

공황장애 약물 치료에 대한 한국형 알고리즘 개발(3)

- 인지행동치료 -

포천중문의과대학교 정신과학교실,¹ 전북대학교 의과대학 정신과학교실,² 성균관대학교 의과대학 정신과학교실,³ 연세대학교 의과대학 정신과학교실,⁴ 인제대학교 의과대학 정신과학교실⁵

이상혁¹ · 양종철² · 윤세창³ · 서호석¹ · 김찬형⁴ · 유범희³ · 김민숙⁵

Development of the Medication Algorithm for Panic Disorder(3)

- Cognitive Behavioral Therapy -

Sang-Hyuk Lee, MD, PhD¹, Jong-Chul Yang, MD, PhD², Sechang Yoon, MD, PhD³,
Ho-Suk Suh, MD¹, Chan-Hyung Kim, MD, PhD⁴, Bum-Hee Yu, MD, PhD³ and Min-Sook Park, MD⁵

Department of Psychiatry¹, Pochon CHA University College of Medicine, Bundang CHA Hospital, Seongnam,
Department of Psychiatry², Chonbuk National University College of Medicine, Chonbuk University Hospital, Jeonju,
Department of Psychiatry³, Sungkyunkwan University College of Medicine, Samsung Seoul Hospital, Seoul,
Department of Psychiatry⁴, Yongdong Severance Hospital, Yonsei University College of Medicine, Seoul,
Department of Psychiatry⁵, Inje University College of Medicine, Sanggye Baik Hospital, Seoul, Korea

ABSTRACT

Objective : A working group of psychiatrists from the Korean Academy of Anxiety Disorders was established to determine the appropriate medication algorithm for treating patients with panic disorder. In this article, we discussed the consensus among psychiatrists regarding the use of cognitive behavior therapy (CBT) in the development of a treatment algorithm for panic disorder in Korea.

Methods : Based on the guidelines or algorithms published by the American Psychiatric Association, National Institute for Clinical Excellence, and Canadian Psychiatric Association, we constructed questionnaires regarding the core components and contents of CBT for patients with panic disorder. Fifty-four experts in panic disorder completed the questionnaires.

Results : There was statistically significant consensus among the experts in the belief that cognitive reconstruction and psychological education are the core components of CBT for the treatment of patients with panic disorder. However, there was some inconsistency between the opinions of some experts regarding the content and frequency of CBT and the results of studies published outside of Korea.

Conclusions : CBT, especially the psychological education and cognitive reconstruction components, should be considered when treating patients with panic disorder. However, further consideration needs to be put into the design of a more detailed treatment guideline for the use of CBT in the treatment of patients with panic disorder. (Anxiety and Mood 2008;4(1):28-33)

KEY WORDS : Korean · Medication · Treatment · Algorithm · Panic disorder · Cognitive behavior therapy.

서 론

공황장애는 일차 의료 기관에서 유병율이 3~8%로 보고되는 비교적 흔한 질환이다.¹ 최근 이 질환의 치료에

어 많은 진보가 있었다.¹

공황장애의 치료는 편의상 크게 약물치료와 인지행동치료로 나누어 설명할 수 있다. 공황장애 치료는 복잡하고 판단하기 어려운 여러 가지 상황들이 존재하기 때문에 임

접수일자 : 2008년 1월 13일 / 심사완료 : 2008년 3월 10일

Address for correspondence

Chan-Hyung Kim, M.D., Ph.D., Department of Psychiatry, Yongdong Severance Hospital, Yonsei University College of Medicine, 146-92 Dogok-dong, Gangnam-gu, Seoul 135-720, Korea

Tel : +82.2-2019-3340, Fax : +82.2-3462-4304, E-mail : spr88@yuhs.ac

상의가 치료 수단을 선택함에 있어 어려움에 직면하게 된다. 환자의 증상과 호소에 따라 ‘인지행동치료가 좋을지’, ‘약물치료만을 선택할지’, ‘약물은 어떤 약물을 선택해야 최선의 선택인지’ 혹은 ‘병행요법을 선택할지’등을 판단해야 하며, 인지행동치료를 시행하지 않는 기관에서는 약물치료만을 시행하는 경우도 있어 국내에서는 치료 수단을 선택함에 있어 어려운 경우가 많다. 그러나, 현재 한국에서는 공황장애의 치료 수단을 선택할 때 도움이 되는 치료 지침(guideline)이 존재하지 않기 때문에, 때로는 혼란스럽고 결정하기 어려운 경우가 존재하며, 자신이 옳은 선택을 했어도 그것을 참조해 볼 근거가 없어 이에 대한 대책이 필요하다.² 따라서 약물치료와 인지행동치료를 포함한 치료 지침서가 필요하다.

그러나, 인지행동치료의 치료 지침을 만드는 데에는 많은 어려움이 따른다. 인지행동치료의 치료효과에 대한 증거는 많이 발표되고 있지만 이를 이중맹검, 대조 연구를 시행하여 데이터를 축적할 수 있는 약물연구와는 달리 인지행동치료를 이중맹검 대조연구를 실시하기 어려울 뿐 아니라 인지행동치료 자체의 다양성 때문에 이를 정확히 어떻게 평가하고 적용해야 하는지에 대해서는 이견이 존재하기 때문이다. 실제로 국내 치료 지침서 중 우울 장애나³ 양극성 장애⁴ 치료 지침서에서는 인지행동치료가 포함되어 있지 않고, 강박 장애⁵의 경우 인지행동치료가 포함되어 있으나 답변을 한 인지행동치료 전문가의 수가 적고, 합의(consensus)를 이루는 경우가 많지 않아 외국의 인지행동치료 지침을 보장하여 지침서를 만들었다. 이 때문에 국내에서 이번에 개발한 공황장애 약물치료 지침서에서는 약물치료를 중심으로 하되, 인지행동치료를 일부 다루면서 인지행동치료의 내용이 합의를 이루는지 혹은 외국의 치료 지침서의 내용을 국내 전문가 검토위원회가 동의하는지를 알아보는 수준에서 이를 언급하고자

즉, 기존에 증거 중심 알고리즘(algorithm)이나 지침서에 공황장애 인지행동치료 부분에 나와 있는 내용을 일부 발췌하여 이 내용이 과연 공황장애 치료 전문가들이 합의를 이루는지, 혹은 동의하는 정도를 알아보면서 이 방법의 장점과 한계점을 기술하고자 하였다. 이렇게 함으로써 현재 인지행동치료의 합의수준을 알아보고 다음 개정되는 지침서에 도움을 줄 수 있을 것으로 생각된다.

본 연구는 위에서 기술한 방법으로 공황장애 약물치료 지침서를 만들기 위해 인지행동치료 부분을 전문가 검토위원들을 대상으로 설문을 한 후 결과를 보고하기 위하여 이루어졌다.

연구방법

인지행동치료 설문의 작성 방법

한국형 공황장애 약물치료 알고리즘 중 인지행동치료 부분을 개발하기 위해 1995년 이후 외국에서 발표된 15개의 알고리즘을 검토하면서, 보다 심도 있게 개발된 APA(American Psychiatric Association)의 practice guideline for the treatment for patients with panic disorder,⁶ NICE(National Institute for Clinical Excellence) clinical guideline²²의 management of anxiety(panic disorder, with or without agoraphobia, and GAD) in adults in primary, secondary and community care,⁷ CPA(Canadian Psychiatric Association)의 clinical practice guidelines⁸ 등 3가지 알고리즘을 기초로 하여 알고리즘 개발의 초점과 논쟁점을 알아보았다. 이후 최근에 출판된 CPA의 지침서를 중심으로 설문 문항을 작성했으며, 실무위원회에서 몇 차례에 걸쳐 이들 각 나라의 지침서 내용이 국내 실정에 적합한지의 여부를 검토하고 국내 실정에 맞는 문항을 선정하여 국문으로 번안하였고 실무위원들이 만든 초안을 검토와 피백(feedback)을 반복하면서 최종안을 확정하였다. 특히 공황장애의 인지행동치료에 대한 증거가 명확하고, 전문가들에게 이에 대한 경험을 구체적으로 물을 수 있는 몇 가지 항목들을 바탕으로 설문을 작성하였다. 이후 만들어진 최종안으로 인지행동치료 전문가를 포함한 검토위원들에게 의견을 듣는 식으로 진행하였다.

검토위원회의 구성

국내에서 공황장애에 대한 임상 경험이 풍부하고 학문적 성취가 많은 정신과 전문의 80명을 우선 선정하여 검토위원회를 구성하였다. 그 중 대학병원 50명, 종합병원과 정신과 전문병원 15명, 개원의 15명의 전문의가 포함되어 있으며, 54명(68%)이 설문에 답하였다. 인지행동치료 경험이 적은 전문가가 분석에 포함될 가능성이 있어 인지행동치료 전문가를 따로 선정하여 분석을 하였다. 이들은 이전 공황장애에 관한 논문이나 책자를 발표한 경험이 있거나 지속적으로 공황장애 인지행동치료를 시행하고 있는 검토위원 11명이며, 이들의 설문 결과는 따로 분석하였다.

설문지 평가척도의 합의 수준 분석 방법

이 설문의 세부항목에 대해서 그 적절성을 9점 척도로 평가하여 먼저 3개의 범주(1~3, 4~6, 7~9) 사이에 분포

의 차이가 있는지를 χ^2 -검증을 통해 알아봄으로써 의견의 일치도 유무를 결정하였다. 그 다음으로 평균과 95% 신뢰도 구간을 계산하였다. 각 세부항목의 95%신뢰도 구간에 근거하여 1차/선호하는 선택(1st-line/preferred choice), 2차/대체 선택(2nd-line/alternate choice), 3차 선택(3rd-line)의 3가지 범주로 구분하였다.

Figure 1은 실제 설문지의 일부를 발췌한 것이며, Figure 2는 평가척도의 예시이다. 1차, 2차 선택의 등급은 각 문항의 신뢰구간의 가장 낮은 경계선에 근거하여 결정하였다. 1차 선택은 가장 낮은 경계선의 점수가 6.5 이상인 경우이며, 3.5 이상 6.5 미만인 경우는 2차 선택으로 하였고 3차 선택은 그 이하였다. 1차 선택과 신뢰구간이 겹치는 경우를 2차 상위, 겹치지 않는 경우를 하위 2차 선택으로 정하였다. ‘최우선 치료’는 1차 범주 안에 있으면서 검토 위원들의 절반 이상이 ‘㉑’로 평가한 것으로 가장 강력히 권고되는 치료이다. 1차 선택은 질문에 대한 검토위원들의 응답이 통계적으로 응집되어 있으면서 평가가 상위로 나타난 것으로 이들 선택은 검토위원들이 보기에 주어진 상황에서 적절한 치료이다. 2차 선택은 확실하지 않은 것으로, 1차로 선택한 치료를 유지할 수 없거나 반응이 없는 환자들에 대해 적절한 치료이다. 1차 치료가 특정 환자에서 적당하지 않다고 여겨지는 경우에 초기 치료로 사용될 수 있다. 3차 선택은 일반적으로 부적절하다고

간주되는 선택이다. 전문가의 의견 분포가 χ^2 -검정상 3개 범주 사이에 차이가 없다면 검토위원 사이에 의견의 일치가 없는 것으로 보고, ‘컨센서스 없음’으로 표시하였다. 이에 해당되는 경우는 검토위원의 의견분포가 비교적 고르게 분포되어 의견 일치가 분명하지 않다는 것을 의미한다.

설문내용

공황장애 인지행동치료를 관한 설문에서는 다음과 같은 문항이 포함되었다.

인지행동치료 : 효과

공황장애 환자에게 필요한 인지행동치료의 기법들입니다. 공황장애 치료에서 각 기법에 대한 유용성을 평가해 주십시오(Table 1).

인지행동치료: 내용 및 기간

공황장애 환자에게 필요한 인지행동치료 각 세션(session)의 내용 및 기간에 관한 질문들입니다. 선생님들께서 동의하시는 정도를 체크해 주십시오(Table 2).

결 과

설문결과

인지행동치료 : 효과에 대한 부분은 다음과 같은 설문결과를 보였다.

‘공황장애 환자에게 필요한 인지행동치료의 기법들입니다. 공황장애 치료에서 각 기법에 대한 유용성을 평가해 주십시오’라는 질문에 정신교육과 인지재구조화에 대해서는 ‘대개 적절하거나 적합하다’는 합의가 있었으며, 노출요법과 이완요법, 그리고 재발방지에 대해서는 ‘2차 상위로 고려 즉 확실하지 않다’는 합의가, 자극감응훈련이나 문제해결훈련-갈등 상실에 대해서는 ‘2차 하위로 고려, 즉 확실하지 않다’는 합의가 있었다(Figure 3).

검토위원 중 공황장애 인지행동치료를 실제 시행한 경

평가항목	평가척도
① 항우울제	④ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨
② 항불안제	④ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨
③ 항우울제+인지행동치료	④ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨
.....	④ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨

Figure 1. The example of answer (to the questionnaire for the treatment of panic disorder).

평가척도
④ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨
매우 ←—————→ 매우
부적절함 적절함

⑨=매우 적절함 : 이 방법이 **preferred** of choice임
⑦-⑧=대개 적절함 : **1st-line** 선택으로 사용함
④-⑥=확실하지 않음 : 때때로 **2nd-line** 선택으로 사용함
(예로, 환자나 가족이 선호하는 경우, 혹은 1st-line 선택방법이 비효율적이거나 사용할 수 없는 경우, 적당하지 않은 경우)
②-③=대개 부적절함 : 거의 사용하지 않는 치료방법임
①=매우 부적절함 : 전혀 사용하지 않는 치료방법임
⑩=**경험이 없어서 대답할 수 없음**

주의) 설문에 표시를 하실 때에는 척도가 명기되어 있는 항목은 **모두** 표시하여야 합니다.

Figure 2. The explanation about the level of answer (to the questionnaire for the treatment of panic disorder).

Table 1. 인지행동치료 : 효과

평가항목	평가척도
정신교육	④ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨
인지 재구조화	④ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨
노출 요법	④ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨
이완요법(점진적 근육이완법, 호흡조절법)	④ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨
자극 감응 훈련	④ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨
문제 해결 훈련-갈등, 상실, 과한 노동	④ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨
재발 방지	④ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨

Table 2. 인지행동치료 : 내용 및 기간

평가항목	평가척도
인지행동치료는 재발을 막는데 약물치료보다 유용하다.	④ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨
단기 인지행동치료(3-6 session)가 효과와 유용성을 고려할 때 더 좋을 수 있다.	④ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨
회피-공포반응이 있는 환자는 12-session 인지행동치료가 단기인지행동치료보다 더 효과적이다.	④ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨
강화 세션(booster session)이 환자들에게 필요하다.	④ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨

Figure 3. Result of the survey about the core components of cognitive behavioral therapy for panic disorder.

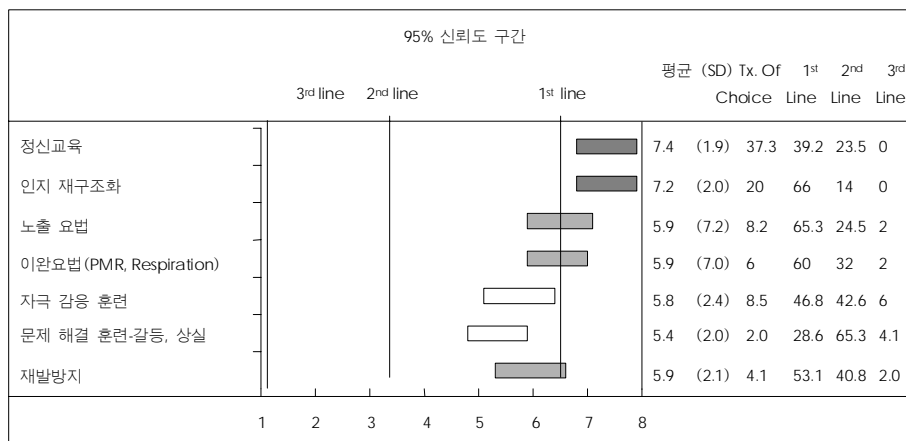
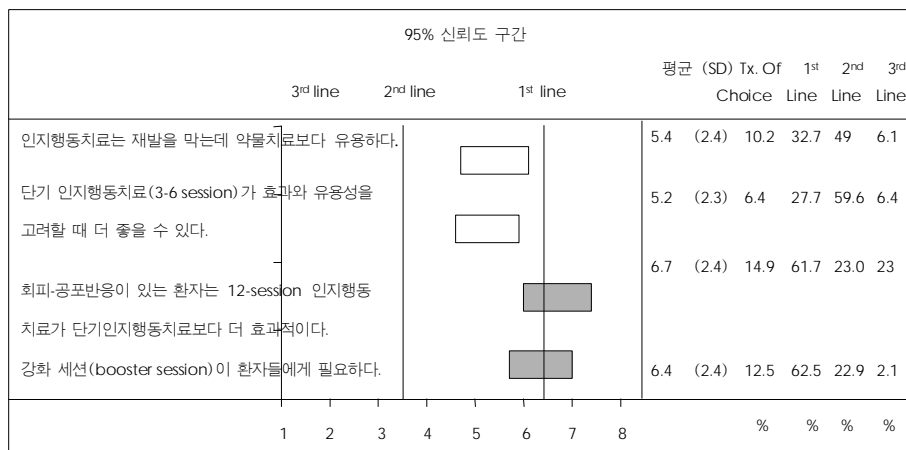


Figure 4. Result of the survey about the contents and frequencies of cognitive behavioral therapy for panic disorder.



험이 많고, 이를 토대로 논문이나 책자를 작성해본 경험이 있는 전문가(이하 인지행동치료 전문가, N=11)들을 대상으로 분석을 다시 시행해본 결과는 달랐다. 인지행동치료에 기법에 대한 유용성 중 합의가 이루어진 부분은 오직 문제 해결 훈련에 대한 것으로 '2차 하위로 고려 즉 확실하지 않다'는 데 있었으며 이외에는 합의에 이르지 못하였다. 인지행동치료 내용과 기간에 대해서는 다음과 같은 설문 결과를 보였다.

‘공황장애 환자에게 필요한 인지행동치료 각 세션(session)의 내용 및 기간에 관한 질문들입니다. 선생님들께서 동의하시는 정도를 체크해 주십시오.’라는 질문 ‘공포 회피반응이 있는 환자는 12 session 인지행동치료가 단기인지행동치료보다 더 효과적이다.’ 문항과 ‘강화 세션

(booster session)이 환자들에게 필요하다’는 문항에 대해서 ‘2차 상위로 고려 즉 확실하지 않다’는 합의가, ‘인지행동치료는 재발을 막는데 약물치료 보다 유용하다’ 그리고 ‘단기 인지행동치료(3-6 session)가 효과와 유용성을 고려할 때 더 좋을 수 있다’는 문항에 대해서는 ‘2차 하위로 고려 즉 확실하지 않다’는 합의가 있었다(Figure 4). 인지행동치료 전문가들을 대상으로 분석을 다시 시행해본 결과는 다른 결과가 나왔다. 인지행동치료에 기법에 대한 유용성 중 합의가 이루어진 부분은 오직 ‘공포 회피반응이 있는 환자는 12 session 인지행동치료가 단기인지행동치료보다 더 효과적이다’라는 문항에 대해서 ‘2차 하위로 고려 즉 확실하지 않다’는 데 있었으며 그 이외 항목에서는 합의에 이르지 못하였다.

고 찰

American Psychiatric Association, NICE, CPA의 치료지침 모두에서 인지행동치료가 일반적으로 효과적이라는 것을 보고하고 있다.⁶⁻⁸

이번 설문 분석 결과 ‘공황장애 환자에게 필요한 인지행동치료의 기법들입니다. 공황장애 치료에서 각 기법에 대한 유용성을 평가해 주십시오.’라는 질문에 정신교육과 인지재구조화에 대해서는 ‘대개 적절하거나 적합하다’는 합의가 있었다. 가장 최근에 발표된 CPA의 치료지침⁸에서는 여러 인지행동치료의 요소에 대해서 기술하면서 교육, 인지적 재구조화, 그리고 노출요법이 핵심적인 인지행동치료의 요소라고 언급하였다. 이 결과는 CPA의 증거에 기반한 치료지침의 서술과 일치하는 소견이다. 실제로 최근 인지행동치료에서는 교육과 인지적 재구조화를 강조하는 경향이 있으며, 단기 인지행동치료라 하더라도 2가지 요소는 꼭 포함시키는 경향이 있다.⁹ 그러나 이번 설문 결과에서는 노출요법과 이완요법, 그리고 재발방지에 대해서는 ‘2차 상위로 고려 즉 확실하지 않다’는 합의가 있었으며 자극감응훈련이나 문제해결훈련-갈등 상실에 대해서는 ‘2차 하위로 고려 즉 확실하지 않다’는 합의가 있었다. CPA에서는 노출요법이 핵심적인 요소라고 간주하면서 이 치료의 중요성에 대해서 강조하였으며, 공황장애에 있어 가장 중요한 요소 5중 하나인 광장공포증이 존재하는 경우는 노출요법이 치료에 중요한 요소¹⁰이기 때문에 이에 대한 중요도는 매우 크다고 할 수 있다. 이 점은 전문가 설문결과와 일치하지 않는 소견이다. 이는 다음과 같은 이유에서 기인한다고 추정 할 수 있다. 첫째, 약물치료를 전문가들이 익숙해져 있고, 이 기법에 대해서 익숙하지 않기 때문으로 추정할 수 있다. 둘째, 노출요법 특히 자극감응훈련은 병원에서 시간을 충분히 갖고 교육하고 이를 훈련시켜야 하고, 나아가 현실생활에서 노출(in vivo exposure)시켜야 해서 시간적으로 여유가 없는 설문의 다수를 차지하고 있는 종합병원 위주의 전문가들에게는 에너지가 많이 필요할 뿐 아니라, 회피반응이 높은 환자들에게 이를 적극적으로 권하고 이를 검증할만한 치료적인 상황이 되지 못하기 때문으로 추정된다. 또한 설문의 결과에서 문제 해결능력은 2차 하위 즉 확실하지 않다는 합의가 있었다. CPA에서도 인지행동치료의 요소로 문제해결 훈련[공황장애의 지속이나 발병에 관계되었을 수도 있는 문제(갈등, 상실, 과로, 완벽주의)에 대처하는 연습을 지속함]을 언급하고 있으나 국내의 결과와 마찬가지로 이를 적극적으로 권고하고 있지 않으며 국내에서도 치료

적으로 활용하고 있는 기관은 많지 않은 것으로 생각된다. 이완요법에 대해서는 최근 효과가 부족하다는지, 추천되지 않는다는 등의 부정적인 경향이 많이 보고^{11,12}되고 있는데, 국내 전문가들 사이에서도 확실하지 않다는 합의가 있는 것으로 보아 이완 요법에 대한 부정적 견해가 국내 전문가들 사이에서도 존재하고 있음을 보여주는 결과라고 할 수 있다.

인지행동치료 내용과 기간에 대해서는 다음과 같은 설문 결과를 보였다.

‘공황장애 환자에게 필요한 인지행동치료 각 세션(session)의 내용 및 기간에 관한 질문들입니다. 선생님들께서 동의하시는 정도를 체크해 주십시오.’라는 질문에 ‘공포 회피반응이 있는 환자는 12 session 인지행동치료가 단기 인지행동치료보다 더 효과적이다’에 대해서 ‘2차 상위로 고려 즉 확실하지 않다’는 54명의 전문가들 사이에 합의가 있었다. 인지행동치료 전문가들은 약간 다르게 1차 선택으로 대개 적절하다는 합의를 나타냈다. CPA⁸나 NICE⁷의 치료지침과 Barlow의 연구¹³에 의하면 광장공포증이 심할수록 보다 집중적인 상황 노출이 필요하다는 것이 일반적으로 받아들여지는 경향이 있다고 기술함으로써 인지행동치료 전문가들과 비슷한 소견을 제시하고 있으며, 국내 결과 일반적 검토위원회는 다소 다른 의견이었다. 그러나 이들 치료지침도 가능성 수준으로 이를 제시하고 있고, 이에 대한 증거는 아직 모자란 편이기 때문에 이에 대한 지속적인 연구가 필요하다고 언급하고 있다. 추후 이에 대한 증거를 주목할 필요가 있다. ‘강화 세션(booster session)이 환자들에게 필요하다’는 문항에도 국내 전문가들은 2차 상위지만 확실하지 않다는 유효적인 합의가 있었다. 일부 연구¹⁴에서는 강화요법을 사용하고 있지만 이 증거도 축적되어 있지 못해 이 강화세션에 대해서도 추후 지속적인 연구가 필요하다고 하겠다.

‘인지행동치료는 재발을 막는데 약물치료 보다 유용하다’ 그리고 ‘단기 인지행동치료(3~6 session)가 효과와 유용성을 고려할 때 더 좋을 수 있다’는 문항에 대해서는 ‘2차 하위로 고려 즉 확실하지 않다’는 합의가 있었다. 이는 기존 일부 논문¹³의 결과와 일치하지 않는 소견으로 이에 대한 불일치는 다음과 같이 생각할 수 있을 것으로 사료된다. 이 소견은 서로 다른 인지행동치료 환경에서 나오는 경험의 차이로 생각할 수 있다. 즉 단기인지행동치료의 구성과, 치료자 요소, 치료자의 경험, 연구 디자인의 차이 등이 각자 다른 임상적 경험을 갖게 하고 이로 인해 합의나 일치가 이루어지기 어려운 상황을 의미한다고 볼 수 있다. 본 연구는 다음과 같은 제한점이 있다. 첫째, 공황장애

인지행동치료를 포괄적으로 설명할 수 있는 문항을 만들지 못하고 일부만을 설문화 해서 합의 수준을 측정했기 때문에 전반적인 공황장애 인지행동치료에 대한 내용이 포함되지 못하였다.

둘째, 인지행동치료의 최근 연구결과를 포함시키긴 하였으나, 이로 인해 아직 합의 수준이 낮은 질문들이 많았고 그로 인해 인지행동치료 전문가까지도 합의되지 않는 결과가 포함된 점도 있었다.

셋째, 문항을 만드는데 있어 서로 다른 인지행동치료 환경을 통제할 수 있는 문항이 들어있지 못하였다. 또한 위에서 기술한 대로 인지행동치료의 구성요소, 치료자 요소, 경험, 연구 디자인(환자 수 통제집단 유무) 등을 언급함으로써 전문가들이 이해하기 쉽도록 설문 문항을 적절하게 만들어야 할 것으로 사료된다. 또한 추후 재개정되는 공황장애 알고리즘에는 이번 연구에서 일부 합의되지 않는 문항을 국내 상황에 맞게 변형도 해야 할 것으로 사료된다.

결론

대한불안학회 공황장애 약물치료 알고리즘 실무위원회에서 주관하여 개발하고 있는 ‘한국형 공황장애 약물치료 알고리즘 2008’의 목표는 국내 현실에 적합하며, 환자에게는 질적으로 우수한 치료가 될 수 있도록 하는 데 있다. 공황장애 인지행동치료에 대한 이 연구는 초보적인 설문이긴 하였으나 전문가들의 합의 수준과 경험의 일치도를 알아본 국내의 첫번째 논문이라는 점에서 의의가 있다. 공황장애에 관한 치료 알고리즘 사업이 국내에서는 처음이기 때문에 문제점과 단점도 가질 수 있겠지만, 계속되는 수정과 재개정을 통해서 이런 문제점과 단점을 보완해야 할 것이다.

중심 단어 : 한국형 · 약물 치료 · 알고리즘 · 공황장애 · 인지행동치료.

REFERENCES

1. Katon WJ. Panic Disorder .N Engl J Med 2006;354:2360-2367.
2. Lee SH, Yoo BH, Kim CH, Yoon SC. Development of the Treatment Algorithm for Panic Disorder (1)-Background, Organization, Principles, Future Plan and Methods of Algorithm Development Anxiety Mood 2007;3:77-90.
3. 한국형 우울장애 약물치료 알고리즘 실무위원회. 한국형 우울장애 약물치료 지침서 2006. 서울, 중앙문화사;2006.
4. 한국형 양극성 장애 약물치료 알고리즘 실무위원회. 한국형 양극성 장애 약물치료 지침서 2006. 서울, 중앙문화사;2006.
5. 한국형 강박장애 치료 알고리즘 실무위원회. 한국형 강박장애 치료 지침서 2007. 서울, 중앙문화사;2007.
6. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment for patients with panic disorder. Work Group on Panic Disorder. American Psychiatric Association. Am J Psychiatry. 1998;155 (5 Suppl):1-34.
7. National Institute for Clinical Excellence, NICE. Clinical guideline 22, Management of anxiety (panic disorder, with or without agoraphobia, and GAD) in adults in primary, secondary and community care. Available at: <http://guidance.nice.org.uk/CG22/niceguidance/pdf/English>. accessed March 2007.
8. Swinson RP, Antony MM, Bleau P, Chokka P, Craven M, Fallu A, et al. Clinical practice guidelines. Management of anxiety disorders. Can J Psychiatry 2006;51 (Suppl) 2:22-33.
9. Clark DM, Salkovskis PM, Hackmann A, Wells A, Ludgate J, Gelder M. Brief cognitive therapy for panic disorder: a randomized controlled trial. J Consult Clin Psychol 1999;67:583-589.
10. Barlow D, Craske M. Mastery of your anxiety and panic (MAP-3). New York, Oxford University Press;2001.
11. Schmidt NB, Woolaway-Bickel K, Trakowski J, Santiago H, Storey J, Koselka M, et al. Dismantling cognitive-behavioral treatment for panic disorder: questioning the utility of breathing retraining. J Consult Clin Psychol 2000;68:417-424.
12. Ost LG, Westling BL, Hellstrom K. Applied relaxation, exposure in vivo and cognitive methods in the treatment of panic disorder with agoraphobia. Behav Res Ther 1993;31:383-394.
13. Barlow DH. Cognitive-behavioral therapy for panic disorder: current status. J Clin Psychiatry 1997;58 Suppl 2:32-36:discussion 36-37.
14. Craske MG, Roy-Byrne P, Stein MB, Sullivan G, Hazlett-Stevens H, Bystritsky A, et al. CBT intensity and outcome for panic disorder in a primary care setting. Behav Ther 2006 Jun;37:112-119.