

임상진료지침에서의 명상 활용 현황

권 찬 영¹⁾²⁾ 최 은 지¹⁾ 정 선 용³⁾⁴⁾ 김 중 우^{3)4)*}

¹⁾경희대학교 일반대학원 임상한의학과

²⁾양구보건소

³⁾경희대학교 한의과대학 한방신경정신과 교실

⁴⁾강동경희대병원 한방신경정신과

명상의 의학적 사용 현황을 파악하기 위해 임상진료지침에 기재된 명상의 현황을 분석하고자 하였다. 의학 저널 데이터베이스인 PubMed와 EMBASE에서 검색을 시행하여, 명상을 치료법으로 기재하고 있는 임상진료 지침을 선별하고, 그 내용과 근거수준 및 권고등급을 분석하였다. 총 8편의 임상진료지침이 분석에 포함되었으며, 외상성 뇌손상, 암, 기분장애, 주요우울장애, 양극성장애, 섬유근육통, 요통이 포함되었다. 권고된 명상의 방법 별로 분류할 때, 기분장애 환자를 대상으로 하고 있는 임상진료지침 3편에서 Mindfulness-based Cognitive Therapy(MBCT)가 권고되고 있었으며, 나머지 임상진료지침에서는 모두 Mindfulness Based Stress Reduction program(MBSR)이 권고되고 있었다. 외상성 뇌손상의 임상진료지침에서는 명상을 시행하지 말 것을 권고하고 있었으며, 암에 대한 임상진료지침 2편 중 1편과 섬유근육통에 대한 진료지침에서는 명상을 시행할 것을 권고하되 권고등급이 낮았다. 나머지 임상진료지침에서는 높은 권고등급으로 명상을 시행할 것을 권고하고 있었다. 명상의 의학적 근거의 축적과 함께 각종 질환 또는 증상에 대한 임상진료지침에 명상이 치료적 방법으로 기재되고 있으며, 이는 의료현장에서 명상이 치료적 방법으로 고려되고 있음을 의미한다. 또한 현재 명상의 연구현황을 감안할 때 앞으로 더욱 많은 임상진료지침에 명상이 기재될 것으로 사료된다.

주요어 : 명상, 마음챙김, 임상진료지침, 진료지침, 의료

* 교신저자: 김중우, 강동경희대학교병원 한방신경정신과, 서울시 강동구 상일동 149

Tel : 82-2-440-7133, E-mail : aromaqi@khu.ac.kr

1970년대 카밧진(Jon Kabat-Zinn)의 Mindfulness Based Stress Reduction program(MBSR) 개발¹⁾ 이후로 과학적 방법론을 적용한 명상의 연구가 광범위하게 시행되었고, 의료기관에서의 명상 프로그램 적용이 시도되었으며²⁾, 이에 따라 명상의 임상적 효과에 대한 근거도 지속적으로 축적되어왔다. 또한 functional Magnetic Resonance Imaging(fMRI)나 Electroencephalogram(EEG)와 같은 신경과학 연구를 명상에 적용함으로써 비교적 객관적인 정량적인 평가도 가능해졌다^{3,4)}.

Evidence-based Medicine(EBM)에서는 임상연구의 연구결과나 전문가의 의견 등 근거를 중심으로 하여 의료과정에서의 의사결정을 돕는다⁵⁾. 임상진료지침이란 미국 의학한림원(Institute of Medicine)의 정의에 따르면, “근거에 대한 체계적 검토 및 대체수단으로 사용할 수 있는 치료 조건의 편익과 피해에 대한 평가를 통해 환자 진료를 최적화하기 위한 권고내용을 포함하는 서술문”이라고 할 수 있다⁶⁾. EBM에서 임상진료지침은 기존의 권위에 기반을 둔 접근법과는 달리 현재까지 축적된 근거를 바탕으로 개발되며⁷⁾, 의료인은 임상진료지침의 내용을 숙지하고, 이를 참고하여 임상현장에서의 적용여부를 결정한다.

기존에 과학적 방법론을 적용한 근거의 축적이 어려웠던 명상은 근거를 기반으로 하는 임상진료지침에 반영되기 어려웠으나, MBSR 등의 개발 이후, 명상의 의학적 적용에 대한 근거가 축적됨에 따라, 국내의 각종 임상진료지침에서도 명상이 기재되고 있다. 2008년 대한의학회와 대한신경정신의학회, 대한정신약물학회, 대한우울조울병학회가 개발한 우울증

임상진료지침⁸⁾에서는 우울증의 정신사회적 치료 중, 자기 관리요법으로 명상과 정신수양을 제시하고 있다. 2008년에 발표되고, 2016년에 개정된 대한한방신경정신과학회의 화병 임상진료지침⁹⁾에서는 화병 환자의 증상 호전을 위해 명상요법을 고려해야 한다는 권고내용을 제시하고 있다. 2016년 한국한의학연구원과 대한한방신경정신과학회가 개발한 우울증 한의 임상진료지침¹⁰⁾에서는 관해기 우울증 환자의 재발 방지, 우울증상 관리, 삶의 질 개선을 위해 항우울제 치료나 일반치료와 함께 명상을 병행할 것을 고려해야 한다는 권고내용을 제시하고 있다.

명상이 임상진료지침에 반영된다는 것은 명상이 의료현장에서 하나의 치료법으로 고려된다는 것을 의미한다. 이에 저자는 의료현장에서 명상의 활용현황을 파악하기 위해, 명상을 기재하고 있는 임상진료지침의 해외사례를 수집하고 분석하여, 명상이 의학적 분야에 적용되고 있는 주제와 근거의 수준, 권고의 강도를 파악하고자 하였다.

방 법

연구대상, 검색방법, 선별기준

본 연구에서 임상진료지침은 증례보고, 코호트연구, 무작위 대조군 연구 등의 임상연구를 근거로 하거나, 전문가 합의를 통해 특정 임상적 주제에 대해 근거수준 그리고(또는) 권고등급을 제시하고 있는 것으로 정의되었다. 본 연구에서 명상은 마음챙김, 자각을 중심으

로 하는 정적인 중재법 또는 이러한 중재법으로 구성된 프로그램으로 정의하였고, 요가, 이완요법, 기공요법, 태극권 등은 명상의 요소를 부분적으로 가지고 있는 별개의 치료법으로 보아 제외하였다.

의학저널 데이터베이스 PubMed, EMBASE에서 검색을 시행하였으며, 최근 5년 내에 발표된 임상진료지침을 기준으로 하여 2013년 1월 1일부터 2017년 6월 25일까지 발표된 연구를 대상으로 하였다. 사용된 검색어는 2016년에 발표된 명상에 대한 체계적 문헌고찰¹¹⁾에서의 검색전략을 참고하여 다음과 같이 설정하였고, 영어로 발표된 임상진료지침 만을 대상으로 하였다. PubMed : ("Mind-Body Therapies"[MeSH] OR body-mind OR mind-body OR Meditation [MeSH] OR medita* OR mindful* OR mbsr OR

mbct) AND (guideline OR cpg), EMBASE : ('meditation'/exp OR meditation OR 'body mind' OR 'mind body' OR medita* OR mindful* OR mbsr OR mbct) AND (guideline OR cpg)

검색된 문헌 중 임상진료지침이면서 중재법으로 명상을 다루고 있는 경우를 선별하였다. 만약 동일한 주제의 개정판이 존재하는 경우, 가장 최근에 발표된 임상진료지침을 기준으로 분석 하였다.

결 과

검색 결과, 총 294편의 문헌이 검색되었으며, 중복된 38편을 제외하고 256편의 문헌을 대상으로 제목 및 초록 검토를 하였다. 그 결

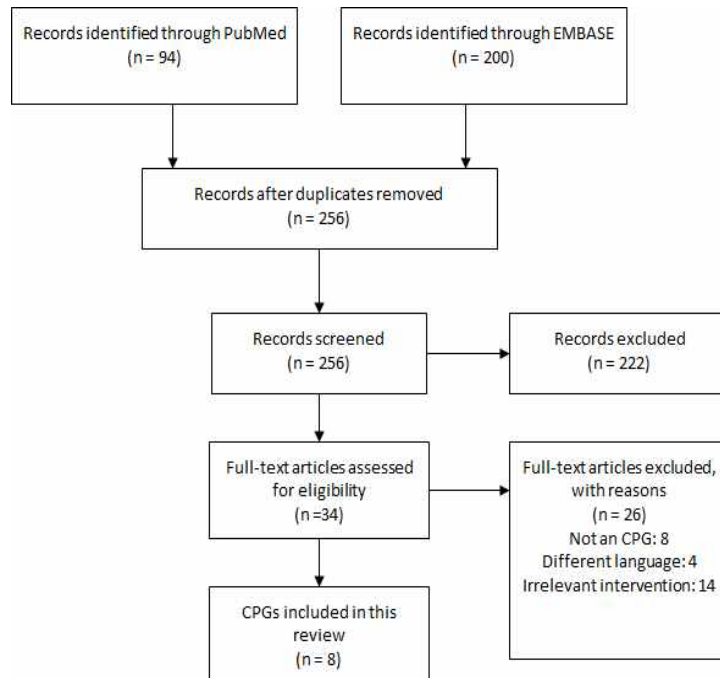


그림 1. 연구 검색과정, PRISMA FLOW CHART

과 본 연구의 포함기준에 부합하지 않는 222 편의 문헌을 배제하였으며, 나머지 34편의 문헌을 대상으로 전문검토를 실시하였다. 그 결과 본 연구에서 정의한 임상진료지침에 부합하지 않는 8편, 영어가 아닌 언어로 발표된 4편, 본 연구에서 정의한 명상을 다루고 있지 않은 14편을 제외하여, 최종적으로 총 8편의 임상진료지침¹²⁻¹⁹⁾이 분석에 포함되었다(그림 1).

포함된 임상진료지침의 기본적인 성격

포함된 임상진료지침을 주제별로 볼 때, 외상성 뇌손상을 다루고 있는 임상진료지침이 1편¹²⁾, 암을 다루고 있는 임상진료지침이 2편^{13,14)}, 정서장애, 주요 우울장애, 양극성 장애를 다루고 있는 임상진료지침이 각 1편¹⁵⁻¹⁷⁾, 그리고 섬유근통, 요통에 대한 임상진료지침이 각 1편^{18,19)}씩 존재하였다. 발표연도를 기준으로 볼 때, 2013년부터 2015년에 발표된 임상진료지침이 각 1편^{12,13,15)}씩 있었고, 2016년에는 2편^{14,15)}, 2017년에는 3편의 임상진료지침¹⁷⁻¹⁹⁾이 명상을 다루고 있었다.

개발된 방법으로 볼 때, 1편의 연구¹⁴⁾를 제외하고 모두 전문 학회 또는 대학기관을 중심으로 한 전문가 집단이 개발한 임상진료지침이었고, 나머지 1편¹⁴⁾은 해당 분야의 전문가 2명이 개발한 임상진료지침이었다. 모든 임상진료지침은 기존의 임상연구 검색을 통한 근거에 기반한 임상진료지침 개발방법을 채택하고 있었으며, 근거수준만을 보고하는 임상진료지침이 1편¹⁷⁾, 권고등급만을 보고하는 임상진료지침이 4편¹²⁻¹⁵⁾, 근거수준과 권고등급을 모두 보고하는 임상진료지침이 3편^{16,18,19)}이었

다. 단 1편의 임상진료지침¹⁸⁾에서는 근거수준을 제시하되, 해당 근거수준이 의미하는 바를 구체적으로 설명하지 않고 있었다.

임상진료지침에서 명상의 근거수준과 권고등급

2014년에 국제적 연구단체인 International Team of Researchers and Clinicians(INCOG)의 전문가 패널에서 발표한 외상성 뇌손상에 대한 관리 임상진료지침¹²⁾에 따르면, 마음챙김에 기반한 명상훈련은 효능이 입증되지 않았기 때문에, 주의력 결핍을 치료하는데 권고되지 않는다고 기재하고 있다. 이러한 기재내용에 대하여 근거수준은 평가되어 있지 않으며, 권고등급은 A로 매우 강한 수준이었다. 단, 이 권고등급은 사용하지 말 것을 권고하는 내용에 대한 등급이므로 해석에 주의가 필요하다. 이 임상진료지침에서는 MBSR의 권고를 위해, 1편의 무작위 대조군 연구와 4편의 기타 임상연구를 분석하였으며, MBSR의 유의한 효과를 보고한 연구도 존재했지만, 더 근거수준이 높은 무작위 대조군 연구에서 유의한 효과가 관찰되지 않았기 때문에 결과적으로 외상성 뇌손상으로 인한 주의력 개선에 MBSR의 유의한 효과는 없는 것으로 제시하였다.

2013년에 The American College of Chest Physicians에서 발표한 폐암에 대한 보완요법 및 통합의학 임상진료지침¹³⁾에 따르면, '폐암 환자에서 보완요법의 이점과 위험을 상담하는 것이 환자로 하여금 어떻게 도움이 되는 치료법들을 사용할 것인지, 그리고 어떻게 발생 가능한 위해에의 노출을 감소시킬 것인지에

대한 환자의 이해 정도를 높이는가?’라는 임상 질문에서, 모든 폐암 환자를 대상으로 MBSR 등의 보완요법 사용에 대하여 환자들의 관심을 물어봐야하며, 이러한 치료법들의 이점과 위험을 상담해주어야 한다고 기재하고 있다. 이러한 기재내용에 대하여 근거수준은 평가되어 있지 않으며, 권고등급은 2C로 매우 약한 수준이었다. 이 임상진료지침에서는 MBSR의 권고를 위해, 1편의 메타분석과 3편의 체계적 문헌고찰, 1편의 무작위 대조군 연구를 분석하였으며, 암환자를 대상으로 MBSR을 적용한 임상연구들에서 MBSR이 암환자의 정신건강, 영성, 피로감, 수면문제, 신체적 건강, 면역상태에 유의한 효과를 보고했다고 제시하였다.

2016년에 Witt 등이 발표한 유방암 환자에 대한 보완요법 및 통합의학 임상진료지침¹⁴⁾에 따르면, 명상을 암환자의 삶의 질, 불안/지각된 스트레스 개선에 권고하며, 특히 MBSR을 우울증상, 삶의 질, 지각된 스트레스 개선에 권고한다고 기재하고 있다. 이러한 기재내용에 대하여 근거수준은 평가되어 있지 않으며, 권고등급은 A 또는 B로 강한 수준이었다. 이 임상진료지침에서는 명상과 MBSR의 권고를 위해 6편의 무작위 대조군 연구를 분석하였으며, 암환자를 다뤄본 경험이 있는 검증된 명상 전문가에게 시행 받을 필요가 있다고 제시하였다.

2015년에 Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists에서 발표한 기분장애 임상진료지침¹⁵⁾에 따르면, 특히 재발성 우울삽화를 겪는 환자들에게 재발을 예방하는 중재법으로 Mindfulness-based Cognitive Therapy(MBCT) 또는 CBT(Cognitive Behaviour Therapy)가 제공되

어야 한다고 기재하고 있다. 이러한 기재내용에 대하여 근거수준은 평가되어 있지 않으며, 권고등급은 evidence-based recommendation(EBR) I으로 높은 편이었다. 이 임상진료지침에서는 MBCT의 권고를 위해, 2편의 메타분석을 분석하였으며, 이 연구들에서 모두 MBCT가 우울증의 재발 방지에 유의한 효과를 가지고 있고, 특히 우울삽화의 재발이 많이 발생했던 환자들에게서 더 큰 효과를 보이는 것으로 나타났다고 제시하였다.

2016년에 CANMAT Depression Work Group에서 발표한 주요 우울장애 임상진료지침¹⁶⁾에 따르면, ‘MBCT란 무엇이며, 주요우울장애의 급성기 및 유지기에서의 효과는 어떠한가?’, ‘단일요법에 비해 연이은 치료를 시행하는 것이 더 우수한가?’라는 임상질문에서, MBCT를 우울증의 급성기 치료 및 유지치료로 권고하고, CBT 또는 MBCT를 항우울제 복용 후 연이어 시행하는 치료로 권고하며, MBCT는 장기 항우울제 치료의 대안으로 권고한다고 기재하고 있다. 이러한 기재내용에 대하여 근거수준은 Level 1 또는 2로 높은 편이었으며, 무작위 대조군 연구들을 대상으로 한 메타분석을 근거로 삼고 있었다. 권고등급도 First-line 또는 Second-line으로 강한 수준이었다. 첫 번째 임상질문을 답하기 위해 2편의 체계적 문헌고찰과 1편의 무작위 대조군 연구가 분석되었으며, 특히 재발성 주요 우울장애에서 약물치료와 동등한 효과를 가지고 있다고 제시하였다. 두 번째 임상질문을 답하기 위해 1편의 체계적 문헌고찰과 1편의 무작위 대조군 연구가 분석되었으며, 체계적 문헌고찰에서는 MBCT에 대한 근거가 부족한 것으로 나타났지

표 1. 본 리뷰에 포함된 임상진료지침의 특성

Ref	Year	Development group	Development method	Subject	Recommendations	Evidence Level (and its implication)	Recommendation Grade (and its implication)
12	2014	INCOG Expert Panel	Evidence-based	Traumatic brain injury	Training in Mindfulness-based meditation techniques is not recommended for remediation of attention deficits outside of a research protocol due to lack of demonstrated efficacy.	NR	Grade A (Recommendation supported by at least 1 meta-analysis, systematic review, or randomized controlled trial of appropriate size with relevant control group.)
13	2013	American College of Chest Physicians	Evidence-based	Lung cancer	It is suggested that all lung cancer patients should be asked about their interest in and usage of complementary therapies including MBSR. Counseling on the benefits and risks of these therapies should be provided.	NR	Grade 2C (Very weak recommendations; other alternatives may be equally reasonable.)
14	2016	Individuals	Evidence-based	Breast cancer	1. Meditation for quality of life 2. Meditation for anxiety/ perceived stress 3. MBSR for mood(depressive) symptoms 4. MBSR for quality of life 5. MBSR for perceived stress	NR	1. Level A 2. Level B 3. Level A 4. Level A 5. Level A (Level A: Recommends the service. There is high certainty that the net benefit is substantial. Level B: Recommends the service. There is high certainty that the net benefit is moderate or there is moderate certainty that the net benefit is moderate to substantial.)
15	2015	Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists	Evidence-based	Mood disorder	MBCT or CBT should be offered as a relapse prevention intervention, particularly amongst patients with recurrent depressive episodes.	NR	EBR I (Recommendation supported by a systematic review of randomised controlled trials.)

표 1. 본 리뷰에 포함된 임상신경약리학의 특성 (계속)

Ref	Year	Development group	Development method	Subject	Recommendations	Evidence Level (and its implication)	Recommendation Grade (and its implication)
16	2016	CANMAT Depression Work Group	Evidence-based	Major depressive disorder	1. MBCT is recommended as a second-line adjunctive treatment (Level 2 Evidence) for acute depression and as a first-line maintenance treatment (Level 1 Evidence). 2. CBT or MBCT is recommended as sequential first-line treatment (Level 1 Evidence) after a course of antidepressants, and MBCT is recommended as a second-line alternative to long-term maintenance antidepressant treatment (Level 2 Evidence).	Level 1 or level 2 according to the purposes (Level 1: Meta-analysis with narrow confidence intervals and/or 2 or more RCTs with adequate sample size, preferably placebo controlled Level 2: Meta-analysis with wide confidence intervals and/or 1 or more RCTs with adequate sample size Level 3: Small-sample RCTs or nonrandomized, controlled prospective studies or case series or high-quality retrospective studies)	First-line or second-line according to the purposes (first-line: Level 1 or level 2 evidence, plus clinical support. Second-line: Level 3 evidence or higher, plus clinical support.)
17	2017	The International College of Neuro-Psychopharmacology	Evidence-based	Bipolar disorder	1. Overall the data do not support a beneficial effect of MBCT on the core symptoms of bipolar disorder but also suggest that MBCT could be useful in the reduction of anxiety in bipolar disorder patients. 2. So far there are no data supporting its efficacy in the prevention of recurrences.	Level 5 for relapse/recurrence, manic symptoms, and depressive symptoms, and level 3 for anxiety (Level 3: Some evidence from comparative studies without placebo arm or from post hoc analyses, Level 5: Negative data.)	NR
18	2017	The European League Against Rheumatism	Evidence-based	Fibromyalgia	We gave 'weak' for recommendations in relation to MBSR(which improved pain and quality of life).	Ia, A (NR)	Weak (A weak recommendation would imply that most people would, although a substantial minority would not.)
19	2017	Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians	Evidence-based	Low back pain	For patients with chronic low back pain, clinicians and patients should initially select nonpharmacologic treatment with MBSR.	Moderate (RCTs with important limitations (inconsistent results, methodological flaws, indirect, or imprecise) or exceptionally strong evidence from observational studies.)	Strong (Benefits clearly outweigh risks and burden, or vice versa.)

*Abbreviation: CBT, cognitive behaviour therapy; EBR, evidence-based recommendation; MBCT, mindfulness-based cognitive therapy; MBSR, mindfulness-based stress reduction program; NR, not recorded; RCT, randomized controlled trial.

만, 무작위 대조군 연구에서는 MBCT가 항우울제 유지치료와 효과면에서 유의한 차이가 없고, 재발은 유의하게 더 낮았다고 제시하였다.

2017년에 The International College of Neuro-Psychopharmacology에서 발표한 양극성 장애 임상진료지침¹⁷⁾에 따르면, MBCT가 양극성 장애 환자의 핵심 증상을 개선하는 데는 부족하지만, 불안 증상 감소에는 유용하게 사용될 수 있으며, 재발 방지에 대한 효과의 근거는 부족하다고 기재하고 있다. 이러한 기재내용에 대하여 권고등급은 평가되어있지 않으며, 근거수준은 Level 3 또는 5로 낮은 편이었고, 위약을 사용하지 않은 비교연구 또는 사후분석 연구나 부정적인 결과를 보고한 연구결과를 근거로 삼고 있었다. 이 임상진료지침에서는 MBCT의 권고를 위해, 2편의 무작위 대조군 연구와 2편의 기타 임상연구를 분석하였으며, 양극성 장애 환자에서의 불안 경감효과 가능성을 제시하였다.

2017년에 The European League Against Rheumatism에서 발표한 섬유근육통 임상진료지침¹⁸⁾에 따르면, 섬유근육통 환자의 삶의 질 및 통증의 개선에 MBSR 사용을 기재하고 있다. 이러한 기재내용에 대하여 근거수준은 Ia로 높은 편이었고, 권고등급은 Weak로 낮은 수준이었다. 이 임상진료지침에서는 MBSR의 권고를 위해, 1편의 체계적 문헌고찰을 분석하였으며, 메타분석 결과 MBSR의 유의한 효과가 있었지만 연구 간의 비뚤림이 유의하게 존재한다는 한계점을 지적했다고 제시하였다.

2017년에 The American College of Physicians에서 발표한 요통 임상진료지침¹⁹⁾에 따르면, ‘급

성 또는 만성 비신경근적 요통, 신경근적 요통, 척추관 협착증에 대하여 다양한 비약물적, 비침습적 치료법의 상대적 이득과 위해는 무엇인가?’라는 임상질문에서, 만성 요통이 있는 환자의 경우, 먼저 MBSR 등의 비약물적 치료가 선택되어야 한다고 기재하고 있다. 이러한 기재내용에 대하여 근거수준은 Moderate로 무작위 대조군 연구를 근거로 삼고 있었으며, 권고등급은 Strong으로 강한 수준이었다. 이 임상진료지침에서는 MBSR의 권고를 위해, 3편의 무작위 대조군 연구를 분석하였으며, 요통 환자에서 통증의 경감과 기능의 개선에 대한 MBSR의 효과크기를 Small effect로 제시하였다.

논 의

본 연구에서는 명상의 의학적 사용 현황을 알아보기 위한 목적으로 해외 의학저널 데이터베이스 검색을 통해 해외 임상진료지침 사례에서 명상이 활용되고 있는 현황을 분석하였다. 검색 결과, 총 8편의 임상진료지침¹²⁻¹⁹⁾이 분석 대상이 되었고, 외상성 뇌손상 후의 인지기능 손상을 다룬 1편의 임상진료지침¹²⁾을 제외하면, 나머지 7편의 임상진료지침¹³⁻¹⁹⁾은 크게 3가지 범주로 구분할 수 있었다; (1) 난치성 질환 환자의 삶의 질 개선, 심리증상 개선을 다루고 있는 임상진료지침, (2) 기분장애 환자의 재발방지 및 심리증상 개선을 다루고 있는 임상진료지침, (3) 통증질환 환자의 삶의 질 개선, 통증 경감을 다루고 있는 임상진료지침.

권고된 명상의 방법 별로 분류할 때, 기분

장애 환자를 대상으로 하고 있는 임상진료 지침 3편¹⁵⁻¹⁷⁾에서는 모두 MBCT가 권고되고 있었으며, 나머지 임상진료지침에서는 모두 MBSR이 권고되고 있었다. 먼저, 난치성 질환인 암을 대상으로 하고 있는 2편의 임상진료지침^{13,14)}의 권고내용을 종합할 때, 명상은 암 환자의 삶의 질, 우울, 불안, 스트레스의 개선을 위해 임상현장에서 사용이 권고되며, 2013년에 발표된 임상진료지침¹³⁾에서는 그 권고등급이 낮았으나, 2016년에 발표된 임상진료지침¹⁴⁾에서는 그 권고등급이 높았다. 이는 2013년 이후 명상에 대한 의학적 근거가 축적되었다는 것과 폐암에 비해 유방암에 대한 명상연구가 활발하게 시행되고 있다는 것을 반영하는 결과일 수 있다. 주요우울장애, 양극성 장애 등의 기분장애를 대상으로 하고 있는 3편의 임상진료지침¹⁵⁻¹⁷⁾의 권고내용을 종합할 때, 명상, 특히 MBCT는 주요우울장애 환자의 삽화 재발을 방지하기 위해 임상현장에서 사용이 권고되며, 양극성 장애의 경우 불안 증상 경감을 위해 사용을 고려할 수 있고, 권고등급을 제시하고 있지 않은 1편의 임상진료지침¹⁷⁾을 제외하고, 나머지 2편의 임상진료지침^{15,16)}에서는 그 권고등급이 높은 것으로 나타났다. 섬유근육통, 요통 등의 통증을 대상으로 하고 있는 2편의 임상진료지침^{18,19)}의 권고내용을 종합할 때, 명상은 통증환자의 삶의 질 개선과 통증 경감 효과를 기대할 수 있기 때문에, 임상현장에서 사용이 권고되며, 섬유근육통에 대한 임상진료지침¹⁸⁾에서는 권고등급이 낮았지만, 요통에 대한 임상진료지침¹⁹⁾에서는 권고등급이 높게 나타났다.

고대로부터 한 개인 또는 소규모 집단의 영

적 수련, 심신이완, 정서조절 등을 목적으로 사용되어오던 명상에 과학적 방법론을 적용하여 근거자료로 만들어내는 것이 가능해짐에 따라, 그리고 종래의 권위에 의한 의료선택이 아닌 근거자료를 중심으로 한 EBM이 의학계에 도입됨에 따라, 명상의 의학적 적용이 확대되고 있다. 특히 이번 연구에서는 의료인의 의료행위에 직접적으로 영향을 줄 수 있는 임상진료지침에 명상이 기재된 경우를 살펴보았는데, 단지 난치성 질환 환자의 삶의 질을 개선시키는 정도가 아니라, 기분장애에서 우울 삽화 재발을 방지하는데 있어 항우울제와 동등한 치료효과를 보이거나, 통증 환자에서 직접적으로 통증을 경감시키는 효과를 보이고 있으며, 임상질문에 따라 이차적 요법이 아닌 일차적 요법의 고려대상으로 기재되기도 한 것을 알 수 있었다.

이번 연구에 포함된 임상진료지침의 주제뿐만 아니라, 명상을 의학적으로 적용한 연구와 명상의 임상적 근거는 계속적으로 축적되고 있다. 예를 들면, 물질사용장애²⁰⁾, 섭식장애²¹⁾, Attention Deficit/Hyperactivity Disorder(ADHD)²²⁾, Post Traumatic Stress Disorder(PTSD)²³⁾, 심부전²⁴⁾ 등에 대한 체계적 문헌고찰에서 명상의 임상적 효과를 밝히고 있다. 이와 같이 여러 질환을 대상으로 명상의 의학적 사용에 대한 근거가 빠르게 축적됨에 따라²⁵⁾, 명상은 각종 질환에서 기존의 약물을 중심으로 한 전통적 치료법의 한계를 보완하는 대안이 될 수 있다.

이번 연구는 검색에 사용된 데이터베이스가 PubMed와 EMBASE로 제한되었다는 점, 정의된 명상에 요가, 태극권, 기공요법 등을 제외하였다는 점, 영어로 발표된 임상진료지침으로 제

한하였다는 점, 분석에 포함된 임상진료지침에 대한 방법론적 평가가 시행되지 않았다는 점에서 제한점이 존재한다. 하지만 본 연구는 의료계에서의 명상의 활용을 가늠할 수 있는 임상진료지침을 대상으로 한 분석을 통해, 명상이 적용되고 있는 질환 또는 증상의 현황과 적용된 명상의 치료적 성격을 파악하였다는데서 의미를 가진다.

참고문헌

- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full Catastrophe Living*, New York: Delta Publishing.
- Kabat-Zinn, J., Lipworth, L., & Burney, R. (1985). The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain, *J Behav Med*, 8(2), 163-190.
- Tang, Y. Y., & Posner, M. I. (2013). Special issue on mindfulness neuroscience, *Soc Cogn Affect Neurosci*, 8(1), 1-3.
- Tang, Y. Y., Hölzel, B. K., & Posner, M. I. (2015). The neuroscience of mindfulness meditation, *Nat Rev Neurosci*, 16(4), 213-225.
- Evidence-Based Medicine Working Group (1992). Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine, *JAMA*, 268(17), 2420-2425.
- Institute of Medicine (US) Committee on Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice Guidelines (2011). *Clinical Practice Guidelines We Can Trust*, Washington (DC): National Academies Press.
- AGREE Collaboration (2003). Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project, *Qual Saf Health Care*, 12(1), 18-23.
- 대한의학회, 대한신경정신의학회, 대한정신약물학회, 대한우울조울병학회 (2008). *우울증 진료지침* 2008.
- 대한한방신경정신과학회 (2016). 2016 개정 화병 한의표준임상진료지침.
- 한국한의학연구원, 대한한방신경정신과학회 (2016). *우울증 한의임상진료지침*.
- Salhofer, I., Will, A., Monsef, I., & Skoetz, N. (2016). Meditation for adults with haematological malignancies, *Cochrane Database Syst Rev*, 2, CD011157.
- Ponsford, J., Bayley, M., Wiseman-Hakes, C., Togher, L., Velikonja, D., McIntyre, A., Janzen, S., & Tate, R.; INCOG Expert Panel (2014). INCOG recommendations for management of cognition following traumatic brain injury, part II: attention and information processing speed, *J Head Trauma Rehabil*, 29(4), 321-337.
- Deng, G. E., Rausch, S. M., Jones, L. W., Gulati, A., Kumar, N. B., Greenlee, H., Pietanza, M. C., & Cassileth, B. R. (2013). Complementary therapies and integrative medicine in lung cancer: Diagnosis and management of lung cancer, 3rd ed: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines, *Chest*, 143(5 Suppl), e420S-e436S.

14. Witt, C. M., & Cardoso, M. J. (2016). Complementary and integrative medicine for breast cancer patients - Evidence based practical recommendations, *Breast*, 28, 37-44.
15. Malhi, G. S., Bassett, D., Boyce, P., Bryant, R., Fitzgerald, P. B., Fritz, K., Hopwood, M., Lyndon, B., Mulder, R., Murray, G., Porter, R., & Singh, A. B. (2015). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders, *Aust N Z J Psychiatry*, 49(12), 1087-1206.
16. Parikh, S. V., Quilty, L. C., Ravitz, P., Rosenbluth, M., Pavlova, B., Grigoriadis, S., Velyvis, V., Kennedy, S. H., Lam, R. W., MacQueen, G. M., Milev, R. V., Ravindran, A. V., & Uher, R.; CANMAT Depression Work Group (2016). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 2. Psychological Treatments, *Can J Psychiatry*, 61(9), 524-539.
17. Fountoulakis, K. N., Yatham, L., Grunze, H., Vieta, E., Young, A., Blier, P., Kasper, S., & Moeller, H. J. (2016). The International College of Neuro-Psychopharmacology (CINP) Treatment Guidelines for Bipolar Disorder in Adults (CINP-BD-2017), Part 2: Review, Grading of the Evidence, and a Precise Algorithm, *Int J Neuropsychopharmacol*, pii: pyw100.
18. Macfarlane, G. J., Kronisch, C., Dean, L. E., Atzeni, F., Häuser, W., Fluß, E., Choy, E., Kosek, E., Amris, K., Branco, J., Dincer, F., Leino-Arjas, P., Longley, K., McCarthy, G. M., Makri, S., Perrot, S., Sarzi-Puttini, P., Taylor, A., & Jones, G. T. (2017). EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia, *Ann Rheum Dis*, 76(2), 318-328.
19. Qaseem, A., Wilt, T. J., McLean, R. M., & Forciea, M. A.; Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians (2017). Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians, *Ann Intern Med*, 166(7), 514-530.
20. Maglione, M. A., Maher, A. R., Ewing, B., Colaiaco, B., Newberry, S., Kandrack, R., Shanman, R. M., Sorbero, M. E., & Hempel, S. (2017). Efficacy of mindfulness meditation for smoking cessation: A systematic review and meta-analysis, *Addict Behav*, 69, 27-34.
21. Katterman, S. N., Kleinman, B. M., Hood, M. M., Nackers, L. M., & Corsica, J. A. (2014). Mindfulness meditation as an intervention for binge eating, emotional eating, and weight loss: a systematic review, *Eat Behav*, 15(2), 197-204.
22. Evans, S., Ling, M., Hill, B., Rinehart, N., Austin, D., & Sciberras, E. (2017). Systematic review of meditation-based interventions for children with ADHD, *Eur Child Adolesc Psychiatry*.
23. Hilton, L., Maher, A. R., Colaiaco, B.,

- Apaydin, E., Sorbero, M. E., Booth, M., Shanman, R. M., & Hempel, S. (2016). Meditation for Posttraumatic Stress: Systematic Review and Meta-analysis, *Psychol Trauma*.
24. Kwekkeboom, K. L., & Bratzke, L. C. (2016). A Systematic Review of Relaxation, Meditation, and Guided Imagery Strategies for Symptom Management in Heart Failure, *J Cardiovasc Nurs*, 31(5), 457-468.
25. Chan, R. R., & Larson, J. L. (2015). Meditation Interventions for Chronic Disease Populations: A Systematic Review, *J Holist Nurs*, 33(4), 351-365.
- 투고일자 : 2017. 6. 26.
최종 게재확정일자 : 2017. 8. 29.

Meditation in Clinical Practice Guidelines

Kwon Chan-Young¹⁾²⁾ Choi Eun-Ji¹⁾ Chung Sun-Yong³⁾⁴⁾ Kim Jong-Woo³⁾⁴⁾

¹⁾Department of Clinical Korean Medicine, Graduate School, KyungHee University

²⁾Yanggu Public Health Center

³⁾Department of Neuropsychiatry, College of Korean Medicine, KyungHee University

⁴⁾Department of Korean Neuropsychiatry, Gangdong KyungHee University Hospital

The purpose of this review was to analyze the state of meditation in the clinical practice guidelines(CPGs) to understand the medical use of meditation. We conducted a search in PubMed and EMBASE, a medical journal database, selected CPGs describing meditation as an intervention, and analyzed its content, evidence level, and recommendation grade. Eight CPGs about traumatic brain injury, cancer, mood disorders, major depressive disorder, bipolar disorder, fibromyalgia, and low back pain were included in the review. According to the meditation methods, Mindfulness-Based Cognitive Therapy(MBCT) was recommended in three CPGs of mood disorders. In the remaining CPGs, Mindfulness Based Stress Reduction program(MBSR) was recommended. CPG of traumatic brain injury recommended that meditation should not be performed. While one of CPG of cancer and CPG of fibromyalgia recommended that meditation should be performed at a low recommendation grade. The remaining CPGs recommended that meditation should be performed at a high recommendation grade. Meditation has been described as a therapeutic method in the CPGs for various diseases or symptoms according to the accumulation of medical evidence of meditation. This means that meditation is considered as a therapeutic method in the medical field. In addition, considering the present status of meditation studies, it is expected that meditation will be described in more CPGs in the future.

Key words : meditation, mindfulness, clinical practice guideline, guideline, medicine