

한국심리학회지: 건강  
The Korean Journal of Health Psychology  
2007. Vol. 12, No. 2, 411 - 437

## 우울집단에 대한 인지치료와 심리극의 치료적 효과

박희석\*    손정락  
원광대학교    전북대학교

본 연구는 대학생 우울집단을 대상으로 인지치료와 심리극의 치료효과 및 차이를 밝히고자 하였다. 본 연구에 참여한 내담자는 총 39명으로 심리극 집단 14명, 인지치료 집단 12명, 통제집단 13명이었다. 종속변인은 우울을 포함하여 사회적 지지, 자존감 및 역기능적 태도 등이다. 세 치료조건(인지치료, 심리극, 통제)에 따라 밝혀진 연구의 결과는 다음과 같다. 첫째, 두 치료집단은 사전검사와 사후검사에서 우울, 사회적 지지, 자존감 및 역기능적 태도 등이 유의미한 차이를 보인 반면, 통제집단은 사전검사와 사후검사 간에 유의미한 차이를 보이지 않았다. 이러한 효과는 3개월 후 실시한 두 치료집단의 추적검사에서도 지속되는 것으로 나타났다. 그러나 사후검사와 추적검사에서 두 치료집단간의 치료효과는 유의미한 차이가 없는 것으로 밝혀졌다. 둘째, 사후검사와 추후검사에서 우울감소의 효과를 가져 온 기제를 살펴보았다. 그 결과, 사후검사에서 우울감소에 유의미하게 영향을 미친 변인은 자존감이고, 추후검사에서 우울감소에 유의미하게 영향을 미친 변인은 사회적 지지와 자존감으로 나타났다. 끝으로, 본 연구의 의의, 제한점 및 향후 연구를 위한 시사점을 제시하였다.

주요어 : 인지치료, 심리극, 우울, 자존감, 사회적 지지, 역기능적 태도

우울증은 인간이 경험하는 가장 대표적인 정신병리 중의 하나로 정신장애 중 가장 유병율이 높은 장애로 알려져 왔다. 우리 사회가 실직과 취업 스트레스 등과 같은 사회경제적인 문제뿐만

\* 교신저자(Corresponding author) : 박희석, 광주광역시 광산구 월계동 756-2 신동아 A 104-802, 전화 : 010-9549-6688, e-mail : solbaram7@hanmail.net

아니라, 개인의 정서적 불안으로 인해 그 심각성은 더욱 더 커져가고 있다. 최근 연예인들의 잇따른 자살 외에도 자살사이트가 난무하고 있는 것은 이를 잘 설명해주고 있다. 우울증에서 경미한 수준을 포함했을 경우, 그 유병율은 한 시점에서 5-10%의 사람들이 우울로 고통 받고 있으며, 일생동안 30-40%의 사람들이 한 번 이상 우울증을 경험하고 있다(권석만, 2000).

우울은 단순한 슬픔이나 우울한 기분에서부터 지속적인 상실감이나 무력감, 나아가 자살기도를 포함하는 정신병적 상태에 이르는 우울증까지 그 범위가 매우 광범위하다. 즉, 우울은 일상생활에서 겪는 슬픈 감정과 심한 정신병적 우울증을 양극단으로 하는 연속선상에 놓여있는 것으로 볼 수 있다. 어떤 우울 기분은 정상적인 기분변화이고 어떤 것은 임상적인 진단기준에 부합되는 수준에 이른다. 또한 기분의 변화는 일시적일 수도 있고 오래 지속될 수도 있다. 이는 비교적 경미한 정도의 침울한 기분에서부터 심하게는 세상에 대해 부정적인 생각과 효율적으로 기능을 할 수 없는 수준에까지 이른다(Sarason & Sarason, 1996).

우울은 정신병리의 한 측면으로서 오랜 관심을 받아왔지만 정상인의 우울에 대한 연구도 꾸준히 진행되어 왔다. Lewinsohn(1975)이 지적하듯이 정상인의 우울감정 상태에 영향을 주는 변인을 연구하는 것이 비정상적인 우울을 이해하는데 중요한 정보를 제공해 줄 수 있을 것이며, 또한 그 자체로도 충분한 관심을 기울일 필요가 있다고 보았다. 특히 대학생들의 경우 우울은 정신병적 장애를 초래하는 것으로 여겨지고(Beck & Young, 1978), 자살을 예언하는 하나의 요인으로 제기되어 왔다(Teuting, Koslow, & Hirshfeld,

1981). Vrendenburg, O'Brien 및 Krames(1988)는 우울한 대학생들 중 3/4이 3개월 이상 우울해 왔고, 거의 반수가 자살을 계획한 적이 있는 것으로 보고하였다.

Beck(1983) 역시 대학생들이 경험하는 우울 현상을 밝혔는데, 그에 따르면 우울한 대학생들은 자기 경험의 왜곡을 통해 거부, 상실 혹은 실패 등의 독특한 방식으로 잘못 해석하는 경향이 있다는 것이다. 즉, 펜실바니아 대학생들을 대상으로 인지왜곡이 외로움에 미치는 영향에 대해 알아본 결과, 우울한 학생들은 우울하지 않은 학생들보다 의지할 데가 없고, 자기를 사랑해 주는 사람이 없다고 보고하였다. Luborsky(1990)는 이러한 반응에 대해 그들 자신이 대인관계를 잘 맺지 못하는 데서 오는 것이라고 생각하여 스스로에게 실망하고 삶의 만족을 얻지 못하기 때문에 나타나는 것으로 보았다.

비교적 최근에 등장한 우울증의 인지이론은 인간이 능동적인 의미 구성적 존재라는 철학적 관점에 근거하고 있다. 즉, 인간은 주변 환경에 의미를 부여함으로써 세상을 구성하는 능동적인 존재이며, 인간의 감정과 행동은 환경자극 자체보다는 그 자극에 부여한 의미에 의해서 결정된다고 본다. 특히 우울증에 대한 Beck(1967, 1976)의 인지모델이 등장하면서 우울증의 기제를 이해하는데 있어 인지요소의 중요성이 강조되었다. 우울증을 인지장애로 보는 이 견해에서는 우울증의 발생과 지속을 설명하는데 인지적 왜곡에 초점을 둔다. Beck은 인지체계나 사고과정에서의 왜곡이 우울증을 유발시킨다고 본다. 즉, 우울한 사람은 자신에 대한 부정적 개념, 세상에 대한 부정적인 해석 및 미래에 대한 비관적 기대를 하는데, 이러

한 세 가지 인지왜곡으로 인하여 우울증이 유발된다는 것이다.

한편, 스트레스 취약성 모델에서는 스트레스와 우울 사이에 다양한 조절변인 혹은 매개 변인이 있다고 보고, 내담자가 어떤 자원을 갖느냐에 따라 스트레스의 영향을 조절 혹은 완화시킬 수 있다고 본다(권석만, 2000; 김정희, 1987). 그러나 스트레스를 포함해서 자존감(Beck, 1967; Brown & Harris, 1978; Kernis, Brockner, & Frankel, 1989), 사회적 지지(박희석, 손정락, 오상우, 1993; Cutrona 1983; Phifer & Murrell, 1986; Wills, 1990) 및 역기능적 태도(나승규, 1993; 박희석, 오상우, 1993) 등은 우울에 직접 영향을 미치는 주요 변인, 즉 우울과 직접적인 관계가 있는 것으로 알려져 있다. 따라서 본 연구에서는 우울과 관련이 있는 자존감, 사회적 지지 및 역기능적 태도 등의 변인들에 대해 살펴보고자 한다.

우선 사회적 지지를 보면, 사회적 지지란 개인에게 자신과 다른 사람에 대한 기대를 확인할 수 있도록 피드백의 기회를 제공하는 지속적인 사회적 집합체이며(Kaplan, 1974), 자신이 사랑과 돌봄을 받고 존중받으며 가치 있다고 여겨지며 의사소통 관계망이나 상호의무의 일원이라고 믿게 하는 정보의 구성요소이다(Cobb, 1979; 이영자, 1994에서 재인용). Thoits (1982)는 사회적 지지를 애정, 인정, 소속 및 안정에 대한 개인의 욕구가 충족되는 것이라고 정의하면서 모든 사람이 타인과의 사회적 상호작용을 통해서만 만족될 수 있는 욕구를 지니는데, 이 욕구는 주위로부터 제공된 사회적 지지를 통해 만족될 수 있다고 하였다.

스트레스와 적응간의 관계에 관심을 갖는 연구자들은 사회적 지지가 스트레스 대처과정에서

어떻게 기능하는가에 관심을 갖고, 스트레스 국면에서 사회적 지지의 기능적 측면, 즉 개인에게 지지적으로 지각되는 대인관계에 더 관심을 기울여 왔다(김정희, 1987; 박희석, 손정락, 오상우, 1993; 송중용, 원호택, 1998; Schaefer, Coyne, & Lazarus, 1982).

대학생을 대상으로 한 김정희(1987)의 연구는 우울에 대하여 스트레스와 인지세트, 대처방식이 어떤 작용을 하는지를 관계모형으로 설명하였다. 인지세트에 포함된 사회적 지지는 우울을 설명하는 변량이 대처방식보다도 더 크게 나타났음을 보고하였다. 또한 사회적 지지의 지각이 낮은 대학생일수록 더 우울하다는 것을 밝혀 사회적 지지가 중요한 대처자원임을 보여주었다. 신영희(1993)의 연구에서도 사회적 지지는 스트레스와 대처의 관계에서 매개변인으로 작용하여 우울과 불안에 긍정적인 영향을 미치는 것으로 밝혀졌다.

그러나 스트레스와 사회적 지지에 관한 연구들(Cutrona, 1984; Phifer & Murrell, 1986)에서는 비록 사회적 지지가 전형적으로 스트레스와 정서적 고통간의 완충적 역할을 하는 것으로 개념화되어 왔다고 하더라도 낮은 사회적 지지는 우울을 초래하는 스트레스의 근원이 될 수 있다고 하였다. 박희석, 손정락 및 오상우(1993)는 사회적 지지가 스트레스의 충격을 완화시키는 것이 아니라 낮은 사회적 지지 그 자체가 우울의 원인일 수 있다는 주효과모형을 지지하였다. 이미 Wills(1990)도 사회적 지지는 정서적 요인을 통하여 개인의 신체적, 심리적 안녕에 영향을 미친다고 주장하였다. 즉, 사회적 지지는 부정적인 정서를 감소시키고 긍정적 정서를 증진시킴으로써 개인을 적응적으로 이끌 수 있다는 것이다.

또한 자존감은 정서를 포함한 여러 심리영역에서 매우 중요한 영향을 미친다. 자존감이 낮은 청소년들은 우울하고 불안한 정서상태를 보이고 학업성취 수준도 낮다. 반면에 자존감이 높은 청소년들은 자신감과 인내력이 높고 자기표현 능력과 잠재적 지도력, 지능과 숙련도, 대인관계를 맺는 능력 등이 높으며 다른 사람들에게 더 좋은 인상을 준다(Rosenberg, 1965). 자존감이 높은 사람들은 낮은 사람에 비해 자기에 대해 명확한 지식을 지니고 자기를 긍정적으로 평가하고 자기 지식에 더 많은 확실성을 가지며 자신에 대한 생각이 시간에 따라 동요가 적고 일관적이었다. 그리고 더 많은 자기봉사적(self-serving) 편향을 보여 성공에 대한 칭찬은 받아들이고 실패에 대한 책망은 거부한다. 특히 정서적 차이를 보여 자존감이 높은 사람은 낮은 사람에 비해 더 긍정적 정서를 지니고 정서적인 변화가 더 안정적이었다(Campbell, 1990; 최미례, 2000에서 재인용).

자존감과 우울의 관계에 대한 연구는 낮은 자존감과 우울이 서로 중복된 부분이 많다고 제시한다(Kernis, Brockner, & Frankel, 1989). 즉, 자존감이 낮은 사람들은 우울한 사람들과 같이 특정 영역에서의 실패를 자신의 다른 여러 측면에도 과일반화하는 경향을 보인다는 것이다. 또한 Beck(1967) 그리고 Brown과 Harris(1978)는 자신에 대한 부정적인 태도가 우울에 대한 취약성이라고 제안하고 낮은 자존감이 우울의 발병, 유지, 재발에 중요한 역할을 한다고 가정하였다. 이러한 자존감 개념은 이후에 많은 이론적 연구들과 경험적 연구들을 자극하였다. 그 결과 우울한 사람의 자기도식은 매우 부정적이고 자기비하적인 특징이 있고(Beck, 1967) 낮은 자존감과 우울사이에

높은 상관이 있으며 이 둘 간에 서로 중첩된 부분이 많은 것으로 나타났다(Brockner & Guare, 1983; Tennen & Herzberger, 1987). 이 외에도 낮은 자존감과 우울 사이에 유의미한 상관이 있다는 일치된 증거들이 있다(Altman & Gotlib, 1988; Asarnow, Carlson, & Guthrie, 1987; Battle, 1980; Kaslow, Rehm, & Siegel, 1984). 우울 이론들도 우울증상의 한 측면으로 자기에 대해 부정적으로 생각하고 좋지 않게 느낀다고 기술하고 있다(Rosenberg, 1965).

역기능적 태도는 Beck이 우울환자를 다루면서 개념화한 것으로서 자신의 행동과 자기가치를 평가하는 데에서 엄격하고 완벽주의적 기준을 사용하고 타인의 승인에 지나치게 의존하는 신념과 태도들이다. 그는 이를 맥락에 따라 역기능적 신념(dysfunctional beliefs), 역기능적 태도(dysfunctional attitude), 부적응적 기저가정(maladaptive underlying assumptions) 등의 다양한 용어로 부르고 있다(권석만, 1994에서 재인용).

Cane, Olinger, Gotlib 및 Kuiper(1986)는 대학생들을 대상으로 하여 역기능적 태도척도의 요인구조를 조사하여 2요인을 추출하였다. 그들이 얻은 2요인은 '성취지향성'과 '타인에 의한 인정'이라고 명명하였다. 권석만(1994)의 연구에서도 이와 유사한 2요인이 추출되었는데, 그는 이를 '사회적 의존성 및 애정욕구(이하 의존성)'와 '성취지향성 및 자율성(이하 자율성)'이라 하였다. 이 두 요인은 Beck(1983)이 우울증에 대한 인지적 취약성과 스트레스의 상호작용기제를 구체화시킨 특수상호작용모델(Specific Interaction Model)에서 제시하고 있는 역기능적 신념의 두 가지 측면을 잘 반영하고 있다.

우울에 대한 인지적 취약성에 관심을 가진 사람들 중 Weissman과 Beck(1978)은 역기능적 태도가 우울한 사람들의 인지적 취약성에 영향을 미친다고 제안하였다. Beck 등(1979)에 의하면 우울은 현재 진행되는 사건에 대한 부정적인 자동적 사고와 관련되는데 이런 사고는 개인의 과거 경험에서부터 발달된 좀 더 전반적이면서 기저에 있는 역기능적 태도 혹은 역기능적 도식에 기초한다. 즉, 스트레스 경험이 역기능적 태도를 활성화시키면 부정적인 자동적인 사고와 함께 우울 증상을 일으키게 된다는 것이다.

스트레스와 역기능적 태도의 상호작용에 관한 횡단적 연구들(Olinger, Kuiper, & Shaw, 1987; Wise & Barnes, 1986)에서는 그 조절작용이 유의미하게 밝혀졌다. 그러나 Barnett과 Gotlib(1990)은 역기능적 태도가 피험자의 우울 증상에 의해 영향을 받을 수 있다는 가능성을 통제하고 이를 다시 검증하기 위하여 종단적 연구를 실시하였다. 그러나 이 결과는 박희석과 오상우(1993)의 연구와 마찬가지로 역기능적 태도와 스트레스의 상호작용이 유의미하지 않았다. 즉, 그들은 역기능적 태도가 사람들에게 활성화될 수 있고, 이것이 초기에 어떤 기분저하(dysphoria)를 초래한다 하더라도, 사람들은 자신들의 기분을 전환시켜 자신들이 겪는 고통의 심도나 그 기간을 줄일 수 있다는 것이다. 따라서 역기능적 태도는 스트레스의 충격을 완화시키는 것이 아니라 역기능적 태도 그 자체가 우울의 소인일 수 있다는 것이다.

1970년대 등장한 인지모델은 다양한 심리적 문제(우울증, 불안장애, 성격장애, 섭식장애, 청소년 비행 등)와 관련된 인지적 요인을 제시하고 이를 치료하는데 공헌을 해 오고 있다. 이후 짧은

기간 동안 대부분의 서구에서 인지치료가 선도적인 심리치료가 되었다. 물론 우울증을 치료하는데 Beck의 인지치료 외에도 다양한 전략들, 즉 정신분석, 현실치료, 인간중심치료, 의사교류집단 등이 활용되고 있는데(정방자, 1998; Corey, 1995), 최근 국내에서 상당한 관심을 받고 있는 심리극도 우울증에 적절한 치료방법으로 알려져 있다(Farmer, 1998; Rezaeian, Mazumdar, & Sen, 1997).

Rezaeian 등(1997)의 연구에서는 심리극이 정신병동에 입원한 우울한 남자환자들의 태도변화에 미치는 효과를 살펴보았는데, 그 결과 심리극 집단치료는 전통적인 정신의학적인 치료보다 더 효과적인 것으로 나타났다. 그리고 Farmer(1998)가 제시한 우울증 환자를 대상으로 한 심리극적 개입의 사례연구에서도 심리극의 우울증에 대한 효용성을 제시하고 있다.

Frey(1972)는 집단심리치료를 이성(rational)-감정(affective), 통찰(insight)-행동(action)이라는 두 축의 연속선상에서 비교하였다. 심리극과 인지치료를 이 두 축의 연속선상에서 비교해 보면, 심리극은 감정-행동의 측면에 속해 있고(윤성철, 이후경, 1997), 인지치료는 이성-행동의 측면에 있다고 볼 수 있다. 즉, 이 두 치료는 행동적 차원이 공유되며, 심리극은 감정적 차원에, 인지치료는 이성적 차원에 속해 있다. 그리고 Rowan과 Dryden(1988)이 치료적 공간이라 부른 두 축(의식-무의식, 정신내적-영적)의 연속선상에서 보면, 심리극은 이 축의 중심에 위치하여 의식과 무의식의 중간차원, 그리고 자아와 타인들과의 관계를 다루는 쪽에 속해 있는 반면, 인지치료는 의식차원과 개인 내적 차원에 속해 있다.

다시 말해 심리극은 감정차원에 있고 자아와

타인들의 관계를 다루는데 관심이 있는 반면, 인지치료는 이성차원에 있고 의식차원에서 개인의 내적 변화에 관심이 있다고 볼 수 있다. 즉, 인지치료는 우울한 사람들이 갖고 있는 자신과 세상과 미래를 부정적으로 바라보는 역기능적 사고를 좀 더 객관화시켜 합리적이고 융통성 있는 사고로 수정하고, 행동실험이나 역할놀이 등의 현실감을 통해 역기능적 신념과 행동의 변화를 이끈다. 그러나 심리극은 논리적이고 합리적인 이성적 측면보다는 우울한 사람들의 내면에 있는 정서적 갈등이나 잉여현실의 문제들을 행위로 표출함으로써 감정 정화와 함께 교정적 정서체험을 하게 하고, 또한 행위통찰(인지변화)과 행동의 변화를 유도한다.

이렇게 서로 다른 차원에 있는 인지치료와 심리극을 우울집단에 적용했을 때 인지치료와 마찬가지로 심리극도 우울치료에 효과가 있는지, 또한 두 치료전략의 치료적 요인에서 어떤 차이가 있는가를 밝혀보는 것은 매우 의미 있는 일이다.

Beck의 인지치료<sup>1)</sup>는 여러 가지 정신병적 장애들을 치료하기 위하여 사용된 적극적이고 지시적이며 시간 제한적인 구조화된 접근을 말한다(Beck, 1967, 1976; Beck et al., 1979). 이는 개인의 감정과 행동이 그가 세계를 구조화하는 방식으로 인해 상당히 결정된다는 기본적인 이론적 합리성에 근거한다. 즉, 이 치료는 정신병리의 인지모델(cognitive model)에 기초를 두고 있는데, 각 개인의 정서(affect)와 행동(behavior)은 그들

자신의 경험을 구성하는 방식에 의해 정해진다고 가정한다(Beck & Clark, 1995). 이 치료의 목표는 내담자가 당면한 현재의 문제를 해결하고, 역기능적 사고와 행동을 수정하는데 있다.

Beck 등(1979)이 제시한 바에 따르면, 동질적인 우울증 환자집단을 치료하는데 있어서 전통적인 심리치료는 위약 통제집단보다 효과적이지 못하며, 항우울제 치료보다 효과적이지 못하였다(Covi, Lipman, Derogatis, Smith, & Pattison, 1974). 또한 그들은 전통적인 심리치료가 우울증 환자들을 치료하는 데 분명히 효과적이지 못하며(Friedman, 1975), 재발을 방지하는데 효과적이지 못하다(Klerman, Dimascio, Weissman, Prusoff, & Paykel, 1974)고 증명되어 왔기 때문에 그러한 결과는 놀라운 것이 아니라고 지적하였다. 따라서 적극적이고 지시적이며 시간 제한적인 인지-행동적 접근들이 동질적으로 단극성 우울증 환자들을 치료하는 데 효과적인 것으로 보았다.

인지치료의 효과에 대한 연구들 중에서 가장 대표적인 것은 펜실베이니아 대학 정신과에서 수행된 Beck의 인지치료 방법과 약물치료의 효과 비교이다. 이 연구에서 Rush, Beck, Kovacs 및 Hollon(1977)은 9년간 우울증 병력을 가진 환자 41명을 인지치료집단과 약물(이미프라민)치료집단에 무선 배정하여 11주 동안 처치를 하였다. 환자의 자기보고(BDI)와 임상평정치(Hamilton우울평정척도)에서 인지치료집단이 약물치료의 비교집단보다 유의미하게 더 효과가 있는 것으로 나타났

1) 인지치료에서는 대부분의 장애가 잘못된 인지 혹은 잘못된 인지적 과정에서 발생한다고 믿으나 행동적 반응이 이런 장애를 유지하는데 중요한 요인이므로, 모든 인지치료적 접근에서 과제제시와 같은 행동적 요소들을 포함하고 있다. 따라서 인지치료도 인지-행동치료의 큰 범위에 속하기 때문에(김정범, 2000), 본 연구에서는 인지치료와 인지-행동치료를 혼용해서 사용하기로 한다.

다. 그리고 치료기간 중 중도 탈락한 환자의 수도 인지치료집단이 약물치료의 비교집단보다 훨씬 적은 것으로 보고되었다.

심리극(psychodrama)은 Moreno가 상호작용적인 집단역동에 대한 통찰력과 창조성의 철학을 통합시켜 만들어낸 하나의 접근방식으로써, 그 후 수십 년에 걸쳐 다듬어지고 세분화되었다(Blatner & Blatner, 1988). 심리극은 개인의 실제 생활, 좌절된 상황, 자기실현의 소망 등 모든 문제를 행동으로 표현함으로써 개인의 문제를 해결하고 그 안에서 자기활동을 회복하며 행위하는 힘을 기르는 것이다. 즉 연극적인 방법으로 인간의 심리적인 문제를 해결하고 더 나아가 정신을 개발하고자 하는(Moreno, 1977) 집단치료의 한 방법이다.

하나의 치료적 양식으로서의 심리극은 전통적인 집단치료의 구성 과정과 비추어볼 때 유사점이 있기도 하지만 독특한 여러 요인들이 있다. 심리극 회기 과정의 주요 측면은 행위-중심기법들을 사용하고 있어 참여자들이 말로 표현하는 것을 제한한다. 심리극의 회기는 전형적으로 주인공이라는 한 개인에 초점을 맞추는데, 그는 그 자신의 삶의 어떤 장면을 묘사한다. 다른 사람들, 즉 관객들은 주인공의 행위를 관찰하고, 때로 특정한 장면에서 행위역할(보조자)을 취한다. 심리극의 디렉터는 임의대로 다양한 기법을 활용하여 주인공이 경험한 특별한 갈등을 좀 더 충분히 이해하도록 안내한다. 예컨대, 주인공은 성인기에도 계속해서 괴롭히는 초기 아동기의 기억과 관련이 있는 해결되지 않은 감정들, 즉 잉여현실을 다룰 기회를 갖게 된다. 이와 함께, 주인공은 권위자와의 갈등과 같은, 집단성원들 전체가 관심 있어 하는 쟁점이

나 문제를 가지고 작업할 수도 있다(Roger, 1981).

심리극이 집단치료의 한 형태라는 점에서 집단치료의 결과들을 심리극에 적용될 수 있다고 기대하는 것은 어느 정도 가능하다. 이전의 몇몇 연구들(Bermudez, Martinez, & Pavlovsky, 1964; Goldberg, Dumas, Dinenberg, & Winick, 1955; McGee, Starr, Powers, Racusen, & Thorton, 1965; Miller, 1980; Roger, 1981)에서 심리극과 집단치료를 비교하기는 하였지만 연구가 그리 많지 않은 것으로 알려져 있다.

Goldberg 등(1955)은 입원한 정신과 환자 집단에게 심리극과 전통적인 집단치료를 실시하였다. 연구자들은 이 두 집단에서 나타난 반응을 비교하는 가운데, 심리극이 자발성을 더 높게 하고 주의력과 집중력을 더 크게 할 뿐만 아니라, 동일시를 더욱 더 강하게 한다는 것을 알았다. 한편, Roger(1981)는 입원한 정신과 환자들을 대상으로 심리극과 전통적인 집단치료가 정서 상태에 미치는 영향을 연구하였다. 그 결과, 심리극의 참여자들이 집단치료의 참여자들보다 상태퇴행이 더 크게 나타났다. 그러나 상태불안, 외향성 및 우울수준은 심리극 집단, 집단치료집단 및 통제집단 간에 유의미한 차이가 없었다. 특히 심리극집단에서 주인공이 경험한 감정적 정화의 강도와 이들이 보고한 상태 우울간의 관계가 부적인 것으로 나타나 정화가 우울 감정을 경감시키는데 작용한다는 것을 밝혔다.

Farmer(1998)가 제시한 바와 같이, 심리극을 통해 우울증을 치료하는 방법은 우울증에 대한 최근 경험, 이와 관련된 상황(특히 과거와 현재의 관계들) 그리고 우울증의 기원을 다루는 것이다. 전형적으로 주인공은 자발성을 획득하여 과도한

역할들을 대체할 새로운 역할을 발견하고, 이전 삶의 이야기를 재편집하며, 미래에 대한 새로운 가능성을 창조할 때까지 앞의 세 영역에 대한 물음을 검토하는 장면들을 다룬다. 그럼에도 불구하고 우울한 사람들의 기분을 바꾸거나 관점을 바꾸는 것은 그리 쉬운 일이 아니다. 우울한 사람들을 대상으로 심리극을 실연했을 때, 그들은 워업이 늦고 자발성에 도달하기가 어려우며 주인공으로 자원하는 경향이 적다. 아주 심하게 우울한 사람들은 '우울'을 제외하고 다른 어떤 것에도 쉽게 초점을 두지 못하고 사고나 감정의 자발성이 정지된 상태에 있을 수 있다. 따라서 디렉터는 이러한 정지된 상태가 다른 문제들을 어떻게 감추고 그것들을 해결하는 방식에 어떻게 가담하는지를 아는 것이 유용하다.

앞에서 살펴본 바와 같이, 인지치료와 심리극의 공통적 요소는 행동적 차원이다. 이 두 접근은 모두 행동을 통해 인지적 변화를 유도하고 있다. 그러나 이 두 방법에서 활용되는 행동전략들은 근본적으로 서로 다른 목표를 추구하고 있다. 인지치료의 행동전략은 주로 왜곡된 인지를 파악하고 이를 변화시키는데 초점을 두는데 반하여 감정적 정화는 근본적인 방법론으로 보지 않고 있다. 따라서 이는 표현을 격려하기보다 두려움, 분노, 우울 등과 같은 바람직하지 못한 정서를 감소시키는데 관심이 있다(Deffenbacher & Stark, 1992; Lazarus, 1991; Prochaska & Norcross, 1994). 즉, 인지치료의 대부분의 행동 전략들은 상황을 이성적이고 합리적으로 판단하도록 하는데 활용되고 있다.

심리극에서는 감정적 정화가 긍정적인 치료성 효과를 가져오는 토대가 된다고 믿는다(Kellermann,

1984; Kottler, 1994). 아직도 정서표현이 치료 효과가 있다고 믿는 사람들(Stratton, 1990)과 정서는 매우 제한되어야 하는 것으로 믿는 사람들(Lewis & Bucher, 1992)사이에 논쟁이 있지만, 심리극은 여전히 정화가 내담자와 치료자에게 매우 가치 있는 것으로 보고 있다. 즉, 심리극에서의 행동은 주인공으로 하여금 행위통찰을 통해 인지적 변화뿐만 아니라, 감정적 정화를 유도하는 매우 효과적인 전략으로 활용되고 있다.

이제까지 인지치료와 심리극과 관련하여, Boury, Treadwell 및 Kumar(2001)는 심리극과 인지치료를 통합하여 일반 대학생들을 대상으로 핵심신념, 자동적 사고, 기분 및 우울에 어떤 영향을 미치는지 탐색적 연구를 한 바 있다. 또한 Hamamci(2002)는 대학생들을 대상으로 인지치료에 심리극의 기법을 통합하여 대인관계에서의 인지왜곡이 어떻게 변화되는지를 살펴보았다. 그러나 이 연구들은 그 효과를 극대화하기 위하여 인지치료와 심리극을 통합하였는데, 두 접근의 치료적 효과를 비교하지는 못하였다.

인지치료의 경우, 우울증, 불안증, 편집증, 사회공포증, 외상 후 스트레스장애 및 특정한 성격 장애를 갖고 있는 사람들을 대상으로 하면서 다른 치료기법들과 비교한 연구들은 있었지만 심리극과 비교한 연구는 없었다. 마찬가지로 심리극의 경우도 다른 집단치료와 치료적 효과를 비교한 연구는 있었지만 인지치료와 비교한 연구는 거의 없었다. 특히 심리극은 우울증 환자를 대상으로 한 연구가 그리 많지 않는 실정이라서 아직 그 치료적 효과도 분명하지 않다. 이렇게 우울증 치료에 매우 효과적으로 알려진 인지치료와 마찬가지로 심리극도 그 치료적 효과가 유용한지의 여

부를 검증하는 것은 매우 필요해 보인다. 또한 두 치료전략이 우울 집단을 대상으로 했을 때 그 효과가 어떻게 나타나는지를 파악하는 것도 의미 있는 일로 여겨진다.

이상의 선행 연구들을 통해 본 연구에서 밝히 고자 하는 연구가설과 연구문제는 다음과 같다.

연구가설 1. 인지치료와 심리극은 우울, 사회적 지지, 자존감 및 역기능적 태도의 변화에 유의미한 효과가 있을 것이다.

연구가설 2. 인지치료와 심리극은 우울, 사회적 지지, 자존감 및 역기능적 태도에 미치는 효과에서 유의미한 차이가 있을 것이다.

연구문제 1. 인지치료와 심리극에 의한 자존감, 사회적 지지 및 역기능적 태도의 변화가 우울 감소에 어떤 영향을 미치는지 살펴본다.

## 연구방법

### 연구대상

집단치료에 참여할 연구대상자 모집은 두 차례에 걸쳐 이루어졌다. K시와 J시에 있는 대학의 심리학 관련 과목(심리학 개론) 수강생들(약 1,000여 명)에게 우울 수준을 측정하기 위한 질문지(BDI, CES-D)를 실시하여 우울점수가 기준치(BDI 19점, CES-D 24점) 이상이면서 프로그램에

참가의사를 밝힌 대학생들을 대상으로 하였다<sup>2)</sup>. 또한 K시의 JN대학교와 J시에 있는 JB대학교의 학생생활연구소에서 ‘나를 찾아 떠나는 여행(심리극)’과 ‘스트레스 뿌리뽑기(인지치료)’라는 프로그램을 개설하여 참여를 원하는 학생들 가운데 BDI와 CES-D를 실시하여 이 점수가 기준치 이상인 학생들을 대상으로 하였다. BDI와 CES-D의 기준치에 해당되는 학생들 중에서 프로그램에 참여의사를 밝힌 대학생들은 모두 46명(남자 11, 여자 35)으로, 인지치료집단에 15명(남자 2, 여자 13), 심리극집단에 15명(남자 4, 여자 11), 통제집단에 16명(남자 5, 여자 11)이 배정되었다. 이들 가운데 인지치료집단과 심리극집단의 경우 전체 8회기 중에서 6회기 이상 참가하지 않아 중도 탈락한 4명과 통제집단의 경우 사후검사를 실시하지 않은 3명을 제외한 최종 참가자는 인지치료집단 12명(1차 8명, 2차 4명 / 남자1, 여자 11), 심리극집단 14명(1차 7명, 2차 7명 / 남자 3, 여자 11), 통제집단 13명(남자 4, 여자 9)이었다. 최종 참가자의 경우, 학생생활연구소 안내문을 통해 참가한 학생은 심리극집단이 1명, 인지치료집단이 2명이었다. 이 외의 참가자들은 심리학 관련 과목 수강생들로, BDI와 CES-D가 기준점수 이상인 학생들을 연구자가 개인별로 권유하여 프로그램에 참여하게 되었다. 이들에 대한 치료집단의 배정은 신청자 본인들의 수업시간과 개인시간에 따라 이루어졌다.

2) 기존연구들에서 BDI를 통하여 피험자를 선별할 때 면담이나 의사의 진단 혹은 감별 진단이 가능한 기타 질문지를 병행하는 것이 바람직하다고 하였다(이영호, 송중용, 1991). 따라서 본 연구에서는 BDI와 함께 일반인들의 현재 우울의 정도를 측정하는 도구인 CES-D를 함께 실시하였다. 본 연구에서는 우울수준의 기준치를 BDI 19점 이상, CES-D 24점 이상으로 하였는데, 이 두 가지 조건이 충족된 사람을 연구의 대상으로 선별하였다. 기준치를 BDI 19점, CES-D 24점으로 한 것은 최미례(1987)의 연구에서 우울 집단의 BDI 평균점수가 18.7이었고, 박애순(1998)의 연구에서 CES-D를 24점으로 했을 때 우울집단과 비우울집단을 가장 잘 변별해 주는 것으로 보았기 때문이다.

## 측정도구

### 1) 우울척도(BDI, CES-D)

① **Beck우울척도(Beck Depression Inventory: BDI)**: 이 척도는 Beck의 우울증 척도(BDI)의 수정판(Beck, 1978)을 이민규 등(1995)이 번안하여 신뢰도와 타당도를 검증하고 표준화한 것이다. 이들의 연구결과 Spearman-Brown의 반분계수는 남자의 경우 .75, 여자의 경우 .75, 전체적으로 .75이었다. Cronbach  $\alpha$ 는 남자의 경우 .86, 여자의 경우 .84, 전체적으로는 .85로 만족할 만한 수준이었다.

② **CES-D(The Center for Epidemiological Studies-Depression Scale)**: 이 척도는 일반인을 대상으로 우울증의 역학적 연구를 통해 Radloff (1977)가 개발한 자기보고형 도구로 전점수와 이민규(1992)가 우리말로 번안한 것이다. 총 20문항으로 구성되어 있으며, 지난주에 경험한 증상의 빈도에 따라 리커트식 4점 척도 상에 표시하게 한다. 전점수와 이민규(1992)가 보고한 내적 일치도는 .89로 나타났다. 미국에서 사용되는 분류 기준점은 16점인데, 박애순(1998)은 24점을 기준으로 했을 때 우울집단과 비우울집단을 가장 잘 변별해 주는 것으로 보고 하여 본 연구에서는 24점을 우울증 집단의 분류기준점으로 사용하였다.

2) **지각된 사회적 지지 다차원 척도(Multidimensional Scale of Perceived Social Support: MSPSS)** : 이 척도는 Zimet, Dahlem, Zimet 및 Farley(1988)가 개발한 것으로, 사회적 지지의 지각된 만족을 측정하기 위하여 쉽고 빠르게 실시할 수 있는 자기보고식 검사이다. 이는 3가지 요인들(가족, 친구, 중요한 타인)로 나누어져 있는 13개 항목으로 구성되어 있다. 이 검사는

전체점수를 갖기 때문에 전반적인 지각된 만족도를 측정하여 사용하도록 만들어졌다. 이는 7점 척도로 구성되어 있고, 피험자에 따른 내적 신뢰도도 높았고, 세 하위척도의 구조를 확실하게 하는 요인타당도도 높은 것으로 나타났다(Dahlem, Zimet, & Walker, 1991; Zimet, Powell, Fareley, Werkman, & Berkohoff, 1990). 박희석, 손정락 및 조성희(2001)는 이를 우리말로 번안하여 일반 대학생 134명을 대상으로 실시한 결과, 내적 일치도가 .89, 검사-재검사 신뢰도가 .81로 나타났다.

3) **자존감 척도(Self-Esteem Scale: SES)**: 이 척도는 Rosenberg(1965)의 자존감 척도를 김문주(1988)가 번안한 것이다. 이는 총 11문항으로 구성되어 있으며, 리커트식 6점 척도로 되어 있다. 검사-재검사 신뢰도는 .85이고 문항 내적 일치도는 .87로 나타났다.

4) **역기능적 태도척도(Dysfunctional Attitude Scale-Form A: DAS)**: 이 척도는 Weissman과 Beck(1978)이 제작한 DAS Form-A를 권석만(1994)이 번안한 척도이다. 1(전적으로 반대)~7(전적으로 동의)의 7점 척도로 구성된 40문항의 자기보고형 질문지로 우울증의 인지적 취약성과 관련된 역기능적 태도를 측정한다고 알려져 있으며, Beck의 우울증 인지이론에 따른 우울증의 인지적 취약성을 측정하는데 가장 널리 사용되는 신뢰로운 측정치이다(Robins & Block, 1989). 역기능적 태도의 주된 내용은 크게 사회적 의존성(social dependency)과 자율성(autonomy)이 있다. 여기서 사회적 의존성은 타인의 인정과 애정을 얻으려 하며 친밀한 대인관계를 유지하기 위한 노력으로 타인을 즐겁게 하려는 강한 경향성을 말한다. 그리고 자율성은 개인의 독립성과 성취감

을 얻으려 하고, 타인으로부터 독립을 원하고, 일과 성취를 중시하며, 혼자만의 활동을 좋아하는 경향성을 말한다. 권석만(1994)에 따르면 한국판 DAS의 신뢰도는 내적 일치도 .86, 반분신뢰도 .82였으며, 공존타당도와 구성타당도도 비교적 높았다.

## 치료 프로그램

### 1) 인지치료(Cognitive Therapy)

인지치료의 리더는 박희석(1991)의 연구에서 대학생 우울집단을 대상으로 인지치료 프로그램을 실시한 적이 있고, 5년간 정신병원의 정신보건 임상심리사로 근무하면서 정신과 환자들을 대상으로 인지치료를 실시하였다. 그 후, 2년 여간 상담현장에 근무하면서 내담자들을 대상으로 인지치료를 실시하고 있는 본 연구자가 하였다. 또한 1차에서는 심리학 석사학위 소지자로 약 2년간 상담 실무경력이 있는 사람이, 2차에서는 심리학 석사과정에 있는 대학원생이 보조 리더로 참여하였다. 인지치료 프로그램은 Judith Beck(1995)의 '인지치료'(최영희, 이정흠 공역, 1997), Greenberger와 Padesky(1995)의 '기분다스리기'(권정혜 역, 1999), Beck 등(1979)의 '우울증의 인지치료'(원호택 외 공역, 1996), 박희석(1991)의 '우울집단에 대한 인지-행동처치가 개인적 구성개념과 우울에 미치는 효과' 및 조용래(1998)의 '역기능적 신념과 부적응적인 자동적 사고가 사회공포증상에 미치는 영향' 등에 나와 있는 내용을 토대로 연구자가 재구성하였다. 이 프로그램은 일부 수정된 하였지만 이전에 박희석(1991)이 대학생 우울집단을 대상으로 적용한 결과 우울 감소에 유

의미한 효과가 있는 것으로 밝혀졌다.

### 2) 심리극(Psychodrama)

디렉터는 심리극의 전문교육을 약 700여 시간 받고 심리극을 약 400회 이상 실연한 본 연구자가 하였다. 1차에서는 심리학 석사학위 소지자로 심리극 전문교육을 약 200시간 이상 받은 상담실무 경력이 있는 사람이, 2차에서는 대학에서 동아리 활동으로 심리극을 실시하였고 심리학 석사과정에 있는 대학원생이 보조자로 참여하였다. 프로그램의 내용과 주제는 심리극의 특성상 집단성원들의 자발성과 창조성을 바탕으로 매 회기마다 지금-여기의 원칙하에 자발성이 높은 주인공이 선정되어 이루어졌다. 심리극의 과정은 세 단계, 즉 워업단계(주인공 선정포함), 행위단계(실연), 통합단계(나누기)로 구성되었다.

### 연구 진행 절차

우울척도(BDI, CES-D)를 통해서 선발된 통제집단과 두 치료집단은 치료 프로그램 시작 전에 사전검사(자존감, 사회적 지지 및 역기능적 태도)를 실시하였다. 전체 8회기가 끝난 7주 후 이들 두 치료집단과 통제집단은 사후검사(우울, 자존감, 사회적 지지 및 역기능적 태도)를 실시하였다. 두 치료집단은 치료가 종결된 3개월 후 추적검사(우울, 자존감, 사회적 지지, 역기능적 태도)를 실시하였으나 통제집단에는 실시하지 않았다. 그리고 치료가 종결된 9개월 후, 두 치료집단의 참여자들은 2차 추적검사에서 우울척도(BDI, CES-D)만을 실시하였다. 결국 통제집단은 선발당시 사전검사와 7주 후 사후검사 총 2번 실시하였으나, 두 치

료집단은 선발당시 사전검사와 7주 후의 사후검사, 그리고 3개월 후와 9개월 후 추적검사를 실시하였다. 집단치료 프로그램은 1차(JN대학)와 2차(JB대학)로 나누어졌고, 7주에 걸쳐 각각 8회기(매 회기 2시간~2시간 30분 전후)로 심리극과 인지치료가 실시되었다. 그리고 각 치료 조건은 두 집단씩(1차, 2차) 이루어졌으며 참가자는 1회기 당 4명에서 8명 정도였다. 치료 4개의 프로그램 모두 6회와 7회기는 같은 주에 연속해서 실시하였다.

### 자료처리

치료조건(인지치료, 심리극, 통제)에 따라 치료 전에 실시한 우울과 우울관련 종속측정치들(사회적 지지, 자존감, 역기능적 태도)에서 유의미한 차이가 있는가를 알아보기 위하여 일원변량분석(one-way ANOVA)을 실시하였다. 그리고 치료조건(인지치료, 심리극, 통제)과 검사시기에 따라 종속측정치가 어떤 양상을 보이는지를 알아보기 위하여 각각의 종속변인별로 나누어 사전검사, 사후검사 및 추적검사(사전검사-사후검사, 사전검사-추적검사)의 모든 종속측정치들에 대해 쌍별-t검증(paired t-test)을 실시하였다. 여기서 통제집단은 사전검사와 사후검사만을 실시하였기 때문에 사전검사와 사후검사의 차이를 쌍별-t검증 하였

다. 두 치료집단에서 치료적 효과를 가져 온 기제가 무엇인지를 알아보기 위하여 사회적 지지, 자존감 및 역기능적 태도 등의 척도에서의 변화치(사전-사후, 사전-추적)를 예언변인으로 하고, 치료 종결 시 우울감소의 정도(사전-사후 변화치)와 3개월 후 추적검사 시 우울감소의 정도(사전-추적 변화치)를 종속변인으로 하여 단계적 회귀분석(regression)을 실시하였다.

### 결 과

#### 치료조건(두 치료집단과 통제집단)의 사전검사 비교

본 연구에 참여한 두 치료집단(인지치료, 심리극)과 통제집단의 사전 우울점수에 대해 일원변량분석을 실시한 결과는 표 1과 같다.

표 1에 제시된 바와 같이 세 집단의 사전 우울점수, 즉 BDI에서 유의미한 차이가 없었으며,  $F(2,36)=2.28, n.s$ , CES-D에서도 유의미한 차이가 없는 것으로 나타났다,  $F(2,36)=.10, n.s$ . 이는 처치 전에 이 세 집단의 우울 정도가 유사한 수준임을 의미한다

이 외에도 다른 종속측정치들이 세 조건 간에 유의미한 차이가 있는지를 일원변량분석을 통해

표 1. 인지치료, 심리극 및 통제집단의 BDI와 CES-D점수의 평균과 표준편차

종속변인	인지치료(n=12)		심리극(n=14)		통제(n=13)		F
	M	(SD)	M	(SD)	M	(SD)	
우울(BDI)	21.75	(2.42)	26.00	(7.04)	26.31	(6.86)	2.28
우울(CES-D)	33.25	(5.74)	33.42	(8.81)	34.38	(5.49)	.10

검증해 본 결과, 사회적 지지에서 세 집단 간의 차이가 유의미하지 않았으며,  $F(2,36)=.37, ns.$ , 자존감에서도 세 집단 간의 차이가 유의미하지 않았다,  $F(2,36)=2.00, ns.$  그리고 역기능적 태도에서도 세 집단 간의 차이가 유의미하지 않은 것으로 나타났다,  $F(2,36)=.60, ns.$  따라서 사전에 이 세 집단 간의 종속측정치들이 유의미한 차이를 보이지 않는 것은 이들 집단이 동질집단임을 가정할 수 있다.

**치료조건과 검사 시기에 따른 효과 분석**

치료조건(인지치료, 심리극, 통제)과 검사 시기(사전, 사후, 추적)에 따라 종속측정치에서 어떤 변화가 있는가를 알아보기 위하여 쌍별 *t*검증을 실시하였다. 종속측정치는 우울, 사회적 지지, 자존감 및 역기능적 태도 등으로 구분하여 살펴보았다.

**1) 치료조건과 검사 시기에 따른 우울의 변화**

각각의 치료조건에 따라 우울(BDI, CES-D)의

평균과 표준편차, 그리고 사전검사와 사후검사, 사전검사와 추적검사(3개월 후), 사후검사와 추적검사(9개월 후)를 비교한 결과는 표 2와 같다.

표 2에 제시된 바와 같이, 두 치료집단은 우울(BDI, CES-D)의 사전검사와 사후검사, 사전검사와 추적검사(3개월 후)에서 유의미한 차이를 보이고 있다. 그리고 9개월 후에 실시한 추적검사와 사후검사를 비교하였을 때에도 두 치료집단 모두 BDI와 CES-D에서 유의미한 차이가 없는 것으로 나타나 치료효과가 9개월 후에도 지속되고 있다. 그러나 통제집단은 사전검사와 사후검사에서 유의미한 차이를 보이지 않고 있다. 이는 두 치료집단의 경우 치료 이후 우울이 유의미하게 감소한 반면, 통제집단에는 변화가 없다는 것을 의미한다.

**2) 치료 조건과 검사 시기에 따른 사회적 지지의 변화**

각각의 치료조건에 따라 사회적 지지의 평균과 표준편차, 그리고 사전검사와 사후검사, 사전검사와 추적검사를 비교한 결과는 표 3과 같다.

표 2. 치료조건과 검사 시기에 따른 우울(BDI, CES-D)의 평균과 표준편차

종속 변인	집단	사전검사	사후검사	추적검사	추적검사 <sup>a</sup>	집단 내 변화(쌍별 <i>t</i> )		
		<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	사전-사후	사전-추적	사후-추적 <sup>a</sup>
우울 (BDI)	인지치료	21.75 (2.42)	8.83 (4.82)	9.67 (5.09)	10.33 (4.27)	7.90**	7.15**	-.27
	심리극	26.00 (7.04)	12.71 (3.97)	11.43 (5.89)	9.57 (5.79)	6.23**	6.31**	1.54
	통제	26.31 (6.86)	25.38 (6.49)			1.37		
우울 (CES-D)	인지치료	33.25 (5.74)	17.00 (6.54)	16.75 (8.83)	20.67 (5.75)	10.06**	6.08**	-.87
	심리극	33.43 (8.81)	20.21 (7.72)	17.29 (7.40)	19.14 (10.78)	6.01**	6.46**	.73
	통제	34.38 (5.49)	33.08 (4.89)			1.53		

\**p*<.05    \*\**p*<.01    a: 9개월 후 추적검사(인지치료집단 *n*=6, 심리극집단 *n*=7)

표 3에 제시된 바와 같이, 두 치료집단은 사회적 지지(전체)의 사전검사와 사후검사, 사전검사와 추적검사에서 유의미한 차이가 있지만 통제집단은 사전검사와 사후검사에서 유의미한 차이를 보이지 않고 있다. 그리고 사회적 지지의 하위척도 ‘친구’와 ‘가족’은 인지치료집단에서만 사전검사와 사후검사, 사전검사와 추적검사에서 유의미한 차이를 보이고 있다. 사회적 지지의 하위척도 ‘타인’은 심리극집단에서 사전검사와 사후검사, 사전검사와 추적검사에서 유의미한 차이가 있으나, 인지치료집단에서는 사전검사와 사후검사에서만 유의미한 차이를 보이고 있다. 통제집단은 사회적 지지 세 개의 하위척도 모두에서 시기별로 유의미한 차이를 보이지 않고 있다. 이는 두 치료집단의

경우 치료 이후 사회적 지지에 대한 지각된 만족감이 유의미하게 증가한 반면, 통제집단은 유의미한 변화가 없다는 것을 의미한다.

### 3) 치료조건과 검사 시기에 따른 자존감의 변화

각각의 치료조건과 검사 시기에 따라 자존감의 평균과 표준편차, 그리고 사전검사와 사후검사, 사전검사와 추적검사를 비교한 결과는 표 4와 같다.

표 4에 제시된 바와 같이, 두 치료집단은 자존감의 사전검사와 사후검사, 사전검사와 추적검사에서 유의미한 차이를 보이고 있다. 그러나 통제집단은 사전검사와 사후검사에서 유의미한 차이를 보이지 않고 있다. 이는 두 치료집단의 경우

표 3. 치료조건과 검사 시기에 따른 사회적 지지의 평균과 표준편차

종속 변인	집단	사전검사	사후검사	추적검사	집단 내 변화(쌍별 t)	
		M (SD)	M (SD)	M (SD)	(사전-사후)	(사전-추적)
사회적 지지 (전체)	인지치료	54.08 (8.19)	64.58 (9.39)	62.42 (11.29)	-4.15**	-2.50*
	심리극	52.64 (15.62)	59.71 (11.18)	60.71 (12.60)	-2.38*	-2.29*
	통제	56.92 (13.50)	56.69 (12.93)		.12	
사회적 지지 (친구)	인지치료	17.67 (3.26)	21.58 (3.26)	21.00 (4.18)	-3.93**	-2.48*
	심리극	17.71 (6.85)	19.71 (4.98)	20.57 (5.35)	-1.46	-2.02
	통제	19.54 (4.75)	18.77 (4.15)		.96	
사회적 지지 (가족)	인지치료	18.08 (3.70)	21.33 (4.59)	21.25 (6.27)	-3.66**	-2.44*
	심리극	18.43 (4.60)	19.21 (3.76)	20.00 (4.74)	-0.78	-1.23
	통제	18.61 (5.20)	17.77 (6.27)		.97	
사회적 지지 (타인)	인지치료	18.33 (5.35)	21.67 (3.68)	20.17 (4.26)	-2.53*	-1.36
	심리극	16.50 (7.52)	20.79 (5.64)	20.14 (5.96)	-3.57**	-2.73*
	통제	18.77 (5.70)	20.15 (5.04)		-1.32	

\*p<.05 \*\*p<.01

치료 이후 자존감이 유의미하게 증가한 반면, 통제집단에는 변화가 없다는 것을 의미한다.

**4) 치료 조건과 검사 시기에 따른 역기능적 태도의 변화**

각각의 치료조건과 검사 시기에 따라 역기능적 태도의 평균과 표준편차, 그리고 사전검사와 사후검사, 사전검사와 추적검사를 비교한 결과는 표 5와 같다.

표 5에 제시된 바와 같이, 두 치료집단은 역기

능적 태도(전체)의 사전검사와 사후검사, 사전검사와 추적검사에서 유의미한 차이가 있지만, 통제집단은 사전검사와 사후검사에서 유의미한 차이를 보이지 않고 있다. 그리고 사회적 지지의 하위척도 ‘자율성’과 ‘의존성’에서 인지치료집단에서는 사전검사와 사후검사, 사전검사와 추적검사에서 유의미한 차이를 보이고 있지만, 심리극 집단에서는 ‘자율성’에서만 유의미한 차이를 보이고 있다. 반면 통제집단은 역기능적 태도의 두 하위척도 모두 시기별로 유의미한 차이를 보이지 않고 있다.

표 4. 치료조건과 검사시기에 따른 자존감의 평균과 표준편차

종속 변인	집단	사전검사	사후검사	추적검사	집단 내 변화(쌍별 t)	
		M (SD)	M (SD)	M (SD)	(사전-사후)	(사전-추적)
자존감	인지치료	34.75 (6.65)	39.75 (5.72)	41.00 (5.13)	-2.87**	-3.45**
	심리극	30.00 (7.70)	37.57 (5.92)	38.43 (4.86)	-2.68*	-3.84**
	통 제	34.77 (6.90)	33.92 (5.36)		.50	

\*p<.05 \*\*p<.01

표 5. 치료조건과 검사 시기에 따른 역기능적 태도의 평균과 표준편차

종속 변인	집단	사전검사	사후검사	추적검사	집단 내 변화(쌍별 t)	
		M (SD)	M (SD)	M (SD)	(사전-사후)	(사전-추적)
역기능적 태도 (전체)	인지치료	151.17 (23.43)	125.92 (22.46)	128.75 (20.38)	3.16**	3.38**
	심리극	156.36 (29.62)	135.43 (30.57)	135.64 (31.74)	2.26*	2.55*
	통 제	162.46 (23.58)	161.30 (26.07)		.24	
역기능적 태도 (자율성)	인지치료	48.75 (10.68)	38.17 (12.42)	40.00 (9.19)	3.34**	3.21**
	심리극	43.79 (8.90)	39.79 (12.43)	38.86 (12.76)	2.39*	2.52*
	통 제	44.54 (6.88)	44.00 (5.79)		.60	
역기능적 태도 (의존성)	인지치료	44.58 (8.32)	35.50 (8.36)	37.00 (7.91)	2.69*	2.42*
	심리극	53.14 (12.15)	43.50 (11.78)	42.50 (13.87)	1.43	1.72
	통 제	55.15 (14.37)	54.46 (13.14)		.24	

\*p<.05 \*\*p<.01

이는 두 치료집단의 경우 치료 이후 역기능적 태도가 유의미하게 감소한 반면, 통제집단은 유의미한 변화가 없다는 것을 의미한다.

**치료조건간의 치료효과 비교**

두 치료 조건 간에 치료적 효과에서 유의미한 차이가 있는가를 확인하기 위하여 치료국면(사후, 추적)별로 종속측정치들의 변화치(차이점수)를 비교한 결과는 표 6과 같다.

표 6에서 보는 바와 같이, 사전-사후검사의 변화치에서 두 집단 간에 유의미한 차이를 보이는 종속측정치는 하나도 없는 것으로 나타났다. 이는 치료종결 시 사후검사에서 두 집단 간에 치

료적 효과는 거의 차이가 없다는 것을 알 수 있다. 또한 사전-추적검사의 변화치에서 어떤 종속측정치도 두 집단 간에 유의미한 차이를 보이지 않았다. 이 역시 3개월 후에도 인지치료와 심리극의 치료적 효과는 거의 차이 없이 지속된다는 것을 알 수 있다. 즉, 사회적 지지와 자존감은 사전에 비해 사후와 추적에서 정적으로 변화가 된 반면, 우울 및 역기능적 태도는 부적으로 변화가 있다는 것을 알 수 있다.

**치료효과의 기제검증**

인지치료 집단과 심리극 집단을 통합하여 우울변화의 치료적 효과를 가져 온 기제가 무엇인

표 6. 치료시기에 따른 두 치료집단 간의 치료효과(차이점수) 비교

종속변인	사전-사후 변화치		사전-추적 변화치		t (사전-사후)	t (사전-추적)
	인지치료 M (SD)	심리극 M (SD)	인지치료 M (SD)	심리극 M (SD)		
우울 (BDI)	12.92 (5.66)	13.29 (7.98)	12.08 (5.85)	14.57 (8.64)	-.13	-.84
우울 (CES-D)	16.25 (5.59)	13.21 (8.23)	16.50 (9.40)	16.14 (9.35)	1.08	.09
사회적 지지	-10.50 (8.78)	-7.07 (11.12)	-8.33 (11.54)	-8.07 (13.22)	-.86	-.05
자존감	-5.00 (6.05)	-7.57 (10.57)	-6.25 (6.28)	-8.43 (8.21)	.74	.75
역기능적 태도	25.25 (27.71)	20.93 (34.64)	22.42 (23.01)	20.71 (30.42)	.35	.16

표 7. 우울감소를 예언해주는 예언변인들(사전-사후변화치)의 단계별 다중회귀분석

독립변인	R <sup>2</sup>	β	ΔR <sup>2</sup>	F
자 존 감	.256	-.506	.256	8.27**

DV: BDL      \*\*p<.01

지를 알아보기 위하여 사회적 지지, 자존감, 역기능적 태도 등의 척도에서 사전-사후 변화치를 예언변인으로 하고, 치료 종결 시 우울의 감소정도(사전-사후 변화치)를 종속변인으로 하여 단계적 회귀분석을 실시한 결과는 표 7과 같다. 여기서 종속변인의 우울 척도는 BDI이다.

이 결과에서 치료 종결 시 사후검사에서 우울 감소에 유의미한 영향을 미친 예언변인은 자존감으로 나타났다. 즉, 자존감의 향상이 우울감소 정도를 25.6% 정도 설명하고 있다. 이는 집단치료 프로그램을 통해 자존감의 향상이 우울감소에 가장 큰 기여를 하는 것으로 보인다.

한편, 추적평가에서도 사회적 지지, 자존감 및 역기능적 태도 등의 척도에서 사전-추적 변화치를 예언변인으로 하고, 추적검사 시 우울 감소의 정도(사전-추적 변화치)를 종속변인으로 하여 단계적 회귀분석을 실시한 결과는 표 8과 같다.

이 결과는 추적검사 시 사회적 지지의 향상이 우울 감소의 정도를 39.1%정도 설명하는 것으로 나타났으며, 이에 더하여 자존감의 향상이 10.3%를 더하는 것으로 나타났다. 즉, 사회적 지지와 자존감의 향상이 추적검사 시 우울 감소에 49.4%를 설명하고 있다. 이는 장기적으로 볼 때 사회적 지지와 자존감의 향상이 우울감소에 기여한다는 것을 알 수 있다.

## 논 의

본 연구에서는 우울한 사람들을 대상으로 인지치료와 심리극을 실시하였을 때 그 치료적 효과가 유의미한지, 그리고 이 두 치료전략이 치료 효과 면에서 어떤 차이가 있는지를 알아보고자 하였다. 아직까지 우울과 관련된 심리극의 치료적 효과가 뚜렷하게 검증되지 않은 점을 감안할 때 인지치료와 심리극을 비교하는 것은 심리극의 효과를 검증하는데 매우 유용하리라 본다. 여기에서 종속측정치는 우울 외에도 사회적 지지, 자존감 및 역기능적 태도 등을 포함하였다. 아울러 치료적 효과를 가져 온 기제가 무엇인지를 알아보기 위하여 종속측정치들 가운데 사회적 지지, 자존감 및 역기능적 태도 등의 변화(사전-사후, 사전-추적)가 우울 감소(사전-사후, 사전-추적)에 어떤 영향을 미치는지에 대해서도 알아보고자 하였다.

우선 인지치료집단, 심리극집단 및 통제집단 가운데 두 치료집단은 우울(BDI, CES-D), 사회적 지지, 자존감 및 역기능적 태도 등의 사전검사와 사후검사에서 유의미한 차이를 보였다. 반면 아무런 처치를 받지 않은 통제집단은 모든 변인에서 유의미한 차이를 보이지 않았다. 이는 우울집단에 대한 인지치료와 심리극이 우울감소에 효과가 있을 뿐만 아니라, 우울과 관련된 다른 변인들에도

표 8. 우울감소를 예언해주는 예언변인들(사전-추적변화치)의 단계별 다중회귀분석

독립변인	$R^2$	$\beta$	$\Delta R^2$	$F$
사회적 지지	.391	-.509	.391	15.40**
자 존 감	.494	-.341	.103	11.21**

DV: BDI.

\*\* $p < .01$

영향을 미칠 것이라는 가설 1을 지지하였다. 또한 3개월 후에 실시한 추적검사에서 그 치료적 효과는 여전히 지속되었다. 두 치료집단에 참여한 내담자들은 치료 전에 비하여 사후검사와 추적검사 시 우울과 역기능적 태도는 낮아진 반면, 자존감과 사회적 지지는 높아진 것이다. 특히 9개월 후 추적검사에서 두 치료집단의 우울수준은 여전히 사후검사와 유사한 수준을 보이고 있어 인지치료와 심리극은 우울감소에 장기적으로 효과가 있는 것으로 드러났다.

이는 내담자들이 집단치료에 참여하여 우울수준이 감소하였으며, 자신의 행동과 자기 가치를 평가하는 데 엄격하고 완벽주의적 기준을 사용하고 타인의 승인에 지나치게 의존하는 역기능적 신념이 의미 있게 줄어들었다는 것을 말한다. 또한 자신을 수용하고 존중하며 자신을 가치 있는 인간으로 느끼는 자존감과 다른 사람으로부터 사랑과 돌봄을 받고 존중받으며 가치 있다고 여겨지는 사회적 지지는 의미 있게 상승한 것으로 나타났다.

우울증 치료에 매우 효과적인 방법으로 알려진 인지치료와 마찬가지로 심리극도 우울을 감소시키고 우울과 관련된 다른 변인들을 변화시키는데 매우 효과적이라는 것을 알 수 있다. 특히 우울감소가 3개월 후와 9개월 후에도 지속된다는 것은 인지치료와 심리극이 일시적인 효과가 아닌, 장기적으로 영향을 미친다는 것을 의미한다. 이미 인지치료는 우울증 치료에 매우 효과가 있다는 사실이 입증되었기 때문에 더 이상 논란의 여지는 없을 것 같다. 그러나 심리극이 우울증 치료에서 인지치료와 유사한 수준의 치료적 효과를 보인 것은 우울증에 대한 심리극의 치료적 효용성

을 충분히 설명하고 있다. 이러한 효과는 심리극이 일상생활에서 경험되어진 자연적 시나리오에 가장 가깝고, 집단장면에서 그간 억압된 감정을 극적으로 강렬하게 분출함으로써 정서적 갈등을 정화시켜주고 인간의 잠재력을 개발하는데 크게 공헌하는 장점(Greenberg, 1974; Yablonsky, 1976)이 있기 때문으로 여겨진다.

그리고 연구가설 2에서 언급한 바와 같이 인지치료와 심리극의 치료적 효과 면에서 서로 차이가 있는지를 살펴보았는데, 전체적으로 볼 때 결과는 거의 차이가 없는 것으로 나타났다. 그러나 세부적으로 보면 두 집단 간의 치료효과는 부분적으로 차이가 있는 것으로 나타났다. 예컨대, 인지치료집단은 사전검사에 비하여 사후검사와 추적검사에서 유의미한 증가를 보인 사회적 지지의 3개 하위척도(가족, 친구, 타인) 중에서 '타인'의 사회적 지지가 3개월 후에는 지속되지 않았다. 이와 대조적으로 심리극집단은 '타인'의 경우에만 사후와 추적 시에 지속적으로 변화를 보였고 '친구'와 '가족'은 사전에 비하여 어떤 변화도 없었다.

일반적으로 심리극은 인지치료에 비해 가족을 포함해서 중요한 사람들과의 관계에 더 초점을 두기 때문에 사회적 지지에서 인지치료보다 더 큰 변화가 있을 것으로 기대할 수 있으나, 결과는 오히려 그 반대로 나타난 것이다. 이것이 시사하는 바는 인지치료가 내담자들로 하여금 자신들의 역기능적 신념을 수정함으로써 주변 사람들에 대한 태도나 인식을 바꾸도록 하기 때문인 것 같다. 이는 인지치료가 우울한 사람들이 갖는 인지 3요소, 즉 자신, 미래 및 주변 세계를 부정적으로 평가하는 사고방식을 수정하는 하나의 증거로 보인다. 심리극집단의 경우 사회적 지지의 하위척도인

‘친구’와 ‘가족’이 크게 변하지 않는 것은 심리극의 참여자들이 심리극 실연에서 사람들과의 관계보다는 자신의 실존적 문제에 더 초점을 두었기 때문으로 보인다. 본 연구자의 경험에 의하면, 심리적 고통이 심한 사람들이 심리극에 처음 참여했을 때 주변사람들과의 관계에 초점을 두기보다는 억제된 내면의 문제를 해결하는 데 더 많은 비중을 두는데, 이는 그들이 자신의 문제에 깊게 몰입해 있기 때문인 것 같다.

역기능적 태도의 하위척도 ‘의존성’에서 인지치료집단이 심리극집단보다 약간 더 큰 변화를 보이고 있는데, 이는 인지치료가 집단과정을 통해 역기능적 신념을 직접 다루기 때문일 가능성이 높다. 그럼에도 불구하고 심리극집단에서 역기능적 태도의 하위척도인 ‘자율성’이 사전검사에 비해 사후검사와 추적검사에서 유의미한 차이를 보이고 있는 것은 심리극에 참여한 내담자들이 일과 성취에 집착하는 태도에서 좀 더 자유로워졌다는 것을 의미한다. 그러나 다른 사람들로 부터 인정과 애정을 얻으려 하며 친밀한 관계를 유지하려는 성향은 큰 변화가 없었다.

여기서 두 치료조건에서 유사한 변화를 보인 ‘자율성’의 측면을 두 치료적 입장에서 비교해 보면 다음과 같다. 인지치료는 내담자들로 하여금 ‘절대 실수해서는 안된다’, ‘반드시 유능한 사람이 되어야 한다’ 등의 절대적이고 당위적인 신념이 부적응적 정서에 영향을 미친다는 것을 이해하게 하고, 이를 논리적인 반박을 통해 합리적 사고로 수정함으로써 부적응적 정서에 벗어나도록 한다. 이에 반하여 심리극은 참여자들로 하여금 그들의 행위갈증(act hunger)을 충족시켜주고 행위를 완료하게 한다. 예컨대, 그토록 능력을 발휘하고 싶

었지만 한 번도 발휘하지 못하였고 큰 좌절을 겪어온 주인공이 자신의 능력을 마음껏 발휘하고 싶은 소망과 바람이 있다면, 심리극에서는 극을 통해 그의 소망을 충분히 충족하도록 한다. 이렇게 하게 되면 그의 행위갈증은 충족되고 행위가 완료되면서 주인공은 더 이상 능력발휘에 매달리지 않게 된다는 설명이다. 이것이 심리극과 인지치료의 차이점이다. 치료적 성과가 같다 해도 그 치료적 과정은 다르게 접근해 간다. 물론 심리극 역시 행위통찰을 통해 인지적 변화를 유도한다. 그러나 이때의 인지적 변화는 논리적 반박이 아닌 지금-여기에서의 현실검증과 행동실험이라는 경험을 통해 이루어진다.

한편, 연구문제 1에서 언급한 바와 같이 인지치료와 심리극에 참여한 내담자들의 치료 종결 시와 3개월 후에 우울감소(사전-사후 변화치, 사전-추적 변화치)의 효과를 가져 온 기제가 무엇인지를 살펴보았다. 그 결과, 치료가 종결된 사후검사 시 우울감소에 유의미한 영향을 끼친 예언변인은 자존감이고, 추적검사 시 우울감소에 유의미한 영향을 끼친 예언변인은 사회적 지지와 자존감으로 나타났다. 이는 우울의 감소에 자존감의 향상과 사회적 지지의 향상이 중요하다는 것을 의미한다. 특히 장기적으로 볼 때 사회적 지지와 자존감의 향상이 우울감소에 기여한다는 것을 알 수 있다. 특이한 것은 역기능적 태도가 우울감소에 직접적인 효과가 없다는 측면이다. 이는 역기능적 태도 자체가 우울에 직접적인 영향을 주기 보다는 간접적으로 영향을 미치는 조절변인일 가능성이 있다. 그럼에도 불구하고 전체 사례수가 적기 때문에 각 예언변인의 우울감소의 설명력을 정확히 측정하기에는 다소 무리가 있어 보인다.

이상의 연구를 통해 본 연구의 의의는 다음과 같다. 첫째, 서로 다른 차원에 있는 인지치료와 심리극의 치료적 효과를 서로 비교하였다는 점이다. 인지치료가 이성 중심으로 역기능적인 신념들을 발견하고 이를 합리적이고 융통성이 있는 사고로 수정하는데 관심이 있다면, 심리극은 감정중심의 경험을 통해 억제된 혹은 표현하지 못했던 주관적 진실을 표현하게 하는데 관심이 있다. 특히 우울치료를 매우 효과적인 것으로 알려진 인지치료와 이와 다른 차원에 있는 심리극을 비교해 봄으로써 그 치료효과나 치료과정에서 여러 측면들을 이해할 수 있었다.

둘째, 우울 치료에 아직 뚜렷하게 검증되지 않은 심리극을 우울집단에 적용한 결과 그 치료적 효용성이 입증된 점이다. 그 동안 국내에서 이루어진 심리극 연구는 일반 정신과 입원환자, 비행 청소년 및 일반인들을 대상으로 한 치료 효과연구 그리고 특정 집단을 대상으로 한 치료적 요인에 관한 연구들이 주류를 이루었으나 우울집단을 대상으로 한 심리극의 연구는 미비한 실정이었다. 우울집단을 대상으로 심리극의 치료적 효용성을 입증한 점은 매우 의미 있는 일이라 할 수 있다.

셋째, 치료가 종결된 3개월 후 추적검사를 통해 치료효과의 지속성을 평가하였다는 점이다. 일부의 내담자들에게는 9개월 후에도 우울수준을 재평가함으로써 두 치료접근이 우울감소에 장기적으로 효과가 있다는 것도 제시하였다. 대체로 치료적 효과에 대한 연구는 처치 전과 처치 후의 변화를 비교하는 경우가 많다. 그러나 본 연구에서 3개월 후 추적검사를 실시하였고, 9개월 후 우울수준을 재평가함으로써 치료효과가 장기적으로 유지되는지를 알아본 것은 인지치료와 심리극의

치료적 효과를 보다 분명하게 제시할 수 있는 근거로 보인다.

그러나 본 연구의 제한점과 향후 연구를 위한 시사점을 살펴보면, 첫째, 본 연구의 피험자는 우울수준이 높은 대학생들을 대상으로 하였기 때문에 본 연구의 결과를 우울증 환자들에게 일반화하는 데는 다소 한계가 있다. 물론 현실적 여건에서 우울증 환자들을 대상으로 연구하는 것이 쉽지 않고, 또 이전 연구들(박희석, 1991; Lewinsohn, 1975)에서도 정상인의 우울을 연구할 필요가 있다고 언급하고 있다. 그럼에도 불구하고 이러한 결과들을 우울증 환자들에게 일반화하기에는 다소 무리가 있어 보인다.

둘째, 본 연구의 인지치료와 심리극의 주 치료자가 본 연구자이기 때문에 치료자의 요구특성을 배제할 수 없을 것 같다. 향후의 연구에서는 이러한 치료자의 요구특성을 배제하기 위해서 연구자가 아닌 제 삼자가 치료자이어야 할 것이다.

셋째, 치료자의 개인적 특성이나 숙련도가 치료효과에 영향을 줄 수 있다는 점이다. 인지치료는 치료 매뉴얼을 사용함으로써 치료자의 개인적 특성이 가져올 수 있는 비효과적인 영향력들이 통제될 수 있지만(Bergin & Garfield, 1994), 심리극은 디렉터의 변인이 그리 쉽게 통제되지 못한다. 따라서 이 두 가지 접근의 치료적 효과가 치료자의 변인에 의해 영향 받을 수 있다는 점을 고려할 필요가 있다. 물론 본 연구에서는 한 사람의 치료자가 두 치료방법의 주치료자였기 때문에 치료자의 개인적 특성, 즉 성격적 특성이나 자질 등이 치료방법 간의 차이에 뚜렷한 영향을 주었다고 볼 수는 없을 것 같다. 치료 회기과정에서 치료자에 대한 평가, 즉 전문성, 신뢰성 및 호감의

정도가 두 집단에 거의 유사한 수준임을 감안한다면 치료자의 영향은 그리 커 보이지 않는다. 다만 치료자가 오랫동안 심리극을 해 왔기 때문에 숙련도면에서 인지치료보다 심리극이 더 클 수 있다고 생각한다. 이런 숙련도 측면이 치료효과에 어느 정도 영향을 미쳤을 가능성은 배제할 수 없을 것이다. 따라서 앞으로의 연구에서는 치료자의 숙련도를 하나의 독립변인으로 간주하여 치료효과에 어떻게 작용하는지를 파악하는 것도 가치 있을 것으로 본다.

넷째, 치료조건 간 비교에서 우울집단에 대한 인지치료와 심리극이 뚜렷한 차이는 없지만 어떤 측면에서 다소 더 효과적으로 나타난 것은 종속변인을 측정하는 설문지의 내용에 의해 오염될 가능성을 배제할 수 없다. 본 연구에서 실시한 설문지는 대체로 사고와 관련된 측면이 많이 포함되어 있기 때문에 인지변화에 초점을 두는 인지치료가 정서적 경험에 초점을 두는 심리극보다 더 효과적인 것으로 검증될 가능성이 높다. 예컨대, 역기능적 태도 척도의 경우, 인지치료 과정에서 이 설문지의 내용과 관련된 역기능적 신념을 직접 다루기 때문에 인지치료집단이 역기능적 태도에서 더 크게 변화될 가능성이 높다. 따라서 향후 연구에서는 이러한 인지적 측면 외에도 행동적, 정서적 및 신체적 측면을 나타내는 다양한 종속변인을 선정하는 것이 필요해 보인다. 특히 심리극의 효과를 평가하기 위하여 감정 정화와 관련된 변인들을 선정하는 것이 좋을 것 같다. 종속변인들을 다양하게 선정하는 것은 인지치료와 심리극의 치료효과의 차별성을 확인할 수 있는 방법이 될 것이다.

다섯째, 통제집단은 인지치료집단과 심리극집

단과는 달리 처치 기간 중에 어떤 처치도 받지 않았기 때문에 두 치료의 내적 타당도에 문제가 제기될 수 있다. 내적 타당도가 높은 연구를 하려면 여러 가외변인들을 통제해야하고 통제집단을 갖추어야 한다. 통제집단을 갖추었다 해도 다른 처치집단과 마찬가지로 이 집단에도 플라시보 처치를 하지 않으면 다른 두 치료집단의 순수효과를 측정하기는 어렵다. 그럼에도 불구하고 치료연구를 실시할 때 실험실 연구처럼 완벽한 실험조건을 갖추기는 쉽지 않은 문제인 것 같다. 다만 본 연구에서 두 집단의 처치가 끝난 이후에 통제집단에 대해 아무런 처치를 하지 않은 점은 어느 정도 윤리적인 문제를 안고 있는 것이 분명하다. 이후의 연구에서는 이러한 윤리적인 문제를 고려해서 통제집단에도 적절한 처치를 해야 할 것으로 본다.

여섯째, 본 연구에서는 인지치료와 심리극을 평균 주 1회씩 실시하였다. 이는 치료기간이 치료효과에 미치는 영향을 배제하기 위하여 절차를 동일하게 한 것이다. 물론 인지치료의 경우 주 1회 실시하는 것이 치료과정에서 학습한 내용을 현장에서 현실검증(역기능적 사고일지 작성)할 기회를 갖기 때문에 주말심화집단보다 더 효과적으로 보인다. 그리고 주 1회 실시하는 심리극은 좀 더 천천히 진행함으로써 주요 이슈에 대한 연속성, 점진적 개방, 반복 작업을 통해 참가자들이 심리극에서 얻은 좋은 점들을 자신의 생활에 통합하도록 하는 데에 도움이 될 수 있다. Kellermann (1992)에 의하면, 주말 심화집단의 심리극이 자기노출, 정서적 관여, 집단응집력 등을 가속화시켜 치료과정을 촉진시킬 수 있다. 특히 본 연구에서 처럼, 우울한 사람들을 대상으로 주 1회씩 심리극

을 실시하는 것은 매 회기마다 자발성을 올리는 데 많은 에너지를 소비하기 때문에 주말심화집단으로 진행되는 것이 더 효과가 있을 것으로 예상된다. Farmer(1998)가 언급한 바와 같이, 우울한 사람들의 기분을 바꾸거나 관점을 바꾸는 것은 쉬운 일이 아니다. 즉, 우울한 사람들을 대상으로 심리극을 했을 때 그들은 준비에 시간이 걸리고 자발성에 도달하는 것이 어려울 수 있으며, 주인공으로 나서지 않으려는 경향이 있다는 것이다. 그러나 이러한 결과는 아직 명확하지 않기 때문에 차후의 연구에서 우울집단을 대상으로 심리극을 실시했을 때 주 1회 집단과 주말심화집단 중 어떤 방법이 더 효과적일지를 밝히는 것도 필요할 것 같다.

### 참 고 문 헌

- 권석만 (1994). 한국판 역기능적 태도척도의 신뢰도, 타당도 및 요인구조. *심리과학*, 3, 100-111.
- 권석만 (2000). *우울증*. 서울: 학지사.
- 김문주 (1988). *Pruefuengsanst und andere Psyshozialer merkmale*. Duesseldorf.
- 김정범 (2000). 인지-행동치료의 발전과정. *생물치료정신의학*, 6, 140-149.
- 김정희 (1987). 지각된 스트레스, 인지세트 및 대처방식의 우울에 대한 작용: 대학 신입생의 스트레스 경험을 중심으로. 서울대학교 대학원 박사학위 청구논문.
- 나승규 (1993). 우울한 대학생과 우울증 환자 간의 비효율적 태도 비교. 충북대학교 대학원 석사학위 청구논문.
- 박애순 (1998). 햇병 집단과 우울증 집단의 부부갈등, 인지적 평가 및 대처방식. 고려대학교 대학원 석사학위 청구논문.
- 박희석 (1991). 우울집단에 대한 인지-행동처치가 개인적 구성개념과 우울에 미치는 영향. 전북대학교 대학원 석사학위 청구논문.
- 박희석, 오상우 (1993). 역기능적 태도와 대처방식의 우울과의 관계. *한국심리학회지: 임상*, 12(1), 128-139.
- 박희석, 손정락, 오상우 (1993). 스트레스, 사회적지지, 역기능적 태도 및 대처방식의 우울에 대한 효과. *한국심리학회지: 임상*, 12(2), 179-196.
- 박희석, 손정락, 조성희 (2001). 모레노 사회원자 투사법 검사(MSAPT)의 한국판 표준화 및 임상적 유용성. *한국사이코드라마학회지*, 4(1), 47-63.
- 송중용, 원호택 (1998). 스트레스 상황에서 사회적 지지가 성취과제의 수행과 불안에 미치는 영향. *임상심리학회지*, 7, 21-30.
- 신영희 (1993). 스트레스, 자기효능감 및 사회적 지지가 대처와 부적응에 미치는 영향. 충남대학교 대학원 석사학위 청구논문.
- 윤성철, 이후경 (1997). 집단정신치료와 싸이코드라마. *신경정신의학*, 36(2), 219-235.
- 이민규, 이영호, 박세현, 손창호, 정영조, 홍성국, 이병관, 장필립, 윤애리 (1995). 한국판 Beck 우울척도의 표준화 연구 I :신뢰도 및 요인분석. *정신병리학*, 4, 77-95.
- 이영자 (1994). 스트레스, 사회적 지지, 자아존중감과 우울 및 불안과의 관계. 서울여자대학교 대학원 박사학위 청구논문.
- 이영호, 송중용 (1991). BDI, SDS, MMPI-D척도의 신뢰도 및 타당도에 대한 연구. *한국심리학회지: 임상*, 10, 98-113.
- 전경구, 이민규 (1992). 한국판 CES-D 개발연구. *한국심리학회지: 임상*, 11, 65-76.
- 정방자 (1998). *정신역동적 상담*. 서울: 학지사.
- 조용래 (1998). 역기능적 신념과 부적응적인 자동적 사고가 사회공포증상에 미치는 영향. 서울대학교

- 대학원 박사학위 청구논문.
- 최미례 (1987). 대학생 우울집단의 정서일치성 효과와 일시적으로 유도된 정서상태가 정보처리에 미치는 영향. 서울대학교 대학원 석사학위 청구논문.
- 최미례 (2000). 스트레스와 우울의 관계에 대한 자아존중감의 중재효과와 매개효과. 중앙대학교 대학원 박사학위 청구논문.
- Altman, E., & Gotlib, I. H. (1988). The social behavior of depressed children: An observational study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16, 29-44.
- Asarnow, J. R., Carlson, G. A., & Guthrie, D. (1987). Coping strategies, self-perception, hopelessness, and perceived family environments in depressed and suicidal children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 361-366.
- Barnett, P. A., & Gotlib, I. H. (1990). Cognitive vulnerability to depressive symptoms among men and women. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 47-61.
- Battle, J. (1980). Relationship between self-esteem and depression among high school students. *Perceptual and Motor Skills*, 51, 157-158.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Harper and Row.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. T. (1978). *The Beck Depression Inventory*. Philadelphia: Center for Cognitive Therapy.
- Beck, A. T. (1983). Cognitive therapy of depression: New perspectives. In P. J. Clayton & E. Barnett(Eds.), *Treatment of depression: Old controversies and new approaches*(pp. 265-284). New York: Raven Press.
- Beck, A. T., & Clark, D. (1995). Cognitive Psychotherapy. In M. H. Sacks, W. H. Sledge, & C. Warren(Eds.), *Core readings in psychiatry: An annotated guide to the literature*(2nd, pp. 519-523). Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Beck, A. T., & Young, J. E. (1978). College Blues. *Psychology Today*, 9, 80-92.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press. (우울증의 인지치료. 원호택 공역. 서울: 학지사, 1996)
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy*. New York: Guilford. (인지치료. 최영희, 이정흠 공역, 서울: 하나의학사, 1997).
- Bergin, A. E., & Garfield, S. L. (1994). Overview, trend, and future issues. In A. A. Bergin & S. L. Garfield(Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*(pp. 821-830). New York: Wiley.
- Bermudez, J. R., Martinez, C., & Pavlovsky, E. (1964). *Evaluation of the different psychotherapeutic techniques especially with group psychotherapy and psychodrama performed throughout eight years of labour on children and adolescents*(pp. 111-117), 6th Int. Cong. of Psychotherapy. London: Selected Lectures.
- Blatner, A., & Blatner, A. (1988). *Foundations of psychodrama: History, theory and practice*. New York: Springer. (싸이코드라마의 토대. 한국사이코드라마학회 역. 서울: 중앙문화사, 1997).
- Boury, M., Treadwell, T., & Kumar, V. K. (2001). Integrating psychodrama and cognitive therapy-An exploratory study. *The*

- International Journal of Action Methods*, 54(1), 13-37.
- Brockner, J., & Guare, J. (1983). Improving the performance of low self-esteem individual: An attributional approach. *Academy of Management Journal*, 26, 642-656.
- Brown, G. W., & Harris, T. (1978). *Social origins of depression: A study of psychiatric disorder in women*. New York: Free Press.
- Campbell, J. D. (1990). Self-esteem and clarity of the self-concept. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 538-549.
- Cane, D. B., Olinger, L. J., & Gotlib, I. H., & Kuiper, N. A. (1986). Factor structure of the dysfunctional attitude scale in a student population. *Journal of Clinical Psychology*, 42, 307-309.
- Cobb, S. (1979). Social support and health through the life course. In M. W. Riley(Ed.), *Aging from birth to death* (pp.93-106). Boulder Co: West view.
- Corey, G. (1995). *Theory and practice of group counseling*. California: Books/ Cole Publishing Company. (집단심리상담의 이론과 실제. 조현춘, 조현재, 이희백, 천성문 공역. 서울: 시그마프레스, 1999).
- Covi, L., Lipman, R., Derogatis, L., Smith, J., & Pattison, I. (1974). Drugs and group psychotherapy in neurotic depression. *American Journal of Psychiatry*, 131, 191-198.
- Cutrona, C. E. (1984). Causal attributions and perinatal depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 439-447.
- Dahlem, N. W., Zimet, G. D., & Walker, R. R. (1991). The multidimensional scale of perceived social support: A confirmation study. *Journal of Clinical Psychology*, 47, 756-760.
- Deffenbacher, J. L., & Stark, R. S. (1992). Relaxation and cognitive-relaxation treatments of general anger. *Journal of Counseling Psychology*, 39, 158-167.
- Farmer, C. (1998). The psychodramatic treatment of depression. In H. Holmes(Ed.), *The handbook of psychodrama*(pp.231-244), New York: Routledge.
- Frey, D. H. (1972). Conceptualizing counseling theories: A content analysis of process and goal statements. *Counselor Education and Supervision*, 11, 143-250.
- Friedman, A. A. (1975). Interaction of drug therapy with marital therapy in depressive patients. *Archives of General Psychiatry*, 32, 619-637.
- Goldberg, M., Dumas, P. A., Dinenberg, S., & Winick, W. (1955). Comparative effectiveness of analytic and psychodramatic group therapy with psychotics. *The International Journal of Group Psychotherapy*, 5, 367-379.
- Greenberg, I. A. (1974). *Moreno: Psychodrama and group process*. London: Souvenir Press.
- Greenberger, D., & Padesky, C. A. (1995). *Mind over mood: A cognitive therapy treatment manual for clients*. New York: Guilford. (기분다스리기. 권정혜 역. 서울: 학지사, 1999).
- Hamamci, Z. (2002). The effect of integrating psychodrama and cognitive behavioral therapy on reducing cognitive distortions in interpersonal relations. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama and Sociometry*, 55(1), 3-16.
- Kaslow, N. J., Rehm, L. P., & Siegel, A. W. (1984). Social-cognitive and cognitive correlates of depression in children. *Journal of Abnormal*

- Child Psychology*, 12, 605-620.
- Kellermann, P. F. (1984). The place of catharsis in psychodrama. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama and Sociometry*, 37, 1-13.
- Kellermann, P. F. (1987). Outcome research in classical psychodrama. *Small Group Behavior*, 18, 459-469.
- Kellermann, P. F. (1992). *Focus on psychodrama: Therapeutic aspects of psychodrama*. London: Cromwell Press.
- Kernis, M. H., Brockner, J., & Frankel, B. S. (1989). Self-esteem and reactions to failure: The mediating role of overgeneralization. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 707-714.
- Klerman, G. I., Dimascio, A., Weissman, M., Prusoff, B., & Paykel, E. (1974). Treatment of depression by drugs and psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 131, 186-191.
- Kottler, J. (1994). *Advanced group leadership*. Pacific Grove, CA: Books/Cole.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Lewinsohn, P. M. (1975). Engagement in pleasant activities and depression level. *Journal of Abnormal Psychology*, 84, 729-731.
- Lewis, W. A., & Bucher, A. M. (1992). Anger, catharsis, the reformulated frustration-aggression hypothesis and health consequences. *Psychotherapy*, 29, 385-392.
- Luborsky, L. (1990). The early development of the CCRT Idea. In L. Luborsky & P. Crits-Christoph(Eds.), *Understanding transference: The CCRT method*. New York: Basic Books.
- McGee, T. F., Starr, A., Powers, J., Racusen, F. R. & Thorton, A. (1965). Conjunctive use of psychodrama and group psychotherapy in a group living program with schizophrenic patients. *Group Psychotherapy*, 18, 127-135.
- Miller, S. L. (1980). *The effects of two group approaches, psychodrama and encounter, on level of self-actualization: A comparative study*. Doctoral Dissertation, The University of Toledo.
- Moreno, J. L. (1977). *Psychodrama*(Vol I, 4th ed.). New York: Beacon House.
- Olinger, L. J., Kuiper, N. A., & Shaw, B. F. (1987). Dysfunctional attitude and stressful life event: An interactive model of depression. *Cognitive Therapy and Research*, 11, 25-40.
- Phifer, J. F., & Murrell, S. A. (1986). Etiologic factors in the onset of depressive symptoms in older adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 95, 282-291.
- Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (1994). *Systems of psychotherapy*. Pacific Grove, CA: Books/Cole.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Rezaeian, M. P., Mazumdar, D. P., & Sen, A. K. (1997). The effectiveness of psychodrama in changing the attitudes among depressed patients. *Journal of Personality and Clinical Studies*, 13(1-2), 12-23.
- Robins, C. J., & Block, P. (1989). Cognitive theories of depression viewed from a diathesis-stress perspective: Evaluation of the models of Beck and of Abramson, Seligman, and Teasdale. *Cognitive Therapy and Research*, 13,

- 297-313.
- Roger, K. F. (1981). *The effects of psychodrama and group therapy on emotional state*. Doctoral Dissertation. Biola College, INC.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self image*. Princeton, N.J. Princeton University press.
- Rowan, J., & Dryden, W. (1988). *Innovative Therapy in Britain*. Milton Keynes: Open University Press.
- Rush, A. J., Beck, A. T., Kovacs, M., & Hollon, S. D. (1977). Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed outpatients. *Cognitive Therapy and Research, 1*, 17-37.
- Sarason, I. G., & Sarason, B. R. (2000). *Abnormal psychology*. Prentice-Hall. (이상심리학. 김은정, 김향구, 황순택 공역, 서울: 학지사, 2001).
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1982). The health-related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine, 4*, 381-406.
- Stratton, D. (1990). Catharsis reconsidered. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 24*, 543-551.
- Tennen, H., & Herzberger, S. (1987). Depression, self-esteem, and the absence of self-protective attributional biases. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*, 72-80.
- Teuting, P., Koslow, S. H., & Hirschfeld, R. M. A. (1981). *Special report of depression research*. Rockville, MD: National Institute of Mental Health.
- Thoits, P. A. (1982). Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social Behavior, 23*, 45-159.
- Vrendenburg, K., O'Brien, E., & Krames, L. (1988). Depression in college students: Personality and experiential factors. *Journal of Counseling Psychology, 35*, 419-425.
- Weissman, A. N., & Beck, A. T. (1978). *Development and validation of the dysfunctional attitude scale: A preliminary investigation*. Paper presented at the Annual Meeting of the American Educational Research Association. Toronto, Canada.
- Wills, T. A. (1990). Social support and the family. In E. Blechman(Ed.), *Emotions and the family* (pp. 75-98). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Wise, E. H., & Barnes, D. R. (1986). The relationship among life events, dysfunctional attitudes, and depression. *Cognitive Therapy and Research, 10*, 327-344.
- Yablonsky, L. (1976). *Psychodrama: Resolving emotional problems through role-playing*. New York: Basic Books.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment, 52*, 30-41.
- Zimet, G. D., Powell, S. S., Farley, G. K., Werkman, S., & Berkoff, K. A. (1990). Psychometric characteristics of the multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment, 55*, 610-617.

논문접수일: 2007년 3월 23일

게재결정일: 2007년 4월 27일

## The Effects of Cognitive Therapy and Psychodrama for Depressed Group

Park, Hee-Seok

Wonkwang University

Son, Chongnak

Jeonbuk National University

This study was implemented in order to find out any differences in the treatment effect between Cognitive Therapy(CT) and Psychodrama(PD) for depressed college students. The number of participants in this study was 39 college students; 14 in PD, 12 in CT, and 13 in Control group. Dependent variables include depression level, social support, self-esteem, and dysfunctional attitude. Followings are results from discovered depending on the three conditions of treatment(CT, PD, and Control). First, the two treatment groups showed significant differences in depression level, social support, self-esteem, and dysfunctional attitude between pre-test and post-test, whereas Control group showed no significant differences in those scores between pre-test and post-test. Same results were found in follow-up test which was given three months later for the two treatment groups. No significant differences were found in treatment effect for the two treatment groups between post-test and follow-up test. Second, the mechanism that seemed to make reducing effect on depression level in post-test and follow-up test was invested, which showed that self-esteem for post-test was found as significant variable, whereas social support and self-esteem were found as significant variables for follow-up test. Finally, significances and limitations of this study, and suggestions for further research were discussed.

*Keywords* : Cognitive Therapy, Psychodrama, Depression, Self-esteem, Social Support, Dysfunctional attitude