동의신경정신과 학회지
J. of Oriental Neuropsychiatry
Vol. 15. No. 2, 2004

한방치료와 인지행동 치료를 병행한 사회공포증 1例에 대한 임상보고

최보윤, 정인철, 이상룡
대전대학교 한의과대학 신경정신과교실

A Case of Cognitive & Behavioral Therapy and Oriental Medical Treatment On Social Phobia

Bo-Yun Choi, In-Chul Jung, Sang-Ryong Lee

Department of Oriental Neuropsychiatry,
College of Oriental Medicine, Daejeon University

Abstract

The purpose of this study was to evaluate the effects and limitations of cognitive & behavioral therapy that applied to the social phobia.

In this case, a female patient, 25 old, who had been treated distantly by her friends, was trained to catch her dysfunctional belief and maladaptive automatic thoughts. In this training, we used homework and counselling for 2months. And we diagnosed her state as SimDamHeoGup(心膽虛怯), so we used acupuncture treatment and herbs, for example HaChulBoShimTang(夏朮補心湯) and GuiBiWonDamTang(歸脾溫膽湯). In result, she could recover social relationship slowly.

Conclusionally, cognitive & behavioral therapy can be very effective methods to treat social phobia, because patients with social phobia have maladaptive automatic thoughts, based on dysfunctional beliefs like "I'm infelicitous" or "I'm ineffective".

Key Words : Social phobia, Cognitive & Behavioral Therapy, Dysfunctional belief, Maladaptive automatic thoughts

교신저자 : 이상룡, 주소 : 충남 천안시 구성동 476-8. 대전대학교 부속 천안한방병원
전화 : 041-560-8781, Fax : 041-553-2225, e-mail : 7575np@dju.ac.kr
◆ 접수: 11/4 수정: 11/10 채택:1 11/15

Ⅰ. 서 론

사회공포증은 '친밀하지 않은 사람들에게 노출되거나 타인이 주시할 가능성이 있는 하나 이상의 사회적 상황 또는 수행 상황에 대해서 뚜렷하고 지속적인 공포를 경험하는 것' 으로 정의된다[1].

사회공포증의 유병률은 서구보다 전통적 유교문화를 바탕으로 하는 동양사회에서 더 높으며, 우리나라의 경우 경쟁을 강조하는 부모의 양육태도와 사회적 상황, 갑작스러운 도시화 과정에서 발생하는 대인관계의 혼란상황 등으로 인해 유병률이 증가하고 있다는 보고가 있어 왔다[2].

사회공포증에서 공포는 상황차원과 증상차원에서 개괄해 볼 수 있는데, 상황차원의 공포에는 '수행에 대한 염려' 와 '사회적 상호작용에 대한 염려' 가 밑바탕에 깔려 있으며[3], 증상차원은 다시 신체적, 인지적, 행동적 증상으로 나뉘어, 신체적 증상으로는 심박증가, 떨림, 발한, 근긴장, 위장의 통증, 입마름 등이 있고[4], 인지적 증상은 부적응적 자동사고[5]가, 행동적 증상으로는 회피[6]와 안전행동[7] 등이 있는데, Hartman은 부적응적 자동사고에는 일반적인 심리적 불편감과 사회적 부적절감, 다른 사람들이 자신의 불편감을 알아차리는 것에 대한 두려움, 부정적 평가의 두려움, 자동적 각성 상태와 수행불안에 대한 자각 등의 네 가지 형태가 있다고 하였다[5].

현재 가장 각광 받는 사회공포증의 원인은 인지 이론으로, 어려서부터 경험을 통해 습득된 절대주의적이고 지나치게 경직되어 있는 잘못된 신념체계인 역기능적 신념 때문에 사회공포증이 생겨난다는 것이다[7].

따라서 사회공포증의 치료법으로써 인지행동치료가 많은 심리학자에 의해 연구 발전되어 왔다[4].

사회공포증을 가진 사람들은 '지레짐작하기', '내탓하기', '강박적 의무감', '극단적 생각', '흑백논리' 등의 인지적 오류를 가지고 있는 경우가 많으며, 이는 '나는 부적절해', '나는 무능해' 와 같은 역기능적 신념을 바탕으로 하고 있으므로, 역기능적 신념을 찾아내어 타당하고 현실적인 생각으로 바꿈으로써 인지적 오류 및 부적응적 자동사고가 점차 축소될 수 있다[7].

한편, 인지치료 이외에도 직면하기나, 노출하기, 호흡조절법이나 점진적 이완훈련 등의 행동치료는 사회공포증의 치료에 도움을 줄 수 있다[7].

이에 著者는 대전대학교 부속 천안한방병원을 내원하여 사회공포증으로 진단된 1례의 환자에게 2개월여 동안 인지행동치료를 시행한 결과 양호한 효과를 얻었기에 보고하고자 한다.

Ⅱ. 증 례

1. 성명
   김OO (女/25)

2. 진단
   心膽虛怯, 사회공포증

3. 주소증
   顔面瞤動, 心悸, 易緊張, 不安, 憂鬱感, 對人時赤面, 少言

4. 부수적 증상
   頭痛, 項强, 肩背痛, 消化不良, 氣力低下, 嗜眠, 淺眠

5. 발병일 및 발병동기
   중학교 시절 집단 따돌림 경험 후

6. 과거력
   별무

7. 가족력
   아버지-협심증, 어머니-각종 신경통

8. 현병력

현 25세의 여자환자로 병전 성격은 명랑하고 적극적이었으나, 상기 발병일 이후 상기 증상 발하여 별무 치료하시고, 2003년 본원 외래에서 한 차례 치료 받으셨으나 치료 지속하지 않으시고 가료하시다 적극적 한방치료 위해 재내원하심.

9. 정신과적 개인력

환자는 1980년 4녀1남중 막내로 태어났다. 아버지는 가정에 충실하지 못하여 자식에 대한 관심도 없으셨고 자식들이 무슨 생각을 가지고 사는지도 모르시는 분이었다.

어머니와의 사이도 좋지 않아 자주 부부싸움을 하셨고 일방적인 구타도 자주 있었다. 어머니는 아버지와의 불화에도 불구하고 가정의 힘든 일들을 모두 혼자 겪으시고, 자식에 대한 문제도 모두 혼자 해결하시면서 살아오셨다. 아버지의 불합리한 부분도 모두 참으시고 자식들에게도 아버지에게 대들지 말고 아버지로서 섬기도록 교육시키셨다.

환자는 어린 시절 성격도 밝고 공부도 잘해서 학교생활에 큰 문제가 없었다. 그러던 중 중학교 시절 사소한 오해로 친구들과 다툼이 되면서 학교에서 집단 따돌림을 당하게 되고, 환자는 그러한 경험을 어느 누구에게도 털어놓고 상의하지 못한 채 혼자서 끙끙 앓다가 고등학교에 진학하게 되었다.

그러나 고등학교에 가서도 중학교 시절의 기억이 자꾸 떠오르고, 고등학교 친구들도 자신의 집단 따돌림 경험을 다 알고 있을 것만 같아 친구들을 사귀기가 쉽지 않았고 학교생활이 점점 힘들어졌다.

환자는 결국 그러한 상황을 참지 못하고 자퇴를 했는데 그때까지도 부모님에게 자신이 왜 자퇴를 하려 하는지 말하지 않았다. 아버지는 그런 환자를 이해하지 못했고 유약하고 못난 사람이라며 인격적인 모독 및 폭행까지도 하였다. 최근 몇 년 전 환자는 중고등학교 시절의 일들을 가족들에게 털어놓았고 왜 그 때 이야기 하지 않았냐는 비난과 함께 이해를 받았다.

자퇴이후 환자는 줄곧 집에서 어머니와 함께 지냈는데, 그러면서 어머니와 자신을 동일화 하기 시작하여 어머니의 걱정은 곧 자신의 걱정이 됐고, 어머니의 기대와 기쁨은 자신의 기대와 기쁨이 되었다.

언니오빠들은 모두 일찍 결혼하였는데, 큰언니는 어려서부터 똑똑한데다 결혼도 잘 해서 경제적으로 부유하게 살아 유일하게 아버지의 사랑을 받는 사람이지만, 환자와는 나이 차이도 많은데다 환자의 상황을 이해해 주지 못하여 자주 싸웠고, 둘째언니는 큰 언니와 달리 착하고 동생들에게도 정감 있게 잘해주지만, 결혼 후 경제적으로 너무 힘든 상태여서 어머니가 항상 걱정하고 신경을 쓰게 하기 때문에 환자는 그런 언니가 때로는 정말 싫다고 한다.

셋째 언니는 어려서부터 문제아로 찍힐 정도로 엄마 속일 많이 썩혔지만 환자와는 친구처럼 지내왔고 환자가 유일하게 털어놓고 이야기 할 수 있는 상대였지만 지금은 형부와 함께 미국에 가있어 환자와 이야기할 기회가 거의 없다.

오빠는 미용 일을 하는데 결혼 후 어머니가 차려 준 가게가 망하여 본가의 경제사정까지 한 번 뒤흔든 후 지금은 미국에 가있는데, 미국으로 가면서 조카를 한국에 두고 가, 현재 유치원에 다니는 조카를 환자와 어머니가 기르고 있다.

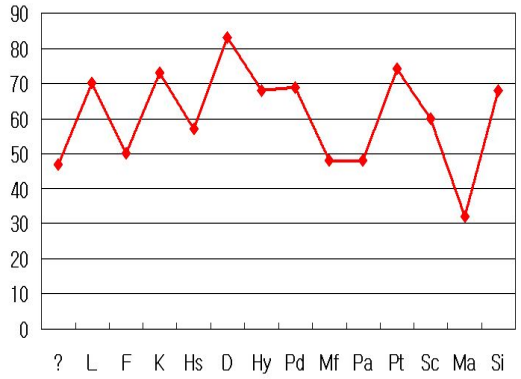
조카를 키우면서 스트레스도 많이 받고 힘들 때도 있었지만 환자는 불쌍한 어머니 때문에 꾹 참았고, 엄마, 아빠와 떨어져 살아야 하는 조카가 불쌍하기도 해서 차마 환자 본인의 인생을 생각할 겨를이 없었다. 환자는 뭘 해볼까 하다가도 몸이 불편한 엄마 혼자 조카를 보기에 벅차므로 더 주저하게 됐다. 지금은 오빠의 경제사정이 많이 좋아져서 조카를 데려갈 것이라고 말은 하는데 확실하진 않다.

환자도 오빠의 영향을 받아 작년에 미용학원을 7개월 다니며 미용사 자격증을 따긴 했지만 실습을 위해 미용실에 취직하는 일이 너무 어렵게만 느껴지고 자신이 없어 계속 보류중이다.

실습경험을 쌓은 후 올해는 미용과 관련된 대학에 특별전형으로 지원해볼 예정이지만 그 생각만 하면 왠지 더 불안해지고 할 수 없을 거라는 생각만 든다.

10. 심리검사

1) MMPI(다면적 인성검사)



2) BDI : 8점

11. 辨證

顔面瞤動, 心悸, 易緊張, 不安, 憂鬱感, 對人時赤面, 少言, 胸悶, 惡心, 消化不良, 氣力低下, 嗜眠, 淺眠, 舌淡苔白膩, 脈弦細或滑 → 心膽虛怯, 痰濁阻滯

12. 治療

1) 針治療

① 體鍼 : 百會, 風池, 中脘, 神門, 合谷, 太衝, 內關, 公孫, 足三里, 臨泣, 少府 등에 20여분 留鍼

② 耳鍼 : 양쪽 귀의 心, 枕, 神門, 皮質下, 肝点 등에 2~3일 간격으로 번갈아 留針.

2) 韓藥治療

① 夏朮補心湯加味[10] : 香附子 10g, 陳皮 6g, 半夏, 枳實, 竹茹, 人參, 白茯苓, 柴胡, 麥門冬, 白朮, 神麴, 麥芽, 黃芪, 天麻, 澤瀉, 石菖蒲, 山査, 鷄內金, 蘇葉 各 4g, 桔梗 3g, 乾薑, 肉桂, 甘草 各 2g, 生薑 20g, 大棗 6g.

② 歸脾溫膽湯加味[10] : 元肉 8g, 半夏 薑制, 陳皮, 赤茯苓, 枳實 石菖蒲, 山査肉 各 6g, 麥門冬, 竹茹, 當歸, 山棗仁炒, 遠志, 人參, 紅參, 黃芪, 白朮, 白茯神, 龍骨, 牡蠣 各 4g, 蘇葉, 黃連 各 3g, 木香 2g, 甘草 1.5g, 生薑 20g, 大棗 6g.

3) 香氣療法

① Lavender+Rosewood 흡입

② Majoram+Sandalwood 膻中部에서 中脘으로 마사지

<치료경과>

2004. 6. 3. : 환자는 보호자 없이 혼자 내원하였는데 캡모자를 눌러 썼고 옷차림은 매우 깔끔하였다. 표정과 눈빛은 따뜻했고 상담에 응하는 자세도 진지하고 신중했다.

환자는 주소로써 顔面瞤動, 心悸, 易緊張, 不安, 憂鬱感, 對人時 赤面, 少言 등을 호소하였고, 만성적인 긴장으로 인한 頭痛, 項强, 肩背痛, 消化不良, 氣力低下, 嗜眠, 淺眠 등도 함께 호소하였다.

발병이 청소년 시절의 집단 따돌림 이후라는 것과, 증상의 양상이 DSM-Ⅳ[1]의 사회공포증 기준에 부합하여, 사회공포증으로 진단하고, 추가적으로 인지적 증상 및 행동증상 들을 확인한 결과, 환자는 얼굴의 떨림이 타인의 눈에 뜨이지 않을 정도임에도 불구하고 '난 심하게 얼굴이 떨려서 사람들이 날 보면 긴장하고 있는 걸 금방 눈치챌거야. 그러면 그들은 날 바보 같다고 생각할 거야.' 라는 등의 일반적인 심리적 불편감과 사회적 부적절감 및 부정적 평가에 대한 두려움 등 사회공포증의 인지적 증상도 가지고 있었다.

그러한 인지적 오류로 인해 환자는 고등학교 자퇴이후 주로 집에서만 생활해 왔고, 혹시 아는 사람을 만날까봐 시내에 나가는 것도 꺼려하였으며, 얼굴이 떨리는 것을 감추기 위하여 입꼬리에 힘을 줘 웃고 있는 등의 안전행동을 보였다.

환자에게 사회공포증에 대한 개략적인 설명과 함께 인지행동치료가 필요함을 설명하자 환자도 치료의지를 보여, MMPI[8]를 과제로 내주고 다음 치료 일정을 잡았다.

2004. 6. 5. : 환자는 과제를 성실히 수행해 왔으며, 지난 치료에 대한 반응을 묻자 자신의 진단명 등에 기분이 상하지는 않았고, 치료자의

말에 동의할 수 있었으며 오히려 이야기할 상대가 생긴 것 같아 기분은 더 좋았지만 그동안 아무에게도 하지 않았던 본인만의 이야기를 다 꺼내야 되는 것이 부담스럽기도 했다고 서술하였다.

가족관계도를 과제로 내주고 MMPI 해석은 다음 회기에 설명하기로 하였다.

환자의 MMPI 결과[8]는 타당도 척도상 'V'자형으로, 바람직하지 못한 감정이나 충돌, 혹은 문제들을 부인하거나 회피하려 하며 자신을 가능한 한 좋게 보이려 애쓰는 것을 알 수 있었고, 임상척도에서는 D(Depression), Pt(Psychasthenia), SI(Social introversion) 척도가 높게 나타나고, Ma(Mania) 척도가 낮게 나타나, 타인들의 반응에 매우 과민하고 타인의 동기에 의심이 많으며, 친밀한 인간관계를 피하고 정서적으로 거리감을 두고, 자기 자신에 대하여 높은 기대를 가지고 있어 객관적으로는 훌륭하게 성취했음에도 불구하고 자기가 설정한 목표에 미달했거나 자신에게서 어떤 결함이 발견되었을 경우에는 강박적으로 그것에 집착하고 죄책감을 느끼며, 우유부단, 부적절감, 불안정감, 열등감 등을 느끼는 경향이 많다 는 것을 알 수 있었다.

2004. 6. 7. : 환자는 가족관계도를 아버지부터 시작하여 셋째 언니까지 상세히 기록해왔으며, 각각의 가족 구성원과 본인의 관계 및 갈등, 구성원에 대한 느낌 등을 솔직하게 털어놓았으나, 모든 구성원에 대해서 결국은 다 환자 자신이 양보하고 이해해야 한다는 관점을 가지고 있었다. 가족 구성원에 대한 강한 배려의식을 느낄 수 있었고, 한편으론 가족 일에 신경쓰느라 자신의 삶이 정체되는 것에 불안을 가지고 있었다.

MMPI 결과를 해석해주자 환자는 수긍하면서도 불안해하였다. 환자에게 회피적 경향이 있음에도 불구하고 치료를 시작하려는 용기를 가진 점을 격려해 주고, 환자와 유사한 프로파일을 가지는 사람들이 일반적으로 가지는 부적응적 자동사고와 인지적 오류를 예로 들어 환자에게도 자신이 가지고 있을 수 있는 부적응적 자동사고나 인지적 오류를 파악해 보도록 하였다.

MMPI 결과상 D척도가 가장 높았으므로 BDI(Beck's Depression Index)를 추가적으로 체크해보도록 하였다.

2004. 6. 9. : BDI는 8점으로 나왔는데, MMPI에 비해 질문의 의도가 잘 드러난 설문지이며, 환자의 MMPI 타당도 척도를 고려해 보았을 때, 반응이 어느 정도 왜곡되었으리라 짐작해 볼 수 있었다.

환자와의 상담을 통해 현재 환자의 불안을 가중시키는 것은 '무엇인가 일을 시작해야 하는데 나는 잘 할 수 없을 거야', '내가 만일 미용보조로 취직한다면 난 꼭 잘해야만 하는데 난 실수를 연발할 지도 몰라', '사람들은 나이도 어느 정도 먹은 내가 무엇 하나 제대로 못한다고 무시할거야', '이번에도 사람들이 날 따돌린다면 난 내 인생에서 다시는 사람들과 어울려 지내지 못할 지도 몰라', '내 얼굴이 씰룩거리는 걸 보면 아마 날 더 바보 같다고 생각할 거야' 라는 등의 부적응적 자동사고임을 확인할 수 있었다.

환자에게 그러한 부적응적 자동사고는 지레짐작하기나 강박적 의무감, 극단적 생각과 같은 인지적 오류에서 나오는 것임을 설명하였다.

2004. 6. 11~21(4회). : 환자에게 자동사고가 도출되는 상황과 그러한 자동사고에 포함되어 있는 인지적 오류를 기록해 보도록 권유하였으나, 환자는 항상 집에 있기 때문에 특별한 상황이 없으며, 그러한 훈련을 하려고 하면 더 불안해진다며 과제를 수행하지 못했다. 환자에게 적극적인 인지훈련을 강요하는 것이 강박적인 사고를 부추길 수 있다고 판단하여 치료의 속도를 늦춰가며 지속적인 내원을 유도한 채로 가벼운 상담을 이어갔다. 그러나 반복적인 설명에 환자는 점차 부적응적 자동사고를 점점 깊이 이해하였고 자신감을 가지고 생활하려 노력하였다.

한편 행동치료로서 호흡조절법 및 점진적 이완훈련[7]을 교육하여 매일 실행하도록 하였으며, 탈감작을 위해 비교적 많은 사람과 접하지 않아도 되는 운동학원에 등록할 것을 권유하였다. 환자는 행동치료들을 비교적 잘 수행하였고 집근처 등산을 시작하였다.

2004. 6. 30. : 열흘 만에 내원한 환자는 아버지의 갑작스런 협심증 발작으로 인해 그동안 내원하지 못했으며, 병원에서 어머니와 함께 아버지 병간호를 했었다고 하였다. 환자는 병원의 입원 수속부터 퇴원까지 본인이 거의 모든 일을 처리했으며, 크게 힘들지 않았다고 이야기하고, 어린 시절부터 아버지의 권위주의적인 태도 및 가정 일에 무관심한 것 등으로 아버지를 좋아하지 않았으나 아버지도 나이가 들고 병이 들어 자신이 돌봐줘야 하고 이해해 줘야하는 대상이 된 것 같다고 하였고, 자신의 몸도 불편한 어머니가 병간호 때문에 더 많이 지치셨다며 어머니 걱정을 많이 했다.

큰일을 당황하지 않고 잘 처리한 환자의 수행능력을 높이 평가해 주고, 이번 일처럼 모든 일을 잘 수행할 수 있을 것이므로 자신감을 갖도록 고무해주었다.

2004. 7. 2~9(4회). : 아버지의 퇴원 이후 환자는 어머니와 함께 내원하여 몸이 불편한 어머니도 함께 치료받도록 하였고, 집안일에 더 많은 신경을 썼으며, 자신이 하려던 직장을 구하는 일 등은 다시 제쳐두고 있었다.

이에 강한 배려의식 보다 본인을 가장 소중하게 생각하는 마음도 필요함을 상기시키고 다시 예전의 계획들을 실행해 볼 것을 종용하였다.

2004. 7. 12~21(4회). : 환자는 큰언니와 함께 헬스클럽에 등록을 하고 운동을 시작했다. 그러나 여전히 직장을 구하는 일에는 주저했으며, 헬스클럽에서도 언니는 다른 사람들과 편하게 이야기를 하는데, 본인은 이야기를 해보려고 해도 말이 잘 나오지 않는다며 불안해 하였다.

누구나 모르는 사람과 처음 대화를 하긴 쉽지 않음을 설명하고 자신의 가치를 인정하고 자존감을 높여 부정적인 자기개념을 건강한 자기개념으로 대체해보도록 하였다.

2004. 7. 23~8. 18(7회). : 환자의 부적응적 자동사고는 많이 줄어들었으나, 환자는 직장을 구하게 되면 치료가 중단 될 것에 두려움을 가지고 있었다. 환자에게 직장을 가지고 타인과 어울려 지내보는 동안 자신에게 반복해서 생기는 부적응적 자동사고나 역기능적 신념을 열심히 찾아 수정해 나가는 것이 치료이며, 혼자서 수정하기가 힘들 때마다 병원을 다시 찾아 상담 치료할 수 있음을 설명하면서 용기를 복돋아 주었다.

환자는 용기를 내어 미용실에 출근하기로 하였고, 환자에게 행여나 첫 직장생활이 환자가 기대한 것만큼 완벽하지 못하더라도 그것이 절대 실패가 아니며, 세상에는 따뜻하고 친절한 사람이 많아 초보인 환자를 많이 도와줄 것이며, 환자는 표정도 밝고 얼굴도 예뻐 많은 사람들로부터 사랑을 받을 것이라고 격려해 주고, 일시적 퇴보가 있을 수 있으나 그럴 때는 잠깐씩 치료를 받거나, 스스로 지금까지 훈련한 인지행동치료를 이용해 보면 편안해질 것이라고 설명하였다.

Ⅲ 고 찰

'사회공포증(phobie des situations sociales)' 이란 용어는 1903년 P. Janet이 대화하거나 피아노 연주 또는 글씨를 쓰는 중에 남들이 관찰하는 것을 두려워했던 환자를 기술하기 위해 처음으로 사용되었다[4]. 그 후 DSM-Ⅲ(1980년)부터 공식 진단명으로 받아들여져 DSM-Ⅲ-R(1987년)과 DSM-Ⅳ(1994년)를 거치면서 그 진단 범주는 점차 상세히 기술되었다[11].

DSM-Ⅳ[1]에서는 사회공포증을 '친밀하지 않은 사람들에게 노출되거나 타인이 주시할 가능성이 있는 하나 이상의 사회적 상황 또는 수행 상황에 대해서 뚜렷하고 지속적인 공포를 경험하는 것' 으로 정의하고 있으며, 자신이 창피를 당하거나 난처해질 만한 행동을 할 것을 두려워하고, 공포스런 사회 상황에 노출되면 거의 필연적으로 불안이 유발되며, 심할 경우에는 공황발작이 나타난다고 그 특징을 기술하고 있다.

사회공포증의 유병률에 있어서 Myers[12] 등은 미국에서 사회공포증의 평생 유병률이 2.3%라고 발표한 반면, 이후 Pollard와 Henderson[13]은 일

반인의 약 20%가 어느 정도 사회공포증적 불안을 경험하고 있다고 보고하였다. 또한 최근 National Comorbidity Survey의 자료에 따르면, 사회공포증의 1년 유병률은 7.9%, 평생 유병률은 13.3%로 나타났으며, 이는 우울증 17.1%, 약물의존 14.1%에 이어 미국에서는 세 번째로 흔한 정신장애라는 놀랄만한 연구결과를 발표하였다[4]. 국내에서는 이[14] 등이 서울에서의 사회공포증 발생 빈도가 0.53%라고 보고한 바 있고, 이[2]는 경쟁을 강조하는 부모의 양육태도와 사회적 상황, 갑작스러운 도시화 과정에서 발생하는 대인관계의 혼란상황 등으로 인해 국내에서 유병률이 증가하고 있다고 주장하였다.

이렇듯 사회공포증은 점차 증가 추세에 있지만 임상에서 사회공포증의 진단이 그리 많지 않은 것과 관련하여 Heimberg 등[15]은 사회공포증 증상을 가진 환자들은 자신에 대해서 공개적으로 이야기하는 것 자체가 주시 받는 공포를 일으키기 때문에 치료를 기피하고 있으며, 그들은 자신의 문제를 해결되거나 도움 받을 수 있는 성질의 것으로 생각하지 않고, 사회공포증을 가진 내담자가 병원을 방문한 경우에도 사회공포증 자체보다는 합병증인 알콜중독, 물질남용, 우울증 등이 치료에서 우선시되기 때문에 사회공포증 증상자체는 자세하게 다루어지지 않는다고 하였다.

한편 서구의 사회공포증은 사회적 상황에서의 불안반응(주로 자율신경계 증상)이 양적으로 심한 경우를 진단기준으로 삼는데 반해, 동양권에서는 전형적인 사회공포증의 유형과는 다른 유형들이 있다는 보고가 있다.

그 예로 일본에서는 일찍이 1920년에 모리타가 제창한 taijinkyofu(對人恐怖)의 개념이 하나의 문화증후군으로 일본에만 있는 것처럼 주장되어 왔는데 일본학자들은 대인공포증의 심한 경우를 소위 유사망상형이라 하여 잠시나마 관련망상을 나타내며, 이 관련망상은 대인관계에만 한정되고 정신분열병의 경우처럼 체계적이거나 뚜렷한 망상은 아니라고 하였다[16].

우리나라의 경우 이 등[17]은 대인공포를 단순형과 가해형으로 나누고, 가해형의 경우 가해염려와 같은 인식의 왜곡을 나타낸다고 하였는데, 가해염려란 대인상황에서 자신에게 신체적 결함이 있다고 확신하는 환자가, 이 결함 때문에 자신이 타인에게 피해를 준다는 생각을 하게 되며, 이로 인해 죄책감, 죄의식 등으로 대인관계를 회피하는 특징을 보이는 것을 말한다. 이렇게 되면 두려워하는 사회적 상황의 범위가 서구의 사회공포증 환자들의 범위보다 더 넓어지는데, 이런 불안 내용을 가지고 있는 사회공포증 환자들은 대인관계적 상호작용 상황과 타인들 앞에서의 수행상황뿐 아니라 무리 속에서 혼자 있는 상황(지하철, 식당, 길거리 등)에서도 불안을 느끼면서 사회공포 증상을 폭넓게 보이게 된다[7].

이러한 동서양의 차이는 사회환경적 측면에서 그 원인을 찾아 볼 수 있는데, 동양의 경우 유교문화를 배경으로 한 눈치와 투사, 강한 배려의식, 체면, 상향의식으로 인한 경쟁심 및 완벽추구적인 성향이 사회공포증에 크게 영향을 미치고 있기 때문이다[2].

본 증례의 경우는 심한 가해염려를 나타내지는 않았으나, 환자에게는 강한 배려의식과 완벽추구적인 성향이 있었으며, 이는 환자의 양육환경이 전형적인 엄부자모의 가정이었다는 점과 무관하지 않을 것이다.

사회공포증에서 공포는 개인에 따라서 서로 다른 모습으로 나타나는데, 이를 상황차원과 증상차원에서 개괄해 본다면, 상황차원으로는 대중연설 공포, 시험불안, 식사공포, 서필공포, 대중화장실 사용 공포, 데이트 공포 등이 있으며[4], 이는 '수행에 대한 염려'와 '사회적 상호작용에 대한 염려'로도 분류될 수 있다[3].

본 증례의 경우에도 환자는 타인과 어울려 업무를 수행하는 상황에 대한 공포가 강하였고, 끊임없이 본인의 수행능력과 사회적 상호작용능력을 의심하였다. 그러나 환자는 본인의 염려와 달리 이미 검정고시를 통한 고교 졸업 자격 및 운전면허증과 미용사 자격증을 가지고 있어, 수행에 대한 염려 보다 사회적 상호작용에 대한 염려가 더 강함을 알 수 있었고, 이는 청소년 시절 경험한 집단 따돌림의 영향이 클 것이라고 판단된다.

증상차원은 다시 신체적, 인지적, 행동적 증상으로 나누어 볼 수 있는데, 신체적 증상으로는 심박증가, 떨림, 발한, 근긴장, 위장의 통증, 입마

름 등이 가장 흔하며, 공황장애와 비교해 보았을 때 적면, 경련, 말더듬, 입마름 등이 더 자주 보고되고[4], 만성적인 긴장으로 인한 두통, 피로감, 위통과 같은 스트레스 관련 증상들이 나타나게 된다[6].

인지적 증상은 부적응적 자동사고인데 Hartman[5]은 사회공포증이 있는 사람들의 생각에는 일반적인 심리적 불편감과 사회적 부적절감, 다른 사람들이 자신의 불편감을 알아차리는 것에 대한 두려움, 부정적 평가의 두려움, 자동적 각성 상태와 수행불안에 대한 자각 등의 네 가지 형태가 있다고 하였다.

행동적 증상은 대인 관계 상황에서 느끼는 강렬한 불편감에 대한 반응으로, 이러한 반응 중에 하나가 '몸이 얼어붙는 것' 인데, 이는 말하거나 움직이거나 회상하는 등의 자발적인 행동을 할 수 없는 것으로 매우 짧은 시간동안 지속되고 조금 지나면 사라진다. 또 다른 행동적 증상으로는 회피가 있는데, 이는 다른 사람들이 자신을 관찰할 수 있는 상황을 아예 피해버리는 것으로, 일반적으로 파티, 이성과의 미팅, 공공연설, 강의실, 전화사용, 대중교통 등이 있다[6].

그런데 회피와 관련하여 한국의 사회공포증 환자들은 사회적 불안상황을 회피하려 하기 보다는 오히려 직면하여 극복하려는 성향이 강하다는 보고가 있는데, 그 근거로 한국의 사회공포증 환자들은 병이 경과함에도 불구하고, 사회적으로 퇴보하는 경우는 적으며, 나름대로 결혼, 직업, 학력에 있어 그 기능을 유지하고 있고, 치료에 대한 욕구가 높은 것을 들었으며, 이렇게 한국의 사회공포증 환자가 현실을 포기하지 못하고 집착하는 것은 특유의 완벽주의, 이상주의적 성향 때문인 것으로 설명하였다[2].

그러나 이렇듯 직면하여 극복하려는 사람들도 미묘한 형태의 회피인 안전행동을 보이는데, 안전행동은 다른 사람들로부터 부정적 평가를 받는 것을 막거나 줄이기 위해, 두려운 사회적 상황에서 하는 대처행동으로, 예를 들어 발표할 때 목소리가 떨리는 것을 두려워하는 사람은 실제 상황에서 필요 이상으로 발표를 짧게 하거나 말을 빨리해버리고, 컵을 잡을 때 떨리는 것을 두려워하는 사람이 컵을 필요이상으로 꽉 쥐는 것 등이다[7].

본 증례에서 환자는 위에서 서술한 거의 모든 신체적 증상을 가지고 있었고, 인지적 증상으로는 '무엇인가 일을 시작해야 하는데 나는 잘 할 수 없을 거야', '내가 만일 미용보조로 취직한다면 난 꼭 잘해야만 하는데 난 실수를 연발할지도 몰라', '사람들은 나이도 어느 정도 먹은 내가 어느 하나 제대로 못한다고 무시할거야', '이번에도 사람들이 날 따돌린다면 난 내 인생에서 다시는 사람들과 어울려 지내지 못할 지도 몰라', '내 얼굴이 씰룩거리는 걸 보면 아마 날 더 바보 같다고 생각할 거야' 등의 부적응적 자동사고를 가지고 있었으며, 행독적 증상으로는 환자 역시 회피를 주로 사용하긴 하였으나 위에서 지적한 데로 한편으론 직면하려는 경향도 있어 검정고시, 운전면허증, 미용사자격증 등을 보유하고 있어 사회적 기능을 유지하고 있었다. 또한 환자는 안전행동으로써 씰룩거리는 얼굴을 보이지 않기 위해 모자를 쓰거나 입꼬리에 힘을 주고 있었으며, 목소리나 걸음걸이 등이 마치 남자처럼 씩씩하여 본인의 부적절감을 감추려 하였다.

사회공포증의 원인을 파악하기 위해 정신분석이론, 유전 및 생물학적 원인론, 학습이론, 부모의 양육방식 등이 연구되고 있으나, 현재 가장 각광 받는 원인으로는 인지 이론으로, 인지 이론에서는 생각이 인간의 행동이나 감정에 영향을 준다는 점을 강조한다.

즉 불안해지거나 우울해지는 것은 부정적인 일이 일어났기 때문이라기보다는 어떤 일을 왜곡해서 지각하고 해석하기 때문인데 이러한 부정적인 사고방식의 기저에는 역기능적인 신념이 있다. 역기능적 신념은 어려서부터 경험을 통해 습득된 절대주의적이고 지나치게 경직되어 있는 잘못된 신념체계로서, 이런 역기능적 신념 때문에 사회공포증이 생겨난다는 것이다[7].

1980년 이후 많은 심리학자들이 인지적 입장에서 사회공포증에 대한 인지모형을 제안하였는데, 그 중 Clark과 Wells의 인지모형[18]이 가장 각광을 받고 있다.

이 모형에서 사회공포증이 있는 사람들은 자신의 이전 경험을 바탕으로 자신과 사회적 상황에

대해 역기능적 신념을 발달시켜, 정상적인 사회적 상황들을 부정적인 방식으로 해석하며 위험이 있다고 생각하여, 위험을 자각하면 '불안 프로그램' 이 자동반사적으로 활성화된다. 불안 프로그램이 활성화 되면 신체적 증상과 안전행동이 나타나고, 주의를 자기 쪽으로 바꿔 스스로의 느낌을 사용하여 자기의 사회적 인상을 형성하는 것이다.

이렇게 되면 다른 사람들이 자신을 부정적으로 볼 것이라는 생각은 내적으로 생성된 부정적 정보에 의해 더욱더 확신하게 되고, 실제로 탐색해야할 필요가 있는 상황의 흐름과 타인의 행동을 간과하게 되어, 외부의 사회적 단서들을 파악하지 못하고 적절하게 반응하지 못하게 된다(Fig. 1.)

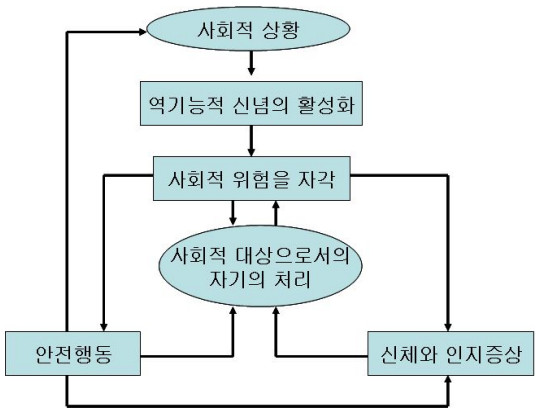


Fig. 1. Clark과 Wells의 인지모형

이러한 인지이론을 기초로 사회공포증에 인지행동치료의 중요성이 대두되어 왔는데[4], 인지행동 치료는 사건을 어떻게 지각하는가가 감정과 행동에 영향을 미칠 수 있고, 생각은 모니터할 수 있고 바꿀 수 있으며, 생각을 바꿈으로써 감정이나 행동을 바람직한 방향으로 바꿀 수 있다는 개념에서 출발한 것이다[7].

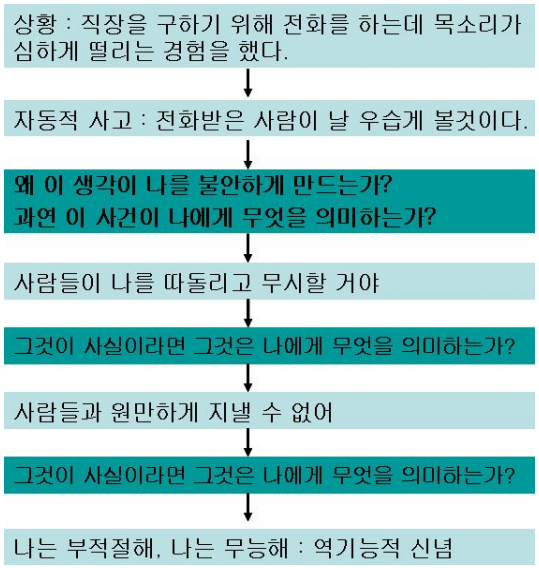
따라서 인지행동치료에서는 부적응적 자동사고와 역기능적 신념을 바꾸는 훈련이 필요하다. 자동사고에 공통적으로 나타나는 체계적인 잘못을 '인지적 오류' 라고 하는데, 사회공포증을 가진 사람들이 많이 보이는 인지적 오류에는 지레짐작하기, 내탓하기, 강박적 의무감, 극단적 생각, 흑백논리 등의 오류가 있다[7].

본 증례에서도 환자는 '중학교 때 따돌림을 당한 것처럼 내가 직장을 갖게 되면 또 따돌림을 당할거야' 라는 등의 지레짐작하기나, '난 불쌍한 엄마를 위해서 엄마를 도와야 하고, 오빠를 대신해서 조카를 키워야 하고, 이제 늙고 병든 아빠도 이해해야 해' 라는 강박적 의무감이 있었으며, '내가 직장에서 사람들과 어울리지 못한다면 다시는 사회에 복귀할 수 없을 거야' 라는 등의 극단적 생각과 같은 인지적 오류를 가지고 있었고, 이로 인해 위에서 열거한 자동사고들을 도출해 냈다.

이러한 인지적 오류를 통해 형성된 부적응적 자동사고는 '그렇게 생각할 만한 객관적 근거가 있는가?' , '내가 생각하는 것보다 조금 못하게 되면 어떻게 될까?' , '실제로 최악의 경우가 일어난다면 과연 그렇게 끔찍한가?' , '완벽하게 하지 않으면 다 실패한 것인가?' 라는 등의 질문들을 끊임없이 스스로에게 던져 타당하고 현실적인 생각으로 바꿈으로써 점차 축소될 수 있다[7].

부적응적인 자동사고를 유발하는 것이 역기능적 신념인데, 역기능적 신념은 절대적이고 완벽주의적이며 비현실적인 내용으로 이루어져 있으며, 상황의 다양성을 전혀 고려하지 않고 모든 상황에 적용되는 지나치게 일반화된 신념으로 자동사고를 일으키는 뿌리에 해당되는 심층적인 수준의 생각이다[6].

역기능적 신념을 찾아내는 방법으로는 부적응적인 자동사고에 공통으로 나타나는 주제를 찾아보거나, 나 자신에 대해 평소 생각하는 것들을 정리해 보는 방법이 있는데, 이러한 방법을 통해서도 역기능적 신념을 찾아내지 못했다면 자동사고의 의미를 계속 던짐으로써 심층적인 역기능적 신념을 찾아가는 하향화살표 기법[7]을 사용해 볼 수 있다. 본 증례에서도 하향화살표 기법(Scheme 1.)을 통해 환자에게 "나는 부적절해, 나는 무능해" 라는 역기능적 신념을 가지고 있음을 확인할 수 있었다.



Scheme 1. 하향화살표 기법

역기능적 신념을 찾아내고 나면 역기능적 신념의 타당성, 유용성, 현실성 및 형성 배경을 검증해 보는 언어적 기법과, 다른 사람들의 기준에 대한 정보를 수집하고, 다른 사람들의 행동을 관찰하며, 신념에 상반되는 행동을 하고 그 결과를 관찰하고, 새로운 핵심 신념을 행동으로 검증해 보는 행동실험을 통해 역기능적 신념을 타당한 신념으로 바꿔나갈 수 있다[7].

본 증례에서도 환자가 가지고 있었던 '나는 부적절해, 나는 무능해' 와 같은 역기능적 신념을 타당한 신념으로 대체하기 위해, 환자에게 자기 자신을 있는 그대로 수용하도록 하면서, 누구에게나 모자라고 부족한 부분은 있기 마련이므로 자신의 부족한 점을 인정하는 대신, 장점이나 재능을 개발하는 자세가 필요함을 설명하고, 처음부터 많은 변화를 기대하지 말고 작은 변화를 소중히 여기면서 실천적 노력을 기울이도록 종용하였다.

또한, 인지치료 이외에도 사람들과 직접 대면해 보도록 하는 직면하기나, 직장을 구하기 위해 전화를 하는 상황을 연출해 보도록 하는 노출하기, 호흡조절법이나 점진적 이완훈련 등의 행동치료를 병행함으로써 인지치료의 부족한 부분들을 보충했다.

한편, 사회공포증은 불안장애에 속하고 불안장애는 한의학적으로는 驚悸怔忡의 범주에서 고려해 볼 수 있는데 驚悸怔忡은 주로 大驚恐, 痰飮停蓄, 血虛心氣不足, 思慮過度 不遂所願, 陰虛火旺 등으로 인해 발생한다[19]. 환자의 경우 증상 및 舌脈을 보아 心膽虛怯[20]으로 변증할 수 있었는데, 心虛하면 精神이 搖亂하여 坐臥不安하며, 膽怯하면 易驚易恐하며 心悸, 多夢易醒하게 될 뿐만 아니라 脾胃가 健運을 喪失하여 食少納呆하게 된다. 따라서 치료에 있어 益氣養心, 鎭驚安神을 치법으로 삼아 夏朮補心湯 및 歸脾溫膽湯 등을 사용하였고 침치료도 이에 준하여 하였다. 또한 보조적 침법으로써 신경정신과 질환에 효과가 있는 心, 枕, 神門, 皮質下, 肝点등의 耳針点[21]을 이용하였다.

본 증례는 증상을 진단하고 평가함에 있어 MMPI 및 BDI 이외에도 사회적 회피 및 불안척도, 대인관계 불안척도, 자의식척도, 부정적 평가에 대한 두려움 척도, 사회적 상호작용에 대한 자기 진술 검사, 역기능적 신념검사 등의 많은 자기보고형 검사[6] 등을 좀 더 적극적으로 활용하지 못했다는 한계가 있었고, 인지치료를 진행함에 있어 회기별 치밀한 계획을 가지고 환자를 이끌어 가지 못해 치료기간이 길어진 점, 환자의 부적응적 자동사고 및 역기능적 신념을 좀 더 심층적으로 파악하지 못한 점 등의 한계가 있었다.

따라서 치료자는 인지치료를 잘 구사할 수 있도록 따뜻함, 정확한 공감, 진실성 등의 바람직한 치료자의 특성[9]을 갖추어야 하며, 반복된 훈련을 통해 각각의 증례에 좀 더 자연스러운 인지치료를 수행하도록 노력해야 할 것이다.

Ⅳ 결 론

본 증례는 중학교 시절 집단 따돌림을 당한 이후 사회적 적응이 힘들어, 대전대학교 천안한방병원을 내원한, 25세의 여환에게 2004년 6월 3일 부터 2004년 8월 18일 까지 인지치료를 시행한 결과 증상이 개선된바 다음과 같은 결론을 얻을 수 있었다.

사회공포증은 눈치와 투사, 강한 배려의식, 체면, 상향의식으로 인한 경쟁심 및 완벽추구적인 성향을 중시하는 사회환경 하에서 더 자주 발견되는데, 사회공포증 환자는 '나는 부적절해, 나는 무능해' 와 같은 역기능적 신념을 토대로 한 지레짐작하기, 내 탓하기, 강박적 의무감, 극단적 생각, 흑백논리 등과 같은 인지적 오류를 통해 끊임없이 부적응적 자동사고를 진행시키므로, 사회공포증의 치료를 위해서는 역기능적 신념과 인지적 오류 및 부적응적 자동사고를 철저히 파헤치는 인지치료를 병행하는 것이 증상의 개선에 도움을 줄 수 있다. 이를 위해서 치료자는 인지치료의 회기별 과정을 정확히 습득하여 증례에 따라 적절하게 응용해야 할 것으로 사료된다.

참 고 문 헌

1. 미국정신의학회. 정신장애의 진단 및 통계 편람 제 4판. 서울:하나의학사. 1995:537-45
2. 이시형. 대인공포증. 서울:일조각. 1993
3. Turner SM, Beidel DC, Townsley RM. Social Phobia: A comparison of specific and generalized subtypes and avoidant personality disorder. Journal of Abnormal Psychology. 1992;101:326-31
4. 장재홍. 사회공포증의 증상이해와 치료적 고찰. 인간이해. 1996;17:15-33
5. Hartman LM. Cognitive components of social anxiety. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1984;40:137-9
6. 김은정. 사회공포증상을 보이는 내담자. 대학생활연구. 2000;18(1):37-75
7. 김은정. 사회공포증. 서울:학지사, 2002:47, 55-5, 86-98, 122-9, 159, 168-83, 184-210
8. 金重述. 다면적 인성검사. 서울:서울대학교출판부. 1989:49, 170-2
9. 1 Aaron T. Beck. 우울증의 인지치료. 서울: 학지사, 2001:63, 458-9
10. 大田大學校 韓方病院. 韓方病院 處方集. 대전:한국출판사. 2001:209, 212
11. 이시형, 박용범, 오강섭. 사회공포 증상의 시대적 변천에 따른 고찰. 신경정신의학. 1996;35(1):107-13
12. Myers JK, Weissman MM, Tischler GL, Holzer CE, Leaf PJ, Overashel H, Anthony JC, Boyd JH, Burke JD, Kramef M & Stolzman R. Six month prevalence of psychiatric disoders in three communities. Arch Gen Psychiatry. 1984;41:959-67
13. Pollard CA, Henderson JG. Four types social phobia in a community sample. Journal of Nervous and Mental Disease. 1988;176:440-5
14. 이정균, 곽영숙, 이헌, 김용식, 한진희, 최진옥, 이영호. 한국 정신장애의 역학적 조사연구(도시 및 시골지역의 평생 유병률). 대한의학협회지. 1985;28:1223-44
15. Heimberg RG, Hopem DA, Rapee RM & Bruch MA. The validity of the Social Avoidance and Distress Scale and the Fear of Negative Evaluation Scale with social phobic patients. Behavior Research and Therapy. 1988;26:407-10
16. 민성길. 최신정신의학 제 4 개정판. 서울:일조각. 2001:311-3
17. 이시형, 오강섭, 이성희. 사회공포증의 임상고찰(4)-가해의식을 동반한 아형-. 신경정신의학. 1991;30:1004-13
18. Clark DM, Wells A. A cognitive model of social phobia. New York:The Gilford Press. 1995:69-93
19. 黃義完, 金知赫. 東醫精神醫學. 서울:現代醫學書籍社. 1987:603
20. 黃泰康. 中醫神經精神病學. 北京:中國醫藥科技出版社. 2000:141
21. 陳巩荪.耳針的臨床應用.江苏省:江苏科學技術出版社. 1982: 213