

정서조절을 위한 MBCT가 임상군 환자들에게 미치는 효과*

전 미 애

김 정 모[†]

영남대학교 심리학과

본 연구는 만성우울증 재발방지를 위한 Segal, Williams와 Teasdale(2002/2006)의 MBCT 프로그램을 정서조절에 초점을 두어 수정보완한 정서조절 MBCT의 효과를 살펴본 것이다. 임상집단을 대상으로 정서조절곤란 및 부정적 정서와 관련된 인지양식, 우울, 불안에 대한 정서조절 MBCT의 효과를 확인하였다. 연구 결과, 약물치료와 MBCT를 병행한 참여집단($n = 9$)은 약물치료만 받은 통제집단($n = 9$)에 비해 마음챙김의 주의집중과 수용, 정서조절곤란, 인지회피, 반추적 반응, 우울, 불안, 에서 유의한 차이를 보여주었다. 참여집단의 사전과 사후의 변화에 대한 효과의 크기(d)를 분석한 결과, .72 - 1.51, 사전과 추수의 효과의 크기(d)는 .73 - 1.87이었으며, 사후시점에서 참여집단과 통제집단의 효과의 크기(d)는 1.07 - 2.32로 나타났다. 본 연구의 결과는 정서조절 MBCT가 임상집단에서도 효과적으로 적용될 수 있으며, 정서조절과 부정적 정서관련 인지양식의 변화를 촉진한다는 것을 시사한다. 정서조절 MBCT의 치료적 요소들에 대해 논의되었고, 치료적 과정에 대한 후속 연구의 필요성이 제시되었다.

주요어 : 마음챙김, 마음챙김에 기초한 인지치료, 정서조절, 인지회피, 반추적 반응, 우울, 불안

* 본 연구는 제 1저자의 박사학위 논문의 일부를 수정 보완한 것임.

[†] 교신저자(Corresponding Author) : 김정모 / 영남대학교 심리학과 / 경북 경산시 대동 214-1

Fax : 053-810-4610 / E-mail : jungmo@ynu.ac.kr

마음챙김은 동양의 불교적 전통으로 전승되어온 명상의 수행방법이었다. 마음챙김의 종교적인 요소를 배제하고 일상생활에서도 훈련할 수 있도록 ‘세속화’하여 신체적, 심리적 건강의 향상에 긍정적으로 적용한 것은 Kabat-Zinn(1990/1998)과 Linehan(1993a)의 연구에 기인한다고 할 수 있다. Kabat-Zinn(1990/1998)의 마음챙김에 기초한 스트레스 감소 프로그램(Mindfulness-Based Stress Reduction: MBSR)은 1982년에 개발된 이후, 통증(Kabat-Zinn, 1982; Kabat-Zinn, 2003), 유방암 및 전립선암(Carlson, Speca, Patel, & Goodey, 2003; Shapiro, Bootzin, Figueredo, Lopez, & Schwartz, 2003), 관상성 심장질환(Grossman et al., 2004), 심혈관 기능 및 건선(Kabat-Zinn et al., 1998) 등의 개선과 유방암 2기 환자들의 수면의 질 개선(Shapiro et al., 2003), 비임상적 집단의 심리적, 신체적 증후의 개선과 삶의 질 향상(Astin, 1997; Shapiro, Schwartz, & Bonner, 1998)에 긍정적인 효과를 나타냈다. 즉 MBSR은 만성질환자들의 신체적 의학적 상태의 개선뿐만 아니라 심리적인 고통과 스트레스를 완화시키고, 우울(Carlson et al., 2003; Teasdale et al., 2000), 불안, 폭식장애(Kristeller & Hallett, 1999)와 같은 심리적 문제를 경감(Speca, Carlson, Goodey, & Anmen, 2000)시키는데 효과가 있는 것으로 나타났다. Linehan(1993a)은 경계선 성격장애 환자들의 정서적 안정과 자살행동의 감소를 위해 마음챙김의 ‘비판단적인 참여’에 중점을 둔 변증법적 행동치료(Dialectical Behavioral Therapy: DBT)를 개발하였다. DBT는 경계선 성격장애 환자들의 자살근접(parasuicidal) 행동, 의학적 위험, 정신과 병동입원일수(Linehan, Heard, & Armstrong, 1993), 분노감, 사회적응 정도(Swenson, Sanderson, Dulit, & Linehan, 2001), 폭식행동(Telch, Agras,

& Linehan, 2001), 물질남용, 우울, 분노 및 충동성(Turner, 2000)에 긍정적 효과가 나타났으며, 또 경계선 성격장애 환자들의 치료적 동맹을 향상시키는 것으로 나타났다(Turner, 2000).

또 Hayes와 그의 동료(1999)들은 행동변화 과정 및 마음챙김과 수용을 포함하는 ACT(Acceptance and Commitment Therapy: ACT, Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999)를 개발하였다. ACT에서는 정신병리와 심리적인 문제가 경험 회피로 인해 유발되고 유지됨을 강조하면서(Hayes, 2004; Teasdale, 1999), 부정적이고 고통스런 경험을 회피하지 않고 그것을 기꺼이 경험하도록 하는데 마음챙김을 통한 수용을 주요한 치료적 요소로 활용한다. ACT는 불안장애(Arch & Craske, 2006), 섭식장애(Juarascio, Forman, & Herbert, 2010), 우울과 약물 남용(Hayes, Wilson, Gifford, Follette, & Strosahl, 1996) 등에 긍정적인 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이 외에도 마음챙김은 범불안 장애(Roemer & Orsillo, 2007), 약물중독(Marlatt, 1994), 섭식장애(Kristeller & Hallett, 1999) 등 다양한 심리적 문제의 치료에 효과적으로 적용되고 있다.

Kabat-Zinn(1990/1998)과 Linehan(1993a)으로 시작한 마음챙김의 임상적, 학문적 관심의 증대는 심리치료에 있어서 큰 변화를 초래하였다고 할 수 있다. 대부분의 서구 심리치료들은 내적 심리적 상태의 변화와 행동의 수정에 초점이 맞춰져 있다(Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979/1997; Gilson & Freeman, 2006/2006; Hayes, 2004). 그러나 개인의 내적인 경험은 맥락과 관점에 따라 적응 또는 부적응에 대한 기준이 다소 달라질 수 있으므로(Hayes, 2004), 최근에는 심리적 경험(예, 생각과 감정, 신체감각)을 변화시키는 것보다 오히려 경험을 바라보는

마음의 태도, 즉 상위인지적인 태도가 심리 치료에서 강조되고 있다(Hayes et al., 1999; Sugiura, 2004; Wells, 2002). 이런 측면에서 마음챙김은 상위인지 영역을 활성화시키고, 정보처리에 있어서 부적응적인 신념의 영향력을 제한하며 상위인지의 변화에 중요한 역할(Mason & Hargreaves, 2001; Teasdale, 1999; Teasdale et al., 2002)을 하기 때문에 반추나 회피, 억압과 관련한 심리치료 영역에서 중요한 주제로 다루어지고 있다(Williams et al., 2008).

MBCT는 만성 우울증의 재발방지를 목적으로 개발된 심리치료 프로그램(Segal et al., 2002/2006)으로서, MBSR의 체계적인 마음챙김의 훈련과 우울증 치료를 위한 인지행동치료(Beck et al., 1979/1997)가 통합된 형태이다. MBCT는 우울증 재발방지(Kuyken et al., 2008; Ma & Teasdale, 2004; Michalak, Heidenreich, Meibner, & Schulte, 2008; Teasdale et al., 2000)뿐만 아니라 만성우울증(Kenny & Williams, 2007), 경계선 성격장애(Huss & Baer, 2007), 양극성장애(Williams et al., 2008), 자살사고 및 자살행동(Williams, Duggan, Crane, & Fennell, 2006), 일반화된 불안장애(Evans et al., 2008)와 섭식장애(Baer, Fischer, & Huss, 2005a, 2005b) 등에 긍정적인 효과를 보여주고 있다. 또한 MBCT는 노인의 우울과 불안, 부정적 정서 대처능력, 신체통증, 수용적 삶의 태도 및 전반적 생활영역(Smith, Graham, & Senthinathan, 2007)과 아동의 우울, 불안, 행동증상 및 품행장애(Lee, Semple, Rosa, & Miller, 2008; Semple, Reid, & Miller, 2005) 등에도 긍정적인 영향을 미치는 것으로 확인되었다. 국내에 보고된 MBCT에 대한 연구는 임상장면에서 적용된 Yook 등(2008)의 불안환자의 불면증에 대한 연구와 Kim 등(2009)의 공황장애 또는 일반화된 불안

장애 환자들의 우울, 불안 증상 감소에 대한 연구가 있다. 또 비임상장면에 적용된 김정모와 전미애(2009), 전미애와 김정모(2009)는 대학생들의 정서조절과 우울, 불안, 사고 억제에 대한 MBCT의 효과를 살펴보았다.

김정모와 전미애(2009)는 Segal 등(2002/2006)의 MBCT가 우울증의 재발방지라는 특정 장애에 초점이 되어있고, 서로 다른 장애를 경험하는 사람들이 포함된 집단에 적용하기 어렵다는 한계를 보완하면서, 정서조절 훈련을 위한 MBCT를 구성하였다(김정모, 전미애, 2009). 정서조절 MBCT는 정서조절 능력이 임상장면과 비임상장면에서의 정신건강의 주요한 자원이라는 관점에 이론적 토대를 두고 있다. 즉 대부분의 심리장애가 만성적인 정서조절의 곤란과 관련이 있고(Kring & Werner, 2004), 정서조절 능력의 부족은 심리장애의 발전과 유지에 핵심적인 역할을 하는 것으로 간주된다(Berking et al., 2008). 또 정서조절 능력은 향후의 정신건강 상태의 예측 요인이며(Seiffge-Krenke, 2000), 비임상 장면에서도 사회적, 정서적 상호작용을 위한 중요한 요소로써 수행의 효율성과 밀접하게 관련되어 있고, 대인관계와 정신건강에 있어서 중요한 심리적 자원이 된다고 볼 수 있다(Gross & Munoz, 1995). 따라서 정서조절 능력의 향상은 심리치료의 핵심(Berking et al., 2008)일 뿐만 아니라 건강하고 적응적인 삶을 위한 중요한 요소(Thompson, 1991)라고 할 수 있으므로 임상장면과 비임상장면에서 활용될 수 있고, 다양한 장애군에 해당되는 사람들을 포함하는 집단에 적용가능한 정서조절 능력의 향상을 위한 구조화된 프로그램의 발전은 중요하다고 할 수 있다. 정서조절 MBCT의 주요 내용은 우울, 불안, 분노와 관련한 심리적 과정을 인지치료의

모델로 이해하고, 이것을 마음챙김의 자각과 거리두기를 통하여 대처할 수 있도록 촉진하는 것이다. 정서조절 MBCT는 대학생의 정서조절 능력의 향상(김정모, 전미애, 2009)과 사고억제의 감소(전미애, 김정모, 2009), 우울과 불안 개선에 긍정적인 효과가 있는 것으로 보고되었다. 그러나 선행연구에서의 참여자들은 모두 일반 대학생이었으므로 다양한 임상군 환자들이 포함된 집단에서의 정서조절 MBCT의 효과를 탐색해볼 필요가 있으며, 이 결과는 다양한 심리장애의 예방 및 치료에 있어서 중요한 의의가 있을 것이다. 그러므로 본 연구에서는 임상군 환자에게 대한 정서조절 MBCT의 효과 탐색과 부정적 정서와 관련된 인지양식의 변화를 탐색해 보기로 한다.

방 법

연구 참여자

참여집단은 신경정신과 전문의의 권유를 받은 외래환자 6명과 인터넷 모집 공고를 통해

내원한 성인 3명이었다. SCID 면접(3명)과 외래진료(6명)를 통한 참여자들의 진단명을 요약하면, 주요우울장애(5명), 기분부전 장애(1명), 양극성장애(1명), 불안장애(1명), 경계선 성격장애(1명)로 분류되었고, 모든 참여자들은 우울 또는 불안을 경험하고 있는 상태였다(BDI-II의 평균은 18.67). 외래환자 6명은 약물치료 중이었으며, 그 중 2명은 월 1회 내원하는 유지약물치료 단계였고, 4명은 치료단계에 해당되었다. 참여집단은 남자 4명, 여자 5명으로 평균연령은 46세(34-59세)였고, 통제집단은 남자 3명, 여자 6명으로 평균연령은 44세(23-57세)였다.

참여자는 경우울인 10-15점에 해당하는 사람이 2명, 우울증인 16-23점에 해당하는 사람이 5명, 중우울증 24-63점에 해당하는 사람이 1명이었다. 통제집단은 우울 평균점수가 19.78(SD = 9.01)로 경우울 4명, 우울증 2명, 중우울증 3명이었다. 불안점수(BAI)의 분포는 참여집단이 21점 이하 5명, 22-26점에 해당하는 사람이 3명, 27점 이상이 1명이었고, 통제집단은 21점 이하에 해당하는 사람이 6명, 22-26점에 해당하는 사람은 없었고, 27점 이상에

표 1. 참여집단 및 통제집단의 인구 통계학적, 진단적 특성

		참여집단	통제집단
평균 연령		46,33(SD=8.32)	44(SD=11.53)
성비(남/여)		4/5	3/6
BDI-II	경우울(10-15)	2	4
	우울증(16-23)	5	2
	중우울증(24-63)	1	3
BAI	21점 이하	5	6
	22-26 점	3	0
	27점 이상	1	3

해당하는 사람이 3명이었다. 각 집단의 인구학적 특성과 우울과 불안의 정도를 표 1에 제시하였다.

측정도구

켄터키 마음챙김기술 척도(Kentucky Mindfulness Skill Scale: KIMS)

KIMS는 Baer, Smith와 Allen(2004)이 개발하였고 김정모(2006)가 타당도와 신뢰도를 검증한 Kentucky 마음챙김기술 척도이다. 이 척도는 명상 수련과 관계없이 일상생활 속에서 자연스럽게 획득될 수 있는 “마음챙김의 심리적 특성”을 평가한다. 주의집중, 기술, 집중행동, 수용의 4요인으로 구성되었으나 본 연구에서는 주의집중을 평가하는 12문항과 수용에 해당하는 9문항을 선택해서 구성된 총 21문항의 질문지를 사용하였다. Likert식 5점 척도(1-5점)로 점수가 높을수록 마음챙김 기술이 높은 것을 의미한다. 본 연구에서의 내적 일치도는 .89로 나타났다.

정서조절곤란 척도(Difficulties in Emotion Regulation Scale: DERS)

이 척도는 정서조절곤란의 정도를 평가하기 위하여 Gratz와 Roemer(2004)가 개발한 것을 조용래(2007)가 번안한 자기보고형 검사이다. 이 척도는 충동통제 곤란, 정서에 대한 주의와 자각의 부족, 정서에 대한 비수용성, 정서적 명료성의 부족, 정서조절전략에 대한 접근 제한, 목표지향행동 수행의 어려움에 대해 묻는 35문항으로 구성되었으며, 1-5점으로 평정된다. 점수가 높을수록 정서조절곤란이 높다는 것을 의미한다. 본 연구에서 내적 일치도는 .82로 나타났다.

우울질문지(Beck Depression Inventory: BDI-II)

BDI-II는 DSM-IV의 우울증 준거에 일치하도록 Beck, Steer와 Brown(1996)이 개발한 척도를 김명식, 이임순과 이창선(2007)이 번안하여 신뢰도, 타당도를 검증한 한글판이다. 본 척도는 신체요인과 정서요인 및 인지요인으로 구성된 21문항으로 0점에서 3점으로 평가하며 점수가 높을수록 더 심한 우울을 보이는 것으로 평가된다. 본 연구에서의 내적 일치도는 .90이었다.

불안질문지(Beck Anxiety Inventory: BAI)

BAI는 한국판 Beck의 불안 척도(BAI; 육성필, 김중술, 1997)로 불안의 주관적 요인과 신체적 요인으로 구성되었다. 지난 1주일 동안 각 문항에서 기술하는 증상으로 인해 불편하게 느낀 정도를 0점에서 3점까지 Likert식의 척도상에 평정한다. 점수가 높을수록 불안수준이 높은 것을 의미하며 본 연구에서 내적 일치도는 .93로 나타났다.

인지회피 척도(Cognitive Avoidance Scale: CAS)

인지회피 척도는 원하지 않는 생각을 할 때, 그 생각을 하지 않으려고 회피하는 정도를 묻는 문항들로 구성되어있다. 프랑스어로 개발된 것을 Sexton과 Dugas(2007)가 영어로 번역하여 타당도 연구를 한 문항을 연구자가 한글로 번안하여 사용하였다. 이 척도는 25문항으로 구성되었으며, 억제(suppression), 대체(substitution), 주의분산(distraction), 회피(avoidance), 전환(transformation)의 하위요인을 포함하고, 1점에서 5점까지 Likert식의 척도상에서 평정되어 점수가 높을수록 인지회피를 많이 함을 의미

한다. 본 연구에서 내적 일치도는 .89로 분석되었다.

반추적반응 척도(Ruminative Response Scale: RRS)

반추적 반응척도(Nolen-Heeksema, 1987)는 자신이 우울할 때, 어떤 방식으로 그 우울한 감정에 대해서 생각하고 분석하는지를 묻는 질문으로 구성되어 있다. 본 연구에서 사용한 문항은 김은정(1993)이 번안한 22문항이었고, 김소정, 김지혜와 윤세창(2010)에 따르면 이 척도는 자책(self-reproach) 및 숙고(reflection), 우울반추(depressive rumination)의 3 요인으로 구성되어 있다. 이 척도는 4점 척도로서(1-4점), 점수가 높을수록 반추적 사고를 많이 하는 것을 의미하며, 본 연구에서의 내적 일치도는 .93이었다.

절차

참여자들은 신경정신과 전문의의 권유를 받거나 인터넷에서 모집공고를 보고 내원하였다. 모든 참여자는 개별적으로 사전면접을 통해 프로그램에 대한 안내를 받았고, 참여 동기와 목표, 그리고 SCID 면접을 통하여 심한 정신증적 상태와 중독 유무 및 성격적 특성을 탐색하여 프로그램 참여에 대한 적절성이 평가되었으며, 사전설문을 완성했다. 프로그램을 시작하면서 연구목적을 설명하고 동의를 받은 후, 각 회기마다 회기전체 내용을 녹취했고, 종료 6주 후 추수검사를 실시했다. 참여집단의 9명 중 6명은 신경정신과 외래진료를 통해 약물치료를 받던 환자들로서 MBCT에 참여하면서 기존의 치료를 지속하였고, 모집공고를 통해 프로그램에 참여하게 된 나머지 3명은

심리적인 문제를 경험하고 있었으나 약물치료는 하지 않았다. 통제집단은 약물치료 중인 외래환자들로 구성되었으나 정기적인 집단치치는 받지 않았고, 참여집단과 같은 시기에 사전 사후 설문을 작성하였고, 추수설문은 4명의 환자가 치료를 중단한 상태였으므로 생략하였다.

프로그램은 주 1회 120분으로 8주간 진행되었으며(휴식 10-15분 포함), 8회기 종료 시에 사후설문을 실시했다. 참여자들의 평균 회기 참석횟수는 7.4회였다(1회 결석자 2명, 2회 결석자 1명). 프로그램의 운영자는 연구 당시 3년의 마음챙김 수행경험이 있었고, 임상심리학 전공 박사과정에 재학하면서 프로그램을 주최하는 병원의 직원으로 근무하고 있었다. 프로그램은 직원들이 퇴근한 주말 오후시간에 병원의 휴게실을 활용했으며, 준비된 개인별 요가매트를 사용하였다.

프로그램의 구성

본 연구는 마음챙김에 기초한 인지치료 프로그램(MBCT, Segal et al., 2002)의 우울증 재발방지에 관한 인지치료의 이론을 우울, 불안, 분노에 대한 인지치료 모델로 수정하여 구성하였으나 마음챙김의 훈련과 절차는 동일하게 진행되었다. 프로그램의 전반부(1-4회기)에는 마음챙김을 수행하고 우울, 불안, 분노와 관련한 심리적 현상을 자각하는데 중점을 두었으며, 후반부(5-8회기)에는 마음챙김의 자각을 통하여 우울, 불안, 분노를 이해하고 조절할 수 있는 능력을 향상시키는데 중점을 두었다. 회기의 개략적인 내용은 표 2와 같다.

표 2. MBCT 프로그램의 회기별 주제와 내용

회기	주 제	내 용
1회기	마음챙김의 이해	건포도 명상: 마음챙김의 주의집중 방식 이해 정서조절의 중요성 및 과정 이해: 정서와 신체 질환, 개인의 기능 및 대인관계의 제약에 대한 심리교육, 일상생활의 마음챙김
2회기	마음챙김의 어려움 극복하기	마음챙김의 어려움 다루기 신체 감각에 대한 명상: 정좌명상에서의 Body Scan 신체 감각을 통한 정서의 자각: 신체 감각을 정서 정보로 탐색하기
3회기	호흡에 대한 마음챙김	생각의 위력 이해 ABC 모델 실습, 3분 공간호흡: 정서 촉발 요인의 이해 정좌명상(호흡): 마음챙김의 주의집중 훈련
4회기	생각에 대한 마음챙김	감정의 위력 이해 정좌명상(정서, 생각): 정서와 사고의 연관성 체험 정서, 사고, 신체의 연관성 이해: 마음챙김 요소에 대한 심리교육 3분 공간호흡
5회기	수용의 마음챙김	경험 수용하기 정좌명상(자애명상): 마음챙김의 수용을 위한 자애 훈련 정서의 수용: 부정적 정서를 있는 그대로 느끼기
6회기	생각은 사실이 아니다	경험에 거리두기 정좌명상(무선택적 마음챙김): 생각에 대한 마음챙김의 심화, 산명상 생각에 대한 새로운 관점: 생각이 아닌 생각을 쫓는 마음을 알아차리기
7회기	가치 행동의 설정	가치행동 탐색과 전념 정좌명상(목상명상): 삶의 가치 추구하기 삶의 나침반 찾기: 삶의 가치와 목표행동 수립하기
8회기	새로운 출발	배운 것 정리와 마음챙김 실천계획 참가자 피드백: 배운 것을 피드백 하기 일상생활의 마음챙김 계획: 새로운 출발을 위한 마음챙김을 계획하기

자료 분석

SPSS WIN 13.0을 이용하여, 참여집단과 통제집단의 사전 동등성 검증을 위하여 t -검증을 실시하였으며, 프로그램의 효과를 살펴보기 위해 반복측정 변량분석을 실시하였다. 또 프로그램 종료 이후에 나타난 변화에 대한 통

계적 검증을 위해 효과의 크기(Cohen's d)를 산출하였다. Cohen(1988)에 따르면, 효과의 크기 $d = .20$ 은 작은(small) 효과를 나타내고, 효과의 크기 $d = .50$ 은 중간(medium) 크기의 효과를 나타내며, $d = .80$ 은 큰(large) 효과를 나타낸다.

결 과

두 집단의 평균 및 사전평가 비교

참여집단과 통제집단의 동등성을 확인하기 위하여 모든 변수의 사전 검사 결과에 대해 집단 간 독립표본 t - 검증을 실시한 결과, 모든 변인(정서조절 곤란, 마음챙김기술, 우울, 불안, 인지회피, 반추적 반응)에서 집단 간 차이가 유의하지 않았다($p > .60$).

참여집단과 통제집단의 사전, 사후, 추수시기에 따른 전체 변인의 평균과 표준편차를 표 3에 제시하였다. 표 3에 따르면 참여집단의 주의집중은 30.78에서 40.00으로, 수용은 25.56에서 28.22로 사후에 향상된 것으로 나타났다. 반면 정서조절곤란은 85.22에서 63.00으로, 우울은 18.67에서 6.22로, 불안은 15.56에서 8.00으로, 인지회피는 67.33에서 53.78로, 반추적 반응은 47.11에서 37.89로 낮아진 것으로 나타났다.

집단간 사전-사후 반복측정 변량분석 결과

프로그램 시작 전과 종료 후에 반복적으로 실시한 참여집단과 통제집단의 검사를 반복측정 변량분석으로 분석하였다. 각 집단의 사전, 사후의 평균과 변량분석의 결과(표 3)와 각 변인의 사전, 사후의 변화를 그래프(그림 1 - 그림 7)로 제시하였다.

마음챙김기술의 주의집중 및 수용

마음챙김기술의 주의집중은 집단과 시기의 상호작용 효과가 유의하게 나타났고, $F(1, 16) = 10.69, p < .01$, 이 상호작용 효과는 참여집

단의 주의집중이 사전에 비해 사후에 통계적으로 유의미하게 향상된 것에 기인하는 것으로 나타났다, $t(8) = 3.89, p < .01$. 참여집단의 사후점수와 추수점수 간에는 유의한 차이가 없었으며, $t(7) = 1.62, ns$. 통제집단은 사전과 사후의 점수 차이가 유의하지 않은 것으로 나타났다, $t(8) = 1.20, ns$ (표 3, 그림 1).

마음챙김기술의 수용은 집단과 시기의 상호작용 효과가 유의하게 나타났다, $F(1, 12) = 7.79, p < .01$. 각 집단의 사전, 사후의 평균을 비교한 결과 참여집단은 사전과 사후의 마음챙김의 수용에서 변화가 없었으나, $t(8) = 1.69, ns$, 사전에 비해 추수시점에 수용이 통계적으로 유의하게 향상된 것으로 나타났다, $t(7) = 2.37, p < .05$. 통제집단은 사전에 비해 사후에 수용이 낮아진 것으로 나타났다, $t(8) = 2.92, p < .05$. 사후의 집단 간 마음챙김기술의 수용에 대한 평균을 비교한 결과, 참여집단이 통제집단보다 높은 것으로 나타났다, $t(16) = 3.42, p < .01$ (표 3, 그림 2).

정서조절곤란

정서조절곤란에 대한 집단의 사전, 사후검사 결과를 반복측정 변량분석으로 검증한 결과, 집단과 시기의 상호작용 효과가 유의하게 나타났다, $F(1, 24) = 7.30, p < .01$. 후속 t - 검증의 결과, 참여집단은 사전에 비해 사후의 정서조절곤란이 감소된 것으로 나타났으나, $t(8) = 2.94, p < .01$, 사후와 추수 간에는 유의한 차이가 없었다, $t(7) = .94, ns$. 통제집단은 사전과 사후의 점수 차이가 유의하지 않았다, $t(8) = .26, ns$ (표 3, 그림 3).

표 3. 두 집단의 사전 사후 평가 점수 비교

변 수	참여집단(n = 9)				통제집단(n = 9)				F(1, 16)
	사전	사후	추수	사전	사후	추수	집단	시기(사전, 사후)	시기 x 집단
마음챙김기술									
주의집중									
수 용	30.78(8.66)	40.00(5.31)	35.38(2.14)	29.78(2.59)	30.78(1.86)	-	5.54 [*]	16.52 ^{***}	10.69 ^{***}
정서조절곤란	25.56(3.54)	28.22(3.80)	29.62(3.20)	25.67(2.29)	23.33(2.00)	-	4.65 [*]	.04	7.79 ^{**}
수 용	85.22(18.10)	63.00(11.67)	61.38(7.29)	85.88(6.60)	85.22(7.12)	-	8.66 ^{***}	8.23 ^{**}	7.30 ^{**}
불 안	18.67(10.19)	6.22(5.61)	4.00(4.47)	19.78(9.01)	18.88(7.31)	-	4.87 [*]	8.58 ^{**}	6.45 [*]
인지회피	15.56(11.06)	8.00(5.57)	5.13(6.42)	15.56(10.99)	15.44(8.11)	-	.98	3.09	2.91
여 제	67.33(11.35)	53.78(2.99)	48.13(5.53)	70.67(14.99)	73.22(15.67)	-	3.92	3.15	6.76 [*]
주의분산	16.00(5.00)	12.44(4.00)	10.50(3.96)	15.22(3.42)	16.11(3.22)	-	1.08	1.14	3.15
대 제	14.22(3.35)	10.44(3.05)	10.00(3.70)	13.67(3.24)	14.00(3.04)	-	1.39	4.81 [*]	6.85 [*]
회 피	11.56(2.46)	8.67(2.74)	8.00(2.88)	12.56(3.32)	13.22(3.73)	-	3.96	6.48 ^{**}	16.58 ^{***}
전 환	14.78(4.41)	13.33(4.07)	12.25(5.34)	14.78(3.15)	15.00(3.12)	-	.26	.52	.96
반추력 반응	10.78(2.99)	8.88(3.59)	7.38(2.46)	14.44(4.56)	14.88(3.92)	-	7.70 ^{***}	2.83 [*]	7.38 [*]
자 해	47.11(14.74)	37.88(7.59)	33.00(9.47)	47.44(10.06)	46.78(8.96)	-	1.23	3.05	2.29
속 고	13.56(4.50)	10.11(3.92)	9.75(3.33)	14.67(3.84)	14.78(4.27)	-	2.89	3.00	3.41
우울반추	13.11(4.46)	12.00(3.50)	10.13(4.32)	10.88(1.54)	11.11(1.76)	-	1.75	.29	.65
	15.11(5.06)	11.44(1.81)	8.56(2.70)	14.44(3.54)	14.56(3.25)	-	.78	3.29	3.71

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

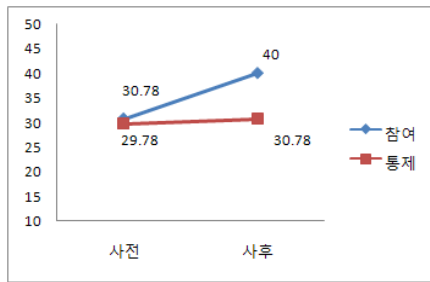


그림 1. 주의집중의 평균 비교

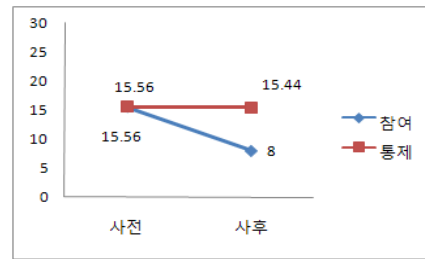


그림 5. 불안의 평균 비교

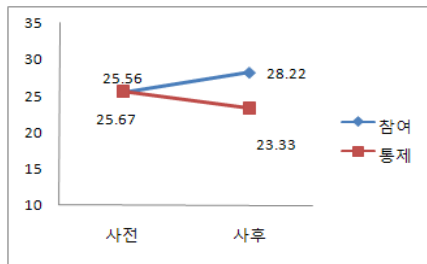


그림 2. 수용의 평균 비교

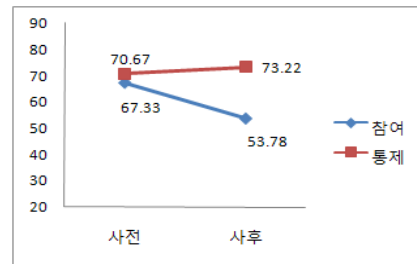


그림 6. 인지회피의 평균 비교

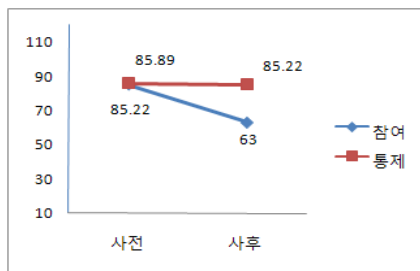


그림 3. 정서조절곤란의 평균 비교

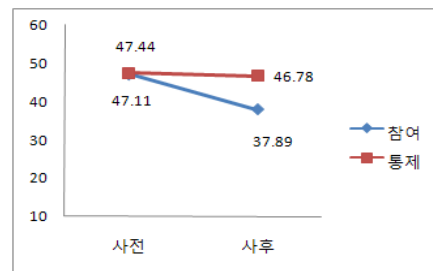


그림 7. 반추적 반응의 평균 비교

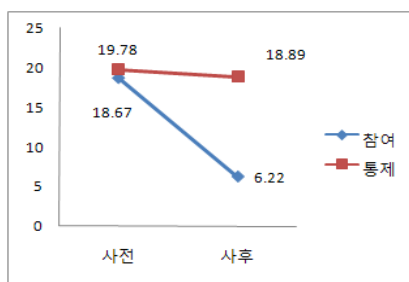


그림 4. 우울의 평균 비교

우울

우울의 경우 집단과 시기의 상호작용 효과가 유의하게 나타났고, $F(1, 16) = 6.45, p < .05$, 이것은 참여집단에서 사전에 비해 사후의 우울이 감소한 것에 기인한 것으로 나타났다, $t(8) = 2.92, p < .01$. 참여집단의 사후와 추수 간에는 유의한 차이가 없었다, $t(7) = .36, ns$.

통제집단은 사전과 사후의 점수에서 통계적으로 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다, $t(8) = .56$, ns .(표 3, 그림 4).

불안

불안에 대한 두 집단의 사전, 사후검사 결과를 반복측정 변량분석으로 검증한 결과, 집단과 시기의 주효과는 유의하지 않았으며, 각각 $F(1, 16) = .98$, ns , $F(1, 16) = 3.09$, ns , 집단과 시기의 상호작용 효과도 유의하지 않았다, $F(1, 16) = 2.91$, ns . 통제집단의 사전과 사후에는 변화가 없었으나, $t(8) = .05$, ns . 사후시점에서 통제집단보다 참여집단의 불안이 유의하게 낮은 것으로 나타났다, $t(8) = 2.27$, $p < .05$. 또 참여집단에서 사전과 추수 사이의 차이가 유의한 것으로 나타났다, $t(7) = 2.92$, $p < .05$.(표 3, 그림 5).

인지회피

인지회피에 대한 반복측정 변량분석의 결과에 의하면, 집단과 시기의 상호작용이 유의한 것으로 나타났으며, ($F(1, 16) = 6.76$, $p < .05$). 이 결과는 참여집단의 사전 점수에 비해 사후 점수가 낮아진 것에 기인한 것으로 나타났다, $t(8) = 2.31$, $p < .05$. 참여집단의 사후점수와 추수점수 간에는 차이가 유의하지 않았으며, $t(7) = 1.85$, ns . 통제집단의 사전과 사후에는 변화가 없었으나, $t(8) = 1.27$, $p < .01$, 사후시점에서 통제집단보다 참여집단의 인지회피 경향이 낮은 것으로 나타났다, $t(8) = 2.87$, $p < .01$.(표 3, 그림 6)

인지회피에 대한 하위요인별 분석에 따르면, 역제는 $F(1, 16) = 3.15$, $p = .09$ 로서 사후에

감소하는 경향성을 나타냈다. 주의분산은 $F(1, 16) = 6.85$, $p = .02$ 로 상호작용효과가 나타났고, 이것은 참여집단의 사전에 비해 사후에 주의분산이 유의미하게 감소한 것에 기인하는 것으로 나타났다, $t(8) = 2.54$, $p < .05$. 또 대체($F(1, 16) = 16.58$, $p = .00$)와 전환($F(1, 16) = 7.38$, $p = .02$)에서도 상호작용효과가 나타났고, 대체($t(8) = 4.41$, $p < .01$)와 전환($t(8) = 2.64$, $p < .05$) 모두 사전에 비해 사후의 유의미한 감소가 관찰되었다. 그러나 회피($F(1, 16) = .96$, ns)는 집단간 유의미한 차이가 없는 것으로 나타났다.

반추적 반응

반추적 반응에 대한 두 집단의 사전, 사후 검사 결과를 반복측정 변량분석으로 검증한 결과, 집단의 주효과, $F(1, 16) = 1.23$, ns , 측정 시기의 주효과, $F(1, 16) = 3.05$, ns . 및 집단과 시기의 상호작용 효과, $F(1, 16) = 2.29$, ns . 가 유의하지 않았으나, $t(8) = .83$, ns , 사후시점에서 참여집단은 통제집단보다 반추적 반응이 낮은 것으로 나타났다, $t(8) = 2.27$, $p < .05$. 반추적 반응의 하위요인별 변량분석 결과에 따르면, 자책($F(1, 16) = 3.05$, $p = .08$)과 우울 반추($F(1, 16) = 3.71$, $p = .07$)는 감소경향성을 나타냈으나, 숙고($F(1, 16) = .65$, $p = .43$)는 집단간에 유의미한 차이가 나타나지 않았다 (표 3, 그림 7).

각 변인의 효과크기

프로그램이 각 종속변인의 변화에 미친 효과의 정도를 살펴보기 위하여 각 변인에 대한 집단 내 효과의 크기(Cohen's d)와 집단 간 효

표 4. 각 변인의 참여집단(사전-사후), 참여집단(사전-추수), 사후 집단간, 통제집단(사전-사후) 효과의 크기

변수	Cohen's <i>d</i> 참여(사전-사후)	Cohen's <i>d</i> 참여(사전-추수)	Cohen's <i>d</i> 사후 집단 간	Cohen's <i>d</i> 통제(사전-사후)
마음챙김기술				
주의집중	1.28	.73	2.32	.44
수 용	.72	1.21	1.61	1.09
정서조절곤란	1.46	1.21	2.30	.10
우 울	1.51	1.87	1.95	.11
불 안	.86	1.15	1.07	.01
인지회피	1.47	1.41	1.35	.17
반추적 반응	.80	1.14	1.07	.07

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

과의 크기를 검토하였다(표 4). 표 4에 따르면 참여집단의 사전, 사후의 효과 크기는 .72에서 1.51로 큰 효과를 보여주고 있으며, 사전, 추수의 크기는 .73 - 1.87으로 큰 효과를 보여주고 있다. 특히 사후의 집단 간 크기는 1.07 - 2.32로 매우 큰 효과를 보여주고 있다. 각 변인에 대한 효과 크기를 구체적으로 살펴보면 다음과 같다.

참여집단의 집단 내 사전-사후, 사전-추수의 효과크기

사전과 사후의 주의집중의 효과의 크기는 $d = 1.28$ 로서 큰 효과로 나타났고, 사전과 추수의 효과의 크기는 중간정도($d = .73$)로써 사후에서 보여주었던 효과의 크기가 거의 유지되는 것을 보여주고 있다. 또 수용에서의 효과의 크기는 사전과 사후에는 $d = .72$ 였으나 사전과 추수에는 $d = 1.21$ 로써 사후보다 더 향상된 것으로 나타났다. 정서조절 곤란은 사전

과 사후에서 $d = 1.46$ 로서 큰 효과를 보여주고 있으며, 이것은 사전과 추수에서도 $d = 1.21$ 로 비슷하게 나타났다. 우울에서는 사전과 사후에는 $d = 1.51$ 의 효과의 크기를 보여주었으며, 사전과 추수에는 $d = 1.87$ 으로 효과의 크기가 더 증가하는 것으로 나타났다. 불안의 경우, 사전과 사후에 $d = .86$ 의 중간크기 이상의 효과의 크기가 나타났으며, 사전과 추수에는 $d = 1.15$ 의 효과의 크기를 나타냈다. 인지회피의 경우에는 사전과 사후에 $d = 1.47$ 로 크기의 효과의 크기가 나타났으며, 사전과 추수에 $d = 1.41$ 로 효과의 크기가 유지된 것을 보여주었다. 반추적 반응에서는 사전과 사후의 효과의 크기는 $d = .80$ 으로 크게 나타났으며, 사전과 추수는 $d = 1.14$ 로 증가하여 큰 효과의 크기를 나타내고 있다.

사후 시점에서의 집단간 효과크기

사후시점의 집단 간 효과의 크기를 살펴본

결과, 주의집중에서는 $d = 2.32$ 으로 매우 큰 효과를 보여주고 있다. 수용의 경우 $d = 1.61$ 이었으며, 정서조절 곤란은 $d = 2.30$, 우울 $d = 1.95$, 불안 $d = 1.07$, 인지회피 $d = 1.35$, 반추적 반응 $d = 1.07$ 로 나타나 모든 변인에서 $d = 1.07$ 이상의 효과의 크기를 보여주었다.

통제집단의 집단 내 사전-사후 사후크기

통제집단의 주의집중은 사전에 비해 사후에 향상되었는데 이에 대한 효과의 크기는 $d = .44$ 로 나타났다. 또 정서조절 곤란은 $d = .10$, 우울 $d = .11$, 불안 $d = .01$, 인지회피 $d = .17$, 반추적 반응은 $d = .07$ 로서 통제집단에서는 효과의 크기가 거의 나타나지 않았다. 그러나 수용은 사전에 비해 사후에 크게 감소한 것을 보여주고 있다($d = 1.09$).

논 의

본 연구는 김정모와 전미애(2009)의 정서조절을 위한 MBCT 프로그램이 임상 환자군의 정서조절에 미치는 효과를 살펴보고자 수행되었다. 본 연구의 대상은 참여집단 9명과 통제집단 9명이었으며, 프로그램 시작 전에 모든 참여자가 우울 또는 불안을 경험하고 있었다. 효과검증을 위하여 사용한 도구는 마음챙김기술 척도(KIMS)와 정서조절곤란 척도(K-DERS), 우울질문지(BDI-II), 불안질문지(BAI), 인지회피 척도(CAS), 반추적 반응 척도(RRS)였다. 참여집단과 통제집단의 각 변인에 대한 사전 사후의 점수에 대한 차이와 효과의 크기(Cohen's d)를 분석하였다.

연구 결과, 프로그램 종료 후에 MBCT 참여집단은 통제집단과 비교하여 마음챙김의 주의집중과 수용이 향상되었고, 정서조절곤란과 우울, 인지회피 경향은 감소하였으나 불안과 반추적 반응은 상호작용 효과가 나타나지 않았다. 그러나 불안과 반추적 반응에서 참여집단과 통제집단의 사후점수를 비교한 결과, 참여집단의 불안 및 반추적 반응 수준이 통계적으로 유의하게 낮았다. 참여집단의 경우 수용과 불안을 제외한 모든 측정변인에서 사후점수는 사전점수와 유의한 차이를 보였고, 이 차이는 추수시점까지 유지되었다. 수용과 불안의 경우, 사전과 사후는 유의한 차이가 없었으나 사전과 추수는 통계적으로 의미있는 차이를 보였다. 또 참여집단의 사전-사후의 효과의 크기에 따르면 주의집중($d = 1.28$)과 정서조절 곤란($d = 1.46$) 및 우울($d = 1.51$), 인지회피($d = 1.47$)에서 큰 효과의 크기가 나타났다. 불안($d = .86$)과 반추적 반응($d = .80$)에 있어서도 큰 효과의 크기가 나타났고, 수용은 $d = .72$ 의 효과의 크기를 보여주었다. 이 결과는 정서조절 MBCT가 정서뿐만 아니라 인지적 측면에서 긍정적인 효과를 보여준다는 것을 의미한다.

본 연구의 결과는 다음과 같은 점에서 의의가 있다. 첫째, 일반인들에게 적용할 수 있도록 개발된 정서조절 MBCT(김정모, 전미애, 2009)가 임상집단에서도 적용될 수 있음을 확인했다는 것이다. 이 결과는 정서조절이 임상 장면의 다양한 장애에 기여하는 요인으로서 심리치료의 주요한 목표라는 점에서 임상적 의의가 크다고 간주된다. 또한 비임상장면에서도 정신건강과 삶의 질에 정서조절은 중요한 요소이기 때문에, 이 결과는 다양한 대상들의 정서조절능력 향상에 활용될 수 있을 것

으로 간주된다. 둘째, 부정적 정서조절과 관련된 인지처리 양식인 인지회피와 반추적 반응의 감소에 미치는 영향을 함께 살펴본 것은 선행연구들에서 제안된 부정적 정서처리와 관련된 이론들을 확인했다는 데 의의가 있다 (Hayes et al., 1999; Nolen-Hoksema, 1991; Teasdale, 1988). 이것은 심리장애의 치료에 있어서 상위인지적 접근의 중요성을 강조한 연구들(조용래, 2008; 조용래, 채숙희, 최연숙, 2009; Teasdale et al., 2002; Wells, 2002)을 지지해 주는 결과이다. 즉 부정적 정서와 관련된 내적 경험의 내용을 수정하는 것보다 내적 경험에 대한 인지처리 과정을 변화시키는 것이 정서조절과 밀접한 관련이 있음을 보여주었다. 셋째, 선행 연구(김정모, 전미애, 2009)에서 제안된 정서조절을 직접적으로 측정하는 척도의 사용으로 정서조절 MBCT 프로그램의 외적 타당도를 높였다는 데 의의가 있다.

본 연구에서 우울이 감소한 것은 MBCT가 우울증상에 긍정적 효과가 있다는 것을 검증한 선행연구들과 동일한 결과라고 할 수 있다 (Barnhofer et al., 2009; Finucane & Mercer, 2006; Kingston, Dooley, Bates, Lawlor, & Malone, 2007). 본 연구에서 실시된 MBCT는 Segal 등의 프로그램을 수정, 보완한 것이지만 우울을 포함한 정서조절이론에 기초하여 구성되었으므로 우울의 감소에 효과를 보여주었다고 할 수 있다. 불안은 사전에 비해 사후에 10% 범위에서 감소 경향성이 나타났었고, 사후가 아닌 추수시점에서 의미있는 향상이 나타났다. 참여집단의 불안에 대한 사전 사후의 효과의 크기는 $d = .86$ 이었으며, 사전 추수는 $d = 1.15$ 로 큰 효과의 크기를 나타냈다. 이 결과는 MBCT가 일반화된 불안장애와 공황장애 및 강박장애 등의 불안 증상감소에 긍정적인 것으로 나타난

연구들(김정모, 전미애, 2009; Evans et al., 2008; Finucane & Mercer, 2006; Kim et al., 2009; Yook, 2009)과 일치하는 결과이다.

반추적 반응은 본 연구에서 사전-사후의 유의미한 차이는 나타나지 않았으나 15% 범위에서 감소경향성이 관찰되었다. 최근 김소정 등(2010)의 요인구조에 따라 분석한 결과에 따르면, 자책과 우울 반추에서 각각 8%와 7%로 감소하는 경향성을 나타냈다. 반추적 반응에 대한 참여집단의 사전-사후의 효과의 크기는 $d = .80$ 이었고, 사전-추수의 효과의 크기는 $d = 1.14$, 사후의 집단 간 효과의 크기는 $d = 1.07$ 로 큰 효과의 크기를 보여주었다. 이것은 MBCT가 반추적 반응을 감소시키는데 큰 영향을 미쳤다는 것을 의미한다. 즉 MBCT 참여자들은 부정적 정서에 따르는 반추적 반응이 감소하였고, 인지회피에 있어서의 효과의 크기도 참여집단의 사전-사후에서 $d = 1.47$, 사전-추수에서 $d = 1.41$, 추수 시점에서의 집단간 효과의 크기는 $d = 1.35$ 로 나타나 MBCT가 인지적 회피에 미치는 영향이 크다는 것을 보여주었다. 이 결과는 마음챙김의 자각이 부정적 정서에 대한 반추나 회피, 재구성, 귀인, 예측, 평가 등의 인지적 과정을 종결시킨다고 한 Campos, Frankel과 Camras(2004)와 동일한 결과로 간주될 수 있다. 한편 통제집단의 사후에 수용이 낮아진 것($d = 1.09$)은 집단 특성에 기인하는 것으로 간주된다. 즉 통제집단은 증상이 개선된 상태이기는 하지만 만성적인 경과를 보이는 신경정신과 환자들로 구성되었고, 본 연구에서 측정한 수용은 자신의 감정과 지각, 느낌, 생각, 사고방식 등에 대한 비판단적인 태도를 의미하는 것이다. 이런 관점에서 심리적인 처치를 받지 않고 약물치료만 계속하는 환경적 특성상, 통제집단의 수용이 사전

보다 사후에 낮아졌을 것으로 추측해 볼 수 있다. 그러나 이에 대한 보다 명확한 규명을 위해서는 후속 연구가 필요할 것이다. 통제집단의 주의집중은 사전과 사후에 있어서 약간의 효과의 크기($d = .44$)를 보여주었으나 평균 점수의 변화로는 통계적으로 유의한 차이가 없었다.

본 연구에서 참여자들의 정서조절곤란이 감소한 것은 다음과 같은 관점에서 논의될 수 있다. 첫째, 마음챙김기술 훈련을 통해서 자각 능력이 향상된 결과라고 간주할 수 있다. 즉 참여자들은 인지모델(ABC모델)의 실습과 3분 공간호흡 등을 통해 정서의 촉발요인에 대한 자각과 정서의 인지적, 생리적 요소들의 상호연관성에 대한 체험적 이해(3-4회기)는 자신이 경험하는 정서에 대한 명료한 이해를 돕는다고 볼 수 있다(김정모, 전미애, 2009). 즉 감정이란 어떤 사건에 대한 자신의 생각으로 인해 유발되는 것이며, 생리적 각성은 생각과 감정의 상호연관성 사이에서 경험하게 되는 것임을 체험적으로 이해하게 되므로 참여자들은 자신의 정서를 보다 명확하게 이해할 수 있게 된다(김정모, 전미애, 2009). 이것은 정서를 유발하는 선행요인에 대한 주의와 자각을 통한 정서조절을 의미하며(Gross & John, 2003), 마음챙김의 주의와 자각의 향상이 심리적 증상을 감소시킨다는 것을 보여준 Shapiro, Oman, Thoresen, Plante 그리고 Flinders(2008)의 연구와 일치한다.

둘째, 참여자들의 정서조절곤란이 감소된 것은 부정적 정서에 대해 거리를 두고 볼 수 있는 수용적 대처능력의 향상에 기인하는 것으로 간주할 수 있다. 프로그램의 5회기에서는 자신의 부정적 정서를 있는 그대로 수용하는 마음챙김을 중점적으로 훈련하는데, 이것

은 신체감각이나 사고에 대해 훈련하던 마음챙김의 수용을 부정적 정서에 적용시키는 것이다. 즉 참여자들은 부정적 정서를 경험할 때, 거부하거나 회피하지 않고 그것이 하나의 마음의 현상인 것을 이해하고, 감정에 대해 거리를 두고 보는(decentering) 마음챙김을 통해 수용적 대처(Hayes et al., 1999; Linenan, 1993a)가 향상되었다고 할 수 있다. 이것은 발생한 정서에 대한 반응조절과정(Gross & John, 2003)이라고 할 수 있으며, 김정모와 전미애(2009)의 연구에서 참여자들의 수용적 태도가 프로그램 중반 이후에 향상된 것으로 나타난 것과 유사한 결과라고 할 수 있다. 또 본 연구에서 참여집단의 인지회피와 반추가 사전에 비해 사후에 유의미하게 감소된 것과 밀접하게 관련이 있을 것으로 간주된다.

셋째, 참여자들은 부정적 감정을 경험할 때, 그 감정으로 인한 행동 갈망(김정모, 전미애, 2009)을 알아차림함으로써 행동에 대한 조절 능력이 향상되었을 것으로 간주된다. 부정적 감정과 그 감정으로 인한 행동의도(Fronsdal, 2009) 때문에 습관적으로 일어나는 충동적 반응에 대한 자각은 프로그램 중반부의 중심내용이다. 이것은 인지 또는 행동의 자동적 반응패턴에 대한 자각과 체험적 이해를 통해 탈자동화가 촉진되고, 충동에 대한 조절능력이 향상되는 결과라고 간주할 수 있다(Gratz & Roemer, 2004).

넷째, 참여자들은 감정으로부터 거리를 두면서 습관적인 반응대신 자신의 목표에 일치되게 행동하는 능력이 배양된다고 할 수 있다(Linehan, 1993a, 1993b; Segal et al, 2002/2006). 즉 참여자들은 감정에 자동적으로 반응하는 대신 감정을 분명하게 자각하고 이해하며 거리를 두는 지혜(Fronsdal, 2009)를 통해, 여유를

가지고 자신의 목표와 일치되는 행동을 선택할 수 있는 능력이 향상되는 것을 보여주고 있다(Linehan, 1993a, 1993b). 이것은 취약한 상황에 대한 탐색(Segal et al, 2002/2006)과 그 상황에서 취할 수 있는 적응적인 행동목록을 작성하는 프로그램 후반부의 활동이 긍정적으로 영향을 미쳤을 것으로 간주된다.

요약하면 본 연구에서 나타난 정서조절향상에 관한 결과는 정서조절 MBCT가 정서의 자각과 이해 및 수용을 증진시키고, 부정적 감정을 수용하는데 효과를 보여준다는 것을 의미한다. 또 MBCT는 충동적 행동을 감소시키고, 자신의 목표에 맞게 효율적으로 행동할 수 있게 하며, 궁극적으로는 자신이 추구하는 가치와 일치되는 행동(Hayes et al., 1999)을 촉진시킨다는 것을 보여주고 있다. 이것은 MBCT 자체가 정서조절 전략과 같다고 한 Williams 등(2008)의 견해를 지지하는 것이라 할 수 있다.

본 연구에서 나타난 정서조절 MBCT 프로그램이 참여집단의 정서조절곤란에 미친 효과의 크기(Cohen's d)는 사전·사후 $d = 1.46$ 이었으며, 특히 사후 시점에서의 집단간 효과의 크기는 $d = 2.30$ 로 나타났다. 이것은 Carmody, Baer, Lykins, 그리고 Olendzki(2009)의 지각된 스트레스(1.02)와 심리적 증상(.74)에 대한 마음챙김의 효과와 Lykins와 Baer(2009)의 정서조절곤란에 대한 효과의 크기(.69)보다 높은 효과의 크기라고 할 수 있다. Camody 등(2009)에서는 MBSR에 참여함에 따른 측정 변인별 효과의 크기는 주의집중 $d = .95$, 비판단 $d = .99$, 지각된 스트레스 $d = 1.02$, 심리적 증상에 $d = .74$ 이었으며, Lykins와 Baer(2009)는 메사추세츠 대학에서 운영하는 정규명상(regular meditation)에 참여하는 사람들을 대상으로 한 연구에서,

주의집중 $d = .95$, 비판단 $d = .51$, 반추 $d = .58$, 정서조절 곤란 $d = .69$ 임을 밝혔다. Camody 등(2009)은 마음챙김이 주의의 자기조절과 환경에 대한 유연성, 지각된 스트레스 및 심리적 신체적 증상을 감소시키는 매개효과가 있음을 확인하였고, Lykins와 Baer(2009)는 심리적 증상뿐만 아니라 삶의 질과 정서조절 및 인지관련 변인인 반추와 사고억제 등에 매개효과가 있음을 검증하였다. 그러므로 본 연구에서의 정서조절 곤란의 감소는 마음챙김의 효과로 유추해 볼 수 있으며, 마음챙김기술이 정서조절곤란을 감소시키는 치료적 기제로 작용하였을 것으로 가정해 볼 수 있다. 그러나 본 연구에서는 피험자수가 소수인 관계로 이에 대한 확인이 수행되지 못했다. 따라서 후속연구에서는 정서조절 MBCT의 효과가 어떤 작용 기제와 과정을 통해 나타나는지, 회기 내에서 참여자들이 어떤 경험을 하면서 결과에 도달하는지에 대해 심층적이고 객관적으로 살펴볼 필요가 있다(Abba, Chadwick, & Stevenson, 2008; Mason & Hargreaves, 2001). 즉, 마음챙김이 정서조절곤란과 심리적 증상에 치료적 기제로 작용할 것이라는 본 연구의 제안을 좀 더 객관적으로 살펴보고, 또 집단이라는 맥락 안에서의 마음챙김이 어떤 작용과 상호작용을 거치며 효과에 도달하는지를 살펴볼 필요가 있다(Camody et al, 2009). 또한 본 연구에서의 통제집단은 기존의 약물치료 외에 어떠한 정기적인 처치도 받지 않았다는 제한점이 있으므로 후속 연구에서는 MBCT 집단과 다른 처치집단, 무처치 집단을 비교함으로써 프로그램의 효과를 보다 체계적으로 살펴볼 필요가 있겠다.

참고문헌

- 김명식, 이임순, 이창선 (2007). 한국판 BDI-II의 타당화 연구 I: 여대생을 대상으로. 한국심리학회지: 임상, 26(4), 997-1014.
- 김소정, 김지혜, 윤세창 (2010). 한국판 반추적 반응 척도(K-RRS)의 타당화 연구. 한국심리학회지: 임상, 29(1), 1-19.
- 김은정 (1993). 우울증상의 지속에 영향을 주는 인지 및 행동요인들: 3개월 간 추적 연구. 연세대학교 일반대학원 박사학위 청구논문.
- 김정모 (2006). 한국판 켄터키 마음챙김기술 척도의 타당화 연구. 한국심리학회지: 임상, 25(4), 1123-1139.
- 김정모, 전미애 (2009). 마음챙김에 기초한 인지치료가 일반 대학생의 정서조절에 미치는 효과. 한국심리학회지: 임상, 28(3), 741-759.
- 육성필, 김중술 (1997). 한국판 Beck Inventory의 임상적 연구. 한국심리학회지: 임상, 16, 185-197.
- 전미애, 김정모 (2009). 마음챙김에 기초한 인지치료가 대학생의 사고억제에 미치는 효과. 한국심리학회지: 건강, 14, 795-813.
- 조용래 (2007). 정서조절곤란의 평가: 한국판 척도의 심리측정적 속성. 한국심리학회지: 임상, 26, 1015-1038.
- 조용래 (2008). 시험불안에서 상위인지의 역할: 우울수준, 실수에 대한 완벽주의적 염려, 학습기술 및 학업적 자기 효능감의 영향을 넘어서. 한국심리학회지: 임상, 27, 709-727.
- 조용래, 채숙희, 최연숙 (2009). 우울과 불안증상 및 안녕감에서 경험 회피와 마음챙김 주의 자각의 역할. 한국심리학회지: 임상, 28, 1135-1154.
- Abba, N., Chadwick, P., & Stevenson, C. (2008). Responding mindfully to distressing psychosis: A grounded theory analysis. *Psychotherapy Research*, 18(1), 77-87.
- Arch, J. J., & Craske, M. G. (2006). Mechanism of mindfulness: Emotion regulation following a focused breathing induction. *Behavior Research and Therapy*, 44, 1849-1858.
- Astin, J. A. (1997). Stress reduction through mindfulness meditation: Effects on psychological symptomatology, sense of control, and spiritual experiences. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 66(2), 97-106.
- Baer, R. A., Fischer S., & Huss, D. B. (2005a). Mindfulness-based cognitive therapy applied to binge eating: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 12, 351-358.
- Baer, R. A., Fischer S., & Huss, D. B. (2005b). Mindfulness and acceptance in the treatment of disordered eating. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 23, 281-300.
- Baer, R. A., Smith G. T., & Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report the kentucky inventory of mindfulness skills. *Assessment*, 11, 191-206.
- Barnhofer, T., Crane, C., Hargus, E., Amarasinghe, M., Winder, R., & Williams, J. M. G. (2009). Mindfulness-based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: A preliminary study. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 366-373.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory*(2nd Manual).

- San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1997). *우울증의 인지치료*. (원호택, 박현순, 신경진, 이훈진, 조용래, 신현균, 김은정 역). 서울: 학지사. (원전은 1979에 출판)
- Berking, M., Wupperman, P., Reichardt, A., Pejic, T., Dippel, T., Dippel, A., & Znoj, H. (2008). Emotion-regulation skills as a treatment target in psychotherapy. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 1230-1237.
- Campos, J. J., Frankel, C. B., & Camras, L. (2004). On the nature of emotion regulation. *Child Development*, 75, 377-394.
- Carlson, L. E., Speca, M., Patel, K. D., & Goodey, E. (2003). Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress, and immune parameters in breast and prostate cancer outpatients. *Psychosomatic Medicine*, 65, 571 - 581.
- Carmody, J., Baer, R. A., Lykins, E. L. B., & Olendzki, N. (2009). An empirical study of the mechanism of mindfulness in a mindfulness-based stress reduction program. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 613-626.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*(2nd ed.). New York: Academic Press.
- Evans, S., Ferrando, S., Findler, M., Stowell, C., Smart, C., & Haglin, D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 716-721.
- Finucane, A., & Mercer, S. W. (2006). An exploratory mixed methods study of the acceptability and effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy for patients with active depression and anxiety in primary care. *BioMed Central Psychiatry*, 6, 1-14.
- Fronsdal, G. (2009). *현재, 이 순간을 알기*. (위오기, 안희영 역). 경기도: 보리수 선원. (원전년도 미상)
- Gilson, M., & Freeman, A. (2006). *우울증의 인지치료*. (최병휘, 이종선 역). 서울: 시그마프레스. (원전은 2006에 출판)
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41-54.
- Gross, J. J., & Munoz, R. F. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology and Social Practice*, 2, 151-164.
- Gross, J., & John, O. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348-362.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 35-43.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavior therapy. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy*. New

- York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Wilson, K. W., Gifford, E., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Emotional avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.
- Huss, D. B., & Baer, R. A. (2007). Acceptance and change: The integration of mindfulness-based cognitive therapy into ongoing dialectical behavior therapy in a case of borderline personality disorder with depression. *Clinical Case Studies*, 6, 17-33.
- Juarascio, A. S., Forman, E. M., & Herbert, J. D. (2010). Acceptance and commitment therapy versus cognitive therapy for the treatment of comorbid eating pathology. *Behavior Modification*, 34, 175 - 190.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4, 33-47.
- Kabat-Zinn, J. (1998). 명상과 자기치유. (장현갑, 김교현 역). 서울: 학지사. (원전은 1990에 출판)
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144-156.
- Kabat-Zinn, J., Wheeler, E., Light, T., Skillings, A., Scharf, M., Cropley, T., G., et al. (1998). Influence of a mindfulness-based stress reduction intervention on rates of skin clearing in patients with moderate to severe psoriasis undergoing phototherapy (UVB) and photochemotherapy (PUVA). *Psychosomatic Medicine*, 60, 625-632.
- Kenny, M. A., & Williams, J. M. G. (2007). Treatment-resistant depressed patients show a good response to mindfulness-based cognitive therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 617-625.
- Kim, Y. W., Lee, S., Choi, T. K., Shin, Y. S., Kim, B., Kim, C. M., Cho, S. J., Kim, M. J., Yook, K., Ryu, M., Song, S. K., & Yook, K. (2009). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy as an adjuvant to pharmacotherapy in patients with panic disorder or generalized anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 26, 601-606.
- Kingston, T., Dooley, B., Bates, A., Lawlor, E., & Malone, K. (2007). Mindfulness-based cognitive therapy for residual depressive symptoms Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 80, 193 - 203.
- Kring, A. M., & Werner, K. H. (2004). Emotion regulation and psychopathology, In P. Philippot, & R. S. Feldman (Eds.), *The regulation of emotion* (pp.359-385). Lawrence Erlbaum Associates.
- Kristeller, J. L., & Hallett, C. B. (1999). An exploratory study of a meditation-based intervention for binge-eating disorder. *Journal of Health Psychology*, 4, 357-363.
- Kuyken, W., Byford, S., Taylor, R. S., Watkins, E., Holden, E., White, K., Barrett, B., Byng, R., Evans, A., Mullan, E., & Teasdale, J. D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy to

- prevent relapse in recurrent depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 966-978.
- Lee, L., Semple, R. J., Rosa, E., & Miller, L. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for children: Results of a pilot study. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 22, 15-28.
- Linehan, M. M. (1993a). Dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: Implications for the treatment of substance abuse. *National Institute for Drug Abuse Research Monographs*, 137, 201-216.
- Linehan, M. M. (1993b). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- Linehan, M. M., Heard, H. L., & Armstrong, H. E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 50, 971-974.
- Lykins, E. L. B., & Baer, R. A. (2009). Psychological functioning in a sample of long-term practitioners of mindfulness meditation. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 23, 226-241.
- Ma, S. H., & Teasdale, J. D. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 30-40.
- Marlatt, G. A. (1994). Addiction, mindfulness, and acceptance. Content, context, and the types of psychological acceptance. In S. C. Hayes, N. S. Jacobson, V. M. Follette, & M. J. Dougher (Eds.), *Acceptance and change: Content and context in psychotherapy* (pp.175-197). Reno, NV: Context Press.
- Mason, O. M., & Hargreaves, I. (2001). A qualitative study of mindfulness-based cognitive therapy for depression. *British Journal of Medical Psychology*, 74, 197-212.
- Michalak, J., Heidenreich, T., Meibner, P., & Schulte, D. (2008). Mindfulness predicts relapse/recurrence in major depressive disorder after mindfulness-based cognitive therapy. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196, 630-633.
- Nolen-Hoksema, S. (1987). Sex difference in unipolar depression: Evidence and theory. *Psychological Bulletin*, 101, 259-281.
- Nolen-Hoksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 569-582.
- Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2007). An open trial of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. *Behavioral Therapy*, 38, 72-85.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2006). 마음챙김 명상에 기초한 인지치료. (이우경, 조선미, 황태연 역). 서울: 학지사. (원전은 2002에 출판)
- Seiffge-Krenke, I. (2000). Causal links between stressful events, coping style, and adolescent symptomatology. *Journal of Adolescence*, 23, 675-691.
- Semple, R. J., & Reid, E. F. G., & Miller, L. (2005). Treating anxiety with mindfulness: An open trial of mindfulness training for anxiety

- children. *Cognitive Psychotherapy*, 19, 379-392.
- Sexton, K. A., & Dugas, M. J. (2007). The cognitive avoidance questionnaire validation of the english translation. *Anxiety Disorder*, ANXDIS-770.
- Shapiro, S. L., Bootzin, R. R., Figueredo, A. J., Lopez, A. M., & Schwartz, G. E. (2003). The efficacy of mindfulness-based stress reduction in the treatment of sleep disturbance in women with breast cancer: An exploratory study. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 85 - 91.
- Shapiro, S. L., Oman, D., Thoresen, C., Plante, T. G., & Flinders, T. (2008). Cultivating mindfulness: Effects on well-being. *Journal of Clinical Psychology*, 64, 840-862.
- Shapiro, S. L., Schwartz, G. E. R., & Bonner, G. (1998). Effects of mindfulness-based stress reduction on medical and premedical students. *Journal of Behavioral Medicine*, 21, 581-599.
- Smith, A., Graham, L., & Senthinathan, S. (2007). Mindfulness-based cognitive therapy for recurring depression in older people: A qualitative study. *Aging and Mental Health*, 11, 346-357.
- Specia, M., Carlson, L. E., Goodey, E., & Anmen, 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*, 2, 613-622.
- Sugiura, Y. (2004). Detached mindfulness and worry: a meta-cognitive analysis. *Personality and Individual Differences*, 37, 169-179.
- Swenson, C. R., Sanderson, C., Dulit, R. A., & Linehan, M. M. (2001). The application of dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder on inpatient units. *Psychiatric Quarterly*, 72, 307-324.
- Teasdale, J. D. (1988). Cognitive vulnerability to persistent depression. *Cognition and Emotion*, 2, 247-274.
- Teasdale, J. D. (1999). Metacognition, mindfulness and the modification of mood disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 146-155.
- Teasdale, J. D., Moore, R. G., Hayhurst, H., Pope, M., Williams, S., & Segal, Z. V. (2002). Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: Empirical evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 275-287.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 615-623.
- Telch, C. R., Agras, W. S., & Linehan, M. M. (2001). Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 69, 1061-1065.
- Thompson, R. A. (1991). Emotional regulation and emotional development. *Educational Psychology Review*, 3, 269-307.
- Turner, R. M. (2000). Naturalistic evaluation of Dialectical behavior therapy-oriented treatment for borderline personality disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 413-419.
- Wells, A. (2002). GAD, metacognition, and

- mindfulness: An information processing analysis. *Clinical Psychology: Research and Therapy*, 37, 585-594.
- Williams, J. M. G., Alatiq, Y., Crane, C., Barnhofer, T., Fennell, M. J. V., Duggan, D. S., Hepburn, S., & Goodwin, G. M. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in bipolar disorder: Preliminary evaluation of immediate effects on between-episode functioning. *Journal of affective disorders*, 107, 275-279.
- Williams, J. M. G., Duggan, D. S., Crane, C. & Fennell, M. J. V. (2006). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Prevention of Recurrence of Suicidal Behavior. *Journal of Clinical Psychology*, 62(2), 201-210.
- Yook, K., Lee, S. H., Ryu, M., Kim, K. H., Choi, T. K., Suh, S. Y., Kim, B., Kim, M. Y., & Kim, M. (2008). Usefulness of mindfulness-based cognitive therapy for treating insomnia in patients with anxiety disorders: A pilot study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(6), 501-503.
- 원고접수일 : 2010. 9. 29.
1차 수정 원고접수일 : 2010. 12. 16.
게재결정일 : 2010. 12. 16.

The Effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Emotion Regulation in a Patient Group

Mi-Ae Jeon

Jung-Mo Kim

Department of Psychology, Yeungnam University

The purpose of this study was to evaluate the effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) for emotion regulation in a patient group. The MBCT group and treatment as usual group were assessed (pre/ post/ follow-up) in cognitive modes associations with negative emotions such as cognitive avoidance, ruminative response, difficulties in emotion regulation, depression, and anxiety. The results indicated that the MBCT group ($n = 9$) showed a significant improvement in observation and acceptance of mindfulness, and reduced cognitive avoidance, ruminative response, difficulties in emotion regulation, depression, anxiety, compared with the treatment as usual group ($n = 9$). These results continued to a six week follow-up. Further, the cohen's d of the MBCT group was large (.72-1.87). Overall, these results imply the applicability of the MBCT for emotion-regulation in a patient groups, MBCT can facilitate a change in cognitive modes which are associated with negative emotions. Further, we have discussed therapeutic factors of MBCT for emotion-regulation, and suggested therapeutic processes for further study.

Key words : mindfulness, mindfulness-based cognitive therapy (MBCT), emotion regulation, depression, anxiety, cognitive avoidance, ruminative response