

사회불안장애와 공황장애에 동반된 우울증상의 특성 비교

성균관대학교 의과대학 강북삼성병원 정신건강의학교실

김선영 · 임세원 · 신영철 · 신동원 · 오강섭

Comparison of Depressive Symptoms between Social Anxiety Disorder and Panic Disorder

Sun-Young Kim, MD, Se-Won Lim, MD, Young-Chul Shin, MD, Dong-Won Shin, MD, Kang-Seob Oh, MD

Department of Psychiatry, Kangbuk Samsung Hospital, Sungkyunkwan University School of Medicine, Seoul, Korea

Objectives The principal aim of the present study was to investigate the characteristic depressive symptoms in patients with social anxiety disorder (SAD) and panic disorder in comparison to patients with depressive disorder.

Methods This study included 132 patients with SAD, 128 panic disorder and 64 depressive disorder (major depressive disorder, dysthymia etc.) patients without comorbid psychiatric disorders. The Beck Depressive Inventory (BDI) is used to measure depressive symptoms. We divided BDI into three categories originally described by Shafer AB, including negative attitude toward self, performance impairment, and somatic symptoms. We compared the depressive symptoms of SAD, panic disorder and depressive disorder by using ANOVA.

Results Negative attitude toward self was noticeable in SAD (SAD 0.54 ± 0.23 , panic disorder 0.41 ± 0.17 , depressive disorder 0.46 ± 0.11 , $p < 0.001$). Performance impairment and somatic symptoms were remarkable in panic disorder than in SAD and depressive disorder (performance impairment: SAD 0.39 ± 0.21 , panic disorder 0.44 ± 0.14 , depressive disorder 0.40 ± 0.09 , $p = 0.009$; somatic symptoms: SAD 0.07 ± 0.10 , panic disorder 0.15 ± 0.12 , depressive disorder 0.14 ± 0.08 , $p < 0.001$).

Conclusions The results facilitate an approach to optimal treatment for patients with comorbidity of anxiety disorder and depression.

Key Words Social anxiety disorder · Panic disorder · Depressive symptom.

Received: October 2, 2015 / Revised: October 19, 2015 / Accepted: October 21, 2015

Address for correspondence: Kang-Seob Oh, MD

Department of Psychiatry, Kangbuk Samsung Hospital, Sungkyunkwan University School of Medicine, 29 Saemunan-ro, Jongno-gu, Seoul 03181, Korea

Tel: +82-2-2001-2481, Fax: +82-2-2001-2211, E-mail: ks2485@empal.com

서 론

불안장애와 우울장애를 공존질환으로 갖는 환자들은 증상 정도가 심하며, 기능의 저하가 현저하다고 알려져 있다. 또한 이러한 경우에는 알코올 또는 물질 남용이 흔하고, 높은 자살 위험성과 낮은 치료 반응률을 보이는 것으로 보고되고 있다.¹⁾

불안장애 중 그 빈도가 높다고 알려진 사회불안장애는 한 가지 또는 그 이상의 사회적 상황이나 활동상황에 대한 현저하고 지속적인 두려움을 특징으로 하는 질환으로, 미국에서 시행된 National Comorbidity Survey에서 사회불안장애의

평생 유병률을 13.3%로 보고하였다.²⁻⁵⁾ 사회불안장애 환자 중 1/3 이상은 주요우울장애를 함께 가지고 있다고 알려져 있으며 만약 아임상적인 우울증상까지 고려한다면 대부분의 사회불안장애 환자들은 우울증상을 동반할 것이라 보고있다.⁶⁻¹⁴⁾ 사회불안장애에 우울장애를 함께 가지고 있는 환자들은 더욱 심각한 사회불안증상을 가지며, 기능의 저하가 더욱 심하다고 알려져 있다. 또한 자살률을 높이고 치료 반응이 좋지 않은 것으로 보고되고 있다.⁹⁾¹⁵⁾

공황장애는 갑자기 극심한 공황발작이 유발되고 이러한 공황발작이 다시 일어날 것에 대해 지속적으로 염려하는 예기불안을 특징으로 하는 질환으로, 전체 인구에서 약 1~3%의

유병률을 보인다.⁵¹⁶⁻¹⁸⁾ 공황장애 환자 중 44~91%가 주요우울증을 동반하고 있다고 알려져 있으며, 우울증이 없는 공황장애 환자에게 비해 우울증을 동반하고 있는 공황장애 환자들의 경우 증상이 더욱 심각하고, 주관적으로 느끼는 고통이나 회피 행동도 더욱 큰 것으로 보고되고 있다.¹⁹⁻²⁴⁾ 또한 사회적, 직업적 기능에 부정적인 영향을 미치고, 자살의 위험성도 더 높은 것으로 나타나고 있다.^{25,26)}

이렇듯 불안장애에 우울증이 동반되었을 경우에 증상의 심각도, 치료 반응 및 예후에 상당히 부정적인 영향을 끼치고 있다는 점을 생각해 본다면, 불안장애의 특이적인 우울증상을 파악하는 것이 필요하다. 이와 관련하여 Hamilton²⁷⁾ 의해 시행된 이전 연구에서는 불안장애 환자들에게 우울감이 동반되었을 때, 새벽의 이른 각성, 우울한 기분, 자살사고, 정신운동성 지체와 같은 증상이 특징적임을 보고하고 있다. 그러나 이는 불안장애 전반에 대한 내용이며, 세분화한 질환에 동반된 특이적인 우울증상을 밝힌 것은 아니었다. 그리하여 우리는 불안장애에서도 유병률이 높은 사회불안장애와 공황장애 환자의 특이적인 우울증상을 확인해보고자 하였다. 그러나 우울장애 및 불안장애가 공존하는 경우에는 질환 발병의 선후관계가 불분명하므로 동반되는 우울증상이 어디에서 비롯되었는지 판단하기가 어렵다. Lamers 등²⁸⁾에 의하면 사회불안장애와 주요우울장애가 모두 진단된 경우, 불안증상이 우울증상에 앞서 나타난 경우는 67%이며, 반대로 불안증상이 우울증상과 같이 나타나거나 우울증상 이후에 나타나는 경우가 33%라고 보고하였다. 또한 공황장애와 주요우울장애가 공존할 때, 불안증상이 우울증상보다 먼저 보인 경우는 39%이나 불안증상이 우울증상과 같이 나타나거나 우울증상 이후에 불안증상을 보이는 경우는 61%나 되었다. 또한 Bittner 등²⁹⁾은 불안장애에서 두 개 이상의 불안장애, 공황발작을 동반하는 경우, 심각한 수행장애가 주요우울장애로의 발전에 위험요인으로 작용하여 우울증상에 영향을 줄 수 있음을 보고하고 있다. 결론적으로, 주요우울장애를 비롯한 다른 정신질환이 동반된 경우, 사회불안장애 및 공황장애에 동반된 특이적인 우울증상을 확인하기 어려울 것이라고 생각하였다. 따라서 본 저자들은 공존정신질환이 없이 사회불안장애와 공황장애로 진단된 환자들에서 동반된 우울증상을 불안장애 없이 우울장애로만 진단된 환자와 비교하여 각 질환별로 특이적인 우울증상을 알아보려고 하였다.

방 법

연구 대상

본 연구는 성균관대학교 의과대학 강북삼성병원 정신건강

의학과에 내원한 외래 환자의 전산화된 의무기록을 후향적으로 검토하였다. 포함기준은 정신건강의학과 전문의의 면담에 의해 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, fourth edition(DSM-IV) 진단기준에 따라 사회불안장애, 공황장애 및 우울장애로 진단된 후, 구조화된 면담도구인 간이국제신경정신평가(Mini International Neuropsychiatric Interview-plus, 이하 MINI-plus)를 시행하여 진단을 확인하였다. 우울장애에는 주요우울장애, 기분부전장애, 달리 분류되지 않는 우울장애가 포함되었다. 사회불안장애, 공황장애 및 우울장애로 진단된 환자들 중에서 다른 불안 및 기분장애, 신체형장애, 정신증적 장애, 물질관련장애, 인지장애의 공존질환 없이 단일 질환을 갖는 환자만을 연구 대상으로 하였다. 환자들에게는 자가보고척도인 벡 우울척도(Beck Depression Inventory, 이하 BDI) 질문지를 작성하게 하여 우울증상의 특성과 우울수준을 측정하였다. 제외기준은 1) Axis I(다른 불안 및 기분장애, 신체형장애, 정신증적 장애, 물질관련장애, 인지장애) 또는 정신지체의 공존질환을 갖는 환자, 2) 기분, 불안증상을 일으킬 만한 심각한 내과적인 질환이 있는 환자, 3) 뇌 질환, 기타 급성중재가 필요한 신체적 질환이 있는 환자였다. 의무기록을 검토하여 성별, 만연령, 결혼력을 조사하였다. 연구에 포함된 모든 환자에게 연구의 목적과 방법에 대한 동의서를 받았고, 강북삼성병원 임상시험 윤리위원회(Institutional Review Board, IRB)의 승인을 거쳤다.

측정도구

MINI International Neuropsychiatric Interview(MINI)-plus

MINI-Plus는 Sheehan 등³⁰⁾에 의해 개발된 구조화된 임상 면담도구인 MINI를 연구용으로 편집한 것이다. 현재의 약물남용을 제외한 MINI의 정신과적 진단별 문항의 내적 합치도는 0.60~0.84였으며, 검사 재검사 신뢰도는 모두 0.75 이상이었다.

10개 대학병원 및 정신건강의학과 병원에서 자료를 수집해 표준화한 연구결과 신체형장애, 망상장애, 기분부전증을 제외한 14개 정신과 진단별 문항의 내적 합치도는 0.42~0.91이었으며, 사회불안장애 환자의 진단 문항의 내적 합치도는 0.81로 보고되었고, 공황장애 환자 진단 문항의 내적 합치도는 0.78로 보고되었다. 또한 주요우울장애 및 기분부전장애의 내적 합치도는 각각 0.71, 0.34였다.^{31,32)}

Beck Depression Inventory(BDI)

사회불안장애와 공황장애 및 우울장애의 우울증상을 평가하기 위해 사용하였다. BDI는 Beck 등³³⁾이 개발한 것으로

써 임상적인 우울증상을 토대로 우울증의 유형과 정도를 측정한다. 정서적, 인지적, 동기적, 생리적 증후군 등 21개의 문항을 포함하고 있으며, 본 연구에서는 Han 등³⁴⁾에 의해 한국어로 표준화된 척도를 사용하였다.

본 연구는 Shafer³⁵⁾의 연구를 토대로 BDI를 자신에 대한 부정적인 태도(negative attitude toward self), 수행장애(performance impairment), 신체증상(somatic symptom)으로 범주화되는 3개의 하위항목으로 나누어 증상 범주별로 비교하였다. 자신에 대한 부정적인 태도는 자기혐오(self-hate), 패배감(sense of failure), 죄책감(guilt feeling), 자기비판(self-accusation), 벌 받는 느낌(sense of punishment), 자살사고(suicidal ideas), 비관주의(pessimism), 신체상의 변화(body image change), 슬픔(sadness), 만족이 없음(lack of satisfaction), 눈물을 흘림(crying spells)으로 이루어졌고, 수행장애는 피로(fatigue), 작업곤란(difficulty working), 사회적 위축(social withdrawal), 과민함(irritability), 신체적 걱정(somatic concern), 성욕감퇴(libido loss), 우유부단함(indecisiveness)으로 되어 있으며, 신체증상은 식욕감소(appetite change), 체중감소(weight loss), 불면(insomnia)으로 구성되었다.³¹⁾

통계분석

실험군은 사회불안장애군과 공황장애군, 우울장애군으로 나누었다. 환자군별로 총 BDI 점수에 대한 자신에 대한 부정적인 태도(negative attitude toward self), 수행장애(performance impairment), 신체증상(somatic symptom) 항목 점수 비율의 평균을 비교하기 위하여 ANOVA를 사용하였다. 나이, 총 BDI 점수 등 연속변수의 각 환자군의 평균 차이를 보

기 위하여 ANOVA를 시행하였다. 또한 성별, 결혼력 등 명목 변수의 비율 차이를 보기 위해 chi-square test를 사용하였다. 나이, 성별, 결혼력, 총 BDI 점수가 환자군의 혼란변수가 될 수 있어 이에 대해 analysis of covariance(이하 ANCOVA)를 사용하여 보정하였다. 연구결과에 대한 모든 통계처리는 컴퓨터용 software인 SPSS 18.0 version(SPSS Inc., Chicago, IL, USA)을 이용하였고, 유의수준은 양쪽 방향으로 p < 0.05로 하였다.

결 과

사회불안장애, 공황장애, 우울장애 환자의 사회인구학적 특성(Table 1)

연구에 포함된 총 324명의 환자들 중, 임상적 진단이 사회불안장애인 환자는 132명(40.8%), 공황장애는 128명(39.5%), 우울장애는 64명(19.8%)이었다. 사회불안장애 환자의 평균연령은 35.83 ± 11.54세였고, 공황장애를 가진 환자의 평균연령은 42.30 ± 11.49세였으며, 우울장애 환자의 평균연령은 47.67 ± 14.77세였다(p < 0.001). 사회불안장애 환자에서 남성이 91명(69%), 여성이 41명(31%)이었고, 공황장애 환자에서 남성이 65명(51%), 여성이 63명(49%)이었으며, 주요우울장애 환자에서 남성이 30명(47%), 여성이 34명(53%)으로 세 질환간의 남녀 분포는 차이를 보였다(p = 0.002). 결혼력은 사회불안장애에서 미혼이 73명(55%), 기혼이 57명(43%), 미상이 2명(2%)이었고, 공황장애에서는 미혼이 80명(63%), 기혼이 35명(27%), 미상이 13명(10%)이었으며, 우울장애에서는 미혼이 41명(64%), 기혼이 15명(23%), 미상이 8명(13%)이었다. 세 질환간의 결혼력은 유의한 차이가 있었다(p = 0.001). 총 BDI 점수

Table 1. Demographic characteristics of SAD, PD, and DD

	SAD (n = 132)	PD (n = 128)	DD (n = 64)	p
	n (%) or mean ± SD or median years	n (%) or mean ± SD or median years	n (%) or mean ± SD or median years	
Age (years)*	35.83 ± 11.54	42.30 ± 11.49	47.67 ± 14.77	< 0.001
Sex†				0.002
Male	91 (69)	65 (51)	30 (47)	
Female	41 (31)	63 (49)	34 (53)	
Marital status†				0.001
Single	73 (55)	80 (63)	41 (64)	
Married	57 (43)	35 (27)	15 (23)	
Unknown	2 (2)	13 (10)	8 (13)	
Total BDI score*	12.52 ± 8.10	16.30 ± 8.51	22.80 ± 9.09	< 0.001
Negative attitude towards self	7.19 ± 5.38	7.17 ± 4.92	10.75 ± 5.28	< 0.001
Performance impairment	4.47 ± 3.00	6.81 ± 3.31	8.84 ± 3.78	< 0.001
Somatic symptoms	0.86 ± 1.15	2.32 ± 1.80	3.20 ± 1.94	< 0.001

* : ANOVA, † : chi-square test. SAD : social anxiety disorder, PD : panic disorder, DD : depressive disorder, BDI : Beck Depression Inventory

Table 2. Comparison of depressive symptoms among SAD, PD, and DD

	SAD (n = 132)	PD (n = 128)	DD (n = 64)	p*	Adjusted p [†]	Post hoc test p [‡]		
	Mean (%) [§] ± SD	Mean (%) [§] ± SD	Mean (%) [§] ± SD			SAD vs. PD	SAD vs. DD	PD vs. DD
Negative attitude towards self	0.54 ± 0.23	0.41 ± 0.17	0.46 ± 0.11	< 0.001	< 0.001	< 0.001	0.020	0.117
Performance impairment	0.39 ± 0.21	0.44 ± 0.14	0.40 ± 0.09	0.018	0.009	0.019	0.951	0.141
Somatic symptoms	0.07 ± 0.10	0.15 ± 0.12	0.14 ± 0.08	< 0.001	< 0.001	< 0.001	< 0.001	0.790

* : ANOVA, † : ANCOVA (adjusted by age, sex, marital status, total BDI score), ‡ : Turkey test, § : subgroup score/total BDI score. SAD : social anxiety disorder, PD : panic disorder, DD : depressive disorder, BDI : Beck Depression Inventory, ANCOVA : analysis of covariance

는 사회불안장애에서 12.52 ± 8.10 점, 공황장애에서 16.30 ± 8.51 점, 우울장애에서 22.80 ± 9.09 점으로 우울장애, 공황장애, 사회불안장애 순으로 높은 점수를 보였으며($p < 0.001$), 이는 나이, 성별, 결혼력을 보정한 후에도 그 차이가 유의하였다($p < 0.001$).

사회불안장애, 공황장애, 우울장애 환자들의 우울증상의 비교(Table 2)

총 BDI 점수에서 자신에 대한 부정적인 태도(negative attitude toward self), 수행장애(performance impairment), 신체증상(somatic symptom)의 각 점수가 차지하는 비율을 비교하였을 때, 부정적인 태도에서는 사회불안장애가 0.54 ± 0.23 으로 가장 높은 비율을 나타냈으며, 우울장애에서는 0.46 ± 0.11 로 두 번째로 높은 비율을 보였고, 공황장애에서는 0.41 ± 0.17 로 가장 낮은 비율이었다. 이는 통계적으로 유의하였고, 나이, 성별, 결혼력 및 총 BDI 점수를 ANCOVA로 보정한 후에도 통계적으로 유의하였다(adjusted $p < 0.001$). 수행장애에서는 공황장애가 0.44 ± 0.14 로 가장 높은 비율을 나타냈으며, 우울장애에서는 0.40 ± 0.09 로 두 번째로 높은 비율을 보였고, 사회불안장애에서는 0.39 ± 0.21 로 가장 낮은 비율이었다. 이는 통계적으로 유의하였고, 나이, 성별, 결혼력 및 총 BDI 점수를 ANCOVA로 보정한 후에도 통계적으로 유의하였다(adjusted $p = 0.009$). 신체증상에서는 공황장애에서 0.15 ± 0.12 로 가장 높은 비율을 나타냈고, 우울장애에서 0.14 ± 0.08 로 두 번째로 높은 비율을 보였고, 사회불안장애에서 0.07 ± 0.10 로 가장 낮은 비율을 나타냈다. 이는 통계적으로 유의하였고, 나이, 성별, 결혼력 및 총 BDI 점수를 ANCOVA로 보정한 후에도 통계적으로 유의하였다(adjusted $p < 0.001$).

고 찰

본 연구결과에서 사회불안장애, 공황장애, 우울장애 환자

간의 성별은 유의한 차이를 보였다. 사회불안장애 환자의 남녀의 비는 2.2 : 1로 남성의 비율이 높았고, 이는 과거 본원에서 시행된 연구결과들과 비슷한 결과이다(1.9 : 1).³⁶⁾³⁷⁾ 사회불안장애 환자 중 여성 환자의 비율이 더 많다는 연구결과도 있었으나 이는 역학조사의 결과이며, 임상현장에서 치료를 받는 환자는 실제로 남성이 더 많다는 이전 연구와 일치한다.³⁸⁾³⁹⁾ 전통적인 성 역할에 대한 고정관념이나 사회참여도와 같은 사회문화적 상황으로 인해 남성들이 사회적 상황에 대해 더욱 많은 불편감을 느끼고 병원에 방문하는 경우가 더 많은 것으로 보이며, 터키나 인도와 같은 동양 문화권에서의 유사한 결과는 이러한 결과를 뒷받침해준다.⁴⁰⁾⁴¹⁾ 공황장애의 성별비율은 1 : 1에 가까운 이전 연구결과와 비슷하였으며 이는 본 연구 대상집단이 편향되지 않았음을 의미한다.⁴²⁾

사회불안장애에서 동반된 우울증상은 공황장애나 우울장애보다 자신에 대한 부정적 태도 범주가 두드러졌다. Ledley 등¹⁴⁾은 사회불안장애 환자들이 치료 개시시점에서 보이는 사회불안증상의 심각도는 치료에 대한 반응이나 치료 중도 포기(dropout)율과 관계가 없고 오히려 동반된 우울증상이 이와 관련이 있다고 보고하였다. 그 이유는 경미한 우울증상이라 하더라도 우울증상이 동반된 사회불안장애 환자들은 사회적 상황에 노출하는 것에 대해 두려움을 더욱 심하게 갖게 되고, 이 때문에 치료 회기에 참석하거나 연구와 관련된 활동들(평가, 연구를 진행하는 정신건강의학과 의사를 방문)에 참여하는 것이 어려워져 결국은 환자들이 치료나 연구참여를 중도포기하게 되기 때문이라고 하였다. 본 연구에서는 사회불안장애 환자들을 공황장애 및 우울장애 환자들과 비교하였을 때, 특징적인 우울증상이 자신에 대한 부정적인 태도라는 인지과정임을 확인하였다. 이러한 인지과정은 우울증이 동반된 사회불안장애 환자에서 치료 저해 요소로 지목된 사회적 상황의 회피에 선행하는 것으로 생각해볼 수 있다. 즉, 사회불안장애 환자들은 자신에 대한 부정적인 태도로 인하여 인지행동치료에서 집단 상황으로 치료를 한다든가, 치료자를 만나는 것, 노출치료에 대한 부담감으로 치료상황을

회피하기 때문에 치료 개시 자체에 어려움을 느낄 수 있으며, 치료를 시작하더라도 치료를 임의 중단하는 경우가 많아질 것이다.

사회불안장애 환자의 치료에 있어 동반된 우울증이 치료 반응을 지연시킨다는 점을 고려하면, 우울증에 대한 치료를 사회불안장애 치료에 선행되도록 하거나 부가하는 것이 추후 치료반응과 치료 순응도를 높이는 데 있어 중요하다. 즉, 본 연구에서 확인한 사회불안장애에서의 특징적인 우울증상인 자신에 대한 부정적인 태도 측면을 치료해야 할 목표증상으로 설정하고, 이에 대한 치료를 기존의 사회불안장애 치료에 추가할 필요성이 있다. 자신에 대한 부정적인 태도는 부정적인 인지과정이며 이를 인지치료에 반영하여 치료할 수 있을 것이며, 사회불안장애를 위한 인지행동치료 이전에 항우울제 치료를 하는 것은 환자들이 인지행동치료를 시작하는 것을 좀 더 수월하게 하고, 더 나아가 치료의 순응도를 높이는 데에 기여할 수 있을 것이라 생각된다.

공황장애 환자를 사회불안장애 및 우울장애 환자와 비교하였을 때, 우울증상 중 신체증상 범주가 두드러졌다. Ehlers 등⁴³⁾에 의하면 공황장애 환자들은 신체증상에 몰두하여 내부 감각 수용 신호를 더욱 예민하게 지각하고, 이를 위협과 조건화하는 인지과정을 갖는 특징을 가지고 있다고 하였다. 이것은 본 연구에서 확인한 공황장애 환자에게 동반된 특징적인 우울증상 중 신체증상 범주에 해당하는 것으로 생각해 볼 수 있다. 공황장애 환자들은 내부 감각수용 신호를 더욱 예민하게 지각하여 공황발작을 유도하며, 이를 위협으로 조건화하여 인지하면서 두려움을 파국적으로 증폭시키게 되어 결국 공황장애의 심각도를 상승시키고, 공황장애가 지속되도록 한다.⁴³⁾ 이것은 공황장애 환자들이 외부 활동을 회피하게끔 만들고 이는 다시 우울감을 더욱 심화시켜 결론적으로는 공황발작과 우울감이 상호 위험인자로 작용하게 될 것이라 생각해 볼 수 있다.

공황장애 환자를 사회불안장애와 우울장애 환자와 비교하였을 때, 보인 특징적인 우울증상 중 하나는 수행장애 범주이다. Simon 등⁴⁴⁾은 동반질환이 없는 33명의 사회불안장애 환자와 33명의 공황장애 환자를 대상으로 수행장애에 대한 연구를 하였다. Medical Outcomes Study Short-Form-36(SF-36)으로 두 질환을 직접 비교하여 공황장애 환자들이 사회불안장애 환자들보다 신체적 증상으로 인해 겪는 어려움이 유의미하게 많아 전체적으로 사회불안장애 환자보다 공황장애 환자가 겪는 어려움이 더 크다고 보고하였고, 이는 본 연구와 일치한다. 반면에 이전 Lee 등⁴⁵⁾의 연구에서 사회불안장애와 공황장애는 기능이 더 많이 저하되는 영역에 차이가 있을 뿐, Sheehan Disability Scale(SDS)의 4항목인 업무

사회생활과 Global Assessment Function(GAF) score에서의 두 질환의 차이가 없어서 전반적으로 경험하는 수행장애 정도는 두 질환에서 유사하다는 결과를 보여주고 있어 본 연구와는 다른 결론이다. 이는 본 연구 및 Simon 등의 연구가 우울장애나 물질사용장애와 같은 동반질환이 없는 다소 경한 증상을 갖는 환자들로 구성되었다는 점을 들어 설명할 수 있을 것이다.

공존질환이 없는 사회불안장애와 공황장애의 수행저하 상태를 비교했을 때 공황장애에서 그 수행장애가 더 두드러졌다. 오스트리아에서 행해진 Green 등⁴⁶⁾의 연구에서 불안, 정동장애 환자에서 우울장애, 공황장애, 범불안장애, 사회불안장애 순으로 치료 추구시간이 점차 길어지며 우울장애와 공황장애 환자의 90%에서 이러한 증상을 치료가 필요한 증상으로 여기는 데에 반해 사회불안장애 환자의 경우에는 사회불안 증상을 치료받아야 할 증상으로 생각하는 비율이 50%로 상대적으로 낮았다. 이전 연구에서 보여주듯 사회불안장애 환자는 다른 불안장애에 비해 이른 연령에 발병하나, 치료 추구시간은 길다. 이는 사회불안장애 환자들이 적극적인 치료를 받기 이전까지 불안을 일으키는 상황은 선택적으로 회피하면서 고립된 상태로 수행하는 기능은 어느 정도 가능했을 것이라고 생각해 볼 수 있다. 반면에 공황장애 환자들이 치료를 받아야 할 필요성을 절실히 느낄 정도로 공황증상은 갑자기, 극심하게 발생하며, 그 결과를 예측하여 회피할 수 없으므로 사회불안장애와 비교하였을 때 더욱 심한 수행장애를 야기한다.

Hollifield 등⁴⁷⁾은 공황장애 환자들 중에서 주요우울장애나 신경증(neuroticism)을 가지는 환자는 수행장애 수준이 더욱 크다고 하였다. 그러나 본 연구에서는 Axis I에 해당하는 다른 불안장애 및 우울장애를 공존질환으로 가지지 않는 공황장애 환자만을 대상으로 하였기 때문에 주요우울장애가 동반되지 않은 공황장애 환자군만으로 연구하였으며, 이 환자들을 우울장애 환자와 비교하였을 때에도 공황장애 환자의 기능수준이 더욱 낮다는 결과를 얻었다. 이는 앞서 Hollifield 등이 언급한 신경증의 동반여부로 인한 수행장애를 생각해 볼 수 있다. 공황장애 환자의 25~75%가 성격질환을 가지고 있으며, 성격문제에서 비롯된 잘못된 대처방식이나 약제 불응 때문에 기능의 저하가 야기될 수 있다는 점을 생각해 볼 수 있다. 이러한 환자들은 더욱 심각한 회피(phobic avoidance)를 한다고 알려져 있다. 또한 이들은 약제치료에 잘 반응하지 않으며, 더욱 자주 공황발작을 경험하는 경향이 있어 수행장애를 더 많이 유발할 수 있다.^{22,48-50)} 또한 본 연구의 피험자들은 처음 치료에 임한 공황장애 환자들로서 반복적인 공황발작에 대한 인지행동치료 및 약물치료의 경험

이 없기 때문에 공황발작을 파국적인 결론에 강하게 조건화시킨 상태일 것이다. 이로 인해 치료 이전 상태의 공황장애 환자들은 전반적으로 큰 기능장애를 유발할 수 있을 만큼 불안감이 상승되어 있을 것이라 생각된다.

본 연구의 제한점은 다음과 같다.

첫째, 공존질환을 가지지 않는 사회불안장애와 공황장애 환자군을 대상으로 연구했기 때문에 주요우울증 정도에 해당하는 우울증상을 가진 환자들에 대한 결과는 확인되지 않았다. 즉, 경미한 정도로 아임상적인 우울증상이 질환의 경과나 치료에 어떠한 영향을 끼치는지에 대한 확인은 가능하였으나 심각한 정도의 우울증상을 가진 환자들의 경과나 치료에 대해서는 추후의 연구가 더욱 필요하다. 하지만 이는 연구의 장점이 될 수도 있다. 불안장애와 동반된 주요우울장애를 가진 환자를 포함할 경우 관찰된 우울증상의 특성이 불안장애에서 기인한 것인지 주요우울장애에서 비롯된 것인지 판단하기가 곤란해지게 되므로 MINI를 통해 공존질환이 진단된 환자를 배제함으로써 이러한 혼란 변인을 통제하려고 시도한 것이다. 둘째, 한 대학병원의 외래 환자를 대상으로 하여 일반화에 어려움이 있다. 현재 연구의 결과를 좀 더 일반적으로 적용하기 위해서 모집단을 1, 2차 의료기관으로 확장한 연구가 필요할 것이다. 셋째, 우울증상을 측정하기 위한 척도로서 자가보고형 척도인 BDI만을 사용한 것이다. 비록 BDI의 세부항목분석을 통해 우울증상의 특성에 대한 보다 세분화된 비교를 시행하였으나 BDI 외의 임상가평정척도인 해밀턴우울척도를 비롯하여 다른 척도들도 시행하였다면 더 많은 정보를 얻어낼 수 있었을 것이다. 마지막으로, 적은 표본 크기로 인한 넓은 신뢰구간이다. 불안장애와 우울장애가 높은 공존율을 보이는 관계로 공존질환을 전혀 가지지 않는 환자들만을 연구 대상으로 한 본 연구는 연구기간에 비하여 상대적으로 적은 대상자만을 분석대상으로 포함할 수 있었다. 그러나 연구대상군의 측정값이 질환군별로 정규분포를 하고 있었으며, 각 혼란 변인을 통제한 후에도 결과가 유의하였음을 고려할 때, 적은 표본 크기로 인해 결과가 왜곡되었을 가능성은 적다.

이 연구는 공존질환을 동반하지 않은 사회불안장애, 공황장애, 우울장애를 비교하여 특징적인 임상적 우울증상을 분석하였다. 자신에 대한 부정적 태도 범주는 세 질환을 비교하였을 때 사회불안장애 환자들에게서 두드러졌으며, 신체증상 범주와 수행장애 범주는 공황장애에서 특징적이었다. 공황장애와 사회불안장애와 같은 불안장애 환자들에게 우울증상의 동반이 흔하다는 사실을 염두에 둔다면 이러한 임상적 특성을 이해하는 것은 불안장애를 포괄적으로 치료하는 데 도움이 될 수 있을 것이다.

중심 단어: 사회불안장애 · 공황장애 · 우울증상.

Conflicts of interest

The authors have no financial conflicts of interest.

REFERENCES

- 1) Kaufman J, Charney D. Comorbidity of mood and anxiety disorders. *Depress Anxiety* 2000;12 Suppl 1:69-76.
- 2) Aderka IM, Hofmann SG, Nickerson A, Hermesh H, Gilboa-Schechtman E, Marom S. Functional impairment in social anxiety disorder. *J Anxiety Disord* 2012;26:393-400.
- 3) Stein MB, Kean YM. Disability and quality of life in social phobia: epidemiologic findings. *Am J Psychiatry* 2000;157:1606-1613.
- 4) Schneier FR, Heckelman LR, Garfinkel R, Campeas R, Fallon BA, Gitow A, et al. Functional impairment in social phobia. *J Clin Psychiatry* 1994;55:322-331.
- 5) Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:8-19.
- 6) Brown TA, Barlow DH. Comorbidity among anxiety disorders: implications for treatment and DSM-IV. *J Consult Clin Psychol* 1992;60:835-844.
- 7) Davidson JR, Hughes DL, George LK, Blazer DG. The epidemiology of social phobia: findings from the Duke Epidemiological Catchment Area Study. *Psychol Med* 1993;23:709-718.
- 8) Gelernter CS, Uhde TW, Cimboric P, Arnkoff DB, Vittone BJ, Tancer ME, et al. Cognitive-behavioral and pharmacological treatments of social phobia. A controlled study. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:938-945.
- 9) Lecrubier Y, Weiller E. Comorbidities in social phobia. *Int Clin Psychopharmacol* 1997;12 Suppl 6:S17-S21.
- 10) Nelson EC, Grant JD, Bucholz KK, Glowinski A, Madden PAF, Reich W, et al. Social phobia in a population-based female adolescent twin sample: co-morbidity and associated suicide-related symptoms. *Psychol Med* 2000;30:797-804.
- 11) Noyes R Jr, Moroz G, Davidson JR, Liebowitz MR, Davidson A, Siegel J, et al. Moclobemide in social phobia: a controlled dose-response trial. *J Clin Psychopharmacol* 1997;17:247-254.
- 12) Schneier FR, Saoud JB, Campeas R, Fallon BA, Hollander E, Coplan J, et al. Buspirone in social phobia. *J Clin Psychopharmacol* 1993;13:251-256.
- 13) Van Ameringen M, Mancini C, Styan G, Donison D. Relationship of social phobia with other psychiatric illness. *J Affect Disord* 1991;21:93-99.
- 14) Ledley DR, Huppert JD, Foa EB, Davidson JR, Keefe FJ, Potts NL. Impact of depressive symptoms on the treatment of generalized social anxiety disorder. *Depress Anxiety* 2005;22:161-167.
- 15) Erwin BA, Heimberg RG, Juster H, Mindlin M. Comorbid anxiety and mood disorders among persons with social anxiety disorder. *Behav Res Ther* 2002;40:19-35.
- 16) Leon AC, Portera L, Weissman MM. The social costs of anxiety disorders. *Br J Psychiatry Suppl* 1995;(27):19-22.
- 17) Mendlowicz MV, Stein MB. Quality of life in individuals with anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 2000;157:669-682.
- 18) Katon WJ. Clinical practice. Panic disorder. *N Engl J Med* 2006;354:2360-2367.
- 19) Clayton PJ. The comorbidity factor: establishing the primary diagnosis in patients with mixed symptoms of anxiety and depression. *J Clin Psychiatry* 1990;51 Suppl:35-39.
- 20) Cassano GB, Perugi G, Musetti L, Akiskal HS. The nature of depression presenting concomitantly with panic disorder. *Compr Psychiatry* 1989;30:473-482.

- 21) **Charney DS, Heninger GR, Price LH, Breier A.** Major depression and panic disorder: diagnostic and neurobiological relationships. *Psychopharmacol Bull* 1986;22:503-511.
- 22) **Reich JH.** DSM-III personality disorders and the outcome of treated panic disorder. *Am J Psychiatry* 1988;145:1149-1152.
- 23) **Scheibe G, Albus M.** Prospective follow-up study lasting 2 years in patients with panic disorder with and without depressive disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1994;244:39-44.
- 24) **Vollrath M, Koch R, Angst J.** The Zurich Study. IX. Panic disorder and sporadic panic: symptoms, diagnosis, prevalence, and overlap with depression. *Eur Arch Psychiatry Neurol Sci* 1990;239:221-230.
- 25) **Buller R, Maier W, Benkert O.** Clinical subtypes in panic disorder: their descriptive and prospective validity. *J Affect Disord* 1986;11:105-114.
- 26) **Vollrath M, Angst J.** Outcome of panic and depression in a seven-year follow-up: results of the Zurich study. *Acta Psychiatr Scand* 1989;80:591-596.
- 27) **Hamilton M.** The clinical distinction between anxiety and depression. *Br J Clin Pharmacol* 1983;15 Suppl 2:165S-169S.
- 28) **Lamers F, van Oppen P, Comijs HC, Smit JH, Spinhoven P, van Balkom AJ, et al.** Comorbidity patterns of anxiety and depressive disorders in a large cohort study: the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *J Clin Psychiatry* 2011;72:341-348.
- 29) **Bittner A, Goodwin RD, Wittchen HU, Beesdo K, Höfler M, Lieb R.** What characteristics of primary anxiety disorders predict subsequent major depressive disorder? *J Clin Psychiatry* 2004;65:618-626; quiz 730.
- 30) **Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al.** The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998;59 Suppl 20:22-33; quiz 34-57.
- 31) **Yoo SW.** Recent trends of anxiety disorders and the introduction of MINI. Jeju: GSK Satellite Symposium;2001.
- 32) **Yoo SW, Kim YS, Noh JS, Oh KS, Kim CH, Namkoong K, et al.** Validity of Korean Version of the Mini-International Neuropsychiatric Interview. *Anxiety and Mood* 2006;2:50-55.
- 33) **Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J.** An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4:561-571.
- 34) **Han HM, Yeom TH, Shin YW, Kim KH, Yoon DJ, Jung KJ.** A Standardization Study of Beck Depression Inventory in Korea. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 1986;25:487-500.
- 35) **Shafer AB.** Meta-analysis of the factor structures of four depression questionnaires: Beck, CES-D, Hamilton, and Zung. *J Clin Psychol* 2006;62:123-146.
- 36) **Lee SH, Chung KS.** A clinical study of social phobia(1). *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 1984;23:111-116.
- 37) **Choi HM, Kim NH, Lim SW, Oh KS.** Gender differences in the symptomatic characteristics of Social Phobia patients in one university hospital. *Anxiety and Mood* 2008;4:62-67.
- 38) **Wittchen HU, Stein MB, Kessler RC.** Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: prevalence, risk factors and co-morbidity. *Psychol Med* 1999;29:309-323.
- 39) **Weinstock LS.** Gender differences in the presentation and management of social anxiety disorder. *J Clin Psychiatry* 1999;60 Suppl 9: 9-13.
- 40) **Gökalp PG, Tükel R, Solmaz D, Demir T, Kiziltan E, Demir D, et al.** Clinical features and co-morbidity of social phobias in Turkey. *Eur Psychiatry* 2001;16:115-121.
- 41) **Raguram R, Bhide AV.** Patterns of phobic neurosis: a retrospective study. *Br J Psychiatry* 1985;147:557-560.
- 42) **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.
- 43) **Ehlers A, Margraf J, Roth WT.** Selective information processing, interoception, and panic attacks. *Panic and Phobias* 1988;2:129-148.
- 44) **Simon NM, Otto MW, Korbly NB, Peters PM, Nicolaou DC, Pollack MH.** Quality of life in social anxiety disorder compared with panic disorder and the general population. *Psychiatr Serv* 2002;53: 714-718.
- 45) **Lee KM, Oh YH, Oh KS.** Comparison of disabilities in patients with social phobia and panic disorder. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 2005;44:232-237.
- 46) **Green AC, Hunt C, Stain HJ.** The delay between symptom onset and seeking professional treatment for anxiety and depressive disorders in a rural Australian sample. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2012;47:1475-1487.
- 47) **Hollifield M, Katon W, Skipper B, Chapman T, Ballenger JC, Mannuzza S, et al.** Panic disorder and quality of life: variables predictive of functional impairment. *Am J Psychiatry* 1997;154:766-772.
- 48) **Noyes R Jr, Reich JH, Suelzer M, Christiansen J.** Personality traits associated with panic disorder: change associated with treatment. *Compr Psychiatry* 1991;32:283-294.
- 49) **Mavissakalian M, Hamann MS.** DSM-III personality disorder in agoraphobia. II. Changes with treatment. *Compr Psychiatry* 1987;28: 356-361.
- 50) **Green MA, Curtis GC.** Personality disorders in panic patients: response to termination of antipanic medication. *J personality Disorders* 1988;2:303-314.