

## 과민성 장 증후군의 증상 경감을 위한 비약물적 접근 고찰

최명애<sup>1)</sup> · 김금순<sup>1)</sup> · 안경주<sup>2)</sup> · 채영란<sup>3)</sup> · 최정안<sup>4)</sup> · 홍해숙<sup>5)</sup> ·  
박미정<sup>6)</sup> · 이경숙<sup>7)</sup> · 신기수<sup>8)</sup> · 정재심<sup>9)</sup>

<sup>1)</sup>서울대학교 간호대학, <sup>2)</sup>대구가톨릭대학교 간호학과, <sup>3)</sup>강원대학교 간호학과,  
<sup>4)</sup>서울대학교 간호과학연구소, <sup>5)</sup>경북대학교 간호대학, <sup>6)</sup>대불대학교 간호학과,  
<sup>7)</sup>원주대학 간호과, <sup>8)</sup>적십자간호대학, <sup>9)</sup>울산대학교 임상전문간호학

## Non Pharmacological Approaches in the Irritable Bowel Syndrome

Myoung-Ae Choe,<sup>1)</sup> Keum-Soon Kim,<sup>1)</sup> Gyeong Ju An,<sup>2)</sup> Young Ran Chae,<sup>3)</sup> Jung-An Choi,<sup>4)</sup>  
Hae-Sook Hong,<sup>5)</sup> Mi-Jung Park,<sup>6)</sup> Kyung-Sook Lee,<sup>7)</sup> Gisoo, Shin<sup>8)</sup> & Jae Sim Jeong<sup>9)</sup>

<sup>1)</sup>College of Nursing, Seoul National University, <sup>2)</sup>Department of Nursing, Catholic University of Daegu

<sup>3)</sup>Department of Nursing, Kangwon National University, <sup>4)</sup>The Research Institute of Nursing Science, Seoul National University

<sup>5)</sup>College of Nursing, Kyungpook National University, <sup>6)</sup>Department of Nursing, Daebul University,

<sup>7)</sup>Department of Nursing, Wonju National College, <sup>8)</sup>Red Cross College of Nursing

<sup>9)</sup>Department of Clinical Nursing, University of Ulsan

### Abstract

There have been many trials of clinical efficacy of multicomponent and single component treatments for irritable bowel syndrome(IBS). We reviewed effects of non pharmacological treatments in the IBS. Though the efficacy of multi-component approaches was unclear, several results suggest that cognitive behavioral therapy was effective in improving gastrointestinal symptoms of IBS. As a single component, cognitive therapy and relaxation with or without biofeedback could improve the symptoms and psychological health of IBS patients. Yoga, meditation, self-help information and hypnotherapy could be applicable to IBS.

---

**Key words** : irritable bowel syndrome, cognitive behavioral treatment, biofeedback, relaxation

---

\*Corresponding author : Young Ran Chae, Department of Nursing, Kangwon National University  
Tel : 82-33-250-8886, E-mail : yrchae@kangwon.ac.kr

## I. 서론

과민성 장 증후군(Irritable bowel syndrome; IBS)은 소화기계 만성 질환 중에서 흔한 질환으로 '배변습관 또는 장습관의 변화로 인한 비정상적인 배변 및 복부팽창과 관련되어 복통을 나타내는 기능적인 장 이상'으로 정의된다(Drossman, Corazziari, & Ilalley, 1999). IBS는 증상이 다양하며 재발이 잘 되는 것이 특징이다. 진단시 유사한 증상을 나타내는 다른 기질적인 질환은 배제해야 하는데, 가장 널리 이용되고 있는 진단기준이 Rome II 기준이다(Longstreth, 2005). Rome II 기준은 지난 12개월 중 12주 이상(연속적이지 않아도 됨) 복부 불편감이나 복통이 있고, 다음 세 가지 항목, 즉 배변 후 증상이 완화되거나, 증상과 함께 배변횟수의 변화가 있을 때, 대변 형태의 변화와 굳기의 변화가 있을 때 중에서 2가지 이상의 증상이 있을 때를 IBS로 진단한다. IBS는 장기간에 걸쳐 호전과 악화가 반복되며, 변비를 주로 호소하는 경우, 설사가 주된 경우, 그리고 설사와 변비가 교대로 나타나는 경우의 세 가지 형태로 나타난다(Yoo, 2002)

미국에서는 인구의 10~15%가 IBS를 앓고 있으며 20% 가량이 IBS 환자로 추정되어, 천식(10.9%), 울혈성 심부전(6.3%), 당뇨병(6.4%)보다 훨씬 유병률이 높고, 고혈압(20.5%), 편두통(16.8%)과 유사한 유병률을 나타낸다(Cash et al., 2005). 국내에서는 과민성대장증후군을 포함한 기능성 위장장애의 이환율이 5.4%~7.1%로 알려져 있다(Kim et al, 1994; Kang, 1995).

특히 IBS는 45세에서 65세 사이의 생산연령층에 많이 발생하는 질환이므로 이로 인한 경제적 손실 비용이 천식, 편두통, 울혈성 심부전 등보다 높고 고혈압과 유사하다는 보고가 있다

(Cash et al., 2005). IBS로 인한 경제적 손실 비용 뿐 아니라 IBS 환자는 피로, 구강내 불쾌한 맛, 야뇨증, 빈뇨, 급박감, 잔뇨감 같은 요로계 증상, 성교 통증 같은 여성 생식기계 증상 같은 위장관 이외의 증상을 경험하기도 하기도 한다(Whorwell et al., 1986). 더욱이 IBS 대상자들은 스트레스에 매우 취약하며 불안이나 우울, 수면장애가 동반되고 이는 IBS의 증상을 악화시키는 악순환이 될 수 있다(Longstreth, 2005).

이러한 맥락에서 IBS 대상자들의 스트레스 완화와 증상 경감을 위한 중재들이 권장되고 있으며, IBS 증상을 경감하기 위한 비약물적 중재에 대한 연구가 국외에서 활발히 수행되어 왔다. 국외 선행연구에서 IBS 증상을 경감시키는 효과적인 비약물요법으로는 인지요법(Greene & Blanchard, 1993), 이완요법(Blanchard et al, 1993; Shaw et al, 1991), 바이오피드백(Cochrane et al, 1999; Ryan & Gevirtz, 2004), 최면요법(Whorwell, Prior, & Faragher, 1984; Whorwell, Prior, & Colgan, 1987), 인지행동요법(Dulmen, Fennis, & Bleijenberg, 1996; Boyce et al, 2003), 요가(Taneja et al, 2004), 자조관리 책자(Robinson et al, 2005) 등이 보고되었다.

최근 국내의 경우 대장질환에 대한 관심이 증가하여 IBS 환자 관리의 중요성과 관심이 증가하고 있다. 그러나 주로 약물적 접근에 집중된 연구가 진행되어 있고, 비약물적 접근에 대한 연구는 매우 드물어 마음챙김명상의 효과만이 제시(Lee, Kim, & Kim, 2004)되고 있는 실정이기 때문에 IBS 대상자들에게 다양한 심리사회적 중재를 적용하여 효과를 검증할 필요가 있다. 이에 본 연구에서는 IBS 환자들에게 적용된 비약물적 접근 방법에 대한 선행 연구를 고찰하여 증상경감을 위한 중재개발에 기초자료를 제공하고자 한다.

선행연구는 인터넷을 통해 과민성 장 증후

군의 증상경감을 위해 중재를 적용한 논문들의 목록을 확인하고 인터넷이나 대학 도서관에서 원문을 받아 활용하였으며, 이 중 약초나 약물을 이용한 연구들은 제외하였다.

## II. 복합 중재 프로그램의 효과

여러 가지 다양한 중재들을 병행하여 그 효과를 검증한 연구들이 많았는데, 다요소 접근법(multi-component treatment)(Neff & Blanchard, 1987), 인지행동요법(Cognitive-behavioral management)(Dulmen et al, 1996; Boyce et al, 2003), 행동요법(Lynch & Zamble, 1989; Schwartz et al, 1990), 복합 심리요법(multi-component psychotherapy)(Blanchard et al, 1992) 등 다양한 형태로 명명되어 있었으며, 중재의 내용도 이완요법, 교육, 바이오피드백, 인지재평가, 자기주장훈련, 스트레스-대처 전략, 통증 관리 등 다양하였다. 인지행동요법은 현재 환자가 가지고 있는 문제를 표현하게 하고 그 문제를 다루는 방법으로 과민성 장 증후군 환자의 증상을 경감시키는데 효과적인 치료로 이용되고 있다.

과민성 장 증후군 환자에서 인지행동요법을 적용한 초기의 연구들은 표본 크기가 작거나 추후조사 기간이 부족한 연구들이 있었고 대조군을 두지 않은 연구들이 많았는데, 이러한 연구들에서는 인지행동요법의 결과에 대해 긍정적이지는 않았다. 과민성 장 증후군 환자들에게 첫 번째로 집단 행동요법을 수행한 연구는 Wise 등(1982)에 의해 이루어졌다. 20명의 환자들을 집단치료 후 1/3에서 복부 증상 호소가 감소되었다고 보고하였다. 그러나 이 연구에서는 대조군을 두지 않아서 효과를 증명하기 어려웠고 실험기간도 짧았다. Lynch과 Zamble(1989)는 8주 동안 8회에 걸쳐 이완요

법, 인지 조절, 자기주장 훈련을 포함하는 행동요법을 받은 대상자들의 과민성 장증후군 증상이 대조군에 비해 호전되었음을 보고하였다. Neff와 Blanchard(1987)는 과민성 장 증후군 대상자에게 교육, 이완요법, 바이오피드백, 스트레스-대처 전략을 포함하는 다요소 접근법을 8주 동안 12회에 걸쳐 실시한 후 설사와 고창 같은 증상의 호전이 있음을 보고하였다.

Schwartz 등(1990)은 4년간 행동요법을 중재하면서 추후 연구를 하였다. 이 연구는 행동요법뿐 아니라 점진적 근육이완, 바이오피드백, 인지요법, 과민성 장 증후군 교육을 함께 실시하였으며, 19명 환자 중 2명의 증상이 50% 이상 호전되었다고 보고하였다. 증상 일지를 사용하여 중재를 통해 복통, 설사, 오심, 가스배출 같은 증상이 유의하게 감소하는지를 확인하였다.

Corney 등(1991)은 42명의 과민성 장 증후군 환자를 일반적인 치료를 받는 군과 행동요법을 받는 군으로 나누었다. 행동요법은 행동수정(behavior modification), 장 재훈련(bowel retraining), 통증 관리 기술에 초점을 두었다. 이 중재 결과 대조군과 비교하여 유의한 결과는 없었고 행동수정요법이 기존의 일반적인 치료보다 더 효과적이지는 않다고 보고한 바 있다.

Blanchard 등(1992)은 정상적인 장 기능에 대한 교육, 점진적 근육이완, 피부온도를 이용한 바이오피드백, 및 인지적 스트레스 대처 훈련을 포함하는 복합심리요법을 8주 동안 12회(첫 4주 동안은 주 2회, 나머지 4주는 주 1회) 실시하였다. 그러나 관심을 중재로 제공한 위약군(placebo group)과 복합심리요법을 받은 집단 모두에서 위장관계 증상, 기질 불안, 우울이 감소하여 복합심리요법이 더 효과적이지는 못하였다.

Dulmen 등(1996)은 집단 인지행동요법을 25명에게 실시하여 대조군 20명과 비교하였다.

프로그램은 3개월 동안 2시간짜리 집단중재를 8회 실시하였으며, 집단 인지행동요법은 4가지 기술: 환자교육, 가정학습(homeework), 집단 대화(group conversation), 점진적 근육이완훈련으로 구성되었다. 복부 증상과 관련된 인지(cognition), 행동, 정서, 환경의 역할에 관한 환자 교육을 실시하였다. 환자 교육은 증상 호소 전과 후의 사건이나 상황에 관심을 두고 증상이 나타날 때 환자의 사고, 감정, 행동의 반응에 주목하였다. 가정학습은 증상 호소와 관련된 인지와 행동을 변화시키기 위해 집에 있는 동안 새로운 방식으로 사고하고 행동하도록 그들의 경험을 일지(diary)로 기록하도록 하였다. 집단요법 시간 중 대부분은 환자 교육을 실시하고 환자가 작성한 일지에 나타난 경험에 대해 대화를 나누었다. 주로 환자가 가진 문제에 대한 상호 인식에 초점을 두었다. 각 session마다 점진적 근육이완으로 마무리하였다. 환자들은 이 기술을 집에서도 매일 하도록 교육받았다. 환자들의 증상을 4회/일 측정하게 한 결과, 실험군의 복부 증상 호소는 대조군에 비해 유의하게 호전되었으며 대처 전략이 증가되었고 회피 전략은 감소되었다. 이 연구는 43명이라는 비교적 많은 수의 환자를 대상으로 대조군과 비교한 연구였으며 중재 후 평균 2.25년까지 추후조사를 실시하였다. 8회라는 단기간의 중재를 실시하였지만 효과는 장기간 지속되었으므로 향후 과민성 장 증후군 초기 환자들에게 적용할 수 있을 것이다. 본 연구를 통해 집단중재가 비용-경제적 측면에서 권유할 수 있지만 개인중재와 치료 효과를 비교하는 연구가 필요함을 제시하였다.

Boyce 등(2003)의 연구에서 105명의 과민성 장 증후군 환자에게 8주간 인지행동요법과 이완요법, 일상적인 임상 치료를 각각 적용하여 1년간 효과를 비교하였다. 전체 대상자의 평균 대장 중후 빈도는 21.1이었고 52주 추후관리 기간동안에 18.1로 감소되었다. 신체적 기능,

통증, 전반적인 건강 상태, 사회적 기능이 호전되고, 불안, 우울, 통제위(locus of control)가 유의하게 감소하였으나 세 군간에 유의한 차이는 없어 인지행동요법과 이완요법은 일반적인 치료에 비해 좋다고 말할 수는 없었다. 인지행동요법에서 우선 정신과의가 심리적 사정을 실시하며 1주일에 1시간씩 인지행동요법을 임상 심리학자에게 받았다. 인지행동요법은 Andrew 등(1994)에 의해 불안 장애에 이용되었던 접근법을 기초로 수정하여 사용하였다. 인지행동요법을 위해 인지행동요법 프로그램에서 배운 기술을 집에서 과제로 하도록 하였다. 현실적인 증상 평가, 대처 전략과 이완 기술의 향상, 인지 재구조를 통합한 접근법이었다.

과민성 장 증후군 환자를 대상으로 인지행동요법을 적용한 연구들의 대부분은 다요소(multicomponent) 중재를 이용하였다. 즉, 환자 교육, 점진적 근육이완, 증상일지 쓰기, 최면요법, 바이오피드백 등의 중재들을 혼합하여 사용함으로써 실제로 어떤 요소가 치료에 유의한지 제시하지 못하고 있다. 따라서 향후 연구에서는 어떤 중재가 더 효과적인지를 규명할 필요가 있다.

### III. 개별 중재 프로그램의 효과

#### 1. 인지요법

인지요법이 제공되는 근거는 과민성 장 증후군이 스트레스에 대한 자율신경계 반응으로 발생하며 자율신경계 반응은 인지, 행동 및 생리적 반응의 세 가지 형태로 나타난다는 것이다. 특히 인지는 과민성 장 증후군 증상의 결정적 요소로 강조된다. 인지요법은 구조적이고 직접적이며 개인의 적극적 협조가 요구된다. 인지요법은 스트레스 요인, 사고 및 과민성 장 증후군 증상들 사이의 관계를 인식하며, 위협

적인 자극을 해석하고 이에 대한 자신의 평가를 확인하며 수정하는 데 초점을 두고 있다. 즉, 인지요법에서는 내재된 심리적 기전, 근본적인 믿음, 및 가정을 확인하고 수정하기 위한 언어적, 행동적 기술들을 사용한다(Greene & Blanchard, 1994; Payne & Blanchard, 1995).

인지요법은 심리적 통찰력을 가지고 있고 말로 잘 표현하는 사람들에게 가장 효과적이다. 또한 집단으로 적용할 때 더 효과적인데 자신처럼 어려웠던 다른 사람의 경험을 통해 학습할 수 있으며, 다른 사람이 과민성 장 증후군을 효과적으로 다루는 방법에 대해서도 학습할 수 있기 때문이다(Toner et al, 1998).

구체적인 인지요법의 방법으로는 대상자의 무의식적인 생각을 기록하도록 강조하는 것이다: 매일 감시 일지에 치료에 대한 것과 스트레스를 받는 상황에서 떠오르는 무의식적 사고 등을 기록하도록 한다. 치료자는 대상자의 감시 일지에 기록된 인지적 반응에 초점을 두고 대상자와 공동으로 대처해야 한다. 이러한 과정을 통해 불안을 유발하는 역기능적인 사고, 기대와 가정을 확인하고 이들이 장 증상과 관련이 있는지 확인한다. 그 다음 치료자는 대상자들이 좀 더 정확하고, 합리적이며 도움이 되는 사고를 할 수 있게 생각의 잘못된 부분을 수정하도록 교육한다(Beck, 1970).

Greene와 Blanchard(1994)는 과민성 장 증후군 환자 20명을 8주 동안 10회에 걸쳐 인지요법을 실시하는 집단과 매일 위장관계 증상을 관찰하는 집단에 무작위 할당하였다. 8주 후에 인지요법을 받는 집단의 위장관계 증상이 의미있게 감소하였으며, 대상자의 80%에서 임상적으로 의미있는 호전을 보인 반면, 증상만을 관찰한 집단에서는 대상자의 10%에서만 호전을 나타내었다. 또한 인지요법군에서 위장관계 증상의 감소는 부정적인 사고의 감소와 긍정적 사고의 증가와 의미있는 상관관계를 나타내었다. Payne와 Blanchard(1995) 역시 과

민성 장 증후군의 치료로 인지요법과 자조 지지집단 활동의 효과를 비교하였는데, 지지집단이나 위장관계 증상만 관찰한 집단에 비해 인지요법을 받은 집단은 위장관계 증상, 우울과 불안이 더 의미있게 감소되었고, 3개월 후에도 이러한 상태가 유지되었음을 보고하였다.

## 2. 이완요법

스트레스가 과민성 장 증후군의 주요 유발요인이라는 인식은 과민성 장 증후군 대상자들에게 스트레스 관리를 통해 증상경감이 가능하다는 근거를 제공한다. 특히 단일요법으로써 이완요법은 증상을 감시하여 치료하는 것보다 더 효과적이다(Blanchard et al, 1993). Shaw 등(1991)은 일반적인 치료를 받는 집단과 스트레스 관리를 받는 실험군에 과민성 장 증후군 대상자를 무작위로 배정한 후 6회에 걸쳐 증상과 스트레스의 관계를 인식하게 하면서 이완훈련을 개별적으로 지도하였다. 연구자들은 스트레스 관리와 이완훈련을 받은 실험군의 2/3에서 위장관계 증상이 경감되었으며 이러한 효과는 12개월 까지도 지속되었다고 보고하였다. Guthrie 등(1991)은 지난 6개월 동안 일반적인 의학치료에 반응하지 않은 대상자들에게 이완요법이 포함된 심리요법을 적용하였는데, 치료 3개월 후에 복통과 설사는 의미있게 감소하였지만 변비는 변화가 없었다. 이러한 치료는 지속적인 복통에는 효과적이지 않은 반면에, 스트레스에 의해 악화되는 심리적 증상과 간헐적 통증에 효과적이었다.

Blanchard 등(1993)도 과민성 장 증후군 대상자에게 8주 동안 10회에 걸쳐 점진적 근육 이완요법을 적용한 결과 대조군에 비해 증상이 경감되었으며, 특히 이완요법을 받은 대상자의 50%는 임상적으로 의미있는 정도의 호전을 보였다. 그러나 이완요법을 받은 실험군의 탈락률이 Blanchard 등이 다요소의 인지행동

요법을 적용한 연구(1992)에서 보다 높았는데, 이는 이완훈련 과정의 구조적 특성이 대상자의 개인적 성향을 고려하지 못하기 때문에 인지행동요법을 적용했을 때보다 탈락률이 높았던 것으로 설명하고 있다.

### 3. 바이오피드백

바이오피드백은 대상자가 자신의 생리적 반응을 변화시키도록 교육하기 위해 시각적 또는 청각적 자극을 사용하는 행동적 기술이다. 따라서 바이오피드백에서는 사람이 정상적으로 의식하지 못하는 신체 기능에 관한 즉각적, 계속적 신호를 알 수 있도록 기계를 사용한다. 바이오피드백은 대뇌 피질의 활동, 말초 신경계 반응, 자율신경계 반응과 같이 신경계의 모든 영역과 관련되는 기능 조절에 사용될 수 있다. 이러한 반응들이 모니터되어 환자에게 특정 반응의 조절 정도를 제공함으로써 결국에는 환자가 기계의 도움없이 활동이나 반응을 조절 할 수 있게 된다.

일상적 치료로 증상경감이 없었던 40명의 과민성 장 증후군 환자에게 30분씩 4회에 걸쳐 바이오피드백을 이용한 이완요법을 실시한 후에 80%의 환자에서 점차적으로 충분한 이완에 도달하였으며, 50%의 환자들은 증상 조절에 도움이 된다고 보고하였다(Cochrane et al, 1999). Ryan과 Gevirtz(2004)는 과민성 장증후군, 만성피로증후군, 섬유성근육통과 같은 기능적 장애를 가진 대상자 70명을 실험군과 대조군에 무작위 할당한 후 실험군은 바이오피드백을 이용하여 점진적 근육이완 훈련과 호흡 훈련 및 문제해결능력을 주 1회씩 8주 동안 실시하였다. 그 결과 실험군에서 증상의 빈도와 정도가 호전되었으며, 연구 참여 후 6개월 동안의 의료비도 대조군에 비해 유의하게 감소됨을 보고하였다. 또한 바이오피드백은 기능 장애가 있는 대상자에게 일차의료기관에서도

쉽게 적용할 수 있으며 증상 경감과 의료비 감소에도 기여할 것이라고 제안하였다.

### 4. 기타 중재들

Robinson 등(2005)은 과민성 장 증후군 환자들을 자습용 안내 책자(self-help guide book)를 제공하여 정보를 제공하는 집단과 자습용 안내 책자와 함께 자조집단 활동을 병행하는 집단 및 대조군에 대상자들을 무작위로 배정하여 1년 후에 진료횟수와 증상 중증도의 차이를 검증하였는데, 안내 책자를 제공받은 집단에서 대조군에 비해 진료횟수와 증상이 감소하였으며, 안내 책자와 자조 집단 활동을 병행한 집단과는 차이가 없어 과민성 장 증후군 환자의 건강관리 방법으로 self-help information이 효과적임을 제시하였다.

요가를 중재로 활용한 연구도 있었는데, Taneja 등(2004)은 설사우세형 과민성 장 증후군 남자 대상자에게 2개월에 걸쳐 하루에 2회씩 요가를 실시한 결과 대조군에 비해 부교감 신경 반응이 증가되어(심박수 감소) 과민성 장 증후군 대상자에게 요가가 유익함을 보고하였다.

Harvey, Hinton 및 Gunary(1989)는 불응성 과민성 장 증후군 대상자에게 7주 동안 4회에 걸쳐 최면요법을 적용한 후 실험군과 대조군 사이에 과민성 장 증후군 증상에 차이가 없었으며, 실험군내에서도 최면요법 전후에 의미있는 차이를 나타내지 않았다. 불응성 과민성 장 증후군 대상자에게 12주 동안 7회에 걸쳐 최면요법을 적용하였을 때 치료종료 후 복통, 배변습관, 장 팽만 및 안녕감이 대조군에 비해 유의하게 호전되었고(Whorwell, Prior, & Faragher, 1984), 18개월 동안 추후 관찰한 결과에서도 이러한 상태가 유지되었다(Whorwell, Prior, & Colgan, 1987). 그러므로 최면요법이 효과를 거두기 위해서는 12주 정도의 중재기

간이 요구된다. 최면요법은 이완을 유도하여 과민성 장 증후군의 증상을 완화하는데 목적이 있다.

국내에서 과민성 장 증후군 대상자에게 마음챙김 명상(mindfulness meditation)을 적용하여 그 효과를 제시(Lee, Kim, & Kim, 2004; Han, Kim, & Kim, 2004)하였다. 명상은 자신의 내면을 돌아봄으로써 자신을 이해하고 통찰하도록 하여 부정적인 심리상태와 스트레스에 대응하기 위한 약물치료의 대안적 방법으로 이용가능하다. 명상은 교감신경계 흥분에 의한 스트레스 반응에 대한 대응반응인 부교감신경의 이완반응을 유도한다. 마음챙김은 마음의 현상을 또렷이 관찰함을 의미하는데, 마음의 현상에는 감각, 느낌, 정서, 사고, 의지 등 여러 가지 유형이 포함되며, 마음챙김에서의 관찰은 이러한 마음의 현상을 판단, 비교, 평가, 분석, 추론 하지 않고 비판단적으로 바라봄을 의미한다(Lee, Kim, & Kim, 2004).

과민성 장 증후군을 가진 여중생에게 8주 동안 총 10회에 걸쳐 마음챙김 명상을 적용하였을 때 복통, 변비, 복부팽만 등의 주요 증상이 대조군에 비해 통계적으로 유의하게 감소하였으나, 학업스트레스 상황 및 반응, 자기 효능감, 불안, 우울에서는 차이가 없었다(Lee, Kim, & Kim, 2004). 또한 과민성 장 증후군을 가진 성인에게 마음챙김 명상을 7주 동안 총 8회 적용하였을 때에도 주요 증상이 감소하였고, 불안과 건강에 대한 내적 통제감이 증가하였다. 그러나 우울에서는 통계적으로 유의한 차이를 나타내지 않았다(Han, Kim, & Kim, 2004). 이러한 결과들은 명상이 과민성 장 증후군의 관리에 유용한 치료기법이 될 수 있음을 시사한다.

#### IV. 결론 및 제언

과민성 장 증후군 환자들의 대다수는 심리적 문제점들을 동반하고 있으나 실제 이러한 환자들의 일부만이 의학적 치료를 받고 있다. 정신과적 질환으로 진단받는 경우에는 정신과 치료를 병행함으로써 도움을 받을 수 있으며, 정신과적 질환은 아니지만 심리적 불편감이 동반된 과민성 장 증후군의 경우 다양한 인지적, 행동적 접근으로 증상이 완화될 수 있을 것이다. 심리적 중재를 적용하여 그 효과를 평가하기 위해서는 합의된 과민성 장 증후군의 평가도구를 사용하여 연구대상을 선별하고, 연구에 참여하기를 거절하는 대상자의 특성을 기록하여 분석에 참고하며, 무작위화와 이중차단(double blindness)을 적용하여 그 효과를 측정해야 하는데, 이때 타당도와 신뢰도가 높고 변화에 민감한 도구를 이용해야 한다. 또한 약물의 사용 유무도 함께 평가해야 하며, 장기간의 효과를 검증하고 임상적 유의성도 검토해야 할 것이다(Talley et al, 1996).

여러 중재들을 혼합하여 적용한 인지행동요법의 효과는 비교적 긍정적이었다. 그러나 행동수정과 통증관리에만 초점을 둔 연구(Corney et al, 1991)의 경우 긍정적인 효과는 없었으며, 인지행동요법과 인지요법 및 일반적 치료를 비교한 연구(Boyce et al, 2003)에서도 차이가 없다고 보고하였다. 또한 관심을 위약군에 제공하고 인지행동요법을 제공한 연구(Blanchard et al, 1992)에서도 과민성 장 증후군의 증상, 우울과 불안에 차이가 없음을 보고하였다. 반면 단일요법으로 인지요법과 이완요법은 효과적이었으며, 요가, 명상, 최면 등도 긍정적인 연구결과를 나타내었다.

이러한 결과들을 토대로 다음과 같이 제언하고자 한다.

1. 복합 중재 프로그램의 효과가 다양하게 제시되고 있으므로 어떤 요소가 결과에 영향을 미치는 지 규명할 필요가 있다.

2. 인지요법, 이완요법, 요가, 명상, 최면요법 중 어느 중재가 가장 효과적인지 검토해 볼 필요가 있다.

## 참고문헌

- Andrew, G., Crino, R., Hunt, C.(1994). *The treatment of anxiety disorders: Clinician's guide and patient manuals*. New York: Cambridge University Press.
- Beck, A. T. (1970). Cognitive therapy: nature and relation to behaviour therapy. *Behav Ther*, 1, 184-200.
- Blanchard, E. B., Schwarz, S. P., Suls, J. M., Gerardl, M. A., Scharf, L. A., & Greene, B.(1992). Two controlled evaluations of multi-component psychological treatment of irritable bowel syndrome. *Behav Res Ther*, 30, 175-189.
- Blanchard, E. B., Greene, B., Scharf, L., Schwarz, S. P., McMorris, S. P.(1993). Relaxation training as a treatment for IBS. *Biofeedback Self Regul*, 18, 125-132.
- Boyce, P. M., Talley, N. J., Balaam, B., Koloski, N. A., & Truman, G.(2003). A randomized controlled trial of cognitive behavior therapy, relaxation training, and routine clinical care for the irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol*, 98(10), 2209-2218.
- Cash B, Sullivan S, Barghout V. (2005). Total costs of IBS: employer and managed care perspective. *Am J Manag Care*, 11(1 Suppl), S7-16.
- Corney, R. H., Stanton, R., Nowell, R., Clare, A., & Fairclough, P.(1991). Behavioral psychotherapy in the treatment of irritable bowel syndrome, *J Psychosom Res*, 35, 461-469.
- Cochrane, S., Watson, J., Watson, B., Barrison, I., Catnach, S.(1999). Which patients with irritable bowel syndrome benefit from biofeedback therapy? *Gut*, 44(Suppl 1), A133.
- Drossman, D.A., Corazziari, E., Ilalley, N.J.(1999). A multinational consensus document on functional gastrointestinal disorders. *Gut*, 45(Suppl II), 111-118
- Dulmen, A. M., Fennis, M., & Bleijenberg, G.(1996), Cognitive-Behavioral group therapy for irritable bowel syndrome: effects and long-term follow-up. *Psychosom Med*, 58, 508-514.
- Greene, E. B.& Blanchard, E. B.(1994). Cognitive therapy for irritable bowel syndrome, *J Consult Clin Psychol*, 62, 576-582.
- Guthrie, E., Creed, F., Dawson, D., Tomenson, B.(1991). A controlled trial of psychological treatment for the irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*, 100, 450-457.
- Han, J. S., Kim, J. H., Kim, M.(2004). The effect of mindfulness meditation on symptoms and psychological features in patients with irritable bowel syndrome. *Kor J Health Psych*, 9(4), 1041-1060.
- Harvey, R. F., Hinton, R. A., Gunary, R. M.(1989). Individual and group hypnotherapy in treatment of refractory irritable bowel syndrome. *Lancet*, 1(8635), 424-425.
- Kang, Y. W.(1995). Delay of Orocecal Transit Time in Patients with Dysmotility-like Functional Dyspepsia. *The Kor J Intern Med*, 49(4), 501-506.
- Kim, J. P., Kang, I. K., Park, D. I., Jung, C. H., Rhee, J. C., Sohn, C. I., Sung, I. K., Lee, K. C., and Shim, S. C.(1994). Study on the Clinical Subgroups of Non-Ulcer Dyspepsia, *The Kor J Intern Med*, 46(3), 327-333.



- Lee, J. S., Kim, J. H., Kim, M.(2004). The effects of mindfulness meditation on irritable bowel syndrome in adolescents. *Kor J Health Psych*, 9(4), 1027-1040.
- Longstreth, G.F.(2005). Definition and classification of irritable bowel syndrome: current consensus and controversies. *Gastroenterol Clin N Am*, 34, 173-187.
- Lynch, P. M., Zamble, E. A.(1989). Controlled behavioral treatment study of irritable bowel syndrome. *Behav Ther*, 20, 509-523.
- Neff, D. F., Blanchard, E. B.(1987). A multi-component treatment for irritable bowel syndrome. *Behav Ther*, 18, 70-83.
- Payne, A., Blanchard, E. B.(1995). A controlled comparison of cognitive therapy and self-help support groups in the treatment of irritable bowel syndrome. *J Consul & Clinical Psych*, 63(5), 779-786.
- Robinson, A., Lee, V., Kennedy, A., Middleton, L., Rogers, A., Thompson, D. G., Reeves, D. (2005). A randomized controlled trial of self-help interventions in patients with a primary care diagnosis of IBS. *Gut*, 12, 1051-1060.
- Ryan, M. & Gevirtz, R.(2004). Biofeedback-based psychophysiological treatment in a primary care setting: an initial feasibility study. *Appl Psychophysiol Biofeedback*, 29(2), 79-93.
- Schwartz, S. P., Taylor, A. E., Scharf, L., & Blancard, E. B.(1990). Behaviorally treated irritable bowel syndrome patients a four year follow up. *Behav Res Ther*, 28, 331-335.
- Shaw G, Srivastava, E.D., Sadlier, M., Swann, P., James, J.H., Rhodes, J.(1991). Stress management for irritable bowel syndrome: a controlled trial. *Digestion*, 50, 36-42.
- Talley, N. J., Owen, B. K., Boyce, P., Paterson, K.(1996). Psychological treatments for irritable bowel syndrome: a critique of controlled treatment trials. *Am J Gastroent*, 91(2), 277-286.
- Taneja, I., Deepak, K. K., Poojary, G., Acharya, I. N., Pandey, R. M., & Sharma, M. P. (2004). Yogic versus conventional treatment in diarrhea-predominant irritable bowel syndrome: a randomized control study. *Appl Psychophysiol Biofeedback*, 29(1), 19-33.
- Toner, B. B., Segal, Z. V., Emmott, S., Myran, D., Ali, A., DiGasbarro, I., Stuckless, N.(1998). Cognitive-behavioral group therapy for patients with irritable bowel syndrome. *International Journal of Group Psychotherapy*, 48(2), 215-243.
- Whorwell, P. J., Prior, A., & Faragher, E. B.(1984). Controlled trial of hypnotherapy in the treatment of refractory irritable bowel syndrome. *Lancet*, 2,1232-1233.
- Whorwell, P.J., McCallum, M., Creed, F.H., Roberts, C.T.(1986). Non-colonic features of irritable bowel syndrome. *Gut*, 27, 37-40.
- Whorwell, P. J., Prior, A., & Colgan, S. M. (1987). Hypnotherapy in severe irritable bowel syndrome: further experience. *Gut*, 28, 423-425.
- Wise, T. N., Cooper, J. N., & Ahmed, S.(1982). The efficiency of group therapy for patients with irritable bowel syndrome. *Psychosomatics*, 23, 465-469.
- Yoo, J. S. (2002). New Strategies in Irritable Bowel Syndrome. *J of KLIMA*, 21, 23-31.