

사회공포증의 인지행동치료와 노출치료의 효과연구

이정운 최정훈

연세대학교 심리학과

본 연구에서는 사회공포증에 대한 인지치료의 효과를 검증하기 위하여, 인지행동치료와 노출치료, 대기자집단을 각각 비교하였다. 사전/사후평가에는 내담자의 자기평정, 행동과제, 상담자평정이 포함되었고, 3개월 추후평가에는 자기보고식 질문지만 포함되었다. 피험자는 모두 51명이었고, 사후평가를 마친 사람은 32명이었으며, 3개월 추후평가를 마친 사람은 17명이었다. 연구 결과, 인지행동치료를 받은 내담자들이 노출치료만을 받은 내담자들보다 더 좋은 향상을 나타냈다. 사후평가시의 집단간 차이를 보면, 자기보고식 척도에서는 인지행동치료집단이 노출치료집단보다 유의하게 점수가 낮았으며, 그 밖에 행동과제나 상담자평정에서는 집단간 차이가 없었다. 3개월 추후평가시의 집단간 차이에서는 인지행동치료집단이 노출치료집단보다 자기보고식 척도가운데 사회적 회피 및 불안 척도에서 점수가 유의하게 낮았으며, 그 외에는 뚜렷한 차이가 없었다. 따라서 인지행동치료를 받은 내담자들이 자기평정에서 보다 긍정적인 변화를 가져온 것으로 볼 수 있다. 그러나 추후평가시에는 사후평가시에 나타난 자기평정에서의 집단간 차이가 줄어들어, 인지행동치료집단의 경우 미미하나마 잘못된 인지가 증가한 것에 비해, 노출치료집단의 경우는 잘못된 인지가 감소하는 경향을 보였다. 또한 부정적 평가에 대한 두려움이 사회공포증의 가장 중요한 인지적 특성인지를 검증하기 위하여 회귀분석을 실시한 결과, 사회공포증과 관련된 인지요인 중에서 특히 부정적 평가에 대한 두려움을 감소시키는 것이 상담의 효과를 가져오는 가장 중요한 매개요인임이 밝혀졌다. 본 연구결과는 사회공포증에 대한 인지치료의 효과를 지지해 주었으며, 인지행동치료는 추후모임의 필요성에 대해서 논의하였고, 노출치료는 장기적으로 인지적 변화가 발생할 가능성에 대해서 논의하였다.

핵심되는 말 : 사회공포증, 인지행동치료, 노출치료, 부정적 평가에 대한 두려움.

DSM-IV(1994)에 의하면, 사회공포증은 ‘낮선 사람들에게 노출되거나 다른 사람들이 지켜볼 수 있는 하나 이상의 사회적 또는 수행적 상황에서 현저하고 지속적인 두려움을 보이며, 그런 상황에서 창피하고 당황스럽게 행동할까 봐 두려워 하는 것’이라고 정의한다. 다시 말해서, 사회공포증이란 사회적 상호작용에 개입하거나 사람들 앞에서 어떠한 행동을 할 때 창피함과 당황스러움을 느끼게 될 것을 두려워 하는 것이 특징인 불안장애이다 (Heimberg, 1994).

1966년에 Marks와 Gelder가 처음으로 ‘사회공포증’ (social phobia)이라는 용어를 소개한 이래로 1980년에 DSM-III에서 공식적인 진단범주로 등장하기 전까지 사회공포증은 거의 임상적인 주목을 받지 못해왔다. 그리하여 Liebowitz, Gorman, Fyer 와 Klein(1985)은 사회공포증을 ‘소홀히 취급되어온 불안장애’ (neglected anxiety disorder)라고 명명하기도 하였다. 그러나 사회공포증은 더 이상 소홀히 취급되는 불안장애가 아니며(Heimberg,1989), 1980년대를 거쳐 현재에 이르기까지 사회공포증에 대한 관심과 연구는 매우 많이 증가하고 있는 추세이다. 하지만 아직 국내에서는 사회공포증의 중요성에 대한 인식 자체가 저조한 편이며, 몇몇 연구를 제외하고는 사회공포증의 본질과 원인, 유형률, 또는 치료에 대한 연구가 매우 부족한 실정이다.

사회공포증의 구성요소는 다음과 같은 3가지 차원으로 이루어 진다. 첫째는 생리적 차원으로, 사회적으로 불안한 사람들은 평가받거나 관찰되는 것과 같은 불안상황에 노출될때 심박

항진(tachycardia), 발한, 전율, 뺨붉힘, 근육 경련등과 같은 생리적 증상을 나타낸다 (Amies, Gelder, & Shaw, 1983, Johansson & Ost, 1982). 사회공포증 환자들이 사회적-평가적 상황을 회피하는 주요 동기는 생리적 각성시에 나타나는 증상들이 다른 사람들 눈에 띌 것을 염려하기 때문인데, 실제로 사회공포증 환자들은 광장공포증 환자들보다 뺨붉힘과 같은 눈에 띄는 생리적 각성을 보다 많이 경험하는 것으로 나타났다(Amies등,1983). 그러나 다른 사람들에 의해 실제로 지각되는 것보다 사회적으로 불안한 사람들 스스로가 느끼는 불안의 가시적 증상이 유의하게 많은 것을 비추어 볼때, 이러한 경향은 부정적인 단서에 더 많은 주의를 기울이는 인지적 양상과 관련이 있는 것으로 보인다(McEwan과 Devins,1983).

둘째는 행동적 차원으로서, 사회적으로 불안한 사람들은 사회기술이 낮으며, 사회적 반응의 빈도 뿐 아니라 시기와 적절성에 있어서도 정상인과 차이가 있다. 이들은 사회적 상황에서 자신을 드러내는 빈도가 적으며, 눈을 마주치거나 똑바로 응시하지 못하고 시선을 회피한다든지, 목소리를 떨거나 말을 더듬기도 하며, 부적절하고 어색한 몸짓을 나타낸다. 혹은 사회공포증을 감추기 위해 오히려 과잉행동으로 나타나거나 방어행동을 하기도 한다. 결국 이와 같은 부적절한 사회적 행동은 혐오적인 결과를 가져오고, 이는 불안을 유발시키므로 회피행동을 초래한다. 그러나 사회공포증이 심한 사람들은 불안에 몰입해 있기 때문에 실제로 사회기술을 가지고 있더라도 적절하게 사용하지 못하며, 사회기술의 부족여부 보다는 부정

적인 자기평가과정으로 인하여 불안이 유발된다(Clark와 Arkowitz, 1975).

마지막으로 셋째는 인지적 차원이며, 비평적인 자기평가, 역기능적 정보처리, 그리고 부정적인 자기진술과 같은 인지적 요인들이 사회공포증에 중요한 기능을 한다. 이러한 인지적 요인들은 다른 어떤 불안장애에서보다도 사회공포증에서 더욱 중요하게 작용한다 (Butler, 1985, Emmelkamp, 1982). Arkowitz (1977)는 사회공포증과 회피의 패턴이 (1) 부정적 자기진술의 내적대화 (2) 사회적 수행에 대한 지나치게 부정적인 평가 (3) 지나치게 높은 수행기준 (4) 자기자신과 자신의 수행에의 부정적 정보에 대한 선택적 주의와 기억 (5) 사회적 성공과 실패의 원인에 대한 병리적 귀인양상과 같은 인지적 요인들과 관련되어 있다고 하였다.

사회공포증을 치료하기 위해서는 먼저 사회공포증의 인지행동모델에 입각하여 이론적으로 개념화할 필요가 있다. 사회적으로 불안한 사람들은 사회적 상황에 처할때, 자신이 서투르고 부적절하게 행동할 것이고 그러한 행동은 지위나 가치감의 상실이나 거절과 같은 매우

부정적인 결과를 가져올 것이라고 믿는다. 이와 같이 사회적 상황을 위협적인 것으로 해석하는 경향은 사회적으로 불안한 사람들이 지니고 있는 일련의 역기능적 신념들로 인한 결과이다. 이러한 역기능적 신념들은 다음과 같은 범주로 나누어 볼 수 있다. 첫째, 사회적으로 불안한 사람들은 사회적 수행에 대해 지나치게 높은 기준을 설정한다. 즉 '나는 모든 사람의 인정을 받아야 해' '나는 나의 단점을 사람들에게 드러내서는 안 돼' '내가 불안하다는 것을 아무도 눈치챌 수 없게 해야 돼' '나는 똑똑하고 재치있게 보여야 해'와 같은 것들로서, 이러한 기준 자체가 매우 어렵고 불가능하기 때문에 불안을 유발시킨다. 둘째, 사회적으로 불안한 사람들은 사회적 평가에 대한 조건화된 믿음을 지닌다. 즉 '내가 실수하면 남들이 나를 거절할거야' '남들이 나를 잘 알게 되면 나를 싫어할 거야' '내가 누군가에게 동의하지 않으면 나를 어리석다고 생각하고 나를 거절할거야' '누가 나를 싫어하는건 다 내가 못난 때문 일거야'와 같은 것들로서, 사람들이 나에게 어떻게 생각하는가가 곧 나에게 대한 진실이라고

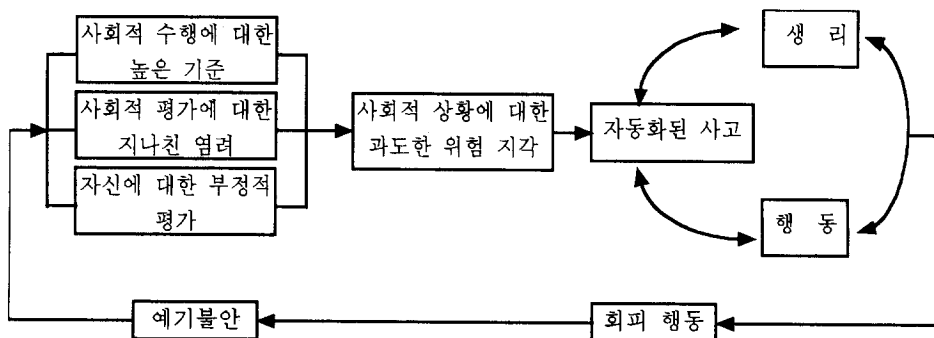


그림 1. 사회공포증의 인지행동모델

믿는다. 셋째, 사회적으로 불안한 사람들은 자기 자신에 대한 부정적인 생각을 지닌다. 이는 발달과정상 비교적 초기에 형성되는 것으로 사회적 상황에서 자신을 무가치하고 어리석고 부적합하고 이상한 사람으로 생각한다. 따라서 이와 같은 일련의 역기능적 신념들로 인하여 사회적 상황을 보다 위협적으로 지각하게 되면, 불안 프로그램이 활성화된다. 이는 원시적 환경에서 위협으로부터 보호하기 위해 고안된 것으로서, 진화로부터 유전적으로 물려받은 인지적, 정서적, 행동적 복합체이다. 그러나 위협이 실제보다 더 상상된 것일때 이러한 불안반응은 부적절하게 되고, 이는 사회불안을 유지시키고 가속화시키는 악순환에 기여하게 된다.

그러므로 사회적으로 불안한 사람들은 사회적 수행에 대하여 지나치게 높은 기준을 설정하고, 사회적 평가에 지나치게 민감하며, 자기 자신에 대한 부정적인 생각들을 자니기 때문에 사회적 상황을 보다 위협적인 것으로 지각한다. 그리고 일단 상황을 위협한 것으로 지각하게 되면 불안프로그램이 활성화되어, 뺨붉힘, 심박항진, 전율, 발한과 같은 생리적 증상이 발생하고, 시선을 회피하고 목소리가 떨리고 말을 더듬거나 실수하며, 어색하고 부자연스런 표정이나 몸짓과 같은 행동적 증상이 발생하며, 자신도 모르게 자동적이고 습관적으로 부정적인 생각(자동화된 사고)을 하는 인지적 증상이 발생한다.

이와 같은 생리적, 행동적, 인지적 증상은 결국 사회적 상황으로 부터의 회피행동을 강화시키는 결과를 초래하며, 이때 회피행동은 불안 유발상황에 참가하는 하지만 그 상황에서 최대한

으로 자신을 드러내지 않는 '소극적 회피'와 불안유발상황에 아예 참가하지 않고 처음부터 피해버리는 '적극적 회피'로 나타난다. 그리고 사회적 상황에서 회피를 하고나면 다음에 유사한 상황에 처하게 될때 미리 그 상황을 염려하고 두려워하는 예기불안(anticipatory anxiety)이 발생하며, 이러한 예기불안은 다시 사회공포증상을 불러 일으킨다. 그리하여 인지적 변인으로 인하여 발생한 사회공포증이 결국 회피라는 행동적 요소로 이어지고, 이는 예기불안을 활성화시켜서 일련의 역기능적 신념과 같은 인지요소들을 다시 강화시켜, 결국 사회공포증의 악순환이 발생한다. 인지행동모델에 근거한 사회공포증의 발생과 악순환과정이 그림 1에 제시되어 있다. 그러므로 사회공포증의 치료에서는 이와 같은 인지행동모델에 근거하여 사회공포증의 원인과 유지에 미치는 잘못된 생각과 회피행동의 역할을 강조하는 것이 중요하다.

사회공포증을 치료하려는 시도는 1970년대 후반부터 있어 왔으나, 1980년에 들어서 DSM-III에 공식적인 진단범주로 등장하면서 사회공포증에 대한 연구가 비로소 활발해지기 시작했으며, 치료에 대한 연구도 1980년대 중반을 넘어서 본격화되고 있는 추세이다. 그동안 사회공포증의 치료에 사용되어온 기법들은 대개 사회기술훈련, 이완훈련, 노출치료, 인지치료 등이었으며, 각각의 치료의 효율성을 입증한 연구들이 있다. 최근 들어서는 노출치료와 인지치료의 효율성을 비교한 연구들(Biran, M., Augusto, F., & Wilson, G. T. 1981; Butler, G., Cullington, A., Munby, M., Amies, P., & Gelder, M. 1984; Emmelkamp,

P. M. G., Mersch, P.P., Vissia, E., & van der Helm, M. 1985; Mattick, R. P., & Peters, L. 1988; Mattick, R. P., Peters, L., & Clarke, J.C. 1989)이 있으며, 위의 연구들을 종합해볼때 사회공포증 치료시 노출치료와 인지치료의 효율성이 각기 입증되었으나, 노출치료만 실시했을때보다 인지치료와 노출치료를 겸해서 실시했을때 치료효과가 증진되는지에 대해서는 엇갈린 결과가 나타났다.

인지행동집단치료를 실시하고 그 효과를 검증해 본 논문으로는 Heimberg, Dodge, Hope, Kennedy, Zollo와 Becker(1990)의 연구와 Hope(1990)의 연구가 있다. Heimberg등의 논문에서는 인지행동집단치료의 효과를 검증하기 위해 교육적-지지적 심리치료를 실시한 통제집단과 그 효과를 비교해 보았다. 인지행동치료는 집단으로 실시되었으며, 가) 문제인지를 찾아내고 범주화하고 논박하는 기술을 발달시키기 위한 교육적 훈련절차 나) 치료집단내에서 치료자와 집단구성원들에 의해 연출되는 개인적으로 두려운 사회적 사건에의 노출 다) 모의노출전후에 실시하는 인지재구성훈련 라) 불안상황에의 노출과제와 같은 요소들을 포함하고 있다. 이에 반해 교육적-지지적 심리치료(Education- Supportive Psychotherapy)는 사회공포증에 대한 설명, 강의, 토론등을 포함하며, 생활하면서 일어난 일들에 대해 이야기하고 불안유발사건에 대한 관심을 서로 나누는 것으로 구성되었다. 치료는 1주에 2시간씩 12주간 진행되었으며, 모든 피험자는 사전, 사후검사와 3개월, 6개월 추후검사를 실시하였다. 연구결과 사후검사시와 추후검사시 인지행동

집단치료조건인 내담자가 통제집단 피험자보다 더 향상된 것으로 평정되었고, 행동과제를 실시하기 전과 하는 도중에도 불안을 적게 보고하였다. 또한 추후검사시 실시하는 사고열거과제에서도 인지행동집단치료 조건인 내담자들이 통제조건 내담자들보다 긍정적 자기진술은 유의하게 많이 하고 부정적 자기진술은 유의하게 적게 하였다. 그러나 이 연구는 통제조건이나 다름없는 교육적-지지적 치료를 인지행동집단치료와 단순히 비교하였기 때문에 치료조건간의 비교는 이뤄지지 않았다.

Hope(1990)는 인지행동집단치료를 노출치료와 대기자조건과 비교하여, 노출치료의 효율성을 검토하고 이와 아울러 인지치료가 노출치료의 효과를 증진시켜 주는지를 검증하였다. 치료는 12주간 진행되었고, 모든 피험자는 사전검사와 사후검사를 실시하였다. 그 결과 치료조건은 통제조건보다 향상된 결과가 나왔으나, 결합치료가 노출치료보다 반드시 우세하지는 않았다. 즉 사후평가시 결합치료를 받은 피험자는 노출치료만을 받은 피험자보다 행동과제중에 불안을 적게 보고하였고 치료자에 의해서도 더 향상된 것으로 평정되었으나, 일지(diary)와 불안/회피 위계척도에서는 노출치료조건인 피험자가 결합치료조건인 피험자보다 불안을 더 적게 보고하였고, 또한 부정적 평가에 대한 두려움도 낮은 것으로 보고하였다. 따라서 Hope는 예상과는 달리 인지치료가 노출치료의 효과를 높이지 못했다고 보고하였다. 그러나 이러한 결과가 나온데 대하여 Hope는 표본의 특성 즉 인지행동집단에 속했던 내담자들이 치료원칙에 도전하고 변화에 저항하는 태

도를 보였으며, 중간에 탈락하게된 비율도 높았기 때문이었다고 설명하고 있다. 그리하여 Hope는 이 표본에서만 인지행동집단치료가 성공적이지 않았을 가능성을 조심스럽게 제시하고 있다. 따라서 아직까지 인지행동집단치료의 효과가 노출치료만으로 구성된 행동치료보다 효과가 더 좋은지를 검증한 연구가 없다.

따라서 본 연구에서는 기존의 치료연구들에서 인지치료의 효과에 대하여 정보가 부족할뿐 아니라 비일관된 정보를 주고 있으므로, 인지치료의 효과를 검증하기 위하여 노출치료를 곁했을때와 아닐때 치료의 효과가 달라지는지를 비교해 보고자 한다. 기존의 연구들에서는 인지치료 프로그램을 제대로 구성하고 실시했는지의 방법론적인 문제가 제기되었기 때문에 인지치료의 효과를 명확히 검증하지 못했다. 본 연구에서는 인지요인이 사회공포증의 매개요인이 될 뿐더러 악순환을 가져 오는데도 영향을 미치므로, 인지요인에서의 변화는 치료 효과의 유지에 상당한 기여를 할 것으로 가정한다. 즉 인지요인에서 변화를 가져오게 하는 것이 사회공포증의 치료에 매우 중요하며, 따라서 인지치료가 효과가 있을 것이라는 가정하에 이를 검증해 보고자 한다. 그리고 이와 아울러 사회공포증과 관련된 인지요소 즉 부정적 평가에 대한 두려움, 인정에 대한 요구, 개인적 완벽성, 과국화, 과잉불안염려, 그리고 무기력(최정훈과 이정윤, 1994) 가운데 어떠한 것을 변화시키는 것이 상담의 효과에 가장 큰 기여를 가져오는지를 검증해 보고자 한다. 이는 사회공포증에서 부정적 평가에 대한 두려움이 가장 핵심되는 문제이고, 이 두려움을 줄이는 것

이 장기적 기능향상에 중요한 매개요인이나, 아직까지 사회공포증과 관련된 여러 인지요인 중에서 부정적 평가에 대한 두려움에서의 변화의 중요성을 경험적으로 검증한 연구가 없기 때문이다.

이를 위해서 본 연구에서는 Heimberg가 개발한 사회공포증의 인지행동집단치료 프로그램을 우리나라 내담자들에게 적합하도록 수정, 보완하여 노출치료만 실시했을때와 아무런 처치를 받지 않은 대기자집단과 각각 비교해 보고자 한다. 그리고 상담이 끝난 후에도 상담의 효과가 지속적으로 유지되고 있는지, 어느 상담조건에서 가장 우세하게 유지되고 있는지를 3개월 추후평가를 통해 검증해 보고자 한다.

본 연구의 가설은 다음과 같다.

가설 1. 인지행동치료와 노출치료를 받은 내담자들이 대기자조건 내담자들보다 사후평가시에 자기평정, 상담자평정, 행동과제의 모든 측면에서 사회불안수준이 감소할 것이다.

가설 2. 인지행동치료를 받은 내담자들이 노출치료를 받은 내담자들보다 사후평가시에 자기평정, 상담자평정, 행동과제의 모든 측면에서 사회불안수준이 감소할 것이다.

가설 3. 인지행동치료를 받은 내담자들이 노출치료를 받은 내담자들보다 추후평가시에 측정된 자기평정에서 사회불안수준이 더 낮을 것이다.

가설 4. 상담효과는 사회공포증과 관련된 인지 요소들 가운데 부정적 평가에 대한 두려움의 감소에 의해 매개될 것이다.

연구방법

피험자

피험자는 모두 51명(남자 25명, 여자 26명)이었으며, 인지행동치료에 18명(남자 9명, 여자 9명), 노출치료에 16명(남자 10명, 여자 6명), 대기자집단에 17명(남자 6명, 여자 11명)이었다. 이 가운데 사후평가를 마친 사람은 32명(인지행동치료 11명, 노출치료 10명, 대기자집단 11명)이었으며, 3개월 후에 추후평가를 마친 사람은 17명(인지행동치료 8명, 노출치료 9명)이었다. 대기자 집단은 추후평가를 실시하지 않았다.

절차

심리학 관련과목 수강생들에게 사회공포증을 측정하기 위한 척도들(사회적 회피 및 불안 척도:SAD, 부정적 평가에 대한 두려움 척도:FNE)을 실시하고, 프로그램에 참가의사를 밝힌 사람들 중에서 SAD에서 상위 30% 이내(평균보다 1/2 SD이상)에 속하는 피험자들을 선발하여, 사회공포증이 주요 문제임을 밝혀내는 예비면접(사회공포증 면담도구 : ADIS-R for social phobia, 불안심도평정척도에서 4점 이상)을 실시하고, 사전평가(자기보고식 질문지, 상담자평정, 행동과제)를 실시하였다. 그리고 나서 세가지 조건에 피험자들을 할당하고,

상담집단인 경우 8주간 상담(1주에 2시간씩 진행)을 실시한 후에 사후평가(자기보고식 질문지, 상담자평정, 행동과제)를 실시하였고, 대기자집단인 경우에는 8주(무처치기간) 후에 사후평가를 실시하였으며, 사후평가가 끝난 후 대인관계훈련 집단상담을 하도록 하였다. 그리고 상담집단에게는 상담이 끝난 후 3개월 뒤에 추후평가(자기보고식 질문지)를 실시하였다.

집단치료프로그램

1) 인지행동치료

인지행동치료에서는 사회공포증의 원인과 유지에 미치는 비합리적 사고와 회피행동의 역할을 강조하였다. 인지행동치료는 인지재구성과 집단에서의 모의노출, 그리고 실제노출과제로 구성되며, 1주에 2시간씩 8주간 진행하였다. 구체적인 프로그램은 다음과 같다.

소개 : 1회 - 상담자, 집단규칙, 내담자 소개, 사회공포증의 인지행동모델에 대한 설명, 과제 : 불안위계표 작성해 오기, 정리.

인지치료 : 2회 - 과제검토, 인지재구성훈련:자동화된사고 찾아내기, 과제: 자동화된 사고 기록하기, 정리.

3회 - 과제검토, 인지재구성훈련:인지왜곡유형 확인하기, 과제:인지왜곡유형 확인하기, 정리.

4회 - 과제검토, 인지재구성훈련:자동화된사고 논박하기/ 합리적사고로 대체하기, 과제:논박 연습과 합리적사고로 대체하기, 정리.

노출치료 : 5회 - 7회 - 과제검토, 모의노출훈련, 과제:실제상황에의 노출, 정리.

마무리 : 8회 - 과제검토, 집단상담의 정리, 사후검사 실시, 정리.

2) 노출치료

노출치료에서는 사회공포증의 원인과 유지에 미치는 회피행동의 역할을 강조하고 비합리적 사고의 역할은 강조하지 않았다. 노출치료는 집단에서의 모의노출과 실제노출과제로 구성되며, 1주에 2시간씩 8주간 진행하였다. 노출치료 프로그램은 위의 프로그램에서 인지치료부분을 생략하고, 2회에서 7회까지 노출치료를 하는 것으로 구성되었다.

3) 대기자 조건

예비면접을 통해 사전검사를 실시하고 대기자 조건에 할당된 피험자들은 본 집단상담이 끝나는 8주 후에 다시 사후검사를 실시하였다. 그리고 사후검사가 끝난 후에는 이들을 대상으로 대인관계훈련 집단상담 프로그램을 실시하였다.

평가도구

1) 자기보고식 질문지(사전-사후-추후검사)

(1) 사회적 회피 및 불안 척도

(Social Avoidance and Distress Scale)

사회적 회피 및 불안 척도(SAD)는 Watson과 Friend가 1969년에 제작한 것으로, 사회적 상황에서 불안을 경험하는 정도와 잠재적으로 혐오적인 사회적 상황을 회피하려는 경향을 반영하고 있다. 이 척도는 총 28문항으로 구성되

어 있으며, 진위형으로 응답하도록 되어 있다. 따라서 0점부터 28점까지 점수가 분포되며, 점수가 높을수록 불안이 높음을 나타낸다. SAD의 내적 일치도는 .77로 높게 나타났으며, 쿠더리차드슨-20을 사용한 신뢰도도 .94로 매우 우수하게 나왔고, 한달에 걸친 검사-재검사신뢰도는 .68로 나타났다. 이 검사는 사전과 사후 그리고 추후에 걸쳐 사용하였다.

(2) 부정적 평가에 대한 두려움 척도

(Fear of Negative Evaluation-Brief)

부정적 평가에 대한 두려움 척도-단축형(Brief-FNE)은 1983년에 Leary가 제작한 것으로, Watson과 Friend가 1969년에 30문항으로 제작한 원래 척도에서 FNE전체 점수와 .50 이상의 상관이 있는 문항들만 뽑아서 만든 것이다. 문항수는 12문항으로 되어있고, 원래 진위형으로 되어 있는 FNE와 달리 5점척도로 구성되어 변화에 보다 민감하도록 되어 있다. 따라서 0점에서 48점까지 점수가 분포되며, 점수가 높을수록 부정적 평가에 대한 두려움이 많음을 나타낸다. FNE 단축형은 FNE와 마찬가지로, SAD척도와 함께 사회공포증을 측정하는데 많이 사용되고 있는 도구로서, 사회공포증의 한 측면인 다른 사람으로부터 부정적인 평가를 받는 것에 대한 두려움을 측정하기 위해 만들어진 것이다. 즉 본질적으로 사회적 인정을 상실할 것에 대한 두려움을 반영한다.

FNE 단축형은 Cronbach's alpha를 사용해서 .90의 내적 일치도를 갖고 있으며, 4주간격의 검사-재검사 신뢰도는 .75의 안정적인 상관이 있는 것으로 나타났다. 본 연구에서 사용된

단축형 FNE척도의 신뢰도는 .89로 나타났다. 이 검사는 사전과 사후, 추후에 걸쳐 사용하였다.

(3) Beck 우울증척도

(Beck Depression Inventory)

BDI(Beck Depression Inventory, Beck, 1961)는 우울증의 정서적, 인지적, 동기적, 생리적 증상영역을 포함하는 21개의 문항으로 구성되어 있다. 각 문항마다 0점에서 3점까지 점수가 주어지게 되며, 따라서 0점에서 63점까지 점수가 분포되고 점수가 높을수록 우울증상이 많음을 나타낸다. 본 연구에서 BDI는 내담자들간에 집단상담 이전에 우울증상에 있어서 차이가 있는지를 확인하고, 또한 사회공포증 치료가 내담자의 우울증에 영향을 주는지 여부를 확인하기 위해 사용하였다. 이 검사는 사전과 사후, 추후 세 차례에 걸쳐 사용하였다.

(4) 비합리적 신념검사

(Irrational Belief Test)

비합리적 신념검사(IBM)는 1969년에 Jones가 개발한 것으로, Ellis의 비합리적 신념 10가지에 대하여 각각 10문항씩 총 100문항으로 구성된 자기보고형 질문지이다. 본 연구에서는 최정훈과 이정윤(1994)이 번안하여 예비조사를 통해 83문항으로 수정한 척도가운데, 사회공포증에 대한 설명력이 높은 5개 하위요인 즉 파국화(catastrophizing : 원하는대로 일이 되지 않으면 끔찍하다), 개인적 완벽성(personal perfection : 완벽해야지만 가치가 있다), 인정에 대한 요구(demand for approval : 모든 중

요한 타인들로부터 사랑받고 인정받는 것은 없어서는 안될 중요한 것이다), 과잉불안염려(anxious overconcern : 위협적인 사건에 대해서 많이 염려해야 하며 그것의 가능성을 지속적으로 유의해야 한다), 그리고 무기력(helplessness : 과거경험이 현재의 감정과 행동을 결정하며, 과거의 영향을 변화시킬 수는 없다)에 대한 비합리적 신념 하위척도만을 골라 전체 44문항으로 재구성하여 사용하였다. 5개 하위요인으로 구성된 본 검사의 신뢰도는 .83이며, 이 검사는 사전과 사후, 추후 세 차례에 걸쳐 사용하였다.

2) 불안위계평정

내담자 스스로 불안을 느끼는 상황에 대하여 그 상황에서 불안을 느끼는 정도와 회피하는 정도, 그리고 다른 사람의 평가에 대하여 염려하는 정도를 알아보기 위하여, 내담자로 하여금 불안을 느끼는 사회적 상황을 열거하게 하고, 그 상황에서 불안, 회피, 평가에 대한 염려의 정도를 0에서 100점 까지의 점수로 평정하도록 한다. 이는 1회 상담후에 과제로 부과하고, 상담이 끝난 사후평가시에 재평정하도록 하였다.

3) 상담자 평정 (불안 및 회피평정)

내담자의 불안 및 회피정도를 상담자가 면접을 통해 평정하기 위해 Watson과 Marks(1971)가 개발한 불안심도평정척도 (Phobic Severity Rating Scale)를 사용하였다. 이는 0 (불안이나 회피행동이 없는 경우)에서 8 (거의 공황에 가까울 정도로 매우 심하고 연속적인 불안을 겪고 있고, 모든 상황으로부터의 회피

행동이 나타나는 경우)까지 9점 척도로 평정하도록 되어 있다. 불안심도평정은 사전과 사후 두 차례에 걸쳐 실시하였다.

4) 행동과제

내담자들에게 몇 가지 주제를 주고 1분간 준비할 시간을 준후 5분즉흥발표를 하도록 하였다. 될 수 있으면 5분을 모두 채워서 하도록 하고, 만일 불안이 심해져서 발표에 지장을 주거나 발표할 내용이 없다고 여겨지면 도중에 그만 두는 것을 내담자가 선택할 수도 있음을 알려 주었다. 이때 내담자의 발표시간을 기록하고, 내담자가 최대의 불안을 경험한 수준을 주관적 불안지표(Subjective Unit of Discomfort Scale, Wolpe 와 Lazarus, 1966)에 근거하여 상담자와 내담자가 모두 평정하였으며, 또한 행동과제 중 수행의 질을 0-100점 척도에 따라 역시 상담자와 내담자가 모두 평정하였다. 행동과제는 사전과 사후 두 차례에 걸쳐 실시하며, 이때 상담 후의 평가는 다른 사후검사와 달리 개별적으로 실시하였다.

5) 상담과정평가

(1) 과제성실도 평정지

상담자는 매 상담회기 후에 집단원들이 과제를 성실히 해왔는지 정도를 Primakoff, Epstein과 Covi (1986)가 제안한 정의에 따라 0-6점 척도로 평정하였다.

(2) 상담에 대한 기대 질문지

(Reaction to Treatment Questionnaire)

내담자의 상담에 대한 신뢰정도와 내담자가 상담이 성공적일 것이라고 기대하는 정도를 평

가하기 위해, Kennedy와 Heimberg(1986)가 개발한 상담에 대한 기대질문지 (RTQ)를 사용하였다. 상담에 대한 기대질문지는 인지행동치료와 노출치료를 받는 조건에만 실시하고, 상담에 대한 초기인상과 어느 정도 상담을 받아본 후의 인상을 비교측정해 보기 위하여 1회기와 5회기가 끝난 후에 실시하였다.

결 과

1. 상담이수자와 탈락자

본 연구에 참가한 내담자 총 51명 가운데 사후평가까지 마친 사람은 32명(62.7%)이었으며, 이를 집단별로 보면, 인지행동치료집단 11명(34.4%), 노출치료집단 10명(31.3%), 대기자집단 11명(34.4%)이었다. 중도에 탈락하여 사후평가를 마치지 못한 사람은 19명(37.3%)으로, 인지행동치료집단 7명(36.8%), 노출치료집단 6명(31.6%), 대기자집단 6명(31.6%)이었다.

1) 이수자와 탈락자간 사전검사에서의 차이검증

사후평가를 끝마친 32명과 마치지 못한 19명을 대상으로 사전검사시 측정된 변인들간에 유의미한 점수 차이가 있는지를 알아본 결과, 이수자와 탈락자 사이에 사전검사에서 유의미한 차이가 없었다.

2) 상담조건 이수자와 탈락자간 상담에 대한 기대에서의 차이검증

대기자 집단을 제외하고 상담조건에 속한 34명(이수자 21명, 탈락자 13명)을 대상으로 1회 상담시에 실시한 상담에 대한 기대질문지를 분

석한 결과, 상담의 논리성, 성공에 대한 확신정도, 추천의도, 다른 불안에의 적용가능성과 현재와 상담직후, 그리고 1년 후와 5년 후 예상한 불안의 심각도에 있어서 이수자와 탈락자간에 유의미한 차이가 없었다. 그러나 불안상황별 상담효과 기대정도에 있어서는 탈락자가 이수자보다 상황별 평균점수가 유의미하게 낮았다($p < .05$). 따라서 탈락자들이 불안상황에서 상담의 효과를 기대하는 정도가 이수자보다 낮았으므로, 상담을 끝까지 마치지 못하고 도중에 탈락한 것으로 보인다.

2. 사전검시분석

이수자와 탈락자를 모두 포함한 전체 51명을 대상으로 사전검사시 집단간 차이가 없음을 확인하기 위하여 사전검사시 실시한 각 변인들(사회적 회피 및 불안척도, 부정적 평가에 대한 두려움 척도, 우울척도, 비합리적 신념검사의 5개 소척도)에 대하여 일원변량분석을 실시하였다. 그 결과 모든 변인에 있어서 처치전 집단간 차이가 없는 것으로 나타나(all $ps > .07$), 내담자들이 세가지 상담조건에 무선 배치되었음을 알 수 있다.

그러나 탈락자를 제외하고 사후평가를 이수한 사람들만을 대상으로 사전검사시 점수를 본 결과, BDI에서 인지행동치료를 받은 사람들이 10점으로, 노출치료집단이나 대기자집단의 내담자들보다 점수가 낮았다(표 1, 2, 3참고). 따라서 처음에 집단을 시작하기 전에는 집단간 유의미한 BDI 점수차이가 없게 내담자들이 각 집단에 할당되었는데($F(2,50) = .59, ns$), 인지행

동치료집단의 탈락자 가운데 BDI 점수가 높은 사람이 많았기 때문에, 사후평가까지 이수한 사람들을 대상으로 BDI 점수를 구한 것에서는 인지행동치료집단의 BDI점수가 다른 집단에 비해 낮게 나왔다.

3. 상담과정분석

인지행동치료집단과 노출치료집단에 속한 내담자들이 상담을 하는 과정에서 측정된 변인들(참가회기수, 과제성실도평정, 상담에 대한 기대평정)에 있어서 어떠한 차이를 보이는지를 알아보기 위하여 t검증을 실시하였다. 이는 상담을 하는 과정에서의 차이가 상담후의 결과에 영향을 미치는지를 검증하기 위해서 실시한 것이었다.

그 결과, 인지행동치료집단과 노출치료집단의 내담자들은 상담에 참가한 평균회기수가 각각 6.55회와 7.20회로 유의미한 차이가 없었으며, 과제성실도 평정에 있어서도 각각 4.03과 3.93으로 유의미한 차이가 없었다. 그리고 상담에 대한 기대평정에 있어서도 두 집단간에 유의미한 차이가 없었다. 그러나 중기에 상담의 효과에 대한 기대를 평정했을 때는 통계적으로 유의미한 차이는 아니나, 노출치료집단이 인지행동치료집단보다 상담의 효과를 기대하는 정도가 낮게 나타났다.

4. 상담조건내의 측정시기별 효과분석

각 상담조건별(인지행동치료/노출치료/대기자)로 사전검사와 사후검사 그리고 추후검사에

서 어떠한 변화가 있는지를 알아보기 위해 t검증을 실시하였다. 인지행동치료집단의 경우 11명이 사후검사까지 마쳤으나 추후검사시에는 8명만이 응하였고, 노출치료집단의 경우 10명이 사후검사까지 마쳤으나 추후검사시에는 9명이 응하였다. 그리고 대기자 집단의 경우에는 윤리적인 문제를 고려하여 추후검사를 실시하지 않았다. 따라서 사후검사까지 마친 사람과 추후검사까지 마친 사람의 수가 다르므로 사전검사와 사후검사, 사전검사와 추후검사로 나누어 각각 평균비교(paired t-test)를 하였다(표 1-표 3).

1) 사전검사와 사후검사의 비교

상담을 시작하기 전과 비교하여 상담이 끝난 8주 후에 얼마나 유의한 향상이 있었는지를 알아보기 위해 사전검사와 사후검사를 가지고 t검증을 실시하였다. 인지행동치료집단의 경우, 자기보고식 질문지에서 비합리적 신념검사의 과잉불안염려 소척도를 제외한 모든 측정치에서 사후검사시 점수가 사전검사시에 비해 유의미하게 낮아졌다. 그리고 불안위계평정과 상담자평정에서도 모두 유의미하게 점수가 낮아졌다. 또한 행동과제에서도 발표시간과 최대불안평정에서는 유의미하게 점수가 낮아졌으며, 수행의 질 평정에 있어서는 유의미하게 점수가 향상되었다(표 1).

노출치료집단의 경우는 자기보고식 질문지의 대부분의 측정치에서 유의미하게 점수가 낮아졌으나, 비합리적 신념검사가운데 개인적 완벽성, 파국화, 과잉불안염려 소척도에서는 유의미한 변화를 보이지 않았다. 그리고 불안위

계평정과 상담자 평정, 행동과제에서는 인지행동치료집단과 마찬가지로 유의미한 변화를 보였다(표 2).

한편 대기자 집단의 경우는 대부분의 자기보고 측정치에서 사전-사후검사시에 유의미한 점수 차이가 없었다. 그러나 부정적 평가에 대한 두려움척도와 우울증 척도, 개인적 완벽성 척도에서 약간의 유의미한 향상이 있었다($p < .05$). 그리고 불안위계평정과 상담자평정에서는 유의미한 변화를 보이지 않았다. 행동과제에서는 발표시간과 수행정도 평가에 있어서는 유의미한 변화가 없었으나, 5분발표시 경험한 최대불안의 정도는 유의미하게 낮아졌다(표 3). 이는 똑같은 형식의 과제를 반복시행함에 따른 효과인 것으로 생각된다.

2) 사전검사와 추후검사의 비교

상담이 끝난 후 3개월 뒤까지 상담의 효과가 지속되고 있는지를 알아보기 위하여 사전검사와 추후검사를 가지고 t검증하였다. 그 결과 인지행동치료집단의 경우는 비합리적 신념검사의 과잉불안염려 소척도를 제외한 모든 측정치에서 추후검사시 점수가 사전검사시에 비해 유의미하게 낮아졌다(표 1). 이러한 결과는 사전-사후검사의 t검증과 동일한 것으로서, 사후검사시 향상된 결과가 3개월 뒤의 추후검사시에도 그대로 유지되고 있음을 알 수 있다.

노출치료집단의 경우는 비합리적 신념검사에서 파국화와 무기력 소척도를 제외한 모든 측정치에서 추후검사시 점수가 사전검사시에 비해 유의미하게 낮아졌다(표 2). 이러한 결과는 사후검사때와는 약간 다른 것으로 사후검사

시에 개인적 완벽성과 과잉불안염려 소척도에
서는 유의미하게 점수가 낮아지지 않았지만 추
후검사시에는 유의미하게 점수가 낮아진 것을
알 수 있다. 과국화 소척도의 경우는 사후, 추

후검사시 모두 사전검사와 비교하여 유의미
한 변화가 없었고, 무기력 소척도는 사후검사
때는 변화가 있었으나 추후검사시에는 사전검
사와 비교하여 유의미한 차이가 없었다.

표 1. 인지행동치료를 받은 내담자들의 종속측정치에서의 집단내 변화

	사전검사	사후검사	추후검사	집단내변화(쌍별t)	
	평균(표준편차)	평균(표준편차)	평균(표준편차)	t(사전-사후)	t(사전-추후)
자기보고식 질문지					
사회적회피 및 불안	20.73(3.50)	11.64(5.39)	10.75(5.83)	4.94 **	5.94 **
부정적평가두려움	37.27(2.69)	25.55(6.12)	27.88(6.62)	6.23 ***	4.51 **
우울증척도	10.00(5.93)	6.00(4.45)	5.38(5.88)	4.63 **	3.58 **
비합리적신념검사	153.73(9.83)	128.64(19.32)	130.00(17.33)	3.74 **	4.43 **
인정에 대한 요구	32.64(3.36)	26.55(5.15)	28.38(5.63)	3.04 *	2.71 *
개인적 완벽성	37.00(3.95)	30.55(4.41)	32.13(5.84)	3.04 *	2.85 *
과국화	31.27(3.61)	26.18(4.54)	26.00(4.31)	3.47 **	4.60 **
과잉불안염려	26.82(3.71)	22.82(4.71)	22.88(3.91)	2.15	2.26
무기력	26.00(4.24)	22.55(4.53)	20.63(3.74)	2.46 *	3.72 **
불안위계평정					
불안	64.72(8.97)	44.10(13.11)	-----	6.02 ***	-----
회피	60.36(12.81)	35.86(15.73)	-----	6.22 ***	-----
평가에 대한 염려	63.11(12.76)	37.76(14.82)	-----	5.18 ***	-----
상담자평정					
불안심도평정척도	6.36(0.67)	2.73(0.91)	-----	11.74 ***	-----
행동과제					
발표시간	163.91(69.08)	258.00(61.84)	-----	-3.35 **	-----
상담자평정불안	70.45(12.14)	27.27(15.87)	-----	9.42 ***	-----
내담자평정불안	55.45(9.86)	26.82(16.01)	-----	3.98 **	-----
상담자평정수행	19.09(16.10)	53.18(20.28)	-----	-4.54 **	-----
내담자평정수행	23.18(16.62)	49.09(17.15)	-----	-5.24 ***	-----

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

표 2. 노출치료를 받은 내담자들의 증속측정치에서의 집단내 변화

	사전검사		사후검사		추후검사		집단내변화(쌍별t)	
	평균(표준편차)	평균(표준편차)	평균(표준편차)	평균(표준편차)	평균(표준편차)	평균(표준편차)	t(사전-사후)	t(사전-추후)
자기보고식 질문지								
사회적회피 및 불안	21.50(3.06)	16.20(3.71)	17.00(4.74)				2.84 *	2.39 *
부정적평가두려움	36.90(6.10)	31.00(6.04)	30.33(6.54)				2.85 *	3.99 **
우울증척도	15.70(7.56)	6.00(3.53)	5.22(5.54)				4.19 **	5.82 ***
비합리적신념검사	160.00(14.40)	145.50(8.90)	142.67(13.98)				3.01 *	2.44 *
인정에 대한요구	33.90(2.08)	30.00(2.83)	30.44(3.84)				6.26 ***	2.50 *
개인적완벽성	36.90(3.38)	33.40(4.38)	32.67(4.80)				2.20	2.32 *
과국화	32.50(4.14)	30.60(2.72)	28.56(4.19)				1.43	2.12
과잉불안염려	28.30(5.31)	26.60(3.24)	24.44(1.44)				1.27	2.63 *
무기력	28.40(5.48)	24.90(3.28)	26.56(4.75)				2.59 *	.77
불안위계평정								
불안	69.26(13.07)	54.84(13.59)	-----				5.72 ***	-----
회피	67.46(13.63)	50.12(15.09)	-----				6.84 ***	-----
상담자평정								
불안심도평정척도	6.60(1.08)	2.70(1.16)	-----				16.71 ***	-----
행동과제								
발표시간	192.70(101.07)	263.10(48.27)	-----				-2.75 *	-----
상담자평정불안	70.50(13.83)	27.00(10.85)	-----				10.31 ***	-----
내담자평정불안	55.00(21.21)	30.00(11.30)	-----				4.16 **	-----
상담자평정수행	24.50(19.92)	58.00(20.17)	-----				-5.49 ***	-----
내담자평정수행	21.00(14.68)	37.00(13.17)	-----				-2.33 *	-----

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

표 3. 대기자집단 내담자들의 증속측정치에서의 집단내 변화

	사전검사		사후검사		집단내변화(쌍별t)	
	평균(표준편차)	평균(표준편차)	평균(표준편차)	평균(표준편차)	t(사전-사후)	t(사전-추후)
자기보고식 질문지						
사회적회피 및 불안	19.73 (3.00)	18.64 (4.20)			1.10	
부정적평가에 대한두려움	36.09 (5.72)	33.27 (6.64)			2.50 *	
우울증척도	15.00 (5.78)	10.55 (6.27)			2.59 *	
비합리적신념검사	151.09 (10.59)	146.82 (23.09)			.96	
인정에 대한요구	32.09 (4.11)	30.55 (6.07)			1.20	
개인적완벽성	35.73 (2.45)	33.00 (4.84)			2.55 *	
과국화	29.82 (3.89)	30.73 (5.83)			-.83	
과잉불안염려	27.36 (3.11)	26.00 (5.76)			.88	
무기력	26.09 (2.63)	26.55 (4.76)			-.39	
상담자평정						
불안심도평정척도	5.73 (1.27)	5.27 (.65)			1.10	
행동과제						
발표시간	159.36 (89.90)	167.45 (71.73)			-.33	
상담자평정불안	68.18 (14.37)	52.36 (7.65)			3.94 *	
내담자평정불안	52.73 (14.89)	35.00 (17.61)			3.38 **	
상담자평정수행	19.55 (15.40)	23.18 (15.05)			-.73	
내담자평정수행	15.45 (17.39)	27.27 (18.62)			-1.61	

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

5. 상담조건간의 치료효과 비교분석

사후검사와 추후검사시 측정시기별로 상담 조건간, 즉 인지행동치료집단과 노출치료집단 간에 치료효과에서 차이가 있는지를 알아보았다. 본 연구에서 종속측정치들이 많음에도 불구하고 다변량분석(multivariate analysis)을 실시하지 않은 이유는 피험자 수가 변인의 수에 비해 작아 안정된 피험자 대 변인의 비율을 유지할 수가 없었기 때문이다. 따라서 본 연구에서 쓰여진 종속측정치들에 대하여 각각 ANCOVA를 실시하여 그 결과를 제시하였다(표 4).

1) 사후검사분석

사후검사시 상담조건간 차이를 알아보기 위하여 사전검사를 공변인으로서 하여 ANCOVA를 실시하였다. 대기자 조건을 제외하고 두 상담집단만을 대상으로 사후검사에서 유의미한 점수차이가 나는지를 알아보았다. 그 결과 자기보고식 척도에서는 사회적 회피 및 불안척도와 부정적 평가에 대한 두려움 척도, 비합리적 신념척도의 전체 점수와 파국화 소척도에서 인지행동치료집단이 노출치료집단보다 유의미하게 점수가 낮은 것으로 나타나, 인지행동치료집단이 노출치료집단보다 더 좋은 향상을 가져

표 4. 인지행동치료집단과 노출치료집단간의 치료효과 비교

	사후검사 F(1, 15)	추후검사 F(1, 11)
자기보고질문지		
사회적회피 및 불안척도	4.99 *	5.70 *
부정적평가에 대한 두려움척도	4.67 *	1.68
우울증척도	1.58	4.27
비합리적신념척도	5.46 *	2.38
인정에 대한 요구	3.09	.61
개인적 완벽성	2.12	.14
파국화	6.10 *	1.88
과잉불안염려	3.69	.36
무기력	.73	7.20 *
불안위계평정		
불안	2.47	----
회피	2.75	----
평가에 대한 염려	2.97	----
상담자평정		
불안 및 회피평정	.23	----
행동과제		
발표시간	.00	----
상담자평정불안	.00	----
내담자평정불안	.26	----
상담자평정수행	.11	----
내담자평정수행	2.97	----

* p<.05

온 것으로 보인다. 한편 불안위계평정과 상담자평정, 그리고 행동과제에서는 두 상담집단간에 유의미한 차이가 없는 것으로 나타났다.

2) 추후검사분석

추후검사시 상담조건간 차이를 알아보기 위하여 사전검사를 공변인으로 하여 ANCOVA를 실시하였다. 대기자집단은 추후검사를 실시하지 않았으므로 두 치료집단만을 대상으로 추후검사에서 유의미한 점수 차이가 나는지를 살펴 보았다. 그 결과, 사회적 회피 및 불안척도와 비합리적 신념검사 가운데 무기력 소척도에서만 인지행동치료집단과 노출치료집단간에 유의미한 차이가 나타났다. 즉 인지행동치료집단이 노출치료집단보다 사회적 회피 및 불안정도가 추후검사시에도 계속 낮은 것으로 나타났으며, '과거 경험이 현재의 감정과 행동을 결정하며, 과거의 영향을 변화시킬 수 없다'고 생각하는 무기력 경향성이 인지행동치료집단이 노출치료집단보다 낮은 것으로 나타났다. 그러나 부정적 평가에 대한 두려움척도와 대부분의 비합리적 신념척도에서 인지행동치료집단과 노출치료집단간에 유의미한 차이가 드러나지 않았다. 즉 사후검사시에는 부정적 평가에 대한 두려움 척도와 비합리적 신념척도의 전체 점수

그리고 파국화 소척도에서 인지행동치료집단이 노출치료집단보다 점수가 유의미하게 낮았으나, 3개월 뒤의 추후검사에서는 이들간의 유의미한 차이가 없어진 것으로 나타났다.

6. 상담의 효과를 가져오는 기제검증

상담의 효과를 가져온 기제가 무엇인지를 알아보기 위하여 인지적 측정치들, 즉 부정적 평가에 대한 두려움과 비합리적 신념검사의 5개 소척도에서의 사전-사후 변화치를 예언변인으로 하고, 상담자가 평정한 내담자의 불안 및 회피심각도, 행동과제에서의 발표시간, 그리고 내담자가 스스로 보고한 사회적회피 및 불안정도를 각각 동일한 비중으로 점수를 주어 평정한 상담종결시 사회공포증 향상정도를 종속변인으로 해서 단계적 회귀분석을 실시하였다(표 5). 그 결과, 부정적 평가에 대한 두려움에서의 변화가 내담자의 사회공포증 향상정도를 40% 가량 설명하였으며, 이에 더하여 비합리적 신념 가운데 무기력 변인에서의 변화가 12%의 설명력을 더하는 것으로 나타났다. 즉 다른 사람의 평가에 대한 관심을 감소시키는 것이 사회공포증을 겪고 있는 내담자들의 향상에 가장 큰 기여를 하고 있다.

표 5. 사회공포증 향상정도에 대한 인지측정치들(사전-사후변화치)의 단계적 회귀분석

	R ²	R ² change	F
부정적 평가에 대한 두려움	.40702	.40702	20.59220 ***
무기력	.53313	.12611	16.55796 ****

*** p<.001, **** p<.0001

반 의

사회공포증을 지닌 사람들을 대상으로 집단 상담을 실시한 결과, 집단상담을 받은 사람들이 받지 않은 사람들보다 사회공포증이 유의하게 감소되었다. 따라서 인지행동치료와 노출치료를 받은 내담자들이 대기자조건 내담자들보다 사후평가시에 자기평정, 상담자평정, 행동과제의 모든 측면에서 사회불안수준이 감소할 것이라는 가설은 지지되었다.

한편 인지행동치료를 받은 내담자들이 노출치료를 받은 내담자들보다 사후평가시에 자기평정, 상담자평정, 행동과제의 모든 측면에서 사회불안수준이 감소할 것이라는 가설은 부분적으로 지지되었다. 구체적으로 살펴보면, 사후평가시에 인지행동치료를 받은 내담자들은 노출치료만을 받은 내담자들보다 자기보고식 척도 가운데 사회공포증의 정도를 측정하는 사회적 회피 및 불안척도와 부정적 평가에 대한 두려움척도, 그리고 비합리적 신념척도의 전체 점수와 과국화 소척도에서 유의미하게 점수가 낮았다. 그러나 자기보고식 척도 이외에 상담자 평정이나 행동과제 그리고 불안위계평정에서는 두 집단간에 유의미한 차이가 없었다. 이 가운데 행동과제에서 차이가 없었던 것은 노출치료 집단의 경우 전 회기에 걸쳐서 노출훈련을 실시했으므로 인지행동치료집단보다 노출훈련의 시행수가 더 많았기 때문에, 비슷한 유형의 과제를 실시하는 행동과제에서 두 집단간에 유의한 차이가 없었던 것으로 보인다. 그리

고 이와 함께 상담자 평정도 내담자의 행동과제시에 이루어 졌으므로 두 집단간에 유의한 차이가 없게 나온 것으로 생각된다.

따라서 인지행동치료를 받은 내담자들이 자기평정, 상담자평정, 행동과제의 모든 측면에서 노출치료를 받은 내담자들보다 결과가 향상된 것은 아니지만, 사회불안의 정도와 이와 관련된 비합리적 신념들에 대한 자기평정에서 긍정적인 변화를 보였으며, 이는 사회공포증의 발생과 악순환에 미치는 인지요인의 영향을 감소시킨 것이라 할 수 있다. 그리하여 이제까지 행해진 연구들을 종합해 볼때 인지적인 상담요소가 노출의 효과에 가중되어 상담의 효과를 더 좋게 가져오는 것으로 볼 수 있다.

특히 인지행동치료를 받은 사람들이 사회공포증의 정도를 전체적으로 측정하는 사회적 회피 및 불안척도에서 점수가 더 낮았으며, 사회공포증의 핵심적인 인지적 특징이자 장애인 부정적 평가에 대한 두려움(Marks, 1969, Nichols, 1974) 척도와 사회공포증을 가장 잘 설명해주는 비합리적 신념인 과국화(최정훈과 이정윤, 1994) 소척도에서 점수가 더 낮아진 것은 사회공포증에서 가장 핵심적인 인지특성을 변화시킨 것이라 할 수 있다.

인지행동치료를 받은 내담자들이 노출치료를 받은 내담자들보다 추후평가시에 측정한 자기평정에서 사회불안수준이 더 낮을 것이라는 가설 역시 부분적으로 지지되었다. 즉 인지행동치료를 받은 내담자들이 노출치료를 받은 내담자들보다 사후평가시에 우세했던 상담의 효과가 3개월 후의 추후평가시에도 계속해서 유지되는지를 살펴본 결과, 부분적으로만 그 효

과가 유지되는 것으로 나타났다. 구체적으로 살펴보면, 추후평가시에 사회적 회피 및 불안 척도와 비합리적 신념검사 가운데 무기력 소척도에서만 인지행동치료집단이 노출치료집단보다 점수가 유의하게 낮았으며, 부정적 평가에 대한 두려움 척도와 대부분의 비합리적 신념척도에서는 두 집단간에 유의미한 차이가 드러나지 않았다. 그러나 사후평가시에 유의미한 차이가 있었던 부정적 평가에 대한 두려움 척도($p < .22$)와, 비합리적 신념검사의 전체점수($p < .15$), 그리고 파괴화 소척도($p < .19$)는 통계적으로 유의미하지는 않았지만 인지행동치료집단이 노출치료집단보다 점수가 낮은 경향을 보였다.

이와 같이 추후검사시에 인지행동치료를 받은 내담자들의 효과가 부분적으로만 유지된 것은 사후검사시 우수한 향상을 보였던 2명의 내담자가 추후검사에 불참하였기 때문에 결과에 다소 영향을 준 것으로 생각된다. 하지만 결과(부정적 평가에 대한 두려움, 비합리적 신념검사 전체, 인정에 대한 요구, 개인적 완벽성 척도)에 나타난대로, 추후평가시에 인지행동치료집단은 오히려 미미하나마 잘못된 인지가 증가하고, 노출치료집단은 이와 반대로 잘못된 인지가 줄어든 점을 중시해 본다면, 인지행동치료집단의 경우 상담을 통하여 검토되고 변화되었던 인지적 요소를 향후에도 계속해서 유지하게 하기 위해서는 이를 계속적으로 확인해주는 작업이 반드시 필요할 것으로 생각되며, 그렇지 않을 경우 상담의 효과가 부분적으로 퇴색해버릴 가능성이 있는 것으로 보여진다. 따라서 집단상담이 모두 끝난 후 3개월이나 6개월,

혹은 1년 후에 추후모임을 가져 잘못된 인지를 변화시키는 것의 중요성을 재강조하고, 그동안 내담자들이 스스로 시도하고 적용해 왔던 인지재구성 훈련에 대하여 자세히 검토해 주는 작업이 필요할 것이다.

한편 노출치료집단의 경우에 추후평가시 상담의 효과가 조금씩이나마 더 좋아진 것은, 이들이 상담에서 배우고 연습한대로 실제 생활에서 시도해 보니까 점진적으로 생각에도 변화가 생기게 아닌가 고려해 볼 수 있다. 즉 시간이 흐름에 따라 행동적 차원에서 변화된 것이 자연스럽게 인지적 차원에서의 변화를 유발한 것으로 보여지고, 만약 이러한 인지적 차원에서의 변화가 자발적인 것이라면 오히려 상담을 통해 유도된 것보다도 더 내면화가 잘 될 가능성도 있다. 따라서 사회공포증에서 인지치료가 중요한 것은 사실이지만, 인지적인 것을 변화시키는 방법이 반드시 인지치료만은 아니며, 노출치료를 통해서도 인지적인 것을 변화시킬 수 있는 가능성을 제시해 주고 있다. 하지만 본 연구에서 수집된 자료만을 가지고 이와 같은 결론을 내리기에는 조심스러우며, 좀더 많은 수의 피험자를 대상으로 장기적인 연구를 수행해야 할 것이다. 또한 본 연구에서 추후검사시에 자기보고식 질문지만을 실시했을 뿐 상담자 평정이나 행동과제, 그리고 불안위계평정은 실시하지 못한 점을 한계로 들 수 있다. 따라서 3개월 뒤의 내담자들의 상태를 다차원적으로 평가하지 못한 한계점을 지니고 있다.

마지막으로, 상담효과는 사회공포증과 관련된 인지요소를 가운데 부정적 평가에 대한 두려움의 감소에 의해 매개될 것이라는 가설은

지지되었다. 즉 인지요소가운데 상담이 가져온 어떠한 변화가 상담의 효과(향상정도)를 가장 잘 예견하는지 알아보기 위해 본 연구에서 쓰여진 인지측정치들을 독립변인으로 하여 단계적 회귀분석을 실시한 결과, 부정적 평가에 대한 두려움에서의 변화가 내담자의 향상정도를 40%가량 설명해 주는 것으로 나타났다. 이와 같이 사회공포증과 직접적인 관련이 있다고 경험적으로 밝혀진 인지요소들만 가지고 상담의 효과에 기여하는 정도에 대한 회귀분석을 실시한 것은 본 연구에서 처음으로 시도된 것이며, 그 결과 사회공포증의 핵심요소가 부정적 평가에 대한 두려움이고, 사회공포증을 치료하기 위해서는 다른 어떤 인지요인들보다도 부정적인 평가를 받을 것에 대한 두려움을 감소시키는 것이 매우 중요하고 필수적인 요소임이 경험적으로 입증되었다. 그리고 이와 함께 과거 경험의 영향을 변화시킬 수 없다고 생각하는 무기력 경향성을 변화시키는 것도 사회공포증의 향상에 다소(12%) 기여하고 있는 것으로 나타났다. 그러나 이와 같은 무기력 경향성에서의 변화는 과거의 영향을 극복하는 것이 가능하고, 과거에 그랬다고 해서 앞으로도 그럴 것이라고 믿는 사고패턴의 변화를 의미하므로, 사회공포증에 특징적이라기 보다는 일반적으로 상담의 효과를 가져오는데 기여한 요인인 것으로 생각된다.

본 연구의 제한점과 앞으로의 과제에 대하여 살펴보면 다음과 같다. 첫째, 본 연구에 참가한 피험자의 수가 적었고 피험자들이 모두 대학생이었으므로 본 연구의 결과를 일반화하기에는 제한이 따른다. 둘째, 본 연구에서는 내담

자들을 각 상담조건에 할당하고, 집단상담을 실시하며, 상담의 효과를 평정하는 절차를 연구자 혼자서 수행하였다. 게다가 연구자는 인지치료가 노출치료에 더해졌을때 상담의 효과가 더 좋아질 것이라는 가정하에 본 연구를 수행하였으므로 이러한 연구자의 태도가 의식적, 무의식적으로 상담결과에 영향을 주었을 가능성이 있다. 그리고 본 연구의 바탕이 된 것은 서구에서 시작되고 발전되어온 서구의 이론이다. 그러나 우리나라에서는 유교문화와 타인중심적 문화배경이 사회공포증에 크게 영향을 주므로(이시형등, 1984, 1987), 동양문화권의 특수성에 대한 인식이 필요하다. 따라서 이제까지 이루어진 사회공포증에 대한 서구의 이론을 우리 문화나 현실에 그대로 적용할때 어떠한 문제가 생기는지, 그리고 서구의 사회공포증과 우리의 사회공포증이 원인과 증상, 그리고 치료에 있어서 어떠한 점이 다른지에 대해서 앞으로 보다 많은 연구가 필요하다.

참고문헌

- 이시형과 정광설 (1984). 사회공포증에 관한 임상적 고찰(1). *신경정신의학*, 23(1), 111-118.
- 이시형, 김형태와 이 성희 (1987). 사회공포증의 유형별 임상고찰. *신경정신의학*, 26(3), 517-524.
- 최정훈과 이정운 (1994). 사회적 불안에서의 비합리적 신념과 상황요인. *한국심리학회지: 상담과 심리치료*, 6(1), 21-47.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental*

- disorders (3rd Ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th Ed.). Washington, DC: Author.
- Amies, P. L., Gelder, M. G., & Show, P. M. (1983). Social phobia: A comparative clinical study. *British Journal of Psychiatry*, *142*, 174-179.
- Arkowitz, H. (1977). The measurement and modification of minimal dating behavior. In M. Hersen, R. M. Eisler, & P. M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification* (Vol. 5). New York: Academic Press.
- Beck, A. T., & Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, *4*, 561-571.
- Biran, M., Augusto, F., & Wilson, G. T. (1981). In vivo exposure vs. cognitive restructuring in the treatment of scriptophobia. *Behavior Research and Therapy*, *19*, 525-532.
- Butler, G. (1985). Exposure as a treatment for social phobia: Some instructive difficulties. *Behaviour Research and Therapy*, *23*, 651-657.
- Butler, G., Cullington, A., Munby, M., Amies, P., & Gelder, M. (1984). Exposure and anxiety management in the treatment of social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *52*, 642-650.
- Clark, J. V., & Arkowitz, H. (1975). Social anxiety and the self-evaluation of interpersonal performance. *Psychological Reports*, *36*, 211-221.
- Emmelkamp, P. M. G. (1982). *Phobic and obsessive-compulsive disorders: Theory, research and practice*. New York: Plenum Press.
- Emmelkamp, P. M. G., Mersch, P. P., Vissia, E., & van der Helm, M. (1985). Social phobia: A comparative evaluation of cognitive and behavioral interventions. *Behavior Research and Therapy*, *23*, 365-369.
- Heimberg, R. G. (1989). Cognitive and behavioral treatments for social phobia : A critical analysis. *Clinical Psychology Review*, *9*, 107-128.
- Heimberg, R. G. (1994). Cognitive assessment strategies and the measurement of outcome of treatment for social phobia. *Behavioral Research and Therapy*, *32*(2), 269-280.
- Heimberg, R. G., Dodge, C. S., Hope, D. A., Kennedy, C. R., & Zollo, L. J. (1990). Cognitive Behavioral Group treatment for social phobia: Comparison with a Credible Placebo Control. *Cognitive Therapy and Research*, *14*(1), 1-23.
- Hope, D. A. (1990). *Cognitive - behavioral group treatment for social phobia : How important is the cognitive component?*. Unpublished Doctoral Dissertation.
- Johansson, J., & Ost, L. G. (1982). Perception of autonomic reactions and actual heart rate in phobic patients. *Journal of Behavioral Assessment*, *4*, 133-143.
- Jones, R.G. (1969). A factored measure of Ellis' Irrational Belief System (Doctoral dissertation, Texas Technological College, 1968). *Dissertation Abstracts International*, *29*, 4379B-4380B.
- Kennedy, C. R., & Heimberg R. G. (1986, November). *Treatment credibility and client outcome expectancy: An evaluation of five treatment rationales*. Paper presented at the annual meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, Chicago.
- Leary, M. R. (1983). A brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *9*, 371-375.

- Liebowitz, M. R., Gorman, J. M., Fyer, A. J., & Klein, D. F. (1985). Social phobia : review of a neglected anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry, 42*, 729-736.
- Marks, I. M. (1969). *Fears and phobias*. London: Heinemann.
- Marks, I. M., & Gelder, M. C. (1966). Different ages of onset in varieties of phobia. *American Journal of Psychiatry, 123*, 218-221.
- Mattick, R. P., & Peters, L. (1988). Treatment of severe social phobia: Effects of guided exposure with and without cognitive restructuring. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 251-260.
- Mattick, R. P., Peters, L., & Clarke, J. C. (1989). Exposure and Cognitive Restructuring in Social Phobia: A controlled Study. *Behavior Therapy, 20*, 3-23.
- McEwan, K. L., & Devins, G. M. (1983). Is increased arousal in social anxiety noticed by others? *Journal of Abnormal Psychology, 92*, 417-421.
- Nichols, K.A. (1974). Severe social anxiety. *British Journal of Medical Psychology, 74*, 301-306.
- Primakoff, L., & Epstein, N., & Covi, L. (1986). Homework compliance: An uncontrolled variable in cognitive therapy outcome research. *Behavior Therapy, 17*, 433-446.
- Watson, D., & Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 33*, 448-457.
- Watson, J. P., & Marks, I. M. (1971). Relevant and irrelevant fear in flooding - A crossover study of phobic patients. *Behavior Therapy, 2*, 275-293.
- Wolpe, J., & Lazarus, A. A. (1966). *Behavior therapy techniques*. New York: Pergamon Press.

The Effects of the Cognitive-Behavioral and Exposure Therapy for Social Phobia

Jungyoon Lee Chunghoon Choy

Yonsei University

The present study was designed to evaluate the effect of cognitive therapy for social phobia. The cognitive-behavioral therapy(CBT) was compared to an exposure therapy (ET) alone and a waiting list (WL) control. Pre- and posttreatment assessments included self-ratings, behavioral ratings, and clinician ratings. 3 month follow-up assessment included only self-report measures. Among 51 socially anxious subjects, 32 subjects completed the posttreatment assessment and 17 subjects completed the 3 month follow-up assessment. The results showed that the subjects in the CBT improved more than those in the ET. At posttreatment assessment, the subjects who received the CBT reported lower scores on self-report measures than ET subjects. No significant differences were found between the CBT and the ET on behavioral ratings and clinician ratings. At 3 month follow-up, the subjects who received the CBT had lower scores than ET subjects only on the SAD. No differences were found between the CBT and the ET on other measures. The between-group analyses showed that the subjects who received the CBT reported lower social anxiety on self-report measures than ET subjects. The differences between the CBT and the ET which were revealed at posttest were, however, decreased at 3 month follow-up assessment. The CBT subjects reported slightly increased faulty cognitions, while the ET subjects reported decreased faulty cognitions. Regression analysis showed that reducing the fear of negative evaluation is an important mediator of overall improvement. The results of the present study supported the effect of cognitive therapy for social phobia. It was discussed that follow-up sessions for cognitive-behavioral therapy might be necessary to reemphasize the role of cognitive factors. It was also discussed that the ET might produce long-term cognitive changes.

Key Words : social phobia, cognitive-behavioral therapy, exposure therapy, fear of negative evaluation.