한국심리학회지 : 임상
The Korean Journal of Clinical Psychology
2010, Vol. 29, No. 1, 259-284

사회 공포증 하위 유형 분류에서의 대인관계 문제적 접근: 임상 특징 및 치료 효과를 중심으로*

윤 혜 영 권 정 혜†
고려대학교 심리학과

본 연구에서는 DSM-IV에 근거한 사회 공포증의 하위 유형 구분인 일반화 유형과 비일반화 유형이 증상 심각도의 양적 차이만을 반영할 수 있다고 보아, 사회 공포증 내담자에게서 나타나는 질적 차이를 대인관계 유형을 통해 살펴보고자 하였다. 이를 위하여 사회 공포증 내담자들의 이질적인 대인관계 특성에 근거하여 질적으로 구분되는 하위 유형을 분류한 후, 이러한 분류가 DSM-IV의 하위 유형과 구별되는 부가적 정보를 제공하는지 알아보았다. 구조화된 면접을 통해 사회 공포증으로 진단받고 8주간의 사회 공포증 인지 행동 치료를 받은 74명을 대상으로 한국판 대인관계 문제 검사(KIIP) 자료를 수집하였다. Leary(1957)가 제안한 대인관계 원형 모델에 입각하여 KIIP의 편차 점수를 군집 분석한 후 내담자 집단을 '지배형-통제/ 자기중심성 유형(n=14)', '굴종형-비주장/ 사회적 억제 유형(n=60)'으로 구분하였으며, 두 집단의 임상적 특성과 치료 반응성을 비교하였다. 이를 위해 자기보고식 척도로는 사회적 회피 및 불편감 척도(SADS), 부정적 평가에 대한 두려움 척도(B-FNE), 사회적 상호 작용 불안 척도(SIAS), 사회 공포증 척도(SPS)를 이용하였으며, 보다 객관적인 평가를 위해서 치료 전후의 즉흥 연설 시간과 주관적 불편감 점수, 임상가의 전반적 인상 평가(CGI)를 측정하였다. DSM-IV 진단적 정의에 근거해서 사회 공포증 하위 유형을 분류했을 때, 일반형 집단(GSP)의 대인관계 문제나 증상 심각도가 더욱 심각한 것으로 나타났다. 대인관계 문제를 근거로 사회 공포증의 하위 유형을 군집 분석했을 때, 지배형과 굴종형 집단의 전반적인 임상적인 특성에서는 뚜렷한 차이가 관찰되지 않았으며, 8회기 동안의 인지 행동 치료에도 대부분 동등한 수준의 효과를 거두는 것으로 나타났다. 그러나 굴종형 집단에 비해 지배형 집단의 경우 사회적 상황에 대한 회피 수준이 인지 치료를 통해 더 유의하게 감소하는 것으로 나타났다. 대인관계 문제 유형에 근거한 하위 유형 구분의 의의와 한계에 대해서 논의하였다.

주요어 : 사회 공포증 하위 유형, 대인관계 문제, 임상 특징, 치료 반응

---

* 이 논문은 2009년도 정부(교육과학기술부)의 재원으로 한국과학재단의 지원을 받아 수행된 연구임(No. R01-2009-000-11782-0).

† 교신저자(Corresponding Author) : 권정혜 / 고려대학교 심리학과 / (136-701) 서울시 안암동 5가 1번지
Tel : 02-3290-2067 / Fax : 02-3290-2662 / E-mail : junghye@korea.ac.kr

www.kci.go.kr

서 론

사회적 수행과 사회적 상황에 대한 두려움은 역사적으로 아주 오래 전부터 기록되고 언급되어 왔다. 그러나 오늘날 우리에게 알려져 있는 사회 공포증의 정의는 1966년 Marks와 Gelder가 특정 과제를 하는 동안 다른 사람들이 자신을 지켜보는 상황에서 매우 불안해하는 사람의 상태에 대해 기술하면서 알려지기 시작하였다. DSM-III(American Psychiatric Association, 1980)에 사회 공포증의 개념이 처음 소개된 후, DSM-III-R로 변경되는 과정에서 대부분의 사회적 상황을 두려워하는 일반형(generalized type)이 추가되었으며(APA, 1987), 이러한 하위 유형의 구분이 DSM-IV 및 DSM-IV-TR까지 유지되어 왔다(APA, 1994; APA, 2000).

DSM-IV에 따르면 사회 공포증의 일반화 유형이란 그 사람의 두려움이 대부분의 사회적 상황과 관련되어 있을 경우 사용되어야 한다. 그러나 DSM-IV에서는 일반화 하위 유형을 구성하는 사회적 상황의 개수나 특성에 대해 명확하게 정의하지 않아서 하위 유형을 구분하는데 있어서 연구자마다 각기 다른 조작적 정의를 발달시켜 왔으며, 이로 인해 경험적 연구들 사이의 직접적 비교가 어려워졌다(Hoffmann, Heinrichs, & Moscovitch, 2004). 어떤 연구자들은(e.g. Heimberg, Holt, Schneier, Spitzer, & Liebowitz, 1993; Heimberg, Hope, Dodge, & Becker, 1990; Hofmann & Roth, 1996) "대부분의 상황"을 양적인 차원으로 해석해서 두려워하는 사회적 상황의 개수가 많은 집단을 일반화 유형으로 정의하였으나, 또 다른 연구자들(e.g. Stemberger, Turner, Beidel, & Calhoun., 1995; Turner, Beidel, & Townsley, 1992)은 "대부분의 상황"을 질적인 차원으로 해석하여 두려워하는 사회적 상황의 유형에 근거하여 일반화 유형을 구분하려 하였다. 이로 인해 일반화 유형과 대비되는 집단 역시 비일반화(nongeneralized) 유형이란 용어를 비롯해서, 제한된(limited, discrete, circumscribed) 유형 혹은 특정(specific) 유형과 같이 연구자마다 각기 다른 방식으로 정의 내려져 왔다.

조작적 정의의 차이가 있음에도 불구하고, 사회 공포증의 일반화 유형(GSP-generalized social phobia)과 그렇지 않은 집단(NSP-nongeneralized social phobia, 이하 비일반화 유형으로 명명)의 특성에 대해서 다양한 연구가 존재한다. 일반화 유형의 임상 특성에 대한 연구에서, 일반화 유형은 비일반화 유형에 비해 광범위한 사회 불안 측정 도구에서 더 높은 점수를 받는다고 보고되고 있다(Brown, Heimberg, & Juster, 1995; Heimberg et al., 1993; Heimberg et al., 1990; Herbert, Hope, & Bellack, 1992; Hofmann, Newman, Ehlers, & Roth, 1995; Turner et al., 1992). 사회 공포증의 임상적 특성과 표현형에 대해 개관한 Hoffman 등(2004)의 연구에 따르면, 일반화 유형의 교육 수준이 더 낮고, 직업이 없는 경우가 많으며, 전반적인 기능이 손상된 경우가 많았다. 특히 흥미로운 것은 실질적인 노출 과정에서의 신경 생리학적 반응인데, 일반화 유형은 실질적인 발표 과정에서 비일반화 유형에 비해 주관적으로 경험하는 불안 수준은 더 높지만, 발표 상황에서의 심장 박동 수는 오히려 더 낮았으며, 이는 범불안장애와 같이 만성적인 불안을 경험하는 환자들의 생리적 반응 패턴과 유사하다고 보고되고 있다. 일반화 유형의 치료가 더 어렵다는 연구가 존재하기도 하지만(Feske, Perry, Chambless, Renneberg, & Goldstein, 1996; Hope,

www.kci.go.kr

Herbert, & White, 1995), 일반화 유형이 낮은 치료 반응성의 예측 인자가 되는지에 대한 연구에서는 아직도 일관된 결과가 나타나지 않고 있다(Brown et al., 1995: Gorman, Liebowitz, Fyer, Campeas, & Klein, 1985; Liebowitz, Schneier, Campeas, Hollander, Hatterer, Fyer, Gorman, Papp, Davies, Gully, & Klein, 1992; Turner et al., 1992).

국내에서도 박기환(2001, 2007)이 사회적 상황의 질적 구분을 통해서 일반화 유형과 비일반화 유형을 구분하고, 임상적 특성 및 치료 반응성을 파악한 바 있다. 그 결과에 따르면, 일반화 유형은 비일반화 유형에 비해 연령이 더 어리고, 교육 연한이 더 짧았으며, 유병 기간도 더 짧았다. 일반화 유형이 치료 전에는 전반적인 증상이 더 심하였으나, 치료를 통해 두 집단 모두 유사한 수준의 향상을 보인 것으로 보고되고 있다.

이전 연구 결과들을 고려했을 때, 사회 공포증의 일반화 유형과 비일반화 유형은 서로 질적으로 다른 집단이라기보다는, 증상 심각도가 좀 더 심하거나 장애가 좀 더 만연된 수준을 말해줄 뿐이라는 비판이 제기되고 있다(Kachin, Newman, & Pincus, 2001). 이들은 현재의 진단 준거가 명확하지 않으며 하위 집단 분류가 질적 차이보다는 양적 차이에 기반하고 있다는 점을 지적하면서, DSM-IV의 하위 유형 구분이 일상적으로 행해지는 임상 평가 이외의 정보를 제공하지 못한다고 비판하였다. 이들은 전통적으로 사용되어 왔던 DSM-IV에 따른 하위 유형 구분과 달리 대인 관계적 특성에 기반한 하위 유형 구분을 통해 질적으로 다른 하위 유형을 구분하고자 하였다. 즉 사람들과의 상호 작용에서 경험하는 불편감의 유형을 구분하고, 문제를 유발하는 대인관계 특성에 따라 사회 공포증의 하위 유형을 구분하는 것이다.

이러한 하위 유형의 구분은, 대인관계 특성이 정신 병리에서 핵심적인 요소임에도 불구하고 일상적인 임상 평가에서 간과된 것은 아닌지에 대해 의문을 제기하는 여러 연구자들의 입장과도 일치한다(Widiger, Verheul, & van den Brink, 1999). 특히 Horowitz, Rosenberg, Baer, Ureño와 Villaseñor(1988)가 개발한 대인관계문제 척도(Inventory Interpersonal Problem-Circumplex, 이하 IIP-C)는 대인관계문제를 종합적으로 평가할 수 있는 척도로 널리 이용되고 있다. 이 척도는 대인관계 원형 모델에 대인관계 문제를 대응시켜 임상 집단의 관계 패턴에서 나타나는 역기능을 평가하는 도구로, 특정한 대인관계적 상황을 통해서 그 사람의 특징을 파악할 수 있다는 장점이 있다(Widiger & Hagemoser, 1997).

이러한 특성으로 인하여 임상 집단을 대상으로 IIP-C를 이용하여 다양한 연구가 진행되어 왔다. 범불안장애(Borkovec, Newman, Pincus, & Lytle, 2002)나 우울증(Alden & Bieling, 1996)의 대인 관계적 속성이 탐색되고 있을 뿐만 아니라 병적 완벽 주의(Slaney, Pincus, Uliazek, & Wang, 2006)나 범불안장애(Salzer, Pincus, Hoyer, Kreische, Leichsenring, & Leibing, 2008), 신경성 폭식증(Hopwood, Clarke, & Perez, 2007)에 대해서는 IIP-C의 구조적 요약 점수를 토대로 질적으로 구분되는 하위 유형을 도출하려는 시도도 존재한다. 한국에서도 박은영, 홍상황, 유연옥, 김영환(2001)의 연구나 정남운(2004)의 연구에서 대인관계 문제검사의 원형 배열적 속성이 검증된 바 있으며, 특히 박은영 등(2001)의 연구에 따르면 우울증 집단의 경우 냉담, 사회적 억제, 비주장성을 의미하는

www.kci.go.kr

분원에서 정상 집단에 비해 더 큰 어려움을 경험하고 있음이 확인되었다.

사회 공포증을 대상으로 IIP-C의 임상적 유용성을 파악한 연구는 그리 많지 않다. Alden과 Phillips(1990)의 연구나 Krupnick, Goldberg, Weinfurt 및 Spertus(1995)의 연구에서 IIP-C를 이용하여 사회 불안이 높은 집단의 대인관계 문제의 특성을 비교하였으며, 사회 불안이 높은 사람들은 통제 집단에 비해 대인관계 상황에서 비주장성과 사회적 회피로 인한 어려움을 경험하고 있다는 사실을 밝힌 바 있다. Stangier, Esser, Leber, Risch와 Heidenreich(2006)의 연구에서는 정상 통제 집단과 우울증 집단, 사회 공포증 집단의 대인관계 특성을 비교하였다. 사회 공포증 집단이 우울증 집단에 비해, 비주장성과 같은 통제/지배 차원의 영역에서도 문제가 많지만, 친애 차원의 영역에서도 돌봄이나 배려가 부족하고 더 냉담한 특성이 관찰된다고 보고하였으며, 이러한 특성을 고려했을 때 사회 공포증 치료가 우울증 치료에 비해 치료 과정에서 더 다양한 대인관계 문제 영역을 다룰 필요가 있다는 점을 언급하였다. 즉 대인관계 문제 척도를 이용하여 사회 공포증 환자들의 특성을 검토하였을 때, 통제 차원에서 비주장성이 높은 특징을 보이고 있으며, 친애 차원에서는 냉담한 특성을 보이고 있는 것으로 여겨진다.

사회 공포증이나 회피성 성격장애 환자들을 대인관계 특성에 따라 하위 유형으로 분류한 연구들도 그리 많지 않다. Alden과 Capreol(1993)는 DSM-III-R로 진단된 회피성 성격 장애의 대인관계 문제가 치료 반응을 예측하는 수준에 대해 연구하면서, 회피성 성격 장애 집단을 IIP-C를 통해 군집 분석하고 온정적이고 우호적인 영역에 분포하고 있는 집단과 냉담하고 적대적인 영역에 분포하는 집단의 치료 형태 효과에 대해 분석하였다. '냉담'과 관련된 대인관계 문제를 경험하는 집단은 점진적 노출 치료에서만 효과적이었으나, '온정'과 관련된 대인관계 문제를 경험하는 집단은 점진적 노출 치료, 사회 기술 훈련, 친밀감과 친근한 관계를 발달시키는 훈련에 모두 효과를 보였다.

이후 Kachin 등(2001)은 사회 공포증 환자들을 대상으로 대인 관계적 속성을 기반으로 최초의 집단 구분을 시도하였다. 이들은 Alden과 Capreol(1993)의 집단 구분과는 달리 Gurtman(1996)이 개발한 구조적 요약 점수인 각의 변위(angular displacement), 넓이(amplitude), 위치(central tendency), 적합도(homogeneity)로 IIP-C 정보를 표현하여 군집을 분류하는, 보다 과학적인 방법을 시도하였다. 이 과정을 통해 사회 공포증의 하위 유형을 1) 과도하게 복종적(submissive)인 '굴종형' 집단과 2) 과도하게 불신/적대적인(mistrust/hostile) '지배형' 집단으로 나누었다. 이를 통해 굴종형 집단과 지배형 집단 모두 사회 공포증의 증상이나 고통의 정도는 유사하지만, 고통을 경험하는 대인관계 반응 양상에 있어서 질적으로 구분되는 집단임을 파악할 수 있었다. 다만 이 연구에서 하위유형 시스템에 대한 상대적인 활용성이나 타당성에 대해 검증하거나, 이러한 하위 유형 구분이 치료에 어떤 시사점을 갖는지에 대해는 설명하지 못한 한계가 존재한다.

한국에서도 박서정(2006)이 대인관계문제에 따라 사회 공포증을 굴종형과 지배형 집단으로 분류하고 두 집단의 대인관계 문제 특성 및 언어적 피드백에 대한 반응 양상을 비교하였다. 이 두 집단은 사회적 억제라는 동일한 대인관계 문제 특성을 공유하고 있지만, 대인

www.kci.go.kr

관계에서의 문제를 경험하는 영역에서 차이가 있었다. 굴종형 집단은 비주장성을 주된 대인관계 문제로 보고하였으며, 지배형 집단은 자기중심성을 반영하는 통제/ 지배 및 과관여가 두드러진 대인관계 문제였다. 특히 지배형 집단은 사회적 상황에서 부정적 피드백을 받았을 경우, 이후에 이와 유사한 사회적 상황을 경험한다면 자신의 수행이 향상될 것이라고 예상하는 특성이 관찰되어, 이러한 집단 구분이 한국적 상황에서도 질적으로 유의미한 분류가 될 수 있음을 확인하였다.

본 연구에서는 한국형 대인관계 문제 척도(KIIP)를 이용하여 사회 공포증 집단의 개괄적인 대인 관계적 특성을 파악하고자 한다. 그 이후 Kachin 등(2001)이 제기했던 바와 같이 일반화 유형과 비일반화 유형이 질적으로 서로 다른 집단인지를 알아보기 위해 두 집단의 임상 특징과 치료 반응성을 비교할 것이다. 또한 KIIP-C를 이용하여 사회 공포증 내담자들의 대인관계 특성에 기초하여 질적으로 구분되는 하위 집단을 도출하는 것이 가능한지 검증하고자 한다. 이에 덧붙여 대인관계 특성에 기반한 하위 유형 분류가 사회 공포증의 인지행동 치료에 대한 치료 반응에 어떤 영향을 미치는지를 파악하고, 질적으로 구분되는 두 가지 하위 유형에 가장 적합한 치료적 접근의 가능성을 탐색해 보고자 한다.

본 연구의 연구 가설은 다음과 같다; (1) 사회 공포증 집단은 정상 집단에 비해 더 높은 대인관계 문제를 보고할 것이며, 특히 일반화 집단의 경우 낮은 통제 수준과 낮은 친애성을 보여, 비주장성과 냉담, 사회적 억제의 하위 분원에서 더 큰 어려움을 나타낼 것이다. (2) 일반화 유형은 비일반화 유형의 여러 증상이 좀 더 심화된 형태이며, 증상 심각도를 제외한 대인 관계적 측면이나 치료 반응성에서는 차이가 없을 것이다. (3) 대인관계 문제 유형에 기반하여 하위 유형을 분류하였을 때 '굴종형' 집단과 '지배형' 집단으로 구분될 것이다. (4) '굴종형' 집단과 '지배형' 집단은 유사한 임상 특성을 공유할 것이지만, 인지 행동 치료에 대한 각 하위 유형의 치료 반응성은 다를 것이다.

방 법

연구대상

사회 공포증 집단

2005년 9월부터 2009년 5월까지 서울 소재 K대학 사회공포증 센터에 사회불안을 호소하며 인지행동치료 집단 프로그램에 참여하고자 내방한 사람들을 대상으로 피험자를 모집하였다. 전체 면접 인원 105명중 진단 기준을 충족시켜 연구에 포함된 사람은 모두 74명이었으며 8주간의 사회공포증 인지 행동치료를 모두 완료한 사람은 59명이었다. 성격 장애가 동반되거나 단순한 대인관계 상의 어려움을 호소하는 경우에는 개인 상담으로 연결하였으며, 사회 공포증 진단에 선행하여 더 시급하게 치료해야할 신체적 질환(갑상선 기능 항진증) 및 정신과적 질환(우울증, 정신분열증)이 있는 경우에도 인지 행동 집단 치료에 참여하지 못하였다. 진단 기준을 충족했던 사람 중 11명은 치료비나 시간적인 문제로 치료 참여를 거부하였으며, 치료를 시작했던 74명 중 마지막 치료 시간에 참석한 이후 시간적인 관계로 척도를 완성하지 않았던 1명과 치료 중간에 개인적인 문제로 중도 탈락한 14명은 분

www.kci.go.kr

석에서 제외하였다(탈락율: 20.3%).

사회공포증 진단을 위해, 사회불안 및 사회공포 증상에 초점을 맞춘 반 구조화된 불안장애 면담도구(ADIS-IV for Social Phobia; Anxiety Disorders Interview Schedule-IV; Brown, Di Nardo, & Barlow, 1994)를 예비면접 도구로 사용하여 초기면접을 실시하였고, 이를 바탕으로 DSM-Ⅳ 진단기준에 부합하는 자를 선발하였다. 사회공포증 진단면접은 대략 1시간~1시간 30분 정도가 소요되었고 K대학교 사회공포증 상담센터에서 일정 시간 훈련을 받은 심리학과 대학원생이 면접을 진행한 후 임상심리 전문가 1인이 프로그램 참가 여부를 최종적으로 판단하였다. 치료에 참가한 사람들 중 약물을 복용한 사람들의 경우, 치료 과정 동안 약물 복용량을 변화 없이 일정하게 유지하거나 점차 약물을 줄여 가도록 하였다.

면접에 보고된 자료를 통해 내담자들을 일반화 하위 유형과 비일반화 하위 유형으로 나누었다. ADIS-IV(Brown et al., 1994)에 제시된 12가지 상황을 Turner 등(1992)의 원칙에 따라 (1) 집단 앞에서 얘기하거나 집단에 참여하기, 파티에 참석하기 (2) 공공장소에서 먹기, 글쓰기, 소변보기 (3) 데이트하기, 낯선 사람과 말하기, 대화를 시작하거나 지속하기 (4) 권위적인 사람과 대화하기 (5) 자기 주장하기의 다섯 가지 각기 다른 영역으로 구분하였다. 면담 과정에서 12개의 상황에 대한 고통 및 회피 수준을 0(전혀 없음, 전혀 안함)에서 4점(매우 심함, 항상 회피함)으로 평정하였으며, 이후 5개의 하위 영역 별로 고통 및 회피 점수의 평균을 계산하였다. 이 중 적어도 4개의 영역에서 4점 이상의 회피나 고통 수준을 보고한 집단을 일반화 유형으로 구분하였다. 본 연구에서는 74명 중 14명이 일반화 집단에 해당하였다.

연구에 참가한 사회공포증 내담자들 중 남성은 30명, 여성은 44명이었으며, 평균 연령은 28.19세(SD=7.22), 평균 교육 기간은 14.74년(SD=1.46) 이었다. 기혼자는 14명으로 전체의 18.9%였다. 일반화 집단과 비일반화 집단 사이에 유의한 연령 및 교육 연한의 차이는 없었으며($t(72)=.95$, *ns*; $t(72)=.67$, *ns*), 성별 및 결혼 여부에서도 유의한 차이가 관찰되지 않았다($\chi^2(1, N=74)=.64$, *ns*; $\chi^2(1, N=74)=.07$, *ns*). 종결 여부의 경우, 일반화 집단에서 4명, 비일반화 집단에서 11명이 탈락하였으며, 탈락율에 있어서 두 집단 사이에서 통계적으로 유의한 차이가 관찰되지 않았다($\chi^2(1, N=74)=.74$, *ns*). 두 집단의 평균 탈락 회기는 각각 일반화 집단 6.50회기(SD=2.38), 비일반화 집단 4.45회기(SD=2.00)였으며, 탈락 시기에 있어서도 두 집단 간 유의한 차이를 보이지 않았다($t(13)=1.42$, *ns*).

정상 통제 집단

사회 공포증 내담자들의 대인관계 특성이 정상 집단과 차이가 나는지를 알아보기 위해서 서울 소재 K대학 및 D대학 특수 대학원에서 심리학 관련 과목을 수강하는 일반인 및 대학생 80명을 대상으로 자기 보고식 설문 조사를 실시하였다. 설문 조사에 참가한 사람들 중 남성은 32명, 여성은 48명이었으며, 평균 연령은 30.26세(SD=9.34), 평균 교육 기간은 15.38년(SD=1.44)이었다. 기혼자는 21명으로 전체의 26.3%였다. 정상 집단과 일반화 유형의 사회 공포증 내담자 집단, 비일반화 유형의 사회 공포증 내담자 집단에서 유의한 연령 및 교육 연한의 차이는 나타나지 않았으며($F(2, 151)=1.16$, *ns*; $F(2, 151)=4.06$, *ns*), 성별과 결혼 여부에서도 유의한 차이가 관찰되지 않

www.kci.go.kr

았다($\chi^2(2,\ N=154)=.65,\ ns;\ \chi^2(2,\ N=154)=1.24,\ ns$).

치료 프로그램

Heimgberg(1991)의 프로그램을 토대로 권정혜, 이정윤, 조선미(1998)가 개발한 사회공포증 인지행동 치료 프로그램의 표준적인 절차에 따라서 집단 치료를 진행하였다. 프로그램은 총 8회기로 구성되어 있으며, 크게 인지재구조화와 노출훈련으로 이루어져있다. 대개 1회기 당 2시간~3시간가량이 소요되었으며, 주 치료자 1명과 보조치료자가 1~2명이 진행하였다. 주 치료자의 경우 임상 전공의 심리학과 교수 1인, 임상심리 전문가 1인이 주로 담당하였으며 임상 및 상담 심리학 전공 석사 과정생이 주 치료자인 경우에는 심리학과 교수 1인의 지도감독을 받으면서 회기를 진행하였다. 보조치료자는 임상 및 상담 심리학 전공의 석사 과정생이었다. 회기별 프로그램의 주요 내용은 다음과 같다. 1회기: 사회공포증의 증상과 불안의 특징, 인지 모델에 대한 교육과 객관적 관찰자 되기, 2회기: 감정과 사고의 구분, 자동적 사고 탐색, 3회기: 인지적 오류에 대한 설명 및 자동적 사고에서 인지적 오류를 찾아 수정하기, 4회기: 핵심 신념 다루기, 5회기~7회기: 다양한 상황에서의 모의 노출과 비디오 피드백, 8회기: 재발방지 교육 및 치료 회기 정리이다.

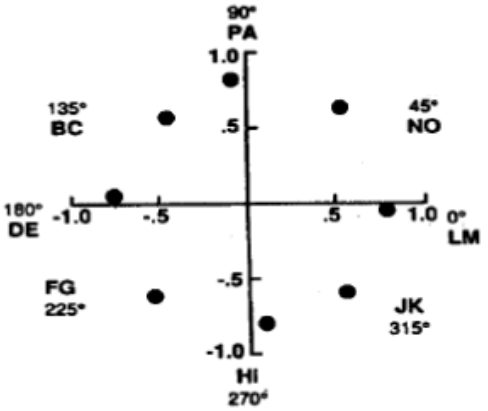

그림 1. 대인관계문제검사 원형척도
(Alden et al., 1990; 박은영, 홍상황, 유연옥, 김영환, 2001에서 재인용)

평가도구

한국판 대인관계문제검사(Korean Inventory Interpersonal Problem: KIIP)

이 척도는 Horowitz 등(1988)에 의해서 개발된 대인관계문제검사(IIP)를 Alden 등(1990)이 대인관계 원형 모델로 변형한 척도이다. 본 연구에서는 김영환, 진유영, 조용래, 권정혜, 홍상황, 박은영(2002)이 번안하고 표준화한 한국형 대인관계문제검사(이하 KIIP)를 사용하였다. 원 척도는 대인관계문제를 종합적으로 평가하고 개인이 가장 고통스러워하는 핵심적인 대인관계 문제를 밝히기 위한 원형 척도(KIIP-C)와 성격 장애를 선별하기 위한 성격장애척도(KIIP-P)로 구성되어 있지만, 본 연구에서는 원형 척도만 사용하였다. 이 척도는 그림 1에 제시된 바와 같이 대부분의 대인관계 영역에서 발생하는 상호 작용 상황의 역기능적 측면을 '우호-냉담'의 친애 차원(요인 1)과 '지배-순종'의 통제 차원(요인 2)이라는 두 가지 차원에 입각하여 원형으로 구분한다. 수직축이 통제 차원이며 수평축이 친애 차원으로, 두 차원을 가진 평면 위에 대인관계 패턴을 순서있게 원형으로 배열하게 되는데, 친애 차원과 이루는 각도를 기준으로 대인관계 원을 8등분하여 90°위치로부터 시계 반대 방향으로 PA

www.kci.go.kr

(통제/지배), BC(자기중심성), DE(냉담), FG(사회적 억제), HI(비주장성), JK(과순응성), LM(자기희생), NO(과관여)가 위치하게 된다. 서로 직교하는 두 행동은 영(0) 상관을 가지게 되며, 이웃한 문제끼리는 중간 정도의 상관을 보이고, 한 단계씩 연속해서 지나갈 때마다 상관이 감소해서 원의 반대편에 있는 척도와는 유의한 부적 상관을 갖게 된다. 각 분원별로 10문항씩 총 80문항으로 구성되어 있으며, 0(전혀 그렇지 않다)에서 4(매우 그렇다)까지 5점 척도로 평정하게 되어 있다. 각 하위 척도들 상의 높은 점수는 그 영역에서 대인관계 문제를 겪을 수 있음을 의미한다. 저자들이 제시한 각 하위 척도의 내적 합치도는 각각 .69~.93 이었다.

사회적 회피 및 불편감 척도(Social Avoidance and Distress Scale: SADS)

이 척도는 Watson과 Friend(1969)가 다양한 사회적 상황에서 불안을 경험하는 정도와 혐오적인 사회적 상황을 회피하는 경향을 측정하기 위해 제작한 총 28문항의 척도이다. 본 연구에서는 이정윤과 최정훈(1997)이 번안한 5점 리커트식 척도를 사용하였다. 총점은 28점부터 140점까지 분포되며, 높은 점수는 불안 및 회피의 수준이 높다는 것을 의미한다. 본 연구에서 내적 합치도 계수(Cronbach's alpha)는 .96 이었다.

부정적 평가에 대한 두려움 척도-단축형 (Brief-Fear of Negative Evaluation Scale: B-FNE)

이 척도는 1983년에 Leary가 제작한 것으로, Watson과 Friend(1969)가 본래 척도 중 전체 점수와 .50 이상의 상관을 보이는 문항만을 선별한 것이다. 사회공포증의 핵심적인 인지적 특성인 '다른 사람들로부터 부정적인 평가를 받는 것에 대한 두려움'을 측정하고 있으며, 진위형으로 고안된 본래 척도와 달리 이정윤과 최정훈(1997)의 국내 번안 과정에서 5점 리커트식 척도로 변화되었다. 총 12문항으로 12점에서 60점까지 점수가 분포되며 점수가 높을수록 부정적 평가에 대한 두려움이 많음을 나타낸다. 본 연구에서 내적 합치도 계수(Cronbach's alpha)는 .93 이었다.

사회적 상호작용 불안 척도(Social Interaction Anxiety Scale: SIAS)

이 척도는 Mattick과 Clarke(1998)가 제작하였으며 다양한 사회적 상호작용 상황에서 나타나는 인지, 정서, 행동 반응을 자기 진술형식으로 제시하고 있다. 본 연구에서는 김향숙(2001)이 번안한 척도를 사용하였으며, 총 19문항으로 0점에서 76점까지 점수가 분포된다. 점수가 높을수록 상호 작용 상황에서 더 높은 불안감을 경험하고 있음을 나타낸다. 본 연구에서 내적 합치도 계수(Cronbach's alpha)는 .94 이었다.

사회공포증 척도(Social Phobia Scale: SPS)

이 척도는 Mattick과 Clarke(1998)가 제작하였으며, 사회적 상황에서 타인에 의해 관찰되는 상황 및 사건 등을 기술하고 그 상황에서 경험하는 긴장이나 불안 수준을 측정하는 내용으로 이루어져있다. 본 연구에서는 김향숙(2001)이 번안한 척도를 사용하였다. 총 20문항으로 0점에서 80점까지 점수가 분포되며 점수가 높을수록 사회적 수행과 관련된 공포감이 큰 것을 의미한다. 본 연구에서 내적 합치도 계수(Cronbach's alpha)는 .92이었다.

www.kci.go.kr

사회공포증 면담도구(ADIS-Ⅳ for Social Phobia Module)

이 도구는 Brown 등(1994)에 의해 제작된 반구조화 된 면접지로서 DSM-Ⅳ의 사회공포증 진단 기준에 기초하였다. 사회공포증을 중심으로 불안에 대한 상황적 인지 단서, 불안의 강도, 회피의 정도, 호소문제의 과거력 및 병력에 대한 자세한 임상적 정보를 탐색한다.

행동 평가: 발표 과제 수행 시간 및 주관적 불편감 점수

발표 불안이 일차적인 치료 목표가 아닌 경우에도 이런 발표 과제가 부적응적 사회 불안이 있는 사람들에게 좋은 행동 과제가 된다는 연구 결과가 존재한다(Beidel, Turner, Jacob, & Cooley, 1989). 본 연구에서도 치료 전과 치료 후에 간단한 즉흥 연설을 실시하고 이를 비디오로 녹화하였으며, 전체 발표 시간과 발표가 끝난 후의 주관적인 불편감 점수(SUDS; Subjective Units of Distress Scale)를 0(전혀 불안하지 않음)~100(극도로 불안함)점으로 보고하도록 하였다.

임상가 평가: 전반적 인상 평가

사회 불안의 증상 심각도에 대한 임상가의 인상 평가를 위해서 치료 전과 치료 후의 상태에 대해 치료를 직접 진행했던 보조치료자와 주 치료자들이 각각 전반적인 인상 평가(Clinical Global Impression, CGI)를 실시하였다(Guy, 1976). 이 척도는 1(전혀 병들지 않았음)에서 7(아주 심각하게 병들어 있음)점으로 구성되어 있으며, 치료자들이 각각 평가한 점수의 평균을 이용하였다. 두 평정자의 상관 정도는 치료 전 $r(74)=.82$ ($p<.001$), 치료 후 $r(59)=.85$ ($p<.001$)였다.

사회 공포증 향상 정도 평가

프로그램을 끝마쳤을 때, 내담자들의 향상 정도를 보다 객관적으로 평정하기 위해서 Turner, Beidel와 Wolff(1994)의 기준 및 박기환(2001)의 기준을 참조하여 다음과 같은 조작적 정의를 사용하여 전반적인 치료의 향상 정도를 분류하였다. (가) 발표 과제 수행 시간: 치료 전 발표 시간에 비하여 치료 후 발표 시간이 50% 이상 증가 (나) 임상가 평가: 치료 전 CGI 점수에 비하여 치료 후 CGI 점수가 2점 이상 감소 (다) 사회적 회피 및 불안 척도(SADS): 치료 전 점수에 비하여 20% 이상 감소 (라) 사회적 상호작용 불안 척도(SIAS): 치료 전 점수에 비하여 20% 이상 감소 (마) 사회공포증 척도(SPS): 치료 전 점수에 비하여 20% 이상 감소.

이러한 지표를 통하여, 행동 과제에서의 변화, 임상가의 객관적 평가, 내담자의 주관적 자기 보고를 포함하여 다양한 측면에서의 향상 정도를 파악할 수 있었다. 각 항목에는 1점씩 부가되었으며, 총점은 0~5점이었다. 0~1점은 '향상 없음 혹은 낮은 향상', 2~3점은 '중간 정도의 향상', 4~5점은 '높은 정도의 향상'으로 분류되었다.

측정절차

사회 공포증 치료를 위해 자발적으로 상담센터에 방문한 사람들을 대상으로 사회 불안 및 사회 공포증 증상에 초점을 맞춘 반 구조화된 불안 장애 면담 도구인 사회공포증 면담도구(ADIS-Ⅳ)를 실시한 후, 사회 공포증 진단 기준을 충족하면서 일차적인 치료의 초점이 사회 공포증인 사람들에게 인지 행동 치료 프로그램 참여를 권유하였다. 또한 사회 공포증

www.kci.go.kr

내담자들의 대인관계 특성을 파악하기 위해서 치료 시작 전에 KIIP를 실시하였으며, 이를 기준으로 하위 집단을 구분하였다. 치료 전과 치료 후에 증상 심각도와 관련된 자기 보고식 검사 배터리를 실시하였으며, 행동적 측면의 평가를 위해서 치료 전, 후에 각각 즉흥 연설을 실시하고 연설 시간과 그 상황에서 느끼는 주관적 불편감 수준을 측정하였다.

정상 통제 집단의 경우 사전에 동의를 얻고 수업 시간에 KIIP와 사회 공포증과 관련된 자기 보고식 설문지 배터리를 실시하였으며 작성된 설문지에 대해서는 A4 두 장 정도의 피드백을 제공하였다.

통계분석

사회 공포증 집단의 대인관계 특성을 기준으로 하위 집단을 분류하기 위해서 삼각측정절차를 이용하였다(Kachin et al., 2001; Gurtman, 1996). 삼각측정절차를 통한 구조적 요약 점수 산출 방법은 다음과 같은 3단계를 거친다(Gurtman & Balakrishnan, 1998). 1단계에서는 8개 하위 척도의 편차 T 점수를 대상으로 원형 척도의 수직축과 수평축에 해당하는 "통제(Dominance)" 점수와 "친애(Love)" 점수를 측정하며, 이 점수를 통해서 대인관계 문제 영역의 두 가지 차원에서 해당 피험자가 어떤 위치에 있는지를 파악하게 된다.

2단계에서는 "통제"점수와 "친애"점수를 기초로, 각의 변위, 너비(혹은 벡터 길이), 높이, 적합도라는 대표적인 구조적 요약 점수를 산출한다. 0°부터 시작되는 곡선의 극값(peak shift)인 각의 변위는 해당 피험자의 가장 우세한 대인관계 특성 혹은 그 사람이 가장 빈번하게 경험하는 대인관계 문제 유형을 나타낸다. 그림 1에서 각 변위가 135°인 경우 자기중심적 대인관계 특성이 주를 이루며, 270°인 경우 자기 주장성이 부족하고 복종적인 대인관계 특성이 주를 이룰 것임을 의미한다. 너비는 대인관계에서의 유연성(flexibility)이나 경직성(rigidity)을 측정하는데, 너비 값이 높아질수록 극단적이거나 확고한 대인관계 특성을 의미하며, 상이한 대인관계 상황들에 대해서 유연성 없게 행동하는 것을 뜻한다. 너비 값이 0인 경우 밋밋하고 미분화된 대인관계 특성을 보이는 반면, 너비 값이 .5인 경우 상당히 극단적인 대인관계 특성을 보인다는 의미이다. 계산 절차의 차이가 있지만 대개 "통제"점수와 "친애"점수를 기준으로 벡터의 길이(length of vector)를 이용해서 너비 값을 측정한다. 높이 (elevation)는 개개인이 대인관계문제의 모든 유형 전반에 걸쳐서 경험하는 대인관계에서의 고통 정도 혹은 전반적인 적응 수준을 의미하는 것이다. 점수가 높을수록 고통의 수준이 높다는 것을 뜻한다.

3단계에서는 각 그룹의 프로파일이 가장 완벽한 코사인 곡선을 따르는 정도를 통해서 구조적 요약 점수의 적합성을 산출한다. 구조적 요약 점수의 적합도는 R^2으로 표현되는데, .80 이상의 R^2는 매우 좋은 적합도를 의미하고 .70 이하의 값은 적합도가 낮은 것이다. 적합도가 낮을 경우, 각의 변위, 너비, 높이 등을 아는 것으로도 복잡한 프로파일을 정확하게 재생산하지 못한다는 것을 의미한다.

본 논문에서는 여러 가지 요약 점수 중 피험자의 대표 각도인 각의 변위를 이용해서 군집 분석을 실시하고, 집단의 하위 유형을 분류하였다[1]. 군집화 방법으로는 군집 내 응집

1) 각의 변위를 측정하기 위한 공식은 다음과 같다 (Wiggins, Phillips & Trapnell, 1989).

www.kci.go.kr

성에 중점을 둔 집단 내 평균결합법을 사용하였고, 유사성 측정치로는 프로파일의 형태를 반영할 수 있다는 장점이 있는 자승화된 유클리디안 거리를 사용하였다.

사회 공포증 집단의 일반화 하위 유형과 비일반화 하위 유형, 정상 통제 집단의 대인관계 문제를 비교하기 위해서 세 집단을 대상으로 ANOVA를 실시하였으며, 사후 검증으로는 *scheffe* 방식을 사용하였다. 이에 덧붙어 하위 유형 간의 증상 심각도, 장애의 임상적 특징을 비교하기 위해서 일반화 유형-비일반화 유형 두 집단을 대상으로 *t*-test를 실시하였다. 두 집단의 치료 반응성을 살펴보기 위해서 치료 전과 치료 후에 측정한 자기 보고식 검사를 대상으로 반복측정 변량분석(repeated measure ANOVA)을 실시하였다. 사전 동질성이 확보되지 못한 척도의 경우에는 치료 전 점수를 공변인으로 공변량 분석(ANCOVA)을 실시하였다. 그 이후 대인관계 유형으로 구분한 두 가지 하위 유형의 임상적 특징과 치료 반응성을 비교하기 위하여 위 절차와 동일한 분석을 실시하였다. 마지막으로 각 하위 유형별로 사회 공포증 향상 정도에서의 비율 차이가 있는지 알아보기 위해서 χ^2 분석을 실시하였다.

결 과

DSM-IV 진단적 정의에 근거한 사회 공포증 하위 유형 분류

DSM-IV 진단적 정의에 근거해서 사회 공포증 하위 유형을 일반화 집단과 비일반화 집단으로 분류하고, 이 두 집단과 정상 통제 집단의 대인관계 특성을 비교하였다. 대인관계 문제 검사의 하위 척도를 대상으로 일원 변량분석(ANOVA)을 실시하고. 그 결과를 표 1에 제시하였다. 일반화 유형에 속하는 집단의 경우 정상 집단에 비하여 냉담, 사회적 억제, 비주장성 점수가 더 높았으며($F(2, 153)=4.07$, $p<.05$; $F(2, 153)=8.07$, $p<.001$; $F(2, 153)=6.73$, $p<.001$), 비일반화 유형에 비해서도 사회적 억제와 비주장성이 유의하게 높은 것으로 나타났다. 통제/지배, 자기중심성, 과순응성, 자기희생, 과관여 분원 척도 및 통제, 친애 차원 점수에서는 두 가지 사회 공포증 하위 유형과 정상 통제 집단 사이에 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다.

일반화 유형과 비일반화 유형에서 나타나는 장애의 임상적 특징, 주관적으로 보고하는 증상 심각도, 발표 상황에서 나타나는 행동 특성을 비교하기 위해서 ADIS-IV 면접 질문지와 자기 보고식 설문지, 즉흥 연설 과제의 발표 시간, 발표 상황에서의 주관적 불편감 점수를 대상으로 *t*-test를 실시하고 그 결과를 표 2에 제시하였다. 면접 과정에서 보고했던 사회적 상황에 대한 두려움, 창피당할 것에 대한 두려움, 두려운 상황을 회피하는 수준은 일반화 집단과 비일반화 집단에서 뚜렷한 차이가 보고되지 않았다. 또한 약물 복용 여부나 이전 상담 경험에서도 유의한 차이가 관찰되지 않았다.

전반적인 임상적 면담에서는 유의한 차이가

친애차원, $Love = (.3)\sum_{i=1}^{8} Z_i \cos\Theta_i$,

통제차원, $Dom = (.3)\sum_{i=1}^{8} Z_i \sin\Theta_i$,

각의 변위 $= \arctan(Dom/Lov)$

www.kci.go.kr

표 1. 사회 공포증의 일반화 하위 유형, 비일반화 하위 유형, 정상 통제 집단의 대인관계 특성 비교

	① NSP (n=60)	② GSP (n=14)	③ NC (n=80)	*F*	사후검증
원형척도					
C1. 통제지배	52.32 (14.02)	51.93 (11.45)	50.01 (14.64)	.48	
C2. 자기중심성	53.62 (11.45)	58.36 (12.48)	52.49 (12.54)	1.41	
C3. 냉담	62.20 (14.14)	70.43 (11.61)	59.23 (13.96)	4.07*	2 > 3
C4. 사회적 억제	67.73 (12.01)	78.07 (9.09)	63.96 (13.10)	8.07***	2 > 1, 3
C5. 비주장성	62.53 (14.32)	72.93 (13.50)	58.63 (13.40)	6.73***	2 > 1, 3
C6. 과순응성	57.23 (12.39)	63.07 (12.82)	56.19 (12.91)	1.75	
C7. 자기희생	56.05 (12.35)	63.79 (12.31)	54.70 (13.45)	2.94	
C8. 과관여	54.12 (15.78)	57.00 (10.60)	53.65 (14.52)	.31	
직교차원					
통제 (Dominance)	- .40 (.72)	- .55 (.59)	−0.28 (.66)	1.21	
친애 (Love)	- .67 (0.93)	−1.18 (1.12)	−0.56 (.85)	2.79	

주 1. NSP =사회 공포증 비일반화 유형, GSP =사회 공포증 일반화 유형, NC =정상 통제 집단.
주 2. * $p < .05$. *** $p < .001$.

표 2. 일반화 하위 유형과 비일반화 하위 유형의 임상 특징 및 증상 심각도 비교

		NSP (n=60)	GSP (n=14)	χ^2 또는 *t*
임상 특징	사회적 상황에 대한 두려움	3.44 (.99)	3.70 (.48)	.81
	창피당할 것에 대한 두려움	3.33 (1.02)	3.50 (.53)	.51
	회피수준	3.35 (1.58)	3.50 (2.51)	.25
	약물 복용 여부 (경험 있음)	35 (58.3%)	7 (50.0%)	.02[a]
	이전 상담 경험 (경험 있음)	20 (33.3%)	5 (35.7%)	.57[a]
증상 심각도	사회적 회피 및 불편감 척도(SADS)	101.62 (10.64)	110.93 (15.86)	-2.09*
	부정적 평가에 대한 두려움 척도(B-FNE)	51.73 (5.85)	55.50 (5.36)	-2.20*
	사회적 상호 작용 불안 척도 (SIAS)	49.90 (9.46)	61.57 (8.40)	-4.24***
	사회공포증 척도 (SPS)	40.83 (12.87)	51.93 (10.94)	-2.98***
행동	즉흥 발표 시간 (초)	213.33 (124.59)	196.70 (132.91)	.38
	즉흥 발표 SUDS 점수	61.88 (28.15)	55.00 (21.21)	.43
임상가 평정 (CGI)		5.00 (.91)	5.64 (.94)	-2.34*

주 1. NSP = 사회 공포증 비일반화 유형; GSP = 사회 공포증 일반화 유형; SUDS = Subjective Units of Distress Scale; CGI = Clinician's Global Impression.
주 2. [a]는 χ^2 결과임.
주 3. * $p < .05$. *** $p < .001$.

www.kci.go.kr

나타나지 않았으나, 사회적 상황에 대한 두려움과 회피 수준, 부정적 평가에 대한 두려움, 사회적 상호 작용 상황에서 느끼는 불안 수준, 타인에게 관찰되는 상황에서 경험하는 수행 불안과 같은 자기 보고식 증상 심각도 척도에서 일반화 유형이 비일반화 유형에 비해 유의하게 높은 수준을 보고하였다($t(72)=-2.09$, $p<.05$; $t(72)=-2.20$, $p<.05$; $t(72)=-4.24$, $p<.001$; $t(72)=-2.98$, $p<.001$).

발표 과제 수행 시간 및 주관적 불편감 점수를 통해 측정한 객관적인 행동 평가의 경우에도 두 집단 사이에 유의한 차이가 관찰되지 않았으나, 전반적 인상 평가(CGI)를 이용한 임상가 평정에서는 일반화 유형이 비일반화 유형에 비해 더 심하게 병들어 있는 것으로 평가되었다, $t(72)=-2.34$, $p<.05$.

일반화 유형과 비일반화 유형의 치료 반응성을 살펴보기 위해서 치료 전, 치료 후에 측정한 즉흥 발표 시간과 즉흥 발표 SUDS 점수, 임상가 평정을 대상으로 반복 측정 변량 분석(repeated measure ANOVA)를 실시하였고 그 결과를 표 3에 제시하였다. 자기 보고식 검사의 경우 집단 간 사전 동질성이 확보되지 않았기 때문에 사전 점수를 공변인으로 한 공변량 분석(ANCOVA)을 통해 두 유형의 치료 반응성에서의 차이를 비교하고 그 결과를 표 4에 제시하였다. 그 결과 즉흥 발표 시간이나 발표 상황에서의 주관적 불편감 점수, 임상가 평정에서 평가 시기와 집단 간 유의한 상호 작용이 관찰되지 않았다. 그러나 모든 척도에서 회기의 주 효과가 관찰되었는데, 일반화 유형과 비일반화 유형 모두 치료를 받은 이후 즉흥 발표 시간이 길어지고($F(1, 57)=7.77$, $p<.01$), 즉흥 발표에서 경험하는 주관적 불편감이 감소하였으며($F(1, 57)=6.22$, $p<.05$), 임상가들 역시 이들이 치료를 통해 향상되었다고 평가하였다($F(1, 57)=291.27$, $p<.001$). 집단의 주 효과는 유의하지 않았다.

치료 전에 실시한 자기 보고식 증상 심각도 점수를 통제하고, 두 집단의 치료 후 점수를 비교하였을 때, 치료 전 증상 심각도 점수들 모두 공변인으로 유의하였으며($F(1, 56)=20.34$, $p<.01$; $F(1, 56)=17.83$, $p<.001$; $F(1, 56)=44.83$, $p<.001$; $F(1, 56)=37.00$, $p<.001$), 그 영향을 제

표 3. 일반화 하위 유형과 비일반화 하위 유형의 치료 반응성 비교 1: 반복 측정 변량 분석

평가범주	NSP (n=49)		GSP (n=10)		집단	회기	집단×회기
	치료 전	치료 후	치료 전	치료 후	*F*	*F*	*F*
즉흥발표시간 (초)	218.08 (119.12)	261.72 (146.17)	125.50 (61.97)	211.00 (61.62)	1.26	7.77**	.82
즉흥발표 SUDS	64.00 (30.29)	33.00 (13.04)	70.00 (21.21)	32.50 (31.81)	.04	6.22*	.06
임상가 평정 (CGI)	5.02 (.87)	2.88 (1.05)	5.06 (.95)	2.83 (.80)	1.00	291.27***	1.69

주 1. NSP = 사회 공포증 비일반화 유형, GSP = 사회 공포증 일반화 유형, SUDS = Subjective Units of Distress Scale, CGI = Clinician's Global Impression.

주 2. * $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

www.kci.go.kr

표 4. 일반화 하위 유형과 비일반화 하위 유형의 치료 반응성 비교 2: 공변량 분석

평가범주		NSP (n=49)			GSP (n=10)			사전점수 공변인	집단
		치료 전	치료 후	조정 치료 후 점수	치료 전	치료 후	조정 치료 후 점수	*F*	*F*
증상 심각도	SADS	102.38 (13.65)	91.90 (15.89)	92.36 (1.89)	106.00 (9.55)	96.10 (11.78)	96.89 (12.21)	20.34***	.10
	B-FNE	51.27 (6.65)	45.37 (6.98)	45.36 (.90)	51.20 (6.76)	45.30 (8.25)	45.33 (2.00)	17.83***	.00
	SIAS	50.69 (9.71)	43.18 (11.70)	43.90 (1.30)	55.70 (8.53)	45.20 (14.05)	41.68 (2.92)	44.83***	.48
	SPS	40.50 (13.03)	31.29 (14.81)	31.46 (1.68)	41.90 (14.47)	30.20 (15.30)	29.38 (3.68)	37.00***	.27

주 1. NSP=사회 공포증 비일반화 유형, GSP=사회 공포증 일반화 유형.
주 2. SADS=Social Avoidance and Distress Scale, B-FNE=Brief-Fear of Negative Evaluation Scale, SIAS=Social Interaction Anxiety Scale, SPS=Social Phobia Scale.
주 3. *** $p < .001$.

거하였을 때는 사회적 회피 및 불편감 수준, 부정적 평가에 대한 두려움 척도 수준, 사회적 상호 작용에서 경험하는 불안 수준, 수행 상황에서 경험하는 사회 공포증의 증상 심각도 수준에서 하위 유형간 차이가 나타나지 않았다. 즉, 치료 과정에서 두 유형 사이에서 뚜렷한 치료 반응성의 차이는 관찰되지 않았으며, 두 집단 모두 8회기 동안 사회 불안과 관련된 자기 보고식 척도에서 유의한 개선이 나타났다.

대인관계문제 특성에 기초한 사회 공포증 하위 유형 분류

사회 공포증 집단에서 각기 다른 유형의 대인관계 문제를 나타내는 집단으로 하위 유형이 나누어지는지 알아보기 위해서, 대인관계 문제 원형 척도 상에 존재하는 두 가지 차원(친애 vs. 지배)에서 획득한 점수로 각의 변위를 계산하고, 위계적 군집 분석(Ward's Method, Squared Euclidean Distances)을 실시하였다. 덴드로그램(Dendrogram)과 집화 일정표(Agglomeration Schedule) 계수의 변화를 검토했을 때, Kachin 등(2001)의 연구와 마찬가지로 2개 군집이 가장 적절하였다. 군집수를 결정한 후, 처음 생성된 군집들의 평균 점수를 초기 중심점으로 투입한 K-mean 군집 분석을 실시하여 사례들의 소속 군집을 결정하였다. 그 결과 첫 번째 군집은 이차원상의 분원에서 평균 각도 251.96°(SD=33.83)로 비주장적이고 사회적으로 억제된 대인관계 문제를 특징적으로 가지고 있는 것으로 나타났으며(이하 굴종형 집단), 두 번째 군집은 평균 각도 130.51°(SD=45.10)로 타인을 통제, 지배하려 하거나 다소 자기 중심적인 대인관계 문제를 특징적으로 가지고

www.kci.go.kr

있는 것으로 나타났다(이하 지배형 집단). 사회 공포증 내담자들 중 굴종형 집단은 60명(81.1%), 지배형 집단은 14명(18.9%)이 해당되었다.

굴종형 집단에는 일반화 유형이 13명(21.7%), 비일반화 유형이 47명(78.3%)이었고, 지배형 집단에서는 일반화 유형이 1명(7.1%), 비일반화 유형이 13명(92.9%)이었다. χ^2 분석 결과, 대인관계 문제 특성으로 분류된 집단과 DSM-IV 진단적 정의에 근거한 집단의 비율에 있어서 뚜렷한 차이가 관찰되지 않았으며($\chi^2(1, N=74)=2.12$, *ns*), 일반화 유형과 비일반화 유형은 각 군집에 동등하게 나누어지는 것으로 보인다.

KIIP에 근거하여 하위 유형을 분류했을 때, 두 유형 간 임상적 특징, 주관적으로 보고하는 증상 심각도, 발표 상황에서 나타나는 행동 특성을 비교하기 위해서 ADIS-IV 면접 질문지와 자기 보고식 설문지, 즉흥 연설 과제에서의 발표 시간과 발표 상황에서의 주관적 불편감 점수를 대상으로 *t*-test를 실시하고 그 결과를 표 5에 제시하였다. 일반화 유형이 비일반화 유형에 비하여 대부분의 자기 보고식 척도와 임상가의 증상 심각도 척도에서 유의하게 높은 특성을 보였던 것과는 달리, 대인관계 문제 특성에 기초해서 하위 유형을 분류했을 때, 두 집단 사이에서 임상 특성이나 주관적 자기 보고식 점수, 객관적 행동 관찰 변수, 임상가의 판단에서 유의미한 차이가 관찰되지 않았다.

표 5. 지배형 집단과 굴종형 집단의 임상 특징 및 증상 심각도 비교

		지배형 (n=14)	굴종형 (n=60)	χ^2 또는 *t*
임상 특징	사회적 상황에 대한 두려움	3.33 (.64)	3.51 (.99)	- .64
	창피당할 것에 대한 두려움	3.19 (.78)	3.40 (1.00)	- .68
	회피수준	4.62 (2.60)	3.07 (1.31)	2.08
	약물 복용 여부 (유무)	1.46 (.52)	1.36 (.49)	.65[a]
	이전 상담 경험 (유무)	1.77 (.44)	1.73 (1.11)	.13[a]
증상 심각도	사회적 회피 및 불편감 척도(SADS)	99.57 (8.50)	104.27 (12.85)	−1.30
	부정적 평가에 대한 두려움 척도(B-FNE)	51.57 (4.83)	52.65 (6.16)	- .61
	사회적 상호 작용 불안 척도 (SIAS)	47.29 (12.81)	53.23 (9.40)	−1.98
	사회공포증 척도 (SPS)	39.86 (10.88)	43.65 (13.67)	- .97
행동	즉흥 발표 시간 (초)	202.27 (212.38)	141.95 (122.33)	- .24
	즉흥 발표 SUDS 점수	62.50 (31.82)	57.27 (25.14)	.22
임상가 평정 (CGI)		5.33 (1.13)	5.09 (.90)	.83

주 1. SADS = Social Avoidance and Distress Scale, B-FNE = Brief-Fear of Negative Evaluation Scale, SIAS = Social Interaction Anxiety Scale, SPS = Social Phobia Scale, SUDS = Subjective Units of Distress Scale, CGI = Clinician's Global Impression.

주 2. [a]는 χ^2 결과임.

www.kci.go.kr

표 6. 지배형 하위 유형과 굴종형 하위 유형의 치료 반응성 비교

평가범주		지배형 (n=11)		굴종형 (n=48)		집단	회기	집단×회기
		치료 전	치료 후	치료 전	치료 후	*F*	*F*	*F*
증상 심각도	SADS	103.55 (12.06)	87.00 (18.86)	103.15 (12.38)	93.90 (14.24)	.65	32.65***	3.61*
	B-FNE	50.55 (5.30)	44.45 (9.10)	51.42 (6.91)	45.56 (6.70)	.25	26.02***	.92
	SIAS	47.73 (10.32)	37.27 (15.49)	52.42 (9.37)	44.96 (10.77)	3.66	34.45***	.96
	SPS	38.73 (12.32)	27.91 (16.47)	41.21 (13.43)	31.85 (14.42)	.69	24.87***	.06
즉흥발표시간(초)		211.60 (146.03)	278.90 (193.37)	214.77 (115.34)	255.66 (123.59)	.05	9.32**	.56
즉흥발표 SUDS		85.00 (12.05)	10.00 (10.21)	62.50 (27.34)	36.67 (14.72)	.61	9.91*	.87
임상가평정(CGI)		5.40 (1.16)	3.40 (1.49)	5.07 (.84)	2.75 (.83)	3.40	213.76***	1.23

주 1. SADS = Social Avoidance and Distress Scale, B-FNE = Brief-Fear of Negative Evaluation Scale, SIAS = Social Interaction Anxiety Scale, SPS = Social Phobia Scale, SUDS = Subjective Units of Distress Scale, CGI = Clinician's Global Impression.

주 2. * p < .05. ** p < .01. *** p < .001.

굴종형 집단과 지배형 집단의 치료 반응성을 살펴보기 위해서 치료 전, 치료 후에 측정한 자기 보고식 검사 및 행동 측정치, 임상가 평정을 대상으로 반복측정 변량분석(repeated measure ANOVA)를 실시하였으며, 그 결과를 표 6에 보고하였다. 자기 보고식 증상 심각도, 즉흥 발표의 시간이나 발표 동안 경험하는 주관적 불편감 점수, 임상가의 평정과 같은 모든 부분에서 지배형 집단과 굴종형 집단 모두 유의한 치료적 향상이 나타났다, $F(1, 57)=32.65$, $p<.001$; $F(1, 57)=26.02$, $p<.001$; $F(1, 57)=34.45$, $p<.001$; $F(1, 57)=24.87$, $p<.001$; $F(1, 57)=9.32$, $p<.01$; $F(1, 57)=9.91$, $p<.05$; $F1, 57)=213.76$, $p<.001$. 모든 척도에서 집단의 주 효과는 유의하지 않았으며 대부분의 척도에서 집단×회기의 상호 작용 효과도 유의하지 않았다. 다만 자기 보고식 증상 심각도 척도 중 사회적 회피 및 불편감 척도의 경우, 집단×회기의 상호 작용 효과가 관찰되었고($F(1, 57)=3.61$, $p<.05$), 그 양상을 그림 2에 제시하였다.

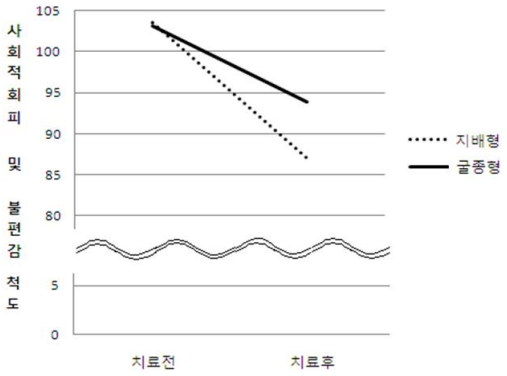

그림 2. 치료 전, 치료 후 집단 간 사회적 회피 및 불편감 척도 변화.

자기 보고식 척도나 행동 관찰, 임상가 평정의 측면에서 지배형 집단과 굴종형 집단 모두 치료를 통해 유의한 향상을 경험하는 것을 알 수 있었으며, 특히 지배형 집단의 경우 굴

www.kci.go.kr

표 7. DSM-IV 정의에 따른 하위 유형 분류와 대인관계 특성에 따른 하위 유형 분류간 사회 공포증 향상 정도 차이 비교

	낮은 향상	중간 정도 향상	매우 향상	전체수	χ^2
DSM-IV 분류					
일반화유형	2 (20.0%)	6 (60.0%)	2 (20.0%)	10 (16.9%)	1.89
비일반화유형	17 (34.7%)	18 (36.7%)	14 (28.6%)	49 (83.1%)	
KIIP 분류					
지배형	2 (18.2%)	6 (54.5%)	3 (27.3%)	11 (18.6%	1.47
굴종형	17 (35.4%)	18 (37.5%)	13 (27.1%)	48 (81.4%)	

종형 집단에 비해 8회기의 인지 행동 치료를 통해 사회적 회피 및 불편감이 더 많이 감소하는 모습이 나타났다.

하위 유형 분류와 사회 공포증 향상 정도 평가

치료가 끝난 내담자들을 대상으로 사회 공포증의 향상 정도를 5가지 지표를 이용하여 측정하고 이들의 향상 정도를 분류한 후, 각 하위 유형에 따라 치료 프로그램을 통한 향상 정도에서 차이가 있는지를 살펴보았다. DSM-IV 방식에 따른 하위 유형 및 대인관계 문제 특성에 따른 하위 유형에서 사회 공포증 향상 정도의 차이가 있는지를 χ^2 분석한 결과, DSM-IV 진단적 정의에 근거한 하위 유형이든, 대인관계 문제 특성으로 분류된 하위 유형이든, 각 하위 유형간 사회 공포증 향상 정도에서는 뚜렷한 차이가 관찰되지 않았다, $\chi^2(2, N=59)=1.89$; *ns*, $\chi^2(2, N=59)=1.47$, *ns*.

논 의

DSM-III(APA, 1980)에 회피성 성격 장애와 독립적으로 사회 공포증이 진단 범주로 등재된 이후, 사회 공포증의 하위 유형을 구분하기 위한 다양한 시도가 존재해 왔다. 본 연구에서는 DSM-IV에 근거한 사회 공포증의 하위 유형 구분인 '일반형'과 '비일반형'이란 구분이 증상 심각도에 기반한 양적 차이일 뿐 질적으로 다른 유형을 분류하지 못하고 있는 것이 아닌지 살펴보고자 하였다. 또한 사회 공포증 내담자들의 이질적인 대인관계 특성에 근거하여 질적으로 구분되는 하위 유형을 분류한 후, 이러한 분류가 DSM-IV의 하위 유형과 구별되는 부가적 정보를 제공하는지 탐색하였다.

가장 먼저 DSM-IV의 진단적 정의에 근거하여 사회 공포증 하위 유형을 분류하였을 때, 각 유형이 질적으로 구분되는 정보를 제공하는지에 대해 살펴보았다. 그 결과 대인관계 문제 특성의 측면에서 사회 공포증 비일반화 유형과 정상 통제 집단 간의 차이는 대부분의 하위 척도에서 유의하지 않았으나, 일반화 유형의 경우에는 냉담, 사회적 억제, 비주장성과 같이 '저(低)통제', '저(低)친애' 차원과 관련된 어려움이 더 많은 것으로 나타났다. 이는 정상 통제 집단과 사회 공포증 집단, 우울증 집

www.kci.go.kr

단을 비교했던 Stangier 등(2006)의 연구와도 동일한 결과이다. 다만 이들의 연구에서는 사회공포증 집단의 하위 유형을 나누지 않은 채 사회 공포증인 사람들이 우울증 집단에 비해 전반적인 대인관계 문제의 심각도가 깊다고 주장했던 점을 고려했을 때, 일반화 유형의 대인관계 문제 특성이 비일반화 유형에 비해 보다 심각하다는 것을 의미한다고 추측해 볼 수 있겠다.

대인관계문제 특성과 관련된 영역뿐만 아니라 자기 보고식 증상 심각도나 임상가의 객관적 관찰 평정에서도 일반화 유형은 비일반화 유형에 비해 더 높은 손상을 보고하였다. 그러나 면담 과정에서 짧게 인터뷰했던 사회적 상황에 대한 두려움이나 창피당할 것에 대한 두려움, 불안한 상황에 대한 회피 수준과 같은 질문에는 두 집단 간 유의한 차이가 없었으며, 즉흥 발표 시간이나 즉흥 발표 동안 경험하는 주관적 불편감 점수에서도 두 집단의 차이가 두드러지지 않았다. 일반화 유형이 비일반화 유형에 비해서 호소하는 증상의 심각도가 더욱 심하며, 임상가의 객관적인 평정에서도 더 심한 손상을 보였다는 점은 선행 연구의 결과와 일치하는 것이었다(Brown et al, 1995; Heimberg et al., 1993; Herbert et al., 1992; Hofmann et al., 1995; Turner et al., 1992). 그러나 실질적인 행동 수행이나 발표 상황에서 경험하는 주관적 불편감은 일반화 유형과 비일반화 유형 사이에 뚜렷한 차이점이 관찰되지 않았으며, 이는 실제 발표 상황에서 일반화 유형이 더 높은 불안을 보고한다는 기존의 연구와는 일치하지 않는 부분이다(Boone, McNeil, Masia, Turk, Carter & Ries, 1999; Heimberg et al, 1990; Hofmann et al., 1995; Levin, Saoud, Strauman, Gorman, Fyer, Crawford & Liebowitz, 1993). 이에 덧붙여 치료 전 자기 보고식 증상 심각도를 통제할 경우, 두 집단의 치료 반응성은 자기 보고식 증상 심각도, 행동 평정 척도, 임상가 관찰 평정 모두에서 동일한 정도의 향상을 보이는 것으로 나타났다. 이는 일반화 유형이 동일한 치료적 절차에 대해 치료 반응성이 낮다고 기술했던 연구들에 비해서(Brown et al., 1995; Hope et al., 1995; Turner et al, 1992), 치료 전 증상 심각도를 통제하면 두 유형이 유사한 수준의 치료 반응성을 보일 것이라고 주장했던 연구를 지지하는 결과라 생각된다(박기환 2001; 박기환 2007; Holt, Heimberg, & Hope, 1990; Hope et al., 1995).

특정 진단의 하위 유형이라면 증상의 표현 양상은 동일하지만 서로 차별적인 핵심 특징을 가지고 있어야 한다는 것이 Widiger 등(1999)의 병리 가소성(pathoplasticity) 이론이다. 이를 고려했을 때, 사회 공포증이라면 동일한 공포 증상을 경험한다 할지라도 사회적 위협에 직면했을 때 하위 유형이 따라서 각기 다른 방식으로 행동, 대처할 것이라고 개념화할 수 있을 것이다. 그렇다면 일반화 유형과 비일반화 유형 모두 두려워하는 상황은 서로 동일하지만, 두려워하는 상황의 개수가 다르다는 것으로만 하위 유형을 분류하는 시도는, 두 유형 모두 동일한 핵심 증상을 공유한 채 양적으로만 구분된다는 의미에서 필연적으로 한계점을 가질 수밖에 없다. Kachin 등(2001)이 주장한 바와 같이 진단적 심각성, 손상 수준, 두려워하는 상황의 개수를 파악하는 것은 임상 평가의 일상적인 측면이기 때문에, DSM-IV에 기반한 하위 유형 구분은 일상적으로 수집되는 정보를 넘어서는 부가적 사항을 제공하지 못한다는 한계점도 존재한다. 최근

www.kci.go.kr

Moscovitch(2009)의 연구에서도 두려워하는 상황의 속성에 기반한 새로운 하위 유형 구분이 필요하다고 지적된 바 있듯이, 현 진단 체계의 하위 유형 구분에 지속적으로 의문이 제기되고 있다. 본 연구에서도 DSM-IV 진단을 이용한 하위 유형 구분을 통해서는 일반화 유형이 자기 보고식으로 호소하는 증상이 더욱 심각하다는 사실을 확인하였을 뿐, 하위 유형에 따라 치료 반응이 다르다거나, 행동 평가 및 임상가 평정에서 일반화 유형만의 독특한 특성이 존재한다는 사실은 발견하지는 못하였다.

본 연구에서 사회 공포증의 하위 유형을 질적으로 구분하기 위해서 시도했던 방법은 대인관계 문제 특성을 이용한 것이었다. 동일한 사회 공포증의 진단 특성을 공유하되 대인관계에서 발생하는 잠재적인 부적응적 반응, 예를 들어 정서 표현의 결핍, 다른 사람에게 부탁하는 것에 대한 어려움, 지배하려 하거나 상대방을 조종하려는 시도, 과도하게 냉담한 태도와 같은 대인관계 특성을 핵심적인 변별 특징으로 설정해서, 이를 기준으로 군집 분석하고 "지배형"과 "굴종형"의 두 가지 하위 유형을 구분하였다. 이들은 각각 적대적이고 자기중심적인 대인관계 문제를 주로 보고하는 집단과 과도하게 자신의 감정을 억제하고 자신의 욕구를 적절히 주장하지 못하는 집단으로 구분된다.

실제로 두 집단은 자기 보고식 증상 심각도나 실질적인 발표 행동 특성, 임상가의 객관적인 관찰 평가에서 유의한 차이가 관찰되지 않았으나, 치료 반응성 중 사회적 회피 및 불편감 점수에서 지배형 집단이 더 유의한 변화를 보이는 것으로 나타났다. 이는 실질적인 증상의 표현 양상적인 측면에서는 동일한 사회 공포증 증상을 보이고 있지만, 핵심적인 대인관계 특성이 다를 뿐만 아니라 동일한 치료 과정을 통해서 각기 다른 치료 반응성을 보일 수 있음을 시사하는 결과이다. 다만 본 연구에서 지배형으로 분류된 사회 공포증 환자의 수가 적고, 치료 결과에서 사회적 회피 및 불편감 점수 이외에 다른 척도에서는 뚜렷한 집단 간 차이가 나지 않았던 점을 고려했을 때, 대인관계 특성을 기초로 한 하위 유형 분류에 따라 치료 반응성이 다를 것인지에 대해서는 추후 연구를 통해 보다 명확한 규명이 필요할 것으로 여겨지며, 치료 성과에 영향을 미치는 다른 내담자 특성에 대해서도 후속적인 연구가 있어야 할 것이다. 이러한 한계에도 불구하고 아래에서는 지배형 집단이 굴종형 집단에 비해 사회적 회피 및 불편감 점수에서 더 나은 치료 결과를 얻은 이유와 의미에 대해 논의해 보고자 한다.

첫째, 이 결과는 Alden과 Capreol(1993)의 연구와 마찬가지로, 동일한 진단이라 할지라도 각기 다른 대인관계 특성을 보이는 집단에서 치료의 과정과 결과가 상이할 수 있음을 시사한다. 이러한 결과는 Alden과 Taylor(2004)의 연구에서 지적한 바와 같이 대인관계에서 친밀성이나 분노 표출에 어려움이 있는 집단, 즉 "친애"차원에서 냉담한 문제 특성을 보이는 사람들이 단기 치료에 대한 반응성이 나쁠 것이라는 주장과 관련시켜 생각해 볼 수 있겠다.

둘째, 본 연구에서 지배형 집단이 굴종형 집단에 비해서 특정 척도에서 보다 나은 치료 반응성을 보이고 있는 점은, Alden과 Capreol (1993)의 연구 결과와 일치하지 않는 결과이다. 이 결과를 논의하기에 앞서, 우리나라 대인관계 유형 구분이 Kachin 등(2001)의 연구에서 도출된 각의 변위와 다소 차이가 있음을 고려해야 할 것이다. Kachin 등(2001)의 연구와 본

www.kci.go.kr

연구의 하위 유형 구분을 비교했을 때, 지배형의 각 변위는 각각 125.21°, 130.51°도로 큰 차이가 없었으며, 지배형 집단의 경우 통제-지배적 특성과 더불어 자기중심성 특성을 공유하고 있는 것으로 나타났다. 그러나 Kachin 등(2001)의 연구에서 제시된 굴종형 집단의 각 변위가 294.92°인데 반하여, 본 연구에서의 굴종형 각 변위는 251.96°로 동일하게 굴종형으로 분류되는 집단이라 할지라도, 두 집단의 대인관계 특성이 한국적 상황에서 다소 다르게 나타나고 있었다. Kachin 등(2001)의 굴종형 집단은 '비주장성(HI)'의 중심 특징을 가지지만, "친애"차원에서 온정성의 특성을 같이 지니는 과순응적(JK) 사람들이다. 그러나 우리나라의 굴종형 집단은 '비주장성(HI)'의 중심 특징을 가지고 있지만, Kachin(2001)의 집단과 달리, "친애"차원에서 냉담성의 특성을 같이 지니는 사회적으로 억제된(FG) 사람들이었다. 따라서 우리나라의 굴종형 집단과 Kachin 등(2001)의 연구에서 분류된 굴종형 집단은 '우호-냉담' 차원에서 차이를 보인다고 할 수 있다. 회피성 성격 장애 집단을 대상으로 했던 Alden과 Capreol(1993)의 연구에서도, 다른 사람에게 거절당하는 것에 대한 두려움으로 과도하게 따듯한 태도를 보이는 친애-회피(warm-avoidance) 집단의 경우에는 적절한 자기 개방과 같이 관계를 발전시키는 기술을 습득하면서 보다 큰 치료 효과를 경험할 것이지만, 감정적 분리나 적개심이 주된 대인관계 문제 패턴인 냉담-회피(cold-avoidance) 집단의 경우에는 자기 개방과 같은 인지 치료적 요소에 잘 반응하지 못하는 것 같다고 해석하였다. 동일한 굴종형 패턴이긴 하지만, 냉담 차원의 점수가 보다 높았던 한국적 상황에서 굴종형 집단의 낮은 치료 반응성은 이러한 사회적 억제 및 냉담한 특성과 관련이 있는 것으로 생각된다. 강력한 감정 억압이나 과도한 순응성이 사회공포증의 중요한 유지 요소로 지적하는 다른 연구 결과를 고려했을 때(Gilbert, 2001; Trower & Gilbert, 1989), 사회적 억제를 장려하는 동양 문화권의 영향이 굴종형 집단에 더욱 강력하게 작용한 것으로 추측된다.

뿐만 아니라 한국의 사회공포증 집단을 대상으로 굴종형과 지배형의 상이한 대인관계 패턴과 행동 결과에 대한 예상을 연구한 박서정(2006)의 논문에서도 지배형 집단은 사회적 상황에서 부정적 피드백을 받은 이후, 다음에 그와 유사한 사회적 상황을 경험한다면 자신의 수행이 향상될 것이라고 예상하는 특성이 관찰되었는데, 이러한 긍정 편향이나 자기 주도성 역시 치료에 대한 반응성을 증진시킨 요인일 것으로 추측된다. 다만 치료반응성의 특정 차원에서만 차이를 보이고 있다는 점을 고려하였을 때, 대인관계 특성이 인지 치료의 결과에 영향을 미칠 수 있는 속성임을 제안하는 본 연구의 결과는 매우 조심스럽고 제한적으로 이해되어야 할 것이다.

본 연구에 존재하는 한계점은 다음과 같다. 가장 먼저 대인관계 문제 유형을 통해 도출된 하위 유형 구분이 우울 장애와 같은 1축 장애 혹은 회피성 성격 장애와 같은 2축 장애의 공병과 관련이 있는지에 대해서 검토하지 못하였다. 우울이나 불안, 분노와 같은 속성이 사회 공포증의의 치료 반응성에 영향을 미친다는 점을 고려했을 때(Hofmann et al., 2004), 후속 연구에서는 대인관계 문제 특성을 기반으로 하위 유형을 분류할 때 이러한 심리적 속성을 통제할 필요가 있을 것으로 여겨진다. 또 다른 한계는 각 집단의 치료 과정적 측면이다. 여러 명의 치료자가 동일한 프로그램을

www.kci.go.kr

시행하는 과정에서 지속적인 지도 감독을 통해 일정 수준의 치료가 제공되기 위해 노력하였으나, 모든 회기에 임상적으로 동일한 처치가 진행되었다는 것을 보장하기에는 다소 무리가 있다. 전체 치료 과정에 대한 질적 측면을 통제하기 위해서는, 녹음 혹은 녹화된 치료 회기를 무선적으로 선택해서 치료의 유능성이나 인지 치료의 적합성을 객관적인 측정 도구로 평정하는 절차가 진행될 필요가 있을 것으로 생각된다. 또 다른 한계점으로는 자기 보고식 척도 중 사회적 회피 및 불편감 척도에서만 하위 유형 간 치료 반응성의 차이가 확인되었을 뿐, 다른 자기 보고식 척도나 실질적인 발표 행동의 변화, 객관적인 임상가 평정에서는 집단 간의 차이가 뚜렷이 확인되지 않았다는 점이다. 사회적 억제 및 냉담한 대인관계 패턴이 치료에 수동적으로 반응하게 만든다는 것을 명확하게 규명하기 위해서는 본 논문에서 시도한 하위 유형 구분에 대한 보다 많은 후속 연구가 필요할 것으로 사료된다. 마지막으로 한국적 상황에서 굴종형 집단의 각 변위가 변화하여 '냉담' 차원이 높아진 부분을 설명하기 위해서는 한국적 사회 공포증 집단의 특성을 설명하기 위한 비교 문화적 접근이 추가적으로 수행되어야 할 것으로 여겨진다.

이러한 한계점에도 불구하고 사회 공포증의 대인관계 문제를 평가하고 그에 따라 하위 유형을 구분하는 것은 진단적 정보에 덧붙여 환자들의 다양한 표현 양상에 대한 부가적인 정보를 제공할 수 있으며, 치료 반응성을 예측하는데 있어서도 유용한 정보를 제공할 수 있을 것이라 사료된다. 본 연구가 한국에서 대인관계 문제 특징을 기반으로 사회 공포증의 하위 유형을 변별하려는 첫 번째 시도이며, 이 때문에 하위유형 시스템에 대한 상대적인 활용성이나 타당성에 대한 검증이 다소 미비할 수 있으리라 생각된다. 그러나 대인 관계적 접근이 치료에 이용된다면, 사회적 발달 경험과 현재 행동을 더 밀접하게 연결시킬 수 있으며, 이 과정에서 환자 개인의 두려움을 유발시키거나 유지시키는 특수한 경험이나 행동 패턴을 파악할 수 있게 되어 보다 나은 치료적 성과를 거둘 수 있을 것이라고 예상된다. 현재의 인지 행동 집단 치료의 경우 동일한 집단 내에서 매우 다른 유형의 대인관계 문제를 작업해야 하는 어려움이 있을 수 있으므로, 각기 다른 대인관계 특성에 맞춰서 사례 개념화가 이루어지거나 치료 과정이 계획된다면 보다 나은 치료적 성과를 얻을 수 있을 것으로 보인다. 또한 대인관계 특성이 다른 두 집단 모두가 동일한 치료 과정에서 모두 높은 성과를 거두기 위해서는, 이들이 서로 조화할 수 있도록 대인관계 문제를 유연하게 다루는 방식으로 치료 모듈을 변화시키는 것에 대해서도 고려해 볼 필요가 있겠다. 앞으로의 치료 과정에서 대인관계 문제 특성에 기반한 하위 유형 분류가 사회 공포증을 변별하는 지표 및 개별적인 사례 개념화에 이용될 수 있으리라 생각된다.

참고문헌

권정혜, 조선미, 이정윤 (1998). 수줍음도 지나치면 병. 서울: 학지사.

김영환, 진유경, 조용래, 권정혜, 홍상황, 박은영 (2002). 한국형 대인관계문제검사의 타당화: KIIP-C와 KIIP-PD의 신뢰도와 타당도. 한국심리학회지: 임상, 21(2), 391-411.

www.kci.go.kr

김향숙 (2001). 사회공포증 하위유형의 기억편향. 서울대학교 일반대학원 석사학위 청구논문.

박기환 (2001). 사회공포증 하위 유형이 인지행동집단치료 효과에 미치는 영향 –일반화 유형 대 특정 유형을 중심으로–. 인지행동치료학회지, 1(1), 93-108.

박기환 (2007). 사회공포증 하위유형에 따른 임상적 특징 및 치료 효과 비교. 한국심리학회지: 임상, 26(1), 93-106.

박서정 (2006). 대인관계유형에 따른 사회공포증 집단의 사회적 능력 및 타인 기대 차이. 고려대학교 일반대학원 석사학위 청구논문.

박은영, 홍상황, 유연옥, 김영환 (2001). 대인관계문제검사 원형척도의 교차타당화와 임상적 적용. 한국심리학회지: 임상, 20(4), 301-344.

이정윤, 최정훈 (1997). 한국판 사회공포증 척도(K-SAD, K-FNE)의 신뢰도 및 타당도 연구. 한국심리학회지: 임상. 16(2). 251-264

정남운 (2004). 대인관계 원형모델에 따른 한국판 대인관계 형용사척도의 구성. 한국심리학회지: 상담 및 심리치료. 16(1), 37-51.

Alden, L. E., & Taylor, C. T. (2004). Interpersonal process in social phobia. *Clinical Psychology Review*. *24,* 857-882.

Alden, L. E., & Bieling, P. J. (1996). Interpersonal convergence of personality constructs in dynamic and cognitive models of depression. *Journal of Research in Personality*. *30,* 60-75.

Alden, L. E., & Capreol, M. J. (1993). Avoidant personality disorder: Interpersonal problems as predictors of treatment response. *Behavior Therapy*. *24,* 357- 376.

Alden, L. E., & Phillips, N. (1990). An interpersonal analysis of social anxiety and depression. *Cognitive Therapy and Research. 14,* 499-513.

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual for mental disorders (3rd edition)*. Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual for mental disorders (3rd edition-Revised)*. Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual for mental disorders (4th edition)*. Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual for mental disorders (4th edition text-revision)*. Washington, DC: Author.

Beidel, D. C., Turner, S. M., Jacob, R. G., & Cooley, M. R. (1989). Assessment of social phobia: Reliability of an impromptu speech task. *Journal of Anxiety Disorder*. *3.* 149-158.

Boone, M. L., McNeil, D. W., Masia, C. L., Turk, C. L., Carter, L. E., & Ries, B. J. (1999). Multimodal comparisons of social phobia subtypes and avoidant personality disorder. *Journal of Anxiety Disorders*. 13, 271-292.

Borkovec, T. D.. Newman, M. G., Pincus, A. L., & Lytle, R. (2002). A component analysis of cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder and the role of interpersonal problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. *70,* 288-298.

Brown, E. J., Heimberg, R. G., & Juster, H. R. (1995). Social phobia subtype and avoidant personality disorder: Effect on severity of social phobia, impairment, and outcome of cognitive -behavioral treatment. *Behavior Therapy*. *26,*

www.kci.go.kr

467-486.

Brown, T. A., Di Nardo, P. A., & Barlow, D. H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV*. Albany, NY: Graywind Publication.

Feske, U., Perry, K. J., Chambless, D. L., Renneberg, B., & Goldstein, A. J. (1996). Avoidant personality disorder as predictor for severity and treatment outcome among generalized social phobics. *Journal of Personality Disorder. 10*, 174-184.

Gilbert, P. (2001). Evolution and social anxiety: The role of attraction, social competition, and social hierarchies. *The Psychiatric Clinicians of North America. 24,* 723 – 751.

Gorman, J. M., Liebowitz, M. R., Fyer, A. J., Campeas, R., & Klein, D. F. (1985). Treatment of social phobia with atenolol. *Journal of Clinical sychopharmacology*. *5,* 298-301.

Gurtman, M. B. & Balakrishnan, J. D. (1998). Circular measurement redux: The analysis and interpretation of interpersonal circle profiles. *Clinical Psychology: Science and Practice. 5,* 344-360.

Gurtman, M. B. (1996). Interpersonal problems and the psychotherapy context: The construct validity of the inventory of interpersonal problems. *Psychological Assessment. 8,* 241-255.

Guy, W. (1976). *ECDEU Assessment manual for psychopharmacology*. Washington, DC: Department of Health, Education, and Welfare.

Heimberg, R. G. (1991). *Cognitive Behavioral Treatment of Social Phobia in a Group Setting: A Treatment Manual*(2nd ed.). Unpulbished manuscript availble from the center for Stress and Anxeity Disorder, Pine West Plaza, Buildling 4, Washington Avenue Extension, Albany, NY 12205.

Heimberg, R. G., Holt, C. S., Schneier, F. R., Spitzer, R. L., & Liebowitz, M. R. (1993). The issue of subtypes in the diagnosis of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*. *7,* 249-269.

Heimberg, R. G., Hope, D. A., Dodge, C. S., & Becker, R. E. (1990). DSM-II1-R subtypes of social phobia: Comparison of generalized social phobics and public speaking social phobics. *Journal of Nervous and Mental Disease. 173,* 172-179.

Herbert, J. D., Hope, D. A., & Bellack, A. S. (1992). Validity of the distinction between generalized social phobia and avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology. 101*, 332-339.

Hofmann, S. G., & Roth, W. T. (1996). Issues related to social anxiety among controls in social phobia research. *Behavior Therapy. 27,* 79-91.

Hofmann, S. G., Heinrichs, N., & Moscovitch, D. A. (2004). The nature and expression of social phobia: Toward a new classification. *Clinical Psychology Review*. *24,* 769-797.

Hofmann, S. G., Newman, M. G., Ehlers, A., & Roth, W. T. (1995). Psychophysiological differences between subtypes of social phobia. *Journal of Abnormal Psychology. 104,* 224-231.

Holt, C. S., Heimberg, R. G., & Hope, D. A. (1990, November). *Success form the onset: predictors of ognitive-behavioral therapy outcome among social phobics*. Paper presented at the annual meeting of the Association for

www.kci.go.kr

Advancement of Behavior Therapy, San Francisco.

Hope, D. A., Herbert, J. D., & White, C. (1995). Diagnostic subtype, avoidant personality disorder and efficacy of cognitive-behavioral group therapy for social phobia. *Cognitive Therapy and Research. 19,* 399-417.

Hopwood, C. J., Clarke, A. N., & Perez, M. (2007). Pathoplasticity of bulimic features and interpersonal problems. *International Journal of Eating Disorders. 40*, 652-658.

Horowitz, L. M., Rosenberg., S. E., Baer, B. A., Ureño, G., & Villaseñor, V. S., (1988). Inventory of interpersonal problems: psychometric properties and clinical applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology. 56*, 885-892.

Kachin, K. E., Newman, M. G., & Pincus, A. L. (2001). An interpersonal problem approach to the division of social phobia subtypes. *Behavior Therapy. 32,* 479-501.

Krupnick, J. L., Goldberg, R. L., Weinfurt, K., & Spertus, I. (1995). *A profile of social phobic patients based on the inventory of interpersonal problems.* Paper presented at the Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research, Vancouver, Canada.

Leary, T. (1957). *Interpersonal diagnosis of personality: A functional theory and methodology for personality evaluation.* New York: Ronald Press.

Levin, A. P., Saoud, J. B., Strauman, T. J., Gorman, J. M., Fyer, A. J., Crawford, R., & Liebowitz, M. R. (1993). Responses of 'generalized' and 'discrete' social phobics during public speaking. *Journal of Anxiety Disorders.* 7, 202-221.

Liebowitz, M. R., Schneier, F., Campeas, R., Hollander, E., Hatterer, J., Fyer, A., Gorman, J., Papp, L., Davies, S., Gully, R., & Klein, D. F. (1992). Phenelzine vs. atenolol in social phobia: A placebo-controlled comparison. *Archives of General Psychiatry. 49,* 290-300.

Marks, I. M., & Gelder, M. G. (1966). Different ages of onset in varieties of phobias. *American Journal of Psychiatry. 123,* 218-221.

Moscovitch, D. A. (2009). What is the core feare in social phobia? a new model to facilitate individualized case conceptualization and treatment. *Cognitive and Behavioral Practice. 16,* 123-134.

Salzer, S., Pincus, A. L., Hoyer, J., Kreische, R., Leichsenring, F., & Leibing, E. (2008). Interpersonal subtypes within generalized anxiety disorder. *Journal of Personality Assessment. 90*, 292-299.

Slaney, R. B., Pincus, A. L., Uliazek, A. A., & Wang, K. T. (2006). Conceptions of perfectionism and interpersonal problems: Evaluating groups using the structural summary method for circumplex data. *Assessment. 13*, 138-153.

Stangier, U., Esser, F. Leber, S., Risch, A. K., & Heidenreich, T. (2006). Interpersonal problems in social phobia versus unipolar depression. *Depression and Anxiety. 23,* 418-421.

Stemberger, R. T., Turner, S. M., Beidel, D. C., & Calhoun, K. S. (1995). Social phobia: an analysis of possible developmental factors. *Journal of Abnormal Psychology. 104,* 526-531.

Trower, P., & Gilbert, P. (1989). New theoretical

www.kci.go.kr

conceptions of social anxiety and social phobia. *Clinical Psychology Review, 9*, 19-35.

Turner, S. M., Beidel, D. C., & Wolff, P. L. (1994). A composite measure to determine improvement following treatment for social phobia: the Index of Social Phobia Improvement. *Behavior Research and Therapy. 32*, 471-476.

Turner, S. M., Beidel, D. C., & Townsley, R. M. (1992). Social phobia: A comparison of specific and generalized subtypes and avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology. 101*, 326-331.

Widiger, T. A., & Hagemoser, S. (1997). Personality disorders and the interpersonal circumplex. In R. Plutchik & H. R. Conte (Ed.). *Circumplex models of personality and emotion* (pp.299-325). Washington, DC: American Psychological Association.

Widiger, T. A., Verhuel, R., & van den Brink, W. (1999). Personality and psychopathology. In L. Pervin & O. E. John (Ed.). *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 347-366). New York: Guilford Press.

Wiggins, J. S., Phillips, N., & Trapnell, P. (1989). Circular reasoning about interpersonal behavior evidence concerning some untested assumptions underlying diagnostic classification. *Journal of Personality and Social Psychology. 56,* 296-305.

원고접수일 : 2009. 11. 16.
수정원고접수일 : 2009. 12. 18.
게재확정일 : 2009. 12. 30.

www.kci.go.kr

한국심리학회지 : 임상
The Korean Journal of Clinical Psychology
2010, Vol. 29, No. 1, 259-284

Clinical Characteristics and Treatment Responses of Social Phobia Subtypes Based on Interpersonal Problem Patterns

Hyae-Young Yoon **Jung-Hye Kwon**

Department of Psychology, Korea University

This study aimed to determine whether individuals with social phobia (SP) could be classified into subtypes according to their interpersonal problem patterns and to discover whether such different subtypes would respond differently to cognitive -behavioral therapy. We used the Korean Inventory of Interpersonal Problems (KIIP-C), Anxiety Disorder Interview Schedule-IV (ADIS-IV), and Self-Reported Test Battery (Korean version of Social Avoidance and Distress Scale; SADS, Brief-Fear of negative Evaluation Scale; B-FNE, Social Interaction Anxiety Scale; SIAS, Social Phobia Scale; SPS) to assess 74 SP patients who participated in eight-weeks of cognitive-behavioral therapy and we examined the participants' behavior patterns as recorded before -and -after the therapy for the treatment's effects. According to our cluster analysis of T-scores of KIIP-C variations, Participants fell into two different classifications: dominant type (n = 14), and submissive type (n = 60). Comparing their different characteristics and responses to treatment, we found the generalized social phobia group reported greater symptom severity and suffered more interpersonal problems than did the non-generalized social phobia group. When examined via interpersonal subtype classification, the two subgroups shared similar symptom severity and treatment responses patterns. With regard to social avoidance, dominant-type SP patients improved significantly more than did submissive type patients. We discussed the implications and potential clinical relevance of social phobia classification based on interpersonal problem patterns.

Key words : social phobia subtype, interpersonal problem, characteristic, treatment response

www.kci.go.kr