

비파사나 명상과 인지행동 치료를 통합한 불안장애의 게슈탈트 심리치료*

김 정 규[†]

성신여자대학교 심리학과

불안장애의 게슈탈트 치료이론을 바탕으로 비파사나 명상과 인지행동 치료의 불안장애에 대한 치료적 접근을 통합하는 시도를 하였다. 불안장애의 게슈탈트 치료에 대한 논의는 미해결 과제와 접촉경계혼란의 개념을 바탕으로 전개했으며, 변화의 역설적 이론과 장 이론을 통하여 이론화 작업을 하였다. 비파사나 명상은 몸, 감각, 마음, 법의 사념처관을 중심으로 알아차림과 무비판적 수용에 대해 고찰하였다. 또한 통찰대화 명상법에 대해서도 간략히 소개하였다. 불안장애의 인지행동 치료는 Beck의 인지행동 치료이론을 중심으로 부정적 사고와 역기능적 신념의 역할에 대해 살펴보았으며, 또한 증상교육, 긴장이완 훈련 및 노출법에 대해서도 알아보았다. 마지막으로 세 접근법의 공통점과 차이점을 짚어보면서 게슈탈트 치료를 바탕으로 다른 두 기법들의 통합전략에 대해 논의하였다.

주요어 : 불안장애, 게슈탈트 심리치료, 비파사나 명상, 인지행동치료

* 본 논문은 2000년도 성신여자대학교 교수 해외파견 연구비 지원에 의한 것임.

† 교신저자(Corresponding Author) : 김 정 규 / 성신여자대학교 심리학과 / 서울시 성북구 동선동 3가 249-1
FAX : 926-1274 / E-mail : jkkim@cc.sungshin.ac.kr

불안장애는 가장 흔한 심리장애의 하나로서 유병률을 보면 일반화된 불안장애 4%, 공황장애 3.5%, 특정공포증 11%, 사회공포증 13.3 %, 외상 후 스트레스장애 7.8%, 강박장애 2.6%로 보고되고 있다(Durand & Barlow, 2000). 이처럼 높은 유병률 때문에 불안장애는 항상 정신의학과와 심리학자들의 주요 연구분야였다.

정신분석학, 행동치료, 인본주의 심리치료자들이 모두 불안장애의 치료에 관심을 보여온 것은 사실이지만 지난 20년을 돌아보면 이 분야에서 아마도 가장 활발한 연구활동을 해온 집단은 인지행동 치료 연구자들이라고 해야할 것 같다. 게슈탈트 치료도 다른 인본주의 치료적 접근법들과 마찬가지로 특정 심리장애를 대상으로 한 치료기법 개발에는 그리 큰 관심을 가지지 않았던 것이 사실이다.

전통적으로 게슈탈트 심리치료자는 특정 심리장애에 대한 치료법 개발보다는 다양한 심리장애에 공통적으로 적용될 수 있는 동질적 치료이론 개발에 더 관심을 기울였는데, 이런 방식은 개별 장애들에 대한 각기 서로 다른 치료법을 내놓아야 하는 번거로움을 피할 수 있겠지만, 다른 한편으로 특정 장애에 맞는 효과적 치료를 제시하지 못한다는 비판을 받을 수 있다.

이런 맥락에서 최근 게슈탈트 치료자도 우울증의 게슈탈트 치료(Tyson & Range, 1981), 불안장애의 게슈탈트 치료(Garcia, 1999; Serok, 1985; Shub, 2002; Wolfert, 1999), 정신분열증의 게슈탈트 치료(Gagnon, 1981; Harris, 2000), 성격장애의 게슈탈트 치료(Shub, 1999; Yontef, 1993), 알콜중독의 게슈탈트 치료(Carlock et al., 2000), 약물중독의 게슈탈트 치료(White, 1999), 도박의 게슈탈트 치료(Shub, 1999), 섭식장애의 게슈탈트 치료(Angermann, 1998), 성기능 장애의 게슈탈트 치료(Harman, 1979), 에이즈 환자의 게슈탈트 치료

(Siemens, 2000) 등 특정 장애별로 그에 맞는 개별 게슈탈트 치료적 접근에 대한 연구들을 내놓고 있다.

하지만 이러한 노력에도 불구하고 여전히 개별 장애에 대한 게슈탈트 치료 연구는 많이 부족한 실정이고, 따라서 좀 더 많은 연구들이 요청되는 실정이다. 이는 불안장애에 대해서도 마찬가지다. 불안문제는 임상집단뿐만 아니라 일반인들에게도 광범위하게 퍼져있으며 당사자들의 고통이 심하므로 활발한 연구가 필요한 분야이다.

불안장애의 치료는 일반적으로 단일 치료법보다는 약물치료, 행동치료, 지지치료 등의 혼합 치료법이 효과가 있는 것으로 알려져 있다. 게다가 불안장애는 하위 유형들 간에 그리고 우울증, 신체형 장애, 성격장애와도 높은 공병률을 보이고 있으며, 또한 노인들의 경우 불안장애는 통상적으로 우울증 및 신체증상 호소와 함께 나타나며 또한 인지능력의 감퇴, 기억문제 등이 수반되므로 단일 치료접근법의 효과에는 한계가 있다(Brown & Barlow, 1992; Stanley & Novy, 2000; Taylor & Arnow, 1988).

따라서 불안장애의 게슈탈트 치료에 있어서도 다른 치료법의 성과를 함께 통합하는 접근이 요청된다. 이런 맥락에서 본 연구에서는 불안장애에 대한 게슈탈트 치료이론을 바탕으로 최근 주목받고 있는 비파사나 명상법 그리고 이 분야에 선행연구 성과를 많이 축적하고 있는 인지행동 치료이론을 통합한 불안장애의 게슈탈트 치료법을 모색하고자 한다.

불안장애에 대한 게슈탈트 치료이론

게슈탈트 심리치료의 창시자인 Perls는 불안을 '흥분 에너지(excitement)'와 '지지(support)'간의 간

격으로 설명했다. 즉, 흥분 에너지가 행동으로 전환되기 위해서는 지지가 필요한데 만일 충분한 지지가 결여되면 그만큼 행동으로 바뀌지 못한 흥분 에너지가 불안으로 체험된다는 것이다 (Perls et al., 1951, p.127-129; Perls, 1969b, p.3).

한편, 지지에는 환경적 지지와 자기 지지가 있는데, 환경적 지지는 가족, 친구, 직장동료, 사회제도, 문화 등이 있으며, 자기 지지로는 개인의 신체적 조건, 지식, 정보, 동일시 과정, 호흡의 질 등이 있다. 모든 요소들이 상호영향을 미치지만 여기서는 불안장애의 가장 중요한 특징 가운데 하나인 동일시 과정에 대해 중점적으로 다루고자 한다.

동일시 과정과 관련된 지지란 개체가 자신의 현재 경험과 동일시하는 것을 말한다. 만일 개체가 온전히 자신의 현재 경험과 동일시한다면 즉, 현재 경험에 주의를 집중한다면 전혀 불안을 체험하지 않는다. 하지만 개체가 현재와 동일시하는 대신 상상된 미래상태를 동일시함으로써 특히 부정적인 결과를 파국적으로 예상하여 동일시함으로써 자기 지지를 상실하게 되고, 이로 말미암아 흥분 에너지는 행동으로 전환되지 못하고 불안으로 나타나게 된다. 불안장애 환자들은 부정적이며 파국적인 미래상태와의 동일시 경향이 강한데, 그것은 그들이 부정적 예언, 왜곡 해석, 비합리적 신념 등을 갖고서 미래를 부정적으로 상상하기 때문이다(Perls et al., 1951; Yontef, 1995, pp.10-12).

불안장애의 여러 하위 유형들은 각각 다양한 양상을 보임에도 불구하고 환자들이 동일시하는 파국적 미래의 차이를 제외하면 본질적으로 동일한 기제에 의해 나타난다. 예컨대, 공황장애 환자들은 신체적 위협을, 사회공포증 환자들은 사회적 상황에서의 위협을, 그리고 스트레스 후 외상장애는 자신이 겪었던 충격적 경험을 반복

하는 위협을 파국적으로 동일시한다(김정규, 1995; Clarkson, 1990; Perls et al, 1951; Polster & Polster, 1973; Serok, 1985, Zinker, 1977).

우리가 미래의 위협을 파국적으로 동일시하는 현상은 계슈탈트 치료이론적으로 볼 때 미해결 과제(unfinished business) 및 접촉경계혼란(contact boundary disturbance)과 연관되어 있다. 먼저 미해결 과제는 개체의 해결되지 않은 정서나 욕구를 의미하는데, 이들은 끊임없이 완결을 요구함으로써 개체로 하여금 현재 행동에 주의를 집중하지 못하게 만들며, 또한 새로운 상황을 지각할 때도 미해결 과제와 연관시켜 지각하게 만듦으로써 상황을 왜곡 지각하게 만든다(김정규, 1995; Perls et al., 1951; Perls, 1970; Polster & Polster, 1973; Yontef, 1993).

미해결 과제는 해결되지 않은 상태로 남아 있는 무의식적(unaware) 정서나 욕구들로서 공포, 분노, 슬픔, 죄책감, 수치심, 외로움, 무력감 등 당사자에게는 충분한 외부지지 없이 혼자 직면하기에는 매우 위협적으로 느껴지는 것들이다. 따라서 이는 개체에게 항상 잠재적 위협으로 남아있으며, 치유되지 않은 내면의 상처와 같은 것이다. 따라서 개체는 항상 이들을 해결하고 싶어 하는 동시에 다시 같은 상처를 반복하지 않으려는 동기 또한 무척 강하다.

그래서 중요한 미해결 과제를 가진 사람은 과거에 미해결 과제가 발생한 상황과 유사하게 보이는 상황에 처하게 되면 그 상황을 미해결 과제와 연관시켜 매우 예민하게 지각하게 된다. 즉, 같은 상처를 반복하지 않기 위해 상처를 받을 수 있는 조그만 단서에도 매우 민감하게 반응한다. 공포나 불안은 바로 이런 단서를 포착할 때 개체가 느끼는 정서반응이다. 예컨대, 발표상황과 관련하여 수치심을 미해결과제로 갖고 있는 사회공포증 환자가 그와 유사한 사회상황에 처

하게 되면 또다시 수치심을 경험할 것에 대한 공포반응을 나타낸다.

접촉경계혼란에는 내사, 투사, 반전, 융합, 편향, 자의식 등이 있는데 이들은 알아차림 접촉주기를 차단하는 무의식적(unaware) 행동으로서 개체가 환경과의 적응과정에서 자기를 보호하기 위해 개발한 일종의 방어기제로서 과도하지 않을 경우 적응적 의미가 있으나 경직된 구조로 될 경우 병적으로 볼 수 있으며, 환경에 대한 개체의 유기적 적응을 방해한다(김정규, 1995; Perls et al., 1951; Perls, 1970; Polster & Polster, 1973; Yontef, 1993, 1995; Zinker, 1977).

개체는 환경과의 만남에서 자신에게 필요한 중요한 욕구나 정서를 전경으로 떠올려 게슈탈트를 형성하고 이를 환경과의 접촉을 통하여 해소하게 되는데, 접촉경계혼란은 개체가 이러한 과정을 온전히 동일시하며 따라가지 못하도록 도중에 차단하는 행동으로서, 이로 인해 미해결 과제가 발생한다(김정규, 1995; Perls et al., 1951; Polster & Polster, 1973; Yontef, 1995). 접촉경계혼란은 개체가 성장과정에서 환경이 비호의적일 때 자신의 정서나 욕구해소를 일시적으로 보류하거나 억제함으로써 혹은 주변의 영향력을 받아들이함으로써 자신을 보호하고 환경에 더 잘 적응하기 위해 선택한 행동이다.

따라서 이는 원래는 긍정적 의미를 내포하는 적응적 행동이다. 하지만 열악한 환경에 장기간 노출되면 개체는 접촉경계혼란을 하나의 경직된 행동패턴으로 개발하여 이를 자신의 성격 구조의 일부로 간직하게 되며, 그렇게 되면 개체는 효과적으로 자신의 정서나 욕구를 해소할 수 없게 된다. 즉, 상황이 달라져도 새로운 상황에 맞는 행동을 선택하지 못하고 무의식적으로 과거의 행동패턴을 반복함으로써 새로운 상황에 적응하지 못하며 그 결과 미해결 과제를 축적시킴

으로써 마침내 부적응을 일으킨다.

접촉경계혼란은 알아차림 접촉주기의 단계들에서 여러 다른 양태로 나타날 수 있는데, 예를 들면 아래와 같다.

감각에서 알아차림으로 넘어가는 단계의 접촉경계혼란

신체감각은 느끼지만 이면에 있는 미해결 분노감정이나 성적욕구를 자각하는 것을 두려워해 이들을 억압하여 신체의 긴장으로 지각하거나 혹은 미해결 분노감정을 투사함으로써 공포증이 발생할 수 있다. 공황장애 환자들은 정서반응에 의한 심장박동의 증가를 심장마비의 전조증상으로 왜곡 해석해서 심한 공포반응을 보인다. 또한 하복부나 골반의 성적 감각에 놀라서 이를 억압하고 신체통증이나 경련으로 바꾸어 지각하는 환자들도 있다(Zinker, 1977).

이런 과정에서 주로 사용되는 접촉경계혼란은 반전, 편향, 투사 등이다. 빌헬름 라이히는 신체무장 개념을 도입하여 억압된 심리적 갈등이 근육긴장, 내장운동 등 신체현상으로 바뀌어 나타날 수 있음을 이론화했다. 그는 이를 '충격적 경험들의 생리학적 조기 종결(a premature physiological closure of a traumatic experience)'이라고 불렀다. 아동기 성피해를 당한 여성의 vaginismus 가 그 한 예이다(Clarkson, 1990).

알아차림에서 에너지 동원으로 넘어가는 단계의 접촉경계혼란

알아차림은 이루어지나 에너지를 동원하는 과정을 차단하는 것으로 주로 사용되는 접촉경계혼란은 내사와 반전이다. 내사는 타인들의 생각, 가치판단을 받아들인 것으로 내사가 심한 경우 자기 자신의 에너지를 접촉하지 못하고 차단한다.

지적인 사람들에게서 많이 발견되며 강박장애 환자들이 그 대표적인 예다. 이들은 어떤 행위를 하기 위해 어떻게 해야 할 것인지에 대해서는 잘 알고 있지만 에너지 동원에 실패함으로써 행동을 실천하지 못한다. 에너지 접촉이 되지 않는 것은 흥분을 두려워하기 때문이다. 이는 강한 감정에 대한 공포라고 할 수 있는데, 예컨대 성적 감정이나 분노, 불만, 따뜻함, 사랑의 감정 등을 직접적으로 체험하고 밖으로 드러내는 것을 두려워하는 것이다. 이들은 만일 자신이 이러한 정서나 욕구를 허용한다면 아마도 미치거나 사람들의 비웃음을 받거나 거부당할지 모른다고 생각한다.

이들은 흔히 에너지를 차단하기 위해 호흡을 통제한다. 이때 무의식적으로 신체를 긴장함으로써 호흡을 내보내지 않는다. 이렇게 되면 원활한 에너지 흐름이 차단되어 만성 피로와 불안감 및 우울감을 초래한다 (Clarkson, 1990; Zinker, 1977).

이런 행동이 지속되면 만성 불안상태에 놓일 수 있다. 예컨대, 일반화된 불안장애가 있는 학생이 강의실에서 질문을 하고 싶지만 그냥 아무 말도 하지 않고 앉아 있는데, 그는 평소에 늘 이유를 알지 못할 불안감을 느낀다. 이 학생은 “네 생각은 별로 중요하지 않다”라는 부모로부터 내사한 부정적 자기평가 때문에 수업에 적극적으로 참여하지 못하고 자신의 흥분 에너지를 누르고 있는 것이다.

에너지 동원에서 행동으로 넘어가는 단계의 접촉경계혼란

이는 에너지 동원에는 성공했지만 행동을 실천하는 단계에서 차단하는 것으로 주로 편향과 투사, 반전이 사용된다. 행동을 해야 할 결정적 순간에 딴 행동을 해버리거나 공상을 하거나 합리화하면서 행동을 회피한다. 이것은 실패에 대

한 두려움, 비웃음을 받을 것에 대한 공포, 결과가 나타났을 때 실망할 것에 대한 불안, 타인의 인정을 못 받을 것에 대한 염려 등이 원인이다. 사회공포증, 우울증, 섭식장애, 강박적 행동, 중독 행동 등이 여기에 해당된다 (Clarkson, 1990; Zinker, 1977).

위의 서로 다른 예에서 나타나는 접촉경계혼란은 비록 나타나는 단계와 회피대상 정서나 욕구는 다르지만 미래의 파국적 위험과 동일시해 버리는 현상을 초래한다는 점에서는 모두 같다. 따라서 접촉경계혼란은 개체가 알아차림-접촉주기의 전 과정을 동일시하며 현재상태에 머물러 따라가지 못하고, 미래의 위험을 미리 파국적으로 예상하여 그것과 동일시해버리도록 만드는 행동이라고 할 수 있다.

예컨대, “너는 항상 착하고 순종적이어야 한다”라는 내사는 “만일 그렇게 하지 않으면 사람들로부터 버림을 받을 것이고, 그러면 너는 비참하게 될 것이다.”라는 내용을 포함하고 있다. 즉, ‘사회적 고립’이라는 파국적 위험을 동일시하도록 미리 지시하고 있다. 따라서 이런 내사가 있는 사람은 자신의 독립적 욕구를 자각하는 것 자체가 불안을 초래할 것이다.

요약하면 계슈탈트 치료이론에서 불안장애는 개체가 현재상태에 머무르지 못하고 미래의 위험과 동일시함으로써 발생하는 것으로 보는데, 이때 미해결 과제와 접촉경계혼란이 이러한 위험과 동일시하게 만드는 원인이라고 할 수 있다. 따라서 불안장애의 치료는 미해결 과제의 해소와 접촉경계혼란의 완화를 통하여 가능하다. 이때 어느 한 쪽이라도 다루어지면 전체적으로 불안은 줄어든다. 하지만 좀 더 근원적인 해결을 위해서는 두 가지를 모두 다루어야 한다.

불안장애 환자의 미해결 과제에 대한 계슈탈트 치료는 주로 환자의 정서적 상처나 충격을

다루는 방향으로 이루어진다. 이를 위해서는 먼저 치료자-환자간의 신뢰감 형성이 중요하며, 나-너 대화관계의 바탕 위에서 환자의 현상학적 경험을 탐색하고 ‘공감적 만남(Inclusion)’과 ‘지지(support)’를 통한 해결이 중요하다. 특히 불안은 흥분 에너지와 지지의 함수관계에 의해 설명할 수 있다는 점에서 미해결 과제 치료시 치료자의 지지가 매우 중요하다(Hycner & Jacobs, 1995; Polster & Polster, 1973; Yontef, 1993, 1995).

한편, 미해결 과제를 다룰 때 가장 중요한 것은 미해결 과제를 지금여기에서 생생하게 일어나는 현재적 사건으로 다루어주면서 그것을 회피하지 않고 직면하도록 해주는 것이다. 즉, 미해결 과제를 전경으로 떠올려 체험하는 것이다. 이때 ‘알아차림(awareness)’이 중요한데, 알아차림은 정서나 욕구, 신체감각 등 개체에게 중요한 현상을 회피하지 않고 직면하여 지금여기에서 그대로 경험하는 행위이다. 즉, 주의를 현재에 온전히 집중시켜 유기체-환경 장에 나타나는 모든 현상을 가치판단하지 않고 있는 그대로 지각하고 받아들이는(accept) 것이다

예컨대, 불안이나 공포, 분노, 슬픔, 기쁨, 즐거움, 외로움, 수치심 등 어떤 감정이트 가로막거나 억누르지 않고 있는 그대로 받아들이며 수용한다. 그렇게 하면 미해결 과제는 시간이 흐르면서 점차 완결(finish)된다. 이때 불안장애의 중요한 미해결 과제인 불안을 해결하는 방법도 불안을 회피하지 않고 그대로 수용하면서 직면하면 된다(김정규, 1995; Levitsky & Perls, 1970; Perls et al., 1951, 1975; Polster & Polster, 1973; Yontef, 1993).

게슈탈트 심리치료자인 Arnold Beisser는 이러한 현상을 ‘변화의 역설적 이론’으로 설명했다. 그의 이론에 따르면 우리가 싫어하는 자신의 모습이나 경험을 외면하고 회피하거나 다른 상태

로 바꾸려고 애쓰면 이들은 사라지지 않고 더 저항하는데 반하여, 오히려 그것들을 있는 그대로 존재하도록 허용해주면 신기하게도 시간이 지나면서 새로운 변화가 일어난다는 것이다(Beisser, 1970).

변화의 역설적 이론은 도가의 무위자연 사상과도 통한다. 즉, 인위적인 노력을 포기하고 자연에 내 맡기면 모든 것은 저절로 질서를 회복하게 된다고 믿는다. 우리는 어떤 현상을 무시하거나 거부할 수는 있어도 그렇게 함으로써 결코 그것을 없애거나 혹은 우리가 원하는 방향으로 바꾸어놓을 수는 없다. 자연은 그 자체로서 하나의 생명현상이며 따라서 자신의 고유한 존재방식이 있다. 자연현상을 그대로 존재하도록 허용해줌으로써 자연은 스스로의 존재 법칙에 따라 문제를 해결해나간다. 퍼얼스는 이를 유기체적 자기조정 능력(organismic self regulation)이라고 불렀다(김정규, 1995; Perls et al., 1951; Perls, 1970; Yontef, 1993).

게슈탈트 치료에서 미해결 과제를 다루는 원리는 바로 이러한 자연치유라고 할 수 있다. 즉, 불쾌하고 마주하기 싫은 정서일지라도 그것과 싸우지 않고, 오히려 온전히 수용하는 자세로 대하면 시간이 경과하면서 변화의 과정을 겪게 된다. 아무리 고통스런 미해결 과제라 할지라도 그것을 피하지 않고 온전히 알아차리면서 수용함으로써 변화의 과정을 거쳐 마침내 사라지게 된다(Levitsky & Perls, 1970; Perls et al., 1951; Seltzer, 1984; Stevens; 1973).

한편, 여기서 외부의 도움 없이 환자 혼자 힘으로 미해결 과제를 바로 직면하는 것은 치료 초기에는 매우 어렵다. 미해결 과제를 직면하는 것 자체가 공포심을 자아내며, 또한 접촉경계혼란이 미해결 과제를 직면하는 것을 막아버리기 때문이다. 따라서 치료자가 지지를 해주면서 미

해결 과제를 직면하도록 도와주는 것이 중요하다. 그리고 환자의 자기지지(self-support)도 중요한데 편안하게 호흡을 하면서 호흡을 알아차리는 것도 자기 지지의 중요한 요소이다(Gregory, 2000; Yontef, 1995).

접촉경계혼란을 해결하는 방법도 미해결 과제에 대한 그것과 마찬가지로 알아차림이다. 다만 미해결 과제의 알아차림은 계속 현재경험의 과정(process)을 따라가며 그 경험에 머무르면서(stay with) 알아차리는 '알아차림 연속(awareness continuum)'인데 반해, 접촉경계혼란에 대한 알아차림은 순간적으로 자신의 행동방식을 알아차리고 깨닫는 통찰의 성격을 지닌다(Perls et al., 1951; Yontef, 1993, p.44).

환자가 자신의 접촉경계혼란을 알아차리지 못하고 있으면 그 행동은 무의식적으로(혹은 자동적으로) 계속 반복될 수밖에 없다. 하지만 자신의 접촉경계혼란을 알아차리게 되면 그 행동을 멈추거나 혹은 대안적 행동을 선택할 수 있게 된다. 따라서 알아차림(통찰)은 접촉경계혼란을 극복하는데 있어서도 매우 중요한 치료수단이 된다.

통찰에 대한 게슈탈트 치료이론은 장 이론으로 설명할 수 있다. 통찰(insight)은 알아차림의 한 형태인데, 장 이론적으로 볼 때 통찰이란 장의 요소들을 전체 장의 구조와의 관련성 속에서 깨닫는 것을 말한다. 즉, 장은 구조를 갖고 있는데 통찰은 개체가 자신을 포함한 장의 요소들을 전체 장의 구조적 맥락에서 이해하는 것을 말한다(Yontef, 1993; p.320).

예컨대, 환자가 지금까지 의식하지 못하던 접촉경계혼란을 알아차리고 그 행동이 자신의 불안장애 증상과 어떻게 연관되어 있으며, 나아가서 그것이 어떻게 미해결 과제를 발생시키고 유지시키는가를 통찰할 수 있다. 또한 접촉경계혼

란은 자신이 스스로 선택한 행동이라는 것을 통찰하고, 새로운 행동선택이 가능하다는 것을 깨달을 수 있다. 그렇게 되면 과거의 반복적 행동 패턴인 접촉경계혼란을 멈추고 대안적 행동을 선택할 수 있게 된다.

통찰은 장에서 자신의 책임을 자각하고, 자신의 행동들이 선택되었다는 것을 아는 것을 뜻한다. 또한 통찰은 자신의 책임이 아닌 부분에 대해서도 자각할 것을 요구한다. 즉, 자신이 선택한 것 그리고 선택하지 않은 것들에 대한 앎을 포함한다(Yontef, 1993; p.320).

그런데 이러한 통찰은 결코 우연히 일어나는 것이 아니다. 통찰은 환자의 성격적, 대인 관계적 주제와 관련된 장의 구조에 대한 정확한 이해와 정서적 체험을 통해 가능해진다. 그렇게 하기 위해서는 장을 구조적으로 탐색해야 한다. 그런데 미해결과제의 치료에서와 마찬가지로 접촉경계혼란의 치료에서도 환자 혼자 힘으로는 이러한 작업을 해내기가 어렵다. 따라서 최소한 치료초기에는 치료자가 적극적으로 개입하여 도움을 줘야 한다.

이때 치료자는 환자가 자신이 속하는 유기체-장의 전체 구조를 탐색함으로써 통찰을 얻도록 도와줘야 하는데, 여기서 사용되는 방법은 현상학적 접근이다. 현상학적 방법은 치료자가 다음의 가이드라인에 따라 치료를 진행할 것을 요구한다.

1. 선입견이나 습관적 사고를 괄호 안에 넣을 것
2. 장의 구조를 찾을 것(통찰)
3. 체계적 실험을 할 것
4. 직접적인 알아차림을 할 것
5. 지각자의 의도에 주의를 기울일 것(Yontef, 1993; p.320).

즉, 치료자는 환자에 대해 어떤 선입견이나 미리 정해진 틀을 갖지 말고 순수히 환자의 주관적 현상학을 탐색함으로써 환자의 내적 구조를 찾아내야 하며, 또한 실험을 도입하여 환자가 자신의 행동을 보다 분명하게 자각할 수 있는 기회를 만들어주어야 한다는 것이다. 또한 환자를 이해함에 있어 개념적 접근보다는 직접적인 알아차림을 사용해야 하며, 객관적 사실이 아니라 환자의 의도에 의해 지각되는 현상적 장에 주의를 기울여야 한다는 것이다.

불안장애에 대한 비파사나 명상이론

불교 심리학 용어로 보면 불안은 고(苦)에 해당하는데, 고(苦)가 생기는 것은 시각, 청각, 후각, 미각, 촉각의 오감을 통한 욕망에 대한 집착으로 인한 것이다. 이를 오욕(五欲)이라고 하는데 고(苦)는 우리가 오욕과 관련하여 얻고자 하는 것을 얻지 못할 때 혹은 얻은 것을 잃어버릴 것에 대한 염려를 할 때 발생하는 정서라고 할 수 있다(정태혁, 1991, pp.246-259; 지의대사, 1990, 48쪽).

부처는 이 세상의 모든 것은 실체가 없으며(諸法無我), 매순간 변화하므로(無常) 어느 것도 붙들 것이 없다고 하였다. 붙들 수 없는 것을 붙들고자 할 때 고통은 불가피하다. 그러나 인간은 항상 유형의 실체를 상정하고 그것에 집착하는 습성을 지녔다. 인간은 무상한 삶을 그 자체로 인정하고 받아들이기보다는 완전한 욕망의 달성을 향해 끝없이 매달린다. 불안은 이러한 인간의 오욕을 향한 갈망과 집착에서 비롯되며 또한 유지된다(Goldstein, 1987, 1993; Kabat-Zinn, 1990; Kornfield, 2000; Kramer, 2001; Thich Nhat Hanh, 1987, 1992, 1996, 2001).

인간이 오욕을 일으켜 이에 집착하는 것은 오

감에 대한 좋고 싫음의 분별심을 일으키기 때문이다. 즉, 어떤 경험은 좋고 어떤 경험은 나쁘다는 가치판단을 하기 때문이다. 만일 오감을 지각하면서 분별심을 일으키지 않는다면 즉, 선악을 판단하지 않는다면 불안은 발생하지 않는다. 그러나 인간은 무수히 오랜 세월 동안 오욕에 집착하는 습관을 쌓아왔기 때문에 무의식적으로 집착을 반복한다. 따라서 불안은 피할 수 없는 결과이다. 하지만 이러한 행위들은 결국 우리의 마음작용에 의해 만들어지는 것이므로 우리의 마음을 알아차림으로써 변화가 가능하다. 명상은 우리의 마음작용을 알아차림으로써 변화를 가져오는 방법이다.

명상의 종류는 수 없이 많지만 여기서는 비파사나(Vipassana) 명상을 중심으로 살펴보고자 한다. 그 이유는 비파사나 명상은 심리학적 방법과 매우 유사하면서도 불교 수행법 중 가장 오랜 전통을 지닌 효과적인 수행법의 하나이기 때문이다(김열권, 1993; 박석, 1998; 정태혁, 1991; Kabat-Zinn, 1990; Naranjo, 1995).

비파사나 명상은 팔정도(八正道) 중의 일곱 번째인 정념(正念)에 해당되는 수행 방법인데 고도의 정신집중과 고요함을 목표로 하는 사마타 수행법과 달리, 마음을 어느 한 대상에 고정시키지 않고 자유롭게 의식에 떠오르는 대상들을 알아차리는 방법으로서 통찰과 깨달음을 목표로 한다(김열권, 1993, pp.190-204; 박석, 1998, pp. 211-212; 정태혁, 1991, 259쪽).

비파사나 명상의 요지는 모든 현상들이 실체가 없이 비어 있다는 것을 알고서 집착을 놓아버리고 어떠한 현상이든 우리 의식에 떠오르는 것에 대해 분별심 없이 그냥 바라보며, 또한 모든 것이 우리의 의식작용의 결과임을 알고, 이런 의식을 일으키는 마음을 바라보는 수행법이다. 이렇게 함으로써 마침내 모든 존재의 실체 없음

을 깨닫고 놓아버리며 마음의 평화를 얻게 된다 (지의대사, 1990, pp. 109-112; Goldstein & Kornfield, 1987, pp. 25-30; Kramer, 2001, p.111).

비파사나는 초기 불교의 경전에 자주 언급되었으며 특히 대념처경(Satipatthana Sutta)에 상세히 기술되어 있다. 이는 사념처관(Four Foundations) 즉, 몸, 감각, 마음, 법에 대한 관찰을 중심으로 이루어진다. 이들을 차례로 살펴보면 아래와 같다.

몸(body)의 알아차림

호흡관이 가장 기본이다. 호흡을 임의로 조절하거나 통제하지 않고 들숨과 날숨을 있는 그대로 관찰한다. 그리고 몸의 움직임에 대해서도 있는 그대로 관찰한다. 다음으로 부정관인데 이는 몸을 더러운 것으로 봄으로서 집착을 끊는 수행이다. 이를 통하여 제행무상, 제법무아, 일체개고의 삼법인을 깨닫는 것이다.

감각(feeling)의 알아차림

즐거운 감각, 괴로운 감각, 중성적인 감각을 나타나고 사라지는 그대로 알아차리고 바라보는 것이다. 즉, 신체의 여러 감각들을 아무런 가치 판단 없이 나타나고 사라지는 과정들을 가치 판단하지 않고 그냥 그대로 객관적으로 알아차리고 바라보는 것이다.

마음(consciousness)의 알아차림

탐욕, 성냄, 어리석음, 사랑, 미움, 고요함, 불안함 등의 여러 감정 상태가 나타나고 사라지는 과정들을 아무런 가치판단 없이 그냥 그대로 객관적으로 알아차리고 바라보는 것이다.

법(mind objects)의 알아차림

모든 형태의 마음작용이 나타나고 사라지는

과정을 그냥 그대로 알아차리고 바라보는 것이다. 이들을 범주별로 묶으면 수행의 다섯 가지 장애인 탐욕, 분노, 나태, 걱정, 의심 그리고 색(色), 수(受), 상(想), 행(行), 식(識)의 오온(五蘊) 그리고 눈, 귀, 코, 혀, 몸, 마음의 여섯 가지 인식 기관과 형상, 소리, 냄새, 맛, 촉감, 사념의 여섯 가지 인식 대상과 이 양자 간의 번뇌, 이 외에도 일곱 가지 깨달음과 네 가지 진리 등이 관찰의 대상이 된다(김열권, 1993. 134-136쪽; 박석, 1998. 225-233쪽; 정태혁, 1991; Goldstein & Kornfield, 1987, pp. 25-30; Kramer, 2001, p.113-115).

비파사나 명상을 수행하는 방법은 위의 네 가지에 대해서 아무런 가치판단을 하지 않고 이들이 의식에 나타나고 사라지는 것을 그대로 알아차리며 머무는 것이다. 가장 기본이 되는 것은 몸에 대한 관찰 특히 호흡을 관찰하는 것이다. 아무런 생각 없이 그냥 호흡이 들어오고 나가는 것을 관찰한다. 생각이나 이미지가 일어나면 그것을 쫓아가거나 혹은 몰아내려 하지 않고 그냥 알아차리고 놓아버리고 다시 호흡으로 돌아온다. 들숨에는 ‘들숨’, 날숨에는 ‘날숨’이라고 이름을 붙이며 바라보는 것도 도움이 된다. 신체를 이완한 채 의식에 떠오르는 것들을 아무 평가 없이 그냥 바라보아야 한다. 그리고 어떤 것이 나타날지에 대해서도 아무런 기대를 하지 말아야 한다. 단순히 나타나고 사라지는 것들을 그냥 그대로 알아차리며 바라보는 것이다. 즉, 의식에 나타나고 사라지는 것들에 대해 ‘단순한 주의(bare attention)’를 기울이는 것이다(Goldstein & Kornfield, 1987, p.29-30; Kabat-Zinn, 1990, pp.59-74).

불안도 사념(四念)의 하나일 뿐이므로 불안이 나타나는 것도 다른 대상들과 마찬가지로 대한다. 즉, 불안이 의식에 떠오르면 다른 대상들과 마찬가지로 불안이 일어나는 그대로 바라보아야 한다. 불안은 대개 생각이나 이미지의 형태로 나

타하는데 그것을 동일시하여 쫓아가거나 혹은 반대로 배척해서는 안 된다. 그냥 그것들이 나타나는데 그대로 알아차리고 바라보아야 한다. 그렇게 하면 불안도 다른 모든 것들과 마찬가지로 실체가 없으므로 곧 사라지게 된다. 이때 신체를 이완하면서 불안을 일으키는 생각이나 이미지들을 수용적인 태도로 가만히 바라보는 것이 좋다 (Goldstein & Kornfield, 1987, pp.16-18; Greg, 1999, pp.35-36; Kabat-Zinn, 1990, pp.59-74).

비파사나 명상은 그 동안 불안, 우울, 스트레스, 신체긴장, 만성통증, 심장혈관 질환, 암, 약물의존, 알콜중독, 섭식장애, 성격장애, 등 여러 심리장애의 치료에 성공적으로 활용되어 왔다. 특히 비파사나 명상은 통증치료에 탁월한 효과를 보였다. 기능적 자기공명영상(fMRI)에 의해 나타난 결과를 보면 명상은 주의를 집중시켜주고 교감신경계의 흥분을 줄여주는 효과가 입증되었다. 성별, 연령별, 계층별, 문화권에 관계없이 효과가 있었으며 또한 집단치료가 가능하다는 장점이 있다(Andresen, 2001; Anyanwu, 1999; Brown, 1999; Chandiramani, Jena., & Verma, 1999; Edwards, 2000; Kabat-Zinn, 1990, 2000; Kristeller, 1999; Mostofsky, 2000; Speca, Carlson, Goodey, & Angen, 2000; Young, 1999).

여기서 비파사나 명상법을 집단대화 과정에 사용할 수 있도록 응용하여 개발한 Gregory Kramer의 ‘통찰대화 명상법 (Insight Dialogue Meditation)’을 간단히 소개하고자 한다. 통찰대화 명상법은 비파사나 수행의 대가가 개발했으며 또한 게슈탈트 심리치료와 비파사나 명상을 통합하는데 많은 시사점을 주기 때문이다.

통찰대화 명상은 비파사나 명상과 집단상담을 절충한 집단대화 명상법으로서 집단이 함께 좌선명상을 한 후 좌선명상에서 얻어진 고요함을 대화과정에 확장시키는 방법이다. 집단 시작하기

전 그리고 집단 과정 중 필요에 따라 수시로 명상을 하는 것을 제외하면 통찰대화명상은 여느 집단상담과 외형상으로는 별다른 차이가 없어 보인다. 하지만 명상과 집단과정의 상호작용 효과로 인해 집단과정은 매우 심도 있게 진행되며, 집단원들은 대부분 깊은 체험과 통찰을 경험한다.

통찰대화명상은 집단 지도자가 집단원들에게 1) ‘나타남에 대해 신뢰하기’(Trust emergence) 2) ‘멈추고, 풀고, 열기(Pause -Relax-Open)’ 3) ‘진실을 말하고 깊이 경청하기 (Speak the Truth . Listen Deeply)’ 4) ‘역할 벗어버리기(Release Roles)’ 5) ‘진제 찾아내기(Seek out Assumptions)’ 6) ‘가치판단 찾아내어 관찰하기(Observe Judgements)’ 7) ‘배경 생각 나누기(Share Background Thinking)’ 8) ‘상호 반응성 알아차리기(Notice Inter-Reactivity)’ 등 8가지의 지침을 제시하면서 이를 바탕으로 진행하는데, 이 중에서 가장 중요한 1)과 2)를 간략히 설명하겠다.

‘나타남에 대해 신뢰하기 (Trust emergence)’

이는 집단 작업에 임할 때 통제를 놓아버리고 온전히 집단 과정에 내맡기라는 의미이다. 예컨대 집단에서 자기 개방을 하거나 다른 집단원의 말에 반응할 때 혹은 새로운 행동 실험을 할 때 자신의 행동이 초래할지도 모를 부정적 결과를 예상하면서 행동통제를 하는 대신 신뢰를 갖고 장에 임하라는 것이다. 집단 지도자는 장이 경직될 때마다 수시로 이 지침을 상기시켜줌으로써 장을 활성화시켜 준다. 이 지침은 비파사나 명상의 정신과 매우 부합된다. 즉, 개념적 통제를 벗어버리고 매순간 새롭게 펼쳐지는 현상들을 신뢰하면서 직면하는 태도이다.

‘멈추고, 풀고, 열기 (Pause -Relax-Open)’

이는 명상을 하는 실제 절차로서 좌선 명상이

나 집단 대화명상 혹은 일상생활 중에 아무 때나 사용할 수 있는 방법이다. 멈추고, 풀고, 여는 세 단계로 나누어서 시행한다.

멈춤(Pause) 우리는 끊임없이 생각을 한다. 잡생각들, 재미있는 생각들, 우울한 생각들, 불안한 생각들, 근심 걱정, 강박적 생각들 등 수없이 많은 생각들을 한다. ‘멈춤’단계에서는 이러한 생각들을 멈추고 잠시 이들로부터 벗어나는 단계다. 그 방법은 생각을 알아차리고 잠시 생각을 멈추고 생각 밖으로 나오는 것이다. 그리고 밖에서 생각들을 수용적 태도로 바라보는 것이다. 이때 어떤 생각이든 모두 동일하게 취급한다.

생각을 알아차릴 수만 있으면 비록 잠시이기는 하지만 생각을 벗어나는 것이 가능하다. 따라서 ‘멈춤’단계에서 중요한 것은 생각을 알아차리는 것이다. 생각을 알아차리는 순간 열린 생각 밖으로 나와서 생각을 바라보는 것이다. 바라보는 시간은 1-3초 정도로 한다. 아주 짧은 순간이지만 이 순간 우리는 생각을 벗어나서 생각을 밖에서 바라볼 수 있게 된다. 생각 속에 있는 것과 밖에 있는 것의 차이는 전자의 경우 계속 생각에 끌려 다닐 수밖에 없지만 후자의 경우 우리는 생각의 영향을 벗어날 수 있다는 점이다.

풀기(Relax) ‘멈춤’을 한 다음 이어서 마음속으로 ‘풀고(relax)!’라고 말하면서 신체긴장을 풀면서 신체이완의 과정을 바라보는 단계이다. 신체를 이완할 때는 주의를 온전히 신체에 집중해서 이완하는 데만 몰입해야 한다. 이는 2-5초 정도 하는 것이 좋다. 이때 몸을 이완시키면서 심호흡을 하는 것도 도움이 된다. 명상에서는 긴장이완이 매우 중요한데 그것은 생각이 긴장을 낳기 때문이다. 불안사고는 말할 것도 없고 즐거운 생각마저도 자세히 관찰하면 미세한 긴장을 수

반하는 것을 알 수 있다. ‘풀기’ 단계는 생각으로 인한 긴장을 풀어주는 한편, 신체이완 과정에 의식을 집중함으로써 생각과 동일시하는 것을 막아준다. 이 단계를 진행하는 동안 생각이 떠오를 수도 있는데, 그때는 열린 생각을 알아차리고, 놓아버리고 다시 몸을 이완시키며 바라보는 작업을 되풀이해야 한다. 즉, ‘멈춤’ 단계와 ‘풀기’ 단계는 필요에 따라 계속 반복해야 한다.

열기(open) ‘열기’ 단계는 앞의 두 단계에서 개발한 마음의 평정상태를 외부로 확대하는 것이다. 즉, 우리의 알아차림을 외부로 향해 주변 사물에 대한 접촉을 할 수도 있고, 대화에 임할 수도 있다. 마음이 고요한 상태이므로 대화 시에 ‘현전(presence)’을 유지할 수 있다. 이 단계에서는 개방적이면서 온전히 깨어 있는 마음으로 외부 환경과 만나기 때문에 환경을 좀 더 명료하게 지각할 수 있고 타인의 말을 더 깊이 경청하고 이해할 수 있다. 몸이 편안한 상태로 이완되어 있으며 마음이 안정되어 있으므로 자신과 타인을 더 수용적으로 대할 수 있다. 좌선을 할 때는 이 단계는 그냥 호흡을 알아차리며 바라보는 것으로 하면 된다. 이 과정에서도 도중에 불안한 생각이 떠오르거나 혹은 미해결 과제가 떠오를 수 있는데, 그럴 경우 다시 ‘멈춤’과 ‘풀기’ 단계를 반복하면 된다(Kim & Kramer, 2002; Kramer, 2001).

불안장애에 대한 인지행동 치료이론

불안장애의 인지행동 치료의 대표적 이론가들은 Ellis, Lazarus, Mahoney, Meichenbaum, Kendall, Bandura, Goldfried, Beck 등인데, 이들의 공통적 입장은 불안은 위협과 연관된 정서라고 보는 점이다. 이때 위협을 어떻게 지각하고 정보 처리하

는지가 중요한 관건인데, 개체의 위협에 대한 평가결과와 그와 연관된 역기능적 신념에 따라 불안을 체험하는 정도가 달라진다고 본다(Beck, 1979, p.9). Bandura(1986; 1988)는 여기에 자기 효능감 이론을 적용하여 개체의 위협에 대한 지각된 자신의 대처능력의 차원을 추가시켰다. 즉, 위협상황 혹은 위협 정서에 대해 스스로 대처할 수 있다고 믿는 정도에 따라 불안체험 강도가 달라진다는 것이다.

치료와 관련해서는 인지행동 치료의 여러 이론가들은 비이성적 신념 혹은 역기능적 신념들이 불안장애를 일으키는 근본원인이므로 이들을 변화시킴으로써 인지 재구조화를 가져와야 한다는 점에서는 대부분 뜻을 같이 한다. 하지만 인지 재구조화가 일어나게 하는 방법에서는 이론가들 사이에 상당한 차이를 보인다. 즉, Ellis는 논리적 설득방법을 사용하는데 반해, Beck과 그의 동료들은 환자와 함께 잘못된 인지에 대한 반대증거를 찾는데 중점을 두며, Goldfried와 Davison은 환자가 삶의 여러 상황들에 대해 좀 더 현실적으로 재평가하도록 하는 방법을, 그리고 Meichenbaum은 좀 더 적응적인 자기진술(self statement)을 적용토록 하는 방법을 제안한다. 이들은 모두 위협상황에 대한 대처기술의 향상법들로 볼 수 있으나 어느 하나도 절대적으로 옳은 방법이라고는 할 수 없다(Goldfried, 1986, p.171).

가장 대표적 이론가인 Beck의 이론을 토대로 불안장애의 인지행동 치료를 간략히 개관하고자 한다. Beck에 따르면 불안장애 환자들은 위협평가에 있어 과잉 민감화, 과잉 일반화, 선택적 요약, 위협의 과장 등을 통하여 위협을 과대하게 지각하는 경향을 보인다고 한다. 또한 이들은 위협상황에 처하면 위협에 대한 의식적 평가과정을 건너뛰어 자동화된 왜곡된 인지(자동사고)를

사용하여 바로 긴급사태에 돌입함으로써 정상인에 비해 위협평가가 훨씬 빨리 진행되는 특성을 보인다고 한다. 그리고 이들의 주의는 증상에 고정되어 있어 합리적 추론에 투입되지 못하고 자동화된 반사(reflex)로 나타나며, 이들이 사용하는 반응전략들도 너무 전형화 되어 있어 위협상황에 대한 효율적 대응이 되지 못한다(Beck, 1986, p.121).

Beck은 불안장애 치료와 관련하여 '협동적 경험주의(collaborative empiricism)'를 제안했는데 이는 환자가 느끼는 공포의 타당성에 대해 치료자와 환자가 함께 경험적으로 검증해보는 방법이다. 여기서 치료자는 환자가 불안과 관련된 자신의 부정적 자동사고와 그 밑에 깔려있는 역기능적 신념들을 찾아내어, 그것들에 대한 증거가 있는지 확인해보고, 모순적 증거를 찾아보며, 대안적 설명을 찾아보는 등의 과정을 통해 자신의 과장된 공포를 수정하여 현실적으로 판단할 수 있도록 도와주게 된다(Beck & Emery, 1985).

이때 치료자는 환자가 갖고 있는 역기능적 신념들을 찾아내어 환자와 함께 경험적으로 검증하는 작업을 통하여 환자의 인지 재구조화를 도와줘야 한다. 그렇게 하기 위해서는 환자의 역기능적 신념들을 찾아내어 가설 형태로 서술하고, 이러한 가설의 타당성을 입증하는 증거들이 있는지 치료자와 함께 논리적으로 점검해보는 과정을 거친 뒤 다시 이를 실제 상황에서 검증해 볼 수 있도록 실험의 기회를 만들어줘야 한다.

Beck이 제안하는 불안장애 치료의 또 다른 기법은 '탈 파국화(de-catastrophizing)'이다. 여기서는 치료자가 환자에게 최악의 상황을 가정해보게 하는 일련의 질문들을 통하여 환자로 하여금 자신의 역기능적 신념의 비합리성과 비현실성을 깨닫게 해준다. 환자들은 이 기법을 통해 자신이 최악의 경우를 상정하는 습관이 있으며, 또한 그

것들의 발생확률을 지나치게 높게 보고 있다는 사실을 깨닫게 된다(Beck, 1986, pp.128-129).

Beck은 환자가 자동사고를 일상생활 중에 스스로 감찰하여 찾아내어 기록하고 이를 치료시간에 치료자와 함께 점검하는 방식을 사용하였는데, 이는 환자가 스스로 자신의 증상을 객관적으로 파악하고 관찰하도록 도와줌으로써 치료과정을 촉진시켜주는 이점이 있다. 즉, 자동사고와 역기능적 사고, 그 밑에 있는 역기능적 신념들을 찾아내고, 이들이 불안과 어떻게 연관되어 있는지 관련성을 이해하고, 대안적 사고를 생각해내어 기록하는 과정을 통해 현실적 사고를 하게 되는 인지 재구조화가 일어난다.

한편, Beck을 위시한 많은 인지행동 치료자들은 인지 재구조화 기법의 한계를 지적하면서 긴장이완, 위험상황에의 직접노출, 대처기술 훈련, 역할연기를 통한 자기주장 훈련, 대처전략 개발수행에 대한 적절한 평가, Life style 변화, 모델링, 치료자의 지지, 증상교육, 숙제 등을 함께 사용할 것을 제안했으며, 이 같은 맥락에서 오늘날의 인지행동 치료는 대부분 전통적 행동치료와 인지치료의 절충혼합 형태를 띠고 있다(Albano & Kendall, 2002; Barlow, 2002; Beck, 1986; Craske & Barlow, 1999; Goldfried, 1986; Heimberg, 2002; Stanley & Novy, 2000; Warren & Thomas, 2000).

최근 인지행동 치료에서 사용하는 여러 기법들 중 인지 재구조화 이외에 아마도 가장 많이 사용되는 것들로는 증상교육, 긴장이완 훈련 및 노출법일 것이다. 증상교육은 공황장애, 외상 후 스트레스 장애, 사회공포증, 강박장애의 치료에서 매우 중요한 부분인데, 증상에 대한 올바른 이해를 통해 불안을 현저히 감소시킬 수 있고, 또한 증상대처에 대한 자기 효능감을 높일 수 있어 인지 재구조화와 함께 많이 사용된다(Albano & Kendall, 2002; Beamish, Granello & Belcastro,

2002; Craske & Barlow, 1999; Salkovskis, 1996; Taylor & Arnow, 1988).

긴장 이완법은 Wolpe(1958)의 체계적 둔감화 이론에 근거하여 개발된 방법으로서 환자들의 생리적 흥분조절을 도와 환자들의 불안증상을 완화시켜주며, 또한 증상에 대한 통제 효능감도 높여준다. 특히 복식 호흡을 통한 긴장 이완법은 공황장애 환자들에게 과호흡으로 인한 이산화탄소 과잉발생 문제를 해결해줌으로써 공황증상을 줄여주는 효과가 있다(Arntz, 2002; Beamish, Granello & Belcastro, 2002; Beck, 1986, p126; Goldfried, 1986, p.169; Heimberg, 2002; Stanley & Novy, 2000; Warren & Thomas, 2000).

노출법은 인지행동 치료에서 가장 중요한 부분으로서 사회공포증, 공황장애, 외상 후 스트레스 장애, 강박장애 등의 치료에서 핵심적 요소이다. 이는 환자를 자신이 두려워하는 공포상황에 직접 노출시킴으로써, 그 상황을 회피하지 못하게 하여 자연스런 소멸(extinction)과 습관화(habituation)가 일어나도록 해주는 기법이다 이때 공포상황에 충분히 집중하여 공포를 경험하게 하는 것이 관건이다. 그런데 많은 환자들은 온전히 집중하지 않고 주의를 딴 데로 향하거나 회피함으로써 실효를 못 거두므로 환자가 노출 상황에 온전히 집중하도록 잘 감독해야 한다(Beamish, Granello & Belcastro, 2002; Craske & Barlow, 1999; Foa, & MacNally, 1996; Heimberg, 2002).

불안장애의 각 하위 유형에 대한 서로 다른 치료적 접근에 대한 자세한 설명은 이 논문의 범위를 넘어서므로 생략한다. 하지만 각 불안장애의 하위유형 환자들이 갖고 있는 독특하고도 전형적인 역기능적 신념들에 대해 간단히 언급함으로써 나중의 토론의 발판으로 삼고자 한다.

불안장애의 각 하위유형 환자들은 위협에 대

한 과민성, 왜곡된 인지, 과잉 일반화, 비현실적인 전제 등을 공통적으로 보이고 있다. 하지만 그들이 위험을 느끼는 대상이나 상황은 서로 다르며 또한 위험평가에 영향을 미치는 역기능적 신념들도 서로 다르다. 한편, 인지행동 치료의 중요한 목표 중 하나는 환자들의 이러한 역기능적 신념들을 찾아내어 이들의 비현실성을 깨닫게 해주어 인지 재구조화가 일어나도록 해주는 것이다. 따라서 불안장애에 대한 보다 세분되고 전문적인 치료적 접근을 위해서는 각 하위 유형에 전형적으로 관찰되는 역기능적 신념들을 찾아내어 확인하는 작업이 중요하다. 이런 맥락에서 불안장애의 각 하위 유형에서 확인할 수 있는 역기능적 신념들을 정리해보면 아래와 같다.

먼저 일반화된 불안장애 환자들이 갖고 있는 전형적인 역기능적 신념의 예를 들면 다음과 같은 것들이 있다(Beck & Emery, 1985).

1. 어떤 낮은 상황도 위험한 것으로 간주되어야 한다.
2. 어떤 상황에서 어떤 위험이 닥치더라도 항상 위험을 미리 예상하여 대비할 수 있을 때만 나의 안전은 보장될 수 있다.

공황장애 환자들이 갖고 있는 역기능적 신념으로는 아래와 같은 것들이 있다(Craske & Barlow, 1999, pp.57-59).

1. 공황증상이 심해지면 미칠지도 모른다.
2. 통제를 상실하고 갑자기 고향을 지르거나 날뛰며 음란한 욕설을 해낼지도 모른다.
3. 신경이 소모되어 마침내 붕괴될지도 모른다.
4. 공황증상은 심장마비를 일으킬 수 있다.
5. 증상이 심해지면 기절할지도 모른다.

강박장애 환자들이 보이는 역기능적 신념들에

는 다음과 같은 것들이 있다(Salkovskis, 1996, p.121)

1. 어떤 행위에 대해 생각하는 것은 그 행위를 실제로 한 것과 같다.
2. 자신이나 타인에게 어떤 해로운 일이 일어나는 것을 예방하지 못하면 자신이 직접 해를 끼친 것과 마찬가지다.
3. 어떤 일이 발생할 확률이 낮다고 해서 그에 대한 책임이 줄어드는 것은 아니다.
4. 어떤 불쾌한 생각이 일어날 때 이를 막지 못하는 것은 불행한 결과를 원하는 것과 마찬가지다.

사회공포증 환자들의 전제에는 다음과 같은 것들이 있다(Heimberg, 2002, p.102; Taylor & Arnow, 1988, pp. 249-252).

1. 사람들은 내가 하는 모든 행동 목소리 표정을 자세히 관찰하고 주시한다.
2. 완벽하게 편안한 모습을 보여주지 않으면 사람들은 나를 거부할 것이다.
3. 사람들이 내가 불안한 것을 알면 나를 이상한 사람으로 볼 것이다.
4. 내가 사람들로부터 거부당한다면 그것은 내가 무가치하다는 의미가 된다.
5. 대화할 때 정말 유머가 많지 않으면 사람들로부터 거부당할 것이다.

계슈탈트 치료와 비파사나 명상 그리고 인지행동 치료의 공통점과 차이점

계슈탈트 치료와 비파사나 명상은 서로 공통점이 매우 많다. 둘 다 현상학적 관점에서 있으며, 알아차림을 강조하고 지금 여기의 경험을 중시한다. 그리고 둘 다 지금 여기에 온전히 와 있음 즉, 현전과 지금여기의 경험을 거부하지 않

고 수용하는 것을 중시한다. 또한 둘 다 사변적 접근보다는 직관과 직접적 경험의 통로를 더 신뢰하며, 내용(content)보다는 과정(process)을 중점적으로 다룬다. 그리고 둘 다 몸과 마음을 이분법으로 보지 않고 하나의 통합체로 본다. 둘 사이의 이런 공통점들은 결코 우연히 생긴 것이 아니다. 그것은 게슈탈트 치료가 실존철학과 동양적 사상의 배경을 갖고 탄생했으며 또한 퍼얼스를 위시한 많은 게슈탈트 치료자들이 실제 명상 수행을 함으로써 명상적 영향을 많이 받았기 때문이다(Eynde, 1999; Naranjo, 1978, 1995; Schoen, 1984; Wulf, 1998).

게슈탈트 치료와 비파사나 명상의 가장 특징적인 공통점은 지금 여기에서 일어나는 현상에 대한 알아차림을 중시하는 점이라고 할 수 있을 것이다. Perls는 “알아차림은 그 자체로서 치료적이다(Perls et al., 1951).”라고 말했으며, Yontef는 “게슈탈트 치료의 유일한 목표는 알아차림이며.”(Yontef, 1993, p.150), “알아차림 자체가 문제의 통합이다(Yontef, 1979, p.29)”라고 했다. 그리고 베트남 출신의 명사가 Thich Nhat Hanh(1987, p.38)은 “명상은 마음에서 일어나는 모든 것을 알아차리는 것이다. 어떤 생각이 일어나면 그 생각을 알아차리고, 어떤 감정이 일어나면 그 감정이 일어나는 것을 알아차리는 것이다. 마치 궁정을 지키는 수비대 병사가 궁정을 드나드는 모든 사람의 얼굴을 알아차리는 것과 같다.”고 했다.

이러한 공통점들에도 불구하고 두 접근 사이에는 여러 가지 차이점들이 있다. 먼저 게슈탈트 치료에서는 지금여기의 알아차림, 대화, 얼굴표정, 신체자세, 제스처, 꿈, 그림, 음악, 연극 등 다양한 방법이 사용될 수 있지만, 비파사나 명상법에서는 오로지 지금여기의 알아차림만 사용된다. 그리고 다루어지는 내용도 게슈탈트 치료에서는 지금 여기의 의식적 현상뿐만 아니라

과거의 미해결 과제, 어린 시절의 기억, 환자의 사고내용, 환상, 투사 등 다양하지만 비파사나 명상에서는 오로지 지금여기의 의식에 떠오르는 것들만이 대상이 된다. 그리고 자료 접근방식에 있어서도 게슈탈트 치료에서는 내용(content)과 과정(process)을 모두 다루는데 반해서 비파사나는 오로지 과정에만 초점을 맞춘다(Naranjo, 1978, pp. 75-81, 1987; Kim & Kramer, 2002; Kramer, 2001; Yontef, 1993, p.150).

게슈탈트 치료와 인지행동 치료의 공통점으로는 둘 다 언어적 표현을 사용하며, 환자의 인지과정과 정서 그리고 행동의 관련성에 대해 주목하며, 고정된 역기능적 사고체계의 역할을 중시하는 점 등을 들 수 있을 것이다. 특히 인지행동 치료의 역기능적 ‘도식(schema)’과 게슈탈트 치료의 ‘고정된 게슈탈트(fixed Gestalten)’ 개념은 서로 이론적 배경은 다르지만 상당한 유사성을 띠고 있다(Beck, 1979, pp.12-13; Yontef, 1993, p.313).

게슈탈트 치료와 인지행동 치료의 차이점은 먼저 이론적 배경에서 인지행동 치료는 자연과학적 토대 위에서 질병의 인과관계를 밝히려는 직선적 모델이라고 한다면(Beck, 1979, p.20) 게슈탈트 치료는 개인의 주관적 체험을 중시하는 현상학적 입장, 유기체와 환경의 불가분성을 강조하는 장이론적 입장, 그리고 치료자와 환자의 상호영향 관계를 전제하는 대화 관계적 모델(Yontef, 1993)이란 점이 다르다. 또한 치료자 태도와 관련해서도 인지행동 치료자는 전문가의 입장에서 환자의 ‘잘못된’ 인지구조를 찾아 교정해주는 위치에 서는데 반하여 게슈탈트 치료자는 ‘교정자’의 입장을 버리고 환자의 정서과정에 조율적으로(attunement) 동반하면서 환자 스스로 자신의 현상학을 탐색하고 자신의 사고와 정서 행동 간의 연관성을 통찰하고 새로운 행동 가능성을 발견하고 실험하도록 안정적이고 자유로운

분위기를 마련해주는 촉진자 역할에 머문다.

치료내용과 관련해서도 인지행동 치료에서는 주로 환자의 인지왜곡과 사고오류를 중점적으로 다루는데 반해 계슈탈트 치료는 사고과정뿐만 아니라 욕구와 신체 그리고 정서과정을 마찬가지로 중시한다. 물론 인지행동 치료에서도 정서를 중시하지만 이는 특정 사고와 관련하여 나타나는 정서에 대해 초점을 맞추는 반면 계슈탈트 치료에서는 정서과정 자체를 개체의 중요한 내적 과정으로 간주한다(Cole, 1998; Glinnwater, 2000).

그리고 치료방법과 관련해서는 인지행동 치료와 계슈탈트 치료 모두 내용적 접근과 과정적 접근을 사용하지만, 인지행동 치료에서의 과정적 접근은 주로 왜곡된 인지를 찾아내는데 사용되며, 발견된 왜곡된 인지를 다루는 데는 대부분 내용적 접근을 사용한다. 예컨대 비합리적 신념의 비논리성을 지적하거나 부정적 자동사고의 검토 및 현실검증, 대안적 사고 찾기 등은 내용적 접근이다. 즉, 특정 사고의 진위나 현실성 여부를 내용적으로 다루는 방법이다.

반면에 계슈탈트 치료에서는 환자의 미해결 과제나 접촉경계혼란을 발견하는 과정뿐만 아니라 그것들을 다루는 과정에서도 과정적 접근이 많이 사용된다. 예컨대, 환자의 미해결 정서나 접촉경계혼란을 지금여기의 대화관계를 통해 다룰 수 있는데, 이때 환자의 알아차림을 증진시키는 치료자의 질문이나 공감, 현전, 수용, 대화적 만남 등은 특정 내용에 대한 옳고 그름 혹은 현실성 여부를 내용적으로 따지기보다는 환자가 치료자와의 대화관계 속에서 경험하는 변화의 과정을 자각하도록 해주는 데 중점을 둔다.

비파사나 명상과 인지행동 치료의 공통점들 다 인지과정의 중요성을 인식하고 이를 다루는 방법에 있어서도 인지과정을 객관적으로 관찰하고 발견할 것을 강조한다. 즉, 명상에서는

생각이나 이미지가 떠오르는 그대로 알아차리고 바라보라고 말하는데, 인지행동 치료에서도 자동 사고를 모니터하고 트래킹하는 것을 강조한다. 예컨대 공황장애 환자들로 하여금 공황일지를 작성하고 그 과정을 tracking할 것을 요구한다(Craske & Barlow, 1999, pp. 21-23). 이때 떠오르는 생각이나 심상을 하나의 객관적 사건(event)으로 간주하고 과학적 태도로 관찰해야 하는데 이 점은 명상의 태도와 동일하다. 인지행동 치료에서 생각을 사실로 간주하지 말고 하나의 가설로 취급하라는 지시도 같은 맥락이라 하겠다.

그리고 인지행동 치료에서 많이 사용되는 노출기법 또한 명상적 접근과 유사하다. 즉, 공포를 일으키는 자극이나 상황을 회피하지 않고 그대로 직면함으로써 공포가 소멸된다는 것인데, 이는 명상에서 어떤 현상적 경험도 회피하지 말고 알아차리고 수용할 것을 강조하는 면과 동일하다(Heimberg, 2002; Warren & Thomas, 2001).

또한 인지행동 치료에서 호흡과 긴장이완을 강조하는데 이 부분도 명상법과 공통적이다. Wolpe(1958)는 불안과 긴장이완이 양립할 수 없다는 '상호억제(reciprocal inhibition)' 이론을 토대로 긴장이완을 불안치료에 체계적으로 활용해왔는데, 명상에서는 호흡 바라보기와 긴장이완이 수행의 기본이 된다.

비파사나 명상과 인지행동 치료의 차이점은 비록 인지행동 치료가 역기능적 사고를 찾아내는데는 과정적 접근을 사용하지만 일단 발견된 역기능적 사고를 '교정'하는데는 주로 내용적 접근을 사용하는데 반하여, 비파사나 명상은 처음부터 끝까지 순수히 과정적 접근만을 사용한다는 것이다.

그리고 인지행동 치료는 치료자가 환자의 역기능적 사고를 찾아내는 과정 그리고 이를 교정하는 과정에 적극적으로 개입하여 치료의 방향

을 정하는데 반하여, 비파사나 명상에서는 이 모든 과정을 수행자 스스로 해야 한다. 물론 스승이 명상과정을 지도해줄 수 있지만 이는 어디까지나 명상법에 대한 과정지도일 뿐 내용적 관여는 아니다.

두 접근법의 차이 중 무엇보다 가장 중요한 것은 장애를 보는 기본적 시각의 차이이다. 즉, 인지행동 치료에서는 특정 증상이나 행동 혹은 태도를 ‘비합리적’, ‘비현실적’ 혹은 ‘역기능적’ 등으로 가치판단을 하고 시작하는데 반해 비파사나 명상에서는 그러한 가치판단을 전혀 하지 않는다는 점이다. 명상에서는 어떤 생각이나 신념이든 어떤 정서나 욕구든 모두 단지 변화 무상한 생성소멸 과정 중에 나타났다가 사라지는 하나의 사건에 불과하다. 즉, 특정한 생각이나 정서가 더 바람직하거나 덜 바람직하다는 판단을 전혀 하지 않는다.

불안장애에 대한 게슈탈트 치료, 인지행동 치료, 명상이론의 통합적 접근

위에서 살펴본 것처럼 불안장애에 대한 게슈탈트 치료와 비파사나 명상 그리고 인지행동 치료는 서로 공통점이 많으면서도 또한 각각 독특한 특징들이 있다. 여기서는 각 기법들의 장점을 취하면서 또한 서로의 단점을 보완하는 통합적인 접근을 모색하고자 한다. 한편, 통합은 단순히 서로 다른 기법들의 혼합이 아니라 서로 유기적으로 연결되는 통일체가 되어야 할 것이다. 따라서 통합은 다음의 기본 원칙에 따라 이루어질 것이다.

1. 불안장애에 대한 게슈탈트 치료이론이 통합의 기본 바탕이 된다.

이때 지금여기 중심, 대화 관계, 장 이론이 통합의 원리가 된다.

2. 각 치료기법의 공통된 요소들을 우선적으로 채택한다.

3. 게슈탈트 치료에서 부족한 부분 혹은 취약한 부분을 다른 기법에서 빌려오되 이들이 게슈탈트치료에 통합될 수 있도록 이론적으로 뒷받침한다.

앞에서 설명하였듯이 불안장애의 게슈탈트 치료는 미해결 과제의 해소와 접촉경계혼란의 완화를 통하여 개체로 하여금 미래의 위험을 가정하여 파국적으로 동일시하는 대신 자신의 현재 경험과 동일시하여 온전히 현재에 머무를 수 있도록 도와주는 데 있다. 즉, 현재를 잘 자각하고 접촉함으로써 흥분 에너지를 차단하지 않고 온전히 행동으로 변환할 수 있도록 해주어야 한다. 따라서 불안장애 치료에 대한 비파사나 명상 및 인지행동 치료의 통합전략도 이러한 배경 하에서 진행하고자 한다.

먼저 미해결 과제의 해소와 관련해서 게슈탈트 치료에서는 환자의 과거의 미해결된 정서적 상처나 충격을 다루는 것을 목표로 하는데, 이때 나-너 대화관계의 바탕 위에서 ‘공감적 만남(Inclusion)’과 ‘지지(support)’가 중요한 개입방법이다. 즉, 치료자는 환자를 단지 증상으로만 대하지 않고 서로 영향을 주고받는 대등한 인격체로 만나며, 결과를 통제하지 않고 온전히 지금여기에 몰입하며, 최대한 선입견이나 가치판단을 배제하고(bracketing) 순수히 그의 주관적 현상적 경험에 공감적으로 동참한다(김정규, 1995; Levitsky & Perls, 1970; Perls et al., 1951; Polster & Polster, 1973; Yontef, 1993).

치료과정에서 게슈탈트 치료자는 환자의 과거 해결되지 않은 정서적 상처나 충격에 대해 자세히 물음으로써 마치 그 사건이 지금여기에서 일어나는 것처럼 정서적으로 생생하게 재체험하도록

록 해주는데, 이때 환자는 이러한 미해결 과제가 온전히 완결될 때까지 그 경험을 따라가며 머무를 수 있어야 한다. 그렇게 하자면 자신의 현재 경험과 동일시하는 것이 중요한데 이를 위해서 치료자의 공감과 지지가 매우 중요하다.

한편, 치료자는 자신의 내적 과정에 개여 있음으로써 자신의 미해결과제나 접촉경계혼란이 치료과정에 장애가 되지 않도록 해야 한다. 즉, 자신의 통합성을 유지한 채 환자의 과정을 따라가며 지금여기의 만남에 온전히 와 있어야 한다. 그렇게 하기 위해서는 치료자의 현전 능력이 매우 중요하다. 하지만 실제로 게슈탈트 치료훈련 과정에서 치료자의 현전 능력을 교육시키는 장은 따로 없다.

여기서 비파사나 명상이 많은 도움이 될 수 있다. 즉, 치료자가 개인적으로 비파사나 명상을 수행함으로써 현전 능력을 기를 수 있고, 이를 바탕으로 환자와의 만남에서 온전히 지금여기에 와 있을 수 있다. 많은 게슈탈트 치료자들이 개인적으로 비파사나 명상수행을 하는 것도 바로 이런 필요성에 의한 것이라 할 수 있을 것이다. 비파사나 명상은 치료자의 현전 능력을 향상시켜줄 뿐만 아니라 호흡을 깊게 해줌으로써 치료자의 자기 지지를 높여준다. 명상을 통한 치료자의 안정된 자기 지지는 환자와의 만남에서 자기를 잃지 않고 평정심을 유지하게 해주며, 환자는 치료자의 이러한 모습을 통해 안심하고 자신의 미해결 과제 해결에 몰입할 수 있게 된다.

환자에게 직접 비파사나 명상을 가르치는 것도 매우 도움이 된다. 비파사나 명상은 환자의 호흡을 깊게 해줌으로써 자기 지지를 높여주며, 이를 통해 자신의 미해결 과제를 직면할 수 있는 힘을 길러 주기 때문이다. 환자에게 비파사나 명상을 가르치는 과정에서 게슈탈트 치료자는 대화 관계를 유지하면서 환자의 알아차림과 현

재경험의 동일시 능력을 향상시켜주는 방향으로 개입할 수 있다. 즉, 전통적인 게슈탈트 치료 형식을 취하면서 동시에 게슈탈트 치료의 명상적 요소를 부각시키는 것이다.

구체적으로 치료자는 환자의 미해결 과제에 대한 자각을 높여주기 위해 억압된 정서에 대해 질문을 하고, 환자가 자신의 미해결 정서를 알아차렸을 때 이를 직면하도록 해주기 위해 “감정을 막지 마시고 느껴보세요. 그대로 허용해보세요!” 등의 말을 함으로써 현재경험과 동일시하여 이를 완결하도록 도와줄 수 있다. 만일 환자가 호흡을 멈추고 있는 것을 발견하면 “지금 호흡을 멈추고 있네요? 호흡을 막지 마시고 그대로 놓아두세요. 호흡을 느껴보세요!”라고 말함으로써 자신의 신체과정과 동일시할 수 있도록 도와줄 수 있다. 이러한 방법은 집단치료에서도 마찬가지로 적용될 수 있다. 이때 전술한 Gregory Kramer의 통찰대화 명상법이 도움이 될 수 있을 것이다.

전통적으로 게슈탈트 치료에서 사용해온 알아차림과 직면은 문제중심적이고 관계중심적이었다고 한다면, 비파사나 명상에서 사용해온 알아차림과 직면은 보편적이고 내면적이라고 특징지을 수 있다. 다시 말해 게슈탈트 치료에서의 알아차림과 직면의 대상들은 주로 환자의 현재 삶에 문제가 되는 것들인데 반해, 비파사나 명상에서는 특정한 문제가 더 주목을 받지 않으며 어떤 현상이든 동일한 취급을 받는다. 그리고 게슈탈트 치료에서는 치료자와 함께 대화하는 과정에서 나타나는 현상이 전경으로 다루어지는데 반해, 비파사나 명상에서는 주로 좌선을 하는 과정에 수행자의 내면에 떠오르는 현상들이 관찰의 대상이 된다.

따라서 환자의 미해결 과제를 찾는다는 게슈탈트 치료가 명상에 비해 더 유리한 위치에 있

으며, 이를 자각하거나 다루는 과정에서도 치료자의 현전과 공감, 지지가 있으므로 게슈탈트 치료에서 더 잘 다룰 수 있다. 예컨대, 특정 미해결 과제의 발견을 치료자가 도와줄 수 있으며, 또한 이의 해결 과정에서도 환자가 미해결 과제를 외면하고 회피하려 할 때 치료자가 다시 이를 직면시킬 수 있다. 대화과정에서 발견되는 알아차림의 대상들 또한 좌선 명상에서 떠오르는 대상과는 달리 더 현실적이고 관계적인 것들이므로 치료적 의미가 더 높다(Naranjo, 1995).

하지만 비파사나 명상의 알아차림과 직면은 장기간의 수행에 의해 이루어지므로 치료시간에 이루어지는 것보다 훨씬 더 깊으며 안정적이라는 장점이 있다. 즉, 게슈탈트 치료에서 행해지는 알아차림과 직면은 간헐적으로 이루어지며 그것도 치료시간에 제한적으로 일어나는데 반해, 비파사나 명상의 알아차림은 더 깊이 있게 그리고 더 지속적으로 일어난다. 그리고 비파사나 명상에서의 알아차림과 직면 대상은 특정한 미해결 과제나 접촉경계혼란과 관계없는 보편적 대상들이므로 알아차림을 생활 속으로 일반화시키는 것이 더 용이하다. 따라서 게슈탈트 치료를 시행하면서 비파사나 명상수행을 병행함으로써 게슈탈트 치료의 알아차림과 직면을 심화시키는 동시에 이의 일상생활로의 확장 및 일반화를 도와줄 수 있을 것이다.

미해결 과제의 작업에 있어 인지행동 치료적 접근이 게슈탈트 치료에 통합적으로 활용될 수 있는 측면은 환자의 자기 지지와 관련된 부분이다. 즉, 게슈탈트 치료이론적으로 볼 때 흥분 에너지가 충분한 외부 지지나 자기 지지가 없을 경우 행동으로 변환되지 못하고 불안으로 나타난다고 할 수 있는데, 미해결 과제를 직면할 때도 이러한 지지가 매우 중요하다. 게슈탈트 치료자는 미해결 과제를 다루는 작업을 할 때 환자

에게 공감과 현전, 수용을 통한 외부지지를 제공해준다. 하지만 이때 환자의 자기 지지도 중요한데, 자기 지지에는 환자의 지식 및 정보가 포함된다. 이 부분에서 인지행동 치료에서 밝혀낸 여러 연구결과들이 유용하게 활용될 수 있다고 생각한다.

즉, 불안장애의 각 하위유형들의 병인론이나 증상, 진행경과, 예후에 대한 인지행동 치료의 연구결과들, 불안장애의 원인과 관련된 자동사고 및 역기능적 신념의 역할에 대한 인지행동 치료 이론, 그리고 불안장애의 각 하위유형들에 고유한 자동사고 및 역기능적 신념들에 대한 정보 등이 환자의 자기 지지를 높여주는데 도움이 될 것이다.

예컨대, 공황장애 환자에게 공황장애의 전형적 증상을 설명해주고 공황장애의 발병원인으로서 생리학적 과정, 신체과정의 왜곡해석, 공황장애 환자들의 자동사고 및 전형적인 역기능적 신념에 대해 설명해주거나 공황장애의 진행경과와 신체적 무위험성에 대해 정보를 제공해준다거나 혹은 강박장애 환자들에게 강박장애와 관련된 전형적인 자동사고 및 역기능적 신념을 설명해주거나 강박관념의 정상성에 대한 정보제공, 강박관념의 통제노력과 강박관념의 지속 사이의 관련성에 대해 설명을 해주는 것(Salkovskis, 1996) 등은 환자의 자기 지지를 높여줌으로써 환자가 미해결 과제를 직면하는데 도움을 준다.

이러한 접근은 장 이론의 관점에서 매우 의미가 있다. 즉, 특정 행동영역에 대한 환자의 지식이나 정보, 기억 등은 환자의 주관적 현상학을 구성하는 중요한 요소로서 장의 구조에 변화를 일으키므로 인지행동 치료에서 제공하는 불안증상에 대한 여러 지식과 정보들은 환자가 미해결 과제를 직면하는 과정에서 환자의 행동에 직접적인 영향을 미칠 수 있다. 장 이론에 따르면 모

든 사건과 현상은 지각자의 기억, 지식, 욕구 등에 따라 매 순간 새롭게 현상학적으로 재생성되며 정서와 행동에 영향을 미치기 때문이다(Yontef, 1993, pp. 290-295).

한편, 불안장애에 대해 게슈탈트 치료이론에서 제공하는 여러 지식과 정보들 또한 당연히 인지행동 치료이론에서 제공하는 지식이나 정보들과 마찬가지로 환자의 행동에 영향을 미친다. 즉, 환자들에게 제공되는 다양한 지식과 정보 그리고 이론들은 그것들이 어디에서 온 것이든 상관없이 환자의 행동에 영향을 미친다. 여기서 우리는 환자에게 상호 모순되는 정보나 이론들이 제공될 경우를 상정하지 않을 수 없다. 즉, 인지행동 치료에서 제공하는 정보나 지식 그리고 이론이 게슈탈트 치료에서 제공하는 정보나 지식들이 서로 상충할 가능성에 대해 생각해봐야 한다.

그런데 인지행동 치료에서 밝혀낸 불안장애 각 하위유형의 증상들이나 부정적 자동사고, 역기능적 신념들에 대한 자료들은 특별히 게슈탈트 치료이론에서 제공하는 정보나 자료들과 별로 상충되지 않는다. 그것은 이러한 자료들이 이론적으로 구성된 것이 아니라 구체적 사실에 대한 관찰로부터 얻어졌기 때문이다. 다만 문제가 될 수 있는 것은 인지행동 치료와 게슈탈트 치료의 이론적 입장과 관련된 부분이다. 즉, 인지행동 치료이론에서는 부정적 자동사고와 역기능적 신념들 즉, 인지적 오류가 불안정서를 일으키는 원인이라고 보는데, 이는 게슈탈트 치료이론에서 볼 때 너무 좁은 시각이다.

게슈탈트 치료에서는 분명히 환자의 생각, 이미지, 환상 등 인지과정이 정서나 행동에 영향을 미치는 부분을 인정하고 있지만, 동시에 장 이론적 관점에서 정서과정이나 욕구, 기대, 미해결 과제, 행동 등 다양한 내적 과정들이 인지과정과

상호영향 관계에 있는 부분을 강조하고 있으며, 또한 치료자와 환자 사이의 관계, 환자의 역사적 배경, 지지, 물리적, 환경적 영향, 정치적, 문화적 영향 등 장에 동시에 작용하고 있는 다양한 힘들의 존재를 고려할 것을 요구한다.

이런 관점에서 볼 때 인지행동 치료이론을 게슈탈트 치료에 활용하고자 할 때는 이를 장 이론적 관점에서 통합해서 다루어야 할 것이다. 즉, 인지과정을 장에 영향 미치는 다양한 힘들 중의 하나로 간주하되 이를 더 큰 틀 안에서 이해해야 할 것이다. 다시 말해서 인지가 정서와 행동에 영향을 미치는 부분을 인정하되, 인지 이외의 다양한 요소들이 장의 역학관계에 미치는 영향에 대해서도 깨어 있어야 할 것이다.

접촉경계혼란에 대한 게슈탈트 치료 작업은 환자가 자신의 접촉경계혼란을 알아차림으로써 지금까지 무의식적이고 자동적이었던 과정을 의식적인 과정으로 만들어주고, 그렇게 함으로써 새로운 행동의 선택 가능성을 높여주는 작업이라 할 수 있다. 접촉경계혼란은 장 이론적으로 볼 때 전체 장에 많은 영향을 미치는 요소인데, 이를 자각함으로써 장의 구조에 변화를 초래할 수 있다. 즉, 장을 구성하고 있는 요소들에 대해 자각함으로써 이를 포함한 전체 장의 구조를 새롭게 이해하고, 따라서 장의 변화 가능성에 대해서도 통찰하게 된다. 예컨대, 사회공포증 환자가 “모든 사람들로부터 인정받지 못한다면 나는 불행해질 것이다.”라는 자신의 내사를 알아차리게 되면, 그러한 내사가 자신의 행동에 미치는 영향을 구조적으로 통찰하게 되고, 그렇게 되면 새로운 내사의 선택 가능성에 대해서도 눈을 뜨게 될 것이다.

게슈탈트 치료자는 환자의 이러한 내사에 대해 자각시켜주는 동시에 질문이나 실험을 통해 새로운 내사의 가능성을 탐색하는데 도움을 줄

수 있다. 예컨대, 두 의자 기법을 통해 환자는 상전과 하인의 대화과정에서 상전의 부당한 요구와 하인의 무비판적 동일시에 대해 자각하면서 대안적 행동을 모색할 수 있을 것이다.

한편, 접촉경계 혼란에 대한 알아차림을 증진 시키는데 비파사나 명상이 활용될 수 있다. 즉, 비파사나 명상은 개인의 내면에서 일어나는 모든 사건과 현상들을 있는 그대로 관찰하는 수행이므로 접촉경계혼란을 알아차리는데도 많은 도움을 줄 수 있다. 접촉경계혼란도 하나의 내면적 행동으로서 관찰가능한 사건이며, 비파사나 명상 수행을 통하여 이들을 명료히 알아차릴 수 있기 때문이다.

비파사나 명상은 접촉경계혼란을 알아차리는데 뿐만 아니라, 접촉경계혼란이 장에 영향 미치는 과정을 통찰하는데도 도움을 준다. 즉, 비파사나 명상은 접촉경계혼란을 여러 다른 현상들과 마찬가지로 하나의 일시적 과정현상으로 간주함으로써 그것이 장에서 다른 요소들과 상호작용하는 과정을 객관적으로 관찰하도록 해준다. 명상은 장의 모든 요소들이 서로 영향 미치며 변화해가는 과정을 일어나는 그대로 자각하는 행위로서 ‘장에 대한 자각’이라고 할 수 있다. 이러한 장의 자각을 통하여 비파사나 명상은 접촉경계혼란을 포함한 전체 장의 변화를 초래할 수 있다.

접촉경계혼란의 극복과 관련하여 비파사나 명상을 효과적으로 활용할 수 있는 방법은 접촉경계혼란을 순수히 과정적으로 다루는 것이다. 즉, 비파사나 명상에서는 의식에 떠오르는 모든 현상들을 동일시하거나 혹은 회피하지 않고 그것들을 그냥 그 자체로 수용하면서 바라봄으로써 그것들이 자연스럽게 소멸하도록 해주는데, 접촉경계혼란도 마찬가지로 그것들과 동일시하거나 혹은 배척하지 않고 온전히 수용하면서 바라봄

으로써 저절로 사라질 수 있도록 해줄 수 있다.

모든 생각이나 환상, 정서 욕구가 일시적인 존재이듯이 접촉경계혼란들도 마찬가지로 유한한 존재이다. 따라서 그것들을 동일시하거나 배척함으로써 힘을 강하게 만들어주지 않고 그냥 그 자체를 하나의 현상으로 받아들이고 수용하면 곧 사라진다. 이러한 현상에 대해서는 변화의 역설적 이론에서 잘 설명해주고 있다.

이러한 작업을 빈 의자 기법에 응용하는 방법을 소개하면 다음과 같다. 통상적으로 내사된 엄격한 상전의 목소리에 대해 하인은 쉽게 동일시하여 말려들으로써 상전과의 갈등관계에 놓이게 되는데, 이를 극복하는 방법으로 치료자가 하인의 자리에 앉아 환자의 상전 목소리에 대해 비파사나 명상을 활용하면서 초연하게 수용적으로 반응하는 것을 보여주고, 역할 바꾸기를 하여 환자로 하여금 하인의 자리에서 초연하게 수용하기 연습을 하도록 해주는 것이다.

접촉경계혼란의 치료적 작업에 있어 계슈탈트 치료와 인지행동 치료의 통합은 환자의 인지과정과 관련된 부분에서 시도해볼 수 있다. 접촉경계혼란들은 모두 특정한 인지과정을 포함하고 있기 때문이다. 즉, 각기 다른 접촉경계혼란들은 각각 특정한 형태의 무의식적(자동적) 인지과정을 포함하고 있다. 예컨대, 내사는 “항상 착하고 순종적이어야 한다” “반드시 다른 사람으로부터 인정받아야만 한다.” 등 “반드시 ... 해야 한다.”라는 인지형식을 띠고 있으며, 투사는 “그자가 나를 해치려고 해. 나는 위협에 처해 있어. 그런데 아무도 나를 도와줄 사람이 없어!”, 반전은 “내가 남편으로부터 버림받은 것은 내 잘못 때문이야! 내가 좀더 잘했더라면 그가 나를 떠나지 않았을 텐데!”, 융합은 “자식의 행복이 나의 행복이야. 자식을 위해서라면 나는 무엇이든 희생할 수 있어!”, 편향은 “이런 감정은 차라리 회

피하는 것이 나아. 아마도 직면한다면 못 견딜 거야!”와 같은 인지과정을 포함한다.

이러한 인지과정들은 우리의 정서와 행동에 직접적인 영향을 미치며 이런 것들을 명확히 자각하고 다루는 것은 현상학적 작업의 중요한 부분에 속한다. 즉, 이러한 인지과정들은 장을 구성하는 중요한 요소 가운데 하나로서 환자의 주관적 경험을 구성하는데 있어 결정적인 역할을 한다. 환자의 정서와 행동은 결국 환자의 현상학적 경험에 의해 영향받는다.

한편, 이러한 인지과정은 인지행동 치료의 자동사고 및 역기능적 신념들과 유사하거나 동일한 것들이 많다. 예컨대, “반드시 타인의 인정을 받아야만 한다.” “완벽하지 않으면 인정받지 못한다.”는 등의 내사나 “타인의 도움을 받지 않으면 나 혼자 살 수 없다.”는 융합 혹은 “특정 감정은 견딜 수 없다. 차라리 회피하는 것이 낫다.”는 편향 등은 인지행동 치료의 역기능적 신념과 상통한다.

게슈탈트 치료의 접촉경계혼란들과 인지행동 치료의 역기능적 신념들은 서로 중첩되는 것들도 있고, 상대편에 없는 것들도 있다. 게슈탈트 치료의 접촉경계혼란들은 보편적 행동양식을 이해하는데 유용한 개념이 되지만, 특정 심리장애 유형에 따른 고유한 인지과정을 조명하는 데는 부족한 점이 있다. 반면에 인지행동 치료는 특정 심리장애에 특징적인 부정적 자동사고나 역기능적 신념들을 더 세분화시켜 연구해놓았다. 또한 Jeffrey Young(1999)의 Schema 치료법 같은 것은 초기 부적응적 스키머들을 더욱 자세히 밝힘으로써 성격장애의 인지행동 치료를 심화시켰다.

이러한 인지행동 치료의 부정적 사고, 역기능적 신념, 초기 부적응적 스키머들의 목록들은 게슈탈트 치료의 접촉경계혼란과 더불어 불안장애 환자들의 현상학적 장의 내적 구조를 밝히는데

중요한 기여를 할 수 있다. 즉, 환자들의 보편적 내적 역동을 밝히는 데는 접촉경계혼란 개념이 사용될 수 있고, 불안장애 하위 유형들의 고유한 내적 과정을 이해하는 데는 인지행동 치료의 부정적 자동사고와 역기능적 신념들 그리고 초기 부적응적 스키머들을 활용할 수 있을 것이다.

한편, 이러한 인지과정을 탐색하고 찾아내는 과정에서는 게슈탈트 치료와 인지행동 치료가 함께 사용될 수 있겠지만 이들을 다루는 과정은 게슈탈트 치료적 관점에서 통합적으로 접근할 수 있을 것이다. 즉, 지금여기의 알아차림과 대화적 관계 그리고 실험적 방법을 사용함으로써 인지과정의 변화를 초래할 수 있을 것이다. 예컨대, 인지행동 치료에서 밝혀낸 사회공포증 환자의 역기능적 신념 가운데 하나인 “완벽하게 편안한 모습을 보여주지 않으면 사람들은 나를 거부할 것이다.”를 다루는 게슈탈트 치료적 접근은 환자의 이러한 역기능적 신념이 형성된 개인적 배경을 탐색하면서 공감과 지지를 통하여 이해 결 과제를 해소해주는 한편, 두 의사 기법을 통해 상전과 하인의 목소리를 명료화시키면서 이들의 갈등을 대화적으로 통합하는 ‘실험’을 해볼 수 있을 것이다. 혹은 이러한 과정에서 치료자가 환자의 약한 모습을 있는 그대로 수용해줌으로써 환자 스스로 자신을 받아들일 수 있도록 도와줄 수도 있을 것이다.

만일 집단치료 상황이라면 환자는 치료자의 도움을 받으면서 다른 집단원들이나 자신의 행동을 관찰함으로써 자신의 부정적 자동사고나 역기능적 신념의 ‘시대 착오성’을 통찰하거나 혹은 집단원들과의 실험을 통하여 새로운 행동양식을 모색해볼 수도 있을 것이다. 이때 치료자와 집단원들은 지금여기에서 느껴지는 솔직한 감정을 환자에게 표현해주거나 환자의 역기능적 태도에 대해 직접적인 피드백을 해줌으로써 혹은

역할연기를 통하여 환자의 행동을 조명해줌으로써 환자로 하여금 자신의 행동에 대해 성찰하도록 도와줄 수 있을 것이다.

논 의

불안장애에 대한 계슈탈트 치료이론을 바탕으로 비파사나 명상법과 인지행동 치료이론들을 개관하고, 이들을 계슈탈트 치료적 관점에서 통합하려는 시도를 해보았다. 계슈탈트 치료이론은 ‘지금여기’ 중심의 치료이론이다. 계슈탈트 치료적 견지에서 본다면 불안장애는 개체가 지금여기를 잃어버리고 미래의 숲 속에서 방황하며 혼란에 빠진 상태라 할 수 있다. 그런데 이는 생각과 사념의 작용에 의한 것이라고 할 수 있다. 생각은 잘 사용하면 행동의 방향성을 잡아주는 좋은 도구이지만 자칫 잘못하면 미궁 속으로 휘말려들기 십상이다. 그래서 Perls는 “생각을 놓아버리고 감각으로 돌아오라!”고 말하기도 했다(Perls et al., 1951, p.232).

비파사나 명상도 생각의 작용에 대해 특별한 주의를 기울인다. 이 수행법에서는 수행자가 생각의 미로에 빠져들어 실존을 상실하고 허구와 환상에 빠지는 것을 경계하고, 호흡에 집중함으로써 지금여기로 돌아오도록 가르친다. 비파사나 명상은 지금여기의 알아차림을 증진시키고 모든 현상에 개방적으로 되도록 해주는 것이 목표인데, 생각은 이러한 알아차림을 차단하고 우리의 의식을 폐쇄적으로 만드는 가장 큰 장애물이다 (Goldstein, 1993, p.100).

인지행동 치료에서도 생각은 특별한 중요성을 부여받는다. 자동화된 부정적 사고와 역기능적 신념은 우리의 의식을 왜곡시키고 불안상태로 몰아넣는 원인으로 간주된다. 따라서 불합리하고

비현실적인 생각들을 찾아내어 사실적 증거를 토대로 이들의 비합리성과 비현실성을 깨닫고 대신 합리적이고 현실적인 대안적 사고를 개발하도록 도와주는 것을 목표로 한다.

이처럼 계슈탈트 치료, 비파사나 명상 그리고 인지행동 치료는 모두 공통적으로 생각의 중요성에 대해 각별한 주의를 기울인다. 즉, 생각을 내용이 아니라 하나의 과정현상으로 파악하면서 이들의 영향력에 대해 자각하고 그에 대처하려는 것이다. 이러한 유사성으로 인해 세 접근법들 상호간에는 이미 많은 관심과 교류가 있어 왔다.

즉, Perls를 위시한 많은 계슈탈트 치료자들이 비파사나 명상을 수행했으며 비파사나 명상의 중요한 신조들을 계슈탈트 치료이론 속에 깊숙이 통합시켜놓았다. 인지행동 치료자들도 비파사나 명상에 대한 관심을 일찍부터 가져왔다. 예컨대, Beck은 불안장애의 치료와 관련하여 ‘not thinking’을 대안행동으로 추천하고 있으며, 우울증의 치료와 관련해서는 주의전환 기법을 제안하기도 했다(Beck, 1979, 1986, p.267). 최근에는 Hayes, Teasdale, Linehan 등을 중심으로 불안장애, 우울증, 성격장애의 치료를 위한 비파사나 명상과 인지행동 치료의 통합에 관한 연구들이 활발하게 이루어지고 있다(Hayes et al., 1999; Linehan, 1993; Teasdale, 1999).

그리고 비파사나 명상가들 또한 심리치료에 관심을 많이 보이고 있다. 예컨대, Joseph Goldstein (1993, p. 102)은 “명상을 통해 깊은 통찰을 얻었다 하더라도 여전히 실제 삶에서 부정적 영향을 미치는 행동패턴은 남아있기 때문에 심리학적 도움을 받을 필요성이 있다. 심리치료를 통해 내용적 차원들, 정서적 차원들을 다루고 나면 명상도 더 쉽게 효율적으로 할 수 있어 심리치료와 명상의 협력은 매우 요긴하다. 역으로 명상을 통

한 통찰은 심리치료를 용이하게 만든다”고 말하면서 심리치료와 명상의 대화를 강조했다.

한편, 세 기법들 간의 유사성에도 불구하고 본문에서 논한 것처럼 서로 간에는 접근방법에 있어 상당한 차이점도 있다. 따라서 각 기법들의 개별적 장점을 상호 인정하면서 서로에게 필요한 것들을 빌어 창조적으로 통합하는 노력이 필요하다. 본 연구에서는 게슈탈트 치료의 입장에서 불안장애의 치료에 대한 이론화 작업을 하면서 비파사나 명상법과 인지행동 치료를 통합하려는 시도를 했다.

하지만 이는 불안장애의 전반에 걸친 앞으로의 치료적 방향설정을 위한 초기구상에 지나지 않는다고 하겠다. 추후의 연구에서는 불안장애의 각 하위 유형별로 어떤 기법이 상대적으로 더 유리한지, 그 기법의 강점은 무엇인지, 또한 특정한 행동경향을 보이는 환자집단에게 효과적인 기법은 무엇인지 등을 연구하여 이를 통합전략에 반영해야 할 것이다. 예컨대, 저항이 심한 불안장애 환자들은 인지행동 치료보다는 비지시적 기법이나, 지지치료가 더 좋은 효과를 보인다는지, 공황장애 치료에는 인지행동 치료의 효과가 높지만 그 이면에 있는 정체성의 문제나 의존욕구의 문제에는 치료적 한계가 있다든지 등의 세부사항들을 연구해서 고려해야 할 것이다(Beutler et al., 1991; Goldberg, 1998; Stanley, 2000, p.202).

참고문헌

- 김열권 편저 (1993). 위빠사나 I. 서울: 불광출판부
- 김정규 (1995). 게슈탈트 심리치료. 창조적 삶과 성장. 서울: 학지사
- 박석 (1998). 명상 길라잡이. 서울: 도서출판 도솔.
- 정태혁 (1987). 명상의 세계. 서울: 정신세계사.
- 정태혁 (1991). 붓다의 호흡과 명상. 서울: 정신세계사.
- 지의대사/김무득(역) (1990). 지관좌선법. 서울: 경서원.
- Albano, A. M., & Kendall, P. C. (2002). Cognitive behavioral therapy for children and adolescents with anxiety disorders. *International Review of Psychiatry*, 14, 129-134.
- Andresen, J. (2001). Meditation meets behavioral medicine: The story of experimental research on meditation. *Journal of Consciousness Studies*, vol. 7.(11-12). England: Imprint Academic. 2000, 17-73.
- Angermann, K. (1998). Gestalt Therapy for eating disorders. *The Gestalt Journal*, vol 21, 1.
- Antony, M. M., & Barlow, D. (1996). *Emotion theory as a framework for explaining panic attacks and panic disorder*. In: Rapee, R. M. *Current controversies in the anxiety disorders*. New York: The Guilford Press.
- Anyanwu, L. C. (1999). Meta-analysis of meditation outcomes in counselling and psychotherapy. *Dissertation Abstracts International*, vol. 59, 7-a.
- Arntz, A. (2002). Cognitive therapy versus applied relaxation as treatment of generalized anxiety disorder. *Behavior Research and Therapy*, in Press.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1988). *Self-efficacy conception of anxiety*. *Anxiety Research*, 1, 77-98.
- Beamish, P. M., Granello, D. H., & Belcastro, A. L. (2002). Treatment of panic disorder: Practical guidelines. *Journal of Mental Health Counselling*,

- 24, 3, 224-246.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders*, 2nd edition. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive Therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & G. Emery. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York; The Guilford Press.
- Beck, A. T., & Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Beck, A. T. (1986). *Cognitive approaches to anxiety disorders*. In B. F. Shaw, Z. V. Segal, T. M. Vallis & F. E. Cashman. *Anxiety disorders. Psychological and biological perspectives*. New York; Plenum Press.
- Beisser, A. (1970). *The Paradoxical Theory of Change*. In: Fagan and Shepherd. *Gestalt Therapy Now*. Harper Colophon Book.
- Brown, T. A. & Barlow, D. H. (1992). Comorbidity among anxiety disorders: Implications for treatment and DSM-IV. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 6, 835-844.
- Brown, J. R. (1999). Psychospiritual openings of meditating pain patients. A phenomenological study. *Dissertation Abstracts International*. vol. 59, 9-b.
- Carlock, C. J., Glaus, K. O. & Shaw, C. A. (2000). *The Alcoholic: A Gestalt View*. In: Nevis, E. C. *Gestalt Therapy. Perspectives and Applications*. Cambridge, MA: Gestalt Press.
- Craske, M. G. & Barlow, D. H. (1999). *Mastery of your anxiety and panic for primary care(MAP-PC)*. Los Angeles, UCLA.
- Chandiramani, K., Jena, R., & Verma, S. K.(1999). Human figure drawings of prisoners and vipassana. *Journal of Projective Psychology & Mental Health*. 2, 2, 153-158.
- Durand, V. M. & Barlow, D. H. (2000). *Abnormal Psychology*. Wadsworth, Ontario.
- Epstein, M. (1998). *Going to Pieces without Falling Apart*. New York, Broadway Pub.
- Epstein, M. (2001). *Going on Being*. New York, Broadway Pub.
- Edwards, L. A. (2000). Use of hypnosis and non-ordinary states of consciousness in facilitating significant psychotherapeutic change. *Australian Journal of Clinical Hypnotherapy & Hypnosis*. 20, 2, 86-107.
- Eynde, R. V. (1999). Buddhism and Gestalt. *The Gestalt Journal*. vol. 22, 2.
- Foa, E. B., & McNally, R. J.(1996). Mechanisms of Change in Exposure Therapy. In: R. M. Rapee(Ed.), *Current controversies in the anxiety disorders*. New York: The Guilford Press.
- Gagnon, J. H. (1981). *Gestalt Therapy with the schizophrenic patient*. *The Gestalt Journal*. 4, 1.
- Garcia, C., Baker, S., & deMayo, R. (1999). Academic anxiety. *Gestalt Review*. 3, 1.
- Glinnwater, J. T. (2000). Gestalt Therapy: treatment of the affective self. *The Gestalt Journal*. 23, 2.
- Goldberg, C.(1998). Cognitive behavioral therapy for panic: effectiveness a limitations. *Psychiatr Q*. vol. 69, 1.23-44.
- Goldfried, M. R.(1986). Self control skills for the treatment of anxiety disorders. In: Shaw, B. F., Segal, Z. V., Vallis, T. M., & F. E. Cashman. *Anxiety disorders. Psychological and biological perspectives*. New York; Plenum Press.

- Goldstein, A. J., & Chambless, D. L. (1978). A re-analysis of agoraphobia. *Behavior Therapy*, 9, 47-59.
- Goldstein, J. (1987). *The experience of Insight*. Boston: Shambhala.
- Goldstein, J. (1993). *Insight meditation. The practice of freedom*. Boston: Shambhala.
- Gregory, S. (2000). Breathing into contact. *The Gestalt Journal*. vol 23, 2.
- Gunaratana, B. (1992). *Mindfulness in Plain English*. MA: Wisdom Pub.
- Harman, R. L. (1979). Gestalt Therapy with sexually impotent males: A holistic approach. *The Gestalt Journal*. vol 2, 2.
- Harris, C. A. (2000). *Gestalt work with psychotics*. In: Nevis, E. C. *Gestalt Therapy. Perspectives and Applications*. Cambridge, MA: Gestalt Press.
- Hayes, S., Strosahl, K. & K. Wilson. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy. An experiential approach to behavior change*. New York, Guilford Press.
- Horney, K. (1937/1977). *The Neurotic Personality of our time*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Hycner, R. & Jacobs, L. (1995). *The healing relationship in Gestalt Therapy*. New York: The Gestalt Journal Press, INC.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full Catastrophe Living*. New York, Delta Book.
- Kabat-Zinn, J. (1995). *Wherever You Go, There You Are*. Delta Book.
- Kabat-Zinn, J. (2000). *Indra's net at work: The mainstreaming of Dharma practice in society*. Watson, G. (Ed). Batchelor, S. (Ed); et al. (2000). *The psychology of awakening: Buddhism, science and our day-to-day lives*. pp. 225-249.
- Kim, J. K. & Kramer, G. (2002). Insight Dialogue meditation for Anxiety Problems. <http://www.g-g.org/gej/6-1/insightdialogue.html>
- Kornfield, J. (2000). *After the ecstasy, the Laundry*. New York: Bantam Books.
- Kramer, G. (2001). *Meditating Together, Speaking from Silence: The Practice of Insight Dialogue*. Portland, Metta Foundation.
- Kristeller, J. L., & H. C. Brendan. (1999). An exploratory study of a meditation based intervention for binge eating disorder. *Journal of Health Psychology*, 4, 3, 357-363.
- Lazar, S. W., Bush, G., Gollub, R. L., Fricchione, G. L. Khalsa, G., & Benson, H. (2000). Functional brain mapping of the relaxation response and meditation. *Neuroreport: An International Journal for the Rapid Communication of Research in Neuroscience*, 11, 7, 1581-1585.
- Levitsky, A. & Perls, F. S. (1970). *The rules and games of Gestalt Therapy*. In: J. Fagan & I. L. Shepherd (Eds.). *Gestalt Therapy Now*. Palo Alto: Science & Behavior Books.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive Behavioral Treatment of borderline personality disorder*. New York, Guilford Press.
- Mostofsky, D. I. (Ed); Barlow, D. H. (Ed); et al. (2000). *The management of stress and anxiety disorders*. pp. 100-118. Boston, MA.
- Naranjo, C. (1978). Gestalt Therapy as a transpersonal approach. *The Gestalt Journal*. vol. 1, 2, 75-81.
- Naranjo, C. (1995). *Gestalt Therapy. The attitude and practice of an atheoretical experientialism*. Nevada City, California. Gateways/ IDHIB Publishing.

- Perls, F. S. (1947/1969a). *Ego, Hunger and Aggression*. New Yourk: Vintage Books.
- Perls, F. S. (1969b). *Gestalt Therapy Verbatim*. Moab, UT: Real People Press.
- Perls, F. S. (1970). *Four lectures*. In: J. Fagan and I. Shepherd (Eds.). *Gestalt Therapy Now*. Palo Alto, Calif. Science and Behavior Books.
- Perls, F. S. (1975). Group vs individual therapy. In: J. O. Stevens (Ed). *Gestalt is*. Moab, UT: Real People Press.
- Polster, E. & Polster, M. (1973). *Gestalt Therapy Integrated*. New York: Vintage Books.
- Salkovskis, P. M. (1996). *Cognitive Behavioral Approaches to the understanding of obsessional problems*. In: Rapee, R. M. *Current controversies in the anxiety disorders*. New York: The Guilford Press.
- Schoen, S. (1984). A note on Gestalt responsibility and Buddhist non-attachment. *The Gestalt Journal*, 7, 2, 70-75.
- Seltzer, L. F. (1984). The role of paradox in Gestalt theory and technique. *The Gestalt Journal*, 7, 2, 31-42.
- Serok, S. (1985). Implications of Gestalt Therapy with post traumatic patients. *The Gestalt Journal*, 8, 1.
- Shub, N. F. (1999). Character in the present: Why Gestalt Therapy is particulary helpful for treating character-disordered clients. *Gestalt Review*. vol 3, 1.
- Shub, N. F. (1999). A Gestalt approach to the treatment of gambling. *Gestalt Review*, 3, 1.
- Shub, N. F. (2002). Revising the treatment of anxiety. *Gestalt Review*. vol 6, 2.
- Specia, M. C., Carlson, L. E., Goodey, E., & Angen, M. (2000). A randomized, wait list controlled clinical trial: The effect of a mindfulness meditation based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients. *Psychosomatic Medicine*, 62, 5, 613-622.
- Siemens, H. (2000). The Gestalt approach : Balancing hope and despair in persons with HIV/AIDS. *The Gestalt Journal*. vol 23, 2.
- Stanley, M. A. & Novy, D. M. (2000). Cognitive Behavior Therapy for generalized anxiety in late life: An evaluative overview. *Journal of Anxiety Disorders*, 14, 2, 191-207.
- Stevens, J. O. (1973). *Awareness: Exploring, experimenting, experiencing*. New York: Bantam Books.
- Taylor, C. B. & Arnow, B. A. (1988). *The nature and treatment of anxiety disorders*. New York: The Free Press.
- Teasdale, J. D. (1999). Emotional Processing, Three modes of mind and the prevention of relapse in depression. *Behavior Research & Therapy* 37. 53-77.
- Thich Nhat Hanh(1987). *The Miracle of Mindfulness*. Boston, Beacon Press.
- Thich Nhat Hanh(1992). *Peace is Every Step. The Path of Mindfulness in Everyday Life*. New York, Bantam Books.
- Thich Nhat Hanh(1996). *Breathe ! You Are Alive*. Berkeley, Parallax Press.
- Thich Nhat Hanh(2001). *Essential Writings*. Maryknoll, Orbis Books.
- Tyson, G. M. (1981). Depression: A comparison between Gestalt and other views. *The Gestalt Journal*. vol 4, 1.
- Warren R., & Thomas, J. C. (2001). Cognitive behavior therapy of obsessive compulsive disorder in private practice. *Anxiety Disorders*,

- 15, 277-285.
- White, J. R. (1999). A Gestalt approach to working with the person drug relationship. *Gestalt Review*. vol 3, 1.
- Wolfert, R. (1998). The broken doll: A survivor's journey into life. *Gestalt Review*. vol 3, 1.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, CA. Stanford Univ. Press.
- Wulf, R. (1998). The historical roots of Gestalt Therapy theory. *Gestalt Journal*. vol 21, 1. 81-92.
- Yontef, G. M. (1979). Gestalt Therapy: Clinical phenomenology. *Gestalt Journal*. vol 2, 1.
- Yontef, G. M. (1993). *Awareness Dialogue & Process*. New York: The Gestalt Journal Press, Inc.
- Yontef, G. M. (1995). Gestalt Therapy. In A. Gurman & S. Messer (Eds.). *Essential Psychotherapies: Theory and Practice*. pp 261-303. New York: Guilford Pub.
- Young, J. E. (1999). Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach(revised edition). Sarasota: Professional Resources Press.
- Young, R. P. (1999). The experiences of cancer patients practicing mindfulness meditation. *Dissertation Abstracts International*. vol. 60, 4-b.
- Zinker, J. (1977). *The creative process in Gestalt Therapy*. New York: Brunner Mazel.

원 고 접 수 일 : 2002. 5. 8
수정원고접수일 : 2003. 5. 30
게 재 결 정 일 : 2003. 6. 20

A Gestalt Therapy approach to anxiety disorders integrating Mindfulness meditation and Cognitive Behavioral Therapy

Jungkyu Kim

Department of psychology
Sungshin Women's University

An attempt has been made to integrate Mindfulness meditation and CBT(Cognitive Behavioral Therapy) with the Gestalt Therapy approach in the treatment of anxiety disorders. The discussion of Gestalt Therapy approach to anxiety disorders focused on the two concepts, which are unfinished business and contact boundary disturbances, which were then theorized with the Paradoxical theory of change and the field theory. The exploration about Mindfulness meditation revolved around the topic of the Four foundations of the Mindfulness, that are body, feeling, mind and dharma, where Awareness and non-attachment acceptance was explained. Also a brief introduction to Insight Dialogue Meditation was added to. A survey to CBT was done on the basis of Beck's concepts like negative automatic thoughts and dysfunctional beliefs along with symptom education, relaxation training and exposure methods. A comparison was made regarding commonalities and also differences among three methods. Finally, the author tried to establish a strategy to integrate the three on the basis of the Gestalt Therapy.

Keywords : anxiety disorder, Gestalt Therapy, Vipassana meditation, Cognitive Behavioral Therapy.