韓國心理學會誌 : 臨床
Korean Journal of Clinical Psychology
2000. Vol. 19, No. 2, 181-206

사회공포증에 대한 집단인지치료의 효과*

조 용 래† 원 호 택 표 경 식

조선대학교 의과대학 신경정신과학 교실 서울대학교 심리학과 조선대학교 의과대학 신경정신과학 교실

본 연구는 부정적인 자동적 사고 뿐 아니라 역기능적 신념에 대한 인지적 재구성 훈련이 포함된 집단 인지치료 프로그램을 개발하고, 사회공포증에 대한 집단인지치료의 효과 및 치료기제를 알아보고자 하였다. 사회공포증으로 분류된 대학생 39명을 선발하여 집단인지치료, 집단행동치료 및 대기자 통제집단에 각각 13명씩 할당하였다. 총 8회의 치료에 끝까지 참가하여 종결시에 평가를 받은 내담자는 인지치료 집단 10명, 행동치료 집단 9명이었으며, 치료기간과 동일하게 8주후에 평가를 끝낸 대기자 통제조건은 13명이었다. 연구 결과, 가설과 일치되게, 1) 인지치료를 통해 부정적인 자동적 사고와 역기능적 신념 양자 모두 두드러지게 감소되었다. 2) 특히 인지치료 집단의 경우 치료 중기에 부정적인 자동적 사고가, 그리고 치료 말기에 모든 유형의 역기능적 신념이 유의미하게 변화된 반면, 행동치료 집단에서는 그렇지 않았다. 3) 행동치료와 마찬가지로 인지치료를 통해 사회공포증상이 효과적으로 완화되었으며, 이런 치료효과는 3개월의 추후 평가에서도 지속되었다. 그러므로, 이 결과들은 사회공포증을 효과적으로 치료하기 위해서는 부정적인 자동적 사고 뿐 아니라 역기능적 신념에 대한 인지적 재구성 훈련 역시 중요하다는 점을 지지해 준다. 마지막으로, 본 연구의 결과들이 사회공포증에 대한 인지이론과 인지행동치료라는 관점에서 함축하는 바들을 제시하였다.

1970년대 후반과 1980년대 들어 사회공포증을 치료하기 위해 여러 가지 유형의 행동치료, 인지치료 또는 인지행동치료들이 널리 적용되고 있으며, 그 효과들이 입증되고 있다(Feske & Chambless, 1995; Heimberg, 1989). 오늘날 가장 설득력있고 효과적인 치료법으로 자리잡고 있는 Beck과 그의 동료들 (Beck, Emery, & Greenberg, 1985; Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979)의 인지치료는 사회공포증에 대한 치료

* 이 논문은 조선대학교병원 임상학술연구비에 의하여 연구되었음.

† 교신저자 (Corresponding Author) : 조 용 래 / 조선대학교부속병원 정신과 광주광역시 동구 서남동 588번지 501-717 / FAX : 02-225-3659 / E-mail : yrcho@mail.chosun.ac.kr

에도 크게 기여하고 있는 것으로 보인다. 이 치료에는 인지적 재구성 (cognitive restructuring)과 행동실험 (behavioral experiments) 혹은 경험적 반증(experiential disconfirmation)이 핵심적인 치료요소로 포함되어 있다(권정혜, 1993; Beck et al., 1985).

이에 Heimberg (1991)는 Beck 등의 인지치료에 기반을 두고 사회공포증에 대한 집단인지행동치료를 개발하였다. 이 치료는 인지적 재구성 훈련과, 공포상황에 대한 회기 중의 모의노출 (simulated exposure) 훈련 및 실제 상황에서의 노출을 위한 숙제 (homework for *in vivo* exposure) 등이 통합되어 12주간 주당 1회씩 2시간 내지 2시간 반 동안 집단의 형태로 실시되고 있으며, 특히 사회공포증을 치료하는데 매우 효과적인 것으로 알려져 있다(이정윤, 최정훈, 1996; Hope, Heimberg, & Bruch, 1995).

사회공포증에 대한 집단인지치료의 효과를 규명하기 위해 지금까지 이루어진 선행 연구들을 살펴보면 크게 두가지 유형으로 나뉠 수 있다. 즉 다양한 유형의 집단인지치료 단독이나 각 유형의 인지치료를 함께 실시한 연구들과, 인지치료를 노출훈련과 결합하여 치료효과를 검증한 연구들이 있다(Feske & Chambless, 1995; Heimberg, 1989). 먼저, 전자에는 Meichenbaum의 자기교시적 치료 (self-instructional treatment) 또는 Ellis의 합리적-정서 치료 (rational-emotive therapy)를 단독으로 실시한 후 치료효과를 검증한 연구들이 해당된다. 각각의 치료 결과, 사회공포증상이 효과적으로 완화되었으며, 특히 비합리적 신념이 크게 감소되었다(Emmelkamp, Mersch, Vissia, & van der Helm, 1985). 또한 노출치료 집단의 경우 사회공포증상 관련 측정치에서는 호전을 보였으나 비합리적 신념은 유의미하게 감소되지 않았는데 비해, 합리적-정서치료와 체계적인 합리적 재구성치료 (Kanter & Goldfried, 1979)를 함께 결합한 집단은 모든 측정치에서 유의미한 호전을 보였다는 연구도 있다(Mattick, Peters, & Clarke, 1989).

다음으로, 인지치료와 노출훈련을 결합된 집단인지행동치료의 효과를 살펴본 연구들이 있다. 그 중 최근 들어 많은 연구자들과 임상가들로부터 주목을 받고 있는 것이 Heimberg (1991)의 집단인지행동치료이며, 그 치료효과를 규명하기 위해 활발한 연구들이 이루어지고 있다. 선행 연구들에 따르면, 교육적-지지적 심리치료 집단 (Heimberg, Dodge, Hope, Kennedy, Zollo, & Becker, 1990; Lucas & Telch, 1993)이나 대기자 집단 (Hope, 1990; Hope, Heimberg, & Bruch, 1995)에 비해 인지행동치료 집단에서 사회공포증이 더 많이 호전되었다고 일관되게 보고되고 있다. 또한 집단인지행동치료가 노출치료 단독에 비해 사회공포증에 대한 치료 효과면에서 더 뛰어날 것이라는 주장 (Hope et al, 1995)이 있으나, 이를 지지하는 증거들은 아직 불충분해 보인다. 지금까지 외국에서 이루어진 Beck-Heimberg식의 인지행동치료를 실시한 연구들과 노출치료만 실시한 연구들간에 치료효과의 크기를 통합 분석 (meta-analysis)한 최근의 한 개관 연구 (Feske & Chambless, 1995)에 따르면, 두 유형의 치료간에는 어떤 종속측정치에서도 그 치료효과가 서로 다르지 않았다고 하였다.

최근에는 국내에서 이정윤과 최정훈 (1996)이 Heimberg (1991)의 12주간의 집단인지행동치료 프로그램을 국내에 들여와 1주에 2시간씩 8주간의 치료 프로그램을 다시 제작하였으며, 이 프로그램의 치료효과를 검증한 바 있다. 사회공포증으로 분류된 대학생들을 대상으로 치료 효과를 검증한 결과, 대기자 통제집단에 비해 인지행동치료와 노출치료 집단 모두에서 사회공포증상이 유의미하게 감소되었으며, 인지행동치료 집단이 노출치료 집단에 비해 자기보고형 척도에서 사회공포증상의 수준이 유의미하게 낮아졌다. 그렇지만 이러한 두 치료 집단간의 치료효과에서의 차이는 행동과제나 상담자의 평정에서는 뚜렷하게 나타나지 않았다. 또한 치료 종결 직후에 두 치료집단간에 자기 보고형 척도에서 나타났던 치료효과의 차이가 3개월 추후 평가시에는 줄어들었다. 즉 인지행동치료 집단에서는 미미하나마 잘못된 인지가 증가한데 비해 노출치료 집단에서는 잘못된 인지가 감소하는 경향을 보였다.

사회공포증의 변화과정에 기여하는 인지 변인의 역할이라는 관점에서 지금까지 이루어진 집단인지치료

의 효과에 관한 연구들과, Heimberg (1991)의 집단인지행동치료의 효과에 관한 연구들을 살펴보면 몇가지 문제점이 있어 보인다. 첫째, Beck 등의 인지치료, 특히 인지적 재구성 훈련만의 치료효과를 직접 확인한 연구는 없고, 주로 Meichenbaum의 자기교시적 치료나 Ellis의 합리적-정서 치료의 효과를 통해 집단인지치료의 효과를 검증하였다. 이러한 두 유형의 치료가 인지 변인을 집중적으로 다룬다는 점에서 Beck 등의 인지치료와 유사하지만, 구체적인 치료적 절차에서는 차이가 있다. 이와 관련하여, Michelson과 Marchione (1991)은 Beck 등의 인지치료가 인지의 내용보다는 인지의 과정 및 구조를 수정하는데 목표를 두고 있기 때문에 합리적-정서 치료나 자기교시적 치료에 비해 불안 감소에 더 효과적일 것이라고 주장하였다.

둘째, 인지적 변화과정이라는 관점에서 인지치료의 효과의 기제를 구체적으로 밝힌 연구는 아직까지 나와있지 않은 실정이다. 특히 Heimberg의 집단인지행동치료에 포함되어 있는 인지적 재구성 훈련은 부정적인 자동적 사고에만 치중하고 있는 반면, 또 다른 중요한 인지적 재구성 훈련의 대상인 역기능적 신념은 전혀 다루고 있지 않다. 따라서 외국에서 이루어진 선행 연구들에서 집단인지행동치료가 노출훈련을 위주로 한 집단행동치료에 비해 치료효과면에서 더 크지 않았던 것과, 이정윤과 최정훈 (1996)의 연구에서 추후 평가시에 인지행동치료 집단과 노출치료 집단간의 차이가 줄어들었던 이유 중의 한가지로 각각의 인지행동치료 프로그램에 역기능적 신념에 대한 인지적 재구성 훈련이 포함되어 있지 않았다는 점을 추측해 볼 수 있다.

셋째, 치료효과 중 인지의 변화를 검증하기 위해 지금까지 사용되어져 온 기존의 측정도구들이 인지의 변화를 제대로 반영하지 못하고 있다. 특히 사회공포증과 관련된 역기능적 신념을 재기 위해 지금까지 주로 사용되어져 온 Jones (1968)의 비합리적 신념검사는 변별타당도와 내용타당도에 문제가 있는 것으로 알려져 있다(조용래, 원호택, 1999). 뿐만 아니라, 이정윤과 최정훈 (1996)의 연구에서는 부정적인 자동적 사고를 측정하는 도구를 사용하지 않아, 부정적인 자동적 사고와 관련된 치료효과를 구체적으로 입증하지 못했다.

이상과 같이 언급한 선행 연구의 제한점들을 보완하고 사회공포증의 치료과정에서 부정적인 자동적 사고와 역기능적 신념의 역할을 규명하기 위해서는 다음과 같은 점들을 고려할 필요가 있다. 우선, 사회공포증에 대한 집단인지치료의 효과 및 그 치료기제를 확인하기 위해서는, 부정적인 자동적 사고를 다루는 기존의 인지적 재구성 훈련에 역기능적 신념에 대한 인지적 재구성 훈련이 추가로 포함되어야 한다. 역기능적인 신념을 재구성하는 것은 특히 내담자가 미래에 힘든 일을 만날 때 생길 수 있는 재발에 대한 취약성과 위험을 최소화하기 위해 반드시 필요하기 때문이다(Beck, 1995; Beck et al., 1979; Fennell, 1989). 이러한 점에 착안해서, 본 연구에서는 부정적인 자동적 사고에 대한 인지적 재구성 훈련에 역기능적 신념을 다루는 부분을 보강하고, 기존의 집단인지행동치료 프로그램에 포함되어 있는 노출훈련을 제외한 후 인지적 재구성 훈련을 위주로 한 집단인지치료 프로그램을 개발하였다.

새로 개발한 집단인지치료 프로그램은 크게 사회공포증 및 인지치료에 대한 소개와 교육, 부정적인 자동적 사고에 대한 인지적 재구성 훈련, 그리고 역기능적 신념에 대한 인지적 재구성 훈련 등 세 부분으로 이루어져 있다. 부정적인 자동적 사고에 대한 인지적 재구성 훈련은, Heimberg (1991)와, 권정혜와 이정윤 및 조선미 (1997)의 치료 프로그램을 따랐으며, 역기능적 신념에 대한 인지적 재구성 훈련은 권정혜 등 (1997)의 치료 프로그램에 Beck 등 (1985), Beck (1995), Fennell (1989), 그리고 Freeman과 Beck (1990) 등이 제시한 치료 기법들을 추가로 포함하였다. 구체적인 기법 및 절차는 '연구방법'에 소개되어 있다.

그 다음에는, 이렇게 개발된 집단인지치료의 사회공포증에 대한 치료 효과 뿐 아니라 인지적 변화라는 관점에서 치료효과의 기제를 경험적으로 입증하기 위해서는, 방법론적으로 다음과 같은 몇가지 사항들을 고려해야 할 필요가 있다. 첫째, Glass와 Arnkoff (1994)는 치료효과 연구에서 다양한 회기 (시기)에 걸

쳐 인지적 평가를 함으로써 인지의 원인적 역할을 규명할 수 있다고 지적한 바 있다. 따라서 이전의 치료효과 연구들에서는 시도되지 않았지만, 본 연구에서는 치료 국면을 중기와 말기로 구분하여, 각 국면별로 치료효과, 특히 부적응적인 인지 (자동적 사고 및 신념)의 변화패턴이 어떻게 달라지는 지를 확인함으로써, 집단인지치료의 치료기제를 경험적으로 밝히고자 하였다.

둘째, 적절한 통제집단 및 비교집단을 사용함으로써 치료효과를 더욱 정확하게 검증할 필요가 있다. 통제집단을 치료 연구에 포함시키는 것은, 특정한 치료법의 효과가 일정 기간에 걸친 자발적 향상의 수준을 넘어서는 가를 알아보기 위한 것이다. Heimberg 등 (1990)은 사회공포증 치료 연구에서 적절한 통제절차를 사용한 연구들이 거의 없다고 지적하면서, Heimberg (1989)가 개관한 17개의 치료 연구 중에 14개의 연구가 집단간 설계를 사용하였으나, 7개의 연구는 어떤 통제집단도 포함시키지 않았고, 5개의 연구는 단지 대기자 집단만을 포함하였다고 보고하였다. 이러한 선행연구의 제한점을 극복하기 위해서, 본 연구에서는 대기자 집단과 같은 순수한 의미의 통제집단과, 이전 연구들에서 사회공포증 치료에 매우 효과적인 것으로 알려져 있는 노출치료(행동치료) 집단도 함께 포함시켰다. 특히 인지치료와 행동치료 집단간을 보다 엄격하게 비교하기 위하여, 치료자와의 접촉횟수 및 시간 (contact with treatment), 치료 절차에 대한 신뢰성 (credibility)과 치료효과에 대한 기대 (expectancy) (Kazdin, 1980; Kennedy & Heimberg, 1986), 그리고 숙제에 대한 성실도 (homework compliance) (Beck et al, 1979; Primakoff, Epstein, & Covi, 1986) 등을 측정함으로써 이러한 치료과정 변인들, 즉 불특정한 치료적 변인들이 집단간의 치료효과의 차이에 영향을 미칠 가능성을 사전에 배제하고자 하였다.

셋째, 치료 결과를 적절하게 평가하기 위해서는 심리적 장애의 다양한 표현양상들을 정확하게 측정하는 도구들을 함께 사용할 필요가 있다. 사회공포증은 통상 정서적, 행동적, 생리적 및 인지적 양상으로 표현된다(원호택, 1997; 이정윤, 1996; Leitenberg, 1990). 최근 들어, Glass와 Arnkoff (1994) 및 Heimberg (1994)는 사회공포증 치료 연구에서 주로 쓰여지고 있는 인지적 평가도구들, 이를 테면 부정적 평가에 대한 공포 성향이나 역기능적 신념과 같은 인지적 특질을 측정하는 도구들과, 사회적 상호작용 동안에 발생하는 자동적 사고의 빈도를 측정하는 도구들을 각각의 장단점과 함께 소개하면서, 이러한 여러 가지 인지적 평가도구들을 사용하는 것이 사회공포증 치료 연구에 매우 유용하다고 주장하였다. 따라서 본 연구에서는 집단인지치료의 효과를 경험적으로 확인하기 위해, 다양한 인지적 평가도구들과 함께, 사회공포증의 정서적 및 행동적 양상을 측정하는 도구를 사용하였다.

본 연구는 기존의 집단인지행동치료의 주요한 구성요소인 부정적인 자동적 사고에 대한 인지적 재구성 훈련에 역기능적 신념을 다루는 부분을 추가로 포함시킨 사회공포증에 대한 집단인지치료 프로그램을 새롭게 개발한 후, 이 프로그램의 치료효과 및 그 치료기제를 알아보고자 하였다. 더 나아가, 사회공포증을 치료하는데 있어 역기능적 신념에 대한 인지적 재구성 훈련의 효과를 확인함으로써 이 훈련을 기존의 집단인지행동치료 프로그램에 추가로 포함시킬 필요성을 제안하고자 하였다.

본 연구에서 시도되는 사회공포증에 대한 인지치료의 가능한 치료기제를 인지의 원인적 역할이라는 관점에서 도식으로 나타내면, 그림 1과 같다.

본 연구에서는 사회공포증에 대한 집단인지치료의 기본 가정을 토대로, 다음과 같은 가설을 수립하였다.

가설 1. 인지치료 집단은 인지적 측정치를 비롯한 사회공포증과 관련된 모든 종속측정치들 (인지적, 정서적 및 행동적 측면)에서 유의미한 치료효과를 보일 것이다.

가설 2. 인지치료 집단은 사회공포증과 관련된 모든 측면 (인지적, 정서적 및 행동적 측면)에서 치료적 변화가 대기자 통제집단에 비해 더 클 것이다.

가설 3. 인지치료 집단은 인지적 측정치에서 치료

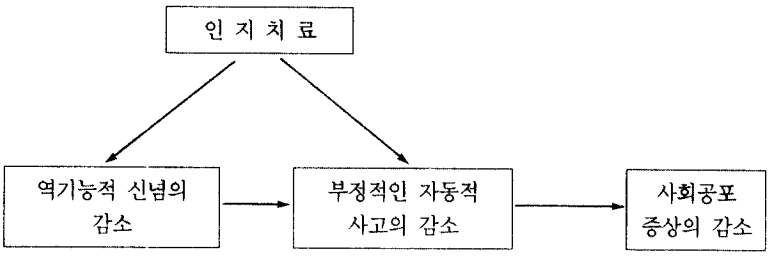

그림 1. 인지치료의 치료기제에 대한 모델 (Kwon, 1992에서 개정)

효과가 나타나는 양상이 행동치료 집단과는 다를 것이다.

3-1. 치료 중기에는 행동치료 집단과 달리 인지치료 집단에서 부정적인 자동적 사고가 유의미하게 감소할 것이다.

3-2. 치료 말기에는 행동치료 집단과 달리 인지치료 집단에서 역기능적 신념이 유의미하게 감소할 것이다.

방 법

내담자의 선발과정을 포함하여 본 연구의 전체 진행절차를 이해하기 쉽게 요약한 것이 그림 2에 나와 있다.

연구 대상

집단치료를 원하는 대학생들 중 사회공포증으로 분류된 대학생 39명 (남자 26명, 여자 13명)을 선발하여 각 조건별로 13명씩 무선할당하였다.

내담자의 선발 절차 및 방법

'사회불안 극복을 위한 집단상담 실시 안내' 포스터를 보고 본인이 직접 상담을 신청하였거나 사회공포증 관련 조사과정에서 질문지 묶음 맨 뒷장에 첨부되어 있는 집단상담에 관한 안내문을 보고 본인 스스로 집단상담에 참가하기를 원했던 대학생들을 대상으로 내담자를 선발하였다.

포함기준: 지원자들에게 우선 사회적 회피 및 불안 척도 III (Social Avoidance and Distress Scale(Ⅲ): SADS(Ⅲ))를 실시한 후 선행 연구 (조용래, 원호택, 1999)[1]에서 대학생 집단의 상위 25%에 해당하는 점수인 61점 이상을 받은 학생들을 잠정적으로 선발하였다. 다음에는 선행 연구들에서 사회공포증 선발도구로 가장 빈번하게 사용되고 있는 사회공포증 면담도구 (Anxiety Disorders Interview Schedule-Revised: ADIS-R --- Dinardo, Barlow, Centry, Vermilyea, Vermilyea, Himaldi, & Waddell, 1985)를 이용하여 임상심리전문가인 연구자가 예비 선발된 대학생들을 개별적으로 면접하였다. 그 결과, DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994)의 진단기준을 적용했을 경우 사회공포증으로 분류된 학생들 39명을 최종적으로 선발하였다. 아울러 이들은 ADIS-R로 면접한 결과 공포증의 심각도 (0점부터 8점까지) 평정에서 모두 4점 (일상생활 기능에서 중간 정도 수준의 불안이나 회피행동이 있는 경우) 이상의 점수를 받았다.

배제기준: 연구자와의 면접에서 사회공포증보다는 다른 심리적 장애 (예: 강박증, 우울증 등)가 더 우세

1) 대학생 275명을 대상으로 한국판 SADS(Ⅲ)를 실시한 결과, 평균 점수는 50.98점, 표준편차는 14.82점이었고, 상위 25%에 해당되는 점수는 61점이었다.

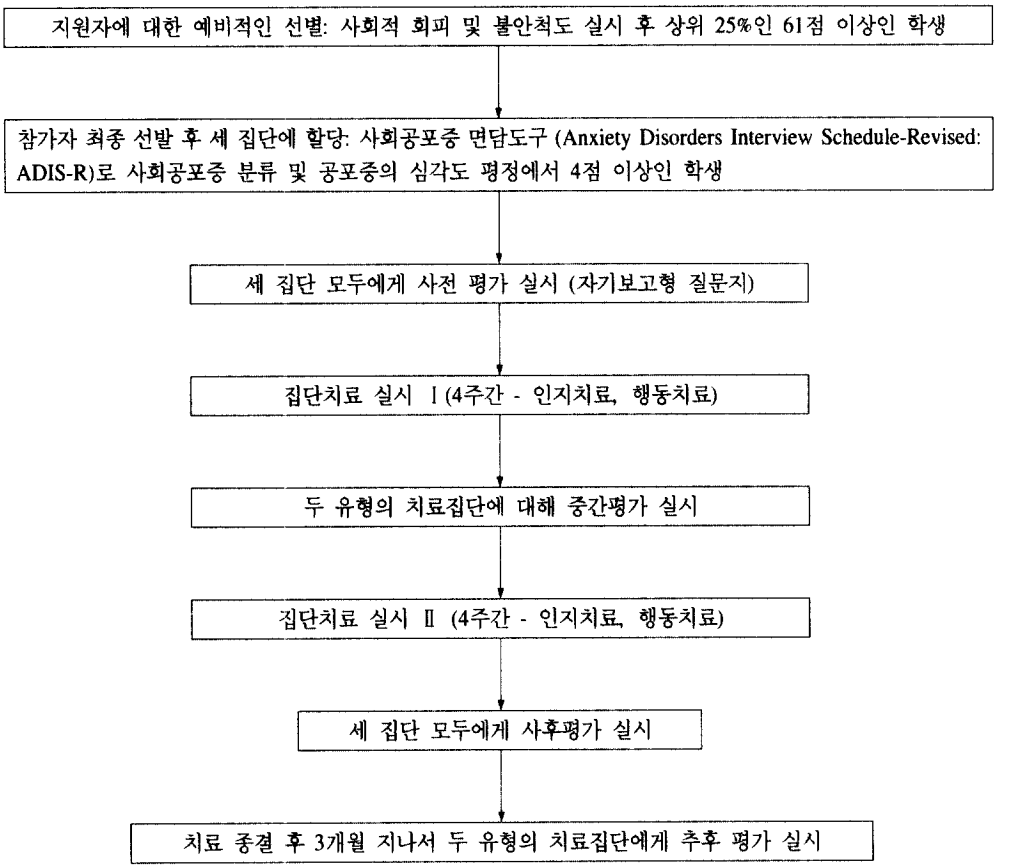

그림 2. 본 연구의 진행절차 요약

하다고 판단되었던 학생들이나, 또는 자신의 심리적 장애로 면접 당시 개인 상담치료를 받고 있었던 학생들은 치료 대상에서 제외되었다.

치료 프로그램

집단인지치료 및 집단행동치료 모두 총 8회 (1주당 1회, 1회당 2시간~2시간 반씩) 실시하였으며, 치료 조건별로 두 집단씩, 그리고 한 집단에는 4명에서 6명이 참가하였다. 치료는 임상경험 7년 이상인 임상심리전문가 2인 (연구자 및 비슷한 경력의 박사과정을 수료한 임상심리전문가)이 각각 진행하였다.

집단인지치료

본 연구에서 개발하여 실시한 집단인지치료의 치료절차를 회기별로 간단히 소개하면 다음과 같다.

1회 (사회공포증의 본질 및 인지치료 소개와 교육, 그리고 객관적 관찰방법 소개): 사회공포증의 본질 (진단기준 및 임상적 특성, 유병률, 원인, 불안과 수행간의 관계, 불안의 적응적 가치 등) 및 사회공포증에서 인지의 원인적 역할을 강조하는 인지적 모델을 소개하였고, 사회공포증상인 인지적, 생리적 및 행동적 요소들간의 상호 관련성 및 이러한 세가지 요소들을 객관적으로 관찰하는 방법을 교육하였으며, 마지막으로 인지치료의 기법 및 치료 프로그램의 진행절차를 간략하게 제시하였다.

2회 (부정적인 자동적 사고 및 인지오류 찾아내기): 인지적 재구성 훈련의 목적을 제시하였고, 이 훈련의 전반부에서 주로 다루어질 부정적인 자동적 사고와, 사회공포증과 연관된 부정적인 자동적 사고 안에 흔히 내포되어 있는 5가지 인지적 오류 (확대해석, 자기와 관련짓기, 감정적 추리, 흑백논리 및 강박적 의무감)를 소개하였으며, 부정적인 자동적 사고 및 각 인지적 오류를 찾아내는 방법을 교육하고 '자동적 사고 기록지 (Daily Record of Automatic Thoughts)'를 사용하여 직접 실습하도록 하였다.

3회 - 4회 (부정적인 자동적 사고를 현실적이고 타당한 자동적 사고로 대체하기): 내담자들로 하여금 각자가 사회공포증상을 경험할 때 흔히 나타나는 부정적인 자동적 사고 및 각각의 인지적 오류 (확대해석, 자기와 관련짓기, 감정적 추리, 흑백논리, 강박적 의무감)를 찾아내게 한 후 각 오류들을 교정하기 위한 치료적 질문들을 제시하였으며, 이런 질문들을 적용하여 내담자 스스로 현실적이고 타당한 자동적 사고로 바꾸는 연습을 집중적으로 시켰다.

5회와 6회 전반부 (역기능적 신념을 찾아내기): 역기능적 신념의 정의, 사회공포증의 발생이나 유지 과정에서 역기능적 신념의 역할, 그리고 역기능적 신념을 찾아내는 방법들을 소개하고 직접 실습해 보도록 하였다. 역기능적 신념을 찾아내는 방법들에는 자동적 사고들의 공통분모 (공통주제)로부터 찾아보기, 본인 자신에 대한 평소 생각들을 정리해 보기, 하향 화살표 기법 (downward arrow technique), 어린 시절의 기억을 생생하게 떠올리게 해서 그 당시 마음 속에 지녔던 기저 신념을 표현하게 하는 심상 기법 (imagery technique), 부모의 양육방식과 가정의 분위기로부터 추론하는 방법, 평소 자기자신 및 타인을 평가할 때 중요하게 나타나는 차원을 고려하기, 그리고 사회공포증과 관련된 역기능적 신념을 측정하기 위해 저자들이 새로 개발한 역기능적 신념검사 (조용래, 원호택, 1999)에 대한 본인의 반응내용을 참고하기 등이 포함되어 있다(Beck et al, 1979; Beck, 1995; Fennell, 1989). 이 과정에서 Beck 등 (1985)에 나와 있는 자료를 우리나라 말로 번역한 '역기능적 신념을 확인하는 법'이라는 보조 자료를 배포한 후 참고하도록 했다.

6회 후반부 및 7회 (역기능적 신념의 타당성, 유용성 및 현실성을 평가하고, 역기능적 신념을 합리적 신념으로 바꾸는 다양한 기법들을 배우기): 역기능적 신념들에 대해 치료적 질문들을 던짐으로써 논리적인 타당성을 따져보는 방법, 역기능적 신념이 본인에게 주는 이익과 손해를 열거해서 비교하는 방법, 역기능적 신념의 발달적 근원을 살펴봄으로써 그 당시 상황에서는 기능적이었을 수 있지만 현재에는 역기능적이라는 점을 깨닫게 해 주는 방법, 다른 사람들로부터 수용받았거나 대인관계 상황에서 성공했던 경험들을 일지로 작성하게 하는 방법 (= 긍정적인 경험 일지 작성법), 그리고 자신의 장점 찾아보기 등을 통해 역기능적 신념들의 타당성, 유용성 및 현실성을 평가하게 하였다(Beck et al, 1979; Beck, 1995; Fennell, 1989; Freeman & Beck, 1990). 이러한 5가지 방법들의 효과를 증진시키기 위하여, 다음 두가지 방법을 추가로 사용하였다. 하나는 역기능적 신념이 원래 삶의 궁극적 목표가 아니라 더 높은 상위의 목표를 달성하기 위해 본인이 오래 전부터 마음 속에 간직해 온 수단이지만 지금으로서는 그 목표의 달성을 방해하는 기능을 한다는 역설적인 면을 깨닫게 해 줌과 동시에, 역기능적 신념의 표현방식이 '해야 한다'거나 '하지 않으면 큰 일이다'는 식의 절대주의적이고 당위적인 요구 (demand)가 아니라 '그러면 바람직하고 좋은 일이다. 그렇지 못하더라도 큰 일 나는 것은 아니다'는 식과 같이 본인이 선호하는 것 (preference) 혹은 본인에게 바람직한 것 (desirability)으로 받아들이게 해 주는 방법 (Lega, 1991)이다. 다른 하나는 역기능적 인지도식의 내용을 반증하는 자료들 (counter-schematic data), 예컨대 합리적 신념, 대인관계 성공경험 및 자신의 장점 등을 휴대용 카드에 작성해서 수시로 주목하고 기억하게 하는 방법 (Beck et al, 1985; Freeman & Beck, 1990)이다. 이를 통해 궁극적으로는 자기자신을 있는 그대로 수용하게 하고, 실수나 실패경험을 일반화하지 않고 그 경험에 국한시켜 평가하게 하며, 자기자신에 대해 긍정적인 면과 부

정적인 면을 균형되고 현실적인 시각으로 바라보도록 가이드해 주었다. 또한 신념내용에 담겨진 생활기준을 융통성있게 적용하게 하며, 변화의 속도 및 폭에 대한 개인차를 강조하면서 아주 작고 천천히 일어나는 변화라도 소중하게 여기도록 하는 것과 같은 합리적인 신념으로 재구성하도록 도와주었다.

8회 (집단치료 정리하기: 나 자신이 치료자가 되는 법): 집단치료를 통해 그 이전과 비교해서 좋아진 점, 도움이 되었던 방법 및 생각 (부정적인 자동적 사고 및 역기능적 신념)이 변화된 점을 정리하고, 부족한 점과 그 이유를 찾아보게 하였다. 그리고 앞으로의 생활에서 당면할 수 있는 어려움들에 대처하는 방법과 만약 혼자서 대처하는 것에 실패했을 경우 그 상황을 다루는 방법 등을 치료자 및 다른 내담자들과 함께 생각해 보게 하였다.

이에 더해, 매 회기마다 숙제를 내 주었는데, 그 내용에는 해당 회기에서 배운 내용을 실생활에 적용해 보도록 하거나 혹은 다음 회기의 진행에 도움이 될 만한 것이 포함되어 있다. 이를 테면, 사회공포증 위계표 기록하기, 자동적 사고 기록지에 수록되어 있는 항목들 (상황, 불안정도, 부정적인 자동적 사고, 인지적 오류, 현실적이고 타당한 자동적 사고, 불안정도 재평정 등) 작성해 오기, 역기능적 신념 찾아내기, 역기능적 신념의 타당성, 유용성 및 현실성 평가하기, 그리고 합리적 신념, 성공경험 및 자신의 장점 찾아보기 등이 주된 숙제내용이었다. 각 회기별 숙제는 다음 회기 초반부에 다루었다.

집단행동치료

모의노출훈련과 실제 상황에서의 노출을 위한 숙제 부여로 이루어진 집단행동치료는 핵심적인 치료절차를 제외한 나머지 조건, 즉 치료자와의 접촉횟수 및 시간, 집단구성원의 수, 교육 및 실습, 숙제 부여 등에서는 집단인지치료와 동일하게 배열하였다. 이 치료 프로그램에서는 원래 중성적 혹은 덜 위협적이었던 사회적 상황이 개인에게 위협적인 자극상황으로 여겨지게 된 과정에 조건형성의 원리가 작용함을 교육하고, 사회공포증의 발생과 유지에 미치는 회피행동의 역할을 강조한 반면, 부정적인 자동적 사고 및 역기능적 신념의 역할은 강조하지 않았다. 구체적인 방법은 Hope 등 (1995)과, 이정윤과 최정훈 (1996)이 사용한 방법을 그대로 사용하였다. 치료절차를 간단하게 소개하면 다음과 같다.

1회 (사회공포증의 본질 및 행동치료의 소개와 교육): 사회공포증의 본질 (진단기준 및 임상적 특성, 유병률, 원인, 불안과 수행간의 관계, 불안의 적응적 가치 등)과 사회공포증에 대한 고전적 및 조작적 조건형성 이론에 관해 교육하고, 모의노출훈련 및 실제 노출훈련 등의 치료기법과 치료 프로그램의 진행절차를 소개하였다.

2회~7회 (모의노출훈련 및 실제 노출을 위한 숙제 부여): 각 내담자별로 모의노출을 위해 실습할 사회적 위협상황들을 공포 수준에 따라 위계표를 작성한 다음, 각 상황들을 구체적으로 기술하게 하여 노출상황을 만들었으며, 치료자나 다른 내담자들을 상대방 혹은 청중의 역할을 하는 식으로 역할연습을 실시하였다. 모의노출훈련을 실시한 다음에는 개인이 초기에 최대로 느꼈던 불안 (공포) 수준과 마지막의 불안 수준을 평정하도록 하고, 실제로 연습한 행동에 대한 수행평가를 하도록 하였다. 이러한 평가 절차는 회기가 끝난 후에도 내담자 스스로 실습해 보도록 하였는데, 특히 각 회기사이에 숙제로 정한 상황에 대해 실제 노출을 한 후 그 결과를 행동숙제 일지에 작성해 오도록 하였다.

8회 (집단치료 정리: 나 자신이 치료자가 되는 법): 이 회기에는 생각이 변화된 점을 확인하지 않은 것을 제외하면 집단인지치료의 절차와 거의 비슷하게 진행되었다.

아울러, 매 회기마다 실제 노출에 대한 숙제를 내주었는데, 노출 상황은 해당 회기에서 실습했던 상황이나 내담자 본인이 한 번 실습해 보고 싶어하는 상황으로 정하였고, 각 상황에 대해 실제로 노출 훈련을 해 보도록 하였으며, 그 결과로 작성해 온 숙제내용은 다음 회기 초반부에 다루었다.

측정도구

1) 사회공포증상 측정치: 치료 결과 나타나는 사회공포증의 여러 가지 증상들에서의 변화를 평가하기 위하여, 한국판 사회적 회피 및 불안척도 Ⅲ와 사회공포증 위계표를 실시하였다.

한국판 사회적 회피 및 불안 척도 Ⅲ (SADS(Ⅲ)). 이 척도는 Watson과 Friend (1969)가 사회적 상황에서 불안을 경험하는 정도와, 잠재적으로 혐오적인 사회적 상황을 회피하려는 경향을 측정하기 위하여 개발한 자기-보고형 검사로서, 총 28개의 문항으로 되어 있다. 본 연구에서는 이욱정 (1988)이 번안한 한국판 SADS를 토대로, 응답방식을 변형하여 사용하였다. SADS는 원래 진위형으로 응답하도록 되어 있으나, 점수의 분포가 편포되는 것을 피하고 개인간의 차이를 극대화시키기 위하여 5점 척도 (1점: 전혀 그렇지 않다~5점: 극히 그렇다)로 구성하여 사용하였다. 또한 각 문항들을 사회적 불안감 및 사회적 회피행동 등 두가지 하위 척도로 구분하여 보다 정확히 측정하고 채점하기 위하여, 각 하위 척도의 특성을 고려한 후 사회적 불안감의 경우 그 강도를, 그리고 사회적 회피행동의 경우 그 빈도를 측정하도록 지시문을 일부 바꾸었다. 한국판 SADS(Ⅲ)의 신뢰도와 타당도는 매우 높은 것으로 보고되었다(조용래, 원호택, 1999). 본 연구에서는 사회공포증과 관련된 여러 가지 증상들을 측정하기 위하여, 한국판 SADS(Ⅲ)의 두 가지 하위척도와 전체 척도 점수를 사용하였다.

사회공포증 위계표 (Social Fear and Avoidance Hierarchy). 여러 가지 사회적 상황에 대하여 불안감을 느끼는 정도와 그 상황을 회피하는 빈도, 그리고 그 상황에 있는 다른 사람의 평가에 대하여 염려하는 정도를 알아보기 위하여, 각 내담자로 하여금 불안을 느끼는 사회적 상황들을 열거하게 하고, 그 상황에서 불안, 회피, 평가에 대한 염려의 정도를 0점에서 100점까지의 점수로 평정하도록 하였다.

2) 상태로서의 인지적 측면에 대한 측정치: 치료 결과 나타나는 내담자들의 부정적 및 긍정적인 자동적 사고의 변화를 측정하기 위하여, 한국판 사회적 상호작용에 대한 자기진술 검사 Ⅱ를 실시하였다.

한국판 사회적 상호작용에 대한 자기 진술 검사 Ⅱ (Social Interaction Self-Statement Test(Ⅱ): SISST(Ⅱ)). 이 검사는 원래 Glass, Merluzzi, Biever 및 Larsen (1982)이 역할연기 형식의 실제 사회적 상호작용을 하는 동안 개인의 머리 속에 떠오른 자동적 사고들을 곧바로 측정하도록 제작된 것이며, 긍정적인 (촉진적인) 자동적 사고를 재는 15개 문항과 부정적인 (억제적인) 자동적 사고를 재는 15개 문항 등 총 30개 문항으로 이루어져 있다. 본 연구에서는 조용래와 김은정 및 원호택 (1997)이 원판 SISST의 문항을 우리나라 말로 번안하여 제작한 한국판 SISST의 문항들을 일상생활에서 당면하는 여러 가지 대인관계 상황에서 떠오를 수 있는 자동적 사고의 빈도를 측정하기 위하여, Bruch, Mattia, Heimberg 및 Holt (1993)가 사용한 것과 비슷하게, 지난 1 주일간 사회적 상호작용을 하면서 각각의 생각들이 얼마나 자주 떠올랐는 지를 5점 척도 (1점: 거의 떠오르지 않았다~5점: 아주 자주 떠올랐다)상에 평정하도록 되어 있다. 긍정형과 부정형 모두 15개 문항으로서 제각기 따로 채점하도록 되어 있으나, 이 문항들이 자동적 사고를 재는 문항으로 적절한 지를 임상심리학 전공 박사 두명이 서로 독립적으로 판단해 본 결과, 부정형에 해당하는 문항 1 및 문항 7과, 긍정형에 해당되는 문항 4와 문항 6은 불안증상을 재는 것으로, 그리고 긍정형에 해당되는 문항 2와 문항 24는 일반적인 신념을 재는 것으로 밝혀졌다. 또한 이 검사에 대한 요인분석 결과, 부정형 하위척도에 해당되는 '부정적인 평가에 대한 공포 및 자기비하'와, 긍정형 하위척도에 해당되는 '자기효능감 및 긍정적인 예견' 등 두가지 요인이 추출되었다. 그러나, 문항 6, 문항 12와 문항 30은 예상과 달리 긍정형에 부하되지 않았다. 그리하여 본 연구에서는 SISST(Ⅱ)의 30개 문항 중 8개 문항 (문항 1, 2, 4, 6, 7, 12, 24, 30)이 제외되었으며, 22개 문항 중 긍정적인 자동적 사고의 빈도는 9개의 문항으로, 그리고 부정적인 자동적 사고의 빈도는 나머지 13개의 문항으로 산출되었다. 이 검사의

내적 합치도 (Cronbach's α)는 긍정형 .86, 부정형 .91, 반분신뢰도는 긍정형 .90 (p <.001), 부정형 .91 (p <.001), 그리고 2주 간격의 검사-재검사 신뢰도는 긍정형 .72 (p < .001), 부정형 .72 (p < .001)였다. 또한 공존타당도 및 구성타당도 역시 매우 만족할만한 것으로 밝혀졌다(조용래, 1999).

3) 특질로서의 인지적 측면에 대한 측정치: 치료 결과 나타나는 내담자들의 인지적 특질의 변화를 측정하기 위하여, 역기능적 신념검사와 단축형 부정적인 평가에 대한 두려움 척도를 실시하였다.

역기능적 신념 검사 (Dysfunctional Beliefs Test: DBT). 이 검사는 조용래와 원호택(1999)이 사회공포증의 인지적 취약성변인으로 알려진 역기능적 신념들을 측정하기 위하여 제작한 것으로서 총 70개의 문항으로 구성되어 있다. 피검사자로 하여금 각 문항들이 본인의 평소 신념과 일치하는 정도나 혹은 각 문항의 내용에 대해 동의 또는 반대하는 정도를 7점 척도 [1점: 전혀 일치 (동의)하지 않는다, 4점: 중간이다, 7점: 전적으로 일치 (동의)한다]상에 평정하도록 되어 있다. 요인분석 결과, '사회적 자기에 대한 부정적인 개념', '타인의 인정에 대한 과도한 요망' 및 '타인에 대한 부정적인 신념 및 실수에 대한 과도한 염려'라는 3요인구조로 이루어져 있었으며, 각 요인에 높게 부하되는 문항들끼리 별개의 하위 척도로 묶음으로써 각 개인마다 세가지 하위 척도와 전체 척도의 점수가 산출될 수 있다. 57번 문항만 반대 방향으로 채점하도록 되어 있고, 이렇게 채점된 점수와 나머지 69개 문항들의 점수를 합산하게 되면 전체 점수가 산출될 수 있으며, 점수가 높을수록 역기능적 신념의 정도가 높다는 것을 의미한다. 이 검사의 신뢰도 뿐 아니라, 내용타당도 및 구성타당도는 매우 양호한 것으로 밝혀졌다.

단축형 부정적 평가에 대한 두려움 척도 (Fear of Negative Evaluation-Brief: Brief FNE). 이 척도는 Watson과 Friend (1969)가 원래 제작한 총 30문항 중 Leary (1983)가 전체 점수와 .50 이상의 상관이 있는 문항들만 뽑아서 만든 것으로서 최정훈과 이정윤 (1994)이 우리나라 말로 번안한 척도이다. 문항 수는 12문항으로 되어 있고, 원래 진위형으로 되어 있는 척도를 5점 척도로 구성하여 변화에 보다 민감하도록 되어 있다. 따라서 12점에서 60점까지 점수가 분포되며, 점수가 높을수록 부정적 평가에 대한 두려움이 많음을 나타낸다. 단축형 FNE는 내적 합치도 (Cronbach's α)가 .90이었고, 4주 간격의 검사-재검사 신뢰도는 .75 (p < .001)였으며, 최정훈과 이정윤 (1994)의 연구에서는 신뢰도가 .89로 나타났다.

4) 치료 성과의 일반화에 대한 측정치: 집단인지치료의 치료 성과가 사회공포증상 외에 다른 증상에도 일반화되는 지를 확인해 보기 위하여, 한국판 Beck 우울척도를 실시하였다.

Beck의 우울척도 (Beck Depression Inventory: BDI). 이 검사는 Beck, Ward, Mendelson, Mock 및 Erbaugh (1961)가 우울증상을 측정하기 위해 개발한 총 21개 문항의 자기보고형 검사이다. 본 연구에서는 이영호와 송종용 (1991)에 의해 번안된 한국판 Beck 우울척도를 사용했다. 한국판 Beck 우울척도의 내적 합치도 (Cronbach's α)는 .86이었고, 2주 간격의 검사-재검사 신뢰도는 .75 (p < .0001)였다.

5) 치료과정 변인에 대한 측정치: 치료과정 변인들, 즉 불특정한 치료적 변인들이 집단인지치료와 집단행동치료간의 치료효과의 차이에 영향을 미칠 가능성을 배제하기 위하여, 치료 참가 회기수를 평가하는 것 외에, 숙제성실도 평정지와 치료에 대한 기대 질문지를 실시하였다.

숙제 성실도 평정지. 치료자는 매 치료 회기 후에 내담자들이 숙제를 성실히 해 왔는지 정도를 Primakoff 등 (1986)이 제안한 정의에 따라 아래와 같이 7점 척도로 평정하였다.

0 = 숙제가 없었을 때
1 = 숙제를 아예 해 오지 않았을 때
2 = 숙제를 해 오지는 않았으나, 내담자가 숙제를 수행할 능력이 부족했거나 정상을 참작할만한 상황이 있었을 때

3 = 내담자가 자신의 문제와는 관련이 있지만, 할당된 숙제와는 다소 다른 숙제를 해 온 경우
4 = 할당된 숙제의 일부를 해 왔을 때
5 = 할당된 숙제를 모두 해 왔을 때
6 = 할당된 숙제 이상의 것을 해 왔을 때

치료에 대한 기대 질문지 (Reaction to Treatment Questionnaire: RTQ). 이 질문지는 내담자의 치료에 대한 신뢰 정도와, 내담자가 치료가 성공적일 것이라고 기대하는 정도를 평가하기 위하여, Kennedy와 Heimberg (1986)가 개발하였다. 본 연구에서는 이정윤과 최정훈 (1996)이 우리나라 말로 번안한 질문지에서 대표적인 사회공포증 유발 상황을 조용래와 원호택 (1997)의 연구에 입각하여 보완한 것을 사용하였다.

치료에 대한 신뢰 정도는 치료가 얼마나 논리적이라고 생각하는지, 치료가 얼마나 효과적이라고 생각하는지, 다른 사람들에게 이 치료를 얼마나 추천하고 싶은지, 다른 종류의 불안에도 이 치료가 효과적일 것이라고 믿는지 등을 묻는 4개 문항으로 구성되어 있다. 치료의 성공에 대한 기대는 요즘 사회공포증이 얼마나 심한지, 치료가 끝난 후에는 사회공포증이 어느 정도일거라고 예측하는지, 그리고 1년 후와 5년 후에는 사회공포증이 어느 정도일거라고 예측하는지를 묻는 4개 문항으로 이루어져 있다. 또한 10개의 대표적인 사회공포증 유발 상황을 제시하고 치료를 통해 이러한 불안이 얼마나 줄어들 수 있다고 믿는 지를 10점 척도에 평정하게 하였다.

측정절차 및 측정시기

DBT, SISST(II), SADS(III), 단축형 FNE 등의 자기보고형 질문지는 두 유형의 치료 조건 모두 치료 전, 중기 (4회 후), 종결시 (8회 후), 그리고 3개월 후 (추후평가) 등 총 4번에 걸쳐 실시되었다. 대기자 통제집단의 경우 선발 당시와 8주 후 등 총 2번 질문지를 실시하였다. 사회공포증 위계표의 경우, 두 치료 조건 모두 1회기가 끝난 후에 숙제로 작성해 오도록 하였으며, 동일한 상황에 대하여 치료의 중기(4회 후), 종결시, 그리고 3개월 후에 재평정하도록 하였다. RTQ는 두 치료 조건 모두 1회가 끝난 후에 실시하였으며, 숙제 성실도 평정지는 매회기 숙제를 내 주고 1주일이 지난 뒤인 다음 회기에 제출받아 숙제해 온 내용을 고려하여 치료자가 직접 평정하였다.

결 과

집단간 치료 탈락자 비교

집단인지치료에 참가한 내담자 총 13명 중 3명 (남자 2명, 여자 1명)이 중도에 탈락하였다(탈락률 = .23%). 집단행동치료에 참가한 내담자 총 13명 중 4명 (남자 3명, 여자 1명)이 탈락하였다(탈락률 = .31%). 대기자 통제집단의 경우 13명 (남자 10명, 여자 3명) 모두 8주후의 사후 평가에 참가했다.

3개월의 추후 평가에 참가한 내담자는 인지치료 집단 7명 (남자 4명, 여자 3명), 노출치료 집단 5명 (남자 3명, 여자 2명)이었으며, 대기자 통제집단에 속한 내담자들에게는 추후 평가를 실시하지 않았다.

집단내 비교

집단인지치료 (표 1)

집단인지치료에 참가한 내담자들을 대상으로 치료 전, 중기 (4회 후), 종결시 (8회 후), 그리고 3개월 후 (추후 평가)에 측정한 사회공포증 관련 측정도구들의 점수와 통계적 검증 결과는 표 1에 제시되어 있다. 우선 이 집단의 내담자들이 치료 전에 비해 치료 종결 후에 유의미한 호전을 보이는 지를 검증한 결과, 모든 종속측정치에서 유의미한 치료효과를 보였다. 이러한 결과는 집단인지치료가 인지적 측정치를 비롯한 사회공포증과 관련된 모든 종속측정치들 (인지적, 정서적 및 행동적 측면)에서 유의미한 치료 효과를 보일 것이라는 가설 1을 지지하였다.

3개월 후의 추후평가에서도 사회공포증과 관련된 모든 종속측정치에서 치료효과가 유지되었다. 그리고

표 1. 인지치료를 받은 내담자들의 각 종속측정치에서의 집단내 변화

척도명	치료전	4주후	8주후	추후	t(4주-치료전)	t(8주-4주)	t(8주-치료전)	t(추후-치료전)
SAN	40.60(6.09)	34.60(5.23)	27.50(6.67)	26.29(8.24)	-2.98*	-5.76***	-5.40***	-7.45***
SAV	33.70(7.27)	27.80(7.49)	22.70(6.36)	23.43(7.91)	-2.76*	-3.32***	-6.11***	-4.47**
SAT	74.3(12.06)	62.40(11.84)	50.20(11.34)	49.71(14.40)	-3.12*	-6.23***	-6.98***	-6.78***
HAN	60.85(10.80)	53.21(10.67)	40.75(16.11)	29.70(9.58)	-2.59*	-2.84*	-4.50**	-12.35***
HAV	49.45(12.25)	40.08(14.40)	26.46(12.89)	26.10(11.08)	-2.54*	-3.21*	-4.84***	-5.71**
HNE	59.84(16.13)	41.37(9.02)	30.53(16.66)	23.41(12.91)	-3.40**	-2.21	-4.38**	-7.59***
STP	24.10(6.94)	26.10(6.74)	30.50(7.79)	26.43(10.11)	1.27	5.77***	4.45**	2.47*
STN	41.60(11.04)	30.70(7.68)	27.00(6.91)	27.71(9.05)	-3.80**	-1.90	-8.68***	-2.71*
DB1	93.90(19.52)	78.10(18.09)	60.10(18.32)	67.14(14.67)	-3.63**	-3.74**	-7.89***	-6.99***
DB2	113.80(11.5)	107.00(11.56)	85.50(15.60)	96.14(22.10)	-3.02*	-3.93**	-5.20***	-3.72**
DB3	89.10(13.16)	79.70(11.60)	62.70(19.26)	67.29(20.99)	-5.51**	-4.50**	-6.35***	-4.96**
DBtot	296.80(40.80)	264.80(31.94)	201.30(48.12)	229.43(50.87)	-4.32**	-4.16**	-6.66***	-7.24***
FNE	4.50(4.74)	44.60(4.50)	37.50(5.27)	36.00(9.13)	-2.20	-4.06**	-8.26***	-5.73**
BDI	14.40(10.51)	7.00(4.85)	3.90(3.87)	5.29(5.65)	-2.47*	-2.96*	-3.20*	-2.24

주. SAN: SADS(III)의 사회적 불안감, SAV: SADS(III)의 사회적 회피행동, SAT: SADS(III)의 전체 점수, HAN: 사회공포증 위계표-불안감, HAV: 사회공포증 위계표-회피경향, HNE: 사회공포증 위계표-평가에 대한 염려, STP: SISST(II)의 긍정형, STN: SISST(II)의 부정형, DB1: DBT의 하위척도 1, DB2: DBT의 하위척도 2, DB3: DBT의 하위척도 3, DBtot: DBT 전체점수, FNE: 단축형 부정적 평가에 대한 두려움 척도, BDI: Beck 우울척도
*p<.05, **p<.01, ***p<.001

내담자들의 우울정도 역시 치료 종결 후에 유의미하게 호전되었으며, 이러한 효과가 3개월 후의 추후평가에서 다소 줄어들기는 했으나 대체로 유지되는 경향을 보였다, $t(7) = -2.24$, $p < .07$.

집단행동치료 (표 2)

집단행동치료에 참가한 내담자들을 대상으로 치료전, 중기 (4회 후), 종결시 (8회 후). 그리고 3개월 후 (추후평가)에 측정한 사회공포증 관련 측정도구들의 점수와 통계적 검증 결과는 표 2에 제시되어 있다. 행동치료 집단의 경우 치료 전에 비해 치료 종결 후에 사회공포증과 관련된 모든 종속측정치에서 유의미한 치료효과를 보였다.

3개월 후의 추후평가 결과, 사회공포증상들은 뚜렷하게 감소되었으며, 부정적인 자동적 사고의 감소 및 긍정적인 자동적 사고의 증가는 미약하나마 유의미한 경향을 보였고, 부정적인 평가에 대한 두려움은 유의미하게 감소되었다. 이에 비해, 역기능적 신념의 전체 점수 및 세가지 하위 유형들은 모두 유의미하게 변화되지 않았다.

대기자 통제집단 (표 3)

대기자 통제집단에 속한 내담자들에게 사회공포증 관련 측정도구들을 치료 전에 실시하여 얻은 점수들과 8회 후에 다시 실시하여 나온 점수들, 그리고 이 점수들을 비교한 통계적 검증 결과는 표 3에 제시되어 있다. 이 집단의 경우 치료 전에 비해 치료 종결 후에 사회공포증과 관련된 어떤 종속측정치에서 유의미한 변화를 보이지 않았다. 따라서 8주 동안에는 사회공포증상, 부정적 및 긍정적인 자동적 사고, 그리고 역기능적인 신념 등이 자발적으로 호전되지는 않는다고 하겠다.

표 2. 행동치료를 받은 내담자들의 각 종속측정치에서의 집단내 변화

척도명	치료전	4주후	8주후	추후	t(4주-치료전)	t(8주-4주)	t(8주-치료전)	t(추후-치료전)
SAN	40.33(5.24)	31.55(6.69)	27.88(8.38)	27.00(5.39)	-4.30**	-1.81	-5.16***	-6.63**
SAV	34.44(4.92)	28.00(9.16)	22.00(9.24)	27.00(3.94)	-2.59**	-4.49**	-5.64***	-3.96*
SAT	74.77(7.80)	59.55(12.63)	49.88(16.54)	54.00(9.25)	-4.88**	-3.86**	-6.07***	-8.61**
HAN	61.04(16.26)	50.61(10.52)	44.51(11.56)	37.76(10.21)	-2.24	-6.89***	-3.18*	-3.57*
HAV	52.43(15.72)	41.57(13.48)	33.81(12.60)	30.00(12.71)	-2.10	-2.28	-3.49**	-3.26*
HNE	60.23(15.53)	45.38(15.52)	40.04(13.70)	28.18(9.23)	-2.92*	-3.04*	-3.55**	-4.19*
STP	20.33(7.02)	27.11(4.57)	26.33(5.34)	30.40(1.95)	3.15*	-0.94	2.78*	2.38
STN	35.67(8.63)	30.33(5.32)	23.33(4.15)	27.20(6.94)	-2.09	-4.12**	-5.63***	-2.27
DB1	92.66(17.53)	76.00(16.5)	64.22(19.94)	69.00(12.21)	-2.60*	-1.96	-3.65**	-1.86
DB2	107.22(14.69)	96.22(18.10)	86.11(21.31)	86.60(10.76)	-2.11	-1.89	-3.98**	-2.05
DB3	69.88(14.28)	62.66(13.50)	52.44(11.32)	57.20(13.22)	-1.52	-4.76**	-3.50**	-0.77
DBtot	269.77(42.74)	233.11(45.78)	201.88(46.84)	212.80(32.33)	-2.60*	-2.38*	-4.34**	-1.66
FNE	48.11(6.21)	39.33(7.54)	37.55(8.32)	36.80(6.06)	-4.38**	-1.08	-4.28**	-4.46*
BDI	13.88(8.60)	17.66(30.80)	5.33(5.56)	4.60(6.15)	0.36	-1.14	-3.78**	-3.47*

주. SAN: SADS(III)의 사회적 불안감, SAV: SADS(III)의 사회적 회피행동, SAT: SADS(III)의 전체 점수, HAN: 사회공포증 위계표-불안감, HAV: 사회공포증 위계표-회피경향, HNE: 사회공포증 위계표-평가에 대한 염려, STP: SISST(II)의 긍정형, STN: SISST(II)의 부정형, DB1: DBT의 하위척도 1, DB2: DBT의 하위척도 2, DB3: DBT의 하위척도 3, DBtot: DBT 전체점수, FNE: 단축형 부정적 평가에 대한 두려움 척도, BDI: Beck 우울척도
*p<.05, **p<.01, ***p<.001

표 3. 대기자 통제집단의 각 종속측정치에서의 집단내 변화

검사명	치료 전	8주후	t(8주-치료 전)
SAN	39.53(5.36)	37.00(6.68)	-1.61
SAV	33.15(6.75)	32.07(5.31)	-0.61
SAT	72.69(10.74)	69.07(9.92)	-1.34
STP	22.23(5.28)	24.54(8.20)	0.90
STN	35.85(10.31)	35.92(6.06)	-0.19
DB1	91.23(22.70)	87.92(19.15)	0.03
DB2	112.53(17.52)	108.46(15.64)	-1.54
DB3	80.00(15.91)	79.92(13.12)	-0.03
DBtot	283.76(47.13)	276.30(41.81)	-0.81

주. SAN: SADS(III)의 사회적 불안감, SAV: SADS(III)의 사회적 회피행동, SAT: SADS(III)의 전체 점수, STP: SISST(II)의 긍정형, STN: SISST(II)의 부정형, DB1: DBT의 하위척도 1, DB2: DBT의 하위척도 2, DB3: DBT의 하위척도 3, DBtot: DBT 전체점수

치료집단과 통제집단간 비교

사전 검사에서의 치료집단 및 통제집단간 차이 비교

치료 전에 세 집단 모두에게 실시한 사회공포증 관련 종속측정치들 (SADS(III)의 전체 점수, SISST(II)의 긍정형 및 부정형 점수, DBT 전체 점수)에서 집단간 차이가 유의미한 지를 검증하기 위하여 다변량분석(MANOVA)을 한 결과, 집단의 주효과는 유의미하지

않았다, $F(8, 52) = .66$, $p = .73$, Wilks' $\lambda = .83$. 따라서 사회공포증 관련 종속측정치들에서 세 집단간에 뚜렷한 차이를 보이지 않았으며, 내담자들이 세 집단에 무선할당되었다고 할 수 있다.

치료집단과 대기자 통제집단의 비교

치료 종결시에 세 집단 모두에게 실시한 사회공포증 관련 종속측정치들 (SADS(III)의 전체 점수, SISST (II)의 긍정형 및 부정형 점수, DBT 전체 점수)에서 집단간 차이가 유의미한 지를 검증하기 위하여, 치료전의 종속측정치들의 점수를 공변인으로 하여 다공변량분석 (MANCOVA)을 하였다. 그 결과, 집단의 주효과가 유의미하였다, $F(8, 44) = 6.33$, $p < .001$, Wilks' $\lambda = .22$. 각 개별 종속측정치별로 단일변량분석 결과, 긍정적인 자동적 사고를 제외한 거의 모든 종속측정치들에서 집단의 주효과가 유의미하였다. 집단간 차이의 소재를 확인하기 위하여, Scheffe 검증으로 사후 비교한 결과, 두 치료집단간에는 어떤 종속측정치들에서도 유의미한 차이를 보이지 않았으나, 인지치료와 행동치료 집단 모두 대기자 통제집단에 비해 유의미한 치료 효과를 보였다. 특히 긍정적인 자동적 사고의 빈도의 경우 인지치료 집단 (평균 30.50점)이 통제집단 (평균 24.54점)에 비해 더 높았으나 그 차이가 통계적으로 유의미하지 않았을 뿐이다. 따라서 인지치료 집단이 대기자 통제집단에 비해 치료후에 측정한 사회공포증과 관련된 모든 종속측정치들 (인지, 정서 및 행동적 측면)에서 더 큰 치료적 변화를 보일 것이라는 가설 2는 대체로 지지되었다고 하겠다.

인지치료 집단과 행동치료 집단의 비교

치료과정 변인

치료과정 변인이 치료집단간의 치료 효과의 차이에 영향을 줄 가능성을 배제하기 위하여, 각 치료집단의 내담자들이 치료에 참가한 회기 수, 치료에 대한 기대변인, 그리고 숙제에 대한 성실도에서 두 치료집단간에 유의미한 차이를 보이는 지를 알아보았다. 그 결과, 치료에 참가한 평균 회기수는 인지치료 집단 7.30회, 행동치료 집단 7.00회로 두 집단간의 차이가 유의미하지 않았다, $t(17) = .77$, $p = .45$.

또한 각 치료집단에 참가한 내담자들을 대상으로 1회기가 끝날 무렵 각 치료법에 대한 신뢰 정도와 치료적 변화에 대한 기대의 정도를 측정하여 집단간 차이를 검증한 결과, 어떤 측정치에서도 두 치료 집단간에 유의미한 차이를 보이지 않았다.[2)]

그리고 각 회기마다 치료자가 내 주는 숙제에 대한 성실도가 집단간 치료 효과에 영향을 미칠 가능성을 배제하기 위하여, 각 회기 마다 내준 숙제에 대한 성실도를 측정하여 치료 조건간의 차이를 검증한 결과, 두 치료 조건간의 차이가 유의미하지 않았다, $t(17) = .23$, $p = .82$.

따라서 치료 참가회기수, 치료법에 대한 신뢰 정도와 치료적 변화에 대한 기대 정도, 그리고 숙제에 대한 성실도 같은 치료과정 변인들은 두 치료집단간의 치료효과의 차이에 유의미한 영향을 미치지 않았다고 하겠다.

전반적인 치료효과

두 치료집단간에 전반적인 치료효과가 다른 지를 확인하기 위하여, 치료 종결시의 사회공포증 관련 종속측정치들 (SADS(III)와 사회공포증 위계표의 전체 점수, SISST(II)의 긍정형 및 부정형 점수, DBT와 단축형 FNE의 전체 점수)에서 집단간 차이가 유의미한 지를 검증하기 위하여, 치료 전의 종속측정치들의 점수를 공변인으로 하여 다공변량분석 (MANCOVA)을 하였다. 그 결과, 집단의 주효과는 유의미하지 않았다, $F(6, 6) = .23$, $p = .95$, Wilks' $\lambda = .81$. 다음에

2) 본 연구에서 사용된 RTQ에는 각 치료법에 대한 신뢰정도를 측정하는 4개 문항, 치료의 성공에 대한 기대 정도를 평가하는 4개 문항, 그리고 10개의 대표적인 사회공포증상 유발상황들별로 호전가능성에 대한 믿음 정도를 묻는 문항 등이 포함되어 있다. 선행 연구들에서와 마찬가지로, 본 연구에서도 이러한 9개의 종속측정치별로 따로 나누어 두 치료집단간의 차이를 검증하였기 때문에, 지면 관계상, 통계치를 제시하지 않았다.

는 개별 종속측정치들에서 치료집단의 차이가 유의미한 지를 치료 전 검사 점수를 공변인으로 하여 공변량분석 (ANCOVA)을 하였다. 그 결과, 인지치료와 행동치료 집단간에는 치료 종결후에 어떤 종속측정치들에서도 유의미한 차이를 보이지 않았다.

3개월 추후평가시에 측정한 종속측정치들에서 두 치료집단간의 차이가 유의미한 지를 검증하기 위해, 개별 종속측정치별로 공변량분석을 한 결과, 어떤 종속측정치에서도 두 집단에 유의미한 차이를 보이지 않았다.

치료 국면 (중기, 말기)에 따른 치료적 변화의 정도 (표 4)

치료 국면에 따른 치료적 변화의 정도를 각 집단별로 수치로 제시하면 표 4와 같다. 이러한 치료적 변화의 정도가 두 치료집단간에 서로 다르게 나타나는 지를 알아보기 위하여, 사회공포증 관련 모든 종속측정치들 (한국판 SADS(III) 전체 점수, 사회공포증 위계표 전체 합산점수, SISST(II)의 긍정형 및 부정형 점수, DBT 및 단축형 FNE의 전체 점수)의 해당 차이 점수들이 집단 및 치료국면에 따라 다른 지를 검증하였다. 우선 다변량분석 (MANOVA)을 한 결과, 치료 중기에는 집단간 차이가 유의미하지 않았는데 비해, $F(6, 12) = 1.87$, $p = .17$, Wilks' $\lambda = .52$, 치료 말기에는 집단간 차이가 유의미하였다, $F(6, 12) = 4.70$, $p < .05$, Wilks' $\lambda = .30$. 이 결과를 보완하고, 집단간의 치료효과의 차이를 좀더 자세히 분석하기 위하여, 집단 변인 (2)과 치료 국면 (2)을 독립변인으로, 그리고 개별 종속측정치에서의 차이 점수를 종속변인으로 하여 이원변량분석을 하였다. 그 결과, 긍정형 자동적 사고에서 집단 변인과 치료 국면 변인간의 이원 상호작용효과가 유의미하였으며, $F(1,17) = 10.02$, $p < .01$, 단축형 FNE에서는 이원 상호작용효과가 미약하나마 유의미하였다, $F(1,17) = 3.83$, $p < .07$. 이러한 상호작용효과가 어디에서 연유하는 지를 알아보기 위하여, 추가 분석을 한 결과, 인지치료 집단의 경우 긍정적인 자동적 사고가 치료중기에 비해 말기에 다소 증가되었는데 비해, 행동치료 집단의 경우에는 치료중기에 뚜렷하게 증가하였으나 말기에는 약간 떨어지는 패턴을 보였다. 부정적 평가에 대한 공포 성향의 경우 행동치료 집단은 치료 말기에 비해 중기에 더 많이 감소하였으나 인지치료 집단은 말기로 갈수록 감소 정도가 약간 더 컸을 뿐만 아니라, 말기에는 행동치료 집단에 비해 유의미할 정도로 더 많이 감소되었다.

치료 국면 (중기, 말기)에 따라 나타나는 주요한 인지적 변화 양상

표 1과 표 2를 함께 비교해 보면, 두 치료집단간에 차이를 발견할 수 있다. 치료 중기에서 부정적인 자동적 사고가 행동치료 집단에서는 유의미하게 감소되지 않았으나 인지치료 집단에서는 치료 전 (평균 41.60점)에 비해 치료 중기 (평균 30.70점)에 유의미하게 감소되었다. 또한 치료 말기에서 행동치료 집단의 경우 부정적인 자기개념 및 타인의 인정에 대한 과도한 요망이라는 역기능적 신념과, 부정적 평가에 대한 공포 성향 등이 유의미하게 감소되지 않았는데 비해, 인지치료 집단에서는 이런 모든 인지적 특질들이 유의미하게 감소되었다. 따라서 이러한 결과들은 인지적 측정치에서 치료 효과가 나타나는 양상이 두 치료집단간에 차이가 있을 것이라는 가설 3을 부분적으로 지지한다고 하겠다.

임상적으로 유의미한 변화를 보이는 내담자들의 비율

본 연구에서 내담자들을 예비 선발하는 도구로 사용된 SADS(Ⅲ)의 대학생 평균 점수 (51점) (조용래, 원호택, 1999)를 기준으로 각 치료집단에 참가한 내담자들을 반응자와 비반응자로 분류하였다(Jacobson & Truax, 1991). 치료 종결시에는 인지치료 집단에서 10명 중 6명 (60%)이, 그리고 행동치료 집단에서 9명 중 5명 (55%)의 내담자들이 반응자로 분류되었으며, 이 비율에서 두 집단간의 차이를 Fisher's exact test로 검증한 결과, 유의미한 차이를 보이지 않았다, $p = .35$.

3개월 추후평가시에는 인지치료 집단에서 7명 중 5명 (71.43%)이, 그리고 행동치료 집단에서 5명 중 2

표 4. 치료 국면에 따른 치료집단간의 치료적 변화의 정도 (차이 점수) 비교

치료국면	중기(4주-치료 전)		말기(8주-4주)	
척도명	인지치료	행동치료	인지치료	행동치료
SAN	-6.00(6.36)[a]	-8.78(6.12)	-7.10(3.90)	-3.67(6.08)
SAV	-5.90(6.76)	-6.44(7.47)	-5.10(4.86)	-6.00(3.61)
SAT	-11.90(12.08)	-15.22(9.35)	-12.20(6.20)	-9.67(7.52)
HAN	-7.64(9.33)	-10.43(13.94)	-12.46(13.89)	-6.10(2.65)
HAV	-9.37(11.65)	-10.87(15.51)	-13.62(13.44)	-7.76(10.19)
HNE	-18.47(17.19)	-14.86(15.25)	-10.84(15.49)	-5.33(5.26)
STP	2.00(4.99)	6.78(6.46)	4.40(2.41)	-0.78(2.49)
STN	-10.90(9.06)	-5.33(7.65)	-3.70(6.17)	-7.00(5.10)
DB1	-15.80(13.77)	-16.67(19.21)	-18.00(15.24)	-11.78(18.05)
DB2	-6.80(7.11)	-11.00(15.61)	-21.50(17.29)	-10.11(16.03)
DB3	-9.40(5.40)	-7.22(14.25)	-17.00(11.94)	-10.22(6.44)
DBtot	-32.00(23.44)	-36.67(42.36)	-63.50(48.26)	-31.22(39.42)
FNE	-4.90(7.05)	-8.78(6.02)	-7.10(5.53)	-1.78(4.92)
BDI	-7.40(9.49)	3.78(31.39)	-3.10(3.31)	-12.33(32.55)

주. SAN: SADS(III)의 사회적 불안감, SAV: SADS(III)의 사회적 회피행동, SAT: SADS(III)의 전체 점수, HAN: 사회공포증 위계표-불안감, HAV: 사회공포증 위계표-회피경향, HNE: 사회공포증 위계표-평가에 대한 염려, STP: SISST(II)의 긍정형, STN: SISST(II)의 부정형, DB1: DBT의 하위척도 1, DB2: DBT의 하위척도 2, DB3: DBT의 하위척도 3, DBtot: DBT 전체점수, FNE: 단축형 부정적 평가에 대한 두려움 척도, BDI: Beck 우울척도

[a]음수(-)는 해당 측정치에서의 치료적인 호전을 의미하며, STP(긍정적인 자동적 사고)에서는 양수가 치적인 호전이 있음을 나타낸다.

명 (40%)의 내담자들이 반응자로 분류되었으며, 이 비율에서 두 집단간의 차이를 Fisher's exact test로 검증한 결과, 유의미한 차이를 보이지 않았다, p = .27.

논 의

본 연구는, 사회공포증의 변화 과정에서 인지의 역할이 중요하다고 가정하는 인지이론에 기초하여, 기존의 집단인지행동치료의 주요한 구성요소인 부정적인 자동적 사고에 대한 인지적 재구성 훈련에 역기능적 신념을 다루는 부분을 추가로 포함시킨 사회공포증에 대한 집단인지치료 프로그램을 개발하고, 이 프로그램의 치료효과 및 그 치료기제를 알아보았으며, 이를 토대로 보다 효과적인 집단인지행동치료 프로그램을 제안하고자 하였다. 이에 본 연구를 통해 밝혀진 주요한 결과들을 집단인지치료의 치료효과와 치료기제로 나누어 살펴보고, 이 결과들이 치료적 및 경험적으로 갖는 의의와 연구의 제한점, 그리고 시사점 등에 관해 고찰해 보겠다.

집단인지치료의 치료효과

첫째, 집단인지치료의 사회공포증에 대한 전반적인 치료효과를 확인해 보았다. 치료 종결후, 인지치료 집단은 사회공포증과 관련된 모든 종속 측정치 (인지, 정서 및 행동적 측면)에서 유의미한 치료효과를 보였으며, 행동치료 집단 역시 이런 모든 종속 측정치에서 유의미한 치료효과를 보였다. 더 나아가, 인지치료 집단의 경우 이러한 치료효과는 3개월의 추후평가에

서도 거의 그대로 지속되었다. 반면에, 대기자 통제집단의 경우 사회공포증과 관련된 측정도구들을 치료전에 실시하여 나온 점수들과, 각 치료집단의 치료기간과 동일한 8주 후에 다시 실시하여 나온 점수들을 비교한 결과 어떤 종속측정치에서도 유의미한 변화를 보이지 않았다. 이로 보아 8주 동안에는 사회공포증상, 부정적 및 긍정적인 자동적 사고, 그리고 역기능적인 신념 등이 자발적으로 호전되지는 않는다고 하겠다. 따라서 인지치료 집단은 사회공포증과 관련된 부정적인 자동적 사고 및 역기능적 신념 등 인지적 측면 뿐 아니라 정서적 및 행동적 측면에서도 유의미한 치료 효과를 보일 것이라는 가설 1은 지지되었다.

인지치료 집단에 참가한 내담자들이 보인 치료적 호전 정도를 대기자 통제집단과 비교하여 보았다. 먼저, 치료 전에 평가된 종속측정치들에서 두 집단간의 차이를 검증해 본 결과, 치료 전에는 두 집단간의 차이가 유의미하지 않았다. 그 반면에, 치료 종결후에는 긍정적인 자동적 사고의 증가를 제외하고는 다른 모든 종속측정치에서 인지치료 집단이 대기자 통제집단에 비해 유의미한 치료효과를 보였다. 이러한 결과는 행동치료 집단에서도 동일하게 나타났다. 그러므로, 인지치료 집단은 사회공포증과 관련된 모든 측면(인지적, 정서적 및 행동적 측면)에서 치료적 변화가 대기자 통제집단에 비해 더 클 것이라는 가설 2는 대체로 지지되었다고 하겠다.

한편 본 연구에서 실시된 집단인지치료가 연구자의 의도대로 타당하게 실시되었음을 반영해 주는 몇가지 결과들이 있다. 이를 테면, 인지치료 집단에서 치료 종결후에 유의미한 치료효과를 보였으며, 치료 중기에는 부정적인 자동적 사고가 유의미하게 감소되었을 뿐 아니라 치료 말기에는 모든 유형의 역기능적 신념들이 유의미하게 감소되었다. 이 결과들은, 치료 절차상 1회부터 4회까지는 부정적인 자동적 사고를 찾아내고, 현실검증하며, 현실적이고 타당한 자동적 사고로 대체하도록 돕는데 초점을 맞추고, 5회부터 8회까지는 역기능적 신념을 알아내고, 그 타당성, 현실성 및 유용성을 평가하며, 합리적인 신념으로 교정하도록 돕는데 초점을 맞추는 집단인지치료가 원래 치료계획대로 타당하게 이루어졌음을 시사해 준다.

둘째, 사회공포증을 완화시키는데 있어 집단인지치료와 집단행동치료가 각각 보여준 치료효과를 비교해 보았다. 두 치료조건간의 치료효과를 비교하기 전에, 내담자의 참가회기수, 숙제에 대한 성실도, 그리고 적어도 치료 실시 전에 측정한 치료법에 대한 신뢰성 및 치료적 변화에 대한 기대의 정도 등과 같은 치료과정 변인들에서의 차이를 확인해 보았다. 그 결과, 이러한 치료과정 변인들에서는 두 치료집단간의 차이가 유의미하지 않았다. 따라서 본 연구에서 측정된 치료과정 변인들은 두 치료집단간의 치료효과의 차이에 유의미한 영향을 미치지 않았다고 하겠다.

전반적인 치료효과면에서 인지치료 집단이 행동치료 집단과 유의미하게 다른 지를 검증한 결과, 치료 종결 후 뿐 아니라 3개월이 지난 추후평가시에도 인지적 측정치를 포함한 모든 종속측정치에서 집단인지치료의 효과는 집단행동치료와 뚜렷한 차이를 보이지 않을만큼 양호하였다. 또한 각 치료집단별로 임상적 유의미성을 기준으로 반응자와 비반응자의 비율을 산출한 결과, 치료 종결시에는 두 치료집단 모두 과반수가 넘었으며 (인지치료 집단 60% vs. 행동치료 집단 55%), 이 비율이 두 치료집단간에 유의미한 차이를 보이지 않았다. 3개월이 지난 추후평가시에는 인지치료 집단 (71.43%)이 행동치료 집단 (40%)보다 더 높은 비율을 보였으나, 두 집단간의 차이가 통계적으로 유의미하지는 않았다. 총 12회기로 구성된 Heimberg (1991)의 집단인지행동치료의 경우, 전문가의 임상적 평정을 통해 임상적 유의미성을 분류한 결과, 치료 종결시에는 75% (Heimberg et al., 1990), 36.4% (Hope et al., 1995), 그리고 6개월 추후평가시에는 81% (Heimberg et al., 1990), 37.5% (Hope et al., 1995)의 내담자들이 호전되었다. 이로 보아 분류기준, 치료회기 수 및 평가시점이 달라서 직접 비교하기는 힘들지만, 본 연구에서 이루어진 집단인지치료가 선행 연구들의 집단인지행동치료와 치료효과면에서 크게 다르지 않음을 알 수 있다. 집단행동치료의 경우 이정윤과 최정훈 (1996)의 연구에서와 거의 동일한

치료절차와 기법을 사용하였으며, 그들의 연구에서 보인 결과와 대체로 비슷하거나 다소 나은 효과를 보였다. 이러한 점을 종합적으로 고려할 때, 본 연구에서 보인 집단인지치료의 사회공포증에 대한 치료효과가 뛰어나다고 하겠다.

셋째, 집단행동치료는 물론이고 집단인지치료 역시 사회공포증 뿐 아니라 우울증상의 개선에도 효과적이었으며, 그 치료효과는 3개월의 추후평가에서도 그대로 유지되는 경향이 있었다. 이러한 결과는 본 연구에서 개발된 집단인지치료의 핵심적인 구성요소가 부정적인 자동적 사고 및 역기능적 신념에 대한 인지적 재구성 훈련이라는 사실에서 예상될 수 있는 것이다. 치료회기 동안에 다루는 주된 인지적 내용과 인지적 오류들에서는 차이가 있지만, 기본적인 치료원리와 절차는 우울증에 대한 인지치료와 매우 비슷하기 때문에 나온 결과로 생각된다(Beck et al., 1979). 주지하다시피, 본 연구의 기초가 된 Beck의 인지치료는 1960년대 우울증에 대한 초기 연구 및 치료로부터 발전되었다(Beck, 1963, 1964, 1976).

집단인지치료의 치료기제

집단인지치료의 치료기제를 확인하기 위해서, 인지치료 및 행동치료 집단별로 치료기간 동안 나타나는 인지적 변화가 치료 국면에 따라 어떻게 나타나는지, 그리고 각 집단간에 그러한 변화양상이 어떻게 다른지를 검증해 보았다. 그 결과, 두 집단은 인지적 변화의 양상이 서로 달랐다. 즉 긍정적인 자동적 사고가 행동치료 집단에서는 치료 말기에 비해 중기에 더 유의미한 증가를 보였는데 비해, 인지치료 집단에서는 그 반대의 양상을 보였다. 뿐만 아니라, 부정적 평가에 대한 공포 성향은 행동치료 집단에서는 말기에 비해 중기에 더 유의미하게 감소되었으나 인지치료 집단의 경우 중기에 비해 말기에 더 감소되는 경향을 보였다.

또한 각 치료집단별로 치료국면에 따라 주요 인지적 변인들이 유의미한 변화를 보이는 지를 자세히 검토해 보았다. 검토 결과, 치료 중기에서 행동치료 집단은 부정적인 자동적 사고가 유의미하게 감소되지 않았는데 비해 인지치료 집단은 부정적인 자동적 사고가 유의미하게 감소되었다. 아울러 치료 말기에서 행동치료 집단의 경우 부정적인 자기개념 및 타인의 인정에 대한 과도한 요망이라는 두가지 하위 유형의 역기능적 신념과, 부정적 평가에 대한 공포 성향 등이 유의미하게 감소되지 않은 반면에, 인지치료 집단에서는 이러한 인지적 측정치들이 모두 유의미하게 감소되었다. 이에 더해, 부정적 평가에 대한 공포 성향의 경우 치료 말기에는 행동치료 집단에 비해 인지치료 집단에서 유의미할 정도로 더 많이 감소되었다. 여기서 역기능적 신념과 부정적 평가에 대한 공포 성향은 양자 모두 사회공포증과 관련된 주요한 인지적 특질이라는 점 (조용래, 원호택, 1999; Ball, Otto, Pollack, Uccello, & Rosenbaum, 1995; Beck et al., 1985; Clark & Wells, 1995; Ingram & Kendall, 1987; Rapee & Heimberg, 1997)에 주목할 필요가 있다. 이로써 인지치료 집단은 인지적 측정치에서 치료효과가 나타나는 패턴이 행동치료 집단과는 다를 것이라는 가설 3은 부분적으로 지지되었다고 하겠다.

다음에는, 인지적 변화가 인지치료 집단에서만 나타나는지, 아니면 다른 치료적 접근에서도 나타날 수 있는지 하는 질문에 답하기 위해서, 행동치료 집단의 치료 결과를 살펴보았다. 연구 결과, 행동치료 집단의 경우 치료 국면에 따라 인지적 변화가 나타나는 양상이 인지치료 집단과 다르기는 했으나, 치료 종결시에 부정적인 자동적 사고 및 역기능적 신념이 유의미하게 감소되었다. 이처럼 행동치료 집단에서 치료 종결 후에 유의미한 인지적 변화가 나타났다는 본 연구의 결과는 Hope 등 (1995)의 연구결과와 일치한다. 이러한 결과와 관련하여, Hope 등 (1995)은 사회공포증이 있는 많은 내담자들의 경우 직접적인 인지적 개입 없이도 노출에 동반되는 경험적 학습을 통해 부적응적 인지에 반대되는 충분한 증거들을 제공받게 된다고 하였다. 이에 더해, 노출훈련에서의 성공적인 경험들은 기존의 역기능적인 정보처리를 변화시키는데 필수적인 것으로 간주되는 도식에 불일치하는 정보의 처리를 하도록 할 만큼 충분히 특출할 가능성

이 있다고 하였다(Beck et al., 1995; Foa & Kozak, 1986). 이러한 Hope 등의 견해는, 치료 장면이나 바깥 생활에서 평소의 부적응적인 인지 (부정적인 자동적 사고, 역기능적 신념 등)에 반대되는 행동을 하게 하는 것이 부정적인 자동적 사고의 타당성을 평가하고 수정하는 과정에 더해 역기능적 신념을 현실검증해서 교정하는 과정에도 매우 효과적이라는 Beck 등 (1979)의 주장과 일치하는 것이다.

다른 한편으로는, 본 연구의 행동치료 집단에 참가한 몇몇 내담자들이, 치료자의 의도와 상관없이, 치료 회기 동안에 본인들의 부정적인 자동적 사고를 언급하거나 이런 자동적 사고를 현실적이고 타당한 자동적 사고로 자발적으로 전환시키려는 시도 - 물론 치료자는 이와 같은 내담자들의 자발적인 시도에 대해 무시하고 화제를 다른 쪽으로 돌림으로써 치료 회기 중에 인지치료적 주제가 부각되는 것을 방지하고자 하였다 -를 하였다는 점과, 이런 식의 자발적인 인지적 재구성 시도가 치료 종결후의 평가에서 본인들 스스로도 효과적이었음을 보고했다는 점을 함께 고려할 필요가 있다.

뿐만 아니라, 노출훈련 후에 인지적 변화가 나타났다는 결과는 인지치료에서 부적응적인 인지를 재구성하는데 효과적인 방법으로 알려져 있는 행동실험 (behavioral experiments)의 절차를 살펴보더라도 이해될 수 있다(권정혜, 1993; Beck, 1995; Fennell, 1989). 물론 행동실험에서는 검증하고자 하는 가설 (부정적인 자동적 사고나 역기능적 신념)의 선정과정과, 실제 결과에 관한 논의과정에서 부적응적인 인지에 초점을 맞춘다는 점에서 노출훈련과는 차이가 있지만, 평소의 부적응적인 인지에 반대되는 행동을 함으로써 그러한 인지의 타당성을 의심하게 되고, 그 결과 적응적이고 합리적인 인지로 재구성하게 된다는 점은 둘간의 공통점이라고 하겠다.

추가로, 이와 같은 결과를 사회심리학의 태도변화 이론으로 조명해 볼 수도 있겠다. 이를 테면, 행동변화 후에 나타나는 인지적 변화를 이해하기 위해서는, 본인의 평소 태도와 일치하지 않는 행동을 유도하게 되면 그 행동에 맞추어 태도가 변화되는 정당화 과정이 촉발된다는 인지부조화 이론 (cognitive dissonance theory: Festinger, 1957)과, 사람들은 자신의 내적 심리상태를 내성하여서가 아니라, 태도대상에 대한 자기 행동을 통하여 자기 태도를 추론한다고 한 자기지각이론 (self-perception theory --- Bem, 1967, 1972) 등을 적용할 수도 있을 것이다.

다른 한가지 주목할만한 사실은 행동치료 결과 나타나는 인지적 변화가 지속적이지 않고 일시적일 가능성이 있다는 점이다. 비록 소수 (5명)만을 대상으로 한 분석결과이기는 하지만, 역기능적 신념의 경우 전체 점수 및 세가지 하위 유형 모두 3개월 추후평가 시에는 치료 전에 비해 유의미한 치료적 변화를 보이지 않았다는 점이 이를 뒷받침해 주고 있다. 이 부분에 관해 보다 확실한 결론을 내리기 위해서는, 앞으로 내담자의 수를 더 많이 보완한 다음에도 동일한 결과가 나오는 지를 알아보는 추가적 연구들이 요망된다.

결국 사회공포증에 대한 집단인지치료의 효과와 그 치료기제, 그리고 집단행동치료의 효과 등을 경험적으로 입증한 본 연구의 결과들은, 인지적 변화가 사회공포증의 성공적인 치료에 중심적이라는 주장과 일치한다(Butler, 1989; Emmelkamp, 1982; Hope et al., 1995). 뿐만 아니라, 인지적 재구성 훈련과 노출훈련이 잘 통합될 경우 사회공포증 치료에 강력한 효과를 보일 수 있다는 점을 시사해 준다. Hope 등 (1995)은, 인지적 이론에 근거하여, 인지적 변화는 부적응적인 사고의 파악 및 그에 대한 합리적 분석과 논박 (= 인지적 재구성 훈련)에 의하여 직접적으로 나타나며, 이전의 공포상황에서의 성공적인 경험 (= 노출훈련)에 의하여 간접적으로 일어난다고 하였다. 그들에 따르면, 노출훈련은 두가지 방식으로 인지적 재구성 훈련을 촉진시키는 것으로 간주된다. 즉 첫째, 내담자에게 실생활에서 성공한 증거를 제공함으로써 부적응적인 인지에 도전하도록 해 주며, 둘째, 불안을 유발시켜 본인이 불안하지 않을 때에는 보고할 수 없는, 인지적 재구성을 위한 핵심적인 사고에 접근할 수 있도록 도와준다는 것이다. 사실, 이러한 논리를 토대로, Heimberg (1991)는 인지적 재구성 훈련과, 공포

상황에 대한 회기 중의 모의노출훈련 및 숙제를 통한 실제 상황에 대한 노출훈련을 체계적으로 통합하여 사회공포증에 대한 인지행동치료를 개발하였다.

한편 본 연구의 결과로 긍정적인 자동적 사고와 부정적인 자동적 사고의 관계를 알 수 있다. 치료 결과, 인지치료 집단의 경우 긍정적인 자동적 사고가 치료 중기에는 유의미하게 증가되지 않았으나 치료 말기에 유의하게 증가되었으나, 행동치료 집단에서는 정반대의 양상을 보였다. 이 결과와 다른 여러 가지 결과들을 종합적으로 고려해 보면, 다음과 같은 해석이 가능해진다. 인지치료 집단의 경우 치료 중기까지는 부정적인 자동적 사고를 집중적으로 다루는 인지적 재구성 훈련 덕분에 부정적인 자동적 사고가 유의미하게 감소되는 효과를 보이지만 그 효과가 대인관계 및 사회활동을 촉진시키는 긍정적인 자동적 사고의 증가로 곧바로 이어지지는 않는다는 것이다. 오히려 긍정적인 자동적 사고의 증가는 내담자 자신의 역기능적 신념을 합리적 신념으로 대체하기, 자신의 장점 찾기 및 대인관계 성공경험 부각시켜기 등과 같이 역기능적 신념에 대한 인지적 재구성 훈련에 힘입어 부정적인 자동적 사고의 감소에 비해 더디게 나타나는 것 같다.

그 반면에, 노출훈련을 위주로 하는 행동치료 집단의 경우 노출훈련 결과 평소 회피하던 위협적인 대인관계 상황에 처해서도 예상과 달리 불안수준이 높지 않거나 성공적으로 대처하게 됨으로써 각 대인관계 상황에 대한 자기효능감 및 긍정적인 결과를 예상하는 등의 긍정적인 자동적 사고가 신속하게 증가되는 듯 보인다. 그리고 이전의 공포상황에서의 성공적인 경험에 의하여 인지적 변화가 간접적으로 일어난다고 한 Hope 등 (1995)의 견해와 관련하여, 노출훈련를 하게 되면 긍정적인 자동적 사고의 증가에 비해 부정적인 자동적 사고의 감소는 느리게 일어나는 것으로 추측된다. 이처럼 부정적인 자동적 사고와 긍정적인 자동적 사고가 동시에 변화되지 않고 각각 서로 다른 시기에 효과를 나타낸다는 결과는 이 두가지 유형의 자동적 사고가 상호 호혜적이지 않고 차별적으로 영향을 미친다는 이전 연구결과들과 일치된다 (Cacioppo et al., 1979; Kendall & Hollon, 1981 등).

치료적 및 경험적 의의

본 연구의 결과들이 사회공포증의 치료에 기여한 점을 살펴보고, 이를 토대로 더 효과적인 치료적 방안을 제언하고자 한다. 본 연구의 결과들은 오늘날 사회공포증의 치료에서 가장 각광을 받고 있는 Heimberg (1991)의 집단인지행동치료에 역기능적 신념에 대한 인지적 재구성 훈련을 추가로 포함시켜야 할 필요성 및 그 경험적 근거를 제공해 주고 있다고 하겠다. 구체적으로 말하면, Heimberg (1991)의 집단인지행동치료 (부정적인 자동적 사고에 대한 인지적 재구성 훈련 + 노출훈련)와 역기능적 신념에 대한 인지적 재구성 훈련 - 이 부분은 훈련의 성질을 고려하고 치료 진행의 효율성을 높인다는 점에서 치료 후기에 적용하는 것이 바람직해 보인다 - 을 체계적으로 통합할 경우 더 큰 치료 효과를 가져올 수 있을 것이다. 특히 인지치료에서 역기능적 신념에 대한 인지적 재구성 훈련은 치료 효과를 장기간 유지시킬 수 있고 재발을 방지할 수 있는 장점이 있다(권정혜, 1993; Beck et al., 1979; Fennell, 1989). 이처럼 본 연구에서 개발된 인지적 재구성 훈련 위주의 집단인지치료에 다른 주요한 치료적 구성요소들을 통합할 필요성이 있다는 주장은 본 연구의 당초의 목적과도 부합될 뿐 아니라, 일부 내담자의 경우 집단인지치료만으로는 충분한 치료효과를 가져오지 못했다는 결과를 고려하더라도 설득력이 있다고 하겠다. 그러므로, 앞으로 임상실제 및 치료효과 연구에서는 기존의 집단인지행동치료에다 역기능적 신념에 대한 인지적 재구성 훈련을 체계적으로 결합시킨 치료적 접근을 적극적으로 적용하는 것이 바람직하겠고, 또 이러한 통합적 접근이 사회공포증 치료에 얼마나 효과적인지를 경험적으로 확인해 볼 필요가 있다.

이러한 주장과 관련하여, 최근에 두가지 연구가 진행되었다. 조용래와 김학렬 (1999)은 본 연구에서 치료효과가 경험적으로 확인된 집단인지치료에다 노출훈련을 추가로 포함시킨 통합적인 집단인지행동치료를 새롭게 개발한 후 치료효과를 예비적으로 검증하였다. 총 12회로 구성된 통합적인 집단인지행동치료

를 6명의 사회공포증 대학생들에게 실시한 결과, 종결 후에 뚜렷한 치료효과를 보였으며, 이런 효과는 종결 후 3개월이 지난 다음에도 거의 그대로 유지되었다. 또한 김은정 (1999)은, Clark과 Wells (1995)의 사회공포증에 대한 인지행동적 모델과 본 연구의 결과에 기초하여, 안전행동 실험, 안전행동을 하지 않는 모의노출훈련, 비디오피드백을 통한 왜곡된 자기처리의 수정 및 자기가치 인정하기 등과, 부정적인 자동적 사고 및 역기능적 신념 각각에 대한 인지적 재구성 훈련을 통합한 치료 프로그램을 개발하였다. 총 10회로 이루어진 이 집단인지행동치료를 사회공포증으로 분류된 9명의 대학생들에게 실시한 결과, 사회공포증이 유의미하게 감소되었다.

본 연구가 시도한 방법론들은 앞으로 이와 관련된 연구를 하는데 있어 다음 몇가지 점에서 길라잡이 역할을 할 것으로 보인다. 먼저, 본 연구에서는 치료 국면을 중기와 말기로 구분함으로써, 치료의 중기에는 부정적인 자동적 사고에 대한 인지적 재구성이, 그리고 말기에는 역기능적 신념에 대한 인지적 재구성이 뚜렷한 효과를 보임을 알 수 있었다. 그리하여 이와 같이 치료 국면에 따라 각각 차별적인 인지적 재구성 훈련을 하는 것이 사회공포증상을 효과적으로 감소시키는데 매우 중요함을 알 수 있었다. 치료 국면을 이렇게 구분하여 치료기제를 규명하고자 한 시도와 관련하여, Glass와 Arnkoff (1994)는 치료효과 연구에서 다양한 회기 (시기)에 걸쳐 인지적 평가를 사용하게 되면 특히 인지의 원인적 역할을 보다 용이하게 밝힐 수 있다는 점에서 매우 가치있는 일이라고 지적하였다.

그 다음으로, 치료 효과의 다양한 측면들을 측정하기 위해 여러 가지 도구들을 사용하였다는 점을 들 수 있다. 이를 테면, 내담자들의 인지적 변화를 확인하기 위해 각 유형의 인지별로 일반적으로 흔히 보고되는 인지내용을 측정하는 사회적 상호작용에 대한 자기 진술검사, 단축형 부정적 평가에 대한 두려움 척도, 그리고 역기능적 신념검사를 각각 사용하였다(조용래, 원호택, 1999). 그 외에도, 본 연구의 인지치료 집단에서는 각 내담자별로 독특한 역기능적 신념 및 자동적 사고를 각각 충분히 반영할 수 있는 자동적 사고 기록지 (Arnkoff & Glass, 1989)와, 치료 상황에서 부정적인 자동적 사고 및 역기능적 신념들을 개별적으로 보고받는 방법을 활용하였다. 이처럼 각 개인별로 취약한 사회적 상황별로 흔히 떠오르는 부정적인 자동적 사고와 개인 특유의 역기능적 신념들을 측정하게 됨으로써 치료의 진행 뿐 아니라 치료효과의 분석에 적극 활용하게 되었고, 그 결과 사회공포증상의 치료과정에 기여하는 각 개인 고유의 인지의 역할과, 인지적 변화과정을 구체적으로 밝힐 수 있었다(조용래, 미발표).

아울러 연구자가 관심있는 특정한 치료법의 효과를 다른 유형의 치료법과 보다 정확하게 비교하기 위해서는 치료방법의 차이라는 독립변인 외에 치료 효과에 영향을 줄 수 있는 불특정한 치료적 변인의 영향을 배제할 필요성이 있다(Beck et al, 1979; Kazdin, 1980; Kennedy & Heimberg, 1986; Primakoff et al., 1986). 이에 본 연구에서는 이 부분을 반영하였다. 즉 치료자와의 접촉횟수 및 시간, 치료 절차에 대한 신뢰성과 치료효과에 대한 기대, 그리고 숙제에 대한 성실도 등과 같은 치료과정 변인들이 인지치료 집단과 행동치료 집단간에 유의미한 차이를 보이지 않았다. 그러므로, 이 결과를 토대로, 그러한 치료과정 변인들이 두 집단간의 치료 효과의 차이를 설명하지 못한다고 결론내릴 수 있었다.

본 연구의 제한점, 결과의 요약 및 결론

본 연구에는 몇가지 제한점과 앞으로의 연구를 통해 보완해야 할 점들이 있다. 첫째, 본 연구에 참가한 내담수의 수가 비교적 적었으며, 특히 추후평가에 참가한 내담자의 수는 더 적었다. 따라서 더 많은 수의 내담자들이 포함된 연구에서도 본 연구와 동일한 결과를 보이는 지를 검토해 볼 필요가 있다. 둘째, 본 연구에 참가한 내담자들은 모두 대학생들이었다. 본 연구의 결과를 일반화하기 위해서는 다양한 연령과 학력을 가진 내담자들에게도 동일한 연구를 적용해 보아야 할 것이다. 셋째, 치료효과를 확인하기 위해

다양한 측면들을 측정하는 도구들을 사용하기는 했지만, 이들 모두 자기보고형 질문지에 국한되어 있다는 것이 또 하나의 제한점일 수 있다. 그러므로 앞으로의 연구들에서는 치료효과를 평가하기 위해 이러한 자기보고형 질문지 뿐 아니라 연구의 목적 및 내담자가 속한 집단의 유형에 관해 알지 못하는 제 3의 임상가에 의한 평정과, 행동과제 등을 실시할 필요가 있겠다(Arnkoff & Glass, 1989).

끝으로, 본 연구의 결과들을 사회공포증에 대한 집단인지치료의 치료효과 및 치료기제라는 관점에서 요약하면, 1) 집단인지치료를 통해 부정적인 자동적 사고와 역기능적 신념 양자 모두 두드러지게 감소되었고, 2) 특히 행동치료 집단과 달리 인지치료 집단에서는 치료 중기에 부정적인 자동적 사고가, 그리고 치료 말기에 역기능적 신념이 유의미하게 감소되었으며, 3) 이러한 인지적 재구성을 통해 사회공포증상이 효과적으로 완화되었다. 이러한 결과들은 사회공포증에 대한 집단인지치료의 타당성과 함께 치료효과 및 치료기제를 경험적으로 입증해 주는 것이며, 또한 인지치료 및 인지행동치료에서 부정적인 자동적 사고 및 역기능적 신념 양자 모두를 집중적으로 다루어 주는 것이 사회공포증을 효과적으로 감소시키고 그 효과를 장기적으로 유지시키는데 있어 핵심적인 치료적 구성요소라는 사실을 시사한다고 잠정적으로 결론내릴 수 있다.

참고문헌

권정혜 (1993). 인지행동치료의 실제. **1993년도 한국심리학회 동계연수회 자료집.**

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

김은정 (1999). 사회공포증 집단의 사회적 자기처리 및 안전행동. **서울대학교 박사학위 청구논문**

이영호, 송종용 (1991). BDI, SDS, MMPI-D 척도의 신뢰도 및 타당도에 관한 연구. **한국심리학회지: 임상, 10,** 98-113.

이옥정(1988). 대인불안에서 주의 방향이 Stroop 과제 수행에 미치는 영향. **서울대학교 석사학위 청구논문.**

이정윤, 최정훈 (1996). 사회불안증에 대한 인지행동치료와 노출치료의 효과연구. **한국심리학회 창립 50주년 '96 연차 학술대회 학술발표 논문집,** 583-598.

조용래 (1999). 역기능적 신념과 사회공포증상간의 관계에서 부적응적인 자동적 사고의 매개효과 검증: 구조방정식모델 접근법을 사용하여. **한국심리학회지: 임상, 18,** 17-36.

조용래 (미발표). **사회공포증의 인지적 내용: 집단인지치료에 참가한 사회공포증 내담자들의 보고서에 대한 내용분석.**

조용래, 김은정, 원호택 (1997). 대인불안에 대한 인지적 평가 Ⅱ: 사회적 상호작용에 대한 자기진술 검사 한국판의 신뢰도와 타당도에 관한 연구. **한국심리학회지: 임상, 16,** 233-249.

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

조용래, 원호택 (1997). 대인불안에 대한 인지적 평가: 사회적 상호작용에 대한 자기 효능감 척도의 개발과 타당도에 관한 연구. **심리학의 연구문제, 제 4집,** 397-434.

조용래, 원호택 (1999). 사회공포증에 대한 인지적 평가 Ⅲ: 역기능적 신념검사의 개발 및 타당화. **한국심리학회지: 임상, 18,** 141-162.

최정훈, 이정윤 (1994). 사회적 불안에서의 비합리적 신념과 상황요인. **한국심리학회지: 상담과 심리치료, 6,** 21-47.

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

Arnkoff, D. B., & Glass, C. R. (1989). Cognitive assessment in social anxiety and social phobia. *Clinical Psychology Review, 9,* 61-74.

Ball, S. G., Otto, M. W., Pollack, M. H., Uccello,

R., & Rosenbaum, J. F. (1995). Differentiating social phobia and panic disorder: A test of core beliefs. *Cognitive Therapy and Research, 19*, 473-482.

Beck, A. T. (1963). Thinking and Depression: Ⅰ. Idisyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry, 9*, 324-333.

Beck, A. T. (1964). Thinking and Depression: Ⅱ. Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry, 10*, 561-571.

Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders.* New York: International University Press.

Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective.* New York: Basic Books.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression.* New York: Guilford Press.

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock. J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry, 4*, 561-606.

Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy for depression and anxiety: Basics and beyond.* New York: Guilford Press.

Bem, D. J. (1967). Self-perception: An alternative interpretation of cognitive dissonance phenomena. *Psychological Review, 74*, 183-200.

Bem, D. J. (1972). Self-perception theory. In L. Berkowitz(Ed.), *Advances in experimental social psychology*. Vol. 6. New York: Academic Press.

Bruch, M. A., Mattia, J. I., Heimberg, R. J., & Holt, C. S.(1993). Cognitive specificity in social anxiety and depression: supporting evidence and qualifications due to affective confounding. *Cognitive Therapy and Research, 17*, 1-21.

Butler, G. (1989). Issues in the applications of cognitive and behavioral strategies to the treatment of social phobia. *Clinical Psychology Review, 9*, 91-106.

Cacioppo, J. T., Glass, C. R., & Merluzzi, T. V. (1979). Self-statements and self-evaluations: A cognitive response analysis of heterosocial anxiety. *Cognitive Therapy and Research, 3*, 249-262.

Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. G. Heimberg, M. R. Leibowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier(Eds.). *Social phobia: Diagnosis, assessment, & treatment.* (pp. 69-73). New York: Guilford Press.

Dinardo, P. A., Barlow, D. H., Cerny, J., Vermilyea, B. B., Vermilyea, J. A., Himaldi, W., & Waddell, M. (1985). *Anxiety Disorders Interview Schedule-Revised (ADIS-R).* New York: Center for Stress and Anxiety Disorders.

Emmelkamp, P. M. G. (1982). *Phobic and obsessive-compulsive disorders: Theory, research, and practice.* New York: Plenum Press.

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

Fennell, M. (1989). Depression. In K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk, & D. M. Clark (Ed.), *Cognitive behavior therapy for psychiatric problems: A practical guide* (pp. 169-234). Oxford: Oxford University Press.

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

Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance theory.* Stanford, Calif.: Stanford University

Press.

Foa, E. B., & Kozak, M. Z. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin, 99,* 20-35.

Freeman, A., & Beck, A. T. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders.* New York: Guilford Press

Glass, C. R., & Arnkoff, D. B. (1994). Validity issues in self-statement measures of social phobia and social anxiety. *Behavior Research and Therapy, 32,* 255-267.

Glass, C. R., Merluzzi, T. V., Biever, J. L., & Larsen, K. H. (1982). Cognitive assessment of social anxiety: Development and validation of a self-statement questionnaire. *Cognitive Therapy and Research, 6,* 37-55.

Heimberg, R. G. (1989). Cognitive and behavioral treatments for social phobia: A critical analysis. *Clinical Psychology Review, 9,* 107-128.

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. (1994). Cognitive assessment strategies and the measurement of outcome of treatment for social phobia. *Behavior Research and Therapy, 32,* 269-280.

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.

Hope, D. A. (1990). *Cognitive-behavioral group treatment for social phobia: How important is the cognitive component?* Unpublished Doctoral Dissertation.

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.

Ingram, R. E., & Kendall, P. C. (1986). Cognitive clinical psychology: Implications of an information processing perspective. In R. E. Ingram (Ed.), *Information processing approaches to clinical psychology.* New York: Academic Press.

Jacobson, N. S., & Traux, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59,* 12-19.

Jones, R. G. (1968). *A factorial measure of Ellis' irrational belief system with personality and adjustment correlates.* Unpublished doctoral dissertation, Texas Technological College.

Kanter, N. J., & Goldfried, M. R. (1979). Relative effectiveness of rational restructuring and self-control desensitization in the reduction of interpersonal anxiety. *Behavior Therapy, 10,* 472-490.

Kazdin, A. E. (1980). *Research design in clinical psychology.* New York: Harper & Row, Publishers.

Kendall, P. C., & Hollon, S. D. (1981). Assessing self-referent speech: Methods in measurement of self-statements. In P. C. Kendall & S. D. Hollon (Eds.), *Assessment strategies for cognitive-behavioral interventions* (pp.85-118). New York: Academic Press.

Kennedy, C. R., & Heimberg, R. G. (1986, November). *Treatment credibility and client outcome expectancy: An evaluation of five treatment ra-*

tionales. Paper presented at the Annual meeting of the Association of Advancement of Behavioral Therapy, Chicago.

Kwon, S. (1992). *Differential roles of dysfunctional attitudes and automatic thoughts in depression: An integrated cognitive model of depression.* A Thesis submitted to the University of Queensland for the Degree of Doctor of Philosophy in Psychology.

Leary, M. R. (1983). A brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale. *Personality and Social Psychology Bulletin, 9,* 371-376.

Lega, L. (1991). Rational-emotive therapy. In R. J. Corsini and Contributors, *Five therapists and one client* (pp. 103-109). Itasca: F. E. Peacock Publishers, Inc..

Leitenberg, H. (1990). Introduction. In H. Leitenberg (Ed.), *Handbook of social and evaluation anxiety* (pp.1-8). New York: Plenum Press.

Lucas, R. A., & Telch, M. J. (1993). *Group versus individual treatment of social phobia.* Paper presented at the annual meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, Atlanta, GA.

Mattick, R. P., Peters, L., & Clarke, J. C. (1989). Exposure and cognitive restructuring in social phobia: A controlled study. *Behavior Therapy, 20,* 3-23.

Michelson, L. K., & Marchione, K. (1991). Behavioral, cognitive, and pharmacological treatments of panic disorder with agoraphobia: Critique and synthesis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59,* 100-114.

Primakoff, L., Epstein, N., & Covi, L. (1986). Homework compliance: An uncontrolled variable in cognitive therapy outcome research. *Behavior Therapy, 17,* 433-446.

Rapee, R. M., & Heimberg, R. G. (1997). A model of social phobia. *Behavior Research and Therapy, 35,* 740-756.

Watson, D., & Friend, R.(1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 33,* 448-457.

원고접수일 1999. 8. 1
수정원고접수일 1999. 12. 9
게재결정일 1999. 12. 22 ■

The Effects of Group Cognitive Therapy for Social Phobia

Yongrae Cho

Department of
Neuropsychiartry
College of Medicine
Chosun University

Hotaek Won

Department
of Psychology
Seoul National University

Kyungsik Pyo

Department of
Neuropsychiartry
College of Medicine
Chosun University

The aims of this study were to develop a group cognitive therapy (GCT) including cognitive restructuring training for dysfunctional beliefs as well as negative automatic thoughts and to investigate the treatment effect and mechanism of the GCT for social phobia. 39 undergraduates diagnosed as social phobia were randomly assigned to one of the three conditions, namely GCT, group behavior therapy (GBT), and waiting-list (WL) control, 13 sociall phobics per condition. The numbers of clients who completed the assessment at termination period were 10 in GCT, 9 in GBT, and 13 in WL. The results are as follows: 1) GCT reduced both negative automatic thoughts and dysfunctional beliefs prominently, and 2) particularly, change in negative automatic thoughts in the middle phase and change in all types of dysfunctional beliefs in the terminal phase were significant in GCT condition, whereas both of them were not in GBT condition. 3) GCT alleviated social phobic symptoms effectively, and the treatment effect was maintained at 3-month follow-up. Therefore, these findings support the importance of cognitive restructuring for dysfunctional beliefs as well as negative automatic thoughts in clients' efforts to overcome their social fears. Finally, implications of the results for cognitive theory and cognitive-behavioral therapy for social phobia were discussed.