

공황장애 환자의 개인 인지-행동치료 1례

계명대학교 의과대학 정신과학교실 및 의과학연구소

김정범

A Case of Individual Cognitive-Behavioral Therapy for a Patient with Panic Disorder without Agoraphobia

Jung Bum Kim, M.D.

Department of Psychiatry,

*Keimyung University School of Medicine and Institute for Medical Science
Taegu, Korea*

= Abstract =

Results from studies to date suggest that cognitive-behavioral interventions are useful for aiding benzodiazepine(BZD) discontinuation while maintaining good clinical outcome in contrast to pharmacotherapy in panic disorder. The author reports the successful treatment results after 13 weekly sessions of individual cognitive-behavioral therapy (CBT) for a 30-year-old female patient with panic disorder without agoraphobia. Post-treatment and 4-month follow-up assessments revealed panic remission and significant improvement in panic-related measurements. She was given a modified CBT including mainly cognitive techniques without behavioral experiments and the use at home of a audiotape of panic control treatment(PCT) designed by Dr. Barlow and Dr. Craske. PCT is composed of informational component, somatic management skills, cognitive restructuring, interoceptive exposure, and in vivo exposure.

Key Words : Panic disorder, Cognitive-behavioral therapy

서 론

공황발작과 공황장애의 발생에 생물학적 요인과 정신사회적 요인이 중요하게 기여한다. 생물학적 요인은 생유전적 (biogenetic) 소인과 생리적 스트레스 (카페인, 음주, 수면박탈 등), 정신사회적 요인은 인격적 혹은 인지적 소인, 심리적 스트레스 (생활 스트레스, 대인관계 갈등 등)를 포함한다 (R

oy-Byrne & Cowley 1997). 최근 공황발작을 포함한 불안장애에 관한 생물학적 이해가 증대하면 서 공황장애의 약물치료가 발전하고 있다. 약물치료의 발전 못지 않게 그동안 공황장애의 인지-행동 치료에 대한 연구가 많이 되어 왔고 그 효과도 입증되었다 (Klosko *et al*, 1990; Michelson *et al*, 1990; Shear *et al*, 1991). 또 인지-행동 치료는 1991년에 미국 국립보건원 (National Institute of Health)에서 주관한 공황장애에 관한 Con

sensus Development Conference에서 약물 치료와 함께 표준 치료로 인정을 받았다 (Wolfe & Maser, 1994a).

공황장애의 인지 - 행동 치료는 Barlow (Barlow, 1988), Beck (Beck, 1988)과 Clark (Clark, 1988)이 기술한 모형에 근거를 하고, 치료 목표는 공황장애의 발생과 유지에 중요한 역할을 하는 파국적 인지와 불안 감각에 대한 두려움 (Clark, 1986)을 교정하고 제거하는 것이다. 최근의 인지 - 행동 치료는 정보적 개입 (informational interventions), 신체적 관리 기술 (somatic management skills), 인지적 재구조화 (cognitive restructuring), 내적감응 노출 (interoceptive exposure), 실제 노출 (in vivo exposure) 등의 다섯 가지 요소들을 포함한다 (Barlow *et al.*, 1989; Beck *et al.*, 1992; Clark *et al.*, 1994).

공황장애의 약물치료 효과는 단기적으로 인지 - 행동 치료 효과와 비슷하나 (Otto *et al.*, 1994), 약물 사용의 문제점은 바람직하지 않은 부작용, 약물 의존의 위험성, 약물 중단시 현저한 재발률이다 (Wolfe & Maser, 1994b). 또 장기적으로 볼 때 많은 환자들이 지속적인 약물치료를 필요로 하고 약물을 계속 복용하여도 증상들이 남아 있다. 약물치료에 관한 종단적 연구 (Pollack *et al.*, 1993)에서 benzodiazepine (BZD) 치료 시작 후 1. 5~6년에 평가할 때 환자들의 약 40%는 공황발작을 계속해서 경험하고, 50~80%에서 증상이 계속해서 남아 있었다. 이에 반해 인지 - 행동 치료는 장기적인 면에서 치료 효과가 지속된다는 점에서 약물치료 효과와 다르다. 인지 - 행동치료 후 15개월에서 2년 동안 추적평가시 80~90%의 환자들에서 여전히 호전을 보였다 (Craske *et al.*, 1991; Clark *et al.*, 1994). 또 단기간의 인지 - 행동 치료는 BZD 중단과 재발 방지를 돋는다. 효과적이다 (Otto *et al.*, 1993; Hegel *et al.*, 1994; Spiegel *et al.*, 1994).

국외에서 공황장애의 인지 - 행동 치료에 관심이 높고 이에 관한 연구가 활발한 반면, 국내에서는 이 치료에 대한 인식이 낮고 실제로 시행하는 경우가 적은 편이다. 최근 인지 - 행동치료에 관한

관심을 가지게 되고 인지 - 행동 집단치료에 관한 연구들 (김영신과 임기영, 1995; 최영희와 이정 흠, 1998)과 증례 보고 (박봉진, 1994; 강동우 외, 1996) 등의 소수의 연구논문이 소개되었다. 그러나 모두 약물치료와 병합하여 순수한 인지 - 행동 치료 효과를 식별하는데 어려움이 있었다.

이에 저자는 30 대 여성 공황장애 환자 한 명에게 약물치료를 하지 않고 개인 인지 - 행동 치료만 시행하여 단기적으로 좋은 결과를 얻었기에 그 치료과정을 보고하고 이에 관한 문헌고찰을 하고자 한다.

시행된 인지-행동 치료 형태

저자는 환자의 사정상 인지 - 행동 집단치료 대신 개인 신상이 노출되지 않은 개인 치료를택하였다. 서론에서 언급하였듯이 최근의 인지 - 행동 치료는 정보적 개입 (공황의 본질에 관한 정확한 이해), 신체적 관리 기술 (호흡재훈련과 근육이완 훈련), 인지적 재구조화, 내적감응 노출, 실제 노출 등의 다섯 가지 요소들을 포함하나, 비교적 정해진 계획표에 의해 단체생활을 해야만 하는 환자의 환경적 여건과 시간적 제약 때문에 호흡재훈련을 제외하고는 근육이완훈련, 내적감응 노출, 실제 노출 등은 시행하지 않고 치료시간에는 주로 인지적 접근을 하였다. 그러나 환자는 치료기간 동안 저자가 다른 환자들을 대상으로 시행하였던 인지 - 행동 집단 치료의 녹음 테이프를 들으면서 위에 설명된 다섯 가지 요소를 숙지하였다. 한마디로 저자가 실시한 인지 - 행동 치료는 환자가 현재 처한 여건에 최대한 맞추기 위해 행동치료 기법이 거의 생략된 수정된 형태의 치료였다.

인지 - 행동 집단 치료는 panic control treatment (PCT; Barlow & Craske, 1989)로 1994년 Barlow 와 Craske 가 만든 공황장애 지침서 (Map II manual)를 저자가 요약하여 이것을 이용하여 매주 1회, 총 12회 집단치료를 실시한 것이다. 이 PCT는 크게 4가지 치료 요소로 구성되어 있다. 첫째, 기본적 정보, 교육, 인지적 재구조화이다. 기본적 정보와 교육을 통해 공황과 불안

의 신체적 감각과 공황과 불안 경험에 대한 잘못 알고 있는 정보와 잘못된 해석을 교정하는 것이다. 또 인지적 재구조화는 불안스럽고 왜곡된 사고 양상을 확인하여 이를 대체시킨다. 둘째, 호흡 재훈련과 근육이완훈련과 같은 신체조절법이다. 이것을 통해 신체적 각성 상태가 적응적인 수준으로 감소한다. 셋째, 내작감응 노출로 개개인에게 가장 두드러진 신체감각을 유도하여 이에 반복적으로 노출함으로써 회피 없이 감각에 전다는 힘을 기름으로써 감각을 덜 두려워하게 된다. 넷째, 실제 노출로 공황이 일어날 것으로 예상되는 특정한 상황에 노출하는 것을 말한다. 이를 요소들 중 치료 기간 동안 대부분의 시간을 할애한 인지적 접근 방법을 구체적으로 설명하면, 먼저 공황을 경험하는 동안 수반되는 자기 진술을 분석하여 잘못된 해석(과대평가와 파국적 사고)을 확인해 내어 이런 잘못된 해석에 대해 증거를 가지고 도전하여 보다 융통성있고 적응적인 사고로 대체시킨다. 결국 공황의 발생과 유지에 중요한 역할을 하는 신체감각에 대한 잘못된 해석을 교정함으로써 신체감각에 대한 공포를 감소시켜 나아가 공황으로 발전하는 악순환을 차단할 수 있다. 저자는 인지적 접근에서 Barlow 와 Craske 의 공황장애 치침서에 수록된 인지치료에 관한 내용이 미흡하다고 생각되어 'Mind over Mood' 책 (Greenberger & Pad-esky, 1995)에 소개된 사고기록지 (thought record)를 이용하여 인지적 재구조화를 하였다.

증 례

영성수련을 시작한지 약 1개월 20일된 30대 초반의 여자는 수련 시작 후 수면 도중과 성경구절 묵상 중에 답답하고 몸에 열감을 느끼고 힘이 빠지고 질식할 것 같은 느낌 등을 증세로 하는 공황발작을 각각 2차례 경험하고 바깥으로 나왔다. 또 다시 이런 증세가 일어나지 않을까 불안해하며 이리다가 수련과정을 무사히 마치지 못할까봐 몹시 걱정을 하였다. 그러나 병력상 광장공포증적 회피는 없었다. 과거력상 약 6년전 장애인 시설에

서 일할 때 약 2-3개월 동안 수면 공황을 포함하여 3-4회의 공황발작이 있었다. 이 당시도 현재의 증상과 비슷하였다. 어린 시절의 기억으로는 학동기전 큰 대야에 머리를 감는데 물을 부어 숨을 못 쉴 것 같아 답답하였고, 초등학교 3-4년 당시 장난치다 다크방에 갇혀 열어 주지 않아 답답하여 빌버둥쳤었다. 현재도 아주 천물에 세수할 때 숨이 멈출 것 같고 누가 이불 뒤집어씌우면 못 견디다고 하였다. 영성수련을 시작하게 된 동기는 23세때 세례를 받고 예수님께 사랑을 받고 있구나 느끼고 사랑을 누군가에게 베풀고 싶었기 때문이다. 이런 마음을 가지고 수련 시작 전 약 3년반 동안 장애인 시설에 일하였고 한차례 다른 수련원에 입회하였으나 기침을 심하게 하고 체력이 감당 못하여 나온 적이 있었다. 이후 약 1년간 심적으로 방황하여 삶을 포기하고 싶을 정도로 우울하였다. 이렇게 방황을 하다가 여행 도중 환자가 탄 고속버스와 승용차가 부딪혀 승용차 탑승자들이 모두 죽게 되는 사건을 목격하고 '하나님이 버리지 않고 나를 사랑한다'는 것을 깨닫고 인생이 바뀌게 되어 새로운 희망을 가지고 다시 수련원에 들어가게 되었다.

저자는 두 번의 정신의학적 면접 후 약물을 사용하지 않고 매주 1회 개인 인지 - 행동치료를 실시하기로 약속하고, 인지 - 행동 치료의 원리, 구성요소, 진행 과정을 간략히 설명하였다. 총 13회 실시하였는데 매 회 치료내용의 요점은 다음과 같다.

1회 치료에서 환자는 어느 날 오전 지하실에서 어떤 영성지도자가 '수련원 역사에' 관한 강의를 하며 "수련원이 역사가 깊으니까 역할을 해야 한다." 는 말을 듣고 답답해지며 "내가 할 수 있을까?" 하는 생각이 들고 숨이 가쁘고 힘이 빠지고 눈물이 나며 공간을 벗어나고 싶어 바깥으로 나왔다고 하였다. 또 성서 낭독 시간에 시야가 흐려져 바깥으로 나간 적이 있었다. 환자는 침묵 안에 자신을 묶어 넣고 분위기가 명한 상태가 되면 불안 상태를 끌어들이고, "내가 할 수 있을까?", 하는 걱정부터 하였다. 현재의 도시가 낯설고 마음을 털어놓을 사람이 없고 날씨가 더운 곳이라

이런 점 때문에도 답답함을 느꼈다. 그러나 환자는 새로운 것에 대한 희망을 가지고 기쁨을 찾으려고 노력하였다. 저자는 불안이나 공황의 신체감각에 대한 파국적인 해석이 공황을 일으키게 한다는 공황의 인지 이론과 인지-행동치료 원리를 설명하고, 과제로 ‘공황에 대한 이해’에 관해 녹음된 인지-행동 치료 테이프를 듣게 하였다. 2회 치료에서 1주간 약 2회의 제한된 공황발작, 약간의 공포감과 기분의 침체가 있었다고 보고하였다. 그러나 공간에서 답답함을 느끼면 이전에는 부정적으로 몰고 갔었는데, 지금은 밝게 생각하였고 호흡곤란이 올 때 이전처럼 눈물을 흘리지 않고 호흡조절을 하였다. 중학교 혹은 사춘기 때부터 자기 비하 (“나는 못났다”)가 있었으며 얼굴에 점이 많아 외모에 대해 열등감을 가지고 성격이 소극적이고 주저주저하며 겁부터 먼저 내고 움츠려 들었다. 최근 내 자신을 있는 그대로 받아들이고 대담하게 살아보자고 마음을 고쳐먹었다며 삶의 자세에 있어 이전과 다른 변화를 보였다. 3회 치료에서 어느 날 성체조배 도중 한차례 공황발작이 있었으나 전과 달리 불안감이 줄어들고 신앙적으로 안내롭게 받아들이도록 기도하여 점점 중세가 열어졌다고 하였다. 주위 동료들도 환자가 많이 편해졌다고 하였다. 어떤 동료가 여름 날씨에 대해 이야기 했을 때 환자는 여름에 견디지 못하는 상황이 생각나서 그 이야기를 중단시켰다. 이 때 약 10여분 답답하고 하루종일 머리 불쾌감이 있었다. 4회 치료에서 1주간 수면 공황과 제한된 공황발작이 각각 1회 있었다고 보고하였다. 환자가 공황 증세를 경험하면 자주 그 상황을 도피하였는데 이런 도피가 공포를 학습할 기회를 갖지 못하게 하여 결국 공황을 유지하도록 해준다고 설명해주었다. 이 시간에 지침서를 가지고 인지치료에 대해 공부하고 ‘자기진술 수정’을 과제로 주었다. 5회 치료에서 한차례 일어난 공황발작의 전개 과정을 살펴보았는데, 환자는 어떤 동료가 여름에 대해 이야기를 하였을 때 숨이 답답하고 질식 할 것 같았고 이때는 죽음에 대한 두려움보다는 내가 손을 쓸 수 없다는 생각을 하게 되었다. 치료자는 호흡곤란을 질식으로 생각하는 것은 인지

왜곡 중 과대평가에 속하며 질식하면 손을 쓸 수 없다는 생각하는 것은 파국적 사고임을 설명해 주었다. 환자는 침묵의 의미를 항상 답답, 죄어 오는 느낌, 심적 부담으로 받아들였다. 부정적 사고와 소극적이고 두려움이 많고 일에 뛰어 들지 못하고 노심초사하는 성격은 어릴 때부터 기가 죽고 놀려 살아온 성장 과정의 경험에서 유래된다고 하였다. 초등 4~5년까지 한 동네에 사는 외할아버지 댁에 매일 모친과 같이 갔었는데 외할아버지는 남아 선호 사상이 강하여 딸을 야단쳐서 항상 악단 맞을까봐 긴장하고, 모친은 흘어머니의 딸이다는 얘기를 듣지 않도록 “여자는 아래서는 안된다. 반드시하게 커라”는 얘기를 귀에 못이 배길 정도로 듣고 다른 집의 딸과 환자를 비교하여 항상 주눅이 들었다. 호흡 답답함을 질식할 것 같다고 느낄 때 자신이 다른 사람을 의식하여 “다른동료가 나를 경외시 하지 않을까. 이상하게 보지 않을까” 생각이 들고 자신이 내면적으로 완벽해 질려는 경향이 있다고 말하였다. 지금은 울고 하는 것도 혼자 감당하며 도피하지 않고 받아들였다. 과제로는 인지수정에 대한 실례가 적힌 유인물을 주고 이것을 참고해서 ‘여름’ ‘선풍기’ ‘쓰러짐’ ‘조절할 수 없다’에 대한 인지수정을 해보도록 권했다.

6회 치료에서 1주간 수면 공황을 포함한 2회의 공황발작이 있었고, 다른 동료들이 나로 인해 그동안 무의식적으로 상처받았음을 깨달았다고 보고하였다. 7회 치료에서 처음으로 1주간 공황발작이 없었고 단지 2회에 걸쳐 10~30초간 답답함이 있었다고 보고하였다. 호흡재훈련을 시행하고 충분히 받아들임으로써 원상태로 복귀하였다. 수련원에서 주 1회 ‘심성 프로그램’을 실시하였는데 현재의 인지치료와 공통점이 많아 궁정적으로 생각하는데 많은 도움을 주었다. 이제는 자신이 완벽주의적이고 은연중에 남에게 상처를 주고 있음을 깨닫고 자신을 있는 그대로 바라볼 수 있었다. 최근 1개월 전부터 공황 증세가 조금씩 열어지고, 공황이 일어나기 시작할 때 헤매는 느낌이 없고, 공황이 길더라도 멍한 느낌이 없고 기분 나쁘지 않았다. 이 시간에는 자동사고를 정확히

확인하여 인지적 재편성 작업을 하였으며 치료자는 텔파국화 과정에서 환자가 알아내지 못하는 대안적 생각을 제시해 주었다. 이 시간에 환자는 1주간 공황이 없어져 매우 좋아하였다. 8회에서 1주간 공황이 없었고 예기불안도 별로 느끼지 않았다고 하였다. 이 치료를 통해 이전에는 행동하지 않았는데 직접 행동으로 실천하고 치료자의 설명과 안내로 무의식 속에서 자신을 찾았다고 하였다. 9회 치료에서 다른 사람의 기분 상태나 눈치에서 벗어나지 못하고 모든 것을 자신의 잘못으로 받아들이는 것이 제일 문제라 하였다. 취침 시간이나 머리 감고 멀리는 것을 어느 영성지도자가 본 것을 알고 감시당하는 느낌을 받고 다음날 그 영성지도자가 어떤 반응을 보일까 걱정하여 새벽에 일어나 답답한 느낌이 있었다. 다음날 그 영성지도자가 평상시처럼 대하는 모습보고 혼자 결론을 내리는 자신의 문제점을 다시 깨달았다. 10회 치료에서 공황과 예기불안이 없고, 우울은 있으나 미래에 대한 우울이며 단순한 우울이고, 이전에는 침묵의 의미를 ‘말을 전혀 할 수 없다’ ‘절대 침묵. 나는 못해 낸다’ 받아들여 침묵 → 밀폐 → 답답 → 공황으로 발전하였다고 말했다. ‘침묵 속에서 하고 싶은 것을 방해받지 않고 할 수 있다.’ ‘침묵 안에서 하느님 만난다.’ ‘침묵을 이용하면 침묵에 끌려가지 않고 자유로워 질 수 있다. 나만의 세계를 만들 수 있다.’는 식으로 인지수정을 하여 침묵에 대해 긍정적 의미를 부여하였다. 웃음이 자연스럽고 할 수 있다는 자신감을 가지고 편해졌다. 치료자가 내면적 이야기를 들어주고 답답한 마음의 출구가 있고 해결책을 찾을 수 있는 방법을 찾아가니 편안하고 기쁘다고 하였다. 인지치료의 효과는 약 6-7회부터 나타났다고 하였다. 사람에 대한 민감성의 근본적 원인은 외할아버지 눈치보고 어린 시절에 기죽으며 자란 것 때문이었고, 자신이 남에게 해를 주고 있음을 인정하지 못하는 것은 모친으로부터 ‘반듯하게 자라야 한다. 잘해야 한다.’는 말이 마음속에 자리 잡아 자신이 완벽하게 잘하고 있다고 착각하고 있었기 때문이라고 설명하였다.

11회 치료에서 녹음테이프 내용 중 내적감응

노출에 속하는 것으로 과거 공황에 대한 끔찍한 기억을 처리해야 한다는 내용을 듣고 자신에게도 심하게 공황을 겪은 기억이 아직 강하게 남아 있고 두려움이 사라지지 않음을 느꼈다. 이전 신체 감각에 대한 두려움이 있어 차가운 방에서 더운 방으로 옮겨 오래 앉아 있지 못하고 사우나탕에서도 5분도 견디지 못하였다. 이전에는 우울하면 며칠간 빠졌는데 지금은 금방 벗어난다고 하였다. 과거 모친의 사랑으로는 뭔가 충족되지 않아 내적으로 굉장히 사랑을 갈구하였다는 것을 자각하였다. 이 시간에 사고기록지를 치료자와 함께 작성하였다 (Figure 1에 일부가 소개됨). 12회 치료에서 1~2번 가슴답답과 숨막힘을 경험하였다고 보고하였다. 아직 신앙적으로 뿌리 내리지 못하고 마음 깊은 곳에 불안한 마음이 남아 있고 어떤 날은 괜찮고 어떤 날은 우울감에 빠졌다. 자신이 겪는 현재의 어려움이 과거 경험의 영향을 많이 받는다는 것을 자각하였다. 13회 마지막 치료에서 어떤 공간에서 답답함을 느껴도 출구를 찾는 등의 도피 방법을 사용하지 않고 직면하고 오히려 지금 까지 배운 것을 시험할 수 있는 기회로 여겼다. 환자의 인지왜곡의 근원인 핵심 신념 (core beliefs)은 성장 과정을 통해 형성된 “나는 아무리 노력해도 안된다.”는 것임을 치료자는 지적해 주고 환자도 이에 동의하였다. 앞으로는 어떤 일이 생겼을 때 관망하지 말고 부딪혀 현실에 뛰어들 수 있는 용기가 필요하며, 자신감을 가지고 행동하면 일이나 사물을 다른 관점에서 바라볼 수 있고, 피부 깊숙이 자신을 사랑할 때 생활 방식이 바뀐다는 것을 깨달았다. 이 치료를 통해 무의식 속에서 자신을 바라볼 수 있어 자신이 왜 이러한 행동을 하고 민감한 반응을 보였는지 알 수 있게 되었다. 또 가정 환경은 현재의 나를 이끌어 주는 바탕이었다. 모친의 기구한 인생을 고려해본다면 어릴 때 하고 싶은 대로 감히 내가 할 수 없어 한번도 반항하지 못했다. 이제는 내 인생을 책임져야 할 때이다. 좋은 선생님과 좋은 수련원에 오게 해준 것에 감사하며, 하느님께서 나를 살리려고 작정하셨구나 하는 것을 깨달았다.

치료 후 환자와 서로 연락이 없다가 치료 종결

후 약 4개월이 지난 무렵 성탄 카드가 왔는데 현재는 공황증세가 완전히 사라졌고 치료를 통하여 배운 방법들을 생활에 적용시켜 보겠다고 적혀 있었다.

치료의 평가

치료의 시작과 종료 시에 환자에게 몇 가지 설문지를 작성하게 하여 치료의 성과를 비교 평가하였다. 설문지는 공포 설문지 (Fear Questionnaire; FQ)(Marks & Mathews, 1979), 광장공포 인지 설문지 (Agoraphobic Cognitions Questionnaire; ACQ)(Chambless *et al*, 1984), 신체감각 설문지(Body Sensations Questionnaire; BSQ)(Chambless *et al*, 1984), 불안민감도 지표 (Anxiety Sensitivity Index; ASI)(Reiss *et al*, 1986), Beck 불안 척도 (Beck Anxiety Inventory; BAI)(Beck *et al*, 1988), Beck 우울 척도 (Beck Depression Inventory-II; BDI-II) (Beck *et al*, 1996) 등이 사용되었다.

공황발작의 빈도는 치료 시작 후 매주 평균 2회의 완전한 공황발작과 1~2차례의 제한된 공황발작이 계속되었으나, 7회 치료부터 13회 치료 종료 시까지 완전한 공황발작이 없었고 12회 치료 때 단지 1~2회의 경미한 답답함이 있었다고 보고하였다. 또 추적 조사시 치료 종료 약 4개월에도 공황발작이 전혀 없었다. 지난 1주간의 예기불안 빈도에서는 치료 시작시 드물지만 예기불안이 있었다고 하였는데, 치료 종료 시 전혀 불안하지 않았고, 지난 1주간의 예기불안 정도에서는 치료 시작시 경미한 예기불안이 있었다고 하였는데 치료 종료 시 전혀 불안하지 않았다고 하였다.

FQ는 광장공포증 아척도 (FQ-agoraphobia), 혈액 공포증 아척도 (FQ-blood phobia), 사회 공포증 아척도 (FQ-social phobia)로 나누고 각 아척도의 총점이 0~40점 범위이다. 치료시작 시 광장공포증 아척도 0점, 혈액 공포증 아척도 6점, 사회공포증 아척도 7점이었으나, 치료 종료 시는 각각 0점, 6점, 2점으로 혈액 공포증 아척도 점수는 변화가 없으나, 사회공포증 아척도 점

수는 상당히 감소되었다.

ACQ는 불안이나 공황 경험때 가지는 생각이나 느낌을 결코 일어나지 않는다 1점, 드물게 일어난다 2점, 두 번 중 한 번은 일어난다 3점, 대부분의 경우에 일어난다 4점, 항상 일어난다 5점으로 하여 합산된 총 점수를 문항 수로 나누어 평가하였다. 치료 시작시와 치료 종료 시 1.1 점이었다.

BSQ는 불안할 때 느끼는 신체적 증상에 대한 놀라는 정도를 평가한 것으로서 신체적 증상에 대해 전혀 놀라거나 염려하지 않는다 1점, 약간 놀란다 2점, 보통 정도 놀란다 3점, 상당히 놀란다 4점, 아주 크게 놀란다 5점으로 하여 합산된 총 점수를 문항 수로 나누어 평가하였다. 치료 시작 시 1.3 점이었고 치료 종료 시 1.1 점으로 약간 감소되었다.

ASI는 불안의 신체적, 심리적 증상에 대한 두려움을 평가한 것으로서 거의 겁내지 않는다 0점, 약간 겁낸다 1점, 두 번중 한 번은 겁낸다 2점, 대부분 겁낸다 3점, 항상 겁낸다 4점으로 하여 점수를 합산한다. 치료 시작시 5점이었고 치료 종료 시 2점으로 약간 감소되었다. BAI는 치료 시작 시 5점이었고 치료 종료 시 1점으로 많이 감소되었다. BDI-II는 치료 시작시 5점이었고 치료 종료 시 4점으로 약간 감소되었다.

전반적으로 볼 때 모든 설문지에서 대체로 치료 시작시 점수가 낮았지만 거의 대부분의 설문지에서 치료 종료 시 점수가 치료 시작시에 비해 약간 내지 상당히 감소되었다.

고찰

이 환자에게 시행한 인지 - 행동 치료는 환자가 영성수련 중이고 시간적 여유가 없는 환자의 처한 어려운 최대한 고려하여 행동적 치료 기법이 거의 생략되고 인지적 치료 기법이 주로 사용된 수정된 형태의 치료였다. 저자는 먼저 환자가 처한 어려움과 수련자로서 겪는 어려움을 최대한 이해하려고 노력하면서 공황발작이 어떤 상황에서 일어나며 어떻게 공황으로 전개되며 공황 경험 동안 어떠한

인지적 요소가 공황으로 상승 발전하는데 중요한 역할을 하는가를 확인하는데 역점을 두었다. 이 환자 경우 공황은 막히고 답답하거나 침묵을 지키고 긴장을 해야 하는 장소나 상황, 예를 들면 지하실에서 강의를 듣는 도중, 더운 곳, 여름 이야기를 듣는 중, 성당내 목상 중에 잘 일어났다. 어쩌면 수련 생활 환경 자체가 환자가 취약하기 쉬운 조건이었다. 공황은 거의 답답함을 느낌으로 시작되어 이것을 질식감으로 그릇되게 해석하여 결국 공황으로 발전하고 대처 방식으로 도피를 자주 사용하였다. 공황장애가 있는 환자에서 호흡곤란 → 질식, 심계항진 → 심장마비, 비현실감 → 정신착란, 머리의 무감각한 느낌 → 뇌졸중, 어지러움 → 졸도 등과 같이 신체감각과 사고를 특이적으로 관련을 짓는데 (Salkovskis & Clark 1991) 이 환자는 호흡곤란을 질식과 관련지었다.

특히 환자는 수련 생활에서 오는 고통을 겪으면서 정신과적 장애를 극복해야 하는 이중의 어려움 속에서도 자신을 성찰하면서 聖化할려고 노력을 많이 하였다. 무엇보다도 공황장애를 치료하기 위한 인지 - 행동 치료적 기법이 환자의 삶의 자세를 변화시키는데 큰 도움을 주어 이것이 밀거름이 되어 답답함을 느껴도 차츰 받아들이고 도피하지 않고 직면할 수 있게 되었다. 수련 생활에서 많은 시간을 침묵해야 하는 환자로서는 침묵의 의미를 부정적에서 긍정적 의미로 받아들여 이것이 환자의 생활을 조금이나마 편안하게 해주었고 결국 공황 발생을 방지해 준 효과가 있었다고 본다. 또 공포의 구성개념에서 회피 행동의 경향이 중요한 역할을 하는 점으로 보아 (Craske *et al*, 1994) 환자가 공황이 일어나도 차츰 도피하지 않는 것도 궁극적으로 공황이 일어나지 않음에 기여한 것으로 생각된다. 차츰 치료 시간이 지나면서 자신의 부정적 사고와 위축되고 소심한 성격의 근본적 원인이 가정 환경과 성장 과정에서 유래함을 알게 되고 핵심 신념 ("나는 안된다")을 깨달은 점은 치료의 큰 진전이었다. 정신치료와 마찬가지로 인지 - 행동 치료에서도 역시 중요한 치료자 - 환자 관계에 있어서 무엇보다도 치료자가 환자와 같은 종교를 가져 환자를 잘 이해할 수 있어 치료 종료

까지 원만하고 신뢰받는 관계를 유지할 수 있었다.

인지치료에서 공황발작 수가 감소되거나 없어지는 시점에 있어서 Salkovskis *et al* (1986)은 12회 인지치료 중 치료 중기에 평균 공황발작수가 약 0.5회였고 치료 종료 시 7명 중 6명에서 발작이 없어졌다고 보고하였는데, 본 사례에서도 13회 중 7회부터 없어져 비슷한 결과를 보여 주었다. Barlow (1997)는 panic control treatment (보통 12회)를 시행할 때 환자들의 반수에서 약 3~6회에 상당한 이득을 얻는다고 하였다.

저자는 이 사례에게 모든 인지 - 행동 치료적 요소를 적용하지 못했지만 치료 녹음테이프를 이용하여 시간을 단축시키고 치료 효과를 얻었다. 임상에서 인지 - 행동 치료가 필요하나 약 2~3개월간 연속적으로 결석하지 않고 참석해야 큰 이득을 얻을 수 있으므로 시간을 내기가 어려운 사람은 치료를 받기가 힘드는 경우가 많다. 이미 국외에서는 공황장애의 본질과 특이한 치료 요소에 관한 정보가 담긴 책, 지침서, 녹음 테이프, 비디오 테이프 등과 같은自助 자료들 (self-help materials)이 이용되고 있고, Gould *et al* (1993)은 공황장애 환자들이 자조책(self-help book)을 이용하여 공황발작이 현저히 감소함을 발견하였다. 저자도 Barlow 와 Craske (1994)의 공황장애 지침서를 번안, 요약하여 아주 유용하게 이용하고 있는데 앞으로 국내에서도 이런 자료들이 더 많이 개발되어 경제적, 시간적 제약이 있는 환자들에게 편리함과 도움을 주어야겠다.

마지막으로 오늘날 공황장애의 인지 - 행동 치료의 효과가 입증되어 왔으나 인지 - 행동 치료 효과가 확실히 우수하다는 것을 입증하기 위해서는 장기적 추적 관찰이 필요하며 약물치료와 인지 - 행동 치료 병합, 다른 정신치료와의 비교 연구가 좀 더 광범위하게 이루어져야겠다.

요약

오늘날 많은 연구의 결과들은 약물치료와는 대조적으로 인지 - 행동 치료는 단기 치료로도 치료

1. 상황	2. 기분 (0-100%)	3. 자동사고(心象)	4. 생생한 사고를 자지하는 증거	5. 생생한 사고를 자지하지 않는 증거	6. 세로운 관점 / 융통성 있는 사고	7. 현재의 기분 (0-100%)
• 수면중 기습이 답답하여 일어 났는데 사면의 벽이 답답하게 느껴지고 그 공간을 떠나면 살 것 같아 출 구를 찾았다	• 불안 70% • 초조 50% • 암담함 80%	• 미치면 어떡하지 • 집에 가야지 • 한정된 공간을 벗 어나고 싶다	• 내 스스로 할 수 있 는 대체안이 안 나 와서	• 순간의 일이었고 결 과는 아무 이상이 없 었다.	<ul style="list-style-type: none"> • 환경의 변화 때 문에 일어나는 일 시적인 현상이다. • 순간의 질식감으 로 인해 미치지 않을까 하지만 이 런 일로 절대 극 한 상황은 일어 나지 않는다. • 답답하면 구속감 느끼지 말고 잠 시 밖으로 나가 환기 시킬 수 있 는 방법도 있다. • 힘들면 밟아지만 도움을 요청할 수 도 있다. 	<ul style="list-style-type: none"> • 불안 30% • 초조 20% • 암담 30%

Figure 1. 환자가 작성한 사고기록지

* 밀줄친 부분은 생생한 사고('hot thought')를 말하며 이것은 기분과 가장 밀접한 연관이 있는 생각이다.

후 임상적 효과가 계속 유지되며 BZD 약물의 중단을 도와주어 재발 방지를 감소시킬 수 있음을 시사하였다. 저자는 광장공포증이 없는 공황장애를 가진 30대 여성 환자를 대상으로 약물치료를 하지 않고 개인 인지 - 행동 치료만을 시행하여 좋은 결과를 얻었기에 보고하는 바이다. 특히 저자는 환자가 환경적, 시간적, 경제적 제약을 가지므로 짧은 기간 동안 환자에게 맞는 보다 효과적인 치료 기법을 제공하기 위해 행동적 치료 기법을 거의 생략하고 주로 인지적 치료 기법을 사용하고 치료 시간에 미비한 부분은 치료 녹음테이프를 이용하여 보충하였다.

참 고 문 헌

- 강동우, 최영희, 이정흠, 정영조: 공황장애 환자의 인지 - 행동 치료 1례. *정신신체의학* 1996; 4:245-253.
- 김영신, 임기영: 공황장애의 인지 - 행동 집단치료: 치료효과와 치유인자. *신경정신의학* 1995; 34:240-248.
- 박봉진: 공황장애의 인지 - 행동 치료. *부산정신의학* 1994;3:89-100.
- 최영희, 이정흠: 공황장애 환자의 다면적 인상검사(MMPI) 특성이 인지 - 행동 치료 결과에 미치는 영향. *정신신체의학* 1998;6:147-154.
- Barlow DH: *Anxiety and its Disorders*. New York, Guilford Press, 1988, pp 405-474.
- Barlow DH: Cognitive-behavioral therapy for panic disorder: current status. *J Clin Psychiatry* 1997;58(suppl2):32-36.
- Barlow DH, Craske MG, Cerney JA: Behavioral treatment of panic disorder. *Behav Ther* 1989;20:261-282.
- Beck A: Cognitive approach to panic disorder. In: Rachman S, Maser J, eds. *Panic: Psychological Perspectives*. Hillsdale(NJ): Lawrence Erlbaum Associates, 1988, pp 91-111.
- Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA:

An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1988;56:893-897.

Beck AT, Sokol L, Clark DA, et al: A cross-over study of focused cognitive therapy for panic disorder. *Am J Psychiatry* 1992; 149:778-783.

Beck AT, Steer RA, Brown GK: *Manual for Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation 1996.

Chambless DL, Caputo GC, Bright P, et al: Assessment of fear of fear in agoraphobics: The Body Sensations Questionnaire and The Agoraphobic Cognitions Questionnaire. *J Consult Clin Psychol* 1984;52:1090-1097.

Clark DM: A cognitive approach to panic. *Behav Res Ther* 1986;24:461-470.

Clark DM: A cognitive model of panic attacks. In: Rachman S, Maser J, eds. *Panic: Psychological Perspectives*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Assocs Pub, 1988, pp 71-91.

Clark DM, Salkovskis P, Hackmann A, et al: A comparison of cognitive therapy, applied relaxation, and imipramine in the treatment of panic disorder. *Br J Psychiatry* 1994;164:759-769.

Craske MG, Brown TA, Barlow DH: Behavioral treatment of panic disorder: A two year follow-up study. *Behav Ther* 1991; 22:289-304.

Craske MG, Meadows EA, Barlow DH: *Therapist's Guide for Mastery of your Anxiety and Panic II & Agoraphobia Supplement*. Graywind Publications, New York, 1994 p 4-3.

Greenberger D, Padesky CA: *Mind over Mood*, The Guilford Press, New York, 1995, pp 63-88.

- Hegel MT, Ravaris CL, Ahles TA: Combined cognitive-behavioral and time-limited alprazolam treatment of panic disorder. *Behav Ther* 1994;25:183-195.
- Marks IM, Mathews AM: Brief standard self-rating for phobic patients. *Behav Res Ther* 1979;17:263-267.
- Otto MW, Gould RA, Pollack MH: Cognitive-behavioral treatment of panic disorder: Considerations for the treatment of patients over the long term. *Psychiatr Ann* 1994;27:307-315.
- Otto MW, Pollack MH, Sachs GS, et al: Discontinuation of benzodiazepine treatment: Efficacy of cognitive-behavior therapy for patients with panic disorder. *Am J Psychiatry* 1993;150:1485-1490.
- Pollack MH, Otto MW, Tesar G, et al: Long-term outcome after acute treatment with clonazepam and alprazolam for panic disorder. *J Clin Psychopharmacol* 1993;13: 257-263.
- Reiss S, Peterson RA, Gursky DM, McNally RJ: Anxiety sensitivity, anxiety frequency, and the prediction of fearfulness. *Behav Res Ther* 1986;24:1-8.
- Roy-Byrne PP, Cowley DS: Assessment and treatment of panic disorder. In *Current Psychiatric Therapy*, ed. by Dunner DL, 2nd ed., Philadelphia, WB Saunders Company, 1997, p 309.
- Salkovskis PM, Clark DM: Cognitive therapy for panic attacks. *J Cogn Psychother* 1991; 3:215-226.
- Salkovskis PM, Jones DRO, Clarke DM: Respiratory control in the treatment of panic attacks: replication and extension with concurrent measurement of behavior and pCO_2 . *Br J Psychiatry* 1986;148:526-532.
- Spiegel DA, Bruce TJ, Gregg SF, et al: Does cognitive behavior therapy assist slower-taper alprazolam discontinuation in panic disorder? *Am J Psychiatry* 1994;151:876-881.
- Wolfe B, Maser JD: *The Treatment of Panic Disorder, : A Consensus Development Conference*, Washington DC, American Psychiatric Press, 1994a.
- Wolfe B, Maser JD: The Treatment of Panic Disorder, : *A Consensus Development Conference*, Washington DC, American Psychiatric Press, 1994b. pp 237-255.