

공황장애 환자의 질환행동에 관한 연구

김상수*† · 제영묘* · 김상엽* · 이대수* · 이승호* · 최은영*

A Study on Illness Behavior of Panic Disorder Patients

Sang-Soo Kim, M.D.,*† Young-Myo Je, M.D.,* Sang-Yeop Kim, M.D.,*
Eun-Young Choi M.D.,* Sung-Ho Lee, M.D.,* Dae-Soo Lee, M.D.,*

— ABSTRACT ————— *Korean J Psychosomatic Medicine* 6(2) : 104 - 119, 1998 —

This study was conducted to determine the important factors in the illness behavior of panic disorder patients. And then, find the best ways to lead the patients who have recurrent panic attacks to the adequate therapeutic situations. We studied 53 patients diagnosed as panic disorder according to DSM-IV among the outpatients who had been followed up at Bong Seng Memorial Hospital for 6 Ms, from May 1997 to October 1997. To evaluate the illness behaviors, we designed a checklist including socio-demographic data, degree of subjective distress from medical and psychiatric treatment, panic symptoms, life events, places of help-seeking, Anxiety Sensitivity Index. Using the checklist, we had semistructured interviews with the panic disorder patients to elucidate their help-seeking behaviors from first panic attack to diagnosing as panic disorder.

The results were as follows :

1) After first panic attack, the patients initially sought help at 1) Emergency room 40%, 2) Rest &/or Personal emergency care 35%, 3) Pharmacy 10%, 4) Outpatient care at hospital 10%, 5) Oriental medicine 5%.

2) Considering the panic symptoms, derealization, paresthesia and the severity of panic symptoms were the most important factors affecting the patient's help-seeking behaviors who had experienced the first panic attack.

3) Most of all the patients (80%) were apt to visit the hospitals within 15 days after experiencing about 3 panic attacks.

4) Before diagnosed as panic disorder, the patients had visited 3-5 health care centers during about 1 year.

5) Primary care physicians(for example, emergency care physicians, family doctors and internists) had the most important roles in treating or guiding the patients to the adequate therapeutic situations.

From the above results, the authors propose that non-psychiatric physicians have to know the panic disorder or attacks exactly. When patients complaint sudden onset physical symptoms

*김원목기념 봉생병원 정신과

Department of Neuropsychiatry, Bong-Seng Memorial Hospital, Pusan, Korea

†Corresponding author

e.g. palpitation, dyspnea, dizziness or the cognitive symptoms like the fear of death or insanity, physicians should consider the possibility of panic attack and encourage the patients to be evaluated for psychiatric illness.

KEY WORDS : Panic disorder · Illness behavior.

서 론

정신과 환자나 환자 가족들로 하여금 병을 조기 발견하고 올바른 치료 방법을 찾도록 해주기 위해서는 현재 그 사회에서 정신질환을 앓고 있는 환자들의 도움추구 행동(Help-seeking behavior)과 질환행동(Illness behavior)에 대한 연구가 선행되어야 함은 매우 중요한 일이다. Illness behavior를 '질병행동'으로 해석하기도 하지만 본고에서는 김광일과 광상곤(1992)이 사용한 '질환행동'으로 해석하여 사용하고자 한다. 도움추구행동이란 "고통이 있을 때 도움이나 충고, 지지를 얻기 위해 어려운 문제나 성가신 일에 대한 모든 종류의 전달방법(Communication)" (Gourash 1978)이고, 질환행동이란 "병이 있다고 느끼는 사람이 자신의 건강상태를 확인하고 적절한 대처방안을 찾기 위해 수행하는 모든 행동(Activity)" (Kasl 등 1966)이라고 할 수 있으며 이는 사회, 문화, 인종간에 다르다(Mechanic 1961)고 하였다. 개인의 질환행동 특징이 질병의 진단 치료 및 예후에 많은 영향을 끼치므로 질병에 대한 생물학적인 이해 못지 않게 각 질병에 대한 원인과 치료, 질병의 의미에 대한 개인과 사회 문화적인 인식에 대한 연구도 적절한 진료를 위해선 아주 중요하다(Mechanic 1966)고 하겠다.

우리 나라의 경우 정신질환의 개념이나 정신질환에 대한 태도(김광일 등 1973, 1974, 1975; 김용식 등 1975; 이무석 1982; 박용천과 김광일 1983; 황규혁 1988; 윤충한과 김광일 1991)와 의료 추구행동에 관한 연구(조완숙과 문홍세 1972; 이형영 등 1973; 박수훈 1976; 이형영 1977, 1980; 신병호 등 1988; 이부영 등 1989; 신승철과 이호영 1989)들이 보고되고 있는데 대체적으로 정신질환에 대한 사회적인 편견과 낙인, 정신질환을 신체의 질환 또는 종교적인 현상으로 보려는 경향, 한방이나 전통적인 치료법에 대한 높은

신뢰, 다원화된 보건의료체제와 모두가 "의사 노릇"하기 좋아하는 경향 때문에 의학뿐만 아니라 다른 여러 도움을 동시에 추구하는 다양한 질환행동을 보여 조기에 적절하게 치료받기 힘들게 된 결과 병의 만성화나 부적절한 의료적 처치로 생기는 의원성장애 및 의료비 상승 등의 문제를 초래하는 경우가 많다고 하였다.

공황장애는 DSM-III(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition, APA, 1980)부터 독립된 질병으로 인정되면서 널리 알려지게 되어 현재의 DSM-IV(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, APA, 1994)까지 이르고 있고, 공황발작, 공황장애의 원인에 대해 생물학적인 모델(Klein 1993), 인지모델(Clark 1988), 생물학적 모델과 인지모델의 중간입장(Barlow 1988, Barlow 등 1994) 등이 있지만 그 본질에 대하여 아직 명확히 알고 있지 못하고 있다. 공황발작의 평생유병율이 일반인의 9.3~10%(Wittchen 1986; Weissman 1990)이며, 공황장애의 평생유병율은 조사 기관에 따라 다르지만 0.48~2.4%(Robins 등 1984; Burman 등 1987; Von Korff 등 1985; 이정균 등 1985; 이호영 등 1989; Wittchen 1991)이고, 비전형적인 공황발작을 포함한다면 일생에 공황발작을 한번이라도 경험한 사람이 약 40%(Von Korff 등 1985)에 이르고 조사되어 비교적 많은 수의 사람들이 공황발작을 경험하거나 공황장애를 앓고 있음을 알 수 있다.

공황장애 환자의 병원 치료율에 대한 역학조사 결과 50~56%가 치료를 받고 있는데 대부분 일반의사가 치료를 담당하고 있고, 이들 중 1/4 정도만이 정신과 진료를 받고 있다는 보고(Lehtinen 등 1988; Katern-dahl 1990; Buller 등 1992)가 있는데 이는 공황장애 환자들 중에서 많은 수의 환자들이 진료를 받고 있지 않거나 진료를 받고 있다 하더라도 부적절한 진료를 받고 있음을 단적으로 말해주고 있다. 그러나 다른 연구에서는 공황장애 환자들의 치료율은 신체화장애, 정신

분열증, 주요우울증 등 주요 정신질환의 그것과 비교될 정도로 높은(Boyd 1986)편이고, 공공의료기관의 이용률도 높다는(Klerman 등 1991)보고도 있어 상반된 의견을 보이고 있다.

우리 나라의 경우 정신질환에 대한 치료적 접근 방식이 신체 중심적, 종교적, 전통적인 성향이 강하고 다원화된 의료제도가 공식화되어 있고, 또한 사회문화적인 편견, 의료전달체계, 환자 개인적인 요인 등이 공황장애 환자의 질환행동에 큰 영향을 미치고 있다고 보여진다. 더구나 공황발작시 경험하는 증상들은 대부분(90%) 신체증상(임기영 등 1996)이라는 질병의 특성상 신체질환으로 오해받기 쉬워 환자의 90%가 자신은 신체질환을 앓고 있다고 믿고 있고, 정신과 치료를 받기보다는 신경내과, 심장내과, 위장내과 등지에서 부적절한 치료를 받고 있다는 외국의 보고(Ballenger 1987)와 유사하게 우리 나라의 경우도 치료를 받지 않고 무속을 포함한 전통적인 방법으로 공황증상에 대처하고 있거나, 부적절한 치료를 받고 있는 공황장애 환자가 많을 것으로 추정된다.

공황장애는 그 자체가 광장공포증을 동반하는 것과 관계없이 주요우울증에 비견될 정도로 심각한 개인적 건강장애를 유발할 뿐만 아니라 실직, 수입감소, 대인관계 장애 등과 같은 사회경제적인 어려움을 초래(Edlund와 Swann 1987)하기도 하고 자살(Fawcett J. 1988; Johnson 등 1990)과 약물중독, 주요우울증, 광장공포증 등의 다른 정신질환을 합병증으로 유발할 수 있다고 한다. 또한, 단극성 우울증에 비해 심혈관계 질환 등에 의한 사망률 또한 높다는 보고(Coryell 등 1982) 등 아주 심각한 후유 장애를 유발하는 만성적이고 재발을 잘하는(Markowitz 1989) 정신질환으로 알려져 있어 치료를 받지 않거나 부적절한 치료는 환자의 가족과 본인에게 아주 심각한 정신적 고통과 경제적인 손실을 초래할 뿐만 아니라 사회적으로도 의료비의 상승, 인적 자원의 손실과 같은 막대한 손실을 초래할 수 있다. 공황장애는 정확한 진단과 함께 약물치료 및 인지-행동 치료 등을 이용한 전문적인 치료를 조기에 시행한다면 증상회복율을 높이고(김희철, 1997) 여러 가지 합병증을 예방할 수 있을 것이다.

우리 나라에서는 신경증, 정신분열증, 우울증 등의 개별적인 정신질환에 대한 질환행동 연구가(신승철과 윤관수 1990; 남정현 등 1992; 최미경 등 1995) 발표된

적은 있지만 공황장애에 대한 연구는 찾아보기 어려웠고, 국외 연구로는 Boyd(1986), Katerndahl(1990), Realini 등(1993), Vollrath와 Angst(1993)가 공황장애의 질환행동과 관련된 연구를 발표한 적이 있다.

다양한 의료전달체계, 사회적 편견, 정신질환에 대한 치료가 신체 중심적이고 종교적인 측면이 강한 우리나라에서 공황장애로 인한 후유증을 예방하고, 치료율을 높이고, 사회경제적인 손실을 줄이기 위하여 공황장애 환자들의 질환행동에 대한 연구가 절실하다고 하겠다.

본 연구의 목적은 종합병원 정신과를 방문한 공황장애 환자들의 질환행동에 대한 특징을 후향적으로 알아보고, 공황장애로 진단 받고 적절히 치료받는데 어떤 요인들이 영향을 주는지 확인하고, 공황장애의 조기 발견과 치료를 위하여 어떤 대처방안이 필요한지를 모색하여 보는 것이다. 또한 치료를 받고 있지 않거나 부적절한 치료를 받고 있는 환자를 포함한 공황장애 환자의 질환행동에 대한 연구의 비교 및 기초자료로 삼고자 한다.

대상 및 방법

1. 연구대상

연구대상은 1997년 5월부터 1997년 10월까지 6개월간 봉생병원 정신과에서 공황장애로 외래진료를 받고 있는 환자중 설문조사에 동의한 사람을 대상으로(초진, 재진 입원 포함)하여 2명의 정신과 전문의가 개별적으로 재 면담한 뒤, DSM-IV(APA, 1994)에 의거하여 공황장애로 진단이 일치된 환자를 대상으로 하였다.

2. 조사방법

조사는 환자에게 조사목적을 환자에게 설명하여 동의를 얻은 뒤, 저자들이 고안한 설문지의 작성 방법을 자세히 설명하고 집에 돌아가서 작성하게 하였고, 이후 약속된 면담 날짜에 다시 만나 작성한 설문지를 환자와 함께 검토하거나 병록지를 참조하여 미진한 부분을 보완하였다.

설문지에는 성별, 나이, 결혼상태, 학력, 직업, 사회경제적인 수준, 종교, 신체 및 정신적인 문제로 병원 진료를 받는 것에 대한 거부감과 공황발작 이전에 경험한 생활사건의 심한 정도(0~8점), 14개의 공황증상 중에서 전형적인 발작기간 동안 경험하는 증상과 심한 정도(0~8점), 공황장애로 진단 되기 전까지 발작의 양

상 및 빈도, 예기불안과 광장공포증의 심한 정도(0~8점), 최초로 공황발작을 경험한 뒤 질환행동에 대한 자세한 기록, 공황발작에 대한 스스로의 판단, 가족력, 약국, 한의원, 민간요법 등으로 치료한 경험 여부 및 결과, 정신과를 방문하게된 이유 등을 조사하였다.

환자가 공황발작을 경험하기전 불안에 대한 공포반응의 유발 경향을 측정하기 위하여 불안민감도 검사(Anxiety Sensitivity Index, 이하 ASI)를 시행하였는데 환자로 하여금 공황증상을 경험하기 이전의 마음상태를 기억하여 답변하도록 지시하였다. ASI는 Reiss 등(1986)이 고안한 것으로 총 16개 항목으로 구성되어 있는데 이중 9문항은 신체적인 이상에 대하여 불안, 공포로 반응하는 정도, 나머지 문항은 불안 자체나 정신질환의 이환에 대한 공포로 반응하는 정도를 측정한다.

저자들은 1) 최초로 공황발작을 경험한 뒤 환자가 보이는 도움추구 행동(Help seeking behavior), 2) 최초로 공황발작을 경험한 뒤 공황장애로 진단 받기까지 걸린 시간(이하 진단시간, TIME), 3) 공황장애로 진단 받기까지 환자가 방문한 치료기관의 수(이하 경로수, PATH)를 공황발작을 경험한 환자의 질환행동을 잘 설명해줄 수 있는 중요한 요인으로 규정하고, 다른 인자들과의 관계를 살펴보았다. 경로 수는 공황증상 때문에 방문한 약국, 한의원, 병원의 수를 의미하는데 동일한 기관을 반복적으로 방문한 경우와 한번 방문한 경우 모두 경로수는 한번으로 책정하였다.

최초로 공황발작을 경험한 뒤 약국, 한의원 등을 제외한 의료기관(이하 병원, HOSPITAL)을 방문하는데 소요된 시간에 따라 즉시 방문군(24시간 이내에 병원을 방문한 환자), 지연 방문군(24시간 이후 병원을 방문한 환자)으로 나누어 양군간 질환행동의 차이점을 비교해 보았다.

3. 통계처리

통계처리는 SPSS/PC를 이용하였으며 질환행동과 관련된 일반인자에 대한 분석, 즉시, 지연방문군의 비교는 자료의 종류와 변수의 특징에 따라 t-test, paired t-test, χ^2 test를 선택하여 사용하였다. 진단시간, 경로 수와 질환행동에 영향을 미치는 인자들과의 상관관계는 Spearman's rank correlation, 인자들의 집단간 진단시간, 경로수의 평균치 비교는 t-test와 ANOVA로 검증하였다. 질환행동에 영향을 주는 인자들

중에서 질환행동을 잘 설명해줄수 있는 주된 인자들을 검증하기 위하여 다중회귀분석(Multiple regression, stepwise method)을 실시하였는데 이 통계에서는 공황장애로 진단 되기까지 걸린 시간(단위 : Month)의 분포가 정규분포를 따르지 않아 로그값으로 치환하여 사용하였다.

결 과

1. 사회인구학적 특성

연구 대상자는 총 53명으로 남자가 31명(58.5%), 여자가 22명(41.5%), 평균 연령은 37.9 ± 9.5 (18~66)세, 공황발작이 최초로 시작된 나이는 34.7 ± 9.1 (18~57)세, 교육정도는 11.8 ± 3.5 (0~16)년, 결혼상태는 미혼 10명(18.9%), 기혼 43명(81.1%), 직업은 무직 24명(45.3%), 직장 있는 사람 29명(54.7%), 종교를 가지고 있는 사람 17명(32.1%), 가진 사람은 36명(67.9%), 사회 경제수준은 하위 10명(18.9%), 중간 35명(66%), 상위 8명(15.1%) 등이었고, 거주지는 1명을 제외한 나머지 모두 도시에 거주하고 있었다(Table 1).

2. 질환행동과 관련된 일반적 요인

신체증상 때문에 병원에서 진료 받는 것에 대한 거부감의 정도와 정신과 진료에 대한 거부감 정도는 각각 1.8 ± 2.0 (최저 0점~최고 6점), 3.0 ± 2.9 (최저 0점~최고 8점)으로 정신과 진료에 대한 거부감의 정도가 높고(paired t-test, $t=3.42$, $df=52$, $p=0.001$), 또한 정적인 상관관계(Spearman's rank correlation coefficient(ρ)=0.53, 2-tailed, $p<0.001$)를 보이고 있다.

최초로 공황발작을 경험한 뒤 환자들의 도움추구 행동(Help seeking behaviors)에 대한 조사 결과 즉시 응급실을 방문한 환자가 21명(39.6%)으로 제일 많았으며, 휴식이나 민간요법을 포함한 개인적인 응급처치 19명(35.8%), 약국 6명(11.3%), 외래진료 5명(9.4%), 한의원 2명(3.8%) 순이었고, 최초로 방문한 의료기관의 종류는 최초로 방문한 의료기관에 대한 조사 결과에서는 응급실(24명, 45.3%), 병원외래(13명, 24.5%), 약국(12명, 22.6%), 한의원(2명, 3.8%), 정신과(2명, 3.8%)이었다.

공황발작을 최초로 경험한 뒤 응급실을 포함한 의료

기관을 방문한 군(34명, 64.2%)과 휴식을 취한 환자군(19명, 35.8%) 사이의 일반적인 요인과 공황증상과 관련된 요인에 있어 차이점을 검정해본 결과 의료기관을 방문한 환자 군에서 전형적인 공황발작 기간동안 경험하는 증상중 죽음에 대한 두려움(t-test, 2-tailed, $t = -3.24$, $df = 51$, $p < 0.05$), 감각이상(t-test, 2-tailed, $t = -2.12$, $df = 51$, $p < 0.05$)과 경험하는 증상의 총수(t-test, 2-tailed, $t = -2.82$, $df = 51$, $p < 0.05$)와 심한 정도(t-test, 2-tailed, $t = -2.03$, $df = 51$, $p < 0.05$)가 휴식을 취한 환자군 보다 높았고 나머지 요인들에 있어서는 차이나 관련성이 없었다.

공황발작을 최초로 경험할 당시 환자들은 자신이 경험하고 있는 증상에 대하여 심장병(14명, 21.5%), 중풍(13명, 20.0%), 정신질환(12명, 18.5%), 고혈압(4명, 6.2%), 질식(4명, 6.2%), 기타(18명, 27.7%) 등으로 자의적인 해석을 하였다. 기타에는 별 것 아닐 것이다에서 부터 과로, 과도한 음주와 흡연, 위장병, 감기, 저혈당, 암, 한약을 잘못 먹어서, 두부손상 후유증, 두통 등이 포함되었다. 한 명의 환자가 여러 가지

Table 1. Characteristics of subjects(n=53)

Variable	(Mean±SD) or No.(%)
Age in years	37.9±9.5
Onset Age in years	34.7±9.1
Education in years	11.9±3.5
Sex	
Male	31(58.5%)
Female	22(41.5%)
Marital Status	
Unmarried	10(18.9%)
Once Married	3(81.1%)
Socioeconomic Status	
Low	10(18.9%)
Middle	35(66.0%)
High	8(15.1%)
Religion	
Have not	17(32.1%)
Have	36(67.9%)
Occupation	
Producer	5(9.4%)
Service	13(24.5%)
Office worker	11(20.8%)
Student	2(3.8%)
House Wife	13(24.5%)
None	9(17.0%)

로 해석을 한 경우도 있어 중복되어 기술되었다.

53명의 대상환자 중에서 공황증상을 치료하기 위하여 한의원을 방문한 적이 있는 경우는 29명(54.7%)이었고, 약국을 방문한 적이 있는 경우는 20명(37.7%), 민간요법을 사용한 적이 있는 경우는 10명(18.9%)이었고 한의원, 약국, 민간요법 중에서 2종류 이상 이용한 경우는 17명(32.1%)이었다. 약국과 한원에서 환자에게 설명한 공황발작에 대한 견해는 아주 다양하였다(Table 2).

최초로 공황발작을 경험한 뒤 공황증상을 치료하기

Table 2. 공황발작에 대한 한의원과 약국의 의견

의견	한의원 (N=30/)	약국 (N=25/)
1. 정신적인 문제		
화병	6	1
기(氣)가 약하다(기가 머리로 올라서)	4	2
신경성(신경예민)	4	6
병에 너무 집착	1	0
우울증	1	0
스트레스(늘렸다)	0	3
긴장성 두통	0	1
	16	13
2. 신체적인 문제		
심장이 약하다 (심장 열(화), 심혈성 빈맥, 허혈성 심장)	12	2
간, 폐, 뇌, 위장(위하수) 등이 약하다	4	2
혈액순환 장애	4	4
체력이 약하다	4	1
혈압이 높거나 낮다	2	1
자율신경 장애	1	0
갱년기 장애	1	1
중풍초기 증세	1	1
숄개에 열이 있다	1	0
머리에 이상	0	1
편두통	0	1
빈혈	0	1
	30	15
3. 기 타		
주색을 밝혀서	1	0
병원에 가보라	1	0
산소부족	0	1
담배 금단증상	0	1
그냥 약 먹어라	0	1
	2	3

Table 3. 공황장애로 진단까지 2년을 초과한 환자 개요

나이(성별)	병 원	진료결과	거부감	경로수	질병행동	정신과	방문이유	진단시간
18세(여)	1일	신경성	0	3	약국에서 투약하며 견딜	-	가족권유	29개월
37세(여)	1일	신경성	6	8	응급실, 병원전전	-	가족권유	51개월
54세(남)	5일	이상없다	0	7	병원전전	-	매스콤	40개월
57세(여)	1일	이상없다	0	2	신경외과에서 계속 치료	입원	의사권유	29개월
28세(남)	1일	알수없다	2	6	응급실, 병원전전	입원	가족권유	27개월
44세(남)	1일	이상없다	4	4	내과치료, 정신과외래 1년	외래	호전없어	30개월
25세(여)	1일	저혈당	7	3	약국치료	외래	매스콤	30개월
23세(남)	1일	협심증	2	5	협심증 치료 6년	-	의사권유	85개월
30세(남)	180일	이상없다	4	6	병원전전	-	매스콤	37개월
29세(남)	420일	이상없다	6	5	병원전전	-	의사권유	39개월

나이 : 최초로 공황발작을 경험할 때 나이
 병원 : 최초로 공황발작을 경험한 뒤 병원을 방문하기까지 걸린 시간
 진료결과 : 최초로 방문한 병원에서의 진료결과
 거부감 : 정신과 진료에 대한 거부감의 정도
 경로수 : 공황장애로 진단받기 전 까지 방문한 의료기관의 수
 정신과 : 정신과 치료 유무
 방문이유 : 정신과 방문하게된 주된 이유
 진단시간 : 공황장애로 진단받기 전까지 소요된 시간

위하여 병원을 방문하기까지 소요된 시간은 1일 이하 32명(60.4%), 7일 이하 39명(73.6%), 14일 이하 41명(77.4%)였고, 15일 1명이고 나머지 11명(22.6%)은 최저 32일에서 최고 1년 5개월 10일로 조사되었고, 방문한 병원의 종류는 응급실 32명(60.4%)으로 가장 많았고 종합병원 10명(18.9%), 개인의원 9명(17.0%), 정신과 2명(3.8%) 순으로 방문하였으며 최초로 방문한 병원에서의 진료결과는 이상 없다 26명(49.1%), 정신적인 문제 20명(37.7%), 신체적인 문제(고혈압, 허혈성 심질환, 중풍 초기 등) 7명(13.2%)이었다.

공황증상 때문에 입원치료를 받은 횟수는 1회 6명(11.3%), 2회 2명(3.8%), 3회 1명(1.9%)이었다.

최초로 공황발작을 경험할 즈음에 생활사건을 경험한 환자는 34명(64%), 경험하지 않은 환자는 19명(35.8%)이고 생활사건으로 인한 스트레스의 정도는 6.3±1.5(최저 4점, 최고 8점)이었다.

대상 환자의 가족-친지 중에서 정신과적인 문제를 가지고 있는 경우는 10명(18.9%), 그렇지 않은 경우는 43명(81.1%)였다.

공황장애로 진단 받기 전 공황발작 때문에 정신과 치료를 받은 경험이 있는 환자는 13명(24.5%)인데, 그렇지 않은 군에 비해 진단시간(t-test, 2-tailed, t=-2.14, df=51, p<0.05)이 정신과 진료를 받은 경험이 있는 군에서 유의하게 길었다. 그러나 경로수, 병

Table 4. Frequency and severity of panic-related symptoms

Panic-Related symptoms	Frequency(%)	Severity (Mean±SD)
Fear of dying	96.2	6.8±2.0
Smothering	90.6	5.4±2.6
Dizzy	88.7	5.0±2.6
Palpitation	88.7	5.1±2.8
Choking	71.7	4.5±3.4
Sweating	66.0	2.6±2.5
Chills or hot flushes	62.3	2.7±2.7
Trembling	62.3	2.7±2.7
Chest pain	60.4	3.1±2.8
Fear of losing control	58.5	3.3±3.0
Fear of crazy	58.5	3.4±3.2
Nausea	58.5	2.4±2.6
Paresthesias	56.6	2.6±2.7
Depersonalization	35.8	1.6±2.4
Anticipatory anxiety	94.3	6.4±1.7
Agoraphobia	83.0	5.2±2.9

원진료에 대한 거부감 정도, 병원을 방문하는데 걸린 시간, 공황증상의 시작나이, 교육정도, 각 공황증상 심한 정도, 성별, 결혼유무, 생활사건, 정신질환의 가족력 등에서 양군간 95%의 신뢰수준으로 t-test(2-tailed)와 χ^2 test를 시행한 결과 유의한 차이나 관련성은 없었다.

경로수는 4.3 ± 2.0 (최저 1, 최고 10)이고, 진단시간은 12.5 ± 16.4 개월(최저 0.13, 최고 85개월)이었고, 진단시간에 따른 분포를 보면 2주 이하 10명(18.9%), 1달 이하 14명(26.4%), 3달 이하 26명(49.1%), 1년 이하 35명(66.0%), 2년 이하 43명(81.1%), 2년 초과로 소요된 경우는 10명(18.9%)이었다.

진단시간이 2년을 초과한 환자들은 남자 6명, 여자 5명이고, 발병당시의 나이는 34.5 ± 13.2 세(최저 18세, 최고 57세), 의료기관을 방문하기까지 걸린 시간은 1일 7명(63.6%), 2일 1명(9.1%), 5일 1명(9.1%), 180일 1명(9.1%), 420일 1명(9.1%)로 약 80%의 환자가 5일 이내 공황증상 때문에 의료기관을 방문하였지만 공황장애로 진단 받는데 2년 이상 소요되었고, 특히 4명의 환자는 정신과 입원 및 외래 통원을 한적이 있지만 공황장애로 진단을 받지 못하였다. 정신과 진료에 대한 거부감 정도와 경로수의 평균치는 각각 3.1 ± 2.7 , 4.9 ± 1.9 인데 전체 대상군의 평균치 3.0 ± 2.9 , 4.3 ± 2.0 과 큰 차이는 없었다(Table 3).

정신과를 방문하여 진료를 받게된 가장 중요한 이유는 1) 스스로 정신적인 문제라고 판단 4명(7.5%), 2) 가족, 친지, 주위사람들의 권유 13명(24.5%), 3) 증상의 호전이 없어서 7명(13.2%), 4) 의사가 권유해서 23명(43.4%), 5) 대중매체를 통해 6명(11.3%)이었다.

3. 질환행동에 영향을 주는 공황증상과 관련된 요인

전형적인 공황발작시 증상이 시작되어 최고조에 달할 때까지 소요된 시간은 10분 이내 37명(69.8%), 10~30분 14명(26.4%), 30분~1시간 2명(3.8%)으로 대부분 공황증상이 시작되어 30분 이내에 심한 정도가 최고조에 달하였다. 또한 공황증상의 지속시간을 보면 10분 이내 6명(11.3%), 10~30분 20명(37.7%), 30분~1시간 12명(22.6%), 1시간 이상 12명(22.6%), 하루이상 3명(5.7%)이었다. 전형적인 공황발작 기간 동안 경험하는 공황증상들의 빈도, 심한 정도는 Table 4에 요약하였다.

4. 즉시 방문군과 지연 방문군의 비교

최초로 공황발작을 경험하고 병원에 방문하는데 걸린 시간에 따라 환자를 즉시 방문군(32명, 60.4%)과 지연 방문군(12명, 39.6%)으로 나누어 질환행동에 영향을 준다고 추정되는 요인들에서 양군간 차이를 확인해보았다.

성별, 결혼유무, 직업유무, 사회경제적인 상태, 종교유무, 정신질환의 가족력 유무, 생활사건의 경험 유무, 생활사건으로 인한 스트레스 정도, 교육수준, 불안민감도 검사 등과 같은 일반적인 요인에서는 양군간 유의미한 차이는 없었다(two-tailed t-test, χ^2 test, $p < 0.05$).

Table 5. Comparisons between immediate and delayed visit group

Symptoms	Immediate	Delayed	t-value
	(N=32) M±SD	(N=21) M±SD	
Palpitation	5.4± 2.7	4.7± 2.9	0.89
Sweating	2.9± 2.3	1.9± 2.6	1.58
Trembling	2.8± 2.6	2.6± 2.8	0.28
Smothering	5.7± 2.4	4.9± 2.7	1.17
Choking	5.2± 3.0	3.5± 3.8	1.71
Chest Pain	3.5± 2.8	2.6± 2.9	1.05
Nausea	2.8± 2.7	1.9± 2.5	1.33
Chills or hot flushes	3.2± 2.8	2.1± 2.5	1.43
Feeling dizzy	5.3± 2.3	4.5± 2.9	1.04
Depersonalization	2.3± 2.6	0.6± 1.6	2.90**
Paresthesias	3.4± 2.6	1.4± 2.5	2.71**
Fear of dying	7.4± 1.2	5.9± 2.5	2.68**
Fear of going crazy	3.6± 3.3	3.1± 3.0	0.59
Fear of losing control	3.7± 3.2	2.8± 2.8	1.11
Anticipatory anxiety	6.5± 1.5	6.3± 1.9	0.44
Agoraphobia	5.4± 2.7	4.9± 3.1	0.61
Numbers of panic symptom	10.6± 2.6	8.0± 2.6	3.54***
Severity of panic symptom	57.1±15.2	42.2±18.9	3.02**
Duration of panic attack	3.2± 1.5	2.8± 1.5	0.82
Onset age	35.7± 9.0	33.3± 9.4	0.90
MDICINE	1.6± 2.0	2.1± 2.2	-0.73
PSYCHIATRY	2.8± 2.6	3.2± 3.3	-0.47
PATH	4.4± 1.9	4.1± 2.1	0.47
TIME	11.9± 8.4	13.4±13.1	-0.34

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$ by two-tailed t-test, df = 51

N : Number of subject, M : mean, SD : Standard deviation, df : Degree of freedom

MDICINE : Subjective distress from medical treatment

PSYCHIATRY : Subjective distress from psychiatric treatment

PATH : Number of health service visited by patients from 1st attack to diagnosis

TIME : Time(months) from 1st attack to diagnosis

14개의 공황증상 중에서 비현실감($t=2.90, p<0.001$), 감각이상($t=2.71, p<0.001$), 죽음에 대한 두려움의($t=2.68, p<0.001$) 심한 정도, 발작 기간동안 경험하는 증상의 수($t=3.54, p<0.001$), 증상의 심한 정도($t=3.02, p<0.01$)가 즉시 방문군에서 유의하게 높았다(Table 5).

5. 진단시간, 경로수와 질환행동에 영향을 미치는 요인들과의 관계

성별, 결혼 상태, 종교, 생활사건 경험 유무, 정신질환 가족력 유무, 의료기관을 방문할 때까지 걸린 시간(즉시 방문군과 지연 방문군), 정신과 치료 유무 등에 의한 두 집단간 진단시간과 경로수의 평균치 비교(t -test, 2-tailed) 결과 정신과 치료 유무에 따른 두 집단간 진단시간($t=-2.14, df=51, p<0.05$)이 유의한 차이가 있고, 나머지 집단간에는 차이가 없었다.

사회경제상태, 의료기관에서 진료결과, 정신과 방문 이유 등에 따른 집단 사이의 진단시간, 경로수의 평균치 비교(ANOVA) 결과 유의수준 5%에서 각 집단간 평균치 차이가 의미 있는 것은 없었다.

진단시간, 경로수와 질환행동에 영향을 끼칠 것이라고 생각되는 여러 요인들 간의 상관관계를 살펴본 결과 진단시간과 유의한 상관관계가 있는 요인은 발병나이($\rho=-0.30, p<0.05$), 경로수와 유의한 상관관계가 있는 요인은 정신과 진료에 대한 거부감($\rho=0.44, p<0.01$), 오심($\rho=0.38, p<0.01$), 예기불안($\rho=0.35, p<0.01$)등 이었다(Table 6).

6. 질환행동에 영향을 미치는 주된 요인들의 다중회귀 분석의 결과

즉시 방문군과 지연 방문군 사이의 비교, 그리고 진단시간, 경로수와 질환행동에 영향을 끼칠 것이라고 생각되는 여러 요인들 간의 상관관계를 살펴본 결과 비현실감, 감각이상, 죽음에 대한 두려움, 발작 기간 동안 경험하는 증상의 수와 심한 정도, 발병나이, 정신과 진료에 대한 거부감, 오심, 예기불안 등 11종류의 요인이 통계적으로 질환행동에 영향을 미치는 주된 요인이라고 조사되었다.

10 종류의 인자를 대상으로 진단시간과 경로수를 잘 설명할 수 있는 인자를 다중회귀분석(Stepwise method, Probability-of-enter ≤ 0.05)을 통해 검증하였다.

Table 6. Correlations between TIME, PATH and variables affecting illness behavior

Variables	TIME	PATH
Onset age	-0.30*	-0.10
Sex	-0.02	0.08
Marrage	-0.11	0.09
Education	0.08	0.16
Occupation	0.00	-0.05
Socioeconomic status	-0.14	-0.04
Religion	-0.24	0.08
MEDICINE	0.09	0.19
PSYCHIATRY	0.03	0.44**
Palpitation	0.03	-0.20
Sweating	0.03	-0.03
Trembling	0.17	-0.01
Smothering	-0.00	-0.03
Choking	-0.15	0.04
Chest Pain	0.12	0.09
Nausea	0.06	0.38**
Chills or Hot Flushes	0.16	-0.08
Dizzy	0.13	-0.07
Depersonalization	0.02	0.05
Paresthesias	0.26	-0.09
Fear of Dying	-0.16	-0.08
Fear of Crazy	-0.10	0.04
Fear of Losing Control	-0.23	0.06
Anticipatory Anxiety	0.05	0.35**
Agoraphobia	-0.08	-0.17
Numbers of panic symptom	0.18	0.20
Severity of panic symptom	0.03	0.00
LIFE	0.03	0.16
DISTRESS	-0.02	0.20
FAMILY	-0.09	0.11
Time to visit medical service	0.25	-0.13
ASI	0.13	0.04

Spearman's rank correlation coefficient(ρ)

*Correlation is significance at the .05 level (2-tailed)

**Correlation is significance at the .01 level (2-tailed)

TIME : Time(months) from 1st attack to diagnosis

PATH : Number of health service visited by patients from 1st attack to diagnosis

MEDICINE : Subjective distress from medical treatment

PSYCHIATRY : Subjective distress from psychiatric treatment

LIFE EVENT : Whether the patients have experienced stressful life events during 1st panic attack

DISTRESS : Severity of distress when the patients experienced stressful life events

FAMILY : Whether the patients have experienced psychiatric disease in their relatives

ADMISSION : Experiences of admission due to panic attack symptoms

ASI : anxiety sensitivity index

Table 7. Results* of multiple regression in major factors affecting illness behavior

Variable	Unstandardized coefficients		Standardized coefficients	t	p
	B	SE B	Beta		
TIME					
Constant	0.423	0.139		3.029	0.004
Paresthesias	7.927E-0.2	0.036	0.287	2.205	0.032
Onset age	-2.2E-02	0.011	-0.271	-2.083	0.042
				R ² =0.154	
PATH					
Constant	3.436	0.360		9.532	0.000
PSYCHIATRY	0.289	0.087	0.420	3.307	0.002
				R ² =0.177	

*Multiple regression, stepwise method, Probability-of-enter <= 0.05

B : Regression coefficients

SE B : Standard error of regression coefficients

Beta : Standardized regression coefficients

TIME(log₁₀ time) : Time(months) from 1st attack to diagnosis

PATH : Number of health service visited by patients from 1st attack to diagnosis

PSYCHIATRY : Degree of subjective distress from psychiatric treatment

공황발작시 경험하는 증상 중에서 손발 저림, 따끔거림 등의 감각이상 증상과 발병당시의 나이가 진단시간을 15.4%, 정신과에 대한 거부감의 정도가 경로수를 17.7% 설명할 수 있는 인자로 추출되었다(Table 7).

토 론

전통적인 임상적 개념으로는 질환의 심한 정도가 도움요청 행동을 결정하는 제일 중요한 요인이라고 생각하고 있다(Mechanic 1978). 그러나 Realini 등(1993)은 의료기관을 방문하여 치료를 받고 있는 공황장애 환자와 치료를 받고 있지 않은 환자를 비교 연구한 결과 도움추구 행동을 예측할 수 있는 요인으로 환자 대신 운전해줄 수 있는 사람이 있을 때, 공황증상 때문에 일을 못할 때, 과거에 치료를 받은 경험이 많을 경우 등이 중요하고, 치료를 받고 있는 환자들은 그렇지 않은 환자에 비해 증상이 심하거나 심하다고 지각하고, 신체적인 집착이 강하고, 약물을 흔히 남용하는 경향이 있다는 결과를 제시하고 질환의 심한 정도보다는 다른 요인

들이 도움추구행동에 더 많은 영향을 준다고 하였다.

본 연구 결과를 토대로 공황장애 환자들의 도움추구 행동을 결정하는데 중요한 역할을 담당하는 요인이 무엇인가를 고찰해보고자 한다. 공황발작을 최초로 경험한 환자의 도움추구행동은 응급실을 포함한 의료기관을 방문하는 군(34명, 64.2%)과 휴식을 취하는 경우(19명, 35.8%) 또는 병원에 방문하는데 걸린 시간에 따라 환자를 즉시 방문군(32명, 60.4%)과 지연 방문군(12명, 39.6%)으로 구별하여 양군간 차이를 비교한 결과 의료기관을 방문하는 군이나 즉시 방문군에서 공황증상 중 비현실감과 손발 저림, 따끔거림 등의 감각이상 증상, 죽음에 대한 두려움을 더 심하게 경험하고 있었고, 공황증상의 심한 정도와 그 종류의 수가 유의하게 많았고 기타 다른 요인들은 차이가 없었기 때문에 환자가 경험하는 공황증상의 종류와 심한 정도가 공황발작을 경험한 환자의 급성기 도움추구행동에 가장 중요하게 영향을 미치는 요인임을 알 수 있었다.

공황장애 환자의 초기 도움추구 행동에 영향을 주는 요인 중에서 공황증상의 종류와 그 심한 정도가 제일 중요한 것으로 판단되므로 공황발작시 경험하는 증상에 대하여 좀 더 자세히 살펴볼 필요성이 있다. 본 연구의 대상 환자들이 전형적인 공황발작이 시작될 때 최초로 경험하는 증상은 모두 신체적인 증상이었고, 가장 심하게 경험하는 증상의 88.7%가 신체증상이고 단지 11.3%만이 인지증상이었으며, 흔히 경험하는 증상은 죽음에 대한 두려움, 호흡곤란, 어지러움, 빈맥, 질식감 등이었고, 공황발작에 대한 환자의 주관적인 해석은 심장병, 중풍, 고혈압 등에 의한 증상이라고 해석하는 경우가 많고, 신경증이나 정신병 등 정신질환에 의한 증상이라고 판단한 경우는 18.5%에 불과하여 임기영 등(1996)과 Ballenger(1987)의 연구 결과와 일치하고 있다. 우리 나라의 경우 사망원인 통계결과 순환기계 질환(고혈압성 질환, 뇌혈관 질환, 허혈성 심장질환, 동맥경화증 등)으로 인한 사망이 가장 많고(통계청 1978), 공황발작 증상이 이들 질환의 급성기 증상과 유사하여 공황발작을 경험한 환자들이 상식적인 수준에서 공황발작을 중풍, 심장마비로 해석할 가능성은 아주 높다고 판단된다. 공황발작시 경험하는 증상 중에서 비현실감, 손발 저림, 따끔거림 등의 감각이상이 심한 경우 초기에 의료기관을 찾는 것과 관련 있다는 본 연구의 결과는 환자들이 비현실감이나 감각이상 증상을 중

풍(뇌혈관 질환)의 증상이고 급사를 초래할 수도 있다고 인지함으로써 2차적으로 죽음공포가 심해지고, 이러한 상태를 응급상황으로 판단하여 의료기관을 찾아 도움을 요청하는 공황장애 환자들의 질환행동을 설명해 주고 있다고 생각한다.

공황발작을 치료하기 위하여 민간 요법을 사용한 적이 있는 환자는 대상 환자중 10명(약 20%)이었는데 주로 그 종류는 굶 4명, 바늘로 손을 따 2명, 기타 부적, 제사, 쪽땀, 옷땀이나 흑염소 먹기, 뽕나무 잎과 뿌리, 누룩나무와 팥을 함께 삶아 먹는 것 등 다양한 방법을 사용하고 있었다. 대체적으로 민간요법의 효과는 약간의 일시적 효과부터 전혀 효과가 없었다까지 다양하였는데 민간요법이 심리적인 안정을 초래하여 일시적인 효과는 있을 수 있지만 대체적으로 다시 반복적으로 공황발작을 경험하는 것으로 조사되었다. 자신이 경험하는 개별적인 증상이나 가족이나 주위 사람들의 말을 듣고 민간요법을 시행하는 것 같고, 공황장애 환자들이 특징적으로 사용하는 민간요법은 발견할 수 없었다. 민간요법은 공황발작 당시 응급처치 목적으로 또는 의료기관에서 치료를 받아도 효과를 보지 못했을 경우 어쩔 수 없이 일부의 공황장애 환자들이 시행하는 대처방법이라는 느낌이 많다.

공황발작을 경험한 환자들의 최초로 취한 도움추구행동에 대한 조사에서 약국(6명, 11.3%)과 한의원(2명, 3.8%)을 방문한 환자는 소수에 불과하지만 최초로 방문한 의료기관에 대한 조사 결과에서는 약국을 방문한 환자가 12명(22.6%)으로 2배로 증가하였고 한의원과 정신과를 방문한 환자는 각각 2명에 불과하였다. 또한 공황장애로 진단 받기까지 약국과 한의원에서 치료를 받은 적이 있는 환자는 각각 20명(37.7%), 29명(54.7%)으로 공황발작 초기에 비해 약국은 약 3.3배, 한의원은 약 14.5배로 이용률이 급격히 증가하는 것으로 조사되었다. 이러한 사실로 미루어 볼 때 공황장애 환자들의 약국 이용은 용이한 접근성 때문에 공황발작을 경험하기 시작한 급성기에 응급처치 목적으로 많이 이용하는 것으로 생각되고, 한의원을 방문하는 경우는 공황 증상을 뇌혈관질환(중풍)에 의한 증상이라고 주관적으로 판단할 경우 뇌혈관질환과 만성질환은 한방치료가 효과적(윤충한과 김광일 1991)이라는 일반적인 통념에 근거하여 한의원을 방문하거나 급성기가 지난 후 공황발작이 반복되고 약국과 병원 치료를 포함한 다른 방법

으로 공황발작에 대한 치료 결과가 만족스럽지 못한 경우에 많이 이용하는 것으로 생각된다. 이부영(1973), 신승철과 윤관수(1990)는 정신과 환자의 48.2~65%가 한방치료를 이용한 경험이 있다고 하였는데 본 연구의 결과와 비슷한 비율이어서 공황장애 환자와 다른 정신질환을 가진 환자의 한방이용은 유사한 점이 있다고 생각한다.

한의원에서는 정신적인 문제보다는 신체적인 문제로, 약국에서는 신체와 정신적인 면을 비슷한 빈도로 환자에게 의견을 제시하고 있는데 기관마다 일관성이 없고 너무나 다양하게 의견을 제시함으로써 공황장애 환자들의 질병관에 혼란을 초래하고 적절한 치료를 받는데 부정적인 영향을 끼치고 있다고 판단된다. 이러한 현상은 현재 우리 나라의 다원화된 의료제도의 역기능 중의 하나라고 생각된다.

공황장애로 진단 받기까지 약국, 한의원, 민간요법을 포함한 전통적인 치료방법중에서 2가지 이상 이용한 경우는 전체 대상 환자중 16명(30.2%)로 조사되었다. 정신질환을 가진 환자들의 질환행동이 아주 다양하고 여러 도움을 동시에 추구하는 경향이 강하다는 연구(김광일 등 1973; 김용식 등 1975; 이부영 1973; 이형영 등 1973; 황규혁 등 1988)와 비교해 볼 때 한방을 이용하는 환자의 비율은 약간 저하된 면이 있지만 여전히 높은 이용율을 보이고 있지만 점, 굶, 전통적인 민간요법을 이용하거나 여러 도움을 동시에 추구하는 경우는 적다는 느낌이 든다. 이는 정신질환의 개념과 치료법으로 무속적(점, 굶 등) 혹은 한방적(한의원, 한약방)인 접근방식이 문화변천에 따라 사라져 가고 있는 반면 약국치료 및 현대 의학적 치료의 이용도가 증가한다는 이형영(1977, 1980), 김광일등(1975)의 보고와 몸이 아플 때 주로 도움 요청하는 방법이 동네의원(53.3%), 약국(35%), 종합병원(7.2%), 한방병원(한의원)(2.7%), 민간요법(1.8%)라는 안영창(1998)의 보고는 이러한 결과를 일부 설명해줄 수 있다고 생각된다. 공황장애가 일반적인 정신질환 보다는 신체적인 이상 증상을 훨씬 많이 경험(임기영 등 1996)함으로써 환자들중 90%가 자신의 문제가 신체질환이라고 믿고 있어(Ballenger 1987) 공황장애 환자들의 질환행동은 일반적인 신체질환을 가진 환자들의 질환행동에 더욱 근접하고 있다고 판단된다.

공황장애 환자의 치료율에 대한 보고는 약 반수의 공

황장애 환자들이 치료를 받고 있지 않다는 보고(Karterndahl 등 1990; Realini 등 1993)부터 신체화장애, 정신분열증, 주요 정동장애 등과 같은 주요 정신장애의 치료율만큼 높다(Boyd 1986)는 보고와 공공의료기관의 이용률도 높다는(Klerman 등 1991)보고도 있어 상반된 결과를 나타내고 있다. 본 연구에서는 대상 환자들이 최초로 공황발작을 경험한 후 약 80% 정도가 15일 이내에 약 3회 정도의 공황발작을 경험한 뒤 병원을 방문한다고 조사되었는데 신승철과 윤관수(1990)가 신경증 환자에 대한 의료추구행태에 대한 연구결과 1개월 이내에 약 56% 정도의 신경증 환자가 전문적 자원(의료기관, 민간요법, 종교계, 점쟁이 등 모두 포함)을 찾아가는 것으로 조사된 것과 비교해보면 극심한 공포나 불편 감이 갑자기 나타나 극심한 고통을 초래하는 공황발작의 특성 때문에 일반적인 신경증 환자보다 많은 수의 공황장애 환자들이 비교적 초기에 병원에서 공황발작에 대한 대처방안을 강구하는 것으로 생각된다.

최초로 공황발작을 경험한 후 병원을 방문할 때까지 소요된 시간이 2주 이상(최소 32일, 최고 510일) 소요된 11명의 환자에게 대하여 자세히 살펴보면 첫 번째와 두 번째 공황발작사이의 기간이 아주 긴 경우가 7명(63.6%)으로 많은 수를 차지하였고, 나머지는 민간요법, 굿, 한의원, 약국 등에서 공황증상에 대한 대처 방안을 구하면서 시간을 보내거나 공황증상의 종류 및 심한 정도가 미약하여 별문제 아니라고 판단한 경우, 공황발작이 스트레스로 인한 정신적인 문제라고 판단해 참고 지낸 경우였다.

김영철과 김종원(1996)은 공황발작으로 응급실을 방문한 환자들이 대부분 단순히 신경성이나 안심하라, 이상 없다, 신경 쓰지 마라는 등의 말만 담당의사에게서 들었을 뿐 신경정신과적 진단을 추천 받았던 적은 없었다고 보고하고 있는데 본 연구에서도 이와 유사하게 공황장애 환자들이 최초로 방문한 병원에서 진료한 결과 의료진들이 공황발작을 경험한 환자들에게 이상 없다(49.1%), 신경성(37.7%), 신체적 이상(13.2%)등으로 의견을 제시하는 것으로 조사되었다. 이러한 사실은 병원에서 이학적 검사, X-Ray, 병리검사 결과 이상소견이 없으면 환자가 고통을 받고 있는 증상이 존재하더라도 정상이거나 신경성이라고 판단하는 신체중심의 질병개념이 의료인들에게 강하게 작용하고 있다는 것을 의미하고 있고, 신경성이면 특별히 치료할 것이 없고

안정을 취하면 된다는 뉘앙스를 환자에게 전달하여 줌으로써 공황장애 환자들의 질환행동에 혼란을 초래하고 있다고 판단되었다.

이러한 결과들은 첫째, 공황장애로 진단될 정도로 공황발작의 빈도와 증상이 심한 정도라면 비교적 질병의 초기에 많은 수의 공황장애 환자들이 약국, 한의원, 전통적인 치료방법(민간요법, 굿 등)이 아닌 병원에서 공황발작에 대한 대처방안을 강구하고 있다는 사실, 둘째, 초기에 병원을 방문하든 늦게 병원을 방문하든 관계없이 공황장애로 진단 받기까지 필요한 시간과 방문하는 의료기관의 수에 차이가 없다는 사실, 셋째, 정신과를 방문하게된 주된 이유가 의사의 권유에 의한 경우가 43.4%에 달한다는 사실 넷째, 공황장애 초기에 환자가 방문한 병원에서 진료 결과 및 증상에 대하여 의료인이 환자에게 제시하는 의견이 신체 중심적 질병관에 강하게 영향을 받고 있다는 사실 등이었던 바 공황장애 환자를 병원에서 초기에 진료할 가능성이 높은 의료진(응급실 당직의, 일반의, 내과 의사 등)들의 정신질환을 가진 환자에게 대한 접근 방식과 공황장애의 진단과 치료에 대한 이해와 지식이 급성기 공황장애 환자들의 질환행동에 중요한 영향을 주고 있음을 시사하고 있다.

공황장애로 진단 받기 전에 정신과 치료를 받았던 경험이 있는 환자들이 공황장애로 진단 받는데 소요된 시간이 그렇지 않은 환자에게 비해 유의미하게 긴 것으로 나타나 공황장애로 진단받기 이전의 정신과 치료에 대해 자세히 고찰해 볼 필요가 있다.

본원 정신과에서 치료받기 이전에 타병원 정신과에서 치료를 받은 적이 있는 환자는 14명이었고, 이중 1명은 본원에 내원하기전 2곳의 정신과를 방문하여 치료를 받았는데 나중에 방문한 정신과에서 공황장애로 진단 받고 본원을 내원한 환자이고, 또다른 1명의 환자는 타병원 정신과에서 공황장애로 진단 받고 치료중 본원으로 전원된 경우여서 결국 공황장애로 진단받기전 정신과 치료를 받았던 환자는 13명(24.5%)이 되어 적지 않은 환자가 정신과를 방문하여도 공황장애로 진단을 받지 못하고 있는 것을 알 수 있었다. 이들 13명의 환자들은 자신이 정신과에서 신경증(노이로제) 8명(61.5%)으로 진단 받았다고 보고하고 있었고, 나머지 우울증, 화, 긴장성 두통 등의 진단이었다. 전원을 결정하게된 주된 이유는 대부분 치료결과가 만족스럽지

못했기 때문이고, 4명의 환자는 매스컴을 통해 자신의 증상이 공황장애와 유사하다고 판단하여 본원을 택하여 내원하였다고 하였다.

공황발작에 대한 개념과 진단 및 치료적인 접근 방식이 정신과의사들 간에도 일치되지 않는 부분이 존재하고, 공황장애일수도 있다는 마음으로 자세히 면담하지 않을 경우 주문제가 공황발작임을 간과할 수도 있고, 환자들이 보이는 주된 증상이 장기간 반복된 공황발작에 따른 2차적인 정신과 문제일 경우엔 공황장애로 진단 내리기 어렵다는 것 등이 정신과를 방문하여도 공황장애로 진단 받지 못하는 이유라고 추정된다. 반복된 공황발작을 경험하는 환자들이 신체적으로 이상이 없다는 것을 확인하고 정신과를 방문하였는데도 정확한 진단을 받지 못하고 치료효과가 만족스럽지 못한 경우 더 이상의 도움추구행동을 포기하고 현재의 상태를 유지하기 위한 최소한의 노력만을 하거나, 여러 병원을 전전하거나, 민간요법과 종교적 접근방식을 포함하는 전통적인 치료법과 같은 비의료적인 치료 방법에 더욱 몰두하게 되어 진단시간이 더욱 더 길어지게 되는 것으로 판단된다. 오랫동안 반복된 공황발작을 경험한 많은 환자들이 자신의 문제가 공황장애이고 간단한 인지적인 치료적 접근만으로도 큰 만족감을 표현하는 경우를 저자들은 자주 경험하였기에 정확한 진단과 설명만으로도 공황장애 환자들이 더 이상 방황하지 않게 할 수 있다는 것이 본 저자들의 의견이다.

최초로 공황발작을 경험한 환자가 공황장애로 진단 받기까지는 평균 3~5군데의 의료기관을 방문하고, 1년 정도의 시간이 소요되는 것으로 조사되어 국내에서 비슷한 조사를 한 김영철과 김종원(1996)의 조사를 살펴본 결과 공황증 환자가 대학병원에 방문하기까지 소요된 시간이 평균 38개월이었다는 것이다. 이 결과는 대상환자가 공황장애 환자뿐만 반복적 공황발작을 경험하는 환자도 포함되어 있고, 내원전 공황증상에 대한 진단 여부가 고려되지 않은 결과라는 점, 대학병원이 3차의료기관이라는 점등이 본 연구의 결과와 비교하는데 큰 제한점으로 작용하고 있기 때문에 결과를 비교하고 그 의미를 찾는 것은 어렵다고 판단되지만 공황발작을 경험하고 있는 환자들이 적절한 진단을 받는데 까지 장시간이 걸리고 그 동안 환자들은 부적절한 치료로 고통받고 있다는 것은 알 수 있다고 생각한다.

진단시간이 2년을 초과하는 경우도 10명(18.9%)이

나 되었는데 이들에 대하여 자세히 살펴본 결과 많은 수의 환자들이 급성기 때부터 병원에서 지속적으로 공황발작에 대한 대처 방안을 의료기관에서 구하고 있었지만 적절한 치료를 받는데 실패를 하고 있는 것을 확연히 알 수 있어 전문한 바와 마찬가지로 정신과 의사보다 먼저 공황장애 환자를 진료할 가능성이 높은 응급실 담당의, 일반의, 내과전문의 등의 공황장애에 대한 진단과 치료적 접근방식에 대한 교육이 다른 어떤 요인보다도 중요하다는 것을 시사하고 있다. Katerndahl 등(1990)이 공황장애 환자들이 안절부절함이나 신체적인 증상 때문에 일반 의료기관을 방문하는 경우가 많으므로 가정이나 응급을 담당하는 의사는 공황발작에 정확한 지식을 가지고 있어야 하고, 안절부절, 흥통, 어지러움을 주증상으로 하는 환자의 경우엔 공황발작유무를 적극적으로 확인하면서 환자로 하여금 자신의 공황증상에 대해 편히 이야기할 수 있도록 분위기를 이끌어 가는 것이 중요하다고 제안한 것과 본 저자들의 생각과 일맥 상통한 면이 있다.

진단시간, 경로수와 질환행동에 영향을 끼칠 것이라고 생각되는 여러 요인들 간의 상관관계에서 발병나이와 진단시간 사이에 역상관계가 있고, 정신과 진료에 대한 거부감, 공황증상중 오심, 예기불안의 심한 정도가 경로수와 유의미한 상관관계가 있어 나이가 많은 환자가 공황발작을 경험할 경우 건강에 대한 자신감이 젊은 사람보다는 낮아 상대적으로 보다 적극적인 도움추구 행동을 보인 결과와 관계 있는 것으로 생각되고, 정신과 진료에 대한 거부감의 정도와 예기불안이 높은 경우엔 정신과 진료보다는 다른 대처 방법을 더욱더 적극적으로 강구할 가능성이 높아 경로수가 많아지는 것으로 추정된다.

공황장애 환자들의 질환행동을 가장 잘 대변해준다고 생각되는 진단시간과 경로수를 잘 설명해줄수 있는 요인으로 손발 저림, 따끔거림 등의 감각이상 증상과 발병당시의 나이, 정신과에 대한 거부감의 정도가 추출되었지만 종속변수를 설명해줄 수 있는 능력이 낮은 편이어서 이들 요인들이 공황장애 환자들의 질환행동에 큰 영향을 주는 것 같지는 않다. 그러나 다른 여러 가지 요인들에 비해 상대적으로 높은 영향력을 가지고 있다는 것은 사실이므로 공황장애 환자들의 질환행동을 이해하고 향후 공황장애 환자의 질환행동을 연구하는데 참고 자료로 쓰일 수 있다는 것이 이들 요인들의 중요

한 의미라고도 할 수 있겠다.

종합해보면 환자가 경험하는 공황증상의 종류와 심한 정도와 순환기계 질환을 시사하는 공황증상의 심한 정도는 최초로 공황발작을 경험한 환자가 대처 방안의 종류를 선택하는데 직접적인 영향을 주는 것으로 나타났다. 병원을 방문한 이후에는 발병 당시 환자의 나이, 정신과 진료에 대한 거부감의 정도가 다른 요인들에 비해 상대적으로 높은 영향력을 끼치고 있지만 더욱 중요한 것은 비교적 초기에 공황장애 환자를 진료할 가능성이 높은 의료인(응급실 당직의, 일반의, 내과 전문의 등)들의 질병관과 공황장애에 대한 지식이라고 생각되고 이 단계가 공황장애 환자들을 적절한 치료의 장으로 이끄는 데 결정적인 역할을 하는 것으로 생각된다. 그러므로 공황장애 환자를 최초로 진찰하게 될 가능성이 높은 보건 의료 관계자들의 공황장애에 대한 인지도를 높이고 치료 방법에 대한 교육을 통해 공황장애 환자들이 부적절한 치료를 받거나 비의료적인 방법에서 도움을 구하는 것을 예방하고 효과적인 치료를 받을 수 있도록 하는 것이 한국적인 상황에서 공황장애를 조기 진단하여 적절히 치료함으로써 합병증을 예방하는데 많은 도움이 될 것이라고 생각된다. 부수적으로 일반인의 정신과 진료 및 정신질환에 대한 거부감의 정도를 줄이기 위한 교육 및 홍보도 필요하다고 판단된다.

본 연구 결과는 일반화하기엔 몇 가지 제한점이 있을 수 있다. 즉, 일 도시에 있는 종합병원 정신과를 방문한 환자를 대상으로 한 후향적 연구이며 치료를 받고 있지 않거나 부적절한 치료를 받고 있는 환자를 포함시키지 않았다는 점이 우리나라 공황장애 환자 전체를 대표한다고 판단하기엔 어려움이 있다. 후향적 연구이기 때문에 과거의 질환행동의 과정을 기술할 때 사실을 왜곡하거나 잘못된 기억 때문에 정보의 정확성에 문제가 있을 수 있다. 이를 최소화하기 위해 가능한 객관적인 사실을 확인하는데 많은 노력을 기울였지만 한계가 있다고 생각한다. 현재 우리나라 사정을 살펴보면 사회경제적인 수준이 향상되고 1998년부터 전국민 의료보증이 시행되고 있으며, 교통과 통신이 발달하여 특수한 경우가 아니라면 필요한 경우 즉시 약국, 한의원, 병원 진료 등의 의료혜택을 받을 수 있는 현실적인 여건이 조성되어 있다고 판단된다. 또한 공황발작과 같이 주로 신체적인 증상이(임기영 등 1996) 발작적으로 발생하여 그 빈도나 증상의 심한 정도가 DSM-IV(APA,

1994)에 의한 공황장애로 진단될 정도라면 약국, 한의원 등을 포함한 의료기관에서 도움을 받지 않는 경우는 소수에 불과할 것이므로 치료를 받지 않고 있는 환자보다는 부적절한 치료를 받고 있는 환자들이 연구에 포함되지 않은 것이 주된 제한점이 될 수 있고 향후 이들을 포함한 공황장애 환자들의 질환행동에 대한 포괄적인 연구가 필요하다고 생각된다.

결 론

1997년 5월부터 1997년 10월까지 6개월간 봉성병원 정신과에서 공황장애로 외래진료를 받고 있는 53명의 환자를 대상으로 저자들이 고안한 설문지와 개별 면담을 통하여 공황장애 환자의 질환행동 특성을 알아본 결과 다음과 같은 결론을 얻었다.

- 1) 공황발작을 최초로 경험한 공황장애 환자들의 도움추구 행동은 응급실 방문 21명(39.6%), 휴식이나 민간요법을 포함한 개인적인 응급처치 19명(35.8%), 약국 방문 6명(11.3%), 병원에서 외래진료 5명(9.4%), 한의원 방문 2명(3.8%)이었다.
- 2) 환자가 경험하는 공황증상의 종류(특히 비현실감과 이상감각)의 심한 정도가 공황발작을 경험한 환자의 급성기 도움추구행동에 가장 중요하게 영향을 미치는 요인으로 생각된다.
- 3) 민간 요법을 사용한 적이 있는 환자는 10명(약 20%)이고, 공황장애 환자들이 특징적으로 사용하는 민간요법은 없었다.
- 4) 약국과 한의원의 이용률은 급성기에 비해 3.3배, 14.5배 각각 그 이용률이 증가하여 우리나라 사람들의 질환행동이 전통적인 질병개념으로 부터 아직도 많은 영향을 받고 있고 한방치료에 대한 신뢰가 높은 것 같다.
- 5) 최초로 공황발작을 경험한 후 환자의 80% 정도가 15일 이내에 약 3회 정도의 공황발작을 경험한 뒤 병원을 방문하는 것으로 조사되어 많은 수의 공황발작을 경험하는 환자들이 도움추구행동으로 병원방문을 택하고 있었다.
- 6) 공황장애 환자를 병원에서 초기에 진료할 가능성이 높은 의료진(응급실 당직의, 일반의, 내과 의사 등)들의 공황장애의 진단과 치료에 대한 이해와 지식이 급성기 공황장애 환자들의 질환행동에 중요한 영향 주고 있는 것으로 판단된다.

7) 공황장애로 진단 받기까지는 평균 3~5군데의 의료기관을 방문하고, 1년 정도의 시간이 소요되는 것으로 조사되었다.

8) 발병나이와 진단시간 사이에 역상관 관계가 있고, 정신과 진료에 대한 거부감, 공황증상증 오심, 예기불안의 심한 정도가 경로수와 상관관계가 있었다.

9) 진단시간과 경로수를 잘 설명해줄수 있는 요인으로 손발 저림, 따끔거림 등의 감각이상 증상과 발병 당시의 나이, 정신과에 대한 거부감의 정도가 추출되었지만 종속변수를 설명해줄수 있는 능력이 각각 15.4%와 17.7%이다.

상기한 결과로 보아 공황장애 환자의 질환행동에 가장 중요한 영향을 주는 요인은 증상의 종류와 그 심한 정도이고, 조기발견, 적절한 치료를 위해서는 공황장애 환자를 초기에 진료할 가능성이 높은 의료진의 공황장애에 대한 인지도를 높이는 것이 중요하다고 판단된다.

REFERENCES

- 김광일 · 박상곤(1992) : 문화에 적합한 정신과 진료-한 의료기관에 대한 현지조사. *신경정신의학* 31(4) : 648-671
- 김광일 · 원호택 · 진성태 · 김명정 · 장환일 · 이기남 · 홍원식 · 엄용섭(1973) : 정신증상에 대한 한국인의 태도 조사. *신경정신의학* 12(1) : 41-52
- 김광일 · 원호택 · 장환일 · 김현수(1974) : 정신질환에 대한 서울인의 견해 조사. *대한의학협회지* 17(12) : 959-966
- 김광일 · 원호택 · 이정호 · 신영우(1975) : 문화 변천에 따른 정신질환의 개념 및 치료법에 관한 견해조사. *신경정신의학* 14(4) : 417-427
- 김영철 · 김종원(1996) : 공황증 발생의 임상적 고찰. *신경정신의학* 35(1) : 77-85
- 김용식 · 조수철 · 김이영 · 정경천 · 오석일 · 최태주 · 조두영 · 이부영 · 이정균(1975) : 농촌 주민의 정신 질환에 대한태도, 지식 및 견해. *신경정신의학* 14 : 365-375
- 김희철(1997) : 공황장애에 대한 장기 추적연구. *생물치료정신의학* 3(2) : 152-168
- 남정현 · Sasaki Juzi · 김광일(1992) : 정신분열증환자의 구조행동에 관한 연구-한국의 환자-가족 및 일반주민을 대상으로. *정신건강연구* 11 : 231-270
- 박용천 · 김광일(1983) : 정신병에 대한 지역사회 지도자들의 태도조사. *신경정신의학* 22(2) : 218-232
- 신병호 · 윤진상 · 이충경 · 이형영(1988) : 요양소에 수용중인 정신장애자의 입소전 치료 방법에 관한 연구. *신경정신의학* 27(5) : 853-870
- 신승철 · 윤관수(1990) : 정신과 외래환자의 의료추구행태에 관한 연구-신경증 환자를 중심으로. *신경정신의학* 29(2) : 289-305
- 신승철 · 이호영(1989) : 일 농촌지역 정신보건 의료요구 평가. *신경정신의학* 28(4) : 632-648
- 안영창(1998) : 의료소비자의 각 진료과별 의료이용 행태조사 연구. *법석의료재단연보* 2 : 515-524
- 윤충한 · 김광일(1991) : 의료 추구행동에 대한 태도조사. *신경정신의학* 30(6) : 1091-1110
- 이무석(1982) : 정신증상에 대한 한국인의 태도조사. *보건장학회 논문집* 8 : 134-139
- 이부영(1973) : 의료문화적응의 체문제점에 관한 시고. *신경정신의학* 12 : 97-109
- 이부영 · 이정희 · 김선아(1989) : 정신과 환자의 의료추구행태에 관한 예비적 연구-사례 분석을 중심으로. *신경정신의학* 28(2) : 307-324
- 이정균 · 광영숙 · 이 희 · 김용식 · 한진희 · 최진옥 · 이영호(1985) : 한국 정신장애의 역학적 조사-도시 및 시골지역의 평생 유병율. *대한의학협회지* 28(12) : 1223-1244
- 이형영 · 황익근 · 유재만(1973) : 정신과 환자의 정신과 입원전 치료에 대하여. *신경정신의학* 12(1) : 59-69
- 이형영(1977) : 정신과 환자의 입원전 치료에 대하여-비교연구(I). *중앙의학* 32 : 519-526
- 이형영(1980) : 정신과 환자의 입원전 치료에 대하여-비교연구(II). *전남의대 잡지* 17 : 409-416
- 이호영(1992) : 공황장애. *진수출판사*, pp127
- 이호영 · 남궁기 · 이만홍 · 민성길 · 김수영 · 송동호 · 이은설 · Robert Roberts(1989) : 강화도 정신과 의학 연구(III)-주요 정신 질환의 평생유병률. *신경정신의학* 28(6) : 984-999
- 임기영 · 김창기 · 노재성(1996) : 공황장애 환자의 공황 발작 증상의 특성. *신경정신의학* 35(4) : 839-847
- 조완숙 · 문홍세(1972) : 정신과 환자들의 정신과에 대한 애증 및 방향. *신경정신의학* 11(2) : 77-84
- 최미경 · 김광일 · Hiroshi Kurita, Yoshio sekine, Hiroyuki Ono, Yuji Sasaki(1995) : 우울증 환자의 질환행동에 관한 비교연구-한국과 일본의 대학병원 외래 환자를 대상으로. *신경정신의학* 34(3) : 724-739
- 통계청(1997) : 1996년 사망원인 통계 연보(인구동태에 의한 집계), pp15-40
- 황규혁 · 김광일 · 송수식(1988) : 질병행동에 대한 일반

- 인들의 태도조사. *신경정신의학* 27(1) : 80-95
- American Psychiatric Association(1980) : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd ed Washington DC, American Psychiatric Association
- American Psychiatric Association(1994) : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed Washington DC, American Psychiatric Association
- Ballenger JC(1987) : Unrecognized prevalence of panic disorder in primary care, internal medicine and cardiology. *Am J Cardiol* 60 : 39J-47J
- Barlow DH(1988) : Anxiety and its disorders : The nature and treatment of anxiety and panic. New York, Guilford Press pp209-234
- Barlow DH, Brown TA, Craske MC(1994) : Definition of panic attacks and panic disorder in DSM-IV : Implications for research. *J Abnorm Psychol* 103 : 553-564
- Boyd JH(1986) : Use of mental health services for the treatment of panic disorder. *Am J Psychiatry* 143 : 1569-1574
- Buller R, Winter P, Amering M, Katsching H, Lavori PW, Deltito JA, Klerman GL(1992) : Center differences and cross-national invariance in help-seeking for panic disorder-A report from the cross-national collaborative panic study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 27 : 135-141
- Burnam MA, Hough RL, Escobar JI, Timbers DM, Telles CA, Locke BZ(1987) : Six-months prevalence of specific psychiatric disorder among Mexican American and non-Hispanic whites in Los Angeles. *Arch Gen Psychiatry* 44 : 687-694
- Clark DM(1988) : A cognitive model of panic, in *Panic : Psychological Perspectives*. Edited by Rachman SJ, Maser J. Hillsdale, NJ, Erlbaum, pp71-89
- Coryell W, Noyes R, Clancy J(1982) : Excess mortality in panic disorder : a comparison with primary unipolar depression. *Arch Gen Psychiatry* 43 : 701-703
- Edlund MJ, Swann Ac(1987) : The economic and social costs of panic disorder. *Hosp Community Psychiatry* 38 : 1277-1279
- Fawcett J(1988) : Predictors of early suicide : identification and appropriate intervention. *J Clin Psychiatry* 49(suppl) : 7-8
- Gourash N(1978) : Help-seeking : a review of the literature. *Am J Community Psychol* 6 : 413-423
- Johnson J, Weissman MM, Klerman L(1990) : Panic disorder, comorbidity and suicide attempts. *Arch Gen Psychiatry* 47 : 805-808
- Kasl SV, Cobb S(1996) : Health Behavior, Illness Behavior, and Sick Role Behavior. *Arch Environ Health* Vol 12 : 246-266
- Katerndahl DA(1990) : Factors associated with persons with panic attacks seeking medical care. *Fam Med* 22 : 462-466
- Klein DF(1993) : False suffocation alarms, spontaneous panics, and related conditions : An integrative hypothesis. *Arch Gen Psychiatry* 50 : 306-317
- Klerman GL, Weissman MM, Ouellette R, Johnson J, Greenward S(1991) : Panic attacks in the community : social morbidity and health care utilization. *JAMA* 265 : 742-746
- Lehtinen V, Joukama M, Jyrkinen E, et al(1988) : Unpublished results from the Mini Finland Health Survey
- Markowitz JS, Weissman MM, Ouelette R, Lish JD, Klerman GL(1989) : Quality of life in panic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 46 : 984-992
- Mechanic D(1961) : The concept of illness behavior. *J Chro Dis* 15 : 189-194
- Mechanic D(1966) : Response factors in illness : The study of illness. *Soc Psychiat* 1 : 11-20
- Mechanic D(1978) : Illness behavior. In : *Mechniac D. Medical sociology*. 2nd ed. New York: The Free Press, pp249-289
- Realini JP, Katerndahl DA(1993) : Factors affecting the threshold for seeking care : The panic attack care-seeking threshold(PACT) study. *J Am Board Fam Pract* 6 : 215-223
- Reiss S, Peterson RA, Gursky DM, McNally RJ(1986) : Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behav Res Ther* 24 : 1-8
- Robins LN, Helzer JE, Weissman MM, Orvaschel H, Gruenberg EG, Burke Jr, JD, Reigier DA(1984) : Life time prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Arch Gen Psychiatry* 41 : 958-969
- Vollrath M, Angst J(1993) : Coping and illness behavior among young adults with panic. *J Nerv Ment Dis* 181 : 303-308

Von Korff M, Eaton W, Keyl P(1985) : The Epidemiology of panic attacks and disorder : results from three community surveys. Am J Epidemiol 122 : 970-981

Weissman MM(1990) : The hidden patient : Unrecognized paic disorder. J Clin Psychiatry 51(suppl) : 5-8

Wittchen HU(1986) : Epidemiology of panic attacks and panic disorders. In : Panicand Phobia. ed by Hand I, Wittchen HU, Heidelberg, Springer pp 18-27

Wittchen HU(1991) : Epidemiology of panic disorder : the Munich study. Abstract, the Society of Biological Psychiatry 29 : 85