

정신화기반치료의 치료체계와 근거: 체계적 문헌 고찰

이 정 하

김 지 원[†]

하 현 주

숨비소리위기상담연구소
소장

충남대학교 학생상담센터
심리상담사

서울대학교 사회과학연구원
연구원

본 연구는 정신화(mentalizing) 개념과 발달, 정신화기반치료(Mentalization-Based Treatment)의 치료 기제, MBT 표준체계에 대해 소개하였다. 또한 체계적 문헌 고찰의 방법을 통해 73편의 MBT의 효과 검증 연구들을 정신장애별, 치료 대상별로 개관하여, MBT의 임상적 유용성에 대해 검토하고자 하였다. 그 결과, MBT는 경계선 성격장애를 포함한 여러 성격장애에서 효과를 나타냈으며, 섭식장애, 물질사용장애, 자해, 조현병 등 부정적인 생각이나 압도적인 정서 상태와 관련된 정신건강 문제에서 임상적 유용성을 보였다. 치료 대상에서는 성인뿐만 아니라 아동 및 청소년, 부모 및 가족에게도 확대되고 있으며, 다른 치료체계와 결합하여 발전하고 있다. 그러나 아직 MBT 경험적 연구는 충분하지 않으며, 추후 다양한 정신장애와 치료 대상에 대한 임상적 유용성을 밝히고 기존 치료체계와 비교하여 효과성을 입증하는 후속 연구가 필요할 것으로 보인다. 마지막으로 한국에서의 MBT의 보급 및 임상적 적용 가능성, MBT 연구의 방향성에 대해 논의하였다.

주요어 : 정신화기반치료, 정신화, 체계적 문헌 고찰, MBT 효과성, MBT 적용

[†] 교신저자(Corresponding Author) : 김지원 / 충남대학교 학생상담센터 / (34134) 대전광역시 유성구 대학로 99
Tel : 042-821-5193 / E-mail : jkim175@cnu.ac.kr.

정신화는 심리치료의 공통적인 효과 요인 중 하나로서 많은 치료자들이 주목하고 있으며(Allen, Fonagy, & Bateman, 2008), 정신화 기반치료(Mentalization-Based Treatment 또는 Mentalization-Based Therapy: MBT)는 정신화하기(mentalizing)를 통해 정신건강 문제에서 공통적으로 나타나게 되는 부정적인 생각이나 압도적인 감정 상태를 다룰 수 있다는 점에서 최근 각광받고 있다.

MBT는 발달적 관점과 애착이론, 그리고 신경과학 연구에 기반한 정신역동적 치료체계이다(Bateman & Fonagy, 2008a). MBT의 주요 목표는 개인의 정신화 능력을 높이는 것인데, 이때 정신화는 생각이나 감정, 소망이나 욕구의 측면에서 자신이나 타인의 행동을 지각하고 해석하고자 하는 정신적 상태를 말한다(Bateman & Fonagy, 2006). 정신화를 할 때 개인은 의도적인 정신 상태의 측면에서 인간의 행동을 인식하고 해석할 수 있는 대부분 전의식적인 상상력 활동의 한 형태에 참여하게 된다(Allen et al., 2008). 정신화는 다른 사람들이 생각하거나 느끼는 것을 상상해야 하기 때문에 상상력이 있어야 하며, 특히 감정적인 문제를 수반할 때 우리 자신의 정신 경험을 이해하기 위해 비슷한 종류의 상상력 도약이 필요하다. 이러한 정신화 능력은 자기 조직화에 필수적이며 정서조절에도 영향을 미치게 된다(Fonagy & Allison, 2014).

정신화 능력은 인간이 출생하여 적절한 상호작용을 경험하며 성장하는 가운데 개발되는데, 정신화 능력의 부족은 자신의 행동으로 인해 타인이 경험하는 다양한 감정을 인식하지 못하는 결과를 낳게 되며 나아가 집단 내의 갈등, 폭력 등의 원인이 될 수도 있다. 또한 정신화에서의 역기능들은 많은 관계 문제

들을 만들어낼 뿐 아니라 자해나 자살에 이를 수 있는 주관적 고통을 가져오기도 한다(Bateman & Fonagy, 2010). 이렇듯 MBT에서는 무엇보다 정신화하기와 정신화 능력의 향상이 중요한데, 이를 위해 정신화의 개념이 무엇이고, 그 개념이 최근까지 어떻게 발달하고 있는지에 대해 먼저 살펴보도록 하겠다.

정신화의 개념과 발달

정신화의 개념은 Fonagy가 처음으로 제안한 것으로 ‘대인 관계 상황에서 자신과 타인의 행동의 기저에 있는 정신 상태, 즉 신념, 동기, 정서, 바람 욕구를 상상하여 사회적 세계를 이해하는 활동’이다(Fonagy, 1991: 이수림, 이문희, 2014에서 재인용). Fonagy는 발달심리학의 한 이론인 마음 이론(theory of mind)에서 정신화의 아이디어를 착안하였는데, 다른 사람이 자신과 다른 관점을 가질 수 있다는 사실을 가정할 수 있는 능력(이후 정신화 능력이라고 불림)을 일반적으로는 마음 상태 그리고 특징적으로는 타인의 마음 상태에 대한 성인의 주의로까지 초점의 범위를 확대하였다(Fonagy, Steele, & Steele, 1991).

이후 Fonagy와 동료들은 정신화를 ‘마음이 갖는 것이 세상에 대한 우리의 경험을 중재한다는 것에 대해 우리가 깨닫는 과정’으로 보며(Fonagy, Gergeley, Jurist, & Target, 2002) 개인의 정신화 능력의 정도를 평가하기 위해 성찰기능 척도(Reflective Functioning)를 만들었다. 성찰기능 척도를 사용한 일련의 연구들은 정신화할 수 있는 능력이 어린 시절의 부정적인 영향을 완화하고 불안정 애착의 세대 전수의 가능성을 줄일 수 있음을 보여주었다(Fonagy et al., 1991; Fonagy, Steel, Steel, & Higgitt, 1991:

김진숙, 이지연, 윤숙경 역, 2010에서 재인용). 이와 같은 발견으로 Fonagy와 동료들은 정신화에 있어 애착이 매우 중요하다고 생각하여 관련된 연구들을 진행하며 이론들을 정립해 나갔다. Allen 등(2008)은 애착이론과 정신화가 연결되는 것에 대해서 정신화 능력은 관계를 통해 이루어지며, 관계의 질은 정신화 형성에 핵심이라고 하였다. 즉, 정신화와 애착은 세대를 이어가면서 지속되고, 안정된 애착은 최적의 정신화 발달에 중추적 역할을 한다는 것이다.

Fonagy와 동료들은 경계선 성격장애(Borderline Personality Disorder: BPD)를 가진 내담자들의 정신분석 연구로부터 정신화의 개념의 발달에 대한 또 다른 영감을 얻게 되었다. 많은 사람들이 BPD의 특징으로 여겼던 구체적인 사고방식(concrete thinking)이 보통 2~3세 유아들이 내적 경험을 다루는 방식과 다르지 않다는 것을 발견하며 정신화 능력의 정상적인 발달과 출현 이전의 사고방식(정신화 이전단계)에 대해 생각하게 되었다(Fonagy & Allison, 2014). Fonagy와 Target(1996)은 정신화 이전 단계로서 세 가지 모드(정신적 동일시 모드, 가상 모드, 목적론적 모드)를 소개하였는데, 정신화 붕괴 시 각 개인들은 이들 중 한 가지 모드로 퇴행 또는 전환한다고 하였다. 첫째, 정신적 동일시 모드(psychic equivalence mode)에서는 자신의 내적 세계와 외부 현실을 동일하게 여기는데 이는 2~3세의 유아에게서 흔히 보이는 현상이다. 자기 마음이 곧 세상이 되며, 자신의 환상 혹은 꿈이 현실과 동일하다고 생각한다. 둘째, 가상 모드(pretend mode)는 발달적으로 2~3세 유아들에게 나타나는 양식이지만 정신적 동일시 모드와는 반대로 내적 세계와 외부 현실이 완전히 분리되

어 있다. 가상 모드에서는 내적 세계와 외부 현실을 조화롭게 통합할 능력이 없어 분리되며 우리가 무시하는 것은 무엇이든 중요하지 않게 여겨진다. 셋째, 목적론적 모드(teleologic mode)에서는 욕구와 정서 같은 정신 상태가 행동으로 표현된다. 발달적으로 8~9개월 무렵에 유아들은 행동과 행동의 결과를 구분하기 시작하며, 행동을 자신이 원하는 목적을 달성하게 해주는 수단으로서 표상할 수 있게 된다. 마음 상태의 변화가 소망, 믿음, 느낌 혹은 바람 등과 맞아떨어지는 어떤 실질적인 행동에 의해 확인된 경우에만 사실이라고 생각한다. 이러한 방식들이 대안적 모드로 통합되는 정신화 모드(mentalization mode)에서는 자신과 타인의 행동을 의도적 표상으로 인식할 수 있으며, 내적 세계와 외부 현실은 분리되어 있으면서 또한 연관되어 있음을 인식할 수 있다.

이후, Fonagy는 정신화에 있어 정서조절을 본인의 정서를 공들여 만들어 그 정서를 다른 사람에게 하도록 역할을 하는 상호 조절의 개념으로 보게 되었다(Fonagy, Target, Gergely, Allen & Bateman, 2003; 권유경, 2016에서 재인용). 이와 관련하여 Allen은 정신화를 ‘의도적인 마음 상태와 연결하여 행동을 지각하고 해석하는 것’으로 정의하는데, 이는 우리가 신체적이든 심리적이든 우리와 함께 있는 사람의 마음 상태에 주의를 기울이고 상호 조절한다는 점에서 매우 사회적인 구성개념이라 할 수 있다(Bateman & Fonagy, 2010). 효과적인 정신화의 개념은 자신의 심리 상태에 대한 인식과 다른 사람의 심리 상태에 대한 인식을 구분하고, 그런 인식 사이의 상호작용에 대해서도 인식할 수 있는 것을 말한다. 쉽게 말해, 우리가 다른 사람이 어떻게 우리에게 관련되어 있

는지에 대해 이해하면서 우리 자신을 이해하고, 우리 자신을 이해함으로써 다른 사람을 이해하는 것에 도움이 된다는 것이다.

정신화의 개념의 발달에 있어 특히 주목할 만한 점은 정신화가 정신분석학적 전통의 단순한 흡수를 넘어서 애착 이론의 최근 경험적 성과, 특히 신경학적 연구 결과들을 포괄하고 있다는 점이다(차혜명, 김은영, 2016). 뉴로이미징 연구에 따르면, 정신화는 하나의 일차원적인 능력이라기보다는, 네 가지 차원으로 분류될 수 있으며, 각 차원의 극단은 서로 다른 뇌의 영역과 연결되어 있다(Fonagy & Luyten, 2009). 정신화의 네 가지 차원은 각각 (1) 자동적 대 통제적 (automatic vs. controlled), (2) 자기 대 타인(self vs. others), (3) 내적 표상 대 외적 표상(internal vs. external), (4) 인지 대 정서(cognitive vs. affective)로 구분되며 각 차원의 균형이 효과적인 정신화를 돕는다. 균형이 잡히지 않고, 어떤 차원 중 한 쪽 극단이 다른 쪽 극단에 비해 과도해졌을 때 비효과적인 정신화가 일어난다. 이 관점을 바탕으로 다양한 유형의 정신병리학은 이러한 극단을 따라 장애의 다양한 조합(즉, 다양한 정신화 프로필)을 특징 할 수 있다. Bateman과 Fonagy(2016)은 BPD를 가진 사람들의 경우 애착체계가 손상되어 정서적 각성이 빈번해지면 정신화의 실패 또한 만성화가 된다고 하였다.

Fonagy와 Luyten(2009)은 정신화의 각 차원과 연결되어 있는 뇌의 영역을 살펴보면 (1) 자동적인 정신화는 복내측 전전두피질의 활동을 수반하고, 기저핵과 편도체, 외측두엽피질, 배측전방대상피질과 관련되고, 반면에 통제적 정신화는 외측, 내측전전두피질과 내측두엽, 문측전측대상피질, 그리고 외측, 내측 두정엽 피질과 관련되어 있을 수 있다고 하였다. (2)

다른 사람의 의도나 감정에 대한 성찰 없이 즉각적으로 그 사람이 경험하는 것을 느끼는 종류의 공명은 전두두정 시스템의 거울 뉴런 시스템에 의존할 것이며, 내가 그 행동을 수행하든 관찰하든 정확히 동일한 신경이 활성화되는 것으로 보인다고 하였다. (3) 내부 단서에 초점을 맞춘 정신화는 내측 전두, 두정엽 네트워크를 수반하며, 외부 단서에 초점을 맞추는 정신화는 외측 전두, 두정엽 네트워크를 동원할 것이라고 하였다. (4) 정서적인 정신화는 편도체, 전두이랑과 연관되어 있을 수 있고, 인지적인 정신화는 하위 전두이랑의 몇몇 영역과 관련되어 있을 것이라고 하였다. 이렇게 각 활동을 뇌의 특정한 영역에 연결 짓는 것은 특정한 기능에만 어려움을 겪는 내담자, 또는 각 차원 사이의 불균형을 겪는 내담자를 다루려고 할 때 도움이 될 수 있다.

치료체계로서 MBT가 등장하게 된 것은 Fonagy와 Bateman이 BPD를 가진 내담자들을 대상으로 정신화의 개념을 적용하면서 시작된 다. 그들은 BPD를 가진 내담자들이 유전적 소인 또는 생애 초기에 방치되어 정신화 능력에 제한적인 기능이 있다고 보았으며 이러한 제한된 능력은 개인적인 생각과 감정을 식별하는 데 어려움을 초래할 수 있다고 보았다 (Bateman & Fonagy, 1999). 이러한 전제하에 MBT는 최초에는 1990년대 낮병원에서 BPD를 가진 내담자들을 효과적으로 치료하기 위해 개발되었는데(Bateman & Fonagy, 2004), MBT의 표준체계와 치료 기제는 다음과 같다.

MBT 표준체계(Standard MBT)

MBT 표준체계는 낮병원 프로그램(Day

Hospital programme: DH)과 집중 외래치료 프로그램(Intensive Out-patient Programme: IOP) 두 종류가 있다. 첫째, 낮병원 프로그램은 내담자들이 주 5일을 출석하며 프로그램의 최장 길이는 18-24개월이다. 낮병원 프로그램은 암묵적 정신화 과정과 명시적 정신화의 기술을 증진시켜 주는 표현 치료에 초점을 두는 개인치료와 그룹치료로 구성된다. 명시적 정신화 집단은 주 1회 90분 동안 지속되며 10-14주에 걸친 프로그램에 따라 서서히 진행되는 개방적인 대집단으로 운영된다. 암묵적 정신화 집단은 자기 자신에 대한 정신화, 타인들에 대한 정신화, 관계들에 대한 정신화를 증진시키기 위한 것으로 한 개인의 관계 속에서 심리 기능이라는 강력한 모습으로 자리 잡게 하려면 최소 1년의 시간은 들일 것으로 제안한다. 둘째, 외래집중 프로그램은 주 1회 개인 면담 50분 회기와 주 1회 75분 그룹치료로 구성되며 18개월에 걸쳐 이루어진다(Bateman & Fonagy, 2016). 그룹치료는 심리교육 집단치료(MBT-I)과 비구조화 그룹치료(MBT-G)로 구성되어 있으며, 내담자는 10-12회기의 MBT-I가 모두 진행된 후 비구조화 집단치료에 참여한다. 치료자는 MBT-I에서 내담자가 정신화와 정신장애의 핵심요소를 이해할 수 있도록 교육하고 MBT-G에서 각 집단원들의 사건과 관점에 초점을 맞추어 맥락적인 관점에서 정신화를 정교하게 다룬다(Weber, 2017).

MBT의 치료 단계는 매뉴얼화되어 있으며, 진단 단계부터 내담자의 정신화 능력과 대인관계 문제의 통합적 평가까지 표준 진단 평가(standard diagnostic assessment)가 체계적으로 마련되어 있다. 사례개념화(case formulation)는 회기 초반부터 시작된다. 사례개념화 된 내용은 내담자와 함께 공유하는 것을 원칙으로 하며

치료자는 내담자의 취약성과 정신화 문제에 대해 맥락적으로 이해한 바를 서면으로 기록하고, 필요한 경우 치료자들 간에도 공유한다. 사례개념화는 치료 초반에 작성되어 분기별로 개정되며 치료자와 내담자 모두 치료 초점에 동의하도록 명시한다(Karterud, 2018). 또한 내담자가 위기 상황에 처했을 때 도움이 되거나 장애가 될 수 있는 사고, 활동, 연락처 등에 대한 위기 계획(crisis plan)을 수립한다(Volkert, Hauschild, & Taubner, 2019). 이후 중기 단계에서는 정신화 능력의 증진을 자극하기 위한 작업이 진행된다. 마지막 단계에서는 집중적 치료의 종결을 준비하는데, 치료자를 떠나는 느낌에 초점을 두고 지금까지 치료 과정을 통해 성취한 것들을 어떻게 유지 발전시킬 것인가의 문제와 내담자와 의논하여 앞으로 어떻게 하면 내담자의 필요에 맞게 후속 조치들을 해 나갈 것인가 등을 다룬다(Bateman & Fonagy, 2006).

MBT 치료 기제

MBT에서 제안하는 치료 기제는 애착 관계를 활성화하며 현재의 심리 상태에 독점적인 초점을 맞추는 것이다. MBT의 주요 개입은 두 개의 일반 영역과 네 개의 주요 구성 요소 영역으로 이루어져 있다. 두 개의 일반 영역은 ‘회기 구조(sessional structure)’ 및 ‘잘 모른다는 태도(not-knowing stance)’이며 네 가지 주요 구성 요소 영역은 ‘정신화 과정(mentalizing process)’, ‘비-정신화 모드(non-mentalizing modes)’, ‘정서적 이야기 정신화(mentalizing affective narrative)’ 그리고 ‘관계적 정신화(relational mentalizing)’이다. 구체적으로, ‘잘 모른다는 태도’는 치료자가 내담자의 진술에 대한 결론을

성급히 내리지 않는 것을 의미하며 ‘회기 구조’는 합의된 구조를 따른다는 것이다. ‘정신화 과정’은 정신화 과정에 초점을 맞추는 것을, ‘비-정신화 모드’는 환자가 정신화를 수행하지 않을 때 적절히 개입하는 것을 의미한다. ‘정서적 이야기 정신화’는 치료자가 정서에 중점을 둔 이야기에 집중해야 함을, ‘관계적 정신화’는 치료자와 내담자 간의 관계 및 집단 내 내담자 간의 관계에 초점을 맞추는 것을 뜻한다(Bateman, 2018; Morken, Binder, Arefjord, & Karterud, 2019에서 재인용).

MBT에서 치료자의 태도는 매우 중요한데, 치료자와 내담자가 내담자의 마음에 대해 공동의 관심을 기울이는 과정에서 정신화 능력이 습득될 수 있다. 정신화 기능을 사용하는 치료자는 내담자의 느낌과 경험을 이해하기 위해, 계속해서 내담자에 대한 이미지를 자신의 마음속에서 구성하고 또 구성한다. 내담자와 치료자가 정신화 과정을 발전시키기 위해서는, 내담자는 치료자 마음속에 있는 내담자 자신을 발견하고, 치료자 또한 내담자의 마음속에 있는 치료자 자신을 이해해야 한다. 두 사람 모두 한 사람의 마음이 다른 사람의 마음을 변화시키는 경험을 해야 한다(Bateman & Fonagy, 2010). 치료자가 치료적 상호작용 안에서 자신의 마음을 활용하고 변화하는 모습을 보여줄 때, 내담자에게도 대안적 변화가 내재화되고 정신화 능력이 촉진된다(Bateman & Fonagy, 2013a).

BPD를 가진 내담자들을 대상으로 MBT 표준체계를 적용한 첫 무선 통제 연구(randomized controlled trial: RCT)는 1990년대 후반에 영국에서 발표되었고 이후, MBT의 효과성에 대한 연구는 여전히 BPD를 가진 내담자들을 대상으로 활발히 이루어지고 있다. 이외에도 우

울증, 섭식장애(Eating Disorder: ED), 물질사용장애(Substance Use Disorder: SUD), 정신증, 반사회성 성격장애(Antisocial Personality Disorder: ASPD) 등의 광범위한 정신장애로도 확대 적용되어 효과성을 검증하는 연구들이 출판되고 있다(Balestrieri, Zuanon, Pellizari, & Zappoli-Tyrion, 2015; Möller, Karlgren, Sandell, Falkenström, & Philips, 2017; Thomas & Jenkins, 2019).

또한 애착체계와 정신화에 어려움을 가진 어린이, 청소년, 가족, 부모와 자녀, 의료진 등 다양한 대상에게 MBT 치료체계를 적용하는 시도가 이루어지며 이에 대한 효과를 검증하는 연구들도 다수 출판되고 있다(Bateman & Fonagy, 2019; Midgley, Alayza, Lawrence, & Bellew, 2018; Suchman, Borelli, DeCoste, 2020; Welstead et al., 2018). 치료 체계도 유연해지면서 초기에는 개인과 집단치료를 병행하였으나 최근에는 개인치료 또는 집단치료 단독으로 진행하기도 하고, MBT 개입 기간과 강도를 달리하는 등 다양한 형태의 MBT가 시도되고 있다(Bateman & Fonagy, 2006).

이렇듯 광범위한 정신건강 문제와 다양한 대상들에게 적용되고 있는 MBT 효과성에 대한 연구들은 지난 20년간 네덜란드, 덴마크 등 여러 유럽 국가와 미국, 호주, 브라질 등 다양한 국가에서 현재까지 꾸준히 보고되고 있다. 메타분석이나 리뷰 논문들을 통해 나타난 선행연구들의 주요한 결과들을 살펴보면, 최근 코크란 리뷰에서는 MBT를 DBT와 더불어 BPD 증상을 감소시킬 수 있는 치료체계로 소개한 바 있다(Storebø et al., 2020). 33개의 BPD 치료 효과 연구의 메타분석(Cristea et al., 2017)에서 MBT는 통상적 치료(Treatment-As-Usual: TAU)보다 효과적인 세 개의 치료

개입 중 하나인 것으로 나타났다. MBT 외에 효과적인 BPD 치료 체계로는 변증법적행동치료(Dialectical Behavior Therapy: DBT)와 전이초점치료(Transference Focused Psychotherapy: TFP)가 있었다. 자살행동 및 자해 청소년을 대상으로 한 19개의 RCT 메타분석 연구에서는 MBT가 DBT와 인지행동치료(Cognitive Behavior Therapy: CBT)와 함께 가장 높은 수준의 효과 크기를 나타낸 것으로 보고되었다. 또한 MBT는 TAU 대비 자살적, 비자살적 행동 모두를 유의미하게 낮추었다(Ougrin, Tranah, Stahl, Moran, & Asarnow, 2015). 무선 통제 연구를 대상으로 한 메타분석에서는 MBT가 DBT와 더불어 자해(Calati & Courtet, 2016)와 BPD 증상(Cristea et al., 2017) 감소에 다른 치료체계보다 효과적인 것으로 나타났다.

그러나 아직까지 MBT의 연구 수가 많지 않고 BPD 연구의 상당수가 편향과 작은 표본 크기를 가진 점은 비판점으로 지적되었다(Cristea et al., 2017). Vogt와 Norman(2018)은 그들의 리뷰 논문에서 MBT가 TAU보다 BPD를 가진 내담자들에게 동등하거나 더 나은 효과를 보였다는 점을 인정하면서도 MBT의 치료 메커니즘을 밝히는 연구가 부족하며 연구의 질(quality)도 충분하지 않다는 한계점을 명시하였다. MBT의 효과성에 대한 체계론적 문헌 고찰과 메타분석(Malda-Castillo, Browne, & Perez-Algorta, 2018)에서는, 검토된 MBT의 근거가 수용 가능한 수준임에도 불구하고, 현재 MBT를 1차 치료로 간주할 만한 증거는 불충분하다고 하였다.

한편, 국내에서는 정신화에 대한 이해(이수림, 이문희, 2014; 차혜명, 김은영, 2016)와 정신화 측정도구의 개발 및 타당화(김홍주, 김은영, 2018; 박세미, 2016; 이수림, 이문희,

2018; 차혜명, 2018) 등의 연구가 이루어졌으며, MBT에 대한 경험적 연구는 소수에 불과하다. 정신화 개념을 기반으로 청소년 대상 학교기반 정신건강증진 프로그램을 개발하여 그 효과를 평가한 연구 2편이 보고되었고(문수진 등, 2012; 오소영 등, 2012), BPD를 가진 내담자를 대상으로 한국형 MBT 교육과 집단치료(마음헤아리기 치료)를 실시하여 그 효과를 평가한 연구 1편이 보고되었으나(최선우 등, 2020), 모두 통제집단이 없고 다른 치료기법을 결합하는 등 MBT 단독의 효과성을 확인하기 어렵다는 한계가 있다.

종합하면, MBT는 BPD 치료와 자해 문제 등에 있어 효과적인 치료로서 근거기반치료로 자리매김을 해나가고 있으며 점차 임상 문제의 범위와 대상을 확대해 나가며 그 효과성을 입증하는 연구들이 국외를 중심으로 다수 보고되고 있으나 국내에서는 경험적 연구가 매우 제한적이다. 이에 본 연구는 체계적 문헌 고찰의 방법을 통해 MBT의 효과 검증 연구를 정신장애별, 치료 대상별로 개관하여 임상적 유용성에 대해 검토해 보고자 한다. 앞선 리뷰 연구의 결과를 좀 더 확장하기 위해 1999년~2020년 사이의 MBT 효과에 대한 국외의 연구들을 수집(2018년~2020년 사이에 추가적으로 발표된 논문은 31편)하여 MBT 연구의 동향을 살펴보고자 한다. 이를 통해 MBT의 치료적 차별성이나 강조점에 대해 살펴보고, MBT를 적용할 때의 어려움과 이를 보완하기 위해 고려할 점에 대해 살펴보고자 한다. 마지막으로, 국내에 MBT가 치료적으로 보급되거나 MBT 적용 연구가 활성화되기 위한 시사점을 도출하고자 한다.

연구방법

본 연구에서는 MBT에 대한 근거를 제공하기 위해 체계적 문헌고찰 방법(김수영 등, 2011)을 활용하였다. 국외에서 출판된 문헌의 결과를 종합하여 MBT의 효과성과 관련 요인, 적용 흐름을 살펴보고자 하였다. 국내 관련 문헌은 MBT 체계를 준수하지 않아 MBT의 효과성을 확인하기 어려운 점을 감안하여 국외의 문헌에 초점을 맞추어 연구를 진행하였다.

문헌 검색

국외 문헌검색은 2020년 8월 두 번째 주에 Scopus, Web of Science, 그리고 PsycInfo 등

세 개의 데이터베이스를 통해 실시되었다. 검색어는 ‘mentali* based therapy’ ‘mentali* based treatment’ “effect” AND “mentali* based therapy”, “effect” AND “mentali* based treatment”를 사용하였다. 검색 조건은 1999년 이후 출판된 영어 논문으로 한정하였다.

포함, 배제기준

연구 참여자의 인구사회학적 특징이나 진단 명에는 제한을 두지 않았다. MBT 치료 효과 검증과 관련된 경험 연구라면 무선 통제 연구 뿐 아니라 무선 통제가 되지 않은 비교 연구, 비교 집단이 없는 사전 사후 연구, 사례 연구, 질적 연구까지 포함하였다. 파일럿 연구는 분

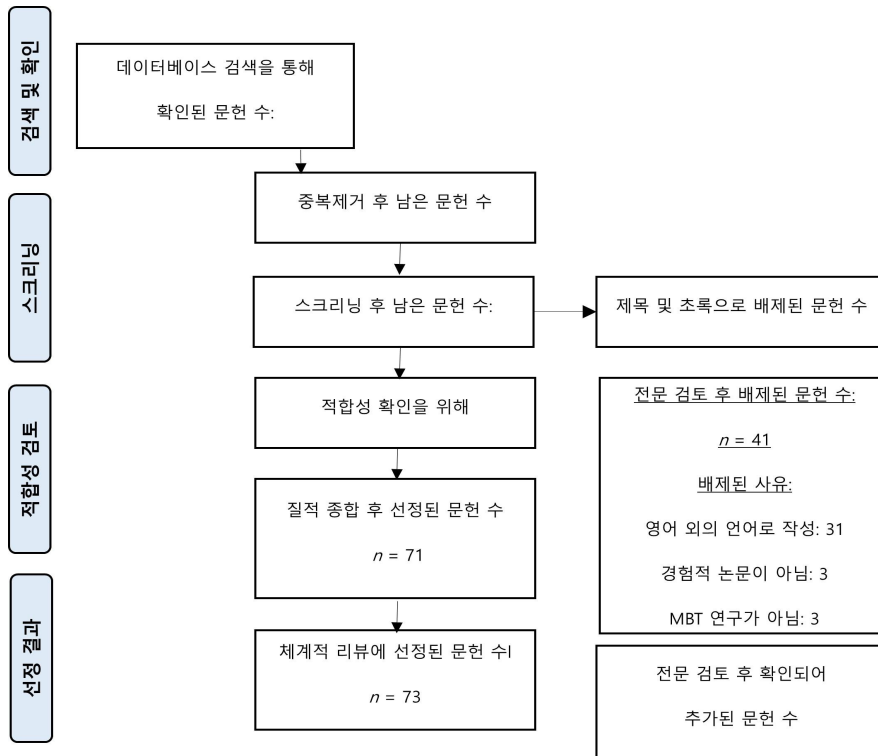


그림 1. 문헌선정 흐름도

석에 포함되었으나 논문이 아닌 문헌, 개관 문헌이나 메타분석, 프로토콜 연구는 포함하지 않았다. 연구 초록만 발표되었거나 동료 심사를 거치지 않은 논문, 영어 원문이 확인되지 않는 논문도 배제되었다.

문헌 선택

국외 데이터베이스에서 총 2,146개의 문헌이 검색되었으며 문헌 관리 프로그램 Mendeley에 저장되었다. Mendeley의 중복 문헌 제거 후 781개의 문헌이 남았으며, 논문 제목과 초록 검토 결과 112개의 문헌이 전문(full text) 검토 대상으로 분류되었다. 이 중 영어로 쓰이지 않은 문헌 31개, 경험 논문이 아닌 문헌 3개, MBT 기반 개입이 아닌 문헌 3개, MBT가 적용되었으나 효과성 검증과 무관한 문헌 1개, 원문이 없는 문헌 3개 등 총 41개의 문헌이 제외되었다. 한편, 전문 검토 결과 MBT 후속 연구와 관련된 Bateman과 Fonagy의 초기 문헌 2편(Bateman & Fonagy, 1999, 2001)이 분석 대상에 없는 것이 확인되어 별도 추가되었다. 결과적으로 최종 73개의 논문이 분석 대상으로 선택되었다(그림 1).

각 연구별 저자와 출판 연도, 연구목적, 연구 참여자 특징 및 인원, 연구처치 및 비교처치, 측정도구와 방법, 결과 및 한계 등을 표로 정리하여 분석하였으며, 이를 다시 요약한 내용은 표 1, 2, 3과 같다.

연구결과

총 73편의 논문에 대해 우선적으로는 연구 주제, 연구 방법 및 분석설계, 출판 시기, 연

구 대상 국가, 연구 대상자 유형, 연구 대상자 문제 유형을 살펴보고, 다음으로는 MBT의 효과성을 살펴보기 위해 무선통제 연구들의 주요 결과들을 살펴보고, 마지막으로 각 정신장애별, 대상별 주제에 따라 주요 연구의 내용과 결과를 요약 제시하였다.

연구 주제

연구 주제는 MBT 효과에 대한 연구가 42건(57.5%), MBT 효과에 대한 예비연구(pilot)와 예비연구에 대한 후속 연구가 10건(13.7%), MBT 치료 효과 요인에 대한 연구 3건(4.1%)이 이루어져 MBT의 적용 효과에 대한 연구가 전체의 75.3%를 차지하였다. 이외에는 MBT를 다른 치료와 결합한(combined) 연구가 10건(13.7%), 치료자 훈련 연구가 3건(4.1%), 치료 탈락 요인 연구와 MBT 적용의 어려움에 관한 연구가 각각 2건(각 2.7%), MBT 치료 동맹에 관한 연구가 1건(1.4%)으로 나타났다.

연구방법 및 분석설계

양적 연구는 45건(61.6%), 질적 연구는 15건(20.5%), 양적 연구와 질적 연구 방법을 혼합하여 실시한 연구는 13건(17.8%)로 나타나 양적 연구를 통해 수행된 연구의 비율이 높게 나타났다. 연구 분석설계에 있어서 무선통제 연구가 26건(35.6%)으로 가장 많았고, 사전 사후 연구는 21건(28.8%), 사전 사후 집단 비교 연구는 11건(15%)으로 나타났다. 질적 연구에서는 주제분석 연구 12건(16.4%), 단일사례 연구 3건(4.1%)으로 나타났다.

출판 시기

출판 시기를 살펴보면 1999년에 출판된 논문이 1건(1.4%), 2001년~2009년 사이에 3건(4.1%), 2012년과 2013년에 각각 5건(각 6.8%), 2014년에 3건(4.1%), 2015년에 7건(9.6%), 2016년에 5건(6.8%)으로 나타났다. 2017년부터 출판된 논문이 증가하는데, 2017년에 11건(15.1%), 2018년에 9건(12.3%), 2019년에 12건(16.4%), 2020년에 12건(16.4%)으로 전체의 60.2%를 차지하였다.

연구 대상 국가

연구 대상 국가를 살펴보면, 영국이 27건(37%)으로 가장 많았고, 네덜란드가 10건(13.7%), 노르웨이와 덴마크가 각 8건(각 11%), 미국이 5건(6.8%), 이탈리아가 3건(4.1%), 독일과 핀란드가 각각 2건(각 2.7%), 브라질, 스위스, 스페인, 호주가 각각 1건(각 1.4%)으로 나타났다. 미국, 호주, 브라질을 제외하고는 모두 유럽 국가로 전체의 90%를 차지하였다.

연구 대상자 유형

개입 대상자는 크게 부모(보호자)와 가족, 아동, 청소년, 성인으로 나누어 살펴볼 수 있다. 부모 및 보호자는 7건(9.6%), 아동 및 가족(보호자)은 4건(5.5%)으로 부모 및 가족을 개입 대상으로 한 연구는 11건(15.1%)으로 나타났다. 아동은 3건(4.1%), 청소년은 12건(16.4%), 청소년 및 성인은 2건(2.7%)이며 성인은 45건(61.6%)으로 가장 많이 차지하였다.

연구 대상자 문제 유형

개입 대상자의 문제 유형은 크게는 정신장애와 기타 주제로 나누어 살펴볼 수 있다. 먼저 성격장애를 살펴보면, BPD가 30건(41.1%), BPD와 SUD의 동반장애 3건(4.1%), BPD와 ED의 동반장애와 BPD와 기타 동반장애가 각각 1건(각 1.4%)으로 BPD를 포함하고 있는 논문은 35건으로 전체의 47.9%로 가장 많이 차지하였다. 이외에는 성격장애가 8건(11%), ASPD와 AVPD(Avoidant Personality Disorder)가 각각 1건(각 1.4%)으로 나타났다, 성격장애 이외의 임상 장애로는 SUD가 3건(4.1%), 자폐 스펙트럼 장애(Autism Spectrum Disorder: ASD), 자해행동, 우울장애가 각각 2건(각 2.7%), 우울장애와 ED의 동반장애와 ED가 각각 1건(각 1.4%)으로 나타났다. 또한 비정동적 정신증적 장애(Non-Affective Psychotic Disorder: NAPD), ADHD, 조현병(Schizophrenia Spectrum Disorders: SSD)가 각각 1건(각 1.4%)으로 나타났다. 기타 주제는 임상가의 훈련을 대상으로 한 연구는 5건(6.8%), 학대를 받은 아동, 입양 및 위탁 가정에서 보호 중인 아동, 입양 및 위탁 가족의 어려움에 관한 연구는 각각 2건(각 2.7%), 범죄 문제와 이혼에 따른 갈등을 대상으로 한 연구가 각각 1건(각 1.4%)으로 나타났다.

무선 통제 연구

전체 73편의 논문 중 MBT의 적용 효과에 대한 연구 무선 통제 연구는 26건이나 Kaltenecker et al.(2020)의 연구는 효과크기를 계산하기가 어려워 배제하고 총 25건의 연구에 대해 저자 및 출판 연도, 적용 대상 및 진단명, 대조 집단 및 연구사례 수, 주요 변수

표 1. 무신통제(RCT) 관련 연구

저자, 출판 연도	적용 대상 및 진단명	대조 집단 및 사례수	주요 변수 및 측정도구	주요 변수 효과크기 cohens'd	주요 결과
Bateman & Fonagy, 1999	청소년 및 성인 /BPD ¹	MBT ¹ (19명) vs. 표준정신과적 치료(19명)	SCL-90-R ³ , GSI ¹ , Positive Symptoms, BDI ⁴ , SSTI ⁶ , IIP ⁷ , SAS ⁸ , Suicide and Self-Harm Inventory	* SCR-90-R(18month) - GSI: 0.39 - PositiveSymptoms: 0.14	MBT 집단에서 증상의 심각도가 유의하게 감소함. Positive Symptoms 를 제외한 대부분의 척도에서 시간에 따른 그룹 간 유의한 차이를 보임. 자살시도, 자해 빈도도 감소함.
Bateman & Fonagy, 2001	청소년 및 성인 /BPD	MBT(22명) vs. 표준정신과적 치료(15~16명)	SCL-90-R, GSI, Positive Symptoms, BDI, SSTI, IIP, SAS, Suicide and Self-Harm Inventory	* SCR-90-R(follow up 18month) - GSI: 2.17 - PositiveSymptoms: 2.19	Bateman과 Fonagy(1999)의 Follow up 연구. MBT 집단에서 대조 집단 대비 임상적 증상, 자살시도와 자해 시도, 사회적 관계의 유의한 개선이 나타남. 18개월의 사후관리 기간에 걸쳐 개선이 유지됨.
Bateman & Fonagy, 2008	성인 /BPD	MBT(22명) vs. TAU ⁹ (19명)	5년간 자살시도 횟수, 응급실 방문, 입원 기간 및 빈도, 정신과 외래 진료 지속, GAF ¹⁰ , ZAN-BPD ¹¹ 등	* 자살시도 횟수(follow up 8year): 1.4 * 진단상태: 2.0	자살률(23% vs. 74%), 진단 상태(13% vs. 87%), 서비스 이용(2년 vs. 3.5년 정신과 외래환자 치료), 의약품 사용(3회 이상 복용 0.02년 vs. 1.90년), 60 이상의 진보적 기능(45% vs. 10%) 및 직업 상태(3.2년 vs. 1.2년)와 같이 MBT 집단이 임상 및 통계적 우월성을 나타냈음.
Bateman & Fonagy, 2009	성인 /BPD	MBT(71명) vs. SCM ¹² (63명)	자살시도, 생명을 위협할 만큼의 자해, 입원, GAF, SCL-90-R	* 자살시도, 자해, 입원 (follow up 18month) : 0.7	모든 결과 변수에서 두 집단 모두에서 상당한 개선이 관찰되었음. MBT에 배정된 환자들은 자살과 입원 등 임상적으로 중대한 임상 적 및 자기 보고 문제에서 더 큰 감소를 나타냈음. 6개월간 자살시 도, 심각한 자해, 입원에 대한 결과는 SCM 집단에서 43%, MBT 집 단에서 73% 개선되었으나 통계적으로 유의미한 변화는 12개월 후 에 나타났음.
Bateman & Fonagy, 2013b	성인 /BPD	MBT(71명) vs. SCM(63명)	위기 삽화(자살, 자해, 입원), GAF, BDI, SAS, IIP, SCL-90, GSI	* 위기삽화(follow up 18month): 0.59	두 집단 모두 위기 삽화가 줄어들었음. 그러나 성격장애 진단 수가 많은 사람일수록 MBT와 SCM의 치료 효과 면에서 차이를 나타내었 음. 즉, BPD 성격만 가진 사람들은 지지적 임상 관리로도 유사한 효과를 나타낼 수 있었음.
Jørgensen et al., 2013	성인 /BPD	MBT(38명) vs. SP ¹³ (27명)	SCL-90-R, GSI, BDI, BAI ¹⁴ , IIP, STAI-T/STAI-S, GAF-F/GAF-S ¹⁶ , SCID-BPD ¹⁷ , SAS-SR ¹⁸	* GAF(follow up 24month): 0.90	두 집단 모두에서 다양한 심리적, 대인 관계 회복을 나타냈음. 대 부분의 환자들은 2년 동안 치료를 받은 후에도 중간 수준의 증상을 계속 겪었지만, 두 치료 집단 모두 임상적으로 유의미한 개선과 통계적으로 매우 유의미한 개선을 보였음. MBT는 치료자가 평정한 전반적 기능 평가(GAF) 수준에서만 유의하게 높은 결과를 보였음.
Jørgensen et al., 2014	성인 /BPD	MBT(38명) vs. SP(27명)	SCL-90-R, GSI, BDI, BAI, IIP, STAI-T/STAI-S, GAF-F/GAF-S, SCID-BPD, SAS-SR	* GAF-F(follow up 18month): 1.21 * GAF-S (follow up 18month): 1.70	두 그룹 모두에서, 기저선에서 1.5년 후속 조치까지의 긍정적인 변 화는 모든 결과 측면에서 유의미하게 나타났지만, 후속 조치 기간 에는 추가적인 개선이 나타나지 않았음. 다만, 불안 수준은 지지적 집단 치료에서 더 높게 나타났고, 전반적 기능 수준은 MBT 집단에 서 더 높게 나타났음.

표 1. 무선통제(RCT) 관련 연구

(계속 1)

저자, 출판 연도	적용 대상 및 집단명	대조 집단 및 사례수	주요 변수 및 사정도구	주요 변수 효과크기 cohens'd	주요 결과
Eckl et al., 2017	성인 /BPD	DBT ¹⁹ +MBT (29명) vs. DBT(28명)	BSL-23 ²⁰ Mentalizing Skills RQ ²¹	* 정서적 정신화 기술: 0.47	두 집단 모두 치료 후 경계선 증상의 사전-사후 개선을 보임. 사후 집단 간 차이에서는 게임 그룹의 정서적 정신화 기술이 유의하게 높았음.
Laurensen et al., 2018	성인 /BPD	MBT-DH ²² (54명) vs. S-TAU ²⁶ (41명)	BPDSI ²³ , GSI, IIP-64, EQ-5D ²⁴ , PAI-BOR ²⁵	* BPDSI(18month): 0.06	두 그룹 모두 임상적으로 개선된 결과를 보였으나 18개월 치료 종료 시점 및 추적 기간에서 그룹 간 유의미한 차이는 없었음. 단, 중도탈락률에서 MBT-DH(9%)가 S-TAU(34%) 대비 낮았음.
Beck et al., 2020	청소년 /BPD	MBT-G ⁷ (56명) vs. TAU(56명)	BPFS-C/BPFS-P ²⁸ , BDI-Y ²⁹ , RTSHI-A ³⁰ , Youth Self-Report, CBCL ³¹ , CGAS ³²	* BPFS-C: 0.00	두 그룹 모두 임상적, 사회적으로 개선되었으나 대부분의 척도에서 그룹 간 유의미한 차이는 없었음.
Jørgensen et al., 2021	청소년 /BPD	MBT-G(56명) vs. TAU(56명)	BPFS-C, BPFS-P, BDI-Y, RTSHI-A, Youth Self-Report, CBCL, CGAS	* BPFS-C(follow up 3 month): 0.04 * BPFS-C(followup 12month): 0.05	Beck과 동료들(2020) 연구의 후속 연구. 치료 종료 후 3개월, 12개월 추적 연구 결과에서도 두 그룹 모두 임상적, 사회적으로 개선된 것으로 나타났으나 주요 척도에서 그룹 간 유의미한 차이는 없었음.
Bareman & Fonagy, 2019	BPD 환자 가족 /BPD	MBT-FACTS ³⁷ (28명) vs. 무처치(28명)	부정적인 사건의 수, BDI, SSTI, BAS ³³ , WEMWBS ³⁴ , SCORE-15 ³⁵ , iRES ³⁶	* 부정적인 사건의 수: 1.95 * BDI: 2.2 * SSTI: 2.31	치연 치료 집단에 비해, 즉각 치료 집단에는 부정적 사건이 유의미하게 감소. 불안과 우울의 점수는 게임이 끝날 때 더 낮아졌음. 즉각 치료 집단에서 더 나은 가족 기능, 삶의 질도 상승, 더 많은 힘을 부여받았다고 느꼈음.
Philips et al., 2018	성인 /BPD& SUD ⁴⁰	MBT(24명) vs. TAU(22명)	BPDSI-IV, TLFB ³⁸ , DSHI-9 ³⁹ , SCL-90-R, IIP, GSI, RE, 이상반응 횟수, 임원일수	* BPDSI-IV: 0.41	모든 변수에서 집단 간 유의미한 차이는 없었음. 자살시도는 TAU 그룹 4건, MBT 그룹에 0건이었으나 통계적으로 유의하지 않음.
Philips et al., 2018	성인 /BPD& SUD	MBT게임 완료자(3명) vs. MBT게임 중도탈락자(3명)	PQS ⁴¹ (심리치료 Qset)	* 치료자의 투명하고 일관된 태도: 1.75 * 치료자가 타인의 행동의 의미를 제시하는 경우: 2.76	13개 PQS 항목에서 집단 간 유의미한 빈도 차이가 나타남. 치료 완료자의 회기에서는 치료자의 투명하고 일관된 태도의 빈도가 높았고, 중도탈락자의 회기에서는 치료자가 타인의 행동의 의미를 제시하는 빈도가 높았다.(가장 큰 효과크기로 치료 완료와 중도탈락을 대표하는 1가지 주요 변인 예시)
Rossouw et al., 2012	청소년 /자해	MBT-A ⁴⁷ (40명) vs. TAU(40명)	RTSHI, CI-BPD ⁴² , MFQ ⁴³ , BPFS-C ⁴⁴ , HIF ⁴⁵ , ECR ⁴⁶	* ECR(예측 회피): 0.81 * HIF(정신화 정도): 0.43	MBT-A는 자해와 우울증을 줄이는 데에 TAU보다 더 효과적이었음. 이러한 효과는 정신화 능력의 개선과 예측 회피 감소로 설명되었으며, BPD의 초기 증상과 특성에서 개선이 나타났음.
Griffiths et al., 2019	청소년 /자해	MBT-A ⁴⁸ +TAU (26명) vs. TAU(27명)	RTSHI, 자해 관련 응급실 방문, RCADS ⁴⁹ , RFQ-Y ⁵⁰ , DERS ⁵¹ , ISM ⁵² , BPFS-C, ECRS-RC ⁵³	* RFQ-Y(성찰기능): 0.49 * DERS(감정조절): 0.27	자해에 대한 자기보고와 응급실 방문은 두 집단 모두에서 시간이 지남에 따라 크게 감소했지만 집단 간 차이는 없었음. 감정 조절, 성찰적 기능, 성찰적 기능과 치료 전 자해 간의 상호작용은 자기보고된 자해 감소의 중요한 예측변수로 나타났음.

표 1. 무선통제(RCT) 관련 연구 (계속 2)

저자, 출판 연도	적용 대상 및 집단명	대조 집단 및 사례수	주요 변수 및 사정도구	주요 변수 효과크기 cohens'd	주요 결과
Robinson et al., 2016	성인/ ED&BPD	MBT-ED ⁵¹ (34명) vs. SSCM-ED ⁵⁷ (34명)	EDE ⁵⁶ (식이장애) 평가: Restraint, Eating, Shape Concern and Weight Concern), GAF, ZAN-BPD, Euro QoL-5D, DASS-21 ⁵⁷ , BFI ⁵⁸	* EDE Shape Concern: 0.60 * EDE Weight Concern: 0.65	MBT-ED에서 효과가 더 컸음. EDE의 전반적인 효과크기는 MBT-ED가 1.2, SSCM-ED의 경우 0.5였음. EDE 하위 척도 중 Shape Concern 및 Weight Concern은 18개월에 SSCM-ED에 비해 MBT-ED에 대한 점수가 현저히 낮았음. 18개월간의 후속 작업을 완료한 참가자는 15명(22%)에 불과했는데, SSCM-ED 그룹에서 조기 중퇴가 훨씬 더 많이 발생함.
Weijers et al., 2020	성인/ NAPD ⁵⁸	MBTp ⁵⁹ + TAU(42명) vs. TAU(42명)	SFS ⁶⁰ , TAF ⁶¹ & SCORS ⁶² (정신화 능력 측정), Theory of mind, PANSS ⁶³ , 맨체스터 삶의 질 평가, 디지털 일기 작성(공정적/부정적 정서 평가)	* SFS(follow up 6month): 0.36 * Theory of mind (followup 6month): 0.66 * Understanding social causality (follow up 6month): 0.94	두 집단의 환자는 치료 후 사회적 기능에 대해 상당한 개선을 보였음. 치료 후 시점에서 두 집단 간에는 큰 차이가 없었지만, 개선은 MBTp 집단에서 더 크게 나타났으며 6개월 후속 조사에서 유의미했음. MBTp 집단의 환자는 증세 효과의 증거가 제한적이었음에도, 정신화 능력 측정에서 더 나은 성과를 보였음($p = 0.06$).
Suchman et al., 2016	부모(어머니) /SUD	MIO ⁶⁴ (40명) vs. PE ⁶⁵ (47명)	M-REF ⁶⁶ , PDI ⁶⁷ , Maternalworkingmodelofthechild, Psychiatric Symptoms, Mother-child dyadic adjustment, Child Attachment, 어머니의 물질사용-등	* M-REF(PDI): 0.34 * 정신과적 증상(BSI ⁶⁸): 0.41	Maternal RE, 정신과적 증상 및 스트레스는 유의하게 개선되었으나 어머니-자녀 간 상호작용의 질은 유의하게 개선되지 않았음.
Suchman et al., 2017	부모(어머니) /SUD	MIO(40명) vs. PE(47명)	M-REF, PDI, Maternal working model of the child, Psychiatric Symptoms, Mother-child dyadic adjustment, Child Attachment, 어머니의 물질사용-등	* M-REF(follow up 3month): 0.82 * Maternal Sensitivity (followup12month): 0.46 Dyadic Reciprocity (followup12month): 0.45	PE 집단과 비교하여 MIO 집단의 어머니는 치료 후 및 3개월 후속 조사에서 성찰적 기능 및 표현 일관성에 대해 더 높은 능력을 보였음. 12개월 추적 조사에서, PE 집단에 비해 MIO 집단의 어머니들은 더 큰 민감성을 보였고, 자녀는 더 크게 반응하는 등 MIO 집단에서 더 큰 상호 호혜성이 나타났다. 증독의 심각도가 클수록 MIO는 모성 성찰 기능, 자녀와의 상호작용의 질 및 애착 상태에 대한 보호 요소로도 작용하였음.
Suchman et al., 2020	임상가(치료자) /SUD	MIO(8명) vs. PE(7명)	Clinical reflective functioning task The Revised MIO/PE Adherence Rating Scale	* 전반적 임상RE: 0.74 * 잠재적 임상RE: 0.71	MIO 치료자가 대조군보다 전반적, 잠재적 RE 모두 유의하게 높았음.
Jussila et al., 2021	부모(임신부) /SUD	정신화-기반 양육개입(46명) vs. 대조군(44명)	P-PRFQ ⁶⁹ , EPDS ⁷⁰ , STAI, MEAS ⁷¹	* P-PRFQ: 0	정신화 기반 양육 개입과 대조군 차이가 유의하지 않았음.

표 1. 무신통제(RCT) 관련 연구

(계속 3)

저자, 출판 연도	적용 대상 및 집단명	대조 집단 및 사례수	주요 변수 및 측정도구	주요 변수 효과크기 cohensd	주요 결과
Salo et al., 2019	부모(임산부) /우울증	NaP ⁷² (24명) vs. TAU(21명)	EA scales ⁷³ , PI-RF ⁷⁴ , PDI-RF, EPDS ⁷⁵	* RF: 0.81 * Sensitivity(EA하위척도): 1.21	NaP 집단이 대조군보다 모성의 정찰 기능(RP)과 민감도가 높게 나타남.
Herrmann et al., 2016	부모(갈등많은) /진단명 없음	MBT-PT ⁷⁶ (15명) vs. TAU(15명)	STAXI, PRQ-1 ⁷⁷ , PDI, PSS ⁷⁸ , PHQ-9 ⁷⁹ , PAM ⁸⁰ , RAM ⁸¹ , SDQ ⁸² , SIMS-PR ⁸³	* Externalizing(SDQ하위척도): 0.12 * PSS(스트레스): 0.35	두 집단 모두에서 분노 표현이 줄어들었음. 전반적으로 SDQ 점수는 유의미하게 낮아졌는데, 외현화된 행동 문제는 MBT-PT 개입에서 더 큰 하락을 보였음. MBT-PT 조건에서 많은 부모들은 그들의 아이에게 관심을 돌릴 능력이 개선되었으나 상대방과의 관계가 개선되지는 않았다고 보고하였음.
Middley et al., 2019	위탁보육아동 /진단명 없음	MBT-F ⁸⁴ (15명) vs. UCC ⁸⁵ (21명)	SDQ, Brief Assessment Checklist, PSI-SF ⁸⁶ , 양육 효능감, 양육 척도, FMSS ⁸⁷ , GBOM ⁸⁸ , 중요생활 사건기록지	* SDQ(12주후): 0.67 (24주후): 0.76 * Internalising sub-scale (12주후): 1.04 (24주후): 1.30	두 집단 모두 학교 퇴학 등의 문제가 2/3 이상 감소하였고, 프로그램 완료가 높았음(81% 이상). 반구조화된 인터뷰에서 MBT에 대한 만족도가 높았음. 위탁 보육자에게는 UCC가 더 큰 효과크기를 보인 반면 (외제적인 것보다 내제적 변화가 더 큼, 청소년들에게는 12주 24주 결과 MBT가 더 큰 효과크기를 보였음)내재적 변화가 훨씬 컸음).

* Kaitenegger et al.(2020) 논문은 무신통제 연구에 해당되나 효과크기를 구할 수 없어 기술하지 않음.

¹BPD=Borderline Personality Disorder, ²MBT=Mentalization Based Treatment, ³CL-90-R=Revised Symptom Checklist, ⁴GSI=Global Severity Index, ⁵BDI=Beck Depression Inventory, ⁶SSTI=Spielberger State-Trait Anxiety Inventory, ⁷IIP=Inventory of Interpersonal Problems, ⁸SAS=Social Adjustment Scale, ⁹TAU=Treatment as Usual, ¹⁰GAF=Global Assessment Functioning, ¹¹ZAN-BPD=Zanarini Rating for Borderline Personality Disorder, ¹²SCM=Structured Clinical Management, ¹³MBT-DH=Day Hospital Mentalization Based Treatment, ¹⁴BPDSI=Borderline Personality Disorder Severity Index, ¹⁵IEQ-5D=EuroQol 5D, ¹⁶PAI-BOR=Personality Assessment Inventory - Borderline Personality Disorder section, ¹⁷S-TAU=Specialist Treatment As Usual, ¹⁸MBT-G=Mentalization Based Treatment in groups, ¹⁹BPFS-C/BPFS-P=Borderline Personality Features Scale for Children/Parents, ²⁰BDI-Y=Beck Depression Inventory For Youth, ²¹RTSHI-A=Risk Taking and Self-Harm Inventory For Adult, ²²CBCL=Child Behavior Checklist, ²³CGAS=Children's Global Assessment Scale, ²⁴BAS=Burden Assessment Scale, ²⁵WEMWBS=Warwick-Edinburgh Mental Wellbeing Scale, ²⁶SCORE-15=Index of family functioning and change, ²⁷FES=Family Empowerment Scale, ²⁸MBT-FACTS=MBT for Families and Careers Training and Support program, ²⁹TILFB=Timeline Follow back Interview, ³⁰DSHI-9=Deliberate Self-Harm Inventory, ³¹SUD=Substance Use Disorder, ³²PQS=Psychotherapy Process Q set, ³³CI-BPD=Childhood Interview for DSM-IV Borderline Personality Disorder, ³⁴MFQ=Moods and Feelings Questionnaire, ³⁵BPFS-C=Borderline Personality Features Scale for Children, ³⁶HIF=How I Feel Questionnaire mean total score, ³⁷ECR=Experiences in Close Relationships Scale - Avoidance and Anxiety scales, ³⁸MBT-A=Mentalization-Based Treatment For Adolescents, ³⁹MBT-AI=Mentalization Based Treatment For Adolescents group therapy, ⁴⁰RCADS=Revised Child Anxiety and Depression Scale, ⁴¹RFQ-Y=Reflective Functioning Questionnaire for Youths, ⁴²DEERS=Difficulties in Emotion Regulation Scale, ⁴³ISM=Interpersonal Sensitivity Measure, ⁴⁴ECRS-RC=Experiences in Close Relationships Scale - Revised Child version, ⁴⁵MBT-ED=Mentalization-Based Treatment For Eating Disorders, ⁴⁶SSCM-ED=Supportive Clinical Management for Eating Disorders, ⁴⁷EDE=Eating Disorder Examination, ⁴⁸DASS-21=Depression, Anxiety, Stress, Scale, ⁴⁹BFI=The Big Five Inventory, ⁵⁰MBT=Mentalization-based treatment for psychotic disorder, ⁵¹SFS=Social Functioning Scale, ⁵²TAT Thematic Apperception Test, ⁵³SCORS=Social Cognition and Object Relations System, ⁵⁴PANSS=Positive and Negative Syndrome Scale, ⁵⁵MIO=Mothing from the Inside Out, ⁵⁶PE=Parent Education, ⁵⁷MRF=Maternal reflective functioning, ⁵⁸PDI=Parent Development Interview, ⁵⁹BSI=Brief Symptom Inventory, ⁶⁰P-PRFQ=Parental Reflective Functioning Questionnaire, ⁶¹Pre/Postnatal Depression Scale, ⁶²MFAS=Maternal-fetal Attachment Scale, ⁶³NaP=Nurture and Play, ⁶⁴EA scales=Emotional Availability, ⁶⁵PI-RF=Pre-intervention RF, ⁶⁶EPDS=Edinburg Postnatal Depression Scale, ⁶⁷MBT-PT=Mentalization-Based Therapy for Parental Conflict-Parenting Together, ⁶⁸PRFQ-1=Parental Reflective Function Questionnaire, ⁶⁹PSS=Perceived Stress Scale, ⁷⁰PHQ-9=Patient Health Questionnaire, ⁷¹PAM=Parenting Alliance Measure, ⁷²RAM=Relationship Attribution Measure, ⁷³SDQ=Strengths and Difficulties Questionnaire, ⁷⁴SIMS-PR=The Security in the Marital Subsystem - Parent Report, ⁷⁵MBT-F=Mentalization-Based Family Therapy, ⁷⁶UCC=Usual Clinical Care, ⁷⁷PSI-SF=The Parenting Stress Index - Short Form, ⁷⁸FMSS=A Five-Minute Speech Sample, ⁷⁹GBOM=Goal-Based Outcome Measure

표 2. BPD 관련 연구

주요 진단명	저자, 출판 연도	적용 대상	적용 국가	연구설계	게임 프로그램	MBT 게임 기간
	Bateman & Fonagy, 1999	청소년 및 성인	영국	RCT ¹	MBT(개인+집단)	18개월
	Bateman & Fonagy, 2001	청소년 및 성인	영국	RCT	MBT(개인+집단)	18개월
	Bateman & Fonagy, 2008	성인	영국	RCT	MBT(개인+집단)	18개월
	Bateman & Fonagy, 2009	성인	영국	RCT	MBT(개인+집단)	18개월
	Bales et al., 2012	성인	네덜란드	사전사후연구	MBT-DH(개인+집단)	18개월
	Bateman & Fonagy, 2013b	성인	영국	RCT	MBT(개인+집단)	18개월
	Brüne et al., 2013	성인	독일	사전사후연구	DBT+MBT(집단)***	총 6주 프로그램 중 4주
	Jørgensen et al., 2013	성인	덴마크	RCT	MBT(개인+집단)	개인 18개월, 집단 18~20개월
	Jørgensen et al., 2014	성인	덴마크	RCT	MBT(개인+집단)	18개월
BPD	Kvarstein et al., 2015	성인	노르웨이	사전사후연구	MBT-G(집단)	최대 3년
	Bales et al., 2014	성인	네덜란드	사전사후연구	MBT-DH(개인+집단, 집단)	36개월(18개월+18개월)
	Bosanac et al., 2015	성인	호주	포커스그룹 연구	MBI(MBT+강점중심치료)	18개월
	Dyson et al., 2016	성인	영국	IPA ²	MBT(개인+집단)	6~30개월
	Thomsen et al., 2017	성인	덴마크	사전사후연구	MBT(개인+집단)	6-12개월(각 22회기)
	Bo et al., 2017	청소년	덴마크	사전사후연구	MBT-G(집단)	1년
	Bales et al., 2017	성인	네덜란드	사전사후연구	MBT-DH+MBT	18개월+18개월
	Lonergán et al., 2017	성인	영국	IPA	MBT(개인+집단)	3~14개월
	Eddel et al., 2017	성인	독일	RCT	DBT+MBT(집단)	총 6주 프로그램 중 4주
	Falconer et al., 2017	성인	영국	사전사후연구	avatar-MBT (개인/집단)	총 4회기

표 2. BPD 관련 연구 (계속)

주요 진단명	저자, 출판 연도	적용 대상	적용 국가	연구설계	게임 프로그램	MBT 게임 기간
BPD	Kalleklev et al., 2018	성인	노르웨이	RCT	MBT-G (집단)	최대 3년
	Laurenssen et al., 2018	청소년	네덜란드	RCT	MBT-DH(개인+집단)	18개월
	Löf et al., 2018	성인	스웨덴	사전사후연구	MBT(개인+집단)	18개월
	Carrera et al., 2018	성인	이탈리아	사전사후연구	oriented-MBT ² (개인+집단)	18개월
	Ware et al., 2019	성인	노르웨이	IPA	MBT(개인+집단)	18개월
	Barnicot et al., 2019	성인	영국	사전사후연구	MBT(개인+집단)	MBT 18개월(DBT 12개월)
	Kvarstein et al., 2019	성인	노르웨이	사전사후연구	MBT(개인+집단)	12회기
	Smits et al., 2020	성인	네덜란드	사전사후연구	MBT-IOP ⁴ (집단) vs MBT-DH(개인+집단)	18개월
	Beck et al., 2020	청소년	덴마크	RCT	MBT-G (집단)	12개월
	Gardner et al., 2020	성인	영국	IPA	MBT(개인, 집단)	최근 12개월 내 6개월 이상
BPD and SUD	Jørgensen et al., 2021	청소년	덴마크	RCT	MBT-G (집단)	12개월
	Bateman & Fonagy, 2019	BPD 환자 가족	영국	RCT	MBT-FACIS(집단)	5회기
	Morken et al., 2017	성인	노르웨이	사전사후연구	MBT(개인+집단)	최대 36개월
BPD 증상	Philips et al., 2018	성인	스웨덴	RCT	MBT(개인+집단)	18개월
	Kaltenegger et al., 2020	성인	스웨덴	RCT	표준SUD치료+MBT(개인+집단)	18개월
BPD 증상	Laurenssen et al., 2014	청소년	네덜란드	사전사후연구	MBT-A(개인+집단)	12개월

표 3. BPD 이외의 성격장애 및 임상군 관련 연구

주요 진단명	저자, 출판 연도	적용 대상	적용 국가	연구설계	개입 프로그램	MBT 개입 기간
ASPD ¹ 범죄자 (ASPD, 우울)	Thomas et al., 2019	성인	영국	주제분석	지역사회 MBT (집단)	12개월
	Ware et al., 2016	성인	영국	IPA	MBT(개인+집단)	18개월
AvPD	Bo et al., 2019	청소년	덴마크	사전사후연구	MBT-AA ² (개인+집단, 보호자 집단)	12개월
PD ³	Morken et al., 2014	성인	노르웨이	단일사후연구	MBT(개인+집단)	2년
	Hauber et al., 2017	청소년	네덜란드	사전사후연구	주5일 집중 MBT(개인+집단)	최대 18개월(평균 1년)
	Hauber et al., 2020	청소년	네덜란드	사전사후연구	주5일 집중 MBT(개인+가족)	4년
ED	Balestrieri et al., 2015	성인	이탈리아	사전사후연구	MBT(개인+집단)	18개월
ED and BPD	Robinson et al., 2016	성인	영국	RCT	MBT-ED(개인+집단)	1년
자해	Rossouw et al., 2012	청소년	영국	RCT	MBT-A(개인+가족)	12개월
	Griffiths et al., 2019	청소년	영국	RCT	MBT-Ai (집단)	12회기
정신증	Lana, 2020	성인	스페인	사전사후연구	B-MBGT ⁴ (개인+집단)	12주
	Weijers et al., 2020	성인	네덜란드	RCT	MBTp+TAU (개인+집단)	18개월
ADHD ⁵	Badoud et al., 2018	성인	스위스	사전사후연구	MBT-At ⁶ (집단)	12주

¹ASPD = Antisocial Personality Disorder, ²MBT-AA = Mentalization-Based Treatment for Avoidant Adolescents, ³PD = Personality Disorder, ⁴B-MBGT = Brief Mentalization-Based Group Psychotherapy, ⁵ADHD = Attention Deficit Hyperactivity Disorder, ⁶MBT-At = MBT for ADHD

표 4. 부모 및 가족, 학대 및 입양아동 등 애착체계와 관련 대상 연구

주요 진단명	저자, 출판 연도	적용 대상	적용 국가	연구설계	게임 프로그램	MBT 게임 기간
	Byrne et al., 2019	부모(아동학대)	영국	사전사후연구	등대 MBT 양육프로그램(집단)	20주
	Hertzmann et al., 2016	부모(갈등많은)	영국	RCT	MBT-PT(집단)	6~12회기
	Ramires et al., 2012	학대아동	브라질	단일사례연구	MBT (개인)	주1회, 6개월
진단명 없음	Midgley et al., 2019	위탁보호아동	영국	RCT	MBT-F(가족)	12주
	Ingly Cook & Dobel Ober, 2013	입양아동	영국	단일사례연구	MBT(집단)	8회기
	Midgley et al., 2018	입양가족	영국	사전사후연구	MBT-F (가족)	6회기
	Enav et al., 2019	ASD아동 부모	미국	사전사후연구	MBT-P(집단)	4주
SUD	Suchman et al., 2016	부모(어머니)	미국	RCT	MIO(개인)	12주
	Suchman et al., 2017	부모(어머니)	미국	RCT	MIO(개인)	12회기
	Suchman et al., 2020	입장가(치료자)	미국	RCT	MIO(개인)	12주
진단명 없음	Sagen Inderhaug & Karterud, 2015	입장가(치료자)	노르웨이	사전사후연구	MBT-G(집단)	최대 1년 (3회기만 연구활용)
	Warrender, 2015	입장가(치료자)	영국	포커스그룹 연구	MBT-S(위크숍) ¹	2일
	Welstead et al., 2018	입장가(치료자)	영국	사전사후연구	MBT-S(위크숍)	2일

¹MBT-S= Mentalization-Based Treatment Skills

및 사정도구, 주요 변수의 효과크기(cohen's d), 주요 결과들을 표 1과 같이 제시하였다. 25건 중 68%의 연구($n = 17$)가 BPD 환자 또는 자해 청소년을 대상으로 이루어졌으며 32%의 연구만이 NAPD($n = 1$), SUD($n = 4$), 우울증($n = 1$), 갈등이 많은 부모($n = 1$), 위탁보호 아동($n = 1$)을 대상으로 진행되었다. MBT 집단 참여자들은 모두 임상적으로 유의한 개선을 보였으나 5건의 연구에서 통제집단과 유의한 차이를 보이지 않았다. 효과크기를 산출한 주요 변수는 주치료 대상인 경계선적 증상, 임상적 증상, 자살, 자해와 관련 변인 등 연구 목적에 따라 선정하였다. 효과크기의 범위는 0~2.76 이었다.

다음으로는 전체 논문들을 정신장애별, 대상별 주제에 따라 크게 나누어서 살펴보면, BPD 환자들을 대상으로 한 연구(35건), BPD 이외의 성격장애와 기타 임상군을 대상으로 한 연구(13건), 부모 및 가족, 입양 및 학대아동, 치료자 등 애착체계와 관련된 대상에 대한 연구(13건), 기타에 해당되는 연구(12건)로 크게 구분하여 살펴볼 수 있다. 4가지 구분에 따라 저자, 출판 연도, 적용 대상, 적용 국가, 연구 설계, 개입 프로그램(명), MBT 개입 기간을 표 2, 표 3, 표 4와 같이 제시하였다.

BPD 관련 연구

BPD에 관한 35편의 논문을 살펴보면, BPD에 대한 MBT 개입의 치료 효과 검증 연구가 27건, BPD 환자의 가족에게 개입한 프로그램인 MBT-FACTS(MBT for Families and Careers Training and Support program)에 관한 연구 1건, 질적연구 6건, BPD 동반 증상에 관한 연구가 1건 이루어졌다. MBT 개입의 효과를 검증한

논문 가운데, 무선 통제 연구는 14건이었으며, 비무선 통제 연구는 7건이었고, MBT 치료 전후를 비교한 사전 사후 연구는 6건이었다.

성인 BPD 대상 MBT 효과 연구

Bateman과 Fonagy(1999)는 기존의 정신분석적 치료에 애착, 분리 관용(separation tolerance), 정신화를 추가한 새로운 모델을 제시하였고, 이 연구는 MBT의 시발점이 되었다. 이 연구에서는 MBT라는 용어가 아직 정립되기 이전의 시점이었기 때문에 “정신분석적 부분 입원 치료”라는 명칭을 사용하였고, 표준적인 정신과 치료인 대조군과 비교하였다. 18개월간의 치료 결과, 우울증 증상의 개선, 자살 및 자해 행위의 감소, 사회적 기능 및 대인 관계 기능의 개선이 보고되었고, 대조군 TAU와 비교했을 때 모든 측정치에서 통계적으로 더 유의한 치료 효과를 나타내었다.

Bateson과 Fonagy(2008b)는 1999년의 연구에서 3년간의 치료가 끝난 지 5년 후, 즉 8년간의 추적 연구를 실시하였다. MBT 집단과 TAU 집단의 결과는 다음과 같다. 자살률(23% vs. 74%), 진단 상태(13% vs. 87%) 서비스 이용(2년 vs. 3.5년 정신과 외래환자 치료), 의약품 3회 이상 복용 기간(0.02년 vs. 1.90년), 60 이상의 전반적 기능(45% vs. 10%) 및 직업 지속 상태(3.2년 vs. 1.2년), 이와 같이 MBT 집단에서 TAU 집단에 비해 임상적으로도, 통계적으로도 월등한 효과를 나타내었다. 한편, Bateman과 Fonagy(2004)는 MBT가 다양한 효과를 나타냈지만, 전반적 기능에 있어서는 다소 손상된 상태를 유지하였다는 점을 지적하며 증상적 문제에만 치료적 관심을 두었기 때문에, 일반적인 사회적 적응을 개선하는 것에 집중하지 못

했다는 한계를 보고한 바 있다.

Bateman과 Fonagy(2009)는 BPD 환자들을 대상으로 한 18개월의 MBT와 구조화된 임상관리(Structured Clinical Management: SCM) 외래환자 접근 방식의 효과를 비교 검증하였다. 134명의 환자들을 각 집단에 무선 배정하여 치료한 결과, 두 조건 모두에서 상당한 증상적 개선이 관찰되었다. MBT에 배정된 환자들은 자살과 입원 등 임상적으로 증대한 임상적 및 자기 보고 문제에서 더 큰 감소를 나타냈다. 6개월간 자살 시도, 심각한 자해, 입원에 대한 결과는 SCM 집단에서 43%, MBT 집단에서 73% 개선되었고, 이러한 통계적으로 유의미한 변화는 치료를 시작한 지 12개월 후에 나타났다.

Bales 등(2012)은 심각한 BPD 환자들을 대상으로 MBT를 실시한 결과 18개월의 치료 기간 동안 전반적인 고통과 우울증이 현저히 저하되었고 삶의 질이 현저히 개선되었다. 정체성 통합과 사회적 기능은 치료 후 6개월부터 크게 개선되기 시작하였고 치료 12개월 뒤에 자기통제나 책임 및 관계 기능이 개선되기 시작하였다. 효과크기는 1.23~1.74로, 가장 큰 효과크기는 정체성 통합에서 발견되었다. 자살 시도의 횟수와 자해 횟수도 유의미하게 감소하였고, 입원환자 비율 및 추가 치료 비율도 감소한 것으로 나타났다.

Thomsen, Ruocco, Uliaszek, Mathiesen과 Simonsen(2017)은 MBT 집단과 무처리 집단을 대상으로 치료 전후의 종합인지 평가를 실시하여 비교하였다. MBT 집단 참여자들은 주의지속(sustained attention), 시공간적 작업(visuospatial working) 사전 테스트에서 통제 집단보다 낮은 점수를 보였으나, 치료 후에는 주의지속 및 지각적 추론(perceptual inference)에

서 더 높은 증가를 나타냈다. 또한 추적 연구 기간 동안 청각-언어 작업기억 능력의 향상과 함께 정서조절 수준도 개선되었고, 지각적 추론 기능의 향상에 따라 대인관계 기능도 향상되었다.

Löf, Clinton, Kaldo과 Rydén(2018)은 MBT의 자연주의적 결과를 검증하기 위해 스톡홀름 지역의 건강관리 서비스에서 제공하는 MBT 외래환자 프로그램에 참여한 97명의 참여자들을 대상으로 검증하였다. 기저선과 6개월마다 관찰한 결과, BPD 증상은 시간이 지남에 따라 크게 개선되었다. 경계선 증상의 변화는 주로 첫해에 일어났으며, 12개월에서 18개월 사이에는 덜 일어나는 것으로 나타났다. 이 외에도 자살, 자해, 감정표현불능증, 자기 이미지 등에 있어 크게 개선된 결과를 나타내었다. 그러나 이 연구는 통제집단이 없었으므로, 관찰된 변화가 MBT로 인한 변화인지, BPD 과정에서의 자연적 개선인지, 혹은 사회적 바람직성에 의해 편향된 것인지 확신할 수 없다는 한계가 있다.

청소년 BPD 대상 MBT 효과 연구

Bo 등(2017)은 청소년 BPD 환자를 대상으로 부모 대상 MBT가 포함된 12개월간의 청소년 대상 MBT를 실시하였다. 치료를 마친 25명 중 23명은 증상의 개선, 특히 경계선 성격 성향, 우울, 또래 애착, 부모 애착, 정신화, 자해, 전반적 증상에 있어서 개선을 나타내었다. 또한, Borderline Personality Features Scale for Children(BPFS-C) 점수는 84.5에서 64.6으로 감소했고, 52%의 참여자의 증상이 BPD 임상적 기준 절단점 아래로 떨어졌다.

Laurensen 등(2018)은 낮병원에 등록된 11

명의 청소년 BPD 환자들을 대상으로 12개월 간의 MBT-A를 적용한 결과, 시작 12개월 후 증상이 유의하게 감소하고 성격 기능과 삶의 질이 향상되었다. 효과크기(d)는 .58에서 1.46 까지로 나타났으며, 총 91%의 청소년이 Brief Symptom Inventory(BSI)에서 신뢰할 수 있는 변화를 보였으며, 18%는 BSI에서 기능 범위로 이동했다.

Beck 등(2020)은 BPD 환자 청소년 샘플에서 MBT-G의 장기적 효과를 검증하기 위해 112명의 청소년을 대상으로 MBT와 TAU 집단을 비교하였다. 12개월간의 치료 후 증상 심각도, 우울, 자살 자해 등에 있어서 집단 간 차이는 나타나지 않았다. MBT는 29%의 탈락, TAU는 7%의 낮은 탈락률을 보였다. 이러한 결과에 대해 연구자들은 MBT 프로그램을 12개월로 축약하여 사용하였기 때문에 충분한 치료 효과를 보이지 못했을 가능성이 있다고 보았다. 또한 그룹 기반 MBT는 BPD 증상 심각도가 낮고 사회적 기능이 높은 청소년에게 더 적합할 가능성을 시사하였다.

Jørgensen 등(2020)은 위의 Beck 등(2020)의 연구에 대한 3-12개월간의 추적 연구를 실시하였다. 두 그룹 모두 후속 조치 지점 모두에서 임상 및 사회적 결과의 대다수가 개선된 것으로 나타났다. MBT-G에서는 35%, TAU에서는 39%로 증상 완화가 나타나, MBT-G가 청소년기의 경계선 기능 개선에 있어서 TAU보다 우수하다고 입증되지는 못했다. 한편, 이 연구에서 MBT 치료자들은 33%가 바뀌었고, TAU 치료자들은 12.5%가 바뀌었는데, 거부, 유기에 민감한 BPD 특성상 이러한 변화도 결과에 영향을 주었을 가능성이 제기되기도 했다.

위의 연구들과 같이 청소년 BPD 대상 MBT는 치료 전후로 BPD 증상의 개선, 애착, 정신

화, 전반적 관계 기능의 개선을 나타내지만, 다른 치료적 개입과의 비교 연구에서는 월등한 효과를 보이지 못하는 것으로 나타났다. 효과가 검증되지 않은 연구의 경우 MBT를 12개월로 축약하여 실시했다는 한계가 공통적으로 제시되는데, 청소년기 특성상 정서조절 및 자신과 타인의 감정에 대한 성찰이 어려운 시기인 점을 감안할 때, 축약된 MBT 개입이 효과를 미치기 어려웠을 가능성을 고려할 수 있다. 또한 치료자가 MBT 매뉴얼에 정확히 따르지 않았다는 제한점, MBT 순응도를 엄밀히 측정하지 못했다는 한계도 제기된다.

BPD 대상 다른 치료적 개입과의 비교

Jørgensen 등(2013)은 85명의 BPD 환자들을 무선 배정하여 2년간 MBT와 지지적 집단치료를 받게 한 후, 그 치료 효과를 비교 분석하였다. 그 결과, 예상과 달리 집중적인 MBT 치료와 덜 집중적인 지지적 집단치료 모두 다양한 심리적, 대인 관계의 회복을 나타냈다. MBT는 치료자가 평정한 전반적인 기능 수준에서만 유의하게 높은 결과를 보였다. 이 연구는 두 치료 모두 세부적인 매뉴얼에 기반하지 않았다는 것과 지속적이고 체계적인 모니터링을 포함하지 않았다는 한계가 있다. 또한, 두 치료 모두 같은 클리닉의 같은 치료자를 통해 실시되었기 때문에 치료 효과를 변별하는 데 제한점을 지니고 있다.

Jørgensen 등(2014)은 치료 후 1.5년간 BPD 환자들의 발달과정에 대한 자연주의적 추적 연구를 위해 MBT 집단과 지지적 집단 치료 집단을 비교하였다. 두 그룹 모두에서, 기저선에서 1.5년 후속 조치까지의 긍정적인 변화는 모든 결과 측면에서 유의미하게 나타났지만,

치료 후 1.5년 후속 조치 기간에는 유의미한 변화가 발견되지 않았다. 즉, 치료 종결 시 긍정적인 개선은 지속되었지만 종결 이후부터 1.5년 추적 검사 시점에는 추가적인 개선이 나타나지 않았다. 다만, 불안 수준은 지지적 집단 치료에서 더 높게 나타났고, 전반적 기능 수준은 MBT 집단에서 더 높게 나타났다.

한편, Bales 등(2014)은 MBT와 다른 심리치료적 개입의 효과를 비교하기 위해 BPD 치료에 효과적인 것으로 알려진 기타 심리치료(other psychotherapeutic treatments: OPT)와의 비교 연구를 실시하였다. 124명의 BPD 환자 중, MBT 집단의 환자를 29명과 매칭하여 29명을 OPT에 배정하였고, 연구 시작 시점부터 6개월간 36개월까지 측정하였다. 그 결과, MBT 집단에서 지속적으로 우수한 결과가 나타났고, 특히, 18개월에서 36개월 시점에서 각각 -0.71에서 -0.85로 정신과적 증상의 감소가 크게 나타났다. 다음으로, 성격 기능에 있어서는 중간 정도의 효과크기를 보였으나, 관계 기능에서의 집단 간 유의미한 차이는 나타나지 않았다.

Kalleklev와 Karterud(2018)는 MBT와 정신역동 그룹치료를 대상으로 치료적 개입을 분석하여 비교하였다. MBT에서 정신역동 그룹치료보다 환자의 정신적 상태와 정서에 더 지속적인 초점을 기울이는 것으로 나타났으나, 이는 MBT 입장에서의 주요 치료적 개념을 측정 변인으로 했기 때문일 가능성이 있다. 이 연구에서는 BPD 환자들의 요구적인 성격에 대한 개입이 정신화 발달에 중요한 역할을 하는 것으로 나타났다고 밝혔다.

Barnicot과 Crawford(2019)는 DBT와 MBT의 치료 효과를 비교하기 위해, 12개월간 90명을 대상으로 비무작위 비교 연구를 실시하였다. MBT 집단의 치료는 매주 혹은 격주 개인치료

및 집단치료로 구성되었으며, 10주간의 정신화 교육이 추가되었다. 두 집단의 비교 결과, 증상 심각도, 자해, 정서조절, 대인관계, 해리 횟수에서는 집단 간 차이가 나타나지 않았다. 치료 완료율은 DBT는 42%, MBT는 72%로 MBT가 훨씬 높았으나, 기저선의 차이를 조정 한 후에는 통계적으로 유의미하지 않은 것으로 나타났다. 또한 12개월 시점에 응급실 이용 및 정신과 입원에 있어서는 DBT 집단이 더 높았으나, 나이, 성별, 응급실 이용 전력, 해리 PTSD 증상, 약물 의존 등을 통제 한 후에는 차이가 없었다. 한편, 12개월 시점에 자해의 감소 및 정서조절의 개선에 있어서는 DBT가 MBT보다 더 급격한 감소 효과를 나타냈지만, 증상의 심각도, 대인관계, 해리 증상에 있어서는 차이를 보이지 않았다.

Bateman과 Fonagy(2013b)는 BPD 환자들의 증상 심각도에 따라 치료 효과가 달라지는지 알아보기 위해 134명의 BPD 환자를 MBT와 SCM에 무선 배정하여 치료 결과를 비교하였다. 증상의 심각도 지표는 (1) DSM-IV 축 1장에 진단의 개수, (2) BPD 증상의 심각도, (3) 성격장애의 심각도(축 2장에 진단의 개수), (4) SCL-90로 측정된 증상의 심각도였으며, 이 가운데 성격장애 심각도만이 유의미하게 치료 효과와 관련되는 것으로 나타났다. 즉, 성격장애 진단 수가 많은 사람일수록 MBT와 SCM의 치료 효과 면에서 차이를 나타내었다. 이러한 결과에 대해 연구자들은 BPD 성격만 가진 사람들은 지지적 임상 관리로도 유사한 효과를 나타낼 수 있지만, 복합적 성격장애를 동반한 BPD의 경우 MBT와 같은 특수한 치료가 더 효과적일 것이라고 해석하였다.

Kvarstein 등(2019)은 정신역동 그룹기반 치료 프로그램(Psychodynamic Therapy: PDT)과 비

교하여 MBT에서 환자의 임상 심각도와 결과 사이의 연관성을 검증하고자 하였다. 연구결과, 임상 심각도는 MBT 집단의 결과 차이와는 유의미한 관련이 없었지만 PDT에서는 증상이 심각해질수록 효과가 감소되었다. 즉, MBT와 PDT에서 치료 효과의 차이는 장애의 심각도가 높을수록 크게 증가했다. 한편, MBT는 회피성, 편집성 성향을 동반한 BPD 치료에 있어 PDT보다 효과적인 것으로 나타났다. 이러한 결과에 대해 연구자들은 MBT의 낮은 조기 중단율, 치료 초기에 치료 동맹과 치료 순응도(adherence)를 강화하는 MBT의 특성이 심각한 환자들에게 효과를 미친 요인이 되었을 것으로 해석하였다. 이는 전통적 심리치료로 다루기 어려운 심각한 증상과 복합 성격장애를 지닌 BPD 환자들에게 있어 MBT가 적절한 치료적 대안이 될 수 있음을 시사한다.

BPD 이외의 성격장애 및 임상군 관련 연구

BPD 이외의 성격장애와 기타 임상군에 관한 13편의 논문을 살펴보면, BPD 이외의 성격장애에 관한 연구는 5건, 정신증, ED, 자해가 각각 2건, ADHD(Attention Deficit Hyperactivity Disorder)와 범죄자 각각 1건 이루어졌다. MBT 개입의 효과를 검증한 논문 가운데, 무선 통제 연구는 5건이었으며, 사전 사후 비교 연구 1건, 사전 사후 연구는 3건, 질적 연구 2건, 단일사례 연구와 예비조사가 각각 1건이었다.

BPD 외 성격장애에 대한 개입

MBT는 기본적으로 공감, 자기 성찰, 메타인지, 정서 조절 능력을 길러주려는 목표를 가지고 있어 BPD 환자 이외에도 성격장애를

가진 사람들을 위한 연구로 확대되고 있다. MBT를 적용한 BPD 이외의 성격장애에 대한 개입 연구는 총 5편으로, 진단명을 통해 세분화하지 않은 성격장애 대상 연구가 3건, ASPD와 AVPD에 대한 연구가 각각 1건씩 이루어졌다. BPD 이외의 성격장애에 대한 연구는 사전 사후 연구 3건, 단일사례 연구와 질적 연구가 각각 1건 진행되었다.

Hauber, Boon과 Vermeiren(2017)은 네덜란드 헤이그의 주거 심리치료 기관에서 성격장애가 있는 16세에서 23세 사이의 청소년에게 부분 입원과 함께 매뉴얼화된 주 5일 집중 MBT를 제공하여 성격장애 및 증상의 변화와 성격장애 변수와 치료 결과 간의 관계를 조사하는 예비연구를 진행하였다. 그 결과 성격장애 특성 및 증상에서 현저한 감소가 발견되었으며, 치료가 끝날 무렵 참가자의 3/4이 더 낮은 수의 성격장애를 보였고(치료 전 환자의 91.8% ($n = 56$)는 치료 후 35.4%($n = 22$)에 비해 하나 이상의 성격장애를 가짐), 2/3는 더 이상 성격장애의 진단 기준을 만족하지 않았다. 증상의 감소는 치료 전 성격장애 변수와 관련이 없었다.

이후 Hauber, Boon, Kuipers와 Vermeiren(2020)은 같은 기관에서 주 5일 집중 MBT 프로그램을 받기 전과 후에 성격장애가 있는 청소년에게 정상적인 패턴, BPD 및 기타 성격장애에서 불안정한 애착의 분포를 조사하고, MBT가 애착의 표현을 바꾸는지와 이러한 변경이 심리적 고통의 변화와 관련이 있는지 조사하였다. 가장 불안한 애착 범주인 “분류할 수 없는” 범주는 치료 전 애착 범주로 분류되는 경우가 거의 절반으로 과잉 대표(46.7%) 되었지만 성격장애의 유형별로 차이가 관찰되지 않았다. 치료 후 참가자의 48.5%가 애착 표현에 긍정

적인 변화를 보였으며 심리적 고통이 현저하게 감소했다. 또한 애착 문제는 모든 청소년 성격장애에서 발견되었는데 전체 표본은 증가된 안정 애착으로의 변화를 보였다.

Morken, Karterud와 Arefjord(2014)는 노르웨이의 한 클리닉에서 MBT를 약물 사용 의존뿐만 아니라 추가적인 경계선 특징을 가진 분열형 및 회피성 성격장애를 가진 여성의 치료에 적용한 사례연구를 보고하였다. 이 연구에서는 심각한 성격장애 및 물질사용장애에서도 혼란 애착의 패턴을 변화시킬 수 있음을 보여주었다고 주장하며, 치료 관계에서 일어나는 전이 및 역전을 정신화하기 위한 지속적인 노력이 매우 중요하다고 보고하였다.

Thomas와 Jenkins(2019)은 ASPD로 진단된 남성을 대상으로 보호 관찰 환경에서 12개월 걸쳐 톨링 그룹 형식으로 진행되는 12개월 지역 사회 MBT(12months community MBT)를 보호관찰소에서 실시하고, 서비스 사용자 경험을 조사한 질적연구를 진행하였다. 참여자들은 프로그램을 종료하기를 원치 않을 만큼 대체로 긍정적인 경험을 하였으며 기본적으로 불신을 가지고 있는 참가자들이 개방적이며 솔직한 환경에서 프로그램 경험을 통해 인식론적 신뢰로 전환되는 과정을 나타냈다고 보고하였다.

Bo, Bateman과 Kongerslev(2019)은 AVPD로 진단된 8명의 청소년에 대한 MBT-AA 예비연구를 진행하였다. MBT-AA의 전체적인 구조는 개별 회기가 없다는 것을 제외하면 BPD 환자에게 제공된 표준적 MBT 프로그램과 동일하였다. 연구 결과, AVPD의 핵심 특성이 사회적 관계에 대한 신뢰 부족이라는 것을 고려할 때 정신화 능력을 기르는 것이 신뢰의 회복에 도움이 된다는 것을 나타냈었으며, AVPD와 관련된 점수가 유의미하게 감소하였고 치료가

끝났을 때 8명의 환자 모두 진단 기준에 미치지 못하는 점수를 받았다고 보고하였다. 또한 치료 프로그램이 진행되는 동안 참여자들은 더 많은 친구를 사귀고 사회활동에 더 많이 참여하게 되었으며, 여가활동에 더 자주 참여(또래와 보내는 시간은 주당 0.5시간에서 17.8시간으로 크게 증가)하여, 참여자들의 전반적인 사회적 기능이 향상되었음을 확인할 수 있었다고 보고하였다.

지금까지 살펴본 BPD 이외의 성격장애와 관련된 연구들은 비교군이 없고 표본이 적다는 한계점들이 있다.

정신증에 대한 개입

정신증에 대한 개입 연구는 무선 통제 연구와 사전 사후 비교 연구가 각각 1건씩 진행되었다. Weijers 등(2020)은 정신증적 장애에 대한 정신화 기반 치료인 MBTp(Mentalization-Based Treatment for Psychotic Disorder) 치료를 받은 환자가 TAU만 받는 환자보다 사회적 기능이 더 많이 개선되는지를 조사하는 첫 번째 무선 연구($n = 84$)를 진행하였다. 연구 결과, MBTp와 TAU를 병행한 집단과 TAU를 실시한 집단에서 모두 사회적 기능에 대해 상당한 개선을 보였는데, 치료 후 시점에서 두 집단 간에는 큰 차이가 없었지만, 개선은 MBTp 집단에서 더 크게 나타났으며 6개월 후속 조사에서도 유의미하게 나타났다. 또한 MBTp 집단의 환자는 MBT가 제안한 변화 메커니즘에 대한 증거는 아직 부족하지만, 정신화 능력 측정에서 더 나은 성과를 보였다($p = 0.06$). 이 연구는 MBTp 집단이 TAU에 비해 특히 최근 정신병이 발병한 환자의 경우 사회 기능에서 더 강력한 개선을 가져올 수 있다고 주장한다.

Lana, Martí-Bonany, Sanz-Correcher, Pérez,와 Irimia(2020)은 낮병원에서 SSD를 가진 환자를 대상으로 MBT의 명시적인 정신화 기법에 기반을 둔 12주의 프로그램인 B-MBGT(단기정신화기반 집단심리치료)와 IPT(통합심리치료)에 참여시키고 두 치료를 비교하는 사전 사후 비교 연구를 실시하였다. 또한 B-MBGT를 수행했을 때의 타당성 - 안정성(safety), 수용성(patient acceptance), 주관적 효용성(subjective efficacy)을 평가하고자 하였다. 그 결과 연구 기간 동안 부정적인 사건의 보고가 많지 않았으며(29%), IPT($n = 5$)에 비해 B-MBGT($n = 1$)의 치료 탈락률이 적었다. 주관적 효용성(주관적으로 인식된 이점)의 측면에서 B-MBGT는 IPT에 비해 4가지 주관적 영역(저항력을 높임, 덜 지루함, 일상생활의 유용함, 다른 사람에게 추천함)에서 우월한 것으로 드러나, MBT가 SSD 환자들에게 안전하며 잘 받아들여진다는 긍정적인 보고를 하였다. 이 연구는 기분장애가 아닌 정신증 증상을 심각하게 가지고 있는 환자를 대상으로 수행된 연구라는 점에 의의가 있으나 무선 배정된 통제 연구가 아니기 때문에 성급한 결론을 내리기는 어렵다.

ED에 대한 개입

MBT를 적용한 ED에 대한 개입 연구는 2편으로 모두 무선 통제 연구로 진행되었다. Balestrieri 등(2015)은 ED에 대한 MBT를 도입하기 위한 예비 연구로 신경성 폭식증에 MBT와 단기정신역동치료를 적용하여 그 효과를 비교하였다($n = 24$). 그 결과 두 집단 모두에서 정신과적 증상은 많은 측면이 개선되었으나, 두 집단 사이의 차이는 전반적인 기능을 제외하고는 크게 나타나지 않았으며 단기정신역동치

료 집단에서 더 긍정적인 점수의 상승을 보였다. 이 연구는 기존에 검증된 치료와 유사한 효과와 이탈률을 보였다는 점에서 MBT를 ED 치료에 도입할 가능성이 있다고 주장한다.

Robinson 등(2016)은 MBT-ED(MBT for Eating Disorder)를 ED 및 BPD를 가진 환자의 전문 지원 임상 관리(Specialist Supportive Clinical Management: SSCM-ED)와 비교하였다($n = 68$). 두 집단 모두에서 ED와 BPD 증상이 감소했는데, MBT-ED 집단은 비교군보다 체형 걱정(shape concern) 및 체중 걱정(weight concern)에 대해 사후 처리(18개월)에서 유의미하게 더 큰 감소를 보였다. 이 연구에서는 조기 탈락이 많이 발생하였는데, 두 집단 모두에서 18개월 간의 후속 작업을 완료한 참가자는 15명(22%)에 불과했으나 SSCM-ED 집단에서 조기 탈락이 훨씬 더 많이 발생했다. 긍정적인 변화에도 불구하고 이 연구는 탈락률이 높아 ED 치료에서 MBT 결과에 대한 결론을 내리는 것에 제한이 있다.

ADHD에 대한 개입

Badoud, Rüfenacht, Debbané와 Perroud(2018)은 스위스의 제네바 대학병원의 프로그램에 포함된 ADHD 환자 8명에게 새로운 응용 프로그램인 MBT-Ar를 적용한 예비 조사를 진행하였다. 연구 결과, 참여자들은 높은 출석률과 낮은 이탈률을 보였고, 심리적 상태에 대한 확실성이 감소하고 불확실성이 증가하였으며, 일부 참여자의 주의력과 사회적 기능이 향상되었다고 하였다. 이 연구는 사회 인지 과정을 촉진하는 데 초점을 맞춘 구조화된 개입이 ADHD 집단에 가치가 있음을 시사하였으나, 더 큰 표본을 사용한 추가 연구가 필요하다.

범죄자에 대한 개입

Ware, Wilson, Tapp과 Moore(2016)은 범죄 경험이 있는 남성 4명을 대상으로 보안 병동에서 MBT 개입에 대한 참여 경험을 인터뷰하고 이에 대해 해석현상학적 분석을 수행하였다. 참가자들은 정신화가 자기 및 타인 이해에 기여하며, 그들의 행동과 감정에 긍정적인 영향을 미쳤다고 보고하였다. 이 연구에서는 MBT가 광범위한 폭력 행동 이력을 가진 범죄자에게도 적용 가능하며 부정적인 영향을 관리하고 일상생활을 도울 수 있다고 제안되었으나, 소수 참여자의 독특한 경험을 기반으로 한다는 점에서 일반화시키기에 어려운 점이 있다.

자해에 대한 개입

MBT를 적용한 자해에 대한 개입 연구는 2편으로 모두 무선 통제 연구로 진행되었다.

Rossouw와 Fonagy(2012)는 MBT-A가 자해 청소년에게 TAU보다 효과적인지 조사하기 위한 무선 통제 연구($n = 80$)를 진행하였다. 그 결과 두 집단 모두에서 자해와 위험을 감수하는 행동이 상당히 줄어들었고 우울의 증상이 모두 유의미하게 감소되었다. MBT-A 집단에서 12개월 평가 시점의 자해 점수가 유의미하게 낮았으며, 우울 감소의 정도도 더 높았다. 12개월의 치료 이후 TAU 집단의 58%, MBT-A 집단의 33%가 BPD의 진단 기준을 만족하였고 이러한 효과는 정신화 능력의 개선과 애착 회피 감소로 설명되었다.

Griffiths 등(2019)은 최근 자해를 시도한 청소년을 대상으로 MBT-Ai를 적용하고 이에 대한 타당성을 예비평가하였다. MBT-Ai와 TAU 또는 TAU 단독 집단으로 무작위 배정($n =$

53)하여 비교하였는데, 자해에 대한 자기 보고와 응급실 방문은 두 집단 모두에서 시간이 지남에 따라 크게 감소했지만 집단 간 차이는 없었다. 사회적 불안, 감정 조절 및 경계 특성도 두 집단에서 시간이 지남에 따라 크게 감소했다. 시간 경과에 따른 변화를 조사하기 위해 MLM(multi-level modelling)을 수행하여 기준점에서 치료 후 및 후속 조치를 조사하여 분석한 결과, 정신화는 자해에 대한 자기 보고와 응급실 방문에서 시간 경과에 따른 변화의 중요한 예측변수로 나타났다. 이 연구는 자해를 줄이기 위한 집단 기반 MBT-Ai는 수용 가능한 수준의 참석률을 보였으며 적절하고 안전하다고 주장한다.

부모 및 가족, 학대 및 입양아동 등 애착체계와 관련 대상 연구

부모 및 가족, 학대 및 입양아동, 치료자 등 애착체계와 관련 대상 연구는 13편으로, 부모 및 가족에 관한 연구는 7건, 아동에 관한 연구는 2건, 치료자에 관한 연구는 4건이 이루어졌다. MBT 개입의 효과를 검증한 논문 가운데, 무선 통제 연구는 5건이었으며, 사전 사후 연구는 5건, 단일사례 연구 2건, 포커스 그룹 연구가 1건이었다.

부모 및 가족의 개입

부모 또는 보호자의 개입에 대한 연구는 7편으로 무선 통제 연구는 4건, 사전 사후 연구는 2건, 사전 사후 비교 연구는 1건이었다.

Hertzmann 등(2016)은 이혼 이후에 갈등하고 있는 양쪽 부모와 작업하며 이러한 상황에 정신화에 초점을 맞춘 영국의 첫 번째 무선 통

제 연구($n = 30$)를 실시하였다. 이 연구에서는 MBT-P와 TAU(영국 가족 사법 시스템의 일부로 분리된 부모를 위한 심리교육)를 비교하였는데, 양적 결과에서는 두 그룹 모두 분노, 스트레스, 우울증이 감소된 것으로 나타났다. 질적 결과에서는 MBT가 공동 양육자와의 관계를 개선하는 데 직접적인 영향을 미치지 못했지만 대부분의 부모가 긍정적인 경험이 되었다고 보고했다. 또한 거의 모든 부모가 PG보다는 MBT-PT 개입을 선호하였다고 밝혔다.

Suchman 등(2017)은 육아에서 어머니의 정신화 또는 성찰 기능을 향상시키기 위해 매뉴얼화된 MIO를 개발하고 그 효과를 검증한 무선 통제 연구($n = 87$)를 진행하였다. 이 연구에서는 약물남용 치료를 받고 있는 1세에서 5세 사이의 아이를 돌보는 어머니를 무작위로 배정하여 MIO와 부모교육(Parent Education: PE)의 효과를 비교하였는데, MIO 집단의 어머니는 치료 후 및 3개월 후속 조사에서 성찰적 기능 및 표현 일관성에 대해 더 높은 능력을 보여주었다. 12개월 추적 조사에서 PE 집단에 비해 MIO 집단의 어머니들은 더 큰 민감성을 보였고, 자녀는 더 크게 반응하는 등 MIO 집단에서 더 큰 상호 호혜성이 나타났다. 중독의 심각도가 클수록 MIO는 모성 성찰 기능, 자녀와의 상호작용의 질 및 애착 상태에 대한 보호 요소로도 작용하였다. 이 연구는 어머니와 어린 자녀를 위한 중독 치료와 함께 제공할 수 있는 정신화 기반 개입의 가능성을 보여주고 있다.

Midgley 등(2018)은 입양 후 지원 서비스의 일부로 제공되는 마음 입양하기의 예비평가를 진행하였다. 이 연구는 42명의 자녀를 입양한 36가족에 대해 혼합 연구를 통해 조사하였는데, 사전 사후 평가를 통해 아동의 정서적, 행

동적 문제가 감소하고 양부모의 자기효능감 수준이 높아졌다. 또한 인터뷰를 통해 가족들은 해당 서비스가 지지적이고 비판적이지 않은 공간이라고 느꼈으며, 자녀의 과거 경험뿐 아니라 자신이 직면한 어려움을 처리하고 연결하는 데 도움이 되었다고 밝혔다. 반면, 일부 입양 가족은 단기적인 6회의 서비스만으로는 문제를 해결하기에 충분하지 않다고 하였으며 장기적인 개입과 치료를 선호한다고 밝혔다. 이 연구는 기준선에서 평가된 가족의 40%만이 사후 평가를 실시하여 결측 데이터를 고려할 때 반응 편향이 나타났을 수 있다.

Midgley 등(2019)은 영국의 위탁 가정에서 보육 중인 5~16세의 아동을 MBT(12회기의 단기치료)와 UCC(Usual Clinical Care, 인지행동치료와 놀이치료 등을 혼합한 12회기의 치료)에 개별적으로 또는 형제 그룹에 무선 배정하여 비교하였다. 연구 결과에 있어 처치군($n = 15$)과 비교군($n = 21$) 모두 프로그램 완료가 81% 이상으로 높았으며 두 프로그램 모두 효율적인 것으로 나타났다. 위탁 가정의 보호자에게는 UCC가 더 큰 효과크기를 보이며 외재적인 것보다 내재적 변화가 더 컸던 반면, 아동들에게는 12주, 24주 결과 MBT가 더 큰 효과크기를 보이며 내재적 변화가 훨씬 더 컸던 것으로 나타났다.

Byrne 등(2019)은 아동 학대의 위험이 있는 0-2세 아이의 부모 16명을 대상으로 정신화 기반치료 “Lighthouse parenting”을 고안하여 프로그램 효과에 대한 사전 사후 연구를 실시하였다. 연구 결과, 부모의 스트레스 지수, 아이에 대한 양육 민감도 등에 긍정적인 변화가 있었으며, 양적, 질적 결과 모두 긍정적인 것으로 나타났다. 이 연구는 참여한 사람의 수가 제한적이기 때문에 통계적으로 큰 성과를

거두었다고는 말하기 어려우나(본페르니 수정 이후 통계적으로 유의미하지 않음), 일반적으로 양육 프로그램의 혜택을 받지 못하는 접근이 어려운 부모를 대상으로 개입하였다는 데 의의가 있다.

Enav 등(2019)은 ASD 진단을 받은 아동의 부모를 위한 MBT(90분씩 매주 1회로 4주간 진행)와 지연된 치료 집단을 비교하는 사전 사후 비교 연구를 실시하였다. 지연된 집단($n = 28$)에 비해 개입 집단($n = 36$)에서는 아동의 발달 상태에 대한 인식이 증가했으며 감정이 변할 수 있다는 믿음이 증가했고 자녀의 행동 및 정서적 증상 수준이 감소하였다. 또한 자녀의 증상이 개선되었고 부모의 자기효능감도 개선되었다고 보고하였다.

아동의 개입

아동을 대상으로 한 개입의 효과성에 대한 연구는 2편으로 모두 단일사례 연구로 진행되었다.

Ingley-Cook과 Dobel-Ober(2013)는 보육 및 입양된 아동을 위해 개발된 MBT(8회기 집단 프로그램)의 영향과 적용 가능성을 평가하였다. 참여 아동들은 친부모와 살지 않았기 때문에 비슷한 경험을 공유하는 또래가 치료에 참여함으로써 자신의 상황과 어려움이 정상화되었고, 모든 아이들이 집단 회기에서 배운 것 중 가장 중요한 것은 감정을 이해하고 관리하는 것이라고 보고하였다. 다만, 이 연구에서는 나이가 어린 참여 아동들을 통제하는 데 어려움이 있었으며 집단 인원수를 작게 배정하고 연령대에 따라 특정 요구를 확인하여 개입 내용을 개발할 필요성이 있다고 제안하였다.

Ramires, Schwan과 Midgley(2012)는 브라질 남

부의 보호소에 사는 조기 학대와 방임으로 고통받았던 아이의 정신화기반치료(개별치료)를 실시하고 혼합 연구 방법을 적용하였다. 이 연구는 참여 아동의 우울 증상에서 상당한 개선을 보였고, 일관적이고 통합된 자아로의 움직임과 함께 정신화 능력에 대한 변화가 나타났다고 보고하였다. 그러나 아동의 애착과 정신화를 평가하기 위한 도구의 부족으로 정신화 능력을 측정하는 것에 대한 어려움을 보고하였다.

치료자 훈련

치료자를 대상으로 한 개입의 효과성에 대한 연구는 4편으로 무선 통제 연구 1건, 사전 사후 연구 2건, 포커스 그룹 연구 1건이 진행되었다. 주요 연구 결과만 살펴본다면, Welstead 등(2018)은 2일간 진행된 MBT-S(Mentalization-Based Treatment Skills)의 양적 연구에서 의사, 간호사, 심리학자를 포함한 정신건강 전문가들의 MBT에 대한 이해도가 높아지고 성격장애에 대한 긍정적인 태도가 유의하게 향상되었음을 밝혔다. Suchman, Borelli와 DeCoste(2020)은 MIO에서 임상상담자를 20주간 훈련한 무선 연구를 진행하였다. MIO 훈련을 받은 상담자들의 치료적 RF, 잠재적 RF는 통제군 대비 유의하게 높아졌으며, 잠재적인 RF 수준에서 MIO 상담자에 대한 선호도 또한 중간 이상의 효과크기를 보였다(cohen's d : 0.71).

기타 연구

기타 연구로는 MBT와 다른 치료와의 결합에 관한 연구, MBT 치료에 관한 어려움에 관한 연구 등 총 12편이 있었다.

IT와 MBT의 결합

Falconer 등(2017)은 아바타 소프트웨어를 활용한 MBT 연구에서 소프트웨어의 시각적 내러티브가 BPD 환자의 집중과 정신화 촉진에 도움이 될 수 있음을 밝혔다. 반면, SUD가 있는 임신부에게 정신화를 촉진하기 위한 대화형 4D 초음파 이미징과 임신일기를 활용한 연구에서는 통제군 대비 유의미한 향상이 없었다(Jussila, Ekholm, & Pajulo, 2020).

놀이치료와의 결합

Goodman, Reed와 Athey-Lloyd(2015)은 아스퍼거 장애를 가진 아동에게 MBT를 접목한 놀이 치료를 2년간 실시한 결과, 아동의 사회적 어색함과 정서적 제한점에도 불구하고 개선된 상호작용과 낮아진 충동성을 보였다. Salo 등(2019)은 우울증이 있고 아이를 임신했거나 출산한 어머니에게 놀이치료와 결합된 MBT를 적용하였다. 임신 시점부터 1년 개입 결과 어머니의 감수성(emotional availability)과 성찰적 기능(reflective functioning)이 통제군 대비 향상되고 우울증이 감소했다.

기타 기존 치료체계와의 결합

Bressi 등(2017)은 단기정신역동심리치료와 MBT를 결합한 심리적 개입을 주요우울장애가 있는 환자들에게 1년간 실시하였다. 개입은 과거의 외상 사건보다는 현재의 경험에 초점을 맞추었으며, 정신화 기술이 충분히 증진된 후 단기정신역동심리치료가 실시되었다. 중등도의 우울과 감정표현불능증(alexithymia)의 감소에 효과를 나타내는 등 심각한 수준의 우울

증 환자의 비율이 높게 감소되었다.

Harpøth 등(2019)은 긍정심리학에 기반하여 MBT에 긍정 정서를 강화하고 표준 MBT와 효과 차이를 비교하였으나 유의한 차이는 나타나지 않았다.

지역사회

성격장애 환자들을 대상으로 한 영국의 지역사회 기반 모임(Service User Network: SUN)의 참여자들은 주 2일 MBT 또는 주 3일 MBT에 참여하였으며, 6개월 후 주 3회 MBT에 참여한 환자의 병동 입원율이 유의하게 하락한 것으로 나타났다. 주 2회 MBT 참여자들의 변화는 SUN 단독 참여자들에 비해 유의한 변화가 없었다(Jones, Juett & Hill, 2012). 후속 연구에서도 주 3일 MBT 참여자들은 심리적, 사회적, 직업적 기능의 개선을 보였다(Jones, Juett & Hill, 2013). 이탈리아에서도 공공 건강 서비스에 MBT를 결합하는 시도가 있었으며 BPD 환자들의 입원 기간이 감소하고 자해행동, 자살시도, 타인을 향한 공격성 등 관련 진단 기준이 개선된 것으로 나타났다(Carrera, Pandolfi, Cappelletti, Padoani, & Salcuni, 2018).

MBT에서 치료 동맹의 형성과 탈락

Jaffrani, Sunley와 Nick(2020)은 단일사례 연구에서 내담자가 치료자로부터 이해받는 정신화 경험을 통해 자신의 인식론적인 경계를 이완하고 치료 동맹이 형성되는 것을 확인하였다. BPD와 SUD가 있는 환자의 치료 탈락 요인으로는 치료자의 교수적인 행동이나 타인의 행동을 설명하는 모습이 꼽혔다. 반대로 치료자의 명확하고 일관된 소통과 내담자의 기분이

나 감정의 변화에 대해 언급하는 행동은 치료 완료에 유의한 영향을 끼치는 요인으로 나타났다(Philips, Karlsson, Nygren, Rother-Schirren & Werbart, 2018). 청소년을 대상으로 한 자연 관찰 연구에서는 나이가 어린 참여자들의 출석률이 높았다고 보고되었다(Griffiths, Nobel, Duffy & Schwannauer, 2017).

치료 프로토콜 적용의 어려움

Hutsebaut, Bales, Busschbach와 Verheul(2012)은 성격장애를 가진 청소년을 치료하기 위해 입원 세팅에서 MBT-A를 적용할 때 조직, 팀, 치료자 수준에서 발생했던 문제를 밝혔다. MBT 도입 후 치료 탈락률이 50%에서 15%로 크게 하락하고 성격장애 증상도 중간 크기 이상의 감소 효과를 보였음에도, MBT는 기존 의료진의 정신적, 신체적 부담을 증가시켰고, 결과적으로 원활한 의사소통과 추가 채용을 위한 비용이 많이 들어가게 되었다. MBT 기술 훈련을 받은 의료진을 대상으로 한 포커스 그룹 연구에서도 의료진이 환자들에게 들이는 시간이 더 많이 필요하다는 한계가 언급되었다(Warrender, 2015). BPD 집단치료자의 어려움을 탐색한 Sagen Inderhaug와 Karterud(2015)는 사례에서 치료자들이 집단을 구조화하고 방향을 잡는 역할에 주의를 덜 기울이고 잘 모르는 자세를 남용하는 모습을 보고하였다.

논 의

본 연구에서는 체계적 문헌 고찰의 방법을 통해 총 73편의 MBT의 효과 검증 연구들을 정신장애별, 치료 대상별로 개관하고, 각각의

연구에서 주요한 결과들을 살펴봄으로써 MBT가 얼마나 다양한 임상군과 대상에게 치료적 효과를 나타낼 수 있는지 검토해 보았다. 여기서는 연구의 결과들에 대해 종합적으로 검토하고 더불어 MBT의 치료적 차별성이나 강조점에 대해 살펴보고, MBT를 적용할 때의 어려움과 이를 보완하기 위해 고려할 점에 대해 살펴보고자 한다. 마지막으로, 국내에 MBT가 치료적으로 보급되거나 MBT 적용 연구가 활성화되기 위한 시사점을 도출하고자 한다.

먼저, 무선 통제 연구(25건)들의 주요 결과들을 살펴보면, 선행 리뷰 연구와 같이 본 연구에서 분석된 무선 통제 연구에서도 MBT 개입의 효과성이 일관되게 나타났다. 특히 주요 변인에서 MBT가 통제군의 개입에 비해 유의하게 효과성을 나타낸 연구가 다수였으나, 그렇지 않은 연구도 있었으며 효과크기도 연구별로 매우 상이하였다. 이는 치료개입 연구의 특성상 각 연구 참여자의 수가 많지 않은 영향이 있었을 것으로 보인다. 자살, 자해, 입원율 등의 위기 삽화와 전반적 기능수준(GAF)에서 중간 수준 또는 높은 수준의 효과크기를 보이는 연구들이 다수라는 점은 MBT가 위기 개입과 심각한 환자의 기능 회복에 고무적인 역할을 할 수 있다는 점을 시사한다. 또한 MBT가 정신화 능력인 성찰적 기능(RE)을 실질적으로 향상시킨다는 점이 일관되게 나타났다.

다음으로 정신장애별, 치료 대상별의 주요 결과를 살펴보면, BPD 대상 연구에서 MBT는 BPD 환자들의 BPD 관련 증상뿐만 아니라 불안과 우울 수준을 현저히 감소시킨 것으로 밝혀졌고, 관계 기능 및 삶의 질이 향상되었으며, 항정신성 약물의 사용 또한 상당히 감소했다는 것이 드러났다. 그뿐만 아니라 입원 환자, 외래진료 환자를 포함한 다양한 환경에

서도 MBT의 긍정적 효과가 관찰되었다. 특히, Bateman과 Fonagy(2013b), Kvarstein 등(2019)의 연구에서 시사된 바와 같이, 특히 증상의 심각도가 높거나 다른 성격장애를 동반하는 복합적인 BPD 군에 있어서 MBT가 기존의 치료에 비해 더 우수한 치료적 효과를 나타내었다는 점은 매우 주목할 만한 결과라 하겠다.

한편, 치료적 효과가 MBT의 내용보다는 개인치료와 집단치료를 병행하는 치료 형식에 기인한 것일 수 있다는 반박도 제기된다(Vogt & Norman, 2019). 앞서 살펴보았듯이, BPD를 대상으로 한 연구에서 MBT와 지지적 집단치료가 유사한 치료적 효과를 나타냈다는 점은 이러한 반박에 대한 근거가 될 수 있다. 그러나, Jørgensen 등(2014)의 연구에서 지지적 집단치료가 불안의 감소에 효과적이었던 반면, MBT는 전반적 기능 수준의 향상에 도움이 된 것으로 나타난 점을 감안할 때, MBT가 집단치료의 형식이 제공하는 것 이상의 차별적인 치료적 효과를 지닌다는 것을 살펴볼 수 있다. 그리고, 단순히 불안의 경감을 넘어 대인관계와 직업적 기능의 향상을 도모한다는 점에서 MBT가 BPD 환자들이 삶에 보다 잘 적응할 수 있도록 돕는 대안적 개입이 될 것으로 생각된다.

BPD 외에도 다양한 정신장애(성격장애, ASPD, ED, ADHD, 자해행동, 조현병 등의 정신증)를 대상으로 MBT가 적용되어, MBT 적용의 확대 가능성이 시사되었다. MBT-At(MBT for ADHD), MBT-AA(MBT for Avoidant Adolescents), 범죄자를 대상으로 한 12개월 지역사회 MBT, MBT-Ai(MBT group with adolescents), 조현병 스펙트럼 장애를 대상으로 한 프로그램인 B-MBGT (Brief Mentalization-Based Group Psychotherapy) 등의 프로그램이 특정 임상 요구

에 맞추어 개발되었다. 이에 대한 총 13편의 연구 중 5건만이 무선 통제 연구로 진행되어 MBT 효과를 입증하였다. 다른 연구들은 MBT 기법을 도입할 수 있다는 것을 시사해 주고 있으나 예비 타당성을 조사하거나 참여자들의 경험을 탐색하는 정도에 머무르고 있어 추후 무선 연구와 더 많은 표본을 통해 그 가능성을 검증하는 것이 필요하다.

주목할 만한 것은 MBT가 입양, 위탁가정, 이혼 중인 부부, 약물중독 어머니, 아동학대 가정 등 양육에 어려움이 큰 대상들에게 적용되었는데, 이들 연구 7편 모두 효과가 있다고 보고되었다. 연구 참여자들은 대체로 MBT 치료 과정이 긍정적인 경험이 되었다고 보고하였고, 다른 치료보다 더 선호한다고 보고하였다. 이러한 연구들은 기존에 접근에 어려움이 있거나 치료적 효과를 얻기에 어려움이 있는 대상들에게 시도되었고 긍정적인 효과를 나타낼 수 있다는 데 의의가 크다고 할 수 있다.

MBT가 이처럼 개입이 특히 어려운 임상적 문제와 대상군에게 도움이 될 수 있는 이유, 즉 치료적 기제나 다른 치료와의 차별성은 무엇인지에 대해서는 다음을 고려해 볼 수 있겠다. 첫째, 복합적 성격장애와 심각한 수준의 장애는 많은 경우 해로운 양육과 그로 인한 애착의 문제에서 비롯되는데, MBT는 이에 대한 개입에 초점을 맞추고 있다는 점이다. 학대하는 부모들은 부모 자신이 정신화 문제를 가졌을 가능성이 높고, 이로 인한 비수인적 양육은 다시 자녀에게 스트레스와 높은 정서적 각성을 불러일으켜, 자녀의 정신화를 방해하고, 나아가 관계에서 불만족스러운 상호작용을 일으키게 한다(Fearon et al., 2006). 이러한 측면에서, MBT는 이러한 해로운 양육과 부모의 정신화 능력의 결함에서 기인한 복합적이

고 심각한 수준의 장애에 대해 효과적인 치료책으로서 기능할 수 있다고 보인다.

둘째, 정신화 능력의 향상은 개인이 서로 다른 관점을 허용하는 성찰적 대화 능력을 습득하게 하고, 정서적 조절 장애 또는 왜곡된 사고 패턴을 경험하지 않고 사회의 요구에 대처할 수 있도록 돕기 때문일 수 있다(Karterud & Bateman, 2010). Bateman과 Fonagy(2006)는 정신화에 대한 정의를 보편적으로 적용했을 때, 정신장애들은 필연적으로 정신화하는 데에서의 어떤 곤란을 포함하고 있다고 보았다. 사실상 대부분의 정신 장애는 마음이 자기 자신에 대한 경험을 잘못 해석하는 것이므로 결국 하나의 정신화 장애인 것으로 볼 수 있다고 주장한 바 있다. 이처럼 세상을 다른 관점에서 볼 수 있도록 성찰적 태도를 향상시키고 이를 통해 사회 및 대인관계 기능을 향상시키는 것은 MBT의 치료적 차별점이라 할 수 있겠다.

셋째, MBT의 전반적인 목표는 내담자가 안전한 관계를 만들도록 하며, 일관된 자아 감각을 형성하게 한다는 점이다. 이를 위해 치료자는 정신화하는 태도를 유지하여 여기에서 일어나는 일을 지속적으로 질문하며, 내담자와 정신적으로 근접하여 정서 상태를 정확하게 표현하도록 돕는다(Ramires et al., 2012). Fonagy와 Allison(2014)은 단순히 정신화를 위한 ‘학습’이 충분한 치료 목표가 아니라, 내담자와 치료자 사이의 인식론적 신뢰를 확립하는 방법으로 정신화와 치료 내 애착을 활용하는데 초점을 맞춰야 한다고 제안한다. 그들은 이것이 내담자들로 하여금 그들의 심리적 유연성을 증가시키고 사회적 관계뿐만 아니라 사회적 관계에서 배우는 과정을 통해 그들 자신의 마음과 행동에 대한 관점을 바꾸도록 시

도하고 변화시키기 시작할 수 있게 한다고 제안하였다.

그러나, 이러한 치료적 차별성 및 효과에도 불구하고, MBT에서 개발된 다양한 중재 프로그램들은 아직까지는 예비평가에 머물고 있거나 탐색적 수준의 연구들도 있어 그 효과에 대한 입증이 충분하다고 보기는 어렵다. 또한 다른 치료와의 비교 연구에 있어서도 치료적 우위를 보이지 못한 결과들도 제시되었다. 특히 BPD 환자를 대상으로 한 개입에 있어서 MBT는 DBT에 비해서는 통계적으로 유의미한 효과를 보이지 않았던 것으로 나타났다. 이는 MBT와 같이 시간과 비용이 많이 소요되는 집중적인 치료라 하더라도 언제나 더 효과적인 결과를 나타내는 것은 아님을 보여준다. 더욱이 MBT 치료 과정을 12개월로 단축하여 적용했던 연구들은 효과가 18개월의 표준체계에 비해 훨씬 더 제한적이었다. 장기적 치료 기간을 요하는 MBT의 특성상 의료진의 부담과 비용의 증가는 MBT 적용의 중요한 어려움이 될 수 있어 효율적인 MBT 체계의 개선이 요구된다고 볼 수 있다.

장기간의 치료 과정에서, BPD와 같이 중도탈락 가능성이 많은 내담자를 대상으로 할 경우 치료의 동맹과 탈락은 매우 중요한 요소이다. 관련 연구결과들은 MBT 치료자의 ‘잘 모른다는 자세’가 지켜지지 않을 때 중도탈락으로 이어지고(Philips et al., 2018), 내담자가 정신화 경험을 할 때 치료 동맹이 견고해질 수 있음을 보여주었다(Jaffrani et al., 2020). 이처럼 중도탈락의 방지를 치료의 효과를 위해서는 무엇보다도 치료자의 태도가 중요시되는데 이를 위해서는 치료자 훈련이 매우 중요하다고 볼 수 있다. Suchman 등(2020)이 진행한 무선 통제 연구에서는 20주의 MBT 교육과 슈퍼비

전을 받은 치료자들이 실제 치료 회기에서 통제군보다 높은 치료적, 잠재적 성찰 능력을 보여주었다. 이는 적절한 훈련을 통해 치료자의 MBT 치료 능력이 향상될 수 있음을 시사하였지만 효과성의 근거를 확보하기 위해서는 후속 연구가 필요하다. 또 다른 연구에서는 2일 프로그램으로 운영되는 MBT-S가 다양한 직무의 정신건강 종사자들을 대상으로 효율적인 훈련을 진행할 수 있다는 장점이 있고 연구 결과에서도 효과성이 있다고 보고되었다. 그러나 MBT-S의 장기적 효과에 대해서는 중단 연구, 추적 관찰 연구와 같은 추가적인 검증이 필요해 보이며, MBT 효과의 핵심 변인으로 꼽히는 치료자의 정신화 능력이 단기간의 프로그램으로 향상되는 것에는 분명한 한계가 있다고 여겨진다.

치료자가 MBT 원칙을 준수하는 것 또한 치료 완료에 중요한 영향을 미치는 것으로 보인다. 노르웨이의 Karterud 등(2013)은 치료자가 MBT 치료 원칙을 준수했는지를 확인하기 위해 17문항의 MBT-ACS 척도를 제안하였으며, MBT를 적용한 연구에서 활용되고 있다. 안나프로이트 센터에서도 이를 기반으로 18문항의 영문판 MBT-ACS 개발하여 홈페이지에 공개하고 있다. 영문판 MBT-ACS에서는 회기 구조와 ‘잘 모른다는 태도’, 정신화 과정, 비정신화 과정, 정서적 내러티브의 정신화 등이 MBT 전문가에 의해 평가되며 영역별로 양적, 질적 평가항목이 모두 포함되어 있어 활용해 볼 수 있다. 선행연구들의 MBT 치료 순응도를 살펴보면 2013년 이후 발표된 59개의 연구 중 치료 순응도 척도인 MBT-ACS(MBT Adherence and Competence Scale)를 적용해서 적합하다고 평가된 연구는 20건이었다. 이외의 연구에서는 MBT 매뉴얼을 따르고 교육훈련을 받거나

전문가의 슈퍼비전을 받았다고 보고하기도 했으나 치료 원칙 준수 여부가 확인되지 않아 MBT 효과성 평가의 타당도가 일부 의심된다. 다만, 치료 원칙이 준수된다면 MBT 표준 프로토콜이 아닌 다소 변형된 형태의 개입도 MBT로 인정하고 있다.

마지막으로, 국내에 MBT가 치료적으로 확대 보급되거나 MBT 적용 연구가 활성화되기 위한 제안점은 다음과 같다. 첫째, MBT 실시를 위한 인력에 대한 훈련이 활발해질 필요가 있으며, 국내에서는 아직까지 임상가들을 위한 MBT 훈련을 공식적으로 실시하고 있지 않기 때문에, 현재 안나프로이트 센터에서 운영되고 있는 온라인 및 오프라인 MBT 교육 프로그램을 활용해야 한다.

둘째, 한국형 정신화의 정도나 정신과 기능의 성숙과정 평가 등을 할 수 있는 척도의 개발 및 타당화가 다양한 대상들에게 이루어질 필요가 있다. 척도의 개발 및 타당화와 관련해서는 최근 청소년 및 성인의 정신화 측정을 위한 척도 개발 및 타당화 연구(김홍주, 김은영, 2018; 박세미, 2016; 이수림, 이문희, 2018; 차혜명, 2018)들이 다수 이루어지고 있어 향후 연구들에 도움이 될 수 있으리라 여겨지나 좀 더 다양한 대상들을 표집으로 한 후속 연구들이 이루어질 필요가 있다. 더욱이, 아동의 경우에는 효과성 입증에 위한 평가 도구의 부족은 선행 연구들에서도 한계로 지적되고 있다. 향후 연구에 있어서는 아동기 정신장애에 초점을 맞춘 정신화 척도가 개발될 필요가 있다. 또한 MBT 효과성을 신뢰하기 위해서는 MBT-ACS와 같은 객관적 지표의 적극적인 활용이 필요하지만, 아직까지 한국판 MBT-ACS가 개발되어 있지 않아 효과성 평가에 어려움이 있는바 이에 대한 개발도 필요하다.

셋째, 국내에 MBT 표준체계를 적용할 경우 장기간의 비용과 시간이 요구되는 바, 국내 도입의 현실적 여건 마련은 아직까지는 요원한 일이 아닐 수 없다. 더욱이 이를 실시할 수 있는 국내의 정신건강 서비스 전달 체계는 극히 제한적이다. MBT가 가장 활발하게 이루어지고 있는 영국의 경우에는 보건부(department of health)에서 보건의료서비스와 사회복지서비스를 관장하며 국가보건의료서비스를 통해 보건의료서비스가 전달된다. 국가보건의료서비스는 세금을 통해 재원이 조달되며, 국민들이 무료 또는 저비용으로 임상적인 수요에 따라 포괄적으로 보건의료서비스를 이용할 수 있도록 하는 제도이다(최영준, 2012). 정신건강 문제에 있어서도 영국에서는 심리치료 접근성 확대 프로그램인 IAPT(Improving Access To Psychological Therapies)를 통해 우울, 불안장애 등 경증 정신질환자를 케어하고 있다(엄영지, 2013). 영국을 포함한 다수의 유럽 국가의 경우 사회 정신건강 제도 등의 뒷받침으로 정신건강 문제에 있어서 접근성이 높을 수 있는 반면, 국내에서는 중증 정신질환자를 대상으로 하는 서비스 중심으로 정신건강 서비스 전달 체계가 구성되어 있는 편이며, 정신건강 문제에 대한 예방과 조기 개입을 위한 서비스 등 다양한 서비스를 제공하기에는 충분한 인력과 인프라가 부족하다(전진아, 강혜리, 2020). 또한 정신질환, 정신건강에 대한 부정적인 편견, 높은 비용 등으로 접근성이 높지 못하다. 이러한 접근성의 부족을 메우기 위해서는 국내의 정신건강 서비스 전달 체계가 심리상담 서비스 체계와의 역할 구분 및 연계를 통해 다양한 욕구를 가진 대상들을 위해 서비스의 연속성을 강화하고 다양한 서비스를 제공하려는 노력이 필요하다.

넷째, 다양한 대상 및 문제 유형에 맞게 수정, 개발된 MBT 집단 프로그램의 적용은 비교적 처치 기간이 짧아 국내에 적용하기에 좀 더 수월해 보이며 한국의 실정에 맞는 프로그램으로 수정, 보완될 필요가 있다. 다만, 앞서 문수진 등(2012)의 연구 결과와 같이 MBT를 국내 실정에 맞게 수정, 개발하였을 경우에도 현장에서 운영 회기의 단축이 요구되는 등 집단 프로그램으로 진행하는 것이 쉬운 일은 아닐 수 있다. 그렇더라도 다양한 현장의 요구에 맞게 지속적인 수정, 보완이 이루어져야 할 것이다.

본 연구는 1999년~2020년 사이의 MBT 효과에 대한 연구들을 수집하여 체계론적 문헌고찰의 방법을 통해 선행 논문들의 결과를 기술하고, 그 결과를 정신장애별, 치료 대상별로 분류, 검토하였다. MBT 치료 효과와 관련하여 다른 치료와의 차별성, 치료적 기제를 살펴보고, MBT 적용의 어려움과 효과성을 높이기 위한 고려 사항도 살펴보았다. 이와 더불어 국내 도입에 있어서의 시사점이나 향후 연구의 방향에 대해 제안하였다. 그러나 본 연구에서는 MBT 효과성에 대한 메타분석은 실시하지 못하였으므로, 추후 연구에서 시도될 필요가 있을 것으로 여겨진다.

참고문헌

- 권유경 (2016). 정신분석학적 관점에서 본 공격성과 심리적 자아. 한국심리학회지: 임상심리 연구와 실제, 2(1), 89-113.
- 김수영, 박지은, 서현주, 서혜선, 손희정, 신채민, 이윤재, 장보형, 허대석 (2011). NECA 체계적 문헌고찰 매뉴얼. NECA 연구방법

- 시리즈, 1-287.
- 김홍주, 김은영 (2018). 한국판 청소년 성찰기 능척도 타당화. *한국심리학회지: 상담 및 심리치료*, 30(2), 297-316
- 문수진, 오소영, 이원혜, 홍민하, 민정원, 김봉 석, 황준원, 우이혁, 반건호(2012). 청소년 용 정신화 프로그램의 학생정신건강 증진효과 평가. *소아청소년정신의학*, 23(3), 109-116.
- 박세미 (2016). 자기보고식 심리화(정신화)척도 의 개발과 타당화. 가톨릭대학교 석사학위 논문.
- 엄영지 (2013.02.06). 영국식 IAPT 도입 주장에 정신과 전문의들 ‘난색, 청년의사, <http://www.docdocdoc.co.kr/news/articleView.html?idxno=128026>에서 2021. 03. 31 자료 얻음.
- 오소영, 문수진, 이원혜, 홍민하, 민정원, 김봉 석, 황준원, 우이혁, 반건호 (2012). 단축형 청소년용 정신화 프로그램의 학생정신건 강 증진효과 평가. *소아청소년정신의학*, 23(3), 117-126.
- 이수림, 이문희 (2014). 상담 및 심리치료 성과 의 효과적 핵심요인-정신화의 이해와 적용. *인간연구*, 27, 95-139.
- 이수림, 이문희 (2018). 한국판 정신화 척도 (Korean version of the mentalization scale)의 타당화. *상담학연구*, 19(5), 117-135.
- 전진아, 강혜리 (2020). 정신건강서비스 전달체 계의 현황과 과제. 한국보건사회연구원.
- 차혜명 (2018). 한국형 성찰기능척도의 타당화 연구: 초기방임과 경계선 성격성향 간의 관 계에서 유기도식과 정신화의 역할을 중심으 로. 경북대학교 박사학위논문.
- 차혜명, 김은영 (2016). 정신화 개념을 통한 애 착이론과 정신분석의 재조명. *한국심리학 회지: 일반*, 35(1), 167-190.
- 최영준 (2012). 주요국의 사회보장제도-영국. 한 국보건사회연구원.
- 최선우, 김종선, 김민경, 박해인, 오욱진, 석정 호 (2020). 경계성 인격장애 환자의 마음 헤아리기치료 효과: 중간분석에 대한 예 비보고. *대한신경정신의학회*, 50(1), 61-71.
- Allen, J. G., Fonagy, P. F., & Bateman, A. W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Badoud, D., Rüfenacht, E., Debbané, M., & Perroud, N. (2018). Mentalization-based treatment for adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: A pilot study. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 21(3), 149-154.
- Bales, D. L., Timman, R., Andrea, H., Busschbach, J. J., Verheul, R., & Kamphuis, J. H. (2014). Effectiveness of day hospital mentalization-based treatment for patients with severe borderline personality disorder: A matched control study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 22(5), 409-417.
- Bales, D. L., Timman, R., Luyten, P., Busschbach, J., Verheul, R., & Hutsebaut, J. (2017). Implementation of evidence-based treatments for borderline personality disorder: The impact of organizational changes on treatment outcome of mentalization-based treatment. *Personality and Mental Health*, 11(4), 266-277.
- Bales, D., van Beek, N., Smits, M., Willemsen, S., Busschbach, J. J. V., Verheul, R., & Andrea, H. (2012). Treatment outcome of 18-month,

- day hospital Mentalization-Based Treatment (MBT) in patients with severe borderline personality disorder in the Netherlands. *Journal of Personality Disorders*, 26(4), 568-582.
- Balestrieri, M., Zuanon, S., Pellizzari, J., Zappoli-Thyrion, E., & Ciano, R. (2015). Mentalization in eating disorders: A preliminary trial comparing mentalization-based treatment (MBT) with a psychodynamic-oriented treatment. *Eating and Weight Disorders*, 20(4), 525-528.
- Barnicot, K., & Crawford, M. (2019). Dialectical behaviour therapy v. mentalisation-based therapy for borderline personality disorder. *Psychological Medicine*, 49(12), 2060-2068.
- Bateman, Anthony, & Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 156(10), 1563-1569.
- Bateman, Anthony, & Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: An 18-month follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 158(1), 36-42.
- Bateman, Anthony, & Fonagy, P. (2004). Mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Personality Disorders*, 18(1), 36-51.
- Bateman, Anthony, & Fonagy, P. (2006). *Mentalization-Based Treatment for Personality Disorders: A Practical Guide*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Bateman, Anthony, & Fonagy, P. (2008a). Mentalization-based treatment for BPD. *Social Work in Mental Health*, 6(1-2), 187-201.
- Bateman, Anthony, & Fonagy, P. (2008b). 8-Year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment versus treatment as usual. *American Journal of Psychiatry*, 165(5), 631-638.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2009). Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166(12), 1355-1364.
- Bateman, Anthony, & Fonagy, P. (2010). Mentalization-based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry*, 9(1), 11-15.
- Bateman, Anthony, & Fonagy, P. (2013a). Mentalization-based treatment. *Psychoanalytic Inquiry*, 33(6), 595-613.
- Bateman, Anthony, & Fonagy, P. (2013b). Impact of clinical severity on outcomes of mentalisation-based treatment for borderline personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 203(3), 221-227.
- Bateman, Anthony, & Fonagy, P. (2016). *Mentalization-based treatment for personality disorders: A practical guide (1st ed.)*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Bateman, Anthony, & Fonagy, P. (2019). A randomized controlled trial of a Mentalization-Based Intervention (MBT-FACTS) for families of people with borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 10(1), 70-79.
- Beck, E., Bo, S., Jørgensen, M. S., Gondan, M., Poulsen, S., Storebø, O. J., Andersen, C. F.,

- Folmo, E., Sharp, C., Pedersen, J., Simonsen, E., Jorgensen, M. S., Gondan, M., Poulsen, S., Storebo, O. J., Fjellerad Andersen, C., Folmo, E., Sharp, C., Pedersen, J., Simonsen, E. (2020). Mentalization-based treatment in groups for adolescents with borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Journal Of Child Psychology And Psychiatry*, 61(5), 594-604.
- Bo, S., Bateman, A., & Kongerslev, M. T. (2019). Mentalization-based group therapy for adolescents with avoidant personality disorder: Adaptations and findings from a practice-based pilot evaluation. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 18(3), 249-262.
- Bo, S., Sharp, C., Beck, E., Pedersen, J., Gondan, M., & Simonsen, E. (2017). First empirical evaluation of outcomes for mentalization-based group therapy for adolescents with BPD. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 8(4), 396-401.
- Bosanac, P., Hamilton, B., Beatson, J., Trett, R., Rao, S., Mancuso, S., & Castle, D. (2015). Mentalization-based intervention to recurrent acute presentations and self-harm in a community mental health service setting. *Australasian Psychiatry*, 23(3), 277-281.
- Bressi, C., Fronza, S., Minacapelli, E., Nocito, E. P., Dipasquale, E., Magri, L., ... & Barone, L. (2017). Short term psychodynamic psychotherapy with mentalization based techniques in major depressive disorder patients: Relationship among alexithymia, reflective functioning, and outcome variables - A pilot study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 90(3), 299-313.
- Byrne, G., Slead, M., Midgley, N., Fearon, P., Mein, C., Bateman, A., & Fonagy, P. (2019). Lighthouse Parenting Programme: Description and pilot evaluation of mentalization-based treatment to address child maltreatment. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 24(4), 680-693.
- Calati, R., & Courtet, P. (2016). Is psychotherapy effective for reducing suicide attempt and non-suicidal self-injury rates? Meta-analysis and meta-regression of literature data. *Journal of Psychiatric Research*, 79, 8-20.
- Carrera, S., Pandolfi, G., Cappelletti, J. Y., Padoani, W., & Salcuni, S. (2018). Oriented mentalization-based treatment for borderline personality disorder patients: preliminary results at Camposampiero Mental Health Center. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process, and Outcome*, 21(3), 178-189.
- Cristea, I., Gentili, C., Cote, C. D., Palomba, D., Barbui, C., Cuijpers, P. (2017). Efficacy of psychotherapies for borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 74(4), 319- 328.
- David J. Wallin. (2010). 애착과 심리치료 (김진숙, 이지연, 윤숙경 역). 서울: 학지사. (원전출판 2007년).
- Marc-Andreas Edel, Vanessa Raaff, Giancarlo Dimaggio, Anna Buchheim, & Martin Brüne (2017). Exploring the effectiveness of combined mentalization-based group therapy and dialectical behaviour therapy for inpatients with borderline personality disorder - A pilot study. *British Journal of Clinical Psychology*,

- 56(1), 1-15.
- Enav, Y., Erhard-Weiss, D., Kopelman, M., Samson, A. C., Mehta, S., Gross, J. J., & Hardan, A. Y. (2019). A non-randomized mentalization intervention for parents of children with autism. *Autism Research, 12*(7), 1077-1086.
- Falconer, C. J., Cutting, P., Davies, E. B., Hollis, C., Stallard, P., & Moran, P. (2017). Adjunctive avatar therapy for mentalization-based treatment of borderline personality disorder: a mixed-methods feasibility study. *Evidence-based mental health, 20*(4), 123-127.
- Fearon, P., Target, M., Sargent, J., Williams, L., McGregor, J., Bleiberg, E., & Fonagy, P. (2006). Short-term mentalization and relational therapy (SMART): An integrative family therapy for children and adolescents, In Allen, J. G., & Fonagy, P. (Eds.), *Handbook of mentalization based treatment*(pp. 201-222), NJ: John Wiley & Sons.
- Fernando Lana, Josep Martí-Bonany, Pedro Sanz-Correcher, Víctor Pérez, & Andrea Irimia. (2020). Brief day hospital mentalization based group psychotherapy for schizophrenia spectrum disorders: A feasibility study. *Actas Espanolas de Psiquiatria 48*(2), 64-74
- Fonagy, P., & Allison, E. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy, 51*(3), 372-380.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York: Other Press.
- Fonagy, P., & Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology, 21*(4), 1355-1381.
- Fonagy P, & Target M. (1996) Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality. *The International Journal of Psycho-analysis, 77*(Pt 2): 217-233.
- Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self organisation. *Development and Psychopathology, 9*(4), 679-700.
- Fonagy, P., Steele, H., & Steele, M. (1991). Maternal Representations of Attachment during Pregnancy Predict the Organization of Infant-Mother Attachment at One Year of Age. *Child Development, 62*(5), 891-905.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G. S., & Higgitt, A. C. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal, 12*(3), 201-218.
- Gardner, K. J., Wright, K. M., Elliott, A., Graham, S., & Fonagy, P. (2020). The weirdness of having a bunch of other minds like yours in the room: The lived experiences of mentalization based therapy for borderline personality disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 93*(3), 572-586.
- Goodman, G., Reed, P., & Athey-Lloyd, L. (2015). Mentalization and play therapy processes

- between two therapists and a child with Asperger's disorder. *International Journal of Play Therapy*, 24(1), 13-29.
- Griffiths, H., Noble, A., Duffy, F., & Schwannauer, M. (2017). Innovations in Practice: Evaluating clinical outcome and service utilization in an AMBIT trained Tier 4 child and adolescent mental health service. *Child and Adolescent Mental Health*, 22(3), 170-174.
- Griffiths, H., Duffy, F., Duffy, L., Brown, S., Hockaday, H., Eliasson, E., Graham, J., Smith, J., Thomson, A., & Schwannauer, M. (2019). Efficacy of Mentalization-based group therapy for adolescents: The results of a pilot randomised controlled trial. *BMC Psychiatry*, 19(1), 1-13.
- Harpøth, T. S. D., Kongerslev, M. T., Moeyaert, M., Bo, S., Bateman, A. W., & Simonsen, E. (2019). Evaluating "mentalizing positive affect" as an intervention for enhancing positive affectivity in borderline personality disorder using a single-case multiple-baseline design. *Psychotherapy*, 57(4), 580-586.
- Hauber, K., Boon, A. E., & Vermeiren, R. (2017). Examining changes in personality disorder and symptomology in an adolescent sample receiving intensive mentalization based treatment: A pilot study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 11(1), 1-7
- Hauber, K., Boon, A., Kuipers, G., & Vermeiren, R. (2020). Adolescent attachment insecurity and the influence of MBT. *Attachment & Human development*, 22(2), 157-173.
- Heather Dyson & Dora Brown (2016). The Experience of Mentalization-Based Treatment: An Interpretative Phenomenological Study. *Issues in Mental Health Nursing*, 37(8), 586-595.
- Hertzmann, L., Target, M., Hewison, D., Casey, P., Fearon, P., & Lassri, D. (2016). Mentalization-Based Therapy for parents in entrenched conflict: A random allocation feasibility study. *Psychotherapy*, 53(4), 388-401.
- Hutsebaut, J., Bales, D. L., Busschbach, J. J., & Verheul, R. (2012). The implementation of mentalization-based treatment for adolescents: a case study from an organizational, team and therapist perspective. *International Journal of Mental Health Systems*, 6(1), 1-11.
- Ingley-Cook, G., Dobel-Ober, D., Ingley Cook, G., & Dobel Ober, D. (2013). Innovations in practice: Group work with children who are in care or who are adopted: Lessons learnt. *Child and Adolescent Mental Health*, 18(4), 251-254.
- Jaffrani, A. A., Sunley, T., & Midgley, N. (2020). The Building of Epistemic Trust: An adoptive family's experience of Mentalization-Based Therapy. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 19(3), 271-282.
- Jones, B., Juett, G., & Hill, N. (2012). A two-model integrated personality disorder service: effect on bed use. *The Psychiatrist*, 36(8), 293-298.
- Jones, B., Juett, G., & Hill, N. (2013). Initial outcomes of a therapeutic community-based outpatient programme in the management of personality disorder. *Therapeutic Communities*, 34(1), 41-52.

- Jørgensen, C. R., Bøye, R., Andersen, D., Døssing Blaabjerg, A. H., Freund, C., Jordet, H., Kjølbye, M., Jørgensen, C. R., Boye, R., Andersen, D., Blaabjerg, A. H. D., Freund, C., Jordet, H., & Kjølbye, M. (2014). Eighteen months post-treatment naturalistic follow-up study of mentalization-based therapy and supportive group treatment of borderline personality disorder: Clinical outcomes and functioning. *Nordic Psychology, 66*(4), 254-273.
- Jørgensen, C. R., Freund, C., Boye, R., Jordet, H., Andersen, D., Kjølbye, M., Jørgensen, C. R., Freund, C., Bøye, R., Jordet, H., Andersen, D., & Kjølbye, M. (2013). Outcome of mentalization-based and supportive psychotherapy in patients with borderline personality disorder: a randomized trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 127*(4), 305-317.
- Jørgensen, M. S., Storebo, O. J., Bo, S., Poulsen, S., Gondan, M., Beck, E., Chanen, A. M., Bateman, A., Pedersen, J., & Simonsen, E. (2021). Mentalization-based treatment in groups for adolescents with borderline personality disorder: 3-and 12-month follow-up of a randomized controlled trial. *European Child & Adolescent Psychiatry, 30*(5), 699-710
- Jussila, H., Ekholm, E., & Pajulo, M. (2020). A New Parental Mentalization Focused Ultrasound Intervention for Substance Using Pregnant Women. Effect on Self-reported Prenatal Mental Health, Attachment and Mentalization in a Randomized and Controlled Trial. *International Journal of Mental Health and Addiction, 13*(19), 947-970.
- Kalleklev, J., & Karterud, S. (2018). A comparative study of a mentalization-based versus a psychodynamic group therapy session. *Group Analysis, 51*(1), 44-60.
- Kaltenegger, H. C., Philips, B., & Wennberg, P. (2020). Autistic traits in mentalization-based treatment for concurrent borderline personality disorder and substance use disorder: Secondary analyses of a randomized controlled feasibility study. *Scandinavian Journal of Psychology, 61*(3), 416-422.
- Karterud, S., & Bateman, A. (2010). *Manual for mentalization based therapy (MBT). Version for individual therapy*. Oslo, Norway: Gyldendal Akademisk.
- Karterud, S., Pedersen, G., Engen, M., Johansen, M. S., Johansson, P. N., Schlüter, C., ... & Bateman, A. W. (2013). The MBT Adherence and Competence Scale (MBT-ACS): development, structure and reliability. *Psychotherapy Research, 23*(6), 705-717.
- Karterud, S. (2018). Case formulations in mentalization-based group therapy. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome, 21*(3), 132-136.
- Kvarstein, E. H., Pedersen, G., Folmo, E., Urnes, Ø., Johansen, M. S., Hummelen, B., Wilberg, T., & Karterud, S. (2019). Mentalization-based treatment or psychodynamic treatment programmes for patients with borderline personality disorder - the impact of clinical severity. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 92*(1), 91-111.
- Kvarstein, E. H., Pedersen, G., Urnes, O., Hummelen, B., Wilberg, T., & Karterud, S. (2015). Changing from a traditional

- psychodynamic treatment programme to mentalization-based treatment for patients with borderline personality disorder - Does it make a difference? *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 88(1), 71-86.
- Lana, F., Martí-Bonany, J., Sanz-Correcher, P., Pérez, V., & Irimia, A. (2020). Brief day hospital mentalization based group psychotherapy for schizophrenia spectrum disorders: A feasibility study. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 48(2), 64-74.
- Laurenssen, E. M. P., Smits, M. L., Bales, D. L., Feenstra, D. J., Eeren, H. V, Noom, M. J., Kóster, M. A., Lucas, Z., Timman, R., Dekker, J. J. M., Luyten, P., Busschbach, J. J. V, & Verheul, R. (2014). Day hospital Mentalization-based treatment versus intensive outpatient Mentalization-based treatment for patients with severe borderline personality disorder: Protocol of a multicentre randomized clinical trial. *BMC Psychiatry*, 14(1), 301-312.
- Laurenssen, E. M. P., Hutsebaut, J., Feenstra, D. J., Bales, D. L., Noom, M. J., Busschbach, J. J. V, ... Luyten, P. (2014). Feasibility of mentalization-based treatment for adolescents with borderline symptoms: A pilot study. *Psychotherapy*, 51(1), 159-166.
- Laurenssen, E. M. P., Luyten, P., Kikkert, M. J., Westra, D., Peen, J., Soons, M. B. J., Van Dam, A.-M., Van Broekhuizen, A. J., Blankers, M., Busschbach, J. J. V, & Dekker, J. J. M. (2018). Day hospital mentalization-based treatment v. specialist treatment as usual in patients with borderline personality disorder: Randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 48(15), 2515-2521.
- Löf, J., Clinton, D., Kaldo, V., Rydén, G. (2018). Symptom, alexithymia and self-image outcomes of Mentalisation-based treatment for borderline personality disorder: A naturalistic study. *BMC Psychiatry*, 18(1). 1-11.
- Lonargáin, D. O., Hodge, S., Line, R., Lonargain, D. O., Hodge, S., & Line, R. (2017). Service user experiences of mentalisation-based treatment for borderline personality disorder. *Mental Health Review Journal*, 22(1), 16-27.
- Maaik L. Smits, Dine J. Feenstra, Hester V. Eeren, Dawn L. Bales, Elisabeth M. P. Laurenssen, Matthijs Blankers, Mirjam B.J. Soons, Jack J.M. Dekker, Zwaan Lucas, Roel Verheul, & Patrick Luyten (2020). Day Hospital versus Intensive Outpatient Mentalization-Based Treatment for borderline personality disorder: A multicentre randomized clinical trial. *BMC Psychiatry*, 14(1), 1-19
- Malda-Castillo, J., Browne, C., & Perez-Algorta, G. (2019). Mentalization-based treatment and its evidence-base status: A systematic literature review. *In Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 92(4), 465-498.
- Midgley, N., Alayza, A., Lawrence, H., & Bellew, R. (2018). Adopting Minds - a mentalization-based therapy for families in a post-adoption support service: preliminary evaluation and service user experience. *Adoption and Fostering*, 42(1), 22-37.
- Midgley, N., Besser, S. J., Fearon, P., Wyatt, S., Byford, S., & Wellsted, D. (2019). The Herts

- and Minds study: feasibility of a randomised controlled trial of Mentalization-Based Treatment versus usual care to support the wellbeing of children in foster care. *BMC Psychiatry*, 19(1), 1-11.
- Möller, C., Karlgren, L., Sandell, A., Falkenström, F., & Philips, B. (2017). Mentalization-based therapy adherence and competence stimulates in-session mentalization in psychotherapy for borderline personality disorder with co-morbid substance dependence. *Psychotherapy Research*, 27(6), 749-765.
- Morken, K., Karterud, S., & Arefjord, N. (2014). Transforming disorganized attachment through mentalization-based treatment. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 44(2), 117-126.
- Morken, K. T., Binder, P. E., Molde, H., Arefjord, N., & Karterud, S. (2017). Mentalization-based treatment for female patients with comorbid personality disorder and substance use disorder: A pilot study. *Scandinavian Psychologist*, 4(e15), 1-30.
- Morken, K. T. E., Binder, P. E., Arefjord, N. M., & Karterud, S. W. (2019). Mentalization-based treatment from the patients' perspective - what ingredients do they emphasize? *Frontiers in Psychology*, 10, 1-13.
- Ougrin, D., Tranah, T., Stahl, D., Moran, P., & Asarnow, J. R. (2015). Therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: Systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 54(2), 97-107.
- Philips, B., Karlsson, R., Nygren, R., Rotherchirren, A., & Werbart, A. (2018). Early therapeutic process related to dropout in mentalization-based treatment with dual diagnosis patients. *Psychoanalytic Psychology*, 35(2), 205-216.
- Philips, B., Wennberg, P., Konradsson, P., & Franck, J. (2018). Mentalization-based treatment for concurrent borderline personality disorder and substance use disorder: A randomized controlled feasibility study. *European Addiction Research*, 24(1), 1-8.
- Ramires, V. R. R., Schwan, S., & Midgley, N. (2012). Mentalization-based therapy with maltreated children living in shelters in southern Brazil: A single case study. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 26(4), 308-326.
- Robinson, P., Hellier, J., Barrett, B., Barzdaitiene, D., Bateman, A., Bogaardt, A., Clare, A., Somers, N., O'Callaghan, A., Goldsmith, K., Kern, N., Schmidt, U., Morando, S., Ouellet-Courtois, C., Roberts, A., Skårderud, F., & Fonagy, P. (2016). The NOURISHED randomised controlled trial comparing mentalisation-based treatment for eating disorders (MBT-ED) with specialist supportive clinical management (SSCM-ED) for patients with eating disorders and symptoms of borderline personality disorder. *Trials*, 17(1), 1-15.
- Rossouw, T. I., & Fonagy, P. (2012). Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51(12), 1304-1313.
- Sagen Inderhaug, T., & Karterud, S. (2015). A

- qualitative study of a mentalization-based group for borderline patients. *Group analysis*, 48(2), 150-163.
- Salo, S. J., Flykt, M., Mäkelä, J., Biringen, Z., Kalland, M., Pajulo, M., & Punamäki, R. L. (2019). The effectiveness of Nurture and Play: a mentalisation-based parenting group intervention for prenatally depressed mothers. *Primary health care research & development*, 20(157), 1-11.
- Stoffers-Winterling, J. M., Voellm, B. A., Rücker, G., Timmer, A., Huband, N., & Lieb, K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012(8), CD005652.
- Storebø, O. J., Stoffers-Winterling, J. M., Vollm, B. A., Kongerslev, M. T., Mattivi, J. T., Jørgensen, M. S., Faltinsen, E., Todorovac, A., Sales, C. P., Callesen, H. E., & Lieb, K. (2020). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5(5), CD012955.
- Suchman, N. E., Monica R. Ordway, Lourdes de las Heras, & Thomas J. McMahon(2016). Mothering from the Inside Out: results of a pilot study testing a mentalization-based therapy for mothers enrolled in mental health services. *Attachment & Human Development*, 18(6), 596-617.
- Suchman, N. E., Borelli, J. L., & DeCoste, C. L. (2020). Can addiction counselors be trained to deliver Mothering from the Inside Out, a mentalization-based parenting therapy, with fidelity? Results from a community-based randomized efficacy trial. *Attachment & Human development*, 22(3), 332-351.
- Suchman, N. E., Decoste, C. L., McMahon, T. J., Dalton, R., Mayes, L. C., & Borelli, J. (2017). Mothering from the Inside Out: Results of a second randomized clinical trial testing a mentalization-based intervention for mothers in addiction treatment. *Development and Psychopathology*, 29(2), 617-636.
- Thomas, N., & Jenkins, H. (2019). The journey from epistemic vigilance to epistemic trust: service-users experiences of a community mentalization-based treatment programme for Anti-Social personality disorder (ASPD). *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 30(6), 909-938.
- Thomsen, M. S., Ruocco, A. C., Uliaszek, A. A., Mathiesen, B. B., & Simonsen, E. (2017). Changes in neurocognitive functioning after 6 months of mentalization-based treatment for borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 31(3), 306-324.
- Vogt, K. S., & Norman, P. (2018). Is mentalization-based therapy effective in treating the symptoms of borderline personality disorder? A systematic review. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 92(4), 441-464.
- Volkert, J., Hauschild, S., & Taubner, S. (2019). Mentalization-based treatment for personality disorders: efficacy, effectiveness, and new developments. *Current Psychiatry Reports*, 21(4), 1-12.
- Ware, A., Wilson, C., Tapp, J., & Moore, E. (2016). Mentalisation-based therapy (MBT)

- in a high-secure hospital setting: Expert by experience feedback on participation. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 27(5), 722-44.
- Warrender, D. (2015). Staff nurse perceptions of the impact of mentalization based therapy skills training when working with borderline personality disorder in acute mental health: A qualitative study. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 22(8), 623-633.
- Weber, R. (2017). Mentalization-Based Group Therapy (MBT-G). A Theoretical, Clinical, and Research Manual By S. Karterud. *International Journal of Group psychotherapy*, 67(2), 288-291.
- Weijers, J., Ten Kate, C., Viechtbauer, W., Rampaart, L. J. A., Eurelings, E. H. M., & Selten, J. P. (2020). Mentalization-based treatment for psychotic disorder: A rater-blinded, multi-center, randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 51(16), 1-10.
- Welstead, H. J., Patrick, J., Russ, T. C., Cooney, G., Mulvenna, C. M., Maclean, C., & Polnay, A. (2018). Mentalizing skills in generic mental healthcare settings: Can we make our day-to-day interactions more therapeutic? *Royal College of Psychiatrists*, 42(3), 102-108.
- 원고접수일 : 2021. 05. 07.
수정원고접수일 : 2021. 10. 02.
게재결정일 : 2021. 10. 13.

Treatment System and Evidences for Mentalization-Based Treatment: A Systematic Review

Jeongha Lee¹⁾

Jiwon Kim^{2)†}

Hyunju Ha³⁾

¹⁾Director of Sumbisori Crisis Counseling Research Institute

²⁾Chungnam National University Counseling Center Counselor

³⁾Researcher of Center for Social Sciences, Seoul National University

This study introduces the concept of mentalizing and its developmental basis as well as, the mechanisms, and the standard system of mentalization-based treatment(MBT). In this study, a systematic review method was used to address the clinical utility of MBT, categorized by the types of mental disorders and participants of the 73 MBT effectiveness tests. The therapeutic effects of MBT were found not only in borderline personality disorder, but also in other mental problems related to negative thoughts or overwhelming emotional states, such as eating disorders, substance use disorders, self-harm, and schizophrenia. The target of treatment was not only for adults, but also for children, and adolescents, parents, and families, as it is developing in combination with other treatment systems. Further empirical studies are needed to demonstrate the effectiveness and clinical usefulness of MBT. Finally, the possibility of clinical application and future directions for MBT research in Korea are discussed.

Key words : mentalization-based treatment(MBT), mentalizing, systematic review, MBT effectiveness, MBT dissemination

† Corresponding Author : Jiwon Kim / Chungnam National University Counseling Center / 99 Daehak-ro, Yuseong-gu, Daejeon, Korea Tel : 042-821-5193 / E-mail : jkim175@cnu.ac.kr