뿐이다.	<ol style="list-style-type: none"> 1. 호흡명상으로 자각 능력 향상시키기 2. 대안적인 사고훈련 	<ul style="list-style-type: none"> - 3분 호흡하기 - 대안적인 사고 훈련 - 주의돌리기와 주의확장하기 - 정좌명상 - 동영상 자료 시청 - 자기대화 연습
10	자애명상	<ol style="list-style-type: none"> 1. 즐거움과 숙달감을 주는 활동 계획하기 2. 긍정적인 정서 알아차리기 3. 부정적인 정서 대처하기 4. 자애명상으로 긍정적인 정서 키우기 	<ul style="list-style-type: none"> - 자신을 돌보기 - 자애명상 실습 - 긍정적인 정서 알아차림 - 부정적인 정서 대처하기 - 3분 호흡하기
11	향후 대처하기	<ol style="list-style-type: none"> 1. 전체 과정 검토하기 2. 향후 계획하기 3. 자기사랑하기 선언 	<ul style="list-style-type: none"> - 전체 지난 회기 검토 - 계획하기 - 재발 방지 행동 계획 - 자기 사랑하기 선언문 낭독 - 교육 수료 축하파티
12	사후척도 검사	<ol style="list-style-type: none"> 1. 척도 검사하기 	<p>DAS, BDI, STAI, 스트레스대처, SES, BPRS</p>

부록 2. 역기능적 태도 척도 (Dysfunctional Attitude Scale DAS)

아래의 40가지 질문에 대해서 자신이 찬성하는 정도를 1에서 7의 숫자로 표시해 주시기 바랍니다.

1	2	3	4	5	6	7
매우 찬성			중간			매우 반대

- () 1. 사람은 멋지게 생기고 똑똑하고 돈이 많지 않으면 행복해지기 어렵다.
- () 2. 행복이란 다른 사람이 나를 어떻게 생각하든 주로 내 태도에 달려있다.
- () 3. 실수를 하면 아마도 사람들은 나를 전보다 업신여길 것이다.
- () 4. 사람들로 부터 인정을 받으려면 항상 일을 잘 해야만 한다.
- () 5. 작은 일이라도 위험한 모험을 하는 것은 어리석은 일이다. 왜냐하면 그로 인해 큰 재난을 당할 수도 있기 때문이다.
- () 6. 어떤 분야에 특별한 재능이 없어도 다른 사람의 존경과 인정을 받을 수 있다.
- () 7. 나를 아는 대부분의 사람이 나를 칭찬해 주지 않으면 나는 행복해 질 수 없다.
- () 8. 다른 사람에게 도움을 요청하는 것은 나약함의 표시이다.
- () 9. 남들보다 어떤 일을 잘 하지 못한다면 그것은 내가 열등하기 때문이다.
- () 10. 직업(학업)에서의 실패는 한 인간으로서의 실패를 의미한다.
- () 11. 잘 할 수 없는 일은 아예 시작할 필요가 없다.
- () 12. 때로는 실수하는 것도 괜찮다. 왜냐하면 실수로부터 배울 수 있기 때문이다.
- () 13. 내 의견에 동의하지 않는 사람들은 그들이 나를 좋아하지 않는다는 것을 뜻한다.
- () 14. 절반의 실패는 전부 실패한 거나 다름없다.
- () 15. 당신의 실제 모습이 알려지면 사람들은 당신을 전보다 업신여길 것이다.
- () 16. 사랑하는 사람이 나를 더 이상 사랑하지 않는다면, 나는 존재할 가치가 없다.
- () 17. 어떤 일의 최종결과와는 상관없이 과정 속에서 즐거움을 느낄 수 있다.
- () 18. 어느 정도 성공가능성이 있는 일만을 착수해야 한다.

- () 19. 한 인간으로서의 나의 가치는 나에게 대한 다른 사람의 평가에 달려있다.
- () 20. 나 자신에 대해 최고의 기준을 세우지 않는다면 나는 이류인간으로 전락하고 말 것이다.
- () 21. 가치 있는 사람이 되려면, 적어도 한 분야에서 정말 뛰어난 사람이 되어야 한다.
- () 22. 좋은 생각을 많이 가지고 있는 사람이 가치 있는 사람이다.
- () 23. 실수하는 경우, 낭패감을 느끼는 것은 당연하다.
- () 24. 나에게 대한 나의 주관적인 견해가 다른 사람의 견해보다 더 중요하다.
- () 25. 도덕적으로 선하고 가치있는 사람이 되려면 도움을 필요로 하는 모든 사람을 도와야 한다.
- () 26. 자꾸 물어보면, 나는 열등한 사람으로 보일 것이다.
- () 27. 중요한 사람으로부터 인정을 받지 못하는 것은 몹시 고통스런 일이다.
- () 28. 의지할 사람이 없으면 당연히 불행해진다.
- () 29. 나는 나 자신을 혹사시키지 않고도 중요한 목표를 이룰 수 있다.
- () 30. 야단을 맞고도 태연할 수 있다.
- () 31. 사람들은 언제 나에게 등을 돌릴지 모르기 때문에, 믿을 수 없다.
- () 32. 다른 사람이 나를 싫어한다면, 나는 행복할 수 없다.
- () 33. 다른 사람을 기분 좋게 하려면 내 자신의 이익을 포기하는 것이 최상책이다.
- () 34. 나의 행복은 나보다 다른 사람에게 더 달려있다.
- () 35. 행복해지기 위해서 다른 사람의 인정이 반드시 필요한 것은 아니다.
- () 36. 문제를 회피하다 보면 그 문제가 사라져 버리는 경우가 많다.
- () 37. 인생에서 즐거운 것들을 많이 놓쳐 버린다 해도 나는 행복할 수 있다.
- () 38. 다른 사람들이 나에게 대해 어떻게 생각하느냐가 나에게겐 매우 중요하다.
- () 39. 다른 사람들로 부터 고립되게 되면 불행해지기 마련이다.
- () 40. 다른 사람의 사랑 없이도 나는 행복해 질 수 있다.

부록 3. BDI

이름 : _____ 연령 : ____세 성별 : 남 / 녀 작성일 : ____년 ____월 ____일

이 질문지는 여러분이 일상 생활에서 경험할 수 있는 내용들로 구성되어 있습니다. 각 내용은 모두 네 개의 문장으로 되어 있는데, 이 네 개의 문장들을 자세히 읽어보시고 그 중 요즘 (오늘을 포함하여 지난 일주일 동안)의 자신을 가장 잘 나타낸다고 생각되는 하나의 문장을 선택하여 그 번호를 () 안에 기입하여 주십시오. 하나도 빠지 말고 반드시 한 문장만을 선택하시되, 너무 오래 생각하지 마시고 솔직하게 응답해 주시면 감사하겠습니다.

- () 1. 1) 나는 슬프지 않다.
2) 나는 슬프다.
3) 나는 항상 슬프고 기운을 낼 수 없다.
4) 나는 너무나 슬프고 불행해서 도저히 견딜 수 없다.
- () 2. 1) 나는 앞날에 대해서 별로 낙심하지 않는다.
2) 나는 앞날에 대해서 용기가 나지 않는다.
3) 나는 앞날에 대해 기대할 것이 아무 것도 없다고 느낀다.
4) 나의 앞날은 아주 절망적이고 나아질 가망이 없다고 느낀다.
- () 3. 1) 나는 실패자라고 느끼지 않는다.
2) 나는 보통사람들보다 더 많이 실패한 것 같다.
3) 내가 살아온 과거를 뒤돌아보면, 실패투성이인 것 같다.
4) 나는 인간으로 완전한 실패자라고 느낀다.
- () 4. 1) 나는 전과같이 일상생활에 만족하고 있다.
2) 나의 일상생활은 예전처럼 즐겁지 않다.
3) 나는 요즘에는 어떤 것에서도 별로 만족을 얻지 못한다.
4) 나는 모든 것이 다 불만스럽고 싫증난다.
- () 5. 1) 나는 특별히 죄책감을 느끼지 않는다.
2) 나는 죄책감을 느낄 때가 많다.
3) 나는 죄책감을 느낄 때가 아주 많다.
4) 나는 항상 죄책감에 시달리고 있다.
- () 6. 1) 나는 벌을 받고 있다고 느끼지 않는다.
2) 나는 어쩌면 벌을 받을지도 모른다는 느낌이 든다.

- 3) 나는 별을 받을 것 같다.
- 4) 나는 지금 별을 받고 있다고 느낀다.

- () 7. 1) 나는 나 자신에게 실망하지 않는다.
 - 2) 나는 나 자신에게 실망하고 있다.
 - 3) 나는 나 자신에게 화가 난다.
 - 4) 나는 나 자신을 증오한다.

- () 8. 1) 내가 다른 사람보다 못한 것 같지는 않다.
 - 2) 나는 나의 약점이나 실수에 대해서 나 자신을 탓하는 편이다.
 - 3) 내가 한 일이 잘못되었을 때는 언제나 나를 탓한다.
 - 4) 일어나는 모든 나쁜 일들은 다 내 탓이다.

- () 9. 1) 나는 자살 같은 것은 생각하지 않는다.
 - 2) 나는 자살할 생각을 가끔 하지만, 실제로 하지는 않을 것이다.
 - 3) 자살하고 싶은 생각이 자주 든다.
 - 4) 나는 기회만 있으면 자살하겠다.

- () 10. 1) 나는 평소보다 더 울지는 않는다.
 - 2) 나는 전보다 더 많이 운다.
 - 3) 나는 요즘 항상 운다.
 - 4) 나는 전에는 울고 싶을 때 울 수 있었지만, 요즘은 울래야 울 기력조차 없다.

- () 11. 1) 나는 요즘 평소보다 더 짜증을 내는 편은 아니다.
 - 2) 나는 전보다 더 쉽게 짜증이 나고 귀찮아진다.
 - 3) 나는 요즘 항상 짜증을 내고 있다.
 - 4) 전에는 짜증스럽던 일에 요즘은 너무 지쳐서 짜증조차 나지 않는다.

- () 12. 1) 나는 다른 사람들에 대한 관심을 잃지 않고 있다.
 - 2) 나는 전보다 다른 사람들에 대한 관심이 줄었다.
 - 3) 나는 다른 사람들에 대한 관심이 거의 없어졌다.
 - 4) 나는 다른 사람들에 대한 관심이 완전히 없어졌다.

- () 13. 1) 나는 평소처럼 결정을 잘 내린다.
 - 2) 나는 결정을 미루는 때가 전보다 더 많다.
 - 3) 나는 전에 비해 결정 내리는 데에 더 큰 어려움을 느낀다.
 - 4) 나는 더 이상 아무 결정도 내릴 수가 없다.

- () 14. 1) 나는 전보다 내 모습이 더 나빠졌다고 느끼지 않는다.

- 2) 나는 나이들어 보이거나 매력없어 보일까봐 걱정한다.
- 3) 나는 내 모습이 매력없게 변해버린 것 같은 느낌이 든다.
- 4) 나는 내가 추하게 보인다고 믿는다.

- () 15. 1) 나는 전처럼 일을 할 수 있다.
2) 어떤 일을 시작하는 데에 전보다 더 많은 노력이 든다.
3) 무슨 일이든 하려면 나 자신을 매우 심하게 채찍질해야만 한다.
4) 나는 전혀 아무 일도 할 수가 없다.

- () 16. 1) 나는 평소처럼 잠을 잘 수가 없다.
2) 나는 전에 만큼 잠을 자지는 못한다.
3) 나는 전보다 한 두시간 일찍 깨고 다시 잠들기 어렵다.
4) 나는 평소보다 몇 시간이나 일찍 깨고, 한번 깨면 다시 잠들수 없다.

- () 17. 1) 나는 평소보다 더 피곤하지는 않다.
2) 나는 전보다 더 쉽게 피곤해진다.
3) 나는 무엇을 해도 피곤해진다.
4) 나는 너무나 피곤해서 아무 일도 할 수 없다.

- () 18. 1) 내 식욕은 평소와 다름없다.
2) 나는 요즈음 전보다 식욕이 좋지 않다.
3) 나는 요즈음 식욕이 많이 떨어졌다.
4) 요즈음에는 전혀 식욕이 없다.

- () 19. 1) 요즈음 체중이 별로 줄지 않았다.
2) 전보다 몸무게가 2Kg 가량 줄었다.
3) 전보다 몸무게가 5Kg 가량 줄었다.
4) 전보다 몸무게가 7Kg 가량 줄었다.

- () 20. 1) 나는 건강에 대해 전보다 더 염려하고 있지는 않다.
2) 나는 여러 가지 통증, 소화불량, 변비 등과 같은 신체적 문제로 걱정하고 있다.
3) 나는 건강이 염려되어 다른 일은 생각하기 힘들다.
4) 나는 건강이 너무 염려되어 다른 일은 아무 것도 생각할 수 없다.

- () 21. 1) 나는 요즈음 성(sex)에 대한 관심에 별다른 변화가 있는 것 같지는 않다.
2) 나는 전보다 성(sex)에 대한 관심이 줄었다.
3) 나는 전보다 성(sex)에 대한 관심이 상당히 줄었다.
4) 나는 성(sex)에 대한 관심을 완전히 잃었다.

부록 4.

상태-특성 불안척도(STATE-TRAIT ANXIETY INVENTORY)

다음 문장들은 사람들이 자신을 표현하는 데 사용되고 있는 것들입니다. 각 문장을 잘 읽으시고 각 문장의 오른쪽에 있는 네 개의 항목 중에서 당신이 지금 이 순간에 느끼고 있는 상태를 가장 잘 나타내주는 문항 하나를 선택하시고 ○표 해주세요.

문항 내용	전혀 그렇지 않다	조금 그렇 다	보통 그렇 다	매우 그렇 다
1. 나는 마음이 차분하다.	1	2	3	4
2. 나는 마음이 든든하다.	1	2	3	4
3. 나는 긴장되어 있다.	1	2	3	4
4. 나는 후회스럽고 서운하다.	1	2	3	4
5. 나는 마음이 편하다.	1	2	3	4
6. 나는 당황해서 어찌할 바를 모르겠다.	1	2	3	4
7. 나는 앞으로 불행이 있을까 봐 걱정하고 있다.	1	2	3	4
8. 나는 마음이 놓인다.	1	2	3	4
9. 나는 불안하다.	1	2	3	4
10. 나는 편안하게 느낀다.	1	2	3	4
11. 나는 자신감이 있다.	1	2	3	4
12. 나는 짜증스럽다.	1	2	3	4
13. 나는 마음이 조마조마하다.	1	2	3	4
14. 나는 극도로 긴장되어 있다.	1	2	3	4
15. 내 마음은 긴장이 풀려 푸근하다.	1	2	3	4
16. 나는 만족스럽다.	1	2	3	4
17. 나는 걱정하고 있다.	1	2	3	4
18. 나는 흥분되어 어쩔 줄 모르겠다.	1	2	3	4
19. 나는 즐겁다.	1	2	3	4
20. 나는 기분이 좋다.	1	2	3	4

문항 내용	전혀 그렇지 않다	조금 그렇 다	보통 그렇 다	매우 그렇 다
21. 나는 기분이 좋다.	1	2	3	4
22. 나는 쉽게 피로해진다.	1	2	3	4
23. 나는 울고 싶은 심정이다.	1	2	3	4
24. 나도 다른 사람들처럼 행복했으면 한다.	1	2	3	4
25. 나는 마음을 빨리 정하지 못해서 실패를 한다.	1	2	3	4
26. 나는 마음이 놓인다.	1	2	3	4
27. 나는 차분하고 침착하다.	1	2	3	4
28. 나는 너무 많은 어려운 문제가 밀어 닥쳐서 극복 할 수 없을 것 같다.	1	2	3	4
29. 나는 하찮은 일에 너무 걱정을 한다.	1	2	3	4
30. 나는 행복하다.	1	2	3	4
31. 나는 무슨 일이건 힘들게 생각한다.	1	2	3	4
32. 나는 자신감이 부족하다.	1	2	3	4
33. 나는 마음이 든든하다.	1	2	3	4
34. 나는 위기나 어려움을 피하려고 애쓴다.	1	2	3	4
35. 나는 울적하다.	1	2	3	4
36. 나는 만족스럽다.	1	2	3	4
37. 사소한 생각이 나를 괴롭힌다.	1	2	3	4
38. 나는 실망을 지나치게 예민하게 받아들이기 때문에 머리 속에서 지워버릴 수가 없다.	1	2	3	4
39. 나는 착실한 사람이다.	1	2	3	4
40. 나는 요즈음의 걱정이나 관심거리를 생각만 하면 긴장되거나 어찌할 바를 모른다.	1	2	3	4

부록 5.

스트레스 대처 방식 척도

다음은 여러분이 스트레스에 대처하는 방식을 알아보는 내용들입니다. 평소 스트레스를 경험하였을 때(사건)를 떠올려보시고 어떻게 대처하시는지 자신의 대처 방식을 가장 잘 나타난 곳에 ✓ 표시를 하시기 바랍니다.

내 용	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	대체로 그렇다	매우 그렇다
1. 다음에는 어떻게 해야 할 것인지에 대해 전념한다.				
2. 그 문제를 더 잘 이해하기 위해 그것을 분석해 본다.				
3. 그 일을 잊기 위해 다른 일이나 다른 활동을 한다.				
4. 시간이 지나면 달라질 것이라고 생각한다.				
5. 그 일(상황)에서 무언가 바람직한 것을 얻어 내려고 협상하거나 타협한다.				
6. 잘 안되리라고 생각하지만 적어도 무엇인가를 해보기 한다.				
7. 상대방이 마음을 바꾸도록 시도해 본다.				
8. 그 일에 대해 좀 더 알아보려고 누군가와 이야기 한다.				
9. 자신을 반성하거나 교훈을 얻는다.				
10. 최후의 수단을 쓰기보다 어느 정도 여지를 남겨둔다.				
11. 기적이 일어나기를 바란다.				
12. 운으로 돌린다. 때로는 나쁠 때도 있으니까.				
13. 아무 일도 안 일어난 것처럼 한다.				
14. 내 감정을 아무에게도 알리지 않으려고 노력한다.				
15. 보통 때보다 오래 잔다.				
16. 그 문제를 일으킨 사람이나 물건에 화를 낸다.				
17. 다른 사람들의 동정과 이해를 받아들인다.				
18. 기분전환이 될 수 있을 만한 말을 자신에게 한다.				
19. 그 일에서 무엇인가 창조적인 일을 할 수 있는 단서를 얻는다.				
20. 모든 것을 잊어버리려고 노력한다.				

내 용	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	대체로 그렇다	매우 그렇다
21. 전문적인 도움을 청한다.				
22. 인간적으로 꽤 변모하거나 성장하게 된다.				
23. 어떤 대책을 시도하기 전에 우선 무슨 일이 일어날 것인지를 기다려 본다.				
24. 사과를 하거나 보상을 하기 위해 어떤 일을 한다.				
25. 활동계획을 세우고 그것에 따른다.				
26. 그 일이 지금보다 더 나쁠 수 있었음을 스스로 일깨운다.				
27. 어떻게든 기분을 풀어 버린다.				
28. 내 스스로 문제를 일으켰음을 깨닫는다.				
29. 시작 때보다 좋은 경험을 얻고 끝낸다.				
30. 구체화 할 수 있는 사람과 이야기를 한다.				
31. 잠시 거기에서 물러나 앉는다.				
32. 무엇을 먹거나 담배를 피우거나 약물을 복용하는 등으로 기분을 전환한다.				
33. 되든 안되든 한번 시도해보거나 매우 위험부담이 큰 일을 한다.				
34. 조금씩 굴거나 육감에 따르지 않으려고 노력한다.				
35. 새로운 신념을 얻는다.				
36. 술을 마신다.				
37. 금지를 가지고 곳곳이 버터 나간다.				
38. 일어난 일(상황)이나 나의 느낌을 바꿀 수 있기를 바란다.				
39. 일이 잘 되어 갈 수 있도록 무엇인가를 변화시킨다.				
40. 대체로 사람들과 어울리기를 피하고 혼자 있으려고 한다.				

내 용	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	대체로 그렇다	매우 그렇다
41. 그 일에 사로잡히지 않는다. 그것에 대해 너무 깊이 생각하지 않으려고 한다.				
42. 존경하는 친척이나 친구들에게 조언을 구한다.				
43. 이 일이 얼마나 잘못되었는지를 사람들이 눈치채지 못하도록 한다.				
44. 그 일을 무시해버린다. 너무 심각하게 받아들이지 않는다.				
45. 내가 느끼고 있는 바를 누구에게 말한다.				
46. 내 입장을 지키면서 바라는 바를 위해 싸운다.				
47. 다른 사람에게 분풀이를 한다.				
48. 과거의 경험에 의존한다. 전에도 비슷한 일이 있었다.				
49. 다음에는 일이 좀 다를 것이라고 자신에게 말한다.				
50. 문제해결을 위해 몇 가지 대책을 세운다.				
51. 내가 한 말이나 생각들을 속으로 되풀이한다.				
52. 내 감정 때문에 다른 일들이 방해받지 않도록 애쓴다.				
53. 인생에서 중요한 것이 무엇인가를 재발견한다.				
54. 자신이 처한 상황이나 지금 상황보다 더 좋은 경우를 상상하거나 공상한다.				
55. 그 일이 사라져버리거나 끝나기를 원한다.				
56. 일이 어떻게 되었으면 좋겠다는 공상, 소망을 한다.				
57. 그 일이 잘되게 해달라고 기도를 한다.				
58. 최악의 경우를 각오한다.				
59. 무엇을 해야 할지 알기 때문에 일이 잘되도록 열심히 노력한다.				
60. 내가 존경하는 사람은 이런 때 어떻게 했을 까 생각해보고 그대로 따른다.				
61. 다른 사람의 입장에서 그 문제를 생각해보려고 한다.				
62. 내가 가장 바라던 것이 안되면 그 다음 차선책이라도 받아들인다.				

부록 6.

자아존중감 척도

다음은 귀하의 자아존중감에 대한 질문사항입니다. 최근 일주일 동안 귀하의 생각과 행동, 느낌과 일치하는 정도에 따라 해당하는 곳에 ○표해 주십시오.

문항내용	전적으로 동의한다	동의한다	동의하지 않는다	전혀 동의할수 없다
1. 나는 적어도 가치있는 사람이라고 느낀다.	1	2	3	4
2. 나는 내가 많은 장점을 가지고 있다고 느낀다.	1	2	3	4
3. 대체로 나는 실패자라고 생각하는 경향이 있다.	1	2	3	4
4. 나는 대부분의 다른 사람들만큼 일을 잘할 수 있다.	1	2	3	4
5. 나는 자랑할 만한 것이 별로 없는 것 같다.	1	2	3	4
6. 나는 나 자신에 대해 긍정적인 태도를 가지고 있다.	1	2	3	4
7. 대체적으로 나는 나 자신에 대해 만족하고 있다.	1	2	3	4
8. 내가 내 자신을 좀 더 존중할 수 있었으면 좋겠다.	1	2	3	4
9. 나는 때때로 내가 정말 쓸모없다고 느낀다.	1	2	3	4
10. 나는 때때로 내가 전혀 좋은 사람이 아니라고 생각한다.	1	2	3	4

부록 7.

B P R S

이름 : _____ 연령 : _____세 성별 : 남 / 녀 작성일 : _____년 _____월 _____일

0=없음. 1= 매우 경함. 2=경함. 3=중등도. 4=중고도. 5=심함. 6=극히 심함.

1. 신체적 염려 : 신체적 건강, 신체질환에 대한 공포, 건강 염려증에 집착함. ()
2. 불안 : 걱정, 두려움, 현재나 미래에 대해 과도하게 걱정, 불편함. ()
3. 감정적 철퇴 : 자발적인 상호작용 결여, 고립, 다른 사람과 관계를 맺는게 결핍.()
4. 개념적인 와해 : 사고과정이 혼란되어 있고, 연결이 되지 않고 와해되어 있으며, 붕괴되어 있음. ()
5. 죄책감 : 자기 비난, 창피함, 과거 행동에 대한 자책. ()
6. 긴장 : 신경과민의 신체, 운동성 증상, 지나친 활동성, 긴장. ()
7. 반복적인 행동과 자세 : 이상하고 기괴하며 자연스럽게 못한 동작과 운동행동. ()
8. 과대성 : 과장된 자기의견, 오만, 일상적이지 않은 힘과 능력에 대한 과신. ()
9. 우울한 정동 : 후회, 슬픔, 의기소침함, 염세적임. ()
10. 적대감 : 악의, 멸시, 호전적임, 다른 사람을 경멸. ()
11. 의심: 불신, 다른 사람들의 행동을 악의적으로 보거나 차별대우를 한다고 믿음. ()
12. 환각 행동 : 외적인 자극이 없는 지각에 해당되는 행동. ()
13. 운동지체 : 운동이나 말하기가 느리고 약함. 감소된 신체적 긴장. ()
14. 비협조성 : 저항, 경계, 권위에 대한 부인. ()
15. 이상한 사고내용 : 이상하고 일상적이지 않으며 괴이한 사고내용. ()
16. 둔마된 정동 : 감소된 감정적 반응, 감정의 정상적인 강도보다 감소 둔마됨. ()
17. 흥분성 : 고조된 감정의 반응성, 초조, 과잉행동. ()
18. 지남력 장애 : 혼돈, 사람, 장소, 시간에 대한 적절한 관련성을 인식하지 못함. ()

총 점 _____

하위척도 : 사고장애 (4번+12번+15번) _____

철퇴/지연 (3번+13번+16번) _____

불안/우울 (2번+5번+9번) _____

적대/의심 (10번+11번+14번) _____

동요/흥분 (6번+17번) _____

부록 8.

바디 스캔

1. 어떤 일이 일어나든 간에(즉, 잠들어 버리거나, 집중력이 떨어지거나, 다른 일에 대해 생각하거나 신체의 다른 부위에 집중하거나, 아무것도 느끼지 못하는 등) 계속 하십시오! 이것이 그 순간에 당신이 경험하는 것입니다. 그것들을 자각 하십시오.

2. 만일 당신의 마음이 계속해서 방황한다면 단지 그 생각들을 알아차리고(지나가는 일처럼) 부드럽게 바디 스캔으로 되돌아가십시오.

3. '성공' '실패' '정말 잘하는 것' 또는 '신체를 정화시키고 노력하는 것'과 같은 생각들을 내려놓으십시오. 이것은 경쟁이 아니며 애써 노력하는 기술이 아닙니다. 이 실습은 규칙적으로 자주 해야 합니다. 열린 마음과 호기심을 갖고 하십시오.

4. 바디 스캔이 당신에게 어떤 영향을 미칠 것인가 하는 기대를 하지 마십시오. 마치 씨앗을 뿌린다고 생각하십시오. 그 주변을 꼬치꼬치 캐고 방해할수록 발전은 느려질 것입니다. 그러므로 바디 스캔을 할 때는 적당한 상황에서 하십시오. 평화롭고 조용하고 규칙적으로 하되 자주 하십시오. 그것이 전부입니다. 바디 스캔이 당신에게 영향력을 미치도록 애쓰면 애쓸수록 얻어지는 것은 적을 것입니다.

5. 매 순간 다음과 같은 태도로 당신의 경험에 가까이 다가가도록 노력하십시오. '좋아, 지금 이런 일들이 일어나고 있구나.' 만일 불쾌한 생각, 느낌, 신체감각과 싸우려고 한다면 혼란스러운 감정은 지금 어떤 일을 하고 있든 주의를 산만하게 할 뿐입니다. 자각하고, 지나치게 애쓰지 말고, 이 순간에 머물고, 모든 것을 있는 그대로 수용하세요. 단지 이렇게 하십시오.

부록 9.

호흡 명상

1. 등이 곧은 의자나 부드러운 마룻바닥에서 엉덩이 쿠션이나 낮은 의자를 대고 편안한 자세로 앉으세요. 만일 의자를 사용한다면 척추가 자력으로 지탱할 수 있도록 의자에 등을 대지 않는 것이 도움이 됩니다. 마룻바닥에 앉는다면 무릎을 바닥에 대는 것이 좋습니다. 쿠션이나 의자의 높이를 편안하고 잘 고정되도록 조정하십시오.
2. 등을 똑바로 세우고 위엄있고 편안한 자세를 취하세요. 의자에 앉는다면 발을 바닥에 대고 다리는 교차시키지 않습니다. 부드럽게 눈을 감으세요.
3. 바닥이나 앉아 있는 곳과 접촉하는 신체에 닿는 촉감이나 압력에 집중시킴으로써 신체 감각을 자각하십시오, 보디 스캔에서 하듯이 1~2분 정도 의 감각을 탐색하세요.
4. 호흡을 들이쉬고 내쉬면서 아랫배에 느껴지는 신체감각의 변화 패턴에 주의를 기울이세요(처음 이 연습을 할 때 아랫배에 손을 대고 손이 배와 접촉한 곳의 감각 변화를 자각하는 것이 도움이 될 수 있습니다. 이런 방식으로 배의 신체감각을 의식하게 되면 손을 떼고 계속해서 배의 감각에 초점을 맞추세요).
5. 숨을 들이쉬실 때 복벽이 약간 늘어나고 숨을 내쉴 때 복벽이 부드럽게 줄어드는 감각에 초점을 맞추세요. 가능한 최선을 다해 아랫배에서 숨을 들이쉬는 전 과정과 내쉬는 전 과정, 그리고 한 번 들이쉬고 내쉬는 사이의 잠깐 멈추는 순간과 내쉬고 들이쉬는 사이 호흡이 멈추는 순간의 신체감각의 변화를 자각하세요.
6. 어떤 방식으로든 호흡을 통제할 필요는 없습니다. 단지 숨쉬는 대로 호흡을 그냥 두세요. 가능한 최선을 다해 다른 경험에 대해서도 그대로 두세요. 교정해야 하거나 특별히 도달해야 할 필요가 있는 상태도 없습니다. 가능한 최선을 다해 경험한 것을 바꾸려 하지 말고 그대로 두십시오.
7. 조만간 당신의 마음은 아랫배의 호흡에서 벗어나 생각이나 계획, 백일몽 같은 것으로 떠돌아다닐 것입니다. 이런 것은 모두 다 괜찮습니다- 그것은 단지 마음이 그렇게 하는 것이며 실수나 실패한 것이 아닙니다. 주의가 더 이상 호흡에 있지 않다는 것을 알게 되었을 때 조용히 자신에게 축하를 보내세요- 당신은 이제 돌아왔고 경험을 다시 한번 자각하게 된 것입니다! 그리고 아랫배의 신체감각이 변화하는 패턴을 부드럽게 자각하고 계속 되는 들숨과 날숨에 주의를 기울이려는 의도를 새로이 하십시오.
8. 그러나 당신은 자주 마음이 돌아다니는 것을(그리고 이런 일은 반복적으로 일어납니다) 알게 될 것입니다. 가능한 매 순간 주의를 부드럽게 호흡으로 되돌리면서 순간의 경험과 재연결시킬 때마다 자축하고, 들숨과 날숨 때 변화하는 신체감각의 패턴을 자각하세요.
9. 반복적으로 마음이 돌아다니는 것을 당신의 경험에 인내와 호기심을 가져다주는 기회로 보고 온정적으로 받아들이세요.
10. 매 순간을 자각하려는 의도를 때때로 환기시키면서, 그리고 마음이 더 이상 배나 호흡에 머물지 않고 돌아다니는 것을 알아차리는 순간마다 호흡을 지금, 여기에 연결시키는 닳으로 사용하면서 15분 혹은 그 이상 연습을 계속하세요.

부록 10.

3분 호흡하기

1. 자각

신중하게 바르고 위엄있는 자세를 취해 현재 순간에 머물도록 한다. 가능하다면 눈을 감고 다음과 같은 질문을 하라.

“지금 이순간에 나는 어떤 경험을 하고 있는가...생각은...감정은...신체감각은?”
비록 원치 않는 것이라 하더라도 당신의 경험을 받아들이고 마음에 새겨두라.

2. 집중

그리고 나서 부드럽게 호흡에 다시 주의를 돌려 호흡에 따라 각각의 들숨, 날숨에 집중하라. 호흡은 당신을 현재 순간에 머물게 하고 자각과 고요한 상태에 머물 수 있도록 도와준다.

3. 확장

호흡에서부터 자각의 장을 확장시켜 자세나 표정 등 전 신체의 감각을 포함시켜라.

호흡 연습은 자동조종 상태에서 빠져나와 현 순간과 다시 연결시킬 수 있는 방법이 된다.

MBCT의 핵심기술은 현재에 자각을 유지하는 것이다.

감사의 글

논문을 마무리지으면서 여러가지로 부족함과 아쉬움을 느끼게 됩니다. 그와 동시에 이처럼 부족한 제가 무사히 석사과정을 마칠 수 있게 되기까지 얼마나 많은 분들의 도움과 사랑을 받았는지 알게 되었습니다.

먼저 심리치료자로서의 소명의식과 자부심을 갖을 수 있도록 따뜻하게 격려하고 지도해주신 채규만 지도교수님께 감사의 말씀을 드립니다. 그리고 제 논문의 연구방향과 시도에 대해 인자하신 미소로 지지해주시고 심사해 주신 김정규 교수님, 논문의 전체적인 부분과 프로그램의 내용에 대해 꼼꼼히 지적해주시며 심사해주신 이정윤 교수님께도 진심으로 감사의 인사를 올립니다.

인지재활과 정신분열병에 대해 새로운 시각과 비전을 주신 김명선 교수님과 연구방법론에서 뿐만 아니라 학자로서 늘 감동을 주시는 박혜경 교수님께도 특별히 감사의 말씀을 드리고 싶습니다.

논문 연구를 위해 프로그램을 진행할 수 있도록 배려해주시고 척도검사까지 기꺼이 맡아주신 S시설의 시설장님과 최환숙 팀장님을 비롯한 사례담당 선생님들께도 감사를 드립니다. 그리고 M시설의 복효진 선생님, 황은미 선생님 그리고 사례담당 여러 선생님들께도 감사를 드리고 Y시설의 한영은 원장님께도 감사를 드립니다.

직장생활과 학업을 병행하기가 힘들었지만 늘 아낌없는 조언과 정서적인 지지를 주신 분들의 도움으로 힘든 시기를 잘 이겨낼 수 있었습니다. 이종승 신부님, 이영찬 선생님, 정민철 선생님께 감사의 말씀을 드리며 박사논문 마무리 잘하시기를 기원합니다.

연구보조원으로 많이 수고해준 '은지'와 '연주', 논문을 자기 일처럼 생각하며 도움을 준 세현과 지연씨에게도 특별히 감사를 드립니다. 그리고 언제나 늘 곁에서 대학원 생활을 함께 했던 우석, 정환을 비롯한 인지랩 후배들과 여러 가지로 도움을 준 순하, 빛나, 은정, 보람, 주화에게도 고맙다는 말을 전합니다.

또한 대학원 동기 '철인28호' -효진, 지현, 미연, 다연, 승현, 지원-들과 이 기쁨을 함께 하고 싶습니다.

늘 저를 위해 기도해주신 서인호목사님, 최추자선생님, 하나와 이덕재목사님께 감사를 드립니다. 한가족같은 라파엘형님, 비비안나누님, 바실리오 그리고 동생 박진효세무사, 정미와 제수씨, 조카들과도 함께 기쁨을 나누고 싶고 사랑한다는 말을 전하고 싶습니다.

마지막으로 저에게 아주 특별한 두 분께 감사의 말씀을 드리고 이 글을 마칠까합니다. 요세파 수녀님, 그리고 어머니.

"사랑합니다. 그리고 감사합니다"