

■ Core Review

불안증

박태진

인제의대 가정의학과

I. 불안과 불안장애에 대한 개관¹⁻⁵⁾

1. 정상적인 불안과 병적 불안

불안 현상은 특수한 환경에 적응하기 위해 나타나는 생체의 가장 기본적인 반응 양상이다. 정상인에서도 불안 현상은 나타나며, 또한 살아가는데 필요한 하나의 반응 기제이다. 위협이나 고통이 예상되는 상황에서, 혹은 특별한 노력이 예상되는 상황에서 미리 긴장이 되고 불쾌해지는데 이런 현상은 닥쳐올 일에 대한 대책을 세우는데 도움이 된다.

하지만 불안이 고통이나 기능상 장애를 주거나, 부적절할 때 병적 불안이 있다고 말한다. 따라서 불안해하는 환자를 대하면 먼저 상황에 따른 적절한 반응으로 나타난 불안인지 아니면 병적인 불안인지를 감별해야 한다. 만일 병적 불안이라면 불안을 생기게 하는 기질적인 질환이나 다른 정신질환에 의한 것이 아닌지를 감별하여야 한다. 그후 단순히 불안장애라고 진단을 내리기 보다 특정 불안장애의 세부 진단을 내려야 하는데, 불안장애에 속한 여러 질환의 예후와 치료 방침에 차이가 많기 때문이다. 또한 불안을 동반한 적응장애도 감별하여야 한다.

2. 범불안장애 (Generalized anxiety disorder)

1) 개요

범불안장애는 지속적이고도 과도한 걱정, 근육의 긴장, 자율신경계 기능항진, 과도한 경계를 특징으로 하는 만성질환이다. 원인은 아직 정확히 알려져 있지

않는데, 생물학적 원인으로서 GABA, 5-HT 등과의 관련성이 주장되고 있고, 정신사회적 원인으로서 불안한 어머니, 어린 시절의 충격적인 사건 등이 관련되어 있다고 한다. 20대에 호발하며, 여자가 남자보다 2배 정도 유병률이 높다. 증상의 지속기간을 한 달로 정의한 DSM-III의 진단기준에 의한 1년 유병률은 6.4%, 시점 유병률은 2.5%로 보고되었는 바⁶⁾, 증상의 지속기간을 6개월 이상으로 규정한 DSM-III-R 이후의 기준에 의한 유병률은 위의 수치보다 적어도 1/5 이하일 것으로 추정된다.⁷⁾

2) 임상상

범불안장애의 증상은 세 가지로 범주화시킬 수 있는데, 근육의 긴장, 쉽게 짜증냄, 피로, 안절부절, 불면증과 같은 과도한 생리적 각성, 집중곤란, 문제에 대한 비현실적 평가, 걱정과 같은 왜곡된 인지 과정, 회피, 일을 지연시킴, 서투른 문제 해결 기술과 같은 대응 전략의 결핍이 그것이다. 불안은 대상이 한정된 것이 아니라 자신을 둘러싼 매사를 불안해하는 부유 불안과 당장의 걱정거리가 없을 때에도 불안해지면 어떻게 하나 하는 예기불안으로 특징지어진다. 발한과다, 심계항진, 호흡곤란과 같은 자율신경 항진 증상이나 두통이나 흉통과 같은 신체증상도 흔하며, 큰 질병에 걸린 것은 아닌가 하여 병원을 찾기도 한다.

3) 진단과 감별진단

DSM-IV의 진단기준은 이전의 기준에 비해 신체적 증상이나 자율신경 항진증상보다는 걱정과 같은 정신적 요소를 강조하고 있고, 증상의 지속기간도 6개월

로 규정하고 있다. 갑상선 기능 항진증, 심장질환, 갈색세포종 등의 육체적 질환, 카페인을 비롯한 정신자극제의 사용, 알코올 및 진정-항불안제의 금단증상 등을 먼저 감별 진단해야 한다. 또한 우울증, 정신병, 신체화 장애 등의 정신질환과 불안장애에 속하는 다른 질환도 감별해야 하며, 불안을 동반한 적응장애도 감별해야 한다.

3. 공황장애 (Panic disorder)와 광장공포증 (agoraphobia)

1) 개요

공황장애는 예기치 못하게 나타나는 공황발작을 특징으로 하는 불안장애이다. 공황발작은 10분 이내에 최고조에 도달하고, 교감신경계 증상을 위주로 한 극심한 증상이 나타난다. 또 다른 공황발작에 대한 두려움에 기인한 광장공포증이 종종 동반한다. 광장공포증은 공공장소에 혼자 있기 두려워하는 것으로, 공황발작이 일어났을 때 빨리 탈출하기 어렵거나 친지의 도움을 받을 수 없는 상황을 두려워하고 회피하는 것이다. 따라서 광장공포증이 있는 사람의 약 2/3가 공황장애를 가지고 있다.

공황발작의 원인으로는 가족적·유전적 요인이 중요한 역할을 하는데, 일차 가족에서 공황장애가 있는 사람에서 몇 배 더 잘 발생하며, 일란성 쌍생아의 일치율이 이란성 쌍생아에서보다 더 높은 것이 그 증거이다. 신경전달물질 중에서는 norepinephrine계와 serotonin계와의 관련성에 관한 증거가 많다. 하지만 한 번의 공황발작 이후에 공황장애나 광장공포증으로 진행되는 과정에서는 심리적 요인이 주로 관계한다고 주장된다.

공황발작, 공황장애, 광장공포증의 평생유병률은 각각 5-10%, 1.5-5%, 0.6-6%정도이다. 공황장애는 여자가 2배 정도 많으며, 청소년기 후기 또는 청년기 초기에 빈발하여 평균 발병연령은 25세이다.

2) 임상상

대부분 첫 공황 발작은 예기치 못한 상태에서 곧 죽을지 모른다는 두려움, 놀라움과 신체 증상이 급작스럽게 일어나고, 그 때문에 당황하게 된다. 호흡곤란, 심계항진, 흉부 동통, 흉부 압박감, 질식감 등의

심·호흡기계 증상과 현기증, 불안정한 느낌 등의 신경학적 증상 등이 흔하다. 이런 공황 발작은 급작히 일어나 대개 수초에서 수분만에 최고조에 도달하고, 5-30분간 지속한다. 공황 발작 후 몇 시간이나 몇 일 동안 심한 불안상태로 남기도 한다.

신경과민 (nervousness)은 공황 발작이 없는 시기의 주증상으로, 감당하기 어려운 공황 발작에 대한 예기 불안이 있고 신경이 날카로워진다. 발작이 있어났던 장소, 상황과 유사한 곳을 피하려 한다. 또 발작이 일어났을 때 탈출하기가 곤란하거나 도움을 받을 수 없는 상황이나 장소를 회피하려 하며, 어쩔 수 없이 이런 곳에 가게 된다면 극도의 불안감을 지닌 채 견디거나 가족이나 친구를 동반하려 하는 광장공포증이 나타난다. 흔히 광장공포를 유발하는 상황은 사람들이 붐비는 곳이나 줄을 서서 기다리는 상황, 차, 비행기, 기차, 엘리베이터 등을 타는 경우, 다리 위나 터널 속을 지나는 경우, 혼자 있게 되는 경우 등이다.

공황장애 환자는 초기에 제대로 치료되지 않으면 우울증이 흔히 동반되며, 강박장애의 증상을 보이거나 알콜 및 다른 약물의 남용자가 된다.

3) 진단 및 감별진단

DSM-IV에서는 진단가능한 장애로서가 아닌 공황 발작을 분리하여 기술하고 있다 (DSM-IV 진단기준 참조).

4. 사회 공포증 (Social phobia)

1) 개요

사회공포증은 다른 사람에 의해 유심히 관찰당하거나 부정적으로 평가받는 것에 대해 과도하고 비합리적이며 지속적인 두려움을 나타내는 장애이다. 원인은 norepinephrine, epinephrine, dopamine과의 관련설, 유전적 요인 등이 제시되고 있다.

서구의 보고에 따르면 평생유병률이 3-13%에 이르며, 1년 유병률은 2-8% 정도이다. 우리나라의 유병률도 체면과 남들의 이목을 중시하는 사회문화적인 배경을 감안한다면 이보다 적지는 않을 것이다. 호발 연령은 사춘기 무렵인 10대 중반이다. 여자의 유병률이 더 높지만, 치료를 받으러 병원을 찾는 경우는 남자가 더 많다고 한다.

2) 임상상

다른 사람들이 자기를 살피고 쳐다볼 수 있는 상황, 다른 사람에게 모욕을 받을 상황이나 당황하게 되는 상황을 두려워한다. 본인도 자신의 공포가 과도하고 불합리한 것을 알지만 이런 상황에 접해야 할 필요가 있을 때는 미리 예기불안을 심하게 느끼므로 사람과 접촉을 기피한다. 사람 앞에서 말하기를 두려워하는 대화공포, 다른 사람 앞에서 얼굴이 붉어지는 적면공포, 다른 사람 앞에서 음식 먹기가 어려운 식사공포, 서필공포, 공중변소 공포 등의 형태로 나타난다. DSM-IV에서는 사회적 활동 대부분에 대해서 공포를 느껴서 사회적 상황 전반을 피하는 경우를 일반화된 사회공포증으로 명기하도록 하고 있다.

사회공포증 환자는 다른 정신장애나 약물남용, 알콜 남용 등이 잘 생기는데, 우울증이 생길 확률은 일반인에 비해 4배 정도 높다. 치료를 받지 않을 경우 만성적이며 재발을 잘 하여 학업이나 직업의 수행에 까지 영향을 미쳐 저학력이나 실업상태와 관련이 될 수 있다.

DSM-IV에서는 자신의 특정 증상으로 인해 남에게 불쾌감을 주거나 남을 어색하게 만든다는 가해형(offensive type) 사회공포증을 한국 및 일본의 사회공포증 유형으로 추가하였다.⁸⁾ 가해형 사회공포증 환자들은 주로 “자신의 시선이 이상하다”, “몸에서 냄새가 난다”, “얼굴이나 표정이 이상하다”는 등의 객관적인 근거가 없는 신체적 이상을 호소하며, 이로 인해 남이 불편해하거나 피해를 입는다고 생각해 대인상황을 회피한다.

3) 진단

표 2의 진단기준에 따라 진단을 내릴 수 있다. 일차진료에서 환자를 발견하는 데에는 첫째, 당황하게 되거나 멍청하게 보이는 것이 가장 두려워하는 것 중의 하나인지, 둘째, 당황하게 되는 두려움 때문에 일을 하거나 사람들에게 말을 하는 것을 회피하게 하는지, 셋째, 주목의 초점이 되는 활동을 회피하는지에 대해 질문을 하는 것이 도움이 된다.

5. 특정 공포증(Specific phobia)

1) 개요

특정공포는 광장공포, 사회공포를 제외한 어떤 특정한 대상이나 상황에 대한 공포로서 이전에는 단순공포(simple phobia)라 일컫던 것이다. 평생유병률은 11% 정도이며, 남녀비는 1:2 정도로 여성에 많다.

2) 임상상

두려워하는 대상에 따라 파충류, 쥐, 벌레 등의 동물공포(zoophobia), 고소, 물, 폭풍과 같은 자연환경에 대한 공포, 혈액-주사-신체손상과 관련한 공포, 비행기, 엘리베이터, 밀폐된 장소 등의 상황형 및 기타로 나누어 볼 수 있다. 가장 많은 대상은 동물, 높은 곳, 질병, 외상, 죽음의 순서로 많다.

이들 대상이 그렇게 위험한 것이 아니고, 환자들도 위험하지 않다는 것을 알고 있으나, 실제로 그런 대상이나 상황을 직면하게 되면 대단히 무서워하여 참을 수 없는 불안과 공포에 빠진다. 예기불안이 있고, 결국은 그런 대상을 회피하는 행동이 나타난다. 갑자기 그 대상에 노출되면 공황발작까지 나타날 수 있다.

6. 강박장애(Obsessive compulsive disorder)

(1) 개요

강박장애는 자신의 의지와는 무관하게 어떤 특정한 생각(강박사고, obsession)이나 행동(강박행동, compulsion)을 계속 반복하는 장애이다. 환자 자신은 그것이 불합리하다는 것을 알고 있으나 억제할 수 없고, 억제하려고 노력하면 불안증상이 나타난다.

미국에서의 평생 유병률은 2.5% 정도이며, 청소년기 후기나 성년기 초기에 주로 발병한다. 남녀비는 거의 비슷하며, 치료를 하더라도 모든 증상이 완전히 사라지는 경우는 드물다. 원인으로 신경전달물질인 serotonin이 중요한 역할을 한다.

2) 임상상

발병하더라도 환자들은 스스로의 행동에 당황하고 두려움이 생겨 의사를 잘 찾지 않으며, 가족이나 친지들이 걱정을 하여 데려오거나, 반복적인 손씻기의 결과로 생긴 피부건조증과 같은 이차적인 신체증상으로 의사를 찾는다.

강박사고는 환자의 의식속으로 반복적으로 들어오는 괴로운 생각, 영상 또는 충동으로 환자의 의지나

욕구에 반하여 불안을 일으키는 비적절한 생각이다. 전형적인 강박사고는 오물이나 세균에 의한 오염, 문을 잠그지 않았거나 가스 불을 끄지 않았다는 걱정, 가족이 다치거나 죽는 생각과 같은 것이다.

강박행동은 강박사고에 의해 생긴 불안이나 괴로움에 저항하기 위해 행하는 반복적이거나 정형화된 행동이다. 결과적으로 강박행동과 이를 촉발하는 강박사고 사이에는 직접적인 관련이 있다 환자는 종종 자신의 강박행동이 과도하며 비합리적이라고 알고 있지만 자신도 어쩔 수 없이 해야 한다. 전형적인 강박행동은 손씻기, 문닫기와 같이 반복적으로 확인하는 일, 반복적인 보호해달라는 기도 등이다. 문구, 기도, 영상을 마음속으로 반복하거나 떠올리는 경우와 같이 겉으로 드러나지 않는 강박행동도 있다.

3) 진단 및 감별진단

다른 문헌에 나와 있는 진단기준을 참고하여 진단을 내리면 되는데, 강박사고가 있거나 강박행동이 있으면 진단을 내릴 수 있다. 꼼꼼하고 완벽을 추구하는 성격인 사람은 더 흔히 볼 수 있는데, 이런 성격 자체만으로는 병적이라 할 수 없다. 직업에 따라서는 이런 성격이 필요할 경우도 많기 때문이다. 환자 스스로가 겪는 고통은 이외에도 환자는 능률이 떨어져 일을 제대로 수행해내지 못하며, 주위 사람들이나 가족들도 환자의 과도한 요구에 불편을 겪어야 하는 등 이런 정형화된 행동이 전혀 유익하지 않을 경우에 병적이라 할 수 있다. 강박성 인격장애와의 감별이 필요한데, 증상의 정도 및 현실생활에 미치는 장애정도를 고려하고 주위 사람들에게는 큰 불편이나 고통을 야기하지만 자신은 큰 고통을 겪지 않는 경우 강박성 인격장애로 진단을 내린다.

7. 외상후 스트레스 장애(Post-traumatic stress disorder)와 급성 스트레스 장애

1) 개요

심각한 육체적, 정서적 충격을 겪은 사람들에서 발생하는 질환으로 이 충격은 통상적인 상황에서는 겪을 수 없는 것이다. 전쟁이나 천재지변, 운송수단으로 인한 사고, 산업장의 사고, 폭행, 강간과 같은 사고 이후에 나타나는데, 이 사고 중 환자는 속수 무책인

상태에서 극심한 두려움이나 공포감에 휩싸여 심각한 상해나 생명의 위협을 실제 경험하거나 목격한다.

일반 인구 중의 평생 유병률은 약 1-3% 정도이지만, 강간 피해자나 참전 군인 등 고위험군의 평생 유병률은 14-75%로 보고되고 있다. 발병의 가장 주된 원인은 사고로 인한 충격이지만, 모든 사람들이 일률적으로 이 질환에 걸리지 않는 것은 스트레스 시의 사회적 환경, 피해자의 성격경향과 생물학적 취약성 등이 관여하기 때문이다.

2) 임상상

증상은 사건 후 수일에서 수년이 지난 후 발생하며, 30년이 지난 다음에 발생하기도 한다. 주된 증상은 다음의 세 가지로 나타난다. 첫째, 환자는 충격을 재경험하는데, 충격에 관련한 기억의 단서를 접하는 경우 환자는 회상, 재현, 악몽, 정신적 고통을 겪는 것으로 나타난다. 둘째, 환자는 충격과 관련된 자극을 회피하며, 정서적으로 마비된 상태가 된다. 셋째, 환자는 과민반응 상태가 되어 과도한 경계심을 보이며, 쉽게 짜증을 내고, 수면장애가 나타난다. 급성 발병일 경우에, 증상 기간이 짧을 때, 병전 기능이 좋을 때, 사회적 지지가 좋을 때 예후가 좋다.

3) 진단 및 감별진단

증상이 1개월 이상 지속되는 경우 외상후 스트레스 장애로 진단하는데, 3개월 이상 증상이 지속되는 경우를 만성이라고 하며, 사건후 6개월 이후에 발병하는 경우를 “늦은 발병”이라고 한다.

외상후 스트레스 장애와 유사한 질환으로 급성 스트레스 장애(acute stress disorder)가 있다. 이 장애도 충격적인 사건 이후에 발병하지만, 4주 이내에 증상이 생겨 2일에서 4주간만 증상이 지속되는 경우이다. 증상은 재경험, 회피, 과도한 각성상태의 형태로 나타나지만, 외상후 스트레스 장애와는 달리 환자가 명한 상태에 있다고 하거나 일시적인 기억상실과 같은 해리 증상이 더 많다. 급성 스트레스 장애는 외상후 스트레스 장애로 진행할 수 있지만 치료에는 보잘 반응한다.

8. 적응장애(Adjustment disorder)

1) 개요

적응장애는 환경의 요구에 부응할 때 생기는 어려움으로 인한 정서적 상태이다. 어떤 심리사회적 스트레스를 받았을 때 그것을 극복하지 못하고 3개월 이내에 부적응적이고 지나친 증상을 나타내는 경우를 말한다. 반응의 부적응성은 그 정신적 충격에 비해 볼 때 반응의 정도가 지나치거나, 사회적, 직업적 기능의 장애로 나타난다. 적응장애는 매우 흔한 질환이며, 남녀비는 1:2 정도로 여성에게 더 많다.

적응장애의 원인은 정신적 스트레스로서 스트레스의 원인은 한 가지이거나 여러 가지가 겹쳐 있을 수 있다. 또한 반복적일 수도 있는데 예를 들면 지속적인 경제적 어려움, 만성질환, 빈민가의 거주 등은 반복적, 만성적인 스트레스원(stressor)으로 작용한다. 또한 결혼, 부모가 되는 것, 자녀의 결혼 및 분가 등 가족주기의 한 단계에서 다른 단계로의 이전하는 경우처럼 정상적인 발달과정이 스트레스로 작용할 수도 있다. 스트레스의 경중은 스트레스원의 성질, 수효, 기간, 가역성, 환경적, 개인적 요소에 따라 다르다.

2) 임상상

환자는 심한 스트레스를 받으면 압도당하는 느낌을 받게 되고 의기소침해진다. 우울, 불안 등이 생기고 이 둘이 혼합되어 나타나는 경우도 흔하다. 공격적 행동, 싸움, 과음, 범법행위, 대인관계 회피 등의 행동상의 변화가 나타나기도 한다. 환자는 신체적 고통을 우선적으로 호소할 수도 있는데, 이는 의사를 찾기 위한 방편이기도 하며, 감정적 고통이 어지러움, 피로, 구역질, 빈뇨, 심계항진, 흉통, 호흡곤란 등의 신체적 증상을 일으킬 수 있기 때문이기도 하다. 환자들은 종종 자신의 신체증상과 정신적인 스트레스와의 관련성을 파악하지 못할 수도 있다.

적응장애의 증상은 스트레스가 일회적인 경우라면 보통 몇일 이내에 발병하고 통상 3개월 이내에 회복된다. 스트레스원이나 그로 인한 여파가 만성적으로 지속될 때에는 회복하는데 걸리는 기간은 스트레스에 적응이 될 때까지이므로 더욱 길어질 것이다. 때로는 일생동안 지속되는 경우도 있다.

3) 진단 및 감별진단

표 1에서와 같이 DSM-IV 진단기준에 따라 진단하

고, 분류할 수 있다.

감별해야할 상태로서 단순한 사별반응은 일시적으로 사회적, 직업적 기능장애를 일으키지만 이는 정상적으로 충분히 예측할 수 있는 반응이다. 외상후 스트레스 장애나 급성 스트레스 장애는 그 스트레스가 일상적인 인간 경험의 범위를 벗어나는 것이란 점에서 감별할 수 있다. 의학적 상태에 영향을 미치는 정신적 요인(psychological factors affecting physical condition)과도 감별해야 하는데, 병태생리학적으로 증상을 설명할 수 있고, 스트레스가 없는 상황에서도 증상이 발생할 수 있다는 점에서 적응장애와 구별된다.

II. 불안증의 치료

1. 치료의 일반적 원칙과 비약물요법

1) 치료의 일반적 원칙

범불안장애를 포함한 불안장애 환자들은 다른 사람들과는 동떨어진 느낌을 갖는 경우가 많고, 자신의 병에 대해 혼란스러워 하므로 상세한 설명과 교육을 시켜주는 것이 좋다.⁴⁾ 진단이 가능한 질병이란 사실과 이런 병으로 고통을 받고 있는 사람이 많다는 사실, 효과적인 치료법이 있다는 사실을 알려주어야 한다.

운동신경 긴장, 과도한 각성 및 자율신경 항진 증상을 줄일 수 있는 다양한 자가조절법(self-regulation techniques)도 효과가 있다.⁴⁾ 점진적 근육이완법, 복식호흡법, 자율훈련법, 자기 최면, 명상, 생체피드백을 환자에게 가르쳐 주거나 행동치료사에게 의뢰하여 배우게 한다. 규칙적으로 유산소 운동을 하는 것은 심폐기능, 유연성, 근력을 증가시켜 주고, 결과적으로 스트레스에 대한 생리적인 반응을 줄일 수 있다.⁹⁾

2 범불안장애의 치료

1) Benzodiazepines

모든 benzodiazepine계 약물은 범불안장애에 효과가 있다.¹⁰⁾ 걱정 자체를 줄여주지는 못하지만 과도한 경계심을 줄여주고, 근육의 긴장과 같은 신체적 증상

을 없애주어 불안을 줄여준다. 약효가 빠르고, 과량을 복용해도 비교적 안전한 점이 장점이다. 작용시간이 긴 약물은 만성 불안에 유용하고, 짧은 제제는 특정 상황에 반응하여 불안이 나타나는 경우에 좋다. 또 작용시간이 짧은 약제는 노인이나 간질환이 있는 사람에서 혈중 농도가 높아질 위험이 적으므로 유용하다.

약물의존은 불안장애가 있는 환자들에서는 흔하지 않으며, benzodiazepines 남용은 다른 약물을 남용하는 사람들에게 대개 국한되어 나타난다. Diazepam, lorazepam, alprazolam 등 흡수가 빠른 제제가 남용될 위험이 크다. 부작용인 진정작용, 집중곤란, 기억력 저하에 대한 내성은 몇 주가 지나면 나타나지만 항불안 작용에 대한 내성은 거의 나타나지 않거나 나타난다고 하더라도 훨씬 천천히 나타난다.¹⁰⁾

금단증상은 고용량을 쓰거나 반감기가 짧은 약을 썼을 때 더 흔한데, 불안의 정신적 증상이나 육체적 증상, 인지장애 등으로 나타난다. 따라서 6주 이상 benzodiazepines를 사용한 환자에게 용량을 줄일 때에는 1주에 25% 이하로 줄여가도록 해야 한다.

범불안장애의 치료에서 제일 잘못 알려져 있거나 논란이 되는 것이 benzodiazepine계 약물을 과연 얼마 동안 사용할 것인가 하는 점이다. 이제까지 연구된 근거로만 본다면 대부분의 연구가 4주 이하의 기간 동안 수행되었기 때문에 4주 이상의 효과에 대해선 잘 확립되지 않았다고 볼 수 있다. 하지만 왜 장기간에 걸친 대조군 연구가 없는지를 이해해야만 하는데, 장기간 동안 심리적으로 고통을 받고 있는 환자에게 위약을 투여한다는 것이 윤리적인 딜레마를 초래했기 때문이다.¹¹⁾ 일부의 약제에 대해선 4-6개월간의 대조군 연구도 있고, 장기간 benzodiazepines를 투여하던 환자에서 점진적으로 투약을 중단했을 경우에도 상당히 높은 비율의 환자에서 증상이 재발했기 때문에 장기간 사용하는 것도 어느 정도의 근거는 획득했다고 볼 수 있다. 하지만 미국 식품의약청에서도 권고하듯이 주기적으로 약물치료의 필요성에 대한 재평가와 용량을 줄여나가기려는 노력을 병행해야 할 것이다.

2) Buspirone

Benzodiazepine 계 약물과는 달리 항경련 작용, 근육이완 작용, 수면 작용은 없으며, 걱정을 치료해준

다. Benzodiazepine 계와 비교한 장점으로는 진정작용이 없고, 인지기능이나 정신운동 기능에 장애가 적으며, 남용이나 의존경향도 낮다. 또한 중단시 금단증상이 없고, 알콜과 상호작용이 없는 것도 장점이다. 단점으로는 작용발현이 비교적 느려 2주가 지나야 효과가 나타나기 시작하여 4-6주만에 최대 효과를 본다는 점과, 30일 이전에 benzodiazepine을 사용했던 환자들에게는 효과가 없을 수 있다는 점이다. 또한 benzodiazepine으로 인한 금단증상에도 쓸 수 없고, 간혈요법으로 쓸 수 없다는 점도 단점이다.^{4,10)}

3) 항우울제

삼환계 항우울제 중 일부가 걱정하는 것을 줄여줄 수 있지만 우울증이 없는 범불안장애에서 benzodiazepine 계나 buspirone 만큼 효과적이지는 잘 밝혀지지 않았다. Trazodone은 진정작용이나 남자에서 나타나는 지속발기증과 같은 부작용 때문에 일차약으로 적절하지 않다.¹⁰⁾ Venlafaxine은 주요우울증, 범불안장애, 두 병이 합병한 경우 모두에 대해 미국 식품의약청으로부터 승인을 받았다.¹⁰⁾

4) 기타

베타 차단제는 맥박수와 떨림을 줄여 결과적으로 수행불안 치료에 유용하지만, 범불안장애의 걱정이나 신체적 증상은 줄여주지 못한다. 항히스타민제는 항불안 작용이 강력하지 못하다.¹⁰⁾

3. 공황장애의 치료

1) 약물요법

선택적 serotonin 재흡수 차단제 (SSRI)가 도입되기 이전에 imipramine, clomipramine 등의 삼환계 항우울제가 공황장애의 치료에 많이 사용되었다. 3-4주가 지나야 치료효과가 나타나며, 환자의 약 1/4은 항콜린계 부작용을 비롯한 다양한 부작용을 견뎌내지 못한다는 점이 단점이다.¹²⁾

SSRI 제제는 치료효과가 서서히 나타난다는 점은 삼환계 항우울제와 비슷하지만, 부작용이 더 적어 환자의 탈락율이 낮으며, 이런 부작용도 용량을 서서히 증가시키면 최소화된다는 점에서 최근 공황장애 치료의 일차 약제로 널리 쓰이고 있다. 단독으로 사용했

을 때 불면이나 흥분증상이 생기는 경우가 많은데, 저용량으로 시작하여 천천히 증량시키거나 benzodiazepine계 약물을 병용하면 이런 부작용을 경감시킬 수 있다.

Benzodiazepine계 약물은 투여후 몇 시간만에 약효가 나타난다는 점에서 급성 발작시에 효과가 좋다. 부작용도 진정작용을 제외하면 많지 않아 환자들의 탈락율이 항우울제에 비해 낮다. 하지만 급격히 끊었을 때 금단증상이 나타나는 것에서 알 수 있듯이 신체적 의존이 문제가 될 수 있다. 따라서 치료 초기에 증상을 조절할 목적으로 널리 쓰이며, 즉 다른 약제나 치료방법이 효과를 나타내면 서서히 용량을 줄여 나가는 것이 좋다.^{12,13)} 공황장애 시의 용량은 불안을 조절할 목적으로 사용할 때보다 고용량을 사용해야 하는데, alprazolam의 경우 공황발작은 대개 하루 2-3 mg을 사용하면 효과가 있고, 회피반응은 하루에 6 mg 이상을 사용해야 효과가 나타나기도 하므로, 통상 용량으로 2-10 mg을 추천하고 있다.

단가아민 산화효소 억제제(MAOI)도 효과적이지만 부작용 때문에 2차 약제로 사용되고 있다.

최근 실시된 메타 분석에 따르면 약물요법 중에선 SSRI 제제가 삼환계 항우울제나 alprazolam 보다 유의하게 효과가 좋은 것으로 나타났으며, 세 종류의 약제 모두 위약보다 효과가 좋았다.¹⁴⁾ 따라서 최근에는 SSRI 제제를 일차 선택약으로 추천하고 있다. Benzodiazepine계 약제는 즉각적인 증상 해소가 필요할 때 사용할 수 있다.

2) 인지행동요법

많은 임상적 시도에서 공황장애에 대한 인지행동치료의 효과가 밝혀졌다. 공황장애에 대한 인지행동치료의 핵심적인 구성요소는 공황발작을 시작하고 지속시키는 사고 과정에 대한 인지 재구성, 이완법과 복식호흡법을 포함한 불안 증상을 줄이는 기술 훈련, 공포를 느끼고 회피하려는 상황에 대한 노출 등이다. 약물치료를 중단하면 증상의 재발이 잦아데 반해 인지행동요법의 최대의 장점은 치료 종료 후에도 치료 효과가 유지된다는 점이다.¹²⁾

약물치료와 인지행동치료를 비교한 메타 분석에서는 인지행동치료가 더 우수한 것으로 나타났다.¹⁵⁾ 따라서 경증 또는 중등증의 공황장애에 대해선 인지행

동요법을 일차적으로 고려해야 하며, 이 때에도 Benzodiazepine계 약제를 초기에 병용할 수 있다. 증상이 심하여 인지행동치료에 참여하지 못할 경우에는 SSRI 제제를 사용한 약물치료와 인지행동치료를 같이 받도록 할 수 있다.

4. 사회공포증과 특정공포증의 치료

1) 약물요법

무대공포증과 같이 사회공포증이 특수한 상황에서만 나타나는 경우에는 필요할 때마다 투약을 할 수 있으며, 일반화된 사회공포증의 경우에는 적어도 3개월 이상의 지속적인 투약을 고려해야 한다. 증상의 심한 정도, 환자의 선호 등을 고려하여 치료방침을 결정해야 한다.

지속적 약물요법의 경우 단가 아민 산화효소 억제제가 효과적이지만, 부작용 때문에 잘 사용되지 않는다. 최근에 개발된 가역적 MAO-A 억제제(reversible inhibitor of MAO-A; RIMA)인 moclobemide는 부작용이 적고 초기 연구에서 효과가 좋았으나, 후속 연구에서는 상반된 결과를 보였다. 다수의 선택적 serotonin 재흡수 억제제가 효과가 있는 것으로 나타나 최근에는 일차 선택약으로 추천되고 있다.¹⁶⁾

Benzodiazepine계 약물은 초기 치료에 효과적이지만 장기간 투약이후 중단하면 재발이 잦아, 최근에는 다른 약제로 지속적 약물요법을 할 경우나 인지행동치료를 시행하는 경우 초기에 빨리 증상을 경감시킬 목적으로 사용되고 있다. 특수한 상황에 처할 때에만 필요시마다 투약할 경우에는 베타 차단제가 흔히 처방되며, 저용량(propranolol의 경우 10-40 mg)으로도 충분히 효과를 볼 수 있다. 하지만 베타차단제는 지속적으로 투약했을 때의 효과는 별로 없다.¹⁶⁾

2) 인지행동치료

여러 연구들을 종합하면 증상 관리 기술, 사회적 기술 훈련, 인지 재구성, 노출 등의 요소를 포함한 인지행동치료가 효과가 있는 것으로 나타났다. 인지행동치료는 75%정도의 환자에게 도움이 되며, 치료 중단시 약물요법에 비해 재발율도 낮았으므로 일차적인 치료법으로 고려해야 한다.¹⁶⁾

3) 특정공포증의 치료

일시적인 증상완화 및 공포상황에 노출되기 전에 예방 목적으로 benzodiazepine계 약물이나 베타 차단제를 사용할 수 있다. 체계적 탈감작 요법을 시행하거나 그 원리를 환자에게 설명해주고 실행해보게 할 수 있다.⁴⁾

5. 강박장애의 치료

1) 약물요법

Serotonin 재흡수 억제 작용이 있는 약제가 강박장애 치료에 효과적임이 밝혀졌다.¹⁷⁾ 삼환계 항우울제 중에선 이런 작용이 가장 강한 clomipramine이 미국 식품의약청으로부터 승인을 받았으며, 선택적 serotonin 재흡수 차단제 (SSRI) 의 일부도 승인을 받았다. clomipramine과 SSRI들의 강박장애에 대한 효과를 비교한 대규모 메타분석에서 모든 약제가 위약에 비해서 효과가 있었고, clomipramine이 SSRI들보다 유의하게 효과가 좋았다.¹⁷⁾ Clomipramine이 부작용이 나타날 가능성이 더 많음에도 불구하고 탈락율도 더 낮게 나타났다.

강박장애를 치료할 때 이들 약물의 용량은 우울증을 치료할 때의 통상용량에 비해 더 많아야 한다. Clomipramine은 하루에 150-250 mg 정도를 투여해야 하며, 4-6주에 효과가 나타나기 시작하여, 12주가 되어야 최대 효과에 도달한다. 부작용으로 기면, 변비, 성기능 장애, 심장 전도 지연, 체중증가 등이 생길 수 있다.¹⁷⁾

2) 행동요법

환자가 두려워하는 대상이나 강박사고에 대한 노출에 기반한 행동요법이 강박장애의 치료에 효과가 있다.¹⁷⁾ 환자가 회피하려는 자극에 대해 점진적으로 노출시키면서 불안을 해소시키려는 정형화된 행동을 하지 못하게 하는 것이다. 80-90%의 환자들이 행동요법 후에 호전된다. 약물요법이 시행하기가 쉬운 반면, 행동요법은 치료가 끝난 후 그 결과가 보다 잘 유지가 될 수 있다. 따라서 최근의 진료지침에서는 심한 강박장애의 치료에 행동요법과 SSRI 치료를 같이 시행하도록 권고하고 있다.¹⁸⁾

6. 외상후 스트레스 장애의 치료 및 예방

약물요법으로는 삼환계 항우울제, 선택적 serotonin 재흡수 차단제, 단가아민 산화효소 억제제 등 여러 가지 약제가 치료에 사용되었는데, 최근 일부의 선택적 serotonin 재흡수 차단제가 미국 식품의약청으로부터 승인을 받았다.¹⁹⁾ 약물치료가 증상을 많이 줄여주지만 증상의 해소를 위해서는 정신치료가 필요한 경우가 많으므로 적절한 자문과 의뢰를 해야 한다. 사회 전체적으로 폭행과 사고를 줄이기 위한 방안도 마련되어야 한다. 사고를 당한 사람들을 조기에 발견하여 교육시키고, 호흡법이나 근육이완법을 가르침으로서 외상후 스트레스 장애로의 발전을 줄였다는 연구도 있으므로¹⁹⁾, 이러한 이차예방에도 관심을 가져야 할 것이다.

7. 적응장애의 치료

신체적 증상을 주소로 방문한 경우에는 환자의 호소를 충분히 들어주고, 세심한 진찰과 필요하다면 적절한 검사를 통해 심각한 질병이 없다는 사실을 알려준다. 또한 스트레스원을 최소화시킬 수 있는 방안을 함께 찾아보며, 스트레스 반응을 줄일 수 있는 대처 방법을 교육한다. 가족이나 동료, 기타 사회적 지지를 활용할 수 있도록 도와주어야 한다. 하지만 의사의 관심이나 환자의 증상을 더 강화시키는 이차적 이득으로 작용할 수 있음을 알아야 한다.

증상이 심한 경우에는 단기간 약물요법을 병행할 수 있다. 불안이나 불면증이 심할 경우에는 benzodiazepine계 약물을, 우울증이 심할 경우에는 항우울제를 사용하도록 한다. 불안이나 불면증이 있을 때 약물을 처방하면서 단기 상담을 병행한 경우가 단기 상담만 시행한 경우에 비해 1개월 후 평가한 시점에서 증상의 개선 정도에 유의한 차이가 없었다는 연구도 있으므로 약물요법의 필요성을 판단하는데 신중할 필요가 있다.⁵⁾

참 고 문 헌

1. 이정균, 김용식. 정신의학. 제 4판, 일조각, 서울, 2000;335-58.

2. 이종범. 불안장애. in: 민성길 편. 최신정신의학. 제 4판, 일조각, 서울, 1999;297-329.
3. 김도훈. 적응장애. in: 민성길 편. 최신정신의학. 제 4판, 일조각, 서울, 1999;376-9.
4. Roca RP. Anxiety. in: Principles of ambulatory medicine. 5th ed, William & Wilkins, 1999;148-62.
5. Roca RP. Somatization. in: Principles of ambulatory medicine. 5th ed, William & Wilkins, 1999;137-47.
6. Gliatto MF. Generalized anxiety disorder. Am Fam Physician 2000;62(7):1591-602.
7. Dilsaver SC. Generalized anxiety disorder. Am Fam Physician 1989;39(2):137-44.
8. 이시형. 공포장애. 대한의사협회지 1996;39(8):955-9.
9. Benight CC, Taylor CB. Exercise, Emotions, and Type A Behavior. in: Exercise for Prevention and Treatment of Illness. F.A. Davis Co., Philadelphia, 1994:319-32.
10. Gliatto MF. Generalized anxiety disorder. Am Fam Physician 2000;62(7):1591-602.
11. Shader RI, Greenblatt DJ. Use of benzodiazepines in anxiety disorders. New Engl J Med 1993;328(19):1398-405.
12. Saeed SA, Bruce TJ. Panic disorder: Effective treatment options. Am Fam Physician 1998;57(10):2405-12.
13. Am Fam Pract. NIH releases consensus statement on panic disorder. Am Fam Physician 1992;45(1):261-4.
14. Boyer W. Serotonin uptake inhibitors are superior to imipramine and alprazolam in alleviating panic attacks: a meta-analysis. Int Clin Psychopharmacol 1995;10:45-9.
15. Gould RA, Otto MW, Pollack MH. A meta-analysis of treatment outcomes for panic disorder. Clin Psych Rev 1995;15(8):819-44.
16. Bruce TJ, Saeed SA. Social anxiety disorder: A common, underrecognized mental disorder. Am Fam Physician 1999;60(8):2311-20.
17. Eddy MF, Walbroehl GS. Recognition and treatment of obsessive-compulsive disorder. Am Fam Physician 1998;57(7):1623-8.
18. The Expert Consensus Panel for obsessive-compulsive disorder. Treatment of obsessive-compulsive disorder. J Clin Psychiatry 1997;58(Suppl 4):2-72.
19. Lange JT, Lange CL, Cabaltica RBG. Primary care treatment of post-traumatic stress disorder. Am Fam Physician 2000;62(5):1035-46.