

집착척도의 타당화: 일반집단과 환자집단의 차이

김 은 희[†]

가톨릭대학교

본 연구는 일반집단과 정신과 환자집단을 대상으로 집착척도를 실시하여 구성개념 타당도와 준거 관련 타당도를 확인하기 위해 이루어졌다. 우선 일반집단 뿐만 아니라 정신과 환자집단이 포함된 좀 더 크고 다양한 집단을 대상으로 집착척도를 실시하여 요인분석한 결과, 집착척도 3개 하위구성개념별로 9문항씩 잘 구분되어 묶이는 것으로 나타났다. 신뢰도 역시 현재성의 결여가 .85, 유연성의 결여가 .84, 자율성의 결여가 .81로 안정적인 것으로 나타났다. 다음은 일반집단과 환자집단이 집착척도에 의해 구분되는지를 알아보는 과정이었다. 분석 결과 유일하게 '현재성의 결여' 요인만이 일반집단과 환자집단간에 통계적으로 유의미한 차이가 있는 것으로 나타났다. 정신과 환자집단의 사람들이 일반집단 사람들보다 현재성의 결여 점수가 높게 나타난 것이다. 이는 인간의 정신건강에 '현재성'이라는 것이 중요한 의미가 있음을 입증해주는 결과이다. 요약하자면 집착척도는 신뢰도와 구성개념 타당도 면에서는 안정적인 결과를 보이고 있다. 그러나 준거관련 타당도 면에서는 하위요인인 '현재성의 결여'만이 긍정적인 결과를 보이는 것으로 나타났다.

주요어 : 집착(執着), 현재성의 결여, 유연성의 결여, 자율성의 결여

[†] 교신저자 : 김 은 희, (420-743) 경기도 부천시 원미구 역곡동 가톨릭대학교 심리학과
전화 : 011-9017-9263 E-mail : warmth@hanmail.net

상담은 인간의 실존에서 부딪히는 문제들을 해결하려는 하나의 시도이다. 불교 역시 그 궁극적 목표가 고통에서 벗어나는 것이라고 할 때, 심리상담의 궁극적 목표와 맥을 함께 한다고 볼 수 있다. 불교에서 괴로움의 원천이라 불리는 '집착'은 인간을 삶의 고히에 빠지게 하는 핵심적인 걸림돌이다. 즉 집착이 곧 괴로움의 원인이요, 집착을 떠날 수 있음이 곧 괴로움의 벗어남인 것이다. 이와 같은 불교적 입장을 바탕으로 윤호균(1999)은 경험의 세계가 항상 바뀔 수 있고 자유로운 것임에도 그것을 고정불변하며 실체가 있는 것으로 여겨 마음이 거기에 묶여 집착하게 될 때 심리적인 문제가 발생한다고 보았다. 윤호균(2001)은 심리적 문제의 핵심을 자기존재나 바람 또는 두려움으로 인한 집착으로 보고, 집착을 "과거의 경험이나 기존의 관념·기억으로 말미암아 어떤 사람이나 사물 또는 사건에 대하여 자동적으로 특정한 방향으로 지각하거나 생각하거나 느끼거나 의도하도록 조건화된 상태"라고 정의하였다.

본 연구자는 윤호균의 집착에 대한 정의를 바탕으로 '현재성의 결여, 경직성, 의존성'이라는 세 하위요인 당 9문항씩 총 27문항으로 구성된 집착척도를 개발하고 타당화 한 바 있다(김은희, 윤호균 2002). 그러나 집착척도 개발 시 피험자가 일반 대학생에 국한되었던 제한점이 있었고, 타당화 작업 역시 검사-재검사 신뢰도와 다른 관련척도와의 상관을 보는 것에 국한되었으므로, 준거관련 타당도를 알아보지 못한 제한점이 있었다. 따라서 좀 더 다양하고 많은 피험자를 대상으로 척도의 요인구조를 확인할 필요성이 있었고, 집착척도가 일반집단과 심리적 문제가 있다고 진단된 환자집단간의 차이를 밝혀주는 유용한 도구인지를 확인하여, 준거관련 타당도를 검증함으로써 척도의 타당도를 공고히 할 필요

성이 있었다. 이처럼 본 연구는 집착척도의 구성개념 타당도와 준거관련 타당도를 검증하기 위한 목적으로 실시되었다.

본 연구자가 개발했던 원래의 집착척도 하위 구성개념의 명칭은 '현재성의 결여, 경직성, 의존성'이었다. 그러나 본 연구에서는 각 구성개념의 정의와 문항 내용을 검토한 바, 구성개념의 의미를 더 적절하게 전달하는 것으로 생각되는 명칭으로 요인명을 변경하였다. 첫 번째 요인인 '현재성의 결여'는 그대로 사용하였으나, '경직성'과 '의존성'은 각각 '유연성의 결여'와 '자율성의 결여'로 변경하였다.

방 법

피험자

본 연구의 대상은 일반집단, 즉 대학생 344명(남자: 148명, 여자: 191명, 무기명: 5명)과 심리적 문제가 있다고 진단된 환자집단, 즉 정신과 내원 환자 99명(남자: 47명, 여자: 52명)으로 총 443명이었다. 환자집단의 경우 모두 정신과 약을 복용하고 있는 상태였으며, 심각한 정신병이 있는 경우는 제외시키고 주로 설문지 응답이 가능한 신경증 환자들이었다. 일반집단의 평균연령은 21세, 범위는 18~31세였으며 환자집단의 평균연령은 38세, 범위는 18~80세였다.

도구

집착척도

본 연구자가 윤호균의 이론을 바탕으로 제작한 척도로써, 총 27문항으로 구성되어 있고 3개의 구성개념으로 이루어져 있다. 세 개 구성개념

의 내용은 각각 현재성의 결여, 유연성의 결여 (경직성), 자율성의 결여(의존성)이며 한 구성개념 당 9문항씩이 포함되어 있다. 이 질문지에서 응답자들은 각 문항 진술문에 동의하는 정도를 5 점 척도 상에서 응답하게 되며, 점수가 높을수록 집착의 정도가 강한 것으로 되어있다.

단의 경우 3개 정신과 병원(대학병원 1곳, 개인 병원 2곳)에서 담당 간호사가 질문지를 실시하였다. 일반집단이 질문지에 반응하는 데 소요되는 시간은 약 15분 이내였고 환자집단의 경우는 개인차가 많았다.

한국판 아이젠크 성격검사

이 검사는 Eysenck Personality Scale(Eysenck & Eysenck, 1991)을 이현수(1997)가 한국적 상황에 맞게 표준화한 것이다. 이 검사는 여러 가지 하위척도들로 구성되는데, 본 연구에서는 신경증적 경향성(neuroticism)을 측정하는 하위척도(26문항)를 사용하였다. 각 척도에서 응답자들은 제시된 진술문에 대해 예 또는 아니오로 응답하게 되며, 점수가 높을수록 신경증적 경향성이 높은 것으로 간주된다.

절차

일반집단인 대학생의 경우 수업시간을 이용하여 집단으로 집착척도와 아이젠크 성격검사를 실시하였고, 환자집단인 정신과 내원환자의 경우 개별적으로 집착척도와 아이젠크 성격검사를 실시하였다. 일반집단은 3개 대학 학생들을 대상으로 연구자가 직접 질문지를 실시하였고, 환자집

결 과

일반집단과 환자집단 표본의 적절성 검증

본 연구는 일반집단과 정신과 환자집단을 대상으로 요인분석을 통해 구성개념 타당도를 검증하고, 변량분석을 통해 준거관련 타당도를 검증하기 위해 이루어졌다. 따라서 본 연구에서 일반집단과 환자집단으로 표집한 표본이 모집단을 대표할 수 있는 성격을 지니고 있어야 한다. 이에 일반집단과 환자집단의 신경증적 경향성을 측정하여 표본의 적절성을 검증하였다. 일반집단과 환자집단의 신경증적 경향성 점수의 평균과 표준편차가 표 1에, 일반집단과 환자집단간의 성별에 따른 신경증적 경향성 점수의 정도를 알아보기 위해 실시한 변량분석 결과가 표 2에 제시되어 있다.

본 연구에서 표집한 일반집단과 환자집단이 각 모집단을 대표하는 적절한 표본인지를 검증

표 1. 집단과 성별에 따른 신경증적 경향성 점수의 평균과 표준편차

아이젠크 검사	집단	성별		전체
		남자	여자	
		평균(표준편차)	평균(표준편차)	평균(표준편차)
신경증적 경향성 점수	일반집단	8.38(5.65)	10.22(5.08)	9.43(5.39)
	환자집단	12.61(6.00)	13.69(6.45)	13.19(6.23)
	전체	9.36(5.99)	10.96(5.57)	10.25(5.80)

표 2. 집단과 성별에 따른 신경증적 경향성 점수의 변량분석 결과

변산원	자승합	df	평균자승	F	Sig
집단(A)	1088.996	1	1088.996	35.466 ^{***}	.000
성별(B)	155.476	1	155.476	5.052 [*]	.025
A×B	10.732	1	10.732	.349	.555
오차	13110.137	426	30.775		
합계	14471.870	429			

*** $P < .001$ * $P < .05$

집단: 일반집단, 환자집단; 성별: 남자, 여자

하기 위한 분석결과, 일반집단과 환자집단간의 신경증적 경향성 정도의 차이가 유의미한 것으로 나타났다($F_{(1, 426)}=35.466, p=0.000$), 성별간의 신경증적 경향성 정도 역시 유의미한 것으로 나타났다($F_{(1, 426)}=5.052, p=0.025$). 그러나 집단과 성별간의 상호작용은 유의미하지 않았다($F_{(1, 426)}=0.349, p=0.555$). 이는 일반집단에 비해 환자집단이 신경증적 경향성 점수가 유의미하게 높음을 보여주는 결과로써, 본 연구가 일반집단과 환자집단 비교를 위한 적절한 피험자를 대상으로 했다는 점을 입증해주는 것이라고 할 수 있다.

집착척도의 요인구조 확인

모집단에 대한 대표성을 가진 표본에서 집착척도의 요인구조를 확인하기 위해 일반집단 피험자와 환자집단 피험자, 총 443명을 대상으로 실시한 집착점수에 기초하여 요인분석을 실시하였다. 3개의 요인을 지정하고 최대우도(Maximum likelihood) 방식을 사용하여 요인을 추출한 후, 추출된 요인을 사각회전(Direct oblimin) 방식으로 회전시켰다. 요인분석 결과와 신뢰도(Cronbach-alpha)가 표 3에, 그리고 집착의 구성개념 3요인에 해당하는 문항내용들과 평균 및 표준편차가 표 4

에 제시되어 있다. 일반집단과 환자집단 피험자를 대상으로 실시한 집착척도의 집착점수를 기초로 요인분석을 실시한 결과, 3개의 하위구성개념별로 9개 문항씩 구분되어 잘 묶이는 것으로 나타났다. 이는 집착척도의 3요인 구조가 일반집단 뿐 아니라 환자집단이 포함된 좀 더 크고 다양한 집단에서도 일관되게 확인됨을 보여주는 결과이다.

집착척도의 하위구성개념인 3요인은 전체 변량의 40%를 설명하는 것으로 나타났다. 요인 1인 '현재성의 결여'는 전체변량의 21%를 설명하는 것으로 나타났고, 요인 2 '유연성의 결여'와 요인 3 '자율성의 결여'는 각각 전체변량의 12%와 7%를 설명하는 것으로 나타났다.

일반집단과 환자집단의 비교

일반집단과 환자집단이 집착척도의 총점 및 하위요인 점수에서 차이를 보이는지를 검증하기 위한 통계분석을 실시하였다. 일반집단은 주로 대학생들이었고 연령 평균이 21세인 반면 환자집단은 연령평균이 38세였으므로, 연령을 공변인(covariate)으로 하고 집단과 성별을 독립변인으로 하여 공변량분석(analysis of covariance)을 실시

표 3. 집착척도의 요인별 부하량과 Cronbach-alpha

구성개념	요인 1	요인 2	요인 3	Cronbach-alpha (요인별)	Cronbach-alpha (전체척도)
현재성의 결여 (9문항)	.799			0.85**	
	.796				
	.776				
	.757				
	.515				
	.444		.315		
	.415	-.327			
	.320				
	.305				
유연성의 결여 (9문항)		-.811		0.84**	0.87**
		-.796			
		-.793			
		-.718			
		-.556			
		-.543			
		-.391			
		-.380			
		-.319			
자율성의 결여 (9문항)			.803	0.81**	
			.720		
			.593		
			.581		
			.579		
			.543		
			.488		
			.381		
			.323		
부하지승합	5.62	3.09	1.97		
설명변량 비율(%)	20.80	11.46	7.30		

주. 로딩 값은 .30 이상인 것만 제시되었음

표 4. 집착척도 3요인 문항내용과 평균 및 표준편차

구성개념	문항 내용	평균	표준편차
현재성의 결여	과거의 괴로운 생각이 지금도 나를 괴롭힌다.	2.81	1.06
	잊고 싶은 과거 기억 때문에 지금의 기분이 좌우된다.	2.70	1.01
	잊고 싶지만 자꾸 떠오르는 과거 기억 때문에 방해를 받는다.	3.20	1.09
	지금 하는 일에 열중하지 못하게 하는 어떤 기억이 자꾸만 떠오른다.	2.65	1.04
	현재 내 행위에 영향을 미치는 것은 주로 과거 경험이나 기억이다.	2.79	.99
	결과에 대한 걱정 때문에 과제에 집중하지 못할 때가 있다.	2.98	1.02
	예전의 나쁜 기억 때문에 지금도 불편한 사람이 있다.	3.39	.96
	지금 해야 할 과제에 몰두하기가 어렵다.	2.78	.99
	나는 이미 지나간 일에 대해 후회를 많이 한다.	3.21	.96
유연성의 결여	한 번 미운 사람은 다른 사람들이 좋다고 말해도 계속 밍게 보인다.	3.17	1.00
	내가 싫어하는 사람은 다른 사람들이 칭찬해도 여전히 싫다.	3.21	.96
	싫은 사람의 행동은 모두 싫게 보인다.	3.35	1.01
	미운 사람은 어떻게 행동하든 계속 밍게 보인다.	3.57	.98
	싫은 사람은 너무 싫고 좋은 사람은 너무 좋다.	3.06	1.00
	나는 좋은 사람과 싫은 사람을 분명히 구분한다.	3.25	.95
	싫은 사람을 대할 때와 좋은 사람을 대할 때의 나의 태도는 정반대이다.	3.11	.98
	나는 싫은 사람을 상대하지 않는다.	2.89	1.01
	나는 내 편 네 편을 가르는 편이다.	2.45	.86
자율성의 결여	내 일을 내 스스로 결정해나가기 보다 주위 사람들의 권유에 따른다.	2.72	.93
	일을 할 때 남의 의견을 따르는 경우가 많다.	3.03	.85
	무엇을 평가할 때 내 의견보다 나에게 중요한 다른 사람의 의견을 우선시한다.	2.85	.89
	진료를 결정할 때 부모님이나 친구의 권유에 따른다.	2.80	.86
	내 판단보다 내가 중요하게 생각하는 사람의 판단에 지나치게 좌우된다.	2.60	.92
	다른 사람들이 반대의견을 얘기하면 내 결정을 바꾼다.	2.64	.76
	누군가 나의 일을 대신 결정해 주었으면 하고 바란다.	2.59	1.00
	나에 대한 다른 사람의 평가에 신경을 많이 쓴다.	3.56	.93
	사람들의 동의나 인정이 없이는 어떤 일도 하지 않는다.	2.22	.78

하였다.

일반집단과 환자집단을 대상으로 집착척도를 실시한 결과 나타난 집착점수(3요인 점수의 총합)의 평균 및 표준편차가 표 5에, 일반집단과 환자집단간의 성별에 따른 집착점수의 차이를 알아보기 위해 공변량분석을 실시한 결과가 표 6에 제시되어 있다.

집착점수의 전체 총점에서 일반집단과 환자집단간의 차이와 성별의 차이가 있는지를 알아보기 위해 공변량분석을 실시한 결과, 일반집단과 환자집단간의 집착 정도의 차이는 유의미하지 않았고($F_{(1, 417)}=1.744, p=0.187$), 남자와 여자간의 집착점수의 차이 역시 유의미하지 않았으며($F_{(1, 417)}=1.846, p=0.175$), 집단과 성별간의 상호작용 또한 유의미하지 않았다($F_{(1, 417)}=0.006, p=0.938$).

집착점수의 전체 총점에서 일반집단과 환자집

단의 차이와 성별의 차이가 발견되지 않았다. 다음 각 하위 구성개념에서 집단 차이와 성별 차이가 존재하는지를 검증하였다. 첫 번째 하위 구성개념인 ‘현재성의 결여’ 점수의 평균 및 표준편차가 표 7에, 일반집단과 환자집단간의 성별에 따른 ‘현재성의 결여’ 점수의 차이를 알아보기 위해 공변량분석을 실시한 결과가 표 8에 제시되어 있다.

‘현재성의 결여’에서 일반집단과 환자집단간의 차이와 성별의 차이가 있는지를 알아보기 위해 공변량분석을 실시한 결과, 일반집단과 환자집단간의 ‘현재성의 결여’ 정도의 차이는 유의미한 것으로 나타났다($F_{(1, 427)}=4.164, p=0.042$). 그러나 성별간의 ‘현재성의 결여’ 정도의 차이는 유의미하지 않았고($F_{(1, 427)}=0.006, p=0.936$), 집단과 성별간의 상호작용도 유의미하지 않았다($F_{(1,427)}=0.179$,

표 5. 집단과 성별에 따른 집착점수(3요인 점수의 총합)의 평균과 표준편차

집단	성별		전체
	남자	여자	
	평균(표준편차)	평균(표준편차)	평균(표준편차)
일반집단	78.07(12.60)	80.10(10.62)	79.20(11.50)
환자집단	79.00(15.04)	80.42(14.61)	79.74(14.76)
전체	78.29(13.20)	80.17(11.61)	79.32(12.32)

표 6. 집단과 성별에 따른 집착점수(3요인 점수의 총합)의 공변량분석 결과

변산원	자승합	df	평균자승	F	p
집단(A)	266.631	1	266.631	1.744	.187
성별(B)	282.291	1	282.291	1.846	.175
A×B	.919	1	.919	.006	.938
오차	63763.197	417	152.909		
합계	64460.171	421			

집단: 일반집단, 환자집단, 성별: 남자, 여자; 연령은 공변인(covariate)이다

표 7. 집단과 성별에 따른 '현재성의 결여' 점수의 평균과 표준편차

집단	성별		전체
	남자	여자	
	평균(표준편차)	평균(표준편차)	평균(표준편차)
일반집단	25.85(6.34)	26.23(5.74)	26.07(5.96)
환자집단	28.15(6.30)	27.85(6.77)	27.99(6.52)
전체	26.42(6.39)	26.58(6.00)	26.50(6.14)

표 8. 집단과 성별에 따른 '현재성의 결여' 점수의 공변량분석 결과

변산원	자승합	df	평균자승	F	p
집단(A)	156.936	1	156.936	4.164 *	.042
성별(B)	.243	1	.243	.006	.936
A×B	6.734	1	6.734	.179	.673
오차	16092.006	427	37.686		
합계	16389.963	431			

*P<.05

집단: 일반집단, 환자집단, 성별: 남자, 여자, 연령은 공변인(covariate)이다

$p=0.673$). 이는 일반집단에 비해 환자집단이 '현재성의 결여' 점수가 유의미하게 높음을 보여주는 결과이다.

두 번째 하위 구성개념인 '유연성의 결여' 점수의 평균 및 표준편차가 표 9에, 일반집단과 환자집단간의 성별에 따른 '유연성의 결여' 점수의 차이를 알아보기 위해 공변량분석을 실시한 결과가 표 10에 제시되어 있다.

'유연성의 결여'에서 일반집단과 환자집단간의 차이와 성별의 차이가 있는지를 알아보기 위해 공변량분석을 실시한 결과, 일반집단과 환자집단간의 '유연성의 결여' 정도의 차이는 유의미하지 않았고($F_{(1, 429)}=0.001, p=0.975$), 성별간의 '유연성의 결여' 정도의 차이도 유의미하지 않았으며($F_{(1, 429)}=2.698, p=0.101$), 집단과 성별간의 상호작용

역시 유의미하지 않았다($F_{(1, 429)}=0.266, p=0.606$).

세 번째 하위 구성개념인 '자율성의 결여' 점수의 평균 및 표준편차가 표 11에, 일반집단과 환자집단간의 성별에 따른 '자율성의 결여' 점수의 차이를 알아보기 위해 공변량분석을 실시한 결과가 표 12에 제시되어 있다.

'자율성의 결여'에서 일반집단과 환자집단간의 차이와 성별의 차이가 있는지를 알아보기 위해 공변량분석을 실시한 결과, 집단간 '자율성의 결여' 정도의 차이는 유의미하지 않았고($F_{(1, 426)}=0.359, p=0.549$), 성별간 '자율성의 결여' 정도의 차이 역시 유의미하지 않았으며($F_{(1, 426)}=3.055, p=0.081$), 집단과 성별간의 상호작용 또한 유의미하지 않았다($F_{(1, 426)}=0.066, p=0.798$).

표 9. 집단과 성별에 따른 '유연성의 결여' 점수의 평균과 표준편차

집단	성별		전체
	남자	여자	
	평균(표준편차)	평균(표준편차)	평균(표준편차)
일반집단	27.85(5.76)	28.70(5.51)	28.30(5.63)
환자집단	26.40(6.30)	27.48(6.23)	26.97(6.26)
전체	27.50(5.91)	28.44(5.68)	28.00(5.80)

표 10. 집단과 성별에 따른 '유연성의 결여' 점수의 공변량분석 결과

변산원	자승합	df	평균자승	F	p
집단(A)	3.253E-02	1	3.253E-02	0.001	.975
성별(B)	89.468	1	89.468	2.698	.101
A×B	8.814	1	8.814	.266	.606
오차	14224.477	429	33.157		
합계	14555.917	433			

집단: 일반집단, 환자집단, 성별: 남자, 여자, 연령은 공변인(covariate)이다

표 11. 집단과 성별에 따른 '자율성의 결여' 점수의 평균과 표준편차

집단	성별		전체
	남자	여자	
	평균(표준편차)	평균(표준편차)	평균(표준편차)
일반집단	24.31(4.86)	25.53(4.96)	25.00(4.92)
환자집단	24.43(5.85)	25.10(4.71)	24.78(5.26)
전체	24.34(5.10)	25.43(4.90)	24.96(5.00)

표 12. 집단과 성별에 따른 '자율성의 결여' 점수의 공변량분석 결과

변산원	자승합	df	평균자승	F	p
집단(A)	8.976	1	8.976	0.359	.549
성별(B)	76.337	1	76.337	3.055	.081
A×B	1.646	1	1.646	.066	.798
오차	10643.927	426	24.986		
합계	10807.309	430			

집단: 일반집단, 환자집단, 성별: 남자, 여자, 연령은 공변인(covariate)이다

논 의

본 연구는 윤호균의 집착에 대한 정의를 근간으로 개발된 '집착척도'를 일반집단과 환자집단을 대상으로 실시하여 구성개념 타당도와 준거 관련 타당도를 확인함으로써, 척도의 타당도를 공고히 하기 위해 이루어졌다.

첫 번째 과정은 본 연구에서 표집된 일반집단 표본과 환자집단 표본이 모집단을 대표하는 적절한 표본인지를 검증하는 과정이었다. 표본의 적절성을 검증하기 위해 각 집단의 신경증적 경향성 정도를 측정하여 분석한 결과, 일반집단과 환자집단간의 신경증적 경향성 정도의 차이가 유의미한 것으로 나타났다($F_{(1, 426)}=35.466, p=0.000$). 환자집단이 일반집단보다 신경증적 경향성 정도가 유의미하게 높게 나타난 것이다. 일반집단과 환자집단간의 신경증적 경향성 점수에서의 유의미한 차이는 본 연구의 표본이 적절하다는 것을 입증해주는 결과라고 할 수 있다.

두 번째 과정은 좀 더 다양하고 많은 피험자를 대상으로 집착척도의 요인구조를 확인하는 과정이었다. 일반집단과 정신과 환자집단 총 443명을 대상으로 집착척도를 실시하여 요인분석한 결과, 집착척도 3개 하위구성개념별로 9문항씩 잘 구분되어 묶이는 것으로 나타났다. 집착척도의 하위구성개념인 세 요인은 전체 변량의 40%를 설명하는 것으로 나타났다. 요인 1인 '현재성의 결여'는 전체변량의 21%를 설명하는 것으로 나타났고, 요인 2 '유연성의 결여'와 요인 3 '자율성의 결여'는 각각 전체변량의 12%와 7%를 설명하는 것으로 나타났다. 일반집단 뿐만 아니라 정신과 환자집단이 포함된 좀 더 크고 다양한 집단에서도 집착척도의 요인구조가 일관되게 확인된 것이다. 이처럼 기존 연구결과와 일치하는 결과가 나타난 것은 본 연구자가 개발한 집

착척도의 요인구조가 안정성이 있음을 보여주는 결과라고 할 수 있을 것이다. 또한 본 연구에서 신뢰도는 현재성의 결여가 .85, 유연성의 결여가 .84, 자율성의 결여가 .81로 나타나 집착척도가 신뢰로운 척도임이 입증되었다.

단, 현재성의 결여 문항 중 두 문항이 다른 하위구성개념과 미약하기는 하지만 관련이 있는 것으로 나타났다. 현재성의 결여 문항인 '결과에 대한 걱정 때문에 과제에 집중하지 못할 때가 있다'는 자율성의 결여와 .315의 상관이 있었고 역시 현재성의 결여 문항인 '예전의 나쁜 기억 때문에 지금도 불편한 사람이 있다'는 유연성의 결여와 -.327의 상관이 있었다. 문항의 내용을 살펴보면, 미래의 결과에 대한 걱정 때문에 현재의 과제를 수행하기 힘들다는 것은 미래 혹은 결과에 지나치게 의존하는 형태이므로 자율성이 결여된 모습과 관련이 있는 것으로 볼 수 있다. 또한 예전의 나쁜 기억이 변함없이 지속적으로 특정 사람에 대한 불편함을 유지시킨다는 것은 매우 경직된 태도이므로 이는 유연성이 결여된 모습과 관련이 있는 것으로 생각할 수 있다. 그러므로 두 문항이 현재성의 결여 문항에 속하기는 하지만, 각각 자율성의 결여, 유연성의 결여와도 의미상 연관이 있는 내용이므로 미약하게나마 상관이 나타난 것이라 해석할 수 있을 것이다.

세 번째 과정은 일반집단과 환자집단이 집착척도에 의해 구분되는지를 알아보는 과정이었다. 그 결과 전체 집착점수에서는 일반집단과 환자집단간에 통계적으로 유의미한 차이가 나타나지 않았다($F_{(1, 417)}=1.744, p=0.187$). 집착척도의 하위구성개념별로 두 집단을 비교한 결과 유일하게 '현재성의 결여' 요인에서만 집단간 통계적으로 유의미한 차이가 나타났다($F_{(1, 427)}=4.164, p=0.042$). 정신과 환자집단의 사람들이 일반집단의

사람들보다 현재성의 결여 점수가 높게 나타난 것이다. 유연성의 결여는 통계적으로는 유의미하지 않은 미세한 차이를 보였는데 ($F_{(1, 429)}=0.001$, $p=0.975$), 오히려 일반집단의 평균이 높게 나타났다. 자율성의 결여는 미세한 차이조차도 거의 없는 것으로 나타났다($F_{(1, 426)}=0.359$, $p=0.549$). 따라서 전체 집착점수에서 두 집단간 차이가 없었던 것은, 환자집단이 일반집단보다 유의미하게 높은 점수를 보인 '현재성의 결여'와 통계적 유의미성은 없으나 미세하게 일반집단이 환자집단보다 높은 점수를 보인 '유연성의 결여'가 서로 상쇄효과를 일으킴으로써 나타난 결과라고 볼 수 있다.

집착척도 중 '현재성의 결여' 요인은 일반집단과 환자집단간에 유의미한 차이가 나타났으나 '유연성의 결여'와 '자율성의 결여'는 유의미한 차이가 나타나지 않는 점에 대해서는 Teasdale 등 (2002)의 연구결과와 관련하여 고찰해볼 수 있을 것 같다. Teasdale 등은 우울증 환자들을 대상으로 한 인지치료 효과 연구를 통해, 우울증 치료가 우울증 특유의 부정적 사고나 감정의 내용을 바꿈으로써가 아니라 그러한 사고와 감정에서 탈중심화(decentering) 함으로써 이루어진다고 주장했다. 인지치료의 토대인 인지모델에서는 우울증이 지속적이고 근원적인 역기능적 태도와 가정 때문에 발생한다고 보았었다(Beck, Epstein & Harrison, 1983). 이는 역기능적 신념이나 태도 자체의 변화가 우울증 치료의 핵심이라고 보는 입장이다. 그러나 인지치료와 약물치료 두 처치법을 쓴 후 역기능적 태도 척도(Dysfunctional Attitude Scale, DAS; Weissman & Beck, 1978)를 측정했을 때 두 집단은 역기능적 태도상에서 유의미한 차이를 보이지 않았다. 인지치료가 약물치료보다 우울증 재발율을 효과적으로 줄이는 것으로 나타났다를 때조차도 인지치료 집단이나 약물치료

집단 모두 역기능적 태도 척도에서는 유의미한 차이가 나타나지 않았다(Simon, Garfield & Murphy, 1984). 이후 연구들에서는 고정된 역기능적 신념이나 태도의 변화보다는 활성화된 우울한 증상이나 생각 혹은 기분 등을 해석하고 다루는 인지전략의 중요성이 부각되었다(Teasdale, 1997a, 1997b; Teasdale & Barnard, 1993; Teasdale, Segal & Williams, 1995). 우울증과 그 재발의 취약성이 역기능적 태도와 같은 특질보다는 우울한 기분에서 활성화되어 일어나는 부정적 생각의 패턴에 의존한다는 것이다(Persons & Miranda, 1992; Teasdale, 1983, 1988). 즉 인지치료의 효과는 사고 내용 자체를 변화시키는 것보다는 부정적인 사고와 관계맺는 방식을 변화시키는 것이라고 정리할 수 있다. Teasdale(1997b)은 알아차림 명상 훈련과 인지치료 기제의 유사성에 대한 연구를 통해, 우울 감정을 유발하는 불쾌한 기분이나 생각과 관계맺는 방식의 변화가 우울증 예방의 치료 기제로 작용한다고 주장하였다. 이처럼 인지치료에서는 역기능적 신념이나 태도라는 사고 내용 자체의 변화보다, 그와 같은 부정적 사고와 감정 등을 어떻게 경험하고 다룰 것인가와 같은 관계양식 즉 인지전략의 중요성이 부각되었다. 이러한 이유 때문에 인지치료가 효과가 있음에도 불구하고 역기능적 태도 척도의 측정 결과에서는 의미있는 결론들이 도출되지 않은 것이다. 척도 자체는 고정된 태도를 재고 있는 반면, 변화의 핵심은 태도 자체의 변화가 아니었기 때문이다.

집착척도 세 하위 요인의 문항을 살펴보면, '현재성의 결여' 문항은 주로 지금 현재 집착된 마음이 활성화되어 나타나고 있는 상태 혹은 현상에 대한 기술들인 반면, '유연성의 결여'와 '자율성의 결여' 문항은 지금 일어나고 있는 집착된 마음 상태를 기술하기보다는 대체로 기존에 지

니고 있는 집착된 태도 혹은 행동양식 등을 표현하는 문장들로 이루어져 있는 것으로 보인다. 따라서 인지치료가 우울증 치료에 효과가 있음에도 불구하고 역기능적 태도 척도에서는 집단간 유의미한 차이가 나타나지 않은 결과와 마찬가지로, 집착이 활성화된 상태 혹은 현상을 주로 측정하는 현재성의 결여는 집단간 차이가 나는 반면 주로 집착되어 있는 태도 혹은 행동양식을 측정하는 유연성의 결여와 자율성의 결여에서는 집단간 차이가 드러나지 않을 수도 있는 것으로 보인다. 즉 이미 집착된 마음이 활성화된 상태나 현상의 측정에서는 일반집단과 환자집단이 차이를 보일 수 있으나, 지금 활성화된 상태가 아닌 집착된 태도나 행동양식의 측정에서는 일반집단과 환자집단간의 차이가 드러나지 않을 수 있다는 의미이다. 이러한 결과는 일반집단과 환자집단이 집착된 태도 혹은 행동양식과 같이 이미 고정된 특성에서 차이를 보이기 보다는, 집착된 마음이 활성화된 상태에서의 극단성 또는 그러한 상태에서 얼마나 마음이 묶이느냐 묶이지 않느냐 하는 관계패턴의 정도 등에서 차이가 나타나는 것이라고 정리해 볼 수 있다. 또 한편 이것은 '현재성의 결여'와 나머지 두 요인인 '유연성의 결여', '자율성의 결여'가 집착에 대한 각기 다른 측면을 측정하고 있을 가능성을 보여주는 것으로 해석해볼 수 있다. 가능성 있는 한 가지를 들자면, '현재성의 결여' 요인은 집착의 구성개념으로 적절하지만, '유연성의 결여'와 '자율성의 결여' 요인은 집착의 구성개념이라기보다는 집착으로 인해 나타나는 부수적인 현상으로 생각해볼 수 있을 것이다.

다음 '유연성의 결여'와 '자율성의 결여'가 집단간 차이를 보이지 않음은 물론, '유연성의 결여' 점수에서 일반집단이 비록 통계적으로 유의미하지는 않으나 미세한 차이로 환자집단보다

높은 점수를 나타낸 점을 고려해볼 필요가 있다. 이는 우선 환자들이 이미 약을 복용하고 있고 지속적으로 병원을 찾아 치료를 받고 있다는 점에서, 치료 효과로써 환자들의 상태가 호전되어 유의미한 차이가 나타나지 않았을 가능성을 생각할 수 있다. 또한 '유연성의 결여' 요인의 문항을 살펴보면, 유연성이 결여된 것이라고 볼 수 있는 반면 반대로 자기 의견이나 자기 주장 등이 확고하고 결단력이나 의지가 있는 모습으로 해석될 수도 있으므로 문항 추출에서의 제한점이 있을 수 있다.

가장 주목되는 결과는 유일하게 '현재성의 결여'에서 통계적으로 유의미한 차이가 나타난 것이다. 이는 정신과 환자들이 일반 사람들에 비해 지금 여기에서 이루어지고 있는 현상을 신선하고 열린 자세로 있는 그대로 경험하지 못하는 물론, 당면한 사람 혹은 일에 몸과 마음으로 몰두하지 못함을 보여주는 결과라고 할 수 있다. 즉 현재의 현상, 사람 혹은 일을 과거의 기억, 관념, 감정 또는 미래에 대한 불안 등에 맞추어 평가 해석하여, 회피하거나 왜곡시켜 경험하는 것을 의미한다. 이러한 결과는 윤호균(2001)이 지금 현재 일어나고 있는 현상을 있는 그대로 면밀히 보아 그것이 고정 불변하는 것이 아님을 깨닫는 것의 중요성을 강조함으로써, 과거나 미래가 아닌 지금 현재의 중요성을 강조한 것과 일치하는 결과이다.

본 연구 결과 정신적인 고통을 겪는 사람과 그렇지 않은 사람간의 중요한 차이 중 하나가 현재성이라는 것, 즉 지금 현재에 충분히 머물러 현상에 집중할 수 있느냐 없느냐 하는 점이라는 것이 드러났다. 이러한 지금 여기 곧, 현재성의 중요성은 서양의 상담심리학에서 인간의 건강한 삶 혹은 고통의 해방에 중요한 요인으로 거론되어왔다. 특히 게스탈트 치료(G. Yontef &

L. Jacobs, 2000)나 현실 치료(W. Glasser & R. Wubbolding, 1995)에서는 치료과정의 핵심으로써 더욱 더 현재성이 강조되고 있다. 그리고 상담의 핵심이 지금 여기를 깨닫게 하고 바로 그 지금 여기에 충실하게 하는 것이라는 의견이 제시되고 있다(Tolle, 1997). 또한 현존재분석(Boss, 1963)과 명상을 활용한 집단치료(Kabat-zinn, 1990, 1994)에서도 지금 현재의 순간을 사는 것이 얼마나 중요한 지에 대해 강조하고 있다. 서양의 심리학뿐 아니라 동양의 종교인 불교에서도 '현재성'이라는 것은 중요한 주제로 자리하고 있다. 빠알리 대장경 '쌍웃따 니까야'에서 부처는 현재에 머무는 것의 중요성에 대해 직접적으로 말하고 있고(한국빠알리성전협회, 1999), 불교에서 깨달음을 위한 핵심 수행법으로 인식되고 있는 위빠사나 수행 역시 '현재 이 순간'을 강조하고 있다(김재성, 2003; 김재성 2002; Schafer, 1981). 이처럼 동·서양을 막론하고 '현재성'이라는 것은 인간 정신건강에 있어 매우 중요한 요인으로 간주되고 있다.

이런 맥락에서 볼 때, 정신과 환자들이 일반 사람들보다 현재성의 결여 정도가 심하다는 것을 보여준 본 연구는, 인간의 정신건강 혹은 고통해방에 '현재성'이라는 것이 중요한 의미가 있음을 실증적으로 검증해냈다는 의의가 있는 것으로 생각된다. 이는 심리적·정신적으로 고통을 겪는 사람들에 대한 이해는 물론, 의미있는 하나의 상담 접근방법에 대한 방향을 제시할 수 있다는 점에서도 의의가 있을 것으로 생각한다.

요약하자면 집착척도의 타당도를 검증하기 위한 본 연구 결과, 집착척도의 구성개념 타당도는 만족할만한 결과를 보였으나 준거관련 타당도는 만족할만한 결과를 보이지 못했다. 따라서 집착척도가 환자집단과 일반집단을 구분하기 위해 사용될 경우 전체 집착점수를 사용하는 것은 적절

하지 못하며, 하위 요인인 '현재성의 결여' 문항을 사용하는 것이 적절할 것으로 보인다. 지금까지의 집착척도 관련 연구를 종합해보면 집착척도는 신뢰도와 구성개념 타당도 면에서는 안정적인 결과를 보이고 있고(김은희, 윤호균 2002; 김성민, 2004), 준거관련 타당도 면에서는 하위요인인 '현재성의 결여'만이 긍정적인 결과를 보이고 있다.

마지막으로 본 연구의 제한점을 살펴보면 다음과 같다. 우선 환자집단의 피험자 수가 일반집단의 피험자 수보다 매우 적었다는 제한점이 있다. 그리고 일반집단의 경우 대학생이라는 특정 집단에 한정되었던 제한점이 있고, 환자집단의 경우도 진단명과 증상의 심각성 등에 따른 세부적인 구분 없이 전반적인 신경증 환자들을 대상으로 했다는 제한점이 있다. 따라서 앞으로 대학생이 아닌 여러 연령과 집단의 피험자를 대상으로, 그리고 정신과 환자들의 경우도 증상의 종류와 심각성 등이 세밀하게 구분되는 피험자들을 대상으로 연구가 이루어져야 할 필요성이 있다. 그러나 무엇보다 중요한 것은 '집착'이라는 개념에 대한 보다 깊은 이해와 그러한 개념이 드러나는 현상에 대한 폭넓은 탐구, 그리고 그 나타난 현상을 어떻게 하면 효과적으로 측정해낼 수 있는가에 대한 지속적인 관심일 것이다. '집착'에 대한 이해와 '집착의 현상'에 대한 탐구, 효과적인 측정방식에 대한 고려를 통해 다양하고 풍부한 집단과 연령에 대한 지속적인 연구를 해나간다면 좀 더 신뢰롭고 타당한 집착척도가 구성되어, 유용하고 의미있는 측정 도구로서의 역할을 할 수 있을 것으로 기대한다.

참고문헌

김성민 (2004). 우울과 상위인지 자각의 관계. 가톨릭

- 릭대학교 일반대학원 석사학위 청구논문.
- 김은희, 윤호균 (2002). 집착척도의 개발 및 타당화. *한국심리학회지: 상담 및 심리치료*, 14(2), 359-373.
- 김재성 (2002). 위빠사나 수행의 길. 서울: 천안 호두마을 위빠사나 수행처.
- 김재성 (2003). 위빠사나 수행. 서울: 불광출판부
- 윤호균 (1999). 불교의 연기론과 상담. *동양심리학*. 서울: 지식산업사.
- 윤호균 (2001). 공상, 집착 그리고 상담. *한국심리학회 연차학술발표대회 논문집*. 한국심리학회.
- 이현수 (1997). 한국판 아이젠크 성격검사 실시 요강. 서울: 학지사
- 한국빠알리성전협회 (1999). 빠알리대장경 쌍웃다 니까야 제1권. 서울: 한국빠알리성전협회
- Beck, A. T., Rush, N., & Harrison, R. (1983). Cognition, attitude and personality dimensions in depression. *British Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1, 1-16.
- Boss, M. (1963). *Psychoanalysis and Daseinsanalysis*. New York: Basic Books Publishing Co., Inc.
- G. Yontef & L. Jacobs (2000). *Gestalt Therapy*, Corsini, R (Eds.), *Current Psychotherapies* Fifth Edition (pp. 303-339). Itasca Illinois: F.E. Peacock Publishers, Inc.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: The program of the Stress Reduction Clinic at the University of Massachusetts Medical Center*. New York: Delta.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever You Go, There You Are: Mindfulness Meditation in Everyday Life*. New York: Hyperion.
- Persons, J. B., & Miranda, J. (1992). Cognitive theories of vulnerability to depression: Reconciling negative evidence. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 485-502.
- Schafer, R. (1981). The relevance of the 'Here and Now' transference interpretation to the reconstruction of early development. *International Psychoanalytical Congress*, 63, 77-82.
- Simons, A. D., Garfield, S. L., & Murphy, G. E. (1984). The process of change in cognitive therapy and pharmacotherapy for depression: Changes in mood and cognition. *Archives of General Psychiatry*, 41, 45-51.
- Teasdale, J. D. (1983). Negative thinking in depression: Cause, effect or reciprocal relationship? *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 5, 3-25.
- Teasdale, J. D. (1988). Cognitive vulnerability to persistent depression. *Cognition and Emotion*, 2, 247-274.
- Teasdale, J. D. (1997a). Assessing cognitive mediation of relapse prevention in recurrent mood disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 4, 145-156.
- Teasdale, J. D. (1997b). The relationship between cognition and emotion: The mind-in-place in mood disorders. In D. M. Clark & C. G. Fairburn (Eds.), *Science and practice of cognitive behaviour therapy* (pp. 67-93). Oxford: Oxford University Press.
- Teasdale, J. D., & Barnard, P. J. (1993). *Affect, cognition and change: Remodelling depressive thought*, UK/Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Teasdale, J. D., Moore, R. G., Hayhurst, H., Pope, M., & Williams, S. (2002). Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: Empirical Evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 275-287.

- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., & Williams, J. M. G. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behaviour Research and Therapy*, 33, 25-39.
- Tolle, E. (1997). *The Power of Now*. Canada: Namaste Publishing Inc.
- W. Glasser & R. Wubbolding (1995). *Reality Therapy*, Corsini, R (Eds.), *Current Psychotherapies* Sixth Edition (pp. 293-321). Itasca Illinois: F.E. Peacock Publishers, Inc.
- Weissman, A., & Beck, A. T. (1978). *The Dysfunctional Attitudes Scale*. Paper presented at the annual meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, Chicago.
- 원 고 접 수 일 : 2004. 8. 31
수정원고접수일 : 2004. 10. 19
게 재 결 정 일 : 2004. 11. 11

K C I

Validation of the Jibchak Scale: The Difference between non-patients and psychiatric out-patients group

Eun-Hee Kim

The Catholic University of Korea

This research was conducted to confirm the construct validity and the criterion-related validity by applying the Jibchak scale to not only non-patients group, but also a psychiatric out-patients group. To begin with, the Jibchak scale was applied to a vast range of diverse groups including the psychiatric out-patients group. The result was reasonably successful and reliability was proved stable, showing .85 in the lack of nowness, .84 in the lack of flexibility, and .81 in the lack of autonomy. The next procedure was carried out to see whether the Jibchak scale can actually distinguish the psychiatric out-patients group from the rest of samples. The result was that the lack of nowness was the only factor that showed the significant difference between the psychiatric out-patients group and the non-patients group. The result indicates that the people belonging to the psychiatric out-patients group severely lacked a sense of the presence, which plays a very important role in mental health. In short, the Jibchak scale is proved successful in terms of reliability and the construct validity. In respect of the criterion-related validity, though, the lack of nowness was the only successful element among other low-ranking factors.

Key Words : Jibchak, Lack of nowness, Lack of flexibility, Lack of autonomy