

동양문화에 기반한 인지치료인 도가인지치료의 연구동향

권찬영, 최은지, 정선용, 김종우

경희대학교 한방신경정신과, 강동경희대학교병원 한방신경정신과

Chinese Taoist Cognitive Psychotherapy, a Psychotherapy based on Oriental Culture, and Related Research Trend

Chang-Young Kwon, Eun-Ji Choi, Sun-Young Chung, Jong-Woo Kim

Department of Neuropsychiatry, College of Korean Medicine, KyungHee University, Department of Korean Neuropsychiatry, Gangdong KyungHee University Hospital

Received: May 28, 2016
Revised: June 8, 2016
Accepted: June 25, 2016

Correspondence to

Jong-Woo Kim
Department of Neuropsychiatry,
College of Korean Medicine,
KyungHee University, Department of
Korean Neuropsychiatry, Gangdong
KyungHee University Hospital, 149,
Sangil-dong, Gangdong-gu, Seoul,
Korea.
Tel: +82-2-440-7133
Fax: +82-2-440-7143
E-mail: aromaqi@khu.ac.kr

Objectives: The purpose of this study was to introduce Chinese Taoist Cognitive Psychotherapy (CTCP), a psychotherapy based on Oriental culture, and review related research to understand its efficacy.

Methods: Relevant articles were searched from CNKI, WANFANG, Pubmed, EMBASE, AMED and CENTRAL.

Results: Thirty-seven studies were selected based on our inclusion criteria, which included 31 RCTs. The overall risk of bias of the RCTs was unclear or high. In the total relevant studies, the target diseases were most commonly depression and anxiety disorder. Generally, CTCP combined with Western medicine was significantly more effective than prescribing medicine alone.

Conclusions: CTCP can be useful for several psychiatric disorders including depression and anxiety disorder; however, more high-quality clinical trials are needed to confirm its efficacy.

Key Words: Psychotherapy, Cognitive therapy, Depression, Anxiety disorders, Traditional oriental medicine, Chinese Taoist Cognitive Psychotherapy.

I. 서론

인지치료(cognitive therapy)는 1960년대 미국의 정신 의학자인 아론 벡(Aaron T. Beck)이 우울증 환자를 대상으로 병적 정보처리의 교정을 위해 만든 구조화된 치료기법¹⁾으로, 오늘날에는 주로 인지행동치료(cognitive behavioral technique, CBT)²⁾라는 행동치료기법과 결합된 형태로서 우울증 뿐 아니라 여러 정신질환에 광범위하게 활용되고 있다. 또 인지행동치료는 적용대상이나 적용방법에 따라서 ‘집단인지치료(Group CBT)’, ‘컴퓨터에 기반한 인지치료(computer-based CBT)’, ‘웹에 기반한 인지치료(web-based CBT)’ 등의 형태로 활용되고 있으며, 이론에 따라서 마음챙김(mindfulness) 또는 마음챙김 명상(mindfulness meditation)을 결합한 ‘마음챙김에 기반한 인지치료(mindfulness-based cognitive therapy, MBCT)’나 스키마(schema) 이론과 결합한 ‘스키마 치료(schema therapy)’ 등으로 활용되기도 하는 등, 필요에 따라 변형된 형태로 임상에 적용되면서 그 활용도를 높여왔다³⁾.

인지행동치료의 목표는 환자가 가지고 있는 비합리적인 신념이나 인지체계를 인지교정과 행동을 통한 경험으로 교정하여 정상적인 범주 내로 회복시키는 것이며, 전통적인 의미에서 정상적인 범주라는 것은 환자가 합리적인 판단을 내릴 수 있도록 하는 것을 의미한다. 그러나 인지행동치료의 변형된 형태에 따라서 정상적인 범주, 즉 인지행동치료의 목표에 차이가 있을 수 있는데, 대표적인 예로 2000년대에 개발된 마음챙김에 기반한 인지치료(MBCT)⁴⁾는 왜곡된 인지를 수집하여 이를 보다 이성적이고 합리적인 대안적 사고로 교정하는 전통적인 인지치료의 과정을 따르기 보다는, 순간순간의 자신의 생각이나 감각, 느낌을 확인하고, 이를 있는 그대로 인정하고 수용하며, 궁극적으로는 고착화된 사고에 얽매이지 않게 하는 것을 목표로 하는 것으로 볼 수 있으며⁵⁾, 주요우울증⁶⁾, 양극성장애^{7,8)}, 불안장애⁹⁾, 신경증¹⁰⁾과 같은 다양한 정신질환에 활용될 가능성이 논의되어 왔다.

정리하면, 마음챙김에 기반한 인지치료(MBCT)는 서양 문화권에서 기원한 인지치료와 동양 문화권에서 기원한 마음챙김이라는 개념이 결합된 형태의 심리치료라고도 볼 수 있는데, 인지치료라는 방법을 사용하고 있지만 환자가 가지고 있는 인지체계 변화의 지향점을 동양 문화권에서 기원한 마음챙김, 수용 등의 개념을 모델에 덧붙여 전통적인 인

지행동치료와 차이가 있다고 볼 수 있다.

도가인지치료(Chinese Taoist Cognitive Psychotherapy, CTCP)는 중국 Zhang Yalin과 Derson Young이 개발한 인지치료¹¹⁾로, 서양에서의 인지치료에 동양의 전통 철학 사상인 도가(道家) 사상을 더하여 만든 새로운 인지치료방법이다. 아직 국내에는 도가인지치료를 소개하는 논문이 없어 잘 알려지지 않았지만, 중국에서는 이미 다양한 정신질환에 도가인지치료를 적용한 임상연구가 다수 진행되어 온 실정이다. 이에 본 연구에서는 도가인지치료의 개념과 이와 관련된 임상연구 현황을 소개하고자 하며, 이를 통해 도가인지치료의 임상적 효과를 알아보고 향후 인지치료의 발전에 있어 우리에게 주어진 과제에 대해서 고찰해보고자 한다.

II. 도가인지치료 소개¹²⁾

도가인지치료는 동양 문화권의 도가(道家) 철학을 바탕으로 하여, 현대 심리치료의 방법인 인지치료를 참조하여 만들어진 새로운 인지치료 방법이다. 도가인지치료는 ABCDE 기법이라고 하는 5가지 단계로 구성된다: 환자의 현재 스트레스 인자를 파악(Actual stress factors); 환자의 인생의 신념과 가치체계에 대한 이해(Belief system); 환자의 갈등 관리 및 대처방식에 대한 분석(Conflict & coping styles); 도가(道家) 철학 사상을 도입(Doctrine direction); 평가 및 효과 증강방안 모색(Effect evaluation)

1. 1단계: 환자의 현재 스트레스 인자를 파악(Actual stress factors)

이 단계는 약 60~90분 정도 소요되며, 환자를 도와 주요 스트레스 인자를 파악하고, 정신적 스트레스에 대한 규정과 정량적 분석을 시행하는 단계이다. 여기에는 면담을 통한 의사의 평가뿐 아니라, self-assessment of life events¹³⁾라는 정량적 척도가 사용된다.

2. 2단계: 환자의 인생의 신념과 가치체계에 대한 이해(Belief system)

이 단계는 약 30~40분 정도 소요되며, 환자가 가치체계 선호도 조사표를 완성할 수 있도록 돕는 단계이다. 가치체계 선호도 조사표를 통해 돈, 자유, 안전, 사랑 등 일반적으로 사람들이 생각하는 중요 가치에 대하여 또는 환자가 스

스로 생각하는 중요 가치를 기입하고 1점에서 10점까지의 점수로 평가하도록 할 수 있다.

3. 3단계: 환자의 갈등 관리 및 대처방식에 대한 분석(Conflict & coping styles)

이 단계는 약 30~40분 정도 소요되며, 환자의 정신적 갈등을 평가하고, 환자의 대처방식을 이해하는 단계이다. 환자가 일반적으로 사용하는 대처방식을 8가지(억압 또는 거절; 대화; 승화; 물질남용; 발설; 자기차별; 해탈 또는 자기 위안; 기분전환)로 나누어¹⁴⁾ 각 대처방식에 대해 ‘사용하지 않음’, ‘드물게 사용함’, ‘자주 사용함’, ‘항상 사용함’으로 평가하도록 한다.

4. 4단계: 도가(道家) 철학 사상을 도입(Doctrine direction)

이 단계는 약 100~120분 정도 소요되며, 도가인지치료의 핵심이 되는 단계로 도가(道家) 철학 사상의 다음 4가지 기본원칙을 통해 환자의 비합리적인 신념체계 및 왜곡된 인지의 교정을 이끌어내게 된다. 구체적인 방법으로는 각 원칙에 있는 총 32글자를 암기하도록 하며, 치료자는 환자가 이를 이해하고 받아들일 수 있도록 돕는다.

1) 利而不害, 爲而不爭: 이롭게 할 뿐 해를 끼치지 않으며, 행동을 하되 다투지 않는다.

2) 少私寡欲, 知足知止: 사사로운 욕심은 줄이고, 만족할 때와 멈출 때를 안다.

3) 知和處下, 以柔勝剛: 조화를 이루는 것을 알며 겸손하며, 부드러움으로 거침을 이길 수 있다.

4) 清靜無爲, 順其自然: 마음을 비우고 맑혀 인위적인 것을 버리고, 자연의 순리에 따른다.

5. 5단계: 평가 및 효과 증강방안 모색(Effect evaluation)

이 단계는 약 45~60분 정도 소요되며, 치료효과를 평가하고, 각자의 실천경험을 총 정리하며, 그 효과를 강화시키고 탄탄히 다지는 단계이다.

이상의 5단계로 구성된 도가인지치료는 매번 60~90분 정도의 시간을 요하며, 매주 1~2회 상담을 이어나갈 수 있다. 특히 1~3단계는 처음 2회 정도에서 완료할 수 있으며, 4단계가 매우 중요한 단계로 2번에 걸쳐서 진행할 수 있을 것이다.

마지막 5단계에서는 효과를 평가하고 효과를 강화시키는 방안을 모색한다. 상담 과정에 따라서 필요한 단계는 반복하여 진행될 수 있으며, 특히 4~5단계가 반복적으로 사용된다.

III. 연구대상 및 방법

1. 문헌의 조사 및 선별

본 연구에서는 도가인지치료를 활용한 임상연구를 조사하기 위해, 중국어권 검색 데이터베이스인 CNKI, WANGFANG을, 영어권 검색 데이터베이스인 Pubmed, EMBASE, AMED, CENTRAL을 사용하였다. 연구 설계 이전에 시행한 사전검색에서 국내 데이터베이스에서는 도가인지치료에 대한 문헌이 없었음을 확인했기 때문에, 국내 데이터베이스는 사용하지 않았다. 검색은 2016년 3월 3일에 시행하였으며, 검색일까지 출판된 모든 논문을 대상으로 하였다. 검색어는 도가인지치료를 의미하는 ‘Taoist cognitive psychotherapy’, ‘Taoist cognitive therapy’, ‘道家認知療法’을 사용하였고, 중복된 논문을 제외한 나머지 논문을 대상으로 2명의 저자가 독립적으로 제목 및 초록검토와 전문검토를 시행하여 도가인지치료를 개입방법으로 사용하고 있으며, 내용분석에 필요한 정보를 제시하고 있는 임상연구를 선별하였다. 문헌의 선별과정은 PRISMA group의 Flow Diagram을 이용하여 정리하였다.

2. 무작위 대조군 연구의 질평가

본 연구에 포함된 무작위 대조군 연구의 질을 평가하기 위해서 Cochrane Library에서 제공하고 있는 Risk of Bias 평가도구를 2명의 저자가 독립적으로 사용하여 평가를 진행했으며, 이견이 있는 경우 토의를 통해 조정하였다.

IV. 결과

본 연구에서 설정한 방법에 따라, 검색을 시행한 결과 6개의 데이터베이스에서 총 146개의 논문이 검색되었으며, 중복된 논문 37편을 제외한 나머지 109편을 대상으로 제목 및 초록검토를 시행하였다. 이에 도가인지치료와 관련이 없는 논문 1편, 종설논문 58편, 원문을 구할 수 없는 논문 1편을 제외하고 남은 49편의 논문을 대상으로 전문검토를 시행하였다. 전문검토 결과 포함된 대상자 수나 치료기간 등 내용본

석에 필요한 정보를 제시하고 있지 않는 연구 3편, 동일한 연구값을 중복하여 게재한 9편을 제외하였다. 중복 게재한 연구의 경우 먼저 발표된 연구를 기본으로 하되, 제시한 자료의 수치가 후에 발표된 연구에서 더 자세하게 기술되어있는 경우에는 후에 발표된 연구를 포함하였다. 이에 따라 최종적으로 본 논문에서의 분석에 사용된 임상연구는 37편이었다.

이후 최종 분석대상이 된 연구의 연구형태, 연구 포함된

인구학적 정보, 진단명 및 진단근거, 개입방법, 연구결과 등을 정리하여 표로 작성하였다. 단, 3-arm 이상의 병렬연구로 진행된 경우, 각 군의 개입방법 중 도가인지치료를 사용한 군을 치료군으로, 도가인지치료를 사용하지 않은 군을 대조군으로 규정하고 기술했다. 또 연구결과의 경우 해당 논문에서 가장 마지막에 측정한 결과값을 기준으로 하였다 (Fig. 1, Table 1, 2).

1. 연구형태에 따른 분류

37편의 임상연구는 연구형태에 따라 분류하면, 관찰연구가 3편, 실험연구가 34편이었다. 실험연구 34편 중, 비무작위 대조군 연구는 3편으로 모두 2-arm 병렬연구로 진행되었고, 무작위 대조군 연구는 31편으로 2-arm 병렬연구가 25편, 3-arm 병렬연구가 3편, 4-arm 병렬연구가 3편이었다. 그리고 전체 포함된 연구 중 학위논문은 5편이었으며, 기관생명윤리위원회(institutional review board, IRB) 또는 환자의 동의서에 관한 명시가 있는 논문은 12편이었다.

2. 질환 및 개입방법 별 분류

도가인지치료의 대상이 된 질환이나 병리적 상태를 병리적 상황(정신과적 문제, 비정신과적 문제)와 비병리적 상황으로 분류하였다. 관찰연구 3편은 모두 정신과적 문제에 대한 것이었다. 실험연구 34편은 병리적 상황에 대한 연구가

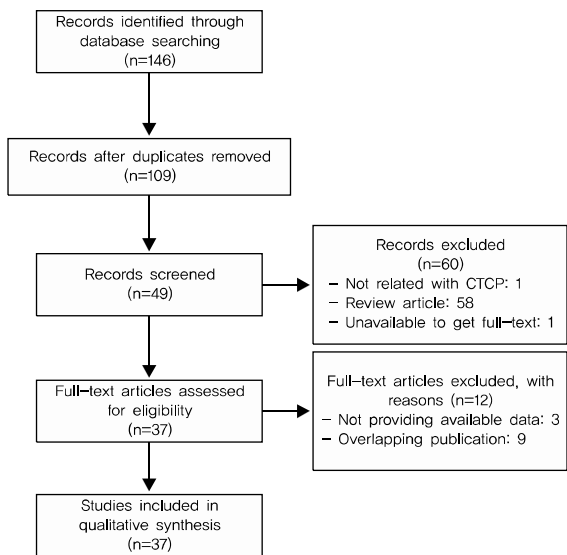


Fig. 1. PRISMA flow diagram.

Table 1. Study Characteristics of 3 Observational Studies

Author (year)	Mean age (range)/female (%)	Diagnosis (tool)/inclusion criteria	Design	Sample size (TG:CG)	Intervention (duration)	CTCP method	Outcome	Result reported
Huang (2005) ²⁰⁾	29.5 ± 10.8 (NR)/54.3%	DEP (CCMD-3)/HAMD-17 > 17	Prospective study (single-arm)	35	CTCP (8 weeks)	Three times a week	① HAMD	① post < pre
Wang (2005) ^{a21)}	NR (19 ~ 44)/50.0%	Anxiety disorder (CCMD-3)/SAS > 29	Prospective study (single-arm)	32	CTCP + relaxation (8 weeks)	Two to four times a week	① SAS ② Will Power Test ③ Blood pressure ④ Heart rate ⑤ Plasma protein ⑥ Blood lactate	① pre < post ② pre > post ③ pre = post ④ pre = post ⑤ pre < post ⑥ pre < post
Zhou (2003) ^{a22)}	TG:39.1 ± 15.0 (NR)/44.9% CG:35.3 ± 14.3 (NR)/55.6%	Anxiety disorder (CCMD-3)	Retrospective study (2-arm) CG: dropped out of CTCP schedule	76 (49/27)	CTCP (10 ~ 16 times)	Once or twice a week	① TABP ② EPQ ③ SCL-90	① TG = CG ② TG > CG ③ TG < CG

CCMD: Chinese Classification of Mental Disorders, CG: control group, CTCP: Chinese Taoist Cognitive Psychotherapy, DEP: depression, EPQ: Eysenck Personality Questionnaire, HAMD: Hamilton Depression Rating Scale, NR: not recorded, SAS: Zung Self-Rating Anxiety Scale, SCL-90: Symptom Checklist-90, TABP: Type A Behavior Pattern, TG: treatment group.

'<' and '<<' mean statistical significance p < 0.05, p < 0.01 respectively. '=' means no statistical significance.

Table 2. Study Characteristics of 34 Treatment Studies

Author (year)	Mean age (range)/female (%)	Diagnosis (tool)/inclusion criteria	Design	Sample size (TG:CG) pre→post	Intervention (duration)	CTCP method	Outcome	Result reported
Zhang (2013) ²³⁾	NR	DEP (CCMD-3)	Not randomized (2-arm)	80 (40:40) → 80 (40:40)	TG: CTCP+WM CG: WM (NR) (6 months)	NR	① SDS ② SDSS ③ Recurrence rate	① TG << CG ② TG << CG ③ TG < CG
Zhang (2008) ²⁴⁾	NR	DEP (CCMD-3)	Not randomized (2-arm)	80 (40:40) → NR	TG: CTCP+WM CG: WM (NR) (6 months)	NR	① SCL-90 ② SDS ③ SDSS ④ Recurrence rate	① TG << CG ② TG << CG ③ TG << CG ④ TG < CG
Zhang (2000) ²⁵⁾	TG: 35±13 (NR)/51.7% CG: 35±12 (NR)/51.7%	TG: GAD (CCMD-2-R) CG: normal	Not randomized (2-arm)	58 (29:29) → 53 (24:29)	TG: CTCP CG: waiting (6 months)	NR	① SCL-90 ② NE ③ EPH ④ ACTH ⑤ CS ⑥ IL-2	① post < pre ② post = pre = CG ③ post = pre, CG < pre ④ post < pre, CG < pre ⑤ post < pre, CG < pre ⑥ post < pre, CG < pre
Cao (2015) ²⁶⁾	42.8±11.6 (20~65) /56.3%	Somatoform disorder (CCMD-3)	RCT (2-arm)	126 (64:64) → 126 (64:64)	TG: CTCP+WM CG: WM (duloxetine) (8 weeks)	Twice a week	① HAMD ② HAMA ③ SCL-90 ④ TER	① TG < CG ② TG < CG ③ TG < CG ④ TG > CG
Zhang (2015) ²⁷⁾	TG: 63±7.2 (NR)/48.0% CG: 63±6.9 (NR)/42.3%	Obstructive sleep apnea syndrome receiving CPAP/AHI >20, LAOS <85%, 40 ≥ BMI ≥ 28, ESS >9	RCT (2-arm)	97 (50:47) → 97 (50:47)	TG: CTCP CG: health education (12 weeks)	Once a week	① ESS ② AHI ③ LAOS ④ Treatment compliance	① TG < CG ② TG < CG ③ TG > > CG ④ TG > CG
Xu (2015) ²⁸⁾	NR	Employee	RCT (2-arm)	54 (27:27) → 54 (27:27)	TG: CTCP CG: waiting (7 weeks)	Once a week	① Spirit-detachment ② Job burn out ③ Turnover intention	① TG > > CG ② TG < CG ③ TG < CG
Liu (2015) ²⁹⁾	65 (50~82)/50.0%	PSD (CCMD-3)/HAMD ≥ 20	RCT (2-arm)	60 (30:30) → 60 (30:30)	TG: CTCP+WM CG: WM (paroxetine) (21 days)	NR	① HAMD ② TER	① TG < CG ② TG > > CG
Zhang (2014) ³⁰⁾	56.6±6.0 (40~70)/33.3%	Stroke/HAMD-24 < 20, HAMA-14 < 14	RCT (2-arm)	60 (30:30) → 57 (28:29)	TG: CTCP+ROC CG: RCO (WM, ACU, REH) (4 weeks)	Twice a week	① TABQ (occurrence of A-type behavior) ② HAMD (occurrence of PSD) ③ HAMA (occurrence of PSA)	① TG < CG ② TG < CG ③ TG < CG
Yuan (2014) ³¹⁾	TG: 56.6±10.7 (NR)/68.8% CG: 57.9±10.0 (NR)/67.9%	Insomnia (CCMD-3)	RCT (2-arm)	101 (48:53) → 94 (45:49)	TG: CTCP+WM CG: WM (zopiclone)+health education (12 weeks)	Once a week	① SCL-90 ② SSRS ③ TCSQ ④ PSQI	① TG << CG ② TG > CG ③ TG > > CG ④ TG << CG

Table 2. Continued 1

Author (year)	Mean age (range)/female (%)	Diagnosis (tool)/inclusion criteria	Design	Sample size (TG:CG) pre→post	Intervention (duration)	CTCP method	Outcome	Result reported
Li (2014) ³²⁾	TG: 59.8±5.5 (NR)/50.0% CG: 58.6±6.5 (NR)/46.7%	HTN with DEP/ sBP ≥ 140 mmHg, dBP ≥ 90 mmHg, HAMD ≥18	RCT (2-arm)	60 (30:30) → NR	TG: CTCP+WM (sertraline)+ ROC for HTN CG: ROC for HTN (8 weeks)	Twice a week	① Blood pressure ② HAMD ③ GQOLI-74	① TG < CG ② TG < CG ③ No comparison between the groups
Zhu (2012) ³³⁾	TG: 70.8±5.3 (56~81)/ NR% CG: 70.6±5.5 (59~82)/ NR%	Coronary heart disease	RCT (2-arm)	206 (104:102) → 105 (56:49)	TG: CTCP+WM CG: WM (NR)+health education (1 year)	NR	5 years follow-up after treatment ① TABQ (occurrence of A-type behavior) ② STD ③ TER	① TG < CG ② TG > CG ③ TG > CG
Zhang (2011) ^{a 34)}	TG: NR/46.7% CG: NR/50.0%	College student/ SAS ≥50, SCL-90 (anxiety) ≥2	RCT (2-arm)	60 (30:30) → 60 (30:30)	TG: CTCP CG: waiting (4 weeks)	Twice a week	6 months follow-up after treatment ① SAS ② SCL-90	① TG < CG ② TG = CG
Zhang (2011) ^{b 35)}	NR	DEP (CCMD-3)	RCT (2-arm)	80 (40:40) → 80 (40:40)	TG: CTCP+WM CG: WM (antidepressant) (4 weeks)	Twice a week	6 months follow-up after treatment ① SCL-90	① TG < CG (somatization, depression), TG < CG (anxiety, hostility)
Zhou (2011) ³⁶⁾	TG: 67.1±7.5 (NR)/53.8% CG: 66.5±8.4 (NR)/47.4%	Stroke with DEP (CCMD-3)/ HAMD ≥21	RCT (2-arm)	82 (41:41) → 77 (39:38)	TG: CTCP+WM+ supportive counseling CG: WM (fluoxetine)+ supportive counseling (8 weeks)	Twice a week for first 4 weeks, and once a week for the other 4 weeks	6 months follow-up after treatment ① HAMD ② SS-QOL	① TG < CG ② TG > CG
Li (2011) ³⁷⁾	42.8±5.2 (18~70)/ 61.5%	Neurosis (CCMD-3)	RCT (2-arm)	90 (45:45) → 84 (41:43)	TG: CTCP CG: waiting (8 weeks)	Once a week	① SCL-90 ② LES ③ Value system ④ Coping way	① TG < CG ② TG < CG ③ TG = CG ④ TG < CG
Yang (2010) ³⁸⁾	TG: 45.6±9.0 (24~62)/ 71.4% CG: 38.9±7.9 (28~65)/ 61.9%	Insomnia (CCMD-3)	RCT (2-arm)	42 (21:21) → 42 (21:21)	TG: CTCP+WM CG: WM (alprazolam or clonazepam) (8 weeks)	Once or twice a week	① PSQI ② TER ③ TMR	① TG < CG ② TG > CG ③ TG < CG
Wang (2009) ³⁹⁾	58.1±12.1 (48~76)/ 46.8%	Stroke	RCT (2-arm)	62 (31:31) → 62 (31:31)	TG: CTCP+ROC for stroke CG: ROC for stroke (8 weeks)	Once or twice a week	① MMSE ② Cerebral blood flow velocity	① TG > CG ② TG > CG

Table 2. Continued 2

Author (year)	Mean age (range)/female (%)	Diagnosis (tool)/inclusion criteria	Design	Sample size (TG:CG) pre→post	Intervention (duration)	CTCP method	Outcome	Result reported
Pan (2009) ⁴⁰⁾	37±1 (NR)/43.8%	Employee	RCT (2-arm)	38 (NR) → 32 (NR)	TG: CTCP+ acupuncture CG: waiting (4 weeks)	NR	1 month follow-up after treatment ① CMBI ② SCL-90	① TG < <CG (demotional exhaustion), TG < CG (depersonalization), TG = CG (exhaustion) ② TG < CG ① TG > >CG
Liu (2009) ⁴¹⁾	TG: 62.8±5.4 (NR)/33.3% CG: 57.8±8.3 (NR)/41.7%	PSD (CCMD-3)/SDS > 41	RCT (2-arm)	48 (24:24) → 48 (24:24)	TG: CTCP+ ROC for stroke+ACU CG: waiting (4 weeks)	Twice a week	① TER	① TG > >CG
Yu (2008) ⁴²⁾	TG: 30.6±10.0 (18~62)/59.5% CG: 29.4±10.2 (18~64)/57.1%	GAD (CCMD-3)	RCT (2-arm)	84 (42:42) → NR	TG: CTCP+WM CG: WM (NR) (2 months)	Twice a week	① SCL-90	① TG < CG (somatization, obsessive-compulsive, interpersonal-sensitivity, depression, anxiety, hostility)
Mao (2008) ⁴³⁾	TG: 56.2±2.3 (50~62)/30.8% CG: 55.4±3.4 (18~64)/34.8%	Stroke with DEP/HAMD ≥ 15	RCT (2-arm)	49 (26:23) → 49 (26:23)	TG: CTCP+WM CG: WM (fluoxetine) (8 weeks)	NR	① HAMD ② MESSES ③ TER	① TG < <CG ② TG > CG ③ TG > CG
Li (2008) ⁴⁴⁾	TG: 49.0±12.8 (NR)/34.5% CG: 45.9±12.6 (NR)/35.5%	Family member of neurosis patients (SCL-90 ≥ 160)	RCT (2-arm)	60 (29/31) → 60 (29/31)	TG: CTCP CG: waiting (8 weeks)	Once a week	① SCL-90 ② CSQ	① TG < CG (somatization, obsessive-compulsive, interpersonal sensitivity, depression, anxiety, hostility) ② TG < CG (solving-problem, recourse, illusion, retreats) TG = CG (self-blame, rationalization)
Wang (2007) ⁴⁵⁾	TG: 63 (NR)/51.9% CG: 61 (NR)/49.4%	Mild hypertension (140~159/90~99 mmHg)	RCT (2-arm)	164 (81:83) → 105 (48:57)	TG: CTCP+WM CG: WM (nifedipine) (8 weeks)	More than once a week	48 weeks follow-up after treatment ① TER (blood pressure) ② EPQ ③ TABP ④ SCL-90	① TG > CG ② TG < CG (EPQ-N) ③ TG < CG ④ TG < CG

Table 2. Continued 3

Author (year)	Mean age (range)/female (%)	Diagnosis (tool)/inclusion criteria	Design	Sample size (TG:CG) pre→post	Intervention (duration)	CTCP method	Outcome	Result reported
Zhu (2006) ⁴⁶⁾	TG: 66.7±4.7 (51~77)/41.3% CG: 66.3±5.4 (54~79)/43.1%	Coronary heart disease	RCT (2-arm)	206 (104:102) → 179 (92:87)	TG: CTCP+WM CG: WM (nifedipine, betaxolol, nitrendipine, captopril) (3 months)	Once a week	6 months follow-up after treatment ① TABQ ② Mental Detachment Scale	① TG << CG ② TG >> CG
Wang (2005) ^{b47)}	TG: 65 (43~76)/54.8% CG: 64 (36~78)/48.4%	Stroke with DEP (DSM-IV)	RCT (2-arm)	62 (31:31) → 54 (28:26)	TG: CTCP+WM CG: WM (fluoxetine) (CTCT for 6 weeks, WM for 6 months)	Once a week	6 months follow-up after treatment ① HAMD ② MESSS ③ ADL ④ Recurrence rate	① TG < CG ② TG << CG ③ TG << CG ④ TG << CG
Yang (2005) ⁴⁸⁾	TG: 64.5±7.9 (60~75)/42.9% CG: 63.5±8.5 (60~72)/42.4%	Senile DEP (CCMD-3)/Age ≥60 HAMD >28	RCT (2-arm)	68 (35:33) → 64 (32:32)	TG: CTCP+WM CG: WM (mianserin) (8 weeks)	Once or twice a week	① HAMD ② HAMA ③ CGI-GI ④ Response rate ⑤ Recurrence rate	① TG << CG ② TG << CG ③ TG << CG ④ TG >> CG ⑤ TG < CG
Qin (2003) ⁴⁹⁾	TG: NR (14~24)/NR% CG: NR (15~22)/NR%	Students with exam anxiety	RCT (2-arm)	139 (68:71) → NR	TG: CTCP+OHM (甘麥大棗湯) CG: Cognitive therapy+WM (estazolam, orizanol) (1 month)	Three times a week	① TER	① TG >> CG
Zhou (2003) ^{b50)}	TG: 37.6±15.2 (NR)/40.0% CG: 38.5±14.4 (NR)/45.2%	Anxiety disorder (CCMD-3)	RCT (2-arm)	158 (76:82) → 97 (55:42)	TG: CTCP+WM CG: WM (alprazolam, propranolol, fluoxetine or paroxetine, clomipramine) (8~12 times)	NR	8 months follow-up after treatment ① TABQ ② EPQ ③ SCL-90 ④ IDS	① TG << CG ② TG << CG (EPQ-N) ③ TG << CG ④ TG >> CG
Li (2009) ⁵¹⁾	TG1: 35.1±12 (NR)/34.8% TG2: 36.1±10 (NR)/60.0% CG: 34.2±11 (NR)/61.1%	Anxiety disorder (CCMD-3)	RCT (3-arm)	61 (23:20:18) → 61 (23:20:18)	TG1: CTCP TG2: CTCP+ hypnosis CG: hypnosis (1 month)	Twice a week	6 months follow-up after treatment ① SCL-90	① No comparison between the groups
Zhang (2002) ⁵²⁾	TG1: 34.6 (NR)/39.1% TG2: 36.3 (NR)/40.8% CG1: 33.6 (NR)/52.1%	GAD (CCMD-2-R)	RCT (3-arm)	143 (46:49:48) → 130 (43:45:42)	TG1: CTCP TG2: CTCP+WM CG: WM (diazepam, alprazolam) (6 months)	Once a week for first 1 month, and once a month for the other 5 months	① SCL-90 ② TABQ ③ EPQ ④ CSQ	① TG1 < CG, TG2 < CG ② TG1 < TG2 < CG ③ TG1 < CG (neuroticism) ④ TG1 < CG, TG2 < CG (abuse, engage in recreational activities)

Table 2. Continued 4

Author (year)	Mean age (range)/female (%)	Diagnosis (tool)/inclusion criteria	Design	Sample size (TG:CG) pre→post	Intervention (duration)	CTCP method	Outcome	Result reported
Huang (2001) ⁵³⁾	TG: 18.6±0.9 (NR)/31.3% CG1: 18.8±0.9 (NR)/32.3% CG2: 18.4±0.9 (NR)/46.7%	College student/TG, CG1: EPQ-N ≥17 CG2: 13 ≥ EPQ-N ≥11	RCT (3-arm)	93 (32:31:30) → 83 (28:26:29)	TG: CTCP CG1, 2: waiting (8 weeks)	Once a week	12 months follow-up after treatment ① EPQ-N ② SCL-90 ③ SLERS-MS ④ CSQ	① CG2 < CG1 ② TG < CG1 ③ NA ④ TG = CG1 = CG2
Pan (2011) ⁵⁴⁾	NR/52.6%	Employee	RCT (4-arm)	152 (38:38:38:38) → 128 (30:31:32:35)	TG1: CTCP TG2: acupressure TG3: CTCP+ acupressure CG: waiting (4 weeks)	Twice a week	1 month follow-up after treatment ① SDS ② MBI-GS	① TG3 < CG ② TG3 < CG (Ex)
Pan (2010) ⁵⁵⁾	35±1 (NR)/52.9%	Employee	RCT (4-arm)	104 (26:26:26:26) → 95 (22:25:22:26)	TG1: CTCP TG2: acupressure TG3: CTCP+ acupressure CG: waiting (4 weeks)	Twice a week	1 month follow-up after treatment ① CMBI	① TG3 < CG (emotional exhaustion), TG1 = TG2 = CG (emotional exhaustion), TG1 = TG2 = TG3 = CG (depersonalization)
Zhou (2007) ⁵⁶⁾	TG1: 66±16 (NR)/38.2% TG2: 67±17 (NR)/41.2% CG1: 67±15 (NR)/36.7% CG2: 68±17 (NR)/42.4%	Stroke	RCT (4-arm)	136 (34:34:34:34) → 132 (34:33:34:30)	TG1: ROC for stroke+CTCP TG2: ROC for stroke+CTCP+OT CG1: ROC for stroke CG2: ROC for stroke+OT (8 weeks)	Twice a week for first 4 weeks, and once a week for the other 4 weeks	6 months follow-up after treatment ① FMA ② COPM ③ SCL-90	① TG2 >> CG2 >> TG1 >> CG1 ② TG2 >> CG2 >> TG1 >> CG1 ③ TG2 << TG1 << CG2 << CG1

ACTH: adrenocorticotrophic hormone, ACU: acupuncture, AH: Apnea Hyponea Index, BMI: body mass index, CCMD: Chinese Classification of Mental Disorders, CG: control group, CGI-GI: Clinical Global Impressions-Global Improvement, CMBI: Chinese Maslack Burnout Inventory, COPM: Canadian Occupational Performance Measures, CPAP: Continuous Positive Airway Pressure, CS: cortisol, CSQ: Coping Style Questionnaire, CTCP: Chinese Taoist Cognitive Psychotherapy, DEP: depression, EPH: epinephrine, ESS: Epworth Sleep Scale, EPQ: Eysenck Personality Questionnaire, EPQ-N: EPQ-Neuroticism/Stability, FMA: Fugl-Meyer Assessment Scale, GAD: generalized anxiety disorder, GQOLI-74: Generic Quality of Life Inventory-74, HAMA: Hamilton Anxiety Rating Scale, HAMD: Hamilton Depression Rating Scale, IDS: Involvement-Detachment Scale, IL-2: interleukin-2, LAOS: Low Arterial Oxygen Saturation, LES: Life Events Scale, MBI-GS: Maslach Burnout Inventory-General Survey, MESES: Modified Edinburgh-Scandinavian Stroke Scale, MMSE: Mini Mental State Examination, NE: norepinephrine, NR: not recorded, OHM, Oriental Herbal Medicine, OT: Occupational Therapy, PSD: post-stroke depression, RCT: randomized controlled trial, REH: rehabilitation, PSQI: Pittsburgh Sleep Quality Index, SCL-90: Symptom Checklist-90, SDS: Zung Self-Rating Depression Scale, SDSS: Social function Defect Screening Scale, SLERS-MS: Stressful Life Events Rating Scale for Medical Students, SSRS: Social Support Rating Scale, SS-QOL: Stroke Specific Quality of Life Scale, STD: Scale of spiritual transcendence, TABP: Type A Behavior Pattern, TABQ: Type A Behavior Questionnaire, TCSQ: Trait Coping Style Questionnaire, TER: treatment effective rate, TG: treatment group, TMR: taking medicine rate, WM: Western medicine.

'<' and '<<' mean statistical significance $p < 0.05$, $p < 0.01$ respectively. '=' means no statistical significance.

28편이었는데 그 중 정신과적 문제인 경우가 20편, 비정신과적 문제인 경우가 8편이었고 비병리적 상황인 경우가 6편이었다.

실험연구 34편을 대상으로 실험군과 대조군에 설정된 개입방법의 형태에 따라 크게 도가인지치료가 단독으로 적용된

경우와 타 치료방법과 병용으로 적용된 경우로 나누어서 분류하였다. 그 결과 도가인지치료가 단독으로 적용된 경우가 6편이었고, 대조군은 주로 대기군으로 설정되어 있었다. 도가인지치료가 타 치료방법과 병용으로 적용된 경우는 28편이었고, 그 중 양약과 병용된 경우가 22편으로 가장 많았다.

3. 무작위 대조군 연구의 질평가

31편의 무작위 대조군 연구를 대상으로 시행한 Risk of Bias 평가의 결과, 무작위 배정순서 생성의 경우, 대부분의 경우에서 무작위 배정순서의 방법을 명시하지 않고 있거나, 진료순서를 통한 무작위 배정순서 배정 등을 사용해 비뚤림의 위험이 불확실하거나 높은 것으로 나타났다. 배정순서 은폐와 연구 참여자, 연구자에 대한 눈가림에서는 인지치료라는 개입방법의 특성상 시행이 불가능했으며, 이에 따라 비뚤림의 위험이 모두 높은 것으로 나타났다. 결과평가에 대한 눈가림의 경우, 대부분의 논문에서 이에 대한 언급을 하지 않고 있어 비뚤림의 위험이 불확실한 것으로 나타났다. 불충분한 결과자료의 경우와 선택적 보고에서는 대체적으로 비뚤림의 위험이 낮은 것으로 평가되었다(Fig. 2, 3).

4. 개입방법의 분석

37편의 임상연구 중 횡수로 치료기간을 제시한 2편의 논문을 제외하고, 나머지 35편의 논문에서는 평균 10.2±1.6주(중앙값 8주, 최소 3주~최대 52주)로 치료기간이 설정되었다. 치료기간 내 면담횟수를 제시한 29편의 논문 중 대부분인 26편에서 매주 1~2회 면담하는 것으로 설정하고 있었다.

5. 주요 질환별 효과분석

1) 우울증

우울증에 대한 1편의 관찰연구(Huang (2005))에서는 CCMD-3 (Chinese Classification of Mental Disorders)를

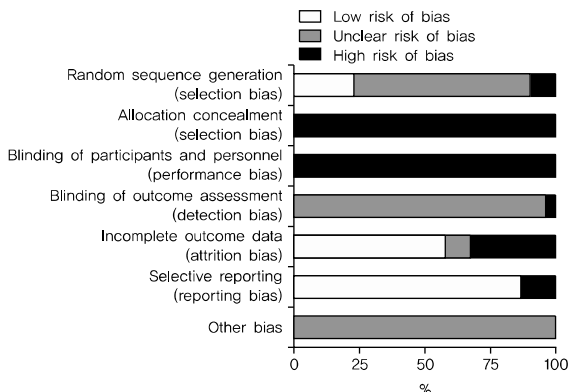


Fig. 2. Risk of bias graph of 31 RCTs.

통해 우울증으로 진단된 35명의 환자를 대상으로 8주 동안의 도가인지치료를 실시한 결과, 우울증상(HAMD, Hamilton Depression Rating Scale) ($p < 0.05$)에서 통계적으로 유의한 치료효과를 얻었다고 보고하였다.

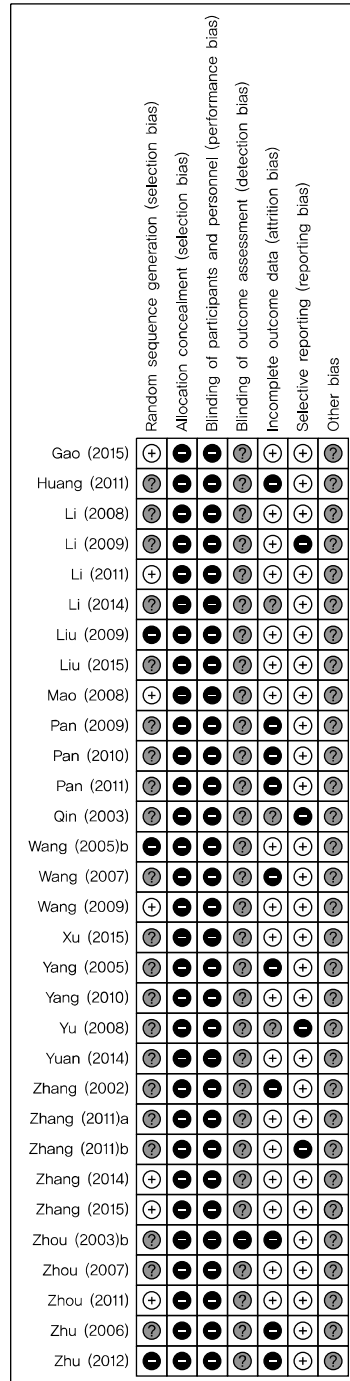


Fig. 3. Risk of bias summary of 31 RCTs.

우울증에 대한 2편의 비무작위 대조군 연구(Zhang (2013), Zhang (2008))에서는 CCMD-3를 통해 우울증으로 진단된 환자(총 160명)를 치료군과 대조군으로 나누어 6개월 동안 치료군에 도가인지치료와 양약치료를 병행한 것이, 병행하지 않은 대조군에 비하여 우울증상(SDS, Zung Self-Rating Depression Scale) ($p < 0.01$), 사회기능장애(SDSS, Social Disability Screening Schedule) ($p < 0.01$)에서 더 효과적이었다는 결과가 도출되었고, 우울삽화의 재발률($p < 0.05$)도 유의하게 낮은 것으로 보고되었다.

우울증에 대한 7편의 무작위 대조군 연구 중 2편(Zhang (2011)b, Yang (2005))에서는 CCMD-3를 통해 우울증으로 진단된 환자(총 148명)를 치료군과 대조군으로 나누어 4~8주 동안 치료군에 도가인지치료와 양약치료를 병행한 것이, 병행하지 않은 대조군에 비하여 우울증상(HAMD, depression on SCL-90) ($p < 0.01$), 불안증상(HAMA, Hamilton Anxiety Rating Scale), anxiety on SCL-90) ($p < 0.05$ 또는 $p < 0.01$)에서 더 효과적이었다는 결과가 도출되었고, 특히 치료종료 이후 6개월간의 추적조사에서(Zhang (2011)b) 치료효과가 유의하게 더 지속되는 것으로 보고되었다. 나머지 5편 중 4편의 무작위 대조군 연구(Liu (2015), Zhou (2011), Mao (2008), Liu (2009))에서는 뇌졸중에 합병된 우울증 환자(총 239명)를 치료군과 대조군으로 나누어 3~8주 동안 양약, 지지적 상담, 침치료 등에 도가인지치료를 병행한 것이, 병행하지 않은 대조군에 비하여 우울증상(HAMD) ($p < 0.05$ 또는 $p < 0.01$)과 치료율($p < 0.05$ 또는 $p < 0.01$)에서 더 효과적이었다는 결과가 도출되었고, 특히 치료종료 이후 6개월간의 추적조사에서(Zhou (2011)) 치료효과가 유의하게 더 지속되는 것으로 보고되었다. 마지막 1편의 무작위 대조군 연구(Li (2014))에서는 고혈압(수축기혈압 ≥ 140 mmHg, 이완기혈압 ≥ 90 mmHg)에 합병된 우울증 환자(60명)를 치료군과 대조군으로 나누어 8주 동안 고혈압에 대한 일반치료에 더하여 도가인지치료와 항우울제(SSRI)를 병행한 것이, 병행하지 않은 대조군에 비하여 우울증상(HAMD) ($p < 0.05$)은 물론이고, 혈압($p < 0.05$)도 유의하게 더 감소시키는 것으로 보고되었다.

2) 불안장애

불안장애에 대한 2편의 관찰연구 중 Wang 등은(Wang (2005)a) CCMD-3를 통해 불안장애로 진단된 32명의 환자

를 대상으로 8주 동안 도가인지치료와 이완요법을 병행한 결과, 불안증상(SAS) ($p < 0.05$)에서 통계적으로 유의한 치료효과를 얻었다고 보고하였다. Zhou 등은(Zhou (2003)a) CCMD-3를 통해 불안장애로 진단된 76명의 환자를 대상으로 10~16회의 도가인지치료를 완료한 군과 중도에 탈락한 군으로 나누어 그 치료효과를 후향적으로 관찰한 결과, A 유형 행동 양상(Type A Behavior Pattern, TABP) ($p > 0.05$)과 아이젠크 성격검사(Eysenck Personality Questionnaire, EPQ) ($p > 0.05$)에서는 양 군 간에 유의한 차이가 없었지만, 간이정신진단검사(SCL-90)의 총점($p < 0.01$)에서 유의한 차이가 있는 것으로 보고하였다.

불안장애에 대한 1편의 비무작위 대조군 연구(Zhang (2000))에서는 CCMD-2-R을 통해 범불안장애(Generalized Anxiety Disorder, GAD)로 진단된 29명의 환자와 정상인 29명의 환자를 대상으로, 환자군에는 6개월 동안 도가인지치료를 시행하고, 정상인군에는 치료를 시행하지 않고 대기한 결과, 치료 후가 치료 전에 비해 간이정신진단검사(SCL-90)의 총점($p < 0.05$)에서 유의하게 감소되었으며, 혈중 노르에피네프린(NE)은 치료 전, 치료 후, 정상인 간에 유의한 차이가 없었고($p > 0.05$), 에피네프린(EPI)은 치료 전이 정상인에 비해 유의하게 높았으나, 치료 전과 치료 후에 유의한 차이가 없었으며, 부신피질자극호르몬(ACTH), 코르티솔(cortisol), 인터류킨-2 (interleukin-2)는 치료 전이 정상인에 비해 유의하게 높았고($p < 0.05$), 치료 후가 치료 전에 비해 유의하게 감소한 것($p < 0.05$)으로 나타났다.

불안장애에 대한 5편의 무작위 대조군 연구 중 3편(Yu (2008), Li (2009), Zhang (2002))에서는 CCMD-2-R이나 CCMD-3를 통해 불안장애 또는 범불안장애로 진단된 환자(총 288명)를 치료군과 대조군으로 나누어 1~6달 동안 최면요법 또는 양약치료에 더하여 도가인지치료를 병행한 것이, 병행하지 않은 대조군에 비하여 간이정신진단검사(SCL-90) (총점, 신체화, 불안, 우울 등) ($p < 0.05$ 또는 $p < 0.01$)에서 더 효과적이었다는 결과가 도출되었다. Zhou는(Zhou (2003)b) CCMD-3를 통해 불안장애로 진단된 환자(158명)를 치료군과 대조군으로 나누어 양약치료에 더하여 8~12회의 도가인지치료를 병행한 것이, 병행하지 않은 대조군에 비하여, 치료종료 이후 8개월 후의 추적관찰에서 A 유형 행동 양상(type A behavior pattern, TABP) ($p < 0.01$), 아이젠크 성격검사(Eysenck Personality Question-

Table 3. The Clinical Research Trend of CTCP

The trend of clinical study on CTCP (~2016.03.03.)	There were 3 observational studies, 3 non-randomized controlled trials, and 31 randomized controlled trials.
Risk of bias of included randomized controlled trials	Risks of bias on random sequence generation and blinding were high or unclear, in general.
The population characteristic of CTCP	There were total 23 studies about psychiatric disorders, and among them the target diseases most commonly used were depression and anxiety disorder as 10 and 8 times respectively.
The treatment period and method of CTCP	It took an average of once or twice a week for ten weeks to complete the CTCP program, and in most cases CTCP was used combined with other treatments including Western medicine.
The clinical efficacy of CTCP	When CTCP was used with Western medicine, the treatment efficacy was more effective compared to using Western medicine alone for depression or anxiety disorder.

naire, EPQ) 중 신경증적 경향성(neuroticism) ($p < 0.01$), 간이정신진단검사(SCL-90)의 총점($p < 0.01$)에서 모두 유의하게 감소된 상태를 유지하는 것으로 보고하였다. Qin 등(Qin (2003)) 시험불안이 있는 학생들(139명)을 치료군과 대조군으로 나누어 1달 동안 도가인지치료 시행과 함께 감맥대조탕(甘麥大棗湯)을 복용한 것이, 인지치료와 양약(estazolam, orizanol)치료를 시행한 대조군에 비하여, 치료 유효율($p < 0.01$)이 유의하게 높았다고 보고하였다(Table 3).

6. 기타 질환에 대한 효과분석

우울증과 불안장애 외에도 신체화장애, 신경증, 불면증과 같은 정신과 질환이나 중풍, 고혈압, 심혈관질환 등의 내과적 질환, 그리고 직장인, 환자, 환자의 가족 등을 대상으로 한 연구들이 있었다. 대부분의 연구에서 도가인지치료를 사용하여 대조군에 비해 유의한 치료효과를 얻었음을 보고하고 있으며, 특히 중풍환자를 대상으로 한 연구³⁹⁾에서는 일반적인 중풍관리 외에 8주 동안의 도가인지치료를 실시하여 인지기능(Mini Mental State Examination, MMSE)과 뇌혈류량이 유의하게 증가된 결과를 얻었고, 직장인을 대상으로 한 연구들^{28,40,54,55)}에서는 도가인지치료가 직장으로 인한 스트레스나 정서적 문제 관리에 유의한 임상적 효과를 갖는다는 결과를 발표한 바 있어, 도가인지치료가 광범위하게 적용될 수 있음을 알 수 있다.

V. 고찰

도가인지치료는 아론 벡(Aaron T. Beck)의 인지치료를 기본으로 하면서, 동양의 전통 철학 사상인 도가(道家) 사상이 결합된 새로운 형태의 인지치료이다. 1995년 이후로 중국 전국에서 행해지게 된 도가인지치료¹⁵⁾는 임상에서의 적

용 뿐 아니라, 이를 이용한 임상연구가 지속적으로 발표되어오고 있다.

본 연구는 도가인지치료의 이론과 임상연구 동향을 소개하기 위한 목적으로 시행되었으며, 본 연구에서의 포함기준에 포함되는 총 37편의 임상연구를 대상으로 도가인지치료의 임상연구 동향을 분석하였다. 그 결과 도가인지치료는 노동자, 학생 또는 심혈관질환자, 고혈압 환자 등을 대상으로 삼는 등 광범위하게 적용되었으나, 일반적으로는 우울증과 불안장애를 위주로 하는 정신과적 상황에 많이 적용되는 것으로 나타났다. 그리고 도가인지치료의 적용기간은 평균 10주로, 매주 1~2회 면담하는 것이 보통이었으며, 양약 등의 다른 치료방법과 병용으로 사용된 경우가 대부분이었다.

주요 질환별 효과분석을 통해 도가인지치료가 우울증과 불안장애에 갖는 효과에 대해 분석한 결과, 도가인지치료는 양약치료와 병행하여 사용했을 때 양약치료를 단독으로 사용한 군에 비교하여 우울이나 불안증상에 더 유의한 개선 및 재발률 감소를 보였으며, 치료종료 이후 6~8개월 추적 관찰을 실시한 연구에서도 도가인지치료를 양약치료와 병행하여 시행한 군에서 치료효과가 유의하게 더 지속되는 것으로 나타났다.

기존의 인지치료는 환자가 가지고 있는 비합리적인 신념 체계를 대상으로 인지교정을 통해 합리적인 사고를 가능하게 하는 것이 목표였다면, 도가인지치료는 도가(道家) 사상을 기본으로 하는 사고를 할 수 있도록 하는 것이 목표가 된다. 서양의 사고관에서 출발한 인지치료에서의 치료목표가 개인주의적인 특성을 가진다고 볼 수 있다면, 동양의 사고관에서 출발한 도가인지치료에서의 치료목표는 관계중심적인 특성을 가진다고 볼 수 있다. 인지치료에서는 한 개인이 사건을 겪고 받아들이는 사건을 합리적으로 볼 수 있는 능력을 지향한다면, 도가인지치료에서는 ‘利而不害, 爲而不

爭’, ‘少私寡欲, 知足知止’, ‘知和處下, 以柔勝剛’, ‘清靜無爲, 順其自然’의 구절을 통해 자연에 순응하고, 조화를 이루며 타인과의 관계 속에서 욕심을 줄이고 만족 할 줄 아는 삶을 지향하고 있다.

한 개인이 가지고 있는 인지체계는 소속된 사회와 문화권 속에서 작동되는 것이기 때문에, 환자가 가지고 있는 배경적 특성을 고려하지 않을 수 없다. 마찬가지로 인지체계의 건강을 나타내는 지표는 기존 인지치료에서의 합리성 뿐 아니라, 동양문화권에서의 자연과의 조화나 욕심을 비우고 순리를 따르는 것, 마음챙김 등이 제시될 수도 있다. 이러한 이유로 도가의 무위자연(無爲自然) 사상을 기반으로 하는 도가인지치료나 불교사상 및 마음챙김 명상(mindfulness meditation)에서 발달된 마음챙김에 기반한 인지치료(MBCT)와 같은 동양 철학 사상이 결합된 형태의 인지치료가 개발되었다고 할 수 있으며, 이들은 동양문화권의 소속된 환자 뿐 아니라, 복잡화된 사회 속의 다양한 관계에서 심리적 상처를 받고 있는 많은 환자들에게 적용될 수 있는 상담기법이 될 것으로 생각된다.

단, 위와 같은 새로운 형태의 인지치료법이 일반적인 치료방법으로 받아들여지기 위해서는 고전에 기반한 동양 사상을 어떻게 현대인들에게 적용시킬 것인지에 대한 고민이 선행되어야 하며, 실제 임상적 적용에서도 기존에 사용되고 있는 인지행동치료(CBT)와의 비교를 통해, 명확히 설정된 대상에서 치료효과를 인정받아야 할 것으로 보인다. 이러한 측면에서 마음챙김에 기반한 인지치료(MBCT)는 많은 임상 연구를 통해 그 효과에 대한 체계적 문헌고찰¹⁶⁻¹⁸⁾이 발표되고 있지만, 도가인지치료는 본 연구진이 시행한 검색에서는 관련한 체계적 문헌고찰이나 메타분석을 찾을 수 없었다. 또 본 연구에 포함된 무작위 대조군 연구의 경우, 대체적으로 비틀림 위험이 명확하지 않거나 높은 것으로 나타났다. 따라서 향후 도가인지치료를 사용한 높은 질적 수준의 임상 연구가 더 많이 시행되어야 할 필요성이 있고, 그 효과를 인정받기 위해서는 체계적 문헌고찰이나 메타분석과 같은 높은 근거수준의 자료가 쌓일 필요가 있다고 사료된다.

마음챙김에 기반한 인지치료나 도가인지치료는 인지치료의 다양한 변형가능성 뿐 아니라 삶의 지혜가 녹아있는 동양문화의 사상이 인지치료의 핵심적인 요소로서 적용될 수 있다는 가능성을 시사하고 있다. 특히 한의학에서는 동 의보감(東醫寶鑑)을 중심으로 도(道)나 양생사상을 핵심적

인 이론으로 삼고 있으며, 이미 한국의 정신과 분야에서도 동양의 도(道) 사상을 정신분석과 결합한 도(道) 정신요법¹⁹⁾이 제시된 바 있어, 기존의 서양 중심의 심리치료 방법이 동양 사상과 접목하려는 시도가 이루어지고 있음을 알 수 있다. 또한 한국에서도 상담에 도움이 될 수 있는 문화적 특성을 반영하는 사상이 있다면, 이를 적극적으로 발굴하여 인지치료와 접목하려는 시도가 필요할 것이다.

본 연구의 한계점은, 본 연구에 포함된 무작위 대조군 연구의 무작위 배정순서 생성과 맹검에서 비틀림 위험이 명확하지 않거나 높은 연구결과의 신뢰도가 떨어진다는 점, 도가인지치료의 효과를 메타분석 등의 방법을 통해 정량적으로 분석하지 않았다는 점, 도가인지치료가 일반적인 인지치료에 비해 어떠한 치료적 특성을 가지고 있는지, 메커니즘은 어떠한지 고찰되지 않았다는 점이 있다.

VI. 결론

본 연구는 도가인지치료를 소개하고, 이에 관련한 임상연구 동향을 살펴보기 위해 CNKI, WANGFANG, Pubmed, EMBASE, AMED, CENTRAL에서 2016년 3월 3일까지 발표된 도가인지치료에 대한 임상연구 논문을 분석하였으며, 그 결과 다음과 같은 결론을 내렸다.

1. 새로운 정신요법의 형태로 서양 중심의 정신요법과 동양 사상을 결합하고자 하는 시도가 발생되고 있으며, 질환 중심적인 임상연구까지 확장되어 연구가 수행되고 있다.
2. 도가인지치료와 관련된 37개의 임상연구를 분석한 결과, 23개 연구에서 정신과적 질환을 치료대상으로 설정하고 있었고, 그 중 우울증과 불안장애가 각각 10편과 8편으로 가장 많았으며, 도가인지치료는 주로 기타 치료방법과 함께 평균 10주 동안 주 1~2회 시행되어, 유의한 치료효과를 보이고 있음을 알 수 있었다.
3. 도가(道家) 철학에서 제시하는 무위자연사상은 관계가 복잡해지고 다양한 이해관계가 얽히면서 스트레스가 발생하는 현대화 시대에 효과적으로 적용될 수 있는 개념으로, 한국에서도 상담에 도움이 될 수 있는 문화적 특성을 반영하는 사상이 있다면, 이를 적극적으로 발굴하여 정신요법과 접목하려는 시도가 필요할 수 있으며, 동양 인문학적 사상과 심리학적 기술이 결합된 형태의 한방신경정신과 상담 모델로서의 가치를 시사한다.

REFERENCES

1. Beck AT. Cognitive therapy and the emotional disorders. 1st ed. New York:International Universities Press. 1976.
2. Beck JS. Cognitive behavior therapy: Basics and beyond. 2nd ed. New York:The Guilford Press. 2011: 19-20.
3. Min SK. Modern Psychiatry. 6th ed. Seoul:Ilchokak. 2015:798-802.
4. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relapse. 1st ed. New York: Guilford Press. 2002.
5. Gu J, Strauss C, Bond R, Cavanagh K. How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing? A systematic review and meta-analysis of mediation studies. *Clin Psychol Rev.* 2015;37:1-12.
6. van der Velden AM, Kuyken W, Wattar U, Crane C, Pallesen KJ, Dahlgard J, Fjorback LO, Piet J. A systematic review of mechanisms of change in mindfulness-based cognitive therapy in the treatment of recurrent major depressive disorder. *Clin Psychol Rev.* 2015;37:26-39.
7. Stange JP, Eisner LR, Hölzel BK, Peckham AD, Dougherty DD, Rauch SL, Nierenberg AA, Lazar S, Deckersbach T. Mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder: effects on cognitive functioning. *J Psychiatr Pract.* 2011;17(6):410-9.
8. Howells FM, Ives-Deliperi VL, Horn NR, Stein DJ. Mindfulness based cognitive therapy improves frontal control in bipolar disorder: a pilot EEG study. *BMC Psychiatry.* 2012;12:15.
9. Chiesa A, Serretti A. Mindfulness based cognitive therapy for psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res.* 2011;187(3):441-53.
10. Armstrong L, Rimes KA. Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Neuroticism (Stress Vulnerability): A Pilot Randomized Study. *Behav Ther.* 2016;47(3):287-98.
11. Zhang YL, Young DS. The Development of Cognitive Psychotherapy according to Taoism. *Chinese Mental Health Journal.* 1998;12(3):188-90.
12. Zhang YL, Young DS. The Development of Cognitive Psychotherapy according to Taoism. *Chinese Mental Health Journal.* 1998;12(3):188-90.
13. Zhang YL, Young DS. The development and study on self-assessment of life events. *Chinese journal of behavioral medical science.* 1992;1(2):6.
14. Zhang YL, Zu YJ, Ceng WQ, et al. Comparative study of coping style after mental stress in difference groups. *Chinese Journal of Clinical Psychology.* 1993;1(1):36.
15. Zhang YL, Derson Y. The Development of Cognitive Psychotherapy according to Taoism. *Chinese Mental Health Journal.* 1998;12(3):188-90.
16. Veehof MM, Trompetter HR, Bohlmeijer ET, Schreurs KM. Acceptance- and mindfulness-based interventions for the treatment of chronic pain: a meta-analytic review. *Cogn Behav Ther.* 2016;45(1):5-31.
17. Clarke K, Mayo-Wilson E, Kenny J, Pilling S. Can non-pharmacological interventions prevent relapse in adults who have recovered from depression? A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Clin Psychol Rev.* 2015;39:58-70.
18. Gotink RA, Chu P, Busschbach JJ, Benson H, Frichione GL, Hunink MG. Standardised mindfulness-based interventions in healthcare: an overview of systematic reviews and meta-analyses of RCTs. *PLoS One.* 2015;10(4): e0124344.
19. Lee DS. The integration of psychotherapy from East and Western-Tao and psychotherapy. Annual autumn meeting of Korean Psychological Association. 1997;3-9.
20. Huang QY, Li JG. Effects of Taoist cognitive therapy on 35 patients with depression. *Gansu Journal of Traditional Chinese Medicine.* 2005;18(1):18-9.
21. Wang LJ, Liu W. Effects of relaxation combined with cognitive therapy on patients with anxiety disorder. *Practical Journal of Medicine & Pharmacy.* 2005;22(3):233-4.
22. Zhou L, Young DS, Pei Y. Premature termination of Taoist cognitive therapy on anxiety neurosis. *Journal of Neuroscience and Mental Health.* 2003;3(4):308-9.
23. Zhang GF. Effects on social function of Taoist cognitive therapy on patients with depression. *Journal of Henan Institute of Science and Technology.* 2013;5:111-3.
24. Zhang GF. The effect of Taoist cognitive psychotherapy in inpatients with depression. *The 5th World Congress for Psychotherapy.* 2008:632.
25. Zhang YL, Zhang JP, Young DS, et al. A longitudinal study of monoamine neurotransmitters, neuroendocrine and immune parameter in the patients with generalized anxiety disorder. *Chinese Journal of Psychiatry.* 2000;33(4): 200-2.
26. Cao LM, Wang GQ, Yang BX. Chinese Taoist cognitive therapy and wore los paxil and duloxetine alone control study for the treatment of somatoform disorders. *Journal of International Psychiatry.* 2015;42(4):29-33.
27. Zhang Y, Gu DQ, Tan XF. The effect of Chinese Taoist cognitive psychotherapy on the compliance of continuous positive airway pressure therapy in patients with obstructive sleep apnea syndrome. *Journal of Bengbu Medical College.* 2015;40(11):1585-8.
28. Xu T. The Intervention Research of Taoist Cognitive Psychotherapy to the Burnout of Enterprise Employees. Thesis for the Master Degree. Department of Psychology, Xinxiang Medical University. 2015.
29. Liu YG, Yu L. Effects of psychotherapy in patients with post-stroke depression. *The Journal of Medical Theory and Practice.* 2015;28(5):599-600.
30. Zhang JC. A Discussion and Related Empirical Research

- on the Taoist Cognitive Therapy. Thesis for the Master Degree. Department of TCM Literature, Heilongjiang University Of Chinese Medicine. 2014.
31. Yuan D, Zhang K, Cao YP, et al. A control study of medication combined with Taoist cognitive therapy in the treatment of middle-aged and senile insomnia. *Journal of Clinical Psychosomatic Diseases*. 2014;20(5):43-6.
 32. Li Y, Kong XH, Xu WH, et al. Effect of antidepressant and Tao cognition therapy on blood pressure and the quality of life in hypertensive patients with depression. *Journal of Binzhou Medical University*. 2014;37(6):447-9.
 33. Zhu JF, Wang YF, Feng H, et al. Effect of Taoist cognitive therapy on patients with coronary heart disease : a follow-up study for five years. *Journal of Xinxiang Medical University*. 2012;29(2):108-10.
 34. Zhang GF, Di ZX. Effects of Taoist cognitive psychotherapy on mental health of college freshmen. *Journal of Hennan Institute of Science and Technology*. 2011;9:106-9.
 35. Zhang GF, Di ZX, Zhu JF. The effect of Taoist cognitive psychotherapy in inpatients with depression. *Journal of Clinical Psychosomatic Diseases*. 2011;17(5):440-2.
 36. Zhou HY, Fang Y, Yang QS, et al. Clinical study on depression of aged patients with cerebral stroke hemiplegia convalescence. *Chinese Journal of Postgraduates of Medicine*. 2011;1(34):16-20.
 37. Li MZ. Effects of Taoist cognitive therapy on patients with neurological disorders the mental health of family members. Thesis for the Master Degree. Department of Nursing, Central South University. 2011.
 38. Yang JQ, Mai XL, Han K. Effects of Taoist cognitive psychotherapy on patients with insomnia. *Medical Journal of Chinese People's Health*. 2010;22(14):1803-4.
 39. Wang YQ, Song YC, He R. Effects of Taoistic Cognitive Psychotherapy on the Prevention of Cognitive Impairment Following Cerebral Infarction. *Journal of Nursing Science*. 2009;24(1):41-2.
 40. Pan WY. The relationship between industrial fatigue and mental health, and related intervention study. *Psychological Science*. 2009;32(6):1488-90.
 41. Liu Y. Effects of Taoist cognitive psychotherapy combined with acupuncture on patients with post-stroke depression. *Chinese Journal of Integrative Medicine on Cardio/Cerebrovascular Disease*. 2009;7(8):986-7.
 42. Yu JT, Zou F, Wang LL. Effects of Taoist cognitive psychotherapy on patients with generalized anxiety disorder. *Chinese Journal of Misdiagnostics*. 2008;8(21):5125-6.
 43. Mao XX, Xiong M. Effects of Taoist cognitive psychotherapy on patients with post-stroke depression. *Liuzhou Medicine*. 2008;21(1):14-5.
 44. Li MZ, Guo TS, Wang JA, et al. Effects of Taoist cognitive psychotherapy on mental health of family member of neurosis patient. *Asia Pacific Journal of traditional Chinese Medicine*. 2008;4(8):46-7.
 45. Wang GQ, Zhang YL, Huang GP, et al. Randomly Control Study on Nonage Hypertension with the Combined Tao Cognition Therapy with Medication. *Chinese Journal of Clinical Psychology*. 2007;15(3):326-9.
 46. Zhu JF. Interventional effect of Chinese daoistic cognitive therapy on type-A behavior of patients with coronary heart disease. *Chinese Journal of Clinical Rehabilitation*. 2006;10(38):157-60.
 47. Wang JP, Xu J. Effects of Taoist cognitive psychotherapy in the treatment of post-stroke depression. *Chinese Journal of Behavioral Medical Science*. 2005;14(6):490-2.
 48. Yang JQ, Zhao LM, Mai XL. A comparative study of Taoist Cognitive Psychotherapy from China and mianserin in the treatment of depression in late life. *Chinese Journal of Nervous and Mental Diseases*. 2005;31(5):333-5.
 49. Qin Z, Chen R, Bian Y, et al. Effects of Taoist cognitive psychotherapy combined with Gan Mai Da Zao Tang on 68 patients with senile anxiety disorder. *Journal of New Chinese Medicine*. 2003;35(12):29-30.
 50. Zhou L. Daoistic Cognitive Therapy on Anxiety Disorder: from Theory to Practice. Thesis for the Doctor Degree. Department of Psychiatry and Mental Health, Central South University. 2013.
 51. Li X, Chen H. Combined Taoist cognitive psychotherapy with hypnotherapy in the treatment of anxiety neurosis. *Tibetan Medical Journal*. 2009;30(1):6-7.
 52. Zhang YL, Young DS, Lee S, et al. Chinese Taoist cognitive psychotherapy in the treatment of generalized anxiety disorder in contemporary China. *Transcultural Psychiatry*. 2002;39(1):116-29.
 53. Huang XB, Zhang YL, Young DS. Chinese Taoist Cognitive Therapy in Prevention of Mental Health Problem of College Students. *Chinese Mental Health Journal*. 2001;15(4):243-6.
 54. Pan WY. The relationship between real estate company and industrial fatigue, and related intervention study. Thesis for the Doctor Degree. Department of General Psychology, East China Normal University. 2011.
 55. Pan WY, Xu GX, Ceng FL, et al. Effects of Daoistic cognitive therapy and acupoint massotherapy on job burnout in employees. *Chinese Mental Health Journal*. 2010;24(9):711-5.
 56. Zhou HY, Xi JW, Wang CY. Clinical study of occupational therapy in conjunct with Taoist cognitive psychotherapy on emotional disorder in rehabilitation of hemiplegic stroke patients. *Chinese Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2007;29(9):627-30.

