

## 범불안장애의 진단과 심리학적 평가

CHA의과학대학교 분당차병원 정신건강의학교실

김 근 향

### Diagnosis and Psychological Assessment of Generalized Anxiety Disorder

Keun-Hyang Kim, PhD

Department of Psychiatry, CHA Bundang Medical Center, CHA University, Seongnam, Korea

Received May 20, 2011  
Revised August 22, 2011  
Accepted January 3, 2012

#### Address for correspondence

Keun-Hyang Kim, PhD  
Department of Psychiatry,  
CHA Bundang Medical Center,  
CHA University,  
59 Yatap-ro, Bundang-gu,  
Seongnam 463-712, Korea  
Tel +82-31-780-6135  
Fax +82-31-780-5862  
E-mail khyang25@hanmail.net

Of the anxiety disorders which may be identified in a clinical setting, generalized anxiety disorder (GAD) has often been overlooked for several reasons : 1) its unremarkable place in the diagnostic hierarchy, 2) relationship to excessive anxiety and worry, and 3) comorbidity with other mental disorders which may take clinical precedence. However, clinicians should be attentive to the clinical signs leading to a diagnosis of GAD. This paper reviewed the availability of reliable assessment tools to help clinicians diagnose and assess GAD. First, diagnostic interview tools targeting GAD were introduced. Then, the tools for assessing worry (intensity/frequency/topic), factors associated with its maintenance (cognitive avoidance, intolerance of uncertainty), and tools for assessing generalized anxiety (severity/aspects), comorbid condition and differential diagnosis were reviewed. Lastly, cultural and developmental aspects related to GAD were addressed. The considerations included in this report were summarized in a flow chart and table that are practically useful in the diagnoses and assessment of GAD. Thus, this review provided guidelines for clinicians in the Korean psychiatric setting to enable appropriate diagnosis, assessment, and treatment of GAD.

J Korean Neuropsychiatr Assoc 2012;51:16-24

**KEY WORDS** Generalized anxiety disorder · Diagnosis · Psychological assessment · Measures.

## 서 론

범불안장애(generalized anxiety disorder, 이하 GAD)는 불안장애의 하위유형으로서 일상생활 속에서 여러 가지 사건이나 활동에 대한 지나친 불안과 걱정을 만성적이고 지속적으로 보이는 장애이다.<sup>1)</sup> 일반적으로 GAD의 1년 유병률은 약 3~8%이고 평생 유병률은 약 5%로 알려져 있지만 불안장애 클리닉을 방문하는 환자의 25%를 GAD가 차지할<sup>2)</sup> 정도로 GAD는 임상장면에서는 흔하다. 그러나 GAD는 동반되는 다른 정신장애로 인하여 진단이 가려지고<sup>3,4)</sup> 실제 임상에서도 그 진단이 쉽게 내려지지 않는 경향이 있는<sup>5)</sup> 등 충분히 주의를 받아오지 못한 것이 사실이다. 그동안 임상장면에서 GAD가 주목받지 못했던 이유는 크게 1) 정신장애 분류의 진단적 위계 2) GAD 진단의 핵심인 과도한 불안과 걱정 개념 및 정의 3) 동반되는 다른 질환과의 관계 측면에서 생각해 볼 수 있다. 그 구체적인 내용은 다음과 같다.

첫째, 정신장애 분류의 진단적 위계와 관련된 문제이다. DSM-IV에 의하면, 범불안 증상은 기분장애 및 정신증적 장애의 공통적인 부수적인 증상이며 만약 이러한 장애가 진행되는 도중에만 범불안 증상이 일어난다면 GAD의 진단은 별

도로 내려지지 않는다. 따라서 기분장애나 정신증적 장애의 삽화가 두드러질 때 내원한 환자의 경우에는 내원 당시의 불안 증상 외에 평소의 범불안 증상은 간과되기 십상이다. 기분장애나 정신증적 장애 환자의 평소 불안 증상에 주목하는 경우에도 환자의 불안을 해당 장애의 전조 증상으로 간주하기 쉽다. Zimmerman과 Chelminski<sup>6)</sup>는 범불안 증상이 동반된 주요 우울장애(major depressive disorder, 이하 MDD) 환자와 MDD만으로 진단된 환자가 질적으로 다른 환자군임을 강조하며 MDD 경과 중에 발생하는 범불안 증상도 동시에 진단해야 한다고 지적한 바 있다. 그들의 연구에 따르면, GAD가 동반된 MDD 환자는 MDD만으로 진단된 환자에 비해 MDD 동반시기와 무관하게 자살사고가 많고 사회적 기능이 빈약하며 다른 불안장애, 섭식장애, 신체형 장애를 동반하는 경우가 많았다.

둘째, GAD 진단의 핵심인 과도한 불안과 걱정의 개념 및 정의에 관련된 문제이다. 범불안 증상이 정상적인 불안과 비교하여 1) 조절곤란과 기능장애 초래 2) 광범위성과 빈발성 3) 신체증상의 동반이 많다는 점에서 구분된다<sup>1)</sup>고 하나 범불안 증상과 정상적인 불안의 실제 감별은 간단하지 않다. 또한 걱정은 주제, 강도, 지속성 등에서 다양한 변산이 존재하기는

하지만<sup>7,8)</sup> 대부분의 사람들이 경험하는 보편적인 심리적 과정이다.<sup>9)</sup> 게다가 걱정은 실제 발생할 가능성이 있는 문제들로부터 개인을 보호해 준다는 신념으로서 그 기능을 하고 문제 상황으로부터 실제로 주의를 분산시키는 효과까지 보이고 있어<sup>10)</sup> 걱정이 단기적으로는 적응적이라는 견해 또한 존재한다. 이러한 점들로 볼 때, 병리적인 수준의 걱정에 대한 일반적인 인식은 부족한 실정이다.

셋째, GAD는 다른 동반 정신장애에 의하여 진단이 가려지는 경우가 많다.<sup>3)</sup> GAD에 가장 흔히 동반되는 정신장애는 우울장애(MDD, 기분부전장애), 알코올 또는 약물사용장애, 특정 공포증, 사회공포증, 공황장애 등이며<sup>11,12)</sup> 성격문제를 동반하는 경우도 흔한데 GAD의 약 31~46%가 성격문제를 가지고 있다는 보고도 있다.<sup>13)</sup> GAD 환자들은 특히 C 군의 성격장애를 가장 많이 보이고 있으며 그 중에서는 회피성 성격장애가 가장 흔하다.<sup>14)</sup> GAD와 공존하는 질환 중에서도 MDD와 기분부전장애는 DSM-IV의 GAD와 세부 진단준거(B 항목)에서 수면문제, 피로감, 집중곤란이 유사하게 언급되고 있어 실제로는 세 가지 장애 모두가 동일한 증상을 공유하고 있다고 볼 수 있으므로 감별이 더욱 어렵다. 위 세 가지 장애의 중복 증상부분은 표 1에 비교 제시하였다. 이러한 점들에 근거하여 Watson<sup>15)</sup>의 경우에는 GAD가 다른 불안장애들보다 MDD와 공통된 점이 더 많다고 하며 향후 출판될 DSM-V에서는 이러한 내면화 장애들이 재구조화되어야 한다고 제안한 바 있다. 뿐만 아니라 불안장애군 내에서도 불안과 걱정의 초점에 주목하여 GAD를 각각의 불안장애와 비교할 경우, 그림 1에서 볼 수 있는 것처럼 불안과 걱정의 주제가 공황장애, 사회공포증, 강박장애, 외상 후 스트레스장애 또는 급성 스트레스장애에 국한되어 나타나는 것이 아닐 때 비로소 GAD로 진단된다. 그림 2는 Leahy와 Holland<sup>16)</sup>가 제안한 GAD의 진단절차를 요약한 것이다. 이와 같은 결정과정은 GAD와의 감별 진단에는 유용하나 GAD가 공존하는 경우에는 GAD의 진단이 후순위로 밀려나게 되어 결국 GAD의 존재를 간과하게 만들 우려가 있다.

현재 GAD에 대해서는 정확한 진단과 기타 다른 정신장애와의 감별 진단과 관련된 이슈들이 다루어지고 있으며<sup>17,18)</sup> 향후 출판될 DSM-V에서는 GAD의 진단과 관련된 문제점들

을 보완하고자 활발한 논의가 진행 중이다.<sup>15,19)</sup> 게다가 최근 여러 약물치료의 장기치료 및 안정성 등이 입증되면서 치료 영역에서의 큰 팽창을 이루어 현재는 매우 활발히 연구가 진행되고 있고 임상적으로 관심이 증가되고 있다.<sup>20)</sup> 국내에서도 그 동안에는 GAD에 대한 체계화된 연구가 부족하였으나 최근에는 전문가 집단의 임상경험에 근거하여 한국형 GAD 약물치료 알고리즘을 개발<sup>4,21,22)</sup>하는 등 GAD에 대한 관심이 확대되고 체계적인 연구가 시도되고 있다. 이에 발맞추어 GAD 진단과 이를 위한 심리학적 평가, 경과와 치료의 성과를 측정하기 위한 다양한 평가도구 또한 요구되는 바, 본고에서는 GAD의 정확하고 면밀한 진단을 위해 심리학적 평가에서 초점을 두어야 할 점들과 이를 평가할 수 있는 현재 국내에서 가용한 도구들을 개관하여 임상가들에게 GAD 진단과 평가에 대한 가이드라인을 제공하고자 한다.

## 본 론

먼저 GAD 진단도구에 대해 소개하고 걱정(강도, 빈도, 주제)과 걱정의 유지요인(인지적 회피, 불확실성에 대한 인내력 부족), 범불안(강도, 측면), 공존병리 및 감별진단을 위한 평가도구를 개관한 뒤 GAD 평가에서 고려해야 할 문화 및 발달 요인에 대해 살펴보고자 한다.

### GAD 진단도구

Anxiety Disorder Interview Schedule for DSM-IV  
(이하 ADIS-IV)<sup>23)</sup>

Brown 등이 1994년에 개발하였다. ADIS-IV는 불안장애 진단을 위한 구조화된 면담도구로서 GAD에 독특한 신체증상, 걱정의 내용, 불편감의 정도, 걱정의 기능적 해석이나 유지 요인에 대한 정보를 제공한다. GAD 표본에서 신뢰도는 kappa 값 0.67로서 양호하였다.<sup>24)</sup> 국내에서는 ADIS-IV가 아직까지 사용되지 않고 있으며 DSM-III의 진단준거에 맞추어 개발된 Anxiety Disorder Interview Schedule-Revised<sup>25)</sup>이 번안되어 사회공포증을 비롯한 불안장애 연구에 사용된 바 있다.

**Table 1.** Comparison of MDD, GAD, dysthmic disorder on DSM-IV-TR criterion B

Major depressive disorder	Dysthmic disorder	Generalized anxiety disorder
Insomnia/Hypersomnia nearly every day	Sleep disturbance	Insomnia or hypersomnia
Psychomotor agitation or retardation	Restlessness/Irritability	-
Fatigue or loss of energy	Being easily fatigue	Low energy or fatigue
Diminished ability to think or concentration, indecisiveness	Difficulty concentration	Poor concentration or difficulty making decision

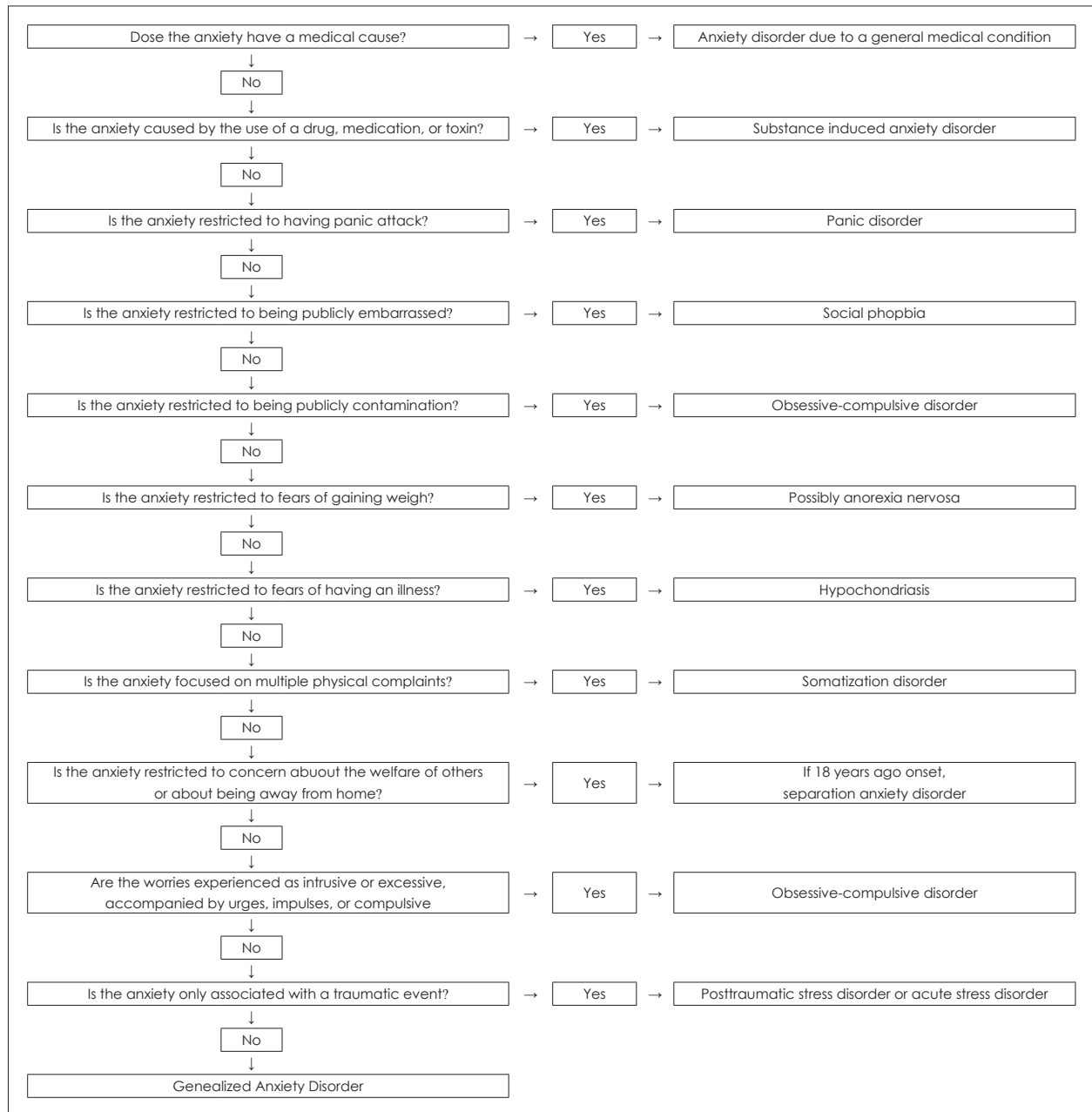


Fig. 1. Diagnostic flow chart for generalized anxiety disorder (Leahy & Holland, 2000).

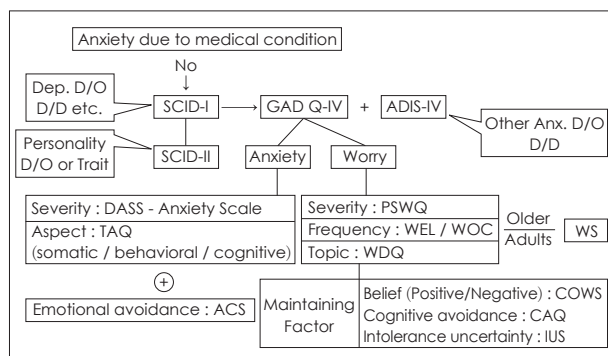


Fig. 2. Assessment flow chart for generalized anxiety disorder.

GAD-Questionnaire-IV(이하 GAD-Q-IV)<sup>26)</sup>

Newman 등이 2002년에 개발하였다. GAD-Q-IV는 GAD 진단을 위한 자기보고식 평가도구로서 DSM-IV 진단 준거에 근거하여 GAD 진단이 가능하도록 구성되어 있다. 총 9문항으로 연속변인 문항과 진위형 문항이 혼합되어 있으며 내적 일치도가 Cronbach  $\alpha$  0.84, 검사-재검사 신뢰도 0.81로 높았다.<sup>26)</sup> ADIS-IV에 의해 GAD로 진단된 집단은 GAD-Q-IV 연속변인 문항들에서 다른 불안장애와 정상 통제군보다 높은 점수를 획득하였는데 GAD-Q-IV는 GAD 진단에서 민감도 69%, 특이도 97%를 보였다.<sup>26)</sup> 국내에서는

Kim<sup>27)</sup>에 의해 변안되어 임상장면에서 사용되고 있다.

## GAD 평가도구

### 걱정 평가

강도-Penn State Worry Questionnaire(이하 PSWQ)<sup>28)</sup>

Meyer 등이 1990년에 개발하였다. PSWQ는 과도하고 통제 불가능한 걱정을 측정하는 자기보고식 검사로서 널리 사용되는 척도이다. 5점 척도에 총 16문항으로 구성되어 있으며 56점 이상이면 GAD로 진단 가능하다고 알려져 있다. 신뢰도는 Cronbach  $\alpha$  0.86~0.93으로 높으며<sup>29)</sup> 다른 불안 측정치들과는 중등도의 상관성이 보고되었다. 국내에서는 Kim과 Min<sup>30)</sup>에 의해 변안되어 불안장애 및 걱정 연구에 빈번하게 사용되고 있고 최근 국내 대학생들을 대상으로 한 심리측정 연구에서 내적 일치도가 Cronbach  $\alpha$  0.92로 높게 보고되었다.<sup>31)</sup>

### 빈도-자가 모니터링

① Worry Episode Log(이하 WEL)<sup>32)</sup>

Rygh와 Sanderson이 2004년에 개발하였다. WEL은 병리적인 불안과 정상 불안을 구별하기 위한 목적으로 걱정에 소비하는 시간을 자가 모니터링하는 척도이다. 하루 동안 걱정에 소비한 시간을 기록하고 걱정의 심각도나 내용, 걱정의 결과를 평가하는 것이다. 치료 과정과 성과 평가에도 유용하게 사용될 수 있다. 국내에서는 Kim<sup>27)</sup>이 변안한 바 있다.

② Worry Outcome Diary(이하 WOC)<sup>33)</sup>

Borkovec 등이 1999년에 개발하였다. WOC는 매주 한 시점에서 걱정과 공포스러운 결과를 기록하는 척도이다. 걱정과 관련된 결과가 현실적으로 명확해진 후 스스로 그 결과를 기록하고 실제로 대처하며 부정적인 결과와 예상 대처 능력에 대해 비교할 수 있다. 손톱뜯기, 머리카락 비비꼬기 등 걱정의 신호가 되는 행동적 단서를 확인할 수 있다. 본 척도를 사용한 결과, 걱정에 소비하는 시간의 평균이 통제집단의 경우, 55분인 것에 비해 GAD는 310분으로 더 길었다. 치료 과정과 성과 평가에도 유용하게 사용될 수 있다. 국내에서는 Kim<sup>27)</sup>이 변안한 바 있다.

주제-Worry Domains Questionnaire(이하 WDQ)<sup>34)</sup>

Tallis 등이 1991년에 개발하였다. WDQ는 걱정의 주제를 측정하는 자기보고식 척도로서 5점 척도에 총 25문항으로 구성되어 있다. 관계, 유능감 부족, 목적 없는 미래, 사회적 수용, 타인에 대한 걱정, 기타의 주제 영역으로 구성되어 있다. GAD 표본의 평균은 40.03(SD 19.8)이었다.<sup>34)</sup> 일반인과

대학생 집단에서 각각 신뢰도가 Cronbach  $\alpha$  0.91과 0.93으로 높았으며<sup>35,36)</sup> 여러 연구에서 다른 걱정 척도와의 상관은 0.60 이상으로 양호하였다. 국내에서는 Cho<sup>36)</sup>에 의해 변안된 바 있다.

### 걱정 유지요인 평가

#### 걱정에 대한 신념

걱정은 공포자극 반응에 대한 생리학적 각성을 줄여줌과 동시에 미래의 부정적인 사건이 일어날 가능성을 예측한다는 일종의 착각을 일으킨다.<sup>37)</sup> 이와 같이 걱정이 일시적으로는 긍정적인 기능을 하기도 하지만 이 점이 오히려 장기적으로는 걱정을 지속하게 만드는 신념으로 작용하기 때문에 만성적인 위험이 잠재되어 있다고 볼 수 있다. 따라서 단순히 걱정이 과도한 것인지에만 초점을 둘 것이 아니라 걱정이 한 개인에게서 어떤 기능을 하고 있는지 그리고 걱정에 대한 부정적 신념뿐만 아니라 긍정적 신념에 대해서도 구체적인 평가가 요구된다.

① Consequence Of Worrying Scale(이하 COWS)<sup>38)</sup>

Davey 등이 1996년에 개발하였다. COWS는 걱정의 결과에 대한 다양한 신념을 측정하는 자기보고식 척도로서 5점 척도에 총 29문항으로 구성되어 있다. 걱정에 대한 부정적 신념뿐만 아니라 긍정적 신념에 대해서도 강도를 측정할 수 있다. 국내에서는 Cho<sup>36)</sup>에 의해 변안되어 대학생 집단에서 긍정적 신념과 부정적 신념의 2요인이 추출된 바 있다.

#### 인지적 회피

GAD 환자들은 문제상황에서 위협을 느낄 때 유발되는 정서적 불편감을 피하기 위해 걱정을 하고<sup>39,40)</sup> 문제로부터 주의를 분산시키기 위해 피상적인 일들을 생각하며 걱정하는 회피전략을 사용한다. 하지만 이러한 회피전략들은 단기적으로는 불안을 감소시키지만 장기적으로는 정서적 처리과정이 일어나지 않고 위협적 의미가 지속됨으로써 불안이 계속 유지되고 다시 걱정을 순환시키는 결과를 가져온다.

① Cognitive Avoidance Questionnaire<sup>41)</sup>

인지적 회피전략을 평가하는 자기보고식 척도로서 5점 척도에 총 25개 문항으로 구성되어 있다. 사고억제, 사고치환, 주의분산, 위협자극 회피, 심상의 사고전환의 5가지 요인으로 분류되어 있어 인지적 회피의 다양한 측면을 평가할 수 있다. Gosselin 등이 2007년에 프랑스어로 개발한 원판의 영어판<sup>42)</sup>을 국내에서는 Song과 Kim<sup>43)</sup>이 변안한 바 있으며 그 연구의 대학생 표본에서 내적 합치도는 Cronbach  $\alpha$  0.94로서 높았고 검사-재검사 신뢰도는 0.71로 양호하였다.



### 불확실성에 대한 인내력 부족

불확실성에 대한 인내력 부족은 불확실한 상황을 지각하고 해석하며 반응하는데 영향을 미치는 인지적 편향이다.<sup>44)</sup> 높은 수준의 불확실성에 대한 인내력 부족은 우울 증상과도 관련되어 있지만 불안에 보다 강력하게 연합되어 있고<sup>45)</sup> 다른 불안장애와 비교하였을 때 GAD에 특징적이다. 불확실성에 대한 인내력 부족이 불확실한 정보를 선택적으로 처리하고 그 정보를 위협적으로 해석하게 만듦으로써 병리적 걱정을 야기할 수 있다.<sup>46)</sup>

#### ① Intolerance of Uncertainty Scale(이하 IUS)<sup>47)</sup>

Freeston 등이 1994년에 개발하였다. IUS는 불확실성에 대한 인내력 정도를 평가하는 자기보고식 척도로서 5점 척도에 총 27문항으로 구성되어 있다. GAD 평균 87.08(SD 21.08)이고 신뢰도는 Cronbach  $\alpha$  0.91~0.95로서 우수하며 걱정과도 유의한 상관이 보고되었다.<sup>48)</sup> 국내에서는 4점 척도로 Choi<sup>49)</sup>에 의해 번안되어 연구에 사용되고 있으며 국내 대학생 표본에서 Cronbach  $\alpha$  0.90이었고<sup>50)</sup> MDD와 GAD 환자에서 Cronbach  $\alpha$  0.94로 내적 일치도는 높았다.<sup>45)</sup>

### 범불안평가

GAD에서의 불안 증상은 주로 근육 긴장, 가장자리에 선 느낌이므로 각성 증상을 주로 측정하는 Beck Anxiety Inventory(이하 BAI)<sup>51)</sup>와 같은 도구는 GAD의 불안 증상 측정에는 적합하지 않다.<sup>37)</sup> 그리고 GAD는 MDD와의 공존이 빈번하므로 State-Trait Anxiety Inventory(이하 STAIInventory)<sup>52)</sup>와 같이 우울증상이 혼재되어 있는 불안을 측정하는 도구 또한 GAD의 불안평가에 이상적이지 않다.<sup>37)</sup> 이와 같은 점을 고려하여 GAD의 불안평가에는 Hamilton Anxiety Rating Scale(이하 HARS)<sup>53)</sup> 외에 함께 다음과 같은 척도를 고려해 볼 수 있다.

### 강도-Depression Anxiety Stress Scale(이하 DASS)<sup>54)</sup>의 불안 척도

Lovibond와 Lovibond가 1995년에 개발하였다. DASS는 우울, 불안, 스트레스 각각의 핵심 증상을 측정하고 구별하기 위해 개발되었다. 하위 척도인 불안척도를 사용하여 불안에 대한 평가가 가능하다. 4점 척도에 총 42문항으로 비 임상집단에서 불안척도의 평균은 4.70(SD 4.91)으로 보고되었다.<sup>54)</sup> 내적 일치도는 임상표본에서 Cronbach  $\alpha$  0.88~0.96 범위로 양호하였다.<sup>55)</sup> 국내에서는 Kim<sup>27)</sup>에 의해 번안된 바 있다.

#### 측면-Trimodal Anxiety Questionnaire(이하 TAQ)<sup>56)</sup>

Lehrer와 Woolfolk가 1982년에 개발하였다. TAQ는 불안

의 신체적, 행동적, 인지적 측면을 측정하는 자기보고식 척도로서 9점 척도에 총 36문항으로 구성되어 있다. 내적 일치도는 임상 및 일반 표본에서 Cronbach  $\alpha$  0.91~0.93 이었고<sup>56)</sup> 사회공포증 환자에서 Cronbach  $\alpha$  0.83~0.92였으며<sup>57)</sup> 신체적 불안척도만이 HARS와 유의한 상관을 보였다.<sup>56)</sup> GAD를 대상으로 한 연구는 제한적이다. 국내에서는 Kim<sup>27)</sup>에 의해 번안된 바 있다.

### 그 외 평가

#### 공존병리 및 감별 진단

##### 축 1 장애

축 1의 다른 장애들의 특징이 아닌 몇몇 주제들에 대한 과도한 걱정이 존재할 경우에 GAD 진단이 가능하다. 각 장애와의 비교의 초점과 절차는 그림 1에 요약되어 있다. 일반적으로 축 1 장애의 진단을 위해서는 Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders(이하 SCID-I),<sup>58)</sup> Mini-International Neuropsychiatric Interview(이하 MINI)<sup>59)</sup>와 같은 구조화된 면담이 적합하다. 우울장애와 다른 불안장애와의 공존병리 및 감별 진단 못지않게 GAD에 빈번하게 동반되는 알코올 및 물질 사용장애와 다양한 신체적 호소를 동반하는 의학적 장애와의 감별을 위해서는 정확한 문진에 더불어 알코올 및 약물검사, 의학적 검사 또한 필요하다.

##### 축 2 장애

성격장애에 대한 평가를 위해서는 전통적인 심리평가 외에 Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders(이하 SCID-II)<sup>60)</sup>와 같은 축 2 장애를 위한 구조화된 임상적 면담을 사용하는 것이 추천된다.

#### 기타 고려사항

##### 정서적 회피

GAD에서 보이는 정서적 회피는 이완의 어려움과 관련되어 있다. 여기에서 말하는 회피는 명확한 공포증적인 회피가 아니며 높은 수준의 지연(procrastination)으로서<sup>33)</sup> GAD 환자들은 예상되는 부정적인 결과에 대한 두려움으로 인해 흥분이 동반되는 승진이나 인맥 형성과 같은 적극적인 목표를 추구하지 못하고 즐거운 활동에 참여하는 것도 회피하는 결과를 초래한다.<sup>37)</sup>

#### ① Affective Control Scale(이하 ACS)<sup>61)</sup>

Williams 등이 1997년에 개발하였다. ACS는 강한 정서 상

태를 경험할 때의 통제력 상실에 대한 두려움을 측정하는 자기보고식 척도로서 7점 척도에 42문항으로 구성되어 있으며 대학생 표본에서 Cronbach  $\alpha$ 는 0.94로 높았다.<sup>62)</sup> 국내에서는 Kim<sup>27)</sup>에 의해 번안된 바 있다.

#### 문화적 요인

DSM-IV에서 밝히고 있는 GAD의 1년 유병률은 약 3%, 평생 유병률은 약 5%인데 비해 국내 역학조사<sup>63)</sup>에서는 GAD의 1년 유병률이 1.04%, 평생 유병률인 2.3%로 상대적으로 낮았다. 또한 Hofstede<sup>64)</sup>가 개발한 불확실성에 대한 회피 지수를 국가별로 비교하였을 때, 세계 53개국 중 우리나라는 85로서 높은 편이었다. 아시아 국가들이 대체로 낮은 편인데 비해 일본(92)과 한국만이 높은 편에 속하였다. 이로 볼 때, 한국인에게서는 불안과 걱정이 서양인에 비해 상대적으로 보편적이고 일반적인 것으로 간주되어 병적인 것으로 여겨지지 않을 가능성이 있으며 한국인의 경우, 다른 나라 국민들에 비해 불확실성을 싫어하고 이를 회피하려는 경향이 강함을 알 수 있다.

#### 발달적 요인

연령이 증가할수록 불안장애는 급격하게 감소하고 대개 두드러진 불안 증상은 기저의 우울증에 의해 나타나는 경향이 있기는<sup>65)</sup> 하지만 노인 환자의 경우에 걱정과 긴장, 불안을 우울증의 부수 증상으로 간주하여 그들의 범불안 증상이 간과되기 쉬우므로 우울 증상과는 별도로 노인들의 불안 증상에 대해 주의를 기울여야 할 것이다. 노인들의 불안평가를

위해 다음과 같은 척도를 추천한다.

#### ① Worry Scale for Older Adults(이하 WS)<sup>66)</sup>

Wisocki가 1988년에 개발하였다. WS는 걱정의 빈도와 노화 관련 주제에 대한 걱정을 측정하는 자기보고식 척도로서 5점 척도에 35문항으로 구성되어 있으며 그 외에 주관식으로 자신의 특정한 걱정거리를 기술하는 부분이 포함되어 있다. GAD 노인환자의 평균은 35.4(표준편차 10.5)였고 신뢰도는 GAD 노인환자를 대상으로 한 경우에 0.93으로 높게 보고되었다. 국내에서는 Kim<sup>27)</sup>에 의해 번안된 바 있다.

## 고 찰

GAD 진단의 불안정한 신뢰도에도 불구하고 도움을 필요로 하는 많은 GAD 환자의 치료적 개입을 위해 현 진단체계 내에서 GAD를 정확하게 진단하고 관련된 주제들을 면밀하게 파악하는 것이 중요하다. 이에 저자는 GAD의 진단준거인 과도한 걱정과 범불안에 대한 평가뿐만 아니라 걱정의 주제, 유지요인과 불안의 여러 가지 측면에 대한 평가에 초점을 두고 회피, 문화 및 발달적 요인 등을 추가하여 해당 부분들을 평가할 수 있는 도구들을 개관하였다. 본문의 개관에 근거하여 GAD 진단 및 심리학적 평가 절차와 평가도구는 그림 2에 요약 제시하였으며 주요 평가도구에 대한 정보(저자, 개발연도, 한국판 역자 등)는 표 2에 요약하여 제시하였다.

정신장애의 정확한 진단을 위해서는 SCID-I와 같은 구조화된 임상가용 면담도구가 기본적으로 요구되지만 GAD의 경우에는 그와 더불어 GAD-Q-IV와 같은 DSM-IV의

**Table 2.** Summary of diagnostic assessment tools for GAD

Domain/Element of assessment		Tool	Authors (publication year)	Korean translators (translation year)
Self-report for screening		GAD-Questionnaire-IV	Newman, Zuellig, Kachin, Constantino (2002)	Kim (2007)
General anxiety	Severity	Depression anxiety stress scale	Lovibond & Lovibond (1995)	Kim (2007)
	Aspect (Somatic/Behavioral/Cognitive)	Trimodal anxiety questionnaire	Lehrer & Woolfolk (1982)	Kim (2007)
Worry	Severity	Penn state worry questionnaire	Meyer, Miller, Metzger, Borkovec (1990)	Kim & Min (1998)
	Frequency	Worry episode log	Rygh & Sanderson (2004)	Kim (2007)
		Worry outcome diary	Borkovec, Hazlett-Stevens, Diaz (1999)	Kim (2007)
	Topic	Worry domains questionnaire	Tallis, Eysenck, Mathew (1991)	Joe (2002)
Worry maintaining factors	Belief (Positive/Negative)	Consequence of worrying scale	Davey, Tallis, Capuzzo (1996)	Joe (2002)
	Cognitive avoidance	Cognitive avoidance questionnaire	Gosselin, Langlois, Freeston, Ladouceur, Laberge, Lemay (2007)	Song & Kim (2009)
	Intolerance of uncertainty	Intolerance of uncertainty scale	Freeston, Rheaume, Lertarte, Dugan, Lacouceur (1994)	Choi (1997)
Emotional avoidance		Affective control scale	Williams, Chambless, Ahrens (1997)	Kim (2007)
D/D from other anxiety disorders		Anxiety disorder interview schedule for DSM-IV	Brown, Di Nardo, Balow (1994)	-

GAD 진단기준에 부합하는 자기보고식 질문지가 보충적으로 시행되는 것이 추천된다. GAD와의 공존 발생률이 가장 높은 MDD는 GAD와의 감별이 어려울 경우, MDD만으로 진단하기보다는 GAD 진단 가능성을 열어 놓음으로써 순수 MDD로 진단되는 환자들과는 구별할 필요가 있다. 그 외, 다른 불안장애와의 감별진단 또는 공존병리의 평가를 위해 ADIS-IV와 같은 불안장애를 위한 진단적 면담도구가 활용되는 것이 이상적이지만 다른 구조화된 면담이 시행되었거나 평가시간이 충분하지 않을 경우에는 추가적인 진단적 면담도구의 사용은 생략하는 것이 효율적이다. 하지만 동반되는 성격문제 또는 성격장애에 대해서는 기존의 심리평가 외에 SCID-II와 같은 구조화된 면담 또는 자기보고식 척도의 활용이 추천된다.

GAD의 핵심적인 개념 중의 하나인 걱정 of the 경우, 정상적인 걱정과 병리적인 걱정을 구분하기 위해서는 걱정의 심각도와 빈도 평가 외에도 걱정의 주제에 대한 평가가 필요하다. 뿐만 아니라 걱정을 유지하게 되는 요인에 대한 평가가 중요한데 그러한 과정을 통해 걱정이 환자 개인에게 어떠한 의미를 지니고 기능을 하고 있는지를 파악함으로써 과도한 걱정 에 대한 치료적 개입을 설계하고 적용하는 데 유용한 정보를 제공할 수 있기 때문이다. 가령, 동일한 GAD 환자라 하더라도 걱정을 무조건적으로 부정적으로 받아들여 제거의 대상으로 여기는 경우와 걱정함으로써 불안 수준이 낮아지고 걱정하는 것을 스스로 문제해결의 노력을 기울이는 것으로 받아들이는 경우는 치료적 접근이 달라져야 한다. 마찬가지로 걱정의 유지요인 중 하나인 불확실성에 대한 인내력이 극도로 부족한 GAD 환자의 경우에는 그렇지 않은 GAD 환자와는 달리 걱정 자체를 줄이도록 만들기보다는 불확실한 상황을 견디는 힘을 키우는 방향으로 안내하여야 할 것이다.

GAD의 또 다른 핵심개념인 범불안 경우에는 기존에 일반적으로 사용되고 있는 불안평가 도구(STAI, BAI 등)를 통해 평가할 경우, GAD에서 두드러지는 불안의 특성을 충분히 파악하지 못할 우려가 있다. GAD와 우울장애가 동반되는 비율이 높다는 점을 감안한다면, 우울과 비교적 관련성이 적은 GAD에 독특한 불안 증상을 평가하는 것이 중요하다. 또한 GAD의 불안은 안절부절 하거나 긴장감 또는 위기감을 느낌, 쉽게 피로해짐, 주의집중 곤란 또는 정신이 멎해지는 느낌, 과민성, 근육긴장, 수면장애와 같이 신체적, 행동적, 인지적 측면 등과 같이 다양하게 나타나므로 불안의 다양한 측면에 대한 평가가 필요하다. 이와 같은 점들을 감안하여 본 고에서는 범불안에 대한 평가를 위해 DASS의 불안척도와 TAQ를 추천하였다.

그 외 불확실성에 대한 인내력 부족 등과 같은 불안 관련

요인들이 상대적으로 한국인에게서 높다는 정보들에 근거한다면 한국인들의 경우, 한 개인에게는 뚜렷한 고통을 야기하는 불안이 주변 사람으로부터 충분히 이해받지 못하고 간과될 우려도 있다. 따라서 개인이 속한 하위문화의 기준을 고려하되, 그로 인해 일부 개인의 고통이 과소평가되는 것은 지양되어야 할 것이다. 마찬가지로 사례별로 GAD와 우울장애의 중복정도가 각양각색임에도 불구하고 정신장애 진단체계상의 위계로 인해 우울장애가 우선적으로 진단되고 불안장애 내에서도 공황장애, 사회공포증, 강박장애 등과 같은 다른 불안장애들에 주의를 먼저 기울이는 경향으로 인해 GAD에 대한 고려가 후순위로 밀려나기 쉽다. 실제 임상장면에서는 환자 개인의 특정 양상을 고려하여 치료적 개입을 시도하겠지만 먼저 GAD 공통의 병리적 특징을 알고 이를 파악해 내는 것이 중요하다. 현 시점은 GAD 뿐만 아니라 그 동안 축적된 수많은 정신장애의 연구결과를 바탕으로 DSM-IV 체계가 보완, 도약하기 직전이지만 달라질 진단체계와의 연결성을 생각한다면 현재의 진단체계에 맞게 환자를 정확하게 진단하는 것은 여전히 중요하며 각 개인에게서 조금씩 다르게 관찰되는 특징들에 주의를 기울이고 이를 평가하는 것 또한 소홀해서는 안 될 것이다.

끝으로 본고에서 제안한 GAD에 대한 심리학적 평가도구들의 사용과 기존에 이루어지던 전통적인 심리평가 도구의 사용에 대해 비교하고자 한다. 다른 정신장애들과 마찬가지로 GAD에 대한 심리학적 평가는 전통적인 심리검사 배터리로 이루어져 왔다. 그러나 MMPI나 Rorschach inkblot test 등으로 구성된 전통적인 심리평가 배터리는 환자 개인의 현재 심리상태와 성격특성 등에 관한 정보를 파악하는 데에는 매우 유용하지만 진단 자체를 위한 평가용으로는 부족하다. 그래서 정신장애의 진단을 목적으로 할 경우에는 특정 정신장애의 진단적 특징을 충분히 파악할 수 있는 특수한 도구들을 활용하여야 할 것이다. GAD의 경우에도 본고에서 제시한 GAD 진단을 위한 특정한 도구들과 함께 환자 개인의 전반적인 심리상태와 성격 특성을 파악하기 위한 전통적인 심리평가 배터리가 함께 활용되는 것이 이상적이라 하겠다. 현재 병원장면에서는 이미 전통적인 심리평가 배터리 외에 특정 정신장애의 진단을 고려할 경우에는 구조화된 면접도구를 비롯하여 추가적인 진단평가 도구들이 널리 사용되고 있다. 중요한 것은 정확한 진단을 위해 어떤 도구들을 어떻게 조합하여 사용하는 것이 효율적인가 하는 문제인데 현재 본고에서 제안한 GAD 평가도구들을 사용하여 진단의 효율성을 체계적으로 연구하지는 못한 상태이다. 향후 GAD 진단을 위한 심리학적 평가도구들을 효율적으로 조합하여 진단의 정확성을 평가하는 연구가 이루어져야 할 것이다.



## 결론

GAD는 정신장애 분류의 진단적 위계, GAD 진단의 핵심인 과도한 불안과 걱정 개념 및 정의, 동반되는 다른 질환과의 관계 문제 등으로 인해 임상장면에서 충분히 주의를 받아오지 못하다가 최근 관련된 이슈들이 다루어지고 GAD 진단과 관련된 문제들을 보완하고자 활발한 논의가 진행 중이며 최근 GAD에 대한 여러 약물치료의 효과 또한 입증되고 있다. 국내에서도 GAD 약물치료 알고리즘을 개발하는 등 관심이 확대되고 체계적인 연구가 시도되고 있다. 이에 발맞추어 본고에서는 GAD 진단과 이를 위한 심리학적 평가에서 중점으로 다루어야 할 점들과 현재 국내에서 가용한 GAD 평가도구들을 개관하였다. 이와 같은 개관이 GAD 환자의 조기 선별 및 진단적 평가 그리고 여러 가지 면에서 이질적인 증상과 특성들을 지닌 GAD 환자들을 다룰 때 치료적 초점을 어디에 두어야 할 것인지에 대해서도 도움을 될 수 있을 것으로 생각된다. GAD의 정확한 진단과 면밀한 심리학적 평가를 기반으로 GAD에 대한 심도 있는 연구 또한 기대한다.

**중심 단어 :** 범불안장애 · 진단 · 심리학적 평가 · 측정도구.

## Acknowledgments

본 논문의 일부는 2007년 정신병리연구회와 2008년 한국심리학회 연차학술대회의 심포지움에서 발표되었으며 본 논문에서 언급한 척도들의 한국어판은 2007년 정신병리연구회 심포지움 장애별 접근 시리즈 II: 범불안장애의 보충자료집-GAD 척도모음에 수록되어 있음.

## Conflicts of Interest

The author has no financial conflicts of interest.

## REFERENCES

- 1) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association;2000.
- 2) Sadock BJ, Kaplan HI, Sadock VA. Synopsis of psychiatry. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins: A Wolters Kluwer Business;2007. p.622-627.
- 3) Oh KS. Diagnosis and differential diagnosis of generalized anxiety disorder. Korean J Psychopharmacol 2004;15:3-8.
- 4) Lee SH, Yang JC, Suh HS, Lee JY, Kim MS, Kim CH, et al. Korean medication algorithm project for generalized anxiety disorder 2009 (III): treatment strategy for comorbid conditions. J Korean Neuropsychiatr Assoc 2010;49:564-569.
- 5) Maier W, Gansicke M, Freyberger HJ, Linz M, Heun R, Lecrubier Y. Generalized anxiety disorder (ICD-10) in primary care from a cross-cultural perspective: a valid diagnostic entity? Acta Psychiatr Scand 2000;101:29-36.
- 6) Zimmerman M, Chelminski I. Generalized anxiety disorder in patients with major depression: is DSM-IV's hierarchy correct? Am J Psychiatry 2003;160:504-512.
- 7) Borkovec TD, Costello E. Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. J Consult Clin Psychol 1993;61:611-619.
- 8) Tallis F, Davey GC, Capuzzo N. The phenomenology of nonpathological worry: a preliminary investigation. In: Davey GCL, Tallis F, editors. Worrying perspectives on theory, assessment and treatment. Chichester: Wiley;1994. p.61-89.
- 9) Yoo SJ, Kwon SM. Personality trait of worries. Psychol Sci 2000;9: 15-37.
- 10) Blalock JA, Joiner TE. Interaction of cognitive avoidance coping and stress in predicting depression/anxiety. Cogn Ther Res 2000;24:47-65.
- 11) Brawman-Mintzer O, Lydiard RB, Emmanuel N, Payeur R, Johnson M, Roberts J, et al. Psychiatric comorbidity in patients with generalized anxiety disorder. Am J Psychiatry 1993;150:1216-1218.
- 12) Kessler RC, Keller MB, Wittchen HU. The epidemiology of generalized anxiety disorder. Psychiatr Clin North Am 2001;24:19-39.
- 13) Gasperini M, Battaglia M, Diaferia G, Bellodi L. Personality features related to generalized anxiety disorder. Compr Psychiatry 1990;31: 363-368.
- 14) Noyes R Jr. Comorbidity in generalized anxiety disorder. Psychiatr Clin North Am 2001;24:41-55.
- 15) Watson D. Rethinking the mood and anxiety disorders: a quantitative hierarchical model for DSM-V. J Abnorm Psychol 2005;114:522-536.
- 16) Leahy R, Holland S. Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders. New York: Guilford Press;2000.
- 17) Gordon D, Heimberg RG. Reliability and validity of DSM-IV generalized anxiety disorder features. J Anxiety Disord 2011;25:813-821.
- 18) Nut DJ. Generalized anxiety disorder: a comorbid disease. Eur Neuropsychopharmacol 2004;16:S109-S118.
- 19) Allgulander C. Generalized anxiety disorder: between now and DSM-V. Psychiatr Clin North Am 2009;32:611-628.
- 20) Goodman WK. Selecting pharmacotherapy for generalized anxiety disorder. J Clin Psychiatry 2004;65 Suppl 13:8-13.
- 21) Kim MS, Yu BH, Kim CH, Yang JC, Lee SH, Lee JY, et al. Korean medication algorithm project for generalized anxiety disorder 2009 (I): initial treatment strategy. J Korean Neuropsychiatr Assoc 2010; 49:546-552.
- 22) Lee JY, Kim MS, Lee SH, Yang JC, Kim CH, Yu BH, et al. Korean medication algorithm project of generalized anxiety disorder 2009 (II): medication algorithm & long-term medication treatment strategy. J Korean Neuropsychiatr Assoc 2010;49:553-563.
- 23) Brown TA, Di Nardo PA, Barlow DH. Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV. San Antonio, TX: The Psychological Corporation;1994.
- 24) Brown TA, Di Nardo PA, Lehman CL, Campbell LA. Reliability of DSM-IV anxiety and mood disorders: implications for the classification of emotional disorders. J Abnorm Psychol 2001;110:49-58.
- 25) Di Nardo P, Moras K, Barlow DH, Rapee RM, Brown TA. Reliability of DSM-III-R anxiety disorder categories. Using the Anxiety Disorders Interview Schedule-Revised (ADIS-R). Arch Gen Psychiatry 1993;50:251-256.
- 26) Newman MG, Zuellig AR, Kachin KE, Constantino MJ, Przeworski A, Erickson T, et al. Preliminary reliability and validity of the generalized anxiety disorder questionnaire-IV: a revised self-report diagnostic measure of generalized anxiety disorder. Behavior Therapy 2002; 33:215-233.
- 27) Kim KH. Diagnosis and evaluation of Generalized anxiety disorder. The 2ed Symposium of Psychopathology Research Society; 2007 Nov 26; Seoul: Psychopathology Research Society under Korean Clinical Psychological Association;2007.
- 28) Meyer TJ, Miller ML, Metzger RL, Borkovec TD. Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. Behav Res Ther 1990;28:487-495.
- 29) Molina S, Borkovec TD. The Penn State Worry Questionnaire: psychometric properties and associated characteristics. In: Davey GCL, Tallis F, editors. Worrying: Perspectives on theory, assessment, and treatment. New York: Wiley;1994. p.265-283.
- 30) Kim JW, Min BB. Intolerance of uncertainty and problem orientation



- in worry. A annual convention of the Korean Psychological Association. Seoul: The Korean Psychological Association;1998. p.83-92.
- 31) Lim YJ, Kim YH, Lee EH, Kwon SM. The Penn State Worry Questionnaire: psychometric properties of the Korean version. *Depression and Anxiety* 2008;25:E97-E103.
  - 32) Rygh JL, Sanderson WC. Treating generalized anxiety disorder: evidence-based strategies, tools, and techniques. New York: Guilford; 2004.
  - 33) Borkovec TD, Hazlett-Stevens H, Diaz ML. The role of positive beliefs about worry in generalized anxiety disorder and its treatment. *Clin Psychol Psychother* 1999;6:126-138.
  - 34) Tallis F, Eysenck M, Mathews A. Elevated evidence requirements and worry. *Per Individ Differ* 1991;12:21-27.
  - 35) Stöber J. Worry, problem elaboration and suppression of imagery: the role of concreteness. *Behav Res Ther* 1998;36:751-756.
  - 36) Cho SH. Effects of positive and negative beliefs about worry on two types of worry [dissertation]. Seoul: Seoul University;2002.
  - 37) Roemer L, Medaglia E. Generalized anxiety disorder: a brief overview and guide to assessment. In: Antony MM, Orsillo SM, Roemer L, editors. *Practitioner's guide to empirically based measures of anxiety*. New York: Kluwer Academic Publisher;2001. p.189-195.
  - 38) Davey GC, Tallis F, Capuzzo N. Beliefs about the consequences of worrying. *Cognit Ther Res* 1996;20:499-520.
  - 39) Borkovec TD, Inz J. The nature of worry in generalized anxiety disorder: a predominance of thought activity. *Behav Res Ther* 1990;28:153-158.
  - 40) Roemer L, Salters K, Raffa SD, Orsillo SM. Fear and avoidance of internal experiences in GAD: preliminary tests of a conceptual model. *Cognit Ther Res* 2005;29:71-88.
  - 41) Gosselin P, Langlois F, Freeston MH, Ladouceur R, Laberge M, Lemay D. Cognitive variables related to worry among adolescents: avoidance strategies and faulty beliefs about worry. *Behav Res Ther* 2007;45:225-233.
  - 42) Sexton KA, Dugas MJ. The Cognitive Avoidance Questionnaire: validation of the English translation. *J Anxiety Disord* 2008;22:355-370.
  - 43) Song SJ, Kim EJ. A validation study of the Korean version of the Cognitive Avoidance Questionnaire. *Korean J Clin Psychol* 2009;28:515-531.
  - 44) Dugas MJ, Schwartz A, Francis K. Intolerance of uncertainty, worry, and depression. *Cognit Ther Res* 2004;28:835-842.
  - 45) Yook K, Kim KH, Suh SY, Lee KS. Intolerance of uncertainty, worry, and rumination in major depressive disorder and generalized anxiety disorder. *J Anxiety Disord* 2010;24:623-628.
  - 46) Dugas MJ, Marchand A, Ladouceur R. Further validation of a cognitive-behavioral model of generalized anxiety disorder: diagnostic and symptom specificity. *J Anxiety Disord* 2005;19:329-343.
  - 47) Freeston M, Rhéaume J, Letarte H, Dugas K, Ladouceur R. Why do people worry? *Pers Individ Differ* 1994;17:791-802.
  - 48) Dugas MJ, Gagnon F, Ladouceur R, Freeston MH. Generalized anxiety disorder: a preliminary test of a conceptual model. *Behav Res Ther* 1998;36:215-226.
  - 49) Choi HK. Dysfunctional effects of chronic worry on problem-solving [dissertation]. Seoul: Joong-Ang University;1997.
  - 50) Oh YA. The relationship between intolerance of uncertainty and worry: The mediation effects of experiential avoidance [Thesis]. Seoul: Catholic University;2009.
  - 51) Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1988; 56:893-897.
  - 52) Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene R, Vagg PR, Jacobs GA. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y)*. Palo Alto, CA: Mind Garden;1983.
  - 53) Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol* 1959;32:50-55.
  - 54) Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behav Res Ther* 1995;33:335-343.
  - 55) Brown TA, Chorpita BF, Korotitsch W, Barlow DH. Psychometric properties of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) in clinical samples. *Behav Res Ther* 1997;35:79-89.
  - 56) Lehrer PM, Woolfolk RL. Self-report assessment of anxiety: somatic, cognitive, and behavioral modalities. *Behav Assess* 1982;4:167-177.
  - 57) Scholing A, Emmelkamp PM. Self report assessment of anxiety: a cross validation of the Lehrer Woolfolk Anxiety Symptom Questionnaire in three populations. *Behav Res Ther* 1992;30:521-531.
  - 58) First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JBW. *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Research Version (SCID-I)*. New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute;1996.
  - 59) Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998;59 Suppl 20:22-33; quiz 34-57.
  - 60) First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JBW, Benjamin LS. *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II)*. Washington DC: American Psychiatric Association; 1997.
  - 61) Williams KE, Chambless DL, Ahrens A. Are emotions frightening? An extension of the fear of fear construct. *Behav Res Ther* 1997;35: 239-248.
  - 62) Berg CZ, Shapiro N, Chambless DL, Ahrens AH. Are emotions frightening? II: an analogue study of fear of emotion, interpersonal conflict, and panic onset. *Behav Res Ther* 1998;36:3-15.
  - 63) Cho MJ, Chang SM, Hahm BJ, Chung IW, Bae A, Lee YM, et al. Prevalence and correlates of major mental disorders among Korean adults: a 2006 national epidemiologic survey. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 2009;48:143-152.
  - 64) Hofstede G. *Cultures and organizations: software of the mind*. London: McGraw-Hills;1991.
  - 65) Stanley MA, Averill PM. Strategies for treating generalized anxiety in the elderly. In: Muffy M, et al. editors. *Handbook of counseling and psychotherapy with older adults*. New York: Wiley;1999. p.511-525.
  - 66) Wisocki PA. Worry as a phenomenon relevant to the elderly. *Behav Ther* 1988;19:369-379.