한국심리학회지 : 임상
The Korean Journal of Clinical Psychology
2008, Vol. 27, No. 1, 253-275

한국판 사회적 걱정에 대한 질문지(K-ASC) 타당화 연구:* 대학생 및 사회공포증 환자집단을 중심으로

이 주 영　　이 정 애†　　오 강 섭

성균관의대 강북삼성병원 정신과

본 연구에서는 사회공포증의 인지적 측면을 평가하기 위해 Telch 등(2004)이 개발한 사회적 걱정에 대한 질문지(The Appraisal of Social Concerns: ASC)를 우리말로 번안하여 요인구조를 확인하고, 신뢰도와 타당도를 검증하였으며, 임상적인 유용성에 대해서도 살펴보았다. 연구 1에서는 대학생 정상집단과 사회공포증 환자집단을 대상으로 요인분석을 실시하여 요인구조를 살펴보았는데, 그 결과 '부정적 평가 및 거절에 대한 걱정'과 '신체적 증상에 대한 걱정'의 이요인으로 구성되어 있음이 확인되었다. 연구 2에서는 신뢰도와 타당도를 살펴보았는데, Cronbach α와 문항-총점 계수, 검사-재검사 모두에서 우수한 내적 합치도를 보였고, 불안 및 사회 공포관련 척도와도 의미 있는 상관을 나타냈다. 연구 3에서는 사회공포증 환자집단을 중심으로 하여 대학생 정상집단과 다른 임상집단과 사회적 걱정의 정도를 비교해보았는데, 사회공포증 환자집단에서 사회적 걱정이 유의미하게 높았다. 마지막으로, 임상적으로 활용성을 높이기 위해 K-ASC의 분할점(cut-off score)을 살펴보았는데, 총점은 53점, 요인 1은 56점, 요인 2는 52점으로 나타났다. 결론적으로 K-ASC는 대학생 정상집단과 사회공포증 환자집단 모두에서 사회적 불안의 정도와 걱정을 평가하는 신뢰롭고 타당한 도구로 생각되며, 임상적으로도 사회공포증에 대한 이해 및 진단, 치료에 유용한 도구로 쓰일 수 있으리라 사료된다.

주요어 : 한국판 사회적 걱정에 대한 질문지(K-ASC), 사회공포증, 사회적 걱정, 불안장애, 신뢰도, 타당도, 분할점.

---

* 이 연구의 일부는 2006년 대한신경정신의학회 추계 학술대회에서 포스터로 발표되었음.

† 교신저자(Corresponding Author) : 이정애 / 성균관의대 강북삼성병원 정신과 / 서울시 종로구 평동 108
Tel : 02) 2001-2221 / Fax : 02) 2001-2211 / E-mail : ljapsy@naver.com

www.kci.go.kr

사회공포증(social phobia) 혹은 사회불안장애(social anxiety disorder)[1]는 타인에 의해 주시(scrutiny)되리라 예상되는 대인 관계적 상황 혹은 사회적 수행상황에서, 당황스럽거나 모욕스럽게 행동할지 모른다는, 혹은 자신의 불안이 외부로 나타날지 모른다는 걱정이 지속적으로, 때로는 급작스럽게 나타나 두려움을 경험하는 것을 의미한다(American Psychiatric Association, 2000). 정신장애의 진단 및 통계 편람의 제 4판(Diagnostic and Statistical of mental disorders, 4th ed.: 이하 DSM-Ⅳ)에서는 이 장애의 평생 유병률을 약 3-13%로 보고하고 있다. 임상적으로는 단지 4%만이 유의미하게 증상을 보인다고도 하지만(Narrow, Rae, Robins, & Regier, 2002), 실제 진단 범주에 부합하는 정도를 고려해 본다면 12-13%를 넘을 것이라는 의견이 더 지배적이다(Kessler, Berglund, Demler, Merikangas, & Walters, 2005). 게다가 장애 자체도 일상생활이나 직업적, 사회적 기능에 현저한 방해를 보이는 까닭에 주관적인 불편감이 크다(Tumer, Beidel, Dancu, & Keys, 1986). 이에 관련 연구가 활발히 이뤄지고 있는 실정인데, 특히 증상을 발생시키고 유지시키는 주요 요소나 메커니즘에 대한 연구자들의 관심이 높다.

최근들어 사회공포증이나 사회 불안을 발생시키고 유지시키는데 중요한 요소로 인지(cognition)가 강조되고 있다. 특히 가장 많이 언급되는 특성으로는 사회공포증, 혹은 불안도가 높은 사람들이 타인으로부터 부정적 평가를 더 많이 인식하고, 자기 평가에 대해서는 더 부정적이며, 정보처리 과정에서도 인지적 오류 및 편향을 나타낸다는 것이 있다(Clark and McManus, 2002; Foa, Franklin & Kozak, 2001; Mark, 1969; Nichols, 1974; Rapee & Heimberg, 1997).

사회적으로 불안한 사람들은 명확하지 않거나 모호한 상황에서는 결과에 대해 부정적으로 해석하고(Clark & McManus, 2002), 앞날에 대해 더 부정적인 방식으로 예언하고 몰입한다. 또한 두려움에 대해서도 더 많은 주의를 할당하며, 문제에 대해서도 내부 귀인하기 쉽다. 이들은 사회적 상황에서 좋은 일이 생길 것이라는 점에 대해서는 과소평가하는 반면, 나쁜 일이 일어날 것이라는 점에 대해서는 과대평가하며, 부정적 사건이 자신에게 더 큰 타격을 가져올 것이라고 믿는다(Foa, Frank, Perry & Herbert, 1996; Poulton & Andrew, 1994).

이것 외에도 사회 불안을 발달시키고 유지시키는 요소로 인지적 편향이 있다. 사회공포증 환자들은 자기 초점화된 주의를 보이는데, 이는 타인에게 부정적으로 평가되리라 여겨지는 자신의 행동이나 신체적 각성에 대해 주의를 집중하고 지속적으로 감시하는 것을 의미한다(Melchior & Cheek, 1990). 그들은 사회적 상황에서 사건 자체에 몰입하지 못한 채 자신이 상대방에게 어떠한 인상을 주고 있는지, 얼굴이 붉어지거나 목소리가 떨리는 등의 신체적 증상이 외부로 보여지는 것은 아닌지 등을 반복적으로 검열한다. 이렇게 Craske와 Pontillo(2005)는 걱정이나 두려움과 관련된 정보로의 주의 편향, 위험에 대한 왜곡된 판단, 선택적인 기억 처리가 인지적 편향을 불러온다고 보았다.

Clark과 Wells(1995)는 사회 공포증의 발생과 유지를 설명하는 인지적 모형을 제시하였다.

1) 최근 외국의 여러 논문 및 연구에 따르면, social phobia와 social anxiety disorder가 혼용되어 사용되고 있는데, 이 논문에서는 '사회공포증'이라는 말로 통일하여 사용하겠다.

www.kci.go.kr

이 모형에 따르면, 사회공포증 환자들은 부정적인 평가나 해석이 예상되는 것에 더 많은 주의를 할당하며, 모호한 상황뿐만 아니라 일반적인 상황에 대해서도 부정적인 방식으로 해석하기 쉽다. 그들은 자기 자신이나 수행에 대해 부정적인 평가와 관련된 정보만을 선택적으로 받아들이고, 반증할만한 증거는 무시한다. 이러한 과정이 위험으로 지각되면, 그들은 반사적으로 불안을 활성화시킨다. 이후 불안에 관련된 증상을 나타내고, 두려운 결과가 일어나는 것을 막기 위해 안전 행동들을 보이게 된다. 뿐만 아니라 주의의 초점을 사회적 상황이 아닌, 자기 자신에게 두게 된다. 즉 내부 지각적 정보에만 몰두하고, 내적 불안이 외부로 보여지는 것은 아닌지 끊임없이 염려하게 된다. 지속적으로 자기 모니터링을 한다거나 외부로 비춰지는 자신의 이미지에 대해 더 많은 주의를 할당하기도 한다. 이러한 자기 초점화된 주의는 그들로 하여금 외부 단서를 적절하게 처리하지 못하게끔 만들며, 사회적 불안을 지속적으로 경험하도록 하고, 사회적 상황에 있을 때는 언제든지 불안해지는 악순환을 겪게끔 만든다.

사회공포증 환자의 인지에 대한 논의는 치료 관련 연구들을 통해서도 볼 수 있다. 특히 부정적 인지를 변화시키는 것이 사회적 불안이나 공포 증상을 줄여주는 매개 변인이라는 사실은 많은 치료연구들을 통해 밝혀졌다(조용래, 1999; Lucas & Telch, 1993; Kessler et al., 2005). 뿐만 아니라 사회공포증 환자들에게 부적응적인 인지인 사회적 평가에 대한 걱정을 교정해주어 사회 불안을 줄이도록 도와주었다는 연구도 다수가 있으며(이정윤, 최정훈, 1997; Heimberg & Juster, 1995; Taylor, 1996), 부정적 사건이 일어날 가능성의 비율을 줄이거나 교정해주고(Foa et al., 1996; McMauns, Clark & Hackmann, 2000), 파국화를 줄여주는 방법으로(Hofmann, 2004; McMauns et al., 2000) 치료적인 효과를 거둔 연구들도 상당수가 있다. 우리나라의 경우에도 사회공포증 환자를 대상으로 하여 부정적인 자동적 사고나 역기능적 신념, 인지적 편향을 교정하려는 인지행동치료 프로그램이 활발하게 이뤄지고 있으며, 치료적인 성과도 다수 입증되어 있다(박기환, 안창일, 2001;박기환, 2007; 백용매, 2001; 조용래, 원호택, 표경식, 2000).

이렇게 사회공포증 관련 연구를 종합해보면, 인지적인 측면이 얼마나 중요한지 알 수 있다. 동시에 이에 대한 연구나 치료 효과를 알아보기 위한 신뢰롭고 타당한 평가도구의 필요성도 부각된다. 사회공포증의 인지적 측면을 잘 반영한 평가도구야말로 사회공포증의 발병과 유지, 증상 감소에 대한 많은 정보를 반영해 줄 수 있다고 여겨진다.

Telch, Lucas, Smits, Mark, Heimberg와 Hart (2004)는 사회공포증 환자의 인지적 측면을 적절히 평가해내기 위해 사회적 걱정 질문지(The Appraisal of Social Concerns: 이하 ASC)를 제작하였다. 이 질문지는 도전적인 사회적 상황에 대한 부정적 결과와 관련한 스트레스 정도를 측정하는 것으로, 이전에 존재했던 다른 인지평가척도들의 단점을 보완하여 만들어졌다. 즉, 기존 척도들의 경우, 과거의 부정적 결과들에 대해 '자주 그렇다' 혹은 '조금 그렇다', '거의 그렇지 않다'와 같이 빈도(frequency)를 묻는 질문지가 중심이었던 반면, ASC는 사회적 두려움에 대한 염려의 느낌을 0에서 100까지로 10점 간격으로 나누어 표시하도록 하는 정도(degree)의 비율을 사용하고 있다. 이러한 측정 방식은 질문지를 작성하는 사람에게

www.kci.go.kr

사회적 상황에서의 자신을 떠올리게 한 후, 당시에 경험하였던 염려나 걱정을 정도의 비율로 직접 표기하도록 해주어 기존에 빈도로 측정할 때 보이던 문제를 개선시켜 준다(Telch et al., 2004).

Telch 등(2004)은 550명의 대학생 표집집단을 중심으로 ASC를 개발하였고, 최종적으로 20문항을 선별해냈다. 이후 탐색적 요인분석을 실시하여 삼요인 구조을 확인하였다. 요인별로 살펴보면, 첫 번째 요인은 '부정적 평가(negative evaluation)'로 사회적 상황에서 타인에게 부정적 평가를 받을지 모른다는 걱정이나 두려움을, 두 번째 요인은 '관찰 가능한 증상들(observable symptoms)'로서 사회적 상황에서 신체적 증상이 타인에게 보여 지는 것에 대한 걱정을 평가한다. 세 번째 요인은 '사회적 무력감(social helplessness)'으로 통제하려 했던 결과와 다른 결과를 얻게 될지 모른다는 걱정 및 두려움을 측정하는 문항으로 구성되었다.

이후 Telch 등(2004)의 연구를 토대로 Schultz, Heimberg, Rodebaugh, Schneier, Lebowitz와 Telch (2006)는 임상적 장면에서도 활용할 수 있도록 동일한 질문지를 사회공포증 환자에게 실시하여 타당화하였다. 대상은 미국 내의 대학과 각 주의 불안장애관련 클리닉 혹은 연구소에 의뢰된 사회공포증 환자들로서, 불안 장애에 대한 구조화된 진단 면접지를 통해 진단을 확정하였다. 선별된 대상은 총 204명으로, 16세에서 65세까지의 남녀 성인이었으며, 내적 일치도는 .92였다.

사회공포증 환자를 대상으로 한 Schultz 등(2006)의 연구에서는 Telch 등(2004)의 연구와 달리 이요인구조가 도출되는 차이를 보였다. 첫 번째 요인은 '부정적 평가와 거절에 대한 걱정(concerns with negative evaluation and rejection)'으로서, 총 13 문항이 이에 속하였고, 설명변량은 40.78%였으며, 내적 일치도는 .92를 나타냈다. 두 번째 요인은 '신체적 증상에 대한 걱정(concerns with physical symptoms)'으로, 총 6 문항이 이에 속하였으며, 설명변량은 10.44%였으며, 내적 일치도는 .76이었다. 앞의 두 요인은 Telch 등(2004)의 연구와 매우 흡사한 결과이다. 하지만 Telch 등(2004)의 연구에서 나타난 세 번째 요인이 사회공포증 환자집단 연구에서는 나타나지 않았다. 하지만 이 두 연구의 요인별 일치도를 살펴보면, Telch 등(2004)의 연구에서 나타난 첫 번째와 두 번째 요인이, Schultz 등(2006)의 연구에서 나타난 첫 번째와 두 번째 요인과 각각 .90 이상의 높은 일치도를 나타내어, 두 요인구조가 크게 다르지 않는다는 결과를 나타냈다. 결국 두 연구를 통해 ASC는 임상집단이든 정상 집단이든 상관없이 타당화 측면에서 매우 적절하고 신뢰로운 척도임이 밝혀졌다.

본 연구에서는 사회공포증의 인지적인 측면을 잘 반영해줄 뿐만 아니라, 심리측정 방식에도 장점을 가진 ASC의 한국판(Korean Version of the Appraisal of Social Concerns: 이하 K-ASC)을 개발하고, 이에 대한 타당성을 검증하고자 한다. 이를 위해 우선 대학생 정상집단과 사회공포증 임상집단을 통해 요인구조를 탐색하고, 이후 질문지에 대한 타당화를 알아볼 것이다. 그리고 이 질문지가 임상적으로 얼마나 유용한지 알아보기 위해, 사회공포증 환자집단과 정상집단, 그리고 사회공포증을 제외한 다른 임상집단 각각의 K-ASC 총점 및 하위요인을 비교할 것이며, 이후 분할점(cut-off score)에 대해서도 살펴볼 것이다.

www.kci.go.kr

연구 1

대학생으로 구성된 정상집단과 사회공포증으로 진단받은 성인들로 구성된 환자집단, 이를 합친 전체 집단을 통해, K-ASC 요인구조를 알아보았다.

방 법

연구대상

연구대상은 크게 대학생으로 구성된 정상집단과 사회공포증으로 진단된 환자집단으로, 인구통계학적 특징은 표 1과 같다.

대학생 정상집단은 서울 및 지방 소재의 대학교에 재학 중인 대학생들로서, 총 182명의 성인 남녀가 연구에 포함되었다. 사회공포증 환자집단은 2005년 1월부터 2007년 5월 사이 서울 소재의 종합병원 정신과에 내원한 환자들 중, 구조화된 면담 도구인 한국어판 M.I.N.I-Plus를 통해 주 진단이 사회공포증으로 진단된 환자들로, 총 101명의 성인 남녀가 포함되었다. 각 진단은 정신과 의사 및 임상심리 전문가, 임상심리전문가 수련생에 의해 이뤄졌다.

표 1. 인구통계학적 특징

변인	대학생 정상집단 (n=182)	사회공포증집단 (n=101)
성별(명/%)		
남	70(38.5)	67(66.3)
여	112(61.5)	34(33.7)
연령(세/SD)	23.18(8.13)	37.61(12.34)
교육수준(명/%)		
중졸이하	-	8(8.0)
고졸	-	31(30.7)
대재-대졸	182(100)	62(61.4)

연구도구

한국판 사회적 걱정에 대한 질문지(Korean version of the Appraisal of Social Concerns; K-ASC)

Telch 등(2004)에 의해 개발된 사회적 걱정 질문지는 사회적 상황 하에서 잠재적으로 부정적 결과가 야기될지도 모른다는 걱정(concern)의 정도를 스스로 평가하도록 만든 자기-보고식 질문지로서, 도전적인 사회적 상황에서 부정적인 결과와 관련된 스트레스의 정도를 측정한다. 총 20 문항으로 구성되어 있으며, 각 문항은 0에서부터 100점까지 10점 간격으로 평가하게끔 제작되어있다.

K-ASC는 Telch 등(2004)에 의해 개발된 ASC 원문항을 한국말로 번역하여 사용하였다. 최초 번역은 1인의 임상심리전문가와 1인의 정신과의사가 독립적으로 번역하였으며, 이후 임상심리전문가 수련생 및 정신과 수련의로 구성된 번역 위원회에 의해 그 내용이 검토되어 최종적으로 선정되었다.

한국판 M.I.N.I-Plus(Korean version of Mini International Neuropsychiatric Interview-Plus)

M.I.N.I.-Plus는 M.I.N.I.(Sheehan et al., 1997; Sheehan et al., 1998)를 연구용으로 편집한 것으로, DSM-Ⅳ와 국제질병분류 10판(International Classification of Diseases and Health Problems 10th Edition: ICD-10)의 주요 제 1축 정신과 장애를 토대로 하여 간단하고 구조화된 면담을 하기 위해 제작된 집단 면접지이다. 국내에서는 270

www.kci.go.kr

명의 정신과 환자를 대상으로 표준화되었으며, 14개의 정신과 진단에 따른 내적 합치도가 .49-.91로 나타났다. 사회공포증의 경우에는 .81의 내적 합치도가 보고되는 등 높은 수준의 내적 일치도를 보였다(유상우, 2001).

자료 분석

대학생 정상집단과 사회공포증 환자 집단의 표본에 대해 K-ASC의 요인분석을 하였고, 이후 추출된 요인의 상관관계를 분석하였고, 자료 분석은 SPSS 13.0으로 이뤄졌다.

결과 및 논의

요인구조 설정

K-ASC의 요인구조를 알아보기 위하여, 대학생 정상집단과 사회공포증 환자집단 전체를 주축요인방식(principal axis)과 사각회전(oblique rotation)을 사용하여 탐색적 요인분석을 실시하였다. 요인수를 지정하지 않은 초기 요인분석에서는 고유치가 1이 넘는 3개의 요인이 추출되었지만, 요인구조에 대한 해석 가능성과 스크리 테스트(scree test)를 고려해 보았을 때 이요인구조가 적절한 것으로 판단되어 요인수를 2개로 지정한 후 다시 요인분석을 실시하였다. 이후 대학생 정상집단과 사회공포증 환자집단을 각각 나누어 동일하게 요인을 분석하였으며, 그 결과 이 요인이 도출되었다.

요인을 구성하고 조직화하는데 있어 요인에 적합한 문항을 선정하는 것은 매우 중요한데, 이를 설정하는 기준에 대해 Floyd와 Widaman (1995)은 다음 두 가지를 제안하고 있다. 그 내용을 살펴보면, 다음과 같다.: (1) 문항의 요인부하는 일반적으로 .30-.40보다 커야한다. (2) 한 문항이 두 개 이상의 요인에 동시에 부하되었을 때 그 부하량의 차이가 .10이상이 되어야 한다. 이에 본 연구에서는 이 두 기준을 토대로 문항을 선정하고 요인을 분류하였다.

부하량에 대한 자세한 내용은 표 2에 제시되어 있다. 이를 살펴보면, 전체 집단과 대학생 정상집단은 각각 .40-.97, .41-.95의 부하량을 나타나고 있어, 모든 문항이 (1)의 기준에 적합하였다. 하지만 문항 10번만이 두 집단 모두에서 요인 부하량 간의 차이가 .10보다 작게 나타나 (2)의 기준에서 부합하지 못하였다. 사회공포증 환자집단의 경우, 문항 7번은 부하량이 .30보다 낮았고, 요인 부하량 간의 차이도 .10보다 낮아 (1)과 (2) 기준 모두에서 부합하지 못하였다. 그리고 문항 10번과 문항 6번은 (2)의 기준에서만 문제를 보였다. 정리해보면, 세 집단 모두에서 문제가 되는 문항 10번과, 사회공포증 환자집단에서만 문제가 되는 문항 6번, 7번으로 정리될 수 있겠다.

이 중 사회공포증 환자집단에서의 문항 7번은 부하량도 낮고 부하량 사이의 차이도 확연하지 않아 요인에 포함시킬 수 없다고 보여진다. 반면, 문항 10번과 6번의 경우, 요인에서 제외시키는 것이 타당한지에 대해서는 신중을 기할 필요가 있는데, 왜냐하면 두 문항 모두 .40 이상의 유의미한 부하량을 지니고 있고, 신뢰도나 문항-총점 간 상관을 살펴보아도 각 요인에 포함시키는데 무리가 없기 때문이다. 이에 문항의 내용과 Schultz 등(2006)의 요인분석 결과를 고려하여 요인을 분류하였다.

위의 내용을 정리하면, K-ASC는 두 요인으로 구성되는 것이 타당하며, 전체 집단과 대학생 정상집단의 요인도 동일한 것으로 나타

www.kci.go.kr

표 2. K-ASC의 요인구조

ASC 문항	K-ASC의 요인구조					
	전체집단 (n=283)		정상집단 (n=182)		사회공포증집단 (n=101)	
	요인 1	요인 2	요인 1	요인 2	요인 1	요인 2
17 추해 보인다	**.97**	(-.14)	**.97**	(-.12)	**.98**	(-.23)
19 사람들이 나를 거부한다	**.93**	(-.26)	**.94**	(-.28)	**.89**	(-.20)
15 사람들이 나를 조롱한다	**.92**	(-.12)	**.93**	(-.11)	**.86**	(-.14)
5 사람들이 나를 무시한다	**.80**	(.03)	**.86**	(-.03)	**.67**	(.14)
18 약해 보인다	**.68**	(.12)	**.69**	(.10)	**.71**	(.03)
9 무능력해 보인다	**.62**	(.27)	**.79**	(.09)	**.44**	(.36)
12 적절하게 행동하지 않는다	**.60**	(.22)	**.63**	(.13)	**.66**	(.16)
14 이상해 보이는 것 같다	**.60**	(.31)	**.65**	(.19)	**.69**	(.18)
11 소리 지르거나 뛰쳐나가는 등 통제력을 잃을 것 같다	**.57**	(.10)	**.67**	(.04)	**.40**	(.25)
16 아무런 생각도 할 수가 없다	**.54**	(.34)	**.60**	(.23)	**.53**	(.36)
2 바보같이 보이는 것 같다	**.54**	(.31)	**.53**	(.30)	**.61**	(.24)
3 사람들이 나를 보고 웃는다	**.53**	(.24)	**.50**	(.30)	**.52**	(.23)
10 우왕좌왕한다	**.46**	(.43)	**.46**	(.43)	**.45**	(.44)
1 떨린다	(-.15)	**.90**	(-.13)	**.81**	(-.15)	**.84**
13 긴장 된다	(.02)	**.80**	(.05)	**.66**	(.12)	**.71**
8 목이 쉬거나, 말을 더듬는 등 목소리가 달라진다	(.05)	**.73**	(.11)	**.64**	(.02)	**.66**
4 얼굴이 붉어진다	(-.04)	**.67**	(-.09)	**.76**	(.02)	**.56**
6 사람들이 나를 주목한다	(.16)	**.57**	(.06)	**.53**	(.39)	**.40**
20 땀을 흘린다	(.14)	**.50**	(.14)	**.44**	(.20)	**.39**
7 근육 등의 경련이 일어난다	(.25)	**.40**	(.28)	**.41**	rejected item	
고유치	9.59	1.80	9.06	1.90	8.58	1.51
요인별 설명변량	47.96%	9.00%	45.29%	9.48%	45.16%	8.00%
총 설명변량	57.00%		54.77%		53.14%	

주. 요인 1 : 부정적 평가 및 거절에 대한 걱정, 요인 2 : 신체적 증상에 대한 걱정

www.kci.go.kr

났다. 사회공포증 환자집단의 경우, 요인 2에서 문항 7번을 제거해야 하지만, 이를 제외하고는 전체 집단이나 대학생 정상집단과 동일한 요인 구성을 나타냈다. 자세한 내용은 표 2에 정리되어 있다.

K-ASC의 요인구조

최종적으로 대학생 정상집단, 사회공포증 환자집단, 이 두 집단을 합친 전체집단 모두에서 이요인 구조가 확정되었다. 그리고 이에 따른 전체변량은 각각 54.77%, 53.14%, 57.00%로 나타났다.

요인별로 살펴보면, 요인 1은 '부정적 평가 및 거절에 대한 걱정'으로 고유치는 8.58-9.59이며, 전체변량의 45.16%-47.96%를 설명해주는 것으로 나타났다. 총 13개 문항(문항 2, 3, 5, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19)으로 구성되며, '추해 보인다(문항 17)', '바보같이 보이는 것 같다(문항 2)', '이상해 보이는 것 같다(문항 14)'와 같이 타인에게 부정적 평가를 받을지 모른다는 걱정과, '사람들이 나를 거부한다(문항 19)'나 '사람들이 나를 무시한다(문항 5)'등에서 나타나듯 사회적 상황에서 상대에 의해 거절될지 모른다는 걱정의 내용이 포함되어 있다.

요인 2는 '신체적 증상에 대한 걱정'으로, 고유치는 1.51-1.90이며, 전체 변량의 8.00-9.48%를 설명해주는 것으로 나타났다. 총 7개의 문항으로 구성되어 있는데(문항 1, 4, 6, 7, 8, 13, 20), 사회공포증집단의 경우에만 문항 7번이 제외되어 총 6개 문항(문항 1, 4, 6, 8, 13, 20)으로 구성된다. 이 요인에서는 '떨린다(문항1)', '긴장된다(문항13), '얼굴이 붉어진다(문항4)'와 같이 신체적 증상이 타인에게 보여질지 모른다는 걱정에 대한 염려를 담고 있다. 각 집단에 따른 설명 변량과 고유치에 대한 자세한 내용은 표 2에 제시하였다.

표 3. 사회공포증 환자 대상의 요인구조 비교

	Schultz 등(2006)	K-ASC
17	factor Ⅰ	factor Ⅰ
19	factor Ⅰ	factor Ⅰ
15	factor Ⅰ	factor Ⅰ
18	factor Ⅰ	factor Ⅰ
14	factor Ⅰ	factor Ⅰ
5	factor Ⅰ	factor Ⅰ
12	factor Ⅰ	factor Ⅰ
2	factor Ⅰ	factor Ⅰ
16	factor Ⅰ	factor Ⅰ
3	factor Ⅰ	factor Ⅰ
10	factor Ⅰ	factor Ⅰ
9	factor Ⅰ	factor Ⅰ
11	factor Ⅱ	factor Ⅰ
6	factor Ⅰ	factor Ⅱ
1	factor Ⅱ	factor Ⅱ
13	factor Ⅱ	factor Ⅱ
8	factor Ⅱ	factor Ⅱ
20	factor Ⅱ	factor Ⅱ
7	factor Ⅱ	rejected item
4	rejected item	factor Ⅱ

주1. factor Ⅰ = 부정적 평가 및 거절에 대한 걱정
factor Ⅱ = 신체적 증상에 대한 걱정
주2. 점선처리: K-ASC 연구와 Schultz 등(2006)연구의 요인별 공통문항

종합하면, K-ASC는 이 요인이 도출되었는데, 요인 1은 '부정적 평가 및 거절에 대한 걱정'

www.kci.go.kr

으로 13개의 문항이, 요인 2는 '신체적 증상에 대한 염려감'으로 전체 및 대학생 정상집단에서 7개 문항, 사회공포증 환자집단에서는 6개의 문항이 포함되어있다.

아직까지 국내에서 ASC의 연구가 이뤄진 것이 없기에 본 요인구조 결과를 외국 연구의 결과와 비교해 보아 요인구조의 적합성과 타당성을 알아보았다. 표 3에서 볼 수 있다시피, K-ASC의 요인구조 결과는 Schultz 등(2006)의 연구와 상당히 유사할 뿐만 아니라, 각 요인에 따른 문항분포 또한 상당히 흡사함이 드러났다. 특히 문항 4번의 경우, Schultz 등(2006)의 연구에서는 Floyd와 Widaman (1995)의 기준 (1)이 .40으로 정해져서 문항 4가 .394의 부하량을 가졌음에도 불구하고 요인 2의 문항으로 선정되지 못하고 거절되었다.. 하지만 기준 (1)을 .35이상으로만 낮추더라도 문항 4번은 K-ASC와 마찬가지로 요인 2로 포함시키는데 무리가 없다고 보여지는 바, 본 결과와 더욱더 흡사하다는 것을 알 수 있다. 결국 본 연구의 요인 분류 및 요인에 따른 문항 분포는 적절히 분류되어진 것으로 판단된다.

연구 2

K-ASC의 타당화를 위해, 문항-총점간 상관, Cronbach α 계수를 사용한 내적 신뢰도와, 검사-재검사 신뢰도도 알아보았다. 그리고 수렴 타당도 및 변별 타당도도 살펴보았다.

방 법

연구대상 및 절차

연구대상은 연구 1에 사용되었던 대학생 정상집단과 사회공포증 환자집단 두 집단이 그대로 사용하였다. 이중 대학생 정상집단 중 54명에게는 8주 간격으로 K-ASC를 두 차례 작성하게 하여 검사-재검사 신뢰도를 알아보았다.

도구

사회적 공포 척도(Social Phobia Scale; SPS)

Mattick과 Clarke(1998)가 타인에 의해 실제로 관찰되거나 관찰이 예상되는 상황에서 경험하는 불안증상을 평가하기 위해 고안한 척도로서, 총 20문항으로 구성되어 있어 있다. 김향숙(2001)이 우리나라 말로 번역하여 내적 일치도가 우수하고 수렴 타당도가 양호하다고 보고된 한국판 SPS를 사용하였으며, 본 연구에서의 내적 일치도는 .93이었다.

사회적 회피 및 불안 척도 Ⅲ(Social Avoidance and Distress Scale Ⅲ; SADS Ⅲ)

Watson과 Friend(1969)가 사회적 상황에서 불안을 경험하는 정도와, 잠재적으로 혐오적인 사회적 상황을 피하려는 경향을 측정하기 위하여 개발한 자기보고식 질문지이다. 총 28문항으로 구성되어 있으며, 원래 진위형으로 응답하게 되어 있는 것을 조용래(1998)가 5점 척도로 재구성하였다. 사회적 불안감과 사회적 회피 행동의 두 가지 하위 요인으로 구분되는데, 사회적 불안감의 경우 그 강도를, 회피 행동에 대해서는 빈도를 측정하도록 지시문의 일부를 바꾼 SADS Ⅲ를 사용하였으며, 본 연구에서의 내적 일치도는 .64이었다.

www.kci.go.kr

사회공포증 질문지(Fear Questionnaire-social phobia subscale; FQ-sp)

이 척도는 Marks와 Mathews(1979)가 개발한 것으로, 원래 척도는 주 공포증, 전반적 공포증, 전체 공포증, 불안-우울의 네 가지 영역으로 구성되어 있다. 그 중 전체 공포증 척도를 공포 질문지(Fear Questionnaire)라고도 명명하는데, 이 척도는 광장 공포증과 사회적 상황에서의 공포를 측정하는 질문지로 총 15문항이 이에 포함되어 있다. 이 척도는 광장공포증, 사회공포증, 혈액-상해공포증의 세 개의 하위척도로 나뉜다. 본 연구에서는 박기환과 안창일(2001)이 번안하여 사용한 공포 질문지의 사회공포증 하위척도 5문항을 그대로 사용하였으며, 이에 따른 내적 일치도는 .82였다.

Beck의 불안 척도(Beck Anxiety Inventory; BAI)

Beck, Epstein, Brown과 Steer(1988)가 불안의 증상, 강도 및 심각도를 평정하기 위해 고안해낸 자기보고검사이다. 불안과 관련된 신체적, 정신적, 인지적 증상을 다루고 있으며, 총 21문항으로 구성되었다. 육성필과 김중술(1997)이 우리나라 말로 번역하여 타당화한 한국판 BAI를 사용하였다. 본 연구에서의 내적 일치도는 .93이었다.

Beck의 우울 척도(Beck Depression Inventory; BDI)

우울 증상의 수준을 평가하기 위해 Beck, Ward, Mendelson, Mock와 Erbaugh(1961)에 의해 개발된 척도로서, 우울증의 정서적, 인지적, 동기적, 생리적 증상 영역이 포함된 자기보고검사이다. 총 21문항으로, 0점에서 3점까지 평정하도록 구성되어있다. 이영호와 송종용(1991)이 번안하여 타당화한 한국판 BDI를 사용하였으며, 본 연구에서의 내적 일치도는 .88이었다.

자료 분석

자료 분석은 SPSS 13.0을 사용하였으며, 요인 분석 결과를 토대로 하여 신뢰도를 살펴보았다. 이후 타당도를 검증하기 위해, K-ASC와 함께 작성된 불안 및 우울, 사회 공포 관련 증상 척도와 상관을 살펴보았다.

결과 및 논의

신뢰도

K-ASC의 신뢰도를 평가하기 위해서 교정된 문항-총점 계수와 Cronbach α계수를 산출하였고, 검사-재검사 신뢰도도 살펴보았다.

K-ASC의 교정된 문항-전체 상관을 살펴보면, 전체집단 .50-.78, 대학생 정상집단 .44-.79, 사회공포증 환자집단 .45-.75로 상당히 높게 나타났다. Cronbach α계수의 경우, 전체집단 .95, 대학생 정상집단 .94, 사회공포증 환자집단 .94로 상당히 높았다. 요인별 하위 요인을 구성해보았을 때 요인 1은 전체집단 .95, 대학생 정상집단 .95, 사회공포증 환자집단 .94로 매우 높았다. 요인 2는 전체집단 .86, 대학생 정상집단 .83, 사회공포증 환집단 .80으로 요인 1에 비해 상대적으로는 낮지만, 여전히 높은 수준을 보였다. 결과적으로 K-ASC는 전체뿐만 아니라 하위 요인도 높은 내적 일치도를 나타냈다.

검사-재검사 신뢰도의 경우 r=.76 (p< .001)으로 높은 상관이 나타났다. 이는 심리측정적

www.kci.go.kr

인 측면에서 K-ASC가 시간 경과에 따라 비교적 안정적으로 유지됨을 보여주는 것이다.

타당도

K-ASC와 다른 측정 도구간의 상관관계를 알아보기 위해 척도들 간의 피어슨 상관계수를 구하였다.

표 4에서 볼 수 있듯, 불안 관련 척도인 SPS, SADS Ⅲ, FQ-sp, BAI와의 수렴 타당도를 살펴보면, 총점 상관은 r=.52-60(p<.001), 요인 1과의 상관은 r=.47-55(p<..001), 요인 2와의 상관은 r=.34-56 (p<..001)으로 모두 유의미하였다. 반면, 우울을 측정하는 BDI와 변별 타당도를 살펴보면, K-ASC 총점과 요인 1은 각각 r=.33(p<.01), r=.34(p<..001)로 유의미하지만 불안 및 사회공포 관련 척도들에 비해 감소한 수치이고, 요인 2는 r=.20(p>.05)로 유의미한 상관을 보이지 못하였다.

이를 종합해보면, K-ASC는 불안 및 사회 공포와 관련되는 척도와 높은 수준의 상관을 보인 반면, 우울척도에서는 상관을 보이지 못하거나 불안 및 사회 공포와 관련되는 척도보다 미약한 상관을 나타냈다. 여기서 K-ASC가 우울 척도와 확연하게 변별되지 못하는 이유는 우울과 불안간의 공병가능성이 높다는 점 외에도, 환자 표본이 정신 병리적 어려움으로 정신과에 내원한 환자라는 점과, 요인 1이 외부에 대한 부정적 평가에 대한 걱정이나 두려움이라는 점에서 우울의 인지적 특성과도 상당 부분 겹쳐진다는 점을 들 수 있다. 하지만 모든 결과를 종합해 봤을 때, K-ASC는 불안 및 사회 공포와 관련된 특성을 측정하는데 타당하고 신뢰로운 도구라고 말할 수 있다.

연구 3

K-ASC의 임상적 유용성을 알아보기 위해 사회공포증 환자집단의 K-ASC 총점과 하위 요인별 점수를 다른 임상집단의 점수들과 비교하였다. 그리고 K-ASC가 임상적으로 활용될 수 있도록 하기 위해 분할점 또한 알아보았다.

방 법

연구대상

사회공포증 환자집단과 다른 임상집단 간의

표 4. K-ASC-사회공포증군의 총점 및 그 하위 요인와 다른 측정 도구간의 상관관계

측정 도구	SPS	SADSⅢ	BAI	FQ-sp	BDI
ASC 총점	.52***	.54***	.60***	.54***	.33**
ASC 요인 1	.52***	.57***	.55***	.47***	.34***
ASC 요인 2	.39***	.34***	.53***	.56***	.20

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

주. BAI = 한국판 Beck의 불안척도 SPS=한국판 사회적 공포척도
FQ-sp = 공포 질문지-사회공포증 하위척도 BDI=한국판 Beck 우울

www.kci.go.kr

K-ASC 점수를 살펴보기 위해서, 사회공포증 환자집단과 동일한 절차로 진단되고 선별된 기분장애 환자 44명과, 공황 장애 및 일반화된 불안장애, 또는 강박장애 환자 등 사회공포증을 제외한 불안장애 환자 44명이 추가되었다. 대상을 선별하는 과정에서 공병이 의심되거나 이전에 다른 정신과적 진단을 받았던 개인력이 있는 환자는 연구에서 제외되었다. 이와 더불어, 대학생 정상집단과 사회공포증 환자집단의 K-ASC 점수를 비교하고 분할점을 탐색하기 위해 연구 1에서 선별되었던 대학생 정상집단 182명과, 사회공포증 환자집단 101명이 그대로 사용되었다.

자료분석

집단 간의 명확한 비교를 위해, 합계 점수보다는 이를 문항수로 나눈 평균점수를 사용하였다. 왜냐하면 K-ASC는 한 문항이 0-100점까지 10점 단위로 책정되기에, 총점이 최소 0점에서 최대 2000점까지 넓은 범위로 매겨진다. 또한 총점은 집단과 상관없이 동일하게 20문항을 합산하면 되지만, 요인 2의 경우 정상집단과 사회공포증 집단 간의 문항수가 달라 합계점수를 사용할 경우 일정한 비교가 어렵다. 그러므로 본 연구에서는 모든 집단은 동일하게 점수 합계에 각각의 문항 수를 나누는 평균점수를 사용하였다. 이렇게 구해진 평균 점수를 토대로 분할점 점수를 산출하였는데, 이러한 모든 과정은 SPSS 13.0을 통해 이뤄졌다.

결과 및 논의

사회공포증, 대학생, 다른 임상장애 집단간 비교

K-ASC의 임상적 유용성을 알아보기 위해, 우선 대학생 정상집단과 사회공포증 환자집단의 점수를 비교해 보았다.

표 5를 보면, 사회 공포증 환자 집단이 대학생 정상집단에 비해 총점에서 유의미한 상승을 나타냈다, t=7.35, df=281, p< .001. 하위 요인을 보더라도, 요인 1과, t=5.02, df=281, p< .001, 요인 2, t=11.14, df=281, p< .001, 모두 대학생 정상집단에 비해 사회공포증 환자집단에서 유의미한 상승을 나타냈다.

두 번째로, K-ASC를 통해 진단적 변별이 가능한지 알아보기 위해, 사회공포증 환자집단과 다른 임상집단, 즉 기분장애 환자집단, 사

표 5. 사회공포증 환자집단과 대학생 정상집단 간의 K-ASC 총점 및 하위 요인 점수의 차이

	평균(표준편차)		t
	대학생 정상집단(n=181)	사회공포증 환자집단(n=101)	
ASC 총점	34.74(17.74)	52.00(20.91)	7.35***
요인1	34.58(21.13)	48.32(23.79)	5.02***
요인2	35.11(16.80)	60.76(21.38)	11.14***

***p< .001

주. 요인 1 :부정적 평가 및 거절에 대한 걱정, 요인 2 :신체적 증상에 대한 걱정

www.kci.go.kr

표 6. 사회공포증 환자집단과 다른 임상 집단 간의 K-ASC 총점 및 그 하위 요인

측정 도구	평균(표준편차)			*F*	사후 검증 (Scheffe 검증)
	사회공포증 환자집단 (n=101)	사회공포증을 제외한 불안장애집단 (n=44)	기분장애 집단 (n=44)		
ASC 총점	52.00(20.91)	33.49(23.47)	41.74(19.41)	12.49***	sp>other=mood
1요인	48.32(23.79)	33.43(25.82)	40.23(23.62)	6.15**	sp=mood>other
2요인	60.76(21.38)	34.02(22.38)	45.01(17.14)	27.79***	sp>other=mood

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

주1. sp=사회공포증 환자집단, other=사회공포증을 제외한 불안장애 환자집단, mood=기분장애 환자집단

주2. '>'표시는 .05의 수준에서 유의미함을 나타냄. '='표시는 집단 간의 차이가 유의미하지 않음을 나타냄.

회공포증을 제외한 다른 불안장애 환자집단 간의 점수를 살펴보았다. 구체적인 결과는 표 6에 제시되어 있다

분석 결과에 따르면, K-ASC 총점은 집단 간의 유의미한 차이가 나타났으며, $F(2,188)=12.49$, $p<.001$, Scheffe 검증을 이용한 사후검증 결과를 보더라도 사회공포증-기분장애 간의 차이와 사회공포증-사회공포증을 제외한 불안 장애 간의 차이 모두에서 유의미한 결과를 나타냈다. 요인 1의 경우 집단 간의 유의미한 차이를 보였다, $F(2,188)=96.15$, $p<.001$. 하지만 Scheffe 검증을 이용한 사후검증 결과, 사회공포증-사회공포증을 제외한 불안장애 간에는 그 차이가 분명했지만, 사회공포증-기분장애 간에는 통계적으로 유의미한 차이를 보이지 않았다. 요인 2에서는 집단 간의 차이가 상당히 유의미하였고, $F(2,188)=27.79$, $p<.001$, Scheffe 검증을 이용한 사후검증에서도 모두 유의미한 결과를 나타냈다.

종합해보면, K-ASC 총점과 요인 2는 사회공포증 환자집단과, 다른 임상장애 집단을 진단적으로 변별하는 것이 가능한 것으로 보인다. 요인 1의 경우에는 기분 장애 집단과의 변별이 뚜렷하게 나타나지 않았지만, 사회공포증을 제외한 다른 불안장애 집단과는 유의미한 차이가 나타났다.

K-ASC를 통한 사회공포증 분류

K-ASC가 사회 공포증을 진단하거나 사회공포증 연구에 적합한 피험자를 선별하는 등 임상적으로 활용되기 위해서는 분할점에 대한 연구가 이뤄질 필요가 있다.

선행 연구들을 살펴보면, 이정윤, 최정훈(1997)은 비환자 집단의 평균에서 1 표준편차 떨어진 점수를 분할점으로 제시하였다. 이와 동일하게 이영호, 송종용(1991), 육성필과 김중술(1997), 유은승, 안창일, 박기환(2007)의 연구에서도 모두 동일한 방식으로 분할점을 설정하였다. 이에 본 연구에서도 동일한 방식으로 분할점을 설정하였는데, 그 결과 총점 평균은 34.74점($SD=17.74$), 요인 1의 평균은 34.58점($SD=21.13$), 요인 2의 평균은 35.11점($SD=16.80$)이었으며, 이에 분할점은 각각 53점, 56

www.kci.go.kr

표 7. K-ASC 점수분포 및 분할점(cut-off score)

	1표준편차 미만	평균 이상 -1표준편차 미만	1표준편차 이상(cut-off score)
ASC 총점	16 (6/5.9)	35-52 (29 / 28.7)	53 이상 (52 / 51.5)
		(81 / 80.2)	
요인1	13 (7/6.9)	35-55 (31 / 30.7)	56 이상 (41 / 40.6)
		(72 / 71.3)	
요인2	18 (2/2.0)	36-51 (17 / 16.8)	52 이상 (71 / 70.3)
		(88 / 87.2)	
요인1 or 요인2	13 or 18[1] (0/0)	35-55 or 36-51[2] (24 / 23.8)	56이상 or 52이상[3] (77 / 76.2)
		(101 / 100)	

주1. 평균 점수 (명/%)

주2. [1] : 요인 1이 13이거나 요인 2가 18일 경우

[2] : 요인 1이 35-55사이에 포함되거나, 요인 2가 36-51사이에 포함될 경우

[3] : 요인 1이 56이상이거나 요인 2가 52이상일 경우

점, 52점이 되었다.

이를 사회공포증 환자집단에게 적용해본 결과, 총점은 사회공포증 환자집단의 51.5%(52명)가, 요인 1은 40.6%(41명)가, 요인 2는 70.3%(77명)가 분할점 이상의 점수를 나타냈다. 그리고 분할점 이상의 점수를 보인 것은 아니지만 대학생 정상집단의 평균 점수보다 높아 사회 불안이 높다고 볼 수 있는 사람들은 총점에서 80.2%(81명), 요인 1에서 71.3%(72명), 요인 2에서 87.2%(88명)로 나타났다. 마지막으로, 요인 1이나 요인 2 중 하나라도 분할점 이상의 점수를 나타내는 경우는 101명중 77명으로 76.2%의 높은 수치를 나타냈다.

이를 통해 K-ASC가 진단적으로 함의를 갖기 위해서는 총점의 분할점 뿐만 아니라, 하위 요인의 분할점도 고려해봐야 한다는 것을 알 수 있었다. 왜냐하면 K-ASC의 총점 분할점만을 기준으로하면 사회공포증 환자집단의 51.5%만이 선별되는데 그치던 것이, 하위요인 중 하나라도 분할점 이상이 되는 경우까지 살펴봤을 때는 진단률이 76.2%까지 상승하였기 때문이다. 그러므로 K-ASC를 통해 사회공포증을 진단하거나 사회공포증 연구에 적합한 피험자를 선별할 경우, 전체 총점뿐만 아니라 요인들의 점수도 함께 고려해야할 것으로 보인다.

www.kci.go.kr

종합 논의

본 연구에서는 사회공포증 환자에게 사용할 수 있는 새로운 인지적 평가 측정도구인 사회적 걱정 질문지(The Appraisal of Social Concerns: ASC)를 우리말로 번안한 K-ASC를 제작한 후, 이에 따른 요인구조를 확인하고, 신뢰도와 타당도를 검증하였으며, 임상적 효용성에 대해서도 살펴보았다.

첫째로, 대학생 정상집단과 사회공포증 환자집단에게 K-ASC를 나누어 실시하게 한 후 그 자료를 요인 분석하였다. 그 결과, 모든 집단에서 이요인구조가 나타났고, 비슷한 수준의 높은 설명량을 보여주었다. 요인별로 보면, 요인 1은 '부정적 평가 및 거절에 대한 걱정'으로서, 모든 집단에서 동일하게 총 13문항이 나타났다. 요인 2는 '신체적 증상에 대한 걱정'으로, 대학생 정상집단에서 7문항이, 사회공포증 환자집단에서는 문항 7번이 제외되어 6문항이 선정되었다. 이는 외국의 선행 연구인 Schultz 등(2006)의 연구와 Telch 등(2004)의 연구와도 상당히 흡사하다고 보여지는 바, 타당한 분류로 볼 수 있다.

K-ASC의 두 가지 요인은 사회 공포증 환자의 인지적인 특성을 반영한다. 우선 요인 1은 타인에게 부정적 평가를 받거나 거절될지도 모른다는 두려움을 평가하는 문항으로 구성되어 있다. 실제로 사회 공포증 환자들은 자신이 타인에게 부정적으로 평가되거나 해석될 것이라는 인지적 편향을 가지고 있다. 이들은 실제로 자신이 가진 유능성 정도와 상관없이 스스로의 수행에 대해 과소평가하는 경향성이 강하고(Stopa & Clark, 1993), 부족한 자신이 타인으로부터 좋은 인상을 주지 못하고 거절될 것이라는 믿음을 갖기 쉽다(Rapee & Lim, 1992). 사회공포증 환자의 이러한 인지적 특성은 요인 1에 잘 반영되어 있다고 본다.

사회적 불안을 가지 사람들은 자신의 불안이 다른 사람들에게 보여지는 것에 대해 두려움을 가지고 있다(Nichols, 1974). 이에 지속적인 자기 모니터링이나 외부로 비춰지는 자신의 모습을 지속적으로 확인하게 된다. 사회공포증 환자들은 타인에 의해 주시되는 상황에서 긴장도가 증가되면서 손떨기나 말더듬, 홍조 등과 같은 불안관련 신체 증상을 나타내기 쉬우며, 이로 인해 내적 불안이 더욱 증폭되기도 한다. 어떠한 측면에서는 이들의 염려는 정당한 것이기도 하다. 하지만 사회공포증 환자들이 보고하는 신체적 증상에 대한 염려는 실제보다 더 부풀려져있거나 과대 추정되어 있는 것으로 적절한 믿음이라 보기 어렵다(Alden & Wallace, 1995). K-ASC의 요인 2의 경우 이러한 측면을 측정하는 문항으로 구성된다고 볼 수 있으며, 여기서 높은 점수를 받을 경우 불안과 관련된 신체적 특성이 타인에게 부정적 자기평가를 내릴 것이라는 그릇된 믿음을 갖고 있다고 해석할 수 있다.

둘째로, K-ASC의 신뢰도와 타당도를 살펴보았다. 신뢰도의 경우, Cronbach α계수와 문항-총점 계수, 검사-재검사를 통해 평가하였는데, 총점 및 하위 요인 모두에서 내적 합치도가 우수하였다. 특히 Cronbach α계수는 Schultz 등(2006)과 Telch 등(2004)이 보고한 수치보다 높았다. 수렴 및 변별 타당도의 경우, 불안 및 사회 공포 관련 증상을 측정하는 타 척도들과 K-ASC는 높은 상관을 나타냈다. 우울과 관련해서는 K-ASC의 총점과 요인 1에서 유의미한 상관을 나타냈으나 불안척도들에 비해서는 약한 상관이었고, 요인 2와는 유의미한 상관을 보이지 않았다.

www.kci.go.kr

셋째, 임상적 유용성과 관련지어 사회공포증 환자집단의 K-ASC 점수를 대학생 정상집단 및 다른 임상집단 점수와 비교해 보았다. 그 결과, K-ASC의 점수들은 대학생 정상집단이나 사회공포증을 제외한 다른 불안장애 집단에 비해 사회공포증 집단에서 상당히 높게 나타났다. 기분장애 집단의 경우, 요인 1에서는 사회공포증 환자집단과 유의미한 차이를 보이지 못했지만, 총점 및 요인 2에서는 유의미한 상승을 나타냈다. 이를 통해 K-ASC가 정상집단 뿐만 아니라 사회공포증을 제외한 다른 불안장애나 기분장애와 같은 임상집단과도 진단적 변별이 가능할 수 있음이 밝혀졌다.

여기서 연구 2와 연구 3을 살펴보면, K-ASC가 사회적 불안과만 관련이 있는 것이 아니라 우울 증상과도 관련되어 있다는 결과를 볼 수 있다. 다시 말해서 K-ASC의 총점과 요인 1은 불안뿐만 아니라 우울과도 유의미한 상관을 보였고, 요인 1의 평균점수는 사회공포증 환자와 기분장애 환자를 변별해내지 못하였다. 이는 K-ASC 척도 자체의 문제라기보다는 사회공포증 환자에게서 보이는 특성 때문에 도출된 결과로 여겨진다. Stein, McQuaid, Laffaye와 McCahhill(1999)은 사회공포증 환자의 58%가 주요우울장애를 함께 가지고 있다고 하였고, Ledley 등(2005)도 우울증을 넓은 범위에서 생각해본다면 사회공포증 환자의 대다수가 가벼운 혹은 중등도의 우울증을 가지고 있다고 주장하였다. 사회 공포증과 우울간의 관련성은 실제 치료에서도 중요한 요인으로 나타나는데, 예를 들어 우울이 공병하지 않은 사회공포증 환자는 우울이 공병하고 있는 사회 공포증 환자에 비해 치료적 효과도 좋고, 자살률도 적으며, 사회 불안 증상도 더 쉽게 변하고, 치료 도중에 그만두는 경우도 더 적다고 한다(Kessler et al., 2005; Ledley et al., 2005). 이러한 특성 외에도 요인 1이 우울한 개인의 인지적 특성과 맞물린다는 사실도 간과할 수 없다. 이에 K-ASC과 우울의 상관 및 관련 결과들은 충분히 납득할 수 있는 결과이다.

마지막으로 K-ASC의 임상적 유용성을 증대시키기 위해 분할점에 대해 살펴보았다. 그 결과 K-ASC의 총점 분할점은 53점으로 사회공포증 환자집단의 51.5%가 사회공포증 환자로 분류될 수 있었다. 이러한 비율은 사회공포증과 관련된 다른 척도의 선행 연구들과도 유사한데, 한국판 SADS의 총점을 분할점으로 적용한 경우 환자 집단의 50%가 분류되었고, K-LSAS는 56.3%를 분류하는 것으로 나타났다. 그러나 K-ASC의 경우 총점 분할점 뿐만 아니라 하위요인의 분할점까지 고려한다면 진단률은 더욱 높아질 수 있다. 실제로 요인 1과 요인 2 중 하나라도 분할점 이상의 문제를 보이는 경우 사회 공포증 진단률이 76.2%까지 증가되었다. 이러한 방법은 유은승 등(2007)의 K- LSAS 타당화 연구에서도 비슷하게 논의된 바 있다.

본 연구의 의의를 살펴보면 다음과 같다. 첫째, K-ASC의 타당화를 통해, 본 질문지가 불안 및 사회공포증을 측정하는데 상당히 신뢰롭고 타당함이 증명되었다. 특히 이전의 인지 평가 척도의 단점을 보완하여 빈도가 아닌 정도의 비율을 측정하도록 하였기에, 심리 측정적인 방식에서도 매우 적절한 것으로 판단된다. 둘째, K-ASC는 개발당시부터 사회 공포증 환자의 인지적 특성을 반영한 것이므로, 사회공포증 환자의 인지적 측면을 살펴보거나 치료효과를 알아보는 연구에 유용할 수 있다. 셋째, 분할점에 대한 연구는 연구 초기나 임상장면의 초기 면접시 사회 공포증 환자를 선

www.kci.go.kr

별해내거나 진단을 가늠할 때 활용도가 높으리라 여겨진다. 예를 들어, K-ASC의 민감도(sensitivity)는 51.5이고 특이도(specificity)는 79.61인데 비해, 육성필과 김중술(1997)에 근거하여 사회 공포증 집단에 대입한 BAI의 민감도는 37.5이고 특이도는 82.89로 나타났다. 이는 BAI에 비해 K-ASC가 사회공포증 환자를 사회공포증 환자라고 가려낼 수 있는 능력이 높다는 것을 말해준다. 넷째, 척도에서 다뤄진 하위 요인에 따른 분류는 치료적 측면에서 효과적으로 활용될 수 있겠다. 즉, 환자가 사회적 상황에 처할 경우, 어느 측면에 더 비중을 두고 걱정하거나 두려워하는지를 하위 요인 점수를 통해 고려할 수 있겠다. 즉, 요인 1이 높은 사회공포증 환자의 경우, 임상가는 환자의 타인의 부정적 평가나 거절에 대한 걱정 혹은 두려움을 교정하기 위해 사회적 상황에 노출하여 인지적 왜곡이나 편향을 교정하는 인지행동 치료를 고려해 볼 수 있다. 반면, 요인 2가 높은 환자의 경우, 타인에게 관찰되는 것에 대해 민감성이 높고, 신체 감각을 재앙적으로 지각하는 해석에 큰 비중을 두고 있다고 보여지기에, 약물 치료나 비디오를 통한 바이오피드백 훈련, 또는 사회적 상황에서 자기지각에 대한 목록표를 작성하게 하는 인지행동 치료를 고려해 볼 수 있겠다(Schultz et al., 2006).

연구의 제한점을 살펴보면, 우선 인구 통계학적인 측면에서의 문제를 들 수 있다. 대학생 정상집단은 높은 학력의 초기 성인기 연령 환자들만을 대상으로 하는 표집이기에, 정상집단을 대표한다고 보기는 힘들 수 있다. 또한 이러한 측면은 임상 장면에서 환자집단과 성별 및 나이에서도 차이가 나타날 수밖에 없다. 그리고 사회공포증의 증상의 특성상 성차는 존재할 수밖에 없다(Kessler et al.1994). 본 연구도 이러한 문제를 인지하면서도 현실적인 한계점으로 인해 그대로 진행하였다.

둘째, 사회공포증 환자를 선정하는 과정에서의 적합성 문제를 들 수 있다. 본 연구에서는 M.I.N.I-Plus를 통해 사회공포증이 진단되어 사회공포증 집단으로 구분되었지만, 불안관련 자기보고검사들에서는 현저하게 낮은 점수를 보인 사람들이 있었다. 예를 들어 사회공포증 환자가 대학생 정상집단의 평균점수보다 낮은 점수를 받은 경우가 21명이 있었고, 대학생 정상집단 평균점수의 1 표준편차 이하에 해당하는 하위 극단값을 보인 경우는 6명이 있었다. 하지만 자기보고검사 특성상 환자마다 주관적인 심적 불편감을 개인마다 다르게 반영할 수 있다는 점을 감안하여, 임의로 사회공포증 집단에서 제외시키지 않고 그대로 사용하였다. 다행히 이 환자들을 제외한 채 요인분석을 하여도 제외시키기 전과 차이가 없었고, 총점에서는 하위 극단값을 보였던 6명 모두, 요인 1 또는 요인 2에서 하위 극단값을 보이는 경우는 나타나지 않았다.

이러한 몇몇 제한점에도 불구하고, K-ASC는 사회공포증의 인지적 측면을 평가하는 신뢰롭고 타당한 도구라 할 수 있으며, 사회불안을 호소하는 개인들의 임상적 면담에 앞서 개인을 이해하고 평가하는데 정보를 제공하는 보조 자료로서 사용될 수 있으리라 여겨진다. 본 질문지가 사회 불안관련 진단이나 연구에서도 유용하게 쓰일 수 있으나 이 질문지만으로 이뤄져서는 안 되며, 최선은 개별 면담과 병행되어 실시되는 것이 바람직하다고 본다.

www.kci.go.kr

참고문헌

김정택, 신동균 (1978). STAI의 한국 표준화에 관한 연구. 신경정신의학, 26, 517-524.

김향숙 (2001). 사회공포증 하위 유형의 기억 편향. 서울대학교 일반대학원 석사학위청구논문.

박기환 (2007). 사회공포증 하위 유형에 따른 임상적 특징 및 치료효과 비교. 한국심리학회지: 임상, 26(1), 93-106.

박기환, 안창일 (2001). 사회공포증의 인지행동 집단치료 효과에 대한 연구. 한국심리학회지: 임상, 20(1), 1-18.

백용매(2001). 사회공포증 환자의 인지행동치료 사례. 한국동서정신과학학회 4, 129 -146.

유상우 (2001), 불안 장애의 최신지견과 M.I.N.I.의 소개. **GSK Satelite Symposium 자료집**, 제주도 롯데호텔.

유은승, 안창일, 박기환 (2007). 한국판 Liebowitz 사회불안척도(LSAS)의 요인구조 및 진단적 유용성: 대학생 정상집단과 사회공포증환자 집단을 중심으로. 한국심리학회지:임상, 26(1), 251 -270.

육성필, 김중술(1997), 한국판 Beck Anxiety Inven tory의 임상적 연구:환자군과 비환자군 비교. 한국심리학회지: 임상, 16(1), 185-197.

이시형 (1987). On social phobia. 서울의대 정신의학, 13, 125-171.

이시형, 김형태, 이성희 (1987). 사회공포증의 유형별 임사 고찰. 신경정신의학, 26, 517-524.

이영호, 송종용 (1991), BDI, SDS, MMPI D척도의 신뢰성 및 타당도에 대한 연구. 한국심리학회지: 임상, 12(2), 152-160.

이정윤, 최정훈(1997). 한국판 사회공포증 척도(K- SAD, K-FNE)의 신뢰도 및 타당도 연구. 한국심리학회지: 임상, 16, 251-264.

조용래 (1998). 역기능적 신념과 부적응적인 자동적 사고가 사회공포증상에 미치는 영향. 미발표 박사학위논문, 서울대학교.

조용래 (1999). 역기능적 신념과 사회공포증상 간의 관계에서 부적응적인 자동적 사고의 매개효과 검증: 구조방정식모델 접근법을 사용하여, 한국심리학회지: 임상, 18(1), 17-36.

조용래, 원호택, 표경식 (2000). 사회공포증에 대한 집단인지치료의 효과. 한국심리학회지: 임상, 19(2), 181-206.

Alden, L, E. & Wallace, S, T. (1995). Social phobia and social appraisal in successful and unsucessful social interraction. *Behavior Reasearch and Therapy, 33,* 497-506.

American Psychiatric Association, (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder(4th ed.)*. Washington, DC: Author (text revision).

Beck, A. T., Epstein. N., Brown. G., & Steer. R, A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometic properties, *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56(6)*, 893-897.

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M,, Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression, *Archives of General Psychiary*, *4*, 53-63.

Clark, D. K., & Wells, A. (1995). *A cognitive model of social phobia.* Hemberg R. G.,

www.kci.go.kr

Liebowitz M. R., Hope D. A., Schneider F. R., editors. Social Phobia: Dignosis, assessment, and treatment. New York: Guilford Press.

Clark, D. M., MCManus, F., (2002). Information processing in social phobia. *Biological Psychiatry 51;* 92-100.

Floyd, F. J., & Widaman, K. F. (1995). Factor analysis in the development and refinement of clinical assessment instruments. *Psycho logical Assessment, 7, 286-299.*

Foa, E. B., Franklin M, E., & Kozak, M, J. (2001). Social phobia: An information-processing persepective. In: Hofmann S. G., Dibartolo P. M., editors. Form social anxiety to social phobia: Multiple perspectives. Boston: *Allyn and Bacon.* p. 268-280.

Foa, E. B., Franklin M, E., Perry, K. J,, & Herbert, J, D. (1996). Cognitive biases in generalized social phobia. *Journal Abnormal Psychology 105:* 433-439.

Heimberg, R. G., & Juster, H, R. (1995). *Cognitive Biases anxiety: Affective and behavioral treatments: Literature review.* In Hemberg R. G., Liebowitz M. R., Hope D. A., Schneider F. R., editors. Social Phobia: Dignosis, assessment, and treatment. New York: Guilford Press. p 261-309.

Hofmann S, G. (2004). Cognitive mediation of treatment change in social phobia. J*ournal of Consulting and Clinical Psychology, 72,* 392-399.

Kessler, R. C., Berglund, R.,, Demler, D., Jin, R., Merikangas, K,, & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distri butions of DSM-Ⅳ disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry, 62,* 593-602.

Kessler, R, C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K., & Walter, E. E, (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12 -month DSM-Ⅳ disorders in the National Comorbidity Suvery Replication. *Archives of General Psychiatry, 62,* 617-627.

Kessler, R, C., McGonagle K, A., Zhao S, Nelson C, B., Hughes M, Eshleman S, Wittchen H, U., Kendler K, S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-Ⅲ-R psychiatric disorders in the United State. *Archives of General Psychiatry, 51*:8-19.

Ledley, D. R., Huppert, J. D., Foa, E. B., Davidson, J. R., Keefe, F. J. & Potts, N. S. (2005). Impact of depressive symptoms on the treatment of generalized social anxiety disorder. *Depression and Anxiety 22,* 161-167.

Lee, S. H,, & Oh, K. S. (1999). Offensive type of social phobia: Cross-culture perspectives. *International Medical Journal,* 6, 271-279.

Lucas, R. A., & Telch, M. J. (1993). *Group versus individual treatment of social phobia*. Paper presented at the annual meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, Atlanta, GA.

Marks, I. M. (1969). *Fear and Phobias.* New York: Academic Press.

Marks, I. M., & Mathews, A. M.(1797). Brief standard self-rating for phobic patients. *Behavior Research and Therapy, 17,* 263-267.

Mattick, R. P., & Clarke, J. C. (1998).

www.kci.go.kr

Development and Validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behavior Ressarch and Therapy, 36*, 455 -470.

Mattick, R. P., & Peters, L. (1998). Teatment of severe social phobia: Effects of guided exposure with and witbhout cognitive restructuring. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56,* 251-260.

Melchior, L, A., & Cheek, J, M. (1990). Shyness and anxiousness self-preoccupation during a social interaction. *Journal of Social Behavior and Personality, 5,* 117-130.

McMauns, F., Clark, D. M., & Hackmann, A. (2000). Specificity of cognitive biases in social phobia and their role in recovery. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 28,* 201-209.

Narrow, W, E., Rae, D. S., Robins, L. N., & Regier, D. A. (2002). Revised prevalence based estimates of mental disorders the United State: Using a significance criterion to reconcile 2 survey' estimates. *Archives of General Psychiatry, 59,* 115-123.

Nichols, K. A. (1974). Sever social anxiety. British *Journal of Medical Psychology. 74.* 301 -306.

Poulton, R. G., & Andrew, G. (1994). Appraisal of danger and promixity in social phobics. *Be haviour Research and Therapy, 32,* 639-642.

Rapee, R. M., & Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anciety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy, 35,* 741-756.

Rapee, R. M., & Lim, L. (1992). Discrepancy between self and observer rating of performance in social phobics. *Journal of Abnormal Psychology, 101,* 727-731.

Schultz L. T., Heimberg R. G., Rodebaugh T. L., Schneier F. R., Liebowitz M. R., & Telch D. J. (2006), The appraisal of social concerns: Psychonmetirc Validation with a clinical of oatients with social anxiety disorder. *Behavior Therapy 37.* 392-405.

Sheehan, D.V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Janavs, J., Weiller, E., Keskiner, A., Schinka, J., Knapp, E., Sheehan, M.F., & Dunbar. G.C. (1997). The Validity of Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to SCID-P and its reliability. *European Journal of Psychiatry, 12* 232-241.

Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Janavs, J., Weiller, E., Keskiner, A., Schinka, J., Knapp, E., Sheehan, M. F., & Dunbar. G. C. (1998). The Mini-International Neuropsy chiatric Interview (MINI) The development and vaildation of a structured diagnostic Psychiatric interview for DSM-Ⅳ and ICD-10. *The Journal of Clinical Psychiatry, 59(suppl 20)*, 22-57.

Stein, M. B., McQuaid J. R., Laffaye, C, McCahhill, M. E, (1999). Social phobia in the primary care medical setting. *Journal Family Practice 48*: 514-519.

Stopa, L., & Clark,, D, M. (1993). Cognitive process in social phobia. *Behavior Research and Therapy, 31,* 255-267.

Taylor, S. (1996). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatment for social phobia.

www.kci.go.kr

Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry 27:1-9.

Telch, M. J., Lucas, R. A., Smits, J. A. J., Powers, M. B., Heimberg, F. G., & Hart, T. (2004), Appraisal of social concerns: A cognitive assessment instrument for social phobia. *Depression and Anxiety, 19,* 217-224.

Tumer, S. M., Beidel, D. C., Dancu, C. V., & Keys, D. J. (1986). Psychopathology of social phobia and comparison to avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 95,* 389-394.

Watson, D. & Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 33*, 448-457.

원고접수일 : 2007. 8. 21.
게재결정일 : 2007. 12. 13.

www.kci.go.kr

한국심리학회지 : 임상
The Korean Journal of Clinical Psychology
2008, Vol. 27, No. 1, 253-275

Validation and Clinical Efficacy of the Korean Appraisal of Social Concerns: with undergraduates and patients social phobia

Lee Joo-young **Lee Jung Ae** **Oh Kang Seob**

Kang Buk Samsung Hospital

The Appraisal of Social Concern(ASC) Scale is a self-report measure of social anxiety-related cognition, especially for social phobias. the goal of this study was to validate the Korean Version the Appraisal of Social Concern(K-ASC) and to demonstrate its clinical efficacy. In study 1, the results of an exploratory factor analysis in a sample of undergraduates(n=182) and patients with social phobias(n=101) yielded 2 factor structure. The factors tapping is (1) concerns with negative evaluation and rejection, and (2) concerns with physical symptoms. The subscale scores were strongly correlated. In study 2, the K-ASC was found to have good internal consistency and test-retest reliability. In addition, the construct validity of the K-ASC was comparable to that of well-established measures in use for social phobia. In study 3, the clinical efficacy of the K-ASC was validated. The scores of the K-ASC in persons with social phobias were significantly higher than the undergraduate normal controls and clinical samples. The specific cut-off scores for the total score and each subscale of the K-ASC would enhances the diagnostic utility for social phobias. Therefore the ASC was useful for the assessment of cognition and cognitive changes in patients with social phobia

Key words : ASC, K-ASC, Social Phobia, Validity, Reliability, Factors, Clinical efficiency, Cut-off score,

www.kci.go.kr

부록. 한국판 사회적 걱정에 대한 질문지(K-ASC)

♣ 다음은 **사회적 상황에 처했을 때, 당신에게 일어날 수 있는 일**이라고 여겨지는 것들입니다. 주의 깊게 읽으신 후에, 당신이 이 같은 상황에 처했을 때 일어날 것이라 **'걱정되는 정도'**를 적어 주십시오(0에서 100사이에서, 10점 단위로 적어주세요).

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

전혀 걱정하지 않는다 — **조금 걱정한다** — **보통으로 걱정한다** — **매우 걱정한다** — **매우 많이 걱정한다**

문항	내 용	점수
1	떨린다	
2	바보같이 보이는 것 같다	
3	사람들이 나를 보고 웃는다	
4	얼굴이 붉어진다	
5	사람들이 나를 무시한다	
6	사람들이 나를 주목한다	
7	근육 등에 경련이 일어난다	
8	목이 쉬거나, 말을 더듬는 등 목소리가 달라진다	
9	무능력해 보인다	
10	우왕좌왕한다	
11	소리 지르거나 뛰쳐나가는 등 통제력을 잃을 것 같다	
12	적절하게 행동하지 않는다	
13	긴장 된다	
14	이상해 보이는 것 같다	
15	사람들이 나를 조롱한다	
16	아무런 생각도 할 수가 없다	
17	추해 보인다	
18	약해 보인다	
19	사람들이 나를 거부한다	
20	땀을 흘린다	

www.kci.go.kr