

정서반응성과 감정표현불능증이 신체화에 이르는 경로: 긍정, 부정 정서 차원의 탐색적 접근*

조 예 진[†]

인제대학교 교육대학원 조교수

본 연구는 긍정 및 부정 정서 차원에 따라, 정서반응성과 감정표현불능증이 우울을 매개로 신체화를 설명하는 최적의 경로를 탐색하고자 하였다. 이를 위해 만 19세 이상 성인 1,001명을 대상으로 온라인 조사를 실시하였고, 이 중 우울(CES-D) 20점 이상 또는 신체화(PHQ-15) 5점 이상인 712명을 준임상군으로 선정하였다. 확인적 요인분석을 통해 측정모형의 타당성을 검증하였고, 이후 연구모형과 경쟁모형을 대상으로 모형경쟁을 실시하였다. 연구모형은 정서반응성과 감정표현불능증의 상호작용이 우울을 매개로 신체화에 영향을 미친다는 조절된 매개모형으로, 경쟁모형은 정서반응성과 감정표현불능증이 두 개의 독립변인으로서 우울을 매개로 신체화에 독자적인 영향을 미친다는 다중 독립변수 매개모형으로 상정하였다. 연구 결과, 측정모형의 타당성이 검증되었고, 긍정, 부정 정서 차원 모두 경쟁모형이 연구모형에 비해 모형적합도가 우수하여 최종모형으로 채택되었다. 구체적으로, 부정 정서반응성과 부정 감정표현불능증, 긍정 감정표현불능증은 우울을 매개로 신체화를 심화시켰고, 긍정 정서반응성은 우울을 통해 신체화를 완화시켰다. 상기 결과를 토대로 본 연구의 의의와 한계를 논의하고, 후속 연구에 대한 제언을 제시하였다.

주요어 : 정서반응성(PERS), perth 감정표현불능증, 우울, 신체화, 준임상군

* 본 연구는 조예진(2024)의 중앙대학교 박사학위논문 ‘정서반응성과 감정표현불능증이 우울을 매개로 신체화에 미치는 영향: 긍, 부정 정서가에 따른 분석’ 중 일부를 발췌, 수정한 내용임.

† 교신저자 : 조예진, 인제대학교 교육대학원, 경남 김해시 인제로 197

Tel : 055-320-3493, E-mail : yjcho@inje.ac.kr



Copyright ©2026, The Korean Counseling Psychological Association
This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

신체화(Somatization)란 의학적인 원인이 불분명한 신체 증상의 호소와 이에 대한 신체적 귀인, 증상을 없애고자 반복되는 의료적 도움 추구 행동을 말한다(Lipowski, 1988). 신체화 증상을 보이는 사람은 보통 하나 이상의 신체 증상을 호소하며 병원의 여러 과를 방문하나, 대부분 명확한 의학적 소견이 제시되지 않아 상당한 시간과 비용을 지불함에도 지속적인 고통에 놓이게 된다(이효숙 외, 2019). 신체화는 주로 만성화되는 경향이 있어 치료가 어려운데(신현균, 원호택, 1998), 그 영향과 심각성에 비해 명확한 기전이나 치료법은 여전히 미궁 속에 있어 많은 연구와 탐색이 필요하다(Allen et al., 2006; Riebel et al., 2014). 한편, 신체화를 설명하는 과거 대다수의 연구는 우울(이선경, 김정민, 2019; Sayar et al., 2003), 불안(이미정 외, 2014), 분노(Koh et al., 2005) 등 부정 정서의 유발과 그에 대한 처리를 중심으로 이루어져 왔다. 그러나 긍정 정서 역시 정신병리에 영향을 미칠 수 있으며 부정 정서와는 처리방식이 다르다는 연구가 보고되면서 긍정 정서 고유의 영향력에 대한 관심이 대두되었다(Barrett et al., 2001; Feldman et al., 2008).

신체화를 긍정 정서의 관점에서 다룬 연구는 극소수에 불과하나, 일부 연구에서는 긍정 정서가 신체 증상을 완화시키고(Acevedo-Mesa et al., 2019), 우울, 불안, 스트레스 수준을 낮추는 것으로 나타났다(Ripper et al., 2018). 나아가 고혈압, 당뇨 등 만성 질환의 발병과 악화 가능성을 저하함으로써 신체 증상에 영향을 미치는 것으로 밝혀졌다(Richman et al., 2005). 구체적으로 신체화 경향군을 대상으로 긍정 정서와 중립 정서를 유도한 실험에서는 긍정 정서 집단이 중립 정서 집단에 비해 두통을 덜 보고하였다(이소아, 현명호, 2021). 또한 행

복감 등 정신적 웰빙 수준이 높은 아동은 그렇지 않은 아동에 비해 신체 증상을 덜 호소했다는 연구 결과도 제시되었다(윤현숙, 2014). 이외에도 즐거움, 행복 등의 긍정 정서와 만족, 희망, 낙관성 등의 긍정적 특성(trait)이 질병으로 인한 사망률을 낮추어 준다는 메타분석 결과도 존재한다(Chida & Steptoe, 2008). 이처럼 긍정 정서가 주관적으로 경험하는 신체 증상 및 실제 질병의 완화에 도움을 주는 것으로 미루어볼 때, 긍정 정서는 신체화의 발병과 유지에도 유의한 영향을 미칠 것으로 판단된다. 이에 본 연구에서는 부정 정서뿐 아니라 긍정 정서를 함께 고려하여 신체화를 설명하는 새로운 경로를 탐색함으로써, 긍정 정서가를 포괄하는 균형 잡힌 관점에서 신체화를 이해하고자 한다.

정서반응성(Emotional Reactivity)은 개인이 정서를 경험하는 시작점으로, 정서 자극에 반응하는 고유한 기질적 특성(Temperament)을 의미한다(Davidson & Begley, 2012; Nock et al., 2008). 기질이란 자극과 마주했을 때 촉발되는 무의식적이고 자동적인 반응 성향으로 생물학적 특성을 바탕으로 한 비교적 안정적인 요인이다(Cloninger et al., 1993). 이러한 기질적 특성 가운데 정서반응성은 정서 처리의 초기 단계에서 전의식적으로 작용하며 활성화, 강도, 지속성의 하위 차원으로 구성된다(Rottenberg & Johnson, 2008). 활성화는 어떤 자극에 얼마나 쉽게 반응하는지를, 강도는 얼마나 그 자극을 강렬하게 경험하는가를, 지속성은 한 번 유발된 정서가 얼마나 오래 유지되는가를 의미한다(Becerra & Campitelli, 2013).

부정 정서반응성이 높다는 것은 부정적인 정서가 쉽게 유발되고 강하게 경험되며 오래 지속됨을 의미하므로 이는 오랫동안 정서적

취약성으로 간주되었다(Linehan, 1993). 높은 부정 정서반응성은 정서적 고통감, 일상의 스트레스 및 부정적 사건과 관련이 있으며(Watson, 1988; Watson & Clark, 1984), 이러한 특성을 가진 사람은 주어진 상황을 더욱 불쾌한 상황으로 인지하고(Bolger & Zuckerman, 1995) 부정적인 시각으로 해석하는 경향이 있어 우울 수준이 높은 것으로 나타났다(Barrett, 1997). 긍정 정서반응성과 관련된 연구는 상대적으로 부족하나 일부 연구에서는 낮은 긍정 정서반응성이 쾌락 경험 및 긍정 정서의 결핍과 관련하여 우울을 일관되게 예측하는 것으로 보고되었다(Bylsma et al., 2008; Clark et al., 1994; Ripper et al., 2018).

정서반응성과 신체화의 관계를 살펴보면, 신체화 환자군이 대조군에 비해 부정 정서에 대해 높은 반응성을 보이며(Schnabel et al., 2022), 이들은 자신의 증상을 부정적으로 지각하고 보고한다는 것이 밝혀졌다(Aronson et al., 2006). 또한 부정 정서반응성이 높을수록 건강에 대한 불안과 염려가 높으며(O'Bryan et al., 2017), 공황을 비롯한 신체 증상을 더 빈번하고 강하게 경험하는 것으로 보고되었다(Leen-Feldner et al., 2007). 긍정 정서반응성에 대한 연구는 극히 제한적이나 일부 연구에서는 긍정 정서반응성이 신체화에 부정 영향을 미치며(Balaban & Bilge, 2021), 특히 긍정 정서의 활성화와 지속성이 우울을 매개로 신체화를 완화시키는 것으로 나타났다(조예진, 현명호, 2023). 또한 긍정 정서가 만성 질환의 발병과 악화를 늦추는 역할을 하며(Richman et al., 2005), 긍정 정서를 보다 자주 경험하는 사람이 그렇지 않은 사람에 비해 신체 증상을 덜 호소하는 경향이 보고되었다(Cohen et al., 2003). 앞선 연구 결과를 고려할 때, 정서반응

성은 신체 증상의 해석, 주관적인 심각도, 증상에 대한 염려 등과 관련하여 신체화를 설명하는 하나의 요인일 것으로 판단된다.

감정표현불능증(Alexithymia)은 ‘감정을 표현할 단어를 찾지 못한다’는 뜻의 그리스어에서 유래한 용어로(Nemiah & Sifneos, 1970), 개인이 정서를 어떻게 인식하고 표현하는가를 반영하는 성격적 특성(Personality)을 의미한다. 감정표현불능증을 지닌 사람은 자신이 경험하는 감정을 원활하게 인식하지 못하고(Difficulty Identifying Feelings [DIF]), 인식된 정서를 적절히 설명하거나 표현하지 못하며(Difficulty Describing Feelings [DDF]), 내면에서 일어나는 정서에 주의를 기울이지 못하고 외부에 초점을 돌리는 특성(Externally Oriented Thinking [EOT])을 보인다(Taylor et al., 1985). 이러한 특성은 정서의 자연스러운 처리를 저해함으로써 우울(Gilanifar & Delavar, 2016)과 신체화를 설명하는 대표적인 위험요인으로 보고되어왔다(신현균, 2000; De Gucht & Heiser, 2003; Mattila et al., 2008; Sauer-Zavala & Barlow, 2021; Shipko, 1982).

감정표현불능증은 신체화에 직접적인(신현균, 2016; 오수진, 2015), 또한 우울을 매개로 간접적인 영향을 미쳤다(Lanzara et al., 2020). 특히 하위 요인 중 하나인 ‘정서 인식의 결함’은 우울(Sayar et al., 2003) 및 신체화를 설명하는 강력한 요인으로 나타났다(De Gucht & Heiser, 2003; Mattila et al., 2008). ‘정서 표현의 결함’ 역시 스트레스에 대한 각성 수준을 높이고(Gross, 2003), 교감신경계의 과도한 활성화를 통해 면역 기능을 저하시키며(Gross & Levenson, 1997; Pennebaker, 1985) 스트레스 관련 질병의 위험을 높이는 것으로 밝혀졌다(Guilbaud et al., 2003). 아울러 신체 증상을 호

소하는 집단의 로르샤하(Rorschach) 검사 결과, 감정표현불능증과 관련된 지표가 다수 발견되었다는 연구 결과 역시 감정표현불능증과 신체화의 관계를 뒷받침한다(박문규, 손정락, 2007).

이처럼 감정표현불능증 역시 부정 정서를 중심으로 연구되어 왔으나, 최근에는 긍정 정서에 대한 인식과 표현의 결함이 정신병리에 독자적인 영향을 미친다는 것이 검증되고 있다. Preece와 동료들(2024)은 긍정, 부정 감정표현불능증을 대상으로 잠재프로파일분석을 실시하였고 총 8개의 잠재집단을 도출하였다. 그중 긍정, 부정 감정표현불능증이 모두 높은 집단이 우울, 불안, 스트레스에서 가장 심각한 양상을 보였으며, 긍정 감정표현불능증만 높은 집단과 부정 감정표현불능증만 높은 집단 간에는 우울, 불안, 스트레스에서 유의한 차이가 나타나지 않았다. 긍정 감정표현불능증만 높은 집단은 전체의 약 11%를 차지했는데, 이는 긍정 정서에 대한 인식과 표현의 결함이 독립적으로 심리적 부적응에 영향을 미칠 수 있음을 시사한다. 특히 긍정 정서에 대한 인식 결함은 부정 정서와 마찬가지로 정서적 고통감에 정적 영향을 미치는 것으로 나타났다.

우울(Depression)은 신체화를 설명하는 대표적인 부정 정서로 보고되어 왔다(Biedel et al., 1991; Lipowski, 1988). 우울을 호소하는 사람의 절반 이상이 초기에 신체 증상을 먼저 보고하며(정재훈 외, 2014; Kirmayer & Robbins, 1991), 우울이 심해질수록 신체 증상의 호소 역시 심화되었다(이선주, 하은혜, 2010). 한편, 우울은 정서반응성과도 관련이 있는데, 높은 부정 정서반응성은 우울 및 자살사고를 예측하며(Shapero et al., 2019), 높은 긍정 정서반응성은 우울과 스트레스에 부적 영향을 미치는 것

로 나타났다(Ripper et al., 2018). 이러한 특징은 우울을 매개로 신체화를 설명하는 경로에서 긍정 정서와 부정 정서의 정서가에 따라 서로 상이한 작용 양상이 존재할 가능성을 시사한다.

이상의 논의를 종합하면, 신체화는 정서 경험의 기질적 출발점인 정서반응성, 정서를 인식하고 표현하는 성격적 특성인 감정표현불능증, 그리고 증상 수준의 우울이 복합적으로 작용하여 나타나는 결과로 이해된다. 한편, 신체화와 관련된 선행연구들은 주로 부정 정서에 초점을 두고 각 변인과 신체화와의 관련성을 보고하고 있으며, 긍정 정서와 부정 정서에 따른 모형 경로를 균형있게 탐색한 연구는 매우 제한적이다. 이에 본 연구에서는 앞선 변인 간 관련성을 바탕으로 위 변인들이 긍정, 부정 정서가에 따라 신체화에 어떠한 영향을 미치는지 탐색하고 모형경쟁을 통해 각 정서가 별로 이를 설명하는 최적의 경로를 검증하고자 한다.

연구모형으로는 기질과 성격이 서로 상호작용하여 개인의 적응수준과 정신병리에 영향을 미친다는 Cloninger 등(1993)의 심리생물학적 인성 모델을 참고하여 조절된 매개모형을 상정하였다. 이들이 제시한 모델에 따르면, 자극과 마주할 때 기질은 주의와 지각을 통해 무의식적 수준에서 자동적으로 작용하는 반면, 성격은 이러한 반응을 의식적인 수준에서 해석하고 조절하는 역할을 한다. 즉, 비슷한 기질을 타고 태어났더라도 성격이 이를 어떻게 중재(moderate)하느냐에 따라 그 기질의 발현은 다양하게 나타날 수 있다(Cloninger et al., 1994). 기질과 성격의 상호작용은 다양한 정신병리를 설명하는데, 가령 높은 위험회피 기질과 낮은 자율성 성격은 조현병(Margetić et al.,

2010)을 비롯한 대다수 정신장애의 공통적인 특성으로 보고되었다(Fassino et al., 2013). 또한 높은 인내력 기질과 높은 자율성 성격은 거식증과 관련이 있으며, 높은 자극추구 기질과 낮은 자율성은 폭식증과 관련됨이 밝혀졌다(Fassino et al., 2004).

이러한 점에 기반하여 본 연구는 정서반응성과 감정표현불능증이 서로 상호작용하여 우울과 신체화에 영향을 미친다는 가정을 토대로, 정서반응성이 우울을 매개로 신체화에 미치는 영향을 감정표현불능증이 조절하는 모형을 연구모형으로 설정하였다. 경쟁모형으로는 정서반응성과 감정표현불능증이 서로 연관은 갖되 우울 및 신체화에 독립적인 영향을 미친다는 다중 독립변수 매개모형을 상정하였다. 기질적 취약성은 그 자체로 정신병리의 위험요인으로 기능하며, 정서인식 및 표현의 결함 역시 신체화에 영향을 미치는 독자적인 위험요인으로 그 역할이 반복적으로 검증되어 왔다는 사실에 근거하였다(De Gucht & Heiser, 2003).

한편, 긍정, 부정 정서가에 따라 정서반응성과 감정표현불능증이 신체화에 미치는 영향을 탐색하고자 시도한 국내 논문으로는 조예진과 현명호(2023)의 연구가 있다. 이들은 연구의 한계로 두 가지를 제시하였다. 첫째, 연구에서 사용한 감정표현불능증 척도(TAS-20K)의 일부 문항이 부정 정서에 편중되어 있어 긍정 정서에 대한 감정표현불능증을 온전히 반영하지 못했을 가능성을 언급하였다. 둘째, 일반인을 대상으로 연구를 진행한 결과, 우울 및 신체화 점수의 평균과 표준편차를 고려했을 때 대다수의 응답이 ‘극히 드물게’ 수준에 머물러 병리적 수준에서의 변인 간 관련성을 충분히 파악하는 데 한계가 있을 수 있음을 지적하였

다(신현균, 2000). 이에 본 연구에서는 선행연구의 한계를 바탕으로 우울 또는 신체화 점수가 절단점 이상인 준임상군을 선정하고, 긍정, 부정 정서가를 명확히 반영하는 Perth 감정표현불능증 척도를 사용하여 정서반응성과 감정표현불능증이 신체화를 설명하는 경로를 보다 정밀하게 탐색하고자 한다. 아울러 앞서 설명한 연구모형과 경쟁모형을 비교, 검증함으로써 각 정서가별로 신체화를 가장 잘 설명하는 최적의 경로를 확인하고자 한다. 연구문제는 다음과 같다.

연구문제 1. 정서반응성은 우울을 매개로 신체화에 유의한 영향을 미치는가?

연구문제 2. 연구모형은 경쟁모형에 비해 신체화를 더 잘 설명하는가?

방 법

연구 모형

본 연구는 정서반응성이 우울 및 신체화에 미치는 영향을 감정표현불능증이 조절하는 조절된 매개모형을 연구모형으로<그림 1>, 정서반응성과 감정표현불능증이 각각 별개로 우

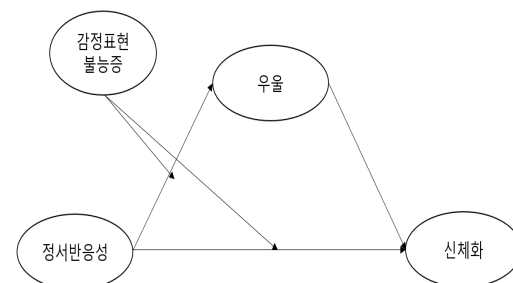


그림 1. 연구모형

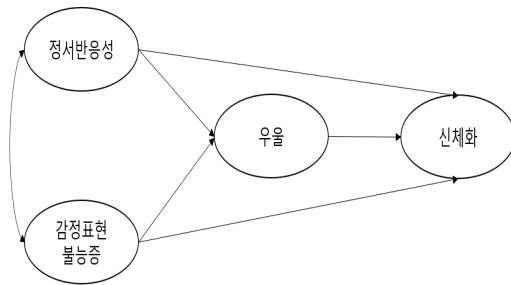


그림 2. 경쟁모형

울 및 신체화에 영향을 미친다는 다중 독립변수 매개모형을 경쟁모형으로 설정하였다<그림 2>.

연구 대상자 모집

본 연구는 엠브레인 이지서베이를 통하여 연구에 자발적으로 참여하기를 희망한 만 19세 이상 성인을 대상으로 진행되었다. 설문 소요시간은 약 9분이었고 보상으로 참여한 ID로 900원 가량의 캐시가 업체를 통해 지급되었다. 중앙대학교 생명윤리위원회의 승인(1041078-20230728-HR-204)을 받아 2023년 9월 11일부터 13일까지 설문이 진행되었고, 총 1,001명의 자료가 수집되었다. 대상자를 선별할 때, 여성이 남성에 비해 주요우울장애 유병률이 높고 신체 증상을 더 많이 호소한다는 점(American Psychiatric Association [APA], 2022)을 고려하여 성비를 6(여):4(남)로 설정하였다. 아울러 성인 초기 주요우울장애 유병률이 성인 후기에 비해 높고(APA, 2022), 신체화 환자 비율 역시 사회생활이 활발한 20-40대에 주로 많다는 점(신현균, 2016)을 고려해 20-40대를 각 27%로, 50대를 20%로 설정하였다. 이렇게 수집된 자료 중 우울(CES-D) 총점이 20점 이상 또는 신체화(PHQ-15) 총점이 5점 이상인 자

712명을 선별하여 준임상군으로 선정하였다. 이는 G-Power 3.1을 활용해 연구모형 및 경쟁모형 분석에 필요한 최소한의 인원수로 산출된 114명을 상회하는 숫자이다(effect size = 0.10, α -error = 0.05, power = 0.8, number of predictors = 3). effect size는 정서반응성이 우울에 미치는 영향(Bylsma et al., 2008)과 감정표현 불능증이 신체화에 미치는 영향(De Gucht & Heiser, 2003)을 메타분석 한 선행연구 값에 근거하여 설정하였다.

CES-D의 정도 우울을 나타내는 전통적인 절단점은 16점으로 알려져 있으나(Radloff, 1977; Weissman et al., 1977), 최근 기준점이 상향되어야 한다는 메타분석 결과(Vilagut et al., 2016)를 참고하여 20점을 기준으로 설정하였다. PHQ-15의 경우, 총점 범위가 5-9점일 때 경도(mild), 10-14점일 때 중등도(moderate), 15점 이상일 경우 심도(severe) 수준으로 구분하며, 본 연구에서는 정도의 절단점인 5점을 기준으로 하였다.

연구 대상자 특성

경도의 우울 또는 신체화 점수에 해당되어 준임상군으로 선정된 연구대상자는 총 712명으로, 남자 268명(37.6%), 여자 444명(62.4%)이었다. 연령대는 20대가 202명(28.4%), 30대가 203명(28.5%), 40대가 190명(27.7%), 50대가 117명(16.4%)으로 나타났다. 교육수준은 4년제 대졸이 389명(54.6%)으로 가장 많았고, 전문대졸이 140명(19.7%), 고졸이하가 129명(18.1%)으로 그 뒤를 이었으며 대학원졸이 54명(7.6%)으로 가장 적었다. 종속변인에 영향을 줄 수 있는 변인으로 진단받은 신체적 질병 및 정신적 질병 유무를 조사하였고, 310명(43.5%)이 신체적

질병으로, 89명(12.5%)이 정신적 질병으로 진단받았다고 보고하였다.

측정도구

정서반응성

Becerra와 Campitelli(2013)가 개발하고 Becerra 등(2019)이 타당화 한 것을 허주연과 황성훈(2023)이 한국어로 번안, 타당화한 한국판 Perth 정서반응성 척도(Korean-Perth Emotional Reactivity Scale [K-PERS])를 사용하였다. 총 30문항으로 긍정 정서가 15문항, 부정 정서가 15문항으로 구성되며, 하위 차원으로는 각 다섯 문항씩의 활성화, 지속성, 강도가 있다. 5점 리커트 척도(1: 매우 그렇지 않다-5: 매우 그렇다)로 각 정서가 별 총점은 15-75점이며, 점수가 높을수록 정서반응성이 높음을 의미한다. 본 연구에서의 내적 일치도(Cronbach's α)는 긍정 정서 활성화 .631, 지속성 .702, 강도 .737, 부정 정서 활성화 .796, 지속성 .820, 강도 .810으로 나타났다.

감정표현불능증

Preece 등(2018)이 개발하고 조예진(2024)이 번안한 한국판 Perth 감정표현불능증 질문지(Korean-Perth Alexithymia Questionnaire [K-PAQ]) 척도를 사용하였다. 총 24문항으로 감정 인식의 어려움(DIF)과 감정 묘사의 어려움(DDF)이 긍정, 부정 정서가 각각 4문항씩 구성되어 있으며, 외부지향적 사고(EOT)가 8문항이다. 5점 리커트 척도(1: 전혀 그렇지 않다-5: 매우 그렇다)로 점수가 높을수록 감정표현불능증 수준이 심함을 의미한다. 본 연구에서의 내적 일치도(Cronbach's α)는 부정 DIF .776, 긍정 DIF .838, 부정 DDF .855, 긍정 DDF .878, EOT

.873으로 나타났다. 긍정 감정표현불능증(긍정 DIF, 긍정 DDF, EOT)의 내적 일치도는 .891, 부정 감정표현불능증(부정 DIF, 부정 DDF, EOT)은 .867로 확인되었다.

우울

Radloff(1977)가 개발하고 전경구 등(2001)이 번안판을 통합하여 제작한 한국판 역학연구 우울 척도(Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale [CES-D])를 사용하였다. 총 20문항, 4점 리커트 척도(0: 극히 드물게-4: 거의 대부분)로 구성된다. 총점 범위는 0-80점이며, 점수가 높을수록 더 우울한 상태임을 의미한다. 우울 정서, 긍정 정서, 대인관계 문제, 신체적 증상과 행동저하 네 개의 차원으로 구성되나, 단일차원으로 사용하는 것이 가장 적합한 것으로 밝혀졌다(신재은 외, 2017). 본 연구의 내적 일치도(Cronbach's α)는 .906으로 나타났다.

신체화

Kroenke 등(2002)이 개발하고 Han 등(2009)이 번안 및 타당화 한 신체증상 질문지 척도(Patient Health Questionnaire-15 [PHQ-15])를 사용하였다. 총 15문항, 3점 리커트 척도(0: 전혀 시달리지 않음-2: 대단히 시달림)로 구성되며, 총점 범위는 0-30점이다. 점수가 높을수록 신체 증상이 심함을 의미한다. 본 연구에서의 내적 일치도(Cronbach's α)는 .766으로 나타났다.

자료분석

본 연구에서는 정서반응성과 감정표현불능증을 긍정, 부정 차원에 따라 나누어 분석하고, 우울, 신체화 간의 관련성을 파악하기 위해 SPSS 28.0를 활용하여 기술통계분석, 상관

분석, 회귀분석을 진행하였다. 아울러 정서가
에 따라 신체화를 설명하는 최적의 경로를 찾
기 위해 Amos 28.0을 활용하였다. Anderson과
Gerbing(1988)의 2단계 접근법에 따라 먼저 측
정모형을 대상으로 확인적 요인분석을 실시하
여 타당도를 검증하였고, 이후 연구모형과 경
쟁모형을 대상으로 모형 경쟁을 실시하였다.
이 과정에서 단일차원으로 구성된 PHQ-15는
문항 묶음(item parceling) 방식을 사용하여 측
정변수를 구성하였다(Russell et al., 1998). 적합
도 지수로는 χ^2 과 CFI, TLI, RMSEA, SRMR,

AIC, BIC 등을 활용하였다.

결 과

주요 변수의 기술통계 및 상관분석 결과

주요 변수의 상관관계 및 기술통계 결과는
<표 1>과 같다. 정서반응성과 감정표현불능
증은 정서 차원에 따라 세부적으로 나누어 제
시하였다. 긍정 정서반응성은 부정 정서반응

표 1. 정서반응성, 감정표현불능증, 우울, 신체화의 기술통계 및 변인 간 상관관계수

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1													
2	.870***												
3	.880***	.631***											
4	.905***	.686***	.708***										
5	-.093*	-.071	-.190***	.011									
6	-.097*	-.034	-.202***	-.023	.891***								
7	-.127***	-.129***	-.182***	-.029	.923***	.716***							
8	-.030	-.027	-.139***	.082*	.930***	.745***	.804***						
9	-.151***	-.105***	-.205***	-.095*	.275***	.296***	.269***	.191***					
10	-.171***	-.123***	-.216***	-.117**	.213***	.241***	.209***	.138***	.974***				
11	-.125***	-.073	-.183***	-.077*	.278***	.296***	.272***	.197***	.978***	.936***			
12	-.297***	-.237***	-.345***	-.207***	.548***	.526***	.497***	.483***	.386***	.364***	.367***		
13	-.020	.034	-.101**	.014	.236***	.200***	.225***	.223***	.112**	.098**	.113**	.403***	
평균	3.097	3.121	3.178	2.992	3.323	3.199	3.362	3.409	2.472	2.425	2.539	1.163	.626
표준편차	.586	.649	.656	.679	.736	.765	.841	.805	.696	.701	.705	.518	.304
왜도	-.373	-.411	-.453	-.150	-.202	-.132	-.278	-.218	.054	.113	.075	.382	.906
첨도	.990	.451	.653	.572	-.115	-.221	-.297	-.171	-.486	-.586	-.404	-.239	1.027

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

(변수설명: 1. 긍정 정서반응성(전체), 2. 활성화(긍정), 3. 지속성(긍정), 4. 강도(긍정), 5. 부정 정서반응성(전체), 6. 활성화(부정), 7. 지속성(부정), 8. 강도(부정), 9. 감정표현불능증(전체), 10. 감정표현불능증(긍정), 11. 감정표현불능증(부정), 12. 우울, 13. 신체화)

성, 감정표현불능증, 우울, 신체화와 대체적으로 유의한 부적 상관을 보였고, 부정 정서반응성은 감정표현불능증, 우울, 신체화와 정적 상관을 보였다. 긍정 정서반응성의 하위 차원 중 일부는 신체화 및 부정 정서반응성의 하위 차원과 상관관계가 유의하지 않았다. 전체 변수의 왜도와 첨도는 그 절댓값이 각각 2와 7 미만으로 나타나 정규성 가정이 충족되었다 (Kline, 2023).

통제 변수를 설정하고자 성별, 연령, 학력, 신체적 질병 유무, 정신적 질병 유무가 우울 ($F[7, 704]=12.768, p<.001$) 및 신체화($F[7, 704]=16.039, p<.001$)에 미치는 영향을 확인하였다. 그 결과, 우울에는 성별($B=.137, SE=.038, t=3.568, p<.001$)과 정신적 질병 유무($B=.465, SE=.060, t=7.716, p<.001$)가, 신체화에는 성별($B=-.092, SE=.022, t=-4.114, p<.001$), 연령($B=-.003, SE=.001, t=-2.923, p<.01$), 신체적 질병 유무($B=.103, SE=.023, t=4.378, p<.001$) 및 정신적 질병 유무($B=.204, SE=.035, t=5.850, p<.001$)가 유의한 영향을 미쳤다. 이에 성별, 연령, 신체적 질병 유무, 정신적 질병 유무를 통제 변수로 지정하고 분석을 진행하였다.

측정모형 검증

긍정 정서반응성, 긍정 감정표현불능증, 우울, 신체화 변인으로 구성된 긍정 경로와 부정 정서반응성, 부정 감정표현불능증, 우울, 신체화로 구성된 부정 경로의 측정모형을 대상으로 확인적 요인분석을 실시하였다<그림 3>. 그 결과, 긍정 경로의 경우 $\chi^2(71)=287.478, p<.001, CFI=.959, TLI=.947, RMSEA=.065, SRMR=.048$ 로, 부정 경로의 경우 $\chi^2(71)=266.966, p<.001, CFI=.965, TLI=.955, RMSEA=.062, SRMR=.040$ 로 나타나 두 경로의 측정모형이 분석에 적합한 것으로 확인되었다. 긍정, 부정 경로 모두 측정변인에 대한 요인부하량이 최소 .58 이상으로 나타났다. 긍정 경로에서의 종합신뢰도(Composite Reliability [CR])는 긍정 정서반응성 .863, 긍정 감정표현불능증 .893, 우울 .893, 신체화 .789로 기준치 0.6 이상으로 나타나 수렴타당도가 충족되었다 (Fornell & Larcker, 1981). 부정 경로 역시 부정 정서반응성 .904, 부정 감정표현불능증 .870, 우울 .893, 신체화 .789로 수렴타당도가 확인되었다.

판별타당도 검증을 위해 변인의 평균추출분

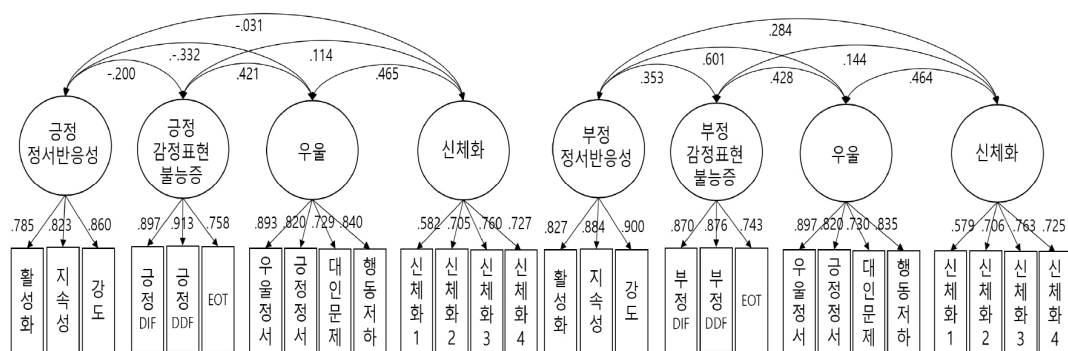


그림 3. 측정모형

산(Average Variance Extracted [AVE]) 값을 구하고 변인 간 상관계수 제곱 값(r^2)과 비교하였다. AVE값은 긍정 정서반응성 .678, 긍정 감정 표현불능증 .738, 우울 .677, 신체화 .486이었고, 변인 간 상관계수의 범위는 절대값 .031부터 .465 사이로, 상관계수의 제곱 값 범위는 .0010부터 .2162 사이로 나타났다. 이에 전체 변인의 AVE 값이 상관계수 제곱 값보다 큰 것으로 나타나 판별타당도가 충족되었다(Fornell & Larcker, 1981). 부정 경로의 경우에도 AVE 값은 부정 정서반응성 .759, 부정 감정 표현불능증 .692, 우울 .677, 신체화 .486이었고, 변인 간 상관계수 범위는 절대값 .144부터 .601 사이로, 상관계수의 제곱 값 범위는 .021부터 .361 사이로 나타나 판별타당도가 충족되었다.

모형 경쟁

측정모형의 적합도가 확인되었으므로 연구모형과 경쟁모형을 구성하였다. 연구모형은 정서반응성이 우울을 매개로 신체화에 미치는 영향을 감정표현불능증이 조절한다고 가정한 모형이며, 경쟁모형은 정서반응성과 감정표현 불능증이 우울을 매개로 신체화에 각각 독립적인 영향을 미친다고 가정한 모형이다. <표 2>를 살펴보면, 긍정, 부정 정서가 모두 경쟁모형이 연구모형에 비해 적합도가 좋았다. 경쟁모형은 CFI 및 TLI가 .90 이상, RMSEA가 .070, SRMR이 각각 .0667, .0701으로 수용가능하였고, AIC와 BIC 역시 상대적으로 낮아 좋은 적합도를 보인 반면(Hu & Bentler, 1999), 연구모형은 상기 기준치에 도달하지 못하였다.

표 2. 연구모형과 경쟁모형의 적합도 검증

정서가	모형	χ^2 (df)	CFI	TLI	RMSEA	AIC	BIC	SRMR
긍정	연구모형	3789.779*** (307)	.729	.690	.126	3931.779	4256.112	.0767
	경쟁모형	537.321*** (119)	.927	.906	.070	641.321	878.861	.0667
부정	연구모형	4160.637*** (307)	.721	.681	.133	4302.637	4626.971	.0950
	경쟁모형	530.347*** (119)	.932	.912	.070	634.347	871.887	.0701

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

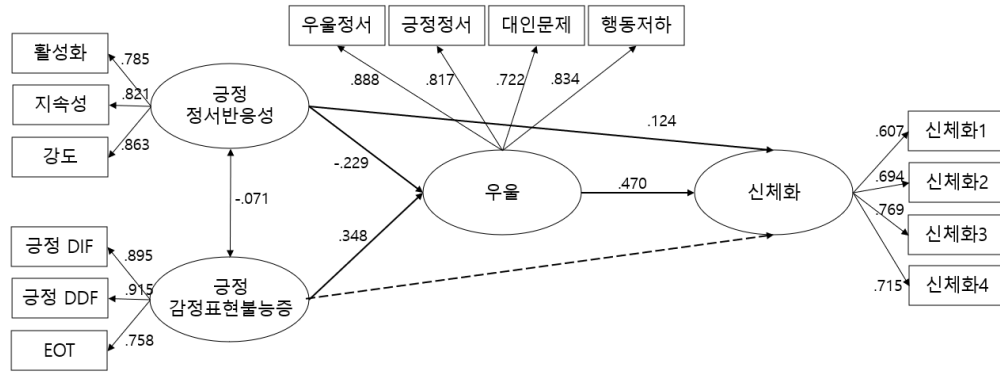
표 3. 긍정 정서가 최종 모형의 경로 추정치

변수(Parameter)				표준화 계수	비표준화 계수	SE	CR
긍정 정서반응성	→	우울		-.229	-.229	.039	-5.881***
긍정 감정표현불능증	→	우울		.348	.254	.028	9.107***
긍정 정서반응성	→	신체화		.124	.048	.016	2.935***
긍정 감정표현불능증	→	신체화		-.020	-.006	.012	-.459
	우울	→	신체화	.470	.183	.021	8.842***

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

조예진 / 정서반응성과 감정표현불능증이 신체화에 이르는 경로: 긍정, 부정 정서 차원의 탐색적 접근

최종 모형으로 채택된 긍정 정서가 경쟁모형의 경로를 살펴보면 <표 3>과 같다. 긍정 정서반응성은 우울에 부적 영향을 미쳤으며 신체화에는 정적 영향을 미쳤다. 긍정 감정표



주. 간명성을 위해 통제변수 및 측정오차는 생략하였다. 실선은 통계적으로 유의함을, 점선은 유의하지 않음을 나타낸다.

그림 4. 긍정 정서가 최종 모형

표 4. 부정 정서가 최종 모형의 경로 추정치

변수(Parameter)		표준화 계수	비표준화 계수	SE	CR
부정 정서반응성	→ 우울	.492	.392	.031	12.465***
부정 감정표현불능증	→ 우울	.223	.162	.027	5.931***
부정 정서반응성	→ 신체화	-.051	-.016	.016	-1.000
부정 감정표현불능증	→ 신체화	-.004	-.001	.012	-.082
우울	→ 신체화	.455	.175	.023	7.638***

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

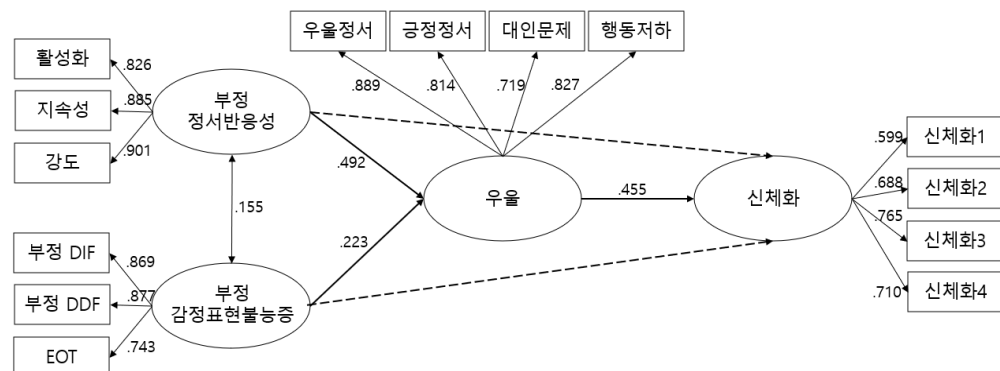


그림 5. 부정 정서가 최종 모형

현불능증은 우울에 정적 영향을 미쳤으나 신체화에는 유의한 영향을 미치지 못했다. 우울은 신체화에 정적 영향을 미치는 것으로 나타났다. 위 모형을 그림으로 표현하면 <그림 4>와 같다.

부정 정서가의 최종 모형 경로를 살펴보면 <표 4>와 같다. 부정 정서반응성과 부정 감정표현불능증은 우울에 정적 영향을 미쳤으나, 신체화에는 유의한 영향을 미치지 못했다. 우울은 신체화에 정적 영향을 미치는 것으로 나타났다<그림 5>.

매개효과 검증

긍정, 부정 정서가에 따른 정서반응성과 감정표현불능증이 우울을 매개로 신체화에 간접적인 영향을 미치는지 확인하기 위해 95% 신뢰구간에서 5,000번의 부트스트래핑(Bias Corrected Bootstrapping)을 실시하였다<표 5>. 그 결과, 네 가지 경로 모두 부트스트래핑의 하한값과 상한값 사이에 0이 포함되지 않아 매개모형이 유의하였다. 긍정 정서반응성은 우울을 매개로 신체화에 부적 영향을 미쳤고, 긍정 감정표현불능증, 부정 정서반응성, 부정 감정표현불능증은 우울을 매개로 신체화에 정적 영향을 미치는 것으로 나타났다.

조절효과 검증

본 연구에서는 모형경쟁 결과 정서반응성과 감정표현불능증이 우울을 매개로 신체화에 독립적인 영향을 미친다는 경쟁모형이 채택되었다. 그러나 본 연구는 기질과 성격의 상호작용이라는 이론적 가정과 선행연구 결과를 토대로 정서반응성과 감정표현불능증의 상호작용 역시 주요한 분석의 대상으로 설정하였으므로, 정서반응성이 우울 및 신체화에 미치는 영향에서 감정표현불능증의 조절효과를 추가적으로 검증하였다. 조절효과는 저(16%), 중(50%), 고(84%) 수준에서 확인하였다. 우울을 종속변인으로 한 분석 결과, 부정 정서반응성은 활성화, 지속성, 강도를 합한 전체 척도 및 각 하위 차원 모두에서 상호작용항이 유의하지 않았다<표 6>. 한편, 긍정 정서반응성 전체 척도의 경우, 감정표현불능증의 저, 중, 고 모든 수준에서 조절효과가 유의하였고, 감정표현불능증 수준이 높아질수록 긍정 정서반응성이 우울을 완화시키는 효과가 감소되었다<그림 6>. 긍정 정서 활성화<그림 7>와 강도<그림 8>의 경우, 감정표현불능증이 낮은 수준에서만 조절효과가 유의하였다. 이는 감정표현불능증이 낮은 수준에서 긍정 정서가 쉽게 활성화되고 이를 강하게 느낄수록 우울이

표 5. 최종 모형의 매개효과 검증

경로	Estimate	SE	Boot LLCI	Boot ULCI
긍정 정서반응성 → 우울 → 신체화	-.042	.010	-.066	-.026
긍정 감정표현불능증 → 우울 → 신체화	.046	.009	.032	.066
부정 정서반응성 → 우울 → 신체화	.069	.012	.048	.095
부정 감정표현불능증 → 우울 → 신체화	.028	.007	.017	.045

조예진 / 정서반응성과 감정표현불능증이 신체화에 이르는 경로: 긍정, 부정 정서 차원의 탐색적 접근

표 6. 정서반응성이 감정표현불능증의 수준에 따라 우울에 미치는 영향

	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>LLCI</i>	<i>ULCI</i>	<i>F</i>	<i>R</i> ²
전체 정서반응성(긍정)	-.1859	.0262	-7.0862***	-.2374	-.1344		
감정표현불능증	.1486	.0229	6.4897***	.1036	.1935		
전체 정서반응성(긍정) x 감정표현불능증	.0818	.0333	2.4537*	.0163	.1472		
조건부 효과						66.4067***	.4304
16%(-.6749)	-.2411	.0373	-6.4644***	-.3143	-.1679		
50%(-.0499)	-.1900	.0266	-7.1522***	-.2421	-.1378		
84%(.7626)	-.1235	.0333	-3.7049***	-.189	-.0581		
활성화(긍정)	-.0482	.0336	-1.4355	-.1141	.0177		
감정표현불능증	.1456	.0232	6.2843***	.1001	.1911		
활성화(긍정) x 감정표현불능증	.0783	.0308	2.5420*	.0178	.1388		
조건부 효과						44.6440***	.4339
16%(-.6749)	-.1010	.0388	-2.6044**	-.1772	-.0249		
50%(-.0499)	-.0521	.0335	-1.5529	-.1179	.0138		
84%(.7626)	.0115	.0417	.2762	-.0704	.0934		
지속성(긍정)	-.0946	.0354	-2.675**	-.1641	-.0252		
감정표현불능증	.1475	.0232	6.3531***	.1019	.1931	44.1745***	.4313
지속성(긍정) x 감정표현불능증	.0557	.0309	1.8007	-.0050	.1164		
강도(긍정)	-.0393	.0358	-1.0981	-.1095	.0310		
감정표현불능증	.1448	.0232	6.2357***	.0992	.1903		
강도(긍정) x 감정표현불능증	.0709	.0283	2.5041*	.0153	.1265		
조건부 효과						44.6162***	.4337
16%(-.6749)	-.0872	.0407	-2.1431*	-.1670	-.0073		
50%(-.0499)	-.0428	.0358	-1.1957	-.1131	.0275		
84%(.7626)	.0148	.0417	.3551	-.0670	.0966		
전체 정서반응성(부정)	.3144	.0228	13.8075***	.2697	.3591		
감정표현불능증	.1362	.0232	5.8603***	.0905	.1818	63.5795***	.4198
전체 정서반응성(부정) x 감정표현불능증	.0257	.0288	.8934	-.0308	.0823		
활성화(부정)	.1536	.0320	4.7974***	.0907	.2165		
감정표현불능증	.1313	.0234	5.6069***	.0854	.1773	43.0904***	.4252
활성화(부정) x 감정표현불능증	.0495	.0275	1.8005	-.0045	.1035		
지속성(부정)	.0622	.0324	1.9194	-.0014	.1258		
감정표현불능증	.1359	.0236	5.7686***	.0897	.1822	42.6358***	.4226
지속성(부정) x 감정표현불능증	.0076	.0251	.3025	-.0416	.0568		
강도(부정)	.1035	.0357	2.895**	.0333	.1736		
감정표현불능증	.1348	.0237	5.6853***	.0883	.1814	42.6572***	.4227
강도(부정) x 감정표현불능증	.0127	.0260	.4898	-.0383	.0638		

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

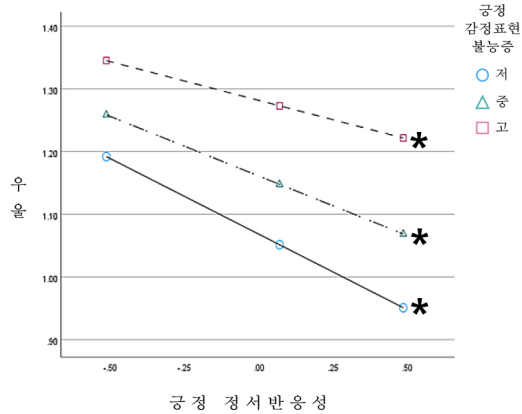


그림 6. 긍정 정서반응성과 우울의 관계에서 감정 표현불능증의 조절효과

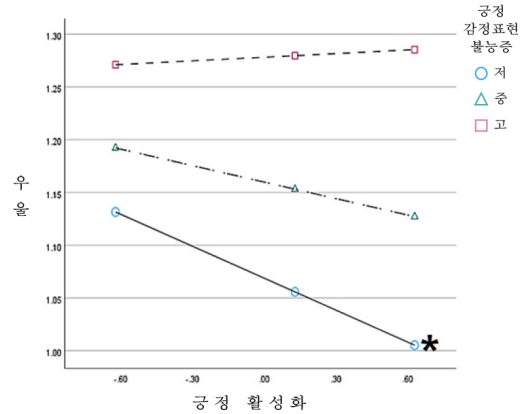
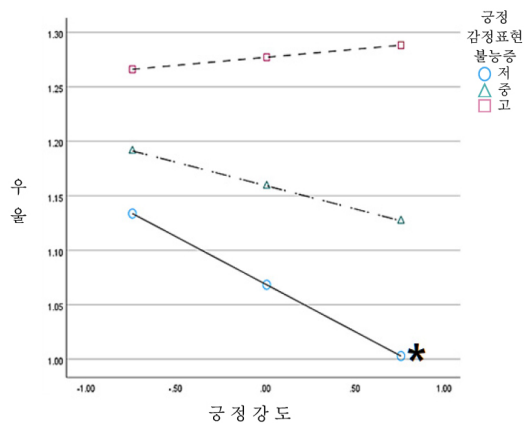


그림 7. 긍정 정서 활성화와 우울의 관계에서 감정 표현불능증의 조절효과



주. 그래프 중 *가 표기된 선은 유의함을 나타낸다.
그림 8. 긍정 정서 강도와 우울의 관계에서 감정 표현불능증의 조절효과

완화됨을 의미한다. 신체화를 종속변인으로 한 분석 결과, 긍정, 부정 정서반응성 모두에서 조절효과가 유의하지 않았다<표 7>.

논 의

본 연구는 정서반응성과 감정표현불능증이

우울을 매개로 신체화에 어떤 영향을 미치는지를 정서가 별로 살펴보고, 상기 변인 간 관계를 가장 잘 설명하는 경로를 탐색하고자 하였다. 연구의 주요한 결과는 다음과 같다.

첫째, 모형 경쟁 결과, 긍정, 부정 정서가 모두 정서반응성과 감정표현불능증이 우울을 매개로 신체화에 독립적인 영향을 미친다는 경쟁모형이 채택되었다. 이는 기질과 성격의 상호작용을 강조한 Cloninger 등(1993)의 관점과는 다소 다른 양상으로, 본 연구에서는 두 변인의 상호작용보다는 각각의 독립적인 영향력이 상대적으로 더 크게 나타났다. 이러한 결과는 연구 대상군의 특성과 관련될 가능성이 있다. 일반군을 대상으로 한 조예진과 현명호(2023)의 연구에서는 정서반응성과 감정표현불능증의 상호작용항이 유의하였으나 준임상군을 대상으로 한 본 연구에서는 대체로 유의하지 않았기 때문이다. 세부적으로 비교하면, 동일한 우울 척도를 사용한 본 연구의 우울점수는($M=1.1627$, $SD=.5176$) 선행연구($M=.8253$, $SD=.5882$)에 비해 총점으로 약 7점 이상 높았다. 이는 우울이 낮은 경우에는 감

조예진 / 정서반응성과 감정표현불능증이 신체화에 이르는 경로: 긍정, 부정 정서 차원의 탐색적 접근

표 7. 정서반응성이 감정표현불능증의 수준에 따라 신체화에 미치는 영향

	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>LLCI</i>	<i>ULCI</i>	<i>F</i>	<i>R</i> ²
전체 정서반응성(긍정)	.0077	.0187	.4098	-.0290	.0443		
감정표현불능증	.0422	.0163	2.5903**	.0102	.0742	17.0658***	.1626
전체 정서반응성(긍정) x 감정표현불능증	.0114	.0237	.4823	-.0352	.0580		
활성화(긍정)	.0450	.0237	1.8945	-.0016	.0916		
감정표현불능증	.0378	.0164	2.3087*	.0057	.0700	12.6875***	.1789
활성화(긍정) x 감정표현불능증	.0175	.0218	.8015	-.0253	.0602		
지속성(긍정)	-.0813	.0250	-3.2561**	-.1304	-.0323		
감정표현불능증	.0386	.0164	2.3575*	.0065	.0708	12.6319***	.1782
지속성(긍정) x 감정표현불능증	.0067	.0218	.3068	-.0362	.0495		
강도(긍정)	.0429	.0253	1.6942	-.0068	.0925		
감정표현불능증	.0371	.0164	2.2616*	.0049	.0693	12.7413***	.1795
강도(긍정) x 감정표현불능증	.0217	.02	1.0831	-.0176	.0610		
전체 정서반응성(부정)	.0625	.0161	3.8921***	.0310	.0941		
감정표현불능증	.0385	.0164	2.3485*	.0063	.0707	17.0548***	.1625
전체 정서반응성(부정) x 감정표현불능증	.0176	.0203	.8684	-.0223	.0576		
활성화(부정)	-.0068	.0225	-.3018	-.0509	.0374		
감정표현불능증	.0353	.0165	2.1437*	.0030	.0676	12.5967***	.1778
활성화(부정) x 감정표현불능증	.0124	.0193	.6394	-.0256	.0503		
지속성(부정)	.0448	.0227	1.9773*	.0003	.0893		
감정표현불능증	.0322	.0165	1.9511	-.0002	.0645	12.8585***	.1808
지속성(부정) x 감정표현불능증	.0303	.0175	1.7297	-.0041	.0648		
강도(부정)	.0141	.0251	.5614	-.0351	.0633		
감정표현불능증	.0356	.0166	2.1416*	.0030	.0682	12.5670***	.1775
강도(부정) x 감정표현불능증	.0062	.0182	.3405	-.0296	.0420		

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

정표현불능증의 높낮이에 따라 정서반응성이 미치는 영향이 조절되지만, 우울이 정도 수준 이상일 경우에는 정서반응성과 감정표현불능증이 독립적으로 작용할 가능성을 시사한다. 동일한 척도가 아니므로 정확한 비교는 어려우나 감정표현불능증 역시 본 연구의 값

($M=2.4724$, $SD=.6959$)이 선행연구의 값($M=2.4318$, $SD=.6479$)보다 높은 것으로 나타났다. 상기 결과를 고려했을 때, 본 연구의 준임상군 표본은 이미 우울과 감정표현불능증이 일정 수준 이상인 집단이므로 일반군을 대상으로 한 선행연구와는 변인 간 관련성이 다를

가능성이 시사된다(신현균, 2000). 주요우울장애 임상군과 준임상군 모두 대조군에 비해 감정표현불능증 수준이 높으며(김석주 외, 2007; Luminet et al., 2001), 우울증 환자군에서 우울과 감정표현불능증 간의 관계가 더 강력하다는 선행연구 결과 역시 이를 뒷받침한다(Honkalampi et al., 2000).

둘째, 부정 정서가의 경우, 정서반응성 및 감정표현불능증 수준이 높을수록 우울을 통해 신체화가 심화되는 것으로 나타났다. 이는 부정 정서반응성과 감정표현불능증이 우울 및 신체화의 위험요인으로 작용한다는 선행연구의 결과와 일치한다(조예진, 현명호, 2023). 특히 부정 정서반응성은 스트레스 상황에서 부정적 정서경험에 민감하게 반응하게 함으로써 우울 증상을 심화시키고 나아가 자살사고와 자살행동을 증가시키는 것으로 보고된 바 있다(Shapero et al., 2019). 이는 부정 정서반응성이 신체 감각에 대한 선택적 주의와 편향된 지각을 증폭시켜(Aronson et al., 2006) 건강에 대한 과도한 불안과 염려, 그리고 신체화 경향성을 고조시킨다는 선행연구와 맥락을 같이 한다(O'Bryan et al., 2017). 아울러 감정표현불능증은 자신의 정서 상태를 인식하고 언어화하는 능력의 결핍으로 특징지어지며, 이러한 정서 처리의 제한은 우울(Gilanifar & Delavar, 2016)과 무쾌감(Prince & Berenbaum, 1993)을 심화시켜 의학적으로 설명되지 않는 신체 증상의 예측인자로 작용한다(De Gucht et al., 2004). 이는 개인이 자신의 내적 정서와 욕구를 인식하는 과정을 저해함으로써 심리적 고통감이 신체 증상으로 발현되도록 촉진한다(Mattila et al., 2008). 본 연구 결과 역시 정서 인식 및 표현의 어려움이 우울을 매개로 신체화를 심화시키는 경로를 지지한다.

셋째, 긍정 정서가의 경우, 정서반응성이 높을수록 우울을 통해 신체화가 완화되었다. 이는 긍정 정서반응성이 우울을 매개로 신체화를 완화시키며, 긍정 정서의 활성화, 지속성, 강도가 우울, 불안, 스트레스를 완화시킨다는 선행연구를 지지한다(조예진, 현명호, 2023; Ripper et al., 2018). 한편, 긍정 감정표현불능증 또한 그 수준이 높을수록 우울을 통해 신체화를 심화시키는 것으로 나타나 일부 선행연구와 반대되는 결과가 도출되었다. 조예진과 현명호(2023)의 연구에서는 긍정 정서에 대한 감정표현불능증이 높을수록 오히려 우울과 신체화가 완화되는 결과를 보고하였다. 이러한 결과의 차이는 대상군의 차이에 기인하였을 가능성이 큰데, 일반군을 대상으로 정서가에 따른 감정표현불능증 척도를 타당화 한 조예진(2024)의 연구에서도 긍정 정서에 대한 인식과 표현의 결함이 신체화를 완화시키는 것으로 나타났기 때문이다. 상기 결과를 확증하고자 본 연구에서도 우울 절단점 20점 미만의 일반군 557명을 대상으로 긍정 감정표현불능증이 신체화에 미치는 영향을 분석한 결과, 선행연구와 마찬가지로 긍정 정서의 인식과 표현 결함은 신체화를 완화시키는 것으로 나타났다($B=-.138$, $SE=.050$, $t=-2.764$, $p=.006$).

본 결과에 대한 원인을 살펴보면, 일반군은 준임상군에 비해 정서가 균형잡힌 상태로 부정 정서도 긍정 정서도 비교적 정상 범주 내에서 움직일 가능성이 높다. 이들이 지각하는 일상의 부정 정서는 매일 마주하는 스트레스나 불쾌감 수준에 그치며 긍정 정서는 즐겁거나 유쾌한 기분 정도일 것으로 판단된다. 한편, 준임상군은 이미 정서의 기저점이 가라앉아 있는 상태로 이들이 경험하는 부정 정서는 우울감, 좌절감, 무망감 등으로 그 깊이가 깊

으며, 긍정 사건에도 일반군에 비해 긍정 정서를 덜 경험할 가능성이 높다(유경, 강연옥, 2009). 이는 우울군이 일반군과 달리 부정 정서 경험에 대한 동기가 높고, 긍정 정서 경험에 대한 동기가 낮은 것으로 설명할 수 있는데(Millgram et al., 2015), 우울한 사람은 긍정 자극으로부터 주의를 회피하고 긍정 정서를 의도적으로 억제하는 경향이 있으며(Millgram et al., 2019; Winer & Salem, 2016), 이는 부정적인 자기개념과 일치하는 방향의 정서 경험을 선호하기 때문인 것으로 밝혀졌다(Arens & Stangier, 2020).

상기 내용을 종합했을 때, 정서가에 따라 유기체에게 유익한 정서처리방식이 다소 다를 수 있을 것으로 추측된다. 일반군과 준임상군 모두에게 부정 정서는 인지적 에너지를 들여서라도 그것을 명료화하고 적절한 방식으로 해소하는 것이 바람직하지만, 긍정 정서에 있어서는 그 방향이 다를 수 있다. 일반인의 경우, 긍정 정서에 대한 접근 동기가 강하고 이에 대한 회피적 태도가 없기 때문에 긍정 정서 경험이 자연스럽다. 이에 매년 긍정 정서를 인식하고 표현하기보다는 별도의 인지적 처리과정 없이 있는 그대로 경험하는 것이 더 효율적일 수 있겠다(조예진, 현명호, 2023). 한편, 부정 정서가 만연하고 긍정 정서에 대한 접근 동기가 낮은 준임상군의 경우, 자신의 경험 속에서 긍정적인 요소를 찾아내고 그것을 명료화하는 것이 함몰된 부정 정서로부터 벗어나 균형잡힌 시각을 갖게 할 것으로 보인다(Clark & Beck, 1991). 긍정 정서를 경험하고자 하는 동기가 낮을수록 환자의 우울 증상이 심화되며(Millgram et al., 2019), 대표적인 우울증 치료법인 행동활성화(Behavioral Activation) 역시 환자를 긍정적인 활동에 노출시켜 인지

및 정서 상태를 개선한다는 점에 미루어볼 때(Lejuez et al., 2001), 준임상군에게 긍정 정서를 인식하고 표현할 수 있는 능력은 우울 및 신체화를 완화시키는 요인일 것으로 판단된다. 즉, 일반군과 준임상군은 기본적인 정서의 기저선과 그 변화의 폭이 다르고, 정서 경험에 대한 선호도와 그에 따른 접근방식이 상이하므로 보다 바람직한 정서처리방식이 다를 수 있을 것으로 생각된다.

마지막으로 긍정 정서반응성이 우울을 매개로 신체화에 미치는 영향은 간접효과와 직접효과의 부호가 다르고, 총효과의 절대값보다 직접효과의 절대값이 더 크게 나타나 억제효과(suppression effect)가 발생한 비일관적 매개 모형으로 밝혀졌다(김하형, 김수영, 2020). 단순회귀분석 결과, 긍정 정서반응성은 신체화에 유의한 영향을 미치지 않았는데(총효과 $[c]=.006$, $p=.710$), 우울을 매개변인으로 한 다중회귀분석 결과, 유의한 정적 영향을 미쳤다(직접효과 $[c']=.048$, $p=.008$). 이는 긍정 정서반응성이 신체화를 설명하는 경로에서 우울이 긍정 정서반응성의 예측력을 강화하는 억제효과로, 우울이 긍정 정서반응성과 신체화의 관계를 설명하는 데 있어 핵심적인 변수일 가능성을 시사한다. 이는 신체화와 가장 관련이 높은 정서가 우울이라는 선행연구 결과와도 같은 맥락을 같이 한다(Lipowski, 1988). 본 결과는 신체화 증상을 이해하고 개입하는 과정에서 우울을 함께 고려할 필요성을 보여주며, 특히 긍정 정서를 경험하고 유지하는 능력이 낮은 개인의 경우 우울 증상을 중심으로 한 평가와 개입이 신체화 증상을 완화하는 데 중요한 단서가 될 수 있음을 시사한다.

한편, 긍정 정서반응성이 신체화에 직접적인 정적 영향을 미친 것은 다음과 같이 해석

해 볼 수 있다. 정서반응성이 정서에 반응하는 고유한 특질이라는 점(Davidson & Begley, 2012; Rottenberg & Johnson, 2008)에서 미루어 보아 긍정, 부정 정서반응성은 각 정서 속성에 대한 변량과 자극에 대한 반응성을 설명하는 변량으로 구성되리라 추론할 수 있다. 상관관계를 살펴보면, 조예진과 현명호(2023)의 연구에서는 긍정 정서반응성과 부정 정서반응성의 하위 차원이 모두 유의한 부적 상관을 보여 정서 속성에 따른 명확한 분리가 가능한 반면, 본 연구에서는 긍정 정서 강도와 부정 정서 강도가 유의한 정적 상관을 보여 정서반응성이 정서가에 따른 분리보다는 정서 자극에 공통적인 민감성 정도를 반영했을 가능성이 제기된다. 신체화의 주요한 원인이 정서의 억압 등 미숙한 정서처리기제에 기반한다는 점을 고려할 때(권석만, 2013), 감정표현불능증이 높은 준임상군에게 정서 자극에 대한 높은 민감성은 원할하지 못한 정서처리를 통해 신체화 증상을 심화시켰을 수 있겠다.

본 연구의 제한점 및 후속 연구를 위한 제언은 다음과 같다. 첫째, 본 연구는 각 척도의 절단점을 넘는 준임상군을 대상으로 연구를 진행하였으나 이 중 진단받은 정신적 질병이 있다고 응답한 비율은 약 12.5%에 그쳤다. 한국인은 우울감을 느끼더라도 자신이 우울증인 것을 인지하지 못하거나, 치료의 필요성을 인지함에도 의료기관을 찾지 않는 경향이 있음을 지지하는 결과로 판단된다(홍진표 외, 2015). 한편, 본 연구의 대상군은 전문가의 명확한 진단이 내려진 집단이 아니므로 이들이 실제로 경도 수준의 우울증을 앓고 있는지, 일시적인 사건이나 충격에 의해 최근 심리적 불편감이 고조된 것인지 변별할 수 없다는 한계가 있다. 이에 추후에는 정신과 진단을 받

은 환자군을 대상으로 병리 수준에 따른 변인 간 관련성을 확인하고, 일반군, 준임상군과 비교하여 정서반응성과 감정표현불능증의 양상을 탐구해 볼 필요가 있다.

둘째, 본 연구는 다수의 선행연구(문선숙 외, 2019; 신현균, 2000; 주소망, 김정민, 2019; Sitnikova et al., 2017; Van Driel et al., 2018)를 참고하여 신체화를 측정하기 위한 도구로 PHQ-15 척도를 사용하였다. 그러나 상기 척도는 다양한 신체 증상의 유무와 빈도를 측정하는 내용으로 구성되어 신체화의 특징을 충분히 반영하기에는 한계가 있다. 한편, 현재 국내에 신체화를 적확하게 측정할 수 있는 도구가 부재하여 신체화를 다룬 대다수의 최신 연구가 위 척도를 사용하고 있는 바(이난영, 2022; 한청아, 신현균, 2020), 추후에는 신체화의 개념과 진단적 유효성을 반영한 새로운 척도의 개발과 이를 활용한 연구가 진행될 필요가 있다.

그럼에도 불구하고 본 연구의 의의는 다음과 같다. 첫째, 국내 신체화 연구는 주로 1990년대 후반부터 2000년대 초중반에 걸쳐 활발하게 진행되었으며 이후로는 이전만큼의 임상적 관심을 받지 못했다. 또한 대체로 정서인식 명확성(김가형, 백용매, 2014), 정서신념(김민영, 2019), 정서표현양가성(박지선 외, 2008), 정서조절방략(조현주 외, 2007) 등 의식적 수준의 변인 및 인지적 특성과 기제를 밝히고자 하는 연구가 주를 이루었다(박문규, 손정락, 2010; 신현균, 원호택, 1998; 정한용 외, 2004). 이러한 한계를 극복하고자 본 연구는 기질적이고 자동적인 특성을 지닌 정서반응성을 바탕으로 신체화를 설명하고자 하는 새로운 시도를 하였다.

아울러 부정 정서에만 치우쳐 있던 과거 신

체화 연구에서 벗어나 긍정 차원의 정서반응성과 감정표현불능증의 역할을 검증함으로써 신체화에 대한 통합적인 이해를 도모하였다. 그동안 신체화 연구는 대체로 부정 정서에 초점을 두고 이루어졌으며(이미정 외, 2014; Davoodi et al., 2018; Koh et al., 2005; Sayar et al., 2003), 긍정 정서의 역할을 검증한 논문은 극소수에 불과하다(De Gucht, 2002). 특히 긍정 정서에 대한 감정표현불능증과 정신병리 간 관계는 자폐(Brett et al., 2025; Ferguson et al., 2023) 및 섭식장애(Muir et al., 2023) 등 최근 들어 일부 영역에서 다뤄지기 시작하였다. 본 연구는 긍정 정서에 대한 인식과 표현의 결함이 신체화에 어떤 영향을 미치는지를 탐색적으로 검증하였다는 점에서 의의를 갖는다.

둘째, 신체화를 다룬 대다수의 연구가 대학생(한청아, 신현균, 2020), 아동(정상희, 이정윤, 2012), 청소년(장수지, 남숙경, 2022), 노인(정동희, 심은정, 2018) 등 특정 대상군에 한정하여 진행되었으며, 다양한 연령층의 성인을 대상으로 포괄하여 진행한 연구는 드물다(엄현정, 김영근, 2021; 이혜숙, 김영근, 2022). 또한 실제로 우울 및 신체화 증상을 호소하는 준임상군이나 임상군을 대상으로 한 연구는 모집의 어려움으로 그 필요성에 비해 충분히 이루어지지 못했다(이선경, 김정민, 2019; 주소망, 김정민, 2019). 본 연구는 우울과 신체화 발병률에 근거해 성별 및 연령대 비율을 설정하여 약 1,000명의 인원을 모집하였고, 준임상군을 선별해 연구를 진행함으로써 생태학적 타당도를 높이하고자 했다는 점에서 의의가 있다. 본 연구를 바탕으로 신체화에 대한 보다 다각적인 관점의 연구가 이루어지길 바라며, 국내에서도 정서반응성과 감정표현불능증의 영향을 긍정, 부정 차원에서 심층적으로 탐색하는 연

구가 활발히 이루어지기를 소망한다.

참고문헌

- 권석만 (2013). **현대 이상심리학**. 학지사.
- 김가형, 백용매 (2014). 청소년의 감정표현불능증, 정서인식 명확성이 신체화 증상에 미치는 영향: 정서조절곤란의 매개효과. **청소년학연구**, 21(1), 267-290.
- 김민영 (2019). **대학생의 취업스트레스가 신체화 증상에 미치는 영향: 정서 신념의 매개효과**. 조선대학교 대학원 석사학위논문.
- 김석주, 유승희, 김성연, 김동욱, 조인희, 조성진 (2007). 주요 우울장애와 준임상적 우울증에서의 감정표현불능증. **정신신체의학**, 15(2), 100-106.
- 김하형, 김수영 (2020). 비일관적 매개효과 모형의 해석 방향 탐색. **한국심리학회지: 일반**, 39(1), 91-115.
- 문선숙, 서연옥, 이경우 (2019). 노인의 하지불안증후군 증상과 우울, 신체화증상, 일상생활수행능력과의 관계. **재활간호학회지**, 22(2), 77-86.
- 박문규, 손정락 (2007). 신체화 집단의 감정표현불능 증후군 및 대처 손상: 로샤의 인지, 정서, 행동 및 스트레스 관리 분석. **한국심리학회지: 임상**, 26(2), 407-427.
- 박문규, 손정락 (2010). 신체화 집단의 주의 편향, 기억 편향 및 인지특성. **스트레스 연구**, 18(2), 69-79.
- 박지선, 김인석, 현명호, 유재학 (2008). 정서자각 결함, 정서 표현성, 정서 표현에 대한 양가감정이 신체화, 우울, 스트레스 경험 빈도에 미치는 영향. **한국심리학회지: 건**

- 강, 13(3), 571-581.
- 신재은, 이태현, 윤소진 (2017). Bifactor 모형을 적용한 CES-D 척도의 요인구조 검증. *스트레스 研究*, 25(4), 272-278.
- 신현균 (2000). 부정적 정서, 감정표현불능증, 신체감각 증폭지각, 및 신체적 귀인이 신체화에 미치는 영향: 매개모델의 검증. *한국심리학회지: 임상*, 19(1), 17-32.
- 신현균 (2016). 신체 증상 및 관련장애_아무 이유도 없이 몸이 아프다면. 학지사.
- 신현균, 원호택 (1998). 신체화의 인지 특성 연구 (1): 한국판 신체감각 증폭척도와 증상 해석 질문지의 신뢰도와 타당도 연구. *한국심리학회지: 임상*, 17(2), 33-39.
- 엄현정, 김영근 (2021). 우울, 분노억제, 감정표현불능증 및 신체화의 구조적 관계. *상담학연구*, 22(4), 105-128.
- 오수진 (2015). 감정표현불능증이 신체화에 미치는 영향: 성인애착의 조절효과. 아주대 학교 대학원 석사학위논문.
- 유경, 강연욱 (2009). 노년기 정서 경험과 대처양식의 특성: 우울 집단과 정상 집단 비교. *한국심리학회지: 임상*, 28(3), 893-910.
- 윤현숙 (2014). 긍정적 정신건강유형과 신체화 증상 간 관계. 고려대학교 교육대학원 석사학위논문.
- 이난영 (2022). 중년여성의 신체화 증상, 노화 불안, 사회적 지지가 우울에 미치는 영향. *디지털융복합연구*, 20(5), 847-855.
- 이미정, 임창경, 유정미 (2014). 특성화 고등학교 학생의 사회적 스트레스와 불안 및 우울이 신체화에 미치는 영향. *복지행정연구*, 30, 109-133.
- 이선경, 김정민 (2019). 대학생의 우울이 신체화 증상에 미치는 영향. *인문사회* 21, 10(3), 1147-1162.
- 이선주, 하은혜 (2010). 여자 청소년의 우울증상과 신체화 증상의 관계에서 인지적 요인의 매개효과. *한국심리학회지: 학교*, 7(1), 55-68.
- 이소아, 현명호 (2021). 긍정정서가 신체화 경향군의 노시보 효과에 미치는 영향. *한국심리학회지: 건강*, 26(3), 563-579.
- 이혜숙, 김영근 (2022). 성장기의 정서적 학대 경험이 성인기 신체화에 미치는 영향: 정서인식명확성과 분노억제의 매개효과. *한국심리학회지: 상담 및 심리치료*, 34(3), 793-818.
- 이효숙, 장문선, 곽호완 (2019). 신체화 경향군의 신체-질병 관련 단어에 대한 주의와 기억편향. *한국심리학회지: 인지 및 생물*, 31(2), 147-165.
- 장수지, 남숙경 (2022). 중학생이 지각한 부모의 심리적 통제와 자살생각의 관계: 감정표현불능증(alexithymia)과 자아존중감의 조절된 매개효과. *한국심리학회지: 상담 및 심리치료*, 34(1), 159-178.
- 전경구, 최상진, 양병창 (2001). 통합적 한국판 CES-D 개발. *한국심리학회지: 건강*, 6(1), 59-76.
- 정동희, 심은정 (2018). 노인 우울 증상 프로파일과 신체 증상 및 삶의 질의 관계. *한국심리학회지: 상담 및 심리치료*, 30(3), 931-953.
- 정상희, 이정윤 (2012). 아동의 완벽주의와 신체화의 관계: 스트레스 대처행동의 조절효과. *상담학연구*, 13(2), 1029-1042.
- 정재훈, 허휴정, 채정호 (2014). 우울장애 환자의 신체화 증상에 영향을 미치는 임상 요인: 반추적 반응과 신체화 증상의 연관성.

- 우울조울병, 12(2), 122-127.
- 정한용, 박준호, 이소영 (2004). 우울 증상과 성별에 따른 신체화 환자의 인지적 특성. *신경정신의학*, 43(2), 165-171.
- 조예진 (2024). 한국판 Perth 감정표현불능증 척도(Korean-Perth Alexithymia Questionnaire: K-PAQ)의 타당화 연구. *한국심리학회지: 건강*, 29(5), 837-860.
- 조예진, 현명호 (2023). 긍정, 부정 정서 반응성이 우울 및 신체화에 미치는 영향: 감정표현불능증의 조절된 매개효과. *한국심리학회지: 건강*, 28(4), 861-883.
- 조현주, 전태연, 채정호, 우영섭, 최정은, 기백석, 임현우 (2007). 우울장애의 불안, 신체화, 분노 증상과 정서조절방략과의 관계. *한국심리학회지: 임상*, 26(3), 663-679.
- 주소망, 김정민 (2019). 대학생의 부정적 정서 신념이 신체화 증상에 미치는 영향: 정서표현양가성의 조절효과. *정서·행동장애연구*, 35(2), 361-378.
- 한청아, 신현균 (2020). 대학생의 일상 스트레스와 신체화 증상의 관계: 정서조절곤란과 정서신념의 조절된 매개효과. *청소년학연구*, 27(9), 131-154.
- 허주연, 황성훈 (2023). 한국판 Perth 정서 반응성 척도의 타당화. *한국심리학회지: 임상심리 연구와 실제*, 9(3), 425-453.
- 홍진표, 이동우, 심유진, 김영훈 (2015). 한국 직장인에서 우울증의 인식과 태도 조사 및 우울증이 근무에 미치는 영향. *신경정신의학*, 54(2), 188-201.
- Acevedo-Mesa, A., Rosmalen, J. G., Ranchor, A. V., & Roest, A. M. (2019). Positive affect and functional somatic symptoms in young adults. *Journal of Psychosomatic Research*, 127, 109847.
- Allen, L. A., Woolfolk, R. L., Escobar, J. I., Gara, M. A., & Hamer, R. M. (2006). Cognitive-behavioral therapy for somatization disorder: A randomized controlled trial. *Archives of Internal Medicine*, 166(14), 1512-1518.
- American Psychiatric Association (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*(5th ed., text rev.).
- Anderson, J. C., & Gerbing, D. W. (1988). Structural equation modeling in practice: A review and recommended two-step approach. *Psychological Bulletin*, 103(3), 411-423.
- Arens, E. A., & Stangier, U. (2020). Sad as a matter of evidence: The desire for self-verification motivates the pursuit of sadness in clinical depression. *Frontiers in Psychology*, 11, 238.
- Aronson, K. R., Barrett, L. F., & Quigley, K. (2006). Emotional reactivity and the overreport of somatic symptoms: Somatic sensitivity or negative reporting style? *Journal of Psychosomatic Research*, 60(5), 521-530.
- Balaban, G., & Bilge, Y. (2021). Psychometric properties of Perth emotional reactivity scale-short form in Turkish community sample. *Psikiyatri Guncel Yaklasimlar*, 13 (Suppl 1), 281-297.
- Barrett, L. F. (1997). The relationships among momentary emotion experiences, personality descriptions, and retrospective ratings of emotion. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 23(10), 1100-1110.
- Barrett, L. F., Gross, J., Christensen, T. C., &

- Benvenuto, M. (2001). Knowing what you're feeling and knowing what to do about it: Mapping the relation between emotion differentiation and emotion regulation. *Cognition & Emotion*, 15(6), 713-724.
- Becerra, R., & Campitelli, G. (2013). Emotional reactivity: Critical analysis and proposal of a new scale. *International Journal of Applied Psychology*, 3(6), 161-168.
- Becerra, R., Preece, D., Campitelli, G., & Scott-Pillow, G. (2019). The assessment of emotional reactivity across negative and positive emotions: Development and validation of the Perth Emotional Reactivity Scale(PERS). *Assessment*, 26(5), 867-879.
- Biedel, D. C., Christ, M. A. G., & Long, P. J. (1991). Somatic complaints in anxious children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 19(6), 659-670.
- Bolger, N., & Zuckerman, A. (1995). A framework for studying personality in the stress process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(5), 890-902.
- Brett, J. D., Jarvers, I., Uljarevic, M., Whitehouse, A., Gross, J. J., Samson, A. C., & Preece, D. A. (2025). Characterizing the nature of alexithymia in autistic adults: Validation of the Perth Alexithymia Questionnaire. *Autism in Adulthood*. Article 25739581251371420.
- Bylsma, L. M., Morris, B. H., & Rottenberg, J. (2008). A meta-analysis of emotional reactivity in major depressive disorder. *Clinical Psychology Review*, 28(4), 676-691.
- Chida, Y., & Steptoe, A. (2008). Positive psychological well-being and mortality: A quantitative review of prospective observational studies. *Psychosomatic Medicine*, 70(7), 741-756.
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (1991). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. John Wiley & Sons.
- Clark, L. A., Watson, D., & Mineka, S. (1994). Temperament, personality, and the mood and anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(1), 103-116.
- Cloninger, C. R., Przybeck, T. R., Svrakic, D. M., & Wetzel, R. D. (1994). *The Temperament and Character Inventory(TCI): A guide to its development and use*. Washington University.
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M., & Przybeck, T. R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50(12), 975-990.
- Cohen, S., Doyle, W. J., Turner, R. B., Alper, C. M., & Skoner, D. P. (2003). Emotional style and susceptibility to the common cold. *Psychosomatic Medicine*, 65(4), 652-657.
- Davidson, R. J., & Begley, S. (2012). *The emotional life of your brain: How its unique patterns affect the way you think, feel, and live--and how you can change them*. Hudson Street Press.
- Davoodi, E., Wen, A., Dobson, K. S., Noorbala, A. A., Mohammadi, A., & Farahmand, Z. (2018). Emotion regulation strategies in depression and somatization disorder. *Psychological Reports*, 122(6), 2119-2136.
- De Gucht, V. (2002). Neuroticism, alexithymia, negative affect and positive affect as predictors of medically unexplained symptoms in primary care. *Acta Neuropsychiatrica*, 14(4), 181-185.
- De Gucht, V., Fischler, B., & Heiser, W. (2004).

- Neuroticism, alexithymia, negative affect, and positive affect as determinants of medically unexplained symptoms. *Personality and Individual Differences*, 36(7), 1655-1667.
- De Gucht, V., & Heiser, W. (2003). Alexithymia and somatisation: A quantitative review of the literature. *Journal of Psychosomatic Research*, 54(5), 425-434.
- Fassino, S., Amianto, F., Gramaglia, C., Facchini, F., & Abbate Daga, G. (2004). Temperament and character in eating disorders: Ten years of studies. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 9, 81-90.
- Fassino, S., Amianto, F., Sobrero, C., & Abbate-Daga, G. (2013). Does it exist a personality core of mental illness? A systematic review on core psychobiological personality traits in mental disorders. *Panminerva Medica*, 55(4), 397-413.
- Feldman, G. C., Joormann, J., & Johnson, S. L. (2008). Responses to positive affect: A self-report measure of rumination and dampening. *Cognitive Therapy and Research*, 32(4), 507-525.
- Ferguson, C. J., Preece, D. A., & Schweitzer, R. D. (2023). Alexithymia in autism spectrum disorder. *Australian Psychologist*, 58(2), 131-137.
- Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research*, 18(1), 39-50.
- Gilanifar, M., & Delavar, M. A. (2016). Alexithymia in pregnant women: Its relationship with depression. *ASEAN Journal of Psychiatry*, 17(1), 35-41.
- Gross, J. J. (2003). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39(3), 281-291.
- Gross, J. J., & Levenson, R. W. (1997). Hiding feelings: The acute effects of inhibiting negative and positive emotion. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(1), 95-103.
- Guilbaud, O., Corcos, M., Hjalmarsson, L., Loas, G., & Jeammet, P. (2003). Is there a psychoneuroimmunological pathway between alexithymia and immunity? Immune and physiological correlates of alexithymia. *Biomedicine & Pharmacotherapy*, 57(7), 292-295.
- Han, C., Pae, C. U., Patkar, A. A., Masand, P. S., Kim, K. W., Joe, S. H., & Jung, I. K. (2009). Psychometric properties of the Patient Health Questionnaire-15(PHQ-15) for measuring the somatic symptoms of psychiatric outpatients. *Psychosomatics*, 50(6), 580-585.
- Honkalampi, K., Hintikka, J., Tanskanen, A., Lehtonen, J., & Viinamäki, H. (2000). Depression is strongly associated with alexithymia in the general population. *Journal of Psychosomatic Research*, 48(1), 99-104.
- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1-55.
- Kirmayer, L. J., & Robbins, J. M. (1991). Three forms of somatization in primary care: Prevalence, co-occurrence, and sociodemographic characteristics. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 179(11), 647-655.
- Kline, R. B. (2023). *Principles and practice of*

- structural equation modeling*(5th ed.). Guilford Publications.
- Koh, K. B., Kim, D. K., Kim, S. Y., & Park, J. K. (2005). The relation between anger expression, depression, and somatic symptoms in depressive disorders and somatoform disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66(4), 485-491.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2002). The PHQ-15: Validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 64(2), 258-266.
- Lanzara, R., Conti, C., Camelio, M., Cannizzaro, P., Lalli, V., Bellomo, R. G., Saggini, R., & Porcelli, P. (2020). Alexithymia and somatization in chronic pain patients: A sequential mediation model. *Frontiers in Psychology*, 11, 545881.
- Leen-Feldner, E. W., Reardon, L. E., & Zvolensky, M. J. (2007). Pubertal status and emotional reactivity to a voluntary hyperventilation challenge predicting panic symptoms and somatic complaints: A laboratory-based multi-informant test. *Behavior Modification*, 31(1), 8-31.
- Lejuez, C. W., Hopko, D. R., LePage, J. P., Hopko, S. D., & McNeil, D. W. (2001). A brief behavioral activation treatment for depression. *Cognitive and Behavioral Practice*, 8(2), 164-175.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Lipowski, Z. J. (1988). Somatization: The concept and its clinical application. *American Journal of Psychiatry*, 145(11), 1358-1368.
- Luminet, O., Bagby, R. M., & Taylor, G. J. (2001). An evaluation of the absolute and relative stability of alexithymia in patients with major depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70(5), 254-260.
- Margetić, B. A., Jakovljević, M., Ivanec, D., Margetić, B., & Tošić, G. (2010). Relations of internalized stigma with temperament and character in patients with schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 51(6), 603-606.
- Mattila, A. K., Kronholm, E., Jula, A., Salminen, J. K., Koivisto, A. M., Mielonen, R. L., & Joukamaa, M. (2008). Alexithymia and somatization in general population. *Psychosomatic Medicine*, 70(6), 716-722.
- Millgram, Y., Joormann, J., Huppert, J. D., Lampert, A., & Tamir, M. (2019). Motivations to experience happiness or sadness in depression: Temporal stability and implications for coping with stress. *Clinical Psychological Science*, 7(1), 143-161.
- Millgram, Y., Joormann, J., Huppert, J. D., & Tamir, M. (2015). Sad as a matter of choice? Emotion-regulation goals in depression. *Psychological Science*, 26(8), 1216-1228.
- Muir, X., Preece, D. A., & Becerra, R. (2023). Alexithymia and eating disorder symptoms: The mediating role of emotion regulation. *Australian Psychologist*, 59(2), 121-131.
- Nemiah, J. C., & Sifneos, P. E. (1970). Psychosomatic illness: A problem in communication. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 18(1-6), 154-160.
- Nock, M. K., Wedig, M. M., Holmberg, E. B., &

- Hooley, J. M. (2008). The emotion reactivity scale: Development, evaluation, and relation to self-injurious thoughts and behaviors. *Behavior Therapy*, 39(2), 107-116.
- O'Bryan, E. M., McLeish, A. C., & Johnson, A. L. (2017). The role of emotion reactivity in health anxiety. *Behavior Modification*, 41(6), 829-845.
- Pennebaker, J. W. (1985). Traumatic experience and psychosomatic disease: Exploring the roles of behavioural inhibition, obsession, and confiding. *Canadian Psychology*, 26(2), 82-95.
- Preece, D., Becerra, R., Robinson, K., Dandy, J., & Allan, A. (2018). The psychometric assessment of alexithymia: Development and validation of the Perth Alexithymia Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 132, 32-44.
- Preece, D., Mehta, A., Petrova, K., Sikka, P., Pemberton, E., & Gross, J. J. (2024). Alexithymia profiles and depression, anxiety, and stress. *Journal of Affective Disorders*, 357(2024), 116-125.
- Prince, J. D., & Berenbaum, H. (1993). Alexithymia and hedonic capacity. *Journal of Research in Personality*, 27(1), 15-22.
- 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.
- Richman, L. S., Kubzansky, L., Maselko, J., Kawachi, I., Choo, P., & Bauer, M. (2005). Positive emotion and health: Going beyond the negative. *Health Psychology*, 24(4), 422-429.
- Riebel, K., Egloff, B., & Withöft, M. (2014). Modifying the implicit illness-related self-concept in patients with somatoform disorders may reduce somatic symptoms. *International Journal of Behavioral Medicine*, 21(5), 861-868.
- Ripper, C. A., Boyes, M. E., Clarke, P. J., & Hasking, P. A. (2018). Emotional reactivity, intensity, and perseveration: Independent dimensions of trait affect and associations with depression, anxiety, and stress symptoms. *Personality and Individual Differences*, 121, 93-99.
- Rottenberg, J., & Johnson, S. L. (2008). *Emotion and psychopathology: Bridging affective and clinical science*. American Psychological Association.
- Russell, D. W., Kahn, J. H., Spoth, R., & Altmaier, E. M. (1998). Analyzing data from experimental studies: A latent variable structural equation modeling approach. *Journal of Counseling Psychology*, 45(1), 18-29.
- Sauer-Zavala, S., & Barlow, D. H. (2021). *Neuroticism: A new framework for emotional disorders and their treatment*. The Guilford Press.
- Sayar, K., Kirmayer, L. J., & Taillefer, S. S. (2003). Predictors of somatic symptoms in depressive disorder. *General Hospital Psychiatry*, 25(2), 108-114.
- Schnabel, K., Schulz, S. M., & Witthöft, M. (2022). Emotional reactivity, emotion regulation, and regulatory choice in somatic symptom disorder. *Psychosomatic Medicine*, 84(9), 1077-1086.
- Shapiro, B. G., Farabaugh, A., Terechina, O., DeCross, S., Cheung, J. C., Fava, M., & Holt, D. J. (2019). Understanding the effects

- of emotional reactivity on depression and suicidal thoughts and behaviors: Moderating effects of childhood adversity and resilience. *Journal of Affective Disorders*, 245, 419-427.
- Shipko, S. (1982). Alexithymia and somatization. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 37(4), 193-201.
- Sitnikova, K., Dijkstra-Kersten, S. M., Mokkink, L. B., Terluin, B., van Marwijk, H. W., Leone, S. S., van der Horst, H. E., & van der Wouden, J. C. (2017). Systematic review of measurement properties of questionnaires measuring somatization in primary care patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 103, 42-62.
- Taylor, G. J., Ryan, D., & Bagby, M. (1985). Toward the development of a new self-report alexithymia scale. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 44(4), 191-199.
- Van Driel, T. J. W., Hilderink, P. H., Hanssen, D. J. C., De Boer, P., Rosmalen, J. G. M., & Oude Voshaar, R. C. (2018). Assessment of somatization and medically unexplained symptoms in later life. *Assessment*, 25(3), 374-393.
- Vilagut, G., Forero, C. G., Barbaglia, G., & Alonso, J. (2016). Screening for depression in the general population with the Center for Epidemiologic Studies Depression(CES-D): A systematic review with meta-analysis. *PLoS ONE*, 11(5), e0155431.
- Watson, D. (1988). Intraindividual and interindividual analyses of positive and negative affect: Their relation to health complaints, perceived stress, and daily activities. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1020-1030.
- Watson, D., & Clark, L. A. (1984). Negative affectivity: The disposition to experience aversive emotional states. *Psychological Bulletin*, 96(3), 465-490.
- Weissman, M. M., Sholomskas, D., Pottenger, M., Prusoff, B. A., & Locke, B. Z. (1977). Assessing depressive symptoms in five psychiatric populations: A validation study. *American Journal of Epidemiology*, 106(3), 203-214.
- Winer, E. S., & Salem, T. (2016). Reward devaluation: Dot-probe meta-analytic evidence of avoidance of positive information in depressed persons. *Psychological Bulletin*, 142(1), 18-78.
- 원 고 접 수 일 : 2026. 01. 14
수정원고접수일 : 2026. 02. 26
게 재 결 정 일 : 2026. 03. 16

Pathways from emotional reactivity and alexithymia to somatization: An approach based on positive and negative affective valence

Yejin Cho

Assistant Professor, Graduate School of Education, Inje University

This study examined pathways linking emotional reactivity and alexithymia to somatization via depression, considering positive and negative affective valence. Of the 1,001 adults surveyed online, 712 individuals meeting subclinical criteria on the CES-D or PHQ-15 were included in the analyses. Following measurement model validation via confirmatory factor analysis (CFA), the hypothesized moderated mediation model, which tested the interaction between emotional reactivity and alexithymia, was compared against a competing model specifying their independent and distinct contributions. Across positive and negative affect, the competing model demonstrated superior fit and was retained. Specifically, negative emotional reactivity and both negative and positive alexithymia exacerbated somatization through depression, whereas positive emotional reactivity mitigated it. Theoretical and clinical implications, along with limitations and future research directions, are discussed.

Key words : Emotional reactivity(PERS), Perth Alexithymia, Depression, Somatization, Subclinical population