

## 자기자비 증진 프로그램 개발 및 효과 검증\*

박 세 란

서울디지털대학교

이 훈 진<sup>†</sup>

서울대학교

최근 자기자비(self-compassion)의 임상적 적용에 대한 관심과 필요성이 높아지고 있다. 본 연구의 목적은 자기자비 증진 프로그램을 개발하고 프로그램이 심리적 건강 개선에 미치는 효과를 검증하는 것이다. 이를 위해 자기자비 하위 세 요인인 자기친절, 마음챙김, 인간보편성을 중심으로 한 자기자비 증진 프로그램을 개발하고 초기 성인기 참여자 14명에게 실시하였다. 또한, 자존감 프로그램 참여자 13명 및 무처치 통제집단 13명과 비교하여 개입효과를 검증하였다. 각 집단에서 자기자비, 우울, 경계선 성향, 삶의 만족도 측정치를 프로그램 전, 후 및 1개월 후 수집하였다. 그 결과, 자기자비 집단 참여자들은 프로그램 전후로 우울, 경계선 성향, 삶의 만족도가 유의미한 수준에서 변화되었고, 변화가 1개월 후까지 유지되어 그 치료적 효과가 입증되었으며, 특히 경계선 성향이 감소하였다. 자존감 집단에서는 프로그램 전후로 삶의 만족도가 증진되었으나 프로그램 종료 1개월 후에는 그 효과가 감소하여, 개선효과 유지에는 자기자비 프로그램이 자존감 프로그램에 비해 이득이 있음이 시사되었다. 이러한 결과를 바탕으로 자기자비의 임상적 활용에 대한 본 연구의 기여와 추후연구를 위해 고려할 사항을 제시하였다.

주요어 : 자기자비, 자기자비 증진 프로그램, 자존감

\* 본 연구는 박세란(2015)의 서울대학교 박사학위 논문 일부를 수정 보완해 정리한 것임.

<sup>†</sup> 교신저자 : 이훈진, 서울대학교 심리학과, (151-746) 서울시 관악구 관악로 1

Tel : 02-880-6429, E-mail : hjlee83@snu.ac.kr

최근 자기자비(self-compassion)가 정신건강과 관련이 높다는 연구가 축적되면서(MacBeth & Gumley, 2012) 자기자비의 임상 적용에 대한 관심이 높아지고 있다. 자기자비의 정의는 불교의 핵심신조 중 하나인 ‘자비’의 개념으로부터 유래되었다(Neff, 2003b). 불교 관점에서 자비란 함양해야 하는 네 가지 자질인 사무량심(四無量心) 중 하나로, 자신과 타인의 고통을 민감하게 알아차리고 고통을 경감시키고자 하는 마음을 일으키는 것을 의미한다(지운, 2011; Buddhaghosa, 1975/2004). Neff(2003a)는 자비 중에서도 ‘자신에게 행하는 자비’라는 불교적 관점을 수용하여 ‘자기자비(self-compassion)’란 개념을 제시하였다.

자기자비란 고통에 처했을 때 혹독하게 자신을 비난하는 대신 자신을 돌보는 온화한 태도를 취하는 것을 일컬으며 세 하위요인으로 구성되어 있다(Neff, 2003a). 첫 번째 요인인 ‘자기친절(self-kindness)’은 고통스러울 때에도 온화하게 자신을 돌보는 것이며 자신의 행동, 감정, 충동이 부적절하다고 느껴지더라도 관대하게 인내하는 것을 뜻한다. 두 번째 요인인 ‘마음챙김(mindfulness)’은 고통스런 생각 및 감정들을 억제하거나 과장하지 않고 비판단적으로 관찰하는 것을 의미한다. 이는 고통을 선명하게 인식하면서 객관적인 시각과 균형감을 유지하는 태도로 자기친절이 자기동정이나 자기합리화로 이어지지 않도록 돕는다. 마지막 요인은 ‘인간보편성(common humanity)’으로, 부정적 경험을 나만의 고통이라 개인화하여 고립감을 느끼는 대신 타인들도 나와 유사한 취약감과 고통을 공유하고 있음을 깨닫고 이를 인간경험의 일부로 탈개인화하여 받아들이는 것이다(Neff, 2003a).

선행연구들에서 자기자비는 심리적 건강과

의 관련성이 견고한 것으로 나타났다. 자기자비는 우울, 불안(김경의, 이금단, 조용래, 채숙희, 이우경, 2008; MacBeth & Gumley, 2012), 경계선 성향(박세란, 이훈진, 2013), 폭식행동(이신혜, 조용래, 2014), 외상후 스트레스장애의 회피증상(Thompson & Waltz, 2008), 분노사고(이상현, 성승연, 2011) 등의 심리적 증상들과 부적의 관련성을 보였으며, 나아가 삶의 만족도와 심리적 안녕감, 낙관성, 지혜, 탐구심 등의 안녕감 및 강점과는 정적인 관련성을 보였다(Neff, Rude, & Kirkpatrick, 2007). 또한 자기비난과 부적정서(Neff, 2003a), 생활스트레스와 사회적 지지(유연화, 이신혜, 조용래, 2010), 마음챙김(Van Dam, Sheppard, Forsyth, & Earleywine, 2011), 자존감(박세란, 이훈진, 2013) 등 심리적 건강에 영향을 미칠 수 있는 일반적인 요인들을 통제한 후에도 심리적 건강에 미치는 자기자비의 영향이 유의미하여 자기자비의 고유한 기여가 확인되었다. 아울러 종단연구에서 자기자비 수준이 낮은 사람들이 1년 후 정서장애로 발전할 가능성이 높다는 결과가 나타났다(Raes, 2011). 이와 같은 연구결과들을 고려할 때 자기자비는 심리적 증상 및 안녕감의 발달에 기여하는 중요 요인일 것으로 보인다.

자기자비 처치와 개입의 효과연구도 활발해지고 있다. 비임상집단을 대상으로 실험실에서 자기자비를 유도한 연구에서 자기자비 처치집단은 자존감 처치, 표현적 글쓰기 처치, 무처치 집단보다 부정 기분 개선 효과가 유의미하게 컸으며(Leary, Tate, Adams, Allen, & Hancock, 2007), 이 기법을 차용한 후속 연구들에서도 기분개선 효과가 나타났다(이유진, 2013; 조용래, 노상선, 2011). 자기자비 처치는 기분개선을 넘어서 흡연율(Kelly, Zuroff, Foa, &

Gilbert, 2010)과 다이어트 중단 시 관찰되는 폭식경향성(Adams & Leary, 2007) 등의 부적응 행동을 개선하는 효과가 있었다. 또한 자기자비 처치는 신경생리적 변화를 초래하였다. 건강한 성인을 대상으로 한 자비로운 심상 처치는 심리사회적 스트레스에 대한 면역계 반응 및 스트레스 호르몬을 감소시켰고(Rockliff, Gilbert, McEwan, Lightman, & Glover, 2008), 우울경향이 있는 대학생들을 대상으로 한 자애명상기반 프로그램은 부정정서의 활성화를 감소시켰다(조현주, 2012). 마지막으로 자기자비 처치로 인한 심리적 건강의 증진효과는 일시적인 것에 그치지 않고 일정기간 유지되는 것으로 나타났다. 수치심이 높은 대학생들을 대상으로 한 연구에서 자기자비 글쓰기 집단은 표현적 글쓰기 집단에 비해 수치심 에피소드를 처리하는 과정에서 고통과 수치심을 덜 느꼈으며, 일주일 후에도 낮은 수치심 수준이 유지되었다(Johnson & O'Brien, 2010). 또한 자기자비를 증진시킨다고 알려진 게슈탈트 빈의 자 기법을 비임상집단에 처치한 연구에서 한 달 후의 자기자비 변화량과 정신건강 측정치의 변화량은 유관하였다(Neff, Kirkpatrick, & Rude, 2007). 이상의 연구들은 주로 비임상집단이나 준임상집단을 대상으로 하고 있어 건강한 혹은 비교적 증상수준이 가벼운 성인들에게 자기자비 개입이 도움이 될 가능성을 시사하며, 일부 연구이긴 하나 국내 대학생 대상 연구에서도 효과가 검증되고 있다.

자기자비 개입은 수용전념치료(Acceptance and Commitment Therapy; Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999)와 마음챙김에 기반한 인지행동 치료(Mindfulness-Based Cognitive Therapy; Segal, Williams, & Teasdale, 2002) 등의 마음챙김과 수용을 기반으로 한 치료적 접근과 맥을 같이

하고 있다. 최근에는 이러한 접근의 공통적 치료요인인 마음챙김과 더불어 자비로운 태도의 발달이 치료기제로 언급되고 있으며(조현주, 김종우, 송승연, 2013; Hofmann, Sawyer, Witt, & Oh, 2010; Keng, Smoski, & Robins, 2011; Öst, 2008), 자기자비가 마음챙김 개입 기저의 핵심 기제라는 의견도 제안되었다(Van Dam et al., 2011). 자기자비는 마음챙김 외의 심리치료에서도 중요한 치료적 요인으로 여겨진다. McCullough 등(2003)은 하버드 의대병원 치료프로젝트 일환으로 심리치료에 잘 확립된 공통요소들을 나타내는 ATOS(Achievement of Therapeutic Objectives Scale)를 개발하였는데 목록에 자기에 대한 자비와 돌봄의 항목이 포함되었다. 이는 자기자비가 심리치료 결과인 적응적 행동변화를 예측하는 지표로서의 역할을 수행함을 보여주는 것이다.

이상의 연구들을 종합해볼 때, 자기자비의 증진은 단순히 부정정서를 제거하는 역할을 넘어서서 스트레스 완화 및 심리적 건강에 긍정적인 영향을 미칠 것으로 보인다. 그러나 자기자비 증진 기법과 자기자비 프로그램의 개발은 시작 단계이며, 개입효과 연구도 부족한 실정이다. 선행문헌을 개관해보면 결과적으로 자기자비가 증진된다고 제안된 치료법으로는 게슈탈트 치료의 빈의자기법(Perls, Hefferline, & Goodman, 1951), 자애명상(Germer, 2009), 마음챙김에 기반한 스트레스감소 치료(Kabat-Zinn, 1990), 수용전념치료(Hayes et al., 1999), 변증법적 행동치료(Linehan, 1993) 등이 있다. 이들은 대체로 마음챙김과 수용에 기반을 둔 치료법들이며, 자기자비 수준을 증가시키는데 효과적이었으나(이우경, 2008; Cho, 2010; Gilbert & Proctor, 2006; Shapiro, Carlson, Astin, & Freedman, 2006), 자기자비 증진을 목

적으로 개발된 치료법들은 아니었다. 뿐만 아니라, 수치심과 비난이 심한 사람들은 마음챙김과 수용의 접근과 더불어 자기위안 심상, 자애명상과 같은 자기친절을 향상시킬 수 있는 전략들이 효과적일 수 있다(조현주, 2012; Gilbert & Proctor, 2006). 따라서 수용, 마음챙김에 더하여 자기자비를 향상시킬 수 있는 프로그램이 개발된다면 보다 효과적으로 자기비난을 감소시킬 수 있을 것으로 보인다. 또한 자기자비와 타인자비의 증진을 목적으로 자비로운 마음 훈련(Compassionate Mind Training; Gilbert & Proctor, 2006), 자비중심치료(Compassion Focused Therapy; Gilbert, 2010)가 개발되어 국내외 자기자비 연구들에서 활용되고 있으나, Neff(2003a)가 제안한 자기자비 3요인 중 주로 자기친절을 증진시키는 기법들을 중심으로 하고 있으며 자기자비의 요소를 모두 포함하고 있지는 않다. 자기친절이 자기자비에서 핵심적인 요인이기는 하나, Neff(2003a)의 주장대로 자기친절만으로는 자칫 자기동정이나 자기합리화로 이어질 가능성이 있기 때문에 마음챙김을 통해 균형잡힌 시각을 가질 수 있도록 도울 필요가 있으며, 인간과 세상의 불완전함에 대한 근본적 수용인 인간보편성이 지속적인 자기친절을 유지할 원동력을 제공할 수 있을 것으로 보인다. 따라서 고통에 직면해서도 자신에 대한 따뜻함과 위로를 유지하면서도 객관적으로 상황을 조망하기 위해서는 세 요인을 모두 포함한 자기자비 프로그램의 개발이 필요하다. 마지막으로, 자기자비 증진을 목적으로 개발된 마음챙김 자기자비 프로그램(Mindful Self-Compassion Program; Neff & Germer, 2013)은 아직 예비연구(pilot study)를 제외하고는 효과검증이 되지 않았다. 따라서 자기자비 프로그램을 개발하고 그 효과에 대

해 검증할 필요성이 있다.

본 연구에서는 자기자비 하위 세 요인을 모두 반영한 자기자비 증진 집단 프로그램(이하 자기자비 프로그램)을 개발하고 초기성인기 집단을 대상으로 그 효과를 검증하였다. 본 연구에서 개발한 자기자비 프로그램의 목표는 자기친절, 마음챙김, 인간보편성의 증진을 통해 자기가치감 조절 문제와 관련된 심리적 건강 변인인 우울, 경계선 성향을 개선하고 더불어 주관적 안녕감을 증진시키는 것이다.

구체적인 기제와 기법은 다음과 같다. 첫째, 고통에 처했을 때 자기비난을 알아채고, 의도적으로 따뜻함을 불러일으켜 자신을 수용하고 돌보는 태도로 전환하도록 돕는다(‘자기친절’의 기제). 여기서 ‘의도적’이라는 용어를 사용한 것은 자기비난에 빠져 반추, 과묵화 등의 자동적인 반응이 유발되는 과정을 개인이 의식적으로 깨닫고, 대안적 반응을 취해보려는 노력을 해야함을 의미한다. 사실 자기비난 경향이 높은 사람이 의도적인 훈련 없이 자기친절의 태도를 취하기는 어렵다. 따라서 자기비난이라는 자동적 반응을 탈피하여 자기친절이라는 습관적인 반응을 조건화하기 위한 훈련이 필요하다. 연구자는 다양한 관련 프로그램들을 개관하여 자기친절을 증진시키는데 효과적일 수 있는 기법들을 선별하고 본 프로그램에 적용하였다.

먼저, 자비중심치료(Compassion Focused Therapy; Gilbert, 2010)의 주요 기법인 ‘자비로운 심상(compassionate image)’을 사용하였다. Gilbert(2010)는 자기비난 경향이 높은 사람들은 위협에 처했을 때 스스로를 달래는 진정 안전 체계(soothing-safety system)를 활성화시키는 능력이 부족하며, 따라서 안도, 온정, 달랠의 감정을 일으키는 능력을 개발하는데 중점

을 둔 훈련이 필요하다고 보았다. 특히 이와 같은 감정을 유발하는 심상을 활용하도록 제안하였다. 예를 들어, 따뜻함과 수용으로 나를 바라보아 줄 수 있는 완벽한 양육자를 떠올리는 심상(Lee, 2005), 완전히 안심할 수 있는 안전한 장소에 있는 심상(Gilbert, 2010) 등이 그것이다. 또한 계슈탈트 치료의 빈의자 기법을 자기자비 향상에 적합하게 보완한 자비적 의자작업(compassionate chair work)(Gilbert, 2010)을 활용하였다. 자비적 의자작업은 참여자가 자기비난하는 입장과 자신을 이해하는 입장을 번갈아 취하며 자기비난을 완화하는 정서촉진적 기법이다(Gilbert, 2010). 마지막으로, 자기친절을 증진시키기 위해 불교의 전통적 수련법 중 하나인 자애명상과 자비명상을 변형하여 활용하였다. 자애(慈愛)명상은 나와 타인의 행복, 평안, 건강을 바라는 문구를 되뇌는 명상이며, 자비명상은 자신과 타인이 고통에서 벗어나기를 바라는 문구를 되뇌는 것인데, 본 연구에서는 개인에게 적합한 자애와 자비의 문구(예를 들어, 자기비판이 심하여 타인의 호의를 번번히 거절하는 내담자가 ‘내가 다른 사람의 사랑을 허용할 수 있기를’과 같은 문구를 되뇌임)를 탐색하여 일상생활에서 적용하도록 하였다.

자기자비 프로그램의 두 번째 기제는 마음챙김을 바탕으로 한 비판단적 태도의 함양이다. 마음챙김과 수용을 중심으로 한 접근에서는 부정적 생각이나 감정을 바꾸려고 시도하기보다는 이를 회피하거나 싸우려는 경향을 감소시킴으로써 그 영향에서 벗어나는 데 초점을 두는데(Hayes et al., 1999), 자기자비 역시 현재의 상태나 기분에 그대로 머물며 수용하는 과정을 통해 자신의 존재를 있는 그대로 느끼고 보듬는 마음챙김을 전제로 한다(Germer

& Siegel, 2012). 마음챙김과 수용에 기반을 둔 개입 프로그램들이 자기자비의 증진을 목적으로 하지는 않으나 자기자비 수준을 증가시키는데 효과적이었다는 선행연구 결과(예: Shapiro et al., 2006)를 고려하여 본 연구에서는 마음챙김 개입의 일부를 자기자비 프로그램 구성에 포함시켰다. 특히 신체감각을 관찰하는 바디스캔(body scan)과 호흡명상을 사용하였다. 마음챙김 기법들은 많은 훈련이 필요하므로, 가장 쉽게 익힐 수 있다고 알려진 바디스캔과, 마음챙김 기법들 중 가장 보편적으로 시행되고 있는 호흡명상을 실시하였다.

자기자비 프로그램의 세 번째 변화 기제는 인간보편성의 증가다. 이는 ‘나만 힘들다’ 혹은 ‘나만 문제다.’라는 관점에서 벗어나 고통과 취약함을 탈개인화하여 바라보도록 돕는 것을 의미한다. 자신의 부족함을 발견하면 타인은 완벽하고 나만 부적절하다는 느낌이 드는데, 이는 자기중심성에 의해 왜곡된 과정일 수 있다(Germer, 2009). 나 혼자만이 겪는 어려움이 아니라, 타인들도 그와 유사한 취약감을 공유하고 있음을 깨달으면, 자신의 경험을 객관화 또는 탈개인화하게 된다(Neff, 2011). 치료에 참여하기 전에 내담자들은 오랜 기간 자신의 문제를 타인에게 털어놓지 못하고 혼자서 고민하며 고립감을 느끼는 경우가 많다. 자신이 수용하기 어려운 감정과 사고는 타인 역시 문제점으로 여길 것이라 예상하여 이를 숨기게 되기 때문이다. 문제라 여기던 사고, 감정을 집단에서 드러내는 것만으로도 나와 남이 ‘다르지 않다’는 것을 깨닫고 연결감을 회복할 수 있다. 따라서 사고 내용이나 불안, 분노와 같은 감정은 변화하지 않더라도, 생각, 감정과 싸우면서 이를 억압하고 자기를 비난하는데 드는 심리적 에너지는 감소될 수 있다. 여기

서 여유 공간이 생겨나며, 이러한 여유로 인해 즉각적이고 자동적인 반응(예: 반추, 자해, 폭식)을 잠깐이라도 멈출 수 있게 된다.

그러나 보편성은 집단치료의 공통적 치료요인 중 하나로, 이를 넘어 자기자비 개입의 효과를 검증하기 위해서는 인간보편성을 구체적으로 전달할 수 있는 기법이 필요하다. 자기친절은 주로 Gilbert(2010)의 기법이, 마음챙김은 전통적인 마음챙김 훈련들이 참고가 될 수 있으나, 현재까지 개발된 프로그램 및 기법 중에서는 인간보편성 요인을 체험적으로 구현하는 것은 찾아보기 어려우며, 대개는 훈련이 아닌 인간보편성 개념에 대한 강의식 교육에 그치고 있다. 따라서 본 연구에서는 수용전념치료(Hayes et al., 1999)의 기법들을 참고하여 인간보편성을 전달할 수 있는 기법들을 개발하고 프로그램에 반영하였다. 예를 들어 나와 유사한 고통을 경험한 사람들을 떠올리고 기술하기, 주변 사람들이 어떤 고통을 겪으며 살고 있는지 기술해보기 등이 그러한 기법이다. 또한 인간보편성은 타인에 대한 연민의 마음을 품음으로써 증진될 수 있을 것으로 보았다. 인간보편성은 자신의 취약함뿐만 아니라 인간 모두의 취약함을 인식하는 것을 포함하는 개념이다. 즉, 타인의 취약함을 깨닫고 이에 대해 연민의 마음을 불러일으킴으로써 부족함에 대한 판단을 완화할 수 있을 것으로 기대하였다. 이에 타인을 향한 자애명상과 자비명상, 가까운 타인부터 시작하여 적대시하는 타인까지 자비로운 마음으로 이해하는 편지쓰기 등의 기법을 개발하여 활용하였다.

아울러, 기존에 개발되어 효과가 입증된 McKay와 Fanning(2005)의 자존감 증진 집단 프로그램(이하 자존감 프로그램)을 시행하고 그 효과를 자기자비 프로그램과 비교 검증하였다.

자존감 프로그램은 인지행동치료의 일환으로, 자기비난에 나타난 인지적 오류를 찾아내어 수정하고, 자신의 장점을 발견하고 강화하여 자존감을 증진시키는 것을 핵심 기제로 한다. 자존감 프로그램과 비교한 이유는 자기자비가 자존감의 역기능을 보완하는 건강한 자기관련태도로서 제안된 개념이기 때문이다(Neff, 2003a). 자존감과 자기자비는 긍정적 자기지각이라는 공통점이 있으나, 자기자비는 자신의 취약함을 인정하며 위협에 대해 자기구조를 보호, 강화하기 위한 자기조절전략을 사용하지 않고도 자신에 대한 긍정정서를 경험하도록 한다는 점에서 자존감에 비해 강점을 지닌 것으로 여겨진다(Leary et al., 2007; Neff, 2003a).

자기자비 프로그램의 효과검증은 초기 성인기(33세 이하)의 비임상집단을 대상으로 하였다. 자기자비는 그 개념상 ‘고통에 직면했을 때’ 자신과 자신의 경험을 다루는 태도인데, 심리적으로 건강한 대부분의 사람들도 일상생활에서 다양한 역경과 고통을 겪는다. 선행연구들에서 비임상집단을 대상으로 한 처치 연구들에서 심리적 건강 증진의 효과가 일부 검증된 점은(예: Leary et al., 2007) 비임상집단도 자기자비 개입으로부터 이득을 얻을 수 있음을 보여주는 것이다. 따라서 본 연구에서는 자기자비 개입이 비임상집단의 심리적 건강 개선에 기여할 것으로 가정하였다. 또한 자기자비와 심리적 건강의 선형적 관계가 관찰되었고, 자기자비가 자존감에 경계선 성향에 대한 설명력이 높았던 연구 결과(박세란, 이훈진, 2013)를 고려할 때, 자기자비 프로그램은 자존감 프로그램에 비해 경계선 성향에 더 효과적일 것으로 예상하였다. 따라서 본 연구의 가설은 다음과 같다. 첫째, 자기자비 집단과 자

존감 집단은 통제집단에 비해 프로그램 전후에 우울, 경계선 성향 감소와 삶의 만족도 증가 정도가 더 클 것이다. 둘째, 자기자비 집단은 자존감 집단에 비해 프로그램 전후에 경계선 성향 감소 정도가 더 클 것이다.

## 방 법

### 연구참여자

본 연구는 기관생명윤리위원회의 사전 승인을 받았다. 자기자비 프로그램 및 자존감 프로그램 참여자는 상담관련 학회 및 기관의 홍보게시판과 서울소재 대학 내의 온·오프라인 게시판에 홍보문을 게시하여 모집하였다. 참여자격은 초기 성인기(33세 이하의 성인)로 제한하였다. 프로그램 참여자는 총 31명이었다. 이 중 결석 횟수가 2회 이상인 4명의 응답을 제외하고 분석에는 최종적으로 자기자비 집단 14명(남 4명, 여 10명), 자존감 집단 13명(남 0명, 여 13명)의 자료를 사용하였다. 분석에 사용된 자기자비 집단의 평균 연령은 27.15세(표준편차=2.88)로 연령 범위는 22세에서 32세까지였다. 자존감 집단의 평균연령은 26.93세(표준편차=3.75)로 연령 범위는 20세에서 33세까지였다.

무처치 통제집단(이하 통제집단)은 서울소재 대학 내 온라인 게시판 홍보를 통해 33세 이하 성인 17명을 모집하였다. 이중 사전-사후 응답을 완료한 13명(남 6명, 여 7명)의 자료를 분석에 사용하였다. 분석에 사용된 통제집단의 평균 연령은 24.07세(표준편차=2.36)로 연령 범위는 20세에서 32세까지였다.

### 측정도구

#### 자기자비 척도

자기자비 정도를 측정하기 위해 Neff(2003b)가 개발하고 김경의 등(2008)이 번안한 자기자비척도(Self-Compassion Scale: SCS)를 사용하였다. 어려운 상황에 처해있을 때 각 문항 내용대로 얼마나 자주 행동하는지를 5점 Likert 척도 상에서 평정하도록 하는 26개의 문항으로 구성되어 있으며, 총점이 높을수록 자기자비 정도가 높은 것으로 해석할 수 있다. 26문항 중 13문항은 역채점하도록 되어 있으며, 자기-친절(Self-Kindness, 5문항) 대 자기-판단(Self-Judgement, 5문항), 인간보편성(Common Humanity, 4문항) 대 고립(Isolation, 4문항), 그리고 마음챙김(Mindfulness, 4문항) 대 과잉-동일시(Over-Identification, 4문항)의 3가지 하위요인으로 구성되어 있다. 내적 일관성은 원판이 .92, 한국판이 .87로 보고되었으며, 본 연구에서의 내적 일관성은 .82로 나타났다. 본 연구에서 하위척도별 내적 일관성은 자기친절이 .77, 인간보편성이 .63, 마음챙김이 .70으로 나타났다.

#### Rosenberg 자존감 척도

전반적인 자존감 수준을 측정하기 위해 Rosenberg(1965)가 개발하고 이훈진과 원호택(1995)이 번안한 Rosenberg 자존감 척도(Rosenberg Self-Esteem Scale: RSES)를 사용하였다. 총 10문항, 5점 Likert 척도로 구성되어 있으며, 높은 점수일수록 자존감이 높은 것을 의미한다. 한국판 척도의 내적 일관성은 .89로 보고되었으며, 본 연구에서는 .86으로 나타났다.

### 유병률 연구센터-우울 척도

Radloff(1977)가 개발하고 전경구, 최상진, 양병창(2001)이 번안한 유병률 연구센터-우울 척도(Center for Epidemiological Studies- Depression: CES-D)를 사용하였다. 0-3점의 Likert 척도이며 20문항으로 이루어져있다. 한국판 척도의 내적 일관성은 .91로 보고되었고, 본 연구에서는 .94로 나타났다.

### 경계선 성격장애 척도

Morey(1991)가 성격을 평가하는 자기보고형 질문지로 개발한 PAI(Personality Assessment Inventory)의 11개 하위척도 중 하나인 경계선 성격장애 척도(Borderline Personality Disorder Scale: BPDS)를 홍상환과 김영환(1998)이 번안한 척도를 사용하였으며, 총 23문항을 4점 Likert 척도상에서 평정하도록 되어 있다. 정서적 불안정성, 정체감 문제, 부정적 관계, 자기손상의 하위요인으로 이루어져 있다. 높은 점수일수록 경계선 성격장애의 특징을 지니는 것으로 해석되며, 특히 원점수 39점 이상인 집단은 임상집단과 유사한 정도의 문제를 경험하는 위험군으로 분류된다(홍상환, 김영환, 1998). 한국판의 내적 일관성은 .84로 보고되었고, 본 연구에서는 .87로 나타났다.

### 삶의 만족도 척도

주관적인 안녕감을 측정하기 위하여 Diener, Emmons, Larson과 Griffin(1985)이 개발하고 조명환과 차경호(1998)가 번안한 삶의 만족도 척도(Satisfaction with life scale: SWLS)를 사용하였다. 총 5문항, 7점 Likert 척도로 점수가 개인이 스스로의 삶에 대해 만족하고 있음을 나타낸다. 한국판의 내적 일관성은 .88로 보고되었고, 본 연구에서는 .88로 나타났다.

### 절차

상담관련 학회 및 기관의 홍보게시판과 서울소재 대학 내의 온·오프라인 게시판에 홍보문을 게시하여 프로그램 참여자를 모집하였다. 2014년 7월 첫 홍보를 실시하여 총 16명의 참여자가 모집되었으며, 참여자들의 참여가능 시간을 고려하여 자존감 프로그램집단 7명, 자기자비 집단 9명으로 구성하였다. 이어서 2014년 8월 두 번째 홍보를 실시하여 총 15명의 참여자가 모집되었고, 참여가능시간에 따라 자존감 집단 8명, 자기자비집단 7명으로 구성하였다. 자존감집단과 자기자비집단 각각 2개 반씩 모두 4개 반이 운영되었다.

자기자비 집단과 자존감 집단(이하 처치집단으로 명명) 참여자에게는 6주 동안 매주 1회 150분씩, 총 15시간의 집단프로그램을 실시하였다. 프로그램 시작 전 프로그램의 개발배경 및 목적을 설명하였고, 세 차례 설문연구 진행에 동의를 구하였으며 이에 동의한 사람들을 대상으로 프로그램을 진행하였다. 프로그램 시작 전(이하 사전), 종료직후(이하 사후), 종료 1개월 후(이하 추후) 세 차례에 걸쳐 동일한 설문지를 실시하였다. 총 참여자 31명(자존감 집단 15명, 자기자비집단 16명) 중 5회기 이상 참여한 27명(자존감 집단 13명, 자기자비 집단 14명)이 최종분석에 포함되었다. 5회기 미만 참여자 중 2명(자기자비 집단 1명, 자존감 집단 1명)은 개인일정(취직과 육아)으로 인해 4회기만 참여하였고, 2명은 중도탈락하였다(자기자비 집단 1명, 자존감 집단 1명). 자존감 집단의 중도탈락자는 첫 회기에서 사적인 이야기를 공개하고 난 이후 불참하였고, 자기자비 집단의 중도탈락자는 다른 참여자와의 갈등으로 후반부 회기에 불참하였다. 1회 결석한 사



람은 다음 회기 전 치료자와 30분의 보충회기를 가졌다. 아울러 자기자비 프로그램 및 자존감 프로그램은 상담심리전문가와 임상심리전문가 자격증을 소지하고 전문적인 훈련과 다양한 임상경험을 거친 연구자가 진행하였다.

통제집단은 서울소재 대학 내의 온라인 게시판에 홍보문을 게시하여 모집한 17명으로 구성하였고, 사전, 사후 설문지를 모두 완료한 13명이 최종분석에 포함되었다. 통제집단은 특별한 처치를 시행하지 않았고, 소정의 기프트콘을 지급하였다. 통제집단으로 신청한 참여자들은 6주 간격으로 프로그램 참여자들과 동일한 설문지를 사전, 사후 2번에 걸쳐 작성하였다.

#### 자기자비 집단 프로그램의 구성

본 연구에서 개발하고 적용한 자기자비 프로그램은 총 6회기(회기당 150분씩, 총 15시간)로 구성된 심리교육 집단상담 프로그램으로 다음과 같은 특징을 가지고 있다. 첫째, 프로그램은 비임상군과 임상군을 비롯한 다양한 집단에 적용될 수 있도록 구성하였고, 연령대도 대학생 집단부터 성인집단까지 다양한 연령에 실시할 수 있도록 개발하였다. 둘째, 자기자비 프로그램은 교육 및 설명과 더불어 활동과 체험 중심의 치료 전략을 사용하여 구조화하였다. 각 회기를 주제설명, 실습활동, 소그룹토의, 집단토의, 과제부여로 구성하여 참여자들이 교육내용을 개념적으로 이해하고 실제적으로 적용해볼 수 있도록 하였다. 소그룹토의는 실습내용에 대해 두 사람씩 짝지어 10-20분 정도 이야기하여 실습내용을 명료화하는 것을 목적으로 하였다. 집단토의는 한 회기에 2명의 참여자가 자신의 고민을 집단원

전체에게 이야기하는 형식이었으며, 치료자와 참여자들이 실습한 내용을 바탕으로 피드백하였다. 각 회기별 교육내용, 실습, 과제의 내용을 담은 참여자용 자기자비 매뉴얼을 제작하여 참여자들에게 배포하였다.

회기주제와 내용을 요약하면 다음과 같다. 1회기에서 3회기는 주로 자기친절과 마음챙김을 변화기제로 하였다. 자기비난의 기제·고통의 원천을 이해하고 자기친절과 마음챙김의 태도로 고통을 다루는 방법을 교육하는 것이 주된 주제였다. 자기자비 3요인 중 자기친절을 먼저 교육하였는데, 이는 이후 회기에서 고통스런 경험을 회상하고 이야기할 때 우선적으로 자기친절 기법을 활용하여 고통을 경감시키기 위해서였다.

1회기에서는 치료자가 프로그램을 개발하게 된 동기와 집단규약을 소개하고, 참여자들이 별칭, 참여 동기, 현재 기분 등의 내용으로 자기소개를 하였다. 다음으로 자기비난이 심리적 건강에 미치는 영향과 자기비난의 유지기제 등을 교육하였다. 또한 자기자비의 개념을 설명하고 고통스러운 상황에서 자기자비의 태도를 활용하는 방법과 그 효용에 대해 개관하였다. 실습으로 ‘내가 스스로를 비난하게 될 때는....’ 과 같은 일련의 문장을 완성하도록 하고, 고통스러웠던 경험을 떠올릴 때 드는 자기비난의 말들을 적게 하여 자기비난을 자각하는 훈련을 하였다. 다음으로, 나에게 안전한 환경과 색깔, 사람들을 떠올리고 구체적으로 심상화하는 자기친절 실습을 하였다. 2회기에서는 자기자비의 생리적 기제와 관련된 자기위안체계(Gilbert, 2010)에 대해 설명하고, 이를 활성화시키기 위해 심상화와 명상 등이 필요함을 교육하였다. 또한 마음챙김의 치료적 기제와 고통의 원인이 되는 심리적 통제에

대해 소개하였다. 실습으로 ‘내가 평안하기를’과 같은 문구를 반복하는 자애명상 및 신체감각의 관찰을 통해 알아차림을 증가시키는 바

디스캔을 실시하였다. 또한 수치심을 느꼈던 상황을 떠올린 후 자비로운 타인을 떠올리는 심상작업을 함으로써(예를 들어, ‘나를 한없이

표 1. 자기자비 집단프로그램 구성

회기	제목 및 주요 주제	회기내용 및 활동
1	<b>‘고통에 대한 태도로서의 자기자비’</b> 자기비난의 기제·고통의 원천을 이해하고 자기자비의 태도로 고통을 다루는 방법 배우기	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 오리엔테이션: 프로그램 소개, 집단규약</li> <li>* 자기소개 : 참여동기·목표확인</li> <li>* 강의: 자기비난의 기제와 정신건강에 미치는 영향·고통을 가중시키는 이차적 평가·자기자비 개념에 대해 설명</li> <li>* 연습: 안전한 환경, 이미지 떠올리기 나에 대한 신념, 평가 찾기</li> </ul>
2	<b>‘자기친절·마음챙김의 태도로 고통 바라보기’</b> 마음챙김 통해 거리두고 관찰하는 경험·자비로운 타인이 나를 대하는 상상 통해 자기태도 전환	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 강의: 마음챙김의 기제·자기위안체계의 생리적 기초 설명·심상기법 소개</li> <li>* 연습: Body scan과 자애명상 자비로운 타인 심상 떠올리기 일상의 자기돌봄 목록 점검하기</li> </ul>
3	<b>‘마음챙김·자기친절의 태도로 편안함 느끼기’</b> 수치심을 느끼는 상황에서 자기친절과 마음챙김을 활용하는 연습하기	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 강의: 수치심이 형성된 근원(중요인물과의 관계) 설명·수치심 경험 시 마음챙김과 자기친절로 반응하는 법 소개</li> <li>* 연습: 자비명상과 호흡명상 안전한 장소 및 ‘자비로운 나’ 심상화</li> </ul>
4	<b>‘인간보편성 자각·나만의 문제가 아님을 이해하기’</b> 나만의 문제라 생각할 때 유발되는 단절감 깨닫고 타인과 연결감 경험하기	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 강의: 취약함과 단점을 인간보편성으로 수용할 필요성에 대한 설명</li> <li>* 연습: 나와 타인에 대한 자비명상 나와 유사한 고통을 경험한 사람 떠올리기/ 타인의 고통을 적고 척도화</li> </ul>
5	<b>‘관계 속에서의 자기자비 실천하기’</b> 공감받는 경험의 과정을 이해하고 관계 속에서 자기자비와 타인배려의 균형을 이해하기	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 강의: 타인이 내 고통을 이해하고 들을 때 회복과 치유가 일어나는 과정 설명하고 힘들 때는 먼저 자기자비의 시간을 잠시 갖는 것이 타인을 돌아볼 여유를 줄 수 있음을 설명</li> <li>* 연습: 나와 타인에 대한 자비명상 나와 타인에게 자비로운 편지쓰기</li> </ul>
6	<b>‘자기 재기술과 종합정리’</b> 고통스럽더라도 역사를 지닌 경험에 대한 존중 통해 수용하기	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 강의: 종합정리</li> <li>* 연습: 자기 재기술하기 및 자기친절의 말 연습</li> <li>* 마무리: 치료자의 요약 및 참여자 소감</li> </ul>

수용하고 사랑하는 사람이 지금 내가 고통스러워하는 모습을 본다면 어떤 눈빛, 이야기를 할지), 고통 속에서 자기친절의 태도로 전환해보는 경험을 유도하였고, 일상생활에서 자기돌봄을 실천할 수 있는 방법 목록을 제공하여 과제에서 적용해보도록 하였다. 3회기에서는 호흡명상 및 자비명상(‘내가 고통에서 벗어나기를’과 같은 문구의 반복), 자비의자 작업 등의 실습으로 마음챙김 및 자기친절 실습을 심화하여 진행하였다.

4회기와 5회기는 인간보편성의 개념을 교육하고, 이를 적용한 실습을 하였다. 4회기에서는 ‘나만 문제다’라는 생각에 빠져 고립감과 소외감을 경험하게 되는 과정에 대해 설명하였다. 또한 인간으로서 한계를 가질 수밖에 없다는 점을 깊이 수용하고 타인도 나와 유사한 고통을 겪는다는 점을 상기함으로써 고통에 대해 탈개인화할 수 있음을 설명하였다. 실습으로는 나의 부족한 점이 잘 개선되지 않는다면 그것이 무엇을 의미하는지 탐색하고 부족한 점에 대해 자기비난하지 않으면서 충분히 인정하고 바라보는 연습을 하였다. 또한 나와 유사한 고통을 경험한 사람을 떠올려 묘사하고, 가까운 사람부터 먼 사람까지 그들이 어떤 고통을 겪고 있는지 적고 척도화하여 볼 수 있도록 하였다. 마지막으로, 타인에 대한 자비명상을 실행하였다. 5회기에서는 타인자비와 자기자비간의 균형에 대해 교육하였는데, 특히 큰 고통 속에 있을 때는 먼저 자기 자신을 돌보고 반복적으로 터놓고 말하여 위로를 얻는 방식이 효용이 있으며, 타인에 대한 미움으로 괴로울 때에는 타인에 대한 이해와 자비의 마음을 갖는 연습을 의도적으로 할 필요성이 있다는 점을 설명하였다. 실습으로는 자비명상과 자비 편지쓰기를 하였다. 6회기는

지금까지 내용을 정리하고 복습하면서 나의 부족함이 형성된 맥락을 재기술하며 고통스럽더라도 개인적 역사를 지닌 경험에 대해 존중하는 방식을 교육하였다. 또한 현재까지 개발한 자기친절의 말을 되풀이하여 훈련하는 연습을 하였으며, 소감을 나누었다. 간단한 회기 주제와 활동내용은 표 1에 제시하였다.

#### 자존감 집단 프로그램의 구성

자존감 프로그램은 앞서 설명한 자기자비 프로그램과 동일한 시간 및 형식을 취함으로써 핵심기제의 차이를 제외하고는 두 프로그램 간 동등성을 유지하고자 하였다. 자존감 프로그램은 총 6회기(회기당 150분씩, 총 15시간)로 구성된 심리교육적 집단상담 프로그램이었고, 주제설명, 실습활동, 소그룹토의, 집단토의, 과제부여 등으로 구성하였으며, 프로그램 시작시 참여자용 매뉴얼을 배포하였다. 본 프로그램은 McKay와 Fanning(2005)의 자존감 향상 프로그램을 6회기에 맞게 수정하여 사용하였다. 이 프로그램의 핵심기제는 자기비난이먼의 자동적 사고와 인지적 오류를 탐색하여 적응적이고 현실적인 사고로 수정하고 자신의 장점을 탐색, 발견하고 강화하는 것이었다. 자존감 프로그램의 회기별 내용을 요약하여 표 2에 제시하였다.

1회기, 2회기, 3회기, 5회기의 주요주제는 부적응적 인지의 탐색 및 대안사고로의 수정이었으며, 4회기와 6회기의 주요주제는 장점 및 긍정경험의 발견과 강화였다. 1회기에서는 자존감의 형성과정 및 자존감이 심리적 건강에 미치는 영향, 자기비난의 유지기제에 대해 교육하였고, 실습에서 고통스런 경험에 처했을 때 떠오르는 자기비난의 자동적 사고를 탐

표 2. 자존감 집단프로그램 구성

회기	제목 및 주요 주제	회기내용 및 활동
1	<b>‘자존감 바로 이해하기’</b> 자존감의 형성과정 · 자존감이 심리적 건강에 미치는 영향에 대해 이해하기	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 오리엔테이션: 프로그램 소개, 집단규약</li> <li>* 자기소개 : 참여동기 · 목표확인</li> <li>* 강의: 자존감의 영향력, 형성과정, 자책 습관이 자존감에 미치는 영향, 자책의 유지기체에 대한 강의</li> <li>* 연습: 나에 대한 신념, 평가 찾기 비평하는 습관 찾기 힘든 상황에서의 내면독백 찾기</li> </ul>
2	<b>‘세상사를 자기 나름대로 해석하지 않기’</b> 자기평가 이면의 인지적 왜곡에 대한 탐색과 대안사고 찾기	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 강의: 인지적 왜곡과 자동적 사고 설명 · 인지적 왜곡이 자존감을 훼손하는 방식에 대한 설명</li> <li>* 연습: 자책 속의 인지적 오류를 찾아내기 참여자들과 함께 대안적 사고 찾기</li> </ul>
3	<b>‘정확한 자기평가와 단점기술’</b> 자기비난을 구체적 사건과 연결시켜 정확하게 바라보는 연습하기	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 강의: 자책의 원천을 이해하고 촉발 사건을 떠올리며 자책/단점을 구체적, 비경멸적 언어로 기술할 필요성 설명</li> <li>* 연습: 영역별 단점목록의 작성 단점 재기술하기</li> </ul>
4	<b>‘강점 · 즐거운 일 떠올리기’</b> 강점발견 · 긍정사건 회상의 유익을 알고 연습하기	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 강의: 강점발견 · 재확인 및 긍정사건 회상 습관의 유익함에 대한 설명</li> <li>* 연습: 장점목록의 작성 및 구체화 긍정사건 기술</li> </ul>
5	<b>‘당위성을 가진 신념 돌아보기’</b> 당위적 사고의 형성과정 · 자존감에 미치는 불익을 이해하기	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 강의: 중요타인의 영향으로 가치와 당위적 신념이 형성되는 과정 설명 · 신념이 자책을 심화시킴을 설명</li> <li>* 연습: 당위적 사고 발견하기 경직되게 적용될 때를 발견하기</li> </ul>
6	<b>‘타인의 비난에 반응하기 및 목표 설정’</b> 타인의 비난에 반응하는 적응적 방식을 배우고 회기를 정리하면서 목표 및 실천계획 세우기	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 강의: 필연적으로 직면하는 타인의 거절, 비난에 반응하는 비효과적 · 효과적 방식 알기 · 자기이해를 바탕으로 한 현실적인 목표, 계획 수립</li> <li>* 연습: 목표 설정, 긍정적 자아상 시각화</li> <li>* 마무리: 치료자의 요약 및 참여자 소감</li> </ul>

색하였다. 2회기에서는 인지적 오류에 대해 강의하고 자책 속에서 인지적 오류를 발견하여 수정하였으며, 3회기에서는 자신의 장단점

을 기술하는데 있어 지나치게 개념화되고 경멸적으로 편향된 기술을 구체적이고 상황맥락적인 기술로 전환하는 실습을 하였다. 5회기

에서는 당위적 사고가 형성된 어린 시절의 기원을 탐색하면서, 현재 맥락에서 당위적 사고가 부합하지 않을 수 있음을 설명하였다. 4회기와 6회기에는 강점 발견 및 심상, 표어 등을 통한 구체화, 긍정사건 기술 등의 실습을 하였다. 또한 6회기에는 나의 장점을 강화할 수 있는 현실적인 목표를 세우고 이를 일상에서 실천하는 방법을 토의하였고, 마지막으로 참여자들 간 장점에 대한 칭찬 및 감사를 실습하였다.

#### 자료 분석

집단 간 사전동질성 확인을 위해 일원배치 분산분석을 실시하였다. 다음으로 처치조건(자존감, 자기자비, 무처치)과 측정시기(사전-사후, 사후-추후)에 따라 종속측정치가 유의미한 차이를 보이는지 검증하기 위해 반복측정 분산분석을 실시하였다. 구체적으로 개입효과가 어느 집단에서 어떤 시기에 유의미하였는지 살펴보기 위해 각 처치조건에서 사전-사후, 사후-추후, 사전-추후 시기별 paired t-test를 실시하였다. 또한 종속측정치의 변화량 간 상관분석을 실시하여 치료적 기제와 심리적 변화의 관계를 탐색하였다.

## 결 과

#### 처치집단과 통제집단의 사전동질성 검증

처치집단과 통제집단의 인구통계학적 특성을 비교한 결과, 자기자비 집단과 자존감 집단에 비해 통제집단의 남자비율이 유의미하게 높고,  $\chi^2(2, N=40) = 7.67, p < .05$ , 정확  $p <$

.017, 평균연령은 유의미하게 낮은 것으로 나타났다,  $F(2,37) = 5.83, p < .01$ . 그러나, 종속 측정치들의 사전 점수에서 성차 및 연령차를 검증한 결과, 자기자비, 자존감, 우울 및 삶의 만족도에서는 차이가 나타나지 않아 이들을 종속변인으로 한 집단 간 비교에서는 성과 연령을 공변량으로 통제하지 않았다. 다만, 경계선 성향은 성차가 유의미하여,  $F(1,37) = 5.78, p < .05$ , 경계선 성향을 종속변인으로 한 집단 간 비교에서 성차를 통제변인으로 하여 분석하였다. 다음으로, 종속측정치들의 집단 간 사전 동질성을 검증하기 위해 일원배치 분산분석을 시행한 결과, 모든 측정치에서 유의미한 차이가 나타나지 않았다.

#### 측정시기에 따른 집단 간 차이비교

종속측정치들의 측정시기에 따른 집단별 평균(표준편차)을 표 3에 제시하였고, 주요 결과를 그림 1~5에 도해하였다. 처치조건과 측정시기(사전-사후)에 따라 종속측정치들에서 유의미한 차이를 보이는지 검증하기 위해 반복 측정 분산분석을 실시하였다. 먼저 자기자비, 자존감의 집단별 사전-사후 점수 변화에 대한 분석 결과, 자기자비와 자존감 모두 처치조건과 측정시기의 상호작용효과가 유의미하였다, 각각  $F(2, 37) = 4.49, p < .05$ ;  $F(2, 37) = 3.60, p < .05$ . 상호작용효과의 소재를 구체적으로 밝히기 위해 각 처치조건을 두 집단씩 짝지어 측정시기별로 단순효과분석을 실시하였다. 그 결과, 자기자비 집단이 통제 집단보다 사전-사후 구간에서 자기자비 총점 및 자존감 총점의 변화정도가 더 컸다, 각각  $F(1, 25) = 10.05, p < .01$ ;  $F(1, 25) = 4.86, p < .05$ . 또한 자존감 집단이 통제 집단보다 자기

표 3. 종속측정치들의 측정시기별 평균(표준편차)

종속변인	처치조건	사전	사후	추후
		평균(표준편차)	평균(표준편차)	평균(표준편차)
자기자비	자기자비( $n=14$ )	73.50(3.28)	90.93(13.07)	93.79(13.75)
	자존감( $n=13$ )	71.16(8.27)	83.77(12.92)	80.38(14.32)
	통제( $n=13$ )	76.23(9.28)	78.46(14.18)	
자존감	자기자비( $n=14$ )	37.21(4.81)	41.29(6.32)	40.86(5.82)
	자존감( $n=13$ )	33.23(7.37)	37.23(6.08)	36.54(7.14)
	통제( $n=13$ )	37.31(5.95)	36.92(6.75)	
우울	자기자비( $n=14$ )	19.00(12.54)	12.71(7.58)	10.64(8.74)
	자존감( $n=13$ )	21.23(13.52)	16.54(6.67)	21.31(11.45)
	통제( $n=13$ )	17.77(10.14)	21.62(12.57)	
경계선 성향	자기자비( $n=14$ )	27.86(8.99)	22.14(8.92)	21.14(6.60)
	자존감( $n=13$ )	31.08(6.71)	27.77(8.53)	26.92(6.12)
	통제( $n=13$ )	29.92(12.99)	28.15(8.88)	
삶의 만족도	자기자비( $n=14$ )	18.69(6.81)	24.36(5.77)	24.43(5.26)
	자존감( $n=13$ )	20.29(5.86)	21.69(6.58)	20.54(7.09)
	통제( $n=13$ )	21.85(3.31)	21.69(5.34)	

자비 총점 및 자존감 총점 변화 정도가 더 컸다, 각각  $F(1, 24) = 7.93, p < .05$ ;  $F(1, 24) = 7.36, p < .05$ . 자기자비 집단과 자존감 집단의 자기자비 총점 및 자존감 총점의 변화 정도에서는 유의미한 차이가 나타나지 않았다, 각각  $F(1, 25) = 0.80, ns$ ;  $F(1, 25) = 0.01, ns$ .

다음으로 심리적 건강 측정치들의 집단별 사전-사후 점수 변화에 대한 분석 결과, 우울과 삶의 만족도의 경우 처치조건과 측정시기의 상호작용효과가 유의미하였고, 각각  $F(2, 37) = 3.57, p < .05$ ;  $F(2, 37) = 5.75, p < .01$ , 경계선 성향의 경우 상호작용효과가 유의미하지 않았다,  $F(2, 37) = 1.00, ns$ . 상호작용 효과가 나타난 변인을 대상으로 상호작용 효

과의 소재를 구체적으로 밝히기 위해 각 처치 조건을 두 집단씩 짝지어 단순효과분석을 실시한 결과, 자기자비 집단이 통제 집단보다 우울 점수가 감소하고 삶의 만족도 점수가 증가하였다, 각각  $F(1, 25) = 5.82, p < .05$ ;  $F(1, 25) = 7.15, p < .05$ . 자존감 집단 역시 통제 집단보다 우울 점수가 감소하고 삶의 만족도 점수가 증가하였다, 각각  $F(1, 24) = 6.13, p < .05$ ;  $F(1, 25) = 31.33, p < .01$ . 자기자비 집단과 자존감 집단의 우울 점수 및 삶의 만족도 점수의 변화 정도는 유의미한 차이가 나타나지 않았다, 각각  $F(1, 25) = 0.12, ns$ ;  $F(1, 25) = 0.54, ns$ .

다음으로, 사후-추후 구간에서 자기자비 집

단과 자존감 집단의 종속측정치 변화가 유의미한지 검증하기 위해 반복측정 분산분석을 실시하였다. 그 결과, 사후-추후 구간에서 자기자비 집단이 자존감 집단보다 자기자비 점수가 증가하였고,  $F(1, 25) = 6.11, p < .05$ , 우

울 점수는 감소하는 경향이 있었지만, 통계적으로 유의미하지는 않았다,  $F(1, 25) = 3.98, p < .10$ .

사전-사후-추후 구간의 변화양상을 그래프로 살펴보면, 자기자비 집단은 사전-사후 구간에서 상승한 자기자비 점수가 추후에도 지속적으로 상승하였고, 자존감 집단은 사전-사후 구간에서 상승한 자기자비 점수가 추후에 약간 감소하는 양상이었다(그림 1). 자존감 점수는 두 집단 모두에서 사전-사후 구간에서 상승하여 추후에도 유지되는 양상이었다(그림 2). 우울 점수는 사후 시점에서 두 처치집단 모두에서 감소하였고, 자기자비 집단은 추후에도 우울 점수가 추가로 감소하는 양상이었으나, 자존감 집단은 추후에 우울점수가 다소

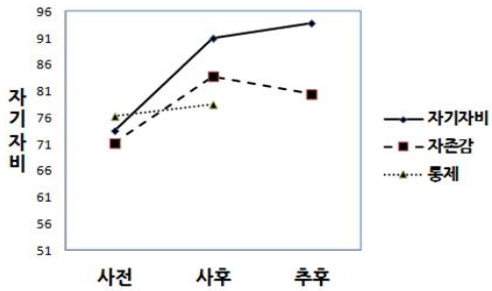


그림 1. 측정시기에 따른 처치조건별 자기자비 점수 변화

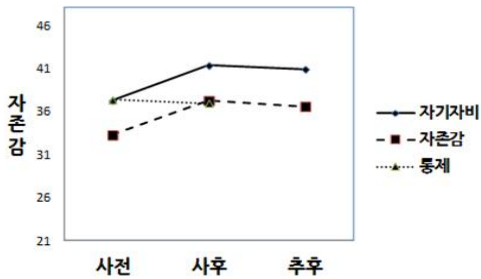


그림 2. 측정시기에 따른 처치조건별 자존감 점수 변화

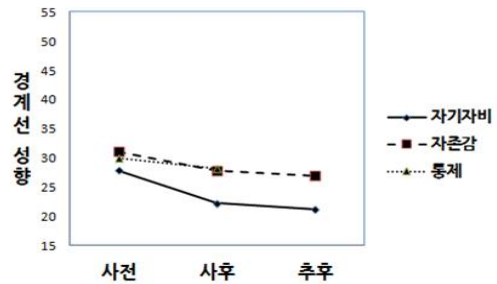


그림 4. 측정시기에 따른 처치조건별 경계선 성향 점수 변화

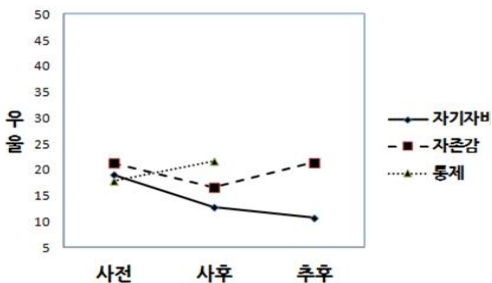


그림 3. 측정시기에 따른 처치조건별 우울 점수 변화

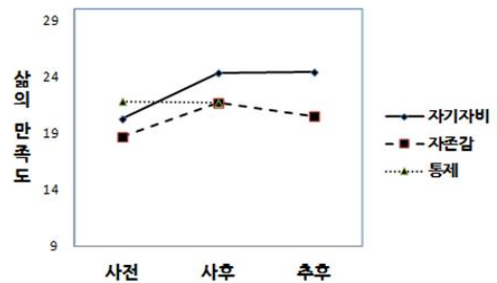


그림 5. 측정시기에 따른 처치조건별 삶의 만족도 점수 변화

증가하는 양상이었다(그림 3). 경계선 성향은 두 처치집단 모두에서 사후 및 추후에 집단 간 차이가 유의미하지 않았으나 두 집단 모두 감소하는 양상이었다(그림 4). 삶의 만족도는 두 집단 모두 사후에 증가하였다가 추후에 자기자비 집단에서는 유지되고 자존감 집단에서는 다소 감소하는 양상이었다(그림 5).

측정시기에 따른 종속측정치들의 집단내 변화 비교

자기자비 집단프로그램과 자존감 집단프로그램이 심리적 건강에 미치는 효과를 살펴

고 집단 간 분석에서 나타난 양상을 구체적으로 확인하기 위해 종속측정치들의 사전-사후, 사후-추후, 사전-추후 변화에 대한 대응표본 *t* 검증을 실시하였고, 그 결과를 표 4에 제시하였다. 또한 통계적 유의도와 더불어 참여자의 수가 충분치 않아 발생하는 과소추정의 문제를 보완하기 위해 실제적 유의도(practical significance)인 Cohen(1988)의 *d* 값을 산출하여 표 4에 함께 제시하였다. 효과크기(*d*)가 .20미만은 효과 없음, .20-.50일 때는 낮은 효과, .50-.80일 때는 중간 효과, .80 이상이면 큰 효과로 판단한다(Cohen, 1988).

먼저 자기자비 프로그램의 치료적 기제였던

표 4. 자기자비, 자존감의 측정시기에 따른 변화 차이 및 효과크기

종속변인	처치조건	사전-사후		사후-추후		사전-추후	
		<i>t</i>	<i>d</i>	<i>t</i>	<i>d</i>	<i>t</i>	<i>d</i>
자기자비	자기자비 ( <i>n</i> =14)	4.08**	1.37	1.49	0.21	4.86***	1.56
	자존감 ( <i>n</i> =13)	3.97**	1.16	1.62	0.25	3.17**	0.79
	통제 ( <i>n</i> =13)	1.19	0.19				
자존감	자기자비 ( <i>n</i> =14)	2.53*	0.73	0.74	0.07	2.43*	0.68
	자존감 ( <i>n</i> =13)	3.59**	0.59	0.67	0.10	2.49*	0.46
	통제 ( <i>n</i> =13)	0.33	0.06				
우울	자기자비 ( <i>n</i> =14)	1.74	0.61	0.97	0.25	2.60*	0.77
	자존감 ( <i>n</i> =13)	1.65	0.44	1.70	0.51	0.32	0.01
	통제 ( <i>n</i> =13)	1.96	0.34				
경계선성향	자기자비 ( <i>n</i> =14)	2.46*	0.64	0.61	0.13	4.63***	0.85
	자존감 ( <i>n</i> =13)	1.17	0.43	0.64	0.11	2.89*	0.65
	통제 ( <i>n</i> =13)	0.91	0.16				
삶의 만족도	자기자비 ( <i>n</i> =14)	3.03*	0.70	0.08	0.01	3.11**	0.74
	자존감 ( <i>n</i> =13)	6.00***	1.62	1.86	0.17	2.41*	0.27
	통제 ( <i>n</i> =13)	0.20	0.03				

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



자기자비 수준은 자기자비 집단과 자존감 집단 모두에서 프로그램 실시 후 통계적으로 유의미한 수준으로 증가하였고, 각각  $t(13) = 4.08, p < .01$ ;  $t(12) = 3.97, p < .01$ , 큰 효과 크기를 나타냈다, [자기자비 집단의 경우,  $d = 1.37$ , 자존감 집단의 경우,  $d = 1.16$ ]. 이러한 효과는 두 집단 모두 프로그램 1개월 후까지 (사전-추후) 유의미하게 유지되었으나, [자기자비 집단의 경우,  $t(13) = 4.86, p < .001$ , 자존감 집단의 경우,  $t(12) = 3.17, p < .01$ ], 자존감 집단은 사전-사후 구간에 비해 사전-추후 구간에서 효과크기가 감소하였다,  $d = 0.79$ . 아울러, 자기자비 세 하위요인 점수가 모두 증가하였는지 살펴보기 위해 사전-사후, 사전-추후 점수 변화에 대한 대응표본  $t$  검증을 실

시하였고, 결과를 표 5에 제시하였다. 자기자비 집단에서는 자기친절, 마음챙김, 인간보편성의 세 하위요인 모두가 사전-사후, 사전-추후 구간에서 큰 효과크기로 증가하였다. 자존감 집단에서는 자기자비 세 하위요인 점수가 모두 사전-사후 구간에 큰 효과크기로 증가하였으나, 사전-추후 구간에 효과크기가 감소하는 양상이었다. 요약하면, 자기자비 프로그램에서 주요 기제로 가정했던 자기자비의 개입 효과가 자기자비 집단에서 크게 나타났고, 자기자비 세 하위요인의 개입 효과가 고르게 나타났다.

또한 자존감 프로그램의 주된 치료적 기제였던 자존감 수준은 자기자비 집단과 자존감 집단 모두에서 사전-사후 구간에서 유의미하

표 5. 처치조건에 따른 자기자비 하위요인 점수의 변화 및 효과크기

자기자비 하위요인	처치조건	사전	사후	추후	사전-사후		사전-추후	
		M (SD)	M (SD)	M (SD)	t	d	t	d
자기 친절	자기자비 (n=14)	28.36 (6.25)	36.00 (5.02)	36.64 (6.13)	3.40**	1.35	3.69**	1.34
	자존감 (n=13)	26.08 (4.59)	31.54 (6.17)	29.85 (6.56)	4.69**	1.00	3.04	0.67
마음 챙김	자기자비 (n=14)	21.14 (3.78)	26.07 (3.77)	27.50 (4.31)	3.93**	1.31	5.62***	1.57
	자존감 (n=13)	21.62 (3.01)	25.00 (4.08)	24.23 (4.66)	3.14*	0.94	2.23*	0.67
인간의 보편성	자기자비 (n=14)	24.00 (4.79)	28.86 (5.93)	29.64 (5.31)	4.42**	0.92	4.36***	1.12
	자존감 (n=13)	23.46 (4.70)	27.15 (4.43)	26.31 (4.94)	2.58*	0.81	1.85	0.59

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

게 증가하였고, 각각  $t(13) = 2.53, p < .05$ ;  $t(12) = 3.59, p < .01$ , 효과크기는 중간 정도였다. [자기자비 집단의 경우,  $d = 0.74$ , 자존감 집단의 경우,  $d = 0.67$ ]. 자존감 집단에서 사전-추후 구간에서 효과크기가 다소 감소하기는 하였으나( $d = 0.46$ ), 두 집단 모두 추후 시기까지 증가된 자존감 수준이 유의미하게 유지되었다,  $t(13) = 2.43, p < .05$ ;  $t(12) = 2.49, p < .05$ . 이러한 결과는 자존감 프로그램에서 주요 기제로 가정했던 자존감에 대한 개입 효과가 자기자비 프로그램과 자존감 프로그램 모두에서 나타났음을 의미한다.

다음으로, 심리적 건강을 나타내는 결과변인으로서 우울, 경계선 성향, 삶의 만족도의 변화를 살펴보았다. 먼저, 자기자비 집단에서 프로그램 전후의 우울 점수의 변화는 유의미하지 않았으나,  $t(13) = 1.74, ns$ , 사전 추후 구간에서 우울 점수의 변화가 유의미하고,  $t(13) = 2.60, p < .05$ , 실제적인 유의도를 나타내는 효과크기는 모든 구간에서 중간 크기로 나타나, [사전-사후의 경우,  $d = 0.61$ , 사전-추후의 경우,  $d = 0.77$ ], 자기자비 프로그램이 우울 개선에 미치는 효과가 있었다. 또한 자기자비 집단에서 경계선 성향 점수는 사전-사후 구간 및 사전-추후 구간에서 모두 유의미하게 감소하였고, 각각  $t(13) = 2.46, p < .05$ ;  $t(13) = 4.63, p < .001$ , 사전-사후 구간에서 중간 효과크기, 사전-추후 구간에서 큰 효과크기를 보여, 각각  $d = 0.64, d = 0.85$ , 자기자비 프로그램이 경계선 성향 개선에 미치는 효과가 큰 것으로 나타났다. 삶의 만족도 점수 역시 자기자비 집단에서 사전-사후 구간 및 사전-추후 구간에서 모두 유의미하게 증가하였고, 각각  $t(13) = 3.03, p < .01$ ;  $t(13) = 3.11, p < .01$ , 각 구간에서 중간 효과크기를 보였다 [사전-사

후의 경우,  $d = 0.70$ , 사전-추후의 경우,  $d = 0.74$ ]. 결과적으로, 자기자비 프로그램은 심리적 건강 개선에 효과가 있었고, 특히 경계선 성향의 감소에 크게 기여했다.

자존감 집단에서는 모든 구간에서 우울 점수의 변화는 유의미하지 않았다, [사전-사후의 경우,  $t(12) = 1.65, ns$ , 사전-추후의 경우,  $t(12) = 0.32, ns$ ]. 아울러, 사전-사후 구간에서 작은 효과크기가 나타났으나,  $d = 0.44$ , 사후-추후 구간에서 우울 점수가 반등하는 양상으로, 사전-추후 구간의 효과는 없었다,  $d = 0.01$ . 이와 유사하게 삶의 만족도 점수도 사전-사후 구간에서 큰 효과크기로 유의미한 점수 상승을 나타냈으나,  $t(12) = 6.00, p < .001, d = 1.62$ , 사후-추후 구간에서 점수가 감소하였고, 사전-추후 구간에서 삶의 만족도 점수 감소가 유의미하였으나, 그 효과는 작았다,  $t(12) = 2.41, p < .05, d = 0.27$ . 경계선 성향 점수는 사전-사후 구간에서 유의미한 점수 감소가 없고 효과크기도 작았으나, 사전-추후 구간에서 중간 효과크기로 유의미한 점수 감소가 관찰되었다,  $t(12) = 2.89, p < .05, d = 0.65$ . 이상의 결과로부터, 자존감 집단은 사후시기에서 우울 감소 및 삶의 만족도 증가 효과가 있었으나, 이러한 효과가 추후시기까지 유지되지 못했고, 경계선 성향의 개선효과는 있었으나, 자기자비 집단에 비해 그 효과가 크지 않았음을 알 수 있다.

#### 종속측정치 변화량 간의 상관관계

자기자비와 자존감의 증가가 심리적 건강의 개선에 영향을 미쳤는지 살펴보기 위해, 종속 측정치들의 사전-사후 변화량에 대해 상관분석을 실시한 결과를 표 6에 제시하였다. 먼저

표 6. 처치 집단에서 수집된 사전-사후 변화량 사이의 상관계수 (N=27)

변인	자기자비	자존감	우울	경계선성향
자존감	.32			
우울	-.30	-.56**		
경계선 성향	-.51**	-.44*	.53**	
삶의 만족도	.46*	.33	-.43*	-.39*

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

자기자비 변화량은 우울 변화량과 유의미한 수준은 아니나 부적 상관을 보였고, 경계선 성향, 삶의 만족도 변화량과 유의미한 상관을 나타냈다,  $r = -.30, m$ ;  $r = -.51, p < .01$ ;  $r = .46, p < .05$ . 이는 자기자비가 증가하면 우울, 경계선 성향이 감소하고 삶의 만족도가 증가한다는 것을 보여주는 결과이다.

자존감 변화량은 우울 변화량 및 경계선 성향의 변화량과 유의미한 상관을 보였다,  $r = -.56, p < .01$ ;  $r = -.44, p < .05$ . 또한 통계적 유의성은 없지만 자존감 변화량은 삶의 만족도와 정적 상관을 나타냈다,  $r = .33, m$ . 따라서 자기자비 뿐만 아니라 자존감 향상도 심리적 건강의 개선에 영향을 미칠 가능성이 있으며, 특히 우울 개선에 효과를 나타낸 것으로 볼 수 있다. 적은 사례수의 문제로, 상관 분석을 통해 자기자비와 자존감이 심리적 건강 개선에 미치는 효과 차이를 직접 비교할 수는 없지만, 경계선 성향과 삶의 만족도의 변화량은 자존감에 비해 자기자비 변화량과의 상관이 더 높은 경향이 있고, 우울 변화량은 자기자비에 비해 자존감 변화량과의 상관이 더 높은 경향이 있었다.

## 논 의

본 연구에서는 자기자비 세 요인의 증진에 초점을 맞춘 자기자비 증진 프로그램을 개발하고 효과를 검증하였다. 이를 위해 자기친절, 마음챙김, 인간보편성을 증진시키기 위한 다양한 활동으로 구성되어 있는 6회기 총 15시간 분량의 자기자비 프로그램을 구성하고, 초기 성인기의 참여자 14명에게 실시하였다. 또한 개입효과를 비교 검증하기 위해 자존감 프로그램을 구성하고 초기 성인기의 참여자 13명에게 실시하였으며, 초기 성인기 참여자 13명을 모집하여 통제집단을 구성하였다. 각 집단에서 자기자비, 자존감, 우울, 경계선 성향, 삶의 만족도의 측정치를 프로그램 시작 전, 프로그램 종료 직후와 종료 1개월 후 세 차례에 걸쳐 수집하여 집단 간 차이 및 집단내 점수 비교를 실시하였다.

그 결과, 집단 간 비교에서 자기자비 집단은 통제집단에 비해 치료적 기제로 가정했던 자기자비가 유의미하게 증가하였다. 또한 각 집단 내에서 시기별로 개입효과를 검증한 결과, 자기자비 집단에서 치료적 기제로 가정했던 자기자비의 세 요인이 모두 큰 효과크기로 유의미하게 증가하였고, 프로그램 종료 1개월 후까지 효과가 유지되었다. 따라서 자기자비

프로그램의 개입은 적절하게 이루어졌음을 알 수 있었다. 자존감 집단은 집단 간 비교에서 통제집단에 비해 자존감이 유의미하게 증가하였다. 또한 집단 내 차이 검증 결과에서도 자존감 변화가 유의미하였으며, 프로그램 종료 1개월 후 효과크기가 다소 감소하였으나 프로그램 시작 전에 비해 유의미하게 자존감이 증가한 것으로 드러났다. 따라서 자존감 프로그램의 개입도 예상했던 바와 같이 효과가 있었음을 확인하였다.

심리적 건강 변인과 관련하여 프로그램 전후로 자기자비 집단과 자존감 집단에서 통제 집단보다 유의미한 우울 감소 및 삶의 만족도 증가가 나타나, 두 프로그램 모두 우울 개선 및 주관적 안녕감 증가에 효과적이라는 사실이 확인되었다. 이러한 효과는 자기자비 집단에서 프로그램 1개월 후까지 유지되었으나, 자존감 집단에서는 프로그램 1개월 후 우울이 증가하고 삶의 만족도가 감소하는 양상이었다. 각 집단 내에서 실시한 시기별 대응표본 t 검정에서도 이와 같은 효과가 확인되었다. 자기자비 집단의 경우, 프로그램 전후로 우울과 삶의 만족도는 중간 효과크기, 경계선 성향은 큰 효과크기로 개선되었고 이러한 효과는 프로그램 종료 1개월 후까지 유지되었다. 자존감 집단의 경우, 프로그램 전후로 우울과 경계선은 작은 효과크기, 삶의 만족도는 큰 효과크기로 개선되었으나, 프로그램 종료 1개월 후에는 우울과 삶의 만족도의 개선효과 크게 감소하거나 사라졌고, 경계선 성향에 대한 개선효과만 중간 효과크기로 나타났다. 따라서, 자기자비 프로그램과 자존감 프로그램은 각각 심리적 건강의 개선에 있어 효과가 있었으나 개선효과 유지에는 자기자비 프로그램이 자존감 프로그램에 비해 이득이 있음이 시사되었

다. 특히 자기자비 프로그램을 통해 경계선 성향은 큰 효과로 개선되고 그 효과가 유지되었다.

프로그램의 치료적 기제인 자기자비, 자존감의 변화량과 치료적 결과변인들 사이의 상관을 살펴본 결과, 자기자비가 증가할수록 삶의 만족도가 높아지고 경계선 성향이 감소하는 것으로 나타나, 치료적 변화가 자기자비의 변화에 근거한 것일 가능성을 시사하였다. 이는 자기자비가 경계선 성향을 유의하게 설명한 선행연구(박세란, 이훈진, 2013) 결과와도 부합하는 것이다. 한편, 자존감이 증가할수록 우울 및 경계선 성향은 감소하여 자기자비 뿐만 아니라 자존감도 심리적 건강 개선의 기제가 될 가능성이 확인되었다. 특히 우울의 감소는 자기자비보다는 자존감의 증가와 관련되었는데, 이는 우울에 대해 자기자비보다 자존감의 설명력이 상대적으로 컸다는 선행연구 결과(박세란, 이훈진, 2013)와 부합한다.

이렇듯 심리적 건강의 개선효과가 나타나는 이유 중 하나는 자기자비가 부정적 자극과 스트레스를 조절하여 적응을 돕는 역할을 하기 때문일 수 있다(Neff, Hsieh, & Dejithirak., 2005). 선행연구에서 자기자비는 중년여성의 스트레스와 안녕감의 관계(이우경, 2008), 대학생의 스트레스와 주관적 안녕감 및 우울과의 관계(김송이, 2012; 유연화 등, 2010)에서 매개 역할을, 청소년의 스트레스와 자살사고와의 관계(전민, 2012)에서 조절역할을 하는 등, 스트레스를 조절한다는 결과가 나타났다. 또한 자기자비 수준이 높은 사람들은 실패와 같은 부정사건에 대해 평정심과 안정적 자기가치감을 유지하며, 긍정적 자기감을 유지하기 위한 방어적 시도가 적다(Leary et al., 2007).

이처럼 방어적 자기조절노력이 적은 이유는

위협 시에도 친절한 마음을 유지하려는 자기 친절의 태도로 인해 방어적 필요성이 줄어들기 때문일 가능성이 있다. 자기비난은 외부 상황에 적절하게 주의를 기울이고 대처할 심리적 유연함을 감소시키며 회피적 대처와 관련된다(Blatt, 2004; Neff, 2011). 가혹한 비난 대신 따뜻함, 안도, 달랠의 감정을 일으키는 능력은 자기친절 개입을 통해 증진될 수 있으며(Gilbert, 2010), 이러한 감정들은 자신의 단점과 환경의 부정적 결과를 수용할 심리적 여유를 촉발할 것으로 기대된다(Neff, 2009b). 마음챙김 개입도 방어적 태도를 감소시키고 부정사건의 영향을 완충하도록 도울 것으로 보인다. 마음챙김은 신체감각, 감정, 생각, 외부 자극에 유연하고 고른 주의를 두는 고도의 주의 통제과정이기도 하다. 이러한 주의통제는 반추와 같은 부정적 사고과정에서 거리를 두게 할 뿐만 아니라, 문제해결적 사고에서도 잠시 벗어나도록 함으로써 현재경험을 충분히 살필 수 있는 심리적 공간을 만들어 준다(Baer, 2010; Shapiro, et al., 2006). 보편성 개입 역시 자신의 문제를 탈개인화하도록 도움으로써 단절감과 싸우는데 소모되는 심리적 에너지를 감소시킬 수 있을 것으로 기대된다. 즉, 자기자비 세 개입은 심리적 여유를 주어 부정사건의 영향을 완충하고 자동적인 반응을 지연하도록 할 것으로 추측된다.

또한 자기자비 프로그램은 자존감 프로그램에 비해 개선된 심리적 건강의 지속효과가 컸다. 이는 자기자비가 자존감에 비해 외부상황이나 평가에 대해 비수반적이고 안정적인 특성이 있기 때문일 수 있다(Neff, 2011). 자존감 역시 부정사건으로부터 개인을 보호하는 역할을 하지만, 일부 연구자들은 자존감 개념이 성취와 타인평가에 기반한다는 한계에 대해

지적하며(Crocker, Luhtanen, Cooper, & Bouvrette, 2003), 높은 자존감 추구는 자기애, 위협에 대한 과민성, 자기고양귀인과 같은 과도한 자기 조절노력과 관련되어 장기적 손실이 초래된다는 연구결과도 있다(예: Kernis, Cornell, Sun, Berry, & Harlow, 1993). 이에 비해 자기자비는 외부평가를 자기가치감과 덜 연결짓고, 부정사건에 대해서도 평정심을 유지할 가능성이 있다(Neff, 2011). 따라서 프로그램 종료 후 한 달간 집단참여자들이 일상생활에서 부정사건을 겪을 시에 자존감 추구 전략보다는 자기자비 추구 전략이 부정사건에 대하여 심리적 건강을 회복하는데 기여했을 가능성이 있다.

한편, 본 연구에서 개발한 자기자비 프로그램은 특히 경계선 성향을 개선하는데 기여할 것으로 시사되었다. 경계선 성격장애는 근본적으로 자기가치감과 정서의 불안정성(Kernberg, 1975) 및 정서조절곤란(Linehan, 1993)을 핵심특징으로 하며, 비수용적 환경(invalidating environment)에서 자기위안과 정서 조절 방법을 습득하지 못하여 형성된다는 관점(Linehan, 1993)이 우세하다. 따라서 자기를 돌보는 방법을 교육하는 자기친절 개입, 부정정서를 거리두고 관찰할 수 있는 마음챙김 개입, 적대적으로 지각되는 대인관계(Kernberg, 1975)를 극복하고 연결성을 회복할 수 있는 인간보편성 개입이 경계선 성향에 도움이 될 수 있을 것으로 추측된다. 또한 경계선 성향 이외에도 자기위협에 예민한 특성을 지닌 심리적 증상을 다룸에 있어 자기자비를 함양하는 치료적 개입이 유효할 가능성이 있다. 따라서 비임상집단, 자기자비가 낮은 집단과 더불어 경계선 성향자와 같이 자기가치감 조절 문제를 겪는 사람들에게 자기자비를 함양할 수 있는 치료적 기회를 제공한다면, 심리적

증상의 완화, 나아가 심리적 안녕감 증진에도 기여할 수 있을 것으로 보인다.

본 연구는 현재 개발 및 효과검증이 활발히 이루어지고 있는 자기자비 프로그램이 부재한 가운데, 자기자비 프로그램을 개발하고 그 효과를 검증함으로써 자기자비의 치료적 가치를 경험적으로 보여주었다는 의의가 있다. 비임상집단과 경계선 성향자들에게 자기자비 개입이 유효함을 검증하였고, 심리적 건강의 개선뿐만 아니라 유지에도 자기자비 개입이 효과적임을 보여줌으로써 임상적으로 활용도가 높은 가능성을 제안하였다.

또한 자기친절, 인간보편성, 마음챙김의 세 요인을 모두 포괄한 프로그램을 개발하고 그 효과를 검증하였다는 데에도 의의가 있다. 기존 프로그램(예: Gilbert, 2010)이 주로 자애명상, 자비심상과 같은 자기친절을 증진시키는 기법들을 위주로 하였던 점을 보완하여 자기동정을 넘어서 보다 균형잡힌 시각을 유지할 수 있도록 하는 기법들을 추가적으로 구현하였다. 더불어 세 요인은 서로 보완하는 관계를 넘어서 유기적 관련성을 가지고 서로를 증진시키거나 발현시킨다는 가정(Neff, 2003a)에 동의하여 연구를 진행하였다. 예를 들어 자신에게 온화한 마음을 갖는 것은 마음챙김을 실행할 심리적 여유를 주어 서로를 증진시킬 수 있으며, 반대로 마음챙김은 비판단적으로 자신의 경험을 돌아볼 수 있게 함으로써 과도한 자기비난을 멈추고 온화한 태도를 가질 수 있게 한다(Neff & Vonk, 2009). 마음챙김은 고정된 실체가 없음을 깨닫게 함으로써 자기중심성의 탈피를 도와 인간보편성을 증진할 수 있을 것으로 보이며, 반대로 고통이나 실패는 모든 사람들이 겪음을 알고 개인의 경험을 탈개인화할 수 있으면, 자신의 생각이나 정서를

알아차리고 그것에 과동일시하지 않을 수 있게 된다. 마지막으로 자기친절은 심리적 여유를 주어 인간의 취약함에 대한 수용을 촉진할 수 있고 반대로 인간의 보편적 취약함을 인정하면 과도한 자기비난을 멈추고 친절한 마음을 일으킬 수 있을 것으로 보인다.

하지만, 본 연구에는 몇 가지 제한점이 있으며, 이를 보완한 후속연구가 요구된다. 첫째, 연구 참여자의 수가 충분히 확보되지 않아 반복검증이 요구된다. 자기자비 집단이 14명, 자존감 집단이 13명으로 통계적 검증력이 제한적일 수밖에 없다는 한계가 있으므로 향후 연구에서 연구 참여자를 충분히 확보하여 반복검증할 필요가 있다.

둘째, 본 연구에서는 집단선발 시 무선회를 하지 않았기에 성별, 나이, 참여동기와 같은 혼입변인을 충분히 통제하지 못하였다. 통제집단은 집단참여를 전제로 하지 않고 선발하였기에 프로그램 참가가 주된 목적인 처치집단과 참여동기 및 문제심각도가 상이할 수 있다. 또한 자기자비 집단과 자존감 집단도 특정시간대에 따라 할당하였기에 예측하기 어려운 혼입변인이 개입하였을 수 있다. 따라서 향후 연구에서는 일원화된 방식으로 프로그램 참여자 모집하여 무선회당 혹은 주요 개인차 요인을 통제한 대응할당 후 처치대기집단을 통제집단으로 선정하는 등의 무선회 과정을 거쳐 효과검증의 내적타당도를 향상시킬 필요가 있다.

셋째, 본 연구는 비임상집단을 대상으로 하였기에 임상집단 적용을 위한 후속 연구가 필요하다. 자기자비 처치와 비임상군의 심리적 건강 개선과 임상집단의 증상 개선은 질적으로 다른 문제일 수 있으므로 자기자비 프로그램이 증상개선에도 영향을 미친다는 명확한

근거를 마련하기 위해서는 다양한 임상군을 대상으로 프로그램을 적용하고 효과를 검증할 필요가 있다. 자기자비의 부족과 관련하여 자기비난과 수치심은 다양한 정신병리의 공통요인이기도 하고(Gilbert, 2010), 자기자비는 성격장애, 불안, 우울, 외상후 스트레스 장애와 같은 다양한 정신병리와 관련된다고 보고되는 만큼(Barnard & Curry, 2011), 어떤 집단에게 자기자비 개입의 효과가 클 것인지에 대한 후속 연구가 요구된다.

넷째, 후속 연구를 수행함에 있어 개인차 변인에 대한 추가 고려도 필요하다. 선행연구에서는 성차에 따라 자기자비와 심리적 건강의 관계양상이 달라진다는 보고도 있다(전민, 2012). 따라서 성차를 고려한 연구가 요구된다. 또한 연령차와 각 연령대의 발달적 특성을 고려할 필요가 있다. 자기자비는 이론상 비교적 어린 시절에 형성되는 것으로 가정되나(Gilbert, 2010; Neff, 2009a), 청소년기에 정체감 관련 문제를 겪으면서 자기자비가 일시적으로 낮아지기도 하며(Neff & McGehee, 2010), 성격적 성숙을 거쳐 변화할 수 있기도 할 것으로 예상된다. 따라서 인생경험을 통한 성숙의 과정을 거치는 중년 이상의 집단에서 자기자비가 더 높게 나타나거나 혹은 자기자비에서의 개인차가 유의미하게 심리적 건강에 영향을 미칠 가능성이 있다.

다섯째, 개인차뿐만 아니라 문화차에 대한 고려가 필요하다. 문화권에 따라 자기자비 개념의 심리적 구조가 달라질 수 있고, 자기자비가 심리적 건강과 맺는 관계 또한 상이할 수 있으므로, 후속 비교문화연구를 통해 한국 문화에서 자기자비 개념의 구조와 의미를 명확히 할 필요가 있다. 일례로 미국, 태국, 대만의 자기자비를 비교한 연구에서 같은 집합

주의 문화임에도 불구하고 태국의 자기자비 점수가 가장 높고 대만의 자기자비 점수가 가장 낮게 나타났다(Neff, Pisitsungkagarn, & Hsieh, 2008). 이러한 차이에 대해 저자들은 태국은 불교문화권이면서 타인과 자신에 대한 자비, 불완전함에 대한 수용이 강조되는 반면, 대만은 수치심을 자기검증의 도구로 사용하여 공동체적 평화를 이루는 것을 중시하기에 자기친절-자기비난이 하나의 요인으로 포함된 자기자비가 낮은 것이라 해석하였다. 타인평가와 외적단서들을 중요한 자기개념 요소로 생각하는 한국문화의 특징에 비추어볼 때(정옥, 한규석, 2003), 자기자비 수준이 낮고 자기자비가 심리적 건강에 미치는 영향이 중요할 가능성이 있으나, 이에 대해서는 후속 검증이 요구되는 상황이다.

여섯째, 자기자비 프로그램과 자존감 프로그램은 연구의 의도를 알고 있는 연구자가 직접 수행하였으므로, 참여자들의 반응에 요구적 특성(demanding characteristic)이 반영되었을 가능성이 있다. 따라서 연구의 의도를 모르는 사람이 프로그램을 진행하고 그 효과를 검증하는 것이 필요하다.

일곱째, 본 연구에서는 다양한 기법들을 사용하였는데, 이러한 기법들 중 어떤 것이 자기자비를 증진시키고 심리적 건강을 개선시키는데 효과적인지에 대한 개별적인 검증은 하지 못하였다. 따라서 일련의 단일처치연구를 통해 효과적인 기법들을 선별할 필요가 있다. 예를 들어, 자기친절의 기법 중 자애명상, 자비명상, 자비로운 이미지 심상화 기법 등이 있는데 이들 간의 차별적 효과 검증 및 대상을 구분한 적용이 필요하다.

여덟째, 본 연구에서 가정한 치료의 세 기제 중 어떤 것이 특히 심리적 건강 개선에 도

움이 되었는지 밝히는 후속연구가 필요하다. 세 기제가 상호작용하여 자기자비를 증진시킬 것으로 가정하였으나, 각각이 심리적 건강에 미치는 영향이 차별적일 가능성이 있으며, 이를 경험적으로 증명할 필요가 있다. 예를 들어, 자기자비 프로그램과 마음챙김 프로그램과의 비교연구를 통해 기존의 마음챙김 개입과 차별적으로 자기친절, 보편성의 개입이 심리적 건강에 효과를 지니는지 검증할 필요가 있다. 마음챙김이 주의의 요소가 강하다면, 자기자비는 주의적 요소와 더불어 정서적 요소(Birnie, Speca, & Carlson, 2010), 유대감(Germer, 2009)이 강조된 개념이며, 이 때문에 자기자비를 ‘따뜻한 마음챙김’으로 일컫기도 한다. 마음챙김 명상을 통해 자기자비가 증진되므로(Birnie, et al., 2010), 자기자비는 마음챙김에 부수적으로 따라오는 효과라는 주장도 있으나, 자기자비가 마음챙김에 비해 심리적 건강에 대한 설명력이 크며, 마음챙김보다 핵심적인 치료기제라는 주장도 있다(Van Dam et al., 2011). 따라서 이들의 개입효과를 보다 명확히 하는 후속연구가 요구된다.

마지막으로, 심리적 건강 자체 외에도 다른 치료적 기제와 관련된 변인들에 대해서도 개입효과가 있는지 검증할 필요가 있다. 예를 들어, 자기자비는 정서체험을 촉진시키는 효과가 있을 것으로 예상되는데(예: Neff, 2009b), 심리치료에서 정서체험의 촉진은 핵심적 치료 기제 중 하나이다(Greenberg, Watson, & Lietaer, 1998). 따라서 자기자비 개입이 그 자체로 치료적으로 작용하는지, 정서체험을 촉진시킴으로써 치료적인 효과를 나타내는지 등에 대한 검증도 필요하다.

## 참고문헌

- 김경의, 이금단, 조용래, 채숙희, 이우경 (2008). 한국판 자기-자비척도의 타당화 연구: 대학생 중심. 한국심리학회지: 건강, 13(4), 1023-1044.
- 김송이 (2012). 대학생의 스트레스와 주관적 안녕감의 관계에서 자기자비의 매개효과. 홍익대학교 석사학위논문.
- 박세란, 이훈진 (2013). 자존감, 자기자비와 심리적 건강의 관계. 한국심리학회지: 임상, 32(1), 123-139.
- 유연화, 이신혜, 조용래 (2010). 자기 자비, 생활 스트레스, 사회적 지지와 심리적 증상들의 관계. 인지행동치료, 10, 43-59.
- 이상현, 성승연 (2011). 분노사고와 분노표현에 있어서의 자기-자비의 완충효과. 한국심리학회지: 상담 및 심리치료, 23(1), 93-112.
- 이신혜, 조용래 (2014). 자기 자비의 부족이 여자 청소년의 폭식행동에 미치는 영향과 그 기제: 신체 불만족, 섭식절제 및 부적 정서의 매개효과. 인지행동치료, 14(1), 103-121.
- 이우경 (2008). 중년기 여성의 스트레스, 마음챙김, 자기-慈愛, 정서적 안녕감 간의 관계 구조 분석과 마음챙김 증진 프로그램의 효과 연구. 이화여자대학교 박사학위논문.
- 이유진 (2013). 자기비판성향의 대학생에게 자기자비 심상과 글쓰기 효과 비교. 영남대학교 석사학위 논문.
- 이훈진, 원호택 (1995). 편집증적 경향, 자기개념, 자의식간의 관계에 대한 탐색적 연구. 한국심리학회 '95 연차대회 학술발표논문집, 277-290.
- 전경구, 최상진, 양병창 (2001). 통합적 한국판



- CES-D 개발. 한국심리학회지: 건강, 6(1), 59-76.
- 전민 (2012). 청소년의 스트레스가 자살사고에 미치는 영향에서 자기자비의 조절효과. 아주대학교 대학원 석사학위논문.
- 정욱, 한규석 (2003). 한국사회에서의 자아존중감의 기능: 비교문화적 관점. 한국심리학회 '03 연차학술발표대회 논문집.
- 조용래, 노상선 (2011). 자기 자비 대 주의분산 처치와 특질 자기 자비가 불쾌한 자기관련 사건에 대한 정서반응에 미치는 효과. 한국심리학회지: 일반, 30(3), 707-726.
- 조명한, 차경호 (1998). 삶의 질에 대한 국가간 비교. 아산재단 연구총서 제 48집, 서울: 집문당.
- 조현주 (2012). 자애명상 기반 수용전념치료 프로그램 개발과 효과: 우울경향 대학생을 중심으로. 한국심리학회지: 상담 및 심리치료, 24(4), 827-846.
- 조현주, 김종우, 송승연 (2013). 화병 환자의 자애명상 치료적 경험과정에 대한 연구. 한국심리학회지: 상담 및 심리치료, 25(3), 425-448.
- 지운 (2011). 자비수관과 뇌 과학. 서울: 연꽃호수.
- 홍상환, 김영환 (1998). 경계선 성격장애 척도의 타당화 연구: 대학생을 대상으로. 한국심리학회지: 임상, 17(1), 259-271.
- Adams, C. E., & Leary, M. R. (2007). Promoting self-compassionate attitudes toward eating among restrictive and guilty eaters. *Journal of Social and Clinical Psychology, 26*(10), 1120-1144.
- Baer, R. A. (2010). Self-compassion as a mechanism of change in mindfulness- and acceptance-based treatments. In R. A. Baer (Ed.), *Assessing mindfulness and acceptance processes in clients: Illuminating the theory and practice of change* (pp. 135-153). Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Barnard, L. K., & Curry, J. F. (2011). Self-compassion: Conceptualizations, correlates, & interventions. *Review of General Psychology, 15*(4), 289-303.
- Birnie, K., Speca, M., & Carlson, L. E. (2010). Exploring self-compassion and empathy in the context of mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Stress and Health, 26*(5), 359-371.
- Blatt, S. T. (2004). *Experiences of depression: Theoretical, clinical, and research perspectives*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Buddhaghosa, B. (2004). 청정도론 [*The Path of Purification (Visuddhimagga)*]. (대림 역). 서울: 초기불전연구원, (원전은 1975년에 출판).
- Cho, Y. (2010). *The effect of a mindfulness-based therapeutic intervention for improving psychological health among university students in Korea*. Paper presented at the 44th Annual Convention of the Association for Behavioral and Cognitive Therapies, San Francisco, California.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Crocker, J., Luhtanen, R. K., Cooper, M. L., & Bouvrette, A. (2003). Contingencies of self-worth in college students: Theory and measurement. *Journal of Personality and Social Psychology, 85*(5), 894-908.
- Diener, E. D., Emmons, R. A., Larson, R. J., &

- Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.
- Germer, C. K. (2009). *The mindful path to self-compassion: Feeling yourself from destructive thoughts and emotions*. New York: The Guilford Press.
- Germer, C. K. & Siegel, R. (2012). Wisdom and compassion: Two wings of a bird. In C. K. Germer & R. D. Siegel (Eds.), *Compassion and wisdom in psychotherapy* (pp. 7-34). New York: The Guilford Press.
- Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy*. London & NY: Routledge.
- Gilbert, P. & Proctor, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13(6), 353-379.
- Greenberg, L. S., Watson, J. C., & Lietaer, G. (1998). *Handbook of experiential psychotherapy*. New York: The Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: The Guilford Press.
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 169-183.
- Johnson, E. A., & O'Brien, K. (2010). *Self-compassion treatment for shame-prone persons experiences shame: A randomized controlled trial*. Paper presented at the 44th Annual convention of the association for behavioral and cognitive therapies, San Francisco, California.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living*. New York: Bantam Deli.
- Kelly, A. C., Zuroff, D. C., Foa, C. L., & Gilbert, P. (2010). Who benefits from training in self-compassionate self-regulation? A study of smoking reduction. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29(7), 727-755.
- Keng, S. L., Smoski, M. J., & Robins, C. J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 1041-1056.
- Kernberg, O. F. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Aronson.
- Kernis, M. H., Cornell, D. P., Sun, C. R., Berry, A. J., & Harlow, T. (1993). There's more to self-esteem than whether it is high or low: The importance of stability of self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(6), 1190-1204.
- Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Allen, B. A., & Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(5), 887-904.
- Lee, D. A. (2005). The perfect nurturer: A model to develop a compassionate mind within the context of cognitive therapy. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualizations, research and use in psychotherapy* (pp. 326-351). London: Brunner-Routledge.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment*

- of *borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press.
- MacBeth, A., & Gumley A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical psychology review*, 32(6), 545-552.
- McCullough, L., Larsen, A. E., Schanche, E., Andrews, S., Kuhn, N., Hurley, C. L., & Wolf, E. J. (2003). *Achievement of Therapeutic Objectives Scale*. Unpublished manuscript, Short-Term Psychotherapy Research Program at Harvard Medical School, Boston.
- McKay, M., & Fanning, P. (2005). *Self-esteem*. New: Harbinger Publications
- Morey, L. C. (1991). *Personality assessment inventory (PAI)*. PAR.
- Neff, K. D. (2003a). Self-compassion: an alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85-102.
- Neff, K. D. (2003b). The Development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223-250.
- Neff, K. D. (2009a). The role of self-compassion in development: A healthier way to relate to oneself. *Human Development*, 52(4), 211-214.
- Neff, K. D. (2009b). Self-compassion. In M. R. Leary & R. H. Hoyle (Eds.), *Handbook of individual differences in social behavior* (pp. 561-573). New York: The Guilford Press.
- Neff, K. D. (2011). Self-compassion, self-esteem, and well-being. *Social and Personality Compass*, 5(1), 1-12.
- Neff, K. D., & Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology*, 69(1), 28-44.
- Neff, K. D., Hsieh, Y. P., & Dejithirath, K. (2005). Self-compassion, achievement goals, and coping with academic failure. *Self and Identity*, 4(3), 263-287.
- Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L., & Rude, S. S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41(1), 139-154.
- Neff, K. D., & McGehee, P. (2010). Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and Identity*, 9(3), 225-240.
- Neff, K. D., Pisitsungkagarn, K., & Hsieh, Y. (2008). Self-compassion and self-construal in the United States, Thailand, and Taiwan. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 39(3), 267-285.
- Neff, K. D., Rude, S. S., & Kirkpatrick, K. L. (2007). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality*, 41(4), 908-916.
- Neff, K. D., & Vonk, R. (2009). Self-compassion versus global self-esteem: Two different ways of relating to oneself. *Journal of Personality*, 77(1), 23-50.
- Öst, L. G. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: a systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 46(3), 296-321.
- Perls, F. S., Hefferline, R. F., & Goodman, P. (1951). *Gestalt therapy*. New York: Dell.
- Radloff, L. (1977). The CES-D Scale: A self-report

- depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-401.
- Raes, F. (2011). The effect of self-compassion on the development of depression symptoms in a non-clinical sample. *Mindfulness*, 2(1), 33-36.
- Rockliff, H., Gilbert, P., McEwan, K., Lightman, S., & Glover, D. (2008). A pilot exploration of heart rate variability and salivary cortisol responses to compassion-focused imagery, *Journal of Clinical Neuropsychiatry*, 5, 132-139.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent child*. Princeton: Princeton University Press.
- Segal, Z. J., Williams, M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapses*. New York: The Guilford Press.
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., & Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62(3), 373-386.
- Thompson, B. L., & Waltz, J. (2008). Self-compassion and PTSD symptoms. *Journal of Traumatic Stress*, 21(6), 556-558.
- Van Dam, N. T., Sheppard, S. C., Forsyth, P., & Earleywine, M. (2011). Self-compassion is a better predictor than mindfulness of symptom severity and quality of life in mixed anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorder*, 25(1), 123-130.

원 고 접 수 일 : 2015. 4. 6

수정원고접수일 : 2015. 7. 20

게 재 결 정 일 : 2015. 7. 29

## **The Effectiveness of the Self-compassion Enhancement Program**

**Se-Ran Park**

Seoul Digital University

**Hoon-Jin Lee**

Seoul National University

The self-compassion enhancement program was developed and its efficacy was examined. Fourteen early-adults participated in the self-enhancement program, and thirteen individuals participated in the self-esteem improvement program. Their scores on various variables were compared with those of the non-treatment control group. For the self-compassion enhancement program group, depression, borderline tendencies, and life satisfaction significantly decreased and increased, respectively. Additionally, these changes were maintained after one month. The self-esteem improvement program group showed increase of life satisfaction score at the end of the intervention. However, the therapeutic effects of the self-esteem improvement program disappeared after one month. These findings indicated that the self-compassion program exhibited relative benefits of long-term therapeutic effects compared to the self-esteem program. Lastly, contributions of this study to an integrative understanding of the process of self-compassion are discussed. Limitations and suggestions for future research are also discussed.

*Key words* : self-compassion, self-compassion enhancement program, self-esteem