

## 정서장애가 있는 대학생들을 대상으로 한 단일화된 범진단적 치료: 집단치료와 개인치료의 효과 비교\*

남 수 아	서 우 정	조 용 래 <sup>†</sup>
한림대학교 심리학과 박사 수료	한림대학교 심리학과 박사 수료	한림대학교 심리학과 교수

본 연구는 정서장애가 있는 한국인 대학생들을 대상으로 집단 형태의 단일화된 범진단적 치료 프로토콜 (unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: UP)의 효과를 UP의 개인치료와 비교 검증하고자 하였다. 주 진단이 사회불안장애, 주요우울장애, 지속성 우울장애 또는 강박장애인 진단적으로 이질적인 임상 표본 중에서 21명과 22명이 각각 8회기로 구성된 UP 집단치료와 UP 개인치료를 제공받았으며, 이들은 모두 치료 전 및 치료 후 평가와 3개월 추후 평가를 완료하였다. UP 집단 및 개인치료 조건 모두 사회불안증상, 범불안증상, 공황장애 심각도, 우울증상, 임상적 불안증상, 부적 정서, 일상적 기능의 손상 및 임상적 심각도 평정의 측정치들이 치료 전과 치료 후 간에, 치료 전과 추후 간에 유의하게 감소하였다. 정적 정서 측정치 상에서 UP 치료 포맷 간 차이는 세 시기 모두에서 유의하지 않았으나, 개인치료 조건 참가자들은, 집단치료 조건과 달리, 치료 전에 비해 치료 후 및 추후에 정적 정서가 유의하게 증가하였다. 임상적 유의성 검증 결과, UP 집단치료와 개인치료 조건 간에 유의한 차이는 없었다. 이러한 결과들은 총 8회기의 집단 UP가 국내 정서장애 대학생들에게 정적 정서를 제외하고는 거의 모든 종속측정치들에서 개인치료와 비견될 정도로 효과적임을 나타낸다.

주요어 : 단일화된 범진단적 치료, 정서장애, 집단치료, 개인치료

\* 이 논문은 2022년 대한민국 교육부와 한국연구재단의 인문사회분야 중견연구자지원사업의 지원을 받아 수행된 연구임(NRF-2022S1A5A2A01048248).

† 교신저자(Corresponding Author) : 조용래 / 한림대학교 심리학과 / (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.

정서장애는 높은 공병률로 특징지어진다 (Barlow et al., 2016). 불안장애와 우울장애는 개념적으로는 구별할 수 있지만, 실제 임상 현장에서는 공존하는 빈도가 높은 것으로 보고되어 왔다(Fehm et al., 2008; Xu et al., 2012). Brown과 Barlow(2009)의 연구에 따르면, 이 두 장애의 평생 공병률은 약 75%였으며, 이는 불안장애와 우울장애가 동시에 발병할 가능성이 높다는 것을 나타낸다. 또한 정서장애에서 단일 진단을 받은 환자보다 공병이 있는 환자가 치료 결과가 더 좋지 않았으며(Rosellini et al., 2015), 특히 공병은 정신장애의 만성화와 심각도, 높은 재발률, 낮은 치료 추구, 높은 자살 가능성 및 전반적인 심리사회적 기능의 저하와 관련되었다(Brown et al., 2001). 이는 임상 현장에서 다양한 정서장애 증상을 호소하는 내담자를 치료할 때, 개별 장애에 초점을 맞춘 치료적 개입보다는 여러 관련 장애들에 공통적으로 적용할 수 있는 이론 및 경험적 근거에 기반을 둔 개입의 필요성을 시사한다. 이러한 맥락에서 최근 들어 정서장애에 대한 범진단적 치료(transdiagnostic treatments)의 개발 및 적용 필요성이 대두되었다(조용래 외, 2023).

정서장애 사이에 만연한 공병에 대한 최근의 개념화는 그들의 발병에 기여하는 공유된 기본 메커니즘의 존재를 강조하고 있다 (Wilamowska et al., 2010). 특히, 통제력 부족을 동반하는 빈번하고 강렬한 부정적인 정서의 경향성으로 정의되는 신경증성의 높은 수준은 공병률 증가와 관련이 있는 것으로 나타났다 (Griffith et al., 2010). 신경증적인 기질 이외에도 정서장애가 있는 개인은 증상을 유지하는 기능적 과정을 공유하기도 한다. 특히 자주 발생하는 부정적인 정서를 혐오적인 것으로

인식하여, 궁극적으로 이러한 경험의 빈도와 강도를 증가시키는 회피적인 대처를 촉발한다 (Sauer-Zavala & Barlow, 2014). 이에 Barlow 외 ((2011/2017a, 2011/2017b)는 정서장애의 공통적인 속성인 부적응적인 정서 반응을 고려하여, 정서조절곤란의 개선과 정서조절능력 향상에 초점을 둔 정서장애에 대한 단일화된 범진단적 치료 프로토콜(unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders, 이하 UP라 칭함)을 개발하였다. UP에서는 정서장애를 가진 사람들이 부적응적인 정서조절전략들을 사용하며, 이 전략들은 결국 역효과를 내고 정서장애 증상의 유지에 기여한다고 전제한다. 이러한 점을 고려하여 내담자들이 불편하고 강렬한 정서에 서서히 직면하여, 강렬한 정서적 상황에서 적응적으로 반응하는 새로운 방식을 배울 수 있도록 돕는 데 초점을 두고 있다 (Barlow et al., 2011/2017a, 2011/2017b).

현재까지 보고되어 온 UP와 관련된 선행연구들을 살펴보면, 집단치료와 개인치료 같이 두 가지 형태로 연구가 진행되어 왔는데, 국외에서 보고된 UP의 효능에 관한 대부분의 연구들은 개인치료 형태로 진행되어 왔다 (Barlow et al., 2017; Ellard et al., 2017; Ellard et al., 2012; Ellard et al., 2010; Farchione et al., 2012; Ito et al., 2016; Mohammadi et al., 2018; Sauer-Zavala et al., 2016; Thompson-Brenner et al., 2019). 개인치료 형태의 경우, 심각한 질병 및 장애 또는 통증이나 피로와 같은 증상, 본인 이 치료에 참여 가능한 시간이나 일정이 제한되어 있는 점으로 인해 집단치료 형태의 개입에 참여하기를 원하지 않거나 참여할 수 없는 환자들에게 유용할 수 있고, 환자의 특정 요구에 맞춰 시간과 환경을 조율할 수 있으며, 환자에게 최대한 주의를 기울일 수 있다는 장

점이 있다. 반면, 격려의 부족, 공통된 인간성, 그리고 다른 참가자들에 의해 매일 숙제를 할 수 있도록 동기부여 되는 부분들이 부족하다는 단점이 있을 수 있으며, 집단치료에 비해서는 비용이 훨씬 더 많이 들 수 있다 (Schroevers et al., 2016).

개인치료 형태로 진행된 몇 가지 연구들을 살펴보면, Steele 외(2018)가 최소 1가지 이상의 불안장애로 진단받은 임상 환자들을 대상으로 특정 장애 프로토콜(single disorder protocols: SDPs)과 단일화된 범진단적 치료 프로토콜(UP)의 치료 효과를 비교 검증하였다. 그 결과, UP와 SDP 둘 다 그 효과가 우수하였으며, 치료 종결 후와 12개월 추후 시기에 그 효과가 두 조건 간에 통계적으로 동등한 것으로 나타났다. 이후에, Sauer-Zavala 외(2020)는 주요우울장애, 지속성 우울장애 또는 달리 명시되지 않은 우울장애 진단기준을 충족하는 임상 환자들을 대상으로 UP 및 SDP, 그리고 대기통제 조건에 각각 무선 할당하여 그 효과를 검증하였다. 그 결과, UP와 SDP는 둘 다 대기통제 조건에 비하여 우울증상의 유의한 감소를 보였고, 앞의 두 가지 치료는 치료 종결 후와 1년 추후 시기에 조건 간 차이가 유의하지 않았다. 국내에서는 임상 환자군을 대상으로 개인치료 형태로 진행된 연구는 한 편에 불과한 것으로 알고 있다. 최근 보고된 조용래 외(2023)의 연구에서 여러 종류의 불안장애와 우울장애로 진단된 참가자들을 대상으로 UP를 개인치료 형태로 제공한 결과, 대기통제 조건과 달리 개인 UP조건에 속한 참가자들의 사회불안증상, 범불안증상, 우울증상, 임상적 불안증상, 부적 정서 및 주 진단의 임상적 심각도 수준이 사전 시기에 비해 사후 및 3개월 추후 시기에 유의하게 감소한 것으로 밝

혀졌다. 이러한 결과들은 국외 및 국내 임상 현장에서 공병장애를 가진 내담자나 환자들의 증상을 개선하는 데 있어 개인치료 형태의 UP의 활용 가능성을 지지한다고 하겠다.

집단치료 형태로 국외에서 보고된 UP의 효능에 관한 연구는 아직 소수에 불과한 실정이지만(Bullis et al., 2015; Castro-Camacho et al., 2022; de Ornelas Maia et al., 2013; de Ornelas Maia et al., 2015; Reinholt et al., 2017), 집단치료 형태의 경우, 참가자에게 관찰 학습, 격려, 정서적 지지, 공통된 인간성 및 문제에 대한 더 넓은 관점을 제공할 수 있으며, 매일 숙제를 할 동기를 증가시킬 수 있다는 장점이 있는 반면, 집단 형식의 개입이 모든 사람에게 적합하지는 않을 수 있고(Schroevers et al., 2016), 일부 환자는 집단의 공유를 통해 좌절감이나 실망감을 경험하는 것으로 보고되었다(Griffiths et al., 2009). 집단치료 형태로 진행된 Reinholt 외(2017)의 연구에서 최소 1가지 이상의 불안장애로 진단받은 임상 환자들 집단 치료 형태의 UP를 제공받은 결과, 치료 종결 후에 불안 및 우울증상, 주관적인 웰빙 수준에서 유의한 개선을 보였다. 또한 일반 대학생들을 대상으로 UP를 집단치료 형태로 수행한 연구(Castro-Camacho et al., 2022)에서도 집단 UP가 통제조건에 비해 치료 효능이 우수했고, 비용 효과적이라는 논의가 있었다.

이에 더하여, 국내에서 보고된 집단 UP의 효능에 대한 선행연구들은 모두 준임상적인 정서장애 증상을 호소하는 대학생들을 대상으로 진행되었다(대면 집단: 김형하, 조용래, 2021; 남수아 외, 2021; 박혜진, 김근향, 2020; Cha et al., 2021; 비대면 집단: 김소화, 박정수, 2023; 현정은, 김근향, 2021). 불안 및 우울증상을 호소하는 대학생들을 대상으로 총 5회기

단축형 범진단적 개입을 실시한 결과, 심리교육 조건에 비해 주 호소 증상 및 관련 증상들이 유의하게 개선되었으며, 이러한 효과는 치료 종결 2주 후까지 유지되는 것으로 나타났다(Cha et al., 2021). 또한 사회불안증상(박혜진, 김근향, 2020) 및 범불안증상(현정은, 김근향, 2021)을 호소하는 대학생들을 대상으로 집단 형태의 UP를 실시한 결과, 인지행동치료(cognitive-behavioral treatment: CBT) 조건과는 큰 효과 차이가 없었으며, 무처치 통제조건에 비해서는 주 호소 증상이 유의하게 감소하였고, 이러한 효과는 종결 2주 후까지 지속되는 것으로 보고되었다. 이는 집단치료 형태의 UP가 준임상적 수준의 정서적 어려움을 경험하는 대학생들의 정신건강을 증진시키고, 나아가 적응적인 정서조절능력을 향상시킬 수 있는 가능성을 시사하는 결과들이다. 하지만, 아직 임상적인 수준의 정서장애를 경험하는 내담자나 환자 집단을 대상으로, 다섯 가지의 핵심 모듈 모두로 구성된 집단치료 형태의 UP 효과를 검증한 연구는 보고되어 있지 않은 실정이다.

아울러, 현재까지 국외 및 국내에서 보고된 UP 관련 연구들에서는 집단치료와 개인치료 개입 방식의 효과를 직접 비교 검증한 연구가 없었다. UP가 범진단적이고 정서에 초점을 둔 일종의 인지행동치료이고, 생각과 감정의 접근 방식이나 태도에 있어서 마음챙김에 기반을 둔 개입과 유사한 점 등을 함께 고려하여, 몇 가지 선행연구 결과들을 살펴보고자 한다. 우선, Neufeld 외(2020)는 사회불안장애로 진단받은 임상 환자들을 CBT 집단치료 조건(Hofmann & Otto, 2008), CBT 개인치료 조건(Olivares-Olivares et al., 2019), 그리고 대기통제 조건에 각각 무선 할당하여 그 효과를 검증한

결과, 두 개입 방식 모두 대기통제조건에 비하여 치료 종결 후에 사회불안 및 우울증상의 유의한 감소를 보였으며, 그 효과가 통계적으로 동등한 것으로 밝혀졌다. Mörtberg 외(2007)는 사회불안장애로 진단받은 임상 환자들을 대상으로 집단인지치료(intensive group cognitive therapy: IGCT) 조건, 개인인지치료(individual cognitive therapy: ICT) 조건 및 통상적인 정신과 치료(treatment as usual: TAU) 조건에 각각 무선 할당하여 치료 효과를 비교 검증한 결과, ICT가 IGCT 및 TAU 보다 주 호소 증상 및 관련 증상들을 개선하는 데 더 효과적이었다. 하지만, 치료 종결 5년 후 ICT와 IGCT로 치료를 받았던 환자들을 추적 조사한 결과(Mörtberg et al., 2011), 두 치료조건 모두 치료 종결 5년 후에도 사회불안증상과 관련된 치료 효과가 유지 및 더 개선되었으며, 두 조건 간 유의한 차이를 보이지 않았다. 이와 달리, 우울증상 측정치에서는 IGCT보다 ICT가 더 우수한 치료 효과를 나타냈다.

이에 더해, Craigie와 Nathan(2009)은 우울장애로 진단받은 외래 환자들을 대상으로 CBT를 집단치료 조건(Nathan et al., 2004)과 개인치료 조건(Nathan, Rees, Lim, Smith., 2001; Nathan, Rees, Lim, Smith, O'Donnell, 2001)으로 나누어 치료 효과를 비교 검증한 결과, 두 조건 모두 우울증상을 완화하는 데 효과적이었으며, 개인치료 조건이 더 큰 효과크기와 높은 회복률을 나타냈다. 아울러, 우울증상을 경험하고 있는 만성 신체질환 환자들을 대상으로 마음챙김에 기반을 둔 인지치료(mindfulness-based cognitive therapy: MBCT)를 집단치료 조건과 개인치료 조건으로 각각 무선 배정하여 연구를 수행한 결과, 두 조건 모두 우울증상의 유의한 개선을 보였으며, 두 조건 간 유의한 차이

는 없었다. 또한 두 조건 모두 불안증상이 크게 감소하고, 긍정적 웰빙 수준, 마음챙김 및 자기자비가 향상되었으며, 이 변인들에서는 두 조건 간에 유의한 차이가 나타나지 않았다 (Schroevers et al., 2016). 이러한 결과들을 살펴봤을 때, CBT와 MBCT의 경우 대부분의 결과 측정치들에서는 집단치료와 개인치료 간에 유의한 효과 차이를 보이지 않는 것으로 사료되나, 우울증상 관련하여서는 CBT를 개인치료 형태로 적용하였을 때 상대적으로 더 높은 치료 효과나 치료 반응을 보일 가능성이 시사된다. 집단치료와 개인치료 형태의 효과 차이를 비교 검증하는 것은 여러 가지 면에서 의미가 있을 수 있다. 앞서 기술하였듯이, 집단치료와 개인치료 형태 각각의 장단점이 있겠으나, 만약 UP의 집단치료가 개인치료와 성과 면에서 차이가 없는 것으로 나온다면, 치료 수요가 많은 임상 현장에서 치료에 할애할 수 있는 시간과 여건이 제한되어 있는 실무자들에게 진단적으로 이질적인 내담자/환자들을 대상으로 그들의 다양한 임상적 문제들을 다루어야 할 때, 더 효율적이고 비용-효과적으로 접근할 수 있는 집단치료 형태의 UP 활용 가능성을 제시할 수 있다. 또한 치료자 훈련 면에서 유용할 뿐 아니라 임상 현장의 수요를 더 유연하게 충족시킬 수 있는 근거가 될 수 있다. 예를 들어, 집단치료를 숙련된 치료자와 초심 치료자가 함께 진행하게 되면 초심 치료자를 훈련하는 좋은 방법이 될 수 있다. 하지만, 아직 UP의 경우에는 집단치료와 개인치료 간에 그 효과를 직접 비교 검증한 연구가 전무한 상태이므로, UP 치료의 형태에 따라 치료 효과에 차이가 있는지를 검토할 필요가 있다.

이와 같이 살펴본 내용들을 토대로, 본 연

구는 Barlow 외(2011/2017a, 2011/2017b)에 의해 개발된 정서장애의 단일화된 범진단적 치료 프로토콜(UP)의 8가지 모듈(5가지 핵심 모듈 및 3가지 추가 모듈 포함)로 구성된 심리학적인 치료를 다양한 종류의 불안장애와 우울장애로 진단된 국내 대학생들에게 두 가지 치료 형태(즉, 집단치료와 개인치료)로 나누어 제공함으로써 집단 및 개인치료 형태의 UP가 효과적이지를 검증하기 위하여 수행되었다. 특히, UP의 집단치료가 개인치료와 효과 면에서 비견될 만 한지를 검증하고자 하였다. 이를 위하여, 다양한 정신병리적 증상을 측정하는 자기보고식 척도뿐만 아니라 임상가에 의한 반구조화된 면접 도구를 사용하여, 내담자들이 경험하고 있는 증상과 문제들을 다각적으로 평가하여 치료의 효과를 세밀히 살펴보고자 하였다. 이에 더해, 치료 효과가 지속되는지 여부를 살펴보기 위하여, 치료 종결 후 3개월 시점에 추후 평가를 수행하였다.

## 방 법

### 연구 대상

불안장애나 우울장애를 겪고 있는 참가자들을 모집하기 위하여 대학교 학과 홈페이지, 학교 건물 내 홍보 포스터 부착, 대학교 커뮤니티 및 직접 학교 강의 시간에 들어가 홍보하는 등 온라인 및 오프라인 방식을 활용하여 홍보를 실시하였다. 연구 참가 신청자에게 연구 목적에 관한 설명을 제공하여 연구 참여에서 동의를 한 대학생들을 대상으로 먼저 4가지 자기보고형 검사를 실시하였다. 4가지 검사는

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-우울 척도(Center for Epidemiologic Studies Depression Scale; CES-D)였다.

총 309명 중에서 각 검사의 절단점 이상의 점수를 보인 참가 희망자 192명이 연구대상자의 예비 선발 기준을 통과하였다. 이렇게 예비 선발된 참가자 중 사전 선별 검사지에 본 연구에 참여 의사가 없다고 응답하거나 연락

이 두절된 66명과, 정신건강의학과나 전문적인 상담기관에서 이미 심리치료를 받고 있는 것으로 파악된 13명은 제외되었다.

다음으로, 총 113명을 대상으로, DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition: DSM-5; American Psychiatric Association, 2013) 진단기준에 의거하여 정확한 진단 평가를 진행하기 위해 DSM-5에 대한 불안장애 면접 스케줄(Anxiety Disorders Interview Schedules for DSM-5: ADIS-5; Brown & Barlow, 2014)을 활용하여 반구조화된 면접을

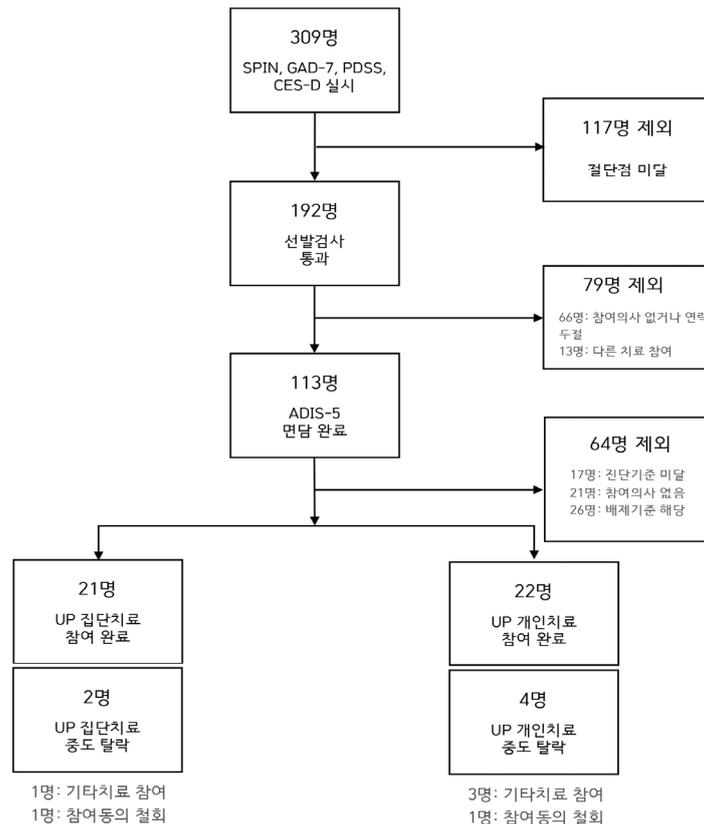


그림 1. 연구 진행 과정에서 연구 참가자의 인원수 변화

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

실시하였다. 이 면접은 소정의 훈련을 받은 임상심리전공의 석사과정생들이 진행하였으며, 이후 임상심리전문가가 주재한 사례회의를 거쳐서 최종 진단을 확정하였다. 면접 중에 추가적으로 현재 정신건강의학과 외래 환자로 등록되어 치료를 받고 있거나 다른 기관에서 전문적인 심리치료를 받고 있는 것으로 파악된 대상자와, 정신병증적 증상이 동반된 주요 우울장애, 자살사고가 저명한 주요우울장애, 양극성장애, 약물사용 장애, 망상장애, 조현병 등으로 진단된 26명, 진단기준 미달 17명, 참여 의사가 없는 21명이 제외되었다. 연구 진행 과정에서 연구 참가자들의 인원수 변화는 그림 1에 제시하였다. 반구조화된 임상 면접 완료자 113명 중 49명이 연구 참가자로 최종 선발되었으며, 참가자들의 의견을 반영하여 23명(남 9명, 여 14명)은 UP 집단 조건에, 26명(남 4명, 여 22명)은 UP 개인 조건에 배정되었다. UP 집단 및 개인 치료조건의 참가자들의 개인사정(예: 공강시간, 통학시간, 아르바이트 등)을 고려하여, 사전에 각각의 참가자들이 치료에 참여 가능한 일정을 조사하고, 치료자와 일정을 조율하여 프로그램을 진행하였다. 총 8회기의 UP 프로그램에 끝까지 참여하고, 치료 전 및 치료 후 평가와 3개월 추후 평가까지 완료한 참가자는 UP 집단 조건은 21명(남 9명, 여자 12명), UP 개인 조건은 22명(남 4명, 여 18명)이었다. 두 조건의 참가자들 간의 성별 분포의 차이는 유의하지 않았다,  $\chi^2(1) = 3.10$ ,  $p = .08$ , *ns*.

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,  $t(41) = 1.83$ ,  $p = .08$ , *ns*. 참가자들

의 주 진단은 사회불안장애가 가장 많았으며, 그 다음으로 주요우울장애, 지속성 우울장애 및 강박장애 순이었다. 전체 참가자들 중에서 공병 진단이 한 가지라도 있는 참가자는 UP 집단 조건 71.4%, UP 개인 조건 81.8%였으며, 주요우울장애, 지속성 우울장애, 사회불안장애와 범불안장애 및 특정공포증 순으로 공병 진단이 많았다.

모든 참가자들에게는 소정의 상품을 보상으로 제공하였다. 참가자 선발 및 참가자를 위한 보상, 그리고 연구 진행 과정 등에 관하여 연구자들이 소속된 기관 내 생명윤리위원회(IRB)의 승인을 받은 다음(HIRB-2022-067)에 연구를 진행하였다.

#### 치료 프로그램

본 연구에서는 Barlow 외(2011/2017a, 2011/2017b)가 개발한 UP 관련 저서들에 기초하여 조용래 외(2023)가 구성한 총 8회기의 UP 프로그램을 사용하였다. UP는 다양한 모듈을 포함하고 있는데, 한 회기에 여러 모듈을 다루게 될 경우, 참가자들이 이를 이해하고 습득하는데 제한이 있을 수 있어(Bullis et al., 2015), UP의 집단 및 개인치료 형태 모두, 한 회기에 하나의 핵심 개념을 충분히 이해하고 적용해 볼 수 있도록 프로그램을 구성하였다.

집단치료 형태의 UP의 경우, 회기 시작 전 참가자들이 수행해 오는 숙제들에 대한 검토 및 피드백 시간을 약 20분 정도 가졌으며, 그 이후 해당 회기에서 다루는 새로운 핵심 개념에 대한 심리교육을 진행하였다. 다음에는 각 회기 별로 정해진 실습을 수행하도록 안내하였다. 참가자들이 회기 내용을 잘 이해하고 있는지, 어려운 부분은 없는지 주 치료자와

표 1. 연구 대상자들의 평균 나이(표준편차), 치료 전의 주 진단 및 공병 진단 수 분포

	전체 (N = 43)	UP 집단 (n = 21)	UP 개인 (n = 22)
나이	21.67(2.20)	22.29(2.49)	21.09(1.74)
주진단[n(%)]			
사회불안장애	32(74.4)	16(76.2)	16(72.7)
주요우울장애	9(20.9)	5(23.8)	4(18.2)
지속성 우울장애	1(2.3)		1(4.6)
강박장애	1(2.3)		1(4.6)
공병진단[n(%)]			
최소 1가지 이상	33(76.7)	15(71.4)	18(81.8)
주요우울장애	17(39.5)	7(33.3)	10(45.5)
사회불안장애	7(16.3)	2(9.5)	5(22.7)
범불안장애	7(16.3)	1(4.8)	6(27.3)
지속성 우울장애	10(23.3)	5(23.8)	5(22.7)
특정공포증	7(16.3)	3(14.3)	4(18.2)
강박장애	3(7.0)	2(9.5)	1(4.6)
질병불안장애	1(2.3)	1(4.8)	
공황장애	2(4.7)	2(9.5)	

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

보조치료자들이 함께 살펴보며 도움을 제공하였으며, 회기 내에서 배운 기술들을 집단 구성원들 간에 적용하여 서로 도와주거나 피드백을 줄 수 있도록 하였다. 회기를 마치기 전에 한 명씩 소감을 나누도록 하였으며, 그 직후에 다음 회기 과제를 부여하였다.

UP의 개인치료의 경우, 회기 시작 전 참가자가 수행해 오는 숙제들에 대한 검토 및 피드백 시간을 약 10분 정도 가졌고, 그 이후 해당 회기에서 다루는 새로운 핵심 개념에 대한 심리교육을 제공하였다. 이후에 각 회기 별로 정해진 실습을 진행하였으며, 참가자가 실습지 등을 작성할 때 어려운 부분 등이 없

는지 살펴보며 피드백을 주었다. 회기를 마치기 전 소감을 들은 직후 다음 회기 과제를 부여하였다.

집단 및 개인 치료 참가자들은 매주 1회씩 8주간 치료에 참여하고, 치료 종결 3개월 경과 시점에 추후 평가를 받았다. UP의 집단치료는 평균 4.2명의 참가자(범위 4-5)를 대상으로 주 치료자 1명과 보조치료자 2명에 의해 대부분의 회기가 약 120분씩 진행되었으며(Bullis et al., 2015), 실습이 비교적 많은 3회기와 7회기는 약 180분씩 소요되었다. UP의 개인치료는 회기당 약 60분 동안 진행되었고(조용래 외, 2023; Barlow et al., 2017; Farchione et

al., 2012), 실습이 비교적 많은 3회기 및 7회기는 약 90분 동안 진행되었다. 따라서 집단치료에서 보조치료자의 치료 제공 시간을 주 치료자의 1/2로 계산하여 산출한 참가자당 총 치료 시간은 8.1시간이었으며, 개인치료 조건에서 참가자당 총 치료시간은 8시간이었다.

### 1회기: 변화 동기 유지 및 목표 설정

UP 프로그램 진행에 대한 오리엔테이션과 함께 정서장애 및 동기와 관련된 심리교육을 진행하였다. 특히 참가자들의 동기와 결단 치료 과정에 있어서 핵심적이라는 것을 교육하며, 치료 참여도와 숙제 순응도가 치료 효과 증진에 영향을 줄 수 있다는 것을 강조하였다. 참가자가 프로그램에 참여하는 동안 경험할 수 있는 변화에 대한 양가감정을 구체적으로 처리할 수 있도록 ‘결정 저울 연습’을 실습하고, ‘치료 목표 설정 기록지’를 활용하여 구체적인 치료 목표를 수립할 수 있도록 안내하였다. 회기 이후 1주일 간 불안증상과 우울증상의 변화를 검토할 수 있도록 ‘경과 기록지’ 작성을 숙제로 부여하였으며, 이를 그 다음 회기 끝 무렵에도 매주 다른 숙제들과 함께 부여하였다.

### 2회기: 정서 이해와 정서 관찰하기

지난주 과제에 대한 경험을 나누고 피드백을 주며 회기를 시작하였다(이는 이하 모든 회기 시작 시간에 동일하게 이루어짐). 자신의 정서 경험이 왜 부적응적인 양상을 보이게 되는지에 대한 이해를 돕기 위하여, 우선 정서의 기능적이고 적응적인 본질에 대해 교육을 진행하였다. 즉, 모든 정서는 근본적으로 필요하고 중요하다는 점을 인식할 수 있도록 돕고, 핵심은 정서 그 자체라기보다는 내가 정서를

어떻게 경험하고 반응하고 있는가가 중요하다는 점을 교육하였다. ‘정서의 3요소 모형’ 실습을 통해 자신의 정서 경험이 생각, 신체감각/느낌, 행동으로 구성되어 있음을 인식하고, ‘정서의 ARC(antecedents, responses, consequences)’ 모형 실습을 통해 자신의 정서 경험이 어떻게 상호작용하고, 현재 일어나고 있는 경험에 어떤 영향을 미치는지 이해하는 시간을 가졌다. 한 주 동안 일상생활에서 자신의 정서 경험을 모니터링하듯 활용하도록 ‘정서의 ARC 모형 기록지’ 작성을 숙제로 부여하였다.

### 3회기: 정서 알아차리기

정서 경험을 관찰하는 방법을 배우고 실습하는 데 주요 목적이 있다. 지난 회기에 이어서 자신의 정서 반응이 어떻게 상호작용하고 정서 경험에 영향을 미치는지, 정서를 일차 정서와 이차 반응으로 구분하여 교육하였다. 뿐만 아니라, 일차 정서에 판단이 실리게 되면 정서의 기능적인 목적을 잃고, 정서를 위협적이거나 혐오적으로 해석하는 이차 반응이 나타나면서 악순환을 형성할 수 있음을 교육하였다. 이런 악순환의 고리에서 빠져나올 수 있는 방법으로 ‘현재에 초점을 둔 비판단적 알아차림’ 실습을 진행하여, 현재에 맞을 내리고 지금 이 순간 자신의 경험에 대해 판단 없이, 있는 그대로 알아차리도록 하였다. 더불어 음악을 통해 정서를 유도하여, 현재에 초점을 둔 비판단적 알아차림과 동일한 방식으로 정서를 관찰할 수 있도록 돕는 ‘정서 유도 연습’을 실시하였다. 한 주 동안 일상생활에서 자신의 정서 경험을 현재에 초점을 두고 비판단적인 태도로 관찰할 수 있도록 ‘현재에 초점을 둔 비판단적 알아차림’ 기록지 작성을 숙제로 부여하였다.

#### 4회기: 생각을 이해하기

생각이 정서에 영향을 미치는 방식을 이해하는 데 주요 목적이 있다. 특정 상황을 평가하거나 해석하는 방식인 ‘인지적 평가’에 대한 교육을 진행하면서, 같은 상황이지만 평가 방식은 매우 다양한 방식으로 이루어질 수 있고, 우리가 어떤 측면에 초점을 맞추느냐에 따라서, 그 상황에 대한 반응으로 나오는 정서의 종류가 달라질 수 있음을 설명하였다. ‘모호한 그림 실습’을 통해 초기 해석을 신속하게 만들어냈음에도 불구하고 다른 해석들이 가능하다는 것을 설명해 주었고, 이러한 자동적 평가가 기분 상태에 어떤 영향을 미칠 수 있는지에 대해 이해할 수 있도록 하였다. 또한 ‘하향 화살표 기법’을 사용하여 강렬한 정서 반응을 유발하는 핵심적인 자동적 평가를 찾아낼 수 있도록 하였으며, 이러한 평가가 적절하지 않을 때, 또는 하나의 해석에 반복적으로 이끌리면 ‘생각의 덩어리’에 빠질 수 있음을 교육하였다. 이에 대항할 수 있도록 ‘인지적 재평가’라는 개념을 소개하고, ‘자동적 평가 찾아내고 검토하기’ 실습을 통해 생각의 유연성을 증진시킬 수 있는 방법을 함께 살펴보았다. 실습한 내용들을 한 주 동안 일상생활에서 적용해 볼 수 있도록 ‘자동적 평가 찾아내고 검토하기’ 기록지 작성을 숙제로 부여하였다.

#### 5회기: 행동을 이해하기

행동이 정서에 영향을 미치는 방식을 이해하는 데 주요 목적이 있으며, ‘정서회피’와 ‘정서주도행동’이라는 개념을 중점적으로 다루는 회기이다. ‘정서회피’가 무엇인지 이해하고, ‘정서회피 전략 목록’을 작성해 보며 자신이 평소 사용하고 있는 정서회피 전략들을 살펴 보았다. 또한 정서주도행동에 관해 배우고, 정

서주도행동이 정서 경험에 어떻게 영향을 미치고, 정서 반응을 유지시키는데 대해 이해하는 시간을 가지며, 자신의 정서주도행동을 찾고 이에 대항하는 데 도움을 주는 ‘회피 및 정서주도행동과 대안행동 목록’을 작성하였다. 한 주 동안 일상생활에서 평소 정서에 대한 반응으로 하던 행동과는 완전히 다르게, 즉 대안행동을 적용하여 새로운 결과와 경험을 얻을 수 있도록 ‘정서주도행동에 대항하기’ 기록지 작성을 숙제로 부여하였다.

#### 6회기: 신체감각을 알아차리고 감내하기

정서와 관련된 내부 신체감각을 확인하고, 정서 반응을 결정하는 데 있어 내부 신체감각의 역할을 이해하는 데 주요 목적이 있다. 신체감각을 어떻게 생각하고 경험하는가에 따라서 신체감각이 실제로 정서 반응에 기여할 수 있음을 설명하고, 신체감각을 회피할 경우 부정적인 정서를 유지시킬 수 있음을 안내하였다. 신체감각과 연합된 강렬한 정서를 직면하고 감내하는 것이 중요하다는 점을 교육하며, ‘증상 유도 테스트’ 실습을 하고, ‘증상 유도 테스트 양식’을 작성해 볼 수 있도록 안내하였다. 신체감각을 고통스러운 정서 경험의 일부인 것과 별개인 신체감각 그 자체로 인식할 수 있도록 마무리 교육을 진행하였고, 한 주 동안 일상생활에서 적용해 볼 수 있도록 ‘증상 유도 실습 양식’ 기록지 작성을 숙제로 부여하였다.

#### 7회기: 신체감각적 및 상황적인 정서 노출하기

정서 노출의 목적을 이해하고, 정서 노출 연습을 통해 강렬한 정서에 직면하도록 하는 데 주요 목적이 있다. 노출의 주된 초점은 특

정 상황, 이미지나 활동이 아닌 정서 그 자체  
 임을 교육하고, 강렬하고 불편한 정서 반응을  
 초래할 수 있는 내부적 및 외부적 자극에 천  
 천히 직면하는 방법과, 그러한 정서에 반응하  
 는 새로운 방식을 안내하였다. 지금까지 습득  
 한 모든 기술들이 정서 노출의 시행을 실습하  
 는 데 도움이 될 것이라는 점과 정서 노출의  
 목표는 정서 반응을 즉시 줄이는 것이 아닌,  
 경험을 통해 새로운 것을 배우는 것에 있음을  
 교육하였다. 정서 노출 시작 전부터 마친 후  
 까지의 전반적인 과정을 구체적으로 설명해  
 주었다. 참가자의 ‘정서 및 상황 회피 위계 목  
 록’을 작성하고, 그 목록에서 위계 상 중간 정  
 도에 해당하는 활동부터 시작하여 추후 점진  
 적으로 높은 위계에 해당하는 노출을 실시해  
 볼 수 있도록 교육하며, ‘정서 노출 실습 기록  
 지’를 작성하도록 가이드하였다. 회기 내 정서  
 노출 실습을 마친 후, 노출 실습에 대해 간단  
 히 리뷰하는 시간을 가졌으며, 한 주 동안 일  
 상생활에서 3회의 정서 노출 실습을 해볼 수  
 있도록 ‘정서 노출 실습 기록지’ 작성을 숙제  
 로 부여하였다.

### 8회기: 종결 및 앞으로 나아가기

지금까지 습득한 정서 대처 기술을 복습하  
 고, 프로그램을 통해 성취하고 변화된 부분을  
 인정하며, 미래를 위한 계획 및 목표를 설정  
 하는 데 주요 목적이 있다. 치료 진전을 점검  
 하기 위하여, ‘진전평가 양식’을 활용하여 프  
 로그램을 통해 자신이 어느 정도의 변화가 나  
 타났는지 확인하는 시간을 가졌으며, 성취한  
 진전을 유지하기 위한 전략을 함께 살펴보았  
 다. 또한 치료에서 배웠던 기술들을 앞으로  
 어떻게 실습하고 활용할지 계획을 세우고, 이  
 를 실천하는 데 도움이 될 수 있도록 ‘미래

계획 세우기’ 기록지를 작성함으로써, 장기 목  
 표와 이를 성취하는 데 필요한 조치들을 함께  
 정리해 보았다. 이에 더해, 프로그램을 마친  
 후 나타날 수 있는 어려움들을 미리 살펴보고,  
 어려움이 발생하더라도 이제는 이를 적응적으  
 로 대처할 수 있는 기술과 능력이 본인에게  
 있음을 다시 한 번 설명하였다. 마지막으로,  
 프로그램에서 배운 기술들 중 가장 도움이 되  
 었던 기술과 프로그램 참여 소감(부록 1, 2)을  
 나누며 종결하였다.

### 치료자

본 연구의 모든 치료자들은 구조화된 프로  
 토콜에 의거하여 UP 프로그램을 진행하였다.  
 UP 집단치료 프로그램의 치료자는 UP 및 인  
 지행동치료 교육을 수료한 임상심리전문가 2  
 명(각각 참가자 12명, 9명을 맡아서 진행하였  
 음)<sup>1)</sup>, UP 개인치료 프로그램의 치료자는 UP  
 및 인지행동치료 교육을 수료한 임상심리전  
 문가 3명(각각 참가자 13명, 5명, 2명)<sup>2)</sup>과 임  
 상심리전문가 수련과정에 있는 석사과정 4학

1) 12명과 9명의 참가자를 각각 맡아서 UP 집단치  
 료를 이끈 임상심리전문가 2명 간의 치료 효과  
 차이를 검토하기 위하여, 치료자 변인을 독립  
 변인으로 혼합설계에 기초한 반복측정 변량분  
 석(mixed repeated measures ANOVA) 혹은 혼합  
 반복측정 공분산 분석(mixed repeated measures  
 ANCOVA)을 사용하였다. 그 결과, 치료자 간에  
 어떤 종속변인에서도 유의한 차이를 보이지 않  
 았다.

2) 13명과 5명의 참가자를 각각 맡아서 UP 개인치  
 료를 진행한 임상심리전문가 2명 간의 치료 효  
 과 차이를 살펴보기 위하여, 위와 동일한 분석방  
 법을 사용한 결과, 치료자 간에 어떤 종속변인에  
 서도 유의한 차이를 보이지 않았다.

기 2명(참가자 1명씩 맡아서 진행)에 의해 제공되었다. 이 모든 치료과정은 UP 국내판 워크북과 치료자용 가이드를 번역하고, 정신보건임상심리사 1급, 임상심리전문가, 인지행동치료전문가 및 명상지도전문가(R급) 자격을 보유한 연구책임자가 지도감독 하였다.

#### 측정도구

##### 치료에 대한 기대 질문지(Reaction to Treatment Questionnaire: RTQ)

이 척도는 참가자의 치료에 대한 신뢰 정도와 치료가 성공적일 것이라고 기대하는 정도를 평가하기 위하여 개발된 자기보고형 질문지이며(Kennedy & Heimberg, 1986), 총 8문항을 10점 Likert형의 척도에 평정하도록 되어있다. 본 연구에서는 이정윤(1996)이 우리말로 번안한 번역본의 일부 문항 내용을 연구 목적에 맞게 약간 수정하여 사용하였다. 치료에 대한 신뢰 정도는 치료가 얼마나 논리적이라고 생각하는지, 치료가 적응적인 정서조절능력을 함양하는 데 얼마나 효과적인 것이라고 확신하는지, 다른 사람들에게 이 치료를 얼마나 추천하고 싶은지, 정서장애 외에 다른 유형의 증상을 줄이는 데 얼마나 효과적인 것이라고 믿는지를 묻는 4개 문항으로 구성되어 있다. 치료의 성공에 대한 기대는 주되게 호소하는 정서장애 증상들이 현재 얼마나 심한지, 치료를 마친 후에 주된 정서장애 증상들이 얼마나 심할 것이라고 예상하는지, 그리고 1년 후와 5년 후에는 주된 정서장애 증상들이 각각 얼마나 심할 것이라고 예상하는지를 묻는 4개 문항으로 이루어져 있다. 본 연구에서는 이 척도를 1회기(치료 초기) 및 4회기(치료 중기)가 끝난 후에 실시하였다. 수집된 자료에서 산

출된 치료에 대한 신뢰 정도의 내적 일치도(Cronbach's  $\alpha$ )는 치료 초기 .91, 치료 중기 .89였고, 치료가 성공적일 것이라고 기대하는 정도의 내적 일치도(Cronbach's  $\alpha$ )는 치료 초기 .89였고, 치료 중기 .90이었다.

##### 사회공포증 검사(Social Phobia inventory: SPIN)

이 척도는 사회불안증상의 심각도를 측정하기 위하여 개발된 총 17문항의 자기 보고형 질문지이며(Connor et al., 2000), 5점 Likert형의 척도에 평정하도록 되어 있다. 본 연구에서는 Cho 외(2018)가 우리말로 번안하고 타당화한 한국판 SPIN을 예비 선발 도구 및 사회불안증상에 대한 UP의 효과를 평가하기 위한 도구로 사용하였다. 사회불안장애의 예비 선발기준 절단점은 19점이었고(Connors et al., 2000), 수집된 자료에서 산출된 내적 일치도(Cronbach's  $\alpha$ )는 사전 .92, 사후 .93, 추후 .91이었다.

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

이 척도는 최근 2주간의 범불안증상의 수준을 측정하기 위해 개발된 총 7문항의 자기 보고형 질문지이며(Spitzer et al., 2006), 4점 Likert형의 척도에 평정하도록 되어 있다. 본 연구에서는 공식 홈페이지(<https://www.phqscreeners.com/select-screener/>)에서 원척도 개발자들이 제공하는 한국어판 번역본을 예비 선발 도구 및 범불안증상에 대한 UP의 효과를 평가하기 위한 도구로 사용하였다. 국내에서는 Seo와 Park(2015)이 한국어판 척도를 타당화 하였다. 범불안장애의 예비 선발기준은 절단점 10점(Spitzer et al., 2006)이었고, 수집된 자료에서 산출된 내적 일치도(Cronbach's  $\alpha$ )는 사전 .84,

사후 .77, 추후 .81이었다.

**공황장애 심각도 척도(Panic Disorder Severity Scale: PDSS)**

이 척도는 공황장애 증상의 심각도를 측정하기 위해 개발된 자기 보고형 질문지로(Shear et al., 1997, 2001), 본 연구에서는 Lee 외(2009)가 우리말로 번안하고 타당화한 한국판 PDSS를 사용하였다. PDSS는 공황장애의 7가지 영역을 평가하고, 총점에 따라서 공황장애의 심각도를 판단하며, 본 연구에서는 공황장애의 예비 선별 도구 및 공황장애 증상의 심각도에 대한 UP의 효과를 평가하기 위한 도구로 사용하였다. 공황장애의 예비 선별기준은 절단점 8점(Shear et al., 2001)이었고, 수집된 자료에서 산출된 내적 일치도(Cronbach's  $\alpha$ )는 사전 .85, 사후 .87, 추후 .90이었다.

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

이 척도는 지역사회 우울증에 대한 역학조사용으로 개발된 자기 보고형 질문지로(Radloff, 1977), 총 20개 문항을 4점 Likert형의 척도에 평정하도록 되어 있다. 본 연구에서는 전경구 외(2001)가 우리나라 말로 번안하고 타당화한 한국판 CES-D를 예비 선별 도구 및 우울증상에 대한 UP의 효과를 평가하기 위한 도구로 사용하였다. 우울장애의 예비 선별기준은 절단점 16점(Lewinsohn et al., 1997)이었고, 수집된 자료에서 산출된 내적 일치도(Cronbach's  $\alpha$ )는 사전 .90, 사후 .88, 추후 .84였다.

**벡 불안 척도(Beck Anxiety Inventory: BAI)**

이 척도는 지난 1주간 경험한 불안의 인지

적, 정서적, 행동적 및 신체적 증상을 측정하기 위해 개발된 자기 보고형 질문지로(Beck et al., 1988), 총 21개 문항을 4점 Likert형의 척도에 평정하도록 되어 있다. 본 연구에서는 우리말로 번안되고 타당화된 한국판 BAI(Lee et al., 2016)를 임상적인 불안증상에 대한 UP의 효과를 평가하기 위하여 사용하였다. 수집된 자료에서 산출된 내적 일치도(Cronbach's  $\alpha$ )는 사전 .90, 사후 .86, 추후 .83이었다.

**벡 우울척도(Beck Depression Inventory-II: BDI-II)**

이 척도는 지난 2주간 경험한 임상적인 우울증상을 측정하기 위해 개발된 자기 보고형 질문지로(Beck et al., 1996), 총 21개 문항을 4점 Likert형의 척도에 평정하도록 되어 있다. 본 연구에서는 우리말로 번안되고 타당화된 한국판 BDI-II(Lim et al., 2019)를 임상적인 우울증상에 대한 UP의 효과를 평가하기 위하여 사용하였다. 수집된 자료에서 산출된 내적 일치도(Cronbach's  $\alpha$ )는 사전 .90, 사후 .87, 추후 .89였다.

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

이 척도는 정적 정서와 부적 정서를 측정하기 위하여 개발된 자기 보고형 질문지로(Watson et al., 1988), 총 20개의 문항(정적 정서 10문항, 부적 정서 10문항)을 5점 Likert형의 척도에 평정하도록 되어 있다. 본 연구에서는 이현희 외(2003)가 우리말로 번안하고 타당화한 20개 문항 중에서 요인분석 결과가 예상과 반대로 나온 1개 문항에 대한 번역을 조용래(2007)가 부분적으로 보완하고 요인타당도를 입증한 한국판 PANAS 척도를 정적 및 부

적 정서에 대한 UP의 효과를 평가하기 위하여 사용하였다. 수집된 자료에서 산출된 한국판 PANAS의 정적 정서 하위척도의 내적 일치도(Cronbach's  $\alpha$ )는 사전 .86, 사후 .90, 추후 .87이었고, 부적 정서 하위척도의 내적 일치도(Cronbach's  $\alpha$ )는 사전 .90, 사후 .88, 추후 .87이었다.

### 일과 사회 적응 척도(Work and Social

#### Adjustment Scale: WSAS)

이 척도는 일상적인 기능 손상(일(공부), 사회적 및 개인적 여가 활동들, 집안일, 주위에 있는 사람들과의 친밀한 관계]의 정도를 측정하기 위하여 개발되고(Marks, 1986), Mundt 외(2002)가 타당화한 자기 보고형 질문지이다. 총 5개 문항을 9점 Likert형의 척도에 평정하도록 되어 있다. 본 연구에서는 장애리(2013)가 우리말로 번안하고 타당화한 한국판 WSAS를 일상적인 기능 손상에 대한 UP의 효과를 평가하기 위하여 사용하였다. 수집된 자료에서 산출된 내적 일치도(Cronbach's  $\alpha$ )는 사전 .89, 사후 .94, 추후 .88이었다.

### DSM-5에 대한 불안장애 면접

#### 스케줄(Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-5: ADIS-5)

이 반구조화된 면접도구는 Brown과 Barlow(2014)가 DSM-5에 의거하여 사회불안장애, 범불안장애 등을 포함한 다양한 종류의 불안장애와 우울장애 등을 평가하고, 주요우울장애와 불안장애의 공병장애 여부를 측정하기 위하여 개발하였다. 면접자의 면접 내용 등을 토대로 임상적인 심각도 평정치(clinical severity rating: CSR; 0점: 증상 없음 - 8점: 극도로 심각한 증상)를 결정하며, 4점(확실히 장애가 있

음) 이상은 DSM-5 진단기준의 임상적 역치를 넘은 것으로 간주한다. 본 연구에서는 참가자에 대한 최종 선별을 위한 도구 및 정신과적 진단 평가를 위해, 그리고 CSR에 대한 UP의 효과를 평가하기 위하여 조용래 외(2023)가 우리말로 번역한 것을 사용하였다.

### 측정 절차 및 측정 시기

UP의 집단치료 및 개인치료 조건에 속한 참가자들을 대상으로 사전에 간단한 설문과 면접을 통하여 성별, 나이, 정신장애 병력, 심리치료나 정신건강의학과 치료 병력을 조사하였다. 여러 정신건강 관련 변인들에 대한 자기보고식 검사들과 함께 ADIS-5를 치료 전, 치료 후 및 추후(종결시점에서 3개월 후)에 실시하였다.

### 분석방법

본 연구에서 수집된 자료는 SPSS 21 프로그램을 이용하여 분석되었다. 먼저, 두 치료조건 간 사전 동등성을 확인하기 위하여 치료 전에 측정된 각 종속측정치, 치료 초기와 중기의 치료 신뢰성 및 성과 기대 측정치에 대해 독립표본  $t$  검증을 수행하였다.

UP의 집단치료 조건과 개인치료 조건의 치료 효과를 검증하기 위하여, 2(조건: 집단 UP, 개인 UP)  $\times$  3(측정시기: 사전, 사후, 추후 3개월) 혼합설계에 기초한 반복측정 분산분석(mixed repeated measures ANOVA)을 실시하였다. 또한 각 조건별로 다양한 종속변인에 대한 치료조건 내 효과 크기 및 치료조건 간 효과 크기를 살펴보기 위하여 Hedge's  $g$ 를 산출하였다.

UP의 집단 및 개인치료 효과의 임상적 유의성을 검증하기 위하여, 각 시기(즉, 사후 및 추후)에 따른 세 가지 임상적 유의성 지표를 산출하였다. 각 조건별로 사후 및 추후 시기에 주 진단의 기준을 더 이상 충족하지 않는 참가자의 비율, 치료 반응자 지위(treatment responder status) 및 높은 최종 상태 기능(high end-state functioning; HESF) 기준을 충족시키는 참가자의 비율(Ellard et al., 2010; Farchione et al., 2012)을 산출하였으며, 치료조건 간 차이를 살펴보기 위하여  $\chi^2$  검증을 실시하였다. 각 비율에 대한 산출 방법을 살펴보면, 첫째, 주 진단의 기준을 더 이상 충족시키지 않는 참가자의 비율은 사전과 달리 사후 및 추후에 CSR이 3점 이하인 자를 의미한다. 둘째, 치료 반응자는 사후 및 추후에 세 가지 측정치[ADIS-5의 CSR, 주 진단 관련 증상 척도(SPIN, CES-D, GAD-7 등), WSAS] 중에서 두 가지 측정치에서 30% 이상 변화를 보인자를 말한다. 셋째, 높은 최종 상태 기능자는 사후 및 추후에 ADIS-5의 CSR이 3점 이하이면서, 동시에 주 진단 관련 증상 측정치와 일상적 기능 손상(WSAS) 측정치 중 적어도 한 가지가 정상 범위 내에 속하는 자를 의미한다. 다만, 높은 최종 상태 기능의 경우, 본 연구의 참가자들이 대학교에 재학 중인 학생이라는 점을 고려하여 일부 수정된 기준을 적용하였다. 사전에 주요 정서장애의 증상 측정치 중 적어도 한 가지가 절단점 이상이고, CSR이 4점 이상인 참가자들은 본인이 스스로 보고한 일상적 기능 손상 측정치(WSAS)가 절단점(10점; Mundt et al., 2002)을 넘지 않더라도, 본 연구의 대상에 포함되었다(UP 집단치료 조건:  $n = 10$ ; UP 개인치료 조건:  $n = 11$ ). 이 참가자들에게 사후 및 추후에 높은 최종 상태 기능자 기준을

적용할 경우, WSAS 점수가 정상 범위 내에 속하는지를 고려하는 대신에 불안증상이 주 진단인 참가자에게는 BAI 점수가 정상 범위 내에 속하는지를, 그리고 우울증상이 주 진단인 참가자에게는 BDI-II 점수가 정상 범위 내에 속하는지를 활용하였다(조용래 외, 2023).

## 결 과

### 사전 동등성 검증

치료 전에 평가된 종속측정치들, 치료 초기와 중기에 측정된 치료 신뢰성과 성과 기대의 치료조건 별 평균 및 표준편차, 그리고 두 치료조건 간 차이 검증 결과는 표 2에 제시되어 있다. 분석 결과, UP의 집단치료 조건과 개인치료조건 간에 어떤 변인에서도 유의한 차이를 보이지 않았다.

### 치료 효과: 집단치료 vs 개인치료 통계적 유의성 검증

먼저, 각 치료조건 간 분산의 동일성을 가정하기 위해 Mauchly 검증 방법을 사용하여 구형성 검증을 수행하였다. Mauchly 검증 방법에서는  $p$ 값이 .05 이하일 경우, 구형성 가정이 위배되어 수정방식(Green-house-Geisser 또는 Hyunh-Feldt)을 사용한다. 그 결과, 사회불안증상, 부적 정서, 정적 정서 및 주 진단 CSR 변인은 Mauchly, 범불안증상, 우울증상(CES-D), 우울증상(BDI-II), 불안증상, 일상적 기능 손상 및 공황장애 심각도는 Greenhouse-Geisser 수정방식을 사용하였고, 구형성 가정은 모두 충족

표 2. 치료 전 각 종속변인들, 치료 초기와 중기의 치료 신뢰성 및 성과 기대에 대한 치료조건별 평균(표준편차), 그리고 치료조건 간 차이 검증 결과

변인	UP 집단 (n = 21)	UP 개인 (n = 22)	t(p)
사회불안증상	27.57(14.28)	33(13.15)	-1.30(.20)
범불안증상	5.71(3.95)	6.68(4.26)	-.77(.45)
공황장애 심각도	2.57(3.11)	3.00(3.59)	-.42(.68)
우울증상(CES-D)	24.62(12.32)	25.23(9.00)	-.19(.85)
우울증상(BDI-II)	17.52(10.81)	19.32(8.11)	-.62(.54)
불안증상	12.95(7.68)	14.91(11.74)	-.64(.52)
부적 정서	12.76(10.35)	14.46(7.04)	-.63(.53)
정적 정서	11.91(6.19)	9.41(6.32)	1.31(.20)
일상적 기능 손상	12.33(9.56)	11.85(8.90)	.17(.86)
주 진단 CSR	4.52(.68)	4.86(.71)	-1.60(.12)
치료 신뢰성(초기)	30.52(6.47)	33.50(4.60)	-1.75(.09)
치료 신뢰성(중기)	32.05(5.08)	34.05(4.33)	-1.39(.17)
치료 성과 기대(초기)	2.86(1.71)	2.74(1.30)	.25(.81)
치료 성과 기대(중기)	2.06(1.48)	1.97(1.63)	.20(.85)

주. UP = unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders; CES-D = Center for Epidemiologic Studies Depression Scale; BDI-II = Beck Depression Inventory-II; CSR = clinical severity rating.

되었다. 각 종속변인별 혼합설계에 기초한 반복측정 분산분석의 결과 요약은 표 3에 제시되어 있다.

사회불안증상을 종속변인으로 하여 분석한 결과, 측정시기의 주효과는 유의하였으나, 치료조건의 주효과 및 치료조건과 측정시기의 상호작용효과는 유의하지 않았다. 측정시기의 주효과의 소재를 구체적으로 파악하기 위하여 단순효과 검증을 실시한 결과, 집단치료 조건의 사회불안증상은 치료 전에 비해 치료 후 및 추후에 모두 유의하게 감소하였고, 모두  $p < .001$ , 치료 후와 추후 간에는 유의한 차이를 보이지 않았다,  $p = .81$ , *ns*. 개인치료 조건

의 사회불안증상은 치료 전에 비해 치료 후 및 추후에 모두 유의하게 감소하였고, 모두  $p < .001$ , 치료 후와 추후 간에는 유의한 차이를 보이지 않았다,  $p = .19$ , *ns*.

범불안증상의 경우, 측정시기의 주효과는 유의하였으나, 치료조건의 주효과 및 치료조건과 측정시기의 상호작용효과는 유의하지 않았다. 측정시기의 주효과를 자세히 분석한 결과, 집단치료 조건의 범불안증상은 치료 전에 비해 치료 후 및 추후에 모두 유의하게 감소하였고, 모두  $p < .01$ , 치료 후와 추후 간에는 유의한 차이를 보이지 않았다,  $p = .73$ , *ns*. 개인치료 조건의 범불안증상은 치료 전에 비해

표 3. 조건과 시기별 각 증속변인의 평균, 표준편차의 혼합 반복측정 분산분석 결과 요약

증속변인	치료조건	사전	사후	추후	조건(C)	시기(T)	C × T
		M(SD)	M(SD)	M(SD)			
사회불안증상	UP 집단	27.57 (14.28)	14.24 (11.23)	13.71 (11.32)	2.21	43.46***	.31
	UP 개인	33.00 (13.15)	19.59 (12.90)	16.68 (9.34)			
범불안증상	UP 집단	5.71 (3.95)	2.81 (3.09)	3.00 (3.44)	.04	22.63***	1.10
	UP 개인	6.68 (4.26)	3.05 (1.91)	2.23 (2.18)			
공황장애 심각도	UP 집단	2.57 (3.11)	.81 (1.40)	.62 (2.25)	.40	11.12***	.25
	UP 개인	3.00 (3.59)	1.46 (2.79)	.59 (1.50)			
우울증상 (CES-D)	UP 집단	24.62 (12.32)	15.24 (8.15)	14.91 (8.83)	.06	30.41***	.24
	UP 개인	25.23 (9.00)	14.68 (7.82)	13.41 (6.23)			
우울증상 (BDI-II)	UP 집단	17.52 (10.81)	9.62 (7.93)	10.19 (8.77)	.01	32.08***	1.17
	UP 개인	19.32 (8.11)	9.46 (5.63)	7.96 (6.31)			
불안증상	UP 집단	12.95 (7.68)	7.57 (7.08)	5.19 (4.47)	.39	23.41***	.18
	UP 개인	14.91 (11.74)	8.36 (6.15)	5.73 (5.58)			
부적 정서	UP 집단	12.76 (10.35)	7.24 (6.72)	6.86 (6.91)	.36	17.24***	.11
	UP 개인	14.46 (7.04)	7.96 (5.68)	7.55 (6.12)			
정적 정서	UP 집단	11.91 (6.19)	12.24 (7.62)	10.91 (7.69)	.00	1.49	3.00
	UP 개인	9.41 (6.32)	12.18 (8.26)	13.46 (6.86)			
일상적 기능 손상	UP 집단	12.33 (9.56)	6.95 (8.32)	4.28 (6.17)	.00	15.62***	.07
	UP 개인	11.85 (8.90)	6.91 (6.23)	4.80 (5.35)			
추진단 CSR	UP 집단	4.52 (.68)	2.52 (1.08)	1.67 (1.28)	.22	194.34***	1.27
	UP 개인	4.86 (.71)	2.68 (1.00)	1.50 (1.06)			

주. UP = unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders; CES-D = Center for Epidemiologic Studies Depression Scale; BDI-II = Beck Depression Inventory-II; CSR = clinical severity rating.

\*\*\* $p < .001$ .

치료 후 및 추후에 모두 유의하게 감소하였고, 모두  $p < .001$ , 치료 후와 추후 간에는 유의한 차이를 보이지 않았다,  $p = .13$ , *ns*.

공황장애 심각도의 경우, 측정시기의 주효과는 유의하였으나, 치료조건의 주효과 및 치료조건과 측정시기의 상호작용효과는 유의하지 않았다. 측정시기의 주효과를 자세히 분석한 결과, 집단치료 조건의 공황장애 심각도 수준은 치료 전에 비해 치료 후 및 추후에 모두 유의하게 감소하였고, 모두  $p < .05$ , 치료 후와 추후 간에는 유의한 차이를 보이지 않았다,  $p = .71$ , *ns*. 개인치료 조건의 공황장애 심각도 수준은 치료 전에 비해 치료 후 및 추후에 모두 유의하게 감소하였고, 각각  $p < .05$ ,  $p < .01$ , 치료 후와 추후 간에는 유의한 차이를 보이지 않았다,  $p = .09$ , *ns*.

우울증상(CES-D)에 대한 분석 결과, 측정시기의 주효과는 유의하였으나, 치료조건의 주효과 및 치료조건과 측정시기의 상호작용효과는 유의하지 않았다. 측정시기의 주효과를 자세히 분석한 결과, 집단치료 조건의 우울증상은 치료 전에 비해 치료 후 및 추후에 모두 유의하게 감소하였고, 각각  $p < .001$ ,  $p < .01$ , 치료 후와 추후 간에는 유의한 차이를 보이지 않았다,  $p = .86$ , *ns*. 개인치료 조건의 우울증상은 치료 전에 비해 치료 후 및 추후에 모두 유의하게 감소하였고, 모두  $p < .001$ , 치료 후와 추후 간에는 유의한 차이를 보이지 않았다,  $p = .48$ , *ns*.

우울증상(BDI-II)의 경우, 측정시기의 주효과는 유의하였으나, 치료조건의 주효과 및 치료조건과 측정시기의 상호작용효과는 유의하지 않았다. 측정시기의 주효과를 자세히 분석한 결과, 집단치료 조건의 우울증상은 치료 전에 비해 치료 후 및 추후에 모두 유의하게

감소하였고, 각각  $p < .001$ ,  $p < .01$ , 치료 후와 추후 간에는 유의한 차이를 보이지 않았다,  $p = .66$ , *ns*. 개인치료 조건의 우울증상은 치료 전에 비해 치료 후 및 추후에 모두 유의하게 감소하였고, 모두  $p < .001$ , 치료 후와 추후 간에는 유의한 차이를 보이지 않았다,  $p = .25$ , *ns*.

불안증상의 경우, 측정시기의 주효과는 유의하였으나, 치료조건의 주효과 및 치료조건과 측정시기의 상호작용효과는 유의하지 않았다. 측정시기의 주효과를 자세히 분석한 결과, 집단치료 조건의 불안증상은 치료 전에 비해 치료 후 및 추후에 모두 유의하게 감소하였고, 모두  $p < .01$ , 치료 후와 추후 간에는 유의한 차이를 보이지 않았다,  $p = .07$ , *ns*. 개인치료 조건의 불안증상은 치료 전에 비해 치료 후 및 추후에 모두 유의하게 감소하였고, 각각  $p < .01$ ,  $p < .001$ , 치료 후에 비해 추후에도 유의하게 감소하였다,  $p < .05$ .

부적 정서의 경우, 측정시기의 주효과는 유의하였으나, 치료조건의 주효과 및 치료조건과 측정시기의 상호작용효과는 유의하지 않았다. 측정시기의 주효과를 자세히 분석한 결과, 집단치료 조건의 부적 정서는 치료 전에 비해 치료 후 및 추후에 모두 유의하게 감소하였고, 모두  $p < .01$ , 치료 후와 추후 간에는 유의한 차이를 보이지 않았다,  $p = .79$ , *ns*. 개인치료 조건의 부적 정서는 치료 전에 비해 치료 후 및 추후에 모두 유의하게 감소하였고, 각각  $p < .01$ ,  $p < .001$ , 치료 후와 추후 간에는 유의한 차이를 보이지 않았다,  $p = .77$ , *ns*.

정적 정서에 대한 분석 결과, 측정시기와 치료조건의 주효과 및 치료조건과 측정시기의 상호작용효과는 유의하지 않았다. 구체적으로 살펴본 결과, 집단치료 조건의 정적 정서는

치료 전에 비해 치료 후 및 추후에 모두 유의한 차이를 보이지 않았다, 각각  $p = .81$ ,  $p = .54$ , *ns*. 치료 후와 추후 간에도 유의한 차이를 보이지 않았다,  $p = .36$ , *ns*. 개인치료 조건의 정적 정서는 치료 전에 비해 치료 후 및 추후에 모두 유의하게 증가하였고, 모두  $p < .05$ , 치료 후와 추후 간에는 유의한 차이를 보이지 않았다,  $p = .37$ , *ns*.

일상적 기능 손상의 경우, 측정시기의 주효과는 유의하였으나, 치료조건의 주효과 및 치료조건과 측정시기의 상호작용효과는 유의하지 않았다. 측정시기의 주효과를 자세히 분석한 결과, 집단치료 조건의 일상적 기능 손상 수준은 치료 전에 비해 치료 후 및 추후에 모두 유의하게 감소하였고, 각각  $p < .05$ ,  $p < .01$ , 치료 후와 추후 간에는 유의한 차이를 보이지 않았다,  $p = .10$ , *ns*. 개인치료 조건의 일상적 기능 손상 수준은 치료 전에 비해 치료 후 및 추후에 모두 유의하게 감소하였고, 각각  $p < .05$ ,  $p < .01$ , 치료 후와 추후 간에는 유의한 차이를 보이지 않았다,  $p = .18$ , *ns*.

주 진단 CSR에 대한 분석 결과, 측정시기의 주효과는 유의하였으나, 치료조건의 주효과 및 치료조건과 측정시기의 상호작용효과는 유의하지 않았다. 측정시기의 주효과를 자세히 분석한 결과, 집단치료 조건의 주 진단 CSR은 치료 전에 비해 치료 후 및 추후에 모두 유의하게 감소하였고, 모두  $p < .001$ , 치료 후에 비해 추후에도 유의하게 감소하였다,  $p < .001$ . 개인치료 조건의 주 진단 CSR은 치료 전에 비해 치료 후 및 추후에 모두 유의하게 감소하였고, 모두  $p < .001$ , 치료 후에 비해 추후에도 유의하게 감소하였다,  $p < .001$ .

각 치료조건별 참가자 내 효과크기 및 치료조

건 간 효과크기

여러 종속변인에 대하여 각 치료조건별 참가자 내 효과크기 및 치료조건 간 효과크기를 살펴보기 위하여 Hedge's  $g$ 를 산출하였다(표 4). 그 결과, 집단치료 조건은 치료 전과 치료 후 비교에서 주 진단 CSR에 대한 효과크기가 가장 컸고, 사회불안증상 및 두 가지 척도로 측정된 우울증상에 대한 효과크기 또한 컸다. 범불안증상, 불안증상, 공황장애 심각도, 부적 정서 및 일상적 기능 손상은 중간 정도의 효과크기를 보였다. 하지만, 정적 정서는 효과크기가 작았다. 개인치료 조건은 치료 전과 치료 후 비교에서 주 진단 CSR에 대한 효과크기가 가장 컸고, 두 가지 척도로 측정된 우울증상, 범불안 및 사회불안증상, 부적 정서에 대한 효과크기 역시 컸다. 불안증상, 일상적 기능 손상 및 공황장애 심각도 수준은 중간 정도의 효과크기를 보였고, 정적 정서의 효과크기는 작은 편이었다.

치료 전과 추후 비교에서 집단치료 조건은 주 진단 CSR에 대한 효과크기가 가장 컸고, 범불안증상, 사회불안증상, 일상적 기능 손상 및 우울증상(CES-D)에 대한 효과크기 역시 컸다. 우울증상(BDI-II), 범불안증상, 공황장애 심각도 및 부적 정서는 중간 정도의 효과크기를 보였고, 정적 정서의 효과크기는 작게 나타났다. 개인치료 조건은 주 진단 CSR에 대한 효과크기가 가장 컸고, 두 가지 척도로 측정된 우울증상, 사회불안 및 범불안증상, 부적 정서, 불안증상, 일상적 기능 손상 및 공황장애 심각도 수준에 대한 효과크기 역시 컸다. 정적 정서는 중간 정도의 효과크기를 보였다.

다음으로, 치료조건 간 종속변인들의 치료 후 및 추후 측정치를 비교하여 효과크기

표 4. 각 변인별 치료조건 내 효과크기 및 치료조건 간 효과크기(Hedge's *g*)

종속변인	치료조건 내				치료조건 간	
	UP 집단( <i>n</i> = 21)		UP 개인( <i>n</i> = 22)		사후	추후
	사전-사후	사전-추후	사전-사후	사전-추후		
사회불안증상	1.00	1.04	.99	1.38	-.44	-.28
범불안증상	.79	.70	1.06	1.27	-.09	.26
공황장애 심각도	.70	.69	.46	.84	-.29	.02
우울증상(CES-D)	.86	.87	1.21	1.47	.07	.19
우울증상(BDI-II)	.80	.72	1.36	1.51	.02	.29
불안증상	.70	1.19	.67	.96	-.12	-.11
부적 정서	.61	.65	.98	1.01	-.11	-.10
정적 정서	-.05	.14	-.36	-.59	.01	-.34
일상적 기능 손상	.58	.96	.62	.93	.01	-.09
주 진단 CSR	2.13	2.68	2.42	3.59	-.15	.14

주. 굵은 글씨체로 표시된 수치는 효과크기가 아주 크거나 큰 수준임을 나타냄. UP = unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders; CES-D = Center for Epidemiologic Studies Depression Scale; BDI-II = Beck Depression Inventory-II; CSR = clinical severity rating.

(Hedge's *g*)를 산출하였다. 그 결과, 치료 후 및 추후 시점 둘 다 모든 종속변인들에서 두 치료조건 간 효과크기는 작은 수준이었다.

치료 효과: 집단치료 vs 개인치료 임상적 유의성 검증

UP 집단 및 개인치료 효과의 임상적 유의성을 검증하기 위하여, 자료 분석 방법에서 제시한 기준에 맞춰, 각 치료조건별로 세 가지 임상적 유의성 지표를 산출하였다(표 5). 주 진단의 기준을 더 이상 충족시키지 않는 참가자의 비율은 치료 후 및 추후 두 시점 모두에서 집단치료 조건과 개인치료 조건 간 유의한 차이를 보이지 않았다, 사후  $\chi^2(1) = .12$ ,  $p = .73$ ,  $w$ ; 추후  $\chi^2(1) = 1.07$ ,  $p = .30$ ,  $w$ .

표 5. 각 조건별 주 진단의 준임상적 상태, 치료반응자와 높은 최종 상태 기능자 비율

시기	UP 집단( <i>n</i> = 21)	UP 개인( <i>n</i> = 22)
주 진단의 기준을 충족시키지 않는 참가자의 비율(%)		
사후	85.71%	81.82%
추후	95.24%	100%
치료 반응자(%)		
사후	61.91%	77.27%
추후	66.67%	86.36%
높은 최종 상태 기능자(%)		
사후	52.38%	59.09%
추후	66.67%	72.73%

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

치료 반응자에 해당하는 참가자의 비율은 치료 후와 추후 두 시점 모두에서 집단치료 조건과 개인치료 조건 간 유의한 차이를 보이지 않았다, 사후  $\chi^2(1) = 1.20, p = .27, ns$ ; 추후  $\chi^2(1) = 2.34, p = .13, ns$ . 이에 더해, 높은 최종 상태 기능자에 해당하는 참가자의 비율 역시 치료 후와 추후 두 시점 모두에서 집단치료 조건과 개인치료 조건 간 유의한 차이를 보이지 않았다, 사후  $\chi^2(1) = .20, p = .66, ns$ ; 추후  $\chi^2(1) = .19, p = .67, ns$ .

## 논 의

다양한 불안장애와 우울장애로 진단된 국내 대학생 참가자들을 대상으로 하여 정서장애의 단일화된 범진단적 치료 프로토콜(Barlow et al., 2011/2017a, 2011/2017b)의 8가지 모듈(5가지 핵심 모듈 및 3가지 추가 모듈)로 구성된 총 8회기의 집단치료와 개인치료 간의 치료 효과를 비교 검증하고자 하였다. 이를 위하여 다양한 정신병리적 증상과 일상적 기능의 손상을 측정하는 자기보고식 척도 및 임상가에 의한 반구조화된 면접 도구를 함께 사용하였으며, 치료 효과의 지속 가능성 여부를 살펴보기 위해, 치료 전과 후, 뿐만 아니라 치료 종결 후 3개월이 경과한 시점에서도 성과 지표들을 측정하였다.

우선, UP의 집단치료 및 개인치료 둘 다 다양한 불안 및 우울증상 등을 유의하게 개선하였으며, 두 조건 간 유의한 차이는 없었다. 특히, UP의 집단치료 및 개인치료 둘 다 주 진단 임상적 심각도 평정치(CSR)가 치료 전에 비해 치료 후 및 추후에 유의하게 감소하였고, 치료 후에 비해 추후에도 유의하게 감소하였

다. 뿐만 아니라, 두 조건 모두 주 진단 CSR에 대한 참가자 내 효과크기(치료 전-치료 후 간 및 치료 전-추후 간)가 아주 큰 수준을 보였다. 이에 더해, 임상적인 불안증상에 대한 UP의 효과는 집단치료 조건에서는 치료 전에 비해 치료 후 및 추후에 유의하게 감소하였고, 개인치료 조건은 치료 전에 비해 치료 후 및 추후에, 그리고 치료 후에 비해 추후에도 유의하게 감소하였다. 참가자 내 효과크기는 두 조건 모두 치료 전-치료 후에는 중간 수준으로, 치료 전-추후에는 큰 수준인 것으로 밝혀졌다. 아울러, 집단치료와 개인치료 조건 모두 사회불안증상, 범불안증상, 공황장애 심각도, 부적 정서 및 일상적 기능 손상에 대한 UP의 효과가 치료 전에 비해 치료 후 및 추후에 유의하게 감소하였으며, 두 조건 모두 치료 전-치료 후 간 및 치료 전-추후 간 참가자 내 효과크기가 큰 수준이거나 또는 중간에서 큰 수준 사이에 해당하였다. 또한 치료 후 및 추후 시점에서 모든 성과 측정치들의 두 치료 조건 간 효과크기는 모두 작은 수준이었다. 이러한 결과들은 총 8회기로 구성된 UP가 개인이든 집단이든 치료의 형태에 상관없이 국내 정서장애 내담자들의 주 진단 임상적 심각도를 완화하는데 크게 효과적이며, 임상적인 불안증상, 사회불안증상, 범불안증상, 공황장애 심각도, 부적 정서 및 일상적 기능 손상을 개선하는 데에도 효과적임을 나타낸다.

우울증상의 효과를 다각도로 평가하기 위하여 두 종류의 척도로 측정된 우울증상의 경우, 집단치료와 개인치료 조건 둘 다 치료 전에 비해 치료 후 및 추후에 유의하게 감소하였으며, 두 조건 간 차이가 유의하지 않았다. 이와 일치되게, 치료 후 및 추후 시점에서 두 종류의 척도로 측정된 우울증상의 두 치료조건 간

효과크기는 모두 작은 수준이었다. 참가자 내 효과크기는 집단치료 조건의 경우, 두 척도 모두 치료 전-치료 후 간에는 큰 수준이었고, 치료 전-추후 간에는 중간(BDI-II)에서 큰 수준(CES-D)으로 나타났다. 개인치료 조건에서는 두 척도 모두에서 치료 전-치료 후 간 및 치료 전-추후 간에 큰 수준의 효과크기를 보였다. 이러한 결과는 우울증 환자를 대상으로 집단 CBT와 개인 CBT를 비교 검증했을 때 두 조건 모두 우울증상의 개선에 효과적이었으나, 집단 CBT에 비해 개인 CBT가 더 큰 효과크기(각각 Cohen's  $d = 1.35$ ,  $d = 2.02$ )를 나타낸 선행연구(Craigie & Nathan, 2009)와 유사한 결과이다. 또한 UP의 경우 치료 형태를 나누어 그 효과를 직접 비교 검증한 연구는 없었으나, 집단치료와 개인치료의 효과를 독립적으로 검증한 선행연구들과 비교했을 때, 우울증상에 대한 본 연구의 집단 UP 효과크기는 선행연구들(Bullis et al., 2015: 사전-사후 Hedges'  $g = .65$ ; Reinholt et al., 2017: 사전-사후 Cohen's  $d = .29$ )과 비교하여 높은 수준이었고, 개인 UP 효과크기 또한 선행연구에 비해 높은 수준이었다(Farchione et al., 2012: 사전-사후 ES $g = 1.00$ , 사전-추후: ES $g = .94$ ). 즉, 이러한 결과들은 집단 UP와 개인 UP 둘 다 우울증상을 개선하는 데 효과적임을 시사한다.

아울러, 정적 정서의 경우, 치료 조건 간에 유의한 차이를 보이지 않았으나, 개인치료 조건에서는 치료 전에 비해 치료 후 및 추후에 유의하게 증가하는 것으로 나타났고, 참가자 내 효과크기는 치료 전-치료 후 간에는 작은 수준, 치료 전-추후 간에는 중간 수준으로 밝혀졌다. 이러한 결과는 개인 UP가 정적 정서를 향상시키는 데 있어 효과적이라고 보고한 선행연구(Farchione et al., 2012)와 일관된다. 이

는 UP가 긍정적인 정서의 회피를 줄이고 긍정적인 정서 경험을 더 많이 할 수 있도록 강조하고 있다는 견해(Farchione et al., 2012)를 고려할 때, 주목할 만한 결과라고 볼 수 있다. 다만, 다른 종속측정치들과는 다르게 정적 정서에 대한 집단 UP의 효과는 치료 전에 비해 치료 후 및 추후에 큰 변화가 없었다. 정적 정서에 대한 UP의 효과가 치료 형태에 따라서 상이한 양상을 보인 이유를 탐색하기 위하여, 두 가지 추가 분석을 실시하였다. 첫째, CES-D의 4가지 하위척도 중 정적 정서의 부족 하위척도 점수에 대한 UP의 치료조건 간 효과 차이를 분석한 결과, 측정시기의 주효과가 유의하였는데, 집단 UP 조건의 경우, 치료 전에 비해 추후에 개선되는 경향( $p = .07$ , *ns.*)을 보였으나, 치료 전-치료 후 및 치료 후-추후 간에는 유의한 차이가 나타나지 않았고, 개인 UP 조건에서는 치료 전에 비해 치료 후 및 추후에 모두 유의한 개선을 보였으며, 치료 후-추후 간에는 유의한 차이가 나타나지 않았다. 둘째, 본 연구에서 사용된 PANAS의 정적 정서 하위 척도가 단일 요인으로 알려져 있기는 하지만, 다른 종류의 정적 정서 척도(type of positive affect scale: TPAS)를 사용한 선행연구(Gilbert et al., 2008)를 참조하여 PANAS의 정적 정서 문항들을 두 가지(활성화된 정적 정서, 안전/만족감과 관련된 정적 정서)로 나누어 추가 분석을 실시한 결과, 안전/만족감과 관련된 정적 정서 점수에서는 두 치료조건 간에 통계적으로 유의한 차이가 나타나지 않았으나, 활기/활동 관련 정적 정서 점수에 대해서는 치료조건과 측정시기의 상호작용효과가 유의하였다,  $F(2, 82) = 3.19$ ,  $p < .05$ . 상호작용 효과를 자세히 분석한 결과, 집단 UP 조건의 활기/활동 관련 정적 정서는 시기에 따른

차이가 유의하지 않았으나, 개인 UP 조건에서는 치료 전에 비해 치료 후 및 추후에 모두 유의하게 증가하였으며, 모두  $p < .05$ , 치료 후-추후 간에는 유의한 차이가 나타나지 않았다,  $p = .31$ , *ns*. 이러한 결과는 집단 및 개인 형태의 UP가 다양한 정신병리적 증상과 일상적 기능의 손상을 개선하는 데에는 모두 효과적이지만, 개인치료 형태의 UP가 높은 수준의 에너지 상태와 관련된 긍정적인 정서 경험을 증진시키는 데 유용할 가능성을 시사한다. 따라서 향후 연구에서는 정적 정서의 종류를 명확하게 구분하는 척도를 사용하여 UP가 치료 형태(개인 또는 집단)에 따라서 상이한 효과를 보이는지, 그리고 상이한 효과를 보인다면 어떤 이유로 그런 결과를 보이는지를 더 자세히 규명할 필요가 있다.

다음으로, 주 진단 CSR과 진단 특정적인 증상 및 일상적 기능의 손상 척도 점수들을 활용하여 집단 및 개인치료 UP 효과의 임상적 유의성을 검증해 본 결과, 집단치료 조건과 개인치료 조건 모두 의미있는 변화를 보였으며, 이러한 변화는 치료 종결 후에 비해 3개월의 추후 시기에 더 큰 양상을 보였다. 이러한 결과는 본 연구에서 사용한 세 가지 임상적 유의성 지표 모두에서 일관되게 나타났다. 집단치료 UP 조건에서 주 진단 기준을 더 이상 충족시키지 않는 참가자의 비율은 치료 후에 85.71%, 추후에 95.24%였고, 개인치료 UP 조건은 치료 후에 81.82%, 추후에 100%였다. 이 비율은 두 조건 모두 선행연구들의 결과 (Barlow et al., 2017: 사후 63.6%, 6개월 추후 70.5%; Farchione et al., 2012: 사후 52%, 6개월 추후 71%)보다 높은 편에 속하는 수치이다. 또한 치료 반응자에 해당하는 참가자 비율의 경우, 집단치료 UP 조건은 치료 후 61.91%,

추후 66.67%로, 선행연구들(Ellard et al., 2010: 사후 73%, 6개월 추후 85%; Farchione et al., 2012: 사후 59%, 6개월 추후 71%)에 비해 대략 비슷하거나 약간 낮은 수준이었고, 개인 치료 UP 조건은 치료 후에 77.27%, 추후에 86.36%로 대략 비슷하거나 약간 높은 수준이었다. 뿐만 아니라, 높은 최종 상태 기능자에 해당하는 참가자 비율의 경우, 집단치료 UP 조건은 치료 후 52.38%, 추후 66.67%로, 선행연구들(Ellard et al., 2010: 사후 60%, 6개월 추후 69%; Farchione et al., 2012: 사후 52%, 6개월 추후 64%)과 비교하여 약간 낮거나 거의 비슷한 수준이었고, 개인치료 UP 조건은 치료 후 59.09%, 추후 72.73%로 대략 비슷하거나 약간 높은 수준이었다. 본 연구에서 사용한 세 가지 임상적 유의성 지표에 대한 치료조건 간 차이는 유의하지 않았으며, 이러한 결과들은 집단치료와 개인치료 형태의 UP 둘 다 주요한 정서장애 증상들을 임상적으로 유의하게 완화하는 데 효과적임을 나타낸다.

본 연구에는 몇 가지 제한점과 추후 연구에서 보완해야 할 사항들이 있다. 먼저, 참가자들의 다양한 개인사정(예: 수업시간, 통학시간, 아르바이트 등)으로 인한 일정 조율에 어려움이 있어서 참가자들을 치료조건에 무선 할당을 하지 못하였다. 따라서 추후 연구에서는 참가자를 치료조건에 무선 할당을 한 무선통제 실험연구를 실시하여 집단치료와 개인치료 UP 간의 효과를 검증할 필요가 있다. 이에 더해, 모든 치료자들이 UP 집중 워크샵을 수료하고 매뉴얼에 기반하여 치료를 진행하며 지도감독을 받기는 했으나, 연구 참가자를 일정 인원수 이상 확보하기 위한 현실적인 이유 때문에 임상심리학 전공의 석사과정 4학기 재학생 2명이 UP 개인치료를 진행하게 되었다. 따

라서 추후 연구에서는 치료자 변인(특히, 치료 경력)이 UP의 효과에 영향을 주는지를 구체적으로 살펴볼 필요가 있다.

다음으로, 본 연구의 참가자는 다양한 종류의 불안장애 혹은 우울장애에 대한 DSM-5 진단기준을 충족한 임상 표본이긴 하지만, 모두 특정 지역 대학교에 재학중인 대학생들을 대상으로 하였다는 점에서 본 연구의 결과를 다른 임상 표본에 일반화할 경우에는 주의할 기울일 필요가 있다. 앞서 제시했듯이, 참가자들이 대학교에 재학 중인 대학생들이라는 점을 고려하여 치료 전에 자기 보고식으로 측정된 일상적 기능의 손상 수준(WPAS)이 절단점 이하에 속하더라도 몇몇 참가자들을 연구대상에 포함하였으며, 이로 인하여 치료 반응자 비율 및 높은 상태 기능자 비율을 산출할 때 절단점을 넘지 못한 참가자들의 경우에는 본인의 주 진단에 따라서 WPAS 대신에 BAI 또는 BDI-II 점수로 사용하게 되었다. 따라서 추후 연구에서는 연구 참가자 모두 스스로 보고하는 일상적 기능의 손상 수준이 절단점을 넘는 지역사회 전문상담센터나 병원 정신건강의학과 내원 임상 표본을 대상으로 UP의 효과를 검증할 필요가 있다.

이러한 제한점에도 불구하고 본 연구에는 여러 가지 의의가 있다. 첫째, 본 연구는 다양한 불안장애와 우울장애로 진단된 국내 대학생 참가자들을 대상으로 UP의 효과를 치료 형태에 따라서 개인치료와 집단치료로 구분하여 비교 검증한 첫 번째 연구이다. UP 개발 이후로 국내외에서 수년간 UP 집단치료와 개인치료의 효과를 독립적으로 검증해 왔으나, 치료 형태에 따라 UP 치료 효과에 차이가 있는지를 직접 검토한 연구는 아직까지 없었다. 특히 본 연구의 결과는 심리학적 치료에 대한

수요가 큰 임상 현장에서 진단적으로 이질적인 정서장애 내담자들을 대상으로 그들의 다양한 임상적 문제들을 다루는 데 있어 비용 대비 효과적이고 효율적으로 접근할 수 있는 유망한 치료로 집단 UP를 제시했다는 점에서 의의가 있다. 즉, UP의 치료자로서 최소한의 자격 요건을 갖추고 있다는 전제 하에, 집단 치료를 실시할 수 있는 임상 현장이라면(집단 치료 참여 인원수 및 실시 공간 확보, 보조치료자 참여 등), 진단적으로 이질적인 정서장애 내담자/환자들을 대상으로 집단치료 형태의 UP를 실시할 수 있을 것이라 생각한다.

다만, DSM-5 진단기준, 심리치료 및 정신병리학 등에 대한 이론을 잘 숙지하고 있으면서 UP 집중 워크샵 또한 수료하였으나, 실제 치료 경험이 많지 않은 초심자의 경우, 적절한 지도감독 하에 개인치료 형태의 UP를 먼저 실시해 보거나 또는 숙련된 치료자와 함께 집단 치료를 진행해 보는 것을 제안한다. 또한 소속된 현장 자체가 집단치료를 실시할 수 있는 여건이 되지 않는다면, 집단치료에 참여 가능한 일정이 제한되거나 원하지 않는 내담자/환자들, 우울감이나 무기력감이 심하여 에너지 수준 및 동기가 매우 저하되어 있어 집중적으로 치료가 필요한 내담자/환자들의 경우, 개인치료 형태의 UP를 우선적으로 고려해 볼 수 있겠다. 아울러 본 연구는 개별 장애에 초점을 맞춘 다양한 근거 기반 치료의 질차와 방법을 모두 교육받고 훈련을 받아야 하는 임상 실무자들의 경제적 및 시간적 부담을 줄여 주는 데 UP가 기여할 수 있다는 점에서 의의가 있다. 그 뿐 아니라, 임상 현장에서 불안장애와 우울장애가 특히 높은 공병률을 보이고 있는 점을 고려해 봤을 때, 공병이 있는 내담자나 환자들을 대상으로 UP를 적극 활용할

수 있다는 점도 실익이 클 것으로 사료된다.

둘째, UP의 5가지 핵심 모듈(즉, 비판단적인 정서 알아차림, 인지적 재평가, 정서 회피의 방지와 부적응적 정서주도행동의 수정, 신체 감각에 대한 알아차림과 감내, 신체감각과 상황에 기반을 둔 정서 노출)과 3가지 추가 모듈(즉, 치료 동기 강화, 정서의 이해와 정서 반응 인식 및 추적, 성취와 유지 및 재발 방지)로 회기를 구성하여 정서장애로 진단된 국내 임상 표본들에게 치료를 적용하였다. 현재까지 국내에서 진행되어 온 UP 연구들은 최근 보고된 한 편의 연구(조용래 외, 2023) 이외에는 UP의 5가지 핵심 모듈이 모두 포함되어 있지 않거나(김소화, 박정수, 2023; 김형하, 조용래, 2021; Cha et al., 2021), 임상적 수준으로 정서적 어려움을 경험하는 환자가 아닌 준임상적인 일반 대학생들을 대상으로 하였다(박혜진, 김근향, 2020; 현정은, 김근향, 2021). 본 연구는 UP의 5가지 핵심 모듈과 3가지 추가 모듈에서 강조하는 기술들을 각 회기별로 구성하여, 참가자들이 다양한 기술들을 체계적으로 습득하고 일상생활에서 활용할 수 있도록 회기 수와 과제 등을 구성하여 그 효과를 입증하였다는 점에서 의의가 있다.

셋째, 본 연구는 국내 선행연구들에 비해 방법론적으로 진일보한 면이 여러 가지 있다. 성과 측정치로서 여러 가지 자기보고식 검사 이외에 임상가가 진행한 반구조화된 임상적 면접도구를 사용하여, 참가자의 증상과 문제들을 다각적으로 평가하여 치료의 효과를 검증하였다. 또한 UP 집단 및 개인치료의 효과 분석을 위하여 통계적 유의성 검증 외에 효과 크기 및 임상적 유의성 검증을 사용하여 다양하게 결과를 검토하였으며, 치료 효과의 지속성을 검증하기 위하여 치료를 종결하고 3개월

이 지난 시점에 추후 평가를 실시하였다. 특히, 현재 국내에서 보고된 대부분의 연구들이 추후 평가 기간이 2주로 짧았다는 점에서 본 연구 결과는 주목할 만하다. 이는 정서장애가 있는 참가자들이 UP 집단 및 개인치료 프로그램에서 익힌 정서조절 기술들을 일상생활에서 유용하게 발휘함으로써 치료 효과가 종결 뒤에도 최소 3개월 기간까지 지속된다는 점에서 집단 및 개인 UP의 재발 방지 및 정신건강 증진 효과를 지지하는 증거로 제시할 수 있다.

마지막으로, 앞으로 더 많은 연구들이 축적되고 진행되어야 하겠지만, 임상현장에서 진단적으로 이질적인 정서장애 내담자/환자들을 대상으로 집단치료 혹은 개인치료 형태로 UP를 적용할 때, 고려할 수 있는 부분들을 제안하고자 한다. 우선 내담자/환자가 일대일 치료적 관계에서 때때로 의존적이거나 퇴행적인 관계를 형성한 이력이 있는 경우, 일대일 치료적 관계를 불편하게 느껴 집단 치료를 선호하는 경우, 자신에 대한 강력하고 고정된 부정적인 핵심 신념 등이 있어 다른 집단 구성원들과의 상호작용이 치료 과정에 도움이 될 수 있는 경우에는 집단치료 형태의 UP가 더 적합할 수 있으며, 더 심각하거나 만성적인 문제가 있는 경우에는 위험 및 정신 상태를 면밀히 모니터링할 수 있는 소규모 집단 UP가 적합할 수 있을 것이라 생각한다(Whitfield, 2010). 이와 대조적으로, 집단 내 상호작용을 심각하게 방해할 정도로 의사소통 방식에 문제가 있는 경우, 극단적인 경쟁심이나 집단을 주도하려는 경향성 등과 같이 집단 기능을 방해할 가능성이 있는 대인관계 특성을 가지고 있는 경우, 집중력을 저하시키거나 중도 탈락의 위험을 야기할 만큼의 집단 환경

에 대한 두려움이 있는 경우, 그리고 정기적으로 고정된 시간에 치료에 참여할 수 없는 경우에는 개인치료 형태의 UP가 더 적합할 것으로 사료된다(Whitfield, 2010).

### 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>
- 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](https://www.kcp.or.kr/bbs/list.asp?bid=bid_19)
- 남수아, 차수민, 조용래 (2021). 정서장애 증상을 호소하는 대학생들을 위한 단기 단일화된 범진단적 개입의 효과에서 정서조절 곤란의 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](https://www.kcp.or.kr/bbs/list.asp?bid=bid_19)
- 이정윤 (1996). 사회공포증에 대한 인지행동치료의 효과 연구. 연세대학교 박사학위 청구논문. <http://www.riss.kr/link?id=T757491>
- 이현희, 김은정, 이민규 (2003). 한국판 정적 정서 및 부적 정서 척도(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). 통합적 한국판 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, 남수아, 서우정, 김형하 (2023). 정서장애 대학생들을 대상으로 한 단일화된 범진단적 치료의 효과. *인지행동치료*, 23(1), 123-152.  
<https://doi.org/10.33703/cbtk.2023.23.1.123>
- 현정은, 김근향 (2021). 범불안 증상을 호소하는 대학생들을 대상으로 한 단일화된 범진단적 치료프로그램(UP)의 효과: 무선통제 연구. *한국임상심리학회 2021 가을 학술대회 발표 자료집*, 4.  
[https://www.kcp.or.kr/bbs/list.asp?bid=bid\\_19](https://www.kcp.or.kr/bbs/list.asp?bid=bid_19)
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*(5th ed). American psychiatric association.  
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2016). Toward a unified treatment for emotional disorders-republished article. *Behavior*

- Therapy*, 47(6), 838-853.  
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.11.005>
- 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., Thompson-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: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>
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-897.  
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory* (2nd Manual). The Psychological Corporation.  
<https://doi.org/10.1037/t00742-000>
- 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&>
- 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(4), 585.  
<https://doi.org/10.1037/0021-843X.110.4.585>
- 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>
- 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>
- 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>
- Craigie, M. A., & Nathan, P. (2009). A nonrandomized effectiveness comparison of broad-spectrum group CBT to individual CBT for depressed outpatients in a community mental health setting. *Behavior Therapy*, 40(3), 302-314.  
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2008.08.002>
- 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(2), 134-140.  
<https://doi.org/10.1590/S2237-60892013000200007>
- 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.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.09.023>
- Ellard, K. K., Bernstein, E. E., Hearing, C., Baek, J. H., Sylvia, L. G., Nierenberg, A. A., Barlow, D. H., & Deckersbach, T. (2017). Transdiagnostic treatment of bipolar disorder and comorbid anxiety using the Unified Protocol for Emotional Disorders: A pilot feasibility and acceptability trial. *Journal of Affective Disorders*, 219, 209-221.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.05.011>
- 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>
- Fehm, L., Beesdo, K., Jacobi, F., & Fiedler, A. (2008). Social anxiety disorder above and below the diagnostic threshold: Prevalence, comorbidity and impairment in the general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 43*(4), 257-265. <https://doi.org/10.1007/s00127-007-0299-4>
- Gilbert, P., McEwan, K., Mitra, R., Franks, L., Richter, A., & Rockliff, H. (2008). Feeling safe and content: A specific affect regulation system? Relationship to depression, anxiety, stress, and self-criticism. *The Journal of Positive Psychology, 3*(3), 182-191. <https://doi.org/10.1080/17439760801999461>
- Griffiths, K., Camic, P. M., & Hutton, J. M. (2009). Participant experiences of a mindfulness-based cognitive therapy group for cardiac rehabilitation. *Journal of Health Psychology, 14*(5), 675-681. <https://doi.org/10.1177/135910530910491>
- Griffith, J. W., Zinbarg, R. E., Craske, M. G., Mineka, S., Rose, R. D., Waters, A. M., & Sutton, J. M. (2010). Neuroticism as a common dimension in the internalizing disorders. *Psychological Medicine, 40*(7), 1125-1136. <https://doi.org/10.1017/S0033291709991449>
- Hofmann, S. G., & Otto, M. W. (2008). *Cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder: Evidence-based and disorder-specific treatment techniques*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203927526>
- Ito, M., Horikoshi, M., Kato, N., Oe, Y., Fujisato, H., Nakajima, S., Kanie, A., Miyamae, M., Takebayashi, Y., Horita, R., Usuki, M., Nakagawa, A., & Ono, Y. (2016). Transdiagnostic and transcultural: Pilot study of unified protocol for depressive and anxiety disorders in Japan. *Behavior Therapy, 47*(3), 416-430. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.02.005>
- Kennedy, C. R., & Heimberg, R. G. (1986, November). Treatment credibility and client outcome expectancy: An evaluation of five treatment rationales. [Paper presentation]. The annual meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, Chicago, Illinois, United States of America. [https://scholar.google.com/scholar\\_lookup?title=Treatment%20credibility%20and%20client%20outcome%20expectancy%3A%20an%20evaluation%20of%20five%20treatment%20rationales&publication\\_year=1987&author=C.R.%20Kennedy&author=R.G.%20Heimberg](https://scholar.google.com/scholar_lookup?title=Treatment%20credibility%20and%20client%20outcome%20expectancy%3A%20an%20evaluation%20of%20five%20treatment%20rationales&publication_year=1987&author=C.R.%20Kennedy&author=R.G.%20Heimberg)
- 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), E120-123. <https://doi.org/10.1002/da.20461>
- Lee, H. K., Lee, E. H., Hwang, S. T., Hong, S. H., & Kim, J. H. (2016). Psychometric properties of the Beck Anxiety Inventory in the community-dwelling sample of Korean adults. *Korean Journal of Clinical Psychology,*

- 35(4), 822-830.  
<https://doi.org/10.15842/kjcp.2016.35.4.010>
- Lewinsohn, P. M., Seeley, J. R., Roberts, R. E., & Allen, N. B. (1997). Center for Epidemiological Studies-Depression Scale (CES-D) as a screening instrument for depression among community-residing older adults. *Psychology and Aging, 12*(2), 277-287.  
<https://doi.org/10.1037/0882-7974.12.2.277>
- Lim, S. U., Lee, E. H., Hwang, S. T., Hong, S. H., & Kim, J. H. (2019). The Beck Depression Inventory-second edition: Psychometric properties in Korean adult populations. *Korean Journal of Clinical Psychology, 38*(3), 300-307.  
<https://doi.org/10.15842/kjcp.2019.38.3.003>
- Marks, I. (1986). *Behavioural psychotherapy*. John Wright.  
<https://doi.org/10.1192/bjp.180.5.461>
- Mohammadi, F., Bakhtiari, M., Arani, A. M., Dolatshahi, B., & Habibi, M. (2018). The applicability and efficacy of transdiagnostic cognitive behavior therapy on reducing signs and symptoms of borderline personality disorder with co-occurring emotional disorders: A pilot study. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences, 12*(1), Article e9697.  
<https://doi.org/10.5812/ijpbs.9697>
- Mörtberg, E., Clark, D. M., & Bejerot, S. (2011). Intensive group cognitive therapy and individual cognitive therapy for social phobia: Sustained improvement at 5-year follow-up. *Journal of Anxiety Disorders, 25*(8), 994-1000.  
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.06.007>
- Mörtberg, E., Clark, D. M., Sundin, Ö., & Åberg Wistedt, A. (2007). Intensive group cognitive treatment and individual cognitive therapy vs. treatment as usual in social phobia: A randomized controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 115*(2), 142-154.  
<https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2006.00839.x>
- 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>
- Nathan P. R., Rees C. S., Lim L., & Smith L. M. (2001). *Mood management - anxiety: A cognitive behavioural treatment programme for individual therapy*. Rioby Publishing.  
<https://catalogue.nla.gov.au/catalog/2701001>
- Nathan, P. R., Rees, C. S., Lim, L., Smith, L. M., & O'Donnell, M. (2001). *Mood management-depression: A cognitive behavioural treatment programme for individual therapy*. Rioby Publishing.  
<https://catalogue.nla.gov.au/catalog/2700986>
- Nathan, P., Smith, L., Rees, C., Correia, H., Juniper, U., Kingsep, P., & Lim, L. (2004). *Mood Management Course: A Cognitive Behavioural Group Treatment Programme for Anxiety Disorders and Depression* (2nd ed.). Centre for Clinical Interventions.  
<https://www.cci.health.wa.gov.au/Treatment/Mood-Management-Course>
- Neufeld, C. B., Palma, P. C., Caetano, K. A., Brust-Renck, P. G., Curtiss, J., & Hofmann, S. G. (2020). A randomized clinical trial of group and individual cognitive-behavioral

- therapy approaches for social anxiety disorder. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 20(1), 29-37.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2019.11.004>
- Olivares-Olivares, P. J., Ortiz-González, P. F., & Olivares, J. (2019). Role of social skills training in adolescents with social anxiety disorder. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 19(1), 41-48.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2018.11.002>
- Pfizer Inc. (2012). *Generalized Anxiety Disorder-7*. Retrieved 20 July, 2019, from <https://www.phqscreeners.com/select-screener/>
- 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>
- Reinholt, N., Aharoni, R., Winding, C., Rosenberg, N., Rosenbaum, B., & Arnfred, S. (2017). Transdiagnostic group CBT for anxiety disorders: The unified protocol in mental health services. *Cognitive Behaviour Therapy*, 46(1), 29-43.  
<https://doi.org/10.1080/16506073.2016.1227360>
- Rosellini, A. J., Boettcher, H., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (2015). A transdiagnostic temperament-phenotype profile approach to emotional disorder classification: An update. *Psychopathology Review*, 2(1), 110-128.  
<https://doi.org/10.5127/pr.036014>
- Sauer-Zavala, S., & Barlow, D. H. (2014). The case for borderline personality disorder as an emotional disorder: Implications for treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 21(2), 118. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12063>
- 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>
- Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., & Wilner, J. G. (2016). Transdiagnostic treatment of borderline personality disorder and comorbid disorders: A clinical replication series. *Journal of Personality Disorders*, 30(1), 35-51.  
[https://doi.org/10.1521/pedi\\_2015\\_29\\_179](https://doi.org/10.1521/pedi_2015_29_179)
- Schroevers, M. J., Tovote, K. A., Snippe, E., & Flear, J. (2016). Group and individual mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) are both effective: A pilot randomized controlled trial in depressed people with a somatic disease. *Mindfulness*, 7, 1339-1346.  
<https://doi.org/10.1007/s12671-016-0575-z>
- 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.  
<https://doi.org/10.1186/s10194-015-0583-8>
- 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)
- 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>
- Thompson-Brenner, H., Boswell, J. F., Espel-Huynh, H., Brooks, G., & Lowe, M. R. (2019). Implementation of transdiagnostic treatment for emotional disorders in residential eating disorder programs: A preliminary pre-post evaluation. *Psychotherapy Research, 29*(8), 1045-1061.  
<https://doi.org/10.1080/10503307.2018.1446563>
- 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>
- Whitfield, G. (2010). Group cognitive-behavioural therapy for anxiety and depression. *Advances in Psychiatric Treatment, 16*(3), 219-227.  
<https://doi.org/10.1192/apt.bp.108.005744>
- 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>
- Xu, Y., Schneier, F., Heimberg, R. G., Princisvalle, K., Liebowitz, M. R., Wang, S., & Blanco, C. (2012). Gender differences in social anxiety disorder: Results from the national epidemiologic sample on alcohol and related conditions. *Journal of Anxiety Disorders, 26*(1), 12-19.  
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.08.006>
- 원고접수일 : 2023. 07. 14.  
수정원고접수일 : 2023. 08. 24.  
게재확정일 : 2023. 09. 11.

## Unified, Transdiagnostic Treatment Protocol (UP) for Undergraduate Students with Emotional Disorders: Comparing the Effects of Group and Individual Treatments<sup>\*</sup>

Suea Nam<sup>1)</sup>      Woojeong Seo<sup>1)</sup>      Yongrae Cho<sup>2)†</sup>

<sup>1)</sup>Department of Psychology, Hallym University, Ph. D. Candidate

<sup>2)</sup>Department of Psychology, Hallym University, Professor

This study was conducted to compare the effects of group and individual formats of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders(UP). A diagnostically heterogeneous clinical sample of 43 undergraduates with a principal diagnosis of social anxiety disorder, major depressive disorder, persistent depressive disorder, or obsessive-compulsive disorder participated in this study. Among them, 21 and 22 participants received an 8-session UP group and individual treatments, respectively. All of them completed outcome assessments at pre- and posttreatment and at 3-month follow-up. The UP group and individual treatments produced significant improvements on several outcome measures including clinical severity rating of the principal diagnosis at both posttreatment and follow-up. Participants in the individual treatment condition showed a significant increase in positive affect from baseline to post-treatment and follow-up, whereas those in the group treatment condition did not. On any clinically significant change indices, the UP group treatment was not significantly different from the UP individual treatment. These results support the notion that the effects of the UP group treatment are comparable to the UP individual treatment for Korean undergraduates with emotional disorders on almost all outcome measures, except for positive affect.

*Key words : unified transdiagnostic treatment, emotional disorders, group treatment, individual treatment*

---

\* This paper was supported by the Ministry of Education of the Republic of Korea and the National Research Foundation of Korea(NRF-2022S1A5A2A01048248).

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

부록 1. UP 집단 프로그램 참가자의 소감 요약

참가자	소감
참가자 1	불안하고 우울하면, 항상 그날의 기분에 따라 하루 일상이 좌지우지되곤 했었고, 불편한 정서를 느끼지 않기 위해 늘 회피를 했었어요. 정서를 알아차리는 방법과 그것을 조절하는 연습을 통해서, 내 정서를 스스로 다스릴 수 있다는 용기와 힘이 생겼어요. 프로그램에서 배운대로 계속 불편한 상황에 직면하고, 배운 기술들을 적용하다 보면, 더욱 정서를 회피하지 않게 될 것 같아요.
참가자 2	제가 가지고 있는 불안감과 우울감을 ‘병’이라고만 생각하고, 제 자신에 대한 사랑이 없었어요. 그런데 제가 여태까지 두려워하고 힘들어했던 감정들은 대부분 제 스스로가 과도하게 만들고 있다는 것을 프로그램을 통해 깨닫게 되었어요. 나도 모르게 부정적으로만 해석하고 평가했던 습관에서 벗어나, 새로운 습관을 형성하게 되었습니다. 프로그램 내내 새로운 나를 발견하는 마음으로 참석했고, 모든 분들께 진심으로 감사드립니다.
참가자 3	프로그램을 통해 제 생각과 감정을 어떻게 다스리면 좋을지 알게 되어서 좋았습니다. 감정이 올라올 때마다 과거와 달리 다시 현재의 순간으로 돌아와 생각의 뒷을 알아차리고 대안적인 평가를 만들어낼 수 있게 되었고, 이를 통해 위축되지 않을 수 있었습니다. 더 이상 사람이 무섭지 않고, 대인관계에 있어 다시금 자신감을 찾게 된 것 같아서 좋습니다.
참가자 4	부정적인 정서는 누구에게나 존재하고, 필요하다는 것을 알 수 있게 되었습니다. 평소에 경험하던 정서의 강도가 강했어서 프로그램에 참여한다고 나아질 수 있을까 의구심이 들기도 했지만, 프로그램을 마치고 나니 많은 부분들이 변화한 저를 발견할 수 있었어요. 부정적인 정서는 삶에서 필요하고, 스스로 조절할 수 있다는 자신감을 얻은 덕분에 낮아진 자존감도 많이 회복되었습니다. 프로그램에 참여한 저에게 칭찬해 주고 싶습니다.
참가자 5	프로그램을 통해 제 스스로를 더 챙길 수 있게 되었고, 제가 어떤 생각과 감정 등으로 인해 힘들어 하는지 알아차릴 수 있게 되었어요. 이것이 가장 크게 바뀐 점입니다. 비판단적으로 알아차림을 하면서 사고, 느낌, 행동을 나누어 작성하고 연습하다 보니, 객관적으로 제 경험을 바라볼 수 있었고, 일상생활을 하다가 이제 불편한 감정이 들었을 때, 어떻게 알아차리고 대응해야 하는지 알고 있기 때문에 든든한 버팀목이 생긴 느낌이라, 두려움이 많이 줄어들고 자유로워졌어요.

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

부록 2. UP 개인 프로그램 참가자의 소감 요약

참가자	소감
참가자 1	무엇으로 인해 우울한지도 모른 채 우울과 불안의 늪에 빠져 살았습니다. 부정적인 정서 또한 저에게 꼭 필요한 감정들이라는 것을 배운 것이 큰 도움이 되었고, 여태까지는 감정들이 어떤 기능을 하는지 몰랐기 때문에 정서를 더 회피해 왔던 것 같아요. 프로그램을 통해 나아질 수 있다는 희망을 가지고 참여한 것이 많은 도움이 되었고, 제 의지로 변화할 수 있다는 것을 느꼈습니다.
참가자 2	여러 관계 내에서 불안감과 긴장감이 컸고, 무슨 일이 잘못되었을 때 자동적으로 모두 제 탓이라는 생각과 스스로를 부족한 사람이라고만 생각해 왔어요. 프로그램을 통해 객관적이고 유연하게 삶을 바라보고 대할 수 있게 되어, 스스로를 지지해 줄 수 있는 힘이 생긴 것 같아요. 사고의 유연성이 생기면서 모든 일들에 지나치게 애쓰지 않으며, 건강하게 노력할 수 있게 되었고, 덕분에 제 삶이 자유로워진 것 같아요.
참가자 3	제가 가지고 있는 문제를 해결해 보려고 혼자 여러 시도들을 했었는데, 나아지지 않았어요. 프로그램 시작 전에는 8회기 동안 내가 변할 수 있을까 의심이 들기도 하였지만, 프로그램을 마친 지금 저에게 많은 변화가 생겨 신기한 것 같아요. 혼자 시도했다면 해결되지 않았을 것 같아요. 이제 스스로 제 감정을 잘 받아들이고 조절할 수 있게 되었고, ‘내가 문제가 있는 사람이다’ 라고 느껴지지 않아서, 증상이 많이 나아진 것 같아요.
참가자 4	불안감, 우울감, 분노감이 높았고, 감정이 촉발되는 상황에서 나타나는 신체 증상으로 일상생활에서 큰 불편함을 겪고 있었지만, 해결 방안을 찾지 못한 상태였어요. 프로그램을 통해 불편한 감정이 촉발되는 상황을 더 이상 회피하지 않고, 제 정서 경험을 모니터링하며, 정서에 휘둘리기 보다는 제 경험을 더 잘 이해하고 대처할 수 있었어요. 나, 상황, 타인에 대한 유연성이 증가하니, 결과적으로 보다 더 편한 상태로 변화하고 유지할 수 있게 되어 감사드립니다.
참가자 5	프로그램을 통해 제가 가지고 있던 고민, 생각을 있는 그대로 바라볼 수 있게 되었고, 이 분법적으로 판단하고 좁게 보고 있던 시야들을 넓혀 건강하게 상황을 바라보고 대처하는 방법을 배웠어요. 여러 가지 실습을 통해 정서를 조절할 수 있는 방법을 알게 되어, 이제는 이런 노하우들을 통해 제가 원하는 삶을 살아갈 수 있겠다는 믿음과 용기가 생기게 되었습니다.

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