

심신의학의 임상 적용: 근거 중심적 접근

가톨릭대학교 의과대학 가정의학교실

옥 선 명

지난 수 십년간 많은 연구들은 정신사회적인 요인들이 생리적 기능과 건강에 직접적으로 영향을 미친다는 많은 근거들을 제시하여, 일부 만성 질환과 기능성 질환의 관리에 효과적이며 양과 같이 완화적 요법이 필요한 경우에도 긍정적이라는 근거를 제시하였다. 현대의 대다수의 질병들이 기능성, 만성 퇴행성 질환으로 효과적인 치료를 위해서는 생활습관 및 스트레스, 정신사회적 요인들에 대한 관리가 필요하다는 점을 고려해 보았을 때 현대 질병의 효율적인 관리, 의료 질의 향상 등을 위해 심신의학의 개입은 필연으로 여겨지고 있다. 본 논문에서는 심신의학의 근거중심적인 임상 적용 및 전반적인 개요를 제시하였다.

중심 단어: 심신의학, 임상 적용, 근거 중심

서 론

심신의학의 정의는 ‘심적인 능력을 이용하여 정신과 신체의 기능을 증진시켜 각종 질병과 장애 그리고 그에 따른 증상들을 예방 및 완화하거나 치료하게 하는 다양한 기술 이용을 포함하는 의학의 한 분야(NCCAM Web)¹⁾이다. 이론적 배경은 정신과 두뇌, 신체와 행동이 서로 연결되어 상호작용을 하여 건강에 영향을 미친다는 것으로, 건강관리의 대상에는 신체, 정신, 무의식의 감정, 영혼, 행동, 사회의 광범위한 영역이 포함되어 있다.

심신의학은 21세기의 혁신적인 건강 관리법으로 여겨지는데 그 이유는 질병 양상의 변화에서 찾아볼 수 있다. 과거의 주된 질병 원인이 급성 질환으로 주로 감염, 신체적 손상 등이었는데 비해 현대의 주된 질병은 정신적 요소, 생활양식, 환경 및 스트레스 원인 등이 복합적으로 연관된 기능성 질환, 만성 퇴행성 질환이다.

일차 진료의사를 방문하는 환자들의 호소하는 의학적 혹은 감정적인 문제들의 70% 가량이 스트레스나 인간관계, 생활습관과 연관되어 있다고 한다.²⁾ 또 내과를 방문한 환자 1,000명 중 16%만이 기질적인 원인이었고, 10%에서 정신적인 요인에 의한 경우였고 나머지 74%는 아무 원인도 찾을 수 없었다고 했다.³⁾

그러다보니, 현대에 와서 과거처럼 신체적인 면만을 치료의 대상으로 해서는 치료의 한계점을 느끼게 되며, 이런 한계점을 보완해주는 치료적 대안 중의 하나가 심신의학 치료법(혹은 심신요법)인 것이다. 그러나 현재 대다수의 진료실에서 심신요법은 외면당하고 있다. 많은 의사들이 실질적인 진료 시에 생활상의 스트레스, 부적절한 식이, 운동 부족에 의한 의학적 문제점에 대해 인식하고 있으나, 이런 요소들에 대한 관리는 정통 서양 의학 치료의 시도에서 실패했을 경우 혹은 환자의 증상에 대한 원인을 찾을 수 없을 경우, 치료법이 특별히 없을 경우에 고려해 볼 뿐이다.⁴⁾ 게다가 심신의학에 대한 고려가 실제 임상진료로 이어지는 경우는 드물다.

지난 30년에 걸쳐 실로 많은 연구들이 심신의학의 안정성과 유효성에 대해 근거를 제시해 왔다. 그 근거들에 의해 환자교육이나 인지행동요법 등의 심신요법은 정통 주류의학으로 인정을 받고 있으며, 명상, 최면, 기도, 각종 예술 치료, 영적 치료 등은 보완대체의학의 범주에 남아있으나⁵⁾, 현재 심신요법들의 유효성을 증명하기 위한 수많은 연구들이 진행 중이다.

심신 요법은 많은 장점을 가지고 있다. 안전하며 부작용이 없고, 자연스럽게 비 침습적이며, 효과도 인정되고 있고 가격도 저렴하여 많은 과학적 근거들을 가지고 있다.

이런 여러 상황을 종합하여 볼 때 일차 진료의사들을 중심으로 심신의학의 임상적 활용에 많은 관심이 필요한 시기라고 생각한다. 저자는 본 논문에서 심신의학의 임상 적용에 대한 근거들을 제시하기 위한 과학적 배경 및 근거중심적 임상적용 및 심신의학에 대한 전반적인

교신저자: 옥선명

Tel: 031-820-3180, Fax: 031-847-3941

E-mail: soulfree@catholic.ac.kr

개요를 제시하였다.

본 론

1. 심신의학의 과학적 이론 배경

지난 수 십년간 과학자들은 정신과 신체와의 상호작용에 대해 연구를 해왔다. 감정, 믿음, 삶에 대한 수용 태도가 모든 만성 질환에 영향을 미칠 수 있으며, 두려움, 냉소, 절망감, 무기력감 같은 느낌들이 건강에 유해한 반면 용기와 유머, 자신감, 희망은 건강에 좋다고 했다. 따라서 낙천적인 사람들은 병에 덜 걸리며, 병에 걸린 경우에도 더 오래 살며 고통이 덜하다고 했다.⁶⁾

이런 이론들은 정신과 신체를 분리시켜 온 이분법적인 서양정통의학적인 개념으로는 의학과 동떨어져 의료에서 다루야 할 분야에서 제외되어 있었다.

그러나 지난 30년간의 학문의 흐름과 연구 결과들은 이분법적인 접근법이 전부가 아니며 그동안 의료계에서 배제되어 왔던 정신과 영혼의 요소들을 의학의 범주로 끌어들이며 치료의 대상으로 인정했는데 이것이 바로 심신의학이다.

심신의학의 과학적 근거의 이론적 토대는 정신과 신체사이와의 상호작용에 대한 새로운 학문 분야인 정신신경내분비면역학(psychoneuroendocrinology, PNEI)에서 찾아볼 수 있다.

1974년 Ader⁷⁾은 생쥐의 Pavlov의 조건반사 시도를 이용한 실험을 통해 획기적인 사실을 발견한다. Lupus에 걸리기 쉽게 된 생쥐를 대상으로 반복적으로 인공감미료를 탄 물을 준 후 면역 억제제를 주고 조건반사가 면역학적인 측면에서 일어날 수 있는지에 대해 연구를 하여 놀라운 결과를 얻게 된다. 조건화 된 생쥐가 인공감미료를 탄 물만을 마시고도 면역 억제반응을 보인 것이다. 이 실험은 뇌와 면역 체계가 연결되어 있다는 첫 증거를 제시하였다. Ader의 연구 이후로 의학계에 정신신경면역학(psychoneuroimmunology)이라는 새로운 분야가 생기고 1970년대 이후로 이 분야의 연구가 활발히 진행되었다. 최근에는 여기에 내분비학이 더해져 정신신경내분비면역학으로 발전하였다. 정신신경내분비면역학은 인간의 생각과 감정과 같은 정신적인 요소가 신경계, 내분비계, 면역계를 망라한 신체 전체에 영향을 미치며, 정신-신경-내분비-면역계 사이에는 내재적인 연결망이 있어 서로 양 방향으로 상호작용을 하며 교류를 한다는 것이다. 정신이 신체에, 신체가 정신에도 영향을 미치는 지에 대한 증거들을 제시하였다.

또 다른 주요한 심신의학의 학문적 토대는 스트레스와 건강과의 연관성에 관한 연구들에서 찾을 수 있다.

스트레스의 생리 반응은 중추신경계, 자율신경계, 내분비계, 면역계와 연관되어 있다. 스트레스를 받아 생기는 행동과 감정의 항상성 파괴는 중추신경계 통로와 연관되어 있으며 신경계와 내분비계, 면역계의 세포들은 신경전달물질, 신경펩티드(neuropeptide), 호르몬, 사이토카인(cytokine)을 통해서 서로 교류한다.⁸⁾ 스트레스에 의한 교감신경계의 자극은 심장박동수와 혈압을 올리고 심박동수 변이를 감소시키고 소화 기능을 떨어뜨린다. 신체적 혹은 정신적 질병을 일으킬 수 있을만한 심한 스트레스 혹은 사소한 스트레스라도 여러 번 반복되면 주요 신체 계통 사이의 교류를 파괴시키며 이는 신체나 감정에 손상을 일으키게 된다.⁹⁾ 스트레스에 의해 면역계의 변화가 생기며 이런 변화는 또 다른 기분 나쁜 감정을 생기게 한다.¹⁰⁾ 스트레스 호르몬인 코르티솔은 세로토닌과 노르에피네프린과 도파민 그리고 정상적 감정에서는 정상으로 유지되는 신경전달물질들을 억제한다. 이런 상태가 만성적으로 넘어가 코르티솔의 분비가 스트레스에 반응하지 않으면 염증 관여 신경펩티드의 분비가 증가하고 자가 면역 질환에 걸릴 가능성이 증가한다. 그 이외에도 Fibromyalgia, 만성 피로 증후군, 외상 후 스트레스 장애(post-traumatic stress disorder), 우울증에 상대적으로 이환될 가능성이 높아진다.¹¹⁾

2. 심신의학의 근거 중심적 임상 적용

최근 20년 동안 심신의학은 정신적인 요소가 질병의 예방과 치료에 어떻게 관여하는지에 대한 수많은 연구결과들을 통해 상당한 근거들을 과학적으로 제시해 왔다.

이 결과들은 심신의학의 임상적 적용 시 어떤 질환에 어떤 심신의학이 유용할 것인지에 관한 근거들을 제시하므로 대단히 중요하며, 현재도 심신의학의 임상 적용의 유효성을 보는 많은 연구들이 진행 중이다.

일부 논문^{12,13)}에서는 현재까지 연구 결과들을 종합하여 심신요법의 임상적 적용에 관한 과학적 근거를 평가하였다. 그 결과 일부 질환들은 광범위한 무작위 대조 시험(extensive randomized controlled trials, RCTs)에 따른 연구 결과에서 심신 요법이 중등도 이상의 유효성(strong to moderate evidence of efficacy)을 가지고 있다는 근거를 가지고 있으므로 임상적용을 우선적으로 고려해 볼 수 있는데, 그 경우로는 심혈관질환, 고혈압, 불면증, 통증 및 전신 동통 증후군, 요통, 두통, Fibromyalgia, 관절염의 자가 관리 요법, 실금, 수술 결과의 향상, 암 치료에 대한 보조적인 요법 등을 들 수 있다.

다음은 명백한 임상 시험 결과가 제시되지 않았으나(less definitive research) 잘 고안된 임상 시험에서 심신요법의 치료 결과가 긍정적으로 평가된 경우들(well designed

clinical trials with positive and promising outcomes)로 알려지, 천식, 피부과 질환, 에이즈의 진행, 당뇨, 과민성 대장 증후군, 중풍 후 재활, 궤양, pregnancy outcomes, 이명, 만성 폐쇄성 폐질환 등이 있다.^{12,13)}

다음은 심신요법의 임상적 적용을 우선적으로 고려할 수 있는 주요한 11가지 경우들의 근거들에 대해 자세히 살펴보겠다.

1) **심혈관 질환:** 인간과 동물 대상으로 한 여러 연구들을 통해 우울증, 적대, 스트레스와 같은 정신적인 요소들이 심혈관 질환의 발달과 진행에 있어서 중요한 역할을 한다고 알려져 있으며¹⁴⁾ 관상동맥질환 치료에 심신요법이 효과적이라는 근거도 있다.

1996년 23개의 무작위 연구들(randomized trials)을 대상으로 메타 분석¹⁵⁾한 결과 정통적인 심장 재활 치료에 정신사회적 처치(예: 이완 요법, 그룹과 개개의 정신 요법, A형 성격의 행동수정, 스트레스 관리 등)를 추가하고, 2년 후 추적 관찰시 사망률이 41%의 감소되었고, 치명적이지 않은 심장병의 재발이 46%의 감소를 보였다.

Dusseldorp 등¹⁶⁾에 의한 37개의 연구들을 종합한 메타 분석에서는 정신교육학적 처치(건강 교육과 스트레스 관리)로 심장 사망률이 34%가 감소되었고, 심근 경색의 재발이 29%의 감소되었으며, 식이요법과 운동 습관, 체중, 흡연, 콜레스테롤과 혈압 조절에 유의한 긍정적인 효과를 나타냈다. 상기의 메타 분석에 포함되지 않았던 2002년도의 전향적 연구¹⁷⁾에서는 94명의 관상동맥질환 환자를 대상으로 무작위로 스트레스 관리를 하고 5년간 추적 관찰 결과 유의하게 관상동맥질환의 재발이 적었다는 결과를 제시하였다.

2) **고혈압:** 고혈압 치료에 심신 요법이 유효한지에 대한 증거는 아직도 불명확한 상태이다.

Jacob 등¹⁸⁾에 의한 이완 요법의 유효성을 본 시험과 Eisenberg 등¹⁹⁾의 인지행동요법의 유효성에 대한 메타분석에서는 결과가 불명확했으나, Linden 등²⁰⁾의 메타분석에서는 심신의학 치료(특히 개인별 맞춤 인지행동요법)가 이완기, 수축기 혈압을 낮추며, 그 효과는 약물치료에 필적하다고 결론을 내렸다.

Linden 등²⁰⁾의 메타 분석 이후로도 수 개의 무작위 임상 시험 결과가 발표되었다. 나이가 많은 아프리카계 미국인들(n=127)을 대상으로 한 연구²¹⁾에서는 고혈압 환자들을 무작위로 3개월간의 명상 후에 다른 군들(점진적 근육 이완요법 실시군과 혈압 교육만 실시한 대조군)과 비교한 시 수축기와 이완기 혈압을 각각 10.7, 6.4 mmHg를 낮추는 유의한 효과를 보였다. Shapiro 등²²⁾에 의한 작은 규모의 시험(n=39)에서는 6주간의 다양한 구성의 인지 행동 요법(점진적 근육 이완요법, 온도 조절 바이오피

드백, 스트레스와 노여움 관리 포함) 실시 이후 항고혈압제의 요구량이 유의하게 감소되었다는 결과를 얻었다. 그러나 이런 명백한 결과들에도 불구하고 아직 심신요법의 유효성과 혈압의 자가-관찰 혹은 운동/식이요법/체중 감량의 유효성을 비교한 대규모 연구는 없었다. 비록 다양한 무작위 대조 시험을 통해 고혈압 치료를 위한 여러 기술을 비교하기는 하나, 결국 고혈압 원인에 여러 가지 인자가 관여가 되어 있는 만큼 치료에 있어서도 정통적인 치료와 함께 하는 다각적인 치료 접근이 필요하며 그 중의 하나로 통합의학 개념의 심신요법의 개입이 필요하다.

3) **불면증:** 여태까지 불면증 치료를 위한 심신요법의 유효성에 대한 여러 체계적 고찰²³⁻²⁶⁾, 메타 분석^{27,28)}이 있었다. 59개의 연구들을 대상으로 한 1994년도 메타 분석²⁷⁾에서는 평균 5시간의 심리학적 처치가 입면 대기시간과 수면 동안 깨어있는 시간에 신뢰할 수 있는 변화를 주었다고 보고했다. 1996년도의 미국 국립보건원의 토론 합의문²⁹⁾에서는 심신 요법(특히 이완요법과 바이오피드백)이 수면 양상에 유의한 변화를 주기는 하나 전체수면시간과 입면의 향상 정도가 임상적으로 유용한지에 대해서는 불확실하다고 결론을 내렸다. 1999년도의 체계적 고찰²⁵⁾에서는 자극 통제, 점진적 근육 이완요법, 역설 의도(paradoxical intention)가 미국심리학단체의 기준으로 경험적 근거가 있는 반면, 3개의 추가 접근법(잠 제한, 바이오피드백, 다면적 인지행동요법)은 “아마도 유효할 것”이라는 결론을 내렸다.

심신 요법은 또한 노인들의 불면증 치료에 도움이 된다.²⁶⁾ 최근 Morin 등³⁰⁾에 의한 무작위 임상시험에서는 인지행동요법 단독 치료와 약물치료와 병행하는 경우 모두에서 노인들의 입면 후 깨어 있는 시간을 효과적으로 줄인다고 한 반면, 약물 치료만 했을 경우에는 위약보다는 효과적이거나, 추적 관찰 시 치료 효과의 유지는 인지행동요법 경우에서만 나타났다고 밝혔다. 비록 단기기간의 관찰에서는 약물 치료가 행동요법보다 수면 개선이 빨랐으나, 4~8주의 기간에는 행동요법과 효과가 동일했으며 장기적(6~24월) 측면에서는 행동요법이 약물치료보다 치료 결과가 더 좋았다고 했다.³¹⁾

현재까지 조사 결과를 참고하여 볼 때, 불면증은 심신요법과 약물 요법이 효과적으로 결합되면 어느 한쪽의 접근에 의한 경우보다 확실히 더 좋은 치료 결과를 나타낼 것으로 보인다. 그러나 이런 통합의학적 접근에 대한 모델의 확립을 위해서는 향후 적극적인 연구를 필요로 한다.

4) **통증 관리:** 급성과 만성 통증 치료를 위한 단독 이완요법의 유효성에 대해서는 결론이 나지 않은 상태이다.

1996년도의 미국국립보건원의 토론합의문³²⁾에서는 이완 요법이 만성 통증 치료에 효과적이라는 “강한” 증거가 있었다고 했으나, 9개의 무작위 임상시험을 종합한 체계적 고찰³³⁾에서는 단지 3개의 연구에서만 명백한 치료 효과를 발견했으므로, 이완 요법이 만성 통증을 이완 요법만으로 치료하는 것은 불충분하다는 결론을 내렸다. 또 다른 체계적 고찰³⁴⁾에서도 급성 통증치료를 위한 이완 요법에 대해 “일부 약한 근거가 있다”고 평가했다.

5) 요통: 2000년도 Van Tulder 등³⁵⁾이 Cochrane 자료들을 종합하여 만성 요통에 관한 심신요법의 유효성에 대해 발표했다. 20개의 무작위 임상 시험을 대상으로 하였는데 방법론적인 측면에서는 대상 시험들 중 25%에서만 높은 평가를 받긴 했으나, 저자들은 심신요법이 통증의 강도에 중등도의 감소를 가져왔으며, 기능적인 면과 행동학적인 면에서도 경미하기는 하나 긍정적인 영향을 주었으므로 ‘강한 근거’를 가지고 있다고 결론을 내렸다.

6) 두통: 1990년도 Holroyd와 Penzien에 의한 메타 분석³⁶⁾에서는 재발성 편두통의 치료로 이완 요법 및 바이오피드백을 실시한 경우(34개 임상 시험)와 약물 치료를 함께 한 경우(25개 임상시험)의 유효성을 비교하였다. 그 결과 양쪽 모두에서 유사한 결과를 얻어, 평균 43%에서 두통이 감소하였다. 한편 위약을 준 경우에는 14%의 감소만을 보였으며, 약을 아예 주지 않은 경우 두통의 감소는 없었다. Holroyd와 Penzien의 체계적 고찰³⁷⁾에서는 이완 요법과 체온을 이용한 바이오피드백을 함께 할 경우 행동요법만 하는 경우보다 효과가 더 좋다는 결론을 얻었다. 1997년의 메타 분석³⁸⁾에서는 만성 두통의 치료에서 집과 병원에서 함께 한 심신요법이 일반적인 치료를 받는 경우보다 유효하다고 제안한다. 2001년 Holroyd 등³⁹⁾은 만성 긴장성 두통의 치료로 스트레스 관리 훈련을 할 경우 삼환계 항우울제 만큼 효과적이므로, 치료 시 이 2가지를 함께 할 경우에는 어느 한쪽의 처치만 하는 경우에 비해 더 효과적일 것이라고 주장했다.

7) Fibromyalgia: Fibromyalgia에 관한 심신요법의 유효성은 불분명한 상태이다. 13개의 대조 시험을 종합한 Cochrane 체계적 고찰⁴⁰⁾에서는 대다수 연구들의 방법론의 질이 낮다는 점이 지적되었고 또한 심신 요법이 일반적인 처치나 대기자들에 비해서는 유효하지만, 생리요법이나 교육-주의법과 비해 더 효과적이냐는 점에 대해서는 결론을 내리지 못하여, 결국은 제한된 증거만을 제시하였다.

8) 관절염: 여러 연구들에서 다양한 심신요법들이 골관절염, 류마티스 관절염의 치료에 유용한지에 대해 조사하였다. 시도되었던 심신요법은 이완 요법, 바이오피드백, 인지 치료, 교육요법들이 결합한 형태였다. Lorig와

Holman의 체계적 고찰⁴¹⁾에 의하면 관절염 자가-관리 프로그램⁴²⁾이 관절염 치료의 보조 요법으로 유용하다고 했다. 이 프로그램에는 환자 교육, 인지 재구성, 이완 요법, 통증과 장애를 줄이기 위한 운동 요법, 문제 해결의 활성화 등으로 구성되어 있다. 1993년도 Lorig 등⁴³⁾의 연구에서는 501명의 환자(68% 골관절염, 15% 류마티스 관절염, 나머지 17%)를 대상으로 이 요법을 적용 후 통증의 감소가 4년간 유지되었으며, 병원을 찾는 경우도 40%나 정도 줄이게 되었다고 하였다.

1996년도의 메타 분석⁴⁴⁾에서는 심리교육요법의 유효성을 비스테로이드성 항염증약물과 비교하였다. 결과 총체적으로 심신요법에 의한 통증, 기능적 장애, 류마티스 관절염 환자에서 관절 통증 부위의 수 감소에 대한 효과는 미미하였다. 그러나 저자들은 이 연구 대상의 대부분 환자가 이미 소염진통제를 많이 복용하였으므로 심신요법의 효과가 절하되었을 가능성에 대해 토로하였다. 2002년도 25개의 무작위 임상 시험을 대상으로 한 메타 분석⁴⁵⁾에서는 류마티스 관절염 환자에서 통증, 장애, 우울증에 효과가 미미하기는 하나 통계적으로 유의한 영향을 미쳤으며 평균 8.5개월 이후의 추적 관찰에서도 통증에 유효한 결과를 보였다고 하였다.

9) 실금: 요실금의 치료로 바이오피드백을 통한 근육의 강화가 효과적이라는 강한 증거가 있으므로, 1996년도 건강관리정책 및 연구 기관에서 제시한 임상치료지침에서 행동 치료를 요실금 치료의 최우선 치료법으로 권고했다.⁴⁶⁾

1999년의 메타 분석⁴⁷⁾에서는 바이오피드백과 함께 골반마루근육 강화훈련을 하면 골반 근육강화훈련만 한 경우보다 더 효과적이라고 결론을 내렸다. 최근의 몇 개의 연구들⁴⁸⁻⁵⁰⁾에서도 바이오피드백이 요실금 치료에 유효하다는 근거를 제시하였다. 특히 Burgio 등⁴⁹⁾에 의한 무작위 임상 시험에서는 노인 여성에서 바이오피드백과 함께 행동 치료를 하면 약물 치료보다 더 유효하다고 하였다. 그 이후의 연구들에서도 바이오피드백이 수동 및 절박 분실금^{51,52)}과 부인과 손상 이후의 분실금 장애⁵³⁾, 변비^{54,55)}에 유효하다는 근거를 제시하였다.

10) 수술 결과: 여러 연구들에서 수술 전 심신요법들이 (예: 이완 요법, 심상 유도, 최면, 시술에 관한 정보 제공 등의 교육적 중재 등) 수술 결과에 미치는 영향에 대해 조사였다.⁵⁶⁾

1993년도의 메타분석⁵⁷⁾에 의하면 고통, 약물 투여, 입원 기간, 회복 시간에 미치는 영향을 분석한 결과 중등도에서 높은 유효성을 보여 주었다. 이 결과는 이전의 메타 분석들⁵⁸⁻⁶¹⁾의 심신요법이 수술 결과에 긍정적인 영향을 미친다는 결과들과 일관성을 보여 주었다. 그 예로 Devi-

ne⁵⁸⁾은 191개의 연구들의 메타분석에서 76개의 교차연구 결과를 종합하였을 때 수술 전 심신 요법을 받은 경우 병원 입원 기간을 1.5일 줄였다고 보고하였다.

그러나 이런 연구들이 심신요법이 가장 유효하다는 증거를 보여주는 것은 아니며 또 어떤 기전으로 이런 효과를 나타내는지에 관한 기전을 제시하는 것도 아니다. 그래도 심신 요법이 수술 결과 및 임상적, 비용적인 면에 긍정적인 영향을 미치는 것은 명백한 사실이다.

11) **암:** 다양한 암환자를 대상으로 한 여러 연구들의 결과를 종합하여 보면, 심신요법들은 환자의 기분과 삶의 질, 대처 능력을 증진시키며⁽⁶²⁻⁶⁶⁾ 질병 및 치료와 연관된 증상들을 호전시키고⁽⁶⁷⁻⁷⁰⁾ 통증⁽⁷¹⁻⁷³⁾ 및 기능⁽⁷⁴⁾에 영향을 미친다고 했다.

1995년도 Devine와 Westloke⁷⁵⁾가 80개의 임상 시험들을 대상으로 한 메타 분석과 Meyer와 Mark⁷⁶⁾의 45개의 무작위 임상 시험들을 종합한 체계적 고찰은 성인 암환자들을 대상으로 심리교육적 중재의 유효성에 대해 조사하여 일치되는 결과를 얻었는데, 심리교육적인 심신요법이 암치료 및 질병과 연관된 증상들과 기능적인 면과 감정적인 면에 효과가 미미하기는 하나 통계적으로 유효한 영향을 미친다고 하였다.

1995년도 54개의 연구들을 종합한 또 다른 체계적 고찰⁷⁷⁾에서는 암환자의 치료와 연관된 부작용의 관리를 위한 행동의학적 중재(예: 이완요법, 심상유도, 최면 등)의 유효성에 대해 조사하였다. 그 결과 심신요법들이 예견된 구역과 구토 및 진단과 치료 과정에서 발생하는 통증의 관리에 유효하다고 결론지었다.

한편으로는 여러 연구들⁽⁷⁸⁻⁸⁰⁾에서 심신요법이 암환자에서의 다양한 면역 지표들에 영향을 미친다는 연구 결과를 제시하였는데, 이러 변화들이 질병의 향상에 영향을 미칠 수 있을 정도의 임상적 의의를 가지는데 대해서는 불명확하다. 실제로 2개의 무작위 대조 시험^(81,82)에서는 면역지표들의 변화와 질병의 향상 및 생존과의 연관성을 찾기 위한 시도를 했으나 실패하였다. 그러나 심신요법이 암환자의 생존에 영향을 미칠 수 있는가에 대해서는 아직 논란의 여지가 있다. 왜냐하면 3개의 무작위 대조 시험⁽⁸²⁻⁸⁴⁾에서 심신요법이 유의하게 생존을 늘렸기 때문이다. 이들 중 가장 잘 알려져 있는 연구는 1989년도 Spiegel 등⁸⁵⁾에 의한 전이성 유방암 환자들을 대상으로 한 연구였는데, 1년간 매주 지지요법과 최면요법을 실시하고 10년 후 추적 관찰시 생존율에 유의한 차이가 있었다.

물론 이런 좋은 결과들도 있으나 다른 4개의 무작위 대조 시험⁽⁸⁵⁻⁸⁸⁾에서는 이런 요법들이 생존에 영향을 미치지 못한다는 결과들도 있었다. 그러나 암환자들의 생존

과 치유에 관한 연구 결과가 어떻게 나오건 관계없이 중요한 점은 심신요법이 암환자들의 삶의 질과 생존하는 시간의 질을 개선시킨다는 점이다.

3. 많이 이용되는 심신요법의 소개

임상영역에서 주로 사용되는 심신요법으로는 바이오 피드백, 심상유도, 자율신경훈련, Jacobson의 점진적 이완요법, 이완 반응, 최면 및 자가 최면 요법, 요가, 태극권, 각종 명상, 심호흡법 등을 들 수 있다. 이들이 어떤 치료인지에 대해 간단히 살펴보겠다.

1) **바이오피드백(Biofeedback):** 1960년대부터 개발된 방법으로 인간의 생리적 반응(예: 혈압, 근육활성도 등)을 측정 혹은 증폭시킬 수 있는 간단한 전자도구를 이용하여, 평상시에는 인식하기 힘든 무의식적인 신체의 기능을 의식적으로 조절이 가능하도록 하는 방법을 배운다. 환자의 눈 또는 귀로 확인할 수 있는 방법을 사용하여 잘못된 생리 현상을 알아차리게 하고 통제하도록 유도한다. 주로 이용되는 생리적 현상으로는 근육의 긴장도, 피부의 온도, 피부의 저항도, 뇌파의 변화 등이다. 이를 통해 일부 질병 치료에 도움이 될 수 있고 전반적인 건강 상태를 향상시킨다. 대소변의 실금, 만성변비, 두통, 소화기계, 뇌졸중 이후의 재활에 효과가 있다고 알려져 있다.

2) **심상유도(Guided imagery):** 상상에 의한 정신적 영상을 이용하는 일종의 이완 요법이다. 예를 들면 치료자는 환자들이 암이 있는 곳에 면역세포들이 침투하는 것을 상상하도록 유도한다. 이러한 중재는 시작 초기에는 치료사가 직접 또는 치료자가 만든 테이프를 통하여 안내하며 시간이 지나면 본인 스스로 그러한 상상을 유도 가능하게 한다. 이런 유도 상상은 20분에서 30분 정도의 시간이 소요된다. 최면과 마찬가지로 깊이 최면에 걸린 경우가 상상 치료에도 도움 받을 가능성이 높다. 수동적인 참여를 요하는 최면과는 달리 심상 유도에서는 환자 자신이 치료자와의 상호 작용, 최소한의 적극적인 참여하도록 한다.

심상유도의 임상 적용에 대한 연구 결과를 종합해 보면 수술 후 또는 암 환자들에게 어느 정도 도움이 된다고 한다. 그러나 만성 통증 경우에 대한 효과에 대해서는 확실한 결론을 내리기 힘들다.

3) **명상(Meditation):** 명상은 가장 흔한 심신 치료의 하나로 마음을 지배하는 생각을 극복하고 정신적 평온과 신체적 이완을 얻게 된다. 이를 위해서는 주의력을 통해 자신을 통제해야 한다. 명상의 기원은 고대 인도에서 약 3,000여년 전에 시작되었다고 하며 대부분의 주요 종교 수양에 다양한 형태로 존재했다. 명상에는 집중 명

상(concentration meditation)과 통찰 명상(mindfulness meditation)의 두 가지 종류가 있다. 집중 명상은 초월 명상(transcendental meditation)과 이완 반응(relaxation response) 두 가지 프로그램으로 대표된다. 통찰 명상은 자신의 마음을 살피가면서 스트레스를 줄이는 프로그램이다. 통찰이란 현재 매 순간을 아무런 편견과 판단 없이 느끼고 관찰하는 것을 말한다. 이 명상법은 앉아서 하는 법, 눕거나 동작이 정지된 상태에서 신체 일부에 정신 집중하여 상세히 살피는 것, 그리고 요가의 자세를 취하면서 신체 움직임을 깨닫는 방법을 통해서 이루어진다. 두 가지 명상의 공통점은 명상 시에 지정된 대상에 온 정신을 집중하는 것이다. 마음이 그 대상에서 벗어나려고 할 때 다시 그 대상으로 주의력을 돌리려고 노력하는 것이다. 집중 명상에서는 변하지 않는 이미지, 즉 ‘만트라’라고 하는 주문, 문귀 또는 단어 그리고 호흡 관찰과 같은 한 가지 대상을 주제로 하여 지속, 반복하는 수련을 한다. 통찰 명상에서는 초기에 호흡 관찰을 연습한 후, 통증, 정서 상태(잘못된 생각, 불안감)와 같이 사람이 겪는 다양한 경험들을 대상으로 관찰한다.

4) **요가(Yoga)**: 요가는 숨쉬기 운동과 신체적인 자세, 명상이 함께 어우러진 심신의학의 치료 방법이다. 요가는 신경계를 안정시키고 신체와 마음과 영혼의 균형을 잡아주는 것을 목적으로 한다.

5) **이완(Relaxation)**: 심신 치료 방법의 하나로 마음을 안정시키고 근육을 이완시키는 다양한 방법을 일컫는다. 이 목적은 신체적인 긴장을 완화시키고 감정적인 편안함을 증가시킨다. 이완 요법 중의 하나는 점진적 근육 이완(progressive muscle relaxation, PMR)으로 1938년에 Jacobson에 의하여 개발되었으며 약 30여개의 근육을 이완시키도록 훈련을 받는다. 그 후 점점 이완방법이 간소화되었다. 임상에서 특히 불면증, 두통에 효과적임을 밝히고 있다. 그 외 정신적 스트레스, 염증성 관절염, 신경성 대장염 등에 효과가 있다고도 한다. 그러나 만성통증에 대해서는 그 효과에 대한 의견이 분분하다.

6) **최면(Hypnosis)**: 최면이란 치료자가 환자의 지난 경험을 감각, 지각, 생각, 행동에서 변화하도록 암시하는 것이다. 최면상태는 암시감응성이 증가된 결과라고 생각한다. 최면은 개인간의 차이가 심한데, 최면에 깊이 걸린 경우일수록 더 유의한 생물학적 변화를 보인다. 깊이 최면에 걸린 경우와 얇게 최면이 걸린 경우는 서로 다른 뇌파 또는 면역계의 변화가 있음을 보고하고 있다. 치료자들이 최면을 통증 감소에 적극적으로 활용하는 이유는 급성, 만성 통증 모두에서 신체적, 정신적으로 유용함을 확인하였기 때문이다.

7) **심호흡법(Deep breathing exercise)**: 복근을 이용

하여 서서히 깊게 숨을 쉬게 하면서 최면과 또는 음악을 동시에 이용하면 정서적 환기 또는 완화를 꾀할 수 있다.

8) **태극권(Tai chi)**: 전통중국의학의 운동요법 중의 하나이다. 이 운동은 부드럽고 느린 연속 동작들로 구성되어 있으며 운동시 마음과 신체의 균형에 도움이 되며 심호흡과 정신적인 집중력을 높여준다고 알려져 있다.

9) **이완 반응(Relaxation Response)**: 이완반응은 하버드 대학의 허버트 벤슨 박사가 개발한 것으로 다른 명상에서 얻는 효과인 자율신경계의 변화를 기대할 수 있도록 초월 명상을 수정하여 배우기 쉽도록 만든 프로그램이다. 이 방법은 불면증, 월경증후군, 다른 질병시 동반되는 정신 증세에 도움을 주는 것으로 생각할 수 있다.

10) **자율신경 훈련(Autogenic training)**: 이완 요법의 하나로 간단한 단어들을 이용하여 생리적 반응을 유도하는 훈련이다. 예를 들어 내 다리가 무겁고 따뜻하다고 하면 그 부위의 혈액순환이 증가하며 이완이 유도된다는 이론 하에 심호흡과 단어들을 반복하며 머리에서 발끝까지 진행을 하며 반복한다.

4. 심신의학의 치료 시의 원리 및 특징^{2,3)}

심신요법은 병의 병명 나오면 그에 따른 일률적인 치료 원칙에 따라 치료를 시행하게 되는 정통의학과의 달리 각각 개인의 특성에 따라 치료를 개별화 시켜 실시한다. 환자의 증상이나 불편함을 치료의 메시지로 받아들이며(Illness as message, not enemy), 치료 시 기관별 혹은 질환 별로 접근하는 것이 아닌 전체적인 혹은 전인적인 접근을 필요로 한다.

또한 심신의학의 이론적 배경에는 만성스트레스와 인체의 평형의 손상이 질병과 연관되어 있다고 되어있으므로, 만성 스트레스를 관리가 반드시 필요하다. 때로는 에너지 영역에 관한 시야(energy field perspective), 혹은 이에 대한 고려를 필요로 하기도 한다(예: 치료적 접촉, Therapeutic touch).

심신의학에서는 행동의학적 접근, 정신사회학적인 중재가 치료의 초기부터 포함된다. 환자들은 치료 계획을 짜는 초기단계에서부터 중요한 역할을 하게 되며, 질병 치유 과정에서 개개인의 자가 관리 및 책임성을 부여받게 되며 특히 생활습관 수정 및 정신사회적면에서 더 많은 책임이 부여된다. 따라서 심신의학에서는 환자 교육 및 환자의 자기 관리가 대단히 중요하며 이는 임상 치료와 통합되어 관리되게 된다. 이런 일련의 과정을 위해서는 친밀한 환자-치료자 관계가 대단히 중요하다. 친근감과 믿음의 정신적 유대감 속에서 좋은 치료 결과를 얻을 수가 있는 것이다. 심신의학에서는 치료과정에서 인간의 선천적인 치유 능력(the body's innate healing capabilities)

을 중요시하여 치료 시 이를 이용하는데, 이를 위한 준비 작업으로 신체, 정신, 감정의 균형 및 평형 상태를 얻기 위해 노력을 하게 된다.

심신의학은 치료의 모든 단계에서 환자들의 능동적인 참여가 필수적인데, 이런 환자의 적극적인 참여는 치료 결과를 증진시킬 뿐 아니라 환자의 만족도 증가로 이어진다.

5. 심신요법을 적용 시 유의할 사항⁸⁹⁾

1. 우선 기질성 질환을 제외해야 한다.
2. 환자들은 자신들의 정서적 측면의 문제점을 간과하고 간접적으로 신체증상만을 주로 호소한다는 것을 인지해야 한다.
3. 개인 또는 사회적 변화 및 상황들이 신체적, 정신적 문제를 야기하는 요소임을 알아야 한다. 예로 퇴직, 실직, 사회의 무관심, 낮은 교육수준 등이다.
4. 내적 통제와 자신감은 서로 밀접한 관계가 있으므로 치료자는 환자 자신의 통제력 회복을 강조하여야 한다. 즉, 질병 자체를 잘 이해하고 환자의 잘못된 믿음을 고쳐야 된다.
5. 감정 상태(우울증, 공황장애 등)에 대한 진단이 필요하다.
6. 환자들이 자신의 정신적 문제를 나타내고 싶어하지 않을 경우 굳이 환자들에게 진단명을 강조할 필요는 없으며 스트레스를 만든 요인들에 대한 집중적 분석과 치료가 더 중요하다.
7. 환자들이 참여하여 같이 만든 교육적인 치료 계획을 제공한다.
8. 심신의학은 비용이 많이 들지 않으므로 효과적이며 유효성을 가지고 있으나 단기간에 효과가 나타나지는 않으며 시간이 많이 소요된다.

6. 심신요법의 제한점

대다수 심신요법이 공통점으로 한 장소에 조용히 앉아 있거나 정신 집중을 필요로 하지만 실제로 행하는 것이 쉽지 않다. 더군다나 심한 증세를 가지고 있는 사람들은 규칙적인 연습을 하기가 힘들다. 심신요법이 좋은 결과를 얻기 위해서는 환자들의 지속적인 노력과 인내가 필요한데 우리나라의 경우 환자들이 빠른 치료 결과를 원하며, 약물이나 주사 요법을 선호하는 환경에서는 심신의학이 정착하기는 힘들다. 심신요법의 효과를 보기 위해서는 지속적으로 시행하면서 시간이 지나야 축적된 결과를 가져오므로 환자들에게 이에 대한 확신시켜줄 필요가 있다. 그러나 심신요법의 연구 결과가 긍정적이라 하더라도 모든 사람에게서 긍정적 효과를 기대할 수

있는 것은 아니므로 환자가 이러한 제한점을 이해 못하고 현실적이 아닌 기대감을 가지고 있다면 도리어 실패감, 자책감, 불만감 등이 생길 수 있다.

심신요법의 경우 환자-치료자 관계가 대단히 중요하여 치료 결과에 영향을 미치게 되므로 치료자가 심신요법에 대한 확신이 없는 상태에서 결코 좋은 치료 결과를 얻을 수 없다. 그런데 우리나라의 경우 아직 심신의학 교육이 의과대학이나 전공의 수련과정에 포함이 되어 있지 않으며 대다수의 의사들은 심신의학에 대해 생소하며 경험이 없으며, 그러다 보니 치료 효과에 대해서도 의구심을 가지게 되므로 이런 상태는 심신요법 적용에 큰 걸림돌이 된다.

의료진의 입장에서의 가장 큰 제한점은 보상 체계의 문제점 및 치료 효과에 대한 확신의 부재 등을 들 수가 있다. 심신요법을 위해서는 환자 뿐 아닌 의료진 측면에서도 많은 정성과 시간이 필요한데 이에 대한 실질적인 보상 체계가 형성되어 있지 않은 의료 환경도 문제가 된다. 의사들이 심신의학 치료의 중요성을 인지를 한다고 해도 환경의 뒷받침이 없다면 실질적인 의료계 내에서의 보급을 기대할 수 없는 것이다.

결 론

심신의학은 지난 수십년 동안 많은 연구들을 통해 신체와 정신사이의 상호연관성 및 각종 질환에 대한 효과 및 적용에 대한 많은 증거들을 제시해왔다. 그 결과 일부 만성 질환과 기능성 질환의 관리에 효과적이며 암과 같이 완화적 요법이 필요한 경우에도 긍정적이라는 근거를 제시하였다. 이에 따라 과학적 근거를 인정받은 일부의 심신요법은 정통의학의 범주에 들어와 있으며 현재도 심신요법의 유효성을 증명하기 위한 수많은 연구들이 진행 중이다.

그럼에도 불구하고 실제 임상에서는 심신의학이 배제되어 임상에서의 심신의학의 도입은 거의 실시되지 않고 있는 실정인데, 그 원인은 여러 가지가 있겠으나 우선적으로는 교육의 부족 및 의료 환경을 들 수 있다. 이제 우리나라의 의료계에서도 심신의학의 필요성을 인식하여 임상에 적용을 원하는 의사들이 점차로 늘어나고 있다.

심신의학의 적용은 의료 질의 향상 및 정통의학의 한계점 보완 및 환자의 만족도 증가 측면에서 일차 진료 의사들 중심으로 적용을 고려해야 할 분야라고 생각한다.

향후 심신요법이 보편화되기 위해서는 외국의 자료가 아닌 우리나라 사람들을 위한 우리들의 자료와 근거가 필요하며, 이에 따른 임상 적용의 지침 및 심신요법이 행해질 수 있는 의료 환경을 위한 행정적인 뒷받침이 필

요하겠다.

참 고 문 헌

1. The National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM). Mind body Medicine: an overview. Available from URL: <http://nccam.nih.gov/health/backgrounds/mindbody.htm>.
2. Little S. Mind-body medicine In: Kligker B, Lee R, editors. Integrative medicine: principles for practice. 1st ed. USA: McGraw-Hill Medicine Publishing Division; 2004. p. 37-69.
3. Selhub EM. Stress and distress in clinical practice: a mind-body approach. *Nutr Clin Care* 2002;5(4):182-90.
4. Moss D. Mind-body medicine, evidence-based medicine, clinical psychophysiology, and integrative medicine. In: Moss D, McGrady A, Davies TC, Wickramasekera I, editors. Handbook of mind body medicine for primary care. 1st ed. USA: Sage Publications, Inc.; 2003. p. 3-18.
5. The National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM). What Is Complementary and Alternative Medicine (CAM)? Available from URL: <http://nccam.nih.gov/health/whatiscam/>
6. Goldberg B. Alternative medicine: the definitive guide. 2nd ed. Berkeley (CA): Celestial Arts; 2002. p. 334-50.
7. Ader R, Cohen N. Behaviorally conditioned immunosuppression and murine systemic lupus erythematosus. *Science* 1982;215:1534-6.
8. Ader R, Cohen N, Felten D. Psychoneuroimmunology: interactions between the nervous system and the immune system. *Lancet* 1995;345:99-103.
9. Sternberg EM, Chrousos GP, Wilder RL, Gold PW. The stress response and the regulation of inflammatory disease. *Ann Intern Med* 1992;117(10):854-66.
10. Kemeny ME, Miller GE. Effects of psychosocial interventions on immune functions. In: Schedlowski N, Tewes U, editors. Psychoneuroimmunology: a textbook. New York: Plenum; 1999. p. 373-415.
11. McGardy A. Psychophysiological foundations of the mind-body therapies. In: Moss D, McGrady A, Davies TC, Wickramasekera I, editors. Handbook of mind body medicine for primary care. 1st ed. USA: Sage Publications, Inc.; 2003. p. 43-55.
12. Pelletier KR. Mind-body medicine in ambulatory care: an evidence-based assessment. *J Ambul Care Manage* 2004;27(1):25-42.
13. Astin JA, Shapiro SL, Eisenberg DM, Forsys KL. Mind-body medicine: state of science, implications for practice. *J Am Board Fam Pract* 2003;16:131-47.
14. Rozanski A, Blumenthal JA, Kaplan J. Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation* 1999;99:2192-217.
15. Linden W, Stossel C, Maurice J. Psychosocial interventions for patients with coronary artery disease: a meta-analysis. *Arch Intern Med* 1996;156:745-52.
16. Dusseldorp E, van Elderen T, Maes S, Meulman J, Kraaij V. A meta-analysis of psychoeducational programs for coronary heart disease patients. *Health Psychol* 1999;18:506-19.
17. Blumenthal JA, Babyak M, Wei J, O'Connor C, Waugh R, Eisenstein E, et al. Usefulness of psychosocial treatment of mental stress-induced myocardial ischemia in men. *Am J Cardiol* 2002;89:164-8.
18. Jacob RG, Chesney MA, Williams DM, Ding Y, Shapiro AP. Relaxation therapy for hypertension: design effects and treatment effects. *Ann Behav Med* 1991;13:5-17.
19. Eisenberg DM, Delbanco TL, Berkey CS, Kaptehuk TJ, Kupelnick B, Kuhl J, et al. Cognitive behavioral techniques for hypertension: are they effective? *Ann Intern Med* 1993;118:964-72.
20. Linden W, Chambers L. Clinical effectiveness of non-drug treatment for hypertension: a meta-analysis. *Ann Behav Med* 1994;16:35-45.
21. Schneider RH, Staggers F, Alexander CN, Sheppard W, Rainforth M, Kondwani K, et al. A randomized controlled trial of stress reduction for hypertension in older African Americans. *Hypertension* 1995;26:820-7.
22. Shapiro D, Hui KK, Oakley ME, Pasic J, Jamner LD. Reduction in drug requirements for hypertension by means of a cognitive-behavioral intervention. *Am J Hypertens* 1997;10:9-17.
23. Lichstein KL, Riedel BW. Behavioral assessment and treatment of insomnia: a review with an emphasis on clinical application. *Behav Ther* 1994;25:659-88.
24. Lundh LG. Cognitive-behavioural analysis and treatment of insomnia. *Scand J Behav Ther* 1998;27:10-29.
25. Morin CM, Hauri PJ, Espie CA, Spielman AJ, Buysse DJ, Bootzin RR. Nonpharmacologic treatment of chronic insomnia. An American Academy of Sleep Medicine review. *Sleep* 1999;22:1134-56.
26. Morin CM, Mimeault V, Gagne A. Nonpharmacological treatment of late-life insomnia. *J Psychosom Res* 1999;46:103-16.
27. Morin CM, Culbert JP, Schwartz SM. Nonpharmacological interventions for insomnia: a meta-analysis of treatment efficacy. *Am J Psychiatry* 1994;151:1172-80.
28. Murtagh DR, Greenwood KM. Identifying effective psychological treatments for insomnia: a meta-analysis. *J Consult Clin Psychol* 1995;63:79-89.
29. Integration of behavioral and relaxation approaches into the treatment of chronic pain and insomnia. NIH Technology Assessment Panel on Integration of Behavioral and Relaxation Approaches into the Treatment of Chronic Pain and Insomnia. *JAMA* 1996;276:313-8.
30. Morin CM, Colecchi C, Stone J, Sood R, Brink D. Behavioral and pharmacological therapies for late-life insomnia: a rando-

- mized controlled trial. *JAMA* 1999;281:991-9.
31. Morin CM, Culbert JP, Schwartz SM. Nonpharmacological interventions for insomnia: a meta-analysis of treatment efficacy. *Am J Psychiatry* 1994;151:1172-80.
 32. Integraton of behavioral and relaxation approaches into the treatment of chronic pain and insomnia. NIH Technology Assessment Panel on Integration of Behavioral and Relaxation Approaches into the Treatment of Chronic Pain and Insomnia. *JAMA* 1996;276:313-8.
 33. Carroll D, Seers K. Relaxation for the relief of chronic pain: a systematic review. *J Adv Nurs* 1998;27:476-87.
 34. Seers K, Carroll D. Relaxation techniques for acute pain management: a systematic review. *J Adv Nurs* 1998;27:466-75.
 35. van Tulder MW, Ostelo R, Vlaeyen JW, Linton SJ, Morley SJ, Assendelft WJ. Behavioral treatment for chronic low back pain: a systematic review within the framework of the Cochrane Back Review Group. *Spine* 2000;25:2688-99.
 36. Holroyd KA, Penzien DB. Pharmacological versus non-pharmacological prophylaxis of recurrent migraine headache: a meta-analytic review of clinical trials. *Pain* 1990;42:1-13.
 37. Holroyd KA, Penzien DB. Psychosocial interventions in the management of recurrent headache disorders. I: overview and effectiveness. *Behav Med* 1994;20:53-63.
 38. Haddock CK, Rowan AB, Andrasik F, Wilson PG, Talcott GW, Stein RJ. Home-based behavioral treatments for chronic benign headache: a meta-analysis of controlled trials. *Cephalalgia* 1997;17:113-8.
 39. Holroyd KA, O'Donnell FJ, Stensland M, Lipchik GL, Cordingley GE, Carlson BW. Management of chronic tension-type headache with tricyclic antidepressant medication, stress management therapy, and their combination: a randomized controlled trial. *JAMA* 2001;285:2208-15.
 40. Hadhazy VA, Ezzo J, Creamer P, Berman BM. Mind-body therapies for the treatment of fibromyalgia: a systematic review. *J Rheumatol* 2000;27(12):2911-8.
 41. Lorig K, Holman H. Arthritis self-management studies: a twelve-year review. *Health Educ Q* 1993;20:17-28.
 42. Lorig K, Laurin J, Gines GE. Arthritis self-management. A five-year history of a patient education program. *Nurs Clin North Am* 1984;19:637-45.
 43. Lorig KR, Mazonson PD, Holman HR. Evidence suggesting that health education for self-management in patients with chronic arthritis has sustained health benefits while reducing health care costs. *Arthritis Rheum* 1993;36:439-46.
 44. Superio-Cabuslay E, Ward MM, Lorig KR. Patient education interventions in osteoarthritis and rheumatoid arthritis: a meta-analytic comparison with nonsteroidal antiinflammatory drug treatment. *Arthritis Care Res* 1996;9:292-301.
 45. Astin JA, Beckner W, Soeken K, Hochberg MC, Berman B. Psychological interventions for rheumatoid arthritis: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Arthritis Rheum* 2002;47:291-302.
 46. Fantl JA, Newman DK, Colling J, et al. Urinary incontinence in adults: acute and chronic management. Rockville, Md: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research, 1996. AHCPR publication 96-0682.
 47. Weatherall M. Biofeedback or pelvic floor muscle exercises for female genuine stress incontinence: a meta-analysis of trials identified in a systematic review. *BJU Int* 1999;83:1015-6.
 48. Hirsch A, Weirauch G, Steimer B, Bihier K, peschers V, Bergauer F, et al. Treatment of female urinary incontinence with EMG-controlled biofeedback home training. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 1999;10:7-10.
 49. Burgio KL, Locher JL, Goode PS, Hardin JM, McDowell BJ, Dombrowski M, et al. Behavioral vs drug treatment for urge urinary incontinence in older women: a randomized controlled trial. *JAMA* 1998;280:1995-2000.
 50. Glavind K, Laursen B, Jaquet A. Efficacy of biofeedback in the treatment of urinary stress incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 1998;9:151-3.
 51. Glia A, Gylin M, Akerlund JE, Lindfors U, Lindberg G. Biofeedback training in patients with fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 1998;41:359-64.
 52. Norton C, Kamm MA. Outcome of biofeedback for faecal incontinence. *Br J Surg* 1999;86:1159-63.
 53. Fynes MM, Marshall K, Cassidy M, Behan M, Walsh D, O'connell PR, et al. A prospective, randomized study comparing the effect of augmented biofeedback with sensory biofeedback alone on fecal incontinence after obstetric trauma. *Dis Colon Rectum* 1999;42:753-8.
 54. Chiotakakou-Faliakou E, Kamm MA, Roy AJ, Storrie JB, Turner IC. Biofeedback provides long-term benefit for patients with intractable, slow and normal transit constipation. *Gut* 1998;42:517-21.
 55. Ko CY, Tong J, Lehman RE, Shelton AA, Schrock TR, Welton ML. Biofeedback is effective therapy for fecal incontinence and constipation. *Arch Surg* 1997;132:829-33.
 56. Dreher H. Mind-body interventions for surgery: evidence and exigency. *Adv Mind-Body Med* 1998;14:207-22.
 57. Johnston M, Voge C. Benefits of psychological preparation for surgery: a meta-analysis. *Ann Behav Med* 1993;15:245-56.
 58. Devine EC. Effects of psychoeducational care for adult surgical patients: a meta-analysis of 191 studies. *Patient Educ Couns* 1992;19:129-42.
 59. Mumford E, Schlesinger HJ, Glass GV. The effect of psychological interventions on recovery from surgery and heart attacks: an analysis of the literature. *Am J Public Health* 1982;72:141-51.
 60. Hathaway D. Effect of preoperative instruction on postoperative outcomes: a meta-analysis. *Nurs Res* 1986;35:269-75.
 61. Devine EC, Cook TD. Clinical and cost-saving effects of psy-

- choeducational interventions with surgical patients: a meta-analysis. *Res Nurs Health* 1986;9:89-105.
62. Classen C, Butler LD, Koopman C, Miller E, DiMiceli S, Giese-Davis J, et al. Supportive-expressive group therapy and distress in patients with metastatic breast cancer: a randomized clinical intervention trial. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58:494-501.
 63. Simonton SS, Sherman AC. Psychological aspects of mind-body medicine: promises and pitfalls from research with cancer patients. *Altern Ther Health Med* 1998;4:50-58, 60, 62-4.
 64. Cunningham AJ, Tocco EK. A randomized trial of group psychoeducational therapy for cancer patients. *Patient Educ Counsel* 1989;14:101-14.
 65. Cain EN, Kohorn EI, Quinlan DM, Latimer K, Schwartz PE. Psychosocial benefits of a cancer support group. *Cancer* 1986; 57:183-9.
 66. Greer S, Moorey S, Baruch JD, Watson M, Robertson BM, Mason A, et al. Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: a prospective randomized trial. *BMJ* 1992;304:675-80.
 67. Burish TG, Jenkins RA. Effectiveness of biofeedback and relaxation training in reducing the side effects of cancer chemotherapy. *Health Psychol* 1992;11:17-23.
 68. Burish TG, Lyles JN. Effectiveness of relaxation training in reducing adverse reactions to cancer chemotherapy. *J Behav Med* 1981;4:65-78.
 69. Morrow GR, Morrell C. Behavioral treatment for the anticipatory nausea and vomiting induced by cancer chemotherapy. *N Engl J Med* 1982;307:1476-80.
 70. Vasterling J, Jenkins RA, Tope DM, Burish TG. Cognitive distraction and relaxation training for the control of side effects due to cancer chemotherapy. *J Behav Med* 1993;16:65-80.
 71. Spiegel D, Bloom JR. Group therapy and hypnosis reduce metastatic breast carcinoma pain. *Psychosom Med* 1983;45:333-9.
 72. Syrjala KL, Cummings C, Donaldson GW. Hypnosis or cognitive behavioral training for the reduction of pain and nausea during cancer treatment: a controlled clinical trial. *Pain* 1992; 48:137-46.
 73. Syrjala KL, Donaldson GW, Davis MW, Kippes ME, Carr JE. Relaxation and imagery and cognitive-behavioral training reduce pain during cancer treatment: a controlled clinical trial. *Pain* 1995;63:189-98.
 74. Berglund G, Bolund C, Gustaffson U, Sjoden P. A randomized study of a rehabilitation program for cancer patients: the "starting again" group. *Psychooncol* 1994;3:109-20.
 75. Devine EC, Westlake SK. The effects of psychoeducational care provided to adults with cancer: meta-analysis of 116 studies. *Oncol Nurs Forum* 1995;22:1369-81.
 76. Meyer TJ, Mark MM. Effects of psychosocial interventions with adult cancer patients: a meta-analysis of randomized experiments. *Health Psychol* 1995;14:101-8.
 77. Redd WH, Montgomery GH, DuHamel KN. Behavioral intervention for cancer treatment side effects. *J Natl Cancer Inst* 2001;93:810-23.
 78. Gruber BL, Hersh SP, Hall NR, Waletzky LR, Kunz JF, Carpenter JK, et al. Immunological responses of breast cancer patients to behavioral interventions. *Biofeedback Self Regul* 1993;18:1-22.
 79. Fawzy FI, Kemeny ME, Fawzy NW, Elashoff R, Marton D, Cousins N, et al. A structured psychiatric intervention for cancer patients. II. Changes over time in immunological measures. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47:729-35.
 80. Walker LG, Walker MB, Simpson E. Guided imagery and relaxation therapy can modify host defenses in women receiving treatment for locally advanced breast cancer. *Br J Surg* 1997;84(Suppl 1):31.
 81. Walker LG, Walker MB, Ogston K, Heys SD, Ah-see AK, Miller ID, et al. Psychological, clinical and pathological effects of relaxation training and guided imagery during primary chemotherapy. *Br J Cancer* 1999;80:262-8.
 82. Fawzy FI, Fawzy NW, Hyun CS, Elashoff R, Guthne D, Farey JL, et al. Malignant melanoma. Effects of an early structured psychiatric intervention, coping, and affective state on recurrence and survival 6 years later. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50:681-9.
 83. Spiegel D, Bloom JR, Kraemer HC, Gottheil E. Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet* 1989;2:888-91.
 84. Richardson JL, Shelton DR, Krailo M, Levine AM. The effect of compliance with treatment on survival among patients with hematologic malignancies. *J Clin Oncol* 1990;8:356-64.
 85. Goodwin PJ, Leszcz M, Ennis M, Koopmans J, Vincent L, Guthrie H, et al. The effect of group psychosocial support on survival in metastatic breast cancer. *N Engl J Med* 2001;345: 1719-26.
 86. Illyckyj A, Farber J, Cheang M, et al. A randomized controlled trial of psychotherapeutic intervention in cancer patients. *Ann R Coll Physicians Surgeons Canada* 1994;27:93-6.
 87. Cunningham AJ, Edmonds CV, Jenkins GP, Pollack H, Lockwood GA, Warr D. A randomized controlled trial of the effects of group psychological therapy on survival in women with metastatic breast cancer. *Psycho-oncology* 1998;7:508-17.
 88. Linn MW, Linn BS, Harris R. Effects of counseling for late stage cancer patients. *Cancer* 1982;49:1048-55.
 89. 심신의학. 대한보완대체의학회. 보완대체의학 1판. 서울:이한출판사;2004. p. 191-205.
 90. 옥선명. 심신의학 개론. 대한보완대체의학회지 2005;2(1): 16-22.
 91. The National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM). Expanding Horizons of Health Care: Strategic Plan 2005~2009. Available from URL: <http://nccam.nih.gov/about/plans/2005/index.htm>.

임 상 퀴 즈

심신의학의 임상 적용: 근거 중심적 접근

다음 임상 퀴즈에 응답해서 60% 이상 득점하시는 회원에게는 대한가정의학회 학술회원 평점 4점을 드립니다. 임상 퀴즈에 답하셔서 응답지를 대한가정의학회 사무처로 보내주시시오. 정답은 다음 호에 게재됩니다(팩스: 3210-1538, E-mail: kafm@hitel.net).

1. 심신의학의 과학적 근거의 중요한 이론적 토대 중에 하나로 1974년 Ader에 의해 시작된 정신과 신체사이와의 상호작용에 대한 새로운 학문 분야는?
2. 심신의학의 임상 적용 시 주의할 점이다. 맞지 않은 것은?
 - 가) 우선 기질성 질환을 제외해야 한다.
 - 나) 환자들이 참여하여 같이 만든 교육적인 치료 계획을 제공한다.
 - 다) 환자들은 자신들의 정서적 측면의 문제점을 간과하고 간접적으로 신체증상만을 주로 호소한다는 것을 인지해야 한다.
 - 라) 심신의학은 수십년 간의 연구를 통해 유효성은 인정받았으나, 시간이 많이 소요되며 비용이 많이 든다.
 - 마) 내적통제와 자신감은 서로 밀접한 관계가 있으므로 치료자는 환자 자신의 통제력 회복을 강조하여야 한다. 즉, 질병 자체를 잘 이해하고 환자의 잘못된 믿음을 고쳐야 된다.

제 27 권 제 1 호 임상퀴즈의 정답은 140쪽에 있습니다.

..... 절 취 선

제27권 2호 응답지 (심신의학의 임상 적용: 근거 중심적 접근)

| 의사면허번호 | | 전문의 번호 | | 소속 지회 | |
|------------------|----|---------|----|-------------|------------|
| 성 명 | | 연락처(전화) | | 연락처(E-mail) | |
| 퀴 즈 번 호 | 1. | | | | |
| | 2. | 가) | 나) | 다) | 라) 마) |
| | 3. | 가) | 나) | 다) | 라) 마) |
| | 4. | 가) | 나) | 다) | 라) 마) |

3. 심신의학의 기본 개념이다. 틀린 것은?

- 가) 심신의학은 심적인 능력을 이용하여 정신과 신체의 기능을 증진시켜 각종 질병과 장애 그리고 그에 따른 증상들을 예방 및 완화하거나 치료하게 하는 다양한 기술 이용을 포함하는 의학의 한 분야이다.
- 나) 심신의학은 21세기의 혁신적인 건강 관리법으로 여겨지는데 그 이유는 질병 양상의 변화에서 찾아볼 수 있다.
- 다) 심신 의학은 과거 의료계에서 배제되어 왔던 정신과 영혼의 요소들을 의학의 범주로 끌어들이며 치료의 대상으로 인정하였다.
- 라) 1974년 Ader의 생쥐 실험은 조건화 된 생쥐가 인공감미료를 탄 물만을 마시고도 면역 억제반응을 보인 사실을 밝혀, 뇌와 면역 체계가 연결되어 있다는 첫 증거를 제시하였다.
- 마) 정신-신경-내분비-면역계 사이에는 내재적인 연결망이 있으나 한 방향(one way direction)으로 영향을 미친다.

4. 심신의학의 치료 시의 원리 및 특징이다. 맞는 것은?

- 가) 심신요법은 병의 병명에 따른 정형화 된 치료 원칙에 따라 치료를 시행하게 된다.
- 나) 환자의 증상이나 불편함은 치료가 필요를 알리는 전달자이므로 이에 따라 질환별, 기관별 치료를 한다.
- 다) 심신요법에는 만성 스트레스 관리가 필요하며, 에너지 영역에 관한 고려가 필요로 하기도 한다.
- 라) 심신요법은 우선 불편한 증상을 치료하고, 그 다음 단계적으로 행동의학적 접근, 정신 사회학적인 중재를 실시한다.
- 마) 심신요법은 환자의 능동적 참여가 필수인데, 이 과정에서 치료자와의 갈등이 잘 생기므로 환자의 만족도를 저하시킨다.