

한국심리학회지: 건강
The Korean Journal of Health Psychology
2007. Vol. 12, No. 4, 833 - 850

한국형 마음챙김 명상에 기반한 스트레스 감소 프로그램의 개발과 SCL-90-R로 본 효과성 검증[†]

장 현 갑[‡] 김 정 모 배 재 홍
영남대학교 심리학과

본 연구는 한국형 마음챙김에 기반한 스트레스 감소프로그램(K-MBSR)을 개발하고 그 효과를 연구하기 위한 목적으로 시행되었다. 마음챙김에 관한 선행연구와 마음챙김에 기반한 스트레스 감소 프로그램(MBSR)을 고찰한 결과 K-MBSR은 身受心法의 단계로 구성하고 6회 후 종일명상을 실시하는 것이 적절한 것으로 생각되었다. 프로그램의 효과를 검증한 결과, K-MBSR 프로그램은 대학원생과 성인, 그리고 신체형 장애의 환자집단에서 전반적으로 유의한 증상의 감소를 보여 주었다. 이 결과는 K-MBSR 프로그램이 심리적 및 신체적 증상에 긍정적인 효과를 보여주고 있으며, 다양한 대상에 적용이 가능하다는 것을 시사해 주고 있다. 논의에서는 K-MBSR 프로그램의 추후 연구 방향과 환자 집단의 연구에서 무선 통제 집단을 통하여 효과가 검증되어야 할 필요성을 제기하였다.

주요어 : 한국형 마음챙김 명상에 기반한 스트레스 감소 프로그램, 신체형 장애, MBSR

[†] 이 논문은 2006년 정부(교육인적자원부)의 재원으로 한국학술진흥재단의 지원을 받아 수행된 연구임 (KRF-2005-041-H00035)

[‡] 교신저자(Corresponding author) : 장현갑, 경북 경산시 대동 영남대학교 심리학과, E-mail: hkchang523@naver.com

1970년대 이르러 산업사회가 고도화되면서 삶의 양상이 극심하게 바뀌게 되었고 그 결과로 과도한 스트레스가 삶을 위협하기 시작하였다. 이러한 스트레스의 엄습은 질병 발생의 양상마저도 크게 바꾸어 이른바 스트레스가 직·간접적으로 원인이 되는 스트레스 관련 질병(stress related disorder)의 만연을 초래하게 되었다.

신체 건강에 관한 역학조사의 연구 결과에 따르면, 1970년대에 병원을 찾는 모든 외래 환자의 50% 정도가 스트레스와 관련되는 질병을 갖고 있으며(Manuso, 1978), 2000년대에 접어들면서 부터는 환자의 80-90%가 스트레스 관련환자라고 간주되고 있다(Benson, 2003; Mason, 2001). 그러므로 스트레스가 만성 질병 발생의 가장 심각한 원인이 되므로, 스트레스 관리가 공중보건에서 가장 중요한 문제라는 인식을 촉구하는 미국의 국가 보고서(U.S. Department of Health, Education and Welfare, 1979)가 주목을 끈다.

만성적으로 작용하는 스트레스가 여러 종류의 성인병을 일으키는 중요한 원인이 된다는 보고들이 증가하고 있다. 예를 들어 고혈압(Fredrickson & Matthews, 1990; Shapiro & Goldstein, 1982), 심장병(Treiber, Davis, Masante, Rauniker, Strong, MaCaffrey, Meeks, & Vandenoord, 1993), 알코올 중독(Brenner & Moos, 1990), 불안(Jacobson, 1978), 우울(Kessler, McGonagle, Swartz, & Blazer, 1992), 그리고 소화기 장애(Whitehead, 1992) 등의 질병이 만성스트레스에 의해 영향을 받는 것으로 알려져 있다. 즉, 이러한 각종 질병들은 장기간의 스트레스 작용에 따라 심리적 및 생리적 과잉 반응들이 만성화됨으로써 일어나는 질병들이다. 그러므로 스트레스를 적절

하게 대처하게 되면, 질병을 예방하거나 대처하고 삶의 질을 향상시키는데 도움이 된다. 특히 만성 스트레스 관련 질병들에 대한 의료비용을 고려하면, 스트레스 관련 질병들의 발병에 직, 간접적인 원인이 되는 스트레스를 효율적으로 감소시킬 수 있는 프로그램의 개발과 실천이 절실하게 요구되고 있다.

미국의 경우 1980년대부터 스트레스를 경감시키기 위한 각종 행동의학 프로그램이 개발되어 임상에 적용되고 있다. 대표적인 프로그램으로, 캘리포니아 대학교 샌프란시스코 의과대학의 Ornish(1990)가 개발한 “심장병 역전 프로그램(Program for Reversing Heart Disease)”과 매사추세츠 의과대학의 행동의학자인 Kabat-Zinn(1982)이 개발한 “스트레스 감소와 이완프로그램(The Stress Reduction and Relaxation Program)”과 같은 프로그램은 과학적 효과가 입증되어 의료보험에서 공식적으로 지원이 되고 있다(Astin, 1997).

특히 Kabat-Zinn이 개발한 스트레스 감소 프로그램은 1990년대 후반에 들어와 “마음챙김에 기반을 둔 스트레스 감소(Mindfulness-Based Stress Reduction; MBSR)” 프로그램이란 이름으로 불리어지면서 2000년대에는 북미와 유럽의 주요 의료원 240군데 이상에서 사용되게 되었다(Bishop, 2002). Kabat-Zinn의 MBSR 프로그램은 1982년 이후부터 다양한 임상집단의 환자와 비임상집단의 환자에게 적용되었다. MBSR 프로그램은 불안(Kabat-Zinn et al., 1992; Miller, Fletcher, & Kabat-Zinn, 1995), 우울(Teasdale, Segal, Williams, Ridgeway, Soulsby, & Lau, 2000; Williams, Teasdale, Segal, & Soulsby, 2000)과

같은 심리적 문제를 경감시키는데 효과가 있음이 증명되었고, 각종 만성통증의 경감에도 효과가 있음이 밝혀졌다(Kabat-Zinn, 1982; Kabat-Zinn, Lipworth, Burncy, & Sellers, 1986). 또 근 섬유통(fibromyalgia)의 개선에도 효과가 있고(Goldenberg, Kaplan, Nadeau, Brodeur, Smith, & Schmid, 1994; Kaplan, Goldenberg, & Galvin-Nadcau, 1993), 폭식장애(binge eating disorder, Kristeller & Hallett, 1999) 및 건선(psoriasis)과 같은 피부병의 치료에도 효과가 있음이 밝혀졌다(Kabat-Zinn et al., 1998).

최근에 들어와 MBSR 프로그램이 유방암과 전립선 암 환자의 치료에도 효과가 있다는 연구도 보고되고 있다(Carlson, Speca, Patel, & Goodey, 2004; Carlson, Ursuliak, Goodey, Angen, & Speca, 2001). Carlson 등(2004)은 MBSR 프로그램이 유방암과 전립선 암 환자의 불안과 우울과 같은 심리적 고통을 완화시키고 혈압을 낮추는데 효과가 있다고 한다. Carlson 등은 암환자의 우울과 관련있는 Interferon gamma와 Interleukin-10과 같은 면역치가 MBSR 프로그램 수련으로 인해 유의하게 더 감소되었고, 암세포 성장을 억제하는데 관여하는 IL-4는 3배 이상 증가되어 암의 진전을 저지시킨다는 점을 밝혔다. Shapiro, Bootzin, Figueredo, Lopez와 Schwartz(2003)는 2단계로 진행된 유방암 환자를 대상으로 MBSR 프로그램을 실시한 결과, 스트레스와 관련 있는 수면의 내용과 수면의 질이 유의하게 개선되었다는 결과를 보고하였다. 불안, 우울, 공황 그리고 만성통증 등 여러 종류의 질병을 보이는 환자들을 모은 혼합 환자집단을 대상으로 하여 MBSR 프로그램의 효용성을 검증한 연구

(Reibel, Greeson, Brainard, & Rosenzweig, 2001)에서도 MBSR 프로그램의 적용은 각종 질병 증후군 환자의 고통을 유의하게 경감시켰다.

한편 특별한 임상 장애를 보이지 않은 비임상적 집단에 대한 MBSR 프로그램의 효과를 검증한 연구도 있다. Astin(1997)은 일반 대학생을 대상으로, Shapiro, Schwartz와 Bonner(1998)는 스트레스를 많이 받는다고 간주되는 의과대학생을 대상으로 MBSR 프로그램의 효능성을 연구하였다. 이 연구들에서는 MBSR 프로그램이 불안, 우울 등을 유의하게 더 낮춘다는 점을 발견하였다. Jacobs(2002)는 대학교 교직원을 대상으로 MBSR 프로그램이 심리적, 신체적 증후를 개선시키고, 삶의 질을 높인다는 점을 보고하였다.

앞에서 본 것처럼 MBSR 프로그램을 실천하면 심리적 의학적 증후가 개선될 뿐만 아니라 자기 자신에 대한 신념과 태도 그리고 대인 관계성도 크게 개선되는 것으로 나타났다(Kabat-Zinn, 1993, 1996). MBSR 프로그램 수련 환자들은 삶에서 직면하는 스트레스 사건을 위협적으로 보지 않고 하나의 도전적인 것으로 받아들이는 태도로 바뀌게 되며, 통제 불가능한 사건을 내려 놓아버리거나 수용하는 통제감과 능력도 크게 향상되기도 한다(Astin, 1997). MBSR 프로그램 수련을 끝낸 환자들은 타인과 환경에 대한 믿음과 친화력이 강화되기도 한다(Kabat-Zinn, 1993). 마음챙김 명상 수련은 자기 자신과의 연결감뿐만 아니라 타인 또는 보다 큰 전체와의 연결감도 강화시킨다(Shapiro et al., 1998).

한편, 국내에서도 마음챙김 혹은 마음챙김 명상에 관한 연구가 최근에 들어 활발히 전개 되고 있는데 그 사례를 살펴보면 마음챙김에 대한 이

론적 논의와 소개(김교현, 2006a; 김정호, 2001, 2004; 장현갑 2004), 신체상 불만족과 폭식이 심한 여중생을 대상으로 한 연구(황효정, 김교현, 1999), 마음챙김 척도에 관한 연구(권선중, 김교현, 2007; 김정모, 2006; 원두리, 김교현, 2006b), 과민성 대장증후군에 관한 연구(이지선, 김정호, 김미리혜, 2004; 한진숙, 김정호, 김미리혜, 2004), 학부모 정서관리 프로그램에 관한 연구(정순중, 김유숙, 2006), 중독(김교현, 2006b)과 심리적 웰빙(원두리, 김교현, 2006a)에 관한 연구 등이 있다. MBSR 프로그램에 관한 연구로는 한국형 MBSR 프로그램 제작의 예비 연구(배재홍, 장현갑, 2005), 불안과 우울에 관한 연구(장현갑, 배재홍, 2006a), 정신신체징후에 관한 연구(장현갑, 배재홍, 2006b)가 있기도 하다.

그러나, 지금까지 국내에서 사용된 연구들은 Kabat-Zinn의 MBSR 프로그램과 같은 8회기 프로그램을 공식적으로 적용한 연구들은 발견되지 않는다. 따라서 외국의 연구처럼 의료장면에 공식적으로 마음챙김을 스트레스 대처를 위한 프로그램으로 활용하고, 외국의 선행연구들과 비교될 수 있는 한국형 MBSR 프로그램 연구가 활성화되어야 할 필요성이 있다. 즉, 한국의 피험자를 대상으로 활용할 수 있는 프로그램을 개발하고, 비임상 집단인 학생 집단과 일반 성인 집단, 그리고 임상적 환자 집단 등 다양한 집단에 실시하여 효과를 검증하여야 할 필요성이 있다.

본 연구에서는, “한국형 마음챙김 명상에 기반한 스트레스 감소(The Korean Version of the Mindfulness-Based Stress Reduction; K-MBSR)” 프로그램을 개발하고, 그 효과를 검증하

기로 한다. 연구 1에서는 K-MBSR 프로그램 개발에 대한 이론적 배경을 논의하고, 연구 2에서는 다양한 집단(대학원생 집단, 일반 성인 집단, 심신증 환자 집단)을 통하여 K-MBSR 프로그램의 효과를 검증하기로 한다.

연구 1. 한국형 마음챙김 명상에 기반한 스트레스 감소(K-MBSR) 프로그램 개발

프로그램 개발의 배경

K-MBSR 프로그램을 개발하기 위하여 먼저 MBSR 프로그램의 개발과 논리가 담겨있는 저작물들, 특히 Kabat-Zinn(1990, 1994, 2005)의 “*Full Catastrophe Living*”과 “*Wherever you go, There you are*”, 그리고 “*Coming to Our Senses*”, Brantley와 Kabat-Zinn(2003)의 “*Calming your Anxious Mind*”, 그리고 Segal, Williams 및 Teasdale(2001)의 “*Mindfulness Based Cognitive Therapy*”의 내용을 참고하였다. 그리고 마음챙김 명상 수행이 고대 불교 수행, 즉 Vipassana 수행에 근거하고 있다는 점을 참고하여 Sayadow U Janaka(1992)의 “*Vipassana Meditation*”을 참고하여 K-MBSR 프로그램¹⁾을 개발하였다.

프로그램의 구성

K-MBSR 프로그램은 비판단적인 태도에 의해 순수한 알아차림을 내용으로 하는 불교의 마

1) 프로그램의 자세한 내용은 www.mbsr.co.kr과 장현갑(2007)의 “마음챙김”을 통해 공개하고 있다.

음챙김 명상을 응용한 스트레스 대처프로그램이다. 즉, 탐(貪), 진(嗔), 치(痴) 삼독심(三毒心)을 고통과 집착의 근원으로 보고 이를 감소시키기 위해 현상의 무상함을 이해하도록 하는데 기본을 두었다. 몸과 마음의 현상이 끊임 없이 변화하고(無常), 안정되어 있지 못하며[苦], 불변하는 실체가 없음(無我)을 마음챙김을 통해 알아차리고(awareness), 스트레스의 근원이 되는 부정적인 왜곡과 판단을 내려놓고, 현재 경험하는 실제 현상을 수용(acceptance)할 수 있도록 내용을 구성하였다. 수련의 과정과 체계는 사성제(四聖諦)에 기초하여 진행이 된다. 먼저, 고통[苦]을 알아차리고, 고통의 원인[集]을 이해하며, 고통을 소멸[滅]된 세계를 가기 위해 고통의 소멸에 이르는 길[道]을 수행하는 것을 근본으로 한다. 마음챙김이 개발하기 위한 구체적인 대상은 사념처(四念處) 수행의 기본방식을 채택하였다. 즉, ‘육체적인 현상에 대한 마음챙김[身念處]’, ‘느낌과 감각에 대한 마음챙김[受念處]’, ‘마음의 현상에 대한 마음챙김[心念處]’, 그리고 육체적·정신적 현상에 대한 마음챙김[法念處]을 차례대로 수행하여 가도록 프로그램의 과정을 구성하였다.

K-MBSR 프로그램은 전체 8회기로 구성되어 있으며, 매 주 1회기 3시간으로 진행된다. 각 회기에 대한 내용은 강의와 실습으로 구성되어 있으며, 프로그램의 진행자용 교안과 7가지 종류의 실습용 테이프로 구성되어 있다. 참가자들은 주 1회 프로그램 진행자에 의해 프로그램 실습을 하고, 6일간은 집에서 실습하도록 숙제를 받고, 실습일지를 작성하게 된다. 프로그램의 진행은 마음챙김 명상 실습 전문가 교육을 수료한 마음챙김 명상 전문가가 진행하도록 한다.

또 K-MBSR 프로그램에서는 Kabat-Zinn(1990)의 MBSR 프로그램과 유사하게 보디스캔, 정좌명상, 마음챙김 하타요가를 공식명상으로 구성하고, 걷기 명상, 먹기 명상 등을 비공식 명상으로 하여 전체 과정을 구성하였다. 마음챙김을 Kabat-Zinn(1990)의 개념을 받아들여 ‘지금 이곳에 마음을 집중하여 깨어있는 것’으로 정의하고, 마음챙김 명상을 ‘지금 하고 있는 일에 마음을 챙겨 깨어있는 삶의 훈련’이라는 실천적 생활방식으로 재정의 하였다.

각 회기별 명상의 내용

프로그램의 첫 1-2회기에서는 ‘먹기 명상’으로 시작하여 자동조정 상태로 움직이는 마음의 중요 현상에 대해 특별하게 주의를 두도록 하였고, ‘보디스캔’과 ‘걷기 명상’을 통하여 호흡하고, 가고, 서고, 앉고, 눕는 제반 동작 등의 신체적 활동에 대한 알아차림[身念處]을 수행의 목표로 삼았다. 3-4회기는 보디스캔과 호흡명상을 반복하면서 “유쾌한 사건 경험일지”와 “불쾌한 사건 경험일지”를 넣어 감각과 감정과 같은 수념처(受念處) 수행인 ‘고통’, ‘즐거움’, ‘고통도 아니고 즐거움도 아닌’ 3가지의 육체적 정신적 느낌에 대해 마음을 챙기도록 하였다. 5-6회기 프로그램은 호흡명상, 정좌명상, 마음챙김 하타요가로 구성하여 마음의 현상 즉, 심념처(心念處)에 대한 마음챙김을 하도록 구성하였는데 이때 탐욕, 성냄, 어리석음, 산만함 등의 출현을 “알아차림” 하는 것이다. 더불어 요가를 통하여 육체적 현상과 정신적 현상에 대한 연결감을 가지도록 유도하였다. 7-8회기에서는 종일 명상과 개인에게 적절한 수련법을 만드는

과정으로 구성되어 있는데, 지속적인 수행을 통하여 욕망, 분노, 우울 등의 감정과 감각기관, 감각 대상 등에 대한 알아차림과, 대상의 나타남과 변화함 그리고 사라짐을 지켜보도록 하였다. 특히 프로그램이 종료 된 후에도 참여자들이 마음챙김 명상을 지속적으로 수련해 나갈 수 있도록 동기를 높이기 위하여, 마음챙김의 행복감과 안정감을 체험할 수 있는 자비 명상과 산악 명상을 종일명상 프로그램에 포함시켰다.

각 회기별 수련 주제

1회기 주제는 ‘마음의 성질(방황하는 마음알기)’로서 ‘마음챙김 명상이란 무엇인가’에 대한 설명과 ‘마음챙김 명상의 7가지 태도’에 관한 강의 60분과 마음챙김 먹기명상(19분 20초)과 누워서 하는 보디스캔(27분 21초)에 관한 실습으로 구성되어 있다.

2회기 주제는 ‘행동하는 양상에서 존재하는 양상으로’ 되어있으며, 보디스캔의 뜻과 목표, 마음의 산만성, 잘못된 판단 등에 대한 강의를 이루어지고, 실습을 통해 마음의 산만성을 일깨우고, 스트레스 사건에 따라 몸의 반응이 어떻게 달라지는지를 살펴보도록 한다. 실습내용은 보디스캔 명상과 마음챙김 걷기명상(16분 15초)으로 되어 있다.

3회기 주제는 ‘호흡의 힘’으로 호흡과 생명현상, 호흡과 심리상태의 상관에 대한 내용으로 강의를 이루어지고, 마음챙김 호흡명상을 통해 마음이 얼마나 분주하게 움직이는가를 호흡훈련을 통해 인식하도록 하고, 의도적으로 마음을 챙겨 호흡을 해나가도록 유도한다. 실습은 보디스캔과 호

흡명상(30분 03초)으로 구성되어 있다.

4회기 주제는 ‘마음챙김 호흡’으로 호흡을 통해 마음챙김 능력이 증가할 수 있도록 자세잡기, 호흡 유지하기, 호흡에 닻내리기(anchoring), 호흡 확장에 대한 내용으로 강의를 구성되며, 호흡을 하면서 감정이나 생각의 변화를 순간순간 챙기는 호흡 확장 단계를 거치도록 유도하여 전 신체의 감각을 느끼도록 실습이 구성되어 있다. 실습은 마음챙김 호흡확장 실습(8분 9초)과 정좌명상(26분 44초)으로 구성되어 있다.

5회기 주제는 ‘특정한 집중의 대상 없이 마음을 열고 깨어있기(현재에 머물기)’이며 마음의 움직임을 판단하지 않고, 추리하지 않고, 명상 중 일어나는 모든 현상을 있는 그대로 알아차리고 이를 수용할 수 있도록 ‘마음의 자동조정상태’와 지속적인 수련을 하도록 유도하는 내용을 담고 있다. 실습은 정좌명상과 소리듣기와 생각하기(25분 09초)로 구성되어 있다.

6회기 주제는 ‘마음챙김 하타요가’이며 ‘하타요가와 마음챙김’에 관한 설명과 함께 하타요가에서 마음챙김의 중요성과 ‘신체적 저항을 극복하기’에 관한 내용으로 강의를 진행되도록 하고 있다. 실습은 Kabat-Zinn(1990)의 47개의 동작을 느리고 부드럽게 행하도록 하며, 동작을 하는 동안 자신의 호흡을 관찰하고 신체가 느끼는 감각에 주의를 기울이며, 신체의 한계를 탐색하고, 요가 동작과 함께 존재하는 방식을 스스로 익히도록 구성되어 있다.

7회기 주제는 ‘마음챙김의 날(Mindfulness Day)’로 묵언과 상호시선 접촉금지 규칙을 가지고 1시간의 점심시간(먹기 명상)을 포함하여 7시간의 종일 명상프로그램으로 구성되어 있다. 7회기 프

로그래는 녹음된 파일 1번부터 7번까지를 다시 들으며 반복하는 방식으로 진행하며 산악 명상과 자비명상을 수행한다.

8회기 주제는 ‘자신만의 명상법’으로 참가자들이 8회기간의 프로그램 소감을 발표하고, 보디스캔, 정좌명상, 보디스캔을 통한 자기 자신을 위한 고유한 명상법을 설명하고 프로그램 진행자에게 feedback을 받는 형식으로 구성되어 있으며, 발표하지 않는 참가자는 다른 참가자의 발표를 들으며 자신의 프로그램을 구성하도록 유도하도록 구성되었다.

연구 2. SCL-90-R을 이용한 K-MBSR 프로그램의 효과성 검증

본 연구의 효과성 검증은 먼저 Baer(2003)의 개관연구를 참고하여 마음챙김의 효과에 대한 연구에서 가장 많이 사용한 SCL-90-R을 K-MBSR 프로그램의 효과성을 검증하고, 비교하고자 하였다. 연구 2-1에서는 대학원생과 일반 성인을 대상으로 프로그램의 효과를 검증하고자 하였다. 일반 성인의 경우, 심리적, 신체적 건강의 정도에서 대학원생 집단과 큰 차이가 없을 것이라 간주하여, 대학원생을 통한 대기집단을 구성하여 비교하였다. 연구 2-2에서는 병원에서 스트레스 관련 신체형 장애로 진단되어 본 프로그램에 의뢰된 환자 집단이다. 신체형 환자의 경우, 병원프로그램과의 중복으로 인하여 통제집단을 구성하지 않았다. 그러므로 환자 집단의 프로그램의 효과를 검증하기 위하여 사전 사후의 변화에 대한 대응 t-검증을 실시하고 추가로 효과지수(power effects)를 통하여 프로그램의 효과를 분석하였다.

연구 방법

참여자

연구 2-1에는 4년제 대학교의 대학원생과 일반 성인, 대학원 통제 집단의 3집단이 구성되었다. 대학원생을 대상으로 한 집단은 4년제 종합대학교의 심리학과 대학원 과정에 있는 대학생원생으로써, 프로그램의 운영시간을 고려하여 참여한 수업의 종류에 따라 참여 집단과 통제집단을 구분하여 구성하였다. 대학원생 집단은 13명(남자 3명, 여자 10명), 통제 집단은 10명(남자 2명, 여자 8명)이었으며, 대학원생의 연령은 24세에서 45세까지 평균 35.56세(SD=7.53)로 집단 간 연령의 차이는 없었다($t=1.08$, n.s).

일반 성인 집단은 심리상담 연구소에서 일반 시민을 상대로 마음챙김 명상을 홍보하고 마음챙김명상 프로그램에 참가하기를 희망한 22명(남자 14명, 여성 8명)을 대상으로 하였다. 나이는 26세에서 66세까지 평균 47.59세(SD=8.77)이다.

연구 2-2의 신체형 환자 집단은 서울에 소재한 종합병원에서 실시하는 통합의학 프로그램에 참가한 환자들 중, 검사에 자발적으로 응해준 10명(남자 4명, 여자 6명)을 대상으로 하였다. 나이는 24세에서 66세까지 평균 45.10(SD=11.76)이었다.

측정도구

연구 2-1과 2-2에서는 모두 한국형 간이정신진단 검사(Symptom Checklist-90R: SCL-90-R, 김광일, 김재환과 원호택, 1984)를 사용하였다. SCL-90-R은 심리장애 및 정신과 환자들이 일반적으로 경험하는 증상들을 포함하는 90개 문항으로 이루어져 있는데, 각 문항들은 9개의 하위 증

상 척도로 구성되어 있으며 각 문항들에 대해 증상의 심한 정도에 따라 ‘전혀 없다(0점)’에서 ‘아주 심하다(4점)’까지 5점 척도로 평정하도록 되어 있다. 90개의 문항은 9개의 하위 증상척도, 1개의 부가적 문항(Additional Item)과 3개의 전체지표로 구성되어 있는데, 9개의 하위 증상척도는 신체화(Somatization; 12문항), 강박증(Obsessive - Compulsive; 10문항), 대인예민성(Interpersonal Sensitivity; 9문항), 우울(Depression; 13문항), 불안(Anxiety; 10문항), 적대감(Hostility; 6문항), 공포불안(Phobic Anxiety; 7문항), 편집증(Paranoid Ideation; 6문항), 정신증(Psychoticism; 10문항)이다. 전체지수는 3개가 있는데, 전체심도지수(Global Severity Index, 이하 GSI)는 각 문항에서 1점 이상에 평정한 점수의 합계를 총 문항수(90)로 나눈 점수로, ‘현재의 장애 수준 혹은 심도(depth)를 나타낸다. 표출증상합계(Positive Symptom Total, 이하 PST)는 증상의 수 즉 1점 이상에 평정된 문항수를 나타낸다. 표출증상심도지수(Positive Symptom Distress Index, 이하 PSDI)는 각 문항에서 1점 이상에 평정한 점수의 합계를 1점 이상에 평정된 문항수로 나눈 값으로 ‘순수한 장애의 강도’를 나타낸다. PSDI는 환자가 증상을 증가시키거나 감소시키는지의 반응양식을 밝혀준다고 알려져 있다. 본 연구에서는 원점수를 해당 규준표를 참조하여 T점수로 환산하여 사용하였다.

연구절차

연구 2-1과 2-2의 프로그램 진행은 본 연구의 제 1저자가 직접 운영하였으며, 매 주 1회 120분간 프로그램의 지침서에 따라 진행하였다. 사전

사후 검사 및 종일명상의 시행을 위하여, 프로그램의 개발에 참여하고 MBSR 전문가 과정을 이수하고 자격증을 취득한 전문가 1인이 보조하였다. 프로그램 시작 1주 전에 사전 검사를 진행하고, 프로그램의 마지막 회기 종료 후 사후 검사를 실시하였다. 결과는 SPSS 12.0을 통하여 통계 처리하였고, 연구 2-1에서는 대학원생 집단과 일반 성인 집단의 효과는 반복측정 변량분석을 통하여 통계 집단과 비교하였다. 연구 2-1에서 통제 집단은 아무런 개입도 하지 않았으며, 실험집단과 동일한 시점을 택하여 사전-사후검사를 실시하였다. 연구 2-2의 환자집단에 대한 효과는 사전 사후의 대응 *t*-검증을 통하여 분석하였다.

결 과

연구 2-1

연구 2-1에서 SCL-90-R의 하위척도에 대한 각 집단의 사전 및 사후 평균과 효과지수(d) 및 변량분석 결과를 표 1에 제시하였다. 표 1에서 보면 프로그램 실시 전 각 집단 간 SCL-90-R의 모든 하위척도의 차이는 유의하지 않은 것으로 나타났다($F(2, 33) = .03 - 2.87$). 프로그램 실시 후 프로그램에 참여 한 집단의 각 하위 척도의 증상이 감소되었으며, 반복 측정 변량분석의 결과, 공포불안을 제외한 모든 하위척도에서 시기와 검사 시기와 집단 간 상호작용에서 유의한 차이가 나타났다(각각 $p < .05$ 이하). 또 SCL-90-R의 하위척도에서 대학원생과 성인 집단 모두에서 집단 간 차이는 유의 하지 않았으나($p > .10$ 이상), 사후의 집단 간 Scheffé 검증을 통하여 분석한 결과, 대학원생 집단은 공포불안을 제외한 모든 하

위척도에서 통제집단과 유의한 차이를 보여주었다. 또 일반 성인 집단의 경우, 공포불안과 대인 예민성, 그리고 신체화 증상을 제외한 다른 하위 척도에서 통제 집단과 유의한 차이를 보여주었다. 또 SCL-90-R의 하위척도에서 대학원생과 일반 성인에 대한 프로그램의 효과지수는 .75 - 1.99까지 매우 큰 효과를 보여주고 있다. 또한 프로그램 실시 후 사후의 Scheffé 검증결과 SCL-90-R의

표 1. 연구 2-1에서 SCL-90-R검사의 평균, 표준편차와 변량분석 결과

집단		사 전 M (SD)	사 후 M (SD)	d	집 단 F	시 기 F	집단×시기 F
신체화	대학원생 집단	48.31(11.81)	40.62(7.50)	1.99	.03	19.42 ***	4.30 *
	일반인 집단	46.53(6.30)	42.38(4.36)	1.07			
	통제 집단	45.40(3.86)	44.70(4.92)	.18			
강박증	대학원생 집단	48.77(9.52)	38.46(3.86)	1.46	1.25	22.50 ***	14.47 ***
	일반인 집단	48.23(9.13)	42.61(6.58)	.80			
	통제 집단	47.20(7.02)	49.30(7.36)	.29			
대인예민성	대학원생 집단	46.69(7.92)	40.08(3.62)	1.50	2.46	12.39 **	7.85 **
	일반인 집단	49.61(7.48)	44.53(6.92)	1.15			
	통제 집단	47.30(4.40)	49.40(5.70)	.47			
우울	대학원생 집단	45.54(7.52)	38.46(3.15)	1.47	1.60	17.21 ***	4.80 *
	일반인 집단	47.61(5.47)	40.84(4.20)	1.41			
	통제 집단	44.70(4.79)	45.20(5.55)	.10			
불안	대학원생 집단	48.85(10.07)	41.69(4.31)	1.51	.06	13.51 ***	8.50 **
	일반인 집단	47.23(7.32)	42.15(4.99)	1.07			
	통제 집단	44.50(4.72)	46.50(5.42)	.42			
적대감	대학원생 집단	46.38(5.52)	41.85(3.05)	1.18	.73	11.17 **	5.25 *
	일반인 집단	48.30(5.29)	43.61(4.05)	1.23			
	통제 집단	44.10(3.81)	45.30(5.54)	.31			
공포불안	대학원생 집단	45.15(5.32)	41.92(2.93)	.75	1.06	.50	10.37 ***
	일반인 집단	48.30(8.43)	44.76(6.01)	.82			
	통제 집단	43.40(4.30)	48.50(7.59)	1.18			
편집증	대학원생 집단	45.31(7.31)	40.23(2.83)	.94	2.87	5.25 *	10.54 ***
	일반인 집단	48.76(6.48)	43.92(4.51)	.89			
	통제 집단	45.50(5.38)	49.50(6.54)	.74			
정신증	대학원생 집단	45.54(6.86)	39.77(2.49)	1.01	1.58	8.46 **	7.89 **
	일반인 집단	46.92(5.12)	42.23(3.26)	.82			
	통제 집단	44.70(5.66)	47.40(7.46)	.47			
GSI	대학원생 집단	45.85(8.01)	37.69(3.30)	2.12	1.16	24.59 ***	13.08 ***
	일반인 집단	47.23(6.93)	41.00(5.03)	1.62			
	통제 집단	43.90(3.84)	46.00(6.22)	.54			
PSDI	대학원생 집단	50.46(9.02)	44.46(4.37)	1.34	3.48 *	13.31 ***	3.52 *
	일반인 집단	44.30(5.10)	40.76(3.46)	.79			
	통제 집단	45.30(4.45)	45.20(3.58)	.02			
PST	대학원생 집단	43.77(9.11)	34.54(4.94)	1.53	4.20 *	21.87 ***	15.64 ***
	일반인 집단	50.84(8.71)	42.30(9.23)	1.41			
	통제 집단	45.10(6.03)	48.80(9.50)	.61			

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

GSI: 전체심각도 지수, PSDI: 표출증상합계, PST: 표출증상심도지수

전체심도지수(GSI)와 표출증상심도지수(PSDI)는 대학원생이, 표출증상합계(PST)는 일반 성인 집단이 통제집단과 유의한 차이를 보여주고 있는 것으로 나타났다(그림 1 참고). 이 결과는 MBSR 프로그램이 대학원생 및 일반 성인 집단에 있어서 다양한 심리 및 신체적 증상에 긍정적인 효과를 나타내고 있음을 보여준다.

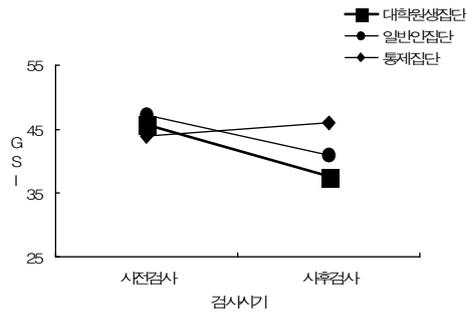


그림 1. 검사시기에 따른 집단별 전체심도지수(GSI)의 평균

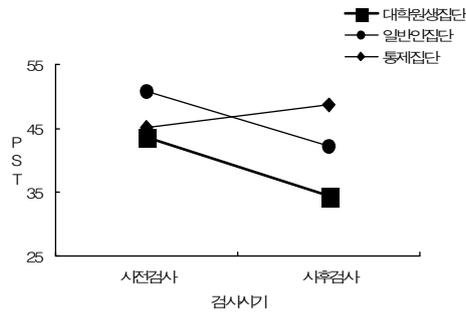


그림 2. 검사시기에 따른 집단별 표출증상합계(PST)의 평균

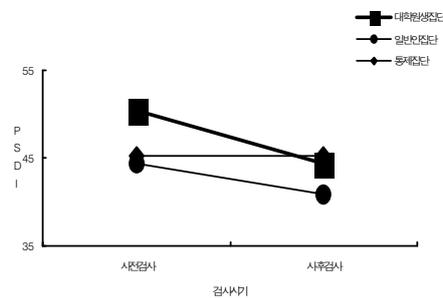


그림 3. 검사시기에 따른 집단별 표출증상심도지수(PSDI)의 평균

연구 2-2

연구 2-2에서는 K-MBSR 프로그램의 효과를 신체형 환자집단을 대상으로 하여 검증하였다. 신체형 환자 집단의 SCL-90-R의 하위척도의 사전-사후 평균과 효과 지수 및 사전 사후의 대응표본 *t*-검증 결과를 표 2에 제시하였다. 표 2에서 보는 바와 같이 프로그램에 참여한 환자 집단은 편집증을 제외한 전체 하위척도에서 사후의 변화가 유의한 것으로 나타났으며, 3개의 전체지수 중 표출증상 합계를 제외한 2개의 다른 전체지수에서 유의한 향상을 보여주고 있다. 또 프로그램의 효과지수(*d*)도 .66 - 1.48까지 큰 효과를 나타내고 있다. 특히 강박증과 대인예민성, 우울과 불안 및 편집증에서 프로그램의 효과가 크게 나타나고 있다(*d* > 1). 이 결과는 K-MBSR 프로그램이 신체형 환자 집단에서 심리적 및 신체적 증상에서 긍정적인 효과를 나타내고 있다는 것을 보여주고 있다.

논 의

본 연구에서는 Kabat-Zinn(1990)의 마음챙김에 기반한 스트레스 감소 프로그램(MBSR)을 기초로 하여 K-MBSR 개발에 대한 이론적 배경과 구성에 대해 논의하고, 그 효과를 검증하였다. K-MBSR은 참여자들이 마음챙김을 통하여 스트레스에 대처할 수 있는 능력을 체계적으로 개발할 수 있도록 구성하였다. 스트레스는 스트레스 사건보다는 그 사건에 대한 인지적인 평가를 통하여 나타나게 된다(Lazarus & Folkman, 1984). 또 스트레스 상황에서 나타나는 자동적인 습관적 반응은 주변 사람과의 관계를 악화시키게 되어 또 다른 스트레스 자극으로 기능하기도 한다. 그러므로 스트레스를 조절하기 위해서는 개인이 사건에 대한 인지적 평가과정을 스스로 이해하고, 스트레스 상황에서 습관적 반응이 아닌, 대안적 행동을 추구할 수 있는 자기조절의 과정을 통해

표 2. 신체형 환자집단의 SCL-90-R의 사전-사후 평균과 표준편차

	사 전 M (SD)	사 후 M (SD)	d	t
신체화	66.20(13.12)	56.60(15.63)	.73	3.39 **
강박증	62.90(10.71)	49.20(12.53)	1.27	3.83 **
대인예민성	62.00(8.31)	51.40(13.30)	1.27	2.74 *
우울	65.20(12.06)	51.50(13.14)	1.13	5.45 ***
불안	65.20(11.64)	51.60(11.52)	1.16	4.78 ***
적대감	59.70(10.57)	52.70(13.19)	.66	2.95 *
공포불안	62.20(10.62)	53.40(12.08)	.82	2.79 *
편집증	60.50(6.70)	53.00(12.34)	1.11	2.12
정신증	63.60(14.65)	51.80(12.61)	.80	4.73 **
GSI	65.70(11.77)	52.80(15.19)	1.09	4.64 **
PSDI	61.80(13.70)	48.79(15.86)	.94	2.81 *
PST	62.50(5.44)	53.20(16.13)	1.48	2.14

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

이루어지게 된다. 마음챙김은 개인이 자신의 관점으로 세상을 이해하는 것을 스스로 관찰하는 초인지적 주의집중의 방법이다. 즉, 한 개인이 자신의 경험과 반응양식을 초인지적 관점에서 비판단적으로 관찰하는 마음챙김은 스트레스를 조절하기 위한 핵심적인 과정이다.

비록 Kabat-Zinn(1990)의 MBSR 프로그램에서 마음챙김을 개발하는 구체적인 단계에 관하여 명시적으로 제시된 것은 없지만, 전통적인 불교적 수행에서 마음챙김은 身, 受, 心, 法의 단계를 통하여 개발된다(Sayadow, 1992; U Silananda, 2002/2003). 그러므로 본 연구의 K-MBSR에서는 전통적인 불교적 수행 단계에 맞추어 먼저 몸에 대한 주의집중과 좋고 나쁜 일차적 정서를 알아차리고, 이후 세밀한 사고와 정서, 그리고 마음의 현상에 대한 자각을 촉진하도록 하였다. 또 K-MBSR 프로그램에서는 MBCT의 구성을 참고하여 초기에 마음챙김의 개발에 중점을 두고, 후반부에 마음의 현상에 대한 자각을 촉진하여 부정적 사건에 대한 수용을 강조하였다. 즉, 심리적 고통은 좋고 나쁜 현상에 대하여 이것을 취하거나, 피하려고 하는 자신의 관점에서 나타나게 된다는 마음의 현상을 자각하고, 사건을 사건 그 자체로 인정하고 수용하는 새로운 대처전략에 중점을 두었다(Baer, 2003; Segal, Williams & Teasdale, 2002).

본 연구에서는 K-MBSR의 효과를 대학원생과 일반 성인, 그리고 신체형 장애로 내원한 환자 집단을 대상으로 검증하였다. 마음챙김이 건강에 미치는 영향은 특정 장애에 한정된 것이 아니라 여러 심리적 및 신체 장애에 포괄적인 영향을 미치기 때문에, 본 연구에서도 여러 집단 구성원들

의 다양한 문제에 공통적으로 효과를 미칠 것이라 가정하였다. 연구 2-1과 2-2의 결과, K-MBSR은 예상했던 대로 모든 집단에서 SCL-90-R의 다양한 정신증상에서 긍정적인 효과를 보여 주었다. 연구 2-1의 결과 프로그램에 참여한 대학원생과 일반 성인 집단이 통제집단과 비교하여 정신증적 증상이 감소하였으며, 3개의 전체지수 변화도 유의하게 감소되었다. 사후 Scheffé 검정 결과, 통제 집단과 비교하여 대학원생 집단이 공포불안을 제외한 모든 증상에서 유의한 향상을 보인데 비해, 일반 성인 집단은 공포와 대인예민성, 그리고 신체화 증상을 제외한 다른 증상들이 향상되었다. 즉, 일반 성인집단보다는 대학원생 집단에서 프로그램의 효과가 더 크게 나타나고 있다. 이러한 차이는 첫째 과제수행의 성적과 밀접한 관련이 있는 것으로 간주된다. 즉, 대학원생들이 프로그램에 적극적으로 참여하고 과제를 수행해야 하는 약속이 잘 지켜진데 비해, 일반 성인은 직장과 일상생활의 일과로 인하여 적극적 참여와 과제 수행의 약속이 잘 지켜지지 않은데 기인할 수 있다. 예를 들어 Baer와 Krietemeyer(2006)도 과제 수행과 프로그램의 성과가 밀접하게 연관이 있다는 것을 강조하고 있다. 또 대학원생 집단의 구성원들 및 구성원과 프로그램의 운영자가 이미 친밀한 관계가 형성되어 있다는 점과 실험자 기대에 반응하였을 가능성 때문에 대학원생이 일반인에 비해 보다 긍정적인 효과를 보여주었을 수 있다. 그러므로 동일한 성인 집단에서의 차이에 대해 후속 연구에서 좀 더 자세한 논의가 필요하다고 하겠다.

또 두 집단 모두 우울, 불안과 같은 심리적 증상에서 큰 향상을 보였는데, 이것은 단기간에 진행된 프로그램에서 심리적 증상이 신체적 증

상보다 쉽게 변화할 수 있는 특성 때문이라 간주된다. 이것은 마음챙김이 심리적 안정을 통하여 신체적 증상의 향상에 기여한다는 Smith(2006)나 Brantley와 Kabat-Zinn(2003)의 스트레스 이론과 일치하는 결과라 여겨진다. 우울, 불안과 같은 심리적 증상은 사실에 대한 개인의 관점에 의해 큰 영향을 받게 된다. 그러므로 개인의 관점을 자각하는 마음챙김은 우울, 불안과 같은 정서를 조절하는데 큰 역할을 하게 된다.

연구 2-2에서는 신체형 환자를 대상으로 프로그램의 효과를 검증 하였다. 프로그램을 실시 한 후 사후의 정신증적 증상은 편집증상을 제외하고 다른 모든 증상에서 유의하게 감소한 것으로 나타났다. 신체형 환자 집단이 정신증적 증상에서 긍정적인 변화를 보인 것은 통증과 같은 신체 질병의 경과에 긍정적인 영향을 미칠 것으로 기대된다. 비록 본 연구에서는 병원의 체계적인 의학 정보 관리 때문에 환자의 의학적 증상에 관한 자료를 검증할 수 없었으나, 프로그램의 실시 후 시행 한 임상면접의 결과, 신체형 환자 집단의 구성원들이 자신의 상태에 대한 수용과 삶에 대한 긍정적인 관점을 지니게 된 것으로 보고하였다. 또한, K-MBSR 프로그램을 만성 통증환자에 적용한 안상섭(2006)의 연구에서도 유의한 통증완화 효과를 확인한 바 있다.

본 연구의 의의는 K-MBSR 프로그램이 다양한 집단을 대상으로 효과적으로 적용될 수 있다는 것을 검증하였다는데 있다. 이것은 마음챙김은 특정한 장애와 특정한 대상에서만 효과를 보이는 것이 아니라, 특정 장애를 초월하여 다양한 집단에서 심리적 및 신체적 증상에 긍정적인 효과를 보인다는 Kabat-Zinn의 연구와 일치하는 것이라

할 수 있다. 최근에 아동과 노인을 대상으로 MBSR에 기반한 마음챙김을 적용하고자 하는 연구가 실시되어(Semple, Lee & Miller, 2006; Smith, 2006), 마음챙김이 특정 연령의 대상에도 적용 가능하다는 것을 보여주고 있다. 그러므로 국내에서도 K-MBSR의 지속적인 발전을 위하여 아동 및 노인을 위한 마음챙김에 기반한 프로그램을 개발하고 연구할 필요가 있다. 이를 위하여 마음챙김 명상에 기반한 스트레스 프로그램을 원론적으로 적용하기 보다는 문화적 특성과 대상에 맞추어 유연하게 구성할 필요가 있다고 하겠다.

그러나 본 연구가 대학원생과 성인, 그리고 환자집단을 대상으로 K-MBSR 프로그램의 긍정적인 효과를 검증하였으나, 연구 결과를 일반화하는데 한계점이 있다. 즉, 환자집단에서 통제집단이 설정되지 않아 연구의 효과를 K-MBSR 프로그램에 귀속시키는데 제한점이 있으며, 환자집단의 신체적 질병에 미치는 영향을 검토하지 못한 것은 추후 연구에서 보완되어야 할 것이다. 또 K-MBSR에 관한 연구가 다양한 대상과 장애에 반복적으로 연구되어 프로그램의 효과가 검증되어야 할 것이다.

본 연구에서는 프로그램의 효과를 검증하는데 일차적 목표를 두었으나, 추후의 연구에서는 K-MBSR이 심리적 및 신체적 증상에 미치는 기제에 관한 연구가 제시되어야 할 것이다.

참고문헌

- 권선중, 김교현 (2007). 한국판 마음챙김 주의 알아차림 척도(K-MAAS)의 타당화 연구. 한국심리학회지: 건강, 12(1), 169-287.

- 김광일, 김재환, 원호택 (1984). Korean Manual of Symptom Checklist-90-Revision. ChungAng Aptitude Publishing Co. Seoul, Korea.
- Derogatis, L. R. (1977). *SCL-90-R (Revised) Manual I*. Clinical Psychometrics Research Unit, Baltimore, Johns Hopkins University School of Medicine.
- 김교현 (2006a). 마음챙김 명상 연구의 쟁점과 과제. 2006년 한국건강심리학회 제 1차 학술발표대회 및 워크샵 자료집, 54-64.
- 김교현 (2006b). 중독과 자기조절. 한국심리학회지: 건강, 11(1), 63-105.
- 김정모 (2006). 한국판 센터키 마음챙김 기술 척도의 타당화 연구. 한국심리학회지: 임상, 25(4), 1123-1139.
- 김정호 (2001). 체계적 마음챙김을 통한 스트레스 관리: 정서 마음챙김을 중심으로. 한국심리학회지: 건강, 6(1), 23-58.
- 김정호 (2004). 마음챙김이란 무엇인가? 마음챙김의 임상적 및 일상적 적용을 위한 제언. 한국심리학회지: 건강, 9(2), 511-538.
- 배재홍, 장현갑 (2005). 마음챙김명상을 바탕으로 한 스트레스 감소 프로그램의 한국판 제작을 위한 예비연구. 2005년 한국심리학회 연차학술발표대회 논문집, 48-49.
- 안상섭 (2007). 한국형 마음챙김 명상에 기반한 스트레스 감소 프로그램이 만성통증에 미치는 효과. 영남대학교 박사학위 논문.
- 원두리, 김교현 (2006a). 심리적 웰빙을 어떻게 추구할 것인가. 한국심리학회지: 건강, 11(1), 125-145.
- 원두리, 김교현 (2006b). 한국판 5요인 마음챙김 척도의 타당화 연구. 한국심리학회지: 건강, 11(4), 871-886.
- 이지선, 김정호, 김미리혜 (2004). 마음챙김명상이 과민성대장증후군에 미치는 효과: 여자 중학생을 대상으로. 한국심리학회지: 건강, 9(4), 1027-1040.
- 장현갑 (2004). 스트레스 관련 질병 치료에 대한 명상의 적용. 한국심리학회지: 건강, 9(2), 511-538.
- 장현갑 (2006). 마음챙김 명상. 2006년 한국임상심리학회 동계연수회 자료집 1. 25-86.
- 장현갑 (2007). 마음챙김. 서울: 미디어북스
- 장현갑, 배재홍 (2006a). 마음챙김명상에 기반한 스트레스 완화프로그램이 불안과 우울에 미치는 영향. 2006년 한국건강심리학회 제 1차 학술발표대회 및 워크샵 자료집, 44-46.
- 장현갑, 배재홍 (2006b). 마음챙김명상에 기반한 스트레스 완화프로그램이 정신신체징후(SCL-90-R)에 미치는 효과. 2006년 한국건강심리학회 제 1차 학술발표대회 및 워크샵 자료집, 47-50.
- 정순중, 김유숙 (2006). 학부모 정서관리 훈련 프로그램의 개발 및 효과. 한국심리학회지: 건강, 11(4), 817-838.
- 한진숙, 김정호, 김미리혜 (2004). 마음챙김명상이 과민성 대장증후군 환자의 증상과 심리적 특성에 미치는 효과. 한국심리학회지: 건강, 9(4), 1041-1060.
- 황효정, 김교현 (1999). 인지-행동 프로그램과 명상훈련 프로그램이 여중생의 신체상 불만족과 폭식의 개선 및 체중감소에 미치는 효과. 한국심리학회지: 건강, 4(1), 140-154.
- 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. (2003). Mindfulness intervention as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 125-143.
- Baer, R. A., & Krietemeyer (2006) Overview of

- mindfulness-and Acceptance-Based treatment approaches. In R. A. Baer(Ed.), *Mindfulness-Based Treatment Approaches: Clinician's guide to evidence base and application*(pp. 143-166). New York: Academic Press.
- Benson, H. (2003). *Breakout Principle*. New York, Simon & Schuster, INC(나를 깨라, 그래야 산다. 장현갑, 권오근, 박순정, 장주영. 2005. 서울: 학지사).
- Bishop, S. R. (2002). What do we really know about mindfulness-based stress reduction? *Psychosomatic Medicine, 64*(1), 71-83.
- Brantley J., & Kabat-Zinn, J. (2003) *Calming Your Anxious Mind: How Mindfulness and Compassion Can Free You from Anxiety, Fear, and Panic*. New Harbinger Publications.
- Brennan, P. L., & Moos, R. H. (1990). Life stressors, social resources, and late-life problem drinking. *Psychology and aging, 5*, 491-501.
- Carlson, L. E., Ursuliak, Z., Goodey, E., Angen, M., & Speca, M. (2001). The effects of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients: 6-month follow-up. *Supportive Care in Cancer, 9*, 112-123.
- Carlson, L., Speca, M., Patel, K., & Goodey, E. (2004). Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress and levels of cortisol, dehydroepiandrosterone sulfate(DHEAS) and melatonin in breast and prostate cancer outpatients. *Psychoneuroendocrinology, 29*(4), 448-474.
- Fredrickson, M., & Mathews, K. A. (1990). Cardiovascular response to behavioral stress and hypertension: A meta-analytic review. *Annal Behavioral Medicine, 12*, 30-39.
- Goldenberg, D. L., Kaplan, K. H., Nadeau, M. G., Brodeur, C., Smith, S., & Schmid, C. H. (1994). A controlled study of a stress-reduction, cognitive-behavioral treatment program in fibromyalgia. *Journal of Musculoskeletal Pain, 2*, 53-66.
- Jacobs, B. J. (2002). The Influence of a Mindfulness-Based stress reduction program on perceived quality of Life. *Dissertation-Abstract-International vol. 62*.
- Jacobson, E. (1978). *You Must Relax*. New York. McGraw-Hill.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation. *General Hospital Psychiatry, 4*, 33-47.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Delta(명상과 자기치유(상, 하). 장현갑, 김교현 장주영 공역. 2005. 서울: 학지사).
- Kabat-Zinn, J. (1993). *Psychosocial Factors in Coronary Heart Disease: Their Importance and Management*. In Ockene, IS and Ockene J (Eds) *Prevention of Coronary Heart Disease*, Little Brown, Boston, pp. 299-333.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are*. New York: Hyperion Press.
- Kabat-Zinn, J. (1996). *Mindfulness Meditation*. What It Is, What It Isn't, and Its Role in Health Care and Medicine, in Haruki, Y. and Suzuki, M. (eds) *Comparative and Psychological Study on Meditation*. Eburon, Delft, Netherlands, pp. 161-170.

- Kabat-Zinn, J. (2005). *Coming to Our senses: Healing Ourselves and the World Through Mindfulness*. New York: Hyperion.
- Kabat-Zinn, J., Lipworth L, Burney R., & Sellers, W. (1986). Four-years follow-up of a Meditation-based program for self-regulation of chronic pain: Treatment outcomes and compliance. *Clinical Journal of Pain*, 2, 159-173.
- Kabat-Zinn, J, Massion AO, Kristeller J, Peterson LG, Fletcher KE, Pbert L, Lenderking WR, & Santorelli SF. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 19, 936 - 43.
- Kabat-Zinn, J., Wheeler, E., Light, T., Skillings, A., Scharf. M. J., Cropley T. G., Hosmer, D., & Bernhard, J. D. (1998). Influence of a mindfulness meditation-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(5), 625-632.
- Kaplan, K. H., Goldenberg, D. L., & Garvin-Nadeau, M. (1993). The impact of a meditation-based stress reduction program on fibromyalgia. *General Hospital Psychiatry*, 15(5), 284-289.
- Kessler, R. C. McGonagle, K. A. Swartz, M., & Blazer, D. G. (1992). Sex and depression in the National Comorbidity Survey I: Lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *Journal of Affective Disorders*. 29(2), 85-93.
- 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.
- Manuso, J. (1978). *Testimony to the president's commission on mental health*. Report of the President's Commission on Mental Health, Vol. 2, Appendix, Washington, US Government Printing Office.
- Mason, L. J. (2001). *Guide to stress Reduction*. Berkely, Celestial Arts.
- Miller J, Fletcher K., & Kabat-Zinn J. (1995). Three-year follow-up and clinical implications of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention in the treatment of anxiety disorders. *General Hospital Psychiatry*, 17: 192 - 200.
- Ornish, D. (1990). *Dr. Dean Ornish's Program for Reversing Heart Disease*. New York : Random House(장현갑, 장주영(2003). 요가와 명상 건강법. 서울: 석필).
- Reibel, D., Greeson, J., Brainard, G., & Rosenzweig, S. (2001). Mindfulness-Based stress reduction and health-related quality of life in a heterogeneous patient population, *General Hospital Psychiatry*, 23, 183-192.
- Sayadow U Janaka (1992) Vipassana meditation(김재성 역, 위빠사나 수행, 불광출판사, 2003)
- Segal, Z. V., Williams, J. M., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Semple, R. J., Lee, J., & Miller, L. F. (2006). Mindfulness-based cognitive Therapy for children. In R. A. Baer(Ed.), *Mindfulness-Based Treatment Approaches: Clinician's guide to evidence base and application(pp. 143-166)*. New York: Academic Press.

- Shapiro, D., & Goldstein, I. B. (1982). Behavioral Perspective on hypertension. *Journal of consulting Clinical Psychology, 50*, 841-858.
- Shapiro, S., Bootzin, R., Figueredo, A., Lopez, A., & Schwartz, G. (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*(1), 85-91.
- Shapiro, S., Schwartz, G., & Bonner, G. (1998). Effects of mindfulness-based stress reduction on medical and premedical students. *Journal of Behavior Medicine, 21*, 581-599.
- Smith, A. (2006). Like waking up from a dream: Mindfulness training for older people with anxiety and depression. In R. A. Baer(Ed.), *Mindfulness-Based Treatment Approaches: Clinician's guide to evidence base and application*(pp. 191-215). New York: Academic Press.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M., Ridgeway, V., Soulsby, J., & Lau, M. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 615-623.
- Treiber, F. A., Davis, H., Musante, I., Raunikar, R. A., Strong, W. B., & Vandemoord, R. (1993). Elteriaity, Gender, Family history of myocardial laboratory stressors in children. *Health Psychology, 12*, 6-15.
- U.S. Department of Health, Education and Welfare. (1979). *U.S. Department of Health Education and Welfare, National Blood Policy Records. MS C 393.*
- U Silananda (2003). 네 가지 알아차림의 확립[The four foundations of mindfulness]. (심준보 역). 서울: 보리수 선원. (원전은 2002에 출판)
- Whithead, W. E. (1992). Behavior medicine approaches to gastrointestinal disorders. *Journal of consulting & Clinical Psychology, 60*, 605-612.
- Williams, J. M. G., Teasdale, J. D., Segal, Z. V., & Soulsby, J. (2000). Mindfulness-Based Cognitive Therapy reduces overgeneral autobiographical memory in formerly depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology, 109* (1), 150-155.

원고접수일: 2007년 4월 4일

수정원고접수일: 2007년 11월 19일

게재결정일: 2007년 11월 26일

The development of Korean Version of Mindfulness-Based Stress Reduction Program and the Effects of the Program

Hyoun-Kab Chang Jung-Mo KIM Jae-Hong Bae
Dept. of Psychology, Yeungnam University

In this article, we have developed the Korean version of mindfulness-based stress reduction(K-MBSR) and examined the effects of the program. The review of previous studies about the mindfulness and mindfulness-based stress reduction(MBSR) has shown that K-MBSR can be effectively based on 4 stages of body, feeling, mind and mental objects and daily meditation after session 6. Examined the effects of the 8 session program, K-MBSR reduced effectively the various symptoms of SCL-90-R of students at graduate school, adults and somatoform patients. This results suggests that K-MBSR can influence positive on the psychological and physiological symptoms and have application to different groups. In discussion we pointed out necessity of following studies, especially using of randomized control design to bring to a proper conclusion.

Keywords: Korean Version of Mindfulness-Based Stress Reduction, Mindfulness, Stress Reduction Program, Somatoform Disorder.