

정서장애 대학생들을 대상으로 한 단일화된 범진단적 치료의 변화기제: 정서조절곤란의 매개가설에 대한 지지 증거*

남 수 아

한림대학교
심리학과
박사 수료

서 우 정

한림대학교
심리학과
박사 수료

조 용 래[†]


한림대학교
심리학과
교수

본 연구는 정서장애에 대한 단일화된 범진단적 치료의 효과를 설명하는 변화기제를 규명하기 위하여 수행되었다. 선행연구들과 문헌에 기초하여, 사회불안증상, 범불안증상, 공황장애 심각도, 우울증상, 부적 정서, 일상적 기능의 손상 수준 및 주 진단의 임상적 심각도에 대한 단일화된 범진단적 치료의 효과가 정서조절곤란의 감소에 의해 매개될 것이라는 가설을 설정하고 검증하였다. 연구 대상은 DSM-5의 여러 종류의 불안 및 우울장애 중에서 적어도 1가지 이상의 진단을 충족시킨 대학생들이며, 단일화된 범진단적 치료를 제공받은 참가자 44명과 대통제조건에 속한 참가자 15명이 8주 간격의 사전 및 사후 평가와 3개월 추후 평가를 모두 완성하였다. 부트스트래핑에 기반한 매개효과 분석 결과, 가설과 일치되게, 사회불안증상 및 주 진단의 임상적 심각도에 대한 단일화된 범진단적 치료의 효과는 정서조절곤란의 감소에 의해 부분 매개되었고, 다섯 가지 다른 결과 측정치에 대한 단일화된 범진단적 치료의 효과는 정서조절곤란의 감소에 의해 완전 매개되었다. 결론적으로, 이러한 결과들은 정서조절곤란의 감소가 여러 종류의 불안장애와 우울장애로 진단된 국내 대학생 내담자들을 대상으로 한 단일화된 범진단적 치료의 효과에 대한 매개변인임을 지지하는 증거를 제공한다.

주요어 : 단일화된 범진단적 치료, 정서장애, 정서조절곤란, 매개변인

* 이 논문은 2019년 대한민국 교육부와 한국연구재단의 인문사회분야 중견연구자지원사업의 지원을 받아 수행된 연구임(NRF-2019S1A5A2A01046179).

† 교신저자(Corresponding Author) : 조용래 / 한림대학교 심리학과 교수 / (24252) 강원특별자치도 춘천시 한림대학길 1 / E-mail : yrcho@hallym.ac.kr.

 Copyright ©2023, Clinical Psychology in Korea: Research and Practice
This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>), which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

정서장애의 높은 공병률을 고려하여, 최근 수행되는 연구들은 점점 더 여러 장애에 걸친 공통 메커니즘에 초점을 맞추고 있다(Barlow et al., 2004; Craske, 2012). 불안 및 우울장애와 같이 혼란 정신장애에 대해 경험적으로 지지된 몇 가지 치료들이 존재하지만(Barkowski et al., 2020; Ijaz et al., 2018; Zhang et al., 2019), 이러한 치료의 효율적이고 효과적인 보급은 잘 되지 않고 있는 실정이다(Powers & Deacon, 2013). 대부분의 치료는 특정 정신장애를 대상으로 한 매뉴얼화 된 프로토콜의 형태를 취하는데, 이는 정신장애의 높은 공병률을 해결하는데 적합하지 않으며, 훈련 관점에서도 실용적이지 않을 수 있다(Kessler et al., 2005; Wilamowska et al., 2010). 이러한 점들을 고려하여, 다양한 정서장애에 일반화할 수 있는 치료를 제공하는 것을 목표로 범진단적 개입(transdiagnostic interventions)이 개발되었다(Wilamowska et al., 2010). 범진단적 개입은 치료자들의 훈련 부담을 줄여줄 수 있다는 가능성과 함께 공존장애의 순차적인 치료에 대한 효율적이고 비용 효과적인 대안이 될 수 있다(Wilamowska et al., 2010). 이러한 범진단적 개입 방식 중 하나가 정서조절곤란의 개선과 정서조절능력 향상에 초점을 둔, 정서장애에 대한 단일화된 범진단적 치료 프로토콜(unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders, 이하 UP라 칭함)이다.

UP는 총 5가지의 핵심 모듈(비판단적인 정서 알아차림, 인지적 재평가, 정서회피와 정서 주도행동에 대항하기, 신체감각에 대한 알아차림과 감내, 신체감각과 상황에 기반을 둔 정서 노출)과 3가지 추가 모듈(치료 참여를 위한 동기강화, 정서 이해하기와 정서반응 인식하고 추적하기, 재발 방지)로 구성된 정서에

초점을 둔 인지행동치료의 일종이다. UP의 효과는 지난 10여 년 동안 서구를 중심으로 국외에서 다수의 연구들이 수행되어 왔고, 그 효과가 일관되게 입증되어 왔다(Barlow et al., 2017; Bullis et al., 2015; Castro-Camacho et al., 2022; Ellard et al., 2012; Farchione et al., 2012; Sauer-Zavala et al., 2020). UP 치료 연구에 대한 최근 리뷰(Carlucci et al., 2021; Cassiello-Robbins et al., 2020; Sakiris & Berle, 2019)에 따르면, 개인 및 집단 형식 UP 둘 다는 불안 및 우울증상의 감소뿐만 아니라 삶의 질과 기능 수준의 개선에 큰 효과를 보였다. 아울러, Cassiello-Robbins 외(2020)의 메타분석 연구는 UP가 모든 범위의 정서장애의 증상을 완화하고 회피반응을 감소시키는데 효과적임을 보고하였다.

서양과 달리, 국내에서 UP와 관련된 연구가 이루어지기 시작한 것은 불과 최근의 일이다(김소화, 박정수, 2023; 김형하, 조용래, 2021; 남수아 외, 2021; 박혜진, 김근향, 2020; 조용래 외, 2023; 현정은, 김근향, 2021; Cha et al., 2021). 준임상적 수준의 정서적 어려움을 호소하는 대학생들을 대상으로 5회기의 단기 UP(김소화, 박정수, 2023; Cha et al., 2021) 및 7회기의 UP(박혜진, 김근향, 2020; 현정은, 김근향, 2021)를 적용하여 그 효과를 검증한 결과, 다양한 정서 증상 결과 측정치들에서 유의한 효과를 보였다. 나아가, 조용래 외(2023)는 최소 1가지 이상의 불안 및 우울장애로 진단받은 대학생들을 대상으로 총 8회기로 구성된 개인치료 형태의 UP를 제공하고, 치료 효과를 검증하였다. 그 결과, 대기통제조건과 달리 개인 UP조건에 속한 참가자들은 다양한 정신병리적 증상 및 주 진단의 임상적 심각도 평정 수준이 치료 전에 비해 치료 후 및 3개월 추

후 시기에 유의하게 감소되었다. 뿐만 아니라, 남수아 외(2023)는 적어도 1가지 이상의 불안 및 우울장애로 진단받은 대학생들을 대상으로 총 8회기의 UP를 집단치료와 개인치료로 나누어 제공하고, 그 치료 효과를 비교 검증하였다. 그 결과, 두 조건 모두 사회불안증상, 범불안증상, 공황장애 심각도, 우울증상, 임상적 불안증상, 부적 정서, 일상적 기능의 손상 및 주 진단의 임상적 심각도 평정의 측정치들이 치료 전과 치료 후 간에, 치료 전과 추후 간에 유의하게 감소하였고, 두 조건 간 차이는 유의하지 않은 것으로 보고하였다. 하지만, 앞서 개관한 국내 연구들은 UP의 효과 검증에만 초점을 맞추고 있으며, 이러한 UP 치료의 효과가 어떤 과정을 통해 나타나는지 그 변화기제에 관한 정보들을 구체적으로 제공하지 못하였다.

이에 본 연구는 UP가 어떤 과정을 통해서 효과를 보이는지, UP의 효과를 설명하는 변화기제를 규명하는데 초점을 맞추었다. 이와 관련하여, 대표적인 현대 심리치료 이론들(Barlow et al., 2004; Gratz et al., 2015; Greenberg, 2002)은 부적응적인 정서조절전략을 개선하고 적응적인 정서조절역량을 증진하는 것이 치료의 핵심 요소이자 본질적인 표적이라고 강조하였다. 정서조절이란 정서에 대한 알아차림을 기반으로, 자신의 정서경험을 수용하고, 부정적인 정서를 경험할 때 순간적인 생각과 감정에 따른 행동을 조절하고, 자신이 원하는 목표와 일치되게 행동하는 능력, 그리고 개인적인 목표와 상황적인 요구를 충족시키기 위하여 적응적인 정서조절전략을 유연하게 사용할 수 있는 능력으로, 이러한 능력이 결핍될 경우 정서조절곤란을 보일 수 있다(Gratz & Roemer, 2004). UP는 생각, 감정 및 행동의 상호작용이

어떻게 내부적인 정서경험을 발생시키고, 이러한 정서경험에 대한 회피-혐오 반응이 어떻게 장기적으로 증상을 유지시키는지 강조한다(Benuto et al., 2023). 정서를 알아차리는 방법을 가르치고, 반복적인 노출 실습을 장려하며, 교정적 경험의 기회를 제공함으로써(Boswell, 2013), 내담자가 정서의 적응적이고 기능적인 특성을 이해하도록 돕고, 자신의 정서를 더 잘 감내하며, 부적응적인 정서조절전략을 교정하는데 목표를 두고 있다(Ellard et al., 2010). 즉, UP는 내담자/환자가 시간에 지남에 따라 자신이 개발한 부적응적인 정서조절전략을 명료화하고, 보다 적응적인 정서조절전략으로 수정하도록 촉진한다(Barlow et al., 2017). 불안장애와 기분장애를 겪는 사람들은 부적응적인 정서조절전략을 주로 사용하고, 적응적인 정서조절에 결함을 보이며, 특히 정서조절은 불안장애와 기분장애의 발병 및 유지에 있어 중요한 기제로 나타났다(Barlow et al., 2011/2017a, 2011/2017b).

이러한 점을 고려하여, 본 연구는 정서장애에 대한 UP의 효과를 설명하는 변화기제로, 정서조절곤란의 개선을 잠정적인 매개변인으로 상정하고 이를 검증하고자 하였다. 앞서 기술한 것처럼, UP는 정서조절곤란의 개선과 정서조절능력의 향상에 초점을 둔 개입이며, 단축형을 포함한 UP(박혜진, 김근향, 2020; 현정은, 김근향, 2021; Cha et al., 2021; Khakpoor, Bytamar et al., 2019; Khakpoor, Saed et al., 2019)는 정서조절곤란을 유의하게 감소시키는데 효과적인 것으로 밝혀졌다. 또한 정서조절곤란은 대학생들의 다양한 종류의 불안증상과 우울증상을 예측하는데 유의하게 기여하였고(남수아 외, 2021; 서우정, 조용래, 2012; 오펜혜 외, 2009; Khakpoor, Bytamar et al., 2019;

Khakpoor, Saed et al., 2019), 여러 종류의 불안증상이나 우울증상과 유의한 상관을 보였다(조용래, 2007; Cha et al., 2021; Gratz & Roemer, 2004; Mennin et al., 2005). 이러한 점들을 종합하면, 정서장애로 고통을 겪는 사람들이 UP에서 다루는 핵심 개념들과 기술들을 충분히 이해하고 꾸준히 실행할 경우, 정서조절곤란의 개선을 가져오고, 이러한 개선을 통해 다양한 종류의 정신병리적 증상, 일상적 기능의 손상 수준 및 주 진단의 임상적 심각도가 완화될 것이라고 추론할 수 있다. 하지만 현재까지 국외를 중심으로 UP의 치료 효과를 지지하는 연구들은 많은 수가 진행되어 왔으나, 이 치료의 기초가 되는 변화기제로서의 정서조절곤란의 매개역할을 검증한 연구는 아직 소수에 불과한 실정이다.

국외에서는 불안 및 우울장애가 있는 대학생 24명(Khakpoor, Saed et al., 2019, UP: 12명, 통제: 12명)과 23명(Khakpoor, Bytamar et al., 2019, UP: 11명, 통제: 12명)을 대상으로 20회기의 UP를 구성하여 불안증상과 우울증상에 대한 치료 효과 및 정서조절곤란의 매개역할을 검증한 연구가 보고되었다. 그러나 이 연구들에서는 우선 매개효과를 검증할 때 동일한 시점에 측정된 매개변인과 종속변인을 사용함으로써 매개효과 검증에 필수적인 시간적 우선성(temporal precedence; Kraemer et al., 2002) 조건을 충족하지 못하였으며(Khakpoor, Saed et al., 2019), 치료 결과 측정도구로 2가지의 자기보고형 검사(불안증상, 우울증상)만을 사용함으로써 다양한 종류의 불안증상 측정치들과 임상가에 의한 주 진단 심각도 평정치의 치료적 변화에 대한 정서조절곤란의 매개역할을 검증하지 못하였다. 또한 참가자 선별을 위한 도구로 최신 버전이 아닌 DSM-IV

(Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994)에 대한 불안장애 면접 스케줄(Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV-Lifetime Version)을 사용하였고, 공병장애가 있는 참가자 수($n = 6$)는 매우 소수에 불과하였으며, 해당 연구에 적용된 UP 프로그램은 일반적인 평균 회기수인 16~18회기(Barlow et al., 2017; Ellard et al., 2010; Farchione et al., 2012)보다 더 길게 구성되어 있다는 한계가 있다. 이는 임상 및 지역사회 현장으로의 UP의 보급에 제약요인으로 작용할 수 있고, 장기간 개입이라고 하여 반드시 더 개선된 결과를 가져오지는 않는다는 견해(Christensen et al., 2010; Fisak et al., 2011; Stockings et al., 2016)에도 주목할 만하다. 아울러, 국내에서는 불안 및 우울증상을 호소하는 대학생들을 대상으로 한 UP 기반의 총 5회기 단축형 UP를 구성하여, UP에 대한 치료 효과 및 정서조절곤란의 매개역할을 입증하였다(남수아 외, 2021). 하지만 이 연구에서 시행한 프로그램에는 UP의 5가지 핵심 모듈 중 2가지(신체감각에 대한 알아차림과 감내, 신체감각과 상황에 기반을 둔 정서 노출) 모듈, 즉 노출과 관련된 모듈들이 모두 제외되어 있고, 임상적 수준으로 정서적인 어려움을 호소하는 내담자/환자가 아닌 준임상적인 일반 대학생들을 대상으로 연구를 진행하였으므로, 그 결과를 임상 집단에 일반화하기에는 주의가 필요하다. 이에 더하여, 이 연구 또한 결과 측정도구로 자기 보고형 검사만을 활용하였고, 치료 전과 치료 후 시점만을 사용하여 매개효과 분석을 실시한 바, 매개효과에 대한 검증을 위한 필수 조건인 변인들 간의 시간적 우선성을 충족하지 못하였다는 한계가 있다.

이에 본 연구는 다양한 정서장애를 겪고 있는 국내 대학생들에게 8회기의 UP를 제공하고, 사회불안증상, 범불안증상, 공황장애 심각도, 우울증상, 부적 정서, 일상적 기능의 손상 수준 및 주 진단의 임상적 심각도 평정 등에 대한 UP의 효과가 정서조절곤란의 감소에 의해 매개될 것이라는 가설을 상정하고 검증하는데 주 목적이 있다. 선행연구들에서 지적된 한계점을 보완하기 위하여, 본 연구는 국내외의 선행연구들(조용래 외, 2023; Barlow et al., 2017; Ellard et al., 2010; Farchione et al., 2012)에서 사용된 일련의 기준 및 선발 절차들을 사용하고, DSM-5(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition: DSM-5; American Psychiatric Association, 2013)에 기초하여, 여러 종류의 불안장애 또는 우울장애로 진단을 받고 선발된 내담자들을 대상으로, UP 기반의 총 8회기 프로그램(5가지 핵심 모듈을 포함한 8가지 모듈)을 구성하여 심리학적 치료를 제공하고자 하였다. 코로나 19 스트레스가 높고, 동시에 우울 혹은 불안증상이 높은 참가자들을 대상으로, UP를 총 5회기로 구성하여 치료 효과를 검증한 연구(김소화, 박정수, 2023)에서는 단기 UP, 인지행동치료조건 및 무처치 통제조건 간에 정서조절곤란에 대한 효과가 유의한 차이를 보이지 않았는데, UP에서 핵심적으로 다루고 있는 공통 기제 중 하나가 정서조절곤란이라는 점을 고려하면, 이는 예상 밖의 결과이다. 이에 대해 해당 연구자들은 5주라는 단기간에 정서조절곤란을 개선하는 데 한계가 있었을 가능성 및 노출 회기가 생략되어, UP에서 권고한 정서 이해, 직면 및 적응적 반응으로 이어지는 완전한 일련의 과정을 다루지 못한 점 등이 결과에 영향을 주었을 가능성이 있다고 제시

하였다. 하지만 노출 훈련이 포함되어 있지 않으면서 5회기의 UP 효과를 검증한 국내의 다른 연구(Cha et al., 2021)에서는 치료 후에 정서조절곤란이 유의하게 개선되었다는 점을 고려하면, 다른 요인이 그러한 결과에 작용했을 가능성이 더 커 보인다. 이를테면, 김소화와 박정수(2023)의 연구에서는 모든 회기가 비대면 방식으로 진행되었다는 점과, 7명의 인원으로 구성된 집단을 대상으로 프로그램을 진행하면서 회기당 75분이라는 비교적 짧은 시간이 소요되었기 때문에, 참가자들이 정서조절 기술들을 이해하고 습득하여 상황에 맞게 적용하는데 한계가 있었을 가능성이 있다고 생각한다. 따라서 정서조절곤란의 의미있는 개선을 위해서는 UP에서 다루는 핵심 개념과 기술들을 충분히 이해하고 실행할 수 있도록 프로그램을 구성할 필요성이 있겠다. 범진단적 치료는 실무자들의 훈련 부담을 덜어 주고, 치료 수요가 많은 데도 불구하고 치료에 할애할 수 있는 시간과 여건이 제한되어 있는 임상 현장에서 효율적이고 비용 효과적으로 치료를 제공하는 것을 목표로 개발되었다(Wilamowska et al., 2010). 국외 선행연구(Barlow et al., 2017; Ellard et al., 2010; Farchione et al., 2012)들에서는 대체적으로 다양한 불안장애 혹은 우울장애로 진단된 내담자/환자들을 대상으로 UP를 총 16회기 이상으로 구성하여 제공하였는데, UP에서 제안하는 핵심 모듈을 모두 충분히 다룰 수 있으면서도, 비교적 간명한 회기로 구성된 프로그램이 의미있는 치료 효과를 나타낼 수 있다면, 이는 참가자와 진행자 모두의 부담을 덜어줌으로써 지역사회나 임상현장에 더욱 용이하게 보급될 수 있고 효율적으로 적용될 수 있을 것이다(Cha et al., 2021).

이에 더해, 본 연구는 결과 측정치로 다양한 종류의 정신병리적 증상 및 일상적 기능의 손상 등을 측정하는 자기 보고형 도구뿐만 아니라, 임상가에 의한 반구조화된 면접 도구를 사용하여 내담자의 증상들을 다각적으로 평가하고 계량화하여, UP 효과의 변화기제로서 상정된 정서조절곤란의 매개효과를 검증하고자 하였다. 또한 매개효과 분석은 시간적 우선성에 대한 가정을 기반으로 하는데, 이는 독립변인의 변화가 매개변인의 변화에 선행한다고 가정하고, 매개변인의 변화가 결과변인의 변화에 선행한다고 가정한다는 것을 의미한다(Cole & Maxwell, 2003). 치료 연구에서 매개변인의 효과를 검증하는 주된 목적은 치료의 효과가 어떤 과정을 통해서 나타나는지를 밝혀내고자 하는데 있다. 이에 시간적 우선성에 대한 가정이 충족되지 않으면 인과 경로에 대한 근거를 확립하기 어렵기 때문에, 본 연구는 이러한 선행연구들의 한계점을 개선하고 UP의 변화기제를 더 정확하게 규명하기 위하여, 치료 전 및 치료 후와 더불어 3개월 추후 평가를 실시하였다. 이렇게 하면 UP의 효과의 지속성을 검증하면서도, 매개변인과 종속변인을 동시에 측정함으로써 제기될 수 있는 시간적 우선성 문제를 적절하게 해결할 수 있을 것으로 기대한다(조용래, 2012).

방 법

연구 대상

본 연구는 2019년 대한민국 교육부와 한국연구재단의 지원을 받아 수행한 연구과제[사업명: 2019년도 중견연구자지원사업(2년 과제);

연구과제명: 정서장애에 대한 단일화된 범진단적 치료의 효능 및 매개변인으로서 정서조절곤란]의 일환으로 수집된 자료를 사용하였다. 남수아 외(2023)의 연구에서 다룬 UP의 치료 효과 검증 결과를 토대로, 본 연구는 UP의 효과를 설명하는 변화기제를 규명하기 위해, UP의 개인치료와 집단치료 데이터를 한데 합친 후에 UP조건 데이터¹⁾로 활용하여 대기통제조건과 비교하였다. 최소 1가지 이상의 불안장애 혹은 우울장애를 겪고 있는 참가자들을 모집하기 위하여, 온라인 및 오프라인 방식을 통해 홍보를 실시하였다. 연구 참여에 서면 동의한 대학생들은 4가지의 자기보고형 검사를 실시하였고[사회공포증 검사(Social Phobia Inventory: SPIN), 공황장애 심각도 척도(Panic Disorder Severity Scale: PDSS), 범불안장애-7문항(Generalized Anxiety Disorder-7: GAD-7) 척도 및 역학연구센터-우울척도(Center for Epidemiologic Studies Depression Scale; CES-D)], 총 329명 중에서 각 검사의 절단점 이상의 점수를 보인 참가 희망자 212명이 예비 선발 기준을 통과하였다. 예비 선발 기준에는 해당되거나 연락이 두절되거나 사전 선별 검사지에 참여 의사가 없다고 응답한 66명과, 이미 정신건강의학과 혹은 전문적인 상담기관에서 심리치료를 받고 있는 13명은 제외되었다. 정확한 진단 평가를 내리기 위하여, DSM-5에 대한 불안장애 면접 스케줄(Anxiety Disorders Interview Schedules for DSM-5: ADIS-5; Brown & Barlow,

1) 사전동등성 검증 결과, 치료 전에 평가된 각 종속측정치들에 대해 UP의 개인치료조건과 집단치료조건 간에 어떠한 변인에서도 유의한 차이를 보이지 않았다. 뿐만 아니라, 이 두 조건 간에 치료 효과 역시 어떤 종속변인들에서도 유의한 차이를 보이지 않은 것으로 밝혀졌다.

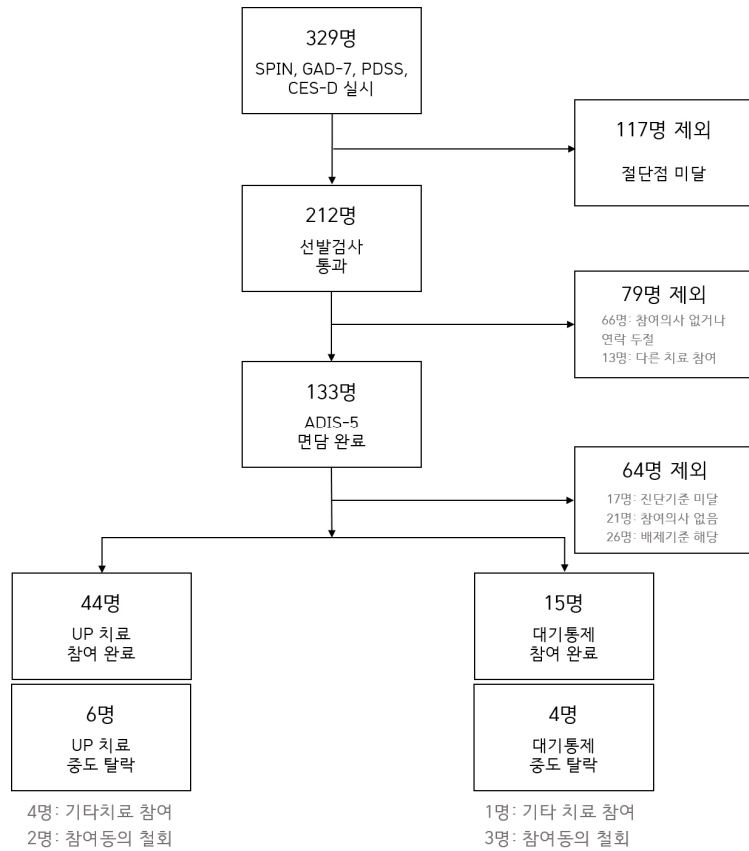


그림 1. 연구 진행 과정에서 연구 참가자의 인원수 변화

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

2014)을 활용하여 반구조화된 면접을 실시하였다. 반구조화된 면접은 소정의 훈련을 받은 임상심리전공의 석사과정생들이 진행하였고, 이후 임상심리전문가가 사례회의를 주관하여 최종 진단을 확정하였다. 연구 진행 과정에서 연구 참가자들의 인원수 변화는 그림 1에 제시하였고, 반구조화된 임상 면접 완료자 133명 중 69명이 연구 참가자로 최종 선발되었다. 참가자들의 의사를 반영하여, 50명(남 13명, 여 37명)은 UP조건에, 19명(남 3명, 여 16명)은

대기통제조건에 배정되었으며, UP조건에 참가자들의 경우, 사전에 참가자들의 개인사정(예: 통학 및 공강시간 등)을 고려하여 치료에 참여 가능한 일정을 파악하고, 치료자와 일정 조율 후 프로그램을 진행하였다. 사전, 사후 및 추후 3개월 시점의 평가까지 완료한 참가자는 UP조건은 44명(남 13명, 여자 31명), 대기통제조건은 15명(남 3명, 여 12명)이었다. 두 조건의 참가자들 간의 성별 분포의 차이는 유의하지 않았다, $\chi^2(1) = .52, p = .47, ns$.

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

	전체 (N = 59)	UP (n = 44)	대기통제 (n = 15)
나이	21.70(2.24)	21.68(2.18)	21.73(2.49)
주진단[n(%)]			
사회불안장애	40(67.8)	32(72.7)	8(53.3)
주요우울장애	12(20.3)	9(20.5)	3(20)
지속성 우울장애	3(5.1)	1(2.3)	2(13.3)
외상 후 스트레스 장애	2(3.4)	1(2.3)	1(6.7)
범불안장애	1(1.7)		1(6.7)
강박장애	1(1.7)	1(2.3)	
공병진단[n(%)]			
최소 1가지 이상	46(78)	34(77.3)	12(80)
주요우울장애	20(33.9)	18(40.9)	2(13.3)
사회불안장애	12(20.3)	7(15.9)	5(33.3)
범불안장애	9(15.3)	7(15.9)	2(13.3)
지속성 우울장애	12(20.3)	10(22.7)	2(13.3)
특정공포증	8(13.6)	7(15.9)	1(6.7)
명시되지 않은 우울장애	3(5.1)		3(20)
외상 후 스트레스 장애	2(3.4)		2(13.3)
강박장애	3(5.1)	3(6.8)	
질병불안장애	2(3.4)	1(2.3)	1(6.7)
공황장애	2(3.4)	2(4.6)	

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

두 조건에 속한 참가자들의 평균 나이(표준편차), 치료 전의 주 진단 및 공병 진단의 빈도(백분율)는 표 1에 제시되어 있다. 두 조건 간에 참가자들의 나이는 유의한 차이를 보이지 않았다, $t(57) = -.08, p = .94, ns$. 참가자들의 주 진단은 사회불안장애가 가장 많았으며, 그 다음으로 주요우울장애, 지속성

우울장애 순이었다. 전체 참가자들 중에서 공병 진단이 한 가지라도 있는 참가자는 UP조건 77.3%, 대기통제조건 80%였으며, 주요우울장애, 사회불안장애, 지속성 우울장애와 범불안장애 및 특정공포증 순으로 공병 진단이 많았다.

연구 진행에 참여한 모든 참가자들에게는

연구 참여 비율에 따라서 서로 다른 금액의 상품을 보상으로 제공하였으며, 연구 보상을 포함한 모든 연구 진행 과정 등에 대해서는 연구자들이 소속된 기관 내 생명윤리위원회(IRB)의 승인(HIRB-2019-047)을 받은 후, 연구를 진행하였다.

치료 프로그램

본 연구에서는 Barlow 외(2011/2017a, 2011/2017b)가 개발한 UP모듈을 총 8회기로 구성한 조용래 외(2023)의 연구를 바탕으로 진행하였다. UP는 핵심 모듈 5가지와 추가 모듈 3가지로 구성되어 있는데, 참가자들이 각 모듈을 충분히 이해하고 습득할 수 있도록(Bullis et al., 2015) 한 회기에 여러 모듈을 구성하지 않고, 하나의 핵심 개념을 충분히 이해 및 적용할 수 있도록 각 회기들을 구성하였다. UP 참가자들은 매주 1회씩 8주간 치료에 참여하고, 프로그램은 개인 혹은 4~5명으로 이루어진 작은 집단으로 실시하였다. UP의 개인치료의 경우, 회기당 약 60분 동안 치료가 진행되었고(조용래 외, 2023; Barlow et al., 2017; Farchione et al., 2012), 실습이 비교적 많은 3회기 및 7회기는 약 90분 동안 진행되었다. 회기 시작 전 참가자가 일상생활에서 수행해 온 숙제를 검토하고 피드백을 주고받는 시간을 약 10분 정도 가진 후, 해당 회기의 새로운 핵심 개념에 대한 심리교육과 실습을 진행하였으며, 회기를 마치기 전 소감을 들은 후 일상생활에서 한 주 동안 수행해 올 과제에 대해 안내하였다(이는 매 회기마다 동일). 7회기 정서 노출 회기 내 실습의 경우, 내담자별 주 호소 문제와 정서 노출 도전 과제에 따라 외부 인원이 필요한 경우(예: 동 연령대 동성 혹은 이성친

구, 청중 등)가 있어, 사전에 미리 보조 인력을 대상으로 교육 및 준비를 해 둔 후 실습을 진행하였으며, 회기를 마친 후 피드백을 주고 받는 시간을 가졌다.

UP의 집단치료의 경우, 평균 4.2명의 참가자(범위 4-5)를 대상으로 주 치료자 1명과 보조치료자 2명에 의해 회기당 약 120분씩 치료가 진행되었고(Bullis et al., 2015), 실습이 비교적 많은 3회기 및 7회기는 약 180분 동안 진행되었다. 회기 시작 전 참가자가 일상생활에서 수행해 온 숙제를 검토하고 피드백을 주고 받는 시간을 약 20분 정도 가진 후, 해당 회기의 새로운 핵심 개념에 대한 심리교육과 실습을 진행하였으며, 회기를 마치기 전 소감을 들은 후 일상생활에서 한 주 동안 수행해 올 과제에 대해 안내하였다(이는 매 회기마다 동일). 7회기 정서 노출 회기 내 실습의 경우, 내담자별 주 호소 문제와 정서 노출 도전 과제에 따라 다른 집단구성원들에게 역할(예: 청중, 팀 프로젝트 팀원 등)을 부여하였고, 회기 내에서 배운 기술들을 집단 구성원들 간에 적용하여 서로 도와주거나 피드백을 줄 수 있도록 하였다. 집단치료에서 보조치료자의 치료 제공 시간을 주 치료자의 1/2로 계산하여 산출한 참가자당 총 치료 시간은 8.1시간이었으며, 개인치료 조건에서 참가자당 총 치료시간은 8시간이었다. UP 프로그램의 각 회기별 주제(목표), 주요 실습 내용 및 부여된 숙제는 표 2에 제시하였다.

치료자

모든 치료자들은 구조화된 프로토콜에 기반하여 UP 프로그램을 실시하였다. UP 프로그램의 집단치료자는 UP 및 인지행동치료 교육

표 2. UP 프로그램의 각 회기별 주제(목표), 주요 실습내용 및 숙제

회기	제목	주제(목표)	주요 실습내용 및 숙제
1	변화 동기 유지 및 목표 설정	정서장애 및 동기에 대해 소개하고, 치료 목표 세우기	- 실습: 결정 저울 연습, 치료 목표 설정 기록지 작성 - 숙제: 불안증상과 우울증상 경과 기록지 작성(매주)
2	정서 이해와 정서 관찰하기	정서를 이해하고 정서를 관찰하는 방법 배우기	- 실습: 정서의 3요소 모형 실습지 작성, 정서 경험 모니터 - 숙제: 정서의 ARC모형 기록지 작성
3	정서 알아차리기	정서 경험을 관찰하는 방법 배우기	- 실습: 현재에 초점을 둔 비판단적 알아차림, 정서 유도 연습 - 숙제: 현재에 초점을 둔 비판단적인 알아차림을 일상생활에 적용하기
4	생각을 이해하기	생각이 정서에 영향을 미치는 방식 이해하기	- 실습: 모호한 그림 연습, 하향 화살표 기법, 생각의 뒷 찾기, 자동적 평가 찾아내고 검토하기 - 숙제: 자동적 평가 찾아내고 검토하기
5	행동을 이해하기	행동이 정서에 영향을 미치는 방식 이해하기	- 실습: 정서회피전략 찾기, 정서주도행동이 정서 반응을 유지하는 방식 찾기, 회피행동 및 정서주도행동과 대안행동 목록 작성하기 - 숙제: 정서주도행동에 대항하기
6	신체감각을 알아차리고 감내하기	정서와 연합된 내부 신체감각을 찾아보기	- 실습: 증상 유도 테스트, 증상 유도 테스트 양식 작성하기 - 숙제: 증상 유도 실습 양식 작성하기
7	신체감각적 및 상황적인 정서 노출하기	부정적인 정서에 대한 노출의 필요성을 이해하고 직면하기	- 실습: 정서 및 상황 회피 위계 목록 작성하기, 정서 노출 실습, 정서 노출 기록지 작성 - 숙제: 정서 노출 3회 실습 및 정서 노출 실습 기록지 작성하기
8	종결 및 앞으로 나아가기	프로그램을 통해 이룬 성취를 인정하고 미래의 계획 수립하기	- 실습: 나의 진전도 평가하기, 미래의 계획 세우기, 소감 나누기

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

을 수료한 임상심리전문가 2명(각각 참가자 12명, 9명을 맡아서 진행하였음)²⁾, UP 개인치

료 프로그램의 치료자는 임상심리전문가 4명

2) 12명과 9명의 참가자를 각각 맡아서 UP 집단 치료를 이끈 임상심리전문가 2명 간의 치료 효과 차이를 검토하기 위하여, 치료자 변인을 독립변인으로 혼합설계에 기초한 반복측정 변량

분석(mixed repeated measures ANOVA) 혹은 혼합 반복측정 공분산 분석(mixed repeated measures ANCOVA)을 사용하였다. 그 결과, 치료자 간에 어떤 종속변인에서도 유의한 차이를 보이지 않았다.

(각각 참가자 13명, 5명, 2명, 1명)³⁾과 임상심리전문가 수련과정에 있는 석사과정 4학기 2명(참가자 1명씩 맡아서 진행)에 의해 제공되었다. 모든 치료과정은 UP 국내판 워크북과 치료자용 가이드를 번역하고, 정신보건임상심리사 1급, 임상심리전문가, 인지행동치료전문가 및 명상지도전문가(R급) 자격을 보유한 연구책임자가 지도감독 하였다.

측정도구

사회공포증 검사(Social Phobia inventory: SPIN)

SPIN은 Connor 외(2000)가 사회불안증상의 심각도를 측정하기 위하여 개발한 자기 보고형 질문지이며, 총 17문항(예: ‘나는 사람들이 지켜보고 있을 것 같은 때 무슨 일을 하는 것을 두려워한다.’ 등)을 5점 Likert형의 척도에 평정하도록 되어 있다. 본 연구에서는 Cho 외(2018)가 우리말로 번안 및 타당화한 한국판 SPIN을 사용하였으며, 수집된 자료에서 산출된 내적 일치도(Cronbach's α)는 사전 .92, 사후 .94, 추후 .94였다.

범불안장애-7문항(Generalized Anxiety Disorder-7: GAD-7) 척도

GAD-7은 Spitzer 외(2006)가 최근 2주간의 범불안증상의 수준을 측정하기 위하여 개발한 자기 보고형 질문지이며, 총 7문항(예: ‘걱정하는 것을 멈추거나 조절할 수가 없

3) 13명과 5명의 참가자를 각각 맡아서 UP 개인치료를 진행한 임상심리전문가 2명 간의 치료 효과 차이를 살펴보기 위하여, 위와 동일한 분석방법을 사용한 결과, 치료자 간에 어떤 종속변인에서도 유의한 차이를 보이지 않았다.

다.’ 등)을 4점 Likert형의 척도에 평정하도록 되어 있다. 본 연구에서는 공식 홈페이지(<https://www.phqscreeners.com/select-screener/>)에서 원칙도 개발자들이 제공하는 한국어판 번역본을 사용하였으며, 수집된 자료에서 산출된 내적 일치도(Cronbach's α)는 사전 .83, 사후 .86, 추후 .82였다.

공황장애 심각도 척도(Panic Disorder Severity Scale: PDSS)

PDSS는 Shear 외(1997, 2001)가 공황장애 증상의 심각도를 측정하기 위하여 개발한 자기 보고형 질문지이며, 총 7가지 영역을 평가하고(예: ‘지난 1개월 동안 공황 발작 또는 제한된 증상 발작을 얼마나 자주 경험하셨습니다?’ 등), 총점에 따라서 공황장애의 심각도를 판단한다(Shear et al., 2001). 본 연구에서는 Lee 외(2009)가 우리말로 번안 및 타당화한 한국판 PDSS를 사용하였으며, 수집된 자료에서 산출된 내적 일치도(Cronbach's α)는 사전 .86, 사후 .88, 추후 .90이었다.

역학연구센터용 우울 척도(Center for Epidemiologic Studies Depression Scale: CES-D)

CES-D는 Radloff(1977)가 지난 일주일간 경험한 우울과 관련된 증상들을 측정하기 위하여 개발한 자기 보고형 질문지이며, 총 20문항(예: ‘가족이나 친구가 도와주더라도 울적한 기분을 떨쳐버릴 수 없었다.’ 등)을 4점 Likert형의 척도에 평정하도록 되어 있다. 본 연구에서는 전경구 외(2001)가 우리말로 번안 및 타당화한 한국판 CES-D를 사용하였으며, 수집된 자료에서 산출된 내적 일치도(Cronbach's α)는 사전 .90, 사후 .88, 추후 .85였다.

정적 및 부적 정서 척도(Positive and Negative Affect Scale: PANAS)

PANAS는 지난 일주일간 자신이 느꼈던 정적 및 부적 정서를 측정하기 위하여 Watson 외(1988)가 개발한 자기 보고형 질문지이며, 정적 및 부적 정서 각 10문항씩 총 20개의 문항을 5점 Likert형의 척도에 평정하도록 되어 있다. 본 연구에서는 이현희 외(2003)가 우리말로 번안 및 타당화한 20개의 문항 중, 요인분석 결과가 예상과 반대 방향으로 나온 1개 문항에 대한 번역을 부분적으로 보완하고 요인 타당도를 입증(조용래, 2007)한 한국판 PANAS 부적 정서 하위 척도(예: ‘괴로운’, ‘마음이 상한’, ‘적대적인’ 등)를 사용하였으며, 수집된 자료에서 산출된 내적 일치도(Cronbach’s α)는 사전 .88, 사후 .88, 추후 .86이었다.

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

WSAS는 일상적인 기능 손상의 정도를 측정하기 위하여 Marks(1986)가 개발하고 Mundt 외(2002)가 타당화한 자기 보고형 질문지이며, 총 5문항(예: ‘나의 정신건강문제 때문에 일(공부)을 할 수 있는 능력에 지장을 받는다.’ 등)을 9점 Likert형의 척도에 평정하도록 되어 있다. 본 연구에서는 장애리(2013)가 우리말로 번안 및 타당화한 한국판 WSAS를 사용하였으며, 수집된 자료에서 산출된 내적 일치도(Cronbach’s α)는 사전 .87, 사후 .91, 추후 .88이었다.

DSM-5에 대한 불안장애 면접스케줄(Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-5: ADIS-5)

ADIS-5는 DSM-5에 근거하여 다양한 종류의

불안장애 및 우울장애 등을 평가하고, 우울장애와 불안장애의 공병장애 여부를 측정하기 위하여 Brown과 Barlow(2014)가 개발한 반구조화된 면접도구이며, 본 연구에서는 조용래 외(2023)가 우리말로 번역한 것을 사용하였다. 면접자는 각 정신장애별로 임상적 심각도 평정치(clinical severity rating: CSR)를 9점 Likert형의 척도로 결정하고, 4점(확실히 장애가 있음) 이상은 DSM-5 진단기준의 임상적 역치를 넘은 것으로 간주한다. 모든 참가자들을 대상으로 선별, 사후, 추후 시점에 실시되었다.

정서조절곤란 척도(Difficulties in Emotion Regulation Scale: DERS)

DERS는 정서조절곤란의 정도를 측정하기 위하여 Gratz와 Roemer(2004)가 개발한 자기 보고형 질문지이며, 총 36문항(예: ‘나는 감정에 압도되고 감정을 통제하기 힘들다고 여긴다’ 등)을 5점 Likert형의 척도에 평정하도록 되어 있다. 본 연구에서는 조용래(2007)가 번안하고 타당화한 35개 문항의 한국판 DERS를 사용하였으며, 수집된 자료에서 산출된 내적 일치도(Cronbach’s α)는 사전 .94, 사후 .95, 추후 .93이었다.

측정절차 및 측정시기

두 조건의 속한 참가자들은 사회불안증상, 범불안증상, 공황장애 심각도, 우울증상, 부적 정서, 일상적 기능 손상 수준, 주 진단의 임상적 심각도 평정 및 정서조절곤란에 대한 자기 보고형 검사들과 함께 ADIS-5를 사전, 사후 및 추후 3개월에 실시하였다. 또한 모든 참가자들을 대상으로 사전에 나이, 성별, 정신장애 병력, 심리치료나 정신건강의학과 치료 병력

을 간단한 설문과 면접을 통하여 확인하였다.
분석방법

먼저, 참가자들의 나이, 성별 및 사전에 측정된 종속측정치들이 두 치료조건(UP조건, 대기통제조건) 간에 동등한지를 검증하기 위하여, χ^2 검증 및 독립표본 t 검증을 실시하였다. 아울러, 치료조건과 측정시기에 따른 효과 차이가 전반적으로 유의한지 검증하기 위하여, 혼합설계에 기초한 반복측정 분산분석(mixed repeated measures ANOVA)을 수행하였다. 상호작용효과가 유의할 경우, 그 소재를 구체적으로 파악하기 위해 단순효과 검증을 수행하였다. 또한 각 치료조건별로 잠정적인 매개변인에 대한 치료조건 내 효과크기(Hedge's g)를 구하였다. 다음으로, 잠정적인 매개변인(정서조절곤란)의 매개효과를 검증하기 위하여, 치료 전과 치료 후 사이의 잠정적인 매개변인의 변화가 치료 전과 추후 시기 사이의 여러 가지 종속변인들의 변화에 영향을 주는지 분석하였다. 이를 위하여 각 종속측정치들과 잠정적인

매개변인의 차이점수를 구하였으며, 본 연구에서 수집된 표본의 수 등을 종합적으로 고려하여, Hayes(2015)가 제안한 PROCESS macro 분석법을 이용하여, 정서조절곤란의 매개효과를 검증하였다. 간접효과의 유의성을 파악하기 위해 부트스트래핑(bootstrapping)을 사용하여 95% 신뢰구간에서 검증하였으며, 간접효과의 신뢰구간 사이에 0이 포함되어 있지 않으면 매개효과가 유의하다고 해석할 수 있다(Hayes, 2009; Shrout & Bolger, 2002). 아울러, 본 방법은 표본 크기가 작고 정규분포 가정을 충족할 수 없을 때, 부트스트래핑을 이용하여 효과를 추정할 수 있다는 장점이 있다. 수집된 자료는 IBM SPSS Statistics 21을 사용하였다.

결 과

사전 동등성 검증

치료 전에 평가된 각 종속측정치들에 대한

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

변인	UP (<i>n</i> = 44)	대기통제 (<i>n</i> = 15)	<i>t</i> (<i>p</i>)
사회불안증상	30.05(13.81)	28.27(12.66)	.44(.66)
범불안증상	6.23(4.05)	6.27(3.85)	-.03(.97)
공황장애 심각도	3.05(3.70)	2.53(3.09)	.48(.63)
우울증상	25.23(10.68)	19.87(8.11)	1.77(.08)
부적 정서	13.77(8.70)	14.33(6.16)	-.23(.82)
일상적 기능 손상	12.11(9.02)	7.91(6.61)	1.66(.10)
주 진단 CSR	4.73(.73)	4.60(.63)	.60(.55)
정서조절곤란	98.39(26.60)	97.73(19.02)	.09(.93)

주. UP = unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders; CSR = clinical severity rating.

조건별 평균 및 표준편차는 표 3에 제시하였다. 분석 결과, UP조건과 대기통제조건 간에 어떠한 변인에서도 유의한 차이를 보이지 않았다.

주요 변인에 대한 UP의 효과 검증

치료조건과 측정시기가 각 결과변인들에 미치는 효과를 확인하기 위하여, 혼합설계에 기초한 반복측정 분산분석을 사용하였다. 우선 각 치료조건 간 분산의 동질성을 검토하기 위해 Mauchly 검증 방법을 사용하여 구형성 검증을 수행한 결과, 우울증상 및 부적 정서 변인은 Mauchly, 사회불안증상, 범불안증상, 공황장애 심각도, 일상적 기능 손상 및 주 진단의 임상적 심각도 평정 변인은 Greenhouse-Geisser 수정방식을 사용하였으며, 구형성 가정은 모두 충족되었다.

분석 결과, 표 4에서 볼 수 있듯이, 사회불안증상, 부적 정서 및 주 진단의 임상적 심각도 평정의 경우, 측정시기 및 치료조건의 주효과, 치료조건과 측정시기의 상호작용효과가 모두 유의하였다. 상호작용효과의 소재를 구체적으로 파악하기 위하여 단순효과 검증을 실시한 결과, 치료 후 및 추후에 측정된 사회불안증상, 부적 정서 및 주 진단의 임상적 심각도 평정은 대기통제조건에 비해 UP조건에서 유의하게 감소되었다. 이에 더하여 사회불안증상 및 부적 정서의 경우, 치료 전에 비해 치료 후와 추후 둘 다에서 유의하게 감소되었고, 치료 후와 추후 간에는 유의한 차이를 보이지 않았다. 대기통제조건은 두 변인에서 치료 전과 치료 후 간에, 그리고 치료 전과 추후 간에 유의한 차이를 보이지 않았고, 치료 후와 추후 간에도 또한 유의한 차이를 보이지

않았다. 주 진단의 임상적 심각도 평정의 경우, UP조건에서는 치료 전에 비해 치료 후와 추후 둘 다에서 주 진단의 임상적 심각도 평정이 유의하게 감소하였으며, 치료 후에 비해 추후에도 유의하게 감소하였다. 이와 달리, 대기통제조건은 치료 전과 치료 후 간에, 그리고 치료 후와 추후 간에 유의한 차이를 보이지 않았으나, 치료 전에 비해 추후에는 유의하게 감소되었다.

우울증상 및 일상적 기능 손상의 경우, 치료조건의 주효과는 유의하지 않았으나, 측정시기의 주효과 및 치료조건과 측정시기의 상호작용효과는 유의하였다. 상호작용효과의 소재를 구체적으로 파악하기 위하여 단순효과 검증을 실시한 결과, 우울증상의 경우, UP조건에서는 치료 전에 비해 치료 후와 추후 둘 다에서 우울증상이 유의하게 감소되었으나, 치료 후와 추후 간에는 유의한 차이를 보이지 않았다. 대기통제조건은 치료 전과 치료 후 간에, 그리고 치료 전과 추후 간에 유의한 차이를 보이지 않았고, 치료 후와 추후 간에도 또한 유의한 차이를 보이지 않았다. 일상적 기능 손상의 경우, UP조건에서는 치료 전에 비해 치료 후와 추후 둘 다에서 일상적 기능의 손상이 유의하게 감소하였으며, 치료 후에 비해 추후에도 유의하게 감소하였다. 이에 반해, 대기통제조건은 치료 전과 치료 후 간에, 그리고 치료 전과 추후 간에 유의한 차이를 보이지 않았고, 치료 후와 추후 간에도 유의한 차이를 보이지 않았다.

범불안증상 및 공황장애 심각도의 경우, 측정시기의 주효과는 유의하였으나, 치료조건의 주효과 및 치료조건과 측정시기의 상호작용효과는 유의하지 않았다. 측정시기의 주효과를 자세히 분석한 결과, UP조건에서는 범불안증

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

종속변인	치료 조건	사전	사후	추후	조건(C)	시기(T)	C × T
		M(SD)	M(SD)	M(SD)			
사회불안증상	UP	30.05 (13.81)	16.98 (12.13)	15.59 (9.95)	5.84*	11.24***	13.07***
	대기통제	28.27 (12.66)	29.60 (14.29)	28.20 (14.33)			
범불안증상	UP	6.23 (4.05)	3.09 (2.72)	2.59 (2.82)	2.97	14.19***	2.75
	대기통제	6.27 (3.85)	5.80 (4.63)	3.87 (2.90)			
공황장애 심각도	UP	3.05 (3.70)	1.32 (2.49)	.59 (1.86)	.67	8.82**	2.46
	대기통제	2.53 (3.09)	2.87 (2.90)	1.13 (2.45)			
우울증상	UP	25.23 (10.68)	15.52 (8.66)	14.41 (7.15)	.01	14.42***	5.29**
	대기통제	19.87 (8.11)	18.80 (7.89)	16.07 (7.51)			
부적 정서	UP	13.77 (8.70)	7.84 (6.27)	7.27 (6.30)	5.06*	8.14***	3.05*
	대기통제	14.33 (6.16)	13.20 (7.50)	12.53 (5.49)			
일상적 기능 손상	UP	12.11 (9.02)	7.19 (7.37)	4.54 (5.64)	.06	5.53**	4.84*
	대기통제	7.91 (6.61)	10.02 (7.39)	7.11 (6.62)			
주 진단 CSR	UP	4.73 (.73)	2.64 (1.04)	1.57 (1.15)	19.71***	80.67***	22.64***
	대기통제	4.60 (.63)	4.07 (1.16)	3.60 (1.68)			
정서조절곤란	UP	98.39 (26.60)	75.14 (19.00)	75.80 (19.23)	4.42*	14.52***	6.72**
	대기통제	97.73 (19.02)	97.47 (22.12)	87.53 (19.04)			

주. UP = unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders; CSR = clinical severity rating.

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

상 및 공황장애 심각도 수준이 치료 전에 비해 치료 후 및 추후에 모두 유의하게 감소하였고, 치료 후와 추후 간에는 유의한 차이를 보이지 않았다. 반면, 대기통제조건에서는 범불안증상의 경우, 치료 전과 추후 간에, 그리고 치료 후와 추후 간에는 유의하게 감소하였고, 치료 전과 치료 후 간에는 유의한 차이를 보이지 않았다. 공황장애 심각도 수준의 경우, 치료 후와 추후 간에는 공황장애 심각도 수준이 유의하게 감소하였으나, 치료 전과 치료 후 간에, 그리고 치료 전과 추후 간에 유의한 차이를 보이지 않았다.

잠정적인 매개변인에 대한 UP의 효과 검증

두 치료조건 참가자들의 정서조절곤란 수준을 각 측정시기별로 나누어 표 4에 제시하였다. 각 치료조건 간 분산의 동질성을 검토하기 위해 Greenhouse-Geisser 수정방식을 사용하였고, 구형성 가정은 충족되었다. 정서조절곤란의 경우, 측정시기 및 치료조건의 주효과, 치료조건과 측정시기의 상호작용효과가 모두 유의하였다. 상호작용효과의 소재를 구체적으로 파악하기 위하여 단순효과 검증을 실시한 결과, 치료 후 및 추후에 측정된 정서조절곤란은 대기통제조건에 비해 UP조건에서 유의하게 감소되었다, 각각 $p < .001$, $p < .05$. 이에 더해 UP조건에서는 치료 전에 비해 치료 후와 추후 둘 다에서 정서조절곤란이 유의하게 감소되었고, 모두 $p < .001$, 치료 후와 추후 간에는 유의한 차이를 보이지 않았다, $p = .76$, *ns*. 대기통제조건은 치료 전과 치료 후 간에, 그리고 치료 전과 추후 간에 유의한 차이를 보이지 않았으나, 각각 $p = .96$, $p = .11$, *ns*, 치료 후와 추후 간에는 유의한 차이를 보

였다, $p < .01$. 또한 각 치료조건별로 정서조절곤란에 대한 참가자 내 효과크기를 산출한 결과, 대기통제조건은 치료 전과 치료 후 비교에서 작은 효과크기(Hedges' $g = .01$)를 보였고, 치료 전과 추후 비교에서는 중간 수준(Hedges' $g = .51$)을 보였다. UP조건은 치료 전과 치료 후 간(Hedges' $g = .99$), 그리고 치료 전과 추후 간(Hedges' $g = .96$) 비교에서 모두 큰 효과크기를 보였다. 즉, 이러한 결과는 UP가 대기통제조건에 비해 참가자들의 정서조절곤란 수준을 개선시키는 데 있어 더 큰 효과가 있음을 나타낸다.

UP의 효과에서 정서조절곤란의 매개효과 검증

자료 분석방법에 제시한 방법을 적용하여, 각 결과측정치별로 매개효과 분석을 실시하였다. 각 결과측정치들은 치료 전과 추후 시기 사이의 차이 점수를, 잠정적인 매개변인인 정서조절곤란은 치료 전과 치료 후 사이의 차이 점수를 구하여 사용하였다. 우선, 치료 전과 치료 후 시기 사이의 정서조절곤란 변인의 차이 점수에 대한 치료조건의 효과를 검증한 결과, UP조건이 대기통제조건에 비해 정서조절곤란 수준에서 유의하게 더 큰 변화를 보였다, $B = 22.98$, $p < .01$. 각 결과측정치별로 매개효과 분석을 실시한 결과(표 5), 치료조건과 사회불안증상 개선 간의 직접경로와, $B = 9.64$, $p < .05$, 매개변인을 거치는 간접경로가, $B = .21$, $p < .01$, 모두 유의하였다(그림 2). 즉, 사회불안증상의 지속적인 개선에 따른 대기통제조건 대비 UP의 효과는 정서조절곤란의 감소에 의해 부분 매개되었다.

범불안증상⁴⁾의 경우, 치료조건과 범불안증

4) 범불안증상 및 공황장애 심각도의 경우, 독립변

표 5. 부트스트래핑(Bootstrapping)을 통한 매개효과 분석 결과

종속변인	경로	B	직접효과 [95% C.I.]	간접효과 [Bootstrap 95% C.I.]	총 효과 [95% C.I.]
사회불안증상	UP → DERS	22.98**			
	DERS → SPIN	.21**	[1.93, 17.35]	[1.58, 8.75]	[6.84, 21.93]
	UP → SPIN	9.64*			
범불안증상	UP → DERS	22.98**			
	DERS → GAD-7	.08***	[-3.16, 1.82]	[.69, 3.66]	[-1.30, 3.77]
	UP → GAD-7	-.67			
공황장애 심각도	UP → DERS	22.98**			
	DERS → PDSS	.08***	[-2.89, 1.37]	[.66, 3.39]	[-1.16, 3.27]
	UP → PDSS	-.76			
우울증상	UP → DERS	22.98**			
	DERS → CES-D	.20***	[-3.93, 8.74]	[1.70, 8.18]	[.64, 13.40]
	UP → CES-D	2.41			
부적 정서	UP → DERS	22.98**			
	DERS → PANAS-N	.18***	[-3.61, 4.77]	[1.62, 7.32]	[.17, 9.23]
	UP → PANAS-N	.58			
일상적 기능 손상	UP → DERS	22.98**			
	DERS → WSAS	.16**	[-2.96, 9.15]	[.97, 7.50]	[.86, 12.69]
	UP → WSAS	3.10			
주 진단 CSR	UP → DERS	22.98**			
	DERS → CSR	.01†	[1.03, 2.66]	[.01, .68]	[1.40, 2.92]
	UP → CSR	1.85***			

주. UP = unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders; SPIN = Social Phobia Inventory; GAD-7 = Generalized Anxiety Disorder-7; PDSS = Panic Disorder Severity Scale; CES-D = Center for Epidemiologic Studies Depression Scale; PANAS-N = Positive and Negative Affect Scale - Negative affect; WSAS = Work and Social Adjustment Scale; CSR = clinical severity rating; DERS = Difficulties in Emotion Regulation Scale.

† $p < .10$, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

수(치료조건)가 각 종속변인에 미치는 직접효과와 간접효과의 부호가 다르게 나타난 비일관적 매개(inconsistent mediation) 효과가 발견되었고(Dillon et al., 2018; MacKinnon et al., 2007; Zhao et al., 2010), 선행연구의 해석 제안에 따라 완전 매개모형으로 해석하였다(김하형, 김수영, 2020).

상 개선 간의 직접경로가 통계적으로 유의하지 않은 반면, $B = -.67$, $p = .59$, n_s , 매개변인을 거치는 간접경로가 유의하였다, $B = .08$, $p < .001$. 즉, 범불안증상의 지속적인 개선에 따른 대기통제조건 대비 UP의 효과는 정서조절

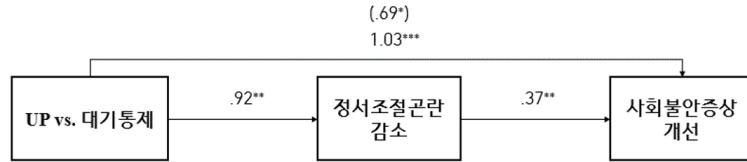


그림 2. 사회불안증상의 개선에 대한 UP의 효과에서 정서조절곤란 감소의 부분매개효과

주. UP = unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. 경로계수는 표준화된 계수이며, 괄호는 직접효과를 나타냄. 주 진단의 임상적 심각도 평정 또한 동일한 모형으로 나타남.

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

곤란의 감소에 의해 완전 매개되었다.

공황장애 심각도⁴⁾의 경우, 치료조건과 공황장애 심각도 개선 간의 직접경로가 통계적으로 유의하지 않은 반면, $B = -.76, p = .48, m$, 매개변인을 거치는 간접경로가 유의하였다, $B = .08, p < .001$. 즉, 공황장애 심각도의 지속적인 개선에 따른 대기통제조건 대비 UP의 효과는 정서조절곤란의 감소에 의해 완전 매개되었다.

우울증상의 경우, 치료조건과 우울증상 개선 간의 직접경로가 통계적으로 유의하지 않은 반면, $B = 2.41, p = .45, m$, 매개변인을 거치는 간접경로가 유의하였다, $B = .20, p < .001$ (그림 3). 즉, 우울증상의 지속적인 개선에 따른 대기통제조건 대비 UP의 효과는 정서조절곤란의 감소에 의해 완전 매개되었다.

부적 정서의 경우, 치료조건과 부적 정서 개선 간의 직접경로가 통계적으로 유의하지 않은 반면, $B = .58, p = .78, m$, 매개변인을

거치는 간접경로가 유의하였다, $B = .18, p < .001$. 즉, 부적 정서의 지속적인 개선에 따른 대기통제조건 대비 UP의 효과는 정서조절곤란의 감소에 의해 완전 매개되었다.

일상적 기능의 손상의 경우, 치료조건과 일상적 기능의 손상 개선 간의 직접경로가 통계적으로 유의하지 않은 반면, $B = 3.10, p = .31, m$, 매개변인을 거치는 간접경로가 유의하였다, $B = .16, p < .01$. 즉, 일상적 기능 손상의 지속적인 개선에 따른 대기통제조건 대비 UP의 효과는 정서조절곤란의 감소에 의해 완전 매개되었다.

주 진단의 임상적 심각도 평정의 경우, 치료조건과 주 진단의 임상적 심각도 평정 개선 간의 직접경로와, $B = 1.85, p < .001$, 매개변인을 거치는 간접경로가, $B = .01, p = .06$, 모두 유의하였다. 즉, 주 진단의 임상적 심각도 평정의 지속적인 개선에 따른 대기통제조건 대비 UP의 효과는 정서조절곤란의 감소에

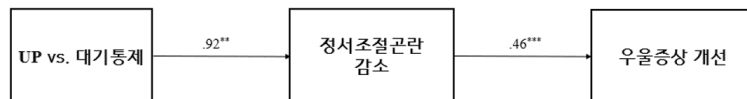


그림 3. 우울증상의 개선에 대한 UP의 효과에서 정서조절곤란 감소의 완전매개효과

주. UP = unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. 경로계수는 표준화된 계수임. 범불안증상, 공황장애 심각도, 부적 정서 및 일상적 기능의 손상 수준 또한 동일한 모형으로 나타남.

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

의해 부분 매개되었다.

논 의

본 연구는 총 8회기로 구성된 UP가 어떤 과정을 통해서 다양한 정신병리적 증상, 일상적 기능의 손상 수준 및 주 진단의 임상적 심각도를 개선시키는지 그 변화기제를 규명하기 위하여 수행되었다. 이를 위하여 선행연구들과 문헌들에 기초하여, 잠정적인 매개변인으로 정서조절곤란의 감소를 상정하였고, 대기통제조건과 비교하여 UP가 사회불안증상, 범불안증상, 공황장애 심각도, 우울증상, 부적 정서, 일상적 기능의 손상 수준 및 주 진단의 임상적 심각도에 미치는 효과가 정서조절곤란의 감소에 의해 매개될 것이라는 가설을 검증해 보았다.

먼저, 총 8회기로 제공된 UP는 대기통제조건에 비하여 정서장애를 겪고 있는 대학생 참가자들의 사회불안증상, 범불안증상, 공황장애 심각도, 우울증상, 부적 정서, 일상적 기능의 손상 수준 및 주 진단의 임상적 심각도 수준을 감소시키는 데 더 큰 효과를 나타냈다. 이러한 결과는 다양한 종류의 불안증상 및 우울증상, 부적 정서, 일상적 기능의 손상 수준 및 주 진단의 임상적 심각도를 감소시키는 데 UP가 효과적임을 밝혀낸 선행연구들(박혜진, 김근향, 2020; 조용래 외, 2023; 현정은, 김근향, 2021; Barlow et al., 2017; Cha et al., 2021; Sauer-Zavala et al., 2020; Steele et al., 2018) 및 UP의 치료 목표와 일치하는 결과이다(Ellard et al., 2010; Farchione et al., 2012). 또한 정서장애를 겪고 있는 대학생 참가자들을 대상으로 8회기의 UP를 적용했을 때에 효과적이라는 본

연구의 결과는, 다양한 불안장애 혹은 우울장애로 진단된 임상 환자들을 대상으로 총 16회기 이상의 UP 치료를 제공하고, 치료 효과를 검증했던 국외의 선행연구들(Barlow et al., 2017; Ellard et al., 2010; Farchione et al., 2012)과 대비되면서도, 임상현장에 있는 실무자들의 훈련 부담을 덜어주고, 치료 수요가 많고 치료에 할애할 수 있는 시간과 여건이 제한되어 있는 임상현장에서 효율적이고 비용 효과적으로 치료를 제공하는 것을 목표로 하는 범진단적 치료의 목표에 부합하는 결과로 이해할 수 있다.

다음으로, 정서조절곤란에 미치는 UP의 효과를 살펴본 결과, 대기통제조건에서는 치료 전에 비해 치료 후 및 추후에 정서조절곤란 수준이 유의한 차이가 나타나지 않은 반면, UP조건에서는 정서조절곤란 수준이 치료 전에 비해 치료 후 및 추후에 유의하게 감소하였다. 아울러, 참가자 내 효과크기를 산출한 결과, UP조건은 치료 전-치료 후 간 및 치료 전-추후 간 참가자 내 효과크기가 큰 수준에 해당하였으나, 대기통제조건의 경우, 치료 전-치료 후 및 치료 전-추후 간 참가자 내 효과크기가 작은 수준이거나 또는 중간 수준에 해당하였다. 이러한 결과들은 UP가 다양한 정서장애로 진단된 참가자들의 정서조절곤란 수준을 감소시키는 데 효과적이었음을 나타낸다. 이는 UP가 정서조절곤란을 감소시키거나 정서조절기술을 개선하는 데 효과적이라고 보고한 선행연구들(박혜진, 김근향, 2020; 현정은, 김근향, 2021; Cha et al., 2021; Khakpoor, Bytamar et al., 2019; Khakpoor, Saed et al., 2019)과 일치하는 결과이다. 정서장애를 적용적인 정서조절전략 사용의 실패에서 조망될 수 있다는 점(Barlow et al., 2011/2017a, 2011/

2017b; Barlow et al., 2017)을 고려할 때, UP는 다양한 정신병리적 증상의 개선 혹은 심리치료에 매우 큰 의미를 지닌다. 이러한 본 연구의 결과는 부적응적인 정서조절전략의 사용이 오랜 시간 반복될 경우, 불안장애 혹은 우울장애와 같은 정서장애의 발병 및 유지에 유의한 영향을 미칠 수 있는데, UP가 정서조절곤란 수준을 개선시켜서 자동적이고 습관 반응으로 나타나는 부적응적인 정서조절전략을 스스로 교정할 수 있도록 도우며, 이를 통해 자신의 정서를 더 잘 알아차리고, 과도한 정서를 감내할 수 있는 수준으로 완화시켜 일상생활의 기능을 개선시킬 수 있다고 주장한 Barlow 외(2011/2017a, 2011/2017b)의 견해를 지지한다.

이와 더불어, 본 연구의 가설과 일치되게, 정서조절곤란의 초기(치료 전과 치료 후 사이의) 감소는 사회불안증상 및 주 진단의 임상적 심각도의 개선에 대한 UP의 지속 효과를 부분 매개하였고, 범불안증상, 공황장애 심각도, 우울증상, 부적 정서 및 일상적 기능의 손상 개선에 대해서는 완전 매개효과를 보였다. 이러한 결과들은 UP가 대기통제조건과 비교하여 다양한 정서장애로 진단된 참가자들의 사회불안증상 및 주 진단의 임상적 심각도의 변화에 직접적인 영향을 미칠 뿐만 아니라 정서조절곤란의 단기 감소의 매개를 거쳐서 간접적으로도 작용함을 나타낸다. 또한 UP가 범불안증상, 공황장애 심각도, 우울증상, 부적 정서 및 일상적 기능의 손상 개선에는 직접적인 영향을 미치기보다, 대기통제조건과 비교하여 UP가 정서조절곤란 수준을 더 크게 감소시키고, 이를 통하여 범불안증상, 공황장애 심각도, 우울증상, 부적 정서 및 일상적 기능의 손상 수준이 효과적으로 개선될 수 있음을

시사한다. 이는 앞서 언급한 선행연구들의 결과(남수아 외, 2021; Khakpoor, Bytamar et al., 2019; Khakpoor, Saed et al., 2019)와 더불어, 다양한 정신병리적 증상, 일상적 기능의 손상 수준 및 주 진단의 임상적 심각도에 대한 UP의 효과를 설명하는 변화기제로서 정서조절곤란의 매개역할을 지지하는 경험적인 근거로 간주될 수 있다. 이에 더해 본 연구의 결과는 정서조절곤란이나 부적응적인 정서조절전략의 개선이 심리치료의 핵심 요소로 볼 수 있다는 견해(Gratz et al., 2015; Greenberg, 2002)를 치료 개입의 영역에서 적용하고 확장했다고 볼 수 있다. 즉, 본 연구의 결과들은 UP에서 배운 핵심 내용들을 이해하고 적용하는 동안 감소되는 정서조절곤란이 그러한 치료 전후의 다양한 정신병리적 증상, 일상적 기능의 손상 수준 및 주 진단의 임상적 심각도의 변화과정에서 중요한 역할을 하며, 정서장애 치료에 있어 정서조절능력의 향상이나 정서조절곤란의 개선에 초점을 둔 치료를 적용하는 것이 중요함을 시사하는 결과로 해석할 수 있겠다.

정서장애를 겪고 있는 내담자/환자들을 위한 UP의 변화기제로서 정서조절곤란의 매개역할을 지지하는 본 연구의 결과를 토대로 UP의 이론적 토대 및 치료과정을 통합적으로 정리하면 다음과 같다. UP는 전통적인 인지행동치료의 원리에 근간을 두고 있지만, 정서장애가 있는 개인이 자신의 정서를 경험하고 반응하는 방식을 특히 강조하고 있다(Wilamowska et al., 2010). 정서장애가 있는 사람들은 주변 환경적 자극을 다루는데 있어 더 강렬한 정서를 경험하고, 자신의 정서경험들을 위협적으로 해석한다(Brown & Barlow, 2009). 정서장애를 가진 개인은 정서에 대한 혐오 반응과

회피 기반 정서조절전략 등을 사용하는 경향이 있고(Cassillo-Robbins et al., 2020), 긍정적인 정서와 부정적인 정서 둘 다를 통제하려는 시도들이 어느 정도까지는 정서장애의 특징으로 보인다는 제안도 있었다(Barlow et al., 2011/2017b). 정서경험을 통제하고 회피하려는 과도한 시도는 개인이 조절하고자 시도하는 그 느낌을 오히려 증가시키고, 생리적 및 정서적 각성을 증가시키는 악순환을 불러일으켜, 결국 심리적 고통을 더 가중시키는 데 기여할 수 있다(Barlow et al., 2011/2017b). 이에 UP는 내담자/환자들의 정서경험에 초점을 맞추으로써 정서의 적응적이고 기능적인 특성을 강조하고, 강렬한 정서에 대한 더 큰 감내를 촉진하며, 자신의 정서경험을 부적응적으로 조절하려는 시도(예: 정서를 억제하거나 회피하며, 정서를 숨기거나 무시하기 등)를 인식하고, 정서에 더 적응적으로 반응하는 방법을 배우는 것을 돕기 위해 개발되었다는 점(Barlow et al., 2011/2017b; Wilamowska et al., 2010)이 특히 주목할 만하다.

본 연구의 몇 가지 제한점과 앞으로의 후속 연구를 위한 보완점들을 제시하면 다음과 같다. 첫째, 본 연구는 정서장애에 대한 DSM-5 진단기준을 충족한 임상 집단의 참가자들을 대상으로 UP를 진행하였으나, 모두 특정 대학교에 재학중인 대학생이었다는 점에서 본 연구의 결과를 다른 임상 집단에 일반화하기에는 한계가 있다. 이에 추후 연구에서는 정신건강의학과 내원 환자나 혹은 지역사회 전문상담센터에 내소하는 내담자 등을 대상으로 UP의 효과와 정서조절곤란의 매개역할을 반복 검증할 필요가 있다.

둘째, 본 연구는 참가자들과의 일정 조율의 어려움(예: 통학 및 공강시간, 아르바이트 등

과 같은 다양한 개인사정)으로 인해 참가자들을 치료조건과 대기통제조건에 무선향당하지 못하였다. 사전 동등성 검증 결과, 두 조건에서 유의한 차이는 없었으나, 프로그램 참여에 대한 동기 수준과 같은 가외 변인의 영향을 배제할 수는 없는 바, 추후 연구에서는 무선향당을 실시하여 UP의 효과를 더 정확하게 검증할 필요가 있다.

셋째, 모든 치료자들이 UP 집중 워크샵을 수료한 후 구조화된 매뉴얼을 토대로 지도감독을 받으며 치료를 진행하기는 하였으나, 일정 인원수 이상의 참가자를 확보하기 위한 현실적인 이유로 인해 임상심리학 전공 석사과정 4학기 재학생 2명이 각각 1명씩 UP 개인 치료를 진행하였다. CBT 치료 효과 검증 관련 연구에서 자격증을 소지하고 치료경험이 풍부한 치료자가 얻은 치료 결과만큼 아직 치료경험이 제한적인 수련생이 지도감독을 받으며 제공한 치료도 그에 준하는 치료 효과를 얻을 수 있다는 연구 결과가 있기는 하나(Öst et al., 2012), 추후 연구에서는 치료자 변인이 UP의 효과에 영향을 주는지를 검증해 볼 필요가 있다.

넷째, 본 연구에서는 일련의 기준 및 선발 절차들을 사용하여 참가자들을 선발하는데 최소 3-4주가 소요되고, 중간 및 기말시험 기간을 제외하고 8주 동안 UP를 진행하며, 치료 종결 후 3개월이 경과한 시점에 추후 평가를 실시하는 등, 현실적으로 UP에 참여하는 인원수를 우선적으로 확보하기 위하여, 대기통제 조건을 비교집단으로 활용하여 치료 효과를 검증하였다. 추후 연구에서는 불안장애 혹은 우울장애에 효과적인 치료라고 알려진 인지행동치료나 특정 장애 프로토콜 등의 비교집단을 포함하여, UP의 효과를 더 엄격하게 검증

해야 할 필요가 있다.

몇 가지의 제한점이 있음에도 불구하고, 본 연구는 여러 가지 점에서 의의가 있다. 우선 이론적 및 경험적인 측면에서는, 첫째, 본 연구를 통해 UP가 정서장애를 겪고 있는 대학생들의 사회불안증상, 범불안증상, 공황장애 심각도, 우울증상, 부적 정서, 일상적 기능의 손상 수준 및 주 진단의 임상적 심각도를 효과적으로 개선할 뿐만 아니라, 그들의 정서조절곤란을 의미있게 감소시킬 수 있다는 경험적인 근거를 제공한다. UP가 정서장애에 해당하는 내담자/환자들이 공통적으로 보이는 핵심적인 특징인 부적응적인 정서조절전략(Cassello-Robbins et al., 2020), 즉 정서조절곤란을 감소시키는 효과를 확인하였다는데 의의가 있다.

둘째, 사회불안증상, 범불안증상, 공황장애 심각도, 우울증상, 부적 정서, 일상적 기능의 손상 수준 및 주 진단의 임상적 심각도에 대한 UP의 효과가 어떤 과정을 통해 나타나는지 그 변화기제에 대한 시사점을 제공하였다. 본 연구의 경우, 여러 정서장애 증상들, 일상적 기능의 손상 수준 및 주 진단의 임상적 심각도에 대한 UP의 변화기제 중 하나로 정서조절곤란의 매개역할이 입증되었고, 이는 여러 정서장애의 기저에 있는 공통된 심리적 취약성 요인이자 UP 치료의 표적 중 하나(Barlow et al., 2011/2017a, 2011/2017b)인 정서조절곤란의 역할을 지지했다는 점에서 의의가 있다.

셋째, 본 연구는 UP 프로그램의 변화기제를 이전 연구들에 비해 더 엄격하고 다각적으로 검증했다는 점에서 가치가 있다고 여겨진다. 특히, 결과 측정치로 다양한 종류의 정신병리적 증상 및 일상적 기능의 손상을 측정하는 자기 보고형 도구들뿐만 아니라, 임상가에 의

한 반구조화된 면접 도구를 사용하여 내담자의 증상들을 다각적으로 평가하고 계량화하여 UP 효과의 변화기제로서 상정된 정서조절곤란의 매개역할을 검증하였다. 뿐만 아니라, 치료 효과의 지속성을 검증하기 위해 치료 종결 3개월 후에 추후 평가를 실시함으로써 평가 시기를 보다 세분화할 수 있었으며, 이를 통하여 몇몇 선행연구들(남수아 외, 2021; Khakpoor, Saed et al., 2019)이 안고 있던 매개변인과 종속변인 간의 시간적 우선성 문제를 개선하였다. 이러한 점은 치료 효과의 인과 과정에 대한 근거를 확립하고 이해하는데 더욱 도움이 될 것이라 사료된다.

실용적인 측면에서는, 첫째, 본 연구는 DSM-5에 기초하여 임상적인 수준의 정서장애를 호소하는 내담자들을 대상으로, 5가지 핵심 모듈을 포함한 8가지 모듈로, 기존의 선행 연구들(Barlow et al., 2017; Ellard et al., 2010; Farchione et al., 2012)에 비해 비교적 간명한 8회기 프로그램을 구성하여 치료를 실시하였고, 그 치료 효과의 변화기제를 검증했다는데 의의가 있다. 이러한 본 연구의 결과는 임상 현장에서 실무자들의 훈련 부담을 덜어주고, 효율적이고 비용 효과적으로 치료를 제공하는 것을 목표로 개발된 범진단적 개입과 맥락을 같이 하며(Kessler et al., 2005; Wilamowska et al., 2010), 이는 치료의 보급과 관련하여 중요한 시사점을 제공할 수 있다. 둘째, 지금까지 UP가 정서장애 증상에 미치는 과정을 밝히는 연구는 매우 부족한 실정이었다. 본 연구는 정서조절곤란의 감소가 UP의 변화기제 중 하나일 가능성을 제안하며, 본 연구에서 밝혀낸 UP의 변화기제에 관한 귀중한 정보들은 추후 UP의 치료 효과를 더욱 증진시키기 위한 심리학적 방안들을 모색하거나 보완하는데

있어 경험적인 근거를 제공한다는 점에서 그 의의가 크다고 볼 수 있다.

참고문헌

- 김소화, 박정수 (2023). 코로나 19 상황에서 대학생의 우울 및 불안에 대한 단기 단일화된 범진단적 비대면 집단 치료 프로그램 효과성 검증. *인지행동치료*, 23(1), 27-49.
<https://doi.org/10.33703/cbtk.2023.23.1.27>
- 김하형, 김수영 (2020). 비일관적 매개효과 모형의 해석 방향 탐색. *한국심리학회지: 일반*, 39(1), 91-115.
<https://doi.org/10.22257/kjp.2020.3.39.1.91>
- 김형하, 조용래 (2021). 정서장애의 단일화된 범진단적 치료 프로토콜에 기반한 단기 분노조절 프로그램의 효과. *한국임상심리학회 2022 봄 학술대회 발표 자료집*, 21.
https://www.kcp.or.kr/bbs/list.asp?bid=bid_19
- 남수아, 서우정, 조용래 (2023). 정서장애가 있는 대학생들을 대상으로 한 단일화된 범진단적 치료: 집단치료와 개인치료의 효과 비교. *한국심리학회지: 임상심리 연구와 실제*, 9(4), 699-733.
- 남수아, 차수민, 조용래 (2021). 정서장애 증상을 호소하는 대학생들을 위한 단기 단일화된 범진단적 개입의 효과에서 정서조절곤란의 매개역할. *인지행동치료*, 21(2), 337-360.
<https://doi.org/10.33703/cbtk.2021.21.2.337>
- 박혜진, 김근향 (2020). 사회불안을 호소하는 대학생들을 위한 범진단적 개입으로서 단일화된 치료 프로그램의 효과. *한국임상심리학회 2021 봄 학술대회 발표 자료집*, 19.
https://www.kcp.or.kr/bbs/list.asp?bid=bid_19
- 서우정, 조용래 (2012). 대학생들의 정서조절곤란과 상위인지 및 그 차원들이 일반화된 불안증상의 심각도에 미치는 영향. *인지행동치료*, 12(1), 43-61.
<https://www.earticle.net/Article/A178116>
- 오은혜, 노상선, 조용래 (2009). 부정적인 사회적 자기 개념과 정서조절곤란이 대학생의 사회불안에 미치는 영향. *인지행동치료*, 9(1), 75-89.
<https://www.earticle.net/Article/A109449>
- 이현희, 김은정, 이민규 (2003). 한국판 정적 정서 및 부정적 정서척도(Positive Affect and Negative Affect Schedule; PANAS)의 타당화 연구. *Korean Journal of Clinical Psychology*, 22(4), 935-946.
<https://doi.org/10.22257/kjp.2016.12.35.4.617>
- 장애리 (2013). 과민성 대장증후군 간호대학생을 위한 인지행동요법 중재의 효과. *부산대학교 박사학위 청구논문*.
<http://www.riss.kr/link?id=T13073191>
- 전경구, 최상진, 양병창 (2001). 통합적한국판 CES-D 개발. *한국심리학회지: 건강*, 6(1), 59-76.
<https://kiss.kstudy.com/Detail/Ar?key=1810124>
- 조용래 (2007). 정서조절곤란의 평가: 한국판 척도의 심리측정적 속성. *Korean Journal of Clinical Psychology*, 26(4), 1015-1038.
<https://doi.org/10.15842/kjcp.2007.26.4.012>
- 조용래 (2012). 마음챙김에 기반을 둔 정서조절개입이 심리적 건강의 개선에 미치는 효과와 그 변화기제: 정서조절곤란과 마음챙김의 매개역할. *Korean Journal of Clinical Psychology*, 31(3), 773-799.
<https://doi.org/10.15842/kjcp.2012.31.3.008>

- 조용래, 남수아, 서우정, 김형하 (2023). 정서장애 대학생에 대상으로 한 단일화된 범진단적 치료의 효과. *인지행동치료*, 23(1), 123-152.
<https://doi.org/10.33703/cbtk.2023.23.1.123>
- 현정은, 김근향 (2021). 범불안증상을 호소하는 대학생에 대상으로 한 단일화된 범진단적 치료 프로그램(UP)의 효과: 무선통제연구. *한국임상심리학회 2021 가을 학술대회 발표 자료집*, 4.
https://www.kcp.or.kr/bbs/list.asp?bid=bid_19
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV* (Vol. 4). American psychiatric association.
<https://doi.org/10.1001/jama.1994.03520100096046>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed). American psychiatric association.
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Barkowski, S., Schwartz, D., Strauss, B., Burlingame, G. M., & Rosendahl, J. (2020). Efficacy of group psychotherapy for anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 30(8), 965-982.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1729440>
- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35(2), 205-230.
[https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80036-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80036-4)
- Barlow, D. H., Ellard, K. K., Fairholme, C. P., Farchione, T. J., Boisseau, C. L., Allen, L. B., & Ehrenreich-May, J. (2017a). 정서조절의 노하우: 정서장애의 단일화된 범진단적 치료 프로토콜 워크북. (조용래, 노상선 역). 서울: 학지사. (원전은 2011년에 출판).
<https://doi.org/10.1093/med:psych/9780199772674.001.0001>
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Bullis, J. R., Gallagher, M. W., Murray-Latin, H., Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., Thom-Hollands, J., Conklin, L. R., Boswell, J. F., Ametaj, A., Carl, J. R., Boettcher, H. T., & Cassiello-Robbins, C. (2017). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 74(9), 875-884.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.2164>
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B., & Ehrenreich-May, J. (2017b). 정서장애의 단일화된 범진단적 치료 프로토콜: 치료자용 가이드. (조용래, 노상선, 최미경 역). 서울: 학지사. (원전은 2011년에 출판).
<https://doi.org/10.1093/med:psych/9780199772667.001.0001>
- Benuto, L. T., Farchione, T., & Cardona, N. D. (2023). Exploring the Effectiveness of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders with Latinxs: A Record-Review Study at a Culturally Specific Clinic for Latinxs. *Cognitive and Behavioral Practice*.
<https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2023.06.001>
- Boswell, J. F., Thompson Hollands, J., Farchione,

- T. J., & Barlow, D. H. (2013). Intolerance of uncertainty: A common factor in the treatment of emotional disorders. *Journal of Clinical Psychology, 69*(6), 630-645. <https://doi.org/10.1002/jclp.21965>
- Brown, T. A., & Barlow, D. H. (2009). A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV anxiety and mood disorders: Implications for assessment and treatment. *Psychological Assessment, 21*(3), 256. <https://doi.org/10.1037/a0016608>
- Brown, T. A., & Barlow, D. H. (2014). *Anxiety and Related Disorders Interview Schedule for DSM-5 (ADIS-5): Clinician Manual*. Oxford. <https://global.oup.com/academic/product/anxiety-and-related-disorders-interview-schedule-for-dsm-5-adis-5---adult-version-9780199325160?cc=kr&lang=en&>
- Bullis, J. R., Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R., & Barlow, D. H. (2015). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Preliminary exploration of effectiveness for group delivery. *Behavior Modification, 39*(2), 295-321. <https://doi.org/10.1177/0145445514553094>
- Carlucci, L., Saggino, A., & Balsamo, M. (2021). On the efficacy of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 87*, Article e101999. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101999>
- Cassidello-Robbins, C., Southward, M. W., Tirpak, J. W., & Sauer-Zavala, S. (2020). A systematic review of Unified Protocol applications with adult populations: Facilitating widespread dissemination via adaptability. *Clinical Psychology Review, 78*, Article e101852. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101852>
- Castro-Camacho, L., Díaz, M. M., & Barbosa, S. (2022). Effect of a group prevention program based on the Unified Protocol for college students in Colombia: A quasi-experimental study. *Journal of Behavioral and Cognitive Therapy, 32*(2), 111-123. <https://doi.org/10.1016/j.jbct.2021.04.001>
- Cha, S., Cho, Y., & Nam, S. (2021). The efficacy of a brief unified, transdiagnostic intervention for subclinical undergraduate students with anxiety or depression symptoms. *Korean Journal of Clinical Psychology, 40*(1), 73-90. <https://doi.org/10.15842/KJCP.PUB.40.1.73>
- Cho, Y., Choi, Y., Kim, S., & Hong, S. (2018). Factor structure and other psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN) in Korean samples. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development, 51*(4), 263-280. <https://doi.org/10.1080/07481756.2018.1435188>
- 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*(3), 139-170. <https://doi.org/10.1007/s10935-010-0214-8>
- Cole, D. A., & Maxwell, S. E. (2003). Testing mediational models with longitudinal data: Questions and tips in the use of structural

- equation modeling. *Journal of Abnormal Psychology*, 112(4), 558.
<https://doi.org/10.1037/0021-843X.112.4.558>
- Connor, K. M., Davidson, J. R., Churchill, L. E., Sherwood, A., Weisler, R. H., & Foa, E. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN): New self-rating scale. *The British Journal of Psychiatry*, 176(4), 379-386. <https://doi.org/10.1192/bjp.176.4.379>
- Craske, M. G. (2012). Transdiagnostic treatment for anxiety and depression. *Depression and Anxiety*, 29(9), 749-753.
<https://doi.org/10.1002/da.21992>
- Dillon, K. H., Cunningham, K. C., Neal, J. M., Wilson, S. M., Dedert, E. A., Elbogen, E. B., Calhoun, P. S., Beckham, J. C., VA Mid-Atlantic MIRECC Workgroup., & Kimbrel, N. A. (2018). Examination of the indirect effects of combat exposure on suicidal behavior in veterans. *Journal of Affective Disorders*, 235(2018), 407-413.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.04.031>
- Ellard, K. K., Deckersbach, T., Sylvia, L. G., Nierenberg, A. A., & Barlow, D. H. (2012). Transdiagnostic treatment of bipolar disorder and comorbid anxiety with the unified protocol: A clinical replication series. *Behavior Modification*, 36(4), 482-508.
<https://doi.org/10.1177/0145445512451272>
- Ellard, K. K., Fairholme, C. P., Boisseau, C. L., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2010). Unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: Protocol development and initial outcome data. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17(1), 88-101.
<https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2009.06.002>
- Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R., Gallagher, M. W., & Barlow, D. H. (2012). Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: A randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, 43(3), 666-678.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2012.01.001>
- Fisak, B. J., Richard, D., & Mann, A. (2011). The prevention of child and adolescent anxiety: A meta-analytic review. *Prevention Science*, 12(3), 255-268.
<https://doi.org/10.1007/s11121-011-0210-0>
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment 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(1), 41-54.
<https://doi.org/10.1023/B:JOB.0000007455.08539.94>
- Gratz, K. L., Weiss, N. H., & Tull, M. T. (2015). Examining emotion regulation as an outcome, mechanism, or target of psychological treatments. *Current Opinion in Psychology*, 3, 85-90.
<https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2015.02.010>
- Greenberg, L. S. (2002). Integrating an emotion-focused approach to treatment into psychotherapy integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 12(2), 154-189.
<https://doi.org/10.1037/1053-0479.12.2.154>
- Hayes, A. F. (2009). Beyond Baron and Kenny:

- Statistical mediation analysis in the new millennium. *Communication Monographs*, 76(4), 408-420.
<https://doi.org/10.1080/03637750903310360>
- Hayes, A. F. (2015). An index and test of linear moderated mediation. *Multivariate Behavioral Research*, 50(1), 1-22.
<https://doi.org/10.1080/00273171.2014.962683>
- Ijaz, S., Davies, P., Williams, C. J., Kessler, D., Lewis, G., & Wiles, N. (2018). Psychological therapies for treatment-resistant depression in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(5).
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD010558.pub2>
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 617-627.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.617>
- Khakpoor, S., Bytamar, J. M., & Saed, O. (2019). Reductions in transdiagnostic factors as the potential mechanisms of change in treatment outcomes in the Unified Protocol: A randomized clinical trial. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process, and Outcome*, 22(3), 402-412.
<https://doi.org/10.4081/ripppo.2019.379>
- Khakpoor, S., Saed, O., & Armani Kian, A. (2019). Emotion regulation as the mediator of reductions in anxiety and depression in the Unified Protocol (UP) for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Double-blind randomized clinical trial. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 41(3), 227-236.
<https://doi.org/10.1590/2237-6089-2018-0074>
- Kraemer, H. C., Wilson, T., Fairburn, C. G., Agras, W. S. (2002). Mediators and moderators of treatment effects in randomized clinical trials. *Archives of General Psychiatry*, 59(10), 877-883.
doi:10.1001/archpsyc.59.10.877
- Lee, E. H., Kim, J. H., & Yu, B. H. (2009). Reliability and validity of the self-report version of the Panic Disorder Severity Scale in Korea. *Depression and Anxiety*, 26(8), E120-E123. <https://doi.org/10.1002/da.20461>
- MacKinnon, D. P., Fairchild, A. J., & Fritz, M. S. (2007). Mediation Analysis. *Annual Review of Psychology*, 58, 593-614.
<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085542>
- Marks, I. (1986). *Behavioural psychotherapy*. John Wright.
<https://doi.org/10.1192/bjp.180.5.461>
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Fresco, D. M. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43(10), 1281-1310.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.08.008>
- Mundt, J. C., Marks, I. M., Shear, M. K., & Greist, J. M. (2002). The Work and Social Adjustment Scale: A simple measure of impairment in functioning. *The British Journal of Psychiatry*, 180(5), 461-464.
<https://doi.org/10.1192/bjp.180.5.461>
- Öst, L. G., Karlstedt, A., & Widén, S. (2012).

- The effects of cognitive behavior therapy delivered by students in a psychologist training program: An effectiveness study. *Behavior Therapy*, 43(1), 160-173.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.05.001>
- Pfizer Inc. (2012). *Generalized Anxiety Disorder-7*. Retrieved 20 July, 2019, from <https://www.phqscreeners.com/select-screener/>
- Powers, M. B., & Deacon, B. J. (2013). Dissemination of empirically supported treatments for anxiety disorders: Introduction to the special issue. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(8), 743-744.
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.09.013>
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-401.
<https://doi.org/10.1177/014662167700100306>
- Sakiris, N., & Berle, D. (2019). A systematic review and meta-analysis of the Unified Protocol as a transdiagnostic emotion regulationbased intervention. *Clinical Psychology Review*, 72, Article e101751.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101751>
- Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., Steele, S. J., Tirpak, J. W., Ametaj, A. A., Nauphal, M., Cardona, N., Wang, M., Farchione, T., & Barlow, D. H. (2020). Treating depressive disorders with the Unified Protocol: A preliminary randomized evaluation. *Journal of Affective Disorders*, 264, 438-445.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.072>
- Shear, M. K., Brown, T. A., Barlow, D. H., Money, R., Sholomskas, D. E., Woods, S. W., Gorman, J. M., & Papp, L. A. (1997). Multi center collaborative panic disorder severity scale. *American Journal of Psychiatry*, 154(11), 1571-1575.
<https://doi.org/10.1176/ajp.154.11.1571>
- Shear, M. K., Rucci, P., Williams, J., Frank, E., Grochocinski, V., Vander Bilt, J., Houck, P., & Wang, T. (2001). Reliability and validity of the Panic Disorder Severity Scale: Replication and extension. *Journal of Psychiatric Research*, 35(5), 293-296.
[https://doi.org/10.1016/S0022-3956\(01\)00028-0](https://doi.org/10.1016/S0022-3956(01)00028-0)
- Shrout, P. E., & Bolger, N. (2002). Mediation in experimental and nonexperimental studies: New procedures and recommendations. *Psychological Methods*, 7(4), 422.
<https://doi.org/10.1037/1082-989X.7.4.422>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092-1097.
<https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/410326/>
- Steele, S. J., Farchione, T. J., Cassiello-Robbins, C., Ametaj, A., Sbi, S., Sauer-Zavala, S., & Barlow, D. H. (2018). Efficacy of the Unified Protocol for transdiagnostic treatment of comorbid psychopathology accompanying emotional disorders compared to treatments targeting single disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 104, 211-216.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.08.005>
- 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(1), 11-26.
<https://doi.org/10.1017/S0033291715001725>
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.6.1063>
- Wilamowska, Z. A., Thompson-Hollands, J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2010). Conceptual background, development, and preliminary data from the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. *Depression and Anxiety*, 27(10), 882- 890.
<https://doi.org/10.1002/da.20735>
- Zhang, A., Franklin, C., Jing, S., Bornheimer, L. A., Hai, A. H., Himle, J. A., Kong, D., & Ji, Q. (2019). The effectiveness of four empirically supported psychotherapies for primary care depression and anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 245, 1168-1186.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.008>
- Zhao, X., Lynch, J. G., & Chen, Q. (2010). Reconsidering Baron and Kenny: Myths and truths about mediation analysis. *Journal of Consumer Research*, 37(2), 197-206.
<https://doi.org/10.1086/651257>
- 원고접수일 : 2023. 09. 28.
수정원고접수일 : 2023. 11. 12.
게재확정일 : 2023. 11. 23.

Mechanism of Change in a Unified, Transdiagnostic Treatment for Undergraduate Students with Emotional Disorders: Evidence for the Emotion Dysregulation Mediation Hypothesis*

Suea Nam¹⁾ Woojeong Seo¹⁾ Yongrae Cho^{2)†}

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

²⁾Department of Psychology, Hallym University, Professor

This study was conducted to shed light on the mechanism of change in the unified protocol for transdiagnostic treatment for emotional disorders(UP). Based on previous findings and literature review, we hypothesized that a reduction in emotion dysregulation would act as a mediator of the effects of the UP for social anxiety, generalized anxiety, depression symptoms, panic disorder severity, negative affect, impairment in daily functioning, and clinical severity rating of a principal diagnosis. Thereafter, we examined its mediating effects. Participants were undergraduate students with at least one DSM-5 diagnosis of various anxiety and depressive disorders. Forty-four participants who received individual or group UP treatment and 15 in the wait-list control condition completed outcome assessments at pre- and posttreatment and 3-month follow-up. Consistent with our hypothesis, bootstrapping-based mediational analyses demonstrated that a reduction in emotional dysregulation partially mediated the effects of the UP on social anxiety symptoms and clinical severity rating of a principal diagnosis. In addition, it fully mediated the effects of the UP on generalized anxiety, depression symptoms, panic disorder severity, negative affect, and impairment in daily functioning. In conclusion, these results provide the evidence for reducing emotion dysregulation as a mediator of the effects of the UP for Korean undergraduate students with various anxiety and depressive disorders.

Key words : unified transdiagnostic treatment, emotional disorders, emotion dysregulation, mediator

* This paper was supported by the Ministry of Education of the Republic of Korea and the National Research Foundation of Korea(NRF-2019S1A5A2A01046179).

† Corresponding Author : Yongrae Cho, Ph.D. / Department of Psychology, Hallym University / 1 Hallimdaehak-gil, Chuncheon, Gandwon State, Korea / E-mail : yrcho@hallym.ac.kr