

불안 민감성에 대한 이요인 이론의 제안과 그 타당화: 공황장애 집단과 신체형 장애 집단을 중심으로*

황 성 훈 이 수 현 이 훈 진[†]
서울대학교 심리학과 서울아산병원 정신과 서울대학교 심리학과

본 연구는 공황 장애의 주요 기제인 불안 민감성이 신체 감각에 대한 예민성과 인지적 오해석이라는 두 요인으로 구성된다는 가설을 검증하였다. 이를 위해 기존의 불안 민감성 측정치를 이요인론에 맞게 이단계 평정으로 개작하였다. 1단계에서는 신체 감각 예민성을, 2단계에서는 이에 대한 인지적 오해석을 측정했다. 연구 1에서는 대학생 500명 중에서 선발된 공황 신체화, 통제 집단(각 30명)을 비교하였는데, 이요인 이론과 부합하게, 신체 감각 예민성에서 공황집단이 통제 집단보다 높았고, 신체화 집단보다는 낮았다. 그러나 파국적 해석에서는 예측과는 다르게 공황집단과 신체화 집단이 차이가 없었다. 연구 2는 정신과 외래를 찾은 공황 장애 집단과 신체형 장애 집단(각 30명)을 대상으로 했는데, 연구 1에서 검증되지 않은 부분이 추가로 입증되었다. 즉, 이요인론 중 신체 감각 예민성에서 신체형 장애, 공황 장애, 정상 통제집단의 순서로 유의미한 차이를 보였을 뿐만 아니라, 파국적 해석의 경향에서는 공황 장애 신체형 장애, 통제 집단의 순서를 보였다. 공황 장애와 신체형 장애는 신체 감각(요인 1)의 오해석(요인 2)이라는 공통 구조를 가지고 있지만, 공황 장애는 파국적 해석의 비중이 두드러지고, 신체형 장애는 신체 감각 요소가 지배적이었다. 이요인 이론은 불안 민감성 계열의 연구와 공황 장애에 대한 Clark(1986, 1988)의 인지이론을 연결시키는 개념적 다리 역할을 할 수 있으며, 임상 현장에서는 공황장애의 변별진단과 치료에 공헌할 것이다

주요어 : 불안민감성, 이요인 이론, 공황장애, 신체형 장애

* 이 논문은 2004년도 한국학술진흥재단의 지원에 의하여 연구되었음(KRF-2004-041-H00025).

[†] 교신저자(Corresponding Author) : 이훈진 / 서울대학교 심리학과 / 서울시 관악구 신림 56-1
FAX : 02-880-6428 / E-mail : hjlee83@snu.ac.kr

불안 민감성(anxiety sensitivity)은 공포증, 공황 장애 등 불안 장애의 핵심 기제를 잘 설명해 주는 정신병리 개념이다. 높은 강도의 불안이 특정 신체 감각(예, 심장박동이 빨라지고 숨이 가빠지는 것)을 도화선으로 해서 갑자기 밀려오는 현상인 공황 발작에서 불안 민감성의 개념적 유용성이 크다(Barlow, 2002). 상식적으로 생각할 때, 강한 불안이 동반되는 공황 발작을 보이는 사람이 불안이 높을 것으로 예상할 수 있으나, 연구 결과나 임상 경험에 따르면, 특질 불안이나 상태 불안 같은 일반적인 불안 측정치는 공황 장애를 변별해주지 못한다(Taylor, 1995, 1996).

이런 역할을 해주는 것이 바로 불안 민감성이다(McNally & Lorenz, 1987). 불안에 대한 불안, 공포에 대한 공포라고 부르는 것으로 지금 이 순간에 불안한 것은 아니나, 불안한 징조가 보이면 빠르게 강한 불안 반응을 보일 준비를 갖추고 있는 상태이다. 즉, 불안한 것이 아니라 ‘혹시 불안해지면 어쩌나 하고 불안 신호에 민감한 상태를 반영한다(Reiss, 1991; Taylor, 1995). 그래서 불안 민감성은 불안의 신체적 신호(설명의 편의상, 이를 A라고 부름)에 대해 예민해져 있고 그 신호가 나타나면 크게 놀라는 반응 과정(이를 B라 부름)을 나타낸다. 이는 공황 발작이 있는 사람들이 불안에 대해 보이는 태도와 일치하며, 따라서 불안민감성은 공황 장애에 대한 변별 진단력을 갖는다(e.g., Asmundson & Norton, 1993; Maller & Reiss, 1992; Stewart, Knize, & Pihl, 1992). (이에 대한 개관을 위해서는 황성훈, 유희정, 김환, 2001을 보라)

한편, 공황 장애에 대한 인지적 설명으로 ‘신체 감각의 파국적 해석’이라는 개념화가 제시된 바 있다(Clark, 1986, 1988). 있을 법하고

중립적인 신체 감각의 의미를 파국적으로 해석하면 그 결과로 강한 불안을 겪게 된다는 것이다. 즉, 심장 박동이 빨라진다는 느낌을 ‘심장 발작이 올지도 모른다’는 의미로 해석하거나, 두통을 뇌종양의 신호로 파국화해서 받아들이므로 겁먹고 불안해질 수밖에 없다는 설명이다. 본 연구는 불안 민감성과 파국적 해석 모형의 유사성에 주목하였다.

불안 민감성은 불안의 신체적 신호(A)에 대해 예민해져 있고 그 신호가 나타나면 크게 놀라는(B) 반응 과정을 나타내는데, Clark(1986, 1988)의 인지적 설명에서 신체 감각에 민감한 것이 A에 해당되고, 그 의미를 재앙으로 해석하는 것은 B에 해당된다고 볼 수 있다. 따라서 불안 민감성 기제의 구성 성분을 인지 모형의 시각에 따라 보면, 신체 감각에 대한 민감성과 이에 대한 파국적 해석으로 분해할 수 있을 것이다. 즉, 불안 민감성을 이렇듯 이요인으로 미분할 수 있다는 것이 개념적 분석으로 얻어진 본 연구의 가설이다. 본 연구에서는 불안 민감성의 이요인 가설(dual factor hypothesis of anxiety sensitivity)을 경험적 연구를 통해 검증하였다. 이를 위해 기존에 사용되는 불안 민감성 측정 척도를 이요인이 반영되도록 수정하였다.

개작 작업의 실마리는 불안 민감성을 묻는 질문의 구조 속에서 찾을 수 있었다. “삼키기 어려울 때 이러다가 목이 막히지 않을까 걱정된다.”, “위에 강한 통증이 느껴질 때 암이 아닐까 걱정이 된다.” 등이 문항 예인데, 공통적인 구조로서 “A라는 신체 감각이 있으면, B라는 파국적 상황이 일어날 것”이라는 패턴을 발견할 수 있다. A는 잘 삼켜지지 않는 것, 위의 통증 등 신체 감각으로서 이요인의 첫 번째에 해당되며, B는 “목이 막히지 않을까?,”

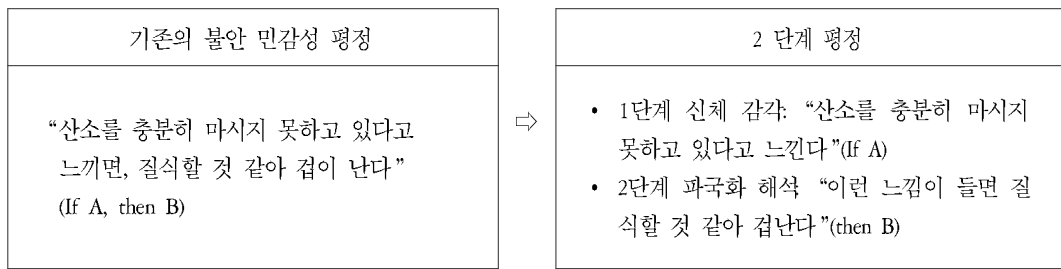


그림 1. 불안 민감성에 대한 2단계 평가 전략

“암이 아닐까?” 등 두 번째 요인인 파국적 해석에 해당된다.

이런 점에 착안하여, 본 연구자들은 A와 B를 분리하기 위해 기존 설문을 두 단계에 걸친 평가로 개작했다. 그림 1에서 보는 것처럼 A를 측정하는 부분을 별도 설문으로 독립시키고, 이어서 B 부분을 평가하도록 안내했다. 첫 번째 평가에서는 신체 감각을 자주 혹은 민감하게 느끼는 정도를, 두 번째 평가에서는 이 감각을 받아들이는 태도, 즉 인지적 해석을 측정할 수 있다는 발상이다.

이단계 측정 전략은 불안 민감성의 구성 성분을 신체 감각 부분과 파국적 해석 부분으로 나눠서 측정할 수 있는 기회를 제공해 준다. 문제는 분해된 불안 민감성 측정치를 어떤 맥락에 적용해야 본 연구의 가설인 이요인론을 입증할 수 있는가 하는 것이다. 예컨대 분해된 측정치를 적용했을 때, 재래식 측정치를 쓰는 것보다 공황 장애를 더 효과적으로 가려낼 수 있다면 이요인 이론의 타당성이 뒷받침될 수 있을 것이다. 본 연구에서는 이요인 이론의 타당성을 입증해줄 수 있는 맥락으로 공황 장애 외에도 신체형 장애를 포함시켰다.

신체형 장애는 신체 감각에 대한 예민성이라는 측면에서 공황 장애와 비슷한 측면을 갖는다(APA, 2000; Iezzi, Duckworth, & Adams,

2001; Rapee & Barlow, 2001). 두 장애 모두 신체 감각에 집착한다. 특히 신체형 장애의 하위 유형중 하나인 건강 염려증은 사소한 신체 감각을 중병의 신호로 오인하여 고통을 겪는다는 점에서 공황 장애와 유사성을 갖고 있다. 실제로 DSM-IV-TR(APA, 2000)에서 건강염려증의 진단준거 중 하나가 “신체적 증상에 대한 오해석에 기초해서 자신이 심각한 병이 걸렸다는 생각이나 두려움에 몰두되어 있는 것”으로 명시되어 있다. 이렇듯 신체형 장애에도 신체 감각에 대한 예민성과 이에 대한 오해석이 작용한다고 볼 수 있는데, 공황 장애와 비교해 보면 다음과 같은 예측이 가능하다.

먼저, 신체 감각에 대한 예민성 요인에서는 신체형 집단이 공황 집단에 비해 더 높을 수 있다. 신체형 집단은 보통 애매하고 다양한 신체 증상을 비교적 지속적으로 느끼는 데 반해서, 공황 집단은 불안에 국한된 신체 감각을 특정 순간에 집중적으로 느낀다(APA, 2000). 따라서 신체적 감각의 다양성과 강도에 있어서는 신체형 집단이 공황 집단보다 높을 것으로 예상할 수 있다. 두 번째 요인인 해석의 질에서도 차이가 난다. 공황 장애의 오해석은 재앙적 결과가 당장 이 순간에 급박하게 닥친다는 것이고(예, “심장마비에 급사할 것 같다”), 신체형 장애의 경우는 건강에 바람직

하지 않은 결과가 진행된다는 것이다(예, “어지럼증을 앓고 있고, 이것이 평생 낫지 않고 고통을 줄 것이다”). 이와 일치하게, Warwick과 Salkovskis(1990)는 신체 증상에 대한 파국적 해석은 공황 장애와 관련되고, 사소한 신체 감각에 대한 ‘비응급’ 질병 해석이 건강염려증적 경향을 유발한다고 주장하였다. 따라서 해석에 있어서 긴박성과 파국성이라는 측면에서 볼 때 공황집단이 신체형 집단보다 더 높을 것을 예상할 수 있다.

이요인론의 시각에서 본다면, 신체형 장애는 신체 감각의 강도(A)가 높을 것이고, 반면 공황장애는 파국적 해석의 경향(B)이 더 높은 것으로 변별될 수 있을 것이다. 추가로 공황이나 신체 증상이 없는 정상 통제 집단을 고려한다면, 다음과 같은 가설이 가능하다. 불안민감성은 신체감각에 대한 예민성 요인과 파국적 해석 요인의 이요인으로 구성되며, 신체 감각 요인은 신체형 장애에서, 파국적 해석은 공황장애에서 상대적으로 두드러질 것이다(가설). 이 가설에 따르면, 집단과 평정단계(신체 감각, 파국화 해석)의 상호작용이 유의미할 것이다. 즉, 신체 감각의 강도에서 공황 집단은 신체형 집단에 비해 낮을 것이나, 정상 통제 집단에 비해서는 높을 것이며(예언 1), 파국적 해석의 강도에서는 공황 집단은 신체형 집단보다 더 높고, 신체형 집단은 정상 통제 집단보다 더 높을 것이다(예언 2).

위와 같은 결과가 얻어진다면 불안민감성이 이요인으로 구성된다는 본 연구의 가설이 타당화될 수 있다. 불안민감성은 신체감각에 대한 예민성과 인지적 오해석 두 요인으로 구성되며, 이 두 요인을 분리 측정함으로써 공황 장애와 신체형 장애의 변별 진단력이 높아진다는 점이 입증되는 것이다. 또한 불안민감

성 이론과 인지 이론이 서로 유사한 두 단계 과정을 공통적으로 가정하고 있다는 개념적 연결도 가능해진다. 즉, 공황 장애에 대한 불안민감성 이론(e.g., Asmundson & Norton, 1993)과 Clark(1986)의 인지이론이 신체감각과 그에 대한 파국적 오해석 구분을 통해 서로 연결될 수 있으며, 두 요인의 상대적 비중을 통해 신체형 장애와 구별할 수 있음을 입증하는 것이다. 두개의 연구를 통해 이요인론을 검증했는데, 연구 1은 대학생 집단을 대상으로 하고, 연구 2는 임상 현장에서 환자 집단을 대상으로 하였다.

연구 1

연구 1은 대학생 집단을 대상으로 불안민감성의 이요인 이론을 검증한 것이다. 임상 집단 연구에는 많은 시간과 노력이 필요하므로, 본 연구 가설의 타당성을 탐색하는 첫 단계로 준임상 집단인 대학생 공황, 신체화 집단을 대상으로 연구하였다.

방 법

연구 대상

500명의 대학생에게 선별검사로 공황 발작 질문지(Panic Attack Questionnaire; 이하 PAQ)와 간이정신진단검사의 신체화 척도를 실시하였다. 이들은 심리학 개론, 인간관계심리학 등 심리학 관련 교양 과목을 수강하는 학부생들이었다. PAQ에서 지난 1년간 공황발작이 있었다면 공황 집단(30명)으로 선발하였고, 공황발

표 1. 대학생 표집의 인구학적인 변인과 선별 검사의 평균 및 표준편차

	공황 집단(A) (n=30)	신체화 집단(B) (n=30)	통제집단(C) (n=30)	전체 (n=90)	F	비고
연령(세)	21.31(2.48)	22.13(2.34)	21.93(2.40)	21.80	0.93	
남:녀(명)	18:11(무응답 1)	19:11	20:10	57:32		
PAQ 총점	50.12(2.48)	0(0.00)	0(0.00)			
신체화 척도	58.23(2.34)	74.53(7.84)	43.70(2.67)	58.82	96.99***	B>A>C

*** $p < .001$.

작이 없고 신체화 척도의 T점수가 65점이상이면 신체화 집단(30명)으로 선정했다. 공황 발작이나 신체화 경향이 없는 경우를 통제집단(30명)으로 구성하였다.

세 집단은 연령과 남녀비율에서 유의미한 차이가 없었다. 연령은 평균 21.8세였으며, 집단에 따른 차이는 유의하지 않았다, $F(2, 86) = .92, m$. 남자와 여자는 각각 5명과 3명, 무응답 1명 이었으며, 역시 집단에 따른 성비 차이는 유의하지 않았다, $\chi^2(2, N=89) = .15, m$. 한편, 선별 검사 중 PAQ에서는 공황집단이 가장 높았다. PAQ에서 최근 1년간 공황발작이 없는 경우는 0점 처리가 되므로, 신체화 집단과 통제집단은 모두 0점을 받게 된다. 간이정신진단검사의 신체화 척도에서는 집단 간 차이가 유의미했으며, $F(2, 87) = 96.99, p < .001$, Least significant difference(LSD) 방식의 사후 검증 결과, 예상대로 신체화 집단이 가장 높았고, 공황 집단이 그 다음이었으며, 정상 통제 집단이 가장 낮았다.

측정 도구

세 집단의 피험자들에게 불안 민감성 척도 개정판(Anxiety Sensitivity Index - Revised; 이하

ASI-R; Cox, Taylor, Borger, Fuentes, & Ross, 1996)을 실시하였고 본 연구의 가설에 따라 ASI-R에서 신체 감각 부분을 별도로 독립시킨 척도를 실시하였다. 사용된 도구를 소개하면 다음과 같다:

공황 발작 질문지 (PAQ)

공황 발작 및 이에 따른 회피에 대한 광범위한 정보를 얻을 목적으로 Norton, Dorward & Cox(1986)가 개발한 것인데, 본 연구에서는 Cox, Endler와 Norton(1992)이 개정한 것을 사용했다. PAQ는 일생동안 공황경험의 여부, 회수, 그리고 최근 1년간의 공황경험여부, 가족력, 공황 발작 시 겪는 증상의 종류와 순서, 대처 방법 등을 모두 26개 항목으로 나누어서 기술하도록 되어 있다. 본 연구에서는 이중 11개를 선별해서 사용했다. 먼저 공황 발작에 대해 설명하고, 이런 경험을 평생 경험한 적이 있는지, 최근 1년간 경험한 적이 있는지를 물어보고, 공황 발작이 있을 때 경험하는 구체적인 증상들을 평정하도록 했다. 이때 일생동안 공황발작을 한 번도 경험해 본적이 없으면, 다른 질문에 대답할 필요가 없게 되고 0점이 된다. PAQ상에서 일생동안 공황 경험을 한 적이 한번 이상 있고, 최근 1년 동안 경험

한 적이 있다고 대답한 경우는 공황 집단으로 선별하였다.

PAQ는 반구조화된 자기보고식 설문지로 응답양식이 예/아니오, 5점 척도, 12점 척도 직접 적어 넣는 방식으로 다양하다. 이 중에서 공황 발작시에 경험하는 증상의 종류와 심각도 하위척도에 해당하는 26개의 소문항들은 5점 척도로 균일화되어 있다. 증상에 관한 하위 척도의 내적 일관성 계수인 Cronbach's α 는 본 연구의 전체 표집에서 .90이었다.

간이정신진단검사 (Symptom Checklist-90-R) 중 신체화 척도

간이정신진단검사는 김광일, 김재환 원호택(1984)이 번안하고 표준화한 척도인데, 이중 신체화 척도를 사용했다. 이 척도는 “머리가 아프다.”, “목에 무슨 덩어리가 걸린 것 같다” 등의 애매한 신체 증상을 묻는 12개의 문항으로 구성되어 있으며, 스트레스를 받으면 몸이 아파지는 신체화 방어를 측정하는 척도이다. 본 연구의 전체 표집(대학생 500명)에서 내적 일관성 계수인 Cronbach's α 는 .89였다.

불안 민감성 척도 개정판(ASI-R)

ASI-R은 Reiss, Peterson, Gursky와 McNally(1986)가 제작한 16문항짜리 불안 민감성 척도 (Anxiety sensitivity index)를 Cox, Taylor, Berger, Fuentes와 Ross(1996)가 36문항으로 확장해서 개정한 것으로, 5점 척도 상에서 응답하게 되어 있다. 연구자들이 직접 번안하여 사용하였는데, 내적 일관성 계수인 Cronbach's α 는 .94였다.

개작된 ASI-R

불안 민감성 척도 개정판을 이요인 이론 검

증에 적합하게 변형하는 과정에서 만들어진 척도이다. 그림 1에서 설명하였듯이, if A, then B의 질문 구조에서 A 부분만을 별도 척도로 독립시키고, 피험자들은 특정 신체 감각이 얼마나 자주 느껴지는지를 답하게 된다. 예컨대, ASI-R의 본래 문항은 “어지러움이 느껴지면 나는 깜짝 놀란다”는 것인데, 개작한 척도에서는 “어지러움” 자체를 얼마나 자주 겪는지를 5점 척도상에 응답하게 된다. 이밖에도 피험자들은 “산소를 충분히 마시지 못하고 있다는 느낌(1번)”, “뱃속이 불편한 느낌(26번)”, “머릿속이 텅비는 느낌(35번)” 등에 답함으로써 신체 감각을 평정하였다.

ASI-R이 36문항이므로, 이 척도도 36문항이어야 하는데, “과제에 집중할 수 없으면, 내가 미치지 않을까 걱정이 된다(ASI-R 34번)”, “과제에 집중할 수 없으면, 겁이 난다(35번)”로 신체 감각(즉, 과제에 집중할 수 없는 상태)이 중복되는 경우가 한차례 있어서 결국 35개 문항이 되었다. 신체 감각에 대한 별도 측정치와 재래식 불안 민감성 측정치를 함께 사용함으로써 2단계 평정이 가능해 졌다. 즉, 전자에서는 신체 감각을 자주 느끼고 예민한 정도를 측정하고, 후자에서는 후속되는 파국화 해석에 대한 측정을 할 수 있게 되었다. 본 연구에서 내적 일관성 계수인 Cronbach's α 는 .95였다. 추가적인 타당화를 위해서 신체감각 증폭 척도(Somato-sensory Amplification Scale; 이하 SSAS)와의 상관관계를 산출하였다. SSAS는 Barsky, Wyslak과 Klerman(1990)이 제작한 척도로 신현균과 원호택(1998)이 번안해 한국판으로 개발하였는데, 병리적이지 않은 신체감각을 증폭해서 지각하는 경향성을 측정하는 척도이다. 두 척도간의 상관관계는 본 연구의 전체 표집에서 $r(498) = .52, p < .001$ 이어서, ASI-R 개작판이

신체 감각에 대한 예민성을 측정함을 보여준다.

설계

종속측정치는 개작된 ASI-R로 측정한 신체 감각에 대한 예민성(1단계 평정)과 기존 ASI-R의 파국적 해석 부분(2단계 평정)으로 구성되며, 집단(공황, 신체화, 통제; 피험자 간 변인)과 평정 단계(1, 2단계; 피험자 내 변인)가 교차되는 3×2 혼합설계였다. 종속 측정치로는 ASI-R의 기준판(파국화 점수)과 개작판 신체감각 예민성 점수의 평균 점수를 사용했다.

결 과

다변량 분석에서 평정 단계의 주효과가 유의미해서, Pillai's Trace=.16, $F(1, 87) = 16.02, p < .001$, 세 집단 모두에서 1단계 신체 감각 평정(5점 척도 중 평균 2.13)이 2단계 파국화 평정(1.88)보다 높았다. 또한 집단의 주효과가 유의미했다, $F(2, 87) = 42.76, p < .001$. 즉, 1, 2단계 평정 모두에서 공황 집단(평균 2.28)과 신체화 집단(2.31)이 정상 통제 집단(평균 1.42)보다 유의하게 높았다.

한편, 집단과 평정 단계의 상호작용이 유의미했다, Pillai's Trace=.15, $F(2, 87) = 7.75, p <$

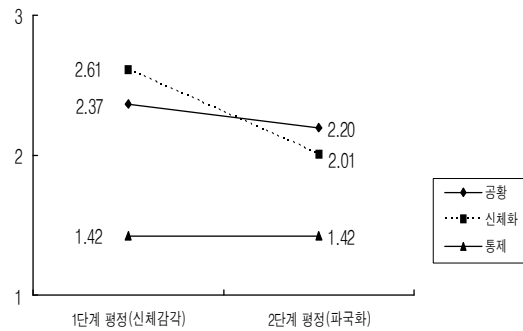


그림 2. 대학생 표집에서 집단과 평정단계의 상호작용

.001. 이원상호작용을 해석하기 위해 단순 주효과를 분석하였는데, 표 2와 그림 2에서 보는 것처럼, 1단계 평정(신체감각부분)에서 집단의 주효과가 나타나 신체화 집단이 가장 높았고, 공황 집단, 통제 집단 순이었다, $F(2, 87) = 66.00, p < .001$. 예언 1과 일치하게, 공황 집단이 신체화 집단에 비해 신체적 감각을 덜 느끼지만, $F(1, 87) = 4.62, p < .05$. 정상 통제 집단보다는 신체 감각에 상대적으로 예민한 것으로 확인되었다, $F(1, 87) = 75.19, p < .001$.

2단계 파국화 평정(ASI-R)에서도 집단의 주효과가 유의미했다, $F(2, 87) = 27.61, p < .001$. 공황 집단과 신체화 집단이 각각 통제 집단에 비해 유의미하게 높았으나, $F(1, 87) = 50.22, p < .001$; $F(1, 87) = 29.17, p < .001$, 공황 집단과 신체화 집단은 차이가 없었다, $F(1, 87) = 2.83, m$. 즉, 파국적 해석의 강도에

표 2. 대학생 공황, 신체화, 통제 집단의 신체감각 예민성 및 파국화 해석의 평균 및 표준편차

	공황 집단(A) (n=30)	신체화 집단(B) (n=30)	통제 집단(C) (n=30)	전체 (N=90)	단순비교 결과
신체감각 예민성	2.37(0.53)	2.61(0.62)	1.42(0.23)	2.13(0.71)	B>A>C
파국화 해석	2.20(0.64)	2.01(0.57)	1.42(0.42)	1.88(0.64)	A,B>C

서 공황 및 신체화 집단이 통제 집단보다 높은 것은 확인되었으나, 공황 집단이 신체화 집단에 비해 파국적 해석의 경향이 강할 것이라는 예언은 지지되지 않았다.

논 의

연구 1에서는 불안 민감성이 신체감각에 대한 예민성과 이에 대한 파국적 해석으로 나누어 질 수 있다는 가설을 대학생 공황 집단과 신체화 집단을 비교함으로써 입증하려 했다. 이요인 가설이 타당하다면, 두 요인이 두 집단에서 서로 다른 패턴으로 나타날 것이며, 신체 감각에 대한 예민성 요인에서는 신체화 집단이, 파국적 해석 요인에서는 공황 집단이 더 높을 것이라고 예언했다. 연구 결과, 신체 감각 예민성에서 신체화 집단이 공황 집단보다 높아, 불안민감성 척도를 이요인으로 구분할 수 있고 이 구분을 통해 공황 집단과 신체화 집단의 변별이 가능할 것이라는 가정은 지지되었으나, 파국화 경향의 차이는 지지되지 않았다. 공황 집단이 통제 집단보다는 파국화 해석의 경향이 높았으나 예언과 다르게 신체화 집단과는 차이를 보이지 않았다. 따라서 집단비교에서 이요인 이론은 절반만 타당화된 셈이다.

인지적 해석 부분에서 공황집단이 신체화 집단과 차이를 보이지 않은 것은 대학생 집단이라는 표집의 특성 때문일 수 있다. 연구 1의 공황 집단은 비록 최근 1년간 공황 발작을 경험했다라도 강의를 듣고 대학생활에 적응하고 있는 준임상 집단이므로, 파국적 해석의 강도가 낮았을 가능성이 있다. 집단에 상관없이 1단계 평정이 파국화 평정보다 높았던 평

정단계의 주효과도 이를 뒷받침 한다. 따라서 공황 장애 때문에 부적응을 호소하는 임상 집단을 대상으로 한 연구가 요구된다.

한편, 연구 1의 결과는 대학생 집단에서 ASI-R을 단독으로 사용하는 것은 공황 장애를 신체화 집단으로부터 변별해주지 못함을 시사한다. 즉, 준임상 집단에서 ASI-R이 공황 장애의 변별 진단에 공헌하지 못한다고 볼 수 있으며, 변별진단을 위해서는 ASI-R을 이단계 평정으로 변용하여 신체감각 예민성을 따로 분리해 측정하는 것이 유용함을 시사한다. 따라서 이요인 가설에 따른 공황, 신체화 집단 간 차이는 절반만이 입증되었다고 해도 이요인 가설 자체의 유용성은 지지되었다고 볼 수 있다.

연구 2

연구 2에서는 불안민감성 이요인 이론을 환자 집단을 통해 검증하였으며, 준임상 집단인 대학생 집단 연구 결과에 비해 명확한 결과가 나올 것으로 예상하였다.

방 법

연구대상

서울 시내의 한 대학병원 정신과 외래를 방문한 환자 중에서 정신과 전문의의 진료 결과 공황 장애로 진단받은 집단(30명)과 신체형 장애 진단을 받는 집단(30명)을 구성하였다. 신체형 장애 집단은 미분화형 신체형 장애(24명), 전환 장애(3명), 통증 장애(3명)로 이루어

졌다. 한편 정상 통제 집단으로는 심리학 관련 수업을 듣는 학부생과 대학원생의 친지 중 PAQ상에서 공황 발작이 없고, MMPI 1번 척도에서 60점 미만의 점수를 얻은 사람들(30명)로 구성하였다.

세 집단은 연령에 있어서 유의미한 차이를 보이지 않았는데, $F(2, 86) = 2.04, m$, 전체 평균 연령은 표 3에서 보는 것처럼 34.9세였다. 교육연한에 있어서도 집단 간 차이를 보이지 않았으며, $F(2, 78) = 1.80, m$, 평균 교육연한은 14.89년이었다. 한편, 남녀비율에서도 집단 간 차이는 유의미하지 않았는데, $\chi^2(2, N=90) = .27, m$, 남자는 42명, 여자는 48명이었다. 끝으로 보충적인 선별 검사로 쓰인 MMPI 1번 척도에서 집단 간 차이가 유의미했다, $F(2, 65) = 31.97, p < .001$. Least significant difference 방식의 사후검증 결과, 예상대로 신체형 장애 집단이 가장 높았고, 공황 장애 집단이 그 다음이었으며, 정상 통제 집단이 가장 낮았다.

도 구

불안 민감성에 대한 재래식 측정치인 ASI-R, 그리고 ASI-R에서 신체 감각 부분을 별도로 독립시킨 척도는 연구 1과 동일하다. 정상 통

제 집단에 한해서 공황 발작 경험자를 배제하기 위해 사용한 PAQ도 연구 1과 동일한 도구이다. 정신과 전문의의 진단을 확인하기 위해 신체화 경향에 대한 측정치로 MMPI 1번 척도를 사용했는데, 이를 소개하면 다음과 같다.

다면적 인성 검사(MMPI) 1번 척도

신체화 경향에 대한 보충적인 척도로 사용하였다. 이 척도는 건강 염려증과 관련된 증상 패턴을 보이는 사람들을 구분해내기 위해 개발된 척도로 33개 문항으로 구성되어 있다. 이 척도가 측정하는 증상의 임상적 특징은 신체 기능에 대한 과도한 집착 및 그와 관련된 질환에 대한 염려이다.

설 계

설계 및 분석방법은 연구 1과 동일하다. 즉, 집단(공황, 신체형, 통제; 피험자 간 변인)과 평정 단계(1, 2단계; 피험자 내 변인)가 교차되는 3×2 혼합설계를 사용했고, 다변량분석을 적용했다. 이에 더해 연구 2에서는 새로운 종속측정치로 인지적 해석의 비중을 분석했다. 즉, 이요인중 파국적 해석의 상대적 비중을 산출하기 위해 신체 감각 평정치와 파국적 해

표 3. 환자 표집의 인구학적인 변인과 MMPI 1번 척도의 평균 및 표준편차

	공황 집단(A) (n=30)	신체형 집단(B) (n=30)	통제집단(C) (n=30)	전체 (N=90)	F	비고
연령(세)	38.03(9.92)	32.77(11.66)	34.00(10.57)	34.90(10.57)	2.04	
교육연한(년)	16.23(9.58)	13.30(2.23)	15.18(2.16)	14.89(5.77)	1.80	
남:녀(명)	13:17	14:16	15:15	42:48		
MMPI 1	57.95(11.95)	68.76(8.29)	42.32(12.98)	55.54(15.68)	31.97***	B>A>C

*** $p < .001$.

석 평정치를 합산해서 분모로 하고, 파국적 해석의 평정치를 분자로 하는 백분율을 구했다.

결 과

다변량분석에서 집단의 주효과가 유의미했다, $F(2, 87) = 18.84, p < .001$. 즉 1, 2단계 평정 모두에서 공황 장애 집단(5점 척도 중 평균 2.31)과 신체형 장애 집단(평균 2.23)이 통제 집단(평균 1.45)보다 유의미하게 높았다. 집단과 평정 단계의 상호작용도 유의미했다, Pillai's Trace=.21, $F(2, 87) = 11.26, p < .001$. 이원 상호작용을 해석하기 위해 단순 주효과를 분석하였는데, 그림 3에서 보는 것처럼 1 단계 평정(ASI-R의 신체감각부분)에서는 신체형 장애 집단이 가장 높았고, 그 다음이 공황 장애 집단이었으며, 정상 통제 집단은 가장 낮아서 집단의 주효과가 유의미했다, $F(2, 87) = 52.50, p < .001$. 예언 1과 일치하게, 공황 장애 집단이 신체형 장애 집단에 비해 신체적 감각을 덜 느끼지만, $F(1, 87) = 5.75, p < .05$, 정상 통제 집단보다는 신체 감각에 상대적으로 더 예민한 것으로 확인되었다, $F(1, 87) = 54.96, p < .001$. (표 4 및 그림 3 참조)

2단계 파국화 평정(ASI-R)에서도 집단의 주

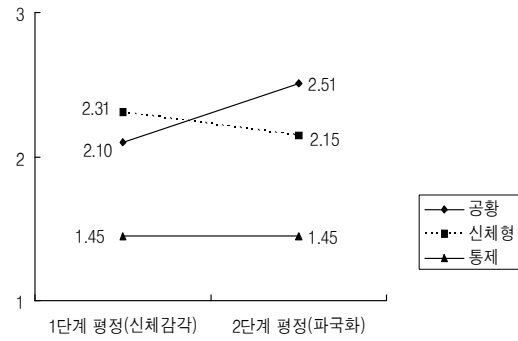


그림 3. 환자 표집에서 집단과 평정단계의 상호작용

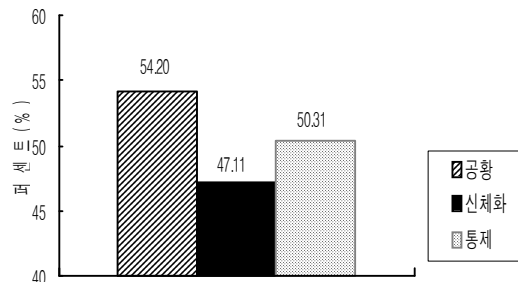


그림 4. 불안민감성의 총량중 인지적 해석 요인의 비중

효과가 유의했는데, 공황 집단이 가장 높았고, 신체형 장애 집단, 정상 통제 집단 순이었다, $F(2, 87) = 74.74, p < .001$. 예언과 일치하게, 파국적 해석의 강도에서 공황 집단이 신체형 집단보다 높았으며, $F(1, 87) = 16.86, p < .01$, 신체형 집단은 공황 집단보다는 낮으나 정상 통제집단보다는 높다는 것이 입증되었다, $F(1, 87) = 62.69, p < .001$. 즉, 준임상 집단을 대

표 4. 공황, 신체형 통제 집단의 신체감각 예민성 및 파국화 해석의 평균 및 표준편차

	공황 집단(A) (n=30)	신체화 집단(B) (n=30)	통제집단(C) (n=30)	전체 (N=90)	단순비교 결과
신체감각 예민성	2.10(0.64)	2.31(0.63)	1.45(0.45)	1.95(0.68)	B>A>C
파국화 해석	2.51(0.79)	2.15(0.84)	1.45(0.37)	2.04(0.82)	A>B>C
파국화 비율	54.20(5.66)	47.11(6.34)	50.31(4.70)	50.54(6.27)	A>C>B

표 5. 집단 별 신체감각 예민성 및 파국화 해석 하위 영역 별 평균 및 표준편차

	신체 감각 예민성			파국화 해석의 경향		
	공황 (n=30)	신체형 (n=30)	t 검증	공황 (n=30)	신체형 (n=30)	t 검증
심장혈관계 증상	2.17(.83)	2.24(.72)	.36	2.82(1.10)	2.22(1.00)	2.21*
호흡기계 증상	2.44(.92)	2.33(.79)	.50	3.11(1.19)	2.04(1.03)	3.72***
소화기계 증상	1.88(.70)	2.36(.83)	2.40*	2.03(.88)	1.94(.96)	.39
불안 반응에 대한 두려움	1.83(.73)	2.04(.86)	1.04	2.17(.98)	2.40(.99)	.90
해리 및 신경과 증상	2.09(.67)	2.47(.78)	2.02*	2.39(.95)	2.19(.95)	.82
인지적 통제의 어려움	2.08(.92)	2.59(1.01)	2.03*	2.23(1.32)	1.96(1.04)	.89

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

상으로 한 연구 1에서는 지지되지 않았던 예 연구 2가 임상 집단을 대상으로 한 연구 2에서는 확인된 것이다.

파국화에서 두 임상 집단 간 차이가 확인되었으므로, 보충적인 분석으로 이요인중 인지적 해석의 비중을 집단별로 비교했다. 불안 민감성의 총량 중 파국적 해석이 차지하는 비중에서 집단 간 차이가 유의미했다, $F(2, 87) = 12.03$, $p < .001$. Least significant difference (LSD) 방식의 사후 검증 결과, 그림 4에서 보는 것처럼 공황 장애 집단이 정상 통제 집단보다 파국적 해석의 비중이 더 높았고, 반면에 신체형 집단은 정상통제집단보다도 파국적 해석의 비중이 낮았다.

하위 영역 별 추가 분석

공황 장애 집단과 신체형 장애 집단을 비교하였을 때, 신체 감각에 대한 예민성에서는 후자가, 인지적 오해석에 있어서는 전자가 더 높은 것을 확인할 수 있었다. 후속되는 연구 관심은 두 집단의 차이가 신체적 감각이나 인

지적 오해석의 하위 영역중 구체적으로 어디서 생기는지 하는 것에 맞춰질 수 있다. 개정된 불안 민감성 척도는 여섯 개의 하위척도로 구성되어서(Taylor & Cox, 1998), 하위 영역 분석을 가능케 해주었다.

여섯 개의 하위척도는 1) 심장혈관계 증상에 대한 두려움(“심장이 빠르게 뛸 때, 심장마비가 일어날까봐 걱정이 된다”), 2) 호흡기계 증상에 대한 두려움(“호흡이 가빠지면 나는 겁이 난다”), 3) 소화기계 증상에 대한 두려움(“위에 강한 통증이 느껴질 때 양이 아널까 걱정된다”), 4) 불안 반응이 겉으로 드러나는 것에 대한 두려움, 5) 해리와 신경과 증상에 대한 두려움(“얼굴에 감각이 없는 것처럼 느껴지면, 뇌졸중이 일어날까봐 두렵다”), 6) 인지적인 통제가 어려워지는 것에 대한 두려움(“행각이 또렷하지 않으면 뭔가 잘못되었을까봐 걱정이 된다”)으로 구성된다. 이에 따라, 불안 민감성 척도(인지적 해석 측정)와 그 개작판(신체 감각 측정)의 문항들을 분류하고, 각각에서 공황 집단과 신체형 집단의 차이를 검증했다.

먼저, 신체 감각에 대한 예민성 부분을 살펴보면 다음과 같다. 표 5에서 보는 것처럼 신체형 장애 집단은 공황 장애 집단에 비해, 소화기 증상과, $t(58) = 2.40, p < .01$, 해리 및 신경과 증상에 대해 더 민감한 것으로 나타났으며, $t(58) = 2.02, p < .05$, 인지적 통제가 힘들어지는 상태를 더 자주 느끼는 것으로 나타났다, $t(58) = 2.03, p < .05$. 나머지 세 개의 하위척도에서는 차이가 없었다. 인지적 해석 부분을 살펴보면, 공황 집단은 심혈관계 증상에 대한 해석, $t(58) = 2.21, p < .05$ 과 호흡기 증상에 대한 해석, $t(58) = 3.72, p < .001$ 에서 신체형 장애 집단보다 파국화의 경향이 더 강한 것으로 나타났다. 나머지 네 하위 척도에서는 집단 간 차이가 없었다.

논 의

연구 1에서 검증되지 않았던 나머지 절반의 예언이 환자 집단을 대상으로 한 연구 2에서는 뒷받침되었다. 경험하는 신체 감각의 강도에서는 신체형 장애 집단이 공황 장애 집단보다 더 강하다는 것이 반복 검증되었고, 추가적으로 인지적 해석의 편향에서는 공황 집단이 신체형 장애 집단보다 더 두드러진다는 것도 입증되었다.

이 결과는 불안 민감성을 두 요인으로 구분해 측정하는 것의 유용성과 타당성을 시사하며, 신체감각 예민성과 파국적 해석 각각에서 공황 장애 집단과 신체형 장애 집단의 유사점과 차이점을 밝혀주었다. 먼저 두 집단은 유사한 구조를 가지고 있었다. 공황 집단뿐만 아니라 신체형 집단도 신체 감각에 대한 예민성(1단계 요인)과 이에 대한 잘못된 해석(2단

계 요인)이라는 틀을 가지고 있었다. 그러나 각 요인의 상대적 강도에 있어서는 두 장애가 달랐다. 공황 장애는 오해석의 비중이 높았고 신체형 장애는 신체 감각 예민성의 비중이 높았다. 신체 감각 대 인지적 오해석의 비중이 공황 장애 집단은 46:54로 후자 쪽으로 기울는 반면에, 신체형 장애 집단은 53:47로 전자로 기울는 차이를 보였다.

따라서 불안 민감성을 두 요인으로 분해할 수 있다는 본 연구의 제안은 검증되었다고 볼 수 있다. 이에 더해, 이요인의 상대적 비중을 고려하는 것이 임상적으로는 공황 장애와 신체형 장애의 변별 진단을 도울 수 있음이 시사되었다. 연구 2에 따르면 ASI-R의 파국화 점수만으로도 공황 장애 집단을 구분할 수 있었다. 그러나 상대적 비중을 고려하는 것이 변별력을 더 높일 수 있다. 예컨대 ASI-R의 점수가 유사하게 높더라도 1단계 요인(신체 감각)이 상대적으로 더 높다면 공황보다는 신체형 장애로 구분될 가능성이 있다.

이요인의 하위 영역에 대해서 탐색해 보았는데, 신체형 장애 환자들은 신체 감각 중에서도 소화기 증상, 해리 및 신경과 증상, 그리고 인지적 통제의 어려움을 더 자주 느끼는 것으로 나타났다. 반면에 공황 장애 환자들의 인지적 오해석은 주로 심혈관계 증상과 호흡기계 증상을 재앙적 의미로 받아들이는 것으로 특징지워졌다. 즉, 공황 장애 집단은 심혈관계 및 호흡기 증상을 느끼는 빈도 자체는 신체형 장애 집단과 다르지 않았으나, 그 의미를 파국적으로 해석했다.

공황 장애가 신체형 장애와 변별되는 측면을 하위 영역별로 정리하면 다음과 같다. 즉, 공황 장애 집단은 신체형 장애 집단에 비해 소화기 증상, 신경과 증상, 인지적 증상 자체

를 덜 느끼며, 심장 및 호흡기 관련 신체 감각은 비슷한 수준으로 경험하되, 이 중에서 심장 및 호흡기 신체 감각을 재앙적 의미로 증폭하는 것이 달랐다. 뒤집으면, 신체형 장애 집단은 소화기 및 신경과 증상, 인지적 증상을 더 자주 경험하지만 공황 집단과 비슷한 의미로 받아들이고, 반면에 심장 및 호흡기 관련 신체 감각은 유사하게 경험하되 그 의미를 공황 집단에 비해 상대적으로 담담하게 해석하는 것이 차이였다.

종합논의

본 연구에서는 공황 장애의 주요 기제인 불안 민감성이 두개의 요인으로 구성되어 있음을 보이고자 했다. 불안 민감성은 불안에 대한 불안으로서, 어떤 신체 감각이 느껴지면 더 두려운 일이 일어날 것으로 받아들여서 불안을 증폭시키는 역할을 한다 (Barlow, 2002; Reiss, 1991; Taylor, 1995). 즉, 불안 민감성은 신체 감각을 예민하게 느끼는 것(1단계 요인)과 이에 대한 과장된 해석(2단계 요인)으로 구성된다는 점을 입증하고자 했다. 공황 장애와 신체형 장애를 나란히 놓고 비교하는 것이 이 요인론의 검증을 위한 좋은 무대를 제공했는데, 1단계 요인(신체 감각)에서는 신체형 장애 집단이 더 두드러지고, 2단계 요인(인지적 해석)에서는 공황 집단이 더 현저할 것으로 예언하였다.

연구 결과, 준임상 집단인 대학생을 대상으로 한 연구 1에서도 이요인론의 유용성은 입증되었다. 즉 기존 불안민감성 측정치에서는 공황 집단과 신체화 집단이 차이가 없었으나, 이요인으로 구분했을 경우 신체감각 민감성에

서 예언과 일치되게 신체화 집단이 공황 집단보다 높았다. 그러나 파국화 경향에서는 차이가 나타나지 않아 예언 2는 입증되지 못했다. 즉, 이요인론의 측면에서 본다면 공황 발작을 경험하는 대학생들보다 신체화 증상을 호소하는 대학생들이 더 부적응적이었다. 공황 집단은 파국적 해석을 하는 경향이 있었으나, 신체화 집단은 신체 감각을 강하게 느끼고, 이에 더해 파국적 해석의 경향도 높기 때문이었다. 이는 공황 집단 선별 기준으로 공황발작을 채택했기 때문일 수 있다. 즉, 장애로서의 공황이 아니라, 증상으로서의 공황 발작이 선정 기준으로 사용되면서, 공황집단의 병리가 가벼워지는 결과를 가져왔을 수 있다. 연구 1에서 집단에 상관 없이 1단계 점수가 2단계보다 높은 평정 단계의 주효과가 나타난 것도 같은 맥락이다.

이러한 해석과 일관되게, 실제 공황 장애 집단을 사용한 연구 2에서 연구 예언들은 모두 지지되었다. 환자 집단 연구에서는 파국화 해석 정도에서 공황 집단, 신체형 집단, 통제 집단 순서로 세 집단 간 차이가 유의미했다. 즉, 공황 집단의 파국화 편향을 환자 집단을 대상으로 한 연구 2에서 확인할 수 있었다. 따라서 불안 민감성이 신체 감각 자체가 강하고 민감한 것(요인 1)과 그 의미를 과장시켜 잘못 해석하는 경향(요인 2)으로 분해된다는 이요인 가설은 타당하다고 볼 수 있다. 공황 장애 집단은 요인 2의 과정이 더 우세했고, 신체형 장애 집단은 요인 1의 기제가 더 지배적인 패턴을 보여주었다. 또한 정상 통제 집단과 비교했을 때는 공황 장애와 신체형 장애 집단은 요인 1, 2에서 모두 높아서, 두 장애는 신체 감각의 오해석이라는 이단계 과정을 공유하고 있다는 것을 확인할 수 있었다.

두 요인 모두에서 집단 차가 나타난 연구 2에서는 두 요인을 하위 영역별로 나누어 추가 분석을 했는데, 그 결과 신체형 장애 환자들은 신체 감각 중에서도 소화기 증상, 해리 및 신경과 증상, 그리고 인지적 통제의 어려움을 더 자주 느끼는 것으로 나타났다. 반면에 공황 장애 환자의 인지적 오해석은 주로 심장 혈관계 증상과 호흡기계 증상을 재앙적 의미로 받아들이는 것으로 특징지어졌다. 즉, 공황 장애 집단은 심혈관계 및 호흡기 증상을 느끼는 빈도 자체는 신체형 장애 집단과 다르지 않았으나, 그 의미를 파국적으로 해석했다. 이 결과는 두 집단이 상대적으로 강하게 나타내는 신체감각 민감성과 파국화 해석의 구체적 영역에 대한 정보를 제공하며, 신체 증상에 대한 파국적 해석은 공황 장애와 관련되고, 사소한 신체 감각에 대한 '비응급' 질병 해석이 건강염려증적 경향을 유발한다고 주장한 Warwick and Salkovskis(1990)의 주장을 뒷받침 한다

결론적으로, 불안민감성이 두 요인으로 구분된다는 가설은 연구 1, 2를 통해 지지되었으며, 이요인론이 공황 장애와 신체형 장애 변별 진단에서 가지는 유용성도 입증되었다. 이론적 측면에서 불안 민감성의 이요인 가설은 공황 장애의 기제에 대한 기존의 연구 흐름을 통합해 주는 역할을 할 수 있다. 앞서 설명하였듯이, 일반적인 불안 측정치의 대안으로서 불안 민감성을 이용하여 공황을 설명하려는 흐름이 있다(e.g., Asmundson & Norton, 1993; Maller & Reiss, 1992; Stewart, Knize, & Pihl, 1992). 또한 이와 독립적으로 인지적 모형을 따르는 연구 흐름에서는 신체 감각에 대한 파국적 오해석으로 공황의 발생을 설명하고 있는데(Clark, 1986, 1988), 본 연구가 검증한 이요인론은 두 가지의 독립적인 연구 흐름에

개념적 다리를 놓는 작업이라고 볼 수 있다.

또한 본 연구는 공황 장애와 신체형 장애의 공통 요소와 차이 요소를 밝힘으로써 변별진단에 공헌할 수 있다. 공황 장애와 신체형 장애는 모두 신체 감각에 뿌리를 둔다는 점에서 밀접히 관련되어 있으며(APA, 2000; Iezzi, Duckworth, & Adams, 2001; Rapee & Barlow, 2001). 공통 분모 때문에 두 장애의 변별진단이 애매한 경우가 발생한다. 예컨대, 본 연구자들의 경험에 따르면 가슴 쪽에 불편감과 불안을 호소하나 전형적인 공황 증상인 죽음에 대한 공포를 보고하지 않는 사례들이 있었다. 이런 임상적 상황에서 불안 민감성에 대한 이요인 이론은 공황 장애에 대한 변별 진단력을 높일 수 있다. 이단계 평가를 했을 때, 파국화 해석 성분이 높은 경우라면 신체형보다는 공황 장애에 더 가까운 것으로 간주할 수 있다. 역의 경우는 신체형 장애의 진단에 더 무게가 실린다.

세 번째로 심리치료 분야에서 이요인 이론은 공황의 소인인 불안 민감성을 낮추거나 관리할 수 있는 개입 프로그램의 개발로 응용될 수 있다. 인지행동치료를 받은 공황장애 집단이 대기통제 집단보다 불안민감성이 유의하게 감소했다는 보고(Hazen, Walker & Eldridge, 1996; Shear, Pilkonis, Cloitre, & Leon, 1994)도 그 중 일부이다. 이요인론에 따르면 치료적 개입이 겨냥해야 할 곳은 몸의 느낌에 대한 예민성과 파국화 해석이다. 즉, 신체 감각에 대한 민감성 자체를 떨어뜨리는 개입이 있어야 하고, 이에 더해 일어날 수 있는 최악의 상황만을 생각해 내는 습관, 즉 파국화 해석을 바로 잡는 개입이 필요하다. 이요인 모두에 대해 치료적 작업이 동시에 진행되는 것이 가장 이상적일 것이다. 신체 감각 둔감화 및 탈 파국

화 치료 프로그램이 소기의 성과를 거둔다면 불안 민감성의 양대 요인이 모두 낮아지는 결과를 가져올 것이다.

요약하면, 본 연구가 제안하고 입증한 불안 민감성의 이요인 가설은 이론적 영역에서는 공황에 대한 인지적 모형과 통합적 이해를 이룰 수 있으며, 진단의 영역에서는 공황 장애와 신체형 장애가 현상적으로 겹쳐질 때 유용한 변별 진단의 도구를 제공한다. 끝으로 심리 치료의 영역에서는 신체 감각에 대한 둔감화와 탈파국화라는 이원화된 개입 모형의 아이디어를 시사해 준다. 공황 장애를 돕기 위한 임상적 노력에 불안 민감성의 이요인론은 유용한 개념적 토대를 제공해 준다.

따라서 앞으로 본 연구 결과를 지속적으로 확대 발전시킬 필요가 있는데, 그 과정에서는 본 연구가 가진 일부 제한점도 극복되어야 할 것이다. 즉, 일반화를 위한 교차타당화가 필요하며, 본 연구에서 사용한 신체감각 예민성 척도(개작된 ASI-R)의 타당성을 입증하는 추가적인 절차도 필요하다. 또한 본 연구에서는 환자 집단의 경우 경과, 증상의 심각성, 유병기간 등을 충분히 고려해 선발하지 못했기 때문에 추후 보다 엄격한 선발 기준과 동질적인 표집 선발을 통해 재검증할 필요가 있다. 이와 같은 일부 제한점에도 불구하고, 본 연구는 불안민감성의 이요인 가설을 제안 타당화한 연구로서 앞으로 공황 장애를 중심으로 불안관련 장애의 연구와 임상 실제에 기여할 수 있을 것이다.

참고문헌

김광일, 김재환, 원호택 (1984). 간이정신진단검

사 실시요강. 서울: 중앙적성출판부.

신현균, 원호택 (1998). 신체화의 인지특성 연구(I): 한국판 신체감각 증폭척도와 증상 해석 질문지의 신뢰도와 타당도 연구. 한국심리학회지: 임상, 17(2), 33-39.

황성훈, 유희정, 김환(2001). 불안 민감성의 개념과 작용에 대한 개관. 한국심리학회지: 임상, 20, 195-205.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed. Text Revision). Washington, DC: Author.

Asmundson, G. J., & Norton, G. R. (1993). Anxiety sensitivity and its relationship to spontaneous and cued panic attacks in college students. *Behavior Research and Therapy*, 31, 199-201.

Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders* (2nd ed.). New York: The Guilford Press.

Barsky, A. J., Wyshak, G., & Klerman, G. L. (1990). The Somatosensory Amplification Scale and its Relationship to hypochondriasis. *Journal of Psychiatry Research*, 24, 323-334

Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behavior Research and Therapy*, 24, 461-470.

Clark, D. M. (1988). A cognitive model of panic attacks. In S. Rachman, & J. D. Maser (Eds.), *Panic: psychological perspectives*. Hillsdale: Erlbaum.

Cox, B. J., Endler, N. S., & Norton, G. R. (1992). Situations and specific coping strategies associated with clinical and nonclinical panic attacks. *Behavioral Research and Therapy*, 30, 67-69.

- Cox, B. J., Taylor, S., Borger, S., Fuentes, K., & Ross, L. (1996). Development of an expanded Anxiety Sensitivity Index: Multiple dimensions and their correlates. In S. Taylor (Chair), *New studies on the psychopathology of anxiety sensitivity*. Symposium presented at the 30th annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, New York.
- Hazen, A. L., Walker, J. R., & Eldridge, G. D. (1996). Anxiety sensitivity and treatment outcome in panic disorder. *Anxiety*, 2, 34-39.
- Iezzi, T., Duckworth, M. P., & Adams, H. E. (2001). Somatoform and Factitious Disorders. In H. E. Adams & P. B. Sutker (Eds.), *Comprehensive handbook of psychopathology* (3rd ed.). New York: Springer.
- Maller, R. G., & Reiss, S. (1992). Anxiety sensitivity in 1984 and panic attacks in 1987. *Journal of Anxiety Disorders*, 6, 241-247.
- McNally, R. J., & Lorenz, M. (1987). Anxiety sensitivity in agoraphobics. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 18, 3-11.
- Norton, G. R., Dorward, J., & Cox, B. J. (1986). Factors associated with panic attacks in nonclinical subjects. *Behavioral Research and Therapy*, 17, 239-252.
- Rapee, R. M., & Barlow, D. H. (2001). Generalized anxiety disorders, panic disorders, and phobias. In H. E. Adams & P. B. Sutker (Eds.), *Comprehensive handbook of psychopathology* (3rd ed.). New York: Springer.
- Reiss, S. (1991). Expectancy theory of fear, anxiety, and panic. *Clinical Psychology Review*, 11, 141-153.
- Reiss, S., Peterson, R. A., Gursky, M., & McNally, R. J. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behavior Research and Therapy*, 24, 1-8.
- Shear, M. K., Pilkonis, P. A., Cloitre, M., & Leon, A. C. (1994). Cognitive behavioral treatment compared to nonprescriptive treatment for panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 51, 395-401.
- Stewart, S. H., Knize, K., & Pihl, R. O. (1992). Anxiety sensitivity and dependency in clinical and non-clinical panickers and controls. *Journal of Anxiety Disorders*, 6, 119-131.
- Taylor, S. (1995). Anxiety sensitivity: Theoretical perspectives and recent findings. *Behavior Research and Therapy*, 33, 243-258.
- Taylor, S. (1996). Nature and measurement of anxiety sensitivity: Reply to Lilienfeld, Turner, and Jacob(1996). *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 425-451
- Taylor, S., & Cox, B. J. (1998). An expanded Anxiety Sensitivity Index: Evidence for a hierarchic structure in a clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 463-483.
- Warwick, H. M. C., & Salkovskis, P. M. (1990). Hypochondriasis. *Behavior Research and Therapy*, 28, 105-117.
- 원고접수일 : 2006. 3. 31
 게재결정일 : 2006. 5. 23

Validation study of the two-factor theory of anxiety sensitivity in panic disorder and somatoform disorder

Seong-Hoon Hwang

Department of Psychology
Seoul National University

Su-Hyun Lee

Department of Psychiatry
Asan Medical Center

Hoon-Jin Lee

Department of Psychology
Seoul National University

The purpose of this study was to test the hypothesis that the anxiety sensitivity known as a major mechanism of panic disorder may be divided into dual factors, one being somatic sensitivity, the other being catastrophic interpretation. For this purpose, we modified the anxiety sensitivity index-revised(ASI-R) into two-step rating, somatic sensitivity in the first step and cognitive interpretation in the second step, that can reflect the dual factors. In study 1, we compared panic group and somatization group with control group(each 30 subjects) selected from 500 college students. As predicted from dual factor hypothesis, in the first step rating of somatic sensation, the somatization group exceeded the panic group. However in the second rating(catastrophizing), the panic group did not exceed the somatization group. In study 2, panic patients and somatoform disorder patients(each 30 patients) were compared with 30 normal controls. In the somatic sensation factor, the result of study 1 was replicated, and in the catastrophic interpretation factor, the predicted difference was revealed. That is, in the catastrophic interpretation the panic patients were higher than somatoform disorder patients. These findings support the validity of dual factor hypothesis which says that although panic disorder and somatoform disorder share two-factor structure, panic disorder may be dominant in catastrophic interpretation and somatoform disorder may be prominent in somatic sensation. The dual factor theory may build a conceptual bridge between anxiety sensitivity research and Clark's cognitive model of panic disorder. In clinical settings, it will also contribute to the differential diagnosis and therapy of panic disorders.

Keywords : anxiety sensitivity, two-factor theory, panic disorder, somatoform disorder