한국심리학회지 : 임상
The Korean Journal of Clinical Psychology
2007, Vol. 26, No. 1, 93-106

사회공포증 하위유형에 따른 임상적 특징 및 치료효과 비교*

박 기 환†

가톨릭대학교 심리학과

본 연구는 사회공포증 환자들을 대상으로 하위유형에 따른 임상적 특징 및 치료 효과에서의 차이를 살펴보았다. 사회공포증으로 진단받은 83명의 환자들을 일반화 유형(51명)과 비일반화 유형(32명)으로 분류하여 임상적 특징에서 어떤 차이가 있는지를 고찰해 본 결과, 일반화 유형은 비일반화 유형에 비해 연령이 더 어렸고, 교육연한이 더 짧았으며, 유병기간이 더 짧았다. 또한 비일반화 유형보다 일반화 유형이 대부분 사회적 상황에서 더 불안을 느꼈고, 자신에 대한 부정적 인지와 소극적 회피행동이 더 많았다. 그러나 신체증상에서는 두 하위유형간에 유의한 차이가 없었다. 일반화 유형은 비일반화 유형보다 회피성 성격장애의 공병 비율이 더 높았으며, 자살시도 경험도 더 많았다. 인지행동집단치료를 마친 환자들의 자료를 검토한 결과, 일반화 유형은 비일반화 유형과 비교해 치료 전에 증상이 전반적으로 더 심했으나, 치료를 통해 비일반화 유형과 유사한 정도의 향상을 보였으며, 두 유형 모두 유의한 치료적 향상을 보였다. 이러한 연구결과에 대해 논의하였으며, 본 연구의 의의와 제한점 및 추후연구의 방향을 제안하였다.

주요어 : 사회공포증, 일반화 하위유형, 비일반화 하위유형, 인지행동집단치료

---

* 본 연구는 2006년도 가톨릭대학교 교비연구비의 지원으로 이루어졌음.

† 교신저자(Corresponding Author) : 박기환 / 가톨릭대학교 심리학과 / 경기도 부천시 원미구 역곡2동 산 43-1
FAX : 032-345-5189 / E-mail : psyclinic@catholic.ac.kr

www.kci.go.kr

사회공포증은 DSM-III(APA, 1980)에서 공식적인 진단범주에 포함되었는데, DSM-III-R(APA, 1987)과 DSM-IV(APA, 1994)에 이르러서는 그 하위유형을 구분하여 제시하고 있다. DSM-III-R (APA, 1987)에서는 '공포상황이 대부분의 사회적 상황을 포함할 때' 사회공포증의 일반화(generalized) 유형으로 세분화할 수 있다고 정의하고 있어, 일반화 하위유형에 대한 언급만 있다. 그런데, DSM-IV(APA, 1994)를 보면 '일반화 유형에 맞지 않는 사람들은 한 가지 수행상황을 두려워하는 사람뿐 아니라, 대부분은 아니지만 몇 가지 사회적 상황을 두려워하는 사람을 포함하는 이질적 집단으로 되어 있다'고 부연설명하고 있어, 이런 경우 여러 연구들에서 비일반화(nongeneralized) 유형이라는 용어를 비롯하여 제한된(limited, discrete, circumscribed) 유형 혹은 특정(specific) 유형 등과 같은 명칭으로 부르고 있다.

Mannuzza 등(1995)에 따르면, 비일반화 유형 환자는 사람들 앞에서 발표, 먹기, 쓰기와 같은 수행 상황들을 전형적으로 두려워한다. 일반화 유형 환자도 유사한 두려움을 종종 호소하지만, 일상적인 대화, 권위적 인물에게 말하기, 사회 모임에 참석하기와 같은 사회적 상호작용도 두려워한다. 임상장면에서 더 흔히 볼 수 있는 유형은 일반화 유형으로 치료를 찾는 사회공포증 환자의 약 70%가 일반화 유형에 해당되었다(Scholing & Emmelkamp, 1993; Turner, Beidel, & Jacob, 1994).

많은 연구들이 임상적 특징에 있어서 일반화 유형과 비일반화 유형이 차이가 남을 보여주었다. 일반화 유형은 비일반화 유형보다 발병연령이 더 빠르고(Brown, Heimberg, & Juster, 1995; Holt, Heimberg, & Hope, 1992; Mannuzza et al., 1995; Wittchen, Stein, & Kessler, 1999), 학력이 더 낮으며, 미취업이 더 많고(Heimberg, Hope, Dodge, & Becker, 1990 Herbert, Hope, & Bellack, 1992; Turner, Beidel, Borden, Stanley, & Jacob, 1991), 결혼을 하지 못한 경우가 많았다(Mannuzza et al., 1995). 또한 일반화 유형은 공병 장애가 더 많았고(Herbert et al., 1992; Turner et al., 1991 Wittchen et al., 1999), 어린 시절 부모와의 분리경험과 부모의 정신장애병력을 더 많이 보고하는 경향이 있었다(Wittchen et al., 1999).

사회공포증에서 가장 흔히 나타나는 축 II 공병 장애는 회피적 성격장애(Avoidant Personality Disorder: 이후 APD로 명명)인데(Turner et al., 1991), 여러 연구들에서 비일반화 유형보다는 일반화 유형과 더 관련되는 것으로 밝혀져 있다. 표본 특성, 평가 방법, 하위유형의 정의 등에서 차이점이 있었음에도 불구하고, 많은 연구들이 비일반화 유형에 비해 일반화 유형에서 APD가 더 월등히 많음을 보여주었다(Brown et al., 1995 Herbert et al., 1992; Holt et al., 1992 Schneier, Spitzer, Gibbon, Fyer, & Liebowitz, 1991 Tran & Chambless, 1995; Turner, Beidel, & Townsley, 1992). 이들 연구들에서 일반화 유형에서의 APD 빈도는 25%에서 89%(중앙치=52.5%)의 범위를 보였던 반면, 비일반화 하위유형에서의 APD 빈도는 0%에서 44%(중앙치=17.5%)의 범위를 보였다.

치료 효과와 관련해서는, 비일반화 유형의 환자들에 비해 일반화 유형의 환자들이 치료 전에 보다 심하게 불안하고 보다 광범위하게 장애가 있었으며, 두 하위유형은 치료를 통해 전반적으로 거의 비슷한 향상 수준을 보였지만, 치료 종결시 일반화 유형의 환자는 비일반화 유형의 환자와 비교해 계속해서 더 많은 장애를 보였다는 결과들이 많이 보고되었다

www.kci.go.kr

(Brown et al., 1995 Hope, Herbert, & White, 1995 Turner et al., 1994; Turner, Beidel, Wolff, Spaulding, & Jacob, 1996). 인지행동 집단치료 전에는 일반화 유형이 비일반화 유형보다 좀 더 증상이 심했으나, 두 유형이 치료를 통해 유사한 정도의 향상을 나타냈을 뿐 아니라 치료 후 증상에서도 큰 차이를 보이지 않았다는 결과도 있었으나(박기환, 2001), 많은 선행연구 결과들은 일반화 유형의 경우 통계적으로 유의한 향상에도 불구하고 치료 후 상태에서 여전히 좋지 않다는 것을 시사한다.

지금까지 살펴본 바에 따르면, 다소의 논란이 남아있긴 하지만, 대체로 일반화 하위유형이 비일반화 하위유형보다 증상이 더 심하고, 치료 후 향상에도 불구하고 여전히 심한 상태를 보이는 경향이 있다. 이러한 결과들은 사회공포증의 진단이 이질적인 집단들로 구성되어 있을 수 있고, 이러한 이질성이 임상적 특징의 차이뿐 아니라 치료효과에서의 차이도 야기할 수 있는 가능성을 강하게 제기하고 있다. 그러나 사회공포증의 하위유형에 따른 임상적 특징 및 치료효과에 대한 국내 연구는 거의 없는 실정이고, 하위 유형의 인지행동치료효과에 대한 박기환(2001)의 연구는 대학생을 대상으로 수행된 것이었다.

따라서 본 연구는 국내의 사회공포증 환자들을 대상으로 하위유형에 따른 임상특징의 차이를 고찰해 보고, 인지행동 집단치료를 통해 나타나는 효과에서도 하위유형에 따라 차이가 있는지를 확인해 보고자 한다.

방 법

연구대상

치료 전에 사회공포증 면담도구(ADIS-R for Social Phobia; Anxiety Disorders Interview Schedule-Revised, Di Nardo & Barlow, 1988)를 사용하여 예비면접을 했고, DSM-IV 진단기준에 따라 두 명의 전문가(정신과 전문의, 임상심리전문가)에 의해 사회공포증으로 분류된 정신과 외래환자를 대상으로 하였다. 사회공포증이 아닌 다른 불안이 주요문제이거나, 주요 우울증 혹은 정신병적인 장애가 있는 경우 등은 제외하였다.

면담을 통해 나온 자료를 가지고 박기환(2001)이 적용한 기준에 따라 내담자들을 일반화 하위유형과 비일반화 하위유형으로 나누었다. 공식적인 모임이나 회의, 여러 사람 앞에서 발표하기 등과 같은 수행상황과, 부당한 요구 거절하기, 요구하거나 부탁하기, 대화를 시작하기 등과 같은 사회적 상호작용 상황 둘 다에서 심한 불안을 보고한 경우 일반화 유형으로 분류하였고, 일반화 유형의 기준에 해당되지 않는 경우 비일반화 유형으로 분류하였다.

본 연구에 참여한 환자들은 총 83명(남 43명, 여 40명)이었으며, 이 중 일반화 유형이 51명(남 23명, 여 28명), 비일반화 유형이 32명(남 20명, 여 12명)이었다. 이들은 모두 인지행동집단치료에 참여했는데, 이들 중 8명은 정신과 약물(항불안제)을 소량으로 복용하고 있는 상태였으며, 본 프로그램에 참여하는 동안 약물복용량은 변화없이 일정하게 유지하였다. 15명은 사회적 상황에 부딪혀야 할 때만 가끔 약물을 복용한다고 보고하였다. 이들 중 집단치료를 끝내고 치료 후 평가를 마친 사람은 51명(남 27명, 여 24명)으로 일반화 유형이 31명(남 13명, 여 18명), 비일반화 유형이 20명(남 14명, 여 6명)이었다.

www.kci.go.kr

치료 프로그램

본 연구에서 사용한 집단 프로그램은 권정혜, 이정윤, 조선미(1996)가 Heimberg(1991)의 프로그램을 토대로 개발한 사회공포증의 집단 인지행동치료 프로그램으로 이 프로그램은 크게 인지재구성 훈련과 노출훈련으로 구성되어 있다. 집단치료는 한 집단이 5-8명의 인원으로 구성되어 매주 1회 2시간씩 10주간 실시되었다.

측정도구

임상특징 비교 측정도구

사회공포증 면담도구(ADIS-R for Social Phobia; Anxiety Disorders Interview Schedule-Revised). ADIS-R(Di Nardo & Barlow, 1988)은 DSM-III-R 에 따라 불안장애와 기분장애를 진단할 수 있도록 구성된 반구조화된 면담도구인데, 그 중에서 사회공포증과 관련된 문항들만 본 연구에서 사용하였으며, 박기환(2000)이 대학생에게 사용한 면담도구를 기본으로 하여 환자에게 질문할 문항들을 추가하였다. 이전의 치료 정보, 동반되는 정신과적 장애 등을 확인할 수 있도록 문항을 추가하였고, 사회적 불안에 따른 신체증상, 사고 및 행동적 증상들을 환자 스스로 체크할 수 있는 문항들을 포함하였다. 다만, 군집 C의 성격장애 유무에 대해서는 면접 때 면접 내용을 중심으로 전문가가 관련 진단기준 항목들을 체크하여 진단 여부를 결정하였다. 이 면담도구는 치료 전에만 시행하였다.

치료효과 비교 측정도구

사회적 회피 및 불안 척도(Social Anxiety and Distress Scale: SADS). SADS는 Watson과 Friend(1969)가 제작한 것으로 다양한 사회적 상황에서 불안을 경험하는 정도와 잠재적으로 혐오적인 사회적 상황을 회피하려는 경향을 반영하고 있다. 이 척도는 총 28문항으로 구성되어 있으며, 진위형으로 응답하도록 되어 있다. 본 연구에서는 이정윤(1996)이 번안한 것을 사용하였으며, 본 연구에서의 내적 일치도 신뢰도 계수는 .89였다.

부정적 평가에 대한 두려움 척도-단축형 (Brief-Fear of Negative Evaluation: FNE). 이 척도는 사회공포증의 핵심적인 인지적 특성인 다른 사람들로부터 부정적인 평가를 받는 것에 대한 두려움을 측정하기 위해 Watson과 Friend(1969)에 의해 만들어졌다. 이 척도의 문항 수는 12문항으로 되어 있고, 5점 척도로 구성되어 있다. 본 연구에서는 이정윤(1996)이 번안한 것을 사용하였으며, 본 연구에서의 내적 일치도 신뢰도 계수는 .91이었다.

Spielberger 상태-특성 불안 척도(State Trait Anxiety Inventory: STAI). STAI-state, STAI-trait는 원래 정신적 질환이 없는 정상 성인의 불안을 조사하는 도구로 개발되었으나, 임상적으로 불안한 집단 및 정신과 환자의 불안을 판별하는데도 유용한 것으로 입증되었다(Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1970). 각각 20문항으로 구성되어 있고 각 문항마다 1점에서 4점까지 점수가 주어지게 되며, 점수가 높을수록 불안이 높음을 나타낸다. 본 연구에서는 김정택(1978)이 번안한 척도를 사용하였으며, 본 연구에서의 내적 일치도 신뢰도 계수는 STAI-state가 .94, STAI-trait가 .91이었다.

www.kci.go.kr

Beck 우울증 척도(Beck Depression Inventory: BDI). BDI는 우울증의 정서적, 인지적, 동기적, 생리적 증상 영역을 포함하는 21개 문항으로 구성되어 있다. 각 문항마다 0점에서 3점까지 점수가 주어지게 되며, 점수가 높을수록 우울증상이 많음을 나타낸다. 본 연구에서는 이영호와 송종용(1991)이 번안한 것을 사용하였으며, 본 연구에서의 내적 일치도 신뢰도 계수는 .92였다.

사회공포증 질문지(Fear Questionnaire-social phobia subscale: FQ). 이 척도는 Marks와 Mathews(1979)가 개발한 것으로, 원래의 전체척도는 주 공포증(main phobia), 전반적 공포증(global phobia), 전체 공포증(total phobia), 불안-우울(anxiety-depression)의 네 가지 영역으로 되어 있다. 전체 공포증척도는 공포 질문지(Fear questionnaire)로 흔히 불리는데, 광장공포증(agoraphobia), 사회공포증(social phobia), 혈액-상해 공포증(blood-injury phobia)의 세 가지 하위척도로 구성되어 있다. 본 연구에서는 공포 질문지의 하위척도 중 박기환과 안창일(2001)이 번안한 사회공포증 하위척도(이하 사회공포증 질문지로 명명 5문항)를 사용하였으며, 본 연구에서의 내적 일치도 신뢰도 계수는 .78이었다.

불안심각도 평정척도(Phobic Severity Scale: PSS). 환자의 사회 불안 정도를 평정하기 위해 불안 심각도 평정(Watson & Marks, 1971)을 사용하였다. 이는 치료자가 0(불안이나 회피행동이 없는 경우)에서 8(거의 공황에 가까울 정도로 매우 심하고 연속적인 불안을 겪고 있고, 모든 상황으로부터의 회피행동이 나타나는 경우)까지 9점 척도로 환자의 불안 및 회피 정도를 평정하도록 되어 있다.

절차

하위유형 간 임상특징 비교를 위해서 치료 전에 실시한 사회공포증 면담도구를 사용하였고, 치료효과 비교를 위해서는 치료 전후로 환자가 작성한 자기보고식 질문지 및 치료자가 평가한 불안심각도 평정척도 점수를 사용하였다. 하위유형간 차이 검증을 위해 χ^2 및 t-test, paired t-test, ANCOVA를 수행하였다.

결 과

우선, 두 하위유형의 인구통계학적 특징을 살펴보면, 일반화 유형의 평균 연령은 28.6세(SD=8.6)로 비일반화 유형의 평균 연령 34.7세(SD=9.6)보다 유의하게 더 낮았으나, $t(82)=2.99$, $p<.01$, 일반화 유형의 발병 연령은 17.7세(SD=6.1)로 비일반화 유형의 17.8세(SD=6.9)와 유의한 차이가 없었다, $t(82)=0.10$, $p>.05$. 따라서 유병기간은 일반화 유형이 10.3년(SD=8.5)으로 비일반화 유형의 15.6년(SD=10.9)보다 유의하게 더 짧았다, $t(82)=2.39$, $p<.05$. 교육연한에서는 일반화 유형이 13.3년(SD=2.6)으로 비일반화 유형의 14.8년(SD=2.4)보다 유의하게 더 낮았다, $t(82)=2.65$, $p<.05$. 성별, 결혼여부, 사회경제적 위치에 있어서는 두 하위유형간에 유의한 차이가 나타나지 않았다, $\chi^2(1, N=83)=2.39$, $p>.05$, $\chi^2(2, N=83)=4.96$, $p>.05$, $\chi^2(4, N=83)=6.27$, $p>.05$.

여러 가지 사회적 상황에 대해 불안해하는 정도를 5점 척도(0=불안이 전혀 없음, 4=불안이 매우 심함)로 평정하게 한 결과, 일반화 유

www.kci.go.kr

형은 비일반화 유형보다 비공식적 만남이나 모임($t(82)=3.01$, $p<.01$), 여러 사람 앞에서 발표하기($t(82)=2.12$, $p<.05$), 이성과 데이트하기($t(82)=2.66$, $p<.05$), 권위있는 사람에게 얘기하기($t(82)=3.15$, $p<.01$), 대화를 시작하기($t(82)=5.08$, $p<.001$), 대화를 이어나가기($t(82)=6.35$, $p<.001$) 등의 상황에서 유의하게 더 불안한 것으로 나타났다. 한편, 공식적인 모임이나 회의($t(82)=0.90$, $p>.05$), 사람들 앞에서 먹기($t(82)=1.61$, $p>.05$), 다른 사람 앞에서 글씨 쓰기($t(82)=1.54$, $p>.05$), 부당한 요구 거절하기($t(82)=1.78$, $p>.05$), 다른 사람에게 요구하거나 부탁하기($t(82)=1.85$, $p>.05$) 등의 상황에서는 두 하위유형 간에 유의한 차이가 나타나지 않았으나, 대체적으로 일반화 유형이 비일반화 유형보다 점수가 더 높은 경향을 보였다.

불안의 증상들을 크게 신체증상, 인지증상, 행동증상으로 나누어 두 하위유형간에 어떤 차이가 있는지를 알아보았다. 표 1에서 보듯이, 여러 가지 신체증상들에서는 두 하위유형 간에 유의한 차이를 보이지 않았다. 그러나 인지증상에서는 일반화 유형이 비일반화 유형에 비해 '나는 이 자리에 어울리지 않는다', '나 때문에 사람들이 불편해 하는 것 같다', '아무도 나와 같이 있고 싶어하지 않는다', '다른 사람들이 나를 잘 알게 된다면 나를 싫어할 것이다' 등과 같은 부정적 생각들이 유의하게 더 많은 것으로 드러났다. 또한 행동증상에서도 일반화 유형이 비일반화 유형보다 '사람들의 시선을 피한다', '할 말을 하지 않는다', '자리를 빨리 뜬다', '주의분산'과 같은 행동을 유의하게 더 많이 하는 것으로 나타났다.

사회공포증과 주로 관련이 있는 것으로 보고된 군집 C의 성격장애의 공병율을 비교한 결과, 일반화 유형은 51명 중 26명(51.0%), 비일반화 유형은 31명 중 8명(25.8%)이 회피성 성격장애를 지니고 있는 것으로 나타나 유의한 차이를 보였다, $\chi^2(1, N=83)=5.77$, $p<.05$. 그러나 의존성 성격장애와 강박성 성격장애에 있어서는 두 하위유형간에 유의한 차이를 보이지 않았다, $\chi^2(1, N=83)=1.59$, $p>.05$, $\chi^2(1, N=83)=0.64$, $p>.05$.

자살사고 경험에 있어서는 두 유형간에 유의한 차이가 없었으나, $\chi^2(1, N=83)=2.84$, $p>.05$, 자살시도 경험에 있어서는 일반화 유형이 비일반화 유형보다 유의하게 더 많은 것으로 나타났다, $\chi^2(1, N=83)=11.68$, $p<.01$. 비일반화 유형의 경우 31명 중 자살시도 경험이 있는 사람이 하나도 없는 반면, 일반화 유형의 경우 49명 중 15명(30.6%)이 자살시도 경험이 있는 것으로 드러났다. 사회공포증으로 심리치료를 받았던 경험과 사회공포증으로 약을 복용했던 경험에 있어서는 두 유형간에 유의한 차이가 없었다, $\chi^2(1, N=83)=0.47$, $p>.05$, $\chi^2(1, N=83)=0.05$, $p>.05$.

두 하위 유형 각각에서 치료 효과가 있었는지를 확인하기 위하여 사전검사 점수와 사후검사 점수에 대해 paired t-test를 실시하였고, 치료 후 상태에서의 두 하위유형간 차이를 검증하기 위해 사전 점수를 공변인으로 하여 공변량분석을 실시하였다. 그 결과는 표 2에 제시하였다. 두 하위유형은 모두 치료 전과 비교해 치료 후에 모든 측정치에서 유의하게 향상된 것으로 나타났다. 또한 공변량분석 결과를 보면, 치료 후 점수에서 두 하위유형간 유의한 차이를 보인 측정치는 하나도 없었다. 한편, 두 하위유형의 사전 점수를 비교한 결과, 일반화 유형이 비일반화 유형보다 FQ($t(82)=2.59$, $p<.05$), STATE($t(82)=2.05$, $p<.05$),

www.kci.go.kr

표 1. 하위유형간 불안증상 비교a

		비일반화유형(n=32)	일반화유형(n=51)	
		M(SD)	M(SD)	t
신체증상	얼굴이 화끈거리거나 붉어진다	2.50(1.26)	2.53(1.33)	-0.11
	호흡이 가빠지고 숨쉬기가 힘들어진다	2.11(1.26)	2.18(1.32)	-0.23
	맥박이 빨라지거나 심장이 마구 뛴다	2.83(1.23)	2.82(1.13)	0.02
	진땀이나 식은땀이 난다	2.18(1.28)	2.49(1.38)	-0.96
	손발, 혹은 몸이 떨린다	2.36(1.47)	2.56(1.39)	-0.58
	목소리가 나오지 않거나 떨리게 나온다	2.55(1.45)	2.51(1.16)	0.13
	복부에 통증이나 불쾌감을 느낀다	1.21(1.29)	1.16(1.33)	0.19
	어지러운 느낌이 든다	1.39(1.32)	1.33(1.19)	0.20
	입이 마른다	1.54(1.20)	2.11(1.27)	-1.93
	근육이 매우 긴장된다	2.71(1.21)	2.82(1.15)	-0.37
	소변이나 대변이 마렵다	1.43(1.35)	1.24(1.32)	0.58
인지증상	남들에게 나는 어색하게 보일 것이다	2.76(1.09)	3.00(1.09)	-0.93
	나는 이 자리에 어울리지 않는다	2.07(1.19)	2.62(1.07)	-2.07*
	남들이 나를 이상한 사람으로 볼 것이다	2.41(1.32)	2.98(0.99)	-1.97
	나 때문에 사람들이 불편해하는 것 같다	1.90(1.37)	2.76(1.37)	-2.63*
	아무도 나와 같이 있고 싶어하지 않는다	1.03(1.21)	2.07(1.27)	-3.48**
	다른 사람들이 나를 잘 알게 된다면 나를 싫어할 것이다	1.24(1.38)	2.27(1.36)	-3.16**
행동증상	사람들의 시선을 피한다	2.27(1.36)	2.94(1.12)	-2.26*
	표정이 어색해지거나 몸짓이 부자연스러워진다	2.80(1.00)	3.19(1.05)	-1.62
	할 말을 하지 않는다	2.37(1.00)	3.04(0.88)	-3.11**
	자리를 빨리 뜬다	2.37(1.10)	2.90(1.06)	-2.12*
	아예 참석을 하지 않는다	2.40(1.16)	2.79(1.18)	-1.41
	잘 보이려고 지나치게 애를 쓴다	1.87(1.17)	2.39(1.47)	-1.73
	음악을 듣는다든지 다른데 주의를 돌린다든지 등으로 주의를 분산시킨다	1.40(1.33)	2.26(1.39)	-2.68**

a. 모든 문항은 0-4의 5점 척도로 평가되었음.
*p<.05. **p<.01.

www.kci.go.kr

표 2. 하위유형간 사전-사후 차이 비교

	비일반화유형(n=20)			일반화유형(n=31)			
	사전 M(SD)	사후 M(SD)	t	사전 M(SD)	사후 M(SD)	t	F[a]
SADS	19.50(7.42)	15.55(7.07)	2.35*	21.43(7.81)	18.10(6.43)	2.44*	1.03
FQ	20.55(6.71)	11.95(4.61)	4.84***	26.00(7.69)	16.71(7.85)	6.31***	2.38
FNE	35.60(8.17)	26.90(6.74)	4.07**	38.00(8.37)	29.45(7.34)	6.20***	0.81
STATE	51.45(10.58)	44.25(10.71)	2.62*	59.23(12.10)	49.50(12.89)	5.01***	0.07
TRAIT	54.90(7.67)	47.75(10.73)	3.93**	62.07(10.67)	51.83(12.63)	5.08***	0.15
BDI	9.00(5.55)	6.53(5.07)	2.31*	21.70(12.11)	13.07(13.33)	3.94***	0.14
PSS	6.05(.69)	2.65(1.04)	17.23***	6.97(.80)	3.52(1.21)	14.64***	1.44

주. SADS: 사회적 회피 및 불안 척도, FQ: 사회공포증 질문지, FNE: 부정적 평가에 대한 두려움 척도, STATE: 상태불안 척도, TRAIT: 특성불안 척도, BDI: 우울증 척도, PSS: 불안심각도 평정 척도.
[a].ANCOVA.
*p<.05. **p<.01. ***p<.001.

TRAIT(t(82)=2.74, p<.01), BDI(t(82)=4.86, p<.001), PSS(t(82)=4.24, p<.001)에서 유의하게 점수가 더 높은 것으로 나타났고, SADS(t(82)=0.87, p>.05), FNE(t(82)=1.01, p>.05)에서는 두 유형간에 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다.

논 의

본 연구의 목적은 사회공포증의 일반화 유형 환자와 비일반화 유형 환자가 임상적 특징 및 인지행동집단치료 효과에서 어떤 차이가 있는지를 비교해 보는 것이었다. 본 연구에 참여한 사회공포증 환자들은 치료를 받기 위해 자발적으로 정신과 외래를 방문하여 집단치료에 들어온 환자들이었다. 이러한 환자들을 대상으로 하위유형을 분류한 결과 일반화 유형은 51명(61.4%), 비일반화 유형은 32명(38.6%)이었다. 이는 임상장면에서 비일반화 유형보다 일반화 유형을 더 많이 볼 수 있다는 선행연구 결과(약 70%; Turner et al., 1994)와 유사한 것이다.

인구통계학적 특징에서, 두 하위유형이 발병연령에서는 비슷했지만, 일반화 유형이 비일반화 유형보다 현재 연령이 더 어렸고, 유병기간이 더 짧았다는 결과는 일반화 유형에 속하는 사람들이 더 많은 고통과 기능의 문제를 보임으로써 치료에 대한 동기가 더 높을 수 있고, 따라서 더 젊은 나이에 치료를 받으러 오는 것으로 생각할 수 있다. 하지만 비일반화 유형보다 일반화 유형이 더 어린 연령에서 발병한다는 많은 선행연구 결과(Brown et al., 1995; Holt et al., 1992; Mannuzza et al., 1995; Wittchen et al., 1999)와는 일치하지 않는 결과이다. 이는 자기보고를 통해 환자 스스로가 발병연령을 회상하여 응답하는 방식에서

www.kci.go.kr

올 수 있는 회상의 정확성에 대한 문제에서 기인되었을 가능성이 있다. 한편 일반화 유형의 환자들이 비일반화 유형의 환자들보다 유의하게 학력이 더 낮았던 결과는 많은 선행연구 결과들(Heimberg et al., 1990 Herbert et al., 1992; Turner et al., 1991)과 일치하는 것이다.

다양한 사회적 상황에서 불안을 느끼는 정도를 비교한 결과, 일반화 유형은 비일반화 유형에 비해 거의 모든 사회적 상황에서 더 불안한 것으로 나타났는데, 특히 대화를 하는 상황, 권위있는 사람과 얘기하는 상황 등을 더 불편해 하는 것 같고, 비공식적 만남이나 모임조차도 불안해하는 것 같다. 이는 공포상황이 대부분의 사회적 상황을 포함한다는 일반화 유형의 분류 기준에 부합하는 당연한 결과이지만, 그 불안의 정도도 일반화 유형이 비일반화 유형보다 더 심하다는 것을 알 수 있다.

다양한 불안 증상들에 있어 하위유형간에 어떤 차이가 있는지를 살펴본 결과, 신체증상에 있어서 일반화 유형이 비일반화 유형보다 더 많은 불편감을 호소하지는 않는 것으로 나타났다. 그러나 인지증상에 있어서는 여러 가지 부정적 사고들이 비일반화 유형보다 더 많이 있음이 밝혀졌다. 특히 '나는 이 자리에 어울리지 않는다', '나 때문에 사람들이 불편해 하는 것 같다', '아무도 나와 같이 있고 싶어 하지 않는다'와 같은 생각들이 유의하게 더 많았는데, 이러한 결과를 통해 다른 사람들과 관련하여 자신에 대해 갖는 다양한 부정적 사고들이 일반화 유형의 심리적 고통과 기능적 장해를 야기하는 중요한 요인이 될 수 있음을 알 수 있다. 그리고 이러한 부정적 사고의 변화가 일반화 유형의 치료적 향상에 매우 중요할 것이라고 생각해 볼 수 있다. 한편 행동증상에 있어서는 비일반화 유형과 비교해 일반화 유형은 시선을 피한다든가, 말을 하지 않는다든가, 주의분산을 하고, 자리를 빨리 뜨는 등의 소극적 회피를 유의하게 더 많이 하는 것으로 나타났다.

DSM-IV의 성격장애 군집 C에서 두 하위유형간에 차이가 있는지 살펴 본 결과, 일반화 유형이 비일반화 유형에 비해 APD의 공병 비율이 유의하게 더 높은 것으로 나타났는데, 이는 사회공포증의 일반화 하위유형이 APD와 관련이 많다는 선행연구 결과들(Brown et al., 1995 Herbert et al., 1992; Holt et al., 1992 Schneier et al., 1991 Tran & Chambless, 1995; Turner et al., 1992)과 일치하는 것이다. 일반화 유형의 경우 좀 더 성격적인 부분과 관련이 많음을 알 수 있다. 본 연구에서의 APD 공병율은 일반화 유형이 51%(51명 중 26명), 비일반화 유형이 25.8%(31명 중 8명)로서 Holt 등(1992)이 보고한 일반화 유형 50%, 비일반화 유형 23%의 APD 공병율과 유사하였다.

한편, 비일반화 유형의 경우 자살시도 경험이 있는 사람이 전혀 없는데 반해 일반화 유형의 경우 자살시도 경험이 있는 사람이 1/3 가량 된다는 결과는 그만큼 일반화 유형에서 증상 및 심리적 고통이 더 크고 심각하다는 것을 시사한다. 이는 비일반화 유형보다 일반화 유형에서 치료 전 불안 및 우울 수준이 유의하게 더 높다는 결과와도 일맥상통하는 것으로서 일반화 유형의 환자를 치료할 때 이러한 심리적 고통과 자살 시도 가능성에도 주의를 기울일 필요가 있어 보인다.

치료 효과를 알아보기 위해 각 유형별로 사전-사후 paired t-test를 한 결과, 두 유형에서 모두 유의한 향상이 있는 것으로 나타났으며, 사전 점수를 통제한 상태에서 두 유형간에 사

www.kci.go.kr

후 점수를 비교한 결과 유의한 차이는 없는 것으로 나타났다. 따라서 본 연구 결과에서는 하위유형에 따른 치료 효과의 차이가 나타나지 않은 것으로 볼 수 있고, 두 하위유형이 모두 인지행동치료를 통해 유사한 향상을 나타낼 수 있는 것으로 볼 수 있다. 두 유형간 사전 점수 비교에서는 일반화 유형이 비일반화 유형보다 불안과 우울 측정치 점수들이 유의하게 더 높게 나타났지만, 이러한 사전 증상의 심각도가 치료 효과에 장애물이 된 것 같지는 않다. 이는 사회공포증 증상의 심각도가 통제되면 치료효과에 대한 하위유형의 예언력이 없어진다는 Holt, Heimberg와 Hope 1990)의 주장 및 박기환(2001)의 연구결과와 유사하다. 한편, 두 하위유형이 모두 유사한 정도로 향상되었지만, 사후 점수를 비교해 보면 비일반화 유형에 비해 일반화 유형이 7개 측정치 중 FQ, BDI, PSS에서 여전히 유의하게 높은 점수를 나타내었다, $t(82)=2.73$, $p<.05$, $t(82)=2.43$, $p<.05$, $t(82)=2.64$, $p<.05$. 이는 두 하위유형이 치료를 통해 거의 유사한 정도의 향상을 보였으나, 치료 종결시 일반화 유형이 비일반화 유형보다 여전히 더 많은 장애를 보였다는 선행연구들(Brown et al., 1995 Hope et al., 1995 Turner et al., 1994; Turner et al., 1996)과 부분적으로 유사한 결과로 생각된다.

본 연구는 실제 임상장면에서의 사회공포증 환자들을 대상으로, DSM-IV에서 제시한 하위유형의 정의에 따라 구분한 후 하위유형에 따라 임상적 특징 및 치료 효과에서 차이가 있는지를 살펴보았다는 점에서 의의가 있다고 하겠다. 그러나 본 연구는 자발적으로 치료받기 위해 정신과를 방문한 환자들을 대상으로 하였기 때문에 임상장면에서의 사회공포증 환자들의 특징은 비교적 잘 반영하고 있을 수 있으나, 임상 장면을 찾지 않는 더 많은 수의 사회공포증 환자들을 포함한 전체 사회공포증 환자들의 특징을 보여주는 것으로 일반화하기는 어려울 수 있다. 또한 앞서 논의한 대로, 일부 결과들은 환자들의 회상에 의존해서 나온 것이어서 객관적 사실을 반영한 것인지 의문스러운 부분이 있다.

또한 치료효과와 관련해서 사회공포증 인지행동치료의 주요 구성요소인 인지적 재구성과 노출치료 각각의 치료적 기여도가 하위유형에 따라 달라지는지 여부는 본 연구에서 확인하지 못하였다. 향후 연구에서는 일반화 유형 혹은 비일반화 유형에 따라 차별적으로 더 중요하게 영향을 미치는 치료적 구성요소가 있는지에 대해 고찰해 보아야 할 것이다.

한편, 무엇보다 본 연구에서 가장 근본적으로 생각해 보아야 할 사항은 하위유형의 정의에 관한 부분이다. '공포 상황이 대부분의 사회적 상황을 포함하는' 일반화 유형의 경우 '대부분의 상황'을 어떻게 정의하느냐는 연구자들간에 이견이 있다. DSM-IV(APA,1994)에서는 더 이상의 자세한 언급이 없기 때문에, 어떤 연구자들(Heimberg, Holt, Schneier, & Spitzer, 1993; Hofmann et al., 1999; Hofmann & Roth, 1996)은 일반화 유형이 비일반화 유형보다 두려워하는 사회적 상황이 더 많고, 증상의 정도에서 양적으로 더 심한 상태로 봄으로써 두 유형이 연속선상에 있는 것으로 보는 반면, 어떤 연구자들(Stemberger, Turner, Beidel, & Calhoun, 1995; Turner et al., 1992)은 일반화 유형이 공식적인 수행 상황 뿐 아니라 다른 사람과의 상호작용 상황도 두려워하는 등, 두려워하는 사회적 상황의 유형에서 비일반화 유형과는 질적으로 구분이 되는 것으로 본다.

Stein과 Deutsch(2003)는 일반인 1206명을 대

www.kci.go.kr

상으로 전화설문을 하여 사회공포상황 12가지가 서로 유사하게 응답되는 정도를 살펴 본 결과, 발표에 대한 두려움과 대인관계에 대한 두려움은 서로 구분되는 사회공포상황일 수 있다고 제안하였다. 이들은 이러한 결과를 사회공포증의 하위유형이 나눠질 수 있는 근거가 된다고 주장하였다. 그러나 Vriends, Becker, Meyer, Michael과 Margraf(in press)는 1877명의 일반인 여성을 대상으로 두려워하는 사회적 상황의 수에 따라 분석해보고, 두려워하는 상황의 유형에 따라서도 분석해 본 결과, 두려워하는 상황이 많을수록 사회적, 심리적 기능이 떨어지는 것으로 보는 것이 가장 적절하다고 제안함으로써 사회공포증의 하위유형을 연속선상에서 양적으로 이해할 수 있다고 하였다.

본 연구에서는 두려워하는 사회적상황의 유형에 따라 하위유형을 구분하였다. 즉 수행상황과 사회적 상호작용 상황 모두에서 심한 불안을 보고한 경우 일반화 유형으로 분류하고, 그렇지 않은 경우 비일반화 유형으로 분류하였다. 그러나, 사회공포증 하위유형의 구분에 대해 일치하지 않는 연구 결과들이 많은 상태이므로, 사회공포증의 하위유형을 규명하려는 향후 연구들은 질병의 경과, 관련된 정신병리와 기능결함, 유전적 일치도, 치료효과 등에서 서로 차이가 남을 입증할 수 있어야 할 것이다(Stein & Deutsch, 2003).

참고문헌

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

김정택 (1978). 특성-불안과 사회성과의 관계: Spielberger의 STAI를 중심으로. 고려대학교 일반대학원 석사학위 청구논문.

박기환 (2000). 사회공포증의 인지행동집단치료 효과 예언변인에 대한 연구. 고려대학교 일반대학원 박사학위 청구논문.

박기환 (2001). 사회공포증의 하위 유형이 인지행동집단치료 효과에 미치는 영향. 인지행동치료, 1, 93-108.

박기환, 안창일 (2001). 사회공포증의 인지행동집단치료 효과에 대한 연구. 한국심리학회지: 임상, 20(1), 1-18.

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

이정윤 (1996). 사회불안증에 대한 인지행동치료와 노출치료의 효과연구. 연세대학교 일반대학원 박사학위 청구논문.

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*(3rd ed.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*(3rd ed., rev.). Washington, DC: Author.

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

Brown, E. J., Heimberg, R. G., & Juster, H. R. (1995). Social phobia subtype and avoidant personality disorder: Effect on severity of social phobia, impairment, and outcome of cognitive-behavioral treatment. *Behavior Therapy, 26,* 467-486.

Di Nardo, P. A. & Barlow, D. H. (1988). *Anxiety Disorders Interview Schedule-Revised (ADIS-R).* Albany, NY: Graywind.

Heimberg, R. G. (1991). *Cognitive Behavioral*

www.kci.go.kr

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., Holt, C. S., Schneier, F. R., & Spitzer, R. L. (1993). The issue of subtypes in the diagnosis of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders, 7,* 249-269.

Heimberg, R. G., Hope, D. A., Dodge, C. S., & Becker, R. E. (1990). DSM-III-R subtypes of social phobia: Comparison of generalized social phobics and public speaking phobics. *Journal of Nervous and Mental Disease, 173,* 172-179.

Herbert, J. D., Hope, D. A., & Bellack, A. S. (1992). Validity of the distinction between generalized social phobia and avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 101,* 332-339.

Hofmann, S. G., Albano, A. M., Heimberg, R. G., Tracey, S., Chorpita, B.F., & Barlow, D. H. (1999). Subtypes of social phobia in adolescents. *Depression and Anxiety, 9,* 15-18.

Hofmann, S.G., & Roth, W. T. (1996). Issues related to social anxiety among controls in social phobia research. *Behavior Therapy, 27,* 79-91.

Holt, C. S., Heimberg, R. G., & Hope, D. A. (1990, November). *Success from the outset: Predictors of cognitive-behavioral therapy outcome among social phobics.* Paper presented at the annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, San Francisco.

Holt, C. S., Heimberg, R. G., & Hope, D. A. (1992). Avoidant personality disorder and the generalized subtype in social phobia. *Journal of Abnormal Psychology, 101,* 318-325.

Hope, D. A., Herbert, J. D., & White, C. (1995). Diagnostic subtype, avoidant personality disorder and efficacy of cognitive behavioral group therapy for social phobia. *Cognitive Therapy and Research, 19,* 285-303.

Mannuzza, S., Schneier, F. R., Chapman, T. F., Liebowitz, M. R., Klein, D. F., & Fyer, A. J. (1995). Generalized social phobia: Reliability and validity. *Archives of General Psychiatry, 52,* 230-237.

Marks, I. M., & Mathews, A. M. (1979). Brief standard self-rating for phobic patients. *Behaviour Research and Therapy, 17,* 263-267.

Schneier, F. R., Spitzer, R. L., Gibbon, M., Fyer, A. J., & Liebowitz, M. R. (1991). The relationship of social phobia subtypes and avoidant personality disorder. *Comprehensive Psychiatry, 32,* 1-5.

Scholing, A., & Emmelkamp, P. M. G. (1993). Exposure with and without cognitive therapy for generalized social phobia: Effects of individual and group treatment. *Behaviour Research and Therapy, 31,* 155-170.

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory.* Palo Alto, Calif: Consulting Psychologists Press.

Stein, M. B., & Deutsch, R. (2003). In search of social phobia subtypes: Similarity of feared social situations. *Depression and Anxiety, 17,*

www.kci.go.kr

94-97.

Stemberger, R. G., Turner, S. M., Beidel, D. C., & Calhoun, K. S. (1995). Social phobia: an analysis of possible developmental factors. *Journal of Abnormal Psychology, 104,* 526-531.

Tran, G. Q., & Chambless, D. L. (1995). Psychopathology of social phobia: Effects of subtype and avoidant personality disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 9,* 489-501.

Turner, S. M., Beidel, D. C., Borden, J. W., Stanley, M. A., & Jacob, R. G. (1991). Social phobia: Axis I and II correlates. *Journal of Abnormal Psychology, 100,* 102-106.

Turner, S. M., Beidel, D. C., & Jacob, R. G. (1994). Social phobia: A comparison of behavior therapy and atenolol. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62,* 350-358.

Turner, S. M., Beidel, D. C., & Townsley, R. M. (1992). Social phobia: A comparison of specific and generalized subtype and avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 101,* 326-331.

Turner, S. M., Beidel, D. C., Wolff, P. L., Spaulding, S., & Jacob, R. G. (1996). Clinical features affecting treatment outcome in social phobia. *Behaviour Research and Therapy, 34,* 795-804.

Vriends, N., Becker, E. S., Meyer, A., Michael, T., & Margraf, J.(in press). Subtypes of social phobia: Are they of any use? *Journal of Anxiety Disorders.*

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

Watson, J. P., & Marks, I. M. (1971). Relevant and irrelevant fear in flooding - A crossover study of phobic patients. *Behavior Therapy, 2,* 275-293.

Wittchen, H. -U., Stein, M.B., & Kessler, R. C. (1999). Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: Prevalence, risk factors, and comorbidity. *Psychological Medicine, 29,* 309-323.

원고접수일 : 2006. 9. 19.
게재결정일 : 2006. 12. 26.

www.kci.go.kr

한국심리학회지 : 임상
The Korean Journal of Clinical Psychology
2007, Vol. 26, No. 1, 93-106

Comparison of subtypes of social phobia in clinical characteristics and therapeutic outcome

Kee-Hwan Park

Department of Psychology, The Catholic University of Korea

The present study investigated the differences between subtypes of social phobia in clinical characteristics and therapeutic outcome. The participants for the present study consisted of 83 social phobic patients who were classified as 51 generalized subtype patients and 32 nongeneralized subtype patients according to DSM-IV criteria. Generalized subtype patients were younger, less educated, and had shorter duration of illness than nongeneralized subtype patients. Also they were more anxious in most social situations, had more negative cognitions toward themselves and more passive avoidant behaviors than nongeneralized subtype patients. However, in somatic symptoms there were no significant differences between two subtypes. Generalized subtype patients were highly comorbid for avoidant personality disorder, were more likely to report past suicide attempts than nongeneralized subtype patients. Although the symptoms of generalized subtype patients were significantly more severe at pretreatment than those of nongeneralized subtype patients, both subtype patients improved to a similar degree over treatment. The implication and the limitations of this study were discussed, and the directions for future research were suggested.

Keywords : social phobia, generalized subtype, nongeneralized subtype, cognitive-behavioral treatment

www.kci.go.kr