

수용적 긍정심리치료가 우울한 대학생의 우울 증상 및 행복에 미치는 효과: 경험 회피와 정서비율의 매개효과*

이진주[†]

서울대학교병원 소아청소년정신과

김은정[‡]

아주대학교 심리학과

본 연구에서는 긍정성에 대한 개입과 부정성에 대한 수용적 개입을 통합하여 ‘수용적 긍정심리치료’를 개발하여, 우울한 대학생을 대상으로 그 효과를 검증하고 변화기제를 규명하고자 하였다. 수용적 긍정심리치료란, 우울증에 수반되는 정서적 고통을 수용하고, 지금 여기에서 긍정 정서를 온전히 경험할 수 있도록 개입 하는 것이다. 변화기제로는 선행연구들을 참고하여 경험 회피와 정서비율을 매개 변인으로 상정하여, 그 매개효과를 검증하였다. 수용적 긍정심리치료집단 36명은 개입 전후에 우울, 행복, 긍정 정서, 부정 정서, 경험 회피 및 수용에 대한 사전, 사후, 추후 평가를 받았다. 무처치 통제집단 41명은 동일한 기간에 사전, 사후, 추후 평가를 받았다. 연구결과, 수용적 긍정심리치료집단은 무처치 통제집단에 비해 우울 증상이 호전되었으며, 행복이 증진되었다. 또한 본 치료의 효과에 영향을 미치는 매개모형을 검증한 결과, 수용적 긍정심리치료가 우울 증상 완화에 미치는 경로를 경험 회피의 감소와 긍정 정서비율의 증가가 순차적으로 매개하였다. 논의 부분에서는 연구 결과와 수용적 긍정심리치료의 의의 및 제한점에 대해 논의하였다.

주요어 : 수용적 긍정심리치료, 우울, 경험 회피, 수용, 행복, 긍정 정서, 부정 정서

* 본 연구는 2010년도 한국장학재단의 국가연구장학금(인문사회계)에 의해 수행되었으며, 제 2저자의 지도를 받은 제 1저자의 석사학위 청구논문을 수정·정리한 것임.

† 현재 서울대학교병원 소아청소년정신과에 근무하고 있음.

‡ 교신저자(Corresponding Author) : 김은정 / 아주대학교 심리학과 / (443-749) 경기도 수원시 영통구 월드컵로 206 / Tel : 031-219-2737 / E-mail : kej@ajou.ac.kr

우울증은 흥미와 즐거움 저하, 지속적인 우울한 기분을 특징으로 하는 기분 장애이다. 우울증이 있는 사람은 인생의 비관적이고 부정적인 측면에 대해서는 민감하게 받아들이며, 부정적인 생각과 감정을 반추하므로 우울한 기분이 증폭된다. 반면, 이들은 우울증을 완충할 수 있는 인생의 흥미, 즐거움, 희망, 열정, 자신감 등의 긍정적인 부분에 대해서는 매우 둔감하다. Seligman, Rashid와 Parks(2006)는 우울증을 치료하기 위해 긍정심리학을 이용한 긍정심리치료(positive psychotherapy)를 개발하였다. 긍정심리치료는 Seligman(2002)의 행복이론에 기초하고 있으며, 그는 행복이란 개념이 '즐거움', '적극적인 삶', '의미있는 삶'의 세 가지 요소로 구성될 수 있음을 제안했다. 긍정심리치료의 기본 가정은, 우울증은 부정적 증상들을 감소시키는 방법으로 치료할 수도 있지만 긍정 정서, 강점 그리고 삶의 의미를 주로 다루고, 직접적으로 증진시킴으로서도 치료할 수 있다는 것이다(Seligman, Rashid, & Parks, 2006). 긍정심리치료 이전의 많은 심리치료가 '우울한 것에서 벗어나기'라는 것에 초점을 두고 있었다면, 긍정심리치료는 '행복해질 수 있다'에 초점을 두고 있다. 즉, 전자가 왜 우울하고, 어떻게 우울을 줄일 수 있을 것인가에 목적을 둔 우울증에 대한 방어적인 개입이라면, 후자는 우울한 내담자에게 삶의 의미와 즐거움 및 적극성을 갖게끔 개입함으로써, 내담자 인생의 행복한 측면을 발달시키고 우울증을 예방하는 보다 적극적이고 능동적인 개입이다.

Seligman(2002)의 행복이론을 바탕으로 한 긍정심리치료는 국내외 여러 연구에서 우울증치료 뿐만 아니라 행복을 증진시키는데 효과적이었다(임영진, 2010; Seligman, Rashid, & Parks,

2006). Sin과 Lyubomirsky(2008)가 4,266명을 대상으로 한 51개의 연구에 대해 수행한 메타분석에 의하면, 긍정심리개입의 효과는 전통적인 심리치료, 약물치료와 병행한 전통적인 심리치료, 인지행동 치료에 비해 우울증 회복률이 유의미하게 더 높았다. 이렇게 긍정적 정서 및 특질이 정신병리와 삶의 만족에 중요한 예측요인이 되면서, 부정적 특징에만 초점을 맞춰오던 기존의 시각에서 벗어나 내담자의 긍정적인 부분에도 관심을 갖게 되는 긍정심리개입이 부상하게 되었다. 즉, 인간의 긍정적 측면과 부정적 측면에 동일한 비중을 두고 균형을 맞춰 고통의 임상적 수준의 이해와 치료를 다루고자 하는 움직임이 나타나기 시작한 것이다(Wood & Tarrier, 2010).

그러나 긍정심리치료에서는 아직 균형적인 관점에서 어떻게 부정성을 다루어야 하는지에 대한 대안은 제시하지 않고 있으며, 긍정 상태를 증진시키고 긍정 특질을 개발하는 개입에만 초점을 두고 있다. 이럴 경우 긍정심리치료가 내담자에게 긍정성만을 강조하는 것으로 오해될 소지가 있으며, 부정성을 다루지 않음으로써 다음의 두 가지 문제점들이 나타날 수 있다. 첫째, 긍정성만을 강조하는 개입은 일상생활에서 경험하게 되는 부정성에 대해 부정하고, 회피하고, 억압하는 방식으로 전락할 수 있다(김정호, 2010). 즉, 우울증을 앓고 있는 사람들에게 우울한 감정은 핵심 정서인데, 이를 어떻게 해결할지 다루지 않은 상태에서 긍정적인 정서만을 느끼라는 개입은 자기-기만적인 방식으로 긍정 왜곡을 발달시킬 수 있는 여지가 충분하며, '경험 회피(experiential avoidance)'를 조장할 수 있다. 경험 회피는 자신에게 발생되는 특정한 내적 경험(사고, 정서, 감각, 충동, 기억 등)을 기꺼이 받

아들이기 보다는 회피하려는 경향성이다(이훈진, 2009; Hayes, Wilson, Gifford, Follette, & Strosahl, 1996). 경험을 있는 그대로 받아들이지 않고 통제하려는 시도를 반복적으로 할 경우 단기적으로는 우울 감소와 같은 원하는 결과를 얻기 때문에 부적으로 강화된다. 그러나 이것은 내적 경험에 직면하여 문제를 해결한 것이 아니며, 회피를 통해 얻는 마술적인 통제감에 불과하므로 장기적으로는 우울증에 더 취약해 지는 부작용을 일으킬 수가 있다. 정서를 억제하면 기분 회복이 오래 걸리고 더 큰 불편을 경험하기 때문이다(이훈진, 2009; Campbell-Sills, Barlow, Brown, & Hofmann, 2006; Tull, Gratz, Salters, & Roe, 2004). 따라서 이런 부작용을 줄이고, 대안을 세울 필요가 있다.

둘째, 사람들은 긍정 정서보다 부정 정서의 영향을 더 크게 받는 부정성 편향(negativity bias)을 가지고 있기 때문에 부정 정서가 핵심인 우울한 내담자들에게는 부정성의 영향을 줄이려는 노력을 함께 기울일 필요가 있다(Baumeister, Bratslavsky, Finkenauer, & Vohs, 2001; Rozin & Royzman, 2001). Fredrickson(2004)의 확장과 수립이론(Broaden-and-Build theory)에 의하면, 긍정 정서와 부정 정서는 상대적인 것으로 긍정 정서를 높이는 개입을 통해 부정 정서의 영향을 줄일 수 있으며, 이러한 완충 효과가 일어나기 위해서는 긍정 정서 대 부정 정서의 비율이 3:1이어야 한다(Fredrickson, 2009). 여기서 중요한 것은, 긍정개입을 통해 아무리 긍정 정서를 높이더라도 부정 정서가 절대적으로 높은 사람들은 긍정 정서 대 부정 정서의 비율이 결코 3:1이 될 수 없다는 것이다. 가령, PANAS(Positive Affect and Negative Affect Schedule, Watson, Clark, & Tellegen, 1988)에서 부정 정서에 만점을 받은 사람은 개입을

통해 긍정 정서 점수에 만점을 받더라도 긍정 정서 대 부정 정서의 비율은 1:1이 될 것이다. 이럴 경우 긍정 정서의 완충효과를 기대할 수 없기 때문에 우울을 감소시킨다는 목적을 가진 긍정개입의 효과가 저하될 것이다. 따라서 부정 정서가 주된 문제인 우울한 내담자들에게도 긍정심리치료가 효과가 있으려면 반드시 부정 정서의 영향력을 낮추기 위한 개입을 동반해야 한다는 것이다. 부정 정서를 다루는 개입과 긍정 정서를 증진시키려는 개입을 동시에 할 때, 긍정 정서 대 부정 정서비율을 효율적으로 향상시킬 수 있을 것이다.

부정성에 대한 긍정심리치료의 관점과 수용적 관점의 통합

본 연구에서는 긍정성에 대한 개입과 부정성에 대한 개입의 균형을 첫 번째 목표로 삼고, 긍정심리개입과 수용적 개념을 통합하고자 하였다. 수용적 관점은 긍정심리학적 관점과 상충되지 않는 선에서 부정성에 대한 영향력을 줄여주기 때문에 유용하다. 이 두 이론에서는 개인의 부정적 경험이나 정서 자체를 문제로 보는 것이 아니라, 이에 대한 부적절한 대처가 문제라는 공통적인 가정을 한다. 두 이론의 차이가 있다면, 부정성의 영향력을 극복하기 위한 개입 방식에 있다. 긍정심리개입에서는 부정성 보다는 긍정성에 초점을 두고 이를 증진시키는 방법을 사용하는 반면, 수용적 관점에서는 심리적 고통의 원인이 되는 내적 경험을 회피하거나 통제하려고 시도하지 않고, 그런 경험들을 있는 그대로 기꺼이 경험하고 알아차리는 것을 강조한다. 각 치료는 독립적으로도 우울 및 부정성을 감소시키고 행복감과 만족감을 증진 시키지만, 두

치료기법이 통합된다면 긍정 정서의 비율이 더 빨리 높아지는 시너지 효과가 있을 것으로 기대된다. 이는 앞에서 언급한 바 있듯이 긍정 정서의 가치는 긍정 정서의 양이 부정 정서의 양에 비해 상대적으로 얼마나 많은가에 따라 좌우되기 때문에 부정 정서를 줄이는 것은 긍정 정서의 비율을 높이는 가장 빠르고 효과적인 방법일 수 있다(Fredrickson, 2009). 김정호(2010)는 자칫 정적이고 수동적일 수 있는 마음챙김명상에 긍정심리치료의 행동적 요인을 통합한다면, 부정성을 다루면서 동시에 건강하게 긍정성을 증진시킬 수 있을 것이라고 주장했다. 즉, 경험 회피나 긍정 왜곡을 조장하지 않으면서 긍정적 태도로의 변화까지 가능하다는 것이다. 또한, 긍정심리학자인 Shearon(2009)은 마음챙김의 관점에서 정서를 비판단적으로 관찰하고 경험할 것을 강조하면서, 긍정심리개입과 마음챙김개입의 통합을 언급하였다. 이러한 통합적 접근의 맥락에서, 기존의 긍정심리치료에서 구체적으로 다루고 있지 않은 부정성에 대한 개입으로 수용 및 마음챙김의 개념을 도입하여 ‘수용적 긍정심리치료’를 개발하였다. 본 치료에서는 통제할 수 없는 우울한 감정과 싸우기 보다는 수용할 때 자신을 괴롭히는 우울증에서 벗어나 자신이 진정으로 원하는 삶, 즉 긍정적인 태도로의 변화가 가능하다고 제안한다.

수용적 긍정심리치료의 치료기제 검증

또한 본 연구에서는 수용적 긍정심리치료가 어떤 치료기제에 근거하여 우울 감소의 효과를 보이는지 검증하고자 하였다. 변화기제를 규명하기 위해, ‘경험 회피’와 ‘긍정 정서비율’을 매개변인으로 상정하고, 그 효과를 검증하

였다.

첫째, 앞서 긍정심리치료에서 보완해야할 측면으로 언급한 바 있는 경험 회피는 불쾌한 경험을 감소시키거나 불쾌한 경험에서 벗어나기 위해서 ‘의도적’으로 구사하는 심리적 노력의 일환으로, 우울이나 불안 등의 정신병리 증상을 악화시키는데 기여한다(김환, 이훈진, 2007; 문현미, 2006; 유성진, 권석만, 2013; Hayes & Strosahl, 2004). 이것은 개인이 어떻게 환경이나 경험에 반응하는지에 대한 개념이기 때문에 본질상 가역적이며, 개입을 통하여 변화의 여지가 있는 부분이다. 이런 맥락에서, 이미 많은 연구자들이 경험 회피를 감소시키기 위한 수용적 개입을 만들어 왔고, 이런 개입이 우울 증상을 완화시키는데 효과적이라고 검증되었다(문현미, 2006; Bohlmeijer, Fledderus, Rokx, & Pieterse, 2011; Flaxman & Bond, 2010; Gaudiano & herbert, 2006; Kocovski, Fleming, & Rector, 2009). 수용적 개입은 경험 회피를 감소시키며, 부정 정서의 영향력을 줄여주는 효과가 있기 때문에 우울 증상을 완화시킬 수 있다(Hayes & Strosahl, 2004). 수용이란 ‘지금 여기(here and now)’의 관점에서, 자신의 현 상태, 감정, 인지를 비판단적으로 인정하고 받아들이는 것이다. 비록 사고나 감정이 부정적이더라도 경험에 대해 개방적이고 수용적으로 대하면, 그러한 사고나 감정이 단순히 마음에서 지나가는 사건으로 평가된다. 부정적 생각을 그저 시간이 지나면 사라질 하나의 생각으로 받아들일 때, 그 위험은 이미 제거된 것이나 다름없다. 부정적 사고와 부정적 정서가 서로를 부추긴다는 사실을 놓고 볼 때, 부정적 사고를 증폭시키지 않음으로써 부정적 정서도 키우지 않을 수 있는 것이다(Fredrickson, 2009). 따라서 이것은 우울증적인 반추 과정으로부터

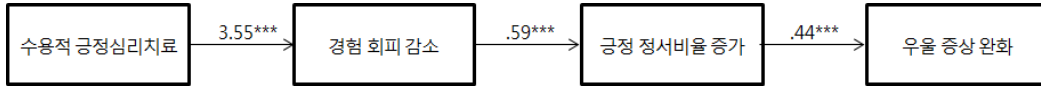
거리를 두는 효과가 있으며 현실에 기반한 긍정성을 추구할 수 있는 기본 전제가 된다. 수용적 개입을 경험적으로 연구한 결과에 따르면, 경험 회피가 줄어들면 부적 증상이 감소할 뿐만 아니라 주관적 안녕감과 삶의 질 같은 긍정 정서도 증가한다(김미하, 손정락, 2011; 문현미, 2006). 이훈진(2009)에 의하면 수용은 자존감과 삶의 만족도를 결정하는 유의한 설명 변인으로서 증상을 낮추고 동시에 자존감과 삶의 만족도를 높인다. 이는 인지적 탈융합과 수용을 통해 현재 삶에 더 잘 접촉하게 되면, 가치를 추구하는 전념적 행동이 가능해져서 삶이 질이 향상되기 때문인 것으로 여겨진다(문현미, 2006).

둘째, 긍정심리개입의 핵심 치료기제로 언급한 바 있는 긍정 정서비율의 변화는 개입으로 인해 개인이 지각하는 정서적 경험의 변화를 반영하는 변인이며, 긍정 정서의 경험 증가가 우울증을 완화시키는데 기여한다(Kashdan, Uswatte, & Julian, 2006). 긍정심리개입은 내담자의 강점과 긍정적 사건에 집중하고 향유하는 개입을 통하여 긍정 정서를 증가시키기 때문에 잘못된 일만을 되새겨서 반추하는 우울증적인 편향을 상쇄시킬 수 있다(김근향, 2010; 임영진, 2010; Seligman, Rashid, & Park, 2006). 확장과 수립이론에 의하면, 긍정 정서를 경험하게 되면 우리의 일시적인 사고 기능과 행동양식이 확장되며, 그 결과로서 얻어진 학습경험을 통해서 미래의 상황에 효과적으로 대처할 수 있는 인지적이고 정서적인 자원을 축적하게 된다(Fredrickson, 2001, 2004; Fredrickson & Branigan, 2005; Fredrickson & Levenson, 1998). 여기서 중요한 점은, 일시적인 긍정 정서로 유발된 대처자원과 학습경험은 정서상태가 종료된 이후에도 지속된다는 것이

다. 따라서 긍정 정서의 경험은 우울증에 영향을 줄 수 있는 생활 사건을 완충해 줄 것을 기대할 수 있으며, 우울증이 있는 사람이라도 긍정 정서를 경험하면 그들이 겪고 있는 고통을 줄여줄 수 있을 것이다(Davis, Nolen-Hoeksema, & Larson, 1998; Kashdan, Uswatte, & Julian, 2006).

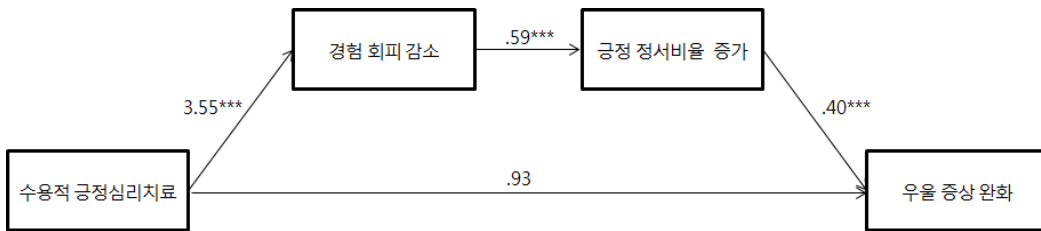
이러한 이론적 배경에 기초하여 본 연구에서는 수용적 긍정심리치료가 불쾌한 경험이나 감정을 피하고자 하는 ‘경험 회피’를 줄이며, 이로 인해 부정 정서의 영향력이 줄어들고, 부정정서에 비해 ‘긍정정서의 비율’이 증가하면서 우울증상의 완화에 기여한다는 이중매개 가설을 수립하였다. 즉, 수용적 긍정심리치료가 ‘경험 회피’의 감소와 ‘긍정 정서 비율’의 증가를 순차적으로 이끄므로써 우울 증상의 완화에 기여한다는 연구모형을 설정한 뒤, 구조방정식을 통하여 적합도를 검증하였다.

첫 번째 연구모형은 완전이중매개 모형으로, 그림 1에 제시하였다. 이 모형은 수용개념을 추가하여 기대되는 ‘경험 회피’의 감소효과와 긍정개입으로 기대되는 ‘긍정 정서비율’의 변화효과의 상호적인 치료적 역할을 명백히 보여주는 모형으로, 통합적 치료의 근거가 될 수 있다. 두 번째 연구모형은 부분이중매개 모형으로, 그림 2에 제시하였다. 이 모형은 두 매개변인의 인과관계와 더불어 치료 자체의 직접효과 경로가 여전히 유의미한 모형이다. 다음으로 경쟁적인 대안모형은 두 매개변인의 인과관계를 고려하지 않은 평형이중매개 모형으로, 그림 3에 제시하였다. 이 모형은 수용개입과 긍정심리개입의 구성요소가 각각 개별적으로 우울증 완화에 영향을 준다는 것이다. 이는 통합적 치료가 아닌, 기존의 수용개입과 긍정심리개입의 개별적인 치료 효과 검증 연



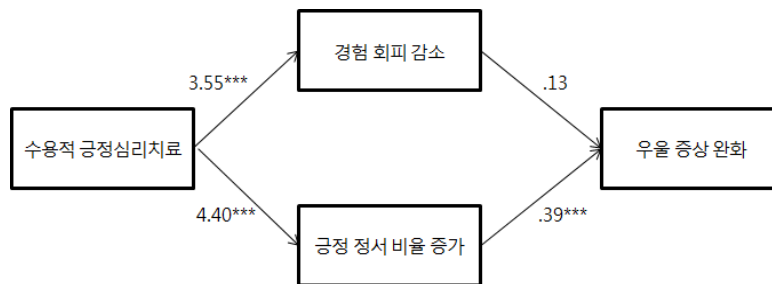
* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$, † $p < .10$

그림 1. 완전 이중 매개 모형과 표준화된 계수 추정치



* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$, † $p < .10$

그림 2. 부분 이중 매개 모형과 표준화된 계수 추정치



* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$, † $p < .10$

그림 3. 평행 이중 매개 모형과 표준화된 계수 추정치

구 결과에 근거한 것이다(김근향, 2010; 임영진, 2010; Seligman, Rashid, & Park, 2006; Sin & Lyubomirsky, 2008; Strosahl, & Robinson, 2010).

본 연구에서 검증하고자 하는 연구 가설은 다음과 같다.

가설 1. 수용적 긍정심리치료를 받은 집단은 치료를 받지 않은 통제집단에 비해 우울 증상이 더 완화될 것이며, 추후 측정에서도 우울 수준이 더 낮게 유지될 것이다.

가설 2. 수용적 긍정심리치료집단은 치료를 받지 않은 통제집단에 비해 행복이 더 증진될 것이며, 추후 측정에서도 행복 수준이 더 높게 유지될 것이다.

가설 3. 수용적 긍정심리치료와 우울간의 관계를 ‘경험 회피의 감소(수용)’와 ‘부정 정서에 대한 긍정 정서의 비율 증가’가 순차적으로 매개할 것이다.

방 법

참가자

본 연구의 참가자는 경기도 소재 대학교에서 심리학 교양과목을 수강하는 학생 158명을 대상으로 하였고, 이들에게 설문과 수용적 긍정심리치료 홍보를 실시하였다. 설문이나 수용적 긍정심리치료를 참여를 동의한 사람들 중에서, 정신과 치료중인 사람을 제외하고, 한국판 CES-D(Center for Epidemiological Studies-Depression Scale, 전경구, 최상진, 양병찬, 2001)가 16이상에 해당하는 사람을 포함시켰다. 전경구, 최상진, 양병찬(2001)에 의하면, CES-D 16점을 기준으로 임상적 우울증 환자와 정상인을 구분한다고 소개한 바 있으며, 이 기준에 따라 86명이 이 연구에 참여하였다.

이 중에서 치료에 참여를 원하는 41명을 수용적 긍정심리치료집단에 배정하였으며, 한 집단에 8-10명이 넘지 않도록 6개 집단으로 나누어 수용적 긍정심리치료를 진행하고, 사전, 사후, 추후 설문을 실시하였다. 그러나 이 중 5명은 개인적인 사정이나 사적인 이야기 개방의 어려움 등을 이유로 참석률이 저조하여 분석에서 제외하였다.

총 86명의 참가자 중에서 설문연구에만 동의한 45명은 무처치 통제집단에 배정하였고, 치료집단과 같은 시기에 사전, 사후, 추후 설문만 실시하였다. 이 통제집단에게는 본 프로그램에 참여하지 않아도 다른 곳에서도 심리적 서비스를 받을 필요가 있다는 점을 사후에 전달하였다. 이 중 4명은 사후나 추후 측정을 완수하지 못하여 분석에서 제외하였다. 이에 최종분석에는 총 77명(치료집단 36명, 통제집단 41명)의 자료가 사용되었다.

본 연구에서는 우울 증상 완화에 영향을 미치는 치료기제를 확인하기 위해, 구조방정식을 사용하여 이중매개효과를 검증하였는데, 자발적으로 치료에 참여를 희망한 사람들만 가지고는 분석에 필요한 사례수가 부족하여, 무선할당을 하지 못하였다. 이에 두 집단의 사전 동질성을 검증을 실시하였다. 두 집단의 인구통계학적 특성과 사전 동질성 검증결과를 표 4에 제시하였다. 두 집단의 성별, 연령, 우울, 행복, 수용, 긍정 정서, 부정 정서에서 통계적으로 유의미한 차이는 없었다.

측정 도구

긍정심리치료 척도(Positive Psychotherapy Inventory: PPTI)

Rashid(2008)가 Seligman(2002)의 행복 이론에 따라 행복 정도를 측정하는 척도를 개발하였고, 윤성민과 신희천(2010)이 번안하였다. 이 척도는 4점 척도이고, 즐거운 삶, 적극적인 삶, 의미있는 삶 등 3 요인으로 구성되며, 총 21 문항으로 이루어져 있다. 점수가 높을수록 행복의 정도가 높음을 의미한다. 내적 일관성(a)은 .87이었다.

수용 및 행동 질문지(The Acceptance and Action Questionnaire: AAQ)

이 척도는 Hayes와 Strosahl(2004)이 개발하고, 문현미(2006)가 번안한 것으로, 경험 회피 및 수용의 정도를 측정한다. 7점 척도로 되어 있으며, 높은 점수는 심리적 수용의 정도가 높음을 의미한다. 문항들은 내적 경험에 대한 경험 회피, 통제, 또는 부정적 평가에서 자유로운 정도인 심리적 수용, 정서적 고통에도 불구하고 행동할 수 있는 정도를 측정한다.

AAQ는 심리적 수용의 측정치로 사용된다. 부적방향으로 역산을 하면 경험 회피의 지표(R-AAQ)로도 사용되며, 점수가 높을수록 경험 회피가 높음을 의미한다. 내적 일관성(a)은 .82였다. 본 연구에서는 매개변인을 검증하기 위해, 사후(T2) 경험 회피점수에서 사전(T1) 경험 회피점수를 뺀 ‘경험 회피 감소량’을 계산하였고, 계산식은 다음과 같다.

$$RAAQchange = T2RAAQ - T1RAAQ$$

한국판 CES-D(Center for Epidemiological

Studies-Depression Scale)

Radloff(1977)가 우울을 측정하기 위하여 개발한 자기 보고형 질문지이다. 총 20문항으로 4점 척도 상에 평정하도록 되어있다. 본 연구에서는 전경구, 최상진, 양병찬(2001)이 개발한 통합적 한국어판 CES-D를 사용하였다. 내적 합치도 계수는 .81이었다.

긍정 및 부정 정서성 척도(Positive Affect and Negative Affect Schedule: PANAS)

Watson, Clark와 Tellegen(1988)이 개발한 20문항의 척도를 이현희, 김은정, 이민규(2003)가 번안하였다. 긍정 정서와 부정 정서 2요인(각 10문항)으로 구성되고, 5점 척도 상에 평정하도록 되어 있다. 본 연구에서는 긍정 정서비율점수(PArate)를 계산하였고, 계산식은 다음과 같다.

$$PArate = \frac{totalPA}{totalPA + totalNA} \times 100$$

긍정 정서의 비율점수가 50점일 때 부정 정서(totalNA)와 긍정 정서(totalPA)의 점수가 같음

을 의미하고, 긍정 정서의 비율점수가 50을 초과하여 높아질수록, 부정 정서에 비해 긍정 정서가 높다는 것을 의미한다. 본 연구에서는 매개변인을 검증하기 위해, 사후(T2) 긍정 비율점수에서 사전(T1) 긍정 비율점수를 뺀 ‘긍정 정서비율 증가량(PArate_change)’을 계산하였고, 계산식은 다음과 같다.

$$PArate_change = T2PArate - T1PArate$$

수용적 긍정심리치료

부정성에 대한 개입까지 통합한 긍정심리치료를 개발하기 위하여 국내외 우울증 치료에 대한 문헌조사를 실시하여, 핵심구성요소와 개입방법을 분석하였다. 먼저, Seligman(2002)의 행복이론에 근거한 긍정심리치료(Seligman, Rashid, & Parks, 2006)와 멘탈휘트니스(김진영, 고영건, 2009), 임영진(2010)의 긍정심리치료를 비교분석하여 핵심 구성요소인 즐거운 삶, 적극적인 삶, 의미있는 삶을 증진시키는 개입방식들을 참고하였다. 각 구성요소에 대하여 기존 프로그램에서 구현한 개입방법은 표 1에 정리하였다. 아울러, 기존의 긍정심리치료가 간과하고 있는 부정 정서에 대한 개입으로는 수용전념치료(Hayes & Strosahl, 2004)와 우울증 치유를 위한 마음챙김과 수용 치료(Strosahl & Robinson, 2010)를 토대로 ‘수용하는 삶’이라는 구성요소를 새롭게 도입하였다. 기존 프로그램 리뷰와 구성요소 분석, 통합적 긍정심리치료를 위한 구성요소 확정을 포함한 모든 개발 과정은 임상심리전공 교수의 지도 및 감독 하에 이루어졌다. 아울러, 임상심리전공 교수와 석사, 박사과정 학생이 참여한 긍정심리 세미나에서 상기 내용을 발표하고 논의하면서 프

표 1. 각 구성요소에 대해 기존 프로그램에서 구현한 개입방법 비교

연구	즐거운 삶	적극적인 삶	의미있는 삶
Seligman, Rashid, & Parks (2006)	감사하기, 낙관성, 희망, 향유하기 긍정 감정 함양하기, 만족감 키우기 긍정적 기억과 부정적 기억, 용서	대표강점	사랑과 친밀감 증진하기 시간이라는 선물 선사하기 충만한 삶 살아가기
김진영, 고영진 (2009)	감사하기, 낙관성, 희망, 용서 즐거운 경험 일기쓰기, 긍정 정서 함양	강점의 왕과 여왕 몰입	행복에 이르는 길 행복한 삶
임영진(2010)	감사하기, 낙관성, 희망, 용서	대표강점	친절, 사랑

로그래의 세부내용을 개발하였다. 그 이후에 서울 및 경기도 소재 대학생 7명을 대상으로 예비로 구성된 프로그램을 시행해 보고, 참가자로부터 구체적인 피드백을 받아 프로그램을 보완하는 과정을 거쳤다.

상기한 과정을 거쳐 개발한 수용적 긍정심리치료의 특징은 Seligman(2002)의 행복의 3요소인 ‘즐거운 삶’, ‘적극적인 삶’, ‘의미있는 삶’에 ‘수용하는 삶’을 새롭게 추가한 것이다. 수용적 긍정심리치료에서 제안하는 구성요소를 그림 4에 요약하였다.

수용하는 삶이란 부정적 사건 및 정서를 통

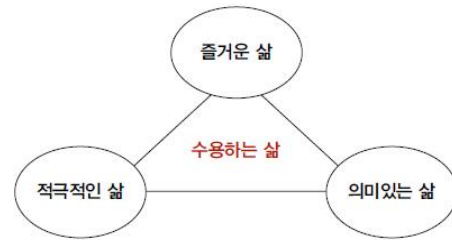


그림 4. 수용적 긍정심리치료의 구성요소

제하기 위해 사용했던 회피나 부인이 오히려 우울을 더 악화시키는 것으로 작용하는 것을 인식하고, 좋고 나쁜 것을 판단하지 않는 상태를 유지하면서, 현재 주어진 순간의 활동과

표 2. 수용하는 삶의 구성요소와 개입방법

세부 개념	정의 및 효과	개입방법
창조적 절망감	부정적 사건 및 정서를 통제하기 위해 사용했던 회피나 부인이 오히려 우울을 더 악화시키는 것으로 작용한다는 것을 인식하도록 도움. 기존의 통상적인 패턴을 내려놓고, 우울의 악순환에서 벗어날 수 있는 준비를 함.	• 우울의 덧 인식하기
비판단성 (인지적탈융합)	좋고 나쁜 것을 판단하지 않는 상태를 유지하는 것을 의미하며, 자신의 사건과 개인적 반응을 말로 표현해봄으로써, 기존에 가지고 있던 인지적인 융합을 알아차리고 감소시킬 수 있음.	• 탈중심화 • 경험을 라벨링하기
현재 경험에 접촉하기	현재 주어진 순간의 활동과 자기 자신을 마음챙김 상태로 온전히 경험하는 것.	• 지금 여기 경험을 자각하기 (마음챙김 명상)

자기자신을 마음챙김 상태로 온전히 경험하는 것으로 정의한다. 수용하는 삶의 세부요소와 개입방법은 표 2에 요약하였다. 수용적 긍정 심리치료의 핵심은 우울증을 없애기 위해 긍정적 관점만을 강조하는 것이 아니라 우울한 감정을 수용하고, 즐거운 삶과 적극적인 삶과

표 3. 수용적 긍정심리치료 회기 내용

회기	주제	내용
1회기	우울의 뜻과 행복의 조건	<ul style="list-style-type: none"> 우울의 뜻: 부정적 정서와 사건에 대한 부적응적 대처가 우울을 발생시키고 유지시키는 뜻으로 작용할 수 있음을 이해 행복의 조건: 우울한 감정을 수용하고, 즐거운 삶, 의미있는 삶, 적극적인 삶을 위해 동기화 될 때 행복해 질수 있음을 논의함
2회기	대표강점 활용	<ul style="list-style-type: none"> 강점으로 사는 것의 중요성 이해 24가지 강점과 6가지 미덕에 대한 소개 대표강점을 파악하고, 활용하는 방법을 계획하고 실천함
3회기	감사	<ul style="list-style-type: none"> 감사의 의미와 다양한 방법을 소개 (축복해아리기, 감사편지 쓰기) 감사가 미치는 긍정적 영향을 체험해 보도록 함
4회기	용서	<ul style="list-style-type: none"> 비판단성: 분노를 유발하는 사건 자체는 해로운 것이 아니며, 그 사건과 감정에 어떤 이름을 붙이고 어떤 방식으로 대처 했는지에 따라 적응적이기도 하고 부적응적이기도 함을 이해할 수 있음. 분노를 자각하고 직면해 보기(심상으로 상처를 떠올리기, 지금 여기의 관점에서 그때의 정서, 인지, 신체적 반응을 관찰하기) 분노의 영향과 뜻 용서의 의미와 효과: 그 동안 자신을 짓누르고 있던 분노와 원망으로 부터 해방될 수 있는 강력한 도구가 용서임을 체험할 수 있음(용서 편지쓰기)
5회기	현실적인 낙관성	<ul style="list-style-type: none"> 생각의 힘(같은 상황에서도 어떻게 생각하느냐에 따라 우울해지기도 행복해지기도 한다는 것을 이해, 비판주의적인 생각들을 반박해보기, 낙관성 증진훈련) 가능한 최적의 나: 가능한 최적의 자기 모습을 상상하고, 글로 표현해 봄 SMART하게 목표 세우기: 최적의 자기 모습을 현실화하기 위해 구체적이고, 달성할 수 있는 목표를 세우고 실천함
6회기	사랑과 친밀감	<ul style="list-style-type: none"> 친밀한 관계를 위한 의사소통 방법 소중한 사람을 위한 소소한 이벤트를 계획하고, 실천하기
7회기	향유 및 충만한 삶	<ul style="list-style-type: none"> 현재 경험에 접촉하기(마음챙김 명상): 소소한 일상에서도 즐거움을 찾고, 긍정적 감정을 느낄 수 있도록 함 인생의 의미와 목적을 발견하고, 의미 있는 인생을 위한 목표 세우기 앞으로 어떻게 즐거운 삶, 적극적인 삶, 의미있는 삶, 수용하는 삶을 이룰 것인지 계획을 세우고 다짐함

의미있는 삶을 향해 나아갈 때 진정한 행복을 이룰 수 있다는 것이다. 수용적 긍정심리치료의 회기별 내용은 표 3에 요약하였다. 회기의 순서는 Seligman 등(2006)이 우울증 환자들을 대상으로 프로그램을 진행했던 순서를 따랐고, 1회기, 4회기, 7회기에서 집중적으로 수용하는 삶을 증진하기 위한 개입을 다루었다.

각 회기별로 살펴보면, 1회기는 수용하는 삶에 대한 개입으로, 경험 회피와 같은 부적응적인 대처가 우울을 발생시킬 수 있으며, 진정한 행복을 위해서는 경험에 대한 수용적인 태도가 기본 전제가 되어야 함을 강조하였다(Hayes & Strosahl, 2004). 아울러, 자신이 진정으로 원하는 삶에 대해 이야기를 나누어 보고 동기를 부여하는 작업을 하였다. 2회기는 적극적인 삶에 대한 개입으로, 자신의 약점과 타인의 강점을 비교하면서 열등감을 느끼는 사람과 자신의 강점을 인식하고 만족하며 사는 사람의 사례를 통해, 자신의 약점을 수용하고 강점에 초점을 맞추고 사는 것의 중요성을 이해하도록 도왔다. 그 이후에 대표강점(Peterson, Ruch, Beermann, Park, & Seligman, 2007)을 활용하기 기법을 중점적으로 사용하였다. 3회기는 즐거운 삶에 대한 개입으로, 감사하기를 다루었다. 감사에는 ‘고마움’과 ‘소중히 여기는 마음’이 있다(Wood, Froh, & Geraghty, 2010). 전자는 기분 좋은 경험에 대한 반응으로 고마움을 느끼는 것이며, 이에 대해 감사 편지를 작성해 보는 것을 통해 고마운 마음을 표현해 보고 그 효과를 체험해 보도록 하였다. 후자는 결과와 관계없이 자신에게 주어진 상황이나 대상을 의식적으로 소중하게 여기는 마음이고, 이는 삶을 변화시키는 힘을 지니고 있는 감사의 종류이다. 이를 실천하기 위해 축복을 헤아리기 기법을 사용

하였다(Seligman, Rashid, & Parks, 2006). 4회기는 과거에 대한 부정 정서를 수용하고 긍정 정서를 증진시키는 개입으로, 용서에 대한 주제를 다루었다. 분노를 유발하는 사건 자체는 해로운 것이 아니며, 그 사건과 감정에 어떤 이름을 붙이고 어떤 방식으로 대처 했는지에 따라 적응적이기도 하고 부적응적이기도 함을 이해하도록 도왔다. 또한 심상으로 마음의 상처를 떠올리고, 지금 여기의 관점에서 그때의 정서, 인지, 신체적 반응을 관찰하는 기법을 통해 분노를 자각하고 직면하면서 분노감정의 강도가 어떻게 변화하는지 느껴보도록 하였다(Strosahl & Robinson, 2010). 또한 용서편지를 써보는 작업을 통해 그 동안 자신을 짓누르고 있던 분노와 원망의 감정을 해소해 보도록 하였다(Seligman, Rashid, & Parks, 2006). 5회기는 미래에 대한 긍정 정서를 증진시키는 개입으로, 현실적인 낙관성을 키우는 주제를 다루었다. 본 개입에서는 같은 사건을 경험하여도 어떤 생각을 하느냐에 따라 우울해질 수도 행복해질 수도 있다는 점을 체험해 보도록 하였고, 현실적인 낙관주의를 증진시키기 위한 훈련을 진행하였다(Seligman, 2008). 아울러 미래에 대한 심상기법을 활용하여, 가능한 최적의 자기 모습을 상상하고 글로 표현해 보는 연습과 함께, 최적의 자기모습을 현실화하기 위해 구체적이고, 달성할 수 있는 목표를 세우고 실천하는 기법을 적용해 보았다(Meevissen, Peters, & Alberts, 2011). 6회기는 자신을 초월해 의미를 찾는 삶을 증진시키기 위해, 사랑과 친밀감 기법을 사용하였다(Seligman, Rashid, & Park, 2006). 친밀한 관계를 위한 의사소통 방법을 실습해 보았고, 소중한 사람을 위해 소소한 이벤트를 계획하고 실천해 보고 그 효과에 대해 이야기를 나누어 보았다. 마지막으로

7회기에서는 수용하는 삶과 즐거운 삶의 구성 개념이 모두 들어간 향유하기 주제를 다루었다. 먼저, 향유하기를 방해하는 정서, 인지, 행동을 지금 여기의 관점에서 관찰하고 명명하고 수용하는 기법을 활용하였다. 그 후에 향유할 수 있는 즐거운 일상들을 목록화하고, 마음챙김 명상을 통해 온전히 경험해 보는 개입에 중점을 두었다(Hayes & Strosahl, 2004). 아울러, 프로그램을 마무리 하는 측면에서 앞으로 어떻게 즐거운 삶, 적극적인 삶, 의미있는 삶, 수용하는 삶을 이룰 것인지 계획을 세우고 다짐하는 시간을 가졌다.

본 연구의 치료집단은 1주당 1회기 약 2시간씩, 총 7회기의 수용적 긍정심리치료에 참여하였다. 모든 치료는 본 연구자가 직접 진행하였고, 각 회기 후에 임상심리전공 교수로부터 지도감독을 받았다. 본 연구자는 18개월 동안 긍정심리치료 및 수용전념치료 세미나에 참여하여 국내외 프로그램에 대해 기본 지식을 쌓았으며, 이외에도 성인 우울증을 대상으로 한 CBT 프로그램 진행 경력과 아동을 대상으로 한 사회성 훈련 프로그램, 주의력 향상프로그램 진행 및 보조진행 경험이 있다. 임상심리 전공 석사과정 학생 중 1년 이상 긍정심리 세미나에 참여한 7명이 진행을 보조하였다. 한 집단에는 8-10명의 참여자와 1-2명의 보조진행자가 참석하였다.

자료 분석 방법

치료의 효과를 확인하기 위하여, 우울(CES-D), 행복(PPTI, AAQ), 및 정서성(PANAS)에 대한 설문지를 사용하였다. 치료집단은 수용적 긍정심리치료를 받은 집단으로 사전측정(치료 시작 약 1주전), 사후측정(7회기 종료 직

후), 추후측정(회기 종료 4주) 등 총 3번에 걸쳐 설문지를 실시하였다. 통제집단은 어떠한 치료도 받지 않은 집단이며, 치료집단과 동일한 기간에 사전, 사후, 추후 설문지를 실시하였다. 가설을 검증하기 위해 SPSS 18.0을 사용하여 치료집단과 통제집단의 인구통계학적 변인에 대한 기술 통계치를 산출하고, 독립검정 t -test를 실시하여 집단 간 사전 동질성 검증을 하였다. 또한 치료집단과 통제집단에서 치료 효과에 의한 차이가 유의미하게 변화하는지를 추정하기 위해 반복측정 변량분석을 실시하였다. 치료 종료 이후에 집단내에서 나타난 변화가 통계적으로 유의미한지를 검증하기 위해 측정시점별 대응표본 t -test를 실시하고, 효과크기(Cohen's d)를 산출하였다. Cohen(1988)에 의하면, 효과크기 $d=.20$ 은 작은(small) 효과를 나타내고, 효과크기 $d=.50$ 은 중간(medium) 크기의 효과를 나타내며, $d=.80$ 은 큰(large) 효과를 나타낸다. 또한, AMOS 18.0을 사용하여 수용적 긍정심리치료의 우울 증상 완화 효과를 매개하는 변인을 검증하였다. 집단구분은 대비변수를 이용하여, 치료집단을 '1', 통제집단을 '-1'로 하였다. 매개변인은 사후측정치(T2)를 사용하였고, 종속변인은 추후측정치(T3)를 사용하였다. Jackson(2003)의 $N:g$ 가정에 따르면, 이상적인 표본크기 대 모수비율은 20:1이고, 10:1보다 작은 비율이라면 결과의 신뢰성이 저하된다. 본 연구에서 가정한 모형의 모수는 오차항까지 포함하여 6-7개 이므로, 검증하는데 필요한 표본크기는 최소 60-70개 이상이어야 하고, 120-140개가 이상적이다(Jackson, 2003). 본 연구에서는 77명의 자료를 사용하였기 때문에 구조방정식 검증 결과를 신뢰할 수 있는 최소 표본크기 기준을 충족한다. 아울러, 본 연구에서 가정한 모형의 적합도를 평가하

기 위해, X^2 과 함께 비교 적합도 지수인 CFI, TLI, 절대 적합도 지수인 GFI, RMSEA를 활용하였다. CFI, TLI, GFI는 .90 이상이면 양호한 수준으로 판단하며, RMSEA는 0-1범위로, 0에 가까울수록 좋고, .08이하이면 양호한 수준으로 판단한다(홍세희, 2000).

건과 치료 구성개념들의 기저선에서 유의미한 차이가 있는지 알아보기 위해 t 검정과 X^2 검증을 실시하였다. 그 결과, 연령 및 성별에서 치료집단과 통제집단 간에 통계적으로 유의미한 차이가 없었다. 또한, 두 집단에서 우울, 행복의 4요인(즐거운 삶, 적극적인 삶, 의미있는 삶, 수용하는 삶), 경험 회피, 긍정 정서비율점수에서도 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다. 그 결과를 표 4에 제시하였다.

결 과

사전 동질성 검증

치료의 효과 검증

치료집단과 통제집단 간에 인구통계학적 조 수용적 긍정심리치료집단과 통제집단이 행

표 4. 프로그램집단과 통제집단 간 사전 동질성 비교($N=77$)

	프로그램 집단($n=36$) <i>M(SD)</i>	통제 집단($n=41$) <i>M(SD)</i>	<i>t</i>	X^2
연령	22.1세(2.6)	21.3세(2.0)	1.501	
성별				1.256
남	13명	20명		
여	23명	21명		
정신건강 측정치				
행복(PPTI)	28.7(10.8)	27.9(8.6)	.331	
즐거운 삶	7.0(3.1)	7.2(2.7)	-.221	
적극적인 삶	11.3(4.6)	11.7(3.9)	-.510	
의미있는 삶	10.4(4.3)	9.0(3.4)	1.518	
수용하는 삶(AAQ)	61.8(10.5)	60.1(10.0)	.706	
우울 증상				
우울(CES-D)	23.6(6.3)	22.9(6.2)	.467	
경험 회피				
경험 회피(R-AAQ)	66.0(10.5)	67.7(10.2)	-.747	
정서성(PANAS)				
긍정 정서	28.8(5.2)	29.3(6.0)	-.394	
부정 정서	28.5(5.7)	26.1(5.2)	1.977	
긍정 정서비율(PArate)	50.3(7.6)	52.8(8.2)	1.881	

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$, † $p < .10$

복과 수용, 우울 증상, 경험 회피, 긍정 정서 비율점수 등의 측정치에서 유의미한 차이를 보이는지 살펴보기 위해 각 개별 종속치별로 반복측정 변량분석(Repeated-measure ANOVA)을 실시하였다. 먼저 반복측정 변량분석을 수행하기 전에 변량의 동일성 가정을 확인하기 위해 Mauchly의 구형성(Sphericity)검증을 확인하였다. 그 결과 우울(CES-D), 긍정 정서비율점수(PArate) 행복(PPTI-즐거운 삶, 적극적인 삶, 의미있는 삶)척도에서는 구형성 가정을 만족하는 것으로 나타난 반면, 수용(AAQ, R-AAQ)척도에서는 구형성 가정을 위배하는 것으로 나타나 Greenhouse-Geisser교정법을 사용하여 F 검증을 하였다. 전체 종속변인에 대한 측정시점의 측정시기별 평균과 표준편차, 그리고 각 개별 종속측정치별로 측정시점의 주효과와 측

정시점과 집단의 상호작용 효과 결과를 표 5에, 측정시기에 따른 종속변인의 변화 및 효과크기는 표 6에 제시하였다. 또한 각 시점에서의 종속 측정치들의 평균변화를 그림 5부터 그림 9까지에서 도표로 제시하였다.

우울 증상에 대한 치료의 효과를 살펴보기 위해 반복측정 변량분석을 사용하였다. 분석 결과, 집단의 주효과 $F(1, 75)=5.16, p<.05$ 와 측정시기의 주효과 $F(2, 74)=10.22, p<.001$, 그리고 집단과 측정시기간의 상호작용효과 $F(2, 74)=8.36, p<.001$ 가 모두 유의미하게 나타났다. 이는 수용적 긍정심리치료의 참가자가 무처치 통제집단에 비해 우울 증상이 더 감소되었음을 시사하는 결과로, 가설 1을 지지하였다. 수용적 긍정심리치료 집단 내에서의 치료의 효과를 좀 더 세부적으로 살펴보기 위해, 집단

표 5. 프로그램집단과 통제집단 간 측정치들의 평균(표준편차)과 다변량 분석결과

	프로그램 집단(n=36)			통제 집단(n=41)			집단 ^a F	측정 ^a F	집단X측정 ^b F
	사전 M(SD)	사후 M(SD)	추후 M(SD)	사전 M(SD)	사후 M(SD)	추후 M(SD)			
정신건강 측정치									
행복(PPTI)	28.7(10.8)	32.1(11.6)	34.0(9.2)	27.9(8.6)	26.4(8.8)	28.5(9.2)	3.78*	7.97***	6.92***
즐거운 삶	7.0(3.1)	8.0(3.2)	8.4(2.8)	7.2(2.7)	6.5(2.8)	7.2(3.0)	2.01*	4.75***	6.53***
적극적인 삶	11.3(4.6)	12.9(4.8)	13.9(3.8)	11.7(3.9)	11.1(4.1)	12.0(4.1)	1.42*	7.89**	6.59**
의미있는 삶	10.4(4.3)	11.2(4.5)	11.7(3.8)	9.0(3.4)	8.7(3.4)	9.3(3.6)	6.78***	3.31***	1.90***
수용하는 삶(AAQ)	61.8(10.5)	67.2(10.3)	69.0(10.3)	60.1(10.0)	58.2(10.2)	60.3(10.2)	8.93**	10.40***	12.86***
우울 증상									
우울(CES-D)	23.6(6.3)	17.4(8.7)	17.2(7.5)	22.9(6.2)	23.2(8.3)	21.9(8.7)	5.16*	10.22***	8.36***
경험 회피									
경험 회피(R-AAQ)	66.0(10.5)	61.0(10.3)	59.0(10.3)	67.7(10.2)	69.8(10.2)	67.6(10.2)	8.94**	9.38***	12.33***
정서성(PANAS)									
긍정 정서(PA)	28.8(5.2)	30.3(6.5)	30.1(6.1)	29.3(6.0)	28.3(6.6)	28.2(5.8)	0.89	0.08	2.53
부정 정서(NA)	28.5(5.7)	23.3(7.0)	20.5(6.0)	26.1(5.2)	28.1(7.3)	26.9(6.6)	5.78*	13.51***	22.69***
긍정 정서비율	50.3(1.3)	56.8(1.8)	59.6(1.6)	52.8(1.2)	50.5(1.7)	51.4(1.5)	4.56*	7.94***	16.85***

주. ^a는 집단 및 측정의 단순 주효과 결과이며, ^b는 집단과 측정의 상호작용효과 결과임.

* $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$, † $p<.10$

표 6. 프로그램집단과 통제집단의 측정시기에 따른 증속변인의 변화(t -test) 및 효과크기(Cohen's d)

	프로그램 집단($n=36$)				통제 집단($n=41$)			
	사전-사후		사전-추후		사전-사후		사전-추후	
	t	d	t	d	t	d	t	d
정신건강 측정치								
행복(PPTI)	-3.29***	0.30	-5.31***	0.53	1.36	0.17	-0.59	0.07
즐거움 삶	-2.56***	0.32	-3.68***	0.47	2.00	0.25	-0.02	0.00
적극적인 삶	-3.35***	0.34	-5.07***	0.62	1.02	0.15	-0.51	0.07
의미있는 삶	-1.98***	0.18	-3.02***	0.32	0.67	0.09	-0.78	0.09
수용하는 삶(AAQ)	-4.10***	0.52	-5.79***	0.69	1.77	0.19	-0.13	0.02
우울 증상								
우울(CES-D)	3.98***	0.82	5.03***	0.92	-0.35	0.05	0.87	0.13
경험 회피								
경험 회피(R-AAQ)	4.09***	0.48	5.52***	0.67	-1.83	0.21	0.04	0.00
PANAS								
긍정 정서(PA)	-1.52***	0.25	-1.32***	0.23	1.14	0.16	1.28	0.19
부정 정서(NA)	4.49***	0.81	8.16***	1.37	-2.00	0.32	-0.82	0.13
긍정 정서비율(PArate)	-3.78***	0.67	-6.46***	1.06	1.90	0.24	1.08	0.15

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$, † $p < .10$

별로 각각 사전-사후, 사전-추후의 측정치에 대한 대응표본 t 검증을 실시하였으며, 각 변인에 대해 효과크기(Cohen's d)를 검토하였다. 그 결과, 수용적 긍정심리치료를 받은 집단은

치료 직후에 우울 증상이 유의미하게 호전되었고, $t(35)=3.98$, $p < .001$, $d=.82$, 4주 후 측정에서도 그 효과가 지속되었다, $t(35)=5.03$, $p < .001$, $d=.92$. 치료집단과 통제집단의 사전,

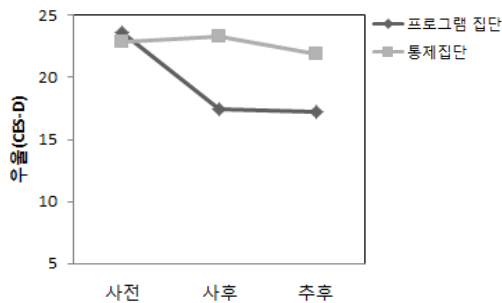


그림 5. 우울 점수의 평균비교

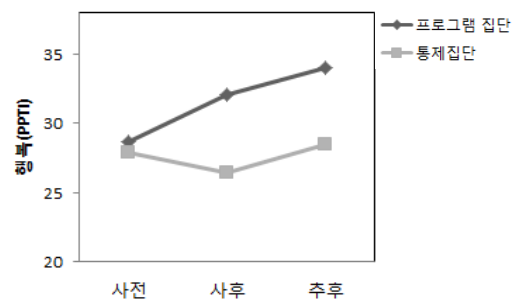


그림 6. 행복 점수의 평균비교

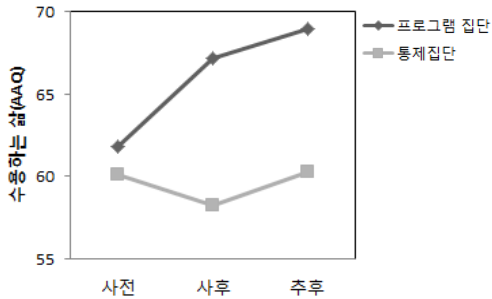


그림 7. 수용하는 삶 점수의 평균비교

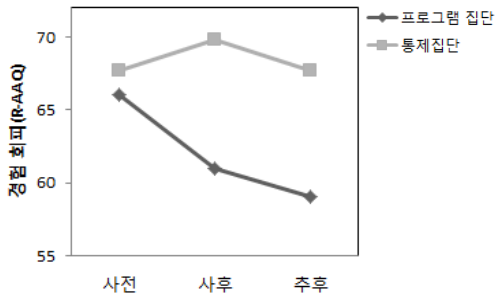


그림 8. 경험 회피 점수의 평균비교

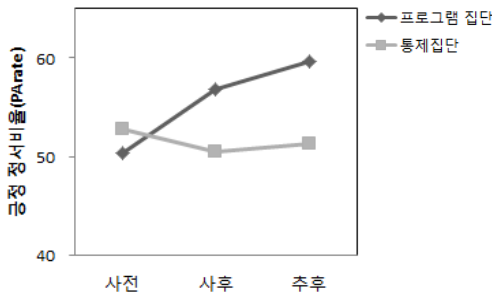


그림 9. 긍정 정서비율 점수의 평균비교

사후, 추후 변화량에 대한 *t* 검증결과와 효과 크기는 표 6에 제시하였다.

즐거운 삶, 적극적인 삶, 의미있는 삶 등 총 3요인으로 구성된 행복측정치(PPTI)에 대한 치료의 효과를 살펴보기 위해 반복측정 변량분석을 사용하였다. 분석 결과, 집단의 주효과

$F(1, 75)=3.78, p<.05$ 와 측정시기의 주효과 $F(2, 74)=7.97, p<.001$, 그리고 집단과 측정시기간의 상호작용효과 $F(2, 74)=6.92, p<.001$ 가 모두 유의미하게 나타났다. 이는 수용적 긍정심리치료집단이 무처치 통제집단에 비해 행복이 더 증진되었음을 시사하는 결과로, 가설 2를 지지하였다. 수용적 긍정심리치료 집단 내에서의 치료의 효과를 좀 더 세부적으로 살펴보기 위해, 집단별로 각각 사전-사후, 사전-추후의 측정치에 대한 대응표본 *t* 검증을 실시하였으며, 각 변인에 대해 효과크기(Cohen's *d*)를 검토하였다. 그 결과, 수용적 긍정심리치료를 받은 집단은 치료 직후에 행복이 유의미하게 증가하였고, $t(35)=-3.29, p<.005, d=.30$, 4주 후 측정에서도 그 효과가 지속되었다, $t(35)=-5.31, p<.001, d=.53$.

본 연구에서 추가한 행복의 네 번째 구성요소인 수용하는 삶에 대한 치료의 효과를 살펴보기 위해 반복측정 변량분석을 사용하였다. 분석 결과, 집단의 주효과 $F(1, 75)=8.93, p<.01$ 와 측정시기의 주효과 $F(2, 74)=10.40, p<.001$, 그리고 집단과 측정시기간의 상호작용효과 $F(2, 74)=12.86, p<.001$ 가 모두 유의미하게 나타났다. 이는 수용적 긍정심리치료집단이 무처치 통제집단에 비해 수용하는 삶이 더 증진되었음을 시사하는 결과이다. 수용적 긍정심리치료 집단 내에서의 치료의 효과를 좀 더 세부적으로 살펴보기 위해, 집단별로 각각 사전-사후, 사전-추후의 측정치에 대한 대응표본 *t* 검증을 실시하였으며, 각 변인에 대해 효과크기(Cohen's *d*)를 검토하였다. 그 결과, 수용적 긍정심리치료를 받은 집단은 치료 직후에 수용이 유의미하게 증가하였고, $t(35)=-4.10, p<.001, d=.52$, 4주 후 측정에서도 그 효과가 지속되었다, $t(35)=-5.79, p<.001, d=.69$.

경험 회피에 대한 치료의 효과를 살펴보기 위해 반복측정 변량분석을 사용하였다. 분석 결과, 집단의 주효과 $F(1, 75)=8.94, p<.01$ 와 측정시기의 주효과 $F(2, 74)=9.38, p<.001$, 그리고 집단과 측정시기간의 상호작용효과 $F(2, 74)=12.33, p<.001$ 가 모두 유의미하게 나타났다. 이는 수용적 긍정심리치료집단이 무처치 통제집단에 비해 경험 회피가 더 감소되었음을 시사하는 결과이다. 수용적 긍정심리치료 집단 내에서의 치료의 효과를 좀 더 세부적으로 살펴보기 위해, 집단별로 각각 사전-사후, 사전-추후의 측정치에 대한 대응표본 t 검증을 실시하였으며, 각 변인에 대해 효과크기(Cohen's d)를 검토하였다. 그 결과, 수용적 긍정심리치료를 받은 집단은 치료 직후에 경험 회피가 유의미하게 감소하였고, $t(35)=4.09, p<.001, d=.48$, 4주 후 측정에서도 그 효과가 지속되었다, $t(35)=5.52, p<.001, d=.67$.

마지막으로, 치료가 정서변화에 미치는 효과를 살펴보기 위해 반복측정 변량분석을 사용하였다. 분석 결과, 집단의 주효과 $F(1, 75)=4.56, p<.05$ 와 측정시기의 주효과 $F(2, 74)=7.94, p<.001$, 그리고 집단과 측정시기간의 상호작용효과 $F(2, 74)=16.85, p<.001$ 가 모두 유의미하게 나타났다. 이는 수용적 긍정심리치료집단이 무처치 통제집단에 비해 긍정 정서의 경험이 더 증가하였음을 시사하는 결과이다. 수용적 긍정심리치료 집단 내에서의 치료의 효과를 좀 더 세부적으로 살펴보기 위해, 집단별로 각각 사전-사후, 사전-추후의 측정치에 대한 대응표본 t 검증을 실시하였으며, 각 변인에 대해 효과크기(Cohen's d)를 검토하였다. 그 결과, 수용적 긍정심리치료를 받은 집단은 치료 직후에 긍정 정서의 비율이 유의미하게 증가하였고, $t(35)=-3.78, p<.001, d=.67$,

4주 후 측정에서도 그 효과가 지속되었다, $t(35)=-6.46, p<.001, d=1.06$.

수용적 긍정심리치료의 치료기제 검증

본 연구에서는 긍정심리개입에 앞서 우울 및 부정 정서를 수용할 것을 강조함으로써, 경험 회피가 줄어들 것이라고 가정하였다. 또한, 수용적인 긍정개입을 통하여 긍정 정서비율점수(부정 정서가 감소하고 긍정 정서가 증가)가 증가하고, 우울에 대한 긍정 정서의 완충효과가 일어난다는 완전이중매개 모형을 가정하였다. 그림 1과 같이, 이를 반영하는 구조방정식 모형을 만들고 적합도를 검증하였다. 다음으로 치료가 우울 증상 완화에 직접 영향을 미치는 경로를 추가한 부분이중매개 모형을 가정하고 완전이중매개 모형과 적합도를 비교하였다. 이 모형을 그림 2에 제시하였다. 이 두 개의 모형은 서로 둥지관계(nested relation)에 있기 때문에 카이제곱 차이검증(sequential chi-square difference test; Bentler & Bonett, 1980)을 통해 모형들을 비교하였다. 또한 경쟁적인 대안 모형으로, 경험 회피의 감소와 긍정 정서비율의 선후관계를 고려하지 않은 평행이중매개 모형을 검증하였다. 이 모형은 그림 3에 제시하였다. 세 모형에 대한 적합도는 표 7에 제시하였다.

완전이중매개 모형은 $df=3, X^2=9.038, CFI=.912, NFI=.879, GFI=.948, TLI=.824, RMSEA=.163, AIC=23.038$ 로 X^2 값이 유의미하였고, CFI 및 GFI 값이 양호한 기준인 .90 이상이였다. 그러나 본 연구의 모형과 같이, 변수의 수가 너무 작은 경우에는, 모형 오류가 크지 않아도 자유도가 작아 RMSEA가 크게 나올 수 있다. RMSEA 값이 나쁜 적합도($RMSEA>.10$)를

표 7. 모형의 적합도 지수 비교

	X^2	df	CFI	NFI	GFI	TLI	RMSEA	AIC
완전이중매개 모형	9.038	3	.912	.879	.948	.824	.163	23.038
부분이중매개 모형	7.701	2	.917	.897	.953	.751	.194	23.701
평행이중매개 모형	10.645	2	.874	.858	.938	.623	.238	26.645

보일지라도, CFI와 TLI는 좋은 적합도를 보인다 면, RMSEA값이 작은 변수의 수에 영향을 받는 것을 의미하므로, CFI와 NFI 위주로 모형의 적합도를 평가하는 것이 바람직하다(홍세희, 2000). 이 기준에 따라 완전이중매개 모형은 양호한 모델로 판단되며, 수용적 긍정심리치료가 경험 회피를 감소시키고, 긍정 정서 비율을 증가시킴으로 인해 우울 증상이 완화된다는 것을 확인하였다. 부분이중매개 모형은 $df=2$, $X^2=7.701$, CFI=.917, NFI=.897, GFI=.953, TLI=.751, RMSEA=.194, AIC=23.701로 나타났다. 이 모형은 완전이중매개 모형에 직접경로를 추가함으로써 자유도 1이 감소한 것에 비해 X^2 값의 감소량이 유의미하지 않았으므로($9.038-7.701=1.937$, X^2 임계역은 5% 유의수준에서 3.84), 완전이중매개 모형이 부분이중매개 모형보다 상대적으로 우수한 모형으로 볼 수 있다. 또한, 두 매개변인의 선후관계를 고려하지 않은 경쟁모형의 경우, $df=2$, $X^2=10.645$, CFI=.874, NFI=.858, GFI=.938, TLI=.623, RMSEA=.238, AIC=26.645로 나타났고, 이는 완전이중매개 모형과 부분이중매개 모형에 비해 모델 적합도가 가장 좋지 않았다. 위의 세 모형 중에 완전이중매개 모형이 가장 우수한 모형으로 판단되며, 치료가 우울 증상 완화에 미치는 영향을 경험 회피의 감소와 긍정 정서비율의 증가가 순차적으로 완전이중매개 한다는 것이 입증되었다.

완전이중매개 모형에서 각 경로의 유의성을 살펴보면, 수용적 긍정심리치료가 사후 측정에서의 경험 회피가 감소하는데 영향을 주었고, $\beta=3.55$, $p<.001$, 경험 회피의 감소량이 클수록 긍정 정서비율의 변화량이 증가하였으며, $\beta=.59$, $p<.001$, 긍정 정서비율의 변화량이 클수록 우울 증상의 감소량이 증가하였다 $\beta=.44$, $p<.001$. 또한 Bootstrap 검증 결과에서도 완전이중매개의 직접효과와 간접효과가 모두 $p<.001$ 수준에서 유의했다. 따라서 수용적 긍정심리치료가 경험 회피의 감소와 긍정 정서 비율의 증가를 매개하여 우울 증상 완화로 가는 완전이중매개가 성립된다.

논 의

본 연구의 목적은 우울한 대학생을 대상으로 긍정심리치료를 개발하고 그 효과를 검증하는 것이었다. 먼저 기존 긍정심리치료 연구에 대한 개관과 비판적인 검토를 통해, 부정적 및 긍정적 정서와 경험을 모두 포함하는 수용적 긍정심리치료를 개발하였다. 이 치료는 Seligman(2002)이 행복을 위해 제안한 즐거운 삶, 적극적인 삶, 의미있는 삶 이외에 부정적 정서에 대한 개입으로 수용하는 삶을 구성요소로 추가한 것이 특징이다. 개발한 수용적 긍정심리치료를 우울 증상을 지니고 있는 대

학생에게 실시하여 수용적 긍정심리치료의 효과를 살펴보았다. 연구 결과, 수용적 긍정심리 치료를 받은 집단은 무처치 통제집단에 비하여 우울 증상, 경험 회피, 부정 정서가 더 감소하였으며, 행복수준이 더 증가하였다. 그리고 그 효과는 4주 후 측정에서도 유지되었다. 또한 본 치료의 변화기제를 규명하기 위해 경험 회피와 긍정 정서비율을 매개변인으로 설정하고, 매개효과를 검증하였다. 그 결과 수용적 긍정심리치료가 우울 증상 완화에 미치는 경로를 경험 회피의 감소와 긍정 정서비율의 증가가 순차적으로 매개하였다.

주요 결과들을 자세히 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 치료가 우울 및 행복에 미치는 효과를 분석해 본 결과, 수용적 긍정심리치료집단은 무처치 통제집단에 비해 우울감소 및 행복증진에 유의한 효과를 보여, 가설 1과 2가 지지되었다. 이 결과는 Seligman 등(2006)과 김근향(2010) 및 임영진(2010)의 긍정심리치료 효과 검증 결과와 일치하는 것으로, 긍정심리치료가 우울 증상을 호전시킬 뿐 아니라 행복을 증진시키는 효과도 동시에 지니고 있다는 선행연구의 결과를 확인한 것이다. 특히, 행복과 긍정 정서비율의 점수는 프로그램 종료 4주 후에 이르기까지 점진적으로 계속 증가하고 있는 반면, 우울 점수는 프로그램 종료 직후 감소된 점수가 4주 후 까지 변화 없이 유지되고 있는 결과를 보인다. 이는 프로그램 참여자가 내면의 우울감을 인정하면서도 행복해질 수 있다는 점을 보여주는 고무적인 결과이다. 앞서 강조한 바 있지만, 수용적 긍정심리치료에서는 우울한 감정과 싸우기 보다는 수용할 때 자신을 괴롭히는 우울증에서 벗어나 자신이 진정으로 원하는 삶, 즉 긍정적인 태

도로의 변화가 가능하다고 제안하였다. 이는 우울한 감정을 인정하고, 즐거운 삶과 적극적인 삶과 의미있는 삶을 향해 나아갈 때 진정한 행복을 이룰 수 있다는 수용적 긍정심리치료의 취지를 잘 반영해 주는 결과이다.

어떤 구성요소가 얼마나 효과가 있었는지 분석하기 위해, Seligman 등(2006)이 주장한 긍정심리치료의 세 가지 구성요소(즐거운 삶, 적극적인 삶, 의미있는 삶)와 본 연구에서 제안한 네 번째 구성요소(수용하는 삶)에 대하여 각각 분석을 하였다. ‘즐거운 삶’은 통제집단에 비해 치료집단에서 유의하게 증가하였으며, 그 효과는 4주 후에 더욱 크게 나타났다. 즐거운 삶은 참가자들이 긍정 개입을 통해 자신의 과거, 현재, 미래의 삶에 대해 긍정적 정서를 더 많이 더 자주 경험할 때 얻어지는 것으로(Seligman, 2002), 본 치료에서는 즐거운 삶을 증진시키기 위해 감사, 용서, 낙관성, 향유 등의 개입을 하였다. 기존 연구에서도 감사개입은 신체 및 심리적 웰빙의 수준을 높이는데 효과적이었으며(Emmons & McCullough, 2003). 용서개입은 부정적인 사건을 의미있는 사건으로 재구조화하고 긍정적 의미를 찾아내도록 촉진하는 효과가 있었다(Rye et al., 2001). 또한 향유와 낙관성 개입도 행복 및 삶의 만족도와 정적상관을 보였다(Diener & Seligman, 2004; 조현석, 2008). 이로 미루어 볼 때, 즐거운 삶 개입이 참가자들에게 부정적 측면에 초점을 맞추고 반추하던 우울증적인 반응패턴에서 벗어나 인생의 즐거운 측면을 볼 수 있도록 도움을 주었을 것으로 추정해 볼 수 있다.

‘적극적인 삶’도 통제집단에 비해 치료집단에서 유의하게 증가하였고, 그 효과가 4주 후 까지 지속되었다. 적극적인 삶은 사랑, 일, 놀이를 포함하는 매일의 삶 속에서 다양한 역할

들을 수행하면서 완전히 몰입할 때 경험할 수 있는 느낌을 통해서 얻어지는 것이다(Seligman, 2002). 본 치료에서는 적극적인 삶을 향상시키기 위하여 개인의 대표강점들을 발견하여 개발하고, 이것들을 학업, 사랑, 교우관계, 여가 활동과 같은 일상생활에서 정기적으로 활용하는 개입을 하였다. 이는 성격적 강점이 삶의 만족과 정적인 상관을 보이는 기존의 선행연구와 맥락을 같이한다(임영진, 2010; Peterson, Ruch, Beermann, Park, & Seligman, 2007) 또한 이런 결과는 강점을 활용하는 개입을 통하여 무기력하고 의욕이 없는 참가자들이 활력과 의욕, 몰입 등을 경험할 수 있었다는 것을 시사한다.

‘의미있는 삶’의 경우에는, 통제집단에 비해 치료집단에서 유의미한 향상이 없었다. 의미있는 삶의 증진 효과가 유의하지 않았던 것은, 치료집단의 의미있는 삶 점수가 유의미하게 상승하긴 하였으나 상승폭이 크지 않을뿐더러, 통제집단의 점수 역시 다소 상승하였기 때문인 것으로 보인다. 의미있는 삶은 개인이 자신보다 크다고 믿는 그 무언가에 소속되고 그것을 위해 봉사하고 공헌하기 위해 자신의 강점과 재능들을 사용할 때 얻어지는 것으로 (Seligman, 2002), 인생의 의미와 목적을 발견하는 것이다. 즐거운 삶과 적극적인 삶은 명료하고 행동적인 기법인데 비해, 의미있는 삶은 다소 모호하고 통찰이 필요한 개입이라서 참가자들의 개인차가 많이 반영되고 즉각적인 효과가 나타나지 않았을 가능성이 있다. 따라서 후속 연구에서는 ‘현재에 존재하기’나 ‘가치탐색’과 같은 삶의 의미에 대한 통찰을 주는 기법들을 강화하여 의미있는 삶에 대한 효과를 재검증해 볼 필요가 있다.

‘수용하는 삶’은 본 연구에서 추가한 구성

요소로, 통제집단에 비하여 치료집단에서 유의미하게 향상되었고, 그 효과는 치료종료 4주 후까지 지속되었다. 수용하는 삶은 사건을 온전히 그리고 방어하지 않고 경험할 때 얻어지는 것이다(Hayes, Wilson, Gifford, Follette, & Strosahl, 1996). 본 치료에서는 부정적 사건 및 정서를 통제하기 위해 사용했던 회피나 부인과 같은 기존의 부적응적인 반응 패턴을 인식할 수 있도록 도왔다. 또한 내적 경험에 대해 좋고 나쁜 것을 판단하지 않는 상태를 유지하도록 돕는 탈중심화 기법을 사용하였다. 아울러, 현재 주어진 순간의 활동과 자기 자신의 경험을 온전히 자각하도록 돕는 마음챙김 명상을 시도하였다. 마음챙김기법은 부정 정서의 영향력을 줄어줄 뿐만 아니라, 긍정 정서를 유발하며, 긍정 정서와 관련된 좌-전전두엽 피질을 활성화 시키고, 세로토닌의 분비를 활성화 시키는 것과 관련된다고 알려져 있다 (Garland, Fredrickson, Kring, Johnson, Meyer, & Penn, 2010; Hayes, Wilson, Gifford, Follette, & Strosahl, 1996). 본 연구에서는 참가자로 하여금 우울의 악순환을 유발하는 자신의 기존의 부적응적 반응패턴을 인식하게 하고 부적응적 반응패턴 대신 경험에 대해 개방적이고 수용적인 자세를 취할 것을 강조하는 개입을 통해 참가자가 우울을 악화 시켰던 회피적이고 반추적인 반응 패턴에서 벗어나는 데 도움이 되었던 것으로 보인다.

치료가 경험 회피에 미치는 영향을 분석해 본 결과, 수용적 긍정심리치료집단은 무처치 통제집단에 비해 경험 회피가 유의미하게 감소하였고, 그 효과는 치료 종료 4주 후에 더욱 크게 나타났다. 이러한 결과는 기존의 긍정심리개입이 부정성을 다루지 않음으로써 생길 수 있는 ‘긍정왜곡’의 부작용을 예방했다는

의의가 있다. 즉, 수용하는 삶을 긍정개입에 추가함으로써, 부정적인 정서든 긍정적인 정서든 있는 그대로 방어하지 않고 온전히 경험할 것을 강조하였다. 이는 긍정개입을 하여도, 현실을 왜곡하거나 과도하게 긍정성을 추구하는 것이 아니라 현실을 있는 그대로 받아들이면서 ‘진정한 긍정성(Fredrickson, 2009)’을 추구한다는 것을 의미한다.

치료가 정서변화에 미치는 영향을 분석해 본 결과, 수용적 긍정심리치료집단은 무치치 통제집단에 비해 긍정 정서의 비율점수가 유의미하게 증가하였고, 이런 패턴은 치료 종료 4주 후에 더욱 크게 나타났다. 정서비율의 변화가 긍정 정서의 증가 때문인지 혹은 부정 정서의 감소 때문인지 파악하기 위하여 긍정 정서와 부정 정서 각각에 대하여 추가적인 분석을 해보았다. 그 결과 부정 정서의 감소는 유의미했던 반면, 긍정 정서는 증가하는 경향성만 관찰되었다. 긍정 정서 보다는 부정 정서의 효과가 크게 나타난 본 연구의 결과는 긍정 정서의 증가효과만을 보고했던 임영진(2010)의 연구결과와 차이가 있다. 이런 차이는 본 연구에서 수용하는 삶을 구성요소로 추가한 것에 기인했을 가능성이 있다. 선행연구에서는 긍정 정서에 초점을 맞추고 이를 증진시키는 방법들을 강조하였기 때문에, 참가자들은 긍정 정서에 관심을 갖게 되고, 긍정 정서가 증진되었다. 반면, 본 치료는 긍정 정서를 증진시키는 기법 이외에도 ‘수용하는 삶’을 추가하여 부정 정서든 긍정 정서든 있는 그대로 경험할 것을 강조하면서, 긍정 정서와 부정 정서에 대한 시야의 균형을 이루도록 하였다. 그래서 수용적 긍정심리치료의 참가자들은 긍정 정서를 강조한 선행연구의 참가자들에 비해서는 긍정 정서의 향상폭이 작았던 대

신 부정 정서의 영향력이 크게 감소된 것으로 판단된다. Fredrickson(2009)은 부정 정서와 긍정 정서는 상대적인 것으로, 부정 정서의 영향이 줄어들어야 비로소 긍정 정서의 완충효과가 일어난다고 주장하였다. 본 연구에서 증가한 긍정 정서의 점수는 2-3점으로 통계적으로 유의미하지는 않았다. 그러나 부정 정서가 유의미하게 줄어들면서 상대적으로 긍정 정서의 비율과 영향력이 증가하였고, 이에 긍정 정서의 완충효과가 작용할 수 있었던 것으로 생각된다.

수용적 긍정심리치료의 효과크기를 검증한 결과, 우울, 즐거운 삶, 적극적인 삶, 의미있는 삶, 수용하는 삶 등 모든 종속변인에서 치료 직후보다는 4주 후의 효과크기가 더욱 컸다. 이러한 결과는 일반적인 심리치료 연구에서는 드물게 나타나는 현상인데, Seligman 등(2006)과 임영진(2010)의 연구에서는 공통적으로 나타났다. 이는 긍정 개입들이 우울증에 대한 방어적인 개입이기 보다는 행복을 목적으로 하는 주도적이고 행동적인 개입들로 구성되어 있기 때문인 것으로 생각된다(Seligman, Rashid, & Park, 2006). 즉, 참가자들이 치료 종료 이후 행복을 증진시키는 개입들을 일상생활에서 자기-주도적으로 활용함으로써 우울 감소와 행복증진의 효과가 추후에 더욱 증진되는 것 같다(임영진, 2010). 이는 수용적 긍정심리치료가 참여자로 하여금 치료에 의존하는 것에서 벗어나서 자기-조절 및 통제가 가능하도록 도와주는 치료임을 시사한다.

또한 본 연구에서는 수용적 긍정심리치료의 기제를 규명하기 위해 ‘경험 회피의 감소’와 ‘긍정 정서비율 증가’를 매개변인으로 상정하고, 그 매개효과를 검증하였다. 그 결과, 본 개입이 실제로 경험 회피를 줄였고, 이로 인

해 부정 정서에 비해 긍정 정서가 증가하였으며, 늘어난 긍정 정서비율이 우울 증상을 완충하는 효과로 이어진다는 완전이중매개를 확인하였다. 완전이중매개 모형은, 수용적 긍정심리치료가 우울 증상 완화로 이어지는 직접 경로를 포함한 부분이중매개 모형보다 우수하였고, 두 매개변인의 선후관계를 고려하지 않은 평형이중매개 모형보다도 우수하였다. 평형이중매개 모형이 지지되지 않았다는 것은 수용적 개입을 통한 경험 회피의 감소와 긍정개입을 통한 긍정 정서비율점수의 증가가 서로 무관하지 않으며, 오히려 순차적으로 영향을 미쳐 우울감소에 영향을 준다는 것을 의미하는 것이다. 이 결과는 불쾌한 경험에 대한 수용적인 태도가 부정 정서의 영향력을 줄이고, 긍정적인 정서적 경험을 증가시킨다는 기존의 연구 결과와 맥락을 같이 한다(김환, 이훈진, 2007; 문현미, 2006; 유성진, 권석만, 2013; Bohlmeijer, Fledderus, Rokx, & Pieterse, 2011; Flaxman, & Bond, 2010; Gaudiano & Herbert, 2006; Hayes & Strosahl, 2004; Kocovski, Fleming, & Rector, 2009). Kashdan, Barrios, Forsyth와 Steger(2006)의 연구에서도 경험 회피는 스트레스에 대한 역기능적인 대처가 부정 정서 및 긍정 정서에 미치는 영향을 완전매개하는 변인으로 검증되었다. 이러한 연구 결과들을 통해 볼 때, 경험 회피가 정서변화에 영향을 주는 것으로 사료되며, 경험 회피의 변화가 개입에 있어서 중요한 요소라는 것을 알 수 있다(Kashdan, Barrios, Forsyth, & Steger, 2006). 또한 본 연구에서 경험 회피의 감소에 뒤따른 긍정 정서의 비율 증가는 우울 증상을 완화시키는 결과로 이어졌는데, 이는 긍정 정서가 우울을 완충하는 역할을 한다는 기존의 긍정심리개입과도 일맥상통하는 결과로, 우울

증에 대한 수용적 긍정개입의 효과를 확인할 수 있었다(김근향, 2010; 김진영, 고영진, 2009; 임영진, 2010; Kashdan, Uswatte, & Julian, 2006, Seligman, Rashid, & Park, 2006). 본 연구는 치료기제들과 관련된 변인들을 따로 살펴 본 선행 연구들에 비해, 두 치료기제 변인들의 순차적인 매개효과를 국내의 우울한 대학생들 대상으로 개입을 통해 경험적으로 검증했다는 점에서 차이가 있다.

전체적으로 본 연구 결과는 우울한 환자들에게 부정성을 어떻게 다루는지에 대한 방향을 제시한 통합적인 긍정심리치료라는 점에 의의가 있다. 본 연구에서는 부정성에 대한 ‘수용적 개입’과 긍정성을 추구하는 ‘긍정심리치료’를 통합하여 ‘수용적 긍정심리치료’를 제안하였다. 이훈진(2009)에 의하면, 부정적인 사고나 감정이라도 이를 인식하고 받아들이면, 그 경험을 단순히 마음에서 지나가는 사건으로 평가하게 된다고 한다. 이것은 우울증적인 반추과정으로부터 거리를 두도록 도움을 주기 때문에 우울 증상의 보호요인으로 작용한다. 따라서 본 치료로 인해 경험 회피가 줄어들고 수용수준이 증가했다는 것은, 긍정개입이 자기-기만이나 긍정왜곡이 아닌, 보다 건강한 행복을 추구할 수 있는 기틀을 마련했다는 의미가 있다. 아울러 본 연구는 긍정심리개입과 수용적 개입이 통합될 때 효과적으로 부정 정서를 감소시키고, 긍정 정서를 증가시키며, 이로 인해 우울 증상이 완화될 수 있음을 경험적으로 검증한 연구라는 점에서 의의가 있다.

마지막으로 본 연구가 안고 있는 제한점과 앞으로의 연구를 위한 과제를 언급하면 다음과 같다. 첫째, 본 연구는 기존의 긍정심리치료와 직접비교를 한 것이 아니기 때문에, 기존의 긍정심리치료 보다 우월하다고 말할 수

는 없다. 수용하는 삶을 추가함으로써 증가하는 효과를 검증하기 위해서는 기존의 긍정심리치료와 비교하는 것이 필요할 것이다.

둘째, 치료 효과 검증을 위해 사용된 측정 도구들이 모두 자기보고형 설문지에 국한되어 있다. 자기보고형 질문지는 대부분 전반적 보고법을 택하고 있기 때문에 다양한 종류의 편향에 의해 영향을 받을 수 있다(Kahneman, 2000). 추후 연구에서는 자기보고형 질문지 이외에 치료자가 평정하는 검사 도구를 포함시킬 필요가 있다.

셋째, 본 연구는 우울한 대학생들을 대상으로 했기 때문에 임상집단의 우울증 환자들에게 일반화하기에는 한계가 있을 수 있다. 추후 연구에서는 임상집단을 대상으로 효과를 반복 검증할 필요가 있을 것이다.

넷째, 본 연구에서는 치료집단과 통제집단을 무선헌당하지 못하고, 치료에 자발적인 참여 의사를 밝힌 참가자들을 모두 수용적 긍정심리치료집단에 배정하였다. 사전 동질성 검증 결과, 두 집단에서 유의미한 차이는 관찰되지 않았으나, 변화 동기에서 차이가 있을 수 있어 치료집단과 통제집단의 차이를 순수하게 수용적 긍정심리치료의 효과로 보기에 무리가 있다. 이에 긍정심리치료 집단내의 사전-사후, 사전-추후 측정치의 변화가 유의미한지 분석하기 위해 대응표본 t-test와 효과검증 절차를 추가하였다. 그 결과, 치료집단 내에서의 우울 감소, 행복 증진, 경험 회피 감소, 긍정 정서 비율의 증가가 모두 유의하였고, 효과의 크기도 0.30-0.82 범위로 중간-큰 효과크기를 보였다. 그럼에도 불구하고, 다른 치료를 받은 비교집단이 없기 때문에 실제 임상장면에서 수용적 긍정심리치료가 우울증 환자에게 최적의 치료일 것이라고 주장할 수는 없다.

추후 연구에서는 이러한 문제점을 보완하여 우울증에 가장 효과적인 치료라고 알려진 인지치료나 기존의 긍정심리치료 등의 비교집단을 포함해야 하며, 참여 동기가 동등한 참여자들을 각 집단에 무선헌당하는 절차를 적용할 필요가 있다.

참고문헌

- 김근향 (2010). 정신과 입원환자의 적응기능 향상을 위한 긍정심리치료 프로그램의 효과. 고려대학교 일반대학원 박사학위 청구논문.
- 김정호 (2010). 마음챙김과 긍정심리학 중재법의 통합 프로그램을 위한 제언. 한국심리학회지: 건강, 15(3), 369-387.
- 김미하, 손정락 (2011). 수용전념 집단치료가 발달장애아동 어머니의 심리적 안녕감과 우울에 미치는 효과. 한국심리학회지: 임상, 30(1), 207-223.
- 김진영, 고영건 (2009). 긍정 임상심리학: 멘탈 휘트니스(mental fitness)와 긍정심리치료(positive psychotherapy). 한국심리학회지: 사회문제, 15(1), 155-168.
- 김 환, 이훈진 (2007). 경험 회피와 회피적 반응의 관계: 행동적 회피, 감추기 및 거리두기를 중심으로. 한국심리학회지: 일반, 26(2), 225-243
- 문현미 (2006). 심리적 수용 촉진 프로그램의 개발과 효과: 수용-전념 치료 모델을 중심으로. 가톨릭대학교 일반대학원 박사학위 청구논문.
- 유성진, 권석만 (2013). 위험회피 기질과 불안 증상의 관계에서 체험회피 시도의 매개효과

- 과. 한국심리학회지 임상, 32(1), 217-241.
- 윤성민, 신희천 (2010). 한국판 긍정심리치료척도의 타당화연구. 한국심리학회지 상담 및 심리치료, 22(3), 707-732.
- 이현희, 김은정, 이민규 (2003). 한국판 정적 정서 및 부적 정서 척도(Positive Affect and Negative Affect Schedule; PANAS)의 타당화 연구. 한국심리학회지: 임상, 22, 935-946.
- 이훈진 (2009). 수용(Acceptance)이 심리적 증상, 자존감 및 삶의 만족도에 미치는 영향. 인지행동치료, 9(1), 1-23.
- 임영진 (2010). 성격 강점과 긍정 심리치료가 행복에 미치는 영향. 서울대학교 일반대학원 박사학위 청구논문.
- 전경구, 최상진, 양병창 (2001). 통합적 한국판 CES-D 개발. 한국심리학회지: 건강, 6(1), 59-76.
- 조현석 (2008). 향유하기와 주관적 웰빙의 관계. 서울대학교 일반대학원 석사학위 청구논문.
- 홍세희 (2000). 구조방정식 모형의 적합도 지수 선정기준과 그 근거. 한국심리학회지: 임상, 19(1), 161-177.
- Baumeister, R. F., Bratslavsky, E., Finkenauer, C., & Vohs, K. (2001). Bad is stronger than good. *Review of General Psychology*, 5, 323-370.
- Bentler, P. M., & Bonett, D. G. (1980). Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structure. *Psychological Bulletin*, 88(3), 588-606.
- 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(1), 62-67.
- Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A., & Hofmann, S. G. (2006). Acceptability and suppression of negative emotion in anxiety and mood disorders. *Emotion*, 6, 587-595.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Davis, C. G., Nolen-Hoeksema, S., & Larson, J. (1998). Making sense of loss and benefiting from the experience. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(2), 561-574.
- Diener, E., & Seligman, M. E. P. (2004). Beyond Money: Towards an economy of well-being. *Psychological Science in Public Interest*, 5, 31-62.
- Emmons, R. A., & McCullough, M. E. (2003). Counting blessings versus burdens: an experimental investigation of gratitude and subjective well-being in daily life. *Journal of personality and social psychology*, 84(2), 377.
- Fredrickson, B. (2009). 긍정의 발견 [Positivity] (최소영 역). 서울: 21세기북스. (원전은 2009에 출판)
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56(3), 218-226.
- Fredrickson, B. L. (2004). The broaden-and-build theory of positive emotions. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 359(1449), 1367-1377.
- Fredrickson, B. L., & Branigan, C. (2005). Positive emotions broaden the scope of attention and thought-action repertoires. *Cognition and*

- Emotion*, 19(3), 313-332.
- Fredrickson, B. L., & Levenson, R. W. (1998). Positive Emotions Speed Recovery from the Cardiovascular Sequelae of Negative Emotions. *Cognition and Emotion*, 12(2), 191-220.
- Flaxman, P. E., & Bond, F. W. (2010). A randomised worksite comparison of acceptance and commitment therapy and stress inoculation training. *Behaviour Research and Therapy*, 48(8), 816-820.
- Garland, E. L., Fredrickson, B., Kring, A. M., Johnson, D. P., Meyer, P. S., & Penn, D. L. (2010). Upward spirals of positive emotions counter downward spirals of negativity: Insights from the broaden-and-build theory and affective neuroscience on the treatment of emotion dysfunctions and deficits in psychopathology. *Clinical psychology review*, 30(7), 849-864.
- Gaudiano, B. A., & Herbert, J. D. (2006). Acute treatment of inpatients with psychotic symptoms using Acceptance and Commitment Therapy: Pilot results. *Behaviour Research and Therapy*, 44(3), 415-437.
- Hayes, S. C., & Strosahl, K. D. (2004). *A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy*: Springer.
- Hayes, S. C., Wilson, K. W., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152-1168.
- Jackson, D. L. (2003). Revisiting sample size and number of parameter estimates: Some support for the N: q hypothesis. *Structural Equation Modeling*, 10(1), 128-141.
- Kahneman, D. (2000). *Experienced utility and objective happiness: A moment-based approach*. In D. Kahneman & A. Tversky (Eds.), *Choices, values and frames* (pp. 673-692). New York: Cambridge University Press and the Russell Sage Foundation.
- 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, 1301-1320.
- Kashdan, T. B., Uswatte, G., & Julian, T. (2006). Gratitude and hedonic and eudaimonic well-being in Vietnam war veterans. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 177-199.
- Kocovski, N. L., Fleming, J. E., & Rector, N. A. (2009). Mindfulness and Acceptance-Based Group Therapy for Social Anxiety Disorder: An Open Trial. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(3), 276-289.
- Meevissen, Y., Peters, M. L., & Alberts, H. J. (2011). Become more optimistic by imagining a best possible self: Effects of a two week intervention. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 42(3), 371-378.
- Peterson, C., Ruch, W., Beermann, U., Park, N., & Seligman, M. E. P. (2007). Strengths of character, orientations to happiness, and life satisfaction. *The Journal of Positive Psychology*, 2(3), 149-156.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale, A Self-Report Depression Scale for Research in

- the General Population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-401
- Rashid, T. (2008). Positive psychotherapy. *Positive psychology*, 4, 187-217.
- Rozin, P., & Royzman, E. (2001). Negativity bias, negativity dominance, and contagion.. *Personality and Social Psychology Review*, 5, 296-320.
- Rye, M. S., Loiacono, D. M., Folck, C. D., Olszewski, B. T., Heim, T. A., & Madia, B. P. (2001). Evaluation of the psychometric properties of two forgiveness scales. *Current Psychology*, 20, 260-277.
- Seligman, M. E. P. (2008). *학습된 낙관주의 [Learned optimism]* (최호영 역). 서울: 21세기 북스. (원전은 2006에 출판)
- Seligman, M. E. P. (2002). *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. New York: Free Press.
- Seligman, M. E. P., Rashid, T., & Parks, A. C. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist*, 61(8), 774-788.
- Shearon, D. (2009). *Positive Psychology Includes Negative Emotions*. Positive Psychology News Daily
- Sin, N. L., & Lyubomirsky, S. (2008). Enhancing Well-Being and Alleviating Depressive Symptoms With Positive Psychology Interventions: A Practice-Friendly Meta-Analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 65(5), 467-487.
- Strosahl, K. D., J., P., & Robinson. (2010). 우울 증 치료를 위한 마음챙김과 수용 워크북 [*The Mindfulness & Acceptance Workbook for Depression*] (손정락 역). 서울: 시그마프레스.
- Tull, M. T., Gratz, K. L., Salters, K., & Roe, 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.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070.
- Wood, A. M., Froh, J. J., & Geraghty, A. W. (2010). Gratitude and well-being: A review and theoretical integration. *Clinical psychology review*, 30(7), 890-905.
- Wood, A. M., & Tarrier, M. (2010). Positive Clinical Psychology: A New vision and strategy for integrated research and practice. *Clinical Psychology Review*, 30, 819-829.

원고접수일 : 2014. 11. 07.
수정원고접수일 : 2015. 01. 23.
게재결정일 : 2015. 02. 24.

Effects of the Acceptance-Positive Psychotherapy on Happiness and Depressive Symptoms of Depressive College students: Mediation effect of Experiential avoidances and Emotion rates

Jinjoon Lee

Department of Psychiatry
Seoul National University Hospital

Eunjeong Kim

Department of Psychology
Ajou University

The purpose of this study was to examine the effectiveness and the mechanisms of 'Acceptance-Positive Psychotherapy (APPT)' which was designed to integrate Acceptance-based psychotherapy with Positive psychotherapy. APPT involves acceptance of an emotional distress associated with depression and then fully experiencing a positive emotion as well. Based on literature review, the mechanisms of changes in APPT proposed both experiential avoidance and emotion rates as mediators of treatment changes. Thirty-six participants in the APPT group completed the measures of depression, happiness, positive affect, negative affect, experiential avoidance, and acceptance before, after, and four weeks-after the program. Forty-one participants in the non-treatment group also completed all of the same scale during the same period as the APPT group. The main results were: 1) APPT group showed significant alleviation of depressive symptoms as well as significant enhancement of happiness and acceptance, compared with the non-treatment group. These effects continued to a four-week follow-up. 2) The decrease of experiential avoidance and increase of positive emotion rates mediated sequentially between APPT and alleviation of depressive symptoms. Finally, implications of APPT, limitations of the study, and future research options were discussed.

Key words : acceptance-positive psychotherapy, depression, experiential avoidance, acceptance, happiness, positive affect, negative affect, emotion rate