

## 사회불안장애 청소년을 위한 인지행동치료와 인지행동치료·주의훈련의 효과 비교\*

김 정 민<sup>†</sup>

명지대학교

본 연구의 목적은 사회불안장애 청소년을 대상으로 인지적 내용을 다루는 인지행동치료 프로그램과 인지적 내용과 인지적 과정을 모두 다루는 인지행동치료·주의훈련 프로그램의 효과를 비교하는 것이다. 연구 대상은 중학교 1학년 여학생 629명에게 KSAS-A와 SASC-R을 실시하여 각각 상위 10%에 중복 해당하는 56명을 1차 선발한 후 이 중 참가를 희망한 지원자 50명을 2차 선발하고 이들을 대상으로 소아정신과 전문의의 진단면접을 실시하여 사회불안장애 48명을 최종 선정하였다. 이들은 각각 인지행동치료(CBT)집단, 인지행동치료·주의훈련(CBT+AT)집단, 통제집단에 16명씩 무선 배정되었으며, 통제집단을 제외한 두 집단은 각각 2개의 소집단으로 나누어 주 1회 총 12회기 프로그램을 실시하였다. 프로그램 사전과 사후에 세 집단을 대상으로 SASC-R, FNE-B, SFA, 교사용 MESSY를 실시하였으며, 통제집단을 제외한 두 집단에게는 행동과제를 추가 실시하였다. 또한 CBT집단과 CBT+AT집단의 경우 프로그램 6회기 종료 후 중간 평가와 프로그램 종료 6개월 후 추후검사를 각각 실시하였다. 수집된 자료는 one-way ANOVA, 대응 t-test, ANCOVA, Scheffé검증을 사용하여 분석하였다. 연구 결과, 첫째, CBT집단과 CBT+AT집단 모두 사전검사에 비해 사후검사와 추후검사에서 각각 사회불안과 자기초점주의가 유의하게 감소한 반면 사회적 기술은 유의한 향상을 나타냈다. 둘째, 사후검사에서 CBT집단과 CBT+AT집단은 통제집단에 비해, CBT+AT집단은 CBT집단에 비해 사회불안과 자기초점주의가 유의하게 낮았다. 셋째, 추후검사에서 CBT+AT집단은 CBT집단에 비해 사회불안과 자기초점주의가 유의하게 낮았다.

주요어 : 사회불안, 인지행동치료, 주의훈련

\* 이 논문은 2006년도 정부재원(교육인적자원부 학술연구조성사업비)으로 한국학술진흥재단의 지원을 받아 연구되었음(KRF-2006-331-C00307).

<sup>†</sup> 교신저자 : 김정민, 명지대학교 아동학과, (120-728) 서울시 서대문구 남가좌동 2동 50-3  
Tel : 02-300-0603, E-mail : jmkim122@mju.ac.kr

DSM-IV-TR에 의하면 사회불안장애는 ‘한 가지 혹은 그 이상의 사회적 상황이나 수행 상황에서 친숙하지 않은 타인들 또는 그들에 의한 평가에 노출되는 것에 대한 현저하고 지속적인 두려움’으로 정의된다(American Psychiatric Association, 2000). 특히 아동과 청소년의 사회불안장애는 성인과의 상호관계 뿐 아니라 또래 장면에서도 일어나며, 울기, 성질부리기(tantrum), 얼어붙기, 움츠러들기, 신체적 호소 등으로 나타나기도 한다(APA, 1994). 이러한 아동 및 청소년기의 사회불안은 대부분 학급 또래들 앞에서 말하기나 읽기, 음악 또는 체육활동, 수업 중 칠판에 나가 쓰기와 같은 수행 상황이나 대화 시작하기, 새로운 사람 만나기, 새로운 학교에 등교하기 등의 사회적 상호작용 상황에서 일어난다(Beidel, Ferrell, Alfano, & Yeganeh 2001; Morris, 2004).

사회불안장애의 유병률은 아동의 경우 0.5%, 청소년의 경우 2.0-4.0%까지 보고되고 있으며(Essau, Conrardt, & Peterman, 1999; Wittchen, Stein, & Kessler, 1999), 발병 연령은 대개 12-13세경으로 알려져 있다(Dewit, Ogborne, Offord, & MacDonald, 1999; Wittchen & Fehm, 2001). 이러한 아동 및 청소년기의 사회불안 장애는 장기적으로 적응 기능을 손상시키는 다양한 부정적 결과들을 초래할 수 있다. 구체적으로 사회불안은 낮은 자존감, 낮은 사회적 유능감, 외로움과 연관이 있으며, 학업 수행 혹은 사회적 관계 형성을 방해하거나 제한된 대외 활동 참여, 학교 거부, 우울, 물질 남용에 이르기기도 한다(Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler, & Angold, 2003; Essau, Conrardt, & Peterman, 2002; Stein, Fuetsch, Muller, Hofler, Lieb, & Wittchen, 2001; Van Ameringen, Mancini, & Farvolden, 2003). 특히 사회불안은 또래로부터의 거부 또

는 또래 간의 부정적 상호작용과 밀접한 관련이 있는 것으로 나타나(Ginsburg, La Greca, & Silverman, 1998; Inderbitzen, Walters, & Bukowski, 1997) 또래관계의 비중이 커지는 청소년기에 사회적 관계 형성의 어려움으로 인한 소속감의 부재 등 부적응을 초래할 가능성이 있다. 게다가 아동 및 청소년기에 발병한 사회불안은 성인기까지 지속되는 경우가 흔하며 성인기 사회불안에 비해 그 정도가 더 심각한 것으로 보고되고 있다(Stein, Chavira, & Jang, 2001; Wittchen, Nelson, & Lachner, 1998). 따라서 아동 및 청소년기의 사회불안에 대한 효과적인 치료적 방안을 개발하는 것은 매우 중요하다.

그러나 아동 및 청소년기 사회불안장애에 관한 연구들은 그리 많지 않다. 선행 연구들은 대부분 아동 및 청소년기의 일반적인 불안장애에 관한 것으로 사회불안을 따로 구분하고 있지 않으며(하은혜, 오경자, 송동호, 강지현, 2004; Barrett, Dadds, & Rapee, 1996; Flanery-Schroeder & Kendall, 2000; Kendall & Southam-Gerow, 1996; Kendall, Flannery-Schroeder, Panichelli-Mindel, Southam-Gerow, Henin, & Warman, 1997), 사회불안에 관한 연구들은 주로 성인을 대상으로 한 것들이 대부분이다(김은정, 원호택, 2000; 박기환, 안창일, 2001; 이정윤, 1996; 조용래, 원호택, 표경식, 2000; Beidel & Morris, 1995; King, Murphy, & Heyne, 1997). 최근 들어 비로소 아동 및 청소년기 사회불안의 관련 요인들과 치료에 관한 연구가 진행되기 시작하였다(김남재, 2005; 김정민, 2006; 문혜신, 오경자, 2002; 오경자, 양윤란, 2003; 조용래, 이경선, 황경남, 2005; Albano, DiBartolo, Holt, Heimberg, & Barlow, 1995; Beidel, Turner, & Morris, 2000; Gallagher, Rabian,

& McCloskey, 2004; Hayward, Varady, Albano, Thienemann, Henderson, & Schatzberg, 2000; Masia, Klein, Storch, & Corda, 2001; Muris, Merckelbach, & Damsma, 2000; Rapee & Heimberg, 1997; Spence, Donovan, & Brechman-Toussaint, 1999, 2000). 이들 연구들에 따르면 사회불안의 관련 요인들은 크게 인지적 모형과 행동적 모형으로 나누어 설명된다. 인지적 모형은 개인의 인지적 편견이 사회불안을 야기하고 유지시킨다고 보는 것이다(Beck, Emery, & Greenberg, 1985; Clark & Wells, 1995; Heimberg & Becker, 2002). 이러한 인지적 편견은 자신의 사회적 행동 및 수행능력의 적합성에 대한 역기능적 사고(dysfunctional belief), 자신에게 초점이 맞추어진 높은 주의 수준(attention level), 위협적인 사회적 자극에 대한 선택적 주의, 자신의 사회적 수행에 대한 과소 평가 등을 포함한다(Clark, 1999). 즉, 인지적 내용의 왜곡(부정적인 사고 및 신념)과 인지적 과정의 왜곡(부적응적인 주의 과정)이 사회불안의 정서적, 생리적 반응 및 회피 행동을 초래한다는 것이다. 한편 행동적 모형은 사회적 상황에서 개인의 사회적 기술 결핍이 부정적 결과 혹은 회피 행동을 가져와 자신의 사회적 수행에 대해 부정적 평가를 내리게 된다고 본다(Beidel et al., 2000; Turner, Beidel, Cooley, Woody, & Messer, 1994). 즉, 사회적 기술의 부족이 사회불안을 야기하며 그로 인한 사회적 상황에서의 실패가 자신에 대한 부정적 평가로 이어진다는 것이다. 더욱이 불안의 경험은 사회적 기술을 효과적으로 사용하지 못하도록 함으로써 적절한 사회적 수행을 방해할 뿐 아니라, 불안으로 인한 사회적 상황의 회피는 사회적 기술을 학습할 기회를 얻지 못하게 함으로써 사회불안을 악화시키게 된다

고 본다.

이들 모형들의 사회불안 관련 요인들은 사회불안의 치료적 접근과 밀접한 관련이 있다. 아동 및 청소년의 사회불안 감소에 관한 선행 연구들은 대부분 인지행동치료의 효과를 지지하고 있다(Barrett, 1998; Flannery-Schroeder et al., 2000). 사회불안 인지행동치료 프로그램들은 주로 인지적 모형에 기초하여 부정적 사고와 신념을 적응적인 것으로 바꾸는 인지적 재구성에 초점을 맞추거나, 행동적 모형에 기초하여 점진적으로 실제 상황에 직면하여 훈련하는 노출훈련 혹은 전반적인 사회적 기술 향상에 중점을 두거나, 혹은 인지적 모형과 행동적 모형을 통합하여 구성한 것들이다. Albano 등(1995)은 5명의 사회불안 청소년들을 대상으로 16회기 인지행동집단치료를 실시한 결과 사후검사와 1년 후 추후검사에서 사회불안이 크게 감소하였음을 보고하였다. 그러나 이 경우 사례 수가 적고 통계집단이 없다는 문제가 있었다. 이를 보완한 Hayward 등(2000)의 연구에서는 35명의 청소년들을 대상으로 동일한 인지행동집단치료를 실시한 결과 통계집단에 비해 치료집단의 사회불안이 유의하게 감소하였다. 그러나 이러한 효과는 Albano 등(1995)의 연구와는 달리 1년 후 추후검사에서 지속되지 못하였다. Gallagher 등(2004)은 23명의 아동을 대상으로 3주간 인지행동집단치료를 실시한 결과 사회불안이 감소되었고 그 효과가 3주 후 추후검사에서도 유지되었음을 보고하였다. 이들 선행 연구들은 주로 인지적 재구성과 노출훈련을 중심으로 프로그램을 구성하였다.

한편 Spence 등(2000)은 50명의 아동 및 청소년을 대상으로 사회적 기술 훈련에 초점을 둔 12회기 인지행동집단치료를 실시하여 사회불안 및 전반적인 불안이 감소되었고 1년 후

추후검사에서도 그 효과가 지속됨을 보고하였다. Beidel 등(2000)은 57명의 아동을 대상으로 사회적 기술 훈련, 노출훈련 등에 중점을 둔 행동집단치료를 실시한 결과 사회불안 및 전반적인 불안이 감소되었고 6개월 후 추후검사에서 그 효과가 유지됨을 확인하였다. Masia 등(2001) 역시 학교장면에서 6명의 청소년들을 대상으로 14회기 행동집단치료를 실시한 결과 사회불안의 감소를 보고하였다. 이들 선행 연구들은 주로 노출훈련과 사회적 기술 훈련에 초점을 맞추어 프로그램을 구성하였다.

그러나 국내의 경우 사회불안 아동 및 청소년을 대상으로 한 인지행동치료 프로그램의 효과에 관한 연구는 조용래 등(2005)과 김정민(2006)의 것을 제외하고는 찾아보기 어려운 실정이다. 조용래 등(2005)은 8명의 사회불안 청소년에게 8회기 인지행동치료를 실시하여 불안 감소의 효과를 보고하였으나 사례 수가 적고 통제집단을 사용하지 않았다는 제한이 있다. 김정민(2006)은 20명의 사회불안 청소년을 대상으로 인지적 재구성, 노출 훈련, 사회적 기술을 통합한 12회기 인지행동집단치료를 실시한 결과 통제집단에 비해 치료집단의 사회불안이 감소하였고 전반적인 사회적 기술이 향상되었으며 이러한 효과는 3개월 후 추후검사에서도 유지되었음을 보고하였다.

이와 같이 아동 및 청소년의 사회불안 감소에 관한 국내외 선행 연구들은 다양한 인지행동적 혹은 행동적 접근의 치료 효과를 보고하고 있다. 그러나 이러한 연구결과들이 매우 고무적임에도 불구하고 아직 사회불안 감소와 관련된 명확한 요인들을 밝혀내기에는 아직 이르다. 사회불안 감소를 위한 선행 인지행동치료 프로그램들은 왜곡된 부정적 사고와 신념을 적응적인 것으로 바꾸는 인지적 내용의

재구성에 치중하여 인지적 모형의 또 다른 요인인 인지적 과정, 즉 부적응적인 주의 과정을 고려하지 않고 있다. 단지 몇몇 연구들만이 노출훈련시 주의를 외부로 돌리라는 지시를 포함한 경우와 그렇지 않은 경우의 차이에 대해 살펴보는 데 그치고 있다(Wells & Clark, 1997; Wells & Papageorgiou, 1998). 최근 들어 이러한 주의 과정은 사회불안 유지에 중요한 역할을 하는 것으로 보고되고 있다(Bögels, 2006; Bögels & Mansell, 2004; Bögels, Sijbers, & Voncken, 2006; Mulkens, Bögels, & de Jong, 1999; Mulkens, Bögels, de Jong, & Louwers, 2001). 사회불안이 높은 경우 과도하게 자신에게 초점이 맞추어져 있어 과제에 집중하기 어려우며, 사회적 상황에서 타인의 눈을 통해 자신을 바라보므로 자신이 평가 대상이 되는 경향이 높다는 것이다. 또한 사회불안이 높은 경우 자신과 자신을 둘러싼 상황에 대해 부적응적이거나 위협이 될 만한 것들에 선택적으로 주의를 기울이므로 자신의 두려움, 자신의 사회적 수행에서의 결점, 지지적이지 않은 타인의 반응 등을 쉽게 인식하게 된다. 더욱이 이러한 주의 과정은 만족스러운 사회적 수행을 방해하므로 타인의 부정적인 평가에 대한 두려움을 가중시키는 결과를 가져오게 된다. 그러므로 사회불안과 관련하여 인지적 과정, 즉 부적응적인 주의 과정을 다루는 프로그램이 사회불안을 감소시키는 데 효과적일 것으로 기대되었다.

따라서 본 연구의 목적은 우리나라 사회불안장애 청소년을 위한 인지행동치료 프로그램과 인지행동치료·주의훈련 프로그램을 개발·실시하고 그 효과를 비교하는 것이다. 본 연구의 인지행동치료 프로그램은 아동 및 청소년기 사회불안의 주요 요인들 중 인지적 내

용의 왜곡(부정적 사고 및 신념)을 다루기 위해 인지적 재구성, 노출훈련, 사회적 기술 훈련을 통합하여 구성하였으며, 인지행동치료·주의훈련 프로그램은 인지적 내용의 왜곡과 함께 사회불안의 또 다른 요인인 인지적 과정의 왜곡을 다루기 위해 인지행동치료 프로그램에 과제초점주의와 주의유연성을 추가하여 구성하였다. 과제초점주의훈련은 주의를 자신에게서 수행 과제로 돌리는 것을 말한다. 이는 지나치게 자신에게 주의가 맞추어진 경우 자신의 신체생리적 반응과 부정적인 정서 상태가 증가하여 수행하는 과제에 집중하는 것을 방해하므로 효과적인 과제 수행이 어렵기 때문이다. 또한 주의유연성훈련은 사회적 상황에서 과제 수행과 관련이 있는 여러 요인들에 적절하게 주의를 기울이도록 돕는 것을 가리킨다. 이는 위협적 단서 혹은 특정 정보에 대해 선택적으로 주의를 기울임으로써 과제 수행에 실패하거나 과제 수행에 대한 정확한 피드백을 얻기 어려우므로 인지적 내용의 왜곡을 부추길 위험이 높기 때문이다.

## 방 법

### 연구대상

본 연구대상은 사회불안장애의 발병연령과 성차에 따른 유병률에 근거하여 중학교 1학년 여학생들로 선정하였다(Bögels, Alberts, & de Jong, 1996; Wittchen et al., 2001). 본 연구는 인천시 1개 여자중학교 1학년생 629명을 대상으로 사회불안 집단의 선별을 위해 KSAS-A와 SASC-R을 실시하였다. 질문지에 의한 집단선별의 긍정오류를 줄이기 위해 두 척도의 중복

기준을 적용하여 각각 상위 10%에 해당하는 점수(KSAS-A 100점 이상, SASC-R 50점 이상)를 받은 56명을 1차 선발하였다. 1차 선발된 학생들의 학부모에게 개별적으로 연락하여 프로그램의 취지를 알리고 신청을 받아 참가를 희망한 지원자들 50명을 2차 선발하여 이들을 대상으로 소아정신과 전문의의 진단면접(K-SAD, SCL-90)을 실시한 결과 사회불안 외의 다른 정신과적 문제가 있는 경우를 제외하고 사회불안장애 진단을 받은 48명을 최종 선정하였다. 최종 선정된 48명은 각각 인지행동치료 집단, 인지행동치료·주의훈련집단, 통제집단에 16명씩 무선 배정하였다. 인지행동치료집단, 인지행동치료·주의훈련집단의 경우 집단 운영의 효율성을 위해 각각 2개의 소집단으로 구성하여, 주 1회 진행되는 총 12회기 프로그램을 각각 실시하였다. 프로그램에 참여하는 학생이 결석할 경우 다음 회기 실시 전에 개별적으로 프로그램을 보충해 줌으로써 프로그램 진행에 무리가 없도록 하였으며 프로그램에 3회기 이상 결석한 경우는 없어 참가 학생 모두를 자료분석 대상에 포함하였다. 통제집단의 경우 프로그램 참여를 희망한 학생들 중 대기자 명단에 올라 있어 다음 프로그램까지 기다려야 하는 사람들로 구성하였다.

### 측정도구

본 연구에서는 프로그램 실시 전후의 사회불안 관련 변화를 확인하기 위해 자기보고식 질문지, 행동과제 체크리스트, 교사 평정 척도를 사용하였다. 불안과 같은 내재화 증상은 개인의 주관적인 자기보고식 평가가 보다 정확한 것으로 여겨져 왔으나(Klein, 1991), 자신의 수행에 대한 타인의 부정적 평가에 매우

민감한 사회불안장애의 특성상 프로그램 실시 후의 실제 변화보다 사회적으로 바람직하다고 여겨지는 반응을 보고할 가능성이 있으므로 자기보고식 평가 외에 행동과제를 사용한 평가 방법을 함께 사용하여 연구결과의 정확성을 높이고자 하였다. 또한 사회적 기술과 같은 행동적 특성은 제 삼자에 의한 객관적 평가가 더 신뢰할만하다고 보아 교사 평정 척도를 사용하였다.

#### 자기보고식 질문지

**아동·청소년용 사회불안 척도(Korean Social Anxiety Scale for Children and Adolescents).** Beidel, Turner와 Morris(1995)의 아동용 사회공포증 및 불안 척도와 La Greca와 Stone(1993)의 개정판 아동용 사회불안 척도를 기초로 문혜신 등(2002)이 구성한 아동·청소년용 사회불안 척도이다. 총 40문항이며 '전혀 그렇지 않다'의 1점에서 '항상 그렇다'의 5점 척도로 되어 있다. 총점은 40점에서 200점까지 나올 수 있으며 점수가 높을수록 사회불안이 높음을 의미한다. 본 연구에서 전체 문항의 신뢰도 Cronbach's  $\alpha=.93$ 이었다.

**개정판 아동용 사회불안 척도(Social Anxiety Scale for Children-Revised).** La Greca와 Stone(1993)이 개발한 개정판 아동용 사회불안 척도로 18개의 자기에 관한 진술과 4개의 filler 문항으로 이루어져 있다. 각 항목은 '전혀 아니다'의 1점에서 '항상 그렇다'의 5점 척도로 되어 있다. 총점은 18점에서 90점까지 나올 수 있으며 점수가 높을수록 사회불안이 높음을 가리킨다. 본 연구에서 전체 문항의 신뢰도 Cronbach's  $\alpha=.94$ 로 나타났다.

**부정적인 평가에 대한 두려움 척도-단축형(Fear of Negative Evaluation-Brief).** Leary(1983)가 개발한 것으로 사회불안의 인지적 특성 중 하나인 부정적인 평가에 대한 두려움을 측정하며 본 연구에서는 연구자가 번안한 것을 사용하였다. 총 12문항이며 '전혀 그렇지 않다'의 1점에서 '항상 그렇다'의 5점 척도로 구성되어 있다. 총점은 12점에서 60점까지 나올 수 있으며 점수가 높을수록 부정적 평가에 대한 두려움이 많음을 나타낸다. 본 연구에서 전체 문항의 신뢰도 Cronbach's  $\alpha=.88$ 로 나타났다.

**자기초점주의 척도(Self-Focused Attention).** Bögels, Mulkens, de Jong(1997)이 개발한 것으로 사회적 상황에서 자신의 각성에 초점을 맞추는 경향을 측정하는 각성 하위 척도와 자신의 행동 수행에 초점을 맞추는 수행 하위 척도로 구성되어 있다. 총 11문항으로 '전혀 그렇지 않다'의 1점에서 '항상 그렇다'의 5점 척도로 되어 있다. 점수가 높을수록 자신에게 초점을 맞춘 주의 수준이 높음을 나타낸다. 본 연구에서 전체 문항의 신뢰도 Cronbach's  $\alpha=.93$ 로 나타났다.

**자동적 사고 및 신념 기록지.** 본 연구에서는 프로그램 회기 진행과정에 따른 자동적 사고 및 신념의 변화를 살펴보기 위해 인지적 재구성, 노출 훈련, 과제 시 사용되는 기록지를 활용하였다. 기록 항목은 일시, 상황, 자동적 사고 및 신념, 감정, 적응적 반응, 결과 등으로 구성되어 있다.

#### 행동과제 체크리스트(Performance Questionnaire-Adolescent, Observer)

행동과제는 자신에 대해 3분 동안 즉흥 발

표를 하는 것으로 자신의 가족이나 친구, 희망하는 직업, 취미 등 어느 것이라도 말할 수 있음을 알려 주었다. 발표자가 10초 이상 침묵할 경우 평정자는 “좋아하는 일에는 어떤 것들이 있습니까?” 혹은 “시간이 있을 때에는 보통 무엇을 합니까?”와 같이 이야기를 촉진시키는 자극(prompt)을 제공하였으며 이러한 자극은 최대 2회에 한해 주어졌다. 행동과제는 프로그램 사전과 사후에 2인의 평정자 앞에서 실시하였으며 비디오카메라는 발표자와 약 2m 떨어진 거리에 설치하여 발표자가 충분히 알아차리도록 하였고 이 모든 과정은 녹화되었다. 발표자는 발표를 마친 후 자신의 행동과제에 대한 체크리스트(Cartwright-Hatton, Hodges, & Porter, 2003)를 작성하였으며 이 연구의 가설에 대해 알지 못하는 아동가족심리치료 전공 대학원생 2인 역시 행동과제 체크리스트를 작성하였다. 체크리스트는 총 8문항으로 과제 수행 중 발표자의 행동에 관한 문항들(목소리는 얼마나 크고 명확했습니까?, 얼마나 미소를 지었습니까? 등)과 과제 수행 중 발표자가 얼마나 불안해 보였는지에 관한 문항들(얼마나 불안해 보였습니까?, 말을 더듬었습니까? 등), 그리고 전반적인 인상에 관한 문항들(발표는 어땠습니까? 등)이며 4점 척도로 되어 있다. 본 연구에서 전체 문항의 신뢰도 Cronbach's  $\alpha=.92$ (PQ-A)와  $.91$ (PQ-O)이었고 평정자 간 일치도는 사전검사시  $.73\sim.94$ , 사후검사시  $.70\sim.91$ 로 나타났다.

#### 교사 평정 척도

**사회적 기술 척도(Matson Evaluation of Social Skills with Youngsters).** Matson, Rotatori와 Helsel(1983)이 개발한 것으로 아동 및 청소년의 전반적인 사회적 기술 수준을 측정하며

본 연구에서는 박난숙(1992)이 번역한 것 중 교사용을 사용하였다. 총 64문항으로 적절한 사회기술에 대한 20문항, 부적절하고 충동적인 사회기술에 대한 42문항, 기타 2문항이며 5점 척도로 구성되어 있다. 점수는 부적절한 사회기술 점수를 변환하여 적절한 사회기술 점수와 합쳐 분석에 사용하였으며 점수가 높을수록 사회기술이 우수함을 나타낸다. 본 연구에서 전체 문항의 신뢰도 Cronbach's  $\alpha=.91$ 로 나타났다.

#### 프로그램의 구성

##### 인지행동치료 프로그램

본 연구의 인지행동치료 프로그램은 청소년 대상 불안감소 프로그램인 Kendall 등(1997)의 Cat Project Group Workbook, Spence 등(2000)의 사회적 기술 훈련, Friedberg와 McClure(2002) 등의 불안감소 프로그램을 참조하여 12회기로 구성하였다. 특히 Kendall 등(1997)과 Friedberg 등(2002)의 프로그램은 아동 및 청소년의 일반적 불안장애를 위한 것이므로 본 프로그램은 청소년의 사회불안에 초점을 맞추어 주로 학교 장면에서 교사 및 또래 간의 사회적 상황들로 설정하였다(예, 수업시간에 발표하는 상황 등).

구체적으로 인지행동치료 프로그램은 인지적 재구성, 노출훈련, 사회적 기술 훈련을 통합하여 구성하였다. 프로그램의 전반부 회기들(1-6회기)은 주로 인지적 재구성으로 되어 있는데, 이는 왜곡된 인지적 내용을 다루기 위한 것으로 사회적 수행에 대한 부정적 사고 및 신념을 적응적인 것으로 바꾸는 것이다. 특히 본 연구의 인지행동치료 프로그램은 인지적 재구성을 단계적으로 시행하도록 구성하

였는데, 간단한 긍정적인 자기지시 혹은 자기 대화(self-talk)에서 복잡한 인지적 도전(cognitive challenging)까지 체계적으로 훈련하도록 하였다. 즉, 구체적인 사회적 상황에서 사회불안과 관련된 부정적이고 왜곡된 사고(예, ‘나는 발표를 망치고 말거야’, ‘내가 말을 더듬으면 사람들이 나를 바보같다고 볼 거야’ 등)를 찾아내고 그것을 적응적인 대안적 사고(예, ‘나는 충분히 준비를 했으므로 발표를 잘할 수 있어’, ‘누구나 말을 더듬을 수 있어. 내가 말을 더듬는다고 해서 날 바보같다고 보지는 않아’ 등)로 바꾸는 작업으로 간단한 자기지시 연습에서 신념의 변화로 점차 진행시킨다. 이러한 인지적 재구성은 불안이 야기되는 상황에서 자신의 부정적인 자동적 사고와 감정 식별하기, 긍정적 자기지시 찾기, 동일한 상황에서 대안적 사고 찾기(부적절한 ‘애벌레’ 생각을 적절한 ‘나비’ 생각으로 바꾸기, ‘생각의 덧’ 찾아 바꾸기) 등을 다룬다. 활동의 한 예로 ‘나의 애벌레 생각/나비 생각’에서 치료자는 먼저 집단원들에게 사회불안을 야기하는 구체적인 상황(예, 수업 시간에 발표하는 상황 등)을 제시하여 집단원들의 부정적 사고 찾기를 돕는다. 각 집단원은 제시된 상황에서 자신의 부정적 사고를 찾아 확인하고 ‘애벌레 생각’ 칸에 적어 넣는다. 치료자는 보기 싫은 애벌레가 아름다운 나비가 되는 과정을 시각 자료와 함께 간단히 설명한다. 그 다음 치료자는 부정적인 ‘애벌레 생각’을 적응적인 ‘나비 생각’으로 바꾸는 시범을 보인다. 집단원들은 각자 자신의 ‘애벌레 생각’을 ‘나비 생각’으로 바꾸어 ‘나비 생각’ 칸에 적어 넣는다. 활동의 또 다른 예인 ‘생각의 덧’에서 치료자는 집단원들에게 각 사람이 쉽게 빠지는 ‘생각의 덧’ 즉, 왜곡된 신념에 대해 설명하고 구체적인

‘생각의 덧’ 유형들을 제시한다. 이어 치료자는 각 집단원이 특정 상황에서 불안을 촉발하는 자신의 부정적인 자동적 사고 및 ‘생각의 덧’을 찾도록 격려하며 돕는다. 또한 치료자는 인지적 도전 과정을 통해 집단원의 왜곡된 신념이 변화하도록 유도하거나 역할극 등을 통해 집단원이 자신의 왜곡된 신념에 대한 통찰을 얻도록 이끈다.

프로그램의 후반부 회기들(7-12회기)은 주로 인지적 재구성을 포함한 노출훈련으로 되어 있는데, 이는 불안을 야기하는 사회적 상황들의 위계를 스트레스 수준에 따라 설정하고 낮은 스트레스 상황에서 점차 높은 스트레스 상황으로 대처해 나가도록 연습하는 것이다. 이는 주로 손인형을 사용한 역할극의 형태로 진행되었다. 한편 사회적 기술 훈련은 전·후반 회기들에 약 10-15분간 진행되었으며 시선 접촉(eye-contact), 자세, 얼굴 표정, 목소리의 톤과 크기 등을 다루는 기본 기술에서 듣기, 질문하기, 상대방에게 관심 보이기, 자기주장하기 등의 의사소통기술, 나아가 나누기, 도움주기, 참여하기, 초대하기, 칭찬하기 등의 친사회적 기술 등을 훈련하도록 하였다.

본 연구의 인지행동치료 프로그램은 단계적인 인지적 재구성을 시행하여 선행 연구들이 간단한 수준의 인지적 훈련(예, 긍정적인 자기지시)만을 활용하였던 것을 보완하였을 뿐 아니라 노출훈련, 사회적 기술 훈련을 통합하여 구성하였다는 면에서 기존의 인지행동치료 프로그램들과 차별화하였다. 프로그램의 세부적인 회기별 개요는 표 1에 제시되어 있다. 프로그램 진행은 회기에 따라 모델링, 손인형을 사용한 역할극(role play), 스토리, 예행연습(rehearsal), 적절한 반응에 대한 보상으로 스티커를 주는 정적 강화, 프레젠테이션, 게임 등



표 1. 인지행동치료 프로그램의 각 회기별 내용의 개요

| 회기   | 주제  | 활동   |
|------|---|--|
| 1회기  | 프로그램 소개와 인사 나누기<br>상황-생각-감정 패러다임 소개하기               | · 프로그램 목적 및 진행과정 소개<br>· 서약서 사인하기<br>· psychoeducation; 상황-생각-감정-행동 패러다임<br>· 친밀감 형성을 위한 게임                            |
| 2회기  | 감정과 생리적 반응 찾기<br>이완 훈련                              | · Feelings Worksheet<br>· 감정 rating<br>· 상상 촉발 끄기, Benson의 이완 훈련   |
| 3회기  | 인지적 재구성 I:<br>부정적 사고 및 핵심 신념 찾기                     | · 나의 애벌레 생각 /나비 생각 역할극<br>· 생각의 덩  |
| 4회기  | 인지적 재구성 II:<br>대안적 사고 및 핵심 신념 찾기<br>사회적 기술 훈련 I     | · 나의 애벌레 생각 /나비 생각 역할극<br>· ‘두려움’에 대항하기: Talking Back to Fear Worksheet<br>· 사회적 기본 기술(eye-contact, 자세, 표정, 목소리 톤과 크기) |
| 5회기  | 인지적 재구성 III:<br>대안적 사고 및 핵심 신념 적용하기<br>사회적 기술 훈련 II | · 나의 애벌레 생각 /나비 생각 역할극<br>· 소크라테스식 대화 연습<br>· 의사소통기술(듣기, 질문하기, 상대방에게 관심보이기, 자기 주장하기 등)                                 |
| 6회기  | 인지적 재구성 IV:<br>대안적 사고 및 핵심 신념 강화하기<br>사회적 기술 훈련 III | · 소크라테스식 대화 연습<br>· ‘실수’와 친해지기: Mistake Worksheet<br>· 의사소통기술(듣기, 질문하기, 상대방에게 관심보이기, 자기 주장하기 등)<br>· 의사소통 게임           |
| 7회기  | 인지적 재구성의 활용과 노출훈련 I<br>사회적 기술 훈련 IV                 | · 불안상황 피라미드 만들기<br>· 친사회적 기술(나누기, 도움주기, 참여하기, 초대하기, 칭찬하기 등)  |
| 8회기  | 인지적 재구성의 활용과 노출훈련 II<br>사회적 기술 훈련 V                 | · 낮은 수준의 불안상황 역할극<br>· 친사회적 기술(나누기, 도움주기, 참여하기, 초대하기, 칭찬하기 등)  |
| 9회기  | 인지적 재구성의 활용과 노출훈련 III<br>사회적 기술의 활용                 | · 중간 수준의 불안상황 역할극<br>· As if 게임  |
| 10회기 | 인지적 재구성의 활용과 노출훈련 IV<br>사회적 기술의 활용                  | · 높은 수준의 불안상황 역할극<br>· 프레젠테이션과 피드백<br>· 상황카드 게임을 이용한 적응적 대처 연습   |
| 11회기 | 인지적 재구성의 활용과 노출훈련 V<br>사회적 기술의 활용                   | · 높은 수준의 불안상황 역할극<br>· 프레젠테이션과 피드백<br>· 상황카드 게임을 이용한 적응적 대처 연습<br>· Circle of Criticism 게임                             |
| 12회기 | 프레젠테이션과 피드백<br>종합 정리                                | · 프레젠테이션과 피드백<br>· 프로그램 종결 소감 나누기  |

이 활용되었다. 또한 매 회기 과제는 회기 중 다른 것들을 실제 집단 밖에서 연습할 수 있도록 집단원 개인의 필요에 따라 유연하게 조정하였으며, 과제 검토는 다음 회기 초반부에 이루어졌다.

#### 인지행동치료 · 주의훈련 프로그램

인지행동치료 · 주의훈련 프로그램은 인지행동치료 프로그램에 주의훈련을 추가하여 구성하였다. 주의훈련은 과제 수행시 주의를 적절하게 다루기 위한 것으로 크게 과제초점주의와 주의유연성으로 나누어 구성하였다(Mulkens, et al., 1999). 과제초점주의훈련은 사회불안이 높은 경우에 자신에게 과도하게 주의를 집중함으로써 과제를 적절하게 수행하는 데 실패하는 경우가 많으므로 주의를 전환하여 과제에 초점을 맞추도록 하는 것이다. 과제는 제시되는 이야기의 주제에 관해 2분 동안 말하는 것으로 사회불안이 낮은 수준(예, 둘씩 짝을 지어 시선 접촉 없이 수행)에서 점차 높은 수준(예, 집단원들 앞에서 수행)의 상황으로 진행하였다. 이야기의 주제는 카드에 적어 과제를 수행하는 집단원이 무작위로 선택하도록 하였으며 회기가 진행됨에 따라 집단원의 과제 수행 정도에 맞추어 주제의 난이도 수준을 점차 조정하였다. 하나의 과제 수행이 끝난 후 과제를 수행한 집단원은 과제 수행시 자기 자신, 과제 및 외부 환경에 대해 각각 어느 정도 주위가 집중되었는지를 백분율로 평가하도록 하였다. 치료자는 과제를 수행한 집단원에게 과제에 주의를 더 많이 집중하도록 지시하고 집단원이 보고하는 과제 집중 주의 수준이 어느 정도 증가할 때까지 과제 수행을 반복하게 하였다. 이러한 절차는 과제에 주의를 돌리는 연습의 효과 뿐 아니라 과제에 집중함

으로써 과제를 성공적으로 수행할 수 있음을 경험하도록 하여 과제 집중이 촉진될 것으로 기대하였다.

또한 주의유연성훈련은 사회불안이 높은 경우에 사회적 상황의 위협적 요소에 주의를 기울이는 선택적 주의 과정을 다루기 위해 고안되었다. 즉, 사회적 상황에 따라 긍정적 요소, 과제, 부정적(스트레스) 요소 등 다양한 요소들 간에 유연하게 주의를 옮길 수 있도록 하는 것으로 사회불안이 낮은 수준에서 점차 높은 수준으로 진행하였다. 과제는 과제초점주의의 경우와 동일하였다. 하나의 과제 수행이 끝난 후 과제를 수행한 집단원은 과제 수행시 자신이 지각한 상황의 긍정적 요소 혹은 부정적 요소를 말하도록 하고, 긍정적 요소, 부정적 요소, 과제에 대해 각각 어느 정도 주위가 집중되었는지를 백분율로 평가하도록 하였다. 또한 과제초점주의의 경우와 같이 치료자는 집단원이 과제 수행 시 다양한 상황 요소들을 파악하고 상황의 긍정적 요소와 과제에 대한 주의 수준이 어느 정도 증가할 때까지 과제 수행을 반복하게 하였다. 이러한 과정은 정확한 상황에 대한 이해를 가능하게 할 뿐 아니라 긍정적 요소와 과제에 대한 주의 집중은 불안을 낮추어 과제 수행을 성공적으로 이끌 것으로 기대하였다. 이러한 주의훈련은 왜곡된 인지적 내용을 다루는 인지적 재구성 과 균형을 맞추기 위해 인지행동치료 프로그램의 3-12회기에 추가하여 실시하였다. 프로그램의 세부적인 회기별 개요는 표 2에 제시되어 있다(인지행동치료 프로그램의 회기별 활동은 인지행동치료 · 주의훈련 프로그램에서도 동일하게 진행되었으므로 주의훈련에 관한 내용만 제시하였음). 한편 프로그램의 체계적이고 원활한 진행을 위해 인지행동치료 프로

표 2. 인지행동치료·주의훈련 프로그램의 각 회기별 내용의 개요

| 회기   | 주 제                     | 활 동   |
|------|-------------------------|---|
| 3회기  | 과제초점주의 I<br>주의유연성 I     | · 이야기의 주제에 관해 2분간 말한 후 평가하기<br>(두 사람이 서로 등을 맞대고 말하는 상황) |
| 4회기  | 과제초점주의 II<br>주의유연성 II   | · 이야기의 주제에 관해 2분간 말한 후 평가하기<br>(두 사람이 마주 보고 말하는 상황)     |
| 5회기  | 과제초점주의 III<br>주의유연성 III | · 이야기의 주제에 관해 2분간 말한 후 평가하기<br>(소집단 앞에서 말하는 상황)         |
| 6회기  | 과제초점주의 IV<br>주의유연성 IV   | · 이야기의 주제에 관해 2분간 말한 후 평가하기<br>(친숙한 대집단 앞에서 말하는 상황)     |
| 7회기  | 과제초점주의 V<br>주의유연성 V     | · 이야기의 주제에 관해 2분간 말한 후 평가하기<br>(친숙하지 않은 대집단 앞에서 말하는 상황) |
| 8회기  | 과제초점주의와 주의유연성 활용        | · 낮은 수준의 불안상황 역할극                                       |
| 9회기  | 과제초점주의와 주의유연성 활용        | · 중간 수준의 불안상황 역할극                                       |
| 10회기 | 과제초점주의와 주의유연성 활용        | · 높은 수준의 불안상황 역할극                                       |
| 11회기 | 과제초점주의와 주의유연성 활용        | · 높은 수준의 불안상황 역할극                                       |
| 12회기 | 프레젠테이션과 피드백 종합 정리       | · 프레젠테이션과 피드백   |

그림과 인지행동치료·주의훈련 프로그램 모두 진행자용 지침서와 참가자용 워크북을 제작, 사용하였다.

#### 프로그램의 운영

본 연구의 프로그램들은 학교 장면에서 실시되는 것이므로 프로그램 실시 전 교장, 교감, 학생부 주임교사 및 프로그램 참여 대상 학생의 담임교사들에게 프로그램의 취지와 개요를 소개하는 설명회를 갖고 진행사항을 알려 협조를 구하였다. 또한 선정된 학생들에 대한 부정적 인식의 우려가 있어 두 프로그램 모두 ‘사회성 향상 프로그램’으로 홍보되었다. 프로그램 진행의 효율성을 위해 인지행동치료 집단과 인지행동치료·주의훈련집단은 각각

두 개의 소집단으로 나누어 진행하였다. 두 프로그램은 방과 후 학교에서 제공한 네 개의 교실에서 주 1회 1시간 30분~2시간씩 총 12 회기로 진행되었으며, 프로그램을 진행한 치료자들은 1년 간 동일한 인지행동치료 수련과정을 이수한 아동가족심리치료전공 박사 대학원생 2인과 석사 대학원생 2인이 참여하였다. 네 집단에서 진행되는 프로그램의 동질성을 유지하기 위해 치료자들은 모두 각 회기 프로그램 진행에 관한 세부 지침서를 따르도록 하고 매 회기 사전·사후 모임을 가졌다. 또한 집단의 모든 회기는 녹음되었다.

프로그램을 실시하기 전 인지행동치료집단, 인지행동치료·주의훈련집단, 통제집단을 대상으로 FNE-B와 SFA를 각각 실시하였으며, 통제집단을 제외한 두 집단에게는 행동과제를

추가 실시하였다. 또한 인지행동치료집단, 인지행동치료·주의훈련집단, 통제집단에 참여하는 학생들의 담임교사들을 대상으로 MESSY 사전검사를 실시하였다. 사후검사는 인지행동치료집단, 인지행동치료·주의훈련집단, 통제집단을 대상으로 프로그램 종료 후 사전검사와 동일한 내용과 절차로 실시하였다(단, SASC-R는 대상 선별시 이미 실시하여 사전검사시 다시 실시하지 않았으므로 사후검사시에는 추가하여 실시함). 추후검사는 프로그램 종료 6개월 후 인지행동치료집단과 인지행동치료·주의훈련집단의 적응 상태를 확인하고 치료 효과의 지속 여부를 확인하기 위해 실시하였으며 통제집단을 대상으로는 따로 추후검사를 실시하지 않았다. 또한 인지행동치료집단과 인지행동치료·주의훈련집단의 경우 인지적 재구성, 노출훈련, 주의훈련의 상대적 영향력을 알아보기 위해 프로그램 전반부 회기들이 끝나는 6회기 종료 후 사전검사와 동일한 내용과 절차로 중간 평가를 실시하였다(단, 행동과제는 제외함).

#### 자료분석

수집된 자료는 SPSS 12.0 통계 프로그램을 사용하여 분석하였다. 먼저 사전검사시 실시한 각 변인들에 대해 인지행동치료집단, 인지행동치료·주의훈련집단, 통제집단 간 차이가 없음을 검증하기 위해 일원변량분석을 실시하였다. 또한 각 집단 내에서 사전-중간검사, 중간-사후검사, 사전-사후검사, 사전-추후검사에 어떠한 변화가 있는지 알아보기 위해 대응 t-test를 실시하였다. 사후검사와 추후검사시 집단 간의 차이를 알아보기 위해서는 사전검사를 공변인으로 한 공변량분석(ANCOVA)을

각각 실시하였다.

## 결 과

### 집단 간 각 척도의 사전검사 비교

집단 간 각 척도의 사전검사 점수를 비교하기 위해 일원변량분석을 실시한 결과는 표 3과 같다. 사전검사시 모든 척도에서 집단 간 유의한 차이가 없는 것으로 나타나 집단 간 동질성이 검증되었다.

### 집단 내 각 척도의 측정 시기별 차이 검증

집단 및 측정 시기별 각 척도 점수의 평균 및 표준편차와 집단 내 각 척도의 사전-중간검사, 중간-사후검사, 사전-사후검사, 사전-추후검사의 차이를 알아보기 위해 실시한 대응 t-test 결과는 표 4에 제시되어 있다.

### 집단 내 각 척도의 사전-중간검사 비교

인지행동치료집단(Cognitive Behavioral Therapy: CBT집단)의 경우 프로그램 6회기 후 실시한 SASC-R, FNE-B, SFA 중간검사 점수는 모두 사전검사에 비해 유의한 차이가 없었다. 반면, 인지행동치료(CBT)와 주의력 훈련(Attention Training: AT)을 통합한 집단(CBT+AT집단)의 경우 SASC-R( $t=2.73, p<.05$ ), FNE-B( $t=4.04, p<.01$ ), SFA( $t=2.86, p<.05$ ) 중간검사 점수는 모두 사전검사에 비해 유의하게 낮았다.

### 집단 내 각 척도의 중간-사후검사 비교

CBT집단의 경우 SASC-R( $t=4.29, p<.01$ ), FNE-B( $t=5.75, p<.001$ ), SFA( $t=2.41, p<.05$ ) 사

표 3. 집단 간 각 척도의 사전검사 비교

|                    | 집단       | n  | M      | SD    | F    |
|--------------------|----------|----|--------|-------|------|
| 개정판 아동용<br>사회불안    | CBT집단    | 16 | 59.19  | 9.25  | .13  |
|                    | CBT+AT집단 | 16 | 60.13  | 6.68  |      |
|                    | 통제집단     | 16 | 58.56  | 9.88  |      |
| 부정적인 평가에<br>대한 두려움 | CBT집단    | 16 | 40.63  | 8.91  | .14  |
|                    | CBT+AT집단 | 16 | 41.81  | 9.60  |      |
|                    | 통제집단     | 16 | 40.06  | 9.75  |      |
| 자기초점주의             | CBT집단    | 16 | 38.00  | 10.03 | .01  |
|                    | CBT+AT집단 | 16 | 38.50  | 9.54  |      |
|                    | 통제집단     | 16 | 38.38  | 10.10 |      |
| 사회적 기술             | CBT집단    | 16 | 205.81 | 14.40 | 1.62 |
|                    | CBT+AT집단 | 16 | 208.38 | 19.55 |      |
|                    | 통제집단     | 16 | 216.94 | 20.36 |      |
| 행동과제<br>체크리스트-관찰자  | CBT집단    | 16 | 17.31  | 5.96  | .80  |
|                    | CBT+AT집단 | 16 | 19.31  | 6.66  |      |
| 행동과제<br>체크리스트-청소년  | CBT집단    | 16 | 15.25  | 4.02  | .73  |
|                    | CBT+AT집단 | 16 | 16.81  | 6.10  |      |

CBT집단: 인지행동치료집단, CBT+AT집단: 인지행동치료·주의훈련집단

후검사 점수는 모두 중간검사에 비해 유의하게 낮았으며, CBT+AT집단의 경우에도 SASC-R( $t=4.87, p<.001$ ), FNE-B( $t=6.05, p<.001$ ), SFA( $t=2.27, p<.05$ ) 사후검사 점수는 모두 중간검사에 비해 유의하게 낮았다.

**집단 내 각 척도의 사전-사후검사 비교**

CBT집단의 경우 SASC-R( $t=6.14, p<.001$ ), FNE-B( $t=5.69, p<.001$ ), SFA( $t=3.11, p<.01$ ) 사후검사 점수는 모두 사전검사에 비해 유의하게 낮았으며, MESSY( $t=-.23, p<.05$ ), PQ-O( $t=-4.97, p<.001$ ), PQ-A( $t=-6.49, p<.001$ ) 사후검사 점수는 모두 사전검사에 비해 유의하게 높았다. CBT+AT집단의 경우에도 SASC-R( $t=10.45, p<.001$ ), FNE-B( $t=8.30, p<.001$ ), SFA

( $t=4.68, p<.001$ ) 사후검사 점수는 모두 사전검사에 비해 유의하게 낮았으며, MESSY( $t=-2.41, p<.05$ ), PQ-O( $t=-8.06, p<.001$ ), PQ-A( $t=-4.27, p<.01$ ) 사후검사 점수는 모두 사전검사에 비해 유의하게 높았다. 반면, 통제 집단의 경우 SASC-R, FNE-B, SFA, MESSY에서 모두 유의한 차이가 없었다.

**집단 내 각 척도의 사전-추후검사 비교**

CBT집단의 경우 SASC-R( $t=6.22, p<.001$ ), FNE-B( $t=5.96, p<.001$ ), SFA( $t=2.62, p<.05$ ) 추후검사 점수는 모두 사전검사에 비해 유의하게 낮았으며, MESSY( $t=-3.44, p<.01$ ) 추후검사 점수는 사전검사에 비해 유의하게 높았다. CBT+AT집단의 경우에도 SASC-R( $t=13.40, p$

표 4. 집단 내 각 척도의 측정 시기별 차이 검증

|                        |                       | 사전검사              | 중간검사             | 사후검사              | 추후검사              | 사전-중간  | 중간-사후   | 사전-사후    | 사전-추후    |
|------------------------|-----------------------|-------------------|------------------|-------------------|-------------------|--------|---------|----------|----------|
|                        |                       | M<br>(SD)         | M<br>(SD)        | M<br>(SD)         | M<br>(SD)         | t      | t       | t        | t        |
| CBT<br>집단<br>(n=16)    | 개정판 아동용<br>사회불안       | 59.19<br>(9.25)   | 52.63<br>(13.73) | 37.25<br>(10.39)  | 38.56<br>(10.02)  | 1.59   | 4.29**  | 6.14***  | 6.22***  |
|                        | 부정적인 평가에<br>대한 두려움    | 40.63<br>(8.91)   | 35.94<br>(6.65)  | 25.81<br>(6.67)   | 26.25<br>(6.62)   | 1.91   | 5.75*** | 5.69***  | 5.96***  |
|                        | 자기초점주의                | 38.00<br>(10.03)  | 36.06<br>(11.15) | 31.31<br>(6.81)   | 32.31<br>(6.62)   | 1.00   | 2.41*   | 3.11**   | 2.62*    |
|                        | 사회적 기술                | 205.81<br>(14.40) |                  | 213.38<br>(14.19) | 224.75<br>(20.82) |        |         | -.23*    | -3.44**  |
|                        | 행동과제<br>체크리스트-<br>관찰자 | 17.31<br>(5.96)   |                  | 23.63<br>(6.09)   |                   |        |         | -4.97*** |          |
|                        | 행동과제<br>체크리스트-청소년     | 15.25<br>(4.02)   |                  | 24.69<br>(5.44)   |                   |        |         | -6.49*** |          |
| CBT+AT<br>집단<br>(n=16) | 개정판 아동용<br>사회불안       | 60.13<br>(6.68)   | 49.63<br>(15.18) | 29.50<br>(10.97)  | 27.56<br>(8.63)   | 2.73*  | 4.87*** | 10.45*** | 13.40*** |
|                        | 부정적인 평가에<br>대한 두려움    | 41.81<br>(9.60)   | 35.88<br>(8.33)  | 18.50<br>(6.10)   | 18.19<br>(5.78)   | 4.04** | 6.05*** | 8.30***  | 8.41***  |
|                        | 자기초점주의                | 38.50<br>(9.54)   | 31.56<br>(11.16) | 23.31<br>(8.18)   | 18.44<br>(5.53)   | 2.86*  | 2.27*   | 4.68***  | 7.50***  |
|                        | 사회적 기술                | 208.38<br>(19.55) |                  | 216.56<br>(22.01) | 233.06<br>(30.59) |        |         | -2.41*   | -4.58*** |
|                        | 행동과제<br>체크리스트-관찰자     | 19.31<br>(6.66)   |                  | 33.69<br>(3.84)   |                   |        |         | -8.06*** |          |
|                        | 행동과제<br>체크리스트-청소년     | 16.81<br>(6.10)   |                  | 24.31<br>(6.09)   |                   |        |         | -4.27**  |          |
| 통제<br>집단<br>(n=16)     | 개정판 아동용<br>사회불안       | 58.56<br>(9.88)   |                  | 58.88<br>(9.68)   |                   |        |         | -.54     |          |
|                        | 부정적인 평가에<br>대한 두려움    | 40.06<br>(9.75)   |                  | 40.63<br>(8.52)   |                   |        |         | -1.11    |          |
|                        | 자기초점주의                | 38.38<br>(10.10)  |                  | 38.88<br>(10.68)  |                   |        |         | -.40     |          |
|                        | 사회적 기술                | 216.94<br>(20.36) |                  | 212.06<br>(23.16) |                   |        |         | -1.13    |          |

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

<.001), FNE-B( $t=8.41$ ,  $p<.001$ ), SFA( $t=7.50$ ,  $p<.001$ ) 추후검사 점수는 모두 사전검사에 비해 유의하게 낮았으며, MESSY( $t=-4.58$ ,  $p<.001$ ) 추후검사 점수는 사전검사에 비해 유의하게 높았다.

사후검사와 추후검사시 집단 간 각 척도의 차이 검증

사후검사와 추후검사시 집단 간 각 척도의 차이를 검증하기 위해 각각 사전검사 점수를 공변인으로 ANCOVA를 실시하였으며, 그 결

과는 표 5와 표 6에 제시되어 있다.

사후검사시 집단 간 각 척도의 차이 비교

표 5에서와 같이 사전검사 점수의 효과를 통제한 상태에서 CBT집단, CBT+AT집단, 통제집단의 SASC-R, FNE-B, SFA 사후검사 점수는 집단 간 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. Scheffé 사후검증 결과, CBT집단과 CBT+AT집단은 각각 통제집단에 비해, CBT+AT집단은 CBT집단에 비해 SASC-R, FNE-B, SFA 사후검사 점수가 모두 유의하게 낮게 나타났다. 한편 MESSY 사후검사 점수는 집단 간 유의한 차이

표 5. 사후검사시 집단 간 각 척도의 차이 검증

| 범주 구분              | 변동원  | 자승합     | 자유도 | 평균자승    | F        | Scheffé      |
|--------------------|------|---------|-----|---------|----------|--------------|
| 개정판 아동용<br>사회불안    | 사전검사 | 677.55  | 1   | 677.55  | 7.18*    | c>a,b<br>a>b |
|                    | 집단   | 7698.55 | 2   | 3849.26 | 40.80*** |              |
|                    | 오차   | 4151.20 | 44  | 94.35   |          |              |
| 부정적인 평가에<br>대한 두려움 | 사전검사 | 465.29  | 1   | 465.29  | 11.09**  | c>a,b<br>a>b |
|                    | 집단   | 4248.66 | 2   | 2124.33 | 50.61*** |              |
|                    | 오차   | 1846.90 | 44  | 41.98   |          |              |
| 자기초점주의             | 사전검사 | 819.48  | 1   | 819.48  | 13.93**  | c>a,b<br>a>b |
|                    | 집단   | 1952.69 | 2   | 976.34  | 16.59*** |              |
|                    | 오차   | 2589.14 | 44  | 58.84   |          |              |
| 사회적 기술             | 사전검사 | 9189.06 | 1   | 9189.06 | 44.20*** |              |
|                    | 집단   | 1135.15 | 2   | 567.57  | 2.73     |              |
|                    | 오차   | 9147.57 | 44  | 207.90  |          |              |
| 행동과제<br>체크리스트-관찰자  | 사전검사 | 141.89  | 1   | 141.89  | 6.48*    | 31.26***     |
|                    | 집단   | 684.77  | 1   | 684.77  |          |              |
|                    | 오차   | 635.30  | 29  | 21.91   |          |              |
| 행동과제<br>체크리스트-청소년  | 사전검사 | 95.18   | 1   | 95.18   | 3.05     | .21          |
|                    | 집단   | 6.52    | 1   | 6.52    |          |              |
|                    | 오차   | 903.70  | 29  | 31.16   |          |              |

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

a: 인지행동치료집단, b: 인지행동치료·주의훈련집단, c: 통제집단

표 6. 추후검사시 집단 간 각 척도의 차이 검증

| 범주 구분              | 변동원  | 자승합      | 자유도 | 평균자승    | F        |
|--------------------|------|----------|-----|---------|----------|
| 개정판 아동용<br>사회불안    | 사전검사 | 34.68    | 1   | 34.68   | .39      |
|                    | 집단   | 986.56   | 1   | 986.56  | 11.06**  |
|                    | 오차   | 2587.20  | 29  | 89.21   |          |
| 부정적인 평가에<br>대한 두려움 | 사전검사 | 18.66    | 1   | 18.66   | .48      |
|                    | 집단   | 530.83   | 1   | 530.83  | 13.52**  |
|                    | 오차   | 1138.78  | 29  | 39.27   |          |
| 자기초점주의             | 사전검사 | 113.72   | 1   | 113.72  | 3.29     |
|                    | 집단   | 1561.21  | 1   | 1561.21 | 45.20*** |
|                    | 오차   | 1001.65  | 29  | 34.54   |          |
| 사회적 기술             | 사전검사 | 6482.84  | 1   | 6482.84 | 13.37**  |
|                    | 집단   | 297.75   | 1   | 296.75  | .61      |
|                    | 오차   | 14059.10 | 29  | 484.80  |          |

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

가 없는 것으로 나타났다. 또한 사전검사 점수를 통제한 상태에서 CBT집단과 CBT+AT집단의 PQ-O 사후검사 점수는 집단 간 유의한 차이가 있는 것으로 나타났는데, CBT+AT집단의 PQ-O 사후검사 점수가 CBT집단보다 유의하게 높았다. 한편 PQ-A 사후검사 점수는 두 집단 간 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다.

#### 추후검사시 집단 간 각 척도의 차이 비교

표 6에서와 같이 사전검사 점수의 효과를 통제한 상태에서 CBT집단과 CBT+AT집단의 SASC-R, FNE-B, SFA 추후검사 점수는 집단 간 유의한 차이가 있는 것으로 나타났는데, CBT+AT집단의 SASC-R, FNE-B, SFA 추후검사 점수가 모두 CBT집단에 비해 유의하게 낮았다. 한편 MESSY 추후검사 점수는 두 집단 간 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다.

CBT집단과 CBT+AT집단의 사전-사후 부정적 사고 및 신념의 변화

자동적 사고 및 신념 기록지에 나타난 CBT집단과 CBT+AT집단의 부정적 사고와 신념의 변화는 표 7에 나타나 있다. 사회불안과 관련이 있는 부정적 사고와 신념들은 보다 긍정적인 대안적 사고와 신념들로 변화하였다.

#### 논 의

본 연구는 우리나라 사회불안장애 청소년을 위한 인지행동치료 프로그램과 인지행동치료·주의훈련 프로그램을 개발·실시하고 그 효과를 비교하고자 하였다. 본 연구의 주요 결과를 토대로 논의하면 다음과 같다.

첫째, CBT집단과 CBT+AT집단 모두 사후검사에서 사전검사에 비해 사회불안과 자기초점



표 7. CBT집단과 CBT+AT집단의 사전-사후 부정적 사고 및 신념의 변화

| 부정적 사고   | 대안적 사고   |
|--|--|
| “내가 말을 더듬으면 남들이 나를 바보 같다고 생각하고 싫어할 거야”(인정에 대한 요구)                        | “긴장하면 누구나 말을 더듬을 수 있어”, “__도 예전에 말을 더듬은 적이 있는데 다들 __를 좋아해” |
| “실수하면 안돼. 나는 항상 잘 해야 되”(개인적 완벽)  | “사람은 누구나 실수를 해. 매번 잘 하는 것보다 최선을 다하는 것이 더 중요해”              |
| “내 손이 떨리는 것을 분명 다른 아이들이 봤을 거야”, “심장이 터질 것 같고 손이 차가워졌어”(신체 반응에 대한 과도한 자각) | “내가 생각하는 것만큼 다른 사람들이 나에게 주의를 기울이는 것은 아니야”, “심호흡을 하자”       |
| “내 머리 속이 하얗게 되서 결국 발표를 망치고 말거야”(파국화)                                     | “할 말이 생각이 나지 않을 때는 잠깐 노트를 보고 할 수 있어”                       |
| “내일 발표를 생각하니 걱정이 되서 잠을 잘 수가 없어”(과잉불안염려)                                  | “나는 준비를 충분히 하고 연습도 했으니 잘 해낼 수 있을 거야”                       |

주의가 유의하게 감소하였으며, 사회적 기술과 과제 수행 체크리스트에서 유의한 향상을 나타냈다. 반면, 통제 집단의 경우 사후검사에서 어떠한 유의한 차이도 보이지 않았다. 이는 우리나라 사회불안장애 청소년들을 대상으로 단계적인 인지적 재구성, 노출훈련, 사회적 기술 훈련으로 구성된 인지행동치료 프로그램의 효과를 반복 검증하였을 뿐 아니라 인지행동치료·주의훈련 프로그램 또한 사회불안 감소에 매우 효과적임을 가리킨다. 주의훈련에 관한 선행 연구들은 매우 소수에 불과하며 거의 대부분이 사회불안의 신체적 증상 중 하나인 얼굴이 붉어지는 것에 대한 두려움을 감소시키는 데 효과가 있음을 보고한 것들이다 (Bögels et al., 1997; Mulkens et al., 1999; Mulkens et al., 2001). 따라서 본 연구에서 인지행동치료에 주의훈련을 통합하여 전반적인 사회불안 감소에 미치는 영향을 살펴보았다는 것은 의의가 있다.

둘째, 프로그램 6회기 진행 후 실시한 중간검사에서 CBT집단은 사전검사에 비해 사회불안과 자기초점주의가 유의한 차이를 보이지 않는 반면, CBT+AT집단의 경우 사회불안과 자기초점주의가 모두 유의하게 감소하였다. CBT집단의 프로그램 전반부는 인지적 재구성으로 되어 있는 반면, CBT+AT집단의 경우 인지적 재구성에 주의훈련을 추가하였으므로 이러한 차이는 주의훈련에 기인하는 것으로 추정해 볼 수 있다. 그러나 CBT+AT집단의 사회불안 및 자기초점주의 감소의 효과는 주의훈련으로 인한 것이거나 혹은 인지적 재구성과 주의훈련 간의 상호작용에 기인하는 것일 수 있다. 한편 CBT집단의 경우 사회불안 및 자기초점주의가 감소하지 않은 것은 인지적 재구성만으로는 이러한 변화를 가져오기에 충분치 않거나 혹은 인지적 재구성이 작동하기에 6회기가 너무 짧기 때문일 수도 있을 것이다. 특히 주목하여야 할 것은 주의훈련의 경우 3회

기부터 실시되었음에도 불구하고 매우 단기간에 사회불안 감소에 영향을 미친 점을 고려할 때 단기 프로그램 구성시 중요한 요인이 될 수 있음을 시사한다.

셋째, CBT집단과 CBT+AT집단 모두 사후검사에서 중간검사에 비해 사회불안과 자기초점주의가 유의하게 감소하였다. 이는 CBT집단의 경우 프로그램 후반부 제시된 노출훈련이 사회불안과 자기초점주의에 영향을 미쳤음을 가리키는 것으로 사회불안 감소에 대한 노출훈련의 중요성을 강조한 몇몇 선행 연구들과 일치하는 결과이다(Beidel et al., 2000; Feske & Chambless, 1995; Masia et al., 2001). 그러나 이러한 변화는 앞서 언급한 것처럼 프로그램 후반부에서 인지적 재구성이 노출훈련과 관계없이 회기 진행 과정에 따라 작동하기 시작하였거나 혹은 인지적 재구성이 노출훈련과 함께 활성화되었을 가능성도 있으므로 단순히 인지적 재구성에 대한 노출훈련의 우위를 주장하기에는 아직 이르다고 보여진다.

넷째, CBT집단과 CBT+AT집단 모두 프로그램 종료 6개월 후 실시된 추후검사에서 사전검사에 비해 사회불안과 자기초점주의가 유의하게 감소하였으며 사회적 기술은 유의한 향상을 나타냈다. 즉, CBT와 CBT+AT의 효과는 모두 프로그램 종료 6개월 이후에도 지속적으로 유지되었다. 이는 인지행동치료의 장기적인 효과에 관한 거의 대부분의 선행 연구들과 일치하는 것이며(Albano et al., 1995; Gallagher et al., 2004; Spence et al., 2000), 새로이 주의훈련의 추후 효과를 지지하는 것이기도 하다.

다섯째, 사후검사시 CBT집단, CBT+AT집단, 통제집단 간 사회불안과 자기초점주의에서 유의한 차이가 나타났다. CBT집단과 CBT+AT집단은 각각 통제집단에 비해, CBT+AT집단은

CBT집단에 비해 사회불안과 자기초점주의가 유의하게 낮았다. 즉, CBT+AT가 CBT에 비해 사회불안과 자기초점주의를 낮추는 데 더욱 효과적이었다. 인지행동치료에 주의훈련을 추가한 CBT+AT가 CBT에 비해 자기초점주의를 낮추는 데 더욱 효과적이었을 뿐 아니라 전반적인 사회불안 수준도 함께 대폭 감소시키는 결과를 가져온 것은 주목할 만하다. 이는 사회불안의 인지적 모형 중 인지적 내용 요인 외에 인지적 과정 요인에 해당하는 부적응적인 주의 과정의 영향을 입증하는 것이다. 더욱이 앞서 언급한 것처럼 CBT집단 역시 따로 주의훈련을 받지 않았음에도 자기초점주의가 유의한 감소를 나타낸 것을 볼 때 주의 과정이 사회불안을 구성하는 주요 요인임을 추측해 볼 수 있다. 이러한 결과는 향후 사회불안 감소를 위한 인지행동치료 프로그램 개발시 인지적 재구성 및 노출훈련 외에 주의훈련을 추가함으로써 프로그램의 효과를 더욱 향상시킬 수 있음을 의미한다.

한편 사후검사시 CBT집단과 CBT+AT집단 간의 유의한 차이는 관찰자에 의한 행동과제 체크리스트에서도 나타났다. 구체적으로 CBT+AT집단의 경우 CBT집단에 비해 관찰자에 의한 행동과제 체크리스트 점수가 유의하게 높았다. 이와 반대로, 자기보고식 행동과제 체크리스트에서는 두 집단 간 유의한 차이가 없었다. 이는 실제 CBT집단과 CBT+AT집단 모두 사전-사후 관찰자에 의한 행동과제 체크리스트와 자기보고식 체크리스트에서 향상을 나타냈음에도 불구하고 사회불안의 특징 중 하나인 자신의 수행 및 능력에 대한 부정적 사고로 인해 자신의 행동과제 수행에 대한 평가가 제 삼자에 의한 객관적인 평가보다 인색하였을 가능성이 있기 때문인 것으로 보여진다.

한편 사회적 기술의 경우 사후검사시 세 집단 간 유의한 차이가 나타나지 않았다. 이러한 결과는 본 연구에서 사용한 사회적 기술 척도가 사회불안 뿐 아니라 공격성, 경쟁 등을 포함한 전반적인 사회적 상황을 다루고 있어 사회불안 감소에 따른 사회적 기술의 변화를 민감하게 구별해 내기에 어려운 점이 있기 때문인 것으로 사료된다.

여섯째, 추후검사시 CBT집단과 CBT+AT집단 간 사회불안과 자기초점주의에서 유의한 차이가 나타났다. CBT+AT집단은 CBT집단에 비해 사회불안과 자기초점주의가 유의하게 낮았다. 즉, 프로그램 종료 후 6개월이 지난 후에도 CBT+AT가 CBT에 비해 사회불안과 자기초점주의를 낮추는 데 더욱 효과적이었다. 한편 추후검사시 사회적 기술의 경우 사후검사시와 마찬가지로 두 집단 간 유의한 차이가 나타나지 않았다.

마지막으로, 프로그램 사전-사후 CBT집단과 CBT+AT집단의 부정적 사고 및 신념들은 보다 적응적인 사고 및 신념들로 변화하였다. 구체적으로 파국화, 인정에 대한 요구, 개인적 완벽, 과잉불안염려, 과도한 신체 반응 자각 등의 부적응적 사고와 신념들이 보다 적응적인 대안들로 바뀌는 경향을 보였다. 이는 본 인지행동치료 프로그램과 인지행동치료·주의훈련 프로그램의 단계적인 인지적 재구성 훈련이 사회불안장애 청소년들의 주요 부정적 사고 및 신념을 변화시키는 데 매우 효과적일 뿐 아니라 이러한 부정적 사고 및 신념의 변화가 사회불안 수준의 감소와 밀접한 연관이 있음을 가리킨다.

본 연구의 의의 및 후속 연구를 위한 제언은 다음과 같다.

첫째, 본 연구는 우리나라 사회불안장애 청

소년을 대상으로 인지행동치료 프로그램과 인지행동치료·주의훈련 프로그램을 개발·실시하여 그 효과를 입증하였으며 두 프로그램의 효과가 프로그램 종료 6개월 이후에도 유지됨을 밝혔다. 국외에서 시행된 대다수의 선행 연구들(Albano et al., 1995; Gallagher et al., 2004; Hayward et al., 2000; Masia et al., 2001; Spence et al., 2000)이 아동 및 청소년의 사회불안 감소에 대한 인지행동적 접근의 실효성을 입증하고 있으나, 정작 국내 청소년의 사회불안에 대한 효과 검증은 조용래 등(2005)과 김정민(2006)의 연구를 제외하고는 찾아보기 어려운 실정이다. 최근 들어 사회불안장애는 정신장애 중 세 번째로 빈번하게 보고되는 질병임을 고려할 때(Hofmann & Bögels, 2006), 국내에도 상당수의 사회불안장애 아동 및 청소년이 있을 것으로 추정되므로 이들을 대상으로 한 인지행동적 접근의 프로그램 개발과 효과 검증은 시급한 일이라 사료된다. 또한 인지행동치료·주의훈련 프로그램의 개발은 인지행동치료 프로그램에 주의훈련을 통합하여 인지적 내용 뿐 아니라 인지적 과정의 왜곡을 함께 다루고자 시도하였다는 점에서 의의가 있다. 사회불안은 부정적 사고 및 신념과 같은 인지적 내용의 왜곡과 함께 자신에게 과도한 주의를 집중하는 것, 위협적·부정적 요소에 대한 선택적 주의 등 인지적 과정의 왜곡과 밀접한 관련이 있음에도 불구하고(Bögels et al., 2004; Bögels et al., 2006; Woody, Chambless, & Glass, 1997) 실제 사회불안 감소를 위한 인지행동치료의 선행 연구들은 인지적 과정의 왜곡은 거의 다루지 못하였다. 따라서 본 연구에서는 과제초점주의 및 주의유연성훈련을 통해 인지적 과정을 보다 적응적인 방향으로 수정하고자 하였으며 이를 통한 사회불안 감소

효과를 입증하였다.

둘째, 나아가 본 연구는 인지행동치료·주의훈련 프로그램이 인지행동치료 프로그램에 비해 사회불안장애 청소년의 사회불안 감소에 더욱 효과적임을 밝혔다. 즉, 인지행동치료를 단독으로 실시하였을 때보다 주의훈련과 병행하였을 경우 그 효과가 현저히 상승됨을 입증하였다.

셋째, 프로그램 진행 6회기 이후 중간검사를 실시하여 인지적 재구성, 노출훈련, 주의훈련 등 사회불안 감소의 명확한 변화 기제에 대한 탐색을 시도하였다. 특히 인지행동치료·주의훈련 프로그램의 경우 6회기 단기 진행 결과 사회불안 및 자기초점주의 수준을 낮추는 데 효과적이었음을 고려할 때 학교 장면에서 실시되는 단기 프로그램 구성에 유용한 정보를 제공할 것으로 기대된다.

넷째, 본 연구는 신뢰도가 높은 자기보고식 척도들의 중복 기준의 적용과 함께 정신과 전문의의 진단을 토대로 연구 대상자의 사회불안장애 임상 기준을 충족시켰다는 점에서 의의가 있다. 또한 본 연구는 자기보고식 질문지, 행동과제 수행에 대한 자기보고식 및 관찰자 체크리스트, 교사 평정 척도 등 다양한 방법을 사용하여 보다 정확한 프로그램의 효과를 측정하고자 노력하였다.

끝으로, 본 연구는 중학교 여학생을 대상으로 하였기 때문에 중학교 남학생이나 고등학교 집단에 대한 가능성을 검토해야 할 것이며, 프로그램 효과의 장기적인 지속성에 대한 평가를 위해 프로그램 종료 후 1년 이상이 경과된 시점에서의 추후검사가 필요할 것으로 판단된다.

## 참고문헌

- 김남재 (2005). 관찰자 관점과 자기제시 동기가 사회불안에 미치는 영향. 한국심리학회지: 임상, 24(2), 341-358.
- 김은정, 원호택 (2000). 안전행동의 감소가 사회공포증 집단의 불안과 부정적 사고에 미치는 영향. 한국심리학회지: 임상, 19(3), 409-426.
- 김정민 (2006). 청소년의 사회불안 감소를 위한 인지행동집단상담 프로그램의 효과. 한국상담학회지, 7(2), 541-556.
- 문혜신, 오경자 (2002). 한국판 아동·청소년용 사회 불안 척도의 타당화 연구. 한국심리학회지: 임상, 21(2), 429-443.
- 박기환, 안창일 (2001). 사회공포증의 인지행동 집단치료 효과에 대한 연구. 한국심리학회지: 임상, 20(1), 1-18.
- 박난숙 (1992). Methyphenidate 치료가 주의력 결핍 과잉활동아의 인지, 행동 및 사회, 학습, 정서적 적응에 미치는 효과. 연세대학교 석사학위 청구논문.
- 오경자, 양윤란 (2003). 청소년기 사회불안의 발생과 유지의 심리적 기제 II: 6개월 추적 조사. 한국심리학회지: 임상, 22(3), 577-597.
- 이정윤 (1996). 사회불안증에 대한 인지행동치료와 노출치료의 효과연구. 미간행 박사학위논문, 연세대학교 대학원.
- 조용래, 원호택, 표경식 (2000). 사회공포증에 대한 집단인지치료의 효과. 한국심리학회지: 임상, 19(2), 181-206.
- 조용래, 이경선, 황경남 (2005). 사회불안장애 청소년에 대한 집단인지행동치료 효과의 예비연구. 한국심리학회지: 임상, 24

- (1), 243-253.
- 하은혜, 오경자, 송동호, 강지현 (2004). 우울장애와 불안장애 청소년을 위한 집단 인지행동치료 효과의 예비연구, *한국심리학 회지: 임상*, 23(2), 263-279.
- American Psychiatric Association(2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*(4th ed., Text revision (DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Albano, A. M., DiBartolo, P. M., Holt, C. S., Heimberg, R. G., & Barlow, D. H. (1995). Cognitive-behavioral group treatment for social phobia in adolescents: A preliminary study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 649-656.
- Barrett P. M. (1998). Evaluation of Cognitive-Behavioral Group Treatments for Childhood Anxiety Disorders. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27(4), 459-468.
- Barrett, P. M., Dadds, M. R., & Rapee, R. M. (1996). Family treatment of childhood anxiety: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 333-342.
- Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Beidel D. C., & Morris, T. L. (1995). Social phobia. In March J. S. (Ed.): *Anxiety disorders in children and adolescents*. New York, Guilford Press.
- Beidel, D. C., Turner, S. M., & Morris, T. L. (1995). A new inventory to assess childhood social anxiety and phobia: The Social Phobia and Anxiety Inventory for Children. *Psychological Assessment*, 7, 73-79.
- Beidel, D. C., Turner, S. M., & Morris, T. L. (2000). Behavioral treatment of childhood social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 1072-1080.
- Beidel, D. C., Ferrell, C., Alfano, C. A., & Yeganeh, R. (2001). The treatment of childhood social anxiety disorder. *Social Anxiety Disorder*, 24(4), 831-846.
- Bögels, S. M. (2006). Task concentration training versus applied relaxation, in combination with cognitive therapy, for social phobia patients with fear of blushing, trembling, and sweating. *Behavior Research and Therapy*, 44, 1199-1210.
- Bögels, S. M., Albers, M., & de Jong, P. J. (1996). Self-consciousness, self-focused attention, blushing propensity and fear of blushing. *Personality and Individual Differences*, 21, 573-581.
- Bögels, S. M., & Mansell, W. (2004). Attention processes in the maintenance and treatment of social phobia: Hypervigilance, avoidance, and self-focused attention. *Clinical Psychology Review*, 24, 827-856.
- Bögels, S. M., Mulkens, S., & de Jong, P. J. (1997) Task concentration training and fear of blushing. *Journal of Clinical Psychology and Psychotherapy*, 4, 251-258.
- Bögels, S. M., Sijbers, G. F. V. M., & Voncken, M. (2006). Mindfulness and task concentration training for social phobia: A pilot study. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20(1), 33-44.
- Cartwright-Hatton, S., Hodges, L., & Porter, J.

- (2003). Social anxiety in childhood: the relationship with self and observer rated social skills. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(5), 737 - 742.
- Clark, D. M. (1999). Anxiety disorders: Why they persist and how to treat them. *Behaviour Research and Therapy*, 37(Suppl. 1), 5-27.
- Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. G. Heimberg & M. R. Liebowitz (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment*. New York: The Guilford Press.
- Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60, 837-844.
- Dewit, D. J., Ogborne, A., Offord, D. R., & MacDonald, K. (1999). Antecedents of the risk of recovery from DSM-III-R social phobia. *Psychological Medicine*, 29, 569-582.
- Essau, C. A., Conradt, J., & Peterman, F. (2002). Course and outcome of anxiety disorders in adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 16, 67-81.
- Essau, C. A., Conradt, J., & Peterman, F. (1999). Frequency and comorbidity of social phobia and social fears in adolescents. *Behavior Research and Therapy*, 37, 831-843.
- Feske, U., & Chambless, D. L. (1995). Cognitive behavioral versus exposure only treatment for social phobia: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 26, 695-720.
- Flanery-Schroeder, E. C., & Kendall, P. C. (2000). Group and individual cognitive-behavioral treatment for youth with anxiety disorders: A randomized clinical trial. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 251-278.
- Friedberg, R. D., & McClure, J. M. (2002). *Clinical practice of cognitive therapy with children and adolescents*. New York: the Guilford Press.
- Gallagher, H. M., Rabian, B. A., & McCloskey, M. S. (2004). A brief group cognitive-behavioral intervention for social phobia in childhood. *Journal of Anxiety Disorders*, 18, 459-479.
- Ginsburg, G. S., La Greca, A. M., & Silverman, W. K. (1998). Social anxiety in children with anxiety disorders: Relation with social and emotional functioning. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 175-186.
- Hayward, C., Varady, S., Albano, A. M., Thienemann, M., Henderson, L., & Schatzberg, A. F. (2000). Cognitive-behavioral group therapy for social phobia in female adolescents: Results of a pilot trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 721-726.
- Heimberg, R. G., & Becker R. E. (2002). *Cognitive-behavioral group therapy for social phobia: Basic mechanisms and clinical strategies*. New York: Guilford Press.
- Hofmann, S. G., & Bögels, S. M. (2006). Recent advances in the treatment of social phobia: Introduction to the special issue. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20(1), 3-5.
- Inderbitzen, H. M., Walters, K. S., & Bukowski, A. L. (1997). The role of social anxiety in adolescent peer relations: Differences among

- sociometric status groups and rejected subgroups. *Journal of Clinical Child Psychology*, 26(4), 338-348.
- Kendall, P. C., & Southam-Gerow, M. A. (1996). Long-term follow-up of a cognitive-behavioral therapy for anxiety-disordered youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 724-730.
- Kendall, P. C., Flannery-Schroeder, E., Panichelli-Mindel, S. M., Southam-Gerow, M., Henin, A., & Warman, M. (1997). Therapy for youths with anxiety disorders: A second randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 366-380.
- King, N., Murphy, G. C., & Heyne, D. (1997). The nature and treatment of social phobia in youth. *Counselling Psychology Quarterly*, 10, 377-387.
- Klein, R. G. (1991). Parent-child agreement in clinical assessment of anxiety and other psychopathology: A review. *Journal of Anxiety Disorders*, 5, 187-198.
- La Greca, A. M., & Stone, W. L. (1993). Social anxiety scale for children-revised: Factor structure and concurrent validity. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22, 17-27.
- Masia, C. L., Klein, R. G., Storch, E. A., & Corda, B. (2001). School-based behavioral treatment for social anxiety disorder in adolescents: Results of a pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 780-786.
- Matson, J. L., Rotatori, A. F., & Helsel, W. J. (1983). Development of rating scale to measure social skills in children: The Matson evaluation of social skills with youngsters (MESSY). *Behavior Research and Therapy*, 21, 335-340.
- Morris, T. L. (2004). Social development. In T. L. Morris & J. S. March(Eds), *Anxiety disorders in children and adolescents* (2nd ed., pp. 59-70). New York: Guilford Press.
- Mulkens, S., Bögels, S. M., & de Jong, P. J. (1999). Attentional focus and fear of blushing: A case study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 27, 153-164.
- Mulkens, S., Bögels, S. M., de Jong, P. J., & Louwers, J. (2001). Fear of blushing: Effects of task concentration training versus exposure in vivo on fear and psychology. *Journal of Anxiety Disorders*, 15, 413-432.
- Muris, P., Merckelbach, H., & Damsma, E. (2000). Threat perception bias in nonreferred, socially anxious children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29, 348-359.
- Rapee, R. M., & Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 741-756.
- Spence, S. H., Donovan, C., & Brechman-Toussaint, M. (1999). Social skills, social outcomes, and cognitive features of childhood social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 211-221.
- Spence, S. H., Donovan, C., & Brechman-Toussaint, M. (2000). The treatment of childhood social phobia: The effectiveness of a social skills training-based, cognitive-behavioral intervention, with and without parental involvement. *Journal of Child*

- Psychology and Psychiatry*, 41, 713-726.
- Stein, M. B., Chavira, D. A., & Jang, K. L. (2001). Bringing up bashful baby: Developmental pathways to social phobia. *The Psychiatric Clinics of North America*, 24, 661-675.
- Stein, M. B., Fuetsch, M., Muller, N., Hofler, M., Lieb, R., & Wittchen, H. U. (2001). Social anxiety disorder and the risk of depression. *Archives of General Psychiatry*, 58, 251-256.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Cooley, M. R., Woody, S. R., & Messer, S. C. (1994). A multicomponent behavioral treatment for social phobia: Social effectiveness therapy. *Behavior Research and Therapy*, 32, 381-390.
- Van Ameringen, M., Mancini, C., & Farvolden, P. (2003). The impact of anxiety disorders on educational achievement. *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 561-571.
- Wells, A., & Clark, D. M. (1997). Social phobia: A cognitive approach. In G.C.L. Davey(Ed.), *Phobias: A handbook of description, treatment and theory*(pp.3-26). Chichester, U. K.: Wiley
- Wells, A., & Papageorgiou, C. (1998). Social phobia: Effects of external attention on anxiety, negative beliefs, and perspective taking. *Behavior Therapy*, 29, 357-370.
- Wittchen, H. U., & Fehm, L. (2001). Epidemiology, patterns of comorbidity, and associated disabilities of social phobia. *The Psychiatric Clinics of North America*, 24, 617-641.
- Wittchen, H. U., Nelson, C. B., & Lachner, G. (1998). Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychological Medicine*, 28, 109-126.
- Wittchen, H. U., Stein, M. B., & Kessler, R. C. (1999). Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: Prevalence, risk factors and co-morbidity. *Psychological Medicine*, 29, 309-323.
- Woody, S. R., Chambless, D. L., & Glass, C. R. (1997). Self-focused attention in the treatment of social phobia. *Behavior Research and Therapy*, 35, 117-129.

원 고 접 수 일 : 2007. 11. 15

수정원고접수일 : 2008. 2. 4

게 재 결 정 일 : 2008. 5. 9



## **A Comparison of the Effects of Cognitive-Behavioral Group Treatment and Cognitive-Behavioral Group Treatment with Attention Training for Adolescents with Social Anxiety Disorder**

**Jung Min Kim**

Myongji University

This study aimed to compare the effects of cognitive-behavioral treatment(CBT) and cognitive-behavioral treatment with attention training(CBT+AT) for adolescents with social anxiety disorder. Both programs consisted of 12 weekly sessions, approximately 1.5-2 hours in duration. Pre-, mid-, post-, and follow-up tests were administered to the CBT group, the CBT+AT group, and/or the control group. The collected data was statistically analyzed through one-way ANOVA, paired t-test, ANCOVA, and Scheffé tests. The results of the study were as follows: 1) For the CBT group and the CBT+AT group, a significant decrease in social anxiety and self-focused attention was marked at the post- and follow-up test stages in relation to the pre-test. 2) In comparison with the CBT group, the CBT+AT group showed a significant decrease in social anxiety and self-focused attention at the post- and follow-up test stages.

*Key words* : social anxiety disorder, cognitive-behavioral treatment, attention training