

## Treatment Response of Cognitive Behavioral Group Therapy for Social Anxiety Disorder: Indicators of Treatment Response and Process of Change\*

Sooji Yim

Sojung Kim

Jung-Hye Kwon<sup>†</sup>

Department of Psychology, Korea University

Cognitive behavioral therapy (CBT) is recommended as the treatment of choice for social anxiety disorder (SAD). Despite the well-demonstrated efficacy of CBT, response rates to CBT for SAD are not high; non-response rates are as high as 25~64%. Therefore, finding indicators of treatment response and differences between responders and non-responders seems important for the development of more efficacious treatment. The purpose of this study was to examine indicators of treatment response and compare treatment responders and non-responders to cognitive behavioral group therapy (CBGT) for Koreans with SAD. Thirty-nine individuals who completed 12 sessions of CBGT for SAD were classified as either treatment responders or non-responders according to their post-treatment scores on the Social Phobia Scale (SPS) and the Social Interaction Anxiety Scale (SIAS) and to the median SPS and the SIAS change scores. Treatment responders were defined as those who showed over the median change scores and significant symptom reduction in social anxiety from clinical level to non-clinical level. According to the results, there were no significant differences in demographic and diagnostic characteristics between treatment responders and non-responders in the SPS and the SIAS. However, there were differences in the severity of social interaction anxiety at the beginning of treatment between SPS responders and SPS non-responders and somatic symptoms at the beginning of treatment between SIAS responders and SIAS non-responders. In addition, there were significant differences in the patterns of self-focused attention changes during treatment of SPS responders and SPS non-responders even when controlling for initial group differences. The SIAS responders showed a greater reduction in dysfunctional beliefs and probability judgment bias and the cost judgment bias.

*Keywords: treatment response, treatment responders, social anxiety, social anxiety disorder, cognitive behavioral therapy*

---

\* This study was supported by a grant from the special research fund of Korea University (College of Liberal Arts).

<sup>†</sup> Correspondence concerning this article should be addressed to Jung-Hye Kwon, Department of Psychology, Korea University, 5 Anam-Dong, Sungbuk-Gu, Seoul 136-701, South Korea  
E-mail: junghye@korea.ac.kr

사회불안장애에 대한 인지행동치료는 그 효과와 효과성이 경험적으로 입증되어 있을 뿐 아니라(Aderka, 2009; Bulter, Champman, Foman, & Beck, 2006), 사회불안장애를 치료하는 데 있어서 최선의 치료방식으로 권장되는 치료이다(American Psychiatric Association, 2006; Pilling et al., 2013). 통제집단과 비교했을 때 인지행동치료의 효과크기는 작게는 0.5에서 크게는 1.0 이상으로 나타났으며, 2개월에서 1년 후의 추적평가에서도 대체로 유지되는 것으로 밝혀졌다(Chambless & Hope, 1996; Fedoroff & Taylor, 2001; Feske & Chambless, 1995; Gould, Buckminster, Pollack, Otto, & Yap, 1997; Hood & Nutt, 2001; Taylor, 1996).

그러나 이러한 인지행동치료의 효과는 모든 치료 참여자들에게 일관적으로 나타나지 않으며, 사회불안장애 인지행동치료의 효과를 얻는 치료 반응자 비율은 36~75%로 치료 종결 시 유의한 향상을 얻지 못한 치료 비반응자 비율이 낮게는 네 명 중 한 명에서 높게는 절반 이상에 이른다(Heimberg et al., 1990; Hope, Heimberg, & Bruch, 1995). 따라서 사회불안장애 내담자에게서 보다 일관적인 치료 효과를 얻기 위해서는 치료 반응자와 비반응자 특성과 증상 변화 양상에서의 차이를 알아보고 치료 반응을 예측하는 지표가 무엇인지 확인하는 것이 중요하다고 할 수 있다.

치료에 반응한 사람들과 반응하지 않은 사람들 간에 어떤 차이가 있는지에 대해서 많은 연구자들이 관심을 가져왔으며, 이러한 차이에 대한 연구들이 이루어져왔다. 인지행동치료에서의 치료 반응자 특성에 대한 초기의 연구들은 우울증 환자들을 대상으로 이루어졌는데, 치료 반응자와 비반응자를 구분하는 기준으로 주로 벡 우울 척도(Beck Depression

Inventory: BDI) 점수를 사용하였으며 치료 반응성을 예측하는 지표들로 인구통계학적 특성, 우울의 지속기간이나 심각도 등의 임상적 지표들을 사용하였다(Fennell & Teasdale, 1987; Tang & DeRubeis, 1999). 이후 치료 반응과 비반응을 예측하는 지표를 찾는 연구들은 사회불안장애와 공황장애, 강박장애, 섭식장애, 경계선 성격장애 등 다양한 정신장애들에 대해 이루어졌다(Chiliza, Asmal, Kilian, Phahladira, & Emsley, 2015; Gratz, Dixon-Gordon, & Tull, 2014; Lammers, Vroling, Ouwens, Engels, & van Strien, 2015; Legerstee et al., 2010; Park, Lee, & Kwon, 1994).

사회불안장애의 인지행동치료 반응자 특성에 대한 연구는 치료 전의 우울이나 인구통계학적 변인, 사회불안 증상 수준 등에 대하여 이루어져왔다. 선행연구에 따르면, 사회불안장애의 인지행동집단치료에서 반응을 보이지 않은 집단은 더 높은 수준의 우울을 보였으며, 우울 수준의 평정에는 주로 벡 우울 척도(BDI)가 사용되었다(Chambless, Tran, & Glass, 1997; Ledley et al., 2005; McEvoy, 2007). 높은 수준의 우울 증상은 치료 후의 낮은 기능 수준이나 더 작은 향상을 예측하였고(Ledley et al., 2005), 낮은 수준의 우울 증상은 치료 후의 높은 기능 수준과 더 큰 향상을 예측하였다(McEvoy, 2007).

치료 반응의 초기 지표로서 인구통계학적 변인들을 살펴본 연구에 따르면, 높은 연령은 종결 시 더 좋은 치료 반응과 관련되어 있으며, 늦은 발병 또한 좋은 치료 결과를 예측하는 것으로 나타났다(Kawaguchi et al., 2013). 그러나 치료 반응과 연령, 발병 연령에 관한 일관되지 않은 결과들이 보고되어 왔다. 연령이 치료 종결 시 향상 수준이나 기능 수준을 유

의하게 예측하지 못한다는 연구 결과도 있으며(Hofmann, 2004; Lincoln et al., 2005), 늦은 발병 시기가 종결 시 낮은 기능 상태와 관련되어 있다는 연구 결과도 있다(Cameron, Thyer, Feckner, Nesse, & Curtix, 1986). 여성과 기혼자, 더 높은 교육 연한은 추후 평가에서의 더 높은 수준의 향상과 관련이 있는 것으로 보고되었다(Lincoln et al., 2005).

Chambless, Tran과 Glass(1997)는 사회불안장애에 대한 인지행동치료에서의 치료 반응과 치료 전의 증상 심각도, 치료 과정에서의 인지적 변화 간의 관계를 살펴보았는데, 인지적 변화와 증상 심각도의 변화는 유의하게 관련되어 있었으나 사후 평가에서의 낮은 부정적 사고 비율이 추후 평가에서 더 나은 수준의 치료 효과 유지를 예측하지는 못하였다. 이후 Eskildsen, Hougaard와 Rosenberg(2010)는 사회불안장애의 인지행동치료에서 사전 평가에서의 높은 수준의 증상 심각도가 사후 평가에서의 높은 수준의 증상 심각도를 예측하였지만, 향상의 정도를 예측하지는 못했다는 결과를 보고하였다. 또한 일본인 사회불안장애 환자를 대상으로 한 연구에서, 낮은 증상 심각도가 좋은 치료 결과를 예측하는 것으로 나타났다(Kawaguchi et al., 2013).

국내에서는 Kim, Lee, Yoon과 Kwon(2014)에 의해 사회불안장애의 인지행동집단치료에서의 증상 변화 양상에 대한 연구가 이루어졌다. Kim 등(2014)에 따르면, 급성호전은 사후와 추후 시점에서 증상이 더 크게 감소하는 것과 관련이 있었으며 인지적 왜곡의 감소는 급성호전에 선행하여 나타났다. 비급성호전 집단에 비하여 급성호전 집단은 사회적 상호작용 불안에 대해 치료 전후의 증상 변화가 더 크게 나타났으며, 수행 불안에 대해서는 사후

와 추후 시점 사이에서 더 큰 증상 변화를 보였다.

이처럼 사회불안장애에 대한 인지행동치료 반응 예측 요인이나 변화 양상을 살펴본 연구들이 활발하게 이루어져 왔으나, 사회불안장애의 인지행동치료에서 초점을 맞추는 인지, 행동, 생리적 요인들의 변화를 중점으로 한 치료 반응의 특성 연구는 여전히 부족한 실정이다.

본 연구에서는 한국의 성인 사회불안장애 집단을 대상으로 사회불안장애의 인지행동집단치료에 있어서 치료 반응의 지표를 탐색하고, 치료 반응자와 비반응자의 특성을 비교하고자 한다. 이를 통해 임상 장면에서 사회불안장애의 인지행동집단치료에 장애물이 될 수 있는 요인들을 밝히고, 치료 비반응의 위험이 높은 집단에 추가적인 관심과 개입을 제공할 수 있는 방안을 제안하고자 한다.

## 방 법

### 연구대상

서울 소재 K대학교 사회불안장애 상담센터에 방문한 내담자들 중 일정 금액의 치료비를 지불하고 12회기의 인지행동집단치료를 완료한 성인 39명을 대상으로 이루어졌다. 사회불안장애 진단을 위해 구조화된 진단 면접인 Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders(SCID-I; Han, & Hong, 2000)를 실시하였으며, 모든 참가자들은 사회불안장애 진단 기준을 충족하였다. 진단 면접은 석사 재학 이상의 연구원이 실시하였다. 모든 면접자들은 사전에 구조화된 면접에 대한 훈련을 받았

으며, 실시 후 임상심리전문가 1명의 지도 감독을 통해 최종진단이 이루어졌다.

참가자들의 평균 연령은 26.21세( $SD = 7.31$ )로, 18세에서 47세까지 분포해있다. 참가자의 49%인 19명이 여성이었고, 전체 참가자 집단의 8%에 해당하는 3명이 기혼자였다. 전체 집단의 평균 발병 연령은 16.74세( $SD = 6.76$ ), 평균 교육 연한은 14.62년( $SD = 1.41$ )이었다. 공병 장애를 가진 참가자는 전체 집단 중 49%에 해당하는 19명이었으며, 이들 중 우울장애 공병에 해당하는 사람이 14명으로 전체 참가자 중 36%를 차지하였다. 공황장애와 범불안장애에 해당하는 사람이 각각 3명이었고, 강박장애에 해당하는 사람이 2명, 특정공포증에 해당하는 사람이 1명이었다. 전체 참가자 집단의 11%에 해당하는 4명이 참가 당시 약물을 복용하고 있었다.

#### 치료 반응자와 비반응자 집단

치료 반응자와 비반응자를 나누는 기준으로는 점수 변화량(Fennell & Teasdale, 1987; Park, Lee, & Kwon, 1994)과 임상적 절단점(Legerstee et al., 2010; Park, Choi, Park, & Kwon, 2001; Tang & DeRubeis, 1999)이 사용되어 왔다. 점수 변화량을 기준으로 치료 반응자와 비반응자 집단을 나누는 경우, 치료에 반응하여 향상한 정도를 추정할 수 있는 장점을 가지고 있으나, 여전히 임상적 수준 이상의 증상을 나타내는 사람이 치료 반응자 집단에 포함될 수 있다는 한계를 가진다. 절단점을 기준으로 치료 반응자와 비반응자 집단을 나누는 경우, 증상 감소가 충분히 나타나지 않더라도 치료반응자에 속할 수 있다는 한계를 가질 수 있다. 각 기준의 한계를 극복하기 위해 본 연구에서는 두 가지 기준을 모두 적용하여 치료 반응자를 보

다 엄격하게 정의하였다. 이에 따라 본 연구에서의 치료 반응자는 사회불안 증상 수준이 임상적 수준 이하로 호전되었으며, 동시에 Park 등(1994)의 연구에서처럼 치료 전후 점수 차이가 전체 참가자의 점수 감소량 중앙값 이상인 사람으로 정의되었다.

구체적으로 반응자의 기준을 살펴본다면, 한국판 사회적 상호작용 불안 척도(Korean-Social Interaction Anxiety Scale: K-SIAS)와 사회공포증 척도(Korean-Social Phobia Scale: K-SPS)의 임상적 절단점(SPS: 29점, SIAS: 41점)을 기준으로(Kim, Yoon, & Kwon, 2013) SPS 28점 이하와 SIAS 40점 이하인 사람들을 포함하였다. 또한 전체 참가자의 치료 전후 SPS 점수 감소량의 중앙값은 22점이었으며, SIAS 점수 감소량의 중앙값은 17점이었다. 이에 따라, SPS 사후 평가에서 28점 이하이면서 치료 전후 점수 감소량이 22점 이상인 경우 SPS 치료 반응자 집단으로 선정하였다. 마찬가지로 SIAS 사후 평가에서 40점 이하이면서 치료 전후 점수 감소량이 17점 이상인 경우 SIAS 치료 반응자 집단으로 선정하였다.

#### 치료절차

Heimberg(1991)의 프로그램을 기반으로 Kwon, Lee와 Cho(1998)가 개발한 사회불안장애 환자들을 위한 인지행동집단치료 프로그램을 제공하였다. 각 집단의 참가자는 3명에서 8명이었으며, 임상심리전문가인 주 치료자 1명이 진행하였고 임상 및 상담심리 석사과정 재학 이상의 보조 치료자 1~2명이 참여하였다. 각 회기는 심리검사 실시를 제외하고 2~3시간이 소요되며, 매주 1회씩 제공되었다.

본 연구에서는 8회기로 구성된 기존 인지행

동집단치료 프로그램의 치료 효과를 향상시키기 위해 실제 노출과 핵심신념 관련 회기를 추가하여 총 12회기를 제공하였다. 1회기에는 사회불안장애와 인지행동치료에 대한 심리교육을 실시하며, 2~4회기는 인지적 재구성으로 구성되어 있다. 이후 4번의 회기 동안은 모의 노출을 실시하고, 9~10회기에서는 실제 노출을 실시한다. 모의 노출 및 실제 노출 회기에는 매주 새로운 관찰자들이 노출 훈련에 참가하였으며, 관찰자들은 모의 발표 상황에 대해 피드백을 제공하거나 사회적 상호작용의 대상으로서 역할 연기를 시행하였다. 노출 훈련 과정은 낮은 난이도의 노출에서 시작하여 점차 높은 난이도의 노출로 진행되는 점진적 노출로 이루어졌으며, 비디오 피드백도 함께 제공되었다. 11회기에서는 노출 과정에서 새롭게 형성한 대안적 관점들을 앞서 다루었던 핵심 신념에 통합시켜 다룰 수 있도록 하며, 마지막 회기에서는 치료에 대한 전반적인 정리를 돕고 재발 방지와 관련된 교육을 제공한다. 모든 회기에서 참가자들에게 실생활에서의 불안 경험과 관련된 인지적, 행동적 과제가 주어졌으며, 과제에 대한 점검 및 피드백은 매 회기 초반에 이루어졌다.

치료 과정에서의 증상 변화를 평가하기 위하여 사회불안증상을 평가하는 척도인 SIAS와 SPS가 매회기 시행되었으며, 나머지 척도들은 1회기, 4회기, 8회기, 12회기에 시행되었다. 모든 척도는 인지행동치료 처치 외의 시간에 실시되었으며, 20~30분이 소요되었다. 치료 종결 세 달 후에 추후회기가 진행되었으며, 치료 중 시행된 모든 척도가 실시되었다.

#### 측정 도구

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

이 척도는 SIAS와 함께 실시하도록 Mattick과 Clarke(1998)가 개발한 쌍 척도로, 대중들 앞에서 발표를 하거나 사람들 앞에서 식사를 하는 상황, 혹은 타인에 의해 관찰되는 상황과 같은 다양한 수행 상황에서 경험하는 불안 수준을 측정한다. 전체 20문항으로 구성되며, 본 연구에서는 Kim(2001)이 번안한 것을 사용하였다. 0점(전혀 그렇지 않다)에서 4점(매우 그렇다)까지의 5점 리커트 척도 상에서 평정되고, 0점에서 80점까지 점수가 분포된다. 점수가 높을수록 수행 불안 수준이 더 높음을 나타낸다. Kim(2001)이 보고한 내적 일치도(Cronbach's alpha)는 .89~.95이며, 12주 간격 검사-재검사 신뢰도는 .93이었다.

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

이 척도는 사회공포증 척도(SPS)와 함께 실시하도록 Mattick과 Clarke(1998)가 개발한 쌍 척도로, 두 사람이나 여러 사람이 함께 대화하는 것과 같은 사회적 상호작용 상황에 대한 두려움을 측정한다. 본 연구에서는 Kim(2001)에 의해 번안된 19문항에 Choi(2007)가 번안한 1문항을 덧붙여 총 20문항을 사용하였다. 각 문항들은 다양한 사회적 상호작용 상황에서의 인지적, 정서적, 행동적 반응을 기술하는 자기 진술문 형식으로 제시되며, 0점(전혀 그렇지 않다)에서 4점(매우 그렇다)까지의 5점 리커트 척도 상에서 평정된다. 총점은 0점에서 80점까지 분포되며, 긍정문으로 이루어진 3개의 문항을 역채점 처리한 후 모든 문항의 점수를 합산하여 산출된다. 점수가 높을수록 사회적 상호작용 상황에서의 불안 수준이 더 높음을

나타낸다. Kim(2001)이 보고한 내적 일치도(Cronbach's alpha)는 .88~.94이며, 12주 간격 검사-재검사 신뢰도는 .92였다.

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

Leary(1983)가 제작한 이 척도는 다른 사람으로부터 부정적인 평가를 받는 것에 대한 두려움을 측정하는 것으로, Watson과 Friend(1969)가 개발한 원 척도 중에서 전체 점수와 .50 이상의 상관을 보이는 문항만을 선별한 단축형 척도이다. 본래 척도는 진위형으로 제작되었으나, 본 연구에서는 Lee와 Choi(1997)가 번안하며 1점(전혀 그렇지 않다)에서 5점(매우 그렇다) 범위의 리커트 척도로 조정된 한국판을 사용하였다. 총 12문항으로 총점은 12점에서 60점까지 분포되며, 높은 점수일수록 부정적 평가에 대한 두려움이 높음을 시사한다. 일반인을 대상으로 한 한국판(Lee & Choi, 1997)의 내적 일치도(Cronbach's alpha)는 .90이었다.

**역기능적 신념검사(Dysfunctional Beliefs Test: DBT)**

이 척도는 Cho와 Won(1999)이 사회불안과 관련된 역기능적 신념을 평가하기 위해 제작했으며, 전체 70문항으로 구성되어 있다. 원 척도는 '사회적 자기에 대한 부정적인 개념', '타인의 인정에 대한 과도한 욕망', '타인에 대한 부정적 신념 및 실수에 대한 과도한 염려'라는 3개의 하위 요인이 2차 요인인 전반적인 역기능적 신념으로 묶여 있는 위계적 요인 구조로, 7점 리커트 척도이다. 본 연구에서는 Hong과 Cho(2006)가 각 하위 척도별로 12문항을 선정하여 재구성하고, Jang과 Ahn(2010)이 타당화한 단축판 역기능적 신념검사 중 사회

적 자기에 대한 부정적 개념 하위 척도만을 사용하였다. Jang과 Ahn(2010)의 타당화 연구에서 사용된 것에 근거하여 1점(전혀 일치/동의하지 않는다)에서 6점(전적으로 일치/동의한다) 범위의 6점 리커트 척도로 사용하였다. 높은 점수일수록 스스로를 평범하고 열등하게 지각하는 경향이 높음을 시사하며, 자신의 외양, 능력과 행동에 대해 부정적인 정신적 표상을 가진 것으로 해석된다. Jang과 Ahn(2010)이 보고한 단축판 역기능적 신념검사의 사회적 자기에 대한 부정적인 개념 하위 척도의 내적 일치도(Cronbach's alpha)는 .89였다.

**자기초점적 주의 척도(Self-Focused Attention: SFA)**

Bögels, Alberts와 de Jong(1997)이 개인이 사회적 상황에서 주의의 초점을 어디에 두고 있는지 평가하기 위해 제작한 척도로, 본 연구에서는 Kim(2006)에 의해 우리말로 번안된 것을 사용하였다. 총 11문항으로, 사회적 상황에서 자신의 각성에 주의를 기울이는 경향을 측정하는 자기초점적 주의-각성 소척도 6문항과 자신의 사회적 행동에 주의를 기울이는 경향을 측정하는 자기초점적 주의-수행 소척도 5문항으로 구성된다. 0점(절대 그렇지 않다)에서 4점(매우 많이 그렇다) 범위의 5점 리커트 척도이며, 총점의 범위는 0점에서 44점까지이다. 높은 점수일수록 과제 자체에 집중하기보다는 자신의 각성과 수행에 주의를 기울이는 경향을 나타낸다. Kim(2006)이 보고한 사회불안장애 환자 대상의 내적 일치도(Cronbach's alpha)는 .83이었다.

**주관적 확률 평정 척도(Subjective Probability Questionnaire: SPQ)와 주관적 부담 정도 평정**

### **척도(Subjective Cost Questionnaire: SCQ)**

다양한 부정적 사건이 발생할 것에 대한 주관적 확률과 그 사건으로 경험하는 주관적인 부담을 측정하기 위해 Butler와 Mathew(1983)가 처음 개발하고 McNally와 Foa(1987)가 변형한 것을 Foa, Franklin, Perry와 Herbert(1996)가 재구성하고, Lee와 Cho(2001)가 번안한 척도를 사용하였다. 각 척도는 부정적인 사회적 사건, 부정적인 비사회적 사건 각각에 대해 20문항으로 구성되며, 본 연구에서는 사회적 사건 20문항만을 사용하였다. 본 연구에서는 Foa 등(1996)의 원 평정치인 10점 리커트 척도를 사용하여 0점(전혀 나쁘지 않을 것이다)에서 9점(극히 나쁠 것이다)으로 평가하였으며, 점수가 높을수록 각 사건이 일어날 가능성이 높고 상황의 결과가 자신에게 미치는 영향이 더욱 나쁘고 괴로울 것으로 평가하는 것을 의미한다. Lee와 Cho(2001)가 보고한 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.

### **한국판 사회적 상호작용에 대한 자기 진술 검사(Korean version of Social Interaction Self-Statement Test: K-SISST)**

이 척도는 사회적 상호작용에서 떠오르는 자동적 사고를 알아보기 위해 Glass, Merluzzi, Biever와 Larsen(1982)에 의해 개발되었다. 역할 연기를 통해 실제 사회적 상호작용을 하는 동안 개인의 머릿속에 떠오르는 생각들을 곧바로 측정하도록 제작된 30문항으로 이루어져 있으며, 긍정적인 자동적 사고를 재는 15문항과 부정적인 자동적 사고를 재는 15문항이 함께 제시된다. 본 연구에서는 실시와 자료 수

집의 편의성을 위해, Cho, Kim과 Won(1997)이 번안한 한국판 사회적 상호작용에 대한 자기 진술 검사를 사용하였다. 사회적 상호작용 상황에서의 자기 진술 빈도를 1점(전혀 한 적 없다)에서 5점(아주 자주 했다) 범위의 5점 리커트 상에서 평정하며, SOM(state of mind) 모델(Schwartz & Garamoni, 1989)에 따라서 전체 사고에 대한 긍정 사고의 비율을 계산하여 사용하였다. Cho 등(1997)이 보고한 내적 일치도(Cronbach's alpha)는 긍정형이 .86, 부정형이 .91이었다.

### **얼굴붉힘, 떨림 및 땀흘림 질문지(Blushing, Trembling and Sweating Questionnaire: BTS-Q)**

이 척도는 얼굴붉힘, 떨림, 땀흘림 등의 신체증상에 대한 두려움의 다양한 측면을 평가하기 위해 Bögels와 Reith(1999)가 개발하였으며, 총 7개의 소척도로 구성되어 있다. 각각의 소척도는 얼굴붉힘, 떨림 및 땀흘림에 대한 두려움, 신체적 증상, 회피, 행동적 문제, 긍정적 신념, 부정적 신념, 얼굴붉힘, 떨림 및 땀흘림의 빈도를 측정한다. 본 연구에서는 Kim(2006)이 번안한 척도 중 신체적 증상을 측정하는 1개 소척도만을 사용하였다. 신체적 증상 소척도는 0점(아니다)에서 4점(매우 그렇다) 범위의 5점 리커트 척도 상에서 평정되며, 점수가 높을수록 사회적 상황에서 신체증상을 경험하는 수준이 높음을 나타낸다. Bögels와 Reith(1999)가 보고한 신체적 증상 소척도의 내적 일치도(Cronbach's alpha)는 .85였다.

### **벡 불안 척도(Beck Anxiety Inventory: BAI)**

이 척도는 Beck, Epstein, Brown과 Steer(1988)에 의해 제작된 21문항의 척도로 불안의 인지적, 정서적, 행동적, 신체적 증상을 평정하기

위한 문항들로 구성되어 있다. 본 연구에서는 Kwon(1992)에 의해 번안되고 Yook과 Kim(1997)이 타당화한 한국판 벡 불안 척도를 사용하였다. 각 문항에 대해 0점(전혀 느끼지 않았다)에서 3점(심하게 느꼈다) 범위의 4점 리커트 척도로 지난 일주일 동안 불안 증상을 얼마나 경험했는지 평정한다. 총점의 범위는 0점에서 63점까지이며, 높은 점수일수록 더 심한 수준의 불안을 경험하는 것으로 해석된다. Yook과 Kim(1997)이 보고한 내적 일치도(Cronbach's alpha)는 .91이었다.

#### 벡 우울 척도(Beck Depression Inventory: BDI)

이 척도는 Beck, Ward, Mendelson, Mock과 Erbaugh(1961)에 의해 제작된 21문항의 척도로 우울의 인지적, 정서적, 동기적, 생리적 증상을 평정하기 위한 문항들로 구성되어 있다. 본 연구에서 사용된 한국판 벡 우울 척도는 Lee와 Song(1991)에 의해 번안되었으며, 각 항목별로 우울 증상의 심한 정도를 기술하는 0점에서 3점 범위의 4개 문항 중 지난 일주일에 대해 자신에게 가장 적합한 문장을 고르도록 되어 있다. 총점의 범위는 0점에서 63점까지이며, 높은 점수일수록 더 심한 수준의 우울을 경험하는 것으로 해석된다. Lee와 Song(1991)의 연구 결과에서 내적 일치도(Cronbach's alpha)는 .78이었다.

#### 자료분석

두 집단 간 사전 동질성을 검증하기 위해 비연속적 변인에 대해서는  $\chi^2$  test를, 연속적 변인에 대해서는 독립 표본 *t*-test를 실시하였다. 변화 양상의 차이 및 치료효과가 유지되는지 여부를 확인하기 위해 사전 점수 차이가

유의한 경우 이를 통제하여 반복 측정 공변량 분석(repeated measure ANCOVA)을 실시하였다. 본 연구에서의 모든 통계적 분석은 IBM SPSS Statistics 20.0을 사용하였다.

## 결 과

### 치료 반응자 집단 대 비반응자 집단의 인구통계학적 특성

치료 반응자 집단과 비반응자 집단의 인구통계학적 변인에서 유의한 차이가 있는지 확인하기 위한 비교를 실시하였다. SPS 반응 여부에 따른 성별, 연령, 발병 연령, 교육연한, 결혼상태, 현재 약물 복용 상태 및 공병장애와 우울장애에서 차이가 유의하지 않은 것으로 나타났으며(Table 1), SIAS 치료 반응자 대 비반응자 집단 사이에도 유의한 차이가 나타나지 않았다(Table 2).

### 치료 반응자 집단 대 비반응자 집단의 초기 증상 수준

치료 반응 여부와 관련된 초기 증상 수준을 확인하기 위해, 사회불안 증상, 인지적 특성, 신체적 증상과 관련된 척도들의 치료 전 점수를 통해 초기 증상 수준에서 치료 반응자와 비반응자 집단 간 차이가 있는지 살펴보았다. SPS와 SIAS 각각의 치료 반응자 집단과 비반응자 집단의 사전 점수에 대해 독립 *t*-검증을 시행하여 비교하였다. 그 결과 SPS집단의 경우, 치료 전 SIAS에서 집단 간 유의한 차이가 나타났다,  $t(37) = 2.37, p < .05$ . SIAS 집단의 경우에는 치료 전 BTS-Q에서 치료 반응자와



Table 1  
Demographic and Diagnostic Characteristics of SPS Responders and SPS Non-responders  
(N = 39)

	SPS responders (n = 17)	SPS non-responders (n = 22)	$\chi^2(1), \epsilon$	p
Gender			.03 <sup>a</sup>	.86
Male	9	11		
Female	8	11		
Age, mean (SD)	25.47 (6.12)	26.77 (8.22)	-.55 <sup>b</sup>	.59
Onset of SAD, mean (SD)	16.06 (4.70)	17.23 (8.01)	-.52 <sup>b</sup>	.61
Duration of education, mean (SD)	14.76 (1.35)	14.50 (1.48)	.58 <sup>b</sup>	.57
Marital Status			.14 <sup>a</sup>	.71
Single	16	20		
Married	1	2		
Medication at baseline	1	3	.54 <sup>a</sup>	.46
Presence of comorbid disorder	9	10	.22 <sup>a</sup>	.64
Presence of depressive disorder	7	7	.49 <sup>a</sup>	.49

Note. a =  $\chi^2$  test; b =  $t$ -test.

Table 2  
Demographic and Diagnostic Characteristics of SIAS Responders and SIAS Non-responders  
(N = 39)

	SIAS responders (n = 15)	SIAS non-responders (n = 24)	$\chi^2(1), \epsilon$	p
Gender			.04 <sup>a</sup>	.84
Male	8	12		
Female	7	12		
Age, mean (SD)	26.33 (8.68)	26.13 (6.52)	.09 <sup>b</sup>	.93
Onset of SAD, mean (SD)	18.60 (7.78)	15.52 (5.87)	1.39 <sup>b</sup>	.17
Duration of education, mean (SD)	14.40 (1.30)	14.75 (1.48)		
Marital Status			1.09 <sup>a</sup>	.30
Single	13	23		
Married	2	1		
Medication at baseline	2	2	.21 <sup>a</sup>	.65
Presence of comorbid disorder	8	11	.21 <sup>a</sup>	.65
Presence of depressive disorder	6	8	.08 <sup>a</sup>	.78

Note. a =  $\chi^2$  test; b =  $t$ -test.

비반응자 집단 간에 유의한 차이가 보고되었다,  $t(37) = -2.06, p < .05$ . 나머지 모든 변인들에서는 치료 전 증상 수준에 유의한 차이가 없었다, 모든  $p > .05$ .

집단 구분의 기준으로 사용된 척도인 SPS와 SIAS의 치료 전 원점수를 살펴보면, SPS 집단의 경우, SPS의 치료 전 점수는 반응자 집단에서 평균 43.94점( $SD = 11.13$ ), 비반응자 집단에서 평균 36.14점( $SD = 19.46$ )이었으며, SIAS의 치료 전 점수는 반응자 집단에서 평균 58.06점( $SD = 9.65$ ), 비반응자 집단에서 평균 48.36점( $SD = 14.55$ )이었다. SIAS 집단의 경우, SPS의 치료 전 점수는 반응자 집단에서 평균

44.87점( $SD = 14.57$ ), 비반응자 집단에서 평균 36.21점( $SD = 17.26$ )이었으며, SIAS의 치료 전 점수는 반응자 집단에서 평균 56.47점( $SD = 9.28$ ), 비반응자 집단에서 평균 50.17점( $SD = 15.13$ )이었다.

각 집단별로 실시된 모든 척도들에서의 치료 전 점수는 Table 3과 Table 4에 상세히 제시되어 있다.

치료 반응자 집단 대 비반응자 집단의 증상 변화 양상: 치료 반응의 지표 확인

치료 반응자 집단과 비반응자 집단에서 집

Table 3  
Means, Standard Deviations, and Results of Repeated Measures of Analyses of Covariance (ANCOVA) of SPS Responders and SPS Non-responders at Pre-treatment and Post-treatment ( $N = 39$ )

Measure	SPS responders ( $n = 17$ )				SPS non-responders ( $n = 22$ )				ANCOVA	
	Pre		Post		Pre		Post			
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i> (3, 108)	$\eta^2$
B-FNE	50.94	3.73	38.18	8.44	48.05	10.27	40.57	5.98	.96	.03
DBT	55.53	12.82	38.50	15.20	50.41	19.86	40.09	13.28	.52	.02
SFA	30.35	7.23	15.76	9.98	29.19	6.75	22.33	6.73	4.60**	.12
SPQ	109.12	25.70	63.06	33.69	98.00	34.30	73.95	32.85	2.53	.07
SCQ	122.59	25.17	84.25	30.72	115.68	29.99	91.77	29.12	1.31	.03
SISST	.43	.08	.55	.11	.42	.14	.53	.07	.36	.01
BTS-Q	19.88	13.05	9.41	8.85	24.68	10.20	14.55	9.99	.48	.01
BAI	35.53	19.24	25.71	13.67	36.41	15.12	30.95	12.70	.63	.02
BDI	13.71	7.36	6.47	5.83	12.32	9.06	6.57	6.76	.55	.02

Note. B-FNE = Brief-Fear of negative Evaluation Scale; DBT = Dysfunctional Beliefs Test; SFA = Self-Focused Attention; SPQ = Subjective Probability Questionnaire; SCQ = Subjective Cost Questionnaire; SISST = Social Interaction Self-Statement Test; BTS-Q = Blushing, Trembling and Sweating Questionnaire; BAI = Beck Anxiety Inventory; BDI = Beck Depression Inventory.

$\eta^2$  = effect size.

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

Table 4  
Means, Standard Deviations, and Results of Repeated Measures of Analyses of Covariance (ANCOVA) of SIAS Responders and SIAS Non-responders at Pre-treatment and Post-treatment (N = 39)

Measure	SIAS responders (n = 15)				SIAS non-responders (n = 24)				ANCOVA	
	Pre		Post		Pre		Post			
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	F(3, 108)	$\eta^2$
B-FNE	50.93	2.89	36.33	7.52	48.30	10.07	41.57	6.29	2.51	.07
DBT	57.93	13.83	33.50	13.92	49.33	18.41	42.88	13.02	5.97**	.15
SFA	28.93	6.65	17.73	9.18	30.22	7.15	20.48	7.93	1.28	.04
SPQ	111.40	29.54	62.33	39.59	97.50	31.25	73.50	28.63	7.61**	.18
SCQ	126.07	28.43	82.50	28.69	114.08	27.05	92.17	30.18	3.02*	.08
SISST	.42	.08	.57	.10	.43	.13	.52	.08	2.13	.06
BTS-Q	17.93	11.13	10.87	10.04	25.50	11.17	13.21	9.66	1.04	.03
BAI	34.27	15.43	27.60	13.95	37.13	17.85	29.33	13.00	.33	.01
BDI	16.00	9.64	7.54	8.29	11.00	6.85	5.96	4.97	1.03	.03

Note. B-FNE = Brief-Fear of negative Evaluation Scale; DBT = Dysfunctional Beliefs Test; SFA = Self-Focused Attention; SPQ = Subjective Probability Questionnaire; SCQ = Subjective Cost Questionnaire; SISST = Social Interaction Self-Statement Test; BTS-Q = Blushing, Trembling and Sweating Questionnaire; BAI = Beck Anxiety Inventory; BDI = Beck Depression Inventory.

$\eta^2$  = effect size.

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

단치료에서의 증상이 어떻게 변화하였는지 그 양상의 차이를 확인하기 위해, 치료 반응 여부 2(치료 반응자 집단 대 비반응자 집단) X 시점 4(사전, 4회기, 8회기, 사후)에 대한 반복 측정 공변량분석(repeated measure ANCOVA)을 SPS 치료 반응자 및 비반응자 집단과 SIAS 치료 반응자 및 비반응자 집단 각각에 대해 실시하였다(Table 3, 4). 치료 반응자 집단과 비반응자 집단의 사전 점수에 대한 독립 t-검증을 통해 차이가 있는 것으로 확인된 사전 점수를 통제하기 위해, SPS 치료 반응자 및 비반응자 집단에 대해서는 SIAS 사전 점수를, SIAS 치료

반응자 및 비반응자 집단에 대해서는 BTS-Q 사전 점수를 공변인으로 사용하였다.

그 결과 SPS 집단의 경우, SFA에 대해 회기 진행에 따른 주효과가 유의하였다,  $F(3, 108) = 3.50, p < .05, \text{partial } \eta^2 = .09$ . B-FNE, DBT, SPQ, SCQ, SISST, BTS-Q, BAI와 BDI에서는 시간에 따른 주효과가 통계적으로 유의하지 않았다, 각각  $F(3, 108) = 1.17, ns, \text{partial } \eta^2 = .03$ ;  $F(3, 108) = 1.49, ns, \text{partial } \eta^2 = .04$ ;  $F(3, 108) = 1.00, ns, \text{partial } \eta^2 = .03$ ;  $F(3, 108) = .91, ns, \text{partial } \eta^2 = .03$ ;  $F(3, 108) = .54, ns, \text{partial } \eta^2 = .02$ ;  $F(3, 108) = 1.18, ns, \text{partial } \eta^2 = .03$ .

= .03;  $F(3, 108) = .49$ , *ns*, partial  $\eta^2 = .01$ ;  $F(3, 108) = .52$ , *ns*, partial  $\eta^2 = .02$ .

SIAS 집단의 경우, B-FNE, DBT, SFA, SPQ, SCQ, SISST와 BDI에 대해 회기 진행에 따른 주효과가 유의하였다, 각각  $F(3, 108) = 6.21$ ,  $p < .01$ , partial  $\eta^2 = .15$ ;  $F(3, 108) = 3.05$ ,  $p < .05$ , partial  $\eta^2 = .08$ ;  $F(3, 108) = 5.85$ ,  $p < .01$ , partial  $\eta^2 = .14$ ;  $F(3, 108) = 4.60$ ,  $p < .05$ , partial  $\eta^2 = .11$ ;  $F(3, 108) = 3.22$ ,  $p < .05$ , partial  $\eta^2 = .08$ ;  $F(3, 108) = 3.71$ ,  $p < .05$ , partial  $\eta^2 = .09$ ;  $F(3, 108) = 4.00$ ,  $p < .05$ , partial  $\eta^2 = .11$ . BTS-Q와 BAI에서는 시간에 따른 주효과가 유의하지 않은 것으로 나타났다, 각각  $F(3, 108) = .54$ , *ns*, partial  $\eta^2 = .02$ ;  $F(3, 108) = 2.51$ , *ns*, partial  $\eta^2 = .07$ .

회기 진행에 따른 증상 변화와 집단 간의 상호작용을 살펴본 결과 SPS 집단의 경우, SFA에서 시점과 집단 간의 상호작용이 유의하게 나타났으며,  $F(3, 108) = 4.60$ ,  $p < .01$ , partial  $\eta^2 = .12$ , SIAS 집단의 경우, DBT, SPQ와 SCQ에서 시점과 집단 간의 유의한 상호작용이 보고되었다, 각각  $F(3, 108) = 5.97$ ,  $p < .01$ , partial  $\eta^2 = .15$ ;  $F(3, 108) = 7.61$ ,  $p < .01$ , partial  $\eta^2 = .18$ ;  $F(3, 108) = 3.02$ ,  $p < .05$ , partial  $\eta^2 = .08$ .

Figure 1을 통해 시점에 따른 SPS 반응자 집단과 비반응자 집단 간의 상호작용이 유의한 것으로 나타났던 SFA의 변화 양상을 살펴보면, SPS 반응자 집단과 비반응자 집단 모두에서 점수가 감소되는 양상을 보이고 있으나, 4회기부터 집단 간 차이가 벌어지기 시작하여 이후 SPS 비반응자 집단은 반응자 집단에 비하여 미미한 감소를 보이고 있는 것이 관찰된다.

SIAS 반응자 집단과 비반응자 집단에 대해

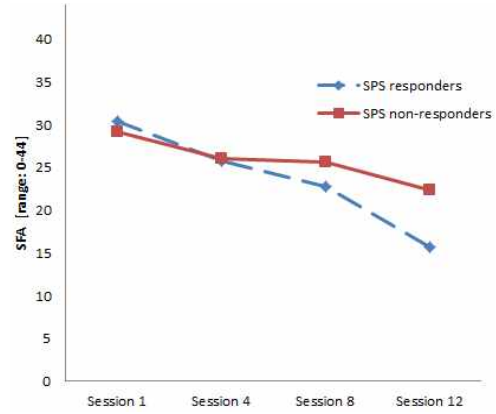


Figure 1. Mean SFA time courses of SPS responders and SPS non-responders

시점과 집단 간의 상호작용이 유의한 것으로 보고된 DBT, SPQ와 SCQ의 변화 양상을 살펴보면, 반응자 집단과 비반응자 집단 모두에서 점수의 감소를 보이고 있으나, 비반응자 집단의 초기 점수가 더 낮았음에도 불구하고 반응자 집단에 비하여 미미한 수준의 감소를 보여 치료 종결 시에는 반응자 집단에 비해 더 높은 점수인 것이 관찰된다(Figure 2, 3, 4).

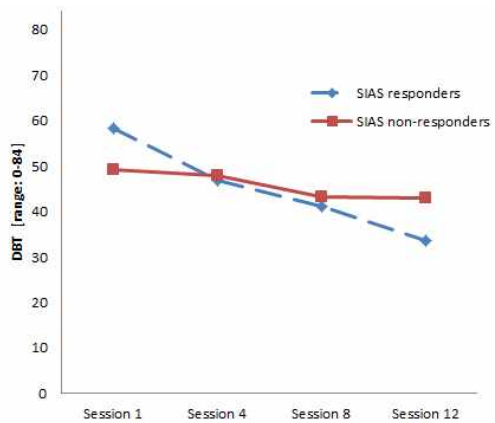


Figure 2. Mean DBT time courses of SIAS responders and SIAS non-responders

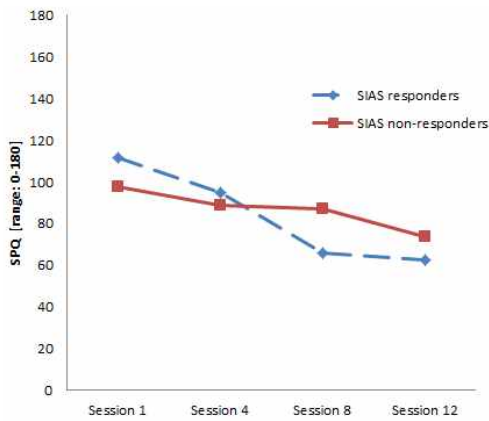


Figure 3. Mean SPQ time courses of SIAS responders and SIAS non-responders

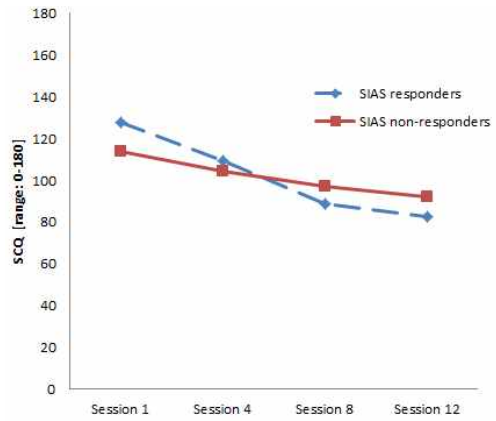


Figure 4. Mean SCQ time courses of SIAS responders and SIAS non-responders

치료 반응자 집단 대 비반응자 집단의 치료 후 증상 변화 양상: 치료효과 유지의 지표 확인

치료 반응자 집단과 비반응자 집단에서 사

회불안장애에 대한 인지행동집단치료 프로그램의 효과 유지 양상의 차이를 확인하기 위해, 치료 반응 여부 2(치료 반응자 집단 대 비반응자 집단) X 시점 3(사전, 사후, 추후회기)에

Table 5

Means, Standard Deviations, and Results of Repeated Measures of Analyses of Covariance (ANCOVA) of SPS Responders and SPS Non-responders at Pre-treatment, Post-treatment and Three-month Follow-up (N = 28)

Measure	SPS responders (n = 12)						SPS non-responders (n = 16)						ANCOVA	
	Pre		Post		Three-month Follow up		Pre		Post		Three-month Follow up		F(2, 50)	$\eta^2$
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
B-FNE	51.00	4.13	40.17	7.61	38.92	5.99	48.81	8.37	39.94	6.22	40.19	5.50	.29	.01
DBT	53.92	13.07	41.42	15.65	37.75	13.07	50.94	20.38	41.63	13.44	43.63	16.17	.57	.02
SFA	32.64	6.58	16.73	9.05	14.82	6.93	27.23	6.29	21.85	5.34	24.08	6.03	11.65**	.36
SPQ	108.42	27.78	70.25	33.51	67.58	21.47	99.69	36.12	79.63	23.15	85.63	27.76	1.56	.06
SCQ	116.92	24.23	86.33	30.87	67.58	26.68	114.06	33.78	93.56	25.16	91.06	28.24	1.30	.05
SISST	.43	.08	.53	.08	.54	.09	.44	.11	.53	.06	.51	.08	.12	.00
BTS-Q	19.42	13.21	7.92	7.65	5.58	5.00	25.35	10.90	14.76	8.45	18.35	8.64	1.92	.07
BAI	42.27	18.72	28.82	15.36	26.73	14.68	36.31	16.83	29.94	13.11	30.19	14.64	2.23	.09
BDI	14.18	7.55	8.36	5.68	7.82	4.86	13.25	9.89	5.75	6.57	7.25	9.21	1.16	.05

Note. B-FNE = Brief-Fear of negative Evaluation Scale; DBT = Dysfunctional Beliefs Test; SFA = Self-Focused Attention; SPQ = Subjective Probability Questionnaire; SCQ = Subjective Cost Questionnaire; SISST = Social Interaction Self-Statement Test; BTS-Q = Blushing, Trembling and Sweating Questionnaire; BAI = Beck Anxiety Inventory; BDI = Beck Depression Inventory.

$\eta^2$  = effect size.

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

Table 6  
Means, Standard Deviations and Results of Repeated Measures of Analyses of Covariance (ANCOVA) of SIAS Responders and SIAS Non-responders at Pre-treatment, Post-treatment and Three-month Follow-up (N = 28)

Measure	SIAS responders (n = 10)						SIAS non-responders (n = 18)						ANCOVA	
	Pre		Post		Three-month Follow up		Pre		Post		Three-month Follow up			
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	F(2, 50)	$\eta^2$
B-FNE	50.70	2.45	37.70	6.36	37.50	5.89	49.22	8.41	41.33	6.73	40.83	5.29	1.11	.04
DBT	56.00	14.58	36.90	14.84	36.90	16.09	50.11	18.84	44.11	13.48	43.44	14.21	4.18*	.14
SFA	29.89	6.31	19.00	7.04	17.78	7.90	29.60	7.38	19.80	8.09	21.07	7.87	1.01	.05
SPQ	108.10	32.49	65.30	34.71	77.90	32.42	100.83	33.20	81.33	22.36	77.89	23.52	3.95*	.14
SCQ	119.60	29.27	85.80	29.83	74.20	31.19	112.89	30.32	93.06	26.55	84.78	28.79	2.88	.10
SISST	.42	.09	.54	.09	.55	.10	.45	.10	.52	.06	.51	.07	4.25*	.15
BTS-Q	16.60	10.16	8.70	6.38	9.90	7.61	26.21	11.86	13.63	9.39	14.74	10.39	.17	.01
BAI	37.22	16.48	29.22	11.73	27.33	14.30	39.50	18.43	29.61	15.03	29.50	14.92	.46	.02
BDI	16.11	11.69	8.33	7.87	8.11	10.72	12.39	7.14	6.06	5.35	7.17	5.87	1.43	.06

Note. B-FNE = Brief-Fear of negative Evaluation Scale; DBT = Dysfunctional Beliefs Test; SFA = Self-Focused Attention; SPQ = Subjective Probability Questionnaire; SCQ = Subjective Cost Questionnaire; SISST = Social Interaction Self-Statement Test; BTS-Q = Blushing, Trembling and Sweating Questionnaire; BAI = Beck Anxiety Inventory; BDI = Beck Depression Inventory.

$\eta^2$  = effect size.

\* $p < .05$ .

대한 반복측정 공변량분석(repeated measure ANCOVA)을 SPS 치료 반응자 및 비반응자 집단과 SIAS 치료 반응자 및 비반응자 집단 각각에 대해 실시하였다(Table 5, 6). 사전 점수 차이를 통제하기 위해 SPS 치료 반응자 및 비반응자 집단에 대해서는 SIAS 사전 점수를, SIAS 치료 반응자 및 비반응자 집단에 대해서는 BTS-Q 사전 점수를 공변인으로 사용하였다.

그 결과 SPS 집단의 경우, 모든 척도에 대해 시점에 따른 주효과가 유의하지 않았다, 모든  $p > .05$ . 회기 진행에 따른 증상 변화와 집단 간의 상호작용은 SFA에 대해 유의한 것으로 나타났다,  $F(2, 50) = 11.65, p < .01$ ,

partial  $\eta^2 = .36$ .

SIAS 집단의 경우, FNE와 BDI에 대해 회기 진행에 따른 주효과가 유의하였으며, 각각  $F(2, 50) = 10.27, p < .01$ , partial  $\eta^2 = .29$ ;  $F(2, 50) = 3.60, p < .05$ , partial  $\eta^2 = .13$ , DBT, SFA, SPQ, SCQ, SISST, BTS-Q 및 BAI에서는 시간에 따른 주효과가 유의하지 않은 것으로 나타났다, 모든  $p > .05$ . 회기 진행에 따른 증상 변화와 SIAS 집단 간의 상호작용을 살펴본 결과, DBT, SPQ와 SISST에서 시점과 집단 간의 상호작용이 유의하게 나타났다, 각각  $F(2, 50) = 4.18, p < .05$ , partial  $\eta^2 = .14$ ;  $F(2, 50) = 3.95, p < .05$ , partial  $\eta^2 = .14$ ;  $F(2, 50) = 4.25, p < .05$ , partial  $\eta^2 = .15$ .

## 논 의

본 연구에서는 사회불안장애에 대한 인지행동집단치료에서의 치료 반응자 집단의 특성을 살펴보고자 하였다. 치료 반응자와 비반응자 집단의 특성을 사회적 수행 불안과 사회적 상호작용 불안을 기준으로 각각 나누어서 살펴 보았으며 본 연구의 결과를 요약하면 다음과 같다.

첫째, 사회불안장애의 인지행동치료 반응자 집단과 비반응자 집단 간에 치료 전 인구통계학적 특성 및 진단적 특징에서 차이가 없었다. 성별, 연령, 결혼 상태와 같은 인구통계학적 특성에서 집단 간 차이가 나타나지 않았으며 이러한 결과는 Hofmann(2004), Lincoln 등(2005)의 연구와 일치하는 결과이다. 이를 볼 때, 인지행동치료가 다양한 배경을 지닌 내담자들에게 공통적으로 효과가 있는 치료법이라는 점이 시사된다. 그러나 본 연구의 참가자 연령 범위(만 18~47세)에 비해 더 넓은 연령대(만 14~63세)를 포함한 연구(Kawaguchi et al., 2013)에서 연령 및 발병 연령이 사회불안장애의 인지행동치료 효과에 유의하게 영향을 미친다는 결과가 보고된 바, 보다 넓은 연령대의 참가자들을 대상으로 한 후속 연구를 통해 치료 결과에 대한 연령의 효과를 추가 탐색하는 것도 의미가 있을 것으로 사료된다.

또한 본 연구에서는 다른 불안장애나 우울장애의 공병 여부와 같은 진단적 특성에서도 집단 간 차이가 나타나지 않았다. 이는 종결 시 기능 수준이나 전반적인 증상 호전에 공병의 유무가 미치는 영향이 미미하거나 없다는 다수의 선행연구 결과들과도 대체로 일치하는 결과였다(Joormann, Kosfelder, & Schulte, 2005; Kawaguchi et al., 2013; McEvoy, 2007; Mennin,

Heimberg, & Jack, 2000; van Velzen, Emmelkamp, & Scholing, 1997). 그러나 우울장애 공병이 있는 경우 증상심각도가 치료 전후 시점에서 모두 높게 나타나며(Erwin, Heimberg, Juster, & Mindlin, 2002), 높은 수준의 우울 증상이 더 작은 크기의 치료 반응을 예측한다는 결과들도 있었다(Chambless et al., 1997; Ledley et al., 2005). 치료효과에 대한 우울 공병의 효과가 유의했던 연구들에서 주로 치료를 통한 증상 변화의 크기를 비교한 반면, 본 연구에서는 증상의 변화 수준뿐만 아니라 임상적 절단점을 기준으로 포함하여 치료 반응 유무를 평가하였다는 점에서 차이가 있었다. 치료 반응자 집단과 비반응자 집단 간의 우울장애 공병 여부에서 차이가 없었다는 점을 고려할 때, 초기의 우울 수준이 임상적 수준에서 비임상적 수준으로의 사회불안증상 경감에는 큰 영향을 미치지 않는 것으로 여겨진다. 다만, 사회불안장애는 다른 불안 장애, 우울장애 및 알코올 사용장애를 포함하는 다양한 질환과 공병하는 경우가 흔하기 때문에(Kessler et al., 1994; Schneier, Johnson, Hornig, Liebowitz, & Weissman, 1992) 추후에 보다 큰 집단을 대상으로 공병이 치료과정에 미치는 영향을 확인하는 것이 중요하다고 여겨진다.

둘째, 치료 반응자 집단 대 비반응자 집단의 초기 증상 수준 차이를 확인해본 결과, SPS 집단과 SIAS 집단 모두에서 자기초점적 주의와 같은 주의 편향, 부정적인 인지 편향을 측정하는 척도들에서의 사전 점수, 전반적인 불안이나 우울 등 일반적인 정서적 고통감의 사전 수준에서는 유의한 차이가 나타나지 않았다. SPS 치료 비반응자 집단은 치료 반응자 집단에 비해 더 낮은 수준의 사회적 상호작용 불안을 가지고 있었다. 본 연구에서는 치료

종결 시에 점수가 임상적 수준 이하로 호전되었을 뿐만 아니라 점수의 변화 수준이 높은 집단을 치료 반응자를 정의하였기 때문에, 오히려 치료 반응자의 초기 증상 수준이 높게 나타났을 가능성이 있다. 한편, SIAS 치료 비반응자 집단에서는 초기의 신체 증상 수준이 더 높은 것으로 나타났다. BTS-Q는 개인이 사회적 상황에서 얼굴붉힘, 떨림, 땀흘림과 같이 겉으로 드러나는 신체적 증상이 어느 정도로 나타나는지 지각하는 정도를 측정한다. 사회불안이 있는 개인에게 이렇게 지각된 신체적 증상은 부정적 평가를 받게 될 것이라는 증거로 사용되어 타인에게 관찰되는 자기상을 부정적으로 형성하게 할 수 있으며, 부정적 자기상은 다양한 사회적 상황에서 다시 신체적 증상의 지각을 높여 악순환을 이룰 수 있다 (Clark & Wells, 1995; Rapee & Heimberg, 1997). 또한 사회불안장애 환자들 중 절반 정도는 겉으로 드러나는 신체 증상에 대한 두려움을 가지고 있으며, 이러한 신체 증상이 사회불안장애에 대한 하나의 하위 유형이 될 수 있다는 주장을 함께 고려할 때(Bögels et al., 2010), 임상 장면에서 초기의 지각된 신체 증상 수준에 대한 집중적인 평가와 추가적인 개입을 제공할 경우 집단치료에서 보다 일관적인 치료 효과를 얻을 수 있을 것으로 생각된다.

셋째, SPS와 SIAS 각각의 치료 반응자 집단과 비반응자 집단 간의 증상 변화 양상에서 차이를 보이는 변인을 확인하였다. SPS 치료 반응자 집단과 비반응자 집단의 경우, 자기초점적 주의 수준에서 차이를 보였다. 수행 불안에 대한 치료 반응자 집단에서는 자기초점적 주의 수준의 꾸준한 감소가 이루어졌으며, 특히 실제 노출 회기로 구성되는 8회기와 12회기 사이에 큰 폭으로 감소하였다. 반면, 수

행 불안 치료 비반응자 집단의 경우 전반적으로 미미한 점수 변화를 보이는 것으로 나타났다.

한편, SPS 집단과는 달리, SIAS 치료 반응자 집단과 비반응자 집단에서는 역기능적 신념, 부정적인 사회적 사건에 대한 주관적 확률과 부담 평정치에서 변화 양상의 차이가 나타났다. 상호작용 불안에 대한 치료 반응자 집단은 역기능적 신념에 대해 지속적인 경감을 보였으며, 인지적인 개입이 제공되는 1회기와 4회기 사이에 가장 큰 폭으로 점수가 감소하였다. 이에 비해 비반응자 집단의 경우 전반적으로 미미한 점수 변화를 보여 치료 전에는 오히려 반응자 집단에 비해 낮은 점수를 나타냈으나, 4회기부터는 반응자 집단보다 더 높은 수준의 역기능적 신념을 보여, 반응자 집단과 비반응자 집단의 역기능적 신념 수준은 치료 중기부터 차이가 벌어지는 것으로 나타났다. 역기능적 신념의 변화 양상과 유사하게 부정적인 사회적 사건에 대한 주관적 확률 및 부담 평정치의 변화 양상에서도 상호작용 불안 치료 비반응자 집단은 반응자 집단에 비하여 미미한 수준의 증상 경감을 보이는 것에 그치는 것으로 나타났다. 반응자 집단의 경우, 모의 노출 훈련이 제공되는 4회기와 8회기 사이에 부정적인 사회적 사건에 대한 주관적 확률 평정 수준이 매우 큰 폭으로 감소하였으며, 주관적 부담 평정치 또한 이 시기에 가장 큰 폭으로 감소하였다.

마지막으로 SPS와 SIAS 각각의 반응자 집단과 비반응자 집단 간 치료효과의 유지에서 차이가 있는지 살펴보았을 때, 수행 불안 집단에 대해서는 자기초점적 주의에 대해 유의한 차이를 보여 변화 양상의 차이와 동일한 결과를 보이는 것으로 나타났다. 원점수를 살펴보



있을 때, 두 집단 모두에서 치료 후와 추후 회기 사이에 치료 후의 증상 수준이 유지되거나 상승하더라도 미미한 수준임이 관찰되었다. 사회적 상호작용 불안 집단에 대해서는 역기능적 신념, 부정적 사건에 대한 주관적 확률 평정치와 사회적 상호작용 동안의 긍정적 사고와 부정적 사고의 비율에서 유의한 차이가 나타났다. 치료 후와 추후 회기 사이의 원점 수 변화를 살펴보면, 수행 불안 치료 반응자 집단과 비반응자 집단과 마찬가지로 대부분의 척도에 대한 치료 후 점수가 유지되고 있었다. 그러나 반응자 집단에서 부정적인 사회적 사건에 대한 주관적 확률 평정 수준이 증가된 것으로 나타나, 치료 종결 회기에서 제공하는 재발 방지 교육을 통해 부정적인 사회적 사건이 일어날 가능성이 높은 것으로 생각되는 상황에 대한 충분한 지침을 제공하는 것이 중요할 것으로 생각된다.

종합하자면, SPS 반응자 집단과 비반응자 집단은 초기의 사회적 상호작용 수준 차이와 자기초점적 주의에서의 변화 양상 차이를 나타냈으며 치료 후기에 반응자 집단의 증상 수준이 큰 폭으로 감소하였다. 한편, SIAS 집단에서는 초기의 신체 증상 수준에서 차이를 보였고, 역기능적 신념, 부정적 사건에 대한 주관적 확률 및 부담 평정 수준에서의 변화 양상 차이가 나타났으며, 종결 3개월 후 시점까지의 변화 양상에서는 사회적 상호작용 상황 동안의 긍정적 사고와 부정적 사고의 비율에서의 차이 또한 유의한 것으로 보고되었다. 또한 반응자 집단과 비반응자 집단에서 변화 양상의 차이를 나타낸 각 척도들의 점수가 역전되어 벌어지기 시작하는 결정적 시기는 치료 중기인 것으로 관찰되었다. 따라서 치료 반응에 있어서 수행 불안의 경우, 인지적 처

리 과정인 자기초점적 주의에서의 변화가 중요하며, 치료 후기까지의 지속적이고 급격한 자기초점적 주의의 감소가 치료 반응을 예측하는 것으로 나타났다. 반면, 상호작용 불안의 경우, 치료 반응에 있어서 치료 중기에서의 역기능적 신념이나 사회적 상황에 대한 부정적 예측 등 인지적 내용과 관련된 변화가 중요한 것으로 보인다.

이처럼 차이를 보이는 초기 증상 수준과 변화 양상이 수행 불안과 상호작용 불안 집단 각각에 대해 다르게 나타난 것은 두 가지 종류의 사회불안이 질적으로 다르기 때문일 가능성을 고려해볼 수 있다. DSM-5(American Psychiatric Association, 2013)에서의 사회불안장애 진단 기준에는 수행형 단독 명시자가 추가되어, 발표 등 타인 앞에서의 수행 상황에서만 불안 증상을 나타내는 경우 수행형 단독을 명시하도록 되어있다. 또한 Leary(1983)에 의하면, 사회적 상황은 발표 상황과 같은 확정적 상호작용과 대화 상황과 같은 불확정적 상호작용으로 나누어볼 수 있다고 하였다. 즉 발표와 같은 사회적 수행 상황에서는 청중에 의해 관찰되고 평가받는 것에 대한 두려움이 증가하게 되며, 주어진 과제를 청중에게 적절하게 제시하고 전달하는 기술이 요구된다. 반면, 대화와 같은 사회적 상호작용 상황에서는 자신의 말이나 행동이 타인에게 영향을 미치며, 이로 인한 타인의 언행이 다시 자신에게 영향을 미치는 복잡하고 양방향적인 과정이 발생한다고 볼 수 있다(Kim et al., 2014). 따라서 사회적 수행 불안과 상호작용 불안의 이러한 차이를 고려할 때, 임상 장면에서 내담자가 경험하는 사회불안의 종류에 따라 보다 최적화된 개입을 제공할 필요가 있는 것으로 보인다.

이러한 맥락을 본 연구의 결과와 함께 고려할 때, 사회적 수행 불안의 치료 반응에는 지나치게 자기초점화된 주의에서 과제초점으로서의 전환이 꾸준히 이루어지는 것이 중요하며, 사회적 상호작용 불안의 감소를 위해서는 일반적인 대인관계와 사회적 상황에 대한 부정적이고 역기능적인 신념 및 사고로부터 현실적이고 긍정적인 인식으로의 변화가 중요하다는 점이 시사된다.

실제 치료회기의 구성 내용과 관련해서 살펴보자면, 먼저 수행 불안과 관련하여 중요한 치료반응 지표로 나타난 자기초점적 주의는 노출 훈련과 함께 비디오 피드백이 제공되는 치료 중기 시점부터 치료 반응자와 비반응자 집단 간의 격차가 벌어지며 실제 노출 훈련이 진행되는 치료 후기에 더욱 큰 폭의 점수 차이를 나타내었다. 즉, 노출 훈련을 통해 불안 상황에서 주의를 전환하는 연습을 하고, 비디오 피드백을 통해 왜곡된 자기상을 보다 객관적인 정보들로 대체하는 과정이 자기초점적 주의의 변화에 핵심적인 영향을 미치는 것으로 여겨지며, 이 과정에서의 주의 처리과정의 변화가 수행 불안의 치료 반응성을 예측하는 것으로 보인다. 이러한 본 연구의 결과와 일관되게 선행연구에서도 노출 훈련과 비디오 피드백이 객관적인 관찰자로서 자기를 지각하도록 도와 부정적으로 왜곡된 자기상을 교정하는 데 효과가 있는 것으로 보고되었다(Cho, 2006). 따라서 노출 훈련 중 자기초점적 주의를 감소시킬 수 있도록 인지적, 행동적 목표를 세밀하게 설계함으로써 수행 불안의 치료에 대한 반응성을 촉진할 수 있을 것으로 여겨진다.

사회적 상호작용 불안과 관련해서는 역기능적 신념과 부정적 사회적 상황에 대한 부정적

예측이 중요한 치료 지표로 나타났다. 치료 반응자와 비반응자의 격차가 벌어지는 시점은 역시 치료 중기 이후였는데, 이 때 반복적으로 이루어지는 노출 훈련과 집단원들에게서 얻은 피드백을 바탕으로 실제 사회적 상황에서 자신이 우려했던 부정적이고 파국적인 결과가 발생하지 않는다는 점을 확인함으로써, 역기능적이고 부정적으로 편향되어 있던 사고의 수정이 일어나는 것으로 보인다. 따라서 스스로를 평범하고 열등하게 지각하는 경향성 및 사회적 자기에 대한 부정적 정서적 표상의 수정에 더욱 적극적으로 개입할 필요가 있을 것으로 생각되며, 부정적인 인지 내용의 수정을 바탕으로 노출 훈련 동안 사전에 우려하였던 상황이 실제 발생하였는지에 대한 객관적인 검증을 함으로써 부정적인 사회적 사건이 일어날 가능성과 그 상황의 결과가 미치는 영향에 대한 왜곡된 지각을 수정하는 것에 초점을 맞춘다면, 보다 일관적인 치료효과를 얻을 수 있을 것으로 생각된다.

본 연구의 제한점은 다음과 같다. 첫째, 전체 연구 참가자의 수가 총 39명으로 치료 반응자 집단과 비반응자 집단을 나누어 비교 분석을 실시하기에 다소 제한적이었던 점이다. 치료 종결 시의 증상 수준을 집단을 나누는 기준으로 포함하였기 때문에 치료 반응자 집단과 비반응자 집단의 사례수가 달랐고, 적은 수의 참가자를 바탕으로 집단을 나누었기 때문에 집단 간 변화 양상에서 차이를 보였던 변인에 대해 더 면밀하게 추가적인 분석을 시행하기에는 어려움이 있었다. 둘째, 본 연구에는 회피성 성격장애를 가진 사람이 포함되지 않아 공병이 치료 반응에 미치는 영향을 탐색하는 데 제한이 있었던 점이다. 사회불안장애와 회피성 성격장애의 평균 공병률은 56%에

이르며(Reich, 2014), 회피성 성격장애를 가진 사람들의 경우 더 다양한 상황에서 광범위한 회피를 보이고(American Psychiatric Association, 2013), 더 손상된 기능 수준을 보일 수 있다(van Valzen, Emmelkamp, & Scholing, 2000). 본 연구에는 회피성 성격장애를 가지고 있는 사람이 포함되어 있지 않기 때문에, 회피성 성격장애를 공병으로 가지고 있는 사람들에게도 본 연구의 결과를 일반화할 수 있는지에 대해서 추후 연구가 필요할 것으로 생각된다. 또한 해외 연구와 비교할 때 참가자들의 공병 비율이 낮은 것으로 나타났다. 지속적인 사회불안장애 환자를 대상으로 한 치료 연구를 통해 이러한 공병률에서의 차이가 본 연구집단에 한정된 현상인지 국내 사회불안장애 집단의 고유한 특성이나 진단절차에서 기인한 차이인지 검증이 이루어져야 할 것이다. 셋째, 본 연구에서는 치료 전후의 점수 변화량과 치료 후에도 임상적 수준의 증상을 보이는지 여부 모두를 치료 반응자와 비반응자를 구분하는 기준으로 사용하여 보다 엄격하게 선정된 반응자 집단의 특성을 탐색하였다. 이를 통해 사회적 수행 불안과 상호작용 불안에 대해 각각 다른 변인들이 치료 반응에 중요한 요인으로 나타나는 것을 확인하였으며, 임상 장면에서 수행 불안과 상호작용 불안 수준을 평가하여 보다 최적화된 개입을 제공하는 것이 치료효과를 향상시킬 수 있다는 점이 시사되었다.

본 연구 결과를 바탕으로 사회불안장애에 대한 인지행동집단치료에서의 치료 효과를 강화하고, 기존에 충분한 치료 효과를 얻지 못하던 사회불안장애 환자들을 위한 보다 효과적인 개입 방안에 대해 모색할 수 있기를 기대한다.

## References

- Aderka, I. M. (2009). Factors affecting treatment efficacy in social phobia: The use of video feedback and individual vs. group formats. *Journal of Anxiety Disorders, 23*, 12-17.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. Washington, DC: American Psychiatric Pub.
- American Psychiatric Association Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist, 61*, 271-285.
- 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., Albers, M., & de Jong, P. J. (1996). Self-consciousness, self-focused attention, blushing propensity and fear of blushing. *Personality and Individual Differences, 21*, 573-581.
- Bögels, S. M., Alden, L., Beidel, D. C., Clark, L. A., Pine, D. S., Stein, M. B., & Voncken, M. (2010). Social anxiety disorder: Questions and answers for the DSM-V. *Depression and Anxiety, 27*, 168-189.
- Bögels, S. M., & Reith, W. (1999). Validity of two questionnaires to assess social fears: The

- Dutch Social Phobia and Anxiety Inventory and the Blushing, Trembling and Sweating Questionnaire. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 21, 51-66.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26, 17-31.
- Butler, G., & Mathews, A. (1983). Cognitive processes in anxiety. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 5, 51-62.
- Cameron, O. G., Thyer, B. A., Feckner, S., Nesse, R., & Curtis, G. C. (1986). Behavior therapy of phobias: Predictors of outcome. *Psychiatry Research*, 19, 245-246.
- Chambless, D. L., & Hope, D. A. (1996). Cognitive approaches to the psychopathology and treatment of social phobia. In P. M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 345-382). New York: Guilford.
- Chambless, D. L., Tran, G. Q., & Glass, C. R. (1997). Predictors of response to cognitive-behavioral group therapy for social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 221-240.
- Chiliza, B., Asmal, L., Kilian, S., Phahladira, L., & Emsley, R. (2015). Rate and predictors of non response to first line antipsychotic treatment in first episode schizophrenia. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 30, 173-182.
- Cho, Y. (2006). The effects of video feedback on the improvement of social self-image in college students with social anxiety disorder. *Cognitive Behavior Therapy in Korea*, 6, 23-39.
- Cho, Y., Kim, E., & Won, H. (1997). Cognitive assessment of social anxiety (2): A study on the reliability and validity of the Korean version of Social Interaction Self-Statement Test. *Korean Journal of Clinical Psychology*, 16, 233-249.
- Cho, Y., & Won, H. (1999). Cognitive assessment of social phobia (3): The development and validation of the dysfunctional beliefs test. *Korean Journal of Clinical Psychology*, 18, 141-162.
- Choi, B. (2007). *Cognitive-behavioral group therapy for social phobia: Basic mechanisms and clinical strategies*. Seoul: Sigmappress.
- Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 69-93). New York: Guilford.
- Erwin, B. A., Heimberg, R. G., Juster, H., & Mindlin, M. (2002). Comorbid anxiety and mood disorders among persons with social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 19-35.
- Eskildsen, A., Hougaard, E., & Rosenberg, N. K. (2010). Pre-treatment patient variables as predictors of drop-out and treatment outcome in cognitive behavioural therapy for social phobia: A systematic review. *Nordic journal of psychiatry*, 64, 94-105.
- Fedoroff, I. C., & Taylor, S. (2001). Psychological and pharmacological treatments of social phobia: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 21, 311-324.

- Fennell, M. J., & Teasdale, J. D. (1987). Cognitive therapy for depression: Individual differences and the process of change. *Cognitive Therapy and Research, 11*, 253-271.
- Feske, U., & Chambless, D. L. (1995). Cognitive behavioral versus exposure only treatment for social phobia: A meta-analysis. *Behavior Therapy, 26*, 695-720.
- Foa, E. B., Franklin, M. E., Perry, K. J., & Herbert, J. D. (1996). Cognitive biases in generalized social phobia. *Journal of Abnormal Psychology, 105*, 433-439.
- Glass, C. R., Merluzzi, T. V., Biever, J. L., & Larsen, K. H. (1982). Cognitive assessment of social anxiety: Development and validation of a self-statement questionnaire. *Cognitive Therapy and Research, 6*, 37-55.
- Gould, R. A., Buckminster, S., Pollack, M. H., Otto, M. W., & Yap, L. (1997). Cognitive behavioral and pharmacological treatment for social phobia: A meta analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice, 4*, 291-306.
- Gratz, K. L., Dixon-Gordon, K. L., & Tull, M. T. (2014). Predictors of treatment response to an adjunctive emotion regulation group therapy for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 5*, 97.
- Han, O., & Hong, J. (2000). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders: SCID-I (Research version)*. Seoul: Hana Uihaksa.
- Heimberg, R. G. (1991). A manual for conducting cognitive-behavioral group therapy for social phobia. Unpublished manuscript.
- Heimberg, R. G., Dodge, C. S., Hope, D. A., Kennedy, C. R., Zollo, L. J., & Becker, R. E. (1990). Cognitive behavioral group treatment for social phobia: Comparison with a credible placebo control. *Cognitive Therapy and Research, 14*, 1-23.
- Hofmann, S. G. (2004). Cognitive mediation of treatment change in social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, 392.
- Hong, S., & Cho, Y. (2006). Construction of a short version of the dysfunctional beliefs test: An application of Rasch Rating Scale model. *Korean Journal of Clinical Psychology, 25*, 865-880.
- Hood, S. D., & Nutt, D. J. (2001). Psychopharmacological treatments: An overview. In W. R. Crozier & L. Alden (Eds.), *International handbook of social anxiety* (pp. 471-504). Chichester, UK: Wiley.
- Hope, D. A., Heimberg, R. G., & Bruch, M. A. (1995). Dismantling cognitive-behavioral group therapy for social phobia. *Behaviour Research and Therapy, 33*, 637-650.
- Jang, H., & Ahn, H. (2010). The validation of a short version of the dysfunctional beliefs test with a Korean college student sample. *Korean Journal of Psychology: General, 29*, 935-957.
- Joormann, J., Kosfelder, J., & Schulte, D. (2005). The impact of comorbidity of depression on the course of anxiety treatments. *Cognitive Therapy and Research, 29*, 569-591.
- Kawaguchi, A., Watanabe, N., Nakano, Y., Ogawa, S., Suzuki, M., Kondo, M., . . . Akechi, T. (2013). Group cognitive behavioral therapy for patients with generalized social

- anxiety disorder in Japan: Outcomes at 1-year follow up and outcome predictors. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *9*, 267-275.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., . . . Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, *51*, 8-19.
- Kim, H. (2001). *Memory biasing subtypes of social phobia*. (Unpublished master's thesis). University of Seoul, Seoul, Korea.
- Kim, S. (2006). *Effectiveness of task concentration training on social phobia*. (Unpublished master's thesis). University of Korea, Seoul, Korea.
- Kim, S., Lee, H., Yoon, H., & Kwon, J. (2014). Sudden gains in cognitive behavioral group therapy for individuals with social anxiety disorder. *Korean Journal of Clinical Psychology*, *33*, 755-782.
- Kim, S., Yoon, H., & Kwon, J. (2013). Validation of the short form of the Korean Social Interaction Anxiety Scale (K-SIAS) and the Korean Social Phobia Scale (K-SPS). *Cognitive Behavior Therapy in Korea*, *13*, 511-535.
- Kwon, J., Lee, J., & Cho, S. (1998). *Extreme shyness can become an illness: Cognitive-behavioral therapy for social phobia*. Seoul: Hakjisa.
- Kwon, S. (1992). *Differential roles of dysfunctional attitudes and automatic thoughts in depression: An integrated cognitive model of depression*. (Unpublished doctoral dissertation). University of Queensland, Australia.
- Lammers, M. W., Vroling, M. S., Ouwens, M. A., Engels, R. C., & van Strien, T. (2015). Predictors of outcome for cognitive behaviour therapy in binge eating disorder. *European Eating Disorders Review*, *23*, 219-228.
- Leary, M. R. (1983). A brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *9*, 371-375.
- Ledley, D. R., Huppert, J. D., Foa, E. B., Davidson, J. R., Keefe, F. J., & Potts, N. L. (2005). Impact of depressive symptoms on the treatment of generalized social anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, *22*, 161-167.
- Lee, J., & Choi, C. (1997). A study of the reliability and the validity of the Korean versions of Social Phobia Scales (K-SAD, K-FNE). *Korean Journal of Clinical Psychology*, *16*, 251-264.
- Lee, Y., & Cho, M. (2001). The effect of probability, cost judgemental biases for negative social event and self efficacy in social situation on social anxiety. *Korean Journal of Clinical Psychology*, *20*, 93-103.
- Lee, Y., & Song, J. (1991). A study of the reliability and the validity of the BDI, SDS, and MMPI-D scales. *Korean Journal of Clinical Psychology*, *10*, 98-113.
- Legerstee, J. S., Tulen, J. H., Dierckx, B., Treffers, P. D., Verhulst, F. C., & Utens, E. M. (2010). CBT for childhood anxiety disorders: Differential changes in selective attention between treatment responders and non responders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *51*, 162-172.

- Lincoln, T. M., Rief, W., Hahlweg, K., Frank, M., Witzleben, I. V., Schroeder, B., & Fiegenbaum, W. (2005). Who comes, who stays, who profits? Predicting refusal, dropout, success, and relapse in a short intervention for social phobia. *Psychotherapy Research, 15*, 210-225.
- 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.
- McEvoy, P. M. (2007). Effectiveness of cognitive behavioural group therapy for social phobia in a community clinic: A benchmarking study. *Behaviour Research and Therapy, 45*, 3030-3040.
- McNally, R. J., & Foa, E. B. (1987). Cognition and agoraphobia: Bias in the interpretation of threat. *Cognitive Therapy and Research, 11*, 567-581.
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., & Jack, M. S. (2000). Comorbid generalized anxiety disorder in primary social phobia: Symptom severity, functional impairment, and treatment response. *Journal of Anxiety disorders, 14*, 325-343.
- Park, E., Choi, Y., Park, K., & Kwon, J. (2001). The study on the relationship among the expectancy of treatment, the evaluation of therapist and the therapeutic effect of cognitive behavioral therapy of panic disorder. *Cognitive Behavior Therapy in Korea, 1*, 67-76.
- Park, K., Lee, B., & Kwon, J. (1994). Panic disorder patient's personality factors relevant to cognitive-behavioral group treatment effects. *Korean Journal of Clinical Psychology, 13*, 159-168.
- Pilling, S., Mayo-Wilson, E., Mavranzouli, I., Kew, K., Taylor, C., & Clark, D. M. (2013). Recognition, assessment and treatment of social anxiety disorder: Summary of NICE guidance. *BMJ, 346*, f2541.
- Rapee, R. M., & Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy, 35*, 741-756.
- Reich, J. (2014). Avoidant personality disorder and its relationship to social anxiety disorder. In S. G. Hofmann, & P. M. DiBartolo (Eds.), *Social Anxiety: Clinical, Developmental, and Social Perspectives* (pp. 27-44). Waltham, MA: Elsevier.
- Schneier, F. R., Johnson, J., Hornig, C. D., Liebowitz, M. R., & Weissman, M. M. (1992). Social phobia: Comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Archives of General Psychiatry, 49*, 282-288.
- Tang, T. Z., & DeRubeis, R. J. (1999). Reconsidering rapid early response in cognitive behavioral therapy for depression. *Clinical Psychology: Science and Practice, 6*, 283-288.
- Taylor, S. (1996). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for social phobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 27*, 1-9.
- van Velzen, C. J., Emmelkamp, P. M., & Scholing, A. (1997). The impact of personality disorders on behavioral treatment outcome for social phobia. *Behaviour Research and Therapy, 35*, 889-900.

- van Velzen, C. J., Emmelkamp, P. M., & Scholing, A. (2000). Generalized social phobia versus avoidant personality disorder: Differences in psychopathology, personality traits, and social and occupational functioning. *Journal of Anxiety Disorders, 14*, 395-411.
- Watson, D., & Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 33*, 448-457.
- Yook, S., & Kim, Z. (1997). A clinical study on the Korean version of Beck Anxiety Inventory: Comparative study of patient and non-patient. *Korean Journal of Clinical Psychology, 16*, 185-197.

Received August 17, 2015

Revised February 20, 2016

Accepted March 14, 2016



## 사회불안장애 인지행동집단치료에서의 치료 반응자 특성 연구: 초기 지표와 치료변화 양상을 중심으로

임 수 지                      김 소 정                      권 정 혜

고려대학교 심리학과

사회불안장애에 대한 인지행동치료는 그 효능과 효과성이 경험적으로 입증되어 있으며, 사회불안장애를 치료하는 데 있어서 최선의 방식으로 권장되는 치료이다. 그러나 이러한 인지행동치료의 효과는 모든 사회불안장애 환자들에게 일관적으로 나타나지 않으며, 치료 종결 시 유의한 향상을 얻지 못한 치료 비반응자 비율의 범위가 25~64%에 이른다. 따라서 사회불안장애에 대한 보다 일관적인 치료 효과를 얻기 위해서는 치료 반응자와 비반응자 특성과 증상 변화 양상에서의 차이를 알아보고 치료 반응을 예측하는 지표가 무엇인지 확인하는 것이 중요하다고 할 수 있다. 이에 본 연구에서는 한국의 성인 사회불안장애 집단을 대상으로 사회불안장애의 인지행동집단치료에 있어서 치료 반응의 지표를 탐색하고, 치료 반응자와 비반응자의 특성을 비교하고자 하였다. 치료 반응자는 사회공포증 척도(SPS)와 사회적 상호작용 불안 척도(SIAS)에서 사회불안 증상 수준이 임상적 수준 이하로 호전되었으며, 동시에 전체 참가자의 점수 감소량의 중앙값 이상의 치료 전후 점수 차이를 보인 사람으로 정의되었다. 총 12회기의 인지행동집단치료를 완료한 39명의 사회불안장애 환자를 대상으로 치료 반응자 집단과 비반응자 집단 간 인구통계학적, 진단적 특징과 초기 증상 수준을 비교하였으며, 치료에 따른 변화 양상을 살펴보았다. 그 결과 치료 반응자 집단과 비반응자 집단 간 인구통계학적 특성 및 진단적 특징에서 차이를 보이지 않았다. 한편, 사회적 수행 불안에 대한 치료 반응자 집단은 초기의 상호작용 불안 수준이 낮은 것으로 나타났으며, 초기의 신체 증상의 경험 정도가 높은 사람들은 사회적 상호작용 불안에 대한 치료 반응성이 낮은 것으로 나타났다. 또한 사회적 수행 불안과 상호작용 불안 각각에 대한 치료 반응자 집단과 비반응자 집단은 인지행동집단치료 프로그램이 진행됨에 따라 각기 다른 변화 양상 차이를 보였다. 사회적 수행 불안 반응자 집단은 비반응자 집단에 비해 자기초점적 주의의 꾸준한 증상 경감을 보였으며, 상호작용 불안 반응자 집단은 비반응자 집단에 비해 역기능적 신념과 부정적 사건에 대한 주관적 확률 및 부담 평정 수준이 더 크게 호전되는 것으로 나타났다.

주요어: 치료 반응, 치료반응자, 사회불안, 사회불안장애, 인지행동치료