

정서장애에 대한 단일화된 범진단적 치료의 변화 기제: 심리적 유연성 부족의 매개역할*

남 수 아[†]

한림대학교
심리학과
박사 졸업

조 용 래[‡]

한림대학교
심리학과
교수

본 연구는 정서장애에 대한 단일화된 범진단적 치료 프로토콜(unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders [UP])이 어떠한 변화 기제를 통해 효과를 나타내는지 규명하고자 하였다. 선행연구에 기초하여, 불안증상, 우울증상 및 일상적 기능의 손상 수준에 대한 UP의 효과가 심리적 유연성 부족의 감소를 매개로 나타날 것이라는 가설을 설정하고 이를 검증하였다. 연구대상은 DSM-5 기준에서 한 가지 이상의 불안 및 우울장애 진단 기준을 충족한 대학생들이며, UP 조건은 48명, 대기통제조건은 17명이 사전, 사후(8주 간격) 평가 및 3개월 추후 평가를 완료하였다. 부트스트래핑을 활용한 매개분석 결과, 불안증상, 우울증상 및 일상적 기능 손상에 대한 UP의 효과는 모두 심리적 유연성 부족의 감소에 의해 완전 매개되었다. 결론적으로, 본 연구의 결과는 심리적 유연성 부족의 감소가 UP의 주요한 변화 기제로 작용할 가능성을 지지한다.

주요어 : 단일화된 범진단적 치료, 정서장애, 심리적 유연성 부족, 매개변인

* 이 논문은 2022년 대한민국 교육부와 한국연구재단의 지원을 받아 수행된 연구임 (NRF-2022S1A5A2A01048248).

† 현재 한림대학교 한림응용심리연구소에서 연구교수로 재직 중임.

‡ 교신저자(Corresponding Author): 조용래 / 한림대학교 심리학과 · 한림응용심리연구소 교수 / (24252) 강원특별자치도 춘천시 한림대학길 1 / Tel: 033-248-1726 / E-mail : yrcho@hallym.ac.kr

최근 정서장애를 진단하고 개념화하는 과정에서는 각 장애의 차이점보다는 공통된 병리적 특성에 주목하는 관점이 지속적으로 부각되고 있다(Brown & Barlow, 2009). 정서장애에 대한 범진단적(초진단적) 정의(Bullis et al., 2019)에 따르면, 정서장애는 다음 세 가지 기준에 근거하여 설명된다. 첫째, 빈번하고 강렬한 부정적 정서를 경험하고, 둘째, 이러한 정서 경험 자체에 대해 혐오적 반응을 보이며, 셋째, 부정적 정서 상태가 발생하기 전이나 이후에 해당 정서 경험을 억제하거나 회피하려는 반복적인 시도를 보이는 것이다. 이처럼 세 가지 공통된 핵심 특성을 공유하는 광범위한 장애 범주가 정서장애에 포함된다. 기존의 진단 및 심리치료 체계는 이러한 공통된 기제를 고려하기보다는 증상의 세부적인 차이에 따라 진단과 치료를 세분화하는 데 초점을 두어 왔다. 이러한 진단 중심 접근의 한계를 보완하고자 범진단적 치료(transdiagnostic treatment)가 등장하게 되었다.

범진단적 치료는 특정 정신장애에 맞춘 개별화된 치료가 아니라, 기존에 효과가 입증된 다양한 치료 프로토콜에서 공통된 핵심 치료 요소들을 추출하여, 다양한 정신병리에 폭넓게 적용할 수 있도록 고안된 치료적 접근이다(Ellard et al., 2010; McEvoy et al., 2009). 이러한 접근은 다양한 공병장애를 동시에 다루는 것을 목표로 하며(Clark & Taylor, 2009), 그 결과 실무자들의 교육 및 훈련 부담을 줄이고, 시간과 자원이 제한된 임상 현장에서 보다 효율적이고 비용-효과적인 치료 제공이 가능하다는 실용적 이점이 있다(Wilamowska et al., 2010). 또한 범진단적 접근은 연구와 임상 실무 간의 간극을 좁히는 데 기여하고, 치료자가 특정 진단에 기반해 치료를 적용하던 전통

적 방식에서 벗어나, 공통된 핵심 기제와 치료 과정을 중심으로 한 임상적 개입을 가능하게 한다(Barlow et al., 2016; Leichsenring & Steinert, 2018; Sauer-Zavala et al., 2017; Smith & Grawe, 2005).

이러한 배경에서 Barlow와 동료들이 개발한 정서장애의 단일화된 범진단적 치료 프로토콜(unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders [UP])은 다양한 정서장애에 적용 가능한 정서 중심의 인지행동치료로, 치료자 훈련의 용이성과 임상 현장에서의 높은 활용 가능성으로 주목받고 있다(Barlow, Ellard, et al., 2011/2017). UP의 핵심 가정은 정서장애를 겪는 개인들이 불편한 정서 경험에 직면했을 때 반복적으로 회피, 억제, 반추 등과 같은 부적응적 정서조절 전략을 반복적으로 사용함으로써 증상이 유지되고 악화된다는 점에 있다. 이에 따라 UP는 내담자가 불편한 정서를 회피하지 않고 수용하며, 기존의 부적응적인 정서조절 전략을 보다 유연하고 적응적인 전략으로 전환할 수 있도록 돕는다(Barlow, Ellard, et al., 2011/2017; Barlow, Farchione, et al., 2011/2017). 이를 위해 UP는 총 8개 모듈로 구성되어 있으며, 비판단적 정서 알아차림, 인지 재평가, 정서회피와 정서주도행동 대항하기, 신체감각에 대한 알아차림과 감내, 정서노출 등의 기술 학습을 포함하고 있다.

국외에서는 지난 수년간 UP의 효과가 다양한 정서장애를 대상으로 한 연구를 통해 지속적으로 입증되어 왔으며(Barlow et al., 2017; Bullis et al., 2015; Ellard et al., 2012; Farchione et al., 2024; Pedro et al., 2025; Sauer-Zavala et al., 2020), 국내에서도 준임상 집단(김소화, 박정수, 2023; 김형하, 조용래, 2021; 남수아 외, 2021; 박혜진, 김근향, 2020; 현정은, 김근향,

2021; Cha et al., 2021)과 임상 집단(남수아 외, 2023a, 2023b; 조용래 외, 2023)을 대상으로 한 연구가 꾸준히 이루어지고 있다. 특히 선행연구들은 UP가 불안증상, 우울증상에 대한 효과뿐만 아니라 일상생활 기능 손상 수준을 개선하는 데도 유의한 효과를 보인다는 점을 반복적으로 확인해 왔다(남수아 외, 2023a; 조용래 외, 2023; Ellard et al., 2010; Farchione et al., 2012; Sauer-Zavala et al., 2020). 그러나 UP의 치료 효과가 반복적으로 확인되고 있음에도 불구하고, 치료가 작용하는 심리적 매커니즘, 즉 변화 기제에 대한 심층적 이해는 여전히 주요 연구 과제로 남아있다. 치료 효과의 변화 기제에 대한 더욱 구체적인 이해는 향후 심리치료의 최적화, 개인 맞춤화 및 보급 전략 수립에 있어 핵심적인 기여를 할 수 있다(Kazdin, 2007). 이와 관련하여, 국내에서 수행된 대부분의 UP 연구들은 치료 효과 검증에 초점을 두고 있어 변화 기제에 대한 체계적 검토가 부족한 상황이다. 특히 변화 기제를 다룬 소수의 연구들(남수아 외, 2021; 남수아 외, 2023b)도 정서조절곤란에 국한되어 있어, 이 외의 잠재적인 변화 기제에 대한 경험적 검토가 필요한 실정이다.

심리적 유연성 부족(psychological inflexibility)은 수용전념치료(acceptance and commitment therapy [ACT])에서 체계적으로 개념화되면서 다양한 정신건강 문제의 핵심요인으로, 그리고 정서장애의 주요 치료 대상으로서 많은 주목을 받고 있다(Arch et al., 2012; Ciarrochi et al., 2010; Gámez et al., 2011; Hayes et al., 2004; Kocovski et al., 2009; Roemer et al., 2008). 초기에는 이 개념이 ACT의 주요 치료 목표로 설정되었으나, 이후 연구들은 심리적 유연성 부족의 변화를 매개로 다양한 치료법에서도 긍

정적인 치료 효과가 나타날 수 있음을 보고하였다(Espejo et al., 2017; Gloster et al., 2014). 심리적 유연성 부족이란 상황에 유연하게 적응하지 못하고, 자신의 가치 혹은 상황적 맥락과 부합되지 않는 경직된 반응을 보이는 일종의 범진단적 과정으로 이해된다(Feldner et al., 2003; Karekla et al., 2004). 이는 경험 회피, 인지적 융합, 개념화된 과거와 미래에 지배, 개념화된 자기에 대한 집착, 가치의 명료성 부족, 그리고 전념 행동의 부재 등 6가지 프로세스 구성되어 있다(Hayes et al., 2011). Bond 외(2011)는 심리적 유연성 부족이 개인이 자신의 생각과 감정을 현실 그 자체로 동일시하며, 원치 않는 경험을 수용하지 못한 채 이를 회피하거나 지나치게 통제하려는 경향에서 비롯된다고 설명하였다.

심리적 유연성 부족은 강박장애, 외상 후 스트레스장애, 물질사용장애, 자살 등과 같이 강렬한 정서 경험을 회피하기 위한 부적응적 행동과 관련이 있는 것으로 보고되었다(Hayes et al., 1996). 이에 더해, 심리적 유연성 부족은 기분 및 불안장애(Venta et al., 2012), 물질사용장애(Levin et al., 2012), 섭식장애(Rawal et al., 2010), 정신증적 장애(McGorry et al., 2011)와 같이 다양한 정신장애와 심리적 문제들과도 관련이 있는 것으로 밝혀졌다(Hayes et al., 2006). 따라서 Kashdan 외(2020)는 심리적 유연성 부족을 개선하고 심리적 유연성을 강화하는 것이 심리적 건강 및 적응적인 행동으로의 변화를 만들어내는 데 있어 하나의 주요한 메커니즘일 수 있음을 제안하였다. 이와 관련하여, Barlow와 Ellard 외(2011/2017) 및 Barlow와 Farchione 외(2011/2017)는 정서 회피를 줄이고 특정 정서에 의해 촉발되는 부적응적 정서주도행동을 변화시키는 것이 치료의 핵심표적임

을 강조하였다. 이러한 이론적 내용에 기반하여, UP는 오랜 시간 발달시켜 온 부적응적인 전략을 감소시키고, 정서 경험 전반에 더욱 유연하게 대처하며, 궁극적으로 개인의 가치에 부합하는 삶을 영위할 수 있도록, 적응적 대처 방식을 습득하도록 돕는 것에 목표를 두고 있다(Barlow, Ellard, et al., 2011/2017; Barlow, Farchione, et al., 2011/2017).

이러한 맥락에서 심리적 유연성 부족을 자신에게 고통스럽고 불편한 내적 경험을 지나치게 회피 또는 통제하고, 적응적인 대처 반응의 실패로 볼 수 있다는 점과 심리적 유연성 부족이 광범위한 심리적 문제의 발생, 유지 및 악화에 기여한다는 점(Hayes et al., 1996)을 고려할 때, 내담자들이 자신의 불편한 정서 경험을 비판단적으로 알아차리고 유연하게 수용하며, 적응적이고 건설적인 대처 방안을 찾고 선택하도록 돕는 UP는 심리적 유연성 증진과 정서장애의 치료에서 시사하는 바가 크다고 볼 수 있겠다. 실제로, UP 또는 이에 기초한 단기 범진단적 개입은 심리적 유연성 부족(Cha et al., 2021; Khakpoor, Bytamar, et al., 2019) 및 그 하위요소 중 하나인 경험 회피(Eustis et al., 2020; Schaeuffele et al., 2022)를 개선하는 데 효과적인 것으로 보고되었다. 이러한 경험적 연구들과 UP의 이론적 근거를 종합적으로 고려할 때, 심리적 유연성 부족은 불안이나 우울장애 등과 관련되어 있는 범진단적 과정변인으로 볼 수 있으며, UP는 심리적 유연성 부족의 개선이라는 매개변인을 통하여 불안증상이나 우울증상, 그리고 일상생활 기능 손상 수준을 완화시킬 것으로 예상된다.

국외에서는 대학생 임상군을 대상으로 한 Khakpoor와 Bytamar 외(2019)의 연구에서 20회

기 UP를 적용한 결과, 치료 후 심리적 유연성 부족 수준이 유의하게 감소하였으며, 이 변화량이 불안 및 우울증상 변화량과 유의하게 관련됨이 확인되어, 심리적 유연성 부족이 UP 치료의 잠정적인 변화 기제로 작용할 가능성을 제안하였다. 하지만, 해당 연구는 매개효과 분석을 위해 요구되는 핵심 조건 중에서 매개변인의 변화가 결과변인의 변화에 선행해야 한다는 시간적 우선성 규칙(Kendall et al., 2017)의 충족 여부가 명확히 제시되지 않았고, 총 23명의 소규모 표본을 기반으로 하였으며, 선형회귀분석만을 사용하여 범진단적 요인과 증상 간의 관계를 검토하는 데 그쳤다는 한계가 있다. 또한 치료 효과의 측정 도구로 불안 및 우울증상만을 활용하였으며, 임상 현장에서 치료 효과의 중요한 지표인 일상기능 손상 수준(예: 직업, 학업, 사회생활의 손상 정도)에 대한 평가는 포함되지 않았다. 이는 치료 효과를 더욱 기능 회복의 관점에서 이해하고, 임상적으로 의미 있는 수준의 치료 목표 설정에 실질적인 시사점을 제공하는 데에 제한점으로 작용할 수 있다. 아울러, 참가자 선별 과정에 있어서도 최신 진단 체계가 아닌 DSM-IV(Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders fourth edition; American Psychiatric Association, 1994) 기반의 불안장애 면접 도구가 사용되었으며, 해당 연구에 적용된 20회기 구성은 국외 UP 연구에서 평균적으로 사용되는 12-16회기(Barlow et al., 2017; Pedro et al., 2025; Sauer-Zavala et al., 2020)를 상회하고 있어, 실제 임상현장에서의 활용 가능성과 시간적·경제적 효율성을 고려할 때 일정 부분 제약이 있을 수 있다.

본 연구는 다양한 정서장애를 가진 국내 대학생들에게 8회기의 UP를 적용하고, UP 동안

의 심리적 유연성 부족의 감소가 불안증상, 우울증상, 일상적 기능 손상 수준의 개선 효과를 매개하는지 여부를 검증하는 데 주 목적이 있다. 기존 선행연구의 제한점을 보완하기 위해, DSM-5(Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders fifth edition; American Psychiatric Association, 2013) 기준을 적용하여, 다양한 불안장애 및 우울장애로 진단된 내담자를 모집하였으며, UP의 5가지 핵심 모듈을 포함한 총 8회기 프로그램을 구성하여 치료를 실시하고자 하였다. 또한 본 연구는 정서장애 증상뿐만 아니라 일상 기능 손상 수준까지 포함한 임상 지표를 활용하여, 치료 효과를 임상적 증상과 실제 일상생활 기능 수준이라는 두 가지 측면에서 종합적으로 검토하고자 하였다. 매개효과 분석은 독립변인의 변화가 매개변인의 변화에, 그리고 매개변인의 변화가 결과변인의 변화에 선행한다는 시간적 우선성을 전제로 한다(Kendall et al., 2017). 이러한 시간적 구조가 불분명할 경우 인과적 설명력을 확보하기 어려우므로, 본 연구는 해당 요건을 충족하는 설계를 통해 UP의 변화 기제를 보다 명확히 검토하고자 하였다. 이를 위해 치료 후 뿐만 아니라 종결 3개월이 경과된 추후 평가까지 실시하여 UP 효과의 지속성과 UP 동안 심리적 유연성 부족의 변화가 정서장애 증상 및 기능 수준 변화에 미치는 영향을 함께 검토하고자 하였다. 이를 통해 UP의 효과성과 변화 기제에 대한 더욱 다각적이고 경험적인 근거를 제시하는 데 기여하고자 한다.

방 법

연구 대상

본 연구는 대한민국 교육부와 한국연구재단이 지원하는 2022년도 중견연구자지원사업(2년 과제)의 일환으로 수행되었으며, 사용된 자료는 [정서장애에 대한 단일화된 범진단적 치료의 효과: 매개변인으로서 심리적 유연성 부족 및 조절/예측변인으로서 기저선 증상 심각도와 불안민감성] 과제의 일환으로 수집되었다. 본 연구는 UP의 변화 기제를 검증하기 위해, UP의 개인 및 집단치료 데이터를 통합하여 UP조건 데이터¹⁾로 활용하였으며, 이후 대기통제조건과 비교하였다. 최소 한 가지 이상의 불안 또는 우울장애 진단기준에 해당하는 참가자를 모집하기 위해 온라인과 오프라인 홍보를 실시하였다. 구체적인 연구 참가자의 선발 과정은 그림 1에 제시되어 있다. 그림 1에서 보듯이, 연구 참여를 희망한 대학생들은 4가지 자기보고형 검사(Center for Epidemiologic Studies Depression Scale [CES-D], Generalized Anxiety Disorder-7 [GAD-7], Panic Disorder Severity Scale [PDSS], Social Phobia Inventory [SPIN])를 실시하였고, 그 결과, 총 363명 중 248명이 절단점 이상의 점수에 해당하여 1차 선발되었다. 그 다음에는 1차 선발된 참가자들을 대상으로 DSM-5 기준에 의거하여 정확한 진단을 결정하기 위해 ADIS-5(Anxiety Disorders Interview Schedules for DSM-5; Brown & Barlow, 2014)를 사용하여 반구조화된 면접을 실시하였다. 이 면접은 임상심리학 전공 석사과정생들이 소정의 교육을

1) 본 연구에서 사전동등성 검증 및 치료 효과 검증 실시한 결과, 모든 종속변인에서 UP의 집단치료와 개인치료 조건 간 차이는 유의하지 않았다.

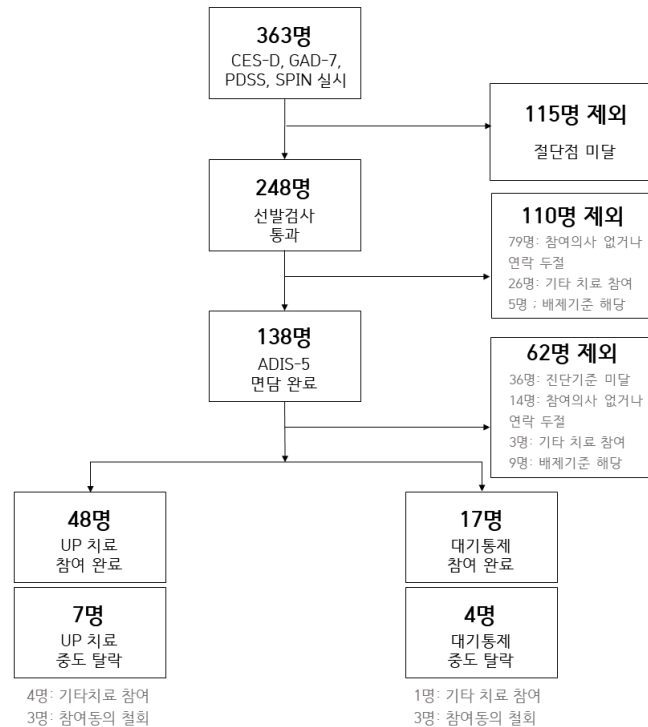


그림 1. 연구 진행 과정에서 연구 참가자의 인원수 변화

주: CES-D = Center for Epidemiologic Studies Depression Scale; GAD-7 = Generalized Anxiety Disorder-7; PDSS = Panic Disorder Severity Scale; SPIN = Social Phobia Inventory; ADIS-5 = Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-5; UP = unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders.

받은 후 진행하였으며, 이후 임상심리전문가가 주관하는 사례회의에서 최종 진단을 확정하였다. 이렇게 반구조화된 임상 면접을 완료한 138명 중 최종 선발된 인원은 76명이었다.

연구진은 참가자들의 의견을 반영하여 각 조건에 배정하였으며, UP 조건에 배정된 참가자들은 사전에 개인 사정(예: 공강시간, 하교 후 아르바이트, 통학 버스 시간 등)을 고려하여 치료에 참여 가능한 일정을 파악하고, 치료자와 일정을 조율한 후 프로그램을 진행하였다. 사전, 사후 그리고 3개월 추후 평가를 모두 완료한 인원은 UP 조건에서 총 48명(남

자 16명, 여자 32명), 대기통제조건은 총 17명(남자 4명, 여자 13명)이었다. 두 조건 간 성별 분포는 유의한 차이를 보이지 않았다, $\chi^2(1) = .57, p = .45, ns$. 표 1에 각 조건 참가자들의 평균 나이(표준편차), 그리고 치료 전의 주 진단과 공병 진단의 백분율을 제시하였다. 두 조건 간 참가자들의 나이는 유의한 차이를 보이지 않았다, $t(63) = -.35, p = .73, ns$. 본 연구에서는 적절한 표본 크기를 산출하기 위하여 G-Power 3.1을 활용하였다. 효과크기 0.25, 유의수준 0.05, 검증력 0.95, 집단 수 2, 측정 수 3으로 설정하여 분석을 실시한 결과, 필요

표 1. 연구 참가자들의 평균 나이(표준편차), 주 진단 및 공병 진단 수 분포(사전)

| | 전체 (N = 65) | UP (n = 48) | 대기통제 (n = 17) |
|--------------|----------------|----------------|------------------|
| 나이 | 21.80(2.09) | 21.85(2.12) | 21.65(2.03) |
| 주진단[n(%)] | | | |
| 사회불안장애 | 46(70.77) | 36(75) | 10(58.82) |
| 주요우울장애 | 11(16.92) | 8(16.67) | 3(17.65) |
| 지속성 우울장애 | 4(6.15) | 2(4.17) | 2(11.77) |
| 외상 후 스트레스 장애 | 2(3.08) | 1(2.08) | 1(5.88) |
| 범불안장애 | 1(1.54) | | 1(5.88) |
| 강박장애 | 1(1.54) | 1(2.08) | |
| 공병 진단[n(%)] | | | |
| 최소 1가지 이상 | 40(61.54) | 31(64.58) | 9(52.94) |
| 주요우울장애 | 18(27.69) | 16(33.33) | 2(11.77) |
| 사회불안장애 | 11(16.92) | 7(14.58) | 4(23.53) |
| 범불안장애 | 5(7.69) | 4(8.33) | 1(5.88) |
| 지속성 우울장애 | 12(18.46) | 9(18.75) | 3(17.65) |
| 특정공포증 | 6(9.23) | 6(12.50) | |
| 외상 후 스트레스 장애 | 1(1.54) | | 1(5.88) |
| 신체이형장애 | 1(1.54) | 1(2.08) | |
| 공황장애 | 2(3.08) | 2(4.17) | |

주. UP = unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders.

한 최소 표본 크기는 44명이었으며, 본 연구의 최종 표본(N = 65)은 이를 상회하였다.

모든 연구 참가자에게는 참여 비율에 따라 상이한 금액의 상품이 제공되었고, 본 연구는 소속 기관의 생명윤리위원회(IRB)의 심의 및 승인을 거쳐 시행되었다(HIRB-2022-067).

치료 프로그램

본 연구는 조용래 외(2023)의 연구 및 UP

모듈(Barlow, Ellard, et al., 2011/2017; Barlow, Farchione, et al., 2011/2017)을 기반으로 총 8회기 프로그램으로 구성하였다. 본 연구의 UP 프로그램은 핵심 모듈 5가지와 추가 모듈 3가지로 구성되어 있으며, 각 회기는 참가자들이 하나의 핵심 개념을 충분히 이해하고 적용할 수 있도록 설계되었다(남수아 외 2023a; Bullis et al., 2015). UP 참가자들은 매주 1회씩 총 8주간 치료에 참여하였으며, 프로그램은 개인 또는 4-5명으로 구성된 작은 집단으로 실시되

표 2. UP 프로그램의 회기별 핵심 주제, 주요 실습 및 과제 내용

| 회기 | 제목 | 주제(목표) | 주요 실습 및 과제 내용 |
|----|---------------------|--|--|
| 1 | 변화 동기의 유지와 치료 목표 수립 | 정서장애에 대한 이해와 치료 동기 강화, 치료 목표 설정 | - 실습: 결정 저울 연습, 치료 목표 설정 기록지 작성 - 과제: 불안 및 우울증상 모니터링(경과 기록지 작성, 매주) |
| 2 | 정서 이해와 관찰 훈련 | 정서 반응을 이해하고, 정서를 인식하고 관찰하는 방법 배우기 | - 실습: 정서 3요소 모형 작성, 정서 반응 모니터링 - 과제: 정서의 ARC모형 실습 기록지 작성 |
| 3 | 현재 순간의 정서 경험 알아차리기 | 현재 순간에 주의를 기울이며 정서 경험을 비판단적으로 알아차리는 방법 배우기 | - 실습: 현재 초점 비판단적 알아차림, 정서 유도 상황에서 비판단적 알아차림 - 과제: 일상생활에서 비판단적인 알아차림 적용 & 실습 기록지 작성 |
| 4 | 생각과 정서의 관계 이해하기 | 생각이 정서 반응에 미치는 영향을 이해하기 | - 실습: 모호한 그림 해석, 핵심적인 자동적 평가 찾기(하향 화살표 기법), 자동적 평가 내 생각의 뒷을 찾고 대안적 평가 만들기 - 과제: 자동적 평가 내 생각의 뒷을 찾고 대안적 평가 만들기 실습 기록지 작성 |
| 5 | 행동과 정서의 관계 이해하기 | 행동이 정서 반응에 미치는 영향을 이해하기 | - 실습: 미묘한 행동적 회피/인지적 회피/안전신호 찾기, 정서주도행동과 새로운(상반된) 대안행동 작성하기 - 과제: 정서주도행동과 상반된 새로운 대안 행동 실천 후 실습 기록지 작성 |
| 6 | 신체감각 알아차림 및 감내하기 | 정서 반응을 결정하는 데 있어 내부 신체 감각의 역할을 이해하기 | - 실습: 증상 유도 과제 및 양식 작성하기 - 과제: 증상 유도 실습 기록지 작성 |
| 7 | 정서노출을 통해 정서에 직면하기 | 정서노출에 대한 필요성을 이해하고, 강렬한 정서에 직면하는 방법 배우기 | - 실습: 회피 위계 목록 작성, 정서노출 실습, 정서노출 실습 기록지 작성 - 과제: 3회의 정서노출 실습 수행 및 실습 기록지 작성 |
| 8 | 종결과 미래 계획 세우기 | 프로그램을 통한 성취를 되돌아보고, 향후 실천 방안을 구체화하기 | - 실습: 진전도 평가, 미래 실천 계획 수립, 프로그램 참여 소감 나누기 |

주. UP = unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders.

었다. 개인치료는 한 회기당 약 60분 동안 진행되었으며(조용래 외, 2023; Barlow et al., 2017; Ellard et al., 2010), 다른 회기에 비해 실습이 상대적으로 많이 포함된 3회기와 7회기는 약 90분 동안 진행되었다. 각 회기 시작 전에는 참가자가 일상생활에서 수행한 과제를 점검하고 상호 피드백을 제공하는 시간을 가졌으며, 이후 새로운 핵심 주제를 중심으로 심리교육과 실습이 이루어졌다. 회기를 마치고 전에는 참가자의 소감을 듣고, 다음 주 동안 수행할 과제에 대해 안내하였다. 7회기에는 정서 노출 실습이 포함되었으며, 내담자의 주 호소 문제와 정서 노출 도전 과제에 따라 외부 인원의 참여가 필요할 경우(예: 청중 역할 등), 사전에 보조인력을 교육 및 준비를 해 둔 후 실습을 진행하였다. 회기를 완료한 후에는 피드백을 주고받는 시간을 가졌다.

집단치료의 경우, 평균 4.2명의 참가자(범위 4-5)를 대상으로 주 치료자 1명과 보조치료자 2명이 회기당 약 120분씩 치료를 진행하였다(Bullis et al., 2015). 다른 회기에 비해 실습이 상대적으로 많이 포함된 3회기와 7회기의 경우, 약 180분이 소요되었다. 각 회기 시작 전에는 참가자가 일상생활에서 수행한 과제를 점검하고 상호 피드백을 제공하는 시간을 가졌으며, 이어서 해당 회기의 새로운 핵심 주제를 중심으로 심리교육과 실습이 이루어졌다. 회기를 마치고 전에는 참가자들의 소감을 듣고, 다음 주 동안 수행할 과제에 대해 안내하였다. 7회기에는 정서 노출 실습이 포함되었으며, 각 내담자의 주 호소 문제와 정서 노출 도전 과제에 따라 다른 집단 구성원들에게 역할(예: 특정 가족 역할, 청중 역할 등)을 부여하기도 하였다. 집단 내에서는 구성원들이 학습한 기술을 실제로 활용하며 상호 도움을

주고 피드백을 주고받을 수 있는 기회를 제공하였다. 참가자 당 총 치료 시간은 집단치료(보조치료자의 치료 제공 시간 = 주 치료자의 1/2로 환산하여 산출)와 개인치료 둘 다 약 8시간이었다. 8회기로 구성된 UP 프로그램의 각 회기별 주요 내용 등은 표 2에 제시하였다.

치료자

모든 치료자들은 구조화된 프로토콜에 기초하여 UP 프로그램을 진행하였다. 집단치료자는 UP 및 인지행동치료 교육을 수료한 임상심리전문가 2명²⁾이 맡았으며, 각각 9명과 16명의 참가자를 맡아서 프로그램을 진행하였다. UP 개인치료 프로그램의 경우, 4명의 임상심리전문가(각각 참가자 14명, 5명, 1명, 1명)³⁾와 임상심리전문가 수련과정을 진행 중인 석사과정 4학기 2명이 각각 1명씩 맡아 치료를 실시하였다. UP 국내판 워크북과 치료자 가이드를 번역한 연구책임자가 전체 치료 과정을 지도 감독하였으며, 해당 연구책임자는 임상심리전문가, 정신보건 임상심리사 1급, 인지행동치료 전문가 및 명상지도전문가(R급) 자격을 보유하고

2) 집단치료를 진행한 두 명의 임상심리전문가(각각 16명과 9명의 참가자 담당) 간 치료 효과 차이를 확인하기 위해, 치료자 변인을 독립변인으로 혼합설계에 기초한 반복측정 분산분석(mixed repeated measures ANOVA)을 실시한 결과, 모든 종속변인에서 치료자 간 유의한 차이는 나타나지 않았다.

3) UP 개인치료에서는 두 명의 임상심리전문가가 각각 14명과 5명의 참가자를 담당하였으며, 치료자 간 효과 차이를 검토하기 위해 위와 동일한 분석방법을 실시한 결과, 모든 종속변인에서 치료자 간 유의한 차이는 확인되지 않았다.

고 있다.

측정도구

사회공포증 검사(Social Phobia inventory [SPIN])

Connor 외(2000)가 개발한 총 17문항으로 구성된 자기 보고형 척도로, 본 연구에서는 한국판 SPIN(Cho et al., 2018)을 참가자 선발 도구로 활용하였다. 사회불안증상의 심각도를 5점 Likert형의 척도에 평정하도록 되어 있으며, 본 연구 자료의 내적 일치도(Cronbach's α)는 .92였다.

범불안장애-7문항(Generalized Anxiety Disorder-7 [GAD-7]) 척도

Spitzer 외(2006)가 개발한 총 7문항으로 구성된 자기 보고형 척도로, 본 연구에서는 원척도를 제공하는 공식 홈페이지(<https://www.phqscreeners.com/select-screener/>)의 한국어판 번역본을 참가자 선발 도구로 활용하였다. 최근 2주 간의 범불안증상의 수준을 4점 Likert형의 척도에 평정하도록 되어 있으며, 본 연구 자료의 내적 일치도(Cronbach's α)는 .84였다.

공황장애 심각도 척도(Panic Disorder Severity Scale [PDSS])

Shear 외(1997, 2001)가 개발한 자기 보고형 척도로, 본 연구에서는 Lee 외(2009)가 우리말로 번안 및 타당화한 한국판 PDSS를 참가자 선발 도구로 활용하였다. 공황장애 증상의 심각도에 대해 총 7가지 영역을 평가하도록 되어 있으며, 본 연구 자료의 내적 일치도(Cronbach's α)는 .88이었다.

역학연구센터용 우울척도(Center for Epidemiologic Studies Depression Scale [CES-D])

Radloff(1977)가 개발한 총 20문항으로 구성된 자기 보고형 척도로, 본 연구에서는 한국판 CES-D(전경구 외, 2001)를 참가자 선발 도구로 활용하였다. 최근 1주일 간 경험한 우울 관련 증상들을 4점 Likert형의 척도에 평정하도록 되어 있으며, 본 연구 자료의 내적 일치도(Cronbach's α)는 .91이었다.

벡 불안 척도(Beck Anxiety Inventory [BAI])

Beck 외(1988)가 개발한 총 21개 문항으로 구성된 자기 보고형 척도로, 본 연구는 Lee 외(2016)가 번안하고 타당화한 한국판 BAI를 활용하였다. 불안과 관련된 인지, 정서, 행동 및 신체적 증상을 지난 1주일 기준으로 평정하도록 되어 있으며(4점 Likert형 척도), 본 연구에서는 임상적인 불안증상에 대한 UP의 효과를 검증하는 데 사용하였다. 본 연구 자료의 내적 일치도(Cronbach's α)는 사전 .88, 사후 .87, 추후 .89였다.

벡 우울척도(Beck Depression Inventory-II [BDI-II])

Beck 외(1996)가 개발한 총 21개 문항으로 구성된 자기 보고형 척도로, 본 연구는 Lim 외(2019)가 우리말로 번안 및 타당화한 한국판 BDI-II를 활용하였다. 최근 2주 간 경험한 임상적인 우울증상을 4점 Likert형의 척도에 평정하도록 되어 있으며, 본 연구에서는 임상적 우울증상에 대한 UP의 효과를 측정하기 위해 본 척도를 사용하였다. 본 연구 자료의 내적 일치도(Cronbach's α)는 사전 .90, 사후 .89, 추후 .91이었다.

일과 사회 적응 척도(Work and Social Adjustment Scale [WSAS])

Marks(1986)가 개발하고 Mundt 외(2002)가 타당화한 총 5문항으로 구성된 자기 보고형 척도로(9점 Likert형 척도), 본 연구는 장애리(2013)가 우리말로 번안 및 타당화한 한국판 WSAS를 활용하였다. 본 연구에서는 일상적 기능 손상 수준에 대한 UP의 효과를 검증하는 데 사용하였다. 본 연구 자료의 내적 일치도(Cronbach's α)는 사전 .87, 사후 .90, 추후 .88이었다.

DSM-5에 대한 불안장애 면접 스케줄 (Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-5 [ADIS-5])

참가자 선발을 위해 조용래 외(2023)가 번역한 한국판 ADIS-5를 사용하였으며, 이 반구조화된 면접도구는 Brown과 Barlow(2014)가 개발하였다. DSM-5 진단기준에 근거하여 다양한 불안 및 우울장애 진단과 공병 여부를 평가하기 위해 사용되었으며, 임상적 심각도 평정치는 각 정신장애의 심각도를 9점 Likert형의 척도로 평가하는 방식이며, 4점 이상이면 DSM-5 진단기준에서 임상적 역치에 해당하는 것으로 간주된다.

수용과 행동 질문지(Acceptance and Action Questionnaire- II [AAQ- II])

Bond 외(2011)가 개발한 총 7문항의 자기 보고형 질문지⁴⁾로, 본 연구에서는 허재홍 외

4) AAQ-II로 측정되는 구성개념을 '경험 회피'로 정의한 선행연구들도 다수 존재하나, 원 저자의 논문(Bond et al., 2011)을 검토한 결과, AAQ-II는 단순히 내적 경험의 회피 뿐만 아니라 가치 지향적 행동 감소와 인지적 융합 등의 내용도 함

(2009)가 우리말로 번안한 척도를 활용하였다. 심리적 유연성 부족 수준을 7점 Likert형의 척도에 평정하도록 되어 있으며, 본 연구 자료의 내적 일치도(Cronbach's α)는 사전 .89, 사후 .93, 추후 .89였다.

측정 절차 및 측정 시기

모든 참가자를 대상으로 간단한 설문과 면접을 통해 성별, 나이, 심리치료나 정신건강의학과 치료 병력, 정신장애 병력 등을 확인하였다. 두 조건에 속한 참가자들은 불안증상, 우울증상, 일상적 기능 손상 수준 및 심리적 유연성 부족에 대한 자기보고식 검사들을 사전, 사후 및 추후 3개월에 실시하였다.

분석방법

먼저, χ^2 검증과 독립표본 t 검증을 통해 성별, 나이 및 사전에 측정된 종속변인에 대한 UP 조건과 대기통제조건 간의 사전동등성 검증을 실시하였다. 치료조건(UP조건, 대기통제조건)과 측정시기에 따른 치료 효과 차이가 유의한지를 검증하기 위하여, 혼합설계에 기초한 반복측정 분산분석(mixed repeated measures ANOVA) 및 단순효과 검증(상호작용효과가 유의할 경우)을 실시하였다. 또한 각 치료조건별로 불안증상, 우울증상, 일상적 기능 손상 수준 및 잠정적인 매개변인(심리적 유연성 부족)에 대한 치료조건 내 효과크기(Hedge's g)를 산출하였다.

아울러, 본 연구에서는 PROCESS macro의

4) 측정하고 있기 때문에, 본 연구에서는 이를 '심리적 유연성 부족'이라는 용어로 사용하기로 하였다(남수아, 조용래, 2020).

Model 4(Hayes, 2015)를 이용하여 잠정적인 매개변인(심리적 유연성 부족)의 매개효과를 검증하였다. 매개효과를 검증하는데 있어서 요구되는 주요한 조건인 시간적 우선성을 반영하기 위하여 사전과 사후의 잠정적인 매개변인의 변화가 사전과 추후 시기에 나타나는 여러 종속변인들의 변화에 영향을 미치는지 분석하고자 하였으며, 이를 위하여 각 종속측정치들과 잠정적인 매개변인의 차이 점수를 산출하여 활용하였다. 부트스트래핑(bootstrapping)을 사용하여 95% 신뢰구간 내에서 간접효과의 유의성을 확인하였으며, 간접효과의 신뢰구간이 0을 포함하지 않으면 매개효과가 유의하다고 해석할 수 있다(Hayes, 2009; Shrout & Bolger, 2002). 이 방법은 표본 크기가 제한적이거나 수집된 자료가 정규분포 가정을 충족하지 못할 때 효과 추정이 가능하다는 이점이 있다. 본 연구의 자료 분석은 IBM SPSS Statistics 21 프로그램을 이용하여 진행되었다.

결 과

사전동등성 검증

UP조건과 대기통제조건에서 각 종속측정치

들이 기저선에서 유의한 차이가 있는지를 검증한 결과, 두 치료조건 간에 어떠한 변인에서도 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다. 그 결과를 표 3에 제시하였다.

주요 변인에 대한 UP의 효과 검증

각 치료조건 간 분산의 동질성을 확인하기 위해 구형성 검정을 실시하였고, 불안증상 변인에는 Mauchly, 우울증상 및 일상적 기능 손상 변인에는 Greenhouse-Geisser 수정방식을 적용하였다. 그 결과, 모든 변수에서 구형성 가정이 충족되었다.

분석 결과(표 4), 불안증상과 일상적 기능 손상은 치료조건에 따른 주효과가 유의하지 않았으나, 측정시기의 주효과와 치료조건과 측정시기 간 상호작용효과는 유의하게 나타났다. 단순효과 검증을 실시하여 상호작용효과의 소재를 구체적으로 살펴본 결과, 불안증상 및 일상적 기능 손상 모두, UP조건에서는 사전에 비해 사후 및 추후 둘 다에서 유의하게 감소되었고, 사후에 비해 추후에도 유의하게 감소하였다. 이에 반해, 대기통제조건에서는 사전, 사후, 추후 시점 간 어떤 비교에서도 유의한 차이를 보이지 않았다. 우울증상의 경우, 치료조건의 주효과는 유의하지 않았으나, 측

표 3. 각 변인들에 대한 조건별 평균(표준편차) 및 각 치료조건 간 사전동등성 검증

| 변인 | UP (n = 48) | 대기통제 (n = 17) | t(p) |
|------------|----------------|------------------|------------|
| 불안증상 | 13.67(9.02) | 11.00(8.45) | -1.06(.29) |
| 우울증상 | 18.65(9.79) | 15.71(9.14) | -1.08(.28) |
| 일상적 기능 손상 | 12.56(9.14) | 8.65(7.53) | -1.58(.12) |
| 심리적 유연성 부족 | 27.06(8.53) | 25.35(7.40) | -.73(.47) |

주. UP = unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders.

표 4. 조건과 시기별 각 종속변인의 평균, 표준편차의 혼합 반복측정 분산분석 결과

| 종속변인 | 치료 조건 | 사전 | 사후 | 추후 | 조건(C) | 시기(T) | C × T |
|---------------|-------|-----------------|-----------------|-----------------|-------|----------|----------|
| | | M(SD) | M(SD) | M(SD) | | F | |
| 불안증상 | UP | 13.67 (1.28) | 8.19 (.94) | 5.63 (.91) | .08 | 11.15*** | 6.55** |
| | 대기통제 | 11.00 (2.15) | 7.41 (1.58) | 10.47 (1.53) | | | |
| 우울증상 | UP | 18.65 (1.39) | 9.08 (1.04) | 8.73 (1.13) | .77 | 19.18*** | 5.93** |
| | 대기통제 | 15.71 (2.34) | 14.11 (1.74) | 11.59 (1.89) | | | |
| 일상적 기능 손상 | UP | 12.56 (1.26) | 7.24 (1.04) | 4.62 (.87) | .00 | 8.22** | 4.05* |
| | 대기통제 | 8.65 (2.13) | 9.17 (1.75) | 6.78 (1.46) | | | |
| 심리적 유연성 부족 | UP | 27.06 (1.19) | 18.48 (1.15) | 18.40 (1.07) | 3.58 | 14.13*** | 10.20*** |
| | 대기통제 | 25.35 (2.00) | 25.41 (1.94) | 23.88 (1.80) | | | |

주. UP = unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders.

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

정시기의 주효과 및 치료조건과 측정시기의 상호작용효과는 유의하였다. 단순효과 검증을 실시하여 상호작용효과의 소재를 구체적으로 살펴본 결과, UP조건에서는 사후 및 추후 시점 모두에서 우울증상이 사전에 비해 유의하게 감소하였으며, 사후와 추후 간 변화는 유의하지 않았다. 반면, 대기통제조건에서는 세 시점 모두에서 유의한 증상 변화가 나타나지 않았다.

주요 변인에 대한 조건별 참가자 내 효과크기 분석

각 종속변인별로 사전-사후 및 사전-추후 시

점에서 치료조건 내 효과크기를 산출(Hedge's g) 하였으며, 구체적인 결과는 표 5에 제시하였다. 각 치료조건 내에서 사전-사후 시기의 변화에 대한 효과크기를 산출한 결과, UP조건에서는 불안증상, 우울증상 및 일상적 기능 손상에서 중간 정도의 효과크기를 보이거나 높은 수준의 개선 효과를 보였다. 반면, 대기통제조건에서는 일상적 기능 손상의 경우 오히려 경미한 악화 경향을 보였으며, 불안증상 및 우울증상에 대해서도 변화의 정도가 비교적 작았다.

사전-추후 시기의 변화에 대한 효과크기를 산출한 결과, UP조건에서는 불안증상, 우울증상 및 일상적 기능 손상 모두에서 큰 효과크

표 5. 각 변인별 치료조건 내 효과크기(Hedge's *g*)

| 종속변인 | UP(<i>n</i> = 48) | | 대기통제(<i>n</i> = 17) | |
|------------|--------------------|-------|----------------------|-------|
| | 사전-사후 | 사전-추후 | 사전-사후 | 사전-추후 |
| 불안증상 | .69 | 1.06 | .45 | .06 |
| 우울증상 | 1.12 | 1.12 | .17 | .44 |
| 일상적 기능 손상 | .64 | 1.02 | -.07 | .25 |
| 심리적 유연성 부족 | 1.02 | 1.06 | -.01 | .19 |

주. 굵은 글씨체로 표시된 수치는 효과크기가 아주 크거나 큰 수준임을 나타냄. UP = unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders.

기를 보였다. 반면, 대기통제조건에서는 대부분의 종속변인들이 아주 작거나 작은 효과크기를 보였다.

잠정적인 매개변인에 대한 UP의 효과 검증

UP조건과 대기통제조건 참가자들의 심리적 유연성 부족 수준을 각 측정시기별로 나누어 표 4에 제시하였다. 치료조건 간 분산의 동질성을 확인하기 위하여 Greenhouse-Geisser 수정 방식을 사용하였으며, 구형성 가정은 충족되었다. 심리적 유연성 부족은 치료조건에 따른 주효과가 유의하지 않았으나, 측정시기의 주효과와 치료조건과 측정시기 간 상호작용효과는 유의하게 나타났다. 단순효과 검증을 실시하여 상호작용효과의 소재를 구체적으로 살펴본 결과, UP조건에서는 사후 및 추후 시점 모두에서 심리적 유연성 부족 수준이 사전에 비해 유의하게 감소하였으며, 사후와 추후 간 변화는 유의하지 않았다. 반면, 대기통제조건에서는 세 시점 모두에서 유의한 증상 변화가 나타나지 않았다. 또한 각 치료조건별로 심리적 유연성 부족에 대한 참가자 내 효과크기를 산출한 결과(표 5), 대기통제조건은 사전과 사

후 비교에서 경미한 악화 경향(Hedge's *g* = -.01)을 보였고, 사전과 추후 비교에서는 작은 효과크기 수준(Hedge's *g* = .19)을 보였다. UP 조건은 사전과 사후 간(Hedge's *g* = 1.02), 그리고 사전과 추후 간(Hedge's *g* = 1.06) 비교에서 모두 큰 효과크기를 보였다. 이러한 결과는 대기통제조건과 비교하여 UP가 심리적 유연성 부족 수준을 개선시키는 데 더 유의한 효과가 있었음을 나타낸다.

UP의 효과에서 심리적 유연성 부족의 매개효과 검증

제시된 자료 분석방법을 적용하여, 각 결과 측정치들에 대해 매개효과 분석을 수행하였다. 이를 위하여 각 결과측정치는 사전과 추후 시기의 차이 점수를, 그리고 잠정적인 매개변인인 심리적 유연성 부족은 사전과 사후의 차이 점수를 산출하여 사용하였다. 먼저, 심리적 유연성 부족의 사전-사후 변화량 분석 결과, UP 조건이 대기통제조건에 비해 심리적 유연성 부족 수준에서 유의하게 더 큰 개선을 보였다, $B = 8.64, p < .001$. 각 결과측정치들에 대해 매개효과 분석을 수행한 결과(표 6), 치료조건

표 6. 부트스트래핑(Bootstrapping)을 통한 매개효과 분석 결과

| 종속변인 | 경로 | B | 직접효과 [95% CI] | 간접효과 [Bootstrap 95% CI] | 총 효과 [95% CI] |
|-----------|-----------------|---------|-----------------------|-------------------------------|-----------------------|
| 불안증상 | UP → AAQ-II | 8.64*** | | | |
| | AAQ-II → BAI | .47*** | 3.42 [-1.57, 8.41] | 4.10 [1.95, 6.89] | 7.51 [2.72, 12.30] |
| | UP → BAI | 3.42 | | | |
| 우울증상 | UP → AAQ-II | 8.64*** | | | |
| | AAQ-II → BDI-II | .66*** | .10 [-5.29, 5.49] | 5.70 [2.62, 9.69] | 5.80 [.35, 11.25] |
| | UP → BDI-II | .10 | | | |
| 일상적 기능 손상 | UP → AAQ-II | 8.64*** | | | |
| | AAQ-II → WSAS | .65*** | .45 [-5.13, 6.03] | 5.63 [2.77, 9.16] | 6.08 [.50, 11.66] |
| | UP → WSAS | .45 | | | |

주. UP = unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders; BAI = Beck Anxiety Inventory; BDI-II = Beck Depression Inventory-II; WSAS = Work and Social Adjustment Scale; AAQ-II = Acceptance and Action Questionnaire-II. *** $p < .001$.

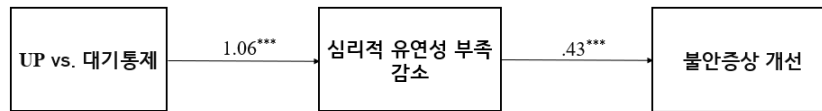


그림 2. 불안증상의 개선에 대한 UP의 효과에서 심리적 유연성 부족 감소의 완전매개효과

주. UP = unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. 경로계수는 표준화된 계수임.

*** $p < .001$.

에서 불안증상 개선으로 이어지는 직접 경로는 통계적으로 유의하지 않았던 반면, $B = 3.42$, $p = .18$, m , 매개변인을 통한 간접 경로는 유의하게 나타났다, $B = .47$, $p < .001$ (그림 2). 즉, 불안증상의 지속적인 개선에 있어 UP조건의 대기통제조건 대비 효과는 심리적 유연성 부족 감소에 의해 완전 매개되었다.

우울증상의 경우, 치료조건에서 우울증상 개선으로 이어지는 직접 경로는 통계적으로 유의하지 않았던 반면, $B = .10$, $p = .97$, m ,

매개변인을 통한 간접 경로는 유의하게 나타났다, $B = .66$, $p < .001$ (그림 3). 즉, 우울증상의 지속적인 개선에 있어 UP조건의 대기통제 조건 대비 효과는 심리적 유연성 부족의 감소에 의해 완전 매개되었다.

일상적 기능 손상의 경우, 치료조건에서 일상적 기능의 손상 개선으로 이어지는 직접 경로는 통계적으로 유의하지 않았던 반면, $B = .45$, $p = .87$, m , 매개변인을 통한 간접 경로는 유의하게 나타났다, $B = .65$, $p < .001$ (그림

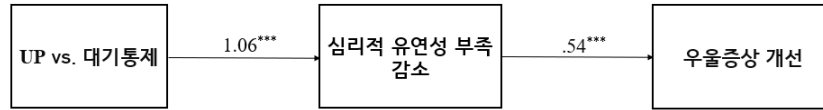


그림 3. 우울증상의 개선에 대한 UP의 효과에서 심리적 유연성 부족 감소의 완전매개효과

주. UP = unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. 경로계수는 표준화된 계수임.

*** $p < .001$.

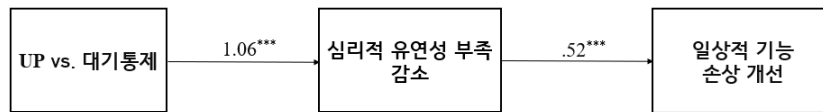


그림 4. 일상적 기능 손상의 개선에 대한 UP의 효과에서 심리적 유연성 부족 감소의 완전매개효과

주. UP = unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. 경로계수는 표준화된 계수임.

*** $p < .001$.

4). 즉, 일상적 기능 손상의 지속적인 개선에 있어 UP조건의 대기통제조건 대비 효과는 심리적 유연성 부족의 감소에 의해 완전 매개되었다.

논 의

본 연구는 총 8회기로 구성된 정서장애의 단일화된 범진단적 치료 프로토콜(UP)을 적용하여, 불안 및 우울장애 증상과 일상적 기능 손상 수준에 대한 UP의 변화 기제를 경험적으로 규명하고자 하였다. 이를 위해 선행연구 및 이론적 근거에 따라 심리적 유연성 부족의 감소를 잠재적 매개변인으로 상정하였으며, 대기통제조건과의 비교를 통해 UP가 불안증상, 우울증상, 그리고 일상적 기능 손상 수준에 미치는 치료 효과가 심리적 유연성 부족의 감소에 의해 매개되는지를 검증하였다.

그 결과, UP는 대기통제조건에 비해 정서장애를 겪고 있는 대학생 참가자들의 불안 및

우울증상과 일상적 기능 손상 수준을 유의하게 감소시켰으며, 이러한 효과는 치료 종결 3개월 후에도 유지되었다. 이는 국외 연구들(Ellard et al., 2010; Farchione et al., 2012)과 국내 연구들(김소화, 박정수, 2023; 김형하, 조용래, 2021; 남수아 외, 2021; 남수아 외, 2023a, 2023b; 박혜진, 김근향, 2020; 조용래 외, 2023; 현정은, 김근향, 2021; Cha et al., 2021)에서 보고된 결과와 일치한다. 특히 임상 집단을 대상으로 총 12-16회기 이상의 UP를 적용한 국외 연구들(Barlow et al., 2017; Pedro et al., 2025; Sauer-Zavala et al., 2020)과 비교했을 때, 본 연구는 더 간명한 8회기 개입만으로도 임상적으로 유의한 치료 효과를 확인하였다는 점에서 의의가 있다.

또한 UP는 정서장애를 지닌 개인들의 심리적 유연성 부족 수준을 감소시키는데 효과적이었다. 이는 UP 또는 이에 기초한 단기 범진단적 개입이 심리적 유연성 부족 수준을 감소시키거나 심리적 유연성 부족의 하위 요소 중 하나인 경험회피를 개선하는 데 효과적이라고

보고한 선행연구들(Cha et al., 2021; Eustis et al., 2020; Khakpoor, Bytamar, et al., 2019; Schaeuffele et al., 2022)의 결과와 일치한다. 나아가 본 연구의 결과는 UP가 불편한 내적 경험에 대한 회피나 통제를 변화시키고, 더욱 수용적이고 가치 지향적인 대처를 촉진한다는 이론적 기반(Arch et al., 2012; Hayes et al., 2004)과도 부합한다.

매개효과에 대한 분석에서는 본 연구의 가설과 일치되게, 심리적 유연성 부족의 조기 감소(사전-사후 간 변화)는 불안증상, 우울증상 및 일상적 기능의 손상 개선에 대한 UP의 지속적 효과를 완전 매개하는 것으로 나타났다. 이는 심리적 유연성 부족의 변화가 UP의 치료 효과를 설명하는 주요한 변화 기제로 작용했음을 시사한다. 다시 말해, UP의 효과는 불안증상, 우울증상 및 일상적 기능의 손상 개선에 직접적인 영향을 미치기보다는 심리적 유연성 부족의 유의한 감소를 매개로 나타났으며, 이는 심리적 유연성 부족의 감소가 핵심적인 과정 변인으로 기능했음을 의미한다. 이러한 양상은 UP를 20회기로 구성하여 실시한 국외 선행연구(Khakpoor, Bytamar, et al., 2019)에서도 보고되었으며, 해당 연구에서도 심리적 유연성 부족의 감소가 정서 증상의 개선과 유의한 관련을 보였다. 따라서 본 연구는 정서장애 증상 및 일상적 기능의 손상 수준에 대한 UP의 효과를 설명하는 변화 기제로서 심리적 유연성 부족의 매개역할을 지지하는 경험적인 근거를 제공한다. 나아가, 이러한 결과는 심리적 유연성 부족이 다양한 정신 건강 문제의 발병과 유지에 관여하는 핵심적인 심리적 기제로 작용한다는 이론적 주장(Hayes et al., 2006; Kashdan et al., 2020)과도 그 맥락을 같이한다.

한편, 본 연구의 결과는 UP가 심리적 유연성 부족이라는 범진단적 과정 변인을 유의하게 개선시켰음을 보여주었으며, 이는 개인의 정서 경험에 대한 반응을 변화시킬 수 있다는 기존 선행연구들(Boswell et al., 2013; Espejo et al., 2017; Gratz et al., 2015; Sauer-Zavala et al., 2012; Thompson-Brenner et al., 2018; Zemestani et al., 2017)과도 일치한다. 이러한 결과는 UP의 이론적 기반 및 치료 목표와도 연결된다. 삼중 취약성 이론(Barlow, 2000)에 따르면, 정서장애는 일반화된 생물학적 취약성, 일반화된 심리적 취약성, 그리고 특정한 심리적 취약성의 상호작용으로 발생한다. 이 중 일반화된 심리적 취약성은 ‘나는 감정을 감당할 수 없다.’, ‘세상은 예측 불가능하다.’와 같은 통제 불능감과 관련되며, 다양한 정서장애에서 공통적으로 작용하는 기저 병리 과정으로 간주된다(Khakpoor, Bytamar, et al., 2019). 이러한 심리적 취약성은 경험회피, 정서 억제, 인지적 융합 등과 같은 경직된 반응 양식으로 표현되며, 이는 곧 심리적 유연성 부족의 핵심 구성 요소들이다. UP는 이러한 경직된 반응 양식을 변화시키는 것을 핵심 목표로 삼고 있으며, 내담자가 불편한 감정이나 사고를 보다 유연하게 수용하고, 자신의 가치에 기반한 행동을 선택할 수 있도록 돕는다. 이는 단순히 정서장애 증상을 감소시키는 것에 그치지 않고, 개인이 자신의 내적 경험과 보다 건강한 관계를 형성하도록 촉진하는 데 중점을 둔 치료이다. 본 연구에서 확인된 심리적 유연성 부족의 감소가 정서장애 증상 및 일상적 기능의 손상 수준 개선을 완전 매개한 결과는, UP가 정서 경험에 대한 반응 양식을 변화시키는 치료임을 뒷받침하며, 심리적 유연성 부족을 정서장애 치료의 핵심 변화 기제로 고려해야 할

필요성을 시사하는 결과로 해석할 수 있겠다.

아울러, 정서조절곤란을 중심으로 UP의 변화 기제를 규명했던 선행연구들(남수아 외, 2021; 남수아 외, 2023b; Khakpoor, Saed, et al., 2019)과 달리, 본 연구는 심리적 유연성 부족이라는 상위적이고 범진단적 과정 변인을 UP 효과의 잠정적인 매개변인으로 설정하여 검증하였다. 정서조절곤란이 ‘정서 경험을 인식, 수용 및 조절하는 과정에서 나타나는 어려움’에 초점을 둔다면, 심리적 유연성 부족은 ‘불편한 내적 경험과 맺는 관계의 경직성 및 가치 기반 행동의 결여’를 포함하는 상위적 및 맥락적 적응의 부족을 의미한다고 볼 수 있다 (Bond et al., 2011; Hayes et al., 2004, 2006). UP의 핵심 모듈(비판단적인 정서 알아차림, 인지 재평가, 정서주도행동에 대항하기, 신체감각에 대한 알아차림과 감내, 신체감각과 상황에 기반을 둔 정서 노출)은 정서조절 기술 훈련에 국한되지 않고, 경직된 반응 양식을 변화시키고 유연성을 촉진하는 데 초점을 두고 있다 (Barlow, Ellard, et al., 2011/2017; Barlow, Farchione, et al., 2011/2017). 이러한 이론적 연결성에도 불구하고, 현재까지 국내 임상 집단에서 심리적 유연성 부족을 UP의 변화 기제로 검증한 경험적 근거는 전무하였다. 이러한 점들을 고려하여, 본 연구는 불안 및 우울증상, 일상적 기능 손상에 대한 UP의 효과가 심리적 유연성 부족의 조기 감소를 통해 완전 매개됨을 밝혔다. 이는 정서조절곤란에 국한되었던 기존 변화 기제 모델을 확장하고, UP의 효과가 내적 경험과의 관계 변화와 가치 지향적 행동 증진이라는 심리적 유연성의 증가를 통해서도 설명될 수 있음을 보여주었다는 점에서 기존 국내외 선행연구들과 구별된다.

더 나아가, 국내외 선행연구들과 본 연구를 비교하면 다음과 같다. 먼저, 남수아 외(2021)는 준임상 대학생 집단을 대상으로 단축형(5회기) UP를 실시하였으나, 일상생활 기능 손상 수준을 평가하지 않아 UP의 효과가 정서장애 증상의 완화뿐만 아니라 실제 일상생활의 기능 향상으로 이어졌는지를 확인할 수 없었다. 또한 사전-사후 시점만을 활용하여 매개효과를 분석하였기 때문에 시간적 우선성 조건을 충족하지 못하였다. 남수아 외(2023b)는 2021년 연구를 임상 집단으로 확장하여 정서조절곤란의 매개효과를 반복적으로 검증하였으나, 매개변인을 정서조절곤란에 한정하였다는 점에서 심리적 유연성 부족과 같은 범진단적 과정 변인을 고려하지 못하였다. 국외 연구들(Khakpoor, Bytamar, et al., 2019; Khakpoor, Saed, et al., 2019) 역시 DSM-IV 진단 체계에 근거하여 참가자를 선발하였으며, 소규모 표본과 일상생활 기능 수준 지표의 부재, 평균(Barlow et al., 2017; Ellard et al., 2010; Farchione et al., 2012)보다 긴 회기 구성 등 방법론적 한계가 있었다. 특히 Khakpoor와 Saed 외(2019)의 연구는 시간적 우선성 조건을 충족하지 못하였고, Khakpoor와 Bytamar 외(2019)의 연구에서는 시간적 우선성 조건 충족 여부가 명확히 보고되지 않았으며, 선행회귀분석만을 사용하여 범진단적 요인과 증상 간의 관계를 검토하였다는 한계가 있었다. 이에 비해 본 연구는 참가자 선발을 위해 DSM-5에 근거한 면접 도구를 사용하였고, 정서장애 증상뿐 아니라 일상생활 기능 손상 수준까지 포함한 임상 지표를 활용하였으며, 3개월 추후 평가와 8회기 구성이라는 보다 정밀하고 실용적인 설계를 적용하였다. 또한 사전-사후-3개월 추후 평가 측정을 통해 매개효과 분석에서 요구되

는 시간적 우선성 조건을 충족하였다는 점에서 연구 설계의 타당성을 높였다. 이와 같이, 본 연구는 국내 임상 집단에서 심리적 유연성 부족을 UP의 변화 기제로 규명한 첫 연구로서, 기존 국내외 연구에서 다루지 못한 주제를 선도적으로 고찰하였다.

본 연구의 몇 가지 제한점과 향후 후속 연구를 위한 보완 방향은 다음과 같다. 첫째, 본 연구에서는 모든 치료자가 UP 집중 워크숍을 이수하고, 구조화된 매뉴얼을 기반으로 정기적인 지도감독 하에 치료를 진행하였으나, 연구 참여자 모집 과정에서 현실적인 한계로 인해 임상심리학 석사과정 4학기 재학생 2명이 각각 1명씩 UP 개인치료를 담당하였다. 향후 연구에서는 치료자 변인이 UP의 효과에 미치는 영향을 보다 체계적으로 검토할 필요가 있다.

둘째, 본 연구는 불안 및 우울 관련 장애에 대한 DSM-5 진단기준을 충족한 임상 집단 참가자를 대상으로 수행되었으나, 참가자들이 모두 특정 지역의 대학생으로 한정되어 있어 본 연구의 결과를 다른 정서장애 진단군이나 다양한 임상 집단으로 일반화하기에는 한계가 있다. 이에 추후 연구에서는 수면장애, 섭식장애 등 다양한 정서장애 진단군을 포함하고, 지역사회 전문상담센터 방문 내담자 및 정신건강의학과 내원 환자를 대상으로 UP의 효과와 심리적 유연성 부족의 매개역할을 반복 검증할 필요가 있다.

셋째, 본 연구에서는 비교조건으로 대기통제조건만을 사용하였고, 참가자들을 UP조건과 대기통제조건에 무선할당하지 못하였다는 제한점이 있다. 참가자들은 개인 일정상의 어려움(예: 통학, 공강시간, 아르바이트 등)에 따라 조건을 스스로 선택하여 배정되었기 때문에,

자기 선택 편향이 작용했을 가능성이 있다. 사전 동등성 검증 결과 두 조건 간 유의한 차이는 없었으나, 프로그램 참여 동기, 치료 기대, 참여 의지 등과 같은 가외 변인의 영향을 완전히 배제할 수는 없다. 이에 향후 연구에서는 교육적이고 지지적인 개입과 같은 적극적인 개입조건을 비교조건으로 설정하고, 무선할당 절차를 적용하여 연구 설계를 보완할 필요가 있다.

넷째, 본 연구에서는 주요 변인(불안증상, 우울증상, 심리적 유연성 부족 등)의 측정을 위하여 모두 자기 보고형 척도가 사용되었다는 한계가 있다. 이에 추후 연구에서는 측정하고자 하는 변인의 성질을 고려하여, 임상가의 면접에 의한 평가(예: 불안 및 우울증상, 일상적 기능 곤란 수준) 또는 정신생리적 측정치(예: 심박변이도) 등을 포함한 다양한 평가 방식을 활용하여, UP의 효과 및 변화 기제를 다각적으로 검토할 필요가 있다. 아울러, 본 연구에서는 정서장애를 겪고 있는 내담자들의 심리적 유연성 부족 전반의 변화를 살펴 보기 위해, 단일 차원으로 구성된 자기 보고형 척도인 AAQ-II를 사용하였다. 이는 심리적 유연성 부족의 범진단적 특성과 전반적인 변화 경향을 포괄적으로 평가하는 데 의의가 있으며, UP의 범진단적 변화 기제를 확인하고자 하는 본 연구의 연구 목적과도 부합한다. 또한, 최근 AAQ-II가 한국판 개인화된 심리적 유연성 검사(Personalized Psychological Flexibility Index [PPFI]) 전체 척도와 $r = -.42(p < .001)$, PPFI의 회피 하위척도와는 $r = .61(p < .001)$, 수용 하위척도와는 $r = -.17(p < .001)$ 이었다는 결과가 보고되었다(박정민, 조용래, 2025). 이는 AAQ-II를 심리적 유연성 부족의 지표로 볼 수 있다는 저자들의 견해를 뒷받침하면서도,

다른 한편으로 심리적 유연성이라는 긍정적 측면을 직접 측정하는 도구를 UP의 변화 기제를 규명하는데 사용할 필요성을 시사하기도 한다. 더 구체적으로, 향후 연구에서는 PFFI 등과 같은 다차원 척도를 활용하여, 심리적 유연성의 하위 차원별 변화 양상까지 탐색하고, 정서장애 치료 과정에서 어떤 하위 요소가 UP의 더 핵심적인 변화 기제로 작용하는지를 규명할 필요가 있다.

본 연구는 몇 가지 제한점에도 불구하고, 다음과 같은 이론적 및 경험적, 실무적 측면에서 의의가 있다. 첫째, 본 연구는 UP가 불안과 우울증상뿐만 아니라 일상적 기능 손상 수준까지 유의하게 개선함을 확인하였고, 특히 심리적 유연성 부족이 의미 있게 개선될 수 있다는 경험적인 근거를 제공하였다. 이는 심리적 유연성 부족이 다양한 정서장애의 발병 및 유지에 기여하는 핵심 과정 변인임을 지지하는 이론적 견해를 뒷받침한다(Arch et al., 2012; Ciarrochi et al., 2010; Hayes et al., 2004; Kocovski et al., 2009; Roemer et al., 2008). 나아가, 본 연구는 심리적 유연성 부족이라는 범진단적 핵심 과정 변인의 개선 효과를 국내 임상 집단에서 처음으로 확인하였다는 점에서 의의가 있다.

둘째, 본 연구는 UP 동안 심리적 유연성 부족의 개선이 불안 및 우울증상, 일상적 기능 손상 수준에 대한 UP의 효과를 완전 매개하는 한다는 점, 즉 UP의 변화 기제임을 입증하였다. 특히 UP가 내담자의 경직된 인지적·행동적 반응 양식을 변화시키고(Barlow, Ellard, et al., 2011/2017; Barlow, Farchione, et al., 2011/2017), 내적 경험과 보다 유연한 관계 형성을 통해 증상 및 기능 수준 개선으로 이어지는 과정을 실증적으로 입증하였다는 점에서

임상적 함의가 크다.

셋째, 본 연구는 국내 UP 연구에서 변화 기제에 대한 논의 범위를 확장하였다는 점에서 이론적 및 경험적 의의를 지닌다. 지금까지 국내에서 보고된 UP 관련 매개효과 연구는 모두 정서조절곤란을 중심으로 치료의 변화 기제를 설명해 왔으며(남수아 외, 2021; 남수아 외, 2023b), 이는 정서조절능력 향상에 주목하는 데 의의가 있었다. 그러나 본 연구에서는 다양한 정신병리 증상의 변화에 핵심적으로 작용할 수 있는 심리적 유연성 부족을 또 하나의 변화 기제로 상정하고 그 매개효과를 검증함으로써, 기존 연구에서 다소 제한적으로 다루어졌던 UP의 변화 기제에 관한 논의를 더욱 확장하고 심화시켰다는 점에서 의의가 있다.

실무적인 측면에서는, 첫째, 본 연구는 제한된 시간과 자원을 고려하여 구성된 단일화된 범진단적 치료 프로그램을 국내 정서장애 내담자들에게 적용하고 그 효과 및 변화 기제를 검토하였다는 점에서 실무적 시사점을 제공한다. 최근 국내에서는 우울·불안 등 정서적 어려움을 겪는 국민을 대상으로 전문 심리상담 서비스를 제공하는 국가 차원의 정신건강 지원 정책이 확대되고 있으며, 특히 2024년 7월부터 시행된 전국민 마음투자 지원 사업(최대 8회기 지원)은 정서장애에 대한 조기 개입의 필요성이 공중 보건적 차원에서 제도적으로 반영되고 있음을 시사한다. 본 연구에서 활용된 UP 프로그램은 기존의 선행연구들(Barlow et al., 2017; Ellard et al., 2010; Farchione et al., 2012; Pedro et al., 2025; Sauer-Zavala et al., 2020)에 비해 비교적 간명한 8회기 구성으로, 임상적 수준의 정서적 어려움을 호소하는 내담자들에게 증상 개선 효과와 그 치료 효과

의 변화 기제를 입증하였다는 점에서 의의가 있다. 이는 임상 현장에서 제한된 시간과 자원을 고려해야 하는 실무자들에게 더 효율적이고 비용-효과적인 근거 기반 치료 옵션으로 UP가 활용될 수 있으며, 향후 다양한 공공 정신건강 서비스 체계 내에서 UP의 적용 가능성을 확대하는 데 기여할 수 있을 것으로 사료된다.

둘째, 본 연구의 결과는 심리적 유연성 부족이 임상 현장에서 정서장애 증상 및 일상적 기능의 손상 개선을 위한 주요 치료 타겟으로 활용될 수 있음을 시사한다는 점에서 실무적 의의를 지닌다. 지금까지 UP가 정서장애 증상에 미치는 변화 기제를 검토한 연구는 소수에 불과하였으며, 특히 국내에서는 심리적 유연성 부족을 변화 기제로 검토한 연구는 전무하였다. 본 연구에서 UP를 통하여 심리적 유연성 부족이 유의하게 감소하고 그러한 감소가 불안과 우울증상 및 일상기능 손상에 대한 UP의 효과를 매개한다는 결과는 임상 실무자들이 정서장애 내담자 및 환자들을 대상으로 보다 효율적이고 체계적인 개입 전략을 수립하는 데 있어 심리적 유연성 부족에 초점을 맞추는 것이 중요함을 뒷받침하는 증거를 제공한다. 이와 관련하여, 향후 심리적 유연성 부족을 타겟으로 한 개입 전략이 UP의 효과를 더욱 향상시키는 데 기여할 수 있음을 뒷받침하는 경험적 토대를 마련하였다는 점에서 도 의의가 크다.

참고문헌

김소화, 박정수 (2023). 코로나 19 상황에서 대학생의 우울 및 불안에 대한 단기 단일화

된 범진단적 비대면 집단 치료 프로그램 효과성 검증. *인지행동치료*, 23(1), 27-49. <https://doi.org/10.33703/cbtk.2023.23.1.27>

김형하, 조용래 (2021). 정서장애의 단일화된 범진단적 치료 프로토콜에 기반한 단기 분노 조절 프로그램의 효과. *한국임상심리학회 2022 봄 학술대회 발표 자료집*, p. 21. https://www.kcp.or.kr/bbs/list.asp?bid=bid_19

남수아, 서우정, 조용래 (2023a). 정서장애가 있는 대학생들을 대상으로 한 단일화된 범진단적 치료: 집단치료와 개인치료의 효과 비교. *한국심리학회지: 임상심리 연구와 실제*, 9(4), 701-735.

<https://doi.org/10.15842/CPKJOURNAL.PUB.9.4.701>

남수아, 서우정, 조용래 (2023b). 정서장애 대학생들을 대상으로 한 단일화된 범진단적 치료의 변화기제: 정서조절곤란의 매개가 설에 대한 지지 증거. *한국심리학회지: 임상심리 연구와 실제*, 9(4), 737-766.

<https://doi.org/10.15842/CPKJOURNAL.PUB.9.4.737>

남수아, 차수민, 조용래 (2021). 정서장애 증상을 호소하는 대학생들을 위한 단기 단일화된 범진단적 개입의 효과에서 정서조절 곤란의 매개역할. *인지행동치료*, 21(2), 337-360.

<https://doi.org/10.33703/cbtk.2021.21.2.337>

남수아, 조용래 (2020). 지역사회 거주 대규모 노인 표본의 심리적 유연성 부족과 가족 연대감이 자살행동에 미치는 영향. *인지행동치료*, 20(4), 469-490. <https://www.earticle.net/Article/A388164>

박정민, 조용래 (2025). 개인화된 심리적 유연성 검사의 요인구조와 여타 심리측정적

- 속성: 한국 대학생 표본을 대상으로. 한국 심리학회지: 임상심리 연구와 실제, 11(1), 175-200.
<https://doi.org/10.15842/CPKJOURNAL.PUB.11.1.175>
- 박혜진, 김근향 (2020). 사회불안을 호소하는 대학생들을 위한 범진단적 개입으로서 단일화된 치료 프로그램의 효과. 한국임상심리학회 2020 가을 학술대회 발표 자료집, p. 15.
https://www.kcp.or.kr/bbs/list.asp?bid=bid_19
- 장애리 (2013). 과민성 대장증후군 간호대학생을 위한 인지행동요법 중재의 효과 [박사학위논문, 부산대학교 일반대학원]. RISS.
<http://www.riss.kr/link?id=T13073191>
- 전경구, 최상진, 양병창 (2001). 통합적 한국판 CES-D 개발. 한국심리학회지: 건강, 6(1), 59-76.
<https://kiss.kstudy.com/Detail/Ar?key=1810124>
- 조용래, 남수아, 서우정, 김형하 (2023). 정서장애 대학생을 대상으로 한 단일화된 범진단적 치료의 효과. 인지행동치료, 23(1), 123-152.
<https://doi.org/10.33703/cbtk.2023.23.1.123>
- 허재홍, 최명식, 진현정 (2009). 한국어판 수용-행동 질문지 2 신뢰도 및 타당도 연구. 한국심리학회지: 상담 및 심리치료, 21(4), 861-878.
<https://accesson.kr/kcpa/v.21/4/861/20570>
- 현정은, 김근향 (2021). 범불안 증상을 호소하는 대학생들을 대상으로 한 단일화된 범진단적 치료프로그램(UP)의 효과: 무선통제 연구. 한국임상심리학회 2021 가을 학술대회 발표 자료집, p. 4.
https://www.kcp.or.kr/bbs/list.asp?bid=bid_19
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). American Psychiatric Association.
<https://doi.org/10.1001/jama.1994.03520100096046>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*(5th ed.). American Psychiatric Publishing.
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Arch, J. J., Eifert, G. H., Davies, C., Vilardaga, J. C. P., Rose, R. D., & Craske, M. G. (2012). Randomized clinical trial of cognitive behavioral therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (ACT) for mixed anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*(5), 750-765.
<https://doi.org/10.1037/a0028310>
- Barlow, D. H. (2000). Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *American Psychologist, 55*(11), 1247-1263.
<https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.11.1247>
- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2016). Toward a unified treatment for emotional disorders-republished article. *Behavior Therapy, 47*(6), 838-853.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.11.005>
- Barlow D. H., Ellard K. K., Fairholme C. P., Farchione T. J., Boisseau C. L., Allen L. B., & Ehrenreich-May J. (2017). 정서조절의 노하우: 정서장애의 단일화된 범진단적 치료 프로토콜 워크북. (조용래, 노상선 역), 서울: 학지사. (원전 2011 출간).
<https://doi.org/10.1093/med:psych/9780199772674.001.0001>

- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Bullis, J. R., Gallagher, M. W., Murray-Latin, H., Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., Thom-Hollands, J., Conklin, L. R., Boswell, J. F., Ametaj, A., Carl, J. R., Boettcher, H. T., & Cassiello-Robbins, C. (2017). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry, 74*(9), 875-884.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.2164>
- Barlow D. H., Farchione T. J., Fairholme C. P., Ellard K. K., Boisseau C. L., Allen L. B., & Ehrenreich-May J. (2017). 정서장애의 단일화된 범진단적 치료 프로토콜: 치료자용 가이드. (조용래, 노상선, 최미경 역), 서울: 학지사. (원전 2011 출간).
<https://doi.org/10.1093/med:psych/9780199772667.001.0001>
- 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.
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory-II (BDI-II)* [Database record]. APA PsycTests.
<https://doi.org/10.1037/t00742-000>
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N. Orcutt, H. K., Waltz, T., & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire—II: A revised measure of psychological flexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy, 42*(4), 676-688.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
- Boswell J. F., Thompson-Hollands J., Farchione T. J., & Barlow D. H. (2013). Intolerance of Uncertainty: A Common Factor in the Treatment of Emotional Disorders. *Journal of Clinical Psychology, 69*(6), 630-645.
<https://doi.org/10.1002/jclp.21965>
- Brown, T. A., & Barlow, D. H. (2009). A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV anxiety and mood disorders: Implications for assessment and treatment. *Psychological Assessment, 21*(3), 256-271.
<https://doi.org/10.1037/a0016608>
- Brown, T. A., & Barlow, D. H. (2014). *Anxiety and related disorders interview schedule for DSM-5, adult and lifetime version: Clinician manual*. Oxford University Press.
<https://global.oup.com/academic/product/anxiety-and-related-disorders-interview-schedule-for-dsm-5-adis-5---adult-version-9780199325160?cc=kr&lang=en&>
- Bullis, J. R., Boettcher, H., Sauer Zavala, S., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2019). What is an emotional disorder? A transdiagnostic mechanistic definition with implications for assessment, treatment, and prevention. *Clinical Psychology: Science and Practice, 26*(2), Article e12278.
<https://doi.org/10.1111/cpsp.12278>
- Bullis, J. R., Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R., & Barlow,

- D. H. (2015). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Preliminary exploration of effectiveness for group delivery. *Behavior Modification, 39*(2), 295-321. <https://doi.org/10.1177/0145445514553094>
- Cha, S., Cho, Y., & Nam, S. (2021). The efficacy of a brief unified, transdiagnostic intervention for subclinical undergraduate students with anxiety or depression symptoms. *Korean Journal of Clinical Psychology, 40*(1), 73-90. <https://doi.org/10.15842/KJCP.PUB.40.1.73>
- Cho, Y., Choi, Y., Kim, S., & Hong, S. (2018). Factor structure and other psychometric properties of the Social Phobia Inventory in Korean samples. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development, 51*(4), 263-280. <https://doi.org/10.1080/07481756.2018.1435188>
- Ciarrochi, J., Bilich, L., & Godsell, C. (2010). Psychological flexibility as a mechanism of change in acceptance and commitment therapy. In R. A. Baer(Ed.), *Assessing mindfulness and acceptance processes in clients: Illuminating the theory and practice of change*, (p. 51-75). New Harbinger Publications, Inc. <https://josephciarrochi.com/wp-content/uploads/2011/08/Ciarrochi-bilich-godsel-2010l-psych-flexibility-as-a-mechanism-of-change-in-act-in-Baer1.pdf>
- Clark, D. A., & Taylor, S. (2009). The transdiagnostic perspective on cognitive-behavioral therapy for anxiety and depression: New wine for old wineskins?. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 23* (1), 60-66. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.23.1.60>
- Connor, K. M., Davidson, J. R., Churchill, L. E., Sherwood, A., Weisler, R. H., & Foa, E. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN): New self-rating scale. *The British Journal of Psychiatry, 176*(4), 379-386. <https://doi.org/10.1192/bjp.176.4.379>
- Ellard, K. K., Deckersbach, T., Sylvia, L. G., Nierenberg, A. A., & Barlow, D. H. (2012). Transdiagnostic treatment of bipolar disorder and comorbid anxiety with the unified protocol: A clinical replication series. *Behavior Modification, 36*(4), 482-508. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22822175/>
- Ellard, K. K., Fairholme, C. P., Boisseau, C. L., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2010). Unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: Protocol development and initial outcome data. *Cognitive and Behavioral Practice, 17*(1), 88-101. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2009.06.002>
- Espejo E. P., Gorlick A., & Castriotta N. (2017). Changes in threat-related cognitions and experiential avoidance in group-based transdiagnostic CBT for anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders, 46*, 65-71. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.06.006>
- Eustis, E. H., Cardona, N., Nauphal, M., Sauer-Zavala, S., Rosellini, A. J., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2020). Experiential avoidance as a mechanism of change across cognitive-behavioral therapy in a sample of participants with heterogeneous anxiety disorders. *Cognitive Therapy and Research, 44*(2), 275-286. <https://doi.org/10.1007/s10608-019-10063-6>

- Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R., Gallagher, M. W., & Barlow, D. H. (2012). Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: A randomized controlled trial. *Behavior Therapy, 43*(3), 666-678.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2012.01.001>
- Farchione, T. J., Long, L. J., Spencer-Laitt, D., Moreno, J., & Barlow, D. H. (2024). State of the science: The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. *Behavior Therapy, 55*(6), 1189-1204.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2024.04.007>
- Feldner M. T., Zvolensky M. J., Eifert G. H., & Spira A. P. (2003). Emotional avoidance: An experimental test of individual differences and response suppression using biological challenge. *Behaviour Research and Therapy, 41*(4), 403-411.
[https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00020-7](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00020-7)
- Gámez, W., Chmielewski, M., Kotov, R., Ruggero, C., & Watson, D. (2011). Development of a measure of experiential avoidance: The multidimensional experiential avoidance questionnaire. *Psychological Assessment, 23*(3), 692-713.
<https://doi.org/10.1037/a0023242>
- Gloster A. T., Klotsche J., Gerlach A. L., Hamm A., Strohle A., Gauggel S., Kircher T., Alpers G. W., Deckert J., & Wittchen H.-U. (2014). Timing matters: Change depends on the stage of treatment in cognitive behavioral therapy for panic disorder with agoraphobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 82*(1), 141-153.
<https://doi.org/10.1037/a0034555>
- Gratz K. L., Weiss N. H., & Tull M. T. (2015). Examining emotion regulation as an outcome, mechanism, or target of psychological treatments. *Current Opinion in Psychology, 3*, 85-90.
<https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2015.02.010>
- Hayes, A. F. (2009). Beyond Baron and Kenny: Statistical mediation analysis in the new millennium. *Communication Monographs, 76*(4), 408-420.
<https://doi.org/10.1080/03637750903310360>
- Hayes, A. F. (2015). An index and test of linear moderated mediation. *Multivariate Behavioral Research, 50*(1), 1-22.
<https://doi.org/10.1080/00273171.2014.962683>
- Hayes, S. C., Follette, V. M., & Linehan, M. M. (Eds.). (2004). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. Guilford Press.
<https://psycnet.apa.org/record/2005-02461-000>
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy, 44*(1), 1-25.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. Guilford Press. https://books.google.co.kr/books?hl=ko&lr=&id=og28CwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&ots=-8PYQT5Iou&sig=MJQUTxmiTWVDY-vEqbwrnCpfc3k&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V.,

- Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Emotional avoidance and behavioral disorders; A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(6), 1152-1168.
<https://doi.org/10.1037//0022-006x.64.6.1152>
- Karekla M., Forsyth J. P., & Kelly M. M. (2004). Emotional avoidance and panicogenic responding to a biological challenge procedure. *Behavior Therapy, 35*(4), 725-746.
[https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80017-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80017-0)
- Kashdan, T. B., Disabato, D. J., Goodman, F. R., Doorley, J. D., & McKnight, P. E. (2020). Understanding psychological flexibility: A multimethod exploration of pursuing valued goals despite the presence of distress. *Psychological Assessment, 32*(9), 829-850.
<https://doi.org/10.1037/pas0000834>
- Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology, 3*, 1-27.
<https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091432>
- Kendall, P. C., Olino, T. M., Carper, M., & Makover, H. (2017). On the importance of temporal precedence in mediational analyses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 85*(1), 80-82.
<https://doi.org/10.1037/ccp0000152>
- Khakpoor, S., Bytamar, J. M., & Saed, O. (2019). Reductions in transdiagnostic factors as the potential mechanisms of change in treatment outcomes in the Unified Protocol: A randomized clinical trial. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process, and Outcome, 22*(3), 402-412.
<https://doi.org/10.4081/ripppo.2019.379>
- Khakpoor, S., Saed, O., & Armani Kian, A. (2019). Emotion regulation as the mediator of reductions in anxiety and depression in the Unified Protocol (UP) for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Double-blind randomized clinical trial. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy, 41*(3), 227-236.
<https://doi.org/10.1590/2237-6089-2018-0074>
- Kocovski, N. L., Segal, Z. V., & Battista, S. R. (2009). Mindfulness and psychopathology: Problem formulation. In F. Didonna (Ed.), *Clinical handbook of mindfulness* (pp. 85-98). Springer.
https://doi.org/10.1007/978-0-387-09593-6_6
- Lee, E.-H., Kim, J.-H., & Yu, B.-H. (2009). Reliability and validity of the self-report version of the Panic Disorder Severity Scale in Korea. *Depression and Anxiety, 26*(8), 120-123.
<https://doi.org/10.1002/da.20461>
- Lee, H. K., Lee, E. H., Hwang, S. T., Hong, S. H., & Kim, J. H. (2016). Psychometric properties of the Beck Anxiety Inventory in the community-dwelling sample of Korean adults. *Korean Journal of Clinical Psychology, 35*(4), 822-830.
<https://doi.org/10.15842/kjcp.2016.35.4.010>
- Leichsenring, F., & Steinert, C. (2018). Towards an evidence-based unified psychodynamic protocol for emotional disorders. *Journal of Affective Disorders, 232*, 400-416.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.11.036>
- Levin, M. E., Hildebrandt, M. J., Lillis, J., & Hayes, S. C. (2012). The impact of treatment

- components suggested by the psychological flexibility model: A meta-analysis of laboratory-based component studies. *Behavior Therapy*, 43(4), 741-756.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2012.05.003>
- Lim, S. U., Lee, E. H., Hwang, S. T., Hong, S. H., & Kim, J. H. (2019). The Beck Depression Inventory-second edition: Psychometric properties in Korean adult populations. *Korean Journal of Clinical Psychology*, 38(3), 300-307.
<https://doi.org/10.15842/kjcp.2019.38.3.003>
- Marks, I. (1986). *Behavioural psychotherapy: Maudsley pocket book of clinical management*. John Wright.
<https://psycnet.apa.org/record/1991-97286-000>
- McEvoy, P. M., Nathan, P., & Norton, P. J. (2009). Efficacy of transdiagnostic treatments: A review of published outcome studies and future research directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23(1), 20-33.
<https://doi.org/10.1891/0889-8391.23.1.20>
- McGorry, P. D., Purcell, R., Goldstone, S., & Amminger, G. P. (2011). Age of onset and timing of treatment for mental and substance use disorders: Implications for preventive intervention strategies and models of care. *Current Opinion in Psychiatry*, 24(4), 301-306.
<https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283477a09>
- Mundt, J. C., Marks, I. M., Shear, M. K., & Greist, J. M. (2002). The Work and Social Adjustment Scale: A simple measure of impairment in functioning. *The British Journal of Psychiatry*, 180(5), 461-464.
<https://doi.org/10.1192/bjp.180.5.461>
- Pedro, L., Francisco, C., Pereira, M., Fonseca, A., & Canavarro, M. C. (2025). Unified protocol for transdiagnostic treatment of comorbid emotional disorders: An online group case study. *Clinical Case Studies*, 24(4), 257-278.
<https://doi.org/10.1177/15346501251345480>
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-401.
<https://doi.org/10.1177/014662167700100306>
- Rawal, A., Park, R. J., & Williams, J. M. G. (2010). Rumination, experiential avoidance, and dysfunctional thinking in eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 48(9), 851-859.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.05.009>
- Roemer, L., Orsillo, S. M., & Salters-Pedneault, K. (2008). Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: A valuation in a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 1083-1089.
<https://doi.org/10.1037/a0012720>
- Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., Steele, S. J., Tirpak, J. W., Ametaj, A. A., Nauphal, M., Cardona, N., Wang, M., Farchione, T., & Barlow, D. H. (2020). Treating depressive disorders with the Unified Protocol: A preliminary randomized evaluation. *Journal of Affective Disorders*, 264, 438-445.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.072>
- Sauer-Zavala S., Boswell J. F., Gallagher M. W., Bentley K. H., Ametaj A., & Barlow D. H. (2012). The role of negative affectivity and negative reactivity to emotions in predicting outcomes in the unified protocol for the

- transdiagnostic treatment of emotional disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 50(9), 551-557.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.05.005>
- Sauer-Zavala, S., Gutner, C. A., Farchione, T. J., Boettcher, H. T., Bullis, J. R., & Barlow, D. H. (2017). Current definitions of “transdiagnostic” in treatment development: A search for consensus. *Behavior Therapy*, 48(1), 128-138.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.09.004>
- Schaeuffele, C., Bär, J., Buengener, I., Grafiadeli, R., Heuthaler, E., Strieder, J., Ziehn, P., Knaevelsrud, C., Renneberg, B., & Boettcher, J. (2022). Transdiagnostic processes as mediators of change in an internet-delivered intervention based on the unified protocol. *Cognitive Therapy and Research*, 46(2), 273-286.
<https://doi.org/10.1007/s10608-021-10272-y>
- Shear, M. K., Brown, T. A., Barlow, D. H., Money, R., Sholomskas, D. E., Woods, S. W., Gorman, J. M., & Papp, L. A. (1997). Multi center collaborative panic disorder severity scale. *American Journal of Psychiatry*, 154(11), 1571-1575.
<https://doi.org/10.1176/ajp.154.11.1571>
- Shear, M. K., Rucci, P., Williams, J., Frank, E., Grochocinski, V., Vander Bilt, J., Houck, P., & Wang, T. (2001). Reliability and validity of the Panic Disorder Severity Scale: Replication and extension. *Journal of Psychiatric Research*, 35(5), 293-296.
[https://doi.org/10.1016/S0022-3956\(01\)00028-0](https://doi.org/10.1016/S0022-3956(01)00028-0)
- Shrout, P. E., & Bolger, N. (2002). Mediation in experimental and nonexperimental studies: New procedures and recommendations. *Psychological Methods*, 7(4), 422-445.
<https://doi.org/10.1037/1082-989X.7.4.422>
- Smith, E. C., & Grawe, K. (2005). Which therapeutic mechanisms work when? A step towards the formulation of empirically validated guidelines for therapists' session-to-session decisions. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 12(2), 112-123.
<https://doi.org/10.1002/cpp.427>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092-1097.
<https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/410326/>
- Thompson-Brenner H., Boswell J. F., Espel-Huynh H., Brooks G., & Lowe M. R. (2018). Implementation of transdiagnostic treatment for emotional disorders in residential eating disorder programs: A preliminary pre-post evaluation. *Psychotherapy Research*, 29(8), 1-17.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2018.1446563>
- Venta, A., Sharp, C., & Hart, J. (2012). The relation between anxiety disorder and experiential avoidance in inpatient adolescents. *Psychological Assessment*, 24(1), 240-248.
<https://doi.org/10.1037/a0025362>
- Wilamowska, Z. A., Thompson Hollands, J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2010). Conceptual background, development, and preliminary data from the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional

disorders. *Depression and Anxiety*, 27(10), 882-890. <https://doi.org/10.1002/da.20735>

Zemestani M., Imani M., & Ottaviani C. (2017). A preliminary investigation on the effectiveness of unified and transdiagnostic cognitive behavior therapy for patients with comorbid depression and anxiety. *International Journal of Cognitive Therapy*, 10(2), 175-185. <https://doi.org/10.1521/ijct.2017.10.2.175>

원고접수일 : 2025. 07. 29.

수정원고접수일 : 2025. 10. 07.

게재확정일 : 2025. 10. 14.

Mechanism of Change in the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Mediating Role of Psychological Inflexibility*

Suea Nam^{1)†}

Yongrae Cho^{2)‡}

¹⁾Department of Psychology, Hallym University, Ph. D.

²⁾Department of Psychology, Hallym University, Professor

This study elucidates the mechanism of change in the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders (UP). Based on previous findings, we hypothesized that a reduction in psychological inflexibility would act as a mediator of the effects of the UP for anxiety and depression symptoms and impairment in daily functioning, and then examined its mediating effects. Participants were undergraduate students diagnosed with at least one anxiety or depressive disorder according to the DSM-5 criteria. Forty-eight participants in the UP and 17 in the wait-list control condition completed assessments at pre-treatment, post-treatment (8-week interval), and 3-month follow-up. The results of bootstrapping-based mediation analyses indicated that the effects of the UP on the three outcome measures were fully mediated by reductions in psychological inflexibility. In conclusion, the results of this study support the possibility that a reduction in psychological inflexibility may act as a key mechanism of change in the UP.

Keywords : *unified transdiagnostic treatment, emotional disorders, psychological inflexibility, mediator*

* This paper was conducted with the support of the Ministry of Education of the Republic of Korea and the National Research Foundation of Korea in 2022(NRF-2022S1A5A2A01048248).

† Currently working as a research professor at the Hallym Institute of Applied Psychology, Hallym University.

‡ Corresponding Author: Yongrae Cho / Department of Psychology, Hallym University, Professor / (24252) 1 Hallimdaehak-gil, Chuncheon, Gandwon-do, Republic of Korea / Tel: 033-248-1726 / E-mail: yrcho@hallym.ac.kr