

## 국내 대학병원 공황장애 환자들의 임상적 특징에 대한 연구 : 다기관, 후향적 연구

성균관대학교 의과대학 삼성서울병원 정신건강의학교실,<sup>1</sup>  
성균관대학교 의과대학 강북삼성병원 건강의학본부 기업정신건강연구소,<sup>2</sup> 순천향대학교 의과대학 서울병원 정신건강의학교실,<sup>3</sup>  
충남대학교 의학전문대학원 정신건강의학교실,<sup>4</sup> 충남대학교 뇌 과학연구소,<sup>5</sup>  
영남대학교 의과대학 영남대학교병원 정신건강의학교실,<sup>6</sup> 인제대학교 의과대학 서울백병원 정신건강의학교실,<sup>7</sup>  
인제대학교 스트레스연구소,<sup>8</sup> 전북대학교 의학전문대학원 정신건강의학교실,<sup>9</sup>  
인제대학교 의과대학 상계백병원 정신건강의학교실,<sup>10</sup> 분당차병원 정신건강의학과,<sup>11</sup> 유범희 정신건강의학과 의원<sup>12</sup>

오재영<sup>1</sup> · 이재현<sup>2</sup> · 한상우<sup>3</sup> · 지익성<sup>4,5</sup> · 구분훈<sup>6</sup> · 우종민<sup>7,8</sup>  
양종철<sup>9</sup> · 김민숙<sup>10</sup> · 이상혁<sup>11</sup> · 허정윤<sup>1</sup> · 유범희<sup>12</sup>

### Clinical Characteristics of Panic Disorder Patients in Korean University Hospital : A Multi-Center, Retrospective Study

Jae-Young Oh, MD<sup>1</sup>, Jae-Hon Lee, MD<sup>2</sup>, Sang-Woo Han, MD<sup>3</sup>, Ik-Seung Chee, MD<sup>4,5</sup>,  
Bon Hoon Koo, MD<sup>6</sup>, Jong Min Woo, MD, PhD<sup>7,8</sup>, Jong-Chul Yang, MD, PhD<sup>9</sup>, Min-Sook Gim, MD<sup>10</sup>,  
Sang Hyuk Lee, MD<sup>11</sup>, Jung-Yoon Heo, MD<sup>1</sup> and Bum-Hee Yu, MD, PhD<sup>12</sup>

Department of Psychiatry<sup>1</sup>, Samsung Medical Center, Sungkyunkwan University School of Medicine, Seoul,  
Seocho Mind-Health Clinic<sup>2</sup>, Workplace Mental Health Institute, Total Healthcare Center, Kangbuk Samsung Hospital,  
Sungkyunkwan University School of Medicine, Seoul, Department of Psychiatry<sup>3</sup>, College of Medicine, Soonchunhyang University,  
Seoul Hospital, Seoul, Department of Psychiatry<sup>4</sup>, School of Medicine, Chungnam National University, Daejeon,  
Institute of Brain Research<sup>5</sup>, Chungnam National University, Daejeon, Department of Psychiatry<sup>6</sup>, College of Medicine,  
Yeungnam University, Daegu, Department of Psychiatry<sup>7</sup>, Seoul Paik Hospital, Inje University College of Medicine, Seoul,  
Stress Research Institute<sup>8</sup>, Inje University, Seoul, Department of Psychiatry<sup>9</sup>, Chonbuk National University Medical School, Jeonju,  
Department of Psychiatry<sup>10</sup>, Sanggye Paik Hospital, Inje University College of Medicine, Seoul, Department of Psychiatry<sup>11</sup>,  
CHA Bundang Medical Center, Seongnam, Seongnam, Dr. Bum-Hee Yu's Psychiatric Clinic<sup>12</sup>, Seoul, Korea

#### ABSTRACT

**Objective** : Despite the high prevalence and clinical importance of panic disorder, studies on the clinical characteristics and course of panic disorder are relatively rare. This study is a multi-center, and retrospective study to examine the clinical characteristics and course of Korean panic disorder patients who visit university hospital.

**Methods** : The study subjects were panic disorder patients who had visited the psychiatric outpatient clinics of 8 university hospitals in South Korea from January to December in 2008. Finally, 238 panic patients were included in this study. Their medical charts were retrospectively reviewed and reassessed by experienced psychiatrists to examine their clinical characteristics, demographic data and clinical course in repose to pharmacotherapy.

**Results** : Among the 238 patients (121 males vs. 117 females), the mean age of disease onset was 41.3±12.7 years and female patients showed 5 years older age of disease onset, compared with male patients. The mean score of PSR scale was 4.5±1.0 at the first visit, reflecting a 'marked' level of severity of illness and impairment in functioning. Only 110 patients (46.4%) completed the whole follow up visits, whereas 128 patients (53.6%) dropped out during the treatment. After 17.7±0.5 months of mean follow up period, the mean score of PSR scale at the last visit was reduced into 2.1±0.9, reflecting a 'residual' severity of illness and impairment in functioning. The cumulative recovery rate was 62.1% in the completer group, whereas that of the drop-out group was 47.7%.

Received : November 8, 2013 / Revised : March 31, 2014 / Accepted : April 9, 2014

#### Address for correspondence

Bum-Hee Yu, M.D., Ph.D., Dr. Bum-Hee Yu's Psychiatric Clinic, Dogok-dong, Gangnam-gu, Seoul 135-270, Korea  
Tel : +82-2-578-2014, Fax : +82-2-578-2015, E-mail : yubh12@naver.com

이 연구는 대한불안학회 연구비 지원으로 이루어졌으며, 2010년 대한불안학회 춘계학술대회에서 논문 내용 중 일부가 구연으로 발표되었다.

**Conclusions** : The mean age of disease onset in Korean panic disorder patients who had visited university hospital was about 10 years older than that of Western panic disorder patients in previous studies, and the Korean panic disorder patients who had visited university hospital showed a relatively higher cumulative recovery rate. These differences might result from an ethnic difference in clinical characteristics and course in response to pharmacotherapy of panic disorder. (Anxiety and Mood 2014;10(1):11-16)

**KEY WORDS** : Panic disorder · Pharmacotherapy · Clinical characteristics · Retrospective study.

## 서론

공황장애는 심각한 급성 불안과 빈맥, 발한, 어지러움 등의 자율신경계 증상들이 예기치 않게 반복해서 나타나고, 이러한 증상들이 다시 발생하지 않을까 지속적으로 염려하는 예기 불안과 회피 행동을 특징으로 하는 불안장애이다.<sup>1</sup> 공황장애는 한국인에서는 0.3% 정도의 평생유병율을 보이지만,<sup>2</sup> 서양인을 대상으로 한 연구에서는 1.5~5% 정도의 평생유병율을 보여서 서로 차이가 있다.<sup>3-5</sup> 한편 공황장애 환자의 절반 이상은 직업과 사회 또는 가정 내에서 심각한 기능 장애를 겪고 있으며, 경제적 의존도가 높고 의료시설 의존도가 높아 공황장애로 인한 삶의 질 저하 및 직, 간접적인 사회경제적인 손실 또한 매우 클 것으로 추정된다.<sup>6-10</sup>

공황장애의 임상 경과에 관한 이전의 연구들에 따르면 공황장애 환자의 20~60% 정도만이 관해 상태에 도달하며, 2~3년 후에는 전체 환자 중 60~80%가 재발하거나 공황장애의 증상들을 부분적으로 가지고 있는 것으로 나타나<sup>11-16</sup> 결국 공황장애는 관해와 재발을 반복하는 만성적인 경과를 밟게 되는 질환으로 알려져 있다.<sup>11,17,18</sup> 하지만 높은 유병률과 임상적 중요성을 고려할 때 공황장애의 임상 경과에 대한 연구는 아직 별로 없는 실정이며,<sup>13,14</sup> 기존의 연구들도 대상자 수가 너무 적거나, 한 군대의 연구기관에서만 피험자를 모집하였거나, 관해의 개념에 대한 체계적인 정의가 부족하다는 한계점들을 갖고 있었다.<sup>14,15</sup>

한편 공황장애 환자들이 인종에 따라 일부 유전자 다형성과 유병률, 치료 반응 등에서 차이를 보일 수 있다는 연구결과들이 보고되면서, 최근에는 동양인과 서양인 공황장애 환자들 사이에 임상 경과가 다를 수 있다는 가능성이 제시되었다.<sup>19,20</sup> 따라서 공황장애가 갖는 사회경제적, 임상적 중요성을 고려할 때 한국인 공황장애 환자에서 질병의 임상 경과가 어떤지를 알아보는 연구가 매우 필요하다고 할 수 있다. 이 연구는 국내 여러 대학병원을 찾은 공황장애 환자들을 대상으로 질병의 임상 경과를 의무기록 분석을 통해 후향적으로 알아보는 방식으로 진행되었으며 이를 통해 국내 대학 병원에 방문한 공황장애 환자들의 임상적 특징 및 치료 현황을 알아보고자 시도되었다.

## 방법

### 연구 대상

본 연구는 2008년 1월부터 2008년 12월까지 1년 동안 국내 8개 대학병원 정신건강의학과 외래에 내원한 초진 환자들 중 DSM-IV 진단 기준 상 공황장애에 부합하며 최소한 6개월 이상 치료를 받은 20세 이상의 환자들을 대상으로 하였다. 환자들의 의무기록은 그 충실도를 반영하여 치료 경과를 잘 볼 수 있는 환자들을 무작위로 추출하여 2009년 7월 1일부터 2009년 12월 31일까지 6개월간 숙련된 정신건강의학과 전문의 8명에 의하여 후향적으로 검토되고 분석되었다.

환자들 중 양극성 장애, 조현병, 기질성 뇌질환, 물질 관련 장애가 동반된 환자들은 연구에서 제외되었으며, 공황장애 이외에 다른 불안장애나 우울장애가 이차적으로 동반된 환자들은 연구에 포함시켰다. 그 결과 최종적으로 238명의 환자들이 본 연구에 포함이 되었는데, 각 병원별 분포를 살펴보면 삼성서울병원 70명, 순천향병원 36명, 충남대병원 35명, 영남대병원 32명, 서울백병원 24명, 전북대병원 20명, 상계백병원 15명, 분당차병원 6명이었다. 본 연구는 8개 병원 각각의 임상시험위원회 승인을 받았다.

### 평가항목

#### Psychiatric Status Rating(PSR)

PSR 척도는 질환의 심각도와 환자의 일반적인 기능을 평가하는 평가 척도로 단기간의 전향적 종단 연구에 해당하는 Harvard/Brown Anxiety Disorder Research Program에서도 사용이 되고 있는 척도이다.<sup>13,15</sup> PSR 척도는 1~6점까지의 범위를 갖고 있으며, 3 또는 4점은 질환의 완벽한 진단 기준을 만족시키기에는 증상의 개수가 부족하지만 중등도에서 중증의 증상이 있고 이로 인한 기능 장애가 있는 경우를 의미하며, 1점은 증상이 없거나 완전 관해 상태로 질환으로 인한 기능상의 장애가 없는 경우를 의미한다(Table 1). PSR 척도와 다른 심리 척도를 비교하는 별도의 외부 타당성 평가 결과 PSR 척도는 뛰어난 공인 타당도와 판별 타당도를 보였다.<sup>21</sup>

Clinical Global Impression–Severity(CGI–S)

CGI–S 척도<sup>22</sup>는 임상의로 하여금 정신질환의 심각도를 1~7점까지 평가하도록 하는 척도로 1점은 정상이고, 7점은 가장 심한 질환의 상태를 의미한다. CGI-S 척도는 잘 알려진 표준 연구 척도들과도 뛰어난 상관성을 나타내고 있다.

회복과 재발의 정의

본 연구에서 회복(recovery)과 재발(recurrence)의 개념은 PSR 척도<sup>13,15</sup> 점수로 정의를 하였다. 환자의 의무기록을 검토 하여 회복은 적어도 2개월 이상의 기간 동안 PSR 점수가 1또는 2점인 것으로 정의하였고, 재발은 회복 후 2주 연속으로 PSR 점수가 5점 이상인 것으로 정의하였다.

완전한 공황발작과 제한된 공황발작

DSM–IV 공황발작의 진단 기준에 해당하는 4가지 이상의 증상을 모두 동반한 경우를 완전한 공황발작이라 정의 하였고 증상이 4가지 미만인 경우를 제한된 공황발작이라 정의하였다.

통계적 분석

모든 통계적 유의수준은 양측 검정으로  $p < 0.05$ 를 기준으로

로 하였고, 모든 통계처리에는 SPSS version 20.0(SPSS Inc., Chicago, IL, USA)을 사용하였다.

결 과

연구 기간 동안 환자들의 첫 방문시의 임상적 특성 및 사회 인구학적 특성은 Table 2에 제시되었다. 본 연구에 참여한 총 238명의 환자들 중에서 121명이 남성이었고, 117명이 여성이었다. 여성 환자들이 남성 환자들에 비해 나이가 더 많은 편이었고, 공황장애의 발병 시점이 더 늦은 편이었다.

첫 방문시 환자들의 지난 1개월 동안 완전한 공황발작의 빈도는 3.9회였고, 제한된 공황발작의 빈도는 9.1회였다. 그리고 광장공포증을 동반한 환자는 87명으로 전체 환자의 35.4%를 차지하고 있었다. 첫 방문시 환자들의 평균 PSR 점수는  $4.5 \pm 1.0$ 로 중등도의 심각도를 보였고, 기능상의 장애가 뚜렷하였다. CGI–S 점수 역시 평균  $4.4 \pm 0.9$ 로 중등도의 심각도를 보였다.

전체 환자들의 평균 추적 관찰 기간은  $12.6 \pm 5.5$ 개월이었다. 총 238명의 환자들 중에서 46.4%에 해당하는 110명의 환자들이 첫 방문 후 본 연구의 조사 시점까지 추적관찰이 이루어졌

Table 1. Description of the psychiatric status rating scale

6 Full criteria, severe	The patient meets the DSM-IV for definite disorder, has severe symptoms, or has extreme impairment in functioning
5 Full criteria	The patient meet the criteria for definite disorder but has no extreme impairment in functioning
4 Marked	The patient dose not meet the criteria for disorder but has major symptoms of impairment resulting from disorder
3 Partial recovery	The patient has considerably less psychopathological impairment than patients who meet the full disorder criteria and no more than moderate impairment in functioning but show obvious evidence of the disorder
2 Residual	The patients claims not to be completely his/her usual self, or the rater notes the presence of symptoms of no more than a mild degree
1 Usual self	The patients is returned to his/her usual self, without any residual symptoms of disorder

Table 2. Demographic data and clinical characteristics of panic disorder patients at the first visit (n=238)

	Total (n=238)	Male (n=121)	Female (n=117)	Statistics
Presence of agoraphobia (persons)	87	42	45	$\chi^2=0.50$
	Mean $\pm$ SD	Mean $\pm$ SD	Mean $\pm$ SD	
Age (years old)	$44.36 \pm 12.07$	$42.09 \pm 11.05$	$46.81 \pm 12.72$	$T=-3.06^{**}$
Education (years)	$12.94 \pm 3.78$	$13.70 \pm 3.14$	$12.21 \pm 4.20$	$T=2.86^{**}$
Age at the onset of disease (years old)	$41.32 \pm 12.71$	$38.99 \pm 11.39$	$43.80 \pm 13.67$	$T=-2.93^{**}$
Duration of illness (months)	$40.53 \pm 55.99$	$46.33 \pm 66.20$	$34.63 \pm 43.22$	$T=1.59$
Frequencies of full panic attack in the previous one month (times)	$3.93 \pm 11.15$	$3.73 \pm 7.18$	$4.20 \pm 14.31$	$T=-0.31$
Frequencies of limited panic attack in the previous one month (times)	$9.06 \pm 15.35$	$7.81 \pm 10.08$	$10.49 \pm 19.65$	$T=-1.23$
PSR score	$4.48 \pm 0.98$	$4.42 \pm 0.95$	$4.54 \pm 1.00$	$T=-0.91$
CGI-S score	$4.40 \pm 0.92$	$4.43 \pm 0.97$	$4.36 \pm 0.88$	$T=0.55$

\* :  $p < .05$ , \*\* :  $p < .01$ , \*\*\* :  $p < .001$

다. 추적 관찰을 완료하지 못한 환자들 중에서는 단지 2.4%에 해당하는 6명만이 조기 증상 호전으로 치료자의 판단 하에 치료를 중단하였고, 53.6%에 해당하는 나머지 122명은 뚜렷한 설명 없이 자의로 방문을 중단하여 추적관찰이 이루어지지 않았다. 중도 탈락한 환자들의 평균 추적 관찰 기간은 8.4±10.2개월이었고, 추적 관찰 기간의 분포는 6개월 미만은 40.3%, 6개월~1년이 39.7%, 1년 이상이 17.6%였다. 추적관찰을 완료한 환자들의 마지막 방문시의 PSR 척도 평균점수는 2.1±0.9로 'residual' 수준의 질환의 심각도와 기능상의 장애를 보였으며, CGI-S 점수는 2.2±0.8로 경미한 심각도를 나타내었다 (Table 3).

그리고 추적관찰을 완료한 환자들과 중도 탈락한 환자들 사이에 임상 특성의 차이는 대부분 없었다. 마지막 방문 전 1개월 동안 완전한 공황 발작의 빈도가 중도 탈락한 환자들에서 0.8±2.0회로 추적관찰을 완료한 환자들의 0.5±0.8회보다 좀 더 많은 편이었다. 추적관찰을 완료한 환자들과 중도 탈락한 환자들 사이의 임상적 특성의 차이는 Table 3에 제시되어 있다.

**회복과 재발**

PSR 척도 점수에 의한 회복과 재발의 정의에 따랐을 때, 본 연구에서 전체 환자들의 첫 방문 후부터 본 연구의 조사시점까지의 누적 회복률은 58.2%였고, 누적 재발률은 9.5%였다. 추적관찰을 완료한 환자들의 누적 회복률은 62.1%였고, 누적 재발률은 9.3%였다. 그리고 중도 탈락한 환자들의 누적 회복률은 47.7%였고, 누적 재발률은 9.6%였다. 따라서 추적관찰을 완료한 환자들이 중도 탈락 환자들보다 더 높은 누적 회복률을 보였다.

**처방된 약물**

첫 방문 시 99.6%에 해당하는 237명의 환자들이 항우울제를

투여 받았으며, 가장 흔하게 처방 된 항우울제는 escitalopram으로 55%를 차지하였고, paroxetine-CR이 30.8%를 차지하였다. 평가 시점에서의 각 약물의 평균 처방 용량은 escitalopram이 12.4 mg/day였고, paroxetine-CR이 26.1 mg/day였다. Fluoxetine과 sertraline 또한 일부 환자들에게 처방 되었다 (Table 4). 첫 방문시 SSRI를 투여 받은 환자들 중에서 34.7%가 추적 관찰 기간 동안 처음 약제에서 다른 SSRI 약제로 투약이 변경되었다.

Benzodiazepine 또한 약 74%의 환자에서 처방되었는데, Alprazolam이 87.2%로 가장 흔하게 사용되었고 Clonazepam, lorazepam과 같은 benzodiazepine이 그 뒤를 이었다 (Table 4).

**고 찰**

본 연구는 국내 다기관에서 공황장애 환자들의 임상경과를 조사한 연구이다. 본 연구를 통해 먼저 국내 대학병원에 방문한 공황장애 환자들의 질병 특성과 약물치료 반응에 있어서 몇 가지 중요한 임상적 특성들을 발견할 수 있었다. 첫 번째로

**Table 4.** Antidepressants and benzodiazepines prescribed for the panic disorder patients at the first visit

Antidepressants (n=237)	Prescription
Escitalopram	55.0%
Paroxetine CR	30.3%
Fluoxetine	12.1%
Sertraline	1.3%
Others (mirtazapine, milancipran etc.)	1.3%
Benzodiazepines (n=176)	Prescription
Alprazolam	87.2%
Clonazepam	9.5%
Lorazepam	2.7%
Others (etizolam, etc.)	0.6%

**Table 3.** Demographic data and clinical characteristics of panic disorder patients at the last visit (except 6 planned termination patients)(n=232)

	f/u (n=110)	Non-f/u (n=122)	Statistics
Presence of agoraphobia (persons)	17	9	χ <sup>2</sup> =3.42
	Mean±SD	Mean±SD	
f/u duration (months)	17.70±10.51	8.44±10.21	6.72***
Age (years old)	44.20±12.03	44.21±12.01	0.01
Education (years)	13.06± 3.86	12.83± 3.73	-0.43
Age at the onset of disease (years old)	41.26±12.66	41.16±12.65	-0.06
Duration of illness (months)	41.62±54.90	39.81±57.31	-0.25
Frequencies of full panic attack in the previous one month (times)	0.50± 0.84	0.77± 2.04	0.32
Frequencies of limited panic attack in the previous one month (times)	5.14± 7.40	2.66± 4.88	-1.19
PSR score	2.08± 0.92	2.32± 1.12	1.73
CGI-S score	2.22± 0.79	2.22± 0.81	-0.004

\* : p<.05, \*\* : p<.01, \*\*\* : p<.001

대학병원 외래를 방문한 국내 공황장애 환자들의 평균적인 질병 발생 연령이 미국 및 유럽의 공황장애 환자들보다 약 10년 가까이 늦었다. 즉, 서구의 많은 연구들은 공황장애의 평균 발생연령이 대략 30세 정도라고 보고하고 있는데,<sup>23</sup> 이에 반해 본 연구에서는 공황장애의 평균 발생연령이 약 41세로 나타나 뚜렷한 차이를 보였다. Sheikh 등<sup>24</sup>은 35세가 조기 발병 공황장애와 후기 발병 공황장애를 구분하는 표준 연령이라고 제안한 바 있는데, 이 기준에 따르자면 대부분의 국내 대학병원에 방문한 공황장애 환자들은 후기 발병 공황장애에 해당한다고 하겠다. 특히 여성 환자들의 경우 남성 환자들에 비해 약 5년 정도 더 늦게 발병하는 것으로 관찰되었다.

광장공포증의 유무에 따른 유병률에서도 본 연구 결과는 서구 공황장애 환자들을 대상으로 이루어진 연구 결과들과 차이를 보였다. 서구 공황장애 환자들을 대상으로 이루어진 연구들에서는 광장공포증을 동반한 환자의 비율이 그렇지 않은 환자들 보다 2~3배 정도 많았으나, 본 연구에서는 광장공포증을 동반하지 않은 공황장애의 유병률이 광장공포증을 동반한 공황장애의 유병률보다 2.8배 가량 높게 나타났다. 이는 지역 사회에서 시행이 된 일부 기존 연구들의 결과들과도 유사하였다.<sup>13,23,25</sup>

이러한 결과는 공황장애의 임상적 특성에 있어서 국내 환자들과 서구의 환자들 사이에 차이가 있을 가능성을 제시하고 있다. 그러나 본 연구는 지역 사회 인구 집단을 대상으로 이뤄진 것이 아닌 대학 병원에 방문한 환자군을 대상으로 하여 선택적 편이(selection bias)가 있다는 점을 고려해야 할 것이다.

한편, 본 연구 대상 환자들의 경우 공황장애 첫 발병 이후 진단을 받기까지의 시기가 평균 3년 정도로 보고되었는데, 이는 국내 대학병원에 방문한 공황장애 환자들의 경우 정확한 진단 및 적절한 치료를 받게 되기까지 오랜 시간이 걸렸다는 것을 시사한다. 이와 관련하여 Wang 등은 치료 반응이 좋지 않은 환자들의 숫자는 지역사회에서 부적절하거나 불충분한 치료를 받는 등 근거 기반 치료를 받지 못하는 환자들의 비율이 높은 것과 관련이 있을 것이라고 제안하였는데,<sup>25</sup> 국내 공황장애 환자들의 진단 및 치료 시기를 앞당길 수 있다면 치료에 대한 반응이 보다 좋아질 수 있을 것으로 생각된다. 그러나 본 연구는 대학병원에 방문한 환자들을 대상으로 진행하여 지역사회에서의 실재를 반영하지 못할 가능성이 있고, 직접 치료 효과를 비교한 것이 아니라는 한계점이 있다. 따라서 지역사회에서의 공황장애 환자들의 치료 시작 시기 및 적절한 치료 여부와 치료 반응에 대한 추가적인 연구가 필요하다고 생각된다.

국내 대학 병원에 방문한 공황장애 환자들을 대상으로 지난 한달 동안 경험한 공황발작의 횟수에 대한 정보를 알아봤

을 때 완전한 공황발작을 월 4회 정도 경험하고, 완전한 공황발작에 준임상적 공황발작까지 포함할 경우엔 월 13회 정도 경험하는 것으로 나타났다. 준임상적 공황발작 역시 상당한 정도의 불안감과 불편감을 유발하므로 국내 대학병원의 공황장애 환자들의 경우 일상적 기능 장애의 문제가 심각한 수준임을 확인할 수 있었다. 한편 PSR 점수는 빈번한 공황발작으로 인한 환자들의 기능 장애를 반영하는 것으로 알려져 있는데, 국내 대학병원 공황장애 환자들의 기저 수준 평균 PSR 척도 점수 역시 약 4.5점으로 중등도 이상으로 나타나서 이들의 기능장애 정도가 심각함을 추정케 해준다.

본 연구에서 평균 12.6±5.5개월의 추적관찰 기간 동안 절반 이상의 환자들이 중도 탈락 하였지만, 전반적으로 공황장애 환자들은 약물치료를 상당한 호전을 보였다. 이전의 기존 연구들에서는 1년 동안 누적 회복률이 50% 미만으로 보고가 되었지만,<sup>13,15,26</sup> 본 연구에서는 누적 회복률이 대략 58.2% 정도에 이르렀다. 이처럼 본 연구에서 기존의 다른 연구들에 비해 상대적으로 높은 누적 회복률을 보인 것은 공황장애의 치료 반응 및 관해 비율에 있어서 인종간의 차이에 의한 영향일 가능성이 있다.<sup>20</sup> 하지만 높은 중도 탈락률과 상대적으로 짧은 추적관찰 기간을 고려하였을 때 국내 대학병원 공황장애 환자들이 치료 반응이 좀더 좋은 군이라고 단정적으로 결론 내릴 수는 없다. 더욱이 기존의 연구들에서는 공황장애 치료 기간 동안 증상의 호전이 첫 1년 동안이 가장 뚜렷하다<sup>27</sup>고 보고하고 있기 때문에 본 연구에서 추적 관찰 중인 환자들의 높은 누적 회복률이 추후 점차 감소하게 될 가능성도 배제할 수 없다.

한편 추적 관찰이 된 환자군과 중도 탈락된 환자군간의 임상 특성 등에 대한 비교에서는 대부분의 임상 지표에서 차이를 보이지 않았으나, 중도 탈락한 환자군에서 완전한 공황 발작을 좀더 자주 경험하는 것으로 관찰되었다. 즉, 중도 탈락이 된 환자들의 공황 증상의 심각도가 더 높게 나타났다. 이는 동일한 한국인을 대상으로 한 Kim 등의 연구에서, 치료 순응도가 떨어지는 환자들에게서 공황장애 심각도 척도의 총점수가 더 높았다는 연구 결과에 부합하는 결과이다.<sup>28</sup> 또한 중도 탈락한 환자들의 약 40% 정도가 6개월 이내에 탈락하였다는 사실은 급성 또는 아급성 기간 동안의 치료가 공황장애 환자들의 치료 반응을 향상 시키는데 있어서 매우 중요함을 시사하는 소견일 수 있겠다.

본 연구에는 몇 가지 중요한 제한점들이 있다. 첫째, 의무기록을 검토하여 시행된 후향적 연구라는 점이 자료 분석에 있어서 중요한 제한점으로 작용할 수 있다. 둘째, 연구의 대상군이 대학병원에 처음 내원한 환자들로서 대부분 후기 발병 공황장애 환자들에 해당하여 공황장애의 심각도가 상대적으로 덜했을 가능성이 있겠다. 일반적으로 조기 발병 공황장애

환자들이 후기 발병 공황장애 환자들보다 증상의 심각도가 더하다고 알려져 있다.<sup>29</sup> 또한 공황 장애는 젊은 연령에서 많이 발생하며, 보통 젊은 환자들의 경우는 감별진단을 위한 추가적인 평가가 필요하지 않는 경우가 많기 때문에 대학병원까지 가지 않았을 가능성이 있다. 이러한 선택적 편이(selection bias)가 본 연구의 결과에 영향을 주었을 수 있다. 셋째, 연구 대상 환자들의 남녀 비율이 1 : 1로 기존의 연구들과 다소 상이하였는데,<sup>25,30,31</sup> 이런 성비의 차이가 결과에 영향을 주었을 수도 있다. 하지만 이러한 제한점들에도 불구하고 본 연구는 국내 공황장애 환자들의 임상적 특징 및 약물치료 반응에 따른 임상 경과를 조사한 다기관 연구로 국내 공황장애 환자들의 실제 임상 상황을 반영할 수 있다는 점에서 큰 의미가 있다고 본다.

결론적으로, 국내 대학병원을 방문한 공황장애 환자들은 중등도의 질환 심각도를 보이고 기능상의 장애가 뚜렷하였으며, 평균 발병연령이 기존 연구에서 보고된 서구의 환자들보다 약 10년 가까이 늦었으며, 광장공포증을 동반하지 않은 경우가 동반하는 경우보다 2배 정도 더 많았고, 상대적으로 더 높은 누적 회복률을 보였다. 따라서 공황장애의 임상적 특징 및 약물치료에 따른 임상 경과에 있어서 인종적 차이가 있을 가능성을 시사하였는데, 앞에서 언급하였던 본 연구의 제한점들을 고려하였을 때 향후 좀더 대단위 환자를 대상으로 한 전향적 장기 관찰연구를 통해 이런 결과들을 재검증 하는 과정이 필요할 것으로 생각된다.

**중심 단어:** 공황장애 · 약물치료 · 임상특징 · 후향적 연구.

**REFERENCES**

1. Diagnostic and statistical manual of mental disorder: DSM-IV-R. (4th ed). Washington, D.C.: American Psychiatric Association;2000.
2. 조맹제. 2011년도 정신질환실태 역학조사: 보건복지부 학술연구용역사업 보고서. 서울대학교 의과대학.
3. Lepine JP. The Epidemiology of Anxiety disorders: Prevalence and Societal Costs. *J Clin Psychiatry* 2002;63(Suppl 14):4-8.
4. 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.
5. Kessler RC, Wang PS. The descriptive epidemiology of commonly occurring mental disorders in the United States. *Annual Review of Public Health* 2008;29:115-129.
6. Rubin HC, Rapaport MH, Levine B, Gladsjo JK, Rabin A, Auerbach M, et al. Quality of well being in panic disorder: The assessment of psychiatric and general disability. *Journal of Affective Disorders* 2000;57:217-221.
7. Waghorn G, Chant D, White P, Whiteford H. Disability, employment and work performance among people with ICD-10 anxiety disorders. *Aust N Z J Psychiatry* 2005;39:55-66.
8. Cramer V, CandPolit C, Torgersen S, Kringlen E. Quality of life and anxiety disorders: a population study. *J Nerv Ment Dis* 2005;193: 96-202.
9. Saarni SI, Suvisaari J. Impact of psychiatric disorders on health-related quality of life: General population survey. *British Journal of Psychiatry* 2007;190:326-332.

10. Davidoff J, Christensen S, Khalili D, Nguyen J, IsHak WW. Quality of life in panic disorder: Looking beyond symptom remission. *Qual Life Res* 2012;21:945-959.
11. Roy-Byrne PP, Cowley DS. Course and outcome in panic disorder: a review of recent follow-up studies. *Anxiety* 1994;1:151-160.
12. Noyes R Jr, Clancy J, Woodman C, Holt CS, Suelzer M, Christiansen J, et al. Environmental factors related to the outcome of panic disorder. A seven-year follow-up study. *J Nerv Ment Dis* 1993;181:529-538.
13. Bruce SE, Yonkers KA, Otto MW, Eisen JL, Weisberg RB, Pagano M, et al. Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder: a 12-year prospective study. *Am J Psychiatry* 2005;162:1179-1187.
14. Albus M, Scheibe G, Scherer J. Panic disorder with or without concomitant depression 5 years after treatment: a prospective follow-up. *J Affect Disord* 1995;34:109-115.
15. Keller MB, Yonkers KA, Warshaw MG, Pratt LA, Gollan JK, Massion AO, et al. Remission and relapse in subjects with panic disorder and panic with agoraphobia: a prospective short-interval naturalistic follow-up. *J Nerv Ment Dis* 1994;182:290-296.
16. Barlow DH, Gorman JM, Shear MK, Woods SW. Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: A randomized controlled trial. *JAMA* 2000;283:2529-2536.
17. Hirschfeld RM. Panic disorder: diagnosis, epidemiology, and clinical course. *J Clin Psychiatry* 1996;57 Suppl 10:3-8; discussion 9-10.
18. Pollack MH, Otto MW. Long-term course and outcome of panic disorder. *J Clin Psychiatry* 1997;58 Suppl 2:57-60.
19. Gelernter J, Cubells JF, Kidd JR, Pakstis AJ, Kidd KK. Population studies of polymorphisms of the serotonin transporter protein gene. *Am J Med Genet* 1999;88:61-66.
20. Roy-Byrne PP, Perera P, Pitts CD, Christi JA. Paroxetine response and tolerability among ethnic minority patients with mood or anxiety disorders: a pooled analysis. *J Clin Psychiatry* 2005;66:1228-1233.
21. Warshaw MG, Keller MB, Stout RL. Reliability and validity of the longitudinal interval follow-up evaluation for assessing outcome of anxiety disorders. *J Psychiatr Res* 1994;28:531-545.
22. Leucht S, Kane JM, Kissling W, Hamann J, Etschel E, Engel R. Clinical implications of Brief Psychiatric Rating Scale scores. *Br J Psychiatry* 2005;187:366-371.
23. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Greenwald S, Hwu HG, et al. The cross-national epidemiology of panic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54:305-309.
24. Sheikh JI, Swales PJ, Carlson EB, Lindley SE. Aging and panic disorder: phenomenology, comorbidity, and risk factors. *Am J Geriatr Psychiatry* 2004;12:102-109.
25. 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.
26. Keller MB, Baker LA. The clinical course of panic disorder and depression. *J Clin Psychiatry* 1992;53 Suppl:5-8.
27. Gardos G. Long-term treatment of panic disorder with agoraphobia in private practice. *J Psychiatr Pract* 2000;6:140-146.
28. Kim MH, Lee DE, Chung SH, Song HC, Hahn OS, Lee SH, et al. One Year Naturalistic Outcome Study of Panic Disorder Patients. *Anxiety and Mood* 2006;2:108-114.
29. Segui J, Marquez M, Garcia L, Canet J, Salvador-Carulla L, Ortiz M. Differential clinical features of early-onset panic disorder. *J Affect Disord* 1999;54:109-117.
30. Katon WJ. Clinical practice. Panic disorder. *N Engl J Med* 2006;354: 2360-2367.
31. Cho MJ, Chang SM, Hahm BJ, Chung IW, Bae A, Lee YM, et al. Prevalence and correlates of major mental disorders among Korean adults: A 2006 national epidemiologic survey. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 2009;48:143-152.