

공황 장애 환자의 인지-행동 치료 1례

강동우^{*†} · 최영희^{*} · 이정희^{**} · 정영조^{*}

A Case of Cognitive-Behavioral Therapy for a Patient with Panic Disorder

Dong Woo Kang, M.D.,^{*†} Young Hee Choi, M.D.,^{*}
Jung Hum Lee, Ph.D.,^{**} Young Cho Chung, M.D.

— ABSTRACT — *Korean J Psychosomatic Medicine 4(2) : 245-253, 1996* —

In spite of its prominent effects on reduction of panic attacks and prevention of relapse, cognitive-behavioral therapy(CBT) for panic disorder is seldomly utilized and studied in this country. For the past year, authors have modified CBT program for panic disorder that was based on PCT(panic control program) designed by Dr. Barlow and Dr. Craske. Our program is composed of informational component, somatic management skills, cognitive restructuring, interoceptive exposure and in vivo exposure. One patient has significantly improved by this program and satisfied with the treatment result. The aim of this article is to present our experience of treating a panic patient with CBT.

KEY WORDS : Panic disorder · Cognitive therapy · Behavioral therapy.

서 론

최근들어 공황 장애는 많은 관심과 연구의 대상이 되고 있다. 이것은 공황 장애 자체가 유병률이 높다는 측면뿐만 아니라(Myers 등 1984), 임소공포증에서도 공황 발작이 중요한 역할을 한다는 인식에서 비롯되었다(Ba-

rlow 1988). 이 장애의 정신사회적 후유증은 심각할 수 있으며 다른 정신과적 질환, 알콜이나 물질 남용, 직업적, 사회적 기능의 장애 등이 동반될 위험률도 크다 (Markowitz 등 1989). 그러나 공황 장애의 정신과적인 중요성에도 불구하고 공황 장애가 진단범주로 포함된 것은 1980년 DSM-III (Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders-III)가 만들어진 이후이다. 즉, 1895년 Freud가 급성과 만성 정신적, 신체적 증상으로 이루어진 불안신경증이란 개념을 소개한 후, DSM-II 까지 그 개념이 포함되어 있다가 1980년 DSM-III가 개정이 되면서 공황 장애와 전반적 불안 장애라는 개념으로 나누어지게 되었다. 공황 장애의 원인으로는 유전적 요인, 정신사회적 요인, 생물학적 요인 등 여러 가지가 있으나, 최근 생물 정신의학에 대한 관심이 증대되면서 생

*인제대학교 의과대학 신경정신과학교실

Department of Neuropsychiatry, Seoul Paik Hospital, College of Medicine, Inje University, Seoul, Korea

**인제대학교 의과대학 신경정신과학교실 임상심리사

Clinical Psychologist, Department of Neuropsychiatry, Seoul Paik Hospital, College of Medicine, Inje University, Seoul, Korea

†교신저자 : 강동우, 100-032 서울시 종구 저동 2가
전화) (02)270-0069, 전송) (02)270-0344

물학적 원인에 대한 연구가 많이 진행되었고, 그 결과 약물치료가 공황 장애의 주치료로 선택되었다. 즉 삼환계 항우울제, 단가아민 효소 차단제(MAOI), 벤조디아제핀 등이 주된 치료 약물로 사용되어 그 효과도 탁월하게 나타났으며 최근에는 선택적 세로토닌 재흡수 차단제(SSRI)가 임상적으로 사용 빈도가 증가하고 있다. 그러나 삼환계 항우울제는 치료 효과가 늦게 나타나고 오랫동안 사용했을 때 항콜린성 작용을 포함한 부작용도 생길 수 있다는 문제(Noyes 등 1989), 단가아민 효소 차단제도 늦은 작용 시간(Ballenger 등 1987; Sheehan 등 1980)과 고혈압성 위기를 포함한 부작용이 생길 수 있다는 문제, 벤조디아제핀은 빠른 효과에 비해 진정 작용을 포함한 부작용과 약물을 중단했을 때 금단 증상이 나타날 수 있다는 문제(Fontaine 등 1984; Pecknold 1990; Rickels 등 1990; Schweizer 등 1990), 선택적 세로토닌 재흡수 차단제는 삼환계 항우울제에 비해 항콜린성 부작용이나 심혈관계 부작용은 적으나 두통, 불면 등의 중추 신경계 부작용과 오심, 구토 등의 위장관계 부작용이 많이 보고되고 있으며(Kaplan과 Sadock 1993) 마찬가지로 작용시간이 늦게 나타난다는 점이 문제점으로 지적되어 왔다. 특히 상기 약물들의 투여를 중단했을 때 재발율이 높다는 점 때문에 과연 약물치료가 주치료로 사용되어야 하는가에 대한 의문점이 제기되었다. 이러한 약물 치료의 문제점을 때문에 추가적인 정신사회적 치료가 병행되어야 할 필요성이 고려되었고, 그 중에서도 인지-행동 치료의 치료적 효과가 뛰어나다는 점이 인식되기 시작하였다. 최근 10여년간 공황 장애에 대한 인지-행동 치료의 기법도 현저한 발전을 이루게 되었으며(Brown 등 1992; Clum 1989) 이러한 치료의 단기적 효과 뿐만 아니라 장기간의 추적 관찰 결과에서도 공황과 관련된 증상이 현저히 감소되었다는 연구도 많이 보고되고 있다(Clark 등 1994; Craske 등 1991; Sokol 등 1989; Telch 등 1993).

최근에 국내에서도 공황 장애의 인지-행동 치료가 도입되어 그 치료 효과에 대한 연구도(김영신과 임기영 1995) 보고되었으나 정신과 영역에서는 아직까지 인지-행동 치료에 대한 인식이 낮고 실제로 치료가 행하여지는 곳이 적은 형편이다. 이에 저자들은 공황 장애를 가진 환자 한명을 대상으로하여 인지-행동 치료를 시행한 과정을 자세하게 보고하고 이에 관한 문헌들을 고찰하고자 한다.

인지-행동 치료 프로그램의 구성

공황 장애의 치료를 위한 다양한 인지-행동 치료 프로그램이 개발되어 있으나, 본 중례는 인제의대 서울백병원 신경정신과에서 시행하고 있는 프로그램으로 Barlow와 Craske(1989)에 의하여 개발된 PCT(Panic Control Program)를 기본으로 하였다.

집단 치료 프로그램의 경우에 주 1회씩 12~15회의 치료 시간(2~3개월의 소요 기간)을 갖도록 되어있지만, 이 환자의 경우는 입원 환자였고, 본인이 빠른 시간내에 직장에 복귀할 수 있기를 원하여 주 3회, 1시간씩 총 15회의 치료를 계획하였다. PCT의 내용을 간단히 설명하면 다음과 같다. 첫 번째는 공황에 대한 정보의 제공 및 교육으로 공황 장애가 어떤 병인지, 불안과 공황 발작이 나타났을 때 자신의 반응이 무엇인지, 그런 반응들을 왜 관찰해야 하고 어떻게 관찰할 수 있는지, 불안과 공황의 세가지 구성요소는 무엇이고 그 전개과정은 어떻게 되는지, 생리학적으로 불안과 공황은 어떻게 나타나는지 등으로 되어있다. 두 번째는 신체조절법으로서 불안과 긴장을 해소시킬 목적으로 호흡 훈련법과 근육이완 훈련법을 통하여 자신의 신체 감각을 조절하는 법을 배우며, 세번째가 인지적 왜곡을 교정하는 과정으로서 공황 발작이 일어날 때 흔히 가지게 되는 자기 진술을 분석하여 왜곡된 자동적 사고로서의 과대평가, 재앙화 사고 등을 식별해 내고, 인지적 왜곡을 교정하며, 공황 발작을 미리 예측하게 한 후에 보다 현실적인 공황 발생 빈도의 예측 능력을 향상시키도록 훈련받는다. 마지막으로 실제의 공황 발작과 유사한 신체적 자극을 일으키는 운동들에 노출시키고 난 후에 경험하는 신체적 증상들을 그 동안의 훈련을 통하여 숙달한 대처 방식들을 사용하여 실생활 속에서 대처해 나가는 자극 감응 훈련으로 구성되어 있다.

증례

항공사 카운터에서 근무하던 27세 남자 환자가 내원 약 일주일 전에 손님들의 짐을 챙기는 일을 하던 중 갑자기 심장이 뛰기 시작하고, 불안해지며, 어지럽고, 식은땀이 나고, 죽을 것 같은 두려움 등의 증상을 호소하였다. 상기 증상이 시작되어 너무 불안한 나머지 우황청심

환을 복용한 후에 잠시 증상이 줄었으나, 그 후에도 계속 막연한 불안감이 있고 기운이 없어 회사에서 조퇴를 하고 개인 의원 내과를 방문하여 심전도 검사를 받았으며 정상이라는 말을 들었다. 귀가하여 처방해준 약을 복용한 후에 증상은 다소 줄어 들었으나, 그날 밤에 동일한 증상을 다시 겪게 되어 우황청심환을 복용하였으며 차라리 죽어 버리는 것이 낫겠다는 생각이 들 정도로 고통스러웠다고 하였다. 다음 날 회사에 출근해서도 다시 증상이 심해지고, 그 후부터는 불안감에 거의 일을 못하며 지내다 회사에 사표를 제출하겠다는 말을 하였다. 직장 상사로부터 6개월 정도의 병가를 줄테니 치료를 받아보라는 권유를 받고, 본원 심장 내과를 방문하여 심전도를 포함한 전반적인 심장 검사를 시행받았으나 별다른 이상이 없어 본 정신과로 의뢰되었다. 환자는 의뢰 당시 거의 일주일동안 불안감 때문에 식사도 잘 하지 못하여 체중이 4kg정도 감소된 상태였으며 홀터 감찰기(Holter monitoring)를 착용한 상태였다.

입원 후, 첫 면담 시에 환자는 심한 불안감을 계속 호소하여 lorazepam 2mg을 근주하였으며, 그 후에 다소 안정된 상태에서 면담이 진행되었다. 환자는 예기 불안이 상당히 심한 양상을 보였고, 치료를 받아서 불안감이 없어질 수 있는지 몹시 궁금해 하였다. 이렇게 불안하게 사느니 차라리 죽는 것이 낫겠다는 극단적인 생각도 내비쳤다. 심장이 두근거리는 증상과 불안감, 어지러움, 식은 땀 등의 신체 증상과 죽을 것 같은 공포를 가지는 사고 증상, 반복되는 공황 발작, 심한 예기 불안 등을 고려하여 공황 장애의 진단을 내린 후에, 약물 치료와 함께 인지-행동 치료의 필요성을 설명하였고, 환자는 지푸라기라도 잡아보고 싶은 심정이라며 치료에 동의하였다. 먼저 공황 장애와 유사한 증상을 보일 수 있는 다른 원인들을 감별하고자 갑상선 기능 검사를 포함한 내분비학적 검사를 시행하였으며 별 다른 이상 소견은 관찰되지 않았다.

약물치료로는 alprazolam 1mg를 초기 치료 용량으로 사용하였으며 인지-행동 치료를 실시하기로 하였다. 제 1회에서 제 4회까지 공황 발작 및 장애에 대한 교육을 해나가는 초기 과정에서 환자는 계속 불안한 모습을 보였으며 “머리로는 이해가 되지만, 마음은 아직 불안하고 별다른 변화가 없는데 어찌란 말인가? 선생님이 과제를 내주고 확인하지만 불안감이 가라앉지 않는 상황에서는 아무 소용이 없을 것 같다. 선생님은 내 마음을 모른

다. 나도 현재의 내 자신이 왜 이런지 잘 모르겠다”고 말하며 울먹이고 자신과 치료의 과정에 대하여 상당히 실망하는 모습을 보여주었다. Fig. 1에서 보듯이 이 시기의 평균 불안도는 6점, 염려 평균치는 4점 정도였다(여기서 평균 불안도란 환자의 하루 전반에 걸친 불안의 평균치를 말하며, 공황 발작이 일어나지 않을까 염려하는 예기 불안을 평가하는 염려 평균치와는 구분이 된다). 이것은 8점을 최고의 불안 상태로 정해 평가한 점수로서 불안의 정도는 높고, 예기 불안도 중등도 이상이라고 생각할 수 있다. 환자는 불안의 유발 인자로서 싫어하는 사람과 같이 있을 때 불안감이 엄습한다고 하였으며, 처음 공황 발작의 상황을 회상시켰을 때, 회사 내에 같이 있기 싫은 상사와 같이 일하는 상황에서 증상이 나타났다고 했다. 환자의 불안을 목표 증상으로 alprazolam을 1.5 mg까지 증량하고 SSRI계통인 paroxetine 20mg를 추가하였다. 환자는 다음 날부터 불안감이 가라 앓으면서 치료에 적극적인 모습을 보여주었고 과제도 성실히 수행하였다. 4회에 걸쳐 공황에 대한 개념을 환자에게 충분히 이해시켰고, 불안을 사고와 행동과 신체 증상으로 나누어 관찰하는 기법도 교육시켰으며, 불안의 생리적 반응 등에 대한 슬라이드 교육을 마쳤다.

제 5회 치료에서 신체 조절법으로 호흡 훈련과 근육이완 훈련을 시행하였다. 이 환자에게서 특징적이었던 것은 신체 조절법을 아주 빨리 이해하고 적용하여 그 효과가 상당히 높았다는 점이다. 즉 호흡 훈련에 있어 정신 집중도의 평균이 약 7~8점, 호흡의 용이성도 평균 7~8점 정도로 매우 효과적인 수행 능력을 보여 주었고, 근육이완 훈련에 있어서도 근육이완도와 집중도가 약 7~8점 정도로 나타나 이완 훈련이 끝났을 때는 아주 평온한 모습을 보여 주었다. 환자 본인도 신체 조절법이 자신에게 매우 적합한 훈련인 것 같다면 만족해하였고 치료 시간이 끝난 후에도 병실이나 복도의 소파에서 혼자 꾸준히 연습하는 모습이 자주 관찰되었다. 당시 환자의 평균 불안도는 Fig. 1에서 보듯이 2점이하로 많이 감소되었으며, 염려 평균치도 2점 정도로 감소되었다. 환자는 이때부터 인지-행동 치료의 효과에 대하여 긍정적인 태도를 가지는 모습이었고 표정도 밝아졌다. 그러나 제 6회 치료가 끝난 후에, 환자들이 병실 내에서 싸우는 모습을 목격하고는 심장이 두근거리면서 공황 발작에 대한 두려움이 다시 나타났음을 호소하였다. 이때의 평균 불안도는 3.5점, 염려 평균치도 3점 정도로 Fig. 1의 A에

서 보듯이 다시 상승된 양상을 보여주고 있다. 환자는 입원 중 회사 동료가 면회왔을 때 자신이 정신과에 입원해 있다는 사실에 대하여 이상하게 생각하는 것 같아 입원을 창피하게 받아들였고, 예측하지 못하는 상황에서 공황 증상이 나타났을 때 아는 사람들이 자신을 어떻게 평가할지에 신경을 쓰는 모습을 보였고, 그런 생각만 하면 정신이 혼란스러워진다며 다소 생활에 대한 자신감이 상실된 듯한 모습을 보였다. 당시 환자는 신체 증상의 조절에 대해서는 자신감이 있는 모습이었으나, 그에 동반되는 인지적 왜곡은 계속 남아 있었다.

치료의 중기에 해당되는 시기인 제 7회 치료에서 인지적 왜곡을 교정하기 위한 치료를 시행하였다. 공황장애를 가지고 있는 환자에게서 흔히 보이는 가능성에 대한 과대평가와 그 결과에 대한 재앙화 사고가 본 환자에게도 쉽게 발견되었고, 이에 대하여 환자와 토의를 하고, 공황발작이 나타났을 때, 환자가 가지게 되는 자기진술을 확인하였다. 그리고 제 8회 치료에서 과대평가와 재앙화 사고를 가지게 되는 자기진술을 수정하는 교육을 받고 나서 환자는 표정이 밝아지며, 바로 그것이 아직도 내가 완전히 좋아지지 않았다고 느끼는 이유라며 새로운 해결점을 찾은 것처럼 생기가 돌았다. 당시 신체조절법은 상당히 숙련된 수준을 보여주었고, Fig. 1에서 보이듯이 평균 불안도는 2점이하로, 염려 평균치는 2점정도로 감소된 양상을 보여주었다. 제 9회 치료 시간인 예측 불가능한 것을 예측하는 치료에서 환자에게 예측 검증표 작성 방법을 가르친 후 경과를 보았을 때, 인지적 왜곡 교정 치료가 시행되기 전에 비하여 일어날 수 있는 발작에 대한 예측률이 30%이하로 떨어졌다고 보고하였으며, 발작이 일어나더라도 별 걱정이 되지 않는다는 태도였다. 제 9회 치료가 끝난 시기인 치료 21일째 paroxetine은 중단하였고, alprazolam의 용량도 1mg까지 줄인 후 환자의 증상 경과를 보면 차츰 줄어나가기로 하였다.

환자의 인지적 왜곡에 대한 교정이 치료 시간과 과제를 통하여 이루어진 후에, 제 10회 치료에서 환자에게 신체감응 훈련을 통하여 공황 증상을 유발하는 신체 운동을 시켰다. 그 결과 30초간 머리를 좌우로 흔드는 운동에서 불안의 정도가 8점을 최고 점수로 했을 때 6점을 보고하였으며, 공황 발작과의 유사성도 7점 정도로 아주 높게 보고하였다. 30초간 숨을 멈추는 운동에서 불안의 정도가 6점, 공황발작과의 유사성이 6점 정도로 나와 환

자는 머리를 움직이거나 호흡과 관련된 운동에서 공황발작과 유사한 증상이 나타날 수 있음을 보여주었다. 상기 운동에서 공황 발작과의 유사성이 비교적 낮았던 30초간 숨을 멈추는 운동을 먼저 집중적으로 할 수 있도록 한 결과, 약 4일 후에는 불안이나 두려움의 정도가 2점이하로 기록되었으며, 상대적으로 불안의 정도와 유사성이 높았던 30초간 머리 흔드는 운동에서는 불안이나 두려움의 정도가 2점이하로 감소되기까지 약 일주일 이상의 기간이 걸렸다. Fig. 1의 B와 C에서 보이듯이 숨을 멈추는 운동과 머리는 흔드는 운동에서 평균 불안도가 4점 정도로 각각 나타나고 있었다. 제 11회부터 제 15회의 마지막 치료 시간 동안에 상기 운동을 계속 시키면서 일상 생활에서의 공황 발작이나 불안을 야기시키는 활동들을 훈련하도록 환자에게 외출, 외박 등을 시켰다. 환자는 자신이 가장 두려워하는 상황으로 밀폐된 공간속에 있는 것을 예로 들었기 때문에, 치료팀은 환자에게 노래방이나 극장 등을 일부러 찾아가게하는 노출 치료를 실시하였다. 그 결과, 환자는 치료진에게 공황 발작에 대해서 본인이 대처할 만한 능력이 생겼다고 자신감을 표시하였다.

Fig. 1의 D에 해당하는 시기에 alprazolam 복용을 완전히 중단할 것을 권유하였으며, 환자도 조금 불안하지만 이제까지 배운 방법으로 대처하며 지내보겠다고 약을 중단하는 것에 동의하였다. 그러나 치료가 마무리되는 시점에서 환자는 인지적 왜곡의 교정에 대한 치료를 받을 당시에는 자신이 가지고 있던 인지적 왜곡이 다 해결된 것 같았는데, 시간이 지나면서 혹시 공황발작이 다시 일어나면 다른 사람들이 나를 어떻게 평가할까하는 염려와 정신과에 입원했기 때문에 남들이 나를 이상하게 여기지 않을까 하는 생각이 아직 남아 있음을 깨닫고 다

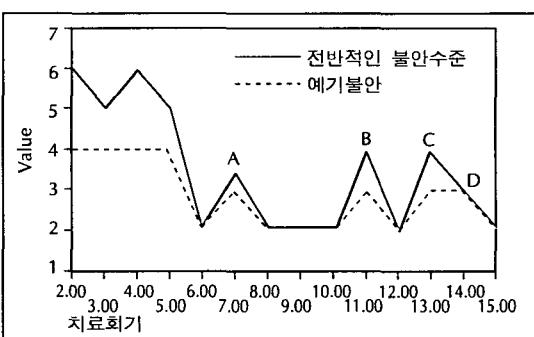


Fig. 1. 치료 시간 경과에 따른 불안 평균치와 예상불안 평균치의 변화.

소 두렵다며 자신의 고민을 이야기하고, 차후 직장 생활을 해나가는데 있어서도 그것이 해결해야 할 요인으로 남을 것 같다고 하였다. 치료진은 그러한 염려나 부정적 사고들은 외래로 치료를 계속해 나가면서 해결할 수 있다고 환자를 안심시키고 환자는 이에 수긍하며 퇴원하였다.

고 찰

공황장애의 인지 – 행동 치료적 접근은 공황 장애를 유발하고 지속시키는데 관여하는 불안 감각에 대한 두려움과 재앙화된 사고의 역할에 초점을 맞추고 있다(Clark 1986 ; Goldstein과 Chambless 1978 ; McNally 1990). 첫 공황 발작은 예측하지 못한 상황에서 발생하는데 투쟁 – 도피 반응의 일환으로 나타나며 스트레스를 받을 때나 받은 후에도 자주 생길 수 있다(Faravelli와 Pallanti 1989 ; Rapee등 1990). 다음 발작은 외부의 실제적인 위험보다는 주관적인 위험에 반응하여 나타나며, 환자가 가지는 경고 반응(alarm response)의 재활성화 때문으로 생각하고 있다. 주관적 위험은 공황 발작 자체에 대한 조건화된 공포 반응일 뿐만 아니라 공황 발작 전이나 공황 발작 동안에 나타나는 신체 감각에 대해 가지는 재앙화 사고의 결과이다. 반복된 공황 발작으로 인해 환자는 공황 발작을 일으키는 상황적, 내적 자극에 대해 상당히 민감해지며 과각성 상태(hyperarousal state)가 되어 미세한 신체적 변화에도 불안으로 반응하게 된다(Otto와 Whittal 1995). 이러한 공황 장애 모델을 이해해야만 치료적 접근이 좀 더 용이해 질 수 있다. 즉 신체 감각에 대하여 가지는 재앙화 사고와 과민성의 치료, 신체 감각에 대한 조건화된 두려움의 치료, 만성 과각성 상태의 치료, 공황 장애와 동반되는 회피 반응의 치료 등으로 치료적 접근을 해볼 수 있는 것이다. 이러한 개념에 기초하여 현재 널리 사용되고 있는 인지 – 행동 치료의 내용은 공황 발작 및 장애에 대한 정보의 제공과 교육, 신체적 증상을 조절하기 위한 기술의 습득, 인지적 재구조화, 유발 자극에 대한 감응 훈련, 실제 생활의 노출을 통한 감응 훈련 등으로 본 저자들이 시행한 PCT와 거의 동일한 치료내용으로 구성되어 있다.

본 인지 – 행동 치료 프로그램의 시작 시에 환자는 심한 불안과 예기 불안을 보여 주었지만 우울 증상은 크게 호소하지 않았다. 대개 만성화된 공황 장애를 가지고 있

는 환자가 사회적, 직업적 활동 수행의 장애로 이차적인 우울증을 경험하는데 비해, 이 환자의 경우에는 유병기간이 아주 짧았던 이유로 환자가 불안 증상에만 많은 집착을 가져 전반적인 기능상의 장애를 경험하지 못했기 때문으로 생각된다. Cox등(1994)은 공황에 대한 정보의 제공 및 교육을 통해 불안과 공황 발작 빈도 및 심한 정도가 호전을 보인다고 하였으나, 본 치료에서 환자의 평균 불안 점수가 5점 이상으로 지속되고 예기 불안도도 4점 이상으로 지속되어 Cox의 보고와 차이를 보였다. 이것은 환자가 불안 증상에만 집착한 상태에서 공황 장애의 정보 제공 및 교육에 대해 지적으로만 이해하는 수준에 머물러 증상의 변화를 뚜렷이 경험하지 못했기 때문으로 생각된다. 반면에 본 프로그램을 통하여 치료 받은 다른 환자들의 경우에, 치료 초기(3~4회의 치료)의 정보 제공과 교육이 끝난 시점에서 상당한 불안 수준의 감소를 보고한 것과도 차이가 난다.

Margraf등(1993)은 공황 장애에 대해 이완 요법이 별 다른 효과가 없다고 했고, Barlow등(1989, 1991)도 이완 요법을 강조하는 인지 – 행동 치료에서 중도 탈락률이 증가하고, 이를 통하여 공황 증상없이 지내는 환자의 비율이 낮으며, 치료 효과도 꾸준히 지속되지 못한다고 하였다. 그러나 공황 장애에서 이완 요법이 아주 효과적이라는 보고도 있다(Ost등 1995, Ost와 Westling 1995). 본 치료에서는 호흡 훈련 및 근육 이완 훈련을 통해 평균 불안도가 2점 이하로 떨어졌으며 예기 불안도도 3점 정도로 낮아져 상당한 치료적 효과를 보였다. 이러한 효과는 환자가 처음부터 호흡 훈련의 집중도 및 근육 이완 훈련의 이완도에서 상당히 높은 점수를 보여 짧은 기간 동안에 나타난 신체 증상을 동반한 심한 불안 증상이 잘 조절되었기 때문으로 보인다. 그러나 병실에서 환자들이 싸우는 모습을 보고 다시 가슴이 두근거리는 증상이 생겨나면서 공황 발작이 일어날 것 같은 두려움으로 제 7회 치료가 이루어지는 시기에 평균 불안도가 3.5점 정도로 기록된 점을 볼 때 호흡 훈련 및 근육 이완 훈련만으로는 치료 효과의 지속성을 기대하기 어려울 것으로 생각된다. Clark등(1994)도 인지치료와 이완 훈련, 약물 치료를 비교한 연구에서 인지치료가 가장 효과적이었으며, 다음으로 약물 치료가 효과가 있었지만, 이완 훈련이 인지 치료나 약물 치료보다 효과가 높은 경우는 없다고 하였다.

인지적 왜곡을 교정하기 위하여 환자에게 쉽게 발견되었던 공황 발작의 가능성에 대한 과대 평가와 그 결과에

대한 재앙화 사고를 언급하고 토의하였으며, 공황 발작이 일어날 때 가지는 자기 진술을 확인하고 수정하는 과정을 거쳤다. 따라서 인지적 왜곡의 교정을 통한 치료가 가장 효과적인 치료 결과를 가져올 수 있음을 알 수 있었으며, 최근의 성공적인 치료 결과들에 대한 고찰을 보면 인지적 재구조화와 자극 감응 훈련이 훨씬 많이 강조되고 있는 실정이다(Margraf 등 1993). 그 결과 환자는 자신의 인지적 왜곡에 대해서 많이 이해하고 치료의 내용에 대해 많이 공감하는 모습을 보였고 평균 불안도도 2점 이하로 감소하는 양상이 관찰되었다.

인지 - 행동 치료와 약물 치료의 효과에 대한 연구에서, 단기간의 치료에서는 전자의 경우 공황 발작 증상이 소실된 비율이 71~80%(Barlow 등 1989 : Margraf 등 1993), 후자에서는 50~70%(Tesar 등 1991)라는 결과를 보였다. 장기간의 효과에 대한 연구에서도 약물 치료 환자에서는 40%가 계속적인 공황 증상을 경험하였고, 50~80% 정도가 약물 치료를 시작한지 1년 반에서 6년 사이에 걸친 추적 평가에서 증상의 재발을 호소하였다(Pollack 등 1993). 그러나 인지 - 행동 치료 환자에서는 80% 정도가 1년(Beck 등 1992 : Margraf 등 1993)과 2년(Craske 등 1991)후의 추적 평가에서 공황 발작 증상이 없음을 보고하였다. 그리고 인지 - 행동 치료는 약물 치료에 반응하지 않는 환자나 약물 치료를 중단한 후에도 계속 좋은 효과가 유지되기를 바라는 환자(Otto 등 1993)에게도 효과가 있다고 하였다.

Cox 등(1994)은 유발 자극에 대한 감응 훈련과 실제 생활의 노출을 통한 감응 훈련이 암소공포증이 있는 환자에서 효과가 있다고 하였다. 그러나 본 환자의 경우 임소공포증은 두드러지지 않았다. 치료 후반기에 유발 자극에 대한 감응 훈련에서 환자는 평균 불안도가 4점 정도로 일시 상승하였으나 인지적 왜곡을 교정하기 전, 치료 전기에 3.5점 정도로 평균 불안도가 상승했을 때에 비해 다소 편안한 모습을 보여주었다. 그리고 계속적인 훈련으로 점차 점수가 감소하는 면에서 볼 때, 환자가 처음 공황 발작을 일으킬 수 있도록 신체 증상을 유발시킨 후에 생긴 불안감이 평균 불안도의 상승에 기여한 것으로 보이며, 이제까지의 치료를 통해 환자가 쉽게 대처할 만한 자신감이 생겨 점진적인 점수 감소에 기여한 것으로 생각된다.

마지막으로 환자가 치료의 말기에 남들이 자신을 어떻게 평가할까하는 부분에 집착하는 모습은 아직 인지적

왜곡의 교정이 완전히 이루어지지 않은 이유도 있겠지만, 병전 성격에서도 나타났듯이 남에게 자신의 결점을 보이기 싫어하고 억제 성향이 강한 성격적인 부분도 관여된 것으로 생각된다. 실제로 공황 장애를 가지고 있는 환자 중 27~76%에 이르는 광범위한 빈도로 인격 장애가 동반된다는 보고(Tyler 등 1983 : Koenigsberg 등 1985 ; Mavissakalian과 Hamann 1986 : Friedman 등 1987 ; Riech 등 1987 : Green 등 1988 : Alnaes과 Torgersen 1988 : Reich 등 1989 : Zimmerman과 Coryell 1989)가 있고 인격 장애가 동반될 때 치료 효과가 감소된다는 보고도 있다(Tyler 등 1983 : Reich과 Green 1991 : Mavissakalian과 Hamann 1987). 향후 환자의 외래 추적 치료에서 이러한 부분들이 충분히 평가되고 치료에 참작되어야 할 것으로 생각된다.

치료의 평가

치료의 시작과 종료 시에 환자에게 몇 가지 설문지를 작성하게하여 치료의 성과를 비교 평가하였다. 설문지는 Panic Belief Questionnaire, Spielberger State-Trait Anxiety Inventory, Agoraphobic Cognition Questionnaire, Body Sensation Questionnaire, Beck's Depression Inventory 등이 사용되었다.

Panic Belief Questionnaire는 공황 발작과 관련된 생각들의 동의 정도를 묻는 것으로서 전혀 동의하지 않는다를 1점, 매우 동의하지 않는다 2점, 약간은 동의하지 않는다 3점, 약간은 동의한다 4점, 매우 동의한다 5점, 완전히 동의한다를 6점으로하여 점수를 기록하게 하였다. 전반적인 항목에서 환자가 약간의 변화를 보였는데 특히 많은 변화를 보인 항목들을 열거하면 다음과 같다.

- 공황 발작이 일어난다는 것은 내가 약하거나 결점이 많거나 열등하다는 것을 의미한다(치료 전 5점 → 치료 후 1점).
- 내 심장이 견디어 내기에는 너무나 큰 불안이 존재 한다(4점 → 1점).
- 공황 발작으로 인하여 심장마비가 일어날 수도 있다(4점 → 1점).
- 공황 발작으로 인하여 죽거나 미치게 될 수도 있다(4점 → 1점).
- 불안을 약간만 느껴도 과거 최악의 상태처럼 될 수

있음을 의미한다(4점→2점).

- 공황 발작동안에 일상적인 활동을 하는 것은 위험 할 수 있다(5점→1점).
- 공황증상이 있을 때 진정제를 먹지 않으면 죽거나 심장마비가 일어날 것이다.(4점→2점).

상기 항목을 보면 환자가 치료 시작 당시에 비해 치료 말기에 공황 발작에 대한 두려움이 많이 줄어들었음을 알 수 있지만, 몇 항목들은 치료에 별 변화가 없었다. 즉 나는 공포에 절린 감정을 견딜 수가 없었다(치료 전 4점→치료 후 4점), 불안을 없앨 수 있는 유일한 일은 진정제를 먹는 것이다(4점→4점), 내가 불안을 완벽하게 통제할 수 없다면 나는 실패자다(4점→4점)에서 보듯이 아직도 환자가 공황에 대한 불안을 극복하지 못했음을 알 수 있다. 특히 사람들은 내가 공황발작이 있다는 것을 알게 되면 나를 알아야 볼 것이다(5점→5점)란 항목에서처럼 남들이 자신을 평가하는 부분에 상당히 민감한 모습을 보여주고 있는데, 이 문제도 치료에 의해 변화가 없었으며 환자가 치료 말기에 가장 고민하는 부분이었다.

Spielberger State-Trait Anxiety Inventory는 환자가 바로 그 순간에 느끼는 불안 상태를 기록한 것으로 1~4점까지의 척도로 되어있으며 합산된 총 점수를 문항수로 나누어 평가하였다. 점수가 높을수록 불안의 정도가 높다고 할 수 있으며, 치료 시작시의 2.75점에 비해 치료 종료시에는 1.8점으로 불안의 정도가 많이 감소되었다.

Body Sensation Questionnaire는 불안할 때 느끼는 신체 감각들을 평가한 것으로서 신체 감각이 나타났을 때 전혀 두렵거나 염려되지 않는다는 1점, 약간 두렵다 2점, 두렵다 3점, 상당히 두렵다 4점, 극도로 두렵다 5점으로하여 합산된 총 점수를 문항수로 나누어 평가하였다. 치료 시작시에는 2.5점, 치료 말기에는 1.4점으로 점수가 많이 감소되었다.

Beck Depression Inventory에서는 치료 시작시 12점, 치료 종료시 13점으로서 거의 변화가 없었다. 이것은 환자가 치료 시작시에 우울증이 두드러지지 않았던 측면과 관련이 있을 것으로 생각된다. 치료 시작시에 시행한 다면성 인성 검사(MMPI)상에서는 경한 정도의 내적 긴장과 불안 상태를 보여주는 소견 외에는 정상적인 패턴을 나타내었다.

공황 장애의 인지 - 행동 치료는 학습 모델에 기초하므로, 환자들이 배운 내용을 숙지하고 스스로 익혀서, 공황

장애에 대한 자가-치료자(self-therapist)가 되도록 하는데 그 목적이 있다. 이에 따라, 보통 치료 시간도 주 1회 정도로 구성되어 치료 시간 사이에 환자가 배운 내용을 충분하게 연습하고, 생활에서 이를 적용하는 것이 강조된다. 본 증례의 환자는 입원 환자였던 관계로 이를 간격으로 치료가 행하여졌으며, 치료 기간 동안에 병원이라는 한정된 상황 하에서 지냈기 때문에, 환자가 배운 내용을 연습하고, 실제 생활 속의 새로운 상황에서 적용할 시간이 부족했던 점이 자가-치료자로의 성장에 제한점으로 지적될 수 있다. 이러한 요인이 보다 나은 치료 효과를 내는데 있어 감소 요인으로 작용했을 가능성을 생각해 볼 수 있겠다.

결 론

저자들은 공황 장애를 지난 환자를 대상으로 입원 상황에서 시행한 개인 인지 - 행동 치료의 경험을 기술하였다. 최근까지도 공황 장애는 주치료로 사용되었던 약물 치료 이외에는 뚜렷한 효과가 있는 보조 치료가 많지 않았다. 통찰 지향적 정신 치료나 가족 치료가 보조 치료로 사용되었지만 그 효과에 대해서는 아직도 의견이 분분한 실정이다. 이에 비하여, 근래에 들어 인지 - 행동 치료의 현저한 효과를 입증하는 연구들이 많이 보고되었으며, 본 저자들도 집단 및 개인 인지 - 행동 치료 프로그램을 통하여 20여명의 공황 장애 환자에서 탁월한 치료 효과를 경험하였다. 그러나 인지 - 행동 치료의 효과가 확실히 입증되기 위해서는 단기적인 효과만을 가지고 판단할 것이 아니라, 지속적인 장기적 추적 관찰이 필요하며 또한 약물 치료를 포함한 다른 종류의 정신 치료와의 비교 연구도 좀 더 광범위하게 이루어져서 그 비교 우위성이 입증되어야 하는 것도 해결해야 할 과제로 남아있다.

종심 단어 : 공황 장애 · 인지 치료 · 행동 치료.

REFERENCES

- 김영신 · 임기영(1995) : 공황 장애의 인지 - 행동 집단 치료 : 치료 효과와 치유 인자. 신경정신의학 34 : 240-248
- Alnaes R, Torgersen S(1988) : The relationship between DSM-IV symptom disorders(axis I) and personality disorders(axis II) in an outpatient po-

- pulation. *Acta Psychiatr Scand* 8 : 485-491
- Ballenger JC, Howell EF, Laraia M, Lydiard RB(1987) : Comparison of Four Medicines in Panic Disorder. The 140th Annual Meeting of the American Psychiatric Association, Chicago, May 14
- Barlow DH, Craske MG, Brown TA(1991) : Behavioral treatment of panic : A two year follow-up. *Behavioral Therapy* 22 : 289-304
- Barlow DH, Craske MG, Cerny JA, Klosko JS(1989) : Behavioral treatment of panic disorder. *Behav Ther* 20 : 261-282
- Barlow DH(1988) : Psychological treatment of panic, New York, Guilford Press
- Beck AT, Sokol L, Clark DA, Berchick R, Wright FA (1992) : Crossover study of focused cognitive therapy for panic disorder. *Am J Psychiatry* 149 : 778-783
- Brown TA, Hertz RM, Barlow DH(1992) : New developments in cognitive-behavioral treatment of anxiety disorders. In A. Tasman(Ed.). *American Psychiatric Press review of psychiatry*, Washington DC, American Psychiatric Press 11 : 285-306
- Clark DM, Salkovskis PM, Hackmann A, Middleton H, Anastasiades P, Gelder M(1994) : A comparison of cognitive therapy, applied relaxation, and imipramine in the treatment of panic disorder. *Br J Psychiat* 164 : 759-769
- Clark DM(1986) : A cognitive approach to panic. *Behav Res Ther* 24 : 461-470
- Clum GA(1988) : Psychological interventions vs. drugs in the treatment of panic. *Behavior Therapy* 20 : 429-457
- Cox BJ, Fergus KD, Swinson RP(1994) : Patient satisfaction with behavioral treatment for panic disorder with agoraphobia. *Journal of Anxiety Disorder* 8 : 193-206
- Craske MG, Brown TA, Barlow DH(1991) : Behavioral treatment of panic disorder : A two-year follow-up. *Behavior Therapy* 22 : 289-304
- Faravelli C, Pallanti S(1989) : Recent life events and panic disorder. *Am J Psychiatry* 146 : 622-626
- Fontaine R, Chouinard G, Annable L(1984) : Rebound anxiety in anxious patients after abrupt withdrawal of benzodiazepine treatment. *Am J Psychiatry* 141 : 848-852
- Friedman CJ, Shear MK, Frances A(1987) : DSM-III personality disorders in panic patients. *J Pers Disord* 1 : 132-135
- Goldstein AJ, Chambliss DL(1978) : A reanalysis of agoraphobia. *Behavior Therapy* 9 : 47-59
- Green MA, Curtis GC(1988) : Personality disorders in panic patients : Response to termination of antipanic medication. *J Pers Disord* 2 : 303-314
- Kaplan HI, Sadock BJ(1993) : *Pocket handbook of psychiatric drug treatment : Serotonin-specific reuptake inhibitors*. 1st ed, Maryland, Williams & Wilkins press : 157-167
- Koenigsberg HW, Kaplan RK, Gilmore MM(1985) : The relationship between syndrome and personality disorder in DSM-III : Experience with 2,462 patients. *Am J Psychiatry* 142 : 207-212
- Margraf J, Barlow DH, Clark DM(1993) : Psychological treatment of panic : Work in progress on outcome, active ingredients, and follow-up. *Behav Res Ther* 31 : 1-8
- Markowitz J, Weissman MM, Ouellette R, Lish J, Klerman G(1989) : Quality of life in panic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 46 : 984-992
- Mavissakalian M, Hamann MS(1987) : DSM-III personality disorder in agoraphobia. *Compr Psychiatry* 27 : 471-479
- Mavissakalian M, Hamann MS(1986) : DSM-III personality disorder in agoraphobia. II. Changes with treatment. *Compr Psychiatry* 28 : 356-361
- McNally RJ(1990) : Psychological approaches to panic disorder : A review. *Psychol Bull* 108 : 403-419
- Myers JK, Weissman MM, Tischler GE, Holzer CE, Orvaschel H, Anthony JC, Boyd TH, Burke TD, Kramer M, Stoltzman R(1984) : Six-month prevalence of psychiatric disorders in three communities. *Arch Gen Psychiat* 41 : 959-967
- Noyes R Jr, Garvey MJ, Cook BL, Samuelson L(1989) : Problems with tricyclic antidepressant use in patients with panic disorder or agoraphobia, Results of a naturalistic follow-up study. *J Clin Psychiatry* 50 : 163-169
- Ost LG, Westling BE(1995) : Applied relaxation vs cognitive behavior therapy in the treatment of panic disorder. *Behav Res Ther* 33 : 145-158
- Ost LG, Westling BE, Hellstrom K(1993) : Applied relaxation, exposure in vivo and cognitive methods in the treatment of panic disorder with agoraphobia.

- phobia. Behav Res Ther 31 : 383-394
- Otto MW, Whittal ML(1995) :** Cognitive-behavioral therapy and the longitudinal course of panic disorder. The Psychiatric Clinics of North America 18 : 803-820
- Otto MW, Pollack MH, Sachs GS, Reiter SR, Meltzer-Brody S, Rosenbaum JF(1993) :** Discontinuation of benzodiazepine treatment : Efficacy of cognitive-behavior therapy for patients with panic disorder. Am J Psychiatry 150 : 1485-1490
- Pecknold JC(1990) :** Discontinuation Reactions to Alprazolam in Panic Disorder. Panic Conference, Carlsbad, California, November : 27-30
- Pollack MH, Otto MW, Tesar GE, Cohen LS, Meltzer-Brody S, Rosenbaum JF(1993) :** Long-term outcome after acute treatment with clonazepam and alprazolam for panic disorder. Am J Psychiatry. In press
- Rapee RM, Litwin EM, Barlow DH(1990) :** Impact of life events on subjects with panic disorder and on comparison subjects. Am J Psychiatry 147 : 640-644
- Reich J, Yates W, Nduaguba M(1989) :** Prevalence of DSM-III personality disorders in the community. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 24 : 12-16
- Reich JH, Green AI(1991) :** Effect of personality disorders on outcome of treatment. J Nerv Ment Dis 179 : 74-82
- Riech JH, Noyes R, Troughton E(1987) :** Dependent personality disorder associated with phobic avoidance in patients with panic disorder. Am J Psychiatry 144 : 323-326
- Rickels K, Schweizer B, Case WG, Greeblatt DJ(1990) :** Long-term therapeutic use of benzodiazepines. I . Effects of abrupt discontinuation. Arch Gen Psychiatry 47 : 899-907
- Schweizer E, Rickels K, Case WG, Greeblatt DJ(1990) :** Long-term therapeutic use of benzodiazepines. II . Effects of gradual taper. Arch Gen Psychiatry 47(10) : 908-915
- Sheehan DV, Ballenger J, Jacobsen G(1980) :** Treatment of endogenous anxiety with phobic, hysterical and hypochondriacal symptoms. Arch Gen Psychiatry 37 : 51-59
- Sokol L, Beck AT, Greenberg RL, Wright FD, Berchick RJ(1989) :** Cognitive therapy of panic disorder : A nonpharmacological alternative. Journal of nervous and Mental disease 177 : 711-716
- Telch MJ, Lucas JA, Schmidt NB, Hanna HH, Jaimez TL, Lucas RA(1993) :** Group cognitive-behavioral treatment of panic disorder. Behavior Research and Therapy 31 : 279-287
- Tesar GE, Rosenbaum JF, Pollack MH(1991) :** Double-blind placebo-controlled comparison of clonazepam and alprazolam for panic disorder. J Clin Psychiatry 52(2) : 69-76
- Tyler P, Casey P, Call J(1983) :** Relationship between neurosis and personality disorder. Br J Psychiatry 142 : 404-408
- Zimmerman M, Coryell W(1989) :** DSM-III personality disorder diagnoses in a nonpatient sample. Arch Gen Psychiatry 46 : 682-689