

2013년 정신건강박람회 불안 장애 선별검사 결과

한양대학교 의과대학 정신건강의학교실,¹ 가톨릭대학교 의과대학 정신건강의학교실,² 인제대학교 의과대학 정신건강의학교실³
최강록¹ · 김대호¹ · 서호준² · 허휴정² · 이동우³ · 채정호²

Results of Anxiety Disorder Screening Program at the 2013 Mental Health Exposition in Seoul

Kangrok Choi, MD¹, Daeho Kim, MD, PhD¹, Ho Jun Seo, MD, PhD²,
Hyu Jung Huh MD², Dong-Woo Lee, MD, PhD³ and Jeong Ho Chae, MD, PhD²

Department of Psychiatry¹, College of Medicine, Hanyang University, Seoul,
Department of Psychiatry², College of Medicine, The Catholic University of Korea, Seoul,
Department of Psychiatry³, College of Medicine, Inje University, Seoul, Korea

ABSTRACT

Objective : Despite the chronic nature and high social costs, individuals with anxiety disorders seldom seek treatment. Thus, education for public awareness and screening for the illness is tremendously important for mental health professionals. This study summarizes and presents the results from Anxiety Disorder Screening Program during the Mental Health Exposition held in Seoul in April, 2013.

Methods : We analyzed the data from 116 participants who agreed and completed the screening questionnaires during their visits to two-day Anxiety Disorder Screening Program prepared by the Korean Academy of Anxiety Disorder. The questionnaire comprised of modified Mobility inventory for agoraphobia, Contents of worries, Penn State Worry Questionnaire, Life Events Checklist, and Abbreviated Posttraumatic Stress Disorder Checklist.

Results : Participants demonstrated high rates of anxiety symptoms and possible anxiety disorders. Experience of panic attack was reported by 45%, lifetime and 16% in the past month by respondents. Phobia was reported by 46%. Participants had an average of 3.3 pathological worries and among those, social or interpersonal content was most common (46%). At least one lifetime traumatic event was reported by 64%. By the cut-off scores in the literature, 46% had possible generalized anxiety disorder and 58% possible post-traumatic stress disorder.

Conclusion : Our results suggested that many visitors to Anxiety Disorder Screening Program were in fact treatment seeking after experiencing some forms of anxiety symptoms. Further efforts for delivery of medical information and increasing public awareness for anxiety disorders are needed. (Anxiety and Mood 2013;9(2):147-153)

KEY WORDS : Anxiety disorders · Screening · Panic attacks · Phobia · Generalized anxiety disorder · Posttraumatic stress disorder.

서 론

불안이란 광범위하고, 막연히 느껴지는 불쾌한 감정으로 신체 증상과 행동증상이 관련되어 나타난다. 불안은 개체가

Received : September 24, 2013 / Revised : October 9, 2013

Accepted : October 9, 2013

Address for correspondence

Daeho Kim, M.D., Ph.D., Department of Psychiatry, Hanyang University Guri Hospital, 249-1 Gyomun, Guri 471-701, Korea
Tel : +82-31-560-2274, Fax : +82-31-554-2599
E-mail : dkim9289@hanyang.ac.kr

낮선 환경에 적응하고자 할 때 나타나는 가장 기본적인 반응 양상이다. 일반인도 위협이나 고통이 예견될 때나 예기치 않은 상황에 직면했을 때 불안현상을 경험한다.¹ 불안은 특성 불안과 상태 불안으로 나누기도 한다. 특성불안은 비교적 고정적인 개인의 불안 성향으로 스트레스를 경험하는 상황을 위험하거나 위협이 된다고 지각하거나 스트레스 상황에서 불안 반응들의 강도를 높여서 반응하려는 경향의 개인차로 정의한다. 상태 불안이란 특정한 순간에 일정한 수준의 강도로 경험되는 정서상태이며, 자율 신경계의 활성화 혹은 흥분 유발에 의한 긴장,

우려, 초조 및 걱정의 주관적 상태이다.²

정상적 불안은 모든 사람이 경험하는 것으로 정상적으로 인생에서 겪는 위협, 스트레스, 위협, 갈등 상황에서 느낀다. 이러한 불안은 일시적이고 시간이 지나면 자연스럽게 해소되기 때문에 별로 문제되지 않는다. 오히려 이러한 불안을 통해서 사람은 좀 더 각성되거나 예민해져서 직면한 문제를 효율적으로 해결해나간다. 따라서 이는 적응적 반응이다. 하지만, 병적 불안은 정상적 불안 정도가 심하여 문제해결에 오히려 장애를 주는 경우로 비적응적 반응을 나타낸다.³ 불안이 심해서 시간이 지나도 해소되지 않고 적절한 치료를 받지 못할 경우에 병적 불안은 만성화되기 쉬우며, 삶의 질을 심각한 정도로 떨어뜨릴 수 있다.⁴

정신의학의 진단분류는 이러한 병적 불안을 세 가지 진단 범주에서 다루는데, 불안장애, 불안한 기분을 동반한 적응장애, 일반적 의회상태나 물질사용으로 인한 불안 장애이다. 정신진단통계편람-4판(DSM-IV)에서 불안 장애는 다시 공황장애, 공포증(광장 공포증, 사회 공포증, 특정 공포증), 강박장애, 외상후스트레스장애, 급성스트레스장애, 범불안 장애로 분류된다.⁵ 이에 비해 국제질병분류 10판(ICD-10)에서는 공포성 불안장애(광장공포, 사회공포, 특정 공포, 기타), 기타 불안 장애(공황 장애, 범불안장애, 혼합성 불안 및 우울장애, 기타), 강박장애, 심한 스트레스에 대한 반응 및 적응장애(외상후 스트레스 장애, 급성 스트레스 장애, 적응장애, 기타) 등으로 구분된다.⁶ 최근에 발표된 정신진단통계편람-5판(DSM-V)에서 불안 장애는 특정 공포증(동물, 자연 환경, 혈액-주사-상처, 상황, 기타), 사회불안장애, 공황장애, 광장공포증, 범불안장애에 더하여 분리 불안 장애, 선택적 함구증이 새로 추가되었으며 강박 장애 및 외상후 스트레스 장애, 급성 스트레스 장애는 독립되어 분류되었다.⁷

2012년 미국에서 조사된 불안장애의 유병률을 보면 평생 유병률과 1년 유병률에서 특정 공포증이 각각 18.4%와 12.1%, 사회 공포증이 13.0%와 7.4%, 외상후 스트레스 장애가 10.1%와 3.7%, 범불안장애가 9.0%와 2.0%, 공황 장애가 6.8%와 2.4%, 광장 공포증이 3.7%와 1.7%, 강박장애가 2.7%와 1.2%로 나타났다.⁸ 평생 유병률의 경우 2005년 조사와 비교하면 특정 공포증은 12.5%에서 18.4%로, 사회 공포증이 12.1%에서 13.0%로, 외상후 스트레스 장애가 6.8%에서 10.1%로, 범불안장애가 5.7%에서 9.0%로, 공황장애가 4.7%에서 6.8%로, 광장 공포증이 1.4%에서 3.7%로 강박장애가 1.6%에서 2.7%로 증가하는 등 각 불안 장애 전반에 걸쳐 유병률이 증가하는 양상을 보이고 있다.^{8,9}

2011년 우리나라에서 시행된 정신 장애 평생 유병률 비교 중 불안 장애를 보면 2006년 6.9%에서 8.7%로 26.1%의 증가를 보

이고 있다. 불안 장애의 세부 진단을 봐도 범불안장애의 경우 2006년 1.6%에서 2011년 1.9%로 12.5% 증가, 특정 공포증의 경우 2006년 3.8%에서 2011년 5.4%로 42.1%의 증가, 광장 공포증의 경우 2006년 0.2%에서 2011년 0.4%로 100%의 증가, 외상후 스트레스 장애의 경우 2006년 1.2%에서 2011년 1.6%로 33.3%의 증가, 강박장애의 경우 2006년 0.6%에서 2011년 0.8%로 33.3%의 증가를 보이고 있어 전반적인 불안 장애 세부 진단에서 평생 유병률은 증가 추세에 있다고 할 수 있다. 특히 대한 민국 여성의 경우 평생 유병률의 측면에서 볼 때 전체 정신 질환 중 불안 장애를 호소하는 비율이 가장 높았으며 남성의 경우도 알코올 사용장애에 이어 두번째로 불안 장애를 호소하는 비율이 높았다.¹⁰ 이처럼 불안 장애는 만성화하는 경과를 보이며, 치료가 쉽지 않은 질병임을 알 수 있다.

또한, 건강보험 심사평가원 제출 자료를 보면 기타 불안 장애로 청구된 비용은 2004년 292억원에서 2008년 546억원으로 2배 가까이 늘었으며, 스트레스 반응 및 적응 장애의 경우 58억원에서 140억원으로 2배 넘게 증가, 공포 불안 장애의 경우 30억원에서 08년 50억으로 2배 가까이 증가된 양상으로 갈수록 불안 장애에 드는 사회적 비용은 증가하고 있다.¹¹ 또한 미국의 경우 불안 장애와 관련된 의료보험체계에 미치는 경제적 영향이 막대하여 해마다 423~466억 달러나 지출된다. 또한, 불안 장애는 전체 정신 질환에 지출되는 의료 비용의 약 30%를 차지 하고 약값의 53%를 차지한다.^{12,13} 우리나라에서 각 정신 질환별 정신 의료 서비스 이용률을 고려해 보면, 불안 장애의 경우 25.1%에 불과하였다.¹⁰ 정신 의료 서비스 이용률이 평생 한 번 이상 정신건강의학과 전문의나 기타 보건전문가, 타과 의사를 방문한 적 있는 비율을 의미하므로, 실제로 적절한 치료를 받는 비율은 이보다 훨씬 낮을 것으로 생각된다. 실제로, 우리나라에서 시행된 한 연구에서는 일상생활에 지장을 주거나 상담 또는 치료가 필요할 정도의 불안을 경험하였던 인원 중 실제로 불안과 관련된 증상을 치료 받고 있는 경우가 19%에 불과하였다.¹⁴

따라서 조기에 불안장애를 선별하고 적절한 치료로 연결하는 것은 정신보건 측면뿐 아니라 개인의 고통이나 사회적 비용을 줄이는 데 무엇보다 중요하다고 할 수 있다.¹⁵ 이를 위해서는 일반인들에게 불안 장애에 대한 교육과 정보 제공을 통하여 불안 장애를 인식하고, 치료를 받게끔 유도하는 노력이 필요하다. 심지어 교육 수준이 높다고 할 수 있는 대학생을 대상으로 한 연구에 따르면 실제 불안 장애에 대한 이해도는 기대 이상으로 낮은 편이었다.¹⁶ 이러한 맥락에서 대한불안학회에서는 매년 일반인을 대상으로 개최되는 대규모의 정신건강박람회에 참가하여 일반인들을 대상으로 불안장애의 교육과 선별 검사, 면담을 진행하고 있다. 이 연구는 이 행사에서 불안장애

부스를 방문한 일반인들이 작성한 불안장애 선별검사 자료를 분석하고 그 임상적, 정신보건적 의의를 논의하고자 시행하였다.

방 법

대 상

이 연구는 2013년 4월 12일과 13일 서울 COEX에서 열린 정신건강박람회에서 대한불안학회가 마련한 불안장애 부스를 방문하여 불안선별검사에 참여한 일반인의 자료를 하였다. 설문지에 응한 160명 중 현재 정신건강의학과 치료를 받고 있는 13명(8.1%), 과거 정신건강의학과 치료를 받았지만 현재는 받고 있지 않은 31명(19.4%)의 자료를 제외한 116명(72.5%)이 최종 연구대상이 되었다. 참여자는 연구 취지를 설명 듣고 사전 서면동의를 한 뒤 설문지를 작성하였다. 설문지는 공황발작, 공포증, 걱정, 외상적 사건 등 주요 불안장애를 선별하기 위한 내용으로 구성되었다.

측 정

공황발작

공황발작은 임소공포증 이동 척도(Mobility inventory for agoraphobia)¹⁷에서 정의한 내용을 이용하여 피검자의 경험 여부를 물었다. 즉, 갑작스런 심한 불안, 신체반응(빈맥, 발한, 진전, 현기증, 구토감), 또 일시적인 사고, 판단능력의 상실, 회피 욕구를 동반하는 경우로 국한하였다. 또한 이러한 공황발작의 경험 여부 및 지난 1년, 한 달, 1주 사이의 횟수를 질문하였다.

공포증

공포증도 임소공포증 이동 척도의 정의를 이용하였다.¹⁷ 즉, 공포증의 정의(어떤 특정 대상에 대해 매우 두려워하고 피하는 것, 동물, 높은 곳, 장소, 교통수단, 주사, 피, 어두움 등)를 설명하고 치료가 필요한 공포증이 있는지 적게 하였다. 또 해당 공포증의대상을 얼마나 두려워하는지 0~10점 사이, 얼마나 회피하는지 0~4점 사이를 평가하도록 하였다. 본 연구의 필요성에 따라 두려움 점수가 5점 이상이면 회피 점수가 2점 이상일 때 공포증이 있는 것으로 정의하였다.

걱 정

피검자들이 현재 어떤 걱정을 하는지 알아보기 위하여 걱정 내용의 범주를 10가지로 나누어 조사하였다.¹⁸ 각 걱정 대상의 심각도를 라이크트 식의 5점 척도로 전혀 아님, 약간, 보통,

꽤 많음, 아주 심함으로 나누었다. 각 문항에서 꽤 많은 경우 과도한 불안으로 정의하였다. 10개의 걱정 대상은 사회적 혹은 대인관계, 죽음, 배우자 혹은 애인, 외모, 경제나 환경, 일이나 실직, 가족이나 자식에 대한 책임, 돈이나 빚 혹은 비용, 건강, 내일 혹은 미래이다.

걱정의 대상에 추가하여 범불안장애의 주 증상인 만성적이고 통제 불가능한 걱정의 빈도와 강도를 평가하는 펜실베이니아 걱정 질문지(Penn State Worry Questionnaire, 이하 PSWQ)를 시행하였다.¹⁹ 이 척도는 16문항으로 구성된 자기보고식 검사로 5점 척도 상에서 평가하도록 되어 있으며, 총점이 높을수록 걱정이 많음을 의미한다.원본의 내적합치도는 0.91, 검사-재검사신뢰도는 0.81로 높을 뿐 아니라, 수렴 타당도 및 변별 타당도가 높은 것으로 나타났다. Kim과 Min²⁰이 변안한 한국판의 내적 합치도는 160명의 대학생을 대상으로 하였으며 Cronbach alpha가 0.92로 보고되었다.

외상적 사건

외상적 사건의 경험은 생애 사건 체크리스트(Life Events Checklist, 이하LEC)로 측정하였는데, LEC는 피검자의일생 중 경험한 외상적 사건을 평가하는 자기 보고형 질문지이다.²¹ 총 17개의 문항으로 이루어져 있으며, 이중 14개의 문항은 잠재적으로 PTSD를 유발할 수 있는 사건으로 알려진 것에 대한 문항이며, 3개의 문항은 불편한 성적 경험, 심한 인간적인 고통, 기타 스트레스적인 사건에 관한 것이다. 원본은 경험, 목격, 직면(소식 들음) 등 세가지 노출 방법에 따라 그 경험을 체크하게 되어 있으나, 본 연구의 목적인 PTSD의 선별에 맞게 직접 경험한 것만을 분석하였으며, 14번 문항인 급작스런 변사는 목격한 경우로 포함하였다. 한국판 LEC는 157명의 정신건강학과 외래 환자를 대상으로 Cronbach alpha 0.67의 내적 합치도와 외상 관련 증상척도와의 유의한 상관을 통해 수렴 타당도를 입증한 바 있다.²¹

외상적 사건의 경험에 추가하여 PTSD 증상을 조사하기 위해서 PTSD 체크리스트 단축형(Abbreviated PTSD checklist, 이하 PCL)을 사용하였다.²² 이 PTSD의 선별도구는 총 6개 문항이며 각 문항은 '아님'에서 '아주 많이'까지 5점 척도로 구성되어 있다. 따라서 총점은 0~30점이며, 절단점은 14점으로 알려졌다. PTSD의 진단에 대한 민감도 0.95, 특이도 0.69로 선별도구로서 유용성을 입증한 바 있다.

결 과

연구대상의 일반적 특징

성별 분포는 전체 116명 중 남자 33명, 여자 83명으로 여성

불안장애 선별검사 결과

이 2.5배 더 많았다. 연령분포는 20~30대가 64%로 전체 군의 2/3정도가 청년이었다. 결혼 상태는 미혼이 55%로 가장 많고, 기혼이 37%, 기타 8%였다. 종교 분포는 '없다'가 42%로 제일 많고, 기독교 30%, 천주교 11%, 불교 10% 순이었다. 소득분포는 월평균 200만원 미만이 47%로 가장 많았다. 학력분포는 대졸 54%, 고졸 17%, 대학원 졸 14%, 중졸 이하 5%였다(Table 1).

공황발작

응답하지 않은 3명을 제외한 총 113명 중 공황 발작의 평생 경험률은 45%, 1년 내 발생률은 31%, 한 달 사이 발생률은 16%, 1주 사이 발생률은 9%였다.

공포증

가장 흔한 공포증은 자연환경에 대한 공포증이었으며(14%), 사회공포증(일반형) 11%, 사회공포증(비일반형) 6%, 상황형 6%, 동물 4%, 혈액-주사-부상형 1% 순이었다. 116명의 설문자 중 45명(39%)은 공포증 질문에 응답하지 않았으며 33명(28%)는 없다고 하였다. 따라서 응답자 중 46%가 공포증이 있다고 대답하였다.

Table 1. General description of the participants in anxiety disorder screening (N=116)

Characteristics	Participants	
	Mean	SD
Age (years)	36.9	15.3
N (%)		
Sex		
Men	33 (28.4)	
Women	83 (71.6)	
Education		
Less than high school	6 (5.2)	
High school graduates	20 (17.2)	
College or above	79 (68.1)	
Religion		
Christianity	35 (30.2)	
Catholicism	13 (11.2)	
Buddhism	12 (10.3)	
Others	1 (0.9)	
None	49 (42.2)	
Marital status		
Married	41 (35.3)	
Not married	61 (52.6)	
Separation or divorced	5 (4.3)	
Widowed	4 (3.4)	
Monthly income*		
Less than 2 million	47 (40.5)	
2-4 million	24 (20.7)	
4-6 million	19 (16.4)	
More than 6 million	11 (9.5)	

Total sum of cases may not be 116 due to missing data. * : Korean Won

걱정

응답하지 않은 3명을 제외한 113명 중 걱정 관련 항목 중 한 개 이상의 과도한 걱정거리(꽤 많음, 아주 심함)를 가지는 비율은 85%에 달했으며, 한 사람당 평균 3.3개(SD=2.5, median=3, range=0~9)의 걱정 거리를 가지는 것으로 나타났다. 이중 '내 일이나 미래'가 52%로 가장 많았고, '사회적 혹은 대인관계' 46%, '건강' 40%, '가족이나 자식에 대한 책임'이 37%, '경제나 환경' 35%, '일이나 실직'이 35%, '돈이나 빚' 27%, '외모'가 17, 기타 8%였다(Figure 1).

무응답자 6명을 제외한 110명의 PSWQ점수는 평균 45.1점(SD=10.7)이었으며 사전 연구에서²³ 제시된 절단점 45점을 기준으로 할 때 전체 응답자의 46%에서 범 불안 장애가 의심되었다.

외상적 사건

LEC로 조사한 총 17가지의 외상 사건 경험 관련 항목 중 주관적 사건(불편한 성적 경험, 인간적 고통, 그 밖의 스트레스) 3항목을 제외한 14개 항목을 기준으로 한 개 이상의 외상 경험을 가진 비율은 전체 116명 중 64%였으며, 한 사람 당 평균 1.3개의 외상적 사건을 경험하는 것으로 나타났다. 이중 '신체적 폭행'이 34%로 가장 많았고, '가까운 사람의 갑작스럽고 예기치 못한 죽음'이 24%, '교통 사고'가 23%, '자연 재해' 6% 순이었다(Table 2).

무응답자 24명을 제외한 92명의 단축형 PCL의 점수는 평균 16.2(SD=6.5)이었으며 사전 연구²²에서 제시된 절단점 14점

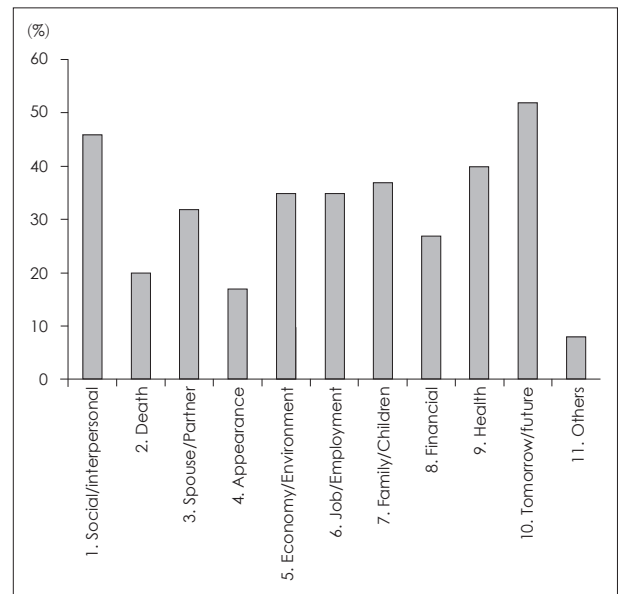


Figure 1. The content of pathological worries among 116 participants in anxiety disorder screening. Percentage of endorsement for each category of worries as moderately severe or severe intensity.

Table 2. The prevalence of life-time trauma reported in the life events checklist among the participants (N=116)

Event	Prevalence
1. Natural disaster	9%
2. Fire/Explosion	5%
3. Motor vehicle accident	23%
4. Other serious accident	7%
5. Exposure to toxic substance	3%
6. Physical assault	34%
7. Assault with a weapon	3%
8. Sexual assault	3%
9. Other unwanted sexual experience	11%
10. Combat	2%
11. Captivity	0%
12. Life threatening injury/illness	6%
13. Severe human suffering	19%
14. Witnessing sudden, violent death	10%*
15. Sudden unexpected death of someone close	24%
16. Caused serious injury/death of another	3%
17. Other very stressful event	35%

* : Witnessed

을 기준으로 할 때 전체 응답자의 58%에서 PTSD가 의심되었다.

토 의

이 연구는 정신건강박람회 참가한 일반인들을 대상으로 자기보고식 검사를 통해 불안장애 선별을 위한 공황발작, 외상적 사건, 공포증 등의 경험률을 조사하였다. 첫째, 공황발작의 평생 경험률이 45%로 일반 인구에서 보고되는 10~28% 비율보다 높게 나타났다.²⁴⁻²⁶ 또한 지난 1년 유병률이 31%로 일반 인구의 3~11% 보다 높았고, 지난 1달도 16%로 일반 인구의 3%보다 높았다. 오히려 1차 진료를 방문한 환자들의 한 달 사이 공황발작 경험률인 21%에 가까운 수치이다.²⁷

부가적으로 일생 동안 공황발작을 경험한 사람의 6명 중 1명이 공황장애로 진단된다는 한 역학조사의 연구결과를 고려할 때,²⁶ 이 연구의 참여자의 7~8%가 공황장애로 추정되었다. 이렇게 공황발작이나 추정되는 공황장애가 높은 비율을 보이는 이유는 공황발작의 평가를 간단한 한 문항의 자기보고식 검사로 조사하였기 때문에 공황발작과 유사한 불안 증상이나 일반적인 불안증상이 공황발작으로 인지되었을 가능성이 있다. 또한 정신건강박람회 특히 불안장애 부스를 방문하여 선별검사에 응한 자원자들의 특성도 고려할 수 있겠는데 이들은 이미 불안장애나 불안증상을 경험한 경우일 수도 있다. 1차 진료 환자의 공황발작 경험률과 유사한 것을 보아도 본 연구 참여자의 상당부분이 증상을 지각하고 치료를 받고자 하

는(treatment-seeking) 것으로 추정할 수 있다.

본 연구의 결과로 외상적 사건의 경험률은 사전 연구의 일반 인구와 차이가 없었으나 PTSD 진단은 높게 추정 되었다. 일단 일생 동안의 한 가지 이상 외상적 사건 경험률이 64%로 미국 성인의 69%와 비슷하였다.²⁸ 외상적 사건의 종류를 보면 신체적 폭행이 가장 많았으나, 외국의 경우는 갑작스런 죽음이 일반적으로 제일 높은 비율을 차지한다.^{28,29} 그러나 본 연구에서도 친지의 갑작스런 죽음이 2번째로 제일 흔했으며(24%), LEC 척도의 특성상 강도와 같은 외상적 사건이 신체적 폭행해 포함된 것, 또한 연구취지상 친지의 죽음에 주로 해당되는 직면(소식을 들음)을 노출방법의 하나로 빼 것도 영향이 될 수 있겠다.

한 가지 특징적인 결과는 PCL 단축형으로 추정된 PTSD가 58%로 높게 추정되었다는 점이다. 이는 PTSD가 외상적 사건을 경험한 사람의 15~25%가 PTSD로 이환 된다고 할 때³⁰ 본 연구 응답자의 기대치인 10~16% 보다 높은 수치이며, 외국 연구의 일생 유병률 8%,³¹ 특히 국내 조사의 1.7%³² 보다 매우 높다. 이렇게 큰 차이는 우선 상기 역학조사가 면접조사인 반면 본 연구는 자기보고식 검사 단축형을 사용하였으며, 본 연구에서 사용한 외국 연구의 절단점이 한국 실정에 맞지 않을 수 있는 점, 응답자들이 외상적 사건과 연결하지 않고 척도를 완성했을 가능성이 있다.

셋째, 공포증도 46%로 일반 인구보다 높게 보고 되었다. 미국의 연구에서 살펴보면 특정 공포증이 하나라도 있는 성인을 볼 때 남성의 경우 10.9%, 여성의 경우 21.2%로 나타났다.³³ 우리나라에서 2011년 시행된 정신실태 보고를 보면 특정 공포증의 평생 유병률이 5.4%로 나타났다.¹⁰ 마찬가지로 본 연구에서 공포증 진단이 간단한 문항의 자기 보고식 검사를 통해 이루어졌으며, 무응답자수가 39%나 차지한 것도 고려해야 되겠다.

넷째, 범불안 장애도 46%에서 의심이 되었는데 이 또한 범불안 장애의 외국 역학조사 결과 즉 1년 유병률은 3.1%, 평생 유병률은 5.1% 보다 높으며,³⁴ 우리나라에서 보고된 평생 유병률은 1.9% 보다 훨씬 높게 나타났다.¹⁰ 이 같은 이유는 자기보고식 검사인 점과 PSWQ도 외국의 절단점을 사용한 것이 이유가 될 수 있겠다. 걱정의 대상은 미래, 대인관계, 건강의 순으로 나타났으며, 한 외국 연구에서 조사한 가족/대인관계, 건강/질병, 기타, 재정 순과 비슷하였다.³⁴

종합하면, 정신건강박람회 불안장애 부스를 방문한 방문객 중 정신건강의학과 치료 중이거나 과거에 받았던 27%를 제외한, 일반인들 중에 상당 수가 대표적인 불안장애인 공황장애, 공포증, 범불안장애, PTSD로 추정되었다. 대부분의 불안장애 환자들이 치료를 받지 않으며, 치료를 받는 사람들도 질

병이 생긴 뒤 10년 이상이 경과해서 치료를 받는다는 연구 결과가 있다.³⁵ 국내 연구에서도 치료가 필요한 불안증상을 지닌 일반인 중에서 19%만이 치료를 받는 사실을 미루어 볼 때¹⁴ 불안장애 환자들이 본인들의 질병을 인식하고 치료를 받을 수 있도록 정신건강의학과 의사들의 노력이 절실하다고 할 수 있다. 이러한 맥락에서 정신건강박람회나 매체를 통한 대중 홍보와 교육이 중요하며 또한 쉽게 불안장애를 스스로 진단하고 정보를 구할 수 있는 자료나 정보제공이 필요할 것이다. 실제, 본 연구가 수행된 박람회에서 불안장애에 대한 상담과 치료기관 소개와 연결이 이루어 졌다는 사실도 이 같은 노력의 한 일환이라고 하겠다.

연구의 제한점은 첫째, 군집의 대표성 문제가 있다. 앞에서 언급한 바와 같이 설문 응답자들이 이미 불안 장애의 문제를 기저에 가지고 있었을 가능성에 대해 생각해 볼 수 있겠다. 또한, 조사 표본의 연령분포 중 20~30대가 64%로 전체 군의 2/3정도를 차지하였으며, 여성이 전체 표본의 72%를 차지하여 표본의 대표성에 제한이 있을 수 있겠다. 외국 역학 연구에서 강박장애를 제외한 모든 불안장애가 여성에서 높게 나타났으며,^{8,9} 한국에서 조사된 연구³⁷⁾에도 불안장애의 1년 유병률은 남성과 여성이 각각 3.7%대 9.8%로 거의 3배 가깝게 여성에서 유병률이 높았다. 또한 나이에 따른 불안장애 1년 유병률은 남성과 여성 모두 20대가가 가장 높은 유병률을 보이는 것으로 조사되었다. 따라서 이번 조사에서 여성과 20~30대의 비율이 높은 것이 결과에 영향을 미쳤을 수 있다.

둘째는 불안장애 조사의 방법의 문제이다. 이상적으로는 정식 진단도구를 이용한 면접조사가 바람직하지만, 선별검사 목적으로 사용하기는 불가능하다. 또한 좀 더 자세한 자기보고식 도구도 있지만, 짧은 시간 많은 대상자를 검사하고 이에 대한 피로감을 주기 위해 본 연구는 간단한 도구들을 사용하였다. 특히, 범불안장애 및 PTSD의 기준으로 삼았던 PSWQ나 PCL의 절단점은 국내에서 연구된 바가 없어서 모두 외국에서 연구된 절단점을 사용하였다. 많은 자기보고식 검사들이 한국어판으로 작성될 때 절단점이 높아지는 경향을 고려할 때 실제보다 더 많은 응답자들이 진단 의심군으로 분류되었을 수 있겠다.

향후 연구는 불안장애 선별을 위해 여러 한국화된 도구들의 개발과 정신측정학적 성질, 특히 진단적 유용성에 대한 노력이 필요할 것으로 사료된다. 이는 특히 정신질환의 대표적인 진단기준이 새로 개정된 현 시점에서 시사하는 바가 크다고 할 수 있다. 마지막으로 본 연구의 취지에 맞게 불안장애의 조기 발견과 효과적 치료를 위한 대한불안학회회의 노력이 계속될 것을 기대하는 바이다.

중심 단어 : 불안장애 · 선별검사 · 공황발작 · 공포증 · 범불안장애 · 외상후스트레스장애.

REFERENCES

1. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry. 10th ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins;2007. p.580-583.
2. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, California, Consulting Psychologists Press;1970.
3. Kolb LC, Brodie HK. Modern Clinical Psychiatry. 10th ed. Philadelphia, Saunders;1982.
4. Nan L, Calvin SL, Julian TB, Li SC. Factors influencing health-related quality of life of Asians with anxiety disorders in Singapore. Qual Life Res 2004;13:557-565.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Text Revision. 4th ed. Washington DC, American Psychiatric Press;2000.
6. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva, World Health Organization;1992.
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th ed. Washington DC, American Psychiatric Press;2013.
8. Kessler RC, Petukhova M, Sampson NA, Zaslavsky AM, Wittchen HU. Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. Int J Methods Psychiatr Res 2012;21:169-184.
9. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and Age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. Arch Gen Psychiatry 2005;62:593-602.
10. Cho MJ, Park JI, Bae A, Bae JN, Son JW, Ahn JH, et al. The Epidemiological Survey of Mental Disorders in Korea. Seoul, Ministry of Health and Welfare;2011.
11. Goh SJ. Increasing the number of neuropsychiatric treatment annually. The Medical Times. 2009 Sep 30. Available from: <http://www.medicaltimes.com/Users3/News/newsView.html?ID=85665&nSection=1&nStart=0&subMenu=news&subNum=1>.
12. Chelminski I, Zimmerman M. Pathological worry in depressed and anxious patients. J Anxiety Disord 2003;17:533-546.
13. Di Nardo PA, Barlow DH. Syndrome and symptom comorbidity in the anxiety disorders. In: Maser JD, Cloninger CR, editors. Comorbidity in Anxiety and Mood Disorders. Washington DC: American Psychiatric Press;1990. p.205-230.
14. Chung SK, Kwon JS, 2006 Korean anxiety research group. 2006 Korean anxiety: report on anxiety research results. Anxiety Mood 2006; 2:115-121.
15. Dadds MR, Spence SH, Holland DE, Barrett PM, Laurens KR. Prevention and early intervention for anxiety disorders: a controlled trial. J Consult ClinPsychol 1997;65:627-635.
16. Coles ME, Coleman SL. Barriers to treatment seeking for anxiety disorders: initial data on the role of mental health literacy. Depress Anxiety 2010;27:63-71.
17. Chambless DL, Caputo GC, Jasin SE, Gracely EJ, Williams C. The Mobility Inventory for Agoraphobia. Behav Res Ther 1985;23:35-44.
18. Singh H. Top 10 reasons why people worry in 2011.: [Updated 2011 Mar 25] Available from: <http://voices.yahoo.com/top-10-reasons-why-people-worry-2011-8098906.html?cat=5>.
19. Meyer TJ, Miller ML, Metzger RL, Borkovec TD. Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. Behav Res Ther 1990;28:487-495.
20. Kim JW, Min BB. Intolerance of Uncertainty and Problem Orientation in Worry: Proceedings of Annual Conference of the Korean Psychological Association; Seoul, Korean Psychological Association;1998. p.83-92.

21. Bae HL, Kim DH, Koh HR, Kim YS, Park JS. Psychometric properties of the Life Events Checklist-Korean version. *Psychiatry Invest* 2008;5:163-167.
22. Lang AJ, Stein MB. An abbreviated PTSD checklist for use as a screening instrument in primary care. *Behav Res Ther* 2005;43:585-594.
23. Behar E, Alcaine O, Zuellig AR, BorkovecTD. Screening for generalized anxiety disorder using the Penn State Worry Questionnaire: a receiver operating characteristic analysis. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2003;34:25-43.
24. Eaton WW, Kessler RC, Wittchen HU, Magee WJ. Panic and panic disorder in the United States. *Am J Psychiatry* 1994;151:413-420.
25. Fullana MA, Vilagut G, Ortega N, Bruffaerts R, de Girolamo G, de Graaf R, et al. Prevalence and correlates of respiratory and non-respiratory panic attacks in the general population. *J Affect Disord* 2011;131:330-338.
26. 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. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:415-424.
27. Bellini M, Galaverni E. Panic symptoms among general physicians' patients. *Epidemiol Psychiatr Soc* 2003;12:198-204.
28. Norris FH. Epidemiology of trauma: frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *J Consult Clin Psychol* 1992;60:409-418.
29. Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD, Schultz LR, Davis GC, Andreski P. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55:626-632.
30. Breslau N. The epidemiology of posttraumatic stress disorder: what is the extent of the problem? *J Clin Psychiatry* 2001;62Suppl 17:16-22.
31. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Post-traumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:1048-1060.
32. Hong JJ, Suh TW, Lee HJ, Ham BJ, Lee JY, Cho SJ, et al. Partial versus full PTSD in the Korean community: prevalence, duration, correlates, comorbidity, and dysfunctions. *Depress Anxiety* 2007;24:577-585.
33. Fredrikson M, Annas P, Fischer H, Wik G. Gender and age differences in the prevalence of specific fears and phobias. *Behav Res Ther* 1996;34:33-39.
34. Wittchen HU, Zhao S, Kessler RC, Eaton WW. DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:355-364.
35. Diefenbach GJ, Stanley MA, Beck JG. Worry content reported by older adults with and without generalized anxiety disorder. *Aging Ment Health* 2001;5:269-274.
36. Rice DP, Miller LS. Health economics and cost implications of anxiety and other mental disorders in the United States. *Br J Psychiatry Suppl* 1998;173:4-9.
37. Lee CK, Kwak YS, Yamamoto J, Rhee H, Kim YS, Han JH, et al. Psychiatric epidemiology in Korea: Part I: Gender and age differences in Seoul. *J NervMent Dis* 1990;178:242-246.