

## 수용 전념 치료가 대인 외상 경험이 있는 대학생의 외상후 스트레스 증상과 복합 외상후 스트레스 증상에 미치는 효과

주 수 진

손 정 략<sup>†</sup>

전북대학교 심리학과

본 연구에서는 수용 전념 치료(Acceptance and Commitment Therapy, ACT) 프로그램이 대인 외상 경험이 있는 대학생의 외상후 스트레스 증상과 복합 외상후 스트레스 증상에 미치는 효과를 알아보았다. 대학생들에게 외상후 진단 척도(Posttraumatic Stress Diagnostic Scale), 복합 외상후 스트레스 증상 척도, 외상후 인지 질문지(Post Traumatic Cognitions Inventory), 정서조절 곤란 척도(Difficulties in Emotion Regulation Scale), 수용-행동 질문지(Acceptance & Action Questionnaire)를 실시하였다. 총 24명의 대학생(치료집단 12명, 통제집단 12명)이 참여하였고, 수용 전념 치료(ACT) 프로그램은 주 2회씩 총 8회에 걸쳐 진행되었다. 프로그램 종료 후 사후 검사가 실시되었고 8주 후 추적 검사가 이루어졌다. 그 결과, 수용 전념 치료 프로그램에 참여한 집단이 통제 집단보다 외상후 스트레스 증상, 복합 외상후 스트레스 증상, 부정적 인지 및 정서 조절곤란이 감소되었고, 수용 행동이 증가되었다. 이 결과들은 수용 전념치료가 국내 대인외상경험 대학생들의 다양한 외상 후 스트레스증상 및 이와 관련된 심리적 취약성요인들을 개선하는데 효과적인 가능성을 시사한다. 마지막으로, 본 연구의 의의, 제한점 및 후속 연구에 대한 제언이 논의되었다.

주요어 : 외상후 스트레스 장애, 복합 외상, 부정적 인지, 정서 조절곤란, 수용 행동, 수용 전념 치료 (ACT)

<sup>†</sup> 교신저자(Corresponding Author) : 손정락 / 전북대학교 심리학과 / (561-756) 전북 전주시 덕진구 백제대로 567 / E-mail : jrson@jbnu.ac.kr

국내외에서 아동학대 및 성폭력, 학교폭력, 데이트폭력, 가정폭력, 난민 및 포로 경험(탈북 경험 포함) 등 대인간 외상 사건이 증가하고 있다. 직접 경험하기도 하고 주변의 외상 사건을 목격하기도 하고 간접적으로는 대중매체를 통해서도 쉽게 외상에 관한 소식을 접할 수 있다. 이러한 외상이 발생한 것만으로도 큰 상처이지만 이 상처는 쉽게 아물지 않고 후유증을 남기게 된다. 이러한 배경으로 외상 후 스트레스 장애에 대한 관심이 날로 높아지고 있다.

은현정, 이선미 및 김태영(2001)의 연구에서는 전체 연구 대상자 850명 중 평생 동안 한 가지 이상의 외상적 사건에 노출된 사람이 78.8%라고 보고하였으며, Cusack, Grubaugh, Knapp 및 Frueh(2006)의 연구에서는 일반 성인 집단에서 발생할 수 있는 외상적 사건의 빈도를 조사한 결과, 미국은 전체 인구의 87%가 일생동안 외상적 사건을 하나 이상을 경험한다고 하였다.

이를 좀 더 자세히 살펴보면, Allen(2005)은 심리적 외상을 (1) 일회적인 외상 대 반복적인 외상, (2) 자연적인 외상 대 인위적인 외상, (3) 대인관계에서 발생하는 외상 대 대인관계 외에서 발생하는 외상 등으로 구분하였다. 지은혜(2009)의 연구에 의하면, 전체 응답자 684명 중에 481명이 최소한 한 가지 유형의 외상적 사건을 겪었거나 혹은 목격한 적이 있다고 보고하였다.

직접 경험한 외상적 사건 중에서 자연재해가 남녀 합계 35.2%로 가장 많았으며, 두 번째로는 사고, 화재, 폭발이 23.3%, 세 번째로 대인외상이 21.9%, 네 번째로 생명에 위협적인 질병 경험이 10%순이었다. 이러한 수치를 살펴볼 때 대인외상을 직접 경험한 사람들이

전체 외상을 경험한 사람들 중에서 결코 적지 않은 비중을 차지한다는 사실을 알 수 있다.

이러한 대인간 외상은 대인관계 속에서 사람에게 의해 고의적으로 일어난 외상 사건을 의미한다. 대인 외상 중에서도 반복적이고 만성적인 대인간 외상을 경험한 사람들의 후유증이 단순 PTSD를 경험한 사람들과 다르다는 연구결과들이 누적되면서 복합 외상(Complex Trauma), 제2유형 외상(Terr, 1992), 발달적 외상(van der Kolk, 2005) 또는 애착 외상(Allen, 2001), 달리 분류되지 않은 극단적 스트레스로 인한 장애와 같은 다양한 명칭으로 하나의 독립적인 외상경험으로 구분되었다(안현의, 2007).

교통사고, 자연재해 등의 외상적 사건은 충격적인 외상 경험으로 인식되어 외상에 초점을 둔 차별화된 치료적 개입이 이루어지고 있으나, 삶의 과정 속에서 반복적으로 경험할 수 있는 대인간 외상은 상담 장면을 찾는 사람들의 개인력에서 볼 수 있는 개인적인 사안으로 평가되어 상대적으로 주목을 덜 받아왔다. 국내의 경우 복합외상의 대표적 유형으로 볼 수 있는 아동학대 혹은 가정 및 배우자 폭력에 대해서 사회복지학 혹은 여성학적 관점에서는 왕성하게 연구되어 온 반면, 심리학적 관점에서의 체계적인 연구는 부족한 실정이다.

대인외상을 경험하고 복합외상으로 발전되는 원인에 대해서 여러 상관논문에서 부정적 인지의 중요성을 강조하고 있다. Bolton과 Hill(1996)은 외상 후에 나타나는 개인의 부정적 인지가 복합 외상후 스트레스 증상의 발현과 유지에 큰 영향을 미친다고 주장하였다. 또한, 안현의(2005)와 김유리(2011)의 청소년을 대상으로 한 연구에서도 외상을 경험하고 외상후 스트레스 장애 증상이 있는 경우에 자기

자신에 대한 신념, 세상에 대한 신념, 자기 타하기 등의 역기능적 인지패턴이 외상후 스트레스 장애 증상과 높은 관련이 있음을 보고하였다.

부정적 인지가 복합 외상으로 발전되게 하는 이유에 대해서 살펴보면, Janoff-Bulman (1992)은 외상을 경험한 이후에 세상이 선하고 우호적이라는 신념, 세상은 의미 있는 곳이라는 신념, 그리고 나 자신은 가치있는 존재라는 신념 등에서 부정적으로 변화되어 세상은 위협하고, 자신은 통제감을 상실한 무능력한 존재로 생각하게 되기 때문이라고 한다. Foa 등(1999)도 이와 마찬가지로 외상후 스트레스 장애 증상이 지속되는 이유로 환자들이 사고 후에 세상이 극도로 위협하며 자신이 신뢰할 수 있는 사람이 전혀 없다는 믿음을 지속적으로 가지고 있고, 다른 일부는 스스로를 매우 무기력한 사람이며 다른 사람이었으면 사고를 피할 수 있었을 것이라고 생각하며, 자신의 증상은 자신이 취약한 사람이라는 것을 증명하는 명확한 증거라고 믿기 때문이라고 한다.

최근에는 외상후 스트레스 장애 증상에 있어서 정서조절곤란도 일정한 역할을 한다는 연구가 보고되었다(Tull, Barrett, McMillan, & Roemer, 2007). 외상적 사건이 이를 경험한 사람들의 사고와 신념에 변화를 일으키며(Ehlers & Clarks, 2000; Foa & Riggs, 1993; Foa & Rothbaum, 1998), 그러한 사고와 신념의 변화가 외상 사건에 대한 정서적 반응에 변화를 일으킨다고 언급하고 있다(Foa, Ehlers, Clark, Tolin, & Orsillo, 1999).

외상후에 나타나는 변화 중에서 정서 조절의 어려움이 가장 큰 역기능적 현상으로 제안되고 있다(Cole, Michel, & Teti, 1994). Luxenberg, Spinazzola 및 van der Kolk(2001)는 정서조절에

어려움을 보이는 복합 외상경험자들이 작은 스트레스에서도 큰 반응을 보이고, 쉽게 억압되고, 스스로를 진정시키기 힘들며, 극단적인 자기 파괴적 행동(자해, 약물 남용, 섭식장애, 강박적 성행동)을 자신의 정서를 조절하기 위한 방법으로 사용한다고 하였다. 또한, 대체적으로 분노를 조절하고 표현하는 것에 어려움을 보이며, 지속적으로 자살사고, 성적몰두, 성적 충동을 조절하는데 어려움을 보인다고 하였다.

수용 행동의 감소 역시 대인외상을 경험한 대학생들의 심리적 고통을 유지시키는 원인이 된다. 일반적으로 사건 직후 피해자들은 직면보다는 억압이나 회피를 대처수단으로 선택하기 쉬운데(Erdelyi & Goldberg, 1978), 회피는 극단적인 반응을 감소시킨다는 점에서 단기적으로는 적응적인 기능을 하지만 이를 지속적으로 사용할 경우 외상경험의 영향에서 벗어나지 못하게 된다(Wegner, 1989; Wegner, Schneider, Carter, & White, 1987). 이러한 경험회피는 오히려 사적 사건에 대한 접근성을 증가시킨다는 역설적 효과를 확인하였고, 이 효과는 많은 연구에서 반복 검증되었다(Abramowitz, Tolin, & Street, 2001).

대인외상을 경험한 대학생들의 증상은 다양하지만 지금까지 누적된 대인외상의 연구결과들을 살펴볼 때, 부정적 인지, 정서조절곤란 및 수용행동의 감소가 가장 유력한 증상의 유지 및 심화의 원인으로 탐색되고 있기 때문에 이를 감소시킬 수 있는 치료적 개입이 필요하며, 이를 통해 적응적으로 생활하는데 도움이 될 것이라고 기대할 수 있을 것이다. 지금까지 PTSD의 증상감소에 초점을 둔 치료전략으로는 약물치료, 노출치료(Prolonged Exposure Therapy), 인지행동치료(Cognitive Behavioral

Therapy) 등이 있다. 하지만 최근 다양한 연구에서 이러한 치료방법들이 임상현장에서 실행의 한계점과 과정상의 어려움으로 인해 대상자들이 중도 탈락하는 문제가 보고되고 있다.

약물치료가 PTSD를 다루는데 효과적인 반면 많은 부작용이 따르는 것으로 보고되고 있다. 노출치료의 경우 외상이후에 생긴 주요 감정이 공포이고, 주된 행동 대처 전략이 회피하는 것인 피해자에게는 노출이 효과적인 것으로 나타났다(Grunert, Matloub, Sanger, & Yousif, 1990; Richards & Rose, 1991). 반면, 최근 PTSD와 관련된 죄책감, 자기비난, 분노와 무기력감과 같은 비공포적인 감정들에는 PE접근이 효과적이지 않다는 보고가 이어지고 있으며, 이 치료가 환자의 외상 사건 동안 느꼈던 통제력 손실에 대한 감정을 둔감하게 만들기 보다는 오히려 민감하게 만드는 것으로 보고하였다(Grunert, Smucker, Weis, & Rusch, 2003).

1960년대 초 Aaron T. Beck에 의해 개발된 인지치료는 우울증 치료에 있어서 단기간의 치료 효과가 큰 것으로 알려져 있다. 반면 최근 연구들에 의하면 외상 사건의 노출과 결합한 CBT가 PTSD를 위한 치료로 고려되고 있지만, 환자의 참여도가 낮고 중도 탈락률이 높다는 것이 한계점으로 보고되고 있다(Bryant et al., 2008; Cahill, Foa, Hembree, Marshall, & Nacash, 2006; Seal et al., 2010).

북한 이탈 주민에게 한국형 마음챙김에 기반한 스트레스 감소(Korean-Mindfulness Based Stress Reduction, K-MBSR) 프로그램을 적용한 최현옥과 손정락(2010)의 연구에서는 프로그램 이후 경험회피의 두 수준인 수용 행동능력이 증가하고 사고억제가 감소되었으며 추적까지 유지되는 효과가 있었으나, 외상후 스트레스 증상 감소에는 효과가 나타나지 않았다. 외상

후 스트레스 증상의 하위 수준 가운데 재경험, 과각성 증상에서 전혀 효과가 나타나지 않았고, 회피·마비 증상에서는 프로그램 이후 효과가 나타났지만 추적까지 유지되지 않았다. 또한 수치심을 감소시키는 데에도 마찬가지로 효과가 나타나지 않았다. 수치심은 외상 사건을 경험한 후에 자신이 가치 있는 존재라는 도식이 산산조각나면서 심리적으로 균형을 상실하게 된 상황에서 생존자가 조각난 환상을 복구시키기 위해서 자기비난과 같은 역설적이고 부적응적인 반응을 나타내는데(Janoff-Bulman, 1992), 마음챙김 실습으로 수치심의 정서적인 요소를 포함하여 인지적 요소에서 변화를 일으키는데 실패하였기 때문인 것으로 보인다.

기존의 노출치료, 약물치료 등의 한계와 불안장애 범주의 증상들을 주로 나타내는 PTSD와는 달리 복합외상 증후군은 개인의 심리구조 전반에서 복잡한 양상을 나타내기 때문에 기존의 PTSD 치료 방법만으로는 많은 한계를 지니게 되고, 복합 외상을 고려하지 않은 치료는 오히려 증상을 악화시키거나 환자의 삶의 질을 저하시키기도 한다(Ford & Kidd, 1998). MBSR과 같은 마음챙김에 기반을 둔 프로그램도 마찬가지로 수치심과 같은 복합적인 도식에 의해 생성된 깊은 핵심 감정을 단일하고 단기적이며 수동적인 치료로서는 그 효과를 보기 어려운 실정이다. 복합 외상은 단순 PTSD와 달리 외상이 자기체계 안에 공고화된 복합적인 증후군으로 설명할 수 있기 때문에 치료 역시 외상에 초점을 두기보다는 자기체계 전반에 대한 개입이 요구된다(장진이, 조하나, 2009).

이와 같은 맥락에서 기존의 인지나 정서의 내용에 대한 변화나 직접적인 도전과 달리 자

신의 결과를 있는 그대로 경험하도록 하고, 이를 통해 개인의 전반적인 범위의 정서적인 경험을 수용할 수 있게 하며 자기체계 전반에 대한 이해를 높여 삶의 가치를 실현할 수 있도록 돕는 수용중심 접근을 시도하게 되었다(문현미, 2005). 이 접근에서는 심리적 문제와 고통은 부정적인 사적 경험 자체보다는 그것을 통제하려는 반응인 경험 회피의 과정에서 나타난다고 보았다. 따라서 경험 회피 대신 수용을 하게 되면 자신에게 위협적으로 지각되었던 상황들이 실제로 그렇게 위협적이지 않다는 것을 배우고(윤호균, 2005), 이를 있는 그대로 알아차리고 받아들여지게 됨으로써 상황에 더 잘 대처할 수 있게 되며, 지금까지 괴롭고 힘들었던 감정과 상황을 허용하게 됨으로써 긍정적 정서를 경험하는 것에 개방적이게 된다는 것이다(Greenberg, 1994).

대인외상에 수용 전념 치료를 적용한 기존의 연구를 살펴보면, 아동기의 성폭력으로 인해 복합외상의 후유증으로 공황발작을 경험하는 여성의 PTSD증상이 감소하였고 정서적 유연성이 증가되었다(Hinton, Pich, Hofmann, & Otto, 2013). 또한, Orsillo와 Batten(2005)의 연구에서도 베트남 전쟁에 참전하여 PTSD 증상을 보고했던 내담자가 더 이상 공황발작을 일으키지 않고 그동안 회피했던 여러 경험들(대인관계)에서 기꺼이 행동하는 결과를 나타냈으며, 원하지 않는 내적인 경험들과 상관없이 전념하는 행동을 나타냈다. 아울러 Batten과 Hayes(2005)의 연구에서도 아동기의 성적 학대로 복합외상증상을 보이는 19세의 여자 청소년도 물질남용이 점진적으로 감소했고 PTSD의 증상도 유의한 수준으로 감소했다.

따라서 본 연구에서는 수용 전념 치료가 대인 외상 경험이 있는 대학생의 외상후 스트레

스 증상, 복합 외상후 스트레스 증상, 부정적 인지, 정서 조절곤란 및 수용행동에 어떠한 영향을 미치는지 보고자 한다.

## 방 법

### 참여자

본 연구는 2012년 11월에 전북지역에 소재한 대학교(C대)의 대학생 중에 외상 사건을 적어도 한 가지 이상 경험했다고 보고한 250명에게 외상후 진단 척도, 복합 외상후 스트레스 증상 척도, 외상후 인지 질문지, 한국판 정서조절 곤란 척도, 수용-행동질문지를 실시하였다. 성실하게 응답한 250명(남자 110명, 여자 140명)의 응답자 중 PTSD증상 점수가 11점 이상 또는 복합 PTSD에 해당하고 나머지 외상후 인지 질문지, 정서조절 곤란 척도, 수용-행동 질문지 점수의 상위 25%이상의 사람들에게 전화를 이용하거나 직접 대면을 통한 면담을 진행하여 대상자가 경험한 외상이 연구 주제인 대인외상에 해당하는지(PDS 척도에서 대인외상에 관련된 경험에 해당하는 자를 선별하고 일회적인 자연재해 등은 배제시킴)를 확인하였고, 구체적인 프로그램 소개를 하였으며, 참여동기가 비교적 높은 대상을 선별하였다.

수용 전념 치료 프로그램 참여에 동의한 참가자 32명 중 16명은 수용전념 치료 집단에, 나머지 16명은 수용 전념 치료 통제 집단에 무선할당 되었다. 치료 집단과 통제 집단 모두 사전 검사는 11월 중순, 사후 검사는 1월 말, 추적 검사는 3월 말에 동일하게 실시되었다. 치료집단에 배정된 16명 중 2명은 개인사

정으로 인해 1회기까지만 참여하였으며, 2명은 사후검사에 응하지 않아 연구결과 분석에서 제외되었다. 또한, 통제 집단에 배정된 16명 중 4명은 사후검사에 응하지 않아 분석에서 제외되었다. 최종적으로 통제집단은 추적검사가 끝난 이후에 희망하는 사람 3명에 한하여 수용 전념 치료 프로그램에 참여할 수 있도록 하였고, 개인적인 사정으로 참여하지 못하는 사람에게는 학교 내의 상담센터에서 가능한 시간에 개인상담을 받을 수 있도록 안내한 후 소정의 상품권을 지급하였다. 수용 전념 치료 프로그램 집단과 통제 집단의 인구통계학적 특성을 살펴보면 수용 전념 치료 프로그램 집단은 남자 5명, 여자 7명, 연령은 평균 23세였고, 통제 집단은 남자 3명, 여자 9명, 연령은 평균 21세였다. 본 연구는 연구자가 수용전념치료를 주제로 박사학위를 받고 임상실체에 10년간 적용한 전문성을 학계에서 인정받고 있는 한국인지행동치료학회 공인 인지행동치료전문가가 진행한 수용 전념 치료 워크숍(2011.12.16~2011.12.17 / 총 16시간)을 수료한 후 프로그램을 진행하였다.

#### 측정도구

##### **외상후 진단척도(Posttraumatic Diagnostic Scale: PDS)**

외상후 스트레스 진단은 Foa, Cashman, Jaycox 및 Perry(1997)가 개발한 ‘외상후 진단척도(Posttraumatic Diagnostic Scale; 이하 PDS)’를 안현의(2005)가 번안한 것을 사용하였다. PDS는 외상 경험 여부, 사건 발생 시기, 경험 기간, 증상 발현 시기 항목 등 총 49문항으로 이루어져 있는 척도이다. PTSD 증상을 묻는 질문 17문항에서 총점을 구하여 10점 이하는

약함, 11점에서 20점까지는 중간, 21점에서 35점은 약간 심각한, 35점 이상은 심각한 수준의 외상후 스트레스 장애로 구분한다(안현의, 2005). 본 연구에서는 Sheeran과 Zimmerman(2002)의 연구결과에 따라 11점을 절단점으로 사용하여 대상을 선별하였다. 각 증상들은 최근 한 달간 자신이 경험한 증상의 정도를 ‘0점(전혀 없음)에서 3점(일주일에 5번 이상)’의 4점 Likert식 척도로 응답하게 이루어져 있다. PDS의 내적 합치도(Cronbach  $\alpha$ )는 안현의(2005)의 연구에서 .91로 나타났다. 본 연구에서의 Cronbach  $\alpha$ 계수는 .89 이었다.

##### **복합 외상후 스트레스 증상 척도(Complex Posttraumatic Stress Symptoms Scale)**

복합 외상후 스트레스 장애 진단은 Pelcovitz, van der Kolk, Roth, Mandel, Kaplan과 Resick(1997)가 개발한 “극단적 스트레스 장애를 위한 구조화된 면접(Structured Interview for Disorders of Extreme Stress; SIDES)을 개발, 이를 정지선(2007)이 번안한 것을 박나영(2010)이 수정한 것으로 사용하였다. 본 척도는 복합 PTSD의 6가지 하위 준거인 정서적 각성 조절 기능의 변화(19문항), 주의력과 의식 기능의 변화(5문항), 자기 인식의 변화(6문항), 타인과의 관계 변화(5문항), 신체화 증상(5문항), 의미 체계의 변화(5문항)로 구성되어 있으며 총 45문항으로 이루어져있다. 본 연구에서는 각 증상을 묻는 문항에 대해 ‘전혀 아니다’의 1점에서부터 ‘매우 그렇다’의 4점까지 평정하는 강도로 이루어져있다. 각 문항에서 3점 이상일 경우 해당 문항이 측정하는 증상이 나타나고 있는 것으로 판단한다. 총 6개의 진단 준거 중 3개 이상 해당되면 복합 PTSD로 진단하였다(Luxenberg et al., 2001). 내적 합치도

(Cronbach  $\alpha$ )가 .925로 나타났다. 본 연구에서의 Cronbach  $\alpha$ 계수는 .83 이었다.

**외상후 인지 질문지 (Posttraumatic Cognitions Inventory: PTCI)**

부정적 인지는 Foa 등(1999)이 개발한 외상을 경험한 후에 외상과 관련한 사고와 신념을 측정하는 외상후 인지 척도를 안현의(2005)가 번안한 것을 사용하였고 PTCI는 총 33문항으로 '1(전혀 아니다)에서 7(매우 그렇다)'의 Likert 척도로 이루어져 있고 점수가 높을수록 부정적인 인지패턴을 나타내는 것으로 볼 수 있다. 원 연구(Foa et al., 1999)에서 확인적 요인분석결과 '자기에 대한 부정적 인지', '세상에 대한 부정적 인지', '자기 비난'의 세 가지 하위척도로 구성되어 있는 것으로 나타났다. 안현의(2005)의 연구에서 각 척도의 내적 합치도는 순서대로  $\alpha=.97$ ,  $\alpha=.88$ ,  $\alpha=.86$ 으로 나타났다고, 본 연구에서의 Cronbach  $\alpha$ 계수는 순서대로  $\alpha=.93$ ,  $\alpha=.88$ ,  $\alpha=.92$  이었다.

**정서조절곤란 척도(Difficulties in Emotion Regulation Scale: DERS)**

이 척도는 Gratz와 Roemer(2004)가 정서조절의 포괄적인 정의를 제안하고 이를 적절하게 측정하기 위해 총 36문항으로 구성된 문항의 자기-보고형 검사이다. 본 연구에서는 원판 DERS를 조용래(2007)가 우리말로 번안한 것을 사용하였다. DERS도 원판과 마찬가지로 6개의 하위요인 ① 충동통제곤란 ② 정서에 대한 주의와 자각경향 ③ 정서에 대한 비수용성 ④ 정서적 명료성의 부족 ⑤ 정서조절전략에 대한 접근 제한 ⑥ 목표지향행동의 어려움으로 구성되어 있다. 피검자들로 하여금 평소에 자신에게 얼마나 자주 해당되는지 그 정도를 5

점 척도로 평정하도록 되어 있다. 총 36개 문항 중 11개는 역채점하도록 되어있고, 총점이 높을수록 정서조절곤란의 정도가 더 크다는 점을 의미한다. 전체 척도의 내적 합치도 (Cronbach  $\alpha$ )가 .931 이었다. 본 연구에서의 Cronbach  $\alpha$ 계수는 .87 이었다.

**수용 행동 질문지(Acceptance & Action Questionnaire-16: AAQ-16)**

자신의 가치와 목적에 일치하는 방식으로 행동하면서 생각이나 감정을 기꺼이 수용하는 정도를 측정하는 척도로서, Bond와 Bunce(2003)에 의해 구성되었다. 문현미(2005)가 번안한 것을 사용하였고 AAQ-16은 7점 척도로 평정하도록 되어있으나 주혜명(2011)이 5점 척도로 변경한 것을 사용했다. 이 도구는 16문항으로 구성되어 있으며 역채점 문항은 2, 3, 6, 8, 9, 11, 14, 15 문항이며, 점수가 높을수록 수행태도가 높은 것을 의미한다. 문현미(2005)의 연구에서 대학생들을 대상으로 실시한 결과 AAQ-16의 내적 합치도 계수(Cronbach  $\alpha$ )는 .82 이다. 본 연구에서의 Cronbach  $\alpha$ 계수는 .86 이었다.

**절차**

수용 전념 치료 프로그램은 2013년 1월부터 총 8회기로 주 2회씩, 매 회기 약 120분간 진행되었다. 마지막 8회기가 끝나는 시기에 사후검사를 실시하였으며, 8주 후 추적검사를 실시하였다. 회기별로 주어진 과제는 다음 회기에 확인하며 회기별로 참가자들 간의 피드백을 통해 프로그램 참여 동기와 효과를 높여 주었다. 사전, 사후, 추적에서 외상후 진단 척도, 복합 외상후 스트레스 증상 척도, 외상후

표 1. 수용 전념 치료 프로그램 내용

회기	주 제	내용
1회기	질문지 작성 및 프로그램 소개	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 인간의 심리적 고통에 대한 ACT 관점 소개</li> <li>• 수용 전념 치료 프로그램의 기저 모델 소개</li> <li>• 수용 전념 치료 프로그램 일정 및 규칙 정하기</li> <li>• 프로그램 참가자 소개</li> <li>• 사전 검사</li> </ul>
2회기	변화의제 다루기	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 원치 않는 사적인 경험들에 대한 대처방법 알아보기</li> <li>• 내재된 통제외제에 대한 자각 향상시키기 : 경험 회피 및 통제 전략의 결과-대처전략 작업지 기록</li> <li>• 변화 의제의 비효과성에 초점을 맞추면서 새 의제의 필요성 제시</li> <li>• 비유: 수도꼭지와 물, 구덩이에 빠진 사람, 괴물과의 줄다리기</li> <li>• 게임: 생각 안하기 게임</li> <li>• 연습: 알아차림 연습</li> <li>• 과제: 기꺼이 경험하기 일지 쓰기</li> </ul>
3회기	인지적 탈융합	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 생각의 조건화된 속성 알아보기</li> <li>• 비유: 생각에 이름 붙이기, 경험에 라벨링하기, 시냇물에 나뭇잎 띄우기</li> <li>• 게임: 쥬스, 쥬스, 쥬스 게임, 생각 내용 외치기</li> <li>• 연습: 기술과 평가의 차이 탐색하기</li> <li>• 과제: 매일 경험 일지 쓰기</li> </ul>
4회기	수용과 기꺼이 경험하기	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 현재 주의 기울여 일어나는 모든 경험 자각 관찰하기</li> <li>• 비유: 강통괴물 관찰하기, 거지 환영하기, 경험 물화하기, 그리고/그러나 문장 차이 경험하기</li> <li>• 연습: 건포도 명상 연습, 단지 알아차리기</li> <li>• 과제: 알아차리며 먹기 연습 일지 쓰기</li> </ul>
5회기	경험의 장으로서의 자기	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 자기개념에의 과도한 밀착이 주는 유해성 경험하기</li> <li>• 관찰하고 수용하는 자기에 접촉하기</li> <li>• 비유: 장기관과 장기말 비유</li> <li>• 연습: 관찰하는 자기</li> <li>• 게임: 정체성 취하기</li> <li>• 과제: 가치 기록지 쓰기</li> </ul>
6회기	가치	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 선택과 판단 및 가치와 목표를 구별하기: 가치는 선택이다</li> <li>• 가치를 둔 목적을 위해 심리적 장애물에 비방어적으로 접촉하기</li> <li>• 결과가 아닌 과정으로서의 목표에 대해 배우기</li> <li>• 비유: 텃밭 가꾸기 비유, 스키타기 비유</li> <li>• 연습: 추도문, 비문 상상하기 활동</li> <li>• 과제: 목표, 행동, 장애물 기록지 쓰기</li> </ul>
7회기	전념행동 확립하기	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 가치 전념하기와 기꺼이 경험하기의 상호 의존성 알기</li> <li>• 기꺼이 경험하기는 선택임을 알기</li> <li>• 장애물을 경험하고 노출하기</li> <li>• 수용-전념 익히기</li> <li>• 비유: 물방울의 여행, 늪지대 지나기 비유,</li> <li>• 연습: 눈맞추기 활동, 믿음으로 자기 수용하기</li> </ul>
8회기	프로그램 정리 및 질문지 작성	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 치료 과정의 핵심 숙지하기</li> <li>• 소감문 작성 및 서로에게 하고 싶은 이야기 나기</li> <li>• 질문지 작성</li> </ul>



인지 질문지, 정서조절곤란 척도, 수용행동 질문지를 실시하였다.

### 수용 전념 치료 프로그램의 구성

본 연구에서 사용한 수용 전념 치료 프로그램은 문현미(2005)의 수용 전념 치료 모델을 중심으로 개발된 심리적 수용을 촉진하는 기법을 바탕으로 구성되었다. 각 회기의 주제와 대인외상을 관련시켜 다루었다. 프로그램의 내용은 표 1과 같다.

### 자료분석

수용 전념 치료 프로그램 집단과 통제 집단의 동질성 검증을 하기 위해 외상후 스트레스 증상, 복합 외상후 스트레스 증상, 외상후 인지, 정서 조절곤란, 수용 행동에 대해 독립 표본 *t* 검증을 실시하였다. 또한, 수용 전념 치료 프로그램이 외상후 스트레스 증상, 복합 외상후 스트레스 증상, 외상후 인지, 정서 조절곤란, 수용 행동에 미치는 영향을 알아보기 위하여 수용 전념 치료집단과 통제집단의 사전-사후-추적검사에 대한 반복측정 변량분석을

실시하였고, 유의수준은  $p=.05$ 로 정하였다. 또한 치료효율을 평가하기 위해 표본의 크기에 영향을 덜 받는 Cohen(1988)의 피검자내 효과 크기(effect size)를 각 종속변인별로 구하였다. 효과크기를 통해 직접적인 프로그램의 효과의 정도(strength)를 파악할 수 있다. 효과크기  $d=(M_{사전}-M_{사후})/SD$  공식을 사용하였다. 일반적으로  $d$ 값이 .20이면 효과크기가 작고 .50이면 중간수준이며 .80이면 큰 것으로 해석된다. 모든 자료 분석은 SPSS 12.0을 통해 이루어졌다.

### 결 과

수용 전념 치료 프로그램 실시 전 치료집단과 통제집단의 외상후 스트레스 증상, 복합 외상후 스트레스 증상, 외상후 인지, 정서 조절곤란, 수용 행동이 동질적인지를 검증하기 위해 독립 표본 *t* 검증을 실시하였다. 그 결과 집단치료 프로그램 실시 전 치료 집단과 통제 집단 간 유의한 차이가 없었으므로, 두 집단을 동질적인 집단으로 볼 수 있다. 결과는 표 2와 같다.

외상후 스트레스 증상, 복합 외상후 스트레

표 2. 수용 전념 치료집단과 통제집단의 동질성 검증

	치료집단 ( <i>n</i> =12) <i>M</i> ( <i>SD</i> )	통제집단 ( <i>n</i> =12) <i>M</i> ( <i>SD</i> )	<i>t</i>	<i>p</i>
외상후 스트레스 증상	20.670(8.338)	20.830(7.433)	-.052	.959
복합 외상후 스트레스 증상	84.670(15.587)	99.420(20.228)	-2.001	.058
외상후 인지	129.500(29.184)	119.330(19.448)	1.004	.326
정서 조절곤란	93.330(25.090)	109.250(15.955)	-1.854	.077
수용 행동	41.670(7.947)	45.670(4.849)	-1.488	.151

표 3. 치료집단과 통제집단의 검사 시기에 따른 외상후 스트레스 증상, 복합 외상후 스트레스 증상, 외상후 인지, 정서 조절곤란, 수용 행동에 대한 이원 반복측정 변량분석표

	집단	사전	사후	추적	집단(A)	검사시기(B)	A×B
		M(SD)	M(SD)	M(SD)	F	F	F
외상후 스트레스증상	치료집단	20.670 (8.338)	10.830 (6.873)	8.920 (7.305)	6.357*	23.502***	23.243***
	통제집단	20.830 (7.433)	20.750 (8.047)	21.920 (7.428)			
복합 외상후 스트레스 증상	치료집단	84.670 (15.587)	64.920 (15.594)	63.170 (13.286)	17.166***	26.217***	26.587***
	통제집단	99.420 (20.228)	99.580 (18.937)	102.080 (21.861)			
외상후 인지	치료집단	129.500 (29.184)	89.170 (23.694)	81.830 (27.581)	4.788*	33.630***	34.292***
	통제집단	119.330 (19.448)	119.920 (18.803)	125.250 (20.114)			
정서 조절곤란	치료집단	93.330 (25.090)	79.670 (17.004)	79.830 (17.832)	11.716**	7.404**	3.952*
	통제집단	109.250 (15.955)	104.750 (15.351)	110.830 (15.625)			
수용 행동	치료집단	41.670 (7.947)	51.000 (9.283)	50.920 (9.811)	.553	10.875***	9.408***
	통제집단	45.670 (4.849)	46.330 (5.382)	47.500 (7.857)			

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

스 증상, 외상후 인지, 정서 조절곤란, 수용 행동에 대한 구형성 검증(Mauchly's test) 결과, 모든 종속변인에 있어서 구형성 가정을 위반하지 않았다( $p > .196$ ). 이원 반복측정 변량분석의 결과는 표 3에 제시하였다.

#### 외상후 스트레스 증상

외상후 스트레스 증상 점수는 집단간 주효

과, 검사시기의 주효과, 상호작용 효과 모두에서 유의하였다. 따라서 수용 전념 치료 집단과 통제집단에서 시기별 외상후 스트레스 증상 수준의 차이가 있음을 알 수 있다. 상호작용 효과를 구체적으로 알아보기 위해 수용 전념 치료 집단과 통제집단간의 사전-사후, 사전-추적 검사 점수에 대한 대응 표본  $t$  검증 결과, 수용 전념 치료집단에서는 외상후 스트레스 증상이 사전-사후 점수에서 유의한 감소

나타냈으며( $t(10) = 5.683, p < .001$ ), 사전-추적 검사에서도 유의한 감소가 있었다( $t(10) = 4.753, p < .001$ ). 반면에 통제집단에서는 사전-사후, 사전-추적 점수에서 모두 유의한 차이가 없었다. 또한 피험자 간  $ES(d) = .438$ 이고 피험자 내  $ES(d) = .544$ 로 중간 수준의 효과가 있는 것으로 나타났다.

외상후 스트레스 증상의 하위영역인 재경험, 회피, 과각성, 정서적 무감각의 결과는 다음과 같다.

#### 재경험

재경험 점수는 집단의 주효과[F(1, 22) = 3.235,  $p = .086$ ], 측정 시기의 주효과[F(1.649, 36.276) = 12.407,  $p = .052$ ], 상호작용 효과[F(1.649, 36.276) = 15.489,  $p = .078$ ]로 모두 유의하지 않았다.

#### 회피

회피 점수는 집단의 주효과[F(1, 22) = 9.029,  $p < .05$ ], 측정 시기의 주효과[F(1.773, 38.997) = 32.324,  $p < .001$ ], 상호작용 효과[F(1.773, 38.997) = 35.787,  $p < .001$ ]로 모두 유의하였다. 상호작용 효과를 구체적으로 알아보기 위해 수용 전념 치료집단과 통제집단간의 사전-사후, 사전-추적 검사 점수에 대한 대응 표본  $t$  검증 결과, 수용 전념 치료집단에서 회피가 사전-사후에서 유의한 감소를 나타냈으며( $t(10) = 5.773, p < .001$ ), 사전-추적에서도 유의한 감소가 있었다( $t(10) = 6.354, p < .05$ ). 그러나 통제집단에서는 모두 유의한 차이가 없었다. 또한 피험자 간  $ES(d) = .524$ 이고 피험자 내  $ES(d) = .675$ 로 중간 수준의 효과가 있는 것으로 나타났다.

#### 과각성

과각성 점수는 집단의 주효과[F(1, 22) = 1.950,  $p = 0.17$ ]는 유의하지 않았으나, 측정 시기의 주효과[F(2, 44) = 7.548,  $p < .05$ ]와 상호작용 효과[F(2, 44) = 8.678,  $p < .05$ ]는 유의하였다. 상호작용 효과를 구체적으로 알아보기 위해 수용 전념 치료집단과 통제집단간의 사전-사후, 사전-추적 검사 점수에 대한 대응 표본  $t$  검증 결과, 수용 전념 치료집단에서 과각성이 사전-사후에서 유의한 감소를 나타냈으며( $t(10) = 2.998, p < .05$ ), 사전-추적에서도 유의한 감소가 있었다( $t(10) = 3.354, p < .05$ ). 그러나 통제집단에서는 모두 유의한 차이가 없었다. 또한 피험자 간  $ES(d) = .128$ 로 낮은 수준의 효과가 있었으나 피험자 내  $ES(d) = .512$ 로 중간 수준의 효과가 있는 것으로 나타났다.

#### 정서적 무감각

과각성 점수는 집단의 주효과[F(1, 22) = 5.784,  $p < .05$ ], 측정 시기의 주효과[F(2, 44) = 10.789,  $p < .05$ ], 상호작용 효과[F(2, 44) = 12.642,  $p < .05$ ]로 모두 유의하였다. 상호작용 효과를 구체적으로 알아보기 위해 수용 전념 치료집단과 통제집단간의 사전-사후, 사전-추적 검사 점수에 대한 대응 표본  $t$  검증 결과, 수용 전념 치료집단에서 정서적 무감각이 사전-사후에서 유의한 감소를 나타냈으며( $t(10) = 6.893, p < .05$ ), 사전-추적에서도 유의한 감소가 있었다( $t(10) = 8.334, p < .05$ ). 그러나 통제집단에서는 모두 유의한 차이가 없었다. 또한 피험자 간  $ES(d) = .528$ 이고 피험자 내  $ES(d) = .552$ 로 중간 수준의 효과가 있는 것으로 나타났다.

### 복합 외상후 스트레스 증상

복합 외상후 스트레스 증상 점수는 집단간 주효과, 검사시기의 주효과, 상호작용 효과 모두에서 유의하였다. 따라서 수용 전념 치료 집단과 통제집단에서 시기별 복합 외상후 스트레스 증상 수준의 차이가 있음을 알 수 있다. 상호작용 효과를 구체적으로 알아보기 위해 수용 전념 치료 집단과 통제집단간의 사전-사후, 사전-추적 검사 점수에 대한 대응 표본  $t$  검증 결과, 수용 전념 치료집단에서는 복합 외상후 스트레스 증상이 사전-사후 점수에서 유의한 감소를 나타냈으며( $t(10) = 7.863, p < .001$ ), 사전-추적 검사에서도 유의한 감소가 있었다( $t(10) = 5.455, p < .05$ ). 반면에 통제집단에서는 사전-사후, 사전-추적 점수에서 모두 유의한 차이가 없었다. 또한 피험자 간  $ES(d) = .538$ 이고 피험자 내  $ES(d) = .544$ 로 중간 수준의 효과가 있는 것으로 나타났다.

복합 외상후 스트레스 증상의 하위영역인 정서적 각성기능, 자기 인식, 타인과의 관계, 주의력과 의식기능, 신체화 증상, 의미체계의 결과는 다음과 같다.

#### 정서적 각성조절 기능

정서적 각성조절 기능 점수는 집단의 주효과[F(1, 22) = 4.193,  $p = .053$ ]는 유의하지 않았으나, 측정 시기의 주효과[F(2, 44) = 15.528,  $p < .001$ ]와 상호작용 효과[F(2, 44) = 18.638,  $p < .001$ ]로 유의하였다. 상호작용 효과를 구체적으로 알아보기 위해 수용 전념 치료집단과 통제집단간의 사전-사후, 사전-추적 검사 점수에 대한 대응 표본  $t$  검증 결과, 수용 전념 치료집단에서 정서적 각성조절 기능이 사전-사후에서 유의한 감소를 나타냈으며( $t(10)$

= 4.897,  $p < .05$ ), 사전-추적에서도 유의한 감소가 있었다( $t(10) = 5.782, p < .05$ ). 그러나 통제집단에서는 모두 유의한 차이가 없었다. 또한 피험자 간  $ES(d) = .160$ 으로 낮은 수준의 효과가 있었으나, 피험자 내  $ES(d) = .514$ 로 중간 수준의 효과가 있는 것으로 나타났다.

#### 자기 인식

자기 인식 점수는 집단의 주효과[F(1, 22) = .952,  $p = .340$ ], 측정 시기의 주효과[F(1.915, 42.123) = 2.570,  $p = .091$ ], 상호작용 효과[F(1.915, 42.123) = 4.678,  $p = .067$ ]로 모두 유의하지 않았다.

#### 타인과의 관계

타인과의 관계 점수는 집단의 주효과[F(1, 22) = 1.320,  $p = .263$ ], 측정 시기의 주효과[F(2, 44) = 4.268,  $p = .051$ ], 상호작용 효과[F(2, 44) = 4.652,  $p = .073$ ]로 모두 유의하지 않았다.

#### 주의력과 의식기능

주의력과 의식기능 점수는 집단의 주효과[F(1, 22) = .890,  $p = .356$ ]는 유의하지 않았으나, 측정 시기의 주효과[F(2, 44) = 1.950,  $p < .05$ ]와 상호작용 효과[F(2, 44) = 2.782,  $p < .005$ ]로 유의하였다. 상호작용 효과를 구체적으로 알아보기 위해 수용 전념 치료집단과 통제집단간의 사전-사후, 사전-추적 검사 점수에 대한 대응 표본  $t$  검증 결과, 수용 전념 치료집단에서 주의력과 의식기능이 사전-사후에서 유의한 증가를 나타냈으며( $t(10) = -3.644, p < .05$ ), 사전-추적에서도 유의한 증가가 있었다( $t(10) = -4.737, p < .05$ ). 그러나 통제집단에서는 모두 유의한 차이가 없었다. 또한 피험

자 간  $ES(d) = .039$ 으로 낮은 수준의 효과가 있었으나, 피험자 내  $ES(d) = .581$ 로 중간 수준의 효과가 있는 것으로 나타났다.

### 신체화 증상

신체화 증상 점수는 집단간 주효과[F(1, 22) = .701,  $p = .411$ ]는 유의하지 않았으나, 측정 시기의 주효과[F(2, 44) = 4.797,  $p < .05$ ]와 상호작용 효과[F(2, 44) = 5.638,  $p < .05$ ]로 유의하였다. 상호작용 효과를 구체적으로 알아보기 위해 수용 전념 치료집단과 통제집단간의 사전-사후, 사전-추적 검사 점수에 대한 대응 표본  $t$  검증 결과, 수용 전념 치료집단에서 신체화 증상이 사전-사후에서 유의한 감소를 나타냈으며 [ $t(10) = 4.897, p < .05$ ], 사전-추적에서도 유의한 감소가 있었다 [ $t(10) = 5.782, p < .05$ ]. 그러나 통제집단에서는 모두 유의한 차이가 없었다. 또한 피험자 간  $ES(d) = .031$ 으로 낮은 수준의 효과가 있었으나, 피험자 내  $ES(d) = .673$ 으로 중간 수준의 효과가 있는 것으로 나타났다.

### 의미체계

의미체계의 점수는 집단간 주효과[F(1, 22) = 5.762,  $p < .05$ ], 측정 시기의 주효과[F(1.856, 40.835) = 15.528,  $p < .001$ ]와 상호작용 효과[F(1.856, 40.835) = 18.638,  $p < .001$ ]로 유의하였다. 상호작용 효과를 구체적으로 알아보기 위해 수용 전념 치료집단과 통제집단간의 사전-사후, 사전-추적 검사 점수에 대한 대응 표본  $t$  검증 결과, 수용 전념 치료집단에서 의미체계가 사전-사후에서 유의한 증가를 나타냈으며 [ $t(10) = -5.277, p < .001$ ], 사전-추적에서도 유의한 감소가 있었다 [ $t(10) = -6.782, p < .001$ ]. 그러나 통제집단에서는 모두 유의

한 차이가 없었다. 또한 피험자 간  $ES(d) = .208$ 으로 낮은 수준의 효과가 있었으나, 피험자 내  $ES(d) = .512$ 으로 중간 수준의 효과가 있는 것으로 나타났다.

### 부정적 인지

외상후 인지 점수는 집단간 주효과, 검사시기의 주효과, 상호작용 효과 모두에서 유의하였다. 따라서 수용 전념 치료 집단과 통제집단에서 시기별 부정적 인지 수준의 차이가 있음을 알 수 있다. 상호작용 효과를 구체적으로 알아보기 위해 수용 전념 치료 집단과 통제집단간의 사전-사후, 사전-추적 검사 점수에 대한 대응 표본  $t$  검증 결과, 수용 전념 치료 집단에서는 부정적 인지가 사전-사후 점수에서 유의한 감소를 나타냈으며 [ $t(10) = 3.733, p < .05$ ], 사전-추적 검사에서도 유의한 감소가 있었다 [ $t(10) = 3.848, p < .05$ ]. 또한 피험자 간  $ES(d) = .179$ 으로 낮은 수준의 효과가 있었으나, 피험자 내  $ES(d) = .605$ 으로 중간 수준의 효과가 있는 것으로 나타났다.

### 정서 조절곤란

정서 조절곤란 증상 점수는 집단간 주효과, 검사시기의 주효과, 상호작용 효과 모두에서 유의하였다. 따라서 수용 전념 치료 집단과 통제집단에서 시기별 정서조절 곤란 수준의 차이가 있음을 알 수 있다. 상호작용 효과를 구체적으로 알아보기 위해 수용 전념 치료 집단과 통제집단간의 사전-사후, 사전-추적 검사 점수에 대한 대응 표본  $t$  검증 결과, 수용 전념 치료집단에서는 정서 조절곤란이 사전-사후 점수에서 유의한 감소를 나타냈으며 [ $t(10)$

= 3.232,  $p < .05$ ], 사전-추적 검사에서도 유의한 감소가 있었다( $t(10) = 2.293, p < .05$ ). 또한 피험자 간  $ES(d) = .347$ 으로 낮은 수준의 효과가 있었으나, 피험자 내  $ES(d) = .533$ 으로 중간 수준의 효과가 있는 것으로 나타났다.

수용 행동

수용 행동 점수는 집단간 주효과가 유의하지 않았고, 검사시기의 주효과와 상호작용 효과는 유의하였다. 따라서 수용 전념 치료 집단과 통제집단에서 시기별 수용 행동 수준의

차이가 있음을 알 수 있다. 상호작용 효과를 구체적으로 알아보기 위해 수용 전념 치료 집단과 통제집단간의 사전-사후, 사전-추적 검사 점수에 대한 대응 표본  $t$  검증 결과, 수용 전념 치료집단에서는 수용 행동이 사전-사후 점수에서 유의한 증가를 나타냈으며( $t(10) = -3.181, p < .05$ ), 사전-추적 검사에서도 유의한 증가가 있었다( $t(10) = -2.934, p < .05$ ). 또한 피험자 간  $ES(d) = .025$ 이고 피험자 내  $ES(d) = .331$ 로 낮은 수준의 효과가 있는 것으로 나타났다(그림 1, 2 참조).

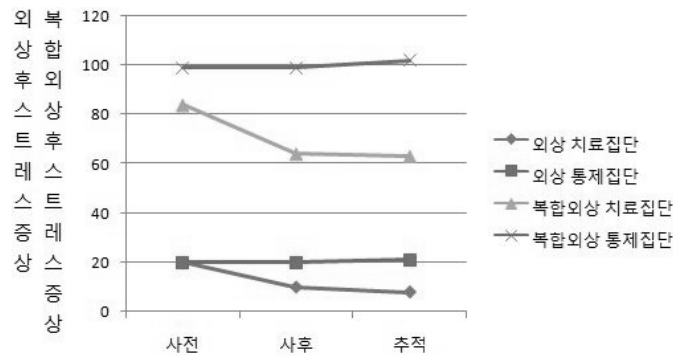


그림 1. 수용 전념 치료 집단과 통제 집단의 검사 시기에 따른 외상 후 스트레스 증상과 복합 외상 후 스트레스 증상의 점수

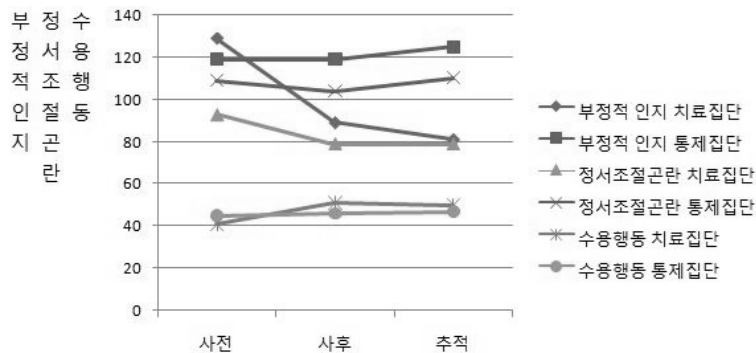


그림 2. 수용 전념 치료 집단과 통제 집단의 검사 시기에 따른 부정적 인지, 정서조절곤란, 수용 행동 점수

## 논 의

본 연구는 수용 전념 집단 치료 프로그램을 활용하여 대인 외상 경험이 있는 대학생의 외상후 스트레스 증상, 복합 외상후 스트레스 증상, 부정적 인지, 정서 조절곤란 및 수용 행동에 미치는 효과를 알아보았다. 수용 전념 치료 프로그램을 통한 효과는 다음과 같다.

첫째, 수용 전념 치료 집단의 외상후 스트레스 증상이 통제집단에 비해 치료 후 더 감소될 것이라는 가설 1이 부분적으로 지지되었다. 외상후 스트레스 증상의 하위변인을 통해 치료의 효과를 구체적으로 살펴보고자 하였는데, 재경험, 회피, 과각성, 정서적 무감각 영역을 살펴보면, 재경험은 유의하게 감소하지 않았지만, 회피와 각성 및 정서적 무감각은 유의하게 감소되었다. 이는 재경험은 여전히 유지되고 있지만 그에 대한 회피를 하지 않고 있으며, 재경험을 하더라도 이전의 과각성 상태인 수면곤란, 신경질, 짜증, 긴장상태에서 완화되었고, 정서적으로 무감각해지지 않음을 나타낸다. 수용 전념 치료를 대인외상에 적용한 Orsillo와 Batten(2005)의 연구에서도 베트남 전쟁에 참전하여 PTSD 증상을 보고한 내담자가 더 이상 공황발작을 일으키지 않고 그동안 회피했던 여러 경험들(대인관계)에서 기꺼이 행동하며 전념하는 행동을 하게 되었다. 이처럼 수용 전념 치료를 통해 경험적으로 회피하지 않고 전념하는 행동을 함으로써 자연스럽게 PTSD 증상에서 유의한 감소를 나타낼 수 있었던 것으로 보인다. 이는 외상후 스트레스 증상을 경험하고 있는 북한 이탈 주민에게 MBSR 프로그램을 적용한 최현옥과 손정락(2010)의 연구에서 치료 이후에 외상후 스트레스 증상이 전혀 감소되지 않았던 결과와 비교

해볼 때 더욱 의미있는 성과라고 할 수 있다.

둘째, 수용 전념 치료 집단의 복합 외상후 스트레스 증상이 통제집단에 비해 치료 후 더 감소될 것이라는 가설 2가 부분적으로 지지되었다. 복합 외상후 스트레스 증상의 하위변인, 즉, 정서적 각성 기능, 주의력 및 의식기능, 자기인식, 대인관계, 신체화 및 의미체계의 변화를 살펴보면, 정서적 각성조절 기능, 신체화에서 유의하게 감소했고 의미체계에서 유의하게 증가했으나, 대인관계, 주의력 및 의식기능, 자기인식에서는 유의한 감소가 나타나지 않았다. 수용 전념 치료 집단의 복합 외상후 스트레스 증상이 통제집단에 비해 치료 후 더 감소될 것이라는 가설 2가 부분적으로 지지된다. 이러한 결과에서 의미체계에서의 변화는 수용 전념 치료에서 그동안 자신이 부정적인 사건에 융합되어 많은 시간과 에너지를 소모하고 있었음을 깨닫고 자신이 원하는 삶을 가치 평가 정지를 통해서 우선순위를 매기고 구체적으로 기록하는 시간을 통해서 향상되었을 가능성이 있다. 또한 정서적 각성조절 기능에서는 변화는 Luxenberg 등(2001)이 복합 외상의 5가지 영역의 변화 중에서도 정서조절의 변화를 가장 먼저 언급하며 그 중요성을 이미 강조하였다. 이는 수용 전념 치료가 복합 외상의 정서적 각성에 효과가 있다는 것을 나타낸다. 또한 신체화에서도 감소가 나타났는데 마음챙김 명상이 그동안 주의를 기울이지 않았던 신체적 감각에 대해 주의를 기울이도록 도움을 주었을 가능성이 있다. 또한 신체화의 원인은 해결되지 못한 내적 갈등이 외부로 표출되는 것으로 보는데, 치료회기 전체가 내적 경험에 대한 수용을 통해 심리적인 유연성의 증진을 도모하기 때문에 기존의 내적인 사건에 대해 수용하게 되었고, 이로 인해 신체화에서도 유

의하게 감소되었을 가능성이 있다. 대인관계의 경우에는 프로그램에서 사회성을 키워주는 치료적 요소가 부재했기 때문으로 생각된다. 추후에는 대인관계향상 프로그램과 같은 회기를 추가적으로 구성해야 할 것으로 보인다. 한편 주의력 및 의식기능의 하위 변인에서 기억력 상실과 일시적인 해리와 이인화의 경우에는 4주간의 짧은 시간으로 효과를 보기에 어려움이 있었던 것으로 보인다. 자기인식에서의 변화에서는 수용 전념 치료에서는 기존의 치료들처럼 부정적인 자기 인식을 변화시키는 것에 중점을 두지 않고, 단지 그러한 부정적인 인식이 단지 생각일 뿐이라는 것을 깨닫게 하는 것이다. 이로 인해 유의한 감소가 나타나지 않았을 가능성이 있다.

셋째, 수용 전념 치료 집단의 부정적 인지가 통제집단에 비해 치료 후 더 감소될 것이라는 가설 3이 지지되었다. 여기에서는 자신, 세상, 자기비난의 세 가지 부정적인 인지에 대해서 측정하고 있는데, 특히 자신에 대한 부정적 인지에서는 미래 및 가치에 관한 부정적인 자기, 외상반응과 관련된 부정적 자기, 자기비난, 대처능력 등 다양한 측면을 포괄하고 있기 때문에(조용래, 2012) 수용전념치료에서는 부정적인 인식 내용을 직접 변화시키는데 초점을 두지 않았음에도 불구하고, 인지적 탈융합 기법 등을 통하여 그러한 인지에 대하여 일정한 거리를 두게 됨으로써 결과적으로 부정적 인지가 감소된 것으로 추정된다. 따라서 부정적 인지가 복합 외상후 스트레스 증상의 발현과 유지에 큰 영향을 미친다는 연구들을 살펴볼 때 이와 같은 결과는 복합 외상후 스트레스 증상의 치료에 큰 도움이 될 가능성이 있다.

넷째, 수용 전념 치료 집단의 정서 조절곤

란은 통제집단에 비해 치료 후 더 감소될 것이라는 가설 4가 지지되었다. 위와 같은 결과는 수용 전념 치료 프로그램의 알아차림과 생각과 감정에 거리를 두며 바라보기 등을 통해 정서적 각성이 증진되어 충동적 행동이나 부정적인 감정들을 통제하지 않고 있는 그대로 느낄 수 있는 연습들이 나타난 결과라고 생각한다. 부정적인 내적 사건을 사실로 믿는 경향이 감소되면서 생각은 생각이고 감정은 감정일 뿐 자기 자신과는 연관되어 있지 않다는 사실을 깨닫게 되면서, 자연스럽게 자신의 감정을 받아들이고 건강한 정서조절을 할 수 있게 된 결과에서 비롯되었을 가능성이 있다.

다섯째, 수용 전념 치료 집단의 수용 행동은 통제집단에 비해 치료 후 더 증가될 것이라는 가설 5가 지지되었다. 치료 프로그램에서 회피와 통제의 역기능을 회기 초반에 충분히 인지하고 무망감을 경험하는 것이 영향을 주었을 가능성이 있다. 이후 경험적으로 회피하고자 하는 마음이 들 때 회피하지 않고 부정적인 경험이나 감정들을 기꺼이 경험하는 것이 수용 행동을 증가시키는데 영향을 미쳤을 것으로 보인다.

연구 결과에 기초하여 본 연구의 의의 및 시사점을 살펴보면 다음과 같다. 첫째, 4주간의 짧은 기간 동안에 진행되었음에도 불구하고 치료집단 참가자들의 외상후 스트레스 증상과 복합 외상후 스트레스 증상과 관련 변인들이 통제집단에 비해 확실히 감소된 것이다.

둘째, 대인외상의 치료로서 수용 전념 치료 프로그램의 적용 가능성을 제시하였다. 국내에서는 대인외상경험자의 복합 외상후 스트레스 치료에 수용 전념 치료 프로그램을 적용했던 연구가 없었다. 본 연구에서는 기존의 PTSD 연구에서 다루은 우울과 불안 변인 외



에도 외상후 부정적 인지와 정서조절곤란의 변인까지 포함하여 수용 전념 치료의 효과를 보다 명확하게 확인할 수 있게 하였다.

셋째, 그동안 대인 외상 치료에서 제외되었던 복합 외상후 스트레스 장애로 진단받은 대상을 포함하여 치료했다는 점이다. 지금까지 대인외상 경험자를 대상으로 한 국내외 연구에서는 일반적으로 외상후 스트레스 척도만을 적용하여 대상을 선별하고 이후 결과를 측정해왔다. 이는 Orsillo와 Batten(2005)의 연구에서도 마찬가지로 PTSD의 증상(재경험, 과각성, 회피)과 경험회피라는 두 가지의 변인만으로 치료의 효과를 평가했다는 한계점을 지니고 있었다. 이 연구 논문은 대인외상 경험자가 이후에 나타낼 수 있는 외상후 스트레스 장애와 복합 외상후 스트레스 장애 두 가지 모두를 포함하기 위해서 두 개의 외상 진단 척도를 사용하여 대상을 선별하였다. 이후 결과에서도 외상후 스트레스 척도의 4가지 하위변인과 함께 복합 외상후 스트레스 증상 척도의 6가지 하위변인들을 통해 치료가 어떠한 변인에 영향을 주었는지 구체적인 파악이 가능하다.

본 연구의 제한점과 후속연구에 대한 제언은 다음과 같다. 첫째, 본 연구가 대학교에서 진행됨으로 인해 대인 외상을 경험한 대학생들에게 치료효과가 국한되어 있어 다른 집단에 일반화시키기 어렵다. 또한 대상의 특성상 정상적인 생활이 가능하고 부적응도 임상 집단에 비해 심하지 않다. 따라서 후속연구에서는 대인외상에 대한 수용 전념 치료를 다양한 연령을 포함한 집단에 실시하여 대인외상이 연령대별 차이가 있는지와 PTSD 진단을 충족시키는 임상 환자 집단에 적용되어 치료의 효과성에 대한 검증이 필요할 것으로 보인다.

둘째, 수용 전념 치료 집단과 통제 집단으로 나누어 비교하였는데, 다른 프로그램의 대조집단과 비교하지 못했다. 즉, 통제집단이 단순히 비 처치집단이기 때문에 따르는 제한점이 있다. 따라서 후속연구에서는 대인외상에 대한 수용 전념 치료 프로그램과 다른 치료프로그램들을 비교하여 연구한다면 어떠한 치료가 더 효과적인지 알아볼 수 있을 것이다.

셋째, Orsillo와 Batten(2005)의 연구에서는 외상과 관련된 사고, 감정 및 상황에 대해서 회피하거나 탈출하려는 적극적인 노력이 PTSD의 핵심적인 심리적 과정이고(American Psychiatric Association, 1994), 회피와 억압과 같은 비효율적인 대처방법이 이러한 증상을 더욱 악화시키거나 유지시키는 변인임을 언급하며, PTSD 증상과 회피의 상호유기적인 연관성에 대해 충분히 논의하였다. 이와 달리 본 연구에서는 각 변인들간의 연관성이 드러나기보다는 각각의 변인을 별개로 기술하고, 치료결과에 대한 논의에서도 각각의 변화를 평가하는 수준에 그쳤다. 추후 연구에서는 기존 연구자료에 근거하여 각 변인들간의 연관성을 미리 파악한 후에 이러한 연관성을 바탕으로 가설을 설정하고, 변인간의 인과관계를 명확하게 검증해보는 것이 연구의 의의를 높일 수 있을 것으로 생각된다. 이와 마찬가지로 치료의 특성상 각 회기별에 해당하는 치료기제가 정해져 있는데, 각 회기마다 이러한 치료기제를 측정하여 결과에 영향을 미치는 특정한 치료기제를 탐색하는 것도 연구적 의미가 클 것으로 생각되며, 이를 통해서 상기 기술한 변인간의 인과관계도 명확하게 파악할 수 있을 것으로 예상된다.

넷째, 본 연구는 프로그램 진행자와 연구자가 동일하였으므로 연구자의 기대효과가 프로

그램 결과에 작용할 가능성이 크다. 추후 연구에서는 이를 개선하기 위하여 연구자와 치료자를 분리하여 반복 검증할 필요가 있다.

### 참고문헌

- 김유리 (2011). 청소년의 아동기 외상경험이 또래관계 질에 미치는 영향: 심리도식을 매개변인으로. 경성대학교 교육대학원 석사학위 청구논문.
- 문현미 (2005). 심리적 수용 촉진 프로그램의 개발과 효과: 수용-전념 치료 모델을 중심으로. 가톨릭대학교 대학원 박사학위 청구논문.
- 박나영 (2010). 청소년의 외상경험과 복합 외상 증상 및 성격 특성간의 관계. 이화여자대학교 대학원 석사학위 청구논문.
- 안현의 (2005). 청소년의 외상 경험과 인지 변화에 관한 연구. 청소년상담연구, 13(1), 31-41.
- 안현의 (2007). 복합외상(complex trauma)의 개념과 경험적 근거. 한국심리학회지: 일반, 26(1), 105-119.
- 윤호균 (2005). 심리 상담의 치료적 기제. 한국심리학회지: 상담 및 심리치료, 17(1), 1-13.
- 은현정, 이선미, 김태형 (2001). 일 도시 지역의 외상후 스트레스 장애 역학조사. 신경정신의학, 40, 581-591.
- 장진이, 조하나 (2009). 자기체계의 손상으로 본 복합외상증후군. 한국심리학회지: 일반, 28(2), 283-301.
- 정지선 (2008). 학교폭력 피해 청소년의 복합 외상후 스트레스 증상. 이화여자대학교 대학원 석사학위 청구논문.
- 조용래 (2005). 한국판 외상 후 인지 검사 of 요인구조와 수렴 및 변별타당도: 외상경험 대학생들을 대상으로. 인지행동치료, 12(3), 369-391.
- 조용래 (2007). 정서조절곤란의 평가: 한국판 척도의 심리 측정적 속성. 한국심리학회지: 임상, 26, 1015-1038.
- 주혜명 (2012). 경찰의 직무스트레스 해소 및 치료를 위한 수용전념치료(ACT)프로그램 활용에 관한 연구. 한국경찰연구, 11(3), 185-216.
- 지은혜 (2009). 외상경험 대학생들의 외상 관련 부정적 인지와 정서조절곤란이 외상후 스트레스 장애 증상에 미치는 영향. 한림대학교 대학원 석사학위 청구논문.
- 최현옥, 손정탁 (2010). 한국형 마음챙김에 기반한 스트레스 감소(K-MBSR) 프로그램이 북한이탈주민의 외상후 스트레스 증상, 경험회피 및 수치심에 미치는 효과. 한국심리학회지: 건강, 16(4), 469-482.
- Abramowitz, J. S., Tolin, D. F., & Street, G. P. (2001). Paradoxical effects of thought suppression: a meta-analysis of controlled studies. *Clinical Psychology Review*, 21(5), 683-703.
- Allen, J. G. (2001). *Traumatic relationships and serious mental disorders*. UK: Wiley.
- Allen, J. G. (2005). *Coping with trauma: Hope through understanding* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1994). *The diagnostic and statistical manual of mental disorder* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Batten, S. V., & Hayes, S. C. (2005). Acceptance and commitment therapy in the treatment of

- comorbid substance abuse and post-traumatic stress disorder: A case study. *Clinical Case Studies*, 4(3), 246-262.
- Beck, A. T. (1970). Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy. *Behavior Therapy*, 1(2), 184-200.
- Bolton, D., & Hill, J. (1996). *Mind, meaning, and mental disorder: The nature of causal explanation in psychology and psychiatry*. US: Oxford University Press.
- Bond, F. W., & Bunce, D. (2003). The role of acceptance and job control in mental health, job satisfaction, and work performance. *Journal of Applied Psychology*, 88(6), 1057-1067.
- Bryant, R. A., Felmingham, K., Kemp, A., Das, P., Hughes, G., Peduto, A., & Williams, L. (2008). *Amygdala and ventral anterior cingulate activation predict treatment response to behaviour therapy for post-traumatic stress disorder*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Cahill, S. P., Foa, E. B., Hembree, E. A., Marshall, R. D., & Nacash, N. (2006). Dissemination of exposure therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 19(5), 597-610.
- Cole, P. M., Michel, M. K., & Teti, L. P. (1994). The development of emotion regulation and dysregulation: A clinical perspective. In N. A. Fox (Ed.), *The development of emotion regulation. Biological and behavioral considerations*(pp.73-100). *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, 2-3.
- Cusack, K. J., Grubaugh, A. L., Knapp, R. G. & Frueh, B. C. (2006). Unrecognized trauma and ptsd among public mental health consumers with chronic and severe mental illness. *Community Mental Health Journal*, 42, 487-500.
- Ehlers, A., & Clarks, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319-345.
- Erdelyi, M. H., & Goldberg, B. (1978). Let's not sweep repression under the rug. Toward a cognitive psychology of repression. In J. F. Kilhlstrom & F. J. Evans(Eds.), *Functional disorders of memory* (pp.355-402). Hillsdale, New Jersey: Erlbaum.
- Foa, E. B., Cashman, L., Jaycox, L., & Perry, K. (1997). The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: The posttraumatic diagnostic scale. *Psychological Assessment*, 9, 445-451.
- Foa, E. B., Dancu, C. B., Hembree, E. A., Jaycox, L. J., Meadows, E. A., & Street, G. P. (1999). A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing posttraumatic stress disorder in female assault victim. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 194-200.
- Foa, E. B., Ehlers, A., Clark, D. M., Tolin, D. F., & Orsillo, S. M. (1999). The posttraumatic cognition inventory(PTCI): Development and validation. *Psychological Assessment*, 11, 303-314.
- Foa, E. B., & Riggs, D. S. (1993). Posttraumatic stress disorder in rape victims. *American Psychiatric Press Review of Psychiatry*, 12, 273-303.
- Foa, E. B., & Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the trauma of rape*. New York, NY: Guilford

- Press.
- Ford, J. D., & Kidd, P. (1998). Early childhood trauma and disorders of extreme stress as predictors of treatment outcome with chronic ptsd. *Journal of Traumatic Stress, 11*, 743-761.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 26*(1), 41-54.
- Greenberg, L. (1994). Acceptance in experiential therapy. In S. C. Hayes, N. S. Jacobson, V. M. Follette, & M. J. Dougher(Eds.), *Acceptance and change: Content and context in psychotherapy*(pp.53-72). Reno, NV: Context Press.
- Grunert, B. K., Matloub, H. S., Sanger, J. R., & Yousif, N. J. (1990). Treatment of posttraumatic stress disorder after work-related hand trauma. *The Journal of Hand Surgery, 15*(3), 511-515.
- Grunert, B. K., Smucker, M. R., Weis, J. M., & Rusch, M. D. (2003). When prolonged exposure fails: Adding an imagery-based cognitive restructuring component in the treatment of industrial accident victims suffering from ptsd. *Cognitive and Behavioral Practice, 10*(4), 333-346.
- Hinton, D. E., Pich, V., Hofmann, S. G., & Otto, M. W. (2013). Acceptance and mindfulness techniques as applied to refugee and ethnic minority populations with ptsd: Examples from “culturally adapted cbt”. *Cognitive and Behavioral Practice, 20*(1), 33-46.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York, NY: Free Press.
- La Greca, A. M., Silverman, W. K., Vernberg, E. M., & Prinstein. M. J. (1996). Symptoms of posttraumatic stress in children after hurricane andrew: A prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 712-713.
- Luxenberg, T., Spinazzola, J., & van der Kolk, B. A. (2001). Complex trauma and disorders of extreme stress(DESCNOS) diagnosis, part one: Assessment. *Directions in Psychiatry, 21*, 373-414.
- Orsillo, S. M., & Batten, S. V. (2005). Acceptance and commitment therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Behavior Modification, 29*-95.
- Pelcovitz, D., van der Kolk, B., Roth, S., Mandel, F., Kaplan, S., & Resick, P. (1997). Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress (SIDES). *Journal of Traumatic Stress, 10*, 3-16.
- Richards, D. A., & Rose, J. S. (1991). Exposure therapy for post-traumatic stress disorder. *British Journal of Psychiatry, 158*, 836-840.
- Rothbaum, B. O., Foa, E. B., Murdock, T., Riggs, D., & Walsh, W. (1992). A prospective examination of post-traumatic stress disorder in rape victims. *Journal of Traumatic Stress, 5*, 455-475.
- Seal, K. H, Maguen, S, Cohen, B, Gima, K. S, Metzler, T. J, Ren, L, & Marmar, C. R. (2010). VA mental health services utilization in Iraq and Afghanistan veterans in the first

- year of receiving new mental health diagnosis. *Journal of Traumatic Stress*, 23, 5-16.
- Sheeran, T., & Zimmeran, M. (2002). Screening for posttraumatic stress disorder in a general psychiatric outpatient setting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 961-966.
- Terr, L. C. (1992). Childhood traumas: An outline and overview. In M. E. Hertzig & E. A. Farber (Eds.), *Annuals progress in child psychiatry and child development* (pp.165-186). New York, NY: Brunner/Mazel.
- Tull, M. T., Barrett, H. M., McMillan, E. S., & Roemer, L. (2007). A preliminary investigation of the relationship between emotion regulation difficulties and posttraumatic stress symptoms. *Behavior Therapy*, 38, 303-313.
- van der Kolk, B. A. (2005). Developmental trauma disorder. *Psychiatric Annals*, 35, 401-402.
- Wegner, D. M. (1989). *White bears and other unwanted thoughts*. New York, NY: Viking.
- Wegner, D. M., Schneider, D. J., Carter, S. R., & White, T. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 5-13.
- 원고접수일 : 2014. 02. 07.  
수정원고접수일 : 2015. 02. 24.  
게재결정일 : 2015. 03. 27.

## **Effects of Acceptance and Commitment Therapy(ACT) on Posttraumatic Stress Symptoms and Complex Posttraumatic Stress Symptoms of College Students with Interpersonal Trauma**

**Su-jin Joo**

**ChongNak Son**

Department of Psychology Chonbuk National University

The purpose of this study was to verify the effects of Acceptance and Commitment Therapy(ACT) on posttraumatic stress symptoms and complex posttraumatic stress symptoms of college students with interpersonal trauma. College students completed Posttraumatic Stress Diagnostic Scale, Complex Posttraumatic stress Symptoms Scale, Posttraumatic Cognitions Inventory, Difficulties in Emotion Regulation Scale, and Acceptance & Action Questionnaire-16. Twenty-four students(treatment group  $n=12$ , control group  $n=12$ ) participated in this study, ACT program was administered for eight sessions. Posttraumatic stress symptoms, complex posttraumatic stress symptoms, negative cognition, emotion dysregulation and acceptance action were assessed at pre-test, post-test, and at 8 weeks follow-up periods. The results of this study were as follows: Posttraumatic stress symptoms, complex posttraumatic stress symptoms, negative cognition, emotion dysregulation decreased in the therapy group more than in the control group, whereas acceptance action increased in the therapy group. The findings of this study suggest that ACT may effective on improving posttraumatic stress symptoms and related psychological vulnerability factors of college students with interpersonal trauma. Finally, the implications and limitations of this study, along with suggestions for future study were discussed.

*Key words : Posttraumatic Stress Disorder, Complex Trauma, Negative Cognition, Emotion Dysregulation, Acceptance Action, Acceptance and Commitment Therapy (ACT)*