

The Efficacy of a Brief Unified, Transdiagnostic Intervention for Subclinical Undergraduate Students with Anxiety or Depression Symptoms

Sumin Cha Yongrae Cho[†] Suea Nam

Department of Psychology, Hallym University, Chuncheon, Korea

In this study, we developed a brief unified, transdiagnostic intervention for subclinical anxiety and depression on the basis of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders. We then examined its effects on negative mental health variables (i.e., depression, anxiety, social anxiety, generalized anxiety, negative emotion, and stress symptoms), positive mental health variables (i.e., positive emotion and mental well-being), and emotion regulation variables (i.e., difficulties in emotion regulation, mindfulness, and psychological inflexibility) among subclinical undergraduate students with anxiety or depression symptoms. Participants were forty-three undergraduate students who met the criteria for at least a mild level of relevant symptoms on one or more of the five self-report scales, including two depression scales and three anxiety scales. The participants were divided into two groups, among which 20 from one group completed the brief unified, transdiagnostic treatment and 20 from the other group completed the psychoeducational intervention. Each intervention consisted of five semiweekly 90- or 120-minute-long sessions. Compared to the participants in the psychoeducation intervention condition, those in the brief unified, transdiagnostic intervention condition showed improvements on all of the outcome measures. These improvements were maintained at a two-week follow-up. In conclusion, these results suggest that the brief unified, transdiagnostic intervention is efficacious for promoting mental health and cultivating emotion regulation ability among subclinical undergraduate students with anxiety or depression. Lastly, the theoretical and practical implications of these findings, as well as their limitations, are discussed.

Keywords: brief unified transdiagnostic intervention, anxiety symptoms, depression symptoms, mental well-being, emotion regulation, subclinical group

불안증상이나 우울증상은 매우 흔하게 나타날 수 있으며, 동시에 공존할 가능성도 높다. 오래전부터 불안과 우울증상은 서로 개념적으로 구별할 수 있지만 임상적 장면에서 빈번히 공존되어 나타나고, 불안장애와 우울장애 간의 공병률이 높다는 보고가 지속되어 왔다(Brady & Kendall, 1992; Fava et al., 2000; Lenze et al., 2000; Noyes, 2001). Brown, Campbell, Lehman, Grisham과 Mancill (2001)의 연구에 따르면, 불안장애의 반 이상이 주요 우울장애의

진단 기준을 동시에 충족하였고, 주요 우울장애에서는 약 64%가 불안장애의 진단기준을 동시에 충족하는 것으로 나타났다. 또한 불안장애와 우울장애의 평생 공병률이 약 75%로 추정되어 두 장애가 동시에 발병하는 비율이 높은 것으로 밝혀졌다(Brown & Barlow, 2009).

불안장애와 우울장애 간 공병률이 높은 점과 관련하여, 최근에는 주요 정서장애들의 공통점에 주목하고 있다. Clark와 Watson (1991)은 불안과 우울의 공통요소로 부정적 정서가 핵심이라 보았고, 이러한 공통요소로 인해 불안과 우울증상이 높은 상관관을 보인다고 밝혔다. 또한 부정적 정서가 높은 사람들은 슬픔과 우울, 공포와 불안 등에 더 민감하며(Watson & Clark, 1984), 부정적 정서는 모든 정신장애와 관련되지만 주관적 불편감을 주로 호소하는 불안

[†]Correspondence to Yongrae Cho, Department of Psychology, Hallym University, 1 Hallimdaehak-gil, Chuncheon, Korea; E-mail: yrcho@hallym.ac.kr

Received Oct 27, 2020; Revised Dec 19, 2020; Accepted Dec 19, 2020

This article has been produced in part from the master's thesis of the first author, completed under supervision of the second author.

및 우울장애와 더 강한 관련을 보였다(Watson, Gamez, & Simms, 2005). 그러나 선행연구들을 통해 부정적 정서가 높다고 해서 반드시 자동적으로 증상이 형성되는 것은 아니라고 밝혀졌고, 부정적 정서와 불안 및 우울의 관련성을 설명하는 심리적 기제 중 하나로 정서조절의 어려움이 제안되었다(Mangelsdorf, Shapiro, & Marzolf, 1995; Rothbart & Ahadi, 1994; Tortella-Feliu, Balle, & Sesé, 2010; Ye & Oh, 2012). 불안과 우울증상이 공존하는 이들은 불쾌한 정서를 과도하게 경험할 뿐만 아니라 자신의 정서를 해롭고 두려운 것으로 간주하여 회피한다는 공통점이 발견되었다(Mennin, Holaway, Fresco, Moore, & Heimberg, 2007). 즉, 불안 및 우울증상은 부정적 정서와 정적으로 관련되어 있으며, 나아가 부적응적인 정서조절 전략을 반복적으로 사용할 때 불안 및 우울장애를 포함한 정서장애로 발병할 가능성이 높다는 것으로 요약될 수 있다.

이처럼 부적응적 정서조절 전략은 불안 및 우울장애를 포함한 정서장애에서 주요한 특징이라 할 수 있다(Mineka & Sutton, 1992). 정서조절 전략과 정신장애와의 관계를 메타 분석한 연구 결과, 반추와 억제, 회피와 같은 부적응적 정서조절은 불안 및 우울증상과 정적으로 관련되고, 인지적 재평가, 수용과 같은 적응적 정서조절은 그러한 증상들과 부적응적으로 관련되었다(Aldao, Nolen-Hoeksema, & Schweizer, 2010). 특히 정서조절은 불안장애와 기분장애의 발병과 유지에 있어 중요한 기제로, 불안장애와 기분장애를 겪는 사람들은 부적응적인 정서조절을 주로 사용하고 적응적인 정서조절에 결함을 보였다(Barlow, 2010). 이처럼 정서조절의 어려움은 여러 형태의 정서장애에 기저해 있다는 것을 알 수 있다. 이와 관련하여, 정서조절은 최근 심리치료의 주된 목표로서 크게 주목받고 있으며(Gratz, Bardeen, Levy, Dixon-Gordon, & Tull, 2015), 정서장애를 겪고 있는 내담자들이 적응적인 정서조절을 할 수 있도록 도움을 주는 것이 심리치료의 핵심적 요소로 강조되고 있다(Greenberg, 2002).

이에 착안하여, 여러 정서장애의 기저에 있는 정서조절 곤란과 신경증성을 표적으로 하여 단일화된 범진단적 치료 프로토콜(unified protocol for transdiagnostic treatment, UP)이 개발되었다(Barlow et al., 2011/2017). UP는 정서에 초점을 둔 치료적 접근이며, 경험적으로 지지된 기존의 심리치료에서 밝혀진 공통된 원리들을 통합하고, 정서장애들에 공통되는 정서조절의 결함을 다루는 치료로 정의될 수 있다(Barlow et al., 2011/2017). UP에서는 주로 정서장애를 가진 사람들이 부적응적인 정서조절 전략을 사용하며, 이로 인해 역효과가 나거나 증상을 유지시킨다고 가정한다. 이에 따라, 치료를 통해 불편한 정서에 직면하는 것과 이를 경험하는 방법을 습득하는 것을 목표로 하고, 나아가 정서조절 습관을 수정함

으로써 부적응적인 정서경험의 발생과 그 강도를 줄이고 기능을 개선하고자 함에 치료적 의의가 있다(Barlow et al., 2011/2017).

UP는 경험적으로 지지된 기존의 심리치료들에서 밝혀진 공통된 원리들을 통합하여 다섯 개의 핵심 모듈들로 구성되어 있다(Barlow et al., 2011/2017). 첫 번째 모듈은 ‘현재에 초점을 둔 정서 알아차림’으로 정서경험에 대한 비판단적이며 현재에 초점을 둔 알아차림을 확립하는 것을 목표로 구성되었다. 두 번째 모듈은 ‘인지적 유연성’으로 외부적 및 내부적인 위협 자극들과 관련된 부정적 인지 평가를 찾아내고, 대안적인 생각의 가능성을 허용하도록 함으로써 인지적 유연성을 증진시키는 것을 목표로 한다. 세 번째 모듈은 ‘정서 회피와 정서주도행동’으로, 정서회피와 부적응적인 행동경향성인 정서주도행동을 찾아낸 후, 이에 대항하는 행동을 개발하고 선택하기로 구성되어 있다. 네 번째 모듈은 ‘신체감각에 대한 알아차림과 감내’로, 불안이나 고통과 연관된 신체감각을 유발함으로써 신체감각에 대한 알아차림과 감내력을 증진하도록 돕는다. 다섯 번째 모듈은 ‘신체감각 및 상황에 기반을 둔 정서노출’로, 이러한 노출을 통해 정서에 대한 감내력을 증진할 기회를 제공하고, 새로운 맥락학습이 일어나게 하여 더 적응적으로 대처할 수 있는 방법을 제시한다. 추가적으로, 핵심모듈에 선행하여 치료에 대한 동기향상 모듈과, 정서의 적응적 기능과 관련된 심리교육 모듈이 포함되고, 핵심모듈의 뒤에는 치료 진전의 유지 및 재발방지와 관련된 최종 모듈이 포함됨으로써 UP는 총 여덟 개의 모듈로 구성되어 있다.

UP는 정서장애들 중에서도 불안장애와 우울장애에 효과적임이 일관되게 증명되어오고 있다. 먼저, 불안 및 우울장애가 있는 사람들에게 UP를 시행한 결과, 우울, 불안, 부정적 정서 및 전반적인 불안 심각도 평정이 유의미하게 감소되었다(Ellard, Fairholme, Boisseau, Farchione, & Barlow, 2010). 또한 우울장애가 공존하거나 공존하지 않는 불안장애 환자 37명을 대상으로 UP를 적용한 결과에서도 임상적 심각성, 불안 및 우울증상, 긍정적 정서와 부정적 정서에서 유의미한 개선을 보였다(Farchione et al., 2012). 단극성 우울장애와 일부 불안장애가 공병으로 있는 사람들을 대상으로 UP의 효능을 검증한 결과, 우울증상과 불안증상이 완화되는 것으로 나타났다(De Ornelas Maia, Braga, Nunes, Nardi, & Silva, 2013). 이처럼 UP는 특히 불안장애와 우울장애의 공병집단에서 효과적임이 입증되었고(Davis, Barlow, & Smith, 2010), 불안 및 우울장애의 공통요소인 신경증성과 관련된 기질의 변화에도 효과적임을 확인하였다(Carl, Gallagher, Sauer-Zavala, Bentley, & Barlow, 2014; Sauer-Zavala et al., 2012). 또한 최근에 수행된 대규모의 임상시험에서 범불안장애, 사회불안장애, 공황장애 및 강박장애에 대한 표준적인 단일 장애 치료 프로토콜(single-disorder protocols, SDPs)

과 UP의 효과를 비교했을 때, UP는 환자의 주요 진단에서 증상 감소 수준이 SDPs와 동등하였으며, 이 두 치료 모두 대기통제조건에 비해 우수함이 입증되었다(Barlow et al., 2017). 이처럼 UP가 불안 및 우울장애에 효과적일 수 있음이 일관되게 입증되어오고 있다.

지금까지 나온 선행연구들을 개관해보면, UP 또는 이를 축약/변형한 형태인 범진단적 개입을 적용한 여러 연구가 보고되어 왔으나 대부분 국외에서 진행되었다. 이에 비해, 국내에서는 본 연구의 기초가 된 석사학위논문이 발표된 지 1년이 경과한 시점에, 사회불안 증상을 호소하는 대학생들을 대상으로 UP 효과를 검증한 석사학위논문(H. J. Park, 2020)이 최근 보고되었을 뿐, 거의 수행되지 않은 실정이다. 이와 더불어, UP 또는 범진단적 개입의 효과를 검증한 선행연구에는 몇 가지 제한점이 있다. 첫째, UP의 효과를 검증한 연구들은 모두 임상장면에서 환자들을 대상으로 한 것이다. 그러나 불안과 우울증상은 일상생활에서 매우 흔히 나타나는 정서적 문제로 불쾌하고 고통스러운 정도가 현저한 것으로 알려져 있다는 점을 고려할 때, 불안 및 우울장애 환자뿐만 아니라 지역사회에서 불안 및 우울증상으로 인해 고통을 호소하는 준임상적인 일반인들에게도 범진단적 개입의 효과를 검증할 필요가 있다. 둘째, 불안 및 우울증상을 호소하는 대학생들을 대상으로 범진단적 개입의 효과를 검증한 선행연구가 있었으나 단일 회기로 실시했다는 한계가 있다. Bentley 등(2018)은 중등도 수준의 불안 및 우울증상을 호소하는 대학생들을 대상으로 단일 회기로 구성된 범진단적인 예방적 개입의 효과를 검증하였으나, 대부분의 측정치에서 통계적으로 의미 있는 결과를 산출하지 못하였다. 따라서 범진단적 개입을 불안 및 우울증상을 호소하는 참가자들에게 적용하되, 일상생활에서 정서조절 방법을 충분히 습득할 수 있도록 효율적인 회기를 구성할 필요가 있다. 셋째, 대부분의 연구들이 UP를 평균 10회기 이상으로 구성하여 적용하였다는 것이다. 특히 이러한 점은 기존의 근거기반 개입에서도 나타나는 한계점이라 할 수 있다. 예를 들어, 불안증상의 예방적 개입에 대한 메타분석 연구에 따르면, 대표적인 근거기반 치료인 인지행동치료(cognitive behavioral therapy, CBT)는 평균 8-12회기로 구성되었으며(Fisak, Richard, & Mann, 2011), 장기간 개입이라고 해서 반드시 더 개선된 결과와 관련되지 않는다고 밝혀졌다(Christensen, Pallister, Smale, Hickie, & Cleave, 2010; Fisak et al., 2011; Stockings et al., 2016). 또한 간명한 회기로 구성된 프로그램은 참가자와 진행자 모두의 부담을 덜어 더욱 용이하게 보급될 수 있고 효율적으로 적용될 수 있다. 따라서 UP 또는 범진단적 개입의 보급 가능성을 높이고, 이 개입 프로그램을 실

제 현장에 더 적절하게 전달하기 위해 좀 더 간명하고 효율적인 회기로 구성해야 할 필요가 있다. 넷째, 국내에서 공병장애에 대한 치료적 효과를 검증한 연구가 매우 부족한 실정이다. 이에 범진단적 개입을 통해 불안과 우울증상이 공존하는 대학생들의 정신건강 측면을 다각적으로 검증하고, 비교집단으로 최소한 치료자의 관심 같은 불특정한 치료요소를 다루는 개입을 사용함으로써 치료효과를 더욱 엄격하게 검증할 필요가 있다.

이를 위해 본 연구에서는 선행연구들의 여러 한계점을 보완하여, UP를 통해 주요 정서장애의 공통된 취약성을 표적으로 하여 폭넓게 개입을 적용하고자 하였다. 이와 관련하여, 단일 회기로 범진단적 개입을 진행하였던 Bentley 등(2018)과 달리, UP의 핵심모듈에 포함된 기술을 대부분 습득할 수 있도록, UP를 토대로 총 5회기의 단기 단일화된 범진단적 개입을 새롭게 구성하였다. 아울러, 임상적 장면에서 고위험군을 대상으로 했던 선행연구들과는 달리, 대학장면에서 불안증상이나 우울증상이 준임상적 수준에 해당하는 대학생들을 대상으로 단기 단일화된 범진단적 개입이 우울증상, 사회불안증상, 범불안증상, 스트레스증상 및 부정적 정서뿐만 아니라, 긍정적 정신건강의 지표로 볼 수 있는 긍정적 정서와 정신적 웰빙에 미치는 효과도 또한 검증하고자 하였다. 나아가, 본 개입의 이론적 기초가 되는 정서조절곤란 외에, 수용전념치료에서 심리적 건강의 핵심요소로 알려진 심리적 유연성 부족(Hayes, 2004)과 정서경험에 대한 비판단적이고 현재에 초점을 둔 알아차림(Barlow et al., 2011/2017), 즉 마음챙김 수준도 측정하고자 하였다. 이와 더불어, 단기 단일화된 범진단적 개입의 효과를 보다 면밀히 검증하기 위하여, 심리치료의 원리와 정신병리의 원인론에 관한 정보 제공, 치료자의 관심 및 치료자와의 접촉 등 불특정 치료요소가 포함된 심리교육적 개입을 비교집단으로 구성하였다.

방 법

연구 대상

4년제 대학교에 재학 중인 남녀 대학생 302명을 대상으로 프로그램에 참가를 희망하는 학생들을 모집하였다. 단기 단일화된 범진단적 개입의 참가자 모집을 위해 교내 광고지 부착, 학과 홈페이지 및 대학교 커뮤니티 홍보 등을 활용하였고, 심리교육 집단은 학부 상담이론 및 실습 강의 수강생 중 실험 참여에 동의하고 참가기준에 부합하는 학생들로 구성하였다. 우울 및 불안성향이 있는 참가자를 폭넓게 선별하고자 두 가지 우울척도¹⁾와 세 가지 불안척도 등

1) 특히 Depression Anxiety Stress Scales-21의 우울척도는 낮은 긍정적 정서, 낮은 자존감 및 의욕, 절망감으로 구성되어 있고, Center for Epidemiologic Studies Depression Scale는 우울 관련 부정적 정서, 신체증상, 낮은 긍정적 정서 및 대인관계 관련 증상 등으로 구성되어 있다.

Table 1. Scales for Screening Subclinical Participants with Anxiety or Depression Symptoms, Their Cut-off Scores and References

Variable	Cut-off score	Number of participants with or above the cut-off score n (%)		Reference
		BUTI (total n = 20)	PE (total n = 20)	
Depression symptoms (DASS-D)	7	17 (85%)	14 (70%)	Lovibond & Lovibond(1995)
Anxiety symptoms (DASS-A)	5	17 (85%)	11 (55%)	
Depression symptoms (CES-D)	16	19 (95%)	20 (100%)	Chon, Choi & Yang(2001)
Social anxiety symptoms (SPIN)	19	17 (85%)	12 (60%)	Connor et al. (2000)
Generalized anxiety symptoms (GAD-7)	10	10 (50%)	4 (20%)	Spitzer et al. (2006)

Note. BUTI = Brief Unified, Transdiagnostic Intervention; PE = Psychoeducation; DASS-D = Depression Anxiety Stress Scales-Depression; DASS-A = Depression Anxiety Stress Scales-Anxiety; CES-D = Center for Epidemiologic Studies Depression Scale; SPIN = Social Phobia Inventory; GAD-7 = Generalized Anxiety Disorder-7.

총 다섯 가지 자기 보고형 척도를 사용하였다. 선별을 위해 사용한 척도와 각 척도의 절단점(cut-off score) 및 절단점을 충족한 집단별 참가자들의 비율을 Table 1에 제시하였다.

다섯 가지 척도 중에서 한 가지 이상의 기준을 충족하면서 프로그램 참가에 동의한 대학생 43명(단기 단일화된 범진단적 개입 = 23명, 심리교육적 개입 = 20명)을 선발하였다. 하지만, 단기 단일화된 범진단적 개입 참가자 3명은 연락이 두절되거나 개인적인 사정으로 중도 탈락하였고, 이를 제외한 40명(남자 10명, 여자 30명)의 자료가 사후, 추후 시점의 분석에 포함되었다. 최종 분석에 포함된 참가자 40명의 각 조건별 나이를 살펴본 결과, 단기 단일화된 범진단적 개입 참가자들(20명)의 나이는 평균 21.25(표준편차 1.94)세, 심리교육적 개입 참가자들(20명)의 나이는 평균 21.80(표준편차 1.51)세였으며, 두 집단 간 차이는 유의하지 않았다, $t(40) = -1.00, p = .32, ns$. 성별분포 또한 두 집단 간에 유의한 차이를 보이지 않았다, $\chi^2(1) = .00, p = 1.00, ns$.

프로그램의 모든 진행과정에 참여한 참가자에게는 오천원 상당의 문화상품권을 보상으로 제공하였다. 참가자 모집, 진행과정 및 참가자의 보상과 관련된 모든 절차는 연구자들이 소속된 기관 내의 생명윤리심의위원회(IRB)로부터 승인(HIRB-2018-036)을 받은 후에 진행되었다.

개입 프로그램

본 연구에서는 단기 단일화된 범진단적 개입 집단과 심리교육적 개입 집단 두 집단으로 구성되었다. 단기 단일화된 범진단적 개입과 심리교육적 개입 집단 모두 총 5회기(회기당 약 90-120분씩)로 구성된 구조화된 프로그램이었고, 치료 구성요소를 제외한 회기, 시간 등에서 동일하였다. 단기 단일화된 범진단적 개입 프로그램은 연구자와 참가자들의 일정에 맞추어 개인 혹은 2-3명으로 이루어진 작은 집단으로 실시하였다. 심리교육적 개입은 학부 상담이론

및 실습 과목 수강생 중 실험 참여에 동의하고 참가기준에 부합하는 학생들로 구성하였다.

단기 단일화된 범진단적 개입 프로그램은 Barlow와 그의 동료들이 개발하고, 이를 Cho, Noh와 Choi가 국내에서 번역한 UP (Barlow et al., 2011/2017)에 입각하였다. 또한, Bentley 등(2017)의 연구에서 단일 회기의 UP를 구성하는 데 포함되었던 모듈을 참고하여 5회기 프로그램을 구성하였다. Bentley 등(2017)에 따르면, 단축형 모듈 내에 여러 정서경험을 적응적으로 관리하기 위한 다양한 인지 행동적 기술(예: 정서의 기능적 평가, 마음챙김 기반의 정서 알아차림, 인지적 재평가/유연성, 회피에 대항하는 행동 등)이 포함되어 있다. 이에 따라, 본 연구에서는 UP의 5가지 핵심 모듈 중 3가지의 핵심 모듈을 토대로, 총 5회기의 단축형 프로그램을 구성하였다(Figure 1). 단기 단일화된 범진단적 개입 프로그램의 주 치료자는 본 연구의 제 1저자로서 임상심리학 전공의 석사과정 대학원생이었으며, 모든 과정은 임상심리학 교수의 지도감독을 받으며 진행하였다.

단기 단일화된 범진단적 개입

이 프로그램은 UP (Barlow et al., 2011/2017)에 입각하여 총 5회기(회기 당 90-120분)로 구성하였다. 단기 단일화된 범진단적 개입 프로그램의 회기별 목표 및 주요 내용은 다음과 같다.

1회기(정서이해와 정서 관찰하기): 사전 검사 실시 후, 프로그램의 전반적인 진행 과정과 정서장애에 대한 간략한 소개를 하였다. 그리고 정서를 경험하는 이유와 일상생활에서 정서의 중요한 기능이 무엇인지를 교육하면서 정서에 대한 기초적인 이해가 이루어졌다. 다음으로 '정서의 3요소 모형'과 '정서의 ARC 모형'을 통해 자신의 정서경험이 어떻게 전개되는지를 살펴봄으로써 정서경험을 모니터링하는 방법을 실습하였다. 1회기에 배웠던 내용들을 토대로 일상생활에서 정서경험을 모니터링할 수 있도록 '정서의 ARC 모형 기록지'를 과제로 부여하였다.

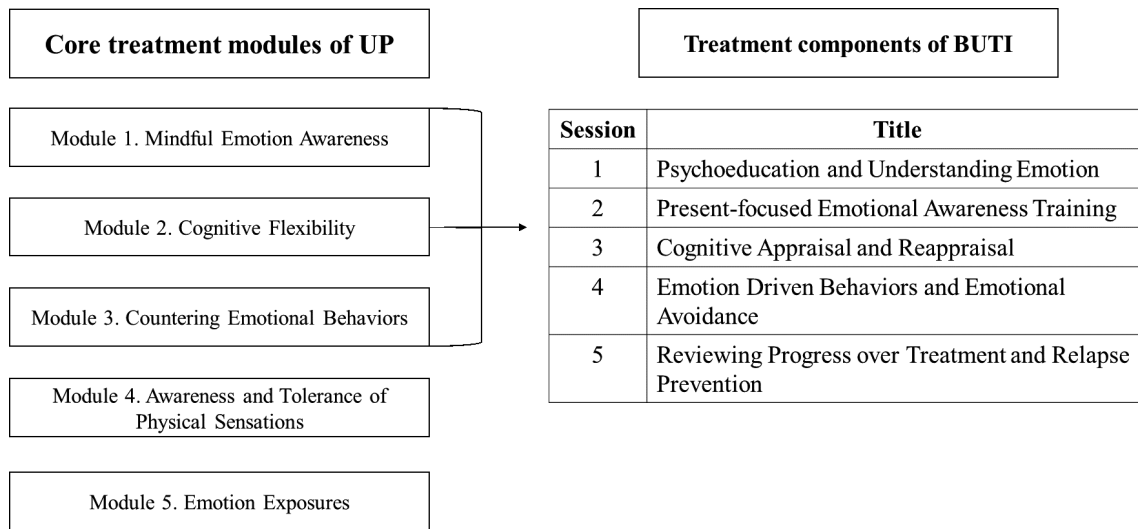


Figure 1. Core treatment modules of UP and treatment components of BUTI.

Note. UP = Unified protocol for transdiagnostic intervention; BUTI = Brief Unified, Transdiagnostic Intervention.

2회기(정서 알아차리기): 정서에 대한 반응이 정서경험에 미치는 영향을 알아보기 위해 ‘정서의 3요소 모형’ 실습지를 활용하여 자신의 정서반응이 어떻게 상호작용하는지를 확인하였다. 다음으로 정서를 일차 정서와 이차 반응으로 구분하였고, 일차 정서에 대한 이차 반응에 판단이 실리게 되면 정서의 악순환이 나타남을 교육하였다. 이에 따라 ‘현재에 초점을 둔 비판단적인 알아차림’과 ‘정서 유도 연습’을 통해 정서를 유도하였고, 지금 이 순간 발생하는 정서를 ‘있는 그대로’ 비판단적으로 알아차리게 하였다. 마무리로 다음 회기 전까지 ‘현재에 초점을 둔 비판단적 알아차림’을 실생활에 적용하여 기록하는 것을 과제로 부여하였다.

3회기(생각을 이해하기): 어떤 상황을 해석하거나 평가하는 방식인 ‘인지적 평가’에 대한 이해가 이루어졌고, ‘모호한 그림 연습’을 통해 자신의 평가가 느낌이나 기분상태에 어떤 영향을 미치는지에 대해 파악할 수 있도록 유도하였다. 그리고 ‘하향 화살표 기법’을 통해 표면적 수준의 평가가 아닌, 특정 정서반응을 하게 하는 핵심적인 자동적 평가를 찾아보았다. 다음으로 ‘인지적 재평가’에 대한 소개와 ‘자동적 평가 찾아내고 검토하기’를 통해 생각의 유연성을 높이는 실습을 하였으며, 이를 실생활에 적용하기 위하여 ‘자동적 평가 찾아내고 검토하기’를 과제로 부여하였다.

4회기(행동을 이해하기): 정서회피에 대해 소개하고, 정서회피가 어떻게 정서경험에 영향을 미치는지에 대해 배웠다. 그리고 ‘정서회피 전략 목록’을 통해 평소에 자신이 사용하고 있는 정서회피전략들을 찾아내는 실습을 하였다. 다음으로 정서주도행동에 대한 소개와 정서주도행동이 어떻게 정서경험에 영향을 미치는지에 대해 배

웠고, 정서주도행동 양상을 인식하는 능력을 함양하기 위해 ‘정서 주도행동이 정서반응을 유지하는 방식’ 실습을 적용하였다. 이를 토대로 자신의 ‘회피 및 정서주도행동과 대안행동 목록’을 작성하였고, 이를 부적응적인 행동 패턴에 대안행동을 적용했을 때, 새로운 결과를 얻을 수 있도록 ‘정서주도행동에 대항하기’ 과제를 부여하였다.

5회기(종결과 앞으로 나아가기): 먼저 4회기에 걸쳐 배웠던 정서 대처기술을 복습하였고, ‘나의 진전도 평가하기’를 통해 프로그램을 시작한 이후 얼마나 진전했는지를 확인하였다. 이를 토대로, 진전을 유지하기 위해 치료에서 배운 것들을 실천할 수 있도록 ‘미래 계획 세우기’를 작성하였고, 이를 성취하는 데 필요한 조치들이 무엇이 있는지에 대해 함께 의견을 나누었다. 마지막으로 프로그램에 참여하는 동안 가장 도움되었던 기법이 무엇인지와 참여소감을 함께 나누면서 프로그램을 종결하였다.

심리교육적 개입

심리교육적 개입은 다음 내용들로 구성되었으며, 임상심리학 전공 교수가 주 2회씩(1회당 100분) 진행하는 「상담이론 및 실습」 교과목의 강의형식으로 진행되었다.

1회기(정신분석치료 이론 1): 정신분석이론의 인간관, 성격이론 및 심리성적 발달이론을 학습하였다. 또한, 정신분석의 정신병리에 대한 관점을 제시하였고, 이를 토대로 심리적 증상의 의미를 소개하였다.

2회기(정신분석치료 이론 2): 정신분석치료의 목표, 상담자와 내

담자의 관계 양상을 소개하였다. 또한 정신분석치료의 주요 방법으로 자유연상, 꿈 분석, 해석, 버터주기, 간직하기 등을 제시하였다.

3회기(인간중심치료 이론 1): 인간중심치료 이론의 인간관, 정신병리에 대한 관점을 소개하였으며, 특히 외부로부터 부여된 가치조건에 따라 형성된 자기개념과 유기체 경험 간 불일치가 계속 일어난다면 심리적 문제가 발생한다는 점을 제시하였다.

4회기(인간중심치료 이론 2): 인간중심치료 이론에서 강조하는 상담목표, 상담과정 및 치료자의 촉진적인 태도를 제시하였다. 이에 따라, 치료자의 촉진적인 태도로 진솔성, 무조건적 긍정적 존중, 공감적 이해를 강조하였고, 치료적 장면에서 인간중심치료의 주요 의의를 소개하였다.

5회기(인지행동치료 이론): 인지행동치료의 종류, 기본 가정과 원리, 그리고 주요 용어와 이론적 모형에 관해 소개하였다. 또한, 인지치료의 주요 치료과제와 인지재구성 방법, 행동치료 기법 등 구체적인 치료 기법을 제시하였다.

측정도구

우울과 불안 및 스트레스 척도(Depression Anxiety Stress Scales, DASS-21)

DASS-21은 전반적인 심리적 고통의 정도를 평가하기 위하여 Antony, Beiling, Cox, Enns와 Swinson (1998)이 개발한 것으로 4점 Likert형의 척도상에 평정하도록 되어있는 자기보고형 질문지이다. 총 21문항이며, 하위척도는 우울증상, 불안증상 및 스트레스증상으로 구성되어 있다. 본 연구에서는 Cha, Park과 Kim (2008)이 번안한 한국판 DASS-21을 사용하였다. 본 연구에서 수집된 자료에서 산출된 내적일치도(Cronbach's α)는 전체척도 .85, 우울증상, 불안증상 및 스트레스증상은 각각 .81, .83, .81이었다.

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

지역사회에서 나타나는 우울증의 역학 조사를 위해 Radloff (1977)가 개발한 CES-D는 자기보고형 질문지로, 20개 문항을 4점 Likert형의 척도상에 평정하도록 되어 있다. 본 연구에서는 Chon, Choi와 Yang(2001)이 국내에서 번안 및 타당화한 통합적 한국판 CES-D를 사용하였다. 전체 문항 중 4개(4, 8, 12, 16)는 역채점 문항이다. 본 연구에서 수집한 자료의 내적 일치도(Cronbach's α)는 .94이었다.

사회공포증 척도(Social Phobia Inventory, SPIN)

SPIN은 사회불안증상의 심각도를 측정하기 위해 Connor 등(2000)이 개발한 총 17문항의 자기보고형 질문지이다. 4점 Likert형의 척

도상에 평정하도록 되어 있으며, 점수의 범위는 0-68점이다. 본 연구에서는 Cho, Choi, Kim과 Hong (2018)이 우리나라 말로 번역하고 타당화한 SPIN을 사용하였다. 본 연구에서 수집한 자료의 내적 일치도(Cronbach's α)는 .95이었다.

범불안증상 척도(Generalized Anxiety Disorder-7, GAD-7)

Spitzer, Kroenke, Williams와 Löwe (2006)이 개발한 GAD-7은 범불안증상의 수준을 측정하기 위한 자기보고형 질문지이다. 최근 2주 동안의 불안증상을 4점 Likert형의 척도상에 평정하도록 되어 있으며, 점수의 범위는 0-28점이다. 본 연구에서는 원저자들이 공식 홈페이지에 제공한 한국어 번역본 GAD-7을 토대로, Seo와 Park (2015)이 번안하여 타당화한 것을 사용하였다. 본 연구에서 수집한 자료의 내적 일치도(Cronbach's α)는 .92이었다.

정적 및 부정 정서 척도(Positive and Negative Affect Scale, PANAS)

PANAS는 정적 정서 경험과 부정 정서 경험을 측정하는 자기보고형 질문지로 Watson, Clark과 Tellegen (1988)이 개발하였다. 정적 정서 10문항, 부정 정서 10문항으로 구성되어 있으며, 정서 형용사로 이루어진 문항에 대해 지난 일주일 동안 자기 자신이 느끼는 바를 5점 Likert형의 척도로 평가하게 되어 있다. 본 연구에서는 Lee, Kim과 Lee (2003)가 번안한 한국판 PANAS를 사용하였다. 본 연구에서 수집된 자료에서 산출된 내적일치도(Cronbach's α)는 전체 척도 .93, 정적 정서 척도 .93, 부정 정서 척도 .90이었다.

단축형 정신적 웰빙척도(Mental Health Continuum short-form, MHC-SF)

MHC-SF는 Keyes (2002)가 정신적 웰빙(정서적, 인지적 및 사회적 웰빙)을 측정하기 위하여 개발한 총 14문항의 자기보고형 질문지이다. 6점 Likert형의 척도상에 평정하도록 되어 있으며, 점수범위는 14-84점이다. 본 연구에서는 국내에서 Lim, Ko, Shin과 Cho (2012)가 번안하고 타당화한 한국판 MHC-SF를 사용하였다. 본 연구에서 수집한 자료의 내적 일치도(Cronbach's α)는 .90이었다.

정서조절곤란 척도(Difficulties in Emotion Regulation Scale, DERS)

DERS는 정서조절곤란의 정도를 평가하기 위해 Gratz와 Roemer (2004)가 개발하였으며, 총 36문항을 5점 Likert형의 척도상에서 평정하도록 구성되어 있는 자기보고형 질문지이다. 요인은 정서반응에 대한 비수용성, 목표 지향적 행동을 수행하는 데 있어 어려움, 정서적 자각의 부족, 충동통제곤란, 정서적 명료성의 부족, 그리고 정서조절 전략들에 대한 접근 제한의 여섯 가지로 구성되어 있다.

점수의 범위는 36-180점으로 점수가 높을수록 정서조절에 어려움을 겪는다는 것을 의미한다. 본 연구에서는 Cho (2007)가 타당화한 총 35문항의 한국판 DERS를 사용하였다. 본 연구에서 수집한 자료의 내적 일치도(Cronbach's α)는 .97로 나타났다.

개정된 인지적 및 정서적 마음챙김 척도(Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised, CAMS-R)

CAMS-R은 Feldman, Hayes, Kumar, Greeson과 Laurenceau (2007)가 마음챙김의 정도를 측정하기 위해 개발한 총 12문항의 자기 보고형 질문지이다. 4점 Likert형의 척도상에 평정하도록 되어 있으며, 전체 문항 중 3개(2, 6, 7)는 역채점 문항이다. 점수의 범위는 12-48점이다. 본 연구에서는 Cho (2009)가 타당화한 총 10문항의 한국판 CAMS-R을 사용하였다. 본 연구에서 수집한 자료의 내적 일치도(Cronbach's α)는 .84이었다.

수용-행동 질문지 II (Acceptance and Action Questionnaire-II, AAQ-II)

AAQ-II는 Bond 등(2011)이 심리적 유연성 부족 수준을 측정하기 위해 개발한 자기보고형 질문지이다. 타당화 과정을 통하여 총 10문항 중에서 정적인 방향으로 채점되는 3개 문항(1번, 6번, 10점)이 제외되었다. 본 연구에서는 Heo, Choi와 Jin (2009)이 우리나라 말로 변환한 한국판 AAQ-II에 있는 총 7문항을 사용하였다. 7점 Likert형의 척도상에 평정하도록 되어 있으며, 점수의 범위는 7-49점이다. 본 연구에서 수집한 자료의 내적 일치도(Cronbach's α)는 .91이었다.

측정 절차 및 측정 시기

본 연구 참여에 대한 동의서를 작성한 후, 참가자들을 대상으로 프로그램 시작 시점에 사전검사를, 프로그램 종료 시점에 사후검사를, 그리고 프로그램 종료 후 2주 시점에 추후검사를 실시하였다. 심리교육적 개입 집단의 참가자들은 실험참가에 동의한 시점에 사전검사, 5회의 심리교육 이수 시점에 사후검사를 실시하였으며, 사후검사를 기점으로 2주 후에 추후검사를 실시하였다.

분석방법

먼저, 대상자들의 기본 정보와 인구통계학적 특성을 파악하고자 빈도분석과 기술통계분석을 실시하였다. 이후 사전 측정치에서 개입조건 간 차이가 유의한 지 알아보기 위해 각 종속측정치에 대한 독립표본 t -검증, 카이제곱 검증을 수행하였다. 다음으로, 개입 조건(단기 단일화된 범진단적 개입, 심리교육적 개입)과 측정시기(사

전, 사후, 추후)에 따른 효과가 전반적으로 유의한지 살펴보기 위하여 혼합설계에 기초한 반복측정 다변량 분산분석(mixed repeated measures MANOVA) 및 반복측정 분산분석(mixed repeated measures ANOVA)을 실시하였다. 이후 각 조건별로 해당 종속변인에 대해 효과크기(Cohen's d)를 산출하여 피험자 내 효과크기를 알아 보았다. Cohen (1988)이 제시한 기준에 의거하여, d 값이 .20 이하이면 작은 효과크기, .50 전후의 수준이면 중간 효과크기, .80 이상의 수준이면 큰 효과크기로 해석하였다.

결 과

사전 동등성 검증

프로그램 전에 측정된 참가자들의 우울증상(DASS-D, CES-D), 불안증상(DASS-A), 사회불안증상(SPIN), 범불안증상(GAD-7), 부정적 정서, 스트레스증상, 긍정적 정서, 정신적 웰빙, 정서조절 곤란, 마음챙김 및 심리적 유연성 부족 수준에서 집단 간 차이를 분석한 결과, 모두 유의한 차이를 보이지 않았다. 즉, 본 연구에서 발견되는 두 집단 간의 결과의 차이는 해당 변인의 개입 전 차이 때문은 아니라고 해석할 수 있다(Table 2).

Table 2. Baseline Analyses

Variable	BUTI ($n=20$)	PE ($n=20$)	t
Depression symptoms (DASS-D)	9.50 (3.90)	8.00 (3.91)	1.22
Depression symptoms (CES-D)	28.70 (9.75)	29.25 (9.15)	-.18
Anxiety symptoms (DASS-A)	7.55 (4.01)	5.90 (4.51)	1.22
Social anxiety symptoms (SPIN)	28.10 (11.10)	23.30 (14.08)	1.20
Generalized anxiety symptoms (GAD-7)	10.10 (5.40)	8.50 (4.92)	1.00
Negative emotion (PANAS-N)	18.65 (7.08)	18.50 (6.74)	-.07
Stress symptoms (DASS-S)	11.15 (4.32)	11.15 (5.09)	.00
Positive emotion (PANAS-P)	12.10 (5.62)	12.95 (8.16)	-.38
Mental well-being (MHC-SF)	36.50 (10.40)	37.60 (13.76)	-.29
Difficulties in emotion regulation (DERS)	106.90 (22.80)	97.90 (27.81)	1.12
Mindfulness (CAMS-R)	25.55 (5.69)	27.75 (5.64)	-1.23
Psychological inflexibility (AAQ-II)	31.00 (7.42)	27.20 (7.15)	1.65

Note. BUTI = Brief Unified, Transdiagnostic Intervention; PE = Psychoeducation; DASS-D = Depression Anxiety Stress Scales-Depression; CES-D = Center for Epidemiologic Studies Depression Scale; DASS-A = Depression Anxiety Stress Scales-Anxiety; SPIN = Social Phobia Inventory; GAD-7 = Generalized Anxiety Disorder-7; PANAS-N = Positive and Negative Affect Scale-Negative affect; DASS-S = Depression Anxiety Stress Scales-Stress; PANAS-P = Positive and Negative Affect Scale-Positive affect; MHC-SF = Mental Health Continuum Short-Form; DERS = Difficulties in Emotion Regulation Scale; CAMS-R = Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised; AAQ-II = Acceptance and Action Questionnaire-II.

집단과 측정시기에 따른 부정적 정신건강 변인 비교

부정적 정신건강 변인들에 대한 처치 조건과 측정 시기의 효과가 전반적으로 유의한지 검증하기 위하여 반복측정 다변량 분산분석을 실시하기에 앞서, 부정적 정신건강 지표들에 해당하는 각 변인들의 상관관계를 분석하였다. 그 결과, 우울증상(DASS-D, CES-D), 불안증상, 사회불안증상, 범불안증상, 부정적 정서 및 스트레스증상 간의 각 상관인 .30 이상으로 유의하게 나타났다. 이에 따라, 단기 단일화된 범진단적 개입이 7가지 정신건강개념을 조합한 변인을 감소시키는데 있어, 심리교육적 개입보다 전반적으로 더 효과적인지를 검증하기 위해 혼합 반복측정 다변량 분산분석을 실시하였다.

먼저, BOX의 동질성 검증 결과, 공분산 행렬에 대한 동질성 가정이 충족되지 못하였으며, $F(171, 4,432.335) = 1.340, p = .002$, 이에

다변량 통계치로 Pillai의 트레이스를 활용한 값을 살펴보았다. 그 결과, 부정적 정신건강 변인에 대한 처치 조건의 주효과는 유의하였다, $F(6, 33) = 3.910, p = .005$, Pillai's Trace = .416, $\eta_p^2 = .416$. 또한 부정적 정신건강 변인에 대한 측정 시기의 주효과가 유의하였으며, $F(12, 27) = 4.467, p = .001$, Pillai's Trace = .665, $\eta_p^2 = .665$, 처치 조건과 측정 시기의 상호작용도 유의하였고, 효과크기는 큰 수준을 나타내었다, $F(12, 27) = 3.254, p = .005$, Pillai's Trace = .591, $\eta_p^2 = .591$. 이러한 결과는 부정적 정신건강 변인들을 감소시키는데 있어 단기 단일화된 범진단적 개입은 심리교육적 개입에 비해 전반적으로 더 효과적임을 나타낸다.

다음으로, 부정적 정신건강 측면에서 단기 단일화된 범진단적 개입의 효과를 보다 면밀히 살피기 위하여 부정적 정신건강의 각 개별 변인들마다 혼합 반복측정 분산분석을 실시하여 Table 3에 제

Table 3. Means (SDs) at Time Point and Repeated Measures ANOVA Results for Each Outcome Measure

Variable	Condition	Pre	Post	F/up	Condition	Time	C×T
		M (SD)	M (SD)	M (SD)	F	F	F
Depression symptoms (DASS-D)	BUTI	9.50 (3.90)	3.60 (2.21)	3.25 (2.38)	2.81	35.26***	16.74***
	PE	8.00 (3.91)	7.50 (5.37)	6.30 (4.57)			
Depression symptoms (CES-D)	BUTI	28.70 (9.75)	13.15 (6.20)	11.25 (5.87)	16.50***	33.51***	11.00***
	PE	29.25 (9.15)	25.45 (9.68)	24.20 (10.05)			
Anxiety symptoms (DASS-A)	BUTI	7.55 (4.01)	3.00 (2.05)	2.35 (2.37)	.75	24.39***	10.45**
	PE	5.90 (4.51)	5.25 (4.66)	4.60 (4.85)			
Social anxiety symptoms (SPIN)	BUTI	28.10 (11.10)	17.05 (9.48)	14.25 (8.83)	.30	18.65***	7.58**
	PE	23.30 (14.08)	21.40 (11.33)	19.95 (13.06)			
Generalized anxiety symptoms (GAD-7)	BUTI	10.10 (5.40)	3.90 (1.97)	3.15 (2.39)	5.34*	11.65***	11.86***
	PE	8.50 (4.92)	8.50 (6.24)	8.55 (5.99)			
Negative emotion (PANAS-N)	BUTI	18.65 (7.08)	9.60 (4.58)	9.00 (6.11)	7.44*	14.15***	5.79**
	PE	18.50 (6.74)	17.35 (8.77)	15.60 (8.70)			
Stress symptoms (DASS-S)	BUTI	11.15 (4.32)	6.10 (2.86)	4.40 (2.16)	7.12	28.01***	9.84***
	PE	11.15 (5.09)	10.80 (5.58)	8.95 (4.54)			
Positive emotion (PANAS-P)	BUTI	12.10 (5.62)	17.10 (6.77)	17.60 (7.07)	1.07	7.28**	3.78*
	PE	12.95 (8.16)	13.00 (8.37)	14.50 (7.68)			
Mental well-being (MHC)	BUTI	36.50 (10.40)	47.95 (14.34)	48.55 (13.90)	1.38	18.32***	5.71**
	PE	37.60 (13.76)	39.95 (13.32)	41.90 (13.44)			
Difficulties in emotion regulation (DERS)	BUTI	106.90 (22.80)	76.45 (14.89)	70.50 (16.53)	5.28*	25.32***	31.72***
	PE	97.90 (27.81)	104.20 (26.81)	97.40 (26.04)			
Mindfulness (CAMS-R)	BUTI	25.55 (5.69)	32.50 (5.58)	33.15 (5.11)	2.40	17.62***	12.93***
	PE	27.75 (5.64)	27.70 (4.34)	28.80 (6.44)			
Psychological inflexibility (AAQ-II)	BUTI	31.00 (7.42)	21.40 (4.70)	18.75 (7.21)	4.89*	13.22***	15.79***
	PE	27.20 (7.15)	28.60 (7.25)	27.30 (8.85)			

Note. BUTI= Brief Unified, Transdiagnostic Intervention; PE= Psychoeducation; DASS-D= Depression Anxiety Stress Scales-Depression; CES-D= Center for Epidemiologic Studies Depression Scale; DASS-A= Depression Anxiety Stress Scales-Anxiety; SPIN= Social Phobia Inventory; GAD-7= Generalized Anxiety Disorder-7; PANAS-N= Positive and Negative Affect Scale-Negative affect; DASS-S= Depression Anxiety Stress Scales-Stress; PANAS-P= Positive and Negative Affect Scale-Positive affect; MHC-SF= Mental Health Continuum Short-Form; DERS= Difficulties in Emotion Regulation Scale; CAMS-R= Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised; AAQ-II= Acceptance and Action Questionnaire-II.

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

시하였다.

먼저, DASS-D로 측정된 우울증상에 대한 반복측정 변량분석 결과, 처치 조건의 주효과는 유의하지 않았으나, $F(1, 38) = 2.808$, $p = .102$, $\eta_p^2 = .069$, 측정 시기의 주효과는 유의하였다, $F(2, 76) = 35.259$, $p < .001$, $\eta_p^2 = .481$. 또한 처치 조건과 측정 시기의 상호작용이 유의하였다, $F(2, 76) = 16.737$, $p < .001$, $\eta_p^2 = .306$. 상호작용효과를 자세히 분석한 결과, 단기 단일화된 범진단적 개입 조건일 경우, 측정 시기 간 우울증상(DASS-D)의 차이가 유의하였다, $F(1.331, 25.281) = 53.244$, $p < .001$. Bonferroni 방식을 적용한 사후검증을 통하여, 단기 단일화된 범진단적 개입 조건에서 효과가 나타난 시점을 확인하였다. 그 결과, 우울증상(DASS-D) 수준은 사전보다 사후에($p < .001$), 그리고 사전보다 추후에($p < .001$) 유의하게 감소되었다. 심리교육적 개입 조건은 시기 간 차이가 모두 유의하지 않았다, $F(2, 38) = 2.805$, $p = .073$.

CES-D로 측정된 우울증상에 대한 혼합 반복측정 분산분석 결과, 우울증상(CES-D)에 대한 처치 조건의 주효과는 유의하였고, $F(1, 38) = 16.500$, $p < .001$, $\eta_p^2 = .303$, 측정 시기의 주효과도 유의하였다, $F(1.818, 69.099) = 33.509$, $p < .001$, $\eta_p^2 = .469$. 또한 처치 조건과 측정 시기의 상호작용이 유의하였다, $F(1.818, 69.099) = 10.996$, $p < .001$, $\eta_p^2 = .224$. 상호작용 효과를 자세히 분석한 결과, 단기 단일화된 범진단적 개입 조건일 경우, 측정 시기 간 우울증상(CES-D)의 차이가 유의하였다, $F(1.260, 23.934) = 45.649$, $p < .001$. Bonferroni 방식을 적용한 사후검증을 통하여, 단기 단일화된 범진단적 개입 조건에서 효과가 나타난 시점을 확인하였다. 그 결과, 우울증상(CES-D) 수준은 사전에 비해 사후에($p < .001$), 그리고 사전에 비해 추후에($p < .001$) 유의하게 감소하였다. 심리교육적 개입 조건은 시기 간 차이가 모두 유의하지 않았다, $F(2, 38) = 2.856$, $p = .070$.

불안증상에 대한 혼합 반복측정 분산분석 결과, 불안증상에 대한 처치 조건의 주효과는 유의하지 않았으나, $F(1, 38) = 7.53$, $p = .391$, $\eta_p^2 = .019$, 측정 시기의 주효과는 유의하였다, $F(1.490, 56.610) = 24.387$, $p < .001$, $\eta_p^2 = .391$. 또한 처치 조건과 측정 시기의 상호작용이 유의하였다, $F(1.490, 56.610) = 10.452$, $p = .001$, $\eta_p^2 = .216$. 혼합 반복측정 분산분석의 결과를 더 면밀히 검토하기 위하여 각 처치 조건 내에서 측정 시기에 대한 효과 분석을 실시한 결과, 단기 단일화된 범진단적 개입 조건일 경우, 측정 시기 간 불안증상의 차이가 유의하였다, $F(1.302, 24.744) = 26.422$, $p < .001$. Bonferroni 방식을 적용한 사후검증을 통하여, 단기 단일화된 범진단적 개입 조건에서 효과가 나타난 시점을 확인하였다. 그 결과, 불안증상은 사전에 비해 사후에($p < .001$), 그리고 사전에 비해 추후에($p < .001$) 유의하게 감소하였다. 심리교육적 개입 조건은 시기 간 차이가 모두 유의하지

않았다, $F(1.406, 26.714) = 2.331$, $p = .130$.

사회불안증상에 대한 혼합 반복측정 분산분석 결과, 사회불안증상에 대한 처치 조건의 주효과는 유의하지 않았으나, $F(1, 38) = .298$, $p = .588$, $\eta_p^2 = .008$, 측정 시기의 주효과는 유의하였다, $F(2, 76) = 18.648$, $p < .001$, $\eta_p^2 = .329$. 또한 처치 조건과 측정 시기의 상호작용이 유의하였다, $F(2, 76) = 7.581$, $p = .001$, $\eta_p^2 = .166$. 상호작용 효과를 자세히 분석한 결과, 단기 단일화된 범진단적 개입 조건일 경우, 측정 시기 간 사회불안증상 수준의 차이가 유의하였다, $F(1.332, 25.310) = 28.711$, $p < .001$. Bonferroni 방식을 적용한 사후검증을 통하여, 단기 단일화된 범진단적 개입 조건에서 효과가 나타난 시점을 확인하였다. 그 결과, 사회불안증상 수준은 사전에 비해 사후에($p < .001$), 그리고 사전에 비해 추후에($p < .001$) 유의하게 감소하였다. 심리교육적 개입 조건은 시기 간 차이가 모두 유의하지 않았다, $F(2, 38) = 1.158$, $p = .325$.

범불안증상에 대한 혼합 반복측정 분산분석 결과, 범불안증상에 대한 처치 조건의 주효과는 유의하였고, $F(1, 38) = 5.337$, $p = .026$, $\eta_p^2 = .123$, 측정 시기의 주효과도 유의하였다, $F(1.377, 52.310) = 11.654$, $p < .001$, $\eta_p^2 = .235$. 또한 처치 조건과 측정 시기의 상호작용이 유의하였다, $F(1.377, 52.310) = 11.861$, $p < .001$, $\eta_p^2 = .238$. 상호작용 효과를 자세히 분석한 결과, 단기 단일화된 범진단적 개입 조건일 경우, 측정 시기 간 범불안증상의 차이가 유의하였다, $F(1.154, 21.918) = 25.760$, $p < .001$. Bonferroni 방식을 적용한 사후검증을 통하여, 단기 단일화된 범진단적 개입 조건에서 효과가 나타난 시점을 확인하였다. 그 결과, 범불안증상 수준은 사전에 비해 사후에($p < .001$), 그리고 사전에 비해 추후에($p < .001$) 유의하게 감소하였다. 반면 심리교육적 개입 조건에서도 측정 시기 간 유의한 차이가 나타나지 않았다, $F(2, 38) = .001$, $p < .999$.

부정적 정서에 대한 혼합 반복측정 분산분석 결과, 부정적 정서에 대한 처치 조건의 주효과는 유의하였고, $F(1, 38) = 7.439$, $p = .010$, $\eta_p^2 = .164$, 측정 시기의 주효과도 유의하였다, $F(2, 76) = 14.153$, $p < .001$, $\eta_p^2 = .271$. 또한 처치 조건과 측정 시기의 상호작용이 유의하였다, $F(2, 76) = 5.792$, $p = .005$, $\eta_p^2 = .132$. 상호작용 효과를 자세히 분석한 결과, 단기 단일화된 범진단적 개입 조건에서 측정 시기 간 부정적 정서의 차이가 유의하였다, $F(1.403, 39.452) = 21.129$, $p < .001$. Bonferroni 방식을 적용한 사후검증을 통하여, 단기 단일화된 범진단적 개입 조건에서 효과가 나타난 시점을 확인하였다. 그 결과, 부정적 정서 수준은 사전과 사후($p < .001$), 사전과 추후($p = .001$) 간 차이가 유의하게 나타났다. 반면 심리교육적 개입 조건은 시기 간 차이가 모두 유의하지 않았다, $F(2, 38) = 1.211$, $p = .309$.

스트레스증상에 대한 혼합 반복측정 분산분석 결과, 스트레스

증상에 대한 처치 조건의 주효과는 유의하였고, $F(1, 38)=7.117$, $p=.011$, $\eta_p^2=.158$, 측정 시기의 주효과도 유의하였다, $F(2, 76)=28.012$, $p<.001$, $\eta_p^2=.424$. 또한 처치 조건과 측정 시기의 상호작용이 유의하였다, $F(2, 71.358)=9.841$, $p<.001$, $\eta_p^2=.206$. 상호작용 효과를 자세히 분석한 결과, 단기 단일화된 범진단적 개입 조건일 경우, 측정 시기 간 스트레스증상의 차이가 유의하였다, $F(1.543, 29.317)=37.727$, $p<.001$. Bonferroni 방식을 적용한 사후검증을 통하여, 단기 단일화된 범진단적 개입 조건에서 효과가 나타난 시점을 확인하였다. 그 결과, 스트레스증상은 사전에 비해 사후에($p<.001$), 사전에 비해 추후에($p<.001$), 그리고 다른 부정적 정신건강 변인들에서는 그렇지 않았으나, 사후에 비해 추후에도($p=.018$) 유의하게 감소하였다. 심리교육적 개입 조건에서도 측정 시기 간 스트레스의 차이가 유의하였으나, $F(2, 38)=3.508$, $p=.040$, 사후검증 결과 모든 시기에서 서로 차이가 유의하지 않았다.

집단과 측정시기에 따른 긍정적 정신건강 변인 비교

긍정적 정신건강 관련 변인에 대한 처치 조건과 측정 시기의 효과가 전반적으로 유의한지 검증하기 위하여 반복측정 다변량 분산 분석을 실시하기에 앞서, 긍정적 정신건강 변인에 해당하는 각 변인들의 상관관계를 분석하였다. 그 결과, 긍정적 정서와 정신적 웰빙에서 상관이 .70 이상으로 유의하게 나타났다. 이에 따라, 심리교육적 개입과 비교하여 단기 단일화된 범진단적 개입이 두 가지 긍정적 정신건강 개념을 조합한 변인을 증가시키는데 있어, 전반적으로 유의한 효과를 보이는지 검증하기 위해 혼합 반복측정 다변량 분산 분석을 실시하였다.

먼저, BOX의 동질성 검증 결과, 공분산 행렬에 대한 동질성 가정이 충족되었으며, $F(21, 5,311.030)=1.354$, $p=.129$, 이에 다변량 통제치로 Wilks의 Lambda를 활용하였다. 그 결과, 긍정적 정신건강 변인 전반에 대한 처치 조건의 주효과는 유의하지 않았다, $F(2, 37)=.688$, $p=.509$, Wilk's Lambda=.964, $\eta_p^2=.036$. 반면, 긍정적 정신건강변인 전반에 대한 측정 시기의 주효과가 유의하였으며, $F(4, 35)=.597$, $p=.001$, Wilk's Lambda=.597, $\eta_p^2=.403$, 처치 조건과 측정 시기의 상호작용은 유의한 경향을 나타내었다, $F(4, 35)=2.530$, $p=.058$, Wilk's Lambda=.776, $\eta_p^2=.224$. 이러한 결과들은 단기 단일화된 범진단적 개입은 심리교육적 개입에 비해 긍정적 정신건강 변인들을 증진시키는데 있어 전반적으로 더 효과적임을 나타낸다.

다음으로, 긍정적 정신건강 측면에서 단기 단일화된 범진단적 개입의 효과를 보다 면밀히 살피기 위하여 긍정적 정신건강에 해당하는 개별 변인, 즉 긍정적 정서와 정신적 웰빙에 대해 각각 혼합 반복측정 분산 분석을 실시하여 Table 3에 제시하였다.

먼저, 긍정적 정서에 대한 혼합 반복측정 분산분석 결과, 긍정적 정서에 대한 처치 조건의 주효과는 유의하지 않았고, $F(1, 38)=1.073$, $p=.307$, $\eta_p^2=.027$, 반면 측정 시기의 주효과는 유의하였다, $F(2, 76)=7.279$, $p=.001$, $\eta_p^2=.161$. 또한 처치 조건과 측정 시기의 상호작용이 유의하였다, $F(2, 76)=3.778$, $p=.027$, $\eta_p^2=.090$. 상호작용 효과를 자세히 분석한 결과, 단기 단일화된 범진단적 개입 조건일 경우, 측정 시기 간 긍정적 정서의 차이가 유의하였다, $F(2, 38)=15.372$, $p<.001$. Bonferroni 방식을 적용한 사후검증을 통하여, 단기 단일화된 범진단적 개입 조건에서 효과가 나타난 시점을 확인하였다. 그 결과, 긍정적 정서 수준은 사전에 비해 사후에($p<.001$), 그리고 사전에 비해 추후에($p<.001$) 유의하게 증가하였다. 반면 심리교육적 개입 조건에서는 측정 시기 간 유의한 차이가 나타나지 않았다, $F(2, 38)=.640$, $p=.533$.

정신적 웰빙에 대한 혼합 반복측정 분산분석 결과, 정신적 웰빙에 대한 처치 조건의 주효과는 유의하지 않았으나, $F(1, 38)=1.382$, $p=.247$, $\eta_p^2=.035$, 측정 시기의 주효과는 유의하였다, $F(1.724, 65.521)=18.319$, $p<.001$, $\eta_p^2=.161$. 또한 처치 조건과 측정 시기의 상호작용이 유의하였다, $F(1.724, 65.521)=5.709$, $p=.007$, $\eta_p^2=.131$. 상호작용 효과를 자세히 분석한 결과, 단기 단일화된 범진단적 개입 조건일 경우, 측정 시기 간 정신적 웰빙의 차이가 유의하였다, $F(1.487, 28.244)=13.788$, $p<.001$. Bonferroni 방식을 적용한 사후검증을 통하여, 단기 단일화된 범진단적 개입 조건에서 효과가 나타난 시점을 확인하였다. 그 결과, 정신적 웰빙 수준은 사전에 비해 사후에($p=.003$), 그리고 사전에 비해 추후에($p=.002$) 유의하게 증가하였다. 심리교육적 개입 조건에서도 측정 시기 간 정신적 웰빙의 차이가 유의하였으며, $F(2, 38)=5.270$, $p=.010$, 사전에 비해 추후에 유의하게 증가하는 것으로 밝혀졌다, $p=.032$. 정신적 웰빙 수준에서 단기 단일화된 범진단적 개입 조건과 심리교육적 개입 조건 모두 유의한 증가를 보였으나, 단기 단일화된 범진단적 개입 조건($\eta_p^2=.421$)이 심리교육적 개입 조건($\eta_p^2=.217$)에 비해 효과크기가 더 큰 것으로 밝혀졌다.

집단과 측정시기에 따른 정서조절 변인 비교

정서조절 변인들에 대한 처치 조건과 측정 시기의 효과가 전반적으로 유의한지 검증하기 위하여 반복측정 다변량 분산 분석을 실시하기에 앞서, 정서조절에 해당되는 각 변인들의 상관관계를 살펴보았다. 이 때, 정서조절 변인들의 방향성을 통일시키기 위해 긍정적 방향인 마음챙김 변인을 역채점으로 산출한 값을 사용하였다. 그 결과, 역채점으로 산출된 마음챙김 변인은 부정적 방향인 정서조절 곤란 변인, 심리적 유연성 부족 변인과 동일한 방향의 값을 나타내

며, 정서조절 곤란, 마음챙김 및 심리적 유연성 부족 간의 상관성이 .50 이상으로 유의하게 나타났다. 따라서 심리교육적 개입과 비교하여 단기 단일화된 범진단적 개입이 세 가지 부적응적인 정서조절 개념들을 조합한 변인을 전반적으로 변화시키는데 있어 더 효과적인지를 검증하기 위해 혼합 반복측정 다변량 분산분석을 실시하였다.

먼저, BOX의 동질성 검증 결과 공분산 행렬에 대한 동질성 가정이 충족되지 못했으며, $F(45, 4,743.802) = 1.565, p = .009$, 이에 다변량 통계치로 Pillai의 트레이스를 활용하였다. 그 결과, 부적응적인 정서조절 변인에 대한 처치 조건의 주효과는 유의하지 않았다, $F(3, 36) = 1.865, p = .153$, Pillai's Trace = .135, $\eta_p^2 = .135$. 그러나 부적응적인 정서조절 변인에 대한 측정 시기의 주효과가 유의하였으며, $F(6, 33) = 8.393, p < .001$, Pillai's Trace = .604, $\eta_p^2 = .604$, 처치 조건과 측정 시기의 상호작용도 유의하였고, 효과크기는 큰 수준을 나타내었다, $F(6, 33) = 5.872, p < .001$, Pillai's Trace = .516, $\eta_p^2 = .516$. 따라서 단기 단일화된 범진단적 개입은 심리교육적 개입에 비해 부적응적인 정서조절 변인을 전반적으로 크게 감소시켰음을 알 수 있다.

다음으로, 정서조절에 대한 단기 단일화된 범진단적 개입의 효과를 더 면밀히 살피기 위하여 정서조절에 해당하는 각 변인들마다 혼합 반복측정 분산분석을 실시하여 Table 3에 제시하였다.

먼저, 정서조절곤란에 대한 혼합 반복측정 분산분석 결과, 처치 조건의 주효과는 유의하였고, $F(1, 38) = 5.284, p = .027, \eta_p^2 = .122$, 측정 시기의 주효과도 유의하였다, $F(1.204, 45.747) = 25.317, p < .001$, $\eta_p^2 = .400$. 또한 처치 조건과 측정 시기의 상호작용이 유의하였다, $F(1.204, 45.747) = 31.717, p < .001$, $\eta_p^2 = .455$. 단기 단일화된 범진단적 개입 조건에서 측정 시기 간 정서조절 곤란의 차이가 유의하였다, $F(1.107, 21.035) = 35.227, p < .001$. Bonferroni 방식을 적용한 사후검증을 통하여, 단기 단일화된 범진단적 개입 조건에서 효과가 나타난 시점을 확인하였다. 그 결과, 정서조절 곤란 수준은 사전에 비해 사후에($p < .001$), 사전에 비해 추후에($p < .001$), 그리고 사후에 비해 추후에($p = .003$) 유의하게 감소하였다. 심리교육적 개입 조건에서는 사후-추후($p = .003$)에서 유의한 차이가 나타났다, $F(2, 38) = 4.709, p = .015$. 정서조절 곤란에서 단기 단일화된 범진단적 개입 조건과 심리교육적 개입 조건 모두 유의한 감소를 보였으나, 단기 단일화된 범진단적 개입 조건($\eta_p^2 = .650$)이 심리교육적 개입 조건($\eta_p^2 = .199$)에 비해 효과크기가 더 큰 것으로 나타났다.

마음챙김 수준에 대한 혼합 반복측정 분산분석 결과, 처치 조건의 주효과는 유의하지 않았으나, $F(1, 38) = 2.400, p = .130, \eta_p^2 = .059$, 측정 시기의 주효과는 유의하였다, $F(2, 76) = 17.623, p < .001$, $\eta_p^2 = .317$. 또한 처치 조건과 측정 시기의 상호작용이 유의하였다, $F(2, 76) = 12.934, p < .001$, $\eta_p^2 = .254$. 상호작용 효과를 자세히 분석한 결

과, 단기 단일화된 범진단적 개입 조건에서 측정 시기 간 마음챙김 수준의 차이가 유의하였다, $F(1.416, 26.908) = 24.226, p < .001$. Bonferroni 방식을 적용한 사후검증을 통하여, 단기 단일화된 범진단적 개입 조건에서 효과가 나타난 시점을 확인하였다. 그 결과, 마음챙김 수준은 사전에 비해 사후에($p < .001$), 그리고 사전에 비해 추후에($p < .001$) 유의하게 증가하였다. 심리교육적 개입 조건은 시기 간 차이가 모두 유의하지 않았다, $F(2, 38) = .849, p = .436$.

혼합 반복측정 분산분석 결과, 심리적 유연성 부족에 대한 처치 조건의 주효과는 유의하였고 $F(1, 38) = 4.886, p = .033, \eta_p^2 = .114$, 측정 시기의 주효과도 유의하였다, $F(1.486, 56.475) = 13.217, p < .001$, $\eta_p^2 = .258$. 또한 처치 조건과 측정 시기의 상호작용이 유의하였다, $F(1.486, 56.475) = 15.791, p < .001$, $\eta_p^2 = .294$. 상호작용 효과를 자세히 분석한 결과, 단기 단일화된 범진단적 개입 조건에서 측정 시기 간 심리적 유연성 부족의 차이가 유의하였다, $F(1.333, 25.330) = 25.276, p < .001$. Bonferroni 방식을 적용한 사후검증을 통하여, 단기 단일화된 범진단적 개입 조건에서 효과가 나타난 시점을 확인하였다. 그 결과, 심리적 유연성 부족 수준은 사전에 비해 사후에($p < .001$), 그리고 사전에 비해 추후에($p < .001$) 유의하게 감소하였다. 심리교육적 개입 조건은 시기 간 차이가 모두 유의하지 않았다, $F(2, 38) = .483, p = .621$.

처치조건 내 측정 시기별 효과크기 비교 검증

각 처치조건별 종속변인들의 사전 측정치에서 사후 및 추후 측정치를 각각 비교하여 이들의 차이에 대한 효과크기를 산출하였고, 그 결과를 Table 4에 제시하였다. 분석 결과, 단기 단일화된 범진단적 개입 조건에서 우울증상(DASS-D, CES-D), 불안증상, 사회불안증상, 범불안증상, 부정적 정서, 스트레스증상, 긍정적 정서, 정신적 웰빙, 정서조절 곤란, 마음챙김 및 심리적 유연성 부족을 포함한 모든 변인에서 사전-사후와 사전-추후의 효과크기가 크게 나타났다. 반면 심리교육적 개입 조건에서는 사회불안증상에서만 사전-추후의 효과크기가 중간인 것으로 나타났고, 그 외의 사전-사후 및 사전-추후 효과크기는 모든 변인에서 작게 나타났다.

논 의

본 연구에서는 정서장애의 공통된 원인을 표적으로 한 단기 단일화된 범진단적 개입이 불안 및 우울증상을 호소하는 준임상적인 대학생들의 정신건강과 정서조절 능력을 개선하는 데 효과적인지를 검증하고자 하였다. 이를 위하여, 심리교육적 개입을 비교조건으로 사용하였고, 참가자들의 다양한 불안 및 우울증상, 부정적인

Table 4. Within-Subject Effect Size (Cohen's *d*) for Each Outcome Measure

Variable	BUTI		PE	
	Post	F/up	Post	F/up
Depression symptoms (DASS-D)	1.86	1.93	0.11	0.40
Depression symptoms (CES-D)	1.90	2.17	0.40	0.53
Anxiety symptoms (DASS-A)	1.42	1.58	0.14	0.28
Social anxiety symptoms (SPIN)	1.07	1.38	0.15	0.25
Generalized anxiety symptoms (GAD-7)	1.53	1.66	0.00	0.00
Negative emotion (PANAS-N)	1.52	1.46	0.15	0.37
Stress symptoms (DASS-S)	1.37	1.98	0.07	0.46
Positive emotion (PANAS-P)	0.80	0.86	0.01	0.20
Mental well-being (MHC)	0.91	0.98	0.17	0.32
Difficulties in emotion regulation (DERS)	1.58	1.83	0.23	0.02
Mindfulness (CAMS-R)	1.23	1.41	0.01	0.17
Psychological inflexibility (AAQ-II)	1.55	1.67	0.19	0.01

Note. BUTI= Brief Unified, Transdiagnostic Intervention; PE= Psychoeducation; DASS-D= Depression Anxiety Stress Scales-Depression; CES-D= Center for Epidemiologic Studies Depression Scale; DASS-A= Depression Anxiety Stress Scales-Anxiety; SPIN= Social Phobia Inventory; GAD-7= Generalized Anxiety Disorder-7; PANAS-N= Positive and Negative Affect Scale-Negative affect; DASS-S= Depression Anxiety Stress Scales-Stress; PANAS-P= Positive and Negative Affect Scale-Positive affect; MHC-SF= Mental Health Continuum Short-Form; DERS= Difficulties in Emotion Regulation Scale; CAMS-R= Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised; AAQ-II= Acceptance and Action Questionnaire-II.

정서, 스트레스증상, 긍정적 정서와 정신적 웰빙, 정서조절 곤란, 마음챙김, 심리적 유연성 부족 수준을 사전, 사후, 그리고 종결 2주 후에 측정하였다.

그 결과, 단기 단일화된 범진단적 개입 집단은 심리교육적 개입 집단에 비해 모든 결과변인에서 유의한 개선을 보였다. 먼저, 단기 단일화된 범진단적 개입은 심리교육적 개입에 비해 다면적인 부정적 정신건강 변인들을 크게 감소시킨 것으로 나타났다. 이와 같이 심리교육적 개입 집단과 비교하여, 단기 단일화된 범진단적 개입 집단에서 개입 직후와 종결 2주 후에 여러 가지 종류의 불안증상과 우울증상이 유의하게 감소된 결과는 UP의 효과를 입증한 선행연구들(Barlow et al., 2017; Ellard et al., 2010; Farchione et al., 2012; De Ornelas Maia et al., 2013)과 일치한다. 또한, 단기 단일화된 범진단적 개입이 심리교육적 개입에 비해 긍정적 정신건강을 전반적으로 증진시킨 것으로 나타났다. 이는 단기 단일화된 범진단적 개입이 심리교육적 개입에 비해 불안 및 우울증상이 공존하는 이들의 부정적 정신건강 측면을 개선시키고, 나아가 긍정적 정신건강 측면도 증진시킬 수 있음을 의미한다. 본 연구에서는 단기 단일화된 범진단적 개입의 효과를 면밀히 살펴보고자 전반적인 변화와 더불어 부정적 및 긍정적 정신건강 측면에 해당하는 각 개별 변인에

서 나타난 변화도 확인하였다.

먼저, 본 연구에서 단기 단일화된 범진단적 개입의 효과가 입증된 불안증상의 지표는 일반적인 불안증상, 사회불안증상, 범불안증상 등 여러 가지였다. 분석 결과, 각 불안증상이 모두 유의하게 감소하였으며, 효과크기는 큰 것으로 나타났다. 단기 단일화된 범진단적 개입 조건 내에서 일반적인 불안증상, 사회불안증상, 범불안증상의 사전과 사후 간 효과크기를 고려하였을 때(Cohen's $d = 1.42, 1.07, 1.53$), UP 또는 범진단적 CBT를 불안증상에 적용한 Bulis 등(Hedges' $g = 1.33$; 2015), De Ornelas Maia, Nardi와 Cardoso(Cohen's $d = .97$; 2015), Osma, Castellano, Crespo와 Garcia-Palacios(Hedges' $g = .61$; 2015), Reinholt와 Krogh(Cohen's $d = .71$; 2014)와 효과크기가 비슷하거나 더 큰 것으로 나타났다. 이처럼 본 연구에서 여러 불안증상에 대한 단기 단일화된 범진단적 개입의 효과크기는 모두 컸지만, 사회불안증상에 대한 효과가 다른 불안증상들에 대한 효과에 비해 조금 떨어지는 편이었다. 이는 사회불안장애의 치료에 중요한 요소로 알려진 모의노출(회기 내 노출) 훈련과 실제 노출을 위한 과제가 5회기로 구성된 본 단기 단일화된 범진단적 개입 프로그램에는 포함되어 있지 않은 점에 부분적으로 기인했을 가능성이 있다. 그럼에도 불구하고, 국내에서 보고된 사회불안장애(사회공포증)에 대한 CBT의 전반적인 효과크기 범위($ES = 0.95-1.84$; Kim & Yang, 2017) 안에 위치함을 알 수 있다. 이는 본 연구에서 실시한 단기 단일화된 범진단적 개입이 사회불안장애의 근거기반치료로 알려진 CBT와 유사한 정도로 사회불안증상의 완화에 효과적임을 시사한다.

한편, UP(Ellard et al., 2010; Farchione et al., 2012) 또는 CBT(Davis et al., 2010)의 효과를 입증한 선행 연구들에서는 치료 후에 불안장애와 공존하는 우울증상이 유의하게 감소하였으나, 불안증상에 비해 우울증상에 대한 효과크기는 상대적으로 작은 것으로 보고되었다. 그러나 본 연구에서는 불안증상(Cohen's $d = 1.07-1.66$)에 비해 상대적으로 우울증상(Cohen's $d = 1.86-2.17$)에서 효과크기가 더 큰 것으로 나타났다. 이러한 결과를 보인 이유에 관해서 선행연구들과 비교하여 유추해봤을 때, 우선 기존의 선행연구들은 불안장애 진단을 받은 환자를 대상으로 해당 치료를 실시하였고 우울증상은 주로 이차적인 표적으로 다뤄졌던 반면에, 본 연구에서는 불안증상과 우울증상을 일차적 또는 이차적 표적으로 구분하지 않고 고루 다뤘기 때문에 우울증상에 대한 효과가 더 크게 나타났을 가능성이 있다. 또 다른 가능한 설명으로는 표본의 특성이 다르다는 점이다. 선행연구들에서는 주로 불안장애와 우울장애 진단기준을 충족시킨 임상 환자들을 대상으로 UP 또는 CBT의 효과를 검증한 반면, 본 연구에서는 불안 및 우울증상을 주관적으로 호소

Table 5. Depression and Anxiety Symptoms Severity Ratings at Time Points

Variable	Condition	Pre	Post	F/up
		Scores (Severity)	Scores (Severity)	Scores (Severity)
Depression symptoms (DASS-D)	BUTI	19 (Moderate level)	7.2 (Normal level)	6.5 (Normal level)
	PE	16 (Moderate level)	15 (Moderate level)	12.6 (Mild level)
Anxiety symptoms (DASS-A)	BUTI	15.1 (Severe level)	6.0 (Normal level)	4.7 (Normal level)
	PE	11.8 (Moderate level)	10.5 (Moderate level)	9.2 (Mild level)

Note. BUTI = Brief Unified, Transdiagnostic Intervention; PE = Psychoeducation; DASS-D = Depression Anxiety Stress Scales-Depression; DASS-A = Depression Anxiety Stress Scales-Anxiety.

하는 대학생들을 대상으로 단기 단일화된 범진단적 개입의 효과를 검증하였다. 이와 관련하여, DASS-21의 매뉴얼(Lovibond & Lovibond, 1995)을 토대로 집단별 불안 및 우울증상의 심각도 수준을 제시하였다. 그 결과, 단기 단일화된 범진단적 개입 집단과 심리교육적 집단 모두 개입 전에는 불안 및 우울증상이 중등도에서 심각한 수준에 속하였으나, 개입 후와 종결 2주 후에는 단기 단일화된 범진단적 개입 집단만이 정상수준으로 완화되었다(Table 5). 이러한 결과는 단기 단일화된 범진단적 개입이 준임상적 수준의 참가자들에게 효과적임을 시사한다.

다음으로, 기존의 선행연구에서는 불안 및 우울증상과 관련된 정신건강 측면을 위주로 UP의 효과를 검증하는 데 그쳤지만, 본 연구에서 단기 단일화된 범진단적 개입을 통해 정신건강 측면과 더불어 UP의 주요 목표인 적응적인 정서조절 능력도 함양될 수 있는지를 확인하고자 하였다. 그 결과, 단기 단일화된 범진단적 개입 집단에서 부적응적 정서조절 측면(정서조절 곤란, 심리적 유연성 부족)과 적응적 정서조절 측면(마음챙김)이 모두 심리교육 집단에 비해 뚜렷하게 개선되는 양상을 보였다. 뿐만 아니라, 단기 단일화된 범진단적 개입 집단에서 나타난 효과는 종결 후 2주까지 유지되었다. 이를 통해 단기 단일화된 범진단적 개입 집단이 심리교육 집단에 비해 정서조절 능력이 보다 적응적으로 함양되었음을 확인하였다. 특히, 주목할 점은 단기 단일화된 범진단적 개입 집단에서 정서조절 곤란이 사전에 비해 사후와 추후에서 큰 감소를 보인 것 뿐만 아니라 사후에 비해 추후에서도 유의한 감소를 나타낸 것이다. 즉, 단기 단일화된 범진단적 개입 집단에서 참가자들의 정서조절 곤란 수준이 시간이 지남에 따라 지속적으로 감소하는 양상을 보였다. 이러한 결과는 참가자들이 단기 단일화된 범진단적 개입을 통해 적응적인 정서조절 기법을 습득하고, 개입이 끝난 후에도 회기 내에서 배운 정서조절 기법을 일상생활에 더욱 적극적으로 활용하였을 가능성을 시사한다.

위의 결과는 다음과 같이 설명될 수 있다. UP의 개발자인 Barlow 등(2011/2017)은 불안 및 우울장애를 포함한 정서장애가 주로

부적응적인 정서조절 전략들을 사용하며, 이러한 전략들이 역효과를 내고 증상을 유지하는데 기여한다는 점을 가정하였다. 이러한 가정을 기초로, UP는 부적응적인 정서조절 전략을 적응적인 정서조절 전략으로 대체함으로써 부적응적으로 연쇄되어 있는 정서경험의 발생과 그 강도를 줄이고, 신경증성(예: 부정적 정서성)과 같은 기질의 변화를 목표로 하였다(Barlow et al., 2011/2017). 이러한 점들을 고려할 때, 본 연구에서 심리교육적 개입에 비해 단기 단일화된 범진단적 개입 직후와 종결 2주 후에 참가자들의 정서조절곤란, 마음챙김 및 심리적 유연성 부족이 유의하게 감소되었다는 결과는 UP의 주요 목표를 충족시키는 것과 일치하는 양상을 보였다고 할 수 있다. 따라서 본 연구의 결과들은, UP의 가정이나 목표 등과 함께 종합적으로 고려할 때, 단기 단일화된 범진단적 개입을 통해 참가자들의 적응적인 정서조절 능력이 함양되고, 이와 관련하여 불안 및 우울증상을 포함한 여러 부적응적 증상들이 감소되었으며, 나아가 긍정적인 정신건강 측면과 정서적 기능이 더 적응적이고 유연하게 개선되었을 가능성을 시사한다.

이러한 가능성은 국내에서 정서조절치료(emotion regulation treatment, ERT)를 적용한 선행 연구결과(E. S. Park & Lee, 2017)에 의해서도 일부 뒷받침된다. 즉, ERT는 범불안 및 우울증상이 공존하는 대학생들의 특질불안과 신체적 불안, 우울증상 등을 완화하는데 있어 효과적인 것으로 밝혀졌다. 이 선행연구에서 적용한 ERT는 범불안장애와 주요우울장애 간 공병의 특징에 초점을 두고, 행동의학적 및 신경생물학적 연구 결과들을 기반으로 개발된 치료이다(Mennin & Fresco, 2010; E. S. Park & Lee, 2017). 본 연구의 단기 단일화된 범진단적 개입과 비교할 때, ERT에서 목표로 하는 기제(동기, 조절, 맥락에 따른 학습)와 프로토콜의 구체적인 구성요소들(예: 숙제와 정서조절 기술의 내용 등)에서 차이가 있으나, 정서장애의 주요 공통 기제로 알려진 '정서조절'을 치료의 표적으로 삼았다는 점은 본 연구에서 사용된 단기 단일화된 범진단적 개입과 공통점이라고 하겠다. 따라서, 본 연구의 결과는 정서장애의 공통된 요소를 표적으로 함으로써 공존하는 증상을 동시에 치료

할 수 있음을 입증하였고, 범진단적 치료 접근을 지지하는 증거로 제시될 수 있다.

추가적으로, 본 연구의 표본에서 불안증상과 우울증상의 기준을 동시에 충족한 공병집단(단기 단일화된 범진단적 개입 집단: $n=17$, 심리교육 집단: $n=15$)을 형성하여 혼합 반복측정 분산분석을 실시해 보았다. 그 결과, 대부분의 변인에서 전체 집단(단기 단일화된 범진단적 개입 집단: $n=20$, 심리교육 집단: $n=20$)과 비슷한 양상으로 나타났으나, 긍정적 정서 변인에서 다소 다른 결과가 나타났다. 구체적으로, 긍정적 정서수준에 대한 처치 조건의 주효과는 유의하지 않았고, $F(1, 38)=1.073, p=.307, \eta_p^2=.027$, 처치 조건과 측정 시기의 상호작용 효과도 유의하지 않았다, $F(2, 60)=2.319, p=.107, \eta_p^2=.072$. 하지만, 측정 시기의 주효과는 유의하였다, $F(2, 60)=8.166, p=.001, \eta_p^2=.214$. 따라서 이 결과들은 공병집단에서 단기 단일화된 범진단적 개입이 다른 종속측정치들과는 달리, 긍정적 정서를 변화시키는데 있어 심리교육과 의미 있는 차이를 보이지 못했을 가능성을 시사한다.

이는 다음과 같이 설명될 수 있다. 먼저, UP의 목표는 긍정적 정서보다 부정적 정서에 초점을 두는 경향이 있다. 앞서 불안 및 우울 장애의 공통요소로 과도한 부정적 정서 경험과 부정적 정서에 대한 부적응적 정서조절전략의 반복된 사용을 제시한 바 있다. 이를 고려하였을 때, 프로그램의 내용은 긍정적 정서의 증진보다 부정적 정서의 감내 및 조절 능력에 더 초점을 맞춰 구성된 경향이 있다. 따라서, 단기 단일화된 범진단적 개입의 효과상 긍정적 정서의 증진보다 부정적 정서에 대한 감소가 상대적으로 더 크게 나타날 가능성이 시사된다. 이는 UP가 부정적 정서에 대해서는 효과적이었던 반면에, 긍정적 정서에 대해서는 유의한 효과를 보이지 않았던 선행 연구 결과들(Ellard et al., 2010; Sauer-Zavala et al., 2012)과 일치한다고 볼 수 있다.

다른 한편으로, 긍정적 정서를 측정하기 위해 사용된 PANAS 자체의 특성도 결과에 영향을 미쳤을 가능성이 있다. PANAS에서 긍정적 정서는 열광적, 활동적, 민활함, 높은 수준의 에너지와 완전하게 집중하는 상태 등을 주로 반영한다(Kang & Jang, 2017; Noh & Cho, 2013; Watson et al., 1988). 이를 고려하였을 때, 공병집단은 불안증상과 우울증상이 동시에 공존하는 집단으로서 단기 단일화된 범진단적 개입 이후 나타나는 긍정적 정서의 변화에 대해 PANAS가 덜 민감하게 탐지했을 가능성이 있다. PANAS를 측정치로 사용한 자기자비 함양 프로그램의 효과를 검증한 국내 연구(Noh & Cho, 2013)와 마음챙김-자기자비 프로그램의 효과를 검증한 국내 연구(Kang & Jang, 2017)에서도 부정적 정서의 감소에는 효과적이었는데 비해 긍정적 정서의 증가에는 효과적이지 않았다고 보고하

였고, 이러한 결과는 PANAS 자체의 특성에 기인하였을 가능성이 있다고 이 연구들에서도 제안한 바 있다. 따라서 추후 연구에는 긍정적 정서를 재는 도구를 보완하여 불안증상과 우울증상의 기준을 동시에 충족하는 공병집단을 대상으로 긍정적 정서에 대한 UP의 효과가 어떤 양상으로 나타나는지 검증할 필요가 있을 것으로 사료된다.

본 연구의 몇 가지 제한점과 추후 연구를 통해 보완해야 할 점들은 다음과 같다. 첫째, 본 연구에서는 비교집단으로 상담이론 및 실습 과목의 수강생들로 이루어진 심리교육적 개입 집단을 사용하였다. 참가자들의 나이와, 본 연구에서 관심 있는 변인들의 측면에서는 두 조건 간의 사전 동등성이 확보되었다고 할 수 있다. 하지만, 참가자들의 일정 조율의 어려움으로 참가자들을 무선으로 할당하지 못하였고, 집단의 형태(단기 단일화된 범진단적 개입 집단: 개인 혹은 소집단 vs. 심리교육 집단: 단일형태의 집단)가 상이한 점 등이 가외 변인으로서 본 연구의 결과에 영향을 주었을 가능성을 배제할 수 없다. 또한 단기 단일화된 범진단적 개입 집단과 심리교육 집단의 진행자가 상이하였는데, 치료자의 능력이나 경력, 자질 등을 고려해봤을 때, 두 조건 간에 치료자 동등성 여부와 관련된 변인이 연구 결과에 영향을 미쳤을 가능성이 있다. 따라서 향후 연구에서는 두 조건 간에 더 분명한 동등성을 확보함과 동시에, 다른 형태의 적극적인 개입을 비교조건으로 활용할 필요가 있다고 생각한다. 가령, 국외에서 실시한 무선허당통제연구(RCT)를 살펴보면, De Orleneas Maia 등(2015)은 UP 집단과 약물치료 집단을 비교하였고, Barlow 등(2017)은 UP 혹은 SDPs의 치료조건, 대기 통제 조건 등 세 집단을 비교함으로써 UP의 치료효과를 검증하였다. 이처럼 무선허당을 통해 가외변인을 통제하고, 특정 장애에 대한 근거기반치료를 비교조건으로 활용한다면 치료효과를 더 엄격하게 검증할 수 있을 것이다.

둘째, 공병집단에 대한 단기 단일화된 범진단적 개입의 효과를 검증하기 위해 추가분석을 실시하였으나, 표본이 충분하지 않은 관계로 공병의 수준에 따른 UP의 효과는 검증하지 못하였다. 따라서 추후 연구에서는 표본을 충분히 확보한 후, 불안증상과 우울증상의 기준을 동시에 충족하는 참가자들을 대상으로 UP의 효과가 어떤 양상으로 나타나는지 검증할 필요가 있다. 셋째, 본 연구는 특정한 지역 소재의 대학교에 재학 중인 대학생들을 대상으로 하였기 때문에 결과를 다른 유형의 표본들에게 일반화할 시에는 주의를 요한다. 더 구체적으로, 임상 환자들 표본이나 지역사회 거주 일반인들에게 단기 단일화된 범진단적 개입을 적용했을 때, 본 연구와 동일한 결과를 산출할 수 있는지를 살펴볼 필요가 있다. 넷째, 본 연구에서 개입의 효과를 검증하기 위해 사용된 평가도구들이 모두

자기 보고식 검사들이었다. 추후 연구에서는 불안이나 우울수준에 대한 정신생리적 측정치, 중요한 타인에 의한 보고 혹은 임상이 평정 등 다른 종류의 측정방법들을 함께 사용해서 개입의 효과를 다양하게 검증할 필요가 있겠다.

마지막으로, 본 연구의 의의는 다음과 같다. 먼저, 본 연구는 단일화된 범진단적 프로토콜(UP)을 기반으로 한 단기 단일화된 범진단적 개입을 국내에서 처음으로 적용하여 효과를 검증하였다. UP가 정서장애에 효과적인 치료로 알려졌음에도 불구하고 국내에서는 UP 또는 범진단적 개입의 효과를 검증한 연구가 매우 부족한 실정이었다. 특히 UP 또는 범진단적 개입의 효과 검증 연구는 대부분 서양의 문화권에서만 이루어졌고, 동양의 문화권에서는 소수의 연구만이 지금까지 보고되어왔다. 즉, 비교 문화적 측면에서 범진단적 개입의 적용 가능성에 관한 이슈는 충분히 다루지 않은 실정이다. 이러한 점에서 국내에서 처음으로 단기 단일화된 범진단적 개입이 불안 및 우울증상을 호소하는 준임상적인 대학생들의 정신건강을 증진시키고, 적응적인 정서조절 능력을 향상시키는데 효과적임을 입증한 본 연구는 범진단적 개입이 동양문화권에도 적절하게 적용될 수 있음을 지지한다. 또한 본 연구를 통해 단기 단일화된 범진단적 개입의 효과를 규명하기 위하여 다양한 정신건강 성과 측정치들과 정서조절 관련 변인들을 함께 사용한 점은 범진단적 개입의 작용기제에 관한 향후 연구를 위한 기초 정보를 제공한다는 측면에서 의의가 있다.

둘째, 국내에서 불안 및 우울증상이 공존하는 대학생들을 대상으로 치료적 효과를 검증한 연구는 지금까지 한 건(E. S. Park & Lee, 2017)에 불과하였다. 이 선행연구에서 제공한 개입은 UP 계열이 아니며, 표본의 수가 적고, 성과 측정이 소수에 한정되어 있다는 여러 한계점이 있으나, 본 연구에서는 이러한 점들을 보강하여 단기 단일화된 범진단적 개입의 효과를 더 정밀하게 검증하였다는 장점이 있다. 즉, 더 많은 수의 표본을 확보하여 단기 단일화된 범진단적 개입 집단과 비교집단인 심리교육적 개입 집단의 참가자를 동등한 수로 구성하였으며, 다각적인 측면에서 효과를 검증했다는 점에서 의의가 있다. 또한 주로 임상환자집단을 대상으로 했던 서양의 많은 선행연구들과 달리, 본 연구는 불안과 우울증상을 호소하는 준임상적인 대학생집단을 대상으로 단기 단일화된 범진단적 개입의 효과를 입증했다는 점에서 차별점이 있다.

셋째, 본 연구를 통해 비교적 간단한 5회기만으로도 단기 단일화된 범진단적 개입이 불안 및 우울증상의 완화에 효과적임을 입증하였다. 이는 치료의 보급과 관련하여 중요한 시사점을 제공한다. 기존의 근거기반 치료는 평균 10회기로 구성되었으며, 각 장애별로 치료 프로토콜이 따로 개발되고 활용되고 있기 때문에 임상가들

에게 훈련, 시간 및 비용에 대한 부담을 많이 안겨주었다. 또한 장기간 개입이라고 해서 반드시 더 개선된 결과와 관련되지는 않는다고 밝혀진 바 있다(Christensen et al., 2010; Fisak et al., 2011; Stockings et al., 2016). 이러한 점들을 고려하였을 때, 본 연구에서 5회기로 구성된 단기 단일화된 범진단적 개입은 하나의 치료 프로토콜로 다양한 정서문제를 개선할 수 있고, 나아가 공존하는 증상을 동시에 다루어 줄 수 있다. 또한 진행과정이 매뉴얼로 구체화되어 있기 때문에, 일정한 교육과 훈련을 이수한 치료자라면 개입의 적용에 있어 어느 정도 일관성을 보장할 수 있다. 이러한 점을 고려하였을 때, 본 연구를 통해 5회기로 구성된 단기 단일화된 범진단적 개입은 치료의 보급이 더욱 용이하고 임상현장에 효율적으로 제공될 수 있는 하나의 방향을 제시하였다고 하겠다.

Author contributions statement

Sumin Cha, a clinical psychology intern at Hallym University, collected and analyzed data, and led manuscript preparation. Yongrae Cho, professor at Hallym University, supervised the research process. Suea Nam, a doctoral student of psychology at Hallym University, assisted in data collection and analysis. All authors provided critical feedback, participated in revision of the manuscript, and approved the final submission.

References

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30, 217-237.
- Antony, M. M., Bieling, P. J., Cox, B. J., Enns, M. W., & Swinson, R. P. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the depression anxiety stress scales in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment*, 10, 176-181.
- Barlow, D. H. (2010). Negative effects from psychological treatments: A perspective. *American Psychologist*, 65, 13-20.
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B., & Ehrenreich-May, J. T. (2017). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide* (Y. Cho, S. Noh, & M. Choi, Trans.). Seoul, Korea: Hakjisa (Original work published 2011).
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Bullis, J. R., Gallagher, M. W., Murray-Latin, H., Sauer-Zavala, S., & Ametaj, A. (2017). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 74, 875-884.
- Bentley, K. H., Boettcher, H., Bullis, J. R., Carl, J. R., Conklin, L. R.,

- Sauer-Zavala, S., & Barlow, D. H. (2018). Development of a single-session, transdiagnostic preventive intervention for young adults at risk for emotional disorders. *Behavior Modification, 42*, 781-805.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Capenter, K. M., Guenole, N., & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy, 42*, 676-688.
- Brady, E. U., & Kendall, P. C. (1992). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents. *Psychological Bulletin, 111*, 244.
- Brown, T. A., & Barlow, D. H. (2009). A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV anxiety and mood disorders: Implications for assessment and treatment. *Psychological Assessment, 21*, 256.
- Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R., & Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology, 110*, 585-599.
- Bullis, J. R., Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R., & Barlow, D. H. (2015). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Preliminary exploration of effectiveness for group delivery. *Behavior Modification, 39*, 295-321.
- Carl, J. R., Gallagher, M. W., Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., & Barlow, D. H. (2014). A preliminary investigation of the effects of the unified protocol on temperament. *Comprehensive Psychiatry, 55*, 1426-1434.
- Cha, E. S., Park, M. Y., & Kim, G. A. (2008). A comparison analysis of somatotype, physical activity, mental health, healthy behavior between normal weight and overweight college students in Korea. *Korean Journal of Health Promotion, 8*, 245-255.
- Cho, Y. R. (2007). Assessing emotion dysregulation: Psychometric properties of the Korean version of the difficulties in emotion regulation scale. *Korean Journal of Clinical Psychology, 26*, 1015-1038.
- Cho, Y. R. (2009). The reliability and validity of a Korean version of the cognitive and affective mindfulness scale-revised. *Korean Journal of Clinical Psychology, 28*, 667-693.
- Cho, Y. R., Choi, Y. H., Kim, S. Y., & Hong, S. H. (2018). Factor structure and other psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN) in Korean samples. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development, 51*, 263-280.
- Chon, K. K., Choi, S. C., & Yang, B. C. (2001). Integrated adaptation of CES-D in Korea. *Korean Journal of Health Psychology, 6*, 59-76.
- Christensen, H., Pallister, E., Smale, S., Hickie, I. B., & Calear, A. L. (2010). Community-based prevention programs for anxiety and depression in youth: A systematic review. *The Journal of Primary Prevention, 31*, 139-170.
- Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology, 100*, 316-336.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral science* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.
- Connor, K. M., Davidson, J. R. T., Churchill, E., Sherwood, A., Foa, E., & Weisler, R. H. (2000). Psychometric properties of the social phobia inventory: New self-rating scale. *British Journal of Psychiatry, 176*, 379-386.
- Davis, L., Barlow, D. H., & Smith, L. (2010). Comorbidity and the treatment of principal anxiety disorders in a naturalistic sample. *Behavior Therapy, 41*, 296-305.
- De Ornelas Maia, A. C. C., Braga, A. A., Nunes, C. A., Nardi, A. E., & Silva, A. C. (2013). Transdiagnostic treatment using a unified protocol: Application for patients with a range of comorbid mood and anxiety disorders. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy, 35*, 134-140.
- De Ornelas Maia, A. C. C., Nardi, A. E., & Cardoso, A. (2015). The utilization of unified protocols in behavioral cognitive therapy in transdiagnostic group subjects: A clinical trial. *Journal of Affective Disorders, 172*, 179-183.
- Ellard, K. K., Fairholme, C. P., Boisseau, C. L., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2010). Unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: Protocol development and initial outcome data. *Cognitive and Behavioral Practice, 17*, 88-101.
- Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R., Gallagher, M. W., & Barlow, D. H. (2012). Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: A randomized controlled trial. *Behavior Therapy, 43*, 666-678.
- Fava, M., Rankin, M. A., Wright, E. C., Alpert, J. E., Nierenberg, A. A., Pava, J., & Rosenbaum, J. F. (2000). Anxiety disorders in major depression. *Comprehensive Psychiatry, 41*, 97-102.
- Feldman, G., Hayes, A. M., Kumar, S., Greeson, J., & Laurenceau, J. (2007). Mindfulness and emotion regulation: The development and initial validation of the Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised (CAMS-R). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 29*, 177-190.
- Fisak, B. J., Richard, D., & Mann, A. (2011). The prevention of child and adolescent anxiety: A meta-analytic review. *Prevention Science, 12*, 255-268.
- Gratz, K. L., Bardeen, J. R., Levy, R., Dixon-Gordon, K. L., & Tull, M. T. (2015). Mechanisms of change in an emotion regulation group therapy for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Behavior Research and Therapy, 65*, 29-35.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor struc-

- ture, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41-54.
- Greenberg, L. S. (2002). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Heo, J. H., Choi, M. S., & Jin, H. J. (2009). Study on the reliability and validity of Korean translated Acceptance-Action Questionnaire-2. *Korean Journal of Counseling and Psychotherapy*, 21, 861-878.
- Kang, J. Y., & Jang, J. H. (2017). The effectiveness of a Mindful Self-Compassion (MSC) group program for self-critical university students. *Korean Journal of Counseling and Psychotherapy*, 29, 335-356.
- Keyes, C. L. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43, 207-222.
- Lee, H. H., Kim, E. J., & Lee, M. K. (2003). A validation study of Korea positive and negative affect schedule: The PANAS scales. *Journal of Clinical Psychology*, 22, 935-946.
- Lenze, E. J., Mulsant, B. H., Shear, M. K., Schulberg, H. C., Dew, M. A., Begley, A. E., . . . Reynolds III, C. F. (2000). Comorbid anxiety disorders in depressed elderly patients. *American Journal of Psychiatry*, 157, 722-728.
- Lim, Y. J., Ko, Y. G., Shin, H. C., & Cho, Y. R. (2012). Psychometric evaluation of the mental health continuum-short form (MHC-SF) in South Koreans. *Korean Journal of Psychology: General*, 31, 369-386.
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety & Stress Scales*. (2nd Ed.) Sydney: Psychology Foundation.
- Mangelsdorf, S. C., Shapiro, J. R., & Marzolf, D. (1995). Developmental and temperamental differences in emotion regulation in infancy. *Child Development*, 66, 1817-1828.
- Mennin, D. S., & Fresco, D. M. (2010). *Emotion regulation as an integrative framework for understanding and treating psychopathology*. In A. M. Kring & D. M. Sloan (Eds.), *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (p. 356-379). New York: Guilford Press.
- Mennin, D. S., Holaway, R. M., Fresco, D. M., Moore, M. T., & Heimberg, R. G. (2007). Delineating components of emotion and its dysregulation in anxiety and mood psychopathology. *Behavior Therapy*, 38, 284-302.
- Mineka, S., & Sutton, S. K. (1992). Cognitive biases and the emotional disorders. *Psychological Science*, 3, 65-69.
- Noh, S. S., & Cho, Y. R. (2013). Development and effects of a self-compassion cultivation program for young adults with the features of borderline personality. *Korean Journal of Clinical Psychology*, 32, 97-121.
- Noyes, R. (2001). Comorbidity in generalized anxiety disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 24, 41-55.
- Osma, J., Castellano, C., Crespo, E., & García-Palacios, A. (2015). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in group format in a Spanish public mental health setting. *Psicología Conductual*, 23, 447-466.
- Park, E. S., & Lee, H. J. (2017). The effects of Emotion Regulation Therapy (ERT) in individuals with co-occurring generalized anxiety and depression symptoms. *Korean Journal of Clinical Psychology*, 36, 206-222.
- Park, H. J. (2020). *The effects of unified treatment program as transdiagnostic intervention for college students with social anxiety* (master's thesis). Daegu University, Gyeongbuk, Korea. Retrieved from <http://www.riss.kr/link?id=T15531880>.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Reinholt, N., & Krogh, J. (2014). Efficacy of transdiagnostic cognitive behaviour therapy for anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis of published outcome studies. *Cognitive Behaviour Therapy*, 43, 171-184.
- Rothbart, M. K., & Ahadi, S. A. (1994). Temperament and the development of personality. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 55.
- Sauer-Zavala, S., Boswell, J. F., Gallagher, M. W., Bentley, K. H., Ametaj, A., & Barlow, D. H. (2012). The role of negative affectivity and negative reactivity to emotions in predicting outcomes in the unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 551-557.
- Seo, J. G., & Park, S. P. (2015). Validation of the Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) and GAD-2 in patients with migraine. *The Journal of Headache and Pain*, 16, 1-7.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166, 1092-1097.
- Stockings, E. A., Degenhardt, L., Dobbins, T., Lee, Y. Y., Erskine, H. E., Whiteford, H. A., & Patton, G. (2016). Preventing depression and anxiety in young people: A review of the joint efficacy of universal, selective and indicated prevention. *Psychological Medicine*, 46, 11-26.
- Tortella-Feliu, M., Balle, M., & Sesé, A. (2010). Relationships between negative affectivity, emotion regulation, anxiety, and depressive symptoms in adolescents as examined through structural equation modeling. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 686-693.
- Watson, D., & Clark, L. A. (1984). Negative affectivity: The disposition to experience aversive emotional states. *Psychological Bulletin*, 96, 465-490.

- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measure of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.
- Watson, D., Gamez, W., & Simms, L. J. (2005). Basic dimensions of temperament and their relation to anxiety and depression: A symptom-based perspective. *Journal of Research in Personality*, 39, 46-66.
- Kim, H. S., & Yang, J. W. (2017). Evidence-based treatment of social anxiety disorder. *Korean Journal of Clinical Psychology*, 36, 470-493.
- Ye, M. S., & Oh, K. J. (2012). The relationship between negative affectivity, depression, and anxiety: Mediation role of experiential avoidance and cognitive reappraisal. *Cognitive Behavior Therapy in Korea*, 12, 77-95.

국문초록

불안 및 우울증상을 호소하는 준임상적인 대학생들을 위한 단기 단일화된 범진단적 개입의 효능

차수민·조용래·남수아

한림대학교 심리학과

본 연구에서는 정서장애를 위한 단일화된 범진단적 치료 프로토콜에 기초한 단기 단일화된 범진단적 개입이 준임상수준의 불안 및 우울 증상을 호소하는 대학생들의 부정적 정신건강 변인(우울증상, 불안증상, 사회불안증상, 범불안증상, 부정적 정서, 스트레스증상)과 긍정적 정신건강 변인(긍정적 정서, 정신적 웰빙) 및 정서조절 변인(정서조절 곤란, 마음챙김, 심리적 유연성 부족)에 미치는 효과가 검증되었다. 두 가지 우울척도와 세 가지 불안척도 등 다섯 가지 자기 보고형 척도 중에서 한 가지 이상의 척도에서 경도 또는 그 이상의 심각도 기준을 충족한 대학생 43명이 본 연구에 참여하였다. 동일한 수의 내담자들이 단기 단일화된 범진단적 개입($n=20$)과 심리교육적 개입($n=20$)에 각각 끝까지 참여하였으며, 두 개입 모두 총 5회기(주 2회, 1회당 90-120분)로 진행되었다. 분석 결과, 단기 단일화된 범진단적 개입 집단은 심리교육적 개입 집단에 비해 모든 변인에서 유의한 개선을 보였으며, 이러한 양상은 2주 후까지 유지되는 것으로 나타났다. 결론적으로, 이 결과들은 단기 단일화된 범진단적 개입이 불안이나 우울증상을 호소하는 준임상적인 대학생들의 정신건강을 증진시키고 정서조절 능력을 함양하는 데 효과적인 개입임을 시사한다. 끝으로, 본 연구의 의의, 한계점과 향후 연구를 통해 보완해야 할 점들이 논의되었다.

주요어: 단기 단일화된 범진단적 개입, 불안증상, 우울증상, 정신적 웰빙, 정서조절, 준임상집단