한국심리학회지 : 임상
The Korean Journal of Clinical Psychology
2009, Vol. 28, No. 4, 1107-1134

정서조절곤란과 수용처치가 대학생의 우울기분 변화에 미치는 효과*

최 예 종** 조 용 래†
한림대학교 심리학과

본 연구는 대학생을 대상으로 개인차 변인으로서의 정서조절곤란과, 정서조절전략으로서의 수용에 기반을 둔 처치가 실험실 상황에서 유도된 우울기분의 변화에 미치는 효과를 검증해 보고자 하였다. 이러한 수용처치의 효과를 더욱 엄격하게 검증하기 위해서 심리적 고통을 일으키는 문제에 대한 대안적인 해결방법에 초점을 둔 문제해결처치와 그 효과를 비교해 보았다. 한국판 정서조절곤란 척도를 사전에 작성한 54명의 대학생들을 수용처치조건과 문제해결처치조건에 동일한 수로 무선 할당하였다. 기분 암시적인 음악을 들려주는 동안 본인이 과거에 경험했던 슬픈 사건을 회상하도록 하여 우울한 기분을 유도한 후, 각 조건별로 수용처치 또는 문제해결처치의 이론적 근거를 제공하고 실습토록 하는 단계를 거쳤다. 연구 결과, 정서조절곤란 수준은 기저선 우울기분의 영향을 통제한 후에도 기분 유도 후의 정신운동 속도(우울기분의 행동적 측정치)를 유의하게 예측하였다. 또한, 주관적 측정치에서 수용처치조건이 문제해결처치조건에 비해 처치 직후 우울한 기분을 더 많이 감소시켰다. 정서조절곤란의 차원들 중 하나인 정서명료성 부족은 우울기분의 생리적 반응양상 중 하나인 확장기 혈압의 단기적인 변화와 기꺼이 경험하기 수준 양자 모두로 측정된 수용처치의 효과를 유의하게 중재하였다. 즉, 문제해결처치조건에 비해 수용처치조건의 더 나은 처치효과는 정서명료성 부족의 수준이 높을수록 더 두드러졌다. 또한, 수용처치의 작용기제를 알아보기 위해 탐색적 분석을 실시한 결과, 수용처치조건에서 탈중심화 수준의 증가가 처치 전후에 주관적으로 측정된 우울기분의 감소와 유의한 상관을 보였다. 마지막으로, 본 연구의 제한점 및 의의에 관해 논의하였다.

주요어 : 수용처치, 우울기분, 정서조절곤란, 탈중심화, 문제해결처치

---

* 이 연구의 일부 내용은 한국임상심리학회 주최 2009년 추계학술대회에서 포스터 논문으로 발표되었음.
** 현재 원주기독병원 정신과에서 근무하고 있음.
† 교신저자(Corresponding Author) : 조용래 / 한림대학교 심리학과 / 강원도 춘천시 한림대학길 39번지
Fax : 033-256-3424 / E-mail : yrcho@hallym.ac.kr

최근 우울증 등 여러 정서장애들을 이해하고 치료하는데 있어 주요한 변인으로 정서조절곤란이 각광을 받고 있다. 정서조절의 통합적인 개념적 정의를 제시한 Gratz와 Roemer (2004)는 정서조절을 정서에 대한 자각과 이해, 정서의 수용, 부정적인 정서를 경험할 때 충동적인 행동을 조절하고 개인이 희망하는 목표와 일치되게 행동하는 능력, 그리고 개인적인 목표와 상황적인 요구를 충족시키기 위하여 바라는 대로 정서반응을 조절하려고 상황에 적절한 정서조절 전략을 융통성 있게 사용하는 능력으로 정의하고, 이러한 능력이 결핍될 경우 정서조절곤란이 발생한다고 보았다.

Gratz와 Roemer(2004)는 이러한 개념화에 기초하여 정서조절곤란척도(Difficulties in Emotional Regulation Scale, DERS)를 개발하였으며, 그 요인구조를 분석한 결과, 정서에 대한 비수용성, 목표지향행동 수행의 어려움, 충동통제곤란, 정서에 대한 주의와 자각 부족, 정서조절전략에 대한 접근 제한, 정서명료성 부족 등 6요인으로 구성되어 있다고 보고하였다. 한국판 정서조절곤란척도 역시 원판과 동일하게 6요인구조로 이루어져 있는 것으로 밝혀졌지만 원판과는 다르게 한 개의 문항이 해당요인에서 예상과 반대되는 방향으로 부하되었고, 각 요인에 대한 문항구성이 원판과 일부 상이한 양상을 보였다(조용래, 2007b). 이러한 요인분석 결과는 정서조절곤란의 6가지 차원들이 서로 뚜렷이 구분된다는 것을 나타낸다. 또한 정서장애들과 정서조절곤란의 관계를 검토한 여러 연구결과에서 정서조절곤란의 6개 차원들에 따라 그 관계가 상이한 양상을 보였다(오은혜, 노상선, 조용래, 2009; Tull, Barrett, McMillan, & Roemer, 2007; Tull & Roemer, 2007; Ehring, Fischer, Schnulle, Borsterling, & Tuschen-Caffer, 2008).

정서조절곤란은 여러 형태의 정신 병리의 발생, 유지 및 재발과정에서 중요한 역할을 하는 것으로 알려져 있다(Bradley, 2000). 이에 따라 정서조절곤란과 정신병리의 관계에 초점을 둔 연구들이 지속적으로 수행되고 있으며, 특히 여러 불안장애들 뿐 아니라 우울장애도 정서조절곤란이나 정서조절전략과 밀접한 관계가 있다는 결과들이 보고되고 있다. 이러한 연구들을 살펴보면, 우울한 사람들은 통제집단에 비해 정서를 조절하기 위해 억제, 반추, 파국화와 같이 역기능적인 전략들을 더 자주 사용하고, 재평가나 자기공개와 같은 기능적인 전략을 덜 사용하는 것으로 보고되었다(Ganefski & Kraaij, 2006; Gross & John, 2003; Rude & McCarthy, 2003). 이처럼 우울한 사람들이 역기능적인 정서조절전략들을 과도하게 사용한다는 결과는 광범위한 차원에서 정서조절의 어려움을 겪고 있을 가능성을 시사한다(Ehring et al., 2008).

이와 관련하여, 우울장애가 있는 사람들은 그렇지 않은 사람들에 비해 자신의 정서에 대한 이해와 명료성이 더 부족하고(Rude & McCarthy, 2003), 부정적인 감정에 대해 덜 수용적이었으며(Campbell-Sills, Barlow, Brown, & Hofmann, 2006a; Hayes et al., 2004), 부정적인 정서를 적응적으로 조절할 수 있을 것이라는 기대수준이 더 낮은 것으로 밝혀졌다(Catanzaro & Mearns, 1990). 반면에, 부정적인 정서를 잘 조절할 수 있다고 믿는 개인들은 우울증을 더 적게 보였으며(Catanzaro & Mearns, 1990), 고통스러운 사건을 경험한 뒤에 우울함을 더 적게 보고하였다(Mearns, 1991).

뿐만 아니라, 한 때 우울장애로 분류되었으나 연구 당시 회복된 사람들(우울장애에 취약

한 사람)은 우울한 적이 없었던 사람들에 비해 반추나 파국화와 같은 역기능적인 정서조절전략들을 더 많이 사용하고, 균형 잡힌 시각으로 바라보기와 같은 기능적인 정서조절전략을 더 적게 사용하며, 정서조절전략에 대한 접근 제한, 목표 지향적 행동의 어려움, 정서 명료성 부족, 그리고 정서에 대한 비수용성 등의 차원들에서 정서조절곤란 수준이 더 높았다(Ehring et al., 2008; Rude & McCarthy, 2003). 이러한 결과들은 정서조절곤란이 급성 우울증과 관련되어 있을 뿐 아니라 우울장애의 재발가능성에 대한 중요한 위험요인임을 시사한다.

한편 최근 정서장애의 치료에서 중요한 치료적 구성요소로서 수용(acceptance)이 주목을 받고 있다(Hayes et al., 2004; Linehan, 1989). 수용은 사적 경험들을 통제하거나 변화시키려는 시도를 하지 않고, 그런 경험들을 있는 그대로 바라보면서 알아차리는 것(문현미, 2005; Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999)이다. 즉, 어떤 판단을 내리거나 해결을 위해 애쓰는 것이 아니라 진행되는 과정을 살피면서 의식이 깨어 있는 채로 그것을 알아차리는 것을 의미한다. 그리고 모든 것을 있는 그대로 바라보고 받아들이는 것으로, 좋은 것은 좋은 그대로 나쁜 것은 나쁜 그대로, 조용히 왔다가 조용히 물러가는 것을 있는 그대로 관찰하는 것이다. 이러한 심리적 수용은 수용 행동으로 나타나고, 가장 낮은 수준의 '물러남(resignation)과 견디기(tolerance)'에서부터 높은 수준의 '기꺼이 경험하기(willingness)'까지 연속선상의 수준에 있다. 높은 수준일수록 이전에 변화시키려고 애썼던 심리적 사건들이 나타나더라도 함께 행할 수 있게 되고, 효율적으로 행동하면서 심리적 경험에 능동적으로 참여하게 된다(Hayes, 1994). 수용은 자신의 감정에 대한 내면의 반응을 알아차리게 해주고, 자신의 경험이 위협적이지 않으며 충분히 감내할 수 있음을 알게 해 주며, 정신건강을 증진시키고 상황에 대한 대처능력과 문제해결력을 증가시킴으로써 삶의 적응력과 안녕감(well-being)을 향상시켜주는 특징이 있다(Dougher, 1994).

최근 수용을 강조하는 치료적 접근들에서는 문제라고 판단되는 정서나 인지를 바꾸려고 노력하기보다는 그것들과 싸우거나 회피하는 것을 변화시킴으로써 그 영향을 바꾸고자 시도한다(문현미, 2005; Hayes, Wilson, Gifford, Follette, & Strosahl, 1996). 이러한 변화를 위해서 인지나 정서의 내용에 대하여 직접 도전하지 않고, 생각이나 감정은 오직 생각이나 감정일 뿐임을 인식하여 이러한 사적 경험들을 현실과 동일시하지 않음으로써 그 영향으로부터 벗어나게 해 준다. 이러한 수용처치를 주요한 치료적 구성요소로 포함하고 있는 마음챙김에 기반을 둔 인지치료(mindfulness-based cognitive therapy, MBCT)는 내담자들이 자신의 즉각적인 경험으로부터 한 발짝 떨어져서 현실 자체와 그에 대한 자신의 해석인 생각을 구분할 수 있는 능력인 탈중심화(decentering)를 길러주며, 이를 통해 우울장애에 특징적인 반추를 차단함으로써 우울장애의 재발을 효과적으로 방지하는 것으로 알려져 있다. 나아가, 탈중심화가 MBCT의 중요한 치료기제로 간주된다(Teasdale, Moore, Hayhurst, Pope, Williams, & Segal, 2002).

또한, 수용이라는 단일한 처치가 우울기분 등 부정적 정서를 효과적으로 감소시키는 것으로 여러 연구들에서 최근 보고되었다. 불안 및 우울장애가 있는 환자집단과 비임상통제집단을 대상으로 한 연구(Campbell-Sills et al.,

2006a)에서 이 두 집단은 정서촉발 필름을 시청하는 동안 부정적 정서가 비슷한 수준으로 증가하였지만, 임상환자집단은 그들이 경험하는 부정적 정서를 덜 수용적인 것으로 판단하고 더 많이 억제하였다. 모든 참가자들의 경우, 높은 수준의 정서 억제는 기분유도 시기뿐 아니라 회복기 동안 부정적 정서의 증가와 유의하게 연관되었다. 이 결과들은 정서를 수용할 수 없는 것으로 판단하고 억제하는 것은 우울장애를 포함한 정서장애들의 중요한 측면일 가능성을 시사한다.

Campbell-Sills와 동료들(2006b)은 후속 연구에서 불안과 우울장애가 있는 임상 표본들을 수용처치조건과, 자신의 정서반응을 가능한 한 통제하도록 한 억제처치조건에 무선 할당한 다음, 그 효과를 비교하였다. 그 결과, 수용처치집단은 정서촉발 필름을 시청하는 동안 억제처치집단과 비슷한 수준의 주관적인 고통을 보였으나, 회복기 동안에는 억제처치집단에 비해 부정적인 정서수준이 더 낮은 것으로 나타났다.

또한, 우울증에서 회복된 사람들을 대상으로 한 최근 연구(Singer & Dobson, 2007)에서는 부정적인 기분을 유도한 후에 반추, 주의분산, 수용, 비훈련집단들의 효과를 비교하였다. 그 결과, 반추집단은 통제집단과 일치되게 부정적인 기분의 정도가 지속된 반면에, 주의분산과 수용집단들은 부정적인 기분의 정도가 감소된 것으로 밝혀졌다.

우울장애로 진단된 임상표본들을 대상으로 한 연구(Liverant, Brown, Barlow, & Roemer, 2008)에서 수용전략의 사용 빈도는 기분유도기간 및 회복기 동안의 부정적 정서수준 뿐 아니라 기분유도기간 동안의 슬픈 기분 정도와도 유의한 부적 상관을, 억제전략의 사용빈도는 기분유도기간 동안의 부정적 정서수준과 유의한 정적 상관을 보였다. 또한 수용처치는 억제처치에 비해 기분유도기간 동안 슬픈 기분이 유의하게 더 증가하였으나, 회복기 동안에는 더 가파르게 감소하는 양상을 보였다. 이러한 결과들은 우울한 사람들에게 있어 수용처치는 그들의 정서반응을 증가시키거나 정상화시키고 정서적 과소 활동에 대항하는 능력을 통하여 이로운 효과를 줄 가능성을 시사한다.

최근 정신병리를 정서조절의 측면에서 재조명해 보려는 노력이 증가하고 수용에 기반을 둔 치료들이 많은 주목을 받고 있는 추세에 따라, 국내에서도 불안 등의 정신병리와 정서조절곤란과의 관계 또는 수용 등의 정서조절전략과의 관계에 초점을 둔 연구들이 많이 보고되어 있다(예: 노현진, 조용래, 2007; 서우정, 2008; Park & Cho, 2006). 하지만 우울기분이나 우울증과 정서조절곤란 또는 정서조절전략의 관계를 살펴본 연구는 부족한 실정이며, 이에 따라 우울기분 또는 우울증에 대한 정서조절곤란과 정서조절전략의 효과를 적절하게 검증할 필요가 있다.

이러한 맥락에서 본 연구에서는 우울기분의 변화에 미치는 정서조절곤란과 수용처치의 효과와, 수용처치의 우울기분 감소 효과를 정서조절곤란이 중재하는 지를 검증해 보고자 하였다. 따라서 개인차 변인으로서의 정서조절곤란과, 정서조절을 위한 전략으로서의 수용처치가 실험적으로 유도된 우울한 기분의 주관적, 생리적 및 행동적 반응양상에 어떻게 영향을 미치는 지를 고찰해 보고자 하였다.

먼저, 우울장애가 정서조절곤란과 관련되어 있다고 보고한 선행 연구들(예: Campbell-Sills et al., 2006a; Catanzaro & Mearns, 1990; Ehring et

al., 2008; Hayes, 2004; Rude & McCarthy, 2003)에 기초하여, 정서조절곤란 수준이 높을수록 실험실 상황에서 기분 유도 후에 우울한 기분의 정도가 더 심할 것이라는 가설을 수립하였다.

앞에서 살펴본 수용처치의 효과를 다룬 연구 결과들을 바탕으로, 수용처치의 효과를 더 엄격하게 검토하기 위한 비교조건으로서 심리적 고통을 일으키는 문제에 대한 대안적인 해결방법에 초점을 맞춘 문제해결처치(cf. Hunt, 1998)를 사용하여, 문제해결처치조건에 비해 수용처치조건이 우울기분을 더 효과적으로 감소시킬 것이라는 가설을 수립하였다. 나아가, 이처럼 수용처치의 상대적으로 우수한 효과는 정서조절곤란 수준이 높을 경우 더 두드러지게 나타날 것이라는 가설을 수립하였다.

뿐만 아니라, 수용처치의 작용기제를 탐색해 보기 위하여, 수용처치조건에 속한 참가자들을 대상으로, 선행 연구에서 MBCT의 변화기제로 제안된 탈중심화의 정도가 우울기분의 변화와 유의한 관계를 보이는 지 살펴보았다.

방 법

연구대상

지방소재 대학교에서 심리학 교양과목을 듣는 대학생 109명을 대상으로 실험 시작 1주 ~ 2주 전에 사전검사로 한국판 DERS, 우울기분에 대한 반응질문지, 그리고 한국판 Beck 우울검사를 실시하였으며, 개별적으로 연락을 취했을 때 실험 참여에 동의한 학생 64명이 본 실험에 참가하였다. 실험에 참가하지 않은 학생 45명 중에는 전화 연락이 되어 실험 약속을 잡았으나 오지 않았던 학생 4명, 전화 연락이 되었으나 참가를 거부한 학생 26명, 그리고 전화를 받지 않거나 없는 번호라서 연락이 안 된 학생 15명이 포함되어 있다. 표 1에서 보듯이, 실험에 참가한 학생들(n=64)과 실험에 참가하지 않은 학생들(n=45)은 정서조절곤란 수준, 우울기분에 대한 반추정도, 그리고 우울수준 모두에서 유의한 차이를 보이지 않았다.

본 실험에 참가한 학생들 중에 주관적 보고를 기준으로 우울한 기분이 제대로 유도되지 않은 것으로 판단된 참가자 4명과, 실험에 불성실하게 참여한 것(집중하지 못함, 계속 졸음 등)으로 생각된 참가자 6명 등 총 10명의 자료가 분석에서 제외되었다. 총 54명(남자 20명, 여자 34명)이 연구의 최종대상이었고, 이들은 수용처치조건과 문제해결처치조건에 각각 27명(남자 10명, 여자 17명)씩 무선 할당되었다. 각 처치조건별 참가자들의 나이는 수용처치조건 평균 21.3세(표준편차=2.03세), 문제해결처치조건 평균 20.63세(표준편차=1.62세)로 두 집단 간에 유의한 차이를 보이지 않았다, $t(52) = -1.33$, ns.

표 1. 실험에 참가한 집단과 실험에 참가하지 않은 집단의 사전검사 평균과 표준편차

변인	실험 참가 집단(n=64)	실험에 참가하지 않은 집단(n=45)	t 값
	Mean(SD)	Mean(SD)	
DERS	65.08(14.73)	67.87(20.85)	.82
RDQ	32.42(10.81)	34.33(11.44)	.89
BDI	7.63(5.79)	9.89(9.27)	1.57

주. DERS = Difficulties in Emotional Regulation Scale; RDQ= Response to Depressed Mood Questionnaire; BDI = Beck Depression Inventory.

측정도구

정서조절곤란 척도(Difficulties in Emotional Regulation Scale, DERS)

본 연구에서는 Gratz와 Roemer(2004)가 개발한 질문지를 조용래(2007b)가 우리말로 번역한 한국판 DERS를 사용하였다. 각 문항내용이 평소 자신에게 얼마나 자주 해당되는지를 5점 Likert형의 척도(1점: 거의 그렇지 않다 ~ 5점: 거의 언제나 그렇다)상에 평정하도록 되어 있다. 원판 DERS는 원래 36문항으로 구성되어 있으나, 한국판 DERS의 경우 요인분석 결과 해당 요인에 예상과 반대 방향으로 부하된 문항 17번을 제외한 35개의 문항들로 이루어져 있다(조용래, 2007b). 한국판 DERS은 원판과 동일하게 충동통제곤란, 정서에 대한 주의와 자각의 부족, 정서에 대한 비수용성, 정서적 명료성의 부족, 정서조절전략에 대한 접근 제한, 그리고 목표지향행동 수행의 어려움 등 6가지 하위요인으로 구성되어있다. 한국판 DERS의 내적 일치도(Cronbach's alpha)는 전체 척도 .92였고, 6개 하위척도들 .76 ~ .89로 양호한 수준이었다(조용래, 2007b).

우울기분에 대한 종속 측정치

우울기분의 주관적, 생리적 및 행동적 반응양상들을 측정하기 위하여, 다음과 같이 세 가지 평가도구를 사용하였다. 먼저, 시각적 아날로그 척도(visual analog scale, VAS)는 각 처치 조건별로 측정시기에 따른 주관적인 우울기분의 정도를 측정하기 위하여, "지금 이 순간 귀하가 어떤 기분 상태인지를 표시해주세요"라는 지시문에 따라서, 우울한 정도, 슬픈 정도, 불안한 정도, 의기소침한 정도, 그리고 행복한 정도를 각각 0점(전혀 ~하지 않다)에서 100점(아주 심하게 ~하다)으로 표시된 100mm의 직선 위에 참가자 스스로 자신의 현재 기분상태를 짧은 세로 선으로 표시하도록 되어 있다. 이렇게 측정된 5가지 기분 중에서 끼우개 문항(filler item)으로 포함시킨 불안 점수를 제외하고, 우울, 슬픔, 의기소침, 역채점한 행복한 기분 점수에 대해 주축분해법으로 요인분석을 하였다. Scree 검사와 요인의 해석가능성을 고려한 결과(각 측정시기별 첫 번째와 두 번째 요인의 고유치: 기저선 = 2.81, .68; 우울기분 유도후 = 2.99, .62; 처치 후 = 3.01, .66; 이완기 후 = 2.70, .91), 단일요인이 적절한 것으로 판단되었다. 이 결과에 기초하여, 각 측정시기별로 네 가지 기분점수들의 표준점수를 구한 후 이 점수들의 평균 점수를 특정 측정시기의 우울기분의 합성점수로 사용하였다.

우울기분의 행동적 반응양상을 나타내는 지표로는 참가자들의 정신운동성 속도(psychomotor speed)로서, 참가자들이 숫자 1에서 20까지 세는 시간을 초시계로 측정하였다. 숫자를 세는 시간이 늦을수록 우울한 기분의 수준이 더 높은 것으로 해석될 수 있다(Clark & Teasdale, 1985; Clark, Teasdale, Broadbent, & Martin, 1983; Teasdale, Fogarty, & Williams, 1980).

우울기분 관련 생리적 반응수준을 평가하기 위해 자동 전자혈압계를 사용하여 측정시기별로 참가자들의 수축기 혈압, 확장기 혈압 및 맥박 수준을 측정하였다. 이는 우울증상이 심장박동이나 혈압 증가와 관련이 있다는 선행연구(Hamer et al., 2007; Kibler & Ma, 2004)를 참조하였다.

본 연구에서는 기저선, 우울기분 유도 후, 처치 후, 그리고 이완기 후 4번에 걸쳐서 우울기분의 주관적, 생리적 및 행동적 반응양상들을 측정하였다.

기꺼이 경험하기 문항

다음번에 본 실험과 비슷한 실험에 초대받을 경우 얼마나 기꺼이 참여할 의사(willingness)가 있는지를 질문함으로써 우울한 기분이 유도되는 상황을 회피하지 않고 기꺼이 경험할 용의의 정도를 측정하였다. VAS를 사용하여 0점(전혀 참여하고 싶은 마음이 없다)에서 100점(아주 기꺼이 참여하고 싶다)으로 표시된 100mm의 직선 위에 참가자 스스로 자신의 생각과 가장 가까운 곳에 짧은 세로선으로 표시하도록 되어 있다.

경험 질문지(Experiences Questionnaire, EQ)

자신의 즉각적인 경험으로부터 한 발짝 물러나 현실과 자신의 생각이나 감정을 구분할 수 있는 능력인 탈중심화(decentering) 또는 부정적인 생각의 내용으로부터 탈동일시(disidentification)의 정도를 측정하기 위해 Fresco 등(2007)에 의해 개발되고, 김빛나(2007)가 우리말로 번역한 한국판 경험 질문지(EQ)를 사용하였다. 총 11문항으로 구성되어 있으며, Likert형의 5점 척도(1점: 전혀 그렇지 않다 ~ 5점: 매우 그렇다)에 평정하도록 되어 있다. 이 척도에서 높은 점수는 탈중심화 수준이 높다는 것을 나타내고 한국판 EQ의 내적 일치도(Cronbach's alpha)는 .78이었다(김빛나, 2007).

우울기분 유도를 위한 조작절차에 대한 점검 질문지

우울기분을 유도하기 위해 사용한 조작절차가 적절한 지를 점검하기 위하여, 김효정(2003)이 제작한 질문지를 본 연구에서 참가자들에게 슬픈 사건을 회상하도록 지시한 내용에 맞게 수정하여 사용하였다. 참가자들이 회상한 슬픈 경험이 본인에게 얼마나 중요한 지, 그 경험을 회상하는데 얼마나 몰입했는지, 그 경험이 얼마나 생생하게 떠올랐는지, 그리고 회상하는 동안 무관한 생각들을 얼마나 많이 했는지를 묻는 4개의 문항에 대해 5점 Likert형의 척도(1점: 전혀 그렇지 않다 ~ 5점: 매우 그렇다)에 평정하도록 되어 있다.

치료기대 척도(Treatment Expectancy Scale)

Borkovec와 Nau(1972)가 제작한 치료기대 질문지를 기초하여 Rodebaugh(2003)가 만든 단축형 질문지를 조용래(2007a)가 번역한 것을 사용하였다. 이 질문지는 처치절차의 논리성, 치료가 성공할 가능성, 다른 사람에게 그 치료법을 추천할 자신감 정도를 평가하는 3개 문항으로 이루어져 있다. 각 문항별로 Likert형의 척도 (1점: 전혀 그렇지 않다 ~ 10점: 매우 그렇다)에 평정하도록 되어 있다. 각 처치조건에 맞는 이론적 근거를 소개한 후 실시하였으며, 두 처치조건 간에 치료에 대한 기대수준이 동일한 지를 평가하기 위해 사용되었다. 본 연구에서 수집된 자료를 통해 산출된 이 척도의 내적 일치도 (Cronbach's α)는 .87이었다.

수용-문제해결 질문지

각 처치조건에 맞는 지시내용 대로 수행한 정도를 측정하기 위해서, 수용처치조건에서는 이정은과 조용래(2007)가 우리말로 번역한 한국판 수용 행동 질문지(Acceptance and Action Questionnaire-9, AAQ-9)를 바탕으로 노현진과 조용래(2007)가 만든 수용-억제 질문지의 수용에 기초한 대처 문항들을 사용하였다. 또한 문제해결처치조건에서는 Folkman과 Lazarus(1985)가 개발한 스트레스 대처방식 척도 중 문제중심적 대처 문항들을 본 연구에서 제시된 문제해결처치의 내용에 맞게 연구자들이

직접 수정하여 제작한 척도를 사용하였다. 수용처치조건은 수용에 기초한 대처 5문항, 문제해결처치조건은 문제해결 대처 5문항에서 제시된 각 대처방법을 실험에 참가하는 동안 실제로 사용한 빈도(0점: 전혀 사용하지 않았다 ~ 4점: 아주 자주 사용했다)와 그것이 효과적인 정도(0점: 전혀 효과적이지 않았다 ~ 4점: 아주 효과적이었다)를 각각 4점 Likert형의 척도에 평정하도록 되어 있다. 본 연구에서 수용-억제 질문지의 수용 문항들의 내적 일치도(Cronbach's alpha)는 사용빈도 .72, 효과정도 .78, 그리고 문제해결질문지의 내적 일치도(Cronbach's alpha)는 사용빈도 .76, 효과정도 .73이었다.

우울기분에 대한 반응 질문지(Response to Depressed Mood Questionnaire, RDQ)

김진영(2000)이 개발한 자기보고형 검사로서 우울한 기분에 대한 반응양식을 측정한다. 피험자가 우울해졌을 때 보이는 반응과 일치하는 정도를 5점 Likertk형의 척도(1점: 전혀 그렇지 않다 ~ 5점: 매우 그렇다)에 평정하도록 되어 있다. 반추적 반응양식, 반성적 반응양식, 주의분산적 반응양식 등 총 30문항으로 구성되어있는데, 본 연구에서는 연구목적을 고려하여 반추적 반응양식 12문항만 사용하였다. 한국판 RDQ의 반추적 반응양식 문항들의 내적 일치도(Cronbach's alpha)는 .86이었다(김진영, 2000). 본 연구에서 이 척도는 실험 시작 1주 - 2주 전에 실험대상자들 중 실험에 참가한 학생들과 그렇지 않은 학생들 간에, 그리고 실험 참가자들을 대상으로 했을 때 실험 전과 처치를 제공한 직후에 수용처치조건과 문제해결처치조건의 참가자들 간에 반추경향이 다른지를 검토하기 위하여 실시되었다.

Beck 우울 척도(Beck Depression Inventory)

Beck 등(Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961; Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979)이 우울증의 다양한 증상을 측정하기 위해 개발한 총 21개 문항의 자기보고형 검사이다. 본 연구에서는 이영호와 송종용(1991)이 우리말로 번역하여 신뢰도와 타당도를 입증한 한국판 Beck 우울 척도를 사용하였다. 실험 시작 1주 - 2주 전에 실험대상자들 중 실험에 참가한 학생들과 그렇지 않은 학생들 간에, 그리고 실험 전에 수용처치조건과 문제해결처치조건의 참가자들 간에 우울수준에 차이를 보이는 지를 검토하기 위하여 실시되었다.

연구 절차

실험 시작 1주 ~ 2주 전에 심리학 교양과목 수강생들에게 사전 설문지를 실시한 후 개별적으로 전화연락을 통해 실험 참가를 부탁하였다. 참여에 동의한 학생들을 대상으로 실험 참가 시간을 약속한 다음, 정해진 시간에 실험을 실시하였다. 실험 약속을 상기시켜주기 위해 실험 전날에 핸드폰 문자 메시지로 연락을 취하였다. 사전 설문지를 작성한 108명의 학생들은 성적에 대한 가산점을 받았고, 실험에 참가한 학생들은 실험이 끝난 후 추가로 실험자가 준비한 소정의 선물을 제공받았다. 참가자가 실험실에 도착하면 연구목적을 제시하고 실험참가 동의서를 작성하도록 하였다. 처음 실험실에 와서 실험실 환경에 의해 유발된 불안이나 긴장이 기저선 측정치들에 영향을 주는 것을 막기 위해 5분 동안 자연환경의 동영상을 시청하며 적응시간(Piferi, Kline, Younger, & Lawler, 2000)을 주었으며, 그 다음에 기저선 우울기분을 다각적으로 측정하

였다(주관적 보고, 생리적 반응, 행동적 측정치). 그 후 참가자들에게 우울한 기분을 유도하기 위해 기분 암시적인 음악과 슬픈 사건 회상을 통해서 정서를 조작하는 방법을 실시하였다(Singer & Dobson, 2007; Westermann, Spies, Stahl, & Hesse, 1996). 선행 연구(Singer & Dobson, 2007)에서 우울기분을 유도하는데 효과적이었던 것으로 보고된 Albinoni의 "Adagio -G Minor"를 5분간 들려주었으며 그동안 지금까지 겪은 일들 중에서 슬펐던 경험을 회상하도록 하였다. 기분 유도가 끝난 후에는 우울기분을 측정하고(주관적 보고, 생리적 반응, 행동적 측정치), 조작점검을 실시하였다.

그 다음에, 처치는 각 조건에 알맞은 처치 내용이 담긴 동영상을 제작하여 보여주었다. 각 동영상에서 처치내용을 소개하는 역할은 연구자 중 한 사람인 임상심리학 전공 교수가 맡았다. 수용처치 조건의 참가자들에게는 처치에 대한 이해를 돕기 위해 수용전념치료(문현미, 2006; Hayes, 1994)의 '거지환영하기' 비유와, 수용 및 호흡확장 명상에 대한 교육 및 이론적 근거를 소개한 후, 치료기대 질문지를 작성하였으며, 그 다음, 수용처치 내용을 실습하였다. 실습 내용은 호흡확장 명상(조용래, 2008; Segal et al., 2002)과, 이 명상을 실습하는 동안 수용전념치료(문현미, 2006; Hayes, 1994)에서의 '나뭇잎 떠내려 보내기'를 활용하여 실험 참가자들에게 자신의 우울한 상태를 있는 그대로 바라보고 자각하며 받아들이도록 지시하였다. 즉, 눈을 살며시 감은 후, 지금 현재 무슨 생각, 감정, 신체감각을 경험하고 있는지 주의를 기울이고 알아차리게 하였다. 그 순간에 떠오른 감정과 신체감각이 불편하고 불쾌하게 느껴지더라도 이를 억지로 밀쳐버리거나 내쫓아버리지 말고, 이를 부드럽게 알아차리게 한 다음, 자신의 생각, 감정, 신체감각을 강물 위에 떠내려가는 나뭇잎 위에 하나씩 올려놓고 그 나뭇잎들이 떠내려가 시야에서 점점 사라져 가는 것을 가만히 바라보는 상상을 하도록 하였다. 그런 다음에는 아랫배(복식) 호흡을 하면서 호흡에 따라 나타나는 아랫배의 움직임에 집중하며, 점차로 몸 전체의 신체감각으로 확대해서 주의를 집중하게 하는 호흡확장 명상을 실시하였다.

문제해결처치조건 참가자들에게는 정서를 배제한 채 문제해결식의 사고를 하고 대안적인 해결방법을 계속해서 찾아보도록 지시하였다(Hunt, 1998). 수용처치 절차와 동일하게, 문제해결 방법에 알맞은 비유와 이론적 근거를 제시한 후, 치료기대 질문지를 작성하였다. 그 후 문제해결 처치 내용을 실습하였다. 실습 내용은 이미정(1993)의 사회적 문제해결능력 평가의 일부분을 본 연구 목적과 절차에 맞게 수정한 가상적인 이야기와 자신이 회상한 슬픈 경험에 대한 문제해결 방법을 찾는 것으로 구성되었다.

두 처치조건 각각 교육과 실습의 전 과정이 진행되는 데 약 12분의 시간이 소요되었다. 각 조건에 알맞은 처치실습이 끝난 후, 참가자들의 우울기분(주관적 보고, 생리적 반응, 행동적 측정치)을 측정하였다. 그 이후에 참가자들은 음악을 들으면서 3분간 편안히 쉬는 이완기를 가진 다음, 참가자들의 우울기분(주관적 보고, 생리적 반응, 행동적 측정치)을 측정하고 조작점검을 하였다. 그리고 실험이 끝나기 직전에 참가자들에게 실험의 목적과 내용에 대해 자세히 설명하였고, 실험절차로 인해 심리적인 어려움을 겪게 될 경우에 도움을 받을 수 있도록 교내 학생생활상담센터와 연구자의 연락처를 알려주었다. 그리고 실험 내

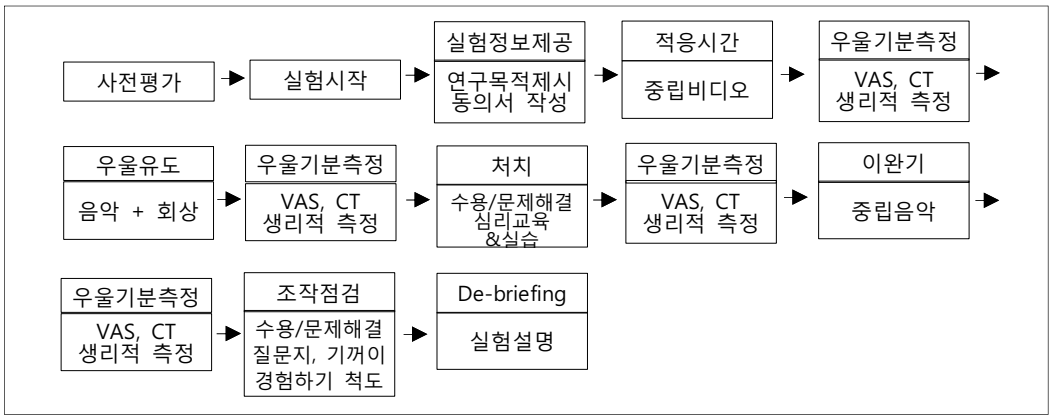

그림 1. 본 연구의 실험 절차

주. VAS = Visual Analog Scale; CT =Count Time.

용에 관해서는 본 연구가 끝나는 학기말까지 비밀로 해 줄 것을 부탁하며, 실험은 종료되었다. 실험 소요시간은 30~40분 정도였다. 본 연구의 실험절차를 요약하여 제시하면 그림 1과 같다.

결 과

기저선 측정치들의 동등성 검증

처치가 주어지기 전에 평가된 주관적인 우울기분, 생리적 반응, 행동적 측정치, 정서조절곤란, 반추반응, 그리고 우울증상의 수준 등 모든 기저선 측정치들의 각 처치조건(수용, 문제해결)별 평균과 표준편차는 표 2에 제시되어 있다. 이러한 기저선 측정치들이 두 처치조건 간에 다른 지를 검증해 본 결과, 유의한 차이를 보이지 않았다. 이로 보아, 본 연구의 참가자들은 두 처치조건에 적절하게 무선 할당되었다고 하겠다.

또한, 각 처치조건에 알맞은 이론적 근거를

표 2. 각 종속변인별 수용처치조건과 문제해결처치조건의 평균(표준편차) 및 각 조건 간 초기 동등성 검증 결과

변인	수용(n=27)	문제해결(n=27)	t 값
	Mean(SD)	Mean(SD)	
우울	20.67(18.68)	17.22(18.64)	-.68
슬픔	17.41(17.62)	11.11(12.24)	-1.52
의기소침	15.41(16.81)	14.22(17.04)	-.26
불안	16.37(16.86)	16.44(16.02)	.02
행복	68.33(16.73)	67.96(20.73)	-.07
수축기 혈압	106.67(12.49)	109.67(12.50)	.91
확장기 혈압	65.85(7.53)	67.63(6.56)	.93
맥박	76.63(10.43)	76.52(8.31)	-.04
CT	5.93(2.28)	6.40(2.71)	.69
DERS	66.37(15.41)	64.41(15.41)	-.47
RDQ	32.15(11.29)	33.89(10.63)	-.59
BDI	7.78(6.03)	7.48(5.20)	.19
치료기대	17.59(4.77)	16.63(5.39)	-.70

주. CT = Count Time; DERS = Difficulties in Emotional Regulation Scale; RDQ= Response to Depressed Mood Questionnaire; BDI = Beck Depression Inventory.

제시한 후 치료기대수준을 평정하여 두 처치조건(수용, 문제해결)간에 치료기대수준의 차이를 검증해 보았다. 그 결과, 두 처치조건의 치료기대수준은 유의한 차이를 보이지 않았다. 따라서 이후의 자료 분석에서 두 처치조건 간에 그 효과가 유의하게 다를 경우 이러한 결과는 두 처치조건의 치료기대수준의 차이에 기인되었을 가능성을 배제할 수 있겠다.

조작 점검

우울기분 유도 조작절차 점검

본 연구에서 우울한 기분을 유도하기 위해 사용한 조작절차가 적절한 지를 검토하기 위해 각 처치조건별 측정된 슬픈 경험의 중요도, 회상의 몰입정도, 회상의 생생한 정도, 회상 동안 무관한 생각을 한 정도의 평균과 표준편차는 표 3에 제시되어 있다. 이 측정치들이 두 처치조건 간에 다른 지를 독립적인 t 검증을 사용한 결과, 유의한 차이를 보이지 않았다.

우울기분 유도 효과 검증

본 연구에서 사용된 기분 유도 절차의 효과를 검토하기 위하여, 전체 참가자들의 기저선 측정치들과 기분 유도 후 측정치들에 대해 쌍별 t 검증을 사용하였다. 그 결과, 표 4에서 보듯이, 본 연구에서 사용한 우울기분 유도 절차가 맥박을 제외한 기분의 주관적 보고, 수축기와 확장기 혈압, 그리고 행동적 측정치에서 참가자들의 우울한 기분들을 효과적으로 유도한 것으로 밝혀졌다.

이후 분석에서는 주관적 보고에 의해 측정된 여러 우울관련 기분들의 결과를 간단하게 제시하기 위하여, 우울기분 합성점수를 사용하였다(자세한 사항은 측정도구 부분에 소개함).

수용처치와 문제해결처치를 위한 조작절차 점검

실험에서 유도된 우울기분에 대해 각 처치조건에서 지시한 처치내용에 맞게 수행했는지를 확인하기 위하여 사용된 수용–문제해결 질문지의 반응을 분석하였다. 그 결과, 수용처치조건 참가자들이 실제로 수용에 기초한 대처전략을 사용했다고 보고한 빈도 점수는 20점 만점에 평균 13.08점(표준편차 3.85점)이었다. 문제해결처치조건 참가자들이 실제로 문제해결전략을 사용했다고 보고한 빈도 점수는 20

표 3. 수용처치조건과 문제해결처치조건별 슬픈 경험 회상 동안의 수행 정도 평균(표준편차) 및 각 조건 간 비교 검증 결과

측정치	수용 (n=27)	문제해결 (n=27)	t 값
	Mean(SD)	Mean(SD)	
슬픈 경험의 중요도	4.33(.88)	4.22(.93)	-.45
슬픈 경험 회상의 몰입정도	3.85(.66)	3.81(.68)	-.20
슬픈 경험 회상의 생생한 정도	4.07(.78)	3.89(.89)	-.81
슬픈 경험 회상 동안 무관한 생각 정도	3.22(.93)	3.22(.89)	.00

표 4 . 기저선과 기분 유도 후 우울기분의 여러 측정치들의 평균(표준편차)과 검증결과

측정치	기저선	기분유도 직후	*t* 값
	Mean(SD)	Mean(SD)	
우울	18.94(18.57)	37.02(23.27)	-7.17***
슬픔	14.26(15.36)	38.02(23.90)	-8.33***
의기소침	14.81(16.78)	27.46(22.54)	-5.31***
불안	16.41(16.29)	30.02(23.83)	-5.31***
행복	68.15(18.66)	53.22(20.34)	7.14***
수축기 혈압	108.22(11.63)	110.56(12.83)	-1.99*
확장기 혈압	66.74(7.05)	67.72(7.93)	-1.97*
맥박	76.57(9.34)	76.87(9.62)	-.66
CT	6.16(2.50)	6.38(2.60)	-1.84*

주. CT = Count Time

*p < .05, ***p < .001.

점 만점에 평균 13.04점(표준편차 3.25점)이었다. 각 처치조건의 참가자들이 사용한 대처전략(처치) 빈도의 절대치는 비슷한 수준이었다.[1)]

각 처치조건에서 사용한 우울기분에 대한 대처전략이 우울기분의 감소에 얼마나 효과적이었는지에 대한 참가자들의 주관적 평가 정도는 수용처치조건 평균 13.15점(표준편차 3.51점), 문제해결처치조건 평균 11.00점(표준편차 3.64점)이었다. 두 처치조건에 실시된 문항들이 동일하지 않아서 직접 비교 검증하기는 힘들지만, 수용처치조건의 참가자들이 문제해결처치조건의 참가자들에 비해 그들이 받은 처치의 효과를 더 높게 평가한 것으로 추정된다.[2)]

또한 우울기분에 대한 일반적인 반추경향은 수용처치조건(평균 28.67, 표준편차 8.09)과 문제해결처치조건(평균 30.52, 표준편차 8.94)간에 유의한 차이를 보이지 않았다, $t(52)=.80$, ns.

우울기분 유도에 미치는 정서조절곤란의 영향 검증

정서조절곤란수준이 우울한 기분유도에 미치는 영향을 알아보기 위해 기분유도 후에 측정된 주관적 보고(우울기분 합성점수), 수축기 혈압, 확장기 혈압 및 행동적 측정치를 각각 종속변인으로 하여 위계적 중다회귀분석을 실시하였다. 회귀분석의 1단계에서는 기분유도 전 측정치들(주관적 보고, 수축기 혈압, 확장기 혈압, 행동적 측정치)을 각각 투입하였으며, 2단계에서는 정서조절곤란의 총점을 투입하였다. 그 결과, 다른 측정치들에서는 정서조절곤란 총점의 주효과가 유의하지 않았으나, 행동적 측정치에 대한 정서조절곤란 총점의 주효과(β=.10, p<.05)는 유의하였다(표 5).

정서조절곤란의 여러 차원들이 제각기 우울기분 유도에 미치는 효과를 검증하기 위하여, 위와 동일한 절차에 따라 위계적 중다회귀분

1) 두 처치조건에 사용된 척도들이 동일하지는 않지만 둘 다 참가자들이 주관적으로 평정한 점수라는 점을 고려하여, 집단 간 비교 검증을 한 결과, 두 조건의 사용빈도는 서로 유의한 차이를 보이지 않았다, $t(52)=.04$, ns.

2) 앞의 사용빈도와 마찬가지로, 두 처치조건에 사용된 척도들이 동일하지는 않지만 둘 다 참가자들이 주관적으로 평정한 점수라는 점을 고려하여, 집단 간 비교 검증을 한 결과, 문제해결처치조건에 비해 수용처치조건에 속한 참가자들은 그들이 받은 처치를 더 효과적으로 평가하였다, $t(52)=-2.21$, p < .05.

표 5. 정서조절곤란 총점이 기분유도 후의 행동적 측정치에 미치는 영향을 검증하기 위한 위계적 중다회귀분석 결과

변인	β	R^2	ΔR^2	ΔF
1단계		.887	.887	410.059***
기분유도 전 측정치	.942***			
2단계		.897	.009	4.648*
기분유도 전 측정치	.923***			
정서조절곤란 총점	.099*			

*p < .05. ***p < .001.

석을 사용하였다. 그 결과, 행동적 측정치에 반영된 우울기분수준에 대해 목표지향행동 수행의 어려움의 주효과가 유의하였고, β=.13, p<.01, 정서명료성 부족의 주효과가 유의한 경향을 보였다, β=.09, p<.10. 그리고 수축기 혈압수준에 대한 정서조절곤란의 여러 차원들의 효과를 검증해 본 결과, 충동통제곤란(β=-.17, p<.10), 목표지향행동 수행의 어려움(β=-.16, p<.10)의 주효과가 유의한 경향을 보였고, 주관적 보고와 확장기 혈압에서는 유의하지 않았다. 정서조절곤란의 다른 차원들의 경우 어떤 종속측정치에서도 주효과가 유의하지 않은 것으로 밝혀졌다.

수용처치의 효과 및 정서조절곤란의 중재효과 검증

우울기분에 대한 효과: 처치 직후

정서조절곤란 정도와 수용처치가 실험에서 유도된 우울기분의 감소에 미치는 영향을 알아보기 위해 처치 직후에 측정된 주관적 보고의 우울기분(합성점수), 수축기 혈압, 확장기 혈압, 행동적 측정치를 각각 종속변인으로 하여 위계적 중다회귀분석을 실시하였다. 회귀분석의 1단계에서는 기분유도 직후 측정치를 투입하였으며, 2단계에서 처치조건(문제해결처치조건 = -.5 vs. 수용처치조건 = .5로 입력함), 정서조절곤란을, 그리고 3단계에서는 처치조건과 정서조절곤란의 상호작용항을 투입하였다. 다중공선성(multicollinearity)을 방지하기 위해 각 정서조절곤란 측정치는 평균중심화(mean centering)를 시킨 점수를 사용하였으며, 이 점수와 처치조건을 곱한 점수를 상호작용항에 투입하였다(Cohen, Conhen, West, & Aiken, 2003). 그 결과, 표 6에서와 같이, 우울기분의 주관적 보고에서는 처치조건의 주효과가 유의하였다, β=-.24, p<.01. 하지만, 정서조절곤란 총점의 주효과와, 처치조건과 정서조절곤란 총점의 상호작용효과는 유의하지 않았다. 따라서 수용처치조건이 문제해결처치조건에 비해 처치 직후에 주관적인 우울기분이 더 유의하게 감소된 것으로 밝혀졌다. 그리고 확장기 혈압에서는 정서조절곤란의 여러 차원들 중 충동통제곤란의 주효과가 유의하였고(β = -.18, p<.05), 정서조절곤란 총점(β = -.15, p<.10)과 목표지향행동 수행의 어려움의 주효과(β = -.14, p<.10)는 유의한 경향을 보였다. 또한 정서조절곤란의 여러 차원들 중 정서명료

표 6. 정서조절곤란 총점과 수용처치가 처치 직후에 측정된 주관적인 우울기분(합성점수)에 미치는 영향을 검증하기 위한 위계적 중다회귀분석 결과

변인	β	R^2	ΔR^2	ΔF
1단계		.574	.574	70.041***
기분유도 직후 측정치	.758***			
2단계		.653	.079	5.685**
기분유도 직후 측정치	.787***			
처치조건	-.239*			
정서조절곤란 총점	-.137			
3단계		.655	.003	.366
기분유도 직후 측정치	.807***			
처치조건	-.238**			
정서조절곤란 총점	-.142			
처치조건×정서조절곤란 총점	-.054			

*p < .05. **p < .01 ***p < .001.

성 부족과 처치조건과의 상호작용효과가 유의하였고(표 7), β = -.19, p<.05, 정서자각 부족과 처치조건과의 상호작용효과는 유의한 경향을 보였다, β = -.13, p<.10. 하지만, 수축기 혈압과 행동적 측정치를 종속변인으로 한 분석에서는 예측변인의 어떤 효과도 유의하지

표 7. 정서명료성 부족과 수용처치가 처치 후에 측정된 확장기 혈압에 미치는 영향을 검증하기 위한 위계적 중다회귀분석 결과

변인	β	R^2	ΔR^2	ΔF
1단계		.712	.712	128.455***
기분유도 직후 측정치	.844***			
2단계		.715	.003	.299
기분유도 직후 측정치	.846***			
처치조건	-.004			
정서명료성 부족	-.059			
3단계		.748	.033	6.455*
기분유도 직후 측정치	.822***			
처치조건	-.011			
정서명료성 부족	.103			
처치조건×정서명료성 부족	-.189*			

*p < .05. ***p < .001.

않았다. 처치조건과 정서명료성 부족의 상호작용효과를 구체적으로 살펴보기 위해, 위계적 중다회귀분석을 수행하여 나온 각 변인별 비표준화된 회귀계수와 상수를 토대로 원점수 회귀방정식을 구성하였다. 원점수 회귀방정식에서 기분유도 직후 측정치의 점수를 일정하게 유지한 채 처치조건과 정서명료성 부족을 곱한 점수를 그 회귀방정식에 투입하였다(최미경, 조용래, 2005; Cheng, 2001). 정서명료성 부족의 경우, 평균(5.91)과 표준편차(2.06)를 사용하여, 평균에서 1표준편차 아래 점수, 평균 점수, 그리고 평균에서 1표준편차 위에 있는 점수를 각각 사용하였다(Cohen et al., 2003). 이렇게 해서 나온 결과는 그림 2에 제시되어 있다. 즉, 확장기 혈압 측정치에서 문제해결처치에 비해 수용처치의 우수한 효과는 정서명료성 부족 저수준보다 고수준에서 갈수록 더 두드러지는 양상을 보였다.

우울기분에 대한 효과: 이완기 후

정서조절곤란 정도와 수용처치가 실험에서 유도된 우울기분그의 감소에 미치는 영향을

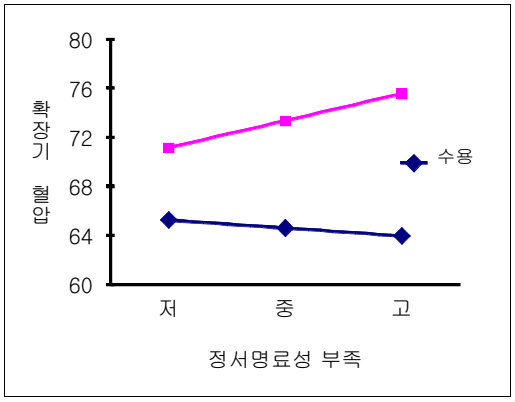

그림 2. 처치 후 확장기 혈압수준에 대한 정서명료성 부족과 처치조건의 상호작용 효과

알아보기 위해 이완기후 측정한 주관적 보고의 우울기분(합성점수), 수축기 혈압, 확장기 혈압, 행동적 측정치를 각각 종속변인으로 하여 위와 동일한 설계와 통계분석방법을 사용하여 분석하였다. 그 결과, 우울기분의 세 측정치들에 대한 처치조건의 주효과와, 정서조절곤란의 총점 및 6가지 차원들의 주효과는 유의하지 않았다. 또한 처치조건과 정서조절곤란의 다른 차원들이나 총점의 상호작용효과는 유의하지 않았으나, 주관적 보고의 우울기분(합성점수)에 대한 처치조건과 정서자각 부족의 상호작용효과는 유의하였다(표 8), β= -.19, p<.05. 주관적 보고의 우울기분(합성점수)에 대한 처치조건과 정서자각 부족의 상호작용효과를 구체적으로 살펴보기 위해, 위와 동일하게, 위계적 중다회귀분석을 수행하여 나온 각 변인별 비표준화된 회귀계수와 상수를 토대로 원점수 회귀방정식을 구성하였다. 원점수 회귀방정식에서 기분유도 직후 측정치를 일정하게 유지한 채 처치조건과 정서자각 부족을 곱한 점수를 그 회귀방정식에 투입하였다. 정서자각 부족의 경우, 평균(16.67)과 표준편차(4.01)를 사용하여, 평균에서 1표준편차 아래 점수, 평균 점수, 그리고 평균에서 1표준편차 위에 있는 점수를 각각 사용하였다. 이렇게 해서 나온 결과는 그림 3에 제시되어 있다. 즉, 주관적 보고의 우울기분(합성점수)에서 문제해결처치에 비해 수용처치의 우수한 효과는 정서자각 부족 고수준보다 저수준에서 더 두드러지는 양상을 보였다.

기꺼이 경험하기에 대한 효과: 이완기 후

정서조절곤란과 수용처치가 부정적 정서 경험에 대한 개방적 태도에 미치는 영향을 알아보기 위해 이완기 후에 측정된 기꺼이 경험하

표 8. 정서자각 부족과 수용처치가 이완기 후에 측정된 주관적 보고의 우울기분(합성점수)에 미치는 영향을 검증하기 위한 위계적 중다회귀분석 결과

변인	β	R^2	ΔR^2	ΔF
1단계		.558	.558	65.574***
기분유도 직후 측정치	.747***			
2단계		.566	.008	.490
기분유도 직후 측정치	.746***			
처치조건	-.092			
정서자각 부족	-.002			
3단계		.600	.034	4.164*
기분유도 직후 측정치	.764***			
처치조건	-.092			
정서자각 부족	-.003			
처치조건×정서자각 부족	-.185*			

*p < .05. ***p < .001.

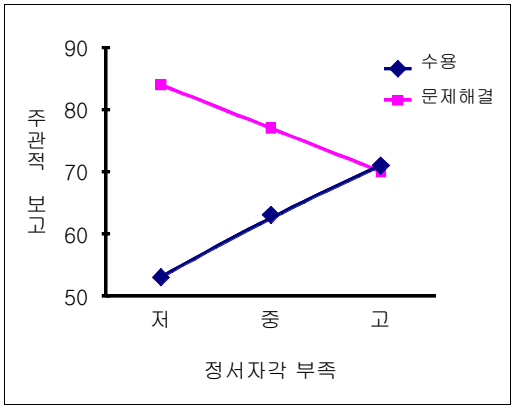

그림 3. 이완기 후 주관적 보고의 우울기분(합성점수)에 대한 정서자각 부족과 처치조건의 상호작용 효과

기 수준을 종속변인으로 하여 위와 동일한 설계와 통계분석방법을 사용하여 분석하였다. 그 결과, 처치조건의 주효과, 정서조절곤란의 총점과 6가지 차원들 각각의 주효과는 모두 유의하지 않았다. 처치조건과 정서조절곤란의 상호작용효과의 경우, 정서조절곤란의 총점이나 다른 5가지 차원들은 처치조건과 유의한 상호작용효과를 보이지 않았으나, 정서 명료성 부족과 처치조건의 상호작용효과는 유의하였다(표 9).

처치조건과 정서명료성 부족의 상호작용효과를 구체적으로 살펴보기 위해, 위계적 중다회귀분석을 수행하여 나온 각 변인별 비표준화된 회귀계수와 상수를 토대로 원점수 회귀방정식을 구성하였다. 원점수 회귀방정식에서 처치조건과 정서명료성 부족을 곱한 점수를 그 회귀방정식에 투입하였다. 정서명료성 부족의 경우, 평균(5.91)과 표준편차(2.06)를 사용하여, 평균에서 1표준편차 아래 점수, 평균점수, 그리고 평균에서 1표준편차 위에 있는 점수를 각각 사용하였다. 이렇게 해서 나온 결과는 그림 4에 제시되어 있다. 즉, 문제해결처

표 9. 정서명료성 부족과 수용처치가 이완기 후 기꺼이 경험하기에 미치는 영향을 검증하기 위한 위계적 중다 회귀분석 결과

변인	β	R^2	ΔR^2	ΔF
1단계		.035	.035	.932
처치조건	.073			
정서명료성 부족	.168			
2단계		.123	.088	4.993*
처치조건	.078			
정서명료성 부족	.094			
처치조건×정서명료성 부족	.305*			

*p < .05.

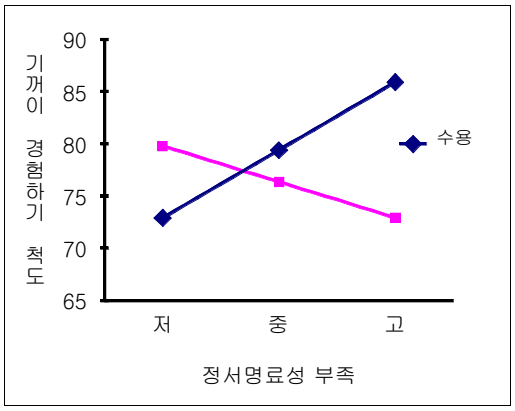

그림 4. 이완기 후 기꺼이 경험하기에 대한 정서명료성 부족과 처치조건의 상호작용 효과

치는 정서 명료성 부족의 수준이 높아질수록 그 효과가 감소하였는데 비해, 수용처치의 효과는 정서 명료성 부족 의 수준이 높아질수록 증가하는 양상을 보였다. 특히, 정서 명료성 부족의 고수준에서는 문제해결처치조건에 비해 수용처치조건에서 기꺼이 경험하기 정도가 더 높은 것으로 밝혀졌다.

수용처치의 작용기제에 대한 탐색적 분석

수용처치의 작용기제를 알아보기 위한 탐색적 분석을 해 보았다. 즉, 수용처치조건의 참가자들에게만 실시했던 한국판 EQ로 측정된 탈중심화 수준이 측정시기(기분유도 직후, 처치 직후, 이완기 후)에 따라 유의한 차이를 보이는 지를 탐색해 보기 위하여, 반복측정 ANOVA를 수행하였다. 그 결과, 수준은 기분유도 직후에 비해 처치 직후와 이완기 후에 유의하게 높은 것으로 밝혀졌다(표 10).

다음으로, 처치 후에 측정된 한국판 EQ와 기분 유도 직후에 측정된 한국판 EQ의 차이 점수와 동일한 시기 사이의 우울기분 종속측정치 차이점수들 간의 상관계수를 구하였다. 그 결과, 기분유도 직후에서 처치 후 사이의 탈중심화 수준의 증가는 동일한 기간 동안 주관적으로 보고된 우울기분(합성점수)의 감소와 유의한 상관(r= -.50, p<.01)을 보였고, 동일한 기간 동안의 확장기 혈압수준의 감소와의 상관은 유의한 경향(r= -.32, p = .10)을 보였다(표 11). 하지만, 기분유도 직후에서 처치 후

표 10. 수용처치조건에서 측정시기별 한국판 EQ의 평균(표준편차)과 비교 검증결과

EQ	기분유도 직후	처치 직후	이완기 후	$F(2,52)$
평균	31.11	37.15	37.81	40.267***
(표준편차)	(8.03)	(7.23)	(7.97)	

주. EQ = Experiences Questionnaire.
***p < .001.

표 11. 기분유도 직후에서 처치 후 사이의 한국판 EQ의 증가와 동일한 기간 동안의 우울기분 종속측정치들의 변화와의 상관계수

변인	주관적보고	수축기 혈압	확장기 혈압	맥박	행동적 측정
EQ 차이 점수	-.503**	-.002	-.322	-.096	.228

주. EQ = Experiences Questionnaire.
**p < .01.

사이의 탈중심화 수준의 증가는 기분유도 직후에서 이완기 후 사이의 우울기분의 변화와는 어떤 측정치들(주관적 보고, 생리적 및 행동적 측정치)에서도 유의한 상관을 보이지 않았다.

논 의

본 연구는 대학생들을 대상으로 우울한 기분을 암시하는 음악을 들려주는 동안 각자 자신의 과거 슬픈 경험을 회상토록 함으로써 우울기분을 유도하는 절차와, 기분 유도 후에 수용처치와 문제해결처치를 제공하는 절차를 사용하였으며, 그 과정에서 정서조절곤란 정도와 수용처치가 실험실에서 유도된 우울기분의 변화에 미치는 영향을 검증해보고자 하였다. 이를 위하여, 서론에서 개관한 선행 연구들에 기초하여, 정서조절곤란 수준이 높을수록 실험실 상황에서 기분 유도 후에 우울한 기분의 정도가 더 심할 것이라는 가설과, 문제해결처치조건에 비해 수용처치조건이 우울기분을 더 효과적으로 감소시킬 것이라는 가설, 그리고 이러한 수용처치의 상대적으로 우수한 효과는 정서조절곤란 수준이 높을 경우 더 두드러질 것이라는 가설을 수립하여 이를 검증해 보았다. 아울러, 수용처치의 작용기제를 탐색해 보기 위하여, 수용처치조건에 속한 참가자들을 대상으로, MBCT의 작용기제로 제안된 탈중심화수준이 수용처치의 우울기분 감소효과에 미치는 역할에 관해 탐색해 보았다.

우선, 정서조절곤란의 수준이 높을수록 실험실 상황에서 유도되는 우울기분의 정도가 더 증가할 것이라는 첫 번째 가설은, 본 연구결과, 부분적으로 지지되었다. 즉, 우울기분에 대한 주관적 보고를 제외한 생리적 또는 행동적 측정치들에서 전반적인 정서조절곤란이나 정서조절곤란의 한 두 차원들의 수준이 높을

수록 실험실 상황에서 유도되는 우울기분의 정도가 더 심한 것으로 밝혀졌다. 구체적으로 살펴보면, 전반적인 정서조절곤란 수준이 높을수록 기분유도 후에 숫자 세는데 걸린 시간으로 측정된 행동적 측정치가 더 증가하였다. 또한, 정서조절곤란의 여러 차원들 중 목표지향적 행동 수행의 어려움 수준이 높을수록 기분유도과정에서 행동적 측정치와 수축기 혈압수준이 더 증가하는 경향을 보였으며, 충동통제곤란의 수준이 높을수록 수축기 혈압수준이 더 증가하는 경향을 보였다. 이 결과들은 우울수준이 정서조절곤란과 연관되어 있다는 선행연구들(서선이, 2007; 조용래, 2007; Garnefski & Kraaij, 2006; Martin & Dahlen, 2005; McFarland & Buehler, 1997)과 일치한다. 또한 우울수준은 충동통제곤란과 목표지향적 행동의 어려움 등 정서조절곤란의 여러 차원들과 유의한 상관을 보였다는 결과(조용래, 2007)와도 부합된다. 특히, 목표지향적 행동 수행의 어려움은 화가 나거나 기분이 나쁠 때 집중하기 어렵고 하던 일을 끝마치지 못하는 것으로 정의된다는 점(Gratz & Roemer, 2004)을 고려할 때, 목표지향적 행동의 어려움 수준이 우울기분 유도 후에 숫자를 세는데 걸리는 시간을 증가시킨다는 결과는 이해할만하다. 하지만, 전반적인 정서조절곤란 수준이 우울기분의 주관적 보고나 생리적 측정치를 유의하게 예측하지 못한다는 결과 등은 우울기분에 대한 정서조절곤란의 영향이 우울기분의 반응양상에 따라 상이함을 나타낼 뿐 아니라, 우울기분의 반응양상들의 비동시성(desynchrony) (예: Campbell-Sills et al., 2006b)을 반영한다고 볼 수 있다.

다음으로, 수용처치조건이 문제해결처치조건에 비해 기분유도 절차에 의한 우울한 기분을 더 많이 감소시킬 것이라는 두 번째 가설은 본 연구에서 부분적으로 지지되었다. 이와 관련된 결과들은 종속측정치와 측정시기에 따라 상이한 양상을 보였다. 기분유도 후와 처치 직후 사이의 종속측정치들의 변화에 관한 결과를 먼저 살펴보면, 수용처치조건이 문제해결처치조건에 비해 처치 직후에 주관적인 우울기분을 유의하게 더 감소시켰다. 이 결과는 본 연구에서 처치의 조작 점검을 위해 측정된 각 대처방법의 효과정도에서 문제해결처치조건보다 수용처치조건에 속한 참가자들이 자신들이 받은 처치를 상대적으로 더 효과적인 것으로 평가한 결과에 의해서도 뒷받침된다. 하지만, 처치 직후에 평가된 주관적 보고에 의한 우울기분 수준을 제외하고, 생리적 및 행동적 반응측정치들에서는 처치조건의 주효과가 유의하지 않았다. 다만, 확장기 혈압수준에 반영된 수용처치의 우수한 효과는 정서명료성 부족 수준에 의해 중재된 것으로 밝혀졌을 뿐이다. 이 부분에 대해서는 아래 정서조절곤란의 중재효과에 관해 논의할 때 좀 더 자세히 소개하겠다.

기분유도 직후와 이완기 사이의 종속측정치들의 변화를 살펴본 결과, 우울기분의 어떤 종류의 측정치들에서도 처치조건의 주효과는 유의하지 않았다. 이와 달리, 이완기 이후 주관적 보고에 의한 우울기분 측정치에서 문제해결처치조건에 비해 수용처치조건의 더 나은 효과는 정서자각 부족 수준에 의해 중재된 것으로 나타났다. 또한 이완기 이후 측정된 기꺼이 경험하기 수준에서 문제해결 처치에 비해 수용처치의 우수한 효과는 정서명료성 부족 수준에 의해 중재된 것으로 밝혔다. 이 두 가지 의미 있는 결과들은 아래 정서조절곤란의 중재역할에 대한 부분에서 좀 더 자세히

논의하겠다.

앞서 소개했듯이, 처치 직후에 측정된 주관적 보고에 의한 우울기분 수준이 문제해결처치조건에 비해 수용처치조건에서 더 낮았다는 결과는 수용처치가 다른 처치에 비해 유도된 우울기분을 유의하게 더 감소시켰다고 보고한 선행연구 결과들(Singer & Dobson, 2007; Teasdale et al., 1995)과 일치할 뿐만 아니라 불안기분이나 증상들에 대한 수용처치의 효과를 지지한 연구 결과들(노현진 & 조용래, 2007; 박성신, 2005; Levitt, Brown, Orsillo & Barlow, 2004; Miller, Fletcher, & Kabat-Zinn, 1995)과도 부합된다. 즉, 본 연구에서 수용처치의 우수한 효과는 불안뿐만 아니라 우울기분에 대해서도 부분적으로 입증되었다고 볼 수 있다.

우울기분 측정치들에서 문제해결처치에 비해 더 나은 수용처치의 효과는 정서조절곤란의 수준이 높을수록 더 두드러질 것이라는 세 번째 가설은 처치 직후 확장기 혈압 측정치에서 문제해결처치에 비해 수용처치의 우수한 효과가 정서명료성 부족이 저수준에서 고수준으로 갈수록 더 두드러졌다는 본 연구의 결과에 의해 부분적으로 지지되었다. 이 결과는 확장기 혈압의 감소에 미치는 수용처치의 효과를 정서조절곤란의 차원 중 하나인 정서명료성이 중재하는 것으로 해석될 수 있다. 이러한 양상은 이완기 후인 실험절차 마지막에 측정되었던 기꺼이 경험하기 수준에서도 거의 비슷하게 나타났다. 즉, 문제해결처치는 정서명료성 부족의 수준이 높아질수록 그 효과가 감소하였는데 비해, 수용처치의 효과는 정서명료성 부족의 수준이 높아질수록 증가하는 양상을 보였다. 특히, 정서 명료성 부족의 고수준에서는 문제해결처치조건에 비해 수용처치조건에서 기꺼이 경험하기 정도가 더 높은 것으로 밝혀졌다. Hayes(1994)는 가장 낮은 수준의 수용은 견디는 것이며, 그 다음 수준은 변화하려고 하는 의도를 버리는 것이고, 그것보다 더 높은 수준은 기꺼이 경험하기의 단계라고 하였다. 따라서 본 연구에서 발견된 이러한 결과는 수용처치가 정서조절곤란을 겪고 있는 사람에게 부정적인 정서 경험에 대한 개방적인 태도를 더 높인 것으로 해석될 수 있으며, 처치 직후 확장기 혈압 측정치에서 문제해결 처치에 비해 수용처치의 더 나은 효과가 정서명료성 부족 저수준보다 고수준에서 두드러지게 나타났다는 본 연구의 다른 결과와도 일치한다.

수용처치의 효과에 대한 이러한 정서 명료성 부족의 중재효과는 정서에 대한 이해 부족, 즉 일종의 정서 명료성 부족이 일반화된 불안증상과 사회불안증상의 영향이 모두 통제된 후에도 우울증상과 고유한 상관을 보였다는 결과(Mennin et al., 2007)와 함께 고려할 때, 주요우울장애의 치료에 중요한 시사점을 제공해준다. 즉, 정서에 대한 이해 부족이 주요우울장애의 주요한 표적 중 하나라는 견해(Mennin et al., 2007)와 부합되게, 수용에 기반을 둔 치료는 정서명료성 부족 수준이 비임상적 표본에 비해 더 높을 것으로 추정되는 주요우울장애 환자들을 위한 효과적인 치료적 접근일 가능성을 시사한다.

이와 관련하여, 우울장애 환자들을 대상으로 한 최근 연구(Liverant et al., 2008)에서 수용처치의 효과에 대한 또 하나의 중재변인이 제안되었다. 이 연구에서는 우울장애 환자들의 경우, 우울기분의 경험에 대한 불안수준이 낮을 때에는 슬픈 기분을 감소시키는 데에 억제처치가 효과적이었으나, 우울기분의 경험에 대한 불안수준이 중간 수준이상일 때에는 수

용에 기반을 둔 정서조절전략의 사용을 격려해야 한다고 제안하였다. 또한, 우울장애에 대한 심리치료에서 그 환자들이 가용한 전범위의 효과적인 정서조절전략들을 최대로 활용하기 위해서는 그들의 우울기분의 경험에 대한 불안수준을 감소시키는 것이 중요함을 강조하였다. 이런 불안을 효과적으로 감소시키기 위해서, Liverant 등(2008)은 인지재구성 및 정서에 대한 노출과 같은 전통적인 인지행동치료뿐 아니라 정서경험의 수용가능성에 초점을 둔 새로운 수용 기반 치료들을 적극 활용할 필요가 있다고 지적하였다.

다른 한편으로, 본 연구에서 이완기 후 측정된 우울기분에 대한 주관적 보고에서는 정서자각 부족 고수준에서 보다 저수준에서 수용처치의 우수한 효과가 더 크게 나타났다. 이 결과는 앞서 소개한 처치직후의 확장기 혈압 측정치 및 이완기 후 기꺼이 경험하기 수준에 대한 결과와는 반대되는 양상을 보인 것이다. 이는 정서자각 부족이 수용처치와 문제해결처치의 상대적 효과에 미치는 양상이 정서조절곤란의 다른 차원들 중 하나인 정서적 명료성 부족과는 상이할 가능성과, 우울기분에 대해 수용처치가 효과를 발휘하기 위해서는 참가자들이 자신의 정서에 어느 정도 주의를 기울이고 이를 자각할 수 있어야 함을 시사한다.

아울러, 정서자각 부족이 우울기분이나 증상에 미치는 영향은 정서조절곤란의 다른 여러 차원들과는 상이할 가능성이 있다. 이와 관련하여, 정서자각 부족(r = .13)은 정서조절곤란의 다른 여러 차원들(rs = .33 ~ .51)에 비해 우울수준과 아주 낮은 상관을 보였으며(조용래, 2007), 우울한 사람들은 자신의 정서의 명확성과 정서에 대한 이해 수준이 낮았고(Rude & McCarthy, 2003), 우울하지 않은 집단에 비해 우울에서 회복된 집단은 정서조절곤란의 여러 차원들 중 정서자각 부족과 충동통제곤란을 제외한 목표지향적 행동의 어려움, 정서조절전략 접근 제한, 정서명료성 부족과 정서에 대한 비수용성이 더 높은 것으로 밝혀졌다(Ehring et al., 2008). 이러한 결과들을 고려할 때, 정서자각의 부족이 실험실에서 유도된 우울기분에 대한 수용처치의 효과를 중재하는 역할을 좀 더 정확하게 규명하기 위해서는 향후 더 많은 연구들이 요망된다고 하겠다.

본 연구에서는 수용처치의 작용기제를 탐색해 보기 위한 시도로서, 수용처치를 받은 참가자들을 대상으로, MBCT의 작용기제로 제안된 탈중심화 수준의 변화가 수용처치조건에서 우울기분의 감소와 관련되어 있는 지를 살펴보았다. 그 결과, 수용처치조건에서 처치 전후의 탈중심화 수준의 증가는 처치 전후에 주관적으로 보고된 우울기분의 감소와 유의한 상관을 보였으며, 확장기 혈압의 감소와의 상관은 유의한 경향을 보였다.

원래 탈중심화는 개인이 자신의 사고와 감정을 마음속에서 일어나는 일시적이고 객관적인 이벤트로서 관찰하는 능력 또는 개인이 자신의 사고와 감정에 대하여 현재 초점적이고 비판단적인 자세를 취하고 그런 사적 경험들을 수용하는 능력으로 정의된다(Safran & Segal, 1990). 이 정의로 보아, 탈중심화는 본 연구에서 사용된 수용처치의 구성요소들에 부합되는 측면을 적절하게 포함하고 있음을 알 수 있다.

다른 한편으로, 연구 당시 주요우울장애로부터 회복되었거나 그 증상이 완화된 참가자들을 대상으로 MBCT와 통상적인 치료를 실시한 결과, MBCT를 받은 참가자들은 통상적인 치료를 받은 참가자들에 비해 탈중심화의 수

준이 더 증가한 것으로 밝혀졌다(Teasdale et al., 2002). 이 결과는 탈중심화가 MBCT의 잠정적인 매개변인, 즉 작용기제임을 시사한다.

그러므로 본 연구에서 탈중심화 수준의 증가가 처치 직후의 주관적인 우울기분이나 확장기 혈압의 감소와 상관이 있다는 결과는, 기꺼이 경험하기 수준에 대한 수용처치의 효과 양상과 함께 고려할 때, 수용에 기반을 둔 처치가 적어도 다음 두 가지 기제를 통하여 그 효과를 보인다고 생각할 수 있다(cf. Levitt et al., 2004). 즉, 하나는 탈중심화를 증진시킴으로써, 그리고 다른 하나는 행동변화(예: 기꺼이 경험하기)를 촉진함으로써 우울기분의 감소에 영향을 미칠 가능성이 있다고 하겠다.

본 연구에서는 몇 가지 제한점과 추후 연구를 통해 보완해야 할 점들이 있다. 첫째, 수용처치에 대한 교육과 실습이 실험 동안 비교적 짧게 1번만 실시되었기 때문에 수용처치에 익숙하지 않은 참가자들이 그 처치를 적절하게 이해하고 적용하는데 어려움을 겪었을 수 있다. 본 연구에서 사용된 수용처치가 '상태' 탈중심화와 기꺼이 경험하기의 증가를 통해 우울기분을 효과적으로 감소시켰을 가능성이 있지만, 수용처치조건에 속한 참가자들의 반추 '성향(특질)'이 처치 직후 문제해결처치조건에 비해 유의하게 더 낮지 않았다는 점은 수용처치가 연구자의 의도보다 더 약하게 작용했을 가능성을 뒷받침해 준다. 따라서 추후 연구에서는 수용처치를 반복적으로 실시하거나 좀 더 강화시킨다면 수용처치의 효과가 더 커질 것으로 기대된다.

둘째, 기저선으로 사용한 혈압이 일반적인 평균 수치에 비해서 더 낮았다. 이러한 결과에 대해 다양한 이유를 고려해 볼 수 있다. 우선, 전자식 혈압계가 수은식 혈압계보다 수축기 혈압과 확장기 혈압 모두 낮게 측정된다는 결과(추진아, 2002; Hahn, Folsom, Sprafka & Prineas, 1987; Mann, Jones, Millar-Craig, Wood, Gould, & Raftery, 1984)를 고려할 때, 본 연구에서 전자식 혈압계를 사용한 점이 참가자들의 수축기 혈압과 확장기 혈압이 낮게 나온 결과에 영향을 주었다고 볼 수 있다. 또한, 혈압을 매 시기 최소 2번 이상을 측정하여 평균값을 사용하는 것이 더 정확하겠지만 본 연구에서는 실험절차 여건 상 각 측정시기별로 한 번만 측정하였다는 점이 일반적인 평균 수치에 비해 더 낮게 측정되는 데 영향을 주었을 수도 있다. 이처럼 혈압 등의 생리적 측정치는 여러 가외 변인들(예: 혈압을 잴 때 취하는 몸자세와 측정시점 등)에 민감한 측정치이므로 우울기분의 신체적 양상을 연구자가 의도한 대로 반영하기 위해서는 앞으로의 연구에서 생리적 반응들을 측정하는 방법과 생리적 측정치를 사용하는데 있어 좀 더 세심한 주의를 기울일 필요가 있다.

셋째, 본 연구에 참가한 연구 대상들은 비임상적인 일반 대학생 집단에 국한되어 있다. 따라서 일반 성인이나 임상환자 표본들에 본 연구의 결과를 일반화하는데 주의를 요한다. 예를 들어, 우울장애 환자들을 대상으로 본 연구와 동일한 패러다임으로 실험을 했을 때에도 동일한 결과가 나타나는지 추후 연구에서 알아볼 필요가 있다.

본 연구는 이러한 몇 가지 제한점들에도 불구하고, 여러 가지 면에서 의의를 지닌다고 할 수 있다. 첫째, 본 연구는 기존 연구들에 비해 연구방법상 중요하게 개선된 측면이 있다. 그 예로, 실험에 사용된 기분유도 절차와 실험자의 지시에 의한 정서조절전략(수용, 문제해결)이 적절하게 연구에 반영되었는지를

확인하기 위해 다양한 조작점검 측정치들을 사용한 점, 우울기분의 측정치로서 주관적 보고 뿐 아니라 여러 가지 생리적 반응들과 행동적 측정치를 다각적으로 사용한 점을 들 수 있다. 이에 더해, 수용처치의 효과를 좀 더 명확하게 규명하기 위하여 비교조건으로서 억제처치 대신에 문제해결처치를 사용한 점도 중요한 개선점이라 할 수 있다. 선행 연구들(예: Levitt et al., 2004)에서처럼 비교조건으로 억제처치를 사용하게 되면, 억제처치조건에서는 우울기분의 수준이 증가되는 역설적 효과를 보일 수 있다. 그렇게 되면, 수용처치와 억제처치 간의 차이가 억제처치에서의 우울기분의 증가 때문인지 또는 수용처치에서의 우울기분의 감소 때문인지 분명하게 결론 내리가 어려울 가능성이 있다고 생각한다.

둘째, 수용에 기반을 둔 치료가 대학생들을 대상으로 실험실에서 유도된 우울한 기분을 효과적으로 감소시킨다는 점을 지지하는 경험적 증거를 제공해 준다. 나아가, 이러한 결과는 최근 각광을 받고 있는 수용과 마음챙김에 기반을 둔 심리치료(예: MBCT, 수용-전념치료 등)의 타당성에 관한 추가적인 지지증거가 될 수 있다.

또한, 본 연구결과는 정서 명료성 부족 수준이 높고 정서자각 부족 수준이 낮은 대학생들에게 수용에 기반을 둔 치료가 적용될 경우 그들의 우울기분을 효과적으로 감소시킬 수 있다는 최초의 증거로서 그 의의가 크다고 하겠다.

마지막으로, 본 연구에서는 이러한 수용처치의 효과에 대한 작용 기제를 탐색해 보기 위해 수용처치조건에 속한 참가자들만으로 추가 분석을 수행한 결과, 우울기분의 감소에 대한 수용처치의 효과가 탈중심화의 변화에 의해 매개될 가능성이 있음을 제안하였다. 이를 기반으로 하여, 앞으로의 연구에서는 좀 더 정교한 실험 설계(예: 비교조건에 속한 참가자들의 탈중심화 수준에 관한 자료를 여러 시기에 걸쳐 수집함)와 고급통계분석방법(예: 위계적 선형모형, 잠재성장모형)을 사용함으로써, 탈중심화가 정말 수용처치의 작용기제인지를 더욱 엄격하게 검증할 필요가 있다. 이렇게 할 경우, 수용처치가 문제해결처치에 비해 탈중심화 수준을 더 높이는지, 그리고 이러한 처치조건 간의 탈중심화 수준의 차이로 인해 우울기분의 변화정도가 뚜렷하게 달라지는 지를 직접 검증할 수 있을 것으로 기대된다.

참고문헌

김빛나 (2007). 탈중심화가 내부처점적 반응양식과 우울증상에 미치는 영향. 서울대학교 석사학위 청구논문.

김효정 (2003). 반성 및 반추적 정서처리방식에 따른 우울기분의 변화. 가톨릭대학교 석사학위 청구논문.

노현진, 조용래 (2007). 수용처치와 불안민감성이 과호흡도전 절차에 대한 불안 반응에 미치는 효과. 한국심리학회지연차학술대회 논문집, 202-203.

문현미 (2005). 인지행동치료의 제 3동향. 한국심리학회지: 상담 및 심리치료, 17, 15-33.

문현미 (2006). 심리적 수용 촉진 프로그램의 개발과 효과: 수용-전념 치료 모델을 중심으로. 가톨릭대학교 박사학위 청구논문.

박성신 (2005). 수용처치가 대학생의 발표불안 감소에 미치는 영향. 한림대학교 일반대학

원 석사학위 청구논문.

김진영 (2000). 우울한 기분에 대한 두 가지 내부초점적 반응양식: 반추적 반응양식 대 반성적 반응양식. 서울대학교 석사학위 청구논문.

서선이 (2007). 내현적자기애와 정서조절이 심리적 부적응에 미치는 영향. 가톨릭대학교 석사학위 청구논문.

서우정 (2007). 정서조절곤란과 수용처치가 대학생들의 불안증상에 미치는 영향. 한림대학교 일반대학원 석사학위 청구논문.

오은혜, 노상선, 조용래 (2009). 부정적인 사회적 자기개념과 정서조절곤란이 대학생의 사회불안에 미치는 영향. 인지행동치료, 9, 75-89.

이미정 (1993). 우울감이 사회적 문제해결에 미치는 영향. 고려대학교 박사학위 청구논문.

이정은, 조용래 (2007). 걱정에 대한 부정적 신념과 일반화된 불안증상간의 관계에서 경험적 회피의 매개효과. 한국심리학회지: 임상, 26, 939-961.

조용래 (2007a). 발표불안에 대한 비디오 피드백의 효과: 중재변인과 매개변인. 한국심리학회지: 임상, 26, 293-322.

조용래 (2007b). 정서조절곤란의 평가: 한국판 척도의 심리측정적 속성. 한국심리학회지: 임상, 26, 1015-1038.

조용래 (2008). 상위인지와 수용처치 대 억제처치가 대학생들의 수행불안의 변화에 미치는 영향. 한국임상심리학회 추계학술대회 논문집, 8-9.

최미경, 조용래 (2005) 생활 스트레스와 지각된 불안 통제감 및 대처양식이 대학생의 불안에 미치는 영향. 한국심리학회지: 임상, 24, 281-298.

추진아 (2002) 가정용 전자식 혈압계의 정확도에 대한 임상적 평가. 기본간호학회지, 9, 101-112.

Borkovec, T. D., & Nau, S. D. (1972). Credibility of analogue therapy rationales. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 3,* 257-260.

Bradley, S. J. (2000). *Affect regulation and the development of psychopathology*. New York: Guilford Press.

Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A., & Hofmann, S. G. (2006a). Acceptability and suppression of negative emotion in anxiety and mood disorders. *Emotion, 6,* 587-595.

Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A., & Hofmann, S. G. (2006b). Effects of suppression and acceptance on emotional responses of Individuals with anxiety and mood disorders. *Behaviour Research and Therapy, 44,* 1251-1263.

Catanzaro, S. J., & Mearns, J. (1990). Measuring gerneralized expectancies for negative mood regulation: Initial scale development and implications. *Journal of Personality Assessment, 54,* 546-563.

Cheng, S. K. (2001). Life stress, problem solving, perfectionism, and depressive symptoms in Chinese. *Cognitive Therapy and Research, 25*, 303-310.

Clark, D. M., & Teasdale, J. D. (1985). Constraints of the effects of mood on memory. *Journal of Personality and Social Psychology, 48,* 1595-1608.

Clark, D. M., & Teasdale, J. D., Broadbent, D.

E., & Martin, M. (1983). Effect of mood on lexical decisions. *Bulletin of the Psychonomic Society, 21,* 175-178.

Cohen, J., Cohen, P., West, S. G., & Aiken, L. S. (2003). *Applied Multiple regression/correlation analysis for the behavioral sciences* (3rd ed). Mahwah NJ: Erbaum.

Dougher, M. J. (1994). The Act of Accetance. In S. C. Hayes, N. S. Jacobson, V. M. Follette,, & M J. Dougher(Eds.). Acceptance and change: *Content and context in psychotherapy* (pp.37-45). Reno, NV: Context Press.

Ehring, T., Fischer, S., Schnulle, J., Bosterling, A., & Tuschen-Caffer, B. (2008). Characteristics of emotion regulation in recovered depressed versus never depressed individuals. *Personality and Individual Differences, 44,* 1574-1584.

Folkman, S., & Lazarus, R, S. (1985). If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stage of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology, 48,* 150-170.

Fresco, D. M., Moore, M. T., van Dulmen, M., Segal, Z. V., Teasdale, J. D., Ma, H., & Williams, J. M. G. (2007). Initial psychometric properties of the Experiences Questionnaire: Validation of a self-report measure of decentering. *Behavior Therapy, 38,* 234-246.

Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific sample. *Personality and Individual Differences, 40,* 1659-1669.

Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessement of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 26,* 41-54.

Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 85,* 348-362.

Hahn, L., Folsom, A. R., Sprafka, J. M., & Prineas, R. J. (1987). Prevalence and accuracy of home sphygmomanometers in an urban population. *American Journal of Public Health, 77,* 1459-1461.

Hamer, M., Tanaka, G., Okamura, H., Tsuda, A., & Steptoe, A. (2007). The effects of depressive symptoms on cardiovascular and catecholamine responses to the induction of depressive mood. *Biological Psychology, 74,* 20-25.

Hayes, S. C. (1994). Content, context, and the types of psychological acceptance. In S. C. Hayes, N. S. Jacobson, V. M. Follette,, & M. J. Dougher(Eds.). *Acceptance and change: Content and context in psychotherapy*(pp.13-32).Reno, NV: Contest Press.

Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V, Follette, V. M. & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A Functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64,* 1152-1168.

Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K. G., Bissett,

R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., et al (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The psychological Record, 54,* 553-578.

Hunt, M. G. (1998). The only way out is through: Emotional processing and recovery after a depressing life event. *Behaviour Research and Therapy, 36,* 361-384.

Kibler, J. L., & Ma, M. (2004). Depressive symptoms and cardiovascular reactivity to laboratory behavioral stress. *International Journal of Behavioral Medicine, 11,* 81-87.

Levitt, J. T., Brown, T. A., Orsillo, S. M., & Barlow, D. H. (2004). The effects of acceptance versus suppression of emotion on subjective and psychophysiological response to carbon dioxide challenge in patients with panic disorder. *Behavior Therapy, 35,* 747-766.

Linehan, M. M. (1989). Cognitive behavioral therapy for borderline personality disorder. In A. Tasman, R. E. Hales, & A. J. Frances (Eds.), *Review of psychiatry* (Vol.8, pp.84-102). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Liverant, G. I., Brown, T. A., Barlow, D. H., & Roemer, L. (2008). Emotion regulation in unipolar depression: The effects of acceptance and suppression of subjective emotional experience on the intensity and duration of sadness and negative affect. *Behaviour Research and Therapy, 46,* 1201-1209.

Mann, S., Jones R. I., Millar-Craig, M. W., Wood, C., Gould, B. A., & Raftery, E. B. (1984). The safety of ambulatory intra-arterial pressure monitoring: A clinical audit of 1000 studies. *International Journal of Cardiol, 5,* 585-597.

Martin, R. C., & Dahlen, E. R. (2005). Cognitive emotion regulation in the prediction of depression, anxiety, stress, and anger. *Personality and Individual Differences, 39,* 1249-1260.

Mearns, J. (1991). Coping with a breakup: Negative mood regulation expectancies and depression following the end of a romantic relationship. *Journal of Personality and Social Psychology, 60,* 327-334.

Mennin, D. S., Holaway, R., Fresco. D. M., Moore, M. T., & Heimberg, R. G. (2007). Delineating components of emoaion and its dysregulation in anxiety and mood psychopathology. *Behavior Therapy, 38,* 248-302.

McFarland, C., & Buehler, R. (1997). Negative affective states and the motivated retrieval of positive life events: The role of affect acknowledgement. *Journal of Personality and Social Psychology, 73,* 200-214.

Miller, J. J., Fletcher, K., & Kabat-Zinn, J. (1995). Three-year follow-up and clinical implications of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention in the treatment of anxiety disorders. *General Hospital Psychiatry, 17,* 192-200.

Nolen-Hoeksema, S.(1991). Response to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology, 100,* 569-582.

Park, S., & Cho, Y. (2006, May). *The effect of an acceptance-based treatment on speech anxiety reduction in college students*. Poster presented at the 1st conference of Asian Cognitive-

Behavioral Therapies, Hong Kong.

Piferi, R. L., Kline, K. A. Younger, J., & Lawler, K. A. (2000). An alternative approach for achieving cardiovascular baseline: viewing an aquatic video. *International Journal of Psychophysiology, 37,* 207-217.

Rodebaugh, T. L. (2003). *The role of self-efficacy rating for specific tasks in social anxiety.* Poster presented at the annual meeting of Association for Advancement of Behavior Therapy, Boston, MA.

Rude, S. S., & McCarthy, C. T. (2003). Emotional functioning in depressed and depression-vulnerable college students. *Cognition and Emotion, 17,* 799-806.

Sanfran, J. D., & Segal, Z. V. (1990). *Interpersonal precess in cognitive therapy: Northvale,* NJ: Jason Aronson.

Segal, Z. V., Williams, J. M., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse.* New York: Guilford Press.

Singer, A. R., Dobson, K. S. (2007). An experimental investigation of the cognitive vulnerability to depression. *Behaviour Research and Therapy, 45,* 563-575.

Teasdale, J. D., Fogarty, S. J., & Williams, J. M. G. (1980). Speech rate as a measure of short-term variation in depression. *British Journal of Social and Clinical Psychology, 19,* 271-298.

Teasdale, J. D., Moore, R. G., Hayhurst, H., Pope, M., Williams, S., & Segal, Z. V. (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. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control(mindfulness) training help? *Behaviour Research and Therapy, 33,* 25-39.

Tull, M. T., Barrett, H. M., McMillan, E. S., & Roemer, L. (2007). A preliminary investigation of the relationship between emotion regulation difficulties and posttraumatic stress symptoms. *Behavior Therapy, 38,* 303-313.

Tull, M. T., & Roemer, L. (2007). Emotion regulation difficulties associated with the experience of uncued panic attacks: Evidence of experiential avoidance, emotional nonacceptance, and decreased emotional clarity. *Behavior Therapy, 38,* 378-391.

Westermann, R., Spies, K., Stahl, G., & Hesse, F. W. (1996). Relative effectiveness and validity of mood induction procedures: A metaanalysis. *European Journal of Social Psychology, 26,* 557-580.

원고접수일 : 2009. 7. 9.
게재결정일 : 2009. 8. 18.

한국심리학회지 : 임상
The Korean Journal of Clinical Psychology
2009, Vol. 28, No. 4, 1107-1134

Effects of Emotion Dysregulation and Acceptance-based Treatment on Changes in Depressive Mood among Undergraduate Students

Yejong Choi **Yongrae Cho**

Department of Psychology, Hallym University

This study examined the effects of emotion dysregulation and an acceptance-based treatment on changes in depressive mood among university students. To strictly test the effect of the acceptance-based treatment, it was also compared to a problem-solving treatment focusing on alternative solutions to problems. Participants were 54 university students, assigned randomly to either acceptance-based treatment or problem-solving treatment. Each participant completed the Korean version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. We induced depressive mood in the participants by providing mood-suggestive music and requiring them to recall sad mood-evoking events. Then, we provided theoretical rationales and instructions of the assigned treatment followed by a practical treatment session. Results demonstrated that emotion dysregulation was a significant predictor of psychomotor speed(a behavioral measure of depressive mood) and was superior to baseline depressive mood in this regard. The acceptance-based treatment condition showed a greater decrease in depressive mood, by a subjective measurement, than did the problem-solving treatment condition. Moreover, lack of emotional clarity(one dimension of emotion dysregulation) significantly moderated the acceptance-based treatment's effects on both short-term decrease in diastolic blood pressure and participants' willingness to engage in another challenge. The acceptance-based treatment's superior effectiveness as compared to the problem-solving treatment was more prominent the more participants lacked emotional clarity. When we explored the acceptance-based treatment's mechanism of action, we found that an increase in decentering showed a significant correlation with a decrease, pre- to post - treatment, in the subjective measure of depressive mood. We discuss the limitations and implications of the present study and its findings.

Key words : acceptance-based treatment, depressive mood, emotion dysregulation, decentering, problem-solving treatment