

긍정 임상심리학: 멘탈 휘트니스(mental fitness)와 긍정 심리치료(positive psychotherapy)*

김진영

고영진[†]

고려대학교 심리학과

이 글의 목적은 긍정 임상심리학의 개요를 살펴보는 것이다. 본 연구에서는 긍정 임상심리학의 두 가지 핵심 영역인 멘탈 휘트니스(mental fitness)와 긍정 심리치료의 개념을 살펴본 후 ‘고대 멘탈 휘트니스 긍정 심리치료 프로그램’을 소개하였다. 그 과정에서 전통적인 심리치료와 긍정 심리치료의 차이를 비교하였고 멘탈 휘트니스라는 개념이 도입되게 된 역사적인 배경 그리고 멘탈 휘트니스와 정신건강 교양(mental health literacy)의 관계를 조사하였다. 이러한 고찰에 기초하여 긍정 임상심리학의 제한점 및 발전가능성이 논의되었다.

주요어 : 긍정 임상심리학, 멘탈 휘트니스, 정신건강 교양, 긍정 심리치료, 고대 멘탈 휘트니스 프로그램

* 본 연구는 고려대학교 특별연구비(과제번호: K0717981)에 의하여 수행되었음.

[†] 교신저자(Corresponding Author) : 고영진, 고려대학교 심리학과, 서울시 성북구 안암동 5가 126-1
Fax : 02-3290-2662, E-mail : elip@korea.ac.kr

21세기에 심리학이 나아갈 방향을 조망하는 작업의 일환으로 발간된 『미국의 심리학자(American Psychologist)』라는 저널(journal)의 특별호에서 Seligman과 Csikszentmihalyi(2000)는 긍정 심리학을 “삶의 질을 높이고 또 질병을 예방하기 위해 개인의 긍정적이고 주관적인 경험, 긍정적인 개인적 특성 그리고 긍정적인 제도적 장치를 연구하는 과학” (p.5)으로 정의하였다. 이러한 긍정 심리학에서는 행복, 낙관성, 몰입, 사랑, 창의성, 정신건강, 그리고 역경을 이겨내는 회복 능력(resilience) 등 인간의 미덕(美德)들을 중점적으로 연구한다.

해외 심리학계의 연구 동향에 발맞추어 『한국심리학회지: 사회문제』에서도 긍정심리학적 관점의 연구 논문들이 2000년 이후에 두드러지게 증가하기 시작하였다. 그러한 연구들에서 다루어진 주제들로는 신뢰(구자숙, 2005; 박영신, 김의철, 2005; 손정락, 2005), 이타주의(김정식, 김완석, 2007), 정신건강(채정민, 한성열, 이종환, 금명자, 2007), 지혜(이수림, 조성호, 2007), 행복(구재선, 김의철, 2006; 이주일, 정지원, 이정미, 2006) 등을 들 수 있다.

긍정 심리학에서는 주로 삶에서 ‘있어야 할 것이 없거나 부족한 상황(예컨대, 몰입 등)’에 관심을 갖는다. 반면에 전통적으로 임상심리학에서는 ‘없어야 할 것이 존재하는 상황(예컨대, 무기력감 등)’을 효과적으로 통제하는 방안을 찾는 데 초점을 맞춰 왔다. 이런 점에서 임상 심리학과 긍정 심리학은 조화를 이룰 수 없는 개념처럼 보인다.

하지만 Seligman(2002a)은 긍정 심리학적 접근이야말로 임상 심리학의 “천부적 권리(birthright)”에 해당된다고 주장하였다. 이런 맥락에서 Maddux, Snyder, 및 Lopez(2004)는 본질

적으로 임상 심리학의 사명과 비전은 바로 “긍정 임상 심리학(positive clinical psychology)”에 존재한다고 주장하였다.

Maddux, Snyder, 및 Lopez(2004)에 따르면, 부정 임상심리학(negative clinical psychology)은 질병 이데올로기를 기반으로 삼는다. 질병 이데올로기에서는 다음의 세 가지 요인들이 강조된다. 첫째, 인간과 인간 경험에 대한 병리적 범주화이다. 둘째, 정신장애의 개인 내적 특성에 대한 강조이다. 셋째, 강점과 미덕보다는 약점과 악덕에 초점을 맞추는 것이다.

하지만 긍정심리학을 학문적 근간으로 삼은 긍정 임상심리학에서는 이러한 질병 이데올로기를 거부한다. 그 대신, 긍정 임상심리학에서는 “강점을 강화하려는 노력이 약점을 약화시킬 수 있다(Strengthening the strengths will weaken the weaknesses; Maddux, Snyder, & Lopez, 2004, p. 332)는 입장을 취한다. 이 글의 목적은 긍정 임상심리학의 두 가지 핵심 영역인 멘탈 휘트니스(mental fitness)와 긍정 심리치료의 개념을 살펴본 후, 고대 멘탈 휘트니스(Korea University Mental Fitness) 프로그램을 소개하는 것이다.

멘탈 휘트니스(Mental Fitness)

긍정적 정신건강과 멘탈 휘트니스

정신건강 영역에서 긍정적 정신 건강(positive mental health)에 대한 체계적인 접근이 이루어지기 시작한 것은 Jahoda(1958)가 기존의 문헌들을 종합적으로 정리하여 긍정적 정신건강의 준거를 제시하면서부터라고 할 수 있다. 그녀는 『긍정적 정신 건강의 현 개념(Current

Concepts of Positive Mental Health』이라는 저서에서 긍정적 정신건강의 여섯 가지 기준을 제시하였다. 그것은 자기에 대한 태도(attitudes toward the self), 성장, 발달, 그리고 자기실현(growth, development, and self-actualization), 통합성(integration), 자율성(autonomy), 현실적 지각(perception of reality), 그리고 환경에 대한 통제(environmental mastery)이다.

그 이후에 Knutson(1963)은 긍정적 정신건강의 새 지평을 열기 위해서는 정신병리 및 복지 영역의 전문가뿐만 아니라, 사회과학, 인문학, 교육학, 종교학, 그리고 철학의 전문가들이 공동으로 참여할 수 있도록 하는 것이 중요하다고 주장하였다. 이런 맥락에서 그는 정신건강을 대체할 수 있는 새로운 개념을 모색하는 것이 필요하다고 제안하였다.

McCarthy(1964)는 Knutson(1963)의 청원(plea)에 대한 답으로서 “멘탈 휘트니스(mental fitness)”라는 신개념을 제안하였다. McCarthy (1964)는 긍정적 정신 건강을 멘탈 휘트니스로 명명하면서 이러한 표현이 다음의 두 가지 점에서 유용하다고 주장하였다. 첫째, 멘탈 휘트니스는 신체적인 휘트니스라는 개념과 상응하는 대응물(counterpart)이 될 수 있다는 점이다. 이런 점에서 멘탈 휘트니스라는 표현은 마치 신체적인 휘트니스를 통해 신체적인 건강을 획득 및 유지할 수 있는 것처럼, 체계화된 정신적 훈련 과정을 통해 긍정적 정신건강 역시 성취될 수 있음을 암시한다. 둘째, 멘탈 휘트니스는 정신건강에 비해 정신의학과와의 연계성이 상대적으로 낮은 개념이다. McCarthy(1964)에 따르면, 멘탈 휘트니스는 정신과 의사와 심리학자뿐만 아니라, 사회사업가, 종교인, 재활전문가를 비롯한 다양한 영역의 학자들이 공동으로 참여할 수 있을 정도로 중립적인 개

념에 해당된다.

멘탈 휘트니스의 패러독스(paradox)

멘탈 휘트니스에는 패러독스가 존재한다. 그것은 바로 정신건강을 증진시키기 위한 노력이 절실히 요구되는 사람들은 멘탈 휘트니스 문제에 관심을 거의 안 기울이고 또 정신적으로 이미 남들보다 뛰어나게 건강하기에 정신건강을 증진시키기 위한 추가적인 노력을 사실상 기울일 필요가 없는 사람들은 일반 사람들보다 멘탈 휘트니스 문제에 더 큰 관심을 두는 것이다.

하버드 대학의 성인발달 연구(Vaillant, 1977, 1997, 2000, 2002) 결과에 따르면, 신체적으로나 정신적으로 매우 뛰어났기에 선발되었던 하버드 대학의 졸업생들이 일반인보다 심리상담 또는 심리치료를 약 3배 더 많이 받은 것으로 나타났다. 이러한 결과는 그들이 일반인보다 삶에서 더 큰 문제를 겪었기 때문에 심리 상담을 받았다고보다는 예방적인 목적에서 그리고 정신건강을 증진 시키고자 하는 목적에서 정신건강 프로그램에 참여했던 것으로 해석할 수 있다. 이러한 점은 체력단련을 위해 휘트니스(fitness) 센터에 열성적으로 출입하는 사람들 중에는 신체적인 운동이 절실히 요구되는 사람들보다는 사실상 추가적인 운동이 별로 필요가 없는 건장한 사람들이 더 많이 포함되어 있는 것과 유사한 이치라고 할 수 있다. 마찬가지로 맥락에서 멘탈 휘트니스 역시 삶에서 그러한 것이 절실히 요구되는 사람들보다는 사실상 이미 그러한 삶의 지혜들을 잘 활용하고 있는 사람들이 더 큰 관심을 둘 수 있다.

정신건강 교양(mental health literacy)

Frankl(1969)은 자신이 직접 겪은 일화를 다음과 같이 소개하였다.

약 30년 전에 나는 비엔나(Vienna)에서 정신의학과 실존주의에 관한 강의를 한 적이 있었다. 그때 나는 청중들에게 두 개의 인용문을 보여주었다. 인용문들 중 하나는 실존주의 철학자 하이데거(Heidegger)의 글에서 발췌한 것이고, 또 다른 인용문은 그 당시에 내가 재직하고 있던 비엔나 국립병원에서 입원치료를 받고 있던 정신분열증 환자와의 대화 내용에서 뽑은 것이었다. 청중들에게 이러한 내용을 설명해 준 다음에, 두 가지 글 중 어느 것이 정신분열증 환자의 글인지를 알아 맞춰보도록 하였다. 그 결과, 놀랍게도 청중들의 압도적인 다수가 정신분열증 환자의 말을 하이데거의 글에서 베껴온 것이라고 생각하였고 또 하이데거가 쓴 문장은 오히려 정신분열증 환자의 말이라고 믿었다(p.45).

이 일화는 위대한 철학가에 의해 창조된 혁명적인 사고와 정신분열증 환자가 체험하는 기이한 경험을 올바르게 구분하기 힘들 정도로, 정신건강 문제는 일반 사람들이 생각하는 것보다 훨씬 더 복잡한 정신현상일 수 있다는 점을 시사해 준다. 실제로 일반인들은 정신장애의 문제를 올바르게 인식하지 못하며 정신건강 관련 용어의 의미를 정확하게 이해하는데도 어려움을 보인다(Jorm, 2000). 호주의 일반인들에게 주요우울증이나 정신분열병을 앓고 있는 사람의 모습을 찰막하게 보여주었을 때, 대부분 뭔가 정신건강문제가 있다는 것은

알아차렸지만 오직 39%만이 주요우울증을, 그리고 27%만이 정신분열병이라는 병명을 정확하게 사용했다. 그리고 일반인들의 11%가 우울증을 신체적 장애로 오인했다. 또 Jorm(2000)에 따르면, 유럽에서 실시된 조사에서도 정신분열병과 조증이란 용어에 대한 이해가 부족한 것으로 나타났는데 많은 사람들이 ‘정신분열병’을 ‘분열된 성격’과 같은 개념으로 생각하였다. 그리고 미국인들은 우울증의 기분증상에 대해서는 꽤 잘 알지만 신체적 변화에 대해서는 상대적으로 잘 모르는 것으로 나타났다(Jorm, 2000).

멘탈 휘트니스의 패러독스는 사람들이 정신건강 관련 교양을 충분히 학습하지 못한 것과 밀접한 관계가 있는 것으로 보인다. 일반적으로 건강 교양(Health literacy)은 건강의 증진과 유지를 위해서 정보를 습득하고 이해하고 사용하는 능력으로 정의된다(Nutbeam, Wise, Bauman, Harris, & Leeder, 1993). 신체적 건강 분야에서의 건강 교양의 예로는 건강한 다이어트에 대한 지식과 그 실천, 피부암 예방책의 실천, 유방자가검사의 실시, 응급처치기술 익히기, 그리고 도서관이나 인터넷에서 건강 정보를 검색하는 방법의 습득 등을 들 수 있다. 신체적 건강을 위한 건강 교양의 중요성은 널리 알려져 있는 반면에 정신건강분야에서의 건강 교양의 중요성은 상대적으로 간과되어 왔다.

Jorm 등(1997)은 정신건강 교양을 ‘정신장애의 인식, 관리, 혹은 예방에 도움이 되는 정신건강 관련 지식과 신념’으로 정의하였다. 정신건강 교양의 구성요소는 다음과 같이 정리해 볼 수 있다: (a) 정신장애 혹은 심리적인 문제의 여러 가지 유형을 인식하는 능력; (b) 정신건강 관련 위험요인들에 대한 지식과 신념; (c)

정신건강 관련 자조적 개입에 대한 지식과 신념; (d) 정신건강을 향상시키기 위해 전문가들의 도움을 받는 것과 관계된 지식과 신념; (e) 정신건강 문제와 관련된 적절한 도움구하기 행동을 촉진시키는 태도; (f) 정신건강 관련 정보를 탐색하는 방법에 대한 지식.

사람들은 스스로를 무기력하게 만드는 심리적인 문제 증상들을 갖고 있거나 그런 문제를 가지고 있는 사람들을 알게 될 경우, 정신건강 관련 문제들을 해결하고자 시도하게 된다. 이 때 정신건강 교양은 사람들이 이러한 문제들을 다루는 데 영향을 미칠 수 있다. 만약 증상을 해결하려는 시도가 성공적이라면 자신 또는 타인의 문제증상은 감소될 것이고 결과적으로 정신건강 교양에도 변화가 생길 수 있다.

여기서 정신건강 교양이 심리적인 문제 증상이 발생했을 때에만 영향을 주는 것이 아니라는 점에 유의할 필요가 있다. 대중에게 정신건강 관련 교양 교육을 시켜야 하는 본질적인 이유 중 하나는 그러한 노력이 요나 콤플렉스(Jonah complex)에 대한 길항적 억제(competitive inhibition) 작용을 할 수 있기 때문이다. Maslow(1971)는 개인이 정신적 성장에 대한 두려움 때문에 회피적인 태도를 취하는 것을 요나 콤플렉스라고 불렀다. 이런 점에서, 사회적으로 정신건강 교양에 대한 교육을 강화하는 것이 멘탈 휘트니스의 패러독스 문제를 해결하는 데 크게 기여할 수 있을 것으로 보인다.

긍정 심리치료

최근까지 일반 대중들은 상담 및 심리치료

에 대해 심리적인 문제 증상을 가지고 있는 사람들에게만 필요한 것이라는 인식을 가지고 있었다. 하지만 Seligman과 그의 동료들은 심리적인 문제가 없는 일반인도 보다 행복해지는 데 실질적인 도움을 받을 수 있는 심리치료 기법으로서 긍정 심리치료를 제안하였다(Seligman, Rashid, & Parks, 2006; Seligman, Steen, Park, & Peterson, 2005). 이런 점에서 긍정 심리치료는 개념적으로 멘탈 휘트니스의 이념을 계승하는 프로그램이라고 평가할 수 있다. 긍정 심리치료를 간단히 요약해서 소개하자면 다음과 같다.

긍정 심리치료의 정의

긍정 심리치료는 인간의 긍정적 특성을 강화시키고 강점들을 개발하며 내담자에게서 아직 발현되지 않은 긍정적 변화의 원천들을 찾을 수 있도록 돕는 것을 바탕으로 한 치료법을 말한다(Compton, 2005). Seligman(2002b)에 따르면, 전통적인 심리치료와 긍정 심리치료는 다음의 두 가지 면에서 차이가 있다.

첫째, 치료 목표이다. 전통적인 심리치료에서는 내담자들이 부적응 또는 정신장애를 나타내는 상태에서 평균 수준의 적응을 나타내는 상태로 호전될 수 있도록 돕는 것을 목표로 한다. 반면에 긍정 심리치료에서는 정신적으로 건강하고 행복한 자기실현 상태를 달성할 수 있도록 돕는 것을 목표로 한다. 둘째, 치료 과정에서의 초점이다. 전통적인 심리치료 과정에서는 내담자 또는 환자들이 경험하는 문제 증상들을 경감시키는 방안들에 초점을 둔다. 반면에 긍정 심리치료에서는 환자들이 정신장애와 무관하게 갖고 있는 강점들 또는 정신장애에 의해 손상 받지 않은 기능들을

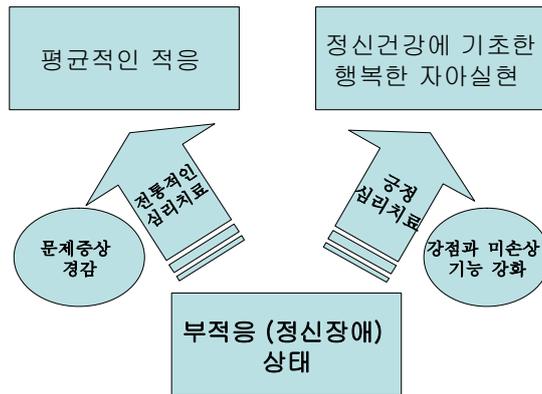


그림 1. 전통적인 심리치료와 긍정 심리치료의 차이

보다 더 강화시킬 수 있는 방안들에 주안점을 둔다.

예를 들면, 우울증에 대한 심리치료 과정에서 긍정 심리치료는 우울 증상을 직접적인 표적으로 삼기보다는 환자가 가지고 있는 강점들 및 긍정적인 정서를 강화할 수 있는 방안들을 적극적으로 활용한다는 점에서 증상에 초점을 맞추는 전통적인 심리치료와 구분된다 (Seligman, Rashid, & Parks, 2006). 전통적인 심리치료와 긍정 심리치료의 이러한 차이는 그림 1에 도시되어 있다.

긍정 심리치료의 가정

Seligman과 그의 동료들(2006)에 따르면, 우울증을 비롯한 다양한 정신장애들은 부정적인 증상들을 없애는 방법보다는 긍정적인 정서와 성격상의 강점, 그리고 삶의 의미를 형성해가는 기법들을 통해서 더 잘 치료될 수 있다. 그들은 내담자 또는 환자들의 긍정적인 심리적 자원들을 강화시켜 줄 경우, 결국에 가서는 그들의 부정적인 증상들도 성공적으로 상쇄할 수 있으며 또 미래에 재발될 가능성을

낮춰주는 완충효과를 함께 나타낼 수 있다고 주장하였다.

치료 과정에서 문제증상들을 직접 다루지 않고도 내담자들의 부적응 문제를 해결할 수 있다는 긍정심리 치료의 가정을 정당화할 수 있는 경험적인 근거 중 하나로는 하버드 대학의 성인발달 연구결과(Vaillant, 1977, 1997, 2000, 2002)를 들 수 있다. 그 연구에 따르면, 삶에 성공적으로 적응한 사람과 그렇지 못한 사람을 가장 잘 구분해줄 수 있는 지표는 방어기제(defensive mechanism) 또는 적응기제(adaptive mechanism)다. 삶에 성공적으로 적응한 사람들은 부적응을 나타낸 사람들에 비해 상대적으로 성숙한 기제는 많이 사용하는 반면에 미성숙한 기제는 더 적게 사용하는 것으로 나타났다. 하지만 신경증적인 기제의 측면에서는 그 두 집단 간에 유의미한 차이가 나타나지 않았다.

상담 및 심리치료 과정에서 다루게 되는 문제는 주로 미성숙하거나 신경증적인 기제들과 밀접한 관계가 있다. 그런데 하버드 대학의 성인발달 연구 결과는 행복이 성숙한 기제와 미성숙한 기제 및 신경증적인 기제 간의 상대

적인 비율의 크기에 의해 결정 된다는 점을 보여준다(Vaillant, 1977, 1997, 2000, 2002). 성숙한 기제와 나머지 기제들 간의 상대적인 비율의 크기는 미성숙 하거나 신경증적인 기제에서의 변화 없이 오직 성숙한 기제의 빈도를 증가시키는 것만으로도 증가할 수 있다. 따라서 긍정심리 치료에서처럼 치료 과정에서 신경증적인 기제나 미성숙한 기제를 다루지 않더라도, 상담 및 심리치료 프로그램을 통해 내담자가 성숙한 기제를 보다 더 많이 효과적으로 사용할 수 있도록 도울 수만 있다면, 내담자가 행복해지도록 돕는 것이 가능할 것이다.

긍정 심리치료의 원리

Seligman과 그의 동료들(2006)은 긍정 심리치료의 원리를 다음과 같이 세 가지로 요약해서 제시하였다. 첫째, 긍정 심리치료에서는 내담자 또는 환자들의 긍정적인 정서에 초점을 맞춘다. 이러한 긍정 심리치료 기법은 전통적인 인지행동치료에서 탈락율(dropout rate)이 높은 단점을 개선하는 데 효과적일 수 있다.

전통적인 인지행동치료의 경우, 치료를 시작할 때 내담자가 가지고 있는 비판적이고 자기 비판적이며 전반적으로 부정적인 형태의 생각들(예컨대, 비합리적 신념들)을 기록하게 하고 그러한 생각들이 어떻게 우울증과 같은 부정적인 정서를 유발하고 유지시키는지를 파악하도록 돕는다. 하지만 일부 내담자의 경우에는 이러한 절차가 오히려 역효과를 가져오고 치료적 동맹을 파괴하는 것으로 나타났다(Burns & Nolen-Hoeksema, 1992; Castonguay et al., 2004). 이러한 점은 일부 내담자가 인지행동치료를 조기 종결하는 이유 중의 하나일 수 있다(Oei & Kazmierczak, 1997; Persons, Burns &

Perloff, 1988). 대조적으로 긍정 심리치료에서는 내담자의 주의, 기억, 그리고 기대가 부정적이고 파괴적인 것으로부터 긍정적이고 희망적인 것으로 방향이 바뀔 수 있도록 교육시킨다. 예를 들어, “세 가지 좋은 일” 연습(잠들기 전에 그 날 잘 풀렸던 일을 3가지 적고 그 이유를 적는 것)은 잘못된 일만을 되새겨서 생각하는 우울증적인 편향을 상쇄시킬 수 있다. 마찬가지로 감사 편지는 내담자가 자신의 과거 인간관계에서 괴로웠던 기억 대신에 가족과 친구들이 내담자에게 해주었던 좋은 일들을 떠올릴 수 있도록 도울 수 있다.

둘째, 긍정 심리치료에서는 내담자들이 행복감을 증진시킬 수 있는 외부적이고 행동적인 기법들을 중점적으로 활용한다. 예를 들어, 자신의 고유한 강점을 더 잘 깨닫게 되면 될수록, 내담자는 자신의 강점이 실제로 생활 속에서 보다 더 효과적으로 발현 될 수 있도록 만들 수 있다. 또 내담자가 직장에서 일에 대한 몰입 수준이 높아지고 또 그에 따라 업무를 더 잘 수행하게 되면, 일에 대한 관여(engagement)와 긍정적 정서 간 연합을 더욱 더 강화시켜 줄 것이다. 그리고 내담자가 동료나 친구, 가족으로부터 얻는 좋은 뉴스에 적극적으로 그리고 건설적으로 반응 하도록 교육하는 것은 인간관계를 향상시킬 수 있는 사회 기술을 효과적으로 증진시켜 줄 것이다(Gable, Reis, Impett, & Asher, 2004).

셋째, 긍정 심리치료에서는 내담자가 삶의 의미를 적극적으로 탐색할 수 있도록 돕는 방법의 하나로서 강점을 강조한다. 긍정심리 치료에서 내담자들은 자신의 고유한 강점을 파악하도록 격려 받는다. 치료 초반에 내담자는 자신을 소개하는 과정에서 자신의 성격상의 최고 강점들과 관계된 실생활에서의 이야기를

하도록 요구받는다. 그 후 내담자는 “강점 행동 평가에서의 가치들(Values in Action Inventory of Strengths; VIA-IS, Peterson & Seligman, 2004)”이라는 검사를 받는다. 치료자와 내담자는 협동해서 일, 사랑, 우정, 양육, 그리고 여가 활동에서 내담자의 고유한 강점을 활용하는 새로운 방법들을 고안해낸다. 이러한 작업들은 궁극적으로 내담자의 자아실현 과정을 촉진시킬 수 있다.

긍정 심리치료의 효과 검증

Seligman과 그의 동료들(2006)은 긍정 심리치료의 효과를 검증하기 위해, 우울증을 호소하는 내담자들을 대상으로 긍정 심리치료 기법에 기초하여 집단 및 개인치료를 진행한 후, 치료효과를 통제 집단 또는 대조군과 비교하였다. 비록 Seligman과 그의 동료들(2006)의 연구가 우울증만을 대상으로 진행되었을지라도, 그들의 연구는 긍정 심리치료의 임상적 가치를 입증하는 시금석(試金石)의 역할을 할 수 있을 것으로 기대된다. 이런 맥락에서 그들의 연구 결과를 소개하면 다음과 같다.

우울증을 위한 집단 긍정 심리치료의 효과 검증

실험 절차. 연구 참여자로는 백 우울척도(Beck Depression Inventory-II; BDI, Beck & Steer, 1992)에서 우울증상(10-24점)을 보이는 40명의 대학생이 표집 되었다. 연구 참여자들을 긍정 심리치료 집단(n=19)과 통제 집단(n= 21)에 무선 할당하였다. 치료 프로그램은 매주 2시간씩 총 6주간 진행되었고 집단의 인원수는 8-11명이었다. 매 회기마다 전반부에는 지난 주 회기에 대한 집단 토론이 진행되었고 후반

부에는 해당 주의 연습 및 연습방법에 대한 강의 스타일의 소개가 진행되었다. 참여자는 지난 한 주 동안 했던 자신의 숙제를 요약해 놓은 작업표를 제출하도록 요구받았다. 이 때 집단 프로그램의 특성 상 그러한 연습이 개개인에 초점을 맞추어 진행되지는 않았으며 동일한 숙제가 정해진 순서대로 모든 참여자에게 주어졌다.

집단 긍정 심리치료 프로그램의 효과 검증

우울증을 측정하기 위해 BDI가 실시되었고 또 주관적 안녕감의 변화를 평가하기 위해 삶의 만족도 척도(Satisfaction With Life Scale; SWLS, Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985)가 실시되었다. 두 검사 모두 웹기반형식(Web-based format)으로 프로그램 실시 전과 종결 직후, 3개월 후, 6개월 후, 그리고 1년 후에 실시되었다. 평가 결과, 전체적으로 집단 긍정 심리치료는 우울 증상을 경감시키는데 유의미한 효과가 있었으며 이러한 효과는 1년 뒤 추수 평가에서도 지속되었다. 이에 비해 치료받지 않았던 통제집단은 실험 전과 유사한 범위의 우울증상을 나타냈다. Seligman과 그의 동료들(2006)에 따르면, 사후의 지원(booster) 회기 없이 우울증을 위한 심리치료가 종결된 지 1년이 지난 시점에서 치료효과가 유지된다는 것은 매우 이례적인 일이라고 할 수 있다. 따라서 중요한 자기 유지적(self-maintaining) 요인이 집단 긍정 심리치료 과정에 포함되어 있다고 할 수 있다.

주요 우울 장애를 위한 개인 긍정 심리치료 프로그램의 효과 검증

실험 절차. DSM-IV(the fourth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental

Disorders American Psychiatric Association, 2000)의 주요 우울 장애 진단준거를 충족시키는 32명의 성인 내담자들이 표집 되었다. 단, 과거에 약물남용 장애, 공황장애, 조증 혹은 경조증 삽화, 혹은 정신병적 장애로 진단받은 적이 있는 사람들은 제외되었다. 연구 참여자는 연구에 대한 사전 설명을 들은 후, 개별 긍정 심리치료(individual positive psychotherapy; IPPT, n=11) 또는 일반 심리치료(treatment as usual; TAU, n=9) 조건에 무선적으로 할당되었다. 또 IPPT 집단과의 비교 목적으로 동일 기간 동안에 TAU를 받고 항우울제를 복용하는 다른 비 무선적 대응 표본 집단(nonrandomized matched group; TAUMED, n=12)도 추가 표집 되었다. 긍정 심리치료의 경우, 경도에서 중도에 이르는 우울증의 치료 과정에서는 우울증의 부정적 증상이 아니라 개인의 긍정적인 특성에 초점을 맞춘다. 하지만 Seligman과 그의 동료들(2006)에 따르면, 주요우울장애를 위한 치료에서는 긍정적 증상과 부정적 증상 간의 균형을 맞추는 것이 중요하다. IPPT는 최대 12주에 걸쳐 14회기동안 진행되었다.

개인 긍정 심리치료 프로그램의 효과 검증

Seligman과 그의 동료들(2006)의 연구에서 사용된 주요 우울증에 대한 회복 준거는 다음의 4가지 기준을 모두 충족시키는 것이었다. 첫째, Zung 자기평정척도(Zung Self-Rating Scale; ZSRS, Zung, 1965)에서 50 미만일 것, 둘째, 해밀턴 우울 평정 척도(Hamilton Rating Scale for Depression; HRSD, Hamilton, 1960)에서 7점 이하일 것, 셋째, 치료결과 질문지(Outcome Questionnaire; OQ, Lambert et al., 1996)점수에서 치료 전후에 15점 이상 하락하고 치료 후 점수가 63미만일 것, 마지막으로 전반적 기능평

가(The Global Assessment of Functioning; GAF, APA 1994)에서 70점 이상일 것이다. 그 결과, 회복율은 IPPT(64%), TAU(11%), TAUMED(8%)의 순으로 나타났다. 또 자기보고(ZSRS와 OQ)와 임상가 평정(HRSD & GAF) 모두에서 IPPT의 치료 효과가 TAUMED보다 더 유의하게 높았다. Seligman과 그의 동료들(2006)의 연구 결과는 내담자들의 긍정적 정서, 강점들, 생활에 대한 관여 수준, 개인적인 의미 등을 체계적으로 향상시키는 것은 주요 우울장애를 치료하는데 매우 효과적인 수 있음을 보여준다.

고대 멘탈 휘트니스 긍정 심리치료 프로그램

Seligman과 그의 동료들(2006)은 우울증 치료를 위한 긍정 심리치료에서의 회기별 구성 내용을 소개한 바 있다. 하지만 그들이 제안한 프로그램은 우울증을 치료하기 위해 개발된 것이어서 다양한 정신장애 집단 및 일반인들에게 적용하는 데는 한계가 있을 수 있다. 이런 점을 고려하여 본 연구에서는 기본적으로 Seligman과 그의 동료들(2006)의 우울증을 위한 긍정 심리치료 프로그램을 기반으로 삼되, 특정 장애에 초점을 맞추기 보다는 다양한 정신장애 집단에 폭넓게 활용할 수 있도록 개발된 “고대 멘탈 휘트니스 긍정 심리치료 프로그램”을 소개하고자 한다.

오리엔테이션 및 사전 평가

긍정 심리치료를 소개하면서 장애가 모든 심리적인 기능들에 손상을 주는 것은 아니며 그러한 장애보다는 긍정적인 정서 및 성격상

의 강점과 의미의 부족 등이 개인의 적응에 더 심각한 장애물이 된다는 점을 강조한다(숙제: 행복지수와 행동 가치평가 등의 행복 관련 질문지 작성).

1회기: 행복에 이르는 길

행복에 이르는 경로(예컨대, 몰입)에 관해 논의한다(숙제: 긍정적인 자기소개서와 태그라인(tag line) 작성 및 낙관성 질문지 응답)

2회기: 낙관성 훈련

뭔가 중요한 일을 실패했거나 큰 계획이 무너졌거나 누군가한테 거절을 당했을 때의 경험들을 적극적으로 탐색해 봄으로써 하나의 문이 닫히면 거의 언제나 또 다른 문이 열린다는 점을 학습 한다(숙제: 피라니아 또는 토마토 효과(두려워하거나 좌절할 필요가 없었던 것을 두려하거나 좌절하는 경향)에 대한 탐색).

3회기: 즐거운 경험에 관한 일기 쓰기

고유한 강점 및 긍정적인 정서를 함양할 수 있는 구체적이고 성취 가능한 행동들을 계획한다(숙제: 즐거운 경험에 관한 일기장 작성).

4회기: 긍정적인 정서의 함양을 위한 정서교양(Emotional Literacy)

정서교양은 자신의 정서를 정확하게 지각하고 의사소통하는 능력을 의미한다. 이러한 정서교양은 긍정적인 정서 및 사회적인 유능성을 함양하는 데 필수적이다(숙제: 정서의 나침반 만들기).

5회기: 중간 점검(Mid-therapy Check)

그 동안 진행된 과제들에 대해 점검하고 강점 및 긍정적 정서를 함양하는 일의 중요성을

논의한 후, 치료 과정 및 효과에 대한 내담자의 피드백을 구한다(숙제: 세 가지 은유 과제(추억, 생동감, 그리고 신비감에 관한 그림이나 사진 찾아오는 것) 수행).

6회기: 감사하기

지속적인 고마움을 나타낼 수 있는 형태의 감사 개념을 소개한다(숙제: 감사의 편지 및 감사 일지 작성).

7회기: 몰입

행복감을 증진시킬 수 있는 활동에 관해 논의한다(숙제: 몰입할 수 있는 활동들을 계획하고 계획한 대로 그 활동들을 이행).

8회기: 강점의 왕과 여왕(King and Queen of strengths)

타인을 사랑할 줄 아는 능력을 강점의 왕이라고 한다면, 타인으로부터 사랑받을 줄 아는 능력은 강점의 여왕이라고 할 수 있다. 이러한 맥락에서 사랑을 주고받는 사회적 기술 훈련을 실시한다(숙제: 자신에게 중요한 사람들의 고유한 강점 탐색하고 그에 대해 긍정적이고 건설적인 칭찬 훈련).

9회기: 용서하기

분노와 슬픔을 중립적인 감정으로 혹은 때로는 긍정적인 감정으로까지 전환시킬 수 있는 강력한 수단으로 용서하기를 소개한다(숙제: 용서의 편지 작성).

10회기: 행복한 삶(The Full Life)

10주간의 행동 변화를 평가한 후 중요한 자기 유지적(self-maintaining) 요인들에 관해 논의한다.

긍정 임상심리학의 제한점과 발전가능성

Seligman(2002a)에 따르면, 긍정 임상심리학이 기반으로 삼고 있는 긍정심리학이라는 학문적인 운동이 본격적으로 시작된 것은 1998년부터이다. 긍정심리학과 긍정 임상심리학이 공동 운명체일 수밖에 없다는 점을 고려해 볼 때, 긍정 임상심리학의 가장 큰 약점은 학문적 역사가 짧기 때문에 다양한 정신장애와 연령을 가진 내담자와 환자들을 대상으로 학문적인 가치를 검증받지 못했다는 점을 들 수 있다.

하지만 현재 긍정 심리학과 관계된 서적과 연구들은 급속하게 증가하고 있는 추세에 있다(Compton, 2005). 철학자이자 수학자인 파스칼은 “모든 인간은 행복을 추구한다. 여기에는 그 어떠한 예외도 존재하지 않는다(All men seek happiness. This is without exception).”는 말을 남겼다. 그의 말은 사람들이 지금까지 긍정 심리학에 대해 열광적인 반응을 보이는 이유 및 긍정 심리학의 미래와 관련해서 유용한 시사점을 제공해 줄 수 있다. 왜냐하면, 사람들은 누구나 행복을 원하기 마련이며 바로 긍정 심리학과 긍정 임상심리학은 멘탈 휘트니스 또는 긍정 심리치료를 통해 바로 그 길을 제시해 줄 수 있기 때문이다.

참고문헌

구자숙 (2005). 조직 내 신뢰: 개념화와 연구동향. 한국심리학회지: 사회문제, 11(1), 69-83.
구재선, 김의철 (2006). 한국인의 행복 경험에

대한 토착문화심리학적 접근. 한국심리학회지: 사회문제, 12(2), 77-100.

김정식, 김완석 (2007). 이타행동의 유발요인으로서 정서전염: 문화변인의 조절효과. 한국심리학회지: 사회문제, 13(2), 55-76.

박영신, 김의철 (2005). 한국인의 신뢰의식에 나타난 토착심리 탐구. 한국심리학회지: 사회문제, 11(1), 21-55.

손정락 (2005). 신뢰와 건강. 한국심리학회지: 사회문제, 11(1), 85-95.

이수림, 조성호 (2007). 나이 듦과 지혜: 성공적 노화의 통합적 개념화. 한국심리학회지: 사회문제, 13(3), 65-87.

이주일, 정지원, 이정미 (2006). 미국거주 한인 노인과 국내노인 간 행복감의 차이 및 행복감에 영향을 주는 요인의 비교. 한국심리학회지: 사회문제, 12(5), 169-203.

채정민, 한성열, 이종한, 금명자 (2007). 독일의 정신건강 연구를 통해 본 한국의 통일심리학 방향. 한국심리학회지: 사회문제, 13(1), 91-114.

Beck, A. T., & Steer, R. A. (1992). *Beck Anxiety Inventory manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

Burns, D. D., & Nolen-Hoeksema, S. (1992). Therapeutic empathy and homework compliance in cognitive-behavioral therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 441-449.

Castonguay, L. G., Schut, A. J., Aikins, D., Constantino, M. J, Laurenceau, J. P., Bologh, L., & Burns, D. D. (2004). Integrative cognitive therapy: A preliminary investigation. *Journal of Psychotherapy Integration, 14*, 4-20.

Compton, W. C. (2005). *An introduction to positive*

- psychology*. Stamford, CT; Thomson.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Frankl, V. (1969). *The will to meaning*. New York: An Anal Book.
- Gable, S. L., Reis, H. T., Impett, E., & Asher, E. R. (2004). What do you do when things go right? The intrapersonal and interpersonal benefits of sharing positive events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 87, 228-245.
- Hamilton, M (1960) A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 23, 56-62.
- Jahoda, M. (1958). *Current Concepts of Positive Mental Health*. New York: Basic Books.
- Jorm A. F. (2000). Mental health literacy Public knowledge and beliefs about mental disorders, *The British Journal of Psychiatry*, 177, 396-401.
- Jorm A. F., Korten A. E., Jacomb P. A., Christensen H., Rodgers B., & Pollitt, P. (1997). Mental health literacy: A survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*, 166, 182-186.
- Knutson, A. (1963). New perspectives regarding positive mental health, *American Psychologist*, 18, 300-306.
- Lambert, M. J., Hansen, N. B., Umphress, V., Lunnen, K., Okiishi, J., Burlingame, G. M., & Reisinger, C. W. (1996). *Administration and scoring manual for the Outcome Questionnaire(OQ -45.2)*. Stevenson, MD: American Professional Credentialing Services.
- McCarthy, D. (1964). Mental fitness, *American Psychologist*, 19, 201-202.
- Maddux, J. E., Snyder, C. R. & Lopez, S. J. (2004). Toward a positive clinical psychology: Deconstructing the illness ideology and constructing an ideology of human strengths and potential. In P.A. Linley & S. Joseph (Eds.), *Positive psychology in practice*(pp.320-334). Hoboken, NJ: Wiley.
- Maslow A. H. (1971). *The farther reaches of human nature*. New York: Viking.
- Nutbeam, D., Wise, M., Bauman, A., Harris, E., & Leeder, S. (1993). *Goals and Targets for Australia's Health in the Year 2000 and Beyond*. Canberra: Australian Government Publishing Service.
- Oei, T. P., & Kazmierczak, T. (1997). Factors associated with dropout in a group cognitive behaviour therapy for mood disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 1025-1030.
- Persons, J. B., Burns, D. D., & Perloff, J. M. (1988). Predictors of dropout and outcome in cognitive therapy for depression in a private practice setting. *Cognitive Therapy and Research*, 12, 557-575.
- Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. New York: Oxford University Press/Washington, DC: American Psychological Association.
- Seligman, M. E. P. (2002a). *Authentic Happiness: Using the New Positive Psychology to Realize Your Potential for Lasting Fulfillment*. New York: Free Press.

- Seligman, M. E. P. (2002b). Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. In C. P. Snyder, & S. J. Lopez(Eds.), *Handbook of positive psychology*(pp.3-13). New York: Oxford University Press.
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction, *American Psychologist*, 55, 5-23.
- Seligman, M. E. P., Steen, T., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60, 410-421.
- Seligman, M. E. P., Rashid, T., & Parks, A. C. (2006). Positive psychotherapy. *American psychologist*, 61, 774-778.
- Vaillant, G. E. (1977). *Adaptation to life*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Vaillant, G. E. (1997). *The wisdom of the ego*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Vaillant, G. E. (2000). Adaptive mental mechanism: Their role in a positive psychology, *American Psychologist*, 55, 89-98.
- Vaillant, G. E. (2002). *Aging well*. Boston: Little Brown.
- Zung, W. W. K. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 12, 63-70.

1 차 원고 접수일 : 2008. 12. 15

최종 원고 접수일 : 2009. 02. 15

Positive Clinical Psychology: Focusing on Mental Fitness and Positive Psychotherapy

Jin-young Kim

Young-gun Ko

Korea University

The purpose of the present manuscript is to introduce positive clinical psychology. We reviewed the two main areas of positive clinical psychology: mental fitness and positive psychotherapy. The historical background of the concept of mental fitness as well as the relationship between mental fitness and mental health literacy was examined. In addition, positive psychotherapy and conventional psychotherapies were compared and contrasted in order to enhance the understanding of positive psychotherapy. Lastly we introduced the Korea University Mental Fitness Positive Psychotherapy Program. Based on this review, the limitations and future prospects of positive clinical psychology were discussed.

Key words : *positive clinical psychology, mental fitness, mental health literacy, positive psychotherapy, Korea University Mental Fitness Program*