

REVIEW ARTICLE

J Korean
Neuropsychiatr Assoc
2015;54(4):406-417
Print ISSN 1015-4817
Online ISSN 2289-0963
www.jknpa.org

정신과 임상에서 명상의 활용 : 마음챙김 명상을 중심으로

가톨릭대학교 의과대학 정신과학교실,¹ 가톨릭대학교 의과대학,² 덕성여자대학교 심리학과³
허휴정¹ · 한상빈² · 박예나³ · 채정호¹

Clinical Implication of Meditation in Psychiatry : Focused on Mindfulness Meditation

Hyu Jung Huh, MD¹, Sang Bin Han, BS²,
Ye Na Park, BA³, and Jeong-Ho Chae, MD, PhD¹

¹Department of Psychiatry, The Catholic University of Korea College of Medicine, Seoul, Korea
²The Catholic University of Korea College of Medicine, Seoul, Korea
³Department of Psychology, Duksung Women's University, Seoul, Korea

Received December 16, 2014
Revised August 21, 2015
Accepted August 25, 2015

Address for correspondence
Jeong-Ho Chae, MD, PhD
Department of Psychiatry,
Seoul St. Mary's Hospital,
The Catholic University of Korea
College of Medicine,
222 Banpo-daero, Seocho-gu,
Seoul 06591, Korea
Tel +82-2-2258-6083
Fax +82-2-2258-3870
E-mail alberto@catholic.ac.kr

There is a considerable body of literature describing the trials of meditation as adjunctive treatment of psychiatry. Although meditation has included various concepts and activity through a long history, meditation used as a therapeutic intervention in psychiatry has usually been accepted as a kind of emotion and attention regulation training. The aim of this article was to review historical origin, clinical effectiveness, and neurobiological mechanism of meditation as treatment for psychiatric disorders. Meditation is originated from various types of religious tradition. In general, meditation is divided by the consciousness meditation and the awareness meditation. Concept of mindfulness-based therapy is mainly based on awareness meditation. In addition to two types of meditation, loving kindness meditation is developed and exercised in compassion-focused therapy. Neurobiological evidence suggests that meditation reduces stress-related autonomic and endocrine change. In addition, research using neuroimaging has provided biological evidence that a specific region of brain activity and connectivity is related to subjective experience of meditation. Clinical trials support the effectiveness of meditation for the treatment of anxiety, depression, and any other stress-related disorders. In the future, profound understanding of the neurobiological mechanism, clinical effectiveness, and side effects of meditation as treatment intervention of for psychiatric disorders would be provided for evidence based meditative practice. **J Korean Neuropsychiatr Assoc 2015;54(4):406-417**

KEY WORDS Meditation · Mindfulness · Alternative medicine.

서 론

정신작용약물의 눈부신 발전의 결과로 약물치료를 통하여 정신질환의 다양한 증상이 경감되어 많은 환자들에게 도움이 되고 있으나 약물치료만으로 완전 관해에 도달하는 것은 여전히 어렵다.¹⁾ 가령, 우울증의 경우 항우울제를 처음 처방 받은 환자의 반 수 정도만 치료에 반응하게 되며, 3분의 1 정도의 환자는 오랜 치료에도 불구하고 결국 관해에 이르지 못하고 잔여 우울증상으로 고통 받게 된다.^{2,3)} 이러한 상황에서 약물치료의 부족한 효과를 보완하거나 대체할 만한 여러 가지 치료적 대안들이 제시되고 있다.

이러한 대안 중 하나로 주목을 받고 있는 것 중 하나가 바로 명상이다. 치료적인 목적으로의 명상 기법 활용은 그 등

안 지속적으로 증가해왔으며, 특히 불교 등 동양에서 기원한 명상의 영향을 받아 서양에서 개발된 마음챙김 명상(mindfulness meditation)의 임상적 적용에 관한 연구가 가장 활발히 이루어지고 있다. 명상은 오랜 역사를 거쳐 불교를 포함한 도교, 이슬람, 기독교 등 넓은 범위의 종교적 활동과 일상적인 비종교적 활동에 광범위하게 사용되고 있지만, 현재 정신과 영역에서 활용되고 있는 명상은 정서 조절을 포함한 다양한 목적으로 개발된 일종의 정서 및 주의력 조절 훈련으로 볼 수 있겠다.^{4,5)} 본 종설에서는 최근 다양한 형태의 치료에 광범위하게 활용되고 있는 마음챙김 명상을 중심으로 정신질환에 있어서 명상 기법 활용의 역사와 함께 지금까지 연구된 명상의 임상적 효과들을 살펴보고, 그 바탕이 되는 신경생물학적 기전들에 대해서 알아보고자 한다.

정신과 치료에서 명상 기법 활용의 역사

명상은 인류와 역사적 근원을 같이 한다고 할 정도로 다양한 종교에서 독특한 방법으로 발달하여 왔다. 유대교에서는 고대로부터 많은 선지자들과 랍비들이 자신들의 의식세계를 깊게 하여 야훼와 교통하기 위해 까발라(Kabalah)라고 하는 수도법을 수행하였고, 초기 기독교에서는 사막이나 동굴에서 수도를 하였던 전통이 후대 수도원으로 이어지게 되어, 현재까지도 가톨릭과 동방정교에서는 묵상기도와 관상법이 전수되어 오고 있다. 이슬람교에서도 일반적인 종교행위보다 더 깊은 차원에서 알라를 직접 체험하기 위한 수행이 수피즘으로 계승되고 있다. 도교에서도 복식호흡과 단전호흡을 강조하며 이는 단학으로 전해오고 있다. 종교라기보다 사회 윤리사상에 가까운 유교의 수도법은 사육에 가려져 놓치기 쉬운 자신의 본성을 밝히는 것을 위주로 하고 있다.⁶⁾

그 중 특히 현대 정신의학이나 심리학 쪽으로 많이 함입되고 있는 불교 명상 전통은 약 2500년 전 붓다의 수행에서 비롯되었으며, 다양한 방법과 형태로 전승되어 서양에 소개되었다.^{7,8)} 최근 다양한 형태의 치료에 활발히 활용되고 있는 마음챙김(mindfulness)은 불교에서 기원한 수행법이다. 불교에서는 인간의 괴로움이 무지에서 온다고 본다. 어리석음으로 인해 자기 자신과 세상을 바르게 알지 못함으로써 고통을 받는다는 것이다. 불교는 바른 앎을 통해 괴로움에서 벗어날 수 있다고 보고 자기 자신을 있는 그대로 바르게 알 수 있는 방법으로 마음챙김을 가르쳐왔다. 초기 불교의 가르침에 근거한 위빠사나(vipassanā)를 비롯하여 중국에서 꽃핀 선(禪), 아미타불의 원력에 기대어 극락왕생을 추구하는 염불(念佛), 간경(刊經), 주문(呪文), 기도(祈禱), 절, 불공(佛供) 등도 모두 불교 내에서 발전되어 온 다양한 수행법이자 마음을 다스리는 방법이라 할 수 있다.⁹⁾

한편, 서양에서는 동양 철학과 명상에 대한 서양의 관심이 증대되면서 스탠포드 대학의 종교학 교수인 페드릭 스페겔버(Frederic Spiegelber)가 1951년 아시아 연구를 위한 캘리포니아 센터(California Institute of Asian Studies)를 개설하였고 선(Zen) 학생이었던 앨런 왓트(Alan Watts)가 교수로 참여하면서 동서양 문화의 접점이 이루어지게 되었다. 당시 미국으로 건너온 일본인 선사(Zen teacher)인 D.T. 스즈키(Suzuki D.T.)가 세미나를 개최하여 토마스 머튼(Thomas Merton), 정신분석가 카렌 호나이(Karen Horney), 그리고 대중 저술가인 제롬 데이비드 셀링저(Salinger J.D.) 등 당대의 문화적 리더들에게 영향을 주었고 이후 미국 청중들에게까지 대중화되게 되었다.¹⁰⁾

1960년대에는 베트남 전쟁의 영향으로 환각제(psychedelic

drug)와 정신확장제(mind-expanding drugs)에 대한 폭발적인 관심이 있었고, 미국의 반문화(American counterculture)의 발달과 맞물려 모든 형태의 명상에 대한 관심이 폭발하였다. 이에 따라 명상과 신체, 심리적 웰빙과의 관련성에 대한 관심도 증가하였으며 당시 대중적 인기를 누렸던 비틀즈가 인도의 명상이 마하리시 마히시 요기와 관련을 맺으면서 소위 초월 명상에 대한 관심이 대중에게 크게 확산되었다.¹⁰⁾

정신과적으로 활용되고 있는 마음챙김 명상은 1979년 존 카바틴(Jon Kabat-Zinn)에 의해 메사추세츠 대학 메디컬 센터에서 시작되었다. 그는 스트레스 감소 클리닉에서 기존의 불교 명상에서 종교적인 색채를 배제한 마음챙김에 기반한 스트레스 완화(mindfulness-based stress reduction, 이하 MBSR)라는 프로그램을 통해 마음챙김 훈련을 제공하면서 만성 통증이나 스트레스 상황에 놓인 환자들에서 큰 효용성을 나타내었다. 많은 연구에서 MBSR 프로그램이 정신신체 증상을 호전시키고, 행동, 지각 및 태도에 긍정적인 변화를 불러일으킨다는 사실을 보고하였다.^{11,12)}

세갈(Segal Z.V.) 등은 마음챙김 명상에 기존의 인지행동치료(cognitive behavioral therapy)의 특성을 가미하여 마음챙김에 기반한 인지치료(mindfulness-based cognitive therapy, 이하 MBCT)를 개발하였으며, 임상적으로 다중 삽화가 있는 우울증 환자에서 재발을 예방하는 효과가 있다는 것을 확인하였다.¹³⁾

MBCT는 현재 우울증의 재발 방지뿐만 아니라 양극성 장애, 주의력 결핍 및 과잉행동 장애, 폐경기 증상, 물질 중독, 불안장애, 통증조절, 수면장애, 외상 후 스트레스 장애 환자들에게 그 적용범위를 확대시켜나감, 그 임상적 효용에 대한 연구도 활발히 이루어지고 있다.¹⁴⁻²⁰⁾

정신의학적 관점에서의 명상의 개념과 종류

세계어원영어사전(An universal etymological English dictionary)에 의하면 명상(meditation)의 어원은 라틴어 meditatio, 동사 meditari로 “곰곰이 생각한다”라는 의미이나 현재에는 주로 동양의 영적인 훈련들을 번역하는 단어로 사용되고 있다. 또한 명상(冥想)의 한자어원을 통해 그 개념을 살펴보면, 눈을 감고 조용히 생각한다는 뜻과 잡념과 고정관념을 사라지게 한다는 뜻이 포함되어 있다.

정신의학에서 사용되는 명상이란 욕구와 생각에 집중된 주의를 다른 곳, 즉 감각에 할당할 수 있도록 함으로써 욕구와 생각에 압도되지 않도록 도와주는 것이라고 할 수 있다. 즉, 정신의학에서 사용되는 명상이란 욕구-생각으로 가는 정신자원을 줄이고 감각으로 정신자원을 보내는 훈련이라고

할 수 있으며, 이러한 훈련을 통해 욕구-생각이 줄거나 사라지고 감각이 분명한 상태를 명상 상태라고 부른다.²¹⁾ 일반적으로 명상은 크게 집중 명상(concentrative) 및 알아차림 명상(awareness)의 두 범주로 나눌 수 있는데, 마음챙김 명상은 보통 알아차림 명상에 속한다고 말한다.²²⁾ 이 두 가지 명상은 모두 집중과 알아차림의 방법을 모두 이용하지만, 상대적으로 어느 것에 더 강조점을 두느냐에 따라 구분될 수 있다. 마음챙김 명상 역시 보통 집중 명상 혹은 집중 명상의 요소와 함께 수행되고 있다.²³⁾ 실제로 마음챙김 명상의 긍정적 효과의 상당 부분은 집중명상의 요소에서 온다. 집중 명상을 사마타(samatha) 수행이라고도 부르고, 통찰명상을 위빠사나 명상(vipassanā meditation) 혹은 마음챙김(mindfulness meditation), 또는 사념처(四念處) 수행이라고 부른다.²¹⁾ 사념처 수행이라는 또다른 이름에도 드러나듯이 마음챙김 명상의 대상은 신(身), 수(受), 심(心), 법(法)의 4가지이다. 신(身)은 몸을 통해 느껴지는 감각을 뜻하며, 수(受)는 감각 혹은 생각에 따른 느낌이고, 심(心)은 마음의 상태로서 현대적 개념으로는 정서에 가깝다고 보고, 법(法)은 일반적으로 정신적 대상 혹은 요소로 해석된다. 이외는 별개로 최근에 정신의학에 활용되기 시작한 자비명상이 있다. 자비명상은 통상적으로는 선한 마음을 증진시키고, 선하지 않은 마음을 줄이는 방법으로 사용된다.²¹⁾

집중 명상

통상적으로 알려진 명상은 집중 명상을 지칭하는 경우가 많다. 집중 명상은 다른 것들을 제외한 단 하나의 감각 혹은 경험, 예를 들면 호흡, 이미지, 소리, 생각, 단어 혹은 문장, 감정에 집중하는 것이다.²⁴⁾ 보통은 호흡에 따라 나타나는 배의 움직임이나 코의 자극, 꽃이나 점 등의 시각 자극, 혹은 물소리나 만트라 등 청각 자극에 자신의 욕구나 생각을 개입시키지 않고 순수한 주의를 집중시키고자 한다.²³⁾ 만약, 자연스럽게 마음이 집중할 대상을 떠나게 된다면, 이를 알아차리고 차분하게 다시 주의를 물체로 가져온다. 이를 훈련 동안 반복하는 것이다. 이러한 훈련을 통해서 욕구나 생각이 멈춰진 고요한 의식의 상태에 도달하는 것을 목표로 한다.²¹⁾

알아차림 명상

알아차림 명상은 현재 의식 속에 일어나고 있는 상황을 알아차리는 것, 즉 마음챙김을 강조한다. 명상을 하는 중 내부 혹은 외부 자극에 의해 생각이 변화한다면, 의식의 영역에 떠오르는 그것이 무엇이든 직접적으로 그것을 되돌리지 않고 관찰한다는 점에서 집중 명상과 차이가 있다. 즉, 알아차림이란 지금-여기에서 개인적 욕구나 생각을 개입시키지 않고

관찰의 대상을 있는 그대로 바라보는 것이다. 특히, 마음챙김이란 욕구, 생각, 감정, 감각 등으로 구성된 의식 위에 떠오르는 것을 있는 그대로 관찰하는 것을 의미한다.²¹⁾ 이를 통해 떠돌아다니는 마음을 차분하게 하고, 생각을 명료하게 하며 자신과 관련된 집착에서 벗어나 궁극적으로는 마음을 열어 치유하고 변화하는 것을 목표로 한다.²⁴⁾

자비 명상

자애 혹은 자비 명상은 모든 사람에 대한 무조건적인 사랑과 친절로 충만한 정서적 상태를 만드는 것을 그 목적으로 한다.²⁵⁾ 자비 명상은 마음챙김 명상과 밀접한 관련을 가지고 있으며, 마음챙김 명상을 통하여 자비 명상으로 연결되기도 한다.²⁶⁻²⁹⁾

마음챙김 명상이 신체 혹은 마음에서 일어나는 현재의 경험에 무판단적인 태도로 알아차림을 하는 것을 강조하고 있는 반면, 자비 명상은 모든 존재가 경험하는 고통이 완화되는 것을 알아차리고, 모든 존재의 안녕을 생각하는 것에 초점을 맞춘다.

자비 명상은 어떤 존재를 위한 특정한 소망을 반복적으로 생각하는 훈련으로 구성되어 있다. 여기에는 1) 누군가가 적개심으로부터 자유로워지는 것, 2) 누군가가 정신적 고통으로부터 자유로워지는 것, 3) 누군가가 신체적 고통으로부터 자유로워지는 것, 4) 누군가가 스스로를 행복한 마음으로 잘 돌볼 수 있는 것 등이 포함된다. 이러한 연습은 처음에는 자기에 대한 자비로부터 시작하여, 타인에 대한 자비로 확대시켜나갈 수 있다.^{30,31)}

자비 명상은 긍정적 정서를 배양하고, 자기 비난을 줄여나가는 데 효과가 있다는 연구가 발표되고 있으며, 이러한 근거를 토대로 임상 상황에서 우울증, 불안장애, 외상 후 스트레스 장애 등 다양한 형태의 정서조절장애 환자들에서 부정적 정서를 가라앉히고 긍정적 정서를 키워나가는 데 시도되고 있다.³²⁻³⁵⁾

정신의학에서 명상의 임상 활용

마음챙김 명상에 기반한 치료

마음챙김의 개념

여러 명상의 방법 중 현재 치료적으로 이용되는 명상의 주류는 마음챙김 명상(mindfulness meditation)이다. 마음챙김 명상은 불교의 위빠사나(vipassanā), 티벳 불교(Tibetan), 선(Zen)의 전통에서 모두 찾을 수 있는 중추적인 개념으로 안반수의경(Anapanasati Sutra)³⁶⁾과 염처경(Satipatthana Sutra)³⁷⁾ 등의 문헌을 살펴보면, 어리석음에서 비롯된 훈련되지

않은 마음과 살피지 않은 행동들이 탐욕과 성냄으로 이어져 인간의 고통에 기여하게 되며, 이를 극복하기 위한 붓다의 수행방법에 그 기원을 두고 있다.

마음챙김은 팔리어(Pali)어 'sati'와 'samprajanya'에 그 기원을 두고 있다. 영어로 'sati'는 알아차림(awareness)으로 번역되며, 'samprajanya'는 깨우침(clear comprehension)을 의미한다. 이는 곧 눈 앞에서 일어나고 있는 일에 대해 알아차리고, 주의를 기울이는 방법을 말한다. 불교에서는 이러한 방법을 명상을 통해 터득할 수 있다고 말한다.^{38,39)}

마음챙김 명상은 팔리어 vipassanā 명상의 번역어로, '나누다' 혹은 '꿰뚫다'라는 의미의 접두사 위(vi)와, '보다' 혹은 '관찰하다'라는 뜻을 지닌 보통명사 빠싸나(passanā)가 결합하여 이루어진 합성어이다.⁴⁰⁾ 위빠사나는 일상의 방식과는 다르게 현상을 나누어서 보고, 꿰뚫어서 보며, 그 결과 존재의 특성을 보게 된다는 의미를 담는다고 하겠다. 불교가 중국으로 전래될 때 vipassanā는 음역으로 비파사나(毘鉢舍那)라고 번역되었으며, 의역으로는 관(觀)으로 번역되었다. 영어권에서는 vipassanā가 번역되지 않고 그냥 vipassanā로 사용되기도 하고, 존재의 특성을 꿰뚫어본다는 의미에서 insight(통찰)로 번역되어 vipassanā 명상을 통찰명상(insight meditation)이라고도 부르기도 한다. 그러나 sati의 번역어인 마음챙김(mindfulness)을 사용해서 마음챙김 명상(mindfulness meditation)이라는 용어를 보편적으로 사용하고 있다.²¹⁾

하지만 서양에서 개발된, 치료적으로 이용되는 마음챙김 명상은 비종파적인(nonsectarian) 방법으로, 종교적이고 영적인 것을 제외하고 현재의 경험과 마음을 연결시키는 훈련을 하는 것에 집중하고 있다. 존 카밧진은 마음챙김은 보편적인 개념이기 때문에 불교적 전통을 받아들이는 것과는 관련이 없다고 주장하기도 하였다.⁴¹⁾

정신병리 모형의 관점에서 보면, 자신의 행동에 대해 주의를 기울이지 않은 채 무심코 자동화된 상태로 지내는 것은 과거나 미래와 관련된 침습적이고 반추적인 사고방식으로 이어지게 되어 결국 고통과 수동적이고, 습관적인 대처방식의 반복을 낳게 된다.⁴²⁾ 존 카밧진에 따르면, 마음챙김 명상은 의도적으로 마음에 주의를 기울이는 법을 훈련함으로써 떠돌아다니는 수많은 생각을 줄이는 데 도움을 줄 수 있다고 말한다.⁴³⁾ 그는 마음챙김이란 의식에 떠오르는 생각, 감정, 느낌을 비판단적인 방식으로, 있는 그대로, 지금-여기의 관점에서 알아차리는 것을 의미하며, 아래와 같이 일상생활에서 마음챙김의 자세를 배양할 수 있는 태도와 행동을 제시하고 있다.^{44,45)}

1) 비판단적 태도 : 성급한 결론을 내리지 않은 채, 자기 자신의 경험을 있는 그대로 알아차리는 것

2) 인내 : 모든 것들이 각자 나름의 속도로 진행되어가는 것을 있는 그대로 내버려두는 것

3) 초심자의 마음 : 자신이 가진 선입견과 지식에 매몰되지 않고, 새로운 다양한 가능성을 수용하는 것

4) 신뢰 : 자기 자신에 대해 기본적인 믿음을 가지는 것

5) 애쓰지 않는 것 : 어떻게 되어가고 있는지에 상관없이 지금-여기 자기 자신이 어떻게 하고 있는지에 대해 주의를 기울이는 것

6) 수용 : 모든 것을 지금-여기 있는 그대로 바라보는 것

7) 놓아주기 : 모든 것을 있는 그대로 받아들이고, 있는 그대로 내버려두는 것

마음챙김 훈련은 다양한 형태로 이루어질 수 있으나 가장 흔히 사용되는 것은 마음챙김 호흡이다. 가장 전형적인 방식은 눈을 감은 채로 호흡을 할 때 느껴지는 신체적인 감각을 알아차리고, 주의를 기울이도록 하는 것이다. 생각과 감정, 신체적인 감각이 느껴지면, 이러한 느낌이 일어나고 사라지는 것에 대해 판단하지 않고 있는 그대로 받아들이도록 한다. 생각이나 느낌에 의해 주의가 흐트러지면, 주의가 흐트러졌음을 알아차리고 다시 호흡에 집중하도록 한다.

마음챙김은 알아차림과 함께 과거나 미래에 관한 생각 속에서 헤매지 않고, 지금-여기에 모든 주의를 기울이는 상태를 유지하려는 노력이 필요하다. 마음챙김 명상은 일정한 기간 동안 한 가지 대상에 주의를 기울이는 능력과 함께 알아차리는 능력을 배양시키고자 한다. 전형적으로는 호흡에 주의를 기울이면서, 저절로 떠오르게 되는 생각, 감정, 느낌을 억누르지 않고 그대로 바라보게 한다. 이러한 형태의 훈련을 통해 주의를 기울이고, 유지하는 능력을 기르면서, 다른 생각에 의해 주의가 흐트러지거나 반복되는 원치 않는 생각으로부터 비롯되는 고통에서 벗어날 수 있다는 것이다.⁴⁶⁻⁴⁸⁾

마음챙김 명상은 주의를 한 곳에서 다른 곳으로 옮기고, 다시 집중하는 훈련을 반복하며 이러한 경험을 비판단적이고 열린 태도로 받아들이도록 한다. 이러한 태도를 탈중심화(decentering)라고 하는데, 탈중심화란 떠오르는 생각들을 명확한 현실의 반영, 또는 스스로에 대한 주관적 관찰(self-view)이 아닌 마음에서 일어나는 하나의 사건으로 바라보는 것으로 거리를 두고 사물을 객관적으로 관찰하듯 내면의 경험을 바라보는 것을 의미한다. 즉, 탈중심화는 그 사람의 생각 자체를 바꾸는 것이 아닌 사람과 생각과의 관계를 변화시키는 것을 목적으로 한다.^{49,50)} 이렇게 자신의 사고과정을 "재인식"하는 능력은 내면과 외면의 경험들에 대해 덜 감정적으로 반응할 수 있도록 만들어주기 때문에 만성적인 우울증 환자에서 우울증의 재발에 기여하는 반복적인 우울 사고를 알아차리고, 이로부터 벗어날 수 있도록 해준다.³⁸⁾

한편, 마음챙김 훈련은 내면의 감각에 주의를 기울이도록 함으로써 몸에서 일어나는 미묘한 감각과 지각의 변화를 잘 알아차릴 수 있도록 도와 몸에 대한 알아차림을 증진시키기도 한다. 이처럼 마음챙김 명상을 통해 내 외부의 자극에 대한 알아차림 능력을 증진시킴으로써 내적 경험과 외부 자극에 대한 반응에 대해 보다 적응적인 방식으로 관찰자적 관점을 견지하도록 하여 경험과 자극을 회피하거나 통제하려 하지 않고도 자비롭고 평안한 상태를 유지할 수 있도록 돕는다.⁴⁴⁾ 이러한 방식을 통해 마음챙김은 자기자신과 감정에 대해 심리적인 거리를 두고 바라보게 하여 정서조절을 돕고, 정서조절 실패로 인한 부정적 결과를 최소화할 수 있도록 한다.⁵¹⁾

마음챙김 개념을 기반으로 한 명상 기법은 MBSR 및 MBCT를 포함하여, 변증법적 행동 치료(dialectical behavioral therapy, 이하 DBT), 수용전념치료(acceptance commitment therapy, 이하 ACT) 등 다양한 형태의 인지행동치료에 활용되고 있다.

마음챙김에 기반한 스트레스 감소(Mindfulness based stress reduction, MBSR)

MBSR은 본래 만성적인 통증과 스트레스와 관련된 만성 질환으로 고통 받는 환자들을 위해 개발되었다. 암, 류마티스 관절염, 섬유근육통, 건선, 다발성 경화증 등 주로 만성적인 통증으로 고통 받고 있는 환자에서 전반적인 증상을 줄이고 스트레스와 정신적 문제를 감소시킨다는 것이 여러 연구에서 확인되었다.⁵²⁻⁵⁴⁾

MBSR은 마음챙김 명상을 기본으로 하는데, 보통 매주 1회에 2시간 반~3시간 동안 진행되는 8~10주 과정으로 이루어진다. 집단으로 진행하는 경우 대개 30명 정도로 진단 및 장애에 의해 구분되지 않고 광범위한 문제를 가지고 있는 다양한 사람들을 대상으로 집단 진행을 하기도 하지만, 필요한 경우 암환자들, 심장병에 걸린 여성들, 관계의 만족을 향상시키고자 하는 부부나 연인 등 비슷한 문제를 가지고 있는 사람들처럼 동질한 집단을 구성하여 진행하기도 한다. MBSR은 마음챙김 명상을 훈련함으로써 내면에서 일어나고 있는 변화를 순간순간을 잘 알아차릴 수 있는 능력을 가질 수 있다는 점을 강조한다. MBSR은 건포도 명상 연습, 바디 스캔, 하타 요가, 정좌 명상, 걷기 명상, 일상생활에서의 마음챙김, 종일 명상 등으로 구성되며, 여기서 배운 명상 기술들을 하루 45분 이상, 주 6일 이상 연습하는 과제도 주어진다.⁵⁵⁾

마음챙김에 기반한 인지치료(Mindfulness based cognitive therapy, MBCT)

MBCT는 우울 삽화를 이전에 경험한 적은 있지만 현재는

완화된 상태에 있는 개인을 대상으로 주요 우울증 삽화의 재발 방지를 위해 개발되었으며, 크게 보면 MBSR을 기본으로 인지치료의 형태를 결합하여 만든 것이므로 많은 부분을 MBSR의 기법을 차용한다.⁵⁶⁾ 건포도 명상, 바디 스캔, 정좌 명상, 요가, 그리고 걷기 명상 등 MBSR에 사용되었던 명상 기법들이 모두 MBCT에도 사용되며 설거지, 양치질 등 일상 생활에서의 비공식적 마음챙김 명상도 포함되어 있다. 다른 점은 스트레스보다는 우울 증상에 초점을 맞추어 정보를 전달한다는 것이다. 일반적으로 12명 정도의 환자들을 모집하여 매주 2시간, 8주 동안 진행되며, 과제의 중요성, 집단 토론의 본질, 그리고 지도자-집단 구성원 사이의 경험의 연속성 등은 MBSR과 동일하게 적용된다. 각 세션에는 3분 호흡과 같은 일상생활에 쉽게 적용할 수 있는 작은 명상 기법, 정좌 명상 시 의도적으로 마음에 어려움을 가져오는 훈련을 포함한 다양한 인지치료 기법의 적용, 그리고 우울 증상의 재발방지 행동계획안의 작성 등이 포함된다.

변증법적 행동 치료(Dialectical behavioral therapy, DBT)

DBT는 경계선 성격장애 환자를 위해 개발된 프로그램으로, 현재는 다른 정신장애에도 널리 적용되고 있다. DBT는 대립되는 사상들의 균형과 통합을 강조하는 변증법적 세계관에 근거를 두고, 수용과 변화의 통합을 강조한다. 환자들은 자신의 사고와 정서 및 행동의 변화를 돕기 위해 고안된 다양한 인지 행동적 전략들을 경험한다. 또한 수용과 변화를 촉진하기 위해 마음챙김 기술도 훈련받는다. 경계선 성격장애 환자들의 자해나 자살과 같은 문제행동의 근원에는 사소한 부정적인 정서도 인내할 수 없는 정서공포증(emotion phobia)이 자리하고 있다는 데 주목하며, 이를 인내하도록 돕는 방법으로 마음챙김을 익히는 것이다.⁵⁷⁾

수용전념치료(Acceptance commitment therapy, ACT)

ACT는 많은 형태의 정신장애가 부정적인 내적 경험을 회피하기 위한 많은 역효과적 노력들(물질남용, 폭식, 회피행동 등)과 관련있음에 주목하며, 심리적 유연성을 기르는 것을 목표로 한다. 이는 인지적 탈융합과 마음챙김 과정으로 현재 순간의 경험을 있는 그대로 기꺼이 경험하도록 하고, 가치에 전념하는 삶을 살도록 지도하는 것에 역점을 두고 있다. ACT는 우울, 불안, 통증 등 여러 문제에 뛰어난 효과를 보이는 것으로 보고되고 있다.^{57,58)}

자비중심치료(Compassion-focused therapy)

자비중심치료는 어린 시절부터 부모에 의해 방임되거나 학대 받았던 경험으로 인해 수치심과 자기비판을 보이는 환자

들을 위해 개발되었다. 자비중심적 접근은 불교사상에서 많은 영향을 받았지만, 또한 진화심리, 신경과학, 사회심리학 등 돌봄과 애착에 관련된 여러 학문에 기반을 두고 있다. 돌봄, 수용 받는다는 느낌, 소속감, 친밀감 등의 긍정적인 정서는 안녕감과 연결되며, 낮은 우울, 불안 및 스트레스와 관련된다. 자비 중심치료에서는 환자가 자신과 타인에 대해 자비를 계발하고 타인으로부터의 자비에 민감해지는 능력을 배양하도록 돕는다.⁵⁹⁾

자비중심치료는 인지행동치료를 포함한 몇 가지의 치료들이 바탕이 된 것으로 주의, 추론과 반추, 행동, 정서, 동기 그리고 심상을 강조한다. 이 치료에서는 소크라테스식 대화법, 구조화된 사례개념화, 행동실험, 노출 등 인지행동치료에서 사용된 여러 가지 기법들이 사용되며, 동시에 마음챙김, 자비심상화 작업 등 자비명상 기법을 사용하여 자비 중심의 독특한 요소들과 자비 이미지를 활용하고자 한다. 이를 통해 환자로 하여금 “위안과 안전을 느낄 수 있는 특별한 정서적 상태”에 도달하도록 도와준다.⁶⁰⁻⁶²⁾

기 타

현재 마음챙김을 기반으로 한 치료들에서 차용된 여러 가지 명상적 기법 이외에 다양한 명상들이 치료법으로서의 가능성을 가지고 있다. 대표적으로 연구되고 있는 것이 위빠사나와 선이다. 마음챙김 명상은 원래 위빠사나와 선 명상 같은 고대 훈련들의 일부로 현재는 변형되어 MBSR, 또는 인지치료 원리와 결합하여 MBCT의 형태로 사용되고 있다.^{63,64)}

동양의 기공(Qigong)과 태극권(T'ai Chi) 역시 적용 연구가 이루어지고 있다. 기공과 태극권은 중국의 에너지를 통하는(energy channeling) 훈련으로 정신 집중과 육체의 균형, 근육의 이완, 호흡 이완 등을 포함한다. 기공과 태극권은 대부분의 운동에는 존재하지 않는 인지적인 측면을 포함하며, 따라서 비슷한 강도의 다른 활동들에 비해 많은 이점을 가지고 있다.⁶⁵⁾

명상의 심리 및 신경생물학적 기전

명상의 심리학적 기전

마음챙김 명상은 경험적인 자기 관계성(self-reference)을 개발하는 것을 목적으로 한다. 분석적(analytic), 서술적(narrative) 자기 관계적 생각과 달리 경험적인 자기 관계성은 어떤 맥락이나 해석의 틀 속에 있는 자신이 아닌 현재 이 순간에 있는 자신을 있는 그대로 경험하는 것이다. 이를 통해 반추(rumination)가 줄어들고 마음챙김은 증가한다는 증거들이 있다.

마음챙김은 또한 재인식의 심리적 과정을 통해 자기와 관련된 생각을 바꾼다. “재인식”은 관점의 근본적인 이동으로 정의할 수 있으며 한 사람이 자신 정신과정의 관찰자가 되어 생각과 감정으로부터 한 걸음 물러나는 것이다. 이를 통해 개인은 생각의 본질에 대해서 끊임없이 변화하는 일시적 현상에 불과하다고 이해하게 되고 이 과정은 자기 자신에 대한 개념으로까지 확장되어 궁극적으로 감정처리 과정과 자신을 동일시 하지 않게 된다.³⁸⁾ 자기중심적인 세계관에 덜 집착하게 되면 내면과 외면의 경험들에 대해 덜 감정적으로 반응할 수 있고, 궁극적으로는 자아가 위협받았을 때 고통을 덜 겪게 된다.⁵⁶⁾

명상의 신경생물학적 기전

신경생리학적 변화

명상을 하는 중에는 부교감신경이 우세한 상태로 부교감-변연계 회로가 활성화되고 교감신경의 활성이 감소한다. 따라서 심박수, 호흡수, 수축기 혈압, 산소 대사, 소변 바닐만델산(vanillylmandelic acid)이 감소하고 피부 저항이 증가한다. 이런 생리학적 변화로 인해 신체적인 이완이 이루어지기 때문에 스트레스가 감소하며 스트레스와 관련된 여러 질병들을 예방할 수 있는 것으로 추론된다.⁶⁶⁾

한편 뇌파 연구에서는 선 명상이 뇌파에 영향을 주며, 알파파의 빈도, 전두엽의 알파파의 활동성이 감소하고, 세타 버스트(theta burst)를 유발한다는 것을 보여주었다.^{67,68)} 또한 한 연구에서는 명상을 하는 동안, 습관화 되지 않는 알파파 차단이 관찰되기도 하였는데, 이는 명상을 하는 동안에 이완되어 있지만, 자극에 대해 온전히 깨어있는 상태가 됨을 암시한다.⁶⁷⁾ 그러나 이후 보다 정교한 설계를 만들어진 다른 연구에서는 명상을 한 사람과 그렇지 않은 사람 간에 알파파 차단에 차이가 없는 것으로 나타나기도 하여 결과의 해석과 일반화에 주의를 요한다.⁶⁹⁾

MBSR과 MBCT의 효과를 전전두엽 알파파 비대칭성을 통해 알아보려 한 연구도 있으며 명상이 좌측 앞쪽 알파파의 활성화를 일으킨다고 보고하였다.^{70,71)} 이러한 패턴은 기존 연구에 의하면, 긍정적인 정서와 관련된다고 알려져 있어, 명상이 긍정적인 정서와 관련됨을 시사한다.⁷²⁾

기능해부학적 변화

명상에서 중요한 주관적인 경험은 전신 이완 반응, 정신 활성도의 감소, 그리고 긍정적인 정서(affect)이다. 여러 기능적 신경영상법(functional neuroimaging) 연구들이 이 주관적 경험들이 신경생물학적으로 두뇌의 활성화도, 연결성(connectiv-

ity)과 연관이 된다는 것을 보여주었다.¹⁾

편도체(amygdala)는 사물의 특징적인 부분(salience)과 위협을 감지하는 기관으로, 공포와 관련된 행동을 일으키며 불안, 우울과 관련이 있다. 마음챙김을 통해 편도체의 활성도가 변화되어 이런 감정적인 반응을 줄인다는 증거들이 있다.⁷³⁾

내측 피질(medial cortex)의 대부분은 대뇌피질 중앙선 구조(cortical midline structures, 이하 CMS)라는 기능적, 해부학적 단위를 구성하고 있는데, 이 부위는 자기 관계적 생각과 감정 처리에 관련이 있다.⁷⁴⁻⁷⁶⁾ 그러므로 CMS의 활성이 변화하는 것이 기분장애에서 일어나는 감정조절 장애, 자기 관계적 생각과 관련이 있으며 마음챙김이 영향을 줄 수 있다.^{77,78)} 여러 연구 결과에 따르면, 마음챙김을 통해 CMS 활성이 변화하는 것이 마음챙김이 주는 효과의 주된 기전일 수 있다는 주장도 있다. 앞뇌섬(anterior insula)은 주관적인 알아차림에 중요한 부위인데,^{79,80)} 마음챙김 명상에서의 알아차림에도 중요한 역할을 하는 것으로 생각된다. 마음챙김 연습은 대뇌피질의 CMS 활성을 낮추고 섬엽(insula)의 활성을 높이는데,⁷³⁾ 이런 변화는 마음이 서술적인 자기 관계성에서 경험적인 자기 관계성으로 변화하는 것과 관련이 있는 신경생물학적 기전으로 추론된다.

측전전두엽 피질(lateral prefrontal cortex)은 행동 조절과 감정 조절 역할을 담당하는데, 이는 편도체 반응 조절을 통해 이루어진다.⁸¹⁻⁸⁴⁾ 즉, 명상이 측전전두엽 피질의 활성을 높이고, 이를 통해 감정 조절을 높여 감정적인 과잉반응으로 인한 증상들을 줄여준다는 증거들이 발견되었다.⁷³⁾

내정 상태 회로(default mode network, 이하 DMN)는 개인이 어딘가에 집중하지 않고 있을 때 우선적으로 활성화되는 해부학적 부위로, 자의식, 반추, 잡념 등의 심리적 현상과 관련된다고 알려져 있다.⁸⁵⁾ DMN의 핵심 영역들은 중앙 뒤쪽 피질(medial posterior cortex), 중앙 전전두엽 피질(medial prefrontal cortex), 양측면 아래마루소엽(bilateral inferior parietal lobule), 측두두정 접합(temporo-parietal junction)까지 확장된다. 또한 해마(hippocampus)와 근접 부위들 또한 DMN의 일부로 알려지고 있다.⁸⁵⁻⁸⁷⁾ 제대로 조절되지 못한 DMN은 주의력 부족을 야기할 수 있으며 지나친 경우는 우울증, 불안, 주의력 장애, 외상 후 스트레스 장애 발생과 관련이 있다.⁸⁸⁻⁹²⁾ 또한 비정상 DMN은 조현병, 알츠하이머 치매, 자폐와도 연관이 있는 것으로 보인다.^{85,87,91,93)} 명상과 같은 주의력 훈련은 목표와 관계된 부위(task-positive regions)의 활성도를 높이고, 상대적으로 DMN의 활성도를 낮추어 병의 진행에 영향을 주고 스트레스를 줄이며 행복감을 높일 수 있다는 보고도 있다.^{24,94)}

유전자 수준의 변화

명상은 분자적인 수준에서까지 영향을 미치는 것으로 보인다.⁹⁵⁾ 동양의 기공(Qigong) 수련자를 대상으로 한 논문에서는 마이크로어레이 기법을 사용하여 최소 1년 이상 기공을 훈련한 6명의 사람들과 그렇지 않은 건강한 6명의 아시아인을 비교하였다. 대략 12000개의 유전자에 대한 검사를 시행하였고, 250개의 유전자가 일관되게 차이를 보였으며 이 중 132개는 하향 조절되었고, 118개는 상향 조절되었다. 하향 조절된 것들은 유비퀴틴 분해 회로(ubiquitin degradation pathway), 리보솜 단백질, 세포 스트레스 반응 유전자(cellular stress response gene)들이었고 상향 조절된 것 중에는 면역력과 관계된 유전자인 인터페론-감마(Interferon- γ , 이하 IFN- γ), IFN과 관련되어 있거나 IFN에 의해 조절 받는 유전자들이 포함되어 있었다.⁹⁶⁾

이완 반응(relaxation response)에 대해서 유전자 발현의 변화가 있는지를 살펴보기 위한 연구들도 있다. 이완 반응을 일으키는 명상의 종류에는 위빠사나 명상, 관조명상(insight meditation), 만트라 명상(mantra meditation), 초월 명상(transcendental meditation), 호흡 명상, 크리팔루(Kripalu) 또는 쿤달리니 요가(Kundalini yoga), 반복적인 기도(repetitive prayers) 등 다양한 범주를 포함하며 이 연구에서는 평균 9.4년의 이완 반응과 관련된 명상을 수행한 그룹과 20명의 건강한 정상인 대조군, 그리고 8주의 이완 반응과 관련된 훈련을 받은 세 집단의 혈액에서 말초혈액 단핵구를 분리하여 비교하였다. 마이크로어레이를 이용하여 47000개의 유전자들을 비교하였는데, 2209개의 유전자에서 차이가 있었으며 이 유전자들은 산화적 인산화(oxidative phosphorylation), 유비퀴틴-의존 단백질 이화(ubiquitin dependent protein catabolism), 핵 mRNA 스플라이싱, 리보솜, 대사과정, NF-kB 시그널링, 세포자살 등을 조절하는 다양한 세포 내 회로에 관여하는 유전자들이었다. 저자는 이 유전자 발현 차이는 산화 스트레스와 해로운 효과에 대한 더 큰 수용력을 보여주는 것이라고 주장하였다.⁹⁷⁾

세 가지의 각기 다른 형태의 리듬에 따라 호흡을 하는 명상의 한 형태인 수다르산 크리아(Sudarshan Kriya) 수행자들과 건강한 정상인 대조군을 말초혈액 단핵구에서 분리된 리보핵산(ribonucleic acid)을 실시간 중합효소연쇄반응(realtime polymerase chain reaction) 분석을 통해서 비교한 연구도 있다. 여기서도 이 훈련이 항산화 상태를 더 잘 유지하도록 관련된 유전자들의 발현을 변화하였고, 따라서 환경적인 스트레스에 더 잘 반응할 수 있게 되었다. 또한 COX-2와 BCL-2 유전자의 발현이 증가되어 말초혈액 단핵구의 세포 자살을 억제하여 면역 기능을 향상시키는 것으로 나타났다.⁹⁸⁾

심리 사회적 문화적 요인에 의해서 유전자 발현에 변화가 나타나는 것은 이미 알려진 사실이다.⁹⁹⁾ 삶의 부정적인 경험들이 순환하는 면역세포의 유전자 발현에 영향을 준다는 점도 알려져 있다.¹⁰⁰⁾ 이 사실과 위의 연구 결과를 종합하여 볼 때, 명상 등의 훈련이 전신을 순환하는 면역세포들의 유전자 발현에 긍정적인 영향을 준다는 점을 알 수 있다.⁹⁵⁾

명상의 임상적 효과

최근 마음챙김의 긍정적인(beneficial) 효과를 보여주는 임상적인 증거들은 점차 늘어나고 있다. 많은 무작위 비교 연구(randomized controlled trials)의 결과들은 많은 심리학적, 그리고 육체적 질병에 대해 마음챙김에 기초한 개입(mindfulness-based interventions)이 가지는 효과에 대한 증거를 뒷받침하고 있다.^{101,102)}

기분장애

기분장애, 특히 우울증 환자의 가장 중요한 특징은 강하고 민감한 감정적 반응에 비해 상대적으로 이를 인지적으로 조절하는 능력이 떨어지면서 부정적인 단서에 몰두하지 않고 거리를 두기가 어렵다는 것이다. MBCT의 마음챙김은 우울증 환자들로 하여금 그들 자신의 생각이나 감정을 탈중심화된 관점에서 자각할 수 있도록 도와 생각과 감정에 자동적으로 반응하지 않도록 도와준다.

주요우울장애 환자를 대상으로 MBCT를 통해 마음챙김 명상의 효과를 조사한 6개 이상의 통제연구 또는 무작위 연구가 행해진 바 있다. 이 중 2개의 무작위통제연구에 따르면 3번 이상의 우울 삽화가 있었던 환자에 대하여 MBCT와 기존의 치료를 혼합한 것이 기존의 치료만을 단독으로 시행하는 것보다 우울증 재발 억제에 대해서 상당히 효과가 있는 것으로 나타났다. 또한 MBCT와 기존의 치료를 혼합한 요법이 잔존 우울 증상 호전에도 상당한 효과가 있었다.⁵²⁾

불안장애

불안장애에 대한 효과를 확인할 수 있는 연구도 지속적으로 시행되고 있다. 사회 공포증 환자를 대상으로 MBCT를 기존의 인지 치료와 비교한 연구에서는 각각의 치료를 받은 집단 모두에서 우울 증상 개선과 전반적인 삶의 질 향상에서 큰 효과를 보였으며, 기존 형태의 인지치료를 받은 환자보다 더 낮은 재발률을 보였다.¹⁰³⁾ 반면, 외상후스트레스 증상을 보이는 환자들을 대상으로 위빠사나 명상과 통상적인 치료를 비교한 연구에서는 유의한 증상의 호전이 관찰되지 않기도 하였다.¹⁰⁴⁾

스트레스

MBSR은 특히 신체질환을 가지고 있는 환자들의 스트레스를 포함한 정신적인 고통경감에 큰 효과를 보였다. 암환자의 정신적인 증상을 줄여주거나 만성 통증, 류마티스 관절염, 섬유근육통, 건선, 다발성 경화증 등에서 효과가 있는 것으로 나타났다. 특히 스트레스를 경감시키는 데 효과가 있었다.¹⁰¹⁾ 유방암, 전립선암 외래 환자를 대상으로 한 조사에서 MBSR은 스트레스 증상을 줄여주고, 수면의 질을 높여주는 등 전체적인 삶의 질 향상을 보여주었는데 이런 삶의 질 향상은 오후 코르티솔(cortisol) 수준의 감소와 같은 변화와 연관이 있는 것으로 보인다.¹⁰⁵⁾ 반면 유방암 환자를 대상으로 한 다른 연구에서는 스트레스 상황에서 친한 친구와 이야기를 나누도록 한 대조군에 비해 스트레스 증상의 감소에 유의미한 차이를 보이지 않기도 하여, 다른 스트레스 대처수단에 비해 명상이 특별히 더 효과적이라는 증거를 제시해주지 못하기도 하였다.¹⁰⁶⁾

물질관련 장애

위빠사나 명상은 폐쇄병동 환자에서 코카인, 알코올, 마리화나 사용을 줄이는 데 효과적이라는 증거들이 있다.¹⁰⁷⁾ 하지만 무작위화가 이루어지지 않았거나 세부사항이 없으며, 대부분의 연구가 표본수가 적고 비특이적인 효과에 대해서 고려하지 않는 등 방법론적인 한계가 있어 결과의 중요성들을 훼손하고 있다. 따라서 이 주제에 대해서는 더 수준 높은 연구들이 필요할 것으로 생각된다.

치료자 대상 연구

몇몇 연구에서는 치료자를 대상으로 한 마음챙김 명상 훈련이 치료장면에서 일어나는 여러 가지 상황을 다루는 데 도움이 된다는 결과를 발표하기도 하였다. 78명의 수련생을 대상으로 명상 훈련 시행 후 슈퍼바이저로부터 그들이 역전이를 다루는 능력을 평가하도록 한 결과 이러한 능력이 향상되었음을 보고하였다.¹⁰⁸⁾ 또한 초심자에게 마음챙김 명상을 가르친 후 질적 인터뷰를 통해 그들이 현재의 상황에 온전히 몰입하는 능력, 자비와 수용의 능력이 발달하였음을 보고하기도 하였다.¹⁰⁹⁾ 이들은 호흡 명상, 걷기 명상, 자비 명상 등 다양한 종류의 명상 훈련으로 구성된 11회기의 명상코칭과정을 완료한 9명의 정신과 의사들을 대상으로 명상 전후로 마음챙김척도 점수¹¹⁰⁾를 비교한 결과 주의집중능력이 향상되고, 주관적으로는 긴장상태가 줄어들음을 보고하였다.

이처럼 환자뿐만 아니라, 치료자들을 대상으로 명상훈련을 하는 것이 치료장면에 온전히 머무르는 능력, 자비와 수용의 능력, 역전이를 다루는 능력, 치료자의 정신건강 및 스트

레스 관리 등에 어떠한 영향을 끼치는지에 대한 양적, 질적 연구가 향후에도 필요할 것이다.

명상의 가능한 부작용

몇몇 연구자들은 초월명상(transcendental meditation)과 같은 일부 명상 기법이 이인화(depersionalization), 비현실감(derealization) 및 환청과 같은 정신병적 증상, 심한 감정기복 등의 다양한 정신과적 증상을 유발할 수 있어 주의를 요한다고 보고하였다.¹¹¹⁾ 뿐만 아니라 오랜 금식이나 수면 박탈, 신체적으로 소진된 상태에서 명상을 지속하는 것 또한 정신과적 증상을 유발할 수 있으며, 몇몇 사례보고서에서는 이러한 사례를 명상을 임상적으로 잘못 적용한 예로 언급하고 있다.¹¹²⁾ 그러므로 정신병적 증상의 과거력을 가지고 있거나, 자아기능이 취약한 성격구조를 가지고 있는 환자에게 명상을 적용할 때에는 주의를 요하며, 이들에게는 오히려 명상 자체가 증상을 유발하거나 악화시킬 수 있는 요인으로 작용할 가능성이 있다는 사실을 주지할 필요가 있다. 향후 명상을 임상적으로 올바르게 적용하기 위해서는 명상의 절대적 혹은 상대적 금기 기준에 대한 논의 및 근거의 마련 또한 필요할 것이다.

결론

정신과적 치료 요법으로서의 명상에 대한 관심은 지난 30년간 꾸준히 증가해 왔으며, 여러 임상적, 심리학적, 신경생물학적 연구가 이루어져왔다. 하지만 표본의 크기가 작거나 엄격한 임의 통제가 이루어지지 않은 연구들도 있어 앞으로 더 큰 규모의 질 높은 연구가 필요한 것으로 보인다. 그리고 이미 기능적 신경영상법을 통한 연구들이 이루어지고 있지만 보다 자세한 신경생물학적 기전이 밝혀져야 할 것으로 보인다. 또한 명상이 유전자 발현 수준에서부터 영향을 미친다는 연구결과들이 있기 때문에 이에 대한 추가적인 연구도 필요한 상태이다.

마지막으로, 현재 정신과적 치료의 주류에 있는 것은 불교에서 유래한 마음챙김에 기반한 명상 요법들이다. 하지만 위에서도 설명했듯이 명상은 단일하게 정의하기 힘들 만큼 그 범주가 넓고 다양하여 동양의 태극권과 기공, 이슬람교의 신비주의, 기독교의 반복적인 기도, 유대교의 카발라뿐만 아니라 운동 명상이나 공상 등 수많은 종류의 기법들을 포함한다. 따라서 마음챙김에 기반한 명상뿐 아니라 다양한 종류의 명상에 대해서도 치료적 요법으로서의 연구가 이루어져야 할 것이다.

명상은 인류의 역사와 동등할 정도로 긴 역사를 가지고 있는 인류의 귀한 전통으로 현대 정신의학적 식견으로 이를 재해석하고 적절하게 적용하며 그 장점을 이용하고 단점을 배제할 수 있는 지속적인 노력이 필요할 것으로 생각된다.

중심 단어 : 명상 · 마음챙김 · 대체의학.

Acknowledgments

본 연구는 한국연구재단(NRF-2012R1A1B3001314와 NRF-2006-2005152)의 지원에 의해 행해졌음.

Conflicts of Interest

The authors have no financial conflicts of interest.

REFERENCES

- 1) Rubia K. The neurobiology of Meditation and its clinical effectiveness in psychiatric disorders. *Biol Psychol* 2009;82:1-11.
- 2) Kupfer DJ. The pharmacological management of depression. *Dialogues Clin Neurosci* 2005;7:191-205.
- 3) Rush AJ, Trivedi MH, Wisniewski SR, Nierenberg AA, Stewart JW, Warden D, et al. Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: a STAR*D report. *Am J Psychiatry* 2006;163:1905-1917.
- 4) Bond K, Ospina MB, Hooton N, Bialy L, Dryden DM, Buscemi N, et al. Defining a complex intervention: the development of demarcation criteria for "meditation". *Psycholog Relig Spirituality* 2009;1:129-137.
- 5) Lutz A, Slagter HA, Dunne JD, Davidson RJ. Attention regulation and monitoring in meditation. *Trends Cogn Sci* 2008;12:163-169.
- 6) Park S. Understanding of meditation. *Korean J Stress Res* 2006;14:247-257.
- 7) Joseph M. The effect of strong religious beliefs on coping with stress. *Stress Med* 1998;14:219-224.
- 8) Murphy M, Steven D, Taylor E. The physical and psychological effects of meditation: a review of contemporary research with a comprehensive bibliography, 1931-1996. Sausalito, CA: Institute of Noetic Sciences;1997.
- 9) Jang JY. Mind cure of Buddhism. *Asian Thoughts* 2012;26:117-167.
- 10) Strozier AL, Carpenter J. Introduction to alternative and complementary therapies. New York, NY: Routledge;2008.
- 11) 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.
- 12) Kabat-Zinn J, Lipworth L, Burney R, Sellers W. Four-year follow-up of a meditation-based program for the self-regulation of chronic pain: treatment outcomes and compliance. *Clin J Pain* 1986;2:159-173.
- 13) Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse. New York, NY: Guilford Press;2002.
- 14) Stratford HJ, Cooper MJ, Di Simplicio M, Blackwell SE, Holmes EA. Psychological therapy for anxiety in bipolar spectrum disorders: a systematic review. *Clin Psychol Rev* 2015;35:19-34.
- 15) Schoenberg PL, Hepark S, Kan CC, Barendregt HP, Buitelaar JK, Speckens AE. Effects of mindfulness-based cognitive therapy on neurophysiological correlates of performance monitoring in adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clin Neurophysiol* 2014;125:1407-1416.
- 16) Carmody JF, Crawford S, Salmoirago-Blotcher E, Leung K, Churchill L, Olenzki N. Mindfulness training for coping with hot flashes: results of a randomized trial. *Menopause* 2011;18:611-620.

- 17) Bowen S, Witkiewitz K, Clifasefi SL, Grow J, Chawla N, Hsu SH, et al. Relative efficacy of mindfulness-based relapse prevention, standard relapse prevention, and treatment as usual for substance use disorders: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 2014;71:547-556.
- 18) Kim B, Lee SH, Kim YW, Choi TK, Yook K, Suh SY, et al. Effectiveness of a mindfulness-based cognitive therapy program as an adjunct to pharmacotherapy in patients with panic disorder. *J Anxiety Disord* 2010;24:590-595.
- 19) Omid A, Zargar F. Effect of mindfulness-based stress reduction on pain severity and mindful awareness in patients with tension headache: a randomized controlled clinical trial. *Nurs Midwifery Stud* 2014;3:e21136.
- 20) Ong JC, Manber R, Segal Z, Xia Y, Shapiro S, Wyatt JK. A randomized controlled trial of mindfulness meditation for chronic insomnia. *Sleep* 2014;37:1553-1563.
- 21) Kim JH. What is the mindfulness: the application of mindfulness meditation to clinical setting and everyday life. *Korean J Health Psychol* 2004;9:511-538.
- 22) Boorstein S. Don't just do something, sit there: a mindfulness retreat with sylvia boorstein. San Francisco, CA: HarperCollins;1996.
- 23) Kim JH. Mindfulness meditation mentoring. Seoul: Bul-Kwang;2011.
- 24) Sood A, Jones DT. On mind wandering, attention, brain networks, and meditation. *Explore (NY)* 2013;9:136-141.
- 25) Hofmann SG, Grossman P, Hinton DE. Loving-kindness and compassion meditation: potential for psychological interventions. *Clin Psychol Rev* 2011;31:1126-1132.
- 26) Bodhi B. In the Buddha's words: an anthology of discourses from the pali canon. Boston, MA: Wisdom Publications;2005.
- 27) Kuan T. Mindfulness in early buddhism: new approaches through psychology and textual analysis of pali, Chinese and sanskrit sources. New York, NY: Routledge;2008.
- 28) Sheng-Yen M. Hoofprint of the ox: principles of the chan buddhist path as taught by a modern Chinese master. New York, NY: Oxford University Press;2001.
- 29) Suzuki S, Chadwick D. Zen Mind, Beginner's mind. Boston, MA: Shambhala;2011.
- 30) Chalmers L. Buddha's teachings: being the sutta nipata or discourse collection. London, UK: Oxford University Press;2007.
- 31) Vreeland N. An open heart: practicing compassion in everyday life. Boston, MA: Little Brown and Company;2001.
- 32) Gilbert P, Procter S. Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: overview and pilot study of a group therapy approach. *Clin Psychol Psychother* 2006;13:353-379.
- 33) Kearney DJ, Malte CA, McManus C, Martinez ME, Felleman B, Simpson TL. Loving-kindness meditation for posttraumatic stress disorder: a pilot study. *J Trauma Stress* 2013;26:426-434.
- 34) Shahar B, Szeepsenwol O, Zilcha-Mano S, Haim N, Zamir O, Levi-Yeshuvi S, et al. A wait-list randomized controlled trial of loving-kindness meditation programme for self-criticism. *Clin Psychol Psychother* 2015;22:346-356.
- 35) Weytens F, Luminet O, Verhofstadt LL, Mikolajczak M. An integrative theory-driven positive emotion regulation intervention. *PLoS One* 2014;9:e95677.
- 36) Rosenberg L, Guy D. Breath by Breath: The liberating practice of insight liberation. Boston, MA: Shambhala;1998.
- 37) Smith J. Radiant mind: essential buddhist teachings and texts. New York, NY: Riverhead Books;1999.
- 38) Shapiro SL, Carlson LE, Astin JA, Freedman B. Mechanisms of mindfulness. *J Clin Psychol* 2006;62:373-386.
- 39) Wallace AB, Bodhi B. The nature of mindfulness and its role in buddhist meditation: A correspondence between B. alan wallace and the venerable Bhikkhu Bodhi. Santa Barbara: Santa barbara institute for consciousness studies;2006.
- 40) Yim ST. Chinul's practice system from a perspective of vipassanā meditation. *Bojosasang* 2011;35:581-631.
- 41) Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clin Psychol: Sci Prac* 2003;10:144-156.
- 42) Kabat-Zinn J. Wherever you go, there you are: mindfulness meditation in everyday life. New York, NY: Hachette Books;1994.
- 43) Killingsworth MA, Gilbert DT. A wandering mind is an unhappy mind. *Science* 2010;330:932.
- 44) Bishop SR, Lau M, Shapiro S, Carlson L, Anderson ND, Carmody J, et al. Mindfulness: a proposed operational definition. *Clin Psychol: Sci Prac* 2004;11:230-241.
- 45) Kabat-Zinn J. Full catastrophe living: how to cope with stress, pain and illness using mindfulness meditation. London, UK: Piatkus;1996.
- 46) Parasuraman R. The attentive brain. Cambridge, MA: MIT Press; 2000.
- 47) Posner MI, Rothbart MK. Attentional mechanisms and conscious experience. In: Milner AD, Rugg MD, editors. *The Neuropsychology of Consciousness*. San Diego, CA: Academic Press;1992. p.91-111.
- 48) Barinaga M. Buddhism and neuroscience. Studying the well-trained mind. *Science* 2003;302:44-46.
- 49) Fresco DM, Moore MT, van Dulmen MH, Segal ZV, Ma SH, Teasdale JD, et al. Initial psychometric properties of the experiences questionnaire: validation of a self-report measure of decentering. *Behav Ther* 2007;38:234-246.
- 50) Safran JD, Segal ZV. Interpersonal process in cognitive therapy. Lanham, MD: Jason Aronson;1996.
- 51) Kabat-Zinn J, Lipworth L, Burney R. The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *J Behav Med* 1985;8:163-190.
- 52) Chiesa A, Serretti A. Mindfulness based cognitive therapy for psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res* 2011;187:441-453.
- 53) Ledesma D, Kumano H. Mindfulness-based stress reduction and cancer: a meta-analysis. *Psychooncology* 2009;18:571-579.
- 54) Shennan C, Payne S, Fenlon D. What is the evidence for the use of mindfulness-based interventions in cancer care? A review. *Psychooncology* 2011;20:681-697.
- 55) Kabat-Zinn J. An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results. *Gen Hosp Psychiatry* 1982;4:33-47.
- 56) Marchand WR. Mindfulness meditation practices as adjunctive treatments for psychiatric disorders. *Psychiatr Clin North Am* 2013; 36:141-152.
- 57) Park SH. Vipassana meditation, mindfulness, and mindfulness-based psychotherapy. *Cog Behav Ther* 2007;7:83-105.
- 58) Hayes SC, Smith S. Get out of your mind and into your life. Oakland: New Harbinger Inc;2005.
- 59) Gilbert P. Compassion focused therapy: distinctive features. New York, NY: Routledge;2010.
- 60) Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. *Br J Clin Psychol* 2014;53:6-41.
- 61) Gilbert P. Compassion-focused therapy: preface and introduction for special section. *Br J Clin Psychol* 2014;53:1-5.
- 62) Lucre KM, Corten N. An exploration of group compassion-focused therapy for personality disorder. *Psychol Psychother* 2013;86:387-400.
- 63) Ahir DC. Vipassanā: a universal buddhist meditation technique. New Delhi: Sri Satguru Publications;1999.
- 64) Mizuno K. Essentials of buddhism. Tokyo: Kosei Publishing Company;1972.
- 65) Longacre M, Silver-Highfield E, Lama P, Grodin M. Complementary and alternative medicine in the treatment of refugees and survivors of torture: a review and proposal for action. *Torture* 2012;22:38-57.
- 66) Cahn BR, Polich J. Meditation states and traits: EEG, ERP, and neuroimaging studies. *Psychol Bull* 2006;132:180-211.
- 67) Kasamatsu A, Hirai T. An electroencephalographic study on the zen meditation (Zazen). *Folia Psychiatr Neurol Jpn* 1966;20:315-336.

- 68) Murata T, Koshino Y, Omori M, Murata I, Nashio M, Sakamoto K, et al. Quantitative EEG study on zen meditation (Zazen). *Psychiatry Clin Neurosci* 1994;48:881-890.
- 69) Becker DE, Shapiro D. Physiological responses to clicks during zen, yoga, and TM meditation. *Psychophysiology* 1981;18:694-699.
- 70) Davidson RJ, Kabat-Zinn J, Schumacher J, Rosenkranz M, Muller D, Santorelli SF, et al. Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosom Med* 2003;65:564-570.
- 71) Barnhofer T, Duggan D, Crane C, Hepburn S, Fennell MJ, Williams JM. Effects of meditation on frontal alpha-asymmetry in previously suicidal individuals. *Neuroreport* 2007;18:709-712.
- 72) Davidson RJ, Ekman P, Saron CD, Senulis JA, Friesen WV. Approach-withdrawal and cerebral asymmetry: emotional expression and brain physiology. I. *J Pers Soc Psychol* 1990;58:330-341.
- 73) Marchand WR. Mindfulness-based stress reduction, mindfulness-based cognitive therapy, and zen meditation for depression, anxiety, pain, and psychological distress. *J Psychiatr Pract* 2012;18:233-252.
- 74) Northoff G, Bermpohl F. Cortical midline structures and the self. *Trends Cogn Sci* 2004;8:102-107.
- 75) Northoff G, Heinzel A, de Greck M, Bermpohl F, Dobrowolny H, Panksepp J. Self-referential processing in our brain--a meta-analysis of imaging studies on the self. *Neuroimage* 2006;31:440-457.
- 76) McGuire PK, Paulesu E, Frackowiak RS, Frith CD. Brain activity during stimulus independent thought. *Neuroreport* 1996;7:2095-2099.
- 77) Grimm S, Boesiger P, Beck J, Schuepbach D, Bermpohl F, Walter M, et al. Altered negative BOLD responses in the default-mode network during emotion processing in depressed subjects. *Neuropsychopharmacology* 2009;34:932-943.
- 78) Heinzel A, Bermpohl F, Niese R, Pfennig A, Pascual-Leone A, Schlaug G, et al. How do we modulate our emotions? Parametric fMRI reveals cortical midline structures as regions specifically involved in the processing of emotional valences. *Brain Res Cogn Brain Res* 2005;25:348-358.
- 79) Critchley HD, Wiens S, Rotshtein P, Ohman A, Dolan RJ. Neural systems supporting interoceptive awareness. *Nat Neurosci* 2004;7:189-195.
- 80) Craig AD. Significance of the insula for the evolution of human awareness of feelings from the body. *Ann N Y Acad Sci* 2011;1225:72-82.
- 81) Tanji J, Hoshi E. Role of the lateral prefrontal cortex in executive behavioral control. *Physiol Rev* 2008;88:37-57.
- 82) Ochsner KN, Bunge SA, Gross JJ, Gabrieli JD. Rethinking feelings: an fMRI study of the cognitive regulation of emotion. *J Cogn Neurosci* 2002;14:1215-1229.
- 83) Phan KL, Fitzgerald DA, Nathan PJ, Moore GJ, Uehde TW, Tancer ME. Neural substrates for voluntary suppression of negative affect: a functional magnetic resonance imaging study. *Biol Psychiatry* 2005;57:210-219.
- 84) Herwig U, Baumgartner T, Kaffenberger T, Brühl A, Kottlow M, Schreier-Gasser U, et al. Modulation of anticipatory emotion and perception processing by cognitive control. *Neuroimage* 2007;37:652-662.
- 85) Buckner RL, Andrews-Hanna JR, Schacter DL. The brain's default network: anatomy, function, and relevance to disease. *Ann N Y Acad Sci* 2008;1124:1-38.
- 86) Shulman GL, Fiez JA, Corbetta M, Buckner RL, Miezin FM, Raichle ME, et al. Common Blood Flow Changes across Visual Tasks: II. Decreases in cerebral cortex. *J Cogn Neurosci* 1997;9:648-663.
- 87) Andrews-Hanna JR. The brain's default network and its adaptive role in internal mentation. *Neuroscientist* 2012;18:251-270.
- 88) Weissman DH, Roberts KC, Visscher KM, Woldorff MG. The neural bases of momentary lapses in attention. *Nat Neurosci* 2006;9:971-978.
- 89) Whitfield-Gabrieli S, Ford JM. Default mode network activity and connectivity in psychopathology. *Annu Rev Clin Psychol* 2012;8:49-76.
- 90) Castellanos FX, Margulies DS, Kelly C, Uddin LQ, Ghaffari M, Kirsch A, et al. Cingulate-precuneus interactions: a new locus of dysfunction in adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry* 2008;63:332-337.
- 91) Greicius MD, Flores BH, Menon V, Glover GH, Solvason HB, Kennerly H, et al. Resting-state functional connectivity in major depression: abnormally increased contributions from subgenual cingulate cortex and thalamus. *Biol Psychiatry* 2007;62:429-437.
- 92) Mason MF, Norton MI, Van Horn JD, Wegner DM, Grafton ST, Macrae CN. Wandering minds: the default network and stimulus-independent thought. *Science* 2007;315:393-395.
- 93) Binder JR, Desai RH, Graves WW, Conant LL. Where is the semantic system? A critical review and meta-analysis of 120 functional neuroimaging studies. *Cereb Cortex* 2009;19:2767-2796.
- 94) Garrison KA, Zeffiro TA, Scheinost D, Constable RT, Brewer JA. Meditation leads to reduced default mode network activity beyond an active task. *Cogn Affect Behav Neurosci* 2015;15:712-720.
- 95) Saatcioglu F. Regulation of gene expression by yoga, meditation and related practices: a review of recent studies. *Asian J Psychiatr* 2013;6:74-77.
- 96) Li QZ, Li P, Garcia GE, Johnson RJ, Feng L. Genomic profiling of neutrophil transcripts in Asian qigong practitioners: a pilot study in gene regulation by mind-body interaction. *J Altern Complement Med* 2005;11:29-39.
- 97) Dusek JA, Otu HH, Wohlhueter AL, Bhasin M, Zerbini LF, Joseph MG, et al. Genomic counter-stress changes induced by the relaxation response. *PLoS One* 2008;3:e2576.
- 98) Sharma H, Datta P, Singh A, Sen S, Bhardwaj NK, Kochupillai V, et al. Gene expression profiling in practitioners of sudarshan kriya. *J Psychosom Res* 2008;64:213-218.
- 99) Garland EL, Howard MO. Neuroplasticity, psychosocial genomics, and the biopsychosocial paradigm in the 21st century. *Health Soc Work* 2009;34:191-199.
- 100) Cole SW. Elevating the perspective on human stress genomics. *Psychoneuroendocrinology* 2010;35:955-962.
- 101) Chiesa A, Serretti A. A systematic review of neurobiological and clinical features of mindfulness meditations. *Psychol Med* 2010;40:1239-1252.
- 102) Keng SL, Smoski MJ, Robins CJ. Effects of mindfulness on psychological health: a review of empirical studies. *Clin Psychol Rev* 2011;31:1041-1056.
- 103) Piet J, Hougaard E, Hecksher MS, Rosenberg NK. A randomized pilot study of mindfulness-based cognitive therapy and group cognitive-behavioral therapy for young adults with social phobia. *Scand J Psychol* 2010 Feb 23. [Epub ahead of print]
- 104) Simpson TL, Kaysen D, Bowen S, MacPherson LM, Chawla N, Blume A, et al. PTSD symptoms, substance use, and vipassana meditation among incarcerated individuals. *J Trauma Stress* 2007;20:239-249.
- 105) Carson JW, Carson KM, Gil KM, Baucom DH. Mindfulness-based relationship enhancement. *Behav Ther* 2004;35:471-494.
- 106) Shapiro SL, Bootzin RR, Figueredo AJ, Lopez AM, Schwartz GE. The efficacy of mindfulness-based stress reduction in the treatment of sleep disturbance in women with breast cancer: an exploratory study. *J Psychosom Res* 2003;54:85-91.
- 107) Bowen S, Witkiewitz K, Dillworth TM, Chawla N, Simpson TL, Ostafin BD, et al. Mindfulness meditation and substance use in an incarcerated population. *Psychol Addict Behav* 2006;20:343-347.
- 108) Fatter DM, Hayes JA. What facilitates countertransference management? The roles of therapist meditation, mindfulness, and self-differentiation. *Psychother Res* 2013;23:502-513.
- 109) McCollum EE, Gehart DR. Using mindfulness meditation to teach beginning therapists therapeutic presence: a qualitative study. *J Marital Fam Ther* 2010;36:347-360.
- 110) Baer RA, Smith GT, Allen KB. Assessment of mindfulness by self-

- report: the Kentucky inventory of mindfulness skills. *Assessment* 2004;11:191-206.
- 111) Epstein MD, Lieff JD. Psychiatric complications of meditation practice. *J Transper Psychol* 1981;13:137-147.
- 112) Chan-Ob T, Boonyanaruthee V. Meditation in association with psychosis. *J Med Assoc Thai* 1999;82:925-930.