

범불안장애 환자의 스트레스 대처방식과 신체증상 지각에 대한 인지적 특성

전북대학교 의학전문대학원 정신과학교실,¹ 전북대학교병원 의생명연구원²

김 용¹ · 박종일^{1,2} · 박태원^{1,2} · 정상근^{1,2} · 양종철^{1,2}

Stress Coping Strategies and Cognitive Characteristics of Somatic Symptom Perception in Patients with Generalized Anxiety Disorder

Yong Kim, MD¹, Jong-Il Park, MD, PhD^{1,2}, Tae-Won Park, MD, PhD^{1,2}, SangKeun Chung, MD, PhD^{1,2} and Jong-Chul Yang, MD, PhD^{1,2}

Department of Psychiatry¹, Chonbuk National University Medical School, Jeonju, Research Institute of Clinical Medicine of Chonbuk National University-Biomedical Research Institute of Chonbuk National University Hospital², Jeonju, Korea

ABSTRACT

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

Methods : A total of 55 patients meeting DSM-5 criteria for GAD and 55 normal controls were recruited for participation in this study. We evaluated subjects using The Way of Stress Coping Questionnaire (SCQ), Somato-Sensory Amplification Scale (SSAS), Symptom Interpretation Questionnaire (SIQ), and the Generalized Anxiety Disorder for 7 Item (GAD-7). We analyzed data using an independent t-test and Pearson's correlation analysis.

Results : In terms of SCQ, GAD patients presented significantly lower scores on seeking social support and higher scores on wishful thinking than normal controls. GAD patients had significantly greater amplification of physical sensation in SSAS and higher scores in physical, psychological interpretation subsets of SIQ than normal controls. GAD-7 scores were positively correlated with physical interpretation scores on SIQ.

Conclusion : Results reveal that patients with GAD have insufficient coping strategies for stress, greater amplification of body sensations, and tendency towards a physical, psychological interpretation of somatic symptoms. (Anxiety and Mood 2017;13(2):100-107)

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

서 론

DSM-5에 따른 질환의 정의를 살펴보면 범불안장애는 조절할 수 없는 과도한 걱정이나 병적 불안이 6개월 이상 지속되는 상태로, 근육의 긴장, 과민함, 벉랑 끝에 선 것 같은 느낌, 집중의 어려움, 불면 중 적어도 세 가지 이상의 증상이 이 기간 동안 지속적으로 나타날 때 진단내릴 수 있다. 즉, 걱정

과 불안 그리고 이러한 긴장상태로부터 야기되는 신체적 증상이 범불안장애의 특징이라 할 수 있다. 단순하게는, 정상적인 불안함 외에 거의 모든 대상에 대해 불안함을 나타내는 사람이라면 범불안장애의 진단을 생각해볼 수 있을 것이다.¹⁻³

정상적인 걱정이나 불안이 어떤 상황에서 일어날 일을 효과적으로 대비할 수 있도록 도와주는 좋은 역할을 하는 반면 (예를 들어, 시험 기간에 발생하는 적당한 긴장과 불안), 범불안장애와 같은 불안장애 환자에게서 나타나는 병적인 불안은 현실적인 위험이 없거나 사소함에도 불구하고 쉽게 불안해지거나, 납득할만한 원인이 존재하지만 그 불안 정도가 양적으로 지나쳐 결국 일상생활에 지장을 일으키게 된다.⁴

병적인 불안을 특징으로 하는 불안장애에는 범불안장애 외에도 공황장애, 사회불안장애 등이 있는데, 각 진단에 따라

Received : July 17, 2017 / Revised : September 1, 2017

Accepted : September 5, 2017

Address for correspondence

Jong-Chul Yang, M.D., Ph.D., Department of Psychiatry, Chonbuk National University Medical School, 20 Geonji-ro, Deokjin-gu, Jeonju 54907, Korea

Tel : +82-63-250-2580, Fax : +82-63-275-3157

E-mail : yangjc@jbnu.ac.kr

환자들은 질환 특이적인 인지적 특성을 나타내는 것으로 알려져 있다. 불안장애의 치료에 있어서 인지치료가 종종 약물 치료만큼 효과적이라는 사실은 이러한 불안장애 환자들의 인지적 특성을 잘 파악하는 것이 치료에도 중요할 수 있음을 보여준다.⁵

범불안장애 환자의 인지적 특성에 대한 이전의 연구에 따르면 그들은 문제 상황에서 위협을 느낄 때 유발되는 정서적 불편감을 피하기 위해 걱정을 하고, 문제로부터 주의를 분산시키기 위해 피상적인 일들을 생각하며 걱정을 하는 회피적 인지특성을 나타낸다.^{3,4,6} 이러한 회피적 인지특성은 결과적으로 그들이 집이나 직장에서 빠르고 효과적으로 일하는 것을 방해하고 당사자의 시간과 에너지를 모두 소모하게 한다. 이렇듯 범불안장애 환자가 나타내는 회피적이고 소모적인 문제해결 방식은 일상생활에서뿐만 아니라 그들이 스트레스를 대처하는 데 있어서도 적지 않은 문제점을 나타낼 것으로 예상되는 바, 본 연구에서는 범불안장애 환자의 스트레스 대처방식에 대한 조사를 통해 그들의 역기능적 인지특성에 대해 좀 더 알아보는 계기를 마련해 보았다.

한편 불안장애 환자들이 일반적으로 나타내는 주요 증상 중 하나로 신체증상을 들 수 있는데, 이는 대개 불안에서 야기된 심계항진, 근육의 긴장과 같은 자율신경계 증상으로 나타난다. 그 중 범불안장애 환자에서 주로 보고되는 신체증상으로는 근육의 긴장과 동반하여 떨림, 근육연축, 온몸이 흔들리는 느낌 그리고 근육통과 속쓰림 등이 있다.¹ 범불안장애 환자에서 자율신경계의 과잉각성 증상(예, 빈맥, 호흡곤란, 어지럼증)은 공황장애와 같은 다른 불안장애에서만큼 두드러지지 않는다고 보고된 바 있다.⁵ 그러나 비전형적 흉통을 호소하는 환자의 20%, 심혈관계 평가를 요구하는 환자의 50%,⁷ 그리고 과민성대장증후군 환자의 13~25% 정도가 범불안장애를 갖고 있다는 이전 연구 결과들^{8,9}을 참고해 볼 때, 신체증상이 범불안장애에서 간과할 수 없는 중요한 증상임을 알 수 있다.

불안장애 환자들의 병적인 불안과 관련된 역기능적 사고체계는 그들이 경험하는 신체증상에 대해서도 드러나는데, 예를 들어 공황장애 환자의 경우, 자신이 느끼는 감각이나 신체증상을 지나치게 과장해서 해석하는 소위 파국화(catastrophising)라는 인지적 특성을 나타내는 것으로 보고되어 있으며, 사회불안장애 환자의 경우 사회적 상황에서 나타나는 떨림이나 근육의 긴장과 같은 자신의 신체증상을 실패나 불안전함과 같은 부정적 결과물로 인지하는 자기초점화주의(self-focused intention)의 인지 왜곡 경향을 나타내는 것으로 알려져 있다.^{1,2,10,11}

범불안장애 환자가 기본적으로 병적인 걱정과 불안을 나

타내는 사람들이라는 점에서 그들이 신체증상에 대해서도 역기능적 사고체계를 나타낼 것으로 쉽게 예상해 볼 수 있다. 범불안장애 환자의 기능적 손상은 과도한 걱정 및 불안 뿐 아니라 동반되는 근육의 긴장, 피로감 등의 신체증상에서도 기인하므로, 이들이 신체 증상을 지각함에 있어 나타내는 인지적 특성을 알아보는 것은 인지치료적 접근 등에도 도움이 될 것으로 예상된다. 이에 본 연구에서는 범불안장애 환자들이 신체 증상에 대해서는 어떻게 받아들이고 해석하는지 그 인지적 특성에 대해서도 함께 살펴보았다.

방 법

대 상

본 연구는 2016년 8월 1일부터 2017년 6월 30일까지 전북대학교병원 정신건강의학과에 내원한 환자 중 전문의의 면담을 통해 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, fifth edition(이하 DSM-5) 진단기준에 따라 범불안장애로 진단된 환자 55명을 대상으로 하였다. 호소하는 신체증상에 대해 타과 진료 및 검사에서 기질적 원인이 없는 것으로 확인된 경우를 대상으로 하였고, DSM-5 진단기준에 의해 주요 우울장애, 양극성장애, 조현병과 같은 주요 정신질환 및 범불안장애 외의 다른 불안장애를 가진 환자들은 배제하였다. 또한, 약물 및 알코올사용장애 환자를 배제하였으며, 현실검증능력에 손상을 입었거나, 자신이나 남에게 해를 끼칠 가능성을 보여 입원치료가 필요한 환자들 역시 제외되었다. 정상 대조군은 대학병원에 방문한 일반인들을 대상으로 광고를 통해 모집하였으며 설문에서 정신과적 진료 과거력 및 신체적 질병이 없다고 응답한 55명을 선별하였다. 모든 참여자들은 본 연구의 목적과 과정에 대한 설명을 들은 후 서면 동의를 하였으며, 전북대학교병원 임상시험 윤리위원회(Institutional Review Board, IRB)의 승인을 거쳤다.

방법 및 평가도구

사회인구학적 특성과 임상적 특징에 관한 설문지

각 대상군의 연령, 성별 및 학력에 대하여 조사하였다

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

본 연구에서는 Folkman과 Lazarus¹²가 개발한 스트레스 대처방식 척도에 기초하여 김정희가 요인분석을 하여 선택, 개발한 척도를 사용하였다. Kim¹³의 척도 중에서 적극적 대처와 소극적 대처로 개념화하였던 문제중심적 대처, 사회적

지지 추구, 정서중심적 대처, 소망적 사고 대처의 문항들에서 Park¹⁴이 발취한 6개씩의 문항으로 구성된 총 24문항으로 이루어진 도구를 사용하였다. Kim¹³은 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. 이전 연구결과들에 따르면 적극적 대처의 변화량과 소극적 대처의 변화량은 서로 양의 상관관계를 갖는 것으로 나타났으며, 이는 적극적으로 대처하려는 경향이 증가할수록 소극적 대처경향 역시 증가하게 됨을 뜻한다. 또한 더욱 성공적으로 스트레스를 극복하기 위해서는 적극적 대처 뿐 아니라 소극적 대처방식도 균형있게 사용되어 이러한 대처방식들을 보다 유연하게 선택하는 것이 중요하다고 알려져 있다.¹⁵ Kim¹⁶의 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)

원래 Barsky 등¹⁷이 개발한 척도로, 본 연구에서는 Won과 Shin¹⁸이 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 등¹⁷에 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 Kirmayer¹⁹가 신체 증상의 원인 귀인에 일관적인 양식이 있는지를 측정하기 위해 개발한 자기 보고형 척도로 본 연구에서는 Won과 Shin¹⁸이 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.

범불안장애 7항목 척도(The 7-item Generalized Anxiety Disorder Scale, GAD-7)

범불안장애 환자를 선별 진단하기 위해 개발된 선별평가도구로서, 불안 또는 걱정과 관련된 7가지 문항에 대해 그 정도를 0점(전혀 없었다)에서 3점(거의 매일 괴로웠다)까지 체크하도록 한 자기보고형 측정도구이다. GAD-7은 항목 수가 적고 내용이 간단하여 일차 진료현장에서도 쉽게 이용할 수 있는 장점이 있다. 이 척도의 내적 일치도는 Cronbach α 0.89로 보고되었으며, 척도의 총 점수가 10점 이상인 경우를 '범불안장애'로 진단할 경우, 이에 대한 민감도와 특이도는 각각 0.89와 0.82로 보고되었다. 또한 GAD-7의 총점이 높을수록 불안증상의 심각도가 높고 기능저하도 더욱 심한 것으로 나타났다.²⁰

통계분석

자료의 통계 분석은 SPSS v20.0을 사용하였다. 분석 변인으로는 먼저 환자군과 대조군의 사회인구학적 자료를 비교한 뒤, 두 군의 스트레스 대처방식, 신체감각 증폭의 정도, 증상 해석 양상의 차이에 대해 비교하였다. 두 군 간의 통계 비교 시 명목 변수인 성별의 비교에 대해서는 카이제곱 검정을, 그 외의 변수에 대해서는 독립 t 검정을 이용하였다. 환자군에서의 범불안장애 심각도와 스트레스 대처방식, 신체감각 증폭 척도 총점, 증상 해석 점수와의 상관관계를 알아보기 위해서 Pearson 상관계수를 측정하였다. 통계적 유의수준은 양방향 0.05미만으로 하였다.

결 과

사회인구학적 특성

환자군 55명의 평균 연령은 37.87(±13.61)세이고, 남자가 30명(54.54%), 여자는 25명(45.45%)이었으며, 평균 교육기간은 13.50(±3.20)년이었다. 대조군 55명의 평균 연령은 40.16(±11.62)세로, 남자가 29명(52.72%), 여자는 26명(42.27%)이었으며, 평균 교육기간은 13.60(±3.07)년이었다. 두 군 간의 연령 비교에서 대조군이 환자군보다 평균 2.3세정도 많았으나 통계적 유의성은 없었으며, 성별 및 학력에서는 두 군간 유의한 차이가 없는 것으로 조사되었다(Table 1).

스트레스 대처방식의 차이

스트레스 대처방식에서는 적극적 대처와 소극적 대처 점수가 환자군에서 각각 32.96(±8.46), 37.16(±5.78), 정상대조군에서 각각 38.35(±5.63), 37.87(±4.86)로 나타났으며, 두 군간의 비교에서 소극적 대처에서는 통계적으로 유의한 차이가 없었으나 적극적 대처는 환자군이 대조군보다 유의미하게 낮은 것으로 나타났다(p=0.017).

세부적으로는 범불안장애 환자군에서 대조군에 비해 적극적 대처방식 중 지지중심적 대처가 유의하게 낮은 것으로(p<

0.001) 나타났으며, 통계적으로 유의하지는 않았으나 환자군이 대조군에 비해 문제해결 중심의 대처 역시 상당히 낮은 경향을 보였다(16.84 vs 19.65). 또한 소극적 대처방식 중 소망 추구적 대처방식은 환자군에서 대조군보다 유의미하게 높은 것으로 나타났으며(p=0.017), 감정추구적 대처방식은 대조군이 환자군보다 다소 높은 것으로 조사되었으나 통계적으로 유의하지는 않았다(p=0.312)(Table 2).

신체감각 증폭과 증상 해석의 차이

신체감각 증폭의 정도를 비교하기 위하여 두 집단의 신체감각 증폭 척도의 평균치를 독립표본 t 검증을 통해 비교하였다. 범불안장애 환자집단의 신체감각 증폭척도 점수 평균치는 41.95±11.29이었고 대조군의 신체감각 증폭 척도 점수 평균치는 22.64±7.17로 환자군이 대조군에 비해 통계적으로 유의하게 높은 것으로 나타났다(p=0.005)(Table 3).

각 증상 해석 양상의 차이에서는 신체적 해석의 경우 범불안장애 환자군과 대조군이 (37.55±9.47 vs 36.96±8.97)로 환자군이 대조군보다 다소 높았으나 통계적으로 유의하지는 않았으며(p=0.845), 심리적 해석에서도 (26.85±7.20 vs 25.33±6.19)로 범불안장애 환자군에서 대조군보다 다소 높게 나타났으나 역시 통계적으로 유의하지는 않았다(p=0.771). 마지막으

Table 1. Sociodemographic characteristics of the subjects

| Sociodemographic characteristics | GAD patients (n=55, mean ±SD) | Control group (n=55, mean ±SD) | p-value |
|----------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|---------|
| Age | 37.87 (±13.61) | 40.16 (±11.62) | 0.082 |
| Sex | | | 0.567 |
| Male | 30 (54.54%) | 29 (52.72%) | |
| Female | 25 (45.45%) | 26 (42.27%) | |
| Education | 13.50 (±3.20) | 13.60 (±3.07) | 0.186 |

Table 2. Comparison of coping strategy ratings with stress between GAD patients group and control group (unit : mean ±SD)

| | GAD patients (n=55) | Control group (n=55) | p-value |
|------------------------|---------------------|----------------------|---------|
| Active coping | 32.96 (±8.46) | 38.35 (±5.63) | 0.017 |
| Problem focused | 16.84 (±4.44) | 19.65 (±3.60) | 0.562 |
| Seeking social support | 16.13 (±5.30) | 18.69 (±2.65) | <0.001 |
| Passive coping | 37.16 (±5.78) | 37.87 (±4.86) | 0.680 |
| Emotion focused | 15.89 (±2.96) | 17.31 (±2.44) | 0.312 |
| Wishful thinking | 21.27 (±4.25) | 20.56 (±2.90) | 0.017 |

Table 3. Comparison of somato-sensory amplification scores and symptom interpretation scores between GAD patients group and control group (unit : mean ±SD)

| | GAD patients (n=55) | Control group (n=55) | p-value |
|------------------------------|---------------------|----------------------|---------|
| Somato-sensory amplification | 41.95 (±11.29) | 22.64 (±7.17) | 0.005 |
| Symptom interpretation | | | |
| Physical interpretation | 37.55 (±9.47) | 36.96 (±8.97) | 0.845 |
| Psychological interpretation | 26.85 (±7.20) | 25.33 (±6.19) | 0.771 |
| Environmental interpretation | 21.33 (±7.51) | 27.36 (±6.91) | 0.577 |

Table 4. Correlation between GAD-7 and other factors in GAD patients (unit : mean±SD)

| | Active coping | Passive coping | SSAS | Physical interpretation | Psychological interpretation | Environmental interpretation |
|-------|---------------|----------------|------|-------------------------|------------------------------|------------------------------|
| GAD-7 | -0.148 | -0.13 | 0.23 | 0.536* | 0.208 | 0.631* |

* : significant at $p < 0.001$ by Pearson correlation test

로 중립적(환경적) 해석에서는 (21.33 ± 7.51 vs 27.36 ± 6.91)로 범불안장애 환자군보다 대조군에서 그 값이 현저히 높은 것으로 조사되었으나 이들 두 집단 간의 평균값 차이에 있어서 통계적 유의성은 확보되지 못하였다($p=0.577$)(Table 3).

범불안장애 7항목 척도와의 상관관계

범불안장애 환자군에서 범불안장애 7항목 척도(GAD-7)의 총점(질환의 심각도)과 스트레스 대처방식(적극적, 소극적), 신체감각 증폭, 증상해석(신체적, 심리적, 중립적)변인과의 상관관계를 조사한 결과, GAD-7의 총점과 증상해석 척도의 신체적 해석($r=0.536, p < 0.001$) 및 중립적 해석($r=0.631, p < 0.001$) 변인이 통계적으로 서로 유의미한 양의 상관관계가 있는 것으로 나타났다(Table 4).

고 찰

본 연구에서는 범불안장애 환자들의 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, 대조군과 비교하여 범불안장애 환자들에서 다음의 몇 가지 특성들이 관찰되었다.

첫째, 범불안장애 환자는 스트레스 대처방식에서 적극적 대처가 대조군보다 유의하게 낮은 것으로 나타났으며, 세부적으로는 적극적 대처 중 지지추구적 대처가 대조군보다 유의하게 낮은 것으로 보고된 반면, 소극적 대처 중 소망추구적 대처는 대조군보다 유의하게 높은 것으로 나타났다. 적극적 대처와 소극적 대처의 적응적 측면에 대한 선행연구들을 살펴보면 이에 대한 의견은 크게 두 갈래로 나뉘는데, 좀 더 많은 선행연구들이 적극적 대처방식이 소극적 대처방식보다 적응적임을 보고하는 반면,^{21,22} 일부 학자들은 본래 더 좋거나 나쁜 대처방식이 있다기보다는 보다 다양한 대처방식을 사용하는 것이 더욱 적응적인 것으로 보았다.^{23,24} 본 연구에서 범불안장애 환자들 소극적 대처에서는 대조군과 유의한 차이가 없었으나 적극적 대처가 유의하게 낮았고, 결과적으로 총 대처점수도 대조군보다 유의하게 낮게 나타난 것은 이들이 대조군보다 덜 적응적인 것임을 보여주는 결과로 해석할 수 있을 것이다.

세부적으로 범불안장애 환자들은 대조군보다 더 소망추구적이고, 덜 지지추구적인 대처방식을 나타내는 것으로 조사되었는데, 이는 범불안장애 환자들이 자신의 걱정이나 고민에 대한 도움을 외부에 요청하여 해결하기보다는 혼자 걱정하면서 이것이 막연히 해결되기를 소망하는 회피적 태도와도 관계있는 것으로 생각된다. 이러한 결과를 바탕으로 범불안장애 환자의 치료적 접근에 있어서 그들이 스트레스에 맞닥뜨렸을 때 지지추구적 대처방식은 좀 더 사용할 수 있도록 격려하고 소망적 대처방식은 줄이게끔 유도해 주는 것이 환자의 대처능력 향상을 위한 하나의 전략이 될 수 있을 것이다. 구체적으로는 자신에게 조언해 줄 수 있는 대상에게 어려움에 대해 좀 더 자주 표현해 보도록 격려하고, 막연하게 문제가 해결되기만을 소망하기 보다는 문제의 실제적 측면을 살펴보고 좀 더 현실적인 대응자세를 갖도록 조언해주는 등의 방법이 있겠다.

둘째, 본 연구에서 범불안장애 환자 집단의 신체감각 증폭 척도 점수가 대조군보다 유의하게 높은 것으로 조사되었다. 범불안장애 환자들에서 신체감각 증폭척도가 유의하게 높게 나타난 것은 그들이 주변의 일반적인 문제들에 대해 항상 걱정하고 불안해하는 것과 마찬가지로 자신이 느끼는 감각이나 신체 증상에 대해서도 지나치게 걱정하고 왜곡되게 받아들이기 때문일 것으로 생각된다. 공황장애 환자와 대조군을 비교한 선행연구에 따르면 역시 공황장애 환자들에서 신체감각 증폭정도가 유의하게 높은 것으로 나타났는데, 이는 공황장애 환자들의 경우 불안과 관련된 자극과 중성적 자극을 구별하는 데 실패하고 그 결과 파국적 해석을 통한 감각증폭으로 이어지기 때문인 것으로 보고되었다.²⁵ Douglas 등²⁶은 그들의 연구에서 범불안장애 환자가 대조군과 비교하여 생리적 증상(physiological symptoms)을 과도하게 해석하는 경향이 있으며 그 원인으로 정서조절의 실패를 제시하였다. 그들은 범불안장애 환자가 대조군과 비교하여 정서적 경험에 대해 더욱 부정적인 해석경향을 나타낼 뿐만 아니라 타인의 정서 상태를 읽는 능력이 부족하고, 부정적 정서를 스스로 조절하는 능력도 대조군보다 떨어지는 것으로 나타났다고 보고하였다. 본 연구의 결과와 Douglas 등²⁶의 연구를 종합해 볼 때, 범불안장애 환자가 호소하는 신체증상이 그들의 부정적 정서 및 정서조절 실패로 인해 과도하게 증폭되었을 가능성이 있으므로 이들의 치료에 있어서 정서조절 능력을 향상시켜 주는 것이 도

움이 될 수 있을 것으로 생각된다. 구체적으로는 범불안장애 환자에게 적당한 수준의 신체 반응을 유발시킨 후 이때 느끼는 정서적 경험을 스스로 관찰하여 파악하게 하고 이를 조절하는 연습을 반복하게 함으로써 신체증상에 대한 내인성을 강화시키는 자극감응훈련법을 사용해 볼 수 있을 것이다. 한편, 신체증상으로 인한 스트레스 자체는 범불안장애 환자가 공황장애 환자보다 상대적으로 덜하다는 점에서 공황장애 환자에서 효과가 있는 것으로 보고되는 바이오피드백과 같은 신체적 이완요법이 범불안장애 환자에서는 효과가 덜 할 수도 있을 것으로 예상된다.

셋째, 증상 해석의 측면에서는 본 연구에서 범불안장애 환자가 대조군보다 증상에 대한 신체적 해석 및 심리적 해석을 좀 더 많이 하는 것으로 나타났으나, 이러한 평균값의 차이들이 통계적으로 유의하지는 않았으며, 중립적 해석의 경우에는 범불안장애 환자의 평균값이 대조군보다 상당히 낮은 것으로 조사되었으나(21.33 vs. 27.73) 이 역시 결과 값이 통계적으로 유의하지는 않았다($p=0.577$). 공황장애 환자와 대조군과의 증상해석 경향을 비교한 선행연구를 살펴보면 본 연구의 결과와 유사하게 공황장애 환자군에서 대조군보다 신체적 해석은 더 많이 하고 중립적 해석은 더 적게 하는 것으로 보고되었다.²⁵ 이러한 결과들은 과거 Robbins 등¹⁹의 연구에서 불안장애 환자들이 대조군보다 대개 신체 증상의 원인을 환경적 또는 중립적인 원인보다는 신체적, 심리적 원인으로 이해하는 경향이 더 크다고 보고한 것과도 일치하는 것이다. 따라서 본 연구결과에서 비록 환자군과 대조군의 평균값 차이에 통계적 유의성은 확보되지 않았으나, 대조군과 비교하여 범불안장애 환자들이 신체증상의 원인을 중립적인 것보다는 신체적 또는 심리적 귀인으로 돌려 걱정과 불안이 야기되는 부정적 인지 도식을 가지는 것으로 생각해 볼 수 있다. 이를 바탕으로 치료적 측면에서는 이들이 신체 증상에 대해 가질 수 있는 부정적 인지 도식을 보다 중립적인 것으로 바꾸어 주는 인지치료가 도움이 될 수 있을 것으로 생각된다.

넷째, 범불안장애 척도의 총점이 높을수록 증상해석 중 신체적 해석 경향 및 중립적(환경적) 해석경향이 높아지는 것을 알 수 있었다. 앞서 범불안장애 환자군과 대조군의 비교에서는 환자군이 대조군보다 중립적 해석 경향은 낮고 신체적 해석 경향은 높은 것으로 나타나 환자군이 증상의 귀인을 좀 더 신체적인 것으로 해석하는 경향을 보여주었다. 이와 비교하여 범불안장애 총점이 높을수록 신체적 해석 경향 및 중립적 해석 경향 모두 높게 나타난 것은 범불안장애가 심할수록 그 귀인이 어떤 것(신체적 또는 환경적)이든 신체 증상 자체를 더욱 심각하게 받아들이는 것으로 생각해볼 수 있을 것이다.

본 연구의 결과들은 범불안장애 환자의 인지치료적 접근에

대한 방향을 제시하고, 그에 대한 이론적 근거를 제공한다. 다른 불안장애와 마찬가지로 범불안장애 환자의 치료에 있어서도 약물치료와 인지행동치료를 병행하는 것이 가장 효과적인 것으로 알려져 있는데,²⁷ 범불안장애의 인지행동치료는 환자들에게 '걱정에 대해 걱정하는 것'이 불안을 지속시킨다는 것과 회피와 꾸물거림이 문제를 해결하는데 효과적인 방법이 아니라는 것을 깨닫도록 도와준다.²⁸ 그러나 다른 불안장애들과 비교하였을 때 범불안장애 환자에 대한 인지행동치료는 그 효과가 상대적으로 떨어지는 것으로 보고되고 있으며²⁹ 질환의 특성상 여러 가지 다양한 치료에도 불구하고 치료효과를 보이지 않고 만성화하는 경우가 많은 것으로 알려져 있다. 이러한 비교적 좋지 않은 예후에는 범불안장애가 우울기분장애 등 다른 장애들과의 병발률이 높고,³⁰ 초기 발병으로부터 정확한 진단까지의 시간이 오래 걸리는 등의 요인이 작용할 것으로 생각된다.^{31,32} 아직까지 범불안장애에 대한 우리의 이해가 부족한 것도 주요한 원인 중 하나일 것으로 여겨진다. 이에 대해 본 연구의 결과는 범불안장애 환자의 스트레스 대처방식 및 신체증상 지각에 대한 인지적 특성을 살펴봄으로써 범불안장애 환자의 인지적 특성에 대한 좀 더 깊은 이해를 도모하고 향후 범불안장애 환자의 치료, 특히 인지치료의 발전에 도움이 될 수 있을 것으로 생각된다. 구체적으로는 첫째, 본 연구에서 범불안장애 환자들이 대조군과 비교하여 지리적 대처방식이 유의하게 부족한 것으로 나타난 것과 관련하여 범불안장애 환자들이 스트레스에 대해 좀 더 적응적으로 대처하기 위해 자신의 걱정이나 고민을 주변에 좀 더 표현하고 외부의 도움을 받도록 격려해 볼 수 있을 것이며, 둘째로 범불안장애 환자에서 신체감각 증폭정도가 유의하게 높은 것으로 나타난 점을 고려하여 그들이 신체증상을 경험함에 있어 그로부터 유발되는 정서적 상태를 스스로 관찰하고 조절해보는 연습을 통해 이에 대한 내인성을 강화시키는 자극감응훈련을 실시해 볼 수 있을 것이다. 셋째, 신체적 증상에 대한 부정적 인지도식을 보다 중립적인 인지도식으로 바꿀 수 있도록 유도함으로써 좀 더 덜 걱정하고 덜 불안하게 하여 증상완화를 도모할 수 있을 것이다.

본 연구는 다음과 같은 몇 가지 제한점이 있다. 첫째, 단면적 연구이므로 대처방식 및 신체 증상 지각의 특징이 범불안장애의 원인적 요소인지 혹은 범불안장애의 경과나 결과로 인해 파생된 것인지를 명확히 구별하기가 어렵다. 둘째, 일 대학 병원의 외래 환자만을 대상으로 하여 표본 크기가 충분하지 못하다는 점이다. 본 연구결과에서 확인된 범불안장애 환자의 특성을 일반화하기 위해서는 향후 보다 큰 표본 크기의 연구가 필요할 것이다. 셋째, 주로 자기 보고식 척도를 사용하였기 때문에 주관적 호소에 의해 평가가 이뤄졌다는 점이다. 넷째,

환자군과 대조군의 성별, 연령, 교육정도의 일반적 사회인구학적 특징만을 조사한 바, 그 외의 사회인구학적 요인이 두 군 사이에서 혼란변인으로 작용하였을 가능성을 배제할 수 없다는 점이다. 다섯째, 대조군의 불안장애 및 신체장애에 대해 임상 척도를 이용한 구체적인 조사가 이루어지지 않는다는 것이다.

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

결론

불안장애 클리닉을 방문하는 환자의 25%를 범불안장애가 차지할 정도로 범불안장애 환자가 많을 것으로 추정되나 병발된 기분장애 등으로 인해 진단을 내리기가 쉽지 않아 실제 진료 현장에서 범불안장애에 대한 체감 유병률은 낮은 편이다.^{4,33,34} 이렇듯 임상현장에서 쉽게 진단내려지지 않는 범불안장애에 대해 이들 환자의 인지적 특성을 분석해 보는 것은 증상을 보다 잘 이해하고 진단을 내리는데 도움을 줄 뿐만 아니라 인지치료적 접근에도 구체적인 기여를 할 수 있을 것으로 생각된다.

이에 본 연구의 저자들은 범불안장애 환자의 스트레스 대처방식 및 신체 증상 지각에 대한 인지적 특성을 조사하였다. 범불안장애 환자는 스트레스에 대해 대조군보다 더 비적응적인 대처를 하는 것으로 나타났으며 신체감각을 증폭하여 느끼는 정도는 더 큰 것으로 나타났다. 신체증상의 해석 양상에 있어서는 환자군이 대조군보다 신체적 해석과 심리적 해석경향이 다소 높았으며, 반대로 중립적 해석의 경향은 환자군에서 낮은 것으로 나타났다. 범불안장애 심각도와 다른 변인들과의 상관관계에서는 신체적 해석경향 및 중립적 해석경향이 범불안장애 심각도와 유의한 양의 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 결론적으로 본 연구는 범불안장애 환자의 인지치료에 있어서 스트레스 대처시 지지추구적 대처방식의 증진, 신체 증상 해석에 있어서 부정적 인지도식의 중립적 인지도식으로의 전환 등이 필요할 것임을 시사한다.

중심 단어: 범불안장애 · 스트레스 대처방식 · 신체증상 지각.

REFERENCES

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing;2013. p.222-225.
2. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry, 11th ed. Balti-

- more: Wolters Kluwer Health;2014. p.407-410.
3. Clark DA, Beck AT. Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice. New York: Guilford Press;2010. p.388-445.
4. Oh KS. Diagnosis and differential diagnosis of Generalized Anxiety Disorder. Korean J Psychopharmacol 2004;15:3-8.
5. Clark DM. A cognitive approach to panic. Behav Res Ther 1986;24:461-470.
6. Borkovec TD, Roemer L. Perceived functions of worry among generalized anxiety disorder subjects: distraction from more emotionally distressing topics. J Behav Ther Exp Psychiatry 1995;26:25-30.
7. Kane FJ Jr, Harper RG, Wittels E. Angina as a symptom of psychiatric illness. South Med J 1988;81:1412-1416.
8. Walker EA, Roy-Byrne PP, Katon WJ, Li L, Amos D, Jiranek G. Psychiatric illness and irritable bowel syndrome: a comparison with inflammatory bowel disease. Am J Psychiatry 1990;147:1656-1661.
9. Lydiard RB, Fossey MD, Marsh W, Ballenger JC. Prevalence of psychiatric disorders in patients with irritable bowel syndrome. Psychosomatics 1993;34:229-234.
10. Khawaja NG, Oei TP. Catastrophic cognitions in panic disorder with and without agoraphobia. Clin Psychol Rev 1998;18:341-365.
11. Beidel DC, Turner SM, Dancu CV. Physiological, cognitive and behavioral aspects of social anxiety. Behav Res Ther 1985;23:109-117.
12. Folkman S, Lazarus RS. Manual for the ways of coping questionnaire. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press;1988.
13. Kim JH, Kim CH. Relations of perceived stress, cognitive set, and coping behavior to depression (dissertation). Seoul: Seoul National Univ.;1987.
14. 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.
15. Schneider KR, Elahi JD, Gray MJ. Coping style use predicts post-traumatic stress and complicated grief symptom severity among college students reporting a traumatic loss. J Couns Psychol 2007;54:344-350.
16. Kim EJ. The effect of self-representations and consciousness on stress coping strategy. Seoul: The graduate school of Hanyang Univ.; 1999.
17. Barsky AJ, Wyslak G, Klerman GL. The somatosensory amplification scale and its relationship to hypochondriasis. J Psychiatr Res 1990;24:323-334.
18. Won HT, Shin HK. A study on the cognitive Characteristics of Somatization (I): The Reliability and Validity of the Korean Versions of Somatosensory Amplification Scale and Symptom Interpretation Questionnaire. Kor J Clin Psychol 1998;17:33-39.
19. Robbins JM, Kirmayer LJ. Attributions of common somatic symptoms. Psychological Med 1991;21:1029-1045.
20. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7. Arch Intern Med 2006;166:1092-1097.
21. Compas BE, Davis GE, Forsythe CJ, Wagner BM. Assessment of major and daily stressful events during adolescence: the Adolescent Perceived Events Scale. J Consult Clin Psychol 1987;55:534-541.
22. Terry DJ, Tonge L, Callan VJ. Employee adjustment to stress: The role of coping resources, situational factors, and coping responses. Anxiety Stress Coping 1995;8:1-24.
23. Menaghan EG. Measuring coping effectiveness: a panel analysis of marital problems and coping efforts. J Health Soc Behav 1982;23:220-234.
24. Han SY, Heo TK, KIM DJ, Chae JM, Stress coping strategies : The effects of situational factors on coping. Korean J Health Psychol 2001; 6:123-143.
25. Jung HW, Lee MS, Park WY, Yang JC, Lim ES, Park TW, et al, The stress coping strategies and cognitive characteristics of somatic symptom perception in patients with panic disorder. Anxiety and Mood 2007;3:119-121.
26. Douglas SM, Richard GH, Cynthia LT, David MF. Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety

- disorder. *Behav Res and Ther* 2005;43:1281-1310.
27. Roy-Byrne PP, Katon W. Generalized anxiety disorder in primary care: the precursor/modifier pathway to increased health care utilization. *J Clin Psychiatry* 1997;58:34-38.
 28. Wells A. *Cognitive therapy of anxiety disorders: A Practice Manual and Conceptual Guide*. New Jersey: John Wiley & Sons;1997. p.266-287.
 29. Christian O. Cognitive behavioral therapy in anxiety disorders: current state of the evidence. *Dialogues Clin Neurosci* 2011;13:413-421.
 30. Kim HJ, Je YM, Lee DS, Baik DE, Cho JN. The Comparison of Cognitive Styles and Stress Coping Strategies between Generalized Anxiety Disorder and Major Depressive Disorder. *J Korean Soc Biol Ther Psychiatry* 2002;8:50-55.
 31. Song JM, Chae JH. Diagnosis and Treatment of Generalized Anxiety Disorder in Primary Practice. *J Korea Acad Fam Med*. 2005;26: 517-528.
 32. Libowitz MR, Hollander E, Schneier F, Campeas R, Fallon B, Welkowitz L, et al. Anxiety and depression: discrete diagnostic entities? *J Clin Psychopharmacol* 1990;10:61-66.
 33. Kim KH. Diagnosis and psychological assessment of generalized anxiety disorder. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 2012;51:16-24.
 34. Kessler RC, Keller MB, Wittchen HU. The epidemiology of generalized anxiety disorder. *Psychiatr Clin North Am* 2001;24:19-39.