

양 은 아 교수지도  
석사학위 청구논문

음악중심의 심리치료가 정신장애 환자의  
신체화와 스트레스에 미치는 영향

2013

성신여자대학교 대학원

음악치료학과

한 진 우

# 음악중심의 심리치료가 정신장애 환자의 신체화와 스트레스에 미치는 영향

양 은 아 교수지도

이 논문을 석사학위논문으로 제출함

2013년 5월

성신여자대학교 대학원

음악치료학과

한 진 우

# 인 준 서

한진우의 석사학위 논문으로 인준함.

심사위원 \_\_\_\_\_인

심사위원 \_\_\_\_\_인

심사위원 \_\_\_\_\_인

성신여자대학교 대학원

## 논문개요

본 연구는 음악중심의 심리치료가 정신과 폐쇄병동에서 생활하는 정신장애 환자의 신체화와 스트레스에 미치는 영향을 알아보기 위해 실시되었다.

연구대상자는 천안시 D구 H병원, 인천시 N구 J병원에서 조현병, 기분장애 진단을 받고 보호자 동의에 의해 폐쇄병동에 입원된 30~60세 사이, 신체화와 스트레스 증상이 나타나는 정신장애 환자로 실험집단 5명, 통제집단 5명, 총 10명이 선정되었다. 본 프로그램은 2013년 4월 1일부터 2013년 4월 30일까지 실험집단의 대상자에게 주 2회, 60분, 총 8회기가 실시되었고, 신체화와 스트레스 증상의 검사도구로는 간이정신진단검사와 한국어판 스트레스 척도가 사용되었다.

연구 설계는 사전-사후 통제집단설계이며, 각 회기 음악 감상, 악기 연주, 마인드 맵, 음악과 심상(Music & Imagery)으로 구성된 음악중심의 심리치료 프로그램이 실시되었다. 음악중심의 심리치료는 내담자와의 관계형성 및 긍정적 자아 탐색의 도입단계, 유년기부터 성인기까지의 깊은 내면 탐색 및 표출의 전개단계, 내적 문제 확인 및 자기 지지의 마무리단계로 진행되었다.

본 연구 결과는 첫째, 음악중심의 심리치료 프로그램이 실시된 실험집단은 통제집단과 비교하여 사전-사후 신체화 점수가 감소하여 통계적으로 유의미하였다( $p < .05$ ). 둘째, 음악중심의 심리치료 프로그램을 경험한 실험집단은 통제집단과 비교하여 사전-사후 스트레스 점수 분석 결과, 통계적으로 유의미한 차이를 보이지 않았지만( $p > .05$ ), 스트레스 감소 경향성이 확인 되었다( $p = .092$ ). 셋째, 실험집단과 통제집단의 신체화와 스트레스 점수는 스트레스 점수가 높아질수록 신체화 점수가 증가하는 정적 상관관계가 나타났다( $r = .547$ ).

본 연구를 통해 음악중심의 심리치료는 폐쇄병동에서 생활하는 정신장애 환자의 신체화와 스트레스 증상을 감소시킬 수 있는 효과적인 치료 중재가 될 수 있음이 확인될 수 있었다.

# 목 차

## 논문개요

<b>I. 서 론</b>	1
1. 연구의 필요성 및 목적	1
2. 연구 가설	6
3. 용어 정의	7
1) 음악중심의 심리치료	7
2) 정신장애	7
3) 신체화	8
4) 스트레스	8
<b>II. 이론적 배경</b>	9
1. 정신장애	9
1) 정신장애의 개념	9
2. 정신장애의 치료	11
1) 심리치료	11
2) 약물치료	15
3. 융의 분석심리학 관점에서의 정신장애	16
1) 정신장애의 원인	16
2) 정신장애의 치료접근	17
3) 음악과 마인드맵 그리고 무의식	18
4. 정신장애인의 특징	19
1) 정신장애인의 신체화	19
2) 정신장애인의 스트레스	22
5. 정신장애인과 음악치료	24

1) 정신장애인과 음악 그리고 정서	24
2) 신체화와 스트레스 그리고 정서	27
6. 음악심리치료	29
1) 음악중심의 심리치료	30
2) 음악과 심상	32
(1) 음악과 심상의 정의 및 치료	32
<b>III. 연구 방법</b>	36
1. 연구 대상	36
1) 대상자	36
2) 대상자 선별 제한	36
2. 측정 도구	37
1) 한국형 간이정신상태검사	37
2) 간이정신진단검사	37
3) 한국어판 스트레스 척도	38
3. 연구 설계	39
1) 연구 설계 접근	39
4. 연구 방법 및 절차	39
1) 연구기간 및 프로그램 진행절차	39
2) 음악중심의 심리치료 적용	41
5. 자료 분석	45
<b>IV. 연구 결과</b>	46
1. 대상자 특성과 정신상태점수에 대한 동질성 검정	46
2. 두 집단 간 종속변수에 대한 동질성 검정	48

3. 가설검정 .....	49
<b>V. 결 론</b> .....	55
1. 결론 및 논의 .....	55
2. 제언 .....	58
참고문헌 .....	59
<b>ABSTRACT</b> .....	67
<b>부 록</b> .....	69

## 표 목 차

<표 III-1> 사전-사후 통제집단설계 .....	39
<표 III-2> 음악중심의 심리치료 프로그램 한 회기 구성 .....	41
<표 III-3> 음악중심의 심리치료 프로그램 구성 .....	42
<표 IV-1> 대상자 특성 동질성 검정 .....	46
<표 IV-2> 정신상태점수(K-MMSE) 동질성 검정 .....	47
<표 IV-3> 신체화 점수(SCL-90-R-SOM) 동질성 검정 .....	48
<표 IV-4> 스트레스 점수(BEPSI-K) 동질성 검정 .....	48
<표 IV-5> 신체화 점수(SCL-90-R-SOM) 평균분석 .....	49
<표 IV-6> 신체화 점수(SCL-90-R-SOM) Mann-Whitney U 검정 ...	50
<표 IV-7> 신체화 점수(SCL-90-R-SOM) Wilcoxon 대응 검정 .....	51
<표 IV-8> 스트레스 점수(BEPSI-K) 평균분석.....	52
<표 IV-9> 스트레스 점수(BEPSI-K) Mann-Whitney U 검정 .....	52
<표 IV-10> 스트레스 점수(BEPSI-K) Wilcoxon 대응 검정 .....	53
<표 IV-11> 신체화 점수와 스트레스 점수의 상관관계 .....	54

## 그림 목 차

<그림 1> 실험집단과 통제집단의 사전-사후 신체화 점수 변화	.....	50
<그림 2> 실험집단과 통제집단의 사전-사후 스트레스 점수 변화	.....	52

## 부 록 목 차

<부록 1> 한국형 간이정신상태검사(K-MMSE) .....	69
<부록 2> 간이정신진단검사(SCL-90-R-SOM) .....	70
<부록 3> 한국어판 스트레스 척도(BEPSI-K) .....	71
<부록 4> 음악치료 프로그램 참여 안내문 .....	73
<부록 5> 음악치료 프로그램 참여 동의서 .....	75
<부록 6> 음악자서전 양식 .....	76

# I. 서론

## 1. 연구의 필요성 및 목적

산업혁명 이후 경제성장에 치우쳐 간과되었던 인간의 존엄성과 평등, 권리에 대한 관심은 20세기에 접어들면서 점차 높아져 왔다(국가인권위원회, 2012). 그러나 정신장애인은 여전히 인간의 존엄성, 자유권, 사회권, 행복추구권 등을 보장 받지 못하고 있어 생활의 어려움을 겪고 있다(양옥경, 김충희, 2004). 이러한 어려움 속에서 생활하는 정신장애인을 대하는 태도에 대해 양옥경(1996)은 나라, 혹은 지역사회의 문화, 가치관, 개인의 성격 등에 따라 달라진다고 보았다. 미국을 비롯한 선진국에서는 1950년대부터 정신장애에 대한 연구가 활발히 진행되었고, 정신장애인을 위한 높은 서비스도 제공되고 있다. 이에 반해 우리나라는 1995년 정신보건법이 제정된 이후 정신장애인에 대한 인식과 긍정적인 태도가 형성되었으며, 비교적 짧은 연구기간과 의식부족으로 인해 정신장애인에 대한 처우는 아직까지도 미비한 실정이다(국가인권위원회, 2012). 현재 세계 전체 인구의 증가와 함께 정신장애인 수 또한 증가하고 있으며(보건복지부, 2011; 세계보건기구, 2010), 상대적으로 여러 가지 상황과 질병에 취약한 정신장애인에 대한 관심과 연구의 필요성은 커지고 있다(하경희, 성준모, 2012).

2011년 정신질환실태조사에 따르면 18세 이상 74세 이하 성인 중 최근 1년간 한 번 이상 정신질환을 경험한 사람은 전체 인구의 16%인 577만명으로 집계되었다. 평생에 한 번 이상 정신질환을 경험한 전체인구는 27.6%로 성인 10명 중 3명꼴에 해당되며, 이 결과는 2006년 14.4% 보다 14.3% 증가한 수치

이다(보건복지부, 2011). 또한 2012년 보건사회연구원에서 발행한 'OECD국가 삶의 질 구조에 관한 연구'에 따르면 34개의 경제협력개발기구(OECD) 회원국을 대상으로 행복지수를 비교한 결과 우리나라는 10점 만점에 4.30을 얻은 32위로 나타났다. 행복지수는 사회망 안정성, 건강, 소수자 관대성, 주관적 건강상태 등 삶의 질과 관련된 19개의 지표를 포함하고 있으며, 대한민국의 낮은 행복지수 점수는 국민 정신건강의 취약성이 나타난 결과로 해석될 수 있다(한국경제, 2012, 7, 10).

국민 정신건강의 취약성은 자살률 증가에도 영향을 끼치는 것으로 보고되고 있다(제영묘, 2004). 자살관련 행동에 대해 일반 성인들의 평생 유병률은 자살생각(Suicidal Idea) 15.6%, 자살계획(Suicidal Plan) 3.3%, 자살시도(Suicidal Attempt) 3.2%로 나타났다. 18세 이상 74세 이하의 성인 중 1년 사이에 자살 시도를 한 사람은 10만 8천명으로 추정되며, 자살생각을 한 경우의 57.0%, 자살계획을 한 경우의 73.7%, 자살시도를 한 경우의 75.3%는 1개 이상의 정신질환을 경험한 것으로 밝혀졌다. 한국보건사회연구원(2012)에 따르면 우리나라는 2003년 이후 OECD 회원국 중 인구 10만명당 33.5명의 자살률로 1위를 고수하고 있다고 한다. 자살에 대해 제영묘(2004)는 사회문화, 우울증과 같은 심리적 상태, 정신질환에 큰 영향을 받는다는 것을 강조했으며, 국내에 국한된 문제가 아닌 전 세계적으로 협력하여 해결해야 할 인류 공동의 문제로 보았다.

세계보건기구(WHO)는 2010년도에 정신질환 치료에 역점을 둘 것을 밝힌 바 있다. 세계보건기구에 의해 보고된 전 세계적인 우울증 환자는 약 1억 5천만명이며, 그 외의 다른 정신질환을 포함하면 정신장애인의 수는 엄청날 것으로 보인다. 정신장애에 대한 관심과 치료의 중요성이 커짐에도 불구하고 우리나라를 포함한 전 세계에서는 정신건강문제에 대한 치료를 하나의 사치스러운 일로 생각하는 사람들의 잘못된 인식 때문에 올바른 치료가 이루어지지 않고 있다. 사람들의 정신장애인에 대한 무시, 선입견, 학대 등의 사회분위

기 또한 정신질환 치료를 방해하는 요소로 보고되고 있다(연합뉴스, 2010, 10, 7). 이와 같이 보건복지부와 세계보건기구의 연구 자료를 토대로 외국뿐만 아니라 우리나라에도 드러나지 않은 정신장애인의 수가 많다는 것이 예측될 수 있다. 이에 대해 문지영(2010)은 정신장애치료를 개인적인 문제가 아닌 국가적 개입을 통해 치료의 구조적인 틀을 만들고 적극 지원해야 할 사회문제로 보았다.

한편 정신장애 환자가 접하는 치료방법은 크게 생물학적 치료(biological treatment)와 정신사회적 치료(psychological treatment)로 구분될 수 있다(이정균, 김용식, 2001). 정신장애 환자는 기본적으로 외적 자극과 정서적 반응에 민감하고, 대인관계에 있어 긴장과 두려움을 가져 스트레스에 쉽게 노출되는 특징이 있는데(손은실, 2000), 스트레스는 정신질환의 증상을 악화시키므로 스트레스와 질환에 따른 증상을 감소시키기 위해 약물이 사용되거나 심리치료가 실시된다(김광애 외, 1997; Elias & Saucier, 2006).

생물학적 치료접근인 약물의 사용은 정신장애증상 개선의 치료 효과성이 1950년부터 입증되었다. 정신과에서 사용되는 주된 약물의 종류로는 크게 항정신병약물, 항조증약물, 항우울제, 항불안제 그리고 정신자극제이다(민성길, 2001). 그러나 장기적인 약물치료는 부작용과 함께 원만한 사회적 활동이나 대인관계 개선, 퇴행된 행동 수정의 어려움 등 치료의 한계성이 나타나고 있어 정신장애인을 위한 완전한 치료방법으로 볼 수 없다는 입장이 제기되고 있다(송지영 외, 1999, 재인용).

정신사회적 접근인 정신치료, 가족치료, 행동치료, 인지치료 등은 지금까지 정신장애 환자들의 정서 및 스트레스 조절, 대인관계를 중심으로 한 사회성, 인지기능 향상 등에 초점이 맞춰져 왔다(이정균, 김용식, 2001). 그러나 정신과뿐만 아니라 다른 진료 과에서도 신체화 증상의 통증을 호소하는 환자 수가 증가하고 있으며, 미국에서는 통증이 정신과에서 두 번째로 많이 호소하는 증상이지만, 생명을 위협하지 않는 것으로 인식되어 그 동안 통증치료의

중요성이 부각되지 못했다(Sarno, 1998). 송지영 외(1999)은 정신과 환자가 아닌 다른 환자들에게서 나타나는 불안, 우울 등 정서장애의 발생 원인중 하나가 통증이라는 것을 확인한 바 있다. 세계보건기구(WHO)가 고안한 정신 의학적 진단을 위한 면담도구(The Composite International Diagnostic Interview: CIDI)는 신체화 항목을 포함하고 있으며, 국내에선 세계보건기구의 면담도구를 우리나라 실정에 맞춰 개발된 K-CIDI(Korean version of the Composite International Diagnostic Interview)를 통해 신체화 증상에 대한 조사 및 연구가 이루어지고 있다(보건복지부, 2011).

신체화 증상으로는 목이나, 등, 위, 머리 등의 통증과 피부질환, 감염 등이 있으며(Sarno, 1998), 정신장애 외래환자들의 40%이상은 원인을 알 수 없는 신체화 증상을 호소하고 있는 것으로 조사됐다(송지영 외, 1999). 신체화는 인간의 마음과 몸, 뇌가 어떻게 적절한 상호작용을 유지하는가를 이해하는 정신신체의학 관점에서 살펴볼 수 있다. 정신신체의학이 바라보는 신체화는 심리적인 요소가 신체질환에 부분적 혹은 질환의 경과 원인으로서는 영향을 끼쳐 나타나는 것으로 보고 있다. 신체화 증상의 주요원인으로는 스트레스가 있으며, 그밖에도 의학적 치료에 비순응, 건강하지 못한 생활양식, 부정적인 정서상태, 만성질환에 대한 심리적 적응상 문제, 성격특성 등도 원인으로서는 거론되고 있다(대학신경정신의학회, 2005). 한편, 스트레스가 신체화에 큰 영향을 주는 원인으로서는 알려진 것과는 다르게 스트레스와 신체화의 낮은 상관성을 확인하고 인지, 성격요인, 사회적지지, 기억과 해석 편향, 대처방식 등의 주된 매개변인을 중심으로 한 신체화 증상 감소 연구(고혜영, 2011; 김서운, 2008; 박문규, 2011; 이우희, 2007; 이주연, 2006)도 나타나고 있다.

국내에서는 1997년 이후 음악치료 프로그램을 활용한 스트레스 조절 및 관리에 대한 연구(김지영, 2010; 김혜성, 2006; 권기주, 2007; 서은주, 2010; 손은실, 2000; 연고운, 2008)가 나타나고 있다. 정신장애 환자의 스트레스 감소 연구로는 문지영(2010)의 음악 감상, 노래 부르기 및 노래만들기, 악기연주 등

을 이용한 음악치료를 살펴볼 수 있다.

최문희(2007)는 미국저널을 중심으로 스트레스 및 통증관리에 대한 음악치료 연구들을 조사하였고, 문정표(200)는 신체화 항목을 포함하고 있지만, 외상이나 오랜 질병에 의해 통증을 겪는 만성통증환자를 주요 대상으로 연구를 진행한 바 있다.

대상과 연령에 상관없이 스트레스 관리에 대한 연구는 지속적으로 나타나고 있지만 신체화 증상의 감소를 위한 연구는 음악치료뿐만 아니라 다른 치료분야에서도 미비하다. 신체화 증상에 대한 선행연구 대상자로는 청소년(고혜영, 2011; 김서윤, 2008), 여성수도자(이우희, 2007)등이 있으며, 폐쇄병동에 입원된 정신장애환자를 대상으로 한 신체화 연구는 없는 실정이다.

본 연구자는 정신장애 환자 수의 지속적인 증가와 심리적인 영향에 민감한 그들의 특징, 폐쇄병동에 입원된 정신장애환자의 신체화 증상에 관한 선행연구가 없다는 점 등을 통해 데이터 분석을 이용한 정신장애 환자의 신체화와 스트레스 연구의 필요성을 인식하였다. 정서적 접근이 용이한 음악중심의 심리치료를 통해 정신장애환자들이 겪고 있는 신체화와 스트레스 증상을 감소시키고, 신체화 증상에 영향을 끼치는 스트레스의 관계성을 확인하며, 신체화와 스트레스 증상 감소를 위한 효과적인 음악치료 프로그램을 개발 및 적용에 본 연구의 목적이 있다.

## 2. 연구가설

본 연구의 목적은 음악중심의 심리치료가 정신장애 환자의 신체화와 스트레스에 미치는 영향을 알아보고, 치료의 효과성을 확인하는 것에 있다. 이를 위해 본 연구자는 다음과 같은 가설을 설정하였다.

- 가설 1-1. 음악중심의 심리치료를 경험한 정신장애 실험집단은 통제집단보다 신체화 점수에 있어 유의미한 변화를 보일 것이다.
  - 1-2. 음악중심의 심리치료를 경험한 정신장애 실험집단 내 사전-사후 신체화 점수는 유의미한 변화를 보일 것이다.
- 가설 2-1. 음악중심의 심리치료를 경험한 정신장애 실험집단은 통제집단보다 스트레스 점수에 있어 유의미한 변화를 보일 것이다.
  - 2-2. 음악중심의 심리치료를 경험한 정신장애 실험집단 내 사전-사후 스트레스 점수는 유의미한 변화를 보일 것이다.
- 가설 3-1. 정신장애 환자들의 스트레스와 신체화 점수에는 상관관계가 있을 것이다.

### 3. 용어정의

#### 1) 음악중심의 심리치료(Music centered music therapy)

음악중심의 심리치료는 치료사와 내담자간 음악을 만들거나 감상경험을 통해서 합의된 치료목적에 달성하는 음악심리치료의 한 가지 유형이다. 대화는 음악경험의 이해를 돕기 위해 사용된다(Bruscia, 1998). 본 연구의 음악중심 심리치료 프로그램은 음악 감상, 악기 연주, 마인드 맵, 음악과 심상(Music & Imagery)으로 구성되었다. 음악과 심상의 경우 내담자의 안정과 본 연구자의 진행자격 수준을 고려하여 지지적 수준에서 진행되었다.

#### 2) 정신장애(Mental Disorder)

『정신장애의 진단 및 통계 편람, 제4판』(APA, 1994)에서는 정신장애를 “개인에게 발생되고 있는 임상적으로 중요한 행동적, 심리적 증후군이나 양상”으로 정의한다. 그로 인해 “개인은 현재의 고통이나 무능력, 고통스런 죽음, 통증, 무기력, 또는 자유 상실의 위험이 증가하게 된다”고 기술하였다.

본 연구의 정신장애개념은 정신질환자체의 진행 상태와 정신질환으로 인해 다른 기능의 문제 또한 발생하는 것을 포함한다(민성길, 2001).

### 3) 신체화(Somatization)

『정신장애의 진단 및 통계 편람, 제4판』(APA, 1994)에서는 신체화를 “병리로 설명이 되지 않는 신체 질환이나 증상을 경험하는 경향”으로 정의한다. 신체화(somatization)는 전환장애(conversion disorder), 건강염려증(hypochondria), 통증장애(pain disorder)등과 함께 신체형 장애(somatoform disorder)에 속한다(APA, 1994). 그러나 본 연구는 조현병, 기분장애 진단을 받고 있으며, 외상이나 신체기관의 문제없이 어지럽거나 머리, 어깨, 허리의 통증, 피부가려움 등 신체형 장애에 속하는 신체화 장애환자가 아닌 신체화 증상을 호소하는 정신장애환자를 대상으로 진행되었다.

### 4) 스트레스(Stress)

이정균과 김용식(2001)은 스트레스를 “정신과 신체에 부담을 주는 내적, 외적 자극 또는 자극에 대한 반응”으로 정의한다. 본 연구는 과거, 현재의 경험과 미래에 대한 불안감, 위협에 대한 반응, 내적 욕구와 상반된 물리적, 심리적 환경에 따른 갈등을 스트레스 정의로 포함하였다(대한신경정신의학회, 2005).

## Ⅱ. 이론적 배경

### 1. 정신장애

#### 1) 정신장애의 개념

『정신장애의 진단 및 통계 편람, 제4판』(APA, 1994)에서는 정신장애를 “개인에게 발생되고 있는 임상적으로 중요한 행동적, 심리적 증후군이나 양상”으로 정의한다. 그로 인해 “개인은 현재의 고통이나 무능력, 죽음, 통증, 무기력, 또는 자유 상실의 위험이 증가 된다”고 기술하였다. 세계보건기구(World Health Organization: WHO)에서 발행한 『국제질병사인분류 제10판』(The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: WHO, 1992)에서는 정신장애를 세부적으로 분류, 기술하였다. ICD-10을 살펴보면, 과거에는 건강하였으나 시간이 경과하여 병이 발생한 정신질환(mental illness)과 출생 시 혹은 어려서부터 나타난 지적능력 결손의 정신지체(mental handicap)를 포괄하는 개념으로 정신장애가 분류된 것을 볼 수 있다. 최용용(2000)은 ICD-10에 기술된 정신질환과 정신지체의 의미에 대하여 인지, 언어, 사회적 능력 등의 불완전한 발달을 포함하는 것으로 보았다. 정신질환의 하위 체계는 불안한 증세를 중심으로 기질적 병변 없이 외적 또는 심인성 원인인 신경증적 장애와 이해와 공감이 어렵고 자아기능의 퇴행이 심하며 현실검정능력(reality testing)이 낮은 정신병으로 분류된다.

임은희(2007)는 정신장애를 현재 살고 있는 우리 사회에서 충분히 생각될 수 있는 인간의 부적절한 정서 상태, 행동의 표출로 정의한다. 즉, 개인의 부적절한 정서 상태와 행동의 표출은 그 시대 사회분위기에 따라 정신장애로

판단되는 것이며, 나타나는 행동의 빈도, 기간, 강도(intensity) 등이 개인의 생활을 파괴하거나, 압도하고 있는 상태 또한 정신장애로 볼 수 있다는 것이다. 김광애 외(1997)는 프로이트의 정신분석 관점의 3가지 인격 개념인 원초아(id), 자아(ego), 초자아(superego)를 이용하여 정신장애의 개념을 설명하였다. 무의식의 강한 에너지를 담고 있는 원초아, 내부와 외부세계를 인식, 연결하고 인격을 담당하는 자아, 그리고 내부양심, 도덕적 역할을 하는 초자아 사이에 갈등이 발생하면 정신장애가 나타난다고 본 것이다.

정신장애 정의와 개념이 다양하게 나타나는 이유는 과거 정신장애를 바라보는 정신의학의 변화에 맞추어 살펴 볼 수 있다. 대한신경정신의학회(2005)에 따르면 고대 그리스-로마 시대에 히포크라테스(hippocrates), 갈렌(galen), 플라톤(platon) 등은 정신장애를 합리적이고 과학적인 입장에서 정신과 신체를 분리하여 정신장애를 정신기능에서 나타나는 하나의 병으로 인식하였다. 중세와 르네상스 시대에는 모든 분야에 있어 종교와 믿음의 지배를 받던 시기로 정신장애 치료 또한 의사가 아닌 사제의 손에 맡겨졌다. 그로인해 정신장애는 몸의 병이 아닌 영혼의 병, 신의 저주로 생각되었다. 15세기 후반, 어릴 적 버찌를 먹을 때 느끼던 열병의 고통이 성인기에도 반복된다는 것을 느낀 비베스(vives)는 언어 표현의 심리적 연상 작용을 통해 인간의 마음이 어떻게 정신장애에 작용하는지를 연구하였다. 즉, 심리적 접근과 함께 최초 무의식(unconscious)의 존재를 발견한 것이다. 그 후에는 인간 중심의 인도주의적 치료가 중심이 되면서 그동안 행해졌던 비인간적인 치료법이 없어지고, 심리적 접근의 치료가 증가하였다. 19세기 접어들면서 독립적인 정신장애에 대한 전문분야가 형성되었고, 20세기는 뇌의 중요성을 강조한 생물정신의학, 무의식과 의식의 정신분석 중심의 역동정신의학(Gabbard, 2000), 효과성이 입증된 약물을 발견한 현대 정신의학(이상희, 정성훈, 1996) 등에 의해 정신장애의 개념과 치료가 세분화 되었다.

## 2. 정신장애의 치료

### 1) 심리 치료(Psychotherapy)

최초의 심리치료의 출현은 15세기 말 감정의 여러 종류와 근원, 기억 및 망각의 관계 등에 초점을 맞춰 인간마음의 작동원리를 설명하려고 한 비베스(Vives)의 연구로 볼 수 있다. 그 후 프랑스 혁명과 함께 고전주의 시대에 접어들면서 정신질환자에 대한 치료 접근이 합리적이고 심리적인 방법으로 제공되었으며, 하인로스(Heinroth)에 의해 완성된 정신의학교과서와 함께 정신신체의학(psychosomatic medicine) 용어가 등장하여 체계적인 정신의학이 등장하게 되었다. 생물정신의학은 19세기 파스퇴르(Pasteur)와 비르호(Virchow)에 의해 등장하면서 정신과 영역에서 치료접근 방식으로서 받아들여졌으며(대한신경정신의학회, 2005), 20세기 프로이트(Freud)의 등장에 의해 현대적 심리치료가 나타났다. 프로이트의 영향력은 정신분석과 치료과정 및 방법의 체계화뿐만 아니라 Adler의 개인심리학, Jung의 분석심리학 등 다양한 심리학을 발전시키는 중심적인 역할을 하였다(원상화, 2009). 이처럼 정신장애환자에 대한 치료 접근의 변화 과정 속에서 각각의 치료가 영향을 받아 발전하고 심리치료의 정의가 모호한 가운데 Garfield(1995)는 심리치료를 두 사람 이상, 치료사와 내담자 사이의 상호작용을 통해 문제를 해결하는 과정으로 정의한다. 치료사의 역할은 전문적인 훈련을 받고 내담자가 필요한 문제 해결자원을 가지고 있어야 하며, 내담자와 지속적인 언어, 제스처, 동작, 얼굴 표정, 감정 표현 등을 통해 내담자가 문제를 극복하도록 도와주는 것으로 보았다(김제완, 1998). 본 연구자는 폭 넓은 영역에서 사용되는 심리치료를 정신분석적 관점, 내담자 중심과 인본주의 관점, 행동주의와 인지적 관점으로 구분한 Garfield(1995)의 관점에 예술치료관점을 추가하여 살펴보았다.

## (1) 정신분석치료

프로이트의 정신분석(psychoanalysis)은 심리치료 분야에 거대한 영향력을 끼쳤으며, 체계화된 심리치료로 볼 수 있다. 프로이트는 인간심리를 움직이는 힘은 무의식에 있으며, 정신장애의 발생은 해결되지 않은 무의식적 갈등으로 보았다(이정균, 김용식, 2001). 정신분석치료의 핵심은 환자의 자유연상(free association)과 분석가의 중립성(analytic neutrality)을 들 수 있다.

자유연상은 정신분석치료의 기본이 되는 행위(basic procedure)이며, 내담자가 느끼는 감정이나 떠오르는 생각, 소망, 이미지 등이 솔직하게 말로 표현되는 과정이다. 내담자는 말로 표현하면서 의식적으로 수치심과 두려움, 죄책감 등을 느끼지만, 이 과정이 극복되면서 정신분석치료가 진행된다(유재학, 하지현, 2009). 분석가의 중립성은 프로이트의 성격구조이론에 입각하여 설명될 수 있다. 정신분석 과정 중 환자의 원초아(id), 자아(ego), 초자아(superego)는 어떤 것이든 분석가에게 요구하는 성향이 나타나며, 그 때 분석가는 환자의 요구 성향에 대해 객관적인 태도를 취해야 한다는 것이다. 분석가의 중립성이 중요하게 생각되는 이유는 치료과정 중 발생하는 전이현상(transference) 때문이다. 내담자는 자신의 어린 시절, 다른 사람과의 관계에서 경험했던 감정이나 사고, 행동 등을 치료사와의 관계로 이동시키려고 하기 성향이 있기 때문이다(손진욱, 1996). 그밖에도 정신분석을 기본으로 하는 심리치료로서 단기 역동정신치료(brief dynamic psychotherapy), 지지정신치료(supportive psychotherapy), 집단정신치료(group psychotherapy)등이 있다(대한신경정신의학회, 2005).

## (2) 내담자 중심의 심리치료

내담자 중심의 심리치료(client-centered therapy)는 로저스에 의해 제시되

었으며, 인간중심의 비지시적 상담이 특징이다. 무의식적 본능을 강조한 정신 분석과, 인간을 기계적으로 평가한 행동주의에 대한 비판과 함께 나타난 내담자 중심의 심리치료는 인간의 무한한 잠재성을 근간으로 하고 있다. 치료사와 내담자 사이 적절한 관계 속에서 내담자는 자신의 문제를 발견, 해결해 나갈 수 있는 힘이 있으며, 치료사는 해결할 문제보다는 내담자에게 초점을 두어 치료를 진행하는 것이다(서진숙, 1993). 로저스는 자신이 제시한 인간의 성격 구조 중 자아(self)를 강조하였다. 자아는 특정 순간, 개인이 지각하고 주관적 경험을 하는 현상적 장(phenomological field)으로부터 분리된 부분이며, 자신에 대한 인식과 가치로 이루어져 있는 것이다. 로저스는 인간의 자아 실현 경향성에 대해 나에 대한 인식과 가치를 유지하고 발전시키는 기능역할로 보았고, 공감적 이해, 무조건적인 긍정적 관심, 진실성은 치료기술의 핵심으로 생각했다(조성국, 1998). 그밖에도 인본주의 부류에 포함되는 심리치료 및 이론으로는 게슈탈트 치료(gestalt therapy), 매슬로우의 상담이론 등이 있다(서진숙, 1993).

### (3) 행동치료와 인지치료

철학으로서 행동주의는 2차 세계대전이 끝난 후, 평등한 사회의 구현과 과학적 원리를 이용하여 더 나은 세계를 건설하려는 흐름과 맞물려 나타났다. 영국의 Pavlov, Watson, Hull, 미국의 Skinner 등의 행동주의사상에 근거한 행동치료(behavior therapy)의 정의는 다양하지만(김미리혜, 2000), 대한신경정신의학회(2005)는 행동치료를 “정신증상을 과거경험에서 학습된 것이라 보고 객관적으로 관찰할 수 있는 문제행동을 학습이론에 근거하여 분석하고 치료하는 것”으로 정의한다. 행동치료의 치료중심은 강화수반관계(reinforcement contingencies)와 조건화 기술로 볼 수 있다. 강화수반관계는 긍정강화와 부적

강화, 소거, 처벌 등을 활용하여 정신과 환자의 적합한 행동이 있는 후에는 보상적인 결과가, 부적합한 행동 후에는 비보상적인 결과가 뒤따르는 것을 의미한다. 조건화 기술은 동물들의 공포 감소실험에서 시작된 것으로, 먹이를 주면서 공포-조건화 자극에 단계적으로 노출시켜 공포감소를 줄이는 것이다. 조건화 기술을 통해 인간이 느끼는 공포 뿐 아니라 이상행동을 감소시킬 수 있음이 증명되었으며, 체계적 둔감법의 기초를 제공하였다(김정범, 2000).

이정균과 김용식(2001)은 인지치료(cognitive therapy)를 정보처리과정이 병적일 것이라는 가설을 가지고 정신장애 환자에게 진행되는 정신치료로 정의한다. 인지치료는 정신장애환자의 왜곡, 부적절한 인지와 그의 따른 이상 행동을 변화시키는데 중점이 된다. Beck(1988)은 인지치료 대해 내담자가 갖고 있는 신념을 과학적인 경험주의에 의존하여 변화시키는 것이며, 행동적 요소를 많이 포함한 Beck의 인지치료(cognitive therapy: CT)와 언어적 설득 비중이 많고 내담자의 비합리적 신념을 치료사가 반박함으로써 합리적 신념으로 수정해가는 Ellis의 합리적-정서적 치료(rational-emotive therapy: RET)로 구분하였다. 두 가지 치료 접근의 공통점은 내담자의 의식적 사고를 분석하고, 설득, 격려 하면서 인지 수정과 함께 행동의 합리적 변화를 이끄는 것으로 볼 수 있다.

#### (4) 예술심리치료

한국임상예술학회에 의해 1980년대 예술치료는 한국에 소개되어 졌다고 볼 수 있다. 철학, 심리학, 미학 등의 복합적인 성격을 가지고 있는 예술치료는 음악, 미술, 무용 등을 포함하고 있다(원상화, 2009). 다각적인 예술 영역과 학문을 기반으로 하는 예술치료에 대해 임윤선(2006)은 “언어와 함께 이미지, 연기, 소리, 동작 등의 창작 예술매체를 통해 인간의 사고와 행동에 영향을

주는 병을 치료하는 방법”으로 정의한다. 예술치료는 기존 정립된 심리치료 이론을 근거로 내담자 자신의 문제를 안전한 환경 속에서 경험하면서 개입과 반응을 통해 통찰을 이끌어 낸다. 강경선(2011a)은 표현예술치료(expressive arts therapy)로 지칭되기도 하는 예술치료에 대해 심리상태의 평가, 치료역할의 도구인 표현의 중요성을 강조했다. 또한, 정신분석학적 해석을 통해 승화의 개념을 설명하였다. 즉, 예술 활동을 통해서 내담자의 억압된 내적 세계가 함축적으로 표출되는 과정에서 심리적 보상이 이루어지고, 부작용 없이 순기능적 역할을 함으로서 내담자 마음의 변화를 유도한다고 본 것이다. 원상화(2009)는 국내에 소개된 예술심리치료 형태로서 음악, 미술, 무용/동작, 시, 드라마, 원예, 독서, 영화 등을 언급하면서 내담자의 선택폭이 넓어졌다는 것과 함께 예술심리치료 전문요원의 양성을 역설했다. 강경선(2011a)은 예술심리치료에서의 예술 활동에 대해 내담자가 가지고 있는 소망충족 표현이며, 내적 세계안의 갈등, 욕망 등이 구체화되고 현실세계와의 연결고리 역할을 한다고 보았으며, 정신분석치료와 인간중심치료가 갖는 언어 소통을 통한 감정 의식화 과정에서의 기억 왜곡, 표현의 한계점을 보완할 수 있는 치료 접근으로 보았다.

## 2) 약물치료

약물치료는 1950년 정신분열환자를 치료하기 위해 사용된 약물 클로르프로마진(chlorpromazine)의 항정신병적 효과가 나타난 이후로 정신장애환자 치료를 위한 표준 약물로서 사용되고 있다. 이 약물의 항정신병적 효과성 발견은 정신과 영역에서 획기적인 치료변화 뿐만 아니라 정신장애에 대한 사고와 개념을 변화시켰다(이상희, 정성훈, 1996). 약물치료는 인간의 세로토닌, 도파민 등과 같은 신경전달물질의 흡수 및 억제 등에 영향을 끼치며, 신경전달 물질

의 이상조절로 인해 발생하는 우울증, 불안장애, 강박장애, 알츠하이머, 파킨슨 등과 같은 정신장애 치료의 효과성을 가져왔다. 또한 약물은 뇌파 (electroencephalography: EEG)기록을 통해 중추 신경계 및 심혈관계에도 영향을 미치는 것이 확인되었다(이양현, 1995). 그러나 정신장애 치료를 위한 약물사용의 효과성 입증에도 불구하고 증상만을 조절할 수 있는 약물의 한계와 지속적인 복용으로 인한 부작용 등은 보완 및 개선해야 할 점으로 보고 있다(강병조, 이양현, 2002).

### 3. 융의 분석심리학 관점에서의 정신장애

#### 1) 정신장애의 원인

프로이트의 영향을 받은 융은 인간의 모든 정신을 의식(Consciousness)과 무의식(Unconsciousness)으로 구분하였고, 정신장애의 원인을 의식과 무의식의 관계 속에서 바라보았다. 융은 의식에 대해 인간이 깨어있는 상태에서 자신과 사물 등을 쉽게 이해하며 받아들이고, 떠올리는 인식작용으로 보았고, 무의식은 자신의 심적 상태나 행위에 대해 인식이 없는 상태로 생각하였다(이근재, 2004). 융은 프로이트가 주장한 원시적 본능과 비합리적, 충동적인 무의식의 존재를 인정하였지만, 무의식의 에너지가 단순히 성(性)적인 것이 아닌 미래의 창조적 에너지로서의 기능을 한다고 보았다(이정균, 김용식, 2001). 융은 프로이트가 제시한 성적 충동 및 삶의 본능적 에너지인 리비도(libido)를 이용하여 정신장애에 대해 설명하였다. 융이 바라본 리비도는 충동과의 결부가 아닌, 모든 지각, 사고, 감정 등의 중립적 정신 에너지였고, 인간

은 이 에너지를 사회적으로 용납할 수 없는 것으로 판단하여 억압하는데 의식이나, 행위 등 어떠한 방식으로든 분출하는 성질을 가진 이 에너지가 적절한 때와 방식으로 분출 되지 못하면 마음의 갈등이 생겨 정신장애가 발생한다고 보았다(김영희, 2007).

## 2) 정신장애의 치료 접근

융은 프로이트가 생각한 무의식적 과거 소아기 성(性)적 경험에 대해 초점을 맞춰 정신장애 치료접근을 하지 않았다. 또한 정신장애를 발생시킨 무의식의 자원들은 부정적이고 제거해야 할 것으로도 생각하지 않았다(김성민, 2012a). 융은 인간의 마음이 성적 쾌감 원칙에 지배되는 것이 아니라, 무의식에서 나오는 에너지에 의해 자율적이면서도 일정한 법칙에 따라 조절된다고 보았다. 즉, 치료에 있어 무의식의 에너지는 창조적 영향을 끼칠 수 있으며, 과거의 충격이 아닌 현재의 갈등에 초점을 맞춰 문제를 해결하려고 한 것이다. 결국, 융은 꿈, 상징, 집단무의식과 개인무의식, 콤플렉스, 개성화 과정, 원형(Archetype) 등의 개념을 중심으로 분석심리학이란 용어를 사용하며 정신장애의 치료접근을 시도하였다(Hall & Nordby, 1973; Casement, 2001).

융의 정신장애 치료접근 중 대표적인 방식으로는 꿈과 상징으로 볼 수 있다. 꿈은 창조적 무의식의 표현이며, 인간의 전체적인 정신적 표현을 재정립해 줌으로서 심리적 균형을 회복시킨다고 생각되었다. 융은 꿈으로서 표출된 무의식은 합리적인 사고(思考)로서가 아닌 응축된 이미지이며, 확충의 분석법을 통해 꿈을 해석하고, 인간의 콤플렉스에 접근하는 변증법적 과정을 주장했다(이근재, 2004).

상징은 꿈을 포함하는 포괄적인 개념으로 볼 수 있다. 상징으로는 꿈을 비롯해, 단어, 그림 등이 있으며 융은 무의식과 의식의 표출방식의 상징이 자신

의 문제에 있어 구체화하고 다시 경험하여 인간의 근원적인 마음을 한층 더 나아진 의식으로 이끌어간다고 설명하였다. 마음과 무의식 내용에 근거한 상징은 의미를 가지고 있는 원형적 심상의 다양한 변화를 볼 수 있는 것으로 보았다. 인간성의 모든 면을 투사하는 상징은 본능이 인도하는 과거 지향적 측면과 초월적 인격이 인도하는 미래지향적인 측면을 모두 가지고 있는 것으로 생각됐다(Hall & Nordby, 1973). 융이 시행한 단어 연상검사에서 나타난 단어의 상징은 정신장애를 발생시키는 콤플렉스에 대한 관념과 감정의 복합체로서 강력한 감정이 응축되어 나타나는 것으로 보았다. 한편, 융이 말한 꿈, 단어, 그림 등의 상징은 정신장애 치료적 접근에서 세 가지 중요한 기능을 한다. 첫째, 상징은 의식과 무의식, 합리적 사고와 비합리적 사고 등 서로 다른 차원의 두 세계를 연결하는 고리 역할을 한다. 둘째, 상징은 어떤 사실에 대해 직관적으로 직접 인식하게 한다. 셋째, 상징은 상징을 인식한 사람들을 삶의 태도에 있어 변화시키는 작용을 한다(김성민, 2012b).

융의 상징에 대한 견해는 음악, 미술 등의 예술을 병합한 심리치료 접근의 이론적 배경으로 자리 잡았으며, 내담자의 잠재력을 최대한 끌어내고 복잡하고 정리되지 못한 감정을 정리함으로써 통찰(insight)을 이끌어 내는 과정의 치료가 이뤄지고 있다(김승아 & Scheiby, 2006).

### **3) 음악과 마인드맵 그리고 무의식**

#### **(1) 음악과 무의식**

음악은 시간 예술적 속성을 가지고 있으며, 인간의 무의식 에너지를 투사, 반동형성과 같은 무의식의 방어기제 통해 자연스럽게 표출 할 수 있는 안전한 환경을 제공한다. 인간이 느끼는 현실세계와 다른 세계의 경험을 제공하

는 음악의 장점은 무의식과 의식의 연결고리 역할이며, 과거로의 퇴행을 통한 재경험의 촉진제로 사용되어 진다(강경선, 2011b).

분석적 음악치료 관점에서 보는 음악환경 안에서 내담자의 모든 소리는 내담자의 내적세계에 대한 상징으로 생각되며, 무의식을 분석하는 단서가 된다(정현주, 김동민, 2010).

## (2) 마인드맵과 무의식

인간의 내적 세계에서 떠오르는 이미지를 자유롭게 표출하는 마인드맵에 대해 Sylwester(2005)는 시각화(visualization), 지도화(mapping)된 단어가 회상을 이끌어내어 내적에서 떠오른 이미지, 즉 상징을 쉽게 인식할 수 있도록 도와주는 기능을 한다고 보았다(김진, 2010, 재인용). 류지현과 정효정(2013)은 시각화, 구조화된 마인드맵을 통해 어떤 대상의 개념과 의미, 관계를 명료하게 파악할 수 있으며, 스스로가 심층적인 이해를 할 수 있다고 보았다. 따라서 마인드맵 활동을 통해 표출된 내담자의 무의식속에 나오는 상징적인 단어들은 내담자의 문제를 해결할 수 있는 단서로 볼 수 있다.

## 4. 정신장애인의 특징

### 1) 정신장애인의 신체화(Somatization)

신체화는 발견되는 병리적 소견이 없음에도 신체통증이나 피부질환 등으로 나타나는 신체증상이다. 신체화 증상이 시작되는 지점은 마음이며, 마음과 통

증으로 나타나는 신체증상 부위와의 관계는 일대일이 아닌 특징이 있다 (Sarno, 1998). 신체화에 관하여 전명욱(2011)은 정신사회적 스트레스 또는 갈등과 관련이 있는 것으로 생각하였고, 공통적인 학계 생각은 심리적인 요소가 우세하게 신체에 영향을 끼쳐 나타나는 것으로 보고 있다(대한신경정신의학회, 2005). 『정신장애의 진단 및 통계 편람』에서는 신체화를 “병리로 설명이 되지 않는 신체 질환이나 증상을 경험하는 경향”으로 정의한다(APA, 1994). 신체화의 정의는 다양하지만 공통적인 주된 요인은 스트레스로 보고 있다. 신체화는 정신장애인과 일반인 구분 없이 지속적으로 발현되는 증상이며, 스트레스에 취약한 정신장애환자에게는 만성화되기 쉬운 것으로 보고되고 있다(이주연 외, 2006). 이우희(2007)는 스트레스를 발생시키는 요인과 발생된 스트레스 상황에서 사회적인 지지를 통해 문제를 해결하려는 적극적인 대처방식이 정서와 소망적 사고가 중심인 소극적인 대처방식보다 신체화 증상을 감소시키는데 효과가 있다는 것을 확인했다. 임혜경(2013)은 부모양육태도, 정서조절곤란, 비합리적 신념과 관련한 지각된 스트레스를 감소시키면 신체화 증상 또한 감소한다는 것을 확인했다.

한편, 스트레스 중심의 접근뿐만 아니라 정서와 관련하여 신체화 증상의 감소를 확인한 연구들 또한 나타나고 있다. 고희영(2011)은 자아존중감과 신체화 증상의 관련성을, 김윤주(2002)는 문화 심리적 변인과 신체화 증상의 관련성을 통해 신체화 감소를 위한 정서중심의 치료효과를 확인했다. 이러한 결과는 억압된 본능을 표출하거나 자신이 의식하는 모호한 일을 수용하려는 과정 속에서 마음의 부담이나 고통을 느껴 방어기제로서 무의식을 활용한 정서적 고통 현상을 신체로 발산하여 문제를 해소하는 노력으로 볼 수 있다(대한신경정신의학회, 2005; Langenberg, 1999). 특히 Sarno(1998)는 신체화를 두뇌가 무의식속에 숨겨놓은 정서를 인간에게 감추기 위해서 내부의 주의를 외부로 돌리는 전략이라고 설명하였으며, Gabbard(2000)는 본능적 욕구에 대항하는 자아의 방어기제로서 신체화를 설명했다. 즉 신체화는 사회적으로 표출하

기 어려운 자신의 욕망이나 욕구를 신체를 통해 표출하여 상대방에게 전달하려는 무의식의 노력으로 본 것이다. 그밖에도 인간의 주의(attention)와 기억중심으로 신체화 증상의 감소를 확인한 박문규(2011)와 신체감각의 증폭지각을 통해 신체화 증상의 감소를 확인한 김서윤(2008)의 연구가 있다.

다양한 신체화의 대한 정의와 치료접근이 있어 왔으며, 현대에 와서는 신체화에 대해 자신을 괴롭히는 스트레스와 같은 내적, 외적 자극의 갈등을 피하려고 부정하거나, 억눌러 주의를 외부 신체에 통증형태로 배출하는 신경증으로 보고 있기도 한다(최병철, 2010). 신체화에 대한 명확한 정의가 어려운 가운데 이만홍(1983)은 다른 원인에 의한 통증 증상과 신체화를 구분할 수 있는 특징을 다음과 같이 소개하였다(임승주, 1988, 재인용, p. 15).

1. 어느 특정한 부분을 호소하는 것이 아니라 복합증상이다.
2. 증상의 호소가 매우 유동적이다.
3. 증상에 대한 organicity의 증거를 발견할 수 없다.
4. 대부분 우울·불안이나 혹은 불면 등의 증상을 수반한다.
5. 정신·사회적 스트레스 요인과 깊은 관련이 있다.
6. 신체증상이 심인성이라는데 환자가 쉽사리 납득하지 않는다.
7. 신체증상의 치료를 위하여 진료과를 장기간 방황한다.
8. 항우울제나 항불안제 등 항정신성 약물에 호전을 보인다.

그 밖에 신체화 환자들의 특징으로는 통증으로 인해 일상생활이 곤란하며 내적 상태보다는 외적상태의 신체증상에 집착하는 경향이 있다(조혜영 외, 2009). 또한 통증에 따른 무력감과 경제적 부담에 대한 두려움, 일상적인 생활을 유지하지 못할 것 같은 불안, 근심으로 인해 우울감이 심해져 퇴행적 성

향이 나타나기도 한다(MacKinnon & Michels, 1971). 현재 신체 여러 방향으로 통증을 표출하는 신체화 증상에 관한 선행연구(김현정, 2009; 김혜란, 2006; 박재순, 1981; 유현희, 2001; 정해숙, 2006)는 있지만 치료대상과 치료접근 폭이 넓지 않기 때문에 신체화 증상을 호소하는 정신장애인에 대한 이해가 부족한 실정이며, 더욱이 보호자 동의에 의해 폐쇄병동에 입원된 정신장애 환자의 신체화 증상에 관한 선행연구는 없어 그들에 대한 연구의 필요성이 보여진다.

## 2) 정신장애인의 스트레스(Stress)

스트레스(Stress)에 대한 정의는 학자들마다 명확하게 구분하고 있지 못하지만 이정균, 김용식(2001)은 스트레스를 “정신과 신체에 부담을 주는 내적, 외적 자극 또는 자극에 대한 반응”으로 정의한다. 스트레스는 개인에 의해 의미있는 것으로 전달된 자극이며, 감정을 야기시키고 생리적인 변화를 이끌어 내어 생존을 위협할 수 있다(김형돈, 2001). 민성길(2001)은 스트레스란 인간이 감당하기 힘든 상황으로 위협을 느껴 한 인간의 신체체계 한 곳이 과부화(Overloading)됨으로서 점점 전체 체계를 붕괴시키는 것으로 보았고, 스트레스의 원인으로 신체와 정신, 사회적 요인이 다 해당된다고 하였다. Schacter, Gilbert & Wegner(2011)는 스트레스를 개인의 안녕감을 위협적으로 압박하는 스트레스원에 대한 내적 혹은 외적인 신체 및 심리적 반응으로 생각하였다. Sarno(1998)는 인간의 기본적인 6개의 욕구를 설명하면서 스트레스의 발생과 함께 충족되지 않을 경우 생기는 좌절감이나 분노를 설명하였다. 기본적 욕구에 대해 살펴보면 다음과 같다(p. 62).

1. 완벽해 지는 것(남들보다 뛰어나게 성취하고 성공하는 것: 높은 기대치와 기준: 자기 비판적이며 비판에 매우 민감함).
2. 남들에게 호감을 주는 것(남들로부터 승인 받고·사랑 받고·존경받고·승배 되는 것; 남을 기쁘게 하려는 충동, ‘좋은 사람’ 이라는 소리를 듣고 싶은 충동, 이 세상 모든 일에 도와주고 싶은 마음).
3. 보살핌을 받는 것(인간이 아무리 나이가 들고 독립을 성취한다 해도 무의식속에서는 결코 없어지지 않는 욕망).
4. 위안을 받는 것(음식·술·담배·섹스·오락·놀이 등을 통해 만족을 얻는 것).
5. 육체적으로 끔찍없는 것(튼튼하고, 막힘이 없고, 섹시한 것).
6. 죽지 않는 것(우리는 무의식 속에서 죽음의 불가피성에 분노를 느낀다).

스트레스는 연령, 성별 등에 상관없이 누구나 경험하며 때와 장소를 가리지 않고 나타나는 특징과 함께 개인차에 따라 다르게 느끼는 주관적 경험이라는 특징이 있다(대학신경정신의학회, 2005). 이러한 스트레스의 특징은 스트레스 감소 및 해소, 다른 질환과의 관련성 등 스트레스 증상에 관한 분석 및 효과를 밝혀낸 많은 선행연구(김미경, 2000; 김은실, 2005; 김혜란, 2006; 임승주, 1988; 손은실, 2000; 연고은, 2008; 이윤희, 2001; 하수미, 2001; 정현정, 2009)가 나온 원인이 되었다. 이처럼 누구도 피해갈 수 없는 스트레스의 특징은 정신장애 환자에게도 예외가 아니며, 일반인에 비해 스트레스에 취약한 정신장애 환자에게는 여러 가지 질환의 원인이 되거나 가중시키는 작용을 한다(민성길, 2001; 전명욱, 2011).

손경희(1983)는 일반인과 정신장애환자의 스트레스를 비교해 본 결과 스트레스의 발생차이는 통계적으로 유의미하지 않게 나왔으나, 스트레스에 대한 심각도 에서는 통계적으로 유의미한 차이를 확인했으며, 이 결과를 통해 정신장애인이 일반인과 같이 접하는 동일한 스트레스 발생에 대해 어떤 인지적 관점으로 해석하고 받아들이는가와 관련 있는 것으로 생각했다. 이영

실(1995)은 정신장애인이 일반인과 비슷한 스트레스의 경험을 하지만 스트레스에 관해 태어날 때부터의 취약한 뇌와 생활의 스트레스 요소들, 그리고 개인의 스트레스에 대한 수용능력 및 대처방식으로 인해 발생한다는 신체적, 사회적, 심리적 차원에서 설명 하였다(김은실, 2005, 재인용).

최동애(1992)와 우정훈(1993)은 정신장애인이 느끼는 스트레스의 구체적인 요소로 불면, 병에 대한 부정적 예후, 청결등과 같은 건강관련과 가족의 간섭과 이해부족, 가정불화, 가족원의 돌봄 등과 같은 가족관련, 무직으로 인한 무료함, 업무처리 능력의 한계등과 같은 직업 및 경제적 관련, 대인관계, 사회적 낙인등의 사회적 스트레스로 구분하였다.

여러 가지 스트레스 원인 중 정신장애환자에게 심각한 원인으로 작용하는 것은 가족간의 문제(김은실, 2005)로 보이며, 그로인해 정신장애환자 뿐만 아니라 정신장애환자 가족이 겪는 스트레스 및 대처방법에 관한 연구도 나타나게 되었다(김미경, 2000; 김은하, 1991; 박정영, 1998; 엄미사, 1992). 이와 같이 개인의 문제에만 국한되는 것이 아닌 정신장애환자가 겪는 스트레스 문제를 대처하고 해소하기 위한 다각적인 접근이 필요하다.

## 5. 정신장애인과 음악치료

### 1) 정신장애인과 음악 그리고 정서

음악의 정의를 내리는 것은 어려운 일이다. 소리의 기능이 절대적으로 중요한 음악에 대해 학자들마다 일치된 정의는 없지만, 3가지 공통적인 측면으로 음악에 대해 설명이 될 수 있다. Radocy & Boyle(1997)은 음악에 대해 첫째, 인간이 만들며 둘째, 다른 사람 또한 음악으로 인식되어야 하고 셋째, 음

악은 인간에게 어떤 기능을 제공해야 한다는 3가지 특성을 설명하였다. 즉 음악은 인간이 소리를 어떻게 받아들이는가에 따라 결정된다고 본 것이다. 그러나 복잡하고 주관적인 인간의 수용경험에 따라 달라지는 음악의 정의보다는 음악이 인간에게 미치는 기능에 대한 연구가 점차 활발하게 진행되었다. 음악이 인간에게 미치는 다양한 기능에 대한 견해 중 Gaston(1968), Kaplan(1990), Merriam(1964)은 공통적인 음악의 기능으로서 자신의 감정을 표현한다는 것을 주장하였고(Radocy & Boyle, 1997, 재인용) 감정을 표현한다는 것은 음악이 개인이나 집단 특유의 성질로서 감정의 경향을 보이는 기질을 반영하는 것으로 보았다(Radocy & Boyle, 1997).

정서는 인간이 직관적으로 짐작을 할 수는 있지만 정의를 내리기에는 어렵고 복잡하다. 정서에 관해 Eilas, Deborah M, Saucier(2006)는 신체의 생리적 변화이며 감정은 정서의 인지적 경험으로 정서와 감정의 결합이 정서 상태라고 하였다. 감정은 지속적으로 어떤 방식이든 표면화되길 원하는 성질을 가지고 있으며(Sarno, 1998) 어떤 자극에 대해 인간이 느끼는 다양한 반응인 정서(Affect)에 속하는 한 유형으로 지각, 기억, 학습, 추론, 행동 등의 다양한 인간행동 요소와 관련되어 있다(임은희, 2007). Thaut(1996)는 음악이 정서와 어떻게 관련 있는가를 Meyer(1956)의 음악에서의 감정과 의미이론(theory of emotion and meaning in music), Mandler(1984)의 감정인지이론(cognitive theory of emotion), 그리고 Berlyne(1971)의 감정 환기 보상이론(theory of emotion, arousal, and reward in aesthetic perception)으로 설명하였다.

Meyer의 이론은 인간이 음악자극 속 패턴을 따라가며 발달하는 기대도식을 가지며, 지연이나 해결하는 갈등과정 속에서 정서경험을 한다는 관점이다. 따라서 치료사는 내담자가 음악적 자극에 대해 의식적인 집중과 음악자극 패턴의 익숙함을 느낄 수 있는 환경을 제공해야 한다. Mandler의 견해는 Meyer의 이론을 자율신경시스템의 각성과 같은 생물학적 적용에 근거하여 종합적 감정 경험반응으로 발전된 관점이다. 인간은 음악자극의 기대의 지연,

기대패턴으로 인해 감정 반응이 나타나며, 지속적인 감각확인 은 인간의 도식을 형성한다고 본 것이다. Berlyne은 인간이 음악자극에 의해 내적으로 형성된 즐거움적인 보상을 평가하며, 그 보상의 가치가 정서적 반응을 불러일으키는 것으로 보았다. 또한, 음악자극은 인간의 행동을 일으키는 동기 유발과 함께 기분을 형성시키는 것으로 생각했다.

Thaut & Smeltekop(1996)은 인간이 음악경험을 할 때 중추 신경과 자율 신경의 영향을 받으며, 인간은 음악에 대한 태도와 관련된 개인의 성질뿐 아니라 음악의 성질에 의해서도 나타나고 그 반응은 정서와 같이 발생한다고 주장한다. 정현주(2006)는 음악이 인간에게 미치는 생리학적 효과에 있어 소리를 음악적 범위 내에서 수용하는 것과 함께 음악경험이 신체 내 신경과 심리과정들을 촉진하며 심장박동 수나, 산소량, 호르몬 통증지각, 불안감, 근육 긴장도 등을 통해 신체변화를 분석할 수 있는 것으로 보았다.

정서를 일으키는 뇌의 부분은 편도체가 있는 대뇌 변연계로서 뇌 중추를 자극하여 운동계통, 감각계통이나 청각이나 시각과 같은 곳에 반응을 불러일으킨다(Sarno, 1998). 간뇌이론에 입각하여 음악이 뇌에 미치는 영향을 살펴보면 대뇌의 소뇌 사이에 있는 간뇌는(Diencephalon)는 여러 신경 구조의 복합체로서 시상(Thalamus)과 시상하부(Hypothalamus)로 구별되며 외부에서 들어오는 자극의 신경세포를 뇌 다른 부분으로 중계해주는 감각신호 전달기관의 역할을 하며 호르몬과 변연계에도 중요한 작용을 한다(정현주, 2006).

이와 같이 정서에 포함된 감정은 인간의 중앙 조절 시스템에 영향을 주기 때문에 개인의 활동 조절과 현재의 환경이나 시간의 흐름 속에서 자신과 자연을 바르게 인식하는 정위력에 영향을 준다(Langenberg, 1999). 인간의 신체적, 정신적, 감정적인 이상상태를 신체적 부작용이 적은 음악을 통해 인간의 마음에 감동을 주어 감정과 사고를 이끌어 낼 수 있는 안전한 환경을 제공하며, 불편한 감정을 표현하고 자기통찰을 할 수 있도록 하는 도구로 사용될 수 있다(조혜영 외, 2009). 또한 음악은 인간의 신체를 진동시키며 담아뒀던 내

적 에너지를 밖으로 방출시켜 감정을 어떻게 표현해야할지 어려운 상황에서의 묘사적 소리로 표출할 수 있는 기회를 제공하며, 이 과정에서 인간은 감각, 지각, 인지적 능력을 사용하게 된다(Bruscia, 1998).

## 2) 신체화와 스트레스 그리고 정서

신체화는 대부분 통증이 나타나는 증상으로서 심리적 측면과 인지적 측면 중심으로 정리된 Melzack & Wall(1965)의 관문통제이론(Gate control theory)으로 통증변화에 대한 설명이 가능하다. 관문통제이론은 간단히 말해서 자신도 모르게 어떤 자극에 의해 손상을 입었을 때, 주의를 다른 곳에 두게 되면 통증을 느끼지 못한다는 것으로 생각할 수 있다. 이론의 원리는 자극에 대한 정보처리를 하는 중추신경계가 통증이 진행되는 과정에서 통증보다 강한 다른 자극이 들어오면 정보처리량이 제한적이기 때문에 들어온 자극에 주의를 분산시킨다. 따라서 자극의 분산 및 전환으로 인해 통증지각은 감소되는 것이다. 관문통제이론은 약물에 의존했던 것과 달리 통증을 인지 및 심리 중심으로 설명함으로써 다양한 접근의 통증 치료법을 제시하였다(이다연, 2008, 재인용). 신체화의 경우 많은 학자들에 의해 기술된 연구결과가 있었지만, 공통적인 내용은 스트레스에 취약하다는 것이다(민성길, 2001; 대학신경정신의학회, 2005; 전명욱, 2011). 스트레스는 노르아드레날린의 변화로 인한 혈압상승, 혈관 수축, 심박동수 증가와 함께 세로토닌, 도파민, GABA등의 신경화학물질에도 영향을 줌으로서 신체화 뿐만 아니라 다른 질병의 원이 된다고 설명하였다(전명욱, 2011).

스트레스의 관한 접근으로는 Lazarus & Folkman(1984)의 스트레스 대처이론을 들 수 있다. 스트레스 대처이론의 관점은 발생된 스트레스는 개인이 수용할 수 있는 범위를 넘어선 상황으로 진행되고 있는 스트레스 상황에 대한 인지적인 처리 노력으로 볼 수 있다. 스트레스 대처 방식으로 두 가지로 볼

수 있는데 하나는 스트레스 원인을 제거 혹은 피하는 등의 문제 중심적인 접근이며, 다른 하나는 스트레스원을 제거하는 방식이 아닌 정서 중심적 대처방식으로서 스트레스원을 대하는 태도 변화 자세이다(유현희, 2001, 재인용). 본 연구가 주목하는 것은 두 번째 대처 방식이며, 정서조절과 인지의 관계성이 중요하게 본다.

신체의 생리적 변화인 정서는 정서의 인지적 경험인 감정과 결합되어 정서상태로 나타난다. 정서상태는 상호 작용하는 인지적 측면과 신체적 측면의 서로 다른 신경회로를 통해 통합된 정서지각을 이뤄내며, 자율신경계의 내적변화로써 심장박동, 혈압 등이 있고 언어와 같은 표현 등의 외적변화가 나타난다(Eilas, Deborah M., Saucier, 2006).

이와 같이 신체화와 스트레스, 정서는 인지의 중요성 및 신경학적 관계성이 나타나며, 독립적인 증상 및 질환이 아니라는 것을 알 수 있다. 음악은 인지 및 신경학적 효과를 이끌어 낼 수 있다. 음악 요소인 음정, 강도, 리듬, 템포, 박자, 크기 등을 통해 정신지체, 신경손상환자, 학습장애 등 다양한 대상자를 대상으로 인지기능을 향상시킨 선행연구(임은희, 2007; 정현주, 2005; 최병철, 2010; Thaut & Smeltekop, 1996)가 보고되고 있다. 음악경험을 통한 인지영역 강화에 Thaut & Smeltekop(1996)는 음악의 구조는 객관적 사실에 근거하여 정확하게 형성된 것이며, 음악 경험은 정리된 외부현실을 받아들이고 반응하는 역할을 한다고 보았다.

음악의 신경학적 효과에 관해 Spintge(1989)은 음악경험을 통해 코티졸, 카테콜아미 등의 신경화학물질의 변화를 확인했다(정현주, 2005, 재인용). Thaut & Smeltekop(1996)는 음고, 리듬 등의 자극적 음악경험이 불안을 가중시키고, 안정적인 음악경험이 근육의 이완을 촉진하고 운동 긴장을 해소시키는 등 음악경험이 신경학적인 영향을 미친다는 것으로 확인했다. 따라서 신체화와 스트레스는 인지 및 정서와 상당한 관련성이 있는 것으로 볼 수 있으며, 이와 같은 접근법을 활용하여 신체화와 스트레스 증상의 감소 효과를 높

일 수 있을 것으로 보인다.

국내에 신체화 음악치료 연구를 보면, 신경과, 정신과 가정의학과 등 여러 병원을 전전하는 닥터쇼핑(Doctor shopping) 현상이 나타나는 환자의 통증을 감소시킨 사례를 찾을 수 있다. 개인력 조사를 통해서 환자의 상태를 살펴본 결과 스트레스에 노출된 상황, 자신의 심리, 감정 상태를 정확히 인지하고 있지 못하는 신체화 환자의 특징이 확인되었으며, 따라서 자신의 증상이 심리적인 것, 즉 심인성이라는 것을 깨닫게 하는 자기 내적 통찰에 초점을 치료효과성이 확인됐다(조혜영 외, 2009). 문정표(2002)는 Bonny Method를 이용하여 만성통증환자 13명의 신체화, 우울, 불안, 강박증, 대인민감성, 공격성, 공포불안, 편집증, 정신증으로 총 9개영역의 음악경험의 효과를 알아보았다. 연구결과 신체화영역 사전 평가 평균점수 65.25에서 사후평가 55.67로서 8.16 감소하여 통계적으로 음악경험이 통증감소에 유의미함을 밝혔다.

음악 감상은 알파파를 발생시키고 쾌적한 상태로 기분을 전환시키며, 지친 마음과 신체에 영향을 주어 스트레스에 따른 우울감 개선에도 효과가 있는 것이 확인됐다(손은실, 2000; 이윤희, 2001). 최문희(2007)는 미국음악치료협회(American Music Therapy Association: AMTA)에서 발간하는 학술지 JMT(Journal of Musci Therapy)와 MTP(Music Therapy Perspective)중심으로 음악치료의 스트레스 및 통증관리 문헌을 중심으로 개인의 내적 상태와 잘 맞는 음악경험은 스트레스 및 통증을 감소에 유의미한 효과가 있다는 것을 확인하였다.

## 6. 음악심리치료(Music Psychotherapy)

### 1) 음악중심의 심리치료(Music centered music therapy)

심리치료는 치료사와 내담자의 상호교류 관계 중심으로 대화 경험을 통해

내담자의 정신혼란을 안정화 할 수 있도록 필요한 심리적 변화를 일으키게 접근하는 치료법이다. 치료사와 내담자간의 발전적 관계를 토대로 필수적 대화를 통해 합의한 목적을 이루어간다. 그러나 음악 심리치료는 기존의 심리치료의 필수적인 대화라는 방법을 대신해 음악경험을 사용하거나 음악경험의 이해를 돕기 위해 대화를 추가시킨 치료법이라 할 수 있다(Bruscia, 1998). 음악심리치료의 임상효과는 문화적응 스트레스(정현정, 2009), 문화적응력 강화(최슬비나, 2012), 뇌졸중 환자 가족의 적응(도정은, 2011), 즉흥연주 경험에 대한 합의적 질적 연구(윤주향, 2010)에서 확인된 바 있다.

음악중심의 심리치료는 음악심리치료의 변화과정 자체로서 음악을 만들거나 감상의 방법을 사용하여 치료사와 내담자 간의 관계 형성과정을 촉진하고 합의된 목적을 달성하기 위해 사용하는 음악경험이다. 음악심리치료는 심리치료로서 음악(Music as psychotherapy), 음악 중심의 심리치료(Music-centered psychotherapy), 심리치료에서 음악(Music in psychotherapy), 음악을 사용하는 언어적 심리치료(Verbal psychotherapy with music) 4가지 수준으로 구분된다(Bruscia, 1998).

Aigen(2005)은 음악중심 심리치료의 개념이 Bruscia에 의해 제시되었으며, 치료로서의 음악(Music as Therapy)영역 보다 더 크게 다루어지는 것으로 보았다. 음악중심(Music-centeredness)과 치료로서의 음악(Music as Therapy)의 차이는 이론과 해석을 통해 분명하게 알 수 있으며, 다른 중재 없이 음악듣기를 통해 내담자의 면역체계반응을 향상시킨 접근은 치료로서의 음악으로 설명된다고 하였다. 한편 음악중심은 치료 목적 뿐 아니라 음악적 과정과 경험, 표현 또한 중요한 것으로 보았다.

음악치료에서 음악중심이라는 용어가 등장한 시기는 1980년대 중반 Helen Bonny, Barbara Hesser, Carolyn Kenny에 의해 설립된 Bonny 재단: 음악중심치료연구소(The Bonny Foundation: An Institute for Music-Centered Therapies)에서 나타났다. 그 이후 미국음악치료협회(American Music Therapy Association:

AMTA)의 특성을 설명하기 위해서 음악중심 용어를 사용한 Hesser(1992), 심상유도 음악치료에 관련한 Bonny(1989), Warja(1994), Skaggs(1992), 음악심리치료의 차원과 음악중심음악치료를 구분한 Bruscia(1998b), 음악과 심리적 사고사이의 균형을 설명한 Streeter(1999), 임상적 감독에 대해 다양한 음악중심적인 접근을 한 Lee(2003)등에 의해 음악중심의 심리치료가 진행되었다(Aigen, 2005).

정신장애 환자들의 통증을 치료하기 위한 심리치료 접근은 약물을 사용하여 생기는 부작용 발생의 위험으로부터 자유로운 장점이 있다. 약물치료는 단기간에 통증을 감소시킬 수 있으나, 장기간 사용이 지속되면 구토나, 입마름, 신체떨림, 변비 등의 신체이상 현상과 함께 신체 내부에서는 내성이 생겨 통증감소 효과가 나타나지 않게 되고, 약물중독의 위험 또한 높아지게 된다. 이러한 약물의 부작용이 나타나면서 약물치료의 효율성 문제가 제기될 수밖에 없었다(민성길, 2001; 전명욱, 2011). 약물치료의 효과성 문제가 대두되면서 점차 의사들은 약물이 아닌 심리 치료의 효과에 집중하게 되었고, 심리치료를 통해 통증감소와 여러 가지 병적 지표 또한 낮아지는 효과를 발견하게 되었다. 그 결과 통증은 행동적인 요인뿐만 아니라 심리적인 요인 또한 중요하다는 것과 심리적 과정 없이는 통증을 느끼지 못한다는 것이 확인되었다(민성길, 2001).

음악중심 심리치료의 구체적 기법은 명확하게 구분되지 않지만 Aigen(2005)은 음악중심 심리치료를 5가지 기법으로 소개하였다. 음악중심적 원리와 매우 일치하는 Mary Priestley의 분석적 음악치료(*Analytical Music Therapy: AMT*), 음악이 치료로서 강한 핵심이 된다는 점에서 일치하는 Helen Bonny의 심상유도 음악치료(*Bonny Method Guided Imagery and Music: GIM*), 음악의 타고난 본성과 보편성, 인격발달을 나타내는 음악아동의 개념과 일치하는 Nordoff-Robbins의 창조적 음악치료(*Creative Music Therapy*), 음악 중심적이고 인본주의로의 현대적 접근을 시도한 Colin Lee의 미적 음악치료, 그밖에도 사회적, 문화적인 요인을 강조한 공동체 음악치료, 음악중심적인 치료에

개념적 지지를 제공하는 문화중심 음악치료를 제시하였다.

음악중심의 심리치료 개념을 중심으로 이다연(2008)은 음악 감상과 발생, 음악활동을 통해서 통증과 기분, 그리고 자율신경계에 미치는 영향을 알아본 결과, 환자의 주의를 전환하여 통증이 감소된 것을 확인한 선행연구가 있다.

## 2) 음악과 심상(Music & Imagery)

### (1) 음악과 심상(MI)의 정의 및 치료

심상(Imagery)은 인간 마음의 내용을 형상화하여 외부세계로 표출한 형태로서 의식이나, 감정, 심리적·정신적 세계 등이 포함된 것을 의미한다(최범식, 2009). 용은 심상을 인간의 무의식 안에서 체험된 역동적 에너지 경험이 일어나면서 표출이 일어나야 하는데 그때 개인의 마음, 감정, 심리적 상황 등이 자기방어기제로서 은유적으로 표현된 것으로 보았다(Hall & Nordby, 1973; Casement, 2001).

음악과 심상(Music and Imagery: MI)은 GIM(Guided Imagery and Music)을 Lisa Summer가 현실에 맞게 개발한 심리치료 방법이다. GIM은 깊은 무의식으로 접근을 통해 문제를 해결하는 방식이지만, MI는 비교적 단시간 내에 내담자의 내면세계를 탐색하며, 현실적인 문제를 인식하고, 통찰, 해결하는 특징이 있다. GIM은 무의식에 도달하기 위해 많은 시간과 기간이 필요하며, 클래식 음악을 사용함으로써 내담자에 따른 유연함이 어렵지만 MI는 짧은 시간과 회기동안 클래식에 국한되지 않는 다양한 장르의 곡을 내담자에 맞게 사용하여 안정적으로 내담자가 긍정적인 감정을 심상으로 표현할 수 있도록 지지할 수 있다(송인령, 2008). 치료적 접근으로 사용된 심상의 특징은 내담자가 눈을 감고 주제 혹은 시각 심상 등의 직접적인 체험을 하면서 마음속

자신의 문제를 발견 및 해결하기도 하며, 눈을 뜬 채 상담의 형태를 통해서 문제 발견 및 해결을 할 수 있다(최범식, 2009).

MI는 초기면담(Prelude), 전환(Transition), 긴장완화 및 음악 감상(Music Listening), 마무리(Process)의 절차로 이루어진다. 초기면담에서는 내담자의 현재 삶에서 발생한 사건들, 변화 등을 알아보며 내담자 현시점(here & now)에서의 내면, 심리, 정신적, 육체적인 상태를 나누고, 긍정적인 이미지와 힘을 실어주는 자원들을 찾아 치료사와 내담자간 치료 목표를 설정한다. 이 과정에서는 내담자의 긍정적인 내적 자원을 이끌어 내는 것이 중요하다. 전환에서는 지난 치료 과정에서 나타난 내담자의 긍정적 자원에 대해 강화와 함께 현재를 연결하며, 내담자의 표현 중 가장 마음에 들고 표현하고 싶은 것을 선택하여 집중적으로 그 주제에 대해 탐색하는 과정이 진행된다. 그 과정에서 치료사는 내담자가 긍정적인 상태에서 심상이 잘 떠오를 수 있도록 유도해야 한다. 긴장완화 및 음악 감상 단계에서는 음악 감상을 하기 전 심상이 잘 떠오를 수 있도록 내담자의 상태를 Jacobsen(1938)의 진행적(Progressive) 혹은 Schultz 또는 Luthe(1969)의 자연발생(Autogenic)방법을 통해 긴장 완화를 한다. 그 후 편안한 자세에서 내담자와 치료사간 조율된 음악을 감상하며, 사용되는 음악은 음의 전개가 복잡하지 않고, 안정적이며, 예상될 수 있는 멜로디와 리듬, 협화음으로 이루어진 편안하고 구조화된 음악으로 진행된다. 음악 감상을 하면서 혹은 감상이 끝난 후 다양한 이미지가 떠오를 경우 한 번 더 감상을 하여 내담자의 내적인 긍정적 자원에 대한 초점화를 진행한다. 마무리 단계에서는 떠오른 이미지를 내담자가 직접 설명하고, 개인적인 경험을 치료사와 나누면서 이미지를 심층적으로 내면화하여 긍정적인 자원을 확장시키는 과정이 진행된다. 치료사는 내담자가 표현한 이미지에 대해 공감과 긍정적 지지를 하며, 내담자가 일상생활에서도 치료과정에서 느낀 긍정적 경험을 어떻게 활용한 것인지에 대해 치료사와 내담자 서로 방안을 탐구하고 결정한다(송인령, 2008; 정현주 & Summer, 2006). 정현주와 Summer(2006)는

MI의 경우 Wheeler가 제안한 심리치료 단계인 지지적 수준, 재교육적 수준, 재구성적 수준으로 적용되며, 내담자의 해결해야할 우선적인 목표, 심상체합의 적합성, 현재 상태 및 능력 등에 따라 심리치료 단계수준이 결정된다고 보았다.

지지적 수준은 치료사와의 신뢰감을 바탕으로 심리, 사회교류, 인지, 정신 등의 어려움을 가지고 있는 내담자의 심리적 이슈와 긍정적인 내적 자원을 확인하는 것에 초점을 둔다. 음악과 심상은 역동성을 불러 일으켜 주는 역할을 하며, 어떠한 느낌이나 주제 등을 제공함으로써 긍정적인 경험을 유도한다. 재교육적 수준은 내담자 스스로 자기 인식과 이해를 목표로 하여 변화를 이끌어 내는 과정이다. 내담자의 내적 상태에 접근하며 자신이 가지고 있는 문제나 갈등에 대한 이해를 높이고 음악은 심미적, 진정시키는 역할을 하며, 안정적인 전개가 이루어지는 곡이 사용된다. 치료사와 내담자의 언어적 교류는 문제나 갈등에 관한 해결목적이 아닌 깊은 이해를 위한 과정이라고 생각할 수 있으며 이 과정을 통해 통찰력을 얻고 문제를 탐색, 이해할 수 있게 된다. 재구성적 수준은 내담자 내면을 탐구한 과정을 통해 문제를 확인한 경험을 거쳐 자아를 재구성하여 변화를 목표로 한다. 재교육적 수준보다 내담자의 이완을 더욱 유도하여 안정적인 상태에서 심층적인 접근을 할 수 있도록 환경이 제공되어야 한다. 재교육적 수준과 마찬가지로 언어는 통찰을 위한 하나의 보조적 수단으로 사용되며, 적극적인 내면과의 직면을 통해 변화를 이끌어 낸다(송인령, 2008; 정현주 & Summer, 2006). 정현주와 Summer(2006)는 내담자의 감정을 자극한 음악으로 인해 표출된 심상은 내담자의 내면 갈등, 방어기제 등의 감정적 표출을 분석하여 통찰의 과정으로 이끄는 기능을 하는 것으로 보았다. 또한, MI는 모든 세션이 명확하게 3단계를 거쳐 진행되는 것은 아니며, 치료 시작 전 내담자 개인, 혹은 집단의 현재 수준과 능력 등의 상황을 고려하여 적용하여야 한다고 보았다. 특히, 정신장애 기관에서의 MI는 정신장애 환자가 가지고 있는 낮은 현실감과 취약성의 문제를 고려하

여 구조화된 음악과 언어 사용이 되어야 함을 강조하였다.

본 연구에서는 내면의 문제를 살피기 위해 유년기, 청소년기, 성인기의 시간적 연대과정과 더불어 부모님, 가족, 친구 등 성장하면서 내담자에게 중요한 작용을 한 사람들과의 경험에 중점을 두었으며, 융의 상징 개념을 근거로 음악 감상을 통해서 떠오르는 이미지를 그림으로 표현하는 치료접근을 하였다.

### Ⅲ. 연구방법

#### 1. 연구대상

##### 1) 대상자

연구 대상자는 정신과 폐쇄병동에 조현병, 기분장애 진단을 받고 보호자 동의에 의해 입원된 30세~60세 사이의 신체화 및 스트레스 증상을 호소하는 정신장애 환자 10명(남자2명, 여자8명)이 선정되었다. 실험집단은 천안시 D구 H병원 폐쇄병동에 입원된 환자 5명(남자2명, 여자3명)이며, 2013년 4월 1일부터 4월 27일까지 주 2회, 60분, 총 8회기에 걸쳐 음악치료 프로그램이 실시되었다. 통제집단은 인천시 N구 J병원 폐쇄병동에 입원된 환자 5명(여자5명)이며, 2013년 4월 3일부터 4월 30일까지 음악치료 프로그램은 실시되지 않았다.

##### 2) 대상자 선별 제한

실험집단에 참여한 21명의 정신장애 환자 중 한국형 간이정신상태검사(K-MMSE)를 통해 24점(30점 만점) 미만의 점수가 나타난 3명, 연구에 동의하지 않은 1명, 8회기의 치료를 채우지 못한 10명, 외상으로 인해 통증을 호소한 2명의 환자를 제외한 실험집단 5명과 통제집단 5명을 연구대상자로 선정되었다.

## 2. 측정도구

### 1) 한국형 간이정신상태검사(Korean version of Mini-Mental State Examination: K-MMSE)

인지기능을 알아보기 위해 1989년 권용철과 박종한에 의해 한국버전으로 개발된 K-MMSE가 사용되었다. K-MMSE는 지남력, 주의 집중력, 계산 능력, 이해력, 판단력, 기억력 등 총 12개의 간편한 문항으로 구성되어, 피검자가 당황하는 문항이 없는 장점이 있다. 점수 분포는 0점에서 30점으로 점수가 높을수록 인지기능이 잘 보존되어 있는 것으로 보며, 19점 이하는 중증도의 인지장애, 20-23점은 경도의 인지장애, 24점 이상은 정상으로 본다.

### 2) 간이정신진단검사(Symptom Checklist-90-Revision-Somatization: SCL-90-R-SOM)

신체화 증상을 측정하기 위해 1977년 Derogatis에 의해 개발되고, 한국에선 김광일, 김재환, 원호택이 신체화 증상 차원의 90문항 중 12문항을 발췌한 간이정신진단검사(SCL-90-R-SOM)가 사용되었다. 이 척도는 자율신경계의 영향 하에 있는 순환기, 소화기, 호흡기 및 기타 기관의 장애와 두통, 동통 등 신체적 기능이상에 대해 주관적으로 호소하는 증상들로 구성되어 있으며, 자기보고식으로 12문항에 5점 척도로 표시되어있다. 점수의 범위는 0점에서 48점으로 점수가 높을수록 신체와 경향성이 높게 나타나는 것으로 본다.

### 3) 한국어판 스트레스 척도(Brief Encounter Psychosocial Instrument: BEPSI-K)

외국 스트레스 척도인 BEPSI(Brief Encounter Psychosocial Instrument)를 우리나라의 배종면 외 한국어판으로 개발한 BEPSI-K가 사용되었다. 불안, 우울, 생활변화량, 스트레스량 등 총 5문항의 질문이 있으며, 총점의 범위는 5점부터 25점까지이다. 선택 문항의 점수로는 항상 있었다 5점, 거의 언제나 있었다 4점, 종종 여러번 있었다 3점, 간혹 있었다 2점, 전혀 없었다 1점이며 다섯 문항의 점수 총합에서 5로 나누면 BEPSI-K량이 나온다. BEPSI-K량에 따라 2.8 이상은 고(高) 스트레스군, 1.8-2.6 사이는 중등(中等) 스트레스군, 1.6 이하는 저(低) 스트레스군으로 구분된다.

### 3. 연구설계

#### 1) 연구 설계 접근

본 연구는 음악중심의 심리치료가 정신장애 환자의 신체화와 스트레스에 미치는 영향을 알아보기 위해 사전-사후 통제집단설계를 사용하였다.

<표 III-1> 사전-사후 통제집단설계

대상자	사전조사	음악중심의 심리치료	사후조사
실험집단	○ <sub>1</sub>	○	○ <sub>2</sub>
통제집단	○ <sub>3</sub>	X	○ <sub>4</sub>

### 4. 연구방법 및 절차

#### 1) 연구기간 및 프로그램 진행절차

실험집단의 음악치료 프로그램은 2013년 4월 1일 월요일부터 4월 27일 토요일까지 천안 H병원 폐쇄병동 집단치료실에서 이루어졌으며, 월요일과 토요일 오전 10시부터 11시, 60분, 주 2회, 총 8회기 세션으로 실시되었다. 통제집단은 4월 3일 수요일 사전검사를 시작하여 4월 30일 사후검사가 진행되었다.

실험집단과 통제집단의 사전-사후 검사는 모두 해당 병원에 근무하는 정신보건 사회복지사와 함께 정보를 수집되었다.

첫 회기는 치료사가 자신의 어렸을 적부터 현재까지의 인생이 반영된 노래 6곡을 편곡하여 피아노 연주와 함께 부르고, 내담자가 감상하는 프로그램으로 진행되었다. 음악을 통해 내담자는 치료사의 인생을 느낄 수 있도록 하였다. 노래를 듣고 내담자가 느낀 치료사의 인생에 대한 이야기를 나눈 후, 음악자서전 양식을 내담자에게 작성하게 하였다. 이러한 과정을 통해 치료사와 내담자의 인생을 살펴보고, 공감하면서 앞으로의 활동에 있어 동질성 원리(ISO-Principle)에 입각한 노래 또한 탐색되었다. 2회기부터 7회기까지는 25분간 치료사의 기타, 피아노 연주 및 노래를 통하여 내담자가 생각해볼 주제(장점, 유년시절, 가족, 청소년시절, 부모님, 성인시절 등)를 음악으로 제시하고, 주제에 대한 표현의 방식으로서 내담자는 악기연주, 마인드맵 작성, 이야기를 활용하도록 하였다. 그룹 활동이 진행되면서 내담자간 지지적인 역동이 일어나기도 했으며, 각 회기이야기보다는 음악경험의 비중이 점차 늘려 나갔다. 나머지 25분은 마음의 심상을 표현할 수 있도록 음악과 심상(Music & Imagery)이 진행되었다. 음악을 감상하면서 떠오르는 이미지에 대하여 그림으로 표현할 수 있도록 종이와 색연필을 준비하였으며 그림뿐 아니라 글이나 말과 같은 표현 또한 수용되었다.

마지막 8회기 세션에서는 치료사가 내담자에게 메시지를 전달하는 곡을 선정하여 음악 감상이 진행되었고, 2회기부터 7회기까지 그림으로 표현되었던 심상들을 연속된 그림으로 엮어 내담자 스스로 변화과정을 살펴보도록 한 후, 한 사람씩 자신의 견해를 이야기하며 자신의 통증이 마음에 있다는 것을 발견하고 해소할 수 있도록 통찰(insight)과정이 진행되었다.

## 2) 음악중심의 심리치료적용

(1) <표 III-2> 음악중심의 심리치료 프로그램 한 회기 구성

프로그램 구성	소요시간	활동내용	활동 목표
도입	5분	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 인사노래하기</li> <li>• 오늘 하루의 느낌을 확인하고 서로 안부 묻기</li> </ul>	치료의 시작을 알리고 환우들 사이에서 서로 상호 교류할 수 있는 기회를 제공한다.
활동	25분	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 음악 감상</li> <li>• 악기연주</li> <li>• 마인드맵</li> </ul>	음악경험을 통하여 자신의 내면을 확인하고 말로 표현하기 어려운 문제사항이나 감정을 음악을 통해 표출하거나 스스로 확인하는 기회를 제공한다.
	25분	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 음악과 심상(MI)</li> </ul>	
마무리	5분	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 음악경험에 대한 느낌을 나누기</li> <li>• 헤어짐 노래하기</li> </ul>	활동에 대한 느낌을 나눔으로서 자신이 경험한 일들을 재확인하며 헤어짐 노래를 통해서 환우들과 상호 교류하는 기회를 제공한다.

(2) <표 III-3> 음악중심의 심리치료 프로그램 구성

단계	회기	선정곡	치료목표	활동	치료적 논거
도입	1	음악이야기 (치료사의 인생을 반영한 노래)  부치지 않는 편지 악기의 알기 이제는 이별 년할수있어 비상 사랑으로	라포형성	치료사가 살아온 인생을 연속된 노래를 통해 내담자에게 들려준다.  노래에서 느껴졌던 느낌을 나누고 내담자 스스로 음악자서전을 작성하여 자신의 인생을 회상하는 경험을 갖는다.	심리치료접근은 치료사와 내담자 관계가 중요하며 상호작용 속에서 치료결과에 큰 영향을 미친다(Garfield, 1995). 내담자와 교류하는 치료사의 감정이입(empathy)능력은 내담자가 가지는 자기개방의 불안감을 낮추며, 음악경험 안에서 내적 감정표출은 안전한 환경을 제공한다(Bruscia, 1998).
	2	행복을 주는 사람  음악과 삼상 Joy	긍정적 자아탐색	자신의 장점을 찾아내기 위해 내담자간 칭찬릴레이를 진행한다.  장점의 특징을 생각하고 표현이 적합하다고 생각하는 악기를 선택하여 자신의 장점 및 감정을 악기연주로 표출하고, 떠오르는 이미지를 그린다.	내담자의 장점을 찾아내고 악기연주를 통해서 내담자의 감정을 투사, 반영하도록 하여 지지적인 수준의 환경을 형성하는 것은 내담자가 가지고 있는 내적 긍정적인 자원을 스스로 인식할 수 있는 기회를 제공한다(Aigen, 2005).

전개	3	고향의 봄 선생김봉두 ost	유년시절 자아탐색 및 재인	추억놀이관한 마인드맵 활동을 통해 유년시절 고향과 친구들의 기억을 떠올르도록 한다.	융은 무의식속 문제는 현재에 지속적인 영향으로 작용하며(Casement, 2001), 심상을 포함한 상징은 내담자의 내적 세계를 이해하는 치료과정의 의미 있는 역할을 한다(정현주, 김동민, 2010).
		음악과 심상 A love Idea		놀이과정 중 기억에 남는 경험을 공유하고 떠오르는 이미지를 그린다.	
	4	가족	청소년 및 성인 자아탐색 및 재인	가족 및 학교에 관한 마인드맵 활동을 통해 청소년 및 성인시절의 기억을 떠오르도록 한다.	융은 무의식속 문제는 현재에 지속적인 영향으로 작용하며(Casement, 2001), 심상을 포함한 상징은 내담자의 내적 세계를 이해하는 치료과정의 의미 있는 역할을 한다(정현주, 김동민, 2010).
		음악과 심상 Song from a secret garden		관계기억 중 특별히 생각나는 경험을 공유하고 떠오르는 이미지를 그린다.	
	5	말하는대로	자기표출	음악 가사가 주는 의미를 생각하고 살아오면서 힘들었던 경험을 회상하도록 한다.	융은 무의식의 에너지를 창조적 기능의 역할로 보았고(Hall & Nordby, 1973), 집단치료는 집단구성원간의 즉각적인 피드백과 심리적, 정서적, 행동적 반응을 교류하며 진행되는 장점이 있다(대한신경정신의학회, 2005).
		음악과 심상 As tears go by		힘들었던 과거 경험에 대해 음악을 활용하여 격려 및 지지적 활동을 진행하고 떠오르는 이미지를 그린다.	

	6	어떤이의 꿈	자기표출 및 아픔 감싸주기	꿈과 관련된 음악 감상 후 리듬제시를 통해 음악환경을 지속해 나간다. 연속된 리듬과정 중 아픔에 대한 회상을 제시한 후 그 감정을 창조적인 리듬으로 표출, 모방을 통해 아픔을 감싸주는 활동을 반복하고, 떠오르는 이미지를 그린다.	인간은 사회적 특성과 자극과 반응, 자각 등 상호거래를 통해 인간성을 발전시킨다(임은희, 2007). 즉흥악기연주를 통해서 내담자의 아픔을 지지, 반영하고 집단 구성원간 감정공유를 통해 감정표출을 확대시킨다(Bruscia, 1998).
		음악과 상상 비발디 사계 중 봄			
마무리	7	옛사랑	내적문제 인지	음악 감상을 하면서 6주간의 생활과 활동에서 스스로 인지한 신체화와 스트레에 대한 원인이 무엇인지를 생각하고 마인드맵을 통해 단어표현활동을 진행한다. 그 후 떠오르는 이미지를 그린다.	용은 인간의 무의식의 상태를 단어와 같은 상징에서도 표출되며, 단어연상의 지연과 같은 반응에서 문제를 발견할 수 있다고 보았다(Casement, 2001).
	8	너를 사랑해		자기수용 및 자기 지지	2회기부터 7회기동안 내담자가 그렸던 이미지를 연속된 그림으로 볼 수 있도록 한다. 주제별 표현된 자신의 그림을 보고 어떤 감정인지 공유한다.

## 5. 자료분석

본 연구의 자료분석은 SPSS WIN 12.0 프로그램을 이용하여 진행되었다.

- 1) 실험집단과 통제집단의 대상자 특성은 실수와 백분율로 분석하였으며, 집단별 평균분석과 Mann-Whitney U 검정을 실시하여 정신상태점수 (K-MMSE)의 동질성을 검증하였다.
- 2) 실험집단과 통제집단의 종속변수에 대한 동질성 검정은 집단별 평균분석과 Mann-Whitney U 검정을 실시하였다.
- 3) 실험집단과 통제집단의 사전-사후 신체화와 스트레스 점수 비교분석을 위해 집단별 평균분석과 Mann-Whitney U 검정을 실시하였다.
- 4) 실험집단 내 신체화와 스트레스 사전-사후 점수 비교분석을 위해 집단별 평균분석과 Wilcoxon 부호순위 대응표본 검정을 실시하였다.
- 5) 신체화와 스트레스 점수의 상관관계를 분석하기 위해 pearson 상관관계 검정을 실시하였다.

## IV. 연구결과

본 연구는 음악중심의 심리치료가 보호자 동의로 폐쇄병동에 입원된 정신장애 환자의 신체화와 스트레스 증상에 어떠한 영향을 미치는지 알아보기 위해 실시되었다. 이에 따른 데이터 분석 결과는 다음과 같다.

### 1. 대상자 특성과 정신상태점수(K-MMSE)에 대한 동질성 검정

<표 IV-1> 대상자 특성 동질성 검정

구 분		실험집단	통제집단	합계
성별	남	2(40%)	0(0%)	2(20%)
	여	3(60%)	5(100%)	8(80%)
연령	30대	2(40%)	0(0%)	2(20%)
	40대	1(20%)	2(40%)	3(30%)
	50대	1(20%)	2(40%)	3(30%)
	60대	1(20%)	1(20%)	2(20%)
정신장애 진단유형	조현병	3(60%)	3(60%)	6(60%)
	기분장애	2(40%)	2(40%)	4(40%)
정신상태 점수 분포 (K-MMSE)	30	1(20%)	0(0%)	1(10%)
	29	2(40%)	1(20%)	3(30%)
	28	0(0%)	3(60%)	3(30%)

\* 명(%)

	27	0(0%)	0(0%)	0(0%)
	26	1(20%)	0(0%)	1(10%)
	25	1(20%)	1(20%)	2(20%)
합 계		5(100%)	5(100%)	10(100%)

<표 IV-2> 정신상태점수(K-MMSE) 동질성 검정

구 분		N	M	SD	U	P
정신상태점수 (K-MMSE)	실험집단	5	27.8	2.17	9.5	.519
	통제집단	5	27.6	1.52		

\*  $p > .05$

실험집단의 성별구성을 보면 남자와 여자 비율은 각각 40%, 60%이고 통제집단의 경우 각각 0%, 100%이며 두 집단 간 전체 여성 비율은 80%로 나타났다. 연령대를 보면 실험집단의 경우 30대 40%, 40대, 50대, 60대는 각각 20%로 구성되었으며, 통제집단의 경우 30대는 없었고 40대 40%, 50대 40%, 60대 20%로 나타났다. 정신장애 진단 유형으로는 조현병과 기분장애이며 실험집단과 통제집단 각각 60%, 40% 구성으로 나타났다.

사전 정신상태 점수를 통계 분석한 결과 실험집단과 통제집단의 평균점수는 각각 27.8점, 27.6점으로 두 집단 간 통계적으로 유의미한 차이는 나타나지 않았고, Mann-Whitney U 검정을 통한 결과 값은  $P=.519$  신뢰구간 95%( $p>.05$ ) 수준에서 두 집단의 인지기능의 동질성이 검정되었다.

## 2. 두 집단 간 종속변수에 대한 동질성 검정

실험집단과 통제집단간의 신체화와 스트레스점수를 사전 검사하여 동질성을 검정하고자 하였고, 집단별 평균분석과 Mann-Whitney U 검정이 사용되었다. 분석한 결과는 다음과 같다.

<표 IV-3> 신체화 점수(SCL-90-R-SOM) 동질성 검정

구 분		N	M	SD	U	P
신체화점수 (SCL-90-R-SOM)	실험집단	5	17.6	10.88	12	.916
	통제집단	5	16.8	12.36		

\*  $p > .05$

사전검사를 통해 두 집단 간 신체화 점수의 동질성 검정이 실시되었다. 집단별 평균분석과 Mann-Whitney U 검정을 통해 나타난 실험집단과 통제집단의 신체화 평균점수는 각각 17.2점, 16.8점으로 나타났으며  $p=.916$ 로 신체화에 있어서 통계적으로 유의미한 차이가 나타나지 않았다. 따라서 신뢰구간 95%( $p > .05$ ) 수준에서 두 집단 간 신체화점수의 동질성이 검정되었다.

<표 IV-4> 스트레스 점수(BEPSI-K) 동질성 검정

구 분		N	M	SD	U	P
스트레스점수 (BEPSI-K)	실험집단	5	3.44	1.19	7.5	.293
	통제집단	5	2.76	1.07		

\*  $p > .05$

사전검사를 통해 두 집단 간 스트레스 점수의 동질성 검정이 실시되었다. 집단별 평균분석과 Mann-Whitney U 검정을 통해 나타난 실험집단과 통제집단의 스트레스 평균점수는 각각 3.44점, 2.76점으로 나타났으며,  $p=.293$ 로 스트레스에 있어서 통계적으로 유의미한 차이가 나타나지 않았다. 따라서 신뢰구간 95%( $p>.05$ ) 수준에서 두 집단 간 스트레스점수의 동질성이 검정되었다.

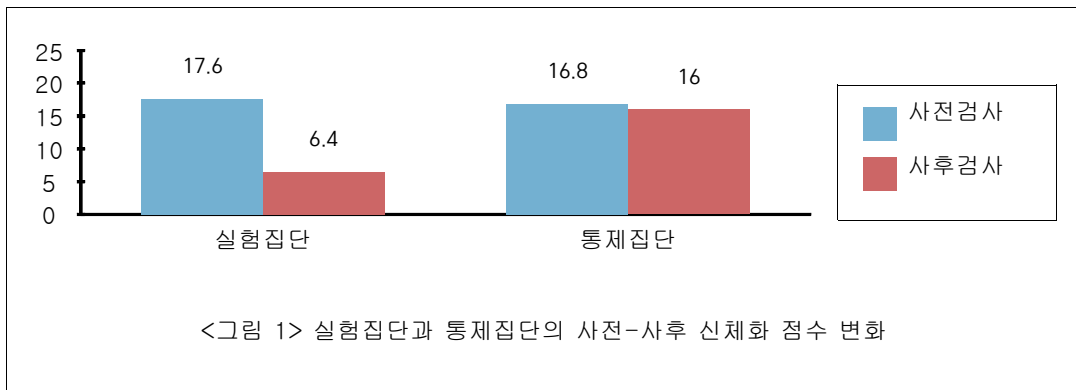
### 3. 가설검정

1) 제 1-1 가설: 실험집단과 통제집단의 신체와 점수 사전-사후 변화 분석

음악중심의 심리치료 프로그램을 경험한 실험집단은 통제집단과 비교하여 사전-사후 신체와 점수의 변화가 통계적으로 유의미한지를 살펴보기 위해 평균분석과 Mann-Whitney U 검정이 실시되었다. 분석한 결과는 다음과 같다.

<표 IV-5> 신체와 점수(SCL-90-R SOM) 평균분석

구 분		사전검사		사후검사	
		M	SD	M	SD
신체화점수 (SCL-90-R-SOM)	실험집단	17.6	10.88	6.4	3.79
	통제집단	16.8	12.36	16	12.83



<표 IV-6> 신체화 점수(SCL-90-R SOM) Mann-Whitney U 검정

구 분		N	M	SD	U	P
신체화점수 (SCL-90-R-SOM)	실험집단	5	-11.2	11.65	2	.026
	통제집단	5	-.8	3.11		

\*  $p < .05$

실험집단과 통제집단의 사전 신체화 평균점수는 각각 17.6점, 16.8점, 사후 평균점수는 각각 6.4점, 16점으로 나타났다. 실험집단의 사전-사후 신체화 점수는 11.2점 감소하였으며, 통제집단의 사전-사후 신체화 점수는 0.8점 감소하였다. 두 집단의 신체화 점수 차이를 Mann-Whitney U 검정을 통해 분석한 결과 통계적으로 유의미하였다( $U=2, p<.05$ ).

## 2) 제 1-2 가설: 실험집단 내 신체화 점수 사전-사후 변화 분석

음악중심의 심리치료 프로그램을 경험한 실험집단 내 사전-사후 신체화 점

수 변화가 통계적으로 유의미한지를 살펴보기 위해 Wilcoxon 대응 검정이 실시되었다. 분석한 결과는 다음과 같다.

<표 IV-7> 신체화 점수(SCL-90-R SOM) Wilcoxon 대응 검정

구 분		사전검사		사후검사		Z	P
		M	SD	M	SD		
신체화점수 (SCL-90-R-SOM)	실험집단	17.6	10.88	6.4	3.79	-2.032	.042

\*  $p < .05$

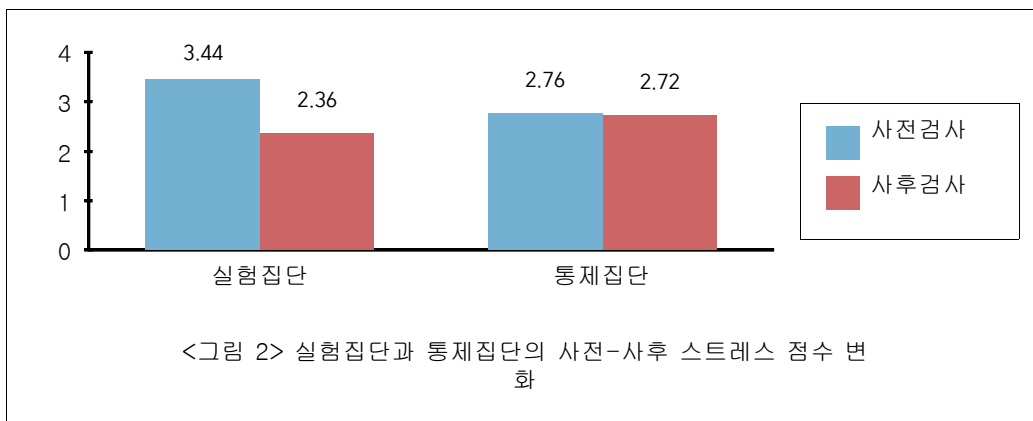
실험집단의 사전-사후 신체화 점수는 각각 17.6점, 6.5점으로 11.2점 감소하였으며, 실험 집단 내 사전-사후 신체화 점수 차이를 분석한 결과 통계적으로 유의미하였다( $Z = -2.032$ ,  $p < .05$ ).

### 3) 제 2-1 가설: 실험집단과 통제집단의 스트레스 점수 사전-사후 변화 분석

음악중심의 심리치료 프로그램을 경험한 실험집단은 통제집단과 비교하여 사전-사후 스트레스 점수의 변화가 통계적으로 유의미한지를 살펴보기 위해 평균분석과 Mann-Whitney U 검정이 실시되었다. 분석한 결과는 다음과 같다.

<표 IV-8> 스트레스 점수(BEPSI-K) 평균분석

구 분		사전검사		사후검사	
		M	SD	M	SD
스트레스점수 (BEPSI-K)	실험집단	3.44	1.19	2.36	.95
	통제집단	2.76	1.07	2.72	.61



<표 IV-9> 스트레스 점수(BEPSI-K) Mann-Whitney U 검정

구 분		N	M	SD	U	P
스트레스점수 (BEPSI-K)	실험집단	5	-1.08	1.14	4.5	.092
	통제집단	5	-.04	.55		

\*  $p > .05$

실험집단과 통제집단의 사전 스트레스 평균점수는 각각 3.44점, 2.76점, 사후 평균점수는 각각 2.36점, 2.72점으로 나타났다. 실험집단의 사전-사후 스트레스 점수는 1.08점 감소하였으며, 통제집단의 사전-사후 스트레스 점수는 0.04점 감소하였다. 그러나 두 집단의 스트레스 점수 차이를 Mann-Whitney U 검정을 통해 분석한 결과 통계적으로 유의미한 차이는 보이지 않았다 (U=4.5,  $p>.05$ ).

#### 4) 제 2-2 가설: 실험집단 내 스트레스 점수 사전-사후 변화 분석

음악중심의 심리치료 프로그램을 경험한 실험집단 내 사전-사후 스트레스 점수 변화가 통계적으로 유의미한지를 살펴보기 위해 Wilcoxon 대응 검정이 실시되었다. 분석한 결과는 다음과 같다.

<표 IV-10> 스트레스 점수(BEPSI-K) Wilcoxon 대응 검정

구 분		사전검사		사후검사		Z	P
		M	SD	M	SD		
스트레스점수 (BEPSI-K)	실험집단	3.44	1.19	2.36	.95	-2.023	.043

\*  $p< .05$

실험집단의 사전-사후 스트레스 점수는 각각 3.44점, 2.36점으로 1.08점 감소하였으며, 실험 집단 내 사전-사후 스트레스 점수 차이를 분석한 결과 통계적으로 유의미하였다( $Z=-2.023$ ,  $p<.05$ ).

5) 제 3 가설: 실험집단과 통제집단의 신체화와 스트레스의 상관관계 분석

실험집단과 통제집단의 신체화와 스트레스점수 상관관계를 알아보기 위해 상관분석 Pearson 검정이 실시되었다. 분석한 결과는 다음과 같다.

<표 IV-11> 신체화점수와 스트레스점수의 상관관계

구 분		M	SD	Pearson Correlation
두 집단	신체화점수(SCL-90-R-SOM)	14.2	10.79	.547
	스트레스점수(BEPSI-K)	2.8	1	

두 집단의 신체화와 스트레스 점수의 상관계수는  $r=.547$ 로서 정(+)적 상관관계를 보였다. 이를 통해 스트레스가 증가할수록 신체화증상이 증가함을 알 수 있다.

## V. 결 론

### 1. 결론 및 논의

본 연구는 음악중심의 심리치료가 정신장애 환자의 신체화와 스트레스에 미치는 영향을 알아보기 위한 목적으로 이루어졌다. 본 연구 대상은 조현병과 기분장애 진단을 받은 정신장애 환자 총 10명으로, 음악치료 프로그램에 참여한 천안 H병원 폐쇄병동에 입원된 5명의 실험집단과 음악치료 프로그램에 참여하지 않은 인천 J병원 폐쇄병동에 입원된 환자 5명의 통제집단으로 선정되었다. 간이정신상태검사(K-MMSE)를 통해 두 집단 간 인지기능의 동질성이 확인되었고, 간이정신진단검사(SCL-90-R-SOM)와 한국어판 스트레스 척도(BEPSI-K)를 이용하여 데이터가 수집되었다. 음악치료 프로그램은 주 2회, 60분, 총 8회기로 진행되었다.

SPSS WIN 12.0을 이용한 대상자 특성과 정신상태에 관한 동질성 검정은 실수와 백분율, Mann-Whitney U 검정이 시행되었으며, 집단별 평균분석과 Mann-Whitney U 검정은 실험집단과 통제집단의 종속변수에 대한 동질성을 검정하기 위해 사용되었다. 실험집단 내 사전-사후 신체화와 스트레스 변화 비교를 위해 집단별 평균분석과 Wilcoxon 부호순위 대응표본 검정을, 스트레스와 신체화의 상관관계를 보기 위해서는 Pearson의 상관관계 검정이 사용되었다. 데이터 분석의 결과는 다음과 같다.

첫째, 음악중심의 심리치료가 정신장애 환자의 신체화에 영향을 주는지 확인하기 위해 사전-사후 신체화 점수를 분석한 결과, 통계적으로 유의미하였다 ( $p < .05$ ). 이것으로 가설 1-1과 1-2는 지지되었다. 첫 회기 자유가 제한된 폐쇄 병동에서 생활하는 내담자를 위해 스스로 선택적인 음악자서전을 만들고 그

속에서 나타난 내담자의 음악적 성향과 인생사연을 치료목적에 반영한 것이 유의미한 치료효과로서 나타난 것으로 보인다. 내담자가 좋아하는 음악의 사용은 내담자의 내적 상태를 이해할 수 있는 도구가 되며, 치료의 효과성을 높일 수 있다는 동질성 원리(ISO-Principle)를 강조한 정현주(2005)의 입장과 유사하다. 음악자서전에서 나타난 내담자의 음악은 가족, 부모님, 고향 등과 관련한 음악이 많았다. 특히 어린 시절 아버지, 어머니의 추억과 관련된 음악경험을 했을 때 자신에 관한 표현이 증가하였고, 감정의 변화가 두드러지게 나타났다. 음악 감상, 악기 연주, 마인드 맵, 음악과 심상은 프로그램 안에서 다양한 내적 감정을 표출할 수 있는 기회를 제공하였고, 무의식의 표출 과정에서 내담자의 주의(attention) 분산 및 전환이 이루어져 신체화 증상이 감소된 것으로 보인다. 이 결과는 인간이 사회적으로 용납된 예술적 행위를 통해 자신의 무의식 세계를 표출한다는 프로이트의 ‘승화’ 개념을 역설한 강경선(2011a)의 입장과 부합된다. 마인드맵을 통해 제시된 단어에 감정을 즉각적으로 악기연주로 표출한 것과 각 회기 주제별 그림으로 표현한 상징은 통찰(insight)을 이끈 주요원인으로 생각된다. 신체화의 경우 방어기제의 표출양식으로서 통증의 시작은 마음이며 그 사실을 인식했을 때 치료가 효과적이라는 연구와 일치한다(조혜영 외, 2009).

둘째, 음악중심의 심리치료가 정신장애 환자의 스트레스에 영향을 주는지 확인하기 위해 사전-사후 스트레스 점수를 분석한 결과, 통계적으로 유의미한 차이를 보이지 않았다( $p > .05$ ). 이것으로 가설 2-1은 기각되었다. 그러나 스트레스 점수 감소의 경향성은 확인되었고( $p = .092$ ), 실험집단 내 사전-사후 스트레스 점수 분석결과 통계적으로 유의미하였다( $p < .05$ ). 이 결과는 가설 2-2를 지지한다. 정신장애 환자가 느끼는 폐쇄병동의 생활은 제한된 자유와 공동생활 규칙 등에 의해 적응의 어려움을 느끼는 것과 폐쇄병동에 입원된 자신의 상황을 부정적으로 생각하여 두 집단 간 통계적으로 유의미한 스트레스 점수 감소가 나타나지 않은 것으로 보인다. 스트레스 감소의 통계적인 유의미성이

나타나지 않은 원인은 정신과 입원 환자에게서 병동 생활의 적응이 중요하고, 자유의 제한으로 인한 스트레스 개선이 어려운 것으로 인식하여 긍정심리 치료접근을 시도한 연구와 부합된다(김근향, 2010). 한편, 실험 집단 내 스트레스 점수의 감소는 통계적으로 유의미하였는데, 그 이유는 실험집단 내 고(高) 스트레스군에 속해있던 정신장애환자가 치료를 받으면서 통찰이 이루어졌고 마음의 변화와 함께 큰 폭으로 스트레스 점수가 감소된 결과로 볼 수 있다. 심리치료에 있어 통찰의 중요성을 강조한 Garfield(1995)의 주장과 부합된다.

셋째, 음악중심의 심리치료 프로그램에서 신체화와 스트레스간의 상관관계를 알아보기 위해 실험집단과 통제집단의 사전-사후 신체화와 스트레스 점수를 pearson 검정으로 분석한 결과 상관계수 .547로서 신체화와 스트레스는 정(+ )적 상관관계를 나타내었고, 이로써 가설 3은 채택되었다. 이는 지속적인 신체와 증상으로 인해 반복성 스트레스 손상(Repetitive Stress Injury: RSI)까지 나타날 수 있다는 Sarno(1998)연구와 부합된다.

이처럼 음악중심의 심리치료는 폐쇄병동에서 생활하는 정신장애환자의 신체와 증상 변화에 통계적으로 유의미한 결과를 가져왔고, 스트레스 증상 변화에는 통계적으로 유의미한 차이를 보이지 않았지만, 스트레스 감소의 경향성이 확인되었다. 또한 Pearson 상관관계 검정분석을 통해 신체화와 스트레스의 정(+ )적 상관관계도 확인되었다.

본 연구를 통해 음악중심의 심리치료는 신체화와 스트레스 증상 감소에 효과적인 치료방법이 될 수 있다는 것을 확인할 수 있다. 음악중심의 심리치료는 신체화의 특징 중 병리를 알 수 없어 여러 병원을 찾아 검사받고 반복적으로 지출되는 약물 및 물리치료 비용을 막을 수 있는 심리치료기법 중 하나라고 생각된다. 폐쇄병동에서 생활하는 정신장애 환자들은 병원 내 사회사업부등에서 운영하는 다양한 프로그램을 통해 교육을 받고 있다(김근향, 2010). 하지만 신체와 증상의 감소를 위한 프로그램은 부족한 실정이며 우리나라는 문화적 특징에 의해 감정을 신체로 표현하는 경향이 많고, 정신장애 환자 1차 진료의 10% 정도가 신체화를

호소(민성길, 2001)한다는 것을 고려하면 본 프로그램은 신체화와 스트레스 증상 감소를 위한 효과적인 중재방법으로 활용할 수 있는 의미를 가질 수 있다.

## 2. 제언

본 연구는 음악중심의 심리치료가 정신장애 환자의 신체화와 스트레스에 미치는 영향을 알아보기 위한 목적으로 시행되었고, 신체화와 스트레스에 있어 각각 통계적으로 유의미한 변화와 감소 경향성을 확인 할 수 있었다. 또한 상관관계 분석을 통해 신체화와 스트레스의 정(+)적 상관관계를 확인 하였다. 하지만 이러한 긍정적인 치료 효과에도 몇 가지 제한점이 나타났다. 우선 내담자 스스로 통찰을 위한 치료기간이 짧은 단기 프로그램이었다는 점과 정신장애 진단유형, 성비, 작은 모집단에 있어서 일반화하는데 한계를 보인다는 점이다. 이러한 한계점을 보완하고 일반적인 결론을 도출할 수 있는 후속연구를 위해 몇 가지 제안하고자 한다.

첫째, 신체화와 스트레스 감소를 위한 음악중심의 심리치료를 장기 프로그램으로 적용하여, 보호자 동의에 의해 폐쇄병동에 입원된 정신장애 환자의 신체와 및 스트레스 증상의 감소를 위한 심화연구가 필요하다.

둘째, 신체화증상이 나타나는 영역과 스트레스를 유발시키는 스트레스 원인을 세분화하여 인간의 정신건강 개선을 위한 심층적인 연구가 필요하다.

셋째, 신체와 증상을 악화시키는 위험요인으로 스트레스가 거론되고 있지만 스트레스와 신체화의 상관관계가 낮거나 스트레스 보다는 인지, 성격요인, 사회적지지, 대처방식 등의 매개변인의 역할에 의해 신체화증상의 감소를 확인한 선행연구가 나타나고 있으므로, 신체와 감소를 위해 스트레스뿐만 아니라 신체화에 영향을 끼치는 매개변인까지 다양하게 접근할 수 있는 음악치료의 심화연구가 필요하다.

## 참 고 문 헌

- 고혜영 (2011). 청소년의 스트레스와 신체화증상과의 관계에서 자아존중감의 매개효과. 석사학위논문. 인천대학교 교육대학원.
- 강경선 (2011). 승화로서 예술의 치료적 기능에 관한 고찰. *예술심리치료연구*, 7(3), 21-37.
- 강경선 (2011). 음악과 정신분석. *인문과학연구*, 29, 301-323.
- 강병조, 이양현 (2002). 약물치료를 위한 정신치료: 약물 순응도를 높이기 위한 정신치료 사례. *생물치료정신의학*, 8(1), 40-45.
- 권기주 (2007). 음악치료가 알코올 중독 환자의 우울 및 스트레스에 미치는 효과. 석사학위논문. 강원대학교 대학원.
- 권용철, 박종한 (1989). 노인용 한국판 Mini-Mental State Examination(MMSE-K)의 표준화 연구. *신경정신의학지*, 28(1), 125-135.
- 국가인권위원회 (2012). 정신장애인 차별·편견 해소를 위한 실태조사.
- 김광일, 원호택, 이정호 (1978). 간이정신진단검사(SCL-90-R), 한국판 표준화 연구 I, *신경정신의학*, 17(4), 449-458.
- 김광애, 강선희, 김양담, 민병옥, 박제윤, 홍준현 (1997). *의학용어*. 서울: 현문사.
- 김근향 (2010). 정신과 입원환자의 적응기능 향상을 위한 긍정심리치료 프로그램의 효과. 박사학위논문. 고려대학교 대학원.
- 김미경 (2000). 정신장애인 가족의 스트레스와 스트레스 대처방법에 관한 연구. 석사학위논문. 호남대학교 행정대학원.
- 김미리혜 (2000). 인지행동치료의 진화. *학생생활연구*, 15(1), 1-17.
- 김서윤 (2008). 청소년의 스트레스와 신체화의 관계에서 신체감각 증폭지각 및 신체적 귀인의 매개효과. 석사학위논문. 숙명여자대학교 대학원.
- 김성민 (2012). 콤플렉스와 정신병리: C.G.융의 이론을 중심으로. *한국실천심학*

- 회, 32, 429-455.
- 김성민 (2012). 현대 기독교인의 고뇌와 C.G.융의 분석심리학. **신학과 실천**, 30, 347-376.
- 김영희 (2007). 융의 분석심리학적 차원에서 본 직업인의 심리적 탈진에 관한 연구: 교사를 중심으로. **한국성인교육학회**, 10(2), 101-123.
- 김윤주 (2002). **신체와 있어 문화심리학적 변인의 매개효과에 관한 연구**. 박사학위논문. 고려대학교 대학원.
- 김은실 (2005). **정신장애인 스트레스 대처방식에 관한 연구**. 석사학위논문. 이화여자대학교 대학원.
- 김은하 (1991). **정신과 환자가족의 스트레스와 대처방법과의 상관관계 연구**. 석사학위논문. 조선대학교 대학원.
- 김정범 (2000). 인지-행동 치료의 발전과정. **생물치료정신의학**, 6(1), 140-149.
- 김제완 (1998). 심리치료 상담의 이론적 접근과 적용. **경북실업전문대학논문집**, 17(1), 195-210.
- 김지영 (2010). **인지행동 음악치료가 암 환자의 우울과 스트레스 미치는 효과**. 석사학위논문. 성신여대 음악치료대학원.
- 김진 (2010). 마인드맵을 활용한 노래가사분석(Lyric Analysis) 활동을 통한 장애아동 어머니의 양육스트레스 감소에 관한 연구. **한국음악치료교육학술지**, 7(2), 23-45.
- 김현정 (2009). **가족의 정서적 환경과 아동의 우울 및 불안이 신체와 증상에 미치는 영향**. 석사학위논문. 충북대학교 대학원.
- 김형돈 (2001). **Power 정신과**. 서울. 군자출판사.
- 김혜란 (2006). **생활스트레스와 분노가 여성의 신체와 미치는 영향**. 석사학위논문. 서울여자대학교 특수치료 전문대학원.
- 김혜성 (2006). **즉흥연주 음악치료가 남성 알코올 중독자들의 분노 및 스트레스에 미치는 효과**. 석사학위논문. 강원대학교 대학원.

- 도정은 (2011). **그룹 노래 심리치료가 뇌졸중 환자 가족의 적응에 미치는 효과**. 석사학위논문. 성신여자대학교 음악치료대학원.
- 대한신경정신의학회 (2005). **신경정신의학**. 서울: 중앙문화사.
- 류지현, 정효정 (2013). 그림과 텍스트 자료를 활용한 협력학습이 학습자의 인지부하 및 마인드맵 작성에 미치는 효과. **교육방법연구**, 25(1), 197-218.
- 문정표 (2002). **음악과 함께 한 심상경험이 만성통증환자의 심리적 지지에 미치는 영향**. 석사학위논문. 숙명여자대학교 음악치료대학원.
- 문지영 (2010). 음악치료 프로그램이 입원 정신질환자의 스트레스감소에 미치는 효과. **재활복지**, 14(2), 199-221.
- 민성길 (2001). **최신정신의학**. 서울: 일조각.
- 보건복지부 (2011). **2011년 정신질환실태조사**. 2011년 2월 15일.
- 배종면, 임지혁, 최순식, 김성원, 황환식, 허봉렬 (1996). 외래용 스트레스량 측정 도구로서 한국어판 BEPSI 설문서(수정판)의 타당성. **가정의학회지**, 17(1), 42-53.
- 박문규 (2011). **스트레스의 신체와 대한 걱정의 매개효과 및 주의와 기억의 편향**. 박사학위논문. 전북대학교 대학원.
- 박재순 (1981). **여성 우울증 환자의 신체증상에 관한 연구**. 석사학위논문. 이화여자대학교 대학원.
- 박정영 (1998). **정신질환자 가족의 스트레스와 대처방법**. 석사학위논문. 인제대학교 대학원.
- 서은주 (2010). **음악치료가 임상 간호사의 직무스트레스와 불안에 미치는 영향**. 석사학위논문. 순천향대학교 대학원.
- 서진숙 (1993). 인본주의 심리학에 대한 소고(小考). **심리연구**, 31, 28-35.
- 손경희 (1983). **정신질환자와 비정신질환자의 사회적 지지와 스트레스에 대한 비교 연구**. 석사학위논문. 이화여자대학교 대학원.

- 손은실 (2000). 음악치료가 정신질환자의 우울감과 스트레스에 미치는 영향. 석사학위논문. 이화여자대학교 교육대학원.
- 송인령 (2008). 우울증 성인을 위한 MI(Music & Imagery) 치료사례. 한국음악치료교육학술지, 5(1), 61-83.
- 송지영, 박진철, 박종학, 오동재, 손형석, 정근재 (1999). 정신과를 방문하는 환자의 통증호소의 빈도 및 특성. 대한신경정신의학, 38(6), 1402-1411.
- 손진욱 (1996). 정신분석적 정신치료에서 한국인이 보이는 전이의 특성. 한국학술진흥재단, 35(2), 1-10.
- 우정훈 (1993). 정신병환의 발병과 스트레스성 생활사건의 관계에 대한 연구. 석사학위논문. 동아대학교 대학원.
- 유재학, 하지현 (2009). 정신분석치료환경: 자유연상과 분석적 중립성. 신경정신의학, 48(3), 130-142.
- 유현희 (2001). 통제소재, 통증대처방식 및 우울이 통증평가에 미치는 영향. 석사학위논문. 가톨릭대학교 심리상담대학원.
- 이근재 (2004). Freud와 Jung의 꿈의 해석에 대한 관점의 비교. 박사학위논문. 부산교육대학교 대학원.
- 이다연 (2008). 음악 감상과 발성 음악활동이 통증환자의 통증, 기분 및 자율신경계에 미치는 영향. 석사학위논문. 숙명여자대학교 음악치료대학원.
- 이상희, 정성훈 (1996). 정신병적 장애의 정신약물치료. 생물치료정신의학, 2(1), 51-61.
- 이우희 (2007). 여성 수도자들의 스트레스원과 스트레스 대처방식 및 신체화 증상과의 관계. 석사학위논문. 서강대학교 교육대학원.
- 이양현 (1995). Paroxetine의 약물학적 특성과 치료적 사용에 대한 고찰. 생물치료정신의학, 1(2), 181-191.
- 이윤희 (2001). 스트레스에 대한 음악치료학적 연구. 석사학위논문. 경희대

학교 교육대학원.

- 이주연, 이무석, 윤진상, 양종철, 문지웅, 정해원, 은성종 (2006). 신체화장애 환자의 스트레스 대처방식 및 심리적 특성. *신경정신학회*, 45(6), 534-540.
- 이정균, 김용식 (2001). *정신의학*. 서울: 일조각.
- 원상화 (2009). 예술심리치료연구. *한국예술심리치료학회*, 5(1), 1-21.
- 임윤선 (2006). *예술인의 우울증과 자살에 관한 예술치료의 필요성에 대한 연구*. 박사학위논문. 한양대학교 대학원.
- 임혜경 (2013). *대학생의 신체와 영향을 미치는 변인들간의 구조적 관계 분석*. 박사학위논문. 부산대학교 대학원.
- 양옥경 (1996). *지역사회 정신건강*. 서울: 나남신서.
- 양옥경, 김충희 (2004). *정신장애인의 인권과 편견*. 사회과학 연구논총 후보지 미간행물.
- 엄미사 (1992). *정신질환자 치료 시 가족의 스트레스요인과 대처방법에 관한 연구*. 석사학위논문. 고려대학교 대학원.
- 연고운 (2008). *음악치료가 스트레스 해소에 미치는 영향*. 석사학위논문. 관동대학교 대학원.
- 연합뉴스 (2010). *전 세계 우울증 환자 1억 5천만명 <WHO>*. 2010년 10월 7일. <http://news.naver.com/main/read.nhn?mode=LSD&mid=sec&sid1=102&oid=001&aid=0004694464>로부터 검색.
- 윤주향 (2010). *음악치료사의 음악중심 음악치료 즉흥연주 경험에 대한 합리적 질적 연구*. 석사학위논문. 이화여자대학교 교육대학원.
- 임승주 (1988). *우울증 여성환자와 정상여성의 스트레스 생활사건 및 신체증상에 대한 비교 연구*. 석사학위논문. 이화여자대학교 대학원.
- 임은희 (2007). *음악치료학개론*. 서울: 푸른북.
- 제영묘 (2004). 자살과 정신장애. *생물치료정신의학*, 10(1), 3-10.
- 조성국 (1998). 칼 로저스(Carl R. Rogers)의 인간주의 심리학적 인간학. *학생생활연구*, 12, 3-15.

- 조혜영, 김윤용, 권용주, 조성훈, 황의완 (2009). 음악치료를 적용하여 호전된 신체형장애 여환 치험 1례. *동의신경정신과 학회지*, 20(3), 261-271.
- 전명욱 (2011). *Pacific Psychiatry*. 서울: 퍼시픽북스.
- 정혜숙 (2006). *가정폭력 피해여성의 정신분석적 음악심리치료 효과 분석*. 석사학위논문. 명지대학교 사회교육대학원.
- 정현정 (2009). *음악심리치료가 세터민 아동의 문화적응 스트레스에 미치는 효과*. 석사학위논문. 이화여자대학교 교육대학원.
- 정현주, 김영신, 최미환, 조혜진, 노주희, 김동민, 김진아, 문소영, 곽은미, 배민정, 이승희, 김승아, 김신희, 이수영, Summer, L., Scheiby, B., & Austin D. (2006). *음악치료 기법과 모델*. 서울: 학지사.
- 정현주 (2005). *음악치료학의 이해와 적용*. 서울: 이화여자대학교 출판사.
- 정현주, 김동민 (2010). *음악심리치료*. 서울: 학지사.
- 최동애 (1992). *만성 정신분열증 환자의 스트레스와 스트레스 대처에 관한 연구*. 석사학위논문. 이화여자대학교 대학원.
- 최문희 (2007). *스트레스 및 통증 관리에 대한 음악치료 문헌연구*. 석사학위논문. 원광대학교 동서보완의학대학원.
- 최범식 (2009). *심상치료의 이론과 실제*. 서울: 해외정판사.
- 최병철 (2010). *음악치료학 2판*. 서울: 학지사.
- 최슬비나 (2012). *해외 유학생의 문화적응력 강화를 위한 소집단 노래 심리치료*. 석사학위논문. 이화여자대학교 교육대학원.
- 최응용 (2000). 정신장애의 새로운 이해. *사회과학연구*, 8(2), 349-365.
- 하경희, 성준모 (2012). 정신장애인 경제활동 실태에 관한 탐색적 연구. *재활복지*, 16(2), 131-158.
- 하수미 (2001). *음악치료가 스트레스에 미치는 영향*. 석사학위논문. 조선대학교 대학원.
- 한국경제 (2012). *한국 '행복지수', OECD 34개 국가 중 32위 '바닥'*. 2012년 7월 10일.

- <http://www.hankyung.com/news/app/newsview.php?aid=201207103617g>로부터 검색.
- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. 이근후 외. (역). **정신장애의 진단 및 통계 편람 제4판**. 서울: 하나의학사(1995).
- Aigen, K. (2005). Music Centered Music Therapy. 이경숙, 류 리 (역). **음악중심 음악치료**. 서울: 학지사(2011).
- Beck, J. S. (1988). Cognitive Therapy. 최영희, 이정흠 (역). **인지치료의 이론과 실제**. 서울: 하나의학사(1997).
- Bruscia, K. E. (1998). The Dynamic of Music Psychotherapy. 김영식, 최병철 (역). **음악 심리치료의 역동성**. Bruscia (편). (pp. 17-30). 서울: 시그마프레스(2006).
- Bruscia, K. E. (1998). Defining Music Therapy. 최병철 (역). **음악치료**. 서울: 학지사(2003).
- Casement, A. (2001). Carl Gustav Jung. 박현순, 이창인 (역). **칼 융**. 서울: 학지사(2007).
- Elias, Deborah M., Saucier (2006). Neuropsychology: Clinical and Experimental Foundations. 김명선 (역). **임상 및 실험 신경심리학**. 서울: 시그마 프레스(2007).
- Gabbard, G. O. (2000). Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice. 이정태, 채영래 (역). **역동정신의학**. 서울: 하나의학사(2002).
- Garfield, S. L. (1995). Psychotherapy: An eclectic-integrative approach, 2nd edition. 김미리혜, 김진영, 이주성, 최윤경, 윤선아, 임성문, 조선미, 이형초, 조윤경 (역). **심리치료 절충·통합적 접근**. 서울: 정민사(2000).
- Hall, C. S., Nordby, V. J. (1973). A Primer of Jungian Psychology. 김형석 (역). **융심리학 입문**. 서울: 문예출판사(2004).
- MacKinnon, R. A., Michels R. (1971). The Psychiatric Interview in Clinical

- Practice. 박성근, 정인과 (역). **임상 실제에서의 정신과적 면담**. 서울: 하나의학사(2002).
- Radocy, R. E., Boyle, J. D. (1997). Psychological Foundation of Musical Behavior. 최병철, 방금주 (역). **음악심리학**. 서울: 학지사(2001).
- Sarno, J. E. (1998). The Mindbody Prescription. 신승철 (역). **통증치료혁명**. 서울: 승산(2000).
- Schacter, Gilbert, Wegner (2011). Introducing Psychology. 민경환, 김명선, 김영진, 남기덕, 박창호, 이옥경, 이주일, 이창환, 정경미 (역). **심리학 입문**. 서울: 시그마 프레스(2011).
- Thaut (1996). 'Neuropsychological Processes in Music Perception and Their Relevance in Music Therapy.' Unkefer, R. F.(ed). Music Therapy in the treatment of adults with mental disorders, New York: Schirmer Books, pp. 3-32.
- Thaut & Smeltekop (1996). 'Psychological and Neurophysiological Aspect of Music Therapy Intervention.' in Unkefer, R. F.(ed.). Music Therapy in the treatment of adults with mental disorders, New York: Schirmer Books, pp. 85-87.
- Langenberg, M. (1999). 'Clinical Application of Music Therapy in Psychiatry.' in Wigram, T., Backer, D.(ed.). Music Therapy and the meaning of affect regulation, PA: Jessica Kingsley, pp. 232-243.
- World Health Organization (1992). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders, Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. 이부영 외. (역). **ICD-10 정신 및 행태장애**. 서울: 일조각(1998).

# **ABSTRACT**

**The Effect of Music-centered music therapy Program on the Mental Disorder's Somatization and Stress.**

**Han, Jin-Woo**

**Department of Music Therapy  
Graduate School of  
Sungshin Women's University**

The purpose of this study is to examine the effect of music-centered music therapy program which is constructed by pretest-posttest group design on the mental disorder's somatization and stress.

This study selected 5 hospitalization patients(2 men & 3 women) who was diagnosed as mental disorder(Schizophrenia, Mood disorder) for experiment group in H-hospital D-gu, Cheon-an between April 1. 2013 and April 27. So 5 hospitalization patients(5 women) who was diagnosed as mental disorder(Schizophrenia, Mood disorder) for control group in J-hospital N-gu, In-cheon between April 3. 2013 and April 30.

The musical program was composed of music listening, instrument playing, mind map and Music & Imagery(MI). Especially MI was

practiced to patients as only support level for considering patients' stabilization and therapist's step level. Each time for therapy was proceeded for 60 minutes twice per week and total session was 8 times. The result of the study shows as below.

First, music-centered music therapy has effect on the mental disorder's somatization between experiment and control group that was confirmed significant meaning( $p < .05$ )

Second, music-centered music therapy has not effect on the mental disorder's stress between experiment and control group that was not confirmed significant meaning( $p > .05$ ). but tendency of reducing-stress was considered( $p = .092$ ).

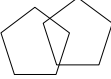
Third, somatization and stress, as somatization level increases, stress level also increases, which means there is significant positive relationship between somatization and stress( $r = .547$ ).

As a result, through this study, it was proved that the Effect of Music-centered music therapy Program on the Mental Disorder's Somatization. Also through tendency of reducing-stress, Music-centered music therapy Program could be considered as therapy intervention about stress.

# 부 록

## <부 록 1> 한국형 간이정신상태검사(K-MMSE)

이름: \_\_\_\_\_ 연령: \_\_\_\_\_ 세 성별: 남 / 여 작성일: \_\_\_\_\_ 년 \_\_\_\_\_ 월 \_\_\_\_\_ 일

<b>【지남력】</b>	
1. 오늘은 _____ 년 _____ 월 _____ 일 _____ 요일입니다. 계절은 _____ 입니다.	총 5점중( )점
2. 당신의 주소는 _____ 도 _____ 군(시) _____ 면(동)입니다. 여기는 어떤 곳입니까?(예: 학교, 시장, 병원, 가정집등)	총 4점중( )점
3. 여기는 무엇을 하는 곳입니까?(예: 마당, 안방, 진찰실등)	총 1점중( )점
<b>【기억등록】</b>	
4. 다음의 물건 이름 세 가지를 기억하십시오 (예: 나무, 자동차, 모자)	총 3점중( )점
<b>【주의 집중 및 계산】</b>	
5. $100-7 \Rightarrow$ $-7 \Rightarrow$ $-7 \Rightarrow$ $-7 \Rightarrow$ $-7 =$	총 5점중( )점
<b>【언어기능】</b>	
6. 물건 이름 맞추기(연필, 시계)	총 2점중( )점
7. “간장 공장 공장장” 따라하기	총 1점중( )점
<b>【이해 및 판단】</b>	
8. “옷은 왜 빨아 입습니까? 라고 질문	
9. “길에서 남의 주민등록증을 주웠을 때 어떻게 하면 쉽게 주인에게 되돌려 줄 수 있겠습니까? 라고 질문.	총 1점중( )점
10. 4번 문제에서 외우게 시켰던 3가지 물건 이름들을 회상시키기	총 3점중( )점
11. 5각형 2개를 겹쳐 그리기	
	총 1점중( )점
12. 오른손으로 종이를 집어서(1점) 반으로 접어서(1점) 무릎위에 놓기	총 3점중( )점
총 점수 30점 중 : _____ 점 교정점수 : _____ 점	

<부 록 2> 간이정신진단검사(SCL-90-R-SOM)

이름: \_\_\_\_\_ 연령: \_\_\_\_\_ 세 성별: 남 / 여 작성일: \_\_\_\_\_ 년 \_\_\_\_\_ 월 \_\_\_\_\_ 일

다음 문항들을 자세히 읽어보시고, 오늘을 포함해서 지난 1주일 동안 당신이 이런 문제 때문에 얼마나 괴로워했는지를 평가해 보십시오. 그리고 다음의 다섯 가지 대답 가운데 당신의 상태를 가장 잘 나타낸 대답을 골라서 표시해 주십시오.

0 전혀 없다    1 약간 있다    2 웬만큼 있다    3 꽤 심하다    4 아주 심하다

		전혀 없다	약간 있다	웬만 큼 그 렇 다	꽤 심 하 다	아주 심 하 다
1	머리가 아프다.	1	2	3	4	5
2	어지럽거나 현기증이 난다.	1	2	3	4	5
3	가슴이나 심장이 아프다.	1	2	3	4	5
4	허리가 아프다.	1	2	3	4	5
5	구역질이 나거나 게운다.	1	2	3	4	5
6	근육통 또는 신경통이 있다.	1	2	3	4	5
7	숨쉬기가 거북하다.	1	2	3	4	5
8	목이 화끈거리거나 찰 때(냉할 때)가 있다.	1	2	3	4	5
9	몸의 일부가 저리거나 찌릿찌릿하다.	1	2	3	4	5
10	목에 무슨 덩어리가 걸린 것 같다.	1	2	3	4	5
11	몸의 어느 부위가 힘이 없다.	1	2	3	4	5
12	팔다리가 묵직하다.					

평가자 기록란 : 총 점 \_\_\_\_\_ 평가 \_\_\_\_\_

<부 록 3> 한국어판 스트레스 척도(BEPSI-K)

이름: \_\_\_\_\_ 연령: \_\_\_\_\_ 세 성별: 남 / 여 작성일: \_\_\_\_\_ 년 \_\_\_\_\_ 월 \_\_\_\_\_ 일

1. 지난 한 달 동안, 살아가는데, 정신적·신체적으로 감당하기 힘들다고 느낀 적이 있습니까?

- ① 항상 있었다.
- ② 거의 언제나 있었다.
- ③ 종종 여러 번 있었다.
- ④ 간혹 있었다.
- ⑤ 전혀 없었다.

2. 지난 한 달 동안, 자신의 생활 신념에 따라 살려고 애쓰다가 좌절을 느낀 적이 있습니까?

- ① 항상 있었다.
- ② 거의 언제나 있었다.
- ③ 종종 여러 번 있었다.
- ④ 간혹 있었다.
- ⑤ 전혀 없었다.

3. 지난 한 달 동안, 한 인간으로서 기본적인 요구가 충족되지 않았다고 느낀 적이 있습니까?

- ① 항상 있었다.
- ② 거의 언제나 있었다.
- ③ 종종 여러 번 있었다.
- ④ 간혹 있었다.
- ⑤ 전혀 없었다.

4. 지난 한 달 동안, 미래에 대해 불확실하게 느끼거나 불안해 한 적이 있습니까?

- ① 항상 있었다.
- ② 거의 언제나 있었다.
- ③ 종종 여러 번 있었다.
- ④ 간혹 있었다.
- ⑤ 전혀 없었다.

5. 지난 한 달 동안, 할 일이 너무 많아 정말 중요한 일들을 잊은 적이 있습니까?

- ① 항상 있었다.
- ② 거의 언제나 있었다.
- ③ 종종 여러 번 있었다.
- ④ 간혹 있었다.
- ⑤ 전혀 없었다.

<부 록 4> 음악치료 프로그램 참여 안내문

음악중심의 심리치료가 정신장애 환자의  
신체화와 스트레스에 미치는 영향

프로그램 참여 안내문

안녕하세요. 성신여자대학교 일반대학원 음악치료전공 4학기, 인천 J병원에서 인턴근무중인 한진우입니다. 석사학위논문을 위해 위와 같은 주제로 연구를 하려합니다. 본 프로그램에 일정과 기타 정보를 알려드립니다. 주의 깊게 읽어주시고 많은 관심과 참여 부탁드립니다.

프로그램에 관한 정보

1. 주제 : 음악중심의 심리치료가 정신장애 환자의 신체화와 스트레스에 미치는 영향(신체화는 통증의 의미를 포함하고 있습니다)
2. 신체화의 개념 : 병리로 설명이 되지 않는 신체 질환이나 증상을 경험하는 경향을 신체화로 정의하였다(APA, 1994).
3. 연구기간 : 월 일 - 월 일(총 8회기 프로그램, 주 2회 각 회기 60분 진행).

4. 장 소 : 천안 H병원 집단치료실

5. 참여조건 : 1) 의사로부터 정신장애(ex우울증, 정신분열등) 진단을 받으신 분.  
2) 음악치료(음악중심의 심리치료)를 원하시는 분.  
3) 특별한 외상이나 신체기관의 질환이 없으신 분.  
4) 심인성으로 인한 통증이 있으신 분.  
5) 총 8회기 프로그램에 빠짐없이 참여해 주실 분.

음악치료 프로그램 진행 중 궁금하신 사항은 연구자에게 언제든지 문의해 주시기 바랍니다. 치료를 목적으로 참여해 주신 분들에게 진심으로 감사의 말씀을 드리며 시간을 정확하게 지킬 것과 최선의 노력을 다할 것을 약속드립니다. 프로그램 진행 중 음악 능력에 대한 스트레스를 받을 필요는 없으며 모두가 즐기면서 쉽게 활동할 수 있다는 것을 말씀드립니다. 불편한 사항이 있으시면 언제든지 편하게 말씀해 주십시오. 감사합니다.

성신여자대학교 일반대학원 음악치료학과 한진우

<부 록 5> 음악치료 프로그램 참여 동의서

<음악중심의 심리치료 참여 동의서>

안녕하세요. 성신여대 음악치료대학원 석사과정 재학중인 한진우입니다. 본 연구는 “음악중심의 심리치료가 정신장애 환자의 신체화와 스트레스에 미치는 영향”에 관한 주제로 진행됩니다. 특별한 외상이나 질환없이 통증을 호소하는 분들을 대상으로 하는 치료 프로그램입니다.

음악중심의 심리치료는 2013년 월 일 매주 2회씩 4주동안 총 8회기로 진행되며 월 일 종료합니다.

음악중심의 심리치료의 주된 활동은 음악 감상, 악기연주, 마인드 맵 그리고 음악과 심상(Music & Imagery)입니다.

프로그램이 진행되는 동안 비디오 촬영이나 오디오 녹음이 진행될 수 있으며 오직 연구목적만을 위해서 사용됩니다. 본 연구자 외에는 보지 않을 것이며 연구가 끝나면 자료는 폐기될 것입니다. 참여자분의 안전을 약속드리며 치료목적을 달성할 수 있도록 최선의 노력을 다하도록 하겠습니다.

2013년 월 일

참여자 성함

서명

연구자 이름

서명

