

공황장애의 한의학적 치료 효과 및 예측 인자 연구

유종호, 허은정*, 김남열[†], 이유진, 김근우[†]

한음 한방신경정신과 한의원, 원광대학교 한의과대학 한방신경정신과교실*, 동국대학교 한의과대학 한방신경정신과교실[†]

Predictors of Clinical Efficacy of Oriental Medical Treatment in Patients with Panic Disorder

Jong-Ho Yoo, Eun-Jung Heo*, Nam-Yeol Kim[†], Yu-Jin Lee, Geun-Woo Kim[†]

Haneum Neuropsychiatry Clinic of Korean Medicine, *Department of Neuropsychiatry Medicine, College of Korean Medicine, Won-Kwang University, [†]Department of Neuropsychiatry Medicine, College of Korean Medicine, Dong-Guk University

Received: May 19, 2015

Revised: August 27, 2015

Accepted: September 7, 2015

Objectives: The purpose of this study is to identify predictors of clinical efficacy of oriental medical treatment for patients with panic disorder.

Methods: We analyzed medical records of 41 patients who were diagnosed with panic disorder through DSM-IV or ICD-10 by 2 oriental medical neuro-psychiatrists. We performed frequency analysis of demographic characteristics in patients with panic disorder, and assessed the correlation between the psychological scales by Pearson correlation. Repeated measures ANOVA were used to compare the psychological scales during the treatment; and Single regression analysis was used to analyze the factors that have correlation to improvement of panic disorder by oriental medical treatment. Psychological scales used in the study were STAI-X-1/2, STAXI-S/T, BDI2, BAI, BSQ, PAS, ASI, LOT-R, SWLS, LSES and LSMS.

Results: Patients' demographic characteristics indicated that there were twice more female than male patients; furthermore, there was a high ratio of patients in their 20s and 30s, with the highest percentage of onset-age in the 20s and average duration of panic disorder from 1~5 years. More than half of the total patient cohort comprised of those who had panic disorder with agoraphobia and major depressive disorder; in addition, major accompanied symptoms were dyspepsia, chest discomfort and headache. After treatment, most scores of psychological scales were significantly reduced, and correlation between the psychological scales was significant. Furthermore, we identified some factors that were significantly correlated to improvement of panic disorder by oriental medical treatment.

Conclusions: In conclusion, treatment of panic disorder with oriental medicine was clinically efficient and improved the quality of life.

Key Words: Panic disorder, Oriental medical treatment, Psychological scales.

Correspondence to

Geun-Woo Kim
Department of Neuropsychiatry,
Dongguk University Bundang Oriental
Hospital, 268, Buljeong-ro,
Bundang-gu, Seongnam, Korea.
Tel: +82-31-710-3749
Fax: +82-31-710-3780
E-mail: fcodefree@naver.com

Acknowledgement

This is a doctoral dissertation of the department of Korean neuro-psychiatry medicine of the graduate school of Dong-guk university.

I. 서론

공황장애는 특별한 이유 없이 비예측적으로 나타나는 공황발작(panic disorder)과 함께 예기불안(anticipatory anxiety), 회피 행동(avoidance behaviour) 등을 함께 보이는 질병이다. DSM-IV¹⁾에서는 예측하기 힘든 상황에서 공황발작이 적어도 한 번 이상 발생하고, 이후 공황발작이 다시 일어날 것 같은 걱정과 염려가 지속적으로 나타나며, 공황발작을 회피하기 위한 행동 상의 변화 등이 존재하면 공황장애로 진단한다. 공황장애는 우울증을 비롯한 다른 정신질환과 공존하는 비율이 매우 높고²⁾, 약 50%에서 도움 받기 힘들거나 탈출하기 어려운 상황에 처해지는 것을 두려워하는 광장공포증(agoraphobia)이 동반되어 일상생활에 지장을 받는다¹⁾.

공황장애와 관련된 증상은 한의학의 경계(驚悸), 정충(怔忡), 공경(恐驚) 등이 있는데, 장중경(張仲景)의 『금궤요략(金匱要略)』³⁾에서 “촌구맥동이약(寸口脈動而弱), 동즉위경(動則爲驚), 약즉위계(弱則爲悸)”라 하여 최초로 경계(驚悸)의 기록이 있고, 유완소(劉完素)의 『소문현기병원식(素問玄機原病式)』⁴⁾에서 심흉부(心胸部)가 조동(躁動)하면 정충(怔忡)이라 기록하였다. 또한 『의학강목(醫學綱目)』⁵⁾에는 경계(驚悸), 정충(怔忡)에 대해 정의하면서 가슴이 조동(躁動)하고 불안한 것을 공통적인 부분으로 언급하며 치료 방법을 논하였다.

공황장애는 드물지 않은 질환으로 2006년 미국의 조사에서 평생유병률이 4.7%로 보고되었고⁶⁾, 2001년부터 2003년까지 유럽의 6개국에서 실시된 유럽정신장애역학조사에서는 평생유병률이 2.1%로 보고되었다. 이외 뉴질랜드 2.7%, 나이지리아 0.2%, 중국 0.4%로 공황장애의 평생유병률은 국가별로 큰 차이를 보였다⁷⁾. 우리나라에서는 2011년 지역 사회 거주 대상 역학조사에서 공황장애는 0.3%, 광장공포증은 0.4%의 평생유병률로 보고되어⁷⁾ 미국, 유럽 등의 나라에 비해 우리나라와 중국 등은 상대적으로 유병률이 낮게 집계된 것을 알 수 있다.

최근 우리나라에서 공황장애로 진료 받는 환자들은 빠르게 증가하고 있다. 국민건강보험공단의 건강보험 진료비 지급자료에 의하면 공황장애로 진료 받은 환자가 2006년 3만 5천 명에서 2011년 5만 9천 명으로 10.7%의 연평균 증가율을 보였다. 또한 공단부담 급여비는 2006년 74억 원에서

2011년 122억 원으로 증가하여 가파른 상승세를 보였으며, 진료비는 2006년 112억 원에서 2011년 169억 원으로 증가하였다⁸⁾. 그러나 이것은 한방 진료 부분은 제외된 것으로 실제로는 공황장애로 진료 받은 환자들이 더 많을 것으로 추정된다.

국내에서 공황장애 환자의 특성에 대한 연구는 꾸준히 이루어져 왔다. 박 등⁹⁾은 공황장애 환자의 임상양상에 대해 보고하였고, 공황장애의 심리적 특성을 규명하기 위한 다수의 연구들⁹⁻¹²⁾이 보고되었다. 반면에 한의학에서 공황장애 환자의 특성에 대한 연구는 김 등¹³⁾의 연구에서 MMPT를 이용하여 공황장애 환자의 특성을 관찰한 연구를 제외하고는 증례보고가 있을 뿐, 공황장애 환자의 특성 및 한의학적 인 치료에 대한 연구 보고가 미흡한 실정이다.

한의학에서 공황장애에 활용할 수 있는 다양한 방법들이 존재하지만, 임상에서 공황장애 환자를 대면했을 때 어떤 치료 결정을 내려야 하는지에 대해 어려움이 존재한다. 미국¹⁴⁾, 영국¹⁵⁾, 캐나다¹⁶⁾ 등에서는 불안장애에 대한 진료 지침을 개발하여 사용하고 있지만, 한의학계에는 공황장애를 위한 진료지침이 미흡한 실정이다.

따라서 공황장애 환자들을 진료할 때 다양한 치료방법을 합리적으로 선택하기 위한 한의학 특성을 반영한 체계화된 진료지침의 개발이 필요하다. 따라서 본 연구에서는 공황장애의 한의학적 치료의 효과와 예측인자에 대해 조사하여 공황장애에 대한 한의학 임상 진료지침 개발을 위한 기초자료를 얻고자 하였다.

II. 연구대상 및 방법

1. 연구대상

본 연구는 2012년 5월부터 2012년 12월까지 8개월 동안 서울 소재 ○○한방신경정신과 한의원에 내원한 760명의 환자 중 121명의 공황장애 환자의 의무기록을 리뷰하였다. 그 중 제외기준에 해당하지 않으며, 본 연구에서 사용된 9가지 심리검사에 대한 누락이 없는 41명의 의무기록을 선정하여 분석하였다.

2. 연구방법

본 연구는 공황장애 환자의 의무기록을 리뷰한 후향적 관찰연구로 동국대학교 분당한방병원 임상시험심의위원회

의 심의면제 기준에 해당하여 심의면제를 부여받았다.

1) 선정기준

서울 소재 ○○한방신경정신과 한의원에 내원하여 공황 발작, 예기 불안, 회피 행동 등을 호소하는 공황장애 환자들 중, 초기 내원시 공황장애의 진단을 위해 구조화된 면담 및 설문 검사를 실시하였고, 2인의 한방신경정신과 전문의의 면담을 통해 DSM-IV 및 ICD-10의 진단기준을 만족시키는 공황장애 환자들의 의무기록을 대상으로 하였다.

2) 제외기준

양극성장애, 정신분열장애 등 주요 정신 병력이 있는 환자, 정신지체, 인격장애, 알코올 중독, 약물 남용 등의 병력이 있는 환자, 심각한 내과적 질환이나 신경과적 질환을 가지고 있는 환자들의 의무기록은 제외하였다.

3) 연구절차

수집된 공황장애 환자의 자료를 바탕으로 인구학적 분석, 공황장애 초발 연령 및 이환기간, 광장공포증 유무, 본원 내원 이전의 치료 현황, 본원 치료 현황, 심리 검사와 심리적도 간의 상관성, 공황장애의 특성과 심리적도 간의 상관성을 평가하였다.

4) 주요 평가도구

(1) 상태-특성 불안 척도(State-Trait Anxiety Inventory, STAI: 상태 불안 STAI-X-1 / 특성 불안 STAI-X-2)¹⁷⁾

현재 느끼는 불안정도(상태불안)를 묻는 20문항과 일상적으로 느끼는 성격적 불안정도(특성불안)를 묻는 20문항, 총 40문항이다. 본 연구에서의 STAI-X-1과 STAI-X-2의 치료 시작 전과 8주 후의 재검사 신뢰도는 각각 Cronbach' α = 0.72, Cronbach' α = 0.66이었다.

(2) Beck 우울 척도-II (Beck Depression Inventory-II, BDI2)¹⁸⁾

우울증과 관련한 정서, 인지, 동기, 생리적 증상 등 21개 영역을 포함하며, 수면과 식욕에 대한 부분이 변경되면서 그 중 1996년 BDI-II로 개정되었다. 4점 척도 21문항으로 총 점수는 0점에서 63점까지다. 본 연구에서의 BDI2의 치료 시작 전과 8주 후의 재검사 신뢰도는 Cronbach' α =

0.71이었다.

(3) 상태-특성 분노표현 척도(State-Trait Anger Expression Inventory, STAXI: 상태분노 STAXI-S / 특성분노 STAXI-S / 분노억제 AXI-K-I / 분노표출 AXI-K-O / 분노조절 AXI-K-C)¹⁹⁾

현재 느끼는 분노인 상태분노(10문항), 평소에도 흔히 느끼는 성향적 분노인 특성분노(10문항), 분노를 느꼈을 때 억제하는 분노억제(8문항), 분노를 표출하는 분노표출(8문항), 분노를 조절하는 분노조절(8문항)로 구성되어 있으며 총 44 문항이다. 본 연구에서의 STAXI-S와 STAXI-S의 치료 시작 전과 8주 후의 재검사 신뢰도는 각각 Cronbach' α = 0.76, Cronbach' α = 0.83이었다.

(4) Beck 불안 척도(Beck Anxiety Inventory, BAI)²⁰⁾

불안과 관련된 정서, 인지, 동기, 생리적 증상 등 21개 영역을 포함하며, 4점 척도 21문항으로 총 점수는 0점에서 63점까지다. 본 연구에서의 BAI의 치료 시작 전과 8주 후의 재검사 신뢰도는 Cronbach' α = 0.63이었다.

(5) 신체감각 질문지(Body Sensation Questionnaire, BSQ)¹¹⁾

공황장애 환자들의 특징 중 하나인 자율신경계의 각성에 따른 신체감각에 대한 민감성을 측정하는 도구로 총 17문항으로 구성되어 있다.

(6) 공황 및 광장공포증 척도(Panic and Agoraphobia Scale, PAS: 공황발작 PAS-A / 광장공포증 PAS-B / 예기불안 PAS-C / 일상 지장 PAS-D / 건강 염려 PAS-E)²¹⁾

공황장애와 광장공포증의 정도를 측정하는 척도로 총 15 문항으로 구성되어 있다. 공황발작의 정도부터 광장공포증의 양상, 예기불안, 일상에서의 능력 저하, 건강에 대한 걱정까지 총 5개의 하위 요인이 있다.

(7) 불안 민감성 척도(Anxiety Sensitivity Inventory, ASI)¹¹⁾

불안과 관련한 증상이 나타날 때 얼마나 염려 되는지 묻는 16문항으로 구성되어 있으며 공황장애의 예언변인을 측정하기 위한 척도이다.

(8) 낙관성 척도(The revised Life Orientation Test, LOT-R)²²⁾

미래에 대한 긍정적 기대를 측정하는 척도로 총 10문항이다. 하지만 측정 질문지인지 인식하기 어렵게 하는 4개의

불분명한 문항을 제외한 나머지 6문항이 채점된다. 총 점수는 6점에서 30점이다.

(9) 주관적 안녕감 척도(Satisfaction Scale: 삶의 만족 척도 The Satisfaction with Life Scale, SWLS / 삶의 기대 척도 The Life Satisfaction Expectancy Scale, LSES / 삶의 동기 척도 The Life Satisfaction Motivation Scale, LSMS)²³⁾

인지적 안녕감을 측정하기 위하여 척도로 각 5문항 총 15문항으로 구성되어 있다. 현재 삶이 얼마나 만족스러운지(삶의 만족), 미래 삶에 대한 만족 예상(삶의 기대), 삶의 만족을 위한 동기(삶의 동기)를 측정한다.

5) 치료방법

(1) 한약치료

온담탕(溫膽湯), 귀비탕(歸脾湯), 보혈안신탕(補血安神湯) 등 한방신경정신과 임상에서 불안 및 우울장애에 다빈도로 활용되는 처방²⁴⁾을 중심으로 사용하였다.

(2) 침구치료

백회(百會), 내관(內關), 중완(中完), 합곡(合谷), 태충(太衝) 등 한방신경정신과 임상에서 불안 및 우울장애에 해당하는 경계(驚悸), 정충(怔忡), 울증(鬱證)에 다빈도로 활용되는 경혈²⁴⁾을 중심으로 사용하였다.

(3) 한방정신요법

경자평지요법(驚者平之療法), 이정변기요법(移精變氣療法), 지언고론요법(至言高論療法), 오지상승위치료법(五志相勝爲治療法) 등 한방신경정신과 임상에서 불안 및 우울장애에 다빈도로 활용되는 정신요법²⁴⁾을 중심으로 사용하였다.

6) 평가 및 분석

본 연구는 STATA/SE (Stata/SE 9.2 for Windows, StataCorp LP, College Station, TX, USA)를 이용하여 분석하였으며 모든 연속형 변수는 평균±표준편차(mean±standard deviation)의 형식으로 표시하였고, 범주형 변수는 빈도와 %로 표시하였다.

먼저 환자들의 인구통계학적 특성을 파악하기 위해 빈도 분석을 실시하였다. 그리고 치료전, 치료 4주후, 치료 8주후의 호전도 평가를 위해 Repeated measures ANOVA를 사용하였다. 심리척도간의 상관관계는 각 심리척도의 8주간 호전도를 구하여(baseline-8weeks value) 이 값을 Pearson

correlation으로 분석하였다. 또한 공황장애의 한의학적 치료 호전도에 영향을 미치는 인자는 단순회귀분석을 통하여 확인하였다. 모든 경우 통계적으로 p<0.05일 때 유의한 것으로 간주하였다.

III. 결과

1. 인구학적 분석

연구대상 환자의 성별은 남자 31.71% (13명), 여자 68.29% (28명)로 여성이 남성의 약 2배로 집계되었다. 연령별 분포에서는 20대가 46.34% (19명)로 가장 높았고, 30대가 36.59% (15명)로 조사되었다. 결혼 유무는 미혼이 53.66% (22명)로 기혼(34.15%, 14명)보다 높은 비율을 나타냈는데 이는 20대의 비율이 제일 높은 것과 관련이 있을 것으로 추정된다(Table 1).

2. 공황장애 초발 연령 및 이환기간

연구대상 환자의 공황발작의 초발연령을 조사한 결과 20대가 46.34% (19명)로 가장 많았고, 30대 14.63% (6명), 10대 26.83% (11명) 순으로 나타났으며, 초발연령이 조사되지 않은 1명을 제외한 40명의 평균 초발연령은 27.58세로 나타났다.

내원환자의 이환기간은 1년 이상 5년 미만이 43.90% (18명)로 가장 많았고, 10년 이상이 19.51% (8명), 3달 미만과 5년 이상 10년 미만이 각 9.76% (각 4명)로 나타났다.

Table 1. Patients' Characteristics

		Frequency	Percentage
Gender	Male	13	31.71
	Female	28	68.29
Age	11~20	2	4.88
	21~30	19	46.34
	31~40	15	36.59
	41~50	3	7.32
	51~60	2	4.88
Marriage	Unmarried	22	53.66
	Married	14	34.15
	No response	5	12.19
Career	Occupation	18	43.90
	No occupation or no response	23	56.10
Family history about mental illness	Yes	7	17.07
	No or no response	34	82.93

Table 2. Onset-age, Duration and Relapse of Panic Disorder

		Frequency	Percentage	Mean±S.D.
Onset-age	11~20	11	26.83	27.58±9.93
	21~30	19	46.34	
	31~40	6	14.63	
	41~50	2	4.88	
	51~60	2	4.88	
	Indefiniteness	1	2.44	
Duration	0~3 months	4	9.76	4.01±4.63
	3~6 months	3	7.32	
	0.5~1 year	3	7.32	
	1~5 years	18	43.90	
	5~10 years	4	9.76	
	10 years~	8	19.51	
	Indefiniteness	1	2.44	
	Relapse	Yes	9	
No		29	70.73	
No response		3	7.32	
Taking medication	Yes	22	53.66	
	No	17	41.46	
	No response	2	4.88	
Emergency department visits	Yes	11	26.83	
	No	28	68.29	
	No response	2	4.88	

또한 본원 내원 전 응급실 내원 비율은 26.83% (11명), 본원 처음 내원 시 재발인 경우가 21.95% (9명)이었고, 항정신성의약품을 복용 중인 환자의 비율은 53.65% (22명)로 나타났다(Table 2).

3. 광장공포증 및 우울장애 동반 여부, 동반증상

광장공포증을 동반한 경우는 56.10% (23명), 주요 우울장애를 동반한 경우는 68.29% (28명)로 높게 나타났다. 동반 증상으로는 소화장애, 흉부의 불편감, 두통 등을 호소하는 경우가 많았다(Table 3).

4. 치료 8주 간의 심리척도 변화

한의학적 치료를 8주 간 진행한 후 4주마다 심리 검사를 재평가한 결과 다음과 같았다.

BAI, BDI2, STAI-X-1, STAI-X-2, STAXI-S, STAXI-T는 치료 8주 동안 통계학적으로 유의미하게 감소하였다(Fig. 1).

관련하여 STAXI를 분석하였을 때 AXI-K-I, AXI-K-O는 치료 8주 동안 통계학적으로 유의미하게 감소하였다. 그러나 AXI-K-C는 치료 기간 동안 유의하게 감소하지 않았다(Fig. 2).

Table 3. Accompanied Symptom and Disease

		Frequency	Percentage
With Agoraphobia	Yes	23	56.10
	No	18	43.90
With Major Depressive Disorder	Yes	28	68.29
	No	13	31.71
Accompanied Symptom*	Dyspepsia	22	26.51
	Chest discomfort	12	14.46
	Headache	10	12.05
	Heartburn	8	9.64
	Neck pain	8	9.64
	Gloom	7	8.43
	Insomnia	4	4.82
	Shoulder pain	4	4.82
	Anxiety	2	2.41
	Low back pain	2	2.41
	Tremor	1	1.20
	Restless leg	1	1.20
	Dizziness	1	1.20
	Chills	1	1.20

*: Overlapping Counts.

LOT-R, SWLS, LSES는 치료 8주 동안 통계학적으로 유의미하게 감소하였으나 LSMS는 유의성이 관찰되지 않았다(Fig. 3).

BSQ, ASI 및 PAS-A, PAS-B, PAS-C, PAS-D, PAS-E는 모두 치료 8주 동안 통계학적으로 유의미하게 감소하였다(Fig. 4, 5).

5. 심리척도 간의 상관성 평가

각 심리척도 수치간의 8주간의 호전도(baseline value - 8weeks value)의 관계를 분석 하였다. Pearson 분석결과 STAI-X-1의 호전도와 STAI-X-2의 호전도, STAI-X2의 호전도와 BDI2·BAI·AXI-K-I의 호전도, BDI2의 호전도와 BAI의 호전도, AXI-K-I의 호전도와 LSES의 호전도, AXI-K-O의 호전도와 LSES의 호전도, SWLS의 호전도와 LSES의 호전도, BSQ의 호전도와 ASI의 호전도, ASI의 호전도와 PAS-A의 호전도, PAS-C의 호전도와 PAS-D의 호전도가 통계적으로 유의한 관계를 나타냈다. 기술되지 않은 척도들은 통계적으로 유의성을 보이지 않았다(Table 4~6).

6. 공황장애의 호전도에 영향을 미치는 인자

환자의 인구학적 특성과 8주간 호전도 사이의 상관관계를 분석하였는데, 성별과 AXI-K-O 호전도 사이의 상관관

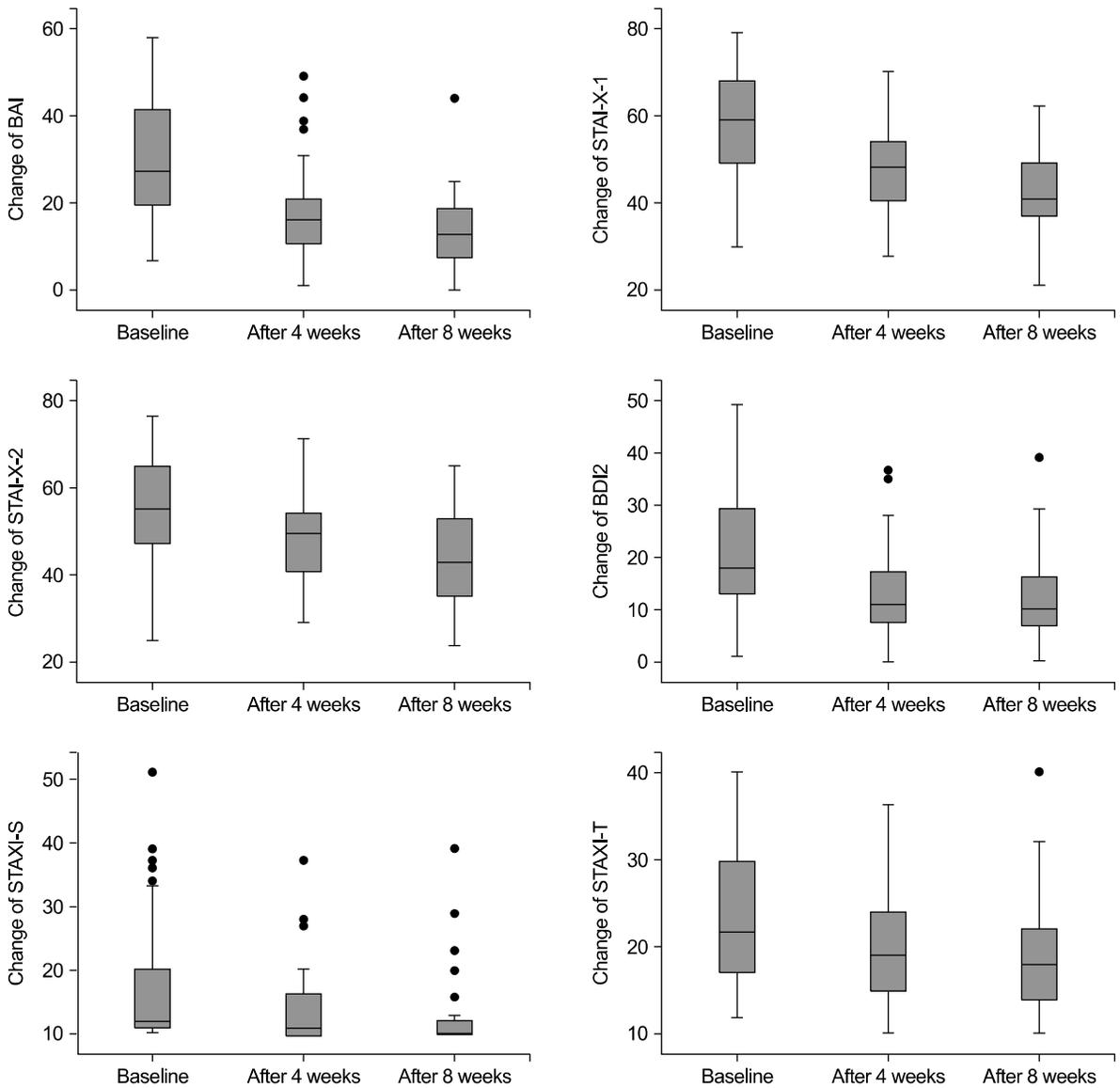


Fig. 1. Change in 8 Weeks of BAI, STAI-X-1, STAI-X-2, BDI2, STAXI-S and STAXI-T. All psychological scales had been significantly reduced in 8 weeks. Data were analyzed by repeated measures ANOVA.

계에서는 남성이 여성보다 호전도가 큰 것으로 나타났다. 또한 나이와 BAI, BSQ, ASI 호전도 사이의 상관관계에서는 30세 이상의 성인일 경우 호전도가 큰 것으로 나타났다. 호 발연령과 STAI-X-1, SWLS 호전도 사이의 상관관계에서는 20세 이후에 발병할 경우 호전도가 큰 것으로 나타났다. 이 환기간과 STAI-X-2, BDI2, AXI-K-I, AXI-K-O, SWLS, LSES 호전도 사이의 상관관계에서는 이환기간이 1년 이내의 경우 호전도가 큰 것으로 나타났다(Table 7).

결혼유무와 ASI 호전도 사이의 상관관계에서는 기혼일

경우 호전도가 큰 것으로 나타났다. 직업유무와 PAS-A 호전도 사이의 상관관계에서는 무직일 경우 호전도가 큰 것으로 나타났다(Table 8). 이외에도 광장공포증이 있는 경우 STAXI-S의 호전도는 5.95 ± 7.88 인 것에 비해 광장공포증 없는 경우 호전도가 3.78 ± 8.68 로 나타났으며, 우울장애가 있는 경우 PAS-C의 호전도가 4.04 ± 3.40 인 것에 비해 우울장애 없는 경우 호전도가 2.23 ± 2.65 나타나 두 경우 통계적 유의한 차이를 나타내었지만 이는 추후 부속 연구가 필요할 것으로 생각된다.

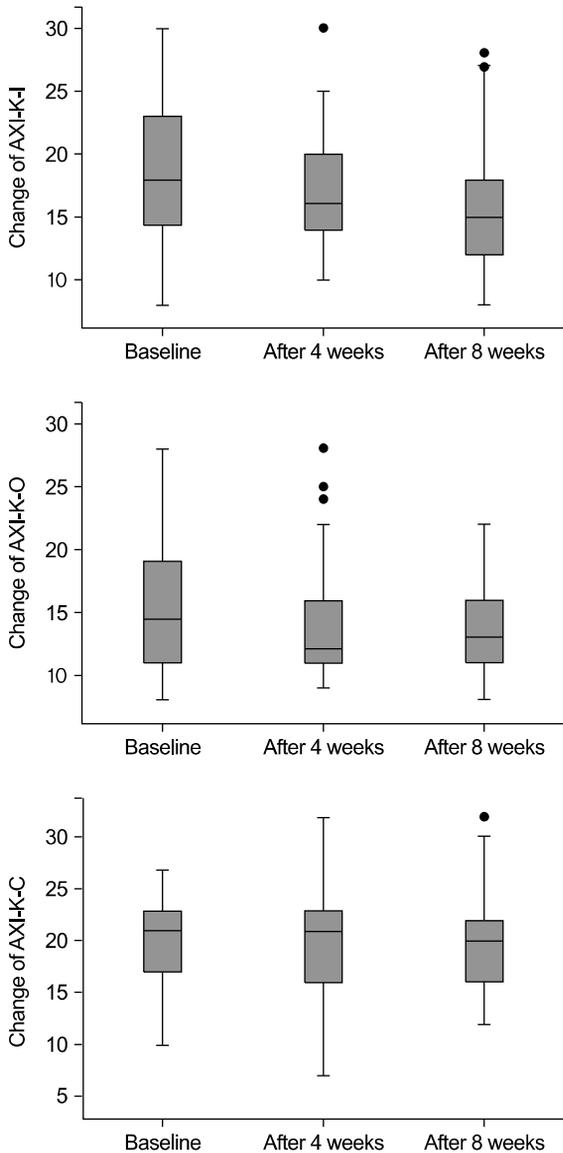


Fig. 2. Change in 8 Weeks of AXI-K-I, AXI-K-O and AXI-K-C. AXI-K-I, AXI-K-O scales had been significantly reduced in 8 weeks. Data were analyzed by repeated measures ANOVA.

IV. 고찰

본 연구에서는 공황장애 증상으로 ○○한방신경정신과 한의원에 내원한 환자군의 한의학적 치료에 대한 효과와 예측 인자를 살피고, 이를 위해 필요한 인구학적 사항을 확인하고자 하였다. 공황장애는 예측하지 못하는 상황에서 공황 발작이 적어도 한 번 이상 일어나고, 이후 또 다시 공황발작이 일어나지는 않을까라는 지속적인 염려와 걱정이 나타나

고, 발작을 피하기 위한 행동의 변화 등이 존재할 때 진단한다¹⁾. 공황장애 환자의 40~80%에서 우울증이 동반하며, 20~40%에서 물질이나 알코올 의존이 생긴다. 병전 기능이 좋고, 단기간만 증상이 나타나는 경우 예후가 좋은 편이다²⁵⁾.

공황장애는 다양한 경과를 보이는 질환으로 약 30%의 공황장애 환자들이 적절한 약물치료에도 불구하고, 별다른 호전 없이 만성적인 경과를 나타낸다²⁶⁾. 또한 광장공포증, 우울증 등 공존질환이 동반되면 증상이 더 심각해지며 치료율이 더욱 저하된다.

공황장애는 대체적으로 흥망성쇠의 과정(waxing and waning course)을 겪기 때문에, 관해(寬解)된 상태라 할지라도 재발을 막기 위하여 적어도 수 개월간의 약물 유지가 중요하다. 26주에서 60주까지의 장기 치료 효과에 대하여 조사된 바에 의하면, SSRI, SNRI인 venlafaxine, TCA, benzodiazepine계 약물 및 moclobemide가 장기 치료에 효과가 있음을 보여주었다²⁷⁾. 그러나 어느 정도 약물에 의한 유지치료 기간이 필요한지는 많은 연구가 필요하다. Pollack 등²⁸⁾은 불안장애 전문가 세계회의에서 최소한 12개월에서 24개월의 약물 치료 기간을 권장하였다. 2008년 발표된 ‘한국형 공황장애 약물치료 지침서 2008 (KMAP-PD 2008)’에서는 공황장애에 대한 급성기 약물 치료 효과 평가는 평균 3.3주, 약물 유지 요법은 평균 9.9개월, 약물 치료 종결 시 감량은 평균 9.9주로 합의되었다²⁹⁾. 이렇듯 대부분의 공황장애 환자들은 장기적인 치료를 받으면서, 관해되고 재발을 막으며 공존질환의 위험도를 낮추기 위해 지속적인 재평가를 받게 된다³⁰⁾.

○○ 한방신경정신과 한의원에 내원한 공황장애 환자들의 인구학적 분석을 시행한 결과 여성(68.29%)이 남성(31.71%)보다 더 많은 비율을 보였는데, 이는 여성이 남성보다 공황장애가 2~3배 많다는 이론³¹⁾과 한방치료기관을 더 많이 찾는다는 통계³²⁾와도 부합한다.

연령별 분포에서는 20대가 가장 높은 비율을 보였고, 공황장애에 초발연령에서도 20대가 가장 많았는데, 이는 원래 공황장애의 발병이 성인 초기에 주로 발생하게 되며, 평균 발병연령이 25세 전후로 알려진 점³¹⁾과 일치하는 결과이다. 이밖에도 결혼 유무는 미혼이 53.66%로 기혼(34.15%)보다 높은 비율을 나타냈는데 이는 20대의 비율이 제일 높은 것과 관련이 있을 것으로 추정된다.

광장공포증 및 우울장애 동반 여부, 동반증상에 대해서는

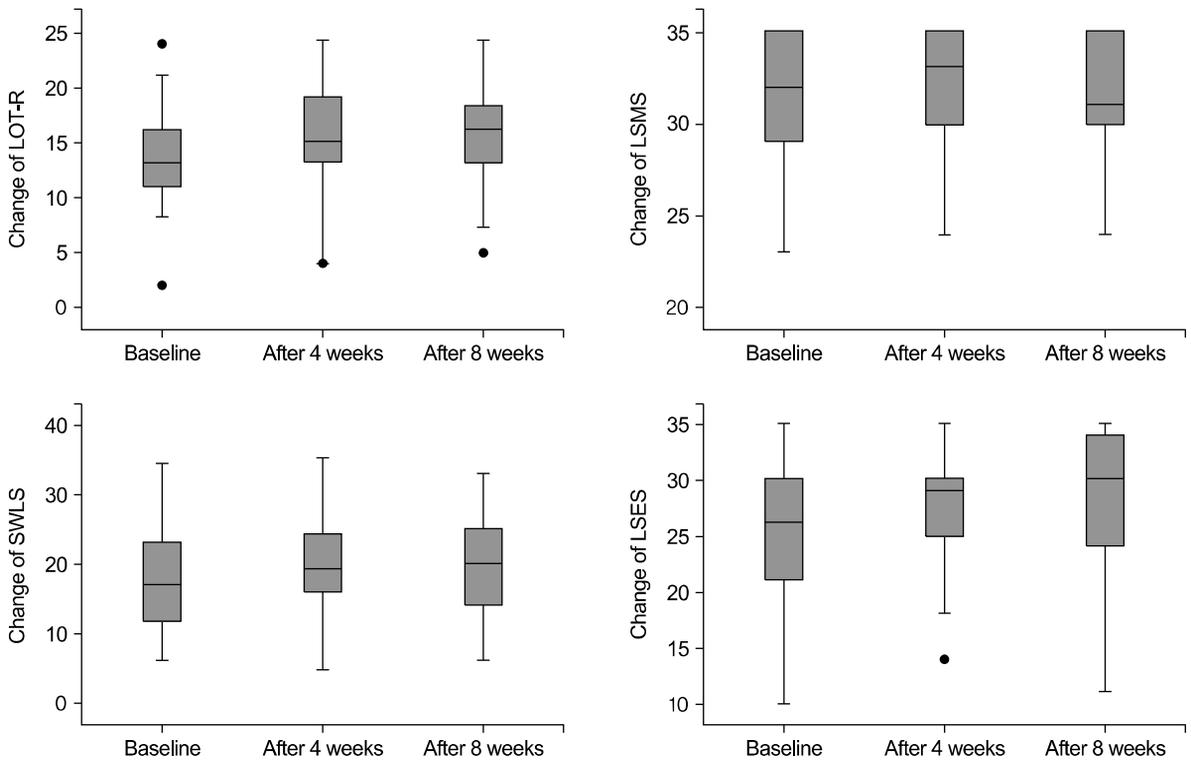


Fig. 3. Change in 8 Weeks of LOT-R, LSMS, SWLS and LSES. All psychological scales except LSMS had been significantly reduced in 8 weeks. Data were analyzed by repeated measures ANOVA.

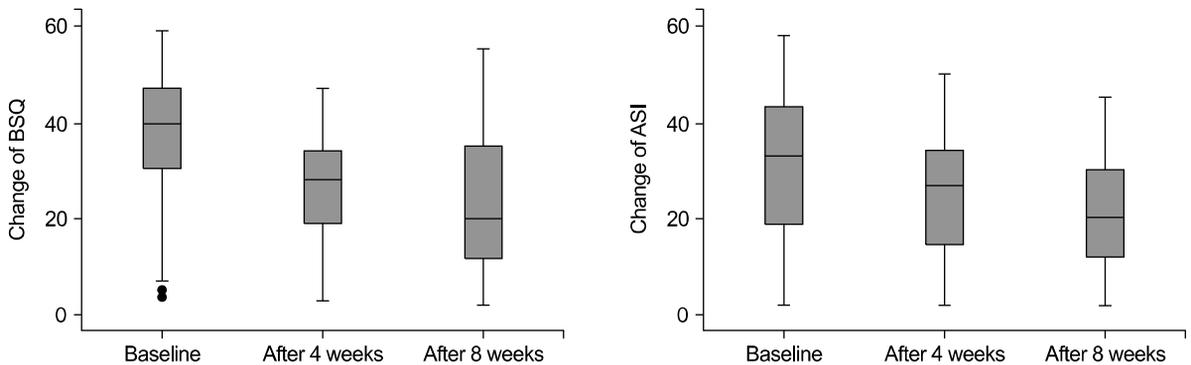


Fig. 4. Change in 8 Weeks of BSQ and ASI. All psychological scales had been significantly reduced in 8 weeks. Data were analyzed by repeated measures ANOVA.

광장공포증 및 우울장애의 동반여부는 대체적으로 높은 편이며, 동반 증상으로는 소화장애, 흉부의 불편감, 두통 등으로 자율신경장애를 호소하는 경우가 많았다. 이는 공황장애에 기인하여 생긴 스트레스가 감정의 울체, 욕구불만, 분노, 불안, 공포 등의 감정을 유발시키고 자율신경계의 교란을 불러일으켜 내장기관이나 복근 등을 경직시켜서 기혈의 순

환을 저해하게 된다는 서 등³³⁾의 연구와 일정부분 일치하는 결과이다.

한의학적 치료에 대한 효과를 고찰한 결과, 불안에 대한 심리평가에서는 가슴이 뛰고, 숨 쉬기 힘들며 속이 불편한 신체 증상 위주의 불안(BAI)과 심리 증상 위주의 상태불안(STAI-X-1), 특성불안(STAI-X-2) 지수 모두 8주 치료 종결

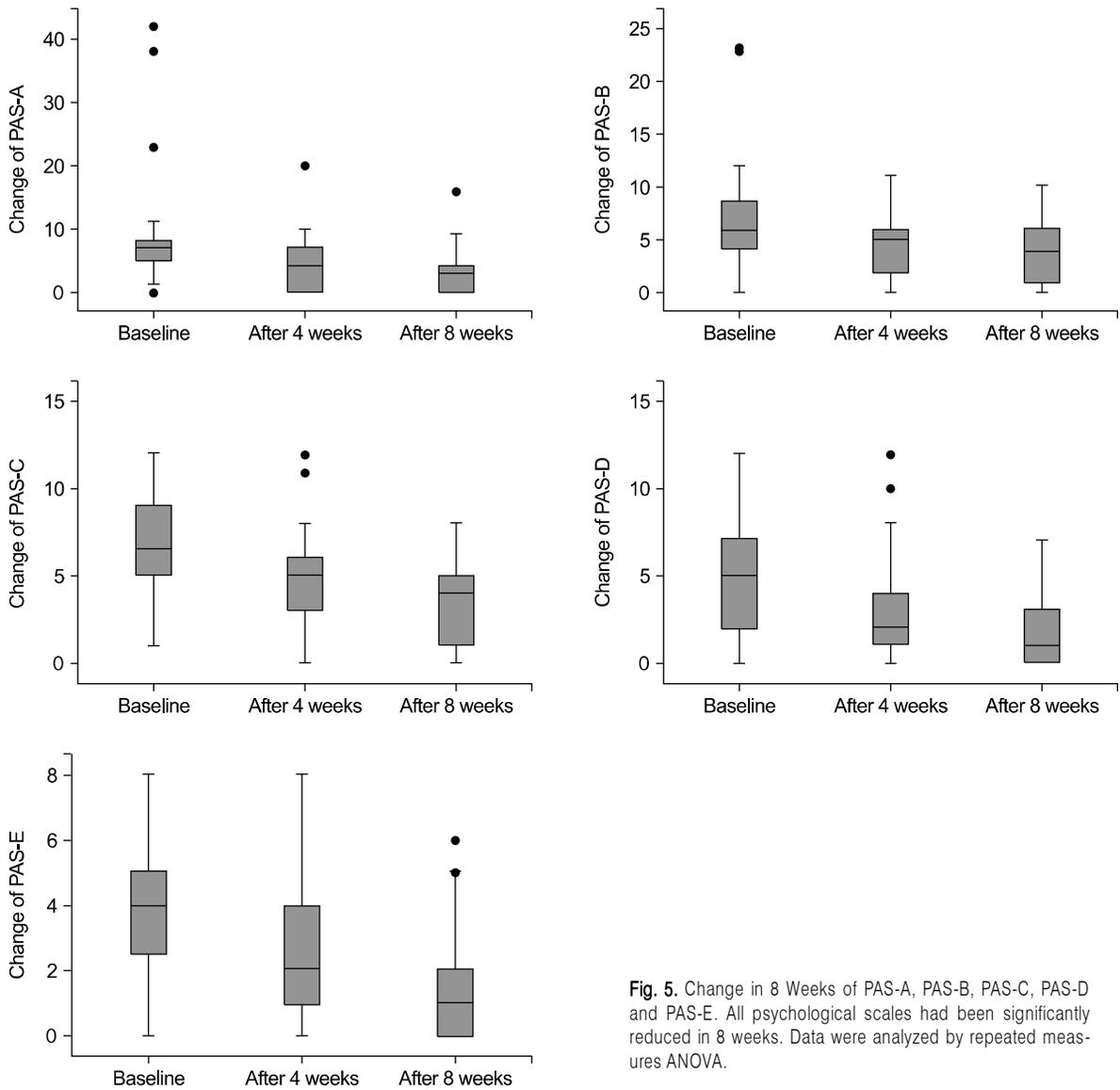


Fig. 5. Change in 8 Weeks of PAS-A, PAS-B, PAS-C, PAS-D and PAS-E. All psychological scales had been significantly reduced in 8 weeks. Data were analyzed by repeated measures ANOVA.

Table 4. Pearson Correlation Matrix of Changes in 8 Weeks of STAI-X-1, STAI-X-2, BDI2, BAI and AXI-K-I

	Pearson correlation			
	STAI-X-1	STAI-X-2	BDI2	BAI
STAI-X-2	0.621**			
BDI2	0.515	0.690**		
BAI	0.490	0.580*	0.640**	
AXI-K-I	0.392	0.700**	0.472	0.495

* <0.05, ** <0.01.

후 유의미하게 감소하였다. 우울한 감정에 대한 심리평가 (BDI2)에서도 8주 치료 종결 후 유의미하게 감소하여 공황 장애 치료에 대한 반응을 확인할 수 있었다.

Table 5. Pearson Correlation Matrix of Changes in 8 Weeks of AXI-K-I, AXI-K-O, LSES, and SWLS

	Pearson correlation		
	AXI-K-I	AXI-K-O	LSES
AXI-K-O	0.253		
LSES	0.043*	-0.563*	
SWLS	-0.481	-0.500	0.692**

* <0.05, ** <0.01.

분노 감정에 대한 심리평가에서도 상태분노(STAXI-S), 특성분노(STAXI-T) 모두 8주 치료 종결 후 유의미하게 감소하였다. 그리고 분노표현(AXI-K)의 변화를 평가한 결과

Table 6. Pearson Correlation Matrix of Changes in for 8 Weeks of BSQ, ASI, PAS-A, PAS-C and PAS-D

	Pearson correlation			
	BSQ	ASI	PAS-A	PAS-C
ASI	0.676**			
PAS-A	-0.130	-0.591*		
PAS-C	0.217	0.128	0.245	
PAS-D	0.156	0.070	0.332	0.559*

* <0.05, ** <0.01.

분노억제(AXI-K-I), 분노표출(AXI-K-O)에서는 8주 치료 종결 후 감소하였으나, 분노조절(AXI-K-C)에서는 치료시작과 종결 후 그 변화에서 유의성이 없었다. 치료 종결 후, 보다 단순하고 감정적인 분노억제 및 분노표출은 좋아졌지만, 보다 상위적이고 사회적인 능력을 요구하는 분노조절에는 아직 영향을 미치지 못한 것으로 보인다.

낙관성 척도(LOT-R)에서는 첫 내원에서보다 치료 종결

Table 7. Factors Affecting Improvement of Panic Disorder (I)

	STAI-X-1	STAI-X-2	BDI2	BAI	AXI-K-I	AXI-K-O
Gender						
Male	16.38±14.34	11.69±14.49	11.85±12.50	19.23±16.07	1.69±6.10	4.46±5.72
Female	14.54±10.83	11.25±10.45	9.64±8.85	16.55±10.50	2.33±3.70	0.93±2.67
						p=0.025
Age						
11~30	15.90±12.27	13.00±11.79	12.24±9.82	15.71±11.95	1.80±4.01	2.60±5.08
>30	14.30±11.76	9.70±11.66	8.35±10.4	19.15±12.89	2.45±5.11	1.55±3.14
				p=0.034		
Onset-age						
11~20	9.63±10.72	13.18±7.05	12.18±12.07	18.18±12.38	1.80±4.26	2.70±6.36
>20	17.13±11.84	10.73±13.04	9.66±9.33	17.10±12.59	2.23±4.70	1.87±3.32
	p=0.005					
Duration						
<1 year	22.00±11.67	20.60±9.14	17.30±9.46	24.20±14.27	6.10±4.14	5.00±6.93
≥1 years	12.90±11.28	8.42±10.95	8.09±9.29	15.19±11.09	0.80±3.90	1.1±2.22
		p=0.028	p=0.029		p=0.005	p=0.026

Table 8. Factors Affecting Improvement of Panic Disorder (II)

	SWLS	LSES	BSQ	ASI	PAS-A
Marriage					
Unmarried	-1.52±2.91	-2.43±5.00	13.40±14.35	6.16±18.90	8.20±11.17
Married or No response	-1.67±5.02	-2.78±4.76	18.11±11.92	16.24±14.36	3.06±3.65
				p=0.021	
Occupation					
Yes	-1.28±3.52	-2.06±3.83	14.88±11.94	11.75±15.48	4.00±8.41
No or No response	-1.86±4.39	-3.05±5.60	16.24±14.57	10.25±19.24	7.19±9.00
					p=0.001
Age					
11~30	-1.45±3.20	-2.45±4.83	12.05±13.95	5.85±18.80	8.32±11.35
>30	-1.74±4.72	-2.74±4.95	19.21±11.90	16.47±14.33	3.21±3.97
			p=0.021	p=0.001	
Onse-Age					
11~20	0.80±2.94	-1.8±6.27	14.50±10.27	13.56±8.76	5.10±1.97
>20	-2.41±3.98	-2.86±4.32	16.04±14.37	10.04±19.56	6.00±10.20
	p=0.005				
Duration					
<1 year	-5.70±3.27	-7.80±5.53	18.90±17.57	11.40±24.60	9.10±9.88
≥1 years	-0.17±3.13	-0.79±2.96	14.46±11.57	10.73±14.42	4.57±8.21
	p<0.001	p<0.001			

이후 유의성 있는 증가를 보여 긍정적인 심리상태의 변화를 보였다.

주관적 안녕감 척도(Satisfaction Scale)에서는 하위 척도인 삶의 만족 척도(SWLS), 삶의 기대 척도(LSES)가 모두 유의성 있게 증가하였으나, 삶의 동기 척도(LSMS)에서는 유의성이 관찰되지 않았다. 삶의 동기 척도(LSMS)의 경우에는 치료 전부터 삶의 만족 척도(SWLS) 및 삶의 기대 척도(LSES)와 비교해서 높은 점수로 나타났는데, 이는 치료를 위해 병원에 내원한 공황장애 환자들이 삶의 동기가 처음부터 높았던 것으로서 치료 동기와도 연관이 있을 있으며, 따라서 삶의 동기 척도는 치료 후에도 삶의 만족 및 삶의 기대 척도에 비해서 유의적으로 증가하지 않았던 것으로 보인다.

신체 증상에 대한 과민한 반응을 나타내는 신체감각질문(BSQ)과 예기 불안을 측정하는 불안민감성척도(ASI)에서도 첫 검사와 최종 치료 8주 후, 모두 유의미하게 감소하였다.

공황 및 광장공포증 척도(PAS)는 공황발작의 정도(PAS-A), 광장공포증의 정도(PAS-B), 예기불안의 정도(PAS-C), 일상생활의 지장 정도(PAS-E), 신체에 대한 걱정 정도(PAS-E)로 구성되어있는데, 다섯 부분 모두에서 유의미하게 감소하였다.

한의학적 치료의 결과에 따른 심리척도 수치의 8주간의 호전도(baseline-8wks)의 상관분석을 통해 심리척도 간의 상관성을 평가한 결과, 유의한 상관관계를 보이는 상호 심리척도는 STAI-X-1과 STAI-X-2, STAI-X2와 BDI2 · BAI · AXI-K-I, BDI2와 BAI, AXI-K-I와 LSES, AXI-K-O와 LSES, SWLS와 LSES, BSQ와 ASI, ASI와 PAS-A, PAS-C와 PAS-D의 상관관계는 모두 통계적으로 유효하였다. 이는 병이 호전되면서 불안과 우울이 같이 경감된다는 사실을 보여 주며, 삶에 대한 기대가 높아지면서 분노의 억제, 표출 양상이 감소한다는 것을 보여준다. 또한 불안민감성과 신체감각 이상이 상관성이 있다고 보여지며, 공황 발작의 빈도와 불안민감성도 상관성이 있다고 보여 진다. 또한 예기불안의 감소가 일상생활의 수행능력에도 어느 정도 영향을 미쳤음을 확인할 수 있다.

한의학적 치료에 대한 예측 인자를 연구하고자 인구학적 특성과 호전도 사이의 상관관계를 분석하였다. 성별과 AXI-K-O사이의 상관관계에서는 남성이 여성보다 척도의 감소폭이 높았으며, 나이와 BAI, BSQ, ASI 사이의 상관관계에서는 30세 이상의 성인일 경우 공황장애에 따른 민감도와

불안감의 호전도가 큰 것으로 나타났다.

호발연령과 STAI-X-1, SWLS 사이의 상관관계에서는 20세 이후일 경우 공황장애의 호전도가 큰 것으로 나타났다.

이환기간과 STAI-X-2, BDI2, AXI-K-I, AXI-K-O, SWLS, LSES 사이의 상관관계에서는 1년 이내의 경우 공황장애의 호전도가 큰 것으로 나타났다. 이는 병이 장기화 될 수록 질환이 호전될 것이란 기대감이 떨어지고 정동의 불안정성이 증대되기 때문인 것으로 생각된다.

결혼 유무와 ASI 사이의 상관관계에서는 기혼일 경우 공황장애의 호전도가 큰 것으로 나타났는데 이는 배우자가 심리적 지지의 역할을 보조해 줄 수 있기 때문인 것으로 생각된다. 직업 유무와 PAS-A 사이의 상관관계에서는 무직일 경우 공황장애의 호전도가 큰 것으로 나타났는데 직업을 수행하면서 발생하는 스트레스가 가중되지 않기 때문으로 생각된다.

이외에도 광장공포증이 동반되어 있는 경우 STAXI-S, 우울장애가 동반되어 있는 경우 PAS-C에 통계적 차이가 있는 것으로 나타났지만 이는 추후 부속연구가 필요할 것으로 사료된다.

치료종결 1년 후 추적조사를 시행하여 공황장애의 한의학적 치료에 대한 재발률을 조사하였는데, 전체 환자 41명 중 조사가 가능한 환자는 24명이었다. 그 24명 중 자각적 호전을 보인 환자는 19명이었으며, 본원에서 한의학적 치료 종결 후 다시 치료(본원 혹은 타원)를 받은 환자는 19명 중 3명으로 15.79%의 재발률을 보였다.

본 연구를 통해 공황장애 환자에 대한 한의학적 치료는 신체적, 심리적 효과 뿐 아니라 삶의 질적 측면에서도 효과가 있음을 알 수 있었으며, 한의학적 치료가 공황장애 환자에게 더욱 보편적인 치료 방법으로 인식, 확대되기까지 더욱 많은 연구와 홍보가 이루어져야 할 것으로 생각된다. 다만 본 연구의 한계점은 설정 대조군이 없어 공황장애의 한방 치료에 대한 비교 관찰이 어려웠던 점으로 이는 향후 연구에서 보완해야 할 것이다.

V. 결론

공황장애의 한의학적 치료에 대한 효과와 그 예측인자에 관한 연구결과는 다음과 같다.

1. 인구학적 조사에서 성별은 여성이 남성의 약 2배로

집계되었고, 연령별 분포에서는 20대가 가장 높았으며, 결혼 유무는 미혼이 기혼보다 높은 비율을 나타냈다.

2. 공황발작을 처음 경험하게 된 연령을 조사한 결과 20대가 가장 많았고, 평균 초발연령은 27.58세였으며, 내원환자의 이환기간은 1년 이상 5년 미만이 가장 많았다. 또한 본원 내원 전 응급실 내원 비율은 26.83%, 본원 처음 내원 시 재발인 경우가 21.95%, 항정신성의약품을 복용 중인 비율은 53.65%로 조사되었다.

3. 광장공포증을 동반한 경우는 56.10%, 주요 우울증 장애를 동반한 경우는 68.29%이었으며, 동반 증상으로는 소화장애, 흉부의 불편감, 두통 등을 호소하는 경우가 많았다.

4. 본원에서의 한의학적 치료를 8주 간 진행한 결과, STAI-X-1, STAI-X-2, BDI2, BAI, STAXI-S, STAXI-T, BSQ, ASI, PAS-A, B, C, D, E, AXI-K-I, AXI-K-O, LOT-R, SWLS, LSES의 항목에서는 통계학적으로 유의성이 관찰되었으나, LSMS와 AXI-K-C에서는 통계학적 유의성이 발견되지 않았다.

5. 각 심리척도 수치의 8주간의 호전도(baseline-8wks)를 pearson 상관분석한 결과, 통계학적으로 유의한 상관관계는 STAI-X-1의 호전도와 STAI-X-2, STAI-X2의 호전도와 BDI2·BAI·AXI-K-I, BDI2의 호전도와 BAI, AXI-K-I의 호전도와 LSES, AXI-K-O의 호전도와 LSES, SWLS의 호전도와 LSES, BSQ의 호전도와 ASI, ASI의 호전도와 PAS-A, PAS-C의 호전도와 PAS-D이었다.

6. 한의학적 치료에 대한 공황장애의 호전도(baseline-8wks)에 영향을 미치는 인자를 인구학적 특성과 호전도 사이의 상관관계를 통해 분석하였다. 성별과 AXI-K-O 사이의 상관관계에서는 남성이 여성보다 공황장애의 호전도가 큰 것으로 나타났다. 나이와 BAI, BSQ, ASI 사이의 상관관계에서는 30세 이상의 성인일 경우 공황장애의 호전도가 큰 것으로 나타났다. 호발연령과 STAI-X-1, SWLS 사이의 상관관계에서는 20세 이후일 경우 공황장애의 호전도가 큰 것으로 나타났다. 이환기간과 STAI-X-2, BDI2, AXI-K-I, AXI-K-O, SWLS, LSES 사이의 상관관계에서는 1년 이내의 경우 공황장애의 호전도가 큰 것으로 나타났다. 결혼유무와 ASI 사이의 상관관계에서는 기혼일 경우 공황장애의 호전도가 큰 것으로 나타났다. 직업유무와 PAS-A 사이의 상관관계에서는 무직일 경우 공황장애의 호전도가 큰 것으로 나타났다.

이외에도 광장공포증이 있는 경우 STAXI-S, 우울장애가 있는 경우 PAS-C에서 통계적 차이가 있는 것으로 나타났다.

REFERENCES

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders(4th ed). Washington DC: American Psychiatric Association. 1994:393-444.
2. Van Balkom AJ, van Boeijen CA, Boeke AJ, van Oppen P, Kempe PT, van Dyck R. Comorbid depression, but not comorbid anxiety disorders, predicts poor outcome in anxiety disorders. *Depress Anxiety*. 2008;25:408-15.
3. Zhang ZJ, Jung Kyung Jeon Seo. Seoul: Daesungmunhwasa. 1984:592-3.
4. Korea Bio Medical Science Institute. Dictionary of Oriental Medicine. Seoul: Seongbosa. 2000:2022.
5. Lou SQ, Ui Hak Gang Mok. Tainan: Buk Il Publishing Co. 1977:1-2.
6. Kessler RC, et al. The epidemiology of panic attacks, panic disorder and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63:415-24.
7. Seoul National University college of Medicine. The epidemiological survey of mental disorders in Korea. Seoul: Seoul National University college of Medicine. 2011: 18-20, 252-69.
8. National Health Insurance Corporation. Benefits by Classification of 22 Disease Categories (2004-2011). National Health Insurance Service. 2012.
9. Park HS, Lee CI, Kin YC, Kim JW. A survey on the cognitive characteristics of panic disorder. *The Korean Journal of Clinical Psychology*. 1997;16(2):1-13.
10. Lee JE, Lee HS. A comparison of the psychological characteristics of anxiety disorder patients with and without panic disorder - focusing on MMPI and Rorschach responses-. *The Korean Journal of Clinical Psychology*. 2009;28(2):437-58.
11. Won HT, Park YS, Kwon SM. A Study on the development of the Korean versions of Panic Scales. *The Korean Journal of Clinical Psychology*. 1995;14:95-110.
12. Won HT, Park YS, Kwon SM. Characteristics of Patients with Anxiety Disorders in Thought Contents. *Psychology*. 1996;5(1)11-12.
13. Kim JH, Gug YJ, Choi SY, Kim TH, Lyu YS, Kang HW. The study on characteristics of panic disorder through clinical and personality scales in MMPI of patients with panic disorder. *J of Orinetal Neuropsychiatry*. 2005;16(1):129-42.
14. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment for patients with panic disorder. *Am J Psychiatry*. 1998;155:1-34.
15. Baldwin DS, et al. Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders. *J Psychopharmacol*. 2005;19:567-96.
16. Canadian Psychiatric Association. Clinical practice guidelines. Management of anxiety disorders. *Can J Psychiatry*. 2006;51:9-91.

17. Hahn DW, Lee CH, Chon KK. Korean Adaptation of Spielberger's STAI (K-STAI). *Korean journal of health psychology*. 1996;1:1-14.
18. Kim MS, Lee IS, Lee CS. The validation study I of Korean BDI-II: In female university students. *The Korean Journal of Clinical Psychology*. 2007;26(4):997-1014.
19. Chon KK, Hahn DW, Lee CH. Anger and Blood Pressure: Korean Adaptation of the State-Trait Anger Expression Inventory. *Korean journal of health psychology*. 1997; 2(1):60-78.
20. Yook SP, KIM JS. Comparative study of patient and non-patient: A clinical study on the Korean version of Beck Anxiety Inventory. *The Korean Journal of Clinical Psychology*. 1997;16(1):185-97.
21. Eom YM. Effects of Hypnosis-Cognitive Behavioral Therapy Program on Panic Attack and Agoraphobia, Anxiety and Depression With Panic Disorder Clients. *Hongik University Graduate School*. 2009.
22. Lee TS. The Effects of Mindfulness Meditation on Reduce the Musculoskeletal Pain of Female High School Students. *Duksung Women's University Graduate School*. 2008.
23. Kim JH. The Relationship between Life Satisfaction/Life Satisfaction Expectancy and Stress/Well-Being: An Application of Motivational States Theory. *Korean journal of health psychology*. 2007;12:325-45.
24. Jung DG, et al. Neuropsychiatry of Korean medicine. Seoul: Jipmundang. 2012:242, 272, 644-54, 676-724.
25. Korean Neuro Psychiatric Association. *Neuropsychiatry*. Seoul; Hanauihaksa. 1998:415-9.
26. Katsching H, et al. The long-term course of panic disorder and its predictor. *J Clin Psychopharmacol*. 1998; 18:6-11.
27. Suh HS. Evidence-based pharmacotherapy for panic disorder. *J Kor Med Assoc*. 2010;53(10):913-21.
28. Pollack MH, et al. WCA recommendations for the long-term treatment of panic disorder. *CNS Spectrums* 2003; 8:17-30.
29. Executive Committee for Korean Medication Algorithm for Panic Disorder. *Korean medication algorithm project for panic disorder 2008*. Seoul:ML Communication. 2008.
30. Marchesi C, et al. Predictors of symptom resolution in panic disorder after one year of pharmacological treatment: a naturalistic study. *Pharmacopsychiatry*. 2006;39: 60-5.
31. Min SG. *Modern Psychiatry*. Seoul: Iljogak. 2004:301-8.
32. Yoon DR, Lee JS, Noh HI, Yi SR, Ryu JH. Single Hospital-based Clinical Analysis of 1,119 Patients visited Oriental Medical Hospital Emergency Room. *Korean J of Oriental Intenal Medicine*. 2012;33(2)188-96.
33. Suh HU, Hwang EY, Jung SY, Kim JW. A case of a panic disorder (with agoraphobia) patient improved by herbal extracts - Gyejigayouggolmoryo-tang and Jakyakgamcho-tang. *J of Ori Neuropsychiatry*. 2010;21(4):207-18.

