

상위인지적 정서신념과 신체화의 관계*

서 성 민[†]

서울대학교병원 정신건강의학과

권 석 만

서울대학교 심리학과

본 연구의 목적은 상위인지적 정서신념과 신체화의 관계를 탐색하는 것이다. 연구 1에서는 불쾌한 감정을 경험하는 것에 대한 상위인지적 신념을 측정하는 정서신념 질문지(BAEQ)를 번안하였고, 신뢰도와 타당도를 확인하였다. 탐색적 요인분석 결과, 원척도와 동일한 6요인(압도/통제 불능, 수치심/비이성, 무의미, 비유용성, 유해성, 전염성) 구조가 확인되었으며 적절한 신뢰도를 지닌 것으로 나타났다. BAEQ와 관련된 여러 심리적 특성들과 상관분석을 실시한 결과, BAEQ는 정서조절곤란, 불안, 우울과는 유의미한 정적 상관을 갖는 반면 삶의 만족도와는 유의미한 부적 상관을 갖는 것으로 나타났다. 연구 2에서는 연구 1에 참여한 대상자들의 자료를 추가적으로 분석하여 상위인지적 정서신념이 신체화에 미치는 영향을 탐색하고자 하였다. 상관분석 결과, BAEQ는 신체화, 감정표현불능증, 부정적 정서와 유의미한 정적 상관을 나타냈다. 기존에 신체화와 연관성이 높은 것으로 알려진 변인들에 BAEQ를 추가하여 위계적 회귀분석을 실시한 결과, 정서신념은 신체화를 예측하는 유의미한 개념이었다. 또한 정서신념은 부정적 정서와 신체화의 관계를 조절하는 것으로 나타났다. 부정적 정서 대신 신체화와 관련이 높은 대표적 부정적 정서인 불안, 우울을 투입하였을 때도 각각 유의미한 조절효과가 나타났다. 마지막으로 본 연구의 의의와 한계점 및 후속 연구에 대하여 논의하였다.

주요어 : 신체화, 상위인지, 정서신념, 부정적 정서

* 이 논문은 제 1저자의 석사 학위논문을 수정 및 보완한 것이며, 한국임상심리학회 주최 2015년 봄 학술대회에서 포스터로 발표되었음.

† 교신저자(Corresponding Author) : 서성민 / 서울대학교병원 정신건강의학과 / 서울시 종로구 대학로101 서울대학교병원 6323 / Fax : 02-744-7241 / Tel : 02-2072-0725 / E-mail : newworld03@naver.com

인간은 살아가면서 다양한 감정을 경험한다. 외부나 내부의 자극에 대해 우리 몸과 마음에서 일어나는 반응인 감정은 우리가 원하는 것이 무엇인지 알려주는 역할을 하기도 하고, 삶에서 당면한 문제의 해결을 위한 원동력으로 작용하기도 한다. 그러나 이러한 감정의 순기능에 대해서 인지하고 있지 못하거나 감정을 경험하는 것에 대해 부정적인 신념이나 태도를 지닌 개인은 불쾌한 감정을 경험할 때 이를 무시하거나 억압할 수 있고, 결과적으로 자신의 감정으로부터 정보를 얻기 어려울 것이다. 한편, 감정은 대부분의 경우 신체적 반응을 동반한다. 우리는 불안할 때 가슴이 쿵닥대거나 손발이 떨리기도 하고, 우울할 때 몸에 기운이 빠지기도 하며, 화가 날 때 얼굴이 빨갱게 달아오르기도 한다. 하지만 자신의 감정을 명료하게 인식하지 못하는 사람은 감정에 동반되는 신체적 반응만을 경험하고 이것에 집착할 수 있다. 이러한 경향성이 만성화될 경우 개인은 의학적으로 원인을 알기 어려운 신체적 불편감과 증상을 경험하고 이를 다른 사람에게 호소하며 자신에게 질병이 있다고 생각하여 치료를 받으려는 경향, 즉 신체화를 보일 수 있다. 실제로 감정을 지나치게 억압하는 사람이 신체화 증상을 나타낸다는 점은 여러 연구에서 입증되고 있다(Singer, 1995). 특히 감정을 경험하는 것에 대해 부정적 신념을 지닌 개인은 자신의 감정을 인식하거나 표현하는 데 어려움을 겪을 수 있고, 신체화 증상을 경험하기가 더욱 쉬울 것이다. 본 연구에서는 부정적 감정에 대해 개인이 지니고 있는 신념과 신체화의 관계에 대해서 탐색하고자 한다.

신체화(Somatization)라는 용어는 일반적으로 의학적으로 원인을 알기 어려운 신체적 불편

감과 증상을 경험하고 이를 다른 사람에게 호소하는 동시에 질병이 있다고 생각하여 치료를 받으려는 경향을 의미한다. 신체화와 관련된 정서 변인 중 대표적인 것은 부정적 정서로 알려져 있다. 부정적 정서에는 우울, 불안, 신경질, 두려움, 분노, 적개심, 죄책감, 슬픔 등이 포함된다. 여기에서 정서가 '부정적'이라는 것은 정서의 현상학적 측면에서 이해될 필요가 있다. 즉, 적응적 측면에서 부정적이라는 것이 아니라, 정서를 경험할 때 그 감정이 즐거운 것으로 경험되는 것이 아닌 불쾌한 것으로 경험되는 것을 의미한다(Greenberg & Paivio, 2003). 부정적 정서 중 특히 우울, 불안, 분노가 신체증상과 가장 깊은 관련이 있는 것으로 알려져 있다(강혜자, 2000; 신현균, 2006; 최성일 등, 2001; Garber, Walker, & Zeaman, 1991).

Steckel(1943)은 1908년에 '신체화'라는 용어를 처음으로 사용하면서, 무의식 깊은 곳에 내재한 신경증이 신체화의 원인이 될 수 있다고 제안했다. 이처럼 전통적인 정신분석적 입장에서는 신체화를 보이는 사람들이 심리적 불편감을 신체적으로 표현하는 것을 선호하는 사람들이라고 간주한다(Katon, Kleinman, & Rosen, 1982). 즉 신체화가 개인이 인정할 수 없는 소망이나 받아들일 수 없는 감정을 의식하지 못하게 하면서 불편감을 표현하도록 허용하는 방어기능을 한다고 본다. 또한 감정표현의 억압과 감정표현불능증에 관한 연구들에서도 부정적 정서 자체보다는 정서표현을 억제하고 억압할 때 신체화 문제가 발생한다는 주장들이 제기되었다(Pennebaker, Kiecoit-Glaser, & Glaser, 1988; Watson & Pennebaker, 1989). 실제 임상 연구에서도 신체화 증상을 보이는 환자들이 정서를 인식하는 능력과 정서를 상징적으로 표상하는 능력의 결함을 보이고 이로

인해 감정표현불능증을 나타낸다고 보고되었다(Nemiah & Sifneos, 1970).

신체화를 보이는 사람들의 '인지적' 특성에 관한 연구들은 주로 신체 감각의 증폭 지각과 귀인, 증상 해석에 관해서 이루어져 왔다. Taylor(1984)는 감정을 표현하기 위해서는 자신의 정서나 감정 상태를 잘 인식하고 구분할 줄 알아야 하는데 자신의 정서 상태와 신체적 감각을 구분할 수 없기 때문에 자신의 내적 감정에 접근하는데 어려움이 있고 이로 인해 감정표현에 어려움을 겪게 된다고 제안하였다. 따라서 어떤 감정 상태에서 흥분하게 되었을 때 나타나는 신체적 변화를 자신의 감정과 연관 지어 생각하지 못하고 신체적 질병의 신호로 잘못 해석할 수 있다(권석만, 2013). 즉, 신체적 감각 이면의 감정을 다루는 대신에, 신체 감각 자체에 주의를 기울이고 신체감각을 증폭시켜 신체적 질병으로 해석하게 되는 것이다(Taylor et al., 1999). 원호택과 신현균(1998)의 연구에서도 신체 감각 증폭 경향이 신체 증상과 상관이 있는 것으로 나타난 바 있다. 한편, 신체 감각에 대한 귀인과 해석 과정에 대한 연구들에 의하면, 신체화는 사소한 신체 감각을 심각한 질병으로 잘못 귀인함으로써 생길 수 있다(Kirmayer & Robbins, 1991). 신현균(1998)의 연구 결과, 신체화 환자들은 사소한 신체 증상을 더 부정적으로 해석하고 신체 원인에 귀인하였으며, 쉽게 질병을 추론하는 경향을 보였다. 그 외에도 완벽주의, 비합리적 신념 등의 인지적 변인과 신체화의 관련성에 대한 연구들이 이루어져 왔다(이혜진, 2000; 정상희, 이정윤, 2012; Organista & Miranda, 1991; Sumi & Kanda, 2002).

앞서 살펴본 바와 같이 신체화와 관련된 인지적 특성을 탐색한 기존 연구들은 '정서에

대한 신념'이라는 인지적 특성을 다루지 않았다는 한계가 있다. 신체화와 관련된 변인들 중 정서가 핵심 변인으로 강조되어 왔고(Rieffe et al., 2007), 개인이 '정서에 대해 지니고 있는 신념'이라는 인지적 요인은 정서의 인식과 표현의 양상에 영향을 미칠 수 있기 때문에 이에 대해 살펴볼 필요가 있다. 인지행동적 접근에서는 사건 자체보다 개인 내면에 자리 잡고 있는 역기능적 신념 또는 도식이 우리의 정서반응과 행동을 유발함을 강조한다(Beck, Emery, & Greenberg, 1985). 이러한 신념체계는 상황에 상관없이 비교적 일정한 성격의 인지적 구조를 반영하며, 신념의 내용과 특성에 따라 비교적 안정적인 행동경향이 수반된다(Mischel & Shoda, 1995). 정서표현에 대한 신념에 대해 탐색한 한 연구에서는, 정서 표현에 대한 부정적 신념이 극단적이고 경직될수록 이러한 내적 신념이 정서표현 욕구와 강한 갈등을 일으키며 억제 행동을 동기화하고, 정서적 고통이 수반될 수 있다고 제안한 바 있다(최해연, 민경환, 이동귀, 2008).

최근 인지행동 모델에서도 부정적인 생각이나 감정을 경험, 표현하는 것에 대한 비수용적인 신념이 정신장애의 발달과 유지에 중요한 역할로 작용할 수 있음이 제안되어 왔고(Surawy, Hackmann, Hawton, & Sharpe, 1995), 치료의 예후와도 밀접한 관련이 있음이 제기되었다(Corstorphine, 2006). 부정적 감정을 경험하는 것에 대한 비수용적인 신념은 만성 피로 증후군(Surawy et al., 1995), 과민성 대장 증후군(Ali et al., 2000) 신체화 장애(Woolfolk & Allen, 2007) 뿐만 아니라 섭식 장애(Corstorphine, 2006), 사회 공포증(Clark & Wells, 1995), 우울증(Jack, 1991; Cramer, Gallant, & Langlois, 2005), 외상후 스트레스 장애(Ehlers & Clark, 2000), 경

계선 성격 장애(Linehan, 1993) 등 다양한 심리적 부적응과 관련이 있음이 논의되어 왔다. 이러한 신념은 원치 않는 감정을 무시하도록 하는 데 기여할 수 있고, 이는 자신에 대한 자각(self-awareness)과 자기이해(self-understanding)를 방해하는 요소로 작용할 수 있다(Kennedy-Moore & Watson, 2001). 억제는 고통을 유지하는 결과를 낳는다는 점을 감안하면, 감정적으로 고통스러운 생각을 억제하는 것은 오히려 역효과를 낳게 된다(Wenzlaff & Wegner, 2000). 따라서 정서에 대한 부정적 신념이 극단적이고 경직될수록, 이러한 내적 신념이 정서의 인식과 표현을 억제하여 정서적 고통이 뒤따를 수 있을 것이다.

한편, 정서에 대한 부정적 신념은 다양한 치료 장면에서 이미 다루어지고 있다고 할 수 있다(Rimes & Chalder, 2010). 인지행동치료에서는 이러한 신념이 역기능적 신념의 한 형태로 다루어 질 수 있으며, 마음챙김 기반에 기초한 인지치료(Mindfulness-Based Cognitive Therapy)에서는 감정, 생각, 감각에 대한 비판단적인 알아차림과 수용 연습이 이루어지며, 집단 내 논의를 통해 감정에 대한 부정적 신념이 변화될 수 있음이 제안되었다(Rimes et al., 2010). 또한 수용전념치료에서 내담자는 감정을 회피하는 대신 감정을 방어하지 않고 충분히 표현하도록 장려되며(Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999), 변증법적 행동치료(Dialectical Behavior Therapy) 또한 마음챙김, 정서 조절 방법 등을 통해 감정에 대한 신념을 수정하는 요소를 포함하고 있다(Linehan, 1993).

상위인지 이론(Meta-cognitive theory)에서도 생각, 감정과 같은 내적 상태에 대해 개인이 지니는 신념인, '상위인지적 신념'이 정신장애를 지속시키는 핵심요소로 간주된다(Wells &

Matthews, 1994). 상위인지란 '개인 자신의 인지 체계에 관한 안정된 지식, 그리고 이러한 체계의 기능에 영향을 미치는 요인에 관한 지식, 현재 인지 상태의 조절과 자각, 그리고 사고와 기억의 의미에 대한 평가로 정의할 수 있다(Wells, 1995). Brown(1987)은 상위인지를 두 가지 유형으로 분류 한 바 있는데, 그는 상위인지가 인식할 수 있고 보고할 수 있는 '인지에 관한 지식'과 인지과정에 영향을 미치는 활동에 대한 계획, 평가, 감찰, 조절과 같은 '인지의 조절'을 포함된다고 보았다. 성인의 정신병리의 영역에서 상위인지 과정의 이러한 유형에 대한 연구는 주로 자기조절집행기능이론(S-REF; Wells & Matthews, 1994)을 바탕으로 설명된다. 이 이론에 따르면 역기능적 상위인지 요인은 지각된 스트레스와 부정적인 정서간의 관계에 영향을 미친다. 즉, 역기능적 상위인지적 지식 특질은 지각된 스트레스와 같은 내적 상태를 해석해주고 스트레스 처리과정에서 위협상태로 개념화하도록 하여 부정적인 정서를 증가시키고 부적응적 대처를 선택하여 행동하도록 만들 수 있다는 것이다(박경, 2010). 상위인지와 다양한 정신병리 간의 관계는 많은 연구들을 통해 지지되고 있다(Goldstone, Farhall, Thomas, & Ong, 2013; Holeva, Tarrier, & Wells, 2001; Iijima & Tanno, 2013; Papageorgiou & Wells, 2003; Roussis & Wells, 2006; Spada, Moneta, & Wells, 2007)

한편, 상위인지는 인지과정(예: 걱정, 사고 통제)뿐만 아니라 정서(예: 불쾌한 감정)에 대해서 개인이 지니고 있는 신념에도 적용될 수 있다(Spada, Nikčević, Moneta, & Wells, 2007). 그런데 기존의 상위인지 이론은 주로 '인지'에 초점을 두어 인지적 상태와 인지적 과정과 관련되어 연구가 주로 진행되어 왔으며, 상위인

지이론에서 '정서'의 역할은 학문적, 임상적 연구에서 상대적으로 무시되어 온 경향이 있다 (Manser, Cooper, & Trefusis, 2012). 그러나 Wells는 상위인지이론이 감정을 포함한 모든 내적 상태에 적용될 수 있음을 강조한 바 있다. 인지에 관한 상위인지가 인지과정을 조절하는 방략을 결정짓는 요소임을 감안하면 (Cartwright-Hatton & Wells, 1997), 정서에 대한 상위인지(예: 정서에 대한 신념) 또한 정서를 조절하는 방략을 결정짓는 요소로 간주될 수 있고, 따라서 정서조절능력에 영향을 미치는 근본적인 요소로 간주될 수 있을 것이다 (Manser et al., 2012).

Martin과 Pihl(1985)은 불쾌한 감정을 인지적 수준에서 조절하고 다루는 데 실패할 경우, 스트레스 상황에 대해 과장된 신체적, 행동적 반응을 보일 수 있으며 질병에 대한 취약성이 높아질 수 있음을 제안하였다. 그리고 몇몇 이론적 모델을 통해 정서를 처리하는 인지적 결함과 신체 증상과의 연관성이 제안되었다 (Bucci, 1997; Lane & Pollermann, 2002; Lane & Schwartz, 1987). 심리적 고통은 받아들이기 힘들다는 신념을 가진 개인은 신체 증상을 신체적 질병에 의한 것으로 설명하는 것을 더 선호할 수 있기 때문이다(Surawy et al., 1995). 또한 정서에 대한 역기능적인 이해는 부정적 정서 상태가 해결되지 못하게 하고, 부정적 정서에 동반되는 신체적 각성을 지속시킬 수 있음이 제안되었으나(Allen & Woolfolk, 2013), 정서에 대한 신념과 신체 증상과의 관계를 경험적으로 살펴본 연구는 부재한 상황이다.

Wells와 Matthews(1994)은 상위인지 이론을 통해, 개인이 문제 상황에 대면하였을 때 부적응적인 상위인지적 특성이 높은 개인이 낮은 개인보다 부적응적인 대처 방략을 더 많이 사

용할 것이라고 제안하였다. 상위인지는 내적 상태(예: 부정적 정서)와 환경(예: 부정적 감정을 일으키는 실제적 위협)에 대해서 부적응적인 대처를 촉진하는 역할을 하는 것으로 개념화된다(Moneta, 2011). 따라서 부정적 정서를 경험하는 개인이 지니고 있는 정서에 대한 상위인지적 신념이 부정적일수록 부적응적인 정서조절 대처를 보여, 부정적 정서가 신체화에 미치는 영향이 더 커질 것이라고 예상할 수 있고 이를 경험적으로 탐색하는 것이 필요하다.

최근 정서와 정서조절의 다양한 측면을 측정하는 척도들(최해연, 민경환, 2005; Gratz & Roemer, 2004; Hayes et al., 2004; Leahy, 2002; Rimes & Chalder, 2010)이 개발되어 왔고, 이런 척도들은 부분적으로 '정서에 대한 신념'과 관련된 문항들을 포함하고 있다. 그러나 이런 척도들은 대부분 정서의 '표현'에 대한 신념, 정서의 '통제'나 '조절'에 대한 신념, 정서표현에 대한 '의지'등의 내용이 포함되어 있기 때문에 정서를 '경험'하는 것 자체에 대한 신념을 순수하게 측정하는 도구는 부재해 왔다고 할 수 있다. 이런 필요성에 근거하여 Manser 등(2012)은 상위인지 이론과 정서 조절 연구들을 토대로 다차원적인 정서신념 질문지(Beliefs about Emotions Questionnaire, BAEQ)를 개발하였다. BAEQ는 불쾌한 감정을 경험하는 것에 대해서 개인이 지니는 신념에 대해서 측정하는 도구이며 6개의 하위요인으로 구성되어 있다고 보고되었다(Manser et al., 2012). 연구 I에서는 정서에 대한 상위인지적 신념을 측정하는 다차원적 도구를 마련하기 위해 BAEQ를 번안하고 타당화하고자 하였다.

연구 II에서는 신체화와 상위인지적 정서신념의 관계를 경험적으로 탐색하고자 하였다.

먼저, 신체화와 관련이 높은 것으로 제기되어 온 부정적 정서, 감정표현불능증과 상위인지적 정서신념의 관계를 살펴보고자 하였다. 그리고 기존 연구들을 통해 신체화를 예언하는 변인으로 강조되었던 부정적 정서와 감정표현 불능증뿐 아니라 상위인지적 정서신념이 신체화를 예언해주는 개념인지를 탐색하고자 하였다. 마지막으로 개인이 지닌 정서신념에 따라 부정적 정서 경험과 신체화의 관계가 어떠한 양상을 보이는지 탐색하고자 하였다.

연구 I. 정서신념 질문지의 번안 및 타당화

연구 I에서는 최근 Manser 등(2012)이 개발한 BAEQ를 번안하고 요인분석과 신뢰도 확인을 통해 그 심리측정적 속성을 확인하였다. 또한 정서신념과 관련이 있을 것으로 제안되어 온 여러 심리특성들과의 상관관계를 살펴봄으로써 공존타당도를 확인하였다.

방 법

참가자

서울에 소재하는 한 대학교에서 심리학 관련 수업을 듣는 학부생 409명을 대상으로 설문문을 실시하였다. 이 중 331명은 심리학과 온라인 연구참여시스템을 통해 연구에 참여하였고, 78명은 종이에 인쇄된 설문지의 형태로 연구에 참여하였다. 설문 응답에는 약 15분이 소요되었다. 응답자의 평균 연령은 21.67세 (SD=2.19, 범위 18~31세)였으며 이 중 남자가

205명, 여자가 204명이었다.

측정도구

정서신념 질문지(Beliefs about Emotions Questionnaire, BAEQ)

불쾌한 정서를 느끼는 것에 대한 신념을 측정하기 위한 자기 보고형 질문지로, Manser, Cooper와 Trefusis(2012)가 개발하였다. 총 43문항으로 5점 척도 상에서 1점과 5점 사이에 평정하도록 되어 있다. 점수가 높을수록 불쾌한 정서를 경험하는 것에 대한 신념이 부정적임을 의미한다(Manser et al., 2012). Manser 등(2012)은 정서신념 질문지가 ‘압도/통제 불능(overwhelming and uncontrollable)’, ‘수치심/비합리(shameful and irrational)’, ‘무효/무의미(invalid and meaningless)’, ‘비유용성(useless)’, ‘유해성(damaging)’, ‘전염성(contagious)’의 6요인으로 이루어져 있다고 보고하였다. 같은 연구에서 내적 합치도(Cronbach's α)는 요인별로 .69~.88의 범위로 나타났으며, 검사-재검사 신뢰도 또한 양호한 것으로 나타났다. 본 연구에서는 요인 분석 결과 7문항이 제외되어 36문항이 분석에 사용되었다. 본 연구에서 사용된 36문항 BAEQ의 내적 합치도는 요인별로 .63~.88로 나타났고, 전체점수에 대해서는 .85로 나타났다.

정서조절곤란 척도(Difficulties in Emotion Regulation Scale, DERS)

정서조절곤란의 정도를 평가하기 위한 자기 보고형 질문지로, Gratz와 Roemer(2004)가 개발하였다. 총 36문항으로 5점 척도 상에서 1점과 5점 사이에 평정하도록 되어 있으며, 정서 반응에 대한 비수용성, 목표 지향적 행동 수

행의 어려움, 충동통제곤란, 정서 자각 부족, 정서에 대한 비수용성, 정서 명료성 부족, 정서조절전략에 대한 접근 제한, 목표지향행동수행의 어려움의 6가지 요인으로 구성된다. 원척도의 내적 일관성은 .93, 국내 번안판(조용래, 2007)의 내적 합치도는 .92로 나타났으며, 번안판 DERS를 사용한 본 연구에서의 내적 합치도는 .93으로 나타났다.

Beck 불안 척도(Beck Anxiety Inventory, BAI)

Beck 등(1988)이 개발한 불안 증상을 측정하는 자기 보고형 질문지로, 총 21문항으로 구성되어 있다. 본 연구에서는 Kwon(1992)이 번안한 한국판 Beck 불안척도를 사용했으며, 내적 합치도 계수는 .93, 반분신뢰도는 .89, 2주간격의 검사-재검사 신뢰도는 .84로 보고된 바 있다. 본 연구에서 내적 합치도는 .91로 나타났다.

Beck 우울 척도(Beck Depression Inventory, BDI)

우울의 정서적, 인지적, 동기적 그리고 생리적 영역을 포괄한 우울 증상을 측정하기 위해 Beck 등(1961)이 개발한 21문항의 자기 보고형 질문지이다. 국내에서는 이영호와 송종용(1991)이 번안하였으며, 내적 합치도는 .98이며 반분신뢰도는 .91로 보고되어 있다. 본 연구에서 사용된 한국판 Beck 우울척도의 내적 합치도는 .88로 나타났다.

삶의 만족도 척도(Satisfaction with Life Scale, SWLS)

전반적인 삶에 대한 인지적 안녕감을 측정하기 위해 널리 사용되는 척도로서 Diener, Emmons, Larson과 Griffin(1985)이 개발하였다. 총 5문항으로 7점 척도 상에 평정하도록 되어

있다. 본 연구에서는 조명환과 차경호(1998)가 번안한 척도를 사용하였고, 본 연구에서의 내적 합치도는 .86으로 나타났다.

절차

본 연구에서 BAEQ의 번안 및 타당화는 크게 세 단계로 진행되었다. 첫 번째 단계에서는 원 척도의 문항 내용을 번안하였다. 두 번째 단계에서는 탐색적 요인분석을 실시하여 정서신념 질문지의 요인구조를 확인하고, 신뢰도를 확인하였다. 마지막 세 번째 단계에서는 번안된 척도와 여러 심리특성과의 관계를 알아보기 위해 상관분석을 실시하였다.

1단계: 문항번안

BAEQ의 주 개발자인 Rachel Manser로부터 한국어 번안 타당화 허가(September 16, 2013)를 받은 뒤 연구자가 문항의 내용을 일차적으로 번역하였다. 이후 임상 및 상담심리학 전공의 박사과정 대학원생 2명, 석사과정 대학원생 2명의 검토를 거쳤으며, 임상심리학 전공 교수 1명의 최종 검토를 통해 문항 내용이 구성개념을 잘 대표하고 한국어 사용자가 이해하기 쉽도록 수정되었다. 이렇게 번역된 문항들을 영어와 한국어에 능통한 임상 및 상담심리학 전공의 석사과정 대학원생 1명에게 다시 영문으로 역번역하게 하여 그 결과를 원문항과 비교하고 최종적으로 문항을 결정하였다.

2단계: 탐색적 요인분석과 신뢰도 확인

번안된 BAEQ의 요인구조를 파악하고 불안정 요인이나 문항을 제거하기 위해 탐색적 요인분석을 실시하였다. 이를 통해 안정적인 요

인들로 척도를 재편성하여 하위 척도 및 전체 척도 문항에 대한 내적 일관성을 구하여 신뢰도를 확인하였다.

3단계: 상관분석을 통한 타당도 확인

정서신념과 관련이 있을 것으로 가정된 심리적 특성을 측정하는 척도들과 BAEQ의 상관분석을 통하여 BAEQ의 타당도를 확인하고자 하였다. BAEQ는 정서조절곤란, 불안, 우울과는 정적 상관을, 삶의 만족도와는 부적 상관을 보일 것으로 가정되었다.

통계적 분석

SPSS(version 21.0)를 사용하여 기술 통계치를 구하였고, 신뢰도분석 및 상관분석을 실시하였다. CEFA(Comprehensive Exploratory Factor Analysis) version 3.04(Browne, Cudeck, Tateneni, & Mels, 2010)를 사용하여 BAEQ의 탐색적 요인분석을 실시하였다. 탐색적 요인분석은 최대우도(Maximum likelihood)방식으로 요인을 추출하였으며 요인 간의 상관을 고려하는 사각회전 방식 중 Direct Quartimax 방식(Oblique Quartimax in CEFA)을 사용하였다. 요인 부하량과 공통성(communalities)이 .30 이상이어야 적합한 문항으로 간주하였으며, 한 문항이 두 요인 모두에 .30 이상의 요인 부하량을 갖거나 요인 부하량의 차이가 .10 미만일 경우에는 교차 부하되었다고 판단하여 해당 문항을 제거하였다. 또한 적어도 한 요인에 속하는 문항의 수가 3~4개 이상이어야 안정적인 요인으로 간주하였다(Costello & Osborne, 2005). BAEQ의 신뢰도를 측정하기 위한 내적 합치도 계수로는 Cronbach's α 를 사용하였다. 마지막으로 BAEQ와 다른 측정도구들 간의 관계를 탐색하기 위해 상관분석을 실시하였다.

결과 및 논의

탐색적 요인분석

BAEQ의 요인구조를 탐색하기 위해 43개 문항에 대한 탐색적 요인분석을 실시하였다. KMO(Kaiser-Meyer-Olkin) 적합성 지수는 .90으로 문항 간 상관이 좋은 것으로 보이며(Kaiser, 1974), Bartlett 검증 결과는 $\chi^2(903, N=409)=7455.95, p<.001$ 으로 요인분석을 하기에 매우 적합한 것으로 확인되었다.

적절한 요인 수를 결정하기 위해 최대우도 방식으로 고유치가 1.0 이상인 요인을 추출해 본 결과 적절한 요인 수가 8개인 것으로 나타났다. 추출된 8개 요인의 고유치는 다음과 같았다: 9.64, 3.87, 3.58, 2.37, 1.87, 1.32, 1.23, 1.05. Scree 도표를 이용하여 고유치 감소 정도를 함께 고려했을 때 6~8개의 요인이 적절한 것으로 여겨졌다. 따라서 요인의 수를 8부터 6까지 차례로 지정하여 요인분석을 실시하였다. 요인 수를 8개로 지정한 경우 RMSEA는 .030(90% CI: .025~.035)로 적절한 수준이었으나, 2개 이하의 문항이 한 요인으로 묶이는 현상이 나타났다. 2개 이하의 문항으로 이루어진 요인은 불안정한 요인으로 여겨지므로 요인의 수를 7개로 지정하여 요인분석을 실시하였다. 이 때 RMSEA는 .033(90% CI: .028; .038)로 적절한 수준이었으나 서로 다른 특성으로 보이는 문항들이 한 요인으로 묶여 해석을 어렵게 한다고 판단하였다. 요인 수를 6개로 지정한 경우 RMSEA는 .039(90% CI: .035~.044)로 적절한 수준이었고, 비슷한 특성을 지닌다고 판단되는 문항들끼리 6요인으로 묶였다. 따라서 최종 요인 수는 6요인으로 결정하였다. 요인에 속한 문항의 요인 부하량과 공통성

(communalities)이 .30 미만인 문항과 교차 부하를 보이는 문항을 제거하는 작업을 반복하여 최종적으로 4, 6, 8, 13, 19, 36, 37번 문항이 제거되어 36문항이 결정되었다. 최종 문항에 대한 탐색적 요인분석 결과의 RMSEA는 .042 (90% CI: .037~.047)로 적합한 수준이었다. 최종 문항에 대한 탐색적 요인분석 결과를 문항 내용과 함께 표 1에 제시하였다.

요인 1은 ‘불쾌해지기 시작하면, 그것을 통제할 수가 없다(23)’, ‘불쾌함을 느끼면 나의 마음이 송두리째 빼앗긴다(34)’ 등의 7문항으로, 불쾌함을 느낄 때 그 감정에 압도되고 통제 불능 상태에 빠질 것이라는 신념의 문항들로 구성되었으므로 ‘압도/통제 불능’이라고 명명하였다. 요인 2는 ‘불쾌함을 느껴서는 안 된다고 믿는다(28)’, ‘불쾌함을 느끼는 것은 어리석은 짓이다(15)’ 등의 10문항으로, 불쾌함을 느끼는 것이 창피하고 비합리적인 것이라는 신념의 문항들로 구성되었으므로 ‘수치심/비합리’라고 명명하였다. 요인 3은 ‘불쾌함은 무작위로 나타나는 것이 아니고, 그렇게 느끼는 데에는 항상 의미가 있다(20)’, ‘내가 불쾌할 때 반드시 어떤 이유가 있는 것은 아니다(22)’ 등의 4문항으로, 불쾌함이 느껴지는 것에 대한 의미나 이유의 존재유무와 관련된 문항들로 구성되었다. 전체 척도가 불쾌한 정서를 경험하는 것에 대한 ‘부정적’ 태도를 측정하는 척도임을 감안할 때 요인명의 통일성을 위하여 요인 3은 ‘무의미’라고 명명하였고, 3, 20, 35번 문항은 역채점하였다. 요인 4는 ‘불쾌함은 나에게 대한 유용한 정보를 알려준다(32)’, ‘불쾌함은 다음에 무엇을 해야 할지 결정하도록 도와준다(24)’ 등의 7문항으로, 불쾌함을 느끼는 것에 대한 유용성과 관련된 신념의 문항들로 구성되었다. 요인3과 같이, 전체 척도의

통일성을 고려할 때 모든 척도를 역채점하였고 요인명은 ‘비유용성’이라고 명명하였다. 요인 5는 ‘불쾌함을 느끼는 것은 곤혹스럽다(17)’, ‘불쾌함을 느끼는 것은 심리적으로 해로울 수 있다(26)’ 등의 4문항으로, 불쾌함을 느끼는 것에 대한 해로움과 관련된 신념의 문항들로 구성되었으므로 ‘유해성’이라고 명명하였다. 요인 6은 ‘내가 불쾌하면, 주변 사람들도 그 감정에 몰들 것이다(31)’, ‘내가 불쾌하면, 다른 이들도 불쾌해질 것이다(9)’ 등의 4문항으로, 불쾌함을 느낄 때 그러한 감정이 타인이나 자신의 다른 일들로 전염될 것이라는 신념의 문항들로 구성되었으므로, ‘전염성’이라고 명명하였다. 요인 간의 상관은 표 2에 제시하였다.

이러한 결과는 BAEQ를 개발한 Manser 등 (2012)의 결과와 유사하지만, 몇 가지 차이점이 있다. 첫째, 원척도의 4, 6, 8, 13, 19, 36, 37번 문항은 본 연구의 탐색적 요인분석 과정에서 요인 부하량 또는 공통성이 .30을 넘지 않거나 2개 이상의 요인에 교차 부하되어 최종 요인구조에서 제외되었다. 둘째, 7, 10, 17, 38, 39, 42, 43번 문항은 본 연구에서 원척도와는 상이한 요인에 포함되었다. 원척도에서 ‘압도/통제 불능’ 요인에 속했던 38번 문항(‘불쾌한 감정에 영향을 받지 않는다’)과 ‘비유용성’ 요인에 속했던 43번 문항(‘불쾌함을 느끼는 것은 쓸모가 없다’)은 본 연구에서 수치심/비이상 요인에 포함되었다. 원척도에서 ‘무효/무의미’ 요인에 속했던 39번 문항(‘불쾌함이 느껴질 때에는 그 감정에 주목해야 한다’)은 본 연구에서 ‘비유용성’ 요인에 포함되었다. 원척도에서 ‘압도/통제 불능’ 요인에 속했던 7번 문항(‘불쾌함을 느끼면 일이 잘 진행되지 않는다’), ‘비유용성’ 요인에 속했던 10번 문항(‘불쾌함을 느끼지 않는 쪽이 더 좋다’), ‘수치심/비이상’

표 1. 정서신념 질문지(BAEQ)의 탐색적 요인분석 요인 부하량

문항내용	요인부하량					
	1	2	3	4	5	6
요인 1. 압도/통제 불능						
23. 불쾌해지기 시작하면, 그것을 통제할 수가 없다.	.777	.012	-.043	-.005	-.029	.115
34. 불쾌함을 느끼면 나의 마음이 송두리째 빼앗긴다.	.753	.003	-.007	.012	.115	.032
12. 일단 불쾌해지기 시작하면, 그 감정을 멈추기 위해 할 수 있는 게 없다.	.750	.099	-.034	-.085	-.067	.045
40. 불쾌함을 느끼는 것은 통제할 수가 없다.	.735	.074	.050	-.040	.074	-.031
16. 불쾌함은 나를 완전히 지배할 수 있다.	.713	-.021	-.028	.042	.104	.009
21. 나는 불쾌한 감정의 노예다.	.639	.156	-.034	.048	-.165	.048
1. 불쾌할 때는 그런 기분에 완전히 사로잡힌다.	.532	-.223	.199	-.069	.190	.008
요인 2. 수치심/비합리						
28. 불쾌함을 느껴서는 안 된다고 믿는다.	-.038	.760	.030	-.071	.128	.093
15. 불쾌함을 느끼는 것은 어리석은 것이다.	.044	.727	.065	-.130	.143	.031
43. 불쾌함을 느끼는 것은 쓸모가 없다.	.075	.717	-.112	-.083	.103	-.021
30. 불쾌함은 중요하지 않기 때문에 불쾌함이 느껴질 때는 무시해야 한다.	.028	.640	-.077	.107	-.079	.037
33. 불쾌함을 느끼는 것은 창피한 일이다.	.132	.605	-.050	.153	-.034	.090
38. 불쾌한 감정에 영향을 받지 않는다.	-.152	.583	.083	.114	-.251	-.084
41. 불쾌함을 느끼는 것은 결코 이성적이지 않다.	.212	.498	-.005	-.006	.031	.091
2. 불쾌함을 느끼는 것에 대해 수치스러워야 한다.	.131	.479	.075	.097	.004	.086
11. 불쾌함을 느끼는 것에 대해 나 자신을 처벌한다.	.083	.469	-.003	.238	-.009	.099
25. 불쾌함을 느낀다는 것은 내가 실패자임을 의미한다.	.278	.460	.011	.144	-.111	.060
요인 3. 무의미						
3. 내가 불쾌해지는 데에는 항상 어떤 분명한 이유가 있다.	-.088	.040	.701	-.046	.028	-.024
20. 불쾌함은 무작위로 나타나는 것이 아니고, 그렇게 느끼는 데에는 항상 의미가 있다.	.075	.065	.647	.171	-.081	.014
35. 불쾌함이 느껴진다는 것은 그럴만한 무언가가 있다는 것을 의미한다.	.185	-.135	.484	.180	.123	.071
22. 내가 불쾌할 때 반드시 어떤 이유가 있는 것은 아니다.	.244	.068	-.458	.248	.081	.049

표 1. 정서신념 질문지(BAEQ)의 탐색적 요인분석 요인 부하량 (계속)

문항내용	요인부하량					
	1	2	3	4	5	6
요인 4. 비유용성						
32. 불쾌함은 나에게 대한 유용한 정보를 알려준다.	-.020	-.037	.027	.717	-.002	.091
24. 불쾌함은 다음에 무엇을 해야 할지 결정하도록 도와준다.	-.098	.073	.018	.651	.033	-.043
14. 능력을 잘 발휘하려면 때로는 불쾌함을 느낄 필요가 있다.	.009	.047	-.081	.642	-.072	-.017
27. 불쾌함은 무엇이 내게 중요한지를 깨닫도록 도와준다.	-.047	-.124	.065	.640	.119	.183
18. 불쾌함을 느끼는 것은 미래의 비참한 상황을 피하도록 도와준다.	-.066	.030	.091	.620	.059	-.025
5. 불쾌함은 내가 창의적일 수 있도록 도와준다.	.111	.135	.002	.468	-.249	-.064
39. 불쾌함이 느껴질 때는 그 감정에 주목해야 한다.	.184	-.093	.240	.425	.184	.026
요인 5. 유해성						
17. 불쾌함을 느끼는 것은 곤혹스럽다.	.177	.164	-.012	.171	.639	-.078
26. 불쾌함을 느끼는 것은 심리적으로 해로울 수 있다.	.119	.117	.025	-.002	.508	.210
10. 불쾌함을 느끼지 않는 쪽이 더 좋다.	-.221	.148	.071	-.147	.506	.111
7. 불쾌함을 느끼면 일이 잘 진행되지 않는다.	.180	-.079	.091	-.014	.466	.131
요인 6. 전염성						
31. 내가 불쾌하면, 주변 사람들도 그 감정에 물들 것이다.	.023	-.043	-.029	.015	.023	.868
9. 내가 불쾌하면, 다른 이들도 불쾌해질 것이다.	-.060	.012	.005	.073	.014	.665
42. 불쾌함을 느끼는 것은 다른 이들에게 해를 끼칠 것이다.	.041	.246	.029	-.022	.041	.626
29. 어떤 일에 대해 불쾌함을 느끼면, 다른 일들에 대해서도 쉽게 불쾌해질 수 있다.	.127	.060	.080	-.005	.152	.449

표 2. BAEQ의 요인 간 상관(N=409)

	1	2	3	4	5
1. 압도/통제 불능					
2. 수치심/비합리	.47**				
3. 무의미	.05	.11**			
4. 비유용성	-.16**	-.21**	.20**		
5. 유해성	.45**	.30**	-.15**	-.04	
6. 전염성	.45**	.45**	-.06	-.28**	.44**

주. **p<.01

요인에 속했던 17번 문항(‘불쾌함을 느끼는 것은 곤혹스럽다’)은 본 연구에서 ‘유해성’ 요인에 포함되었다. 마지막으로 원척도에서 ‘유해성’ 요인에 속했던 42번 문항(‘불쾌함을 느끼는 것은 다른 이들에게 해를 끼칠 것이다’)은 본 연구에서 ‘전염성’ 요인에 포함되었다. 이는 원척도의 개발과정에서는 교차 부하된 문항을 제거하지 않았다는 점과 문항 내용 번안 과정에서 초래된 문화적 차이에 기인한 결과일 수

있다. Manser 등(2012)의 연구가 평균 연령 28.05세의 영국 대학생과 지역 사회 표본을 대상으로 한 반면 본 연구는 평균 연령 21.67세의 한국 대학생 표본을 대상으로 하였으므로, 문화적 차이와 표본 특성이 영향을 미칠 수 있고, 이에 대해서는 후속 연구가 필요할 것으로 보인다. 한편 본 연구에서는 확인적 요인분석을 통해 6요인 구조의 적합성을 살펴보지 못했다는 한계가 있기에 후속 연구에서는 이를 살펴봄으로써 6요인 구조를 지지하는 증거를 추가적으로 확보할 필요가 있다.

정서신념 질문지의 신뢰도

정서신념 질문지의 신뢰도를 확인하기 위해 내적 합치도 계수인 Cronbach's α 를 계산하였다. 분석 결과 정서신념 질문지 전체문항의 Cronbach's α 는 .85로 적절한 수준의 내적 합치도를 보였다. 하위 요인의 경우 요인 1(압도/통제 불능)은 .88, 요인 2(수치심/비합리)는 .88, 요인 3(무의미)은 .63, 요인 4(비유용성)는 .81, 요인 5(유해성)는 .71, 요인 6(전염성)은 .79로 나타났다. 요인3의 경우 내적 합치도가 0.63으로 낮은 편이나, 이는 탐색적 연구에서 수용할 만한 수준으로 볼 수 있다(Loewenthal, 2001). 이에 BAEQ의 전체 문항 및 하위 요인의 내적 일관성이 수용할 만한 수준으로 확인되었다. 다만, 본 연구에서는 검사-재검사 신뢰도를 살펴보지 못했다는 한계가 있기에 추후 연구에서 이를 확인할 필요가 있다.

정서신념 질문지와 다른 척도의 관계

정서신념 질문지의 타당도를 확인하기 위해 다른 심리적 특성들과의 상관분석을 실시하였

다. 연구 I에서 사용된 각 질문지의 기술 통계치는 표 3에 제시하였으며, 상관분석 결과는 표 4에 제시하였다.

BAEQ의 총점은 정서조절곤란과 강한 정적 상관($r=.72, p<.01$)을 보여, 정서신념 질문지가 측정하는 '불쾌한 정서를 경험하는 것에 대한

표 3. 연구 I의 분석에 사용된 척도들의 평균과 표준편차(N=409)

	평균	표준 편차
정서신념		
1. 압도/통제 불능	2.27	.80
2. 수치심/비합리	1.78	.66
3. 무의미	2.72	.67
4. 비유용성	3.60	.66
5. 유해성	3.46	.75
6. 전염성	2.77	.84
총 점	2.63	.40
정서조절곤란		
1. 충동통제곤란	11.91	4.70
2. 정서에 대한 주의/자각 부족	18.88	4.43
3. 정서에 대한 비수용성	14.00	4.54
4. 정서적 명료성 부족	6.72	2.48
5. 정서조절전략 접근 제한	10.96	4.41
6. 목표지향행동 수행 어려움	9.67	2.91
총 점	88.97	20.03
불안	12.66	10.02
우울	8.63	7.22
삶의 만족도	22.45	5.84

주. 정서신념 = Beliefs about Emotions Questionnaire, 정서조절곤란 = Difficulties in Emotional Regulation Scale, 불안 = Beck Anxiety Inventory, 우울 = Beck Depression Inventory, 삶의 만족도 = Satisfaction with Life Scale. 정서신념의 점수는 BAEQ 문항들 합의를 평균을 사용함

표 4. 정서신념 질문지와 다른 심리적 특성과의 상관관계

	DERS (정서 조절 곤란)			SWLS (삶의 만족도)
	BAI (불안)	BDI (우울)		
BAEQ				
총 점	.72**	.43**	.42**	-.10*
1. 압도/통제 불능	.76**	.48**	.51**	-.17**
2. 수치심/비합리	.51**	.37**	.22**	-.01
3. 무의미	.16**	.07	.09	-.04
4. 비유용성	-.11*	-.16**	-.04	-.08
5. 유해성	.41**	.20**	.18**	.06
6. 전염성	.47**	.31**	.31**	-.03

주. BAEQ = Beliefs about Emotions Questionnaire, DERS = Difficulties in Emotional Regulation Scale, BAI = Beck Anxiety Inventory, BDI = Beck Depression Inventory, SWLS = Satisfaction with Life Scale.

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

부정적 신념이 정서조절곤란과 매우 밀접한 개념임이 시사되었다. BAEQ의 하위요인 중 압도/통제 불능, 수치심/비합리, 무의미, 유해성, 전염성은 정서조절곤란과 유의미한 정적 상관($r = .76, r = .51, r = .16, r = .41, r = .47, p < .01$)을 보인 반면, 비유용성은 정서조절곤란과 약한 부적 상관($r = .11, p < .05$)을 보였다.

정서신념 질문지와 심리적 건강이 어떠한 관련을 맺고 있는지 탐색하기 위해 불안, 우울, 삶의 만족도와와의 상관관계를 분석하였다. BAEQ 총점은 불안($r = .43, p < .01$), 우울($r = .42, p < .01$)과 유의미한 정적인 상관을 보였다. 한편 BAEQ는 삶의 만족도($r = -.10, p < .05$)와 부적 상관을 보였으나 그 정도가 미미한 수준이었

고, 하위요인들과도 대부분 상관을 보이지 않았다. 이러한 결과는 부정적 정서를 경험하는 것에 대해 긍정적인 신념이나 태도를 지니는 것이 주관적으로 지각된 삶의 만족도와 직접적으로 관련되는 것은 아님을 의미할 수 있다. 또한, BAEQ의 하위요인 중 무의미와 비유용성은 정서조절을 비롯한 다른 심리적 특성들과 상관이 낮거나 유의하지 않게 나타났다. 즉, 두 요인의 경우 다른 요인들과 상이한 심리측정적 속성을 지니고 있을 가능성이 있는데 이는 선행연구(Manser et al., 2012)와도 일치하는 결과이다. 향후 개별 요인의 특성을 더욱 상세히 분석해볼 필요가 있겠으나, 기존 연구에서 각각의 요인들을 포함시킨 이론적 근거를 본 연구에서도 반영하여 전체 6요인 구조를 유지하였다.

연구 II. 상위인지적 정서신념이 신체화에 미치는 영향

연구 II에서는 연구 I의 참가자가 작성한 자료를 추가로 분석하여 상위인지적 정서신념 질문지와 신체화의 관계를 구체적으로 살펴보고자 하였다. 첫째, 기존에 신체화와 밀접한 관계가 있는 것으로 알려진 부정적 정서, 불안, 우울, 감정표현불능증과 상위인지적 정서신념의 관계를 탐색적으로 살펴보기 위해 상관분석을 실시하였다. 둘째, 정서신념이 신체화에 영향을 미치는 유의미한 요인임을 확인하고자 하였다. 이를 위해 기존에 신체화를 잘 예측하는 변인으로 알려진 부정적 정서, 감정표현불능증의 설명력보다, 정서신념이 추가되었을 때의 설명력이 더 높은지를 위계적 회귀분석을 통하여 확인하였다. 셋째, 부정적

정서 경험과 신체화의 관계에 대한 정서신념의 조절효과를 탐색하였다. 이를 위해 부정적 정서와 정서신념의 상호작용항을 산출하여 위계적 회귀분석을 실시하였다. 마지막으로 신체화와 관련이 높은 대표적인 부정적 정서인 불안, 우울과 신체화의 관계에 있어 정서신념의 조절효과를 확인하기 위해 위계적 회귀분석을 각각 실시하였다.

방 법

참가자

연구 I의 참가자 중 연구 II의 분석을 위한 척도가 포함된 전체설문지를 작성한 참가자 177명을 대상으로 분석하였다. 전체 응답자의 평균 연령은 22.18세(SD=2.48, 범위 19~31세)였으며, 이 중 남자가 90명, 여자가 87명이었다.

측정도구

정서신념 질문지(Beliefs about Emotions Questionnaire, BAEQ)

연구 I에 사용된 척도와 동일함.

간이 정신진단 검사 수정판(Symptom Checklist-90-Revised, SCL-90-R)

김광일, 김재환, 원호택(1984)이 제작한 자기보고식 척도인 간이 정신진단 검사 수정판(SCL-90-R)의 총 90문항 중 개인이 주관적으로 경험하는 신체증상들의 정도를 측정하는 신체화 척도 12문항을 발췌하여 사용하였다. 문항의 내용은 자율신경계의 영향 하에 있는 순환

기, 소화기, 호흡기 및 기타 기관의 장애와 두통, 동통 등 신체적 기능이상에 대해 주관적으로 호소하는 증상 등으로 구성되어 있다. 주로 임상 장면이나 연구에서 많이 사용되는 척도로서, 오늘을 포함해서 지난 7일 동안 경험한 증상의 정도에 따라 5점 척도(0: 전혀 없다, 1: 약간 있다, 2: 웬만큼 있다, 3: 꽤 심하다, 4: 아주 심하다)상에서 평정하도록 하였다. 1주 간격의 검사-재검사 신뢰도 계수는 .83이었으며 내적 합치도는 .72였다(김광일, 김재환, 원호택, 1984). 본 연구에서 내적 합치도는 .89였다.

한국판 감정표현불능증 척도

Barby, Parker와 Taylor(1994)가 제작한 Toronto 감정표현불능증 척도 개정판(20-Item Alexithymia Scale; TAS-20)을 수정, 번안한 척도로 23문항으로 구성되어 있고 5점 척도이다(신현균, 원호택, 1997). 척도 점수는 23문항의 점수를 더해서 계산되며, 요인별로도 계산된다. 이 척도는 3가지 요인으로 이루어져 있는데, 요인 1은 정서를 확인하고 정서와 정서 각성에서 오는 신체 감각을 구별하는 능력의 결함(정서 자각 곤란)을 측정하고, 요인 2는 외적으로 지향된 사고(외부 지향적 사고)를 측정하며, 요인 3은 정서를 타인과 의사소통하고 표현하는 능력의 결함(정서 표현 곤란)을 측정한다. 신현균과 원호택(1997)의 연구에서 내적 합치도는 .82였다. 본 연구에서 내적 합치도는 .85였다.

한국판 긍정 정서 및 부정 정서 척도(Positive and Negative Affect Schedule, PANAS)

부정적 정서를 측정하기 위해 Watson, Clark와 Tellegen(1988)이 개발한 긍정 정서 및 부정

정서 척도(Positive and Negative Affect Schedule, PANAS)를 번안하여 사용하였다. 긍정 정서와 부정적 정서에 해당되는 형용사가 각 10개씩 총 20문항으로 구성되어 있으며 각 문항에 대하여 일정 기간 동안 어느 정도 경험했는지에 따라 1점(전혀 그렇지 않다)부터 5점(매우 많이 그렇다)까지 5점 척도로 응답하도록 되어 있다. 본 연구에서는 부정 정서 10문항만을 사용하였고, 본 연구에서의 내적 합치도는 .89였다.

Beck 불안 척도(Beck Anxiety Inventory, BAI)
연구 I 에 사용된 척도와 동일함.

Beck 우울 척도(Beck Depression Inventory, BDI)
연구 I 에 사용된 척도와 동일함.

통계적 분석

본 연구에서는 SPSS(version 21.0)를 사용하여 기술통계와 상관관계에 대한 분석을 실시하였다. 이후 위계적 회귀분석을 통해 변인들의 관계에 대한 가설을 검증하였다.

결과 및 논의

연구 II의 참가자 177명의 자료에서 얻은 각 질문지 점수의 평균과 표준편차를 표 5에 제시하였다.

신체화와 관련 변인들간의 상관관계

정서신념, 감정표현불능증 및 세 하위요인(정서 자각 곤란, 외부 지향적 사고, 정서 표현

표 5. 연구 II에 사용된 측정치들의 평균 및 표준편차

	평균	표준편차
정서신념		
1. 압도/통제 불능	2.23	.74
2. 수치심/비합리	1.66	.55
3. 무의미	2.68	.69
4. 비유용성	3.51	.67
5. 유해성	3.40	.75
6. 전염성	2.78	.84
총 점	2.56	.36
감정표현불능증		
1. 정서 자각 곤란	12.64	4.94
2. 외부 지향적 사고	21.38	5.50
3. 정서 표현 곤란	18.52	5.39
총 점	52.54	12.02
부정적 정서	22.91	7.94
불안	11.82	9.27
우울	8.56	6.86
신체화	6.80	6.88

주. 정서신념 = Beliefs about Emotions Questionnaire, 감정표현불능증 = Tronto Alexithymia Scale, 부정적 정서 = Positive and Negative Affect Schedule, 불안 = Beck Anxiety Inventory, 우울 = Beck Depression Inventory. 신체화 = Symptom Checklist-90-Revised. 정서신념의 점수는 BAEQ 문항들 합의를 평균을 사용함.

곤란), 부정적 정서, 불안, 우울, 신체화가 어떠한 관계를 맺고 있는지 탐색적으로 살펴보기 위해 상관분석을 실시하여 표 6에 제시하였다. 상관분석 결과 BAEQ는 신체화($r=.37, p<.01$)와 유의미한 정적 상관을 보였고, 정서 자각 곤란($r=.57, p<.01$), 정서 표현 곤란($r=.26, p<.01$)과도 유의미한 정적 상관을 보였다.

표 6. 신체화와 관련 변인들의 상관관계

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. 정서 신념								
2. 감정표현불능증	.45**							
3. 정서 자각 곤란	.57**	.78**						
4. 외부 지향적 사고	.22**	.69**	.25**					
5. 정서 표현 곤란	.26**	.81**	.58**	.28**				
6. 부정적 정서	.34**	.35**	.50**	-.01	.34**			
7. 불안	.42**	.41**	.62**	.02	.31**	.59**		
8. 우울	.36**	.41**	.51**	.02	.42**	.60**	.52**	
9. 신체화	.37**	.37**	.58**	.01	.29**	.57**	.74**	.58**

주. 정서신념 = Beliefs about Emotions Questionnaire, 감정표현불능증 = Tronto Alexithymia Scale, 부정적 정서 = Positive and Negative Affect Schedule, 불안 = Beck Anxiety Inventory, 우울 = Beck Depression Inventory. 신체화 = Symptom Checklist-90-Revised. 정서 자각 곤란, 외부 지향적 사고, 정서 표현 곤란은 감정표현불능증의 하위 요인임.

** $p < .01$

그리고 감정표현불능증($r = .37, p < .01$), 정서 자각 곤란($r = .58, p < .01$), 정서 표현 곤란($r = .29, p < .01$), 부정적 정서($r = .57, p < .01$), 불안($r = .74, p < .01$), 우울($r = .58, p < .01$)이 신체화와 유의미한 정적 상관을 보였으나, 외부 지향적 사고($r = .01$)는 신체화와 유의미한 상관을 보이지 않았다.

상위인지적 정서신념이 신체화에 미치는 영향

선행연구를 통해 제안된 부정적 정서와 감정표현불능증이 신체화를 설명하는 모형에 정서신념을 예언변인으로 포함시켰을 때 추가적인 설명력을 갖는지 검증하기 위해 위계적 회귀분석을 실시하였다. 분석에 포함된 변인들 간의 상관관계를 나타내는 다중공선성을 진단하기 위해 추정치의 허용도(Tolerance)와 모수

추정치(VIF)를 살펴본 결과 변인들의 Tolerance는 .761~.836으로 .10보다 컸고, VIF는 1.196~1.331으로 10.0보다 적어 다중공선성 진단 기준은 수용할 만한 수준이었다. 관련 변인의 회귀분석 결과표는 표 7에 제시하였다.

먼저 1단계에서 부정적 정서와 감정표현불능증이 신체화를 설명하는 전체 모형은 유의미했으며, 부정적 정서와 감정표현불능증이 신체화 변량의 35.4%를 설명하는 것으로 나타났다($R^2, 174 = 48.07, R^2 = .35, p < .001$). 이 때 부정적 정서($\beta = .43, p < .001$)와 감정표현불능증($\beta = .14, p < .01$) 모두 신체화를 설명하는 유의미한 예언변인이었다.

1단계 모형에 정서신념을 추가한 2단계 모형은 유의미했으며, 신체화 변량에 대한 설명량이 1.9% 증가되어 전체 모형이 신체화 변량

표 7. 신체화에 대한 부정적 정서, 감정표현불능증 및 정서신념의 위계적 회귀분석 결과 (N=177)

종속변인	단계	예언변인	B	SE B	β	t	R^2	ΔR^2
신체화	1	부정적 정서	.43	.06	.50	7.67***	.35	
		감정표현불능증	.14	.04	.23	3.50**		
	2	부정적 정서	.41	.06	.47	7.10***	.37	.02*
		감정표현불능증	.08	.04	.14	2.02*		
		정서신념	2.84	1.31	.15	2.16*		

주. 신체화 = Symptom Checklist-90-Revised. 정서신념 = Beliefs about Emotions Questionnaire, 감정표현불능증 = Tronto Alexithymia Scale, 부정적 정서 = Positive and Negative Affect Schedule.

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

의 37.3%를 설명하는 것으로 나타났다($F(3, 173)=34.28, R^2=.37, p<.001$). 이 때 정서신념은 부정적 정서와 감정표현불능증을 통제 한 후에도 신체화에 대한 유의미한 예언변인이었다($\beta=.15, p<.05$). 이를 통해 정서신념이 신체화를 유의미하게 예측하는 개념이라는 것을 확인할 수 있었다.

부정적 정서와 신체화의 관계에서 정서신념의 조절효과

부정적 정서와 신체화의 관계에서 정서신념이 어떠한 영향을 미치는지 확인하고자 하였

다. 부정적 정서를 많이 경험할수록 신체화 경향성이 전반적으로 증가하지만 정서신념의 정도에 따라서 부정적 정서와 신체화의 관계는 달라질 것이라고 가정하였다. 이러한 관계를 검증하기 위해 위계적 회귀분석을 실시하고 그 결과를 표 8에 제시하였다. 1단계에서는 부정적 정서와 정서신념을 예언변인으로 투입하였고 2단계에서는 부정적 정서와 정서신념의 상호작용항을 구하여 예언변인에 추가하였다. 모든 단계에서 종속변인은 신체화 점수였다.

1단계에서 부정적 정서와 정서신념이 신체화를 설명하는 전체 모형은 유의미했으며 부

표 8. 부정적 정서와 정서신념의 상호작용에 대한 위계적 회귀분석 결과 (N=177)

종속변인	단계	예언변인	B	SE B	β	t	R^2	ΔR^2
신체화	1	부정적 정서	.43	.06	.50	7.74***	.36	
		정서신념	3.84	1.23	.20	3.13**		
	2	부정적 정서(A)	-1.04	.38	-1.20	-2.78**	.41	.05***
		정서신념(B)	-9.36	3.53	-.49	-2.66**		
		A × B	.55	.14	2.05	3.97***		

주. *** $p < .001$, ** $p < .01$

정적 정서와 정서신념이 신체화 변량의 35.8%를 설명하는 것으로 나타났다($R^2, 174$)=48.51, $R^2=.36, p<.001$). 이 때 부정적 정서($\beta=.50, p<.001$)와 정서신념($\beta=.20, p<.01$) 모두 신체화에 대한 유의미한 예언변인이었다. 2단계에서 상호작용항이 추가되자 신체화 변량에 대한 설명량이 5.4% 증가되어 전체 모형이 신체화 변량의 41.2%를 설명하는 것으로 나타났다($R^3, 173$)=40.35, $R^2=.41, p<.001$). 따라서 정서신념 점수의 높고 낮음에 따라 부정적 정서와 신체화의 관계가 달라지는 경향성이 나타났다. 이와 같은 결과를 시각적으로 살펴보기 위해 부정적 정서 점수와 정서신념 점수 각각의 중앙값(median)을 기준으로 상·하로 구분된 각 집단들의 신체화 점수 평균을 구하여 그림을 작성하였고 그림 1에 제시하였다.

그림의 정서신념의 영향을 살펴보았을 때, 부정적 정서신념이 강한 집단의 경우 부정적 정서 빈도가 증가할수록 신체화가 뚜렷하게 증가하지만 부정적 정서신념이 약한 집단은 부정적 정서 빈도가 증가하여도 신체화의 증가량은 미미한 것을 알 수 있다. 따라서 부정적 정서는 신체화를 예측해주는 변인으로 알려져 있지만, 부정적 정서가 신체화에 영향을 주는 정도는 정서신념이 조절한다고 할 수 있

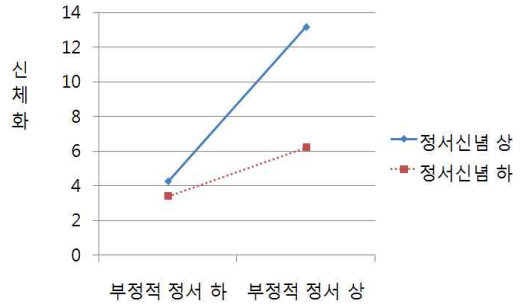


그림 1. 부정적 정서와 정서신념의 상호작용

다.

불안과 신체화의 관계에서 정서신념의 조절효과

이어서 부정적 정서 중 특히 신체화와 관련이 높은 정서인 불안, 우울과 신체화의 관계에서 정서신념이 어떠한 영향을 미치는지를 각각 확인하고자 하였다. 먼저, 불안을 많이 경험할수록 신체화 경향성이 전반적으로 증가하지만 정서신념의 정도에 따라서 불안과 신체화의 관계는 달라질 것이라고 가정하였다. 이러한 관계를 검증하기 위해 위계적 회귀분석을 실시하고 그 결과를 표 9에 제시하였다. 1단계에서는 불안과 정서신념을 예언변인으로 투입하였고 2단계에서는 불안과 정서신념의

표 9. 불안과 정서신념의 상호작용에 대한 위계적 회귀분석 결과 (N=177)

종속변인	단계	예언변인	B	SE B	β	t	R^2	ΔR^2
신체화	1	불안	.53	.04	.71	12.61***	.55	
		정서신념	1.44	1.07	.08	1.35		
	2	불안(A)	-.37	.26	-.50	-1.43	.58	.03**
		정서신념(B)	-2.12	1.45	-.11	-1.47		
		A × B	.32	.09	1.30	3.51**		

주. *** $p<.001$, ** $p<.01$

상호작용항을 구하여 예언변인에 추가하였다. 모든 단계에서 종속변인은 신체화 점수였다.

1단계에서 불안과 정서신념이 신체화를 설명하는 전체 모형은 유의미했으며 불안과 정서신념이 신체화 변량의 54.9%를 설명하는 것으로 나타났다($R^2, 174$)=105.94, $R^2=.55$, $p<.001$). 이 때 불안($\beta=.71$, $p<.001$)은 신체화에 대한 유의미한 예언변인이었으나 정서신념($\beta=.08$)은 신체화를 유의미하게 설명하지 못했다. 2단계에서 상호작용항이 추가되자 신체화 변량에 대한 설명량이 3.0% 증가되어 전체 모형이 신체화 변량의 57.9%를 설명하는 것으로 나타났다($R^3, 173$)=79.35, $R^2=.58$, $p<.001$). 추가적으로 설명되는 변량이 미미하지만 정서신념의 높고 낮음에 따라 불안과 신체화의 관계가 달라지는 경향성이 나타났다. 이와 같은

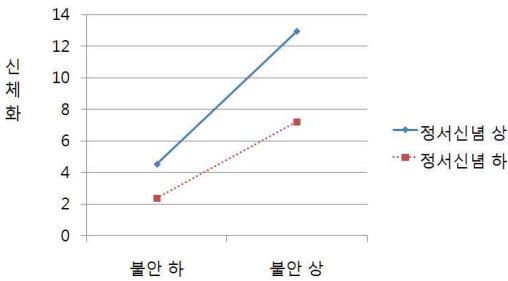


그림 2. 불안과 정서신념의 상호작용

결과를 시각적으로 살펴보기 위해 불안 점수와 정서신념 점수 각각의 중앙값(median)을 기준으로 상·하로 구분된 각 집단들의 신체화 점수 평균을 구하여 그림을 작성하였고 그림 2에 제시하였다.

우울과 신체화의 관계에서 정서신념의 조절효과

우울을 많이 경험할수록 신체화 경향성이 전반적으로 증가하지만 정서신념의 정도에 따라서 우울과 신체화의 관계는 달라질 것이라고 가정하였다. 이러한 관계를 검증하기 위해 위계적 회귀분석을 실시하고 그 결과를 표 10에 제시하였다.

1단계에서 우울과 정서신념이 신체화를 설명하는 전체 모형은 유의미했으며 우울과 정서신념이 신체화 변량의 37.0%를 설명하는 것으로 나타났다($R^2, 174$)=51.03, $R^2=.37$, $p<.001$). 이 때 우울($\beta=.52$, $p<.001$)과 정서신념($\beta=.19$, $p<.01$) 모두 신체화에 대한 유의미한 예언변인이었다. 2단계에서 상호작용항이 추가되자 신체화 변량에 대한 설명량이 2.3% 증가되어 전체 모형이 신체화 변량의 39.3%를 설명하는 것으로 나타났다($R^3, 173$)=37.29, $R^2=.39$, $p<.001$). 추가적으로 설명되는 변량이 미

표 10. 우울과 정서신념의 상호작용에 대한 위계적 회귀분석 결과 (N=177)

종속변인	단계	예언변인	B	SE B	β	t	R^2	ΔR^2
신체화	1	우울	.52	.07	.52	8.02***	.37	
		정서신념	3.55	1.23	.19	2.89**		
	2	우울(A)	-.61	.45	-.61	-1.37	.39	.02*
		정서신념(B)	-.03	1.85	-.00	-.02		
		A × B	.41	.16	1.22	2.56*		

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

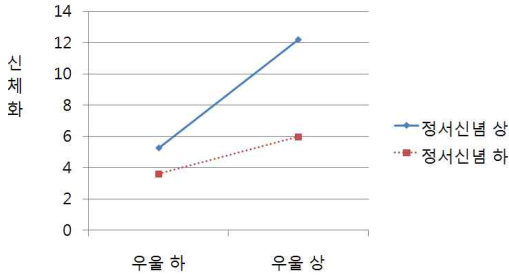


그림 3. 우울과 정서신념의 상호작용

미하지만 정서신념의 높고 낮음에 따라 우울과 신체화의 관계가 달라지는 경향성이 나타났다. 이와 같은 결과를 시각적으로 살펴보기 위해 우울 점수와 정서신념 점수 각각의 중앙값(median)을 기준으로 상·하로 구분된 각 집단들의 신체화 점수 평균을 구하여 그림을 작성하였고 그림 3에 제시하였다.

종합논의

본 연구의 목적은 상위인지적 정서신념이 신체화에 미치는 영향을 탐색하는 것이었다. 이를 위해 먼저 정서신념을 측정하는 도구를 마련하고, 정서신념이 신체화를 예측해주는 변인인지를 확인하고자 했다. 그리고 정서신념이 부정적 정서가 신체화에 미치는 영향을 조절하는 역할을 하는지 탐색하고자 했다.

결과를 요약하면 다음과 같다. 연구 I에서는 정서신념 질문지(Beliefs about Emotions Questionnaire; BAEQ)를 번안하고 타당화하였다. BAEQ는 압도/통제 불능, 수치심/비이성, 무의미, 비유용성, 유해성, 전염성의 6요인으로 구성되어 있고, 불쾌한 감정을 경험하는 것에 대한 부정적 신념을 측정한다. 본 연구에서도 기존 6요인 구조가 적합하였으나, 원칙도에서

상이한 요인에 속했던 몇몇 문항이 다른 요인으로 묶이는 차이가 있었다. 신뢰도 분석 결과, BAEQ는 적합한 신뢰도를 지닌 것으로 확인되었다. 정서신념과 관련된다고 여겨지는 여러 심리적 특성들과의 상관관계를 살펴본 결과, BAEQ는 정서조절곤란, 불안, 우울과 유의미한 정적 상관을 보인 반면 삶의 만족도와는 미미하지만 유의미한 부적 상관을 보였다.

연구 II에서는 정서신념과 신체화의 관계에 대하여 탐색하고자 했다. 먼저 신체화와 관련된 있는 변인들과 정서신념의 상관관계를 탐색하였다. 그 결과 정서신념은 신체화, 감정표현불능증, 정서 자각 곤란, 외부지향적 사고, 정서 표현 곤란, 부정적 정서와 유의미한 정적 상관을 보였으며, 특히 정서 자각 곤란과 강한 정적 상관을 보였다. 이는 불쾌한 정서를 경험하는 것에 대한 신념이 부정적일수록 정서의 자각과 표현에 어려움을 보이고, 신체화 경향성도 증가함을 나타낸다. 위계적 회귀분석 결과, 정서신념은 기존에 신체화를 잘 예측하는 것으로 알려져 있던 부정적 정서와 감정표현불능증에 더해 신체화를 예측하는 개념인 것으로 나타났다. 또한 부정적 정서와 정서신념의 상호작용항을 만들어 위계적 회귀분석을 한 결과 설명량이 유의미하게 증가하였다. 이러한 양상은 부정적 정서 대신 신체화와 관련이 높은 부정적 정서인 불안과 우울을 투입하였을 때도 유사하였다. 이는 부정적인 정서를 경험할 때 정서신념이 부정적인 사람일수록 신체화 경향성이 증가함을 의미한다.

본 연구를 토대로 다음과 같은 의의와 시사점을 얻을 수 있다. 첫째, 정서에 대한 상위인지적 신념을 측정하는 도구를 마련했다는 데에 의의가 있다. 이는 기존에 불쾌한 정서를 경험하는 것에 대한 부정적 신념과 관련 있다

고 제기되어 온 다양한 정신장애의 연구에 유용한 도구를 제공해 줄 수 있을 것이다. 정서와 관련된 상위인지는 특히 정서 조절과 밀접한 관련이 있음이 제기되어 왔다(Manser et al., 2012). 따라서 정서 조절과 관련된 다양한 정신장애에서 상위인지적 정서신념이 어떠한 역할을 하는지 탐색하는 연구에 활용될 수 있을 것이다. 둘째, 정서신념과 신체화의 관계를 경험적으로 확인하였다는 데에 의의가 있다. 기존 임상 장면을 통해 부정적 감정을 경험하는 것에 대한 비수용적 신념이 만성 피로 증후군, 파킨성 대장 증후군, 신체화 장애 등 다양한 신체 증상들과 관련이 있음이 제안되어 왔으나 이를 경험적으로 탐색한 연구는 부재해 왔다고 할 수 있다. 본 연구에서는 상위인지적 정서신념과 신체화의 관계를 탐색함으로써 이를 경험적으로 확인했다는 데에 의의가 있다. 셋째, 본 연구는 신체화의 효과적인 치료에 대한 시사점을 제공한다. 신체화의 치료는 내담자가 신체의 감각에 주의를 기울이고 과도하게 지각하지 않도록 주의를 분산시키거나 신체 증상의 원인을 신체의 이상으로 귀인하지 않도록 하는 훈련을 위주로 이루어져 왔다(원호택, 2000). 최근 Woolfolk와 Allen(2010)은 기존의 이러한 신체 감각이나 귀인 등을 수정하는 방향으로 이루어지는 신체화 치료를 문제 중심적이라고 비판하면서, 신체화의 치료에 있어 정서를 더 중점적으로 다룰 필요가 있다고 강조하였다. 이들은 신체화 환자들에게 감정의 차단이 주로 관찰되므로, 게슈탈트 치료에서 말하는 정서 인식, 정서와 신체감각 분리, 정서 표현 등의 방법을 통하여 정서를 다루는 것이 신체화의 치료에 보다 효과적일 것이라고 주장하였다. 그러나 신체 증상을 보고하는 환자들을 대상으로 정서적 표현을 유

도하는 개입의 효과를 탐색한 연구들은 단지 미미한 효과를 보이고 있다(Lumely, 2004). 이는 단순히 부정적 정서 경험에 대해 표현하도록 유도하는 것이 정서적 자각에 어려움을 보이는 사람들에게 충분하지 않음을 시사한다(Waller & Scheidt, 2006). 본 연구에서는 개인의 정서신념에 따라 부정적 정서가 신체화에 미치는 영향이 달라질 수 있음을 확인하였다. 따라서 신체화 증상을 호소하는 환자를 치료할 때 정서에 대한 신념을 함께 다룰 필요성이 시사된다. 신체화 증상을 보이는 사람들은 본인이 얼마나 감정을 억제하는지를 보통 의식하지 못하는 경향이 있다(Rimes & Chalder, 2010). 신체화 증상을 보이는 사람들이 불쾌한 정서를 경험하는 것에 대해 어떠한 신념을 지니고 있는지 스스로 평가하고 자각하는 것은 이러한 신념이 본인의 정서의 인식과 표현에 어떠한 영향을 미치는지 자각하는 계기를 제공해줄 수 있을 것이다. 또한 이러한 신념을 적응적인 것으로 수정함으로써 정서의 인식과 표현을 촉진할 수 있을 것이다.

본 연구의 제한점과 앞으로의 후속연구를 위한 제안점은 다음과 같다. 첫째, 본 연구의 참가자들은 모두 특정 대학의 대학생들이었기 때문에 본 연구의 결과가 일반화되기에는 한계가 있을 수 있다. 후속 연구에서는 일반인과 신체화 증상을 호소하는 임상 장면의 환자를 포함한 보다 다양한 참가자를 대상으로 본 연구의 결과를 재검증하는 것이 필요하다. 둘째, 본 연구에서 상위인지적 정서신념과 정서 조절곤란은 매우 높은 정적 상관($r=.72, p<.01$)을 보였는데, 이는 연구에 사용된 두 척도가 공유하는 유사한 문항에 의한 결과일 수 있다. Gratz와 Roemer(2004)에 의해 개발된 정서조절 곤란 척도의 하위유형 중 정서반응에 대한 비

수용성, 목표 지향적 행동 수행의 어려움, 충동통제곤란 등에는 정서에 대한 신념과 관련된 문항들이 포함되어 있다. 따라서 BAEQ와 정서조절을 측정하는 다른 척도들과의 관계를 살펴봄으로써 BAEQ와 정서조절의 관계에 대해 더욱 더 면밀히 탐색할 필요가 있다. 셋째, 본 연구에서는 부정적 정서와 신체화의 관계에서 정서신념의 조절효과를 확인하였지만 자기보고식 질문지에 의한 횡단연구라는 한계가 있다. 따라서 개인이 지닌 정서신념을 변화시킴으로써 신체화 증상의 완화할 수 있을지의 여부는 확실하지 않다. 따라서 추후 연구에서는 종단연구나 추적연구를 통해 이를 확인할 필요가 있다. 정서 조절과 신체화 증상간의 관계에 대한 이론과 연구는 최근 상당히 발전해 왔지만, 정서 조절의 어려움이 어떤 경로를 통해 신체 증상에 영향을 미치는지에 대해서는 여전히 충분히 밝혀지지 않았다(Waller & Scheidt, 2006). 기존에 신체화와 밀접한 관련이 있는 것으로 제기되었던 요인들(신체감각 증폭지각, 귀인, 증상 해석)과 정서신념의 관계에 대한 탐색이 추가적으로 이루어진다면, 신체화 증상의 기제에 대한 이해를 확장해 나갈 수 있을 것이다.

참고문헌

- 권석만 (2013). 현대 이상심리학 제 2판. 서울: 학지사.
- 김광일, 김재환, 원호택 (1984). 간이정신진단 검사 실시요강. 중앙적성출판부.
- 박 경 (2010). 지각된 스트레스와 우울과의 관계에서 상위인지와 마음챙김의 중재효과. 한국심리학회지: 건강, 15(4), 617-634.
- 신현균 (1998). 신체화 집단의 신체 감각에 대한 해석, 추론 및 기억 편향. 서울대학교 박사 학위논문.
- 신현균 (2003). 한국판 아동 신체화 척도의 신뢰도, 타당도 및 초등 고학년생의 신체 증상 경험특성. Korean Journal of Clinical Psychology, 22, 829-846.
- 신현균 (2006). 청소년의 신체증상 경험에서 부정적 정서의 영향 및 정서표현과 자기개념의 중재효과. Korean Journal of Clinical Psychology, 25, 727-746.
- 신현균, 원호택 (1997). 한국판 감정표현 불능증 척도 개발 연구. Korean Journal of Clinical Psychology, 16, 219-231.
- 원호택 (2000). 심리장애의 인지행동적 접근. 서울: 교육과학사.
- 원호택, 신현균 (1998). 신체화의 인지특성 연구(I): 한국판 신체감각 증폭척도와 증상 해석 질문지의 신뢰도와 타당도 연구. Korean Journal of Clinical Psychology, 17, 33-39.
- 이순목 (2000). 요인분석의 기초. 서울: 교육과학사.
- 이현희, 김은정, 이민규 (2003). 한국판 정적 정서 및 부적 정서 척도. Korean Journal of Clinical Psychology, 22, 935-946.
- 이혜진 (2000). 비합리적 신념이 대학생 정신 건강에 미치는 영향. 이화여자대학교 석사학위 논문.
- 정상희, 이정윤 (2012). 아동의 완벽주의와 신체화의 관계: 스트레스 대처행동의 조절효과. 상담학연구, 12(2), 1029-1042.
- 조명한, 차경호 (1998). 삶의 질에 대한 국가간 비교. 아산재단 연구총서.
- 조용래 (2007). 정서조절곤란의 평가. Korean

- Journal of Clinical Psychology, 26, 1015-1038.
- 최성일, 김중술, 신민섭, 조맹제 (2001). 분노표현방식과 우울 및 신체화 증상과의 관계. *신경정신의학*, 40(3), 425-433.
- 최해연, 민경환 (2005). 정서표현에 대한 부정적 신념의 구조와 기능. *한국심리학회지: 일반*, 24, 239-257.
- 최해연, 민경환, 이동귀 (2008). 정서표현신념과 심리적 증상의 관계에서 정서표현양가성의 역할. *상담학연구*, 9(3), 1063-1080.
- 한덕웅, 표승연 (2002). 정서 경험에 따른 주관안녕, 건강지각 및 신체질병의 예측. *한국심리학회지: 건강*, 7(3), 403-427.
- Ali, A., Toner, B. B., Stuckless, N., Gallop, R., Diamant, N. E., Gould, M. I., & Vidins, E. I. (2000). Emotional abuse, self-blame, and self-silencing in women with irritable bowel syndrome. *Psychosomatic Medicine*, 62(1), 76-82.
- Allen, L. A., & Woolfolk, R. L. (2013). Somatic Symptom Disorder. In R. L. Woolfolk & L. A. Allen(Eds.), *Mental Disorders - Theoretical and Empirical Perspectives*(pp. 173-197). Rijeka: Intech.
- Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56(6), 893-897.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*, 4(6), 561-571.
- Brown, A. (1987). Metacognition, executive control, self-regulation and other more mysterious mechanisms. In F. E. Weinert & R. H. Kluwe (Eds.), *Metacognition, motivation, and understanding*(pp. 65-116). Hillsdale: Erlbaum.
- Browne, M. W., & Cudeck, R. (1992). Alternative ways of assessing model fit. *Sociological Methods and Research*, 21(2), 230-258.
- Browne, M. W., Cudeck, R., Tateneni, K., & Mels, G. (2010). CEFA: Comprehensive Exploratory Factor Analysis (Version 3.04) [Computer software and manual]. Retrieved from <http://faculty.psy.ohio-state.edu/browne/software.php>
- Bucci, W. (1997). *Psychoanalysis and cognitive science: A multiple code theory*. New York: Guilford Press.
- Cartwright-Hatton, S., & Wells, A. (1997). Beliefs about worry and intrusions: The Metacognitions Questionnaire and its correlates. *Journal of anxiety disorders*, 11(3), 279-296.
- Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. G. Heimburg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment*(pp. 69-93). New York: Guilford Press.
- Corstorphine, E. (2006). Cognitive - emotional - behavioural therapy for the eating disorders: Working with beliefs about emotions. *European Eating Disorders Review*, 14(6), 448-461.
- Costello, A. B., & Osborne, J. W. (2005). Best practices in exploratory factor analysis: four recommendations for getting the most from your analysis. *Practical Assessment Research &*

- Evaluation*, 10(7), 1-9.
- Cramer, K. M., Gallant, M. D., & Langlois, M. W. (2005). Self-silencing and depression in women and men: Comparative structural equation models. *Personality and Individual Differences*, 39(3), 581-592.
- Diener, E. D., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of personality assessment*, 49(1), 71-75.
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour research and therapy*, 38(4), 319-345.
- Escalona, R., Achilles, G., Waitzkin, H., & Yager, J. (2004). PTSD and somatization in women treated at a VA primary care clinic. *Psychosomatics*, 45(4), 291-296.
- Garber, J., Walker, L. S., & Zeman, J. (1991). Somatization symptoms in a community sample of children and adolescents: further validation of the Children's Somatization Inventory. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3(4), 588-595.
- Goldstone, E., Farhall, J., Thomas, N., & Ong, B. (2013). The role of metacognitive beliefs in the proneness to hallucinations and delusions: An analysis across clinical and non clinical populations. *British Journal of Clinical Psychology*, 52(3), 330-346.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54.
- Greenberg, L. S., & Paivio, S. C. (2003). *Working with Emotions in Psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., & McCurry, S. M. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The psychological record*, 54(4), 553-578.
- Iijima, Y., & Tanno, Y. (2013). The moderating role of positive beliefs about worry in the relationship between stressful events and worry. *Personality and Individual Differences*, 55(8), 1003-1006.
- Jack, D. C. (1991). *Silencing the self: Women and depression*. Cambridge: Harvard University Press.
- Kaiser, H. (1974). An index of factorial simplicity. *Psychometrika*, 39, 32-36.
- Katon, W., Kleinman, A., & Rosen, G. (1982). Depression and somatization: a review. *The American journal of medicine*, 72(1), 127-135.
- Kirmayer, L. J., & Robbins, J. M. (1991). *Current concepts of somatization: Research and clinical perspectives*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Kwon, S. M. (1992). *Differential roles of dysfunctional attitudes and automatic thoughts in depression: An integrated model of depression*. Ph. D. Dissertation submitted to the University of

- Queensland in Australia.
- Lane, R. D., & Pollermann, B. Z. (2002). Complexity of emotion representations. In L. F. Barrett & P. Salovey (Eds.), *The wisdom in feeling: Psychological processes in emotional intelligence*(pp. 271-293). New York: Guilford Press.
- Lane, R. D., & Schwartz, G. E. (1987). Levels of emotional awareness: A cognitive-developmental theory and its application to psychopathology. *The American journal of psychiatry, 144*(2), 133-143.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Lipowski, Z. J. (1988). Somatization: the concept and its clinical application. *American Journal of Psychiatry, 145*(11), 1358-1368.
- Loewenthal, K. M. (2001). *An introduction to psychological tests and scales*. Psychology Press.
- Lumley, M. A., Ovies, T., Stettner, L., Wehmer, F., & Lakey, B. (1996). Alexithymia, social support and health problems. *Journal of Psychosomatic Research, 41*(6), 519-530.
- Lumley, M. A. (2004). Alexithymia, emotional disclosure, and health: A program of research. *Journal of Personality, 72*(6), 1271-1300.
- Manser, R., Cooper, M., & Trefusis, J. (2012). Beliefs about Emotions as a Metacognitive Construct: Initial Development of a Self Report Questionnaire Measure and Preliminary Investigation in Relation to Emotion Regulation. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 19*(3), 235-246.
- Martin, J. B., & Pihl, R. O. (1985). The stress-alexithymia hypothesis: theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy and Psychosomatics, 43*(4), 169-176.
- Mischel, W., & Shoda, Y. (1995). A cognitive-affective system theory of personality: reconceptualizing situations, dispositions, dynamics, and invariance in personality structure. *Psychological review, 102*(2), 246-268.
- Moneta, G. B. (2011). Metacognition, emotion, and alcohol dependence in college students: a moderated mediation model. *Addictive behaviors, 36*(7), 781-784.
- Nemiah, J. C., & Sifneos, P. E. (1970). Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders. *Modern trends in psychosomatic medicine, 2*, 26-34.
- North, C. S., Kawasaki, A., Spitznagel, E. L., & Hong, B. A. (2004). The course of PTSD, major depression, substance abuse, and somatization after a natural disaster. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 192*(12), 823-829.
- Organista, P. B., & Miranda, J. (1991). Psychosomatic symptoms in medical outpatients: An investigation of self-handicapping theory. *Health Psychology, 10*(6), 427-431.
- Pennebaker, J. W., Kiecolt-Glaser, J. K., & Glaser, R. (1988). Disclosure of traumas and immune function: health implications for psychotherapy. *Journal of consulting and clinical psychology, 56*(2), 239-245.
- Rieffe, C., Terwogt, M. M., Bosch, J. D., Frank Kneepkens, C. M., Douwes, A. C., & Jellesma, F. C. (2007). Interaction between

- emotions and somatic complaints in children who did or did not seek medical care. *Cognition and Emotion*, 21(8), 1630-1646.
- Rimes, K. A., & Chalder, T. (2010). The Beliefs about Emotions Scale: validity, reliability and sensitivity to change. *Journal of psychosomatic research*, 68(3), 285-292.
- Singer, J. L. (1995). *Repression and dissociation: Implications for personality theory, psychopathology and health*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Spada, M. M., Nikčević, A. V., Moneta, G. B., & Wells, A. (2007). Metacognition as a mediator of the relationship between emotion and smoking dependence. *Addictive Behaviors*, 32(10), 2120-2129.
- Steckel, W. (1943). *The interpretation of dreams*. New York: Liveright.
- Sumi, K., & Kanda, K. (2002). Relationship between neurotic perfectionism, depression, anxiety, and psychosomatic symptoms: A prospective study among Japanese men. *Personality and individual differences*, 32(5), 817-826.
- Surawy, C., Hackmann, A., Hawton, K., & Sharpe, M. (1995). Chronic fatigue syndrome: a cognitive approach. *Behaviour research and therapy*, 33(5), 535-544.
- Taylor, G. J. (1984). Alexithymia: Concept, measurement, and implications for treatment. *The American journal of psychiatry*, 141(6), 725-732.
- Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2004). New trends in alexithymia research. *Psychotherapy and psychosomatics*, 73(2), 68-77.
- Waller, E., & Scheidt, C. E. (2006). Somatoform disorders as disorders of affect regulation: a development perspective. *International Review of Psychiatry*, 18(1), 13-24.
- 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.
- Wells, A. (1995). Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 23(3), 301-320.
- Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behaviour Research and Therapy*, 42(4), 385-396.
- Wells, A., & Matthews, G. (1994). *Attention and emotion: A clinical perspective*. Hillsdale, NJ, England: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Wenzlaff, R. M., & Wegner, D. M. (2000). Thought suppression. *Annual review of psychology*, 51(1), 59-91.
- Woolfolk, R. L., & Allen, L. A. (2007). *Treating somatization: A cognitive-behavioral approach*. New York: Guilford Press.
- Woolfolk, R. L., & Allen, L. A. (2010). Affective-Cognitive Behavioral Therapy for Somatization Disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 22(2), 116-131.

원고접수일 : 2016. 10. 09.

수정원고접수일 : 2016. 11. 29.

게재결정일 : 2016. 12. 05.

The Relationship between Meta-cognitive Beliefs about Emotions and Somatization

Sungmin Seo

Department of Psychiatry
Seoul National University Hospital

Seok-Man Kwon

Department of Psychology
Seoul National University

The aim of the present study was to investigate the relationship between meta-cognitive beliefs about emotions and somatization. In study 1, Beliefs about Emotions Questionnaire(BAEQ), which measures beliefs about experiencing negative feelings, was translated into Korean and was validated. An explanatory factor analysis showed the same 6-factor construct ('overwhelming and uncontrollable', 'shameful and irrational', 'invalid and meaningless', 'useless', 'damaging', 'contagious') as the original Questionnaire, and the results of reliability analysis showed an adequate internal consistency. Correlation analysis showed that BAEQ was positively correlated with emotional dysregulation, anxiety, and depression, while BAEQ was negatively correlated with the satisfaction with life. In study 2, the effect of meta-cognitive beliefs about emotions on somatization was explored by using self-report data from participants of the first study. A correlation analysis showed that BAEQ was positively correlated with somatization, alexithymia, and negative emotions. The results of hierarchical analysis showed that the beliefs about emotions predicted somatization, as well as negative emotions and alexithymia. Beliefs about emotions were also determined to moderate the relationship between negative emotions and somatization. When negative emotions were replaced by anxiety or depression, the results of the analysis were similar, respectively. Finally, the implications and limitations of this study and suggestions for future research are discussed.

Key words : somatization, meta-cognitions, beliefs about emotions, negative affects