

청소년을 위한 정신건강 개입 : 사회불안을 중심으로 한 학교-기반 프로그램

을지대학교 의과대학 정신건강의학교실,¹ 을지대학교병원 정신건강의학과,² 대덕구 정신건강복지센터³
허은혜² · 남지애³ · 고부성³ · 김정은² · 이창화^{1,2} · 최경숙^{1,2,3}

Mental Health Intervention for Adolescents : A School-Based Program to Address Social Anxiety

Eun-Hye Heo, MA², Ji-Ae Nam, BA³, Boo-Sung Ko, BA³, Jeong-Eun Kim, MA²,
Chang-Hwa Lee, MD, PhD^{1,2} and Kyeong-Sook Choi, MD, PhD^{1,2,3}

Department of Neuropsychiatry¹, Eulji University School of Medicine, Daejeon,
Department of Neuropsychiatry², Eulji University Hospital, Daejeon,
Daedeok-gu Mental Health Center³, Daejeon, Korea

ABSTRACT

Objective : The purpose of this study was to establish a school-based mental health intervention. The success of which was indexed by its effects on the social anxiety symptoms of the enrolled adolescents.

Methods : This program for promoting mental health among adolescents in the community was adopted by three middle schools that volunteered to participate in the project. The program included screening for emotional problems related to social anxiety, depression, suicide, and post-traumatic stress disorder. Case management was provided for groups considered high-risk for depression, suicide, or post-traumatic stress disorder; cognitive-behavior therapy was provided for those at high-risk of developing social anxiety. Additionally, educational programs for the prevention of suicide, a “loving life” module, and mental health promotional campaigns were also included. In total, 1,100 middle school students completed self-report questionnaires. Twenty-five students in the high-risk group for social anxiety participated in a cognitive-behavior therapy program, comprising eight sessions, and conducted by two clinical psychologists.

Results : Following the suicide prevention education program, suicide awareness among students increased and coping strategies were improved. In addition, the loving life program was associated with positive self-perceptions by many students. Furthermore, social anxiety symptoms showed a statistically significant difference after the cognitive-behavior therapy program. After the therapy, not only did social anxiety symptoms improve, depressive symptoms and suicidal ideation decreased significantly, while self-esteem and psychological resilience significantly increased.

Conclusion : A school-based mental health intervention was successfully implemented in three middle schools and improved the mental health of the participating students. Therefore, this intervention could be widely implemented to promote positive mental health among middle school students. (Anxiety and Mood 2018;14(2):88-98)

KEY WORDS : Mental health intervention · Adolescents · School-based program · Social anxiety · Cognitive behavioral therapy.

서론

청소년기는 흔히 “질풍노도의 시기”라고 하여 청소년들이

겪는 정서 및 행동의 문제를 당연히 거치는 과정으로 간주하는 경향이 있다. 청소년기에는 새로운 심리적 문제가 발생하거나 영유아기부터 아동기를 거쳐 지속되어 온 문제가 청소년

Received : May 23, 2018 / Revised : September 7, 2018 / Accepted : September 27, 2018

Address for correspondence

Kyeong-Sook Choi, M.D., Ph.D., Department of Neuropsychiatry, Eulji University Hospital, 95 Dunsanseong-ro, Seo-gu, Daejeon 35233, Korea

Tel : +82-42-611-3443, Fax : +82-42-611-3445, E-mail : cksinj@eulji.ac.kr

본 연구는 을지대학교 산하 을지의생명과학연구소의 연구지원에 의해 수행되었고(2014-EMBR1-DJ0003), 2017년 10월 대한신경정신의학회 가을 학술대회에서 포스터로 발표되었음.

년기 특유의 발달 과제와 맞물려 더욱 심해지는 경우도 있다.¹ 우리나라 2016년 청소년 통계에 따르면, 중학생의 22.7%, 고등학생의 27.7%가 우울감을 경험하였고, 중학생의 2.6%, 고등학생의 2.2%가 자살시도를 한 경험이 있으며, 최소 한 가지 이상의 정신질환을 가지고 있는 청소년의 비율이 전체의 26%로 나타났다.² 청소년 정신건강 선별검사에서도 우울증 고위험군이 중학생의 경우 15.1%, 고등학생의 경우 19.7%로 나타나 많은 청소년이 우울증의 위험에 놓여 있음을 알 수 있다.² 학령기의 문제는 시간이 지나면서 그대로 지속되지는 않더라도 형태나 강도를 달리하여 변화된 양상으로 나타나며, 진단을 내릴 정도의 장애가 없다 할지라도 학령기 발달상의 문제가 가정생활, 직업 및 사회적응에 지속적으로 부정적인 영향을 미치는 수가 있다.³

대다수의 아동 및 청소년이 학교에 재학 중이기 때문에 학교는 정신건강에 대한 개입이 필요한 학생들에게 치료적 접근의 가능성을 높인다는³ 점에서 중요한 역할을 할 수 있다. 학교 현장에서의 개입은 현실에 기반한 치료적 접근을 가능하게 하고, 학교 환경은 회피되는 상황에 대한 노출의 기회를 제공할 수 있다.⁴ 또한 학교는 직접적으로 학생들의 정신건강 증진이나 예방 및 조기개입에 관여할 수도 있고, 다른 한편으로는 학교 교육과정을 통해 정신건강에 대한 편견이나 부정적 인식을 줄이는데³ 도움이 되며, 정신건강과 교육 수준을 향상시키는 통합적인 관리의 연속적 과정을 창출할 수 있기 때문에 건강한 발달을 촉진할 수 있다.⁵

사회불안장애는 평생 유병률이 미국⁶⁻⁸의 경우 12.1~13.3%, 유럽^{8,9}은 2.4%, 우리나라¹⁰는 1.6%로 조사되어 국가나 조사 시점에 따라 다양하지만 유병률이 높은 질환에 속한다. 또한 사회불안장애는 75%의 환자가 8세에서 15세 사이의 청소년 시기에 주로 발병하는데¹¹ 많은 부모들은 자녀의 문제를 인식하지 못하거나 성장의 과정으로 받아들이고 있어서¹² 치료를 받지 못하는 경우가 많다.^{4,13} 발달시기에 경험하는 청소년기에 정신질환은 일생에 걸쳐 심각한 악영향을 미칠 수 있기 때문에¹⁴ 발병시점인 청소년기에 조기 개입하는 것이 필요하다. 사회불안이 있는 청소년들은 친구가 적고, 수업시간에 참여하는 것에 어려움을 느끼며, 사회적 상황을 회피하면서 생활하게 되고,¹⁵ 성인이 되어서도 실직, 자살사고, 물질남용과 우울의 위험요인을 가지게 되므로¹³ 학교 개입 프로그램을 적용한다면 성인이 되기 전에 이러한 문제를 감소시킬 수가 있다.

사회불안장애를 이용한 학교-기반 정신건강 증진 프로그램은 여러 나라에서 적용해 왔다. 핀란드의 Björklund 등¹⁶은 전학교적인 접근(whole-school approach)을 통해 사회-정서적인 기술과 정신건강을 증진하였고, 미국의 Ryan 등¹⁷은 사회불안장애가 있는 청소년을 학교에서 치료하여 효과성을 입

증하였다. Masia-Warner 등¹⁸의 인지행동 집단 프로그램 적용 연구에서는 프로그램에 참여한 집단이 사회불안과 회피가 유의미하게 감소하였고, 67%가 프로그램 참가 이후에 더 이상 사회불안장애의 진단기준을 충족하지 않았다. 국내에서 중학생을 대상으로 학교에서 사회불안장애 프로그램을 적용한 Kim 등¹⁹의 연구에서는 프로그램 참여 청소년들이 비교집단 청소년들에 비해 사회불안 수준과 부정적인 자동적 사고 및 부정적 평가에 대한 두려움이 감소하였고, 전반적인 사회적 기술은 유의하게 향상되었으며, 인지행동 집단 프로그램의 효과가 프로그램 종결 3개월 후에도 유지되는 것을 확인한 바 있었다. 그 외에 청소년 대상 학교 프로그램으로 금연이나 인터넷 중독²⁰과 관련된 것, 학교 적응력 향상²¹과 관련된 것, 학교-기반 정신건강증진 공동체모델³ 등이 제시되었으나 지속적으로 적용되지 못하였다. 이에 본 연구는 사회불안장애를 표면적으로 내세워 인지행동 집단 프로그램이 포함된 포괄적 학교-기반 정신건강 증진 프로그램을 실시하고 있는, 한 지역사회 정신건강복지센터의 전체 프로그램을 구체적으로 예시하고, 그 프로그램에서 적용한 인지행동 집단 프로그램의 효과를 확인하고자 하였다.

대상 및 방법

전체 개입 프로그램

지역사회의 정신건강복지센터가 학교와 협력하여 중학교를 대상으로 사회불안장애를 중점 대상으로 하여 학교-기반 정신건강 증진 프로그램을 마련하여 실시하였다. 프로그램은 지역사회 학교들의 요구에 맞추어 예방과 실제 개입을 포함하는 포괄적인 정신건강증진 프로그램으로 구성하였다. 대상 학교는 이 프로그램에 참여하기를 자발적으로 신청한 학교로 선정하였고, 대상학교의 전교생 및 교사, 학부모를 대상으로 포괄적 정신건강 개입 프로그램을 시행하였다. 전체 개입 프로그램의 목적은 첫째, 청소년기의 사회불안장애 및 정신건강 조기에 예방 및 개입으로 청소년기의 건강한 발달을 도모함에 있었다. 표면적으로는 편견이나 병리화에 대한 인식이 덜한 사회불안장애를 내세워 정신건강에 대한 접근도를 높이고자 하였다. 더불어 전체 학생들을 대상으로 우울, 자살, 트라우마 관련 증상을 선별하여 위험군에 속하는 청소년의 정신건강에 대해 전반적인 개입을 하고자 하였다. 둘째, 해당 학교의 학생, 교사 및 학부모를 대상으로 사회불안장애 및 정신건강에 대한 전반적인 이해를 높이고, 긍정적인 인식변화를 도모하고자 하였다. 셋째, 정신건강 캠페인 및 생명존중 연극을 통해 건강하고 긍정적인 정신건강 문화를 조성하고자 하였다. 전체 프로그램의 세부적인 과정은 아래에서 1단계부터

학교-기반 정신건강 개입

5단계까지 기술하였고, 전반적인 개입 모델은 Figure 1에 도식으로 제시하였다.

1단계 : 정신건강 증진 프로그램 관심학교 모집 과정

정신건강복지센터의 학교-기반 정신건강 개입 프로그램 담당자가 지역사회에 있는 중학교를 방문하여 학교장과 학교의 전문상담교사에게 사회불안장애 예방과 관련한 정신건강 증진 프로그램에 대한 설명 후 관심학교를 모집하였다. 대상 학교가 정신건강 문제 개입에 사회적 낙인이라는 편견으로 폐쇄적인 태도를 보일 가능성이 높다고 생각하여 관심 증상을 '불안'으로 제시하여 학교에서 수용하기 용이하도록 하였다. 사회불안장애는 호발 연령인 중학생 시점에 조기개입이 중요하다고 설명하였고, 증상을 '부끄러움을 타는 것', '수줍어하는 것'으로 생각하는 경향이 있어 학생이나 학부모의 정신건강에 대한 편견이 적을 것이라고 설명하였다. 정신건강 증진 프로그램에 자발적으로 참여의사를 밝힌 학교는 가정통신문을 통하여 정신건강 증진 프로그램에 대한 정보를 학부모에게 알렸다.

2단계 : 청소년 정신건강 선별검사 실시

대상학교의 학생과 학부모의 참여 동의서가 포함된 설문지

를 통해 주요 정신건강 문제에 대한 선별검사를 실시하였다. 사용된 평가 도구들은 다음과 같다.

평가 도구

한국판 아동·청소년 사회불안 척도(Korean Social Anxiety Scale for Children and Adolescents, K-SAS-CA)

한국판 아동·청소년 사회불안 척도는 Beidel 등¹⁵의 아동용 사회공포증 및 불안 척도와 LaGreca와 Stone²²의 개정판 아동용 사회불안 척도를 바탕으로, Moon과 Oh²³가 타당화한 척도를 사용하였다. 이 척도는 40개의 문항, 5점의 Likert 척도로 구성되어 있으며 수행불안, 부정적 평가에 대한 두려움, 회피 행동 및 사고, 낮은 것에 대한 두려움, 비주장성이라는 5개의 하위 요인으로 구성되어 있다. 타당화 연구에서 내적 일치도 계수는 0.79~0.92였으며, 본 연구에서 인지행동 집단 프로그램에 참여하는 대상자들을 대상으로 한 사전검사에서 Cronbach's alpha는 0.941, 사후검사에서는 0.953으로 나타났다.

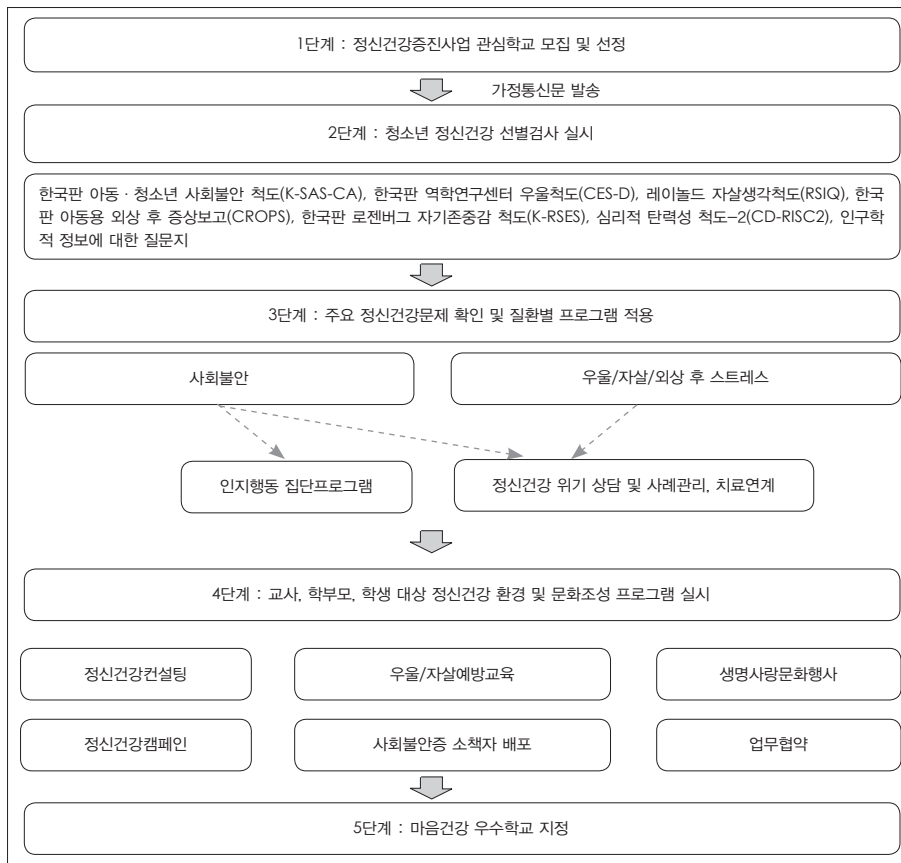


Figure 1. System chart of a mental health intervention for adolescents.

한국판 역학연구센터 우울 척도(Center for Epidemiological Studies Depression Scale, CES-D)

역학연구센터 우울 척도는 Radloff²⁴가 개발하였고, 우울 증상을 측정하기 위한 20문항이 4점의 Likert 척도로 구성되어 있다. 본 연구에서는 Chon 등²⁵이 번안한 척도를 사용하였고, Chon 등²⁵의 연구에서 Cronbach's alpha는 0.91이었으며, 청소년을 대상으로 타당화한 Heo 등²⁶의 연구에서 Cronbach's alpha는 0.88이었다. 본 연구의 사전검사에서 Cronbach's alpha는 0.928, 사후검사에서 0.917로 나타났다.

레이놀드 자살생각 척도(Reynolds Suicide Ideation Questionnaire, RSIQ)

레이놀드 자살생각 척도는 Reynolds²⁷에 의해 개발되었으며 많은 청소년들이 우울하지는 않지만 자살 생각을 보인다는 관찰로부터 제작된 척도이다. 자살 생각을 측정하는 30문항으로 구성되어 있고, 0~7점까지 평정하도록 되어 있다. 62~76점은 때때 집단에 비해 자살 생각을 많이 한다는 것을, 77~90점은 상당히 많이 한다는 것을, 91점 이상은 매우 많이 한다는 것을 의미한다. 본 연구에서는 Shin²⁸이 한국어판으로 번안한 척도를 사용하였고, 본 연구의 사전검사에서 Cronbach's alpha는 0.984, 사후검사에서 0.990으로 나타났다.

한국판 아동용 외상 후 증상보고 척도(Korean Version of the Child Report of Post-Traumatic Symptoms, CROPS)

한국판 아동용 외상 후 증상보고 척도는 외상 후의 증상 뿐 아니라 외상 후 증상과 유사하나 과다각성은 보이지 않는 경험까지 측정하는 척도이다. 자기보고식의 26문항으로 구성되어 있고, '전혀 없음(0)'에서 '많이 있음(2)'까지 반응하여 점수분포는 0~52점이다. Greenwald와 Rubin²⁹이 개발하였고, 본 연구에서는 Lee와 Kwak³⁰이 번안한 한국어판을 사용하였다. 타당화 연구에서 Cronbach's alpha는 0.86이었다. 외상 후 스트레스 장애 고위험군을 선별할 때에는 본 척도를 사용하였으나, 인지행동 집단 프로그램에 참여한 학생들의 경우, 사전검사와 사후검사에서 응답한 학생이 5명으로 사례수가 적어, 결과 분석에서는 제외하였다. 본 연구의 사전검사에서 Cronbach's alpha는 0.974, 사후검사에서 0.966으로 나타났다.

한국어판 로젠버그 자기존중감 척도(Korean version of the Rosenberg Self-Esteem Scale, K-RSES)

한국어판 로젠버그 자기존중감 척도는 자기존중감을 측정하기 위한 도구로 10문항이 4점의 Likert 척도로 구성되어 있다. 5개의 문항은 긍정적인 문항, 5개는 부정적인 문항으로 구성되어 있으며, 부정적 문항을 역채점하여 합산한 후 총점

이 높을수록 자기존중감이 높은 것으로 해석한다. 본 연구에서는 Bae 등³¹이 번안하여 표준화한 한국어판을 사용하였고, Cronbach's alpha는 0.90이었다. 본 연구의 사전검사에서 Cronbach's alpha는 0.791, 사후검사에서 0.856으로 나타났다.

심리적 탄력성 척도-2(Connor-Davidson Resilience Scale-2, CD-RISC2)

심리적 탄력성 척도는 Connor와 Davidson³²에 의해 개발되었으며 25개의 문항, 5점의 Likert 척도로 구성되어 있으며 점수가 높을수록 탄력성이 높음을 의미한다. 본 연구에서는 CD-RISC의 단축형³³을 Jeong 등³⁴이 한국판으로 타당화한 척도를 사용하였다. CD-RISC2의 경우 2개의 문항으로 구성되어 있으며 "변화에 적응가능한지", "질병이나 고난 이후 회복하는 경향"을 평가한다. 타당화 연구에서의 Cronbach's alpha는 0.75이었고 사전검사에서 Cronbach's alpha는 0.863, 사후검사에서 0.769였다.

3단계 : 주요 정신건강문제 확인 및 질환별 프로그램 적용

청소년에 대한 절단점 연구가 제시되어 있지 않은 각 척도에 대해서 총점이 상위 10 퍼센타일(%)에 해당하는 경우를 고위험군으로 선별하였다. 정신건강 위험군에 속하는 학생들에게는 비밀을 유지하면서 전문상담교사와 협조하여 정신건강 위기상담, 사례관리 및 치료연계를 실시하였다. 사회불안 고위험군으로 선정된 학생에게는 인지행동 집단 프로그램을 실시하였고, 그 외의 학생들에게는 정신건강 위기상담과 지속상담을 실시하였다. 우울증상이나 자살사고가 있는 학생들의 경우에는 비공개적으로 사례관리, 정신건강상담, 자원연계, 치료연계 및 치료비지원 등을 실시하였다.

4단계 : 교사, 학부모, 학생대상 정신건강 증진 환경·문화 조성 프로그램

대상학교의 교사, 학부모, 학생을 대상으로 정신건강증진 환경·문화 조성을 위한 프로그램들을 실시하였다. 사회불안 장애 대한 교육, 자살 예방 교육, 자기사랑 인식 증진을 위해 생명사랑 문화행사를 실시하였으며, 정신질환에 대한 편견을 해소하고 인식개선을 위해 정신건강 캠페인을 실시하였다. 생명사랑 연극관람 전후에는 '나는 가치 있는 사람이라고 생각한다'라는 제시문에 대해 "예", "아니오"로 나뉜 바구니에 공을 넣는 작업을 하였다. 정신건강 증진 프로그램의 일환으로 정신건강 캠페인을 실시하였고, 캠페인 전후에도 '자살은 예방이 가능하다'라는 제시문에 대해 "예"와 "아니오"로 나뉜 바구니에 공을 넣는 작업을 하였다(Figure 2). 또한 사회불안 장애에 대한 교육을 실시하였고, 학교 상담실에는 사회불안

장애에 대한 소책자를 제작하여 배포하였다.

5단계 : 마음건강 우수학교 지정

프로그램에 처음부터 끝까지 참여한 학교에 대해서는 청소년의 정신건강 증진을 위한 노력에 긍정적 피드백으로 “마음건강 우수학교”로 지정하고 현판을 만들어 증정하는 행사를 하였다. 학교는 이 현판을 눈에 잘 띄는 곳에 부착하여 학생과 학부모, 지역사회에서 긍정적인 평가를 얻도록 유도하였다.

사회불안장애 고위험군 개입 프로그램

(인지행동 집단 프로그램)

사회불안 위험군으로 선별된 학생 중 개입 프로그램에 참여한 학생들에 대해 개별면담을 실시하여 우울증상이나 자살사고 등 다른 심리적 문제가 심각하지 않고, 사회불안이 주된 문제인 학생들만 사회불안 인지행동 프로그램에 참여하도록 하였다. 학교에서 허용된 시간 안에 다수의 학생에게 개입해야 하는 현실적인 이유와 인지적 재구성을 위한 행동실험 또는 노출훈련 등을 집단 내에서 적용할 수 있다는 점을³⁵ 고려하여, 인지행동 프로그램은 개인이 아닌 집단으로 구성하였다.

사회불안 고위험군을 위한 인지행동 집단 프로그램은 주 1회, 매 회기 1시간, 총 8주 집단 프로그램으로 2명의 임상심리사가 학교 내의 상담실에서 실시하였고, 학교 일과가 종료된 후에 시행되었으며, 실시 날짜나 시간은 학교 사정에 의해 일부 변동이 있었다. 프로그램 참가자는 사회불안 고위험군 중에서 학생과 부모 모두 참여를 동의한 경우로 한정하였다.

적용된 인지행동 프로그램은 사회불안을 유지시키는 다양한 메커니즘 중 지지된 세 가지의 모델³⁶⁻³⁸-인지적 개념화, 사회적 상황에 대한 회피 빈약한 사회적 기술-을 바탕으로 하여, Lee,³⁵ Kim,¹⁹ Cho 등³⁹이 제시한 프로그램을 참고하여 구

성하였다. Kim¹⁹이 실시한 프로그램에서는 주 1회 1시간 30분~2시간씩 총 12회기를 실시하고 있고, 인지적 재구성과 사회적 기술 훈련 및 활용에 더 많은 회기를 배정하였으나, 본 연구에서는 학교의 일정에 맞추어 주 1회 1시간, 총 8회기로 구성하였다. Hope 등⁴⁰의 기록지들을 활용하여 과제를 구성하였고, 인지행동치료의 핵심이라고 할 수 있는 심리교육, 인지재구성, 노출은 1~6회기에 구성하여 1회기에는 자기소개와 사회불안에 대한 교육, 2회기에는 사회불안증의 증상교육 및 인지행동 모델 교육, 3회기에는 자동적 사고 파악하기, 4회기에는 부정적 사고 수정하기, 5회기에는 인지재구성 및 문제해결기법, 6회기에는 회기 내 노출을 실시하도록 하였다. 또한, 아동·청소년에게 부족하다고 보고되는 사회기술훈련을 7회기에 구성하여 사회적 상황에 대한 회피, 행동 억제 등을 줄이고자 하였고, 마지막 회기에는 프로그램을 마친 소감 나누기 및 프로그램에 대한 평가를 실시하여 고위험군 학생들에게 프로그램이 유용하였는지, 인지적 수준에 부합하였는지, 사회불안 증상의 감소에 도움이 되었는지 등에 정보를 얻어 추후 프로그램에 반영하고자 하였다. 프로그램의 구체적인 내용은 Table 1과 같다(Table 1).

자료수집 및 분석

참여 대상자들에게 프로그램의 목적, 내용, 절차에 대해 설명한 후 참가에 대한 서면 동의를 받았고, 법적 보호자들에게도 가정통신문을 통해 프로그램에 대한 설명 후 서면 동의를 받았다. 본 연구는 을지대학교병원 임상시험심사위원회(Institutional Review Board)의 승인을 받았다(EMC2014-07-009-001, EMC2018-07-009). 본 연구에서 수집된 자료는 사전검사와 사후검사의 차이를 검증하기 위하여 Statistical Package for the Social Science(이하 SPSS) 14.0(SPSS Inc.,

Table 1. CBT for social phobia among adolescents

회기	주제	목표
1회기	자기소개와 사회불안에 대한 교육	• 사회불안증의 인지행동모델에 대해 이해하기
2회기	사회불안증의 증상교육 및 인지행동모델교육	• 사회불안이 나타나는 상황 및 증상에 대해 시청각자료를 활용하여 설명하고 인지행동모델 및 프로그램 목표를 이해시키고 동기를 높이기
3회기	자동적 사고 파악하기	• 사회불안의 인지적 요소 중 자동적 사고에 대해 알아보고 자동적 사고와 연결된 감정과 상황을 파악하기
4회기	부정적 사고 수정하기	• 자동적 사고와 인지왜곡에 대한 교육을 실시하고, 자동적 사고에서 인지적 오류를 찾아보기
5회기	인지재구성 및 문제해결기법	• 역기능적 신념을 타당성 평가를 통해 적응적인 신념으로 바꾸고, 문제를 해결하기 위해 단계적으로 사고하는 방법을 배우기
6회기	회기 내 노출	• 노출 전 검토를 통해 노출하기 전 불안 수준을 알아보고, 실제 노출을 시행하기 • 노출 후에 실제 불안 수준은 어땠는지를 평가하여 노출 전과 노출 후를 비교해보기
7회기	사회기술 향상 및 자기주장 훈련	• 사회불안으로 인하여 대인관계에서의 어려움, 의사소통에서의 어려움을 줄이기 위해 사회적 기술을 향상시키고 자기 주장을 할 수 있는 기술들을 익히고 연습해보기
8회기	프로그램을 마친 소감 나누기	• 자기가치에 대해 생각해보는 시간을 갖고 프로그램을 통해 배운 것과 그것이 앞으로 어떻게 도움이 될 수 있을지 생각해보기

Chicago, IL, USA)을 이용하여 paired t-test를 실시하였다.

결 과

정신건강 환경 및 문화조성 프로그램의 참여효과

본 프로그램 시행 첫 해에는 2개교가 신청하였고, 둘째 해에는 이전 해에 참여한 1개교와 추가적으로 선정된 1개교, 총 2개교가 신청하였다. 셋째 해에는 첫 해에 신청했던 1개교가 신청하였다. 3년간 3개교의 3,351명의 학생을 대상으로 정신건강 교육과 캠페인 및 문화조성 프로그램을 적용하였고, 이러한 프로그램에 참여한 뒤 학생들은 자기 가치에 대한 긍정적인 반응을 표현하는 학생이 증가하였고, ‘자살은 예방이 가능하다’라는 제시문에 “그렇다”라는 긍정적인 반응이 증가하였다(Figure 2).

선별검사 결과 및 주요 정신건강 문제 관리

선별검사의 적용은 2학년이 된 학생으로 한정하였고, 3년간 총 1,100명이 참여하였다. 그 결과 사회불안 고위험군 92명(8.36%), 우울장애 고위험군 32명(2.90%), 자살사고 고위험군 6명(0.54%), 외상 후 스트레스 장애 고위험군 10명(0.90%)이 선별되었다.

사회불안 고위험군으로 선별된 학생은 2014년에 38명(우울증 공존 18명), 2015년에 33명(우울증 공존 9명), 2016년에 21명(우울증 공존 5명)이었다. 사회불안 고위험군으로 선별된 학생 중 사회불안에 대한 인지행동 집단 프로그램에 자원한 학생은 25명(3년간 각각 9명, 11명, 5명)이었다. 그 외의 고위험

군 학생들 중 비공개적인 사례관리, 정신건강상담, 자원연계, 치료연계 및 치료비 지원 등의 집중 서비스를 받는 것에 동의한 학생은 25명이었다.

인지행동 집단 프로그램 평가

인지행동 집단 프로그램에 참여한 25명의 평균 연령은 15세였고, 모두 중학교 2학년에 재학 중이었다. 성별로는 여학생(22명 : 88.8%)이 남학생(3명 : 12.0%) 보다 많았다. 종교는 없다고 대답한 사람이 가장 많았고(17명 : 68.0%), 형제 수는 자신을 포함해서 2명인 경우가 가장 많았다(14명 : 56.0%). 학업 성적은 하 수준이 가장 많은 비율을 차지하였고(13명 : 52.0%), 사회 경제적 수준은 중 수준에 해당되는 비율이 가장 많았다(13명 : 52.0%). 부모의 학업 수준은 고등학교 졸업이 부(14명 : 56.0%), 모(13명 : 52.0%) 모두에서 가장 많은 비율을 차지하였다. 부모와의 관계에서는 ‘만족한다’라고 응답한 경우가 10명(40.0%)으로 가장 많은 비율을 차지하였다(Table 2).

프로그램의 사전 및 사후 검증

인지행동 집단 프로그램 참여자에게 실시한 사전 및 사후 검사에 대해 paired t-test를 실시한 결과, 사회불안, 우울, 자살사고, 자아개념, 심리적 탄력성 모두 유의한 차이를 보였다. 사회불안(p<0.001), 우울(p<0.05), 자살사고(p<0.01)에서는 유의미한 감소를 보였고, 자아개념(p<0.01)과 심리적 탄력성(p<0.01)에서는 유의미한 증가를 보여 사회불안 고위험군에 대한 인지행동 집단 프로그램은 효과적인 것으로 평가되었다(Table 3).



Figure 2. Mental health promotional campaigns.

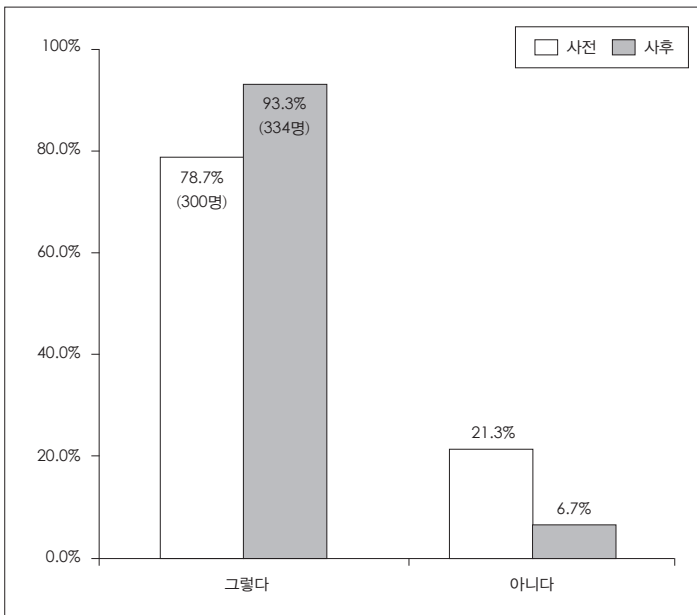


Table 2. Demographic distributions of the sample participated in cognitive behavior group programs (n=25)

Variable	Demographics (%)
Sex	
Male	3 (12.0)
Female	22 (88.0)
Religion	
Christian	6 (24.0)
Catholic	2 (8.0)
No religion	17 (68.0)
Siblings number (including themselves)	
1	3 (12.0)
2	14 (56.0)
3	5 (20.0)
4	3 (12.0)
School record (n=24)	
Good	5 (20.0)
Fair	6 (24.0)
Poor	13 (52.0)
Socioeconomic status (n=24)	
High	6 (24.0)
Middle	13 (52.0)
Low	5 (20.0)
Academic back ground (father) (n=24)	
>University	2 (8.0)
University	5 (32.0)
High school	14 (56.0)
Academic back ground (mother) (n=24)	
>University	1 (4.0)
University	8 (32.0)
High school	13 (52.0)
Middle school	2 (8.0)
Relationship with Parents	
Very satisfied	4 (16.0)
Satisfied	10 (40.0)
Moderate	7 (28.0)
Dissatisfied	4 (16.0)
Suicide ideation (n=24)	
Yes	8 (32.0)
No	16 (64.0)

n : number

프로그램 참여자의 주관적 만족도 평가

프로그램 평가의 열린 질문에서 인지행동 집단 프로그램에 참여한 학생들의 주관적 만족도 평가에서 긍정적인 응답은 “자신감을 갖게 되었어요.”, “예전엔 발표할 때 전혀 이야기 하지 못했는데 떨리는 것이 조금 괜찮아졌어요.”, “낮선 사람이 많은 곳에 전보다 잘 돌아다닐 수 있게 되었어요.”, “예전엔 진짜 모르면 하나도 얘기 못했는데 조금은 괜찮아진 것 같아요.”, “발표에 자신감이 생겼고, 다른 사람의 신경을 쓰지

Table 3. Paired t-test result of pre-test and post-test in cognitive behavior group programs (n=25, df=24)

Scales	Pre-test	Post-test	Analysis	
	M±SD	M±SD	t	p value
K-SAS-CA	119.68±28.32	98.76±22.58	4.744	0.000
CES-D	25.40±14.18	20.56±11.18	2.610	0.015
RSIQ	50.68±52.82	33.84±38.73	3.996	0.001
K-RSES	24.32±5.33	27.36±6.20	-3.866	0.001
CD-RISC2	3.88±2.11	4.84±1.89	-3.294	0.003

n : number, df : degree of freedom, M : Mean, SD : Standard Deviation, K-SAS-CA : Korean Social Anxiety Scale for Children and Adolescents, CES-D : Center for Epidemiological Studies Depression Scale, RSIQ : Reynolds Suicide Ideation Questionnaire, K-RSES : Korean version of the Rosenberg Self-Esteem Scale, CD-RISC2 : Connor-Davidson Resilience Scale-2

않게 되었어요.”라는 것이었다. 해당학교의 전문상담교사들의 긍정적인 응답은 “사회불안장애 인지행동 집단 프로그램으로 학생들에게 긍정적인 변화가 나타나 매우 만족스럽습니다. 현재까지 시행했던 집단 프로그램 중에서 참여율이 가장 높았던 프로그램이었어요.”, “지역사회 정신건강복지센터와 학교가 함께 프로그램을 진행하면서 마치 한 팀이 된 것 같은 느낌을 받았어요. 이렇게 체계적으로 진행되는 프로그램이라면, 다른 학교에서도 좋아할 것 같아요. 다른 학교에 권유하고 싶네요.”라는 것이었다. 프로그램 실시 이후 학생들과 교사의 긍정적인 반응에 따라 인근의 다른 학교에서도 정신건강 증진 프로그램의 관심학교 모집 및 선정에 자발적으로 신청하는 경우가 있었다. 참가 학생들은 긍정적인 응답 외에 “우리 또래에서 이해하기 쉬운 말이 있는 것으로 해야 될 것 같아요.”, “과제 양이 많았던 것 같아요. 프로그램에 아이들과 많이 어울려 놀 수 있는 놀이가 많았으면 좋겠어요.”라는 피드백도 있었다.

고 찰

소아청소년들이 적절한 정신건강서비스를 제공받는데 방해가 되는 요인은 3가지로 이야기 해볼 수 있다. 첫째로 정신건강서비스를 받을 수 있는 시간, 경제적 능력, 지역사회 내 이용 가능한 기관이 부재할 경우 등이 포함되는 의뢰서비스 공급자-수혜자의 구조적 문제를 들 수 있다. 둘째로 부모, 교사, 일반인들이 정신건강서비스에 대한 인식의 부족을, 셋째로 정신건강서비스에 대한 편견, 낙인으로 인해 치료를 받지 않는 경우를 들 수 있다.⁴¹ 본 연구에서는 이러한 요인들을 고려하여 지역사회에서 학교 정신건강 증진 프로그램에 적용 가능한 모델을 제시하였다.

본 연구에 제시된 모델은 사회불안을 중심으로 접근하지만, 궁극적으로는 청소년들이 겪은 여러 가지 심리적 문제에

대해 포괄적으로 접근하고 있다. 정신건강 교육 외에도 연극을 관람하는 등의 문화 프로그램과 정신건강 캠페인을 벌이는 활동으로 학생, 교사 그리고 학부모들의 정신건강에 대한 인식을 변화를 꾀하였고, 정신건강문제에 대한 선별검사 및 고위험군 관리로 위기상담, 사례관리 및 치료연계도 포함되었다. 또한 상대적으로 편견이 적은 사회불안장애 고위험군들에 대해 개입 프로그램을 적용이 같이 시행되었다는 것이 의미가 있다. 정신건강 캠페인이나 자살예방 교육 등은 신청한 학교의 전 학년에 걸쳐 실시하였지만, 고위험군 선별검사나 인지행동 집단 프로그램은 2학년에 한하여 실시한 점이 제한 점일 수는 있겠다. 그러나, 이는 3학년의 경우, 고등학교 진학문제와 학업 문제로 인하여 교사 및 부모의 반대가 있었고, 1학년의 경우에는 입학한 직후, 학교에 적응하기 전에 외부 기관의 선별검사 및 개입 프로그램 적용에는 한계가 있다는 학교 현장의 의견을 반영한 결과이다. 학생은 동의했다 하더라도 정신과적 문제에 대한 편견으로 인해 부모의 동의를 받는 것이 더 어려워 선별검사의 고위험군의 수에 비해 인지행동 집단 프로그램에 참여한 학생 수가 적어 부모들도 참여하는 프로그램이 필요함이 시사되었다. 본 인지행동 프로그램의 효과 분석은 비교집단이나 대조군 없이 사전-사후 비교만으로 확인한 것이라 한계가 있다. 그러나, 실험적 통제 환경이 아닌 일상적 학교 생활 중에 사회불안 인지행동 프로그램을 적용하였고, 그 결과 사회불안, 우울, 자살사고는 유의미하게 감소되고, 자아개념과 심리적 탄력성은 증가하여 긍정적인 효과를 확인할 수 있었다는 데 의미가 있다.

사회불안 증상이 지속되는 메커니즘에 대한 설명 중 세 가지의 모델이 지지되어 왔다. 첫째는 자신의 능력에 대한 부정적인 믿음, 즉 인지적 개념화, 둘째는 사회적 상황에 대한 회피, 셋째는 빈약한 사회적 기술이 사회불안을 지속시키는 데 중요한 역할을 한다⁴²는 것이다. 이러한 메커니즘을 바탕으로 치료법에는 크게 세 가지 접근법이 있다. 인지적 개념화와 관련된 접근으로는 청소년을 위한 인지행동 집단치료(Cognitive-Behavioral Group Therapy for Adolescents, CBGT-A)⁴³가 있으며, 이는 심리교육, 인지적 재구조화, 문제해결, 사회적 기술, 행동적 노출에 초점이 맞춰져 있으며, 16회기, 90분으로 구성되어 있다.⁴² 둘째로, 사회적 기술 결핍 모델과 관련된 접근법으로는 사회기술훈련(Social Skills Training, SST)⁴⁴이 있다. 이는 사회기술훈련 및 노출은 강화시키고, 문제해결이나 인지적 재구조화 이완 기법과 같은 다른 요소들을 포함하는 통합적인 프로그램으로 12회기로 구성되어 있다.⁴² 세 번째는 아동을 위한 사회적 효과 치료(Social Effectiveness Therapy for Children, SET-C)⁴⁵로, 행동적 접근을 하며 12주 동안 24회기로 구성되어 있다.⁴² 불안 증상과 행동적 손상을 줄이

는 효과를 보였고, 6개월 추적에서도 효과가 유지되는 것으로 나타났다.³⁶ 본 연구는 CBGT-A에서 심리교육, 인지적 재구조화의 내용들을 가지고 오고, SST에서는 집단을 통해 사회적 상황에서의 참여를 높이고 사회적 평가 상황에서 결과와 관련하여 부정적인 기대를 감소시켜 사회적 기술의 강화에 대한 내용을 포함시켰고, SET-C 모델의 행동적 접근을 반영하여 아나운서가 되어서 친구들 앞에서 스크립트를 읽는 노출 활동을 구성하였다.

본 인지행동 집단 프로그램 참가 학생에게 확인하였을 때 도움이 되는 기법은 하향화실패 기법이나 논박질문이었다. 이는 Cho 등³⁹의 연구에서 보고된 것과 유사하다. 이 연구에서 프로그램 참가자들이 부정적인 자동적 사고를 언급하거나 이런 자동적 사고를 현실적이고 타당한 자동적 사고로 전환하려는 자발적인 인지적 재구성 시도가 효과적이었다³⁹는 점이 본 연구 결과와 유사한 것인데, 이는 사회불안을 유지시키는 메커니즘 중 자신의 능력에 대한 부정적인 믿음(인지적 개념화)⁴³과 관련된다. 또한, 사전 및 사후 검사를 비교해볼 때 사회불안 증상이 감소하였고, 주관적 보고에서 사회적 상황에서 말하거나 사람들이 많은 공간에서 이동하는 것에 대한 불편감의 감소를 보고하였는데, 이는 Beidel 등³⁶의 연구 결과와 유사하다. 이 연구에서는 프로그램 참가자들이 학생회나 운동 팀에 참여하는 등 사회적 상황에서의 수행이 양적 및 질적으로 향상되었으며, 이는 장기간 지속되어 개입의 안정성을 입증하였다. 또한, 사전 및 사후 검사를 비교해 볼 때, 우울 증상도 감소하여 정서적 문제의 완화를 보였다. CBGT-A를 실시한 Hayward 등의 연구에서는 사회불안과 우울의 공병이 흔하고, 이 두 증상은 시너지 효과를 일으켜 사회불안이 우울을, 또는 우울이 사회불안을 촉진하기도 한다³⁷고 하였다. 따라서, 사회불안에 대한 개입이 우울 증상의 완화에 도움을 준 것으로 보인다. 이 외에도 참가자들이 얻은 이익으로는 병식의 증가, 질병의 방지로 인한 공존 질병의 예방 효과 등도 고려해 볼 수 있겠다.

사회불안장애에 대한 인지행동치료는 무작위할당 통제연구(randomized controlled trial, RCT)에서 그 효과가 입증된 심리치료이며⁴⁶ 메타분석 연구에서도 효과크기가 0.70으로 보고된 바 있다.⁴⁷ 국내에서도 아동 및 청소년의 사회불안에 큰 효과를 가진 치료유형임이 보고되었다.⁸ 국내에서 진행된 아동 및 청소년 대상 사회불안 인지행동 치료관련 연구는 사회기술훈련(social skills training, SST)이라는 요소를 첨가한 프로그램이 자주 적용되었다. 이는 사회불안 증상을 보이는 아동 및 청소년들에서 사회기술 부족이 흔히 관찰되는 특징임을 시사하는 결과이기도 하다.⁸ 본 연구에서 적용된 프로그램도 이를 반영하여 사회기술훈련에 대한 회기를 배정하였다.

본 연구에서 적용된 인지행동 집단 프로그램은 8회기로 Ryan와 Warner¹⁷나 Kim¹⁹이 실시한 12회기보다 적었다. Ryan와 Warner이 실시한 프로그램은 개별 프로그램 회기와 추수 회기가 포함되어 있으며 집단 프로그램(40분), 개별면담(20분), 4주간의 주말 체험 행사(90분)가 포함되어 있고, 집단 프로그램에는 2번의 부모참여(45분), 교사참여가 있으며 전형적으로는 3주간 실시하는 것이다. Björklund 등¹⁶은 전학교적 접근을 적용하여 교실에서 행해지는 수업, 교직원들의 근무 환경, 학부모-교사 협력 방법에 중점을 두었다. 이와 달리 본 연구에서 적용된 프로그램은 부모와 교사가 참여하는 회기 없이 학생 당사자 중심의 8회기의 단기적인 프로그램이었다. 따라서 학교와 같이 제한된 환경에서 적용할 때 효율적인 면에서 장점이 될 수 있을 것이다.

Essau 등⁴⁶이 사회불안장애에 대한 프로그램의 사전 및 사후 검사에 사회적 기술 질문지나 사회 및 적응적 기능 척도, 완벽주의 등을 추가로 사용한 것과 유사하게 본 프로그램에서도 사전 검사와 사후 검사를 활용하여 학생들의 사회불안 증상의 변화 외에 자존감과 심리적 탄력성과 같은 긍정적 심리 자원도 평가하여 긍정적인 효과를 확인하였다. 또한 본 연구에서는 프로그램 적용 후에 학생들의 주관적 의견도 조사하였다. 놀이나 게임에 대한 도입 의견과 과제의 양에 대한 의견을 바탕으로 추후 연구에서는 놀이나 게임을 회기 내에 배치하여 집단의 응집력을 높이도록 도모해 볼 필요도 있으며, 청소년의 인지적 수준을 고려하여 용어나 과제의 양을 적절하게 조절하는 노력도 필요할 것으로 판단된다.

본 연구의 의의는 실제 지역사회 학교 현장에서 적용하였던 포괄적인 학교-기반 정신건강 증진 사업을 평가하고 그 효과를 확인하였던 것에 있다. 학교가 협력 가능한 선에서 지역사회 정신건강복지센터가 학교의 요구를 절충하여 학생들의 정신건강에 개입을 하는 일에는 현실적인 어려움이 많이 따름에도 불구하고, 3년 이상 지속되고 있다는 것은 큰 성과라고 할 수 있다.

본 연구는 몇 가지 한계점이 있다. 첫째, 인지행동 프로그램 이외의 기타 전체 학생을 대상으로 한 개입 프로그램에 대한 효과를 정량적으로 평가하여 통계분석으로 이어지지 못했다. 학교라는 환경에서 정신건강 문화조성 프로그램의 일환으로 공 던지기와 같이 학생들의 흥미와 참여를 유발하는 놀이활동 형태로 반응을 평가하였기에 정확한 결과를 분석하지는 못했다. 둘째, 대조군 집단이 없어 인지행동 집단 프로그램의 효과를 검증하는데 한계가 있다. 그러나, 실험연구가 아니라 지역사회에서 적용된 프로그램 그대로의 영향을 확인하고자 하였기 때문에 위험군에 속하지만 프로그램 참여에 배제되는 대조군 설정에 대한 윤리적인 문제로부터 자

유롭다. 셋째, 자기보고식 검사로 선별된 후 프로그램 참여 대상자를 선정할 때 구조화된 면담을 실시하지 못했으며, 참여자들이 실제로 의학적 진단을 받은 대상자는 아니었다. 그러나, 건강한 사람이 대부분인 학교정신건강 개입 프로그램에서 사회불안장애라는 진단 이전에 증상이 심한 군에 대한 조기개입에 더 의미를 두었다는 것에 의의가 있다. 넷째, 교사나 학부모에게 제공된 프로그램이 제한적이고, 적용 현황이나 효과를 평가하지는 못했다는 점이 있다. 다섯째, 본 프로그램은 1년 단위의 정신건강 서비스에 한정되어 있으므로 인지행동 집단 프로그램의 장기 효과에 대한 평가를 하지 못했다. 사회불안 청소년에 대한 인지행동 집단 프로그램의 치료 효과는 종결 후 2개월 동안 지속되는 것으로 보고되고 있어⁴⁹ 해당 학생들이 중학교 졸업 때까지는 연속적인 추적관리를 할 수 있는 방안이 필요할 것으로 보인다.

결론

본 연구는 지역사회에서 청소년의 정신건강을 증진시키기 위한 학교-기반 개입 모델을 제시하고, 개입의 효과성을 검증하는 것이다. 우리나라 한 개 도시의 중학교 3개교를 대상으로 정신건강 환경과 문화를 조성하기 위해 자살예방교육, 생명사랑 연극 관람 및 정신건강 캠페인 등을 실시하였다. 2학년에게는 사회불안, 우울, 자살, 외상 후 스트레스 등 주요 정신건강 문제를 선별하여 고위험군에 대해 정신건강관리를 하였다. 고위험군으로 선정된 학생들에게는 정신건강 위기상담, 사례관리, 치료연계를 실시하였고, 특히 사회불안 고위험군을 대상으로 8회기의 인지행동 집단 프로그램을 실시하였다. 정신건강 교육 및 문화조성 프로그램 적용 후 정신건강에 대한 긍정적 인식의 변화를 보였고, 사회불안 인지행동 집단 프로그램이 적용된 집단에서는 사회불안, 우울, 자살생각이 유의미하게 감소하였고, 자아존중감과 심리적 탄력성은 증가하였다. 프로그램에 참여한 학생과 전문상담교사의 주관적 만족도 증가와 지역사회에서 정신건강에 대한 관심 증가로 주변 학교에서 자발적으로 프로그램 참여가 이어졌다. 본 연구에 적용된 청소년의 정신건강 증진을 위한 학교-기반 개입 모델은 포괄적인 학교정신보건 예방 프로그램으로 적용 가능할 것으로 보인다.

중심 단어: 정신건강 개입·청소년·학교-기반 프로그램·사회불안·인지행동치료.

■ 감사의 글

학교보건사업에 참여한 학교관계자 여러분과 도움을 주신 대전시 대덕구 보건소 관계자 여러분께 감사드립니다.

REFERENCES

1. Ahn DH. Mental Disorders in Adolescents. *J Korean Med Assoc* 2009;52:745-757.
2. Moon SH, Kim HR. The Present Condition of Youth Mental Health Policy and Future Challenges. *Korean Journal of Youth Studies* 2012; 19:143-166.
3. Bahn GH. A Trial Application of Evidence-based and School-based Community Program for Enhancement of Mental Health in School Children. *National Center for Mental Health* 2010;10:1-159.
4. Ryan JL, Warner CM. Treating adolescents with social anxiety disorder in schools. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 2012;21:105.
5. Fazel M, Hoagwood K, Stephan S, Ford T. Mental health interventions in schools in high-income countries. *The Lancet Psychiatry* 2014;1: 377-387.
6. McGonagle KA. Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1996;53:159-168.
7. 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. *Psychological Medicine* 2008;38: 15-28.
8. Kim HS, Yang JW. Evidence-based treatment of social anxiety disorder. *Korean Journal of Clinical Psychology* 2017;36:470-493.
9. Investigators EM, Alonso J, Angermeyer M, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha T, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2004;109:21-27.
10. Pyo HJ. The Survey of Mental Disorders in Korea. Korea Ministry of Health & Welfare, Samsung Seoul Hospital 2016.
11. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub, 2013.
12. Masia CL, Klein RG, Storch EA, Corda B. School-based behavioral treatment for social anxiety disorder in adolescents: Results of a pilot study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2001;40:780-786.
13. Essau CA, Conradt J, Petermann F. Frequency and comorbidity of social phobia and social fears in adolescents. *Behav Res Ther* 1999;37: 831-843.
14. Mash EJ, Wolfe DA. *Abnormal child psychology*. Brooks/Cole-Wadsworth, Belmont, Calif., 1999.
15. Beidel DC, Turner SM, Morris TL. A new inventory to assess childhood social anxiety and phobia: The Social Phobia and Anxiety Inventory for Children. *Psychological assessment* 1995;7:73.
16. Björklund K, Liski A, Samposalo H, Lindblom J, Hella J, Huhtinen H, et al. "Together at school"-a school-based intervention program to promote socio-emotional skills and mental health in children: study protocol for a cluster randomized controlled trial. *BMC Public Health* 2014;14:1042.
17. Ryan JL, Warner CM. Treating adolescents with social anxiety disorder in schools. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics* 2012;21: 105-118.
18. Masia-Warner C, Klein RG, Dent HC, Fisher PH, Alvir J, Albano AM, et al. School-based intervention for adolescents with social anxiety disorder: Results of a controlled study. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2005;33:707-722.
19. Kim JM. The Effects of Cognitive-Behavioral Group Counseling Program for Social Anxiety in Adolescents. *The Korea Journal of Counseling* 2006;7:541-556.
20. Chang HJ, Shim JS. Study on school health promotion service and program for smoking cessation and alcohol-reducing. *The Journal of the Korean Society of School Health* 2003;16:57-69.
21. Kim EO, Yu HK, Shin HS. Development of a Group Counseling Program to Improve School Adaptability in Middle School Maladjusted Students. *The Korea Journal of Youth Counseling* 2008;16: 55-73.
22. La Greca AM, Stone WL. Social anxiety scale for children-revised: Factor structure and concurrent validity. *Journal of Clinical Child Psychology* 1993;22:17-27.
23. Moon HS, Oh KJ. A Validation Study of the Korean Social Anxiety Scale for Children and Adolescents. *Korean Journal of Clinical Psychology* 2002;21:429-443.
24. Radloff LS. The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement* 1977;1:385-401.
25. Chon KK, Choi SC, Yang BC. Integrated Adaptation of CES-D in Korea. *Korean Journal of Health Psychology* 2001;6:59-76.
26. Heo EH, Choi KS, Yu JC, Nam JA. Validation of the Center for Epidemiological Studies Depression Scale among Korean Adolescents. *Psychiatry Investigation* 2018;15:124.
27. Reynolds WM. Psychometric characteristics of the Adult Suicidal Ideation Questionnaire in college students. *Journal of Personality Assessment* 1991;56:289-307.
28. Shin MS. (An) empirical study of the mechanism of suicide: validation of the scale for escape from the self. Yonsei University, Seoul, 1992.
29. Greenwald R, Rubin A. Assessment of posttraumatic symptoms in children: Development and preliminary validation of parent and child scales. *Research on Social Work Practice* 1999;9:61-75.
30. Lee HR, Kwak JK. The Trauma Assessment with the CROPS and PROPS: Reliability and Construct Validity in a Korean Version. *The Korea Journal of Counseling* 2004;5:533-545.
31. Bae HN, Choi SW, Yu JC, Lee JS, Choi KS. Reliability and Validity of the Korean Version of the Rosenberg Self-Esteem Scale (K-RS-ES) in Adult. *J of Kor Soc for Dep and Bip Disorders* 2014;12:43-49.
32. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety* 2003;18:76-82.
33. Vaishnavi S, Connor K, Davidson JR. An abbreviated version of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC), the CD-RISC2: psychometric properties and applications in psychopharmacological trials. *Psychiatry Res* 2007;152:293-297.
34. Jeong HS, Kang I, Namgung E, Im JJ, Jeon Y, Son J, et al. Validation of the Korean version of the Connor-Davidson Resilience Scale-2 in firefighters and rescue workers. *Compr Psychiatry* 2015;59:123-128.
35. Lee J-H. Cognitive-Behavioral Therapy for Social Anxiety Disorder. *Anxiety and Mood* 2016;12:42-46.
36. Beidel DC, Turner SM, Morris TL. Behavioral treatment of childhood social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2000; 68:1072.
37. Hayward C, Varady S, Albano AM, Thienemann M, Henderson L, Schatzberg AF. Cognitive-behavioral group therapy for social phobia in female adolescents: results of a pilot study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2000;39:721-726.
38. Spence SH, Donovan C, Brechman-Toussaint M. The treatment of childhood social phobia: The effectiveness of a social skills training-based, cognitive-behavioural intervention, with and without parental involvement. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 2000;41:713-726.
39. Cho YR, Won HT, Pyo KS. The Effects of Group Cognitive Therapy for Social Phobia. *Korean Journal of Clinical Psychology* 2000;19: 181-206.
40. Hope DA, Heimberg RG, Juster HA. *Managing social anxiety: A cognitive-behavioral therapy approach client workbook*. Graywind Publications;2000.
41. Korean Academy of Child and Adolescent Psychiatry. *Adolescent Psychiatry*. Sigma Press, Seoul; 2012.
42. Fisher PH, Masia-Warner C, Klein RG. Skills for social and academic success: A school-based intervention for social anxiety disorder in adolescents. *Clinical Child and Family Psychology Review* 2004;7: 241-249.
43. Albano A, Marten P, Holt C. *Therapist's manual for cognitive-behavioral group therapy for adolescent social phobia*. Unpublished

- Manuscript, 1991.
44. Spence SH. Social skills training: Enhancing social competence with children and adolescents. Nfer-Nelson, 1995.
 45. Beidel DC, Turner SM, Morris TL. Social effectiveness therapy for children: A treatment manual. Unpublished manuscript, Medical University of South Carolina, 1998.
 46. Jørstad-Stein EC, Heimberg RG. Social phobia: an update on treatment. *Psychiatric Clinics* 2009;32:641-663.
 47. Powers MB, Sigmarsson SR, Emmelkamp PM. A meta-analytic review of psychological treatments for social anxiety disorder. *International Journal of Cognitive Therapy* 2008;1:94-113.
 48. Essau CA, Conradt J, Sasagawa S, Ollendick TH. Prevention of anxiety symptoms in children: Results from a universal school-based trial. *Behavior Therapy* 2012;43:450-464.
 49. Cho YR, Lee KS, Hwang KN. The Effects of Group Cognitive-Behavioral Therapy for Adolescents with Social Anxiety Disorder: A Preliminary Study. *The Korean Journal of Clinical Psychology* 2005; 24:243-253.