

수용-전념 집단프로그램이 우울한 대학생의 심리적 수용, 심리적 안녕감, 우울 및 자살생각에 미치는 효과

양 수 연

광주양지병원

신 현 균[†]

전남대학교 심리학과

본 연구에서는 수용-전념 집단프로그램이 우울한 대학생의 심리적 수용, 심리적 안녕감, 우울 및 자살생각에 미치는 효과를 알아보았다. 연구 참여자는 광역시 소재 대학에 재학 중인 대학생들로, 우울척도와 자살생각 척도를 실시하여 높은 점수를 받아 선정되었으며, 수용-전념 치료집단 9명, 비교집단 9명이었다. 치료집단은 총 8회기 수용-전념 집단프로그램에 참여하였고 프로그램 전후에 사전-사후 검사를 실시하였으며, 비교집단에게도 동일한 기간에 사전-사후 검사를 실시하였다. 비모수통계 방법을 사용하여 분석한 결과, 치료집단 참여자들의 수용 행동과 심리적 안녕감 점수는 사전에 비해 사후에 유의하게 향상되었고, 우울 및 자살생각 점수는 유의하게 감소하였다. 반면, 비교집단 참여자들의 사전-사후 점수에는 유의한 변화가 없었다. 본 연구의 결과는 수용-전념 치료가 자살예방을 위한 치료 프로그램으로 활용될 수 있고, 자살에 대한 위험요인 감소뿐만 아니라 보호요인 개발에 도움이 될 수 있음을 확인하였다는 점에서 의의가 있다. 그러나 적은 표본수와 무선택당이 이루어지지 못한 점 등은 본 연구의 제한점이다. 따라서 추후 연구에서는 이러한 점을 보완한 연구 설계를 사용해 그 효과를 반복 검증할 필요가 있다.

주요어 : 수용-전념 치료, 심리적 수용, 심리적 안녕감, 우울, 자살

[†] 교신저자(Corresponding Author) : 신현균 / 전남대학교 심리학과 / 광주광역시 북구 용봉로 77
Fax : 062-530-2659 / E-mail : shk2004@jnu.ac.kr

최근 우리나라의 자살 문제는 개인적인 문제를 넘어서서 심각한 사회적 문제가 되어가고 있다. 통계청이 발표한 2009년 기준 자료에 의하면, 자살률은 1990년대 초반 이후 꾸준히 증가하여 1999년에는 7,056명(10만명당 15명)이었으나, 2009년에는 15,413명(10만명당 31명)으로 약 2배 정도 증가되었으며, 이는 OECD 회원국 중 자살률 1위에 해당한다. 자살은 전체 사망원인 중에서 암, 뇌혈관질환, 심장질환 다음으로 4위에 해당하며 10대 청소년을 비롯하여, 경제적 활동의 주축을 이루는 20대, 30대에서는 사망원인 1위로 나타나고 있다. 특히, 사회진출을 본격적으로 준비하는 연령대인 20-29세에서는 자살로 인한 사망이 전체 사망 원인의 44.6%를 차지할 정도로 높은 수준이다(통계청, 2010). 이러한 청년층의 자살은 추후 경제인구의 감소로 이어져 국가 발전에도 큰 손실을 가져오게 될 수 있으므로 국가적 차원에서 자살 문제에 대한 대책이 시급하다고 볼 수 있다.

20대 연령층이 가장 많이 속해 있는 곳 중 하나가 대학이다. 최근 경찰청 조사를 바탕으로 교과부에서 발표한 9년간의 자살 통계에 따르면, 대학생 자살자 수는 2001년 195명에서 2009년 249명으로 증가하였으며, 연평균 230명의 대학생이 자살한다. 대학생들은 발달과 정상, 후기 청소년기와 성인 초기에 해당하며, 사회에 나갈 준비를 시작하면서 다양한 인생의 변화에 대처해야 하는 시기에 있다. 이러한 인생의 전환기를 거치면서 혼란스러움을 느낄 수 있으며, 때로는 우울이나 스트레스를 겪게 될 수 있다(민윤기, 2005). 요즘과 같은 취업난 속에서 대학생들은 심한 스트레스로 인해 심리적 문제의 발생 가능성이 높고 스트레스에 취약해진 상태에서 극단적으로는

자살을 선택하게 될 수 있다. 이처럼 대학생들의 자살문제가 심각성을 더해가고 있음에도 불구하고, 국내에서 대학생들을 대상으로 한 연구는 청소년이나 노인 계층을 대상으로 한 연구에 비해 상대적으로 부족하다.

자살에 대한 정의는 다양하고 포괄적이다. 자살은 자살생각(suicidal ideation), 자살시도(suicide attempt), 자살행위(suicide behavior)에 이르게 되는 연속적인 개념으로 정의될 수 있다(김정진, 2008, 2009). 이 중에서 자살생각이란, 누구나 한번쯤 일시적으로 갖게 되는 ‘죽고 싶다’는 생각에서부터 자살을 위한 구체적인 계획을 세우는 것 까지를 포함한다. 자살생각은 엄격한 의미에서 자살행위와는 다르지만, 자살변인의 한 가지 요소로 자살행위 이전 단계에서 일어나며, 자살생각을 많이 하는 사람들에게서 자살시도가 발생한다(Bonner & Rich, 1987; Harwood & Jacoby, 2000; Lester, 1989; 김현순, 김병석, 2008에서 재인용). 이미 사망한 사람을 대상으로 연구를 진행하기는 어려우므로, 대부분의 자살 연구는 자살 시도나 자살 행동에 앞서 발생하게 되는 ‘자살생각’을 변인으로 사용한다.

대학생들의 자살생각과 시도의 위험요인으로는 우울(노명선, 전홍진, 이해우, 이효정, 한성구, 함봉진, 2007), 물질남용, 경계선 성격 특성, 반사회적 성격 특성, 완벽주의, 분노 및 적개심, 문제 해결 전략 및 스트레스 요인들이 있으며(Jeglic, Pepper, Vanderhoff, & Ryabchenko, 2007; 김설환, 손정락, 2010에서 재인용), 절망과 사회적 관계 문제, 충동성도 자살생각과 관련성이 높게 나타났다(민윤기, 2005; 하정희, 안성희, 2008). 이 중에서도 우울은 자살을 예측하는 가장 강력한 단일요인으로(Cole, 1989), 자살자의 약 60%가 자살 당

시 우울증상을 경험하였다(Houston, Hawton, & Shepperd, 2001). 자살생각을 설명하는 데 있어서 절망이 우울보다 더 중요한 변인이라는 주장도 있지만, 청소년이나 대학생을 대상으로 한 연구에서는 절망보다 우울이 훨씬 강력한 예측요인으로 밝혀졌고(신민섭, 1990; Osgood, 1991; Ron, 2004; Rudd, 1990; 김현순, 김병석, 2008에서 재인용), 육성필(2002) 연구에서도 우울 단독으로 자살생각의 약 61%를 설명하였다. 이러한 연구 결과를 토대로 볼 때, 우울증상을 보이는 사람들은 자살에 대한 잠재적 위험요인을 지니고 있다고 볼 수 있으므로, 자살 예방에 있어서 우울 증상에 대한 치료적 개입이 포함될 필요가 있다.

자살 예방이나 우울 감소를 위해서는 위험요인을 감소시키는 것 뿐 아니라 보호요인을 향상시키는 것 또한 중요하다. 선행연구를 통해 밝혀진 자살에 대한 보호요인들을 살펴보면, 사회적 지지, 탄력성, 문제 중심 대처 방식, 삶의 의미 등이 있으며(조하, 2008), 자기 효능감, 낙관성과 같은 인지적 변인들도 주목을 받아왔다(Holden, Mendonca & Serin, 1989). 이와 더불어, 심리적 안녕감(psychological well-being) 또한 자살에 대한 보호요인으로 고려될 수 있다. 심리적 안녕감이 높은 사람은 자기를 있는 그대로 수용하고 긍정적 대인관계를 유지하며 자신의 행동을 스스로 조절하는 능력이 있고, 주위환경에 대한 통제력이 있으며, 삶의 목적이 있고 자신의 잠재력을 실현시키려는 동기가 있다(김명소, 김혜원, 차경호, 2001; Ryff, 1989). 이러한 특성은 자살에 대한 보호요인으로 작용할 수 있다.

기존 연구들에서 사용된 자살 예방 프로그램은 대부분 인지 행동치료에 근거하여 자살 관련 위험요인이 감소되는 효과에 대한 것이

었다. 육성필(2002)은 자살시도 경험이 있는 군인과 대학생을 대상으로 인지행동 치료 프로그램을 개발하여 우울, 스트레스 대처방식, 사회적 문제해결능력, 절망감, 자살생각 개선 효과를 검증하였으며, 서혜석(2010)도 군인을 대상으로 인지행동 집단 상담을 실시하여 자살생각, 스트레스, 우울 감소 등의 효과를 밝혔다. 김설환과 손정락(2009)은 한국형 마음챙김 스트레스 감소 인지치료 프로그램을 통해 스트레스와 자살생각 감소 효과를 확인하였고, 박준희(2011)는 우울하고 자살생각을 지니고 있는 여대생을 대상으로 마음챙김 인지행동치료 프로그램이 자살생각, 무망감, 비합리적인 신념의 감소에 미치는 효과를 검증하였다. 또한, 정신분열증 증상을 가진 환자들의 자살생각을 인지행동치료를 적용하여 감소시킨 연구도 있다(Bateman, Hanson, Turkington, & Kingdon, 2007). 또 다른 치료 방법으로 Joiner, Voelz 그리고 Rudd(2001)는 우울과 불안장애를 동시에 가지고 있으면서 자살 문제를 보이는 초기 성인기 환자들을 대상으로 문제 해결 치료를 사용하여 자살생각과 자살계획의 위험성을 감소시켰다. 이혜선과 권정혜(2010)는 군인들을 대상으로 커뮤니티 전체 시스템 접근을 통한 포괄적인 자살예방 프로그램을 적용하여 자살생각 감소 효과를 검증하였다.

현재까지 대부분의 자살 관련 연구들은 취약성과 위험 요인에 초점을 맞추고 있어, 자기 수용이나 심리적 안녕감 등의 보호요인 향상을 통한 자살 예방 프로그램의 효과에 대한 연구는 부족한 실정이다. 그러나 보호요인을 향상시키는 개입은 내적 자원을 강화시켜 일상생활 적응력을 향상시키고, 결국 우울 완화와 자살예방에 효과적일 수 있다. 최근 행동치료의 제 3의 흐름이 형성되고 있는데,

그 중 수용-전념치료(Acceptance & Commitment Therapy; ACT)는 정서장애 치료의 대안적인 치료기법으로 새롭게 주목받고 있으며, 심리적 수용을 통한 심리적 안녕감과 주관적인 삶의 질 향상 등의 긍정적 측면을 강화시키는 데 초점을 둔다. ACT의 관점에서 볼 때, 심리적 고통은 인간생활에서 매우 보편적이고 정상적인 현상이라고 가정하고 있으며, 인간의 고통은 부정적인 정서나 사고를 통제하려 하고 경험을 회피하면서 심화되고 심리적인 경직성과 역기능적인 문제가 발생하게 된다(문현미, 2006; Hayes, 2004; Hayes & Smith, 2010).

ACT의 목표는 회피 행동을 발생시키는 인지에서 벗어나고, 자신의 가치에 부합하는 행동들을 더 많이 할 수 있게 하는 것이다. 이를 위해 내적 경험을 수용하게 하고, 불편한 내적 감정을 통제하기 위해 기존에 사용해 온 전략들이 비효율적임을 깨닫게 해주며, 가치를 명료화하고 이를 실현할 수 있는 구체적인 목표와 행동들을 기술하게 한다(Hayes, 2004; 문현미, 2005에서 재인용). ACT에서는 이처럼 수용 등의 과정을 통해 삶에 더 잘 접촉하게 되면 가치를 추구하는 전념적 행동이 가능해지고, 이로 인해 삶의 질이 향상된다고 본다. 삶의 질은 심리적 안녕감을 측정함으로써 확인할 수 있다(문현미, 2005; Dougher, 1994; 문현미, 2006에서 재인용).

ACT의 6가지 핵심 치료과정은 수용(acceptance), 인지적 탈융합(cognitive defusion), 맥락으로서의 자기(self as context), 현재에 존재하기(being present), 가치(value) 및 전념적 행동(committed action)이다. 이러한 과정을 통해 궁극적인 목표인 심리적 유연성을 획득하고 증가시켜 상황에 유연하게 대처하고 가치추구 행동에 전념할 수 있게 된다. 이 중에서 특히

수용(심리적 수용)은 수용-전념치료의 핵심 치료과정 변인 중 하나로, 심리적 고통의 원인이 되는 사적 경험을 회피하거나 통제하려 시도하지 않고 현재의 순간을 있는 그대로 기꺼이 경험하고 알아차리는 것으로 정의된다(Dougher, 1994; Haas, 1994; Hayes, 1994, Roemer & Orsillo, 2002; 문현미, 2006에서 재인용). 이런 과정을 통해 자신이 가치를 부여한 행동에 더 전념하는 것이 가능해져서 상황에 대한 대처 능력과 문제 해결력을 증가시켜 적응력, 안녕감 및 정신건강을 증진시킨다(문현미, 2006). 심리적 수용은 수용행동을 통해 측정될 수 있다. Hayes(1994)에 따르면, 수용행동은 가장 낮은 수준인 ‘철수(resignation)와 견디기(tolerance)’ 단계에서부터 가장 높은 수준의 수용행동인 ‘기꺼이 경험하기(willingness)’ 단계까지 분류된다. 기꺼이 경험하기 단계에서는 심리적인 경험에 대해 보다 효율적이고 직접적이고 능동적으로 접촉할 수 있게 된다(Hayes, 1994; 이선영, 2010에서 재인용).

수용을 주요 치료 기법으로 적용한 ACT의 연구 결과들을 살펴보면, 우울 및 불안 등 정신병리 증상을 완화시키는 데 효과적이고, 사회불안을 감소시키며, 직무능력 향상 등을 통해 삶의 질 향상에 효과를 보였다(Bohlmeijer, Fledderus, Rokx, & Pieterse, 2011; Flaxman & Bond, 2010; Gaudiano & Herbert, 2006; Kocovski, Fleming & Rector, 2009). 강박장애 환자들을 대상으로 ACT를 적용한 결과, 우울 및 불안, 경험회피 행동, 강박사고와 강박행동에서 유의한 감소를 보였다(Twohig, Hayes, Masuda, 2006). 또한 만성통증 환자들에게서 통증으로 인한 우울, 불안 등을 다루는 데 ACT가 효과적이었으며(Vowles & McCracken, 2008), 임상 장면에서 환자들의 분노를 다루는 데

ACT의 적용이 제안되기도 하였다(Eifert & Forsyth, 2011).

또한 Zettle과 Hayes(1986)는 우울증 집단에 Beck의 인지치료와 ACT를 비교한 결과, 두 치료법 모두 치료 직후에 우울 증상의 유의한 감소를 보였으나 추후 비교에서는 ACT 집단에서 우울증상이 더 유의하게 감소되었다. 이는 기존의 치료법에 비해 ACT의 장기적 효과가 더 우수할 수 있음을 시사한다(문현미, 2005). 국내에서도 최근에 ACT를 적용한 연구들이 다수 수행되고 있다. 문현미(2006)는 대학생들을 대상으로 ACT를 실시하여 우울과 스트레스를 감소시키고 심리적 안녕감의 변화 효과를 검증하였다. 이후로 직장인의 정서 노동과 관련된 직무 만족 향상 효과 연구(김인구, 2008), 아토피 환자들의 질병 관련 스트레스 감소와 삶의 질 향상 효과 연구(이지현, 손정락, 2009), 발달장애아동 어머니의 우울 감소와 심리적 안녕감 증가 효과 연구(김미하, 손정락, 2011), 성격장애에 ACT를 적용한 사례 연구(김도연, 2011), 저소득층 아동들의 대인관계 스트레스 감소 및 심리적 안녕감 증진 효과 연구(조현아, 2011) 등이 수행되었다. 대학생을 대상으로 한 연구로는 폭식장애 경향성을 지닌 대학생의 분노, 스트레스 및 폭식행동 감소 효과 연구(송혜정, 손정락, 2011), 평가염려 완벽주의를 가진 대학생을 대상으로 완벽주의와 두려움의 감소 효과 연구(김정은, 손정락, 2012), 발표불안 감소 효과 연구(김혜은, 김도연, 2012), 일반 대학생과 성인을 대상으로 불안 감소 효과 연구(이선영, 안창일, 2012) 등 ACT가 스트레스와 불안 감소에 효과적이라는 연구들이 많이 수행되었다. 그러나 가장 심각한 결과를 초래할 수 있는 우울감과 자살사고를 가진 고위험 대학생을 대상으

로 ACT를 적용한 연구는 실시되지 않았다. 다양한 심리적 어려움을 완화시키는데 ACT가 긍정적인 효과를 보인다는 여러 선행 연구결과들을 토대로 예상해볼 때, ACT를 우울과 자살생각을 지니고 있는 대학생 집단에 적용한다면 심리적 수용의 증진을 통해 심리적 안녕감 향상 뿐 아니라 우울과 자살생각을 감소시키는 효과까지 있을 것으로 기대할 수 있다.

따라서, 본 연구에서는 수용-전념 집단프로그램을 우울과 자살생각을 지니고 있는 대학생 집단에 실시하여 그 효과를 검증하고자 한다. 즉, 경험의 수용을 통해 심리적 스트레스에 유연하게 대처하고 가치와 목적의식을 발전시켜 가치추구 행동에 전념할 수 있게 하고, 심리적 안정감을 얻게 하여 우울과 자살생각을 감소시키는지 알아볼 것이다. 기존의 자살예방 프로그램에 비해 본 프로그램은 인지적 역기능의 변화 같은 취약요인의 교정보다는 보호요인으로 기능할 수 있는 수용능력 및 심리적 안녕감을 증진시킴으로써 우울증상을 감소시키고 자살시도의 위험을 예방하는데 초점이 맞추어져 있다. 본 연구의 가설은 다음과 같다.

가설 1. 수용-전념 집단 프로그램에 참여한 집단의 심리적 수용은 증진될 것이나, 비교집단은 변화가 없을 것이다.

가설 2. 수용-전념 집단 프로그램에 참여한 집단의 심리적 안녕감은 증진될 것이나, 비교집단은 변화가 없을 것이다.

가설 3. 수용-전념 집단 프로그램에 참여한 집단의 우울은 감소될 것이나, 비교집단은 변화가 없을 것이다.

가설 4. 수용-전념 집단 프로그램에 참여한 집단의 자살생각은 감소될 것이나, 비교집단

은 변화가 없을 것이다.

방 법

연구참여자

본 연구의 참여자는 광역시 소재 대학 재학생들로, 'Beck 우울척도'에서 16점 이상(이영호, 송중용, 1991)이고 '자살생각척도'에서 9점 이상(신민섭, 박광배, 오경자, 김중술, 1990)에 해당하는 대학생들이었다. 참여자는 두 가지 방법으로 모집되었다. 첫째, 한 대학의 교양과목 6개반 245명을 대상으로 우울척도와 자살생각척도 설문을 실시하여 선별기준을 충족시키는 23명을 1차 선발하였다. 이들에게 개별적으로 전화 면담을 실시하여 프로그램 내용을 설명하고 참여를 권유하여 1명이 프로그램 참가를 희망하여 연구에 참여하였다¹⁾.

둘째, 4개 대학교의 홈페이지 게시판 및 단과대학과 도서관 게시판에 <삶의 의미와 행복찾기>라는 주제로 안내문을 게시하여 프로그램 내용을 홍보하였다. 자발적으로 참여를 신청한 39명을 대상으로 개별적으로 사전 면담과 우울척도, 자살생각척도 검사를 실시하여 선별기준을 만족하는 21명을 선정하였으며, 이 중에서 현재 정신과 치료중인 사람과 프로그램 직전에 개인적인 이유로 프로그램 불참 의사를 밝힌 사람을 제외하고 16명이 프로그

램에 참가하였다.

따라서, 두 가지 방법으로 모집되어 프로그램에 참가하게 된 최종 참여인원은 총 17명이었다. 그러나 프로그램 참가 도중 개인적인 사정, 사적인 이야기 개방의 어려움, 원하던 프로그램 내용과 다름 등을 이유로 8명이 중도 탈락하여 최종 결과 분석에는 9명의 자료가 사용되었다.

프로그램 참가 희망자가 적어 치료집단과 비교집단에 무선 할당하지 못하고, 설문지를 토대로 1차 선발된 23명 중 프로그램 참여를 희망하지 않는 사람들에게 개별적인 전화연락을 통해 추가 설문 작성(사전-사후검사)에 대한 동의를 구하고 추후에 프로그램에 참가할 수 있음을 알린 후에 이에 응한 10명이 비교집단으로 참여하였다. 그중 1명이 중도 탈락하여 최종 분석에는 9명의 자료가 사용되었다. 두 집단의 인구통계학적 특성은 표 1과 같다. 두 집단의 성별, 연령, 학년, 자해경험, 자살 시도력, 상담 및 치료력에서 통계적으로 유의한 차이는 없었다.

도구

수용행동 질문지(Acceptance & Action Questionnaire-16: AAQ)

자신의 생각이나 감정에 대한 수용 정도를 측정하는 척도로, ACT이론에 기초하여 Hayes 등(2004)이 개발하고 문현미(2006)가 타당화한 16문항 질문지이다. '전혀 그렇지 않다(1점)'에서 '매우 그렇다(7점)'의 리커트 7점 척도이며, 점수가 높을수록 심리적 수용 정도가 높음을 의미한다. 문현미 연구에서 보고된 Cronbach's α 값은 .82였고 본 연구에서는 .81이었다.

1) 선별검사를 통해 선발된 23명 중 프로그램 참가를 희망한 1명의 점수와 나머지 22명의 점수를 비교한 결과, 참여를 원하지 않은 22명의 평균 점수(표준편차)는 우울점수 20.55(4.82), 자살생각 점수 13.50(3.97)이며, 참여를 원한 1명의 점수는 우울점수 21, 자살생각 점수 16점으로 나타났다.

표 1. 연구참여자의 인구통계학적 특징

구분		치료집단(N=9)	비교집단(N=9)	X ²
		N(%)	N(%)	
성별	남	5(55.6%)	5(55.6%)	.00
	여	4(44.4%)	4(44.4%)	
연령	18-20세	2(22.2%)	5(55.6%)	2.15
	21-23세	4(44.4%)	2(22.2%)	
	24-26세	3(33.3%)	2(22.2%)	
학년	1학년	0	4(44.4%)	5.40
	2학년	3(33.3%)	2(22.2%)	
	3학년	3(33.3%)	2(22.2%)	
	4학년	3(33.3%)	1(11.1%)	
자해 경험	없다	8(88.9%)	8(88.9%)	.00
	있다	1(11.1%)	1(11.1%)	
자살 시도력	없다	9(100%)	7(77.8%)	2.25
	있다	0	2(22.2%)	
상담 및 치료력	없다	5(55.6%)	7(77.8%)	1.00
	있다	4(44.4%)	2(22.2%)	

심리적 안녕감 척도(Psychological Well-Being Scale; PWBS)

Ryff(1989)가 개발한 심리적 안녕감 척도 54 문항을 김명소 등(2001)이 문항분석을 통해 46 개 문항으로 축약한 척도를 사용하였다. 개인의 삶의 질을 측정하며, 자아수용, 환경 지배력, 긍정적 대인관계, 자율성, 삶의 목적 및 개인적 성장의 6개 하위요인으로 구성되어 있다. ‘전혀 아니다(1점)’에서 ‘매우 그렇다(6점)’의 6점 척도이며, 점수가 높을수록 심리적 안녕감이 높다. 김명소 등(2001)의 연구에서 보고된 각 하위 척도의 Cronbach's α 는 .66-.76이고, 전체 척도의 α 는 .91이었다. 본 연구에서 각 하위 척도의 α 는 자율성 .60, 환경에 대한 통제력 .83, 개인적 성장 .71, 삶의 목적 .87,

긍정적 대인관계 .92, 자아수용 .91이고, 전체 척도의 α 는 .95였다.

Beck 우울 척도(Beck Depression Inventory; BDI)

우울 정도를 측정하기 위해 이영호와 송종용(1991)이 번안한 한국판 BDI를 사용하였다. 총 21문항으로 이루어져 있고, 점수 범위는 0-63점까지이다. 0-9점은 우울하지 않은 상태, 10-15점은 가벼운 우울, 16-23점은 중한 우울, 24-63점은 심한 우울로 해석할 수 있다. 이영호와 송종용(1991)의 연구에서 대학생들에게 실시하여 보고된 Cronbach's α 값은 .86 이었고 본 연구에서는 .87이었다.

자살생각 척도(Scale for Suicide Ideation; SSI)

성인과 청소년의 자살생각의 심각성을 측정하고 탐지하기 위해 전문가가 실시하는 반구조화된 면접형식의 척도(Beck, Kovacs & Weissman, 1979)를 신민섭 등(1990)이 자기보고식으로 변형시킨 척도로, 총 19문항에 3점 척도로 이루어진 설문지이다. 자살생각과 계획의 강도, 기간 및 구체성을 측정하고, 점수 범위는 0-38점으로 점수가 높을수록 자살생각이 많은 것을 의미한다. 신민섭 등(1990)의 연구에서 보고된 Cronbach's α 값은 .75였고 본 연구에서는 .79였다.

수용-전념 집단프로그램

본 연구에 사용한 수용-전념 집단프로그램은 다양한 정서장애 치료에 효과적으로 검증된 Hayes의 이론을 바탕으로 문현미(2005)가 한국 대학생들 실정에 맞게 재구성한 프로그램 내용을 참고하였다. 본 프로그램의 목적에 부합하도록 자살생각을 추가적으로 다루고 삶의 가치를 명확하게 할 수 있도록 내용을 보완하여 수정 제작하였다.

본 프로그램의 진행자인 연구자가 수용-전념치료 1박2일 과정 워크숍과 집단프로그램(총 24시간)에 참여하여 프로그램을 직접 경험하고 내용을 숙지하였으며, 프로그램 제작 과정에서 프로그램 구성에 대한 임상심리전문가의 검토가 있었다. 프로그램은 1회기 90분씩 총 8회기로 구성되었다. 본 프로그램의 구성은 표 2와 같다.

연구절차

본 프로그램의 주진행은 정신보건임상심리

사 2급 자격증을 소지한 임상심리 전공 대학원생인 연구자가 실시하였고, 임상심리 전공 대학원생 1인이 보조진행자로 참여하였다. 프로그램은 대학 강의실에서 매주 2-3회기씩 총 8회기 실시되었다.

프로그램 시작 전에 프로그램 동의서와 사전검사(수용 행동 질문지, 심리적 안녕감, 우울, 자살생각 척도), 인구통계학적 특성을 조사하는 설문지를 작성하였다. 프로그램 회기마다 참여자들에게 개별적으로 자료가 주어졌고 이를 보관할 수 있는 파일을 주어 개인 워크북을 만들 수 있도록 하였다. 프로그램 종료 후에는 사후검사(수용 행동 질문지, 심리적 안녕감, 우울, 자살생각 척도)를 실시하였다.

프로그램 참가 희망자들의 일정을 일치시킬 수 없어 세 차례의 동일한 프로그램을 각기 다른 시간에 진행하였다. 첫 번째 집단은 5명으로 시작하였지만 3명이 중도 탈락하고 2명이 끝까지 참여하였다. 2번째 집단은 8명으로 시작하였지만 3명이 중도 탈락하고 5명이 끝까지 참여하였다. 3번째 집단은 4명으로 시작하였지만 1명이 중도 탈락하고, 1명이 2회기 이상 프로그램에 결석하여, 분석에는 2명의 자료만 사용되었다. 따라서 최종 분석에는 8회기에 모두 참여한 총 9명의 자료를 합쳐 사용하였다. 중도 탈락의 사유는 변화에 대한 확신 부족, 집단 내에서의 사적인 이야기 개방의 어려움, 정신과 치료 시작, 건강상의 문제 등이었다.

비교집단의 사전-사후 검사는 치료집단의 프로그램 일정과 동일한 기간에 실시되었으며, 총 9명이 참여하였다. 사전-사후 검사지는 이메일을 통해 발송하였고, 기간 내에 작성하도록 하여 회수하였다. 이들에게는 사후검사 설문 회수 후에 소정의 기념품으로 사례하였다.

표 2. 수용-전념 집단프로그램 구성표

회기	주제	내용
1	ACT란 무엇인가, 프로그램 소개	<ul style="list-style-type: none"> · 프로그램 소개, 사전검사 실시, 집단원 소개 및 별칭짓기 · 심리적 장애물 찾기, 자살생각 나누기 · 변화의제의 필요성 알기(심리적 고통일지) · 구덩이에 빠진 사람 비유, 괴물과 줄다리기 비유 · 과제; 매일경험일지 작성
2	통제가 문제, 기꺼이 경험하기	<ul style="list-style-type: none"> · 통제가 문제임을 알기 ‘생각안하기 게임’ · 심리적 문제에 대한 개인적 프로그래밍이나 법칙 찾기 · 대안으로서의 ‘기꺼이 경험하기 연습’ · 알아차림 훈련 ‘주의를 지금-여기에 모으기’ · 과제; 기꺼이 경험하기 일지, 매일경험일지 작성
3	인지적 탈융합	<ul style="list-style-type: none"> · mind의 작용 알기 ‘짜짓기-스트레칭 게임’ · 나쁜컵 비유, 사실과 생각 간의 융합 깨트리기 · ‘커피, 커피, 커피’ 게임, 퍼레이드 비유 · 과제; 매일경험일지 작성, 탈융합기법 적용해보기
4	수용 및 현재 경험에 접촉하기	<ul style="list-style-type: none"> · 경험 물화하기 · 경험에 대한 라벨링 연습 · 현재 경험에 접촉하기 훈련, 3분 명상 · 과제; 3분 명상
5	자기 탈동일시, 관찰하는 자기	<ul style="list-style-type: none"> · 자기 개념의 평가성 알아차리기 · 나는 누구인가, 정체성 취하기 게임 · 양극성 게임, 장기말과 장기판 비유 · 관찰하는 자기 훈련 · 과제; 알아차림 연습
6	가치 선택 및 명료화	<ul style="list-style-type: none"> · 가치 중심의 생활과 삶의 목표 중요성 알기 · 삶의 가치 명료화하기(추모사, 비문 상상해보기) · 가치 평가지 기록하기 · 과제; 목표, 행동, 장애물 기록지 작성해보기
7	가치의 방향에 전념하기	<ul style="list-style-type: none"> · ‘내 삶의 꿈이야기’ 미래모습 구체화하기 · 가치의 방향에 전념하기(버스 운전사와 승객 비유) · 목표에 대한 심리적 장애물을 기꺼이 경험하기 · ACT카드 지니고 다니기 · 과제; 가치전념활동 실천해보기
8	프로그램 마무리	<ul style="list-style-type: none"> · 회기별 주제 복습 · 남은 개인적 과제 나누기 · 집단을 마무리 하는 감정이나 생각 나누기 · 사후검사 및 프로그램 평가 실시

프로그램 중도탈락 집단과 이수집단 비교

본 프로그램 실시 과정에서 절반에 가까운 8명의 중도 탈락자가 발생하여 중도탈락률이 높게 나타났다. 중도 탈락자와 이수자 간 특성의 차이가 치료 효과에 영향을 미칠 수 있어 중도탈락과 관련된 특성에 대한 분석이 필요하다(Bados, Balaguer & Saldana, 2007). 따라서, '중도탈락' 집단과 '이수' 집단 간 차이를 알아보기 위해 인구통계학적 특성에 대한 χ^2 검정과 각 변인별 사전검사 점수에 대한 Mann-Whitney U 검증을 실시하였다.

인구통계학적 특성을 분석한 결과, 중도탈락 집단과 이수 집단 간에 성별($\chi^2 = 3.44, ns$), 연령($\chi^2 = 1.06, ns$), 학년($\chi^2 = 3.45, ns$), 자해 경험($\chi^2 = .56, ns$), 상담 및 치료력($\chi^2 = .70, ns$)에서 통계적으로 유의한 차이는 나타나지 않았다. 그러나 자살 시도력($\chi^2 = 4.1, p=0.08$)에서 유의수준에 가까운 차이를 보였으며, 과거에 자살을 시도한 경험이 있는 참가자 3명 모두가 중도탈락하였다.

중도탈락 집단과 이수 집단 간 사전검사 점수를 분석한 결과, 수용행동($Z = -1.74, ns$), 우울($Z = -.39, ns$), 자살생각($Z = -1.31, ns$), 심리적 안녕감($Z = -.87, ns$)에서 유의한 차이가 나타나지 않았다.

연구설계 및 분석

본 연구에서 사용된 연구 설계는 2(집단 : 치료집단, 비교집단) × 2(검사시기 : 사전검사, 사후검사) 반복측정설계이다. 종속변인은 참여자의 사전-사후 수용행동, 심리적 안녕감, 우울 및 자살생각 점수이다. 치료집단은 수용-전념 집단프로그램에 배치되었고, 비교

집단은 프로그램이 제공되지 않았다. 두 집단에게는 동일한 시기에 사전, 사후 평가가 이루어졌다.

본 연구에서 수집된 자료는 SPSS를 사용하여 분석하였으며, 모수통계방법을 사용하기에는 사례 수가 충분하지 않아 모집단의 분포형태를 가정할 수 없어, 비모수 검정 방법으로 분석하였다. 먼저, 치료집단과 비교집단 간의 사전 동질성을 확인하기 위해 수용행동, 심리적 안녕감, 우울 및 자살생각의 각 사전검사 결과에 대하여 독립 집단 간 t 검정과 유사한 비모수 검정인 맨-휘트니 검정(Mann-Whitney U test)²⁾을 실시하였다. 다음으로 프로그램 사전-사후 치료집단과 비교집단별로 각 집단 내 수용행동, 심리적 안녕감, 우울 및 자살생각 점수의 변화를 검증하기 위해, 동일집단 내 반복측정 변인에 대한 t 검정과 유사한 비모수 검정인 윌콕슨 부호 순위 검정(Wilcoxon signed-rank test)³⁾을 실시하였다.

결 과

치료집단과 비교집단 간 사전 동질성

수용-전념 집단프로그램 효과를 확인하기 위해 앞서 치료집단과 비교집단 간의 사전검사 점수에 있어서 동질성을 확인하기 위하여 각 변인별 사전검사 점수에 대해 Mann-Whitney U

- 2) 독립적인 두 집단에서 측정된 자료에 순위를 정하고 각 집단의 순위 평균을 비교하여, 순위평균에 차이가 있는지를 검증하는 방법이다.
- 3) 쌍으로 된 자료에 대하여, 두 값의 차이에 대한 순위와 부호(방향)를 정하고 순위합을 바탕으로 차이검증을 실시하는 방법이다.

표 3. 치료집단과 비교집단의 사전 동질성 검증

변인	집단	N	평균순위	순위합	U	Z
수용행동	치료집단	9	9.39	84.5	39.5	-.09
	비교집단	9	9.61	86.5		
심리적 안녕감	치료집단	9	9.61	86.5	39.5	-.09
	비교집단	9	9.39	84.5		
자율성	치료집단	9	9.22	83	38	-.22
	비교집단	9	9.78	88		
심리적 환경 통제력	치료집단	9	9.5	85.5	40.5	.00
	비교집단	9	9.5	85.5		
안녕감 개인적 성장	치료집단	9	8	72	27	-1.2
	비교집단	9	11	99		
감하 삶의 목적	치료집단	9	8.44	76	31	-.84
	비교집단	9	10.56	95		
영역 긍정적 대인관계	치료집단	9	10.33	93	33	-.67
	비교집단	9	8.67	78		
자아수용	치료집단	9	10.17	91.5	34.5	-.53
	비교집단	9	8.83	79.5		
우울	치료집단	9	11.94	107.5	18.5	-1.95
	비교집단	9	7.06	63.5		
자살생각	치료집단	9	10.44	94	32	-.77
	비교집단	9	8.56	77		

검정을 실시하였다. 그 결과는 표 3에 제시하였다.

표 3을 보면, 치료집단과 비교집단의 수용행동($Z=-.09, ns.$), 자살생각($Z=-.77, ns.$), 심리적 안녕감($Z=-.09, ns.$), 심리적 안녕감 하위척도인 자율성($Z=-.22, ns.$), 환경에 대한 통제력($Z=.00, ns.$), 개인적 성장($Z=-1.2, ns.$), 삶의 목적($Z=-.84, ns.$), 긍정적 대인관계($Z=-.67, ns.$), 자아수용($Z=-.53, ns.$)에서 집단 간에 통계적으

로 유의한 차이가 나타나지 않아 집단 간 사전 동질성이 확인되었다. 반면, 우울 수준은 치료집단과 비교집단 간에 통계적으로 유의하지는 않았지만 유의 수준에 가까운 차이를 보였다($Z=-1.95, p=.05$).

치료집단과 비교집단의 사전-사후검사 비교

수용-전념 집단프로그램이 우울한 대학생의

표 4. 치료집단과 비교집단의 사전-사후 측정치의 중앙값

변인	치료집단(N=9)		비교집단(N=9)	
	사전	사후	사전	사후
수용행동	53	66	51	54
심리적 안녕감	143	167	136	157
자율성	26	29	26	26
하위영역 환경 통제력	24	29	25	22
개인적 성장	30	32	34	30
삶의 목적	21	28	24	25
긍정대인관계	20	25	17	16
자아수용	20	26	17	21
우울	26	8	20	17
자살생각	14	4	14	13

표 5. 사전-사후 윌콕슨 부호 순위 검증

집단		음의 순위 (사후-사전) ¹⁾			동률	양의 순위 (사후-사전)			Z
		N	평균 순위	순위합		N	N	평균 순위	
수용행동	치료집단	1	1	1	1	7	5	35	-2.38**
	비교집단	6	5.67	34	0	3	3.67	11	-1.37
심리적 안녕감	치료집단	1	1	1	1	7	5	35	-2.38*
	비교집단	5	4.8	24	1	3	4	12	-.84
자율성	치료집단	2	4.5	9	0	7	5.14	36	-1.6
	비교집단	3	4.83	14.5	2	4	3.38	13.5	-.09
하위영역 환경 통제력	치료집단	0	0	0	2	7	4	28	-2.38*
	비교집단	6	4.75	28.5	1	2	3.75	7.5	-1.48
개인적 성장	치료집단	2	4	8	1	6	4.67	28	-1.41
	비교집단	5	6.2	31	0	4	3.5	14	-1.01
삶의 목적	치료집단	3	3	9	0	6	6	36	-1.61
	비교집단	4	3.25	13	3	2	4	8	-.52
긍정적 대인관계	치료집단	1	2.5	2.5	0	8	5.31	42.5	-2.37*
	비교집단	4	3.25	13	2	3	5	15	-.17

자아 수용	치료집단	0	0	0	0	9	5	45	-2.67**
	비교집단	4	2.5	10	1	4	6.5	26	-1.12
우울	치료집단	9	5	45	0	0	0	0	-2.67**
	비교집단	5	5	25	1	3	3.67	11	-0.99
자살생각	치료집단	8	5.44	43.5	0	1	1.50	1.50	-2.49*
	비교집단	4	5	20	1	4	4	16	-.28

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

1) 음의 순위는 사후검사 점수가 사전검사 점수보다 작은 것을 의미하고, 양의 순위는 사후검사 점수가 사전검사 점수보다 큰 것을 의미한다.

표 6. 집단별 수용행동, 심리적 안녕감, 우울, 자살생각 점수에 대한 사분위수와 최대값, 최소값

		치료집단		비교집단	
		사전	사후	사전	사후
수용행동	최소값	31	45	37	37
	1분위	51	53	50	44
	중위수	53	66	51	54
	3분위	56	73	59	57
	최대값	71	81	78	70
심리적 안녕감	최소값	9	1	9	7
	1분위	12	2	9	8
	중위수	14	4	14	13
	3분위	15	10	14	16
	최대값	23	24	17	18
우울	최소값	21	4	16	8
	1분위	22	4	18	10
	중위수	26	8	20	17
	3분위	30	17	23	22
	최대값	32	29	35	39
자살생각	최소값	9	1	9	7
	1분위	12	2	9	8
	중위수	14	4	14	13
	3분위	15	10	14	16
	최대값	23	24	17	18

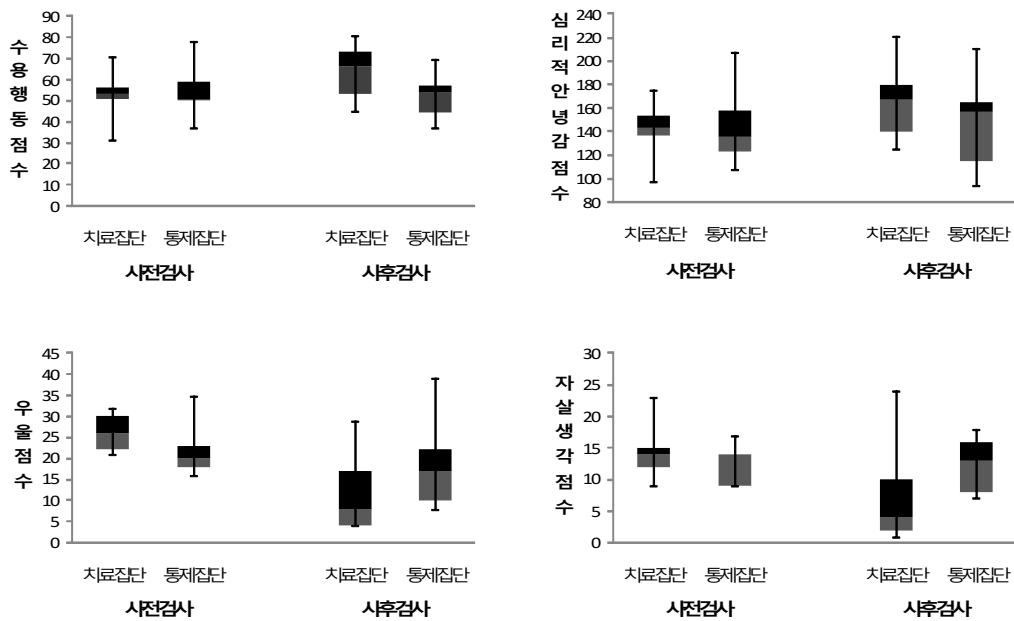


그림 1. 집단 및 검사시기에 따른 각 변인별 점수⁴⁾

심리적 수용, 심리적 안녕감, 우울 및 자살생각에 미치는 효과를 검증하기 위해 프로그램 참여 전, 후의 각 변인 점수의 중앙값을 비교하고, 윌콕슨 부호 순위 검증을 사용하여 두 집단 내에서의 변화를 분석하였다. 분석 결과는 표 4와 표 5에 제시하였다.

치료집단의 사전-사후 수용행동 점수 변화를 살펴보면, 프로그램 실시 후에 수용행동 점수가 통계적으로 유의하게 증가된 것으로 나타났다($Z=-2.38, p<.01$). 반면, 비교집단의 사전-사후 수용행동 점수는 유의한 변화가 없었다($Z=-1.37, ns$).

치료집단의 사전-사후 심리적 안녕감의 전체 점수 변화를 살펴보면, 프로그램 실시 후에 심리적 안녕감 점수가 통계적으로 유의하게 증가된 것으로 나타났다($Z=-2.38, p<.05$). 반면, 비교집단의 사전-사후 심리적 안녕감 점수는 유의한 변화가 없었다($Z=-.84, ns$).

심리적 안녕감 하위영역별 점수 변화를 살펴보면, 치료집단의 경우 환경에 대한 통제력($Z=-2.38, p<.05$), 긍정적 대인관계($Z=-2.37, p<.05$), 자아수용($Z=-2.67, p<.01$) 영역에서 통계적으로 유의한 향상을 나타냈고, 자율성($Z=-1.6, ns$), 개인적 성장($Z=-1.41, ns$), 삶의 목적($Z=-1.61, ns$)에서는 유의한 변화가 없었다. 반면, 비교집단에서는 모든 심리적 안녕감 하위 영역에서 유의한 변화가 없었다.

치료집단의 사전-사후 우울 점수 변화를 살펴보면, 프로그램 실시 후에 우울 점수가 통계적으로 유의하게 감소된 것으로 나타났다($Z=-2.67, p<.01$). 반면, 비교집단의 사전-사후

4) Box plot으로 두 집단의 점수를 비교하였으며, 박스의 가운데 경계가 중앙값이고, 아래쪽이 1분위수, 위쪽이 3분위수이다. 긴 막대의 아래쪽 끝부분은 최소값을 가리키며, 위쪽 끝부분은 최대값을 가리킨다.

우울 점수는 유의한 변화가 없었다($Z=-.99$, ns).

치료집단의 사전-사후 자살생각 점수 변화를 살펴보면, 프로그램 실시 후에 자살생각 점수가 통계적으로 유의하게 감소된 것으로 나타났다($Z=-2.49$, $p<.05$). 반면, 비교집단의 사전-사후 자살생각 점수는 변화가 없었다($Z=-.28$, ns).

연구 변인별로 치료집단과 비교집단의 사전-사후 점수에 대한 사분위수와 최대값, 최소값을 표 6에 제시하였고, 제시된 통계량을 바탕으로 집단 간 사전-사후 점수 변화를 그림으로 나타내면 그림 1과 같다.

논 의

본 연구에서는 수용-전념 집단프로그램이 우울한 대학생들의 심리적 수용, 심리적 안녕감, 우울 및 자살생각에 미치는 효과를 알아보고자 하였다. 본 연구의 주요결과를 구체적으로 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 수용-전념 집단프로그램은 우울한 대학생의 수용행동을 향상시키는 효과가 있어 가설 1이 지지되었다. 수용행동은 ACT의 핵심치료 변인으로, 프로그램 효과의 과정 변인이다. 수용하기는 자신의 감정들, 특히 부정적 감정들조차도 더 온전하게 느낌으로써, 경험을 회피하지 않게 하여 관련된 걱정과 부정적 인지에 직면하게 만든다. 이런 과정을 통해 자신이 생각하고 있는 것을 객관적으로 알아차리게 되는 거리두기가 가능해진다. 즉, 생각을 통해서 보지 않고, 생각 자체를 바라보는 인지적 탈융합 과정을 통해 편협성과 경직성에서 벗어날 수 있다(Hayes & Smith, 2010).

이는 ACT의 과정변인을 연구한 국내 연구 결과에서도 나타나는데, ACT 이후에 정서적 경험 회피가 감소함을 나타내는 수용행동의 증가가 나타났고, 이로 인해 두려움과 파국적 사고를 감소시켜 불안이 감소되는 효과를 가져왔다(이선영, 안창일, 2012). 수용 능력의 향상은 이와 유사한 과정을 거쳐 우울 완화와 자살사고의 감소를 가져올 수 있으며, 결국 자살의 보호요인으로 작용할 가능성이 시사된다.

둘째, 수용-전념 집단 프로그램 참여자들의 심리적 안녕감 총점은 사전검사 점수에 비해 사후검사에서 유의한 증가를 보여 가설 2가 지지되었다. 이러한 결과는 수용-전념치료를 통해 심리적 안녕감 증진 효과를 확인한 선행연구(김미하, 손정락, 2011; 문현미, 2006)와도 일치하는 것이다. 심리적 안녕감의 하위영역 점수를 분석한 결과, 치료집단에서는 환경에 대한 통제력과 긍정적 대인관계, 자아수용 영역의 사후검사 점수가 사전검사 점수에 비해 유의하게 증가되었다. ‘환경에 대한 통제력’이란 자신을 효율적으로 통제할 수 있고, 복잡한 외부 활동 계획을 잘 조절하며, 주변의 기회를 효과적으로 사용하고, 자신의 필요나 가치에 적합한 환경을 선택하거나 적합한 환경으로 변화시킬 수 있는 심리적 유연성을 의미한다. 또한 ‘긍정적 대인관계’는 타인에게 적절하게 관심을 기울이며 타인과 만족스럽고 신뢰로운 관계를 맺는 것을 의미하며, ‘자아수용’이란 자신에 대해 긍정적인 태도를 지니고 있고 좋거나 나쁜 점들을 포함한 자신의 여러 가지 측면들을 인지하고 수용하는 것을 의미한다(김명소 등, 2001).

Ryff와 Keyes(1995)가 미국 대학생들을 대상으로 심리적 안녕감의 구성 개념과 주관적 만

죽감에 대한 상관분석을 실시한 연구에 따르면, 심리적 안녕감의 하위 6개 영역 중, ‘자아수용’과 ‘환경에 대한 통제력’이 삶의 만족도와 높은 상관을 보였다. 국내연구에서도 ‘자아수용’과 ‘환경에 대한 통제력’이 주관적 삶의 질을 결정하는 중요한 변인으로 확인되었으며, 특히 한국 대학생들을 대상으로 실시한 연구에서는 ‘자아수용’, ‘긍정적 대인관계’, 그리고 ‘환경에 대한 통제력’이 삶의 만족도를 유의하게 설명하는 주요변인이었다(김명소 등, 2001; 차경호, 2004). 이러한 연구결과들을 통해 볼 때, ‘환경에 대한 통제력’과 ‘긍정적 대인관계’, ‘자아수용’ 능력을 향상시키는 것은 삶의 질을 증진시키는데 있어서 중요한 요소임을 알 수 있다. 따라서, 본 연구 결과에서 나타난 치료집단에서의 긍정적인 변화는 본 프로그램이 삶의 질을 증진시키는 효과가 있음을 시사한다. 따라서 수용-전념 집단프로그램이 부정적인 정서나 증상의 감소뿐만 아니라 심리적 안녕감 증진을 통해 삶의 질을 향상시켜 우울이나 자살생각의 감소를 가져오고, 이는 자살에 대한 보호요인으로 작용할 수 있음이 시사된다.

셋째, 수용-전념 집단프로그램에 참여한 치료집단의 우울점수는 사전검사 점수에 비해 사후검사에서 유의하게 감소하여 가설 3이 지지되었다. 이는 수용-전념 치료가 우울 감소에 효과적이라는 것을 확인한 선행연구 결과들(김미하, 손정락, 2011; 문현미, 2006; Bohlmeijer et al., 2011)과 일치하는 결과로, 본 연구에서도 감정을 통제하려 하거나 회피하지 않고 그대로 수용하고 비판단적으로 경험하는 것이 우울을 다스리는데 효과적일 수 있음이 확인되었다.

넷째, 수용-전념 집단프로그램에 참여한 치

료집단의 자살생각 점수 또한 사전검사 점수에 비해 사후검사에서 유의하게 감소하여 가설 4가 지지되었다. 자살을 시도하는 사람들은 부정적인 정서나 고통을 없애고 스트레스 상황을 회피하기 위한 유일한 해결책으로 자살이라는 극단적인 선택을 하게 되는데, 수용-전념 치료에서는 오히려 부정적인 정서를 회피하지 않고 기꺼이 마주하고 수용하면서 삶의 가치에 더욱 전념할 수 있도록 하는 데 초점을 둔다. 본 연구 결과에서 나타난 치료집단에서의 자살생각의 변화는 수용-전념 치료의 핵심인 심리적 수용을 통해 부정적인 정서에 대한 인내를 증가시켜 자살생각의 감소를 가져올 수 있었던 것으로 평가해 볼 수 있다. 또한 주관적 안녕감이 향상되고 우울이 감소되어 자살생각의 감소로 이어졌을 가능성이 있다. 이러한 결과는 수용-전념치료가 자살생각을 감소시켜 자살을 예방하는 데 효과적인 치료가 될 수 있음을 시사한다.

부가적인 분석으로, 평가지를 통해 참여자들의 프로그램 실시 후의 변화 내용을 살펴본 결과, 수용-전념 집단프로그램이 참여자들에게 도움이 된 점은 ‘자신의 감정을 수용하고 생각을 보다 객관적으로 관찰할 수 있게 되었으며, 생각에서 물러나 행동을 할 수 있게 된 점’이라는 보고가 많았다. 이와 일관되게 프로그램 내용 중에서도 기꺼이 경험하기와 탈융합 기법, 현존하기, 알아차림 명상 등이 도움이 되었다고 보고하였다. 즉, 프로그램의 참여자들은 수용과 탈융합 연습 등을 통해 자신의 감정과 생각, 신체적 감각 등을 더 잘 알아차리게 되고 현재 느껴지는 감각들을 수용하면서 심리적으로 안정감을 얻게 된 것으로 보이며, 이러한 결과들이 우울과 자살생각 감소에 영향을 미친 것으로 해석해 볼 수 있다.

본 연구 결과를 통해 수용-전념 집단프로그램이 우울한 대학생의 심리적 수용과 심리적 안녕감을 증진시키고 우울 및 자살생각을 감소시킬 것이라는 가설이 모두 지지되었으며, 본 연구의 의의는 다음과 같다. 첫째, 본 연구는 현재 우리나라의 자살률이 심각한 수준임에도 불구하고 실제 자살위험성이 높은 청년들을 대상으로 한 프로그램은 현저히 부족한 실정인데, 본 연구를 통해 대학 내 자살 고위험군 대상자들을 선별하여 실제적으로 도움이 되는 프로그램을 실시한 연구라는 점에서 임상적 의의를 찾아볼 수 있다.

둘째, 우울하고 자살 위험성을 가진 청년들을 위한 여러 개입방법이 있지만, 취약요인에 대한 적극적인 변화를 시도하기보다는 수용을 중시하는 ACT 방식으로 보호요인을 향상시키는 과정을 통해서도 긍정적 효과를 가져올 수 있다는 것을 본 연구에서 확인하였다는 것이 또 다른 의의라고 할 수 있다.

본 연구의 이 같은 의의에도 불구하고 프로그램 운영과 분석과정에서 여러 가지 문제점들이 발견되었다. 본 연구의 제한점 및 후속 연구를 위한 제언은 다음과 같다.

첫째, 치료집단과 비교집단에 참가한 참여자들의 수가 적었다. 우울과 자살생각을 동시에 지니고 있는 대상자를 찾는 일은 쉽지 않았으며, 더욱이 이들의 심리적 특성상 치료를 거부하는 사례가 많아 프로그램 참여를 권고하는 과정에 상당한 어려움이 있었다. 이로 인해 본 연구에서는 세 번에 걸쳐 프로그램을 실시하였고 합산된 자료를 바탕으로 분석하였으므로, 집단 운영시기와 집단 분위기, 특성 등에 있어서 각 집단 간에 차이가 있을 수 있다. 따라서, 추후 연구에서는 충분한 수의 참여자를 모집하여 치료집단과 비교집단을 단일

집단으로 구성하여 프로그램의 효과를 재검증할 필요가 있다.

둘째, 치료집단과 비교집단에 참여자들을 무선할당하지 못하였다. 치료집단과 비교집단 간 사전 동질성 확인 과정에서 통계적으로 유의한 차이가 나타나지는 않았으나 우울 점수가 유의수준에 근접한 차이를 보였다. 또한 비교집단 구성시 선별기준은 충족하지만 프로그램 참여는 원치 않는 사람들을 대상으로 하였기 때문에 엄격하게는 통제집단으로 보기 어렵고 치료집단과 비교하여 변화 동기에서 차이가 있을 수 있어 본 연구 가설을 엄격하게 검증하는 데 한계가 있었다. 또한 본 연구의 연구자와 프로그램 진행자가 동일하여 연구자의 편향이 프로그램의 효과에 영향을 미쳤을 수 있다. 따라서 추후 연구에서는 이러한 문제점을 보완하여 진행자와 연구자를 분리하고, 충분한 수의 참여자를 모집하여 참여 동기가 동등한 참여자들을 각 집단에 무선 할당하는 절차를 적용할 필요가 있다.

셋째, 본 연구에서는 프로그램 이후 추적검사 결과 없이 프로그램 사전·사후의 두 시기에만 변화를 측정함으로써 프로그램의 효과로 인한 변화가 장기적으로 유지되는지를 확인하지 못했다. 추적검사를 시도하기는 했으나 프로그램 이후 치료집단과 비교집단에 참가한 참여자들의 일부가 연락이 되지 않거나 한참의 시간이 지난 후 검사가 이루어져 검사 시기가 일치하지 않았고 협조가 잘 되지 않아 추적검사 결과를 사용할 수 없었다. 또한, 프로그램 운영 기간도 3-4주로 짧았고 회기수도 총 8회기에 불과하여, 장기적 효과 여부를 확인하는 후속 연구를 통해 적절한 회기 수를 결정할 필요가 있다.

넷째, 프로그램 진행 도중, 다수의 참가자가

초반에 중도 탈락하였다. 집단원의 중도탈락은 치료효과에 영향을 미칠 수 있어 그 원인 분석이 필요하여 중도탈락 집단과 이수 집단 간의 인구통계학적 특성과 사전검사 점수에 대한 차이검증을 실시하였다. 그 결과, 모든 변인에서 두 집단 간에 통계적으로 유의한 차이는 나타나지 않았지만, 과거 자살 시도력에 있어서 유의 수준에 가까운 차이가 나타났다. 즉, 과거 자살 시도력이 있는 참여자는 프로그램 도중에 모두 탈락하였다. 자살시도와 관련된 연구결과를 살펴보면, 자살은 자살시도를 경험한 사람에게서 많이 나타나고 자살시도는 자살생각을 많이 경험한 자들에게서 발생한다(Bonner & Rich, 1987; Lester, 1989, 김현순, 김병석, 2008에서 재인용). 즉, 자살 위험성은 과거 자살 시도력을 통해 예측될 수 있으며, 자살생각만 지니고 있는 사람보다 자살 시도력이 있는 사람에게서 더 높다고 볼 수 있다. 그러나 본 연구에서는 자살 시도력이 있는 자살 고위험자들이 프로그램에 중도탈락하게 되면서 이들에게 치료적 개입을 끝까지 제공하지 못하였다. 아울러, 자살은 충동성과도 높은 관련성이 있으며(하정희, 안성희, 2008), 임상적 치료 장면에서 중도탈락집단과 이수집단 간 차이를 밝힌 연구에서도 충동 통제에 대한 문제를 보고하고 있다(Bados, Balaguer, & Saldana, 2007). 따라서, 추후 연구에서는 충동적 특성 등을 고려하는 것을 포함해 과거 자살 시도력이 있는 대상자의 중도탈락을 막기 위한 개입이 필요하다.

중도탈락자들이 보고한 탈락 사유는 변화에 대한 확신 부족, 집단 내에서의 사적인 이야기 개방의 어려움, 정신과 치료 시작, 건강상의 문제 등이었다. 이는 우울한 사람들의 특징인 기분과 의욕 저하, 무력감, 무망감 등으

로 인한 낮은 참여 동기 및 변화를 위한 적극성의 부족 등이 반영되어 탈락률이 높아졌을 가능성을 시사한다. 본 프로그램 참가자들의 자기보고검사 결과 우울이 시사되었고 주관적으로도 상당한 심리적 불편감을 호소하고 있어 준임상 우울집단으로 볼 수 있다. Vedenburg(1993)의 연구에서는 자기보고 척도를 통하여 선정된 일반 대학생 우울집단이 임상적 우울집단으로 분류된 집단과 심리사회적 기능에서 매우 유사한 양상을 보였다는 결과를 제시하였다. 김은정, 오경자 및 하은혜(1991)의 연구에서도 준임상 우울집단이 주관적인 스트레스 정도와 자기 효능감 수준, 사회적 지지, 사회적 관계에 대한 주관적 만족도에서 임상적 우울과 비슷한 수준의 기능저하를 나타낸다고 보고하였다. 이러한 점을 고려할 때, 본 프로그램 참가자들이 다양한 우울 증상들로 인해 지속적인 참여가 어려웠을 수 있다. 따라서 집단프로그램과 더불어 개인 회기들을 병행함으로써 충분한 격려와 정서적 지지를 제공하는 등의 부가적 과정이 필요했던 것으로 보인다.

ACT의 선행연구들과 비교할 때 본 연구에서 중도탈락률이 높게 나타나고 있는 점은 우울 증상과 관련된 낮은 참여 동기 및 변화를 위한 적극성의 부족 등과 같은 집단원들의 상기 특성들이 영향을 미쳤을 가능성이 시사되지만, 한편으로 진행자의 집단 치료 경험이 부족해 집단원의 개별적인 필요나 집단 상황에 민감하고 유연하게 대처하지 못했을 가능성 등도 고려해야 할 것으로 보인다. 이런 점들을 고려해 후속 연구에서는 중도탈락을 최소화하기 위한 노력이 필요하다.

이러한 제한점들로 인해 본 연구 결과를 일반화하는 데 주의가 요구된다. 따라서, 후속

연구에서는 본 연구의 여러 제한점을 보완한 프로그램을 개발하고 연구 절차 등을 개선해 효과를 반복검증할 필요가 있다.

참고문헌

- 김도연 (2011). 수용전념치료(ACT)의 임상적 적용: 현재에 존재하기를 중심으로. *명상치료연구*, 6, 91-126.
- 김명소, 김혜원, 차경호 (2001). 심리적 안녕감의 구성개념분석: 한국 성인 남녀를 대상으로. *한국심리학회지: 사회 및 성격*, 15(2), 19-39.
- 김미하, 손정락 (2011). 수용전념 집단치료가 발달장애아동 어머니의 심리적 안녕감과 우울에 미치는 효과. *한국심리학회지: 임상*, 30(1), 207-223.
- 김설환, 손정락 (2010). 한국형 마음챙김 스트레스 감소(K-MBSR)에 기반을 둔 인지치료 프로그램이 대학생의 우울, 자살생각 및 충동성에 미치는 효과. *한국심리학회지: 임상*, 29(1), 189-204.
- 김은정, 오경자, 하은혜 (1991). 임상적 우울집단과 준 임상 우울집단의 심리 사회적 특성 비교. *한국심리학회지: 임상*, 18(1), 95-104.
- 김인구 (2008). 심리적 수용과 직무스트레스: 직장인용 ACT프로그램 효과검증. *아주대학교 박사학위 청구논문*.
- 김정은, 손정락 (2012). 수용전념치료가 평가염려 완벽주의적 대학생들의 평가염려 완벽주의, 부정적 평가에 대한 두려움, 경험 회피 및 자기효능감에 미치는 효과. *한국심리학회지: 임상*, 31(3), 749-771.
- 김정진 (2008). 대학생의 자살예방과 개입 그리고 협력체제. *생명연구*, 10, 1-30.
- 김정진 (2009). 대학생의 자살생각 관련 요인 연구: 자살시도경험, 정신건강, 심리사회적 문제를 중심으로. *정신보건과 사회사업*, 32, 413-436.
- 김현순, 김병석 (2008). 자살생각과 그 관련변인들 간의 구조적 관계 모형 검증. *한국심리학회지: 상담 및 심리치료*, 20(2), 201-219.
- 김혜은, 김도연 (2012). 수용전념 치료가 불안 사고 및 불안민감성, 수용적 태도에 미치는 효과: 발표불안을 중심으로. *한국심리학회지: 건강*, 17(2), 299-310.
- 노명선, 전홍진, 이해우, 이효정, 한성구, 함봉진 (2007). 대학생들의 자살관련행동에 관한 연구. *신경정신의학*, 46(1), 35-40.
- 문현미 (2005). 인지행동치료의 제 3 동향. *한국심리학회지: 상담 및 심리치료*, 17(1), 15-33.
- 문현미 (2006). 심리적 수용 촉진 프로그램의 개발과 효과: 수용-전념 치료 모델을 중심으로. *가톨릭대학교 박사학위 청구논문*.
- 민윤기 (2005). 대학생의 자살위험요인 지각과 자살생각 평가. *학생생활연구*, 31, 31-52.
- 박준희 (2011). 자살행동 예방을 위한 핵심마인드풀니스 인지행동치료 프로그램 개발 및 효과: 자살고위험 여대생집단을 대상으로. *명지대학교 박사학위 청구논문*.
- 서혜석 (2010). 인지행동집단상담 프로그램이 신세대 병사의 자살생각에 미치는 효과. *청소년학연구*, 17(10), 49-76.
- 신민섭, 박광배, 오경자, 김중술 (1990). 고등학생의 자살 성향에 관한 연구: 우울-절망-자살간의 구조적 분석. *한국심리학회지:*

- 임상, 9(1), 1-19.
- 육성필 (2002). 자살관련변인의 탐색과 치료 프로그램 개발. 고려대학교 박사학위 청구논문.
- 이선영 (2010). 수용-전념 치료에서 과정변인이 불안에 미치는 매개효과. 고려대학교 박사학위 청구논문.
- 이선영, 안창일 (2012). 불안에 대한 수용-전념 치료의 치료과정 변인과 치료효과. 한국심리학회지: 상담 및 심리치료, 24(2), 223-254.
- 이영호, 송종용 (1991). BDI, SDS, MMPI-D 척도의 신뢰도 및 타당도에 대한 연구. 한국심리학회지: 임상, 10(1), 98-113.
- 이지연, 손정락 (2009). 수용-전념 집단 프로그램이 성인 아토피 환자들의 생활 스트레스, 상태불안 및 피부과적 삶의 질에 미치는 효과. 한국심리학회지: 건강, 14(2), 465-480.
- 조 하 (2008). 중대한 생활사건 스트레스와 일상적 생활사건 스트레스가 자살생각에 미치는 영향: 삶의 의미의 매개효과와 조절효과. 아주대학교 석사학위 청구논문.
- 조현아 (2011). 수용전념 집단상담이 저소득층 아동의 대인관계 스트레스 및 심리적 안녕감에 미치는 영향. 경북대학교 석사학위 청구논문.
- 차경호 (2004). 한국과 미국대학생의 주관적 안녕감과 심리적 안녕감의 관계. 청소년학 연구, 11(3), 321-337.
- 통계청 (2010). 2009년 사망원인통계 결과. 통계청.
- 하정희, 안성희 (2008). 대학생들의 자살생각에 영향을 미치는 요인들: 스트레스, 대처방식, 완벽주의, 우울, 충동성의 구조적 관계 모형 검증. 한국심리학회지: 상담 및 심리치료, 20(4), 1149-1171.
- Bados, A., Balaguer, G., & Saldana, C. (2007). The efficacy of cognitive-behavioral therapy and the program of drop-out. *Journal of Clinical Psychology, 63*(6), 585-592.
- Bateman, K., Hansen, L., Turkington D., & Kingdon, D. (2007). Cognitive behavioral therapy reduces suicidal ideation in schizophrenia: Results from a randomized controlled trial. *Suicide and Life Threatening Behavior, 37*(3), 284-290.
- Bohlmeijer, E. T., Fledderus, Martine., Rokx, T. A. J. J., & Pieterse, M. E. (2011). Efficacy of an early intervention based on acceptance and commitment therapy for adults with depressive symptomatology: Evaluation in a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy, 49*(1), 62-67.
- Cole, D. A. (1989). Psychopathology of adolescent suicide: Hopelessness, coping beliefs, and depression. *Journal of Abnormal Psychology, 98*(3), 248-255.
- Eifert, G. H., & Forsyth, J. P. (2011). The application of acceptance and commitment therapy to problem anger. *Cognitive and Behavioral Practice, 18*(2), 241-250.
- Flaxman, P. E., & Bond, F. W. (2010). A randomised worksite comparison of acceptance and commitment therapy stress inoculation training. *Behaviour Research and Therapy, 48*(8), 816-820.
- Gaudiano, B. A., & Herbert, J. D. (2006). Acute treatment of inpatients with psychotic symptoms using acceptance and commitment

- therapy: Pilot results. *Behaviour Research and Therapy*, 44(3), 415-437.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639-665.
- Hayes, S. C., & Smith, S. (2010). 마음에서 빠져 나와 삶 속으로 들어가라. 문현미, 민병배 (공역) 서울: 학지사. (원전은 2005년에 출판)
- Holden, R. R., Mendonca, J. D., & Serin, R. C. (1989). Suicide, hopelessness, and social desirability: A test of an interaction model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(4), 500-504.
- Houston, K., Hawton, K., & Shepperd, Rosie. (2001). Suicide in young people aged 15-24: A psychological autopsy study. *Journal of Affective Disorder*, 63(1), 159-170.
- Joiner Jr, T. E., Voelz, Z. R., & Rudd, M. D. (2001). For suicidal young adults with comorbid depressive and anxiety disorders, problem-solving treatment may be better than treatment as usual. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32(3), 278-282.
- Kocovski, N. L., Fleming, J. E., & Rector, N. A. (2009). Mindfulness and acceptance-based group therapy for social anxiety disorder: An open trial. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(3), 276-289.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The Structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727.
- Twohig, M. P., Hayes, S. C., & Masuda, A. (2006). Increasing willingness to experience obsessions: Acceptance and commitment therapy as a treatment for obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy*, 37(1), 3-13.
- Vowles, K. E., & McCracken, L. M. (2008). Acceptance and values-based action in chronic pain: A study of treatment effectiveness and process. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(3), 397-407.
- Vredenburg, K., Flett, G. L., & Krames, L. (1993). Analogue versus clinical depression: A critical reappraisal. *Psychological Bulletin*, 113(2), 327-344.
- 원고접수일 : 2013. 04. 08.
수정원고접수일 : 2013. 06. 11.
게재결정일 : 2013. 06. 11.

Effects of Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Acceptance, Psychological Well-being, Depression and Suicidal Ideation of Depressed College students

Su-Yeon Yang

Gwangju Yangji Hospital

Hyun-Kyun Shin

Department of Psychology
Chonnam National University

This study examined the effects of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on psychological acceptance, psychological well-being, depression and suicidal ideation of depressed college students living in a metropolitan city. Selection criteria were high scores on the Beck Depression Inventory and Scale for Suicidal Ideation. Nine students participated in the ACT program, and nine in the control group. The ACT program was composed of eight sessions. Psychological acceptance, psychological well-being, depression and suicidal ideation were assessed before and after treatment. Depression and suicidal ideation were statistically significantly reduced and psychological acceptance and psychological well-being were improved only in the ACT group, with no significant changes in the control group. This suggests that ACT can be effectively applied as a suicide prevention program that reduces risk factors and develops protective factors for suicide. However, there are some limits of this study due to small sample size and non-random assignment. Thus, future research should replicate the program's effectiveness by using more advanced research design.

Key words : Acceptance and Commitment therapy, psychological acceptance, psychological well-being, depression, suicidal ideation