한국심리학회지 : 임상
The Korean Journal of Clinical Psychology
2015, Vol. 34, No. 2, 429-453

수용 및 인지재구성 처치가 사회불안 감소에 미치는 효과*

김 기 환† 권 석 만

서울대학교 심리학과

본 연구에서는 실험상황에서 즉흥발표로 유발된 사회불안의 감소에 수용 처치와 인지재구성 처치가 미치는 효과를 탐색하고자 하였다. 이를 위해 사회불안이 높은 60명의 대학생이 선발되었고, 수용, 인지재구성, 중립 각각의 처치조건에 20명, 21명, 19명이 할당되었다. 수용과 인지재구성 처치에는 동영상을 통한 이론적 교육 및 실습이 제공되었고, 중립 처치에는 같은 분량의 자연 다큐멘터리 동영상이 제공되었다. 이후 즉흥발표를 실시하면서 앞서 제공된 방략을 사용하도록 안내하였다. 그 결과, 수용 처치에서 심장박동률이 기저선에 비해 발표 중에 증가하는 정도가 인지재구성과 중립 처치보다 유의미하게 낮았으며, 인지재구성 처치는 중립 처치와 차이가 나타나지 않았다. 주관적 불안반응에서는 기저선에 비해 발표 직후에 변화한 정도에 있어 세 처치 간 유의미한 차이가 나타나지 않았다. 추가적으로 수용 처치에서는 사회불안 수용 정도가 증가하고 부정적 인지가 감소하였으며, 인지재구성 처치에서는 부정적 인지의 감소만 관찰되었다. 이러한 결과들은 수용 처치가 발표로 유발된 불안의 완화에 효과가 있음을 시사한다. 마지막으로 연구 결과의 의의와 추후 연구 방향에 대해 논의하였다.

주요어 : 사회불안, 수용, 인지재구성, 심장박동률, 주관적 불안반응 등

---

* 본 논문은 제 1저자의 박사학위 논문을 수정, 보완한 것임.

† 교신저자(Corresponding Author) : 김기환 / 서울대학교 심리학과 / 서울시 관악구 관악로 1, 서울대학교 16동 M315호 / E-mail : petra000@snu.ac.kr

사회불안장애(social anxiety disorder)는 사회공포증이라고도 불리며, 개인이 타인에 의해 주시되는 사회적 상황에 대한 두려움이나 불안이 큰 심리적 장애를 말한다. 이러한 사회적 상황에는 낯선 사람을 만나는 것과 같은 '상호작용 상황', 타인 앞에서 음식을 먹는 것과 같이 '관찰되는 상황', 그리고 연설을 하는 것과 같은 '수행 상황'이 포함된다(American Psychiatric Association, 2013). 앞서 나열된 사회적 상황들은 살면서 불가피하기 때문에, 사회불안장애를 가진 사람들이 직업, 교육, 이성관계 등 다양한 삶의 영역에서 경험하는 고통의 정도가 매우 클 것으로 판단된다(Quilty, Ameringen, Mancini, Oakman & Farvolden, 2003; Wittchen, Fuetsch, Sonntag, Muller, & Liebowitz, 2000). 아울러 사회불안장애는 불안장애 중 가장 흔하게 나타나며, 주요우울장애, 알코올 의존, 특정 공포증 다음으로 흔하게 나타나는 정신장애이다(Kessler et al., 2005).

사회불안장애의 치료를 위해 다양한 접근들이 활용되고 있으며 그 중 대표적인 치료적 접근으로 먼저 행동치료를 들 수 있다. 행동치료에서 가장 많이 사용되는 치료적 방략으로는 노출훈련과 사회기술 훈련이 있다. 노출훈련은 불안을 유발하는 상황에 점진적으로 접근할 수 있도록 돕는 기법으로, 심상을 통한 노출과 모의상황 등을 통한 실제 노출로 구분될 수 있다. 노출훈련이 사회불안장애 치료에 효과가 있음이 여러 연구 결과들에서 나타난다(Fedoroff & Taylor, 2001; Feske & Chambless, 1995; Taylor, 1996). 사회기술 훈련에서는 개인이 문제를 보이는 사회적 행동을 탐색한 후에, 모델링, 역할극, 현실적인 피드백 등을 통해 행동을 수정하게 된다. 사회기술 훈련 또한 사회불안장애에 효과가 있는 것으로 나타나지만(Fedoroff & Taylor, 2001; Taylor, 1996), 그 효과가 사회기술의 습득으로 인한 것인지, 역할극을 통한 노출 효과에 의한 것인지에 대해서는 의문이 남는다(Herbert & Cardaciotto, 2005).

사회불안장애 치료에 있어 가장 널리 사용되는 접근은 인지행동치료(cognitive-behavioral therapy: CBT)이다. 인지행동치료는 노출훈련에 더해, 사회적 상황에서 개인이 경험하는 부정적인 자동적 사고와 역기능적 신념을 수정하는 데 중점을 둔다. 부정적인 생각들을 수정하기 위해 다양한 기법들이 사용되며, 대표적인 방법이 인지재구성(cognitive restructuring) 훈련이다. 인지재구성 훈련에서는 먼저 개인의 부정적인 사고를 탐색하고, 그 사고가 가지는 논리적 오류를 확인하며, 반론적 질문들을 통해 부정적인 사고들을 체계적으로 수정하는 과정을 거치게 된다. 인지행동 접근을 통해 사회불안장애를 치료하는 데 있어 임상 실제에서 가장 많이 사용되는 방법은 인지행동 집단치료이며, 이는 Heimberg와 Becker(2002)에 의해 만들어졌다. 그 명칭에서 알 수 있듯이 인지행동 집단치료는 사회불안 증상을 가진 개인들이 모여 집단 형식으로 실시된다. 이 장애의 주된 특성이 사회적 상황에서 경험하는 과도한 불안임을 고려할 때 매우 적절한 치료 방법으로 판단된다. 인지행동 집단치료는 앞서 소개한 인지재구성 훈련과 노출훈련의 두 가지 치료적 요소를 적절하게 통합한 접근으로 사회불안장애 치료에 있어 그 효과가 입증되어왔다(Liebowitz et al., 1999; McEvoy, 2007; Otto et al., 2000).

그러나 인지행동치료의 긍정적인 치료효과에도 불구하고, 사회불안장애를 가진 40～50%의 환자들은 인지행동치료를 받은 후에도 미

미한 호전만 나타내거나 아예 개선이 이루어지지 않기도 한다(Hofmann & Bőgels, 2006). 아울러 치료에 반응을 보이는 대부분의 환자들도 치료 후에 남아있는 증상과 그와 관련된 손상들을 경험하게 된다(Herbert & Cardaciotto, 2005). 뿐만 아니라 인지행동치료의 두 가지 핵심 치료변인인 인지재구성 훈련과 노출훈련에서 문제점이 발견된다. 먼저 인지재구성 훈련의 경우, 사회불안을 경험하는 개인의 부정적 사고를 변화시키는 과정에서 특정 사고를 '잘못된' 것으로 명명하게 된다. 이러한 특정 사고에 대한 부정적인 태도는 자칫 '사고억제의 역설적 효과'를 발생시킬 수 있으며, 오히려 부정적 사고의 발생 빈도를 높일 수 있게 된다(Arch & Craske, 2008). 아울러 치료효과와 관련하여서도 의문이 제기될 수 있는데, 인지재구성의 과정을 실시하지 않고 노출훈련만 실시한 경우에도 인지재구성 훈련을 병행한 치료만큼의 효과가 나타나고(Hope, Heimberg, & Bruch, 1995), 심지어 노출훈련만으로도 인지적 변화가 나타나기도 한다(Hope et al, 1995; Newman, Hofmann, Trabert, Roth, & Taylor, 1994). 이러한 결과들은 사회불안장애 개선을 위한 인지행동치료에 있어, 인지재구성 훈련이라는 치료적 변인을 추가하는 것이 필요한지에 대한 의구심을 품게 한다. 이와 일맥상통하게, Hofmann과 Otto(2008)의 인지행동치료에서는 사회불안장애 환자의 부정적인 사고를 중요하게 다루지만, 인지재구성 개입을 위한 별도의 회기를 구성하지 않고 지속적인 노출훈련을 통해 변화를 추구한다.

다른 주요 치료변인인 노출훈련의 경우에도 문제점이 발견된다. 노출훈련은 앞에서 소개한 바와 같이 치료적 효과가 타당한 것으로 판단되나(Fedoroff et al., 2001; Feske et al., 1995; Taylor, 1996), 노출 회기 이후 이를 다시 시도하지 않고 중도 탈락하는 비율이 높은 것이 문제가 된다(조용래, 2001). 사회불안을 가진 개인들이 노출훈련을 피하는 것은 치료적 노출을 시도할 때 제공되는 사회적 상황에서 경험하게 되는 불안을 피하려는 임상적 특징에 기인한 것으로 보인다. 즉, 회피적인 태도가 노출훈련의 치료적 성과를 저해하는 주된 장애물이 되는 것이다. 그러므로 회피적 태도를 다루는 개입이 노출훈련의 효과 증진을 위해 반드시 선행되어야할 것으로 생각된다. 인지행동치료의 제한점에 대한 자각은 새로운 이론적, 임상적 관점을 필요로 하게 되었고, 그 결과로 나타난 대표적인 흐름이 마음챙김(mindfulness)과 수용(acceptance)에 기반한 치료적 접근법들이라고 할 수 있다.

마음챙김이나 수용에 기반한 치료적 접근들은 기존의 인지행동치료에서 파생되었으나 그 이론적, 철학적 배경에 차이가 있어, '제 3세대 흐름'으로 불리기도 한다. 이러한 흐름의 선두에 있는 치료적 접근들 중 하나가 '수용전념치료(acceptance and commitment therapy: ACT)'이다. 수용전념치료는 Hayes, Strosahl과 Wilson(1999, 2012)에 의해 개발되었으며, '심리적 유연성' 증진을 치료목표로 삼고 이를 위해 사적인 경험의 수용과 개인이 소중하게 생각하는 가치에 기반한 행동의 증진을 강조한다. 아울러 수용전념치료에서는 개인의 정서, 사고, 신체감각 등의 사적 경험들에 기꺼이 접촉하지 않고, 삶에 손해를 겪음에도 불구하고 사적 경험의 형태나 빈도를 바꾸거나 이에서 벗어나려는 시도를 '경험회피(experiential avoidance)'라 하며, 이 경험회피를 정신병리의 주된 원인으로 본다(Hayes, Wilson, Gifford, Follette, & Strosahl, 1996). 반면 수용은 경험회

피에 반대되는 혹은 대체될 수 있는 구성개념으로, "생각 및 감정 등의 사적 사건, 특히 심리적 고통을 유발시키는 사적 사건을 그 빈도나 형태를 변화시키려 시도하지 않은 채 기꺼이 받아들이는 것"이다(Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006). 수용은 수용전념치료에서 강조하기 이전부터 동서양 철학이나 영성에서의 오랜 주제이었으며(Gunaratana, 1991; Hanh, 1976), 이전의 다양한 심리치료들의 중요한 목표이기도 하였다(예. Greenberg & Sarfran, 1989, p.20; Rogers, 1961, p.115: Yalom, 1980, p.47). 아울러 인지행동치료의 주요한 치료변인인 노출훈련이 불안을 일으키는 '외적 자극에 대한 접근반응'을 이끌도록 돕는다면, 수용 훈련은 불안한 상황에서 유발되는 '내적 자극에 대한 접근반응'을 촉진시키는 과정이라고 할 수 있다.

정서의 발생, 강도, 지속기간, 표현에 영향을 미치는 과정을 '정서조절(emotion regulation)'이라고 한다면(Hofmann, Heering, Sawyer, & Asnaani, 2009), 내적 경험 중 정서에 대한 수용도 정서조절 방략의 하나로 볼 수 있다. 그러나 수용이 가지는 다른 정서조절 방략들과의 가장 큰 차이는 명시적인 통제 노력이 없다는 것이다(Kollman, Brown, & Barlow, 2009). 앞서 소개한 인지행동치료의 중요한 치료변인인, 인지재구성 훈련 또한 생각이나 신념의 변화를 통해 부정적인 정서를 조절하는 데 목적이 있으므로 정서조절 방략의 하나로 볼 수 있다. 그런데 수용과 인지재구성이라는 두 가지 정서조절 방략은 수용전념치료와 전통적인 인지행동치료 각각의 치료적 관점을 구별하는 차별적인 특성이라고 할 수 있다. 즉, 수용전념치료는 정서와 같은 내적 경험의 내용이나 빈도 등을 변화시키려는 의도 없이 있는 그대로 수용하는데 중점을 두며, '수용지향적인 접근'이라 할 수 있다. 반면, 전통적인 인지행동치료는 인지재구성을 통해 정서의 변화를 도모하며, '변화지향적인 접근'이라 할 수 있는 것이다. 전술한 바와 같이 사회불안장애 치료를 위한 인지행동치료의 핵심요소는 인지재구성과 노출훈련이다. 그러나 인지재구성 훈련은 치료변인으로서의 필요성에 대한 의문이 제기되고, 노출훈련은 내담자들의 불안에 대한 회피적인 태도가 장애물로 작용한다는 한계가 있다. 그러므로 수용 훈련이 회피적 태도를 완화시키고 오히려 적극적으로 불안을 경험하는 태도를 증진시킨다는 점에 주목할 때, 인지행동치료의 제한점을 보완할 수 있는 잠재적 치료요소가 될 수 있다. 이러한 점들을 고려할 때, 사회불안 개선에 있어 수용 훈련과 인지재구성 훈련의 차별적 효과를 비교하는 연구가 필요할 것으로 사료된다.

기존 연구들에서는 대부분 불안(Forman, Herbert, Moitra, Yeomans, & Geller, 2007), 불안장애(Arch et al., 2012), 사회불안(Block & Wulfert, 2000)의 치료에 있어 수용전념치료와 인지행동치료가 어떤 차별적 효과를 보이는지 탐색하는 '거시적 접근(macro approach)'이 주로 이루어지고 있다. 반면 각각의 치료에서 중요한 치료적 변인인 수용 훈련과 인지재구성 훈련을 따로 추출하여 비교하는 '미시적 접근(micro approach)'의 연구는 부족한 실정이다. 이러한 미시적 접근은 각각의 치료변인들이 해당되는 치료이론에 맞게 실제로 작용하는지를 밝혀낼 수 있고(Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006), 수용전념치료와 인지행동치료의 차별적 특성을 밝히는데 기여할 수 있을 것으로 예상된다. 사회불안과 관련하여 수용과 인지재구성 기법의 효과를 비교한 유일한 실험

연구가 Hofmann 등(2009)에 의해 실시되었다. 이 연구에 의하면 수용과 인지재구성 처치 모두 억제 처치보다 발표 상황에서 심장박동률을 낮추는 데 효과가 있는 것으로 나타났다. 그러나 불안의 주관적 보고에 있어서는 인지재구성 처치만 억제 처치에 비해 더 효과적인 것으로 나타났다. 하지만 Hofmann 등(2009)의 연구는 일반 대학생 집단을 대상으로 하였고, 인지재구성과 수용 처치 모두 몇 개의 문장으로 구성된 지시문을 제공함으로 처치가 지나치게 단순화되어 있다. 아울러 인지재구성과 수용 처치 모두에 "즉흥 발표가 어느 정도의 불편감이나 두려움을 일으키는 것은 매우 정상적인 것입니다"와 같은 내용이 포함되어 있어, 처치 조건 간 특성의 차이가 작아질 수 있을 것으로 생각된다. 국내에도 발표, 수행, 과잉호흡 도전 절차 등에 의한 불안 유발 상황에서 수용 처치의 효과를 탐색한 연구들이 있으나, '수용과 비수용 처치' 혹은 '수용과 억제 및 중립 처치'와 비교한 연구들로 인지재구성 처치와 비교한 연구는 아직 보고되지 않았다(노현진, 조용래, 2010; 박성신, 조용래, 2005; 조용래, 2010).

따라서 본 연구에서는 수용전념치료와 인지행동치료 각각에서 핵심적 치료변인인 수용과 인지재구성 처치가 즉흥발표로 인해 유발되는 사회불안 감소에 미치는 효과를 비교하고자 한다. 가설은 다음과 같다. (1) 수용과 인지재구성 처치는 모두 중립 처치에 비해, 발표로 인해 유발된 사회불안(심장박동률, 상태불안 질문지 점수)을 더 효과적으로 감소시킬 것이다. (2) 수용 처치는 다른 처치들에 비해 사회불안 수용의 정도를 더 효과적으로 증진시킬 것이다. (3) 인지재구성 처치는 다른 처치들에 비해 발표불안과 관련된 부정적 사고를 더 효과적으로 감소시킬 것이다.

방 법

연구 참여자

서울 소재 S대학교에서 온라인, 오프라인 홍보매체를 통하여 실험을 소개하고 참여의사가 있는 학생들을 모집하였다. 이때 모집 대상은 본인이 사회불안이 높다고 자각하는 학생들이었으며, 이들에게 20문항으로 구성된 사회적 공포 척도를 이메일로 전달하여 응답하게 하였다. 이후 Brown 등(1997)과 Heimberg, Mueller, Holt, Hope와 Liebowitz(1992)의 기준을 채택하여, 24점 이상을 임상적으로 높은 수준의 사회불안으로 간주하고 선발하였다. 결국 질문지 작성자 105명 중에서 60명에게 실험참여가 가능함을 알리고 차후과정을 안내하였다. 수용, 인지재구성, 중립 조건에 각각 20명, 21명, 19명을 할당하였으며, 이 중에서 남자가 26명(43.3%), 여자가 34명(56.7%)이었으며, 이들의 평균연령은 22.22세(SD=2.08)였다.

측정도구

사회적 공포 척도(Social Phobia Scale: SPS)

Mattick과 Clarke(1989)가 개발한 척도로서 모두 20문항으로 구성되어 있으며 0(전혀 그렇지 않다)에서 4(매우 그러하다)에 이르는 5점 척도 상에서 평정된다. 문항들은 타인에 의해 관찰되는 상황 혹은 사건 등을 기술한다. 본 연구에서는 김향숙(2001)이 번안한 한국판 SPS를 사용하였으며, 김향숙(2001)의 연구에서 내적 합치도는 .92이었다.

한국판 사회불안 수용 행동 질문지(Social Anxiety Acceptance and Action Questionnaire: SA-AAQ)

MacKenzie와 Kocovski(2010)가 사회불안 증상에 대한 수용의 정도를 측정하기 위해 개발한 질문지로, 총 19문항이며 각 7점 척도로 평정한다. 역채점 문항은 5, 6, 7, 8, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19번이며, 총점이 높을수록 사회불안 증상을 더 잘 수용함을 나타낸다. 국내에서는 김기환과 권석만(2013)이 번안, 타당화 하였으며, 내적 합치도 계수는 .92로 보고되었다. 본 연구에서는 현재 상태에 경험하는 수용의 정도를 측정하기 위해, 원판과 달리 지시문 일부를 "당신이 지금 이 순간에 경험하고 있는 상태가 어떠한지에 따라"와 같이 수정하였고, 문항 1에서도 '간혹'이라는 표현을 삭제하였다.

한국판 발표불안 사고 검사(Speech Anxiety Thoughts Inventory: SATI)

이 검사는 발표불안과 관련된 부정적 인지를 측정하기 위하여 Cho, Smits와 Telch(2004)가 개발한 23개 문항의 자기보고형 검사이며, 각 문항별로 5점 척도로 평정한다. 국내에서는 조용래(2004)가 번안, 타당화 하였으며, 내적 합치도 계수는 .95로 보고되었다.

상태불안 질문지(State-Trait Anxiety Inventory Form Y: STAI-Y)

이 질문지는 상태불안을 측정하는 자기보고형 검사로서 Spielberger, Gorsuch와 Lushene (1970)에 의해 개발되었다. 모두 20개의 문항에 대해 4점 척도 상에서 평정하도록 구성되어 있다. 본 연구에서는 한덕웅, 이장호와 전겸구(1996)에 의해 번안된 척도를 사용하였으며, 내적 합치도 계수는 .92, 2개월 간격의 검사-재검사 신뢰도 계수는 .41로 보고되었다.

심장박동률

참여자들이 경험하는 불안의 생리적 반응을 측정하기 위하여 심장박동률을 실시간으로 측정하였으며 그 평균값을 최종 측정치로 사용하였다. 이는 선행 연구들(Herbert, Rheingold, & Brandsma, 2001)에서 심장박동률이 불안의 신뢰로운 생리적 측정치라는 제안을 따른 것이다. 심장박동률을 얻기 위해 표준 3채널 전산화 심전도 측정 및 분석 시스템인 QECG-3(상품명)을 통해 심전도 파형을 획득하였으며, 실제 측정은 양쪽 손목과 발목에 집게모양의 센서를 부착하여 이루어졌다. 데이터 획득 프로그램으로는 (주) 락싸(LAXTHA)에서 제공하는 TeleScan(ver. 3.08)을 사용하였으며, 심장박동률을 얻기 위해 HRV-Addon 프로그램을 사용하였다. 아울러 한 번에 다수의 데이터를 처리하기 위해 일괄처리 프로그램인 Batch Pro-Addon을 사용하였다. 연구자는 데이터 획득 프로그램을 작동시켜 컴퓨터 모니터를 통해 실시간으로 참여자의 심전도 파형을 관찰할 수 있었으며, 파형이 어느 정도 안정된 후에 기록을 시작하였다. 기저선, 발표 전, 이완 후의 시기에는 각각 3분씩 심전도 파형을 획득하였고, 발표 중에는 발표 시작부터 종료까지의 심전도 파형을 획득하였다. 심전도 파형에서 심장박동률의 평균값을 계산하는 과정은 실험진행이 끝난 후에 실시하였으며, 획득 가능한 3개의 심전도 파형 채널 중 가장 안정적인 두 번째 채널을 주로 사용하였다. 다만 두 번째 채널의 파형이 불안정한 경우에는 첫 번째 혹은 세 번째 채널을 사용하여 심장박동률의 평균값을 획득하였다.

기꺼이 참여하고 싶은 정도 측정

발표와 이완 후 측정이 끝난 후에 "다시 유사한 발표에 기꺼이 참여할 용의가 있으십니까?"라는 질문을 통해 기꺼이 참여하고 싶은 정도를 측정하였다. 이러한 질문은 주로 참가자들의 행동적 회피 혹은 수용의 정도를 측정하는데 사용되어 왔다(예. Levitt, Brown, Orsillo, & Barlow, 2004). 본 연구에서는 이 질문에 대해 1점(전혀 아님)에서 10점(매우 많이) 척도로 답하게 하였다.

발표 시간 및 주제의 수

참여자가 실제로 발표를 수행한 시간(초)을 측정하였다. 그리고 주어진 5개의 주제 중 몇 개의 주제에 대해 발표하였는지 측정하였다.

처치 조작 점검

참여자들이 동영상을 통해 소개받은 처치를 발표하는 동안 잘 적용할 수 있었는지에 대해 1점(전혀 아님)에서 10점(매우 많이) 척도로 답하게 하였다.

발표에 대한 만족도

참여자들이 자신이 한 발표에 대해 얼마나 만족하는지를 1점(전혀 아님)에서 10점(매우 많이) 척도로 답하게 하였다.

절차

먼저, 참여자모집을 위한 홍보 이전에, 연구의 목적, 방법, 대상 등 연구 내용 일체에 대해 서울대학교 생명윤리심의위원회의 사전 승인을 받았다. 실험진행을 위해 참여자들에게 사전에 개별적으로 전화연락을 하여 실험 스케줄을 잡았으며, 약속된 시간에 방문한 참여자에게 연구에 대한 설명을 한 후 연구참여자용 동의서를 읽고 서명하도록 안내하였다. 다음으로 사회불안 수용 행동 질문지, 발표불안 사고 검사, 상태불안 질문지를 작성하게 하였다. 아울러 심장박동률의 기저선을 측정하기 위해 3분간 심전도를 측정하였다(기저선 측정). 그 후, 실험 조건에 따라 각각 다른 처치가 이루어졌다. 수용과 인지재구성 집단의 실험 처치는 심리교육과 이에 따른 실습으로 이루어져있다. 수용과 인지재구성 처치 모두 "사회불안이란 타인이 관찰하거나, 판단하거나, 또는 평가할 수 있는 상황에서 경험하는 불안을 말합니다..."와 같이 사회불안에 대한 설명이 먼저 제시되었다. 그 다음으로 수용과 인지재구성 처치 각각에 대한 설명이 제시되었다.

수용 처치의 경우, 기존의 심리적 수용 처치(박성신, 조용래, 2005; 조용래, 2010)를 참고하여 지시문이 구성되었으며, "발표상황에서 경험하는 불안한 상태에 대처하는 효과적인 방법의 핵심은 자신이 느끼는 불안반응들을 있는 그대로 체험하고 충분히 받아들이는데 있습니다. 즉, 현재 그 불안한 상태에서 느껴지는 신체감각이나 불안한 감정과 두려운 생각들에 대하여 판단을 멈추고, 현재 그 상태 그대로 머물러 있으면서, 불안반응들에 단지 주목하고, 또한 자신의 불안을 *있는 그대로 받아들이도록* 하십시오. 그렇게 하시면 불안하지만 불안과 함께 내가 원하는 것을 할 수 있게 되고, 결과적으로는 불안이 점차 줄어들게 됩니다."와 같은 내용을 포함하고 있다. 이에 더하여 수용전념치료에서는 수용과 같은 치료적 변인을 습득하는 데에 교육과 지도보다는 실제로 체험하는 것을 더 중요하게 여기므로, 수용을 촉진하는 체험적 기법 중

하나인 '깡통괴물 관찰하기(Hayes & Smith, 2005/2010)'를 실습할 수 있도록 안내하였다. 이 기법은 개인이 불편하게 여기고 회피하는 내적 경험을 신체감각, 정서, 생각 등으로 나누어서 관찰하고 수용할 수 있도록 돕는다. 본 연구에서는 잠시 후에 발표하는 상황을 떠올리게 하고 이 때 떠오르는 신체감각, 감정, 생각을 구분하여 관찰하고 수용할 수 있도록 지시하였다. 그리고 이 실습을 기록지에 적으면서 할 수 있도록 실습 기록지를 제공하였다.

인지재구성 처치의 경우, Heimberg와 Becker (2002/2007)의 사회불안 인지행동 집단치료에서 소개되는 인지재구성 훈련을 참고하여 지시문을 구성하였으며, "발표상황에서 경험하는 불안한 상태에 대처하는 효과적인 방법의 핵심은 불안할 때 떠오르는 생각들을 관찰하고, 그 생각이 가지는 논리적인 오류를 찾아내어, *보다 합리적이고 타당한 생각으로 바꾸는 데* 있습니다. 즉, 발표에 대해 가능한 합리적이고 타당하며 현실적인 생각을 하십시오. 이러한 과정은 크게 세 단계로 나눌 수 있습니다. 먼저는 불안할 때 무슨 생각이 드는지 관찰하십시오. 다음으로는 그 생각이 정말 타당한지, 합리적인지, 현실적인지를 따져보십시오. 마지막으로는 좀 더 타당하고 합리적인 생각으로 바꾸어 보십시오."와 같은 내용을 포함하고 있다. 이에 더하여 인지재구성을 실습할 수 있도록 실습 기록지를 제공하였으며, 그 내용은 Hope, Heimberg, Juster와 Turk(2000/2006)의 사회불안 인지행동 집단치료 워크북을 참고하여 구성하였다. 먼저 참가자가 기록지를 작성하면서 잠시 후에 발표하는 상황을 떠올리게 하고 이때 떠오르는 생각들을 적게 하였다. 그리고 그 생각들이 가지고 있는 논리적인 오류들을 찾게 하고 그 생각들이 정말 그러한지 따져보도록 하고, 마지막으로 보다 합리적이고 타당하며 현실적인 생각들로 변화시킨 후 기록하도록 하였다.

수용과 인지재구성 처치를 위한 심리교육과 실습은 각 처치에 맞는 내용이 담긴 10분 분량의 동영상을 제작하여, 휴대형 멀티미디어 플레이어(portable multimedia player: PMP)를 통해 제공하며 참여자는 헤드폰을 착용하고 시청할 수 있도록 안내하였다. 처치내용을 소개하는 역할은 임상심리전문가인 연구자가 맡았다. 동영상 시청 후 수용과 인지재구성 처치의 경우, 앞서 소개한 각 처치의 주요 내용을 상기시키는 간략한 문구를 제시하였다. 중립처치 집단은 10분 분량의 자연 다큐멘터리를 시청할 수 있도록 하였으며, 다른 두 처치와 동일하게 PMP와 헤드폰을 통해 시청할 수 있도록 안내하였다. 각 조건별 처치가 끝난 후에는 차후 즉흥발표가 있을 것을 알리고 다시 상태불안 질문지를 작성하고 심전도를 3분간 측정하였다(발표 전 측정).

다음으로, 참여자에게 5가지 발표주제(대학생활, 행복한 가정, 교육제도, 환경오염, 사형제도)를 서면으로 제시하고 각 주제에 대한 주관적인 난이도를 평정하게 하였다. 아울러 난이도가 낮은 주제에서 높은 순으로 발표를 진행하도록 안내하였다. 이때 평가 관련 불안을 유발하기 위하여, 비디오 카메라로 발표를 촬영하고 그 내용이 실험진행자와 그 외 2명의 전문가에 의해 평가된다고 안내하였다. 5가지 주제 모두를 발표할 필요는 없으며 원하는 만큼 발표할 수 있고 언제든지 발표를 중단할 수 있음을 알리고, 중단을 원하는 경우 손을 들거나 구두로 중단의사를 밝힐 수 있음을 알렸다. 난이도 평정과 발표 안내에 3분 정도의 시간이 소요되었다. 발표하는 중에 실

시간으로 심장박동률을 측정하기 위해 집게 모양의 센서를 손발목에 물린 상태에서 앉아서 발표를 실시하도록 하였다. 또한 자발적 발표 수행시간과 발표 주제의 수도 기록하였다(발표 중 측정). 이때 발표에 소요된 시간은 평균 441.42초(*SD*=220.32)였으며, 발표한 주제의 수는 평균 4.95개(*SD*=0.22)였다.

발표 후에 사회불안 수용 행동 질문지, 발표불안 사고 검사, 상태불안 질문지를 작성하였다(발표 직후 측정). 이후에 편안한 음악을 들으면서 이완할 수 있는 시간을 제공하였으며, 이때 제공된 음악은 Richard Stoltzman의 'Maid with the flaxen hair'였다. 이완 후에 상태불안 질문지와 처치점검, 기꺼이 참여하기 정도, 수행만족도 질문지를 작성하고 심전도를 3분간 측정하였다(이완 후 측정).

마지막으로 연구의 목적과 결과에 대해 설명을 제공하였다. 아울러 발표 중에 녹화한 동영상은 바로 삭제될 것이며, 차후에 평가 또한 하지 않음을 알리고 연구목적 상 실제와 다르게 안내하였음에 대해 양해를 구하였다. 참여자의 기분 상태를 점검하여 충분히 안정적인 상태임을 확인한 뒤에 실험을 마쳤다. 실험 내용에 관해서는 본 연구가 끝나는 기간까지 비밀로 해 줄 것을 부탁하였다. 실험참여의 대가로 소정의 상품권이나 현금을 지급하였으며, 중립 처치의 경우에는 수용과 인지재구성 처치에 대한 간단한 설명을 제공하고 원하는 처치에 관한 내용이 들어있는 동영상과 실습 기록지를 차후에 이메일로 전달하였다. 전체 실험참여에 소요된 시간은 대략 50분 정도였다. 본 실험은 임상 · 상담심리학 전공 석사과정생 1명과 연구자가 진행하였다.

결 과

측정치들의 초기 동등성 검증

세 처치조건에서 사전에 측정된 심장박동률과 사회적 공포 척도, 상태불안 질문지, 사회불안 수용 행동 질문지, 발표불안 사고 검사 점수의 평균 및 표준편차를 표 1에 제시하였다. 아울러 처치를 가하기 이전 상태에서 세 처치조건이 서로 동질적이었는지 여부를 확인하기 위해, 각 사전측정치들의 처치조건 간

표 1. 사전측정치들의 평균, 표준편차 및 처치 간 차이

조건 / 측정치	수용 처치	인지재구성 처치	중립 처치	*F*
	M(*SD*)	*M*(*SD*)	*M*(*SD*)	
SPS	35.55(8.02)	39.52(14.52)	36.95(6.89)	.76
심장박동률	83.46(12.87)	77.32(9.38)	80.59(12.90)	1.16
STAI-Y	29.15(10.72)	30.00(10.98)	29.00(9.24)	.06
SA-AAQ	76.11(13.00)	69.95(18.33)	80.63(15.05)	2.33
SATI	72.40(13.73)	74.57(16.80)	69.95(16.25)	.44

주. SPS: 사회적 공포 척도, STAI-Y: 상태불안 질문지, SA-AAQ: 한국판 사회불안 수용 행동 질문지, SATI: 발표불안 사고 검사

차이를 검증하고 그 결과를 함께 제시하였다. 표 1에서 보듯이, 어떠한 사전 측정치에서도 처치조건 간 유의미한 차이가 나타나지 않았다. 또한 세 처치조건 각각의 차이를 밝히기 위하여 Scheffé 사후비교를 실시하였을 때에도 통계적으로 유의미한 차이가 나타나지 않았다. 이러한 결과들은 본 연구에 사용된 모든 측정치들이 사전동질성을 갖추고 있음을 의미한다.

처치조건이 불안반응의 변화에 미치는 효과 검증

심장박동률

불안반응의 생리적 측정치인 심장박동률에 대한 처치조건과 측정시기의 효과를 검증하기 위하여, 처치조건(수용, 인지재구성, 중립)을 피험자간 변인, 측정시기(기저선, 발표 전, 발표 중, 이완 후)를 피험자내 변인으로 하는 반복측정 단일변량분석(Repeated Measure ANOVA)을 실시하였으며, 각 처치조건과 측정시기에 해당되는 심장박동률이 표 2에 제시되어있다. 그 결과, 측정시기의 주효과가 유의미하였으나, $F(3,168)=72.81$, $p<.001$, 처치조건의 주효과나 두 변인 간의 상호작용효과는 유의미하지 않았다[각각, $F(2,56)=.68$, *ns*; $F(6,168)=2.29$, *ns*]. 이를 좀 더 구체적으로 탐색하기 위해, 기저선과 차후 세 번의 시기 각각을 비교하는 '기저선과 발표 전', '기저선과 발표 중', '기저선과 이완 후'의 세 구간으로 나누어 분석을 시도하였다. 즉, 각 구간에서 심장박동률에 대한

표 2. 심장박동률과 상태불안 질문지 점수의 평균(표준편차) 및 차이 분석

	처치	기저선	발표 전 (처치 후)	발표 중 (혹은 직후)[1]	이완 후	기저선-발표 중(직후)		
						시기	처치	시기 X 처치
심장 박동률	수용	83.46 (12.87)	81.82 (9.98)	88.71 (9.63)	80.24 (9.94)	71.08***	0.39	3.66*
	인지 재구성	77.32 (9.38)	77.44 (9.09)	89.52 (13.22)	75.92 (8.26)			
	중립	80.59 (12.90)	80.13 (10.57)	91.27 (10.44)	77.83 (9.41)			
STAI-Y	수용	29.15 (10.72)	32.90 (9.75)	26.90 (9.62)	19.45 (7.20)	0.26	0.29	0.84
	인지 재구성	30.00 (10.98)	28.57 (10.69)	28.10 (9.84)	18.57 (8.16)			
	중립	29.00 (9.24)	27.53 (9.32)	30.95 (7.89)	19.21 (7.10)			

주. STAI-Y: 상태불안 질문지

[1] 심장박동률은 발표 중, STAI-Y는 발표 직후의 측정치임

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

처치조건과 측정시기의 효과를 검증하기 위한 반복측정 단일변량 분석을 실시하였으며, 그 결과는 다음과 같다. 먼저 기저선과 발표 전 사이에는 측정시기나 처치조건의 주효과, 그리고 둘 간의 상호작용효과 모두 유의미하지 않았다. 다음으로 기저선과 발표 중 사이에는 측정시기의 주효과, 측정시기와 처치조건 간 상호작용효과가 나타났으며[각각, $F(1,56)=71.08$, $p<.001$; $F(2.56)=3.66$, $p<.05$], 처치조건의 주효과는 나타나지 않았다. 마지막으로 기저선과 이완 후 사이에는 측정시기의 주효과만 나타났으며, $F(1,57)=10.72$, $p<.01$, 처치조건의 주효과나 둘 간 상호작용효과는 나타나지 않았다.

여러 측정시기들 중에서 '발표 중' 시기는 발표수행으로 인한 사회불안이 실제로 유발되는 상황인 동시에 실험 처치에서 제공된 방략을 활용하여 불안에 직접 대처하도록 목표한 시기에 해당하므로, 기저선과 발표 중의 비교는 본 연구에서 가장 중요한 의미를 가진다고 할 수 있다. 앞서 언급한 바와 같이 이 구간에서 측정시기의 주효과와 측정시기와 처치조건 간 상호작용효과가 유의미하게 나타났으며, 이는 그림 1에 시각적으로 제시되어 있다. 그림 1에서도 볼 수 있듯이 세 처치조건 모두에서 기저선에 비해 발표 중의 불안수준이 상승하였으며, 이는 세 조건 모두 발표수행으로 인해 불안이 유발되었음을 의미한다. 또한 측정시기와 처치조건 간의 상호작용효과가 나타난 것은 발표수행으로 인한 불안의 증가 정도가 각 처치조건별로 다른 양상을 보이고 있음을 시사한다. 즉, 그림 1에서 관찰되는 바와 같이, 수용 조건은 기저선에서 중립과 인지재구성 조건 보다 상대적으로 높은 심장박동률을 보이고 있으나 발표 중에는 중립과 인지재구성에 비해 낮은 심장박동률을 보이고 있다. 측정시기와 처치조건 간 상호작용의 소재를 구체적으로 살펴보기 위해, '수용과 중립' 그리고 '수용과 인지재구성'의 두 처치조건만을 포함하여 분석을 시도해보았다. 그 결과, 수용과 중립, 그리고 수용과 인지재구성의 두 조합 모두에서 측정시기와 처치조건 간의 상호작용효과가 유의미하게 나타났다[각각, $F(1,37)=5.14$, $p<.05$; $F(1,38)=7.14$, $p<.05$]. 이는 수용 처치가 다른 처치들에 비해 발표 중에 불안이 증가하는 정도가 상대적으로 낮음을

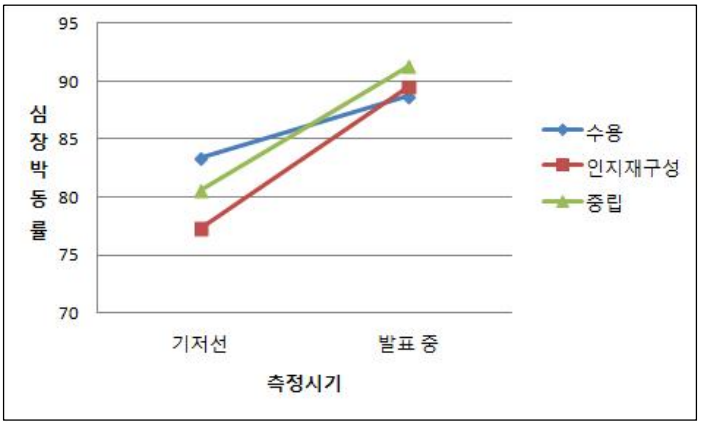

그림 1. 처치조건에 따른 기저선과 발표 중의 심장박동률

나타낸다. 그러나 인지재구성 처치의 경우에는 중립 처치와 평행한 양상을 보이고 있으며, 인지재구성과 중립 처치만을 포함하는 분석에서 측정시기와 처치조건 간 상호작용효과가 유의미하지 않았다, $F(1,37)=.24$, *ns*. 이는 인지재구성 처치의 경우, 중립 처치와 비교하였을 때 불안의 증가 정도에 있어 차이가 없음을 의미한다. 끝으로 기저선과 이완 후 사이에 심장박동률에 대한 측정시기의 주효과가 나타난 것은 이완처치를 통해 불안수준이 낮아지는 효과가 있었음을 의미한다.

주관적 불안수준

불안반응의 주관적 측정치인 상태불안 질문지(STAI-Y) 총점에 대한 처치조건과 측정시기의 효과를 검증하기 위하여, 처치조건(수용, 인지재구성, 중립)을 피험자간 변인, 측정시기(기저선, 발표 전, 발표 직후, 이완 후)를 피험자내 변인으로 하는 반복측정 단일변량분석을 실시하였으며, 각 처치조건과 측정시기에 해당되는 주관적 불안수준이 표 2에 제시되어있다. 그 결과, 심장박동률의 경우와 마찬가지로 측정시기의 주효과가 유의미하였으나, $F(3,171)=35.60$, $p<.001$, 처치조건의 주효과나 두 변인 간의 상호작용효과는 유의미하지 않았다[각각, $F(2,57)=.06$, *ns*; $F(6,171)=.1.85$, *ns*]. 이를 좀 더 자세히 분석하기 위해 심장박동률의 경우와 유사하게 '기저선과 발표 전', '기저선과 발표 직후', '기저선과 이완 후'의 세 구간으로 나누어 각각에서, 상태불안 질문지 총점에 대한 처치조건과 측정시기의 효과를 검증하기 위한 반복측정 단일변량분석을 실시하였다. 그 결과는 다음과 같다. 먼저 기저선과 발표 전 사이에는 심장박동률의 경우와 마찬가지로 측정시기나 처치조건의 주효과, 그리고 둘 간의 상호작용효과 모두 유의미하지 않았다. 다음으로 기저선과 발표 직후 사이에도 측정시기와 처치조건 각각의 주효과와 둘 간의 상호작용효과가 모두 유의미하지 않았다. 마지막으로 기저선과 이완 후 사이에는 심장박동률과 마찬가지로 측정시기의 주효과만 나타났으며, $F(1,57)=71.61$, $p<.001$, 처치조건의 주효과나 둘 간의 상호작용효과는 나타나지 않았다.

불안반응에 대한 주관적 측정치인 상태불안 질문지의 경우, 발표 직후의 측정치가 매우 중요한 의미를 가질 것으로 판단된다. 이는 자기보고식 질문지의 한계로 인해 발표를 실시하는 도중에 정밀한 측정이 불가능하므로, 발표를 마친 직후의 불안에 대한 주관적 보고가 발표 시에 유발된 불안 정도를 간접적으로 반영할 것이기 때문이다. 그러므로 기저선과 발표 직후 사이 불안반응의 변화를 분석하는 것이 본 연구에서 중요한 시사점을 가진다. 상태불안 질문지 점수의 경우에는 심장박동률과 달리 이 구간에서 측정시기, 처치조건의 각각의 주효과와 두 변인간 상호작용효과 모두 유의미하지 않았다. 하지만 그림 2에서 보듯이 비록 통계적으로 유의미하지는 않지만, 수용과 인지재구성 처치조건에서는 기저선에 비해 발표 직후에서 불안수준이 저하되는 양상을 보이고 있다. 그러나 중립 조건에서는 오히려 불안수준이 상승하는 양상을 보이고 있다. 끝으로 기저선과 이완 후 사이에 상태불안 질문지 점수에 대한 측정시기의 주효과가 나타난 것은 이완처치를 통해 주관적 불안수준이 낮아지는 효과가 있었음을 의미한다.

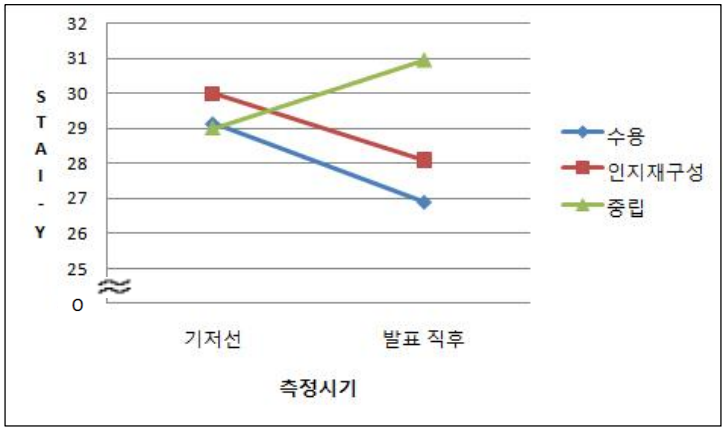

그림 2. 처치조건에 따른 기저선과 발표 직후의 상태불안 질문지 총점

처치조건이 사회불안 수용과 발표불안 사고의 변화에 미치는 효과 검증

사회불안의 수용

사회불안 수용의 정도를 나타내는 사회불안 수용 행동 질문지(SA-AAQ) 총점에 대한 처치조건과 측정시기의 효과를 검증하기 위해, 처치조건(수용, 인지재구성, 중립)을 피험자간 변인, 측정시기(기저선, 발표 직후)를 피험자내 변인으로 하는 반복측정 단일변량분석을 실시하였으며, 각 처치조건과 측정시기에 해당되는 사회불안 수용 행동 질문지 점수가 표 3에 제시되어 있다. 그 결과, 측정시기의 주효과와, 측정시기와 처치조건 간 상호작용효과가 유의미하게 나타났으며[각각, $F(1,56)=7.31$, $p<.01$; $F(2,56)=4.15$, $p<.05$], 처치조건의 주효과는 나타나지 않았다, $F(2,56)=1.80$, *ns*. 그림 3에서 관찰되듯이, 수용과 인지재구성 처치의 경우에는 기저선에 비해 사회불안에 대한 수용의 정도가 증가하는 양상을 보인다. 하지만 중립

표 3. 한국판 사회불안 수용 행동 질문지와 한국판 발표불안 사고 검사 점수의 평균(표준편차) 및 차이 분석

	처치	기저선	발표 직후	기저선-발표 직후		
				시기	처치	시기X처치
SA-AAQ	수용	76.11(13.00)	86.21(12.65)	7.31**	1.80	4.15*
	인지재구성	69.95(18.33)	74.90(22.32)			
	중립	80.63(15.05)	78.95(17.60)			
SATI	수용	72.40(13.73)	64.10(16.22)	11.56**	0.13	5.01*
	인지재구성	74.57(16.80)	65.95(21.49)			
	중립	69.95(16.25)	71.63(20.34)			

주. SA-AAQ: 한국판 사회불안 수용 행동 질문지, SATI: 한국판 발표불안 사고 검사
*$p<.05$, **$p<.01$.

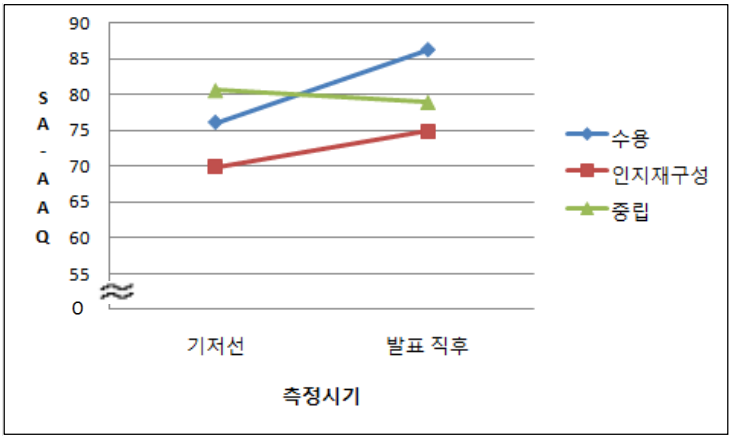

그림 3. 처치조건에 따른 기저선과 발표 직후의 사회불안 수용 행동 질문지 총점

처치의 경우에는 그렇지 않고 오히려 다소 감소하는 양상을 나타낸다. 상호작용 효과의 소재를 구체적으로 파악하고 수용 및 인지재구성 처치를 중립 처치와 비교해 보기 위해, 각각 '수용과 중립 처치', 그리고 '인지재구성과 중립 처치'만을 포함하여 사회불안 수용 행동 질문지 총점에 대한 상호작용 효과를 살펴보았다. 그 결과, 수용과 중립 처치의 경우에는 측정시기와 처치조건 간 상호작용효과가 유의미하게 나타났다, $F(1,36)=7.88$, $p<.01$. 이는 기저선과 발표 직후 사이에서, 수용 처치에서 사회불안 수용의 증가 정도가 중립 처치에 비해 유의미하게 큰 것을 의미한다. 그러나 인지재구성과 중립 처치의 경우에는 측정시기와 처치조건 간의 상호작용효과가 유의미하지 않았다, $F(1,38)=3.47$, *ns*. 이는 인지재구성 처치에서 사회불안 수용의 증가 정도가 중립 조건에 비해 유의미하게 크지 않음을 의미한다.

발표불안 사고

발표불안과 관련된 부정적인 인지를 측정하는 발표불안 사고 검사(SATI) 총점에 대한 처치조건과 측정시기의 효과를 검증하기 위해, 처치조건(수용, 인지재구성, 중립)을 피험자간 변인, 측정시기(기저선, 발표 직후)를 피험자내 변인으로 하는 반복측정 단일변량분석을 실시하였으며, 각 처치조건과 측정시기에 해당되는 발표불안 사고 검사 점수가 표 3에 제시되어 있다. 그 결과, 측정시기의 주효과와 측정시기와 처치조건 간 상호작용효과가 유의미하게 나타났으나[각각, $F(1,57)=11.56$, $p<.01$; $F(2,57)=5.01$, $p<.05$], 처치조건의 주효과는 나타나지 않았다, $F(2,57)=.13$, *ns*. 그림 4에서 보는 바와 같이 수용과 인지재구성 처치의 경우에는 기저선에 비해 발표불안과 관련된 부정적 인지의 정도가 감소하는 양상을 보인다. 하지만 중립 조건의 경우에는 반대로 오히려 다소 증가하는 양상을 나타낸다. 앞의 사회불안의 수용에 대한 분석과 마찬가지로, 상호작용의 소재를 파악하고 수용 및 인지재구성 처치와 중립 처치를 비교하기 위해 각각 '수용과 중립 처치', 그리고 '인지재구성과 중립 처치'만을 포함하여 발표불안 사고 검사 총점에 대한 상호작용 효과를 살펴보았다. 그 결과,

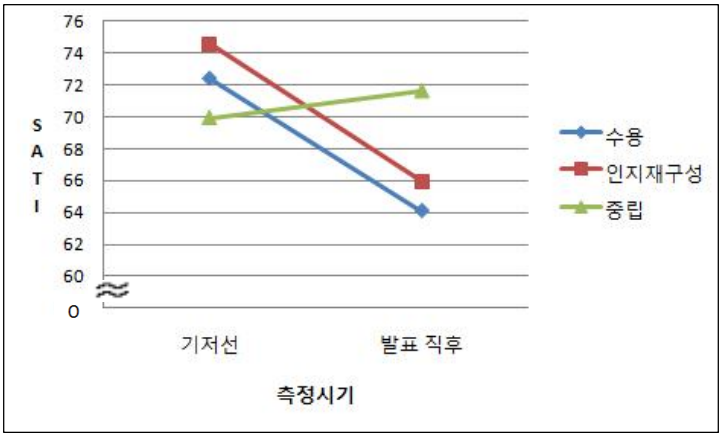

그림 4. 처치조건에 따른 기저선과 발표 직후의 발표불안 사고 검사 총점

수용과 중립 처치, 그리고 인지재구성과 중립 처치 각각의 경우 모두에서 측정시기와 처치 조건 간의 상호작용효과가 유의미하게 나타났다[각각, $F(1,37)=7.22$, $p<.05$; $F(1,38)=8.81$, $p<.01$]. 이는 기저선과 발표 직후 사이에서, 수용과 인지재구성 처치 모두에서 발표불안과 관련된 부정적 사고의 감소 정도가 중립 처치에 비해 유의미하게 큰 것을 의미한다.

기꺼이 참여하고 싶은 정도, 발표 시간 및 주제의 수, 발표에 대한 만족도, 처치조작 점검

먼저 발표 시 유발된 불안에 대한 행동적인 수용의 정도를 반영하는 측정치인, 기꺼이 참여하고 싶은 정도, 발표시간, 발표 주제의 수에 대한 처치집단 간 차이를 살펴보기 위해 각각의 측정치에 대해 일원변량분석을 실시하였다. 그 결과, 기꺼이 참여하고 싶은 정도는 처치 조건 간의 차이가 유의미하게 나타났다, $F(2,57)=4.41$, $p<.05$. Scheffé 사후비교를 실시한 결과, 수용과 인지재구성 처치 모두가 중립 처치 보다 그 정도가 유의미하게 높은 것으로 나타났으며[각각, $p<.05$; $p<.01$], 수용과 인지재구성 처치 간 차이는 유의미하지 않았다. 다음으로 발표 시간과 발표 주제의 수는 모두 세 처치 간에 유의미한 차이가 나타나지 않았다[각각, $F(2,57)=1.58$, *ns*; $F(2,57)=.00$, *ns*]. 그리고 발표에 대한 만족도 또한 처치 간에 유의미한 차이가 나타나지 않았다, $F(2,57)=2.33$, *ns*. 마지막으로 참가자들이 "소개받은 처치를 발표 중에 잘 적용할 수 있었는지"를 묻는 처치조작 점검에 있어, 수용과 인지재구성 처치 간의 유의미한 차이는 나타나지 않았다, $F(1,39)=2.02$, *ns*.

논 의

본 연구에서는 수용 처치가 사회불안에 미치는 효과를 확인하고, 그 효과를 인지재구성 처치와 비교하고자 하였다. 이를 실험 연구방법을 통해 살펴보기 위해 각 조건에 맞는 처치를 제공하고 즉흥발표를 통해 유발되는 사회불안에 얼마나 효과적인지 탐색해 보았다.

아울러 단기적 개입으로 제공된 수용 처치와 인지재구성 처치를 통해 실제로 사회불안에 대한 수용과 부정적 사고의 변화가 나타나는지도 탐색해 보았다.

본 연구의 주요한 결과들을 요약하면 다음과 같다. 먼저, 수용 처치의 경우, 대체로 가설과 일치되게 즉흥발표로 유발된 사회불안 대처에 효과가 있는 것으로 나타났다. 즉, 발표 중에 실시간으로 측정된 생리적 불안반응(심장박동률)의 상승 정도가 중립 처치에 비해 유의미하게 낮았으며, 아울러 인지재구성 처치에 비해서도 낮게 나타났다. 그러나 수용 처치의 발표불안 완화효과는 상태불안 질문지로 보고된 주관적 불안반응에서는 유의미하게 나타나지 않았다. 다만 중립 처치에서는 주관적 불안반응이 기저선에 비해 발표 직후에 높아졌지만, 이와 달리 수용 처치에서는 낮아졌으나 그 차이가 통계적으로 유의미한 정도는 아니었다. 이렇듯 수용 처치가 생리적 측정치에서는 유의미한 효과가 나타나지만 주관적 보고에서는 그렇지 않은 결과는 선행 연구들에서도 관찰된다(노현진, 조용래, 2010; Hofmann et al., 2009). 이 결과들을 수용 처치의 효과를 반증하는 결과로 볼 수도 있겠으나, 생리적 측정치에서는 수용 처치의 효과가 지속적으로 관찰되고 있으며(노현진, 조용래, 2010; Hofmann et al., 2009), 일부 연구(박성신, 조용래, 2005; 오주용, 권석만, 2011)에서는 주관적 측정치에서도 수용 처치의 효과가 나타나고 있다.

다음으로, 인지재구성 처치의 경우에는 가설에서 예상했던 바와 다르게 생리적, 주관적 불안반응 모두에서 발표 상황에서 유의미한 효과가 관찰되지 않았다. 다만 중립 처치에서는 주관적 불안반응이 기저선에 비해 발표 직후에 높아졌지만, 이와 달리 인지재구성 처치에서는 낮아지는 양상이 나타났으나 그 차이가 통계적으로 유의미한 정도는 아니었다. 이는 Hofmann 등(2009)의 연구에서 인지재구성 처치가 생리적 측정치와 주관적 보고 모두에서 효과가 있었다는 결과와 불일치한다. 본 연구에서 인지재구성 처치의 불안 감소 효과가 중립처치와 차이를 보이지 않은 이유가, 인지재구성 처치에 속한 참가자들이 발표불안을 감소시키기 위해 실험에서 제시된 방략을 기대보다 효율적으로 적용하지 못했기 때문일 수 있다. Hofmann 등(2009)의 연구에서 인지적 개입으로 제공된 처치는 보다 단순한 인지적 재평가(reappraisal)로 "... 이 상황은 위협적이지 않습니다. 발표 하는 동안 무슨 일이 일어나든, 혹은 얼마나 불안해 하든, 이것은 단지 실험일 뿐입니다. 또한 이와 관련되어 아무런 부정적인 결과도 일어나지 않습니다..."와 같이 매우 직접적이고 단순한 방법으로 불안에 대처하게 한다. 그러나 본 연구에서 사용된 인지재구성 기법은 자동적 사고의 관찰("발표 중에 불안할 때 떠오르는 생각들을 적어보십시오"), 논리적 오류의 탐색과 반론적 질문("생각들이 가지고 있는 논리적인 오류를 찾아보십시오. 그 생각들이 정말 그러한지 꼼꼼하게 따져보십시오"), 타당한 생각으로 바꾸기("보다 합리적이고 타당한 혹은 현실적인 생각으로 변화시켜 보십시오.") 등의 과정들이 포함되어 있으며 상담, 심리치료 실제에 더 가까운 방략이다. 하지만 이를 단기적인 개입에서 습득하고 즉흥발표 중에 실제로 사용하기에 지나치게 인지적 부담이 클 수 있다. 즉, 즉흥적으로 5가지 주제에 대해 자신의 생각을 발표하는 것은 높은 인지적 부하를 요구했을 가능성이 있으며, 이러한 상황에서 제한된 정보처리

용량으로 동시에 인지적인 방략을 적극적으로 활용하는 데에 한계가 있었을 가능성이 있다. 반면, 수용 기법은 인지적 작업을 요하기보다 불안이라는 감정을 받아들이는 정서적 과정에 보다 집중하므로 인지적 부담은 상대적으로 적을 수 있다. 이러한 주장은 인지재구성 방략은 정서조절체계의 입력을 조절하는 선행사건 초점적(antecedent-focused) 방략이며, 수용 방략은 정서조절체계의 출력을 조절하는 반응 초점적(response-focused) 방략이라는 구분(Hofmann et al., 2009)에서 부분적으로 지지될 수 있다. 즉, 특정 사건에 대한 인지적 해석(입력)에 의해 정서(출력)가 유발된다는 점을 감안할 때, 인지재구성 방략은 주로 인지적 방략에 해당되고 수용 방략은 주로 정서적 방략에 해당된다. 그러므로 인지재구성 방략은 즉흥적으로 자신의 생각을 발표하는 상황에서 인지적인 간섭 및 과부하로 인해 활용되기 어려웠을 수 있다.

부차적으로 실험 처치를 통해 사회불안의 수용과 부정적 인지의 변화가 실제로 일어나는지 탐색해 보았다. 그 결과, 수용 처치에서 중립 처치에 비해 사회불안의 수용이 유의미하게 증진되었으며, 인지재구성 처치에서는 그렇지 않았다. 이는 수용 처치를 통해 실제로 사회불안의 수용이 증진되었음을 나타낸다. 한편 발표불안 사고와 관련해서는 인지재구성 처치뿐만 아니라 수용 처치에서도 변화가 관찰되었다. 즉, 인지재구성 처치와 수용 처치 모두를 통해 발표 상황에 대한 부정적인 사고의 변화가 나타난 것이다. 수용 처치는 인지적인 변화를 일차적인 목표로 하지 않기 때문에 이 결과는 다소 의아하게 보일 수 있다. 이와 관련하여 다음과 같은 해석이 가능하다. 즉, 발표불안 사고 검사의 평정방식 때문이다. 수용의 과정에는 생각을 비판단적으로 관찰하는 과정이 포함되어 있다. 이러한 과정은 수용전념치료에서 제안하는 탈융합, 혹은 마음챙김에 기반한 인지치료(Segal, Williams, & Teasdale, 2002)의 '탈중심화(decentering)', 즉 생각에 대해 거리를 둘 수 있는 능력을 증진시킬 수 있다. 그러므로 발표와 관련된 부정적인 사고의 빈도가 아닌, 이를 믿는 정도(believability)를 측정하는 발표불안 사고 검사 특성에 이러한 결과가 반영되었을 수 있다. 즉, 부정적인 인지의 내용 변화가 아니라 이에 대한 태도가 변한 것이다. 하지만 이러한 논의의 타당성을 검증하기 위해서는 부정적인 인지의 변화를 측정하는 다양한 종류의 도구를 활용한 연구가 추가적으로 필요하다.

마지막으로 수용 정도를 측정하는 행동적 측면에 대한 주관적 측정치인 기꺼이 참여하고 싶은 정도는 수용과 인지재구성 처치 모두 중립 처치보다 높게 나타났지만, 수용과 인지재구성 처치 간의 차이는 나타나지 않았다. 그리고 발표시간과 발표한 주제의 수는 세 가지 처치 간에 차이가 나타나지 않았다. 이러한 행동적인 측정치들의 경우 처치조건 간 뚜렷한 차이가 나타나지 않는 것은, 결과에 영향을 줄 수 있는 통제되지 않은 변인들이 많기 때문으로 생각된다. 수용이나 인지재구성 처치의 경우에는 다큐멘터리 영화만 보여준 중립 처치에 비해 적극적인 처치가 제공되었기 때문에 기꺼이 참여하고 싶은 정도가 더 높았을 수 있으며, 그 외에 제공된 발표 주제에 대한 지식이나 자신감, 말의 속도, 실험자의 지시에 대한 순응의 정도 등 다양한 혼입변인들이 통제되지 못하여 발표 시간이나 주제의 수에서 차이가 나타나기 어려웠을 수 있다.

본 연구에는 몇 가지 제한점과 추후 연구를 통해 보완되어야 할 점들이 있다. 첫째, 실험 처치로 제공된 이론 교육과 실습이 비교적 짧은 시간에 이루어졌다는 점이다. 특히 앞서 언급한 바와 같이 인지재구성 처치의 경우, 짧은 처치로 습득, 활용하기에 인지적 부담이 클 수 있기 때문에 단기적 개입으로 활용이 용이하지 않을 수 있다. 아울러 효과가 나타난 수용 처치의 경우에도 그 효과가 전체 시기가 아닌 '기저전-발표 중'의 짧은 구간에서만 나타났으며, 효과가 얼마나 지속되는지 탐색하기 위한 추수적 자료는 수집하지 못했기 때문에 이 결과를 심리치료의 효과로 귀결시키는 데에는 한계가 있다. 그러므로 향후 적용 회수와 기간을 보다 길게 하는 중장기적 치료 프로그램 효과 연구를 통해 재탐색해 볼 필요가 있다.

둘째, 본 연구의 실험참가자들이 대학생 집단에 국한된다는 것이다. Hofmann 등(2009)의 연구에서 일반 대학생 집단에게 즉흥발표를 하도록 한 것과 달리, 본 연구에서는 사회적 공포 척도에서 높은 점수를 보이는 참여자들을 대상으로 실험을 실시하였다. 하지만 본 연구의 결과를 사회불안장애 환자들에게 일반화하기에는 어려움이 있다. 그러므로 구조화된 임상적 면담도구 등을 활용한 면밀한 평가를 통해 사회불안장애로 진단이 내려진 환자들을 대상으로 추후 연구에서 검증할 필요가 있다.

셋째, 발표로 인한 사회불안을 유발하는 상황이 임상 실제와 다소 차이가 있을 수 있다. 본 연구에서는 참여자들에게 즉흥발표를 요구하는 상황에서, 실험진행자 1명이 발표의 내용을 현장에서 평가하며 비디오 카메라로 녹화된 동영상을 보고 2명의 평가자가 차후에 발표를 평가할 것이라고 안내하였다. 그러므로 발표상황에서 실제로 발표를 지켜보는 사람은 실험진행자 1명뿐이며, 비디오 촬영에 대해서는 크게 불편감이 유발되지 않을 수도 있다. 좀 더 실제에 가까운 상황을 조성하기 위해서는 비디오 카메라가 아닌 다수의 청중들이 발표를 듣고 평가하는 등의 방법을 고려해 볼 필요가 있다. 아울러 의자에 앉아서 손발목에 센서를 부착한 상태에서 발표를 실시한 것도 실제 발표 상황과 유사성이 낮게 할 수 있다. 일반적으로는 서서 발표를 하며, 센서 부착으로 불필요한 불안이나 불편감이 유발될 수 있기 때문이다.

넷째, 실험의 진행과 처치에 연구자가 참여하였다는 점이다. 현실적인 제약으로 인해 연구자가 실험의 진행에 참여하고, 수용과 인지재구성 처치 모두에 대한 설명을 제공하였다. 처치에 연구자의 편파를 줄이기 위해, 처치내용은 기존 연구(박성신, 조용래, 2005; 조용래, 2010; Heimberg & Becker, 2002/2007)와 치료워크북(Hope et al., 2000/2006)에 근거하여 구성하였으며, 처치의 전달은 사전에 제작된 동영상을 통해 실시하였다. 아울러 연구가설에서는 수용과 인지재구성 처치 모두 효과가 있을 것으로 예상하였다. 그럼에도 불구하고 연구자의 편파가 개입될 수 있으므로, 차후에는 연구가설에 대해 알지 못하는 제 삼자가 실험을 진행하고 처치를 제공하는 맹목설계가 더 타당할 것으로 생각된다.

이러한 몇 가지 제한점들에도 불구하고 본 연구는 다음과 같은 의의를 지닌다. 첫째, 본 연구는 사회불안의 완화에 수용과 인지재구성 처치가 미치는 효과를 중립 처치와 체계적으로 비교한 최초의 연구라 할 수 있다. 사회불안(Hofmann et al., 2009)에 대한 수용과 인지재

구성 처치의 효과나, 신체적 불안반응(오주용, 권석만, 2011), 과잉호흡 도전절차로 유발된 불안(노현진, 조용래, 2010)에 대한 수용 처치의 효과를 연구한 선행 연구들은 대부분 억제 처치와 비교를 시도하였다. 그러나 억제 처치는 부정적인 효과를 내는 일종의 적극적 처치에 해당되므로, 각 처치조건의 효과가 실험자와의 접촉이나 실험자의 관심, 처치에 대한 참여자의 기대수준 등과 같은 비특정적 치료요인의 효과로 인한 것일 수 있다. 그러나 본 연구에서는 동영상을 통해 수용과 인지재구성 기법을 교육하는 적극적인 처치조건과 같은 분량의 자연 다큐멘터리 동영상만 제공한 무처치 중립 조건과의 비교를 실시하여, 수용 및 인지재구성 처치의 효과를 보다 명확하게 비교분석할 수 있었다.

둘째, 사회불안의 완화에 미치는 수용 및 인지재구성 처치의 효과를 비교하기 위한 선행연구들의 여러 방법론적 한계점을 보완하고자 하였다. 먼저 실험 연구방법을 사용하여 수용과 인지재구성 처치의 효과를 보다 객관적이고 타당하게 확인하고자 하였다. 아울러 사회불안과 이에 대한 수용 및 부정적 인지를 측정하기 위해 다양한 생리적, 주관적, 행동적 측정도구들을 사용하였다. 특히 불안의 생리적 측정치인 심장박동률을 심전도 파형 분석을 통해 획득하여 발표 중에 경험하는 불안반응을 실시간으로 측정할 수 있었다. 기존에 자기보고식 질문지를 통한 불안 측정의 경우, 발표 도중의 불안을 실제로 측정하기보다 회고적인 방식으로 측정하게 되므로 그 결과의 타당성이 약화될 수 있다. 또한 실시간으로 측정하는 생리적 측정치는 단기적인 실험 상황에서 일어날 수 있는 미묘한 측정치의 변화를 더욱 민감하게 반영할 수 있을 것으로 기대된다.

셋째, 수용 처치와 인지재구성 처치의 사회불안 완화 효과를 탐색함으로써, 임상적 측면에서 사회불안장애의 치료를 위한 효과적인 치료 프로그램 개발 및 치료적 변인의 구성에 기초적인 자료를 제공할 수 있다. 특히 특정 증상에 대한 수용전념치료와 전통적 인지행동치료의 효과를 비교하는 거시적 입장을 취하기보다, 각 치료의 핵심적 치료변인이라 할 수 있는 수용과 인지재구성 처치의 효과를 비교하는 미시적인 입장을 취하였다. 이로 인해 각 치료변인의 치료효과에 대한 좀 더 기초적이고 정교한 분석이 가능할 수 있었다. 아울러 인지행동치료의 새로운 흐름으로 주목받는 수용이나 마음챙김에 기반한 치료들을 사회불안장애 치료에 활용함에 있어, 그 타당성과 효과를 입증하는 데 유용한 길잡이가 될 것으로 예상된다.

참고문헌

김기환, 권석만 (2013). 한국판 사회불안 수용행동 질문지의 타당화 연구. 인지행동치료, 13(3), 489-510.

김향숙 (2001). 사회공포증 하위유형의 기억편향. 서울대학교 대학원 석사학위청구논문.

노현진, 조용래 (2010). 수용 대 억제처치와 불안민감성이 과잉호흡 도전 절차에 대한 대학생의 불안반응 변화에 미치는 효과. 한국심리학회지: 임상, 29(3), 799-819.

박성신, 조용래 (2005). 수용처치가 대학생의 발표불안 감소에 미치는 영향. 한국임상심리학회 추계학술대회 발표논문집. 40-45.

오주용, 권석만 (2011). 심리적 수용이 신체적

불안 반응에 대한 두려움에 미치는 영향. 한국심리학회지: 임상, 30(4), 1003-1026.

조용래 (2001). 불안장애에 대한 노출치료: 비판적 분석, 작용기제 및 개선방안. 한국심리학회지: 일반, 20(1), 229-257.

조용래 (2004). 한국판 발표불안 사고 검사의 신뢰도와 타당도. 한국심리학회지: 임상, 23(4), 1109-1125.

조용래 (2010). 상위인지와 수용처지가 수행불안에 미치는 효과. 한국심리학회지: 임상, 29(4), 1087-1115.

한덕웅, 이장호, 전겸구 (1996). Spielberger의 상태-특성 불안검사 Y형의 개발. 한국심리학회지: 건강, 1(1), 1-14.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5th edition(DSM-5).* Washington, DC: Author.

Arch, J. J., & Craske, M. G. (2008). Acceptance and commitment therapy and cognitive behavioral therapy for anxiety disorders: Different treatments, similar mechanisms? *Clinical Psychology: Science and practice, 15,* 263-279.

Arch, J. J., Eifert, G. H., Davies, C., Vilardaga, J. C. P., Rose, R. D., & Craske, M. G. (2012). Randomized clinical trial of cognitive behavioral therapy(CBT) versus acceptance and commitment therapy(ACT) for mixed anxiety disorders. *Journal of consulting and clinical psychology*, *80*(5), 750.

Bach, P., & Hayes, S. C. (2002). The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70,* 1129-1139.

Block, J. A., & Wulfert, E. (2000). Acceptance or change: Treating socially anxious college students with ACT or CBGT. *A Context for Science with a Commitment to Behavior Change*, *1,* 3-10.

Bond, F. W., & Bunce, D. (2003). The role of acceptance and job control in mental health, job satisfaction, and work performance. *Journal of Applied Psychology, 88*, 1057-1067.

Bőgels, S. M., Sijbers, G. F. V. M., & Voncken, M. (2006). Mindfulness and task concentration training for social phobia: A pilot study. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 20,* 33-44.

Brown, E. J., Turovsky, J., Heimberg, R. G., Juster, H. R., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1997). Validation of the Social Interaction Anxiety Scale and the Social Phobia Scale across the anxiety disorders. *Psychological Assessment*, *9*(1), 21.

Cho, Y., Smits, J. A., & Telch, M. J. (2004). The Speech Anxiety Thoughts Inventory: scale development and preliminary psychometric data. *Behaviour research and therapy*, *42*(1), 13-25.

Dahl, JA., Wilson, K. G., & Nilsson, A. (2004). Acceptance and commitment therapy and the treatment of persons at risk for long-term disability resulting from stress and pain symptoms: A preliminary randomized trial. *Behavior Therapy, 35*, 785-801.

Dalrymple, K. L., & Herbert, J. D. (2007). Acceptance and commitment therapy for generalized social anxiety disorder: A pilot study. *Behavior Modification, 31,* 543-568.

Fedoroff, I. C., & Taylor, S. (2001). Psychological and pharmacological treatments of social phobia: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychopharmacology, 21,* 311-324.

Feske, U., & Chambless, D. L. (1995). Cognitive behavioral versus exposure only treatment for social phobia: A meta-analysis. *Behavior Therapy, 25,* 695-720.

Forman, E. M., Herbert, J. D., Moitra, E., Yeomans, P. D., & Geller, P. A. (2007). A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. *Behavior modification*, *31*, 772-799.

Gifford, E., Kohlenberg, B., Hayes, S. C., Antonuccio, D., Piasecky, M., Rasmussen-Hall, M., & Palm, K. M. (2004). Acceptance-based treatment for smoking cessation. *Behavior Therapy, 35,* 689-705.

Greenberg, L. S., & Safran, J. D. (1989). Emotion in psychotherapy. *American Psychologist*, *44*, 19-29.

Gregg, J. A., Callaghan, G. M., Hayes, S. C., & Glenn-Lawson, J. L. (2007). Improving diabetes self-management through acceptance, mindfulness, and vlaues: A randomized contolled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75,* 336-343.

Gunaratana, H. (1991). *Mindfulness in plain English.* Boston: Shambhala.

Hanh, T. N. (1976). *The miracle of mindfulness: A manual on meditation.* Boston, Beacon Press.

Hayes, S. C., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes, and outcomes. *Behaviour Research and Therapy, 44,* 1-25.

Hayes, S. C., & Smith, S. (2010). 마음에서 빠져나와 삶 속으로 들어가라: 새로운 수용전념치료 [*Get out of your mind and into your life: The new acceptance and commitment therapy*]. (민병배, 문현미 역). 서울: 학지사. (원전은 2005에 출판)

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change.* New York: Guilford Press.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy, second edition: The process and practice of mindful change.* New York: Guilford Press.

Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., ... McCurry, S. M. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record, 54,* 553-578.

Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 1152-1168.

Heimberg, R. G., & Becker, R. E. (2007). 사회공포증의 인지행동집단치료: 이론과 실제 [*Cognitive-behavioral group therapy for social phobia: Basic mechanisms and clinical strategies*]. (최병휘 역). 서울: 시그마프레스. (원전은 2002에 출판)

Heimberg, R. G., Mueller, G. P., Holt, C. S., Hope, D. A., & Liebowitz, M. R. (1992). Assessment of anxiety in social interaction and

being observed by others: The Social Interaction Anxiety Scale and the Social Phobia Scale. *Behavior Therapy*, *23*, 53-73.

Herbert, J. D., & Cardaciotto, L. A. (2005). An acceptance and mindfulness-based perspective on social anxiety disorder. In S. M. Orsillo, & L. Roemer. (Eds.), *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety* (pp.189-212). NY: Springer.

Herbert, J. D., Rheingold, A. A., & Brandsma, L. L. (2001). Assessment of social anxiety and social phobia. In S. G. Hofmann & P. M. DiBartolo (Eds.), *From social anxiety to social phobia: Multiple perspectives* (pp.20-45). New York: Allyn & Bacon.

Hofmann, S. G., & Bőgels, S. M. (2006). Recent advances in the treatment of social phobia: Introduction to the special issue. *Journal of Cognitive Psychotherapy. Special Issue: Recent advances in the treatment of social phobia, 20,* 3-5.

Hofmann, S. G., Heering, S., Sawyer, A. T., & Asnaani, A. (2009). How to handle anxiety: The effects of reappraisal, acceptance, and suppression strategies on anxious arousal. *Behaviour Research and Therapy, 47*, 389-394.

Hope, D. A., Heimberg, R. G., & Bruch, M. A. (1995). Dismantling cognitive-behavioral group therapy for social phobia: *Behavior Research and Therapy, 33,* 637-650.

Hope, D. A., Heimberg, R. G., Juster, H. R., & Turk, C. L. (2006). 사회불안증의 인지행동치료: 사회불안 다스리기 [*Managing social anxiety: A cognitive-behavioral therapy approach*]. (최병휘 역). 서울: 시그마프레스. (원전은 2000에 출판)

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 62*(6), 593-602.

Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, 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 Study. *Archives of General Psychiatry, 51*, 8-19.

Kocovski, N. L., Fleming, J., & Rector, N. A. (2009). Mindfulness and acceptance-based group therapy for social anxiety disorder: An open trial. *Cognitive and Behavioral Practice, 16,* 276-289.

Kollman, D. M., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (2009). The construct validity of acceptance: A multitrait-multimethod investigation. *Behavior therapy*, *40*, 205-218.

Koszycki, D., Benger, M., Shlik, J., & Bradwejn, J. (2007). Randomized trial of a meditation-based stress reduction program and cognitive behavior therapy in generalized social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy, 45,* 2518-2526.

Levitt, J. T., Brown, T. A., Orsillo, S. M., & Barlow, D. H. (2004). The effects of acceptance versus suppression of emotion on subjective and psychophysiological response to carbon dioxide challenge in patients with panic disorder. *Behavior therapy*, *35*(4),

747-766.

Liebowitz, M. R., Heimberg, R. G., Schneier, F. R., Hope, D. A., Davies, S., Holt, C. S., Goetz, D., Juster, H. R., Lin, S. H., Bruch, M. A., Marshall, R. D., & Klein, D. F. (1999). Cognitive-behavioral group therapy versus phenelzine in social phobia: Long term outcome. *Depression and Anxiety, 10,* 89-98.

MacKenzie, M. B., & Kocovski, N. L. (2010). Self-reported acceptance of social anxiety symptoms: Development and validation of the social anxiety-acceptance and action questionnaire. *International Journal of Behavioral Consultation & Therapy, 6,* 214-232.

Mattick, R. P., & Clarke, J. C. (1989). Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behavior Research and Therapy, 36,* 455-470.

McEvoy, P. M. (2007). Effectivness of cognitive behavioral group therapy for social phobia in a community clinic: A benchmarking study. *Behaviour Research and Therapy, 45,* 3030-3040.

Newman, M. G., Hofmann, S. G., Trabert, W., Roth, W. T., & Taylor, C. B. (1994). Does behavioral treatment of social phobia lead to cognitive changes? *Behavior Therapy, 25,* 503-517.

Ossman, W. A., Wilson, K. G., Storaasli, R. D., & McNeill, J. W. (2006). A preliminary investigation of the use of acceptance and commitment therapy in a group treatment for social phobia. *International Journal of Psychological Therapy, 6,* 397-416.

Otto, M. W., Pollack, M. H., Gould, R. A., Worthington, J. J. Ⅲ., McArdle, E. T., Rosenbaum, J. F., et al. (2000). A comparison of the efficacy of clonazepam and cognitive-behavioral group therapy for the treatment of social phobia. *Journal of anxiety Disorders, 14,* 345-358.

Quilty, L. C., Ameringen, M. V., Mancini, C., Oakman, J., & Farvolden, P. (2003). Quality of life and the anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders, 17,* 405-426.

Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2002). Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder: Integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive-behavioral models. *Clinical Psychology: Science and Practice, 9,* 54-68.

Rogers, C. (2012). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin Harcourt.

Segal, Z. V., Williams, J. G., & Teasdale (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression.* New York, London: Guilford Press.

Spielberger, C. D., Gorsuch, R., & Lushene, R. E. (1970). *Manual for the state-trait inventory.* Consulting Psychologists, California: Palo Alto.

Taylor, S. (1996). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for social phobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry. 27*, 1-9.

Twohig, M. P., Hayes, S. C., Plumb, J. C., Pruitt, L. D., Collins, A. B., Hazlett-Stevens, H., & Woidneck, M. R. (2010). A randonmized clinical trial of acceptance and commitment therapy versus progressive relaxation training for obsessive-compulsive disorder. *Journal of*

Consulting and Clinical Psychology, 78, 705-716.

Wittchen, H. U., Fuetsch, M., Sonntag, H., Muller, N., & Liebowitz, M. (2000). Disability and quality of life in pure and comorbid social phobia: Findings from a cotrolled study. *European Psychiatry, 15,* 46-58.

Yalom, I. D. (1980). *Existential psychotherapy*. New York: Basic Books.

Zettle, R. D., & Rains, J. C. (1989). Group cognitive and contextual therapies in treatment of depression. *Journal of Clinical Psychology, 45*, 436-445.

원고접수일 : 2014. 09. 30.
수정원고접수일 : 2015. 01. 02.
게재결정일 : 2015. 01. 28.

한국심리학회지 : 임상
The Korean Journal of Clinical Psychology
2015, Vol. 34, No. 2, 429-453

The Effects of Acceptance and Cognitive Restructuring on the Reduction of Social Anxiety

Ki-Whan Kim **Seok-Man Kwon**

Dept. of Psychology, Seoul National University

This study examined the effects of the acceptance and cognitive restructuring treatments for moderating social anxiety induced from an impromptu speech in a laboratory situation. The sample consisted of 60 undergraduates who scored high in social anxiety. Participants in each group were assigned to one of three conditions: acceptance(20), cognitive restructuring(21), or neutral(19) treatment conditions. Through videos a rationale and exercise corresponding to each condition were given to participants in the acceptance and cognitive restructuring conditions, and a documentary about nature was given to participants in the neutral condition. Following that course, all participants were asked to give an impromptu speech. The acceptance group showed a lower increase in heart rate in a speech from baseline than the cognitive restructuring and neutral groups, and there was no difference between the cognitive restructuring and neutral groups. There were no differences in subjective anxiety responses between the three groups. In addition, the acceptance group showed an increase in acceptance of social anxiety and a decrease in negative cognition, and the cognitive restructuring group showed a decrease in negative cognition only. These results suggest that acceptance is most effective for moderating social anxiety from a speech. Finally, the implication of this study and direction for future study were discussed.

Key words : Social anxiety, Acceptance, Cognitive restructuring, Heart rate, Subjective anxiety response