

사회공포증의 인지행동집단치료 효과에 대한 연구

박 기 환[†]

안 창 일

서울백병원 신경정신과

고려대학교 심리학과

본 연구에서는 대학생들을 주 대상으로 하여 역기능적 신념을 포함함으로써 인지재구성 훈련을 강화한 사회공포증 인지행동 집단프로그램의 효과를 살펴보고자 하였다. 인지행동 집단프로그램은 매주 1회 2시간씩 총 10회 진행되었는데, 본 연구의 분석에 사용한 내담자 자료는 프로그램 참가자 총 42명 중 25명의 프로그램 종결자 자료였고, 이들 중 1개월 추후평가를 마친 사람은 21명이었으며, 비교집단에 속한 프로그램 대기자들은 13명이었다. 결과를 살펴보면, 본 프로그램은 종결시 대부분의 사회공포증 관련 측정치에서 유의미한 향상을 이끌어내 그 효과를 입증하였다. 또한 1개월 후의 추후평가시에도 그 효과는 유지되었다. 한편 주로 인지재구성으로 이루어진 전반부의 향상효과가 주로 노출로 구성된 후반부의 향상효과보다 더 광범위하게 나타났다.

주요어 : 사회공포증, 숙제순응도, 인지행동치료

DSM-IV(APA, 1994)에 의하면, 사회공포증(social phobia)은 '낮선 사람들에게 노출되거나 다른 사람들이 지켜보는 데 있어 가능한 하나 이상의 사회적 상황 또는 수행적 상황에서 현저하고 지속적인 두려움을 보이는 것'으로 정의하며, '그러한 상황에서 창피

하고 당황스럽게 행동할까봐 두려워한다'라고 덧붙이고 있다. 사회공포증은 1년 유병율이 8%, 평생유병율이 13.3%까지 보고되고 있는(Kessler, McGonagle, Zhao, Nelson, Hughes, Eschelman, Wittchen, & Kendler, 1994) 등 흔히 나타날 수 있는 심리적 장애인데다, 개인의

[†] 교신저자(Corresponding Author) : 박 기 환 / 서울 백병원 신경정신과 서울시 중구 저동2가 85번지 100-032 / FAX : 02-2270-0344 / E-mail : psyclinic@hanmail.net

일상생활이나 직업적, 사회적 기능을 현저히 방해하기 때문에(Turner, Beidel, Dancu, & Keys, 1986), 사회공포증에 대해 효과적인 치료기법을 찾는 것이 절실하다고 하겠다. 사회공포증을 치료하기 위한 여러 가지 방법들이 있지만, 그 중에서도 인지행동 집단치료(Cognitive-Behavioral Group Therapy, 이하 CBGT로 명명함)가 좋은 효과를 보였다는 연구들이 많이 나왔으며(예: Heimberg, Becker, Goldfinger, & Vermilyea, 1985; Heimberg, Dodge, Hope, Kennedy, Zollo, & Becker, 1990; Lucas & Telch, 1993b; Mattick & Peters, 1988; Mattick, Peters, & Clarke, 1989), 국내에서도 사회공포증의 인지행동치료를 대한 관심이 점차 증가하고 있고, 그에 관련된 연구들이 늘고 있는 추세이다(김은정, 1999; 손정아, 1998; 이정윤, 1996; 정미순, 1996; 조용래, 김학렬, 1999; 조용래, 원호택, 표경식, 2000).

국내 연구로는 이정윤(1996)이 Heimberg(1991)의 CBGT를 사회공포증 증상이 있는 대학생들에게 8주간 실시하여 노출치료 및 대기자 조건과 비교한 연구에서, CBGT의 효과를 입증하였다. 그러나 노출집단치료와 비교했을 때, 자기보고식 척도에서 사회공포증상 수준이 더 크게 감소한 반면, 행동과제나 상담자평정에서는 두 치료집단간 차이가 없는 등 두 치료조건의 효과면에서의 우열을 결론내릴 수는 없는 결과를 보여주었다.

조용래 등(2000)은 기존의 CBGT의 인지적 재구성 훈련에 역기능적 신념을 다루는 부분을 추가로 포함시킨 집단인지치료 프로그램을 개발하여, 집단행동치료, 즉 노출치료 및 대기자집단과 비교하였다. 결과를 보면, 행동치료를 비해 인지치료에서 부적응적인 자동적 사고와 역기능적 신념이 두드러지게 감소했으나, 인지치료와 행동치료 모두 치료종결시 모든 측정치에서 유의미한 효과를 보였기 때문에, 전반적인 효과면에서 두 치료의 우열을 논하기는 어려워 보인다.

한편, Feske와 Chambless(1995)도 사회공포증의 인지행동치료(n=12)와 노출치료(n=9)를 검증한 연구들을 상위분석(meta-analysis)한 결과, 인지행동치료가 노출치료보다 우월하다는 증거는 없다고 주장하며, 두

치료가 똑같이 효과적이라고 결론내렸다. 이들에 따르면, 인지행동치료를 인지적 개입이 없는 노출치료와 비교한 여덟 개의 통제된 기존의 임상연구들(Butler, Cullington, Munby, Amies, & Gelder, 1984; Emmelkamp, Mersch, Vissia, & van der Helm, 1985; Gelernter, Uhde, Cimboric, Arnkoff, Vittone, Tancer, & Bartko, 1991; Hope, 1989; Mattick & Peters, 1988; Mattick et al., 1989; Scholing & Emmelkamp, 1993 a,b) 중 여섯 개는 두 치료가 똑같은 효과를 냈고, 두 개 연구에서만(Butler et al., 1984; Mattick & Peters, 1988) 인지행동치료가 노출치료보다 우수한 효과를 냈다.

이렇듯 사회공포증의 인지행동치료 효과가 노출치료만의 효과보다 우월한가와 관련된 연구결과들이 항상 일관되게 나오지는 않았지만, 거의 대부분 연구들이 인지행동치료를 효과에 대해서는 일치된 목소리를 내고 있다. 다시 말해, CBGT는 인지재구성과 노출의 두가지 치료적 기법으로 구성되어 있는데, CBGT의 효과는 거의 대부분 연구들이 인정하고 있으나, CBGT가 인지재구성 요소가 없는 노출치료의 효과보다 더 우월한지에 대해서는 이의를 제기하는 연구들이 있다는 것이다. 사회공포증의 치료에서 효과적인 노출 기법과 인지재구성 기법의 상대적 기여도에 대해서는 아직 분명하게 결론을 내리기 어렵지만(Heimberg & Juster, 1995 참조), 두가지 기법을 결합했을 때 더 효과적이었다는 연구가 있었고(Mattick & Peters, 1988; Mattick et al., 1989), Butler(1985)도 두 기법의 결합을 지지한 바 있다.

기존의 CBGT의 인지적 재구성 훈련에 역기능적 신념을 다루는 부분을 추가로 포함시킨 집단인지치료 프로그램이 효과가 있었다는 보고가 있었지만(조용래 등, 2000), 조용래 등의 연구에서는 통합된 인지행동치료를 사용하지 않고 인지치료와 행동치료를 따로 실시하였는데, 실제 임상장면에서는 행동과제를 사용하지 않은 채 인지재구성만으로 치료가 진행되는 경우가 드물기 때문에(Heimberg & Juster, 1995), 본 연구에서는 역기능적 신념을 포함시킨 인지재구성 훈련과 노출훈련이 통합되어 있는 프로그램을 가

지고 CBGT의 효과를 검증하는 것이 목표이다.

앞에서 언급하였듯이, 사회공포증 CBGT 프로그램의 효과는 많은 선행연구들을 통해 밝혀진 바 있지만, 국내연구는 아직 미미한 실정이며, 반복된 연구를 통해 충분히 타당화되지 못한 상태이다. 본 연구는 이러한 타당화 작업의 일환이자, 특히 역기능적 신념을 포함함으로써 인지재구성 훈련을 강화한 CBGT 프로그램의 효과를 살펴봄으로써 보다 효율적인 사회공포증 CBGT 프로그램의 개발을 위한 하나의 작업이라고 할 수 있다. 또한 본 연구는 프로그램 시작, 중반 및 종결시 평가를 통해 프로그램의 전체적인 효과를 보고자 할 뿐 아니라, 인지재구성 작업이 주로 이루어지는 전반부 치료의 효과와 노출치료가 주로 이루어지는 후반부 치료의 효과를 비교해봄으로써 프로그램의 구성요소별 효율성 정도를 간접적으로 살펴보고자 한다.

방 법

연구대상

대인불안 및 발표불안에 대한 집단상담 프로그램 참여 신청자를 대학교 학생생활연구소에서 공고를 통해 모집한 후, 예비면접을 통해 사회공포증에 해당되는지를 확인했다. 예비면접도구로는 사회공포증 면담도구(ADIS-R for Social Phobia; Anxiety Disorders Interview Schedule-Revised, Di Nardo, Barlow, Cerny, Vermilyea, Vermilyea, Himadi, & Waddell, 1985)를 사용했고, 면담은 본 연구자가 직접 수행하였다. 내담자의 불안정도를 면담을 통해 0에서 8까지로 상담자가 평정한 내담자 불안심각도 평정척도(Phobic Severity Scale, Watson & Marks, 1971)에서 4점 이상에 해당되는 내담자들만 프로그램에 참가시켰으며, 사회공포증이 아닌 다른 불안이 주요문제인 경우나, 주요 우울증이나 정신병적인 장애가 있는 경우 등은 프로그램 참여 기준에서 제외하였다.

프로그램은 총 여섯 집단에서 시행하였으며, 한 집

단을 5-8명씩 구성하여 진행하였는데, 집단치료 실시의 효율성을 위해 집단원이 8명 이상이 되지 않도록 집단을 구성했다. 모든 프로그램은 본 연구자가 주 치료자로 진행하였으며, 임상심리학으로 석사과정을 수료하고 6개월 이상 임상심리 전문가에 의해 상담 수퍼비전을 받으며 상담 인턴과정을 받고 있는 사람들 중 1명이 보조 치료자로 참여하였다. 여섯 집단 중 한 집단은 개인 정신과의원에서 본 연구자가 사회공포증 인지행동치료 프로그램을 실시하였는데, 참가자들(3명은 대학생, 3명은 회사원)의 치료전 자료와 치료후 자료를 분석해 본 결과, 본 연구에 참여한 대학생들 자료와 별 차이가 없어서($p>.05$), 자료를 통합하여 사용하였다. 물론 정신과를 방문한 사람들은 모두 항불안제를 복용하고 있어서 학생생활연구소를 방문한 대학생들과 의존성이나 회피적 성격과 같은 특정 차원에서 차이가 있을 가능성도 배제할 수 없지만, 본 연구의 치료전과 치료후의 측정치에서는 뚜렷한 차이가 드러나지 않았으므로 자료를 통합하는데 무리는 없을 것으로 판단하였다. 대학생들과 정신과방문 환자들의 연령과 사전검사 및 사후검사 측정치들은 표 1에 제시하였다.

여섯 집단에 참여한 사람들은 총 42명(남자 19명, 여자 23명)이었으며, 이 중 사후평가를 마친 사람은 25명(남자 12명, 여자 13명)이었고, 1개월 후 추후평가를 마친 사람은 21명(남자 10명, 여자 11명)이었다. 통제 집단은 총 13명(남자 7명, 여자 6명)으로 참여를 희망한 학생들 중 대기자 명단에 올라 있어 다음 집단상담 프로그램까지 기다려야 하는 사람들로 구성하였다.

측정 도구

1) 자기보고식 질문지

사회적 회피 및 불안 척도(Social Anxiety and Distress Scale: SADS). SADS는 Watson과 Friend (1969)가 제작한 것으로 다양한 사회적 상황에서 불안을 경험하는 정도와 잠재적으로 혐오적인 사회적 상황을 회피하려는 경향을 반영하고 있다. 이 척도는 총 28문항

표 1. 대학생 집단과 환자집단간 사전 및 사후검사 평균과 차이검증 결과.

측 정 치	사 전 검 사			사 후 검 사		
	대학생(n=36)	환자(n=6)	t	대학생(n=21)	환자(n=4)	t
연령(인구학적 변인)	20.87(2.21) ^a	31.00(9.92)	-2.49			
자기평정-생활방해점수 ^b	2.77(0.77)	3.00(0.89)	- .66			
치료자평정-불안점수	5.30(1.06)	6.00(1.10)	-1.48	2.67(1.02)	3.00(1.58)	- .59
사회적 회피 및 불안	19.80(6.10)	17.20(8.32)	.84	15.10(6.04)	13.80(8.79)	.40
부정적 평가에 대한 두려움	35.90(7.54)	34.20(6.53)	.47	28.43(6.97)	29.40(6.66)	- .28
Spielberger상태불안	50.20(9.64)	57.80(9.26)	-1.64	40.81(9.57)	47.20(11.78)	-1.29
Spielberger특성불안	55.00(9.56)	54.00(12.43)	.21	45.62(8.89)	46.80(10.43)	- .26
Beck우울증척도	12.10(8.44)	14.40(7.47)	- .57	7.52(8.15)	9.60(9.02)	- .50
사회공포증질문지	20.63(7.48)	22.20(8.17)	- .43	13.81(5.74)	14.40(6.43)	- .20
전반적 사회공포평정	5.21(1.35)	6.20(1.10)	-1.56	3.10(1.41)	3.60(1.52)	- .71
자기효능감	64.37(13.74)	62.80(17.06)	.23	70.95(13.81)	75.60(10.29)	- .70

^a() 안은 표준편차임. ^b사전검사에서만 실시하였음.

으로 구성되어 있으며, 진위형으로 응답하도록 되어 있다. 따라서 0점에서 28점까지 점수가 분포되며, 점수가 높을수록 불안이 높음을 나타낸다. 본 연구에서는 이정윤(1996)이 번안한 것을 사용하였으며, 본 연구에서 나타난 내적 일치도 신뢰도 계수(Cronbach's alpha)는 .88, Kuder-Richardson-21을 사용한 신뢰도는 .86이었다.

부정적 평가에 대한 두려움 척도-단축형(Brief-Fear of Negative Evaluation: FNE). 이 척도는 1983년에 Leary가 제작한 것으로 Watson과 Friend(1969)가 원래 30문항으로 제작한 척도에서 척도 전체점수와 .50이상의 상관이 있는 문항들만 뽑아서 만든 것이다. 이 척도는 사회공포증의 핵심적인 인지적 특성인 다른 사람으로부터 부정적인 평가를 받는 것에 대한 두려움을 측정하기 위해 만들어졌다. 이 척도의 문항수는 12문항으로 되어 있고, 진위형으로 되어 있는 원 척도와는 달리 5점 척도로 구성되어 변화에 보다 민감

하도록 되어 있으며, 4개 문항이 역채점된다. 따라서 0점에서 48점까지 점수가 분포되며 점수가 높을수록 부정적 평가에 대한 두려움이 많음을 나타낸다. 본 연구에서는 이정윤(1996)이 번안한 척도를 사용하였으며, 본 연구에서 나타난 내적 일치도 신뢰도 계수(Cronbach's alpha)는 .91이었다.

Spielberger 상태특성 불안 척도(State Trait Anxiety Inventory: STAI). STAI-state, STAI-trait는 원래 정신적 질환이 없는 정상 성인의 불안을 조사하는 도구로 개발되었으나, 임상적으로 불안한 집단 및 정신과 환자의 불안을 판별하는데도 유용한 것으로 입증되었다(Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1970). 각각 20 문항으로 구성되어 있고 각 문항마다 1점에서 4점까지 점수가 주어지게 되며, STAI-state는 10개 문항, STAI-trait는 7개 문항이 역채점된다. 따라서 20점에서 80점까지 점수가 분포되고 점수가 높을수록 불안이 높음을 나타낸다. 본 연구에서는 김정택(1978)이 번안

한 자료를 사용하였으며, 본 연구에서 나타난 내적 일치도 신뢰도 계수(Cronbach's alpha)는 STAI-state가 .89, STAI-trait가 .92였다.

Beck 우울증 척도(Beck Depression Inventory: BDI). BDI는 우울증의 정서적, 인지적, 동기적, 생리적 증상 영역을 포함하는 21개 문항으로 구성되어 있다. 각 문항마다 0점에서 3점까지 점수가 주어지게 되며, 따라서 0점에서 63점까지 점수가 분포되고 점수가 높을수록 우울증상이 많음을 나타낸다. 본 연구에서는 이영호와 송종용(1991)이 번안한 것을 사용하였으며, 본 연구에서 나타난 내적 일치도 신뢰도 계수(Cronbach's alpha)는 .88이었다.

사회공포증 질문지 및 전반적 공포 평정(Fear Questionnaire-social phobia subscale & global phobia: FQ & FQ-global). 이 척도는 Marks와 Mathews(1979)가 개발한 것으로, 원래의 전체척도는 주 공포증(main phobia), 전반적 공포증(global phobia), 전체 공포증(total phobia), 불안-우울(anxiety-depression)의 네 가지 영역으로 되어 있다. 전체 공포증척도는 공포 질문지(Fear questionnaire)로 흔히 불리는데, 광장공포증(agoraphobia), 사회공포증(social phobia), 혈액-상해 공포증(blood-injury phobia)의 세 가지 하위척도로 구성되어 있다. 본 연구에서는 사회공포증 연구에 많이 사용되는 공포질문지의 사회공포증 하위척도(이하 사회공포증 질문지로 명명; 5문항)와 전반적 공포증 척도(이하 전반적 공포평정으로 명명; 1문항으로 불안과 회피 정도를 0에서 8까지 9점 척도로 평정하게 되어 있음)를 번안하여 사용하였다. 본 연구에서 나타난 내적 일치도 신뢰도 계수(Cronbach's alpha)는 사회공포증 질문지가 .69로 나왔다(전반적 공포평정은 1문항으로 내적 일치도 신뢰도 계수를 구할 수 없음).

자기효능감 척도(Self Efficacy Scale). 이 척도는 Sherer, Maddux, Mercandate, Prentice- Dunn, Jacobs와 Rogers(1982)가 제작한 것을 홍혜영(1995)이 번안한 것으로, Sherer 등(1982)은 Bandura의 자기효능감이론의

개념에 입각해서 23개 문항으로 구성된 척도를 개발하였다. 23개 문항은 일반적인 상황에서의 자기효능감인 '일반적 자기효능감(general self-efficacy)' 차원의 17문항과 대인관련 사회적 기술 등의 요소와 관련있는 '사회적 자기효능감(social self-efficacy)' 차원의 6문항으로 이루어져 있다. 본 연구에서 나타난 내적 일치도 신뢰도 계수(Cronbach's alpha)는 전체척도 .89, 일반적 자기효능감 .89, 사회적 자기효능감 .73이었고, 점수가 높을수록 자기효능감이 높음을 나타내며, 14개 문항이 역채점된다.

2) 행동과제

내담자들에게 세가지 주제(자신의 이성교제, 나와 부모님과의 관계, 나의 선후배 혹은 친구관계)를 주고 1분간 준비할 시간을 준 후 5분 즉흥발표를 하도록 하였다. 될 수 있으면 5분을 모두 채워서 하도록 하고, 만일 불안이 심해져서 발표에 지장을 주거나 발표할 내용이 없다고 여겨지면 도중에 내담자가 알아서 그만둘 수도 있다고 알려주었다. 이 때 내담자의 발표시간을 기록하고, 내담자가 최대한 불안을 경험한 수준을 주관적 불안지표(SUDS)에 근거하여 상담자를 포함한 3인의 평가자와 내담자가 모두 평정하였으며, 또한 행동과제 중 수행의 질을 0-100점 척도에 따라 역시 상담자를 포함한 3인과 내담자가 모두 평정하였다. 이 때 상담자 외의 2인은 석사과정을 수료하고 6개월 이상 임상심리 전문가에 의해 상담 수퍼비전을 받으며 상담 인턴과정을 받고 있는 사람들이었다. 행동과제는 사전과 사후 두 차례에 걸쳐 3인의 평정자와 내담자가 대면하는 상황에서 실시하였으며, 평정자간 평정치 상관 정도는 사전검사에서 불안정도가 .83~.92, 수행의 질이 .80~.90이었고, 사후검사에서는 불안정도가 .73~.98, 수행의 질이 .89~.96이었다. 이후 결과에서의 통계분석시에는 평정자 3인의 평균치를 사용하였다.

자기초점화주의 질문지. 또한 행동과제 후 내담자에게 자기초점화주의 질문지(Woody, Chambless, & Glass, 1997: 5문항으로 되어 있음)를 실시하여 상담 전후로

행동과제 수행에서 주의과정의 변화가 얼마나 있는지도 살펴보았다. 본 연구에서 나타난 5문항의 내적 일치도 신뢰도 계수(Cronbach's alpha)는 .79이었다.

3) 기타 평가치

상담자 평정 내담자 불안심각도. 내담자의 불안 및 회피 정도를 상담자가 평정하기 위해 프로그램 전 면담시 불안 심각도 평정(Phobic Severity Scale, Watson & Marks, 1971)을 사용하였다. 이는 0(불안이나 회피 행동이 없는 경우)에서 8(거의 공황에 가까울 정도로 매우 심하고 연속적인 불안을 겪고 있고, 모든 상황으로부터의 회피행동이 나타나는 경우)까지 9점 척도로 평정하도록 되어 있다. 이 평정은 사전검사와 사후검사때 실시하였다.

사회공포증 향상 정도 평가. 프로그램 종결시 내담자의 향상 정도를 분류 평가하기 위해, 이정운(1996)과 Turner, Beidel과 Wolff(1994)를 참조하여 다음과 같은 조작적 기준을 사용하였다.

- 가. 사회적 회피 및 불안 척도: 사전검사 점수에 비해 20% 이상 감소
- 나. 전반적 공포평정: 사전검사 점수보다 2점 이상 감소
- 다. 상담자 평정 내담자 불안심각도: 사전평정 점수보다 2점 이상 감소
- 라. 행동과제의 내담자 주관적 불안평정(SUDS): 사전평정 점수보다 30점 이상 감소
- 마. 행동과제의 발표시간: 사전검사때보다 발표시간이 50% 이상 증가

이들 기준은 내담자의 자기 보고, 상담자의 평정, 행동과제에서의 변화 등 다양한 측면들에서의 향상 정도를 평가할 수 있도록 구성되었다. 각각의 항목에 내담자가 해당될 경우 1점씩을 부여하였다. 따라서 내담자의 프로그램 종결시 향상 정도는 0점에서 5점까지로 평가되며, 0-1은 '향상 없음 혹은 낮은 향상', 2-3은 '중간 정도의 향상', 4-5는 '높은 정도의 향상'으로 분류된다.

프로그램 내용 및 측정 절차

본 연구에서 사용하는 집단 프로그램은 권정혜, 이정운, 조선미(1996)가 Heimberg(1991)의 프로그램을 토대로 개발한 사회공포증의 집단인지행동치료 프로그램으로 이 프로그램은 크게 인지재구성 훈련과 노출훈련으로 구성되어 있으며, Heimberg의 프로그램에 역기능적 신념을 다루는 인지치료적 요소를 추가하였다. 원래 Heimberg가 12회기로 실시한 프로그램을 대략 8회기에서 12회기 정도로 융통성있게 사용할 수 있도록 개발하였는데, 본 프로그램에서는 10회기로 진행하였으며, 매주 1회 2시간씩 실시하였다. 회기별 프로그램 내용은 간략하게 정리하여 부록에 제시하였다. 프로그램의 내용은 전반부는 인지치료, 후반부는 노출치료를 구성되어 있으나, 두 요소를 배타적으로 각각 실시하기보다는, 통합적으로 운영할 수 있도록 하였는데, 전반부에서도 내담자가 필요로 할 때는 모의노출이나 실제노출 상황을 다루었다. 예를 들어, 내담자가 수업 시간에 발표를 해야만 하는 상황에 있다든가 혹은 지난 주 자발적으로 노출해 보았던 상황을 치료 시간에 얘기할 때는 회기 중에 그러한 상황들을 다루었다. 그러나 전반부에 치료자가 노출을 적극적으로 권하거나 과제로 내 주지는 않았다. 해당 회기와 관련된 과제가 매주 내담자에게 주어졌고, 다음 회기 초반부에 내담자가 해온 과제를 치료자가 검토해 주었다.

자기보고식 질문지는 프로그램 시작 전에 실시하였고, 프로그램 전반부(인지재구성)와 후반부(노출)의 효과를 살펴보기 위해 5회기가 끝난 후와 프로그램이 끝난 후에 다시 실시하였으며, 프로그램 종결로부터 1개월 후의 추후평가시에도 실시하였다. 행동과제는 프로그램 실시 전과 후에 각각 부여하였다. 대기자 집단은 자기보고식 질문지를 10주 간격으로 실시하여 치료집단과 비교하였으며, 행동과제는 부여하지 않았다.

결 과

치료집단 대 대기자집단의 사전검사 비교

치료프로그램을 마친 사람과 대기자 집단의 피험자들이 치료전 상태에서 동질적인지 여부를 알아보기 위해 사전검사 측정치들을 비교해 보았다. 비교결과는 표 2에 제시하였다. *t*검증 결과 두 집단은 연령을 비롯, 내담자 스스로 자신의 불안이 생활을 방해하는 정도에 대해 평정한 점수(0은 '전혀 방해않는다'에서부터 4는 '심하게 방해한다'까지 5점척도), 치료자가 내담자의 불안심각도를 평정한 점수(0은 '불안 및 회피행동이 없는 경우'에서부터 8은 '심한 불안과 회피행동이 있는 경우'까지 9점 척도)에서 치료전 차이가 없는 것으로 나타났다. 또한 사회적 회피 및 불안척도, 상태불안 척도와 특성불안 척도, 우울증 척도, 사회공포증 질문지와 전반적 사회공포 평정, 자기효능감 척도 등에서도 두 집단간 치료전 차이는 보이지 않았다. 다만, 부정적 평가에 대한 두려움 척

도에서는 두 집단간에 유의미한 차이를 보여, 치료집단보다 대기자집단의 부정적 평가에 대한 두려움이 더 많았다.

대기자집단의 사전-사후 검사 차이비교

표 3에서 보는 바와 같이, 대기자 집단에서는 사전-사후 검사의 모든 측정치 비교에서 큰 변화를 보이지 않았다. 따라서 본 연구의 자기-보고 측정치들이 일정한 시간 경과에 따라 변하는 것은 아니라고 볼 수 있고, 치료 프로그램을 통해 변화가 있다면, 이는 자발적 변화나 우연 수준의 변화와는 다르다고 말할 수 있다.

치료집단의 사전-사후 검사 차이비교

치료집단에서 인지행동 집단치료 프로그램의 효과를 검증하기 위해 자기보고식 질문지를 실시하여 사전검사, 5주후 검사, 사후검사에서 차이가 있는지 반

표 2. 두 집단간의 사전검사 평균과 차이검증 결과.

측정치	치료집단(n=25)	대기자집단(n=13)	t
	평균(표준편차)	평균(표준편차)	
연령(인구학적 변인)	23.28(6.62)	20.54(2.63)	1.43
자기평정-생활방해점수	2.80(0.65)	3.08(0.64)	-1.26
치료자평정-불안점수	5.32(0.90)	5.31(1.11)	.04
사회적 회피 및 불안	18.24(7.10)	21.77(4.85)	-1.81
부정적 평가에 대한 두려움	34.60(6.45)	39.23(3.92)	-2.36*
Spielberger상태불안	50.00(8.07)	51.15(9.40)	- .40
Spielberger특성불안	52.00(8.23)	56.77(7.04)	-1.78
Beck우울증척도	11.52(6.83)	15.54(9.79)	-1.48
사회공포증질문지	20.52(6.61)	21.38(5.91)	- .40
전반적 사회공포평정	5.38(1.28)	5.46(1.66)	- .18
자기효능감	67.32(14.38)	64.77(13.32)	.53

* $p < .05$.

표 3. 대기자집단의 사전-사후 검사의 평균과 차이검증 결과.

측 정 치	사전검사	사후검사	t
	평균(표준편차)	평균(표준편차)	
사회적 회피 및 불안	21.77(4.85)	19.77(6.39)	1.83
부정적 평가에 대한 두려움	39.23(3.92)	37.08(4.63)	1.91
Spielberger상태불안	51.15(9.40)	48.77(11.63)	.68
Spielberger특성불안	56.77(7.04)	55.38(7.09)	.72
Beck우울증척도	15.54(9.79)	15.23(10.17)	.28
사회공포증질문지	21.38(5.91)	21.92(4.41)	-.40
전반적 사회공포평정	5.42(1.73)	5.83(1.40)	-1.24
자기효능감	64.77(13.32)	64.54(15.05)	.15

복측정식 일원변량분석을 하였고, 5주후의 중반 평가 없이 사전과 사후에 실시한 행동과제와 불안평정에 대해서는 쌍별 t검증을 실시하였다. 그 결과는 표 4에 제시하였다. 먼저 자기보고식 질문지의 결과부터 살펴보면, 모든 측정치에서 유의미한 F값이 산출되었다. 전반부와 후반부의 효과비교를 위해 .05 수준에서 Scheffé 사후검증을 해 보았더니, 자기효능감척도를 제외한 모든 측정치에서 전반부 변화를 나타내는 사전검사와 5주후 검사간에, 또 전체 변화를 나타내는 사전검사와 사후검사간에 유의미한 차이가 있었다. 반면, 후반부 변화를 나타내는 5주후 검사와 사후검사간에는 사회적 회피 및 불안척도, 특성 불안척도에서만 유의미한 차이가 있었다.

5주후 검사의 대부분 측정치에서 유의미한 향상이 나타난 것은 프로그램의 효과가 단기적으로 전반부에서부터 나타난다는 것을 시사하며, 5주후의 향상은 전반부의 향상에 약간 더 추가해서 나타나는 것으로 이해할 수 있다.

우울증척도와 자기효능감척도를 제외한 불안관련 측정치만 살펴보면, 부정적 평가에 대한 두려움 척도, 상태불안 척도, 사회공포증 질문지, 전반적 사회공포 평정은 사전검사와 비교해 5주후 검사에서는 유의미한 향상을 보인 반면, 5주후 검사와 비교해 사후검사

에서는 유의미한 향상이 나타나지 않았다. 이는 상태 불안, 부정적 평가에 대한 두려움, 전반적인 사회불안 수준이 후반부 치료보다 전반부 치료를 통해 더 많은 향상을 보인다는 것을 시사한다. 사회적 회피 및 불안척도, 특성불안척도는 각각 사전검사와 5주후 검사, 5주후검사와 사후검사간의 비교에서 모두 유의미한 향상을 보였는데, 전반부 치료와 후반부 치료를 통해 꾸준히 지속적으로 향상됨을 시사한다.

행동과제에서는 발표시간을 제외한 내담자 및 평정자 불안평정과 수행평정에서 유의미한 향상을 보였다. 또한 자기초점화주의 척도에서도 유의미한 향상을 보였다.

치료자평정-불안점수에서도 사전과 비교해 사후에는 유의미한 향상을 보였다.

치료집단의 추후검사결과

프로그램이 끝난 후에도 프로그램 효과가 지속되는지를 알아보기 위해 프로그램 종결로부터 1개월 뒤의 추후검사 결과를 사전검사 및 사후검사와 비교하였고, 그 결과는 표 5에 제시하였다. 먼저 사전검사와 추후검사를 비교하였을 때, 모든 측정치에서 유의미한 향상을 보였다. 사후검사와 추후검사를 비교

표 4. 치료집단의 사전, 5주후, 사후 검사 평균과 변량분석 결과.

측 정 치	사전검사(①)	5주후검사(②)	사후검사(③)	F	사후검증
	평균(표준편차)	평균(표준편차)	평균(표준편차)		
자기보고식 질문지^a					
사회적 회피 및 불안	20.33(6.40)	17.67(6.46)	15.00(6.54)	14.83 ^{***}	①>②>③
부정적 평가에 대한 두려움	36.20(7.08)	31.87(8.57)	29.20(6.57)	5.53 ^{**}	①>②, ①>③
Spielberger 상태불안	51.00(8.78)	41.33(10.29)	39.00(8.19)	21.61 ^{***}	①>②, ①>③
Spielberger 특성불안	51.87(9.21)	47.87(9.96)	44.13(8.62)	12.58 ^{***}	①>②>③
Beck 우울증 척도	11.47(7.85)	7.93(7.81)	6.00(6.86)	14.84 ^{***}	①>②, ①>③
사회공포증 질문지	21.53(5.76)	15.33(6.39)	13.87(5.66)	11.12 ^{***}	①>②, ①>③
전반적 사회공포평정	5.69(0.95)	3.23(1.54)	2.69(0.95)	56.39 ^{***}	①>②, ①>③
자기효능감	65.27(13.98)	69.07(16.44)	70.33(14.39)	4.19 [*]	③>①
행동과제^b					
시간	180.00(79.54)		201.05(63.40)	-0.98	
불안정도-내담자	41.05(17.92)		25.26(18.37)	4.83 ^{***}	
-평정자	44.74(15.67)		21.58(11.45)	6.47 ^{***}	
수행정도-내담자	34.21(14.65)		45.26(21.18)	-2.60 [*]	
-평정자	42.28(19.73)		57.19(22.28)	-2.88 [*]	
자기초점화주의	10.53(4.23)		6.68(3.13)	5.87 ^{***}	
불안평정^c					
치료자평정- 불안점수	5.28(0.98)		2.64(1.04)	13.27 ^{***}	

^a 사례수는 15명이었음.

^{b,c} 사전, 사후로만 실시되어 쌍별 t 검증이 이루어졌고, 사례수는 25명이었음.

^{*} $p < .05$. ^{**} $p < .01$. ^{***} $p < .001$.

하였을 때는, 사회적 회피 및 불안 척도, 부정적 평가에 대한 두려움 척도에서 유의미한 향상이 나타났고, 기타 다른 측정치들은 큰 차이를 보이지 않았다. 그러나 기타 다른 측정치들의 사전검사, 사후검사, 추후검사의 평균을 살펴볼 때, 사회적 회피 및 불안 척도, 부정적 평가에 대한 두려움 척도에서처럼 유의미한 향상은 아니었지만, 사후검사에서의 향상 정도가 1개월 뒤의 추후검사때 약간씩 더 향상되어 있음을 볼

수 있다. 이로 볼 때, 프로그램 종결시의 향상 정도가 1개월 후에도 지속되고 있다고 결론내릴 수 있다.

종결자들의 향상정도

앞서 연구도구에서 언급한 향상정도의 평가기준에 따라 종결자들의 향상점수를 분류해 본 결과, 0점은 2명, 1점은 3명, 2점은 6명, 3점은 6명, 4점은 7명, 5

표 5. 치료집단의 사전, 사후, 추후검사 평균과 차이검증 결과^a.

측정치	사전검사	사후검사	추후검사	집단내변화	
	평균(표준편차)	평균(표준편차)	평균(표준편차)	t(사전-추후)	t(사후-추후)
사회적 회피 및 불안	18.95(7.00)	14.81(6.31)	11.62(6.02)	5.72***	5.35***
부정적 평가에 대한 두려움	34.81(6.63)	28.43(6.95)	25.05(8.08)	5.26***	2.71*
Spielberger상태불안	50.29(8.04)	39.95(8.66)	38.00(9.42)	5.44***	1.75
Spielberger특성불안	51.52(8.67)	44.52(8.22)	43.00(9.35)	4.34***	1.48
Beck 우울증척도	10.52(6.91)	6.48(7.40)	5.81(5.55)	4.45***	.64
사회공포증질문지	20.10(6.37)	13.62(5.90)	13.14(4.39)	4.26***	.56
전반적 사회공포평정	5.30(1.38)	3.05(1.36)	2.86(1.20)	7.61***	1.00
자기효능감	68.14(15.12)	71.76(14.37)	74.62(14.68)	-4.29***	-2.05

^a 사례수는 21명이었음.
* p<.05. *** p<.001.

점은 1명이었다. 이를 다시 ‘매우 향상’, ‘중간 정도 향상’, ‘낮은 향상’의 세 집단으로 분류한 결과는 표 6에 제시하였다.

향상점수 4점과 5점에 해당하는 ‘매우 향상’집단은 8명으로 종결자의 32%를 차지했고, 향상점수 2점과 3점에 해당하는 ‘중간정도 향상’집단은 12명으로 종결자의 48%를 차지하여, 종결자의 80%가 종결 후 향상을 보인 것으로 나타났다.

논 의

본 연구의 목적은 역기능적 신념을 포함한 인지재

구성 기법과 노출 기법을 결합한 인지행동집단치료가 사회공포증에 어떤 치료효과가 있는지를 확인 검증해보고, 전반부와 후반부의 치료효과를 비교해 보는 것이었다. 결론적으로 말해, 대기자 통제조건에서 대기기간 동안 아무런 변화가 없었던 데 반해, 인지행동 집단치료조건은 10주 프로그램 후 거의 대부분 사회공포증 관련 측정치에서 유의미한 향상을 나타내어 본 프로그램의 효과가 입증되었다. 또한 1개월 후의 추후평가시에도 치료효과는 지속되었을 뿐 아니라, 다소 더 향상되는 경향을 보여주었다. 이는 치료효과가 치료종결 후에도 지속될 뿐 아니라 조금씩 더 향상될 수 있음을 시사하는 결과이다. 그러나 본 연구의 추후평가기간이 1개월로 짧았기 때문에,

표 6. 사회공포증 향상정도 집단분류 비율.

향상 정도	매우 향상(4-5) ^a	중간 정도 향상(2-3)	낮은 향상(0-1)
내담자수(백분율)	8 (32%)	12 (48%)	5 (20%)

^a () 안은 향상정도 점수임.

그 이상의 기간에 대해서도 본 연구결과를 적용할 수 있을지는 미지수이다.

연구결과를 보다 자세히 살펴보고 논의해 보면 다음과 같다. 첫째, 인지행동 집단치료조건은 대기자 통제조건보다 대부분의 사회공포증 관련 측정치에서 사후평가시에 사전평가시보다 감소를 보였다. 대기자 집단에는 실시하지 않았던 행동과제와 치료자평정-불안점수에서도 치료집단은, 행동과제에서의 발표시간을 제외하면, 유의미한 향상을 나타냈다. 대기자 집단의 모든 사전-사후 측정치들간에서 변화가 전혀 없었던데 반해, 치료집단에서는 대부분 사후 측정치들이 사전 측정치들에서보다 유의미한 향상을 보였으므로, 이는 프로그램 참여를 통한 것이라고 결론내릴 수 있다. 이러한 결과는 대학생을 대상으로 한 이정윤(1996)의 사회공포증 프로그램이나, 고등학생을 대상으로 한 손정아(1998)의 사회공포증 프로그램의 연구결과와 일치하고 있다.

변화된 측정치들을 보면, 사회적 회피 및 불안척도, 부정적 평가에 대한 두려움 척도, 사회공포증질문지 등과 같은 사회공포증과 직접적으로 관련된 측정치 뿐만 아니라, 상태-특성 불안척도, 우울중척도, 자기효능감척도에서도 유의미한 변화를 나타냈다. 본 프로그램은 사회공포증의 증상을 감소시키기 위한 구체적 전략들로 이루어져 있지만, 프로그램을 통한 증상의 완화가 일반적인 불안이나 우울, 자기효능감 등을 변화시켰을 수 있다. 물론 현재의 자료만으로 인과적 관계를 결정하기는 어렵지만, 프로그램 참여가 사회공포증의 증상 뿐만 아니라, 관련된 다른 정서적 부분들도 변화시킬 수 있음을 시사한다.

둘째, 주로 인지재구성 기법으로 이루어진 전반부와 주로 노출치료로 이루어진 후반부는 사회공포증 관련측정치들에서의 향상효과에서 차이를 보였다. 전반부의 치료효과는 사전 검사와 5주후 검사간의 변화로 보였고 후반부의 치료효과는 5주후 검사와 사후 검사간의 변화로 보았는데, 전반부의 치료는 불안 관련 측정치들 모두에서 유의미한 향상이 있었던 반면, 후반부의 치료는 사회적 회피 및 불안척도, 특성 불안척도에서만 유의미한 향상이 있었다. 이는 전반

부의 주요 치료인자인 인지재구성기법의 상대적 중요성을 보여주는 간접적인 결과라고 볼 수도 있다. 그러나, 본 연구에서 사용한 인지행동집단치료 프로그램이 전반부는 주로 인지재구성 훈련을, 후반부는 주로 노출훈련을 다루고 있긴 하지만, 통합된 프로그램의 형태를 띄고 있기 때문에, 상대적으로 전반부 향상이 두드러진 현재의 결과를 가지고 인지치료효과가 노출치료효과보다 우수하다고 단정짓긴 어려우며, 본 연구에 위약-치료 집단과 같은 통제집단이 없었기 때문에 치료의 비구체적인 효과에 일부 기인할 수 있는 가능성도 배제할 수 없다.

또 한가지 간과할 수 없는 부분은 중반 측정치가 종결자 25명 중 15명에게서만 모아져서 결과적으로 전반부 효과(사전-중반 측정치 차이)와 후반부 효과(중반-사후 측정치 차이)가 전체 종결자를 반영하는 자료가 되지는 못했다는 것이다. 중반 측정치가 빠져 있는 10명은 질문지에 응답을 하지 않았거나 혹은 응답한 질문지를 제출하지 않았는데, 치료전 치료자 평정 불안점수에서만 중반 측정치 제출 집단(평균 5.73점)이 미제출 집단(평균 4.60점)보다 유의미하게 높았을 뿐, $t(23) = 3.40, p < .01$, 치료 전과 후의 어떤 측정치들에서도 두 집단간에 유의미한 차이를 보이지 않았다. 그러나, 중반측정치들을 제출한 사람들 15명은 7명이 '매우 향상' 집단에 속했고, 6명은 '중간 정도 향상' 집단, 2명은 '낮은 향상' 집단에 속해, 전체 종결자를 대상으로 할 때 '매우 향상' 집단의 비율이 32%(25명 중 8명)이었던 것에 비해 중반 측정치 제출자들에서의 '매우 향상' 집단 비율은 46.7%로 훨씬 높았다. 따라서 본 연구에서 전반부와 후반부의 치료효과를 비교한 결과를 볼 때는 향상이 많은 사람들의 특징을 상당 부분 반영하고 있을 가능성을 고려해야 할 것 같다.

한편, 관련 측정치들의 변화 양상을 볼 때, 전반부 치료는 부정적 인지를 포함하여 전반적인 사회불안 및 상태불안 감소에 영향을 미치는 반면, 주로 직접 불안상황을 경험하고 직면하는 후반부 노출치료는 회피행동과 특성불안에 상대적으로 많은 영향을 미치고 있는 것 같다.

손정아(1998)는 고등학생을 대상으로 한 사회공포증 인지행동치료 프로그램을 통해 전반부 인지치료는 부정적 평가에 대한 두려움 척도에서의 유의미한 변화와 관련되었고, 후반부 노출치료는 사회적 회피 및 불안척도에서의 유의미한 변화와 관련되었다고 보고했다. 그래서 프로그램의 단계에 따라 변화되는 내용이 다를 수 있음을 시사했는데, 본 연구에서 후반부 치료가 사회적 회피 및 불안척도의 변화와 유의미하게 관련된 점은 손정아(1998)의 결과와 비슷하나, 전반부 치료가 사회적 회피 및 불안척도를 포함하여 불안관련 측정치들 모두에서 변화가 있었던 점은 다른 점이다. 본 연구에서 사용한 전반적인 프로그램 내용은 손정아(1998), 이정운(1996)의 프로그램 내용과 상당히 비슷하지만, 이들 프로그램 내용에 역기능적 신념을 다루는 인지치료 요소를 본 프로그램 전반부에 가미하였다는 점을 고려할 때, 본 프로그램은 손정아(1998)나 이정운(1996)의 프로그램보다 인지적 부분을 더 강조했다 할 수 있으며, 전반부 치료의 효과가 후반부 치료의 효과보다 상대적으로 더 우월해 보이는 현상은 전반부 인지재구성 작업을 통해 증상의 향상이 광범위하게 나타나고, 이어 후반부 노출치료를 통해 회피행동과 특성불안의 변화가 보다 구체적으로 나타나는 것으로 가설을 세워볼 수 있을 것이다.

셋째, 사후평가시에 보인 치료효과는 1개월 추후평가시에도 유지되었다. 프로그램 참가자들의 모든 측정치에서 사전검사점수와 추후검사점수간에 유의미한 변화가 나타났으며, 향상된 결과를 보인 사후검사점수는 추후검사점수와 비교에서 사회적 회피 및 불안척도, 부정적 평가에 대한 두려움척도에서는 유의미한 향상을 나타냈고, 기타 다른 측정치들에서는 차이를 나타내지 않았다. 따라서 프로그램을 통해 향상된 결과가 1개월 후의 추후평가때까지 지속적으로 유지되고 있다고 결론내릴 수 있다.

본 연구의 주 관심사는 아니었지만, 행동과제의 사전-사후 수행행화에서 흥미로운 부분은, 행동과제 수행 후 실시한 자기초점화 주의 질문지에서의 변화양상이다. 지금까지 많은 연구들이 사회공포증에서 보

이는 자기초점화주의 양상에 대해 계속 보고하고 있는데(이정훈, 안창일, 2000; Hartman, 1983; Hope, Gansler, & Heimberg, 1989; Hope, Rapee, Heimberg, & Dombek, 1990), Clark과 Wells(1995)의 사회공포증 인지모형에 따르면, 사회공포증 환자는 불안한 사회적 상황에 있게 될 때 주의를 자기 내부로 돌리는 경향이 있다.

이와 같이 사회공포증의 중요한 특징 중 하나는 사회적 상황에서의 주의초점의 변화인데, 일단 다른 사람으로부터 부정적 평가를 받을지 모른다는 생각이 들면, 자신을 자세히 관찰하고 검색하는 방향으로 주의를 전환된다. 이렇게 되면, 자신의 주관적 불안 반응을 더욱 자각하게 되고, 반대로 외부의 객관적 정보를 처리하는 능력은 제한을 받게 된다. 따라서 사회공포증 내담자에게서 보게 되는 여러 가지 인지적 오류는 이러한 자기초점화 주의 과정에 의해 야기되고 강화되는 측면이 강한 것으로 여겨진다(김은정, 1999).

주의 과정의 변환(attention modification)은 Wells(1997), Wells와 Clark(1997)이 제안하는 사회공포증의 인지치료에서 핵심요소인데, Wells와 Papanagou(1998)는 노출치료만 하는 경우보다 노출치료를 주의를 외부로 전환하는 기법을 같이 사용할 때 치료가 더 효과적이라고 보고한 바 있다. 본 연구의 프로그램은 자기초점화주의를 따로 떼내어 주요한 핵심요소로 다루고 있지는 않지만, 자기초점화주의에 대한 설명과 더불어 이를 보다 객관적이면서 효율적으로 다룰 수 있는 인지적, 행동적 전략들을 포함하고 있기 때문에, 본 치료 프로그램을 통해서도 자기초점화 주의가 줄어들 것으로 예상할 수 있다. 그리고 실제로 본 연구결과에서, 사전검사에 비해 사후검사에서 자기초점화주의가 크게 줄어들었다는 것은 본 프로그램을 통해 발표시의 자기초점화 주의과정이 긍정적으로 변화할 수 있음을 시사하고 있다.

본 연구의 의의를 살펴보면, 우선, 선행연구결과들과 일치하게, 사회공포증의 인지행동 집단치료가 효과있음을 반복 입증하였다. 또한, 김은정(1999)과 조용래와 김학렬(1999)은 역기능적 신념과 관련된 내용

을 포함한 통합적인 집단인지행동치료가 효과 있음을 보고하였는데, 본 연구를 통해서도 역기능적 신념을 포함하는 인지행동 치료 프로그램이 효과 있다는 것을 재차 확인하였다. 한편 사회공포증 관련 증상 뿐 아니라, 우울증, 특성불안에도 효과가 나타나 전반적인 불안 및 우울에도 부가적인 향상효과를 보여 주었고, 프로그램을 통해 자기효능감도 증진되었으며, 자기초점화 주의도 줄어드는 결과를 보였다.

둘째로, 자기보고식 질문지 뿐 아니라 행동과제와 치료자 평가 등 여러 가지 다양한 평가방법을 동원하여 내담자의 증상을 측정함으로써 내담자의 향상 정도를 보다 종합적으로 파악하고자 노력하였다. 본 연구에서 제시한 향상 점수와 향상집단 분류를 이용한 치료효과 평가는 앞으로 체계적인 검증을 거쳐야 할 것으로 생각되며, 이런 타당화 작업을 통해 보다 종합적이고 체계적인 치료효과 평가방법이 정착된다면 치료 및 상담 연구영역에서 치료연구간 비교를 위한 보다 객관적인 토대를 마련할 수 있을 것이다.

한편, 본 연구가 지니고 있는 제한점 및 앞으로의 연구를 위한 시사점을 살펴보면 다음과 같다. 첫째로, 연구일반화의 문제를 들 수 있다. 본 연구는 대학생을 주 대상으로 하였기 때문에 연구결과를 환자집단에까지 일반화하기는 어려울 것 같다. 또한 내담자의 수도 적었고, 무료 프로그램에서 나타날 수 있는 참여동기 부족의 문제도 고려해야 할 부분이다. 특히 치료 탈락율이 높은 편이었는데, 프로그램 참가자 42명 중 종결자는 26명이었으나, 그 중 1명은 치료전 평가가 제대로 이루어지지 않아서 최종 자료에 포함시키지 못하였고, 탈락자 16명 중 1명은 프로그램 도중 신체질환으로 인해 병원에 입원하게 되었기 때문에, 프로그램을 끝마치지 못하였지만 탈락자로 처리하지 않아서, 최종적으로는 종결자 25명, 탈락자 15명으로 탈락율은 37.5%였다. 외국에서 보고된 사회공포증의 인지행동치료 탈락율이 평균 11.9%(0-28%범위)인 것과 비교해 보면(Feske & Chambless, 1995), 본 연구의 탈락율이 상당히 높은 편이다. 그렇지만 국내에서 대학생들을 대상으로 한 이정윤(1996)의 인지행동 집단치료의 탈락율(38.9%)과는 유사했고, 조

용래와 원호택 및 표경식(2000)의 집단인지치료(23%) 및 집단행동치료(31%), 김은정(1999)의 집단 인지행동치료의 탈락율(25%)보다는 다소 높은 편이었다.

사전검사 점수에서 종결자와 탈락자간에 차이가 있는지를 살펴본 결과, 특성불안에서만 탈락자(평균 58.4점)가 종결자(평균 52.0점)보다 높았고, $t(39)=2.11$, $p<.05$, 다른 사전 검사 점수에서는 유의미한 차이가 없었다. 따라서 다른 특징들에 비해 특성불안 수준이 높다는 것이 탈락 가능성을 높인다는 점에 주의할 필요가 있을 것 같다. 또한 본 연구의 탈락자 15명 중 거의 절반인 7명이 1회기 참가 후 탈락했는데, 1회기 후 탈락자들은 첫 참가 후 집단참여에 대한 불안을 많이 느꼈을 수 있고, 또 상담효과에 대한 기대가 낮아 동기부여가 제대로 되지 않았을 수도 있다. 특히 대학생들을 대상으로 무료로 시행하는 상담 프로그램에는 이런 참여동기의 부족이라는 문제가 따라 다니는 것 같으므로, 프로그램 초기에 내담자의 불안상태나 참여동기를 보다 세심하게 상담자가 확인하고 배려하는 것이 탈락율을 낮출 수 있는 방법이 될 것으로 보인다.

둘째, 본 프로그램을 인지치료 조건 및 노출치료 조건과 비교하거나, 본 프로그램의 주요 구성요소인 인지재구성-노출의 진행순서를 바꿔 노출-인지재구성으로 진행하는 조건과 비교함으로써 본 프로그램의 효과를 보다 명확히 검증할 수 있을 것인데, 본 연구에서는 이러한 비교연구가 이루어지지 않았다. 또한 치료의 비구체적인 효과를 통제하기 위한 위약 치료 집단과 같은 통제집단을 포함하지 않아서 치료 프로그램의 구체적인 효과를 입증하는 데는 다소 미흡한 부분이 있었다.

셋째, 추후평가 시점이 종결후 1개월로, 매우 짧은 기간에 추후평가가 이루어져서 인지행동집단치료의 장기효과를 보기에는 미흡한 점이 있었다. 본 연구에서는 종결 후에도 치료효과가 잘 유지되는 것으로 나타났지만, 보다 지속적인 치료효과를 보기 위해서는 6개월 혹은 1년 이상의 장기간 추후평가가 이루어져야 할 것이다. 또한 사전-사후 평가시 이루어졌던 행동과제 평가를 추후평가시 실시하지 않아서 자

기보고식 질문지를 통해서만 내담자의 추후 상태를 평가하였는데, 사전·사후 평가시 이루어졌던 다차원적인 평가가 추후평가 때는 이루어지지 못했다는 것이 아쉬운 부분으로 여겨진다.

참고문헌

김은정(1999). 사회공포증 집단의 사회적 자기처리 및 안전행동. 미발표 박사학위 논문, 서울대학교

김정택(1978). 특성-불안과 사회성의 관계. Spielberger의 STAI를 중심으로 미발표 석사학위 논문, 고려대학교

권정혜, 이정윤, 조선미(1997). 사회공포증의 인지치료 - 집단인지치료 지침서. 미발행

손정아(1998). 사회공포증이 있는 고등학생의 인지행동집단치료 효과. 미발표 석사학위 논문, 고려대학교

이영호와 송종용(1991). BDI, SDS, MMPI-D척도의 신뢰도 및 타당도에 대한 연구. 한국심리학회지: 임상, 10(1), 98-112.

이정윤(1996). 사회불안증에 대한 인지행동치료와 노출치료의 효과연구. 미발표 박사학위 논문, 연세대학교

이정흠, 안창일(2000). 불안장애 환자의 선택적 주의 편향 특성: 내용 특정성 및 전주의적 편향. 한국심리학회지: 임상, 19(3), 453-471.

정미순(1996). 사회공포증에 대한 인지행동치료와 지지처리의 비교. 미발표 석사학위 논문, 충북대학교

조용래, 김학렬(1999). 사회공포증에 대한 집단인지행동치료의 효과에 관한 예비 연구. 조선대학교 의대논문집, 24, 165-179.

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

홍혜영(1995). 완벽주의 성향, 자기효능감, 우울과의 관계연구. 미발표 석사학위 논문, 이화여자대

학교

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

Butler, G.(1985). Exposure as a treatment for social phobia: Some instructive difficulties. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 651-657.

Butler, G., Cullington, A., Munby, M., Amies, P., & Gelder, M.(1984). Exposure and anxiety management in the treatment of social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 642-650.

Clark, D.M., & Wells, A.(1995). A cognitive model of social phobia. In R.G. Heimberger, M.R. Liebowitz, D.A. Hope, & F.R. Schneier(Eds.), *Social phobia: diagnosis, assessment, and treatment*(pp. 69-93). New York: Guilford Press.

Di Nardo, P.A., Barlow, D.H., Cerny, J.A., Vermilyea, B.B., Vermilyea, J.A., Himadi, W.G., & Waddell, M.T.(1985). *Anxiety Disorders Interview Schedule-Revised: ADIS-R* Albany, NY: Center for Stress and Anxiety Disorders.

Emmelkamp, P.M.G., Mersch, P.P.A., Vissia, E., & van der Helm, M.(1985). Social phobia: A comparative evaluation of cognitive and behavioral interventions. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 365-369.

Feske, U., & Chambless, D.L.(1995). Cognitive behavioral versus exposure only treatment for social phobia: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 26, 695-720.

Gelemtzer, C.S., Uhde, T.W., Cimboic, P., Arnkoff, D.B., Vittone, B.J., Tancer, M.E., & Bartko, J.J.(1991). Cognitive-behavioral and pharmacological treatments for social phobia: A controlled study. *Archives of General Psychiatry*, 48, 938-945.

Hartman, L.M.(1983). A meta-cognitive model of social anxiety: Implications for treatment. *Clinical Psychology Review*, 3, 435-456.

- Heimberg, R.G.(1991). *Cognitive Behavioral Treatment of Social Phobia in a Group Setting: A Treatment Manual*(2nd ed.). Unpublished manuscript available from the Center for Stress and Anxiety Disorders, Pine West Plaza, Building 4, Washington Avenue Extension, Albany, NY 12205.
- Heimberg, R.G., Becker, R.E., Goldfinger, K., & Vermilyea, J.A.(1985). Treatment of social phobia by exposure, cognitive restructuring, and homework assignments. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 173, 236-245.
- 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.
- Heimberger, R.G., & Juster, H.R.(1995). Cognitive-behavioral treatments: literature review. In R.G. Heimberger, M.R. Liebowitz, D.A. Hope, & F.R. Schneier(Eds.), *Social phobia: diagnosis, assessment, and treatment*(pp 261-309). New York: Guilford Press.
- Hope, D.A.(1990). *Cognitive-behavioral group treatment for social phobia: How important is the cognitive component?* Unpublished Doctoral Dissertation.
- Hope, D.A., Gansler, A.D., & Heimberg, R.G.(1989). Attentional focus and causal attributions in social phobia: Implications from social psychology. *Clinical Psychology Review*, 9, 49-60.
- Hope, D.A., Rapee, R.M., Heimberg, R.G., & Dombeck, M.J.(1990). Representations of the self in social phobia: Vulnerability to social threat. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 177-189.
- Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M., Eschelman, S., Wittchen, H., & 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.
- Lucas, R.A., & Telch, M.J.(1993b). *Group versus Individual Treatment of social phobia*. Paper presented at the annual meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, Atlanta, GA.
- Marks, I.M., & Mathews, A.M.(1979). Brief standard self-rating for phobic patients. *Behaviour Research and Therapy*, 17, 263-267.
- Mattick, R.P., & Peters, L.(1988). Treatment of severe social phobia: Effects of guided exposure with and without cognitive restructuring. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 251-260.
- Mattick, R.P., Peters, L., & Clarke, J.C.(1989). Exposure and cognitive restructuring in social phobia: A controlled study. *Behavior Therapy*, 20, 3-23.
- Scholing, A., & Emmelkamp, P.M.G.(1993a). Cognitive and behavioural treatments of fear of blushing, sweating or trembling. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 155-170.
- Scholing, A., & Emmelkamp, P.M.G.(1993b). Exposure with and without cognitive therapy for generalized social phobia: Effects of individual and group therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 667-681.
- Sherer, M., Maddux, J.E., Mercadante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B., & Rogers, R.W.(1982). The self-efficacy scale: construction and validation. *Psychological Reports*, 51, 663-671.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., & Lushene, R.E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, Calif: Consulting Psychologists Press.
- Turner, S.M., Beidel, D.C., Dancu, C.V., & Keys,

- D.J.(1986). Psychopathology of social phobia and comparison to avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 389-394.
- Turner, S.M., Beidel, D.C., & Wolff, P.L.(1994). A composite measure to determine improvement following treatment for social phobia: Index of social phobia improvement. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 471-476.
- Watson, D., & Friend, R.(1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 448-457.
- Watson, J.P., & Marks, I.M.(1971). Relevant and irrelevant fear in flooding - A crossover study of phobic patients. *Behavior Therapy*, 2, 275-293.
- Wells, A.(1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. Chichester, U.K.: Wiley.
- Wells, A., & Clark, D.M.(1997). Social phobia: A cognitive approach. In G.C.L. Davey(Ed.), *Phobias: A handbook of description, treatment and theory*(pp. 3-26). Chichester, U.K.: Wiley.
- Wells, A., & Papageorgiou C.(1998). Social phobia: Effects of external attention on anxiety, negative beliefs, and perspective taking. *Behavior Therapy*, 29, 357-370.
- Woody, S.R., Chambless, D.L., & Glass, C.R.(1997). Self-focused attention in the treatment of social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 117-129.
- 원고접수일 2000. 8. 2.
수정원고접수일 2000. 11. 2.
게재결정일 2000. 11. 30.

The Outcome of Cognitive-Behavioral Group Treatment for Social Phobia

Kee-Hwan Park

Department of Psychiatry
Seoul Inje Baek Hospital

Chang-Yil Ahn

Department of Psychology
Korea University

The present study examined the outcome of cognitive-behavioral group treatment(CBGT) for social phobia which included cognitive restructuring for dysfunctional beliefs. Treatment consisted of ten weekly 2-hr sessions. Among 42 social phobic subjects, 25 subjects completed posttreatment assessment and 21 subjects completed the 1 month follow-up assessment. These data were compared to waiting list control group(n=13). The results were summarized as follows: CBGT was demonstrated as effective in the treatment of social phobia significantly. At 1 month follow-up, this effectiveness still lasted. The first half of the program which stressed cognitive restructuring showed more improvement than the latter half of the program which stressed exposure. The implication of the results and the limitations of this study were discussed.

Keywords : social phobia, homework compliance, cognitive-behavioral treatment

부 록 : 프로그램 회기별 내용

1회 - 사회공포증 및 인지행동치료에 대한 교육

상담자 및 내담자 소개; 사회공포증의 진단기준 및 임상적 특성, 유병율, 원인 등에 대한 설명; 인지행동치료 프로그램의 특징 및 진행 절차 설명; 집단에서 지켜야 할 규칙들 소개.

2회 - 자신을 객관적으로 관찰하기

객관적인 관찰이 필요한 이유 설명; 불안의 세 가지 요소 및 객관적인 관찰 요령 설명; 사회불안기록표 작성 요령 알려주기.

3회 - 자동적 사고 및 인지적 오류 찾기

인지 재구성 훈련의 목적을 제시; 자동적 사고에 대한 설명; 자동적 사고 관찰 요령; 사회공포증에서 흔히 나타나는 5가지 인지적 오류(과극적 예상, 나와 관련짓기, 지레짐작하기, 흑백논리, 강박적 부담) 소개.

4회 - 타당한 생각으로 바꾸기

5가지 인지적 오류들을 교정하기 위한 치료적 질문들을 제시; 보다 현실적이고 타당한 생각으로 바꾸는 방법 연습하기.

5회 - 역기능적 신념 바꾸기

역기능적 신념에 대한 설명; 자동적 사고들의 공통분모로부터 찾아보기와 나에 대한 평소의 생각을 정리해 보기를 통해 자신에 관한 역기능적 신념을 찾기; 자신에 대한 역기능적 신념이 과연 타당한지 반문해보고 타당한 신념으로 바꾸기.

6회~7회 - 모의 노출 훈련

노출이 무엇이고 왜 필요한지 설명; 노출할 상황을 위계적으로 정한 후 구체적으로 노출할 상황 결정하기; 집단 내에서 해볼 수 있는 상황을 정하여 가능한 한 실제 상황과 유사하게 만들고, 노출훈련의 요령에 따라 모의노출훈련 해 보기.

8회~9회 - 일상생활에서의 실제 노출

낮은 불안단계부터 점차적으로 실제생활에서 노출해보기; 불안하고 긴장하고 있다는 사실을 남에게 알리기, 알리고 싶지 않은 나의 약점을 노출하기, 남에게 좋지 않은 인상을 줄 만한 행동을 해 보기 등과 같이 보다 적극적으로 노출 훈련 해 보기.

10회 - 나 자신이 치료자가 되는 법

프로그램 전과 비교하여 좋아진 점, 도움이 되었던 방법들, 생각이 변화된 점 정리하기; 좀 더 훈련해야 할 부분, 부족한 점 정리하기; 어려움이 예상되는 상황, 실패한 상황에 대처하는 자세 및 요령에 대해 설명; 프로그램에서 배운 내용들을 지속적으로 적용해 보는 것이 중요함을 강조.