



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

김 정 규 교수 지도  
석사학위 청구논문

정서·행동 관심군 중학생에 대한  
학교기반 게슈탈트 관계성 향상  
프로그램(GRIP)의 효과 검증

2017

성신여자대학교 대학원

심 리 학 과

조 은 이

정서·행동 관심군 중학생에 대한  
학교기반 게슈탈트 관계성 향상  
프로그램(GRIP)의 효과 검증

김 정 규 교수 지도

이 논문을 석사학위논문으로 제출함

2016년 11월

성신여자대학교 대학원

심 리 학 과

조 은 이

# 인 준 서

조은이의 석사학위 논문으로 인준함

2016년 11월

심사위원장 서수연 (서명 또는 인)

심사위원 김정규 (서명 또는 인)

심사위원 조영일 (서명 또는 인)

성신여자대학교 대학원

## 논문개요

본 연구는 정서·행동 관심군으로 선별된 중학교 1학년 학생들을 대상으로 계슈탈트 관계성 향상 프로그램(GRIP)을 개발하고, 그 효과를 검증하는 데 목적이 있다. 경기도 Y도에 위치한 S 중학교 1학년 전체 학생 중 2016년 교육부에서 전국 중학교 1학년을 대상으로 실시한 정서·행동특성선별검사 결과, 관심군 및 우선 관심군(자살생각)으로 선정된 학생들을 1차 대상자로 선정하고, 학부모와 학생이 치료 참여에 동의한 참여자들을 최종 대상자로 선정하여 치료집단(N=7), 통제집단(N=6)에 각각 배정하였다. 치료집단은 주 진행자 한 명이 참여하였으며, 매 회기 90분씩 주 2회 4주 동안 진행되었다. 프로그램의 효과성을 검증하기 위하여 간이정신진단검사 II(KSCL95)를 사용하였으며 치료를 통한 우울과 불안을 측정하였다. 연구결과, 그립(GRIP)에 참여한 집단의 우울이 대기통제집단의 우울보다 더 감소될 것이라는 가설 1이 부분 지지되었으며, 그립(GRIP)집단 내의 측정 시기에 따른 우울 점수 변화 추이를 살펴보았을 때는 사전-사후, 사전-추후 점수 간의 차이가 모두 나타나지 않았으나, 그립(GRIP)집단과 통제집단 간의 사전-사후 점수를 비교하는 경우에는 유의미한 차이가 나타난 것으로 밝혀졌다. 또한, 그립(GRIP)에 참여한 집단의 불안이 대기통제집단의 불안보다 더 감소될 것이라는 가설 2가 지지되었다. 그립(GRIP)에 참여한 집단의 불안은 사전-사후, 사전-추적에서 유의미한 차이를 나타냈으나 대기통제집단은 사전-사후-추적에서 유의한 차이가 나타나지 않았다. 또한 그립(GRIP)집단과 통제집단 간의 사전-사후, 사전-추후 점수를 비교했을 때에도 모두 유의미한 차이를 나타냈다. 이러한 결과는 정서·행동 관심군을 대상으로 한 그립(GRIP)이 불안 감소에 매우 효과적이었음을 시사한다. 이러한 결과들은 계슈탈트 관계성 향상 프로그램(GRIP)이 정서·행동 관심군으로 선별된 중학생에게 우울의 부분적 측면과 장기적으로 불안을

완화하는 데 실제적으로 도움을 주며, 정서·행동 관심군으로 선별된 학생들에게 심리 치료적 개입할 시 내향적 문제에 중점을 두고 접근해야 함을 시사한다. 본 논문의 마지막에는 연구의 의의, 한계 및 후속 연구에 대한 제언이 논의되었다.

**주요어** : 게슈탈트 관계성 향상 프로그램(GRIP), 학생정서·행동특성선별검사, 정서·행동 관심군, 우울, 불안

# 목 차

## I. 서론

- 1. 연구의 목적과 필요성 ..... 1
- 2. 연구문제 및 가설 ..... 7

## II. 이론적 배경

- 1. 정서·행동특성선별검사(AMPQ-II) ..... 9
  - 1) 청소년 정서·행동특성선별검사(AMPQ-II) ..... 9
  - 2) 정서·행동 관심군 ..... 10
  - 3) 청소년 정서행동특성선별검사(AMPQ-II) 운영자 ..... 11
- 2. 학교 기반 심리치료 프로그램
  - 1) 외국의 아동청소년 정신건강 정책 및 서비스 현황 ..... 12
  - 2) 국내 아동청소년 정신건강 정책 및 서비스 현황 ..... 13
- 3. 정서중심치료
  - 1) 정서중심치료의 유래가 되는 이론들 ..... 17
  - 2) 정서중심치료에서의 기능장애 ..... 20
  - 3) 정서중심치료에서 우울증과 불안 ..... 22

## III. 치료 프로그램의 개발

- 1. 치료 프로그램의 목적, 개발 방향 ..... 23
- 2. 게슈탈트 치료 이론에서 우울과 불안 ..... 25

3. 계슈탈트 관계성 향상 프로그램(GRIP)의 특징 .....	26
4. 정서·행동 관심군 중학생의 내현화 문제 완화를 위한 그룹(GRIP)의 내 용 .....	27

#### IV. 연구방법

1. 연구참가자 .....	33
2. 연구설계 .....	35
3. 연구 절차 .....	36
4. 측정도구 .....	36
5. 자료 분석 .....	39

#### V. 연구 결과

1. 학생정서·행동선별검사(AMPQ-II)의 공존타당도 확보를 위한 스크리닝 .....	41
2. 치료집단과 통제집단 간 사전 동질성 .....	41
3. 치료집단과 통제집단 내 사전-사후, 사전-추적 검사 비교 .....	42
4. 치료집단과 대기통제집단 간 사전-사후, 사전-추적 검사 비교 .....	43

#### VI. 논의 및 제언 .....

#### 참고문헌

#### ABSTRACT(영문초록)

#### 부록

## 표 목 차

표 1. 정서·행동 요인별(학생설문) 항목.....	10
표 2. AMPQ-II의 요인별 절단점 .....	11
표 3. 정서·행동 관심군 중학생에 대한 그립(GRIP)의 회기별 진행 내용 .....	32
표 4. 연구 참가자의 인구통계적 특성 .....	35
표 5. 연구 설계 .....	35
표 6. 간이정신진단검사II(KSCL95) 문항 구성 .....	39
표 7. AMPQ-II 결과, 정서·행동 관심군으로 선별된 연구 참여자에 대한 타당 도 확인 .....	41
표 8. 그립(GRIP) 치료집단과 통제집단의 우울, 불안의 사전점수 동질성 .....	42
표 9. 그립(GRIP) 치료집단과 통제집단 내 우울, 불안의 사전-사후, 사전-추적 점수 비교 .....	43
표 10. 그립(GRIP) 치료집단과 통제집단 간 우울, 불안의 사전-사후, 사전-추 적 검사 비교 .....	44

# I. 서론

## 1. 연구의 목적과 필요성

초·중·고등학교 학생들은 신체적, 정신적으로 성장과정에 있으며, 이 시기에는 위험요인에 민감하게 영향을 받기 때문에 청소년기에 발생한 내재화 및 외현화의 어려움은 종단적으로 이어질 수 있다(김현정 외, 2009). 세계보건기구(WHO)에 의하면 2020년이 되면 정신장애를 가진 아동의 비율이 50% 증가할 것이며, 정신건강증진의 상실은 아동의 5대 사망원인이 될 것으로 보고하고 있다(심서연 외, 2015).

청소년의 정신건강 문제가 본격적인 사회병리현상으로 불거져 나온 것은 국내 외환위기 이후 가정의 기능적 결손을 원인으로 보며(이수정, 2007, 정소희 2009; Levenon 1973), 근래 들어 청소년의 범죄, 자살, 정신건강 문제의 증가 관련 기사가 자주 보도되고 있듯이 청소년 문제가 어느 때보다도 심각한 사회 문제로 주목받고 있다. 통계적 수치로도 이러한 심각성이 두드러지게 입증되는 바, 청소년을 대상으로 실시된 2015년 국가 정신건강현황 결과보고서에 따르면 최근 1년 동안 2주 내내 일상생활을 중단할 정도로 슬프거나 절망감을 느낀 적이 있는지 묻는 조사에서 청소년의 우울감 경험률은 2013년 30.9%를 기록하였으며 이는 성인에 비해 약 3배 정도 높은 실정임이 확인되었다. 청소년들은 5명당 1명꼴로 자살 충동을 경험한 바 있었으며 자살 충동을 경험한 적 있다고 답한 비율은 중학생 22.6%, 고등학생 26.8%이었다. 이는 전년도 조사 때보다 평균 3.1%포인트 높아진 것이다(연세대학교 사회발전연구소, 2016). 또한 소년 범죄 현황 및 특징을 살펴보면, 소년 사건은 소년법이 개정된 2007년 이후, 2009년 113,022명에서 2010년 89,776명, 2011년 83,060명으로 약간의 감소를 보이다가 2012년에 이르러 93,604명으로 증가했으며, 여자 소년범의 경우, 전체 소년범의 약 17% 비율을 차지하고 있으며 2007년 13,930명(16%)에

비해 2008년 26,510명(20%)으로 약 4% 정도 증가하였다. 특히, 2003년부터 2012년 까지 약 10년간 소년범에 대한 강력범죄(살인, 강도, 강간, 절도, 폭력 행위 등)가 소년범 비행 현황 중 약 56%를 유지하고 있는 것이 확인되었다(한상국 외, 2015).

청소년기의 정신건강 문제를 조기에 선별하고 치료 기관으로 연계하여 의료 서비스를 제공하는 효율적인 접근에 대한 체계의 시작을 학교로 보고, 이를 통하여 청소년이 각 단계의 발달 과제를 원만히 수행하고 기능 손상을 사전에 예방하여 보다 건강한 삶을 영위해 나가도록 도울 수 있도록 많은 시도들이 이루어지고 있다(김효진 외, 2009). 학교는 학생들이 일과 중 가장 많은 시간을 보내는 중요한 생활의 장이라는 점 외에도 학생 및 학부모의 접근 용이성 때문에 일반화될 수 있다는 장점으로 인하여 예방 및 조기개입을 시행하기에 가장 적합한 장으로 선호되어왔으며 (Elias & Tobias, 1996, Nabors & Reynolds, 2000) 이미 미국, 호주 등 주요 선진국의 경우 1990년대 이후 다양한 방식으로 학교 정신건강 서비스를 시도하고 있다(홍현주 외, 2016).

우리나라도 2009년부터 학교를 기반으로 청소년 정신건강에 대한 개입을 시행하기 위하여 ‘청소년 정신건강 및 문제행동 선별검사(Adolescent Mental-Health and Problem-Behavior Questionnaire; AMPQ)’를 실시하고 있으며 2011년에 개편과정을 거쳐 2012년부터는 전국 초·중·고등학생을 대상으로 진행하고 있다(이경심, 2015). 하지만 검사를 통해 발견된 정신건강 관심군 학생들에 대한 사후관리가 효과적으로 이루어지지 못하고 있다는 문제점이 계속 제기되었다.

현장 사용에 있어서 실용적인 도구 개발 측면에 중점을 두고 청소년의 정신 건강 문제 탐지를 목적으로 고안된 AMPQ-II는 주의력 결핍 과잉행동장애 (ADHD), 강박증, 비행, 품행장애, 성, 대인관계, 폭력피해 등 7가지의 외현화 문제와 정신증, 우울증, 기분장애, 불안, 신체화, 의존성, 식이장애, 학습이해

등 8가지의 외현화 문제를 동시에 평가하기 때문에, 관심군으로 선별된 학생들의 특징이 일관되지 못하고 서로 이질적이며 각각 다양한 정신건강 문제를 나타내고 있다. 이는 관심군 학생들에 대한 일괄적인 개입이 아닌 통합적이고 개별적 개입이 동시에 이루어져야 함을 나타낸다.

또한, 최근 3년간 학생정서·행동특성검사 결과 및 조치 현황에 따르면, 관심군 및 우선 관리군 학생들과 더불어 자살사고를 가진 학생들이 2차 기관에 연계되었는데, 2015년과 2016년 중고생 2만여명이 성적 압박, 가정불화 등으로 자살을 생각해 본 것으로 조사되었으며, 2008년을 기점으로 2015년 8월까지 매년 100여명의 학생들이 극단적인 선택을 하고 있음이 확인되었다(자살과 학생 정신건강연구소, 2016).

연구에 따르면, 청소년의 자살은 우울과 불안 등의 내향적 특성과 분노반응이나 충동성 등의 외향적 특성이 혼재되어 나타난다(송동호 외, 2003). 우울과 불안은 자살 사고의 주요 요인이며(송동호 외, 1996), 충동성과 절망감이 자살 시도의 위험 요인임이 알려져 있다(Pawlak C 외 1999; Bronish T 외 1994; Kashden J 외 1993). 우울이 청소년들의 자살사고를 설명하는 데 유의미한 변수이며(고기숙, 2013; 이주연, 2013; 장영애, 2014) 신혜정 외(2014)에 따르면, 자살 단계들이 이전 단계의 자살 변인에 영향을 받는 것이 확인되었고, 우울은 자살생각에 영향을 주고 자살 생각은 자살 계획에 영향을 주며 자살 계획은 자살 시도에 영향을 주었음이 확인되었다. 이는 우울이 청소년의 자살에 영향을 미치고 있음을 지지한다. 또한, 우울과 불안 모두가 청소년들의 자살생각에 영향을 미치고 있으며, 학업스트레스와 학교생활 적응에 대한 두려움과 갈등이 불안을 야기시키고 이 목표를 달성하지 못했을 때 오는 좌절감이 우울과 자살로 연결될 가능성이 있다(김갑숙, 2012).

더불어 청소년의 불안과 우울에 따른 외현화 문제에 대한 연구에 따르면, 우울과 불안의 수준에 따른 외현화 문제는 약물 사용을 제외한 모든 항목(반

사회수준, 알코올수준, 공격수준, 자살생각수준)에서 유의미하다고 밝혀졌으며 (곽금주 외, 1993; 곽금주 외, 1995) 특히 주목할 점은 우울의 불안을 느끼는 정도에 따라서 비행을 더 저지르게도 하고 비행 행동을 막을 수도 있음이 확인되었다(강태신, 2008; 김영환, 2002).

청소년의 내재적 문제들이 그 자체 뿐 아니라 자살과 외현적 문제에 영향을 미친다는 선행연구의 결과에 따라, 본 연구에서는 정신적 기능을 조절하며 사고와 행위를 조직화하는 요인 중 정서에 주목하였다. Greenburg의 연구에 따르면, 정서는 정동, 기분과는 구별되는 것으로, 의식적으로 경험된 인간의 정서는 기분상태 및 행위 경향성이 이를 촉발한 상황 및 자기와 결합될 때 생겨나는 경험이라고 정의할 수 있으며, 정서장애의 근원을 스트레스, 정서의 회피 또는 부인, 정서의 강도 조절 실패, 심리적 외상, 그리고 잘못된 의미구성 과정으로 구분하고 있다(Greenburg & Safran, 1987). 이러한 정서는 우리가 지향해야 할 목표의 우선순위를 설정하게 하고, 특별한 행위를 하게끔 조직화하는 기능을 한다(Frijda, 1986). 가령, 두려움이라는 감정이 도피라는 목표를 설정하게 하여 우리가 도망가도록 만들 듯, 우울과 불안으로 대표되는 내재화 문제가 청소년들에게 특정 목표를 설정하게 만들고 그 행동을 실천에 옮기도록 조정할 수 있다는 점을 고려했을 때(강태신, 2008), 내재화 문제의 완화를 통하여 목표 설정의 과정에 개입하고 이를 통해 결과적으로 외현화 문제 역시 감소시킬 수 있을 것이라 예측할 수 있다.

정서중심으로 진행된 치료가 우울하고 불안하거나 대인관계에 문제를 경험하고 생활에 어려움이 있는 내담자들에게 가장 효과적이라는 연구 결과가 있으며, 이는 국내 몇몇 연구에 의해서도 지지되고 있다. 특히 2015년까지 게슈탈트 심리치료를 통해 진행된 연구를 살펴보면, 공통적으로 정서곤란문제, 우울, 불안을 감소시키고 자아존중감, 자기개념, 정서안정성, 대인신뢰감, 학교 적응을 증가시킨다는 결과를 보고하고 있다(이은비, 2013; 이상설, 2012; 오

지혜, 2010; 전수정, 2010; 김명희, 2008; 김민정, 2003; 홍지수, 2005). 그러나 이 모든 선행연구에서 청소년을 선정한 기준으로 AMPQ-II 결과 관심군으로 선정된 학생들을 대상으로 진행한 경우는 없었다.

정서·행동특성선별검사 결과 관심군으로 선별된 학생을 대상으로 한 기존의 연구들을 종합적으로 살펴보면, 양적연구는 총 5편, 치료 프로그램을 개발하고 시행하여 그 효과를 보기위한 대상자 선정의 기준으로 AMPQ-II의 결과를 활용한 경우는 12편이며, 그 중 정서·행동 관심군 학생들의 내현화 문제 영역에서의 치료 효과 및 변화 여부를 살핀 연구는 5편에 불과했다. 최은정 외(2013)는 AMPQ-II 결과, 관심군으로 선정된 45명의 학생 중 12명의 인문계 고등학교 여학생을 대상으로 대인적 돌봄 프로그램을 실시하였으며 정신건강영역 중 우울 증상에서 효과가 있었음을 확인했다. 김영선(2015)은 마음챙김 명상에 기초한 인지치료(Mindfulness Based Cognitive Therapy; MBCT) 프로그램을 총 8회기 실시하여 아동·청소년의 우울과 자살생각 감소에 유의미한 효과가 있음을 확인했다.

한편, 문수진 외(2012)는 청소년 정신화 증진 프로그램-공동체 모델(Mentalization Improvement Program for Adolescent-Community Model, MI-Pado-CM)이라는 치료 프로그램을 개발 후 효과를 보는 기준으로 AMPQ-II를 활용하였고, 실험 후에 AMPQ 총점에 큰 변화가 없었음을 확인하였다. 오소영 외(2012)는 프로그램-공동체 모델의 단축형을 개발 후, 프로그램-공동체 모델과 동일한 방법으로 치료를 실시한 후 효과를 보았으나 AMPQ 총점에는 역시 큰 변화가 없음을 확인하였다. 이병오(2012)는 중학생을 대상으로 또래지지를 기반으로 한 정신건강증진프로그램을 총 27회기 실시하여 학교 환경과 정서·행동문제 그리고 학교생활 적응력을 살폈다. 그 결과 실험집단의 주의력결핍과잉행동문제, 자살문제, 불안문제, 자아존중감, 학교따돌림 영역에서는 유의미한 차이가 있었으나, 우울증 문제 영역에서는 유의미

한 차이가 없는 것으로 나타났다.

본 연구는 선행연구 결과와 기존 치료 프로그램의 한계를 수렴하여 AMPQ-II 결과 정서·행동 관심군의 정서적 문제 중 우울과 불안을 감소시키는 데 초점을 둔 치료 프로그램을 개발하고, 그 치료 효과를 검증하고자 한다.

이러한 연구의 목적을 달성하기 위해 치료 프로그램으로써 게슈탈트 관계성 향상 프로그램(Gestalt Relationship Improvement Program : 이하 ‘그립(GRIP)’을 선정하였다. 게슈탈트 치료이론에 따르면, 모든 심리적 증상은 ‘관계성’의 결핍 혹은 손상에서 비롯한다. 청소년의 정신건강 문제 기저에 또래관계 문제의 어려움이 항상 있다는 것이 학교 현장의 교사들을 통하여 보고되고 있는 만큼(강석영, 이창호, 이동훈, 2014) 개인의 ‘관계성’을 향상시키는 것을 목표로 하는 그립(GRIP)을 활용하여, 청소년들이 자기 자신의 신체, 정서, 욕구, 생각, 지각, 상상 등을 잘 알아차리고 그것을 타인과의 ‘대화적 관계성(dialogical relationship)’ 속에서 적절하게 표현하도록 돕는 데에 용이할 것으로 여겨진다.

따라서, 본 연구에서는 2016년, 중학교 1학년 학생들을 대상으로 전국적으로 실시된 AMPQ-II의 결과에 따른 대상자 선정을 통한 그립(GRIP)의 효과를 살펴보고자 한다.

본 연구의 목적을 요약하면 다음과 같다. 첫째, 그립(GRIP)이 정서·행동 관심군 중학생의 우울 정도를 감소시키는지 검토하는 것이다. 둘째, 그립(GRIP)이 정서·행동 관심군 중학생의 불안 정도를 감소시키는지 검토하는 것이다.

## 2. 연구 문제 및 가설

본 연구에서는 교육과학부에서 2012년부터 매년 초등학교 1·4학년, 중학교 1학년, 고등학교 1학년 학생들을 대상으로 실시하는 청소년 정신건강 및 문제행동 선별검사(Adolescent Mental-Health and Problem-Behavior Questionnaire; AMPQ) 결과, 관심군, 우선 관심군, 자살사고와 같이 세 항목에 해당되는 학생 모두를 ‘정서·행동 관심군’으로 지칭하고 연구 대상으로 두었으며, 연구 참여자들이 실제 임상적인 수준의 어려움을 호소하고 있는지 확인하기 위하여 국내 임상장면에서 사용되고 있는 자기보고식 평가 도구인 KSCL95를 통하여 우울과 불안, 자살사고 정도를 확인하였다. 이에 따른 연구 문제는 아래와 같다.

**연구문제 1 : 그립(GRIP)에 참여한 집단이 통제집단에 비해 우울정도가 감소할 것인가?**

가설1-1. 그립(GRIP)참여집단 내의 우울 점수는 측정 시기에 따라 유의미하게 감소할 것이다.

가설1-2. 그립(GRIP)참여집단이 통제집단에 비해 측정 시기에 따라 우울 수준이 유의미하게 감소할 것이다.

**연구문제 2 : 그립(GRIP)에 참여한 집단이 통제집단에 비해 불안정도가 감소할 것인가?**

가설2-1. 그립(GRIP)참여집단 내의 불안 점수는 측정 시기에 따라 유의미하게

감소할 것이다.

가설2-2. 그립(GRIP)참여집단이 통제집단에 비해 측정 시기에 따라 불안 수준이 유의미하게 감소할 것이다.

## II. 이론적 배경

### 1. 정서·행동특성선별검사(AMPQ-II)

#### 1) 청소년 정신건강 및 문제행동 선별검사

‘청소년 정신건강 및 문제행동 선별검사’는 「교육기본법」 제27조, 「학교보건법」 제2조, 제7조, 제7조의2, 제9조, 제11조, 제18조의2, 「학교폭력예방 및 대책에 관한 법률」 제4조, 제11조의2, 제20조의4, 「초·중등교육법 시행령」 제54조, 「학교건강검사규칙」 제4조의2 법률에 근거하여 시행되는 검사로써 학생들의 주요 정신건강문제 조기 발견 및 악화 방지와 정서행동 문제에 대한 적절한 개입을 통해 학교생활 부적응을 예방·관리하기 위하여 교육부 주관으로 2012년부터 실시하는 선별검사이다(교육부 학생건강정책과 (2015)).

학생정서·행동특성검사는 매년 교육부에서 제시하는 학생 정서·행동 특성 검사 및 관리 매뉴얼에 근거하며 각 학교에서는 매뉴얼을 기준으로 교육청 및 학교 여건에 따라 재구조화하여 사용할 수 있다. 학생정서·행동특성검사 대상은 초등학교 1·4학년, 중·고등학교 1학년이며 학교에서 온라인이나 서면검사를 하고, 2차 검사는 전문기관(정신건강증진센터 혹은 교육부 Wee 센터 등)에서 시행한다.

학생 정서·행동 특성 검사에서 사용하는 선별검사 도구는 학교 현장에서 ‘청소년 정신건강 및 문제행동 선별검사(Adolescent Mental-Health and Problem-Behavior Questionnaire; AMPQ)’를 사용하면서 얻은 경험과 제언을 바탕으로 방수영 등에 의해 개정된 청소년 정신건강·문제행동 선별검사(AMPQ-II)이다(방수영 외, 2011).

정승아 등(2007)은 청소년 정신건강 및 문제행동에 관한 조기 개입을 위해 일선 현장에서 부모나 교사에 의해 쉽게 실시할 수 있고, 겉으로 쉽게 드러나는 문제 행동뿐만 아니라, 본인이 느끼고 있는 내현적인 문제까지도 탐지할 수 있는 일차적인 선별도구로 AMPQ를 개발하였다. 52문항의 설문지이며 리커트 척도(Likert scale)상에서 5점으로 평정된다.

방수영 등(2011)은 정승아 등(2007)이 개발한 AMPQ를 사용하면서 얻은 경험과 제언을 바탕으로 청소년 정신건강·문제행동 선별검사(AMPQ-II)를 개발하였는데 문항은 4점 척도로 청소년 38문항, 교사 8문항으로 구성하여 학교 및 상담소, 정신건강증진센터 등에서 청소년의 정신건강 및 문제행동의 일차적인 선별도구로 사용하도록 하였다. 그 중, 청소년이 작성하는 문항의 요인별 항목을 살펴보면 크게 두 가지로 내재화 문제와 외현화 문제로 구분할 수 있으며, 하위 유형은 <표 1>에 제시하였다.

표 1. 정서·행동 요인별(학생설문) 항목

	유형	문항
요인	1. 걱정 및 생각	3, 13, 17, 20, 27, 29, 32, 33, 34, 38
	2. 기분 및 자살	5, 6, 7, 9, 10, 15, 23, 31, 37
	3. 학습과 인터넷	1, 2, 12, 25, 36
	4. 친구문제	8, 11, 18
	위험문항	7

## 2) 정서·행동 관심군

정서·행동특성 관심군은 정상적인 지적, 감각적, 신체적 능력을 가졌으면서도 대인관계에서 과민한 반응을 하거나 지나친 활동 등으로 급우들 또는 주변인들과 적절한 관계를 유지하지 못하는 정서·행동 문제를 수반하는 학생들을

말한다.

관심군 학생의 특징은 불안, 우울, 기분장애 등의 심리적 어려움과 정서적으로 안정적이지 않기 때문에 가정·학교생활에 어려움을 겪고 있다.

평가 결과에 따라, 중학교 남학생 28점, 여학생 31점 이상일 경우 일반 관리군으로 지정되어 학교 내 관리 및 전문기관 의뢰 조치되며, 중학교 남학생 33점, 여학생 36점 이상이거나 자살생각(7번 문항) 2점 이상 응답자 중 자살면담 결과 중간위험도 이상일 경우 전문기관에 우선 의뢰하고 학교 내 관리 조치된다. <표 2>에 AMPQ-II 시행 후 요인별 절단점을 제시하였다.

표 2. AMPQ-II의 요인별 절단점

판정기준		결과판정	절단점	
총점	일반관리	중학교	남	28-32점
			여	31-35점
	우선관리	중학교	남	33점 이상
			여	36점 이상
문항 7 (자살생각)	우선관리	중/ 남.여 전체	2점 이상	

### 3) 청소년 정신건강·문제행동 선별검사(AMPQ-II) 운영자

청소년 정신건강·문제행동 선별검사(AMPQ-II) 운영자는 각 학교의 여건에 따라 차이가 있고 업무영역에 대한 모호한 부분이 있다. 청소년 정신건강·문제행동 선별검사(AMPQ-II) 도구를 이용한 1차 검사 단계에서 보건교사, 전문상담(교)사, 기타(부장교사, 담임교사) 함께 검사를 진행하고 있는 학교가 다수인 관계로 본 연구에서는 보건 교사와 전문상담(교)사, 기타(부장교사, 담임교사)를 운영자로 구분한다.

## 2. 학교 기반 심리치료 프로그램

### 1) 외국의 아동·청소년 정신건강 정책 및 서비스 현황

2007년 세계보건기구의 소아청소년 정신건강보고서에 따르면, 약 20%의 아동·청소년이 정신질환을 앓고 있으며 전 세계 청소년의 사망원인 가운데 자살이 3위를 차지하였다. 또한 성인 정신질환의 약 50%는 만 14세 이전에 발병한다는 점을 들어 아동 및 청소년의 정신건강에 대한 심각성을 논의하였다. 따라서 소아청소년의 의료서비스의 접근성을 높이는 것이 중요하며, 대다수가 시간을 보내는 학교에서의 정신건강 서비스 역할이 매우 중요하다. 학교는 진단과 치료 서비스를 전달하는 주요 통로가 되며 의학적 진료를 받을 때 적절한 지원을 할 수 있고 진단과 치료가 필요한 어린이와 청소년을 인지할 수 있는 곳이기 때문이다.

UNESCO(1990)에서는 학교를 건강증진기관으로 만들어야한다고 주장했으며, 1991년 세계보건기구(WHO)에서는 Healthy Setting Approach의 일환으로 학교를 건강증진의 장으로 규정하였다.

한국청소년정책연구원에 따르면, 미국은 국립정신건강 연구소(National Institute of Mental Health, NIMH)와 물질남용 및 정신건강 서비스 국(Cubstance Abuse and Mental Health Services Administration)을 통해 이루어지며, 미국 아동·청소년 정신건강관련 프로그램들은 아동·청소년 및 가족을 대상으로 학교 및 지역사회 내에서 다양한 정신건강 서비스를 제공하고 있다.

또한 영국은 정신건강 증진 정책의 목적을 생애주기에 따른 정신건강 문제 조기개입 및 예방으로 두고, 아동·청소년을 대상으로 학교기반의 서비스, 가족 중심의 서비스, 지역사회조직 및 프로그램 간 통합의 중요성을 강조하고 있다. 영국 교육부에서 진행하는 아동·청소년 정신건강서비스는 학습장애를 가진 아

동·청소년을 대상으로 정신건강 서비스를 개발 및 전달하고 있으며, 24시간 응급 정신건강 서비스 및 초기 개입 프로그램들을 진행하고 있다.

캐나다의 경우, 아동·청소년 대상 정신건강증진 정책은 정부 및 지방정부의 차원에서 다양하게 이루어지고 있으며, 캐나다 Mental Health Commission은 중앙정부의 재정을 지원받아 국가적 정신건강 전략 설정을 위해 설립된 조직으로서, 아동·청소년과 관련하여 아동·청소년의 인권, 존엄성과 다양성, 통합과 지속성 등의 가치를 강조하는 Evergreen framework을 제시하였다. 에버그린(Evergreen)은 아동·청소년의 정신건강 서비스 활동 및 프로그램들을 개발하기 위해 정부 및 기관, 지역사회, 가족 및 전문가들에 의해 사용될 수 있는 자원을 의미하며, 아동·청소년의 정신건강 증진 예방, 개입 및 지속적 관리, 연구 및 평가활동을 주요 활동전략으로 하고 있다.

마지막으로 호주의 경우, 아동·청소년을 위한 국가적 정책으로 'Kids Matters' 프로그램이 있다. 이 프로그램은 학생, 교직원, 가족을 대상으로 하는 학생중심의 포괄적인 정신건강증진 프로그램으로 정신건강 어려움을 겪는 학생들을 위한 초기개입으로 자존감 향상, 또래 관계 구축, 긍정적 양육환경 구축, 학교 내에서의 개입 프로그램 구축 등을 위한 프로그램을 제공하고 있다. 청소년 정신건강을 위한 국가적 정책 및 프로그램은 'National Youth Mental Health Foundation', 'Children of Parents with a Mental Illness', 'Mind Matters'가 있다.

대부분의 나라에서 학교, 가족 및 지역사회를 중심으로 아동·청소년, 가족, 서비스를 대상으로 하는 다양한 예방 및 치료정책 및 프로그램들이 공통적으로 이루어지고 있다(최은진 외, 2013).

## 2) 국내 아동·청소년 정신건강 정책 및 서비스 현황

우리나라의 아동청소년정신건강사업은 보건복지부, 여성가족부, 교육부에서 각각의 사업으로 시행되고 있다. 보건복지부에서는 정신건강증진센터를 통해, 여성가족부에서는 청소년상담복지센터를 통해, 교육부에서는 학생정서행동발달선별검사를 통해 사업을 수행한다. 세 부처에서 유사한 형태로 사업을 진행하면서 부서별 통합이 요구되고 있으나 현실적으로 어려운 상황이다. 아동·청소년 정신건강증진사업은 지역사회 내 만 18세 이하 아동, 청소년 및 가족, 관계자를 대상으로 하는 사업으로 그 목적은 지역사회의 아동과 청소년의 정신건강을 증진하고 문제를 예방함으로써 그들이 건강한 사회 구성원으로 성장, 발달하도록 돕는 것이다. 사업의 구성에는 질병의 원인을 찾고 그 발생을 미연에 차단하는 것(1차 예방), 질환을 초기에 발견하여 치료하는 것(2차 예방), 그리고 질병의 2차적 합병증을 최소화하고 재활을 통해 기능의 회복을 도모하는 것(3차 예방)이 포함된다.

도움이 필요한 청소년에 대한 개입을 두고 개인, 가정, 학교 및 사회 환경 요인들에 대한 다차원적인 개입 및 지원이 필요하며(구본용 외, 2005) 오늘날 청소년들과 가족들이 직면한 문제들이 점점 복잡해지면서 새로운 상담 방식이 있어야 하고, 이러한 청소년들을 돕기 위해 지역사회내의 다른 구성원들과의 연계를 통한 협력적 상담의 중요성이 제기되었다(Lerner, 1995). 아동·청소년 정신건강증진사업에 대한 지역사회에서의 관심도, 요구도는 높아지고 있으나 사업을 수행하는 기관의 인력, 예산, 사업의 우선순위가 낮아 체계적인 사업을 수행하는데 어려움이 있다(노남훈, 2015).

정부가 청소년을 위하여 수립하여 추진해오고 있는 정신건강사업의 정책적 실효성 및 접근성 측면에서의 문제점들이 제기되고 있다. 청소년상담복지센터의 경우, 아동·청소년을 대상으로 한 체험과 활동 중심의 사업을 주로 진행하고 있었는데 청소년상담복지센터는 다른 부처에 비하여 교육이나 보호 측면보다는 활동 측면의 사업이 많이 이루어지고 있다(정은주, 2014). 정신건강증진

센터는 주 사업의 대상이 성인에 초점 맞춰져 있으며, 인력 면에서도 아동청소년 전담 정신보건전문요원은 전국 인구의 아동청소년 비율인 10~30%를 따라가지 못하고 있는 실정이다. Wee 프로젝트는 아직 체계적인 운영 시스템이 마련되어 있지 않은 문제를 시작으로 종사자들의 전문성 부족으로 인해 심각한 정신적·행동적 문제를 보이는 고위험군 학생들과 학교 내 폭력 및 성폭력, 자살, 자해와 같은 위기 상황에 대한 종합적인 개입에는 한계가 있다(신의진, 2011).

또한 각 기관에서 제공하는 서비스가 중복되는 경우가 많고 지역사회별로그 연계체제가 구축되어 있지 않거나 서로의 역할 경계선이 모호하다. 2008년 사회복지재정이 분권화 되면서 많은 아동청소년 복지사업이 지방으로 이양되었고 지방자치단체가 자율적으로 예산과 재정을 조절하여 서비스를 제공할 수 있게 되면서 지역 간 사업의 차이가 나타났다(윤철경, 2009; 김지경, 정윤미, 2013). 아동청소년 복지사업의 수나 서비스 지출에서 지역 간 격차와 다양화는 점차 정부 부처와 지방자치단체 간의 긴밀한 연계를 더욱 어렵게 만들어 서비스 전달에 혼란이 발생하는 결과를 낳기도 하였다(김경준 2008). 아동청소년 복지사업 전달체계의 혼선 및 연계 부족 현상은 대상 및 서비스 내용, 예산 측면에서 사업의 중복과 누락, 서비스 제공의 비효율성 문제를 발생시키는 등 악순환이 계속된다는 지적이 이어지고 있다(김미숙, 양심영, 2007; 정익중, 2009; 이현주, 정익중, 2012).

아동청소년 관련 사업의 중복과 누락의 문제는 서비스 제공의 효율성 문제와 직결된다고 할 수 있다. 그러나 아쉽게도 아직까지 각 기관이 제공하는 서비스의 중복과 누락의 개념과 범위에 대한 논의조차 이루어지지 못하고 있으며 어떤 분야와 사업에서 중복과 누락 현상이 나타나고 있는지 구체적으로 조사한 연구 또한 찾아보기 어렵다(정은주, 2015). 상기에서 제시한 부처별 아동청소년 관련 사업을 살펴보면, 각 부처에서 아동청소년 관련 사업을 실시하고

있으나 명칭을 모두 달리하여 사업을 진행하고 있고, 사업에 대한 부처간 통합보고서나 평가체계가 존재하지 않은 현시점에서 중복과 누락의 문제점을 구체적으로 파악하기에도 어려움이 있다. 실정이 이러하므로 학교 장면에서는 도움이 필요할 경우 어떤 기관으로 자문을 구해야할지 난해한 경우가 발생되고 있다(강석영, 이창호, 이동훈, 2014).

### 3. 정서중심치료

정서중심치료(Emotion-focused therapy; EFT)는 심리치료적 변화에서 정서의 역할을 이해하여 적용하는 치료의 실제라고 정의할 수 있다. 이는 인간의 경험과 변화에 대한 정서의 의미와 기여들을 세심하게 분석한 것에 기초하고 있다. EFT는 심리치료의 다양한 상황들에서 사람들이 어떻게 변화하는지에 대한 접근으로 시작되었으며 정서적 변화가 지속적인 변화의 중심에 있다는 것을 전제로 진화되었다. 따라서 EFT는 정서의 자각, 수용 그리고 이해를 강조하며 치료 시 정서의 본능적인 경험과 심리치료적인 변화를 증진시킬 때 변화하는 정서의 중요성을 강조한다.

정서는 우리의 가장 필수적인 욕구와 연결되어 있다(Frijda, 1986). 인간의 문제들은 생물학적, 정서적, 인지적, 동기적, 행위적, 신체적, 사회적, 그리고 문화적 자원들을 가지고 있으므로 EFT는 동기, 인지, 행위 그리고 상호작용에 통합적 주의 집중하는 것을 수용한다. 정서는 우리를 연결 되어 있게 하고 힘이 있게 하고 사랑하게 하고 흥미를 갖도록 한다. 또한 정서는 행위를 동기화 하는데 있어서 결정적인 역할을 하며 행위적 변화를 가져오기 위해서는 그들의 행위를 동기화하는 정서를 변화시킬 필요가 있다. 또한 정서는 생각에 영향을 미쳐서 화가 날 때 화내는 생각을 하고 슬플 때 슬픈 기억들을 떠올린다. 생각을 변화시키기 위해서 심리치료사들은 그들이 느끼는 것을 변화시키도록 도와야 한다(Leslie S. Greenburg, 2015).

#### 1) 정서중심치료의 유래가 되는 이론들

정서중심치료는 사람중심치료, 게슈탈트 치료, 경험주의 치료, 그리고 실존주의 치료로부터 성장했다. 심리치료에 대한 인간주의적이며 경험주의적인 접

근들은 행동주의와 정신분석에 대한 대안으로, 행동주의나 역동적 접근들에 함유되어 있는 결정론적 시각보다는 인간 본질에 대해 긍정적으로 관심을 기울였으며 각 개인은 알아차림과 선택의 능력이 있음을 인정하고 주관적 경험이 행동에 영향을 미친다는 것을 전제로 개인의 주체성과 창의성 둘 다에 대한 가능성을 확인하였다.

정서중심치료는 인간 관계 문제로 인해 상대적으로 고통을 당하는 사람들에게 대한 연구로부터 시작되었으며 우울증과 그리고 여러 다른 그룹들과 진단 그룹들에, 최근에는 섭식장애, 경계선 성격 장애, 그리고 불안 장애들에 확대 적용되어 왔고, 효과적인 것으로 나타났다(Dolhanty, Greenberg, 2008; Greenburg, Watson, 2006; Warwar, Links, Greenburg, Bergmans, 2008).

정서중심치료의 기원은 Rogers(1959)의 사람중심이론에서부터 시작된다. 이 접근에서 역기능은 자기 개념과 경험 사이의 부조화에 의해 야기된다. Rogers는 유기체의 경험은 존재의 기본적인 정보를 제공한다고 주장하면서 모든 인간 행위의 우선적인 추동(drive)은 개인이 가지고 있는 가능성들을 실현하는 것(actualization)이라고 보았다. Rogers의 주장과 같이, 정서중심치료 이론은 사람이 성장과 발달 경향(tendency)을 가지고 있다고 주장하지만 동시에 개인이 자신의 환경에 적응하는 데 있어서 복잡성과 생존하려는 힘의 발달을 향하여 마음을 쓰고 있다고 본다(Greenburg, Rice, Elliot, 1993).

게슈탈트 치료는 정서중심치료의 본질적인 부분을 형성하고 있다(Perls, 1947; Perls, Hefferline, Goodman, 1951). Rogers처럼, Perls(1969)는 많은 어려움들이 사람이 실현하려고 시도하는 ‘자기개념’의 이미지와 게슈탈트에서 ‘자기 실현 경향성’이라고 부르는 것 사이의 결과물로 간주한다. 게슈탈트 치료의 핵심 가정은 건강한 유기체는 무엇이 그 개체에게 좋고 무엇에 적응을 해야만 하는지를 알고, 무엇이 나쁘고 무엇을 거절해야 하는지를 안다는 것이다. 게슈탈트 치료는 장 이론(field theory) 견해를 받아들여서 가장 지배적인

필요는 상황에서 나타나고 장을 조직화한다는 ‘동기에 관한 역동적인 이론’을 주장한다. 삶은 하나의 필요가 일어나고 충족된 후에 다음으로 가장 긴급한 필요가 나타나고 충족되는 과정이라고 보았으며 이 관점에서 역기능은 그 필요 만족 과정이 방해받을 때 발생하고 이것의 발생은 알아차림의 결여로 인해 일어난다(Perls, 1951).

Gendlin(1962)은, 명확한 신체적 느낌으로서의 경험이 심리적 현상의 기본적인 데이터를 구성하고 있다는 심리치료에 대한 독특한 이해를 진술했다. 이런 기본적인 데이터를 알아차리는 것인 건강한 삶에 대한 필수로서 이해되며 경험하는 과정을 차단하는 것은 역기능의 원인이 된다. Gendlin(1962)의 관점에서, 역기능의 원인은 문제가 되는 것을 경험하는 자세와 관계가 있다. 역기능의 원인은 문제가 된 사건의 ‘현재 즉시성’보다는 그 구조와 패턴들을 경험하는 것에 있다. 따라서 치료에서 내담자가 현재 경험에 주의를 주도하도록 이끄는 것과 신체와 의미 창조에 영향을 주는 것이 중요하며, Gendlin(1996)은 이 과정을 포커싱(focusing)이라고 불렀다.

Gendlin은 정서에 대하여 개인이 그들의 감정들을 어찌할 수 없을 때의 경험에 국한된 것을 의미하고, 이것들을 표층에 드러난 정서들(sheer emotions)이라고 불렀으나 정서중심치료에서는 이를 이차적인 정서들(secondary emotions)라고 부르며 정서중심치료사들은 이차적인 정서들보다는 일차적 정서들이 경험을 구성하는 근원적인 면들이라고 제안한다.

실존주의 치료는 인간 본질과 인생의 궁극적 관심들에 대해 폭넓은 시야를 가지도록 도움을 주었으며 실존주의자들은 미래에 더욱 관심을 보이는 경향이 있고, 사람을 목표와 이상을 향하여 노력하고 동기화되는 존재로 본다. 각 개인은 어떤 가능성을 실행하고 어떤 가능성을 실행하지 않을 것인지를 선택해야만 하고, 그 선택에 책임을 지는 존재로 이해된다. Frankle(1959)은 ‘의미에 대한 의지’를 인간의 근원적인 욕구로 제시하였으며 정서중심치료는 의미 창

조가 인간 기능의 중심에 있다는 이 관점을 수용한다(Greenburg, 2015). 실존주의 이론에서, 역기능 또는 기능장애는 진정성의 결여와 경험으로부터의 소외, 의미의 결여, 소외 그리고 기능적인 불안으로부터 온다.

## 2) 정서중심치료에서의 기능장애

정서중심치료는 Rogers의 불일치 이론, Gendlin의 차단된 과정의 관점, 게슈탈트 개념 중 거부된 경험(disclaimed experience), 의미 상실에 대한 실존주의 이론들, 외상적 학습에 대한 학습 이론들, 그리고 발달적 결핍에 대한 정신역동의 관점 등 기능 장애에 대한 초기 이론들을 가져와서 구성주의적 용어로 명료화하여 재해석 하였다.

정서중심치료에서는 정서적 어려움의 몇 개의 타입이 많은 형태의 기능 장애에 기여하는 것을 확인하였으며 어려움을 처리하는 네 가지의 주요 유형은 알아차림의 결여, 부적응적 정서 도식, 정서 조절과 조절 불능 그리고 내러티브 구성과 실존적 의미에서 문제들로 구분할 수 있다.

정서중심치료에서 기능 장애란 초기의 경험을 회피하거나 부인하는 것으로부터 기인하는 것이기에 그 결과 어떤 경험을 존재하는 자기-조직화로 통합해 낼 수 없게 된다는 것이다. 자기(self)가 받아들일 수 없는 것이란 그것을 자기에게 속한 것으로 경험하는 데 실패했거나 또는 그 경험이 알아차림을 통해 상징화되지 못하여 자기 것이 되지 못하거나 부인되었을 수 있으며, 기능 장애로 이끄는 것은 특정 정서에 대한 구체화된 경험(embodied experience)이 없기 때문이 아니라 이것이 자신이 느끼는 것임을 모르는 것이다.

부적응적 정서 반응들(reactions)은 다양한 이유로 인해 발달한다. 생물학적 이유들에 더하여, 그것들은 대부분 폭력에 대한 분노 또는 수치심, 위협에 대한 두려움 또는 상실에 대한 슬픔 등을 예로 들 수 있는 타고난(본래적) 정서

반응(reaction)을 일으키는 대인관계 상황 속에서 학습된다. 역기능은 개인이 약하거나 나쁜 자기-조직화가 유발될 때, 또는 이것들이 지배적으로 기능할 때 발생한다. 이러한 자기-조직화는 수치심, 두려움 그리고 슬픔에 기반한 경험을 불러일으키고, 이러한 감정들은 역기능적으로 다루게 된다.

정서중심치료 이론에서, 개인의 정서를 조절하지 못하는 것은 일반적인 기능장애의 형태이다. 인간의 문제는 감정을 너무 많이 갖거나 너무 적게 소유하는 것을 포함하며 건강한 정서 조율을 할 수 있는 스킬의 발달은 그래서 정서 발달의 중요한 부분이다.

정서를 조절하는 능력은 책임감 있는 부모나 다른 돌보는 자들과의 애착 경험으로부터 부분적으로 온다(Schore, 1994; Sroufe, 1996). 정서중심치료에서 정서 조절은 정서 발생에서 하나의 통합적 측면으로, 정서발생과 여러 가지 면을 공유하고 있는 것으로 보며(Campos, Freankel, Camras, 2004) 이러한 관점에서 정동적인, 인지적인 과정들은 서로 협력하면서 서로를 조율하는 역동적인 시스템으로 작동하고, 이 과정의 대부분은 알아차림 속에서 자동적으로 발생한다. 정서는 의도적으로 조율될 뿐만 아니라 자체적으로도 조율된다. 정서 조율이 정서생성의 한 측면으로 보일 때, 많은 기능 장애는 회피, 억압 또는 동기화된 정서 자각의 부족 때문에 발생한 것으로 본다.

기능 장애의 일반적 출처는 자기들의 경험과 자기, 타인, 그리고 세상에 대한 자기들의 내러티브 서술에 대해 지각하는 방법으로부터 나온다. 내러티브를 구성하고, 우리의 가장 중요한 삶의 이야기들을 이해하고, 통합하는 능력은 적응적인 정체성의 발달과 자기(self)에 대해 분화되고(differentiated) 통일성 있는 관점을 만드는 것에 대한 핵심이다.

또한 기능 장애는 불안의 결과로서 발달하게 되는데, 이 불안은 비존재(nonbeing)의 가능성에 대한 방어적인 알아차리지 못함(defensive unawareness)으로부터 일어나는 것을 가리킨다. 그래서 기능 장애는 진정성의

결여와 경험으로부터 소외와 존재의 불안으로부터 생기는 의미의 부족으로부터 나온다.

### 3) 정서중심치료에서 우울증과 불안

변증법적 구성주의 관점에서 볼 때, 우울증과 불안은 자기-조직화 과정의 정서적 장애들이다. 우울증과 불안은 분명히 정동적인 면에 기초를 두고 있다. 자기, 세상, 그리고 미래에 대한 부정적인 관점들과 개인이 그 관점들 안에서 보게 되는 행위적 철수는 고통스런 핵심 부적응적 정서들의 회피에 대한 반응과 그것에 대한 결과들이며, 또한 그러한 고통스런 정서들을 불러일으키는 사건들을 다루려는 시도의 부적응적 방법들의 결과물이다(Greenburg, 2015).

우울한 사람들은 자신을 취약하고 상처 입고 욕을 먹을 만한 존재로 경험하고 자존감의 중요한 상실과 함께 실패들과 실망들에 반사적 반응을 보이며 자기는 절망, 무능, 그리고 무가치로 조직화된다. 한편 불안은 한 개인이 위협에 대한 통제를 행사할 수 있는 능력에 대해 불확실할 때 발생한다. 불안에 시달린 사람들은 그들 자신을 두려워하며 약하고 외로움을 다룰 수 없는 존재로 경험한다. 또한 그들은 상황에 대해 많이 예기되는 불안과 회피, 의존으로 반응하며 자기(self)는 무능하고 의존적이며 불안전함으로 조직화된다(Greenburg, 2015). 이들이 만든 부적응적 정서 도식들과 자기-조직화들은 정동 장애의 근저에 있는 문제들이다. 따라서 치료의 목표는 성격(인격)에서 존재하는 자원들이 우울하거나 불안한 자기-조직화를 변화시킬 수 있도록 접근하고 지지하도록 도움으로, 자기가 기능할 수 있는 능력의 자발성을 회복하는 것이다.

### Ⅲ. 치료 프로그램의 개발

#### 1. 치료 프로그램의 목적, 개발 방향

본 연구에서 개발한 치료 프로그램은 정서·행동 관심군 중학생의 내현화 문제를 완화하는 데 그 목적이 있다. 본 연구에서는 정서·행동 관심군을 정서·행동 특성선별검사 시행 결과 관심군, 우선 관심군, 자살사고와 같이 세 항목에 해당되는 학생 모두라고 정의하고 여러 선행 연구를 참고하여 계획하였다. ‘정서·행동 관심군’에는 내현화 문제뿐 아니라 외현화, 자살사고를 가지고 있거나 혹은 이 중 두 개 또는 그 이상의 문제가 혼재하는 상황임이 확인되었으며, 이러한 치료 대상의 특성에 적합한 치료적 개입이 필요하다고 판단하였다. 정신적 기능을 조절하며 사고와 행위를 조직화하는 요인으로 정서에 초점을 두고, 본 연구에서는 정서·행동 관심군의 내현화 문제를 감소시키는 데 초점을 두어 전체적인 치료 프로그램을 계획했다.

치료 프로그램은 집단치료의 형식으로 진행했다. Erikson(1968)의 심리 사회 발달 단계에 따르면, 중학생은 ‘청소년기’의 발달단계에 해당한다. 이들은 주로 학교의 교우관계, 사회적 경험을 통해 자아정체감을 형성하는 과제를 수행해야 하므로, 이 단계에서 맺는 대인관계의 질은 자아정체감을 형성하는 데 매우 중요한 역할을 한다고 볼 수 있다. 이러한 맥락에서 중학생을 대상으로 상담을 실시하는 경우, 개인상담보다 집단 상담이 효과적임을 예측할 수 있다. Yalom과 Leszcz(2005)는 집단 상담이 집단원 간에 피드백과 지지를 나누는 과정을 촉진시켜, 대인관계기술, 자기표현능력 등을 향상시키며 자신의 내적 세계에 대한 알아차림을 꾀한다고 보았다. ‘청소년 정신건강 및 문제행동 선별 검사’를 통해 선별된 중학생들은 평소에 자신의 감정이나 욕구를 잘 알아차리

지 못할 뿐만 아니라, 의사소통방식, 대인관계능력이 미숙하여 문제행동을 일으킬 것으로 예측됐다.

여러 이론연구에 따르면, 청소년을 대상으로 심리적 개입을 시도할 때, 기존에 주로 쓰이는 대면상담 이외에 다양한 예술매체와 도구들을 활용한 상담이 효과적임이 밝혀졌다(김유숙, 2008). 청소년들은 성인에 비해 자신의 감정이나 욕구, 생각을 표현하는 언어적 능력이 미숙할 수 있기 때문에, 그림, 인형, 찰흙, 콜라주와 같은 매체를 활용함으로써 자신의 내적 세계를 알아차리고 표현하는 데 큰 도움을 받을 수 있다. 이러한 맥락에서 게슈탈트 예술치료는 정서 문제를 드러내는 청소년에게 효과적인 개입 방안이 될 수 있음을 시사한다. 이런 의미에서, 게슈탈트 예술치료는 주로 내담자의 정서를 자각(awareness)하는 데 초점을 둔 치료법이기 때문에, 인지적 발달과 언어 표현이 상대적으로 미성숙한 청소년에게 효과적일 수 있다. 게슈탈트 예술치료자 Violet Oaklander(2006)는 상담과정에서 아동, 청소년이 자신이 무슨 감정을 느끼는지를 알아차리는 것만으로도 치료가 매우 성공적이 될 수 있음을 언급한 바 있다. 치료자는 내담자에게 무언가를 안내하거나 설명하여 자기이해, 통찰을 유도하는 데 초점을 두기보다는 내담자의 자발적인 표현 방법을 존중해주고, 자기 스스로의 마음을 알아차릴 수 있는 환경을 마련하는 것의 중요성을 강조했다. 이를 위해 미술, 음악, 춤, 이야기, 시, 인형, 신체동작, 연극 등을 활용한 예술적 표현방법을 제안한 바 있다. 따라서 본 연구에서는 게슈탈트 예술치료 연구를 적극적으로 참조하여 치료 프로그램을 계획하였다.

전술한 치료 목적과 개입방향을 검토한 결과, 치료 프로그램으로서 게슈탈트 관계성 향상 프로그램(Gestalt Relationship Improvement Program : GRIP)을 선정했다. 본 프로그램은 김정규(2010)가 게슈탈트 심리치료 이론에 근거하여 일반 아동, 청소년, 성인 및 각종 심리장애를 가진 집단들의 성장과 치유를 돕고자 제작한 구조화 프로그램이다. 그립(GRIP)은 기존에 널리 알려진 다

양한 게슈탈트 놀이 및 예술치료 기법들을 활용하면서 개인상담 혹은 집단 상담 장면에서 적절한 개입이 이루어질 수 있도록 마음자세카드(GR-1), 그림상황카드(GR-2), 감정단어카드(GR-3), 그림가족인형(GR-4), 그림보드게임(GR-5) 등의 도구가 배치되어 있다. 특히, 그림(GRIP)은 개인의 '관계성'을 향상시키는 것을 목표로 삼는데, 관계성은 개인이 자기 자신의 신체, 정서, 욕구, 생각, 지각, 상상 등을 잘 알아차리고 그것을 타인과의 '대화적 관계성(dialogical relationship)' 속에서 적절하게 표현하는 과정을 뜻한다. 실제로 그림(GRIP)이 청소년의 심리적 문제에 효과가 있음을 밝힌 연구들이 있다. 그림(GRIP)은 학교부적응 청소년(이은비, 2013), 인터넷 중독 경향 청소년(황다연, 2011; 안미영, 2015), 우울 성향 여자 중학생(2010, 오지혜)의 심리적 · 행동적 부적응을 유의미하게 감소시켰다. 또한 그림(GRIP)은 내담자의 주호소 문제와 특성에 맞추어 융통성 있게 활용할 수 있다는 장점이 있다(김정규, 2010). 선행연구와 매뉴얼을 참조하여 본 연구의 치료 프로그램을 다음과 같이 계획하였다.

## 2. 게슈탈트 치료 이론에서 우울과 불안

게슈탈트 치료 이론에서 모든 개체는 유기체-환경 장의 관계성 내에서 존재하며, 개체나 환경 모두 이러한 '관계성(relatedness)'을 떠나서 그 자체로는 존재할 수 없다고 본다. 관계성은 인간 실존의 기본조건으로 간주되며, 우리는 '함께하는 존재(being-with)'로 관계성은 각자 개별된 존재에 나중에 추가된 차원이 아니라, 우리 존재의 고유한 내재적 속성이다(Hycner, 1995). 모든 내담자의 문제는 이러한 관계성에 이상이 생긴 것으로 볼 수 있으며, 내담자가 나타내는 증상은 우리 존재가 세상과의 관계에 문제가 있음을 호소하는 외침이다. 즉, 심리장애 상태에 있는 개체는 자신의 전체를 통합적으로 지각하지

못하고 일부분만을 자신의 것으로 인정함으로써, 인격의 여러 부분들을 자신으로부터 소외시켜 이들과 접촉하지 못하게 된다.

게슈탈트 심리치료에서 우울이란, 개체가 가지고 있는 힘 또는 행위 능력을 잘 자각하지 못하기 때문에 어떤 행동을 실천에 옮기지 못하며 환경과의 접촉에 실패하는 것이다. 또는 우울을 반전된 분노감으로 인한 증상으로 보기도 하는데, 반전(retroflexion)이란 개체가 다른 사람이나 환경에 대하여 하고 싶은 행동을 자기 자신에게 하는 것, 혹은 타인이 자기에게 해주기를 바라는 행동을 자기 자신에게 하는 것을 말한다. 즉 우울은 타인에 대한 분노나 불만감을 표현하지 못하여 자신에게 반전시킴으로써 죄책감에 빠지며 생겨나는 감정을 말한다(김정규, 1995). 이러한 반전이 심해지면 자살을 시도하게 되는데, 자살은 개체가 타인에 대한 적개심을 송두리째 자신에게 향하게 함으로써 자신을 파괴하는 행동으로 볼 수 있다.

또한 게슈탈트 이론에서 불안은 행동으로 옮겨질 수 없는 흥분, 또는 억제된 흥분 에너지이다(Perls, 1951). 즉, 어떤 행동을 하고 싶은 욕구나 감정을 느낄 때 흥분에너지가 동원되지만, 개체는 그 순간 흥분을 행동으로 옮겼을 때 초래될 수 있는 좌절 상황을 예상해 호흡을 멈춤으로써 흥분을 억제하게 되는데, 그 때 느끼는 감정이 불안이다. 따라서 불안이란, 흥분을 행동으로 옮기지 못하고 막아버림으로써 해소되지 못한 흥분에너지로 인해 생기는 감정이다. Perls는 개체가 미래를 생각하지 않고 지금-여기에 충실히 몰입할 수 있으면 흥분은 자연스럽게 행동으로 옮겨질 수 있게 되고 불안은 체험되지 않는다고 하였다. 이런 의미에서 Perls는 불안은 현재와 미래 사이의 간격(gap)이라고 설명했다(Perls, 1969).

### 3. 게슈탈트 관계성 향상 프로그램(GRIP)의 특징

게슈탈트 관계성 향상 프로그램(Gestalt Relationship Improvement Program; GRIP)은 김정규(2010)가 게슈탈트 치료 이론에 근거하여 일반 아동, 청소년, 성인 및 각종 심리장애를 가진 집단들의 성장과 치유를 돕기 위한 목적으로 제작한 구조화 프로그램이다. 그립(GRIP)은 일차적으로 일반인과 각종 심리장애를 보이는 사람들의 집단상담 및 치료에 사용하기 위한 목적으로 제작되었다(김정규, 2009).

게슈탈트 치료에서는 인간을 유기체적 존재로 이해한다. 여기서 유기체라 함은 환경과의 유기적인 관계성 속에서 존재하는 생명체를 의미한다. 인간은 타인을 포함한 환경과의 관계성 속에서 존재하는 생명체를 의미한다. 인간은 타인을 포함한 환경과의 관계성 또는 ‘연결성(connectedness)’ 속에서만 온전히 성장하고, 자기를 실현할 수 있는 존재이다. 따라서, 게슈탈트 치료적 관점에서 볼 때, 모든 개인의 심리적, 정신적 문제는 관계적 문제일 수밖에 없다. 이런 맥락에서 그립렛 말하는 ‘관계성’의 개념은 통상적으로 사용되는 ‘대인관계 능력’보다 훨씬 넓고 포괄적인 의미이다.

즉, 그립(GRIP)의 관계성은 개인이 자기 자신의 신체와 정서, 욕구, 생각, 지각, 상상을 억압하지 않고 있는 그대로 알아차리고 이해하며, 타인과 공감적으로 교류하며 소통할 수 있고, 나아가서 사회적, 문화적, 및 자연적 환경과도 유기적이고 효율적인 접촉을 할 수 있는 것을 의미한다(김정규, 2015).

본 연구에서는 그립(GRIP) 매뉴얼을 기본 구조로 하여, 본 연구자가 정서, 행동 관심군으로 선별된 중학교 1학년 학생들을 대상으로 프로그램을 개발하였고 그 효과를 검증하였다.

#### 4. 정서.행동 관심군 중학생의 내현화 문제 완화를 위한 그립(GRIP)의 내용

## 1) 알아차림, 자기개방(접촉)에 초점을 둔 프로그램 개입 방향

### ① 알아차림

게슈탈트 심리치료 이론의 주요개념 중 하나는 ‘알아차림(awareness)’이다. Pearls(Pearls et al., 1951)는 “알아차림 그 자체가 바로 치료적”이라고 말했으며, Simkin과 Yontef(1984) 또한 알아차림이 게슈탈트 치료의 유일한 목표이며 모든 것이라고 주장한 바 있을 정도로 알아차림은 게슈탈트 심리치료 이론을 이해하는 매우 중요한 개념이다(김정규, 1995, 재인용).

알아차림은 개체가 자신을 둘러싼 장(field)에서 발생하는 내적, 외적인 현상들을 지각하고 체험하는 것을 뜻한다. 게슈탈트 심리치료 이론에서는 알아차림이 차단되거나 부족하여 미해결과제를 누적한 결과를 정신병리현상으로 바라본다. 모든 심리장애는 궁극적으로 알아차림과 접촉이 결여된 상태라고 보며, 따라서 내담자들은 알아차림과 접촉을 회복함으로써 건강한 상태로 돌아갈 수 있다. 즉, 개체가 자신에게 중요한 외적, 내적 현상을 알아차리는 것이 정서적 부적응을 예방할 수 있음을 시사한다.

인지변화는 내담자가 과거 사건에 대한 이야기를 하고 상담자가 그것의 영향에 대하여 해석해 줌으로써 일어나는 것이 아니라, 현재 장에서 내담자 자신이 어떻게 하고 있는지, 그리고 치료자를 비롯한 환경과 상황이 어떻게 반응하고 있는지를 알아차림으로써 일어난다(김정규, 2015). 모든 게슈탈트 치료 기법들은 알아차림과 접촉을 증진시키는 방법들이라고 할 수 있는데 특히 김정규가 개발한 그립(GRIP)에서는 알아차림 연습을 총 6단계로 세분화하여 자기 자신의 신체적인 알아차림부터 시작해서 생각, 욕구로 발전하며 생각과 감정으로 넘어가게 된다. 타인과의 관계성에 대한 알아차림 연습이 진행된 후에는 서로 이야기를 주고받으며 그 안에서 느껴지는 알아차림에 대하여 서로 나누고 공감하며 그것에 머무를 수 있게끔 돕는다.

## ② 자기개방

계슈탈트에서 자기개방은 알아차림과 접촉을 통해서 이루어질 수 있다. 접촉은 알아차림을 포함하는 개념으로, 개체가 알아차림을 통해 계슈탈트를 형성한 후 이를 해결하기 위하여 환경에서 매력적인 목표물을 찾아내어 그것을 향해 행동하는 것을 말한다.

접촉은 크게 세 가지, 자기 자신과의 접촉, 대인관계 접촉 그리고 환경과의 접촉으로 구분할 수 있으며 우선 자기 자신과의 접촉이란, 자신의 부분들과는 쉽게 접촉할 수 있지만, 그것을 넘어서는 범위의 행동이나 욕구, 감정, 가치관 등에 대해서는 접촉하기가 어려운 상태를 의미한다(Harman, 1989). 내담자가 그동안 자기 자신이라고 동일시해 온 부분만을 허용하고 그 외의 범위에 대해서는 회피하고 차단하는 상황이다. 이럴 경우, 차단된 내담자의 다른 측면들은 미해결과제로 남게 되어 결국 심리장애를 일으키게 된다. 이럴 경우, 치료자는 내담자가 자신의 소외된 측면들과 접촉하거나 타인을 만나서 새로움을 체험함으로써 자신의 영역을 넓혀 나갈 수 있도록 도와 결과적으로 변화와 성장을 도모해야 한다.

두 번째로 대인관계 접촉이란, 접촉의 가장 보편적인 형태으로써, 일반적 접촉을 의미한다. 우리는 대인관계 접촉을 떠나서는 누구도 생존할 수 없으며, 설령 물리적 생존을 하더라도 대인관계 접촉이 결여된 삶은 아무런 의미를 갖지 못하게 된다.

대인관계 접촉의 기본단위는 두 사람간의 접촉이다. 두 사람 사이에 원활한 접촉이 이루어지기 위해서는 (1) 나와 네가 다르다는 인식, (2) 각자의 에너지가 움직이거나 혹은 서로 영향을 미침으로 인한 변화가 발생, (3) 마음을 개방하고 표현하기 조건이 필요하다.

마지막으로 환경이란, 인간 이외의 모든 생물이나 무생물을 포함한 자연 및

인공적 환경을 뜻한다. 우리는 살아가면서 매 순간 환경과 접촉하거나 또는 접촉하지 못한 채 살아가고 있다. 환경과 잘 접촉한다는 것은 환경을 있는 그대로 지각하고 만나는 것을 의미한다.

## 2) 집단 발달 단계 및 매뉴얼에 근거한 그룹(GRIP)의 구성

### ① 초기 단계 : 1-2회기

인지변화는 내담자가 과거 사건에 대한 이야기를 하고 상담자가 그것의 영향에 대하여 해석해 줌으로써 일어나는 것이 아니라, 현재 장에서 내담자 자신이 어떻게 하고 있는지, 그리고 치료자를 비롯한 환경과 상황이 어떻게 반응하고 있는지를 알아차림으로써 일어난다(김정규, 2015). 이와 연속선상에서 살필 것이 만남(meeting)의 개념이다. Buber는 만남을 “인격적으로 독립된 두 개인이 서로 자신의 정체성을 유지하면서, 동시에 두 사람이 함께 알려지지 않은 새로운 세계로 나아감이며, 또한 그것에 내맡김”이라고 설명하고 있다.

이에 따라 프로그램 초기 단계인 1, 2회기에는 알아차림 연습을 시작으로 집단 참여자들이 자신의 신체, 감정, 생각과 더 나아가 옆 사람, 주변 환경에 대한 알아차림에 익숙해질 수 있도록 돕고, 첫 회기 어색할 수 있는 분위기 속에서 공감대 형성을 통한 자연스러운 분위기 유도를 위하여 어린 시절 집 그리기를 프로그램 일정에 배치하였다. 회기 마지막에는 서로에게 주고 싶은 마음자세카드를 골라 선물하는 순서를 넣어 집단원 간 친밀감을 도모하였다.

### ② 중기 단계 : 3-4회기

집단치료가 중반에 접어들면서, 집단원 간에는 서로 주도권과 권력을 행사

하려는 미묘한 긴장감이 발생한다. 집단원들 간에 비난이 자주 발생하며 치료자에 대한 적개심이 표출되는 과정에서 집단원들의 자기개방이 활성화되고 집단응집력이 향상된다(Yalom & Leszcz, 2005).

이에 따라 3, 4회기에는 마음자세카드를 활용하여 자신의 감정과 생각에 옆사람에 대한 알아차림이 가능하도록 알아차림 연습을 진행하고, 집단응집력 향상을 위하여 그림 보드게임을 실시하였다. 역시 마지막에는 마음자세카드를 선물하는 순서를 통하여 서로 느낀 점을 공유하는 시간을 가지도록 했다.

### ③ 후기 단계 : 5-6회기

집단치료 후기 단계에서는 집단원 간에 신뢰감이 형성되고 지지가 더욱 깊어지는 단계이다. 그동안 형성된 집단응집력을 바탕으로 자기 개방이 보다 원활하게 이루어질 수 있도록 내가 좋아하는 나와 내가 싫어하는 나를 그림으로 표현해보고 그에 대하여 설명하는 시간을 가졌으며, 빈 의자 작업을 통하여 좋아하는 나와 싫어하는 내가 서로 대화를 나누어보는 시간을 가지도록 하고, 소감을 이야기하며 마음자세카드로 서로 지지하도록 배치하였다.

### ④ 종결 단계 : 7-8회기

종결 단계는 그동안 진행된 프로그램을 정리하는 의미로 전체 집단화 작업을 실시하였으며 지난 회기들을 되짚어보며 아쉬움을 달래는 시간으로 꾸몄으며, 마지막으로 서로에게 느꼈던 점에 대하여 마음자세카드로 선물을 주는 순서로 마무리 하였다.

표 3. 정서.행동 관심군 중학생에 대한 그립(GRIP)의 회기별 진행 내용

회기	회기 목표	활동내용	시간 (분)
1	· 프로그램 소개 · 라포형성	· 프로그램 오리엔테이션 · 마음자세카드 (지금 마음 + 가지고 싶은 마음자세) · 소감 나누기	10
			25
			10
2	· 집단응집력 · 친밀감 형성	· 어린 시절 집 그리기 · 소감 나누기 · 마음자세카드(선물하기)	25
			20
3	· 자기개방, 주의집중 · 감정자각, 환경자각	· 마음자세카드(지금 마음 알아차리기) · 소감 나누기	10
			25
			10
4	· 자기개방, 감정접촉 · 마무리 및 통합	· 그립 보드게임 · 소감 나누기 · 마음자세카드(선물하기)	25
			20
5	· 알아차림, 접촉 증진 · 마무리 및 통합	· 마음자세카드(지금 마음 알아차리기) · 소감 나누기	20
			15
			10
6	· 알아차림, 접촉 증진 · 마무리 및 통합 · 자기개방, 주의집중 · 자신과의 관계성 향상	· 양극화 작업- 좋아하는 나, 싫어하는 나 · 빈 의자 작업- 내 안의 나와 대화 나누기 · 소감 나누기 · 마음자세카드(선물하기)	25
			20
7	· 자기개방, 주의집중 · 관계성, 공감능력 향상	· 마음자세카드(지금 마음 알아차리기) · 집단화 작업 · 소감 나누기	10
			25
			10
8	· 접촉, 교류, 상호지지 · 마무리 및 통합	· 집단화 연결 작업 · 소감 나누기 · 마음자세카드 (선물하기)	25
			20

## IV. 연구방법

### 1. 연구 참가자

본 연구에서는 경기도 Y시 S중학교에 재학 중인 중학교 1학년 학생을 대상으로 교육부에서 2012년부터 매해 전국 특정 연령 청소년을 대상으로 실시하는 청소년 정신건강 및 문제행동 선별검사(AMPQ-II) 결과, 2016년에 정서·행동 관심군으로 선별된 학생들을 연구 참여자로 선정했다.

또한 본 연구에서 규정하는 정서·행동 관심군은 ‘학교 내 관리를 우선으로 조치하는 일반관리로 선별된 학생을 제외한’ 관심군과 우선 관심군(자살사고)으로 선별된 학생이다. 학생정서·행동특성검사 및 관리 매뉴얼(2015)에 따르면, 관심군은 일반관리 학생들 역시 관심군 정의에 포함되나 이러한 기준을 적용하면 실수로 자살 문항에 체크를 했거나, 일시적이었다가 지금은 문제가 완화된 학생들까지 포함될 가능성이 높아서 실제로 어려움을 겪지 않는 학생들까지 관심군으로 간주될 한계가 있다. 따라서 본 연구에서는 정서·행동 관심군을 ‘전문기관 우선 의뢰 조치가 필요한 관심군, 우선 관심군(자살사고)에 해당되는 학생’이라고 정의를 내렸다.

위 기준에 따라 정서·행동 관심군으로 선별된 학생들을 대상으로 해당 학교 담임, 상담, 보건교사가 판정위원으로 한 차례씩 학생을 면담하였으며, 해당 학생이 관심군이지만 나타내는 문제가 일반관리 수준으로 심각하지 않음이 확인되어 학교 내 상담 조치만으로 충분한지, 아니면 위험군으로 전문기관 연계가 반드시 필요한지 여부를 판별하는 절차를 거쳐, 3명의 교사 중 2명이 추후 개입의 필요성 여부에 동의할 경우, 참여자로 선별하였다. 선별된 대상자 20명 중 보호자 동의를 통해 그립(GRIP)에 참여 여부를 확인한 14명의 학생을 최

중 연구 참여자로 선발했으며 이들을 무선할당을 통하여 실험집단과 통제집단에 임의 배정하였다.

본 연구의 참가자 선정기준과 제외기준은 아래와 같다.

#### 1) 선정기준

가. 경기도 Y시 S중학교에 재학 중인 1학년 학생 중 2016년에 교내에서 시행되는 청소년 정신건강 및 문제행동 선별검사(AMPQ-II) 결과 ‘관심군’에 해당하며, 판정위원들과 면담을 모두 마친 자

나. 보호자가 본 연구의 동의서에 서명하고, 프로그램에 참여하기를 희망하는 자

#### 2) 제외기준

가. 본 연구에 대한 참여중지를 요청한 자

나. 학교 일정 변동으로 인하여 프로그램에 지속적으로 참여가 어려운 자

2016년 3월에 관심군으로 선별된 학생을 대상으로 판정위원이 면담 절차를 마친 학생 중 보호자 동의를 받은 후 참여자 역시 치료에 참여하기로 동의한 최종 14명으로 본 연구를 진행하였으나 프로그램 진행 도중 통제집단에서 한 명의 탈락자가 발생하여 최종 연구 참여자 13명을 결정하였다. 최종 연구 참여자 13명의 인구 통계적 특성을 요약한 결과는 <표 4>와 같다.

표 4. 연구 참가자의 인구통계적 특성

변인	구분	치료집단 (n=7)	통제집단 (n=6)	합계
성별	남	3	3	6
	여	3	4	7
연령	13-14세	6	7	13

## 2. 연구 설계

실험집단과 통제집단에 사전-사후 검사를 실시하여 프로그램의 효과성을 검증하는 사전-사후 설계를 사용할 예정이다. 프로그램 효과의 지속성을 검증하기 위해 실험집단과 통제집단에 프로그램 종료 10주 후 추후검사를 실시할 예정이다. 연구 설계는 <표 5>에 제시하였다.

표 5. 연구 설계

G1	O1	X1	O2	O3
G2	O4		O5	O6

G1 : 실험집단

G2 : 통제집단

O1, O4 : 사전검사(KSCL-95)

O2, O5 : 사후검사(KSCL-95)

O3, O6 : 추후검사(KSCL-95)

X1 : 실험처치(계슈탈트 관계성 향상 프로그램(그립; GRIP))

### 3. 연구 절차

본 연구에서는 연구 참여자를 모집하기 위하여 경기도 Y시 S중학교에 요청하여 2016 정서·행동 관심군에 대한 치료적 개입으로 본 연구를 진행하였다. S중학교는 경기도 Y시에 소재한 중학교 중 가장 많은 학급 수를 보유하고 있으며, 이를 통하여 연구에 충분한 참여자 모집이 가능할 것으로 여겨져 결정되었다.

2016년 정서·행동특성선별검사(AMPQ-II) 시행 결과, 정서·행동 관심군으로 선별된 잠재적 연구 참여자 20명 중 보호자가 자녀의 연구 참여에 동의한 14명의 학생을 7명씩 치료집단과 통제집단에 각각 무선 할당하였다.

그립(GRIP) 실시집단은 학생들이 재학 중인 S중학교 Wee Class 프로그램실에서 주 1회 2시간씩, 4주 동안, 총 8회기에 걸쳐서 그립(GRIP)에 참여하였다. 본 연구자가 프로그램의 리더로 참여했다.

치료 집단에서 프로그램이 진행되는 동안 통제집단에서 아무런 처치를 하지 않았으나, 프로그램 종료 후 통제집단에게도 치료 집단에서 진행된 동일한 그립(GRIP)을 시행하였다. 프로그램 시작 전과 후에 치료집단과 통제집단에 각각 사전, 사후 설문조사를 실시했으며, 두 집단 모두에 추후 설문조사를 추가적으로 실시했다.

프로그램 실시 도중, 학교와 학급의 갑작스런 일정 변동으로 인하여 통제집단에서 한 명의 인원이 탈락하였다. 따라서 최종적으로 총 13명의 설문자료를 자료 분석에 사용할 수 있었다.

### 4. 측정도구

#### 1) 도구 선정 이유

본 연구에서는 간이정신진단검사 II(KSCL95)를 사용하여, 연구 참여자들의 치료 효과에 따른 우울과 불안을 평가하였다. 최근 한국에서 아동·청소년의 우울 및 불안 연구에 많이 사용되는 자기 평가형 설문지는 한국판 벡 우울척도 2판(K-BDI-II)과 한국판 벡 불안척도(K-BAI), 그리고 소아우울척도(Children Depression Inventory; CDI)가 있다.

한국판 벡 우울척도 2판(K-BDI-II)은 검사대상이 중학생부터 성인이며 총 21문항으로 구성되어 있고 초조, 집중력장애, 무가치감, 의욕상실과 더불어 수면과 식욕까지 모두 살필 수 있도록 고안되었다. 한국 청소년에 대한 Cronbach's  $\alpha$ 는 .89였으며 상관계수 범위는 .23에서 .63이었다. 그러나 한국판 벡 우울척도 2판(K-BDI-II)은 검사-재검사 신뢰도가 확인되지 않았다는 제한점을 가지고 있다(이수지 외 2014).

한국판 벡 불안척도(K-BAI)는 검사대상이 중학생부터 성인이며 총 21문항으로 구성되어 있으며 각 문항은 불안증상과 관련된 자신의 생각이나 신체상태 그리고 공황상태 등을 묘사한다. 하지만 한국판 벡 불안척도(K-BAI)는 성인에 대한 신뢰도, 타당도 검사는 완료되어있으나 청소년에 대한 신뢰도 및 타당도 검사는 진행 중에 있다(이한경, 이은호, 황순택, 홍상황, 김지혜, 2014).

소아우울척도(CDI)는 소아·청소년을 대상으로 진행되는 연구에서 사용되고 있음이 종종 확인되는데 검사 대상은 7세부터 17세 아동·청소년이나 아직 한국 아동을 대상으로 표준화되지 않았으며 현재 '아동 우울증 검사(CDI-II)'라는 이름으로 표준화 작업 중에 있음을 확인하였다(www.inpsyty.co.kr).

반면, 간이정신진단검사 II(KSCL95)는 중학교 1학년 연령인 13세부터 69세까지 기준을 가지고 있고 2015년에 한국에서 개정 및 표준화 작업을 마쳤으며, 우울과 불안 하위요인에서의 Chronbach's  $\alpha$ 는 각각 .88과 .85였다. 더불어 검사-재검사 신뢰도 역시 유의미한 수준( $0.99 \leq r$ )이라고 파악되었다. 따라서,

본 연구에서는 간이정신진단검사 II(KSCL95)를 활용하여 그립(GRIP) 집단과 통제집단의 불안과 우울을 측정하고자 하였다.

## 2) 간이정신진단검사 II(KSCL95)

학생정서·행동특성검사가 개발과 개정 당시, 사용되었던 간이정신진단검사(SCL-90-R)는 중학교 1학년 학생들을 대상으로 표준화되어있지 않아서 그 결과를 충분히 신뢰하기 어려웠다는 한계점이 있었기 때문에, 본 연구에서는 해당 연령의 표준화 작업을 마친 간이정신진단검사 II(KSCL95, 2015)를 사용할 예정이다. 특히 주목할 점은, 간이정신진단검사가 타당도 척도를 포함시킴으로써 문항에 대한 내담자의 반응을 살필 수 있으며, 이를 통해 사회적 바람직성 및 편향성을 제거할 수 있다는 점이다. 또한 개편 과정을 거치면서 DSM 5의 준거와 같은 최신 연구 성과를 반영하였으며, 선별 평가나 개입의 효과를 반복 측정해야 하는 상황에서 유용하며, 필요할 경우 개별 문항에 대한 응답을 질적으로 해석하여 상담 및 치료 장면에 활용할 수 있도록 개발되었다.

본 척도는 총 95개 문항이며, 정서장애 영역 9개 영역, 현실적응장애 3개 영역, 기타 영역 5개 증상 등 총 17개의 증상을 평가할 수 있도록 구성돼 있다. Likert형 4점 척도에 자기보고식으로 응답하도록 되어있다(0=아니다, 1=가끔 그렇다, 2=자주 그렇다, 3=거의 항상 그렇다). 검사 결과는 T점수로 제시되며 T59 이하는 보통수준(비문제 수준), T60~T69에 해당 될 경우 주의 및 위험수준, T70 이상은 문제수준(정신건강 문제 발생 가능성이 시사되는 수준)으로 해석한다.

본 연구에서는 간이정신진단검사의 하위요인 중 우울과 불안 문항을 사용하여 학생들의 치료 효과 여부를 확인하고자 한다.

표 6. 간이정신진단검사II(KSCL95) 문항 구성

하위요인	문항 수	문항
우울	11	5, 14,, 20, 26, 30, 32, 54, 55, 71, 79
불안	11	11, 23, 31, 33, 44, 55, 60, 66, 71, 78, 80
공포불안_공황발작	3	13, 75, 82
공포불안_임소공포	4	25, 47, 50, 70
강박_강박증	4	3, 28, 45, 65
강박_강박성격특성	3	9, 10, 38
외상후 스트레스 장애	3	56, 57, 58
분노/공격성	7	2, 17, 24, 46, 63, 67, 74
신체화	10	1, 4, 12, 27, 40, 42, 48, 49, 52, 94
조증	4	21, 29, 51, 72
편집증	7	8, 18, 43, 68, 76, 83, 91
정신증	7	7, 16, 35, 62, 77, 88, 90
자살	4	15, 54, 59, 79
중독	3	84, 85, 86
수면문제	3	20, 44, 66
스트레스 취약성_ 대인민감성	5	37, 41, 53, 61, 92
스트레스취약성_ 낮은 자기조절력	5	19, 34, 55, 69, 73

## 5. 자료분석

본 연구에서 수집한 자료는 모두 SPSS for Windows 22.0을 이용하여 분석했다. 모수적 검정에서 요구하는 정규성을 충족시킬 만큼 연구대상자의 수가 충분하지 않기 때문에, 비모수 검정을 실시할 예정이다. 분석방법은 아래와 같

다.

첫째, 그립(GRIP)을 실시하기 전에 치료집단과 통제집단 간 임상적 증상의 수준에 대한 동질성을 검증하고자, 맨-휘트니 검증(Mann-Whitney test)을 실시하여 우울과 불안의 사전 측정치를 비교하였다.

둘째, 그립(GRIP) 실시 후에 사후, 추적 단계에서 우울, 불안의 치료집단과 통제집단 간 차이가 유의미한지 검증하고자, 맨-휘트니 검증(Mann-Whitney  $U$  test)을 실시하였다.

셋째, 그립(GRIP)이 집단 내에서 우울, 불안의 정도를 확인하기 위하여 치료 집단과 통제집단 내 해당 변인의 사전-사후, 사전-추후 측정치에 대해 윌콕슨 부호 순위 검증(Wilcoxon signed-rank test)을 실시하였다.

## V. 연구결과

### 1. 학생정서·행동선별검사(AMPQ-II)의 공존타당도 확보를 위한 스크리닝

2016년에 시행된 AMPQ-II 결과, 정서·행동 관심군으로 선별된 연구 참여자들에 대한 타당도를 확보하기 위하여 실제 임상 장면에서 사용되고 있는 KSCL95를 통하여 연구 참여자들의 우울, 불안에 대한 스크리닝을 실시하여 <표 7>에 제시하였다. 그 결과, 우울에 대한 T점수 60점 이상 즉, '위험 수준'에 해당 되는 학생들은 치료 집단 7명 중 3명, 통제 집단 6명 중 3명이 확인되었으며, 불안에 대한 T점수 60점 이상을 기록한 연구 참여자는 치료 집단에서 4명, 통제 집단에서 3명이 확인되었다. 또한 주로 한 증상에서 위험 수준을 기록했을 때 다른 증상을 동반한 경향을 보였음이 확인되었다.

표 7. AMPQ-II 결과, 정서·행동 관심군으로 선별된 연구 참여자에 대한 타당도 확인

집단	n	하위 요인 (단위: 명)	
		우울	불안
치료	7	3	4
통제	6	3	3

### 2. 치료집단과 통제집단 간 사전 동질성

그립(GRIP) 치료 프로그램을 실시하기 전에 치료 집단과 통제 집단의 우울과 불안의 동질성 검증을 위해 Mann-Whitney U 검증을 실시하여 <표 8>에 제시하였다. 그립(GRIP) 치료 프로그램 실시 전 우울, 불안에서 집단 간 유의한 차이가 없었으므로, 두 집단을 동질적인 집단으로 볼 수 있다.

표 8. 그립(GRIP) 치료집단과 통제집단의 우울, 불안의 사전점수 동질성

	변수	집단	<i>n</i>	평균순위	순위합계	mann-w hitney U	<i>Z</i>
사전	우울	치료	7	6.43	45.00	17.000	-.571
		통제	6	7.67	46.00		
	불안	치료	7	7.21	50.50	19.500	-.215
		통제	6	6.75	40.50		

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

### 3. 치료집단과 대기통제 집단 내 사전-사후, 사전-추적 검사 비교

그립(GRIP) 치료 프로그램이 정서·행동 관심군 학생들의 우울과 불안에 미치는 효과를 검증하기 위해 윌콕슨 부호 순위 검증을 사용하여 검사 시기에 따른 우울, 불안 점수를 비교하였다. 결과는 <표 9>에 제시하였다.

치료집단의 우울 점수 변화를 살펴보면, 사전 점수에 비해 사후 점수에서 유의한 차이가 없었으며, 사전 점수에 비해 추적 점수에서도 유의한 차이가 나타나지 않았다. 반면에 대기 통제집단은 우울 사전점수에 비해 사후점수가 유의미하게 높았으나( $Z = -2.201$ ,  $p = .028$ ), 사전점수와 추적점수의 유의미한 차이가 나타나지 않았다. 통제집단에서 측정시기에 따른 점수가 일관적으로 유지되지 않았다는 사실은 연구 상황 이외의 외생변수가 작용했음을 시사한다.

치료집단의 사전-사후 불안 점수 변화를 보면, 치료집단의 불안 점수는 사전 점수에 비해 사후 점수에서 유의하게 낮았으며, 종결 후 추적 조사에서도 유의하게 낮게 유지되었다. 대기통제집단에서도 사전 점수와 사후점수, 사전점수와 추적점수 모두에서 유의한 차이가 없었다.

표 9. 그립(GRIP) 치료집단과 통제집단 내 우울, 불안의 사전-사후, 사전-추적 점수 비교

변수	집단	음수순위			등률		양수순위			Z
		n	평균	순위	n	n	평균	순위		
			순위	합계			순위	합계		
사전	우울	치료	5	3.40	17.00	1	1	4.00	4.00	-571
		통제	0	.00	.00	0	6	3.50	21.00	-2.201*
	불안	치료	5	4.00	20.00	1	1	1.00	1.00	-.215*
		통제	1	2.00	2.00	0	5	3.80	19.00	-1.782
사전-추후	우울	치료	5	4.30	21.50	2	6	4.25	25.50	-1.270
		통제	1	5.00	5.00	0	5	3.20	16.00	-1.153*
	불안	치료	6	4.25	25.50	0	1	2.50	2.50	-1.947
		통제	2	1.50	3.00	0	4	4.50	18.00	-1.577

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

#### 4. 치료집단과 대기통제집단 간 사전-사후, 사전-추적 검사 비교

치료집단과 대기통제 집단 간 우울, 불안에 대한 사전-사후 점수와 사후-추적 점수에 대한 비교를 통해 효과를 알아보기 위하여 Mann-Whitney U 검증을 사용하여 두 집단 간에서의 변화를 분석하였다. 결과는 <표 10>에 제시하였다.

치료집단과 대기통제 집단의 우울에 대한 사전-사후 점수와 사전-추적 점수에 대한 Mann-Whitney U 검증 결과, 사전-사후 점수에서 두 집단 간의 유의한 차이가 있는 것으로 나타났으나, 사전-추적 점수에서는 두 집단 간의 유의한 차이가 나타나지 않았다.

치료집단과 대기통제 집단의 불안에 대한 사전-사후 점수에 대한

Mann-Whitney U 검증결과, 사전-사후 점수에서 두 집단 간의 유의한 차이가 나타났으며, 사전-추후 점수에서도 두 집단 간 유의한 차이가 나타났다.

이러한 결과를 볼 때, 치료집단이 통제집단에 비해 측정시기에 따라 불안 점수의 변화가 유의했음을 뜻하나, 우울 점수의 변화는 처치 전과 처치 직후 간에만 한시적으로 나타났음을 시사한다.

표 10. 그립(GRIP) 치료집단과 통제집단 간 우울, 불안의 사전-사후, 사전-추적 검사 비교

	변수	집단	<i>n</i>	평균순위	순위합계	mann-w hitney U	<i>Z</i>
사전-	우울	치료	7	9.79	68.50	1.500	-2.793**
		통제	6	3.75	22.50		
사후	불안	치료	7	9.71	68.00	2.000	-2.714**
		통제	6	3.83	23.00		
사전-	우울	치료	7	8.50	59.50	10.500	-1.502
		통제	6	5.25	31.50		
추후	불안	치료	7	9.71	68.00	2.000	-2.718**
		통제	6	3.83	23.00		

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

## VI. 논의 및 제언

본 연구는 그립(GRIP)이 정서·행동 관심군 학생들의 우울과 불안을 감소시키는 효과를 검증하고자 했다. 연구 참여자가 그립(GRIP)의 효과를 가설별로 논의하면 다음과 같다. 첫째, 그립(GRIP)에 참여한 집단의 우울이 대기통제집단의 우울보다 더 감소될 것이라는 가설 1이 부분 지지되었다. 그립(GRIP)집단 내의 측정 시기에 따른 우울 점수 변화 추이를 살펴보았을 때는 사전-사후, 사전-추후 점수 간의 차이가 모두 나타나지 않았으나, 그립(GRIP)집단과 통제집단 간의 사전-사후 점수를 비교하는 경우에는 유의미한 차이가 나타난 것으로 밝혀졌다. 이러한 연구 결과는 그립(GRIP)집단의 사전과 사후 측정시기에 따른 우울 점수의 변화에 비해서 그립(GRIP) 통제집단의 우울 점수 변화가 유의미하게 크게 나타남을 시사한다. 연구 결과를 구체적으로 살펴보면 통제집단 내에서 우울의 사전 점수에 비해 사후 점수가 유의미하게 높게 나타난 반면, 그립(GRIP)집단 내에서의 우울의 사전 점수에 비해 사후 점수가 통계적으로 유의미하지는 않지만 미미한 수준으로 감소했음을 확인할 수 있다. 이는 가설 1-2를 지지하는 결과이며, 연구 통제 상황 이외의 제 3의 변수가 연구 결과에 영향을 끼쳤음을 시사하는 바이다. 치료가 진행되었던 5-6월에는 주로 내향적 성향이 강한 치료 참여자들에게 다른 또래들과 어울려 움직여야 하는 집단 활동이 상황적 스트레스로 작용했을 가능성이 있다. 이러한 상황적 요인들이 연구 참여자들의 우울 수준을 증가시켰을 것이라고 예측할 수 있다. 반면 그립(GRIP)에 참여한 집단은 매 회기 진행된 마음자세카드 도구를 통한 알아차림 연습을 통하여 자기 자신을 이해하고 표현하는 과정에서 자신의 행동에 대한 선택과 책임 자각을 증진시켜 자아존중감이 향상되었을 거라 판단되며, 이러한 자아존중감의 향상이 집단 참여자들의 우울 감정의 증가를

막았을 것이라고 예측할 수 있다(이승민, 2016). 이는 그립(GRIP) 프로그램이 우울 감소 효과가 있다고 밝힌 선행 연구들을 지지하는 결과이다(고일다, 2009; 김진주, 2009; 김효림, 2014; 서명규, 2010; 오수진, 2013; 오지혜, 2010; 이지현, 2009).

둘째, 그립(GRIP)에 참여한 집단의 불안이 대기통제집단의 불안보다 더 감소될 것이라는 가설 2가 지지되었다. 그립(GRIP)에 참여한 집단의 불안은 사전-사후, 사전-추적에서 유의미한 차이를 나타냈으나 대기통제집단은 사전-사후-추적에서 유의한 차이가 나타나지 않았다. 또한 그립(GRIP)집단과 통제집단 간의 사전-사후, 사전-추후 점수를 비교했을 때에도 모두 유의미한 차이를 나타냈다. 이러한 결과는 정서·행동 관심군을 대상으로 한 그립(GRIP)이 불안 감소에 매우 효과적이었음을 시사한다. 그립(GRIP) 처치는 주 1회 두 시간씩 진행되었는데 이 시간이 참여자들에게 ‘안전기지’로 작용하여 자기 자신과 주변에 대하여 마음껏 탐색하는 자유를 누리면서 일상에서 느껴온 불안감이 완화되는 효과를 가져왔다고 예측할 수 있다. 이러한 결과는 참여자들에게 실시한 설문 내용에서도 확인이 가능한데 “매 시간 마음자세카드를 이용한 활동을 통해 자기 자신의 이야기를 하고 또 친구들의 이야기를 듣는 것이 좋았다”, “친구들과 함께 어울려 음식을 먹고 시간을 보내는 시간이 좋았다”고 보고했다. 이는 그립(GRIP) 프로그램이 불안 감소 효과가 있다고 밝힌 선행 연구들을 지지하는 결과이다(배성훈, 2011; 심정아, 2012; 고영옥, 2012).

본 연구의 의의 및 시사하는 점을 요약하면 다음과 같다. 첫째, 본 연구는 2008년에 개발되고 2011년에 개정된 정서·행동선별검사(AMPQ-II)가 2012년부터 전국의 중학교 1학년을 대상으로 시행되고 있음에도 그 도구의 공존타당도가 확보되지 않았다는 한계점을 보완하기 위하여 중학교 1학년 학생들에게 표준화 된 도구인 간이정신진단검사(K-SCL-95)를 활용하여 AMPQ-II 결과의 타당도를 확보하고자 하였다. 그 결과, 본 연구에 참여한 정서·행동 관심군의

약 50% 학생만이 실제 임상적으로도 위험한 수준의 우울과 불안을 보고하고 있음이 확인되었다. 본 연구에서는 소수의 학생을 대상으로 진행되었으며 그간 AMPQ-II의 타당도에 대한 현장에서의 많은 문제 제기가 있었던 만큼 추후 AMPQ-II에 대한 타당도 조사가 반드시 진행되어야 할 것으로 보인다.

둘째, 본 연구는 학교 장면으로 치료자가 직접 들어가 치료를 진행하여서 정서·행동 관심군 학생들에게 개입할 수 있는 접근성을 높였다. 본 연구를 시행한 경기도 Y시는 경기도 동남부에 위치해있고, 임야와 야산이 발달되어있으며 대중교통이 발달하지 않았고 지자체간 거리가 상당하여 학생들이 이동하기에 쉽지 않으며, 13개 중학교, 9개의 고등학교가 소재하여 약 8000여명의 학생들이 재학 중에 있으나 정신의료기관 2개, 정신과 의원 2개, 표준형 정신건강증진센터 1개, 총 5개의 정신보건 관련 기관이 설치되어 있어 정신보건 관련 서비스를 받아보기에 취약한 지역이다. 또한 청소년들이 이용 가능한 복지시설은 청소년상담복지센터, 청소년 문화의 집, 지역아동센터, 청소년 공부방, 드림스타트 등 총 13개가 설치되어 있으나 특정 지역에 집중되어 있어서 외곽에 거주하는 학생들이 이용하기에는 어려움이 많은 상황이다. 이러한 지역적, 환경적 특성을 가진 지역에서 학생들에게 필요한 치료적 개입이 이루어지기 위해서는 학교 장면이 청소년기의 정신건강 문제를 조기에 선별하고 치료 기관으로 연계하여 의료 서비스를 제공하는 적합한 장소임이 시사된다.

셋째, 본 연구의 연구 참여자가 모두 미성년자이므로 보호자들에게 자녀에 대한 학교장면에서의 치료적 개입에 동의를 구하고, 치료 진행 과정을 보호자에게 전달하며, 사전-사후 평가 결과에 대하여 보고서 형식으로 보호자에게 전달하는 과정에서 학교 교사들-학생-학부모, 그리고 치료 담당자간의 상호 지지적인 관계 형성이 가능했다. 다만, 치료 시작과 중간에 탈락한 연구 참여자들이 있었으며, 탈락한 이유가 급작스런 학교 일정의 변동 때문이 아닌, 보호자의 자녀에 대한 개입 거부 혹은 대상자가 치료 참여에 동의하지 않은 경

우가 있었으므로 이들에 대한 개입방법을 고려하는 것이 필요하겠다.

본 연구의 한계 및 제언은 다음과 같다. 첫째, 본 연구는 대기통제집단에 영향을 미친 외생변수를 통제하지 못하였다. 그립(GRIP) 집단이 시행되는 총 4주 간 통제집단에게 발생할 수 있는 우발적 사건이나 사고 그리고 학기가 시작된 시점에서 점차 학교 환경에 익숙해져가며 통제집단 내담자들에게 발생한 감정적 변화들을 차단하지 못하여 이러한 점이 연구결과에 영향을 미쳤다.

두 번째, 대상자들의 특성에 따른 일반화가 어렵다. 본 연구는 특정 지역의 중학생을 대상으로 했을 뿐 아니라 중학교 1학년으로 그 대상에 제한을 두고 실시된 치료라서 중학생 전체, 우리나라 전 지역, 전체 청소년을 대상으로 연구의 결과를 일반화시키기 어렵다. 가능하다면 한 지역의 초등학교 1, 4학년, 중학교 1학년, 고등학교 1학년을 대상으로 같은 시기에 구조화된 프로그램을 진행하여 그 결과를 살펴보는 것이 연구 결과의 일반화에 도움이 될 수 있겠다.

셋째, 본 연구 시행 시 각 집단의 연구 참여자가 10명 미만으로 진행되었기 때문에 비모수통계기법인 Mann-Whitney 검증을 사용하였는데, 이러한 통계기법은 상호작용효과의 검정이 어렵다는 제한점을 가지고 있어서

넷째, 연구 참여자를 모집하는 과정에서 이미 정서·행동적 문제가 있는 ‘관심군’이라는 낙인을 가지고 임했기 때문에 이러한 점이 사전 평가에 영향을 미쳤을 가능성이 있다. 본 연구 참여에 대한 보호자 및 학생의 동의를 해당 학교 교사가 일괄 연락하여 진행하였으며, 그 과정에서 자녀가 ‘관심군’으로 학교 차원에서 2차적인 개입이 필요함을 전달하고, 이에 따른 과정으로 치료가 진행될 것이 설명되었는데 이러한 과정이 참여자들이 솔직하게 평가나 치료에 임하는 데에 영향을 미쳤을 것이라고 예측된다. 연구를 진행하기 위하여 학교 측의 도움이 꼭 필요하지만, 보호자에게 연구 참여에 대한 동의를 구할 때 낙인을 최소화 할 수 있는 방법에 대하여 해당 학교 교사들과 논의하여 진행하는 것이 필요하겠다.

다섯째, 자기보고식 검사지를 사용하여 치료 효과를 검증한 만큼, 객관적인 감소효과를 입증하는 데 제한이 있다. 이러한 형태의 평가 도구로 인해 참여자들이 느낀 바에 대하여 보다 구체적으로 표현할 수 없었을 수 있으며 문항의 내용에 대하여 충분히 생각해보지 않고 답했을 가능성이 있고, 사회적으로 바람직하다고 여겨지는 방향으로 답을 했거나, 중간이나 극단치로 답하는 경향을 보였을 경우 이것을 통제할 수 없다는 어려움이 있다. 따라서 후속 연구에서는 평가 방법에 있어 자기보고식 뿐만 아니라 교사 및 보호자 등 다양한 관찰자로부터의 평가가 함께 진행되어야겠다.

여섯째, 사전에 학교 일정을 교사들과 미리 논의하고 최대한 학생들이 잘 참여할 수 있는 일정에 맞추어 치료를 진행했음에도 갑작스럽게 변동되는 학교 및 특정 학급의 일정으로 인하여 구조화된 프로그램임에도 모든 참여자들에게 균등한 처치를 제공하는 것이 어려운 상황이 있었다. 매년 초기에 학사 일정 계획 시기에 치료 일정을 미리 넣어 학교 일정으로 인한 영향을 최소화 하는 것을 제안한다.

마지막으로, 정서행동특성선별검사(AMPQ-II)의 공존타당도 확보를 위하여 실시한 스크리닝 검사에서, 연구 참여자의 약 50%만이 실제 임상적인 수준의 우울과 불안을 보고하고 있음이 확인되었는데, 이는 소수의 대상자에게 실시한 만큼, 그 결과를 절대적으로 일반화시키기는 어려우나 AMPQ-II의 결과의 타당도가 높지 않으며, 정서·행동 관심군으로 선별된 학생들이 실제로는 큰 문제가 없을 가능성이 높음을 시사하는 바이다. 따라서 충분한 표본을 대상으로 AMPQ-II에 대한 타당도 연구가 시행되어야 할 것을 제안한다.

본 연구가 진행되는 과정 중에 청소년의 정신건강에 대한 국가적인 개입의 일환인 정서·행동특성선별검사(AMPQ-II)와 그 결과에 따른 처리 방법, 사후 관리 등 전반적인 평가 및 개입 체제에 상당한 한계점이 있음을 확인하였으며 이에 대한 개선이 필요할 것으로 보인다. 단순히 문제 행동 학생의 관리를 목

적으로 시행한다고 보기에는 AMPQ-II가 보호자와 학생들에게 의미하는 낙인 효과가 상당하므로, 평가 도구의 타당도를 높이는 것이 중요할 것으로 여겨진다.

또한, 심리·사회적 측면에서 청소년의 내현화 문제 감소가 외현화 문제의 감소로 이어질 수 있다는 선행연구들을 참고하여 본 연구에서는 게슈탈트 관계성 향상 프로그램(GRIP)을 통한 학교 장면에서의 치료적 개입이 청소년의 우울과 불안 등 내현화 문제를 감소시킨다는 결과를 확인하였고 이는 선행연구들의 결과와 일치하는 것을 알 수 있었으나, 실제로 청소년의 내현화 문제의 감소가 외현화 문제의 감소까지 이어질 수 있는지에 대한 장기적 추적연구 진행이 필요할 것으로 보인다.

## 참고문헌

- 강석영, 이창호, 이동훈 (2004). 전문상담교사가 인식한 학교정신건강 문제 및 개입에 관한 질적 연구. 청소년상담연구, 22(1).
- 강태신, 임영식, 이수정 (2008). 비행청소년의 내재화 문제 수준에 따른 외현화 문제. 미래청소년학회지, 5, 163-182.
- 고기숙, 이지숙 (2013). 청소년 인터넷 중독과 우울이 자살사고에 미치는 영향. 학교사회복지, 25, 131-156.
- 고영옥 (2012). 계슈탈트 관계성 향상 프로그램(GRIP)이 유창성장애인의 말더듬 빈도 및 불안 감소에 미치는 영향. 한국계슈탈트치료연구, 2, 83-99.
- 교육과학기술부(학생건강총괄과) (2013). 초·중·고등학생들의 건강한 정서·행동 발달 지원을 위한 2013년 학생정신건강관리 개선계획. 교육과학기술부.
- 교육부 (2015). 학생정서·행동특성검사 및 관리 매뉴얼.
- 구본용, 구혜영, 이명우 (1994). 또래상담자 훈련 프로그램 개발 연구. 청소년상담연구; 12, 3-38.
- 김갑숙, 전영숙 (2012). 청소년의 우울, 불안과 충동성이 자살생각에 미치는 영향. 한국생활과학학회, 5, 903-913.
- 김동일, 윤현선, 서창원, 최수미 (2008). 위기청소년 통합지원체계(CYS-Net) 운영평가 연구. 상담학연구.
- 김명희 (2008). 계슈탈트 집단미술치료가 학교부적응 청소년의 자아존중감에 미치는 효과. 조선대학교 학위논문.
- 김민정 (2003). 계슈탈트 집단치료가 가출청소년의 자기개념, 우울, 불안에 미치는 영향. 성신여자대학교 대학원 석사학위논문.
- 김영선 (2015). 마음챙김 명상에 기초한 인지치료(MBCT)가 정서행동 관심군 고등학생의 우울 및 자살생각 감소에 미치는 효과. 강원대학교 교육대학원.
- 김영한 (2013). 2013 청소년 문제행동 저연령과 실태 및 정책 과제 연구. 한국

청소년정책연구원.

김영환, 오상우, 홍상황, 박은영 (2002). PAI의 임상적 해석. 학지사.

김유숙, 한영옥, 허재경, 임은혜, 김영혜 (2008). 2008학년도 신입생 실태조사. 학생생활연구, 21, 63-106.

김정규 (1995). 계슈탈트심리치료. 서울: 학지사.

김지경, 정윤미 (2013). 지방정부 청소년복지예산의 결정요인 분석. 청소년복지연구.

김진아, 하경희, 홍현주, 김희영 (2015). 2013 학생 정신건강 지역협력모델 구축.지원사업 : 정신건강 고위험군 관리와 학교 내 정신건강 인식의 변화. 소아청소년정신의학.

김한나, 김정선, 노승현 (2015). 한청소년의 주관적 행복감에 영향을 미치는 요인에 관한 연구 : 2014 제 10차 청소년건강행태온라인조사 자료분석. 국산학기술학회논문지.

김현정, 김윤영, 이혜숙, 현미나, 남동현, 김상원, 안동현 (2009). 학생정신건강검진 시범운영사업에 따른 추진방안. 한국학교보건학회지.

김효진, 조수정, 김재원, 강제욱, 신민섭, 김효원, 윤명주, 이경영, 강연지, 김봉년 (2009). 소아 청소년 정신건강 선별검사 및 치료 연계 효율성에 대한 연구 - 지역사회 중심 연구. 소아청소년정신의학, 20(3).

곽금주, 문은영 (1993). 청소년의 심리적 특징 및 우울과 비행 간의 관계. 한국심리학회지, 6(2), 29-43.

곽금주, 문은영 (1995). 심리적 특징 및 우울과 비행 간의 관계(II). 청소년 이 전기를 중심으로. 한국심리학회지. 발달, 8(1), 1-11.

문수진, 오소영, 이원혜, 홍민하, 민정원, 김봉석, 환준원, 우이혁, 반건호 (2012). 청소년용 정신화 프로그램의 학생정신건강 증진효과 평가. 소아청소년정신의학, 23(3), 109-116.

- 민혜영, 강경석 (2015). 학교기반 정신건강정책의 흐름 분석 : Kingdon의 정책 흐름모형을 중심으로. 한국학교보건학회지.
- 박성희 (2000). 청소년과 지역사회. 한국청소년개발원.
- 반건호 (2010). 근거기반의 학교기반정신건강증진 공동체모델 시범적용. 국립서울병원 국립정신보건교육연구센터.
- 방수영, 유한익, 김지훈, 김봉석, 반건호, 안동현, 서동수, 조수철, 황준원, 배성훈 (2011). 중학생의 시험 및 학업불안 감소를 위한 게슈탈트-인지행동 치료프로그램의 개발 및 효과. 한국게슈탈트치료연구, 1, 31-50.
- 송동호, 이홍식, 전여숙, 정유숙 (1996). 청소년 자살기도자의 정신의학적 특성. 신경정신의학, 35, 1366-1375.
- 송동호, 진용탁, 하은혜, 송정은, 박은영, 최태규 (2003). 청소년의 자살사고와 관련된 우울-불안 성향. 소아청소년정신의학, 14(1), 95-102.
- 신영훈, 박선영 (2016). 청소년의 대인관계 스트레스가 자살생각에 미치는 영향 : 자아존중감의 조절효과 검토. 계명대학교.
- 신의진 (2011). Wee 프로젝트 운영기관의 정신건강서비스 지원 역량 강화를 위한 정책 제안 연구. 서울: 한국교육개발원.
- 심서연, 박시하, 이미현, 이명수(2015). 학교기반의 정신건강증진프로그램 적용에 관한 연구 : 사회성증진 프로그램을 중심으로. 정신보건.
- 신혜정, 정의중, 이상아, 이향연, 박재연 (2014). 청소년의 우울, 자살생각, 자살계획, 자살시도에 영향을 미치는 요인. 학교사회복지, 27, 25-50.
- 심정아 (2012). 성적우수학생을 대상으로 한 상위인지-시험불안 연구모형 개발과 구인연구. 한국게슈탈트치료연구, 2, 23-42.
- 안미영 (2015). 게슈탈트 관계성 향상 프로그램이 인터넷 중독 경향을 가진 청소년의 심리사회적 적응에 미치는 영향. 청소년학연구, 23(5).
- 연합뉴스 (2016.02.23.) “우울, 불안, 스트레스 국민 정신건강관리 강화한다”.

연합뉴스 (2016.05.02.) “청소년 행복지수 OECD 꼴찌”. 연합뉴스.

염유식 (2016). 2016 제8차 어린이·청소년 행복지수 국제비교 연구. 연세대 사회발전연구소.

오소영, 문수진, 이원혜, 홍민하, 민정원, 김봉석, 황준원, 우이혁, 반건호 (2012). 단축형 청소년용 정신화 프로그램의 학생정신건강 증진효과 평가. 소아청소년정신의학, 23(3), 117-126.

오지혜 (2010). 게슈탈트 관계성 향상 프로그램이 우울 성향 여자 중학생의 우울, 정서조절, 학교적응에 미치는 효과. 성신여자대학교 학위논문.

윤철경, 김경준, 김영지, 최창욱(2009). 2008 청소년시설 종합평가 . 한국청소년개발원.

이경심 (2015). 중학교 학생정서. 행동특성검사 운영에 관한 연구. 순천대학교.

이병오 (2012). 정신건강증진 프로그램이 중학생의 정서·행동문제 및 학교생활 적응력에 미치는 효과. 순천대학교 교육대학원.

이상설 (2012). 중등학교 교육에서 미술치료의 역할 및 필요성에 관한 연구. 공주대학교 대학원 석사학위논문.

이수지, 이은호, 황순택, 홍상황, 김지혜 (2014). 한국 청소년에 대한 백우울척도-II의 신뢰도 및 타당도. 한국임상심리학회.

이수정 (2007). 경찰단계에서의 범죄소년 다이버전을 위한 비행성 평가절차의 재범예측력. 한국심리학회지 사회 및 성격, 21, 47-57.

이은비 (2013). 게슈탈트 관계성 향상 프로그램이 학교부적응 청소년의 정서곤란과 문제행동에 미치는 효과. 성신여자대학교 학위논문.

이주연, 장성화 (2013). 청소년의 우울이 자살생각에 미치는 영향에서 자아탄력성의 매개효과. 한국상담심리치료학회, 4.

이창호, 강석영, 이동훈 (2013). 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 지원방안 연구 III : 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 현장적용 프로그램 개발 연구한

국청소년정책연구원.

이한경, 이은호, 황순택, 홍상황, 김지혜 (2014). 한국 성인 인구에 대한 벡 우울 척도의 심리 측정적 연구. 한국임상심리학회.

자살과 학생 정신건강연구소 (2016). 학생정신건강브리프, 26.

장영애, 이영자 (2014). 청소년의 우울 및 자살충동에 대한 관련변인의 영향. 한국청소년시설환경학회, 41, 133-144.

전수정 (2010). 제7차 교육과정에 기초한 Gestalt 치료적 원예 프로그램이 전문계 고등학생의 자아존중감과 학업성취도 향상에 미치는 영향. 건국대학교 농축대학원 : 원예치료학과 학위논문.

정승아, 안동현, 정선녀, 정윤경, 김윤영(2008). 청소년 정신건강 및 문제행동 선별검사 개발 연구.

정소희 (2009). 청소년비행의 발달궤적과 이에 영향을 주는 요인. 한국청소년 정책연구, 20, 31-64.

정은주 (2014). 현장 종사자 포커스그룹인터뷰를 통한 아동청소년 복지사업의 중복지와 누락에 관한 연구. 사회복지정책.

조현경 (2009). 정서행동 문제 청소년 대상 음악치료 연구분석: 2000년부터 2008년까지. 이화여자대학교 대학원 석사학위논문.

최은정, 이영은 (2013). 대인적 돌봄 프로그램이 정신건강에 미치는 효과 : 정신건강 취약 여고생을 대상으로. 시민청소년학연구, 4(2), 1-23.

최일섭·이현주 (2006). 지역사회복지론. 서울대학교출판부.

한상국, 김정연, 이수정, 윤희진 (2015). 청소년 비행실태 및 대응방안에 관한 연구 - 소년사건관련 통계자료를 중심으로. 한국보호관찰학회, 15, 201-232.

홍지수 (2005). 심리적 부적응 문제를 가진 중학생을 위한 계슈탈트 예술치료 프로그램 개발 및 효과 - 사진작업을 위주로. 성신여자대학교 대학원 석사학위논문.

홍현주, 하경희, 김진아, 김우식, 오은지 (2016). 한국에서의 학교 기반 정신건강사업의 효과적인 요인에 대한 연구. *정신보건과 사회사업*, 44, 140-166.

황다연 (2011). 게슈탈트 관계성 향상 프로그램이 인터넷 중독 경향 청소년에 미치는 효과. *성신여자대학교 학위논문*.

Allen, J. P., Moore, C. M., Kuperminc, G. P., & Bell, K. L. (1998). Attachment and Adolescent Psychosocial Functioning. *Child Development*, 69, 1406-1419.

Bronish T, Wittchen HU 1994 Suicidal ideation and suicide attempts : cormorbidity with depression, anxiety disorders, and substance abuse disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 244, 93-98.

Campos, J. J., Frankle, C. B., & Camras, L. (2004). On the nature of emotion regulation. *Child Development*, 75, 377-394.

C. McRoberts, G. Burlingame, and M.. Hoag 1998 Comparative Efficacy of Individual and Group Psychotherapy : A Meta-Analytic Perspective, *Group Dynamics : Theory, Research, and Practice*, 2, 101-117.

Coleman, M.C, & Webber, J. (2002). *정서 및 행동 장애 : 이론과 실제*. 방명애 외 공역. 서울 시그마프레스.

Dolhanty, J., & Greenburg, L. (2007). Emotion-focused therapy in the treatment of eating disorders. *European Psychotherapy*, 7, 97-116.

Duham, A. (1970). *The New Community Organization*, N.Y.: Thomas Y. Crowell. Co.

Erikson (1968). *Identity : Youth and Crisis*.

Frankle, V. (1959). *Man's search for meaning*. Boston, MA: Beacon.

Frijda, N. H. (1986). *The emotions*. Cambridge, England : Cambridge

University Press.

Galpin, Charles J. (1915). *The Social Anatomy of an Agricultural Community*. Madison : Wisconsin Agricultural Experiment Station Bulletin 34.

Gendlin, E. T. (1969). Focusing. *Pshchotherapy*, 6, 4-15.

Greenburg, L. S. (2015). *정서중심치료*. 교육과학사.

Greenburg, L., Rice, L., & Elliot, R. (1993). *Facilitating emotional change*. New York, NY : Guilford Press.

Greenburg, L. S., & Sandra C. Paivio (2008). *심리치료에서 정서를 어떻게 다룰 것인가*. 학지사.

Grrenburg, L. S., & Watson, J. C. (2006). *Emotion-focused therapy for depression*. Washington, DC : American Psychological Association.

Harman, R. (1989). *Gestalt therapy with groups, couples, sexually dysfunctional men, and dreams*. Springfield : Charles Thomas.

Harper, Ernest B. & Dunham, Arthur. (1959). *Community Organization in Action : Basic Literature and Critical Comments*, N.Y.: Association Press.

Hillery. G. A. (1995). "Refinitions of Community : Areas of Agrrement", *Rural Sociology*, 20.

Hycner R.. (1995). *The Dialogic Ground*. In: R. Hycner & L. Jacobs(Eds.), *The Healing Relationship in Gestalt Therapy. A Dialogic/Self Psychology Approach*. New York. Gestalt Journal Publication.

Kashden J, Fremouw WJ, Callahan TS, Frazen MD 1993 Impulsivity in suicidal and nonsuicidal adolescents. *J Abnorm Child Psychol*, 21, 339-353.

Maclver, R. M. (1921). *The Elements of Social Science*, The Macmillan Press.

- McMillen, W. (1965). *Community Organization for Social Welfare*. Univ. of Chicago Press.
- Park, Robert E & Ernest W. Burgess. (1921). *Introduction to the Science of Sociology*. Chicago : University of Chicago Press.
- Pawlak C, Pascual-Sanchez T, Rae P, Fischer W, Ladame F 1999 Anxiety disorder, comorbidity, and suicide attempts in adolescence : a preliminary investigation. *Eur psychiatry*, 14, 132-136.
- Perls, F. S. (1947). *Ego, hunger, and aggression*. London, England : Allen & Unwin.
- Perls, F. S. (1969). *Gestalt Therapy Verbatim*. Moab, UT : Real People Press.
- Perls, F., Hefferline, R. F., & Goodman, P. (1951). *Gestalt therapy*. New York, NY : Dell.
- Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy, personality and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In S.Koch (Ed.), *psychology : A study of a science*, New York, NY : McGraw Hill, 3, 184-56.
- Ross, G. (1967). *Community Organization: Theory Principles and Practice*(2nd ed.), N.Y. : Harrer.
- Richard M. Lerner, Charles W. Ostrom (1995). *Promoting Positive Youth and Community Development through Outreach Scholarship Comments on Zeldin and Peterson*.
- Schore, A. N. (1994). *Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development*. Hillside, NJ: Erlbaum.
- Sroufe, L. A. (1996). *Emotional development : The organization of*

emotional life in the early years. Cambridge studies in social & emotional development. New York, NY : Cambridge University Press.

Violet Oaklander (2001). Hidden Treasure: A Map to the Child's Inner Self.

Warwar, S. H., Links, P. S., Greenburg, L. S., & Bergmans, Y. (2008).

Emotion-focused principles for working with borderline personality disorder.

Journal of Psychiatric, 14, 94-104.

Yalom & Leszcz (2008). 최신 집단정신치료의 이론과 실제. 하나의학사.

## ABSTRACT

# The Effects of Gestalt Relationship Improvement Program (GRIP) on Depression and Anxiety of Middle School Students with problem in Emotion and Behavior

Eun-Yi, Cho

Department of Psychology

The Graduate School of

Sungshin University

The purpose of this study were to develop gestalt group therapy program and to test its effect on the treatment of depression and anxiety in middle-school students with problem in emotion and behavior.

Two groups, experimental(n=7) and control groups(n=6), were classified according to the results of conducting Adolescent Mental-health Problem-behavior Questionnaire(AMPQ-II) in order to test efficacies of the Gestalt Relationship Improvement Program(GRIP).

GRIP lasted for 4 weeks, twice each week, adding up to 8 sessions in all. Korea Symptom Distress Checklist II(KSCL 95) were

administered three times of pre-, post- and follow-up test for the depression and anxiety. Throughout the program, one participants dropped out from control group, eventually 13 participants for analysis.

The results of the study were as follow :

First, Depression scores of the experimental group were maintained rather the scores of the control group were increased in the pre- and post- tests.

Second, Anxiety scores of the experimental group were significantly reduced in pre-post and post-follow up tests rather the scores of the control group were maintained.

The present findings support the hypothesis, which states that the Gestalt Relationship Improvement Program (GRIP) has a positive effect on the treatment of middle-school students with problem in emotion and behavior.

The final part includes implications and limitations of the current study, and directions for future research.

**Keywords : Gestalt Relationship Improvement Program (GRIP), Adolescent Mental-Health and Problem-Behavior Questionnaire (AMPQ), Depression, Anxiety**

## 부록목차

부록 1. 간이정신진단검사 II(KSCL-95)

부록 2. 학생정서행동특성선별검사(AMPQ-II)

## 간이정신진단검사 II(KSCL 95)

95문항들은 우리가 때때로 나타내는 문제들을 항목으로 모아놓은 것입니다. 우선, 하나하나 자세히 읽어보시고, 당신이 **지난 7일 동안**(오늘을 포함해서) 이런 문제 때문에 얼마나 괴로워했는지를 평가해보십시오. 그런 후에 원 쪽에 있는 4가지 대답 가운데 당신의 상태를 가장 잘 나타낸 대답을 하나 골라서 체크해 주십시오.

문항	아니다	가끔 그렇다	자주 그렇다	거의 항상 그렇다	
1					머리가 아프다.
2					사소한 일에도 화가 난다.
3					어떤 생각이 한번 떠오르면 머리에서 떠나지 않는다.
4					어지럽다.
5					이전보다 너무 많이 먹거나 너무 적게 먹는다.
6					누구와 이야기 하든 나는 진실한 마음으로 잘 들어준다.
7					누가 내 생각을 조종하는 것 같다.
8					다른 사람들이 나를 비난하는 것 같다.
9					쓸모가 전혀 없는 물건도 버리지 않는다.
10					어떤 일이든 내 방식(계획)대로 해야 마음이 놓인다.
11					사소한 일에도 짜증이 난다.
12					가슴에 통증이 느껴진다.
13					숨이 막혀 죽을 것 같은 두려움을 느낄 때가 있다.
14					기운이 없고 기분이 가라앉는다.
15					죽고 싶은 생각이 든다.
16					다른 사람은 듣지 못하는 소리가 내 귀에 들리기도 한다.
17					누군가에게 소리를 지를 때가 있다.
18					사람이란 믿을 것이 못된다는 생각이 든다.
19					기분이 나빠지면 쉽게 풀리지 않는다.
20					이전보다 너무 많이 자거나 너무 적게 잔다.
21					평소에 비해 말이 너무 많아질 때가 있다
22					내가 실수나 잘못을 한 경우, 기꺼이 사과하는 편이다.

23				쉽게 놀란다.
24				화가 나면 참기 힘들다.
25				혼자서 집 밖에 나가는 것이 두렵다.
26				죄책감이 느껴진다.
27				속이 더부룩하다.
28				내 의지와 상관없이 나쁜 생각이나 충동이 느껴져 괴롭다.
29				평소에 비해 잠을 적게 자도 힘이 넘칠 때가 있다.
30				기분이 우울하다.
31				실수할까봐 걱정을 많이 한다.
32				거의 모든 일상 활동에 대한 관심이나 흥미가 줄었다.
33				두려운 느낌이 든다.
34				쉽게 기분이 상한다.
35				누군가 내 생각을 읽고 있는 것 같다.
36				마음에 들지 않는 사람에게도 예의를 지키려고 노력한다.
37				다른 사람들이 나를 싫어하는 것 같다.
38				일을 완벽하게 하려다가 제 시간에 끝내기 못할 때가 있다.
39				다른 사람이 재미없는 이야기를 해도 나는 끝까지 집중해서 듣는다.
40				헛구역질이 난다.
41				내가 남보다 못한 것 같다(열등감을 느낀다).
42				배가 아프다.
43				누군가 나를 감시하는 것 같다.
44				잠들기가 어렵다.
45				이미 확인한 것도 여러 번 다시 확인해야 마음이 놓인다.
46				물건을 내던질 때가 있다.
47				버스나 기차(지하철)를 타는 게 두렵다.
48				숨쉬기 불편하다.
49				허리가 아프다.
50				어떤 상황이나 장소가 두려워서 피한다.
51				여러 가지 아이디어나 생각이 쉴 새 없이 떠오를 때가 있다.
52				몸의 일부가 저리거나 쑤신다.
53				스트레스를 쉽게 받는다.
54				내 삶에는 희망이 없는 것 같다.
55				주의 집중이 잘 안 된다.
56				이전에 힘들었던 일이나 사건에 대한 기억이 갑자기 떠오를 때가 있다.
57				이전에 힘들었던 일이나 사건이 생각나면 예민

				해진다.
58				이전에 힘들었던 일이나 사건을 떠올릴 만한 사람이나 장소를 피한다.
59				죽는 방법에 대해 생각하거나 찾아본 적이 있다.
60				긴장을 많이 한다.
61				남들이 나를 쳐다보거나 나에게 대해 이야기하는 게 불편하다.
62				다른 사람에겐 보이지 않는 것이 내 눈에 보이기도 한다.
63				누군가 마구 때리고 싶은 충동을 느낄 때가 있다.
64				사소한 일에도 짜증이 난다.
65				씻기, 확인하기, 정돈하기와 같은 특정 행동을 반복하게 된다.
66				자다가 자주 깬다.
67				무언가 때려 부수고 싶은 충동을 느낄 때가 있다.
68				누군가 나를 해치려 한다는 생각이 든다.
69				일이 뜻대로 안 되면 쉽게 포기한다.
70				시장이나 극장처럼 사람 많은 곳에 가는 것이 두렵다.
71				예전 보다 쉽게 지친다.
72				무엇이든 다 잘할 수 있다는 느낌(확신)이 강해가 들 때가 있다.
73				충동적으로 행동할 때가 있다.
74				주위 사람들과 말 다툼을 한다.
75				심장이 너무 빨리 혹은 불규칙하게 뛰어 죽을 것 같은 두려움을 느낄 때가 있다.
76				다른 사람들은 내 노력이나 수고를 인정하지 않는다.
77				알 수 없는 힘이 내 생각을 방해하는 것 같다.
78				불안하거나 초조해서 가만히 있기 어렵다.
79				사는 게 허무하게(의미 없게) 느껴진다.
80				무슨 일이 생길까봐 불안하다.
81				기운이 없고 기분이 가라앉는다.
82				갑자기 정신을 사람들에게 내가 이용당할 것 같다.
83				가만히 있으면 사람들에게 내가 이용당할 것 같다.
84				특정 행위를 할 때, 내 힘으로 멈추기 어려운 경우가 있다.
85				특정 행위에 대해 강한 충동(갈망)을 느낄 때가

					있다.
86					특정 행위로 인해 일상생활에 문제가 생기기도 한다.
87					어떤 일이든 내 방식대로 해야 마음이 놓인다.
88					아무도 이해하지 못할 나만의 생샷이나 경험이 있다.
89					속이 더부룩하다.
90					내 마음 어딘가 이상하다가 느낌(생각)이 든다.
91					주위 사람들을 믿을 수가 없다.
92					나 때문에 화난 사람이 있으면 몹시 신경 쓰인다.
93					자고 일어나도 개운하지 않다.
94					변비가 있다.
95					실수할까봐 걱정을 많이 한다.

## 청소년 정서·행동특성검사지(AMPQ-II)

이 설문은 청소년들을 대상으로 하는 설문입니다. 각 문항들을 읽고 지난 한 달간 자기 자신에게 해당된다고 생각하는 문항번호에 o표 해 주십시오. 이 검사에는 옳고 그른 답이 없으므로 자신의 의견 그대로를 대답하시면 됩니다. 이 검사는 비밀유지가 되므로 솔직하고 성실한 답변 바랍니다.

학년, 반, 번호 : / / /    성별: 남/여    연령: 만\_\_세    이름: \_\_\_\_\_

문 항		전혀 아니다	조금 그렇다	그렇다	매우 그렇다
1	집중을 해야 할 때(수업시간, 공부, 책 읽기) 집중을 못하고 딴 짓을 한다.	0	1	2	3
2	인터넷이나 게임으로 인해 일상생활에 어려움이(부모와의 갈등, 학교 생활에 지장 등) 있다.	0	1	2	3
3	원치 않는 생각이나 장면이 자꾸 떠오른다.	0	1	2	3
4	잠들기 어렵거나 깊이 자지 못하고 자주 깬다.	0	1	2	3
5	화가 나면 참기 어렵다.	0	1	2	3
6	단식, 운동, 약물을 사용하여 단기간에 무리하게 체중을 줄이려 한 적이 있다.	0	1	2	3
7	지속적으로 자살을 생각하거나 구체적인 계획을 세운 적이 있다.	0	1	2	3
8	누군가로부터 신체적 언어적 폭력을 당한 적이 있다.	0	1	2	3
9	만사가 귀찮고 재미가 없다.	0	1	2	3

10	부모님이나 선생님의 지시에 거부감이 생겨 잘 따르지 않는 편이다.	0	1	2	3
11	친구들이 괴롭히거나 따돌림을 당한 적이 있다.	0	1	2	3
12	수업시간에 배우는 내용을 이해하기 어렵다.	0	1	2	3
13	사람들이 나를 감시하거나 해칠 것 같다.	0	1	2	3
14	성에 대하여 지나치게 많이 생각한다.	0	1	2	3
15	뚜렷한 이유 없이 자주 아프고 불편하다(예: 두통, 복통, 구토, 메스꺼움, 어지러움 등).	0	1	2	3
16	학생에게 금지된 약물을 사용한다(예: 담배, 술, 분드, 엑스터시 등).	0	1	2	3
17	내 생각을 다른 사람들이 다 알고 있는 것 같다.	0	1	2	3
18	나를 괴롭히는 친구가 있다.	0	1	2	3
19	경련을 일으키거나 정신을 잃고 쓰러진 적이 있다.	0	1	2	3
20	나는 남보다 열등감이 많다.	0	1	2	3
21	우리 집은 가족 간의 갈등이 있다.	0	1	2	3
22	심각한 규칙 위반을 하게 된다(예: 무단결석, 가출, 유흥업소 출입 등).	0	1	2	3
23	이유 없이 기분이 며칠간 들뜨는 적이 있거나 기분이 자주 변하는 편이다.	0	1	2	3
24	성적인 충동을 자제하기 어렵다(예: 자위행위, 야동, 야설 등).	0	1	2	3
25	기다리지 못하고 생각보다 행동이 앞선다.	0	1	2	3
26	다른 사람의 물건을 부수거나 빼앗거나 훔치게 된다.	0	1	2	3
27	다른 사람들이 나에게 대해 수군거	0	1	2	3

	리는 것 같다.				
28	가만히 앉아있지 못하고 손이나 발을 계속 꼼지락거린다.	0	1	2	3
29	원치 않는 행동을 자꾸 반복하게 된다(예: 손 씻기, 확인하는 행동, 숫자세기 등).	0	1	2	3
30	사람이나 동물을 괴롭히거나 폭력을 휘두른다.	0	1	2	3
31	이유 없이 일주일 이상 우울하거나 짜증이 난다.	0	1	2	3
32	친구 사귀기가 어렵거나 친한 친구가 없다.	0	1	2	3
33	다른 사람이 듣지 못 하는 말 소리가 들린다.	0	1	2	3
34	사람들 앞에서 말하기가 두렵다.	0	1	2	3
35	누군가로 인해 성적 수치심을 느낀 적이 있다.	0	1	2	3
36	거짓말을 자주 한다.	0	1	2	3
37	토할 정도로 단시간에 폭식한 적이 있다.	0	1	2	3
38	쓸데없는 걱정을 한다.	0	1	2	3