

서론

공황장애(Panic disorder)란 반복적이고 예기치 못한 극심한 두려움이 동반되는 공황발작과 이에 대한 두드러진 공포로 특징지어지는 불안장애의 하나이다. 공황장애 환자들은 공황발작이 일어나는 동안에 강렬한 신체증상과 함께 자제력을 상실해버리거나 곧 죽을 것 같은 파국적인 인지 증상을 경험하며, 발작에 대한 두려움으로 인해 사람이 많이 모이는 곳이나 발작과 관련된 장소에 대한 회피 행동을 보인다(DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994).

공황발작은 본래 Freud(1940)가 정신분석 이론에서 기본적인 노이로제로 설명한 불안신경증(anxiety neurosis), 즉 자아가 무의식적인 충동을 제대로 억압하지 못했을 때 생기는 심리적 갈등으로 인해 불안이 주 증상으로 나타나는 신경증의 하나로 간주되었다. 그러다가 Klein의 공황장애에 대한 약리학 연구를 통해 공황장애가 다른 불안장애와는 다른 생화학적 이상이라는 견해가 미국정신의학회의 정신장애 진단 및 통계편람(DSM-III, 1980)에 반영되면서 하나의 독립적인 진단 범주로 사용되기 시작하였다(박현순, 원호택, 1995).

이후로 공황장애에 대한 유전 및 생물학적 연구를 비롯하여 심리학적 특성을 밝히고 치료적 접근을 모색하고자 하는 연구들이 이루어져 왔으며, 특히 인지 행동적 접근이 크게 대두된 시점과 맞물려 공황장애 환자의 인지 구조와 인지적 특성에 대한 연구들이 활발하게 이루어져 왔다. 그리고 많은 연구들이 현재 가장 설득력 있는 공황장애 이론으로 평가되고 있는 Clark(1988)의 공황발작 인지모형(The cognitive model of panic attacks)을 지지하

는 경험적인 증거들을 제공함으로써 공황발작이 불안과 관련된 신체감각에 대한 파국적인 해석(catastrophic misinterpretation of bodily sensations) 과정에 기인한다는 입장을 뒷받침하고 있다. 이에 따라, 왜곡된 인지 구조에 대한 인지재구성, 호흡 및 이완훈련, 신체감각이나 공포 상황에 대한 실제적인 노출 등을 비롯한 인지-행동적 치료법의 효과성을 검증하는 연구결과들이 발표되는 등 치료에서도 상당한 진전이 있었다(김정범, 1999a, 1999b; 최영희, 이정흠, 1998; Sokol, Beck, Greenberg, Wright, & Berchik, 1989). 최근에도, 공황장애 환자들을 대상으로 한 신체감각에 대한 노출법(interoceptive exposure)과 인지치료(cognitive therapy) 효과 비교(Arnoud, 2002; Joane, Andre, Michel, & Andree., 2007), 인지행동치료와 가상 현실 노출을 결합한 경험적 인지치료(ExCT: Experiential Cognitive Therapy) 효과(최영희, 박기환, 2005), 인지-행동적 원리에 기초한 Self-help Program의 치료 효과(Boeijen, Oppen, Balkom, & Dyck, 2007; Carlbring, Ekselius, & Andersson, 2003) 등에 관한 연구들을 통해 효과적인 공황장애 치료법 개발을 위한 노력이 계속되고 있다. 또한, 공황발작에 대한 예견, 부정적인 결과에 대한 지각, 대처효능감과 같은 인지적 인 평가 요인들이 공황장애 인지행동치료의 단기 및 장기적인 효과를 예측하는 변인이 될 수 있다는 연구결과도 보고된 바 있다(Cho, Smits, Powers, & Telch, 2007).

효과적인 공황장애 치료를 위해서는 공황장애의 특수성을 반영하는 차별적인 접근법이 필요하므로, 앞서 언급한 치료효과에 관한 연구들과 아울러 불안장애와 구분되는 공황장애의 심리적 특성을 규명하기 위한 연구들도 꾸준히 진행되고 있다. 국내에서는 대표적으로,

원호택, 박현순, 권석만(1995)이 공황장애 환자들이 다른 불안장애 환자들보다 인지적 통제가 불가능한 상황에 빠지는 것에 대한 공포감을 더 크게 경험하고, 신체적·정신적 재난과 관련된 파국적인 사고를 더 많이 하며, 사지 감각이나 현기증과 같은 특수한 신체감각 이상으로 인한 고통과 두려움을 더 크게 느낀다는 연구결과를 보고한 바 있다. 또 원호택, 권석만, 박현순, 신현균(1996)은 공황장애 환자들이 우울과 신체화 및 다른 불안장애 환자들에 비해 신체증상에 더 예민하고 이를 위협적이고 극단적인 것으로 해석하는 경향이 있으며, 다른 불안장애 환자들보다 일반적이고 비파국적인 위협 관련 사고를 많이 하는 반면 이들은 신체적 증상과 변화에 대한 파국적인 위협 관련 사고를 많이 한다고 보고했다. 이외에도 공황장애 환자들의 신체 및 심리적 증상에 대한 두려움은 파국적인 사고의 빈도와 관련이 있으며(Chambless, Beck, Gracely, & Grisham, 2000), 이들의 신체감각에 대한 과민감성과 역기능적 인지과정은 감각적정보처리 초기단계에서의 실패에 기인하며(Ludewig, Ludewig, Geyer, Hell, & Vollenweider, 2002), 이들은 수동공격성이나 회피성 성격 경향성을 보인다(김진형, 국윤재, 최성열, 김태현, 류영수, 강형원, 2005)는 연구결과들이 발표된 바 있다. 또한, 공황장애 환자들이 정서조절에서 어려움을 보이며(김명선, 민성길, 이호영, 1984), 이들의 높은 불안민감성과 정서조절에서의 어려움 및 장애의 심각도가 신체적 비활동성(physical inactivity)과 상관성이 있다는 연구결과나(Smits & Zvolensky, 2006) 공황장애보다 범불안장애 집단이 정서조절에서 어려움을 더 많이 보인다는 것을 확인함으로써 높은 불안민감성과 정서조절에서의 어려움이 이 두 장

애를 구분 짓는 특성이 될 수 있음을 알리는 결과들이 보고되었다(Tull, Stipelman, Pedneault, & Gratz, 2008). 공황장애와 신체형장애를 비교한 연구에서는, 두 장애가 신체감각의 오해석이라는 공통 구조를 가지고 있지만 공황장애는 파국적 해석의 비중이 두드러지고 신체형장애는 신체감각 요소가 지배적이라는 결과가 보고되었으며(황성훈, 이수현, 이훈진, 2006), 공황장애가 신체화장애보다 불안과 신체증상 및 정신병리적 증상을 덜 호소한다는 결과가 보고되었다(Hiller, Leibbrand, Rief, & Fichter, 2005). 공황장애와 사회공포증을 비교한 연구에서는, 불안민감성과 공황발작에 대한 파국적인 신념이 두 장애의 공통적인 특성인 반면 부정적인 평가에 대한 두려움과 주장성은 두 장애를 변별해주는 변인이며(Ball, Otto, Pollack, Uccello, & Rosenbaum, 1995), 공황증상을 경험한 사회공포증 환자가 일반 사회공포증 환자보다 사회적 상황이나 경험에 대한 회피를 더 두드러지게 보인다는 결과들이 보고된 바 있다(Jack, Heimberg, & Mennin, 1999).

이러한 결과들은 신체증상보다는 이를 치명적인 상황과 연결시키는 파국적인 사고과정이나 사고내용 같은 인지특성이 공황장애와 다른 유형의 불안장애를 구분하는 기준이 될 수 있음을 확인해줌으로써 공황장애에 대한 이해와 차별적인 치료적 접근법 개발에 중요한 공헌을 하였다. 하지만, 선행 연구들이 주로 개인의 주관적인 반응경향성에 영향을 받는 간편자기보고검사를 사용하였기 때문에 공황장애 환자의 심리적 특성을 세밀하게 파악하는데는 한계가 있다. 자기보고검사는 환자가 스스로 인식하고 있는 정신병리적인 특성이나 성격 특성에 대한 유용한 정보를 알려준다는 이점이 있지만(김진영, 이현수, 정인파, 1997)

심층 수준의 심리적 특성을 드러내주지는 못하므로, 공황장애를 보다 폭넓게 이해하고 차별적인 치료적 방법을 찾아내기 위해서는 환자들의 주관적인 보고와 의식화되지 않은 심리적 특성을 함께 살펴볼 필요가 있다.

이러한 문제점을 보완하기 위해 본 연구에서는 임상장면에서 신뢰성이 높은 객관적 자기보고검사인 미네소타 다면적 인성검사(이하 MMPI)와 심층 수준의 심리적 특성을 드러내주는 투사적 검사인 로르샤하 검사(Rorschach Test)의 반응을 함께 살펴보고자 한다. 특히, 로르샤하 검사는 불분명하고 모호한 자극을 제시하기 때문에 방어가 어렵고 반응이 다양하게 표현될 뿐만 아니라 의식화되지 않는 사고나 감정이 자극되어 전의식적이거나 무의식적인 자료를 제공해주기 때문에(이혜선, 김재환, 2000) 심층적인 심리적 특성을 파악하는데 매우 유용한 검사 도구이다. MMPI와 로르샤하 검사를 사용하여 공황장애 환자들의 심리적 특성에 관해 연구한 예로는, 국내에서는 김명선 등(1984)이 MMPI와 로르샤하 반응 분석을 통해 공황장애 환자들이 의존적이고 히스테리적인 성격 특성을 보인다는 결과를 발표한 바 있으며, 국외에서는 Rosenberg와 Andersen(1990)이 로르샤하 반응 분석을 통해 공황장애가 신경증적으로 억제된 성격 구조를 가지고 있는 범불안장애나 주요우울장애와는 달리 통합되지 않고 파편화되어 있는 성격 구조와 인지처리 및 개념형성에서의 불안정성을 보이는 경계성 성격과 유사한 성격 구조를 가지고 있다는 연구결과를 발표한 바 있다. 하지만 김명선 등(1984)의 연구에서는 연구에 참여한 사례수가 너무 적고 통제집단과의 비교 분석이 이루어지지 않았다는 점에서, 그리고 Rosenberg 등(1990)의 연구에서는 로르샤하의

많은 변인 중 일부만이 분석되었다는 점에서 한계가 있으므로, 공황장애 환자들의 심리적 특성에 관한 통합적인 검토 및 일반화에는 어려움이 있다. 이 외에 MMPI나 로르샤하 반응을 통해 공황장애 환자의 심리적 특성을 살펴본 연구는 찾아보기 어려우며, 더욱이 이 두 검사의 반응을 통해 공황장애와 기타 불안장애 환자의 심리적 특성을 비교 분석한 연구는 아직 시도된 바가 없다.

따라서, 본 연구에서는 공황장애 환자들이 다른 불안장애(이하 비공황 불안장애) 환자와 많은 특성들을 공유하고 있기는 하나 비공황 불안장애 환자와 구분되는 특유의 심리적인 특성도 가지고 있다는데 주목하여, 두 집단이 MMPI와 로르샤하 검사 상에서 보이는 차이들을 비교해 보고자 한다. 이를 통해 공황장애 환자들의 심리적인 특성을 보다 면밀히 살펴보고 공황장애와 비공황 불안장애를 구분 짓는 심리적 특성을 찾아봄으로써 공황장애가 비공황 불안장애와 질적으로 다른 장애임을 규명함과 아울러 공황장애의 치료 효과를 높일 수 있는 지침을 얻고자 하였다.

연구방법

연구 대상

본 연구는 2002년 3월부터 2008년 7월까지 서울에 소재한 K병원 신경정신과에 입원하거나 외래로 내원한 환자들 중 정신장애 진단 및 통계편람 제4판(DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994)을 기준으로 하여 정신과 의사에 의해 공황장애나 기타 불안장애로 진단 받은 환자들을 대상으로 하였다. 이들은 모두

표 1. 피검자의 인구학적 변인

집단	성별		연령	교육수준	평가시기
	남	여			
공황장애 집단 (N=77)	46	31	40.65±12.60	13.08±4.58	175.07±86.50
비공황 불안장애 집단 (N=72)	40	32	37.11±14.64	12.14±3.53	183.20±90.25
	$\chi^2=.27$		$t=1.58$	$t=1.40$	$t=1.36$

혈액검사, 갑상선 기능검사, 심전도 및 심초음파 검사를 통해 기질적 원인에 의한 증상이 배제된 상태였으며, 내원이나 입원 당일부터 치료를 위해 항우울제 또는 항불안제를 복용하고 있었다. 공황장애 집단이 평가를 받은 평균시기는 발병 후 175일, 비공황 불안장애 집단이 평가를 받은 평균시기는 발병 후 183일로, 두 집단 간에 통계적으로 유의한 차이는 없는 것으로 나타났다. 또한, 정신병적 증상을 보이는 환자들을 가려내기 위해 구조화된 면담 및 MMPI와 로르샤하 검사에서 정신병 척도가 지나치게 상승되어 있는 환자들과 반응수가 너무 적은 환자들 총 4명은 연구대상에서 제외하였다. 이렇게 하여 공황장애 환자 77명과 비공황 불안장애 환자 72명의 자료를 검토하였으며, 비공황 불안장애 집단은 범불안장애 49명, 공포장애 15명, 강박장애 8명으로 구성되었다. 인구학적 변인에 대한 정보는 표 1에 제시되어 있다. 공황장애 집단은 평균연령이 40.6세였고 평균 13.1년의 교육을 받았으며, 비공황 불안장애 집단은 평균연령이 37.1세였고 평균 12.1년의 교육을 받은 것으로 나타났다. 모든 변인에 있어 두 집단 간에 통계적으로 유의한 차이는 없는 것으로 나타났다.

평가 도구

미네소타 다면적 인성검사(MMPI)

MMPI(Minnesota Multiphasic Personality Inventory)는 1940년대 미국의 미네소타 대학의 임상심리학자인 Strake Hathaway와 정신과 의사인 Jovian McKinley에 의해 개발된 것으로, 환자 스스로 인식하고 있는 정신병리적 특성이나 성격특성에 대한 유용한 정보를 알려주는 자기보고식 질문지이며 임상에서 신뢰성이 높은 객관적인 자기보고검사로 알려져 있다. 4개의 타당도 척도와 10개의 임상 척도로 구성되어 있으며, 본 연구에서는 표준형 질문지의 문항수가 방대하고 소요되는 시간이 길다는 문제점을 보완하기 위해 383문항으로 구성된 단축형(1989)을 사용하였다.

로르샤하 검사(Rorschach test)

로르샤하 검사는 1921년에 스위스의 정신과 의사인 Hermann Rorschach에 의해 개발된 것으로, 불분명하고 모호한 자극을 제시함으로써 의식화되지 않는 사고나 감정을 자극하여 심층 수준의 심리상태를 드러내주는 투사적 검사이다. 대칭형의 잉크 반점으로 이루어진 무채색 카드 5매와 유채색 카드 5매인 총 10매의 카드로 구성되어 있으며, 현재 임상에서 가장 널리 사용되고 있다.

연구 절차

모든 환자들에게 MMPI와 로르샤하 검사를 실시하였다. 검사 실시 및 채점은 대학원에서 임상심리학을 전공하고 K대학 병원에서 수련 중인 수련생들이 하였으며, 연구자인 임상심리수련생 1인이 모든 변인을 재검토한 후 임상심리전문가에게 최종적으로 수퍼비전을 받았다.

MMPI에서는 Friedman, Webb와 Lewak(1989)의 제안에 기초하여 T점수가 70점 이상인 경우를 유의한 상승으로 간주하였으며, F척도와 임상 척도의 T점수가 지나치게 높게 나타난 두 명(F=90, Pa=80)의 자료를 제외하였다. 로르샤하 검사에서는 Exner 종합체계(1993)에 따라 변인들을 통제력과 스트레스에 대한 인내력(Capacity for Control and Stress tolerance), 인지(Cognition), 정서(Affect), 자기지각(Self-perception), 대인지각(Interpersonal Perception) 군집으로 구분하여 분석하고 부가적으로 각 집단의 반응에서 보이는 질적인 특징들을 일부 정리하여 살펴보았으며, 이러한 방법은 심은지 등(2004)의 연구에서 이미 사용된 바 있다. 총 반응수가 10개 이하인 두 명의 자료를 제외하여 총 149명의 자료를 분석하였다.

두 집단의 특성을 비교하기 위해 MMPI와 로르샤하 검사 결과에 대해 독립적인 t 검증을 실시하고 효과크기(Cohen's *d*)를 구하였고, MMPI 각 척도에서 임상적으로 유의한(T점수 70점 이상) 점수를 받은 사례들의 비율이 공황장애 집단과 비공황 불안장애 집단에 차이가 있는지 살펴보기 위해 chi-square 분석을 실시하고 효과크기(odds ratio)를 구하였다. 마지막으로, 유의한 평균차를 보인 변인들의 변별력을 검증하기 위해 backward: likelihood ratio

방식으로 단계적 로지스틱 회귀분석을 실시하였다.

결 과

MMPI 결과 분석

MMPI 척도들에 대한 두 집단의 평균 비교

MMPI 척도들에 대한 집단간의 차이는 표 2에 제시하였다. 공황장애 집단과 비공황 불안장애 집단 모두에서 타당도 및 임상척도의 평균이 T점수 44점에서 65점 사이의 범위에 해당하여, T점수의 평균이 70점 이상으로 상승된 척도는 없었다. 하지만 두 집단 모두에서 Hs, D, Hy, Pt 척도의 평균 T점수가 60점 이상의 상승을 보이고 있다.

집단간의 평균 점수를 비교해보면, K 척도를 제외한 모든 척도에서 비공황 불안장애 집단이 공황장애 집단보다 높은 T점수를 보였으며, 특히 F, Pa, Sc, Ma 척도에서 비공황 불안장애 집단이 공황장애 집단보다 통계적으로 유의하게 높은 점수를 보였다. Cohen's *d*로 효과크기를 구하고 Rosnow와 Rosenthal(1996)에 따라 두 집단 평균차를 두 집단의 합동표준편차(pooled standard deviation)로 나누어 분석한 결과, F, Pa, Sc, Ma 척도 모두 효과크기는 0.5 표준편차에 해당하는 중간 범위(medium effect)였다, 각각 $t(147)=-3.61, p<.001, d=.59$; $t(147)=-2.71, p<.01, d=.45$; $t(147)=-2.85, p<.01, d=.47$; $t(147)=-2.67, p<.01, d=.44$ (표 2).

MMPI 척도들에서 유의한 점수를 받은 사례 수에 대한 분석

비공황 불안장애와 공황장애 환자들 가운데

표 2. 공황장애와 비공황 불안장애 집단의 MMPI 각 척도별 평균과 t검증 결과

	공황장애 집단	비공황 불안장애 집단	t	effect size
타당도 척도				
L	49.48(10.11)	50.47 (9.60)	-.61	
F	48.87(9.02)	55.42 (12.92)	-3.61***	.59
K	57.08(10.65)	52.14 (11.47)	1.92	
임상 척도				
Hs	61.64(9.90)	62.04(11.03)	-.24	
D	61.30(12.12)	61.60(11.64)	-.15	
Hy	61.09(9.95)	61.40(10.58)	-.19	
Pd	54.83(9.80)	58.07(11.00)	-1.90	
Mf	49.58(8.77)	49.59(10.42)	.35	
Pa	51.66(9.66)	56.74(13.01)	-2.71**	.45
Pt	60.73(12.07)	62.44(12.02)	-.87	
Sc	53.57(11.25)	59.19(12.79)	-2.85**	.47
Ma	44.39(8.75)	48.33(9.29)	-2.67**	.44
Si	53.83(11.90)	53.87(11.65)	.16	

주. 유의한 평균차를 나타낸 척도 각각에 대한 효과크기는 Cohen's d로 계산하였다.

** $p < .01$, *** $p < .001$

각 척도에서 임상적으로 유의한 수준(T점수 70점 이상)의 점수를 받은 사례들에 대한 비율, chi-square 분석 결과, 그리고 유의한 비율 차를 보이는 척도에 대한 odds ratio 분석 결과를 표 3에 제시하였다. L 척도와 Mf 척도의 경우 기대빈도가 5보다 작은 칸(cell)이 전체 칸 수의 50%에 해당하여 검증 결과를 신뢰하기 어려웠고 Ma 척도의 경우 비공황 불안장애 집단과 공황장애 집단 모두에서 70점 이상의 점수를 받은 사례가 없었기 때문에 L, Mf, Sc 척도에 대해서는 chi-square 분석을 시행하지 않았다. 분석 결과, F, Pa, 및 Sc 척도에서 70점 이상을 받은 사람들의 빈도가 공황장애 집

단에 비해 비공황 불안장애 집단에서 유의하게 높았다, 각각 $\chi^2(1, N=149)=11.04, p<.01$, odds ratio=15.22; $\chi^2(1, N=149)=11.02, p<.01$, odds ratio=9.02; $\chi^2(1, N=149)=5.81, p<.05$, odds ratio=3.09(표 3). odds ratio를 고려하여 분석 결과를 살펴보면, 비공황 불안장애 환자일 경우 F 척도에서 70점 이상을 나타낼 가능성이 공황장애 환자일 경우보다 15.22배 높고, Pa 척도에서 70점 이상을 나타낼 가능성이 9.02배 높으며, Sc 척도에서는 그 가능성이 3.09배 높은 것으로 나타났다.

표 3. 공황장애와 비공황 불안장애 집단의 MMPI 각 척도별 유의한 점수를 받은 사례의 빈도, 비율 및 chi-square 검증 결과

	공황장애 집단	비공황 불안장애 집단	X^2	odds ratio
타당도 척도				
L	4(5.2)	2(2.8)	.68	
F	1(1.3)	12(16.7)	11.04**	15.22
K	7(9.1)	6(8.3)	.03	
임상 척도				
Hs	16(20.8)	18(25.0)	.38	
D	23(29.9)	17(23.6)	.74	
Hy	15(19.5)	19(26.4)	1.01	
Pd	5(6.5)	10(13.9)	2.25	
Mf	1(1.3)	2(2.8)	.61	
Pa	2(2.6)	14(19.4)	11.02**	9.02
Pt	23(29.9)	22(30.6)	.01	
Sc	7(9.1)	17(23.6)	5.81*	3.09
Ma	0(0)	0(0)		
Si	9(11.7)	8(11.1)	.01	

주. 괄호 안은 퍼센트(%). odds ratio는 유의한 비율 차가 있는 경우에 한해 계산되었으며, Ma 척도에서는 공황장애 및 비공황 불안장애 집단 모두에서 70점 이상을 나타내는 피검자가 없어 chi-square 분석이 이루어지지 않았다. 또한 L 척도와 Mf 척도의 경우, 기대빈도가 5보다 작은 칸(cell)이 2개(50%) 있어 chi-square 분석 결과를 신뢰할 수 없기 때문에 Fisher Exact Test로 분석하였다.

* $p < .05$, ** $p < .01$

로르샤하 반응에 대한 양적 분석

통제력과 스트레스에 대한 인내력(Capacity for Control and Stress tolerance)

통제력과 스트레스에 대한 인내력 관련 변인들에 대한 집단간의 차이는 표 4에 제시하였다. 공황장애 집단과 비공황 불안장애 집단 모두에서 전반적인 심리적 내적 자원을 의미하는 EA(공황 4.70, 비공황 5.09), 현재의 적응

력과 대처능력을 나타내주는 D(공황 -0.97, 비공황 -0.53)와 Adj D(공황 -0.62, 비공황 -0.18) 값이 모두 규준범위(EA=8.83, $D \geq 0$, AdjD=0)보다 낮았다.

경험에 대한 개방성을 의미하는 Lamda값에 있어서 공황장애 집단은 평균이 0.77로 규준범위(.30~.99) 내에 해당하였으나, 비공황 불안장애 집단은 평균이 1.13으로 규준범위보다 높은 점수를 보였다. 뿐만 아니라 비공황 불

표 4. 공황장애와 비공황 불안장애 집단의 통제력과 스트레스에 대한 인내력(Capacity for Control and Stress tolerance) 점수 비교

	공황장애 집단	비공황 불안장애 집단	t	effect size
R	18.19(6.77)	18.53(6.19)	-.31	
Lamda	.77(.52)	1.13(1.38)	-2.18*	.36
EA	4.70(2.85)	5.09(2.96)	-.82	
es	7.95(5.00)	6.93(4.30)	1.92	
D score	-.97(1.50)	-.53(1.30)	-1.93	
AdjD	-.62(1.30)	-.18(1.16)	-2.19*	.36
FM	2.88(2.31)	2.68(2.05)	.57	
m	1.40(1.54)	1.00(1.36)	1.68	
T	.44(.68)	.40(.78)	.33	
V	.30(.69)	.35(.72)	-.42	
Y	.66(1.11)	.83(1.29)	-.87	
CDI	3.40(1.15)	3.36(1.09)	.23	

주. 유의한 평균차를 나타낸 척도 각각에 대한 효과크기는 Cohen's *d*로 계산하였다.

**p* < .05

안장애 집단의 평균이 공황장애 집단의 평균보다 통계적으로 유의하게 높았으며 효과크기는 0.5 표준편차에 해당하는 중간 범위였다, $t(147)=-2.18, p<.05, d=.36$ (표 4). 현재의 적응력과 대처능력을 나타내주는 Adj D에서도 비공황 불안장애 집단의 평균이 공황장애 집단의 평균보다 통계적으로 유의하게 높았으며 효과크기는 0.5 표준편차에 해당하는 중간 범위였다, $t(147)=-2.19, p<.05, d=.36$ (표 4).

인지(Cognition)

인지 관련 변인들에 대한 집단간의 차이

표 5. 공황장애와 비공황 불안장애 집단의 인지(Cognition) 점수 비교

	공황장애 집단	비공황 불안장애 집단	t
Zf	10.82(4.03)	10.46(4.31)	.53
Zd	-2.61(5.14)	-2.70(5.11)	.11
W	9.29(3.63)	10.03(4.37)	-1.13
D	7.83(5.40)	7.28(4.34)	.69
Dd	2.39(11.30)	1.22(1.99)	.87
M	2.26(1.89)	2.46(1.90)	-.64
DQ+	4.11(2.43)	3.99(2.61)	.32
DQv	1.40(1.87)	1.40(1.62)	-.00
P	2.38(2.45)	2.30(2.15)	1.29
X+%	.57(.154)	.42(.153)	1.90
F+%	.55(.240)	.48(.28)	1.67
X-%	.25(.15)	.30(.16)	-1.98
S-%	.11(.19)	.14(.21)	-1.02
Xu%	.17(.12)	.18(.13)	-.30
SCZI	2.00(1.34)	2.38(1.43)	-1.66
active	4.17(2.81)	3.89(2.32)	.66
passive	2.38(2.45)	2.29(2.15)	.23
Ma	1.34(1.12)	1.54(1.33)	-1.02
Mp	.92(1.47)	.92(1.15)	.03
DR	.16(.67)	.04(.35)	1.29
Sum6	.26(.62)	.51(.96)	-1.93
M-	.47(.91)	.74(.98)	-1.73

주. 모든 *t*값은 유의수준 .05에서 통계적으로 유의하지 않았다.

는 표 5에 제시하였다. 정보처리(Information Processing) 영역에서는, 두 집단 모두에서 정보처리의 효율성을 나타내는 ZD값(공황 -2.61,

비공황 -2.70)이 규준범위(-3.0~+3.0) 하단의 경계에 근접해 있어 자극을 통합해서 바라보려는 시도가 적은 경향이 있는 것으로 나타났다. 중재(Mediation) 영역에서는, 두 집단에서 모두 비현실적이고 왜곡된 지각 양상을 나타내는 X-%값(공황 0.25, 비공황 0.30)이 규준범위(0.20)보다 다소 높았다. 하지만 집단간에 통계적으로 유의한 차이를 보이는 변인은 없었다, 각각 $t(147)=1.90$, ns; $t(147)=1.67$, ns; $t(147)=-1.98$, ns(표5). 사고(Ideation) 영역과 운동 반응 양상에서도, 집단간에 통계적으로 유의한 차이를 보이는 변인은 없었다, 각각 $t(147)=-1.73$, ns; $t(147)=-1.93$, ns(표 5).

정서(Affect)

정서 관련 변인들에 대한 집단간의 차이는 표 6에 제시하였다. 공황장애 집단과 비공황 불안장애 집단 모두에서 정서적인 상황에 관여하여 적절히 감정을 표출하거나 타인과 감정을 교류할 수 있는 능력과 관련된 Afr 값(공

황 0.40, 비공황 0.37)이 규준범위(Afr<.50)보다 낮게 나타났다. 정서 억제를 의미하는 C'에서는 공황장애 집단이 비공황 불안장애 집단보다 통계적으로 유의하게 더 높았으며 효과크기는 0.5 표준편차에 해당하는 중간 범위였다, $t(147)=2.05$, $p<.05$, $d=.30$ (표 6).

자기지각(Self-perception)

자기지각 관련 변인들에 대한 집단간의 차이는 표 7에 제시하였다. 공황장애 집단과 비공황 불안장애 집단 모두에서 자신에 대한 초점과 타인에 대한 주의 간의 균형을 나타내는 자아중심성지표(3r+(2)/R) 점수(공황 0.24, 비공황 0.22)가 규준범위(0.33~0.44)보다 낮았다.

신체와 신체기능에 대한 부정적이고 비호의적인 태도를 시사하는 병적인(morbid) 내용의 반응에서는 공황장애 집단이 비공황 불안장애 집단보다 통계적으로 유의하게 더 높은 비율을 보였으며 효과크기는 0.5 표준편차에 해당하는 중간 범위였다, $t(147)=2.03$, $p<.05$, $d=$

표 6. 공황장애와 비공황 불안장애 집단의 정서(Affect) 점수 비교

	공황장애 집단	비공황 불안장애 집단	t	effect size
FC	1.78(1.54)	1.99(1.86)	-.74	
WSumC	3.14(2.08)	3.43(2.58)	-.32	
pure C	.35(.77)	.35(.67)	.03	
C'	2.13(2.12)	1.54(1.80)	2.05*	.30
Afr	.40(.14)	.37(.14)	.95	
S	1.62(1.85)	1.72(1.94)	-.32	
Blends	2.39(2.58)	2.56(2.24)	-.42	
CP	.00(.00)	.01(.12)	-1.03	
DEPI	3.96(1.09)	4.43(5.58)	-.72	

주. 유의한 평균차를 나타낸 척도 각각에 대한 효과크기는 Cohen's *d*로 계산하였다.

* $p < .05$

표 7. 공황장애와 비공황 불안장애 집단의 자기지각(Self-Perception) 점수 비교

	공황장애 집단	비공황 불안장애 집단	t	effect size
Ego Centricity Inx.	.24(.17)	.22(.16)	.94	
reflection	.16(.49)	.17(.53)	-.13	
FD	.18(.39)	.19(.49)	-.17	
An	.78(1.21)	.63(1.01)	.84	
Xy	.20(.54)	.18(.45)	.17	
MOR	1.10(1.24)	.67(1.31)	2.03*	.33

주. 유의한 평균차를 나타낸 척도 각각에 대한 효과크기는 Cohen's *d*로 계산하였다.

**p* < .05

.33(표 7).

대인지각(Interpersonal Perception)

대인지각 관련 변인들에 대한 집단간의 차이는 표 8에 제시하였다. 공황장애 집단과 비공황 불안장애 집단 모두에서 전체인간반응(H)(공황 1.81, 비공황 2.00)보다 부분적인 인간 반응이나 상상적인 인간반응(Hd+(H)+(Hd))수(공황 3.32, 비공황 3.71)가 더 높게 나타났다.

외부환경 및 대인관계에서의 경계와 회피

경향성을 나타내주는 HVI(Hypervigilance Index)에서는 비공황 불안장애 집단이 공황장애 집단보다 통계적으로 유의하게 높았으며 효과크기는 0.5 표준편차에 해당하는 중간 범위였다, $t(147)=-2.38, p<.05, d=.39$ (표 8).

MMPI 하위척도와 로르샤하 변인들을 예측변인으로 하는 로지스틱 회귀분석

MMPI와 로르샤하에서 집단간에 통계적으로

표 8. 공황장애와 비공황 불안장애 집단의 대인지각(Interpersonal Perception) 점수비교

	공황장애 집단	비공황 불안장애 집단	t	effect size
COP	.38(.61)	.25(.64)	1.23	
AG	.60(1.04)	.61(1.09)	-.08	
Fd	.29(.67)	.33(.71)	-.42	
Isolation Inx.	.16(.12)	.15(.16)	.66	
H	1.81(1.78)	2.00(1.65)	-.69	
(H)+Hd+(Hd)	3.32(2.62)	3.71(2.99)	-.84	
HVI	.00(.00)	.07(.26)	-2.38*	.39

주. 유의한 평균차를 나타낸 척도 각각에 대한 효과크기는 Cohen's *d*로 계산하였다.

**p* < .05

표 9. 공황장애와 비공황 불안장애 집단에 대한 로지스틱 회귀분석 결과

예측변인	B	Wald	odds ratio에 대한 95% 신뢰구간		
			odds ratio	하한값	상한값
F	.08	17.06***	1.09	1.05	1.13
MOR	-.55	8.85**	.58	.40	.83
Lamda	.54	3.27	1.72	.96	3.09
HVI	-22.10	.00	.00		
Constant	17.60	.00	.00		

주. $R^2=.23$ (Cox & Snell), $.30$ (Nagelkerke). Model $\chi^2(4)=38.40$, $p<.001$

** $p < .01$, *** $p < .001$

유의한 평균차를 보인 척도와 변인들이 두 집단을 변별하는데 미치는 영향력을 살펴보기 위해 로지스틱 회귀분석을 실시하였다 (backward: likelihood ratio 방식). 분석 결과는 표 9에 제시하였다. 분석 결과, 최종 설명모형에는 4가지 변인(F, MOR, Lamda, HVI)이 남았으며 이 모형은 상수만 포함된 초기 모형에 비해 통계적으로 유의한 설명력의 향상을 보여주었다, $\chi^2(3, N=149)=38.40$, $p<.001$. 본 설명모형을 만드는데 사용된 표본에 대한 예측 성공률은 전체적으로 70.5%였고 보다 세부적으로 공황장애 집단에 대한 예측 성공률은 76.6%, 비공황 불안장애 집단에 대한 예측 성공률은 63.9%였다. Wald 분석 검증 결과, 설명 모형에 남은 예측변인들 가운데 F척도와 MOR 변인이 공황장애 집단과 비공황 불안장애 집단을 변별하는데 유의하게 기여하는 것으로 나타났다, 각각 $Wald=17.06$, $p<.001$, $odds\ ratio=1.09$; $Wald=8.85$, $p<.01$, $odds\ ratio=.58$.

로르샤하 반응에 대한 질적 분석

두 집단에서 모두 병적인 내용, 공격운동 반응, 신체해부학적 내용, 피 반응이 많이 나타났다. 공황장애와 비공황 불안장애 각각의 집단에서 더 빈번하게 나타나는 내용에는 차이가 있었다. 이 중 극적인 내용이 나타난 반응들을 질적으로 정리한 결과를 표 10에 제시하였다. 공황장애 집단에서는 신체해부학적인 내용이 더 빈번하게 나타났을 뿐만 아니라 병적인 내용이 함께 나타나는 경우가 대부분이었고, 그 설명이 구체적이고 세부적인 경향이 있었으며, 지각이 객관적이지 못하거나 왜곡되는 경향이 있었다. 반면, 비공황 불안장애 집단에서는 신체해부학적인 내용보다는 ‘서로 싸우거나, 밀쳐 내거나, 당하거나’ 하는 등의 공격운동 반응이 더 빈번하게 나타났으며, ‘무섭다, 두렵다’와 같은 정서 및 지각경험이 함께 나타나는 경우가 많았다. 하지만 공황장애 집단이 신체해부학적이고 병적인 내용에서 두드러지게 지각의 객관성이 저하되는 양상을 보인데 반해, 비공황 불안장애 집단에서는 지

표 10. 공황장애와 비공황 불안장애 집단의 로르샤하 반응의 예

공 황 장 애 집 단	II. “빨간 그림이 심장 같은데.. 밑에 뭔가 터진 것 같아요. 심장이..”
	II. “사람의 몸속이고, 폐가 있는데, 담배로 찌들어 있어요. 빨강고 검어요.”
	II. “사람이 복부에 총알을 맞은 것 같아요. 가운데를 관통했고.. 거기에 피가 있어요.”
	II. “치질에 걸려서 항문에서 이렇게 피가 터져서 짜-악 뚫어져 나오는 것 같다.”
	III. “사람이.. 사지가 절단된 그림이다. 양쪽에 붉은 선혈이 낭자하고... 여기는 사람의 흉부이고, 허리가 잘려있다. 죽음을 상징하는 것 같다.”
	VI. “심장이 불안해 보여요.”
	VII. “x-ray를 찍은 건데... 마음이 뺨 뚫린 것 같아 울적해요...”
	VII. “여자 질인데, 축축하고 칙칙하고 어둡다.”
	IX. “사람을 해부한 것이요. 여긴 폐, 여긴 내장 기관, 여긴 신장, 여긴 콩팥”
	X. “사람의 피가 뿌려진 것 같은데, 진하고 거무죽죽하고 곰팡이가 핀 것 같아 썩은 것 같아요.”
비 공 황 불 안 장 애 집 단	X. “사람 갈비뼈가 있는데.. 싸워서 망가진 것 같다. 해부된 모습이고... 모두 분리되어 있고 찢겨진 것 같다.”
	X. “사람 몸속인 것 같은데. 왜냐하면 색이 빨강고... 다 터진 것이... 아픈 것 같다.”
	I. “남자들이 서로 포위하고 싸우는 것 같은데요. 무서워요.”
	II. “꿈이 서로 막 싸우는 것 같아요.”
	II. “남자들이 서로 힘을 겨루고 있어요.”
	III. “원숭이가 무언가를 서로 빼앗으려고 싸우는 것 같아요.”
	V. “입들이 서로 모여 있는 것 같아요. 서로 잡아먹으려고 하는 것 같은데...무시무시한 느낌이에요.”
	VIII. “두 짐승이 올라가는데, 밑에는 자기들이 짓밟고 죽인 동물들이 있고... 자기들도 다친 것 같아요.”
	IX. “종류가 다른 두 사람이 서로 싫어서 밀쳐내는 것 같고, 낭떠러지로 떨어지는 것 같다. 무섭고 두렵다.”
	X. “여러 곤충들이 서로 밀쳐내며 싸우는 것 같아요.”
X. “나쁜 곤충들이 여기로 침입해서 갇아먹는 것 같고, 애는 의연하게 대처방법 없이 서 있어요. 무섭고 답답할 것 같아요.”	
X. “벌레들이 사람을 막 뜯어먹고 있는 것 같다.”	

각의 객관성이 저하되는 양상이 특정 영역에서만 두드러지게 나타나지는 않았으며 그 정도도 더 약했다.

논 의

본 연구에서는 공황장애 환자들이 비공황 불안장애 환자와 많은 특성들을 공유하고 있기는 하나 비공황 불안장애 환자와 구분

되는 특유의 심리적인 특성도 가지고 있다는 데 주목하여, 공황장애 환자들의 심리적인 특성을 보다 면밀히 살펴보고 공황장애와 비공황 불안장애를 구분 짓는 심리적 특성들을 찾아봄으로써 공황장애가 비공황 불안장애와 질적으로 다른 장애임을 규명함과 아울러 공황장애의 치료 효과를 높일 수 있는 지침을 얻고자 하였다. 이를 위해 공황장애 집단과 비공황 불안장애 집단을 대상으로 MMPI와 로르샤하 검사를 실시하여 환자들의 주관적인 보고와 의식화되지 않은 심리상태를 함께 살펴 보았다. 반응 특성을 분석해본 결과, 몇 가지 특징적인 양상을 찾아볼 수 있었다.

먼저, 공황장애 집단과 비공황 불안장애 집단의 MMPI 특성에 관한 연구 결과, 두 집단 모두에서 모든 척도의 평균이 임상적으로 유의한 수준(T점수 70점 이상)에 이르지 않는 것으로 Hs, D, Hy, Pt 척도의 평균 T점수가 60점 이상으로 상승한 프로파일 형태를 보였다. 이러한 점수 범위와 프로파일 형태는 김명선 등(1984)이 발표한 바 있는 공황장애 환자들의 MMPI 분석 결과와도 매우 유사하여, 공황장애 환자들의 증상에 대한 주관적인 인식이나 반응경향성을 보다 객관적으로 입증할 수 있는 결과로 생각된다. 두 집단의 점수 범위와 프로파일 형태는 유사하였으나 척도별 평균점수에서는 집단간 차이가 나타났는데, K 척도를 제외한 모든 척도에서 비공황 불안장애 집단의 평균 점수가 공황장애 집단보다 높았고 특히 F, Pa, Sc, Ma 척도에서 유의하게 더 높았다. 또한 임상적 유의 수준(T점수 70점 이상)의 점수를 받은 사례의 비율에서도, 유의한 점수를 받은 사례가 없어서 분석되지 못한 Ma를 제외한 F, Pa, Sc에서 비공황 불안장애 집단이 공황장애 집단보다 유의하게 더 높았다.

즉, 두 집단 환자들의 증상에 대한 주관적인 인식이나 반응경향성은 유사하였으나, 공황장애 환자들이 자신의 심리적인 상태를 덜 보고하는 경향이 있었다. 이에 공황장애 환자들이 인지적인 통제가 불가능한 상황에 빠지는 것에 대한 공포감을 크게 느끼기 때문에(원호택 등, 1995) 인지적인 통제를 최대한 유지하고자 하는 측면이 반영된 것으로 생각된다. 또한 비공황 불안장애 환자들이 대인관계적인 민감성 및 경계심과 관련 있는 Pa 척도, 사회적 소외 및 대인관계에서의 불편감과 관련 있는 Sc 척도, 에너지 및 긴장 수준과 관련 있는 Ma 척도에서 유의하게 더 높은 점수를 보인 것은 공황장애보다 비공황 불안장애 환자들이 외부환경 및 대인관계에서의 위협에 더 민감하게 반응하는 경향이 있다는 선행연구 결과(원호택, 1997)와 같은 맥락으로 볼 수 있으며, 이후에 설명할 로르샤하 반응 분석 결과를 통해 보다 명확하게 설명된다.

두 집단의 로르샤하 반응을 5개의 군집으로 나누어 살펴본 결과는 다음과 같다. 첫째, 통제력과 스트레스에 대한 인내력(Capacity for Control and Stress tolerance) 관련 변인들을 살펴보면, 비공황 불안장애 집단의 Lamda 값이 규준범위보다 높았을 뿐만 아니라 공황장애 집단보다 유의하게 더 높아, 비공황 불안장애 환자들이 다양한 경험을 받아들이는데 있어 더 폐쇄적이고 주의의 초점이 협소한 경향이 있는 것으로 나타났다. 하지만, 두 집단에서 모두 적응 및 대처능력과 같은 전반적인 심리적 자원을 나타내는 EA, D, Adj D값이 규준범위보다 낮게 나타나고 있어, 두 집단의 환자들이 모두 스트레스에 대한 대처자원을 충분히 보유하고 있지 못하다는 것을 알 수 있다. 특히, 공황장애 집단의 Adj D값이 비공황 불안

장애 집단보다 유의하게 더 낮아, 공황장애 환자들이 충분한 대처자원을 보유하지 못함으로써 유발되는 스트레스를 지속적으로 더 많이 경험한다고 볼 수 있다.

둘째, 인지(Cognition) 관련 변인에서는, 두 집단에서 모두 정보처리의 효율성을 나타내는 ZD 값이 과소통합 수준의 경계에 근접해 있고 부정확한 지각을 나타내는 X-% 값은 규준 범위보다 더 높았다. 즉, 두 집단 모두 외부 정보를 충분히 다각적으로 숙고하기보다는 피상적으로 받아들이고 결론내림으로써 중요한 측면을 간과하기가 쉬우며, 정보나 상황을 객관적으로 보기보다 주관적이고 왜곡된 방식으로 지각하는 경향이 있었다. 집단 간에 통계적으로 유의한 차이를 보이는 변인은 없었다. 하지만 집단별 반응내용에 대한 질적 분석 결과, 흥미로운 차이점이 있었다. 즉, 공황장애 집단은 신체해부학적이고 병적인 내용을 더 많이 보고하였을 뿐만 아니라 신체해부학적이고 병적인 내용에서 지각의 객관성이 두드러지게 저하되는 양상을 보였다. 특히, 그 내용이 단순히 손상된 신체기관을 언급한 수준이 아니라 ‘피가 진하고 거무죽죽하고 곱팡이가 피어 썩은 것 같다, 복부에 총알이 관통해서 구멍이 뚫려 있고 피가 뿜어져 나온다’와 같이 손상된 신체기관의 모습을 구체적이고 생생하게 연상한 내용으로, 신체증상에 대한 과민감성과 인지적인 왜곡이 두드러지게 나타났다. 반면, 비공황 불안장애 집단은 ‘서로 싸우거나, 밀쳐 내거나, 당하거나’ 하는 등의 공격 운동반응을 더 빈번하게 보고하였으며 이는 ‘무섭다, 두렵다’와 같은 정서 및 지각경험이 동반되는 경우가 많았다. 즉, 사회적 관계 내에서의 경쟁구도와 사회적 대처 및 평가 그리고 그로 인한 부적정서가 주를 이루는 보다

일반적인 내용이었다. 또한 비공황 불안장애 집단에서는 부정확한 지각 양상이 특정 내용에서만 두드러지게 나타나기보다는 대인간의 상호작용과 관련된 광범위한 내용에서 나타났으며, 정도는 더 약하지만 더 빈번하게 나타나는 경향이 있었다. 이는 공황장애 환자들이 신체기능과 관련된 부정적 사고를 더 많이 하는 반면 비공황 불안장애 환자들은 대인관계에서의 대처능력과 관련된 부정적 사고를 더 많이 한다는 기존의 연구결과들을 재확인해주며(박현순 등, 1997; 원호택 등, 1996; 원호택 등, 1995), 본 연구에서는 여기서 더 나아가 비공황 불안장애 환자와 비교했을 때 공황장애 환자들이 일반적인 사고 영역에서는 현실성과 객관성을 유지하는 편이지만 신체증상 및 기능과 관련하여서는 더 극단적이고 과격적으로 왜곡하여 사고하고 해석한다는 것을 보여줌으로써 비공황 불안장애와 구분되는 공황장애의 독특한 인지 특성을 보다 구체적이고 명확하게 밝힐 수 있었다. 셋째, 정서(Affect) 관련 변인들을 살펴보면, 두 집단에서 모두 정서적인 상황에 관여하여 적절히 감정을 표출하거나 타인과 감정을 교류하는 능력과 관련된 Afr 값이 규준범위보다 낮게 나타나, 감정표출이나 감정교류를 불편하게 느끼는 경향이 있음을 알 수 있다. 아울러, 김명선 등(1984)이 공황장애 환자들이 FC보다 C+CF 점수가 그리고 M 보다 WSumC 점수가 더 높아 미숙하고 정서적으로 불안정하며 감정 통제에 어려움을 보이는 경향이 있다는 연구결과를 발표한 바 있듯이, 본 연구에서도 공황장애 집단이 M보다 WSumC에서 약간 더 높은 점수를 보여 공황장애 환자들이 감정조절에 미성숙한 경향이 있음을 알 수 있었다. 하지만 본 연구에서 공황장애 집단만이 아닌 비공

황 불안장애 집단과의 비교 연구를 해 본 결과, 비공황 불안장애 집단에서도 유사한 경향성이 나타났다. 또한, 감정인식과 표출 능력의 지표들인 FC, CF, C 등에서 집단 간에 유의한 차이가 나타나지 않았다. 따라서 감정조절에서의 미성숙함이 공황장애 특유의 특성이라기 보다는 공황장애를 포함한 전반적인 불안장애의 특성이라는 점을 알 수 있었다. 또한, 본 연구에서는 정서 억제와 관련된 C 변인이 두 집단을 구분하는 감정지표라는 점을 새롭게 알 수 있었다. 이 변인에서 공황장애 집단의 점수가 유의하게 더 높아 공황장애 환자들이 비공황 불안장애 환자들보다 정서의 억제가 더 심한 것으로 나타났으며, 이는 공황장애 환자들에게 부적감정이 더 많이 내재되어 있는 것으로 해석할 수 있다.

넷째, 자기지각(Self-Perception) 및 대인지각(Interpersonal Perception) 관련 변인에서는, 두 집단 모두에서 자신에 대한 초점과 타인에 대한 주의 간의 균형을 나타내는 자아중심성지표($3r+(2)/R$) 값이 기준범위보다 낮고, 전체인간반응(H)보다 부분인간반응(Hd) 및 상상인간반응(Hi, Hd)수가 더 높게 나타났다. 이는 두 집단 모두 자기지각이 부정적이고 사회적 상황에서 불편감과 부적절감을 느끼지만 이러한 자신의 감정이나 태도에 대해서는 직면하기를 회피하면서 방어하는 경향이 있음을 보여준다. 부정적인 자기지각과 태도가 나타나는 영역에서는 집단 간에 차이가 있었다. 즉, 공황장애 집단에서는 MOR에서 유의하게 더 높은 빈도를 보였듯이 부정적인 자기지각 및 태도가 주로 병적 내용과 관련하여 나타난 반면, 비공황 불안장애 집단에서는 HVI(Hypervigilance Index)에서 유의하게 더 높은 빈도를 보였듯이 사회적 또는 대인관계적인 내용에서 주로

나타나는 경향이 있었다.

마지막으로, 집단간에 유의한 평균차를 보인 변인들이 두 집단을 변별하는데 미치는 영향력을 살펴보기 위해 로지스틱 회귀분석을 실시한 결과, MMPI의 F척도와 로르샤하의 MOR, Lamda변인이 최종 설명모형에 포함되었으며 이 중 F와 MOR이 두 집단을 변별하는데 유의하게 기여하는 것으로 나타났다. 전체설명모형의 설명력(Nagelkerke pseudo $R^2=30$)이 뚜렷하게 높지는 않다는 점과 설명력에 대한 교차타당화가 이루어지지 않았다는 점에서 한계가 있기는 하지만, 본 결과를 통해 자신의 심리적인 증상을 주관적으로 인식하고 호소하는 경향성과 부정적인 자기지각 및 신체증상에 몰입하는 경향성이 공황장애와 비공황 불안장애 집단을 변별하는데 중요한 특성이라는 점을 알 수 있었다.

이상의 결과를 요약해보면, 첫째, 두 집단 환자들이 보이는 증상에 대한 주관적인 인식이나 반응경향성은 유사하지만, 공황장애 환자들이 자신의 심리적인 상태를 덜 보고하면서 인지적인 통제를 유지하고자 하는 경향이 있었다. 둘째, 두 집단 모두 대처자원이 빈약하지만 공황장애 집단에서 대처자원 부족과 관련한 만성적인 스트레스가 더 높았다. 셋째, 비공황 불안장애 집단에서는 사회적 불안에 관한 사고가 더 많고 공황장애 집단에서는 신체기능에 대한 부정적 사고가 더 많았다. 뿐만 아니라, 비공황 불안장애 집단은 사회적 불안과 관련된 광범위한 영역에서 지각 및 사고의 객관성이 경미하게 저하되는 경향이 있었던 반면, 공황장애 집단은 일반적인 영역에서는 현실성과 객관성을 유지하지만 신체증상과 관련된 특정 영역에서 과묵적이고 왜곡된 인지과정상의 오류를 보였다. 넷째, 두 집단

모두 정서조절에 어려움을 보였으며, 비공황 불안장애 집단보다 공황장애 집단이 정서를 더 억제하는 경향이 있었다. 다섯째, 두 집단 모두 자기지각이 부정적이고 사회적 불편감을 경험하는데, 공황장애 집단에서는 주로 병적인 내용과 관련하여 나타난 반면 비공황 불안장애 집단에서는 사회적인 대처와 관련된 내용에서 나타나는 경향이 있었다. 마지막으로, 자신의 심리적인 증상을 주관적으로 인식하고 호소하는 경향성과 부정적인 자기지각 및 신체증상에 몰입하는 경향성이 공황장애와 비공황 불안장애 집단을 변별하는데 중요한 특성으로 나타났다.

따라서 공황장애 치료에서는, 첫째, 공황장애 환자들은 인지적인 통제를 최대한 유지하고자 노력하기 때문에 자신의 내적 상태에 직면하지 못하고 억압하거나 방어함으로써 결국 증상이나 통제 상실에 대한 두려움 및 부적정서를 심화시키는 면이 있으므로, 정서를 억제하고 방어하는 특성을 다룸으로써 인지적인 통제에 대한 과도한 노력 및 그로 인한 긴장감을 완화시키고 스트레스에 대한 대처능력을 향상시키는데 주의를 기울일 필요가 있을 것으로 생각된다. 둘째, 공황장애 환자들이 일반적인 사고 영역에서는 현실성과 객관성을 유지하지만 신체증상 및 기능과 관련하여서는 더 극단적이고 파국적으로 왜곡하여 사고하고 해석하는 경향이 있으므로, 주의의 초점을 자기 내부로부터 외부로 전환시켜 조망의 범위를 넓힘으로써 신체증상에 대한 과민감성을 완화시키고 궁극적으로 자신에 대한 지각과 태도를 긍정적인 방향으로 바꾸어가도록 하는 작업이 필요할 것으로 생각된다.

본 연구의 제한점으로는, 첫째, 본 연구에서는 범불안, 공포, 강박장애를 하나의 비공황

불안집단으로 구성하였기 때문에 각 장애별 특성이 연구결과에 영향을 미쳤을 가능성을 배제할 수 없으므로, 하위유형 각각으로 구성된 집단을 대상으로 한 비교분석이 필요하다. 둘째, 신체증상에 대한 민감성과 인지적 오해석 과정이 공황장애와 비공황 불안장애를 분별해주는 중요한 특징임을 보다 명확하게 밝히기 위해서는 유사한 특성을 보이는 신체화장애 또는 불안 증상이 동반되지 않는 우울장애나 정상인 집단과의 비교연구가 이루어져야 할 것으로 보인다. 셋째, MMPI 단축형을 사용하여 풍부한 분석이 이루어지지 못했으므로, 566문항이나 MMPI-2를 사용하여 집단별로 환자들이 자신의 증상 및 상태를 인식하는 양상을 보다 구체적으로 분석해볼 필요가 있겠다. 마지막으로, 로르샤하의 각 지표와 관련된 자기보고검사 결과들을 비교해보거나 특정 반응에 해당되는 사례의 빈도와 백분율 및 카이제곱 결과를 통해 질적 분석을 정교화하는 등의 연구도 필요할 것으로 생각된다.

이러한 문제점들에도 불구하고, 임상에서 가장 많이 사용되는 MMPI와 로르샤하 검사를 사용하여 공황장애와 비공황 불안장애 환자들이 증상 및 상태에 대해 주관적으로 보고하는 방식과 의식화되지 않은 심리적 특성을 국내에서 처음으로 함께 살펴보았다는 점, 공황장애와 비공황 불안장애를 구분 짓는 차별적인 심리적 특성을 보다 명확하게 밝힘으로써 공황장애 환자들이 자신의 방어성과 정서 억제 및 지나친 신체 몰입적 태도를 인식하고 수정하여 균형 있는 현실감각을 갖도록 하는 치료적 작업의 필요성을 제안할 수 있었다는 점에서 본 연구의 의의를 찾아 볼 수 있겠다.

참고문헌

- 고은정, 최영희, 박기환, 이정흠 (2000). 공황장애의 임상적 특성. *생물치료정신의학*, 6(2), 188-198.
- 곽은희, 최정훈 (1989). 불안집단의 편파적 인지성향. *한국심리학회지: 임상*, 8(1), 42-51.
- 김명선, 민성길, 이호영 (1984). 공황장애 환자의 MMPI 및 Rorschach 반응특성. *신경정신의학*, 23(4), 405-408.
- 김정범 (1999). 광장공포증을 동반한 공황장애 환자의 집단 인지-행동 치료 및 6개월 추적연구. *생물치료정신의학*, 5(1), 1-10.
- 김정범 (1999). 공황장애 환자의 개인 인지-행동치료 1례. *계명의대 논문집*, 18(1), 146-155.
- 김진형, 국윤재, 최성열, 김태현, 류영수 및 강형원 (2005). MMPI 임상척도와 성격척도를 통해 살펴 본 공황장애 환자의 특성에 대한 연구. *동의신경정신과학회지*, 16(1), 129-142.
- 김영환, 김재환, 김중술, 노명래, 심동균, 염태호 및 오상우 (1989). 다면적인성검사 실시요강. 서울: 한국 가이던스.
- 김의정, 김영철 (1998). 아이젠크 성격검사와 한국판 성격장애 검사를 이용한 공황장애 환자의 성격특성 및 임상증상과의 관계. *이화의대지*, 21(1), 39-46.
- 김지혜, 안창일 (1991). 자기 초점화 주의가 불안에 미치는 영향. *한국심리학회지: 임상*, 10(1), 243-261.
- 김진영, 이현수, 정인파 (1997). MMPI에서 기대성을 보이지 않는 정신분열병 환자의 특성. *한국심리학회지: 건강*, 16(2), 313-322.
- 김중술 (1998). *다면적 인성검사(개정판)*. 서울: 서울대학교 출판부.
- 박기환, 이범용, 권정혜 (1994). 공황장애의 인지-행동 집단치료 효과와 관련 있는 환자의 성격특성. *한국심리학회지: 임상*, 13(1), 159-168.
- 박현순 (2000). *공황장애: 공황, 그 숨막히는 공포*. 서울: 학지사.
- 박현순, 원호택 (1995). 공황장애의 인지행동적 접근연구 개관: 공황발작 인지모형을 중심으로. *한국심리학회지*, 14(1), 33-54.
- 박현순, 원호택 (1996). 공황장애 환자의 인지특성에 관한 실험연구 I. *한국심리학회지: 임상*, 15(1), 1-16.
- 박현순, 원호택 (1997). 공황장애 환자의 인지특성에 관한 실험연구 II. *한국심리학회지: 임상*, 16(2), 15-28.
- 박현순, 이창인, 김영철, 김종원 (1997). 공황장애 환자의 임상양상에 관한 조사연구. *한국심리학회지: 임상*, 16(2), 1-13.
- 박현진, 이정흠, 최영희 (1999). 공황장애환자의 성격 특성: 대인관계 의존성과 완벽주의. *생물치료 정신의학*, 5(2), 127-136.
- 심진현, 백상빈, 신영철, 오강섭, 노경선, 이시형 (1999). 공황장애 환자의 성격요인과 방어기제의 특성에 관한 연구. *신경정신의학*, 38(6), 1315-1323.
- 심은지, 민성길, 이창호, 김주영, 송원영 (2004). 일본군 위안부 생존자들의 로르샤하 반응 특성. *한국심리학회지: 임상*, 23(1), 169-187.
- 원호택, 박현순, 권석만 (1995). 한국판 공황장애 척도 개발 연구. *한국심리학회지: 임상*, 14(1), 95-110.

- 원호택, 권석만, 박현순, 신현균 (1996). 불안장애 환자가 나타내는 사고내용의 특성. *심리과학*, 5(1), 1-12.
- 이정태, 이성필 (1991). 범불안장애와 공황장애의 증상 비교. *신경정신의학*, 30(4), 720-727.
- 이수진, 송수미, 김재환 (2000). 16세 이전에 가족으로부터 구타당한 경험이 있는 정신과 입원환자의 심리적 특성. *한국심리학회지: 임상*, 19(1), 57-67.
- 이혜선, 김재환 (2000). 외상후 스트레스 장애 환자와 정신분열증 환자의 Rorschach 반응 비교: 남편의 폭력으로 인하여 외상후 스트레스 장애로 진단 받은 여자 환자를 중심으로. *한국심리학회지: 임상*, 19(2), 293-303.
- 정영인, 김명정 (1985). 범불안장애와 공황장애의 임상적 비교 고찰. *신경정신의학*, 24(2), 327-334.
- 최영희, 이정흠 (1998). 공황장애의 인지행동치료. *신경정신의학*, 37(4), 603-619.
- 황성훈, 유희정, 김 환 (2001). ‘불안 민감성’의 개념과 작용에 대한 개관. *한국심리학회지: 임상*, 20(1), 195-205.
- 황성훈, 이수현, 이훈진 (2006). 불안민감성에 대한 이요인 이론의 제안과 그 타당화: 공황장애 집단과 신체형 장애 집단을 중심으로. *한국심리학회지: 임상*, 25(3), 781-797.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder(4th)*. Washington, DC.
- Arnt, A. (2002). Cognitive therapy versus interoceptive exposure as treatment of panic disorder without agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 325-341.
- Ball, S. G., Otto, M. W., Pollack, M. H., Uccello, R., & Rosenbaum, J. F. (1995). Differentiating Social Phobia and Panic Disorder: A Test of Core Beliefs. *Cognitive Therapy and Research*, 19(4), 473-482.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Belfer, P. L., & Glass, C. R. (1982). *Agoraphobic anxiety and fear of fear: A cognitive attentional model. Paper presented at the meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy*. NY.
- Boeijen, C. A., Oppen, P., Balkom, A. L. J. M., & Dyck, R. (2007). Treatment of panic disorder and/or generalized anxiety disorder with a guided self-help manual. *Clinical Case Studies*, 6(3), 277-291.
- Bulter, G., & Mathews, A. (1983). Cognitive processes in anxiety. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 5, 51-62.
- Carlbring, P., Ekselius, L., & Andersson, G. (2003). Treatment of panic disorder via the Internet: a randomized trial of CBT vs. applied relaxation. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 34, 129-140.
- Carr, R. E., Lehrer, P. M., Rausch, L. L., & Hochron, S. M. (1993). Anxiety sensitivity and panic attacks in an asthmatic population. *Behaviour Research and Therapy*, 32(4), 411-418.
- Chambless, D. L., Beck, A. T., Gracely, E. J., & Grisham, J. R. (2000). Relationship of cognitions to fear of somatic symptoms: A

- test of the cognitive theory of panic. *Depression and Anxiety*. 11, 1-9.
- Cho, Y., Smits, J. A. J., Powers, M. B., & Telch, M. J. (2007). Do changes in panic appraisal predict improvement in clinical status following cognitive-behavioral treatment of panic disorder? *Cognitive Therapy and Research*. 31, 695-707.
- Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*. 24, 461-470.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Donnell, D. L., & McNally, R. J. (1990). Anxiety sensitivity and panic attacks in nonclinical population. *Behaviour Research and Therapy*. 28, 83-85.
- Exner, J. E. (1993). *The Rorschach: A comprehensive system, Volume 1. 3rd addition*. New York: John Wiley & Sons.
- Friedman, A. F., Webb, J. T., & Lewak, R. L. (1989). *Psychological Assessment with the MMPI*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Furer, P., Walker, J. R., Chartier, M. J., & Stein, M. B. (1997). Hypochondriacal concerns and somatization in panic disorder. *Depression and Anxiety*. 6, 78-85.
- Hiller, W., Leibbrand, R., Rief, W., & Fichter, M. M. (2005). Differentiating hypochondriasis from panic disorder. *Anxiety disorders*. 19, 29-49.
- Jack, M. S., Heimberg, M. A., & Mennin, D. S. (1999). Situational panic attacks: Impact on distress and impairment among patients with social phobia. *Depression and anxiety*. 10, 112-118.
- Labrecque, J., Marchand, A., Dugas, M. J., Letarte, A. (2007). Efficacy of cognitive-behavioral therapy for comorbid panic disorder with agoraphobia and generalized anxiety disorder. *Behavior Modification*. 31(5), 616-637.
- Ludewig, S., Ludewig, K., Geyer, M. A., Hell, D., & Vollenweider, F. X. (2002). Prepulse inhibition deficits in patients with panic disorder. *Depression and anxiety*. 15, 55-60
- McNally, R. J. (1990). Psychological approaches to panic disorder: A review.
- Menard, S. (2002). *Applied logistic regression analysis. Sage university paper series on quantitative applications in the social science*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Rachman, S. (1986). Special review: A. T. Beck, and G. Emery, with R. L. Greenberg: *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books(1985). *Behaviour Research and Therapy*. 24(1), 95-96.
- Rosnow, R. L., & Rosenthal, R. (1996). Computing contrasts, effect sizes, and counternulls on other people's published data: General procedures for research consumers. *Psychological Methods*, 1, 331-340.
- Rosenberg, N. K., & Anderson, R. (1990). Rorschach-profile in panic disorder. *Scandinavian Journal of Psychology*. 31, 99-109.
- Roth, W. T., Gomilla, A., Meuret, A., Alpers, G. W., Handke, E. M., & Wilhelm, F. H. (2002). High altitudes, anxiety, and panic

- attacks: Is there a relationship?. *Depression and Anxiety*. 16, 51-58.
- Sarason, E. G. (1975). *Anxiety and self-preoccupation*. In I. G. Sarason & C. D. Spielberger (Eds), *Stress and anxiety* (vol, 2), New York: Hemisphere.
- Smits, J. A. J., & Zvolensky, M. J. (2006). Emotional vulnerability as a function of physical activity among individuals with panic disorders. *Depression and Anxiety*. 23, 102-106.
- Sokol, L., Beck, A. T., Greenberg, R. L., Wright, F. D., & Berchik, R. J. (1989). Cognitive therapy of panic disorder: A nonpharmacological alternative. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 177, 711-716.
- Tull, M. T., Stipelman, B. A., Pedneault, K., & Gratz, K. L. (2008). An examination of recent non-clinical panic attacks, panic disorder, anxiety sensitivity, and emotion regulation difficulties in the prediction of generalized anxiety disorder in an analogue sample. *Journal of anxiety disorders*. 913, 1-8.
- Weiner, I. B. (1998). *Principles of Rorschach Interpretation*. Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- 원고접수일 : 2008. 11. 11.
1차 수정원고접수일 : 2009. 1. 13.
2차 수정원고접수일 : 2009. 2. 2.
게재결정일 : 2009. 2. 5.

A Comparison of the Psychological Characteristics of Anxiety Disorder Patients with and without Panic Disorder - Focusing on MMPI and Rorschach Responses -

Jeong-Eun Lee

Hyeon-Soo Lee

Department of Neuropsychiatry, School of Medicine, Korea University Hospital

The purpose of this study was to investigate the psychological differences in between panic disorder and non-panic anxiety disorder patients and to explore more effective ways of treating patients with panic disorder. The MMPI and the Rorschach test were administered to 77 patients with panic disorders and 72 patients with non-panic anxiety disorders. The Rorschach was administered, scored and analyzed in accordance with the Comprehensive System developed by Exner(1993). Rorschach variables were classified in terms of five clusters(Capacity for Control and Stress Tolerance, Cognition, Affect, Self-perception, Interpersonal Perception). Various additional qualitative features were also analyzed. The results showed that the two groups of patients shared a similar pattern of self-recognition of symptoms, both groups were weak in managing resources and modulating affect, and each group demonstrated negative self- perceptions. However, some interesting differences emerged in the thought contents, thought processes, and coping strategies of the two groups. Firstly, patients in the panic disorder group showed higher stress due to affective constraints, efforts in cognitive control, and the poor management of resources. Secondly, while patients with non-panic anxiety disorders exhibited greater levels of social anxiety, patients with panic disorder displayed more negative ideas about their physical functioning. This finding illustrates an important point of contrast between the two groups. The non-panic anxiety patients held negative cognitions about their social functioning, but, for the panic disorder patients, the loss of objectivity occurred in relation to their catastrophic and unrealistic cognitions about their physical functioning. A logistic regression analysis indicated that self-awareness of symptoms, negative self-perception, and focusing on physical symptoms were important features discriminating between the two groups. These findings suggest that therapy for panic disorder patients could be more effective if patients are encouraged to adopt a more realistic set of beliefs and can be made more aware of their defensiveness, affective constraint, and excessive focus on physical symptoms.

Key words : panic disorder, anxiety disorder, MMPI, Rorschach test