

긍정, 부정 정서 반응성이 우울 및 신체화에 미치는 영향: 감정표현불능증의 조절된 매개효과

조 예 진
중앙대학교 심리학과
박사 수료

현 명 호[†]
중앙대학교 심리학과
교수

본 연구에서는 기질적 취약요인으로 알려진 정서 반응성이 우울 및 신체화에 어떤 영향을 미치는지, 또한 세 변인 간 관계에서 감정표현불능증이 어떤 역할을 하는지 파악하고자 하였다. 이를 위해 만 19세 이상의 성인 247명을 대상으로 조사를 진행하였고, 조절된 매개분석을 통해 변인 간 관계를 파악하였다. 연구 결과, 정서 반응성은 우울을 매개로 신체화에 간접 영향을 미쳤고, 이 영향은 감정표현불능증 수준에 따라 달라지는 것으로 나타났다. 부정 정서 차원에서는 감정표현 불능증이 위험요인이었으나, 긍정 정서 차원에서는 다른 양상을 보였다. 이는 정서가에 따라 감정 표현불능증의 영향이 달라지며, 긍정 정서와 부정 정서를 처리하는 효과적인 방법이 다를 수 있음을 시사한다. 상기 결과를 바탕으로 본 연구의 의의와 한계를 논하고 후속 연구를 제안하였다.

주요어: 정서 반응성, 우울, 신체화, 감정표현불능증, 조절된 매개

[†] 교신저자(Corresponding author): 현명호, (156-756) 서울특별시 동작구 흑석로 84 305동 905호 중앙대학교 심리학과 교수, Tel: 02-820-5125, E-mail: hyunmh@cau.ac.kr

정서 반응성(Emotional Reactivity)이란 개인이 정서를 경험할 때 느끼고 행동하는 것, 이에 수반되는 신체적 반응과 변화를 일컫는 개념이다 (Gross, 2014). 이는 정서 조절의 하위 개념으로 개인이 정서를 경험하게 되는 시작점이자 자동적 처리과정(automatic process)을 통해 정서 조절에 영향을 미치는 변인을 말한다(Davidson & Begley, 2012; Rottenberg & Johnson, 2007). 정서 반응성은 기질(temperament)의 일부분으로(Nock, Wedig, Holmberg, & Hooley, 2008), 정서 반응성이 클수록 정서를 통제하기 어렵고, 불쾌한 정서를 강렬하고 오래 느낀다는 점에서 정서적 취약성(emotional vulnerability)으로 이해할 수 있다 (Becerra, Preece, Campitelli, & Scott-Pillow, 2019; Gross & Barrett, 2011; Linehan, 1993). 정서 반응성은 활성화(activation), 지속성(duration), 강도(intensity) 차원으로 구분되는데(Becerra & Campitelli, 2013), 활성화는 다양한 자극에 얼마나 민감하게 반응하는가, 즉 감정이 얼마나 쉽게 경험되는가를 의미한다. 정서 지속성은 자극으로부터의 각성 수준이 기저선으로 회복되기까지 걸리는 시간, 즉 활성화된 정서가 얼마나 지속적인 영향을 미치는가를 나타낸다. 정서 강도는 같은 자극이 제시되었을 때 이를 주관적으로 얼마나 더 강하게 지각하고 경험하는가를 의미한다.

정서 반응성 척도(Emotional Reactivity Scale: ERS)는 Nock과 동료(2008)가 개발하였고, 이후 많은 연구에서 이를 활용하여 정서 반응성과 정신병리 간의 관련성을 검증하였다(Hamza, Goldstein, Heath, & Ewing, 2021; Shaw, Timpano, Steketee, Tolin, & Frost, 2015; Smith, Hayes, Styer, & Washburn, 2017). 그러나 ERS

는 긍정 정서 반응성의 역할을 고려하지 않고 부정 정서 반응성만을 다루었다는 한계가 있으며 (Becerra & Campitelli, 2013), ERS가 정서의 반응성(활성화), 지속성, 강도의 세 차원(Ripper, Boyes, Clarke, & Hasking, 2018)으로 구성된 것이 아니라 단일 요인으로 구성되었다는 연구 결과가 보고되기도 하였다. 원저자 역시 표본의 수가 적은 점, 표본의 대부분이 여자 청소년으로 이루어진 점을 언급하며 요인구조의 안정성 확인을 위해서는 다양한 대상군을 통한 반복 연구가 필요할 것이라고 주장했다(Nock et al., 2008). 이러한 점을 고려하여 Becerra와 Campitelli(2013)는 긍정 정서 반응성을 포함하는 총 30문항의 Perth 정서 반응성 척도(Perth Emotional Reactivity Scale: PERS)를 개발하였고, 원척도 및 단축형 척도를 비롯해 타국의 다양한 문화권을 대상으로 척도를 번안, 타당화하여 긍정, 부정 정서가의 활성화, 지속성, 강도로 이루어진 안정적인 6요인 구조를 구축하였다(Asl, Mohammadian, Gharraee, Khanjani, & Pazouki, 2020; Balaban & Bilge, 2021; Larionov, Ageenkova, & Belashina, 2021; Preece, Becerra, & Campitelli, 2019).

부정 정서 반응성에 대해서는 그동안 비교적 광범위하게 연구되어 왔다. 그 결과, 부정 정서 반응성은 섭식(Smith et al., 2017), 강박(Shaw et al., 2015), 물질사용(Bounoua & Sadeh, 2021), 자해(Nock et al., 2008) 등 다양한 정신병리와 관련이 있으며, 공격성(Seyrek & Ersanli, 2020), 완벽주의(Asl, Adbi, Sadegh, & Behrouzian, 2021) 등 내적 심리 변인과의 관계를 설명하고 치료 예후를 예측할 수 있다고 알려져 있다(Smith et al., 2017). 부정 정서 반응성은 우울 증상의 심화, 자

살사고 및 행동과 관련이 있는 것으로 나타났는데, 구체적으로 정서 활성화는 자살사고 및 행동을, 정서 강도는 우울 증상을, 정서 지속성은 위외세 가지 증상 모두를 예측하였다(Shapiro et al., 2019). 또한 신체화 환자군은 대조군보다 정서 반응성이 높고 정서 조절의 어려움을 보고하며(Schnabel, Schulz, & Witthöft, 2022), 부정 정서 반응성이 부정적으로 편향된 증상 보고를 통해 신체화 경향성에 영향을 미친다는 결과가 검증되었다(Aronson, Barrett, & Quigley, 2006).

긍정 정서 반응성은 부정적 사건에 대한 저항력을 키우고 신체 및 정신적 질병을 예방하는 등 주로 정신건강의 보호요인으로 간주되었다(Asl et al., 2021; Beck et al., 2003; Cohen & Pressman, 2006). 예컨대, 긍정 정서 활성화는 불안과 스트레스를, 긍정 정서 지속성은 정신적 고통감 및 우울을 완화시키는 것으로 나타났다(Ripper et al., 2018). 반대로 긍정 정서 반응성의 둔화 및 결여는 우울의 한 특징으로서(Bylsma, Morris, & Rottenberg, 2008), 우울한 사람은 기쁨과 즐거움 등 긍정 정서에 대한 반응성이 감소하며(Strauman, 2002), 기대되는 보상에 대한 정서적 반응성도 저하된다(McFarland & Klein, 2009). 긍정 정서 반응성과 신체화의 관계를 직접 다룬 연구는 아직 없으나 고혈압, 당뇨, 호흡기 감염 환자를 대상으로 한 연구에서는 긍정 정서가 상기 질병의 발병과 악화 가능성을 낮추었음을 역설하였다(Richman, Kubzansky, Maselko, Kawachi, Choo, & Bauer, 2005). 아울러 행복, 기쁨, 이완 등 긍정 정서를 경험하는 경향성이 높은 사람은 감기에 대한 저항력이 강하며, 부정 정서 경향성이 높은 사람에 비해 근거 없는 신체 증상을 덜

보고한다는 점을 고려할 때(Cohen, Doyle, Turner, Alper, & Skoner, 2003), 긍정 정서와 신체화 간의 관련성을 유추할 수 있다.

신체화(Somatization)란 의학적으로 설명되지 않는 하나 이상의 신체 증상을 호소하거나 실제 앓고 있는 신체 질병의 영향보다 더 큰 일상생활의 곤란을 호소하는 경우를 말한다(Kellner, 1991). 이는 일반인에게도 흔하게 나타나며 특정 부위의 명확한 증상보다는 여러 부위의 다양하고 모호한 증상을 호소한다는 특징이 있다(신현균, 2016). 한편, 신체화 장애로 진단받은 환자 중 61%가 우울증을 동반하며(Kroenke et al., 1997), 신체 증상을 주호소로 정신과 외래를 방문한 환자 중 약 32%가 진단 가능한 우울 증상을 보고하는 등(박영남, 1984) 신체화 장애에는 흔히 우울이 동반된다(APA, 2013; Katon, Kleinman, & Rosen, 1982). 신체화는 내적 긴장이나 갈등 상태를 반영하는데(Scicchitano, Lovell, Pearce, Marley, & Pilowsky, 1996), 신체 증상을 호소하는 집단은 우울한 기분을 느낄 때 정상군에 비해 자신의 신체 감각에 몰두하고 이를 과하게 지각하며(신현균, 2006), 우울이 심할수록 신체 증상을 더 크게 호소하는 경향이 있는 것으로 나타났다(엄현정, 김영근, 2021; 이선주, 하은혜, 2010). 국내 우울증 환자의 경우 신체화는 주로 소화불량, 두통, 수면 장애 등으로 표현되며(신현균, 2016), 아동, 청소년은 막연한 두통, 복통, 피로, 오심 등으로 표현하기도 한다(신현균, 2003; APA, 2013).

감정표현불능증(Alexithymia)은 감정을 경험하고 표현하는 것을 어려워하는 성격 특성(personality trait)으로, 우울 및 신체화의 대표적인 위험요인이다(신현균, 2000; Mendelson, 1982;

Sinfneos, 1972). 감정표현불능증 환자는 자신이 경험하는 정서를 인식하거나 적절히 표현하지 못하며(김대혁, 임효덕, 김성국, 1996), 이에 정서적 각성으로부터 야기되는 신체 감각에 지나치게 주의를 기울이고 그 원인을 심리적 갈등보다는 신체 질병의 신호로 오인할 가능성이 높다(Barsky, Wyshak, & Klerman, 1990; Taylor, Bagby, & Parker, 1991). 이러한 특성은 자신의 내적 상태를 살피는 것을 방해하고 신체 감각의 증폭된 지각 및 신체적 귀인을 통해 신체화의 발병과 유지에 영향을 미친다(신현균, 2000; Kooiman, 1998). 실제로 긴장성 두통 환자는 대조군보다 우울과 감정표현불능증 점수가 유의하게 높았으며(신동인, 함병주, 권호인, 박건우, 김린, 서광운, 2002), 기능성 소화불량증 환자군은 감정표현불능증 중 ‘느낌을 잘 설명하지 못함’ 요인과 우울에서 점수가 높았다(강상진, 김형준, 이상열, 차만진, 황혜현, 2002).

감정표현불능증은 우울과도 관계가 깊어서, 우울증으로 진단받은 임상군과 진단에는 미치지 못하나 우울을 보고하는 준임상군이 대조군에 비해 감정표현불능증 점수가 유의하게 높았다(김석주 등, 2007). 아울러 우울증 환자의 우울 증상이 감정표현불능증의 정서표현 능력의 결함과 유의한 관련이 있다는 결과 역시 검증되었다(조현영, 2008). 비임상군을 대상으로 한 연구에서도 BDI 점수가 9점 이상인 사람의 32.1%, 대조군의 4.3%가 감정표현불능증을 가지고 있어서 우울과 감정표현불능증 사이의 관계를 보여주고 있다(Honkalampi, Hintikka, Tanskanen, Lehtonen, & Viinamäki, 2000). 이 외에도 다양한 정신장애와 감정표현불능증의 관계를 살펴본 연구에서 우

울증 환자의 51.5%, 신체화 환자의 45.9%에서 감정표현불능증이 나타났다고 밝혀져(Yildirim, Hacıhasanoglu Asilar, Camcioglu, & Sevinc, 2016), 정서를 자각하고 표현하는 능력의 결함 즉, 감정표현불능증이 우울 및 신체화와 밀접한 관련이 있음이 시사된다(박지선, 김인석, 현명호, 유재학, 2008; 이지영, 권석만, 2006; Buck, 1993; Pennebaker & Traue, 1993).

이상을 바탕으로 본 연구는 높은 부정 정서 반응성과 낮은 긍정 정서 반응성이 우울을 예측하고 다양한 신체 증상과 연관이 있다는 점, 우울 및 신체화가 밀접한 관련이 있다는 점, 감정표현불능증이 우울 및 신체화의 위험요인이라는 점을 종합하여 연구모형을 설정하였고, 그 과정에서 아래와 같은 사항을 고려하였다.

첫째, 정서 반응성은 정신병리를 설명하는 주요한 개념임에도 불구하고 정서와 정신장애를 다룬 대다수의 연구가 의식 수준의 정서 조절 및 대처 전략에 초점을 두었다(Aldao, Nolen-Hoeksema, & Schweizer, 2010). 이에 정서 조절에 선행되는 일차적이고 자동적 처리 수준인 정서 반응성에 대한 연구는 상당히 부족한 실정임을 반영하여(Becerra et al., 2019; Nock et al., 2008), 본 연구에서는 정서 반응성을 토대로 대표적 내현화 증상인 우울 및 신체화와의 관련성을 탐색하고자 하였다. 둘째, Nock 등(2008)이 처음 개발한 ERS에서도 알 수 있듯, 정서 반응성에 대한 연구는 대체로 부정 정서가에 국한되어 이루어져 왔다. 그러나 긍정 정서 역시 주요 장애를 설명하는 중요한 변인일 수 있다는 점(Feldman, Joormann, & Jhonson, 2008), 낮은 긍정 정서가 우울과 관련이 있는 반면(Strauman, 2002), 과도한 긍정 정서 반

응성은 조중(Giovanelli, Hoerger, Jhonson, & Gruber, 2013; Johnson, 2005) 및 폭식 장애(Barnhart, Braden, & Jordan, 2020)와 관련이 있다는 연구 결과를 종합했을 때, 긍정 정서 반응성이 정신병리에 미치는 영향 역시 탐구되어야 한다고 판단하였다. 이에 본 연구에서는 정서 경험의 시발점인 정서 반응성이 우울을 매개로 신체화에 미치는 영향을 긍정, 부정 정서 차원으로 나누어 탐색하고, 그 과정에서 감정표현불능증의 조절효과를 검증하고자 한다. 구체적인 연구 가설은 다음과 같다.

가설 1. 정서 반응성은 우울을 매개로 신체화에 유의한 영향을 미칠 것이다.

가설 2. 정서 반응성이 우울을 매개로 신체화에 미치는 영향에서 감정표현불능증의 조절된 매개효과가 나타날 것이다.

방 법

연구 모형

본 연구는 정서 반응성이 우울을 매개로 신체

화에 미치는 영향을 감정표현불능증이 조절하는지를 검증하고자 하였다. 정서 반응성은 긍정 차원과 부정 차원, 그 하위의 활성화, 지속성, 강도를 나누어 각 요인이 변인 간 관계에 미치는 영향을 파악하고자 하였다. 연구모형은 그림 1과 같다.

연구대상자 모집

본 연구는 만 19세 이상 성인 중 한국어를 모국어로 사용하여 척도 문항을 이해할 수 있는 사람을 대상으로 진행되었다. 구글 설문지 폼을 활용하여 연구 주제와 목적, 예상 소요시간, 보상 내용을 소개한 설문 링크를 만들고 온라인 커뮤니티에 게재하였으며, 이를 읽고 자발적으로 연구에 참여한 247명의 자료를 수집하였다. 이는 G-Power 3.1v(Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009)을 이용하여 조절된 매개분석에 필요한 최소한의 인원인 160명을 상회하는 숫자이다(effect size=0.15, α -error=0.05, Power=0.95, number of predictors=8). 본 설문은 2022년 9월 30일부터 10월 10일까지 진행되었고, 연구가 완료된 시점에 일괄적으로 보상을 지급하였다. 본 연구의 전반적인 과정은 중앙대학교 생명윤리위원회의 승인을

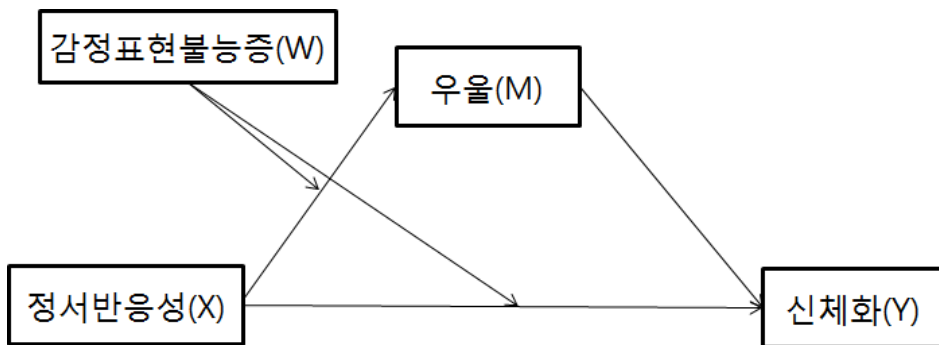


그림 1. 연구모형

받아 진행되었다(1041078-202203-HR-091).

연구대상자 특성

연구대상자는 표 1과 같이 남자 72명(29.10%), 여자 175명(70.90%)으로 총 247명이었다<표 1>. 이들의 연령대는 19-39세가 총 89%로 대다수를 차지했고, 40세 이상은 11%로 나타났다. 대상자의 교육수준은 4년제 대학 및 졸업이 183명(74.10%)으로 가장 많았고, 대학원 재학 및 졸업(16.60%), 전문대 재학 및 졸업 이하(9.30%)가 그 뒤를 이었다. 종속변인에 영향을 줄 수 있는 변인으로 질병 유무를 조사하였는데, 102명(41.30%)은 신체 질병, 41명(16.60%)은 정신적 질병으로 진단받은 적이 있다고 응답하였다. 신체 질병에는 목/허리 디스크, 골다공증 등의 근골격계 문제가 47명으로 가장 많았고, 고혈압, 부정맥, 뇌경색 등의 순환계통

질환이 22명으로 그 다음을 이었다. 이외 소화계통, 호흡계통, 신경계통을 비롯한 한국표준질병사 인분류 코드 대분류 중 총 11개에 해당하는 질환이 보고되었다. 정신적 질병에는 우울장애가 29명으로 가장 많았고, 이 외 공황을 포함한 불안장애, 강박장애, 섭식장애, 수면장애 등이 보고되었다.

측정 도구

정서 반응성. Becerra와 Campitelli(2013)가 개발한 척도를 허주연(2021)이 번안, 타당화한 한국판 Perth 정서 반응성 척도(K-PERS)를 사용하여 측정하였다. 이 척도는 5점 리커트 척도(1: 매우 그렇지 않다 - 5: 매우 그렇다)로 총 30문항 중 긍정 정서가 15문항, 부정 정서가 15문항으로 구성되며, 각 정서가는 정서 활성화, 정서 지속성, 정서 강도의 하위 차원으로 구성되어있다. 본 척

표 1. 인구통계학적 변인

변수명	분류	빈도	비율
성별	남자	72	29.10%
	여자	175	70.90%
연령	19-29세	107	43.30%
	30-39세	113	45.70%
	40-49세	15	6.10%
	50-59세	8	3.20%
	60세 이상	4	1.60%
교육수준	고졸이하	10	4.00%
	전문대 재학 및 졸업	13	5.30%
	4년제 대학 재학 및 졸업	183	74.10%
	대학원 재학 및 졸업	41	16.60%
신체적 질병	유	102	41.30%
	무	145	58.70%
정신적 질병	유	41	16.60%
	무	206	83.40%

도의 총점 범위는 긍정 정서와 부정 정서 각각 15~75점이며, 점수가 높을수록 각 정서 반응성이 높음을 의미한다. 본 연구에서의 내적 일치도(Cronbach's α)는 긍정 정서 활성화 .806, 지속성 .644, 강도 .880이었고, 부정 정서 활성화 .907, 지속성 .904, 강도 .923이었다.

우울. Radloff(1977)가 개발하고 전경구, 최상진, 양병창(2001)이 세 가지 버전의 변안판을 통합하여 개발한 한국판 역학연구 우울 척도(Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale: CED-S)를 사용하여 측정하였다. 5점 리커트 척도(0: 극히 드물게 - 4: 거의 대부분)로 총 20문항이며 우울 정서, 긍정 정서, 신체적 저하, 대인관계 차원으로 구성된다. 본 척도의 총점 범위는 0~80점이며, 점수가 높을수록 더 우울한 상태임을 의미한다. 본 연구에서의 내적 일치도(Cronbach's α)는 .940으로 나타났다.

신체화. 김광일, 김재환, 원호택(1984)이 개발한 간이 정신진단 검사 수정판(Symptom Checklist-90-Revised: SCL-90-R)에서 주관적인 신체증상을 측정하는 12문항을 발췌하여 측정하였다. 소화기, 순환기, 호흡기 및 기타 통증과 관련된 내용으로 구성되며 5점 척도(1: 전혀 없다 - 5: 아주 심하다)에 표기하여 총점은 12점에서 60점 사이의 값을 갖고, 점수가 높을수록 신체화 증상이 심함을 의미한다. 본 연구에서 이 척도의 내적 일치도(Cronbach's α)는 .897이었다.

감정표현불능증. Bagby, Parker와 Taylor(1994)가 개발하고 정운선, 임효덕, 이양현, 김상현

(2003)이 타당화한 한국판 감정표현불능증 척도(Twenty-item Toronto Alexithymia Scale: TAS-20K)를 사용하였다. 5점 리커트 척도(1: 전혀 그렇지 않다 - 5: 매우 그렇다)로 총 20문항이며 감정인식의 어려움, 감정기술의 어려움, 외부지향적 사고 세 차원으로 구성된다. 본 척도의 총점 범위는 20~80점이며, 점수가 높을수록 감정표현불능증 수준이 높음을 의미한다. 본 연구에서 내적 일치도(Cronbach's α)는 .882였다.

자료 분석

정서 반응성과 우울, 신체화, 감정표현불능증 간의 관계를 알아보기 위해 기술통계 분석, 상관 분석, 매개분석, 조절분석, 조절된 매개분석을 진행하였다. 구조방정식을 통해 잠재변인을 설정하여 매개, 조절 및 조절된 매개분석을 실시할 수 있으나 연구모형의 복잡하면 추정오차가 증가하므로(Hayes, Montoya & Rockwood, 2017), SPSS 28.0과 Macro Process 4.1v으로 분석하였고, Bootstrapping 방법을 활용하여 유의성을 검증하였다(Hayes, 2022). 이는 복원추출을 반복하여 경험적 분포를 생성하는 방법으로 Bootstrapping의 하한과 상한 사이에 0이 포함되지 않으면 매개효과가 유의하다고 해석한다. 본 연구에서는 95% 신뢰구간에서 5,000번의 Bootstrapping을 실시하였다.

조절분석과 조절된 매개분석에서는 조절변수의 수준에 따라 독립변수가 매개 및 종속변수에 미치는 영향이 달라지는지 확인하기 위해 Pick-a-point 방식(16%, 50%, 84%)을 사용하였다. 또한 해석의 용이성을 위해 평균중심화 처리를 하고

분석하였다(홍세희, 정승, 2014; Hayes, 2022). Process Macro를 활용한 매개, 조절, 조절된 매개 분석은 독립변인이 다수일 때 나머지 독립변인을 공변인으로 처리한다(히든그레이스 논문통계팀, 2020; Hayes, 2022).

결 과

주요 변수의 기술통계 및 상관분석 결과

주요 변수의 기술통계 및 상관분석 결과는 표 2와 같다. 독립변수인 정서 반응성을 긍정 정서에 대한 활성화, 지속성, 강도, 부정 정서에 대한 활성화, 지속성, 강도로 나누어 분석하였다. 전체 변수의 왜도는 2이하, 첨도는 7 이하로 나타나 변수의 정규성 가정이 충족되었다(Kline, 2016).

상관분석 결과, 긍정 차원의 정서 반응성 간 상

관은 .667 이상, 부정 차원의 정서 반응성 간은 .858 이상으로 유의하였다. 긍정 차원과 부정 차원 간 상관은 -.337에서 -.478 사이 범위로 유의하였으며, 우울, 신체화, 감정표현불능증과의 관계에서는 긍정 차원의 정서 반응성보다 부정 차원의 정서 반응성이 각 변수의 상관계수가 더 컸다.

정서 반응성이 우울을 매개로 신체화에 미치는 영향

본 연구에서는 정서 반응성 세부 차원이 우울 및 신체화에 직접 영향을 미치는지, 그리고 정서 반응성이 우울을 매개로 신체화에 간접 영향을 미치는지 확인하고자 매개분석을 실시하였다. 통제 변수를 설정하고자 성별, 연령, 학력, 신체 질병 유무, 정신 질병 유무가 매개($F=8.331, p<.001$) 및 종속변수($F=7.743, p<.001$)에 미치는 영향을

표 2. 주요 변수의 기술통계 및 변수 간 상관계수

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1									
2	.667***								
3	.794***	.716***							
4	-.401***	-.363***	-.402***						
5	-.478***	-.350***	-.436***	.858***					
6	-.387***	-.337***	-.349***	.903***	.861***				
7	-.479***	-.501***	-.425***	.722***	.683***	.723***			
8	-.430***	-.357***	-.367***	.596***	.567***	.552***	.638***		
9	-.259***	-.302***	-.256***	.493***	.485***	.502***	.651***	.505***	
평균	3.547	3.501	3.319	2.982	2.967	3.097	0.825	2.432	1.617
표준편차	0.780	0.667	0.880	1.034	1.064	1.077	0.588	0.648	0.589
왜도	0.105	-0.264	0.198	-0.261	-0.247	-0.288	0.658	0.023	1.625
첨도	-0.277	-0.439	-0.430	-0.579	-0.697	-0.594	-0.078	-0.931	3.448

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

(변수설명: 1. 활성화(긍정), 2. 지속성(긍정), 3. 강도(긍정), 4. 활성화(부정), 5. 지속성(부정), 6. 강도(부정), 7. 우울, 8. 감정표현불능증, 9. 신체화)

확인한 결과, 정신적 질병 유무 만이 우울(B=.720, SE=.092, $t=7.812$, $p<.001$)과 신체화(B=.667, SE=.093, $t=7.183$, $p<.001$)에 영향을 미쳤다. 이에 이후 모든 분석은 정신 질병 유무를 통제하고 진

행하였다. 분석 결과, 표 3과 같이 정서 반응성이 우울에 미치는 영향을 분석한 회귀모형과 정서 반응성 및 우울이 신체화를 설명하는 회귀모형이 모두

표 3. 정서 반응성이 우울에 미치는 영향 및 정서 반응성과 우울이 신체화에 미치는 영향

종속 변수	독립변수	B	SE	β	t	F	R^2 (adj. R^2)	
우울	(상수)	.598	.186		3.222**	61.293**	.642 (.632)	
	정신적질병	.255	.067	.162	3.800***			
	정서 반응성 (긍정)	활성화	-.105	.051	-.139			-2.041*
		지속성	-.210	.052	-.238			-4.052***
		강도	.081	.048	.121			1.698
	정서 반응성 (부정)	활성화	.151	.056	.266			2.708**
		지속성	.027	.048	.048			.554
		강도	.159	.054	.291			2.927**
	신체화	(상수)	.756	.234				3.226**
정신적질병		.265	.085	.168	3.102**			
정서 반응성 (긍정)		활성화	.086	.064	.114	1.346		
		지속성	.009	.066	.010	.130		
		강도	-.030	.059	-.045	-.509		
정서 반응성 (부정)		활성화	-.034	.070	-.060	-.488		
		지속성	.052	.059	.094	.877		
		강도	.019	.068	.035	.281		
우울		.570	.080	.570	7.126***			

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

표 4. 정서 반응성과 신체화의 관계에서 우울의 매개효과 검증

변수명		B	BootSE	간접효과(ab)	
				Boot LLCI	Boot ULCI
정서 반응성 (긍정)	활성화	-.0596	.0307	-.1232	-.0004
	지속성	-.1194	.0367	-.1985	-.0559
	강도	.0460	.0272	-.0049	.1012
정서 반응성 (부정)	활성화	.0863	.0349	.0224	.1604
	지속성	.0151	.0361	-.0527	.0917
	강도	.0905	.0406	.0163	.1767

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

유의하였다<표 3>. 정서 반응성은 우울을 약 64% 설명했고, 정서 반응성 및 우울은 신체화를 약 46% 설명하였다. 두 모형의 Durbin-Watson 값은 각각 1.726, 2.194로 2에 근사하여 잔차의 독립성 가정을 충족하였고, 분산팽창지수(Variance Inflation Factor: VIF) 역시 모두 10 미만으로 다중공선성의 문제가 시사되지 않았다.

정서 반응성이 우울에 미치는 영향을 살펴보면, 긍정 차원에서는 활성화와 지속성이 부적 영향을, 부정 차원에서는 활성화와 강도가 우울에 정적 영향을 미치는 것으로 나타났다. 정서 반응성 및 우울이 신체화에 미치는 영향을 살펴보면, 정서 반응성은 긍정, 부정 차원 모두 신체화에 직접 영향을 미치지 않았고 우울은 신체화에 정적 영향을

미쳤다.

정서 반응성이 우울을 매개로 신체화에 미치는 간접효과를 살펴본 결과는 표 4와 같다. 긍정 차원에서는 활성화와 지속성이 우울을 매개로 신체화에 부적 영향을 미쳤고, 부정 차원에서는 활성화와 강도가 우울을 매개로 신체화에 정적 영향을 미쳤다<표 4>.

정서 반응성과 우울의 관계에서 감정표현불능증의 조절효과

감정표현불능증 수준에 따라 정서 반응성이 우울에 미치는 영향에 차이가 있는지 알아보기 위해 변인 간 조절효과를 분석하였다<표 5>. 그 결

표 5. 정서 반응성이 감정표현불능증의 수준에 따라 우울에 미치는 영향

	B	SE	t	LLCI	ULCI	F	R ²
활성화(긍정)	-.058	.049	-1.188	-.155	.038		
감정표현불능증	.204	.044	4.685***	.118	.290		
활성화(긍정) × 감정표현불능증	-.131	.046	-2.819**	-.222	-.039	56.997***	.684
조건부 효과							
16%(-.7478)	.040	.061	.643	-.082	.161		
50%(-.0318)	-.054	.049	-1.101	-.151	.043		
84%(.6842)	-.148	.057	-2.582 [†]	-.261	-.035		
지속성(긍정)	-.178	.051	-3.502***	-.278	-.078		
감정표현불능증	.204	.044	4.632***	.117	.291	55.347***	.678
지속성(긍정) × 감정표현불능증	-.100	.057	-1.760	-.213	.012		
강도(긍정)	.052	.045	1.137	-.038	.141		
감정표현불능증	.205	.044	4.700***	.119	.290		
강도(긍정) × 감정표현불능증	-.113	.040	-2.806**	-.192	-.034	56.971***	.684
조건부 효과							
16%(-.7478)	.136	.051	2.668**	.036	.236		
50%(-.0318)	.055	.045	1.220	-.034	.144		
84%(.6842)	-.026	.056	-.455	-.136	.085		

활성화(부정)	.083	.053	1.567	-.021	.186		
감정표현불능증	.205	.042	4.845***	.122	.289		
활성화(부정) × 감정표현불능증	.163	.035	4.609***	.094	.233		
조건부 효과						61.521***	.700
16%(-.7478)	-.040	.060	-.657	-.158	.079		
50%(-.0318)	.077	.053	1.466	-.027	.181		
84%(.6842)	.194	.057	3.425***	.083	.306		
지속성(부정)	.003	.043	.070	-.082	.088		
감정표현불능증	.194	.042	4.665***	.112	.276		
지속성(부정) × 감정표현불능증	.188	.034	5.590***	.122	.255		
조건부 효과						64.925***	.711
16%(-.7478)	-.138	.051	-2.698**	-.238	-.037		
50%(-.0318)	-.003	.043	-.068	-.088	.083		
84%(.6842)	.132	.048	2.736*	.031	.227		
강도(부정)	.187	.051	3.634***	.085	.288		
감정표현불능증	.206	.043	4.773***	.121	.291		
강도(부정) × 감정표현불능증	.115	.034	3.351***	.047	.182		
조건부 효과						58.112***	.688
16%(-.7478)	.101	.054	1.857	-.006	.208		
50%(-.0318)	.183	.051	3.572***	.082	.284		
84%(.6842)	.265	.059	4.477***	.148	.382		

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

과, 표 5와 같이 긍정 정서 지속성을 제외한 모든 모형의 상호작용항이 유의하여 감정표현불능증 수준에 따라 정서 반응성이 우울에 미치는 영향이 달라지는 것으로 나타났다. 이에 Pick-a-point 방법으로 감정표현불능증의 저(16%), 중(50%), 고(84%) 수준에서의 조절효과 유의성을 확인하였다.

긍정 정서 활성화의 경우, 그림 2와 같이 감정표현불능증이 높은 수준일 때만 조절효과가 유의하였고 상호작용항의 계수가 음수로 부적 조절효과를 가지고 있었다. 긍정 정서 강도의 경우, 그림 3과 같이 감정표현불능증이 낮은 수준일 때만 정

적으로 조절효과가 유의하였다.

부정 정서 활성화의 경우, 그림 4와 같이 감정표현불능증이 높은 수준일 때만 조절효과가 유의하였고 상호작용항의 계수가 양수로 정적 조절효과를 보여주었다. 부정 정서 지속성의 경우, 그림 5와 같이 감정표현불능증의 고저 수준에서 조절효과가 유의하였는데, 감정표현불능증이 높은 수준일 경우에는 정적 조절효과를, 낮은 수준일 경우에는 부적 조절효과를 보여주었다. 부정 정서 강도의 경우, 그림 6과 같이 감정표현불능증이 중간 수준 이상일 경우 정적 조절효과를 보이는 것으로 나타났다.

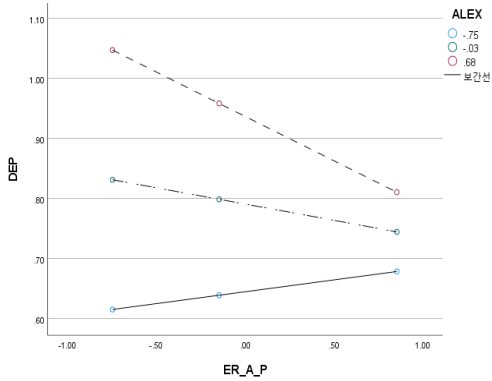


그림 2. 긍정 정서 활성화와 우울의 관계에서 감정표현불능증의 조절효과

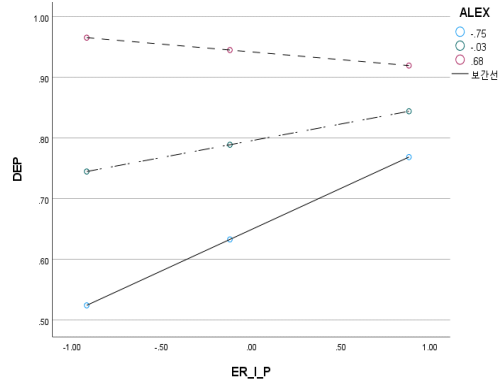


그림 3. 긍정 정서 강도와 우울의 관계에서 감정표현불능증의 조절효과

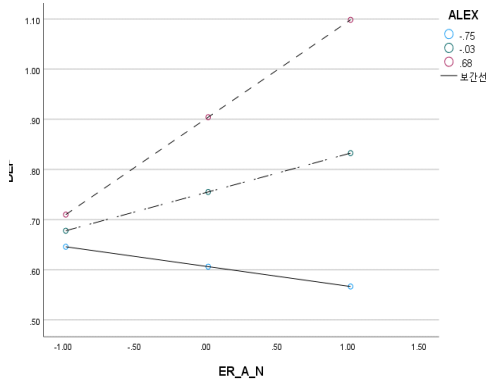


그림 4. 부정 정서 활성화와 우울의 관계에서 감정표현불능증의 조절효과

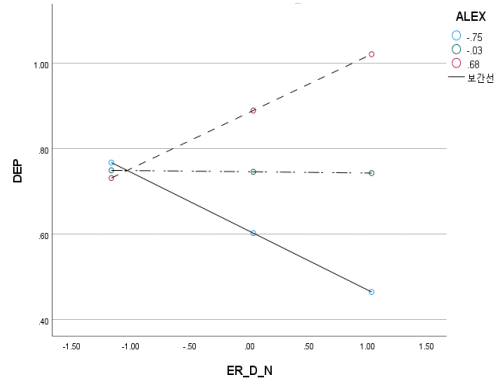


그림 5. 부정 정서 지속성과 우울의 관계에서 감정표현불능증의 조절효과

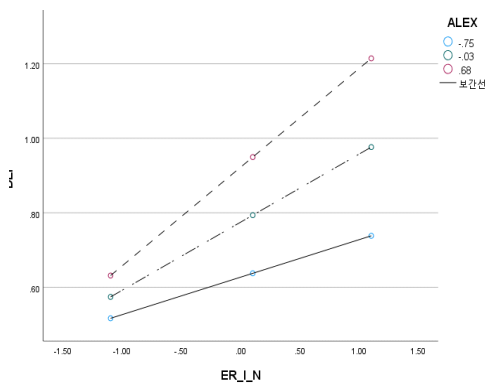


그림 6. 부정 정서 강도와 우울의 관계에서 감정표현불능증의 조절효과

정서 반응성과 신체화의 관계에서 감정표현불능증의 조절효과

감정표현불능증 수준에 따라 정서 반응성이 신체화에 미치는 영향에 차이가 있는지 알아보기

위해 변인 간 조절분석을 시행하였다<표 6>. 그 결과, 표 6과 같이 부정 정서 활성화와 지속성만이 유의한 조절효과를 보였다. 그러나 감정표현불능증의 저, 중, 고 수준 모두에서 부정 정서의 활성화가 신체화에 미치는 효과는 유의하지 않았다.

표 6. 정서 반응성이 감정표현불능증의 조절효과에 따라 신체화에 미치는 영향

	B	SE	t	LLCI	ULCI	F	R ²
활성화(긍정)	.073	.069	1.059	-.063	.208		
감정표현불능증	.250	.061	4.115***	.130	.370	16.421***	.384
활성화(긍정) × 감정표현불능증	.025	.065	.383	-.103	.153		
지속성(긍정)	-.085	.070	-1.211	-.223	.053		
감정표현불능증	.245	.061	4.029***	.125	.365	16.516***	.385
지속성(긍정) × 감정표현불능증	-.065	.079	-.821	-.220	.091		
강도(긍정)	.002	.063	.028	-.123	.127		
감정표현불능증	.249	.061	4.096***	.129	.269	16.395***	.384
강도(긍정) × 감정표현불능증	.001	.056	.019	-.109	.112		
활성화(부정)	-.023	.075	-.301	-.170	.125		
감정표현불능증	.246	.069	4.085***	.127	.364		
활성화(부정) × 감정표현불능증	.110	.050	2.190*	.011	.209		
조건부 효과						17.259***	.396
16%(-.7478)	-.105	.086	-1.225	-.274	.064		
50%(-.0318)	-.026	.075	-.348	-.174	.122		
84%(.6842)	.053	.081	.656	-.106	.212		
지속성(부정)	.046	.063	.732	-.078	.170		
감정표현불능증	.240	.060	3.985***	.122	.359		
지속성(부정) × 감정표현불능증	.103	.049	2.115*	.007	.199		
조건부 효과						17.201***	.395
16%(-.7478)	-.031	.074	-.422	-.177	.114		
50%(-.0318)	.043	.063	.679	-.081	.166		
84%(.6842)	.117	.070	1.670	-.021	.254		
강도(부정)	.133	.072	1.853	-.008	.274		
감정표현불능증	.246	.060	4.077***	.127	.365	17.001***	.392
강도(부정) × 감정표현불능증	.088	.048	1.834	-.007	.182		

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

이에 Johnson-Neyman 기법을 사용하여 절단점을 찾아보았으나 감정표현불능증 1.25-4점 사이에서 유의한 구간이 없는 것으로 나타났다. 이는 통계적으로는 조절효과가 유의하나 1.25점 미만의 '전혀 그렇지 않다', 4점 초과 '매우 그렇다'에 해당하는 소수의 극단치일 확률이 높아 현실적으로는 조절효과의 생태학적 타당도가 떨어지는 것으로 해석할 수 있다.

부정 정서 지속성의 경우에도 감정표현불능증의 저, 중, 고 모든 수준에서 지속성이 신체화에 영향을 주지 않았다. 이에 Johnson-Neyman 기법으로 절단점을 찾아본 결과, 감정표현불능증이 3.525점 이상일 경우에만 부정 정서가 오래 지속될수록 신체화 증상이 심화되는 것으로 나타났다.

정서 반응성이 우울을 매개로 신체화에 미치는 영향에서 감정표현불능증의 조절된 매개효과

감정표현불능증 수준에 따라 정서 반응성이 우울을 매개로 신체화에 미치는 영향에 차이가 있는지 알아보기 위해 변인 간 조절된 매개분석을 시행하였고<표 7>, Pick-a-point 방식으로 간접효과 유의성을 검증하였다<표 8>. 각 분석 결과

는 표 7, 표 8과 같다.

긍정 정서 활성화의 경우 감정표현불능증이 높은 경우에서만 매개효과가 유의하였고, 이 때 긍정 정서 활성화가 우울을 매개로 신체화에 부적 영향을 주었다. 즉, 감정표현불능증 수준이 높은 경우 긍정 정서가 쉽게 활성화될수록 덜 우울해지고 신체화 증상도 완화됨을 의미한다.

긍정 정서 강도의 경우, 감정표현불능증이 낮은 수준에서만 매개효과가 유의하였고, 이 때 긍정 정서 강도가 우울을 매개로 신체화에 정적 영향을 미치는 것으로 나타났다. 즉, 감정표현불능증 수준이 낮으면 긍정 정서를 더 강하게 느낄수록 더 우울해지고 신체화 증상이 심화되며, 감정표현불능증 수준이 중간 이상일 경우 긍정 정서의 강도가 우울을 거쳐 신체화를 심화하는 경로가 유의하지 않았다.

부정 정서 활성화의 경우, 감정표현불능증이 높은 수준에서만 매개효과가 유의하였고, 이 때 부정 정서 활성화가 우울을 매개로 신체화에 미치는 영향은 정적으로 나타났다. 즉, 높은 감정표현불능증 수준에서 부정 정서가 쉽게 활성화될수록 더 우울해지고 신체화 증상도 심화됨을 의미한다.

부정 정서 지속성의 경우, 감정표현불능증의 높

표 7. 감정표현불능증의 조절된 매개효과 유의성 검증

변수	조절된 매개지수	Boot SE	95% 신뢰구간		F	R ²	
			LLCI	ULCI			
정서 반응성 (긍정)	활성화	-.070	.031	-.140	-.020	56.997***	.684
	지속성	-.051	.034	-.131	.005	55.347***	.678
	강도	-.060	.025	-.114	-.016	56.971***	.684
정서 반응성 (부정)	활성화	.081	.025	.038	.135	61.521***	.700
	지속성	.095	.026	.049	.150	64.925***	.711
	강도	.057	.023	.020	.108	58.112***	.688

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

표 8. 정서 반응성이 감정표현불능증 수준에 따라 우울을 매개로 신체화에 미치는 영향

변수	감정표현불능증	간접효과	Boot SE	Boot LLCI	Boot ULCI	
정서 반응성 (긍정)	활성화	16%	.021	.038	-.046	.104
		50%	-.029	.030	-.088	.039
		84%	-.079	.036	-.158	-.014
	강도	16%	.072	.028	.020	.129
		50%	.029	.025	-.019	.079
		84%	-.014	.033	-.082	.049
정서 반응성 (부정)	활성화	16%	-.020	.031	-.083	.043
		50%	.038	.028	-.011	.103
		84%	.096	.035	.037	.173
	지속성	16%	-.070	.036	-.145	-.003
		50%	-.002	.031	-.061	.064
		84%	.067	.036	.004	.149
강도	16%	.050	.039	-.026	.129	
	50%	.091	.040	.021	.178	
	84%	.132	.047	.053	.237	

은 수준과 낮은 수준 모두에서 매개효과가 유의하였다. 감정표현불능증이 높은 수준에서는 부정 정서 지속성이 우울을 매개로 신체화를 심화시키는 것으로 나타났다. 한편, 감정표현불능증이 낮은 수준에서는 부정 정서 지속성이 높아도 우울을 매개로 신체화에 미치는 영향이 완화되는 것으로 나타났다.

부정 정서 강도의 경우, 감정표현불능증이 중간 수준 이상일 경우 매개효과가 유의하였고, 이 때 부정 정서 강도가 우울을 매개로 신체화에 미치는 영향은 정적으로 나타났다. 즉, 중간 이상의 감정표현불능증 수준에서 부정 정서를 더 강하게 느낄수록 더 우울해지고 신체화 증상이 심화됨을 의미한다.

한편, 정서 반응성이 신체화에 미치는 직접효과 및 정서 반응성과 감정표현불능증의 상호작용항은 모두 유의하지 않아 조건부 직접효과는 없는

것으로 나타났다.

논 의

본 연구는 기질적 취약성인 정서 반응성이 우울, 신체화 등 주요 정신병리를 예측하는지 살펴보고, 감정표현불능증 수준에 따라 그 영향력이 달라지는지를 탐색하고자 하였다. 연구의 주요 결과는 다음과 같다.

첫째, 정서 반응성은 우울을 직접 설명하였고, 우울을 통해 신체화에 간접적인 영향을 미치는 것으로 나타나 가설 1이 지지되었다. 즉, 긍정 정서가 쉽게 활성화되고 이를 더 오래 경험할수록 우울감이 덜하여 신체화 증상이 완화되는 반면, 부정 정서가 쉽게 활성화되고 이를 더 강하게 느낄수록 더 우울해져 신체화 증상이 심화되는 것으로 나타났다. 이는 긍정 정서가 부정적 사건에

대한 저항력을 키우고 정신 및 신체 질병을 예방하는 한편(Asl et al., 2021), 부정 정서에 대한 반응성이 우울, 자살사고, 자살행동을 예측한다는 선행연구와 일치한다(Shapero, Abramson, & Alloy, 2016; Shapero et al., 2019). 구체적으로 정서 반응성을 긍정과 부정 차원의 활성화, 지속성, 강도로 나누어 다양한 정신병리와의 관련성을 탐색한 Ripper 등(2018)의 연구를 살펴보면, 부정 정서 활성화는 스트레스를, 부정 정서 강도는 주관적 고통감과 우울을 예측하는 반면, 긍정 정서 활성화는 불안과 스트레스에, 긍정 정서 지속성은 주관적 고통감과 우울에 부적 영향을 미치는 것으로 나타나 긍정 정서의 지속성과 활성화, 부정 정서의 활성화와 강도가 정신건강에 미치는 영향력이 확인되었다. 아울러 부정 정서에 대한 반응성이 높은 사람은 자신의 신체 증상을 부정적으로 보고하고 이는 신체화 경향성에 영향을 미친다는 연구 결과와 같은 맥락으로 이해될 수 있다(Aronson et al., 2006).

둘째, 정서 반응성이 우울을 매개로 신체화에 미치는 영향은 감정표현불능증 수준에 따라 달라지는 것으로 나타나 가설 2가 지지되었다. 부정 정서 차원을 살펴보면, 감정표현불능증이 높은 경우 즉, 정서인식 및 표현능력이 떨어지는 경우에는 부정 정서가 쉽게 활성화될수록, 이를 더 강하고 오래 느낄수록 우울을 거쳐 신체화가 심화되는 것으로 나타났다. 이는 부정적 정서와 감정표현불능증이 신체화 증상에 직접적인 영향을 준다는 신현균(2000)의 연구, 정서자각 능력의 결함이 우울 및 신체화를 예측한다는 박지선 등(2008)의 연구와 일치한다. 한편, 부정 정서를 오래 느끼더라도 그 정서가 무엇인지 명확히 인식하고 표현

하는 경우 즉, 감정표현불능증이 낮은 경우에는 우울 및 신체화에 미치는 영향력이 완화되는 것으로 나타났다. 이는 부정 정서를 경험하는 것 자체가 문제가 아니라 그 경험을 어떻게 받아들이고 처리하는가가 정신병리의 발병과 유지에 영향을 미친다는 선행연구와 맥락을 같이하는 결과이다(김빛나, 권석만, 2014).

긍정 정서 차원을 살펴보면, 감정표현불능증이 높은 경우 즉, 정서를 자각하고 표현하는 능력이 떨어지는 경우에는 긍정 정서가 쉽게 활성화될수록 우울 및 신체화가 완화되는 것으로 나타났다. 아울러 감정표현불능증이 낮을 경우, 즉 정서 자각력이 높을 경우에는 긍정 정서를 더 강하게 경험하는 것이 우울 및 신체화를 예측하는 것으로 나타났다. 즉, 긍정 정서 경험에서는 오히려 정서를 인식하고 표현하는 능력이 부정적으로 작용하는 것으로 나타났는데, 이러한 결과는 몇 가지 방향으로 해석해볼 수 있다.

첫째, 부정 정서와 긍정 정서의 보다 바람직한 인지 처리방식이 다를 가능성을 시사한다. Beck(1967)에 따르면, 우울한 사람은 정보를 처리하는 과정에서 의미확대(maximization)와 의미축소(minimization) 같은 다양한 인지적 오류(cognitive error)를 범하게 된다. 이는 자신과 관련된 부정적 사건은 지나치게 확대 해석하고, 자신과 관련된 긍정적 속성의 사건은 그 의미를 축소하여 해석하는 것으로, 인지행동치료에서는 이를 교정하기 위해 부정적 사건은 보다 명료화, 구체화하여 그 의미를 축소하고, 긍정적 사건은 이를 조망하는 시야를 확장함으로써 객관적 시각을 갖도록 조력한다(Clark & Beck, 1991). 본 결과는 상기 개념과 비슷한 맥락으로, 부정적 정서는 그

기분을 명확히 인식하여 인지적으로 축소시키는 것이 우울을 예방하는 한편, 긍정적 정서는 그 기분을 세부적으로 인식하여 명료화하고 축소하기 보다는 있는 그대로 경험하는 것이 오히려 우울 및 신체화의 보호요인이 될 수 있음을 시사하는 것일 수 있겠다.

둘째, 긍정 정서가 각종 정신병리에 보호요인으로 작용하는 한편(Asl et al., 2021; Ripper et al., 2018), 긍정 정서에 대한 반응성과 강도의 증가, 긍정 주의 편향은 조증의 취약 요인으로도 연구되어 왔다(Johnson, 2005). 중립적인 상황에서도 맥락과 무관하게 긍정 정서가 쉽게 활성화되고 오래 유지되며 강하게 느껴지는 것은 오히려 불안정한 정서 상태에 가깝다는 것이다(Gruber, 2011). 또한 고양된 긍정 정서로 설명되는 조증이 우울 등 부정적 정서상태에 대한 회피적 방어기제라는 고전적인 견해를 고려할 때(Freud, 2019; Thomas, Knowles, Tai, & Bentall, 2007), 긍정 정서의 지나친 활성화와 이에 대한 자각은 자신의 불안정한 상태를 직시하게 함으로써 부정적 정서상태와 연관될 수 있을 것으로 보인다.

한편, 위의 해석은 주의를 요한다. 연구에서 사용한 감정표현불능증 척도가 전반적인 감정인식과 표현의 어려움을 측정하는 반면, ‘몹시 속이 상했을 때 자신이 슬픈건지 놀란건지 화난 건지를 잘 모를 때가 있다’, ‘내가 왜 화가 났는지 잘 모를 때가 종종 있다’ 등 일부 문항이 부정 정서에 초점을 두고 있어 긍정 정서에 대한 감정표현불능증을 명확히 변별하지 못했을 가능성이 있기 때문이다. 이에 추후 연구에서는 긍정 정서와 부정 정서를 구별하여 감정표현불능증을 측정할 수 있는 척도를 사용함으로써 긍정 정서 반응성과

정신병리 간의 관계를 재검증해 볼 필요가 있다. 아울러 본 연구에서는 정서 반응성 척도(PERS)를 사용할 때 여러 차례 요인구조가 안정적으로 확인된 원척도의 6요인 구조를 따라 분석을 진행하였다(Asl et al., 2020; Balaban & Bilge, 2021; Larionov et al., 2021; Preece et al., 2019). 그러나 국내 연구에서는 부정 정서 반응성은 1요인, 긍정 정서 반응성은 ‘내생성 긍정 반응성’, ‘외생성 긍정 반응성’, ‘열렬성 긍정 반응성’의 3요인 구조인 것으로 나타났다(허주연, 2021). 따라서 이후 연구에서는 국내에서 타당화 된 요인구조에 근거하여 변인 간 관련성을 탐색해 볼 필요가 있겠다. 또한 본 연구의 인구통계학적 변인을 살펴보면, 여성이 70.9%로 남성에 비해 많으며 연령대 분포 역시 19세-39세 범위가 약 89%를 차지해 본 결과를 일반 성인에 적용해 일반화하기는 다소 어려울 것으로 보인다. 덧붙여 회귀분석에 근거하여 분석한 본 연구의 변인 간 관계는 인과관계로 확대해석할 수 없다는 한계를 지닌다.

상기 연구 결과를 바탕으로 한 제안점은 다음과 같다. 정서 반응성은 신체화에 직접 영향을 미치지 않고 우울을 매개로 영향을 주었는데 이는 감정표현불능증의 수준에 따라 조절되었다. 이는 신체화에 대한 연구와 치료적 접근에 있어 정서 반응성 뿐만 아니라 우울, 감정표현불능증의 종합적인 영향을 고려해야 함을 시사한다. 기질적 취약성으로 여겨지는 정서 반응성이 우울장애로 발현되거나 성격적 차원의 신체화로 고착되기 전에 예방적 차원의 개입이 필요하며, 이 때 긍정, 부정 정서 반응성에 따라 감정인식과 표현에 대한 치료의 방향이 다를 수 있음을 고려해야 한다. 기존의 많은 연구가 감정표현불능증의 부정적인 면에

초점을 두고 있는 반면(신현균, 2000; 엄현정, 김영근, 2021; Kooiman, 1998), 본 연구에서는 정서가에 따라 감정표현불능증의 영향이 달라질 수 있음이 확인하였다. 추후 연구에서는 부정 정서뿐 아니라 긍정 정서와 감정표현불능증 간의 관계, 정서 반응성과 감정표현불능증의 상호작용이 각종 정신병리에 어떤 영향을 미칠 수 있는지 탐색하는 연구가 필요할 것으로 보인다. 아울러 감정표현불능증이 낮은 경우에는 부정 정서 지속성이 높더라도 우울 및 신체화에 미치는 영향이 완화된다는 점을 고려할 때, 임상 및 상담 장면에서 정서 자각 및 건전한 표현방식을 교육하고 훈련함으로써 환자가 호소하는 다양한 정신장애를 완화시킬 수 있을 것으로 기대된다.

그럼에도 불구하고 본 연구는 국내에서는 다소 생소하지만 정신병리의 이해에 중요한 역할을 하는 정서 반응성을 중심으로 변인 간 관계성을 살펴보는 탐색적 연구를 하였다. 그 과정에서 정서 조절 및 기분장애에 주요한 영향을 미침에도 상대적으로 등한시되었던 긍정 정서의 영향력을 검증하였으며 정서 반응성을 활성화, 지속성, 강도로 나누어 세부적으로 살펴봄으로써 대표적인 내현화 증상인 우울과 신체화에 미치는 영향을 보다 구체적으로 탐색하였다는 데 의의가 있다. 본 연구 결과를 바탕으로 긍정, 부정 정서 반응성과 다양한 정신장애 간의 관계성 및 감정표현불능증의 역할과 관련된 연구가 활발히 이루어지기를 기대한다.

참 고 문 헌

강상건, 김형준, 이상열, 차만진, 황혜현 (2002). 기능성 소화불량증 환자의 분노, 감정표현불능증과 우울.

가정의학회지, 23(7), 881-889.

김광일, 김재환, 원호택 (1984). 간이정신진단검사 실시요강. 서울: 중앙정성출판사.

김대혁, 임효덕, 김성국 (1996). 십이지장궤양 환자의 정신신체의학적 특성 - 감정표현불능증을 중심으로-. 신경정신의학, 35(6), 1443-1458.

김빛나, 권석만 (2014). 한국판 긍정 정서 반응 척도 (K-RPA)의 예비 타당화 연구. 한국심리학회지: 임상, 33(2), 243-260.

김석주, 유승희, 김성연, 김동욱, 조인희, 조성진 (2007). 주요 우울장애와 준임상적 우울증에서의 감정표현 불능증. 정신신체의학, 15(2), 100-106.

박영남 (1984). 신체 증상을 주소로 하는 정신과 외래환자의 임상적 고찰. 계명의대학술지, 3(27), 169-174.

박지선, 김인석, 현명호, 유재학 (2008). 정서자각 결함, 정서 표현성, 정서 표현에 대한 양가감정이 신체화, 우울, 스트레스 경험빈도에 미치는 영향. 한국심리학회지: 건강, 13(3), 571-581.

신동인, 함병주, 권호인, 박진우, 김린, 서광윤 (2002). 긴장성 두통 환자에서의 감정표현 불능증. 수면정신생리, 9(1), 56-60.

신현균 (2000). 부정적 정서, 감정표현불능증, 신체감각 증폭지각, 및 신체적 귀인이 신체화에 미치는 영향: 매개모델의 검증. 한국심리학회지: 임상, 19(1), 17-32.

신현균 (2003). 한국판 아동 신체화척도의 신뢰도, 타당도 및 초등 고학년생의 신체증상 경험 특성. 한국심리학회지: 임상, 22(4), 829-846.

신현균 (2006). 우울한 기분상태가 신체화집단의 자기초점적 주의, 신체감각증폭지각, 신체귀인 및 신체화증상에 미치는 영향. 한국심리학회지: 임상, 25(2), 467-488.

신현균 (2016). 신체 증상 및 관련장애_아무 이유도 없이 몸이 아프다면. 서울: 학지사.

엄현정, 김영근 (2021). 우울, 분노억제, 감정표현불능증 및 신체화의 구조적 관계. 상담학연구, 22(4), 105-128.

이선주, 하은혜 (2010). 여자 청소년의 우울증상과 신체

- 화 증상의 관계에서 인지적 요인의 매개효과. *한국심리학회지: 학교*, 7(1), 55-68.
- 이지영, 권석만 (2006). 정서조절과 정신병리의 관계: 연구 현황과 과제. *한국심리학회지: 상담 및 심리치료*, 18(3), 461-493.
- 전검구, 최상진, 양병창 (2001). 통합적 한국판 CES-D 개발. *한국심리학회지: 건강*, 6(1), 59-76.
- 정운선, 임효덕, 이양현, 김상현 (2003). TAS-20의 한국판 3종간의 신뢰도 및 타당도 비교. *정신신체의학*, 11(1), 77-88.
- 조현영 (2008). Alexithymia in Depressive, Psychotic, Anxiety, and Somatoform Disorder in Korea. *경북대학교 석사학위청구논문*.
- 허주연 (2021). 경계선 성격성향에서 초기 외상과 정서적 반응성의 작용 -한국판 Perth 정서적 반응성 척도의 타당화를 중심으로-. *한양사이버대학교 휴먼서비스대학원 석사학위청구논문*.
- 홍세희, 정송 (2014). 회귀분석과 구조방정식 모형에서의 상호작용효과 검증: 이론과 절차. *인간발달연구*, 21(4), 1-24.
- 히든그레이스 논문동계팀 (2020). 한번에 통과하는 논문: AMOS 구조방정식 활용과 SPSS 고급 분석. 서울: 한빛아카데미.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217-237.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Aronson, K. R., Barrett, L. F., & Quigley, K. (2006). Emotional reactivity and the overreport of somatic symptoms: somatic sensitivity or negative reporting style? *Journal of Psychosomatic Research*, 60(5), 521-530.
- Asl, E. M., Abdi, L., Sadegh, A. M., & Behrouzian, F. (2021). The mediating role of self-compassion in the relationship between positive reactivity, negative reactivity, and perfectionism with disordered eating. *Journal of Education and Health Promotion*, 10(249), 1-6.
- Asl, E. M., Mohammadian, Y., Gharraee, B., Khanjani, S., & Pazouki, A. (2020). Assessment of the emotional reactivity through the positive and negative emotions: the psychometric properties of the Persian version of the Perth Emotional Reactivity Scale. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 14(2), e98057. doi.org/10.5812/ijpbs.98057
- Bagby, R. M., Parker, J. D., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I: Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 23-32.
- Balaban, G., & Bilge, Y. (2021). Psychometric properties of Perth Emotional Reactivity Scale-Short Form in Turkish community sample. *Current Approaches in Psychiatry/Psikiyatride Guncel Yaklasimlar*, 13(1), 281-297.
- Barnhart, W. R., Braden, A. L., & Jordan, A. K. (2020). Negative and positive emotional eating uniquely interact with ease of activation, intensity, and duration of emotional reactivity to predict increased binge eating. *Appetite*, 151, 104688. doi.org/10.1016/j.appet.2020.104688
- Barsky, A. J., Wyshak, G., & Klerman, G. L. (1990). The somatosensory amplification scale and its relationship to hypochondriasis. *Journal of Psychiatric Research*, 24(4), 323-334.
- Becerra, R., & Campitelli, G. (2013). Emotional reactivity: Critical analysis and proposal of a new scale. *International Journal of Applied Psychology*, 3(6), 161-168.
- Becerra, R., Preece, D., Campitelli, G., & Scott-Pillow, G. (2019). The assessment of emotional reactivity

- across negative and positive emotions: Development and validation of the Perth Emotional Reactivity Scale (PERS). *Assessment*, 28(5), 867-879.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Hoeber.
- Beck, J. G., Novy, D. M., Diefenbach, G. J., Stanley, M. A., Averill, P. M., & Swann, A. C. (2003). Differentiating anxiety and depression in older adults with generalized anxiety disorder. *Psychological Assessment*, 15(2), 184-192.
- Bounoua, N., & Sadeh, N. (2021). A longitudinal investigation of the impact of emotional reactivity and COVID-19 stress exposure on substance use during the pandemic. *Journal of Affective Disorders Reports*, 6, 100284. doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100284
- Buck, R. (1993). Emotional communication, emotional competence, and physical illness: A developmental-interactionist view. In H. C. Traue & J. W. Pennebaker (Eds.), *Emotion inhibition and health* (pp. 32-56). New York: Hogrefe & Huber Publishers.
- Bylsma, L. M., Morris, B. H., & Rottenberg, J. (2008). A meta-analysis of emotional reactivity in major depressive disorder. *Clinical Psychology Review*, 28(4), 676-691.
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (1991). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. New York: John Wiley & Sons.
- Cohen, S., & Pressman, S. D. (2006). Positive affect and health. *Current Directions in Psychological Science*, 15(3), 122-125.
- Cohen, S., Doyle, W. J., Turner, R. B., Alper, C. M., & Skoner, D. P. (2003). Emotional style and susceptibility to the common cold. *Psychosomatic Medicine*, 65(4), 652-657.
- Davidson, R. J., & Begley, S. (2012). *The emotional life of your brain: How its unique patterns affect the way you think, feel, and live--and how you can change them*. New York: Hudson Street Press.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41(4), 1149-1160.
- Feldman, G. C., Joormann, J., & Johnson, S. L. (2008). Responses to positive affect: A self-report measure of rumination and dampening. *Cognitive Therapy and Research*, 32(4), 507-525.
- Freud, A. (2019). *The ego and the mechanisms of defence*. London: Routledge.
- Giovanelli, A., Hoerger, M., Johnson, S. L., & Gruber, J. (2013). Impulsive responses to positive mood and reward are related to mania risk. *Cognition & Emotion*, 27(6), 1091-1104.
- Gross, J. J. (2014). Emotion regulation: Conceptual and empirical foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 3-20). New York: The Guilford Press.
- Gross, J. J., & Barrett, L. F. (2011). Emotion generation and emotion regulation: One or two depends on your point of view. *Emotion Review*, 3(1), 8-16.
- Gruber, J. (2011). Can feeling too good be bad? Positive emotion persistence (PEP) in bipolar disorder. *Current Directions in Psychological Science*, 20(4), 217-221.
- Hamza, C. A., Goldstein, A. L., Heath, N. L., & Ewing, L. (2021). Stressful experiences in university predict non-suicidal self-injury through emotional reactivity. *Frontiers in Psychology*, 12, 610670. doi.org/10.3389/fpsyg.2021.610670
- Hayes, A. F. (2022). *Introduction to meditation*,

- moderation, and conditional process analysis: A Regression-based approach* (3rd Ed). New York: The Guilford Press.
- Hayes, A. F., Montoya, A. K., & Rockwood, N. J. (2017). The analysis of mechanisms and their contingencies: PROCESS versus structural equation modeling. *Australasian Marketing Journal, 25*(1), 76–81.
- Honkalampi, K., Hintikka, J., Tanskanen, A., Lehtonen, J., & Viinamäki, H. (2000). Depression is strongly associated with alexithymia in the general population. *Journal of Psychosomatic Research, 48*(1), 99–104.
- Johnson, S. L. (2005). Mania and dysregulation in goal pursuit: A review. *Clinical Psychology Review, 23*(2), 241–262.
- Katon, W., Kleinman, A., & Rosen, G. (1982). Depression and somatization: A review: Part I. *The American Journal of Medicine, 73*(1), 127–135.
- Kellner, R. (1991). *Psychosomatic syndromes and somatic symptoms*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Kline, R. B. (2016). *Principles and practice of structural equation modeling* (4th ed.). New York: Guilford Publications.
- Kooiman, C. G. (1998). The status of alexithymia as a risk factor in medically unexplained physical symptoms. *Comprehensive Psychiatry, 39*(3), 152–159.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., DeGruy, F. V., Hahn, S. R., Linzer, M., Williams, J. B., ... & Davies, M. (1997). Multisomatoform disorder: an alternative to undifferentiated somatoform disorder for the somatizing patient in primary care. *Archives of General Psychiatry, 54*(4), 352–358.
- Larionov, P. M., Ageenkova, E. K., & Belashina, T. V. (2021). Psychometric Properties of the Russian Version of the Perth Emotional Reactivity Scale-Short Form. *Neurology, Neuropsychiatry & Psychosomatics, 13*(2), 26–33.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- McFarland, B. R., & Klein, D. N. (2009). Emotional reactivity in depression: diminished responsiveness to anticipated reward but not to anticipated punishment or to nonreward or avoidance. *Depression and Anxiety, 28*(2), 117–122.
- Mendelson, G. (1982). Alexithymia and chronic pain: prevalence, correlates and treatment results. *Psychotherapy and Psychosomatics, 37*(3), 154–164.
- Nock, M. K., Wedig, M. M., Holmberg, E. B., & Hooley, J. M. (2008). The emotion reactivity scale: Development, evaluation, and relation to self-injurious thoughts and behaviors. *Behavior Therapy, 39*(2), 107–116.
- Pennebaker, J. W., & Traue, H. C. (1993). *Inhibition and psychosomatic processes*. Hogrefe & Huber Publishers.
- Preece, D., Becerra, R., & Campitelli, G. (2019). Assessing emotional reactivity: Psychometric properties of the Perth Emotional Reactivity Scale and the development of a short form. *Journal of Personality Assessment, 101*(6), 589–597.
- 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.
- Richman, L. S., Kubzansky, L., Maselko, J., Kawachi, I., Choo, P., & Bauer, M. (2005). Positive emotion and health: going beyond the negative. *Health Psychology, 24*(4), 422–429.
- Ripper, C. A., Boyes, M. E., Clarke, P. J., & Hasking, P. A. (2018). Emotional reactivity, intensity, and

- perseveration: Independent dimensions of trait affect and associations with depression, anxiety, and stress symptoms. *Personality and Individual Differences*, 121, 93-99.
- Rottenberg, J., & Johnson, S. L. (2007). *Emotion and Psychopathology: Bridging affective and clinical science*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Schnabel, K., Schulz, S. M., & Witthöft, M. (2022). Emotional reactivity, emotion regulation, and regulatory choice in somatic symptom disorder. *Psychosomatic Medicine*, 84(9), 1077-1086.
- Scicchitano, J., Lovell, P., Pearce, R., Marley, J., & Pilowsky, I. (1996). Illness behavior and somatization in general practice. *Journal of Psychosomatic Research*, 41(3), 247-254.
- Seyrek, Ö. D., & Ersanlı, E. (2020). Examining the relationship between the teachers' emotional reactivity and aggression levels. *International Journal of Progressive Education*, 16(5), 459-471.
- Shapiro, B. G., Abramson, L. Y., & Alloy, L. B. (2016). Emotional reactivity and internalizing symptoms: Moderating role of emotion regulation. *Cognitive Therapy and Research*, 40(3), 328-340.
- Shapiro, B. G., Farabaugh, A., Terechina, O., DeCross, S., Cheung, J. C., Fava, M., & Holt, D. J. (2019). Understanding the effects of emotional reactivity on depression and suicidal thoughts and behaviors: Moderating effects of childhood adversity and resilience. *Journal of Affective Disorders*, 245(2019), 419-427.
- Shaw, A. M., Timpano, K. R., Steketee, G., Tolin, D. F., & Frost, R. O. (2015). Hoarding and emotional reactivity: The link between negative emotional reactions and hoarding symptomatology. *Journal of Psychiatric Research*, 63, 84-90.
- Sifneos, P. E. (1972). *Short-term psychotherapy and emotional crisis*. Cambridge, Massachusetts, and London: Harvard University Press.
- Smith, K. E., Hayes, N. A., Styer, D. M., & Washburn, J. J. (2017). Emotional reactivity in a clinical sample of patients with eating disorders and nonsuicidal self-injury. *Psychiatry Research*, 257(2017), 519-525.
- Strauman, T. J. (2002). Self-regulation and depression. *Self and Identity*, 1(2), 151-157.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. (1991). The alexithymia construct: a potential paradigm for psychosomatic medicine. *Psychosomatics*, 32(2), 153-164.
- Thomas, J., Knowles, R., Tai, S., & Bentall, R. P. (2007). Response styles to depressed mood in bipolar affective disorder. *Journal of Affective Disorders*, 100(2007), 249-252.
- Yildirim, A., Hacıhasanoğlu Asilar, R., Camcıoğlu, T. H., & Sevinc, E. (2016). Alexithymia in depressive, anxiety, somatoform, and psychotic disorders: a comparative study. *Journal of Psychiatric Nursing*, 7(2) 75-81.

원고접수일: 2022년 11월 11일

논문심사일: 2023년 2월 22일

게재결정일: 2023년 6월 14일

한국심리학회지: 건강

The Korean Journal of Health Psychology

2023, Vol. 28, No. 4, 861 - 883

Effect of Positive and Negative Emotional Reactivity on Depression and Somatization: Moderated Mediating Effects of Alexithymia

Cho, YeJin Hyun, Myoung-Ho

Department of Psychology,
Chung-Ang University

The purpose of this study is to examine the relationship between Emotional Reactivity(ER) which is considered a temperamental vulnerability, depression, somatization and alexithymia. The study was conducted on 247 adults over the age of 19 and analyzed using Moderated-Mediation analysis with SPSS Process Macro. As a result, depression mediated the relationship between ER and somatization, and the indirect effect of ER through depression on somatization was moderated by alexithymia. In negative valence, a high level of alexithymia was a risk factor, but in positive valence, it showed different patterns. This suggests that the effect of alexithymia varies depending on the emotional valence, and the effective way of dealing with positive and negative emotions may be different. Based on the finding, research limitations, implications, and suggestions for future research were suggested.

Keywords: Emotional Reactivity, Depression, Somatization, Alexithymia, Moderated-mediation Effect