

기분장애 환자에서 마음챙김에 기초한 인지치료에 따른 우울 증상과 다섯 가지 마음챙김 요소와의 관계

서울대학교병원 정신건강의학과,¹ 서울대학교 의과대학 정신건강의학교실²

김남우¹ · 김혜영¹ · 조성준¹ · 안용민^{1,2}

The Relationship between Depressive Symptoms and the Five Facets of Mindfulness in Patients with Mood Disorders through Mindfulness-Based Cognitive Therapy

Namwoo Kim, MD,¹ Hyeyoung Kim, MD,¹ Sung Joon Cho, MD,¹ Yong Min Ahn, MD^{1,2}

¹Department of Neuropsychiatry, Seoul National University Hospital, Seoul, Korea

²Department of Psychiatry and Behavioral Science, Seoul National University College of Medicine, Seoul, Korea

Objectives We aimed to examine whether mindfulness skills are mediating the improvements of depressive symptoms in patients with mood disorders who practiced Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT).

Methods A total of 19 patients with mood disorder were included in this study. The participants were divided into two subgroups: a normal to mild depression group and a moderate depression group. The participants completed questionnaires to assess depressive symptoms, anxiety, quality of life, suicidal idea, and mindfulness skills which were measured by the Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ) before and after MBCT course.

Results The moderate depression group showed improvements through MBCT in depressive symptoms and suicidal idea, but not in anxiety and quality of life. The normal to mild depression group showed no significant change through MBCT. The improvement of depressive symptoms in the moderate depression group was predictable by improvements of the five facets of mindfulness, especially by 'observe' and 'non-react' components.

Conclusions This study showed that currently depressive patients with moderate severity but not with normal to mild severity benefit from MBCT in reducing depressive symptoms and suicidal idea. The improvement of depressive symptoms was mediated by improved mindfulness skills through MBCT.

Key Words Mindfulness-based cognitive therapy · Mindfulness · Five facets of mindfulness · Mood disorder.

Received: September 4, 2017 / Revised: September 19, 2017 / Accepted: September 25, 2017

Address for correspondence: Yong Min Ahn, MD

Department of Neuropsychiatry, Seoul National University Hospital, 101 Daehak-ro, Jongno-gu, Seoul 03080, Korea

Tel: +82-2-2072 2457, Fax: +82-2-744-7241, E-mail: aym@snu.ac.kr

서 론

우울증은 치료를 받지 않을 경우, 향후 재발을 겪는 환자의 비율이 50~80%로 알려져 있으며,¹⁾ 우울 삽화를 반복할 수록 재발 확률이 증가하는 경향을 보인다.²⁾ 재발성 우울증을 겪는 환자들은 재발 방지를 위해 항우울제를 유지요법으로 복용하나, 약을 복용하는 기간 동안에만 재발 방지효과가 있기 때문에 한계가 있다.³⁾ 이와 같은 배경하에 우울증의 재발을 장기적으로 예방하기 위한 목적으로 마음챙김에 기초

한 인지치료(Mindfulness-Based Cognitive Therapy, 이하 MBCT)가 개발되었다.⁴⁾ 이는 기존의 우울증 재발 방지 인지행동치료에 Kabat-Zinn이 개발한 마음챙김에 기초한 스트레스 감소(Mindfulness-Based Stress Reduction, MBSR)⁵⁾의 마음챙김 요소를 결합한 치료이다.⁶⁾ 마음챙김(mindfulness)이란 매 순간에 의도적으로 주의를 기울여, 비판단적이며 수용하는 자세로 현재를 경험하는 것을 일컫는다.⁷⁾ 메타분석(meta analysis)⁸⁾에 따르면 연구 대상자 1258명에 대해 MBCT를 받은 군의 5년 동안의 우울증 재발률은 MBCT를 받지 않은 군

에 비해 위험률(hazard ratio)이 0.69배로 낮았고, MBCT를 받지 않았지만 다른 치료를 받은 군에 비해 위험률이 0.79배로 낮았다.

MBCT가 우울증의 재발을 막는 데 효과적이지만 우울증 자체를 호전시키기 위한 목적으로 만들어지지 않았다. 이는 MBCT가 집중력을 필요로 하는 명상을 매일 훈련해야 하기 때문에 우울증을 앓고 있는 환자들에게는 부적합할 것으로 판단했기 때문이다.⁹⁾ 이에 대부분의 연구는 우울 증상이 관해 상태에 있는 환자를 대상으로 MBCT를 시행하였다. 그러나 몇몇 연구에 따르면 현재 우울증을 앓고 있거나, 치료 저항성 우울증으로 우울 삽화에 있는 환자를 대상으로 MBCT를 시행하였을 때 우울증에 호전이 있다는 것이 보고되었다.¹⁰⁻¹³⁾ 열세 명의 재발성 우울증을 겪고 있는 환자를 대상으로 한 연구¹⁰⁾를 살펴보면, MBCT 전에는 Beck depression inventory (이하 BDI) 점수가 평균 35.7점이었고 MBCT 종료 3개월 후에는 평균 17.8점으로 감소($p = 0.001$)하는 것이 관찰되었다. 열아홉 명의 재발성 우울증 환자를 대상으로 한 연구¹²⁾에서는 MBCT를 시행한 군과 일반적인 우울증 치료를 받은 군 (treatment as usual, 이하 TAU)으로 나뉘어 분석하였다. MBCT를 받은 군에서 MBCT 전후로 BDI 점수가 평균 30.3점에서 12.3점으로 감소하였고 TAU 군에서는 BDI 점수가 평균 29.2점에서 22.1점으로 감소하였다. 또한 MBCT를 받은 군의 BDI 점수 변화 양상이 TAU 군의 BDI 점수의 변화 양상과 유의하게 다르다는 것이 보고되었다.

이러한 우울증의 호전이 MBCT에 의해 매개되는 것인지 알아보는 것은 우울증 호전의 원리를 탐색하는 데 있어서 중요하다. 최근 마음챙김 연구가 활발히 진행되면서 마음챙김의 구성 요소와 그 능력의 정도를 측정하는 다양한 도구들이 개발되어 왔다. 그중 현재 가장 널리 사용되는 것은 마음챙김의 다섯 요소 질문(Five Facets of Mindfulness Questionnaire, 이하 FFMQ)으로 이는 기존의 측정도구들을 요인분석(factor analysis)으로 통합한 것이다.¹⁴⁾ 본 연구는 우울 삽화를 겪고 있거나 관해 상태에 있는 환자를 대상으로 시행된 MBCT를 통하여, 환자들의 우울 증상 등에 호전이 있는지 살펴보고, 이것이 마음챙김의 다섯 요소에 의해 매개되는지 알아보고자 한다.

방 법

연구 대상

연구 대상은 서울대학교병원 정신건강의학과에서 2015년 9월부터 2017년 7월까지 진행된 MBCT 프로그램에 1회 이상 참여했던 모든 환자들이다. MBCT 교육에 참여할 수 있는

기준은 MBCT에 참여할 의사가 있는 18세 이상의 성인으로, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition(DSM-5)¹⁵⁾ 진단에 따라 과거에 주요 우울장애 또는 양극성장애 진단을 받은 경우이다. 이에 대상자들의 MBCT 참여 당시 우울 증상은 완전 관해 상태에서부터 주요 우울 삽화까지 다양하였다. 배제 기준은 조현병, 분열정동장애, 기타 정신병적 장애, 또는 인지 기능의 저하로 MBCT 교육을 이해하기 어려운 환자가 제외되었다. 연구 대상자 선정 및 MBCT 참여 기준에, 환자가 복용하는 약물에 관한 제약은 없었다. 본 연구는 서울대학교병원 임상시험심사위원회의 심의(1708-138-879)를 통과하였고 본 연구는 후향적 의무기록 분석 연구로서 심의 결과, 연구 대상의 서면 동의서는 면제되었다.

측정 도구

참여자의 주관적 우울 증상을 측정하기 위해 Montgomery-Asberg Depression Rating Scale(이하 MADRS)을 사용하였고 이 점수에 따라 우울증의 정도를 구분하였다. 0~6점까지는 정상 범주, 7~19점까지는 경도 우울증, 20~34점까지 중도 우울증, 35점 이상을 중증도 우울증으로 나누었다.¹⁶⁾ 일상생활에 대한 만족감을 측정하기 위해 The World Health Organization Quality of Life-BREF(WHOQOL-BREF, 이하 QoL)를 사용하였다.¹⁷⁾ 불안감은 Anxiety Sensitivity Index(이하 ASI),¹⁸⁾ 자살 사고는 Scale of Suicidal Ideation-Beck(SSI-Beck, 이하 SSI)¹⁹⁾을 사용하였다. 참여자의 마음챙김 정도를 측정하는 도구로는 FFMQ를 이용하였다.¹⁴⁾ FFMQ는 총 39개의 질문으로, 마음챙김을 다섯 요소로 개념화하였다. 다섯 요소는 '관찰(observe)', '묘사(describe)', '알아차리고 행동하기(act with awareness)', '비판단(non-judge)', 그리고 '반응하지 않기(non-react)'이다.¹⁴⁾ 환자들은 MBCT 첫 회기 교육 시작 전과 마지막 8주차 회기가 끝난 뒤 MADRS, QoL, ASI, SSI, FFMQ를 평가하였다. 그중 MADRS 점수를 이용하여 참여자의 우울증 정도에 따라 대상을 두 군으로 나누었다. 첫째, 경도 이하 우울증 그룹은 MBCT 시작 전 MADRS 19점 이하를 기준으로 하였다. 둘째, 중도 우울증 그룹은 MBCT 시작 전 MADRS 20점 이상을 기준으로 하였다. MADRS는 정신과 전문의가 평가하였으며, 나머지는 모두 자가 보고 검사이다.

개입(MBCT)

MBCT는 Segal 등⁹⁾이 개발한 프로토콜에 따라 총 8주 동안 8회기로 진행되었다. 각 회기는 2시간 동안 진행되었으며 한 그룹당 3명 또는 4명의 환자가 참여하였다. 매 회기마다 명상 훈련과 이에 대한 토론 및 교육이 이루어졌으며 서울대

학교병원 정신건강의학과에서 직접 제작한 오디오 파일을 참여자들에게 배포하여 환자들이 매일 집에서 30분 내외의 명상 훈련을 지속할 수 있도록 하였다. MBCT 지도는 MBCT에 숙달된 정신과 전문의 1인이 진행하였다.

통계 분석

연구의 첫 번째 목표는 MBCT 전후로 각 그룹 내에서 변수들의 변화 여부와 그룹 간에 그 차이가 있는지 살펴보는 것이다. 두 번째 목표는 MBCT 전후로 통계적으로 유의미한 변화가 관찰된 변수가 마음챙김과 어떤 관계가 있는지 알아보기 위해 그 변수의 변화율이 마음챙김의 다섯 요소의 변화율로 예측 가능한지 알아보는 것이다. 변화율은 다음과 같은 공식으로 계산되었다.

$$\Delta(\text{변수}) = [(8\text{주차에서의 변수 점수}) - (\text{기저에서의 변수 점수})] / \text{기저에서의 변수 점수}$$

모든 통계분석은 intention-to-treat 방법으로 시행되었다. 연속 변수의 경우, 그룹 내에서 MBCT 전후 비교 시에는 paired t-test를 사용하였고 그룹 간 비교는 independent t-test를 사용하였다. 비모수 검정 시, 그룹 내 비교는 Wilcoxon signed rank test를 사용하였고 그룹 간의 비교는 Mann-Whitney test를 이용하였다. 범주형 변수는 대상자 수를 고려하여 Fisher's exact test를 이용하였다. 그룹과 치료 사이의 교호작용을 관찰하기 위해 repeated measures ANOVA 또는 linear mixed model을 사용하였고 나이, 성별, MBCT 참여 횟수를 공변량으로 고려하여 분석하였다. MBCT 전후로 변화를 보인 변수의 변화율을 FFMQ의 다섯 요소로 예측하기 위해 multiple regression analysis를 하였다. 이때에도 공변량 보정을 하였으나 성별, MBCT 참여 횟수는 그 분포가 한쪽에 치우쳐 있어 공변량으로 포함시키지 못하였고, 따라서 나이만 보정할 수 있었다. 통계적 유의 수준은 양측 검정으로 $p < 0.05$ 로 하였다.

결 과

인구학적 특징

연구 대상자들의 인구학적 특징은 다음과 같다(표 1). 경도 이하 우울증 그룹에 11명, 중도 우울증 그룹에 8명으로 나뉘었고, 중도 우울증 그룹의 환자들은 모두 중도 우울증 점수에 포함되었으며, 중증도 우울증(MADRS 35점 이상) 환자는 없었다. 경도 이하 우울증 그룹의 평균 나이는 38.5세, 중도 우울증 그룹은 36.6세였으며 경도 이하 우울증 그룹은 전원이 여성이었고 중도 우울증 그룹에서는 6명(75%)이 여성이었다. 교육 수준에서만 두 그룹 간에 통계적으로 유의미한 차이가 있었으며 경도 이하 우울증 그룹이 중도 우울증 그룹보다 교육 연한이 긴 것으로 나타났다(각각 평균 17.1, 14.4년, $p = 0.007$). 경도 이하 우울증 그룹의 11명 중 3명, 중도 우울증 그룹의 8명 중 2명이 주요 우울증으로 진단받았으며 나머지는 모두 양극성장애 I형 또는 II형으로 진단받았다. 두 그룹 간에 진단 분포의 차이는 통계적으로 유의하지 않았다. 연구 대상자 중 8회기까지 마친 사람은 경도 이하 우울증 그룹에서 10명(90.9%), 중도 우울증 그룹에서 6명(75%)이었으며 두 그룹 간 통계적으로 유의미한 차이는 없었다($p = 0.546$). 참여자들은 모두 항우울제, 기분조절제, 벤조다이아제핀 계열 등의 정신과 약물을 한 종류 이상 복용 중이었다. 표 1에서 두 그룹 간의 차이를 비모수 검정으로 분석하여도 표 1의 결과와 통계적 유의성 여부에 있어 차이는 없었다.

MBCT 시행 전 임상적 특성

표 2에 설명된 바와 같이, MBCT 시행 전(baseline) 두 그룹 간의 차이를 살펴보면 MADRS 총점(평균 ± 표준편차)은 중도 우울증 그룹에서 24.5 ± 3.2 로 경도 이하 우울증 그룹의 12.8 ± 3.5 보다 통계적으로 유의하게 높았다($p < 0.001$). ASI 총점(평균 ± 표준편차)은 중도 우울증 그룹에서 43.1 ± 14.3 으로 경도 이하 우울증 그룹의 29.5 ± 15.5 보다 높은 경향을 보였으나 통계적으로 유의하지 않았다($p = 0.067$). 그 밖

Table 1. Characteristics of the participants at baseline

Variables	Normal to mild depression group (n = 11)	Moderate depression group (n = 8)	p-value*
Age, mean ± SD	38.5 ± 7.2	36.6 ± 15.0	0.756
Female, n (%)	11 (100.0)	6 (75.0)	0.164
Education, mean ± SD	17.1 ± 1.9	14.4 ± 2.0	0.007
Marital status, n (%)	6 (54.5)	3 (37.5)	0.650
History of hospitalization, n (%)	4 (36.4)	6 (75.0)	0.170
Unipolar depressive disorder, n (%)	3 (27.2)	2 (25.0)	1.000
Bipolar disorder, n (%) [†]	8 (72.8)	6 (75.0)	1.000

* : independent t-test or Fisher's exact test between values in the groups, † : bipolar disorder consists of bipolar I disorder and bipolar II disorder. SD : standard deviation

에 QoL, SSI, FFMQ의 점수는 MBCT 시행 전에 두 그룹에서 유의미한 차이를 보이지 않았다.

MBCT 시행 전후 임상적 특성의 변화

각 그룹 내에서 MBCT 시행 전후로 각 변수의 변화를 살펴보면(표 2), 경도 이하 우울증 그룹은 MADRS, QoL, ASI, SSI, FFMQ의 점수에 있어 모두 통계적으로 유의미한 변화를 보이지 않았다. 반면 중도 우울증 그룹은 MADRS 총점(평균 ± 표준편차)이 24.5 ± 3.2에서 20.1 ± 5.7로 MBCT 후 유의하게 감소하였고(p = 0.020), 8주 시점에서 중도 우울증 그룹의 MADRS 총점이 경도 이하 우울증 그룹의 MADRS 총점과 유의미한 차이를 보이지 않게 되었다(p = 0.163). 또한 중도 우울증 그룹에서 SSI 총점(평균 ± 표준편차)이 16.5 ± 9.4에서 3.2 ± 4.2로 대폭 감소하였다(p = 0.005). 이는 8주차 때 경도 이하 우울증 그룹의 SSI 총점인 13.6 ± 11.7보다도 통계적으로 유의미하게 작았다(p = 0.016). 중도 우울증 그룹에서 QoL, ASI, FFMQ의 점수는 MBCT 전후로 통계적으로 유의미한 차이를 보이지 않았다. 표 2에서 두 그룹 간의 차이

및 각 그룹 내에서 MBCT 전후의 비교를 비모수 검정으로 분석하여도 표 2의 결과와 통계적 유의성 여부에 있어 차이는 없었다.

MADRS, QoL, ASI, SSI, FFMQ 점수가 MBCT 전후로 변하는 양상이 두 그룹 사이에 차이가 있는지 알아보려고 MBCT 치료 전후와 그룹 사이에 교호작용이 있는지 살펴보았다. Repeated measures ANOVA 또는 linear mixed model로 분석한 결과 MADRS, ASI, SSI에 대해, MBCT 치료 전후와 그룹 사이에 교호작용(time × group)이 통계적으로 유의하게 있었다(MADRS, ASI, SSI 각각의 교호작용 p value = 0.044, 0.021, 0.001). 따라서 MBCT가 우울, 불안, 자살 사고에 주는 영향은 대상자의 현재 우울증의 정도에 따라 변할 수 있음을 시사하였다. 나이, 성별, MBCT 참여 횟수를 공변량으로 보정하여 위의 분석을 반복하여도 교호작용에 통계적 유의성을 보인 변수는 동일하였다.

MBCT와 마음챙김의 다섯 요소(FFMQ)

FFMQ를 이루는 다섯 요소의 점수가 MBCT 전과 후에 차이가 있는지, 그룹 간에 차이가 있는지 살펴보았다(표 3). 다섯 요소 모두 각 그룹 내에서 MBCT 전과 후에 통계적

Table 2. Outcomes at baseline and 8 weeks

Variables	Normal to mild depression group	Moderate depression group	p-value
MADRS			
Baseline	12.8 ± 3.5	24.5 ± 3.2	< 0.001 [†]
8 weeks	15.3 ± 8.0	20.1 ± 5.7	0.163
p-value [§]	0.324	0.020*	
QoL			
Baseline	83.2 ± 18.9	75.3 ± 6.3	0.273
8 weeks	85.3 ± 20.1	78.8 ± 17.9	0.475
p-value [§]	0.443	0.512	
ASI			
Baseline	29.5 ± 15.5	43.1 ± 14.3	0.067
8 weeks	37.2 ± 17.3	30.0 ± 14.7	0.355
p-value [§]	0.162	0.086	
SSI			
Baseline	9.5 ± 9.3	16.5 ± 9.4	0.130
8 weeks	13.6 ± 11.7	3.2 ± 4.2	0.016*
p-value [§]	0.212	0.005 [†]	
FFMQ			
Baseline	116.6 ± 22.9	98.8 ± 34.5	0.191
8 weeks	113.9 ± 12.9	119.9 ± 14.8	0.363
p-value [§]	0.745	0.127	

* : p < 0.05, † : p < 0.01, ‡ : p < 0.001, § : paired t-test between values at baseline and 8 weeks in each group, || : independent t-test between values in the groups. MADRS : Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, QoL : World Health Organization Quality of Life-BREF, ASI : Anxiety Sensitivity Index, SSI : Scale for Suicide Ideation-Beck, FFMQ : Five Facets of Mindfulness Questionnaire

Table 3. Outcomes of the Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ) at baseline and 8 weeks

Variables	Normal to mild depression group	Moderate depression group	p-value [†]
OBS			
Baseline	21.5 ± 4.8	21.9 ± 9.8	0.932
8 weeks	22.9 ± 7.2	28.1 ± 5.8	0.109
p-value*	0.310	0.069	
DS			
Baseline	27.1 ± 8.9	24.6 ± 9.6	0.573
8 weeks	25.2 ± 5.2	24.5 ± 3.6	0.754
p-value*	0.464	0.962	
AA			
Baseline	26.3 ± 7.4	20.9 ± 9.3	0.177
8 weeks	22.4 ± 6.5	21.0 ± 6.8	0.664
p-value*	0.347	0.982	
NJ			
Baseline	21.7 ± 9.0	17.0 ± 7.6	0.247
8 weeks	22.5 ± 7.7	25.6 ± 7.9	0.405
p-value*	0.832	0.086	
NR			
Baseline	20.0 ± 6.4	14.4 ± 6.8	0.083
8 weeks	20.5 ± 7.4	21.3 ± 7.0	0.865
p-value*	0.622	0.053	

* : paired t-test between values at baseline and 8 weeks in each group, † : independent t-test between values in the groups. OBS : observe, DS : describe, AA : act with awareness, NJ : non-judge, NR : non-react

Table 4. Multiple regression analysis by the components of Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ)

Variables in moderate depression group	Δ(OBS)	Δ(DS)	Δ(AA)	Δ(NJ)	Δ(NR)	R ²	p-value
Δ(MADRS)	-1.25*	-0.23	1.50	0.44	-1.08*	0.985	0.036*
Δ(SSI)	0.56	1.83	-1.85	-0.29	-0.56	0.664	0.640

Values are standardized regression coefficient (β). * : p < 0.05. Δ(variable) : [(value of the variable at 8 weeks) - (value of the variable at baseline)] / value of the variable at baseline, MADRS : Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, SSI : Scale for Suicide Ideation-Beck, OBS : observe, DS : describe, AA : act with awareness, NJ : non-judge, NR = non-react

로 유의한 차이를 보이지 않았고, 두 그룹 간의 비교에서도 MBCT 전후 각각에서 두 그룹 간에 차이가 있었던 요소는 관찰되지 않았다. 표 3에서 두 그룹 간의 차이 및 각 그룹 내에서 MBCT 전후의 비교를 비모수 검정으로 분석하여도 표 3의 결과와 통계적 유의성 여부에 있어 차이는 없었다.

우울 증상 및 자살 사고의 감소와 마음챙김의 다섯 요소 사이의 관계

위에서 설명한 바와 같이, 중도 우울증 그룹에서 MBCT 전후로 MADRS 점수와 SSI 점수에 통계적으로 유의한 변화가 있었다(표 2). 따라서 이와 같은 변화가 MBCT를 통한 마음챙김 훈련과 관련이 있다면 마음챙김의 양상과 정도를 평가하는 FFMQ와도 연관성을 보일 수 있다. 나아가 FFMQ의 다섯 요소 중 어떤 요소가 MADRS 점수 및 SSI 점수의 변화와 연관되는지 알아볼 필요가 있다. 이에 따라 중도 우울증 그룹에서의 MADRS 점수 및 SSI 점수의 변화를 FFMQ의 점수로 예측할 수 있는지 살펴보고자 FFMQ의 다섯 요소의 변화로 multiple regression analysis를 시행하였다(표 4). 먼저 변수들의 MBCT 전후의 변화율을 살펴보고자 MBCT 전후의 차이를 먼저 구한 후 이를 MBCT 전의 점수(baseline)로 나눈 점수로 변환하였다. 분석결과 MADRS의 변화율은 FFMQ의 다섯 요소의 변화율로 예측 가능하였으며(p = 0.005), 그중 ‘관찰(observe)’ 요소와 ‘반응하지 않기(non-react)’ 요소가 유의하게 MADRS 점수의 변화율과 연관성을 보였다(각각 p = 0.025, p = 0.022). ‘관찰’ 요소와 ‘반응하지 않기’ 요소 모두 MADRS 점수와 음의 상관관계를 보였으며 따라서 MBCT 전후로 ‘관찰’ 요소 및 ‘반응하지 않기’ 요소가 증가할수록 MADRS 점수의 감소가 컸다는 것을 알 수 있다. FFMQ의 다섯 요소의 점수 변화율을 통하여 SSI 점수의 변화율을 예측하기 위한 모델은 통계적으로 유의하지 않았다. 위의 회귀분석을 대상자들의 ‘나이’로 보정하여 분석을 반복하였을 때 MADRS 점수의 변화율은 더 이상 마음챙김의 다섯 요소로 예측할 수 없었다(p = 0.064).

고 찰

본 연구는 현재 우울 삽화에 있거나 관해 상태에 있는 주요

우울장애 또는 양극성장애 환자를 대상으로 MBCT를 시행하였을 때 MBCT 전후로 우울증, 불안, 삶의 질, 자살 사고에 변화가 있는지 살펴보고 이것이 마음챙김의 다섯 요소로 예측 가능한지 알아보려고 하였다. 8주간의 MBCT 교육은 중도 이상의 우울 증상을 호소하는 기분장애 환자에서 우울 증상과 자살 사고를 유의미하게 감소시키는 것으로 나타났으며, 특히 MBCT 전후 우울 증상의 변화율은 마음챙김의 다섯 요소 중 ‘관찰’ 및 ‘반응하지 않기’ 요소의 변화율과 연관이 있는 것으로 나타났다. 반면 우울 증상이 경도 이하인 환자들의 경우 이러한 변화를 보이지 않았다. 특히 MBCT에 따른 우울 증상, 불안, 자살 사고의 변화 양상은 두 그룹에서 유의한 차이가 있는 것으로 관찰되었다. 본 연구는 현재 우울증을 앓고 있는 기분장애 환자에게 MBCT 교육이 주는 효과와 이를 매개하는 것에 대한 고찰을 한 국내 최초의 연구라는 점에 의의가 있다.

유의한 연관성을 보였던 두 요소 중 ‘관찰’ 요소는 “나는 나의 감정이 내 생각과 행동에 어떻게 영향을 미치는지에 주의 기울인다”, “나는 음식과 음료가 나의 생각, 신체감각 그리고 정서에 어떻게 영향을 미치는지 인식한다”와 같은 내용을 의미하며, ‘반응하지 않기’ 요소는 “나는 나의 느낌이나 감정에 즉각적으로 반응하지 않고 먼저 그것을 알아차린다”, “어려운 상황에 부딪혔을 때 나는 즉각적으로 반응하지 않고 잠시 생각할 수 있는 여유를 가질 수 있다” 등을 포함하는 개념이다. 이전 연구에서¹³⁾ 우울 삽화에 있는 환자군이 MBCT 후 우울 증상이 유의하게 호전되었고, 이에 따라 우울 증상의 호전을 매개하는 마음챙김 요소가 무엇인지 조사하였다. 이 연구에서 사용한 마음챙김 척도는 본 연구에서 사용한 FFMQ가 아닌, 그보다 이전에 개발되었던 Kentucky Inventory of Mindfulness Skills(이하 KIMS)²⁰⁾이다. KIMS는 마음챙김을 네 가지 요소로 나누며 FFMQ와 다른 점은 ‘반응하지 않기’ 요소가 없다는 것이다. 그들이 사용한 우울증 척도는 Hamilton Rating Scale for Depression(이하 HAMD)²¹⁾이었으며 MBCT에 따른 HAMD 점수의 호전을 매개하는 KIMS 요소는 ‘알아차리고 반응하기(act with awareness)’였다. 또 다른 연구로, 우울증 환자가 아닌 일반 인구를 대상으로 한 연구²²⁾에서 마음챙김의 요소와 우울 증상 사이의 상관관계를 살펴보고 ‘비판단’ 요소가 우울 증상과 반비례한다고 보고

하였다. 이와 같이 마음챙김과 우울증의 호전 사이에는 관련이 있을 것으로 예상되나, 연구에 따라 어떤 마음챙김 요소가 우울증의 호전을 매개하는지는 차이가 있는 것으로 관찰된다. 이러한 차이가 발생하는 이유는 먼저 연구 대상의 차이가 있다. 일반 인구, 주요 우울증 환자, 양극성장애 환자에 따라 우울증 호전을 매개하는 마음챙김의 요소가 다를 수 있다. 과거 연구들이 재발성 우울증 환자를 대상으로 한 경우가 많다는 점에서 과거 우울 삽화의 횟수에 따라서도 다를 가능성이 있다. 또한 본 연구에서처럼 현재 우울 삽화에 있더라도 증상의 심각도에 따라 MBCT의 효과가 다르기 때문에 우울 증상의 심각도도 고려되어야 한다.

본 연구는 총 19명의 환자 중 14명(74%)의 환자가 양극성장애로, 이는 많은 MBCT 연구가 주로 주요 우울증 환자를 대상으로 했다는 점에서 연구 대상에 본 연구와 차이가 있다. 현재까지 양극성장애를 대상으로 한 MBCT 연구는 주요 우울증을 대상으로 한 연구에 비해 그 수가 적고 효과 및 적절성에 대한 연구가 더 필요하다.²³⁾²⁴⁾ 우울 삽화의 관해 상태에 있는 양극성장애 환자를 대상으로 MBCT 직후에 우울감과 불안의 치료효과 여부를 관찰한 연구에 따르면²⁵⁾ 양극성장애를 앓는 대조군에 비해 잔존하는 우울, 불안이 뚜렷이 감소하였다. 이와 비슷한 연구로, 양극성장애 환자를 대상으로 MBCT 직후에 우울, 불안, 작업 기억력, 감정 조절 능력을 검사하였을 때, 양극성장애 대조군에 비해 MBCT를 받은 군은 우울, 불안이 감소하였고, 작업 기억력과 감정 조절 능력에 호전을 보였다.²⁶⁾ 95명의 양극성장애 환자를 대상으로 한 무작위 대조군 연구에 따르면,²⁷⁾ MBCT와 일반적 치료(TAU)를 함께 받은 군과 일반적 치료만 받은 군 사이에 12개월 추적 관찰 시 우울 삽화 또는 조증 삽화 재발에 차이를 보이지 않았으나 MBCT를 받은 군에서 우울 및 불안감의 감소에 효과가 있었고 이는 MBCT 교육 기간 동안 명상 훈련의 빈도와 연관을 보였다. 관해 상태가 아닌, 정도의 우울 삽화에 있는 양극성장애 환자를 대상으로 한 연구에서 MBCT 직후와 3개월 후에서 모두 MBCT 전에 비해 우울감에 호전이 있었지만 대조군이 없었다는 한계가 있었다.²⁴⁾ 본 연구는 연구 대상자의 수가 적어 주요 우울증 환자군과 양극성장애 환자군에 대한 MBCT의 효과를 비교하는 분석은 할 수 없었다. 그러나 경향성의 면에서 본다면 관해 상태에 있거나 정도의 우울증을 갖고 있는 환자에서 우울증의 호전이 없었던 점은 이전 연구와는 다른 결과이다. 그러나 중도 이상의 우울증을 겪고 있는 환자에서 우울증의 감소가 관찰된 점은 양극성장애 환자들에게 MBCT가 우울증 감소에 효과가 있었을 가능성을 보여준다. 중도 이상의 우울증을 겪는 양극성장애 환자들에 MBCT가 효과가 있는지는 향후 연구가 더 필요하다.

본 연구에서 중도 우울증 환자군이 MBCT 이후 호전을 보인 또 다른 변화는 SSI로 측정된 자살 사고이다. 자살 사고 또는 자살 행동에 대한 MBCT의 효과는 아직 많이 연구되지 않았다. MBCT와 직접적으로 자살 사고 사이의 관계를 연구한 무작위 대조군 연구에 따르면,²⁸⁾ 28명의 만성 우울증 환자를 대상으로 MBCT를 시행했을 때 우울증은 호전되었으나 자살 사고에는 유의미한 변화가 없었다. 반면 Forkmann 등²⁹⁾은 총 130명의 잔존 우울감이 있는 환자를 대상으로 한 무작위 대조군 연구에서 MBCT 후로 유의미한 자살 사고의 감소를 관찰하였다. 본 연구는 이와는 달리 경한 우울감을 갖는 환자에서 자살 사고에 변화가 없었으나 중도의 우울감을 보이는 환자는 자살 사고의 큰 감소를 보였다. 그러나 이 감소가 마음챙김의 다섯 요소로 매개되지 않았기 때문에 다른 원인에 의해 자살 사고가 감소했는지 향후 알아보아야 할 것이다.

우울증을 겪고 있는 사람이 MBCT를 통해 호전을 보일 때 이를 매개하는 마음챙김 요소가 무엇인지 알아보는 연구는 현재까지 충분히 이루어지지 않았으며 본 연구는 좀 더 이에 대한 근거를 마련하는 데 의의가 있다. 그러나 본 연구는 다음과 같은 한계점을 가진다. 대조군이 없기 때문에 관찰된 효과가 MBCT에 의한 것인지, 우울 삽화가 시간이 지남에 따라 우울증이 약해진 것인지 알기 어렵다. 이를 극복하기 위해 MBCT 프로그램의 참여를 기다리는, 대기 중인 기분장애 환자를 대조군으로 고려해 볼 필요가 있다. 본 연구의 대상자에 주요 우울장애 환자가 양극성장애 환자보다 무척 적었고, 이에 따라 분석을 각 질환에 따라 나눠서 하지 못하였다. 이를 해결하려면 두 질환 각각의 환자를 충분히 모집하여야 할 것으로 보인다. 또한 불안장애나 강박증, 물질남용장애 등의 공존 질환은 통제되지 않았던 것과 복용 약물의 종류와 양, 과거 명상 훈련의 경험 등의 교란 작용이 고려되지 않은 점도 본 연구의 한계이다. 약물에 대하여, MBCT 시작 전 2~4주부터 MBCT 교육 기간을 통하여 마지막 평가가 있을 때까지는 약물을 일정하게 유지하는 것이 약물에 의한 효과를 통제하는 데에 필요할 것으로 보인다. 위와 같은 한계점을 개선한다면 현재 우울 삽화를 겪는 기분장애 환자에게 MBCT가 어떤 효과가 있으며 이를 매개하는 요인은 무엇인지에 대한 연구에 도움이 될 것이다.

중심 단어: 마음챙김에 기초한 인지치료·마음챙김·다섯 가지 마음챙김 요소·기분장애.

Conflicts of interest

The authors have no financial conflicts of interest.

REFERENCES

- 1) **Kupfer DJ, Frank E, Perel JM, Cornes C, Mallinger AG, Thase ME, et al.** Five-year outcome for maintenance therapies in recurrent depression. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:769-773.
- 2) **Eaton WW, Shao H, Nestadt G, Lee HB, Bienvenu OJ, Zandi P.** Population-based study of first onset and chronicity in major depressive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2008;65:513-520.
- 3) **Geddes JR, Carney SM, Davies C, Furukawa TA, Kupfer DJ, Frank E, et al.** Relapse prevention with antidepressant drug treatment in depressive disorders: a systematic review. *Lancet* 2003;361:653-661.
- 4) **Teasdale JD, Segal ZV, Williams JM, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA.** Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *J Consult Clin Psychol* 2000;68:615-623.
- 5) **Kabat-Zinn J, Massion AO, Kristeller J, Peterson LG, Fletcher KE, Pbert L, et al.** Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 1992;149:936-943.
- 6) **Williams JM, Kuyken W.** Mindfulness-based cognitive therapy: a promising new approach to preventing depressive relapse. *Br J Psychiatry* 2012;200:359-360.
- 7) **Kabat-Zinn J.** *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness.* New York, NY: Delacorte;1990.
- 8) **Kuyken W, Warren FC, Taylor RS, Whalley B, Crane C, Bondolfi G, et al.** Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in prevention of depressive relapse: an individual patient data meta-analysis from randomized trials. *JAMA Psychiatry* 2016;73:565-574.
- 9) **Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD.** *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing.* 1st ed. New York, NY: Guilford Press;2002.
- 10) **Finucane A, Mercer SW.** 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. *BMC Psychiatry* 2006;6:14.
- 11) **Kenny MA, Williams JM.** Treatment-resistant depressed patients show a good response to Mindfulness-based Cognitive Therapy. *Behav Res Ther* 2007;45:617-625.
- 12) **Kingston T, Dooley B, Bates A, Lawlor E, Malone K.** Mindfulness-based cognitive therapy for residual depressive symptoms. *Psychol Psychother* 2007;80:193-203.
- 13) **van Aalderen JR, Donders AR, Giommi F, Spinhoven P, Barendregt HP, Speckens AE.** The efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in recurrent depressed patients with and without a current depressive episode: a randomized controlled trial. *Psychol Med* 2012;42:989-1001.
- 14) **Baer RA, Smith GT, Hopkins J, Krietemeyer J, Toney L.** Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment* 2006;13:27-45.
- 15) **American Psychiatric Association.** *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5.* 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing;2013.
- 16) **McDowell I.** *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires.* 3rd Ed. New York, NY: Oxford University Press;2006.
- 17) **The WHOQOL Group.** Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychol Med* 1998;28:551-558.
- 18) **Reiss S, Peterson RA, Gursky DM, McNally RJ.** Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behav Res Ther* 1986;24:1-8.
- 19) **Beck AT, Steer RA, Ranieri WF.** Scale for Suicide Ideation: psychometric properties of a self-report version. *J Clin Psychol* 1988;44:499-505.
- 20) **Baer RA, Smith GT, Allen KB.** Assessment of mindfulness by self-report: the Kentucky inventory of mindfulness skills. *Assessment* 2004;11:191-206.
- 21) **Hamilton M.** A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960;23:56-62.
- 22) **Cash M, Whittingham K.** What facets of mindfulness contribute to psychological well-being and depressive, anxious, and stress-related symptomatology? *Mindfulness* 2010;1:177-182.
- 23) **Weber B, Jermann F, Gex-Fabry M, Nallet A, Bondolfi G, Aubry JM.** Mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder: a feasibility trial. *Eur Psychiatry* 2010;25:334-337.
- 24) **Deckersbach T, Hölzel BK, Eisner LR, Stange JP, Peckham AD, Dougherty DD, et al.** Mindfulness-based cognitive therapy for non-remitted patients with bipolar disorder. *CNS Neurosci Ther* 2012;18:133-141.
- 25) **Williams JM, Alatiq Y, Crane C, Barnhofer T, Fennell MJ, Duggan DS, et al.** Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT) in bipolar disorder: preliminary evaluation of immediate effects on between-episode functioning. *J Affect Disord* 2008;107:275-279.
- 26) **Ives-Deliperi VL, Howells F, Stein DJ, Meintjes EM, Horn N.** The effects of mindfulness-based cognitive therapy in patients with bipolar disorder: a controlled functional MRI investigation. *J Affect Disord* 2013;150:1152-1157.
- 27) **Perich T, Manicavasagar V, Mitchell PB, Ball JR, Hadzi-Pavlovic D.** A randomized controlled trial of mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2013;127:333-343.
- 28) **Barnhofer T, Crane C, Hargus E, Amarasinghe M, Winder R, Williams JM.** Mindfulness-based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: a preliminary study. *Behav Res Ther* 2009;47:366-373.
- 29) **Forkmann T, Wichers M, Geschwind N, Peeters F, van Os J, Mainz V, et al.** Effects of mindfulness-based cognitive therapy on self-reported suicidal ideation: results from a randomised controlled trial in patients with residual depressive symptoms. *Compr Psychiatry* 2014;55:1883-1890.