



### 저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

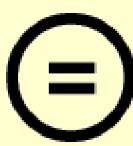
다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원 저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리와 책임은 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)



제104회 박사학위논문  
지도교수 현명호

우울증에 대한 행동활성화 치료의  
효과 및 기제 검증

중앙대학교 대학원  
심리학과 임상심리학전공  
허정선  
2019년 2월

# **우울증에 대한 행동활성화 치료의 효과 및 기제 검증**

**이 논문을 박사학위논문으로 제출함**

**2019년 2월**

**중앙대학교 대학원  
심리학과 임상심리학전공  
허 정 선**

# 허정선의 박사학위논문으로 인정함

심사위원장 (인)

심 사 위 원 (인)

심 사 위 원 (인)

심 사 위 원 (인)

중앙대학교 대학원

2019년 2월

# 목 차

I. 서 론 .....	1
II. 이론적 배경 .....	10
1. 우울증 증거 기반 치료와 효과성에 대한 선행 연구 .....	10
2. 행동활성화 치료의 역사 .....	12
3. 행동활성화의 핵심 치료 기법 .....	15
1) 활동 모니터링 .....	16
2) 가치 및 목표 평가 .....	17
3) 활동 계획하기 .....	18
4) 기술 훈련 .....	20
5) 수반성 관리 .....	20
6) 생각하는 행동 다루기 .....	21
7) 회피행동 다루기 .....	22
4. 행동활성화 치료의 효과 .....	23
5. 행동활성화 치료의 기제 변인 .....	27
1) 부정적 자동적 사고 .....	30
2) 긍정적 자동적 사고 .....	32
3) 행동활성화, 자동적 사고 및 우울과의 관계 .....	33
III. 문제 제기 및 연구 목적 .....	36
IV. 연구 1: 행동활성화, 자동적 사고 및 우울과의 관계 ..	41

1. 연구 대상 .....	41	
2. 측정 도구 .....	42	
3. 자료 분석 .....	45	
4. 결과 .....	45	
1) 연구 대상자의 일반적 특성 .....	45	
2) 모델검증에 이용한 측정 변인 간의 상관관계 .....	46	
3) 구조 모델의 검증 .....	47	
5. 논의 .....	51	
V. 연구 2: 행동활성화 치료의 효과 및 기제 검증 .....		55
1. 연구 방법 .....	55	
1) 연구 참여자 .....	55	
2) 측정 도구 .....	56	
3) 연구 절차 .....	57	
4) 자료 분석 .....	57	
5) 행동활성화 치료 프로그램 구성 .....	58	
2. 결과 .....	72	
1) 연구 대상자의 일반적 특성 .....	72	
2) 치료 집단과 통제 집단의 사전 동질성 검증 .....	73	
3) 치료 집단과 통제 집단의 행동활성화 조작 점검 .....	74	
4) 치료 집단과 통제 집단 간 치료 효과 비교 .....	75	
5) 치료 집단의 각 변인과 치료기제 변인의 변화 추이 결과 ..	81	
6) 행동활성화 치료 기제 변인의 반복측정 매개 효과 .....	86	
3. 논의 .....	90	

VI. 종 합 논 의 .....	99
참고문헌 .....	105
부 록 .....	137
국문초록 .....	152
ABSTRACT .....	154

## 표 목 차

표 1. 연구 1 대상자의 일반적 특성 .....	46
표 2. 변인간의 상관행렬과 평균, 표준편차 .....	47
표 3. 가설 모델의 부합치 .....	49
표 4. 연구 모형의 경로계수 .....	50
표 5. 우울증의 행동활성화 치료 회기 내용 요약 .....	63
표 6. 연구 2 대상자의 일반적 특성 .....	73
표 7. 치료 집단과 통제 집단 간 사전 동질성 검증 결과 .....	74
표 8. 각 변인에 따른 혼합변량분석 결과 .....	80
표 9. 치료 집단과 통제 집단 간 사전 및 사후 평가 점수의 평균과 표준편차 결과 .....	81
표 10. 치료 집단의 시기별 각 변인에 대한 반복측정 변량분석 결과 ..	82
표 11. 치료 집단의 시기별 각 변인에 대한 평균과 표준편차 결과 .....	82
표 12. 우울에 대한 긍정적 자동사고의 반복측정 매개효과 검증결과 ..	88
표 13. 긍정 정서에 대한 긍정적 자동사고의 반복측정 매개효과 검증결과 ..	88
표 14. 우울에 대한 부정적 자동사고의 반복측정 매개효과 검증결과 ..	89
표 15. 긍정 정서에 대한 부정적 자동사고의 반복측정 매개효과 검증결과 ..	90

# 그 림 목 차

그림 1. 행동활성화, 긍정적 자동적 사고, 부정적 자동적 사고, 우울, 긍정 정서의 최종 모델	48
그림 2. 긍정적 자동적 사고의 변화 추이	76
그림 3. 부정적 자동적 사고의 변화 추이	77
그림 4. 우울의 변화 추이	78
그림 5. 긍정 정서의 변화 추이	79
그림 6. 치료 집단의 긍정적 자동적 사고 수준 변화 추이	83
그림 7. 치료 집단의 부정적 자동적 사고 수준 변화 추이	84
그림 8. 치료 집단의 우울 수준 변화 추이	85
그림 9. 치료 집단의 긍정 정서 수준 변화 추이	86

## I. 서 론

바쁘게 살아가는 현대 사회에서 우울증은 누구나 한 번쯤 경험할 수 있는 흔한 질병으로 인식되고 있다. 스트레스가 많은 우리의 일상에서 ‘우울하다’라는 말을 누구나 쉽게 입에 올릴 만큼 우울감은 인간의 보편적인 정서로 언급되어 왔다. 이 때문에 오래전부터 다른 정신장애에 비해 우울증에 대한 많은 연구와 임상적 노력이 지속되어 왔으나, 그럼에도 우울증은 여전히 많은 사람들이 경험하는 정신건강 이슈로 남아 있다.

실제 보건복지부에서 발표한 ‘2016년 정신질환 실태 역학조사’에 따르면, 만 18~64세 성인의 정신질환 평생 유병률은 26.6%로 나타났다. 이는 우리나라 성인 평균 4명 중 1명은 한평생 동안 적어도 한 번 이상의 정신질환에 걸릴 확률이다(한국일보, 2018. 6. 4). 이 중에서도 우울증의 평생 유병률은 5%인데, 우울증 유병률이 생각보다 낮은 것에 대해 전문가들은 실제 환자가 적어서가 아니라 사회적인 편견 상 우울증으로 힘들어도 정신과를 찾기 않기 때문이라고 설명한다. 따라서 병원에 내원하지 않은 잠재적 환자까지 고려하면 실제 우울증 유병률은 집계보다 더 높을 가능성이 크다고 볼 수 있다. 최근 발표한 건강보험공단 빅데이터 분석 결과에 따르면, 지난해 우울증으로 인한 건강보험 진료 환자가 2012년 58만 8000명에서 2017년 68만 1000명으로 늘어나 15.8%가 증가했다고 밝혔다(데일리팜, 2018. 9. 7.). 이와 같이 우리나라에서 우울증은 해가 갈수록 계속 증가되는 추세이며 우울감, 흥미 상실과 같은 우울 증상을 경험하는 비율은 전체 국민의 20%가 넘는다는 보고도 존재한다(Ohayon, & Hong, 2006). Kessler, Berglund, Demler, Jin 및 Walters(2005), Kessler와 Wang(2009)의 연구에 의하면 주요 우울 장애의 전 생애 발병률이 16~20%에 달하며, 정신과 치료에 대한 편견이 적은 외국의 평생 유병률 집계를

보면 14%~21%로 실제 전 세계적으로 많은 사람들이 우울증으로 고통 받고 있음을 알 수 있다(벨기에 14%, 뉴질랜드 16%, 미국 17%, 프랑스 21%, 보건복지부, 2016).

무엇보다, 우울증은 재발과 악화가 반복되는 특성이 있어 시간이 지나도 고통의 늪에서 빠져나오지 못하는 경우가 많다. 이에 제때 적절한 치료를 받지 못하게 되면 일상생활이나 직장 생활을 유지하지 못하게 되고 자살 시도라는 심각한 결과까지 초래할 수 있다. 따라서 우울증에 대한 적절한 치료적 개입의 중요성이 강조된 가운데 이를 위해 그동안 인지행동치료, 대인관계치료 등 여러 증거 기반 치료들이 개발되고 그 효과가 입증되어 왔다. 그러나 기존의 심리치료들은 부분적인 효과만 입증되었으며(Butler, Chapman, Forman, & Beck, 2006; DeRubeis, Hollon, Amsterdam, Shelton, Young, Salomon, et al., 2005; Westen & Morrison, 2001), 치료에 잘 반응하는 사람들 중에서 약 절반 정도가 재발되고(Vittengl, Clark, Dunn, & Jarrett, 2007; Vittengl, Clark, & Jarrett, 2010), 심지어 우울증이 더 만성적이고 복잡한 경우에는 치료 효과가 좋지 않은 것으로 나타났다(Cuijpers, van Straten, Schuurmans, van Oppen, Hollon, & Anderson, 2010). 이러한 결과는 어떤 한 치료에 국한된 것이 아니라 모든 치료에서 동일하게 나타난 것으로 보고되고 있는 바, 이는 어떤 증거 기반 치료도 효과의 우월성이 분명하지 않다는 것을 의미한다(Cuijpers, van Straten, Andersson, & van Oppen, 2008). 이로 볼 때, 기존의 심리치료들은 우울증을 충분히 만족스럽게 다루지 못하는 것으로 볼 수 있으며, 치료 기법의 획기적인 변화와 혁신이 필요하다는 주장이 힘을 얻고 있다.

그렇다면 왜 기존의 심리치료들은 효과가 충분하지 않은가? 이에 대한 가능한 설명으로 우울증의 무쾌감(anhedonia) 증상을 생각해 볼 수 있다.

우울증의 두 가지 핵심 증상 중 하나인 무쾌감증은 과거에 즐거움을 유발했던 자극에 대한 정서 반응 또는 흥미의 저하로 정의할 수 있으며(민혜원, 2016 재인용), 간단하게는 긍정 정서 경험이 결핍된 것으로 볼 수 있다. 특히, 무쾌감증은 우울증에만 특수하게 나타나는 증상인데 반해, 오히려 우울감과 불안감 등의 부정 정서는 다른 장애에서도 공통적으로 나타난다고 알려졌다(Mineka, Watson, & Clark, 1998). 사회공포증이나 정신분열증에서도 긍정성이 감소된 특징이 있으나 우울증만큼 두드러지는 현상은 아닌 것으로 보고되고 있다(Watson & Naragon-Gainey, 2011). 이와 같이 우울증에서 특징적으로 나타나는 ‘과거 즐거웠던 활동에서 더 이상 흥미를 느끼지 못하고 긍정 정서를 경험하는 능력이 감소’ 되는 증상은 주요 우울 장애 환자의 약 70%, 기분부전장애의 약 54%가 경험하는 것으로 보고될 만큼 주요한 증상이다(Buckner, Joiner, Pettit, Lewinsohn, & Schmidt, 2008; Dichter, 2010; Pelizza & Ferrari, 2009).

이에 발맞추어 최근 들어 우울증 치료에서 무쾌감 증상에 대한 연구가 활발해 졌는데, 우울증에서 무쾌감 증상이 있는 경우, 1차적인 약물치료에 잘 반응하지 않으며(McMakin, Olino, Porta, Dietz, Emslie, Clarke, et al., 2012; Steffenhagen Kurstein, Kirkby, & Himmerrich, 2011; Tran, Skolnick, Czobor, Huang, Bradshaw, McKinney, et al., 2012; Treadway & Zald, 2011), 치료 예후가 더 부정적으로 밝혀졌다(Spijker, Bijl, De Graal, & Nolen, 2001). 또한 긍정 정서 경험이 감소된 경우 시간이 경과함에 따라 우울 증상이 더 악화되었으며(Morris, Bylsma, & Rottenberg, 2009; Peeters, Berkhof, Rottenberg, & Nicolson, 2010; Rottenberg, Kasch, Gross, & Gotlib, 2002), 무쾌감증은 20년에 걸친 우울 증상과 관련이 있다는 결과도 존재한다(Shankman, Nelson, Harrow,

& Faull, 2010).

이와 같이 무쾌감증이 우울 증상 악화와 치료에 중요한 요인임에도 불구하고 우울증에서 즐거움과 같은 긍정 정서를 경험하는 능력의 감소는 이제까지 기존의 증거 기반 심리치료들에서 주목받지 못해왔다. 기존의 치료들에서는 부정적인 사고와 정서를 완화시키는데 초점을 두는 방식이 주를 이루다 보니 긍정성에 대한 부분은 소홀했던 것으로 여겨진다. 그러나 최근 들어 위의 연구 흐름을 바탕으로 무쾌감 증상의 변화가 성공적인 치료 결과를 예측한다는 증거들이 하나 둘씩 축적되고 있다. 긍정 정서 경험 능력을 개선시키는 경우 부정 정서의 감소에 비해 우울로부터 회복되는 것을 더 잘 예측하였으며(Cohn, Fredrickson, Brown, Mikels, & Conway, 2009; Geschwind, Nicholson, Peeters, van Os, Barge-Schaapveld, & Wichers, 2011), 약물 치료에 대한 우울 증상의 완화 과정에서 치료 초기 긍정 정서의 향상이 증상 완화를 예측하는데 이는 부정 정서의 변화를 초월하는 것으로 나타났다(Geschwind et al., 2011). 아울러 유전적으로 우울에 취약한 집단에서 긍정 정서 경험 능력은 우울 삼화를 보호하는 요인이 된다고 알려졌으며(Wichers, Myin-Germeys, Jacobs, Peeters, Kenis, Derom, et al., 2007), 생활 스트레스에 대한 민감성이 감소하는 것보다 보상 경험 능력이 증가하는 것이 우울증 회복과 더 강한 관련이 있는 것으로 밝혀졌다(Wichers, Barge-Schaapveld, Nicholson, Peeters, de Vries, Mengelers, et al., 2008). 이러한 결과들을 종합해 보면, 기존에 알려진 심리치료의 효과가 충분하지 못한 것은 우울증에 특징적인 긍정 정서 및 활동의 감소를 다루지 못한 것과 관련이 있다는 추론이 가능하다. 따라서 더욱 효과적인 우울증 치료와 재발 방지를 위해서는 부정성 감소에 중점을 둔 기존의 치료 기법과 더불어 긍정 정서 및 경험의 증진을 포함하는 보다 통합적인 치료

적 접근과 전략이 필요하다고 생각된다.

다행히, 학계에서도 우울증 치료에서 긍정성을 구축할 필요가 있다는 주장이 제기되기 시작한 가운데(Wood & Tarrier, 2010), 기존의 치료들 중 행동활성화 치료가 긍정성 증진에 도움이 된다고 제안되었다(Beck, 1995; Dunn, 2012; Padesky, 1994). 행동활성화 치료는 우울증에 단기적이고 지시적인 기법으로서 활동에 직접 초점을 맞춰 치료에 가장 저항적인 낮은 활동 수준을 변화시키는 점이 큰 이점이라 할 수 있다. 이를 통해 우울감과 부정적인 인지의 변화가 발생한다는 점에서 부정성 감소에 초점을 맞춘 치료이며, 동시에 긍정적인 활동을 하게 하여 즐거움이나 성취감을 느끼게 한다는 점에서 긍정성 증진까지 포함하는 치료로, 부정성 감소만 초점을 맞춘 기존의 치료법보다 더 효과적인 치료법으로 재조명 받고 있다.

Dimidjian, Barrera, Martell, Munoz와 Lewinsohn(2011)은 행동활성화 치료에 대해 “적응적인 활동의 참여를 증가시키고, 우울증을 유지하거나 우울증의 위험을 증가시키는 활동의 참여를 감소시키며, 보상으로의 접근을 제한하거나 회피적 통제를 유지 또는 증가시키는 문제들을 해결하는 것을 목표로 하는 구조화되고 간결한 심리치료적 접근”이라고 정의하였다. 증가시켜야 할 적응적 활동으로는 환자가 그동안 참여를 중단했던 행동들, 숙달감(sense of mastery)이나 유쾌함을 주는 활동들이 포함된다. 즉 행동활성화 치료는 실생활에서 보상 경험을 증가시킬 수 있도록 환자를 활성화하는 것을 목표로 하며, 모든 기법들은 환자의 활동량을 증가시키고 자신의 삶에 좀 더 참여하도록 돋는다(Martell, Dimidjian, & Herman-Dunn, 2010). 이를 위해 치료에서는 활성화에 방해가 되는 습관들, 즉 도피나 회피 행동들에도 초점을 맞춘다. 예를 들어 과도한 수면, TV 시청, 게임, 음주, 외부와 고립된 생활과 같은 회피 행동들은 당장에

는 괴로운 상황과 감정을 피할 수 있어 이득이 되지만, 장기적으로 볼 때는 결과적으로 문제를 해결하거나 내 자신과 상황을 변화시킬 기회를 잃게 만든다. 이로 인해 결국 우울감의 강도와 빈도가 증가되는 악순환이 형성되기 때문에 회피 행동을 감소시키는 것도 중요한 목표가 된다 (Martell et al., 2010).

한편, 행동활성화 치료는 기존의 대표적인 우울증 치료법인 인지행동치료(Cognitive Behavioral Therapy: CBT)와 차별성을 갖는다. 우선 두 치료 모두 행동을 다룬다는 점에서 공통점이 있다. 그러나 인지행동치료에서 치료자는 환자의 부적응적인 인지 변화에 직접적이고 우선적으로 초점을 맞추고 상당 시간을 비합리적인 인지 내용을 수정하는데 할애한다. 여기서 행동적 접근은 비합리적인 신념에 도전하는 작은 실험으로써 활용되는 종속된 기법으로 볼 수 있다(Kanter, Bush, & Rusch, 2009). 이에 반해 행동활성화 치료는 행동에 직접적으로 초점을 맞추며 인지와 정서의 변화는 이차적으로 따라오는 결과물로 간주한다. 즉, 치료자는 환자의 부정적인 도식이나 신념을 확인하고 반박하는데 거의 시간을 할애하지 않으며, 즐거움이나 성취감을 느끼게 해주는 활동에 참여하도록 행동을 다룬다는데 뚜렷한 차이가 있다. 행동활성화 치료에서는 환자의 행동이 기분에 미치는 영향을 평가하기 위해 행동 실험을 한다(Hollon, 2001; Martell et al., 2010). 또한 인지행동치료는 무쾌감 증상을 다루는 과정에는 거의 치료적 관심을 두지 않기 때문에 부정성 완화에 초점을 맞춘 대표적인 치료로 볼 수 있다.

이와 함께 최근 주목받고 있는 우울증 치료법인 수용전념치료(ACT)와 비교해 보면, 수용전념치료와 행동활성화는 기능적 맥락주의에 기반하고 있으며 치료자와 환자가 함께 가치에 기반한 행동을 탐색하고 활성화시키기 위해 목표를 설정한다는 점에서 유사하다(Martell & Kanter, 2011;

이가영 등 2016). 그렇지만 행동활성화 치료에서 일차적인 목표와 전략은 행동의 활성화이며 마음챙김이나 수용이 아니다. 반면 수용전념 치료에서는 행동에 직접 초점을 맞추기 보다는 원치 않는 불쾌한 사적 경험들에 대해 마음챙김 하고, 있는 그대로 수용하는 과정을 직접적으로 중요하게 다룬다는 점에서 차별점이 있다(Martell & Kanter, 2011).

병원과 같은 실제 임상 현장에서 만나게 되는 우울증 환자들은 일반인 중 우울한 경향이 있는 사람들에 비해 우울 증상의 심각도가 현저히 높다. 이들은 일상에서 아무 것도 하지 못할 정도로 무기력하고 의욕과 동기가 결여된 분들이 대부분이며 집중력이나 기억력, 정신운동속도와 같은 인지 기능이 저하되는 것으로 알려져 있다. 이 같은 환자들에게 부정적인 사고의 내용을 탐색하고 반박하며 이를 합리적으로 수정하는 작업은 매우 에너지가 많이 들어가는 작업일 것이다. 수용전념치료에서 강조하는 마음챙김 과정 역시 부정적인 생각들에 사로잡힌 환자들에게는 이론처럼 쉽지 않을 수 있으며, 심적 어려움과 자신의 상황을 있는 그대로 수용하는 것은 더더욱 힘든 과정일 것이다.

이에 비해 행동활성화 치료는 일상에서 필요한 행동들을 작은 행동 단위로 나누어 실천하게 하고 긍정적인 활동을 증가시킴으로써 부정 정서와 인지가 개선되는 보다 직접적이고 간결한 과정이다. 아울러, 인지행동치료에서 다루지 못한 긍정성 증진을 포함하며, 행동의 변화가 이루어지기 때문에 재발 방지에도 유리할 수 있다. 따라서 실제 임상 현장에서 만나는 우울 증상이 심한 환자들에게 효능성, 간결성 및 재발방지에 있어서 이들 두 치료에 비해 더욱 큰 효과를 발휘할 것으로 생각된다.

그동안 행동활성화 치료 연구는 효과 검증에 주로 초점이 맞춰졌고 충분한 효과가 있는 것으로 입증되어 왔으나, 치료 과정 및 기제에 대한 연구는 이제 막 시작 단계로 이렇다 할 결과들이 거의 보고되지 않고 있는

실정이다. 이에 본 연구에서는 우울증 발병과 유지에 핵심 역할을 한다고 알려진 자동적 사고를 치료 기제 변인으로 상정하고자 한다. 우울한 사람들은 자신은 보잘 것 없고 쓸모없는 존재라는 부정적인 자기 지각이 팽배 하며 이와 관련된 정보에만 편향되어 주의를 기울이는 경향이 두드러지는 것으로 밝혀졌다. 긍정적인 사고 역시 결핍되어 있어, 자신과 미래에 대해 희망적인 생각들을 갖는데 어려움을 겪는다.

아울러, 몇몇 연구자들은 직접적인 행동과 경험을 통해 사고의 변화가 일어날 수 있다고 지적하였다(Bandura, 1977; Hollon, 2001; Martell & Kanter, 2011). 이처럼 그동안 수많은 연구들을 통해 우울과 부정적, 긍정적 사고와의 연관성이 일관적으로 입증되어 왔으며(김남재, 2002; 안석환, 2009; 하은혜, 송동호, 2005; Bar-Haim, Lamy, Pergamin, Bakermans-Kranenburg, & vanIjzendoorn, 2007; Ingram, 1989; Ingram, Atkinson, Slater, Saccuzzo, & Garfin, 1990; Ingram, Kendall, Siegle, Guarino, & McLaughlin, 1995; Joormann, 2010; Laurent & Stark, 1993; Mathews & MacLeod, 2005; Mineka, Rafaeli, & Yovel, 2002; Mogg & Bradley, 2005; Segal, William & Teasdale, 2002; Teasdale, 1988), 행동과 사고도 서로 관련이 있다고 보고되고 있는 바, 이러한 관련성을 토대로 긍정적이고 목표 지향적인 활동이 증가되는 경우 부정적인 사고가 낮아지고 긍정적인 사고는 증가되어 우울감이 감소될 것으로 예상할 수 있다.

국내에서는 행동활성화 치료가 막 시작 단계로 예비적인 사례 연구와 리뷰 연구 정도만 진행된 바 있다(예, 이가영, 차윤지, 최기홍, 2016; 이가영, 차윤지, 서호준, 최기홍, 2016). 따라서 본 연구에서는 국내 임상 환자들을 대상으로 행동활성화 치료의 효과를 입증하고 더 나아가 치료의 변화를 이끄는 기제를 명확하게 밝혀 치료적으로 활용하는데 도움을 주고

자 한다. 이를 위해 우울증 치료에 대한 선행연구를 검토하고, 행동활성화 치료 전반과 기제 변인에 대해 자세히 고찰하였다.

## II. 이론적 배경

### 1. 우울증 증거 기반 치료와 효과성에 대한 선행 연구

인지치료는 우울증에 대한 가장 대표적인 증거 기반 치료로, 심리학의 과학적 접근을 요구하는 경향으로 인해 많은 나라에서 심리치료의 주류로 자리 잡아 왔다. 이는 인지의 내용이 합리적인지를 환자 스스로 탐색하고 반박하게 하는 과정이 주로 이루어지며, 고통스러운 인지를 변화시키기 위한 인지 논박과 재구조화 같은 전략이 사용된다. 이 같은 인지치료는 우울증에 대한 심리 치료 중 그 효과성이 가장 활발하게 연구되고 입증되어 왔다(Butler, Champman, Forman, & Beck, 2006; Chambless & Ollendick, 2001; DeRubeis & Crits-Christoph, 1998; DeRubeis, Webb, Tang, & Beck, 2010).

그러나 인지치료에 대한 기제 검증이 소수에 불과하다는 지적이 계속되는 가운데 단순한 행동활성화 전략만으로도 인지치료와 동등한 효과를 낸 연구 결과(Jacobson, 1996)가 발표되는 등 인지 치료에 대한 논란이 지속되었다. 이와 함께 Teasdale(1988)는 우울한 사람들이 자신에 대한 정보 처리가 부정적으로 편향되어 우울증이 악화, 지속된다는 정보처리 모델을 제시하면서 인지 과정으로 치료의 관점이 변화되기 시작하였다.

이에 따라 인지 내용을 변화시키는 기존의 전통적인 인지치료와 달리 인지의 과정에 더 주목하는 수용과 마음챙김에 기반한 치료가 탄생하게 되었으며, 인지행동치료의 제3의 물결이라 불리면서 지금까지 그 효과성이 활발하게 입증되고 있다. 그 중 대표적인 치료는 수용전념치료로, 이 치료에서는 개인의 경험을 수용하고 삶에서의 어려움을 회피하기보다 이를 해결하기 위한 행동이나 가치 있는 행동을 선택하고 실천하는 것을 배

우도록 돋는다(김혜은, 2013). 이러한 과정에서 현재의 모든 자극에 깨어 주의를 기울이는 마음챙김을 중요시하며 이를 훈련한다. 이 같은 수용전념치료 역시 많은 연구들을 통해 우울증 치료에서 강력한 치료 효과를 내는 것으로 밝혀졌다(Bohlmeijer, Fledderus, Rokx, & Pieterse, 2011; Forman, Herbert, Morita, Yeomans, & Geller, 2007; Zettle, Rains, & Hayes, 2011).

한편, 대인관계치료는 자신의 대인관계 문제를 이해하도록 돋고 관계를 위한 적응적인 기술을 향상시키는 것을 목표로 한다(Klerman, Weissman, Rounsaville, & Chevron, 1984). 이 치료는 원래 약물 치료를 위한 통제집단으로 개발된 것으로, 역동 치료의 파생물로 간주되었다. 그러나 현재는 대인관계치료의 특정한 요소가 분명히 존재하고 쉽게 구분되는 것으로 알려져 있다(Hill, O'Grady, & Elkin, 1992).

이와 같이 우울증에 대한 여러 심리치료들이 발달되고 증거 기반 치료로 명시되면서 이 치료들의 상대적인 효과를 검증하는 대규모 연구가 진행되었다. 그 중 National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program(NIMH TDCRP; Elkin, 1994)이 대표적인데, 이는 의학 연구에서 사용되었던 협동적인 임상 시험을 심리치료 연구에 처음 시도한 것으로, 심리치료의 상대적 효능에 대한 타당성이 잘 검증된 가장 포괄적인 임상 연구 중 하나로 알려져 있다. 이 연구는 ① 인지행동치료, ② 대인관계치료, ③ 항우울제 치료와 임상 관리, ④ 알약-플라시보와 임상 관리의 4가지 치료 효과를 239명의 우울증 환자를 대상으로 비교하였다. 그 결과 놀랍게도 4가지 치료들의 차이가 유의하지 않았으며 상대적인 효과 크기도 작거나 유의하지 않은 것으로 나타났다. 이후에 이를 재검증하는 메타 분석을 포함한 많은 연구가 진행되었는데, 치료에 대한 충성도를 통제하면 모두 치료들 간의 차이가 없는 것

으로 일관되게 밝혀졌다(Braun, Gregor, & Tran, 2013; Cuipers et al., 2008; Gaffan, Tsaoasis, & Kemp-Wheeler, 1995; Gloaguen, Cottraux, Cucherat, & Blackburn, 1998; Robinson, Berman, & Neimeyer, 1990; Spielmans, Pasek, & McFall, 2007; Wampold, Minami, Baskin, & Tierney, 2002).

이러한 결과들을 바탕으로 Cuipers와 동료들(2008)은 어떤 증거 기반 치료도 효과의 우월성이 분명하지 않다고 주장하였으며, Wampold와 Imel(2015) 역시 우울증을 위한 심리치료 모두 동일하게 효과적이라고 지적하면서 치료자가 어떤 것을 지지하느냐에 따라 그 결과와 효과가 달라진다고 설명하였다. 이는 치료자가 지지하는 치료가 어떤 점에서 우울증에 더욱 효과적인지를 분명히 인지하고 이를 실제 치료 장면에서 실현시켜 나가는 것이 중요함을 시사하는 것으로 볼 수 있다.

## 2. 행동활성화(BA) 치료의 역사

행동활성화 치료는 Skinner의 고전적인 견해부터 Hayes의 기능적 맥락 이론까지 아우르는 포괄적인 치료로 볼 수 있다(Kanter, Bush, & Rusch, 2009). 이러한 관점에서 볼 때, 행동활성화의 발전은 행동주의 이론과 그 연구 결과들을 토대로 발전하였는데, 특히 Skinner의 제자인 Ferster와 Lewinsohn은 우울증에 대한 기능 분석(functional analysis)을 강조하면서 행동활성화 이론의 기반을 다지는데 핵심적인 역할을 하였다.

먼저 Ferster(1973)는 우울한 사람들의 도피 및 회피 행동 증가에 초점을 맞쳤으며 그 결과로 더 낮은 수준의 보상을 받게 된다고 설명하였다. 즉, 우울한 사람들은 불쾌한 상황을 수동적으로 회피하는 패턴을 나타낸다고 지적하였다. 이들은 당장의 편안함이나 안도감을 주는 행동을 선택

하여(사람들 만나지 않기) 장기적으로는 이득이 될 수 있는 행동(이혼했어도 친구들 만나기)을 회피하는 비활동적인 양식을 나타내며, 그 결과 회피 행동은 긍정적 보상 강화가 아닌 부정적 강화에 의해 조절된다고 주장하였다. 아울러, 모든 행동은 특정한 맥락 속에서 일어나며 행동의 결과에 따라 강화된다는 행동의 수반성(contingencies of behavior)을 강조하였으며, 행동의 형태 그 자체가 아니라, 행동의 ‘기능’을 바라보는 행동 분석적 설명의 틀을 마련하는데 큰 기여를 하였다(Martell et al., 2010).

Lewinsohn(1974)의 이론은 Ferster가 제안한 이론과 상당 부분 일치하는데, Lewinsohn도 우울증 환자의 긍정적 강화가 부재된 점을 강조하며 반응의 수반성(response contingent)과 부족한 사회적 기술(inadequate social skill)을 중요하게 다뤘다. 반응 수반성은 개인의 행동에 따라 강화 여부가 좌우되는 것을 말하는데, 우울증 환자는 이러한 ‘반응 수반적 긍정적 강화(response-contingent positive reinforcement)’의 비율이 낮거나 혹은 이것이 부재하여 초래된 결과라고 개념화 하였다. 이처럼 자신의 행동에 대한 긍정적 강화가 낮거나 부재할 경우 삶 속에서 보상을 유발하는 긍정적인 행동들을 하지 않게 되고, 그 결과 우울감이 유발 또는 지속된다고 설명하였다(Hale & Spates, 2015; Martell et al., 2010). 이를 기반으로 Lewinsohn과 동료들(1974; Lewinsohn, Biglan, & Zeiss, 1976)은 치료법에 활동 계획하기(activity scheduling)와 주간 활동 모니터링(weekly activity monitoring)을 처음으로 도입하고 유쾌한 사건 스케줄(Pleasant Event Schedule; PES)을 개발하였다. Lewinsohn과 동료들의 매뉴얼은 환경 내에서 결핍된 긍정적 강화를 경험하게 하기 위해 활동 계획하기를 주로 사용하도록 권장하였으며, 긍정적 강화를 획득하고 유지하기 위한 기술을 가르치기 위해 사회 기술 훈련을

하도록 하였다(Kanter, Manos, Bowe, Baruch, Busch, & Rusch, 2010). 이로 볼 때, Lewinsohn은 Ferster의 이론에 뿌리를 두면서 이를 확장하여 우울증에 적합한 행동 치료 기법과 도구를 개발했다는 점에서 행동활성화 발전에 큰 공헌을 하였다고 볼 수 있다(Martell et al., 2010).

Beck(1979)은 우울증에 대한 인지치료(CT) 매뉴얼에 행동 활성화 전략을 포함하는 시도를 하였다. Beck은 비합리적인 특정 신념의 교정을 시도하기 전에 활성화를 먼저 시작해야 하며, 특히 심한 우울증 환자의 치료에서는 활성화를 더욱 먼저 시작해야 한다고 명시하였다. 무엇보다, Lewinsohn의 활동 모니터링과 계획하기를 그대로 가져와 어떤 활동이 즐거움이나 성취감을 주었는지 기록하도록 하였으며, 치료 전반에 걸쳐 환자의 인지를 탐색하고 평가하는데 적절하게 통합하였다. 한편으로는 이 같은 활동 모니터링과 계획하기를 인지치료의 보조 기법으로만 사용하여 기존의 연구자들이 발전시킨 행동치료적 접근을 퇴색시켰다는 지적을 받기도 했지만, 행동활성화 치료의 구조화와 핵심 전략의 형식을 갖추게 하고 임상에서 널리 활용될 수 있도록 하여 그 가치를 더 발전시켰다 (Kanter, Bush, & Rusch, 2009; Martell et al., 2010).

마지막으로, Martell과 그의 동료들(2001, 2010)은 행동활성화 기법에 우울증에서의 회피의 중요성을 강조한 Ferster(1973)의 제안을 통합하였다. 이 기법은 간결한 행동활성화 전략과 더불어, 회피를 인식하고 극복하는 기법까지 포함하였으며 다른 기법들을 통합할 가능성을 열어두는 유연한 치료적 기법이 중요하다고 강조하였다(Kanter, Bush, & Rusch, 2009). Ferster(1973)의 설명대로 어떤 사건(Trigger) 때문에 환자가 혐오적 반응(Reponse)인 우울감, 무력감이 촉발되며, 그 결과 아무것도 하지 않기, 직장 결근하기와 같은 회피적 행동 양상(Avoidance Pattern)을 나타냄을 강조하고, 이를 변화시키기 위해서는 회피행동 대신 건설적인

대안적 대처방식(Alternative Coping)을 학습하도록 돋는 것이 필요하다는 TRAP/TRAC 모델을 제안하였다. 즉, 회피 행동을 통해 문제를 해결하거나 보상 및 강화물에 접촉할 기회를 잊게 되어 결국 우울감의 강도와 빈도가 더욱 증가되는 회피행동과 우울감의 악순환적 고리가 형성됨을 제안하고(Kanter, Bush, & Rusch, 2009; Martell et al., 2010), 이러한 이론적 토대를 바탕으로 Martell과 동료들은 치료 매뉴얼을 개발하여 현재 까지 다양한 현장에서 널리 활용되고 있다. 그 밖에, Lejuez와 그의 동료들은 ‘우울증에 대한 간략한 행동활성화 치료(Brief Behavioral Activation Treatment for Depression: BATD)’ (Lejuez, Hopko, & Hopko, 2001, 2002)를 개발하였다. 이들은 활동 모니터링과 계획하기로만 이루어진 간략한 형식의 활성화 기법을 활용하였으며, Martell의 매뉴얼과는 달리 회피를 다루는 특정 기법은 제공하지 않는다.

### 3. 행동활성화(BA)의 핵심 치료 기법

Kanter와 그의 동료들(2010)은 행동활성화 치료의 효과 검증 연구들을 체계적인 절차를 통해서 리뷰하였다. 그 결과 6개의 치료 매뉴얼을 확인하였고 8개의 핵심 치료 기법을 추출하였다. 그 기법들이 치료 과정에서 어떻게 적용될 수 있는지에 따라 분류하였는데, 치료 초기에 이루어지는 평가 기법들(활동 모니터링과 가치 평가), 그 후에 이뤄지는 활성화 기법(활동 계획하기와 회피 행동 다루기), 그리고 치료 후기에서는 활성화를 완성하기 위한 다양한 기법들로 진행된다. 8개의 치료 기법은 활동 모니터링(activity monitoring), 수반성 관리(contingency management), 가치 및 목표 평가(values and goals assessment), 활동 계획하기 (activity scheduling), 생각하는 행동 다루기(procedures targeting

verbal behavior), 회피행동 다루기(procedures targeting avoidance), 기술훈련.skills training), 이완훈련(relaxing)이다. 본 연구에서는 최근에 개발되고 가장 많이 활용되고 있는 Martell 등(2001, 2010)의 매뉴얼을 참고로 치료 회기를 구성하였는데, 이 매뉴얼에서 다루지 않는 이완훈련을 제외한 7개의 기법들을 살펴보고자 한다.

### 1) 활동 모니터링(Activity monitoring)

매일의 활동을 모니터링 하는 것은 Kanter 등(2010)이 리뷰한 거의 모든 매뉴얼에 포함되어 있을 정도로 치료에 가장 기본이 되는 기법이다. 활동 모니터링은 한 주 동안 매일 자신이 참여했던 활동에 대해 기록하는 것으로 다양한 방법으로 기록할 수 있다(예, 매시간 단위 모니터링, 하루 동안 일정 시간 나누어 모니터링, 특정 시간만 선택하여 모니터링). 이와 함께 활동할 때 경험한 기분이나 느낌, 그러한 기분의 강도에 대해서 기록한다. 구체적으로 즐거움이나 성취감을 느꼈는지의 여부도 기록할 수 있다.

이러한 활동 모니터링은 두 가지 기능을 한다. 첫째, 환자의 기저 활동 수준과 이와 관련된 기분 사이의 정보를 얻어 특정 활동 과제를 알아내기 위함이다. 즉, 모니터링 기록지에 표시되어 있는 활동과 기분 변화를 확인함으로써 기분을 우울하게 하거나 좋게 만드는 활동을 알아내는 것이다. 둘째, 활동과 기분 사이에 유의미한 관계가 있다는 치료 원리를 환자에게 증명하기 위함이다. 자신의 행동에 따라 기분이 어떻게 달라지는지 인식하는 것도 활동 계획을 수립하는데 도움이 된다. 이를 통해 자신의 기분을 바꾸기 위해서는 행동을 바꿔야 한다는 것을 직접 깨닫게 되는 것이다. 이러한 모니터링을 치료자와 환자가 같이 매 회기 검토하며 치료

목표를 설정하는데 이용할 수 있다.

활동 모니터링 그 자체는 행동 변화에 대한 개입으로 개념화되지 않는다. 그보다는 행동 변화를 지지하기 위한 평가 도구이며 필수적인 촉진제의 역할을 하는 것으로 보인다. 그럼에도 불구하고 활동 모니터링 그 자체로 치료에 긍정적인 영향을 줄 수 있다고 설명하는 연구결과들이 있다. 단독 기법으로 활동 모니터링은 흡연, 폭식 및 반추적 사고를 포함하는 문제 행동을 감소시키고(Fredrickson, 1975; Latner & Wilson, 2002; McFall, 1970), 인지행동치료에서 인지 재구조화를 성공적으로 촉진시켰으며(Hiebert & Fox, 1981; Rapee, Craske, & Barlow, 1990), 우울 증상을 감소시키고 활동을 증가시키는 것으로 알려졌다(Harmon, Nelson, & Hayes, 1980; O'Hara & Rehm, 1979; Reaven & Peterson, 1985).

## 2) 가치 및 목표 평가(Assessment of goals and values)

행동활성화는 단기간에 진행되는 목표지향적인 치료이기 때문에 치료 초기에 목표를 정하는 것이 중요하다. 특히, 목표와 가치 평가는 활동 과정을 결정하는데 안내하는 역할을 한다. 즉, 어떤 활동을 활성화할지 선택할 때 자기 삶의 가치와 목표를 살펴보고 이에 맞는 특정한 활동을 결정하여 활성화하도록 돋는 것이다. Lejuez(2001) 등이 개발한 우울증에 대한 간략한 행동활성화 치료(BATD)에서는 수용전념치료(ACT)에서 사용하는 가치 평가를 다루고 있으며, 그 외 최근 행동활성화 치료자들도 수용 전념치료(ACT)의 가치 작업을 치료에 통합하고 있다(Gayner & Harris, 2008; Houghton, Curran, & Saxon, 2008; Kanter et al., 2009; Uebelacker, Weisberg, Haggarty, & Miller, 2009; Veale, 2008).

간단하고 구조화된 가치 평가 프로토콜에서는 10개의 가치 영역이 제시

되고(예, 가족 관계, 커플/부부관계, 자녀 양육, 사회적 관계, 직업, 교육/학습, 휴식/여가 생활, 신체/건강, 영적 문제, 사회참여), 그 영역에서 ‘자신이 중요하게 여기는 것이 무엇인지, 자신의 삶에서 어떻게 실현되길 바라는지’를 기록한다. 이렇게 각각의 영역에서 자신이 가치를 두는 핵심 내용을 적고 그것이 자신에게 얼마나 중요한지 중요도를 평가한다. 아울러, 그 가치를 실제 생활에서 실현하기 위한 구체적인 활동을 적고 우선순위에 따라 이를 활동 과제로 선정하게 된다(예, 가족 관계 영역> 가치: 좋은 아빠 되기, 구체적인 활동: 자녀와 더 많은 시간을 보내기). 이러한 가치와 목표 탐색을 통해 치료자는 환자가 살고 싶어 하는 삶에 대해 이해해 나갈 수 있으며, 개개인에게 특화된 치료 목표를 설정할 수 있게 된다.

### 3) 활동 계획하기(Activity scheduling)

활동 계획하기는 우울증에 대한 행동치료의 대표적인 특징으로 꼽히며 모든 행동활성화 매뉴얼에 포함되어 있다(이가영 등 2016). Lejuez 등 (2001)의 우울증을 위한 간략한 행동활성화(BATD)는 환자의 가치에 따른 활동 계획하기를 강조하였으며, Martell 등(2001)의 행동활성화에서는 회피 행동의 기능 분석(functional analysis)에 기초해 회피와 반추에 대한 대안적 행동을 계획하는 것을 강조하였다.

특히, Martell 등(2001)의 행동활성화에서는 Beck 등(1979)의 인지치료에서 강조한 점진적인 과제 할당(graded task assignment) 방법을 중요하게 활용하였다. 이 방법은 가장 단순한 요소에서 시작하여 복잡성과 난이도를 점진적으로 높여 가는 단계적 방식으로 활동 과제를 결정하는 것을 말하는데, 이를 통해 환자가 아무 것도 하고 싶지 않은 우울하고 무

기력한 상태에서 활동을 시도하려고 할 때 초기의 수행 성공 확률을 높일 수 있다. 만약 초기 단계의 활동이 너무 어려워 수행에 실패했을 때 실패 경험이 처벌로 작용하는 것을 방지하고, 과제 수행 성공이 긍정적 보상으로 인식될 수 있도록 해준다. 이를 위해서는 환자와 치료자가 같이 기저 선에서의 활동 자료들(활동 모니터링, 가치 및 목표 평가지)을 충분히 검토하여 현실적으로 실제 수행 가능한 가장 낮은 수준의 활동을 시작점으로 설정하게 된다. 이와 더불어, 계획한 활동을 미리 언어적 또는 심상적으로 시연(rehearsal)해보게 함으로써 과제 완수의 장애물을 파악하고 성공률을 극대화 하도록 하였으며, Lejuez 등(2001)의 간략한 행동활성화(BATD)에서는 환자와 치료자가 활동 위계(hierarchy)를 만드는 매우 구조화된 방식의 프로토콜을 사용하여 점진적인 과제 할당을 수행하였다.

활동 계획은 환자가 목표 행동을 더 많이 달성할 수 있도록 하는 촉진제 역할을 하며, 과제로 주어지게 된다. 과제를 위해 구체적으로 무엇을, 언제, 어디서, 어떻게 할 것인지의 세부사항을 정한다. 즉, 계획한 활동을 수행할 구체적인 날짜와 시간, 장소를 명시해야 하며, 이를 위한 전략을 함께 논의한다.

종합해보면, 행동활성화에서 가장 특징적인 활동 계획하기는 작은 일부터 시작하는 것을 무엇보다 강조한다. 많은 환자들은 치료에서 실제로 작은 활동만으로는 충분치 않으며 뭔가 더 크고 그럴싸한 행동을 해야 한다고 생각할 수 있다. 그러나 실제 사람들은 우울할 때 아주 작은 일조차 하기 힘들어 하고 해야 할 일들에 부담감과 중압감을 느끼는 경우가 많기 때문에, 작고 낮은 단계의 활동부터 시작하는 것이 필요하다. 이에 점진적인 과제 활동을 세부적으로 구성하는 것은 우울증 환자에 대한 행동활성화에서 매우 중요한 부분을 차지한다.

#### 4) 기술 훈련(Skills training)

일반적으로 기술 훈련은 환자가 효과적인 행동에 어떻게 참여해야 될지 모를 때 사용된다. 기술 훈련은 환경에서 강화받길 바라는 행동을 드러내는 능력이 부족한 환자들에게 제안된다. 행동활성화에서 사회기술 훈련은 전형적으로 모델링, 역할연기, 자기주장 훈련, 대인관계 및 의사소통 기술 훈련 등을 포함한다.

여러 버전의 행동활성화 매뉴얼에서는 중대한 삶의 결정 뿐 아니라 매일의 의사결정과 문제해결 기술에 결함이 있는 환자들을 대상으로 한 문제 해결 구성요소를 포함하고 있다(Gallagher & Thompson, 1982; McLean & Hakstian, 1979). 이러한 개입들은 형태가 다양하긴 하지만, 일반적으로 구조화된 문제해결 순서를 가르친다. 예를 들어, Nezu 등(1989)은 5가지 과정을 제안하였다. (1) 문제를 명확하게 기술하기 (2) 문제에 대한 대안적인 해결책을 자유롭게 생각해내기(brainstorm) (3) 대안들을 평가하기 (4) 선택된 대안을 시행하기 위해 필요한 행동의 단계들을 확인하기 (5) 대안 해결책을 시행하고 평가하기이다. Martell 등(2001)의 매뉴얼에서는 단계별 절차를 적용하지 않지만, 치료자들은 환자들이 구체적인 목표를 명료하게 기술하고, 각 목표를 달성하기 위한 단계들을 결정하고, 단계 별로 성취하며, 그 결과를 관찰한 후, 필요한 경우 대안 행동을 확인하고 수행하도록 한다.

#### 5) 수반성 관리(Contingency management)

수반성 관리의 절차는 증가된 행동이 처벌받거나, 무시되거나 강화 받지 못하는 상황들, 또는 문제 행동이 환경 내의 정적 혹은 부적 강화물에

의해 유지되는 경우를 다루기 위해 사용된다. 본질적으로 환경에서 나온 결과가 문제가 되며 향상된 행동을 지지하기 위해서는 환경을 재정비할 필요가 있다고 본다. Lejuez 등(2001)의 간략한 행동활성화(BATD)에서는 목표를 달성하는 경우(활동 과제 완수 시) 매주 스스로 보상을 주도록 (self-administer rewards) 지시한다. Martell 등(2001)의 매뉴얼에서도 강화가 되지 않는 활동 과제를 완수하였을 때 스스로 보상을 주도록 하였다(예를 들어, 까다로운 상사에게 좀 더 확실하게 자기주장을 한 후 맛있는 식사를 하러 가기, 일주일에 3번 30분씩 영어 공부 후 달콤한 음료 마시기 등의 자기 보상). 뿐만 아니라 목표 행동을 강화하기 위해 주변 사람들과 행동 계약서를 작성하기도 하는데, 이 같이 우울 행동의 빈도를 감소시키기 위해 행동 계약을 사용하는 것이 경험적으로 지지되었다 (Houmanfar, Maglieri, & Roman, 2003).

#### 6) 생각하는 행동 다루기(Procedures targeting verbal behavior)

생각하는 행동(언어적 행동, verbal behavior)은 곁으로 외현화 되어 나타나지 않고 내적으로 나타나지만 관찰이 가능하다는 점에서 행동으로 간주될 수 있다(이가영 등, 2016). 다양한 행동활성화 버전들은 생각하는 행동을 타겟으로 하는 방법들을 포함하고 있으며(Lewinsohn et al., 1976; Lewinsohn et al., 1978; Martell et al., 2001; McLean, 1976), 상당히 다양한 기술들을 채택하고 있다. 이 방법들은 인지 내용을 재구조화 하는 것이 아니라 부정적인 생각의 빈도를 감소시키고 긍정적인 생각의 빈도를 증가시키는 발생 빈도에 직접적으로 초점을 맞춘다는 점에서 인지치료(CT)와 분명한 차이가 있다.

특히, Martell 등(2001)의 매뉴얼은 반추를 행동의 형태로 간주하고 기

능 분석을 시도하는데 초점을 맞춘다. 치료자는 환자와 함께 반추 이전에 일어난 선행 사건과 그 결과, 그리고 이것이 일어난 상황적 맥락을 검토함으로써 반추에 빠져드는 과정을 강조한다. 즉, 어떤 상황에서 반추에 빠져드는지 알아보는 것, 그리고 반추에 몰두함으로써 정작 현실에 에너지를 쏟으며 즐기거나 성취하지 못하게 되어 우울감이 더욱 심화되고 실제 생활의 문제도 더욱 악화된다는 결과를 깨닫게 하는 것이다. 이러한 관점에서 반추를 일시적으로 괴로운 감정이나 사건들에서 벗어나게 해주는 부적 강화의 형태인 회피 행동으로 간주했다. 따라서 이 매뉴얼에서는 반추에 대한 전략으로 (1) 반추의 결과 강조하기, (2) 문제 해결, (3) 감각 경험에 주의를 기울이기, (4) 과제에 다시 집중하기, (5) 반추 사고로부터 주의를 전환하기를 사용한다.

## 7) 회피행동 다루기(Procedures targeting avoidance)

우울증에서 회피 행동은 우울감에 대처하기 위한 수단이 된다. 우울해지면 그 전에 참여했던 활동들에 더 이상 참여하지 않게 되면서 사회적으로 위축되고 철회되어 집에만, 침대에만 머물려 하게 된다. 이 같은 회피 행동으로 인해 괴로운 감정이나 상황에서 벗어나게 되어 일시적으로 우울감이 완화되면서 이 같은 행동이 강화된다. 그러나 장기적으로는 고립된 생활 속에서 문제를 해결하거나 내 자신과 상황을 변화시킬 기회를 잃게 되어 긍정적 강화에 대한 접근이 줄어들고 처벌의 경험만 늘어나게 되면서 더욱 우울감이 악화되는 악순환에 빠지게 된다.

Martell과 동료들(2001, 2010)은 회피 행동에 초점을 맞추고 교정하는 것을 행동활성화 치료의 중요한 요소로 보았다. 치료자는 회피가 언제 나타나고 어떻게 유지되는지, 그 행동이 일어나는 상황과 행동에 따른 결과

를 확인하는 기능 분석을 시도하고 회피 행동의 변화를 어렵게 만드는, 그리고 회피를 강화시키는 요인을 확인한다. 이를 통해 환자는 자신의 회피 행동이 어떻게 기능하여 우울감을 악화시키는지 스스로 인식하게 되며, 회피하려는 상황에서 대안적인 대처 행동을 고안하여 활성화 하는 개입을 시도하게 된다. 이러한 과정에서 환자들은 “기분이 아니라 목표에 따라 행동하기” 와 “밖에서부터 안으로(outside-in)” 행동하는 접근에 대해 학습하게 된다. 여기서 ‘밖’은 환자의 외부 행동, ‘안’은 환자의 내적 동기와 기분을 말한다. 즉, 환자의 기분이 좋아지거나 행동에 대한 동기가 부여될 때까지 기다리면 끝없는 악순환 속에 남게 된다는 전제 하에, 환자의 행동 변화에 대한 동기가 내부에서 나오길 기다리는 대신 환자의 행동에 의해 내적 동기나 기분이 유발되도록 돋는 것이 더 중요하다는 원리이다. 이러한 접근을 촉진하기 위해 활동 계획하기가 활용된다.

비록 나머지 행동활성화 매뉴얼들이 회피 행동을 직접적인 목표로 삼고 있지는 않지만, '밖에서부터 안으로'의 활동을 촉진하는 것을 활동 계획하기의 기본 전제로 삼고 전략으로 활용하고 있다(Hopko, Lejuez, Ruggiero, & Eifert, 2003).

#### 4. 행동활성화(BA) 치료의 효과

지난 40년 간 우울증 치료에서 가장 많은 연구가 이뤄졌던 대표적인 치료는 인지치료(Cognitive Therapy: CT)이다. 심리치료의 대중적 기법으로 수많은 연구를 통해 효과가 입증되고 임상 현장에서 오랫동안 사용되었지만, 그것이 어떻게 작용하는지에 대한 인지적 기제는 충분히 밝혀지지 않았다는 문제점이 제기되어왔다(Forman, Herbert, Morita, Yeomans, & Geller, 2007; Martell, Dimidjian, & Herman-Dunn, 2010; 김혜은,

2013). 이러한 가운데 Jacobson, Dobson, Truax, Addis, Koerner, Gollan, & Prince(1996)는 인지치료의 유효성분을 확인하고 행동치료전략 기법만으로도 인지치료의 효과를 충분히 설명할 수 있는지 알아보기 위해 성분 분석(component analysis) 연구를 실시하였다. 150명의 성인 우울증 환자를 대상으로 ① 행동활성화 단독 집단, ② 행동활성화에 자동적 사고에 대한 인지 재구조화를 추가한 집단, ③ 행동활성화에 자동적 사고 및 핵심 신념에 대한 인지 재구조화를 모두 포함한 인지행동치료 치료집단에 무작위로 할당하였다. 그 결과 급성기 치료 효과 평가와 2년간의 재발 방지를 위한 추적 관찰에서 세 집단 간 유의한 차이가 없는 것으로 밝혀졌다. 이는 단순한 행동활성화 단독 치료만으로도 인지행동치료 전체 패키지만큼의 효과를 나타낼 정도로 충분하다는 의미로, 학계에서 큰 파장을 불러일으키게 되었다. 일부 이를 수용하지 않는 연구자들도 있었지만, 이 연구를 통해 궁극적으로 우울증 치료에서 행동 치료적 접근의 중요성에 대해 다시 조명해 보는 계기가 마련되었으며 행동활성화 연구자들은 세 가지 치료 요소가 동일한 효과를 낸다면 가장 간략하고 손쉬운 개입을 사용할 것을 제안하였다.

한편, Jacobson(1996)의 성분 분석 결과 이후 심리치료의 특정 요소에 관해서 더 많은 의문이 제기되었다. 이를 검증하기 위해 Ahn과 Wampold(2001)은 1970년~1998년까지 실시된 심리치료 성분분석에 대한 메타분석을 실시하였는데, 특정 치료 요소가 그 성분을 제거한 같은 치료 보다 더 높은 효과를 보이는지 검증하기 위해 그 요소를 제거하는 방법을 시도하여 비교하였다. 그 결과 집단 간의 효과 크기가 동등한 것으로 나타나면서 효과적인 성분을 제거하거나 추가하는 것이 치료에 이득을 주는 것은 아니라는 결론을 내리게 되었다. 그 이후 Bell, Marcus와 Goodlad(2013)은 위의 연구를 확장한 연구를 실시하였다. 1980년~2010

년까지의 심리치료 연구를 비교하는 메타분석을 실시하였으며, 특정 요소를 추가하거나 제거하는 설계를 각각 검증하였다. 그 결과도 역시 Ahn과 Wampold(2001)와 유사하게 완전한 치료와 특정 요소를 제거 또는 추가한 치료 간의 유의한 차이가 거의 없는 것으로 나타났다. 이러한 결과들에 대해 Wampold과 Imel(2015)는 심리 치료의 효과를 증가시키는 특정한 치료 요소는 없다는 결론을 내리게 되었다. 이는 Jacobson(1996)의 결과와는 일치하지 않는 것으로, 현재까지 심리치료의 유효 성분을 밝히려는 시도는 논란의 여지가 있는 것으로 보인다.

그러나 이 같은 성분분석 연구에 힘입어 행동활성화의 치료 효과 검증을 위한 연구가 계속 진행되었다. 그 중에서도 Dimidjian과 그의 동료들(2006)은 Jacobson(1996)의 성분분석 연구의 제한점들을 보완하고자 241명의 성인 급성기 우울증 환자를 대상으로 행동활성화 치료 효과를 인지치료, 항우울제 치료 그리고 위약 대조군과 비교한 대규모 연구를 실시하였다. 그 결과 모든 치료법은 경도 우울증 환자에게 효과적이었는데, 특히 행동활성화 치료는 전통적으로 치료하기 어려운 중등도에서 심한 수준에 해당하는 우울증 환자들에게 매우 효과적이었으며, 인지치료보다 우수한 성과를 보였고 항우울제 치료와 동등하게 효과적이었다. 이 연구와 동일한 집단을 대상으로 Dobson 등(2008)은 행동활성화의 지속적인 효과를 알아보고자 치료 종결 후의 결과를 관찰 및 비교하였다(Dobson, Hollon, Dimidjian, Schmaling, Kohlengerg, Gallop, & Jacobson, 2008). 그 결과 치료 종결 후 1년 동안 행동활성화와 인지치료 집단 모두 항우울제 치료 집단에 비해 치료 효과 및 재발 방지가 유의하게 유지되고 있었으며, 항우울제 치료집단에서 약물 중단 후 재발하는 비율이 행동활성화 치료나 인지치료를 받은 환자들보다 더 높은 것으로 나타났다. 따라서 모든 것을 고려했을 때 이 연구에서 행동활성화 치료가 우울증에 대한 기존의 치료

적 개입들에 비해 부족하지 않고 오히려 가장 우월한 치료법일 수 있다는 것이 밝혀졌으며, 이러한 결과들은 학계에서 큰 주목을 받게 되었다. 이에 힘입어 이와 일치된 후속 연구결과들이 계속 발표되었다(Cuijpers, Van Straten, & Warmerdam, 2007; Dimidjian, Barrera, Martell, Munoz, & Lewinshon, 2011; Ekers, Webster, Van Straten, Cuijpers, Richards, & Gilbody, 2014; Mazzucchelli, Kane, & Rees, 2009). 이를 바탕으로 미국 심리학회(American Psychological Association, APA)에서는 행동활성화를 우울증에 대한 경험적으로 지지되는 치료(Empirically Supported Therapy, EST)에 해당하는 12개의 치료 중 하나로 선정하였으며, 강력한 연구 근거(strong research support)가 있다고 명시하였다.

미국 외의 다른 나라에서도 행동활성화 치료의 효과성을 입증하고 있다. 라틴아메리카(Collado, Castillo, Maero, Lejuez, & MacPherson, 2014; Kanter, Santiago-Rivera, Rusch, Busch, & West, 2010, 2015; Santiago-Rivera, Kanter, Benson, Deroose, Illes, & Reyes, 2008), 호주(Wallis, Roeger, Milan, Walmsley, & Allison, 2012), 스웨덴(Freij & Masri, 2008), 이란(Moradveisi, Huibers, Renner, Arasteh, & Arntz, 2013), 그리고 영국(O'Mahen, Richards, Woodford, Wilkinson, McGinley, Taylor, et al., 2014) 집단을 대상으로 연구가 진행되었으며, 캐나다의 정신의학회와 정신치료를 위한 네트워크에서는 행동활성화를 우울증에 대한 2선 치료(second-line therapy)로 제시하였고(Parikh, Segal, Grigoriadis, Ravindran, Kennedy, Lam, & Pattern, 2009), 스코틀랜드의 국립건강서비스에서는 행동활성화 치료를 성인 우울증에 대한 인지행동치료 및 대인관계치료와 함께 1선 치료로 권고하고 있다(SIGN, 2010). 이 같은 연구들을 통해 다양한 문화권의 환자들과 집단에서 활용되고 있음이 밝혀졌으며, 다양한 연령대인 청소년과 노인에게 활용될 수

있는 치료 프로토콜도 개발 중이다(Martell et al., 2010)

이에서 더 나아가 우울증 이외의 다양한 정신장애를 대상으로도 행동활성화 치료의 효과가 지지되고 있다. 불안 관련 장애(Chen, Liu, Rapee, & Pillay, 2013; Hopko, Robertson, & Lejuez, 2006), 경계선 성격 장애(Hopko, Sanchez, Hopko, Dvir, & Lejuez, 2003), 섭식 관련 장애(Pagoto, Bodenlos, Schneider, Olendzki, Spates, & Ma, 2008), 조현병(Maris, Lovell, Campbell, & Keely, 2011), 양극성 장애(Weinstock, Melvin, Munroe, & Miller, 2016), 외상 후 스트레스 장애(Plagge, Lu, Lovejoy, Karl, & Dobscha, 2013), 병리적 애도 반응(Papa, Sewell, Garrison-Diehn, & Rummel, 2013)에도 행동활성화 치료 기법을 적용하거나 활용한 연구들이 속속 진행되면서 행동활성화 치료의 연구가 더욱 확장되고 있다.

## 5. 행동활성화(BA) 치료의 기제 변인

위에서 기술한 많은 연구들은 행동활성화 치료의 개입이 우울증에 효과를 나타내는지를 입증하는데 주력해 왔다. 그러나 아직까지 어떤 요소와 변인이 영향을 미쳐 치료 효과를 나타내는지 그 변화의 매커니즘에 대해서는 정확히 밝혀진 바가 없다(Martell et al., 2010; Martell & Kanter, 2011; Nasrin, Rimes, Reinecke, Rinck & Barnhoger, 2017; Santos, Rae, Nagy, Manbeck, Hurtado, West, et al., 2017; Takagaki, Okamoto, Jinnin, Mori, Nishiyama, Yamamura, et al., 2016). 그동안 많은 연구들은 행동활성화 치료의 나아갈 방향에 대해 제시하면서 치료 기제 연구에 대한 필요성을 역설하였다(e.g. 이가영 등, 2016; Hollon, 2001; Kanter, Bush, & Rusch, 2009; Kanter et al., 2010; Martell &

Kanter, 2011; Martell et al., 2010). 이에 발맞추어 최근 들어 치료의 매개 변인과 효과에 대한 연구들이 조금씩 시작되는 추세이다.

이를 살펴보면, Nasrin과 동료들(2017)는 행동활성화 치료의 효과를 이끄는 잠재적인 인지 기제 변인으로 접근/회피 경향을 상정하고 40명의 주요우울증 환자들을 대상으로 매개 효과를 살펴보았다. 그 결과 통제집단에 비해 우울 증상이 유의하게 감소하고 활성화가 유의하게 증가하였으며, 효과의 크기는 작았지만 접근/회피 경향의 매개 효과가 검증되었다. 그러나 추가로 살펴본 인지적 회피(cognitive avoidance)의 매개 효과는 유의하지 않았는데, 이에 대해 행동활성화의 효과로 인지가 변화되는 데는 1회기 보다 더 많은 시간이 걸리기 때문이라고 설명하였다. 이처럼 이 연구에서는 치료를 단 1 회기만 실시하였기 때문에 효과와 매개 검증이 충분치 않았을 것으로 생각되므로, 표준 매뉴얼에서 권고하는 치료 회기를 시행한 후 분석해야 할 필요가 있다.

또 다른 연구로 Takagaki 등(2016)은 행동활성화와 우울증의 변화를 매개하는 변인으로 긍정적 강화를 제시하고 분석하였다. 준임상 집단인 61명의 대학교 신입생들을 대상으로 5회기의 치료를 수행한 후, 치료 전과 후를 비교한 결과 강화의 변화가 활성화와 우울 증상을 유의하게 매개하는 것으로 나타났다. 그러나 이 연구 역시 5회기의 치료만 시행되었으며 경미한 우울감을 경험하는 대학생만을 대상으로 하여 일반화의 제한이 있다.

이와 같이 그나마 이뤄진 매개 효과에 대한 연구마저도 적은 치료 회기와 집단의 일반화 같은 제한점이 존재하기 때문에 이를 보완한 후속 연구의 필요성이 꾸준히 제기되고 있다. 특히, 기준에 알려진 우울증의 정신 병리에 대한 개념적 이해와 관련된 변인을 바탕으로 다양한 잠재적 매개 요인을 검토하고 밝힐 필요가 있는데(이가영 등, 2016), 이 같은 우울증

의 정신병리와 관련된 변인 중 우울증 치료의 가장 핵심적이고 결정적인 요소로 알려진 것은 바로 인지적 기제이다.

그 중에서도 자동적 사고는 우울증과 가장 관련이 깊은 인지 변인으로 오랫동안 연구되어 왔다. 자동적 사고란 어떠한 자극이나 사건을 경험할 때 자신이 의도하지 않아도 자동적으로 떠올리게 되는 사고를 말한다 (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 2005). 어떤 사건을 경험할 때 그 사건 자체보다 이에 대한 부정적인 해석이 우울감을 유발한다고 보았으며, 이 같은 자동적 사고는 많은 연구들에서 우울에 직접적으로 영향을 미치는 일차적인 핵심 요인으로 지목되었다(김은진, 2015; 안석환, 2009; Spence & Reinecke, 2003). 한편, 부정적 내용의 자동적 사고뿐 아니라 긍정적인 자동적 사고 역시 우울에 중요한 역할을 한다는 연구 결과들도 꾸준히 증가하고 있다. 즉, 긍정적 자동적 사고의 부재로 인해 우울감이 유발될 수 있다고 보았으며, 긍정적 자동적 사고를 많이 하는 사람은 생활 스트레스가 많아져도 우울한 기분을 적게 경험하는 것으로 나타났다(Bruch, 1997; Lightsey, 1994; 1999).

무엇보다, 사람들이 가지고 있는 부정적/긍정적인 표상과 사고는 대체로 과거에 경험했던 중요한 주변 사람들과의 상호작용 및 사건들에 의해 점차 견고해진 것으로 알려져 있다. 특히, 자동적 사고는 순간적, 일시적이며 상황에 따라 변화하는 상태의존적인 인지로 특징지어진다(조용래, 1999; Kwon & Oei, 1992; 김은진, 2015 재인용). 따라서 자동적 사고는 과거 경험을 통해 형성되었지만 심리치료를 통해 변화가 가능하고 충분히 다루어질 수 있는 인지 과정으로 생각된다.

이러한 결과들로 살펴 볼 때, 부정적 자동적 사고가 우울에 중요한 인지 변인이며 긍정적 자동적 사고 역시 중요한 역할을 할 가능성성이 있다. 이에 본 연구에서도 우울증의 정신병리와 가장 관련이 깊다고 다수 연구

들을 통해 경험적으로 입증된 부정적, 긍정적 자동적 사고를 치료 변화의 기제 변인으로 상정하였으며, 우울 및 행동활성화와의 관계에 대한 선행 연구를 고찰하고자 한다.

### 1) 부정적 자동적 사고

Beck(1976)은 우울증의 발생과 유지에 관련된 가설을 제시하면서 개인의 실제 경험과 이에 대한 정서 반응 사이에 도식적 해석(schematic interpretation)이 매개하며 이 과정이 자동적으로 이뤄진다고 주장하였다. 이를 토대로 우울한 사람들이 가지는 자신, 세상 및 미래에 대한 부정적인 사고가 우울감에 영향을 준다는 이론이 오랫동안 지지받아 왔다. 그 이후 진행된 많은 연구들 역시 우울증에 대한 부정적 사고의 중요성을 확인하였다. 우울한 사람들은 부정적인 자기 판단과 관련된 사고 패턴을 보이며, 자신과 주변의 부정적인 정보에 대해 선택적인 주의 편향을 보인다는 연구 결과들이 다수 존재한다(Bar-Haim, Lamy, Pergamin, Bakermans-Kranenburg, & vanIjzendoorn, 2007; Joormann, 2010; Mineka, Rafaeli, & Yovel, 2002; Mogg & Bradley, 2005; Teasdale, 1988). 우울한 사람은 자신이 경험하는 부정적 사건에 더 초점을 맞추고 긍정적인 측면에는 주의를 덜 기울이는 경향이 있다고 보고하고 있으며 (Segal, William & Teasdale, 2002), 해석 과정에 있어서도 우울한 사람들은 자동적으로 부정적인 해석 편향이 일어나고 모호한 시나리오에 대해서도 부정적인 평가를 하는 것으로 나타났다(Mathews & MacLeod, 2005). 우울한 사람들에게는 이 같은 부정적인 자기-관련 사고가 자리하고 있으며, 부정적인 사고 경향이 습관화 되어 있어 사소한 자극에도 부정적인 사고가 촉발된다고 보았다(Ingram, 1984, 1990; Kendall & Ingram,

1987).

국내 연구에서도 부정적 자동적 사고가 우울에 미치는 영향력이 크고 상관이 높은 것으로 밝혀졌으며(김남재, 2002; 안석환, 2009; 하은혜, 송동호, 2005), 마음챙김, 인지적 탈융합, 수용전념 치료 등 여러 치료적 개입의 결과 및 과정 변인으로 지목되어 사고의 변화가 나타나는 것으로 입증되었다(김은진, 2015; 김혜은, 2013; 한아람, 2017).

이와 관련하여 Gollan, Hoxha, Hunnicutt-Ferguson, Norris, Rosebrock, Sankin과 Cacioppo(2016)은 인지 편향과 행동활성화 치료 반응과의 관계를 처음으로 살펴보았다. 41명의 우울증 환자들을 대상으로 16주의 치료를 진행하였으며, 사전, 중간, 사후 시점에 부정, 중립 및 긍정 정보에 대한 반응을 측정하여 기저에 가지고 있던 인지 편향이 치료 반응에 어떻게 영향을 미치는지 살펴보았다. 그 결과 치료 전 부정적 편향이 높았던 환자들이 치료에 더 잘 반응했으며, 부정적 심상에 대한 더 높은 반응성이 행동활성화 치료 반응을 예측했던 이전의 결과(Dichter, Felder, & Smoski, 2010)와 일치하는 것이라고 밝혔다. 이러한 결과는 환자들이 긍정적인 정보에 비해 부정적인 정보를 더 잘 확인하는 것과 관련이 있으며, 치료에서 이 같은 부정 편향을 다루기 위해 적응적이고 목표지향적인 기법을 사용했기 때문이라고 설명하였다. 이로 볼 때, 평소 정보를 부정적으로 평가하는 사람들이 행동활성화 치료에 더 잘 반응하는 것으로 생각할 수 있으나, 치료를 통해 부정적 편향이 감소하였는지는 확인할 수 없었다는 제한점이 있다.

이를 종합해 보면, 우울한 사람들은 자신과 세상에 대한 정보처리에 있어 부정적인 주의 편향과 해석이 일어난다고 일관적으로 밝혀졌으며, 이에 따라 부정적인 인지를 감소시키는 치료 기법들이 그동안 주를 이뤄 왔다. 따라서 부정적인 사고는 우울증 치료에서 중요하게 다뤄져야 할 요인

으로 생각된다.

## 2) 긍정적 자동적 사고

우울증이 부정적 사고와 관련이 깊다는데 의심의 여지가 없으나, 부정적 사고뿐 아니라 긍정적 사고 역시 우울증의 유발과 유지에 영향을 미친다는 연구 결과들이 근래 들어 주목을 받고 있다. 긍정적 자동적 사고는 자기 자신을 고양하고 미래를 희망적으로 지각하는 자동적 사고를 말한다 (Ingram & Wisnicki, 1988; 김은진, 2015 재인용). 일찍이 긍정적 사고의 부재가 과도한 부정적 사고와 비슷하게 정신병리, 특히 우울증 유발에 중요한 역할을 한다는 사실이 알려지면서 (Ingram, Smith, & Brehm, 1983; Kuiper & Derry, 1982) 긍정적 인지에 대해 관심을 갖기 시작했다. 이후 우울증 집단이 일반 집단에 비해 긍정적 사고가 유의하게 낮다는 결과들이 밝혀졌다 (Ingram, 1989; Ingram, Atkinson, Slater, Saccuzzo, & Garfin, 1990; Ingram, Kendall, Siegle, Guarino, & McLaughlin, 1995; Laurent & Stark, 1993). 특히 Clark, Beck과 Alford(1999)는 우울증을 긍정적 자기-관련 사고의 결함으로 설명하는 “배제 가설”을 주장하였는데, 이에 따르면 우울증에서는 긍정적인 자기 평가가 자동적으로 배제된다고 하였다. 즉, 우울한 사람들은 자신 및 세상에 대한 긍정적인 사고를 자동적으로 무시하거나 선택적으로 거부하려는 경향이 강한데, 이는 부정적인 자동적 사고가 만연하기 때문이라고 보았다.

이 같은 긍정적인 정보에 대한 자동적이고 선택적인 정보 선택의 오류는 이후에도 계속해서 검증되었다. 우울한 사람들은 긍정적인 정서 단어와 행복한 얼굴과 같은 긍정적인 정보에 선택적으로 주의를 기울이지 않

으며(Bradley, Mogg, Falla, & Hamilton, 1998; Joormann & Gotlib, 2006; Levens & Gotlib, 2009), 비우울 통제집단에 비해 우울증 집단은 긍정적인 과거 회상 또는 미래 예측이 더 적었다(MacLeod, Tata, Kentish, & Jacobson, 1997). 또한 우울 집단은 통제 집단보다 긍정 사건을 생생하게 상상하는데 어려움이 있으며 긍정적 표상을 덜 즐겁게 평가한다고 밝혀지면서(Homes, Lang, Moulds, & Steele, 2008; Morina, Deeprose, Pusowski, Schmid, & Holmes, 2011) 우울증에서 긍정적인 표상에 인지적 결함이 있다는 것을 확인하였다.

이상으로 살펴본 바와 같이, 과도한 부정적 사고뿐 아니라 긍정적 표상과 사고의 결함 역시 우울증 유발과 유지에 중요한 요소로 거론되고 있는 바, 우울증 치료의 기제로 함께 살펴볼 필요가 있다. 그러나 그동안의 심리치료 연구에서는 긍정적인 자동적 사고와의 관계를 검토한 연구가 극히 드물다. 이에 본 연구에서는 행동활성화 치료를 통해 부정적 사고뿐 아니라 긍정적 사고가 변화되고 이것이 우울에 영향을 미치는지 충분히 검토해 보고자 한다.

### 3) 행동활성화, 자동적 사고 및 우울과의 관계

Bandura(1977)는 이미 약 40년 전에 변화에 필요한 기저의 과정이 본질적으로 인지적(cognitive) 과정이더라도 이를 만드는 가장 효과적인 수단은 바로 행동(behavioral)이라고 논평한 바 있다. 이러한 견해와 일치하게 Wells(2007)는 행동 전략이 인지 변화를 얻을 수 있는 가장 강력한 수단이라고 하였으며, Hollon(2001)은 기준에 가지고 있는 신념을 변화시키는 가장 효과적인 방법은 내담자들을 행동에 참여시키는 것이며 이를 통해 신념을 외현적으로 검증하여 그것이 사실이 아니라는 것을 스스로 발

견하는 것이라고 주장하였다. 또한 부적응적인 사고가 우울증의 발생과 유지에 중요한 역할을 하지만, 비록 명백하게 신념에 주목하지는 않더라도 행동 활성화가 그러한 신념 변화에 특히 효과적인 방법일 수 있다고 보았다. Martell과 Kanter(2011)는 행동활성화 치료의 기제로 인지 및 행동적 매개 변인 모두가 가능한데, 사고와 신념을 평가하기 위해 소크라테스식 질문을 하는 표준적인 인지치료 기법은 우울 증상을 감소시키는데 불필요하다고 지적하면서 행동활성화 기법만으로도 인지 변화가 매우 강력하게 일어난다고 주장하였다.

연구자들의 이러한 코멘트를 바탕으로 볼 때, 직접적인 행동과 경험을 통한 인지적 변화가 행동활성화 치료의 효과를 나타내는 기제일 수 있다는 추론이 가능하다. 즉, 우울증 환자들에게 긍정적인 활동에 지속적으로 참여하게 함으로써 새로운 긍정 활동과 경험을 통해 자신이 기존에 가지고 있던 사고와 인지의 변화가 일어날 것으로 기대할 수 있는 것이다. 이에 대한 근거로 최근에 활동을 통한 사고 변화에 대해 연구가 진행되었는데, Layous, Chancellor와 Lyubomirsky(2014)는 긍정 활동이 긍정 사고와 정서를 증가시켜 안녕감을 높여준다고 설명하였으며, Dickerhoof(2007)는 긍정 활동 훈련을 실시한 사람들이 사건을 더 긍정적인 관점으로 해석했다고 밝혔다.

이 같은 결과들을 종합해 볼 때, 우울한 환자들이 부정적인 경험을 할 때 이에 더욱 주의가 초점화 되고 부정적인 해석을 하게 되어 자신에 대한 부정적인 사고가 견고해지고 긍정적인 사고는 줄어들게 되는 것을 알 수 있다. 이러한 환자들이 행동활성화 치료를 통해 그동안 하지 못했던 생산적이고 긍정적인 활동에 참여하게 됨으로써 자신과 미래에 대한 긍정적 사고가 점차 증가되고 반대로 부정적으로 편향된 사고는 약화되어 우울감이 감소될 것으로 가정해 볼 수 있다.

따라서 행동활성화 치료가 환자들에게 실제 긍정적인 경험을 할 수 있도록 이끌어주고, 실제 체험을 통해 자신이 가지고 있던 신념이 사실이 아니라는 것을 스스로 발견해나가는 사고의 변화가 일어나도록 도와 우울감이 완화되는데 기여할 것으로 생각된다.

### III. 문제 제기 및 연구 목적

임상 현장에서 우울증 환자를 대할 때, 인지치료에서 주장하듯이 실제로 사고를 변화시키는 것이 얼마나 어려운지 적지 않게 경험하게 된다. 치료자의 입장에서 사고를 변화시키면 기분과 행동이 달라진다는 것을 잘 알고 있지만, 사고의 변화가 생각보다 오래 걸리고 반드시 행동으로 이어지지 않는 경우가 많으며, 특히 행동은 변화에 저항적이라는 함정이 있다. 이처럼 사고의 변화도 오래 걸리지만 행동이 사고보다 변화가 더 어렵고 치료 종료 후까지 우울증으로 인해 행동이 감소된 채로 남아 있는 경우가 많다면, 우울증 치료의 초점을 환자의 사고가 아니라 행동 변화에 직접적으로 맞추는 것이 더 효과적일 수 있다.

무엇보다, Beck(1979)은 심한 우울증 환자에게는 인지치료 보다 행동활성화 개입을 먼저 시작하는 것이 좋다고 제안하였다. Dimidjian과 동료들(2006)은 경미한 수준, 중등도 수준 및 심한 수준의 우울로 집단을 구분하고 행동활성화, 인지치료 및 약물치료와 효과를 비교하였는데, 그 결과 경미한 우울 수준의 환자들에게는 행동활성화와 인지치료 효과의 차이가 유의하지 않았으나, 우울 수준이 심한 환자들의 경우 행동활성화 치료가 인지치료 보다 더 효과가 좋은 것으로 나타났다. 우울 증상이 심한 경우 활동에 대한 동기와 욕구가 줄어들어 일상생활을 하는데 어려움을 겪으며 사회적 활동에 참가하는 것도 꺼리게 된다(권석만, 2013). 더욱이, 집중력이나 정신운동속도와 같은 인지기능의 저하까지 동반된다. 정신건강의 학과에 내원하는 우울증 환자들의 우울 수준이 중등도(BDI=16~23점)에서 심각한 상태(BDI=24 이상)가 대부분인 점을 고려해 보면, 우울증이 심한 임상 환자들에게 사고를 변화시키기 위한 치료 보다는 행동 변화에 직접

개입하는 행동활성화 치료가 더욱 필요하고 적합할 것이라 생각되며 국내 환자들을 대상으로 한 효과 검증은 의미 있는 시도가 될 수 있을 것으로 기대된다.

한편, 우울증의 진단 기준은 2주 이상의 지속적인 우울한 기분 또는 일상 활동에 대한 흥미나 즐거움의 현저한 저하이다(APA, 2013). 우울한 기분인 부정 정서만큼 긍정 정서의 결핍이 우울증에 핵심 요소로 볼 수 있는 것이다. 이와 함께 다른 정신 장애에 비해 우울증에서 긍정 정서 경험과 유지의 결핍이 특정적으로 나타난다는 연구 결과들이 있는데 (Berenbaum & Oltmanns, 1992; Clark & Watson, 1991; McMakin, Santiago, & Shirk, 2009; Rottenberg, Gross, & Gotlib, 2005; Rottenberg, Kasch, Gross, & Gotlib, 2002; Sloan, Strauss, & Wisner, 2002; Wu, Mata, Gotlib, & Thompson, 2017), 그동안 우울증에 대한 심리치료에서는 이 부분을 주요하게 다루지 않았다. 즉, 우울증의 두 가지 핵심 측면인 우울한 기분과 긍정 정서 경험 능력의 부재를 모두 함께 다루지 않아 우울증의 치료 결과가 만족스럽지 않다는 문제점이 야기되었을 가능성이 있다고 본다.

이러한 가운데, 긍정 정서 경험 능력이 부정 정서의 감소보다 우울 증상의 완화와 회복에 더 중요하고 이를 더 잘 예측한다는 결과들이 상당수 보고되고 있다. 특히, 기존에 알려진 증거 기반 개입들은 부정적인 인지나 정서 경험을 감소시키는 데는 효과적으로 나타났으나, 다른 증상들이 성공적으로 치료된 이후에도 둔감한 긍정 정서와 행동에 대한 낮은 접근성은 여전히 남아 있고 치료에 저항적이라는 결과들(Brown, 2007; Dunlop & Nemeroff, 2007; Treadaway & Zald, 2011)이 이를 뒷받침한다. 특히, 행동의 활성화와 긍정 정서 모두 부정적인 치료 예후를 예측하고 시간이 흘러도 변하지 않고 안정적이며 기존의 치료들에도 향상되지 않는다는 결

과들이 있다(Brown, 2007; Campbell-Sills, Liverant, & Brown, 2004; Kasch et al., 2002; McFarland, Shankman, Tenke, Bruder, & Klein, 2006; Pinto-Meza et al., 2006). 이로 볼 때, 일반인 보다 우울 수준이 높은 실제 임상 환자들을 대상으로 우울증 치료의 효과를 높이고 재발을 방지하기 위해서는 사고보다는 행동에 직접 개입하고 긍정 정서 경험 증진을 목표로 하는 보다 포괄적인 치료적 접근이 필요하다고 볼 수 있다. 이를 통해 우울증 치료의 효과성을 더 향상시키고 성공적인 치료 결과를 이끌 것으로 기대할 수 있을 것이다(Dunn, 2012).

그러나 아직 우리나라에서는 행동활성화 치료의 효과 검증이 이뤄지지 않았으며, 치료의 효과를 이끌어내는 다양한 요인들에 대한 연구는 다른 나라에서조차 눈에 띄는 성과들이 보고되지 않은 채 이제 막 시작 단계에 머물고 있다. 특히, 우울증의 정신병리와 관련된 변인을 바탕으로 다양한 잠재적 매개 요인을 검토하고 밝힐 필요가 있다고 지적하고 있다(이가영 등, 2016).

이 같은 우울증의 정신병리와 관련된 잠재적 변인 중 우울증 유발과 지속에 핵심적인 요인으로 알려진 자동적 사고는 그동안 우울증의 심리치료에서 가장 중요하게 다뤄온 변인이다. 우울한 사람들은 주변에서 일어나는 일에 대해 부정적으로 해석하며 부정적인 자기 초점화가 일어나 부정적인 사고가 쉽게 활성화된다. 이뿐 아니라 우울한 사람들은 자신의 부정적인 신념과는 다른 긍정적인 자극에는 주의를 기울이지 않고 선택적으로 무시하는 경향이 있다고 보고되었으며(Clark et al., 1999), 긍정적인 표상에 결함이 있는 것으로 나타났다. 이와 같이 과도한 부정적 사고와 긍정적 사고의 결핍이 우울증의 인지적 특징이자 가장 강력한 관련 변인으로 밝혀졌기 때문에 행동활성화 치료를 통해 이러한 인지의 변화가 일어나 치료 효과를 매개하는지 검토해볼 필요가 있다. 즉, 부정적인 인지 내

용을 반박하거나 부정적인 사고가 일어나는 현재 순간을 있는 그대로 경험하여 수용하게 하는 등의 기존 치료적 개입과 달리, 행동활성화 치료는 직접 긍정적인 경험을 하게 하여 자신이 가지고 있던 부정적으로 편향된 자기 비난이나 패배적 신념이 사실이 아니라는 것을 스스로 발견해 나가도록 돋는 것이다. 아울러, 기존의 치료에서는 긍정적인 사고를 변화시키는 과정이 거의 이루어지지 않았고 이에 대한 연구도 미미하다. 따라서 긍정적인 활동을 통해 그동안 하지 못했던 자신과 미래에 대한 희망적 생각들이 고취되고 이로 인해 우울과 긍정 정서가 변화되는지 살펴보는 것도 임상적으로 의미가 있을 것이다. 이를 통해 궁극적으로 행동활성화가 우울과 관련된 신념을 변화시키는데 있어 효과적인 방법이라는 주장을 경험적으로 입증해보려고 한다.

따라서 본 연구에서는 국내에서 처음으로 정신건강의학과 외래에서 약물 치료를 받고 있는 우울증 임상 환자들을 대상으로 행동활성화 치료를 실시하고 그 효과를 검증해보자 하며, 약물치료만 실시한 집단과 치료 효과를 비교해 보려고 한다. 아울러, 그동안 행동활성화 치료의 효과 연구에서는 대부분 치료를 통해 우울감이 완화되었는지에만 초점을 맞춰 검증하였을 뿐, 이 치료의 기본 가정에서 강조하는 긍정성까지 증가되었는지에 대한 연구는 많지 않았기 때문에 본 연구에서는 우울증에 특정적이라고 밝혀진 낮은 긍정 정서까지 향상되었는지 확인해볼 것이다. 이를 통해 임상 장면에서 일반적으로 이루어지는 약물치료에 비해 행동활성화 치료까지 받은 집단에서 우울감 완화와 긍정성 증가에 더 효과가 있는지 밝혀 보고자 하였다.

이와 더불어, 행동활성화 치료가 우울증에서 어떤 기제를 통해 효과를 나타내는지 그 메커니즘에 대해서도 밝히고자 한다. 앞서 설명했듯이, 행동활성화를 통해 부정적, 긍정적 자동적 사고가 변화되어 우울과 긍정 정

서에 영향을 미치는지 알아보고자 한다. 그러나 아직까지 치료의 매개 효과에 대한 경험적 연구가 거의 이뤄지지 않은 상태여서 먼저 우울과 치료 변인들과의 관계에 대한 탐색적 연구가 필요하다고 생각된다. 이에 연구 1에서는 행동활성화 수준과 함께 행동활성화의 기제 변인으로 상정한 부정적 자동적 사고, 긍정적 자동적 사고, 그리고 우울 및 긍정 정서와의 구조적 관계를 탐색해 보고자 한다. 이를 바탕으로 연구 2에서는 우울증으로 진단받은 외래 환자들을 대상으로 12회기의 행동활성화 개인 치료를 실시하고 그 효과 및 기제의 매개 효과를 확인해 볼 것이다.

## IV. 연구 1: 행동활성화, 자동적 사고 및 우울과의 관계

### 1. 연구 대상

2017년 6월부터 9월까지 약 3개월 동안 서울 소재 대학교에서 심리학과와 관련된 교양 및 전공 수업을 받는 대학생과 임상심리학 전공 대학원생, 그리고 기업에 근무하는 회사원 등 일반인 173명, 이와 함께 서울 지역 E 종합병원 정신건강의학과에 내원한 우울증 환자 42명, 총 215명을 대상으로 자기 보고식 설문지를 실시하였다. 수업 중 이루어진 설문과 임상 환자들에게는 연구자가 직접 연구 목적에 대해 설명하고 동의를 구한 뒤 설문지를 배포, 수거하였다. 이 중 응답하지 않은 문항이 있거나 불성실하게 응답한 경우, 외국인 학생이어서 설문지의 내용을 충분히 이해했다고 여겨지지 않은 경우 등 반응 양상이 신뢰롭지 않은 15명의 자료를 제외하고 일반인 집단 170명, 우울증 임상 집단 30명인 총 200명의 자료가 최종 분석에 사용되었다.

본 연구에서 임상 환자 집단의 분포는 전체 응답자의 15%에 해당하는데, 이는 Kessler 등(2005, 2009)의 연구에서 밝힌 주요 우울 장애의 전생애 발병률 16~20%, 그리고 보건복지부(2016)에서 밝힌 외국의 평생 유병률 14%~21%와 비슷한 수준이다. 연구 1은 우울증 임상 집단을 대상으로 하는 연구 2의 예비적 성격을 띠는 것이기 때문에, 임상집단을 유병률에 맞는 수준으로 모집하였다.

## 2. 측정도구

### 1) Beck 우울 척도(Beck's Depression Inventory: BDI)

우울 수준을 측정하기 위해 Beck(1967)이 개발한 우울 척도를 이영호와 송종용(1991)이 표준화한 한국판 Beck 우울척도를 사용하였다. 이 척도는 우울의 정서적, 인지적, 동기적, 그리고 생리적 영역을 포괄한 우울 증상을 측정하기 위해 개발된 총 21개 문항, 4점 척도의 자기보고식 검사이다. 이 검사는 각 항목마다 우울 증상의 심한 정도를 기술한 4개 문장 중 지난 1-2주 동안의 상태에 해당하는 문장을 선택하는 것으로, 점수가 높아질수록 우울 증상이 더 심한 것으로 해석할 수 있다. 이영호와 송종용 연구에서 척도의 신뢰도는 .78~.85였으며, 국내 임상표본을 대상으로 요인분석을 한 김정호, 조용래, 박상학, 김학렬, 김상훈과 표경식(2002)의 연구에서는 내적 일치도가 .92로 높게 나타났다. 본 연구에서의 내적 일치도는 .89였다.

### 2) 한국판 기분 및 불안 증상 질문지

(Korean Mood and Anxiety Symptom Questionnaire: K-MASQ)

우울에 특정적인 낮은 긍정 정서를 평가하기 위해 Watson과 Clark(1991)이 개발한 기분 및 불안 증상 질문지를 사용하였다. 이들은 우울과 불안 장애의 3요인 모델을 제안하면서 두 장애에 공통적으로 나타나는 ‘일반적 고통(general distress)’ 요인, 우울-특정 요인으로 낮은 긍정 정서와 흥미 저하를 포함하는 ‘무쾌감성 우울(anhedonic depression)’, 그리고 불안-특정 요인으로는 ‘불안 각성(anxiety

arousal)' 의 3 요인을 가진 본 척도를 개발하여 우울과 불안의 개별적인 특정 증상을 구별하였다. 이 척도를 이현과 김근향(2014)가 표준화하여 요인분석을 실시하였는데, Watson과 Clark(1991)의 요인과 달리, 우울-특정 요인에 '낮은 긍정 정서' 문항만 포함되었다. 따라서 본 연구에서는 한국판 기분 및 불안 증상 질문지에서 우울-특정 요인으로 밝혀진 '낮은 긍정 정서' 의 20문항을 사용하였다. 이 척도는 5점 척도로 이루어져 있으며, 점수가 높을수록 긍정 정서가 높은 것으로 해석한다. 이현과 김근향의 연구에서 내적 합치도는 .94였으며, 본 연구에서는 .97로 매우 높게 나타났다.

### 3) 행동활성화 척도

(Behavioral Activation for Depression Scale: BADS)

행동활성화 척도는 행동활성화 치료에서 다루는 활성화와 회피 행동을 평가하기 위한 자기보고식 척도로, Kanter, Mulick, Busch, Berlin과 Martell(2007)이 개발하였다. 저자들은 이 척도가 우울증에서 환자의 활동과 행동 변화를 평가하는데 적합할 뿐 아니라, 행동활성화 치료 과정에 걸쳐서 나타나는 치료 개입의 결과를 측정할 수 있다고 설명하였다. 활성화, 회피/반추, 일/학교의 기능 저하, 사회관계 저하의 4개 하위척도, 총 25문항으로 구성되었으며, 0점부터 6점까지 7점 척도로 이루어져 점수가 높을수록 행동이 활성화되어 있다고 평가한다. 국내에서는 아직 타당화가 이루어지지 않아, 본 연구자가 1차로 번역하고 심리학 박사학위 소지자 이자 임상심리 전문가 1명이 2차로 번역 검토, 수정하여 사용하였다. Kanter 등(2007)에서 보고된 내적 합치도는 .87이였으며, 본 연구에서는 .92로 우수한 수준이었다.

#### 4) 부정적 자동적 사고 질문지

(Automatic Thought Questionnaire-N: ATQ-N)

부정적인 자동적 사고 질문지는 부정적 인지를 측정하는 대표적인 척도로 Hollon과 Kendall(1980)이 개발하였다. 개인이 일상생활에서 부정적인 사고를 얼마나 경험하는지 평가하는 것으로 총 30문항, 5점 척도로 구성되어 있으며, 본 연구에서는 권석만과 윤호균(1994)이 번안한 척도를 사용하였다. 아직 국내에서 성인을 대상으로 한 표준화 연구는 이루어지지 않았으나 양재원, 홍성도, 정유숙과 김지혜(2005)가 청소년을 대상으로 표준화 연구를 진행하여 부정적인 자기 평가, 현재에 대한 불만과 변호 욕구, 무기력과 절망적 태도의 3요인을 확인하였다. 권석만과 윤호균(1994)의 연구에서 내적 일치도는 .96이었으며, 본 연구에서는 .97로 안정적인 일치도를 보였다.

#### 5) 한국판 긍정적 자동적 사고 질문지

(Korean Automatic Thought Questionnaire-P: ATQ-P)

긍정적 자동적 사고 질문지는 Ingram과 Wisnicki(1988)가 개인의 긍정적 자기-관련 진술을 평가하기 위해 개발한 것으로, 긍정적 자동적 사고의 빈도를 평가하는 총 30개의 문항, 5점 척도로 이루어졌다. 국내에서는 이주영과 김지혜(2002)가 표준화 하였으며, 긍정적 일상 기능(6, 11, 18, 19, 20, 24), 긍정적 자기 평가(9, 16, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 28), 자기에 대한 타인의 평가(1, 2, 5, 7, 12, 14) 및 미래에 대한 긍정적 기대(3, 4)의 하위 요인으로 구성되었다. 그러나 이 같은 4개의 하위요인에는 전체 문항 중 7개의 문항이 포함되어 있지 않다. 이주영과 김지혜

(2002)의 연구에서 내적 합치도는 .96이었으며, 본 연구에서는 .97로 매우 높게 나타났다.

### 3. 자료 분석

본 연구에서는 행동활성화 치료의 기제 변인으로 고려된 부정적 자동적 사고, 긍정적 자동적 사고, 행동활성화 수준, 우울 및 긍정 정서의 관계를 살펴보기 하였다. 이에 이를 변인 간의 상관관계 분석을 실시하였으며, 행동활성화 수준이 우울 증상에 영향을 미치는 과정에서 부정적/긍정적 자동적 사고가 매개하는지 살펴보기 위해 경로 분석을 실시하였다.

이상의 분석을 위해 통계 프로그램 SPSS windows 22.0과 AMOS 22.0을 사용하였다.

### 4. 결과

본 연구는 행동활성화, 긍정적 자동사고, 부정적 자동사고, 우울 및 긍정 정서 간의 구조적 관계를 알아보기 한 것이다. 연구 대상자의 일반적 특성, 변인들 간의 상관관계 결과를 분석한 후 모형 검증 결과를 제시하였다.

#### 1) 연구 대상자의 일반적 특성

참가자의 인구 통계학적 특징을 살펴보면, 성별은 남자가 75명(37.5%), 여자가 125명(62.5%)이었고, 환자 집단은 30명(15%), 일반 집단은 170명(85%)이었다. 그리고 대상자의 학력 수준은 고졸 미만이 3명(1.5%), 고졸

이 16명(8%), 대학교 재학 중이 114명(57%), 대학교 졸업이 40명(20%), 대학원 재학 이상이 27명(13.5%)이었다. 연구 대상자의 연령 평균은 26.93세( $SD=8.48$ )이었다. 자세한 사항은 <표 1>에 제시되어 있다.

<표 1> 연구 대상자의 일반적 특성

( $N=200$ )

		환자(N=30)	일반인(N=170)	%
성별	남	9	66	37.5
	여	21	104	62.5
학력	고등학교 졸업 미만	2	1	1.5
	고등학교 졸업	10	6	8.0
	대학교 재학	4	110	57.0
	대학교 졸업	13	27	20.0
	대학원 재학 이상	1	16	13.5

## 2) 모델검증에 이용한 측정 변인 간의 상관관계

행동활성화, 긍정적 자동적 사고, 부정적 자동적 사고, 우울, 긍정 정서 간의 상관계수가 <표 2>에 제시되어 있다.

분석 결과, 행동활성화는 긍정적 자동사고( $r=.749, p<.001$ ), 긍정 정서 ( $r=.637, p<.001$ )와 서로 유의한 정적 상관이 있었고, 부정적 자동사고 ( $r=-.708, p<.001$ ), 우울( $r=-.637, p<.001$ )과는 유의한 부적 상관이 있는 것으로 나타났다. 긍정적 자동적 사고는 긍정 정서와 유의한 정적 상관이 있었고( $r=.831, p<.001$ ), 부정적 자동적 사고( $r=-.665, p<.001$ ), 우울( $r=-.637, p<.001$ )과 유의한 부적 상관을 보였다. 부정적 자동적 사고는 긍정 정서와 유의한 부적 상관이 있었고( $r=-.566, p<.001$ ), 우울과는 유의한 정적 상관이 있었다( $r=.709, p<.001$ ). 마지막으로 긍정 정서는

우울과 유의한 부적 상관이 있는 것으로 나타났다( $r=-.583$ ,  $p<.001$ ).

<표 2> 변인간의 상관행렬과 평균, 표준편차

변인	1	2	3	4	5
1. 행동활성화					
2. 긍정적 자동사고	.749***				
3. 부정적 자동사고	-.708***	-.665***			
4. 긍정 정서	.637***	.831***	-.566***		
5. 우울	-.637***	-.650***	.709***	-.583***	
평균 ( <i>M</i> )	84.83	95.10	67.61	55.62	11.43
표준편차 ( <i>SD</i> )	23.19	21.41	24.86	18.39	8.38

\*\* $p<.010$ , \*\*\* $p<.001$

### 3) 구조 모델의 검증

본 연구에서는 행동활성화가 긍정적 자동사고 및 부정적 자동사고를 거쳐 우울과 긍정정서로 가는 경로를 포함한 구조 모델을 설정하였다. 이를 분석하기 위해 각각의 변인의 총점을 측정변인으로 설정하여 경로 분석을 실시하였고, 모두 추정방식으로 최대 우도 추정법(Maximum Likelihood method: ML)을 사용하였다.

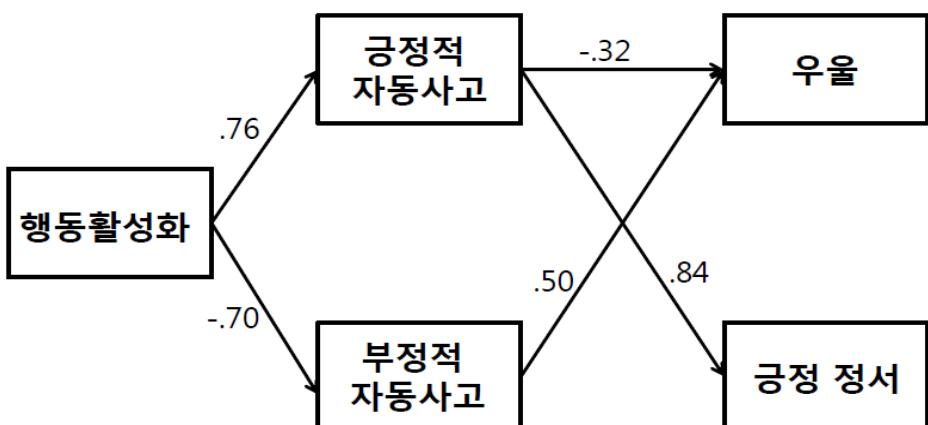
위에서 설정한 연구모델에 대한 경로 추정치를 표준 오차로 나누는 CR(critical ratio)값이나 모델의 적합도를 높이기 위해 값을 낮추는 정도를 나타내는 수정지수(modification index)로 각 경로의 유의미성 확

인을 통해 수정하는 과정을 거쳐 최종 모델을 확정하였다.

초기 모형의 분석결과,  $\chi^2 = 20.52$ , 자유도( $df$ )=2,  $Q=10.26$ , CFI=.97, NFI=.97, RMSEA=.22(LO 90=.14, HI 90=.31)으로 나타났다. 전반적인 적합도는 좋은 것으로 나타났으나 RMSEA 값이 적합하지 않은 것으로 나타나 본 모델을 최적 모형으로 보기에는 무리가 있다고 판단하였다. 따라서 유의하지 않게 나온 경로(행동활성화→우울, 행동활성화→긍정정서, 부정적 자동적 사고→긍정 정서)를 삭제하고, 공분산에 대한 수정지수의 보수적인 수준인 10(Fassinger, 1987)을 초과하는 긍정적 자동적 사고와 부정적 자동적 사고 간에 오차항(MI=17.70)의 공분산 경로를 연결하였다.

수정된 모형을 검증한 결과  $\chi^2 = 5.16$ , 자유도( $df$ )=4,  $Q=1.29$ , CFI=.99, NFI=.99, RMSEA=.04(LO 90=.00, HI 90=.12)으로 모델이 수용 가능한 것으로 나타났다. 이상과 같은 과정을 거쳐 형성된 수정모형은 <그림 1>과 같으며, 초기 모형과 수정된 모형의 적합도 지수는 <표3>에 제시되어 있다.

<그림 1> 행동활성화, 긍정적 자동적 사고, 부정적 자동적 사고, 우울, 긍정 정서의 최종 모델



<표 3> 가설 모델의 부합치

모형	$\chi^2$	$df$	CFI	NFI	RMSEA (LO90-HI90)
초기모형	20.52	2	.97	.97	.22 (.14-.31)
수정모형	5.16	4	.99	.99	.04 (.00-.12)

연구 모형에서 이론 변인들 간의 표준화계수는 <표 4>에 제시하였다. 먼저 행동활성화가 긍정적 자동적 사고에 미치는 영향과 긍정적 자동적 사고가 우울과 긍정 정서에 미치는 영향은 모두 유의하였다. 이는 행동활성화가 높은 사람일수록 긍정적 자동적 사고를 많이 함을 의미한다. 이런 긍정적 자동적 사고가 우울을 줄이고 긍정 정서 수준을 높이는 것으로 볼 수 있다. 또한 행동활성화가 부정적 자동적 사고에 미치는 영향과 부정적 자동적 사고가 우울에 미치는 영향도 모두 유의하였다. 이는 행동활성화가 높을수록 부정적 자동적 사고를 낮춰주고 부정적 자동적 사고가 낮아지는 것이 우울 수준도 감소시키는 것으로 볼 수 있다.

<표 4> 연구 모형의 경로계수

모델	경로	행동활성화→	행동활성화→	행동활성	행동활성	긍정적	긍정적	부정적	부정적
		긍정적 자동사고	부정적 자동사고	화→ 우울	화→ 긍정 정서	자동사고 →우울	자동사고 →긍정정서	자동사고 →우울	자동사고 →긍정정서
경로 계수		.76***	-.70***	-.13	.04	-.25***	.81***	.46***	.01
초기 모형 표준 오차		.05	.07	.04	.08	.03	.06	.02	.04
<i>t</i> 값		16.54	-13.73	-1.54	.56	-3.43	13.43	6.98	.10
경로 계수		.76***	-.70***	-	-	-.32***	.84***	.50***	-
수정 모형 표준 오차		.05	.07	-	-	.03	.04	.02	-
<i>t</i> 값		16.54	-13.73	-	-	-5.00	21.37	7.89	-

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

## 5. 논의

본 연구에서는 부정성 완화와 긍정성 증진을 모두 목표로 하는 새로운 흐름의 치료법인 행동활성화 치료의 효과와 기제 변인의 매개 효과를 검증하고자 하였다. 그동안 치료 효과를 검증한 연구들은 많았지만 매커니즘에 대한 연구는 거의 이뤄지지 않은 상태여서 치료의 효과와 기제 변인의 매개효과 검증에 앞서 우울과 긍정 정서에 대한 행동활성화 및 기제 변인인 부정적 자동적 사고, 긍정적 자동적 사고와의 구조적 관계에 대해 살펴보았다.

상관관계 분석 결과를 살펴보면, 행동활성화 수준은 부정적 자동적 사고, 긍정적 자동적 사고, 우울 및 긍정 정서와 모두 상관이 높게 나타났다. 행동활성화와 우울과의 상관이 높게 나타난 것은 선행 연구와 일치된 결과이다(이가영 등, 2016; Fuhr, Hautzinger, Krisch, Berking, & Ebert, 2016; Kanter et al., 2007). 이는 행동활성화 수준이 낮을수록, 우울 수준이 높아질 수 있음을 의미한다.

이와 더불어, 행동활성화 수준이 높은 사람은 긍정적인 사고를 하는 경향이 높고 부정적인 사고 경향은 낮은 것으로 나타났다. 이는 Kanter 등 (2007)의 행동활성화 척도(BADS) 개발과 타당화 연구에서 행동활성화 수준과 부정적 자동적 사고가 부적 상관이 나타난 것과 일치하는 결과이다. 평소 자신이 해야 할 일들을 하지 않고 계속 회피하거나 다양한 활동들에 적극적으로 참여하지 않는 사람들은 자신에 대한 부정적인 생각들이 쉽게 촉발될 수 있으며, 긍정적인 기대와 전망 역시 적게 할 가능성이 높다. 본 연구에서는 기존의 연구에서 더 나아가 행동활성화가 우울감 뿐 아니라 우울에 특정한 긍정 정서와도 정적 상관이 있음을 밝혔다. 이는 행동이 활성화 될수록 긍정 정서가 높아질 수 있음을 시사한다.

한편, 이러한 변인들의 구조적 관계를 모형 검증을 통해 보다 정교하게 살펴보았다. 그 결과 행동활성화 수준이 우울에 영향을 미치는 경로에서 부정적 자동적 사고와 긍정적 자동적 사고가 매개하는 것으로 밝혀졌다. 즉, 긍정적이고 목표지향적인 활동을 많이 할수록 자신에 대한 비난과 부정적으로 편향된 생각들이 낮아지고 긍정적인 생각과 기대들이 높아져 우울감이 완화되는 것으로 생각할 수 있다. 이는 우울증 유발에 있어 지나친 부정적 사고뿐 아니라 긍정적 사고의 결핍도 중요한 요인이 된다는 선행 연구들과 일치한다(권석만, 윤호균, 1994; 이주영, 김지혜, 2002; Ingram, Smith, & Brehm, 1983; Kuiper & Derry, 1982). 이러한 결과를 통해 긍정적인 경험과 활동이 어떻게 우울감을 감소시키는지 그 과정을 이해하게 된 것으로 볼 수 있다.

아울러, 행동활성화 수준이 긍정 정서에 영향을 미치는 과정에서는 긍정적 자동적 사고만 매개하는 것으로 확인되었다. 자신에게 보상이 되는 긍정적인 활동을 많이 할수록 자신과 현재 삶, 그리고 미래에 대한 긍정적 생각들을 많이 하게 되어 실제 긍정 정서가 높아지게 된다고 볼 수 있다. 이러한 결과는 기존의 긍정 정서와 사고, 그리고 긍정 활동 간의 관계를 살펴본 선행 연구(Layous, et al., 2014; Quoidbach, Mikolajczak, & Gross, 2015; Tugade & Fredrickson, 2007; Wood & Tarrier, 2010)에 의해 지지되었다. 이는 우울증 치료에서 우울에 특징적인 낮은 긍정 정서를 높이기 위해서는 행동활성화를 통해 긍정적인 사고를 증가시키는 것이 중요함을 시사한다.

그러나 이 과정에서 부정적 자동적 사고는 긍정 정서로 가는 과정을 매개하지 않는 것으로 나타났다. 이로 볼 때, 부정적인 사고가 우울과는 위낙 강한 관련이 있으나, 긍정 정서와는 관련성이 적을 가능성을 보여준다. 다시 말해 부정적 사고를 적게 한다고 일상에서 즐겁고 활기 있고 행

복한 느낌 등의 긍정 정서를 많이 경험하는 것은 아니라고 생각해 볼 수 있는 것이다. 다만 상관 분석에서는 부정적 자동적 사고와 긍정 정서 간에 유의한 부적 상관이 있는 것으로 확인되었다. 그동안 부정적 사고와 우울 간의 관련성만 주로 연구되었고 부정적 사고와 긍정 정서 간의 연구는 많지 않았기 때문에 이에 대한 구체적인 설명을 위해서는 향후 추가적인 확인과 연구가 필요할 것으로 보인다.

종합해 보면, 본 연구 1에서는 행동활성화 수준이 부정적 자동적 사고와 긍정적 자동적 사고를 통해 우울에 영향을 미치고, 긍정적 자동적 사고를 통해 긍정 정서에 영향을 미치는 것으로 확인되었다. 이는 행동활성화 수준이 부정적, 긍정적인 사고에 영향을 미침을 밝힘으로써 우울에 대한 행동활성화의 세부적인 과정과 기능을 확인한 것이라고 볼 수 있다. 즉, 행동을 변화시킴으로써 사고와 인지의 변화가 이루어져 우울감이 감소되고 긍정 정서가 증가된다고 기대할 수 있는 것이다. 한편으로 이는 긍정적인 활동에 참여하게 하는 것이 사고의 변화를 일으키는데 효과적인 방법이 될 수 있음을 의미한다. 특히, 행동활성화와 우울감, 긍정 정서 간의 관계가 매우 높게 나타난 것은 우울증 치료에서 행동활성화 개입이 중요함을 시사하며, 행동활성화가 긍정적 사고를 통해 긍정 정서에 영향을 미치는 과정은 행동활성화 개입이 긍정성 증진에도 도움이 된다는 것을 확인한 결과라는 점에서 의미가 있다. 그러나 한편으로 이 같은 결과는 행동활성화를 통해 사고의 변화가 일어나야만 정서 변화가 가능하다는 것을 의미한다. 그동안 실제 임상 현장에서 변화가 어렵다고 지적되어온 인지 과정이 기제로 들어간 것은 의미가 크지만, 행동 변화가 직접 우울 수준을 낮추거나 긍정 정서를 유발시키지 못한 것으로 볼 수 있으므로, 이 점이 본 연구의 한계로 생각된다.

그럼에도 불구하고 이러한 결과를 통해 행동활성화 치료가 부정적, 긍

정적인 사고에 영향을 미쳐 우울감과 긍정 정서의 변화를 일으킬 수 있다 는 치료 과정의 경로를 확인할 수 있었다. 이는 행동활성화가 자동적인 사고와 우울을 변화시키기 위한 효과적인 개입이 될 수 있음을 시사하며, 행동활성화가 우울증 치료에 있어서 부정성을 감소시키고 긍정성을 증진 시키는 보다 효과적인 방법이라는 경험적 토대를 마련한 것으로 생각된다. 이에 근거하여 연구 2에서는 우울증을 가진 임상 집단을 대상으로 행동활성화 개인 치료를 실시하고 변인들의 치료 효과와 매개 효과에 대해 검증해 보고자 하였다.

## V. 연구 2: 행동활성화 치료의 효과 및 기제 검증

### 1. 연구 방법

#### 1) 연구 참여자

서울 소재 E 종합병원 정신건강의학과 외래에 내원한 환자들 중 정신과 의사와 임상심리전문가에 의해 우울증으로 진단받은 성인 환자들을 대상으로 2017년 9월부터 2018년 6월까지 치료 집단 및 약물 통제 집단을 모집하였으며 2018년 9월에 설문이 모두 완료되었다. 본 연구에 대한 IRB(Institutional Review Board)는 E 종합병원에서 2017년 8월에 승인받았다. 두 집단 모두 내원 기간은 포함 기준에 고려되지 않았으며, 불안 관련 장애를 동시에 앓는 공병(comorbidity)은 포함하였다(예, 공황 장애 등). 단, 제외 기준은 다음과 같다. 1) 지적 장애, 뇌손상 혹은 기질성 손상을 동반, 2) 양극성 장애, 정신증(psychosis), 물질사용장애(예, 알콜 의존 등) 동반, 3) 심한 자살 사고 및 자살의 위험이 있는 경우이다. 두 집단의 환자들 모두 약물 치료를 받고 있는 상태로, 치료 집단은 약물 치료를 받으면서 동시에 행동활성화 치료를 실시한 환자들이며, 통제 집단은 약물 치료만 받는 환자들로 구성하였다.

환자 모집은 외래 주치의가 권유하여 치료 연구에 동의한 사람들을 대상으로 이뤄졌다. 집단 배정은 치료 집단이 먼저 시작되어 치료가 진행되었으며, 치료 집단의 사전 BDI 점수 범위에 해당하는 환자들을 통제 집단으로 모집하였다. 위 기간까지 치료 집단에 모집된 사람은 14명, 통제 집단에 모집된 사람들은 15명으로 총 29명이었다. 이 중 치료 집단에서

‘내입을 위한 기숙학교에 들어감, 취업을 하여 평일 내원이 어려움, 근무 시간과 겹쳐 시간을 내기 어려움, 내원하기 귀찮음’의 개인 상 이유로 1회기부터 3회기 사이에 4명이 중도 탈락하였으며, 통제 집단 중 5명이 외래 진료를 중단하여 사후 설문이 이루어지지 않았다. 이에 치료 집단 10명, 통제 집단 10명으로 총 20명의 자료가 최종적으로 분석되었다.

## 2) 측정도구

행동활성화 치료의 효과 및 기제의 매개 효과 검증을 위해 연구 1에서 사용하였던 측정도구를 동일하게 사용하였다.

Beck 우울 척도(Beck's Depression Inventory: BDI)

한국판 기분 및 불안 증상 질문지

(Korean Mood and Anxiety Symptom Questionnaire: K-MASQ)

행동활성화 척도(Behavioral Activation for Depression Scale: BADS)

부정적 자동적 사고 질문지

(Automatic Thought Questionnaire-N: ATQ-N)

한국판 긍정적 자동적 사고 질문지

(Korean Automatic Thought Questionnaire-P: ATQ-P)

### 3) 연구 절차

행동활성화 치료는 2017년 10월부터 2018년 5월까지 총 12회기에 걸쳐 50분의 개인 치료로 진행되었다. 참여자들은 치료 첫 회기 시작 전 행동 활성화 수준, 기제 변인인 부정적 자동적 사고, 긍정적 자동적 사고, 그리고 우울과 긍정 정서를 측정하기 위해 자기 보고식 설문지를 수행하였다. 그 후 7회기 시작 전 중간 검사, 12회기 치료 종료 직후 사후 검사로 동일한 설문지를 수행하였으며, 치료 종료 2개월 후 추후 회기를 갖고 같은 설문지로 추후 검사를 실시하여 2018년 7월에 모든 추후 회기가 마무리되었다. 이에 치료 집단에서는 사전, 중간, 사후, 추후 총 4번의 설문이 이루어졌다.

한편 통제 집단에서는 연구 참여에 동의한 당일, 치료 집단에서 실시한 것과 동일한 설문지를 사전 검사로 수행하였으며, 3개월 후 내원하였을 때 사후 검사를 수행하였다. 통제 집단은 모든 설문이 2018년 9월에 마무리되었으며, 사전, 사후 총 2번의 설문이 이루어져 분석에 사용되었다.

모든 행동활성화 치료는 임상심리전문가 츄득 10년 이상이자 대학병원 정신건강의학과 임상심리전문가로 재직 중인 본 연구자가 진행하였으며, E 대학병원 정신건강의학과 임상심리실에서 진행되었다.

### 4) 자료 분석

첫째, 행동활성화 치료 집단과 약물 통제 집단 간 우울, 긍정 정서, 부정적 자동적 사고, 긍정적 자동적 사고 및 행동활성화 수준에 대한 사전 동질성을 검증하기 위해 먼저 독립표본 t 검증을 실시하였다.

둘째, 치료 집단과 통제 집단 간 치료 효과를 비교하기 위해 사전, 사

후 평가의 차이를 비교하는 혼합 변량분석(Mixed ANOVA)을 실시하였다.

셋째, 치료 집단에서 사전, 중간, 사후, 추후에 수행한 자기보고식 설문지를 통해 우울, 긍정 정서, 부정적 자동적 사고 및 긍정적 자동적 사고 수준의 변화 추이를 살펴보기 위해 반복측정 변량분석(Repeated measure ANOVAs)을 실시하였다.

넷째, 행동활성화 치료 집단에서 치료 기제 변인인 부정적 자동적 사고 및 긍정적 자동적 사고의 매개 효과가 나타나는지 검증하기 위해 Judd, Kenny와 McClelland(2001)이 제안한 반복측정 매개효과 분석을 실시하였다.

## 5) 행동활성화 치료 프로그램 구성

본 연구에서 행동활성화 치료는 Martell 등(2001, 2010)의 치료자를 위한 가이드북인 <Behavioral Activation for Depression: A Clinician's Guide>와 Lejuez 등(2001, 2002)이 개발한 <Brief Behavioral Activation Treatment for Depression: BATD>를 기반으로 하여 구성하였다. 이 두 가지 매뉴얼은 행동활성화 치료의 최신 버전으로 행동활성화 이론에 기초하여 만들어졌다. 그러나 앞에서 살펴보았듯 Martell 등의 치료는 Ferster(1973)의 행동 활성화 치료 이론에서 중요시하는 회피 행동과 반추, 문제해결을 포함하고 있으며, Lejuez 등은 치료 초기에 가치 및 목표 평가가 이루어지고 활동 위계(hierarchy)를 만드는 등 단계 별로 매우 구조화된 방식의 프로토콜을 제공하고 있다. 이 같이 매뉴얼마다 기법에서의 세부적인 차이점이자 고유한 강점이 존재하는데, 이에 대해 각 저자들도 행동의 활성화라는 같은 목표 아래 다양한 기법들을 통합할 필요가 있다고 제안하고 있다(Dunn, 2012; Kanter et al., 2009; Martell et al.,

2010; Martell & Kanter, 2011). 이에 본 연구자는 Martell 등(2001, 2010)의 회피 행동과 반추, 문제해결 기법, 그리고 Lejuez 등(2001, 2002)의 가치 및 목표 평가, 활동 위계의 구조화를 통합하여 각 프로토콜의 강점을 모두 담아 보고자 하였다.

한편, Dunn(2012)은 우울증 환자들에게 긍정 정서 경험을 증진시키는 치료법이 중요하다고 주장하고 행동활성화가 이에 효과적이라고 제시하면서 한 가지 보완점을 제안하였다. 행동활성화 치료가 긍정 활동을 계획하여 활성화하도록 함으로써 긍정성을 증진시키는데 도움을 줄 수 있으나, 실제 그러한 활동을 하면서 느끼는 긍정적인 감정을 다루고 극대화시키기 위해 구체적인 기법이 필요하다는 문제를 제기한 것이다. 그동안 많은 연구들에서 우울한 환자들이 활동은 하지만 일반인에 비해 긍정 정서 경험 이 둔감하고 오래 지속되지 않는다고 입증된 결과들(Heller et al., 2009; McMakin, Santiago, & Shrik, 2009)로 알 수 있듯이, 행동활성화를 통해 긍정 활동을 하더라도 실제 그들이 느끼는 긍정 정서는 충분치 않을 수 있다. 특히, 마음이 반추와 같은 부정적인 생각들로 가득 찬 경우에는 긍정적인 활동을 더욱 즐길 수 없을 것이다(Dunn, 2012).

Martell 등(2010)은 이를 위해 마음챙김을 권유하였다. 특히, 반추를 겨냥한 핵심 치료법으로 ‘경험에 참여하는 훈련’을 제안하였는데, 마음 속에서 자동적으로 일어나는 생각에 초점을 맞추는 대신 현재의 순간에서 일어나는 다양한 감각경험으로 주의를 전환하고 기울이도록 하는 것이다. Dunn(2012) 역시 마음챙김과 함께 몇 가지 다른 기법들을 제안하였다. 예를 들어, 심상(imagery), 긍정적 기억 회상(positive memories recall) 기법을 설명하였는데, 이들 역시 마음챙김과 유사하게 다양한 감각 경험에 더 충분히 주의를 기울여 긍정적인 정보들과의 접촉을 촉진하도록 도와주며, 과거의 긍정적 경험을 회상하면서 긍정 정서 경험을 더 높일 수

있도록 도와준다. Dunn(2012)은 이 같은 다양한 기법들을 하나의 우울증 치료 안에 통합하여 사용할 필요가 있다고 제안하였다.

이러한 기법들은 긍정 정서 상향 조절(positive emotion up-regulation) 전략이라는 이름으로 최근 주목을 받고 있는데, 그 중에서 마음챙김과 심상을 통합한 ‘향유 기법(savoring)’에 대한 연구가 활발하게 진행되고 있다. 향유 개입은 자기 경험의 긍정적인 특성에 충분히 주의를 기울이고 이를 음미하는 것으로(Bryant & Veroff, 2007), 다양한 감각 경험을 통해 현재의 긍정 정서를 충분히 만끽하고 행복했던 과거를 회상하며 미래의 행복한 순간을 상상하면서 이에서 느껴지는 긍정 정서를 충분히 음미하는 것을 말한다. 이러한 향유 훈련은 환경의 긍정적 경험에 주의를 배치하도록 하는 것이며, 현재의 긍정 사건이나 자극으로 주의를 돌려 긍정 정서 경험이 증가되도록 도와준다. 실제 이 기법을 통해 긍정 정서가 향상되었다는 연구 결과들이 증가하고 있으며(김지윤, 2015; 민혜원, 2016; Bryant & Veroff, 2007; Duckworth, Steen, & Seligman, 2005; Hutcherson, Seppala, & Gross, 2008; Quoidback, Wood, & Hansen, 2009; Seligman, 2002b; Seligman & Peterson, 2003), 향유와 반추가 부적 관련이 있고 향유하기가 반추를 감소시켜 우울감을 낮춰준다는 것이 밝혀졌다(허정선, 주혜원, 현명호, 2016). 실제로 Jacobson(2001)은 행동 활성화 기법 적용이 어려운 우울한 대상의 경우 활동 계획 과제를 시작하기 전에 언어적 혹은 심상적 리허설을 통해 해당 활동을 상상해 보는 것 이 도움이 된다고 권하였다(민혜원, 2016 재인용).

이러한 연구 결과들을 바탕으로, 본 연구에서는 우울증에서 특징적인 낮은 긍정 정서 경험을 보다 증진시키고 반추를 효과적으로 다루기 위한 목적으로 향유 기법을 사용하였다. 마음챙김은 매순간 들어오는 자극 전부에 대해 깨어 있는 과정이나, 향유는 긍정 정서와 관련된 내적, 외적

자극에만 제한적인 주의를 기울이는 좀 더 좁은 개념으로 설명된다 (Bryant & Veroff, 2007). 이에 현재의 모든 자극에 주의를 기울이는 것 보다는 긍정적인 경험에 주의의 초점을 맞추는 것이 우울증 환자의 긍정 정서 향상에 특히 더 효과적일 것이라 생각된다.

따라서 본 연구에서는 긍정 활동에 참여하는 동안 시각, 청각, 후각, 촉각, 미각의 다양한 감각 경험을 동원하여 기분 좋은 감정에 더 주목하고 충분히 음미할 수 있도록 하였다. 이와 더불어 반추가 시작되는 경우, 자신이 선택한 긍정 활동으로 재빨리 주의를 전환하고 이를 통해 느껴지는 긍정 정서들에 최대한 주목하며 만끽하기, 또는 과거 가장 행복했던 순간을 생생하게 회상하기, 미래 자신이 기대하는 삶에 대해 생생히 상상하기와 같은 향유 기법을 연습하고 실제 활용하였다. 이를 통해 현재의 긍정적인 경험에 온전히 참여하고 이에서 유발된 긍정 정서를 강화, 지속시키도록 도왔다.

마지막으로 본 프로그램에서는 매 회기마다 <활동과 감정 기록지>과 <주간 활동 기록지>가 과제로 부과된다. 매주 자신의 활동과 감정을 기록하며, 자신이 선택한 활동을 일주일 동안 적용해보고 활동 기록지에 기록하여 다음 회기에서 점검하였다.

### 행동활성화 치료의 원칙

Martell 등(2010)은 행동활성화의 기본적인 틀을 제공하기 위해 열 가지 핵심 원칙을 제공하고 이용하도록 하였다. 행동활성화 치료의 내용을 잘 이해하기 위해 이를 간단히 기술하면 다음과 같다.

- 원칙 1: 사람의 기분을 변화시키는 열쇠는 그의 행동이 달라지도록 돋

는 것이다.

- 원칙 2: 인생의 변화는 우울증을 유발할 수 있다. 단기적인 대응 전략들이 장기적으로는 사람을 아무런 행동도 못하게 만들 수 있다.
- 원칙 3: 특정 환자에게 어떤 행동이 항우울 효과가 있는지 알아내는 데는 환자의 중요한 행동 전후에 어떤 일이 일어났는지 확인하는 것이 단서가 된다.
- 원칙 4: 기분이 아니라 계획에 따라 활동을 구조화하라.
- 원칙 5: 변화는 작은 일부터 쉽게 일어난다.
- 원칙 6: 자연적으로 강화되는 활동을 강조하라.
- 원칙 7: 코치 역할을 하라.
- 원칙 8: 문제해결을 위한 경험적 접근을 강조하고, 문제해결 시도에 따른 모든 결과들이 유용하다는 점을 인식하라.
- 원칙 9: 말보다는 행동으로 실천하라.
- 원칙 10: 활동에 방해가 되는 장애물을 해결하라.

행동활성화에서는 이 같은 치료 원칙들을 토대로 핵심 기법들을 활용한다. 한편, 치료를 구성한 저자들은 다양한 회기를 제시하고 있다. Martell 등(2001, 2010)은 최대 24회기를 제안하였으며, 다른 행동활성화 치료들은 8~15회기의 조금 더 짧은 과정을 제시하였다(Hopko et al., 2003, Lejuez et al., 2001). 국내에서 이가영 등(2016)은 이를 토대로 반복적인 활성화 회기를 축소한 10회기의 간결한 프로토콜을 구성하였다. 이에 본 연구자는 기존 치료법에서 제시한 회기들을 고려하면서 우울 수준이 높은 임상 환자들의 행동 변화를 위해 적어도 3개월의 치료 과정이 필요하다는 판단 하에 12회기로 구성하였다. 자세한 회기 별 내용은 다음과 같다.

<표 5> 우울증의 행동활성화 치료 회기 내용 요약

회기	치료 목표	세부 내용
1회기	우울증의 패턴	- 행동활성화 치료의 우울증 모형 설명 - 사례 개념화
	확인하기	- 과제와 앞으로 진행될 치료에 대한 설명
	나의 활동과 감정 간의 연관성	- 과제로 수행한 ‘활동 감정 기록지’를 검토하고 모니터링
2회기	파악하기	- 어떤 활동과 상황이 부정적/긍정적인 기분과 연관되는지 파악, 회피 행동 파악하기
	삶의 가치 및 목표 평가하고 활동 찾기	- 과제인 ‘활동 감정 기록지’ 검토 - 삶의 10가지 영역에서 가치 및 목표 평가하기 - 활동 감정 기록지와 목표에 부합하는 구체적인 활동 찾기
	활동 찾기	- 이에 맞는 작은 단위의 활동을 정하여 연습 삼아 수행해 보기
3-4회기		- 과제 ‘활동 감정 기록지’ 와 지난 회기 연습 활동 수행 여부 확인 - 본격적으로 활성화할 2-4개 정도의 활동을 선택
	활동 계획하고 구조화하기	- 이를 수행할 시간, 장소, 지속 시간, 빈도 등 구체적으로 구조화하고 계획하기
		- 각 활동의 최종 목표 설정 - 반복과 회피 행동 확인하고 이를 감소시키기 위한 활동 계획, 향유 기법 소개, 훈련하기 - 보상 정하기
5-6회기		

- 
- 과제 ‘활동 감정 기록지, 주간 활동 기록지’

검토, 지난 회기 계획한 활동 수행 여부 확인

- 활동 점검을 통해 성공한 행동 강화, 실패한

7-10회기      행동활성화      경우 문제의 원인, 가능한 해결 방법 찾아보기

- 다음 주 활동 계획하고 구조화하기

- 반추와 회피 행동 지속적으로 검토, 향유 기법  
훈련
- 

- 과제 ‘활동 감정 기록지, 주간 활동 기록지’ 검  
토

11-12회기      종결 및  
                    재발 방지

- 최종 목표로 설정한 활동들 완수 확인
- <나만의 항우울 핸드북> 만들기
- 치료를 통한 변화에 대한 자세한 점검과  
재발 방지에 대한 계획 세우기
- 추후 회기 논의, 치료 소감 나누기

---

## 행동활성화 치료 회기 내용

### 1회기: 우울증의 패턴 확인하기

첫 회기에서는 치료에 대한 간략한 소개, 치료 동의서 및 사전 설문지 작성이 이루어진다, 먼저 행동활성화 치료의 우울증 모형을 설명한다. 행동활성화 치료의 이론적 배경에 근거하여 우울증을 어떻게 개념화하고 있는지에 대해 알려주며 환자의 개별적인 히스토리를 적용하여 우울증이 어떻게 유발되고 강화되었는지 사례 개념화를 통해 패턴을 확인한다. 이를 통해 자연스럽게 행동활성화 치료의 목적과 방향에 대해 설명하고, 앞으로

로 어떻게 치료가 진행되는지 간략하게 소개한다.

또한 매주 부여되는 과제와 수행 방식에 대해 설명한다. ‘활동 감정 기록지’를 통해 환자가 막연히 생각하는 일상과 실제 일상 간에 차이가 있는지 확인할 수 있으며, 이 초기 자료들을 활동 수준이 증가했을 때 향상을 평가할 수 있는 사전 측정치로 활용할 수 있다. 나아가 기록지를 통해 기분 변화를 확인함으로써 기분을 우울하게 하거나 좋게 만드는 활동을 알아내는데 도움이 되고, 어떤 활동을 늘리고 어떤 활동을 줄일지 구분하도록 하여 치료 목표를 설정하는데 도움이 됨을 알려준다.

## 2회기: 활동과 감정 간의 연관성 파악하기

첫 회기에 과제로 부과되어 1주일 동안 작성한 ‘활동 감정 기록지’를 꼼꼼하게 검토한다. 활동 기록지는 치료 시간 밖에서 환자가 어떤 삶을 살고 있는지 이해하기 위한 가장 좋은 도구이다. 이를 통해 기분의 변화가 언제 발생하는지, 어떤 활동을 할 때 기분이 우울해지고 좋아지는지 확인할 수 있다. 또한 환자 기분의 범위를 관찰할 수 있으며, 특정 활동을 할 때 어떤 기분이 유발되는지를 발견할 수 있다. 아울러, 환자의 일상생활의 습관에 어떤 문제가 있는지 객관적으로 파악할 수 있으며(예, 수면과 기상 시간 패턴의 문제, 불규칙한 식사 문제, 하루 종일 누워서 핸드폰 보기 등), 회피행동이 구체적으로 드러나 치료 목표 설정을 위한 정보들을 수집할 수 있다.

무엇보다, 사람들이 대부분 기분에 따라 행동이 달라지는 것으로 알고 있지만, 반대로 내가 무엇을 했는지에 따라 기분이 달라질 수 있다는 것을 명확하게 인식하도록 도와준다. 이를 통해 ‘밖에서부터 안으로 (outside-in)’의 활동을 하도록 동기를 부여할 수 있게 된다.

### 3-4회기: 삶의 가치 및 목표를 평가하고 활동 찾기

지난 주 과제로 해온 ‘활동 감정 기록지’를 검토하고 2회기에서 확인한 내용들이 반복되는지, 또는 어떤 변화가 있는지-새로운 활동이 추가되었는지, 아니면 기존의 어떤 활동이 증가하거나 줄어들었는지-살펴본다. 아울러, 두 번의 기록지 과제를 통해 스스로 느낀 점과 알게 된 점이 있는지도 묻고 확인한다. 그 후 가치 명료화 질문지(Wilson & Dufrene, 2009)를 통해 “환자가 삶에서 원하는 것이 무엇인가?”를 파악하는 과정이 이루어진다. 삶의 10가지 영역에서 자신이 원하는 것을 적고 이 목표를 이루기 위해 해야 할 구체적인 활동들을 찾아본다. 10가지 영역의 목표를 치료회기 내 모두 시도하는 것은 어려우므로, 환자 스스로 가장 중요하게 평가하는 영역에 따라 우선순위를 매긴다.

4회기에서는 우선순위 중 첫 번째와 두 번째로 선택한 활동과 ‘활동 감정 기록지’에서 증가해야 할 활동 및 감소시켜야 할 활동을 함께 고려하여 치료자와 환자가 함께 활성화해야 할 첫 번째 활동을 선택한다. 이는 환자가 추구하는 삶의 가치와 목표에 맞으면서 자신의 일상에서 실제 활성화가 필요한 행동들을 실천하기 위함이다. 활동을 선택할 때 구체적인 지침은 1) 활동이 다른 사람에게 관찰 가능한가? 2) 활동 완수의 객관적 측정이 가능한가? 3) 충분히 구체적인가? 4) 활동이 나에게 적합한 난이도인가? 이다(이가영 등 2016).

예를 들어, ‘가족들과 친하게 지내기’를 목표로 세웠다면, 이를 ‘1주일에 1번 가족들과 저녁 식사하기’의 작은 활동으로 구체화한다. ‘영어를 잘 하고 싶다’의 목표는 ‘1주일에 2번 15분씩 영어 문법책 공부하기’ 활동으로, ‘독서하기’의 목표는 ‘서점에 가서 읽고 싶은 책 찾아보기’의 활동으로 처음 결정하여 시작해 보는 것이다. 여기서 중요한 점

은 앞서 설명했듯이 가장 쉽고 단순한 수준의 작은 활동으로 시작해야 한다는 것이며, 성공 가능성과 보상과의 연결을 위해 이를 환자들에게 강조한다. 일단 첫 활동이 성공해야 그 다음 활동에 대한 동기가 부여되고 긍정적인 감정을 조금씩 느끼며 목표 지향적인 태도가 유발될 수 있다. 이를 토대로 성공 가능성이 가장 높으면서 환자가 원하는 활동 하나를 조심스럽게 시도해 보도록 권유한다. 이는 본격적인 행동활성화 전 연습 단계로 생각해보고 시도해 본다. 이를 위해 ‘주간 활동 기록지’를 과제로 주고 작성하게 하는데, 계획한 활동을 하기 위한 요일과 시간, 지속 시간을 적고 실제 수행 여부를 표시하도록 한다.

### 5-6회기: 활동을 계획하고 구조화하기

지난 주 과제인 ‘활동 감정 기록지’를 검토한 후, 3-4회기에서 선택한 작은 활동을 수행했는지 확인한다. 연습 삼아 한 번 시도해 본 활동에 대한 소감을 나누고 어려웠던 점이나 장애물을 파악하며 활동 수준에 대해서 점검하여 이후 활동 계획에 참고한다.

이후 본격적으로 자신이 활성화하고자 하는 활동을 계획한다. 지난주 수행했던 첫 활동을 그대로 유지하면서 활동 감정 기록지를 통해 평소 하고 있는 긍정적인 활동의 빈도를 조금 늘리는 것을 포함하여 가치와 목표에 맞는 활동 2-4개 정도의 활동을 시도해보도록 한다. 또 한 가지 중요한 점은 감소해야 할 행동도 같이 고려할 필요가 있는데, 특히 반추와 회피 행동(예: 아침에 늦게까지 침대에 누워 있기, 새벽까지 핸드폰 하기 등)을 줄이고 그 시간에 할 대체 활동을 찾는 것이 중요하다. 무엇보다, 반추가 시작될 때 긍정적인 활동으로 바로 전환하고 이를 향유하도록 하기 위해 자신이 하고 싶은 활동을 정하고, 회기에서 향유 기법을 연습한

다.

이와 더불어, 각 활동의 최종 목표를 설정한다. ‘활동 숙련 기록지 (Activity Mastery Log)’에 위에서 선택한 활동과 치료 종료 후까지 달성하고자 하는 최종 목표(1주일 당 활동 횟수, 지속 시간)를 적는다. 그 활동을 점진적 과제 할당(graded task assignment)의 방법을 적용하여 작은 활동부터 점점 늘려가는 위계를 토대로 활동을 세부적으로 나눈다(예, ‘인터넷 강의 1주일에 3번 2시간씩 듣기’가 최종 목표 : 1주일에 1번 1시간 듣기→ 1주일에 2번 1시간 듣기→ 1주일에 2번 1시간 30분 듣기→ 1주일에 3번 1시간 30분 듣기→ 1주일에 3번 2시간 듣기로 활동 위계를 나눔). 그리고 당장 다음 주에 활성화 할 행동들에 대한 계획을 구체적으로 세운다. 즉, 특정 시간, 장소, 지속 시간, 빈도 등 구체적으로 계획한다. 이때 ‘활동 감정 기록지’를 통해 평소 자신의 일상 패턴을 토대로 활동을 하기에 가장 적당한 시간을 고르는 것이 좋다.

아울러, 자신이 계획한 활동을 하는 도중이나 직후 그 활동에서 유발된 즐거움, 만족감, 성취감 등의 긍정 정서에 최대한 주목하고 음미하도록 하는 향유 기법에 대해 소개하고 회기에서 미리 연습하여 한 주간 실천해 보도록 격려한다. 마지막으로, 계획한 행동을 성공했을 때 스스로 어떤 보상을 줄지 의논한다. 이에 거부감을 느끼는 환자들은 최대한 스스로의 행동에서 성취감이나 만족감을 느끼는 것에 주목하여 행동 자체에서 보상을 얻도록 유도하며, 보상을 원하는 경우 스스로 통제 가능한 보상을 정하여 긍정적 활동에 대한 동기를 높여주도록 한다. 따라서 5-6회기 행동 활성화를 계획하는 시점에서 향유 기법을 소개하고 훈련하여 일상생활에서 실천하게 되며, 매주 ‘활동 감정 기록지’와 ‘주간 활동 기록지’를 과제로 수행한다.

## 7-10회기: 행동활성화

행동 활성화를 숙련하는 회기이다. 지난 회기 계획한 활동들을 수행했는지 검토하는 과정이 매 회기 첫 부분에서 중요하게 다뤄진다. 먼저 ‘주간 활동 기록지’를 토대로 목표했던 활동을 실제 수행했는지 확인하고, 실천하면서 어려웠던 점, 느낀 점, 앞으로의 계획 등에 대해 이야기를 나눈다. 지난 주 활동 수행 여부를 ‘활동 숙련 기록지’에 숫자로 빈도를 표시한다. 이 과정에서 치료자는 환자가 활동에 참여했다는 것에 대해 칭찬과 격려를 해주며 긍정적으로 강화한다. 이를 토대로 다음 주 수행할 활동을 계획하고 점진적으로 늘려가도록 구조화하는데, 앞서 최종 목표 달성을 위해 점진적으로 세부 활동을 나눈 것들을 필요 시 수정할 수 있다. 만약 수행에 실패했을 경우, 그 이유와 방해 요인에 대해 살펴보고 이 같은 문제를 해결하기 위한 방법을 논의한다. 특히, 무엇이 원인인지 알아내기 위해 지속적인 행동 평가가 필요하다. 이러한 과정은 앞의 핵심 기법에서 설명한 문제해결 기법의 하나로 볼 수 있다.

특히, 실패했을 경우에 환자는 스스로에게 실망하고 좌절감을 느끼며 치료자에 대한 죄책감까지 느끼기도 한다. 치료자는 이에 대해 모든 결과들이 행동활성화에 유용하다는 것을 강조하며, 이를 통해 무엇을 배울 수 있는지에 초점을 맞추어 희망과 용기를 주어야 한다. 즉, 활동 수행 실패나 활동 시 겪는 어려움이 또 하나의 문제를 해결하고 방법을 학습하기 위한 중요한 기회라는 것을 환자에게 설명하고, 목표를 향해 나아가는 과정 중에 누구나 겪을 수 있는 일이라고 격려한다. 치료자 역시 비판단적이고 긍정적인 태도를 유지해야 하며, 이러한 문제가 치료 회기 내에서 발생하고 다루어야 치료 종료 후 스스로 문제를 해결하려 노력할 수 있게 됨을 알려준다.

또한 ‘활동 감정 기록지’를 계속 검토하며 달라진 감정, 생각, 행동이 있는지 살펴보고, 새롭게 추가하고 싶은 활동이 있는지 확인하여 ‘활동 숙련 기록지’에 기록한다. 치료가 중반부를 넘어가면서 기록지 검토를 통해 우울한 정서나 부정적인 정서가 어떤 상황과 밀접하게 관련이 있는지 스스로 파악하고 깨닫도록 도와준다. 이러한 자료와 과정은 미래의 위험 상황을 인지, 대비하고 계획을 세울 때 큰 도움이 된다.

이와 더불어, 활동 시 느껴지는 미세한 긍정 정서에 주목하고 회피 행동과 반추에 대처하기 위한 향유 기법을 매주 점검하며, 지난 주 했던 활동을 생생하게 심상으로 떠올리는 등의 방법으로 회기에서 연습한다. 특히, 반추에 대한 평가를 반복하여 치료 종료 후에도 우울증을 악화시키는 반추에 효과적으로 대응하도록 한다.

### 11-12회기: 종결 및 재발 방지

마지막 회기까지 최종 목표로 설정한 활동들을 완수하고 행동 평가를 통해 이를 점검한다. 스스로 계획한 활동들을 성공적으로 수행하고 숙련 경험으로 쌓아가게 되는 과정을 반복하면서 이에 대한 성취감과 만족감을 경험하게 되고, 우울감이 호전되는 경험에 대해 이야기를 나눈다. 동시에 긍정 경험을 향유하면서 이 같은 긍정 정서를 더 잘 인지하게 되고 자연스럽게 강화를 체험하게 된다. 이와 동시에 그동안의 행동활성화 과정을 파악하기 위해 ‘주간 활동 기록지’와 ‘활동 숙련 기록지’를 살펴보고 변화 과정에 대해서도 알아본다.

아울러, 자신에게 항우울 효과를 나타내는 행동 요소를 확인하고, 삶의 다른 영역으로 활성화를 확장시키며, 재발의 위험이 높은 상황을 확인하고 대비하는 전략이 포함된다. 이러한 목적으로 두 회기에 걸쳐 <나만의

항우울 핸드북>을 작성하여 그동안 경험하고 학습한 것들을 정리하는 시간을 가진다. 그동안의 치료 과정에서 자신에게 유익하다고 생각했던 다양한 활동들과 위험 상황, 유지하기 위한 전략들을 검토하기 위한 것으로, “어떤 상황이 나의 우울증의 취약성을 증가시키는가(우울감을 유발시키는 위험 상황), 우울증의 악순환이 계속되게 만드는 나의 행동은 무엇인가(우울감이 악화되게 만드는 나의 행동), 항우울 효과를 지닌 활동은 무엇인가(기분이 나아지게 하고 보상이 되는 긍정적인 활동들), 어떻게 하면 항우울 행동을 계속 실천해 나갈 가능성이 높아지는가(긍정 정서 경험과 활동을 유지하게 하는 전략)?”라는 질문에 답을 생각하고 작성하며 스스로 확인해 나간다. 치료 종료 후 이를 실생활에서 계속 활용하고 통합하도록 격려하며, 특히 미래의 위험 상황에서 활용하게 하는 구체적인 활동 계획을 세워두고 실천하도록 하여 재발 방지에 도움이 되도록 한다.

또한 환자가 증상 완화를 경험하면서 활동이 증가하고 회피 행동을 변화시키게 되면, 그들의 삶에서 더 큰 문제에 도전할 준비가 된 것으로 보고 실제 이를 위한 계획을 세울 수 있게 된다. 이러한 활동이 있는지에 대해 이야기를 나누어 보고 2달 후 추후 회기 때까지 이를 수행하기 위해 부담스럽지 않은 작은 활동을 찾아 계획해 본다(예를 들어, 아르바이트를 시작하기 위해 하고 싶은 아르바이트를 찾아보기). 이는 가치 및 목표 평가지에 기록했으나 그동안 다루지 못했던 활동들, 또는 최종 목표로 달성했던 활동들을 다른 영역에서 적용하는 것들이 포함되며, 이를 통해 학습했던 새로운 활동들을 다양한 범위로 적용해보도록 확장하는 것을 목표로 한다.

마지막으로, 모든 활동을 마무리한 것에 대해 스스로의 느낌과 앞으로의 계획에 대해 이야기를 나누고, 2달 후 추후 회기에 대한 약속을 한 후

치료에 대한 주관적 소감 및 사후 설문지를 작성한다.

## 2. 결과

### 1) 연구 대상자의 일반적 특성

집단별의 인구 통계학적 특징을 살펴보면, 성별은 환자 집단의 경우 남자가 3명(30.0%), 여자가 7명(70.0%)이었고, 통제 집단의 경우 남자가 4명(40.0%), 여자가 6명(60.0%)이었다. 그리고 대상자의 학력 수준은 환자 집단의 경우 고졸이 4명(40.0%), 대학교 재학 중이 3명(30.0%), 대학교 졸업이 2명(20.0%), 대학원 재학 이상이 1명(10.0%)이었고, 통제 집단의 경우 고졸이 3명(30.0%), 대학교 재학 중이 2명(20.0%), 대학교 졸업이 5명(50.0%)이었다. 연구 대상자의 연령 평균은 환자 집단의 경우 23.10세 ( $SD=3.60$ ), 통제 집단의 경우 28.40세( $SD=8.15$ )이었다. 마지막으로 내원 기간의 평균은 환자 집단의 경우 14.90개월( $SD=13.30$ ), 통제 집단의 경우 13.50개월( $SD=12.67$ )이었다. 자세한 사항은 <표 6>에 제시되어 있다.

한편, 환자 모집 과정에서 환자 집단 4명, 통제 집단 5명이 중도 탈락하였다. 그 대상자의 일반적 특성을 살펴보면, 환자 집단의 경우 여자 3명(75%), 남자 1명(25%), 통제 집단의 경우 여자 3명(60%), 남자 2명(40%)이었다. 환자 집단의 학력 수준은 고졸이 1명(25%), 대학교 재학 중이 2명(50%), 대학교 졸업이 1(25%)명이었고, 통제 집단의 경우 고졸이 1명(20%), 대학교 재학 중이 2명(40%), 대학교 졸업이 2명(40%)이었다. 연령 평균은 환자 집단의 경우 27.25( $SD=6.13$ ), 통제 집단은 26.40( $SD=7.25$ )이었다. 마지막으로, 내원 기간의 평균은 환자 집단의 경

우 12.37개월(SD=10.85), 통제 집단은 11.87개월(SD=10.12)

<표 6> 연구 대상자의 일반적 특성

(N=20)

		환자(N=10)	통제(N=10)	%
성별	남	3	4	35.0
	여	7	6	65.0
학력	고등학교 졸업 미만	0	0	0
	고등학교 졸업	4	3	35.0
	대학교 재학	3	2	25.0
	대학교 졸업	2	5	35.0
	대학원 재학 이상	1	0	5.0
나이	평균(표준편차)	23.10(3.60)	28.40(8.15)	-
내원 기간	평균(표준편차)	14.90(13.60)	13.50(12.67)	-

## 2) 치료 집단과 통제 집단의 사전 동질성 검증

치료 집단과 통제 집단의 치료 전 동질성 여부를 알아보기 위해 사전 평가에서 일원 변량분석(One-way ANOVA)을 실시하였고, 그 결과는 <표 7>에 제시되어 있다.

분석 결과 모든 변인들의 사전 평가 점수가 치료 집단과 통제 집단 간 차이가 유의하지 않은 것으로 나타나 사전 동질성이 입증되는 바, 치료 전 두 집단을 동질한 집단으로 가정하였다.

<표 7> 치료 집단과 통제 집단 간 사전 동질성 검증 결과

측정변인	치료집단(n=10)	통제집단(n=10)	<i>F</i>
	<i>M(SD)</i>	<i>M(SD)</i>	
긍정적 자동사고 (ATQ-P)	60.40(14.76)	67.80(21.03)	.44
부정적 자동사고 (ATQ-N)	113.30(17.46)	97.40(27.10)	2.43
우울(BDI)	28.50(11.60)	29.70(8.10)	.07
긍정 정서 (K-MASQ)	33.10(11.40)	32.20(7.98)	.04

### 3) 치료 집단과 통제 집단의 행동활성화 조작 점검

치료집단에게 실시한 처치가 행동활성화 수준을 유의하게 증가시켰는지 확인해 보기 위하여 조작 점검을 실시하였다. 먼저 사전 평가에서 일원 변량분석(One-way ANOVA)을 실시한 결과, 치료 집단( $47.60 \pm 17.85$ )과 통제 집단( $58.00 \pm 23.94$ )의 행동활성화 수준 차이가 유의하지 않아 치료 전 행동활성화 수준에 차이가 없는 것으로 나타났다.

그 다음으로 행동활성화의 사전 사후 평가 점수를 집단 내 변인으로, 치료 및 통제 집단을 집단 간 변인으로 투입하여 혼합 변량분석(Mixed ANOVA)을 실시하였다. 분석 결과, 집단 내 주효과,  $F(1, 18)=26.64$ ,  $p<.001$ ,  $\eta^2=.60$ , 상호작용 효과가,  $F(1, 18)=7.00$ ,  $p=.016$ ,  $\eta^2=.28$ , 유의한 것으로 나타났다. 상호작용 효과를 세부적으로 알아보기 위하여 치료 및 통제 집단 각각 단순주효과(Simple Main Effect)분석을 실시하였다. 치료 집단의 경우 사전 사후 점수 간 유의한 차이가 있는 것으로 나타났으나,  $F(1, 9)=28.07$ ,  $p<.001$ ,  $\eta^2=.76$ , 통제 집단의 경우 사전 사후

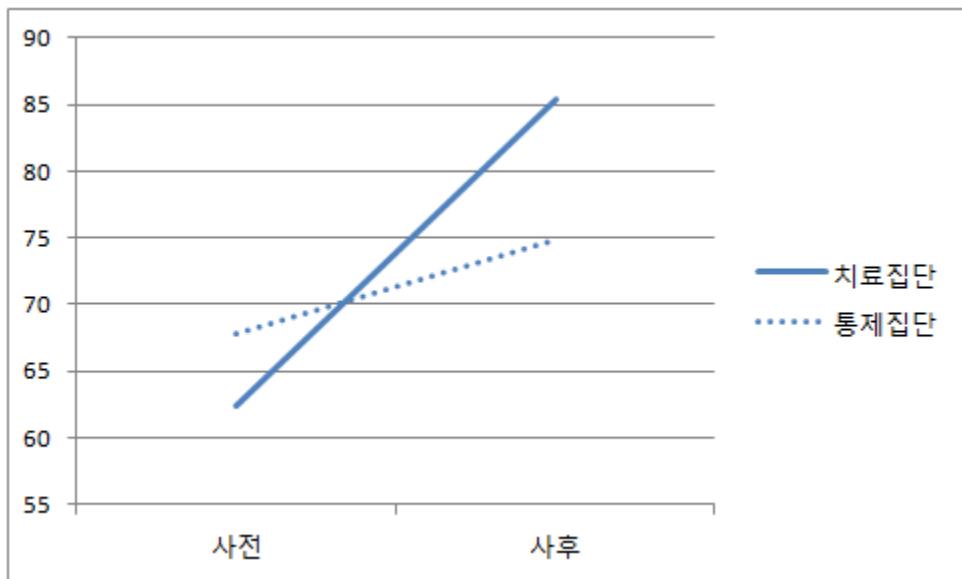
점수 간 차이가 유의하지 않았다,  $F(1,9)=3.46$ ,  $ns$ ,  $\eta^2=.28$ . 따라서 치료 집단에서만 행동활성화 수준이 사전보다 사후가 유의하게 증가한 것으로 나타났기 때문에 치료적 개입이 행동활성화 수준을 적절하게 증가시킨 것으로 나타났다.

#### 4) 치료 집단과 통제 집단 간 치료 효과 비교

치료 집단과 통제 집단 간 치료 효과 비교를 위해 두 집단 모두 치료 시작 전 각 변인에 대한 사전 평가를 실시하였으며, 치료 종결 이후 두 집단에게 사후 평가를 실시하였다. 또한 치료 집단과 통제 집단 간 치료 효과 비교를 위해 각 변인의 사전 사후 평가 점수를 집단 내 변인으로, 치료 및 통제 집단을 집단 간 변인으로 투입하여 혼합 변량분석(Mixed ANOVA)을 실시하였다.

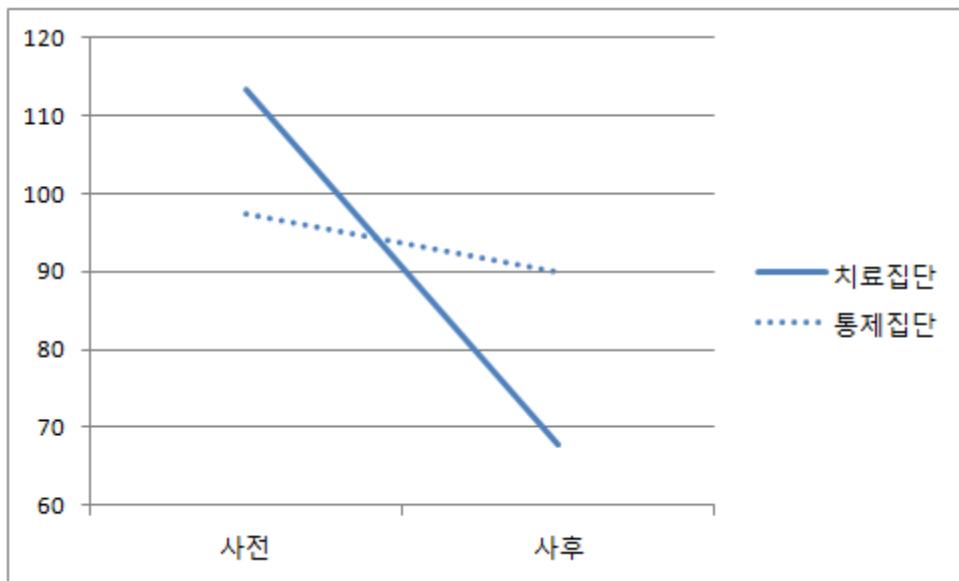
첫 번째로 긍정적 자동적 사고에 대한 혼합 변량분석 결과, 집단 내 주 효과,  $F(1,18)=23.13$ ,  $p<.001$ ,  $\eta^2=.56$ , 상호작용 효과가,  $F(1,18)=6.46$ ,  $p=.020$ ,  $\eta^2=.26$ , 유의한 것으로 나타났다. 상호작용 효과를 세부적으로 알아보기 위하여 치료 및 통제 집단 각각 단순주효과(Simple Main Effect)분석을 실시하였다. 치료 집단의 경우 사전 사후 점수 간 유의한 차이가 있는 것으로 나타났으나,  $F(1,9)=20.21$ ,  $p=.001$ ,  $\eta^2=.69$ , 통제 집단의 경우 사전 사후 점수 간 차이가 유의하지 않았다,  $F(1,9)=3.88$ ,  $ns$ ,  $\eta^2=.30$ . 따라서 치료 집단에서만 긍정적 자동적 사고 수준이 사전보다 사후가 유의하게 증가한 것으로 나타났다. 이에 대한 그래프는 <그림 2>에 제시하였다.

<그림 2> 긍정적 자동적 사고의 변화 추이



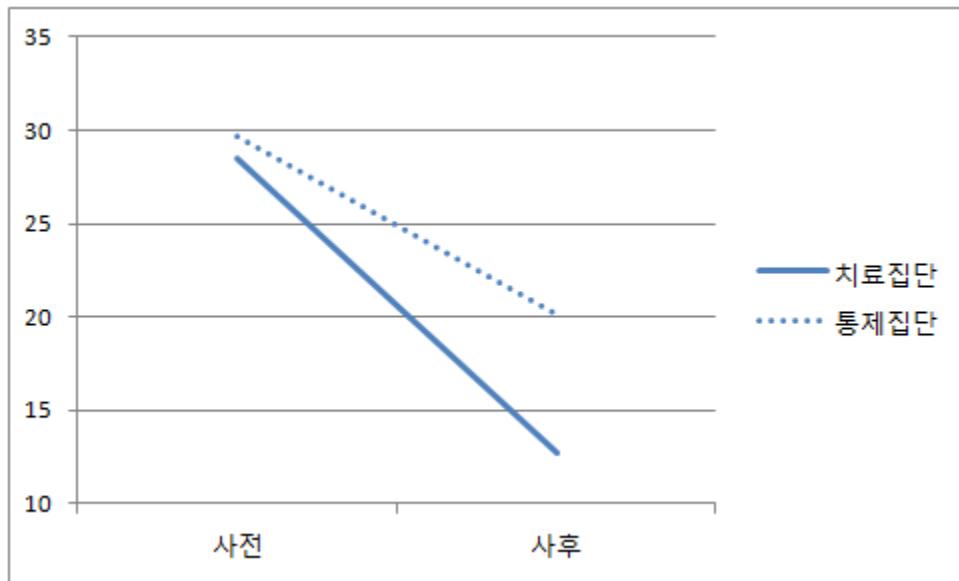
두 번째로 부정적 자동적 사고에 대한 혼합 변량분석 결과, 집단 내 주 효과,  $F(1,18)=59.08$ ,  $p<.001$ ,  $\eta^2=.77$ , 상호작용 효과가,  $F(1,18)=30.33$ ,  $p<.001$ ,  $\eta^2=.63$ , 유의한 것으로 나타났다. 상호작용 효과를 세부적으로 알아보기 위하여 치료 및 통제 집단 각각 단순주효과 (Simple Main Effect) 분석을 실시하였다. 치료 집단의 경우 사전 사후 점수 간 유의한 차이가 있는 것으로 나타났으나,  $F(1,9)=60.65$ ,  $p<.001$ ,  $\eta^2=.87$ , 통제 집단의 경우 사전 사후 점수 간 차이가 유의하지 않았다,  $F(1,9)=4.20$ ,  $ns$ ,  $\eta^2=.32$ . 따라서 치료 집단에서만 부정적 자동적 사고 수준이 사전보다 사후가 유의하게 감소한 것으로 나타났다. 이에 대한 그 래프는 <그림 3>에 제시하였다.

<그림 3> 부정적 자동적 사고의 변화 추이



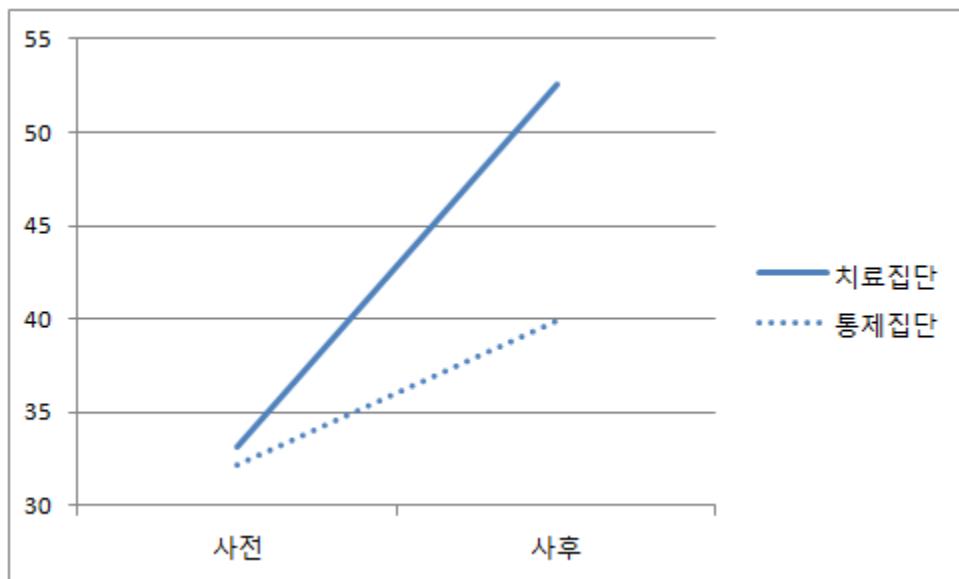
세 번째로 우울에 대한 혼합 변량분석 결과, 집단 내 주효과,  $F(1, 18)=26.64$ ,  $p<.001$ ,  $\eta^2=.60$ 만 유의한 것으로 나타났는데, 집단과 상관없이 사전 평가 보다 사후 평가의 우울 수준이 유의하게 감소하는 것으로 나타났다. 이에 대한 그래프는 <그림 4>에 제시하였다.

<그림 4> 우울의 변화 추이



마지막으로 긍정 정서에 대한 혼합 변량분석 결과, 집단 내 주효과만 유의한 것으로 나타났다,  $F(1,18)=21.53$ ,  $p<.001$ ,  $\eta^2=.55$ . 그러나 상호 작용 효과의 경우 유의 수준이 .059로 나타나,  $F(1,18)=4.05$ ,  $p=.059$ ,  $\eta^2=.18$ , 상호작용 경향성은 있는 것으로 판단되어 단순 주효과(Simple Main Effect)분석을 실시하였다. 분석 결과 치료 집단의 경우 사전 사후 점수 간 유의한 차이가 있는 것으로 나타났으나,  $F(1,9)=20.56$ ,  $p=.001$ ,  $\eta^2=.70$ , 통제 집단의 경우 사전 사후 점수 간 차이가 유의하지 않았다,  $F(1,9)=3.74$ ,  $ns$ ,  $\eta^2=.29$ . 따라서 치료 집단에서만 긍정 정서 수준이 사전보다 사후가 유의하게 증가한 것으로 나타났다. 이에 대한 그래프는 <그림 5>에 제시하였다.

<그림 5> 긍정 정서의 변화 추이



<표 8> 각 변인에 따른 혼합변량분석 결과

측정변인	변량원	SS	df	MS	F	<i>n</i> 2
긍정적 자동사고	집단 내	2265.03	1	2265.03	23.13***	.56
	상호작용	632.03	1	632.03	6.46*	.26
	오차(집단 내)	1762.45	18	97.91		
	집단 간	65.03	1	65.03	.10	.01
	오차(집단 간)	11782.85	18	654.60		
부정적 자동사고	집단 내	6996.03	1	6996.03	59.08***	.77
	상호작용	3591.03	1	3591.03	30.33***	.63
	오차(집단 내)	2131.45	18	118.41		
	집단 간	93.03	1	93.03	.10	.01
	오차(집단 간)	17652.85	18	980.71		
우울	집단 내	1612.90	1	1612.90	26.64***	.60
	상호작용	96.10	1	96.10	1.59	.09
	오차(집단 내)	1090.00	18	60.56		
	집단 간	184.90	1	184.90	1.24	.07
	오차(집단 간)	2675.60	18	148.64		
긍정정서	집단 내	1849.60	1	1849.60	21.53***	.55
	상호작용	348.10	1	348.10	4.05 <sup>+</sup>	.18
	오차(집단 내)	1546.30	18	85.91		
	집단 간	462.40	1	462.40	1.57	.08
	오차(집단 간)	5311.50	18	295.08		

<sup>+</sup> $p < .060$ , \* $p < .050$ , \*\*\* $p < .001$

<표 9> 치료 집단과 통제 집단 간 사전 및 사후 평가 점수의 평균과 표준편차 결과

측정변인	치료집단		통제집단	
	사전평가	사후평가	사전평가	사후평가
	M(SD)	M(SD)	M(SD)	M(SD)
긍정적 자동사고	62.40(14.76)	85.40(19.29)	67.80(21.03)	74.90(21.74)
부정적 자동사고	113.30(17.46)	67.90(18.99)	97.40(27.10)	89.90(28.26)
우울	28.50(11.60)	12.70(8.78)	29.70(8.10)	20.10(11.88)
긍정 정서	33.10(11.40)	52.60(19.26)	32.20(7.98)	39.90(14.05)

### 5) 치료 집단의 각 변인과 치료기제 변인의 변화 추이 결과

치료 집단의 사전, 중간, 사후 수준의 변화뿐만 아니라 치치 종결 후에 평가한 추후 평가에서도 변화가 유지되고 있는지 살펴보기 위해 반복측정 변량분석(repeated ANOVAs)을 실시하였고, 각 변인에 대한 치료집단의 반복측정 변량분석 결과를 <표 10>에 제시하였다.

<표 10> 치료 집단의 시기별 각 변인에 대한 반복측정 변량분석 결과

측정변인	변량원	SS	df	MS	F	$n^2$	주효과 비교 (Bonferroni)
긍정적 자동사고	집단 내	4405.10	3	1468.37	14.93***	.62	a<b,c,d
	오차	2654.90	27	98.33			
부정적 자동사고	집단 내	14397.60	3	4799.20	31.59***	.78	a<b,c,d
	오차	4101.90	27	151.92			
우울	집단 내	1941.28	3	647.09	19.15***	.68	a<b,c,d b<d
	오차	912.48	27	33.80			
긍정정서	집단 내	3018.90	3	1006.30	15.20***	.63	
	오차	1787.10	27	66.19			

a: 사전, b: 중간, c: 사후, d: 추후

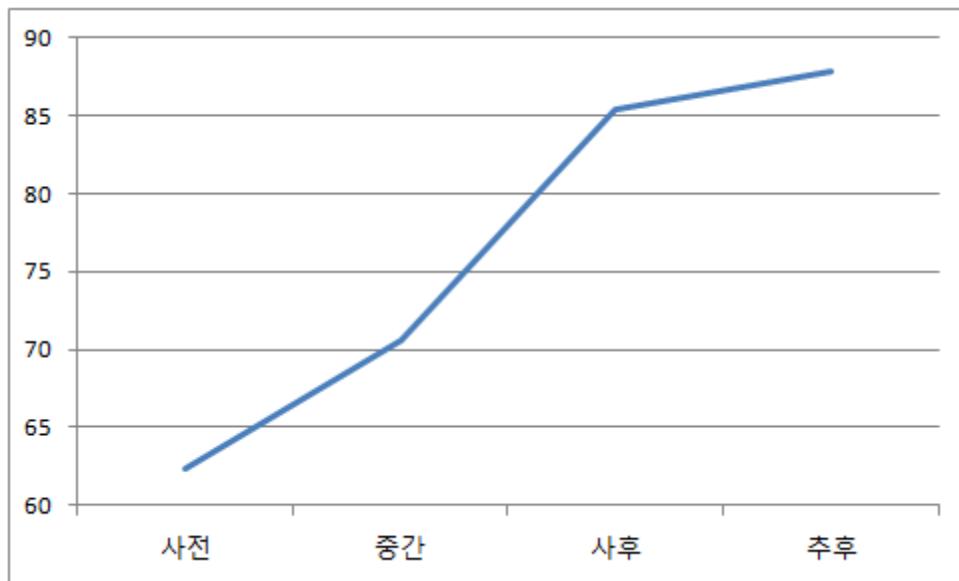
\*\*\* $p < .001$

<표 11> 치료 집단의 시기별 각 변인에 대한 평균과 표준편차 결과

측정변인	사전평가	중간평가	사후평가	추후평가
	M(SD)	M(SD)	M(SD)	M(SD)
긍정적 자동사고	62.40(14.76)	70.60(14.49)	85.40(19.29)	87.80(18.48)
부정적 자동사고	113.30(17.46)	85.90(16.05)	67.90(18.99)	66.10(20.64)
우울	28.50(11.60)	19.60(9.54)	12.70(8.78)	10.70(7.78)
긍정정서	33.10(11.40)	42.40(11.99)	52.60(18.26)	54.90(15.37)

첫번째로 긍정적 자동적 사고의 시기별 변화 추이를 살펴보기 위한 반복측정 변량분석 결과, 긍정적 자동적 사고의 시기에 따른 변화가 유의한 것으로 나타났다,  $F(3,27)=14.93$ ,  $p<.001$ ,  $\eta^2=.62$ . 세부적인 효과를 알아보기 위해 Bonferroni 방식을 사용하여 시기에 따른 긍정적 자동적 사고에 대한 주효과 비교를 실시한 결과 사전 평가( $M=62.40 \pm 14.76$ )에 비해 중간 평가( $M=70.60 \pm 14.49$ )에서부터 유의한 차이가 있었고 사후 ( $M=85.40 \pm 19.29$ )와 추후 평가( $M=87.80 \pm 18.48$ )에서도 지속되어 비교적 치료 효과가 잘 유지되고 있는 것으로 보인다. 치료집단의 긍정적 자동적 사고에 대한 시기별 변화 추이를 <그림 6>에 제시하였다.

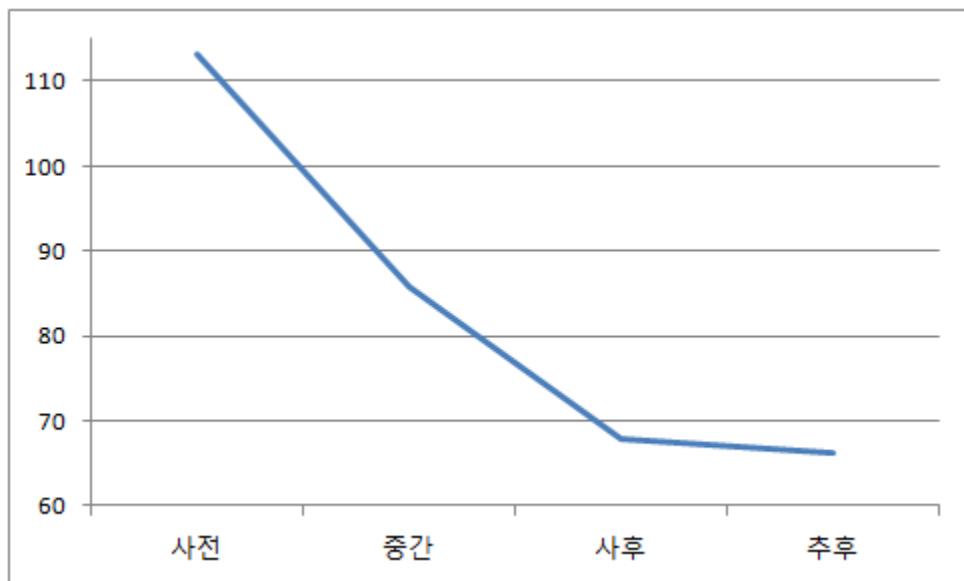
<그림 6> 치료 집단의 긍정적 자동적 사고 수준 변화 추이



두 번째로 부정적 자동적 사고의 시기별 변화 추이를 살펴보기 위한 반복측정 변량분석 결과, 부정적 자동적 사고의 시기에 따른 변화가 유의한 것으로 나타났다,  $F(3,27)=14.93$ ,  $p<.001$ ,  $\eta^2=.62$ . 세부적인 효과를 알아보기 위해 Bonferroni 방식을 사용하여 시기에 따른 부정적 자동적 사

고에 대한 주효과 비교를 실시한 결과 위와 마찬가지로 사전 평가 ( $M=113.30 \pm 17.46$ )에 비해 중간 평가( $M=85.90 \pm 16.05$ )에서부터 유의한 차이가 있었고 사후( $M=67.90 \pm 18.99$ )와 추후 평가( $M=66.10 \pm 20.64$ )에서도 지속되어 비교적 치료 효과가 잘 유지되고 있는 것으로 보인다. 치료집단의 부정적 자동적 사고에 대한 시기별 변화 추이를 <그림 7>에 제시하였다.

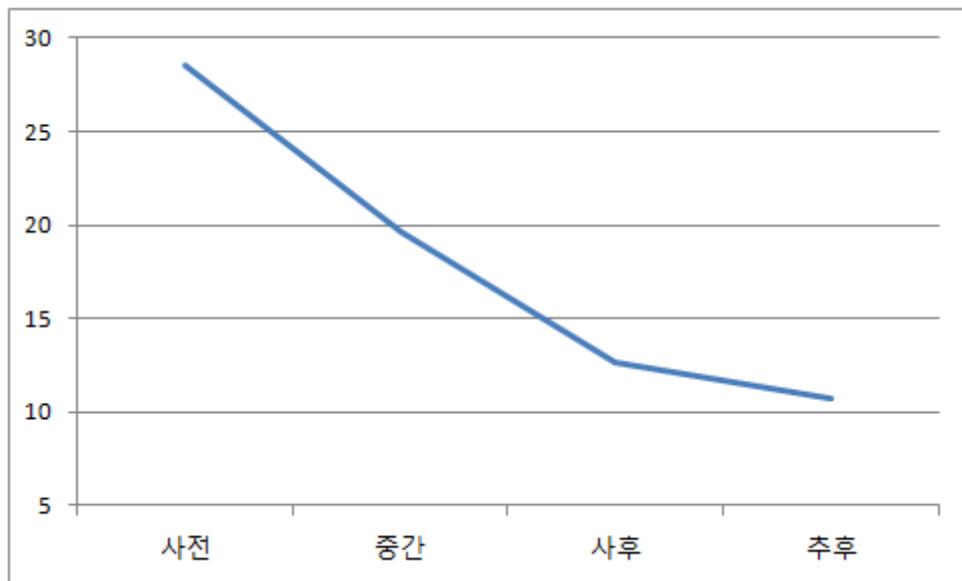
<그림 7> 치료 집단의 부정적 자동적 사고 수준 변화 추이



세 번째로 우울의 시기별 변화 추이를 살펴보기 위한 반복측정 변량분석 결과, 우울의 시기에 따른 변화가 유의한 것으로 나타났다,  $F(3, 27)=14.93$ ,  $p<.001$ ,  $\eta^2=.62$ . 세부적인 효과를 알아보기 위해 Bonferroni 방식을 사용하여 시기에 따른 우울에 대한 주효과 비교를 실시한 결과 위와 마찬가지로 사전 평가( $M=28.50 \pm 11.60$ )에 비해 중간 평가 ( $M=19.60 \pm 9.54$ )에서부터 유의한 차이가 있었고 사후( $M=12.70 \pm 8.78$ )와

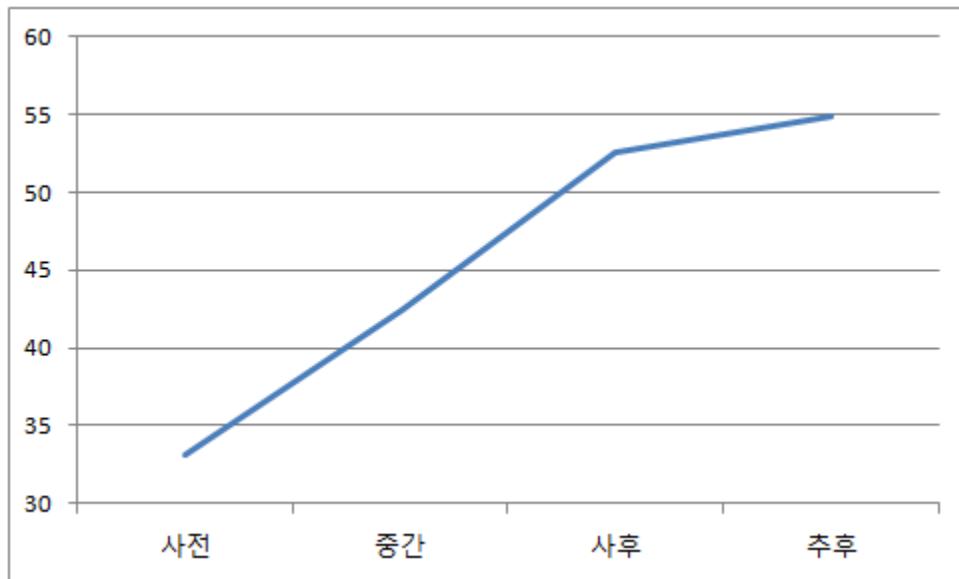
추후 평가( $M=10.70 \pm 7.78$ )에서도 지속되어 비교적 치료 효과가 잘 유지되고 있는 것으로 보인다. 치료 집단의 우울에 대한 시기별 변화 추이를 <그림 8>에 제시하였다.

<그림 8> 치료 집단의 우울 수준 변화 추이



마지막으로 긍정 정서의 시기별 변화 추이를 살펴보기 위한 반복측정 변량분석 결과, 긍정 정서의 시기에 따른 변화가 유의한 것으로 나타났다,  $F(3,27)=15.20$ ,  $p<.001$ ,  $\eta^2=.63$ . 세부적인 효과를 알아보기 위해 Bonferroni 방식을 사용하여 시기에 따른 긍정 정서에 대한 주효과 비교를 실시한 결과 위와 마찬가지로 사전 평가( $M=33.10 \pm 11.40$ )에 비해 중간 평가( $M=42.40 \pm 11.99$ )에서부터 유의한 차이가 있었고 사후 ( $M=52.60 \pm 18.26$ )와 추후 평가( $M=54.90 \pm 15.37$ )에서도 지속되어 비교적 치료 효과가 잘 유지되고 있는 것으로 보인다. 치료 집단의 긍정 정서에 대한 시기별 변화 추이를 <그림 9>에 제시하였다.

<그림 9> 치료 집단의 긍정 정서 수준 변화 추이



#### 6) 행동활성화 치료 기제 변인의 반복측정 매개 효과

다음으로 치료과정에서 우울과 긍정 정서에서 나타나는 변화를 어떠한 변인들이 매개하는지 알아보기 위하여 반복측정 매개효과 분석을 실시하였다. 이를 통해 치료집단의 우울과 긍정 정서 수준의 변화를 긍정적 및 부정적 자동적 사고와 같은 치료과정 변인이 매개하고 있는지 알아보고자 구체적인 치료 효과 기제를 분석해 보았다.

이러한 반복측정 매개효과를 분석하기 위하여 Judd, Kenny 및 McClelland(2001)의 반복측정 매개변인 분석 절차에 따라 검증하였다. 위 방법에 따르면 프로그램 실시 여부를 독립변인으로, 치료과정 변인인 긍정적 및 부정적 자동적 사고의 사전 및 사후 평가를 매개변인으로, 우울 및 긍정 정서를 종속변인으로 설정하였다. 위 매개 분석은 총 4단계를 거

쳐서 분석되는데, 첫 번째 사전 매개변인( $M_1$ : 긍정적 및 부정적 자동적 사고)으로 사전 종속변인( $Y_1$ : 우울 및 긍정 정서)을 예측하는 단순회귀분석( $Y_1=a_1+b_1M_1$ ), 두 번째 사후 매개변인( $M_2$ : 긍정적 및 부정적 자동적 사고)으로 사후 종속변인( $Y_2$ : 우울 및 긍정 정서)을 예측하는 단순회귀분석( $Y_2=a_2+b_2M_2$ ), 세 번째 사전, 사후 매개변인의 합( $M_{\text{sum}}$ : 사전 긍정적 및 부정적 자동적 사고 + 사후 긍정적 및 부정적 자동적 사고)을 통제한 후, 사전, 사후 매개변인 차이( $M_{\text{diff}}$ : 사전 긍정적 및 부정적 자동적 사고 - 사후 긍정적 및 부정적 자동적 사고)로 사전, 사후 종속변인 차이( $Y_{\text{diff}}$ : 사전 우울 및 긍정 정서 - 사후 우울 및 긍정 정서)를 예측하는 중다회귀분석( $Y_{\text{diff}}=a_3+b_3M_{\text{sum}}+b_4M_{\text{diff}}$ ), 네 번째 사전 매개변인과 사후 매개변인 간의 차이 검증( $M_1$ 과  $M_2$ 의 차이 paired sample  $t$ -test)을 통해 차이가 이루어진다. 위 4가지 조건에서  $b_1$ ,  $b_2$ ,  $b_4$ 가 유의하고, 1차와 2차 매개변인 간 차이검증이 유의할 때 매개효과가 유의한 것으로 해석한다(Judd et al., 2001; 혀선무, 이봉건, 2016 재인용).

위 절차에 따라 분석한 결과, 첫 번째로 매개 변인을 긍정적 자동적 사고로, 종속 변인을 우울로 설정할 경우 1, 2, 3단계의 회귀 계수가 모두 유의한 것으로 나타났다. 그리고 사전 및 사후 긍정적 자동적 사고 간의 대응표본  $t$  검증을 실시한 결과 두 시기 별 차이가 유의한 것으로 나타났다( $t = -4.24$ ,  $p < .001$ ). 따라서 반복측정 매개효과 검증에 필요한 4가지 조건을 모두 충족하기 때문에 우울에 대한 긍정적 자동적 사고의 매개효과가 검증되었고, 이 검증 결과는 <표 12>과 같다.

<표 12> 우울에 대한 긍정적 자동사고의 반복측정 매개효과 검증결과

모형		<i>B</i>	$\beta$	<i>t</i>
사전 긍정적 자동사고	→ 사전 우울	-.31	-.58	-2.98**
사후 긍정적 자동사고	→ 사후 우울	-.74	-.74	-4.70***
긍정적 자동사고 합*	→ 우울 차	-.48	-.69	-3.79**
긍정적 자동사고 차				

\*는 통제변인으로 모델에 투입

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

두 번째로 매개 변인을 긍정적 자동적 사고로, 종속 변인을 긍정 정서로 설정할 경우 1, 2, 3단계의 회귀 계수가 모두 유의한 것으로 나타났다. 그리고 사전 및 사후 긍정적 자동적 사고 간의 대응표본 *t* 검증을 실시한 결과 두 시기 별 차이가 유의한 것으로 나타났다(*t* = -4.24,  $p < .001$ ). 따라서 반복측정 매개효과 검증에 필요한 4가지 조건을 모두 충족하기 때문에 긍정 정서에 대한 긍정적 자동적 사고의 매개효과가 검증되었고, 이 검증 결과는 <표 13>과 같다.

<표 13> 긍정 정서에 대한 긍정적 자동사고의 반복측정 매개효과 검증결과

모형		<i>B</i>	$\beta$	<i>t</i>
사전 긍정적 자동사고	→ 사전 긍정 정서	.41	.77	5.04***
사후 긍정적 자동사고	→ 사후 긍정 정서	.71	.84	6.50***
긍정적 자동사고 합*	→ 긍정 정서 차	.78	.84	8.29***
긍정적 자동사고 차				

\*는 통제변인으로 모델에 투입

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

세 번째로 매개 변인을 부정적 자동적 사고로, 종속 변인을 우울로 설정할 경우 1, 2, 3단계의 회귀 계수가 모두 유의한 것으로 나타났다. 그리고 사전 및 사후 부정적 자동적 사고 간의 대응표본  $t$  검증을 실시한 결과 두 시기 별 차이가 유의한 것으로 나타났다( $t = 4.82, p < .001$ ). 따라서 반복측정 매개효과 검증에 필요한 4가지 조건을 모두 충족하기 때문에 우울에 대한 부정적 자동적 사고의 매개효과가 검증되었고, 이 검증 결과는 <표 14>과 같다.

<표 14> 우울에 대한 부정적 자동사고의 반복측정 매개효과 검증결과

모형		$B$	$\beta$	$t$
사전 부정적 자동사고	→ 사전 우울	.25	.62	3.32**
사후 부정적 자동사고	→ 사후 우울	.37	.88	7.74***
부정적 자동사고 합*	→ 우울 차	.32	.70	4.26**
부정적 자동사고 차				

\*는 통제변인으로 모델에 투입

\*\* $p < .010$ , \*\*\* $p < .001$

마지막으로 매개 변인을 부정적 자동적 사고로, 종속 변인을 긍정 정서로 설정할 경우 1, 2, 3단계의 회귀 계수가 모두 유의한 것으로 나타났다. 그리고 사전 및 사후 부정적 자동적 사고 간의 대응표본  $t$  검증을 실시한 결과 두 시기 별 차이가 유의한 것으로 나타났다( $t = 4.82, p < .001$ ). 따라서 반복측정 매개효과 검증에 필요한 4가지 조건을 모두 충족하기 때문에 긍정 정서에 대한 부정적 자동적 사고의 매개효과가 검증되었고, 이 검증 결과는 <표 15>과 같다.

<표 15> 긍정 정서에 대한 부정적 자동사고의 반복측정 매개효과 검증결과

모형		$B$	$\beta$	$t$
사전 부정적 자동사고	→ 사전 긍정 정서	-.24	-.59	-3.12**
사후 부정적 자동사고	→ 사후 긍정 정서	-.49	-.72	-4.38***
부정적 자동사고 합* 부정적 자동사고 차	→ 긍정 정서 차	.28	.39	2.30*

\*는 통제변인으로 모델에 투입

\* $p<.050$ , \*\* $p<.010$ , \*\*\* $p<.001$

### 3. 논 의

본 연구 2에서는 우울증 환자들을 대상으로 행동활성화 치료의 효과를 검증하였으며, 이 과정에서 우울과 긍정 정서의 변화를 이끌어내는데 영향을 미치는 기제 변인의 매개 효과를 살펴보았다. 행동활성화 치료 집단과 약물 통제 집단의 사전 평가에서 측정된 변인들의 집단 간 차이가 유의하지 않았으며, 두 집단의 사전 동질성이 확인되었다. 이러한 가운데 시행된 행동활성화 치료의 효과에 대한 연구 결과 및 이에 대한 논의를 살펴보면 다음과 같다.

먼저 행동활성화 치료 집단과 통제 집단 간에 우울, 긍정 정서, 긍정적 자동적 사고 및 부정적 자동적 사고 수준의 차이가 있는지 살펴보기 위한 혼합 변량분석 결과, 행동활성화 치료 후 사후 평가에서 긍정적 자동적 사고와 부정적 자동적 사고의 집단 간 차이가 유의하게 나타났다. 즉, 행동활성화 치료 집단은 통제 집단에 비해 시기에 따라 측정한 긍정적, 부

정적 사고의 변화가 일어났는데, 긍정적인 사고는 증가되고 부정적인 사고는 감소한 것으로 확인되었다. 긍정 정서 수준의 변화는 집단 간 차이가 통계적으로 유의하지는 않았지만 경계 수준의 유의도를 보이고 있어 ( $p=.059$ ) 집단 간 차이가 있는 것으로 해석하는데 무리는 없어 보인다. 따라서 긍정 정서 역시 치료 집단에서 유의하게 증가한 것으로 볼 수 있으며, 이로써 행동활성화 치료가 우울의 두 가지 핵심 증상 중 하나인 무쾌감증 개선에도 효과가 있다는 설명이 가능하다.

이와 달리, 우울 수준에 있어서는 사후 평가에서 치료 집단과 통제 집단 간의 차이가 유의하지 않았다. 본 연구의 두 집단 모두 약물 치료를 받고 있는 환자들로 구성되어 있는데, Dimidjian 등(2006)의 선행 연구에서는 우울증 환자 집단에서 행동활성화 치료 집단과 약물 치료 집단의 효과가 동등하게 나타났다. Ekers 등(2014)의 메타 연구에서도 이와 일치한 결과가 나타난 것으로 볼 때, 기본적으로 우울증에 대해 행동활성화와 약물 치료가 동등한 효과를 내는 것으로 여겨진다. 본 연구에서는 치료 집단이 행동활성화와 약물치료를 같이 받는 대상이기 때문에 약물 치료만 받는 집단에 비해 우울 수준의 변화가 뚜렷하게 나타나지는 않은 것으로 보이며, 이 같은 결과는 약물의 효과를 제외하고 나면 우울에 대한 행동활성화 치료의 고유한 효과는 나타나지 않은 것으로 생각된다.

그러나 이에 덧붙이자면, 우울 수준을 측정하는 BDI 점수가 치료 집단에서는 사전 평가 평균  $28.50(\pm 11.60)$ 에서 사후 평균  $12.70(\pm 8.78)$ 으로 저하되었고, 통제 집단에서는 사전 평가 평균  $29.70(\pm 8.10)$ 에서 평균  $20.10(\pm 11.88)$ 으로 저하되었다. 치료 집단의 사후 평가 점수는 가벼운 우울 상태(10~15점)에 속하며, 통제 집단의 사후 평가 점수는 중한 우울 상태(16~23점)에 속한다. 이로 볼 때, 치료 집단과 통제 집단 간의 차이는 유의하지 않았으나, 우울 점수 범위로 평가할 때는 통제 집단에 비해

치료 집단에서 가벼운 우울 상태까지 더 많이 감소된 것으로 확인되었다.

이처럼 우울 수준에 대한 두 집단의 효과는 통계적으로 유의하지 않았으나, 치료 집단의 경우 추후 평가까지 자동적 사고, 우울 및 긍정 정서의 변화가 유지되고 있는 점이 의미 있는 결과로 주목된다. 즉, 행동활성화 치료를 받은 환자들은 우울 증상 이외의 변인에서 유의한 변화가 있었고 우울을 포함한 모든 변인에서 치료 효과가 추후까지 유지되었다. 치료를 통해 우울하더라도 좀 더 움직이고 자신이 하려고 했던 것들을 작은 일이라도 실천하는 것이 더 낫다는 것을 학습했으며, 자신의 활동이 기분에 영향을 미친다는 것을 명확히 알게 되어 치료 종료 후에도 실제 생활에서 성취감과 즐거움을 느끼는 행동을 꾸준히 이어갈 수 있게 된 것으로 보인다. 이와 더불어, 회피 행동과 반추에 더 이상 몰두하지 않고 치료에서 학습한 건강한 삶의 습관을 갖게 되면서 실제 긍정적인 정서가 높아지고 자신에 대한 긍정적인 생각을 갖게 되며 자기 비난과 같은 부정적으로 편향된 생각들은 덜 활성화된 것으로 볼 수 있다. 이는 행동활성화 치료와 약물 치료의 효과가 대등하지만 재발 방지에 있어서는 행동활성화가 약물 치료보다 더욱 효과적이었다는 선행 연구 결과들(Cuijpers et al., 2007; Dimidjian et al., 2011; Dobson et al., 2008; Ekers et al., 2014; Mazzucchelli et al., 2009)과 맥을 같이 하는 것으로 보인다.

이러한 건강한 삶의 패턴과 긍정성 증가가 치료 종결 후 만나게 되는 스트레스 상황에서도 우울증을 재발하지 않게 만드는 보호 요인으로 작용할 가능성이 있다. 긍정 정서와 긍정적 사고가 심리적 어려움으로부터의 회복과 탄력성 구축을 촉진시킨다는 결과(Folkman & Moskowitz, 2000; Lightsey, 1994; Tugade & Fredrickson, 2007)가 있으며, 이주영과 김지혜(2002)는 긍정적인 자동적 사고가 부정적인 생활 사건의 영향으로부터 개인을 보호하는 완충자 역할을 할 가능성이 높다고 보았고, 백지현

(2013)은 긍정 정서가 부정적 상황에서 적응적인 대처를 하기 위한 중요한 내적 자원이라고 설명하였다. 이러한 결과는 긍정성 증가가 우울증의 재발 방지에 중요한 요소임을 시사한다.

이를 종합해 볼 때, 기존 치료에서 가장 저항적이라고 알려진 긍정 정서와 활동 수준의 변화, 그리고 우울증 치료에서 중요한 사고의 변화가 행동활성화 치료를 통해 일어나 약물 치료만 받은 경우보다 실제 재발 방지에 있어서 더욱 효과적일 수 있다고 생각되며, 본 연구를 통해 행동활성화 치료가 왜 재발 방지에 효과적인지를 설명할 수 있는 경험적 근거가 마련된 것으로 여겨진다.

한편, 약물 치료만 받은 통제 집단에서는 우울 수준 이외에 기제 변인인 긍정적, 부정적 자동적 사고와 긍정 정서의 변화는 유의하지 않았다. 이로 볼 때, 우울증 치료에 있어서 약물 치료가 증상 완화에는 효과가 좋은 것으로 보이나, 그 외 우울에 영향을 미치는 심리적 변인의 변화에는 영향을 미치지 못한 것으로 보인다. 약물 치료만 받는 경우 우울 증상이 감소하여 치료를 종결하였어도, 스트레스 사건을 겪게 되면 기존에 가지고 있던 부정적인 사고가 다시 활성화 되고 아무 활동도 하지 않는 회피와 반추가 일어나면서 우울증이 재발할 수 있는 것이다. 따라서 이 같은 긍정적, 부정적 자동적 사고와 긍정 정서의 변화를 이끌어 내기 위해서는 행동활성화 치료의 접근이 더 유용함을 시사한다.

아울러, 치료 집단의 경우 사전 평가에 비해 중간 평가에서 우울과 긍정 정서, 그리고 기제 변인인 긍정적, 부정적 자동적 사고의 변화가 뚜렷하게 나타났다. 즉, 행동활성화 치료 7회기 시작 전 측정한 중간 평가에서 치료 시작 전에 비해 우울과 부정적 자동적 사고가 감소하고 긍정 정서와 긍정적 자동적 사고가 증가하였다. 본 연구에서 시행한 행동활성화 치료는 1~6회기까지 활동과 감정 간의 연관성 파악하기, 삶의 가치 및

목표 평가하고 활동 찾기, 활동을 계획하고 구조화하기가 이뤄진다. 특히, 5~6회기에는 실제 가치와 목표에 맞는 활동 2~4개 정도의 활동을 시도해보도록 하고 반추와 회피 행동을 다루며 향유 기법도 연습한다. 이러한 치료 회기 구성으로 볼 때, 7회기 직전에 실시한 중간 평가에서 결과변인인 우울, 긍정 정서와 더불어 기체 변인들의 변화가 일어난 점은 회기 별로 진행된 행동활성화 치료 요소가 적절히 다루어지고 치료 목표 또한 달성되고 있음을 보여주는 결과이다.

6회기까지는 우울증에 대한 행동활성화 치료의 기본 개념과 치료 목표를 알아가는 과정으로 볼 수 있으며 활동을 계획하면서 본격적인 활성화를 준비하여 시작해보는 단계이다. 이는 대부분의 환자들이 2~4개의 활동을 시도해본 시점으로, 이 단계에서부터 변인들의 변화가 일어났다는 것은 치료 효과에 대한 여러 가지 시사점을 제공해준다. 첫째로, 자신의 일상생활을 객관적으로 검토하면서 우울한 기분에 따라 아무 것도 하지 않던 자신의 행동으로 인해 더 우울해진다는 것을 깨닫게 되고, 우울감에서 벗어나기 위해 자신이 행동을 해야 한다는 것을 알게 됨으로써 변화에 대한 기대와 동기가 유발된 된 것으로 보인다. 둘째, 삶의 가치와 목표에 대해 탐색해 보는 시간을 통해 그동안 생각해보지 못했거나 잊고 살았던 ‘자신이 원하는 삶’에 대해 알게 되면서, 우울증에서 벗어나고 자신이 행복해지기 위해 어떤 것을 해야 하는지에 대한 그림이 더욱 선명해진 것으로 생각된다. 이를 통해 조금씩 자신과 미래에 대한 긍정적인 생각이 일어나고 부정적인 생각이 줄어들기 시작했을 가능성이 있다. 셋째, 실제로 자신의 목표와 관련되고 일상에서 즐거움을 주는 작은 활동들을 조금씩 시도해 보면서 우울하더라도 작은 활동부터 시작해보는 것이 의외로 자신의 기분을 바꿀 수 있음을 실제 경험하게 된 것으로 보인다. 이러한 실제 경험을 통해 매일의 일상에서 미세하게나마 기분이 나아지는 것을

인식하고 하루의 일상을 자신이 좋아하는 활동으로 더 채우려고 노력하면서 점차 자신이 달라지고 할 수 있다는 사고와 감정의 변화가 일어났을 수 있다. 이 같은 결과는 Cuijpers 등(2007)의 메타 분석 연구에서 활동 계획 과제 그 자체만으로도 치료 효과가 있다는 결과와 맥을 같이 한다.

이에서 더 나아가 치료 과정 중에 일어난 변인들의 유의한 변화가 사후와 추후 평가까지 이어지고 있으며, 특히 우울과 긍정 정서는 추후에 더욱 향상된 것으로 나타났다. 중간 평가까지 변인들의 변화가 일어났더라도, 이를 다지고 공고히 하는 나머지 6회기의 치료 과정을 통해 치료 목표가 더욱 확실하게 달성되는 것으로 볼 수 있다. 일반적으로 행동의 변화는 매우 어렵고 저항적이며 천천히 진행되기 때문에(Martell et al., 2010) 7회기부터의 과정도 매우 중요하다. 특히, 환자들이 매 회기 계획한 활동 과제들을 모두 수행하고 완수하는 경우는 없었으며 회기마다 또는 활동마다 수행의 기복이 나타난 것이 사실이다. 실제로 기분이 나아졌다가도 도중에 스트레스 사건에 의해 다시 기분이 우울해져 계획한 행동을 수행하지 못한 경우가 있었으며, 이에 다시 낙담하고 좌절감과 실망감, 죄책감 등을 겪기도 하였다. 후반부 과정에서 다시 이러한 기복을 경험함으로써 치료 종료 후 일어날 수 있는 위험 상황을 미리 파악하게 되고 이에 효과적으로 대처하고 해결해 나가는 방법을 치료자와 같이 모색하여 다시 도전해보는 기회가 되었다. 이 모든 것들이 목표를 향해 나아가기 위해 필요한 것이라고 환자들에게 충분히 설명하고 격려하였으며, 환자들도 이를 이해하여 다시 활성화를 시작할 수 있었다. 무엇보다, 이 같은 변인들의 변화가 추후 평가까지 이어진다는 것은 앞서 설명했듯이 행동활성화 치료를 통해 배운 기술들과 통찰 경험을 실제 일상생활에 적절히 적용하며 유지해나가고 있음을 보여준다.

마지막으로 본 연구에서 행동활성화 치료를 통해 우울과 긍정 정서의

변화를 이끌어내는 기제 변인의 매개 효과를 검증하였다. 그 결과 긍정적, 부정적 자동적 사고가 우울과 긍정 정서의 변화를 이끈 매개 변인으로 확인되었다. 이러한 결과는 그동안 기준의 연구들에서는 직접 검증되지 못했던 것이며, 논의나 코멘트 부분에서 언급한 ‘경험과 행동의 변화가 사고의 변화를 이끌어 우울에 영향을 미칠 것’이라는 가정(Bandura, 1977; Hollon, 2001; Martell et al., 2010; Martell & Kanter, 2011)을 경험적으로 입증하였다는 점에서 더욱 고무적으로 여겨진다. 치료를 통해 일상에서 자신에게 보상이 되는 긍정적인 활동에 참여하게 됨으로써 늘 주변의 부정적인 자극에만 주의가 편향되었던 것에서 벗어나 일상의 긍정적인 활동과 경험에 주의를 재배치하게 되었으며, 자신의 인생은 실패했고 엉망이라는 자기 비난과 패배적인 역기능적 인지가 줄어들고 자신도 나아질 수 있고 할 수 있다는 긍정적인 기대와 희망이 증가하면서 이러한 인지 변화를 통해 우울감이 완화되고 긍정 정서가 증가하였음을 보여주는 결과이다.

특히, 우울증의 심리치료에서 나타나는 변화의 기제를 리뷰한 Lemmens, Muller, Arntz와 Huibers(2016)는 연구에서 심리치료의 매개 변인에 대한 다양한 기준을 다음과 같이 제시하였다. 1) 2개 이상의 매개 변인을 사용, 2) 통계적으로 타당화 된 측정도구 사용, 3) 무선할당과 통제 집단 필요, 4) 40명 이상의 충분한 피험자, 5) 2번 이상의 평가 시점, 6) 매개 효과에 대한 현대적인 통계 분석이다. 특히 이 연구에서 여러 차례의 평가 시점이라는 시간성(temporality)과 통계 분석을 통해 인과관계를 확인하는 것이 중요하다고 강조하였는데, 본 연구는 그 두 가지뿐 아니라 피험자 수를 제외한 기준을 모두 충족시켜 행동활성화 치료의 변화 기제를 효과적으로 검증하였고 볼 수 있다. 이러한 기준을 기준의 행동활성화 치료 기제에 대한 선행연구들(Nasrin et al., 2017; Takagaki et al.,

2016)에 적용해 보면, 이 연구들은 하나의 매개 변인만 검증하였고 통제 집단이 없었으며 평가 시점은 사전과 사후 2번으로 충분치 않았다. 치료 회기 또한 5회기 미만으로 짧았던 점으로 미루어 볼 때, 치료 기제 연구의 기준을 가장 많이 충족시키면서 행동활성화 치료의 기제를 밝힌 연구는 국내외에서 찾아보기 어렵다.

무엇보다, 직접적인 인지 개입이 이루어지지 않았음에도 불구하고 행동의 변화와 활동량의 증가를 통해 이러한 인지 변화가 일어났다는 점이 주목할 만하다. 이는 인지의 변화를 일으키기 위해서 행동을 변화시키고 활성화시키는 개입이 중요하다는 것을 의미한다. 물론 그동안 대부분의 우울증 치료에서 인지 변화를 중요하게 다뤄왔으며(Lemmens et al., 2016) 주로 인지 치료를 통해서 작업되었다. 그러나 Jacobson 등(1996)의 성분 분석 연구에서 이미 행동활성화 단독 치료가 행동활성화에 자동적 사고 및 핵심 신념에 대한 인지 재구조화를 조합한 집단과 비교했을 때 치료 효과의 차이가 없는 것을 발견하였으며, 본 연구는 이러한 결과와 일맥상통 한다. 다시 말해, 행동활성화 단독 치료만으로도 인지 치료와 동등한 효과를 내었는데, 이는 본 연구에서 나타난 대로 긍정적인 활동에 좀 더 적극적으로 참여하게 된 것 만으로도 인지가 변화될 수 있다는 것과 같은 의미가 아닌가 생각된다. 특히, 이 연구에서 행동활성화와 인지치료 내담자 모두 부정적 사고가 감소하였고 부정적 사건에 대한 우울 유발적 귀인 양식도 감소하였다. 이에 더해 예상과 달리 행동활성화 치료(인지치료가 아닌) 집단에서 치료 초기의 귀인 양식 변화가 우울의 변화를 예측하였다. 이 같은 결과들은 행동활성화 치료가 인지 변화를 일으켜 우울을 감소시킨다는 본 연구의 결과를 지지해준다.

한 가지 덧붙이자면, 연구 1의 경로 분석에서는 부정적 자동적 사고가 긍정 정서를 매개하지 않았으나, 실제 임상 집단을 대상으로 치료를 실시

한 자료들을 분석해 본 결과 부정적 자동적 사고가 긍정 정서의 변화도 매개하는 것으로 나타났다. 이러한 결과의 차이는 연구 대상의 특성과 관련이 있는 것으로 짐작해 볼 수 있다. 연구 1에서는 일반인의 분포가 훨씬 컸으나 연구 2에서는 실제 우울증으로 진단받고 중등도 이상의 우울증상을 보고한 환자들을 대상으로 치료와 설문이 이루어졌다. 많은 연구들에서 우울감이 심할수록 자기에 대한 부정적인 편향과 해석이 더욱 강하다는 것이 일관적으로 지지된 것으로 볼 때, 우울 수준이 높은 환자들이 긍정적인 경험을 통해 자기와 관련된 부정적인 생각들이 덜 활성화되고, 이것이 긍정 정서를 높이는데 기여했을 것을 가능성성이 있다.

마지막으로 이 같은 매개 효과에 대한 결과는 인지행동치료의 제3의 물결이라 일컫는 마음챙김과 수용에 대한 치료와는 또 다른 개입방법을 제시한 것으로 생각할 수 있다. 김혜은(2013)의 수용전념치료에 대한 과정변인 연구에서도 부정적 자동적 사고의 매개 효과를 입증하였다. 자신에 대한 부정적인 생각들을 있는 그대로 기꺼이 경험하고 수용하는 경험을 통해 자기 초점화된 경향성을 개선하여 부정적 자동적 사고의 빈도가 낮아진다고 설명하였다. 이와는 달리 행동활성화 치료에서는 실제 자신의 행동이 변화되는 경험으로도 부정적인 사고의 활성화 빈도를 낮출 수 있음을 발견한 것이다. 따라서 우울증 치료에 있어서 보다 다양한 개입을 제공하는 경험적 토대를 마련했다고 할 수 있겠다.

## VI. 종 합 논 의

행동활성화 치료는 우울증에도 불구하고 활성화가 되도록, 회피 행동을 인지하고 교정할 수 있도록, 그리고 건강한 삶의 일상 습관을 유지하도록 환자를 돋는 것을 목표로 하며, 궁극적으로 항우울적인 인생 (antidepressant life)을 재건하는데 도움이 되는 변화를 만들어 나감으로써 재발을 방지하고자 노력한다(Martell et al., 2010). 특히, 환자들은 치료를 통해 우울감을 느낄 때 중요한 목표를 향해 작은 활동부터 하나씩 해 나가는 것이 아무것도 하지 않는 것보다 더 낫다는 것을 학습하였으며, 실제적인 행동 변화를 통해 자신과 세상에 대한 생각이 변화되는 경험을 하였다. 괴테는 일찍이 “생각하는 것은 쉽고, 행동하는 것은 어렵다. 그리고 한 사람의 생각을 행동으로 옮기도록 만드는 것은 세상에서 가장 어려운 일이다”라고 평하였는데, 행동활성화 치료는 이 같은 괴테의 말을 실제 우울증 치료 현장에 적용한 것이 아닐까 생각된다.

이에 본 연구에서는 우울증 치료에서 가장 다루기 어려운 ‘활동과 긍정 정서 경험의 증가’를 동시에 증진시키는 것을 목표로 하는 행동활성화 치료가 한국의 우울증 환자들에게도 성공적으로 적용될 수 있는지에 대해 확인해 보았다. 행동활성화 치료 효과 검증에 앞서 행동활성화가 우울에 영향을 미치는 과정에서 긍정적, 부정적 자동적 사고와의 관계를 검증하는 연구를 실시하였다. 그 다음으로 행동활성화 치료 프로그램을 구성하여 실제 개인치료를 통해 치료적 효용성과 함께 우울과 긍정 정서의 변화를 이끌어내는 치료 기제에 대해 살펴보았다.

먼저 연구 1의 결과를 통해 행동활성화 수준이 긍정적, 부정적 자동적 사고를 거쳐 우울과 긍정 정서에 영향을 미치는 것이 확인되었다. 행동활

성화가 우울과 긍정 정서에 미치는 영향을 세부적으로 확인함으로써 이를 기반으로 치료의 기제를 설명하는 이론적 토대를 마련하였는데 의의가 있다. 특히, 대부분의 치료 효과 검증 연구에서는 치료 프로그램 실시에 따른 효과 검증에 집중해온 반면, 본 연구에서는 치료 프로그램 효과를 검증하기 전에 선행연구들에서 가정해온 치료 기제 변인을 측정하여 우울과 긍정 정서에 영향을 미치는 경로를 확인함으로써 치료 효과와 기제의 타당성을 확보하였다. 이러한 연구 과정은 우울증을 위한 행동활성화 치료의 효능성을 검증하는데 있어서 보다 체계적인 연구를 시도하였는데 의의가 있다.

한편 연구 2에서는 정신건강의학과에서 우울증으로 진단받고 약물 치료를 받는 환자들을 대상으로 행동활성화 치료를 실시하였다. 약물 치료만 받고 있는 통제 집단과의 비교를 통해 행동활성화 치료의 효과를 비교하였으며, 치료 집단의 변화 추이와 함께 우울과 긍정 정서의 변화에 영향을 미치는 치료 기제를 확인하였다. 이로써 행동활성화 치료 매뉴얼을 만든 학자들이 서로 다른 인종과 임상 상황에서 반복 연구를 통해 효과를 검증해야 한다고 제안하였던 것을 본 연구에서 수행함으로써 행동활성화 치료가 우울증에 효과적이라는 임상적 확신을 더 높이는데 기여하였다. 아울러, 행동활성화 치료가 그동안 기준의 우울증 증거 기반 치료에서 다루지 않았던 무쾌감증을 개선시키는 효과가 있다는 것도 입증함으로써 무쾌감성 우울을 목표로 하는 치료적 접근을 소개하였는데 임상적 함의가 있다.

이에서 더 나아가 그동안 주를 이뤘던 행동활성화 치료의 효과 검증에 그치지 않고 기제 검증을 통해 치료의 실제적인 변화를 이끄는 요인들을 밝혔다는 점에서 본 연구에 큰 의의가 있다고 하겠다. 이러한 기제 연구가 치료의 발전을 위해 필요함을 많은 연구자들이 지적해왔으나, 그동안

국내뿐 아니라 해외에서 조차 제대로 밝히지 못해왔던 터다. 특히, 선행 연구들에서 부분적으로 다루었거나 논평했던 인지적 매개의 경험적 가설을 본 연구에서 증명하였다. 이는 인지 재구조화나 역기능적 신념 교정에 중점을 둔 치료법 대신에 간단한 행동적 개입으로 이뤄진 단순한 행동활성화 전략을 사용하는 것만으로도 우울증 치료에 충분하다는 결론을 내릴 수 있다는 점에서 의미하는 바가 크며, 행동활성화의 치료적 효율성을 입증한 것으로 볼 수 있다. 즉, 행동활성화 치료는 모니터링, 활동 구조화와 계획하기, 문제 해결 그리고 활성화의 장애물 해결하기의 치료 요소를 반복해서 활용하고 있어, 다른 심리치료에 비해 치료법이 더 단순하다. 이로 인해 실제 임상 현장에 적용하기가 쉽고 널리 전파될 수 있으며 치료자 훈련도 용이하다는 치료적 강점을 갖는다. 실제 정신건강의학과 같은 임상 장면에서 비용이나 시간 등의 문제로 심리 치료가 충분히 이뤄지지 못하고 있는 것이 사실이다. 이러한 현실적인 한계를 고려해 볼 때, 오랜 시간을 들여 인지적 재구조화를 해야 하고 과거에 대해 통찰을 해야 하는 전통적인 심리치료에 비해 행동활성화의 간결하고 효율적인 작업이 더욱 실용적으로 여겨지며 새로운 치료법으로 촉망받을 것으로 기대된다.

더욱이, 본 연구의 치료 집단 환자들은 연령이 거의 20대에서 30대 초반으로 한창 학업과 직업, 관계 등 다양한 사회적 활동에 활발하게 참여하고 인생의 목표를 향해 나아가는 시기이다. 그러나 대부분의 환자들이 우울증으로 인해 학업과 취업을 포기했고 사람들과 만나지 않으면서 고립되어 집에서 무기력하게 지내는 상황이었다. 이처럼 무기력하고 의욕이 상실된 상태에서 공정적인 활동을 거의 하지 않고 지내던 분들에게 치료적 변화가 일어나 추후까지 유지된 것은 우울증이 심한 임상 환자들에게 행동활성화 치료가 적합하고 효율적이며 치료적 강점이 있음을 입증한 것으로 볼 수 있다.

한편, 본 연구에서는 해외에서 적용되고 있는 우울증을 위한 행동활성화 매뉴얼을 기반으로 하여 구성하였으나, 이에 그치지 않고 본 치료 프로그램만의 독창적인 치료 과정을 포함하였다. 이는 선행 연구들에서 우울증에 특정적인 긍정 정서 결핍을 다루기 위해 더 효과적인 기법을 사용할 필요가 있다고 제안한 것에서 비롯되었다. 이를 위해 본 연구에서는 현재의 모든 자극에 깨어 있는 과정인 마음챙김과 심상을 활용한 향유 기법을 포함하였다. 자신이 계획한 활동을 실제로 수행하면서 현재의 긍정 경험에 감각을 동원하여 하나하나의 자극에 세부적으로 주의를 기울이고, 이에서 느껴지는 감정에 충분히 주목함으로써 실제 유발된 긍정 정서를 더 강하게 느낄 수 있도록 도운 것이다.

예를 들어, 산책하기 활동을 계획하여 수행하는 경우, 그냥 산책하는 활동에 그치지 않고 산책하는 길의 모든 풍경과 색채, 소리, 냄새 등을 인식하게 한다. 즉, 길이나 공원의 나무, 하늘, 구름, 햇빛 등에 시각적으로 주목하고, 공기나 바람의 냄새와 피부에 느껴지는 감촉, 주변의 향기와 소리를 알아차리게 하며, 이를 통해 느껴지는 감정을 알아차리고 음미하게 한다. 그러면서 산책을 통해 느껴지는 기분 좋은 감정과 만족감이 더욱 증폭될 수 있는 것이다. 반추를 다루는 경우에도 활용하였는데, 반추가 시작될 때 미리 어떤 활동으로 주의를 전환할지 정한 다음, 그 활동에 의도적으로 주의를 돌려 충분히 집중하고 향유하도록 하였다. 이를 통해 현재의 긍정 경험에 주의를 집중함으로써 반추에서 효과적으로 벗어날 수 있도록 도왔다. 이러한 과정은 기존의 연구자들이 우울증 환자들의 긍정 정서를 높이기 위한 다양한 기법들을 통합해볼 필요가 있다고 제안한 점을 실제 적용하여 효과를 입증하였다는 점에서 의미 있는 시도라고 생각된다.

이러한 여러 가지 시사점과 의의에도 불구하고 본 연구의 한계와 제한

점 역시 존재한다. 첫째, 우리나라에서 처음으로 임상 집단을 대상으로 통제 집단 간의 비교를 통해 연구하였지만 연구 참여자 수가 많지 않았다. 임상 현장에서 실제 우울증 환자를 모집하는 것이 어려운 현실적인 문제 때문에 충분한 피험자 수를 확보하지 못한 것이다. 향후 연구에서는 대규모 연구를 통해 우울증을 위한 행동활성화 치료의 효과성을 반복 검증해 볼 필요가 있겠다.

둘째, 본 연구에서는 치료와 통제 집단 모두 약물 치료를 받는 환자들로 구성되었다. 기준의 선행연구들처럼 행동활성화 단독 집단, 약물치료 집단 및 기존의 치료적 접근인 인지행동치료로 집단을 구성하여 비교 연구가 이루어지지 못했기 때문에, 우울에 대한 행동활성화 치료의 치료적 우위와 고유한 과정에 대해서는 명확하게 확인하지 못하였다는 제한점이 있다. 아울러, 본 연구의 집단 구성은 플라시보 효과에 대한 논란에서도 완전히 자유롭지 못하다. 비록, 통제집단 역시 주치의와 꾸준한 면담을 해왔다는 점에서 무처치 집단 보다는 플라시보 효과의 논란을 약화시킬 수 있다. 그러나 Wampold, Minami, Tierney, Baskin과 Bhati(2005)의 플라시보 효과에 대한 가산 모델(additive model)에 따르면, 치료의 특정한 효과는 치료 효과에서 플라시보 효과가 더해진 것이라고 보았다. 따라서 본 연구 설계로는 두 집단 모두 플라시보 효과와 특정한 치료 효과에 대한 구분이 모호할 수 있다. 이에 후속 연구에서는 다른 치료적 접근들과의 비교를 통한 연구가 이루어지는 것이 더욱 바람직할 수 있겠다.

셋째, 본 연구에서는 치료 기제의 변인으로 인지적인 변화만 확인하였다. 그러나 더 다양한 인지적, 행동적 변인이 변화를 이끌었을 가능성은 배제할 수 없다. 예를 들어, 치료를 통해 경험에 접근하는 경향이 증가하고 회피하는 경향이 감소하였을 수 있으며, 미래에 대한 정서적 예측이 긍정적으로 변화하고 무망감이 감소하였을 수 있다. 또한 삶에 보다 적극

적으로 참여하는 방법을 학습하면서 적응적인 대처방식이 발달되었을 수 있다. 후속 연구에서 이 같은 다양한 기제 변인을 포함하는 연구가 진행된다면 행동활성화 치료의 효과와 과정을 더 잘 이해하는데 기여할 수 있을 것으로 생각된다.

넷째, 본 연구에서 우울 수준을 측정한 BDI는 평가에 있어서 인지적 접근을 더욱 선호하는 것으로 알려졌다(Wampold & Imel, 2015). 따라서 본 연구에서 우울감과 자동적 사고와의 관련성이 높게 나온 것은 이러한 척도의 영향일 수 있음을 배제할 수 없기 때문에, 후속 연구에서는 면담을 포함하는 등 더 다양한 우울 측정 도구를 추가하는 것이 필요하겠다.

다섯째, 행동활성화가 사고의 변화를 이끌어 우울을 낮춘다는 결과를 통해 우울증의 심리치료에서 직접적인 인지적 절차가 불필요하다고 평하는 것은 다소 신중할 필요가 있다. 본 연구 결과와 이와 일치하는 선행연구들은 단순한 행동적 접근과 인지적 절차 모두 우울증 치료에 있어서 효과적임을 의미하는 것일 수 있기 때문이다. 따라서 이에 대한 문제를 밝히기 위한 후속 연구가 중요하다.

이와 같은 제한점에도 불구하고 본 연구는 그동안 부정적인 인지와 정서를 완화하는 데만 초점을 맞췄던 기존의 치료에서 한 발 더 나아가 긍정적인 사고와 정서, 활동을 향상시키는 새로운 우울증 치료법을 국내에 소개하고 그 효과와 기제를 입증하였다는데 중요한 임상적 함의가 있다. 앞으로 본 연구를 토대로 많은 임상 현장에서 행동활성화 치료가 활용되고 더 다양한 임상 장애 집단으로 확대될 수 있기를 기대한다.

## 참 고 문 헌

- 권석만 (2013). **현대 이상심리학**. 서울: 학지사.
- 권석만, 윤호균 (1994). 한국판 자동적 사고척도의 개발과 활용. **학생연구**, 29, 10-25.
- 김남재 (2002). 생활 스트레스와 우울 증상의 관계에서 자동적 사고의 역할. **한국심리학회지: 건강**, 7(2), 181-195.
- 김은진 (2015). 마음챙김 주의 알아차림이 대학생의 자동적 사고, 우울에 미치는 영향. **청소년복지연구**, 17(4), 1-23.
- 김정호, 조용래, 박상학, 김학렬, 김상훈, 표경식 (2002). 한국판 Beck Depression Inventory(BDI)의 요인구조: 임상표본을 대상으로 한 확인적 요인분석의 적용. **한국심리학회지: 임상**, 21(1), 247-258.
- 김지윤 (2015). 긍정 평가에 대한 부정적 해석과 향유하기가 사회불안에 미치는 영향. **서울대학교 석사학위청구논문**.
- 김혜은 (2013). 여성의 우울에 대한 수용전념치료(ACT)의 효과: 과정변인 을 중심으로. **서울여자대학교 박사학위청구논문**.
- 데일리팜 (2018. 9. 7). 우울증 68만 시대...여성이 남성보다 2배 더 앓아  
<http://www.dailyparm.com/Users/News/NewsView.html?ID=243551>
- 민혜원 (2016). 미래에 대한 심상적 처리가 즐거움 경험과 무쾌감성 우울에 미치는 영향. **서울대학교 석사학위청구논문**.
- 백지현 (2013). 스트레스와 긍정정서 상향 조절 활동이 우울에 미치는 영향. **아주대학교 석사학위청구논문**.
- 안석환 (2009). 자동적 사고와 우울과의 관계: 내부초점적 반응양식의 역

- 할. 영남대학교 석사학위청구논문.
- 양재원, 홍성도, 정유숙, 김지혜 (2005). 부정적 자동적 사고 질문지(ATQ-N)와 긍정적 자동적 사고 질문지(ATQ-P)의 타당화 연구: 청소년 집단을 대상으로. **한국심리학회지: 임상**, 24(3), 631-646.
- 이가영, 차윤지, 최기홍 (2016). Behavioral Activation Treatment for Depression: A Systematic Review. **Korean Journal of Clinical Psychology**, 35(4), 858-877.
- 이가영, 차윤지, 서호준, 최기홍 (2016). 우울증을 위한 행동활성화 치료의 적용가능성: 사례연구. **인지행동치료**, 16(3), 299-322.
- 이영호, 송종용 (1991). BDI, SDS, MMPI-D 척도의 신뢰도 및 타당도에 대한 연구. **한국심리학회지: 임상**, 10, 98-113.
- 이주영, 김지혜 (2002). 긍정적 사고의 평가와 활용: 한국판 긍정적 자동적 사고 질문지(Automatic Thought Questionnaire-Positive: ATQ-P)의 표준화 연구. **한국심리학회지: 임상**, 21(3), 647-664.
- 이현, 김근향 (2014). 한국판 기분 및 불안 증상 질문지(K-MASQ)의 타당화. **한국심리학회지: 임상**, 33(2), 395-411.
- 임승락, 김지혜 (2002). SOM(States of Mind) 모형에 따른 긍정적/부정적 사고의 인지적 균형 I: 일반 성인집단을 대상으로. **한국심리학회지: 임상**, 21, 125-146.
- 조용래 (1999). 역기능적 신념과 사회공포증상간의 관계에서 부적응적인 자동적 사고의 매개효과 검증: 구조방정식 모델접근법을 사용하여. **한국임상학회지: 임상**, 18, 17-36.
- 하은혜, 송동호 (2005). 청소년기 부정적 자동적 사고가 우울 증상에 미치는 영향. **신경정신의학**, 44(1), 89-97.

한아람 (2017). 인지적 탈융합 처치가 우울경향 대학생의 부정적인 자동적 사고, 경험 회피 및 정신건강 변인들에 미치는 효능. **한림대학교 석사학위청구논문**.

한국일보 (2018. 6. 4). 4명 중 1명꼴 정신질환 경험... 정신 건강이 없으면 건강은 없다. <http://www.hankookilbo.com/News/Read/201806031290330565>

허선무, 이봉건 (2016). 사회불안에 대한 수용전념치료(ACT) 치료변인의 효과. **인지행동치료**, 16(4), 445-467.

허정선, 주해원, 현명호 (2016). 향유와 심리적 건강과의 관계: 반추의 매개효과를 중심으로. **스트레스 연구**, 24(4), 303-308.

Ahn, H., & Wampold, B. E. (2001). Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 48(3), 251-257.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed). Washington DC: APA.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral changes. *Psychological Review*, 84, 191-215.

Bar-Haim, Y., Lamy, D., Pergamin, L., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2007). Threat-related attentional bias in anxious and nonanxious individuals: A meta-analytic study. *Psychological Bulletin*, 133(1), 1-24.

Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, Experimental, and Theoretical aspects*. New York: Harper & Row.

Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*.

- New York: International Universities Press.
- Beck, A. T.(Ed.). (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York, NY: Guilford press.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (2005). 우울증의 인지치료. 원호택(역). 서울: 학지사. (1979년 원저 출판).
- Bell, E. C., Marcus, D. K., & Goodlad, J. K. (2013). Are the parts as good as the whole? A meta-analysis of component treatment studies. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 81(4), 722-736.
- Bellack, A. S. Hersen, M., & Himmelhoch, J. (1981, 1983). Social skills training compared with pharmacotherapy and psychotherapy in the treatment of unipolar depression. *American Journal of Psychiatry*, 138, 1562-1567.
- Berenbaum, H., & Oltmanns, T. F. (1992). Emotional experience and expression in schizophrenia and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 37-44.
- Bohlmeijer, E. T., Fledderus, M., Rokx, T. A. J. J., & Pieterse, M. E.(2011). Efficacy of and early intervention based on acceptance and commitment therapy for adults with depressive symptomatology: Evaluation in a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49(13), 62-67.
- Bonow, J. T., & Follette, W. C. (2009). Beyond values clarification:

- Addressing client values in clinical behavior analysis. *The Behavior Analyst*, 32, 69-84.
- Bradley, B. P., Mogg, K., Falla, S. J., & Hamilton, L. R. (1998). Attentional bias for threatening facial expressions in anxiety: Manipulation of stimulus duration. *Cognition and Emotion*, 12(6), 737-753.
- Braun, S. R., Gregor, B., & Tran, U. S. (2013). Comparing bona fide psychotherapies of depression in adults with two meta-analytical approaches. *PLoS ONE*, 8(6):e68135.
- Brown, T. A. (2007). Temporal course and structural relationships among dimensions of temperament and DSM-IV anxiety and mood disorder constructs. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(2), 313-328.
- Bruch, M. A. (1997). Positive thoughts or cognitive balance as a moderator of the negative life events-dysphoria relationship: a reexamination. *Cognitive Therapy and Research*, 21, 25-38.
- Bryant, F. B., & Veroff, J. (2007). Savoring: A new model of positive experience. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Buckner, J. D., Joiner, T. E., Pettit, J. W., Lewinsohn, P. M., & Schmidt, N. B. (2008). Implications of the DSM's emphasis on sadness and anhedonia in major depressive disorder. *Psychiatry Research*, 159(1), 25-30.
- Butler, A. D., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A

- review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26, 17–31.
- Campbell-Sills, L., Liverant, G. I., & Brown, T. A. (2004). Psychometric evaluation of the behavioral inhibition/behavioral activation scales in a large sample of outpatients with anxiety and mood disorders. *Psychological Assessment*, 16, 244–254.
- Carl, J. R., Soskin, D. P., Kerins, C., & Barlow, D. H. (2013). Positive emotion regulation in emotional disorders: A theoretical review. *Clinical Psychology Review*, 33, 343–360.
- Chambless, D. L., & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685–716.
- Chen, J., Liu, X., Rapee, R., & Pillay, P. (2013). Behavioral activation: A pilot trial of transdiagnostic treatment for excessive worry. *Behaviour Research and Therapy*, 51(9), 533–539.
- Clark, D. A., Beck, A. T., & Alford, B. A. (1999). Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(3), 316–336.

- Cohn, M. A., Fredrickson, B. L., Brown, S. L., Mikels, J. A., & Conway, A. M. (2009). Happiness unpacked: Positive emotions increase life satisfaction by building resilience. *Emotion*, 9, 361-368.
- Collado, A., Castillo, S. D., Maero, F., Lejuez, C. W., & MacPherson, L. (2014). Pilot of the brief behavioral activation treatment for depression in latinos with limited english proficiency: Preliminary evaluation of efficacy and acceptability. *Behavior Therapy*, 45, 102-115.
- Cuipers, P., van Straten, A., & Warmerdam, L. (2007). Behavioral activation treatments of depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27, 318-326.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G., & van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for depression in adults: A meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 909-922.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Schuurmans, J., van Oppen, P., Hollon, S. D., & Anderson, G. (2010). Psychotherapy for chronic major depression and dysthymia: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30, 51-62.
- DeRubeis, R. J., & Crits-Christoph, P. (1998). Empirically supported individual and group psychological treatments for adult mental disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 37-52.
- DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C.,

- Young, P. R., Salomon, R. M., et al. (2005). Cognitive therapy vs medications in the treatment of moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62, 409.
- DeRubeis, R. J., Webb, C. A., Tang, T. Z., & Beck, A. T. (2010). Cognitive therapy. In K.S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies*(3rd ed., pp. 277-316). New York, NY: Guilford Press.
- Dichter, G. S. (2010). Anhedonia in unipolar major depressive disorder: A review. *The Open Psychiatry Journal*, 4, 1-9.
- Dichter, G. S., Felder, J., & Smoski, M. J. (2010). The effects of brief behavioral activation therapy for depression on cognitive control in affective contexts: an fMRI investigation. *Journal of Affective Disorders*, 126, 236-244.
- Dickerhoof, R. M. (2007). Expressing optimism and gratitude: A longitudinal investigation of cognitive strategies to increase well-being. *Dissertation Abstracts International*, 68, 4174 (UMI No. 3270426).
- Dimidjian, S., Barrera, Jr, M., Martell, C., Munoz, R. F., & Lewinsohn, P. M. (2011). The origins and current status of behavioral activation treatments for depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 1-38.
- Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., & Jacobson, N. S. (2006). Randomised trial of behavioral activation, cognitive

- therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(4), 658–670.
- Dobson, K. S., Hollon, S. D., Dimidjian, S., Schmaling, K. B., Kohlengerg, R. J., Gallop, R. J., ... & Jacobson, N. S. (2008). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the prevention of relapse and recurrence in major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(3), 468–477.
- Dozois, D. J. A., Covin, R., & Brinker, J. K. (2003). Normative data on cognitive measures of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 71–80.
- Duckworth, A. L., Steen, T. A., & Seligman, M. E. P. (2005). Positive psychology in clinical practice. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 629–651.
- Dunlop, B. W., & Nemeroff, C. B. (2007). The role of dopamine in the pathophysiology of depression. *Archives of General Psychiatry*, 64(3), 327–337.
- Dunn, B. D. (2012). Helping depressed clients reconnect to positive emotion experience: Current insights and future directions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 19, 326–340.
- Ekers, D., Webster, L., Van Straten, A., Cuijpers, P., Richards, D., & Gilbody, S. (2014). Behavioral activation for depression: an update of meta-analysis of effectiveness and subgroup

- analysis. *PLoS One*, 9(6), e100100.
- Elkin, I. (1994). The NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program: Where we began and where we are. In A. E. Bergin & S. L. Garfield(Eds), *Handbook of psychotherapy and behavior change*(4th ed., pp. 114–139). New York: Wiley.
- Ferster, C., B. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist*, 28, 857–870.
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist*, 55(6), 647–654.
- Forman, E. M., Herbert, J. D., Morita, E., Yeomans, P. D., & Geller, P. A. (2007). A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. *Behavior Modification*, 31(6), 772–799.
- Fredrickson, L. W. (1975). Treatment of ruminative thinking by self-monitoring. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 6, 258–259.
- Freij, K., & Masri, N. (2008). The brief behavioral activation treatment for depression-A psychometric pilot study. *Nordic Psychology*, 60(2), 129–140.
- Fuhr, K., Hautzinger, M., Krisch, K., Berking, M., & Ebert, D. D. (2016). Validation of the behavioral activation for depression scale(BADS)–Psychometric properties of the long and short form. *Comprehensive Psychiatry*, 66, 209–218.

- Gaffan, E. A., Tsaousis, I., & Kemp-Wheeler, S. M. (1995). Researcher allegiance and meta-analysis: the case of cognitive therapy for depression. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 63(6), 966-980.
- Gallagher, D. E., & Thompson, L. W. (1982). Treatment of major depressive disorder in older adult outpatients with brief psychotherapies. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 19, 482-490.
- Gallagher, D., Thompson, L., Baffa, G., Piatt, C., Ringerding, L., & Stone, V. (1981). *Depression in the elderly: A behavioral treatment manual*. Los Angeles, CA: University of Southern California Press.
- Gayner, S. T., & Harris, A. (2008). Single-participant assessment of treatment mediators. Strategy description and examples from a behavioral activation intervention for depressed adolescents. *Behavior Modification*, 32, 372-401.
- Geschwind, N., Nicholson, N. A., Peeters, F., van Os, J., Barge-Schaapveld, D., & Wichers, M. (2011). Early improvement in positive rather than negative emotion predicts remission from depression after pharmacotherapy. *European Neuropsychopharmacology*, 21, 241-247.
- Gloaguen, V., Cottraux, J., Cucherat, M., & Blackburn, I. (1998). A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 49, 59-72.

- Gollan, J. K., Hoxha, D., Hunnicutt-Ferguson, K., Norris, C., Rosebrock, L., Sankin, L., & Cacioppo, J. (2016). The negativity bias predicts response rate to behavioral activation for depression. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, 52, 171–178.
- Graf, M. G. (1977). A mood-related activities schedule for the treatment of depression. *Dissertation Abstracts International*, 38, 1400B-1401B.
- Gray, J. A. (1987). *The Psychology of Fear and Stress* (2nd ed.). Cambridge: Cambridge University Press.
- Hale, A., & Spates, C. R. (2015). Behavioral activation: Only an intervention for treating depression, or an approach for achieving a meaningful life? *Annuals of Psychotherapy & Integrative Health*, 1-14.
- Harmon, T. M., Nelson, R. O., & Hayes, S. C. (1980). Self-monitoring of mood versus activity by depressed clients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48(1), 30-38.
- Heller, A. S., Johnstone, T., Shackman, A. J., Light, S. N., Peterson, M. J., Kolden, G. G., et al. (2009). Reduced capacity to sustain positive emotion in major depression reflects diminished maintenance of fronto-striatal brain activation. *Proceedings of the National Academy of Science*, 106, 22445-22450.
- Hiebert, B., & Fox, E. E. (1981). Reactive effects of self-monitoring anxiety. *Journal of Counseling Psychology*,

28, 187-193.

- Hill, C. E., O'Grady, K. E., & Elkin, I. (1992). Applying the Collaborative Study Psychotherapy Rating Scale to rate therapist adherence in cognitive-behavior therapy, interpersonal therapy, and clinical management. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 73-79.
- Hollon, S. D. (2001). Behavioral activation treatment for depression: A commentary. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(3), 271-274.
- Hollon, S. D., & Kendall, P. C. (1980). Cognitive self-statements in depression: Development of an automatic thoughts questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 4, 383-395.
- Holmes, E. A., Lang, T. J., Moulds, M. L., & Steele, A. M. (2008). Prospective and positive mental imagery deficits in dysphoria. *Behaviour Research and Therapy*, 46(8), 976-981.
- Hopko, D. R., Lejuez, C. W., Ruggiero, K. J., & Eifert, G. H. (2003). Contemporary behavioral activation treatments for depression: Procedures, principles, and progress. *Clinical Psychology Review*, 23, 699-717.
- Hopko, D. R., Robertson, S., & Lejuez, C. W. (2006). Behavioral activation for anxiety disorders. *The Behavior Analyst Today*, 7(2), 212-232.
- Hopko, D. R., Sanchez, L., Hopko, S. D., Dvir, S., & Lejuez, C. (2003). Behavioral activation and the prevalence of suicidal behaviors in patients with borderline personality

- disorder. *Journal of Personality Disorder*, 17(5), 460-478.
- Houghton, S., Curran, J., & Saxon, D. (2008). An uncontrolled evaluation of group behavioral activation for depression. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36, 235-239.
- Houmanfar, R., Maglieri, K. A., & Roman, H. R. (2003). Behavioral contracting. In W.O'Donohue, J. E. Fisher, & S. C. Hayes (Eds.), *Cognitive behavior therapy: Applying empirically supported techniques in your practice* (pp. 361-367). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.
- Hutcherson, C. A., Seppala, E. M., & Gross, J. J. (2008). Loving kindness meditation increase social connectedness. *Emotion*, 8, 720-724.
- Ilardi, S. S., & Craighead, W. E. (1994). The role of nonspecific factors in cognitive-behavior therapy for depression. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 1, 138-155.
- Ingram, R. E. (1984). Toward an information processing analysis of depression. *Cognitive Therapy and Research*, 8, 443-477.
- Ingram, R. E. (1990). Self-focused attention in clinical disorders: Review and a conceptual model. *Psychological Bulletin*, 107, 156-176.
- Ingram, R. E., Atkinson, J. H., Slater, M. A., Saccuzzo, D. P., & Garfin, S. R. (1990). Negative and positive cognition in depressed and nondepressed chronic-pain patients. *Health Psychology*, 9, 300-314.
- Ingram, R. E., Kendall, P. C., Siegle, G., Guarino, J., &

- McLaughlin, S. C. (1995). Psychometric properties of the Positive Automatic Thoughts Questionnaire. *Psychological Assessment*, 7, 495-507.
- Ingram, R. E., Smith, T. W., & Brehm, S. S. (1983). Depression and information processing: Self-schemata and the encoding of self-referent information. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 412-420.
- Ingram, R. E., & Wisnicki, K. S. (1988). Assessment of positive automatic cognition. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 898-902.
- Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., ... & Prince, S. E. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 295-304.
- Jacobson, N. S., Martell, C. R., & Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: science and practice*, 8(3), 255-270.
- Joormann, J. (2010). Cognitive inhibition and emotion regulation in depression. *Current Directions in Psychological Science*, 19, 161-166.
- Joormann, J., & Gotlib, I. H. (2006). Is this happiness I see? Biases in the identification of emotional facial expressions in depression and social phobia. *Journal of*

- Abnormal Psychology*, 115, 705–714.
- Judd, C. M., Kenny, D. A., McClelland, G. H. (2001). Estimating and testing mediation and moderation in within-subject design. *Psychological Methods*, 6(2), 115–134.
- Kanter, J. W., Bush, A. M., & Rusch, L. C. (2009). *Behavioral activation: Distinctive features*. London: Routledge Press.
- Kanter, J. W., Manos, R. C., Bowe, W. M., Baruch, D. E., Busch, A. M., & Rusch, L. C. (2010). What is behavioral activation?: A review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review*, 30, 608–620.
- Kanter, J. W., Mulick, P. S., Busch, A. M., Berlin, K. S., Martell, C. R. (2007). The behavioral activation for depression scale(BADS): Psychometric properties and factor structure. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 29, 191–202.
- Kanter, J. W., Santiago-Rivera, A. L., Rusch, L. C., Busch, A. M., & West, P. (2010). Initial outcomes of a culturally adapted behavioral activation for latinas diagnosed with depression at a community clinic. *Behavioral Modification*, 34(2), 120–144.
- Kanter, J. W., Santiago-Rivera, A. L., Santos, M. M., Nagy, G., Lopez, M., Dieguez Hurtado, G., et al. (2015). A randomized hybrid efficacy and effectiveness trial of behavioral activation for latinos with depression. *Behavior Therapy*, 46(2), 177–192.

- Kasch, K. L., Rottenberg, J., Arnow, B., & Gotlib, I. H. (2002). Behavioral activation and inhibition systems and the severity and course of depression. *Journal Abnormal Psychology*, 111, 589-597.
- Kendall, P. C., & Ingram, R. E. (1987). The future for cognitive assessment of anxiety: Let's get specific. In L. Michelson & M. Ascher(Eds.), *Anxiety and stress disorder: Cognitive-behavioral assessment and treatment*(pp. 89-104). New York: Guilford Press.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., & Walters, E. E. (2005). Life time prevalence and age of onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602.
- Kessler, R. C., & Wang, P. S. (2009). The epidemiology of depression. In I.H. Gotlib & C.L. Hammens (Eds.), *Handbook of depression* (2nd ed., pp. 5-22). New york: Guilford Press.
- Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounsville, B. J., & Chevron, E. S. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression*. New York: Basic Books.
- Kuiper, N. A., & Derry, P. A. (1982). Depressed and nondepressed content self-reference in mild depressives. *Journal of Personality*, 50, 67-80.
- Kwon, S. M., & Oei, T. P. S. (1992). Differential causal roles of

- dysfunctional attitudes and automatic thoughts in depression. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 309–329.
- Latner, J. D., & Wilson, G. T. (2002). Self-monitoring and the assessment of binge eating. *Behavior Therapy*, 33, 465–477.
- Laurent, J., & Stark, K. D. (1993). Testing the cognitive content-specificity hypothesis with anxious and depressed youngsters. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 226–237.
- Layous, K. L., Chancellor, J., & Lyubomirsky, S. (2014). Positive activities as protective factors against mental health conditions. *Journal of Abnormal Psychology*, 123(1), 3–12.
- Lejuez, C. W., Hopko, D. R., & Hopko, S. D. (2001). A brief behavioral activation treatment for depression: Treatment manual. *Behavior Modification*, 25, 255–286.
- Lejuez, C. W., Hopko, D. R., & Hopko, S. D. (2002). *The brief Behavioral Activation Treatment for Depression (BATD): A comprehensive patient guide*. Boston: Pearson Custom Publishing.
- Lemmens, L.H.J.M., Muller, V.N.L.S., Arntz, A., & Huibers, M.J.H. (2016). Mechanisms of change in psychotherapy for depression: An empirical update and evaluation of research aimed at identifying psychological mediators. *Clinical Psychology Review*, 50, 95–107.
- Levens, S. M., & Gotlib, I. H. (2009). Impaired selection of relevant positive information in depression. *Depression and Anxiety*, 26(5), 403–410.

- Lewinsohn, P. M. (1974). A behavioral approach to depression. In R. J. Friedman & M. M. Katz (Eds.), *The psychology of depression: Contemporary theory and research*. Oxford, England: Wiley.
- Lewinsohn, P. M., Biglan, A., & Zeiss, A. M. (1976). Behavioral treatment for depression. In P.O. Davidson (Ed.), *Behavioral management of anxiety, depression and pain* (pp.91-146). New York, NY: Brunner/Mazel.
- Lewinsohn, P. M., Munoz, R. F., Youngren, M. A., & Zeiss, A. M. (1978). Control your depression. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Lightsey, O. R. (1994). "Thinking positive" as a stress buffer: the role of positive automatic cognitions in depression and happiness. *Journal of Counseling Psychology, 41*(3), 325-334.
- Lightsey, O. R. (1999). Positive thoughts versus states of mind ratio as a stress moderator: findings across four studies. *Cognitive Therapy and Research, 23*, 469-482.
- MacLeod, A. K., Tata, P., Kentish, J., & Jacobson, H. (1997). Retrospective and prospective cognitions in anxiety and depression. *Cognition and Emotion, 11*, 467-479.
- MacPherson, L., Tull, M. T., Matusiewicz, A. K., Rodman, S., Strong, D. R., Kahler, C W., ... & Lejuez, C. W. (2010). Randomized controlled trial of behavioral activation smoking cessation treatment for smokers with elevated depressive symptoms.

- Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 55–61.
- Maris, H., Lovell, K., Campbell, M., & Keely, P. (2011). Development and pilot investigation of behavioral activation for negative symptoms. *Behavior Modification*, 35(5), 486–506.
- Martell, C. R., Addis, M. E., & Jacobson, N. S. (2001). *Depression in context: Strategies for guided action*. New York, NY: WW Norton & Co.
- Martell, C. R., Dimidjian, S., & Herman-Dunn, R. (2010). 우울증의 행동활성화 치료: 치료자를 위한 가이드북 (김병수, 서호준 역). 서울: 학지사.
- Martell C. R., & Kanter, J. W. (2011). Behavioral activation in the context of "third wave" therapies. In J. D. Herbert & E. M. Forman (Eds.), *Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy: Understanding and applying the new therapies*. New Jersy: Wiley & Sons.
- Mathews, A., & MacLeod, C. (2005). Cognitive vulnerability to emotional disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 167–195.
- Mazzucchelli, T., Kane, R., & Rees, C. (2009). Behavioral activation treatments for depression in adults: A meta-analysis and review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16, 383–411.
- McFall, R. M. (1970). Effects of self-monitoring on normal smoking behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 35, 135–142.

- McFarland, B. R., Shankman, S. A., Tenke, C. E., Bruder, G. E., & Klein, D. N. (2006). Behavioral activation system deficits predict the six-month course of depression. *Journal of Affective Disorders*, 91, 229-234.
- McLean, P. D. (1976). Decision-making in the behavioral management of depression. In P. O. Davidson (Ed.), *Behavioral management of anxiety, depression and pain* (pp. 54-90). New York, NY: Brunner/Mazel.
- McLean, P. D., & Hakstian, A. R. (1979). Clinical depression: Comparative efficacy of outpatient treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 818-836.
- McMakin, D. L., Olino, T. M., Porta, G., Dietz, L. J., Emslie, G., Clarke, G., et al. (2012). Anhedonia predicts poorer recovery among youth with selective serotonin reuptake inhibitor treatment-resistant depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51(4), 404-411.
- McMakin, D. L., Santiago, C. D., & Shrik, S. R. (2009). The time course of positive and negative emotion in dysphoria. *The Journal of Positive Psychology*, 4, 182-192.
- Melin, L., Andersson, B., & Gotestam, K. (1976). Contingency management in a methadone maintenance treatment program. *Addictive Behaviors*, 1, 151-158.
- Mineka, S., Rafaeli, E., & Yovel, I. (2002). Cognitive biases in emotional disorders: Information processing and

- social-cognitive perspectives. In R. J. Davidson, K. R. Scherer & H. H. Goldsmith (Eds.), *Handbook of Affective Sciences* (pp. 976–1009). Oxford: Oxford University Press.
- Mineka, S., Watson, D., & Clark, L. E. (1998). Comorbidity anxiety and unipolar mood disorders. *Annual Review of Psychology*, 49, 377–412.
- Mogg, K., & Bradley, B. P. (2005). Attentional bias in generalized anxiety disorder versus depressive disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 29(1), 29–45.
- Moradveisi, L. M., Huibers, M. J. H., Renner, F., Arasteh, M., & Arntz, A. (2013). Behavioral activation v. antidepressant medication for treating depression in Iran: Randomized trial. *British Journal of Psychiatry*, 202, 204–211.
- Morina, N., Deeprose, C., Pusowski, C., Schmid, M., & Holmes, E. A. (2011). Prospective mental imagery in patients with major depressive disorder or anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(8), 1032–1037.
- Morris, B. H., Bylsma, L. M., & Rottenberg, J. (2009). Does emotion predict the course of major depressive disorder? A review of prospective studies. *British Journal of Clinical Psychology*, 48, 255–273.
- Nasrin, F., Rimes, K., Reinecke, A., Rinck, M., & Barnhofer, T. (2017). Effects of brief behavioral activation on approach and avoidance tendencies in acute depression: Preliminary findings. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 45,

58–72.

- Nezu, A. M., Nezu, C. M., & Perro, M. G. (1989). *Problem-solving therapy for depression: Theory, research, and clinical guidelines*. New York: Wiley.
- O'Hara, M. W., & Rehm, L. P. (1979). Self-monitoring, activity level, and mood in the development and maintenance of depression. *Journal Abnormal Psychology, 88*(4), 450–453.
- Ohayon, M. M., & Hong, S. C. (2006). Prevalence of major depressive disorder in the general population of South Korea. *Journal of Psychiatric Research, 40*(1), 30–36.
- Olmstead, T. A., Sindelar, J. L., & Petry, N. M. (2007). Clinic variation in the cost-effectiveness of contingency management. *American Journal on the Addictions, 16*, 457–460.
- O'Mahen, H. A., Richards, D. A., Woodford, J., Wilkinson, E., McGinley, J., Taylor., R. S., et al. (2014). Netmums: a phase II randomized controlled trial of a guide internet behavioral activation treatment for postpartum depression. *Psychological Medicine, 44*(8), 1675–1689.
- Padesky, C. A. (1994). Schema change processes in cognitive therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 1*, 267–278.
- Pagoto, S., Bodenlos, J. S., Schneider, K. L., Olendzki, B., Spates, C. R., & Ma, Y. (2008). Initial investigation of behavioral activation therapy for co-morbid major depressive disorder and obesity. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice,*

- Training*, 45, 410–415.
- Papa, A., Sewell, M. T., Garrison-Diehn, C., & Rummel, C. (2013). A randomized open trial assessing the feasibility of behavioral activation for pathological grief responding. *Behavioral Therapy*, 44, 639–650.
- Parikh, S. V., Segal, Z. V., Grigoriadis, S., Ravindran, A. V., Kennedy, S. H., Lam, R. W., & Pattern, S. B. (2009). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments(CANMAT) clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. II. Psychotherapy alone or in combination with antidepressant medication. *Journal of Affective Disorders*, 117, S15–S25.
- Peeters, F., Berkhof, J., Rottenberg, J., & Nicolson, N. A. (2010). Ambulatory emotional reactivity to negative daily life events predicts remission from major depressive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 48, 754–760.
- Pelizza, L., & Ferrari, A. (2009). Anhedonia in schizophrenia and major depression: State or trait? *Annuals of General Psychiatry*, 8, 22.
- Pinto-Meza, A., Caseraa, X., Soler, J., Puigdement, D., Perez, V., & Torrubia, R. (2006). Behavioral inhibition and behavioral activation systems in current and recovered major depression participants. *Personality and Individual Differences*, 40, 215–226.
- Plagge, J. M., Lu, M. W., Lovejoy, T. I., Karl, A. I., & Dobscha, S.

- K. (2013). Treatment of comorbid pain and PTSD in returning veterans: A collaborative approach utilizing behavioral activation. *Pain Medicine*, 14, 1164–1172.
- Plumb, J. C., Stewart, I., Dahl, J., & Lundgren, T. (2009). In search of meaning: Values in modern clinical behavior analysis. *The Behavior Analyst*, 32, 85–104.
- Quoidbach, J., Mikolajczak, M., & Gross, J. (2015). Positive interventions: An emotion regulation perspective. *Psychological Bulletin*, 141(3), 655–693.
- Quoidback, J., Wood, A., & Hansenne, M. (2009). Back to the future: The effect of daily practice of mental time travel into the future on happiness and anxiety. *The Journal of Positive Psychology*, 4, 349–355.
- Rapee, R. M., Craske, M. G., & Barlow, D. H. (1990). Subject-described features of panic attacks using self-monitoring. *Journal of Anxiety Disorders*, 4, 171–181.
- Reaven, J. A., & Peterson, L. (1983). The effects of self-monitoring on activity level and mood in elderly nursing home residents. *Clinical Gerontologist: The Journal of Aging and Mental Health*, 4, 38–40.
- Rehm, L. P. (1977). A self-control model of depression. *Behavior Therapy*, 8, 787–804.
- Robinson, L. A., Berman, J. S., & Neimeyer, R. A. (1990). Psychotherapy for the treatment of depression: A comprehensive review of controlled outcome research.

- Psychological Bulletin*, 108, 30–49.
- Rottenberg, J., Gross, J. J., & Gotlib, I. H. (2005). Emotion context insensitivity in major depressive disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(4), 627–639.
- Rottenberg, J., Kasch, K. L., Gross, J. J., & Gotlib, I. H. (2002). Sadness and amusement reactivity differentially predict concurrent and prospective functioning in major depressive disorder. *Emotion*, 2, 135–146.
- Santiago-Rivera, A., Kanter, J., Benson, G., Derose, T., Illes, R., & Reyes, W. (2008). Behavioral activation as an alternative treatment approach for Latinos with depression. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45, 173–185.
- Santos, M. M., Rae, J. R., Nagy, G. A., Manbeck, K. E., Hurtado, G. D., West, P., Santiago-Rivera, A., & Kanter, J. W. (2017). A client-level session-by-session evaluation of behavioral activation's mechanism of action. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 54, 93–100.
- Schumacher, J. E., Milby, J. B., Wallace, D., Meehan, D. C., Kertesz, S., Vuchinich, R., et al. (2007). Meta-analysis of day treatment and contingency-management dismantling research: Birmingham Homeless Cocaine Studies (1990–2006). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 823–828.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: A New*

- Approach to Preventing Relapse*. New York: Guilford Press.
- Seligman, M. E. P. (2002b). Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 3-9). New York: Oxford University Press.
- Seligman, M. E. P., & Peterson, C. (2003). Positive clinical psychology. In L. G. Aspinwall & U. M. Staudinger (Eds.), *A psychology of human strengths: Fundamental questions and future directions for a positive psychology* (pp. 305-317). Washington, DC: American Psychological Association.
- Shankman, S. A., Nelson, B. D., Harrow, M., & Faull, R. (2010). Does physical anhedonia play a role in depression? A 20-year longitudinal study. *Journal Affective Disorders*, 120(1), 170-176.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2010). *Non-pharmaceutical management of depression in adults: A national clinical guideline*.
- Sloan, D. M., Strauss, M. E., & Wisner, K. L. (2002). Diminished response to pleasant stimuli by depressed women. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(3), 488-493.
- Spence, S. H., & Reinecke, M. A. (2003). Cognitive approaches to understanding, preventing and treating child and adolescent depression. In M. A. Reinecke & D. A. Clark (Eds.), *Cognitive therapy over the lifespan: theory, research, and practice* (pp. 358-395). Cambridge, England: Cambridge

University Press.

- Spielmans, G. I., Pasek, L. F., & McFall, J. P. (2007). What are the active ingredients in cognitive and behavioral psychotherapy for anxious and depressed children? A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 27(5), 642–654.
- Spijker, J., Bijl, R. V., De Graaf, R., & Nolen, W. A. (2001). Determinants of poor 1-year outcome of DSM-III-R major depression in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence study (NEMESIS). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103(2), 122–130.
- Steffenhagen, N., Kurstein, B., Kirkby, K. C., & Himmerrich, H. (2011). Combination of lithium and duloxetine in 2 depressed patients refractory to duloxetine monotherapy. *Pharmacopsychiatry*, 44(2), 72–74.
- Takagaki, K., Okamoto, Y., Jinnin, R., Mori, A., Nishiyama, Y., Yamamura, T., et, al. (2016). Mechanisms of behavioral activation for late adolescents: Positive reinforcement mediate the relationship between activation and depressive symptoms from pre-treatment to post-treatment. *Journal of Affective Disorders*, 204, 70–73.
- Teasdale, J. D. (1988). Cognitive vulnerability to persistent depression. *Cognitive and Emotion*, 2(3), 247–274.
- Tran, P., Skolnick, P., Czobor, P., Huang, N. Y., Bradshaw, M., McKinney, A., et al. (2012). Efficacy and tolerability of

- the novel triple reuptake inhibitor amitriptadine in the treatment of patients with major depressive disorder: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Journal of Psychiatric Research*, 46(1), 64-71.
- Treadway, M. R., & Zald, D. H. (2011). Reconsidering anhedonia in depression: Lessons from translational neuroscience. *Neuroscience and Biobehavioral Review*, 35(3), 537-555.
- Tugade, M. M., & Fredrickson, B. L. (2007). Regulation of positive emotions: Emotion regulation strategies that promote resilience. *Journal of Happiness Studies*, 8, 311-333.
- Uebelacker, L. A., Weisberg, R. B., Haggarty, R., & Miller, I. W. (2009). Adapted behavior therapy for persistently depressed primary care patients: An open trial. *Behavior Modification*, 33, 374-395.
- Veale, D. (2008). Behavioral activation for depression. *Advances in Psychiatric Treatment*, 14, 29-36.
- Vittengl, J. R., Clark, L. A., Dunn, T. W., & Jarrett, R. B. (2007). Reducing relapse and recurrence in unipolar depression: A comparative meta-analysis of cognitive-behavioral therapy's effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 475.
- Vittengl, J. R., Clark, L. A., & Jarrett, R. B. (2010). Moderators of continuation phase cognitive therapy's effects on relapse, recurrence, remission, and recovery from depression. *Behavioral Research and Therapy*, 48, 449-458.

- Wallis, A., Roeger, L., Milan, S., Walmsley, C., & Allison, S. (2012). Behavioral activation for the treatment of rural adolescents with depression. *Australian Journal of Rural Health*, 20, 95–96.
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). The great psychotherapy debate(2nd ed.) New York, NY: Routledge
- Wampold, B. E., Minami, T., Baskin, T. W., & Tierney, S. (2002). A meta-analysis of the effects of cognitive therapy versus 'other therapies' for depression. *Journal of Affective Disorders*, 68(2), 159–165.
- Wampold, B. E., Minami, T., Tierney, S. C., Baskin, T. W., & Bhati, K. S. (2005). The placebo is powerful: Estimating placebo effects in medicine and psychotherapy from clinical trials. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 835–854.
- Watson, D., & Clark, L. A. (1991). Mood and Anxiety Symptom Questionnaire. Unpublished manuscript, University of Iowa, Department of Psychology, Iowa City.
- Watson, D., & Naragon-Gainey, K. (2011). On the specificity of positive emotional dysfunction in psychopathology: Evidence from the mood and the anxiety disorders and schizophrenia/schizotypy. *Clinical Psychology Review*, 30, 839–848.
- Watson, D., & Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*, 98, 219–235.
- Weinstock, L. M., Melvin, C., Munroe, M. K., & Miller, I. W. (2016).

- Adjunctive behavioral activation for the treatment of bipolar depression: A proof of concept trial. *Journal of Psychiatric Practice*, 22, 149–158.
- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders*. New York, NY: Wiley.
- Westen, D., & Morrison, K. (2001). A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic, and generalized anxiety disorder: An empirical examination of the states of empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 875–899.
- Wichers, M. C., Barge-Schaapveld, D., Nicholson, N. A., Peeters, F., de Vries, M., Mengelers, R., et al. (2008). Reduced stress-sensitivity or increased reward experience: The psychological mechanism of response to antidepressant medication. *Neuropsychopharmacology*, 34, 923–931.
- Wichers, M. C., Myin-Germeys, I., Jacobs, N., Peeters, F., Kenis, G., Derom, C., et al. (2007). Evidence that moment-to-moment variation in positive emotions buffer genetic risk for depression: A momentary assessment twin study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115, 451–457.
- Wilson, K. G., & Dufrene, T. (2009). *Mindfulness for two: An acceptance and commitment therapy approach to mindfulness in psychotherapy*. Oakland: New Harbinger.
- Wood, A. M., & Tarrier, N. (2010). Positive Clinical Psychology: A new version and strategy for integrated research and

- practice. *Clinical Psychology Review*, 30, 819–829.
- Wu, H., Mata, J., Gotlib, I. H., & Thompson, R. J. (2017). Anticipatory and consummatory pleasure and displeasure in major depressive disorder: An experience sampling study. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(2), 149–159.
- Zeiss, A., Lewinsohn, P., & Munoz, R. (1979). Nonspecific improvement effects in depression using interpersonal skills training, pleasant activity schedules, or cognitive training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 427–439.
- Zettle, R. D., Rains, J. C., & Hayes, S. C. (2011). Processes of change in acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for depression: A mediation reanalysis of Zettle and Rains. *Behavior Modification*, 35(3), 265–283.

## 부 록

### 행동활성화 치료의 원칙(Martell et al., 2010)

**원칙 1:** 사람의 기분을 변화시키는 열쇠는 그의 행동이 달라지도록 돋는 것이다. 이를 위해 기분이 저절로 나아지도록 기다리지 않고 행동 변화를 통해 내적인 기분과 동기가 변화되도록 하는 ‘밖에서부터 안으로(outside-in)’를 설명하고 시도한다.

**원칙 2:** 인생의 변화는 우울증을 유발할 수 있다. 단기적인 대응 전략들이 장기적으로는 사람을 아무런 행동도 못하게 만들 수 있다. 스트레스 사건으로 인해 우울감을 경험하게 되며, 이에 대한 반응으로 회피 행동이 일어날 수 있다. 그러나 이 같은 행동이 이차적인 문제를 유발하여 삶에서 더 멀어지게 만들고 보상을 경험하지 못하게 되어 우울감이 악화되는 악순환이 이어진다.

**원칙 3:** 특정 환자에게 어떤 행동이 항우울 효과가 있는지 알아내는 데는 환자의 중요한 행동 전후에 어떤 일이 일어났는지 확인하는 것이 단서가 된다. 이를 위해 기능 분석을 시도하며 우울증에서 벗어나는 길을 찾는데 열쇠가 된다. 특히, 치료자들은 환자의 행동, 그리고 행동과 기분과의 관계를 파악하기 위해 활동 모니터링 기록지를 이용한다.

**원칙 4:** 기분이 아니라 계획에 따라 활동을 구조화하라. 사람들은 우울할 때 기본적으로 아무 것도 하고 싶지 않다는 감정을 느낀다. 이로 인해 무기력이 더욱 지속되고 회피행동이 강화되는 악순환이 형성되기 때문에 ‘밖에서부터 안으로(outside-in)’의 활동을 시작하도록 격려한다. 즉, 환자에게 기분에 따라 행동하는 대신, 목표에 따라 행동하는 실험을 하도록 하며, 이를 통해 기분이 나아지는 것을 실제로 경험하도록 한다. 이것은 행동활성화 치료의 핵심으로 기분이 안 좋

고 동기가 낮을 때, 활동에 참여할 만큼 기분이 나아지기를 기다리지 말고 활동을 시작하라고 것이다. 치료 과정에서 이를 지지하기 위해 활동 위계를 세워 가장 낮은 활동부터 세부적으로 나누는 활동 구조화와 계획하기가 활용된다. 이 두 가지 활동이 치료의 기본 골격이며, 다른 전략들은 이 원칙에 살을 붙이는 역할을 한다.

**원칙 5: 변화는 작은 일부터 쉽게 일어난다.** 행동을 작은 것부터 세분화하는 단계적 접근이 시도된다. 환자가 너무 야심차게 큰 목표를 세우고 행동을 계획하는 경우 실제로 이를 수행하는데 부담을 느끼고 실패할 수 있으며, 이로 인해 좌절감과 실패감으로 우울감이 더욱 가중될 수 있다. 따라서 행동을 잘게 쪼개어 작은 단위의 행동부터 시작하는 것이 중요하다.

**원칙 6: 자연적으로 강화되는 활동을 강조하라.** 이 치료의 근본적인 목적은 환자의 주변 환경에서 항우울 효과를 나타내는 행동이 자연적으로 강화될 가능성이 높아지도록 환자가 자신의 삶에 참여하게 돋는 것이다. 이를 통해 행동이 환자의 일상에서 지속될 가능성이 높아진다.

**원칙 7: 코치 역할을 하라.** 치료자의 임무는 효과적인 문제해결자가 되는 것이며, 환자가 보상과 관련된 행동을 취하게 하고 문제를 해결하도록 격려하는 것이다.

**원칙 8: 문제해결을 위한 경험적 접근을 강조하고, 문제해결 시도에 따른 모든 결과들이 유용하다는 점을 인식하라.** 어떤 행동을 시도하고 결과를 관찰하는 것에 초점을 맞추는 경험적 접근법을 권장한다. 그럼에도 여전히 기분이 나아지지 않거나 행동에 실패하는 경우, 치료자는 실패에서도 배우는 것이 있다는 긍정적이고 희망적인 태도를 꾸준히 유지하는 것이 중요하다.

**원칙 9: 말보다는 행동으로 실천하라.** 활동은 행동활성화 치료의 심장과도 같다.

치료자는 환자와 협력해서 과제를 만들어 나간다. 무엇보다, 과제는 현실성을 갖추어야 하며, 시간(언제), 지속 기간(얼마나 오래), 장소(어디) 등에 대해 구체적이고 세밀하게 계획을 세운다. 아울러, 활동 수행 후 활동 과제에 대한 평가를 통해 실패한 경우 이유에 대해 분석하고, 성공한 경우 다음 주 활동의 빈도와 강도를 늘리는 것을 의논한다.

**원칙 10: 활동에 방해가 되는 장애물을 해결하라.** 활동에 실패하는 경우를 대비해 잠재적인, 그리고 실제로 존재하는 장애물을 찾아 해결해 나가는 것이 중요하다.

## 활동기록지: 활동과 감정의 기록

### <기록방법>

- 하루 중 매시간 당신의 활동을 기록하세요(누구와 어디서 무엇을 하고 있는지 등).
- 각 활동과 연관된 감정을 기록하세요(예, 슬픔, 행복함, 두려움, 화남, 짜증남, 부끄러움, 즐거움, 성취감, 놀람 등).
- 느낌의 강도를 1부터 10까지 평가하세요(1=전혀 없음, 10=매우 강함).

	월	화	수	목	금	토	일
7시							
8시							
9시							
10시							
11시							
12시							
13시							
14시							
15시							
16시							
17시							
18시							
19시							
20시							
21시							
22시							
23시							
24시							

## 주간 활동 기록지: 계획된 활동

- 각각의 날짜마다 과제로 부여받은 활동에 참가했으면 ○, 못했으면 × 표시하세요.
- 마지막 줄에는 매일의 기분을 평가하여 기록합니다. 기분의 강도를 1부터 10까지 평가하세요(1=전혀 우울하지 않음, 10=가장 심하게 우울함).

	월	화	수	목	금	토	일
활동 1							
활동 2							
활동 3							
활동 4							
장애물/ 대안활동							
매일의 기분							

활동 숙련 기록지

## 자기보고식 질문지

※ 다음 문항을 잘 읽으신 후, **오늘을 포함하여 지난 1주일 동안 자신의 모습을 가장 잘 나타낸다고 생각되는** 번호에 표시해주시기 바랍니다.

0	1	2	3	4	5	6
전혀 그렇지 않다	거의 그렇지 않다	약간 그렇지 않다	중간 이다	약간 그렇다	거의 그렇다	매우 그렇다
1 나는 할 일이 있었지만, 너무 오랫동안 침대에 있었다.	0 1 2 3 4 5 6					
2 내가 하지 않았던 일 중에서 해야 할 것들이 있었다.	0 1 2 3 4 5 6					
3 내가 한 일의 종류와 양에 대해 만족한다.	0 1 2 3 4 5 6					
4 나는 폭넓고 다양한 활동에 참여했다.	0 1 2 3 4 5 6					
5 나는 어떤 활동을 할지 또는 어떤 상황을 선택할지에 대해 결정을 잘 내렸다.	0 1 2 3 4 5 6					
6 나는 활동적이었지만, 하루의 목표 중 하나도 달성하지 못했다.	0 1 2 3 4 5 6					
7 나는 적극적인 사람이며, 목표로 삼은 일을 해냈다.	0 1 2 3 4 5 6					
8 나는 대부분 불쾌한 것을 회피하거나 이에서 벗어나기 위한 일을 했다.	0 1 2 3 4 5 6					
9 슬픈 느낌이나 고통스러운 감정을 피하기 위해 어떤 일을 했다.	0 1 2 3 4 5 6					
10 어떤 것에 대해 생각하지 않으려고 노력했다.	0 1 2 3 4 5 6					
11 내 자신을 위한 장기적인 목표에 부합되기 때문에, 힘들더라도 그 일을 했다.	0 1 2 3 4 5 6					
12 하기 힘들지만 가치 있는 일을 했다.	0 1 2 3 4 5 6					
13 내 문제에 대해 여러 번 반복해서 생각하느라 오랜 시간을 보냈다.	0 1 2 3 4 5 6					
14 문제 해결을 위한 방법에 대해 계속 생각만 하려고 했지, 실제로 어떤 해결책도 시도하지 못했다.	0 1 2 3 4 5 6					
15 나는 종종 내 과거, 나에게 상처 준 사람들, 내가 했던 실수들, 그리고 나에게 일어난 다른 나쁜 일들에 대해 생각하는데 시간을 보냈다.	0 1 2 3 4 5 6					
16 나는 내 친구들을 보지 않았다.	0 1 2 3 4 5 6					

17	나는 잘 알고 있는 사람들과 함께 있어도 철회되고 조용했다.	0	1	2	3	4	5	6
18	나는 기회가 있었지만, 사회적으로 어울리지 않았다.	0	1	2	3	4	5	6
19	나는 부정적으로 행동하여 사람들을 밀어냈다.	0	1	2	3	4	5	6
20	나는 사람들과 떨어져 지내기 위해 몇 가지 일을 했다.	0	1	2	3	4	5	6
21	너무 피곤했거나 일을 계속 하고 싶지 않아서 일/학교를 쉬었다.	0	1	2	3	4	5	6
22	내가 해야 할만큼 활동적이지 않아서 내 일/학업/집안일/책임들이 어려워졌다.	0	1	2	3	4	5	6
23	하루일과의 활동을 조직화했다.	0	1	2	3	4	5	6
24	나쁜 기분에서 벗어나게 해주는 활동만 했다.	0	1	2	3	4	5	6
25	내 주변 사람들이 부정적인 감정이나 경험을 표현하면 기분이 나빠졌다.	0	1	2	3	4	5	6

※ 다음 문항은 일상생활에서 흔히 느낄 수 있는 느낌이나 경험들을 열거한 것입니다. **오늘을 포함하여 지난 1주일 동안** 여러분이 경험한 정도를 가장 잘 표현하는 숫자에 체크하여 주십시오.

1 거의 그렇지 않다	2 조금 그렇다	3 웬만큼 그렇다	4 자주 그렇다	5 거의 항상 그렇다
-------------------	-------------	--------------	-------------	-------------------

1	앞으로 기대할 일이 많다는 느낌	1	2	3	4	5
2	많은 것을 성취한 느낌	1	2	3	4	5
3	기분이 정말 고조되고 활기가 넘치는 느낌	1	2	3	4	5
4	스스로에 대한 자부심을 느낌	1	2	3	4	5
5	나에 대해 자신 있게 느낌	1	2	3	4	5
6	즐거운 마음으로 기대함	1	2	3	4	5
7	재미있는 일이 많았던 것 같은 느낌	1	2	3	4	5
8	내 자신에 대해 정말 좋게 느낌	1	2	3	4	5
9	미래에 대해 희망적으로 느낌	1	2	3	4	5
10	해야 할 일들을 모두 할 수 있을 것 같은 느낌	1	2	3	4	5
11	아주 즐거운 느낌	1	2	3	4	5
12	에너지가 넘치는 느낌	1	2	3	4	5
13	낙천적인 느낌	1	2	3	4	5
14	정말 행복한 느낌	1	2	3	4	5
15	쾌활한 느낌	1	2	3	4	5
16	생각과 아이디어가 매우 쉽게 떠오름	1	2	3	4	5
17	두뇌가 명석해진 느낌	1	2	3	4	5
18	빠르고 가볍게 움직이는 듯한 느낌	1	2	3	4	5
19	크게 성공한 느낌	1	2	3	4	5
20	쉽게 웃을 수 있음	1	2	3	4	5

※ 다음은 여러분이 **어려운 일에 처했을 때 경험하게 되는 생각**에 관한 질문입니다. 각 문항을 잘 읽으시고 그 정도에 따라 해당하는 곳에 체크해 주시길 바랍니다.

1 전혀 그렇지 않다	2 가끔 그렇다	3 때때로 그렇다	4 자주 그렇다	5 매우 자주 그렇다
1 세상이 나를 힘들게 하는 것처럼 느껴진다.			1 2 3 4 5	
2 나는 쓸모없는 사람이다.			1 2 3 4 5	
3 도대체 왜 나는 성공할 수 없는 것일까?			1 2 3 4 5	
4 아무도 나를 이해해주지 않는다.			1 2 3 4 5	
5 나는 종종 사람들을 실망시켜 왔다.			1 2 3 4 5	
6 나는 내가 해온 일을 계속 할 수 없을 것 같다.			1 2 3 4 5	
7 나는 더 나은 사람이 되고 싶다.			1 2 3 4 5	
8 나는 너무 나약하다.			1 2 3 4 5	
9 내 인생은 내가 원하는 대로 훌러가고 있지 않다.			1 2 3 4 5	
10 나는 내 자신에 대해 매우 실망하고 있다.			1 2 3 4 5	
11 어떤 곳에서도 더 이상 즐거움을 느낄 수 없다.			1 2 3 4 5	
12 나는 이제 더 이상 인내할 수 없다.			1 2 3 4 5	
13 나는 새로운 일을 착수할 수 없다.			1 2 3 4 5	
14 도대체 나에게 무엇이 잘못되어 있는가?			1 2 3 4 5	
15 나는 다른 곳에서 살았으면 좋겠다.			1 2 3 4 5	
16 왜 나에겐 모든 것이 뒤죽박죽일까?			1 2 3 4 5	
17 나는 내 자신을 싫어한다.			1 2 3 4 5	
18 나는 가치 없는 인간이다.			1 2 3 4 5	
19 나는 어디론가 사라져 버리고 싶다.			1 2 3 4 5	
20 도대체 나에겐 무엇이 문제란 말인가?			1 2 3 4 5	
21 나는 인생의 패배자다.			1 2 3 4 5	
22 내 인생은 영망진창이다.			1 2 3 4 5	
23 나는 실패자다.			1 2 3 4 5	
24 나는 결코 성공하지 못할 것이다.			1 2 3 4 5	
25 나는 무기력하다.			1 2 3 4 5	
26 나는 무언가 변화되어야 한다.			1 2 3 4 5	
27 나에겐 틀림없이 무언가 잘못되어 있다.			1 2 3 4 5	
28 나는 미래에 대한 희망이 없다.			1 2 3 4 5	
29 가치 있게 느껴지는 것이 없다.			1 2 3 4 5	
30 나는 어떤 일도 끝까지 해낼 수 없다.			1 2 3 4 5	

※ 다음의 문장을 읽고, 평소 여러분의 생각과 얼마나 비슷한지 해당되는 곳에 ○ 표시를 해 주십시오.

1	2	3	4	5
전혀 그렇지 않다	가끔 그렇다	때때로 그렇다	자주 그렇다	매우 자주 그렇다

1	나의 친구들은 나를 존중해준다.	1	2	3	4	5
2	나는 괜찮은 유머감각을 가지고 있다..	1	2	3	4	5
3	나의 미래는 밝다.	1	2	3	4	5
4	나는 성공할 것이다.	1	2	3	4	5
5	나와 함께 있는 것은 즐거운 일이다.	1	2	3	4	5
6	나는 요즈음 기분이 매우 좋다.	1	2	3	4	5
7	나를 아끼는 사람들이 주변에 많이 있다.	1	2	3	4	5
8	나는 내가 이루어놓은 일들이 자랑스럽다.	1	2	3	4	5
9	나는 일단 시작한 일은 끝낸다.	1	2	3	4	5
10	나는 좋은 점들을 많이 가지고 있다.	1	2	3	4	5
11	나는 내 인생이 편안하다.	1	2	3	4	5
12	나는 다른 사람들과 잘 지낸다.	1	2	3	4	5
13	나는 운이 좋은 사람이다.	1	2	3	4	5
14	나를 지지해주는 친구들이 많다.	1	2	3	4	5
15	나의 인생은 흥미롭다.	1	2	3	4	5
16	나는 도전을 즐긴다.	1	2	3	4	5
17	나의 사회생활은 아주 멋지다.	1	2	3	4	5
18	걱정할 일이 별로 없다.	1	2	3	4	5
19	나는 긴장되어 있지 않고 편안하게 이완되어 있다.	1	2	3	4	5
20	나의 인생은 순조롭게 진행되고 있다.	1	2	3	4	5
21	나는 나의 외모에 만족한다.	1	2	3	4	5
22	나는 나 자신을 잘 돌본다.	1	2	3	4	5
23	나는 인생의 최고를 즐길 가치가 있다.	1	2	3	4	5
24	나에게 있어 나쁜 날들은 매우 드물다.	1	2	3	4	5
25	나에게는 쓸만한 재주들이 많다.	1	2	3	4	5
26	나는 포기하지 않는다.	1	2	3	4	5
27	나는 나의 의견을 확신 있게 말한다.	1	2	3	4	5
28	나의 인생은 점점 나아지고 있다.	1	2	3	4	5
29	절망적인 문제란 없다.	1	2	3	4	5
30	오늘 나는 많은 것을 이루어냈다.	1	2	3	4	5

※ **지난 1-2주 동안** 자신의 감정이 어떠하였는지 해당하는 곳에 표시하여 주시기 바랍니다.

- 1 (0) ( ) 나는 슬픔을 느끼지 않는다.  
(1) ( ) 나는 슬픔을 느낀다.  
(2) ( ) 나는 항상 슬프고, 그것을 떨쳐 버릴 수 없다.  
(3) ( ) 나는 너무나도 슬프고 불행해서 도저히 견딜 수 없다.
  
- 2 (0) ( ) 나는 앞날에 대해서 특별히 낙담하지 않는다.  
(1) ( ) 나는 앞날에 대해서 별로 기대할 것이 없다고 느낀다.  
(2) ( ) 나는 앞날에 대해서 기대할 것이 없다고 느낀다.  
(3) ( ) 나의 앞날은 아주 절망적이고 나아질 가망이 없다고 느낀다.
  
- 3 (0) ( ) 나는 실패자라고 느끼지 않는다.  
(1) ( ) 나는 다른 사람들보다 실패의 경험이 많다고 느낀다.  
(2) ( ) 내가 살아온 과거를 뒤돌아보면, 나는 실패투성인 것 같다.  
(3) ( ) 나는 한 인간으로서 완전한 실패자라고 느낀다.
  
- 4 (0) ( ) 나는 전과 다름없이 일상생활에서 만족하고 있다.  
(1) ( ) 나의 일상생활은 예전처럼 즐겁지 않다.  
(2) ( ) 나는 더 이상 어떤 것에도 실제적인 만족을 얻지 못하다.  
(3) ( ) 나는 모든 것이 다 불만스럽고 싫증난다.
  
- 5 (0) ( ) 나는 특별히 죄의식을 느끼지 않는다.  
(1) ( ) 나는 많은 시간동안 죄의식을 느끼고 있다.  
(2) ( ) 나는 대부분의 시간동안 죄의식을 느끼고 있다.  
(3) ( ) 나는 항상 죄의식을 느낀다.
  
- 6 (0) ( ) 나는 내가 벌을 받고 있다고 느끼지 않는다.  
(1) ( ) 나는 내가 벌을 받을지도 모른다고 느낀다.

- (2) ( ) 나는 내가 별을 받아야 한다고 느낀다.  
(3) ( ) 나는 현재 내가 별을 받고 있다고 느낀다.
- 7 (0) ( ) 나는 나 자신에 대하여 실망하지 않는다.  
(1) ( ) 나는 나 자신에 대하여 실망하고 있다.  
(2) ( ) 나는 나 자신에게 화가 난다.  
(3) ( ) 나는 나 자신을 증오하고 있다.
- 8 (0) ( ) 내가 다른 사람보다 못한 것 같지는 않다.  
(1) ( ) 나는 나의 약점이나 실수에 대하여 나 자신을 비판하는 편이다.  
(2) ( ) 나는 나의 잘못에 대하여 항상 나 자신을 비난한다.  
(3) ( ) 나는 주위에서 일어나는 모든 잘못된 일에 대하여 나 자신을 비난한다.
- 9 (0) ( ) 나는 자살할 생각 같은 것은 하지 않는다.  
(1) ( ) 나는 자살할 생각은 하고 있으나, 실제로 실행하지는 않을 것이다.  
(2) ( ) 나는 자살하고 싶다.  
(3) ( ) 나는 기회만 있다면 자살하겠다.
- 10 (0) ( ) 나는 전보다 울지 않는다.  
(1) ( ) 나는 전보다 더 많이 운다.  
(2) ( ) 나는 요즈음 항상 운다.  
(3) ( ) 나는 전에는 자주 울었으나 요즘엔 올래야 울 기운조차 없다.
- 11 (0) ( ) 나는 전보다 더 화를 내지 않는다.  
(1) ( ) 나는 전보다 더 쉽게 화가 나고 짜증이 난다.  
(2) ( ) 나는 항상 화가 치민다.  
(3) ( ) 전에는 화를 내게 했던 일인데도 요즈음은 화조차 나지 않는다.
- 12 (0) ( ) 나는 다른 사람에 대한 흥미를 잃지 않고 있다.  
(1) ( ) 나는 다른 사람에 대한 관심이 줄었다.

- (2) ( ) 나는 사람들에 대한 관심이 거의 없어졌다.  
(3) ( ) 나는 사람들에 대한 관심이 완전히 없어졌다.
- 13 (0) ( ) 나는 전과 같이 결정을 잘 내린다.  
(1) ( ) 나는 결정을 미루는 때가 전보다 더 많다.  
(2) ( ) 나는 전에 비해 결정을 내리는데 더 큰 어려움을 느낀다.  
(3) ( ) 나는 더 이상 아무 결정도 내릴 수 없다.
14. (0) ( ) 나는 전보다 내 모습이 나빠졌다고 느끼지 않는다.  
(1) ( ) 나는 매력 없어 보일까봐 걱정된다.  
(2) ( ) 나는 내 모습이 매력 없게 변해버린 것 같은 느낌이 든다.  
(3) ( ) 나는 내가 추하게 보인다고 생각한다.
- 15 (0) ( ) 나는 전과 다름없이 일을 잘 할 수 있다.  
(1) ( ) 어떤 일을 시작하려면 전보다 더 힘이 듈다.  
(2) ( ) 어떤 일을 시작하려면 굉장히 힘을 들이지 않으면 안 된다.  
(3) ( ) 나는 너무 지쳐서 아무런 일도 할 수 없다.
- 16 (0) ( ) 나는 전과 다름없이 잠을 잘 잔다.  
(1) ( ) 나는 전처럼 잠을 잘 자지 못한다.  
(2) ( ) 나는 전보다 한 두 시간 빨리 잠이 깨며, 다시 잠들기가 어렵다.  
(3) ( ) 나는 전보다 훨씬 빨리 잠이 깨며, 다시 잠들 수가 없다.
- 17 (0) ( ) 나는 전보다 더 피곤하지 않다.  
(1) ( ) 나는 전보다 더 쉽게 피곤해진다.  
(2) ( ) 나는 무슨 일을 하든지 곧 피곤해진다.  
(3) ( ) 나는 너무나 피곤해서 아무 일도 할 수가 없다.
- 18 (0) ( ) 내 식욕은 전보다 나빠지지 않았다.  
(1) ( ) 내 식욕은 전처럼 좋지 않다.

- (2) ( ) 내 식욕은 요즘 매우 나빠졌다.  
(3) ( ) 요즈음에는 전혀 식욕이 없다.

- 19 (0) ( ) 요즘 나는 몸무게가 줄지 않는다.  
(1) ( ) 나는 다이어트를 하지 않았는데도 전보다 몸무게가 줄은 편이다.  
(2) ( ) 나는 다이어트를 하지 않았는데도 전보다 몸무게가 많이 줄었다.  
(3) ( ) 나는 다이어트를 하지 않았는데도 전보다 몸무게가 너무나 많이 줄어서 건강에 위협을 느낄 정도이다.
- 20 (0) ( ) 나는 전보다 건강에 대해 더 염려하지는 않는다.  
(1) ( ) 나는 두통, 소화불량 또는 변비 등의 현상이 잦다.  
(2) ( ) 나는 건강에 대한 염려 때문에 제대로 일을 하기가 어렵다.  
(3) ( ) 나는 건강에 대한 염려 때문에 다른 일을 거의 생각할 수가 없다.
- 21 (0) ( ) 나는 요즈음 이성에 대한 관심의 변화가 거의 없다고 생각한다.  
(1) ( ) 나는 이전보다 이성에 대한 흥미가 적다.  
(2) ( ) 나는 요즘 이성에 대한 흥미를 상당히 잃었다.  
(3) ( ) 나는 이성에 대한 흥미를 완전히 잃었다.

# 국 문 초 록

## 우울증에 대한 행동활성화 치료의 효과 및 기제 검증

허 정 선

심리학과 임상심리학전공

중앙대학교 대학원

본 연구에서는 우울증 환자들의 활동과 긍정정서 경험의 증진을 목표로 하는 행동활성화 치료의 효과와 기제를 밝혀보고자 하였다. 행동활성화 치료의 기제 변인은 선행연구 고찰을 통해 긍정적, 부정적 자동적 사고로 상정하였다.

연구 1에서는 행동활성화 치료의 효과 및 기제 검증에 앞서 행동활성화, 긍정적 자동적 사고, 부정적 자동적 사고, 우울 및 긍정 정서의 구조적 관계에 대해 명확하게 살펴보았다. 상관 분석 결과 행동활성화 수준은 긍정적 자동적 사고, 부정적 자동적 사고, 우울 및 긍정 정서와 유의한 상관이 있었다. 경로 분석 결과 행동활성화 수준이 긍정적 자동적 사고와 부정적 자동적 사고를 매개로 하여 우울에 영향을 미치는 경로가 유의하게 나타났다. 행동활성화 수준이 긍정 정서에 영향을 미치는 경로에서는 긍정적 자동적 사고만이 매개하는 것으로 나타났다. 이러한 결과를 통해 행동활성화가 우울과 긍정 정서에 미치는 영향을 세부적으로 확인할 수 있었으며, 치료의 효과와 기제를 설명하는 이론적인 기틀을 제공해 주었다.

연구 2에서는 연구 1의 결과를 토대로 하여 우울증 환자들에게 행동활성화 치료를 실시하고 그 효과에 대해 검증하였으며, 기제 변인인 긍정적 자동적 사고와 부정적 자동적 사고가 우울과 긍정 정서의 변화를 매개하는지 살펴보았다. 치료 후 행동활성화 치료 집단은 약물 통제 집단에 비해 긍정적 자동적 사고와 부정적 자동적 사고가 유의하게 변화되었다. 긍정 정서는 통계적으로 유의하지는 않으나 경계 수준의 유의도를 나타내었으며, 우울 수준은 두 집단 간 변화가 유의하지 않았다. 이로 볼 때, 약물 치료에 비해 우울에 대한 행동활성화 치료의 고유한 효과는 밝혀지지 않았으나, 우울에 영향을 미치는 긍정적, 부정적 사고와 같은 심리적 변인들을 변화시키기 위해서는 행동활성화 치료가 필요함을 확인하였다.

행동활성화 치료 집단은 사전 평가에 비해 중간 평가부터 긍정적 자동적 사고, 부정적 자동적 사고뿐 아니라, 우울 및 긍정 정서가 유의하게 변화하였으며, 사후와 추후 평가까지 치료의 효과가 지속되었다. 아울러, 매개 분석에서는 긍정적 자동적 사고와 부정적 자동적 사고가 우울 및 긍정 정서를 모두 유의하게 매개하였다. 이러한 결과를 통해 행동활성화 치료의 효과와 지속성이 입증되었을 뿐만 아니라 변화를 이끄는 메커니즘 역시 확인되었다.

이로써 본 연구는 행동 변화에 직접 초점을 맞춘 행동활성화 치료를 국내에 소개하였으며, 국내 우울증 치료에 적용할 수 있는 기반을 마련하였는데 임상적인 의의가 크다.

---

주요어 : 행동활성화 치료, 긍정적 자동적 사고, 부정적 자동적 사고,  
우울, 긍정 정서, 치료 효과와 기제

## ABSTRACT

### The Effectiveness and Mechanism Verification of Behavioral Activation Therapy for Depression

Jungsun Heo

Major in Clinical Psychology

Dept. of Psychology

The Graduate School of

Chung-Ang University

The present study was to examine the effects and mechanisms of behavioral activation therapy aimed at promoting activities and positive emotional experiences of depressed patients. The variables of mechanism in behavioral activation therapy were assumed to be positive and negative automatic thought through the review of previous studies.

In the studies 1, prior to the examination of the effectiveness and mechanism of behavioral activation therapy, we clarified the structural relationship between behavior activation, positive automatic thought, negative automatic thought, depression and positive emotion. Correlation analysis showed that the level of behavior activation was significant correlation with positive

automatic thought, negative automatic thought, depression, and positive emotion. The path analysis in AMOS showed that positive and negative automatic thought successively mediated the effect the level of behavioral activation on depression. Positive automatic thought was mediated only in the pathways in which the level of behavior activation affects positive emotion. This results showed that we can identified in detail that affects behavioral activation on depression and positive emotion, and provided a theoretical basis for explaining the effects and mechanisms of treatment.

In studies 2 based on the results of Study 1, behavioral activation therapy was administered to depressed patients and their effects were verified, also examined whether mediating variables, positive and negative automatic thought, mediate changes in depression and positive emotion. After treatment, the behavioral activation group showed a significant change in positive and negative automatic thought as compared to the medication control group. Positive emotion was not statistically significant but showed borderline level of significance, and the level of depression was not significant between the two groups. The unique effect of behavioral activation therapy on depression compared to medication therapy was not revealed, but it was confirmed that behavioral activation therapy was needed in order to change psychological variables such as positive and negative thoughts affecting depression.

Behavioral activation group showed significant changes from medial evaluation to positive automatic thought, negative automatic thought, depression and positive emotion, compared with pre - evaluation, and therapeutic effect still maintained to after and follow up as after 2 months laps evaluation. In the analysis of mediation, positive and negative automatic thought mediated both depression and positive emotion. These results not only confirmed the effectiveness and persistence of behavioral activation therapy, but also confirmed the mechanism leading to the change.

In this study, we introduced the behavioral activation therapy focused on behavior change in Korea, especially it is clinically meaningful that it provides the basis for the treatment of domestic depression.

---

**Key words** : behavioral activation, positive automatic thought, negative automatic thought, depression, positive emotion, treatment effect and mechanism