

## 불안에 대한 수용-전념 치료의 치료과정 변인과 치료효과\*

이 선 영†

UCLA

안 창 일

고려대학교

본 연구는 수용-전념 집단 치료를 불안문제에 적용하여 프로그램을 구성하고 그 효과를 검증하였다. 특히 불안에 대한 수용-전념 치료의 이론에 근거해 치료과정 변인을 구체화하여 고찰하였으며, 불안 및 우울 등 호소문제 및 정신건강 상태 뿐 아니라 치료과정 변인의 치료 후 변화 또한 검증하였다. 치료집단은 대학생 및 대학원생과 졸업생 등 일반성인으로 구성되었으며, 총 10회기로 진행되었다. 결과 분석에는 치료 집단 27명과 통제집단 27명 총 54명의 자료가 포함되었다. 연구 결과, 수용-전념 치료집단은 통제집단에 비해 유의하게 상태불안, 특성불안과 우울 등 정서적 불편감이 완화되었으며, 불안통제감 및 불안민감성 등 불안관련 취약성 또한 유의하게 변화되었다. 이러한 치료 효과는 10주 이후 추후에도 유의한 수준으로 유지되었다. 특히 수용-전념치료(Acceptance-Commitment Therapy: ACT)에서 불안에 대한 치료과정 변인으로 가정하고 있는 마음챙김과 사고억제 및 수용행동 그리고 자기자비 또한 치료 후 증진되었다. 본 연구의 의의, 시사점 및 제한점이 논의되었다.

주요어 : 수용-전념 치료, 불안, 과정변인, 마음챙김, 수용행동, 자기자비, 사고억제

\* 이 논문의 일부는 이선영(2010)의 고려대학교 박사학위 청구논문을 인용하였음.

† 교신저자 : 이선영, Mindful Awareness Research Center, UCLA Semel Institute for Neuroscience and Human Behavior, 760 Westwood Plaza, Rm. 47-444 Box 951759, Los Angeles, CA 90095-1759  
E-mail : seonyoung@ucla.edu., seonyoung99@gmail.com

불안은 치료 장면에서 내담자가 가장 빈번히 호소하는 정서적 불편감 중 하나이다. 불안감 자체는 만약 그것이 현실적이라면 위협 자극으로부터 개인을 보호할 수 있도록 하여 생존에 도움이 되는 인간 공통의 경험이다. 하지만 불안으로 인해 사회적 장면 등 일상의 대처 상황으로부터 회피하고 철수하여 개인의 적응 및 삶의 질을 해치게 되면 이는 불안장애가 된다. 즉, 대개 불안 및 공포가 유발되는 상황은 사회적 상황 및 일상의 대처 상황으로, 이를 회피하기 위해서는 일상의 대처상황으로부터 철수하여야 하며 결국 개인의 운신의 폭이 좁아지는 가운데 가정 및 일터 등에서 자신이 추구하는 가치 있는 행동에 도전하기 보다는 불안 경험을 회피하는 방식으로 행동하게 된다. 결국 이로 인해 삶의 질을 해치게 되는 결과를 초래하므로 불안이 문제가 된다.

이러한 불안 문제의 핵심에는 '회피'가 자리 잡고 있는데, 지금까지는 회피행동 및 도피행동 등 행동적 회피에 대한 연구가 주를 이루어왔다(Mowrer, 1960). 이에 회피행동을 줄이고 새로운 학습을 가능하게 하는 노출치료가 불안에 대한 효과적인 치료 기법 중 하나로 자리 잡았으며, 인지행동치료에서도 불안 자극에 대한 노출 치료적인 기법을 통합해 적용하여 오고 있다(박기환, 안창일, 2001; 이정윤, 최정훈, 1997).

한편 실제 노출 치료를 시행함에 있어서 여러 가지 제한점이 대두되었는데, 특히 불안 자극에 노출될 경우, '불편한' 불안 감각 및 감정을 수용하기 어려워하는 내담자의 비수용적 태도가 치료 성과를 저해하는 주요한 장애물이었으며, 대개 노출 회기 이후 다시 이를 시도하지 못하고 증도에 탈락하는 비율이 높은 것 또한 문제가 되어 왔다(조용래, 2001). 이에

Foa와 Kozak(1986)은 행동적 회피 뿐 아니라 개인의 주관적인 경험 및 생리적 경험을 회피하려 하는 것이 불안을 유지시키는 중요한 요소가 된다고 보았으며, 결국 불안 정서를 충분히 경험하고 처리하는 것이 불안 대처 및 노출 치료의 핵심이라고 하였다.

이와 관련해 최근 Hayes, Wilson, Gifford, Folette와 Strosahl(1996)은 불안을 비롯한 사적 경험(신체적 감각, 정서, 사고, 기억, 행동적 경향성)에 접촉하지 않고 그 형태와 빈도 및 발생된 상황을 바꾸고자 하는 것을 경험적 회피(experiential avoidance)라 이름붙이며, 이러한 경험적 회피가 다양한 정신 병리에 내포되어 있다고 분석하였다. 동시에 행동치료에서 실제 긍정적인 효과를 이끌어내는 치료 기제 및 과정에 대한 지식이 축적되면서 10년 전부터는 마음챙김(mindfulness)과 수용-중심적인 접근에 관심이 모아지기 시작하였다(Eifert, Forsyth, Arch, Espejo, Keller & Langer, 2009). 이러한 흐름에 따라 등장한 수용 중심적 접근의 하나로서 수용-전념 치료(Acceptance-Commitment Therapy: 이하 ACT)는 경험 회피에 대한 실험실 연구 및 분석을 토대로 해서 경험의 수용을 가로막는 요인들을 이론적으로 분석하여 체계적으로 개념화하였다

이러한 ACT는 행동주의 치료의 하나로 볼 수 있다. 즉, 고전적, 조작적 조건화 원리 및 이에 근거한 행동수정 기법을 특징으로 하는 행동주의 치료를 시작으로, 이후 1960년대 말에서 1970년대에 시작된 이른바 인지혁명(cognitive revolution)에 따른 인지치료를 두 번째 큰 흐름으로 볼 수 있으며, ACT는 제 3의 물결이라 불리는 상대적으로 더욱 맥락주의적인 접근의 하나이다(Goldfried, 2003). 여기서 맥락주의적인 접근이란 '나쁜 것은 버리고 좋은

것만 갖는' 기계적 접근이 아니라 '나쁜 생각은 그저 하나의 생각일 뿐 그 이상도 그 이하도 아니라고 그저 바라보기'를 강조하는 기능적 맥락주의 관점으로서, ACT에서는 사적 경험의 '형태'를 바꾸려 노력하기보다 사적 경험의 '기능'을 변화시키려고 시도하며, 사적 경험이 외현적인 행동 등 다른 부분과 전체적으로 관련되어 있는 맥락을 조작함으로써 변화를 이루고자 한다(Hayes, Strosahl & Wilson, 1999).

ACT는 증거 중심적인 치료적 접근의 하나로써, 마음챙김 및 수용 등 치료과정의 효과 검증 연구가 축적됨으로써 구체화된 접근이다. 기존의 인지행동치료에서의 핵심적인 인지 중재 기법(예를 들어 흑백논리, 과잉일반화 등) 중에서 실제 기초 인지 과학 연구를 통해 그 과정이 과학적으로 도출된 경우는 많지 않으며(Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Li prollis, 2006), 이러한 부적응적인 사고의 변화가 인지행동치료 뿐 아니라 약물치료를 통해서도 일어난다는 경험적 연구가 늘어남에 따라, 실제 치료 과정에서의 변화요인을 보다 과학적이고 일관적으로 설명할 수 있는 새로운 행동주의 치료모델의 필요성이 높아졌으며, 이에 등장한 것이 ACT이다(Hayes 등, 2006). 따라서 ACT에 대한 경험적 연구 수행 시, 전반적인 치료 효과에 더해 치료 과정변인을 명료화하고 이러한 치료 과정변인의 치료 후 변화를 검증하는 것은 ACT의 기본적인 모델에 근거한 연구과정으로 볼 수 있겠다(Bond & Bunce, 2000).

실제 지난 몇 십년간 치료 효과에 대한 연구는 주로 일괄적인 개입전략의 효과 검증에 주력해 왔으며, 인지행동치료를 비롯한 다수의 치료적 접근이 불안 및 우울 등의 문제에 효과를 나타내는 것으로 나타났다(Chambless &

Ollendick, 2001). 이러한 '일괄적인 개입전략(package approach)'의 효과 검증이 다양한 심리치료가 경험적으로 타당하다는 것을 증명하는데 도움이 된 것은 사실이나, 한편으로는 일괄적인 치료적 접근 중 어떠한 요소가 실제로 특정 치료를 효과적으로 이끄는 지 밝히는 데는 도움이 되지 못한다는 한계를 지니고 있다. 이에 각각의 접근의 유사한 점과 차이점을 명확히 밝히기 어려우며, 결과적으로 현존하는 접근을 다시 배열해 새로운 접근을 만드는 등의 문제를 방지하기 어려웠던 것 또한 사실이다(Rosen & Davidson, 2003).

이에 치료적 접근에 대한 일괄적인 효과검증이 아니라 '변화의 과정'을 구체화하는 데 초점을 맞추는 것이 필요하며, 이러한 연구를 통해 이후 다양한 치료적 접근을 포괄해 효과를 나타내는 공통된 효과 요소를 밝히는데 또한 도움이 될 것으로 보인다(Rosen & Davidson, 2003). 이러한 측면에서 본 연구는 우선 불안 문제에 수용-전념 치료가 효과를 나타내는 지 검증한 이후 실제 ACT에서 가정하고 있는 치료과정 변인을 구체화하고 그 치료 후 변화를 검증함으로써, ACT의 이론적 모델 및 이를 바탕으로 개발된 본 프로그램의 타당성을 뒷받침하는 한편 ACT의 치료 효과 기제를 명료화하여, 이후 더욱 효과적인 프로그램의 지속적인 개발에 도움이 되고자 한다.

불안에 대한 수용-전념 치료에서의 치료과정 변인들을 살펴보자면, Eifert 등(Eifert, Forsyth, Arch, Espejo, Keller & Langer, 2009)은 ACT의 치료 과정변인으로 경험적 회피 및 수용, 마음챙김, 사고억제를 정의하고 있으며, 이에 더해 Forsyth(2009)는 일반적인 ACT에 비해 불안 문제에 대한 ACT개입 시에는 특히 자기자비가 중요한 치료과정 변인이라고 하였다. 이에

우선 수용-전념 치료에서 정신 병리와 밀접한 연관이 있다고 보는 경험적 회피의 일종으로 정서적 회피와 사고억제를 살펴본 이후 이를 상쇄하는 심리적 과정으로서 수용의 의의를 논하고자 한다. 또한 ACT의 태동에 기여하였고 치료 전과정에 영향을 미치는 매개변인으로서 마음챙김(mindfulness) 또한 살펴보고자 하며, 이후 불안에 대한 수용-전념 치료에서 함양하고자 하는 자기 개념인 자기자비에 대해 살펴보겠다.

먼저 경험회피 중 정서경험의 회피에 대해 살펴보겠다. 사실 불안 등 인간의 정서 경험은 실제 진화론적 기능을 가지고 있다. 즉, 불안을 포함한 정서경험은 행동을 활성화할지 혹은 억제할지 결정하는 데 중요한 변수로 작용하며, 사회적 결속을 높이고, 의사소통을 도와 인간이 생존에 유리하게 적응할 수 있도록 돕는다(Cosmides & Toby, 2000). 정서적 회피는 이러한 정서 경험의 기능을 여러 가지 면에서 방해한다. 불편한 정서 경험의 회피가 단기적으로 성공적일 때, 개인은 정서경험으로부터 얻을 수 있는 환경에 대한 정보를 충분히 얻기 어려워지며, 정서와 연합된 행동경향성 또한 발현되지 못하게 된다. 결국 단기간의 정서적 회피가 성공적으로 느껴질지라도 실제로는 개인이 환경과 상호작용하는 것을 방해하게 된다. 결국 이후 정서 경험 시 효과적인 행동을 하게 될 가능성이 낮아지며 결과적으로는 이후에 더 높은 수준의 정서적 불편감을 경험하게 된다(Salters-Pedneault, Tull, & Roemer, 2004).

이러한 정서 경험의 회피는 부적응적일 뿐 아니라 역설적으로 정서 경험을 더욱 증폭시킨다. 연구 결과에 의하면 정서 회피 경향이 높은 사람들은 공포감 및 역겨움 또는 행복감

등의 정서를 유발하는 영화장면에 노출될 때, 오히려 더 높은 수준의 정서 반응을 보인다고 한다. 또 임상적 수준의 불안을 경험하는 사람들이 비임상 수준의 불안을 보이는 집단에 비해 부정적 정서를 더 많이 억제하였다. 이때 임상집단의 경우 정서반응을 유발하는 영화장면에 노출될 때 정서억제를 더 많이 하는데, 이러한 정서억제는 당시의 부정적 정서를 증폭시킬 뿐 아니라, 영화 종영 후 부정적 정서의 회복을 더디게 하는 등 지속적인 부정적 결과와도 관련이 있었다(Campbell-Sills & Barlow, 2007). 특히 불안 경험과 관련해서도, 위협 자극에 노출될 경우, 정서반응을 회피하는 경향이 높을수록 더 높은 각성 수준을 보였다(Notarius & Levinson, 1979). 실제로 정서 경험을 수용하는 것은 부정적 정서와 연합된 부적응적인 행동의 소거학습을 촉진시키며, 역설적으로 생리적 반응과 정서적 불편감을 감소시킨다. 이에 정서적 경험의 수용을 돕는 전략이 치료적으로 효과적일 수 있다(Salters-Pedneault, Tull, & Roemer, 2004).

둘째, 불안과 관련된 경험 회피 중 또 다른 예로 ‘사고억제(thought suppression)’를 들 수 있다. 원치 않는 사고가 의식에 접근하는 것을 막고자 하는 사고 억제는 우리가 빈번히 사용하는 통제 전략 중 하나이나, 연구 결과에 의하면 이러한 사고 억제는 종종 원치 않는 사고의 경험을 줄이는 데 효과가 없을 뿐 아니라 오히려 원치 않는 사고를 더 빈번히 경험하게 하는 역설적인 결과를 초래한다(Lavy & Van den Hout, 1990; Wegner, 1989). 즉, 사고 억제 당시에 즉시적으로 표적 사고의 빈도를 증가시키는 ‘즉시적 상승효과’를 나타내거나, 일시적으로는 사고억제가 효과를 보인 후에 다시 표적 사고의 빈도가 증대되는 ‘반동효과

(rebound effect)'를 보인다(Lavy & Van den hout, 1990; Wegner, 1989). 실제로 현재까지 사고억제와 관련된 연구들에 대한 메타 분석 결과에 따르면, 44개의 통제된 실험연구에서 사고억제는 반동효과를 나타내었다(Abramowitz, Tolin, & Street, 2000).

이러한 사고억제의 개인차와 관련하여 지금까지 주로는 원치 않는 생각을 억제하는 경향만을 측정하여 왔는데(Wegner & Zanakos, 1984), 실제로는 억제 정도 및 경향성에만 개인차가 있는 것이 아니라 억제 효율성에도 개인차가 있다(Brewin & Beaton, 2002). Rassin (2003)에 의하면 이러한 사고억제의 성공 여부는 원치 않는 생각에서 주의를 분산하는 능력보다 그 생각을 '수용할 수 없는 것'으로 지각해 자기-치별하는 정도와 더욱 밀접하게 관련된다고 하였다. 국내에서도 이선영(2011)의 연구 결과에 의하면, 원치않는 사고를 성공적으로 억제한다고 지각하는 정도가 원치않는 내적경험을 할 때 스스로를 자비롭게 대하는 자기자비 정도와 정적 상관을 나타내기도 하였다.

따라서 불안관련 사고를 경험하는 것으로 자기를 타기보다, 생각을 개인이 경험할 수 있는 하나의 사적 사건(private events)으로서 수용하며, 비판단적이고 통합적으로 온전히 마음을 챙겨 주의를 유지하도록 돕는 과정이 오히려 불안관련 사고의 빈도를 감소시키며 주관적 불편감을 감소시키는 등 치료적으로 유용하다고 하였다(Forsyth & Eifert, 2008).

셋째, ACT에서 경험회피를 상쇄하는 치료과정으로서 '수용(acceptance)'을 논하고자 한다. 인간은 끊임없이 정서 조절에 몰두하며, 부적응적인 정서조절 전략은 불안장애는 물론 사회적 적응 및 여러 신체 질병에 기여하는

주요한 변인 중 하나이다(Campbell-sills & Barlow, 2007, Saplosky, 2007). Gross의 연구(Gross, 1998; Gross, 2002)에서 제안한 정서 조절 모형에 따르면 정서 조절 과정은 크게 두 유형으로 나눌 수 있는데, 하나는 입력과정에 대한 조절과정인 선행사건-초점화(antecedent-focused)된 정서 조절과정이며, 또 다른 하나는 출력과정에 대한 조절과정인 반응-초점화(response-focused)된 정서 조절 과정이다. 이에 따르면 ACT에서 말하는 수용은 억제와 대비되는 반응-초점화된 정서 조절 전략인 동시에 정서를 유발하는 자극에 대한 주의 및 해석과 개인에게 미치는 정서자극의 맥락적 의미가 변한다는 점에서 선행-초점화된 전략으로도 간주될 수 있다(Hoffmann, 2007).

ACT에서 말하는 수용이란 사건의 빈도나 형태를 변화시키려 시도하지 않은 채 생각 및 감정 등의 사적 경험 특히 심리적 고통을 유발시키는 사적사건(private events)을 기꺼이 받아들이는 것이라고 할 수 있겠다(Hayes 등, 2006). 실제 공황 장애 환자에 대한 노출(exposure)치료에 대한 Barlow와 Craske의 연구(2000)에 따르면, 수용 전략을 사용한 집단이 억제 전략을 사용한 집단에 비해 노출 동안 경험하는 주관적 불안감 수준이 낮았으며, 특히 노출을 경험한 이후 또 다시 노출에 '기꺼이' 참여하고자 하는 자발성(willingness)이 억제 집단에 비해 두드러지게 높았다. 이에 수용과정은 불안에 대한 ACT가 효과를 얻는 중요한 치료과정 중 하나라고 할 수 있겠다(Eifert 등, 2009).

넷째, 불안에 대한 수용-전념치료의 과정변인으로 마음챙김을 들 수 있다. 최근 몇 십년 사이 불교의 명상에서 유래한 마음챙김(mindfulness)이라는 심리학적 구성개념에 대한

관심이 증가되었으며, 이를 활용한 심리치료가 다양한 장애에서 효과를 보였는데, 예를 들어, 불안과 우울 및 강박증 등과 관련해서 유의한 치료효과를 나타내었고(Kutz, 1985), 공황 증상 개선에도 효과가 있었다(Kabat-Zinn, 1994).

이러한 마음챙김은 수용-전념 치료의 거의 전과정에 요구되는데, 우선 ACT의 탈융합(defusion)과정에서는 이러한 마음챙김의 재인식 과정을 '관찰하는 자기(observing self)'라 칭하는데, 우리가 마음챙김을 통해 생각, 감정 등의 의식의 내용을 관찰할 수 있게 됨에 따라 더 이상 그 내용에 압도되거나 융합되지 않을 수 있게 된다고 본다(Deikman, 1982). 이처럼 수용-전념 치료에서는 사고의 내용이나 형식을 변화시키는 것이 아니라 생각과 개인 간의 관계를 변화시키는 데 집중하며, 그 과정에서 인지적 융합(cognitive fusion)을 다루게 되며 이때 마음챙김이 중요한 치료적 과정이 된다(Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999).

또한 수용-전념 치료에서 가치를 명료화하는 과정에도 마음챙김 과정이 도입된다. 즉, 한 개인이 속해있는 가족, 문화, 사회의 가치와 무조건적으로 동일시되기 보다는 그 가치를 관찰하는 능력을 키우는데 마음챙김 과정이 요구된다. 이를 통해 조건화된 가치에 끌려 다니지 않고 객관성을 갖고 이를 관찰하여 선택할 수 있는 기회를 가질 수 있게 되며, 스스로에게 무엇이 중요하고 진정한 가치가 있는 것인지를 깨닫도록 할 수 있다(Brown & Ryan, 2003; Ryan & Deci, 2000).

더불어 수용-전념 치료에서의 궁극적 치료 목표인 유연성(flexibility)을 키우는 데에도 마음챙김 과정이 요구된다. 즉, 기존의 기대와 신념은 새로 획득되는 정보의 처리 과정을 왜곡

할 수 있는데, 이러한 기존의 판단에서 벗어나 있는 그대로의 경험을 명료하게 인식하는데 마음챙김이 중요한 기술이 된다. 즉, 현재 경험을 왜곡할 수 있는 기존의 판단적인 마음 및 이로 인한 자동적인 행동 패턴에서 벗어나 적응적이고 유연하게 대처할 수 있도록 돕는다(Borkovec, 2002).

특히 불안장애에 대한 ACT 접근에서 핵심이 되는 노출기법과 관련해서도 마음챙김 과정이 요구된다. 마음챙김은 개인이 불안 등의 강렬한 정서조차도 객관성을 가지고 바라보게 도우며, 기존의 회피 반응 등 자동화된 반사 반응을 반복할 가능성을 낮춘다. 따라서 불안처럼 강렬하며 다루기 어려운 정서 상태를 부인하려 하고 회피하는 습관적인 상태에 대항할 수 있게 해주어 노출 경험의 빈도를 증가시킨다(Baer, 2003). 결국 개인은 이러한 노출 경험을 통해 자신의 생각, 감정 및 신체 감각이 결국은 사라지며, 자신의 예상처럼 압도적이고 위협적이지 않다는 것을 경험하게 된다(Siegal, Williams, & Teasdale, 2002). 이에 마음챙김을 ACT의 6차원 모형 거의 모든 차원에 적용되는 치료과정이라 할 수 있겠으며, 실제 Degen(2008)의 연구에서 마음챙김이 공황장애의 과호흡에 대한 ACT 치료 효과를 매개하는 과정변인으로 나타나기도 하였다.

불안에 대한 수용-전념 치료의 치료 과정 변인 중 마지막으로 자기자비에 대해서 살펴 보겠다. 불안장애에 대한 인지행동 치료를 비롯하여 다양한 치료에서 자기 효능감 등의 자기 개념은 치료 효과와 관련해 중요한 예언변인으로 여겨져 왔다(Bandura, 1977).

자비(compassion)란 다른 사람의 고통에 공감하며 타인의 아픔을 피하지 않고 인식하는 것으로 타인에 대한 친절함에 기초한 개념이다.

자기자비(self-compassion)란 이러한 자비를 스스로에게 행하는 것으로서, 고통 등 자신의 경험을 인간 공통의 경험으로서 바라보고, 자신을 불충분하고 완벽하지 않지만 존재 자체로 존중하고, 실수나 실패 또는 약점에 대해 스스로를 용서하는 것을 말한다. 이는 자기 연민과는 다른 개념으로, 사람들이 자기 연민을 경험할 때는 자신의 문제에 몰입하게 되고, 다른 사람들 또한 자신과 비슷한 문제를 가지고 있다는 사실을 잊게 된다. 반면 자기자비는 자기 연민과 다르게 인간 공통의 경험으로서 자신의 실패나 고통을 받아들임으로써 타인과의 연결성을 경험하게 되며, 결과적으로 자신의 감정에 과도하게 동일시(over-identification)하지 않고, 거리를 갖고 스스로의 감정을 바라볼 수 있게 된다(Neff, 2003a).

이러한 자기자비는 자신에 대한 이상적인 기준을 필요로 하지 않으며, 다른 사람의 평가에 좌지우지 되지 않아, 판단에 근거한 자기개념에 비해 더 생산적이고 효과적인 행동을 할 수 있게 한다고 보았다(Neff, 2003a). 특히 일상의 다양한 경험 중 자기 관련 사건을 경험하게 될 때 이로 인한 불안, 우울 및 분노 등의 부정적 정서 경험을 자기 자비가 매개하여 감소시킨다고 하였다(조용래, 2009).

특히 자기자비는 반추 및 사고 억제 등의 경험적 회피 경향성을 낮춤으로써 결과적으로 우울 및 불안 증상을 감소시킨다(Neff, 2003a; Neff, Kirkpatrick, & Rude, 2007). 특히 자신이 통제하지 못하는 생각이 떠오를 때, '수용할 수 없는 생각을 떠올리는 것에 대해 자기-차별하는 정도가 클수록 사고 억제에 실패하며, 그렇지 않고 이러한 사고 경험 자체를 수용할수록 사고 억제에 성공한다. 실제 국내에서도 자기자비 정도가 성공적인 사고억제 정도와

유의한 상관을 나타내기도 하였다(이선영, 2011). 이는 행동적 회피와 관련해서도 마찬가지로 자기자비가 외상적 경험에 대한 노출시 회피 경향성을 줄여 자연적인 노출 과정을 촉진한다고 하였다(Thompson & Waltz, 2008).

외상 후 스트레스 장애와 관련한 Foa와 Rothbaum(1998)의 또 다른 연구에 따르면, 외상 경험 후 회복 과정을 자기 자비 및 경험의 수용이 촉진시키며, 이로 인해 외상 후 스트레스 장애로의 진전을 막아 외상 후 스트레스 장애의 발생률을 감소시킨다고 한다. 또한 자기자비와 경험의 수용은 외상 후 스트레스 장애 증상의 심각도와도 관련되는데, 자기자비 수준이 높을수록 증상의 심각도가 낮았다. 이는 자기 자비와 수용이 내적인 고통을 통제하려는 노력을 줄이고, 적응적인 정서 반응을 가능하게 하며, 한편으로 이를 통해 외상 기억을 안전하게 활성화하는 동안 새로운 정보 처리를 가능하게 하여 증상의 심각도를 완화시키는 것으로 보았다(Hayes, Follette, & Linehan, 2004).

지금까지 ACT에 대한 치료과정 변인 및 주요 치료전략으로서 사고억제, 수용, 마음챙김, 자기자비를 살펴보았으며, 이러한 치료과정 변인과 불안과의 관계 또한 구체적으로 살펴 보았다.

이제 ACT의 치료효과에 대한 기존의 경험적 연구 결과를 살펴보자면, 국외의 경우, ACT는 다양한 불안문제에 대해 치료 효과를 나타내었다. 즉, 일반화된 불안 장애 및 강박 장애 그리고 외상 후 스트레스 장애에서 모두 유의미한 치료효과를 나타내었다(Roemer & Orsillo, 2002; Twohig, 2004). 국내에서도 아직 사례 연구이긴 하나, 공황 장애를 호소하는 정신과 내원 환자에게서 수용-전념 치료가 불

안과 우울 등 정서적 불편감을 완화시키고 반 추사고를 감소시키는 효과를 나타내기도 하였다(이선영, 김원, 2008).

불안관련 대표적인 취약성 요인으로는 불안 민감성과 불안통제감을 꼽을 수 있다. 불안민 감성이란 불안과 관련된 신체 감각에 대한 두려움을 나타내는 것으로, 이는 비교적 안정적인 성격변인인 동시에 신체감각이 위협한 결과를 일으킨다고 믿는 정도를 측정하는 인지 변인으로서, 이 변인에서의 개인차가 불안, 특히 공황장애의 발생과 유지에 중요한 역할을 담당한다고 보고 있다(Reiss, 1991; Reiss & McNally, 1985). 또 불안 통제감은 불안관련 병 리로의 진전 및 유지에 핵심적인 과정으로 여겨져 왔으며(Barlow & Craske, 2000), 실제 사회 공포증 환자에게 있어 불안 통제감 수준이 사회적 회피를 유의미하게 예측하기도 하였다(이복동(이선영), 오윤희, 오강섭, 2003).

실제로 경험회피가 불안통제감 및 불안민감 성이 불안에 미치는 영향을 부분 또는 완전 매개한다는 연구 결과가 있으며(Kashdan 등, 2006), 수용 정도가 불안 통제감 등 인지적 재 해석 과정이 불안에 미치는 영향을 매개하는 효과를 나타내기도 하였다(Eifert & Forsyth, 2005). 또한 있는 그대로의 내적, 외적 상태를 수용하는 마음챙김-수용과 마음챙김-집중행동 이 불안민감성이 불안에 미치는 영향을 부분 매개하는 효과를 나타내기도 하였다(김지은, 이선영, 2011)

인지행동치료와의 치료 효과를 비교한 연구에 의하면 수용-전념 치료가 인지행동치료에 비해 사후 및 추후 2개월 후 유의하게 높은 치료효과를 나타내었다. 이 때 ACT집단과 CBT집단 간 자동적 사고의 변화 정도는 유의 미한 차이가 없었다(Zettle & Hayes, 1986). 또

한 수학불안에 대한 치료효과를 비교한 연구에서 ACT 집단은 체계적 둔감화 치료 집단과 동등한 수준으로 수학불안을 감소시키는 효과가 있었으며, 특성 불안의 경우에는 체계적 둔감화 치료 집단에 비해 더 높은 치료효과를 보였다(Zettle, 2003).

국내에서도 심리적 수용을 촉진해 전반적인 안녕감을 증진시키는 것을 목표로 한 접근이 이루어졌으나(문현미, 2006), 통제집단과의 비교를 통한 검증 및 각각의 증상별로 치료적 과정을 구체화하고, 그 효과를 검증한 연구는 상대적으로 아직 부족하다. 특히 치료과정을 구체화하는 연구와 관련해, 국외에서도 직무 스트레스에 대한 ACT의 치료 효과 매개과정을 검증하는 연구(Bond & Bounce, 2000)만이 이루어졌을 뿐 아직 불안에 대한 연구는 그 도입단계에 있다.

이에 본 연구에서는 불안문제에 수용-전념 치료적 접근을 적용해 프로그램을 구체화한 Forsyth와 Eifert의 불안 프로그램을 기반으로, 불안문제와 관련한 ACT 접근에서는 불안관련 신체감각 및 생각을 수용하도록 돕는 마음챙 김 기술을 습득하는 것이 상당한 부분을 차지 한다는 기존 연구에 따라 K-MBSR의 일부 명상 프로그램을 결합한 한국식 프로그램을 새로 개발해 예비연구(이선영, 2010)를 통해 그 효과를 검증한 이후, 본 연구에서 통제된 효과 검증을 하였다. 이러한 일괄적인 치료효과 검증에 더해 특히 본 연구에서는 실제 ACT에서 가정하고 있는 치료과정 변인을 구체화하고 그 치료 후 변화를 검증함으로써, ACT의 이론적 모델 및 이를 바탕으로 개발된 본 프로그램의 타당성을 뒷받침하는 한편 ACT의 치료 효과 기제를 명료화하여, 이후 더욱 효과적인 프로그램의 지속적인 개발에 도움이



되고자 한다.

## 방 법

### 참가자 및 절차

서울 소재 K대와 C대 상담심리 대학원 인터넷 게시판 및 교내 게시판 등을 통해 불안에 대한 집단상담 프로그램 신청자를 모집하였다. 집단 구성원은 대학생 및 대학원생과 졸업생 등 일반인으로, 통제집단은 참여를 희망한 지원자 중 대기명단에 올라있어 다음 집단 상담까지 기다려야 하는 사람들로 구성되었다.

본 프로그램의 참여조건과 배제조건은 다음과 같았다. 프로그램 시작 전 구조화된 면담 도구인 M. I. N. I. - plus(Korean version of MINI International Neuropsychiatric Interview-Plus)를 통한 예비면접을 연구자 및 심리학 석사이상의 연구보조자가 연구자의 지도 감독하에 시행하였다. 이 때 불안증상 자체는 진단기준을 충족시키지 않을 지라도 불안으로 인해 현재 사회적, 적응적 기능상 어려움을 겪고 있는 지 여부를 주요 기준으로 선별하였으며, 주요 우울증이나 정신병적 장애 등 다른 주요 문제가 있는 경우는 프로그램 참여 기준에서 제외하였다. 그 결과 전체 치료집단 33명 중 2명이 제외되어 31명이 치료프로그램에 참여하였다. 제외된 2명의 경우 개인치료 및 약물치료를 받을 수 있도록 조치하였다.

프로그램은 총 다섯 집단에 시행하였으며, 주당 1회 2시간씩 총 10회기로 이루어졌다. 참여자 모집 및 프로그램 진행은 다섯 집단 모두 동일하게 이루어졌으며, 프로그램 진행

장소에 있어서 다섯 집단 중 한 집단의 경우만 서울 소재 대학병원에서 시행하고, 나머지 4개 집단은 K대학 및 경기도 소재 C대학에서 진행하였다. 또한 10주 이후 연구가 종료된 후에는 대기자 집단의 경우에 상담기관을 안내하고, 치료 프로그램 내용 일부를 담고 있는 자기 조력서(이선영, 한호성, 정은영, 2009)를 제공하였다.

다섯 집단 모두 주치료자는 임상심리 전문가 취득이후 치료경력 7년 이상, 수련감독자 경력 2년 이상인 연구자 본인으로, 연구 당시에 연구자는 본 프로그램에서 사용된 '마음챙김 및 수용중심 불안장애 치료의 실제(이선영, 한호성 정은영, 2009)'를 번역하고, 2009년 Forsyth의 불안관련 ACT Workshop(Forsyth, 2009)을 수료한 이후였다. 보조치료자는 모두 임상심리 전문가 수련과정 중에 있는 심리학 전공 석사 이상으로 구성되었다.

집단 치료 실시의 효율성을 위해 한 집단은 4-8명 사이로 구성하였다.

치료 집단은 31명, 통제 집단은 27명(남자 8명, 여자 19명)이었다. 통제집단은 참여를 희망한 지원자 중 대기명단에 올라있어 다음 집단 상담까지 기다려야 하는 사람들로 구성되었다. 다섯 집단에 참여한 사람들은 총 31명이었고, 이 중 사후 평가를 마친 사람은 27명(남자 13명, 여자 14명)이었다. 치료소감 질문지를 제외한 자기보고식 질문지는 첫 회기가 끝난 후, 본 프로그램 종결 후 그리고 10주 이후 3회에 걸쳐서 실시하였다. 치료 소감 질문지는 본 프로그램 종결 후 실시하였다. 통제집단은 치료 효과 질문지를 제외한 자기보고식 질문지를 치료가 종결된 뒤 10주후 실시하여 치료집단과 비교하였다.

치료집단과 통제집단의 연령, 학력, 이전 상

표 1. 인구통계학적 변인의 특성

		통제집단(n=27)	치료집단(n=27)	차이검증 ( $\chi^2, t$ )
		사례수(%)	사례수(%)	
성별	남	8(29.6)	13(48.1)	1.91
	여	19(70.4)	14(51.9)	
연령	20-30세	16(59.3)	17(65.45)	-1.47
	30세-40세	6(22.2)	9(30.84)	
	40세 이상	5(18.6)	1(4.8%)	
상담 및 치료 경험	없음	25(92.6)	24(88.9)	.28
	1회	0(0)	2(7.4)	
	1회이상	2(7.4)	1(3.7)	
교육정도	고졸	1(3.7)	(22.2)	1.77
	대졸	25(92.6)	19(70.4)	
	대학원졸	1(3.7)	2(7.4)	

담경험 등 주요 인구통계학적인 특성을 정리하여 표 1에 제시하였다.  $\chi^2$  검증과  $t$  검증 결과 치료집단과 통제집단 간에 연령, 학력, 이전 상담 경험 등에서 유의한 차이는 없었다.

대상자는 남자 21명, 여자 33명으로 통제집단과 치료집단 모두에서 여자가 더 많았다. 치료집단의 평균 나이는 29세(표준 편차 6.7)이었고, 통제집단의 평균 나이는 31세(표준편차 6.8)로 두 집단 간 유의한 차이는 없었다. 연구대상자를 연령대로 나누어보면 20대가 33명으로 가장 많았으며, 30대가 15명, 40세 이상이 6명으로 집단 간 유의한 차이는 없었다. 학력은 대졸이 44명으로 가장 많았다. 또한 상담 경험과 관련해서는 이전 상담 경험이 없는 경우가 49명으로 두 집단 모두에서 가장 많았다.

호소하는 불안 문제의 하위 유형으로는 지나친 걱정(일반화된 불안장애)이 8명(29.6%), 사회 공포증이 5명(18.5%), 적응문제와 관련된 불안 및 시험 불안이 4명(14.8%), 강박증이 2

명(7.4%), 외상 후 스트레스 장애 또는 외상 경험과 관련된 불안이 2명(7.4%), 불안관련 신체증상이 1명(3.7%) 그리고 사회공포증과 불안관련 신체증상이 같이 있는 경우가 2명(7.4%), 사회공포증과 지나친 걱정이 같이 있는 경우가 3명(11.1%)이었다.

#### 측정도구

본 연구에서 사용한 연구도구는 크게 치료자 평정용 구조화된 면담도구와 내담자가 작성하는 자기보고식 질문지로 구성된다. 구조화된 면담도구인 한국어판 M. I. N. I - plus는 연구자가 직접 실시하였으며, 이를 통해 호소하는 불안문제의 하위 유형을 구체적으로 파악하고 불안으로 인한 사회적, 적응적 기능상의 어려움을 확인하였다. 한국어판 M. I. N. I - plus를 제외한 모든 척도는 효과검증을 목적으로 사용되었다.

**한국어판 M. I. N. I. - Plus(Korean version of MINI International Neuropsychiatric Interview-plus)**

M. I. N. I. - Plus는 DSM-IV(Diagnostic and statistical manual of mental disorders-fourth edition: 정신장애의 진단 및 통계편람 4판)와 ICD-10(International Classification of Disease and Health problems 10<sup>th</sup> edition: 국제 질병분류 10판)의 주요 1축 정신과 장애에 대한 간단하고 구조화된 면담을 위해 제작된 M. I. N. I.(Sheehan 등, 1998)를 연구용으로 적합하게 편집한 것이다. 국내에서 270명의 정신과 환자를 대상으로 표준화된 결과, 14개 정신과 진단별 내적 합치도가 .49-.91로 보고되었다(유상우, 2001).

**Beck 우울증 척도(Beck Depression Inventory: BDI)**

BDI는 우울증의 정서적, 인지적, 동기적, 생리적 증상 영역을 포함하는 21개의 문항으로 구성되어 있다. 본 연구에서는 이영호와 송중용(1991)이 번안한 것을 사용하였으며, 이영호와 송중용의 연구에서 일반인 집단의 내적합치도는 .78로 나타났으며, 본 연구에서의 내적합치도는 .89이었다. 본 연구에서는 불안에 초점을 맞춰 일반인을 대상으로 실시하였으므로, 기존 연구에서 제시된 절단점을 기준으로 범주화하지 않고, 연속선상에서 내담자의 우울을 평가하였다.

**Spielberger 상태-특성 불안 척도(State Trait Anxiety Inventory: STAI)**

STAI-state, STAI-trait는 원래 정신적 질환이 없는 정상 성인의 불안을 조사하는 도구로 개발되었으나, 동시에 임상적으로 불안한 집단을 판별하는 데도 유용한 것으로 알려져 있다

(박기환, 2001 재인용). 김정택(1978)이 타당화한 척도를 사용하였으며, 원연구에서 상태불안의 내적합치도는 .87, 특성불안은 .86였으며, 본 연구에서 나타난 내적합치도는 상태불안이 .93, 특성불안이 .92였다.

**심리적 안녕감 척도(Psychological Well-being Scale: PWBS)**

개인의 삶의 질을 측정하기 위한 도구로서 Ryff(1989)에 의해 개발되었다. 총 54문항으로서 6개 차원으로 구성되어있는데, 국내에서는 김명소 등(2001)의 타당화 연구에서 이를 요인 분석하여 46문항을 선별하였다. 6개 차원은 “나는 강한 의견을 가진 사람으로부터 영향을 받는다.”와 같은 문항으로 구성된 자율성, “살아 온 내 인생을 돌이켜 볼 때 현재의 결과에 만족한다.”등의 문항으로 구성된 자아수용, “매일매일 해야 하는 일들이 힘겹다.”같은 문항으로 구성된 환경지배력, “현재의 내 활동반경을 넓힐 생각이 없다.”등의 문항으로 구성된 개인적 성장 척도 각각 8문항과 “나는 인생 목표를 가지고 살아간다.”등의 문항으로 구성된 삶의 목적, “가족이나 친구들과 친밀한 대화를 나누는 것을 즐긴다.”등의 문항으로 구성된 긍정적 대인관계 척도 각각 7문항으로 구성된다. 5점 척도로 평정하여 총점의 범위는 46-230점이다. 점수가 높을수록 심리적 안녕감의 정도가 높음을 의미한다. 김명소 등(2001)의 연구에서 각 하위 척도의 내적합치도는 .67-.84이었다. 본 연구에서의 내적합치도는 .52에서 .90이었다.

**사고 억제 척도(Thought Suppression Inventory)**

경험 회피 중 사고에 대한 경험회피를 측정

하기 위한 질문지로 불쾌한 생각이 침입적으로 떠오르는 정도 및 억제하는 정도 그리고 성공적인 억제 정도를 측정하기 위해 Rassin(2003)에 의해 개발되었다. 5점 척도로 측정하는 총 15개의 문항으로 구성되어 있다. 하위 요인 중 '억제 시도'는 "나는 불쾌한 일은 되도록 빨리 잊으려 늘 노력 한다"와 같이 원치 않는 생각을 억제하려는 시도 경향성을 평가하는 것이다. '침입적 사고'는 "나는 내 자신이나 지금 자리에 있지 않은 누군가의 목소리처럼 내 머릿속의 생각이 말처럼 들린다"와 같이 침입적으로 떠오르는 생각을 경험하는 정도를 평가한다. 마지막으로 '성공적 억제'는 "나는 문제가 있어도 해결할 준비가 될 때까지 그 문제를 생각하지 않을 수 있다"와 같이 원치 않는 생각이 떠오르는 것을 성공적으로 억제하는 정도를 평가하며 Rassin(2003)의 연구에서 각각 .64, .71, .67의 내적 일치도를 나타냈다.

본 연구에서는 이선영(2010)이 변안한 척도를 사용하였으며, 본 연구에서의 내적 일치도는 침입적 사고, 억제 시도, 성공적 억제 하위 요인별로 각각 .73, .74, .74로 나타났다.

#### 수용 행동 질문지-II(Acceptance & Action Questionnaire-II: AAQ-II)

이는 자신의 가치와 목적에 일치하는 방식으로 행동하면서 생각이나 감정을 기꺼이 수용하는 정도를 측정하는 척도로서 ACT 이론에 기초하여 Hayes 등(2004)에 의해 구성된 AAQ-I을 Bond, Hayes, Baer, Carpenter, Guenole, Orcutt, Waltz 와 Zettle(2011)이 단일차원의 척도로 개정한 척도이다. Hayes에 의하면 AAQ-II는 기존의 AAQ와 높은 상관을 나타내면서 기존 척도보다 더 간결하여 심리측정적인 측면에서 볼 때 연구와 치료 장면에서 AAQ-II를

쓰는 것이 더욱 안전하다고 하였다. 7점 척도 총 10문항으로 구성되어 있다. 총 점수 범위는 10-70점이며, 점수가 높을수록 수용의 정도가 높음을 의미한다.

총 3280명을 대상으로 한 다수의 연구를 분석한 Bond(Bond 등, 2011)의 연구 결과에 의하면 내적 합치도는 .83(.76-.87)이었으며, 검사-재검사 신뢰도는 .80 으로 나타났다.

국내에서 이선영(2010)이 변안한 척도를 사용하였으며 이선영(2010)이 시행한 타당화 연구에서 검사-재검사 신뢰도는 .58 로 적절하였다. 본 연구에서의 내적 합치도는 .80 이었다.

#### 불안 민감성 지수 확장형(Anxiety

##### Sensitivity Index: ASI-R)

불안 관련 신체감각에 대한 두려움을 나타내며, 이러한 신체감각이 신체적, 심리적, 사회적으로 위험한 결과를 초래할 것이라 믿는 정도를 측정하기 위해 개발되었다. Reiss(1991)의 불안민감성 질문지가 불안민감성의 하위 구조를 모두 설명하기에는 문항수가 부족하며, 일부 문항의 경우 기술이 지나치게 포괄적이라는 비판에 따라, Taylor와 Cox(1998)가 16개 문항에서 6개 문항을 제외하고, 26개 문항을 추가하여 총 36개 문항으로 확장하여 개발하였으며, 이를 국내에서 김지혜, 유범희, 오강섭, 양종철, 김율리, 이소영, 임영진(2004)이 타당화한 것을 사용하였다. 4점 척도로 평정하며, 표준화 당시 내적 일치도 계수(Cronbach's alpha)는 .82였으며, 본 연구에서의 내적 일치도 계수는 .96이었다.

#### 개정된 불안 통제감 척도(Anxiety Control

##### Questionnaire-Revised: ACQ-R)

Rapee, Craske, Brown과 Barlow 등(1996)이

불안관련 사상에 대한 지각된 통제감의 정도를 측정하기 위해 개발한 30문항의 자기 보고식 질문지의 한국판으로 총 22개 문항으로 이루어져 있다. 하위 요인으로는 감정 통제, 위협 통제, 스트레스 통제의 세가지 요인으로 구성된다. 본 연구에서는 오윤희(2006)가 변안한 불안통제질문지를 사용하였으며, 본 연구에서 하위 요인별 내적 합치도는 .70~.91로 나타났다.

#### 한국판 켄터키 마음챙김 기술 척도

Baer, Smith와 Allen(2004)이 개발하였으며, 김정모(2006)가 타당화한 것을 사용하였다. 37개 문항으로 이루어져 있으며, “나는 나의 감정을 기술하는 단어를 잘 알고 있다”와 같은 8 문항으로 구성된 마음챙김-기술, “나는 내가 생각하는 그런 방식으로 생각해서는 안된다고 나 스스로 다짐을 하곤 한다”와 같은 9 문항으로 구성되어 있는 마음챙김-수용, “일을 할 때, 내 마음은 쉽게 방황하고 산만해진다” 등의 8 문항으로 구성되어 있는 마음챙김-집중 행동, “나는 걸을 때 내 신체가 움직이는 감각에 자세하게 주의를 기울인다”와 같은 12 문항으로 구성된 마음챙김-주의의 4개의 하위 척도로 나뉘어져 있으며, 5점 척도로 평정하였다. 본 연구에서의 내적 일치도 계수는 .83이었다.

#### 개정판 간이정신진단 검사(Symptom Checklist-90-Revision; SCL-90-R)

Derogatis(1977)이 개발하였으며, 이를 김광일, 김재환, 원호택(1984)이 변안하여 표준화한 SCL-90-R을 사용하였다. 전체 90문항으로 신체화, 강박증, 대인민감성, 우울, 불안, 적대감, 공포, 불안, 편집증, 정신증 9개 증상을 평가

한다. 각 문항에 대해서 지난 7일 동안 경험한 증상의 정도에 따라 “전혀 없다”부터 “아주 심하다”까지 5점 척도로 평정하였으며, 본 연구에서는 전체 척도 중 우울 척도만을 선택하여 사용하였다. 표준화 당시의 내적 일치도 계수는 .67~.89였다. 본 연구는 각 척도의 원점수를 사용하여 분석하였다.

#### 치료소감 질문지

치료에 대한 소감을 묻기 위해 연구자가 고안한 질적 질문지로 전체 치료 과정에 대한 전반적인 만족도를 10점 척도로 평가하도록 하였으며, 치료 프로그램에 대한 기대와 주관적으로 얻은 것은 무엇인지 그리고 프로그램을 지속하면서 힘든 점은 무엇이었는지 물었다.

#### 프로그램의 구성

기본적으로 ACT의 원리와 기법을 불안장애에 적용하는 데 있어 절차는 크게 3단계로 나눌 수 있는데, 이 단계들은 선형적으로 진행되는 것이 아니라 서로 상호작용하면서 진행된다.

첫 번째 단계의 목표는 불안관련 불편감을 수용하기 위한 맥락을 이해하는 것으로 여러 가지 비유와 연습을 통해 지금까지 자신의 불안을 통제하고 조절하기 위해 지불한 대가가 무엇이었는지 파악한다. 이후 불안관련 경험을 회피하기 보다는 마음챙김하는 관찰자로서 불편감을 바라보고 머무르는 것을 배우기 시작한다.

두 번째 단계에서는 첫 단계에서 접한 마음챙김을 더욱 익히면서 불안관련 불편감과 함께 머무르는 가운데 자신의 가치에 일관되는 방식으로 상황에 맞게 유연하게 행동하는 것

표 2. 불안에 대한 수용-전념 치료 프로그램의 내용

회기	주제	내용
1회기	내담자 이해 및 치료 오리엔테이션	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 개인으로 진행되는 회기</li> <li>• 치료에 대한 기대 파악 및 불안관련 문제 구체화</li> <li>• 현재 불안으로 인해 어려움을 겪고 있는 삶의 영역 확인 및 각각의 가치 파악</li> <li>• ACT 프로그램에 대한 전반적인 설명</li> </ul>
2회기	불안에 대한 미신과 오해를 확인하고 새로운 기법을 익히기	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 불안에 대해 가지고 있는 기존의 미신 및 오해를 확인</li> <li>• ‘현실적인 불안’과 ‘판단적인 불안’의 차이</li> <li>• ‘마음 챙김’ 소개</li> <li>• ‘먹기명상’과 ‘바디스캔’ 소개 및 연습</li> <li>• 과제 설명</li> </ul>
3-4회기	창조적 절망감 (Creative helplessness)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 불안을 통제하고 조절하기 위한 노력의 대가 검토</li> <li>• ‘창조적 절망감’</li> <li>• ‘흰곰을 생각하지 않기’, ‘중국식 손가락 그물’과 ‘줄다리기의 비유’</li> <li>• ‘호흡명상’을 통한 생각, 감정 및 신체감각을 관찰하기</li> <li>• 과제 설명</li> </ul>
5-6회기	수용-불편감과 함께 기꺼이 머무르기	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ‘관찰하는 자’를 통해 인지적 탈융합을 도모</li> <li>• ‘마음 바라보기’</li> <li>• ‘체스판의 비유’</li> <li>• ‘생각은 생각일 뿐 실체가 아니다’</li> <li>• 과제 설명</li> </ul>
7회기	개인의 가치를 명료화하기	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 가치란 무엇인가?</li> <li>• ‘장례식 명상’</li> <li>• ‘가치영역 확인 기록지’ 작성</li> </ul>
8회기	노출-불편감을 가지고 가치를 향해 움직이기	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 수용, 자발성과 탈융합등을 통합적으로 적용</li> <li>• ‘통제할 수 있는 것과 없는 것을 구분하기’</li> <li>• ‘풍선연습(Forsyth, 2009)’</li> <li>• 과제 설명</li> </ul>
9회기	일상에서의 노출-자신을 자비롭게 대하면서 가치를 향해 움직이기	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 치료 후반부 노출 이후 경험하는 어려움이나 실패에 대해 자신을 자비롭게 대하기</li> <li>• ‘스스로를 사랑하기’ 명상</li> <li>• ‘타인과 연결된 자신을 느끼기-당신은 혼자가 아니다’ 연습</li> <li>• 자신에게 도움이 된 기법과 비유를 확인하고 집단원간 feedback</li> <li>• 과제 설명 및 마지막 회기 일정 확인</li> </ul>
10회기	여정에 머무르기	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 10주간의 일상에서의 노출 후 회기</li> <li>• 노출 경험 시 도움이 된 기법과 비유 확인</li> <li>• 호흡 명상</li> <li>• 과정에 머무르는 것의 중요성</li> </ul>

을 익힌다. 이 때 익혀야 할 중요한 기술은 마음챙김인데 왜냐하면 이는 과거의 통제외제에 의한 경험적 회피를 상쇄하는 새로운 전략이기 때문이다.

세 번째 단계에서는 실제 자신이 가치롭게 생각하는 삶의 장면에서의 노출 시도를 늘린다. 이 때 인간 공통의 경험으로서 불안을 자비롭게 바라보며, 노출훈련에서의 좌절에 대해서 스스로 자비롭게 대하는 태도가 요구된다(Eifert, Forsyth, Espejo, Keller & Langer, 2009).

ACT에서는 우선 내담자가 자신의 불편한 생각 및 감정을 있는 그대로 관찰할 수 있도록 돕는 기법의 하나로 마음챙김을 활용하였는데 본 프로그램에서는 이를 위해 K-MBSR의 일부 명상 프로그램과 이를 불안관련 생각에 맞춰 구체화된 간편 명상을 사용하였다. 또한 불안에 대한 ACT 프로그램(Forsyth & Eifert, 2008)을 이선영 등(이선영, 한호성, 정은영, 2009)이 번안해 출판한 프로토콜 중 일부를 선별하여 재구성한 후, 예비연구(이선영, 2010)를 통해 효과를 검증한 이후 본 연구에서 적용하였다. 구체적인 프로그램 내용은 표 2에 제시하였다.

치료과정 변인과의 관계를 살펴보자면, '호흡명상'과 '먹기명상' 및 '바디스캔'은 호흡과 신체감각을 닦으로 사용해 지금, 여기로 주의를 모으며 판단없이 있는 그대로의 현실을 자각할 수 있도록 돕는 기법으로 치료과정 변인 중 '마음챙김'에 영향을 미친다. 또한 '흰곰을 생각하지 않기'와 '생각은 생각일 뿐 실체가 아니다' 기법은 생각을 억제하려 하면 할수록 오히려 더 많이 경험하게 된다는 '사고억제'의 역설적 효과를 실제 체험할 수 있도록 돕는 연습이다. '마음바라보기', '체스판의 비유'는 치료 과정 변인 중 정서적 경험회피와 수용에

영향을 미치며, '중국식 손가락 그물'은 특히 치료과정 변인 중 수용에 초점을 둔 기법이다. 마지막으로 '스스로 사랑하기' 명상 및 '타인과 연결된 자신을 느끼기'는 치료과정 변인 중 자기 자비를 증진시키는 기법이다(Forsyth & Eifert, 2008).

#### 자료분석 방법

치료 집단과 대기통제 집단 간 사전 검사 측정치의 동질성 여부를 확인하기 위해  $t$ 검증을 실시하였다. 치료집단과 통제집단은 치료 전, 치료 후, 10주 이후 총 3회에 걸쳐 검사를 반복 실시하였다. 하지만 통제집단은 대기자 집단으로 처치 없이 치료기간 약 3개월과 추후 10주 이상을 대기하는 데 현실적인 어려움이 있었다. 이에 추후 기간에 상당히 많은 수가 탈락되었으며, 질문지 회수 자료도 너무 적어 혼합 변량 분석을 실시할 경우, 자료의 손실이 너무 컸다. 그래서 치료집단의 10주 추후 치료 효과 유지에 대한 검증은 Paired- $t$  test로 제시하였고, 집단 간 치료효과 검증은 치료 전과 치료 후의 자료를 사용해 혼합 변량분석(Mixed ANOVAs)를 실시하였다.

통계분석에는 SPSS 12.0 for Window를 사용하였다.

## 결 과

#### 사전 동질성 검증

치료 프로그램 참가집단과 대기통제 집단이 치료 전 동질적인 지 여부를 알아보기 위해 정신건강상태 변인인 불안, 우울 및 불안통제

감과 불안민감성에서 사전 집단차이가 있는지를 알아보았다. 그 결과는 표 3에 제시하였다. 다음으로 ACT의 치료과정 변인인 수용 행동 및 사고 억제 그리고 마음챙김에 있어 두 집단이 동질적인 지 여부를 알아보았다. 결과는 표 4에 제시하였다.

표 3에서 알 수 있듯이, 치료집단과 통제집단 간 정신건강 상태 변인인 상태불안,

특성불안, 우울, 불안민감성, 불안통제감 및 삶의 질에 있어 유의한 차이가 나타나지 않아, 치료 전 두 집단은 동질적인 집단이라 할 수 있겠다. 다음으로 치료과정 변인의 경우, 치료 집단과 통제집단 간 사전 수용 행동 정도 및 사고 억제 하위요인 중 억제 시도 및 침입적 사고 수준에 있어 두 집단 간 차이가 유의미하지 않았다. 단지 사고 억제 하위 요인 중

표 3. 치료집단과 통제집단간 정신건강상태의 사전 동질성

측정 변인	치료집단(n=27) M(SD)	통제집단(n=27) M(SD)	t
상태불안	49.00(1.88)	44.55(1.37)	1.90
특성불안	51.28(.99)	48.70(1.36)	1.50
우울	13.92(1.87)	14.30(1.68)	-.15
불안민감성	86.69(5.71)	77.25(5.01)	1.24
불안통제감	73.84(3.32)	80.37(3.03)	-1.45
삶의 질	170.03(4.59)	173.23(5.54)	-.44

표 4. 치료집단과 통제집단간 치료과정 변인의 사전 동질성

측정변인	치료집단(n=27) M(SD)	통제집단(n=27) M(SD)	t
수용행동	33.00(4.94)	43.33(3.78)	-2.17
사고억제 <sup>a</sup>	13.61(1.02)	12.56(0.48)	1.13
침입적 사고 <sup>a</sup>	13.28(0.92)	11.65(0.52)	1.64
성공적 억제 <sup>a</sup>	9.88(0.79)	11.95(0.51)	-2.27*
마음챙김-주의집중	26.76(1.43)	26.22(1.07)	.30
마음챙김-집중행동	23.40(0.67)	22.62(0.87)	.68
마음챙김-비판단적 수용	26.62(1.53)	21.81(0.58)	2.27*
마음챙김-기술	21.15(0.82)	23.07(0.58)	-1.9
자기자비	2.93(.08)	2.74(.04)	2.06*

주. a. 사고억제, 침입적 사고와 성공적 억제는 사고억제 척도의 하위 요인이다.

\*p<.05



스스로 원치 않는 사고를 성공적으로 억제할 수 있다고 여기는 정도인 성공적 억제 수준의 경우에만 통제집단이 유의하게 높았다. 또한 마음챙김과 관련하여서도 하위 척도 중 마음챙김-주의 집중과 마음챙김-집중 행동 및 마음챙김-기술의 경우 두 집단 간 차이가 유의하지 않았다. 단지 자신의 현재경험을 판단하지 않고 있는 그대로 받아들이는 마음의 상태를 나타내는 마음챙김-비판단적 수용의 경우는 치료 집단이 통제집단에 비해 유의미하게 높았다. 더불어 스스로의 내적상태를 친절히 대하는 정도를 나타내는 자기 자비의 경우도 치

료집단이 유의미하게 높았다. 이에 이후 분석에서는 두 집단 간 차이가 나타난 사고 억제-성공적 억제 정도와 마음챙김-비판단적 수용 요인 그리고 자기 자비의 경우는 사전검사 점수를 공변인으로 하여 차이 검증을 하였다.

수용-전념 치료의 효과

치료효과 변인의 치료 후 변화

수용-전념 집단치료 프로그램을 받은 후 치료조건과 측정시기에 따른 불안, 불안통제감, 불안민감성, 우울 및 삶의 질에 있어 차이를

표 5. 정신건강상태에 대한 집단간 사전-사후 혼합변량 분석(Mixed ANOVAs)

변인	치료집단(n=27)		통제집단(n=27)		집단	시기	집단X시기
	사전	사후	사전	사후			
상태불안	48.9(1.9)	40.3(2.2)	44.0(7.1)	42.7(9.1)	.308	10.643**	5.771*
특성불안	51.0(1.0)	43.2(2.2)	48.9(6.9)	48.7(8.3)	.773	6.830*	6.370*
불안통제감	74.0(3.5)	85.4(3.1)	79.9(15.2)	78.7(17.8)	.009	8.242**	12.539***
불안민감성	87.2(6.1)	73.1(5.8)	76.7(27.2)	79.3(32.2)	.072	2.581	5.528**
우울	12.7(1.9)	7.2(1.6)	13.7(8.2)	13.8(9.7)	2.74	4.32*	4.77*

\* p<.05, \*\* p<.01, \*\*\* p<.001.

표 6. 정신건강상태에 대한 집단 간 사전-추후 변화 비교(paired t-test)

측정변인	치료집단(n=20)		t	통제집단(n=7)		t
	치료 전	10주 추후		치료 전	10주 추후	
	M(SD)	M(SD)		M(SD)	M(SD)	
상태불안	48.7(1.9)	39.3(2.2)	4.06***	37.0(4.3)	40.0(3.0)	-93
특성불안	51.3(1.4)	39.5(3.5)	2.93*	49.1(5.4)	48.6(11.3)	.13
우울	12.5(1.7)	5.5(1.9)	3.91**	15.7(10.0)	14.3(14.5)	-.07
불안민감성	74.3(5.9)	61.1(6.1)	2.70*	110.5(65.7)	82.0(26.8)	1.03
불안통제감	73.4(4.3)	93.9(5.4)	-3.49**	74.9(15.9)	77.7(14.7)	-.85

\* p<.05, \*\* p<.01, \*\*\* p<.001.

혼합변량분석을 통해 알아보았다. 결과는 표 5에 제시하였다.

또한 동일한 치료효과 변인의 사전-추후 차이를 검증한 paired t-test 결과는 표 6에 제시하였다.

치료집단과 통제집단의 시기별 상태불안 수준의 반복측정 변량분석 결과, 평가시기와 집단의 상호작용 효과가 유의하였다,  $F(1, 43)=5.771, p<.05$ . 즉 치료집단이 통제집단에 비해 사후에 상태불안 수준이 유의하게 감소하였다. 이러한 치료효과는 10주 추후에도 유지되어 통제집단의 경우 사전-추후간 유의미한 차이가 나타나지 않았으나, 치료집단의 경우, 사전에 비해 추후 상태불안 수준이 유의하게 감소하였다,  $t(6)=4.06, p<.001$ . 결과는 그림 1에 제시하였다. 특성불안의 경우에도 평가시기와

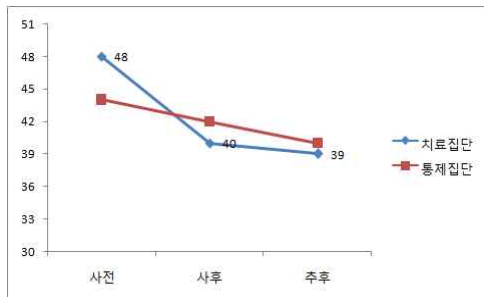


그림 1. 상태불안의 변화 추이

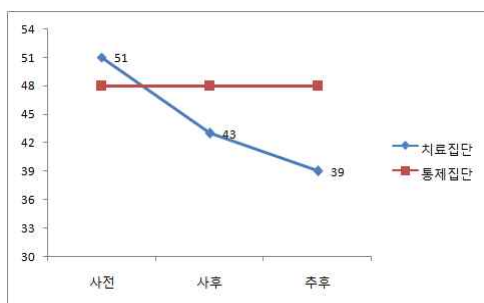


그림 2. 특성불안의 변화 추이

집단 간 상호작용이 유의하였으며,  $F(1,42)=6.370, p<.05$ , 이러한 치료효과는 추후에도 유지되었다,  $t(6)=2.93, p<.05$ . 결과는 그림 2에 제시하였다. 또한 불안통제감의 사전-사후 치료효과가 유의하게 나타났으며,  $F(1,42)=12.539, p<.001$ . 이러한 치료 효과는 10주 추후에도 마찬가지로 유지되었다,  $t(6)=-3.49, p<.01$ . 불안민감성의 경우, 반복측정 변량분석을 실시한 결과, 집단별 평가시기에 따른 상호작용이 유의하였으며,  $F(1,42)=5.528, p<.05$ , 이러한 치료 효과는 추후에도 유지되었다,  $t(6)=2.70, p<.05$ .

우울의 경우에도 마찬가지로 집단별 평가시기에 따른 상호작용이 유의하였으며,  $F(1, 40)=4.77, p<.05$ , 이러한 치료효과는 10주 추후에도 유지되었다,  $t(6)=3.91, p<.01$ .

삶의 질의 경우, 유의한 차이를 나타내지 않았다. 단지 자율성 하위 척도의 경우  $p=.063$ 으로 유의한 수준에는 미치지 못할 지라도 집단 간 평가시기에 따른 상호작용을 어느 정도 나타내었다.

### 치료과정 변인의 치료 후 변화

다음으로는 치료과정 변인에 대한 집단 간 차이를 혼합 변량 분석하였다. 이 때 사전 동질성 검증에서 집단 간 차이가 유의하게 나타난 마음챙김-비판단적 수용과 성공적 억제 경우, 사전점수를 공변인으로 하여 공변량 분석을 실시하였다. 결과는 표 7에 제시하였다.

분석 결과, 사전에 비해 사후 유의한 차이를 나타낸 치료과정 변인은 마음챙김 하위 척도 중 비판단적 수용과 집중행동 척도였으며, 사고 억제 모든 하위 척도인 침입적 사고, 억제 시도, 성공적 억제 척도 그리고 수용행동 척도 마지막으로 자기자비 하위 척도 중 자기

표 7. 치료과정 변인에 대한 집단간 사전-사후 혼합변량/공변량 분석

변인	치료집단(n=27)		통제집단(n=27)		F		
	사전	사후	사전	사후	집단	시기	집단x시기
마음챙김-수용 <sup>a</sup>	26.8(7.1)	21.8(6.2)	22.6(6.8)	20.2(2.8)	3.94 <sup>*</sup>	20.14 <sup>b</sup>	-
마음챙김-집중행동	23.6(3.3)	22.0(3.1)	23.4(4.3)	24.1(4.6)	.805	.795	4.68 <sup>*</sup>
침입적 사고 <sup>c</sup>	13.0(3.7)	10.9(3.6)	11.6(2.6)	12.4(4.1)	.007	.895	4.60 <sup>*</sup>
억제시도 <sup>c</sup>	13.3(4.4)	11.2(3.8)	12.5(2.5)	12.6(3.0)	.119	3.55	4.24 <sup>*</sup>
성공적 억제 <sup>a,c</sup>	10.0(3.2)	11.7(3.1)	11.8(2.4)	13.0(4.0)	11.05 <sup>*</sup>	13.98 <sup>b</sup>	-
수용 행동	37.2(5.0)	45.6(8.2)	36.9(7.5)	37.9(7.9)	3.70	51.00 <sup>***</sup>	31.70 <sup>***</sup>
자기자비-자기판단	15.67(3.98)	18.43(4.18)	15.76(3.85)	15.48(3.85)	2.14	2.79	4.24 <sup>*</sup>

주. a. 마음챙김-수용과 성공적 억제의 경우는 동질성 검증 결과에 따라 사전점수를 공변인으로 하여 공변량 분석을 실시하였으며, b. 사전점수와 집단차이에 대한 공변량 분석 후 F값을 제시하였다. c. 침입적 사고, 억제시도, 성공적 억제는 사고억제 척도의 하위요인이다.

\*  $p < .05$ , \*\*\*  $p < .001$

-판단 척도이었다.

우선, 일상행동에 대해 정신을 집중하는 정도를 나타내는 마음챙김-집중행동의 경우, 집단과 평가시간 상호작용이 유의하였으며,  $F(1, 44)=4.826, p < .05$ , 통제 집단에 비해 치료 집단이 사후 유의하게 마음챙김-비판단적 수용 수준이 증가하였다,  $F(1, 44)=20.14, p < .05$ . 이러한 효과는 10주 추후에도 유지되었다(표 8 참고).

억제노력에도 불구하고 원치 않는 사고를 경험하는 정도를 나타내는 침입적 사고의 경우도 평가시기와 집단 간 상호작용이 유의미하였으나,  $F(1, 34)=4.60, p < .05$ , 이러한 치료 효과는 10주 이후 추후에는 유의미한 수준으로 유지되지 않았다. 원치 않는 사고를 억제 하려 하는 정도를 나타내는 억제시도의 경우

에도 사전-사후의 치료 효과 비교 결과, 집단과 평가 시기 간 상호작용이 유의하였으나,  $F(1, 34)=4.249, p < .05$ , 이러한 치료효과는 사전-추후 비교시 유의하게 유지되지 않았다. 반면 스스로 원치 않는 사고를 억제할 수 있다고 여기는 정도를 나타내는 성공적 억제의 경우, 통제집단의 사전-사후 변화에 비해 치료 집단의 사전-사후 변화가 유의미하였으며,  $F(1, 32)=11.05, p < .05$ , 이러한 치료 효과는 10주 이후에도 유의하게 유지되었다,  $t(6)=-1.88, p < .05$ (표 8 참고). 요약하자면, 사고 억제의 경우, 침입적 사고, 억제시도, 성공적 억제 모두 사전-사후에 유의한 치료 효과를 보였으며, 이 중 성공적 억제 정도만이 10주 추후까지 유의한 수준으로 치료 효과가 유지되었다.

수용행동의 경우, 집단과 평가시기에 따른

표 8. 치료과정 변인에 대한 집단 간 사전-추후 변화 비교(paired t-test)

측정변인	치료집단(n=20)		t	통제 집단(n=7)		t
	치료 전	10주 추후		치료 전	10주 추후	
	M(SD)	M(SD)		M(SD)	M(SD)	
침입적 사고 <sup>a</sup>	11.2(3.7)	10.0(4.2)	.62	11.6(2.6)	12.4(4.1)	-0.88
억제시도 <sup>a</sup>	13.3(4.4)	11.1(3.8)	.71	12.5(2.5)	12.6(3.0)	-1.83
성공적 억제 <sup>a</sup>	10.0(3.9)	12.1(3.9)	-1.88*	11.8(2.4)	9.6(3.3)	-1.14
마음챙김 비판단적 수용	24.6(5.9)	20.2(5.5)	2.26*	22.6(6.8)	23.1(8.3)	-.71
마음챙김 집중행동	22.5(3.0)	19.6(2.9)	2.28*	23.4(4.3)	24.1(4.6)	-3.0
수용행동	37.2(5.0)	45.6(8.2)	-3.36**	36.9(7.5)	37.9(7.9)	-1.66
자기자비- 자기판단	14.5(3.5)	20.3(3.8)	-6.28***	15.3(4.5)	16.3(3.6)	-8.36

주. a. 침입적 사고, 억제시도, 성공적 억제는 사고억제 척도의 하위요인이다.

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$ .

상호작용이 유의미하였으며,  $F(1, 43)=31.705$ ,  $p < .001$ , 이러한 치료 효과는 추후에도 유의하게 유지되었다,  $t(6)=-3.36$ ,  $p < .01$ .

자기자비의 경우, 총점에 대한 집단 간 치료 효과는 유의한 차이가 나타나지 않았으나, 하위 요인별로 집단 간 치료 효과를 분석한 결과, 삶의 고통과 실패에도 불구하고 스스로를 평가하고 비난하기보다 따뜻하게 대하는 정도를 나타내는 자기-판단 하위요인의 경우, 집단 간 유의한 차이를 보였다,  $F(1,40)=4.240$ ,  $p < .05$ . 또한 이러한 효과는 10주 추후에도 유의미한 수준으로 유지되었다,  $t(6)=-6.28$ ,  $p < .001$ (표 8 참고). 요약하자면, 치료과정 변인의 치료 후 변화를 살펴본 결과, 사전-사후 비교에서 유의한 집단 간 차이를 나타낸 과정 변인은 마음챙김 하위 척도 중 비판단적 수용과 집중행동 그리고 사고 억제 모든 하위 척도인

침입적 사고, 사고 억제, 성공적 억제 그리고 수용 행동 척도 및 자기자비 하위 척도 중 자기-판단이였다. 또한 이러한 치료과정 변인 중 사전-10주 추후에도 지속적으로 치료 효과가 유지된 변인은 마음챙김 중 비판단적 수용과 집중행동 요인(그림 3 참고), 그리고 수용행동과 사고억제 하위 척도 중 성공적인 억제 정도로 나타났다.

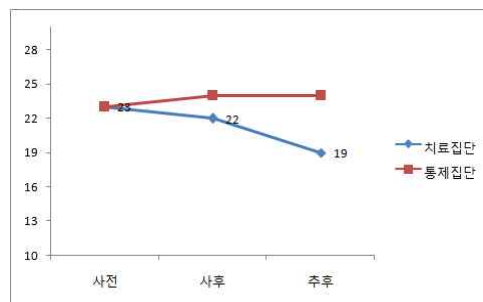


그림 3. 마음챙김-집중행동의 변화 추이

**집단 참여자들의 사후 평가 및 소감**

집단 마지막 회기에 무기명으로 치료프로그램에 대한 평가 및 소감을 개방형으로 물었다. 그 결과를 정리하자면, 우선 10점 척도로 평정한 프로그램에 대한 전반적인 만족도의 평균값은 약 8.5점이었다. 또한 프로그램에 참여하게 된 이유와 치료에 대한 기대 그리고 계속 참가한 이유에 대한 내담자 반응을 옮기자면 *‘걱정과 불안을 조절하는 법을 익혀서 궁극적으로 내가 하고자 하는 일에 더 몰입할 수 있게 되는 것, ‘스트레스에 대한 대처능력을 키우고 싶었다, ‘이유 없는 불안에 간간히 가슴이 답답하여 그런 증상을 없애려고 참가함, ‘프로그램을 통해서 나를 객관적으로 바라보고 조금해하지 않고, 불안한 마음이 많이 없어지고 불안해지더라도 예전같이 이상한 생각이 안 들,* 등이 있었다.

프로그램 중 자신에게 가장 도움이 된 프로그램이 무엇인지에 대해서는 치료 과정변인 중 수용과 관계되는 *‘풍선 연습이 가장 많았으며, 마음챙김 과정 변인과 관계되는 ‘마음바라보기 ‘호흡명상 또한 도움이 된 프로그램으로 꼽았다. 또한 사고 억제와 관계되는 ‘행동은 통제할 수 있지만 내 생각이나 다른 사람의 생각은 통제할 수 없다는 것’, ‘흰곰효과 실습’ 또한 효과적이었던 프로그램으로 보고하고 있다. 앞서 제시한 치료과정 변인의 치료효과 검증 결과, 마음챙김 하위요인 중 비판단적 수용과 집중행동 그리고 사고억제 하위요인 중 성공적인 억제 그리고 수용 행동이 유의한 효과를 나타내었음을 감안할 때, 이러한 내담자의 질적 보고는 객관적 검증 결과와 일치하는 것으로 보인다.*

프로그램을 통해 무엇을 배웠는지에 대한 내담자의 대답을 그대로 옮기자면 *‘현실과 판*

*단에 대한 인식, 나에 대한 관대함, ‘불안감을 경험할 때 나를 객관적으로 보고 있는 그대로 현실을 느끼는 것, ‘불안을 이기려 하는 것이 아니라 받아들여야 한다는 점, ‘완벽을 기대하기보다 내 삶의 방향으로 나아가는 나를 스스로 인정해주는 것’* 등이 있었다.

**논 의**

본 연구에서는 불안문제에 수용-전념 치료적 접근을 적용해 구체화한 Forsyth와 Eifert의 불안 프로그램을 기반으로(Forsyth & Eifert, 2008), 불안문제와 관련한 ACT 접근에서는 불안관련 신체감각 및 생각을 수용하도록 돕는 마음챙김 기술을 습득하는 것이 상당한 부분을 차지한다는 기존 연구에 따라 K-MBSR의 일부 명상 프로그램을 결합한 한국식 프로그램을 새로 개발해 예비연구(이선영, 2009)를 통해 그 효과를 검증한 이후, 본 연구에서 통제된 효과 검증을 하였다.

이 때 치료적 접근에 대한 일괄적인 효과 검증 뿐 아니라 변화의 과정을 구체화하는 것이 필요하다는 기존 연구(Rosen & Davidson, 2009)에 따라, 본 연구에서는 효과 검증시 불안 및 우울 등 정신건강상태에 대한 치료 효과 뿐 아니라, ACT이론에서 가정하고 있는 치료과정 변인을 구체화하고 그 치료 후 변화 또한 검증함으로써, ACT의 이론적 모델 및 이를 바탕으로 개발된 본 프로그램의 타당성을 뒷받침하고자 하였다. 또한 이러한 과정을 통하여 치료의 효과를 매개하는 치료과정변인을 명료화하여 이후 지속적인 프로그램 개발에 도움이 되고자 하였다 그 결과를 정리해 보면 다음과 같다.

우선 치료 사후 변화와 관련해, 호소문제 및 정신건강상태에 대한 치료 효과의 경우, 상태불안과 특성불안 및 우울 등 정서적 불편감과 불안민감성과 불안통제감 등 불안관련 취약성 모두에서 치료 후 유의한 변화가 나타났다. 구체적으로 보자면, 치료집단에서 상태불안 및 특성불안의 치료 후 감소가 유의하였다. 또한 불안 등 자신의 감정에 대한 통제감 및 위험에 대한 주관적 통제감 그리고 스트레스에 대한 통제감 등을 나타내는 주관적인 불안통제감 또한 통제집단은 변화가 없었으나, 치료 집단은 치료 후 유의하게 향상되었다. 그리고 불안관련 신체적 감각에 대한 민감성 및 심리적 염려 등을 나타내 불안에 대한 취약성 요인으로 알려진 불안민감성에 있어서도 치료집단에서 치료 후 변화가 유의하였다. 이는 Forsyth 등(Forsyth, Parker, & Finlay, 2003)의 연구 결과와도 일치하는 바이며 기존의 통제 중심적인 접근과 달리 불안 등 부정적 정서를 통제하지 않은 채 그저 관찰하도록 돕는 수용전념 치료가 역설적으로 불안에 대한 주관적 통제감을 향상시키는 치료효과를 나타내고 있음을 보여준다.

반면 삶의 질과 관련해서는 하위 요인 중 자율성 요인이 유의미한 수준에 못 미치는 효과를 나타냈을 뿐 전반적인 효과는 두드러지지 않았다. 이는 본 프로그램이 불안으로 인해 현재 사회적, 적응적 기능상 어려움을 호소하고 있는 내담자를 대상으로 한 프로그램으로, 프로그램 대부분의 내용이 우선적으로 불안을 새롭게 다루는데 더욱 초점을 맞추고 있으며 상대적으로 가치를 명료화하는 과정이 다소 부족했던 것에 일부 귀인할 수 있겠다. 한편 삶의 질의 변화가 장기적으로 유지되었던 국외 연구의 경우(Ossman, Wilson, Stroashl

& Mcneil, 2006) 본 프로그램보다 오랜기간 진행되었던 것을 고려할 때, 이후에는 삶의 질에 대한 치료 후 효과를 장기적으로 유지하기 위해서 본 연구보다 회기를 늘려 가치를 명료화하는 과정을 더 심화하는 것이 필요할 수 있겠으며, 회기 내용과 관련해 삶의 목적을 명료화하고 일상의 호기심을 유지할 수 있도록 돕는 ACT 프로그램의 내용이 더 보완되어야 할 것으로 생각된다.

불안에 대한 ACT에서 가정하고 있는 치료과정 변인의 변화를 살펴보자면, 마음챙김 하위요인 중 비판단적 수용과 집중행동 하위요인이 유의하게 변화하였으며, 사고억제의 3요인 즉, 억제시도, 침입적 사고 및 성공적 억제 모두 치료 후 유의하게 변화하였다. 또한 수용행동과 자기자비 하위 요인 중 자기-판단 또한 치료 후 유의하게 변화되었다.

구체적으로 살펴보자면, 과정변인 중 마음챙김의 경우, 자신의 사적 경험 특히 부정적 정서 경험을 회피하거나 판단하지 않고 수용하는 정도를 나타내는 마음챙김-비판단적 수용과 본인이 집중하고자 하는 일상의 과제에 보다 잘 집중할 수 있는 정도를 나타내는 마음챙김-집중행동이 치료 후 유의하게 향상되었다. 이는 기존의 연구(Kabat-Zinn, Massion, Kristeller, Peterson, Fletcher, Pbert, Lenderking & Santorelli, 1992; Miller, Fletcher, & Kabat-Zinn, 1995; Eifert & Hefner, 2003에서 재인용)와도 일치하는 결과로 특히 불안장애 치료에 있어 마음챙김-수용이 부정적인 사고와 느낌에 초점을 맞추기보다 이를 감싸 안음으로써 두려움과 파괴적인 사고를 감소시켜 효과를 가져온다는 ACT에 기본 가정과 맥락을 같이 한다. 반면 다른 마음챙김 기반의 프로그램에서 효과를 나타내는 요소로 알려진 마음챙김-기술

은 본 연구에서는 유의한 변화를 나타내지 않았으며, 마음챙김-집중행동 요인이 유의한 효과를 나타내었다. 이는 ACT에 기반은 둔 본 프로그램 내용이 불안감정이나 신체감각을 탐색하는 데 초점을 맞추기보다 현재 개인이 처한 일상 활동에 보다 마음챙겨 집중하도록 해, 내담자의 가치에 전념할 수 있도록 돕는 데 초점을 맞추고 있는데 기인할 수 있겠다. 이러한 결과를 구체화하고 명료화하기 위해, 앞으로 임상집단 및 다양한 집단을 통한 반복 검증 연구가 필요할 것으로 보이며, 이를 통해 마음챙김에 기반을 둔 치료적 접근으로서 ACT의 치료적 과정을 명확히 하는 데 도움이 될 수 있을 것으로 보인다.

또한, ACT에서 과정변인으로 가정하고 있는 경험회피와 관련하여 본 연구에서는 사고에 대한 경험회피를 나타내는 사고 억제와 정서적 경험 회피 정도를 보다 잘 나타내는 수용 행동의 변화를 검증하였다. 그 결과, 사고 억제의 세 하위 요인 즉, 원치 않는 생각이 떠오르는 정도인 침입적 사고 및 원치 않는 사고를 억제하려는 시도를 나타내는 억제 시도 그리고 스스로 원치 않는 생각을 성공적으로 억제할 수 있다고 보고하는 정도를 나타내는 성공적 억제 요인 모두에서 유의미한 치료 후 변화가 나타났다. 또한 전반적인 경험회피를 나타내며 심리적 유연성 정도를 나타내는 수용 행동 척도와 관련해 치료집단의 경우 통제 집단과 달리 유의한 증가를 나타내었다. 이는 ACT에서는 경험회피를 줄이고 수용을 돕는 과정이 변화의 중요한 기제로 작용한다고 한 기존의 연구(Ciarrochi, Bilich, & Godsell, 2010)와 맥락을 같이 하는 결과로 본 연구의 프로그램이 ACT 프로그램으로서 타당성을 가진다고 볼 수 있겠다.

또한 자기자비의 경우, 하위 요인 중 삶이고통과 실패에도 불구하고 스스로를 평가하고 비난하기보다 따뜻하게 대하는 정도를 나타내는 자기-판단 요인의 경우에 집단 간 유의한 차이가 나타났다, 이는 불안감 등 통제가 어려운 감정을 경험할 때 이를 경험하는 자신을 판단하기보다 있는 그대로 받아들이고 스스로를 있는 그대로 긍정하도록 돕는 본 연구 프로그램의 진행 내용과 일치되는 결과로 볼 수 있겠다. 이는 또한 자기자비가 불안 및 우울에 대한 마음챙김 기반의 치료적 접근에서 중요한 치료적 과정으로 나타난 기존의 연구와 일치하는 결과로 (Hollis-Walker & Colosimo, 2011), ACT에 있어 부정적인 감정을 마치 아이를 다루듯 자애롭게 판단없이 받아들이도록 돕는 자기자비 치료 요인이 효과적일 수 있음을 시사한다. 마지막으로, 이러한 치료 효과가 10주 이후 추후에도 장기적으로 유지되는 지를 검증하였다.

우선 주호소문제인 상태불안 및 특성불안 모두 10주 추후에도 호전된 상태가 유지되었다. 또한 불안관련 취약성 요인인 불안통제감 및 불안민감성의 치료효과 또한 10주 이후에도 장기적으로 유지되었으며, 우울감의 치료 후 호전 또한 치료 종결 10주 이후에도 지속적으로 유지되었다.

다음으로 불안에 대한 ACT에서 가정하고 있는 치료 과정 변인의 치료 후 변화가 추후에도 지속적으로 유지되는 지 또한 검증하였다. 그 결과, 마음챙김 하위 요인 중 비판단적 수용과 집중행동, 사고억제 하위 요인 중 성공적 억제 그리고 수용행동이 10주 이후에도 유의한 수준으로 치료 효과가 유지되었다.

구체적으로 살펴보자면, 마음챙김의 경우, 사전-사후에서 치료 효과를 나타낸 마음챙김-

비판단적 수용과 마음챙김-집중 행동 모두 10주 이후에도 그 변화가 유의하게 유지되었다. 이는 불안관련 생각 및 신체감각 등 불편한 사적 경험을 '마음바라보기' 및 '호흡 명상' 등을 통해 비판단적으로 수용하도록 돕고, 자신의 경험을 명료하게 인식하는 가운데 집중하고자 목표하는 개인의 과제에 마음챙겨 집중하도록 돕는 본 프로그램의 내용과 일치하는 결과로 볼 수 있겠으며, 이러한 치료 효과가 종결 10주 이후에도 변함없이 유지되고 있음을 확인할 수 있었다.

사고 억제와 관련하여, 사전-사후에 유의한 변화를 나타낸 침입적 사고 및 억제 시도의 경우, 10주 이후에는 유의하게 유지되지 않았다. 반면 성공적 억제 요인의 경우, 사전-사후와 마찬가지로 추후에도 유의한 치료 효과가 유지되었다. 이는 기본적으로 사고 등 사적 경험의 빈도나 강도를 변화시키려 하기보다 '생각은 생각일 뿐 실체가 아니다'를 강조하며 이를 있는 그대로 수용하도록 돕는 과정이 치료 효과를 얻는 효과적인 기제임을 나타낸다. 특히 이러한 과정을 통해 오히려 불편한 사고 억제에 대한 내담자의 지각된 효율성이 높아졌는데, 이는 기존의 연구(이선영, 2011)와도 맥락을 같이 하는 결과로, 본 연구를 통해 이러한 사고억제에 대한 내담자의 지각된 효율감 증가와 같은 치료 효과가 장기적으로 유지되고 있음을 알 수 있다.

요약하자면, 본 연구에서는 불안에 대한 ACT 프로그램을 한국식으로 개발하였으며, 그 결과 이러한 접근이 상태불안과 특성불안 및 우울 등 정서적 불편감과 불안통제감 및 불안민감성 등 불안관련 심리적 취약성과 관련해 치료효과를 나타내고 있음을 확인할 수 있었다. 또한 시기별로 구체적인 요인에는 다소

차이가 있으나 전반적으로 프로그램 구성 시 이론적 배경에 근거해 치료과정 변인으로 가정한 마음챙김, 수용, 사고 억제 및 자기 자비 또한 ACT 접근 이후 유의하게 변화하였다. 구체적으로 '호흡명상'과 '먹기명상' 및 '바디스캔'은 호흡과 신체감각을 닦으로 사용해 지금, 여기로 주의를 모으며 판단 없이 있는 그대로의 현실을 자각할 수 있도록 돕는 기법으로 치료과정 변인 중 장기적으로 유의한 효과를 보인 '마음챙김'에 영향을 미쳤으며, '흰곰을 생각하지 않기'와 '생각은 생각일 뿐 실체가 아니다'기법을 통해 성공적인 억제 정도 즉, 원치 않는 생각을 경험하는 것에 대해 스스로 처벌하지 않고 받아들이도록 돕는 대처전략이 장기적으로 유지되는 효과를 나타내었다. 또한 '마음바라보기', '체스판의 비유'를 통해 정서적 경험회피를 줄이고 수용을 도모한 효과 또한 장기적으로 유지되었다. 반면 '스스로 사랑하기' 명상 및 '타인과 연결된 자신을 느끼기'를 통해 변화를 도모한 자기 자비의 경우, 사전-사후에는 유의한 치료효과를 나타냈으나, 그 효과가 장기적으로 유의한 수준으로 유지되지는 못했다.

본 연구의 의의 및 시사점과 제한점을 종합적으로 살펴보자면, 우선 국내엔 아직 도입단계인 수용-전념 치료를 불안이라는 증상에 맞추어 프로그램 개발하였으며, 통제집단과의 비교를 통해 그 효과를 검증하였다는 데 일차적인 의의가 있다. 앞서서도 언급했듯이 ACT 프로그램은 주로 병리별로 구성되어 그 효과가 검증되고 있는 바(Hayes, 1994; Eifert & Forsyth, 2005), 이후에는 불안을 포함한 다양한 정신 병리별로 ACT의 치료 효과를 검증하는 경험적 연구가 이루어져야 할 것으로 생각된다. 한편 본 연구의 대상은 대학생 및 졸업생



등 일반성인으로 임상적 수준의 불안 증상으로 그 결과를 일반화하기에는 다소 무리가 있다. 따라서, 이후에는 임상집단을 통한 반복 검증연구가 필요할 것으로 보인다. 또한 본 연구에서 통제집단과의 비교를 통해 효과를 검증하였으나, 치료집단에서 나타난 효과가 단순히 관심을 받음으로써 발생한 것이 아니고 치료적 개입에 의한 것임을 보장하기 위해 인지행동 치료 등 다른 치료처치 집단을 통제집단에 추가하는 것이 치료의 타당성을 높이는 데 도움이 될 것으로 보인다. 더불어 본 연구의 경우, 10주 이후 추후 시점의 통제집단의 탈락율이 높았다. 물론 통제집단 구성원에게 종결 후 다른 상담기관을 안내하고 프로그램 내용이 포함된 자기조력서를 제공하는 등 조치를 취했으나, 이후 연구에서는 장기적인 추후 연구시 대기자 집단에 대한 윤리적인 의무를 이행할 수 있는 보다 적극적이고 다양한 방법을 고려해야 할 것으로 생각된다.

둘째, 일괄적인 치료 효과 뿐 아니라 치료과정 요인의 치료 후 변화 또한 검증함으로써 ACT의 치료기제를 확인하고자 하였다는데 의의가 있다. Ciarrochi 및 Rosen 등의 연구에서도 알 수 있듯이(Ciarrochi, Bilch & Godsel, 2010; Rosen & Davidson, 2003), 일괄적인 치료 전략(Package approach)의 치료 검증 뿐 아니라 변화의 과정을 구체화하고 이의 치료 후 변화를 확인하는 과정을 통해, 실제 시행된 치료적 접근이 그것이 바탕으로 한 이론에 일관되는 방식으로 진행되었는지를 타당화할 수 있을 뿐 아니라, 효과적인 치료 과정을 구체적으로 명료화함으로써 이후 효과적인 치료 프로그램을 지속적으로 개발하는 데 도움이 될 수 있음을 상기할 때, 본 연구가 의의를 가진다고 볼 수 있겠다.

실제 수용-전념 치료는 아직 도입단계의 치료적 접근으로 현재까지 주로는 병리별로 치료효과를 경험적으로 검증하는 연구가 이루어져 왔다. 치료 효과에 영향을 미친 과정 변인을 확인하고자 하는 연구조차 인지행동치료에서 주요 과정 변인으로 가정하고 있는 자동적 사고의 변화가 실제 인지치료에서만 유일한 것인지를 ACT와 비교 검증하는 연구(Zettle & Hayes, 1986)가 주를 이루어왔을 뿐 실제 장애별로 ACT의 치료과정을 구체화한 연구는 아직 부족한 실정이다. 더불어 이후 연구에서 ACT의 효과 기제를 명료화하기 위해서는 이러한 치료과정의 변화가 실제로 증상의 변화 이전에 발생하는 지 확인할 수 있는 장기 추적 연구 또한 필요할 것으로 보인다. 실제 국외의 경우, ACT치료 과정의 변화가 증상 변화 이전에 일어나는 것을 검증한 몇몇 연구(Dalrymple & Hwebwer, 2007; Gifford 등, 2004)가 있으나, 국내에는 이와 관련한 연구가 아직 이루어지지 못하고 있는바, 앞으로 이를 확인하는 과정이 필요할 것으로 보인다.

다시 강조하자면, ACT가 발달하게 된 과정 자체가 마음챙김을 비롯해 실제 긍정적인 치료 결과를 이끌어 내는 치료 과정 및 기제에 대한 지식이 축적됨으로써 탄생한 것임을 상기할 때, 본 연구를 시작으로 국내에서도 ACT의 치료 과정 변인을 명료화하고 이의 치료 후 변화를 검증해 각각의 프로그램의 타당성을 높이는 다양한 연구가 활성화되기를 기대하며, 이를 통해 향후 지속적으로 효과적인 프로그램을 개발하는 계기가 될 수 있기를 소망한다.

### 참고문헌

- 김광일, 원호택, 이정호, 김광윤 (1978). 간이정신 진단검사(SCL-90-R)의 한국판 표준화연구 I: 정상인의 반응특성. *신경정신의학*, 17, 449-458.
- 김명소, 김혜원, 차경호 (2001). 심리적 안녕감의 구성개념 분석: 한국 성인 남녀를 대상으로. *한국심리학회지: 사회 및 성격*, 15(2), 19-39.
- 김정모 (2006). 한국판 켄터키 마음챙김 기술 척도의 타당화 연구. *한국심리학회지: 임상*, 25(4), 1123-1139.
- 김지은, 이선영 (2011). 불안민감성이 불안 증상에 미치는 영향에 대한 마음챙김의 매개효과-일반 성인을 대상으로. *인지행동치료*, 11(2), 23-38.
- 김지혜, 유범희, 오강섭, 양종철, 김율리, 이소영, 임영진 (2004). 한국어 확장판 불안 민감도 지수의 타당화 연구. *신경정신의학*, 43(1), 54-61.
- 김정택 (1978). 특성불안과 사회성과의 관계: Spielberger의 STAI를 중심으로. *고려대학교 대학원 석사학위논문*.
- 문현미 (2006). 심리적 수용 촉진 프로그램의 개발과 효과: 수용-전념 치료 모델을 중심으로. 가톨릭 대학교 박사 학위 청구 논문.
- 박기환, 안창일 (2001). 사회공포증의 인지 행동집단 치료효과에 대한 연구. *한국심리학회지: 임상*, 20(1), 1-18
- 오윤희 (2006). 사회불안장애 발병요인의 구조적 관계. *고려대학교 박사학위 청구논문*.
- 유상우 (2001). 불안장애의 최신지견과 M.I.N.I 소개, GSK Satellite symposium 자료집, 제주도롯데호텔.
- 이선영 (2010). 수용-전념 치료에서 과정변인이 불안에 미치는 매개효과. *고려대학교 박사학위 논문*
- 이선영 (2011). 한국판 사고 억제 척도의 타당화 연구-일반인을 대상으로, *한국심리학회지: 임상*, 30(4), 889-906.
- 이복동(이선영), 오윤희, 오강섭 (2003). 사회공포증 환자에 있어 지각된 불안통제감이 사회적 불편감 및 회피 정도에 미치는 영향. *인지행동치료*, 3(1), 81-92.
- 이선영, 김 원 (2008). 불안장애 환자를 대상으로 한 마음챙김과 수용중심치료적 접근: 사례연구. *한국심리학회 연차 학술발표대회 논문집*.
- 이선영, 한호성, 정은영 (2009). 마음챙김과 수용중심 불안장애 치료의 실제. 서울: 시그마프레스.
- 이영호, 송종용 (1991). BDI, SDS, MMPI-D척도의 신뢰도 및 타당도에 대한 연구. *한국심리학회지: 임상*, 15(1), 98-113.
- 이정윤, 최정훈 (1997). 사회공포증의 인지행동치료와 노출치료의 효과연구. *한국심리학회지: 상담과 심리치료*, 9, 35-56.
- 조용래 (2001). 불안장애에 대한 노출치료: 비판적 분석, 작용기제 및 개선방안. *한국심리학회지: 일반*, 20(1), 229-257.
- 조용래 (2009). 자기자비 처치가 불쾌한 자기 관련 사건에 대한 반응에 미치는 효과: 탈 중심화의 매개역할과 특질 자기자비의 중재역할 검증, *한국심리학회 연차대회 자료집*.
- Abramowitz, J. S., Tolin, D. F., & Street, G. P. (2000). Paradoxical effects of thought suppression: A meta-analysis of controlled studies. *Clinical Psychology Review*, 21(5), 683-

- 703.
- Baer, R. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*(2), 125-143.
- Baer, R. A., Smith, G. T., & Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-reports. The Kentucky inventory of mindfulness skills. *Psychological Assessment, 11*(3), 191-206.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84*(2), 191-215.
- Barlow, D. H., & Craske, M. G. (2000). *Mastery of your anxiety and panic* (3<sup>rd</sup> ed.), New York: Psychological Corporation.
- Bond, F. W., & Bunce, D. (2000). Mediators of change in Emotion-Focused and Problem-Focused Worksite Stress Management Interventions. *Journal of Occupational Health Psychology, 5*(1), 156-163.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Orcutt, H. K., Waltz, T. & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological flexibility and acceptance. *Behavior Therapy, 42*(4), 676-688.
- Borkovec, T. D. (2002). Life in the future versus life in the present. *Clinical Psychology Science and Practice, 9*(1), 76-80.
- Brewin, C. R., & Beaton, A. (2002). Thought suppression, intelligence, and working memory capacity. *Behavior Research and Therapy, 40*(8), 923-930.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*(4), 822-848.
- Campbell-Sills, L., & Barlow, D. H. (2007). *Incorporating emotion regulation into conceptualizations and treatments of anxiety and mood disorders*. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp.542-559). New York: Guilford press.
- Chambless, D. L., & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological Interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology, 52*, 685-716.
- Ciarrochi, J., Bilch, L., & Godsel, C. (2010). Psychological flexibility as a mechanism of change in Acceptance and Commitment Therapy. In Ruth Baer's (Ed.), *Assessing Mindfulness and Acceptance: Illuminating the Processes of Change*. (pp.51-76). New Harbinger Publications, Inc.: Oakland, CA.
- Cosmides, L., & Tooby, J. (2000). Evolutionary psychology and the emotions. In M. Lewis & J. M. Haviland-Jones (Eds.), *Handbook of Emotions* (PP-91-115). New York: Guilford.
- Dalrymple, K. L., & Herbert, J. D. (2007). Acceptance and Commitment Therapy for Generalized Social Anxiety Disorder: Pilot study. *Behavior Modification, 31*(5), 543-568.
- Degen, L. M. (2008). *Acceptance-based emotion regulation, perceptions of control, state mindfulness, anxiety sensitivity, and experiential avoidance: predicting response to hyperventilation*. Unpublished doctoral dissertation. American University.
- Derogatis, L. R. (1977). *SCL-90: Administration, Scoring, and Procedure Manual- I*. Baltimore,

- MD: Johns Hopkins.
- Deikman, A. J. (1982). *The Observing Self*. Boston: Beacon Press
- Eifert, G. H. & Heffner, M. (2003). The effects of acceptance versus control contexts on avoidance of panic-related symptoms. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 34(3-4), 293-312.
- Eifert, G. H., & Forsyth, J. P. (2005). *Acceptance and Commitment Therapy for Anxiety disorders: A Practitioner's treatment guide to using mindfulness, acceptance, and - value-based behavior change strategies*. New Harbinger: Oakland, CA.
- Eifert, G. H., Forsyth, J. P., Arch, J., Espejo, E., Keller, M., & Langer, D. (2009). Acceptance and commitment Therapy for Anxiety Disorders: Three Case Studies Exemplifying a Unified Treatment protocol. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(4), 367-484.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional Process of Fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99(1), 20-35.
- Foa E. B., & Rothbaum B. A. (1998) *Treating the trauma of rape: Cognitive behavioral therapy for PTSD* New York: Guilford Press
- Forsyth, J. P. (2009). *Using Acceptance and Commitment Therapy in the treatment of Anxiety Disorders*. CPM Training & Counselling Workshop. Rydges Bell City Convention Centre, Melbourne.
- Forsyth, J. P., Parker, J. D., & Finlay, C. G. (2003). Anxiety sensitivity, controllability and experiential avoidance and their relation to drug choice and addiction severity in a residual sample of substance-abusing veterans. *Addictive Behaviors*(5), 28, 851-870.
- Forsyth, J. P., & Eifert, G. H. (2008). *The mindfulness and acceptance workbook for anxiety: A guide to breaking free from anxiety, phobias, and worry with acceptance and commitment therapy*. New Harbinger: Oakland, CA.
- Gifford, E. V., Kohlenmerg, B. S., Hayes, S. C., & Antonuccio, D. O., Piasecki, M. M., Rasmussen-Hall, M. L., & Palm, K. M. (2004). Acceptance theory-based treatment for smoking cessation: An initial trial of Acceptance and Commitment Therapy. *Behavior Therapy*, 35, 689-706.
- Goldfried, M. R. (2003). Cognitive Behavior Therapy: Reflections on the evaluation of a therapeutic orientation. *Cognitive Therapy and Research*, 27(1), 53-69.
- Gross, J. J. (1998). Antecedent-focused and Response-focused emotion regulation. *Journal of Personality and Social Psychology*. 74(1), 224-237.
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive and Social consequences. *Psychophysiology*. 39, 281-291.
- Hayes, S. C. (1994). Content, context, and the types of psychological acceptance. In S. C. Hayes, N. S. Jacobson, V. M. Follette., & M. J. Dougher. (Eds.), *Acceptance and change: Content and context in Psychotherapy* (pp.13-32). Reno, NV: Context Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford.
- Hayes, S. C., Wilson, K. J., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996).

- experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152-1168. 237.
- Hayes, S. C., Follette, V. M., & Linehan. M. (Eds.). (2004). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lippold, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behavior Research and Therapy*, 44(1), 1-25.
- Hofmann, S. G. (2007). Trait affect moderate cortical activation in response to state affect. *International Journal of Psychophysiology*, 63(3), 258-264.
- Hollis-Walker, L. & Colosimo, K. (2011). Mindfulness, self-compassion, and happiness in non-meditators: A theoretical and empirical examination, *Personality and Individual Differences*, 50(2), 222-227.
- Lavy, E. H., & van den Hout, M. A. (1990). Thought suppression induces intrusions. *Behavioral Psychotherapy*, 18, 251-258.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Where you go, There you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion.
- Kabat-Zinn, J., Massion A. O., Kristeller J., Peterson, L. G., Fletcher, K. E., Pbert, L., Lenderking, W. R., & Santorelli, S. F. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment anxiety disorders. *Journal of Psychiatry*, 149(7), 936-943.
- Karekla, M., Forsyth, J. P., & Kelly, M. M. (2004). Emotional avoidance and panicogenic responding to a biological challenge procedure. *Behavior Therapy*, 35(4), 727-746.
- Kashdan, T., B., Barrios, V., Forsyth, J. P., & Steger, M. F. (2006). Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: Comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behavior Research and Therapy*, 44(9), 1301-1320.
- Kutz, I. (1985). Meditation as an adjunct to psychotherapy: an outcome study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 43(4), 209-218.
- Miller, J. J., Fletcher, K., & Kabat-Zinn, J. (1995). Three-year follow-up and clinical implication of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention in the treatment of anxiety disorders. *General Hospital Psychiatry*, 17(3), 193-200.
- Mowrer, O. H. (1960). *Learning theories of and Behavior*. New York: Wiley.
- Neff, K. D. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85-101.
- Neff, K. D., Rude, S. S., & Kirkpatrick, K. L. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41, 139-154.
- Notarius, C. I., & Levinson, R. W. (1979). Expressive tendencies and Physiological response to stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(7), 1204-1210.
- Ossman, W. A., Wilson, K. G., Storaasli, R. D., & McNeill, J. W. (2006). A Preliminary Investigation of the Use of Acceptance and

- Commitment Therapy in Group Treatment for Social Phobia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6(3), 397-416.
- Rapee, R. M., Craske, M. G., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1996). Measurement of perceived control over anxiety-related events. *Behavior Therapy*, 27(2), 279-293.
- Rassin, E. (2003). The white Bear Suppression Inventory(WBSI) focuses on failingsuppression attempts. *European Journal of Personality*, 17(4), 285-298.
- Reiss, S. (1991). Expectancy theory of fear, anxiety and panic. *Journal of Clinical Psychology*, 11(2), 141-153.
- Reiss, S., & McNally, R. J. (1985). The expectancy model of fear. In S. Reiss, & R. Bootzin.(Eds.), *Theoretical issues in behavior therapy*(pp107-121). New York: Academic Press.
- Roemer, L., & Orsillo, S. (2002). Expanding our conceptualization of treatment for generalize anxiety disorder: integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive-behavioral models. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 54-68.
- Rosen, G. M., & Davidson, G. C. (2003). Psychology should list empirically supported principles of Change(ESPs) and not credential trade marked therapies or other treatment packages. *Behavior Modification*, 27(3), 300-312.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic modification, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68-78.
- Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081.
- Salters-Pedneault, K., Tull, M. T., & Roemer, L. (2004). The role of avoidance of emotional material in the anxiety disorders. *Applied and Preventive Psychology*, 11(2), 95-114
- Saplosky, R. M. (2007). *Stress, stress-related disease and emotion regulation*. In J. J. Gross(Ed.). Handbook of emotion regulation (PP.605-615). New York: Guilford Press.
- Siegel, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K.H., Amorin, P., Janavas, J., Weillier, E., Hurgueta, T., Baker, R., & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *The journal of Clinical Psychiatry*, 59, 22-57.
- Thompson, B. L. & Waltz, J. (2008). Self-Compassion and PTSD Symptom Severity. *Journal of Traumatic Stress*, 21(6), 556-558.
- Twohig, M. P. (2004). *ACT for OCD: Abbreviated Treatment Manual*. University of Nevada.
- Wegner, D. M. (1989). *White bear and the other unwanted thoughts: Suppression, obsession, and the psychology of mental control*. London: The Guilford Press.
- Wegner, D. M., & Zanakos, S. (1984). Chronic thought suppression. *Journal of Personality*.

- 62(4), 615-640.
- Zettle, R. D. (2003). ACT vs. systematic desensitization in the treatment of mathematics anxiety. *The Psychological Record, 53*, 197-215.
- Zettle, R. D., & Hayes, S. C. (1986). Dysfunctional control by client verbal behavior: The context of reason giving. *The Analysis of Verbal Behavior, 4*, 30-38.

원 고 접 수 일 : 2011. 8. 19

수정원고접수일 : 2011. 11. 8

게 재 결 정 일 : 2012. 5. 22

## The Process Variables of Acceptance-Commitment Group Therapy for Anxiety and Effect

Lee, Seonyoung

UCLA

Ahn, Chang-Yil

Korea University

This study hypothesized process variables of ACT for Anxiety and examined the effects of a counseling program on anxiety, which was also based on Acceptance-Commitment Therapy (ACT). In the ACT, process variables were hypothesized to be changed through receiving a treatment and exhibit a therapeutic effect on emotional distress. In doing so, the program was administered to undergraduate and graduate students as well as general public for 10 sessions. The analysis included 27 from the treatment group and 27 from the control group. Results of this study showed that the treatment group reported more decreases in anxiety, depression, anxiety sensitivity, and anxiety controllability than the control group. Furthermore, process variables in ACT for anxiety such as mindfulness, thought suppression, acceptance, and self-compassion increased after receiving treatment. Finally, limitations of the present study and suggestion for future study are discussed.

*Key words* : ACT, anxiety, process variable, mindfulness, self-compassion, thought suppression acceptance