

## 한국형 공황장애 약물치료 알고리즘 2008 : 공황장애의 진단, 치료 반응과 관해의 평가

인제대학교 의과대학 상계백병원 정신과학교실,<sup>1</sup> 성균관대학교 의과대학 삼성서울병원 정신과학교실,<sup>2</sup> 연세대학교 의과대학 광주세브란스병원 정신과학교실,<sup>3</sup> 포천중문외과대학 분당차병원 정신과학교실,<sup>4</sup> 포천중문 의과대학 강남차병원 정신과학교실,<sup>5</sup> 전북대학교 의과대학 정신과학교실,<sup>6</sup> 대한불안학회<sup>7</sup>

김민숙<sup>1</sup> · 유범희<sup>2</sup> · 김찬형<sup>3</sup> · 윤세창<sup>2</sup> · 이상혁<sup>4</sup> · 서호석<sup>5</sup> · 양종철<sup>6</sup>

한국형 공황장애 약물치료 알고리즘 2008 연구그룹<sup>7</sup>

### Korean Medication Algorithm for Panic Disorder 2008 : Diagnosis, Treatment Response and Remission of Panic Disorder in Korea

Min-Sook Kim, MD<sup>1</sup>, Bum-Hee Yu, MD, PhD<sup>2</sup>, Chan-Hyung Kim, MD, PhD<sup>3</sup>, Sechang Yoon, MD, PhD<sup>2</sup>, Sang-Hyuk Lee, MD, PhD<sup>4</sup>, Ho-Suk Suh, MD<sup>5</sup>, Jong-Chul Yang, MD, PhD<sup>6</sup> and Study Group of Korean Medication Algorithm Project for Panic Disorder 2007<sup>7</sup>

Department of Psychiatry<sup>1</sup>, College of Medicine, Inje University, Sanggyepaik Hospital, Seoul, Department of Psychiatry<sup>2</sup>, Sungkyunkwan University School of Medicine, Samsung Seoul Hospital, Seoul, Department of Psychiatry<sup>3</sup>, Yonsei University College of Medicine, Yongdong Severance Hospital, Seoul, Department of Psychiatry<sup>4</sup>, Pochon CHA University College of Medicine, Bundang CHA Hospital, Seongnam, Department of Psychiatry<sup>5</sup>, Pochon CHA University College of Medicine, Gangnam CHA Hospital, Seoul, Department of Psychiatry<sup>6</sup>, Chonbuk National University Medical School, Jeonju, Korean Academy of Anxiety Disorders<sup>7</sup>, Seoul, Korea

#### ABSTRACT

**Objective** : This article is a part of the Korean Medication Algorithm Project for Panic Disorder, which aims to build consensus regarding the diagnosis, treatment response and achievement of clinical remission for patients with panic disorder in Korea.

**Methods** : The questionnaire used in this article had parts : 1) diagnosis, 2) treatment response, and 3) remission for patients with panic disorder. The questionnaire was completed by each of 54 Korean psychiatrists who had much experience in treating patients with panic disorder. We classified the experts' opinions into 3 categories (first-line, second-line, and third-line) using the  $\chi^2$ -test.

**Results** : Five factors were considered in this research : panic attack, anticipatory anxiety, phobic avoidance, severity of illness, and psychosocial disability. Most reviewers agreed that the presence of a panic attack was the most important factor in the diagnosis of patients with panic disorder. Phobic avoidance was included in the first-line category, whereas the severity of illness and psychosocial disability were included in the second-line category. Most reviewers also agreed that the presence of a panic attack was the most important factor in determining the appropriate treatment response, and it was included in the first-line category along with several other items. To determine remission status, the patients' scores on tests pertaining to the severity of panic attack, anticipatory anxiety, phobic avoidance, severity of illness and psychosocial disability should be less than 3.0-3.3 on a 9-point Likert scale.

**Conclusion** : We suggest useful information for making a diagnosis of panic disorder, determining the appropriate treatment response and identifying remission in panic disorder patients on the basis of the results of a nationwide survey of experts in Korea. (Anxiety and Mood 2008;4(1):49-54)

**KEY WORDS** : Panic disorder · Korean medication algorithm · Diagnosis · Treatment response · Remission.

접수일자 : 2008년 2월 10일 / 심사완료 : 2008년 4월 2일

#### Address for correspondence

Bum-Hee Yu, M.D., Ph.D., Department of Psychiatry, Sungkyunkwan University School of Medicine, Samsung Seoul Hospital, 50 Irwon-dong, Gangnam-gu, Seoul 135-710, Korea

Tel : +82.2-3410-3583, Fax : +82.2-3410-6957 E-mail : bhyu@skku.edu

본 연구는 대한불안학회의 공동 연구비로 이루어졌음. 본 논문의 요지는 2007년도 대한불안학회 추계학술대회에서 발표되었음.

## 서론

공황장애는 1980년에 간행된 DSM III<sup>1</sup>에서부터 독립적인 질환으로 인지되었으며 그 전에는 불안신경증의 일부로 포함되었던 진단이다. 하지만 그 이전부터 임상적으로는 Da Costa's soldier heart, Wheeler's neurocirculatory asthenia, Lewis's effort syndrome과 유사한 질병으로 소개되었다. 이러한 증후군들에서는 발작성 자율신경계 각성 증상 및 파국적 인지와 함께 현재 진단 기준에는 포함하지 않는 심한 피로 증상들을 강조하고 있다. 또한 이러한 증후군들은 특히 군대에서 많이 시작되며 스트레스, 외상과 관련되어 있다. 즉 이것은 공황장애가 외상 후 스트레스 장애와 공황발작을 보이는 다른 불안 장애들과 원인적으로 중복 가능한 영역임을 의미한다.<sup>2</sup>

특히 공황장애는 모든 불안 관련 증후군들 중에서도 지난 20여 년간 가장 집중적으로 연구되어 불안의 심리학과 신경생물학의 이해를 발전시켜 왔고, 불안이 사소한 문제라는 개념을 바꾸고 분명한 치료가 필요한 것이라는 인식에 도움을 주었다.<sup>2</sup>

현재 DSM IV-TR<sup>3</sup>의 공황장애 진단에서 강조하는 점은, 공황장애의 발작이 비예측적이고 적어도 한번 이상 발작이 있는 이후로 다시 발작이 일어나지 않을까 하는 지속적인 염려, 발작이나 그 결과에 대한 걱정, 혹은 발작과 연관된 유의한 행동의 변화가 있어야 한다는 점이다. 이러한 발작은 개인의 기능에 영향을 미치고 장애를 일으킬 수 있다.

즉, 공황발작은 공황장애의 핵심 특징이지만, 예기불안과 공포증과 같은 다른 증상들과 일상생활에서의 기능 또한 질환을 정의할 때 고려해야 한다. 이 점에서, Ballenger 등<sup>4</sup>은 공황장애에서 호전되어야 하는 5가지 영역을 확인하였으며 이는 다음과 같다. 1) 반복적이고 예측되지 않는 공황발작(panic attack, including limited-symptom attacks), 2) 예기불안(anticipatory anxiety), 3) 공포-회피 증상(panic-related phobia : including agoraphobia and body-sensation phobias), 4) 심각한 정도(well-being/overall severity of illness), 5) 정신사회적 기능 장애(disability in terms of works, social, and family impairment).

한편, 공황장애는 다양한 경과를 보이는 질환으로 대략 1/3은 관해에 이르나, 1/5은 지속적이고 만성적인 경과를 보인다.<sup>5,6</sup> 게다가 광장공포증, 우울증 등 공존질환이 동반되면 질병의 심각도가 증가되고 치료의 반응이 떨어지게 된다. 그래서 대부분의 공황장애 환자들은 장기적인 치료를 받게 되며, 관해를 이루고 재발을 방지하며 공존질환의 위

험도를 낮추기 위해 지속적인 평가를 받게 된다.<sup>7</sup>

일반적으로, 치료 반응(treatment response)은 임상적으로 의미 있는 증상의 호전을 의미하고, 관해(remission)는 그 질환의 증상들이 없거나 거의 없는, 이전 기능 수준으로 돌아가는 상태를 의미한다. 흔히 치료 반응과 관해를 정의하는데 다양한 정신과적 평가 도구를 사용하는데, 치료 반응의 경우 총점이 치료 전보다 50% 이상 호전되었을 때를 말하고 관해의 경우 다양한 절단점을 사용하고 있는 실정이다.<sup>8</sup>

본 연구에서는, 한국형 공황장애 약물치료 알고리즘을 개발하는 과정의 일부로서 공황장애의 진단, 치료 반응과 관해를 평가하는 항목에 대한 분석을 하고자 한다. 이는 외국의 지침서에서 제공하는 공황장애의 진단과 치료를 위해 평가하는 상기 5가지 항목의 중요도에 대해서, 국내의 실제 임상 전문가들이 어느 정도 의견의 일치를 보이는지 확인하기 위함이다. 또한 이를 통해 한국형 공황장애의 치료 반응과 관해의 평가를 위한 참고자료를 제시하고자 한다.

## 연구방법

### 지침서의 개요

한국형 공황장애 약물치료 알고리즘을 개발하기 위해 1995년 이후 외국에서 발표된 15개의 알고리즘을 검토하면서, 보다 심도 있게 개발된 APA(American Psychiatric Association)의 practice guideline for the treatment for patients with panic disorder,<sup>9</sup> NICE(National Institute for Clinical Excellence) clinical guideline 22의 Management of anxiety(panic disorder, with or without agoraphobia, and GAD) in adults in primary, secondary and community care,<sup>10</sup> CPA(Canadian Psychiatric Association)의 Clinical practice guidelines<sup>11</sup> 등 3가지 알고리즘을 기초로 하여 알고리즘 개발의 초점과 논쟁점을 알아보았다. 그리고 실무위원회에서 몇 차례에 걸쳐 이들 지침서 내용이 국내 실정에 적합한지의 여부를 검토하고 국내 실정에 맞는 문항을 선정하여 국문으로 번안하였고 실무위원들이 만든 초안을 검토와 되먹임(feedback)을 반복하면서 최종안을 확정하였다.<sup>12</sup> 또한 이번 연구는 우선 전문가 의견을 분석한 후 거기에 실무위원의 의견을 반영하는 방식으로 진행되었고 약물치료 전략뿐 아니라 진단, 치료 반응과 관해를 평가하는 항목을 추가하였다.

### 검토위원회의 구성

국내에서 공황장애에 대한 임상 경험이 풍부하고 학문적

성취가 많은 정신과 전문의 80명을 우선 선정하여 검토위원회 구성하였다. 검토위원회에는 대학병원 50명, 종합병원과 정신과 전문병원 15명, 개원의 15명의 정신과 전문의가 포함되어 있으며, 이중 54명(68%)이 설문에 답하였다. 설문지를 회신한 위원들에게는 소정의 사례금을 지불하였다.

**설문지 평가척도의 분석 방법**

이 설문의 세부항목에 대해서 그 적절성을 9점 척도로 평가하여 먼저 3개의 범주(1~3, 4~6, 7~9점) 사이에 분포의 차이가 있는지를  $\chi^2$ -검증을 통해 알아봄으로써 의견의 일치도 유무를 결정하였다. 그 다음으로 평균과 95% 신뢰도 구간을 계산하였다. 각 세부항목의 95% 신뢰도 구간에 근거하여 1차/선호하는 선택(1st-line/preferred choice), 2차/대체 선택(2nd-line/alternate choice), 3차 선택(3rd-line)의 3가지 범주로 구분하였다.

Figure 1은 평가척도의 예시를 보여주며, Figure 2는 실제 설문지의 일부를 발췌한 것이다.

1차, 2차 선택의 등급은 각 문항의 신뢰구간의 가장 낮은 경계선에 근거하여 결정하였다. 1차 선택은 가장 낮은 경계선의 점수가 6.5 이상인 경우이며, 3.5 이상 6.5 미만인 경우는 2차 선택으로 하였고 3차 선택은 그 이하였다. 1차 선택과 신뢰구간이 겹치는 경우를 상위 2차, 겹치지 않는 경우를 하위 2차 선택으로 정하였다. '최우선 선택'은 1차 범주 안에 있으면서 검토 위원들의 절반 이상이 '㉠'로 평가한 것으로, 치료에 있어서는 가장 강력히 권고되는 치료이다.

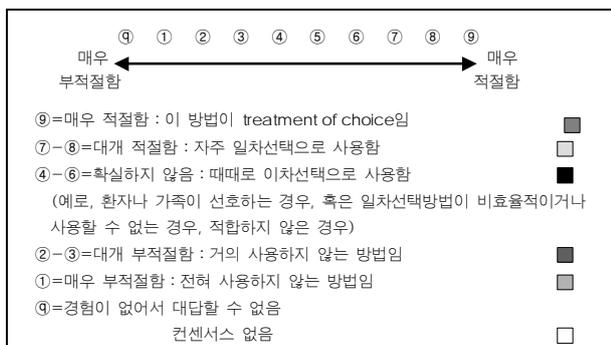


Figure 1. Description of the rating scale used in the survey

1차 선택은 설문에 대한 검토위원들의 응답이 통계적으로 응집되어 있으면서 평가가 상위로 나타난 것으로 이들 선택은 검토위원들이 보기에 주어진 상황에서 적절한 선택이다. 2차 선택은 확실하지 않은 것이고, 3차 선택은 일반적으로 부적절하다고 간주되는 선택이다. 전문가의 의견 분포가  $\chi^2$ -검정상 3개 범주사이에 차이가 없다면 검토 위원 사이에 의견 일치가 안 되는 것으로 보고, '컨센서스 없음'으로 표시하였다.

Figure 2 is an example question in the survey. It asks for a rating of five items related to panic disorder diagnosis: '반복적이고 예측되지 않는 공황발작', '예기불안', '공포-회피 증상', '심각한 정도', and '정신사회적 장애'. The scale is the same 9-point scale as in Figure 1.

**결 과**

**공황장애의 진단**

54명의 검토위원들은 공황장애의 진단을 위해 5가지 항목 중 예기불안을 제외한 나머지 4가지 항목에 대해서 의견 일치도를 보였다. 각 항목 중 반복적이고 예측되지 않는 공황발작이 검토 위원들 중 절반 이상이 '㉠'로 평가하여 '최우선 선택', 즉 가장 적합한 항목으로 합의를 이루었다. 다음으로 공포-회피 증상은 '1차 선택' 항목으로, 심각한 정도와 정신사회적 기능장애는 '2차 선택' 항목으로 나타났다(Table 1).

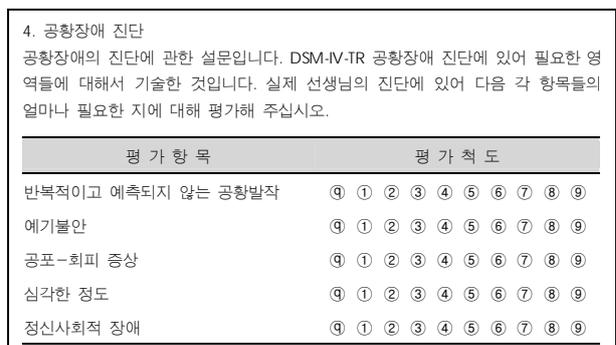


Figure 2. An example question in the survey.

Table 1. Relative importance of the five items for the diagnosis of panic disorder

	95% 신뢰도 구간			Mean (SD)	Tx. of Choice (%)	1st Line (%)	2st Line (%)	3rd Line (%)	
	3rd line	2nd line	1st line						
반복적이고 예측되지 않는 공황발작			■	8.7 (0.7)	83.3	13	3.7	0	
예기불안		□		7.5 (1.0)	20.4	61.1	18.5	0	
공포-회피 증상		■		7.2 (1.0)	13.0	64.8	20.4	7.4	
심각한 정도		■		6.8 (1.7)	7.4	64.8	20.4	7.4	
정신사회적 기능장애		■		6.9 (1.6)	13.0	51.8	31.5	3.8	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9

**Table 2.** Relative importance of the five items in assessing treatment response in panic disorder

	95% 신뢰도 구간				Mean (SD)	Tx. of Choice	1 <sup>st</sup> Line	2 <sup>st</sup> Line	3 <sup>rd</sup> Line
	3 <sup>rd</sup> line	2 <sup>nd</sup> line	1 <sup>st</sup> line						
반복적이고 예측되지 않는 공황발작				■	8.6 (0.9)	72.2	22.2	5.6	0
예기불안			■		7.7 (1.0)	20.4	70.4	9.3	0
공포-회피 증상			■		7.6 (0.9)	18.5	68.5	11.1	0
심각한 정도			■		7.3 (1.3)	14.8	68.5	14.8	1.9
정신사회적 기능장애			■		7.4 (1.2)	20.4	59.3	20.4	0
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
						%	%	%	%

**Table 3.** Relative importance of the five items in assessing remission in panic disorder

	95% 신뢰도 구간				Mean (SD)	Tx. of Choice	1 <sup>st</sup> Line	2 <sup>st</sup> Line	3 <sup>rd</sup> Line
	1 <sup>st</sup> line								
반복적이고 예측되지 않는 공황발작				■	3.0 (2.4)	25.9	57.4	1.9	13.8
예기불안				■	3.3 (1.8)	7.5	68.8	9.5	13.2
공포-회피 증상				■	3.2 (1.9)	9.4	67.9	9.4	13.2
심각한 정도				■	3.0 (2.0)	13.0	70.4	1.9	14.8
정신사회적 기능장애				■	3.1 (1.9)	13.0	68.5	7.4	11.1
	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4		
						%	%	%	%

**공황장애의 치료 반응과 관해 평가**

**치료 반응**

공황장애의 치료 반응에 대한 검토 위원들의 평가에서도 반복적이고 예측되지 않는 공황 발작이 ‘최우선 선택’ 항목으로 의견 일치도를 보였고, 그 외 예기불안, 공포-회피 증상, 심각한 정도와 정신사회적 기능장애 4가지는 ‘1차 선택’ 항목으로 나타났다(Table 2).

**치료 관해**

공황장애의 치료 후 관해에 대한 평가에 대해서 다른 항목의 평가와 마찬가지로 9점 척도를 사용하여, 몇 점 이하 일 때 관해를 의미하는지 전문가들의 경험을 모아보았다. 그 결과, 각 항목에 대해서 평균은 3.0~3.3점 이하였고, 95% 신뢰구간 내에서 가장 높은 경계 점수가 3.81로 4점을 넘지 않았다(Table 3).

**고 찰**

공황장애의 진단적 측면에서 실제 임상 전문가들의 의견 일치도를 얻기 위해 사용한 Bellenger 등<sup>4</sup>이 제안하고 CPA (Canadian Psychiatric Association)의 Clinical practice guidelines<sup>11</sup>에서 언급한 5가지 항목은 공황장애의 DSM-

IV-TR<sup>3</sup> 진단기준 각 항목을 충실히 포함하고 있다고 할 수 있다. 특히 반복적이고 예기치 않는 공황발작은 공황장애를 진단하는 데 있어 전문가들의 의견 일치도가 가장 잘 이루어지는 항목으로 나타났다. 그러나 여기서 모든 공황발작이 공황장애를 의미하지 않음을 유의할 필요가 있다. 예를 들어, 특정 공포증 환자가 두려움을 느끼는 자극에 노출되었을 때나, 사회공포증 환자가 다른 사람이 자신을 유심히 바라보는 상황에 놓였을 때나 동일한 신체적 인지적 증상 형태를 보일 수 있다. 그러나 이들은 공포스러워 하는 감각의 근원을 분명하게 알고 있는 반면, 공황장애 환자들은 동일한 감각 유형들이 유발 요인 없이 예측 불가능하게 일어나고 종종 불시에 나타난다는 점이 차이점이라 할 수 있다.<sup>2</sup> 즉 DSM-IV-TR<sup>3</sup>에서 명시하였듯이, 공황장애에서 말하는 공황발작은 사회불안증, 특정 공포증, 강박장애, 외상후스트레스 장애, 분리불안장애를 포함한 다른 정신장애로 설명되지 않는 것이다. 또한 이러한 발작이 물질이나 일반적인 의학적 상태의 직접적인 생리적인 효과로 인한 것이 아니어야 함은 물론이다. NICE의 지침서<sup>6</sup>에서도 진단적 과정이 이후 치료에서 중요하게 고려되는 개인력, 자가 복용 약물력, 문화적 혹은 다른 개인적 특성들과 같이 필요한 관련된 정보들을 이끌어내야 함을 강조하고 있다. Katon<sup>13</sup> 또한 증상의 의학적 원인을 배제하기 위해서 주의 깊은 과거력 조사와 신체검사를 해야 한다고 언급했다.

본 연구에서 활용한 5가지 항목 중 예기불안의 경우, 한국의 공황장애 전문가들은 공황장애를 진단함에 있어 그 중요도에 대해서 합의를 이루지 못하고 있다. 반면 공포-회피 증상에 대해서는 신뢰구간의 낮은 경계선이 6.5 이상을 보여 약물 선택의 측면에서 1차 선택 정도, 즉 적합한 것으로 합의를 이루고 있다. 이는 국내 전문가들은 공황장애를 진단함에 있어, 공황발작과 DSM-IV-TR 진단기준 A 항목에서 제시하는 세 가지, 즉 예기불안, 공포-회피, 신체적 증상에 대한 염려 중에서 공포-회피 증상은 중요하게 평가하고 있는 반면, 예기불안의 경우 개인간 견해 차이가 있는 것으로 볼 수 있다. 즉 공황장애 진단을 위한 핵심 증상을 자율신경계의 과잉 각성과 관련된 공황발작과, 발작으로 인한 행동의 변화인 공포-회피 증상으로 평가하고 있는 것이다. 그 외 증상의 심각한 정도와 정신사회적 기능 장애에서는 2차 선택, 즉 확실하지 않은 것으로 의견이 일치되고 있다.

또한 공황장애의 치료 반응을 평가하기 위해 각 영역에 대한 전문가들이 평가하는 중요도를 알아보았을 때는, 반복적이고 예기치 않는 공황발작이 최우선 선택 수준의 의견 일치도를 보이고 그 외 네 가지 항목 모두에서 1차 선택 수준의 의견 일치도를 보이고 있었다. 즉 공황장애를 진단하는데 의견 일치를 보이지 못했던 예기불안 항목의 경우에도 치료 반응에 있어서는 9점 척도 중 평균 7.7점 정도의 중요도로 평가하고 있다. 나머지 항목에 있어서도 치료 반응을 평가하는 데에는 그 중요도가 비슷한 수준을 이루고 있어 진단과 치료 반응 평가에 있어 다소 차이를 보이고 있다.

참고로 Ballenger 등<sup>4</sup>은 '치료 반응(treatment response)'이란 치료 4~8주 후에 나타나는 안정적이고 임상적으로 유의한 증상의 호전으로, 환자는 더 이상 전체 범위의 증상들을 경험하지 않지만 최소한의 증상 이상은 지속적으로 보이는 경우'라고 정의하였다. 또한 공황장애에 있어 정신치료와 약물치료 병합요법의 효과를 검토하는 Toshi 등<sup>14</sup>과 Furukawa 등<sup>15</sup>의 메타분석 연구에서는, 치료 반응을 Clinical Global Impression Change Scale(CGI-C)의 "very much or much improved", 혹은 Panic Disorder Severity Scale(PDSS) 점수의 40% 이상 감소, 혹은 Fear Questionnaire Agoraphobia Subscale의 50% 이상 감소로 정의하였다.

Furukawa 등<sup>15</sup>의 연구에서 관해는, 처음 연구자의 전체적인 판단에 의해 정의되는, 만족하는 최종 상태, 즉 예를 들어 "panic free"와 Clinical Global Impression Severity Scale(CGI-S)의 "no or minimal symptom"으로 정의하였다.

**Table 4.** Two options of the criteria determining remission in panic disorder\*

Option 1	Option 2
Essentially free of panic attacks	PDSS total score $\leq 3$ , with no individual item score $\geq 1$
No or mild agoraphobic avoidance	
No or minimal anxiety	
HAM-A score $\leq 7-10$	
No functional impairment	
Sheehan Disability Scale score $\leq 1$ (mild disabled)	
HAM-D score $\leq 7$	HAM-D score $\leq 7$

\* : Adapted with permission from Ballenger.<sup>16</sup> HAM-A : Hamilton Rating Scale for Anxiety, HAM-D : Hamilton Rating Scale for Depression, PDSS : Panic Disorder Severity Scale

만반, 본 연구는 9점 척도 시스템을 그대로 활용하여, 9점 척도에서 몇 점 이하를 치료 관해로 보는가를 기준으로 평가하였는데, 각 항목에 대해서 평균 3~3.3점 이하를 관해로 보는 견해가 다수였다. 공황장애의 관해에 대해서는 이전 international consensus group<sup>4</sup>에서 내린 정의를 살펴보면, '완전 관해란 적어도 3개월 동안 유지되는 5가지 기본 영역에 있어서 증상들의 거의 완전한 해소'를 말한다. consensus group의 경험에 의하면, 완전 관해는 치료 개입 후 적어도 9~12개월 이상이 필요한 것으로 정의한다. 그 기간은 초기 반응과 그 반응의 강화를 위한 6~9개월과 안정적이고 증상들의 거의 완전한 해소를 증명하는 3개월을 포함하고 있다.

한편 Ballenger<sup>16</sup>가 제안하고 Doyle와 Pollack<sup>17</sup>이 다시 언급한 공황장애 환자들의 관해에 대해서 핵심적인 증상과 그 기준은 Table 4와 같다. 공황장애 관해의 기준을 정의할 때, 임상자들은 현실적인 기준을 제안하고 있다. 왜냐하면 일반적으로 공황장애는 높은 증상 악화와 재발을 보이는 만성 질환이기 때문이다. 예를 들어 가장 흔히 사용하는 기준의 하나인 공황발작의 부재라는 것은, 현실적으로 환자들이 수주에서 수달 동안 공황발작이 없다는 것이지 항구적으로 공황발작이 없는 것은 아니다. 현실적인 목표에 대한 또 다른 예는 광장공포증이다. 모든 상황에서 완전히 광장공포증이 없어질 때까지 광장공포증적 회피를 치료하는 것은 비현실적이고 매우 오랜 시간이 걸리며 어쩌면 불가능할지도 모른다. 공황 발작이 거의 없어진 수준의 관해 목표나 미약한 광장공포증적 회피만 남아 있는 수준의 목표가 그런 증상이 완전히 사라지는 목표보다는 좀 더 현실적이다. 공황장애 관해기준에 있어 또 다른 측면은 대부분의 시간에 존재하는 부동불안(free-floating anxiety)이다. 그러므로 관해 기준은 불안이 없거나 아주 작은 정도로서, 즉 HAM-A 점수가 7~10점 이하이다. 또

다른 관해 기준은 기능 장애가 없으므로, Sheehan Disability Scale 점수가 각 항목에서 1점 이하일 때로 경도의 장애 수준이다. 이 척도는 환자가 3가지 영역(직장, 사회적 삶, 가족과의 삶)에서 0~10점 척도의 장애를 점수 매기는 것이다. 마지막으로 우울 증상의 관해에 대한 현실적인 기준은 HAM-D가 7점 이하일 때이다. 공황장애의 관해 기준에서 증상을 측정하는 대체방법으로, HAM-A 대신 객관적인 지표로 PDSS를 사용하는 것이 있다. PDSS는 임상가가 직접 시행하는 척도로, 공황발작의 빈도와 고통 뿐 아니라, 예기불안, 광장공포증적 두려움과 회피, 사회적 기능적 장애를 포함한 7가지 영역을 측정한다.<sup>18</sup> 즉 관해기준 5가지 항목 대부분을 포함하여 측정할 수 있도록 고안되었다는 점에서 공황장애의 관해를 평가하는데 유용할 것으로 보인다. 관해는 총점이 3점 이하일 때이며 각 영역은 1점을 넘지 않는다.

위에서 살펴본 바와 같이, 공황 발작의 부재와, 공포 회피 증상이 경도 수준이거나 없음, 불안 증상이 경도 수준이거나 없음, 기능장애가 없음 등은 공황장애의 진단과 치료 평가 항목에서 함께 언급했던 5가지 항목과 중복되고 있다. 그러나, 여기서 주목할 만한 점은 공황장애의 관해를 평가하는 데에 우울 증상이 경도 수준이거나 없어야 한다는 점도 한 가지 항목으로 포함된다는 것이다. 이것은 우울증이 불안장애와 흔히 동반되며 우울증과 공황장애가 공존할 경우 우울 증상의 호전이 공황장애 회복을 위해 중요하기 때문이다.<sup>16,17</sup>

본 연구의 제한점은 특히 공황장애의 치료 관해를 평가하는데 있어서 다른 문항과 마찬가지로 9점 척도를 사용하여 CGI를 포함한 다른 scale 점수를 사용한 다른 기존 연구와의 객관적인 비교가 어렵다는 점이다. 또한 공황장애 치료 관해의 요소로 Ballenger<sup>16</sup>가 제안한 항목들에 대한 국내 전문가들의 의견을 구하는 작업이 추후 국내 공황장애 치료 관해에 대한 합의를 얻어내는데 도움이 될 것으로 사료된다.

## 결 론

일차 의료 기관에서 흔히 발견되는 공황장애의 치료 지침이나 알고리즘의 필요성이 높아지고 있는 현 상황에서 본 저자들은 정신약물학의 최신 정보들을 반영하여 한국형 공황장애의 약물치료 알고리즘 2008을 개발하였다. 본 고에서는 공황장애의 진단과 치료 반응 및 관해에 대한 평가를 자세히 기술하였다. 현재까지 정신분열병, 양극성장애, 주요우울장애, 강박장애에 대한 한국형 치료 및 약물치료 알고리즘이 개발되어왔으나 질병의 진단과 치료반응 및 관

해의 평가에 대한 전문가들의 합의를 살펴본 연구는 없었다. 몇 가지 제한점이 있으나 본 연구 결과가 공황장애의 진단과 치료 반응 및 관해를 평가하는데 여러 임상가들에게 유용한 정보가 되기를 바란다. 또한 향후 더 많은 객관적인 연구결과와 임상가들의 의견이 반영된 새로운 치료 지침과 알고리즘이 개정, 보완되기를 희망한다.

**중심 단어** : 공황장애 · 진단과 치료 반응 및 관해 평가 · 한국형 약물치료 알고리즘.

## REFERENCES

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd ed. Washington DC: American Psychiatric Association;1980. p.230-232.
2. Roy-Byrne PP, Craske MG, Stein MB. Panic disorder. Lancet 2006; 368: 1023-1032.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association;2000. p.429-443.
4. Ballenger JC, Davidson JR, Lecrubier R, Nutt DJ, Baldwin DS, den Boer JA, et al. Consensus statement on panic disorder from the international consensus group on depression and anxiety. J Clin Psychiatry 1998;59 (suppl 8) :47-54.
5. Katsching H, Amering M. The long-term course of panic disorder and its predictors. J Clin Psychopharmacol 1998;18 (suppl 2) :6-11.
6. Pollack MH, Otto MW, Tesar GE, Cohen LS, Meltzer Brody S, Rosenbaum JF. Long-term outcome after acute treatment with alprazolam or clonazepam for panic disorder. J Clin Psychopharmacol 1993;13: 257-263.
7. Marchesi C, Cantoni A, Fontó S, Giannelli MR, Maggini C. Predictors of symptom resolution in panic disorder after one year of pharmacological treatment: a naturalistic study. Phar-macopsychiatry 2006;39: 60-65.
8. Bandelow B. Defining response and remission in anxiety disorders: toward an integrated approach. CNS Spectr 2006;11 (10 Suppl 12) : 21-28.
9. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment for patients with panic disorder. Work Group on Panic Disorder. American Psychiatric Association. Am J Psychiatry 1998;155 (Suppl 5) :1-34.
10. National Institute for Clinical Excellence, NICE. Clinical guideline 22, Management of anxiety (panic disorder, with or without agoraphobia, and GAD) in adults in primary, secondary and community care. Available at: <http://guidance.nice.org.uk/CG22/niceguidance/pdf/English>. accessed March;2007.
11. Swinson RP, Antony MM, Bleau P, Chokka P, Craven M, Fallu A, et al. Clinical practice guidelines. Management of anxiety disorders. Can J Psychiatry 2006;51 (Suppl 2) :23-30.
12. Lee SH, Yu BH, Kim CH, Yoon SC. Development of the treatment algorithm for panic disorder (1)-Background, organization, principles, future plan and methods of algorithm developmant. Anxiety and Mood 2007;3:77-90.
13. Katon WJ. Clinical practice. disorder. N Engl J Med 2006;354:2360-2367.
14. Furukawa TA, Watanabe N, Churchill R. Psychotherapy plus antidepressant for panic disorder with or without agoraphobia: Systematic review. British J Psychiatry 2006;188:305-312.
15. Furukawa TA, Watanabe N, Churchill R. Combined psychotherapy plus antidepressants for panic disorder with or without agoraphobia (Review). The Cochrane Collaboration and published in The Cochrane Library 2007, Issue 1
16. Ballenger JC. Treatment of anxiety disorders to remission. Clin J Psychiatry 2001;62 (suppl 12) :5-9.
17. Doyle AC, Pollack MH. Establishment of remission criteria for anxiety disorder. J Clin Psychiatry 2003;64 (suppl 15) :40-45.
18. Kim JB. Development of the Korean Version of the Panic Disorder Severity Scale. Kor J Psychopathol 2001;10:140-151.