

사회불안장애의 인지행동집단치료에서의 급성호전(Sudden Gains) 연구*

김 소 정¹⁾ 이 한 나¹⁾ 윤 혜 영²⁾ 권 정 혜^{1)*}

¹⁾고려대학교 심리학과

²⁾계명대학교 심리학과

급성호전은 심리치료 과정에서 한 회기에서 다음 회기 사이에 갑작스럽게 큰 폭으로 증상이 감소하는 현상이다. 급성호전은 치료 후 시점에서의 더 큰 증상 감소와 관련이 있는 것으로 밝혀졌으며, 추수회기 시점에서의 더 큰 증상 감소와도 관련이 있는 것으로 보고된 바 있다. 이에 급성호전은 일시적인 현상이 아니라 치료 결과에 유의한 영향을 미치는 안정적인 요인이 시사되었다. 급성호전은 인지행동치료에서의 증상 감소가 선행하는 인지적 변화에 의해 촉발된다는 인지수정가설의 기전을 설명하는 현상으로도 일컬어지고 있으나, 연구에 따라 기전과 치료 경과에 미치는 영향에 대해 일관되지 못한 결과가 얻어지고 있는 실정이다. 또한 다양한 정신장애와 치료법을 대상으로 서구권에서 활발한 급성호전 연구가 이루어지고 있는 것과는 달리, 아직까지 아시아권에서는 관련 연구가 부재한 상황이다. 이에 본 연구에서는 12주 간의 인지행동집단치료를 받은 사회불안장애 환자 32명을 대상으로 급성호전 현상을 탐색해 보았다. 먼저, 심리치료 과정에서의 급성호전의 빈도와 강도를 살펴보고 급성호전 집단의 특성을 확인하였으며, 급성호전 집단과 비급성호전 집단의 치료 전과 치료 후 시점 및 석 달 후 추수회기에서의 증상 변화를 비교하였다. 그 결과 급성호전 집단은 비급성호전 집단에 비해 사회적 상호작용 불안에서 치료 전후의 증상 변화가 더 큰 것으로 나타났으며, 수행 불안과 관련해서는 치료 후 시점과 추수회기 사이에서 더 큰 증상 호전을 보인 것으로 나타났다. 또한 인지적 변화가 급성호전의 발생에 선행하는지 인지적 왜곡과 관련한 척도들을 중심으로 살펴본 결과, 역기능적 신념 및 사회적 상황에 대한 과극적 예상의 감소가 사회불안 증상 감소에 선행하는 것으로 나타났다. 종합하자면, 본 연구에서의 탐색 결과 한국의 사회불안장애 집단에서도 급성호전이 서구권과 유사한 빈도와 강도로 발생하였다. 또한 급성호전 집단이 비급성호전 집단에 비해 유의하게 치료 이후 더 큰 폭으로 증상이 감소하며, 인지적 왜곡의 감소가 이후 급성호전에 선행한다는 점을 검증함으로써 급성호전이 치료경과에 중요한 영향을 미치는 현상임을 확인하였다. 마지막으로 사회적 상호작용 불안과 사회적 수행 불안에서 급성호전 발생 시점에 차이가 나타난 본 연구의 결과를 바탕으로 사회불안장애의 치료에서 사회불안의 양상에 따른 변별적 평가와 내담자 개개인에 적합한 개입을 제공하는 것이 치료적으로 도움이 될 것으로 제안하였다.

주요어 : 급성호전(sudden gains), 사회불안장애, 인지 수정 가설, 인지행동치료

* 본 연구는 교신저자가 교내특별연구비를 지원받아 수행되었음.

† 교신저자(Corresponding Author) : 권정혜 / 고려대학교 심리학과 / 서울특별시 성북구 안암로 145

Tel : 02-3290-2067 / Fax : 02-3290-2537 / E-mail : junghye@korea.ac.kr

급성호전의 정의 및 소개

심리치료 과정에 걸쳐 나타나는 결과변인의 변화를 시간적으로 분석해 보는 과정은 회기 내에서의 증상 개선이 장기적인 의미에서의 긍정적인 치료효과와 어떤 관련성을 가지는지 살펴볼 수 있도록 하며, 이는 임상 연구 과정에서 효과적인 치료 과정에 대한 가설을 설정하는데 도움이 된다(Hayes et al., 2007; Greenfield, Gunthert, & Haaga, 2011 재인용). 또한 임상적인 측면에서는 회기별로 반복적으로 측정된 자료를 살펴보는 과정을 통해 임상가와 환자가 치료 기간 동안 피드백을 주고받을 수 있도록 하며, 이를 통해 부정적인 치료 결과를 보일 위험성이 높은 환자들에서의 치료 성공률을 높일 수 있다는 장점이 있다(Lambert, Hansen, & Finch, 2001; Lutz, 2002; Lutz et al., 2013).

기존의 심리치료 연구들에서는 환자의 증상 변화를 선형적이거나 혹은 로그-선형적인 형태로 가정하고 개입에 뒤이어 반응이 나타나는 정규적인 형태로서 설명하였다(예. Howard, Kopta, Krause, & Orlinsky, 1986; Stiles, Barkam, Connell, & Mellor-Clark, 2008). 그러나 이러한 전반적인 증상변화 양상은 보다 세분화된 시간을 기준으로 환자 개인에게 적용할 때에는 맞지 않는 경우가 많다. 이에 최근 수년 간 여러 연구자들이 심리치료에서의 개인의 변화가 비선형적이며 불연속적이라는 점을 탐색하였다(Haas, Hill, Lambert, & Morell, 2002; Lutz et al., 2013). 이러한 변화 양상에 대해 여러 준거가 제안되었으며 그 중 대표적인 기준 중 하나가 Tang과 DeRubeis(1999)가 제안한 급성호전(sudden gains)이다.

심리치료에서 환자의 증상 변화는 환자 개

개인에 따라 다르게 나타나는 편으로, 회기 진행에 따라 점진적으로 나타나기도 하지만 때로는 특정 회기에서의 갑작스러운 증상 감소로 나타나기도 한다. 이렇듯 치료 중에 증상의 감소가 상당히 크게, 급속도로, 안정적으로 이루어지는 경우를 급성호전이라고 한다. 이는 세 가지의 양적인 준거로 정의되는데, 첫째, 급성호전은 절대적 의미에서 크게 나타나야 한다. 둘째, 호전이 일어나기 전의 증상 수준에 비해 적어도 25%의 감소는 나타나야 한다. 셋째, 증상의 감소가 안정적이어야 하는데, 구체적으로는 호전에 선행하는 세 번의 치료 회기 내에서의 증상의 평균 수준이 호전 이후의 세 회기에서 측정된 증상의 평균 수준에 비해 유의하게 높아야 한다. Tang과 DeRubeis(1999)에 따르면 급성호전은 치료 반응자의 50%에서 나타나는 비교적 흔한 현상으로서, 안정적인 증상 변화이며 증상이 다시 나빠지는 경우는 전체 사례의 17%에 지나지 않는 것으로 나타났다. 이들의 연구에서 급성호전을 보인 사람들은 회기 종결 시점 및 치료 후 6개월과 18개월 시점의 장기 추수회기에서 급성호전을 보이지 않은 사람들에 비해 낮은 우울 수준을 보고하였다. 또한 이들은 급성호전이 그 전 회기에서 이루어진 인지적 변화의 결과로 나타나며, 급성호전이 이루어지고 난 후 이를 계기로 급격하게 치료 결과가 나아지는 양상을 보인다는 결과를 얻었다. 또한 급성호전에 뒤이어 치료적 동맹이 강화되고 인지적 변화도 더 많이 발생하는 양상이 나타나, 급성호전이 긍정적 피드백의 순환을 발화시키는 일종의 ‘상향적 나선운동(upward spiral)’이라고 정의하였다. 즉, 급성호전 이전의 인지적 변화가 치료적 동맹을 강화하고 이는 궁극적으로 추가적인 인지적 변화로 이어진

다는 점이다(Tang & DeRubeis, 1999; Tang, DeRubeis, Beberman, & Pham, 2005). 이후의 여러 경험적 연구들을 통해 급성호전이 치료 후 평가에서 더 큰 증상 감소와 관련된다는 점이 확인되었으나(Gaynor et al., 2003; Hardey, Cahill, Ispan, Macaskill, & Barkham, 2005; Stiles et al., 2003; Tang & DeRubeis, 1999), 추후 회기에서의 더 큰 증상 감소와 관련이 있는지에 대해서는 긍정적 결과와 부정적 결과가 혼재된 양상으로 나타나고 있다(Aderka, Nickerson, Bøe, & Hofmann, 2012; Bohn, Aderka, Schreiber, Stangier, & Hofmann, 2013; Hardy et al., 2005; Tang, Luborsky, & Andrusyna., 2002).

최근 Aderka 등(2012)은 최초로 급성호전에 대한 메타분석 연구를 시행하여 급성호전의 강도, 빈도, 지속성과 중재요인에 대해 검증하였다. 이들은 1,104명의 피검자를 대상으로 한 16개의 논문을 바탕으로 주요우울장애와 불안장애에 대한 심리치료를 분석하였는데, 급성호전은 치료 후 시점과 추수 시점에서의 주요 결과 변인들에서의 중정도의 효과와 관련되어 있었다. 이 같은 효과 크기는 출간 연도나 치료회기의 횟수와 상관없이 안정적이었으며, 인지행동치료에서의 급성호전의 효과크기가 다른 치료들에 의한 효과 크기보다 월등히 높은 것으로 나타났다. 저자들은 이러한 결과를 바탕으로 급성호전이 치료 과정에서 나타나는 일시적 현상이 아니라 치료 결과에 유의한 영향을 미치는 안정적이고 지속적인 변화라고 논하였다. 그러나 치료의 목표 증상, 즉 해당장애의 핵심 증상에 해당하는 일차적 측정치가 아닌, 기타 심리적 증상에 해당하는 이차적 측정치들의 경우에는 효과 크기가 유의하지 않았는데, 이는 급성호전의 효과가 치료적 개입이 목표로 하는 증상에 직접적으로 초점

이 맞추어져 나타나는 현상으로 이차적 증상 경감까지는 이어지지 못한 점으로 설명할 수 있을 것으로 생각된다.

급성호전의 기전

앞서 언급한 대로 Tang과 DeRubeis(1999)는 급성호전이 이전 회기에 발생한 인지적 변화에 의해 촉발된다고 가정하였다. 이들은 특히 인지행동치료에서의 인지적 작업에 따른 변화가 급성호전 발생에 핵심적인 요인이라고 보았다. 따라서 비-인지행동치료적 개입에 비해 인지행동치료적 개입이 주어지는 경우 치료 변화가 더욱 안정적으로 유지될 것임이 시사되었다(Tang, Luborsky, & Andrusyna, 2002). 일레로, Clerkin, Teachman과 Smith-Janik(2008)의 공황장애 환자를 대상으로 한 인지행동치료에서는 2회기 이후에 급성호전을 경험한 환자들의 경우 그렇지 않은 사람들에 비해 증상호전의 폭이 컸으며, 이러한 변화에 인지적 변화가 선행하는 것으로 나타나고 있었다. 그러나 급성호전의 기전으로 인지적 변화가 선행한다는 점은 여전히 논란거리로서, 연구에 따라 비일관적인 결과들이 보고되고 있었다. Hofmann, Schulz, Meuret, Moscovitch와 Suvak(2006)의 연구에서는 급성호전이 노출치료와 인지행동집단 치료 조건에서 비슷한 빈도로 나타났으며, 급성호전과 치료 효과 혹은 증상호전 전의 인지적 변화와의 관련성이 유의하지 않은 것으로 나타났다. 또한 Bohn, Aderka, Schreiber, Stangier과 Hofmann(2013)의 연구에서는 급성호전 집단에서 치료 후 시점과 추수시점에서의 증상이 더 낮아졌다는 결과를 얻었다. 인지치료와 대인관계치료에서의 급성호전의 강도나 빈도, 시점은 유사하게 나타났

으나, 대인관계치료에 비해 인지치료에서 치료 후 증상 수준이 더 낮은 것으로 나타났다. 그러나 인지적 변화가 증상 변화에 선행한다는 결과를 얻지 못하였고, 오히려 급성호전이 인지적 변화를 수반하는 것으로 나타났다. 더불어 Kelly, Roberts와 Ciesla(2005)는 우울증에 대한 인지행동치료를 시행한 결과 급성호전을 보인 사람들에서의 증상 경감이 더 효과적으로 나타난다는 점을 확인하였으나, 인지적 변화와 급성호전 간의 유의한 관련성은 찾지 못하였다.

한편, 인지적 변화 이외에도 급성호전에 선행하는 인과적 요인일 가능성이 있는 변인들이 탐색되었다. Andrusyna, Luborsky, Pham과 Tang(2006)의 연구에서는 지지적-표현치료(supportive-expressive therapy)를 실시한 결과, 인지 변화는 급성호전과 무관하였으나 치료자의 해석 정확도가 호전을 예견하는 것으로 나타났다. 그러나 급성호전은 호전 직전 회기에서의 치료적 동맹의 변화와는 무관하였으며(Tang & DeRubeis, 1999), 초기 치료적 동맹(Hardy et al., 2005)과도 무관하였다. 마찬가지로 자존감에서의 변화나(Kelly et al., 2005), 긍정적, 부정적 생활사건(Hardy et al., 2005) 및 치료순응도(Doane, Feeny, & Zoellner, 2010)와도 무관한 것으로 나타났다. 이러한 결과를 종합해 볼 때 급성호전과 인지적 변화 사이의 관계에 대해 밝혀지지 않은 바가 많고, 추후 연구를 통해 이러한 관계 양상이 추가적으로 탐색되어야 할 것으로 여겨진다.

급성호전 연구 현황

급성호전의 초기 연구들은 우울증 환자들을 대상으로 한 것이 많았으며 증상 변화를 평가

하는 도구로서 벡 우울척도(Beck Depression Inventory: BDI)를 주로 사용하였다(Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961; Stiles et al., 2003; Vittengl, Clark, & Jarret, 2005). 이후로 연구 대상이 다양한 환자군과 치료법으로 확장되었다. 사회불안장애와 공황장애, 범불안장애와 강박장애 등의 불안장애군을 비롯하여, 외상 후 스트레스 장애, 해리성 인격 장애, 섭식 장애 등 다양한 정신장애에 널리 적용되고 있다(Aderka, Nickerson, Boe, & Hofmann, 2012; Hofmann, Schulz, Meuret, Moscovitch, & Suvak, 2006; Present et al., 2008). 또한 정신장애환자뿐만 아니라, 우울감을 경험하는 암환자를 대상으로 한 연구도 진행되었다(Hopko, Robertson, & Carvalho, 2009). 인지행동치료에서의 치료 효과 검증은 물론이고 대인관계치료, 노출치료 및 행동 활성화, 지연된 노출, 비지시적 지지치료 및 비치료 환자에서의 증상변화 등 하나의 치료법에 한정되지 않고 연구가 이루어지고 있으며(Doane et al., 2010; Kelly, Roberts, & Bottonari, 2007; Kelly, Rizvi, Monson, & Resick, 2009; Gaynor et al., 2003), 치료 대상도 대다수가 성인이라는 하나 일부 청소년이나 아동을 대상으로 한 연구들도 보고되고 있는 실정이다(Aderka, Appelbaum-Namdar, Shafran, & Gilboa-Schechtman, 2011; Gaynor et al., 2003).

이 중 사회불안장애와 관련하여서는 Hofmann 등(2006)의 연구에서 최초로 급성호전이 다루어졌다. 이들은 부정적인 자기 지각이 변화되는 것이 사회불안의 증상 경감에 도움이 될 것이라고 보고 인지적 개입이 이루어지는 인지행동집단치료가 노출집단치료에 비해 급성호전이 더 잘 나타나고, 이는 부정적인 자기 진술의 감소 이후에 발생할 것으로 가정하였다. 연구 결과, 이전 연구들에서와 같이

사회불안군에서도 급성호전 현상이 나타났으나, 증상 감소에 인지적 변화가 선행한다거나, 추후 회기에서의 단기적, 장기적 증상 개선에 급성호전이 도움이 된다는 결과는 얻지 못하였다. 오히려 초기 사회불안 수준이 더 높은 사람들의 경우 급성호전 증상이 나타났다는 점을 들어 급성호전의 증상이 평균으로의 회귀 현상과 관련되어 있으며, 그 외적 타당도에 대해서는 추후 연구를 통해 탐색되어야 할 필요가 있다고 논의하였다. 이후 Bohn 등(2013)의 연구에서는 사회불안장애 환자들을 대상으로 개인인지치료와 대인관계치료를 비교하여 급성호전을 보인 집단에서 치료 후 시점과 추수 시점에서 더 큰 증상감소를 보였다는 결과와 더불어 대인관계치료에 비해 인지치료가 우수하다는 결과를 얻었으나, 증상 호전에 선행하는 인지 변화를 발견하지 못하였다는 점에서 급성호전이 갑작스러운 인지적 변화의 결과라는 Tang과 DeRubeis(1999)의 주장을 지지하는 결과는 얻지 못하였다. 한편, Norton, Klenck와 Barrera(2010)는 40명의 사회불안장애 환자를 포함한 전체 78명의 불안장애 환자를 대상으로 범진단적 인지행동집단치료를 실시하여, 급성호전을 보인 사람들에서 비급성호전 집단에 비해 치료 후 증상 경감이 더 큰 폭으로 나타났으며, 급성호전이 전체 증상 경감의 65%를 설명한다는 결과를 얻었다. 이와 더불어 급성호전 이전 회기에서 급성호전 집단의 인지적 변화가 비급성호전 집단보다 크게 나타나, 인지행동치료에서의 인지적 변화 가설을 지지하는 증거를 발견하기도 하였다.

종합하자면 다양한 정신장애와 심리치료 영역에 걸쳐 급성호전 연구가 이루어지고 있으나, 사회불안장애 환자를 대상으로 한 연구는

여전히 초기 단계에 머무르고 있으며 연구에 따라 증상 변화와 인지적 매개 여부에 대한 결과도 비일관적으로 얻어지고 있는 상태이다. 또한 서구권을 중심으로 급성호전과 관련하여 활발한 연구들이 이루어지고 있음에도 불구하고, 아시아권에서는 급성호전에 대한 연구가 부재한 상황이다. 우리나라와 일본 및 중국을 중심으로 한 아시아권에서도 심리치료가 활발히 이루어지고 있으며, 특히 인지행동치료에 대한 관심이 높다는 점을 생각할 때, 아시아권 고유의 인지행동치료에 대한 치료 반응자 특성을 파악하고, 치료 회기 내에서 발생하는 현상에 대해서도 탐색할 필요성이 제기된다.

본 연구에서는 사회불안장애 환자군을 대상으로 인지행동집단치료의 결과 급성호전이 어떤 양상으로 발생하는지 살펴보고, 급성호전 집단과 비급성호전 집단의 사회불안 및 관련 심리적 증상의 변화 경과에 어떤 차이가 있는지 검증해 보고자 한다. 더불어 급성호전의 기전을 파악해 보기 위한 시도로서, 급성호전에 선행하여 인지적 변화가 발생하는지를 검증하여 보고자 한다.

방 법

연구대상

2009년부터 2013년 사이에 서울 소재 K대학교 사회공포증 상담센터를 방문한 성인 남녀 중 총 12회기의 인지행동집단치료에 참여하여 11회기 이상 출석하여 치료를 완료한 32명이 본 연구에 참여하였다. 모든 참가자들은 구조화된 진단 면접인 Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders(SCID-I; 한

오수, 홍진표, 2000)와 불안장애 면담도구인 Anxiety Disorders Interview Schedule-IV for Social Phobia(ADIS-IV for Social Phobia; Di Nardo, Brown, & Barlow, 1994)를 통해 사회불안장애로 확진된 사람들이었다. 임상적 면담은 일정시간 이상 구조화된 면담에 대한 훈련을 받은 석사 재학 이상의 연구원 7명에 의해 시행되었으며, 평가 후 임상심리전문가인 연구자 1명의 지도 감독 하에 최종 진단이 이루어졌다.

면접자들은 사전에 약 6시간 동안 SCID-I 교육용 비디오를 함께 시청하며 진단 일치율과 관련한 훈련을 하였으며, 면담 이후 각자 실시한 면담 프로토콜 다섯 사례 이상을 함께 들으면서 평정자간 일치도를 평가하였다. 사회불안장애와 관련된 약물을 복용하고 있는 경우, 면접 참가 1개월 이전부터 복용을 시작하여 약물 용량을 안정적으로 유지하고 있는 사람들은 연구에 포함하였다.

참가자들의 연령은 18세에서 45세 사이로, 평균 연령은 25.28세($SD=6.69$)였으며, 참가자 중 50%인 16명이 여성이었다. 전체 집단 중 90.6%에 해당하는 29명이 미혼자였으며 나머지 3명이 기혼인 상태였다(표 1). 본 연구의 참가자들은 진단 면담에서의 결과뿐만 아니라 사회불안 척도를 통한 양적 측면에서도 임상적 수준의 사회불안을 경험하고 있는 것으로 나타났다. 참가자들의 사회불안 증상 수준을 살펴보면, SIAS에서의 평균이 53.75점($SD=13.48$), SPS에서의 평균이 41.48점($SD=16.71$)으로 나타났다. 김소정, 윤혜영, 권정혜(2013)의 일반통제 집단 445명과 사회불안장애 환자집단 205명을 대상으로 한 연구에서 사회불안장애 여부를 가장 잘 변별하는 절단점이 SIAS의 경우 40점, SPS의 경우 28점으로 나타났다는 점을 참고할 때, 본 연구에서의 참가자들은

중증도 수준에 이르는 사회불안을 경험하고 있는 것으로 사료된다. 참가자 중 사회불안장애 이외에 한 개의 공병을 가진 사람이 16명(50%), 두 개의 공병을 가진 사람이 5명(15%)이었다. 이 중 일차적 공병으로 우울장애에 해당하는 사람이 13명으로 전체 32명 중 40.6%를 차지하였으며, 공황장애, 특정공포증, 범불안장애에 해당하는 사람이 각각 한 명이었다. 이차적 공병으로는 범불안장애가 3명으로 가장 많았고 강박장애와 인터넷 중독에 해당하는 사람이 각각 한 명씩이었다. 평균 발병연령은 15.72세($SD=5.30$)였으며, 전반적인 기능 수준 점수(GAF)의 평균은 60.94점($SD=6.15$)으로 나타났다.

치료절차

본 연구에서 제공된 치료적 개입은 Heimberg(1991)의 프로그램을 기초로 권정혜, 이정운, 조선미(1998)가 개발한 사회공포증 환자들을 위한 인지행동치료 프로그램이었다. 한 치료집단의 참가자는 최소 3명에서 최대 8명이었으며, 본 연구에 참여한 참가자들은 총 8집단으로부터 모집되었다. 전체 치료 회기는 임상심리 박사과정에 재학 중이며 임상심리전문가 자격증을 갖춘 주 치료자 1명이 진행하였으며 임상 및 상담심리 석사과정 재학 이상의 보조 치료자 1명 혹은 2명이 참여하였다. 각 회기는 매주 1회 2시간~3시간가량이 소요되었다.

본 연구에서는 4회기의 인지적 재구성, 4회기의 모의 노출 훈련, 총 8회기로 구성된 기존 프로그램의 치료 효과를 향상하기 위해 노출훈련과 핵심신념과 관련한 회기를 추가하여 전체 12회기로 변형한 프로그램을 적용하였다.

모의 노출 및 실제 노출 과정에서는 매주 새로운 관찰자들이 참여하여 모의 발표 상황에 대해 피드백하거나 사회적 상호작용 상황에서의 역할 연기를 보조하였다. 일정 시간 훈련 받은 임상 및 상담심리 석사과정 재학생과 심리학과 학부생이 모든 노출 회기에 관찰자로 참여하였다. 노출 훈련은 낮은 난이도에서 시작하여 점차 높은 난이도의 훈련으로 진행되는 점진적 노출로 구성되었으며, 모든 과정을 비디오로 녹화하여 환자가 자신의 상태를 직접 확인하고 인지적 오류를 검증할 수 있도록 하는 비디오 피드백도 함께 실시하였다.

모든 회기에서는 실제 불안 상황에서의 경험과 관련하여 인지 및 행동적 과제가 부과되었으며, 과제에 대해서는 매 회기 초반에 점검 및 피드백이 주어졌다. 치료종결 한 달 이후 및 세 달 이후에 각각 추후 회기가 진행되었다. 치료 중 증상평가를 위해 사회불안증상 측정과 관련된 척도인 SIAS와 SPS는 매회기 시행되었으며, 나머지 척도들은 1회기, 4회기, 8회기, 12회기의 총 4회에 걸쳐 시행되었다. 구체적인 치료회기의 구성과 진행과정에 대해서는 윤혜영과 권정혜(2013)의 연구에 보다 상세하게 제시되어 있다.

측정도구

**한국판 사회적 상호작용 불안 척도
(Korean-Social Interaction Anxiety Scale:
K-SIAS)**

SPS와 함께 실시하도록 고안된 쌍 척도로서, 전체 20문항으로 구성된다. 두 사람이나 여러 사람이 함께 대화를 하는 등의 사회적 상호작용 상황에 대한 두려움을 측정하는 문항들로 구성된다. 이 척도는 Mattick과 Clarke

(1998)가 제작하였으며 본 연구에서는 김향숙(2001)이 번안한 19문항에 최병휘(2007)가 번안한 1문항을 덧붙여 사용하였다. 0점(전혀 그렇지 않다)에서 4점(매우 그렇다)까지의 5점 리커트 척도이며, 3개의 긍정문으로 이루어지는 역채점 문항을 처리한 후에 모든 문항의 점수를 합산하여 총점이 나온다. 점수 범위는 0점에서 80점으로, 높은 점수는 사회적 상호작용 불안의 수준이 더 높다는 것을 의미한다. SIAS는 선행연구들에서 내적 일관성이 높고, 검사-재검사 신뢰도 및 타당도도 우수한 것으로 나타났다(Mattick & Clarke, 1998; Orsillo, 2001). 본 연구에서의 내적 일치도(Cronbach's alpha)는 .88이었으며, 문항 총점 간 상관은 -.57에서 .82 범위였다.

**한국판 사회공포증 척도(Korean-Social
Phobia Scale: K-SPS)**

SIAS와 함께 실시하도록 고안된 쌍 척도로서, 전체 20문항으로 구성된다. 대중들 앞에서 발표를 해야 하거나, 다른 사람들과 함께 식사를 하거나, 관심의 초점이 되는 상황 등 수행 상황에 대한 두려움을 측정하는 문항들로 구성된다. 이 척도는 Mattick과 Clarke(1998)가 제작하였으며 본 연구에서는 김향숙(2001)이 번안한 척도를 사용하였다. 0점(전혀 그렇지 않다)에서 4점(매우 그렇다)까지의 5점 리커트 척도로서 총점의 범위는 0점에서 80점까지이다. 높은 점수는 수행 불안의 수준이 더 높다는 것을 의미한다. SPS는 선행연구들에서 내적 일관성이 높고, 신뢰도와 타당도도 우수한 것으로 나타났다(Mattick & Clarke, 1998; Orsillo, 2001). 본 연구에서의 내적 일치도(Cronbach's alpha)는 .94였으며, 문항 총점 간 상관은 .49에서 .81로 나타났다.

백 불안척도(Beck Anxiety Inventory; BAI)

Beck, Epstein, Brown과 Steer(1988)에 의해 제작된 척도로 불안의 인지적, 행동적, 신체적 증상 및 심각도를 평정하기 위해 구성된 척도이다. 본 연구에서는 Kwon(1993)이 번안하고 육성필과 김중술(1997)이 타당화한 한국판 백 불안검사를 사용하였다. 이 척도에서는 지난 일주일 동안 불안 증상을 얼마나 경험하였는지 평가하며 각 항목은 1점에서 4점 범위의 4점 리커트 척도이다. 높은 점수일수록 불안감이 더욱 높은 것으로 해석된다. 육성필과 김중술이 보고한 내적 일치도(Cronbach's alpha)는 .78이었다.

백 우울척도(Beck Depression Inventory; BDI)

1961년 Beck, Ward, Mendelson, Mock과 Erbaugh에 의해 제작되었다. 우울의 인지적, 정서적, 동기적, 생리적 증상을 평정하기 위한 21문항으로 구성된다. 본 연구에서는 이영호와 송종용(1991)이 번안한 한국판 백 우울검사를 사용하였다. 이 검사는 각 항목별로 우울 증상의 심각도를 기술하는 4개의 문장으로 구성되며 지난 일주일 동안 자신에게 가장 적합하다고 생각되는 번호를 고르도록 되어 있다. 각 문항은 0점에서 3점 범위이며 총점은 0점에서 63점까지의 범위로, 점수가 높을수록 더욱 심한 우울증상을 경험하는 것으로 해석된다. 이영호와 송종용(1991)이 보고한 내적 일치도(Cronbach's alpha)는 .78이었다.

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

다른 사람으로부터 부정적인 평가를 받는

것에 대한 두려움을 측정하기 위해 제작되었다. Watson과 Friend(1969)가 처음 제작한 문항을 바탕으로 Leary(1983)가 전체 점수와 .50 이상의 상관을 보이는 문항만을 선별하여 제작된 단축형 척도이다. 원척도는 진위형으로 고안되었으나, 이정윤과 최정훈(1997)에 의한 국내 번안 과정에서 1점에서 5점 범위의 5점 리커트 척도로 변화되었다. 총점은 12점에서 60점 분포로 점수가 높을수록 부정적 평가에 대한 두려움이 높음을 시사한다. 이정윤과 최정훈(1997)이 보고한 일반인 대상의 내적 일치도(Cronbach's alpha)는 .90이었다.

자기초점적 주의 척도(Self Focused Attention Scale; SFA)

다른 사람과 함께 있는 사회적 상황에서 주의 초점을 어디에 두고 있는지 평가하는 척도이다. Bögels, Mulken와 De Jong(1997)에 의해 제작되었으며, 김소정(2006)에 의해 우리말로 번안되었다. 총 11문항으로 자기초점 주의-각성 척도 6문항과 자기초점적 주의-수행 척도 5문항으로 구성된다. 자기초점 주의-각성 척도는 사회적 상황에서 자신의 각성 상태에 주의를 기울이는 경향성을 측정하며, 자기초점적 주의-수행 척도는 자신의 사회적 행동에 주의를 기울이는 정도를 측정한다. 0점(절대 그렇지 않다)~4점(매우 많이 그렇다) 범위의 5점 리커트 척도로서 총점은 0점에서 44점까지의 분포이다. 전체적 점수가 높을수록 과제에 주의를 집중하기보다는 자신의 내적 사고나 신체적 반응에 주의를 집중하는 경향이 높음을 의미한다. 원저자들에 의해 보고된 내적 일치도는 자기초점적 주의-각성 척도의 경우 .86이었으며, 자기초점적 주의-수행 척도의 경우 .77이었다(Bögels, Mulken, & De Jong, 1997).

김소정(2006)의 연구에서 국내의 사회불안장애 환자를 대상으로 얻어진 내적 일치도(Cronbach's alpha)는 .83이었다.

역기능적 신념검사(Dysfunctional Belief Test; DBT)

본 척도는 조용래와 원호택(1999)이 개발한 사회불안장애와 관련된 역기능적 신념을 평가하기 위한 척도로서 사회적 측면에서의 부정적인 자기 개념, 타인의 인정에 대한 과도한 욕망, 타인과 사회적 관계에 대한 부정적 신념이라는 3개의 하위 요인이 전반적인 역기능적 신념이라는 2차 요인으로 묶이는 위계적 요인구조의 70문항으로 구성된다. 본 연구에서는 홍세희와 조용래(2006)가 각 하위 유형별로 12문항을 선정하여 재구성한 단축판을 기준으로, 사회불안장애 환자들의 사회적 자기에 대한 부정적 개념과 관련한 12문항만을 선별하여 사용하였다. 원 척도에서는 7점 리커트 척도였으나 홍세희와 조용래(2006)가 역기능적 신념검사의 단축판 구성에서 제안한 바에 의거하여 1점(전혀 일치/동의하지 않는다)~6점(전적으로 일치/동의한다) 범위의 6점 리커트 척도를 사용하였다. 점수가 높을수록 자기 자신을 평범하고 열등하다고 지각하는 경향성이 높고, 자신의 외양이나 능력 및 행동에 대한 정신적 표상이 매우 부정적인 것으로 해석된다. 본 연구에 포함된 각 12문항의 문항 적합도 지수는 .80~1.20 사이에 해당하고 있었다.

주관적 부담 정도 평정척도(Subjective Cost Questionnaire; SCQ)

Butler와 Mathew(1983)에 의해 처음 개발되었으며 McNally와 Foa(1987)가 변형한 척도로, 본

연구에서는 조명숙(2000)이 번안한 문항을 사용하였다. 주관적 확률 평정척도(Subjective Probability Questionnaire, SPQ)와 함께 제작되었으며, 부정적 사회적 사건에 관한 20문항과 부정적 비사회적 사건에 대한 20문항으로 구성된다. 본 연구에서는 사회적 상황에 대한 부담감과 관련한 문항들만 선택하여 사용하였다. 조명숙(2000)의 연구에서는 0점~4점 범위의 5점 리커트 척도로 번안하여 사용되었으나, 본 연구에서는 0점(전혀 나쁘지 않을 것이다)에서 9점(극히 나쁠 것이다) 범위의 20문항을 사용하였다. 해당 척도에서 점수가 높을수록 사회적 상황의 결과가 자신에게 미치는 영향이 더욱 나쁘고 괴로울 것으로 보는 파국적 예상의 수준이 높은 것으로 해석할 수 있다. 조명숙(2000)의 연구 결과에서 사회적 사건에 대한 주관적 확률 평정척도(SPQ)의 내적 일치도(Cronbach's alpha)는 .90, 주관적 부담 정도 평정 척도(SCQ)에서의 내적 일치도(Cronbach's alpha)는 .90이었다.

자료 분석

본 연구에서는 자료의 통계적 분석을 위해 IBM SPSS Statistics 22.0을 사용하였다.

결 과

급성호전 집단 선별

참가자들의 급성호전 여부를 구분하기 위해 Tang과 DeRubeis(1999)가 제안한 세 가지 준거를 적용하였다. 인지행동집단치료에서 매 회기 사회불안증상의 변화를 측정하기 위해 시

행된 SIAS와 SPS를 대상으로 준거를 적용하였으며, 두 척도 중 하나에서라도 세 가지 준거를 모두 충족시키는 경우 급성호전 집단에 포함하였다. Tang과 DeRubeis(1999)에 따르면 급성호전이 나타나기 직전의 회기를 호전 이전 회기(pregain session, N-1)라고 하고, 호전 이전 회기에 선행하는 회기를 호전 전전 회기(prepregain session, N-2)라고 정의한다. 또한 급성호전 직후의 회기를 호전 이후 회기(aftergain session, N+1)라고 정의한다. 급성호전의 준거는 다음과 같다.

첫째, N번째 회기와 N+1번째 회기 사이의 호전의 양이 절대적 의미에서 커야 한다. 선행 연구들에서는 신뢰로운 척도의 점수 변화에 기초하여 호전의 변화 강도를 지정하였다. 본 연구에서는 Hofmann 등(2006)이 사용한 방법에 따라 전체 집단에서 나타난 SIAS와 SPS의 변화점수(예. SIAS 변화점수 = SIAS 1회기 점수 - SIAS 12회기 점수)를 각각 1회기에서 12회기까지의 SIAS 및 SPS 변화점수의 표준오차로 나눈 값을 급성호전의 절단점 점수로 사용하였다. 이 방법을 적용하였을 때 SIAS를 기준으로 산출한 차이점수의 평균은 18.59였고, 표준오차 값인 2.12로 이를 나눈 결정적 차이점수가 8.77점이었으며, SPS의 경우는 차이점수의 평균이 21.81이었고, 표준오차 값이 2.48로서 결정적 차이점수가 8.79점으로 나타났다. 이에 본 연구에서는 회기 간 점수 감소가 9점 이상인 것을 절단점으로 설정하였다.

둘째로, 급성호전 이전의 증상 심각도에 비해 효과가 상대적으로 크게 나타나야 한다. 본 연구에서는 Hofmann 등(2006)이 적용한 기준과 일관되게 호전 이후 회기(N+1회기)의 SIAS와 SPS에서의 호전 점수는 급성호전 회기(N회기)에서의 점수에 비해 적어도 25% 이상

이 되어야 하는 것으로 준거를 설정하였다.

마지막으로 급성호전의 효과가 호전 전후의 증상 변화에 비해 크게 나타나야 한다. Tang과 DeRubeis(1999)는 독립검증 t-검증을 시행하여, 호전 전의 3회기(N-2, N-1, N)에서의 점수 평균과 호전 이후의 3회기(N+1, N+2, N+3)에서의 점수 평균을 비교하였다. 이 준거는 자료의 자동 상관에 의해 비판받았으며, 이후의 많은 연구에서는 $t(4)=2.78$ 을 절단 준거로 사용하였다(예. Hardey et al., 2005; Vittengl et al., 2005). 본 연구에서도 독립 t-검증 결과 도출된 t값을 기준으로 급성호전 여부를 판단하였다.

상기 세 가지 준거에 더해 Tang과 DeRubeis(1999)의 권고에 기초하여, 인지행동치료에서의 첫 회기나 마지막 회기 직전의 호전은 분석에서 제외하였다. 그 결과 SIAS 척도 점수를 기준으로 급성호전을 보인 참가자가 7명, SPS 점수를 기준으로 급성호전을 보인 참가자가 7명이었으며, 두 척도에서 중복되게 급성호전을 나타낸 참가자는 한 명이었다. 이에 전체 32명 중 40.62%인 총 13명이 최종적인 급성호전 집단으로 분류되었다.

치료 과정 내에서 발생하는 급성호전의 형태에 대한 이해를 돕기 위해 SIAS 급성호전 집단과 SPS 급성호전 집단의 평균적인 급성호전의 형태를 그림 1과 그림 2를 통해 제시하였다. 각 그림은 해당 척도에서의 첫 회기와 N-2, N-1, N, N+1, N+2, N+3 및 마지막 회기에서의 총점의 평균을 기준으로 도시하였다.

급성호전 집단 대 비급성호전 집단의 인구통계학적 특성

전체 급성호전을 보인 사람들 13명과 그렇지

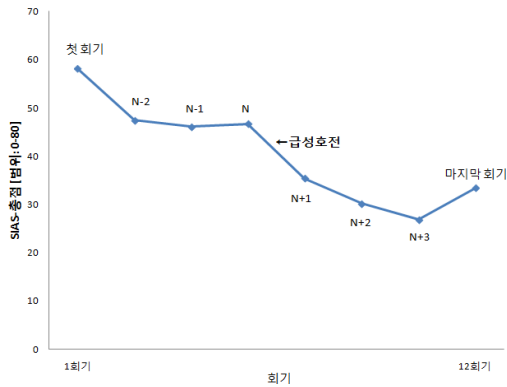


그림 1. SIAS 급성호전 집단에서의 평균적인 급성호전

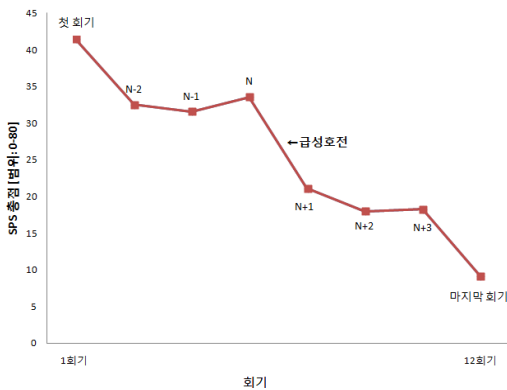


그림 2. SPS 급성호전 집단에서의 평균적인 급성호전

지 않은 참가자 19명에서 유의한 차이가 있는지 확인하기 위해 인구통계학적 변인에 대한 비교를 실시하였다(표 1).

먼저 급성호전 여부에 따른 성별의 차이는 유의하지 않은 것으로 나타났으며, $\chi^2(1, N=32) < .000, p = 1.00$, 연령의 차이도 유의하지 않은 것으로 나타났다, $t(30) = -.09, p = .93$. 교육연한과 결혼상태에 대해서도 집단 간 유의미한 차이는 발생하지 않고 있었다, 각각 $t(30) = .08, p = .93, \chi^2(1, N=32) = .07, p = .79$. 이외

에도 사회경제적 지위, 이전 상담력, 현재의 약물복용 상태, 치료 참여 경험 및 치료 장면 에 대한 집단 간 카이제곱 검증 결과, 모든 변인에서 급성호전 집단과 비급성호전 집단 간의 유의한 차이는 나타나지 않고 있었다, 모든 $p > .05$. 한편 사회불안장애와의 공병이 높은 우울장애와의 공병율에 있어서는 급성호전 집단이 비급성호전 집단에 비해 유의하게 더 높은 것으로 나타났다, $\chi^2(1, N=32) = 3.97, p = .046$.

급성호전 집단과 비급성호전 집단의 초기 증상 수준

치료 전 시점에 실시한 자기보고식 검사지 점수에 대한 *t*-검증을 통해 급성호전 집단과 비급성호전 집단을 비교한 결과, 사회불안과 일반화된 불안, 우울 및 부정적 평가에 대한 두려움, 자기초점적 주의 및 사회적 상황의 결과에 대한 파국적 해석 전반에서 통계적으로 유의한 차이가 나타나지 않고 있었다, 모든 $p > .05$, 표 1. 다만 역기능적 신념을 측정하는 DBT에서 두 집단 간의 차이가 유의하게 나타났으며, $t(30) = 2.62, p = .01$, 급성호전 집단이 비급성호전 집단에 비해 높은 점수를 보이고 있었다.

급성호전 집단 내의 동질성 검증

급성호전 집단 중 SIAS를 통해 선정된 급성호전 집단과 SPS를 통해 선정된 급성호전 집단에서 인구통계학적 특성에 차이가 있는지 살펴보았다. 전체 13명의 급성호전 반응자 중 두 척도 모두에서 급성호전을 나타낸 1명을 제외한 12명이 분석에 포함되었다. SIAS 급성

표 1. 연구 참가자의 인구통계학적 특성 및 치료 전 임상척도 (N=32)

변인	전체 (N=32)	비급성호전 (n=19)	급성호전 (n=13)	통계치 (χ^2 , t)	p
	N (%) 혹은 M (SD)	n (%) 혹은 M (SD)	n (%) 혹은 M (SD)		
성별				.00 ^a	1.00
남	16	10	6		
여	16	9	7		
연령	25.28 (6.69)	25.37 (6.91)	25.15 (6.63)	-.09 ^b	.93
교육연한	14.28 (1.46)	14.26 (1.63)	14.31 (1.25)	.08 ^b	.93
결혼상태				.07 ^a	.79
미혼	29 (90.6%)	17 (89.5%)	12 (92.3%)		
기혼	3 (9.4%)	2 (10.5%)	1 (7.7%)		
현재 약물복용	4 (13.0%)	3 (5.3%)	1 (7.7%)	.46 ^a	.50
우울장애 공병	13 (40.6%)	5 (26.3%)	8 (61.5%)	3.97 ^a	.046
치료 전 임상척도 점수					
K-SIAS	53.75 (13.48)	52.16 (11.98)	56.08 (15.63)	.80 ^b	.43
K-SPS	41.18 (16.71)	39.16 (15.85)	44.15 (18.12)	.83 ^b	.42
BAI	41.44 (12.91)	42.26 (13.75)	40.23 (12.01)	-.43 ^b	.67
BDI	14.63 (8.26)	12.89 (6.68)	17.15 (9.89)	1.45 ^b	.16
DBT	54.91 (17.29)	48.84 (15.76)	63.77 (12.48)	2.62 ^b	.01
B-FNE	51.05 (5.17)	50.63 (6.22)	51.69 (3.22)	.56 ^b	.58
SFA	28.59 (9.04)	27.63 (9.79)	30.00 (7.99)	.72 ^b	.48
SCQ	120.66 (27.68)	114.53 (28.39)	129.62 (24.98)	1.55 ^b	.13

주. K-SIAS = 한국판 사회적 상호작용 불안 척도; K-SPS = 한국판 사회공포증 척도; BAI = 백 불안척도; BDI = 백 우울척도; DBT = 역기능적 신념검사; B-FNE = 부정적 평가에 대한 두려움 척도 - 단축형; SFA = 자기초점적 주의 척도; SCQ = 주관적 부담 평정 척도.

a = χ^2 / b = *t-test* 결과임.

호전 집단과 SPS 급성호전 집단은 각각 남자 3명, 여자 3명으로 구성되어 집단 간 성별 차이가 나타나지 않고 있었으며, $\chi^2(1, N=12) < .001$, $p = .72$, 연령의 경우에도 SIAS 급성호전 집단이 25.67세($SD=8.55$), SPS 급성호전 집단이 22.83세($SD=1.47$)로 두 집단 간의 차이

는 유의하지 않은 것으로 나타났다, $t(10) = .80$, $p = .44$. 또한 급성호전 집단 내에서의 치료 전 증상 심각도에 차이가 있는지 검증하기 위해 두 집단의 척도별 점수에 대해 독립 *t*-검증을 시행하였다. 그 결과, SIAS 평균 점수와 SPS 평균 점수에서 집단 간 차이가 유의하지 않은

것으로 나타나 두 집단의 상호작용 불안과 수행 불안에서는 양적인 차이가 없는 것으로 판단되었다, 각각 $t(10)=.63, p=.54$; $t(10)=.98, p=.35$. 또한 BAI와 BDI를 통해 일반적인 불안 증상과 우울 증상에는 차이가 없는지 비교한 결과, 두 척도 모두에서 집단 간 차이가 나타나지 않고 있었다, 각각 $t(10)=1.28, p=.23$; $t(10)=.75, p=.47$.

추가적으로 SIAS 급성호전 집단과 SPS 급성호전 집단의 인지적 왜곡의 수준을 비교하였더니, 자기초점적 주의에서는 유의한 차이가 나타나지 않았으나, $t(10)=.88, p=.40$, 역기능적 신념과 부정적 평가에 대한 두려움 및 사회적

상황의 결과에 대한 과극적 예상에서 SIAS 급성호전 집단이 통계적으로 유의한 수준에서 더 높은 점수를 나타내고 있었다, 각각 $t(10)=4.44, p<.001$; $t(10)=2.93, p=.02$; $t(10)=2.62, p=.03$ (표 2).

급성호전 발생회기와 빈도 및 설명량

SIAS를 통해 급성호전이 변별된 사람들의 급성호전이 나타난 회기의 중앙값은 8회기로 다소 늦은 편이었으나, SPS를 통해 변별된 사람들의 급성호전이 나타난 회기의 중앙값은 4회기로 다소 빠른 편이었다. SIAS와 SPS 모두

표 2. SIAS 급성호전 집단과 SPS 급성호전 집단 간의 초기 증상치 비교 ($n=12$)

변인	SIAS 급성호전 ($n=6$) n (%) 혹은 M (SD)	SPS 급성호전 ($n=6$) n (%) 혹은 M (SD)	통계치 (χ^2, t)	p
성별			.13 ^a	.72
남	3 (50%)	3 (50%)		
여	3 (50%)	3 (50%)		
연령	25.67 (8.55)	22.83 (1.47)	.80 ^b	.44
급성호전 발생회기	8회기	4회기		
치료 전 임상척도 점수				
K-SIAS	52.16 (11.98)	56.08 (15.63)	.63 ^b	.54
K-SPS	39.16 (15.85)	44.15 (18.12)	.98 ^b	.35
BAI	42.26 (13.75)	40.23 (12.01)	1.28 ^b	.23
BDI	12.89 (6.68)	17.15 (9.89)	.75 ^b	.47
DBT	73.83 (6.91)	53.50 (8.83)	4.44 ^b	.00
B-FNE	53.50 (2.26)	49.33 (2.66)	2.93 ^b	.02
SFA	31.50 (10.01)	27.33 (5.65)	.88 ^b	.40
SCQ	144.67 (21.15)	113.00 (20.72)	2.62 ^b	.03

주. K-SIAS = 한국판 사회적 상호작용 불안 척도; K-SPS = 한국판 사회공포증 척도; BAI = 백 불안척도; BDI = 백 우울척도; DBT = 역기능적 신념검사; B-FNE =부정적 평가에 대한 두려움 척도 - 단축형; SFA = 자기초점적 주의 척도; SCQ = 주관적 부담 평정 척도.

a = χ^2 / b = t -test 결과임.

에서 급성호전이 나타난 일인의 피험자의 경우, 급성호전 회기는 두 척도 모두에서 7회기로 일치하였다. 한편 Hofmann 등(2006)의 연구에서 12회기 사회불안장애 집단 치료에서 나타난 평균 급성호전 회기는 5회기로 본 회기에서의 전체 급성호전의 중앙값인 6회기와 유사한 수준이었다. 한편, 본 연구에서는 전체 32명의 피험자에 대해 1회기에서 12회기 사이의 회기 간 측정 간격(한 회기와 다음 회기 사이의 간격)이 총 11회로, SIAS와 SPS 각각의 척도 당 총 352회였으며, 32(명) X 11(회기 간 측정 간격), 이 중 급성호전이 나타난 빈도는 두 척도에 동일하게 각각 총 7회씩으로 집계되었다. 이에 전체 회기 간 측정 간격에서 급성호전 회기의 발생 비율은 1.99%로 나타났다(척도별 급성호전 7회 / 전체 회기 간 측정 간격 352회). 또한 급성호전의 효과를 확인하기 위해 급성호전 시의 변화 점수가 전체 치료 과정에서 나타난 증상 호전 점수 중에 얼마를 차지하는지 살펴보았다. 먼저, SIAS의 경우, SIAS 급성호전 집단에서 치료 전후의 증상 호전 점수는 평균 24.14점($SD=15.83$)이었고, 급성호전 회기 시의 변화 점수의 평균은 14.14점($SD=4.30$)으로 급성호전이 전체 증상 경감 중 58.57%를 설명하고 있었다. SPS의 경우에는 SPS 급성호전 집단 내에서 치료 전후의 증상 호전 점수가 평균 29.43점($SD=13.68$)이었으며, 급성호전 회기 시의 변화 점수의 평균이 15.00점($SD=4.76$)으로 전체 증상 경감 중 50.97%를 설명하고 있었다.

급성호전 역전 현상

선행연구들에서 제안한 방법(예. Hofmann et al., 2006)에 따라 참가자들 중 급성호전을 보

인 이후에 급성호전 시의 증상개선 점수 중 50% 혹은 그 이상의 점수가 다시금 상승한 역전 현상이 발생하는지를 아래의 식을 통해 확인해 보았다.

$$SIAS_{N+1} + .5 \{SIAS_N - SIAS_{N+1}\}$$

혹은

$$SPS_{N+1} + .5 \{SPS_N - SPS_{N+1}\}$$

그 결과 SIAS에서의 급성호전의 역전이 2명으로 나타난 반면, SPS에서의 급성호전의 역전은 나타나지 않아, 전체 급성호전집단 13명 중 2명인 13.38%가 역전 현상을 경험한 것으로 파악되었다. 이에 급성호전 현상이 일시적인 현상이 아니며, 발생 이후로도 증상 경감이 비교적 안정적으로 유지된다는 점이 확인되었다.

급성호전 집단과 비급성호전 집단 간의 치료 효과 비교

치료 전후 변화

인지행동집단치료에서 치료 전과 후의 사회불안 증상의 변화가 급성호전 여부에 따라 달라지는지 살펴보기 위해 집단 2(급성호전 집

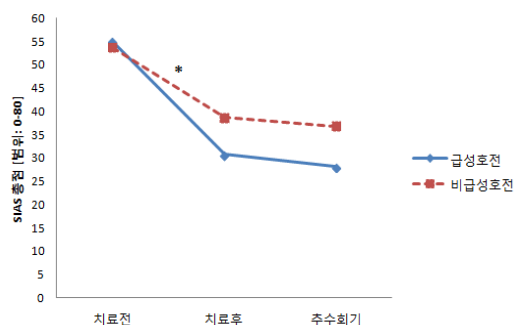


그림 3. 치료 전후 및 추수회기 SIAS 점수변화

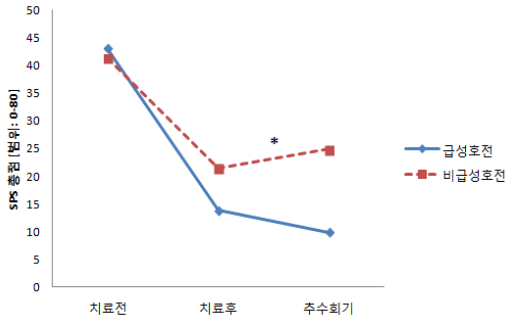


그림 4. 치료 전후 및 추수회기 SPS 점수변화

단 대 비급성호전 집단) X 시점 2(치료 전 대 치료 후)에 대한 혼합변량분석을 SIAS와 SPS에 대해 각각 실시하였다. SIAS의 경우, 시점에 대해서는 유의한 차이가 나타났으며, $F(1, 30)=95.39, p<.001, \text{partial } \eta^2=.76$, 시점과 집단 간의 상호작용도 유의한 것으로 나타났으나, $F(1, 30)=6.11, p<.05, \text{partial } \eta^2=.17$, 집단 간의 효과는 유의하지 않은 것으로 나타났다,

$F(1, 30)=.07, p=.80, \text{partial } \eta^2=.002$. SPS의 경우에는 치료 전후 시점에 대해서는 유의한 차이가 발생하고 있었으나, $F(1, 30)=84.51, p<.001, \text{partial } \eta^2=.74$, 집단 효과는 유의하지 않은 것으로 나타났으며, $F(1, 30)=.03, p=.87, \text{partial } \eta^2=.001$, 시점과 집단 간의 상호작용도 유의하지 않은 것으로 나타났다, $F(1, 30)=2.80, p=.11, \text{partial } \eta^2=.09$. 이를 통해 급성호전 집단과 비급성호전 집단 모두 치료 전에 비해 치료 후에 상당한 사회불안 증상이 감소하나, 사회적 상호작용 불안의 경우 급성호전 집단이 비급성호전 집단에 비해 치료 후 유의하게 큰 폭으로 증상이 경감된다는 점이 확인되었다.

추가적으로 이차적 증상의 변화에 대한 급성호전의 영향을 파악하기 위해 역시 집단 2 (급성호전 집단 대 비급성호전 집단) X 시점 2(치료 전 대 치료 후)에 대한 혼합변량분석을

표 3. 치료 전후의 척도별 점수 변화 (N=32)

척도	비급성호전 (n=19)		급성호전 (n=13)		집단 F	회기 F	회기 x 집단 F
	치료 전	치료 후	치료 전	치료 후			
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)			
K-SIAS	52.16 (11.98)	37.58 (10.37)	56.08 (15.63)	31.62 (11.03)	.07	95.39***	6.11*
K-SPS	39.16 (15.85)	20.68 (13.33)	44.15 (18.12)	17.46 (19.06)	.03	84.51***	2.80
BAI	42.26 (13.75)	32.26 (12.42)	40.23 (12.01)	31.15 (10.49)	.16	21.22***	.05
BDI	12.89 (6.68)	5.84 (4.21)	17.15 (9.89)	7.54 (9.42)	1.51	50.82***	1.20
B-FNE	50.63 (6.22)	40.58 (7.68)	51.69 (3.22)	37.77 (7.42)	.23	68.41***	1.78
DBT	48.84 (17.76)	39.21 (16.15)	63.77 (12.48)	36.54 (18.56)	1.51	32.18***	7.34*
SFA	27.63 (9.79)	20.05 (8.41)	30.00 (7.99)	16.85 (10.02)	.02	30.20***	2.18
SCQ	113.28 (28.67)	96.00 (25.36)	129.62 (24.98)	66.62 (35.60)	.52	59.00***	19.14***

주. K-SIAS = 한국판 사회적 상호작용 불안 척도; K-SPS = 한국판 사회공포증 척도; BAI = 벡 불안척도; BDI = 벡 우울척도; B-FNE =부정적 평가에 대한 두려움 척도 - 단축형; DBT = 역기능적 신념검사; SFA = 자기초점적 주의 척도; SCQ = 주관적 부담 평정 척도.

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

BAI, BDI, DBT, B-FNE, SFA와 SCQ에 대해 실시하였다. 그 결과 급성호전 집단과 비급성호전 집단 모두가 전반적인 척도에서 치료 전에 비해 치료 후에 유의한 증상 경감이 나타나, 인지행동치료의 결과 일반적인 불안과 우울, 역기능적 신념과 부정적 평가에 대한 두려움, 자기초점적 주의 및 사회적 상호작용의 결과에 대한 파국적인 예상이 모두 개선되는 것으로 보인다, 모든 $p < .001$.

한편, 치료 전후의 증상 변화와 집단 간의 상호작용을 살펴보았을 때에는 이차적 증상과 관련한 6개의 척도 중 SCQ와 DBT에서만 시점과 집단 간 상호작용 효과가 나타나고 있어, 급성호전 집단에서 사회적 상호작용의 결과에 대한 파국적인 예상과 사회적 상황에 대한 역기능적 신념이 비급성호전 집단에 비해 유의하게 더 큰 폭으로 감소한다는 점이 시사되었다, $F(1, 29)=19.14, p < .001, \text{partial } \eta^2=.40$; $F(1, 30)=7.34, p=.01, \text{partial } \eta^2=.20$

장기적인 증상 호전

급성호전의 효과가 장기적인 증상호전과 관련이 있는지 살펴보기 위해 치료종결 3개월 시점의 추수회기에 참여한 참가자 28명을 대상으로, 급성호전 여부에 의해 치료종결 후 사회불안 증상 변화에 차이가 발생하는지 탐색해 보았다. 급성호전 여부 2(급성호전 집단 대 비급성호전 집단) X 시점 2(치료 후 대 추수회기)에 대한 혼합변량분석을 각각 SIAS와 SPS에 대해 실시하였다. SIAS의 경우, 시점에 따른 효과가 유의하지 않게 나타나, 추수회기에서의 급성호전 집단과 비급성호전 집단의 점수가 치료 후 시점에 비해 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다, $M=28.18(SD=20.18)$;

$M=26.88(SD=14.44)$; $F(1, 26)=.62, p=.44, \text{partial } \eta^2=.02$. 더불어 집단 효과가 $F(1, 26)=3.17, p=.09, \text{partial } \eta^2=.11$ 로 유의하지 않게 나타났으며, 시간과 집단 간의 상호작용 효과도 $F(1, 26)=.01, p=.90, \text{partial } \eta^2=.001$ 로 유의하지 않게 나타났다.

한편, SPS는 시간과 집단에 대해 각각 유의한 차이가 나타나지 않고 있었으나, $F(1, 26)=.04, p=.85, \text{partial } \eta^2=.001$; $F(1, 26)=4.21, p=.05, \text{partial } \eta^2=.14$, 시간과 집단 간 상호작용 효과는 유의하게 나타났다, $F(1, 26)=5.98, p=.02, \text{partial } \eta^2=.19$. 이에 치료 후 시점에 비해 추수회기에서 급성호전 집단의 사회적 수행 불안이 비급성호전 집단과는 달리 감소하는 것으로 파악되었다.

그림 3을 통해 전반적인 시점 간의 척도 변화 양상을 살펴보면, SIAS의 경우 급성호전 집단과 비급성호전 집단 모두가 치료 전에 비해 치료 후에 점수가 하락하며 특히 급성호전 집단에서의 상대적인 점수 감소가 두드러지고 있으나, 치료 후 시점에서 추수시점 간에는 시간에 따른 점수 하락이 경미하게 발생하며 두 집단 간의 변화 패턴에 큰 차이가 없는 것이 관찰된다. 그림 4에서 SPS에서의 변화 양상을 살펴보면, 급성호전 집단과 비급성호전 집단 모두가 치료 전에 비해 치료 후에 점수가 하락하는 것은 통계적으로 유의하나 치료 후 시점 이후로 추수시점에 걸쳐서는 급성호전 집단의 점수만 지속적으로 하락하는 것으로 나타났다, 급성호전 집단 치료 후 회기 $M=17.46\text{점}(SD=19.06)$, 추수회기 $M=9.91\text{점}(SD=12.51)$. 비급성호전 집단의 경우, 치료 후와 추수회기 사이에 통계적으로 유의한 점수 차이가 나타나지 않았으며, $F(1, 16)=2.48, p=.14, \text{partial } \eta^2=.13$, 원점수는 소폭 상승하는

양상이 관찰되었다, 치료 후 회기 $M=20.68$ 점 ($SD=13.33$); 추수회기 $M=24.88$ 점($SD=16.98$)

급성호전에 선행하는 인지적 변화

Bohn 등(2013)의 연구에서 급성호전 전전 회기와 전 급성호전 이전 회기 간의 부정적 사고의 강도와 빈도를 비교한 것을 참조하여 급성호전에 인지적 변화가 선행하는지 검증하고자 하였다. 다만 본 연구에서는 사회불안 증상을 측정하는 SIAS와 SPS 이외의 척도에 대해서는 1회기, 4회기, 8회기, 12회기에서만 척도를 시행하였기에 급성호전의 발생 직전 회기들에 대한 직접적인 측정이 불가하였다. 이에 급성호전 집단 13명 가운데 2회기와 3회기에 급성호전을 보인 3명을 제외하고 나머지 10명을 대상으로 급성호전 이전 시점인 치료 시작 회기와 4회기 시점 간의 인지적 변화가 유의하게 나타나는지 B-FNE, DBT, SFA와 SCQ에서의 점수 변화를 통해 확인해 보았다. 그 결과, B-FNE가 유의하게 감소하였으며, DBT와 SCQ에서도 유의한 감소가 나타나, $F(1, 9)=23.70, p=.001, \text{partial } \eta^2=.73$; $F(1, 9)=13.32, p=.01, \text{partial } \eta^2=.60$; $F(1, 9)=17.79, p=.002, \text{partial } \eta^2=.66$, 급성호전 이전에 부정적 평가에 대한 두려움, 역기능적 신념 및 사회적 상호작용의 결과에 대한 파국적 예상이 모두 감소하는 것으로 파악되었다. 그러나 SFA에서는 유의한 감소가 나타나지 않고 있어, $F(1, 9)=4.69, p=.06, \text{partial } \eta^2=.34$, 자기초점적 주의는 급성호전 집단 내에서 초기에 유의하게 변화하지 않는 것으로 보인다.

급성호전 집단이 비급성호전 집단에 비해 초기 인지적 변화 수준에서 차이를 보이는지 알아보기 위해 4회기 이후의 급성호전을 보인

참가자 10명과 비급성호전 집단의 참가자 19명을 대상으로 2(집단: 급성호전 대 비급성호전) X 2(시점: 1회기 대 4회기) 혼합변량분석을 시행하였다. 그 결과 B-FNE와 SFA에서는 집단과 시점 간의 유의한 상호작용이 나타나지 않았으나, $F(1, 27)=1.87, p=.18, \text{partial } \eta^2=.07$; $F(1, 27)=1.14, p=.30, \text{partial } \eta^2=.04$, DBT와 SCQ에서는 유의한 상호작용이 나타나고 있었다, $F(1, 27)=5.25, p=.03, \text{partial } \eta^2=.16$; $F(1, 27)=6.14, p=.02, \text{partial } \eta^2=.19$. 이를 통해 급성호전 집단에서의 역기능적 자기 신념과 사회적 상황의 파국적 결과에 대한 예상이 비급성호전 집단에 비해 치료 전에는 상대적으로 높게 유지되다가 치료 초기에 급격히 감소

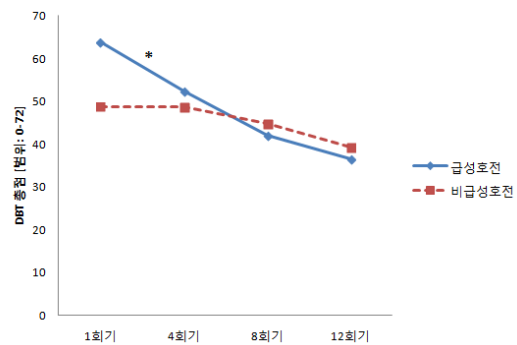


그림 5. 회기별 DBT 점수변화

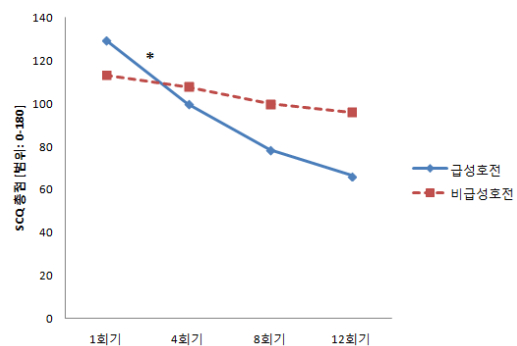


그림 6. 회기별 SCQ 점수변화

하는 양상이 나타나는 것으로 여겨진다(그림 5, 그림 6).

추가적으로 1회기와 4회기 사이의 인지적 왜곡 척도의 변화값을 독립변인으로, 급성호전 여부를 종속변인으로 설정하여 로지스틱 회귀분석을 통해 치료 과정 동안의 인지적 변화가 이후 급성호전 여부를 예측하는지 검증하였다. 그 결과 DBT에서의 초기 증상호전이 클수록 이후 급성호전을 보일 가능성이 더욱 높은 것으로 나타났으며, $b=.08$, $SE=.04$, Cox & Snell $R^2=.18$, Nagelkerke $R^2=.24$, Model $\chi^2(1, N=32)=6.26$, $p=.01$, $OR=1.09$, [95% CI: 1.01~1.17], $p=.03$, SCQ에서도 초기 증상 호전이 클수록 이후의 급성호전 가능성을 유의하게 예측하는 것으로 나타났다, $b=.06$, $SE=.02$, Cox & Snell $R^2=.24$, Nagelkerke $R^2=.32$, Model $\chi^2(1, N=32)=8.63$, $p=.003$, $OR=1.06$, [95% CI: 1.01~1.11], $p=.02$. 반면, B-FNE와 SFA에서의 초기 증상 변화량은 이후의 급성호전을 유의하게 예측하지 못하는 것으로 분석되었다, 모든 $p>.05$.

논 의

급성호전이란 심리치료 과정 중에 발생하는 갑작스러운 증상의 호전으로 정의된다. Tang과 DeRubeis(1999)의 우울장애 치료에서의 급성호전 연구를 시작으로 현재까지 여러 장애와 심리치료기법에 대한 급성호전 연구가 꾸준히 이루어져 왔으나 아직은 급성호전의 현상과 그 기전에 대한 충분한 합의가 도출되지 않은 상황이다(Aderka, Nickerson, Boe, & Hofmann, 2012; Hofmann, Schultz, Meuret, Moscovitch, & Suvak, 2006; Thomas & Persons, 2013). 또한 서

구권에서의 심리치료 기전에 대한 관심과 이에 따른 급성호전 연구가 활발히 이루어지고 있는 것에 반해, 아직 우리나라를 비롯하여 중국이나 일본 등 아시아권에서의 급성호전 연구는 부재한 실정이다. 이에 본 연구에서는 국내의 사회불안장애 환자를 대상으로 한 인지행동치료에서 급성호전이 어떤 빈도와 양상으로 나타나는지 탐색하였으며 전반적인 증상 예후와는 어떤 관련이 있는지 자세히 살펴보았다. 그 결과 선행연구와 유사한 빈도로 급성호전이 관찰되었으며, 급성호전 집단이 비급성호전 집단에 비해 치료 후의 사회적 상호작용 불안과 인지적 왜곡의 감소가 상대적으로 더 컸고, 치료 3개월 후의 추수 시점에서도 비급성호전 집단과는 달리 사회적 수행 불안이 감소하였다는 결과를 얻었다.

본 연구에서는 급성호전의 현상을 객관적으로 파악하기 위해 Tang과 DeRubeis(1999)가 우울장애에 대해 적용한 3가지 기준과 더불어 Hofmann 등(2006)이 사회불안장애에 적용한 기준을 통합하여 전체 치료 참여자 중 급성호전 집단을 선별하였다. 그 결과 전체 치료 참여자 중 40.62%가 급성호전을 경험한 것으로 나타나 선행연구들과 비교적 유사한 수준의 급성호전이 발생하고 있는 것으로 관찰되었다. 구체적으로 선행연구들에서의 급성호전의 비율을 살펴보자면, Tang과 DeRubeis(1999)의 성인 우울장애 환자를 대상으로 한 연구에서는 전체 환자의 39%가 급성호전을 경험하는 것으로 나타났으며, 청소년 우울장애 환자를 대상으로 한 Gaynor 등(2003)의 연구에서 CBT, 가족치료와 지지치료에서 공통적으로 나타난 급성호전의 비율이 39%였고, Busch, Kanter, Landes와 Kohlenberg(2006)의 우울장애 연구에서는 총 42%의 환자가 급성호전을 보인 것으로

나타났다. 한편, 사회불안장애 환자를 대상으로 한 Hofmann 등(2006)의 연구에서는 전체 집단치료에 참여한 환자들 중 19%에서만 급성호전이 나타나고 있었으며, 범불안장애 환자를 대상으로 한 Present 등(2008)의 연구에서는 34%의 환자들이 급성호전을 보였다. 한편, 상담소에 방문한 환자를 대상으로 한 연구에서는 임상적 수준의 증상을 보이는 사람들 중 29%에서 급성호전이 보고되었으며(Greenfield, Gunthert, & Haaga, 2011), 일반 외래 장면을 방문한 환자들 중 17%에서 급성호전이 나타났다는 연구 결과도 있었다(Stiles et al., 2003). 이를 종합할 때, 본 연구에서의 급성호전의 빈도는 선행연구들에서 보고된 범위 내에 속하며, 다소 높은 수치에 해당하고 있었다.

다만, 본 연구에서는 SIAS와 SPS에 각각 급성호전의 3가지 준거를 적용하고 역치를 넘긴 두 집단을 통합하여 최종적인 급성호전 집단을 선별하였다는 점이 주로 하나의 척도를 기준으로 급성호전 집단을 선별하였던 선행연구들과의 차이라고 볼 수 있다. 이러한 선별 방식으로 인해 급성호전 집단이 상대적으로 더 높은 빈도로 선별되었을 가능성도 시사된다. 그러나 본 연구에서의 일차적 증상에 해당하는 사회불안이 매 회기 SIAS와 SPS라는 쌍 척도를 통해 측정되었으며, 두 척도가 각기 사회적 상호작용 불안과 사회적 수행 불안이라는 사회불안의 서로 다른 두 가지 구성개념에 대한 것이라는 점을 고려할 때, 일방적인 합산 점수를 적용하거나 두 척도 중 하나의 척도만을 사용하여 급성호전 및 뒤따른 증상변화를 측정하는 것이 부적절하다고 판단되었다. 오히려 급성호전이라는 현상이 한 회기에서 다른 회기에 걸쳐 갑작스럽게 발생하는 상당한 양의 증상경감이라는 점을 바탕으로 보자

면, 각 척도에서 유의한 급성호전을 보인 사람들을 대상으로 급성호전의 양상과 치료 경과에서 나타나는 특성을 살펴보는 것이 일관성 있는 접근이라고 판단되었다.

한편, 전체 치료 과정에 걸친 증상 경감에서 급성호전이 기여하는 정도를 확인하였을 때, SIAS 급성호전 집단의 경우 58.57%, SPS 급성호전 집단의 경우 50.97%의 설명량을 나타내었다. 이는 Tang과 DeRubeis(1999)의 연구에서 나타난 급성호전의 설명량 51.38%와 Hofmann 등(2006)의 연구에서 나타난 설명량 50.27%보다 다소 높으며 Norton 등(2010)의 연구에서 나타난 65%에 비해서는 다소 낮은 수준으로, 전체 변화량의 절반 이상이 급성호전을 통해 발생하였음이 확인되었다. 또한 전체 급성호전 집단 13명 중 급성호전 역전을 보인 사람은 2명으로 소수에 그치고 있어, 급성호전 현상이 특정 회기 내에서 발생하는 급격한 증상 변화이나 전체 증상 호전을 설명하는 비중이 높고, 비교적 안정적인 현상임이 다시 한 번 시사되었다. 급성호전 이후 역전을 보인 사람들이 그렇지 않은 사람들과 어떤 차이를 가지고 있는지에 대해 규명하는 것은 상당히 중요하다고 생각되나, 역전을 보인 사람이 소수에 그치고 있어 이들의 특성을 구체적으로 기술하기 어려운 실정이다. 추후 연구에서 충분한 사례수를 확보하여 급성호전 이후 증상 변화가 지속적으로 유지되는 집단과 역전이 나타나는 집단의 특성을 비교 검증할 필요가 있을 것으로 사료된다.

두 척도를 나누어서 보자면, 전체 32명 중 각 척도에서 급성호전이 발생하였던 사람은 7명으로서 전체의 21.88%에서 급성호전이 나타나고 있어, 다른 불안장애를 대상으로 한 연구들에서의 결과보다 다소 높으나 유사한 수

준인 것으로 나타났다. 급성호전의 발생빈도에 대해 앞서 언급한 연구들에 더해 Aderka 등(2012)의 메타분석 결과를 참고하자면, 우울장애 환자를 대상으로 한 연구들에서는 급성호전이 40~50%의 높은 비율로 관찰된 반면, 사회불안장애나 불안장애 및 일반 외래 환자 등 기타 심리적 어려움이 있는 경우에는 급성호전의 빈도가 20% 미만으로 상대적으로 낮게 나타나고 있었다. 이에 비해 심리치료 기법에서의 차이는 급성호전의 빈도와는 큰 상관성이 없는 것으로 나타났다. 이러한 현상에 대한 정확한 이유는 알 수 없으나 먼저, 대부분의 우울장애 환자를 대상으로 한 급성호전 판단기준이 BDI로서 일관되게 사용되고 있으며, BDI가 우울증상의 심각도를 평가하고 치료 과정에서 우울증상의 강도가 얼마나 변화하는지를 측정하기에 적합한 도구로서 개발되었기에(Beck et al., 1961) 다른 척도들에 비해 증상의 양적 차이를 예민하게 반영할 가능성이 있다. 더불어 우울장애의 일화적 특성 상 증상 호전이 만성적이고 안정적으로 증상 수준이 유지되는 불안장애군에 비해 더욱 큰 폭으로 변화하였을 가능성에 대해서도 고려해 볼 수 있을 것으로 생각된다.

본 연구에서의 급성호전 발생회기의 중앙값은 6회기였으며 전체 회기 중 급성호전이 발생한 회기는 1.99%로 나타났다. 이는 사회불안장애 환자를 대상으로 한 Hofmann(2006)의 연구에서 급성호전의 발생회기의 중앙값이 5회기였으며, 전체 회기 중 급성호전 회기의 빈도가 2.28%였던 것과 비슷한 수준이었다. 본 연구에서의 결과를 보다 자세히 살펴보면, 사회적 수행 불안을 측정하는 SPS에서는 급성호전의 중앙값이 4회기로 나타났으나, 사회적 상호작용 불안을 측정하는 SIAS에서는 급성호

전의 중앙값이 8회기로 두 척도에서 뚜렷한 차이를 나타내고 있었다. 이러한 결과에 대해서 영향을 미쳤을 만한 요인으로 두 척도가 측정하는 사회불안의 질적 차이와 이것이 연구에서 사용된 치료 과정과 상호작용하였을 가능성을 고려해 볼 수 있을 것으로 생각된다. 먼저, 본 연구 집단이 참여하였던 인지행동치료는 전체 12회기의 집단치료 형태로서 치료 초기에는 사회불안과 관련한 인지적 재구조화를 주로 적용하는 반면 치료 중후반기부터는 행동적 기법들이 더욱 강조되어 회기 내외에서의 노출 훈련이 주로 이루어진다. 이를 통해 볼 때 인지적 기법이 이루어진 시점에서 비교적 이르게 극적인 증상 호전이 나타나는 부분이 사회적 수행 불안인 반면, 행동적 기법이 반복적으로 주어지고 난 이후에야 증상 호전이 크게 나타나는 부분이 사회적 상호작용 불안이라는 점은 상당히 흥미로운 결과라고 여겨진다.

일찍이 Leary(1983)는 사회적 상황을 불확정적 상호작용과 확정적 상호작용으로 구분하여 설명하였다. 대화 상황과 같은 불확정적 상호작용은 타인의 행동을 지속적으로 감찰하고 자신의 행동을 거기에 맞추어야 하는 반면, 발표 상황과 같은 확정적 상호작용은 타인에 맞춰 행동을 해야 할 필요성이 적은 대신, 상대방이 자신을 어떻게 평가하는지에 대한 피드백도 거의 없다는 점에서 각기 상당히 다른 기술을 요구한다는 것이다. 두 상황을 나누어서 볼 때, 먼저 사회적 수행 불안은 대체로 실제 혹은 가상의 청중들이 지켜볼 것에 대한 두려움과 관련되어 있으며 주어진 과제 내에서 자기 제시를 하는 것과 관련한 인지적, 행동적, 생리적 불안 증상과 관련이 있다. 따라서 사회적 상황과 과제에 대한 인식과 수행에

대한 과도한 기대 등이 수정될 때 비교적 쉽게 변화할 가능성이 있을 것으로 보인다. 이에 비해 사회적 상호작용 불안은 말 그대로 타인과의 상호작용 장면에서 자신이 어떻게 행동하고, 또 이것이 상대방에게 어떻게 지각되어 뒤이은 행동들에 영향을 미치는지에 대한 복잡한 처리 과정을 내포하고 있다. 또한 사회불안을 극복하기 위해 요구되는 기술의 수준에서도 일방적인 수행보다는 상호작용의 난이도가 상당히 더 높다고 여겨진다. 이러한 맥락을 고려할 때, 사회적 상호작용에서의 극적인 변화가 있기까지는 특별히 더 지속적이고 다각적인 개입이 주어져야 할 필요성이 시사된다. 이러한 결과를 바탕으로 실제 인지행동집단치료에서도 사회적 상호작용에 대한 불안감을 높게 경험하는 집단과 사회적 수행 불안을 주로 호소하는 집단을 변별하여 이들에게 적합한 치료적 개입을 적용한다면, 보다 효과적인 증상 개선을 도모할 수 있을 것으로 여겨진다.

한편, 급성호전 집단은 비급성호전 집단과 치료 전 시점에서는 전반적인 증상 수준에 차이가 나타나지 않고 있었다. 다만 역기능적 신념 척도에서 유의하게 더 높은 수준을 나타내고 있었으며 우울공병율도 더 높은 것으로 나타났다. 이는 선행연구들(Heimberg, 2002; Rodebaugh, Holaway, & Heimberg, 2004)에서 사회불안장애에 대한 인지행동치료 효과의 부정적 예측 인자로 사회적 상황에서의 부정적 사고의 빈도 및 우울 공병을 들었던 점을 고려할 때, 급성호전 집단이 비급성호전 집단에 비해 치료 전 복합적인 문제를 가진 사람들로써 치료에 대한 예후도 좋지 않을 가능성이 높다는 점을 시사한다. 그러나 본 연구에서의 급성호전 집단은 더 높은 우울공병율에도 불

구하고 더욱 우수한 치료 결과를 보이고 있었다. 이 같은 결과에 대해 속단하기는 어려우나, 급성호전이라는 결정적인 순간의 급격한 변화를 통해 복잡한 문제를 지닌 환자들이 오히려 큰 변화를 경험하게 된다는 설명도 가능할 것으로 여겨진다.

치료 전후의 증상 변화와 관련해서는 급성호전 집단이 비급성호전 집단에 비해 치료 후 시점에서 사회적 상호작용 불안과 사회적 상호작용의 결과에 대한 파국적 예상이 유의하게 더 낮은 것으로 나타났으며, 치료종결 3개월 이후의 추수회기 시점에서는 사회적 수행 불안이 유의하게 더 낮은 것으로 나타났다. 급성호전 집단과 비급성호전 집단 모두는 일차적 증상인 사회불안과 이차적 증상으로서의 전반적인 우울, 불안, 인지적 왜곡의 수준에서 치료 전 시점에 비해 치료 후 시점에서 유의한 증상 호전을 나타내고 있어, 인지행동집단 치료 결과 일차적 증상과 이차적 증상 모두에서의 경감이 나타나는 것으로 판단되었다. 다만, 상대적인 변화량을 고려할 때, 선행연구들에서 보고된 바와 일관되게 본 연구에서도 급성호전 집단의 점수 변화가 더욱 크게 나타나고 있어, 급성호전 현상이 급격하게 증상 경감이 발생하는 일시적 현상이라기보다는 전반적인 치료효과와 관련되는 안정적 현상임이 시사되었다.

또한 급성호전의 기전을 알아보기 위해 급성호전 회기 이전에 유의한 인지적 왜곡이 감소하는지를 평가해 보았다. 4회기 이후에 급성호전이 발생한 10명을 대상으로 1회기와 4회기 사이에 발생한 인지적 왜곡의 감소가 B-FNE, DBT, SCQ에서 유의하다는 점을 확인하였다. 또한 급성호전 집단과 비급성호전 집단 간의 초기 인지적 왜곡의 감소량에 차이가

있는지 확인한 결과, 급성호전 집단의 경우 사회적 자기와 관련한 역기능적 신념과 부정적 사회적 상호작용에 대한 파국적 예상이 유의하게 더 많이 감소하는 경향을 보였다. 마찬가지로 로지스틱 회귀분석을 통해 선행한 인지적 변화량이 이후 급성호전 집단 여부를 예측하는지 탐색하였을 때에도 상기 두 가지 척도에서의 점수 변화가 유의한 예측력을 가지는 것으로 나타나, 인지적 변화가 급성호전을 이끄는 것으로 여겨진다. 다만, 본 연구에서는 인지적 왜곡과 관련한 척도들을 매 회기 실시하지 못하여 급성호전 회기 직전에 유의한 인지적 왜곡이 발생하는지를 직접적으로 검증하지 못하였다. 이러한 설계 및 분석 상의 제한점은 급성호전의 기전을 인과적으로 설명하기에 제한점이 있으나, 적어도 급성호전 집단의 경우 비급성호전 집단에 비해 인지적 왜곡의 측면에서 치료 초기에 큰 폭의 증상 경감을 보이며, 이것이 이후의 급성호전 현상 및 치료 전반에 걸쳐 나타나는 증상 경감에 영향을 미치는 것으로 해석된다.

급성호전의 전개 과정에 대해 Tang과 DeRubeis(1999)는 급성호전 반응자의 CBT 3단계 모형을 통해 급성호전의 발생 경과를 제안하였다. 이 모형의 첫 단계는 준비 단계이다. 이 때는 치료의 시작 시점으로서 치료자들이 환자에게 인지적 기술을 교육하고 치료동맹을 형성하여 이후 증상호전의 기초를 마련한다. 두 번째 단계에서는 결정적 회기, 즉 급성호전이 발생한다. 이 때 결정적인 신념과 스키마가 변화하여 이후의 우울증상을 대폭 감소시키게 된다. 마지막 단계로서 상향적 나선운동이 나타나는데 이때는 인지적 변화의 결과로 증상완화가 유지되어 궁극적으로 회복에 이르게 한다고 하였다. 본 연구에서 선행된

인지 변화와 뒤따른 급성호전 회기 및 치료 후 시점에서 급성호전 집단이 비급성호전 집단에 비해 낮은 증상 수준을 나타내었다는 점은 이러한 모형과 일관된 결과로서 인지행동 치료에서의 구체적인 변화 기전을 살펴볼 수 있었다는 점에서 의의가 있다고 생각된다. 또한 이러한 결과를 바탕으로 추후 급성호전의 선행요인이나 방해요인 및 급성호전과 치료반응을 간의 관계 등에 대한 체계적인 탐색이 이루어진다면, 구체적인 치료 기법 개발에 도움이 될 수 있을 것으로 여겨진다.

본 연구에서의 제한점은 아래와 같다. 첫째, 전체 연구대상이 인지행동집단치료에 참여한 사람들로만 구성되어 다른 종류의 치료에 노출된 집단과의 비교가 불가하였다는 것이다. 치료법에서의 차이에 따라 급성호전의 발생 빈도나 시점 및 역전 현상 등 세부 양상을 비교하지 못했다는 점은 아쉬운 점으로 남는다. 다만, Aderka 등(2012)의 메타분석 결과에서도 전체 16개의 연구 중 3개의 연구만이 복수의 치료집단을 포함하여 서로 비교하였으며, 나머지 13개의 연구에서는 치료법이 하나에 머무르고 있어, 별도의 치료법을 시행한 통제집단의 부재가 본 연구에서의 결과에 대한 일반화 가능성을 크게 저해하지는 않는 것으로 판단된다. 둘째, 전체 연구 대상이 32명으로 제한적이었다는 점을 들 수 있다. 기본적으로 적은 숫자의 참여자들을 바탕으로 급성호전 집단과 비급성호전 집단을 나누어 통계적 분석을 시행하였기에 집단별로 성격적 유형 등 개인적 변인들에서 차이가 나타나는지 등 추가적인 탐색을 하는데 어려움이 있었다. 셋째, 일부 인지적 왜곡과 관련한 척도에서 사전 집단 간 동질성을 확보하지 못하였다는 점이다. 치료 전 시점을 기준으로 급성호전 집단과 비

급성호전 집단 간에는 DBT에서 차이가 있었으며, SIAS 급성호전 집단과 SPS 급성호전 집단 사이에는 DBT, B-FNE, SCQ에서 집단 차이가 나타나고 있었으나, 사회불안증상 척도와 상기 인지적 왜곡과 관련한 척도들 간의 상관성이 .3~.6으로 높게 나타나 공변량분석을 실시하기에는 다중공선성이 문제가 되었다. 다만, 급성호전 집단과 비급성호전 집단이 치료 전부터 핵심 신념과 관련한 차원에서 이질적인 집단인지, 혹은 치료 과정에서 다르게 파생되는 집단인지에 대한 문제는 보다 대규모의 치료집단을 대상으로 한 추후 연구를 통해 확인될 필요가 있다고 생각된다. 넷째, 인지적 변화의 선행여부를 검증하는 과정에서 매회기 측정된 자료를 바탕으로 급성호전 전 전 회기와 급성호전 전 회기 및 급성호전 직후 회기에서의 변화량을 탐색하지 못하였다는 제한점이 있다. 인지관련 척도들의 시행이 1회기, 4회기, 8회기, 12회기에 그치고 있어 내담자 개개인에 따라 인지적 변화 시점과 급성호전 간의 거리가 일관되지 못하였고, 이로 인해 인지적 변화와 이후의 급성호전 간의 직접적인 인과적 관계를 증명하지 못하였던 점이 상당한 아쉬움으로 남는다. 마지막으로, 구조화된 임상면담을 시행하는 과정에서 평정자간 일치도를 확인하지 못하였다는 점이다. 면담자들이 훈련과 지도감독을 받는 과정에서 자료 수집이 진행되어, 면담 도구 자체에 대한 신뢰도 측정이 이루어지지 못한 점은 추후 연구를 통해 보완되어야 할 점이라고 여겨진다.

그럼에도 불구하고 본 연구는 심리치료 과정에서의 새로운 개념인 급성호전을 아시아권 최초로 탐색하였으며, 구조화된 인지행동집단 치료를 시행한 사회불안집단에서 확인하였다

는 점에서 큰 의의가 있다고 생각된다. 본 연구에서는 서구권에서 시행된 연구들과 유사한 빈도와 양상의 급성호전 현상을 확인하였을 뿐만 아니라, 급성호전이 치료 후 시점은 물론 치료 종결 후 추수 시점까지 더 많은 증상 경감과 관련이 있으며, 인지적 변화가 이후의 급격한 증상변화를 예측한다는 Tang과 DeRubeis(1999)의 “상향적 나선운동”을 검증하였다. 또한 사회적 상호작용 불안과 사회적 수행 불안에서의 급성호전 시점의 차이점을 발견함으로써 증상에 따른 변별적인 치료개입을 제안할 수 있었다는 점에서 더욱 의의가 있다고 생각된다. 본 연구를 바탕으로 이후 연구들에서 체계적인 심리치료를 적용하고 치료 과정에서의 변화 기전을 보다 깊이 있게 탐색할 수 있기를 기대한다.

참고문헌

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

김소정 (2006). 사회공포증에 대한 과제집중 훈련의 효과. 고려대학교 일반대학원 석사학위 청구논문.

김소정, 윤희영, 권정혜 (2013). 한국판 사회적 상호작용 불안척도(K-SIAS)와 한국판 사회공포증 척도(K-SPS)의 단축형 타당화 연구. 인지행동치료, 13(3), 511-535.

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

육성필, 김중술 (1997). 한국판 Beck Anxiety Inventory의 임상적 연구: 환자군과 비환자군의 비교. 한국심리학회지: 임상, 16,

- 185-197.
- 윤혜영, 권정혜 (2013). 사회불안장애의 인지행동치료효과: 주의편향과 암묵적 자존감을 중심으로. *인지행동치료*, 13(2), 211-234.
- 이영호, 송종용 (1991). BDI, SDS, MMPI-D 척도의 신뢰도 및 타당도에 대한 연구. *한국심리학회지: 임상*, 10, 98-113.
- 이정운, 최정훈 (1997). 한국판 사회공포증 척도(K-SAD, K-FNE)의 신뢰도 및 타당도 연구. *한국심리학회지: 임상*, 16, 251-264.
- 조명숙 (2000). 부정적인 사회적 사건의 발생 확률 판단 및 부담 정도 판단과 사회적 상황에서의 자기 효능감이 사회불안에 미치는 영향. 가톨릭대학교 일반대학원 석사학위 청구논문.
- 조용래, 원호택 (1999). 사회공포증에 대한 인지적 평가 III: 역기능적 신념 검사의 개발 및 타당화. *한국심리학회지: 임상*, 18, 141-162.
- 최병휘 (2007). 사회공포증의 인지행동집단치료. 서울: 시그마프레스.
- 한오수, 홍진표 (2000). DSM-IV의 제 1축 장애의 구조화된 임상적 면담: SCID-1. 서울: 하나의학사.
- 홍세희, 조용래 (2006). 역기능적 신념검사 단축판의 구성: Rasch 평정척도 모형의 적용. *한국심리학회지: 임상*, 25, 865-880.
- Aderka, I. M., Appelbaum-Namdar, E., Shafran, N., & Gilboa-Schechtman, E. (2011). Sudden gains in prolonged exposure for children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 4, 441-446.
- Aderka, I. M., Nickerson, A., Bøe, H. -J., & Hofmann, S. G. (2012). Sudden gains during psychological treatments of anxiety and depression: A meta-analysis. *Journal of consulting and clinical psychology*, 80, 92-101.
- Andrusyna, T. P., Luborsky, L., Pham, T., & Tang, T. Z. (2006). The mechanisms of sudden gains in supportive-expressive therapy for depression. *Psychotherapy Research*, 16, 526-535.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- 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.
- Bögels, S. M., Mulkens, S., & De Jong, P. J. (1997). Task concentration training and fear of blushing. *Journal of Clinical Psychology and Psychotherapy*, 4, 251-258.
- Bohn, C., Aderka, I. M., Schreiber, F., Stangier, U., & Hofmann, S. G. (2013). Sudden gains in cognitive therapy and interpersonal therapy for social anxiety disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 81, 177-182.
- Busch, A. M., Kanter, J. W., Landes, S. J., & Kohlenberg, R. J. (2006). Sudden gains and outcome: A broader temporal analysis of cognitive therapy for depression. *Behavior therapy*, 37(1), 61-68.
- Butler, G., & Mathew, A. (1983). Cognitive processes in anxiety. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 5(1), 51-62.
- Clerkin, E. M., Teachman, B. A., & Smith-Janik, S. B. (2008). Sudden gains in group

- cognitive-behavioral therapy for panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 46(11), 1244-1250.
- Di Nardo, P., Brown, T., & Barlow, D. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV-lifetime version*. Albany, NY: Graywind.
- Doane, L. S., Feeny, N. C., & Zoellner, L. A. (2010). A preliminary investigation of sudden gains in exposure therapy for PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 48(6), 555-560.
- Gaynor, S. T., Weersing, R., Kolko, D. J., Birmaher, B., Heo, J., & Brents, D. A. (2003). The prevalence and impact of large sudden improvements during adolescent therapy for depression: A comparison across cognitive-behavioral, family, and supportive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 386-393.
- Greenfield, M. F., Gunthert, K. C., & Haaga, D. A. F. (2011). Sudden gains versus gradual gains in a psychotherapy training clinic. *Journal of clinical psychology*, 67(1), 17-30.
- Haas, E., Hill, R. D., Lambert, M. J., & Morell, B. (2002). Do early responders to psychotherapy maintain treatment gains?. *Journal of clinical psychology*, 58(9), 1157-1172.
- Hardey G. E., Cahill, J. Stiles, W. B., Ispan, C., Macaskill, N., & Barkham, M. (2005). Sudden gains in cognitive therapy for depression: A replication and extension. *Journal of consulting and clinical psychology*, 73, 59-67.
- Hayes, A. M., Feldman, G. C., Beevers, C., G., Laurenceau, J. P., Cardaciotto, L., & Lewis-Smith, J. (2007). Discontinuities and cognitive change in an exposure-based cognitive therapy for depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 75, 409-421.
- Heimberg, R. G. (1991). A manual for conducting cognitive-behavioral group therapy for social phobia. Unpublished manuscript, State University of New York at Albany, Center for Stress and Anxiety Disorders, Albany, NY.
- Heimberg, R. G. (2002). Cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder: current status and future directions. *Biological Psychiatry*, 51(1), 101-108.
- Hofmann, S. G., Schulz, S. M., Meuret, A. E., Moscovitch, D. A., & Suvak, M. (2006). Sudden gains during therapy of social phobia. *Journal of consulting and clinical psychology*, 74(4), 687-697.
- Hopko, D. R., Robertson, S. M. C., & Carvalho, J. P. (2009). Sudden gains in depressed cancer patients treated with behavioral activation therapy. *Behavior Therapy*, 40(4), 346-356.
- Howard, K. I., Kopta, S. M., Krause, M. S., & Orlinsky, D. E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41, 159-164.
- Ilard, S. S., & Craighead, W. E. (1994). The role of nonspecific factors in cognitive-behavior therapy for depression. *Clinical psychology: Science and practice*, 1, 138-156.
- Ilard, S. S., & Craighead, W. E. (1999). Rapid early response, cognitive modification, and nonspecific factors in cognitive behavior therapy for depression: A replay to Tang and DeRubeis. *Clinical psychology: Science and Practice*, 6, 295-299.
- Kelly, K. A., Rizvi, S. L., Monson, C. M., &

- Resick, P. A. (2009). The impact of sudden gains in cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 22*(4), 287-293.
- Kelly, M. A. R., Roberts, J. E., & Bottonari, K. A. (2007). Non-treatment related sudden gains in depression: The role of self-evaluation. *Behaviour Research and Therapy, 45*, 737-747
- Kelly, M. A. R., Roberts, J. E., & Ciesla, J. A. (2005). Sudden gains in cognitive behavioral treatment for depression: When do they occur and do they matter?. *Behavior Research and Therapy, 43*(6), 703-714.
- Kwon, S. (1993). Differential roles of dysfunctional attitudes and automatic thoughts in depression: An integrated cognitive model of depression. Doctoral dissertation, University of Queensland, Australia.
- Lambert, M. J., Hansen, N. B., & Finch, A. E. (2001). Patient-focused research: Using patient outcome data to enhance treatment effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 159-172.
- Leary, M. (1983). A brief version of the fear of negative evaluation scale. *Personality and Social Psychology Bulletin, 9*, 371-375.
- Luts, W. (2002). Patient-focused psychotherapy research and individual treatment progress as scientific groundwork for an empirically based clinical practice. *Psychotherapy research, 12*(3), 251-272.
- Lutz, W., Ehrlich, T., Rubel, J., Hallwachs, N., Röttger, M. A., Jorasz, C., Mocanu, S., Vocks, S., Schulte, D., & Tschitsaz-Stucki, A. (2013). The ups and downs of psychotherapy: Sudden gains and sudden losses identified with session reports. *Psychotherapy research, 23*(1), 14-24.
- Mattick, R. P. & Clarke, J. C. (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behaviour Research and Therapy, 36*, 455-470.
- McNally, R. J., & Foa, E. B. (1987). Cognition and Agoraphobia: Bias in the interpretation of threat. *Cognitive Therapy and Research, 11*(5), 567-581.
- Orsillo, S. M. (2001). Measures for social phobia. In M. M. Antony, Orsillo, S. M., & Roemer, L. (Ed.), *Practitioner's guide to empirically based measures of anxiety* (pp. 165-187). New York: Springer.
- Present, J., Crits-Christoph, P., Connolly, G. M. B., Hearon, B., Ring-Kurtz, S., Worley, M., & Gallop, R. (2008). Sudden gains in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychology, 64*(1), 119-126.
- Rodebaugh, T. L., Holaway, R. M., & Heimberg, R. G. The treatment of social anxiety disorder. *Clinical Psychology Review, 24*, 883-908.
- Stiles, W. B., Barkham, M., Connell, J., & Mellor-Clark, J. (2008). Responsive regulation of treatment duration in routine practice in United Kingdom primary care setting: Replication in a larger sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(2), 298-305.
- Stiles, W. B., Leach, C., Barkham, M., Lucock, M., Iveson, S., Shapiro, D. A., & Iveson, M. (2003). Early sudden gains in psychotherapy

- under routine clinic conditions: practice-based evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(1), 14-21.
- Tang, T. Z., & DeRubeis, R. J. (1999). Sudden gains and critical sessions in cognitive-behavioral therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 894-904.
- Tang, T., Z., DeRubeis, R. J., Beberman, R., & Pham, T. (2005). Cognitive changes, critical sessions, and sudden gains in cognitive-behavioral therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(1), 168-172.
- Tang, T. Z., Luborsky, L., & Andrusyna, T. (2002). Sudden gains in recovering from depression: Are they also found in psychotherapies other than cognitive-behavioral therapy?. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 444-447.
- Thomas, C., & Persons, J. B. (2013). Sudden gains can occur in psychotherapy even when the pattern of change is gradual. *Clinical psychology: Science and Practice*, 20(2), 127-142.
- Vittengl, J. R., Clark, L. A., & Jarret, R. B. (2005). Validity of sudden gains in acute phase treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 173-182.
- Watson, D., & Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 448-457.
- Wells, A., Stopa, L. A., & Clark, D. M. (1993). Social cognitions questionnaire. Unpublished manuscript, Department of psychiatry, Oxford University, England.

원고접수일 : 2014. 3. 20.

수정원고접수일 : 2014. 7. 14.

게재결정일 : 2014. 7. 14.

Sudden Gains in Cognitive Behavioral Group Therapy for Individuals with Social Anxiety Disorder

Sojung Kim¹⁾ Hannah Lee¹⁾ Hyaе-Young Yoon²⁾ Jung-Hye Kwon¹⁾

¹⁾Department of Psychology Korea University

²⁾Department of Psychology Keimyung University

Sudden gains (SG) are the phenomena of sudden symptom improvements from one session to the next (Tang & DeRubeis, 1999). SG are known to be related to greater symptom reductions at post-treatment and follow-up session. It is also suggested that SG represent abrupt but sustainable symptom improvements which affect treatment outcome. SG are referred to as phenomena that support the cognitive modification hypothesis; cognitive changes function as a precedent factor that leads to symptom reductions in Cognitive Behavior Therapy (CBT). However, there is lack of consensus on the mechanism underlying SG or its effect on prognosis. Furthermore, in contrast to the growing number of SG studies on various different psychopathologies and interventions within Western culture, SG studies have been relatively scarce in Asian culture. The aim of this study was to investigate SG in Cognitive Behavioral Group Therapy (CBGT) for individuals with Social Anxiety Disorder (SAD) in Korea. Data were collected from 32 individuals with SAD who visited the Social Anxiety Counseling Center at Korea University. According to the results, Korean SAD participants showed comparable frequency and magnitude of SG to those reported in previous studies with Western populations. Sudden gainers, compared to non-sudden gainers, showed greater reductions in symptoms associated with social interaction anxiety from pre- to post-assessment. They also demonstrated greater symptom abbreviations in performance anxiety from post- to follow-up assessment. Moreover, the decrease in social anxiety was preceded by reduction of dysfunctional belief and catastrophic anticipation on social interactions. This study was the first to explore SG in Asian culture. In results of this study, patterns of SG in the Korean SAD sample were similar to those reported in Western culture. In addition, sudden gainers showed significantly greater symptom reductions compared to non-sudden gainers. These results support the conceptual importance of SG as both a predictor of positive treatment outcome and evidence to support the cognitive modification hypothesis. In addition, we found temporal difference in the occurrence of SG in social interaction anxiety and performance anxiety, suggesting that individually tailored assessment and intervention based on varying subtypes of social anxiety symptoms may be helpful in promoting better treatment outcome.

Key words : cognitive behavioral group therapy, cognitive modification hypothesis, social anxiety, sudden gains (SG)