

## 수용전념치료(ACT)에서 과정변인이 여성의 우울증에 미치는 효과\*

김 혜 은

박 경<sup>†</sup>

서울여자대학교 특수치료전문대학원

본 연구에서는 성인 전기 여성을 대상으로 하여 우울증에 대한 수용전념치료(ACT) 효과를 검증하였으며, 이 과정에서 우울증의 변화를 이끌어내는데 영향을 미치는 과정 변인의 매개 효과를 살펴보았다. 우울증 판별을 위한 사전 선별 평가를 통해 선발된 31명 중 ACT 집단에 16명, 대기 통제 집단에 15명이 할당 되었다. 이들은 Beck 우울척도, 수용 행동 질문지, 자기 자비 척도, 마음챙김 주의 자각 척도로 구성된 설문지를 사전, 중간, 사후에 수행하였다. 또한 ACT 집단의 경우 집단치료 프로그램이 진행되는 도중 2주 간격으로 중간 평가를 4회 실시하였으며, 치료 프로그램 종결 2개월 후와 4개월 후에 추적 조사를 실시하였다. 그 결과, ACT 집단은 대기 통제 집단에 비해 우울 수준이 현저하게 감소하였을 뿐만 아니라 과정 변인인 수용 행동, 자기 자비, 마음챙김 역시 대기 통제 집단과 유의한 차이를 나타냈다. 뿐만 아니라 집단치료 종결 4개월 후의 추적 조사까지 모든 변인에 대한 치료 효과가 안정적으로 유지되었다. 특히 수용 행동, 자기 자비는 우울증에 대한 수용전념치료(ACT) 효과를 매개하는 과정 변인으로 확인되었다. 이러한 결과는 수용전념치료(ACT)가 여성의 우울증 완화에 효과적이며 장기적인 치료 효과의 지속으로 재발 방지에도 기여할 수 있음을 보여준다. 마지막으로 본 연구의 시사점과 함께 제한점 및 후속 연구를 위한 제언에 대해 논의하였다.

주요어 : 수용전념치료(ACT), 여성 우울증, 수용, 자기 자비, 마음챙김, 과정변인

\* 이 논문은 2저자의 지도 하에 작성된 1저자의 박사논문 중 일부이며, 2013 Association for Contextual Behavioral Science World Conference XI poster session에서 발표되었음.

<sup>†</sup> 교신저자(Corresponding Author) : 박 경 / 서울여자대학교 특수치료전문대학원 / 서울시 노원구 화랑로 623 / Tel : 02-970-5885 / E-mail : kpark@swu.ac.kr

우울은 인간의 삶 속에서 경험하게 되는 매우 보편적인 정서이다. 그러나 무력감, 무망감과 같은 또 다른 정서적 불편감과 연결되면서 동기적, 신체적, 정서적 측면에서의 부적응을 초래하게 되고 우울증 혹은 우울 장애로 발전할 수 있다. 우울증은 원인을 밝히려는 여러 연구와 이에 따른 노력에도 불구하고 여전히 다수의 사람들이 경험하는 대표적인 정신건강상의 문제로 남아 있다.

Kessler, Berglund, Demler, Jin 및 Walters(2005)의 연구에 의하면 주요 우울 장애의 전 생애 유병률이 16.6%에 달하며, 기분부전 장애는 2.5%의 유병률을 보였다. 이는 다수의 사람들이 우울 장애로부터 고통 받고 있음이 반영된 결과이다. 한국에서도 유사한 양상으로 나타나고 있는데 성인 20.9%가 슬픔, 침울함, 즐거움을 느끼던 활동에 대한 흥미 상실을 보였으며, 연구 참여자 중 3.6%는 주요 우울 장애에 해당하는 것으로 나타났다(Ohayon, & Hong, 2006). 이 연구에서는 한국 사회에서 지난 20년 동안 주요 우울 장애의 유병률이 증가하였으나 그럼에도 불구하고 이에 대한 적절한 치료적 도움을 구하는 사람이 적음을 지적하였다. 우울증은 조기 치료가 이루어질 경우 예후가 좋은 편이지만 방치하게 되면 재발이 잦고 만성화되는 양상을 보이며, 이는 일상생활 기능상의 손상으로 이어지면서 사회, 경제적인 부담이 커지는 질환으로 알려져 있다 (Malone & Lartey, 2004).

우울증 치료에 있어서 지난 수 십년 동안 인지치료는 많은 공헌을 하였다. 인지치료에서는 우울증의 유발에 있어서 부정적 자기 도식과 부정적 사고가 핵심이므로 이에 대한 지속적인 검증을 통해 자신의 핵심 도식과 비합리적인 신념을 수정하고 재구조화하는 작업을

주로 하게 된다.

그러나 인지치료의 실제적인 치료적 효과에서 인지 재구조화나 인지 변화와 같은 인지적 기제의 중요성에 대한 의문이 제기되었다. Forman, Herbert, Moitra, Yeomans 및 Geller(2007)는 인지치료자들이 역기능적인 인지의 변화를 목적으로 여러 행동 전략을 사용하고 있으나 상대적으로 인지적 기제에 대해 검증한 연구는 소수에 불과함을 지적하였다. 유사한 맥락으로 Dimidjian 등(2006)은 단일한 행동치료적 전략으로만 구성된 치료집단과 행동치료적 전략에 인지 재구조화를 추가한 치료 집단을 비교하였는데 오히려 전자의 경우가 우울증 치료에 있어서 보다 효과적임을 확인하였다.

또한 Teasdale(1988)은 우울한 사람들의 인지 활성화 과정에 대해 설명하였는데 특히 우울증의 재발 과정에서 부정적인 자기 편향에 주목하였다. 그는 다수의 사람들이 일상에서 슬픔을 경험할 때 이러한 기분을 넘겨 버리지만 우울했던 사람은 약간의 저조한 기분 상태라도 사고에 큰 파장을 미치면서 부정적인 자기 판단과 관련된 사고 패턴을 보이게 된다고 한다. 이에 우울한 사람의 인지적 취약성을 감소시키기 위해 중요한 것은 부정적 사고나 비합리적인 신념 그 자체 보다 자신을 쓸모없는 존재로 지각하는 부정적 자기 판단과 진술이라고 하였으며, 따라서 효과적인 우울증의 치료를 위해서는 자기 가치감을 향상시키는 것이 중요하다고 주장하였다. 이와 함께 치료의 관건이 될 수 있는 자기 가치감의 향상을 위해 판단하지 않는 자기 수용을 강조하였다. 이는 자신의 부정적 생각과 신념들이 객관적인 진실을 반영한 것이 아니며, 그저 자기 안에서 일어나는 정신적 사건일 뿐임을 알아차리는 상위 인지적 자각이 우울한 정서를 조절

하는데 중요한 요소가 될 수 있음을 의미한다.

위와 같이 우울증의 치료에 대한 과학적 연구의 중요성이 강조되고 이와 더불어 치료적 관점의 변화가 일어나면서 인지의 내용을 변화시키는데 초점을 두고 있는 전통적인 인지 치료와 달리 인지의 과정에 보다 더 주목하는 수용과 마음챙김에 기반한 치료가 탄생하게 되었다. 이는 우울과 불안을 비롯한 정신건강상의 문제뿐만 아니라 신체적 건강에 이르기까지 매우 다양한 영역에서 적용되고 치료적 효과 검증이 이루어지고 있다.

대표적으로 최근 한국에서도 관심이 고조되고 있는 수용전념치료(Acceptance Commitment Therapy, Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999, 이하 ACT라 칭함)는 수용, 인지적 탈융합, 맥락으로서의 자기, 현재에 존재하기, 가치 명료화, 전념행동이라는 핵심적인 6가지 치료적 요소들이 상호 유기적으로 연계되어 있는 육각형 모형(hexaflex model)을 토대로 한다.

ACT에서는 수용과 반대되는 과정인 경험회피(experiential avoidance)가 우울을 비롯한 심리적 고통의 출발점이라고 본다(Hayes, Strosahl, & Wilson, 2012). 이는 심리적 부적응의 역기능적인 순환 과정을 설명하는 핵심으로써 우울, 불안과 같은 정서뿐만 아니라 신체적 감각, 사고, 행동, 기억 등과 같은 개인 안에서 일어나는 사적 경험들을 접촉하지 않고 자극의 형태와 빈도, 발생한 상황을 변화시키려는 시도를 말한다(Hayes et al., 2012).

우울증을 경험하는 사람에게서 나타나는 무력감과 무망감은 실제 일상생활에서 활력과 동기 수준을 저하시킨다. 동시에 불편감을 유발하는 환경과의 상호작용에서 스스로를 철회시키는 회피적인 행동을 유발함으로써 심리적 고립감과 외로움을 경험하게 한다. 뿐만 아니

라 고립된 생활 속에서 끈임 없이 활성화되는 스스로에 대한 비난적인 생각들과 더불어 과거의 실수나 부정적 기억들로 인해 다시 우울을 경험하는 악순환이 거듭된다. 이러한 경험 회피는 일상생활에서 자신의 행동반경을 제한하고 특히 고통스러운 상황에 직면하여 대처함으로써 얻게 될 수 있는 긍정적 결과라는 기회를 간과하게 만든다(Strosahl & Robinson, 2008). 이에 ACT에서는 우울한 감정을 비롯한 자기 부정적 생각, 기억, 신체 감각 등과 같은 개인 내적인 경험들을 통제하려 애쓰는 노력이 더욱 큰 절망감과 우울에 빠지게 하는 함정임을 인식하도록 돕는다. 이와 더불어 자신의 내적 경험에 대해 지금 이 순간 있는 그대로 자각하고, 판단하지 않으면서 관찰하고 수용하는 마음챙김(mindfulness)을 통해 경험에 대한 회피를 낮춘다.

이러한 과정을 통해 경험 회피의 대안으로써 기꺼이 경험하기(willingness)의 중요성을 인식하게 된다. 이와 동시에 자신의 삶에서 가치로 선택한 다양한 영역에서 기꺼이 경험하기와 전념행동을 실천하는 가치 명료화 과정이 다루어지면서 삶에서의 균형감각을 유지하고 보다 유연하게 적응해 나갈 수 있도록 돕는다.

전통적인 인지치료는 다양한 인지 중재 기법이 실제 증상의 변화에 영향을 미치는 과정에 대한 명확한 과학적 근거를 제시하지 못하는 한계를 지니고 있으며, 이에 치료 과정 변인에 대한 보다 과학적인 설명을 위해 새로운 행동주의 치료로서 ACT가 탄생하게 되었다(Hayes et al., 2006). 현재는 각각의 다양한 증상 별로 적용할 수 있는 ACT 프로토콜들이 개발되었고 치료 효과에 대한 연구가 활발하게 진행되고 있다.

우울증의 치료에 대한 연구 역시 ACT가 태동한 이래로 꾸준히 지속되고 있다. 특히 최근에는 어떠한 치료 과정이 각각의 증상들에 대한 치료 효과를 이끌어내는 지 밝히는 연구의 중요성이 강조되고 있다. Rosen과 Davidson (2003)은 치료적 접근에 대한 일괄적인 효과 검증이 아닌 변화 과정에 대한 연구를 통해 여러 치료에서 효과를 이끌어내는 고유한 요인이 무엇인지 검증할 수 있다고 하였다. 뿐만 아니라 다양한 치료적 접근 속에서 공통적인 요소를 밝힘으로써 더욱 효과적인 치료를 구성하는 데에도 기여할 수 있다고 지적하였다. 이에 우울증에 대한 ACT의 효과 검증 연구에서도 다양한 과정 변인을 상정하여 연구가 진행되고 있다. 예를 들어 Zettle, Rains 및 Hayes(2011)의 연구에서는 수용 행동, 부정적 자동적 사고를 과정 변인으로 살펴보았다. 또한 Forman 등(2007)의 연구에서도 우울증에 대한 ACT의 치료 과정 변인으로 수용 행동과 마음챙김을 상정하였으며, 우울증에 대한 ACT의 효과를 매개하는 변인으로 확인되었다.

과거 여러 선행 연구에서 수용 행동은 우울에 영향을 미치는 요인으로 밝혀져 있으며 (Campbell-Sills, Barlow, Brown, & Hofmann, 2006; Huffziger & Kuehner, 2009; Singer & Dobson, 2007), ACT의 6가지 핵심 치료 과정 중 하나로써 경험 회피의 대안인 기꺼이 경험하기와 연결되어 있다. Hayes(1994)에 의하면 수용 행동에는 연속적인 수준이 있는데 가장 낮은 수준의 수용 행동은 물러나기 혹은 철수(resignation)와 감내하기(tolerance)로서 이 수준은 아직까지 자신의 경험을 변화시키려는 태도를 내려놓지 못한 상태이다. 그 다음 단계는 기꺼이 경험하기(willingness)로서 보다 적극적으로 경험에 대해 열린 자세를 취하는 행동이다.

이러한 높은 수준의 수용을 통해 효율적으로 행동하며 사적 경험에 대해 방어하지 않고 직접적이고 능동적으로 자신의 경험에 접촉하게 된다고 한다. 즉, 보다 높은 수준의 수용은 단순히 자신의 경험을 견디는 것이 아니라 이는 선택이며 자신의 내적 사건에 대해 마치 손님을 맞이하는 것과 같이 보다 열려 있는 자세를 갖는 것이다(Twohig, 2012). 이에 ACT에서는 내담자들에게 원치 않는 생각이나 감정에 대한 경험 회피 대신에 이를 기꺼이 경험하도록 독려하며 사적 경험의 변화나 소거하려는 시도 없이 원치 않는 생각이나 감정과의 투쟁을 끝내도록 돕는다(Hofman & Asmundson, 2008).

한국에서도 최근 들어 심리적 적응에 있어서 수용에 대한 관심이 급증하면서 이에 대한 연구가 진행되고 있다. 이훈진(2009)은 대학생을 대상으로 하여 수용이 심리적 증상과 자존감, 그리고 삶의 만족도에 미치는 영향에 대해 살펴보았는데 수용은 우울, 불안, 피해 사고, 자존감과 같은 변인을 유의하게 예측해주었다. 뿐만 아니라 수용과 마음챙김의 수준이 높은 집단은 비교 집단에 비해 우울과 피해 사고가 낮고 자기 비난, 이분법적인 사고, 주의 분산과 같은 역기능적인 조절을 덜 사용하며, 부정적 사고는 낮은 반면에 자존감은 더 높은 것으로 나타났다. 이는 우울을 비롯한 심리적 적응 관련 문제에 있어서 수용이 강력한 영향을 미치고 있으며, 따라서 이에 대한 치료적 개입과 예방적 측면에 있어서 시사하는 바가 클 수 있음을 확인시켜주는 결과이다. 또한 우울 기분 변화에 대한 수용 처치와 문제 해결 처치를 비교한 최예종과 조용래(2009)의 연구에서도 문제 해결 처치에 비해 수용 처치에서 사후 우울 수준이 유의하게 감소하

였으며, 수용을 통한 탈중심화의 증가와 처치 이후의 감소된 우울 수준과의 관계를 확인하였다.

ACT에서는 수용과 상반되는 개념으로서 경험 회피를 주요하게 다루고 있는데 경험 회피란 불쾌한 정서, 사고, 기억, 신체 감각을 낮추기 위한 방법으로 이러한 자극을 억제하거나 혹은 통제하려는 시도와 관련된 정서 조절 과정을 말한다(Hayes, Wilson, Gifford, Follette, & Strosahl, 1996). 즉, 일상생활에서 경험하는 원치 않는 사고, 감정, 신체 감각과 같은 사적 경험에 대항하여 이를 통제하고 관리하는데 많은 시간과 노력, 그리고 에너지를 투입하는 경직되고 융통성이 부족한 과정이다(Kashdan, Barrios, Forsyth, & Steger, 2006). 이러한 경험 회피는 모든 심리적 고통의 출발점이라 할 수 있는데 Kashdan 등(2006)은 사적 경험에 대항하는데 많은 에너지를 투입함으로써 실제 삶 속에서의 가치로운 목표를 향한 행동에 관여하지 못하고 현재의 경험과 접촉하지 못하면서 기능의 손상을 초래하게 된다고 하였다.

여러 연구에서(Forsyth, Parker, & Finlay, 2003; Marx & Sloan, 2005; Roemer, Salters, Raffa, & Orsillo, 2005; Tull, Gratz, Salters, & Roemer, 2004)에서 경험 회피와 불안, 우울 간의 관계가 확인되었다. 경험 회피와 우울 간의 관계를 이해하기 위한 연구들이 불안에 대한 연구에 비해 상대적으로 적기는 하지만 우울한 사람의 경우 불쾌한 내적 정서 경험을 줄이기 위해 다양한 회피 행동을 나타낸다(Kashdan, Breen, Afram, & Terhar, 2010). 일찍이 Hayes 등(1996)은 정서 장애에서 핵심적인 역할을 하는 것이 경험 회피라고 보았으며, Barlow, Allen 및 Choate(2004) 역시 정서적 회피는 유해한 과정이므로 내담자들로 하여금 자신의 정서를

수용할 수 있도록 가르치는 것이 중요함을 강조하였다.

한편 마음챙김(mindfulness)은 불교 철학에서 유래되어 서구 사회에서 학문적인 조작적 정의를 통해 과학의 영역 속에서 연구가 지속되어 오고 있다. Kabat-Zinn(1994)은 “마음챙김이란 매순간마다 일어나는 경험에 대해 지금 여기에서 비판단적으로 그리고 의도를 갖고 주의를 집중함으로써 일어나게 되는 자각”이라고 하였다. 마음챙김에 대한 연구 가운데 여러 심리적 건강과 관련된 요소 중에서 삶의 질, 활력, 자율성, 유능성, 낙관성, 즐거움(Brown & Ryan, 2003), 자존감(Rasmussen & Pidgeon, 2011)은 마음챙김과 정적 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 반면에 우울(Brown & Ryan, 2003; Cash & Whittingham, 2010), 반추(Raes & Williams, 2010), 사회 불안(Dekyser et al., 2008; Rasmussen & Pidgeon, 2011), 일반적인 심리적 증상(Baer et al., 2006)과는 부적 상관관계가 있는 것으로 밝혀졌다.

특히 마음챙김은 ACT에서 치료적 요소의 기반이 되는 과정이면서 우울증에 대한 상위인지 모델의 핵심적인 요소인 상위인지적 자각을 촉진한다. 즉, 개인이 경험하는 사고나 감정인 하위 인지를 실제 일어난 현실로 보지 않고 마음속에서 일어난 한 순간의 경험으로 인식하면서 이러한 과정을 통해 과거의 부정적 경험과 미래에 대한 자동적인 감정 반응에서 자유로워 질 수 있다(Melbourne Academic Mindfulness Interest Group, 2006). 우울한 사람의 경우 대부분 과거의 부정적 경험에 주의의 초점이 자동적으로 집중되는 경향이 있는데 이는 ACT의 관계 틀 이론과 같은 맥락에서 볼 수 있다. 우울한 사람은 현재의 사고나 감정을 과거의 시점과 관계하는 방식으로 경험

하면서 자기와의 융합이 일어나는데 이는 과거의 부정적 경험과 관련된 것이다. 따라서 현재의 내적 경험이 과거의 부정적 경험을 재 활성화 시키는 과정에서 자신의 무능함과 실패를 다시 확인하게 된다. 이에 우울한 사람에게는 과거에 주의를 집중되는 자동적인 과정을 자각하고 현재에 머무를 수 있도록 돕는 마음챙김 과정이 중요하다. 또한 마음챙김을 통해 우리의 사고와 감정 같은 사적 사건의 내용을 변화시키지 않고 있는 그대로 관찰 수 있게 되며 그 내용에 압도되지 않는 탈융합이 비로소 일어나게 된다. 뿐만 아니라 자기 삶의 가치에 대한 탐색과 선택에 있어서 그 가치가 나의 선택인지 혹은 사회적인 책임이나 시선에 의해 영향을 받아 선택되어진 가치인지에 대해 살펴보는 과정에서 자신의 가치를 관찰하는데 마음챙김이 필요하다(Wilson & Dufrene, 2009). 이러한 마음챙김은 사회적으로 조건화된 가치에 이끌려가지 않고 객관성을 갖고 가치를 탐색하여 스스로의 삶에서 중요하고 진정한 가치가 무엇인지에 대해 배우는 과정에도 관여한다(Brown & Ryan, 2003; Ryan & Deci, 2000).

아직 한국에서는 ACT의 치료 과정 변인에 대한 연구가 시작 단계이기는 하지만 이러한 가운데 이선영(2009)의 연구에서는 불안에 대한 ACT의 치료 과정변인으로 마음챙김을 상징하였으며, ACT의 효과를 매개하는 중요한 변인임을 밝혀냈다.

ACT에서 자기는 사회적 환경과 함께 반복되는 상호작용 속에서 발생하는 것이므로 진행 중인 자기('Self' ing)라고 표현하는 것이 보다 적절할 수 있다(Wilson, Bordieri, Flynn, Lucas., & Slater, 2011). 그런데 자기 평가와 관련된 내용으로 자기(self as content)를 바라보는 과정에

서 융합이 일어나고 이러한 자기에 대한 언어적 규칙에 의해 스스로의 행동을 과도하게 조직화하고 통제하게 된다. 이는 관점 수용의 폭을 좁게 만들고 행동의 레퍼토리를 제한하게 된다. 이에 ACT에서는 자기감과 접촉할 수 있도록 돕기 위해 특정한 내용으로서 평가된 자기를 경험하지 않고 매 순간 환경과 상호작용하는 맥락 속에서 자기를 인식하고 관찰하는 다양한 기술들을 배우게 된다. Zettle(2007)에 의하면 우울한 사람의 경우 인지적 융합이 보다 전반적으로 일어나기 때문에 자기 부정적 판단으로 쉽게 확장된다고 한다. 즉, 우울한 사람은 자기 부정적 사고를 언어적으로 기술된 그저 하나의 사실로 받아들이기보다 실제 자기와 동일한 것으로 간주하는 융합이 쉽게 일어나며, 이는 자기 비난적인 태도로 이어질 수 있다. 또한 Teasdale(1988)은 효과적인 우울증 치료를 위해서 자기 수용과 자기 가치감의 향상을 주장하였다. 결국 우울증의 치료에 있어서 무엇보다 중요한 것은 자기에 대한 태도와 가치감이라 할 수 있다. 특히 우울한 사람들의 경우 자기 비난(self criticism)이 이미 이들의 자기감(sense of self)과 강력하게 결합되어 있어 자기 자비를 배우는데 많은 어려움을 겪고 있으며, 우울에 빠져있을 때 이러한 양상이 더욱 심화된다고 한다(Pauley & McPherson, 2010). 이러한 맥락에서 최근 들어 우울증 치료에 있어서 자기 자비의 중요성이 강조되고 있다(이우경, 방희정 2008; 조용래, 2011; Kuyken et al., 2010; Van Dam, Sheppard, Forsyth, & Earleywine, 2010).

Neff(2003a, 2003b)는 자기 자비에 세 가지의 주요 요소가 관여된다고 하였는데 첫째는, 스스로의 고통에 대해 열려있는 자세로 마음챙김하면서 머무르는 것이며, 둘째는 자기에게

비난하지 않고 친절하며, 셋째는 자신의 감정을 수치스러워하기보다 타인과 함께 고통스러운 경험을 공유하고 있음에 대해 자각함으로써 이러한 경험이 우리의 보편적인 인간성임에 대해 개방성을 갖는 것이다. 즉, 자신의 고통스러운 경험이 혼자만의 경험이 아닌 인간으로서 누구나 경험할 수 있는 보편적인 경험임을 인식하고, 이러한 고통에 대해 열려있는 자세로, 그리고 고통스러운 경험을 있는 그대로를 자각하고 수용하는 마음챙김의 과정이 자기 자비의 핵심 요소라 할 수 있다. 여기에 더해 실패나 좌절 상황에 직면하게 되더라도 자기에게 비난하거나 상처주지 않고 보다 따뜻하고 친절할 태도를 견지하는 것은 자기 자비의 또 다른 주요한 요소라 하겠다. ACT에서도 심리적 고통을 인간이라면 누구나 겪을 수 있는 보편적인 경험으로 바라보고 있다. 또한 자기에 대해서도 고정되어 있지 않고 매 순간 변화하는 능동적인 주체로 인식하며 자기에 대한 열린 자세를 강조한다. 특히 ACT의 치료적 근간이 되는 마음챙김은 ACT의 핵심 치료 과정 전반에 관여한다. 이에 ACT의 치료적 관점과 자기 자비의 요소는 일맥상통한다고 볼 수 있다. 실제로 최근 ACT의 효과 연구로서 이선영(2009)의 연구에서 자기 자비는 불안에 대한 ACT의 효과를 매개하는 과정변인으로 확인되었다. 한편 조현주(2012)의 연구에서는 우울 경향성이 있는 대학생을 대상으로 자애명상을 기반으로 한 ACT 프로그램을 개발하였으며, 실험 집단의 경우 마음챙김과 자애심을 측정하는 자기 자비 수준이 유의하게 향상되었다고 하였다. 이에 본 연구에서도 우울증에 대한 ACT 프로그램의 효과 검증에 있어서 자기 자비를 과정 변인으로 살펴보았다.

우울증은 유병률에 있어서 남녀 간의 성차

가 뚜렷하며 이는 대부분의 연구에서 일치하는 결과이다. 이에 대해 남성과 여성 간의 호르몬이나 신경전달물질, 유전적 소질의 차이(Steiner, 2008), 스트레스에 대한 반응의 차이(Ge, Lorenz, Conger, Elder, & Simons, 1994; Hagan & Foster, 2003)와 같은 개인의 취약성과 병리적 측면으로 접근하기도 하지만, 한편에서는 사회적 구조와 맥락 속에서 바라보는 관점을 취하고 있다. 즉, 여성의 사회적 역할이 남성에 비해 보다 많은 스트레스 상황에 처할 수 있고 사회경제 수준에 있어서도 보다 낮으며 이러한 여성들은 남성에 비해 상대적으로 보상이 미흡하고 중요도가 덜한 과제들을 부여받는 상황에 놓이게 된다는 것이다(Turner & Avison, 1989; Turner & Lloyd, 1999).

이렇듯 우울증 발병에 있어서의 성차에 대한 원인을 밝히려는 여러 연구가 진행되었고 연구자마다 다양한 견해를 피력하고 있으나 중요한 것은 우울증으로 고통 받는 사람 중 여성의 비율이 상대적으로 높으며, 우울한 여성의 치료를 위해서는 이들이 속해 있는 사회문화적 맥락과 상호작용하는 과정에 대한 이해가 필요하다는 점이다.

본 연구에서는 연구 대상자의 동질성을 위해 발달 과정 상 성인 전기에 해당하며, 우울증으로 고통 받고 있는 여성을 대상으로 하여 ACT 집단치료 프로그램을 실시하고 그 효과에 대해 검증하고자 하였다. 이 시기는 개인의 삶에서 가장 변화가 많고 여러 도전, 사회적으로 부과된 책임, 진로 선택, 연애 및 결혼과 같은 발달 과업 등으로 많은 고통을 경험하게 된다. 즉, 필연적으로 삶에서의 큰 좌절감을 맛보게 되며 이는 우울증으로 이어질 가능성이 커질 수 있다. 특히 이른 시기의 우울증이 적절하게 치료되지 못할 경우 재발이 지

속될 수 있음을 감안할 때 이들에 대한 치료적 개입은 매우 중요하다.

앞서 언급한 바와 같이 ACT의 치료 효과 연구에서 도입되고 있는 치료 과정 변인에 대한 매개 효과 검증을 통해 우울증 치료를 위한 ACT의 고유한 치료 과정을 확인하고, 향후 한국에서 우울증에 대한 ACT 프로토콜이 확대 적용될 수 있도록 하는 데 본 연구의 목적을 두고 있다. 이에 ACT의 치료적 모델과 관련이 깊은 수용 행동, 자기 자비, 마음챙김을 과정 변인으로 상정하여 실제 우울증에 대한 ACT의 효과를 매개하는지 살펴보고자 하였다.

## 방 법

### 참가자

서울 소재 3개 대학교에 재학 중인 여대생(31명)과 대학원생(6명) 37명이 연구에 지원하였다. 이들은 사전 선별 평가에 참여하여, 현재 우울 상태에 대한 평가를 받았다. 이 중 4명은 연구 대상자 기준에 부합하였으나 집단 치료가 시작되기 전 참여 의사를 철회하였다. 또한 2명은 과거 자살 및 이에 준하는 자해 시도 경험이 있거나 현재 지속적으로 반복적인 자살사고를 갖고 있는 경우로서 본 ACT 집단 치료에 참여자로 적합하지 않아 개인 치료를 권고하였다.

이에 31명의 연구 지원자들이 사전 선별 평가를 거쳐 본 연구에 참여하게 되었으며, 이들 중 실험 집단인 ACT 집단에 16명, 대기 통제 집단에 15명이 할당되었다. 대기 통제 집단의 경우 ACT 집단 치료 참여자 모집에 지원하여 선별 기준에 부합하였으나 집단 치료

가 시작되기 전 참여 철회 의사를 밝힌 사람들 중 통제 집단으로 연구 참여에 동의한 사람, 사전 선별 평가를 통해 선별 기준에 부합하였으나 개인 일정과 집단 치료 일정의 불일치로 인해 참여가 어려워 2012년 동계 방학 중 시행 예정인 ACT 집단 치료에 참여하기로 동의한 사람들로 구성되었다.

한편 ACT 집단의 경우 4회기가 지난 시점에서 1명이 중도 탈락하여 대기 통제 집단과의 사전, 중간, 사후 평가 비교 분석 시에 제외되었으며, ACT 집단 15명, 대기 통제 집단 15명의 자료가 분석되었다. 또한 ACT 집단에 대한 사전 평가, 2주 간격으로 진행된 4회의 중간 평가, 사후 평가, 치료 종결 2개월 후의 1차 추적 조사, 4개월 후의 2차 추적 조사의 변화 추이 및 과정 변인의 매개효과 분석에서는 1, 2차 추적 조사에 참여하지 않은 4명의 자료를 제외한 11명의 평가 자료가 최종적으로 분석되었다.

본 연구에서 이들의 평균 연령은 23.23세(SD=4.87), 연령 범위는 만19세~37세로 나타났다.

### 측정도구

#### 사전 선별 평가 측정 도구

**Beck 우울 척도.** 우울 정도를 측정하기 위해 Beck(1967)이 개발한 우울 척도(Beck's Depression Inventory)를 한국에서 적용할 수 있도록 이영호와 송종용(1991)이 표준화한 한국판 Beck 우울척도를 사용하였다. 이 척도는 총 21문항으로 구성되어 있으며 3점 척도(0-2점) 상에서 반응하도록 되어 있다.

척도의 총점이 높을수록 우울 수준이 높음을 의미하는데 이영호와 송종용(1991)의 연구



에서 절단점으로 권고된 13점을 기준으로 하여 우울증을 판별하였다. 본 연구에서의 신뢰도는 .80이었다.

**한국판 CES-D.** BDI와 더불어 우울 수준을 측정하기 위해 전경구, 최상진, 양병창(2001)이 만든 통합적 한국판 CES-D(Center for Epidemiologic Studies Depression Scale)를 사용하였다. 이 척도는 총 20문항으로 구성되어 있는데 지난 1주 동안 각각의 문항에 해당하는 정도를 4점 척도(0: 극히 드물게 - 3: 거의 대부분) 상에서 평정하게 된다. Santor 등(1995)의 연구 결과에 의하면 CES-D는 Beck 우울척도보다 우울한 정도의 개인차를 보다 명확하게 변별해 준다고 한다. 본 연구에서는 CES-D의 절단점인 16점을 기준으로 우울증을 판별하였다. 본 연구에서의 신뢰도는 .85로 나타났다.

**해밀턴 우울증 평가 척도.** 이 척도는 Warren(1994)이 개발한 수정판 해밀턴 우울증 평가 척도(Revised Hamilton Rating Scale for Depression)를 이지현 등(2003)이 번안하여 한국에서 그 요인구조를 확인한 척도이다. 해밀턴 우울증 평가 척도는 임상가가 평정하는 척도로서 21개 항목으로 구성되어 있으나 17개 항목만을 합산하여 우울증의 심각도를 측정한다. 총점이 높을수록 우울증의 심각도 역시 높음을 의미하는데 11점에서 16점까지는 경도의 우울증, 17점에서 25점까지는 주요 우울증, 26점 이상은 중증 우울증으로 판단한다. 본 연구에서 ACT 집단의 경우 참여자 15명 중 12명이 경도 우울증에 해당하였으며, 3명은 주요 우울증에 해당하였다. 대기 통제 집단은 참여자 15명 모두 경도 우울증에 해당하였다. 본 연구에서의 신뢰도는 .85로 나타났다.

**반구조적 면담.** DSM-IV의 주요 우울 장애 진단 준거를 토대로 한 전문가의 진단적 면담으로서 객관적인 우울 증상과 심각도를 판별한다. 이를 위해 First, Gibbon, Spitzer 및 Williams (1996)이 개발한 Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders(SCID-I)를 한오수와 홍진표(2000)가 번역한 DSM-IV의 제1축 장애의 구조화된 임상적 면담 연구용 판을 참고로 하였다. 또한 면담에서 과거 자살 및 자해 시도 경험이 있거나 반복적이고 지속적인 자살사고, 정신증적 증상, 갑상선 기능 저하증과 같이 우울증에 영향을 미칠 수 있는 일반적인 의학적 상태에 해당하는 사람들을 선별하며 이들은 연구 대상에서 제외된다.

#### 수용전념치료 효과 측정도구

결과 변인인 우울을 측정하기 위해 사전 선별 평가와 동일하게 BDI를 사용하였으며( $\alpha = .83 \sim .90$ ), 다음과 같은 측정도구를 통해 과정보인인 수용 행동, 자기 자비, 마음챙김을 측정하였다.

**수용 행동 질문지 II.** Hayes 등(2004)에 의해 구성된 Acceptance Action Questionnaire I을 Bond 등(2011)이 단일차원의 척도로 개정한 척도로서 본 연구에서는 이선영(2009)이 번안한 수용 행동 질문지 II를 사용하였다. 수용 행동 질문지는 자신의 가치와 목적에 일치하는 방식으로 행동하면서 생각이나 감정을 기꺼이 수용하는 정도를 측정하는 도구이다. 수용 행동 질문지 II는 총 10문항으로 구성되어 있으며, 전혀 그렇지 않다(1점), 거의 그렇지 않다(2점), 별로 그렇지 않다(3점), 때때로 그렇다(4점), 자주 그렇다(5점), 거의 대부분 그렇다(6점), 항상 그렇다(7점)의 7점 척도 상에서 평

정하게 된다. 점수가 높을수록 수용의 정도가 높고, 경험 회피의 정도는 낮음을 의미한다.

본 연구에서의 신뢰도는 각각의 시기에 따라 .72~.88로 나타났다.

**자기 자비 척도.** 자기 자비를 측정하기 위해 Neff(2003b)가 개발한 자기 자비 척도(Self-Compassion Scale)를 김경의 등(2008)이 번안하여 표준화한 한국판 자기 자비 척도를 사용하였다. 이 척도는 총 26문항으로 구성되어 있으며, 거의 아니다(1점), 조금 그렇다(2점), 웬만큼 그렇다(3점), 자주 그렇다(4점), 거의 항상 그렇다(5점)의 5점 척도 상에서 평정하도록 되어 있다. 점수가 높을수록 자기 자비 수준이 높음을 의미한다.

본 연구에서 각 시기에 따른 신뢰도는 .85~.90이었다.

**마음챙김 주의 자각 척도.** 마음챙김 주의 자각 척도(Mindfulness Attention Awareness Scale)는 Brown과 Ryan(2003)에 의해 개발된 척도로서 본 연구에서는 권선중과 김교현(2007)이 번안하여 한국 상황에 적용할 수 있도록 타당화한 한국판 마음챙김 주의 자각 척도를 사용하였다. 이 척도는 단일한 차원의 척도로서 총 15문항으로 구성되어 있으며, 거의 항상 그렇지 않다(1점), 매우 드물다(2점), 약간 드물다(3점), 약간 자주 그렇다(4점), 매우 자주 그렇다(5점), 거의 항상 그렇다(6점)의 6점 척도 상에서 반응하도록 되어 있다. 모든 문항은 역채점하며, 점수가 높을수록 마음챙김 수준이 높음을 의미한다.

척도의 신뢰도는 각 시기에 따라 .84~.93까지 나타났다.

## 연구 절차

2012년 3월부터 10월까지 서울 소재 3개 대학교에서 우울한 여성을 위한 ACT 집단 치료 효과 연구 참여자를 모집하였다. 연구 참여 지원자들은 선별 과정을 위해 임상심리전문가에 의한 사전 평가에 참여하였다. 개인마다 시행 시간에 있어서 약간의 차이가 있었으나 약 1시간가량 소요되었다.

ACT 집단 치료는 2012년 10월 8일부터 12월 12일까지 총 10회에 걸쳐 진행되었으며, 매주 1회 2시간씩 진행되었다. 참여자들은 집단 치료 첫 회기 시작 전 우울 수준과 ACT 집단 치료에서의 과정 변인들을 측정하기 위해 구성된 자기 보고식 설문지를 수행하였다. 집단 치료가 진행되는 과정에서도 2주 간격으로 4회의 중간 평가를 실시하였고, 마지막 회기인 10회기가 종결되고 난 후 사후 평가로서 동일한 자기 보고식 설문지를 실시하였다. 집단 치료가 종결된 2개월 후 추후 회기를 갖고 1차 추적 조사를 실시하였으며, 집단 치료가 종결된 4개월 후 동일한 자기 보고식 설문지를 통해 2차 추적 조사를 실시하였다.

한편 대기 통제 집단은 ACT 집단이 사전 평가와 사후 평가를 실시하는 동일한 시기에 마찬가지로 사전 평가와 사후 평가를 실시하였다. 중간 평가의 경우 대기 통제 집단의 특성 상 매주 만날 수 있는 여건이 아니므로 ACT 집단과 동일하게 여러 번의 평가를 실시하는 것이 어려웠다. 이에 ACT 집단에서 5회기 시작 전 실시한 중간 평가와 동일한 시기에 맞추어 중간 평가를 실시하였다. 본 연구에서는 대기 통제 집단에 대한 추적 조사는 실시하지 않았다. 대기 통제 집단 역시 우울 증으로 판별된 사람들로서 추적 조사까지 진

행할 경우 ACT 집단 치료 진행에 소요되는 2개월, 1, 2차 추적 조사까지 소요되는데 4개월, 즉 총 6개월 동안 연구를 위해 무처치 상태가 지속되어야 한다. 이는 치료에 대한 윤리적인 측면에서 문제를 야기할 수 있다고 판단하였다. 이에 추적 조사를 실시하지 않고 실험 집단인 ACT 집단에 대한 치료가 종결된 2주 후인 2012년 12월 24일부터 대기 통제 집단에 대한 ACT 집단 치료를 실시하였으며, 실험집단인 ACT 집단과 동일한 치료 과정을 통해 진행하였다. 대기 통제 집단에 대한 ACT 집단 치료는 2012년 12월 24일부터 매주 1회 2시간씩 10회에 걸쳐 진행되었으며 2013년 3월 6일 종결되었다.

모든 ACT 집단 치료는 대학병원 정신건강의학과에서 임상심리전문가로 재직 중인 본 연구자가 시행하였다. 본 연구자는 미국에서 진행된 수 일 간의 ACT 워크샵에 참여하여 전반적인 이론뿐만 아니라 ACT의 실제 치료 과정에 대한 교육을 받았다. 또한 연구가 시작되기 전 한 학기 동안 대학원생들을 대상으로 하여 ACT 집단 치료를 시행한 바 있다.

#### 자료 분석

ACT 집단과 대기 통제 집단 간 우울, 수용 행동, 자기 자비, 마음챙김 수준에 대한 사전 동질성을 검증하기 위해 독립표본 t 검증을 실시하였다. 또한 사전, 중간, 사후 평가 차이를 비교하기 위해 반복측정 변량분석(Repeated measure ANOVAs)을 실시하였다.

한편 ACT 집단 치료 참여자들이 2주 간격으로 수행한 자기 보고식 설문지를 통해 치료 과정 중 우울 수준, 수용 행동, 자기 자비, 마음챙김 수준의 변화 추이뿐만 아니라 치료 종

결 2개월 후 그리고 4개월 후 두 차례에 걸쳐 측정된 추적 조사에서도 이들의 변화가 유지되고 있는지 살펴보기 위해 반복측정 다변량 분석(Repeated measure MANOVAs)을 실시하였다. 또한 ACT 집단 치료를 통해 일어난 우울의 변화에 과정 변인인 수용 행동, 자기 자비, 마음챙김이 매개변인으로 작용하는지 확인하기 위해 반복측정 공변량 분석(Repeated measure MANCOVAs)을 실시하였으며, 효과 크기 변화 비율을 분석하였다.

위의 자료 분석을 위해 통계 프로그램 SPSS Windows 18.0을 사용하였다.

#### 수용전념 집단 치료 프로그램 구성

ACT 집단 치료 프로그램은 Zettle과 Rains (1989)의 연구에서 사용되었던 프로토콜과 임상가를 위한 가이드 북인 ACT for Depression (Zettle, 2007)을 기반으로 구성되었다. 이와 함께 Zettle의 프로토콜을 기반으로 구성된 Forman 등(2007)의 우울과 불안에 대한 ACT 집단 치료 구성도 참고하였다. 본 ACT 집단 치료 프로그램에서는 회기별로 명확한 치료 목표와 활동, 과제가 할당되어 있으며, ACT의 핵심적인 6개의 치료 과정이 순차적으로 진행된다.

한편 본 연구에서 사용된 ACT 집단 치료 프로그램에서는 기존의 프로그램과 차별화된 과정으로서 문현미(2006)가 번안한 ACT에서의 비유(metaphor)들을 기반으로 하여 여러 장의 삽화와 이야기 형식으로 비유들을 재구성하였다. 이를 회기 내에서 스크린을 통해 보여주고 인쇄물로 제공하여 참여자들이 비유를 보다 생동감 있게 받아들이고 통찰을 경험할 수 있도록 도왔다. 또한 마지막 회기에 그 동안 치료 회기 내에서 수행하였던 활동과 과제를

작성한 기록지, 배부한 비유들과 활동 관련 자료들을 책으로 묶는 ‘나의 ACT Book’ 만들기 작업을 진행하였다. 이를 통해 집단 치료에서 진행되었던 과정들을 참여자 스스로가 정리 할 수 있는 시간을 가질 수 있도록 하였으며, 집단 치료가 종결된 후에도 치료 회기 동안 다루었던 여러 작업과 활동들을 다시 적용하여 일상생활에서의 적응을 유지해 나가는 데 도움이 될 수 있도록 하였다. 뿐만 아니라 우울한 사람들에게 나타나는 자기 비난적인 태도와 관련하여 자신에 대해 관대하고 개방적인 태도를 유지할 수 있도록 돕는 활동으로서 자애 명상(Germer, 2009)과 자기 자비 증진을 위한 편지쓰기(Neff, 2011)를 함께 활용하였다. 전반적인 프로그램 구성은 다음과 같다.

### 1회기(우울 경험을 삶의 전체적 맥락에서 조망하기)

첫 번째 회기에서는 ACT 집단 치료에 대한 전반적인 오리엔테이션과 서약서 작성, 자기 소개와 참여 동기에 대해 나누는 시간을 갖는다. 이를 통해 첫 회기에서 느낄 수 있는 긴장감을 완화시키고 집단의 응집력을 증가시킨다. 또한 우울할 때 이를 없애기 위해 시도하였던 과거의 노력들에 대해 이야기하고 이러한 노력들의 단기적 효과나 부작용들에 대해 탐색한다. 이러한 활동을 통해 사적 경험을 통제하기 위한 경험 회피가 결국 다시 더 깊은 우울로 빠져들게 만든다는 창조적 절망감(Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999)에 대해 이해하도록 도우며, 우울을 경험할 때 자신의 경험을 삶의 전체적인 맥락에서 조망할 수 있도록 돕는다. 뿐만 아니라 기존의 정상성 가설에 대한 설명을 통해 우울에 대한 ACT의 새로운 치료적 패러다임에 대해 이해할 수 있도록 한

다. 이를 통해 우울을 경험하고 있는 자신이 정상에서 벗어난 부적응자가 아닌 누구나 경험할 수 있는 고통의 한 순간에 있을 뿐임을 알아차리게 돕는다. 이는 이후의 회기에서 다루어질 수용과 기꺼이 경험하기를 증진시킬 수 있는 기초가 될 수 있다.

### 2회기(수용하기와 기꺼이 경험하기)

1회기에서 배웠던 경험 회피의 부작용과 우울에 대한 ACT에서의 치료적 견해와 접근을 토대로 하여 수용과 기꺼이 경험하기의 중요성을 상기시킬 수 있는 다양한 실험들이 진행된다. 이는 사적 사건을 통제하려는 것이 고통을 가중시키는 문제가 됨을 인식하게 하는 실험들로서 예를 들어 흰곰 생각하지 않기(이선영, 2009), 탐지기 비유를 통한 우울과 불안 경험하지 않기(Hayes et al., 1999), 낯선 사람 사랑하기(Zettle, 2007) 등이 포함된다. 또한 상자 속의 다이아몬드, 괴물과의 줄다리기 비유(Hayes et al., 1999)를 통해 우울을 통제하려했던 그 동안의 태도를 버리고 이를 기꺼이 경험하는 것이 실제 우울에서 자유로워질 수 있는 방안임을 이해하도록 돕는다. 뿐만 아니라 삶에서 경험하게 되는 순수한 고통과 스스로 고통에 고통을 얹어 실제 자신을 더욱 괴롭게 만드는 혼탁한 고통을 구분하는 활동을 통해 심리적 고통에 대한 거리를 유지하게 도우며, 이는 이후의 회기에서 다루어질 인지적 탈융합으로 연결될 수 있다. 한편 수용과 기꺼이 경험하기의 중요성에 대한 이해를 도운 후 이를 증진할 수 있는 방안으로서 마음챙김에 대해 설명하고 마음챙김 명상과 함께 우울에 머무르기 명상(Germer, 2009)이 진행된다. 마음챙김 명상은 이후 매회기마다 도입 부분에 10분 동안 진행되며, 과제를 통해 마음챙김

명상을 통한 경험들을 매회기에 다른 과제들과 함께 점검하여 일상생활에서 계속적으로 훈련해 나갈 수 있도록 돕는다.

### 3.4회기(인지적 탈융합과 맥락으로서의 자기 인식하기)

앞선 회기들에서 증진된 수용과 기꺼이 경험하기를 바탕으로 하여 3.4회기에는 주로 인지적 탈융합과 관련된 활동들이 이루어진다. 참여자들이 갖고 있는 부정적 사고나 감정들에 대해 나눈 후 이러한 부정적인 사적 경험들이 인간의 언어 사용을 통해 융합되는 과정에 대해 소개한다. 이러한 융합의 과정을 통해 사적 경험을 있는 그 자체로 바라보지 못하고 전반적인 자기 개념으로 확장하여 인식하게 되면서 스스로에 대해 더욱 비난적인 사고가 활성화되고 결국 우울증이 깊어지는 과정을 이해하도록 돕는다. 인지적 탈융합을 이끌어내는 대표적인 활동의 예로서 ‘나는 -----이다.’ 라는 자기 선언적인 문장을 ‘나는 내가 -----이라는 생각을 하고 있다.’ 라는 문장으로 전환하는 생각의 기능 바꾸기 활동(Hayes et al., 1999)이 포함되며, 그 밖에 언어의 감옥 소개하기(Wilson & Dufrene, 2009), ‘레몬, 레몬, 레몬’ 실험(Zettle, 2007), 시냇물에 나뭇잎 띄워 보내기(Hayes et al., 1999) 등과 같은 다양한 활동을 통해 집단 참여자들의 인지적 탈융합을 돕는다.

또한 ‘나는 -----한 사람이다.’ 라는 식으로 자기를 개념화하여 바라보는 태도는 무한한 가능성에 대한 새로운 도전을 방해하고 스스로의 행동반경을 좁게 만들 수 있다. 우울한 사람의 경우 자기 판단, 특히 부정적인 자기 판단이 스스로를 책망하고 지나치게 비난적인 태도를 갖게 함으로서 스스로를 삶의 낙오자

로 인식하게 하는 경향이 있다. 이에 부정적 사고에 대한 탈융합과 더불어 개념화된 자기 아닌 맥락 속에서 환경과 상호작용하면서 매순간 끈임 없이 변화하는 능동적인 주체로서 자기를 인식하는 과정이 우울증의 치료에 있어서 중요한 요소이다. 따라서 이러한 맥락으로서의 자기를 인식하는 과정을 돕는 활동이 포함되며 ‘평가하는 자기’ 대 ‘관찰하는 자기’ 실험(Zettle, 2007), 체스판 비유(Hayes et al., 1999) 등이 활용된다. 또한 맥락으로서의 자기를 인식하는 과정에서 한 단계 더 확장하여 때로는 실수하고 완벽하지 못한 자기일지라도 그 또한 자기의 일부임을 인정하고 기꺼이 수용하며 스스로에게 따뜻하고 관대한 자세를 가질 수 있도록 돕는 자에 명상(Germer, 2009)이 진행된다.

### 5.7회기(가치 명료화와 전념행동하기)

앞선 회기를 통해 수용과 기꺼이 경험하기, 인지적 탈융합이 진행된 상태에서 자신에게 중요한 삶의 가치에 대해 명료화하게 된다. 또한 가치로운 삶의 영역에서 실천행동의 목표를 설정하며, 이에 전념행동하는 과정을 배우게 된다. ACT에서 가치와 전념행동은 치료과정의 중요한 축으로서 참여자들이 행동 목표를 설정하고 계획을 세우며, 실제 행동으로 실천하여 다양한 경험들을 할 수 있다는 점에서 치료의 생동감을 불러 넣어 줄 수 있는 요소라 할 수 있다. 특히 단순한 증상의 소거가 아닌 가치로운 삶, 진정으로 내가 원하는 삶이 행동 실천의 의미가 될 수 있으므로 무망감이 높은 우울한 사람들에게 삶에 대한 동기를 높일 수 있다. 따라서 이러한 성공적인 행동 실천의 기준이 될 수 있는 가치의 개념에 대해 소개하고 가치로운 삶 질문지(Wilson &

Duffrene, 2009)를 통해 자신의 가치를 확인하고 명료화하는 과정이 다루어진다. 또한 이 과정에서 가치 선택과 판단의 차이에 대해 소개하여 참여자들로 하여금 가치를 선택하는 과정을 배울 수 있도록 돕는다. 뿐만 아니라 스키타기 비유(Hayes et al., 1999) 등을 통해 가치를 실현하기 위해 설정되는 목표가 달성될 수 있는 하나의 결과이기도 하지만 삶의 전체적인 맥락에서 볼 때 목표 또한 계속되는 과정적 측면이며, 특히 결과의 달성 못지않게 그 과정에 참여하는 것 역시 많은 의미를 담고 있음을 이해하도록 돕는다.

한편 가치로운 삶을 향한 행동 목표의 설정과 전념행동이 이루어지는 가운데 지속적으로 일어나는 원치 않는 사적 경험들에 융합되지 않고, 스스로에게 자비롭고 수용적인 태도와 기꺼이 경험하기를 실천하면서 가치로운 삶의 방향으로 나아갈 수 있도록 노력하는 과정에 참여할 수 있도록 돕는다. 5-7회기에도 다양한 활동들이 회기 내에서 진행되는데 예로서 장례식 추도사와 비문 작성하기(Hayes et al., 1999), 자기 자비 증진을 위한 편지 쓰기(Neff, 2011), 정원 가꾸기 비유(Hayes et al., 1999) 등이 포함된다.

#### 8-10회기(치료 과정 적용하기)

ACT 집단 치료의 후반부에 해당하는 8-10회기에는 ACT의 치료 과정이 실제 생활에서 적용될 수 있도록 점검하고 실습하며, 앞선 회기들에서 배웠던 핵심 요소들을 총정리 하는 과정이 이루어진다. 이러한 과정에서 치료 종결에 대한 참여자들의 불안에 대해 다루고 이러한 경험 또한 치료 과정에서 일어나는 자연스러운 경험임을 인식하게 돕는다. 결국 자기에 대해 가장 잘 아는 사람은 자신이며 이에

가장 좋은 치료자 또한 자기 자신이라는 확신을 갖게 한다. 이를 통해 종결 이후에도 참여자 스스로가 집단 치료에서 다루었던 핵심적인 치료 요소들을 적용하여 심리적인 유연성을 발휘하며 적응해 나갈 수 있도록 돕는다. 특히 종결 이후에 전념행동을 실천하는 과정 중 직면하게 될 무수한 심리적 고통 속에서 때때로 현재 자신의 삶에 대한 회의감과 우울을 경험하게 되더라도 지금 이 순간의 자기에 대해 보다 열려 있고 맥락주의적인 관점에서 조망할 수 있도록 도우며, 이를 위해 두 개의 산 비유(Hayes et al., 1999)가 활용된다.

또한 마지막 회기에 '나의 ACT Book' 만들기를 통해 참여자들이 스스로 그 동안의 치료 과정을 정리하고 마무리 할 수 있는 시간을 가질 수 있도록 하여, 집단 치료 종결 이후에도 치료 내에서 다루어지고 배웠던 요소들을 일상생활에서 재적용 하는데 활용할 수 있도록 돕는다.

## 결 과

### ACT 집단과 대기 통제 집단 간 사전 동질성 검증

ACT 집단과 대기 통제 집단 간 사전 동질성 확인을 위한 t 검증에서는 결과 변인인 우울( $t(28)=-.30, ns.$ )을 비롯하여 과정 변인인 수용 행동( $t(28)=-1.53, ns.$ ), 자기 자비( $t(28)=-.82, ns.$ ), 마음챙김( $t(28)=-.34, ns.$ ) 모두 집단 간 차이가 유의하지 않았다.

### ACT 집단과 대기 통제 집단 간 치료 효과 비교

ACT 집단과 대기 통제 집단 간 사전, 중간,

사후 치료 효과 비교를 위한 반복측정 변량분석(Repeated measure ANOVAs)을 실시하였으며, 그 결과를 표 1에 제시하였다.

우울에 대한 평가 시기와 집단 간 상호작용이 유의하였다,  $F(2, 56)=6.82, p<.01$ . 과정 변인인 수용 행동( $F(2, 56)=11.97, p<.001$ ), 자기 자비( $F(2, 56)=10.63, p<.001$ ), 마음챙김( $F(2, 56)=8.26, p<.01$ )도 평가 시기와 집단 간 상호작용이 유의한 것으로 나타났다.

이는 치료 과정이 진행되고 치료가 종결된 시점에서 ACT 집단이 대기 통제 집단에 비해 우울 수준이 유의하게 감소되었음을 의미한다.

또한 ACT 집단은 치료를 통해 과정 변인인 수용 행동, 자기 자비, 마음챙김 수준은 유의하게 증가하였다.

치료 효과 기제 분석

**ACT 집단의 시기에 따른 우울, 수용 행동, 자기 자비, 마음챙김의 변화 추이**

ACT 집단의 시기별 우울, 수용 행동, 자기 자비, 마음챙김의 변화 추이를 살펴보기 위해 ACT 집단에 대한 반복측정 다변량분석(Repeated measure MANOVAs)을 실시하였다. 그 결과를

표 1. ACT 집단과 대기 통제 집단 간 치료 효과 비교

종속변인	ACT 집단    대기 통제 집단		변량원	F	df
	M	M			
우울					
시기 1	18.40	19.13	시기	7.10*	1, 28
시기 2	8.80	14.93	시기 × 집단	6.82**	2, 56
시기 3	5.93	15.47			
수용 행동					
시기 1	33.33	36.60	시기	1.16	1, 28
시기 2	40.67	39.73	시기 × 집단	11.97***	2, 56
시기 3	45.20	36.33			
자기 자비					
시기 1	60.80	63.60	시기	.94	1, 28
시기 2	71.20	70.60	시기 × 집단	10.63***	2, 56
시기 3	82.93	68.13			
마음챙김					
시기 1	47.87	48.80	시기	1.88	1, 28
시기 2	56.27	54.27	시기 × 집단	8.26**	2, 56
시기 3	65.27	52.87			

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

표 2에 제시하였다.

ACT 집단의 우울과 수용 행동, 자기 자비, 마음챙김의 시기별 변화 추이에서 우울은 시기에 따른 변화가 유의한 것으로 나타났다( $F(7, 70)=17.23, p<.001$ ). 또한 과정 변인인 수용행동( $F(7, 70)=12.24, p<.001$ ), 자기 자비( $F(7, 70)= 21.46, p<.001$ ), 마음챙김( $F(7, 70)=11.13, p<.001$ ) 역시 시기별로 유의한 변화가 있는 것으로 나타났다.

ACT 집단의 우울에 대한 시기에 따른 변화 추이를 그림 1에 제시하였다.

Bonferroni 방식을 사용하여 시기에 따른 우울 변화에 대한 주효과 비교를 실시한 결과 5회기 시작 전 측정된 두 번째 중간 평가부터 사전 평가와 유의한 차이를 나타냈다(평균차이=9.55,  $p<.01$ ). 우울의 경우 치료 프로그램이 진행되면서 급격한 감소가 이어지다가 7회기 시작 전에 측정된 3번째 중간 평가부터는 감소된 수준이 지속되고 있는 것을 볼 수 있다.

다음으로 ACT 집단의 시기에 따른 수용 행

동의 변화 추이를 그림 2에 제시하였다.

Bonferroni 방식을 통해 시기에 따른 수용 행동의 주효과 비교를 실시하였다. 그 결과, 5회기 시작 전 측정된 두 번째 중간 평가부터 사전 평가와 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다(평균차이=-7.36,  $p<.05$ ). 뿐만 아니라 이러한 수용 행동의 향상은 9회기 시작 전 측정된 마지막 중간평가를 기점으로 하여 4개월 후의 추적 조사까지 치료 효과가 안정적으로 유지되는 양상을 보였다.

ACT 집단의 시기에 따른 자기 자비의 변화

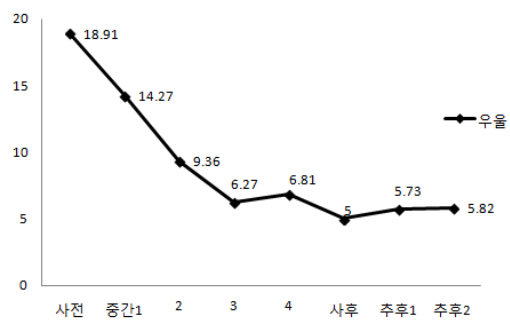


그림 1. 우울 수준 변화 추이

표 2. ACT 집단의 시기별 우울, 수용 행동, 자기 자비, 마음챙김 변화 추이

종속변인	변량원	Type III SS	df	MS	F	효과크기 자승( $\eta^2$ )
우울	평가 시기	1926.68	7	275.24	17.23***	.633
	오차	1118.32	70	15.98		
수용 행동	평가 시기	1570.14	7	224.31	12.24***	.550
	오차	1282.36	70	18.32		
자기 자비	평가 시기	8284.36	7	1183.48	21.46***	.682
	오차	3860.64	70	55.15		
마음챙김	평가 시기	3325.64	7	457.09	11.13***	.527
	오차	2989.36	70	42.71		

\*\*\*  $p<.001$



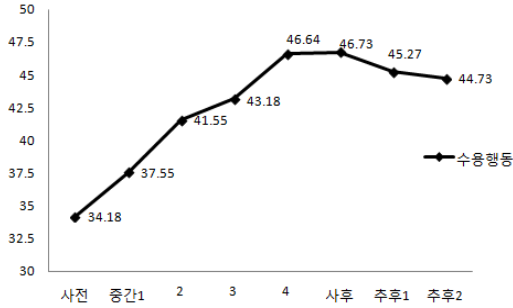


그림 2. 수용 행동의 변화 추이

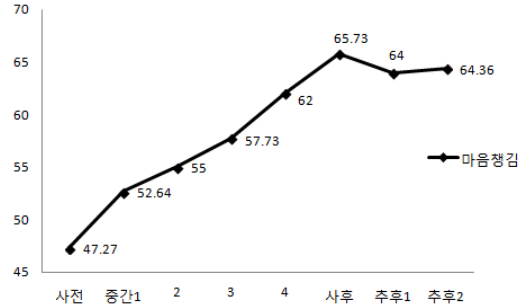


그림 4. 마음챙김의 변화 추이

추이를 그림 3에 제시하였다.

자기 자비의 경우 치료가 진행되면서 서서히 증가하여 5회기 시작 전 실시한 두 번째 중간 평가부터는 큰 폭으로 상승하는 양상을 보였다. Bonferroni 방식을 사용한 주효과 비교에서도 두 번째 중간 평가부터 사전 평가와 유의한 차이를 보였으며, 네 번째 중간 평가에서도 이전의 평가에 비해 유의하게 향상되었다(평균 차이=-14.64,  $p<.01$ ). 또한 1차와 2차 추적 조사에서도 다소 향상된 양상을 보였다.

ACT 집단의 시기에 따른 마음챙김 변화 추이를 그림 4에 제시하였다.

Bonferroni 방식을 사용하여 시기에 따른 마음챙김 변화에 대한 주효과를 비교한 결과 세

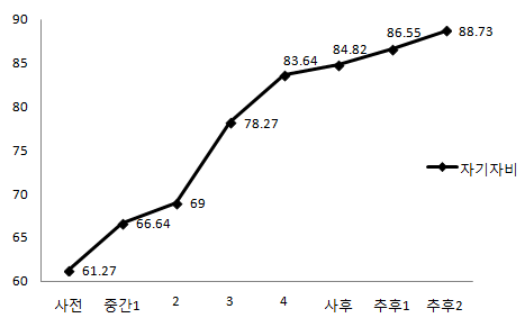


그림 3. 자기 자비의 변화 추이

번째 중간평가부터 사전평가와 유의한 차이를 보였으며(평균 차이=-10.46,  $p<.05$ ), 이러한 마음챙김의 향상은 4개월 후에 측정한 추적 조사에서도 지속되고 있는 것으로 나타났다.

#### ACT 과정 변인의 우울에 대한 매개효과

Baron과 Kenney(1986)에 의하면 어떠한 변인이 매개변인으로 작용하기 위해서는 다음과 같은 조건을 충족해야 한다. 첫째, 독립변인이 가정된 매개변인의 변량을 유의하게 설명해야 하며(경로 a), 둘째, 매개 변인이 종속변인에 유의한 영향을 미쳐야 한다(경로 b). 셋째, 경로 a와 경로 b가 통제되었을 때 독립변인과 종속변인의 관계(경로 c)가 더 이상 유의하지 않아야 한다.

그러나 Baron과 Kenney(1986)의 매개 분석 방식은 이 중 경로 ab를 직접 검증하지 않아 1종 오류가 커진다는 점, 또한 경로 ab와 c간에 부호가 다른 경우를 수용하지 못하며, 여러 개의 매개변인이 있는 상황으로는 확장이 어렵다는 단점이 있다(Mackinnon et al., 2002, 이선영, 2009에서 재인용). 이러한 단점을 보완하기 위해 Mackinnon 등(2002)은 1단계로 치료 처지에 의한 매개변인의 효과가 유의하다면(경로 a) 이후 2단계에는 종속변인에 대해 독

립변인과 매개변인을 동시에 투입한 상태에서 매개변인의 효과(경로 b)가 유의한지를 확인해야 한다고 하였다(이선영, 2009에서 재인용).

본 연구에서는 이미 ACT 집단과 대기 통제 집단 간 효과 비교와 ACT 집단의 시기에 따른 변인들의 변화 추이를 살펴보는 과정에서 독립변인(치료 처치, 시기)이 매개변인(수용 행동, 자기 자비, 마음챙김)과 종속변인(우울)의 변화에 유의하게 영향을 미치고 있음을 확인하였다. 또한 ACT 집단을 대상으로 하여 우울을 종속변인으로 한 반복측정 다변량분석을 시행하였다. 그리고 매개변인으로 가정한 수용 행동, 자기 자비, 마음챙김을 공변인으로 투입하고 우울을 종속변인으로 하여 반복측정 다중 공변량분석(Repeated measure MANCOVAs)을 시행하였다. 이 때 처음의 변량분석에서의 효과 크기가 공변량 분석에서 유의하게 변화되면 이는 공변인으로 투입 한 매개변인이 변화한 만큼 효과 측정치의 변량 비율을 설명하고 있음을 의미한다(Pedhazur & Schnecklin, 1991, 이선영, 2009에서 재인용).

본 연구에서는 추적 조사를 2회 실시하였으

며, 매개효과 분석 역시 첫 번째 추적 조사와 두 번째 추적 조사까지의 변화를 나누어 실시하였다. 과정 변인이 치료 종결 2개월 후에 실시한 1차 추적 조사까지의 우울 변화를 매개하고 있는지 살펴보기 위한 반복측정 다중 공변량분석 결과를 표 3에 제시하였다.

그 결과, 과정 변인 중 수용 행동( $F(6)=3.69, p<.05$ )을 공변인으로 투입하였을 때 효과 크기가 유의하게 변화하였으며 효과 크기의 변화 비율은 28.47%로 나타났다. 자기 자비( $F(6)=.81, ns$ )와 마음챙김( $F(6)=.46, ns$ )을 공변인으로 투입하였을 때에는 효과 크기의 변화가 유의하지 않았다.

그러나 자기 자비는 2차 추적 조사까지의 우울 변화에 대한 매개 효과 분석에서 공변인으로 투입하였을 때 효과 크기가 유의하게 변화하였으며( $F(7)=3.20, p<.05, \eta^2=.516$ ), 23.1%의 변화율을 나타냈다.

반복측정 다중 공변량분석에서 우울에 대한 시기의 효과 크기 변화에 유의한 영향을 미치고 있는 것으로 나타난 수용 행동과 자기 자비의 경우 앞서 시행된 ACT 집단의 변화 추

표 3. 수용 행동, 자기 자비, 마음챙김 투입에 따른 ACT 집단 내 우울 수준의 변화

결과 변인	효과	Type III SS	df	MS	F	$\eta^2$	$\eta^2$ 변화 비율
우울	시기	2012.976	6	335.50	22.39***	.671	
	시기 with 수용 행동	186.09	6	31.02	3.69*	.480	28.47%
우울	시기 with 자기 자비	90.10	6	15.02	.81	.169	74.81%
	시기 with 마음챙김	46.05	6	7.68	.46	.085	87.33%

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

주. F 값은 시기의 경우는 전체 F, 나머지는 효과 크기 변화에 대한 F 임.

이에 대한 반복측정 다변량분석에서 독립변인(시기)이 가정된 매개변인(과정변인)의 변화에 유의한 영향을 미쳐야 한다는 조건을 만족시키고 있으며, ACT 집단과 대기 통제 집단 간의 치료 효과 비교에서도 유의한 차이가 있는 것으로 확인되었다. 이에 수용 행동과 자기자비는 우울에 대한 ACT의 치료 효과를 매개하는 변인으로 볼 수 있다.

#### 사후 주관적 평가

##### ACT 집단 치료 종결 후 실시한 주관적 평가

질문지를 통해 집단 치료 진행 중 도움이 되었던 활동과 비유들을 표시하도록 하였으며, 치료프로그램 참여 후 어떠한 변화가 있었는지 긍정적, 부정적 변화를 모두 포함하여 작성하도록 하였다. 또한 치료 프로그램에 대한 만족도를 전혀 만족스럽지 않다(1점), 만족스럽지 않다(2점), 약간 만족스럽지 않다(3점), 보통이다(4점), 약간 만족스럽다(5점), 전반적으로 만족스럽다(6점), 매우 만족스럽다(7점)의 7점 척도 상에서 반응하도록 하였다. 이와 더불어 ACT 집단 치료 프로그램에서 아쉬웠던 점, 마무리하면서 느낀 소감에 대해 작성하도록 하였다.

참여자들의 치료 후 변화에 도움이 되었던 활동으로는 우울에 대한 ACT 모델 소개(우울의 함정, 당신을 기다리고 있는 삶 벤다이어그램), 순수한 고통과 혼탁한 고통 구분하기, 가치로운 삶 질문지 작성, 기꺼이 경험하기(우울한 감정에 머무르기 명상), 언어와의 탈융합 연습(생각의 기능 바꾸기)이 가장 많은 비중을 차지하였다. 그 다음으로 마음챙김 명상, 관찰자 연습(평가된 자기와 관찰된 자기 구분하기)이 꼽혔으며, 언어와의 탈융합 연습(그러나 대

그리고), 자애 명상, 가치에 대한 선택 대 판단 구분하기, 나의 ACT Book 만들기 등도 다수의 참여자들에게 도움이 되었던 것으로 나타났다. 한편 비유들 중에서는 구덩이에 빠진 사람, 괴물과의 줄다리기, 텃밭 가꾸기, 두 개의 산 비유가 참여자들에게 많은 도움이 된 것으로 나타났다.

대다수의 참여자들은 ACT 집단 치료 프로그램 참여 후 “순간의 경험에 대한 자각의 증진”, “우울을 비롯한 부정적 정서 및 자기 부정적 사고로부터 자유로워짐”, “자기에 대한 비판단적이고 관대한 태도 증가”, “자신의 가치에 대한 확인과 적극적인 행동 실천”과 같은 긍정적인 변화를 보고하였다. 예를 들자면 “예전에는 내 감정을 제대로 알지 못했는데 지금은 내 감정을 예전보다 빨리 알아차리고 원래 일을 제대로 하게 되었다.”, “긍정적인 면에서 마음의 여유가 생기고 내 마음을 바라보고 싶은 마음이 생겼다. 내 자신에게도 관대해졌다.”, “살아가면서 가치 명료화가 얼마나 중요한지 알게 되었다.”, “가치 명료화 질문지를 작성하고 일주일 동안 목표를 세우고 실천하는 일은 항상 수동적인 목표 설정에 익숙했던 나를 자극하는 계기가 되었다.”는 보고가 있었다.

또한 치료 프로그램에 대한 만족도 평가에서는 “매우 만족스럽다” 라고 답한 사람이 5명, “전반적으로 만족스럽다” 라고 답한 사람이 8명이었으며, “약간 만족스럽다”와 “보통이다” 라는 반응이 각각 1명 있었다. 치료 프로그램 참여 후 부정적인 변화에 대한 보고는 없었으나 2명의 참여자가 집단 치료 프로그램 과정에서 집단 구성원들과의 친밀감과 상호작용 부족, 호흡 명상에 대한 불편감을 아쉬운 점으로 보고하였다.

## 논 의

본 연구에서는 여성의 우울증에 대한 ACT의 치료적 효과에 대해 검증하였으며, 이 과정에서 우울의 변화를 이끌어내는데 영향을 미치는 과정 변인의 매개 효과를 살펴보았다.

ACT 집단은 대기 통제 집단에 비해 시기에 따라 측정된 우울 수준이 완화되었다. 또한 과정변인인 수용 행동은 대기 통제 집단에 비해 치료가 진행되면서 향상되어 사후 평가에서 집단 간 차이가 유의한 것으로 나타났다. 자기 자비와 마음챙김도 점차 향상되어 사후 평가에서 유의한 집단 간 차이를 보였다. 즉, ACT 집단의 경우 시기에 따른 변인들의 변화가 유의하게 나타났으며, 이는 ACT 집단 치료가 참여자들의 우울 수준, 수용 행동, 자기 자비, 마음챙김 수준의 변화를 이끌어내는데 효과적임을 확인한 결과이다.

최근 성인 우울증에 대한 ACT의 치료 효과를 검증한 Bohlmeijer, Fledderus, Rokx 및 Pieterse (2011)의 연구에서도 사전 평가에서는 ACT 집단과 대기 통제 집단 간 변인들의 차이가 없었으나 사후 평가에서 ACT 집단이 대기 통제 집단에 비해 우울과 경험 회피 수준이 유의하게 감소하였고, 수용 행동 수준이 향상된 것으로 나타났다. 또한 만성적인 우울로 인해 직장 생활을 하지 못하고 있는 성인을 대상으로 한 연구에서 ACT 집단의 경우 대기 통제 집단에 비해 유의하게 우울 수준이 감소된 것으로 나타났다(Folke, Parling, & Melin, 2012). 본 연구와 달리 이들의 연구에서는 남성이 연구 대상자에 포함되어 있으나 여성의 비율이 압도적으로 높았다. 이러한 점에서 여성의 우울증에 대한 ACT가 효과적임을 입증한 본 연구의 결과를 지지해준다.

또한 한국에서 진행된 선행 연구 중 문현미 (2006)는 ACT에 기반한 심리적 수용 촉진 프로그램을 실시하여 우울뿐만 아니라 수용 행동의 변화를 확인하였다. 이 연구는 우울증 치료를 위해 개발된 치료 프로그램이 아니며 일반 대학생과 성인을 대상으로 하고 있어 본 연구와는 차이가 있다. 그러나 ACT가 우울의 완화 및 이와 관련되어 있는 수용 행동과 경험 회피의 변화를 이끌어 낼 수 있음을 보여주고 있다는 점에서 본 연구와 맥을 같이 하고 있다.

본 연구에서 ACT 집단은 자기 자비 수준에 있어서 대기 통제 집단과 유의한 차이를 나타냈다. 이는 우울한 사람들이 스스로의 고통에 열려 있는 자세로 마음챙김 하면서 머무르는 동시에 실패하고 좌절을 경험한 자기라도 친절하고 관대한 마음으로 감싸 안는 태도를 갖는 것이 우울증의 치료에 도움이 될 수 있음을 시사하는 결과이다. 자기 자비는 여러 심리적 건강과 관련한 연구들이 진행되고 있으며, 자기 자비의 순기능적 측면이 연구를 통해 확인되고 있다. 자기 자비는 보호받고 있으며, 연결되어 있고 정서적 평안함을 느끼는데 도움이 되므로 안녕감을 증진시킨다고 한다(Gilbert, 2005). Leary, Tate, Adams, Allen, 및 Hancock(2007)도 자기 자비 수준이 높은 사람의 경우 부정적 사건에 대해 형상화하거나 혹은 회상해 냈을 때 부정적 정서 경험이 낮았으며, 부정적 사건에 대한 책임을 보다 기꺼이 수용하려는 자세를 보였다고 한다. 또한 실제 부정적 사건을 경험하였을 때에도 이와 동일한 양상을 나타냈다. 그러나 자기 자비 수준이 낮은 사람의 경우 이와 대조적으로 불쾌한 사건을 보다 지속적으로 반추하는 경향이 높았음을 보고하고 있다.

ACT의 주요 과정 변인인 마음챙김 또한

ACT 집단과 대기 통제 집단 간에 유의한 변화의 차이를 나타냈다. 즉, ACT 집단은 대기 통제 집단에 비해 치료가 진행되는 중간 평가와 치료가 종결된 후에 마음챙김의 향상을 보였다. 우울과 불안에 대한 ACT와 인지치료의 효과를 비교한 Forman 등(2007)의 연구에서도 비록 집단 간 차이는 유의하지 않았으나 시기에 따른 마음챙김의 변화는 유의한 것으로 나타났다. 특히 ACT 집단의 경우 마음챙김의 하위 요인 중에서도 자각 행위가 치료적 변화를 이끌어내는데 중요한 요인으로 확인되었는데 이는 본 연구에서 측정된 마음챙김 주의 자각과 유사한 구성 개념으로 볼 수 있다. 따라서 ACT 집단 치료를 통해 현재에 일어나는 내적 경험과 현상들을 있는 그대로 자각하는 마음챙김 능력이 함양될 수 있음을 보여주는 결과이다.

다음으로 ACT 집단에 대한 사전 평가, 2주간격으로 시행된 네 차례의 중간 평가, 사후 평가, 집단 치료 종결 2개월 후 실시한 1차 추적 조사, 1차 추적 조사 2개월 후에 이루어진 2차 추적 조사를 통해 결과 변인인 우울과 과정 변인의 변화 추이를 살펴보았다. 그 결과, 우울의 감소가 꾸준히 진행되어 집단 치료가 종결된 4개월 후까지 유지되고 있었다. 과정 변인인 수용 행동, 자기 자비, 마음챙김 수준 역시 치료가 진행되면서 향상되어 추적 조사에서도 치료 효과가 지속되었다. 이는 ACT가 여성의 우울증 완화에 효과적임을 입증하는 결과이다. 이와 더불어 참여자들이 ACT를 통해 배웠던 기술들과 통찰 경험을 실제 일상생활에서 적절하게 적용하면서 치료 과정에서의 변화들을 유지해 나가고 있음을 보여주는 결과로서 이는 ACT의 치료적 안정성이 높고 우울증의 재발 방지에도 효과적일

수 있음을 시사한다.

특히 ACT 집단 치료에서 우울의 변화를 이끌어내는 과정 변인의 매개효과 검증 결과, 수용 행동은 첫 번째 추적 조사까지 일어난 우울의 변화에 영향을 미치는 주요한 매개 변인으로 확인되었다. 이러한 결과는 Zettle, Rains 및 Hayes(2011)의 우울증을 위한 ACT 집단치료 효과 연구와 일치하는 결과이다. 이들의 연구는 우울증에 대한 ACT 집단 치료 연구의 효시가 된 Zettle과 Rains(1989)의 연구를 재분석한 것으로서 연구 대상자의 동질성을 확보하기 위해 여성을 대상으로 하였다. 뿐만 아니라 연구 결과에서 ACT 집단은 비교 집단인 인지치료 집단에 비해 우울 수준이 유의하게 감소되었으며, 과정 변인인 수용 행동과 경험 회피는 우울의 변화 과정을 매개하고 있었다. 본 연구를 지지하는 또 다른 연구로서 여성 우울증에 대한 ACT 집단치료와 인지치료 효과를 비교한 Forman 등(2007)의 연구에서는 ACT 집단과 인지치료 집단 모두 사전 평가에 비해 치료 종결 후 우울 수준이 완화되었으며, ACT 집단의 경우 수용 행동과 경험 회피가 이러한 우울의 변화를 매개하는 변인으로 밝혀졌다. 최근 연구로서 Bohlmeijer 등(2011)의 연구에서도 수용 행동은 우울에 대한 ACT의 치료 과정을 매개하는 것으로 나타났다. 이에 수용 행동은 본 연구와 함께 우울증에 대한 ACT 집단 치료 연구에서 우울의 변화를 이끌어내는 ACT의 치료적 기제임이 일관적으로 확인되었다.

ACT 연구에서는 수용 행동 질문지(AAQ)를 통해 과정변인인 수용 행동과 경험 회피를 측정하기도 하지만 동시에 ACT의 궁극적인 치료적 목표인 심리적 유연성을 측정하는 도구로 사용되기도 한다. Hayes 등(2004)은 수용 행동

질문지 내에 인지적 구속(cognitive entanglement), 부정적 자기 참조(self reference), 사적 경험에 대한 부정적 평가, 사적 경험이 일어났을 때 행동실천 능력의 부재, 강한 정서적·인지적 통제 욕구의 요소가 포함되었다고 하였다. 이러한 관점에서 볼 때 수용 행동 질문지를 통해 측정된 수용 행동과 경험 회피가 우울의 변화를 매개하고 있음을 확인한 본 연구는 한국에서 ACT의 고유한 치료 과정이 여성의 우울증 치료에 효과적임을 입증하였다는 의의가 있다.

본 연구의 2차 추적 조사에서 자기 자비도 우울의 변화를 매개하는 변인으로 확인되었다. 우울한 사람의 경우 인지 활성화 과정에서 부정적인 자기 편향이 심하고 특히 자기 비난과 자기 가치감이 견고하게 연결되어 있어 이러한 점이 치료의 난항을 겪게 하고 재발로 이어지는데 영향을 미친다. 본 연구에서는 매개 효과 분석을 통해 우울에 대한 자기 자비의 치료적 기제를 확인하였다. 자기 자비 수준이 높은 사람의 경우 우울에 빠지거나 삶에서의 고통에 직면하게 되었을 때 자신의 실수나 잘못에 대해 집착하지 않고, 사건의 결과와 자기를 분리시킬 수 있다. 즉, 실패와 고통을 경험할 때 일어나는 부정적인 사고를 자기와 융합시키지 않고 생각은 단지 생각일 뿐이라고 바라볼 수 있는 인지적 탈융합이 가능해 진다. Krieger, Altenstein, Baetting, Doerig 및 Holtforth (2013)의 연구에서 낮은 자기 자비는 우울증의 발생에 있어서 중요한 인지적 요소인 반추를 상승시키고 우울증상의 심화로 이어지는 매개 과정을 확인하였다. 이에 2차 추적 조사에서 추가적으로 확인된 자기 자비의 매개 효과는 ACT의 인지적 탈융합이 우울의 변화를 이끌어내는데 깊이 관여하는 요소임을 뒷받침해주

는 결과로 볼 수 있다. 뿐만 아니라 자기 자비는 우울에 대한 ACT 집단 치료 효과를 유지하고 재발 방지에도 상당히 기여할 수 있는 변인임을 시사한다. 따라서 향후에 보다 효과적인 우울증 치료를 위해 ACT에서 자기 자비의 요소를 깊이 있고 다각적인 방식을 통해 다루고 통합함으로써 보다 진화된 우울증 치료를 위한 ACT로 확장될 수 있음을 보여주는 결과라 할 수 있다.

ACT 집단 치료 참여자들의 주관적인 평가 결과에서는 ACT 집단 치료를 통해 자신의 감정을 과거에 비해 빨리 알아차리게 되면서 불편한 감정의 영향을 덜 받게 되었으며, 스스로에게 관대해지고 자기에 대한 부정적 사고에서 자유로워지면서 현재 해야 할 일들을 제대로 할 수 있게 되었다는 보고가 대부분이었다. 또한 대다수의 참여자들이 가치의 선택과 판단에 대해 구별하고 자신의 가치를 명료화 하는 과정이 치료 이후의 변화에 많은 도움이 되었다고 보고하였다. 이러한 가치 명료화 과정이 실천할 구체적인 행동 목표를 설정하는데 도움이 되었으며, 목표를 설정하고 실제 행동으로 옮기는 과정에서 생동감을 경험하게 되었다는 보고들도 있었다. 아직까지 ACT에서 다루는 가치의 구성 개념을 직접적으로 측정하는 양적 도구가 개발되지 않아 향후의 연구 과제로 남아있다. 그러나 위와 같은 참여자들의 주관적 평가를 통해 ACT의 치료적 모델에서 한 축을 담당하고 있는 가치 명료화 과정이 여성의 우울증을 완화하는데 많은 기여를 할 수 있을 것으로 예상된다.

ACT는 그 동안 과학적인 연구를 통해 증거 기반 치료로서의 입지를 다져왔다. 본 연구에서도 이에 따라 한국에서 여성의 우울증에 대한 ACT의 치료 효과와 지속성을 검증하기 위

해 기존의 일괄적인 효과 검증에 그치지 않고 ACT의 치료적 모델과 관련된 과정변인의 매개효과를 살펴봄으로써 우울증을 위한 ACT에서 주요하게 다루어져야 할 치료 과정 변인을 확인하였다. 이는 우울증에 대한 ACT의 효과를 보다 체계적으로 검증하였다는데 의의가 있다. 특히 2주 간격의 세밀한 평가 및 추적 조사를 통해 치료적 변화의 추이를 자세히 살펴볼 수 있었으며, 과정 변인의 매개효과에 대한 신뢰성을 더욱 높일 수 있었다. 이는 우울증 치료를 위한 보다 발전된 ACT 치료 프로그램을 개발하고 연구하는데 많은 기여를 할 수 있을 것으로 기대된다.

연구 대상자의 선별에 있어서도 한국에서 진행된 기존의 연구들과 달리 우울증 선별을 위한 다각적이고 심층적인 평가가 이루어졌다. 우울 증상은 우울증이 아닌 다른 정신병리에서도 흔히 나타날 수 있음을 감안해 볼 때 우울증에 대한 ACT의 치료 효과를 명확하게 검증하기 위해서는 정확한 선별 평가를 통한 연구 대상자 선정이 중요하다. 이와 더불어 한국에서의 선행 연구에서는 우울증에 대한 ACT 효과 연구임에도 불구하고 일반적인 심리적 유연성 증진을 위한 프로그램을 적용하였다. 반면에 본 연구에서는 우울증을 위한 ACT 집단 치료 프로그램을 구성하고 적용하여 치료적 효과를 입증하였으며 향후 우울증 치료에 있어서 ACT 적용의 근거 기반을 마련하였다는데 기여도가 있다.

본 연구의 제한점과 후속 연구를 위한 제언은 다음과 같다.

첫째, 본 연구에서는 다각적인 방식의 사전 선별 평가를 통해 우울증을 판별하였으며 임상 표본에 준하는 연구 대상자를 선정하였다. 그럼에도 불구하고 병원 장면에서 주요 우울

장애를 비롯한 우울 장애로 진단받은 임상 표본은 아니기 때문에 본 연구의 결과를 우울 장애 환자에게 적용하는데 제한점이 있다. 이에 향후 연구에서는 관련 전문가들의 심층 면담과 종합 심리평가를 통해 우울 장애로 진단된 임상 표본을 대상으로 한 연구가 요망된다.

둘째, 최근 한국에서 남성 우울증이 증가 추세에 있으며, 한국 남성의 경우 전통적 성역할 태도와 관련하여 우울 증상의 표현을 꺼림으로서 여성에 비해 우울 증상이 축소 보고되었을 가능성이 제기되었다(조현주 등, 2008). 또한 성인 전기뿐만 아니라 중년기, 노년기에도 자신의 삶에 대한 회고에서 느끼는 후회, 심리적인 고립감, 죽음에 대한 두려움과 같은 삶의 위기와 고통을 경험할 수 있으므로 언제든지 우울증에 빠질 수 있다. 따라서 연구 대상자의 영역을 확대하여 ACT를 적용한 연구가 필요하다.

셋째, 본 연구에서는 실험집단인 ACT 집단의 치료적 변화를 비교하기 위해 대기 통제 집단을 두었다. 치료 효과 검증 시에 ACT 집단과 대기 통제 집단 간의 사전 동질성을 확보하고 연구가 진행되었다. 그러나 대기 통제 집단의 경우 ACT 집단과 함께 모집되어 무선택당되지 못하였기에 이는 본 연구의 제한점이다. 또한 현재 우울증 치료에 적용되고 있는 기존의 치료적 접근들(예: 인지행동 치료, 약물치료 등)과 비교 연구가 이루어지지 못한 바, 우울증에 대한 ACT의 치료적 우위와 고유한 과정에 대해 더욱 명확하게 확인하지 못하였다는 제한점이 있다. 따라서 후속 연구에서는 다른 치료적 접근들과의 비교를 통해 우울증 치료에 기여할 수 있는 ACT만의 독창적인 치료 과정에 대해 보다 명확하게 밝히고 검증하는 노력이 필요하다.

### 참고문헌

- 권석만, 윤호균 (1994). 한국판 자동적 사고 척도의 개발과 활용. *학생연구*, 29, 10-25.
- 권선중, 김교현 (2007). 한국판 주의 알아차림 척도(K-MAAS)의 타당화 연구. *한국심리학회지: 건강*, 12(1), 269-287.
- 김경의, 이금단, 조용래, 채숙희, 이우경 (2008). 한국판 자기 자비척도의 타당화 연구. *한국심리학회지: 건강*, 13(4), 1023-1044.
- 문현미 (2006). 심리적 수용 촉진 프로그램의 개발과 효과: 수용-전념 치료 모델을 중심으로. 가톨릭대학교 박사학위 청구논문.
- 이선영 (2009). 수용-전념 치료에서 과정변인이 불안에 미치는 매개효과. 고려대학교 박사학위 청구논문.
- 이영호, 송종용 (1991). BDI, SDS, MMPI-D 척도의 신뢰도 및 타당도에 대한 연구. *한국심리학회지: 임상*, 10(1), 98-113.
- 이우경, 방희정 (2008). 성인기 여성의 스트레스, 마음챙김, 자기-자애, 심리적 안녕감 및 심리증상 간의 관계. *한국심리학회지: 발달*, 21(4), 127-146.
- 이지현, 장정기, 박지홍, 안준호, 이철, 김창윤(2003). 해밀턴 우울증 평가척도의 요인구조. *정신병리학*, 12(1), 3-16.
- 이훈진 (2009). 수용이 심리적 증상, 자존감 및 삶의 만족도에 미치는 영향. *인지행동치료*, 9(1), 1-23.
- 전경구, 양병창, 최상진 (2001). 통합적 한국판 CES-D 개발. *한국심리학회지: 건강*, 6(1), 59-76.
- 조용래 (2011). 자기 자비, 생활 스트레스 및 탈중심화가 심리적 건강에 미치는 효과: 매개중재모형. *한국심리학회지: 임상*, 30(3), 767-787.
- 조현주 (2012). 자애명상 기반 수용전념치료 프로그램 개발과 효과: 우울경향 대학생 을 중심으로. *한국심리학회지: 상담 및 심리치료*, 24(4), 827-846.
- 조현주, 임현우, 조선진, 방명희 (2008). 성인 남녀의 우울감 특징과 전문적 도움추구에 서의 차이. *한국심리학회지: 여성*, 13(3), 283-297.
- 최예중, 조용래 (2009). 정서조절곤란과 수용처치가 대학생의 우울기분 변화에 미치는 효과. *한국심리학회지: 임상*, 28(4), 1107-1134.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27-45.
- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35(2), 205-230.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182.
- Bishop, M., Lau, S., Shapiro, L., Carlson, N. D., Anderson, J., Carmody Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230-241.
- Bohlmeijer, E. T., Fledderus, M., Rokx, T. A. 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(13), 62-67.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire - II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676-688.
- 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.
- Cash, M., & Whittingham, K. (2010). What facets of mindfulness contribute to psychological well-being and depressive, anxious, and stress-related symptomatology? *Mindfulness*, 1(3), 177-182.
- Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmalzing, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., et al. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(4), 658-670.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2000). DSM-IV의 제1축 장애의 구조화된 임상적 면담 SCID-I. (한오수, 홍진표 공역). 서울: 하나의학사.
- Folke, F., Parling, T., & Melin, L. (2012). Acceptance and commitment therapy for depression: A preliminary randomized clinical trial for unemployed on long-term sick leave. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(4), 583-594.
- Forman, E. M., Herbert, J. D., Moitra, E., Yeomans, P. D., & Geller, P. A. (2007). A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. *Behavior Modification*, 31(6), 772-799.
- Forsyth, J. P., Parker, J., & Finlay, C. G. (2003). Anxiety sensitivity, controllability, and experiential avoidance and their relation to drug of choice and addiction severity in a residential sample of substance abusing veterans. *Addictive Behaviors*, 28(5), 851-870.
- Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A., & Hofmann, S. G. (2006). Effects of suppression and acceptance on emotional responses of individuals with anxiety and mood disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 44(9), 1251-1263.
- Dekeyser, M., Raes, F., Leijssen, M., Leysen, S., & Dewulf, D. (2008). Mindfulness skills and interpersonal behaviour. *Personality and Individual Differences*, 44(5), 1235-1245.
- Ge, X. J., Lorenz, F. O., Conger, R. D., Elder, G. H., & Simons, R. L. (1994). Trajectories of stressful life events and depression during adolescence. *Developmental Psychology*, 30(4), 46-483.
- Germer, C. K. (2009) *The mindful path to self-compassion: Freeing yourself from destructive thoughts and emotions*. New York: Guilford Press.
- Gilbert, P. (2005). Compassion and cruelty: A biopsychosocial approach. In P. Gilbert(Ed.),

- Compassion: Conceptualizations, research and use in psychotherapy*. Hove: Routledge.
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13(6), 353-379.
- Hagan, J., & Foster, H. (2003). She's a rebel: Toward a sequential stress theory of delinquency and gendered pathways to disadvantage in emerging adulthood. *Social Forces*, 82(1), 53-86.
- Hayes, S. C. (1994). Content, context, and 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., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., et al. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record*, 54(4), 553-578.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. D. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152-1168.
- Hofmann, S. G., & Asmundson, G. J. G. (2008). Acceptance and mindfulness-based therapy: New wave or old hat? *Clinical Psychology Review*, 28(1), 1-16.
- Huffziger, S., & Kuehner, C. (2009). Rumination, distraction, and mindful self-focus in depressed patients. *Behaviour Research and Therapy*, 47(3), 224-230.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go there you are*. New York: Hyperion.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144-156.
- 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. *Behaviour Research and Therapy*, 44(9), 1301-1320.
- Kashdan, T. B., Breen, W. E., Afram, A., & Terhar, D. (2010). Experiential avoidance in idiographic, autobiographical memories: Construct validity and links to social anxiety, depressive, and anger symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(5), 528-534.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age of onset distributions of DSM-IV

- disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General psychiatry*, 62(6), 593-602.
- Krieger, T., Altenstein, D., Baettig, I., Doerig, N., & Holtforth, M. G. (2013). Self-compassion in depression: Associations with depressive symptoms, rumination, and avoidance in depressed outpatients. *Behavior therapy*, 44(3), 501-513.
- Kuyken, W., Watkins, E., Holden, E., White, K., Taylor, R. S., Byford, S., Evans, A., Radford, S., Teasdale, J. D., & Dalgleish, T. (2010). How does mindfulness-based cognitive therapy work? *Behavior Research and Therapy*, 48(11), 1105-1112.
- Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Allen, A. B., & 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.
- Malone, D. A., & Lartey, P. (2004). Depression and suicide. In R. S. Lang & D. D. Hensrud (Eds.), *Clinical preventive medicine II*(pp.69-80). American Medical Association.
- Marx, B. P., & Sloan, D. M. (2005). Posttraumatic dissociation and experiential avoidance as predictors of posttraumatic stress symptomatology. *Behaviour Research and Therapy*, 43(5), 569-583.
- Melbourne Academic Mindfulness Interest Group (2006). Mindfulness-based psychotherapies: A review of conceptual foundations, empirical evidence and practical considerations. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(4), 285-294.
- Neff, K. D. (2003a). Self-compassion: an alternative conceptualization of a healthy attitude towards oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85-101.
- Neff, K. D. (2003b). Development and validation of a scale to measure self compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223-250.
- Neff, K. D. (2011). *Self-compassion: stop beating yourself up and leave insecurity behind*. New York: William Morrow.
- Ohayon, M. M., & Hong, S. C. (2006). Prevalence of major depressive disorder in the general population of South Korea. *Journal of Psychiatric Research*, 40(1), 30-36.
- Pauley, G., & McPherson, S. (2010). The experience and meaning of compassion and self-compassion for individual with depression or anxiety. *Psychology and Psychotherapy*, 83(2), 129-143.
- Raes, F., & Williams, M. G. (2010). The relationship between mindfulness and uncontrollability of ruminative thinking. *Mindfulness*, 1(4), 199-203.
- Rasmussen, M. K., & Pidgeon, A. M. (2011). The direct and indirect benefits of dispositional mindfulness on self-esteem and social anxiety. *Anxiety, Stress & Coping*, 24(2), 227-233.
- Roemer, L., Salters, K., Raffa, S., & Orsillo, S. M. (2005). Fear and avoidance of internal experiences in GAD: Preliminary tests of a conceptual model. *Cognitive Therapy and Research*, 29(1), 71-88.
- 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.
- Santor, D. A., Zuroff, D. C., Ramsay, J. O., Carvantes, P., & Palacios, J. (1995). Examining scale discriminability in the BDI and CES-D as function of depressive severity. *Psychological Assessment*, 7(2), 131-139.
- Singer, A. R., & Dobson, K. S. (2007). An experimental investigation of the cognitive vulnerability to depression. *Behaviour Research and Therapy*, 45(3), 563-575.
- Steiner, M. (2008). Female-specific mood disorders. *Psychiatry*, 8(2), 61-66.
- Strosahl, K. D., & Robinson, P. J. (2008). *The mindfulness and acceptance workbook for depression: Using acceptance and commitment therapy to move through depression and create a life worth living*. Oakland: New Harbinger.
- Teasdale, J. D. (1988). Cognitive vulnerability to persistent depression. *Cognitive and Emotion*, 2(3), 247-274.
- Tull, M. T., Gratz, K. L., Salters, K., & Roemer, L. (2004). The role of experiential avoidance in posttraumatic stress symptoms and symptoms of depression, anxiety, and somatization. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(11), 754 - 761.
- Turner, R. J., & Avison, W. R. (1989). Gender and depression: Assessing exposure and vulnerability to life events in a chronically strained population. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 177(8), 443-455.
- Turner, R. J., & Lloyd, D. A. (1999). The stress process and the social distribution of depression. *Journal of Health and Social Behavior*, 40, 374-404.
- Twohig, M. P. (2012). Introduction: The basics of acceptance and commitment therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(4), 499-507.
- Van Dam, N. T., Sheppard, S. C., Forsyth, J. 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 Disorders*, 25(1), 123-130.
- Wilson, K. G., Bordieri, M. J., Flynn, M. K., Lucas, N. N., & Slater, R. M. (2011). understanding acceptance and commitment therapy in context: A history of similarities and differences with other cognitive behavioral therapies. In J. D. Herbert & E. M. Forman (Eds.), *Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy: Understanding and applying the new therapies*. (pp.233-263). New Jersey: Wiley & Sons.
- Wilson, K. G., & Dufrene, T. (2009). *Mindfulness for two: An acceptance and commitment therapy approach to mindfulness in psychotherapy*. Oakland: New Harbinger.
- Zettle, R. D. (2007). *ACT for depression: A clinician's guide to using acceptance and commitment therapy in treating depression*. Oakland: New Harbinger.
- Zettle, R. D., & Rains, J. C. (1989). Group cognitive and contextual therapies in treatment of depression. *Journal of Clinical Psychology*,

45(3), 436-445.  
Zettle, R. D., Rains, J. C., & Hayes, S. C. (2011),  
Processes of change in acceptance and  
commitment therapy and cognitive therapy for  
depression: A mediation reanalysis of Zettle  
and Rains. *Behavior Modification*, 35(3), 265-  
283.

원고접수일 : 2013. 10. 04.  
수정원고접수일 : 2014. 03. 13.  
게재결정일 : 2014. 05. 15.

## The Effects of Process Variables in Acceptance Commitment Therapy for Women's Depression

**Hyeun Kim**

**Kyung Park**

Seoul Women's University Graduate School of Professional Therapeutic Technology

The present study examined the effectiveness of group therapy based on acceptance commitment therapy for women's depression. In screening evaluation for depression, thirty one young adult females with depression were selected as participants in group therapy from volunteers. Sixteen of them attended group therapy of acceptance commitment therapy for depression, which consisted of 10 weekly 120 min sessions. The other fifteen were assigned to waiting list control. Participants completed a self-report questionnaire comprised of Beck's depression inventory, acceptance action questionnaire, self-compassion scale, and mindfulness attention awareness scale at pretreatment, middle term, and posttreatment. In the ACT group, outcome variable (depression) and process variables (acceptance, self-compassion, and mindfulness) were assessed at two week intervals for ten weeks, as well as twice at follow up. The ACT group not only showed remarkable reduction of depression, but also process variables (acceptance, self-compassion, and mindfulness) showed significantly greater change at the time of entry. Further, their changes were maintained until follow up after a four month lapse. In particular, mediational analysis verified that change of acceptance and self-compassion mediated the effect of intervention on depression at follow up. The results of this study suggest that group therapy of ACT for depression is not only effective for reduction of women's depression, but also contributes to prevention of relapse of women's depression because of the persisting effect of acceptance commitment therapy. Finally, implication and limitation of this study, and recommendation for a future study were discussed.

*Key words* : *Acceptance Commitment Therapy (ACT), women's depression, acceptance, self-compassion, mindfulness, process variables*