

2018 한국형 공황장애 치료지침서 : 정신사회적 치료전략

인제대학교 의과대학 상계백병원 정신건강의학교실,¹ 차의과학대학교 정신건강의학교실,² 국립재활병원 정신건강의학과,³
인제대학교 의과대학 서울백병원 정신건강의학교실,⁴ 부산대학교 의과대학 정신건강의학교실,⁵
가톨릭대학교 의과대학 성빈센트병원 정신건강의학교실,⁶ 영남대학교 의과대학 정신건강의학교실,⁷
전북대학교병원 정신건강의학교실,⁸ 연세대학교 의과대학 정신건강의학교실,⁹ 유범희정신건강의학과의원¹⁰

김민숙¹ · 김민경² · 이재현³ · 김 원⁴ · 문은수⁵ · 서호준⁶ · 구본훈⁷
양종철⁸ · 이강수² · 이상혁² · 김찬형⁹ · 유범희¹⁰ · 서호석²

Korean Guidelines for the Treatment of Panic Disorder 2018 : Psychosocial Treatment Strategies

Minsook Gim, MD, PhD¹, Min-Kyoung Kim, MD, PhD², Jae-Hon Lee, MD, PhD³, Won Kim MD, PhD⁴,
Eunsoo Moon MD, PhD⁵, Ho-Jun Seo, MD, PhD⁶, Bon-Hoon Koo MD, PhD⁷, Jong-Chul Yang, MD, PhD⁸,
Kang Soo Lee, MD, PhD², Sang-Hyuk Lee, MD, PhD², Chan-Hyung Kim, MD, PhD⁹,
Bum-Hee Yu, MD, PhD¹⁰, and Ho-Suk Suh, MD, PhD²

Department of Psychiatry¹, Sanggye Paik Hospital, Inje University College of Medicine, Seoul,
Department of Psychiatry², CHA University School of Medicine, Seoul,
Department of Psychiatry³, National Rehabilitation Center, Seoul,
Department of Psychiatry⁴, Seoul Paik Hospital, Inje University College of Medicine, Seoul,
Department of Psychiatry⁵, Pusan National University School of Medicine, Busan,
Department of Psychiatry⁶, St. Vincent's Hospital, College of Medicine, The Catholic University of Korea, Suwon,
Department of Psychiatry⁷, College of Medicine, Yeungnam University, Daegu,
Department of Psychiatry⁸, Chonbuk National University Hospital, Jeonju,
Department of Psychiatry⁹, Yonsei University College of Medicine, Severance Hospital, Seoul,
Dr. Yu's Psychiatric Clinic¹⁰, Seoul, Korea

ABSTRACT

Objective : The purpose of this study was to investigate consensus relative to treatment strategies for psychosocial treatment in panic disorder, that represents one subject addressed by the Korean guidelines for treatment of panic disorder 2018.

Methods : The executive committee developed questionnaires relative to treatment strategies for patients with panic disorder based on guidelines, algorithms, and clinical trials previously published in foreign countries and Korea. Seventy-two (61.0%) of 112 experts on a committee reviewing panic disorder responded to the questionnaires. We classified the consensus of expert opinions into three categories (first-line, second-line, and third-line treatment strategies), and identified treatment of choice using the Chi-square test and 95% confidence intervals.

Results : For psychosocial treatment of panic disorder, individual and group cognitive behavior therapy (CBT) were recommended treatments of choice, and mindfulness based cognitive therapy (MBCT) was recommended as first line strategy. There was statistically significant consensus among experts regarding usefulness of each component of CBT and MBCT, for treatment of patients with panic disorder.

Conclusion : Results, that reflect recent studies and clinical experiences, may provide the guideline for psychosocial treatment strategies for panic disorder. (Anxiety and Mood 2019;15(1):13-19)

KEY WORDS : Panic disorder · Treatment guideline · Cognitive behavior therapy ·
Mindfulness-based cognitive therapy · Psychosocial treatment.

Received : September 21, 2018 / Accepted : December 26, 2018

Address for correspondence

Ho-Suk Suh, M.D., Ph.D., Department of Psychiatry, CHA University School of Medicine, CHA Gangnam Medical Center, 566 Nonhyun-ro, Gangnam-gu, Seoul 06135, Korea

Tel : +82-2-3468-3135, Fax : +82-2-3468-3092, E-mail : freud@cha.ac.kr

본 연구는 대한불안학회 회원의 지원으로 이루어졌음. 본 논문의 요지는 2018년도 대한신경정신의학회 춘계학술대회에서 발표되었음.

서론

공황장애는 명백한 외부 요인 없이도 갑자기 발생하는 강렬한 두려움과 이와 관련된 일련의 신체적, 인지적 증상들이 동반되어 나타나는 예측불가능한 공황발작이 반복되는 것을 특징으로 하는 불안장애이다.¹ 공황장애는 일반 인구에서 광장공포증이 없이 단독으로는 평생 유병률이 3.7%, 광장공포증이 동반된 경우 1.1%에 해당할 정도로 흔한 질환이다.² 일차 의료기관에서는 공황 증상을 거의 10%라고 보고하기도 한다.³ 공황장애는 정신건강의학적 및 내과적 공존질환의 병발, 일상생활 및 직업수행, 삶의 질에서의 유의한 기능 저하 그리고 연관된 사회적 비용의 증가 등과 관련되어 있다.⁴

공황장애 환자에게 권장하는 치료의 세 가지 형태로는 약물치료, 가장 긴 효과를 보이는 정신치료, 그리고 자조(self help)로 나누어 볼 수 있다.⁵ 다양한 정신치료 분야 가운데에서도 인지행동치료(cognitive behavior therapy)를 여러 치료 지침서에서 권장하고 있다. 최근 Cochrane review나 네트워크 메타분석에서도 인지행동치료가 다른 정신치료보다는 가장 효과가 있음이 증명되었다.⁶

공황장애의 치료 경과상 초기 증상은 약물치료를 비교적 잘 반응하여 치료가 쉬운 듯 보이나 약물치료 중단 후 반복해서 공황발작을 경험하여 장기간 약물치료를 유지하게 되는 경우가 있고 인지행동치료와 같은 정신치료 기법의 적절한 시기 및 횟수, 유용한 다른 정신치료법 등에 대한 선택에 있어 어려운 경우가 많다. 이러한 배경에서 표준화된 공황장애 치료 가이드라인을 제공하기 위한 노력의 일환으로, 2008년 한국형 공황장애 약물치료 지침서가 개발되었다. 당시 지침서의 일부 내용으로, 효과는 입증되었지만 약물치료만큼 데이터 축적이 이루어지지 않은 점을 감안하여, 인지행동치료에 대한 두 가지 설문을 시행하여 전문가들의 합의 정도를 확인한 바 있다.

이번 2018년 한국형 공황장애 치료지침서 개정판에서는 특히 정신사회적 치료 부분에서 인지행동치료와 더불어 다른 정신치료 내용을 추가하여 전문가들의 합의 정도를 확인하였고 본 연구에서는 이 내용을 다루고자 한다.

연구 방법

정신사회적 치료 설문의 작성 방법

근거자료가 부족한 국내의 상황과 약물치료의 실정을 반영하고 외국의 학술적 근거 자료 및 외국에서 이미 개발된 치료 지침을 참고하여 치료지침의 개발원칙, 개발계획 및 개발방법 등을 논의하였고, 임상 실제에 보다 가까운 치료지침서를

개발하기 위하여 전문가 의견 수렴을 구하기 위한 설문지를 개발하였다. 전문가들의 합의를 살펴보기 위해 공황장애 등 불안장애 영역에서 치료경험 및 학술활동이 풍부한 국내 전문가들의 합의를 기본으로 하고 학술적 근거자료 조사와 개발위원들의 최종적 검토를 보완하는 형식으로 개발하였으며, 특히 이번 치료지침서에서는 국내 전문가들의 합의를 도출하기 위한 설문작성 및 관리의 편의를 위해 국내 지침서로는 최초로 웹조사 설문형식을 개발하여 진행하였다. 최근 10년간 체계적으로 잘 개발된 미국정신의학회(American Psychiatric Association, APA),⁷ National Institute for Health and Care Excellence(NICE),^{5,8} 캐나다정신의학회(Canadian Psychiatric Association, CPA)⁹와 영국정신의학회(British Association for Psychopharmacology, BAP)¹⁰에서 개발된 임상지침서들을 기초로 하여 치료지침서 개발의 초점과 논쟁점을 조사하고, 개발위원들이 반복적으로 검토하여 최종 설문지를 완성하였다. 정신사회적 치료 부분에서는 인지행동치료의 개입시기와 적절한 회기 수, 형식과 내용, 각 기법의 유용성에 대한 설문과 다른 정신치료 요법의 선택, 마지막으로 마음챙김 명상에 근거한 인지행동치료의 각 기법의 유용성에 대한 설문이었다.

검토위원회의 구성

국내에서 공황장애에 대한 임상 경험이 풍부하고 학문적 성취가 많은 정신건강의학과 전문의 118명을 우선 선정하여 검토위원회를 구성하였다. 그 중 대학병원 소속 88명, 종합병원과 정신건강의학과 전문병원 소속 19명, 개원의 11명의 전문가가 포함되어 있으며, 72명(61%)이 설문에 답하였다.

설문지 평가척도의 합의 수준 분석 방법(Figures 1, 2)

치료전략 및 약물선택의 적합성을 평가하기 위한 설문의 세부항목에 대한 적절성을 9점 척도로 평가하였다. 3개의 범주(①-③, ④-⑥, ⑦-⑨) 사이에 분포의 차이가 있는지를 카이제곱검정을 통해 알아봄으로써 의견의 일치도 유무를 결정하였다. 그 다음으로 평균과 95% 신뢰도 구간을 계산하였다. 각 세부항목의 95% 신뢰도 구간에 근거하여 1차/선호하는 선택, 2차/대체 선택, 3차 선택의 3가지 범주로 구분하였다. 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 2차 상위, 겹치지 않는 경우를 하위 2차 선택으로 정하였다. '최우선 치료'는 1차 범주 안에 있으면서 검토 위원들의 절반 이상이 '⑨'로 평가한 것으로 가장 강력히 권고되는 치료이다.

Table 1. 공황장애 인지행동치료(CBT)의 개입 시기(n=72)

	광장공포증이 동반된 공황장애	광장공포증이 동반되지 않은 공황장애	우울장애가 동반된 공황장애	다른 불안장애가 동반된 공황장애
약물치료만으로도 충분하므로, 정신치료가 반드시 필요한 것은 아니다.	12.5%	16.7%	11.1%	9.7%
초기치료 시기부터 시작한다.	68.1%	51.4%	54.2%	61.1%
초기 약물치료 이후 유지 치료 시기부터 시작한다.	15.3%	18.1%	26.4%	20.8%
초기 약물치료에 반응이 불충분한 경우에 시작한다.	4.2%	13.9%	8.3%	8.3%

평가 항목	평가 척도
① 항우울제 단독치료	④ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨
② BDZ계 항불안제 단독치료	④ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨
③ 인지행동치료 단독치료	④ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨
.....	④ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨

Figure 1. 제시된 평가척도의 사용례.

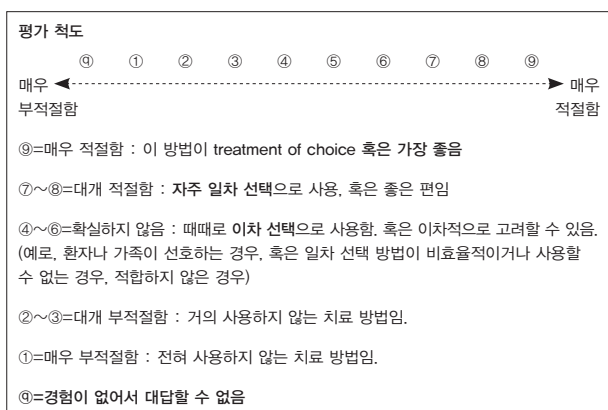


Figure 2. 평가척도에 사용되는 척도의 수준에 대한 해설.

결 과

설문결과

공황장애 인지행동치료(Cognitive Behavioral Therapy, CBT)의 개입 시기

‘CBT는 공황장애의 대표적인 정신치료로 개인치료 혹은 집단치료의 형식으로 임상에서 활용되고 있습니다. 다음의 각 경우에서 공황장애 환자에게 CBT를 적용할 경우 아래의 보기 중에서 선택해 주십시오.’라는 질문에 광장공포증이 공존하는 경우와 그렇지 않은 경우, 우울장애가 공존하는 경우 및 기타 불안장애가 공존하는 경우 모두에서 전문가 과반수 이상이 치료 초기부터 인지행동치료를 시작한다고 답하였다(Table 1).

공황장애 CBT의 적절한 회기 수

‘공황장애 CBT를 주 1회 시행 시 몇 회기가 가장 적절하다

Table 2. 공황장애 개인 CBT의 적절한 회기 수(n=72)

회기 수	응답률	응답률
6회기 미만	11.1%	8
6회기	14%	10
8회기	48.6%	35
12회기	26.4%	19
12회기 이상	0%	0
기타 (구체적으로 명시)	4회기, 20회기	2

Table 3. 공황장애 집단 CBT의 적절한 회기 수(n=72)

회기 수	응답률	응답률
6회기 미만	11.1%	8
6회기	16.7%	12
8회기	40.3%	29
12회기	31.9%	23
12회기 이상	0%	0
기타 (구체적으로 명시)	10회기, 20회기	2

고 생각하십니까?’라는 질문으로 개인 CBT와 집단 CBT로 나누어 살펴보았다. 개인 CBT 회기 수는 8회(48.6%), 12회(26.4%), 회(14%) 순의 응답을 보였고, 집단 CBT회기 수는 8회(40.3%), 12회(31.9%), 6회(16.7%) 순으로 응답하였다(Table 2, 3).

공황장애 CBT의 형식과 내용

‘공황장애 CBT의 형식과 관련한 다음의 내용에 대해, 선생님들께서 동의하시는 정도를 표기하여 주십시오’ 라는 질문의 두 가지 항목 중 ‘공황장애의 CBT는 집단치료의 형식이 개인 치료의 형식보다 효과와 유용성을 고려할 때 더 좋다’에는 2차 상위 즉 확실하지 않지만 가능성이 있는 정도, ‘CBT 종료 후, 강화 세션(booster session)이 환자들에게 필요하다’에는 1차 선택 즉 적합하다 수준의 전문가들의 합의가 이루어졌다(Table 4).

인지행동치료 기법의 유용성

‘공황장애 CBT의 기법들에 대한 내용으로, 각 기법에 대한 유용성을 평가해 주십시오.’라고 질문하였다. 그 결과 교육(education), 인지적 접근(cognitive approach), 호흡 재훈련

(breathing retraining), 이완(relaxation), 자극 감응 노출(interoceptive exposure), 실제 상황 노출(in vivo exposure), 6가지 모든 기법들에 대해 1차 선택, 즉 적합하다는 합의가 있었다 (Table 5).

공황장애의 다른 정신치료 요법의 선택

‘최근 공황장애에 효과적인 치료로 다른 많은 정신치료 요법들이 소개되고 있습니다. 다음의 여러 다양한 정신치료 요법의 치료적 효과 및 적합성에 대해 평가해 주십시오.’ 라고 질문하였다. 그 결과, 개인 CBT와 집단 CBT는 최우선 치료로, 마인드풀니스 인지치료는 1차 선택으로 전문가 합의가 이루어졌다(Table 6).

마인드풀니스 인지행동치료 기법의 유용성

‘다음은 최근 주목 받고 있는 공황장애 정신치료 중의 하나인 마인드풀니스 인지행동치료의 기법들에 대한 내용입니다. 각 기법들에 대한 유용성을 평가해 주십시오’라고 질문하였다. 그 결과, 다섯 번째 질문의 연장선으로 살펴 볼 때 모든 기법에 대해서 1차 선택 즉 적합하다는 수준으로 합의가 이루어졌다(Table 7).

고 찰

우리나라 공황장애 전문가들은 광장공포증의 동반여부와 관계없이, 그리고 우울장애나 기타 불안장애가 동반된 경우에도 과반수 이상에서 공황장애 치료 초기부터 인지행동치

Table 4. 공황장애 CBT의 형식(n=50)

	Mean	SD	95% Lo	95% Up	9%	7.8%
1 공황장애의 CBT는 집단치료의 형식이 개인치료의 형식보다 효과와 유용성을 고려할 때 더 좋다.	6.58	1.88	6.13	7.03	13.9	43.0
2 CBT 종료 후, 강화 세션(booster session)이 환자들에게 필요하다.	7.70	1.23	7.40	7.98	27.8	53.3

Table 5. 인지행동치료 기법의 유용성(n=72)

	Mean	SD	95% Lo	95% Up	9%	7.8%
1 교육 (education)	8.00	1.06	7.75	8.25	40.3	50.0
2 인지적 접근 (cognitive approach)	7.79	1.21	7.51	8.08	36.1	52.8
3 호흡 재훈련 (breathing retraining)	7.69	1.21	7.40	7.98	27.8	56.9
4 이완 (relaxation)	7.56	1.36	7.24	7.89	29.2	51.4
5 자극 감응 노출 (interoceptive exposure)	7.23	1.17	6.95	7.51	11.1	65.3
6 실제 상황 노출 (in vivo exposure)	7.24	1.22	6.95	7.52	13.9	62.5

Table 6. 공황장애의 다른 정신치료 요법의 선택(n=72)

	Mean	SD	95% Lo	95% Up	9%	7.8%
1 개인 CBT	8.27	0.91	8.05	8.48	50.0	44.5
2 집단 CBT	8.17	1.08	7.91	8.43	50.0	4.03
3 장기역동정신치료	5.13	2.04	4.64	5.62	5.6	16.7
4 단기역동정신치료	5.59	1.88	5.14	6.05	4.2	29.1
5 마인드풀니스인지치료 (MBCT)	7.16	1.46	6.81	7.51	18.1	54.2
6 수용전념치료 (ACT)	6.45	1.51	6.06	6.84	2.8	51.4
7 문제해결중심치료	5.85	1.42	5.49	6.22	2.8	23.6
8 자조 (self-help)*	5.42	1.79	4.97	5.87	1.4	26.4

* : 자조(self help) : computerized CBT, 혹은 독서치료(bibliotherapy), 자조그룹 등

Table 7. 마인드풀니스 인지행동치료 기법의 유용성(n=72)

	Mean	SD	95% Lo	95% Up	9%	7.8%
1 Attention control (집중조절훈련)	7.29	1.44	6.91	7.66	15.3	48.6
2 Mindful awareness 걱정, 반추 알아차림)	7.62	1.22	7.30	7.93	23.6	43.1
3 Decentering (탈중심화 대응전략)	7.32	1.42	6.95	7.69	19.4	41.6
4 Meditation training (명상 기법)	7.25	1.51	6.86	7.64	15.3	51.4
5 Cognitive approach (인지적 접근)	7.53	1.26	7.21	7.86	23.6	48.6

* : Cognitive approach (인지적 접근) : '생각은 생각일 뿐 사실이 아니다'와 같은 인지적 접근을 의미합니다.'라고 질문하였다.

료를 시작한다고 하였다. 미국정신의학회(APA) 치료지침서⁷에서는 우울장애가 2차적으로 나타난 것일 때 공황장애에 초점을 두어 인지행동치료를 시행하면서 우울증상 변화를 관찰하는 것이 합리적인 전략이라 하였고 일부 연구^{11,12}에서는 인지행동치료를 통해 공황장애가 나아지면 우울증상이 자연스럽게 좋아진다고 보고하였다. 그렇더라도 만약 우울증상이 자살사고와 연관되어 심각하다면 인지행동치료의 강조점을 우울 증상 개선으로 전환하라고 권고하고 있다. 다른 불안장애가 동반되었을 때도 약물치료와 더불어 인지행동치료가 대부분의 환자에게 적절하고, 일부 좀 더 복합적인 상태에서는 특히 고도로 맞추어진 다양한 치료법을 활용하여야 적절한 회복이 이루어짐을 강조하고 있다. 이 점에서는 우리나라에서 임상 상황에서도 유사하게 적용할 수 있다.

공황장애 CBT의 적절한 회기 수의 경우에는 개인 CBT나 집단 CBT 회기 수 모두 8회, 12회, 6회 순으로 응답이 많았다. 개인 CBT와 집단 CBT를 시행할 수 있는 임상 상황이 다를 수 있어 구분하여 질문하였으나 두 가지 경우 모두 8회와 12회가 전체 응답의 70% 이상을 차지하고 그 다음 순이 6회였다. 미국정신의학회(American Psychiatric Association, APA)⁷, 캐나다정신의학회(Canadian Psychiatric Association, CPA)⁹와 영국정신의학회(British Association for Psychopharmacology, BAP)¹⁰의 지침서에서는 각각 10~15회, 12~14회, 8~20시간으로 권고하고 있어 상대적으로 우리 나라에서 보다 짧은 기간에 집중적인 치료를 하고 있음을 알 수 있다.

공황장애 CBT의 형식과 내용 면에서는 2008년도 처음 나온 공황장애의 약물치료 지침서에서도 '강화 세션(booster session)이 환자들에게 필요하다'는 항목에 2차 상위 즉 확실하지 않지만 가능성이 있는 정도의 합의가 있었다. 10년이 경과한 현재 강화세션에 대한 중요성을 치료자 마다 더 강조하게 되었고 집단 CBT 유용성의 가능성을 확인하였다.

인지행동치료 기법들의 유용성 측면에서는 2008년도 처음 나온 공황장애의 약물치료 지침서에서도 7가지 기법들 즉 정신교육, 인지재구조화, 노출요법, 이완요법, 재발방지, 자극감응훈련, 문제해결훈련의 유용성에 대한 설문이 있었다. 당시에는 정신교육과 인지재구조화는 1차 선택, 노출요법과 이완요법은 2차 상위 선택, 자극감응훈련과 문제해결훈련은 2차 하위 선택으로 합의가 이루어졌다. 당시 노출요법 특히 자극감응훈련은 병원에서 시간을 충분히 갖고 교육하고 훈련하는 것이 필요하나 시간적으로 여유가 없는 대학병원 및 종합병원에 근무하고 있는 국내 전문가들 입장에서 이러한 치료법을 적극적으로 권장하고 결과를 검증할 만한 치료적 상황이 아닌 것으로 이해하였고 문제해결훈련의 경우 공황장애의 지속이나 발병에 관계되었을 수도 있는 문제(갈등, 상실, 괴로, 완

벽주의)에 대처하는 연습을 언급하는 것으로 공황장애에 핵심적인 기법으로 고려되지 않아서 재발방지와 함께 이번 2018년도 공황장애치료 지침서에서 인지행동치료 기법들의 항목으로 포함하지 않았다. Barlow & Craske¹³가 제안하는 공황장애 인지행동치료 기법들을 6가지로 나누어 그 유용성을 평가하였고 그 설문 결과 또한 모든 항목에 대해 적합하다는 합의가 이루어졌다. 설문의 내용 일부가 삭제 및 추가 과정이 있었으나 모든 기법들이 적합하다는 합의는 10년 전에 비해 공황장애 환자들에게 있어 인지행동치료의 효과와 실제 임상상황에서의 효용성 여부가 일치되어 가는 과정으로 이해해볼 수 있다. 가장 최근 공황장애의 인지행동치료에 대한 체계적 고찰과 메타분석에 의하면, 자극감응 훈련과 면대면 치료가 보다 높은 효능(efficacy)과 치료 만족도(acceptability)를 보이고 근육 이완과 가상현실 노출은 유의하게 낮은 효과를 보인 반면 호흡 훈련과 노출치료는 효능 크기는 작지만 치료 만족도를 향상시키는 것으로 보고되었다.¹⁴

인지행동치료의 경우 미국정신의학회(American Psychiatric Association, APA)⁷, 캐나다정신의학회(Canadian Psychiatric Association, CPA)⁹와 영국정신의학회(British Association for Psychopharmacology, BAP)¹⁰ 등 대부분 다른 나라의 공황장애 치료에 가장 높은 근거 기준에 해당하는 효과적인 치료법으로 인정되고 있으며 우리나라 공황장애 전문가들의 합의 또한 동일한 결과를 보였다.

한편 미국정신의학회(American Psychiatric Association, APA)⁷에서는 많은 연구에서 공황장애 발병 전에 급성 스트레스나 인생 사건이 선행하여 나타난다는 보고가 있었고 공황증상 기저의 심리적 의미에 초점을 두는 panic focused psychodynamic psychotherapy(PFPP)가 제한적이긴 하지만 효과적이라고 언급하고 있다. 또한 독서치료, 전화 혹은 비디오 치료, 인터넷 기반 인지행동치료 등 최소 개입 형태의 치료도 치료 대기자나 이완치료만 받은 경우보다는 더 효과적이고 실제 인지행동치료만큼 효과가 있다는 보고들도 많다.⁹ 반면 우리나라 전문가들은 이러한 자가치료 효과에는 2차 하위 즉 효과가 확실하지 않다고 합의하였다. 영국정신의학회(British Association for Psychopharmacology, BAP) 지침서¹⁰에서는 자가 치료적 접근의 경우 상대적으로 무작위 대조군 임상연구가 적고 연구 대상군이 균일하지 않고 신뢰할 만한 결과가 나온 경우 또한 거의 없다고 하였다. 우리나라에서도 자가치료 책자를 안내하거나 인터넷 기반 인지행동치료를 시도하고 있지만 그 효과에 대해서는 반신반의하는 수준인데 이에 대한 연구의 한계점과 더불어 환자 입장에서 자발적이고 주도적인 부분이 늘어가는 인지행동치료 과정을 스스로 이행하기가 어려운 점 또한 그 이유로 생각해볼 수 있다.

또한 미국정신의학회(American Psychiatric Association, APA) 지침서⁷에서는 마음챙김에 근거한 스트레스 해소법(mindfulness-based stress reduction, MBSR)이 아직까지는 그 효과의 근거 수준이 제한적이라고 언급하고 있고 영국정신의학회(British Association for Psychopharmacology, BAP)지침서¹⁰에서는 최근 2개의 체계적 비평을 근거로 효과적임을 언급하고 있다. 반면 우리나라 공황장애 치료 전문가들에서는 마인드풀니스 인지치료(MBCT)에 대해 1차 선택, 즉 적합하다는 데에 합의가 이루어졌다. 이는 치료자들의 선호도가 높고 치료 경험도 쌓이면서 그 효과를 경험하고 있음을 반영하고 있다. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments(CANMAT)¹⁵에서 MBCT의 경우 주요우울장애에서 급성기 치료에서는 부가요법으로 2차 선택이지만, 재발방지를 위한 유지치료에서는 높은 근거수준으로 인지행동치료와 함께 1차 선택 치료로 권고하고 있다. 상대적으로 재발이 잦은 공황장애에서 MBCT의 효과에 대한 연구논문¹⁶⁻¹⁹이 우리나라에서도 나오고 있으며 특히 공황장애 환자들에서 보이는 불확실함을 참지 못하는 성향(intolerance of uncertainty)에 효과적이었다는 보고가 있다.

마지막으로, 마인드풀니스 인지행동치료 기법의 유용성에 있어서는 제안한 6가지 기법들에 대해 모두 적합하다는 합의가 이루어졌다. Jon Kabat-Zinn은 마음챙김(mindfulness)을 특별한 방식으로 주의를 기울이는 것, 즉 의도적으로 현재 순간에 판단을 하지 않고 머무르는 것이라고 하였다. 마음챙김에 기초한 스트레스 감소(Mindfulness based stress reduction, MBSR) 프로그램에는 마음챙김 명상과 그 안의 알아차림 연습, 탈중심화 기법, “생각은 생각일 뿐 이고 그 생각들은 ‘당신 자신도’ 그리고 ‘현실’도 아니라는 인식” 등이 포함되어 있다. MBCT는 크게 보면 이러한 MBSR을 근거로 하고 있으며 주요 우울증 삽화의 재발 방지를 위해 Segal 등²⁰이 개발하였다. 이 MBCT 8회기 과정에서 핵심적인 기법 중 집중조절 혹은 주의통제 훈련은 환자들의 자각을 증가시키기 위해서 마음챙김과 인지치료의 접근을 병합하는 것을 목적으로 하고 있다. 이번 MBCT의 기법들에 대한 유용성 정도에서 전문가의 합의 수준의 정도가 높은 점이 고무적이라고 볼 수 있는데, 공황장애의 재발률이 높은 점과 공황장애가 우울증과의 공존률이 높은 점에서 약물치로나 널리 입증된 인지행동치료 외 치료자들이 선택해서 효과가 있는 방법으로 마인드풀니스 인지치료법을 제안할 수 있게 되었다는 데에 있다. 또한 향후 여러 가지 연구결과로 그 근거수준이 높아질 것으로 기대해 볼 수 있다.

그외 연구하기 어렵다는 제한점이 있긴 하지만 역동정신치료, 수용전념치료 및 정신분석까지 효과적일 수 있다는 소수

의견이 있었다.

2008년도 공황장애의 약물치료지침서 내용 중 일부로 인지행동치료 기법들에 대한 전문가 의견들을 모은 결과에 비해 이번 공황장애 치료지침서에서는 정신치료 부분의 6가지 설문에 대한 전문가들의 적합하다는 합의도가 높아진 것을 알 수 있다. 이는 지난 10년간 공황장애 치료 전문가들이 약물치료뿐 아니라 인지행동치료, 마인드풀니스 인지행동치료 등의 치료 경험이 축적되어 합의가 이루어진 것으로 사료된다.

다음은 본 연구의 제한점에 대해 논의하고자 한다. 첫째, 공황장애 치료지침서 개정판의 일부인 본고의 내용은 완전한 근거-중심의 지침이 아니고, 전문가 집단의 합의가 절충되어 충분한 근거가 확보되었다고 보기는 어렵다. 그러나, 전문가 집단의 임상 경험이 반영된 결과가 오히려 임상 실제에 있어서는 더 효용 가치가 높을 수도 있을 것이다. 둘째, 공황장애의 정신사회적 치료 중 다른 치료법의 선택에 있어서 최근 치료효과에 대한 근거자료들이 나오기 시작한 panic focused psychodynamic psychotherapy(PFPP)나 Eye Movement Desensitization and Reprocessing(EMDR)등을 포함하지 못한 점과 정신치료 기법의 복잡성을 설문화하는 과정에서 지나치게 단순화되었을 가능성이 있다. 셋째, 이번 설문에 참석한 대부분의 전문가들이 대학 병원 정신건강의학과 교수이기 때문에 이들의 선택 결과가 우리나라 임상 현실을 대표한다고 보기에는 무리가 있다. 따라서, 다음의 개정판을 위한 설문에서는 다양한 직종의 보다 많은 정신건강의학과 의사가 참여하여 가능한 임상 현실을 더 잘 반영할 수 있도록 해야 할 것이다

결론

공황장애 치료지침서 개정판 개발의 일부인 본 연구의 결과물이 가장 최선의 전략이나 치료방법을 의미하는 것은 아니나, 국내 현실에 적합하며 환자에게는 질적으로 우수한 치료가 될 수 있도록 현재의 공황장애에 대한 전문가들의 수렴된 의견과 개발위원회의 검토로 이루어졌다. 앞으로 공황장애의 연구와 진료에 발전함에 따라 공황장애의 치료지침서도 지속적인 개정이 필요할 것이며 이를 통해 보다 적절하고 환자 진료에 더 많은 도움이 될 것으로 기대한다.

중심 단어 : 공황장애 · 치료지침 · 인지행동치료 · 마인드풀니스 인지치료 · 정신사회치료.

REFERENCES

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5);2013.

2. Kessler RC, Chiu WT, Jin R, Ruscio AM, Shear K, Walters EE. The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry* 2006;63:415-424.
3. King M, Nazareth I, Levy G, Walker C, Morris R, Weich S, et al. Prevalence of common mental disorders in general practice attendees across Europe. *British Journal of Psychiatry* 2008;192:362-367.
4. Batelaan NM, Van Balkom AJ, Stein DJ. Evidence-based pharmacotherapy of panic disorder: an update. *Int J Neuropsychopharmacol* 2012;15:403-415.
5. National Institute for Health and Care Excellence. Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: Management;2011.
6. Pompoli A, Furukawa TA, Imai H, Tajika A, Efthimiou O, Salanti G. Psychological therapies for panic disorder with or without agoraphobia in adults: a network meta-analysis. 2016 Cochrane Database of Systematic Reviews 4, CD011004.
7. American Psychiatric Association. Practice guideline for the Treatment of Patients with Panic Disorder 2010.
8. National Institute for Health and Care Excellence. Panic disorder overview;2016.
9. Katzman MA, Bleau P, Blier P, Chokka P, Kjernisted K, Van Ameringen M, et al. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry* 2014;14 Suppl 1:S1.
10. Baldwin DS, Anderson IM, Nutt DJ, Allgulander C, Bandelow B, den Boer JA, et al. Evidence-based pharmacological treatment of anxiety disorders, post-traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder: a revision of the 2005 guidelines from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol* 2014;28:403-439.
11. Tsao JCI, Mystkowski J, Zucker B, Craske MG. Effects of cognitive behavioral therapy for panic disorder on comorbid conditions: replication and extension. *Behav Ther* 2002; 33:493-509.
12. Tsao JC, Mystkowski JL, Zucker BG, Craske MG. Impact of cognitive-behavioral therapy for panic disorder on comorbidity: a controlled investigation. *Behav Res Ther* 2005;43:959-970.
13. David H. Barlow & Michelle G. Craske. *Mastery of your anxiety and panic*, 4th ed. Oxford university press;2007.
14. Pompoli A, Furukawa TA, Efthimiou O, Imai H, Tajika A, Salanti G. Dismantling cognitive-behaviour therapy for panic disorder: a systematic review and component network meta-analysis. *Psychological Medicine* 2018;48:1945-1953.
15. Parikh SV, Quilty LC, Ravitz P, Rosenbluth M, Pavlova B, Grigoriadis S, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 2. Psychological Treatments. *Canadian J of Psychiatry* 2016;61:524-539.
16. Kim MK, Lee KS, Kim B, Choi TK, Lee SH. Impact of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Intolerance of Uncertainty in Patients with Panic Disorder. *Psychiatry Investig* 2016;13:196-202.
17. Kim B, Cho SJ, Lee KS, Lee JY, Choe AY, Lee JE, et al. Factors associated with treatment outcomes in mindfulness-based cognitive therapy for panic disorder. *Yonsei Med J* 2013;54:1454-1462.
18. Kim B, Lee SH, Kim YW, Choi TK, Yook K, Suh SY, et al. Effectiveness of a mindfulness-based cognitive therapy program as an adjunct to pharmacotherapy in patients with panic disorder. *J Anxiety Disorder* 2010;24:59-55.
19. Kim YW, Lee SH, Choi TK, Suh SY, Kim B, Kim CM, et al. Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy as an adjuvant to pharmacotherapy in patients with panic disorder or generalized anxiety disorder. *Depress Anxiety* 2009;26:601-606.
20. Segel ZV, Williams JMG, Teasdale JD. *Mindfulness based cognitive therapy for depression*, 2nd ed. Guilford 2012.