

한국인 일반인구에서의 사회 불안 증상의 특성

성균관대학교 의과대학 강북삼성병원 신경정신과학교실

강여진 · 하주원 · 임세원 · 오강섭

The Characteristics of Social Anxiety Symptoms in the Korean Nonclinical Population

Yeo-Jin Kang, MD, Ju-Won Ha, MD, Se-Won Lim, MD, PhD and Kang-Seob Oh, MD, PhD

Department of Psychiatry, Kangbuk Samsung Hospital, Sungkyunkwan University School of Medicine, Seoul, Korea

ABSTRACT

Objective : Social anxiety disorder (SAD) has been characterized by a marked sense of anxiety provoked by exposure to one or more social situations. It has been well-known that the cultural characteristics of a society strongly affect the expression of SAD symptoms. The current study attempted to explore clinical and cultural characteristics of social anxiety symptoms in the Korean nonclinical population.

Methods : 801 volunteers who participated in the national social anxiety screening day, which was held by Korean academy of anxiety disorders, were invited to complete the self-report version of Liebowitz social anxiety scale (LSAS-SR). A total of 691 participants completed the LSAS-SR and other information related to this study.

Results : Social anxiety symptoms were reported by a great percentage of subjects, as displayed by the relatively high mean LSAS scores (44.58 ; SD=25.60). There were no significant differences in total LSAS score according to sex, education, or marital status. The three most fearful or avoided situations for participants, as measured by the percentage of subjects who had a score of more than 3 on each LSAS item were as follows: item 6 (acting, performing, or giving a talk in front of an audience ; 29.67% for fear and 22.72% for avoidance), item 16 (speaking up in a meeting ; 25.62% for fear and 21.56% for avoidance), and item 15 (being the center of attention; 13.89% for fear and 9.70% for avoidance).

Conclusion : The Korean participants in this study demonstrated a high level of SAD symptoms. Our subjects reported that they were more likely to be fearful or avoid passive situations such as being the center of attention as compared with results from a study of western society which indicated that western people were more likely to be fearful or avoid active situations. These findings emphasize the importance of considering a patient's cultural background when evaluating SAD symptoms. (Anxiety and Mood 2011;7(1):22-28)

KEY WORDS : Social anxiety · Korea · Culture.

서 론

사회불안장애(social anxiety disorder, 이하 SAD)는 한 가지 또는 그 이상의 사회적 상황이나 수행 상황에 대해 지속적으로 두려움을 갖고 회피하는 것을 특징으로 하는 불안 장애이다.¹ 이 질환은 삶의 질을 저하시키고 기능 상의 장애

를 초래할 뿐 아니라 이차적으로 다른 정신 질환(예, 우울 장애, 물질 남용)의 공존²⁻⁵을 증가시키는 만성적인 질환이다.⁶ 이처럼 SAD의 임상적 중요성 때문에 과거로부터 다각적인 접근을 통해 이 질환의 특성을 밝히고자 하는 여러 연구들이 있었고, 서양에서의 평생 유병률은 18%까지 보고된 바 있다.^{7,8}

한국에서 SAD는 대인공포라는 명칭으로 먼저 인식되기 시작하였으나 증상을 가진 상당수가 치료를 구하지 않고 심지어 증상을 드러내는 것을 망설인다. 일반인구에서 SAD를 선별할 수 있다면 이 질환으로 인한 장애를 최소화할 수 있을 것이고, 선별할 수 있는 적절한 평가 도구가 있다면 이 과정을 더 쉽게 할 수 있을 것이다.⁹ Liebowitz Social Anxiety Scale(이하 LSAS-SR)¹⁰는 SAD 환자들이 가장 불안

Received : February 28, 2011 / Revised : April 7, 2011

Accepted : April 12, 2011

Address for correspondence

Kang-Seob Oh M.D., Ph.D., Department of Psychiatry, Kangbuk Samsung Hospital, Sungkyunkwan University School of Medicine, 108 Pyung-dong, Jongno-gu, Seoul 110-746, Korea

Tel : +82-2-2001-2213, Fax : +82-2-2001-2211

E-mail : ks2485@empal.com

해하는 상황들을 표집 하여 개발한 척도로, 구조화된 선별 검사 도구 중의 하나로 흔히 사용된다.^{11,12} 본래 임상가 평정 척도로 개발되었으나 자가 보고형에서도 타당도 및 신뢰도가 검증되어 LSAS-SR 또한 널리 쓰이고 있다.^{13,14}

SAD는 사회적 상황에서 불안 증상이 유발되기 때문에 사회 불안 증상은 각 사회마다 다르게 나타날 수 있다. 따라서 이 연구는 LSAS-SR을 이용하여 한국인 사회 불안 증상의 특성을 알아보기 위한 목적으로 시행되었다.

대상 및 방법

대 상

본 연구는 2007년 10월 한국 12개 시에서 대한불안장애학회(Korean Academy of Anxiety Disorder, KAAD)에 의해 개최된 사회 불안 장애 선별의 날(Social Anxiety Disorder Screening Day)에 자발적으로 참여한 참가자들의 자료를 이용하였다. 사회불안장애 선별의 날 행사는 사회불안 장애에 특징이 적힌 포스터를 지역사회에 부착하는 등의 방법으로 행사를 홍보하고 이에 자발적으로 참여한 사람들을 대상으로 정신과 전문의의 강의를 통해 사회불안장애에 대한 교육과 정보를 제공하고 상담의 기회를 제공하는 형태로 진행되었다. 전국 12개 지역에서 801명이 참가하였으며 이중 691명이 이 연구에 사용된 LSAS-SR을 완료하였다.

방 법

LSAS는 사회 불안 증상의 심각도를 측정하고 SAD를 선별하기 위하여 흔히 사용되는 평가 도구로¹⁰ 이 연구에서는 Yu 등¹⁵이 번안하고 표준화한 한국어판 자가 보고형 LSAS-SR을 사용하였다. LSAS-SR은 수행 불안에 관한 13가지 상황과 사회적 상호관계에 관한 11가지로 이루어진 24개의 항목을 포함한다. 두려움(fear)과 회피 행동(avoidance)에 대해 각각 0~3점의 범위에서 표시하도록 되어 있으며, 3점이 가장 심한 두려움 또는 대부분 회피하는 상황을 나타낸다. 총점은 두려움과 회피 하위척도 24개 항목 모두를 합하여 구한다. 일부 해외연구에서 30~40점을 경증(mild), 50~60점을 중증(severe) 혹은 일반형 SAD의 절단점으로 했을 때 진단의 특이도와 민감도가 균형을 이룬다고 보고하였으나,^{16,17} 사회 불안 증상은 문화적 영향을 많이 받을 수 있음을 고려하여 이러한 해외연구의 결과를 한국인에게 직접 적용하지는 않았다.

통계방법

인구통계학적 변수 간 LSAS 점수의 평균과 두려움 및 회

피 하위척도 평균은 Mann-Whitney test와 Kruskal-Wallis test를 이용하여 분석하였다. 인구통계학적 자료 간의 연관성을 확인하기 위해 범주형 변수는 Chi-square test를 적용하여 분석하고 연속형 변수는 independent T-test를 이용하였다.

수집한 자료는 PASW 18.0 통계처리프로그램을 사용하여 분석하였으며 통계적 유의수준은 0.05로 하였다.

결 과

인구통계학적 특징

인구통계학적 특징은 Table 1에 제시하였다. 참가자들은 247명의 남성(35.7%)와 444명의 여성(64.3%)으로 구성되었고, 17세에서 80세의 분포로 평균 나이는 만 30.76세(SD 12.79)였다. 참가자의 절반 이상(62.74%)이 미혼이었으며 절반 가량의 참가자들이(46.81%) 최소 2년 이상의 대학 교육을 받았다. 남성 참가자들의 나이(33.89세, SD=14.15)는 여성 참가자들(29.03세, SD 11.62 ; p<0.001)보다 유의하게 더 많았다. 기혼자(41.80세, SD 12.45), 이혼/사별(51.44세, SD 12.54), 미혼(23.82세, SD 6.04)인 참가자들의 나이 또한 유의한 차이를 보였다. 남성과 여성 참가자들 사이에 결혼상태($\chi^2=0.204$, p=0.903)와 학력($\chi^2=0.115$, p=0.990)에서 유의한 차이는 보이지 않았다.

LSAS 점수

전체 참가자들의 LSAS 총점의 평균은 44.58점(SD 5.60)이었다. 공포 하위척도(subscale) 평균은 23.09점(SD 13.55)으로 회피 하위척도 평균 21.49점(SD 12.91) 보다 더 높았다 (p=0.01).

인구통계학적 변수들에 대한 LSAS 총점은 Table 2에 나

Table 1. Demographic characteristics of the sample (N=691)

Gender	Males	247 (35.75)
	Females	444 (64.25)
Age	Mean	30.76 (±12.79)
	≤25	340 (49.20)
	≤40	222 (32.13)
	>40	129 (18.67)
Marital status	Married	244 (35.52)
	Widowed/divorced	12 (1.75)
	Unmarried	431 (62.74)
Education	<High school	59 (8.74)
	High school	300 (44.44)
	>College	316 (46.81)

Data was presented as number (%) Mean age is represented by mean and ±standard deviation

타내었다. 남성 참가자(42.38점, SD 24.71)보다 여성 참가자의 총점(45.79점, SD 26.03)이 더 높았으나 통계적으로 유의한 차이는 없었다($p=0.105$). 또한 나이에 따른 총점에도 유의한 차이를 보이지 않았으며($p=0.614$), 결혼상태에 따라 총점의 차이도 유의하지 않았다. 고졸 미만 집단의 총점(51.03 점, SD 28.41)은 고졸(44.10점, SD 26.00) 및 대졸 이상의 총점(43.49점, SD 24.40) 보다 더 높았으나 통계적으로 유의한 차이는 아니었다($p=0.144$).

특정 상황에서 느끼는 두려움 또는 회피의 정도

LSAS 척도의 항목별로 참가자들이 표시한 점수의 평균과 함께 “3”(중증도)으로 대답한 참가자의 백분율을 구하였다. Figure 1은 각 항목들의 평균점수를 나타낸 것으로 6번 항목(청중 앞에서의 연기, 연주, 연설)(두려움 : 1.85, 회피 : 1.62)과 16번 항목(모임에서 연설하는 것)(두려움 : 1.71, 회피 : 1.54), 15번 항목(주의 집중을 받는 상황)(두려움 : 1.37, 회피 : 1.22)의 점수들이 가장 높았다. 양측의 세로선은 참가자들이 답변한 항목별 점수 평균들의 평균값으로(두려움 : 1.1, 회피 : 1.0) 6, 16, 15, 17, 18, 5번 항목 순서로 전체 평균보다 높은 결과를 보였다.

Table 3은 중증도의 두려움을 느끼거나 대부분 회피 행동을 보인다고 “3”(중증도)으로 표시한 참가자들의 비율을 나타낸 것으로 역시 6번 항목(두려움 : 29.67%, 회피 : 22.72%), 16번 항목(두려움 : 25.62%, 회피 : 21.56%), 15번 항목(두려움 : 13.89%, 회피 : 9.70%)에서 백분율이 가장 높았다.

고찰

이 연구는 한국인 691명을 대상으로 LSAS-SR을 이용하여 사회 불안 증상의 문화적 특성을 조사하였다. 참가자

들의 평균 연령은 만 30.76세로 여성 참가자수가 남성보다 많았으며 학력은 대학 졸업, 고등학교 졸업, 고등학교 졸업

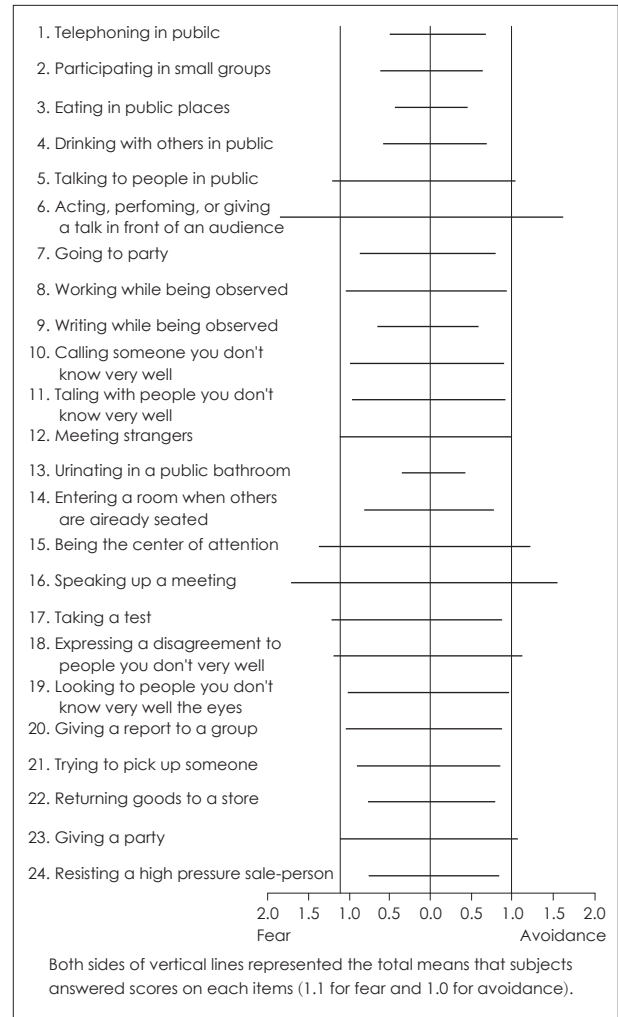


Figure 1. For 24 items, the mean score about the level of fear and avoidance subscale was calculated. The numbers listed on the horizontal axis represented the mean score.

Table 2. The LSAS score of the variable subgroups

Variable	LSAS total	p-values	Fear	Avoidance
Gender				
Males	42.38 (±24.71)		21.79 (±12.81)	20.59 (±12.67)
Females	45.79 (±26.03)	0.105*	23.81 (±17.91)	21.99 (±13.03)
Age				
≤25	44.86 (±25.00)	0.614†	23.41 (±13.36)	21.45 (±12.70)
≤40	43.02 (±25.21)		22.34 (±13.42)	20.69 (±12.53)
>40	46.01 (±28.16)		23.38 (±14.53)	22.63 (±14.20)
Marital status				
Married	43.57 (±25.71)		22.38 (±13.53)	21.18 (±12.89)
Widowed/divorced	53.25 (±34.49)		27.00 (±18.59)	26.25 (±16.47)
Unmarried	44.71 (±25.21)	0.681†	23.28 (±13.39)	21.43 (±12.76)
Education				
<High school	51.03 (±28.41)		26.49 (±14.32)	24.54 (±14.79)
High school	44.10 (±26.00)		22.73 (±13.95)	21.36 (±12.97)
>College	43.49 (±24.40)	0.144†	22.55 (±12.81)	21.44 (±12.91)

Fear-LSAS fear subscale score, Avoidance-LSAS avoidance subscale score Scores are represented by mean score and ± standard deviation. * : Mann-Whitney test, † : Kruskal-Wallis test

Table 3. Lists of LSAS items rated by subjects with a "3" (severe) on fear and avoidance

	Fear (%)	Avoidance (%)
1. Telephoning in public	0.87	3.33
2. Participating in small groups	2.17	2.17
3. Eating in public places	2.17	3.18
4. Drinking with others in public	3.62	6.22
5. Talking to people in authority	8.10	5.93
6. Acting, performing, or giving a talk in front of an audience	29.67	22.72
7. Going to a party	5.79	5.50
8. Working while being observed	7.67	6.66
9. Writing while being observed	3.47	2.75
10. Calling someone you don't know very well	6.66	6.51
11. Talking with people you don't know very well	5.64	5.64
12. Meeting strangers	8.54	6.80
13. Urinating in a public bathroom	1.88	2.89
14. Entering a room when others are already seated	3.62	3.62
15. Being the center of attention	13.89	9.70
16. Speaking up a meeting	25.62	21.56
17. Taking a test	11.00	6.37
18. Expressing a disagreement to people you don't know very well	8.25	8.25
19. Looking to people you don't know very well in the eyes	8.25	8.83
20. Giving a report to a group	5.50	4.49
21. Trying to pick up someone	4.49	4.20
22. Returning goods to a store	5.64	6.51
23. Giving a party	11.29	11.43
24. Resisting a high pressure sale-person	5.79	7.81

미만 순으로 많았다.

전체 참가자의 LSAS 총점의 평균은 44.58점으로 Iancu 등¹⁷의 연구 결과 29점과 비교할 때 높은 수치였다. 이에 대한 설명으로는 이 연구의 참가자들이 불안 장애 선별의 날에 자발적으로 참여하였기 때문에 사회 불안 증상이 심한 SAD 환자들이 조사대상으로 포함되었을 가능성을 생각해 볼 수 있다. 그러나 SAD 환자들을 대상으로 LSAS 총점을 조사한 Oh 등¹⁸의 연구에서 일반형 사회 불안 장애(generalized social anxiety disorder, GSAD)는 83.39 점(SD : 27.33), 비 일반형 사회 불안 장애(non-generalized social anxiety disorder, NGSAD)는 53.25점(SD : 29.90)으로 보고한 것 보다는 이 연구 결과의 점수가 낮았다. 이는 이 연구의 대상자들이 SAD 환자들로만 구성되지 않았을 가능성을 시사한다.

이 연구는 LSAS 총점 및 하위척도 점수와 함께 인구학적 특성도 조사하였다. 연구 결과 성별에 따른 LSAS 총점의 유의한 차이는 없었고 이는 성별이 LSAS 점수에 영향을 주지 않는다는 Ginter 등¹⁹의 연구와 SAD 유병률에 성별 차이가 없다는 연구 결과²⁰에 상응한다. 그러나 여성에서 SAD 유병률이 높다는 기존 연구 결과도 존재하므로,^{21,22} 한국인에서 성별과 사회 불안 증상의 정도 사이의 관련성을 파악

하기 위해서는 추가적인 연구들이 필요할 것이다.

또한 이 연구에서 나이에 따른 사회 불안 증상의 정도에 유의한 차이는 없었다. SAD의 평균 발병 연령은 13세에서 20세로 25세 이후에 발병하는 경우는 드물기 때문에, 치료를 받지 않고 있는 일반인에서 25세 미만과 25세 이상 집단에서 사회 불안 증상의 정도나 유병률에는 차이가 없을 것이고 이는 선행한 다른 연구 결과들과 일관된 바이다.^{21,23} 사회 불안 증상은 성인기 이전에 시작하지만 적절한 치료를 받는 경우는 드물고, 시간이 흘러 심각한 장애를 초래하거나⁸ 다른 정신과적 질환이 동반된 이후에야 임상적인 도움을 받기 시작한다.²⁻⁵ 그러므로 SAD로 인해 나타나는 장애를 최소화하기 위해 청소년기의 사회 불안 증상의 파악과 함께 적극적인 치료적 개입이 필요할 것으로 사료된다.

사회 불안 증상의 심각도는 결혼 상태, 학력과 같은 사회 인구학적 특성의 영향을 받을 수 있다고 가정 하에 기혼, 미혼, 이혼 및 사별한 집단으로 나누어 결혼 상태에 따른 LSAS 점수를 비교하였지만 통계적으로 유의한 결과는 없었다. 따라서 결혼 상태에 따라 사회 불안 증상의 심각도는 다르지 않음을 알 수 있었으며, 이는 결혼 상태에 따라 SAD의 유병률에는 차이가 없다는 Ruscio 등의 연구 결과에^{8,24} 일치

한다. 한편, 이 연구에서는 고졸 미만 집단의 LSAS 평균 점수가 유의하지는 않았지만 상대적으로 낮았는데, 북아메리카 및 스웨덴의 연구에서도 SAD가 저학력자에게 더 흔하다는 결과와 일치한다.^{20,25} 사회 불안 증상이 일찍부터 발생하여 개인의 생활에 영향을 끼쳤다면 학교 생활에 장애를 초래하여 저학력자 집단의 사회 불안 증상이 심할 것이다.⁸ 한국인에서도 저학력자가 사회 불안 수준이 더 높고 SAD 유병률도 높을 가능성이 있다.

이 연구는 사회적 상호관계와 수행 상황을 포함하는 LSAS의 24가지 항목을 이용하여 한국인에서 심각한 사회 불안 증상을 유발하는 상황을 평가하였다. 외국의 연구 중에는 사회 불안 증상을 자주 유발하는 사회적 상황을 조사한 선행하는 연구들이 있다. 예를 들어, World Health Organization(WHO) Composite International Diagnostic Interview(CIDI 3.0)을 이용한 Ruscio 등⁸의 연구에서는 상호 작용 및 수행 두려움을 느끼는 상황을 14가지로 분류하여 두려움을 느낀다고 대답하는 참가자들의 비율을 조사하였다. 연구 결과 참가자들이 일생 동안 가장 흔히 두려움을 느낀다고 보고한 상황은 ‘공식에서 말하기 또는 수행하기’(21.2%), ‘모임이나 수업 중에 큰 소리로 말하기’(19.5%)인 반면, ‘집을 떠나 화장실 사용하기’(5.7%)와 ‘남들이 지켜보는 중에 쓰기, 먹기, 마시기’(8.1%)에서 가장 낮은 빈도의 두려움을 보고하였다. 또한 Furmark 등²⁵ 이 스웨덴인을 대상으로 14가지의 공포 상황 별로 시행한 연구에서도 유사하게 ‘군중 앞에서 말하기 또는 수행하기’(24%) 상황에서 가장 많은 참가자들이 심한 사회적 두려움을 느낀다고 보고하였다.

이 연구는 LSAS 척도의 항목별 평균 점수 및 중증도(“3”)로 두려운 혹은 대부분 회피하는 상황이라고 보고하는 참가자들의 비율을 비교하였고, 그 결과 ‘청중 앞에서의 연기, 연주, 연설’ 항목 및 ‘모임에서 연설하는 것’, ‘주의 집중을 받는 상황’ 순서로 심한 불안을 자주 일으키는 것으로 나타났다. 이는 Choi 등²⁶이 일 대학병원의 SAD 환자들을 대상으로 LSAS 항목별 평균 점수를 조사한 연구에서, 6번 항목(청중 앞에서의 연기, 연주, 연설)(남 : 2.75점, 여 : 2.53점)과 16번 항목(모임에서 연설하는 것)(남 : 2.63점, 여 : 2.45점), 15번 항목(주의 집중을 받는 상황)(남 : 2.48점, 여 : 2.13점)에서 가장 높은 점수를 보인 결과에 부합된다. 이 연구 결과로 위의 세 가지 항목들이 한국 일반 인구에서도 불안을 자주 유발하는 사회적 상황일 가능성이 있음을 제안한다.

한편, 서양에서도 LSAS 척도를 이용하여 사회적 불안을 유발하는 상황을 조사한 연구가 있었다. Iancu 등¹⁷이 이스라엘 군인들을 대상으로 시행한 연구에서 가장 심각한 불안을 느끼는 상황은 LSAS 6번 항목(청중 앞에서의 연기, 연

주, 연설)(두려움 : 14.2%, 회피 : 13.8%), 20번 항목(사람들에게 보고하는 것)(두려움 : 13.2%, 회피 : 13.8%), 21번 항목(누군가를 선택하는 것)(두려움 : 11.2%, 회피 : 13%) 등으로, 이 연구와 다른 결과를 보였다. 흥미로운 점은 이스라엘인이 가장 많은 빈도로 불안을 보고한 항목들은 모두 능동적인 상황이었고, 이 연구에서 한국인이 높은 빈도로 심한 두려움을 보고한 ‘주의 집중을 받는 것’과 같은 수동적인 상황에서는 상대적으로 낮은 비율(두려움 : 6.4%, 회피 : 7.7%)로 불안을 보고하였다는 것이다. 사회 불안 증상은 사회적인 상황에서 발생하고 악화되는 것으로 개인이 소속된 사회의 관념이나 문화적인 영향을 받을 수 있기 때문에²⁷ 이러한 결과 차이가 문화적인 차이로 인해 발생하였을 가능성을 생각할 수 있다. 한국이 속한 동양 문화권에서는 개인의 욕구를 표현하기 보다는 집단의 조화를 유지하는 것을 중요시하고²⁸ 사회적 관계 속에서도 타인에게 어떻게 보이는가에 큰 관심을 갖는다.²⁹ 한국인은 자기(self)를 사회 집단의 영향을 받는 존재로써 인식하고 타인지향적인 사고 방식을 지녔기 때문에³⁰ 서양과 달리 수동적인 상황에서도 심한 불안을 느낄 수 있다. Iancu 등의 연구에서는 이 연구와 달리 연구 대상자가 군인이었기 때문에, 불안을 느끼는 상황에 일반 인구와 차이가 존재할 가능성도 있다. 그러나 이러한 차이가 각 사회 문화에 따른 사회 불안 증상의 차이일 수 있기 때문에 한국 문화적인 특성을 고려한 임상적인 접근이 SAD의 선별에도 도움이 될 것으로 사료된다.

이 연구는 몇 가지 제한 점들을 지닌다. 우선, 비임상 인구를 대상으로 사회 불안 증상의 특성을 조사하였으나 이 연구 결과를 국내 일반인에서 나타나는 현상으로 일반화하기에는 연구 참가자 수가 부족하다. 향후 더 많은 일반인구의 참여로 이 연구 결과를 뒷받침할 수 있을 것이다. 두번째로 평가도구로 LSAS만을 사용하였으며 우울증상, 불안 민감성이나 특성 불안과 같은 다른 불안 증상들과 그러한 증상들과 사회불안증상과의 상호작용에 대해 체계적으로 평가하지 않았다는 것이다. 마지막으로 이 연구의 가장 큰 제한점은 연구참여자들에게 사회공포증을 포함한 정신과적 질환의 유병여부를 확인하기 위한 정신과적 면담 혹은 구조화된 면담도구를 사용하지 못하였다는 것이다. 이는 본 연구가 ‘불안장애 선별의 날’ 행사에 자발적으로 참여한 일반인들에게서 얻어진 자료를 분석한 것이라는 근본적인 한계에서 비롯된 것이다. 따라서 본 연구의 참여자들 중에는 일반인구보다 증상이 심각한 환자군이 상당수 포함되어 있을 가능성을 배제할 수 없으며 그로 인해 본 연구의 결과를 일반화하는 것은 상당한 주의가 필요하다.

이러한 제한 점에도 불구하고 이 연구는 한국인을 대상으

로 사회 불안 증상의 정도와 이를 빈번하게 유발하는 특정 상황들을 조사함으로써 한국인 사회 불안 증상의 문화적 특성에 대한 인식을 높였다는 데에 가장 큰 의의가 있다. 또 자발적으로 참여한 비임상 인구를 대상으로 사회 불안 증상을 상황별, 항목별로 조사한 연구였다는 데에 의의가 있다. SAD는 우울 장애와 같은 다른 정신과적 질환에 비하여 기질적으로 보이는 면으로 인해 치료의 필요성에 대해 인식하는 정도가 낮고^{31,32} 좀처럼 치료를 구하려 하지 않아 그 동안의 연구에서 발표한 SAD의 유병률에는 차이가 많다.³³ 국내 SAD 평생 유병률이 5.16%라고 보고한 기존 연구도 있지만,³⁴ 증상으로 고통을 겪는 사람들의 비율은 발표된 유병률보다 더 많을 것으로 예측된다. 그러므로 SAD 선별과 치료에의 접근을 향상시키기 위해서는 그 사회의 특성을 고려하여야 하고, 한국인의 사회 불안 증상의 특성을 조사하는 추가적인 연구들이 필요할 것으로 생각된다.

중심 단어: 사회 불안 장애 · 한국인 · Liebowitz social anxiety scale.

감사의 글

본 연구는 2007년 사회 불안 장애 선별의 날의 자료를 이용한 것으로 행사의 운영위원인 서울대학교 의과대학 신경정신과 권준수, 성균관대학교 의과대학 신경정신과 유범희, 부산대학교 의과대학 신경정신과 박지민, 계명대학교 의과대학 신경정신과 김정범, 충남대학교 의과대학 신경정신과 지익성, 강원대학교 의과대학 신경정신과 박종익, 한양대학교 의과대학 신경정신과 박용천, 원광대학교 의과대학 신경정신과 이상열, 단국대학교 의과대학 신경정신과 백기청, 충북대학교 의과대학 신경정신과 김시경, 광주 성요한병원 신경정신과 이요한 선생님께 감사 드립니다.

REFERENCES

1. Schneier FR, Heckelman LR, Garfinkel R, Campeas R, Fallon BA, Gitow A, et al. Functional impairment in social phobia. *J Clin Psychiatry* 1994;55:322-331.
2. Lepine JP, Pelissolo A. Why take social anxiety disorder seriously? *Depress Anxiety* 2000;11:87-92.
3. Wittchen HU, Fuetsch M, Sonntag H, Muller N, Liebowitz M. Disability and quality of life in pure and comorbid social phobia. Findings from a controlled study. *Eur Psychiatry* 2000;15:46-58.
4. Schneier FR, Foose TE, Hasin DS, Heimberg RG, Liu SM, Grant BF, et al. Social anxiety disorder and alcohol use disorder co-morbidity in the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychol Med* 2010;40:977-988.
5. Tsuchiya M, Kawakami N, Ono Y, Nakane Y, Nakamura Y, Tachimori H, et al. Lifetime comorbidities between phobic disorders and major depression in Japan: results from the World Mental Health Japan 2002-2004 Survey. *Depress Anxiety* 2009;26:949-955.
6. Beard C, Moitra E, Weisberg RB, Keller MB. Characteristics and predictors of social phobia course in a longitudinal study of primary-care patients. *Depress Anxiety* 2010;27:839-845.
7. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prev-

- alence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:617-627.
8. Ruscio AM, Brown TA, Chiu WT, Sareen J, Stein MB, Kessler RC. Social fears and social phobia in the USA: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychol Med* 2008;38:15-28.
9. Stein MB, Stein DJ. Social anxiety disorder. *Lancet* 2008;371:1115-1125.
10. Heimberg RG, Horner KJ, Juster HR, Safren SA, Brown EJ, Schneier FR, et al. Psychometric properties of the Liebowitz Social Anxiety Scale. *Psychol Med* 1999;29:199-212.
11. Davidson JR, Potts NL, Richichi EA, Ford SM, Krishnan KR, Smith RD, et al. The Brief Social Phobia Scale. *J Clin Psychiatry* 1991;52 Suppl:48-51.
12. Connor KM, Davidson JR, Churchill LE, Sherwood A, Foa E, Weisler RH. Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN). *New self-rating scale. Br J Psychiatry* 2000;176:379-386.
13. Oakman J, Van Ameringen M, Mancini C, Fervolden P. A confirmatory factor analysis of a self-report version of the Liebowitz Social Anxiety Scale. *J Clin Psychol* 2003;59:149-161.
14. Fresco DM, Coles ME, Heimberg RG, Liebowitz MR, Hami S, Stein MB, et al. The Liebowitz Social Anxiety Scale: a comparison of the psychometric properties of self-report and clinician-administered formats. *Psychol Med* 2001;31:1025-1035.
15. Yu ES, Ahn CI, Park KH. Factor structure and diagnostic efficiency of a Korean version of the liebowitz social anxiety scale. *Korean J Clin Psychol* 2007;26:251-270.
16. Mennin DS, Fresco DM, Heimberg RG, Schneier FR, Davies SO, Liebowitz MR. Screening for social anxiety disorder in the clinical setting: using the Liebowitz Social Anxiety Scale. *J Anxiety Disord* 2002;16:661-673.
17. Iancu I, Levin J, Hermesh H, Dannon P, Poreh A, Ben-Yehuda Y, et al. Social phobia symptoms: prevalence, sociodemographic correlates, and overlap with specific phobia symptoms. *Compr Psychiatry* 2006;47:399-405.
18. Oh KS, Chee IS, Lim SW. Comparison of anxiety-related traits between In press.
19. Ginter EJ, Lufi D, Trotzky AS, Richmond BO. Anxiety among children in Israel. *Psychol Rep* 1989;65:803-809.
20. Bekker MH, van Mens-Verhulst J. Anxiety disorders: sex differences in prevalence, degree, and background, but gender-neutral treatment. *Gend Med* 2007;4 Suppl B:S178-S193.
21. Schneier FR, Johnson J, Hornig CD, Liebowitz MR, Weissman MM. Social phobia. Comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:282-288.
22. Furmark T. Social phobia: overview of community surveys. *Acta Psychiatr Scand* 2002;105:84-93.
23. Davidson JR, Hughes DL, George LK, Blazer DG. The epidemiology of social phobia: findings from the Duke Epidemiological Catchment Area Study. *Psychol Med* 1993;23:709-718.
24. Cairney J, McCabe L, Veldhuizen S, Corna LM, Streiner D, Herrmann N. Epidemiology of social phobia in later life. *Am J Geriatr Psychiatry* 2007;15:224-233.
25. Furmark T, Tillfors M, Everz P, Marteinsdottir I, Gefvert O, Fredrikson M. Social phobia in the general population: prevalence and sociodemographic profile. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999;34:416-424.
26. Choi HM, Kim NH, Lim SW, Oh KS. Gender differences in the symptomatic characteristics of social phobia patients in one university hospital anxiety and mood 2008;4:62-67.
27. Heinrichs N, Rapee RM, Alden LE, Bogels S, Hofmann SG, Oh KJ, et al. Cultural differences in perceived social norms and social anxiety. *Behav Res Ther* 2006;44:1187-1197.
28. Kitayama S, Markus HR, Matsumoto H, Norasakkunkit V. Individual and collective processes in the construction of the self: self-enhancement in the United States and self-criticism in Japan. *J Pers Soc Psychol* 1997;72:1245-1267.

29. Kirmayer LJ. The place of culture in psychiatric nosology: Taijin kyofusho and DSM-III-R. *J Nerv Ment Dis* 1991;179:19-28.
30. Choy Y, Schneier FR, Heimberg RG, Oh KS, Liebowitz MR. Features of the offensive subtype of Taijin-Kyofu-Sho in US and Korean patients with DSM-IV social anxiety disorder. *Depress Anxiety* 2008;25:230-240.
31. Olfson M, Guardino M, Struening E, Schneier FR, Hellman F, Klein DF. Barriers to the treatment of social anxiety. *Am J Psychiatry* 2000; 157:521-527.
32. Mojtabai R, Olfson M, Mechanic D. Perceived need and help-seeking in adults with mood, anxiety, or substance use disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:77-84.
33. Sareen J, Stein MB, Campbell DW, Hassard T, Menec V. The relation between perceived need for mental health treatment, DSM diagnosis, and quality of life: a Canadian population-based survey. *Can J Psychiatry* 2005;50:87-94.
34. Cho MJ, Hahm BJ, Kim JK, Park KK, Chung EK, Suh TW, et al. Korean Epidemiologic Catchment Area (KECA) Study for Psychiatric Disorders: Prevalence of Specific Psychiatric Disorders. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 2004;43:470-480.