

공황장애 환자의 스트레스 대처방식과 신체 증상 지각에 대한 인지적 특성

전남대학교 의과대학 정신과학교실,¹ 전북대학교 의과대학 정신과학교실²
정해원¹ · 이무석¹ · 박우영¹ · 양종철² · 임은성² · 박태원² · 정영철² · 정상근² · 황익근²

The Stress Coping Strategies and Cognitive Characteristics of Somatic Symptom Perception in Patients with Panic Disorder

Hae-Won Jung, MD¹, Moo-Suk Lee, MD¹, Woo-Young Park, MD¹,
Jong-Chul Yang, MD, PhD², Eun-Sung Lim, MD², Tae-Won Park, MD²
Yong-Chul Chung, MD², Sang-Keun Chung, MD² and Ik-Keun Hwang, MD²

Department of Psychiatry¹, College of Medicine, Chonnam National University Hospital, Gwangju,
Department of Psychiatry², College of Medicine, Chonbuk National University Hospital, Jeonju, Korea

ABSTRACT

Objective : Objective: The purpose of this study was to investigate the strategies used to cope with stress and the cognitive characteristics of somatic symptom perception in patients with panic disorder.

Methods : A total of 101 patients who met the DSM-IV criteria for panic disorder and 60 normal controls were recruited for participation in this study. We evaluated the subjects using The Way of Stress Coping Questionnaire (SCQ), Somato-Sensory Amplification Scale (SSAS), Symptom Interpretation Questionnaire (SIQ), and the Panic Disorder Severity Scale (PDSS). We analyzed the data using an independent t-test and Pearson correlation analysis ($p < 0.05$).

Results : The patients who used emotionally focused coping strategies scored significantly lower on the SCQ. The patients with panic disorder showed greater amplification of body sensations in the SSAS, a significantly higher score on the physical interpretation subset of the SIQ, and a lower score on the environmental interpretation subset of the SIQ than the normal controls. The PDSS scores were positively correlated with the SSAS score and physical interpretation score on the SIQ.

Conclusion : These results show that patients with panic disorder have poor emotionally focused strategies for coping with stress, greater amplification of body sensations, and a tendency towards a physical interpretation of somatic symptoms. (Anxiety and Mood 2007;3(2):116-122)

KEY WORDS : Panic disorder · Stress coping strategy · Somatic symptom perception.

서 론

공황장애는 갑자기 극심한 공황발작이 유발되고, 이러한 공황발작이 다시 일어나지 않을까를 지속적으로 염려하는 예기 불안과 그런 불안을 유발할 수 있는 상황과 장소를 피하는 회피행동을 특징으로 하는 불안장애의 일종이다. 공황발작은 강렬한 불안과 두려움이 생기면서 다양한 신체적, 심

접수일자 : 2007년 9월 6일 / 심사완료 : 2007년 10월 7일

Address for correspondence

Jong-Chul Yang, M.D., Ph.D., Department of Psychiatry, College of Medicine,
Chonbuk National University Hospital, 634-18 Geumam-dong, Deokjin-gu,
Jeonju 561-712, Korea
Tel : +82.63-250-1390, Fax : +82.63-275-3157
E-mail : jcyang@jnu.ac.kr

리적 증상이 복합적으로 나타난다. 공황발작시 흔히 동반되는 신체증상으로는 심계항진, 발한, 떨림, 질식감, 흉부 압박감, 어지러움, 홍조 등이 있다. 심리적으로는 죽음에 대한 공포, 정신병이나 심장마비에 대한 염려, 자제력 상실에 대한 두려움 등을 경험한다.¹ 한번 공황발작을 경험한 후로는 사소한 신체상태의 변화에도 쉽게 과민해지고 당황하여 응급실 방문이 잦고, 재발도 많은 편이다.²⁻⁴ 또한, 공황장애는 경제적, 사회적 기능 손실이 크고, 주요우울증, 물질남용 등 다른 정신질환과의 높은 동반 이환율 및 높은 자살률을 보인다.⁵

공황장애의 발생에는 신경생물학적 요인과 심리적 요인들이 모두 관여하고 있다. 신경생물학적인 요인으로는 노

르에피네프린, 세로토닌, 가바 등 신경전달물질의 이상, 변연계, 전전두엽 등의 뇌 기질이상 및 유전적 소인 등이 있다.

한편, 공황장애에 영향을 미치는 심리적 요인은 각 개인이 직면하는 스트레스와 밀접한 관련이 있는데, 단순히 스트레스 사건의 존재유무 보다는 스트레스에 대한 개인의 대처방식이 질병 과정에 더 영향을 미치게 된다.⁶ Lazarus와 Folkman⁶이 정의하기를, 대처란 개인의 능력을 넘어선다고 판단되는 특정한 외적 혹은 내적 상황의 요구를 처리하려는 인지적 및 행동상의 노력이라고 정의하였다. 이런 대처방식이 스트레스와 정신장애 및 신체질환 간의 관계를 중간 조절하게 되는데,⁷ 비적응적 대처방식을 사용할 경우 질환에 대한 취약성이 높아지게 된다.⁸ 대처방식에 대한 다양한 분류가 있는데, 흔히 적극적 대처와 소극적 대처로 분류한다. 적극적 대처는 위협적이라고 평가된 상황을 변경 또는 제거시키기 위하여 환경이나 자신에게 직접적인 행동을 취하는 문제중심적 대처와 정서적, 정보적 그리고 물질적 지지를 줄 수 있는 사람을 갖는 사회지지적 추구로 나뉘고, 소극적 대처는 스트레스 상황으로부터 생긴 바람직하지 못한 느낌을 통제하기 위한 생각이나 행동으로 이루어지는 정서중심적 대처와 바라는 대로 소망하고 해석하는 소망적 사고 대처가 있다.^{6,9} 대처방식 중에서 일반적으로 어떤 것이 더 좋고 나쁘다고 단정되지는 않는다. 스트레스의 성질에 따라 적합성이 다르다는 연구 결과들이 제시되고 있다.¹⁰ 예를 들면, 문제중심적 대처는 조절할 수 있는 스트레스일 경우 효과적이지만, 반면에 쉽게 조절할 수 없는 극심한 스트레스에 직면하였을 때에는 정서중심적 대처가 더 효과적이라는 주장도 있다.¹¹ 또한 이러한 다양한 대처전략의 적응성은 스트레스의 성질과 그 사람의 개인적 또는 사회적 기질에 좌우된다고 알려져 왔다.¹²

또한 공황장애의 발생에는 개인의 인지적 특성들이 관여된다. 공황장애 환자들은 신체 증상을 지각함에 있어서 정도를 증폭하고 불쾌한 감각에 선택적으로 초점을 맞추으로써 사소한 불편감도 매우 심하게 느끼게 된다.¹³ 또한 공황장애 환자들은 도처에 산재하는 신체 감각을 심각한 질병으로 잘못 인식하기도 한다. 즉, 공황장애 환자들은 자신이 느끼는 감각이나 신체 증상을 지나치게 과장해서 해석하고 소위 파국화(catastrophising)의 사고가 개입되어 갑자기 두려움이 유발되는 것을 경험한다.¹⁴⁻¹⁶ 따라서 공황장애 환자들에게 신체 증상을 해석하는 어떤 인지적 특성이 있는지를 알아보는 것이 중요하다. 즉, 공황장애 환자들이 신체 증상을 어느 정도 증폭하여 지각하는지, 신체적 해석, 심리적 해석, 환경적 해석 중 어떤 것을 주로 사용하는지를 알아보는 것이 필요하다.

각종 정신과적 질환들을 대상으로 심리적 원인 및 악화 요인들을 찾는 연구들이 진행되고 있다. 우울증 및 만성통증 환자의 스트레스 대처방식 조사, 공황장애 환자의 성격요인 및 방어기제 연구, 광장공포증 환자의 대처방식 연구들이 있었다.¹⁷⁻²⁵ 류경환 등²³은 공황장애 환자들은 ‘안심시킴’ 전략을 흔히 사용하고, 광장공포증군에서는 ‘가까운 사람을 찾음’ 전략이 효과적이라고 보고하였다. 황병주 등²⁴은 공황장애 환자들은 정상대조군에 비해 이성적 대처와 초연 대처를 덜 사용한다고 보고하였고, 최은영 등²⁵은 스트레스의 대처방식에 있어서 광장공포증이 있는 군과 없는 군이 차이가 있다고 주장하였다. Vitalino 등²⁶은 공황장애 환자들이 정상대조군에 비해 적극적 대처방식을 덜 사용한다고 보고하였다. Devey 등²⁷은 공황장애 환자들이 회피 대처 등의 부적응적인 대처방식을 더 흔히 사용한다고 보고하였다. 신체 증상 지각 및 그에 대한 인지적 특성에 관한 연구들도 있었다. Barsky 등²⁸은 신체화장애를 대상으로 원인과 유지에 인지적인 기제가 중요한 영향을 줄 수 있다고 주장하였다. Duddu 등²⁹은 신체화 장애와 우울장애 환자의 귀인 방식이 다르다는 것을 보여주었고, 또한 신체화장애 환자들이 우울증 환자들에 비해 신체감각을 증폭하는 경향이 더 크다고 하였다. 신현균 등³⁰은 신체화 환자들이 사소한 신체증상을 환경적 원인보다는 신체적 원인과 심리적 원인으로 받아들이는 경향이 더 크고, 이는 신체증상의 정도와도 상관이 있음을 밝혔다. 이상과 같이 많은 연구들이 있었지만, 주로 기분장애와 신체화장애 환자에 대한 연구가 많았고 공황장애 환자들을 대상으로 한 연구들은 드물었다. 특히, 신체 증상 지각 및 그에 대한 인지적 반응 특성에 대한 공황장애 연구는 국내외적으로 거의 없었다. 몇몇 연구에서 공황장애 환자의 대처방식만을 조사하였지만 비교적 대상자수가 적고 특정 요인만을 선별하여 묻는 형식을 택하였다. 따라서 공황장애에 대해서 좀 더 포괄적이고 광범위한 방법으로 유발 및 악화에 대한 심리적 요인을 찾는 조사가 필요하다.

이에 본 연구에서는 공황장애 환자들을 대상으로 스트레스 대처방식과 신체 증상 지각에 대한 인지적 특성을 포괄적으로 파악하고, 이들과 공황장애 심각도간 상관관계를 조사하고자 한다.

대상 및 방법

대 상

본 연구는 2005년 1월 1일부터 2005년 12월 31일까지 일년 동안 한 대학병원 정신과에 내원한 환자 중 정신과 전

문의에 의해서 DSM-IV 진단 기준 상 공황장애로 진단된 101명의 환자를 대상으로 하였다. 환자군은 호소하는 증상에 대해 타과 진료 및 검사에서 기질적 원인이 없는 것으로 확인된 경우를 대상으로 하였고, 주요우울 장애, 양극성 장애, 정신분열병과 같은 주요 정신질환을 가진 환자들은 배제하였다. 또한, 약물 및 알코올 의존 환자를 배제하였으며, 현실검증능력에 손상을 입었거나, 자신이나 남에게 해를 끼칠 가능성을 보여 입원치료가 필요한 환자들 역시 제외되었다. 정상대조군은 병원 직원 및 가족들 중 현재 정신적, 신체적 질환에 대한 병력이 없다고 응답한 60명을 선별하였다. 모든 참여자들은 본 연구의 목적과 과정에 대한 설명을 들은 후 서면 동의를 하였다.

방법 및 평가도구

사회인구학적 특성과 임상적 특징에 관한 설문지

각 대상군의 연령, 성별, 결혼상태, 학력에 대하여 조사하였다.

스트레스 대처방식 척도(The Ways of Stress Coping Questionnaire : SCQ)

본 연구에서는 Folkman과 Lazarus³¹가 개발한 스트레스 대처방식 척도에 기초하여 김정희가 요인분석을 하여 선택, 개발한 척도를 사용하였다.³² 김정희³²의 척도 중에서 적극적 대처와 소극적 대처로 개념화하였던 문제중심적 대처, 사회적지지 추구, 정서중심적 대처, 소망적 사고 대처의 문항들에서 박주영³³이 발췌한 6개씩의 문항으로 구성된 총 24문항으로 이루어진 도구를 사용하였다. 김정희³²는 이 문항들에 대한 요인 분석을 통해 문제 중심적 대처, 사회적지지 추구, 정서중심적 대처, 소망적 사고 대처의 4가지 요인을 얻었으며, 이를 크게 적극적 대처와 소극적 대처로 구분하였다. 적극적 대처에는 개인의 노력이 외부로 향하는 문제중심적 대처와 사회적지지 추구 요인이 포함되며, 소극적 대처에는 노력이 자신의 사고나 감정으로 투여되는 정서중심적 대처와 소망적 사고 대처 요인이 포함되었다. 각각의 문항들은 '전혀 그렇지 않다'의 1점에서 '매우 그렇다'의 5점까지 모두 5점 Likert 척도 상에서 평정하도록 하였다. 따라서 총 24문항에 대해서 최고 120점, 최저 24점의 점수 범위를 가지고 있고, 점수가 높을수록 대처수준이 높다는 것을 의미한다. 김은정³⁴의 연구에서 산출한 이 도구의 적극적 대처방식의 신뢰도 계수 Cronbach α 와 소극적 대처 방식의 신뢰도 계수 Cronbach α 는 모두 0.77로 양호한 신뢰도를 보여주었다.

신체감각 증폭척도(Somato-Sensory Amplification Scale : SSAS)

Barsky 등³⁵이 개발한 척도로 본 연구에서는 원호택과 신현균³⁶이 번안하여 개발한 척도를 사용하였다. 이 척도는 병적이지 않은 신체감각을 증폭해서 지각하는 경향성을 측정하며 질병을 시사하지 않는 불쾌한 신체 상태를 기술하는 내용으로 되어있다. 모두 10문항으로 구성되어 있으며 '평소에 자신의 상태를 가장 잘 나타낸다고 생각되는' 문항에 대하여 5점 척도(0=전혀 그렇지 않다; 1=별로 그렇지 않다; 2=그저 그렇다; 3=꽤 그렇다; 4=매우 그렇다)로 응답하도록 되어 있는 자기보고식 척도이다. 한국형 척도의 신뢰도 계수는 $\alpha=0.75$ 였다. 총점이 높을수록 자신의 신체 감각을 증폭하는 경향이 많은 것으로 해석되고, 낮을수록 이러한 경향이 적은 것으로 해석된다. Barsky 등³⁵에 의하면, 내적 일관성 신뢰도가 0.82이다. 한국판으로 번안한 척도는 대학생 집단에서 Cronbach α 계수가 0.74, 정상 성인 집단의 경우는 0.78, 정신과 환자 집단에서는 0.70이다.

증상 해석 설문지(Symptom Interpretation Questionnaire : SIQ)

이 척도는 Robbins와 Kirmayer³⁷가 신체 증상의 원인 귀인에 일관적인 양식이 있는지를 측정하기 위해 개발한 자기 보고형 척도로 본 연구에서는 원호택과 신현균³⁶이 번안하여 개발한 척도를 사용하였다. 이 척도는 흔한 신체 증상의 원인을 상황적, 심리적 및 신체 질병 등으로 해석하는 경향성을 측정하는 도구이다. 총 52문항으로 일상생활에서 흔히 경험할 수 있는 13가지 신체 증상에 대해 3가지 귀인경향(신체 혹은 질병, 정서적 혹은 스트레스 원인, 환경적이거나 중성적인 원인)을 각각 Likert 4점 척도(1=전혀 그렇지 않다; 2=약간 그렇다; 3=상당히 그렇다; 4=매우 그렇다)로 응답하도록 되어 있다. 채점은 신체적 해석, 심리적 해석, 환경적 해석 등의 3개 하위 척도점수로 계산한다. 신체적, 심리적 및 환경적 해석 각각의 Cronbach α 는 대학생의 경우 0.82, 0.83, 0.75, 정신과 환자의 경우 0.80, 0.87, 0.83, 정상성인의 경우 0.81, 0.80, 0.75이다.

공황장애 심각도 평가 척도(Panic Disorder Severity Scale : PDSS)

이 척도는 미국 피츠버그대학 정신과 Shear 교수와 그녀의 동료들이 Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale의 모형을 본따서 1997년 공동 개발한 것으로 김정범 등³⁸이 번안하여 개발한 척도를 이용하였다. 공황장애와 부수

증상의 7가지 영역을 평가하는 항목들로 구성되어 있다. 공황발작의 빈도, 공황발작 동안 경험하는 고통, 예기불안, 광장공포증적 두려움과 회피, 내적감응적 두려움과 회피, 직무 수행의 장애나 고통, 사회적 기능의 장애나 고통 등이다. 이 척도를 평가하기 위해 임상가가 환자와 면담을 통해 지난 1개월간을 기준으로 각 항목에 대한 환자의 반응을 근거로 해서 증상의 심각도에 따라 0-4로 구분하여(0=증상 없음 : 1=경도 : 2=중등도 : 3=심함 : 4=극심함) 평가하고 7가지 항목들의 점수를 합하여 총점을 구하였다.

통계분석

자료의 통계 분석은 SPSS 12.0을 사용하였다. 분석 변인으로는 두 집단의 사회인구학적 자료를 비교한 후, 스트레스 대처방식, 신체감각 증폭의 정도, 증상 해석 양상의 차이의 비교에는 independent t-test를 이용하여 비교하였다. 환자군에서의 공황장애 심각도와 스트레스 대처방식, 신체감각 증폭척도 총점, 증상 해석 점수와의 상관관계를 알아보기 위해 Pearson 상관계수를 측정하였다. 통계적 유의수준은 0.05미만으로 하였다.

결 과

사회인구학적 특성 (Table 1)

환자군 101명의 평균 연령은 40.57(±9.63)세이고, 남자가 55명(54.46%), 여자는 46명(45.54%)이었으며, 기혼이 86명(85.15%), 미혼이 15명(14.85%)이었고, 평균 교육기간은 13.50(±3.20)년이었다. 대조군 60명의 평균 연령은 42.95(±11.11)세로, 남자가 32명(53.33%), 여

Table 1. Sociodemographic characteristics of the subjects

Sociodemographic characteristics	Panic disorder patients N=101 (%) Mean±SD	Normal controls N=60 (%) Mean±SD	p-value
Age	40.57±9.63	42.95±11.11	NS
Sex			NS
Male	55 (54.46)	32 (53.33)	
Female	46 (45.54)	28 (46.67)	
Marital status			NS
Single	15 (14.85)	10 (16.67)	
Married	86 (85.15)	50 (83.33)	
Education			NS
<7 years	6 (5.94)	4 (6.67)	
7-9 years	6 (5.94)	4 (6.67)	
10-12 years	37 (36.63)	19 (31.66)	
>12 years	52 (51.49)	33 (55.00)	

NS : not statistically significant by chi-square test

자는 28명(46.67%)이었으며, 기혼이 50명(83.33%), 미혼이 10명(16.67%)이었고, 평균 교육기간은 13.60(±3.07)년이었다. 양군 간에 연령, 성별, 결혼상태 및 학력의 유의한 차이는 없었다.

스트레스 대처방식의 차이 (Table 2)

스트레스 대처방식에서는 적극적 대처와 소극적 대처는 환자군에서 각각 36.87(±8.00), 36.94(±5.65), 정상대조군에서 각각 38.37(±5.43), 37.83(±4.71)로 나타났으며, 각군에서 적극적 대처와 소극적 대처 사이에는 통계적으로 유의한 차이가 없었다. 공황장애 환자군에서 대조군에 비해 소극적 대처방식 중 정서중심적 대처가 유의하게(p<0.05) 낮은 것으로 나타났으며, 통계적으로 유의하지는 않았으나 공황장애 환자군이 대조군에 비해 전체적으로 대처수준이 낮은 경향을 보였다.

신체감각 증폭과 증상 해석의 차이 (Table 3)

신체감각 증폭의 정도를 비교하기 위하여 두 집단의 신체감각 증폭 척도의 평균치를 독립표본 T 검증을 통해 비교하였다. 공황장애 환자집단의 신체감각 증폭척도 점수 평균치는 28.10±7.94이었고 대조군의 신체감각 증폭 척도 점수 평균치는 22.63±7.28로 환자군이 대조군에 비해 통계적으로 유의하게 높은 것으로 나타났다(p<0.001).

Table 2. Comparison of coping strategy ratings for stress between panic disorder patients and normal controls

	Panic disorder patients (N=101) Mean±SD	Normal controls (N=60) Mean±SD	p-value
Active coping	36.87±8.00	38.37±5.43	0.161
Problem focused	18.77±4.33	19.77±3.48	0.133
Seeking social support	18.10±4.70	18.60±2.68	0.390
Passive coping	36.94±5.65	37.83±4.71	0.305
Emotion focused	16.21±3.48	17.30±2.36	0.019
Wishful thinking	20.73±3.52	20.53±2.84	0.659

Table 3. Comparison of Somato-Sensory Amplification Scale and Symptom Interpretation Questionnaire between panic disorder patients and normal controls

	Panic disorder patients (N=101) Mean±SD	Normal controls (N=60) Mean±SD	p-value
Somato-sensory amplification	28.10±7.94	22.63±7.28	<0.001
Symptom Interpretation			
Physical Interpretation	43.90±10.74	37.33±8.92	<0.001
Psychological Interpretation	25.07±7.09	25.23±6.08	0.881
Environmental Interpretation	22.96±6.42	27.23±6.70	<0.001

Table 4. Correlation between PDSS and other factors

	PDSS	Active coping	Passive coping	SSAS	Physical interpretation	Psychological interpretation	Environmental interpretation
PDSS	1						
Active coping	0.120	1					
Passive coping	0.124	0.519†	1				
SSAS	0.455†	0.075	0.197	1			
Physical Interpretation	0.223*	0.115	0.253*	0.339*	1		
Psychological Interpretation	0.008	-0.231*	0.002	0.248*	0.141	1	
Environmental Interpretation	0.075	-0.110	0.010	0.040	0.304†	0.272†	1

* : significant at $p < 0.05$ by Pearson correlation test, † : significant at $p < 0.01$ by Pearson correlation test. PDSS : Panic Disorder Severity Scale, SSAS : Somato-Sensory Amplification Scale

증상 해석 양상의 차이에서는 신체적 해석에서 공황장애 환자가 대조군에 비해 유의하게 높게 나타났고(43.90 ± 10.74 vs 37.33 ± 8.92 , $p < 0.001$), 환경적 해석에서는 공황장애 환자가 대조군에 비해 의미 있게 낮은 것(22.96 ± 6.42 vs 27.23 ± 6.70 , $p < 0.001$)으로 나타났다. 그러나, 심리적 해석에서는 두 집단 간에 유의미한 차이가 없었다.

공황장애 심각도 척도와의 상관관계 (Table 4)

공황장애의 심각도와 각 변인들 사이의 상관관계를 조사한 결과, 공황장애 심각도와 신체감각 증폭척도 총점이 양의 상관관계가 있는 것으로 나타났으며($r = 0.455$, $p < 0.01$), 공황장애 심각도와 증상 해석의 상관관계 분석에서는 유일하게 신체적 해석만이 유의한 양의 상관관계를 나타내었다($r = 0.223$, $p < 0.05$).

고 찰

본 연구에서는 공황장애 환자의 스트레스 대처방식과 신체 증상 지각에 대한 인지적 반응특성을 조사하였다. 스트레스에 대한 대처방식의 차이, 일상적으로 경험할 수 있는 신체 증상의 변화를 어느 정도의 크기로 증폭하여 지각하는지, 그리고 그러한 신체 증상의 원인을 어떻게 해석하는지를 알아보았는데, 공황장애 환자들에서는 몇 가지 특성들이 나타났다.

첫째, 공황장애 환자는 스트레스 대처방식에서 정서중심적 대처가 유의하게 낮았다. 정서중심적 대처란 스트레스 상황으로 인해 생긴 바람직하지 못한 느낌을 완화시키기 위해서 다른 생각이나 행동을 동원하는 것을 의미한다. 여기에는 정서적 고통을 감소시키고자 하는 인지적 과정을 포함하고 있는데, 회피, 최소화, 거리 두기, 선택적 주의, 긍정적 비교, 그리고 부정적 사건에서 긍정적 가치를 찾아내기 등과 같은 전략들을 포함한다.⁶ Hino 등³⁹의 연구에 의하면, 공황장애 환자들이 증상은 호전될지라도 대처방식이

변하지 않는 경우가 관찰되는데, 이는 장기적으로는 치료에 좋지 않은 결과를 가져올 수도 있다고 한다. 따라서 공황장애 환자의 치료에 있어서 대처방식을 효율적으로 변화시키는 것도 중요하다. 이것은 공황장애에 대한 인지행동치료와 관련된다.³⁹⁻⁴² 대처방식의 변화란 스트레스에 대응하는 인지적, 행동적 노력으로 말할 수 있기 때문이다. 그러므로 공황장애 환자들이 정서적 변화를 파악하고, 바람직하지 못한 느낌이나 감정을 처리하도록 하는 환기, 주의 분산, 적절한 회피, 이완 요법 등과 같이 스트레스 상황을 완화시키는 대처방식을 증진시킬 수 있도록 도와야 할 것이다.

둘째, 본 연구에서 신체감각 증폭척도 점수가 공황장애 집단이 대조군보다 유의하게 높은 점수를 보였다. 이러한 결과는 공황장애 환자들이 자신이 느끼는 감각이나 신체 증상을 지나치게 크게 증폭하여 지각한다는 것을 시사한다. 이는 공황장애 환자들에게 소위 과극화 반응이 쉽게 발생하는 것과 관련이 있다.⁴³ 따라서 공황장애 환자에서 신체 증상에 대한 지각이 증폭되지 않도록 적절히 다뤄주는 것이 치료적으로 중요하다. 이에 대한 방법으로는 환자에게 고의적으로 적당한 수준의 신체 반응을 유발시키고, 이때 신체적, 정서적 경험을 스스로 관찰하여 파악할 수 있게 함으로써 이에 대한 내인성을 강화시키는 자극감응훈련이 있다. 또한 충분한 이완요법을 습득시키는 것도 도움이 될 것이다.

셋째, 증상 해석의 측면에서 볼 때, 공황장애 환자들이 증상 해석에 있어 신체적 해석은 유의하게 높았고, 환경적 해석은 유의하게 낮았다. 즉 공황장애 환자들은 자신의 신체 증상의 원인이 신체적인 증병으로 인해 나타났다고 해석하는 경향이 높다는 것이다. 반면에, 환경적 해석이란 환경 변화, 일시적 피로, 수면 부족 등과 같은 상황적 요인에서 원인을 찾는다는 의미이다. Kirmayer 등⁴⁴은 신체 증상의 원인을 해석하는 개인차가 크다고 주장하였는데, Robbins 등³⁷에 의하면 정상인들은 대개 신체 증상의 원인을 환경적이거나 중립적인 원인으로 이해하는 경향이 더 크

다고 한다. 그러므로 공황장애 환자들이 신체 증상 변화에 대해 지나치게 신체적 해석을 하기보다는 합리적이고 객관적으로 해석할 수 있도록 이끄는 인지치료적 접근이 필요하다. 실제 임상에서 공황장애 환자들이 많은 불필요한 검사들을 반복해서 시행하고도 안심을 하지 못하는 것을 자주 볼 수 있는데,^{2,3} 이는 증상의 원인을 신체적인 증병으로만 생각하고 심리적 측면과 환경적 측면을 무시하는 근본적인 인지적 경향과 많은 관련성이 있을 것으로 보인다. 이를 근본적으로 해결하기 위해서는 효율적인 질병 교육과 신체 증상에 대한 재해석을 강조하는 인지치료적 접근이 심도 있게 이뤄져야 할 것이다.

넷째, 공황장애 심각도가 높은 환자에서 신체감각 증폭척도도 높은 것을 알 수 있었다. 또한 공황장애 심각도와 신체적 원인으로 해석하는 경향 사이에도 상관관계가 있다는 결과를 얻었다. 이는 공황장애 환자들의 신체감각에 대한 파국적 해석이 공황 증상의 심각도를 예측할 수 있다고 한 Casey 등¹⁶의 연구와 비슷한 결과이다. 이는 신체 증상 지각에 대한 인지적 특성이 공황장애의 발생은 물론 호전과 악화 정도에도 밀접한 관련이 있는 중요한 인자임을 시사한다.

본 연구 결과들은 공황장애 치료방법 개발에 대한 방향을 제시하고, 그에 대한 이론적 근거를 제공한다. 공황장애 환자를 평가하고 치료함에 있어서 기존에는 광장공포증에 초점을 맞추었던 것에 반해, 1980년대 이후부터는 Clark¹⁵의 공황장애 인지모형을 기점으로 신체 감각에 대한 파국적 해석 경향에 대한 접근이 중요하게 다루어지고 있다. 국내에서 시행되고 있는 대부분의 인지행동치료도 공황장애 환자들의 신체 증상 지각에 대한 지나친 신체적 해석의 수정과 자극감응훈련을 포함하고 있다. 하지만 이제까지는 공황장애 환자들의 신체 증상 지각의 양상을 막연하게 추측하여 치료적 기법에 응용하였을 뿐, 객관적인 근거를 알 수는 없었다. 이에 대해서 본 연구의 결과는 이러한 치료적 요소가 왜 중요한지에 대한 객관적이고 합리적인 이론적 근거를 제공하였다고 본다. 향후 보다 더 구체적으로 어떤 신체 증상에 대한 과민성이 더 많은지, 각 신체 증상의 종류별로 어떤 자극감응훈련을 하는 것이 더 좋은지에 대해서도 연구가 이어져야 할 것이다. 다행히 Albany 공황과 공포 설문지(Albany Panic & Phobia Questionnaire; APPQ) 등의 관련 도구가 이미 국내에서 번안되었고,⁴⁵ 향후에도 관련 연구들이 계속될 것으로 기대된다.

한편 스트레스 대처방식의 개선은 공황장애의 예방적 차원에서도 의미가 있다. 본 연구에서 보면, 공황장애 환자들은 스트레스 대처방식이 전반적으로 비교적 낮게 나타났다. 즉, 대처방식에 대한 전반적인 효율성이 떨어져 있다는

것을 시사한다. 개인의 대처능력의 향상은 공황장애에 대한 치료적 의미뿐만 아니라 예방적 의미가 있을 것이다.

본 연구의 결과들을 통해서 시사되는 공황장애의 치료에서 강조되는 점들을 요약하면, 첫째, 스트레스 대처방식을 개선하여 공황장애의 발생과 재발을 예방하는 것, 둘째, 신체 증상에 대한 증폭된 지각을 완화하기 위해 자극감응훈련 및 이완요법과 같은 행동요법을 시행하는 것, 셋째, 신체 증상에 대한 왜곡된 해석을 고치기 위해 인지교정을 시행하는 것이다.

본 연구는 다음과 같은 몇 가지 제한점이 있다. 첫째, 단면적 연구이므로 대처방식 및 신체 증상 지각의 특징이 공황장애의 원인적 요소인지 혹은 공황장애의 경과나 결과로 인해 파생된 것인지를 명확히 구별하기가 어렵다. 둘째, 주로 자기 보고식 척도를 사용하였기 때문에 주관적 호소에 의해 평가가 이뤄졌다는 점이다. 셋째, 대조군의 불안장애 및 신체장애에 대해 임상 척도를 이용한 구체적인 조사가 이루어지지 않는다는 것이다.

본 연구에서는 몇 가지 제한된 변인만을 대상으로 상관관계 분석을 하였다. 따라서 향후에 스트레스 대처방식에 영향을 미치는 스트레스 사건이나 상황 특성, 스트레스에 대한 지각, 자아강도, 성격, 우울과 불안 등과 같은 다양한 변인들을 고려한 연구가 필요하겠다.

결론

본 연구의 저자들은 공황장애 환자의 스트레스 대처방식 및 신체 증상 지각에 대한 인지적 특성을 조사하였다. 공황장애 환자는 대조군에 비해 스트레스 대처방식에서 정서중심적 대처가 유의하게 낮은 것으로 나타났으며, 신체감각 증폭척도 평균치는 대조군에 비해 의미 있게 높은 것으로 나타났다. 또한 증상 해석 양상의 차이에 있어 신체적 해석이 대조군에 비해 의미 있게 높은 것으로 나타났고, 환경적 해석은 대조군에 비해 의미 있게 낮은 것으로 나타났다. 공황장애 심각도와 다른 인자들의 상관관계를 조사한 결과, 신체감각 증폭 및 증상 해석 양상 중 신체적 해석이 공황장애 심각도와 양의 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 결론적으로 본 연구는 공황장애 환자의 치료에 있어서 스트레스 대처방식의 효율성 증진, 신체 증상에 대한 지각 및 해석의 오류 교정 등이 필요함을 시사한다.

중심 단어 : 공황장애 · 스트레스 대처방식 · 신체 증상 지각.

REFERENCES

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual

- of Mental Disorders. 4th ed. (DSM-IV). Washington DC: American Psychiatric Press;1994. p.393-405.
2. Katon W, Von Korff M, Lin E, Lipscomb P, Russo J, Wagner E, Polk E. Distressed high utilizers of medical care. DSM-III-R diagnoses and treatment needs. *Gen Hosp Psychiatry* 1990;12:355-362.
 3. Klerman GL, Weissman MM, Ouellette R, Johnson J, Greenwalds. Panic attacks in the community. Social morbidity and health care utilization. *JAMA* 1991;265:742-746.
 4. Simon G. Psychiatric disorder and functional somatic symptom as predictors of health care use. *Psychiatric Med* 1992;10:49-59.
 5. Katerndahl DA, Realini JP. Quality of life and panic-related work disability in subjects with infrequent panic and panic disorder. *J of Clin Psychiatry* 1997;58:153-158.
 6. Lazarus R, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer;1984.
 7. Folkman S, Lazarus RS, Dunkel-Schetter C, DeLongis A, Gruen RJ. Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *J Pers Soc Psychol* 1986;50:992-1003.
 8. Manos N, Christakis J. Coping with cancer: psychological dimensions. *Acta Psychiatr Scand* 1985;72:1-5.
 9. Kim JH. Relations of perceived stress, cognitive set, and coping behavior to depression (dissertation). Seoul: Seoul National Univ.;1987.
 10. Vitaliano PP, DeWolfe DJ, Maiuro RD, Russo J, Katon W. Appraised changeability of a stressor as a modifier of the relationship between coping and depression: a test of the hypothesis of fit. *J Pers Soc Psychol* 1990;59:582-592.
 11. Wethington E, Kessler RC. Situations and processing of coping. In: Eckenrode J, editor. *The Social Context of Coping*. New York: Plenum Press;1991. p.13-29.
 12. Pearlin LI, Schooler C. The structure of coping. *J Health Soc Behav* 1978;19:2-21.
 13. Clark DM, Salkovskis PM, Ost LG, Breitholtz E, Koehler KA, Westling BE, et al. Misinterpretation of body sensations in panic disorder. *J Consult Clin Psychol* 1997;65:203-213.
 14. Beck AT, Emery G, Greenberg RL. Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective. New York: Basic books; 1985.
 15. Clark DM. A cognitive approach to panic. *Behav Res Ther* 1986;24:461-470.
 16. Casey LM, Oei TP, Newcombe PA, Kenardy J. The role of catastrophic misinterpretation of bodily sensations and panic self-efficacy in predicting panic severity. *J Anxiety Disord* 2004;18:325-340.
 17. Shim JH, Baek SB, Shin YH, Oh KS, Noh KS, Lee SH. A study of personality factor and defense mechanism in panic disorder patients. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 1999;38:1315-1323.
 18. Kim EJ, Kim YC. Personality characteristics in patients with panic disorder assessed by PDQ-R and EPQ and their links with panic symptoms. *Ewha Med J* 1998;21:39-46.
 19. Choi YH, Lee DH, Park KH, Yoon HY, Woo JM. Personality Characteristics and Those Influences on the Outcome of Cognitive Behavioral Therapy in Patients with Panic Disorder. *Korean J Psychosom Med* 2002;10:142-153.
 20. Koh SH, Lim KY, Cho SM, Chung YK. The comparison study of temperament and character in subjects with panic disorder. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 2004;43:706-711.
 21. Park HJ, Lee JH, Choi YH. The Personality traits of panic patients: Interpersonal Dependency and Perfectionism. *J Korean Soc Biol Ther in Psychiatry* 1999;5:127-136.
 22. Kim YH, Woo HW. Computerised defense mechanisms in panic disorder. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 1998;37:415-421.
 23. Ryoo KH, Kim JB. Comparison of specific coping strategies between patients with panic disorder without Agoraphobia and Patients with Panic Disorder with Agoraphobia. *J Korean Soc Biol Ther in Psychiatry* 1999;5:137-144.
 24. Hwang BJ, Kim JB. Comparison of General Coping Styles between Panic Disorder with and without Agoraphobia. *J Korean Soc Biol Ther in Psychiatry* 2000;6:215-223.
 25. Choi EY, Je YM, Lee DS, Jung YI. Differences of coping strategies for stress between the Patients of Panic Disorder with and without Agoraphobia. *J Korean Soc Biol Ther in Psychiatry* 2001;7:45-52.
 26. Vitalino PP, Katon W, Russo J, Maiuro RD, Anderson K, Jones M. Coping as an index of illness behavior in panic disorder. *J Nerv Ment Dis* 1987;175:78-84.
 27. Davey GC, Burgess I, Rashes R. Coping strategies and phobias: the relationship between fears, phobias and methods of coping with stressors. *Br J Clin Psychol* 1995;34:423-434
 28. Barsky AJ, Geringer E, Wool CA. A cognitive-educational treatment for hypochondriasis. *Gen Hosp Psychiatry* 1988;10:322-327.
 29. Duddu V, Chaturvedi SK, Isaac MK. Amplification and attribution styles in somatoform and depressive disorders-A study from Bangalore, India. *Psychopathology* 2003;36:98-103.
 30. Shin HK, Won HT. A Study on the Cognitive Characteristics of Somatization (2): The Perception, Attribution and Memory Biases of Bodily Sensations in Somatization Patients. *Kor J Clin Psychol* 1998;17:41-354.
 31. Folkman S, Lazarus RS. *Manual for the ways of coping questionnaire*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press; 1988.
 32. Kim JH, Kim CH. Relations of perceived stress, cognitive set, and coping behavior to depression (dissertation). Seoul: Seoul National Univ.;1987.
 33. Park JY. A study on the Relationship among Character Type A & B, Ego-identity and Stress Coping. Seoul: Graduate School of Sookmyung Women's Univ.;1995.
 34. Kim EJ. The effect of self-representations and consciousness on stress coping strategy. Seoul: The graduate school of Hanyang Univ.; 1999.
 35. Barsky AJ, Wyshak G, Klerman GL. The somatosensory amplification scale and its relationship to hypochondriasis. *J Psychiatric Res* 1990;24:323-334.
 36. Won HT, Shin HK. A study on the cognitive Characteristics of Somatization (1): The Reliability and Validity of the Korean Versions of Somatosensory Amplification Scale and Symptom Interpretation Questionnaire. *Kor J Clin Psychol* 1998;17:33-39.
 37. Robbins JM, Kirmayer LJ. Attributions of common somatic symptoms. *Psychological Med* 1991;21:1029-1045.
 38. Kim JB. Development of the Korean version of the Panic Disorder Severity Scale. *Korean J Psychopathol* 2001;10:140-151.
 39. Hino T, Takeuchi T, Yamanouchi N. A 1-year follow-up study of coping in patients with panic disorder. *Compr Psychiatry* 2002;43:279-284.
 40. Hino T, Takeuchi T, Ikeda M, Tomiyama G, Hanazawa H, Cho Y, et al. Coping of patients with panic disorder: a study using the Lazarus type stress coping inventory. *Jpn J Psychiatr Treat* 1999;14:1403-1407.
 41. Hoffart A, Martinsen EW. Coping strategies in major depressed, agoraphobic and comorbid in-patients: a longitudinal study. *Br J Med Psychol* 1993;66:143-155.
 42. Belfer PL, Munoz LS, Schachter J, Levensky PG. Cognitive-behavioral group psychotherapy for agoraphobia and panic disorder. *Int J Group psychother* 1995;45:185-206.
 43. Khawaja NG, Oei TP. Catastrophic cognitions in panic disorder with and without agoraphobia. *Clin Psychol Rev* 1998;18:341-365.
 44. Kirmayer LJ, Young A, Robbins JM. Symptom attrition in cultural perspective. *Can J Psychiatry* 1994;39:584-595.
 45. Kim JH, Yang JC, Kim JB, Lim KY, Lee SY, Yu BH. A validation study of Korean Albany Panic and Phobia Questionnaire (APPQ). *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 2004;43:329-336.