

# 마음챙김에 기반한 인지 치료(MBCT) 프로그램이 기능성 소화불량증을 경험하는 사람들의 소화불량 증상, 걱정 및 삶의 질에 미치는 영향

김지연    손정락<sup>†</sup>  
전북대학교 심리학과

본 연구에서는 마음챙김에 기반한 인지치료(MBCT) 프로그램이 기능성 소화불량증을 경험하는 사람들의 소화불량 증상, 걱정 및 삶의 질에 미치는 효과를 알아보았다. 전북지역 C 대학교의 500명 이상의 남녀 대학생들 중 기능성 소화불량증 진단 준거에 맞는 24명이 본 연구에 참가하였다. 최종 선발된 24명은 MBCT 집단 (12명), 통제 집단 (12명)에 각각 무선할당 되었으며, MBCT 프로그램은 10회기로 실시되었다. 참가자들의 소화불량 증상, 걱정 및 위장관련 삶의 질은 사전 검사, 사후 검사 및 1개월 추적 검사 기간에 평가되었다. 그 결과 치료 집단의 소화불량 증상, 걱정이 통제 집단보다 유의하게 더 감소되었고, 위장관련 삶의 질이 유의하게 더 개선되었으며, 그 수준이 추적검사까지 유지되었다. 마지막으로, 본 연구의 의의, 제한점 및 후속 연구를 위한 시사점이 논의되었다.

주요어: 기능성 소화불량증, 걱정, 소화불량 증상, 삶의 질, 마음챙김에 기반한 인지치료

---

<sup>†</sup> 교신저자(Corresponding author) : 손정락, (561-756) 전북 전주시 덕진구 백제대로 567, 전북대학교 심리학과, Tel: 063-270-2927, Fax: 063-270-2933, E-mail: jrson@jbnu.ac.kr

기능성 소화불량증은 상복부 중심의 질병으로, 기능성 소화불량증으로 진단되려면 불쾌한 식후 포만감, 조기포만감, 명치부위 복통 혹은 쓰림의 네 가지 증상 중 하나 이상인 경우에 해당되어야 한다(정해경, 2010). 이러한 증상들은 내시경 검사로 원인이 발견되지 않아야 하며, 배변으로도 완화되지 않아야 하고 증상들이 진단 6개월 이전에 발병 되어야 한다. 또한 소화불량 증상들은 연속적일 필요는 없지만 3개월 동안 지속되어야만 하며, 만성적이고 재발이 심하다는 특징이 있다(Drossman, 2006).

기능성 소화불량증은 매우 흔한 질병으로 볼 수 있는데, 소화불량으로 인해 4명 중 1명이 병원을 찾는다고 보고될 만큼 많은 사람들이 소화불량 증상을 호소하고 있다(Talley, Byce, & Jones, 1998). 게다가 소화불량 증상으로 인해 병원을 내원하는 환자들 중 약 8-20%에서 기질적인 질환들이 발견되고 70-92%에서는 기질적인 질환을 확인할 수 없는 기능성 소화불량증으로 진단된다(Lieberman et al., 2004). 국내에서 연구된 김형태(2010)의 연구에 따르면 전국 8개 지역의 일반인을 대상으로 전화설문 조사를 시행한 결과 기능성 소화불량의 진단 준거를 만족 시킨 환자들이 13.4%에 해당하였다.

기능성 소화불량증은 기질적 이상이 발견되지 않기 때문에, 무엇이 소화불량을 일으키는지에 대해서 아직 의견이 분분하지만 Mayer(1999)가 주장한 기능성 위장관 장애에 대한 다중요인 모형을 통해 어느 정도 설명이 가능하다. 이는 질병의 생물심리사회적 모형과도 비슷한데, 정서, 인지, 생리 및 행동적 요인들이 서로 상호작용하며 위장 증상에 영향을 미치게 된다는 것이다. 즉, 소화

불량 증상으로 인한 통증을 순수한 감각으로 규정하기 보다는 심리적 요인과 신체 내부가 서로 상호작용하여 장해를 나타내는 항상성 정서인 것으로 본 것이다. 더욱이 소화불량 증상으로 인해 신체적 및 심리적 불편감이 호소되기 때문에 기능성 소화불량증이 특정한 신체적 질병으로만 한정되기 보다는 정신적 장해로서의 관점으로 확장시켜져야 할 것으로 보인다.

이에 따라 기능성 소화불량증의 이해와 치료를 위해서 기능성 소화불량증상뿐 아니라 증상과 함께 나타나는 심리적 증상들도 초점을 맞출 필요가 있다. 실제로 기능성 소화불량증 환자는 정상인에 비해 우울, 불안, 분노, 감정표현불능증과 같은 부정적인 심리들과 더 상관관계가 높다는 국내 연구가 있다(최지훈, 최석채, 염주진, 김상욱, 서검석, 김태현, 이상렬, 나용호, 2002). 최근 대부분의 연구들에선 특히 불안이 소화불량 증상의 예측 요인이며, 기능성 소화불량증과 가장 관련이 있다고 보고되고 있다(Mussell et al., 2008; Talley & Choung, 2009). 소화불량증과 소화성궤양 환자들이 통제집단보다 정신장애의 유병률이 86.7%대 25.0%로 더 높았으며, 이 중에서 불안장애가 66.7%로 가장 많다고 보고되기도 하였다(Langeluddecke, Goulston, & Tennant, 1990; 고경봉, 2000 재인용). 게다가 Mussell 등(2008)이 기능성 위장관 장애와 범불안장애와의 높은 상관을 보고할 만큼 기능성 소화불량증 환자들은 일반적인 불안을 가지고 있다. 범불안 장애의 핵심증상은 걱정인데, 이에 따라 기능성 소화불량 환자들이 만성적인 걱정을 하고 있다고 볼 수 있다.

또한 소화불량 증상들은 삶의 질에도 크게 영향을 미치는 것으로 보인다. 지역사회 주민들을

대상으로 한 연구에서 만성 위장관 증상이 없는 주민에 비해 만성 위장관 증상이 있는 주민에서 건강관련 삶의 질(SF-36)로 측정된 삶의 질이 저하되어 있었다(정정조, 2009). 심태경(2010)의 연구에서 걱정은 수면을 포함한 안녕(Well-Being)에 영향을 미치는 것으로 나타났는데 기능성 소화불량증 환자들의 삶의 질 저하는 만성적인 걱정으로 설명이 가능할 것으로 보인다. Gathaiya 등(2009)은 소화불량증과 수면 곤란의 연관성에 대해 언급하였다. 이와 같이 소화불량 증상은 불쾌한 상태의 통증이 계속 지속되기 때문에 수면이나 공부 및 일을 하는 데 있어서 많은 지장을 초래하여 환자의 전반적인 삶의 질 저하와 관련되어 있다고 볼 수 있다.

기능성 소화불량증은 매우 흔하고 증상의 호전과 악화가 반복되는 만성적인 질환으로 삶의 질을 떨어뜨리고 의료 이용 자체뿐 아니라 신체적 정신적 기능 저하를 유발하여 사회경제적으로 손실을 초래한다고 볼 수 있다(지삼룡, 정혜경, 민병훈, 최기돈, 이풍렬, 강영우, 이상인, 2010). 따라서 이에 대한 효과적인 치료방법이 필요한데, 현재 기능성 소화불량증의 주 치료 방법으로는 내과 장면에서 사용되는 위장 운동 촉진제, 제산제 등의 약물치료이다. 지삼룡 등(2010)은 최근 10년 동안의 문헌들을 연구한 결과, 위장 운동 촉진제와 제산제가 위약보다 소화불량 증상에 효과가 있다고 보고하였다. 그러나 이러한 위장 관련 약물들은 약물에 대한 부작용의 문제가 뒤따를 수 있다. Cisaprid와 같은 위장관 촉진제들이 소화불량 증상들을 개선시키는 것으로 보고되는 반면 부정맥 등 심각한 부작용들을 야기시킬 수 있다는 보고가 있다(Wilhelmsen, 2002). 한편 항우울제와 항

불안제와 같은 정신약물학적 접근들이 소화불량 증상에 효과적일 수 있다(Tanum & Malt, 1996; 박주연, 유범희, 2004 재인용). 그러나 이러한 정신과적 약물치료의 부정적인 사회적 인식 때문에 치료에 있어서 보편적이게 되기는 힘든 것으로 보인다.

따라서 약물치료와 함께 환자들의 심리사회적 요인들을 고려한 치료가 장기적이고 재발적인 소화불량 증상들을 다루는 데 효과적일 것으로 보인다. 기능성 소화불량증 환자들을 대상으로 시행되는 심리치료에는 대인관계-정신역동적 정신치료, 최면 치료, 인지치료 및 인지행동치료 등이 있다(Haug, 2002; Haug, Whilhelmsen, Syebak, Berstad, & Urisin, 1994; Hyphantis, Guthrie, Tomenson, & Creed, 2009; Whorwell, 2008). 그렇지만 기존의 심리치료들에도 몇 가지 한계점들이 발견되었다. Wilhelmsen(2002)는 최면 치료의 경우 효과는 있지만 치료 기제가 분명하지 않다는 단점이 있다고 주장하였다. Haug(2002)은 기능성 소화불량증 환자들을 대상으로 인지치료를 시행한 결과 불안의 감소와 함께 소화불량 증상 대부분이 감소했으나 주 증상인 상복부 불쾌감과 상복부 팽만에서는 효과가 없었다고 보고하였다. 이는 치료에 대한 중심을 소화불량 증상보다는 인지적인 측면을 중심으로 하였기 때문인 것으로 보인다.

이에 따라 인지적인 변화만으로는 신체적인 소화불량 증상까지도 다루어줄 수 있는 치료 기법이 필요할 것으로 보인다. 최근에 소화불량 증상을 중점적으로 다루는 치료 연구들의 효과가 보고되었다. 박현숙(2005)은 점진적 근육 이완으로 기능성 소화불량증 환자들을 위한 치료 효과를

보았는데, 그 결과 환자들의 우울, 불안 및 소화불량 증상에 어느 정도 효과적인 연구가 있었지만 단기간의 교육프로그램으로 장기간의 효과성 여부를 알 수 없었다. 또한 마음챙김 명상의 경우 기능성 위장관 장애의 증상을 감소시키는 데 모두 효과적이었으나 추적조사가 시행되지 않아 치료 효과의 지속성을 알아볼 수 없었다(이지선, 김정호, 김미리혜, 2004; 한진숙, 김정호, 김미리혜, 2004). 이어서 기능성 소화불량에 대한 마음챙김 명상의 효과 연구의 경우 소화불량증상에 대한 효과는 있었으나 환자들의 부정적인 정서에 대한 효과를 확인할 수 없었다(김주희, 2010). 이에 따라 기능성 소화불량증을 가진 환자들의 주 증상인 소화불량 증상과 함께 부정적인 심리 요인들을 효과적으로 다룰 수 있는 치료 연구가 필요할 것으로 보인다.

이에 대해 마음챙김에 기반한 인지치료는 기능성 소화불량증의 부정적인 정서면과 소화불량 증상을 통합적으로 다루는 데 있어 대안적인 방법일 수 있다. 마음챙김에 기반한 인지치료는 Kabat-Zinn의 마음챙김 명상에 기초한 스트레스 감소(Mindfulness-Based Stress Reduction, MBSR)프로그램에 인지치료를 결합한 것으로서 Segal 등이 개발하였다(Segal, Williams, & Teasdale, 2006). 마음챙김에 기반한 인지치료(MBCT)에서는 마음챙김 명상과 인지 치료의 핵심을 함께 다루고 있다. 인지치료의 핵심은 사람들이 자신의 자동적인 사고패턴에 대한 탈중심화를 강조하는 것이다. MBCT 프로그램 역시 탈중심화를 강조하고 있는데, 여기에서 탈중심화는 즉각적인 자기 경험에서 한발 물러서서 봄으로써 '현실'과 '자기가

해석한 현실' 간의 차이를 보게 되며, 그 경험을 구성하는 과정 속에 자신이 개입하고 있음을 관찰하는 과정이다. MBCT는 탈중심화를 훈련함으로써 부정적 생각과 감정을 자기와 동일시하지 않고 거리를 둘 수 있다(Segal et al., 2006). 또한 MBCT에서 강조하는 마음챙김이 개인의 자동적 사고, 습관 및 건강하지 못한 행동패턴에 얽매이지 않도록 하기 때문에 행동의 조절력을 길러주기 위한 핵심적인 역할을 할 수 있고, 그것은 개인의 심리적 안녕감(well-being)의 증진과 관련된다고 볼 수 있다(장현갑, 2004). 이에 더하여 마음챙김 명상의 경우 불안 증상에 효과적이며, 삶의 질을 증진시키는 등 스트레스로부터 기인하는 신체질환의 예방과 치유에 효과적이라는 것이 입증되어 왔다(Kabat-Zinn, Lipworth, Burnet, & Sellers, 1986; 김설환, 2009 재인용). 또한 마음챙김에 기반한 훈련 프로그램은 만성적인 걱정을 감소시킨 바가 있으며, MBCT가 범불안 장애에 효과적인 것으로 나타났다(Delgado, Guerra, Perakakis, Vera, Paso, & Vila, 2010; Evans, Ferrando, Findler, Stowell, Smart, & Haglin, 2008).

요약하면, 이와 같은 연구 결과들을 바탕으로 하여 기능성 소화불량증을 가진 환자들은 그들의 소화불량 증상뿐 아니라 만성적인 걱정과 이로 인한 삶의 질이 저하되어 있음을 알 수 있었다. 따라서 본 연구에서는 범불안의 핵심 증상인 만성적인 걱정, 심인성 장애를 포함한 만성통증 및 삶의 질 개선에서 효과가 입증된 MBCT 프로그램으로 기능성 소화불량환자들의 소화불량 증상과 걱정을 감소시키고 위장 관련된 5가지 영역(긴

장/수면, 일상생활의 방해, 섭식, 지식/조절, 일/공부)에서의 삶의 질을 개선시킬 수 있는지 알아보기 위해 다음과 같은 가설을 설정하였다.

1. 마음챙김 명상에 기반한 인지 치료 프로그램에 참여한 집단의 소화불량 증상은 통제 집단과 비교하여 프로그램 전보다 프로그램 후에 더 감소될 것이다.

2. 마음챙김 명상에 기반한 인지 치료 프로그램에 참여한 집단의 걱정은 통제 집단과 비교하여 프로그램 전보다 프로그램 후에 더 감소될 것이다.

3. 마음챙김 명상에 기반한 인지 치료 프로그램에 참여한 집단의 삶의 질(긴장/수면, 일상생활 방해, 섭식, 지식/통제력, 일/공부)은 통제 집단과 비교하여 프로그램 전보다 프로그램 후에 더 향상될 것이다.

## 방 법

### 참가자

본 연구는 전북지역 C 대학교에 재학 중인 500명 이상의 학생들을 대상으로 2010년 6월 초부터 7월 초까지 온라인 광고와 설문지 실시를 통해 참가자를 모집하였다. 이들 모두에게 기능성 소화불량증에 대한 진단 질문지를 실시한 후 로마 기준 III에 의하여 기능성 소화불량증 진단 준거에 부합하는 사람들을 1차 선발하였다.

2차 선발 과정에서 진단 준거에 부합하는 사람들 중 연구에 동의하는 사람들과 개별 면담을 실시하였다. 면담을 통해 가능한 한 기질적 소화불량을 배제하고자 당뇨병과 같은 성인병을 포함한 경고증상이 있거나 다른 기질적 소

화기계 장애가 있는 사람, 소화불량 증상 관련 약물을 복용할 때 바로 효과가 나타난다고 답한 사람, 이 전에 정신과적 치료나 관련 약물 복용자를 제외 시켰다. 또한 연구 참가자는 최근 1년 이내에 소화불량증으로 내과를 방문하여 기능성 소화불량 또는 스트레스성 소화불량이라 진단을 받은 사람들을 위주로 하여 연구에 포함 시켰다. 반면에 한 번도 내과에 가본 적이 없거나 경고 증상이 있는 참가자 4명은 연구자의 권유로 이번 연구를 통해 대학병원 내시경 센터에서 내과 전문의에 의해 내시경 및 진단을 받은 후 연구에 참여하였다. 4명 중 한 명은 갑상선 항진증을 앓고 있었으나 내시경 검사 결과 상복부에 어떠한 기질적 증상도 발견되지 않았고 현재 복용하고 있는 약물이 위장 증상과 관련이 없다는 내과 전문의의 소견에 의해 본 연구에 참여하였다. 따라서 총 24명이 연구에 참가하였으며 치료 집단에 12명, 대기 통제 집단에 12명이 무선 할당되었다.

### 도구

**소화불량증 진단 설문지.** 로마 기준 III을 바탕으로 하여 만들어졌으며, 기능성 소화불량증의 포함준거와 배제준거 등을 고려하여 구성되었다. 6개월 이 전에 소화불량 증상이 시작되었고 이러한 증상이 3개월 동안 지속되었는지와 함께 복부 불편감과 상복부 통증을 평가하며 경고증상에 대한 내용이 포함되었다. 소화불량증 진단 설문지는 대학 병원 내과 교수에게 내용 타당도를 검증 받은 후 실시하였다.

**펜실베이니아 걱정 증상 질문지(Penn State Worry Questionnaire; PSWQ).** 참여자들의 걱정 증상을 확인하기 위해 김정원과 민병배(1998)가 번안한 한국판 펜실베이니아 걱정증상 질문지를 사용하였다. 1점에서 5점까지의 리커트식 척도로 총 16 문항으로 구성되어 있다. 본 연구에서의 Cronbach  $\alpha$  는 .88이었다.

**한국형 기능성 소화불량증 증상 평가 도구 (Index of Dyspepsia Symptoms-Korean; IDS-K).** 기능성 소화불량증 환자의 증상을 정량적으로 평가하기 위해 서구에서 개발된 검사 도구를 우리나라 기능성 소화불량증 환자에 맞게 측정할 수 있도록 로마기준 II를 기준으로 하여 김현영 등(2003)이 개발한 도구로서 총 12문항으로 구성되어 있다. 증상이 전혀 없으면 0점, 가장 심하면 10점으로 표시하고 시각적 상사 척도 (Visual Analogue Scale)를 사용하였다. 문항은 상복부 통증, 상복부 불쾌감, 식전 또는 식후 포만감, 조기 만복감, 상복부 팽만감, 식용부진, 소화불량, 구토, 메스꺼움, 속쓰림, 역류, 가슴쓰림 등 12개 항목으로 구성되었다. 본 연구에서는 로마기준 III에 따라 기능성 소화불량증 환자에게 가장 적합한 증상인 항목들로만 구성하기 위해 역류와 가슴쓰림을 제외한 나머지 10개 항목으로 구성되어 소화불량 증상을 평가하였다.

**한국형 Nepean 소화불량증 지표(Nepean Dyspepsia Index-Korean; NDI-K).** Talley, Verlinden 및 Jones(2001)가 개발한 NDI를 조유경 등(2004)이 한국어로 번역한 NDI-K에서 위장관련 삶의 질 부분을 사용하였다. 이 도구는 기능성 소

화불량증 환자들의 질병 특이적인 삶의 질을 측정하는 도구로서, 총 25문항으로 긴장/수면 영역, 일상생활 방해 영역, 섭식 영역, 지식/통제력 영역 및 일/공부 영역 등 5개 영역으로 구성되어 있다. 본 연구에서 삶의 질 총 영역의 Cronbach  $\alpha$  는 .87이었다.

**마음챙김에 기반한 인지치료(Mindfulness-Based Cognitive Therapy; MBCT) 프로그램.** 본 연구의 프로그램은 이우경, 조선미 및 황태연(2006)의 저서 '마음챙김 명상에 기초한 인지치료'에 제시된 공식 매뉴얼 8회기에서 2회기를 추가하여 총 10회기로 구성하였다.

#### 절차

진단 준거에 충족되고 연구 참여에 동의한 참여자 24명 중 12명이 치료 집단에 무선 할당되어 2010년 7월 6일부터 2010년 8월 27일까지 MBCT 프로그램 10회기를 마쳤다. 1회기와 10회기는 연구 동의 및 질문지 실시와 기능성 소화불량에 대한 이론적 설명과 프로그램 소감 등으로 60분씩 진행되었기 때문에 1, 2회기와 마지막 9, 10회기를 제외하고 모두 한 주에 한 회기씩 회기당 90분에서 120분으로 진행되었다. 프로그램 진행은 대학원에서 심리학을 전공하고 MBCT 프로그램 전문가 과정을 수료한 본 연구자가 진행하였다. 프로그램 종료 후 사후 검사 및 1개월 추적 검사를 실시하였다.

프로그램에 참여하지 않은 통제집단은 연구자와의 초기 면담을 통해 사전 검사를 수행하였다. 통제집단의 사후검사 및 추적 검사는 MBCT 프

로그래프 참가자들과 비슷한 시기에 시행되었다.

변량분석을 실시하였다. 변량분석에서 상호작용 효과가 나타날 경우 상호작용의 구체적인 효과검증을 위해 단순주효과 분석을 실시하였다. 모든 자료는 SPSS 17.0으로 분석하였다.

## 자료 분석

마음챙김에 기반한 인지치료 집단과 통제 집단의 사전 동질성 검증을 하기 위해 사전 점수로 독립표본  $t$  검증을 실시하여 소화불량 증상, 걱정 및 삶의 질 각 영역들을 비교하였다. MBCT 프로그램이 소화불량 증상, 걱정 및 삶의 질에 미치는 효과를 알아보기 위해 MBCT 집단과 통제 집단의 사전-사후-추적 검사들에 대한 이원반복측정

## 결 과

마음챙김에 기반한 인지치료(MBCT) 집단과 통제 집단의 사전 동질성을 검증하기 위해 소화불량 증상, 걱정 및 삶의 질의 사전 점수로 독립표본  $t$  검증을 실시하였다. 그 결과 모든 측정치에

표 1. 마음챙김에 기반한 인지치료(MBCT) 프로그램 회기별 구성 내용

회기	주제	내용
1	오리엔테이션	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ MBCT 프로그램 소개: 프로그램의 목적 및 효과성에 대한 설명</li> <li>▪ 기능성 소화불량증에 대한 설명</li> <li>▪ 사전검사: 질문지 작성.</li> <li>▪ 유인물: '마음노트' 나누어 주기.</li> </ul>
2	자동 조종	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 자동조종에서 벗어나기</li> <li>▪ 걷포도 명상과 호흡 명상 실습</li> </ul>
3	명상 방해 요인	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 명상 방해 요인 다루기</li> <li>▪ 보디 스캔 실습: 행동 양식에서 존재 양식으로 옮겨 가기</li> </ul>
4	마음챙김 호흡	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 호흡이 무엇이며 무엇을 하는지 생각해보기</li> <li>▪ 3분 호흡 및 정좌 명상 실습</li> </ul>
5	현재에 머물기	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 현재 경험 그대로 경험하기</li> <li>▪ 듣기 명상 실습: 주의의 초점을 축소하거나 확장하여 자각하기</li> </ul>
6	수용하기	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 수용의 태도: 판단하거나 애쓰지 않기</li> <li>▪ 경험에 대해 다른 방식으로 관계 맺는 방법 생각하기: 통증과 다른 방식으로 관계 맺기</li> <li>▪ 하타요가 실습</li> </ul>
7	생각 다루기	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 생각이 사실이 아니라는 것을 깨닫기</li> <li>▪ 생각에 대해 더 넓은 관점을 취하기 위한 '첫 단계'로서 호흡 명상에 대해 토의하기</li> <li>▪ 호흡 확장 명상을 통해 주의를 확장하기</li> </ul>
8	자신을 돌보기	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 활동과 기분이 연결되어 있다는 것을 탐색하기</li> <li>▪ 즐거움과 숙달감을 주는 활동에 대한 목록을 만들어 잘 계획하기</li> <li>▪ 통증 신호 확인하기</li> </ul>
9	일상생활에서의 마음챙김	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 배운 것을 활용해서 향후 기분 대처하기</li> <li>▪ 일상생활에서의 마음챙김 실천: 비공식 명상</li> </ul>
10	치료 종결 및 질문지 작성	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 명상 실습</li> <li>▪ 종결 소감 나누고 질문지 작성</li> </ul>

서 MBCT 집단과 통제 집단의 유의한 차이가 없었다. MBCT 집단과 통제집단 사전동질성 검증 결과는 표 2에 제시하였다. 소화불량 증상, 걱정

및 삶의 질에 관한 MBCT 집단과 통제집단의 변량분석 결과는 표 3에 제시하였으며, 단순주효과 분석 결과를 표 4에 제시하였다.

표 2. MBCT 집단과 통제 집단의 사전 동질성 검증

	MBCT집단 (n=12) M(SD)	통제집단 (n=12) M(SD)	t
소화불량 증상	42.3(15.5)	45.6(17.8)	0.6
걱정	60.3(10.4)	59.9(9.4)	0.1
삶의 질	62.7(18.8)	64.2(21.3)	-0.2

표 3. 소화불량 증상, 걱정, 삶의 질의 변량분석 결과

	집단	사전 검사	사후 검사	추적 검사	집단(A)	검사시기(B)	A×B
		M(SD)	M(SD)	M(SD)	F	F	F
소화불량 증상	MBCT집단	42.3(15.5)	24.2(17.1)	29.3(16.3)	5.5*	10.5***	18.7***
	통제집단	45.6(17.8)	48.8(14.7)	45.9(16.4)			
걱정	MBCT집단	60.5(10.4)	48.0(10.7)	55.3(11.7)	5.3*	7.5*	20.2***
	통제집단	59.9(9.4)	62.7(7.6)	63.3(7.2)			
삶의 질	MBCT집단	62.7(18.8)	90.6(9.1)	83.7(11.0)	5.3*	20.8***	25.2***
	통제집단	64.2(21.3)	62.8(19.7)	63.4(6.1)			

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

표 4. 집단×시기 상호작용효과에 대한 단순주효과 분석 결과

		자승화	자유도	평균자승화	F
소화불량 증상	집단×사전	66.7	1	66.7	0.2
	집단×사후	3626.0	1	3626.0	14.2*
	집단×추적	1666.7	1	1666.7	6.3*
걱정	집단×사전	0.7	1	0.7	0.0
	집단×사후	1290.7	1	1290.7	15.1*
	집단×추적	715.0	1	715.0	7.6*
삶의 질	집단×사전	14.9	1	14.9	0.0
	집단×사후	4605.1	1	4605.1	19.5***
	집단×추적	2458.8	1	2458.8	8.7*

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



### 소화불량 증상 점수 변화

소화불량 증상에 따른 변량분석 결과 주 효과가 나타나 집단 간 차이를 확인할 수 있었다,  $F(1, 22) = 5.5, p < .05$ . 또한 검사시기에 대한 효과가 유의하였고,  $[F(1.7, 36.8) = 10.5, p < .001]$ , 검사시기와 집단 간 상호작용의 효과도 유의하였다,  $[F(1.7, 36.8) = 18.7, p < .001]$ . 따라서 MBCT집단과 통제 집단에서 시기별로 소화불량 증상의 수준이 다를 수 있다.

MBCT 프로그램에 대한 집단과 검사시기의 상호작용효과를 구체적으로 살펴보기 위해 집단별 단순주효과를 분석한 결과, 사전검사에서 MBCT 집단과 통제집단 간 유의한 차이가 나타나지 않았다. 반면, 사후검사에서는 MBCT 집단과 통제 집단 간 차이가 유의하였고,  $F(1,22) = 14.2, p = .001$ , 추적검사에서도 MBCT 집단과 통제집단 간 차이가 유의하였다,  $F(1,22) = 6.3, p = .02$ . 이러한 소화불량 증상 점수의 차이를 그림 1에 제시하였다.

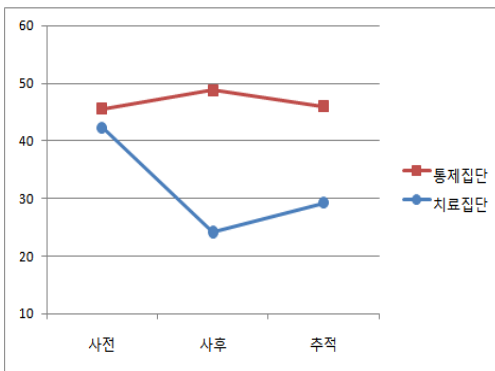


그림 1. 소화불량 증상 사전-사후-추적 검사 점수의 변화

### 걱정 점수 변화

걱정에 따른 변량분석 결과 집단 간 차이가 나타났다,  $F(2, 12) = 9.2, p < .05$ . 또한 검사시기에 대한 효과가 유의하였고,  $F(1.4, 30.0) = 7.5, p < .05$ , 검사시기와 집단 간 상호작용의 효과도 유의하였다,  $F(1.4, 30.0) = 20.2, p < .001$ . 따라서 MBCT집단과 통제 집단에서 시기별로 걱정의 수준이 다를 수 있다.

집단별 단순주효과를 분석한 결과, 사전검사에서 MBCT 집단과 통제집단 간 유의한 차이가 나타나지 않았다. 반면, 사후검사에서는 MBCT 집단과 통제집단 간 차이가 유의하였고,  $F(1,22) = 15.1, p = .001$ , 추적검사에서도 MBCT 집단과 통제집단 간 차이가 유의하였다,  $F(1,22) = 7.6, p = .012$ . 걱정 점수의 차이를 그림 2에 제시하였다.

### 삶의 질 총합 점수 변화

삶의 질에 따른 변량 분석 결과 집단 간 차이가 나타났다,  $F(1, 22) = 5.3, p < .05$ . 또한 검사시기

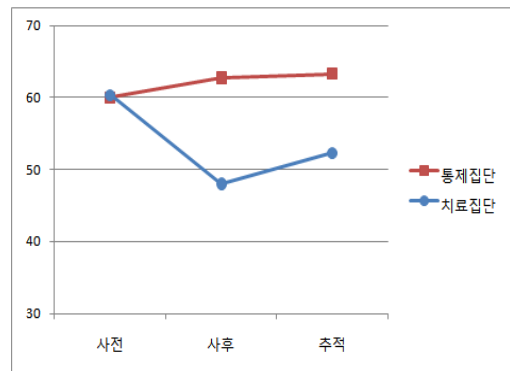


그림 2. 걱정 사전-사후-추적 검사 점수의 변화

에 대한 효과가 유의하였고,  $F(1.3, 29.7) = 20.8, p < .001$ , 검사시기와 집단 간 상호작용의 효과도 유의하였다,  $F(1.3, 29.7) = 25.2, p < .001$ . 따라서 MBCT집단과 통제 집단에서 시기별로 소화불량 증상의 수준이 다름을 알 수 있다.

집단별 단순주효과를 분석한 결과, 사전검사에서 MBCT 집단과 통제집단 간 유의한 차이가 나타나지 않았다. 반면, 사후검사에서는 MBCT 집단과 통제집단 간 차이가 유의하였고,  $F(1,22) = 19.5, p < .001$ , 추적검사에서 MBCT 집단과 통제집단 간 차이가 유의하였다,  $F(1,22) = 8.7, p = .007$ . 삶의 질 차이를 그림 3에 제시하였다.

### 논 의

본 연구는 MBCT 프로그램을 활용하여 기능성 소화불량을 경험하는 사람들의 소화불량 증상, 걱정 및 위장관련 삶의 질에 미치는 효과를 알아보 고자 하였다. MBCT 프로그램을 통해 변화된 효과는 다음과 같다.

첫째, MBCT 프로그램에 참여한 집단의 소화불량 증상 수준이 통제 집단의 소화불량 증상 수준

보다 더 감소될 것이라는 가설 1이 지지되었다. MBCT집단은 통제 집단보다 소화불량 증상의 수준이 사전보다 사후에 유의하게 감소하였으며, 사전보다 1개월 추적 검사에서도 유의하게 감소한 것으로 나타났다. 이는 MBCT 프로그램이 소화불량 증상의 감소에 효과적인 것으로 볼 수 있으며, 이러한 효과가 어느 정도 지속적으로 영향을 미치고 있는 것으로 볼 수 있다. MBCT 프로그램은 모든 회기 마다 명상 실습이 들어가 있으며, 명상을 통해 마음챙김을 계속적으로 학습하게 된다. 명상을 통한 마음챙김을 하는 과정에서 신체적인 이완과 함께 주의를 집중하는 능력이 길러지게 된다. 이러한 신체에 대한 주의 집중 능력이 증가할 수록 치유력 또한 증가하게 된다(장현갑, 2004). 본 연구에서도 매 회기마다 명상을 통한 마음챙김을 계속적으로 실습하였는데, 참가자들 대부분이 신체 이완 현상에 만족하였으며, 회기 초반에 느껴졌던 통증들이 회기 후반으로 갈수록 줄어들었다고 보고하였다. 이와 같은 결과는 마음챙김 명상이 소화불량 증상을 감소시켰던 김주희 (2010)의 연구 결과와도 일치한다.

둘째, MBCT 프로그램에 참여한 집단의 걱정이

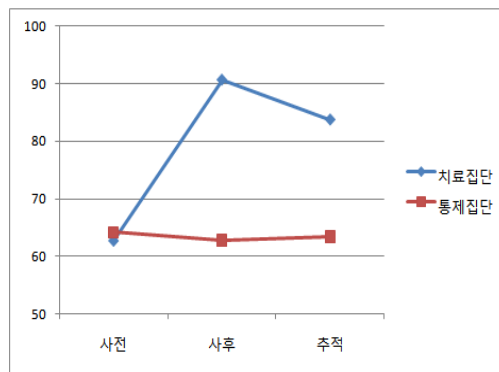


그림 3. 삶의 질 사전-사후-추적 검사 점수의 변화

통제 집단의 걱정보다 더 감소될 것이라는 가설 2가 지지되었다. MBCT 집단은 통제 집단보다 걱정의 수준이 사전보다 사후에 유의하게 감소하였으며, 사전보다 1개월 추적 검사에서도 유의하게 감소한 것으로 나타났다. 이는 MBCT 프로그램이 걱정 감소에 효과가 있었다는 것으로 볼 수 있으며, 이러한 MBCT 프로그램의 효과가 어느 정도 유지가 되었다고 판단할 수 있다. 참가자 대부분(66.7%)이 펜실베이니아 걱정 증상 질문지에서 범불안의 기준치인 56점 이상에 해당되어 있었다. Davey(1993)가 걱정이 범불안의 핵심 증상이라고 주장한 것과 마찬가지로, 참가자 대부분이 만성적인 걱정을 하고 있는 것으로 나타났다. 권석만, 유성진 및 정지현 (2001)의 연구에 의하면 걱정이 많은 사람들은 위협 상황과 위협 대처과정에서 부정적인 인지적 편향을 나타낸다. MBCT 프로그램을 통해 자동조종 상태와 자신의 감정 상태를 알아차리는 방법들을 배운 후에 참가자들 중 몇 명은 자신이 부정적인 것에 집착하는 태도를 가졌음을 알게 되었고 그 후, 걱정하고 염려하는 태도가 감소되었다고 말하였다. 또한 MBCT 프로그램 과정에서 자신의 사고와 정서를 분리하는 것을 반복 수행함에 따라 불편했던 마음이 전보다 편안해졌다는 의견도 있었다. 이와 같이 MBCT집단은 자신의 자동조종 상태를 알아차리고 생각과 감정에서 탈중심화하는 훈련을 계속적으로 행하면서 습관적으로 걱정을 하는 패턴을 감소시키고 걱정과 관련된 부정적인 인지 편향들을 감소시킨 것으로 보인다. 김정모와 전미애(2009)는 일반 대학생을 대상으로 MBCT 프로그램을 적용한 연구에서 불안을 감소시킨 근거로 ‘정서의 조절’ 과정에서의 마음챙김 훈련을 언급하였다. 즉, MBCT 프로그램을 통

하여 부정적 정서인 걱정에 대해 거리를 두고 볼 수 있는 수용적 대처 능력이 향상됨에 따라 걱정이 감소되었다고 볼 수 있다(김정모, 전미애, 2011). 또한 MBCT 프로그램 과정에서 강조하고 있는 ‘알아차림’ 훈련 역시 걱정을 감소시킨 것으로 보인다. 조용래, 채숙희, 최연숙(2009)은 마음챙김에서 주의 자각이 불안을 감소시키고 심리적 안정감을 가져다주는 역할을 한다고 보고하였다. 본 연구에서도 MBCT집단은 자신의 자동조종 상태를 알아차리고 생각과 감정을 탐색하는 훈련을 계속적으로 행하면서 습관적으로 걱정을 하는 패턴을 감소시키고 걱정과 관련된 부정적인 인지 편향들을 감소시킨 것으로 보인다.

셋째, MBCT 프로그램에 참여한 집단의 삶의 질이 통제 집단의 삶의 질보다 더 향상될 것이라는 가설 3이 지지되었다. MBCT 집단은 통제 집단보다 삶의 질의 수준이 사전보다 사후에 유의하게 증가하였으며, 사전보다 1개월 추적 검사에서도 유의하게 증가한 것으로 나타났다. 이는 MBCT 프로그램이 삶의 질의 개선에 효과적인 것으로 볼 수 있으며, 이러한 MBCT 프로그램의 효과가 지속적으로 영향을 미치고 있는 것으로 판단할 수 있다. 한정균(2008)은 마음챙김 수준의 증대는 삶의 질의 향상을 가져온다고 볼 수 있다고 주장하였다. 본 연구에서 측정된 삶의 질은 위장 증상과 관련된 긴장과 수면 영역, 일상생활 방해 영역, 섭식 영역, 지식과 통제력 영역 및 일과 공부 영역 등 5개의 하위 영역들로 구성되어 있는데, MBCT 프로그램을 통해 위장관련 증상이 감소하고, 삶의 질 5가지 영역들이 개선된 것으로 보인다. 특히, 참가자들은 프로그램 피드백 과정에서 섭식 영역에서의 개선을 주로 보고하였다.

MBCT 집단 참여자들 대부분이 불안하거나 스트레스적인 상황에서 폭식을 하는 경향이 있으며, 이러한 폭식 때문에 소화불량 증상이 심화되고 이를 알면서도 습관적으로 먹게 된다고 보고하였다. 본 연구에서는 MBCT 프로그램을 통한 걱정의 감소가 잘못된 식습관을 개선하는 데 영향을 미친 것으로 보인다. 이는 MBCT 프로그램이 섭식 관련 장애에도 효과가 있다고 보고된 연구 결과와도 일치한다(Baer, Fischer, & Huss, 2005b).

본 연구가 지니는 의의는 첫째, 많은 유병률에도 불구하고 기질적 원인을 알 수 없고 치료 방법이 명확히 존재하지 않았던 기능성 소화불량증에 초점을 둔 심리치료 연구라는 것이다. 대부분의 기능성 소화불량 환자들은 통증이나 불쾌감이 심해지면 제산제나 위장 촉진제 등의 약물을 복용하여 즉각적인 효과를 보거나 앞서 논했듯이 기능성 소화불량증은 원인이 분명치 않기 때문에 효과적인 대처 없이 스트레스 상황과 함께 통증과 불쾌감을 받아들이곤 한다. 약물치료는 분명 즉각적인 치료 효과가 있지만 기능성 소화불량증과 함께 나타나는 부정적인 정서와 잘못된 식습관 등 행동적인 면들을 해결하는 데 있어서는 한계가 있다. 참가자들 대부분이 고등학교 때부터 소화불량증상이 시작되었기 때문에 자신의 소화불량 증상 패턴을 잘 알고 있으나 별 대책 없이 참는 방법만 모색하였다고 말하였다. 또한 소화불량 증상이 만성적인 참가자들은 약물에 대한 효과성을 별로 느끼지 못하였다고 말하였다. 따라서 장기적이고 재발적인 기능성 소화불량증에 대한 심리사회적 요인을 고려한 통합적인 치료로서 MBCT 프로그램은 기능성 소화불량증에 대한 기존 약물치료 방법에서의 전환 필요성을 제공하였다.

둘째, 기존의 기능성 위장관 환자들을 대상으로 한 국내 연구들에서는 추적조사를 하지 않아 치료의 효과 유지성을 검증하지 못하였거나 위장관 증상으로 인한 심리 변인의 효과를 살펴보지 못하였다. 그러나 본 연구는 신체적 변인인 소화불량 증상 뿐만 아니라 만성적인 걱정, 삶의 질 등의 심리적인 요인에서도 치료 프로그램의 효과를 확인하였으며, 추적조사를 통해 효과 유지를 검증하였다.

셋째, MBCT 기법들이 모두 일상생활에서도 활용 가능한 기법으로서 만성적인 소화불량 증상의 재발을 방지함으로써 약물치료나 의료 치료에 드는 장기적인 비용을 절감시킬 수 있을 것으로 예상된다. 순간의 극심한 복부 통증이나 불쾌감을 위해선 약물 치료의 효과가 더 클 수 있지만 장기적인 관점에서 명상을 일상화한다면 증상 재발과 만성에 있어서는 MBCT가 도움을 줄 것으로 예상된다. 또한 소화불량 증상을 야기하거나 소화불량 증상과 함께 나타날 수 있는 부정적인 심리들을 감소시키는데 도움을 줌으로써 소화불량 증상 감소에 영향을 미칠 것으로 보인다.

본 연구의 제한점으로는 첫째, 대부분의 참가자들이 내과 장면에서 스트레스 위염 등 기능성 소화불량이라고 진단을 받은 경험이 있었고 소화기 내시경 검진 경력이 있었다. 그러나 참가자 선발 과정에서 경고증상을 지니거나 소화불량 증상으로 인해 한 번도 내과를 방문한 적이 없었던 참가자들에게만 내시경을 권유하여 실시했다는 점이다. 기능성 소화불량증에 대한 확실한 검증을 위해 모든 피험자에게 내시경을 실시할 필요가 있을 것이다.

둘째, 연구 결과 삶의 질 영역에서 점수에 대한 천장효과를 관찰할 수 있었다. 이는 참가자 집단

이 비임상집단이기 때문에 바로 병원을 찾지 않을 만큼 위장 관련 삶의 질이 처음부터 저하되어 있지 않았으며, 임상집단을 대상으로 한 연구에 비해서도 사전 삶의 질 점수가 더 높은 점수치를 가지고 있었기 때문에 프로그램 이후의 상승이 매우 높은 점수들을 나타내고 있다. 이에 대한 몇 가지 이유가 있을 수 있다. 우선 참가자들이 대학생 집단이기 때문에 공부를 포함하여 취미 활동 및 동아리 활동 등 다양한 활동을 하고 있기 때문에 소화불량 증상이 있어도 하고 있던 일을 중단하지 않고 지속할만한 능력을 가지고 있었을 수 있다. 그리고 참가자들은 고등학교 시절부터 몇 년 동안 만성적인 소화불량 증상을 지녀왔기 때문에 통증이나 불쾌감에 어느 정도 익숙해져 있을 수 있다.

셋째, 각 변인들의 상호작용 효과의 방향을 살펴본 결과 사전-사후, 사전-추적뿐 아니라 사후-추적에서도 유의한 차이가 발견되었다. 이 같은 결과는 MBCT 프로그램이 소화불량 증상, 걱정, 삶의 질에 미치는 영향이 추적 조사까지 유지되었지만 추적 검사에서 나타난 효과가 사후 검사만큼 크지 않았다는 것을 의미한다. 본 연구에서는 1개월 추적 조사로 짧은 기간 동안의 치료 효과 유지를 확인하였기 때문에 1개월 이상의 2차 추적 조사를 통해 장기간의 효과 유지 검증이 필요할 것이다. 또한 소화불량 증상을 단지 사전-사후-추적 등에서만 확인하였는데 매일 증상을 일지를 쓰며 다양한 위장 증상들을 평가할 필요가 있을 것이다.

마지막으로, 참가자의 수가 적고 참가자가 임상 장면에서 선발되었기 때문에 본 연구 결과에 있어 일반화의 한계가 있다. 따라서 추후 연구에

서는 더 많은 수의 피험자가 필요할 것이며, 실제 임상 장면에서 시행되는 기능성 소화불량증에 대한 치료 연구가 필요할 것으로 보인다. 또 다른 제한점으로는 본 연구에서 심리요인으로 걱정만을 측정하였다. 추후 연구에서는 기능성 소화불량증과 함께 나타나는 다른 부정적인 정서들을 더 다양하게 측정할 필요가 있을 것이다.

## 참 고 문 헌

- 고경봉 (2000). 기능성 소화불량증의 정신사회적 측면. 대한소화관운동학회지, 6(2), 258-266.
- 권석만, 유성진, 정지현 (2001). 걱정이 많은 사람의 인지적 특성: 위협평가와 위협대처에서의 인지적 편향과 과국적 사고경향. 한국심리학회지: 임상, 20(3), 467-487.
- 김설환, 손정락 (2010). 한국형 마음챙김 스트레스 감소 (K-MBSR)에 기반을 둔 인지치료 프로그램이 대학생의 우울, 자살생각 및 충동성에 미치는 효과. 한국심리학회지: 임상, 29(1), 189-204.
- 김정모, 진미애 (2009). 마음챙김에 기초한 인지치료가 일반 대학생의 정서조절에 미치는 효과. 한국심리학회지: 임상, 28(3), 741-759.
- 김정원, 민병배 (1998). 걱정과 불확실성에 대한 인내력 부족 및 문제해결방식과의 관계. 한국심리학회 연차학술발표대회 논문집: 포스터, 83-92.
- 김주희 (2010). 마음챙김 명상이 여대생들의 상복부 소화기 증상과 심리적 특성에 미치는 효과. 덕성여자대학교 대학원 석사학위 청구논문.
- 김현영, 이종철, 김성국, 박종재, 이동호, 이수백, 이은현, 이준행, 최석렬, 함기백 (2003). 한국형 소화불량증 설문지의 개발. 소화기연관학회지, 41, 562-579.
- 김형태 (2010). 우리나라 일반주민에서 만성 위장관 증상과 삶의 질. 가톨릭대학교 대학원 박사학위 청구논문.
- 박주언, 유범희 (2004). 기능성 위장관장애의 정신과적

- 치료. *대한소화관운동학회지*, 10(1), 1-14.
- 박현숙 (2005). 점진적 근육이완요법이 기능성 소화불량 증 환자의 우울, 불안 및 증상정도에 미치는 영향. *성균관대학교 대학원 석사학위 청구논문*.
- 심태경 (2010). 스트레스와 걱정이 안녕에 미치는 영향: 정서 조절과 수면의 매개 효과. *경상대학교 대학원 석사학위 청구논문*.
- 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), 471-492.
- 전미애, 김정모(2011). 정서조절을 위한 MBCT가 임상군 환자들에게 미치는 효과. *한국심리학회지 임상*, 30(1), 113-135.
- 정정조 (2009). 우리나라 일반주민에서 만성 위장관 증상과 삶의 질. *가톨릭대학교 대학원 박사학위 청구논문*.
- 정혜경 (2010). 기능성 소화불량증의 진단: 배제 진단 vs. 절대진단. *대한내과학회지*, 78(2), 163-169.
- 조용래, 채숙희, 최연숙 (2009). 우울과 불안증상 및 안녕감에서 경험 회피와 마음챙김 주의 자각의 역할. *한국심리학회지: 임상*, 28(4), 1135-1154.
- 조유경, 최명규, 김세희, 이인석, 김상우, 정인식, 이상열, 최석채, 설상영 (2004). 기능성 소화불량증의 삶의 질에 대한 모사프리드의 효과, *대한소화기학회지*, 43, 160-167.
- 지삼룡, 정혜경, 민병훈, 최기돈, 이풍렬, 강영우, 이상인 (2010). 기능성 소화불량증 치료에 관한 임상진료지침. *대한소화기학회지*, 57(2), 67-81.
- 최지훈, 최석채, 염주진, 김상욱, 서검석, 김태현, 이상렬, 나용호 (2002). 기능성 소화불량증 환자의 분노, 감정표현불능증, 우울간의 관련성. *대한소화관운동학회 춘계학술대회 발표논문집*, 13, 93.
- 한진숙, 김정호, 김미리혜 (2004). 마음챙김 명상이 과민성대장증후군 환자들의 증상과 심리적 특성에 미치는 효과. *한국심리학회지: 건강*, 9(4), 1041-1060.
- 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.
- Davey, G. C. L. (1993). A comparison of three worry questionnaires. *Behaviour Research and Therapy*, 31(1), 51-56.
- Delgado, L. C., Guerra, P., Perakakis, P., Vera, M. N., Paso, G. R., & Vila, J. (2010). Treating chronic worry: Psychological and physiological effects of a training programme based on mindfulness. *Behaviour Research and Therapy*, 48(9), 873-882
- Drossman, D. A. (2006). Rome III: The new criteria. *Chinese Journal of Digestive Disease*, 7, 181-185.
- 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.
- Gathaiya, N., Locke, G. R., Camilleri, M. Schleck, C. D., Zinsmeister, A. R., & Talley, N. J. (2009). Novel associations with dyspepsia: A community-based study of familial aggregation, sleep dysfunction and somatization. *Neurogastroenterology & Motility*, 21, 922-969.
- Haug, T. T. (2002). Cognitive therapy in functional dyspepsia. *International Congress Series*, 1241, 127-135.
- Haug, T. T., Svebak, I., Wilhelmsen, A., & Ursin, A. (1994). Psychological factors and somatic symptoms in functional dyspepsia: A comparison with duodenal ulcer and healthy controls. *Journal of Psychosomatic Research*,

- 38, 281 - 291.
- Hyphantis, T., Guthrie, E., Tomenson, B., & Creed, F. (2009). Psychodynamic interpersonal therapy and improvement in interpersonal difficulties in people with severe irritable bowel syndrome. *Pain, 145*(1-2), 196-203.
- Kabat-Zinn, J., Lipworth, L., Burnet, R., & Sellers, W. (1986). Four year follow up of a meditation-based program for self-regulation of chronic pain: Treatment outcomes and compliance. *Clinical Journal of Pain, 2*, 159-173.
- Langeluddecke, P., Goulston, K., & Tennant, C. (1990). Psychological factors in dyspepsia of unknown cause, a comparison of peptic ulcer disease. *Journal of Psychosomatic Research, 34*, 215 - 222.
- Lieberman D., Fennerty MB., Morris CD., Holub J., Eisen G., & Sonnenberg A. (2004). Endoscopic evaluation of patients with dyspepsia: Results from the national endoscopic data repository. *Gastroenterology, 127*, 1067-75.
- Mayer, E. A. (1999). Emerging disease model for functional gastrointestinal disorders. *American Journal of Medicine, 107*(5A), 12S-19S.
- Mussell, M., Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Herzog, W., & Löwe, B. (2008). Gastrointestinal symptoms in primary care: Prevalence and association with depression and anxiety. *Journal of Psychosomatic Research, 64*(6), 605-612.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2006). 마음챙김 명상에 기초한 인지치료: 우울증 재발 방지를 위한 새로운 치료법 [*Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*]. (이우경, 조선미, 황태연 역). 서울: 학지사. (원전은 2002년에 출판)
- Talley, N. J., Byce, P., & Jones, M. (1998). Dyspepsia and the health care seeking in a community: How important are psychological factors?. *Digestive Diseases and Sciences, 43*, 1016-1022.
- Talley, N. J. & Choung, R. S. (2009). Whither dyspepsia? a historical perspective of functional dyspepsia, and concepts of pathogenesis and therapy in 2009. *Journal of Gastroenterology and Hepatology, 24*(3), S20-S28.
- Talley, N. J., Verlinden, M., & Jones, M. (2001). Quality of life in functional dyspepsia: Responsiveness of the Nepean Dyspepsia Index and development of a new 10-item short form. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics, 15*, 207-216.
- Tanum, L. & Malt, U. F. (1996). A new pharmacologic treatment of functional gastrointestinal disorder: A double-blind placebo-controlled study with mianserin. *Scandinavian Journal of Gastroenterology, 31*, 318-325.
- Whorwell, P. J. (2008). Hypnotherapy for irritable bowel syndrome: The response of colonic and noncolonic symptoms. *Journal of Psychosomatic Research, 64*(6), 621-623.
- Wilhelmsen, I. (2002). Somatization, sensitization, and functional dyspepsia. *Scandinavian Journal of Psychology, 43*, 177-180.
- 원고접수일: 2011년 1월 15일  
게재결정일: 2012년 2월 19일

# The Effects of Mindfulness-based Cognitive Therapy(MBCT) on Symptoms, Worry, and Quality of Life for People with Functional Dyspepsia

JiYeon Kim      ChongNak Son  
Department of Psychology  
Chonbuk National University

The purpose of this study was to explore the effects of Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT) on symptoms, worry, and quality of life for people with functional dyspepsia. Among five hundred college students, twenty four people who met the diagnosis criteria for functional dyspepsia participated in this study. They were randomly assigned to one of two groups, the first of which received 10 weeks of MBCT (n=12), whereas the second was the control group (n=12) and received no MBCT. At pretreatment, the end of treatment, and at 4 week follow-up periods, all participants completed an Index of Dyspepsia Symptoms-Korean (IDS-K), a Penn State Worry Questionnaire (PSWQ), and a Nepean Dyspepsia Index-Korean (NDI-K). MBCT was administered for 10 sessions. The results of this study were as follows: Dyspepsia symptoms and worry of the therapy group were decreased more than those of the control group, and gastrointestinal-related quality of life for the therapy group improved also more than those in the control group. The implications and the limitations of this study, and suggestions for future study will also be discussed.

*Keywords: functional dyspepsia, worry, dyspepsia symptoms, gastrointestinal related quality of life, mindfulness-based cognitive therapy.*