

우울증의 행동활성화 치료에 대한 기독교상담적 적용

김은영

햇불 트리니티신학대학원대학교 기독교상담학과 박사과정

이유니

햇불 트리니티신학대학원대학교 기독교상담학과 교수

초록

우울증에 대한 기존의 기독교상담은 인지치료, 약물치료, 실존주의적 접근 등을 통합적으로 접근한다. 최근에 우울증을 위한 행동활성화 치료(BATD) 효과가 인지치료나 약물치료와 비교해서 떨어지지 않음이 보고되고 있다. 따라서 본 연구는 기독교상담자에게 행동활성화 치료를 소개하여 우울증에 대한 통합적 접근의 일부로 고려할 수 있도록 하는 제안을 목적으로 한다. 우울증을 위한 행동활성화 치료를 치료 효과에 대한 최근의 연구결과들과 함께 소개하고, 구체적으로 행동활성화 치료가 기독교상담장면에서 적용될 수 있도록 반추사고를 줄이는 방법과 행동을 활성화 시키는 종교적인 활동을 제시하였다. 추후 행동활성화 치료에 대한 경험적 연구를 통해서 우울증 치료의 효과성이 검증되어야 할 것이다.

주요 단어들

BATD, 기독교상담, 우울증, 행동활성화, 반추사고

I. 들어가는 말

현대의 우리 사회는 경제적으로 급속 성장하면서 동시에 상대적인 박탈감 등으로 개인들이 경험하는 우울감은 더 증가하고 있다. 세계보건기구는 인류에게 가장 큰 부담을 초래하는 10대 질환 중 우울증을 3위로 보고하고 있으며, 2030년이 되면 우울증이 고소득국가의 질병부담 1위 질환이 될 것이라고 전망했다(경향신문, 2013. 7. 31일자 기사). 우울한 사람들은 흔히 슬픈 기분, 우울감, 절망감 등의 감정을 경험한다. 이들은 활동들에 흥미나 즐거움을 느끼지 못하며, 무감동 또는 쾌락을 느끼지 못하는 고통을 겪는다(오수성 외, 2013). 기독교인들 역시 이러한 우울증에서 예외가 아니다. 한재희(2007)는 기독교인들에게 우울증은 심령의 부흥을 가로막는 정신적 질병이라고 하였다. 교회 내에서 평신도뿐 아니라 목회자와 많은 사모들이 우울증에 시달리고, 정신병적 상태에 이르는 경우도 허다하다(정수화, 2010). 선교사들의 우울증도 심각한데, 서구의 초기 선교사들의 경우 심각한 우울증과 신경쇠약에 시달리기도 하였으며(Schwandt & Moriarty, 2008), 지금도 많은 선교사들이 우울증으로 고통 받고 있음을 연구자들은 임상에서 경험하고 있다.

최근에는 우울증을 단순히 영적인 낙심 상태로 보기 보다는 통합적인 접근으로 치료해야 하는 정신적 질병으로 인식되고 있는 듯 하다. 한재희(2007)는 우울이 죄의 결과라거나 신앙이 결핍된 상태 또는 하나님을 버린 상태라는 생각은 잘못되었으며, 신앙인에게 있어서 우울증의 회복은 영적인 삶을 회복해야 한다는 생각도 잘못된 점이라고 지적하였다. 기독교인들이 건강하고 건전한 신앙생활을 하기 위해서 중요한 요인 중 하나가 정신건강이며, 전인적인 건강을 갖추지 못한다면 신앙수준이 미숙하고 지속적인 성장에 방해를 받을 수 밖에 없다(사미자 외, 1998). 따라서 기독교상담자들은 대표적인 정신건강 문제 영역인 우울증 치료를 보다 더 적극적으로 연구하고 개입할 필요가 있다고 판단된다.

우울증에 대한 기독교상담 접근에 대한 기존의 연구들은 통합적 시도들을 제시하고 있다(이만홍, 2005; 김예식, 2005; 반신환, 2005; 한재희, 2007). 이만홍(2005)은 현대사회에서 우울증의 영적 의미를 설명하면서,

우울증을 영적 우울과 구별해야 하고 우울이나 공황장애 등은 생존적 목적을 가진 반응으로 이해해야 한다고 제안하였다. 그는 정신병리적 증상이 어느 정도 해소된 상태라면 약물치료를 의존하기 보다는 실존적 접근이 되는 영적 상담이 효과적이라고 하면서, 영적인 추구로 치료가 이어져야 올바른 치료가 된다고 하였다. 김예식(2005)은 기독교인이 가지는 사고를 신앙적 내용으로 바꾸어주는, 신앙적 사고(faith thinking)로의 전환을 통한 우울증 치료를 다음과 같이 제안하였다. 첫째, 사람의 정신이나 정서의 장애는 왜곡된 사고로부터 비롯되고, 사고의 변화가 우울증 치료의 핵심이라는 분명한 인식이 있어야 한다. 둘째, 신앙적 사고는 '현재'에 초점을 맞춘다. 과거의 버림받은 경험 등을 현재의 변화할 자신에 대한 사고의 새로운 도식으로 대처한다. 셋째, 신앙적 사고는 적극적인 치료자의 개입을 전제로 한다. 넷째, 신앙적 사고를 통한 인지치료는 인간의 궁극적 관심에 대답을 갖도록 돕는다.

한재희(2007)는 기독교 관점에서 우울증 회복을 위해서 신체적, 심리적, 영적 접근을 통합한 회복 모델인 조절형 기독교상담과 부가형적 기독교상담을 제시하였다. 전자는 일반심리상담을 신앙적 언어로 바꾸어 적용하는 방법으로 인지적 재구조화 및 대처, 비합리적 신념 찾기, 대안행동 모색하기 등의 기법을 기독교적 맥락에 맞게 변형시켜 활용한다. 후자는 상담자가 우울증 내담자와 우울증에 연관된 성경적 주제를 얘기하거나 기도하면서 성경읽기 등의 신앙적 행동을 처방하는 방법이다. 반신환(2005)은 우울증과 종교성의 관계를 분석하면서, 우울증의 의료적 모형의 한계를 지적하였고, 인간을 생리적인 존재로만 이해하지 말고 여러 상황을 고려해야 한다고 제안하였다. 그는 우울증으로 고통 받고 있거나 우울증에 취약한 기독교인들을 돕는 방안으로 다음과 같은 제안을 하였다. (1) 하나님에 대한 긍정적 이미지를 갖도록 돕기 (2) 교회 모임에 참여하도록 격려하고 인간관계를 확대함으로써 사회적 지지를 경험하도록 돕기 (3) 부가형 또는 조절형 기독교 상담모형을 개발하여 활용하기 (4) 종교적 경험 및 내재적 종교성을 경험하도록 돕기. 즉, 종교를 개인적 이익의 수단이 아니라 목표로 수용하도록 돕기 (5) 반응성 우울증의 경우 기독교상담을 적극적으로 활용하기 등을 제안하고 있다. 이렇듯 기존의 기독교상담적

접근들은 우울증에 대한 통합적 치료를 제시하고 있다.

위에 소개한 연구들이 경험연구가 아닌 이론적인 통합을 제안하고 있고, 기독교상담현장에서 충분히 활용되고 있다고 판단된다. 그러나 이런 통합의 내용 안에 행동활성화 치료기법은 제외되어 있다. 최근 연구들을 보면 우울증 치료에 있어서 인지치료보다 행동활성화 치료가 더 효과적이라는 결과들이 보고되고 있다(Martell 외, 2012; Dimidjian 외, 2006; Lejuez 외, 2001; Gawrysiak 외, 2009; Cuijpers 외, 2007). Dimidjian과 그의 동료들(2006)은 심한 우울증에서 행동활성화 치료가 인지치료보다 급성기 치료효과에서 더 우월하다고 보고하였다. Lejuez와 그의 동료들(2001)은 간단한 형태의 활성화 기법이 우울증 치료에 효과적이라고 확인하였다. Gawrysiak와 그의 동료들(2009) 역시 행동활성화 치료를 받은 우울증 대학생 집단이 통제집단보다 우울에서 유의미한 감소를 보였다고 연구결과를 제시하였다. Cuijpers와 그의 동료들(2007)은 활성화 스케줄링의 효과 연구들의 메타분석을 실시하여 행동활성화 치료 개입의 효과를 증명하였다.

이와 같이 우울증에 대한 행동활성화 치료의 효과성을 입증하는 연구들이 다수 보고되었음에도 불구하고 우울증에 대한 행동활성화 치료가 국내에 소개된 자료가 매우 미비하고, 특히 기독교상담에서 고려할 수 있는지의 여부에 대해 논의된 연구가 없다. 따라서 본고에서는 우울증의 행동활성화 치료와 효과에 대한 연구를 소개한 후 기독교상담에서 고려할 수 있는 적용 점을 제안해보고자 한다.

II. 우울증을 위한 행동활성화 치료

(Behavioral Activation Treatment for Depression: BATD) 소개

1. BATD

여기에서 소개하는 행동활성화 치료는 Martell, Dimidjian, 그리고 Herman-Dunn(2010)의 책을 김병수와 서호준이 번역(2012)한 책 “우

울증의 행동활성화 치료”와 Lejuez, Hopko, Acierno, Daughters와 Pagoto(2011)에 의해 제시된 “Ten Year Revision of the Brief Behavioral Activation Treatment for Depression: Revised Treatment Manual” 논문에서 기초하였음을 밝힌다.

인지치료가 인지적인 사고를 바꿈으로써 감정이나 행동의 변화를 가져 오게 하는 기법이라면 행동활성화 치료는 행동의 변화로 인해 감정의 변화가 일어나도록 하는 방법이다. 우울증을 겪는 사람들은 일상의 삶에서의 활동이 줄어드는 것이 일반적이다. 따라서, 이들에게 활동적이 된다는 것은 쉽지 않다. 대부분의 우울증 내담자들은 활동적으로 되려면 먼저 기분이 좋아져야 한다고 믿는다. 이런 믿음을 가진 우울증 내담자들에게 행동의 활성화 치료를 제안하면 먼저 염려하고 걱정하면서 의문을 제기할 것이다. 행동활성화 치료에서 치료자는 이런 의문 제기에 대해 직접적으로 반응하면서 치료를 시작한다.

치료의 목표는 실생활에서 보상 경험을 증가시킬 수 있도록 내담자의 행동을 활성화하는 것이다. 즉, 개인의 활동량을 증가시키고 자신의 삶에 좀 더 참여하도록 돕는 방법이라고 할 수 있다. 행동활성화 치료는 구조화된 치료법이며, 초기 회기에서 치료의 요소들을 내담자에게 설명해 주는 것이 중요하다. 회기의 기본 구조는 이전 회기 이후의 호전 정도를 검토하기, 어젠다 세우기, 내담자의 이해 정도에 주의 기울이기, 과제 이용하기 등이 포함된다. 치료자나 내담자 그리고 기타 상황에 따라서 구성요소는 달라질 수 있다. 치료 초기에는 내담자에게 백의 우울척도(BDI)나 다른 측정도구를 작성하도록 하여 치료 회기 이후의 호전 정도를 평가한다.

행동활성화의 열 가지 핵심원칙은 다음과 같다(Martell 외, 2012, pp. 59-77). (1) 사람의 기분을 변화시키는 열쇠는 그의 행동이 달라지도록 돕는 것이다. (2) 인생의 변화는 우울증을 유발할 수 있다. 단기적인 대응 전략들이 장기적으로는 사람을 아무런 행동도 하지 못하도록 만들 수 있다. (3) 특정 환자에게 어떤 행동이 항 우울 효과가 있는지 알아내는 데는 환자의 중요한 행동 전후에 어떤 일이 일어났는지 확인하는 것이 단서가 된다. (4) 기분이 아니라 계획에 따라 활동을 구조화하라. (5) 변화는 작은 일부터 시작할 때 쉽게 일어난다. (6) 자연적으로 강화되는 활동을 강조하라.

(7) 상담자는 코치 역할을 하라. (8) 문제 해결을 위한 경험적 접근을 강조하고, 문제 해결 시도에 따른 모든 결과들이 유용한 것이라는 점을 인식하라. (9) 말보다는 행동으로 실천하라. (10) 활동에 방해가 되는 장애물을 해결하라.

이렇듯 행동활성화 치료의 회기들은 행동중심적이고 문제 해결에 초점이 맞추어져 있다. 실제로 치료 회기 사이에 완수되어야 할 내용과 방해가 되는 부분을 제거하기 위한 과제를 함께 계획한다. 치료자는 내담자의 행동활성화에 방해가 되는 습관들 즉, 도피나 회피 행동들에 초점을 맞춘다. 그리고 내담자의 우울증을 지속시키는 행동 양식을 찾아내고, 기분이 호전될 수 있는 영역이 어디인지 밝혀내고, 반복적이며 지속적으로 변화를 유도하는 것에 초점을 맞춘다. 기분이나 상황을 호전시킬 수 있는 활동은 증가시키고 우울감을 증가시키는 활동은 감소시켜야 한다. 이때 상담자는 주요 문제와 이차 문제들 즉, 주요 문제를 피하기 위해서 발생하는 부수적인 문제들을 구별해야 한다. 예를 들어, 가족들과 상호작용하는 것이 두려워서 계속 자기 방으로 들어가 TV만 보는 행동을 하는 경우라면 주요 문제는 상호작용을 두려워하는 부분이고 이차적 문제는 TV만 보면서 다른 행동을 하지 않게 되는 부분이다. 또, 내담자의 동기가 낮은 상태 일지라도 행동할 수 있는 가능성을 높이기 위해서 치료자는 내담자의 행동을 세분화하도록 돕는다. 치료자의 역할은 내담자를 위한 안내자이며, 코치라 할 수 있는데, 행동 지향적인 것을 유지하고 환자의 내적 경험들에 대한 명료화를 제공해야 하며 협력적이면서 비판단적인 자세를 유지하면서 온정성과 진정성을 표현해야 한다. 동시에 환자가 나타내는 적응행동에 대한 강화를 제공해야 한다. 회기 구성은 상담자에 따라 다르지만 대체로 8~15회기 또는, 최대 24회기로 구성될 수 있다(Martell 외, 2012, 3장, 4장, 5장; Lejuez 외 2011).

행동활성화 치료의 이해를 돕기 위해 연구자가 내담자와 협력관계 속에서 내담자에게 가능한 활동들을 찾아 활성화하도록 한 예를 제시하고자 한다.

내: 아침에 늦게까지 침대에서 빈둥거리다가 다시 잠들기도 하고... 아

니면 TV보거나 인터넷을 해요. 만화를 보고, 그러다가 해가 지면 불안해지죠. '내가 뭐하고 있나' 이런 생각 들면서 이력서를 내야지 하는 생각은 하지만 가슴이 쿵쿵거리기도 하고, 하루 종일 밖에 나가지 않는 날도 많아요. 점점 폐인이 되는 거 같아요.

상: 그러시군요. 그렇다면 정말 괴로울 거 같아요. 그런데 아침에 처음 눈을 뜰 때는 몇 시인가요?

내: 아침 8시에는 눈을 뜨지요. 밖에서 애들 학교 가는 소리 들리거든요.

상: 그럼 그 시간에 일어나서 침대 밖으로 나올 수 있는 활동이 뭐가 있을까요?

내: 음... 큐티 하기, 모닝산책이나 설거지 같은 거? 음... 커피를 내리기도 하고요.

상: 지금 이야기한 거를 모두 하기에는 많아 보이네요.

내: 네, 맞아요. 산책하고 큐티하면 정말 좋을 거 같아요. 근데 커피 향을 아침에 맡는 게 진짜 좋거든요. 창문을 열고, 인터넷 검색도 하고 직장도 알아 보면...

상: 그러시군요. 그럼 방금 말씀하신 것들 중에 뭐가 좀더 쉽게 느껴지세요?

내: 커피 내리는 거랑 창문 여는 거?

상: 그럼 이번 주에는 매일 아침 8시에 커피를 내리고 창문을 여는 걸 해볼까요? 만일 커피가 집에 없으면 어떻게 될까요?

내: 집 앞의 편의점에서 팔아요. 편의점에는 나갔다 올 수 있어요. 그럼 기분이 좀 나아지겠지요.

상: 나갔다 오면 기분이 좀 나아진다고요? 그럼 편의점을 자주 가면 좋겠네요?

내: 그러겠죠. 아무래도 세수는 할 테니까.

상: 기분이 나아지는 걸 알면서도 나가지 않은 건 그만큼 나가기 싫은 이유가 있을 거 같아요.

내: 남들의 시선이죠. 다들 말끔히 차려 입고 직장 가는데... 나만 이르고 있다는

생각드니까...

상: 그럴 수 있을 거 같네요. 그럼 남들의 시선이 제일 적게 느껴지는 시간은 언제일까요?

내: 3시쯤? 그때는 직장인들이 출퇴근 하는 시간은 아니니까.

상: 그럼 3시에 편의점에 다녀올 수는 있겠네요?

내: 그건 할 수 있을 거 같아요.

인지행동치료에서와 마찬가지로 행동활성화 치료는 과제를 집중적으로 활용한다. 먼저 활동기록지를 내담자가 작성하도록 하는데, 기록방법은 하루 중 매 시간마다 누구와 어디서 무엇을 하고 있는지 등의 활동을 기록하고 각 활동과 연관된 감정을 기록한다. 예를 들면, 슬픔, 행복함, 두려움, 화남, 고통, 부끄러움, 즐거움이나 성취감 등으로 기록하고, 그 느낌의 강도를 1부터 10까지(1은 전혀 없음, 10은 매우 강함) 평가한다. 또, 활동과 관련된 우울의 정도를 1부터 10까지 평가한다. 이를 통해 치료사는 어떤 행동이 내담자의 우울함을 더 증가시키는지 또는, 감소시키는지 알 수 있다. 또, 계획 활동을 기록하는 활동기록지를 작성하는데, 요일마다 어떤 행동을 할 계획인지를 미리 작성하고, 나중에 활동을 했는지의 여부를 해당 칸에 표시할 수 있다. 마찬가지로 그 옆에 기분 또는, 우울의 정도를 평가하여 1부터 10까지 기록하도록 한다. 과제를 통해서 치료사는 내담자의 우울감이 개선될 수 있는 활동을 파악하고, 내담자가 그러한 선택을 하도록 돕는다.

우울증을 위한 행동활성화 치료에서 반추(rumination)는 먼저 해결해야 할 요소이다. 왜냐하면, 반추는 효과적인 문제 해결에 방해가 되고, 현실 환경에서 개인을 분리시켜 현재의 순간에 참여하지 못하게 하기 때문이다. 반추라는 용어는 '되새김하다'라는 라틴어 'ruminat'에서 파생된 단어로 자신의 마음 속에서 무언가를 반복적으로 계속해서 재고하는 사고양식을 뜻한다(Martell 외, 2012, p. 246). 대부분 우울한 사람들은 자신이 얼마나 우울한지 그리고 그런 자신이 불만족스러워서 외로운 삶을 계속 살 거라는 생각에 반복적으로 빠져들게 된다. 반추 과정은 내담자를 부정적 상태에 빠져 있도록 만들며, 현실 상황에서 유리되는 결과를 초래한

다(Martell 외, 2012, p. 247). 우울증 환자들은 자아에 대한 과도한 집중을 하며, 이것은 반복적으로 나타나고 문제 해결에 도움이 되지 않는다(Lewinsohn, 2001).

그래서 행동활성화 치료자는 반추에 대해서 정확하게 파악하고 그에 따른 행동 전략으로 반추의 결과를 강조하고 문제 해결하기와 감각 경험에 집중하기 그리고 즉각적인 과제에 초점을 다시 맞추기 등을 활용한다. 행동활성화 치료에서는 반추 사고의 “내용”이 아니라 “과정”을 다루는 것을 더 강조한다. 반추 사고의 합리성을 평가하지 않으며 내담자의 반추 사고내용의 정확성을 검증하기 위해 질문하지도 않는다. 다만 반추가 일어나는 상황적 맥락과 이전의 사건과 결과를 검토할 뿐이다. 그리고 반추에 빠져들게 됨으로써 잃어버린, 어떤 다른 좋은 기회들이 있었는지에 집중한다. 반추사고의 과정 자체에 집중하여 치료적 개입을 한다(Martell 외, 2012, p. 249).

Martell과 그의 동료들(2012, 9장)은 치료자가 참고할만한 ACTIVATE 지침을 다음과 같이 제안하였다. 첫째, 평가하기(Assess)로 환자의 우울증뿐만 아니라 환자가 우울증에 대응하기 위해 시도했던 이차 행동들과 연관될 수 있는 삶의 상황들을 평가하고 활동과 기분 기록지와 행동분석을 이용해서 지속되는 행동들을 평가한다. 둘째, 구조화된 활성화와 효율적인 문제 해결로 회피에 대항하기(Counter)로 치료자가 문제를 해결하도록 가르침으로써 환자가 회피에 대응하는 효과적인 방법을 습득하도록 돕는다. 셋째, 행동 구체화에 공들이기(Take time to get specific)이다. 치료자는 특정한 세부 사항에서 행동을 규정하고 기술하고 구체화한다. 넷째, 활동 모니터링을 함께 포함시키기(Include monitoring)이다. 환자의 행동과 진전을 추적하기 위해서 활동과 기분 기록지를 이용하되, 내담자에게 맞게 다양한 방법을 이용하여 행동을 기록하도록 교육한다. 다섯째, 환자의 내적 경험에 대한 명료화 제공하기(Validation)이다. 치료자는 행동과 기분에 대한 환자 자신의 이해에 대해 의사소통 하면서 환자의 내적 경험을 이해하고 반영해준다. 여섯째, 활동 과제 부여하기(Assign activities)로 내담자의 목표치를 정하고 단계별로 활동기록지를 이용하여 활동을 부여한다. 일곱째, 행동활성화 과정에서의 장애물과 문제 해결하

기(Troubleshoot)이다. 치료자는 변화에는 장애물이 따름을 인식하고 치료시간 동안 장애물을 극복할 수 있도록 돕고 문제해결방법에 대해 교육한다. 마지막으로, 격려하기(Encourage)로, 치료자는 환자가 '밖에서부터 안으로' 향하는 접근법을 시도할 수 있도록 격려한다.

2. 행동활성화 치료 효과 연구

Ferster(1973)는 특정 유형 행동 빈도의 감소 또는, 증가함이 우울증을 특징짓는다고 주장했다. 그에 따르면 우울한 사람은 생산적인 활동에 충분히 참여하지 않기 때문에 이런 활동이 주는 보상을 강화 받을 기회가 줄어든다. 그리고 부정적인 감정에서 벗어나기 위한 시도로 동기화 되는 활동에 참여하게 되고, 그렇게 되는 경우 긍정적 보상강화행동이 제한된다. 이런 의견은 행동 자체가 아니라 행동의 '기능'을 강조했다는 면에서 행동활성화 치료모형의 기반이라고 할 수 있다(Martell 외, p. 31). Lewinsohn(1974) 역시 우울증 환자의 삶 속에서 칭찬, 보상, 도움, 지지 등인 긍정적 강화의 부재를 중요하게 인식했다. Lewinsohn과 그의 동료들(1984)은 경험적 연구를 통해서 우울한 사람들이 그렇지 않은 사람들에 비해 생활 속에서 더 많은 부정적 사건을 경험하고, 부정적 사건을 더 부정적인 것으로 평가하며, 혐오자극에 대해서 더 민감한 반응을 보이고, 긍정적 강화를 덜 받는다고 밝혀냈다. Barlow와 그의 동료들(2004)은 수많은 치료에서 공통적으로 활용된 전략이 정서조절문제에 대응하는 행동 경향성을 변형시킨 것임에 주목하고, 정신장애에서 정서와 행동의 활성화가 상황적 맥락에서 가장 강력한 치료도구라고 하였다.

Martell, Dimidjian 그리고 Herman-Dunn(2012)에 의하면 Jacobson은 환자를 우울증 치료의 전체 맥락 속에서 이해해야 한다고 주장했다. Jacobson은 기존의 널리 퍼져있던 우울증 치료법들이 우울증의 원인을 개개인의 내적 결핍으로 돌리고 있기 때문에 '결함이 있는 모델'이라고 비판하였다. Jacobson의 영향을 받은 Martell과 그의 동료들(2012)은 우울증 치료가 환자가 처한 삶의 환경과 조건을 변화시키는 데 있다고 믿었다. 또한, 그들은 아론 백과 그의 동료들(1979)이 개발한 인지치료가 우울증 치

료에 효과적임은 명백하지만, Zeiss와 그의 동료들의 연구들(1979)의 결과를 볼 때, 인지치료가 그것을 구성하는 특정한 치료적 요소와 상관없이 우울증 치료 효과를 나타낸다고 제안하였다. 이들의 연구는 우울증 환자들을 세 집단으로 나누어서 인지 재구조화, 대인관계 기술훈련, 그리고 즐거움을 가져오는 활동을 계획하고 실행하도록 하고 치료효과를 비교하였다. 결과는 세 집단 모두 우울의 감소를 가져왔다. 이것은 행동 치료적 전략과 기법만으로도 인지치료의 효과를 설명할 수 있다는 가능성을 열어주었다.

Jacobson과 그의 동료들은(1996) 150명의 성인 우울증 환자들을 세 집단으로 나누어 첫 번째 집단에게는 치료자들이 행동활성화 치료기법인 활동계획하기, 성취와 만족의 평가, 과제 수행 등의 행동기법만을 활용하도록 했다. 두 번째 집단은 치료자들이 자동적 사고의 재구조화와 행동활성화 기법을 사용하도록 하였다. 세 번째 집단은 위의 모든 개입뿐 아니라 핵심 신념을 다루는 인지적 개입 사용도 허용되었다. 치료자들은 무작위로 세 집단에게 배정되었다. 이 연구에 참여한 치료자들은 인지치료의 모든 구성 성분을 활용하는 접근법을 가장 선호하였다. 치료자들은 행동활성화 치료가 성가가 가장 좋지 않을 접근법으로 예상하였으나, 급성기 우울증 치료 효과의 평가와 2년간의 추적관찰에서 세 집단간에 유의미한 차이가 없다고 밝혀졌다. 이 연구의 결과를 받아들이지 못했던 일부 연구자들은 표준적인 수준에 못 미치는 인지치료가 행해졌기 때문에 이런 결과가 나왔다고 주장했다(Jacobson & Gortner, 2000). 논란의 여지가 있을 수 있지만 분명하게 행동활성화 방법이 우울증 치료에서 제외될 필요는 없음을 알 수 있다.

최근의 행동활성화 치료 모형은 Dimidjian과 그의 동료들(2006)의 연구를 통해 검증되고 있다. 이들은 241명의 주요우울증 환자들을 대상으로 인지치료와 약물치료를 행동활성화 치료와 비교 평가하였는데, 우울증의 급성기 치료에서 행동활성화 치료는 약물 치료군과 대등한 효과를 나타냈고, 심각한 우울증 환자군에서도 동일한 효과가 나타났다. 또한, 심한 우울증에서 인지치료에 비해서 행동활성화 치료가 급성기 치료효과에서 더 우월하다고 보고하였다. Lejuez와 그의 동료들(2001)은 치료기법

을 “우울증을 위한 행동활성화 치료(Behavioral Activation Treatment for Depression: BATD)”라고 명명하고 연구를 수행하였는데, 활동 모니터링과 활동 계획하기 만으로 이루어진 간략한 형태의 활성화 기법을 활용하였고, 결과는 우울증 환자의 행동을 활성화시키는 기법이 효과적이라고 확인하였다.

Gawrysiak과 그의 동료들(2009)은 우울증상을 가진 대학생 집단(N=30)에게 2주의 치료간격으로 구조화된 단일 회기의 개입 후 통제집단과 BATD 치료집단을 비교하였다. 결과는 통제 집단과 비교하여 BATD 치료를 받은 집단이 우울에서 유의미한 감소를 보였다. 또한, 사후 치료에서 강한 효과크기(effect size)와 연합된 환경적 보상이 BATD 집단에서 증가하였다. Cuijpers와 그의 동료들(2007)은 16개의 연구를 바탕으로 활성화 스케줄링(activity scheduling)의 효과에 대한 메타분석을 실시하였다(N=780). 연구결과 사후검정(post-test)에서 개입과 통제 상태의 차이를 나타내는 효과크기는 0.87이었다(95% 신뢰구간: 0.60~1.15). 이것은 활성화 스케줄링이 성인들의 우울증 치료에서 아주 효과적임을 보여주는 결과이다. 이렇듯이 많은 연구들이 우울증에 대한 행동활성화 치료의 효과성을 입증하고 있다. 그러므로 기독교상담에서 BATD를 활용될 수 있기를 기대하며, 기독교상담에서 어떻게 적용할 수 있는지 구체적인 치료전략들을 제시하고자 한다.

Ⅲ. BATD의 기독교상담 적용

본고는 기독교와 심리학의 관계를 이해하는 모델 중 통합적 관점의 입장에서 BATD가 기독교상담에서 적용될 수 있는 근거가 된다고 본다. 이 관점은 하나님의 형상을 따라 지음 받은 인간이 이성적 존재이기 때문에, 세상에 있는 진리를 추구하고 발견할 수 있음을 전제한다. 성경은 특별 계시로 가장 중요하고 궁극적인 답변들을 제공해주지만 아동 발달, 사람의 성격, 정신분열증이나 우울증을 포함해서 우리가 알기 원하는 모든 답변을 성경 안에서만 발견할 수는 없음을 의미한다(Johnson 외, 2012, pp. 155-

161). 그러므로 본고에서 제시하는 BATD 전략들은 일반 계시 차원에서 우울증 내담자들에게 유익을 줄 수 있다는 가정을 전제로 한다.

기독교상담에서 BATD가 유익하게 활용되기 위해서 상담자는 내담자의 본성, 목적, 그리고 소명에 대한 기독교적 이해에서 바라보고 만나야 한다. 즉, 심리학이 제공해 주는 것에만 머무르지 않고, 상담자 자신이 그리스도의 성품을 반영하는 대상이 되어야 한다. 물론 BATD에서 상담자의 역할은 코칭이나 안내자의 기능을 하기 때문에, 상담자가 정확한 진단과 향후 치료계획의 세움이 중요하다. 그러나 이에 못지 않게 상담자는 내담자의 내적 경험에 대해 비판단적이면서 따뜻하고 진정성 있는 태도가 지속되어야 한다. 신실하신 하나님이 그러하듯이 상담자도 포기하지 않고 지속적으로 내담자에게 긍정적 강화를 제공하며 내담자가 낙심하지 않도록 협력적인 관계를 유지해야 한다. 구체적으로 BATD를 기독교상담에 적용하는 전략으로 반추사고를 줄이는 방법과 행동을 활성화시키는 방법을 다음에서 제시하고자 한다.

반추사고 다루기

행동활성화 치료에서 상담자는 괴로운 생각을 반추하는 행동을 줄이기 위해서 내용이나 합리성이 아닌 반추의 결과를 내담자에게 강조한다. 그리고 문제 해결을 위해서 구체적인 해결책을 함께 모색한다. 또, 감각 경험에 주의하여 따라가기나 과제에 다시 집중하도록 하기, 그리고 반추사고로부터 주의를 분산시키는 방법 등을 활용한다. 기독교상담자들은 내담자들이 자주 사용하는 말이나 행동패턴에서 단서를 찾아 반추 사고를 다룰 수 있다.

A의 경우, 20대 중반 남성으로 어린 시절에 과학자가 되길 원했으나, 우연히 외고에 입학했고, 그 결과로 인문대학을 다니게 되었다. 대학 내내 적성에 맞지 않아서 오랜 시간을 우울증에 시달렸다. 왜 그때 그 선택을 하였는지, 또 그런 선택을 한 자신이 한심하다는 생각에 사로잡혀서 지금이라도 진로를 변경할 수 있다는 생각을 하지 못했다. 연구자는 A에게 반추 행동이 언제 도움이 되는지, 어떤 경우에 도움이 되지 않는지 확인하

였고, Addis와 Martell(2004)이 제안한 2분 규칙을 적용하여 반추사고를 하면서 2분이 경과한 뒤 문제해결에 도움이 되는 방향으로 진전이 있었는지 스스로 물어보도록 제안하였다. 이때 사고의 전환이 이루어지는 방법으로 A가 습관적으로 내뱉는 '주여'라는 말을 '생각의 멈춤 또는 전환과 연합되도록 하였다. 즉, 반추사고에서 빠져 나오도록 하는 단서가 '주여'라는 말이 된다.'주여'라고 말을 뱉고 나서 내담자는 자신의 반추사고가 문제해결에 도움이 되고 있는지를 생각할 수 있다.

또한 반추사고를 줄이는 방법으로 성경구절을 암송하거나 잘 모르는 찬양 가사를 생각하면서 부르게 하는 등 정신적 노력을 요하는 활동을 하게 함으로써 주의를 분산하는 방법을 활용할 수 있다. 밤에 잠들기 전에, 그리고 아침에 일어나면 자동적으로 미래에 대한 두려움, 불안, 걱정에서 사로잡히는 내담자에게 상담자는 어떤 성경구절을 좋아하는지, 새로운 찬양을 배울 수 있는지를 묻고, 얼마큼 할 수 있는지 미리 협의한다. 이때 상담자는 내담자가 선택하는 성경구절이나 찬양가사가 반추사고를 유발하는 요인이 있는지 없는지 판단하고 안내해야 한다. 내담자는 협의된 내용들을 반추사고가 일어나기 전 또는 반추사고 진행과정에서 사용할 수 있다. 이는 반추적 사고로부터 주의 집중의 초점을 이동시키는 반복적 활동이 된다. 상담자는 그 다음 회기에서 이를 확인하고 칭찬이나 격려하면서 행동을 강화한다.

행동활성화 시키기

상담자는 내담자와의 상호작용을 통해 어떤 회피 양상이 기능을 방해하는지 파악하고 그 후에 내담자에게 어떤 행동이 증가해야 하는지 또는, 어떤 행동이 감소되어야 하는지를 결정해야 한다. 예를 들면, 우울증세가 심해져서 상담실을 찾은 B는 30대 후반의 미혼 여성으로 기독교인이었다. 직장에서 해고된 초라한 자신의 모습을 남들에게 보여주는 게 싫어서 점점 교회 가는 횟수가 줄었고, 주일예배도 인터넷으로 드리게 되었다. 지방에 계신 부모님과 떨어져서 혼자서 살고 있는 B는 일주일 내내 문 밖으로 나가지 않는 날이 많았고, 하루 종일 컴퓨터나 TV를 보면서 침대 속에

서 지냈다. B의 우울증 원인은 직장 해고로 시작되었지만, 이차적으로 일어난 행동으로 인해 지나 격려를 받을 수 있는 기회를 놓치고 있었다. 상담자는 B와의 대화를 통해서 집에 혼자 있는 행동은 감소시키고, 긍정적인 피드백을 줄 수 있는 사람들을 만나는 행동을 증가시켜야 함을 알게 되면, 그에 따른 행동계획을 세울 수 있다. 상담자는 지속적인 평가를 위해서 회기마다 정해진 질문지(BDI와 같은)를 실시하고, 매일 모니터링을 통해 행동활성화를 촉진시킬 수 있다. 이 경우 B의 행동들 이전과 이후의 기분을 평가하도록 한 후, 상담자는 B가 긍정적인 피드백을 받을 수 있는 모임에 참석하지 못하게 하는 장애물을 파악해서 제거하도록 도울 수 있다.

구체적으로 상담자는 B와의 상호작용을 통해서 매일 10시쯤 편의점에 다녀오기, 식사 때마다 소리 내어 3분 정도 기도하기, 그리고 주말에 지지적인 교회 구성원들을 만나기 등을 하기로 결정할 수 있다. 그 외에 제한할 수 있는 행동으로 열 감사(열 가지 감사를 찾아서 기록하거나 표현해보기) 또는, 오 감사(다섯 가지), 또, 소리 내어 크게 기도하기, 찬양 따라 들으며 부르기, 성경을 소리 내어 읽기, 자신의 감정과 비슷한 상태를 경험한 성경 인물들을 찾아보고 그들이 느꼈을 만한 감각들(시각, 청각, 후각 등)을 상상하면서 경험해보기, 정해진 기도문을 큰 소리로 읽으면서 기도하기 등으로 적용해 볼 수 있다. 그 외에도 긍정적인 피드백을 해줄 수 있는 대상들을 목록화시키고, 그들에게 기도 부탁하기도 행동을 활성화하는 방법이다.

이 모든 활동들은 활동 전과 후의 기분을 매일 모니터링으로 평가하도록 하여 내담자에게 가장 효과적인 활동이 무엇인지 파악하고, 그 활동을 더 강화시키는 방향으로 진행할 수 있다. 상담자는 내담자에게 가장 효과적인 빈도가 어느 정도 수준인지 파악하고, 활동을 수행하기 가장 좋은 날짜와 시간을 정할 수도 있다. B의 경우 교회의 정규적인 토요일 셀모임에서는 자신을 지지해주지 않는 구성원이 있었으므로 다른 요일에 별도로 만나는 활동에 참석하도록 했다. 상담자는 작은 활동부터 시작하도록 도와야 한다. 우울한 사람들은 실현되기 어려운 목표를 잡거나 목표를 세우고 중압감을 느끼는 경우가 흔하다. 따라서, 상담자는 점진적 과제 활동

을 구체적으로 구성함이 중요하다. 상담자는 내담자의 자원, 에너지, 시간 등 현실적 상황과 내담자의 목표 사이에서 균형을 맞추어 작은 목표를 먼저 달성하도록 할 수 있다.

지금까지 BATD를 기독교상담 장면에서 적용할 수 있는 전략들에 대해서 간략하게 제시하였다. 위에 소개한 행동활성화 전략들은 우울증 환자들을 위해 반신환(2005)이 제시한 기독교 방안 중 '사회적 지지를 경험하도록 돕기'와 '새로운 모형을 개발하여 활용하기'와도 일치하는 방법이다. 또, 한재희(2007)는 우울증 환자를 치료함에 있어서 '대안행동 모색하기'를 기독교적 맥락에 변형시켜 활용하기를 제안하였는데, 이런 흐름과도 일치한다. 본고에서 제시한 방법들 이외에도 상담자와 내담자의 특성에 따라 더 다양하게 그리고 더 풍성하게 확대될 수 있다고 본다. 따라서, 우울증 내담자를 만나는 기독교상담자들이 적극적으로 상담장면에서 위의 전략들 뿐 아니라 다양한 행동활성화 방법들을 개발하고 활용할 수 있기를 기대한다.

V. 나가는 말

우울증에 대한 기존의 기독교상담접근들은 인지치료, 약물치료, 실존주의적 접근 등을 통합적으로 제안하고 있다(이만홍, 2005; 김예식, 2005; 반신환, 2005; 한재희, 2007; 문한기, 2012). 지금까지 본고는 이런 통합적 접근에 행동활성화 치료를 포함시키자고 제안하면서 행동활성화 치료를 소개하고, 구체적인 기독교상담적 접근 전략들을 제안했다. 우울증의 치료로 선호되는 약물치로나 인지치료와 비교할 때 치료효과가 떨어지지 않는다고 입증되는 행동활성화 치료를 기독교상담자들이 고려하고 활용할 수 있게 되기를 기대한다.

본 연구는 기독교상담에 BATD를 소개하면서 적용 가능한 활동들을 소개하였지만, 그 효과들에 대한 검증이 되지 않았다는 한계가 있다. 이러한 한계에도 불구하고 본 연구의 시사점은 다음과 같다. 첫째, 임상적 치료효과가 검증된 우울증에 대한 행동활성화 치료기법을 소개하였다는 점이

다. 둘째, 행동활성화 치료 기법이 기독교상담으로 적용될 수 있는 방법들을 제안하였다. 특히, 반추사고를 줄이는 방법으로 종교적인 행동의 예를 제시하고, 행동을 활성화시키는 방법들을 제시하였다. 향후 기독교상담에서 행동활성화 방법의 효과성을 입증하는 경험적 연구가 진행되어야 할 것이며, 나아가 우울증의 행동활성화 치료로 진행될 수 있는 기독교상담모델이 개발되기를 기대한다.

참고 문헌

- 경향신문 2013. 7. 31. 국민의 우울증 누가 책임지나.
- 김예식 (2005). 신앙적 사고(Faith Thinking)로의 전환을 통한 크리스찬 우울증 인지치료. **한국기독교상담학회지**, 10, 7-33.
- 남미희 (2011). 한국사회에서 우울증과 자살. **대한의사협회지**, 54(4), 358-361.
- 문한기 (2012). 목회상담적 접근을 통한 소통과 우울증 관계성 연구. 미출판 서울기독교대학교 박사학위논문, 서울.
- 반신환 (2005). 우울증에 대한 기독교상담: 우울증과 종교성의 관계에 대한 분석에 근거해서. **한국기독교상담학회지**, 10, 35-51.
- 오수성, 김정호, 김해숙, 김희경, 신기숙, 이숙자, 정정화, 채숙희, 한은경, 홍창희 (2013). **정신병리학**. 서울: 학지사.
- 사미자, 김예식, 김지철, 박용천, 오성춘, 이성훈, 원호택, 유혜룡, 홍인중, 황영훈 (1998). **한국교회와정신건강**. 서울: 장로회신학대학교 출판부.
- 이만홍 (2005). 현대사회에 있어서의 우울증의 영적 의미. **한국기독교상담학회지**, 10, 89-106.
- 정수화 (2010). 우울증에 의한 자살의 기독교적 이해와 돌봄. **한국복음주의실천신학회**, 21, 9-38.
- 한재희 (2007). 기독교인의 우울증 극복을 위한 통합적 접근. **한국기독교상담학회지**, 11, 289-310
- Addis, M. E., & Martell, C. R. (2004). *Overcoming depression one step at a time: The new behavioral activation treatment to getting your life back*. Oakland, CA:NewHarbinger.
- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment of emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35, 205-230.

- Beck, A.T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1996). **우울증의 인지치료**. 서울: 학지사. (원전은 1979에 출판).
- Cuijpers, P., Van Straten, A., & Warmerdam, L. (2007). Behavioral activation treatments of depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27, 318-326.
- Dimidjian S., Hollon S. D., Dobson K. S., Schmalings K. B., Kohlenberg R. J., Addis M. E., Gallop R., McGlinchey J. B., Markley D. K., Gollan J. K., Atkins D. C., Dunner D. L., & Jacobson N. S. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 74(4), 658-670.
- Johnson, E. L. (Ed.). (2012). **심리학과 기독교 어떤 관계인가**. 서울: 부흥과 개혁사. (원전은 2010에 출판).
- Ferster, C. B. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist*, 28, 857-870.
- Gawrysiak, M., Nicholas, C., & Hopko, D. R. (2009). Behavioral activation of moderately depressed university students: Randomized controlled trial. *Journal of Counseling Psychology*, 56(3), 468-475.
- Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., et al. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 295-304.
- Jacobson, N. S., & Gortner, E. T. (2000). Can Depression be de-medicalized in the 21st century: Scientific revolutions, counter-revolutions and the magnetic field of normal science. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 103-117.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion.

- Lejuez, C. W., Hopco, D. R., LePage, J., Hopco, S. D., & McNeil, D. W. (2001). A brief behavioral activation treatment for depression. *Cognitive and Behavioral Practice, 8*, 164–175.
- Lejuez, C. W., Hopko, D. R., Acierno, R., Daughters, S. B., & Pagoto, S. L. (2011). Ten year revision of the brief behavioral activation treatment for depression: Revised treatment manual. *Behavior Modification, 35*(2), 111–161.
- Lewinsohn, P. M. (1974). A behavioral approach to depression. In R. N. Friedman & M. M. Katz (Eds.), *The psychology of depression: Contemporary theory and research*, 157–185. New York: Wiley.
- Lewinsohn, P. M., Hops, H., Roberts, R. E., Seeley, J. R., & Terry, L. (1984). *The coping with depression course: Apsycho-educational intervention for unipolar depression*. Eugene, OR: Castilia Publishing.
- Lewinsohn, P. M. (2001). Lewinsohn's model of depression. In W. E. Craighead & C. B. Nemeroff (Eds.), *The Corsini encyclopedia of psychology and behavioral science* (3rd ed., pp. 442–444). New York: Wiley.
- Martell C. R., Dimidjian S., & Herman-Dunn R. (2012). **우울증의 행동활성화 치료: 치료자를 위한 가이드북**. 서울: 학지사. (원전은 2010에 출판).
- Schwandt, J., & Moriarty, G. (2008). What have the past 25 years of member care research taught us?: An overview of missionary mental health and member care services. *Missiology, 36*(3), 317–326.
- Zeiss, A. M., Lewinsohn, P. M., & Munoz, R. F. (1979). Nonspecific improvement effects in depression using interpersonal skills training, pleasant activity schedules, or cognitive training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47*, 427–439.

Abstract

Christian Counseling Application for Behavioral Activation Treatment for Depression

EunYoung Kim

Doctoral student in Christian Counseling

Torch Trinity Graduate University Seoul, Korea

Eunnie R. Rhee

Professor, Department of Christian Counseling

Torch Trinity Graduate University Seoul, Korea

In Korea, Christian counseling approach for depression usually integrated cognitive therapy, medication treatment, and existential approach. Recent research indicated that behavioral activation treatment for depression (BATD) is an effective treatment and comparable to cognitive therapy and medication. The purpose of this study is to introduce behavioral activation treatment for Christian counselors in Korea so that they could consider the approach in their treatment of depression. The behavioral activation treatment approach will be introduced with literature review. In addition, specific Christian counseling application of the approach is presented including reducing rumination and activating action through religious activities. Further study should include empirical research to validate efficacy of behavioral activation treatment for depression.

Key Words

BATD, Christian Counseling, Depression, Behavior Activation,
Rumination