가정의학회지 2004;25:193-204
J Korean Acad Fam Med

◇ 종 설 ◇

일차진료에서의 공황장애

계명대학교 의과대학 정신과학교실

김 정 범

공황장애는 일차진료에서 매우 흔한 질환이나 임상 실제에서 인지율이 낮으며 진단이 되더라도 적절한 치료를 제공하지 못하는 점이 많다. 이런 과소인지 및 과소치료로 인해 공황장애 환자들은 의료기관을 많이 이용하고 의료비 지출이 많으며 심각한 기능장애를 가진다. 공황장애는 정확히 진단을 내리면 치료가 잘 되는 질환이므로, 효과적인 치료로 공황발작, 예기불안, 공포적 회피뿐만 아니라 심혈관 증상, 과민성장증후군 증상, 비특이적인 소화기 증상, 건강염려증 등의 공황장애와 연관된 신체 증상들도 일반적으로 해결된다. 그러므로 일차진료에서 시기적절한 진단과 적절한 치료를 제공하는 것이 매우 중요하다. 이를 위해 일차진료의들은 공황장애의 선별과 진단방법에 대한 풍부한 지식이 필요하고, 이 장애에 대한 치료 지침이 널리 보급되어야 하고, 치료율을 높이기 위해서는 환자들을 교육하고 자주 방문하게 하고 자기-관찰(self-monitoring)을 하도록 권장하는 것이 또한 필요할 것이다.

중심 단어: 공황장애, 일차진료, 시기적절한 진단, 적절한 치료

서 론

공황장애와 다른 정신과적 질환들을 인지(recognition)하고 치료하는 데 일차진료의들이 더 책임감을 가져야 한다는 최근의 경향 때문에 일차진료의들과 일반의들이 공황장애에 대해 더 많은 지식을 갖는 것이 점차 중요하게 되었다. 공황장애는 일차진료에서 가장 흔하고 중요한 질환 중 하나로 고혈압과 우울증에 버금갈 정도로 흔하다. 일반 인구에서 공황장애의 1년 유병률 2.3%, 평생 유병률은 3.5%이다.[1] 일차진료에서 공황장애의 유병률은 그것보다 훨씬 높아 최근 연구에서는 8%[2]~11%[3]로 보고되었다.

공황장애 환자들은 여러 가지 신체적 증상들을 호소하며 심각한 신체적 상태나 질환에 대해 걱정하므로 공황장애 환자들의 약 반이 처음에 일차진료환경에서 치료를 받는다.[4] 환자들의 35%가 처음 내과의사나 가정의를 찾고 여기에서 계속 치료를 받으며, 환자들의 43%가 처음 응급실을 방문하며 이들 중 15%는 앰블런스를 이용한다. 단지 약 22%만이 처음에 정신과의사들에 의해 진료를 받는다.[5] 공황장애가 일차진료에서 흔하지만 일차진료에서 우울증보다는 흔하지 않고 일차진료의들은 우울증과 비교해서 불안을 더 쉽게 인지하지 못한다.[6] 어느 정도는 임상가가 공황장애를 쉽게 인지하지 못하는 이유 때문에 공황장애 환자들은 많은 의료기관을 이용하고 불필요하고 광범위한 의학적 검사를 받으므로 의료비 지출이 많다.[7] 치료를 받지 않은 공황장애는 우울장애와 같은 정도의 기능 장애가 있거나 우울장애보다 더 기능장애가 있고[8] 삶의 질에 있어 상당한 지장을 준다.[9] 또한 공황장애에서 자살 위험성과 알코올과 약물 남용이 높다.[8]

불행히도 공황과 불안장애들의 인지를 높이려고 더 노력해도 더 좋은 결과를 얻지 못했고 최근 연구들에서는 공황장애와 다른 불안장애들이 진단을 받아도 여전히 적절한 치료를 받지 못하고 있다고 나타났다.[10] 일차진료에서 항공황약물을 어떻게 사용하는가에 대한 연구에서 공황, 범불안장애, 공포증 환자들에서 정온제(minor tranquilizers) (10~30%)가 항우울제(5~24%)보다 더 자주 사용되었음을 보여주었다.[11] 더구나 benzodiazepines 항불안제의 탐닉성(耽溺性, addictive potential)을 걱정하여[12] 의사들이 종종 규칙적으로 보다 필요할 때만 복용하도록 권유하고 적절한 효과를 나타내기에는 너무 적은 용량을 처방하였다. 그런데 짧은 반감기를 가진 benzodiazepines 항불안제를 필요시만 사용하면 실제로 공황장애의 경과를 악화시킬 수 있다.[13]

그래서 본 연구에서는 문헌고찰을 통해 먼저 공황장

교신저자: 김정범
Tel: 053-250-7811, Fax: 053-250-7810
E-mail: kim1159@dsmc.or.kr

애의 과소인지(undercognition) 및 과소치료(undertreatment) 문제를 다루고, 다음으로 공황장애에 대한 고위험군(high risk group), 일차진료에서 공황장애의 인지를 높이기 위한 방법, 감별을 요하는 신체적, 정신과적 질환을 알아보고, 마지막으로 일차진료 환경하에서의 효과적인 치료방법에 대해 고찰하고자 한다.

과소인지(undercognition) 및 과소치료(undertreatment) 문제

일차진료에서 정신과적 장애의 50% 이상이 적절히 진단되지 않거나 치료되지 않는다.[6,14] 전형적인 공황장애 환자는 많은 신체적 증상들을 호소하여 보통 비정신과의사를 찾아가며 일반 의료에서 이 증후군에 대해 보통 흔히 알지 못하므로 오진을 잘 흔히 할 수 있다. 최근 WHO에서 14개국을 대상으로 실시한 일차진료 연구에서 공황장애 환자들의 50%는 인지되지 않았다.[15,16] 응급실에서 공황장애 환자들의 2%만 정확한 진단을 받았으며, 흉통을 호소하며 응급실을 방문한 환자들의 16~25%가 공황장애로 진단되었으나 그 당시 오진율이 94%로 매우 높았다.[17]

사실 공황장애 환자들이 심리적 증상보다 신체적 증상을 90% 이상에서 압도적으로 호소하므로 일차진료의들이 인지하지 못하는 것은 놀라운 사실이 아니다.[18] 일차진료 환자들이 불안과 우울 증상들을 주로 호소한다면 95%로 정신과적 상태를 정확히 진단할 수 있는데, 신체적 증상으로 나타나면 이 확률이 48%로 떨어진다.[19]

공황장애 환자는 정확한 진단을 받기 전 평균 10명 이상의 의사들을 만난다.[18] 또 정확한 진단을 받는 데 보통 10년 이상 걸리고 Simpson[20]은 공황장애 환자들은 병의 경과 중 진료 횟수, 약물 복용, 검사, 입원, 응급실과 정신보건문가 방문이 점점 증가한다고 하였다. 특정한 의료군에서 공황장애가 현저히 더 많다. 예를 들면 피로, 요통, 두통, 어지러움, 흉통, 다수의 증상들(5가지 이상)과 같은 애매한 증상들을 가진 환자들에서 공황장애가 흔하나 이런 증상들을 호소하는 환자에서 공황장애를 진단하기가 가장 어렵다.[21] 이러한 공황장애의 과소인지는 결국 신체 증상들에 대해 불필요하고 광범위한 의학적 조사로 비용 지출이 크고 환자들에게 많은 고통과 불편감을 준다.

한편으로 앞서 서론에서 언급되었듯이 공황장애 환자들이 진단을 받아도 적절한 치료를 받지 못하는 점이 있는데, 이에 대한 대책으로 일차진료의들에게 공황장애를 정확히 선별하는 방법에 대한 교육이 필요하고 이 장애들에 대한 치료 지침을 널리 배포해야할 것이다. 어떤 연구에서는 공황장애 치료율을 더 높이기 위해서는 일차진료의들을 교육하는 것보다는, 환자들을 교육하고 더 자주 병원을 방문하고 자기 관찰(self-monitoring)을 하게 해서 치료 과정(care process)을 향상시키도록 노력해야 한다는 사실을 발견하였다.[22]

일차진료 환경하에서 공황장애의 위험이 높은 환자군(high-risk group)

1. 불안과 긴장을 호소하는 군

일차진료 방문자들의 11%가 불안이나 초초를 주로 호소 하며 심한 불안과 종종 연관된 다른 생리적 호소들은 두통과 어지러움(11.2%)과 복통이나 위통(7.5%)이었다.[23] 불안과 긴장을 호소하는 환자들은 공황장애와 정동장애(affective illness)의 고위험군이다.

2. 최근 건강염려적 걱정을 많이 하고 내과와 응급실 이용이 증가한 군

공황장애 환자는 그들의 자율신경계 증상을 심장병(심장마비)이나 신경학적 질환(뇌졸중이나 간질) 탓으로 잘못 돌리므로 흔히 응급실을 방문한다.[24] Klein의 연구에서는 의학적으로 설명되지 않은 신체 증상을 호소하여 응급실을 방문한 100명의 환자들 중 공황장애와 범불안장애의 유병률이 응급실을 방문한 대조군보다 6배 더 높았다.[25] 또 흉통으로 응급실을 방문한 환자들의 16~25%가 공황장애를 가졌다.[17]

최근 일차진료 이용이 높은 767명의 환자들을 조사하니 11.8%가 현재 공황장애의 진단기준을 만족하고 30.2%가 평생 공황장애 기준을 만족하였다.[26] 이런 고이용자들은 2개의 일차진료클리닉 사용자들 중에서 상위 10%에 속하였다. 그들은 모든 외래환자들의 29%, 모든 입원병동 환자들의 52%, 모든 처방의 26%, 1년간의 모든 외래 방문자들의 52%를 차지하였다. 더구나 이 환자들 중 39%는 다음해에도 높은 외래진료 이용자들로 계속 남았었고 단지 15%만 평균 이용 아래로 떨어졌다.

3. 심장(빈맥, 흉통), 위장관(gastric pain, 과민성 장 증상), 신경학적(두통, 어지러움, 실신) 증상을 보이는 군

위의 3가지 형태의 증상들이 일차진료에서 가장 흔한 증상들이다. 일차진료로부터 정신과로 자문된 인지되지 않은 공황장애 환자에 대한 연구에서 39%가 심혈관 증상, 33%가 위장관 증상, 44%가 신경학적 증상을 가졌다.[27] 최근 연구에서 흉통이 있으나 혈관조

형술 상에 이상이 없는 경우[28], 빠르거나 불규칙적인 심장박동이 있으나 홀터모니터 검사상 정상인 경우[29], 과민성장증후군[30], 의학적으로 설명되지 않은 어지러움[31], 편두통[32], 만성피로[28]에서 공황장애 비율이 높다. 이런 신체증상을 호소하는 환자들 중 역시 범불안장애와 정동장애가 흔하다. 흉통, 빈맥, 과민성장증후군과 같은 증상을 가진 많은 사람들은 정확한 진단을 받기 전 값이 비싸고 종종 침습적인 진단적 시술을 받는다.

4. 특정한 의학적 문제를 더 자주 보고하는 군 (예, 격변의 고혈압, 승모판 탈출증<mitral valve prolapse>, 위궤양, 편두통)

공황장애 환자들에 대한 전향적 연구에서 5년 후 외과계열 대조군보다 고혈압과 위궤양의 유병률이 높았다.[33] 공황장애의 약 30%가 승모판 탈출증을 가진다. 임상 경험으로 보아 공황장애 치료로 승모판 탈출증 때문이라고 잘못 귀인하는 심장 증상들이 완화되었다. 역시 심장초음파검사에 의해 승모판 탈출증으로 진단된 환자들은 승모판 탈출증이 없는 대조군보다 더 심장 증상이 없었다.[34]

일차진료에서 어떻게 하면 공황장애의 인지를 높일 수 있는가?

정신과적 장애들은 의학적 진단이 불확실한 경우 훨씬 더 흔하다. 어떤 연구에서 불확실한 진단을 가진 환자들의 38~45% (정확한 진단을 가진 경우는 15%에서 가짐)는 정신과적 진단을 가지고 12%는 공황장애 진단을 가진다고 하였다.[35] Simon과 Von Korff[21]은 여러 가지 설명되지 않은 증상들을 가진 환자들은 공황장애로 진단될 가능성이 약 200배 높고 그밖에 다른 증후군으로 진단될 가능성은 10배 높다고 하였다. 인지되지 않은 많은 공황장애 환자들은 여러 가지 비특이적이고 이해가 잘 되지 않은 증상들을 호소하므로 의료에서 가장 의사들을 당황스럽게 만드는 환자군에 속한다. 그러므로 공황장애의 인지를 높이고 조기에 진단하기 위한 효과적인 방법이 필요하다.

Prime-MD[36]와 SDDS-PC[37]와 같은 간이선별설문지를 이용하여 신뢰롭게 불안이나 다른 정신과적 진단을 내릴 수 있으나 바쁜 일차진료 환경하에서는 종종 허락되지 않는다. 이런 점에서 일차진료환자들에게는 간편한 선별질문을 하는 것이 더욱 효과적일 것이다. 일차진료의사들은 적어도 두 가지 질문을 할 필요가 있다.[38] 첫 번째, “당신은 이전에 갑작스럽게 심장이 빨리 뛰거나 가슴이 답답하거나 호흡이 곤란하거나 몸이 떨리거나 아니면 땀이 나거나 혹은 몸이 화끈거린 적이 있었나?” 두 번째, 환자가 흉통이나 쓰러질 것 같은 느낌과 같은 특정 증상을 호소한다면 임상가는 “당신이 흉통이 있었을 때 다른 신체증상이 있었느냐?”고 물어야 한다. 환자가 어떤 다른 증상이 있었는지 기억이 나지 않는다고 하면 의사는 흉통이 있었을 때 심장이 빨리 뛰거나 가슴이 답답하거나 호흡이 곤란하거나 몸이 떨렸는지 하나 하나씩 물어보아야 한다. 또 임상가는 “모든 사람은 스트레스와 연관된 불안과 긴장감을 느끼지만 나는 지금 자율신경계 증상들이 돌발적인 양상으로 몇 분 동안 일어나고 강도가 최고조에 달하다가 몇 분 후 수그러드는 특정한 장애에 대해 묻고 있다”고 환자에게 충고하는 것이

Table 1. Diagnostic criteria of panic attack (DSM-IV).

A. 환자들은 갑작스럽게 나타나서 10분 이내에 정점(頂点)에 이르는 심한 공포와 불편감을 경험한다.
B. 이러한 개별적 삽화(挿話, episode) 시, 다음의 증상들 중 4가지 이상이 나타난
1. 가슴이 두근거리거나 심장이 벌떡거리는 또는 심장박동이 빨라지는 느낌
2. 땀이 남
3. 손발이나 몸이 떨림
4. 호흡이 가빠지거나 숨이 막히는 듯한 느낌
5. 질식감
6. 가슴의 통증이나 불편감
7. 오심이나 복부의 불편감
8. 어지럽고 휘청거리거나 졸도할 것 같은 느낌
9. 자신이 달라져 있거나(이인증) 딴 세상에 와 있는 느낌(비현실감)
10. 미쳐버리거나 자제력을 잃을 것 같은 공포
11. 죽음에 대한 공포
12. 손발이 쩌릿쩌릿하거나 마비된 느낌
13. 오한이나 화끈거리는 느낌

Table 2. Diagnostic criteria of panic disorder (DSM-IV).

A. 1과 2 모두
1. 예기치 못한 반복적인 공황발작
2. 다음 발작 가운데 하나(또는 그 이상)가 1개월(또는 그 이상)에 적어도 한 번 있어 옴:
   a) 추가 발작이 나타날 것에 대한 지속적인 걱정
   b) 발작과 관계가 있을 여러 가능성에 대한 근심 걱정, 또는 발작의 결과에 대한 근심 걱정(예: 자제력의 상실, 심장마비가 오지나 않을까, "미치지나 않을까...")
   c) 발작과 관련되는 뚜렷한 행동변화(예: 직장을 그만 둠)

B. 광장공포증

C. 공황발작이 물질(예: 약물남용 또는 투약)이나 일반적인 의학상태(예: 갑상선기능 항진증)의 직접적인 생리적 효과로 인한 것이 아니다.

D. 불안발작이 다른 정신장애에 의해 잘 설명되지 않는다. 다른 정신장애란 사회공포증, 특정공포증, 강박장애, 외상후 스트레스장애, 또는 분리불안장애가 있다.

(주: B항에서 광장공포증의 유무에 따라서 '광장공포증이 있는 공황장애'와 '광장공포증이 없는 공황장애'로 각각 진단한다).

도움이 된다.

미국정신과학회에서 제정한 DSM-IV[39] 진단기준(Table 1, 2)에 의하면, 공황장애의 진단을 내리기 위해서는 첫째, 적어도 두 번의 공황발작이 일어나고 둘째, 공황이 다시 일어나지 않을까에 대한 지속적인 걱정이 있든지 아니면 공황이 일어날까 두려워 어떤 상황들을 피하는 행동 변화나 공황발작으로 인해 심장마비와 같은 심각한 결과가 초래될 것이라고 집착하는 것과 같은 태도의 변화가 있어야 한다고 명시하고 있다.

감 별 진 단

일차진료에서 공황장애 환자들에 대한 감별진단의 주된 어려움은 공황장애 환자들에 의해 보고된 여러 가지 신체증상들이다. 이들은 여러 가지 장기조직의 증상을 가져 평균 14가지 이상의 신체증상을 가진다.[40] 그러므로 공황장애, 건강염려증, 신체화장애 간에 복잡한 감별이 있을 수 있다. 사실 공황 환자들의 49~71%가 신체화장애 기준을 만족하며[41], 많은 사람들이 건강염려증 기준을 만족시킨다.[42] 신체화장애 환자들은 여러 사람들과의 관계와 결혼, 알코올과 물질남용을 포함한 삶에 있어 더 기복이 심한 병력을 가지고 신체적 혹은 성적 학대의 병력이 있어 이것이 공황장애와의 감별에 도움을 줄 수 있다.

공황장애와 감별을 요하는 주요한 정신과적 장애는 우울증이다. 공황장애 환자들의 60%가 평생에 임상적 우울증 가지고 30%가 현재 우울증을 가짐.[43] 외상 후 스트레장애는 공황장애와 유사한 상당한 신체증상을 가지나, 고통을 유발하는 강간과 차 사고와 같은 외상 병력으로 감별된다. 사회공포증 역시 공황장애 환자들과 유사하나 공황발작은 환자들이 창피함을 느끼는 사회적 상황에서만 일어난다.[5]

Table 3. Medical conditions that produce panic-like symptoms.

Endocrine	Respiratory
Hyperthyroidism	Chronic obstructive pulmonary disease
Hypoparathyroidism	Asthma
Hypoglycaemia	
Pheochromocytoma	
Carcinoid syndrome	Substance-induced
Cushing's disease	Caffeine
	Cocaine
Cardiovascular	Theophylline
Arrhythmias	Amphetamines
Atypical chest pain	Steroids
Mitral valve prolapse	Alcohol/sedatve withdrawal
Neurological	
Seizures	Haematological
Vestibular disease	Anaemia

의학적 환경하에서 감별진단은 많은 의학적 상태와 약물을 고려해야 한다(Table 3).[44] Boulenger 등[45]은 카페인은 공황장애를 악화시켜 매우 고용량에서 공황증상을 일으킬 수 있다고 했다. 알코올과 수면제 금단[46], 마리화나, 암페타민, 코카인 사용[47] 역시 공황 증상을 초래한다. 공황발작을 가진 환자의 11%가 갑상선 질환의 병력이 있고[48] 공황장애 환자들에서 비율이 증가한다.[49] 공황장애 환자들은 저혈당을 가진 것처럼

종종 느끼나 결코 그렇지 않다.[50] 저혈당은 증상들이 거의 절대적으로 식후나 공복과 연관된 경우에만 고려되어야 한다. 드물게 내분비 이상을 조사해야한 한다.

일차진료에서의 치료

현재로서는 일치진료에서 정신과적 문제에 대한 인정받은 모형이 없다. 일차진료 환경에서 공황장애에 대한 효과적인 치료에 대한 장애물은 일차진료에서는 통상적인 방문이 짧고, 환자와 대부분의 임상의들은 정신과적 문제에 대해 공개적으로 논의하기를 꺼려한다는 점이다.[51] 어떤 모형이 인정을 받기 위해서는 그것은 환자, 실제 환경, 일차진료의에게 적합해야 하고, 유용한 치료 모형은 공황장애 환자들이 제기한 어려움의 형태에 적합해야 할 필요가 있다.

1. 치료 계획세우기[38]

먼저 치료 계획단계에서 물어보아야 할 것들은 1) 환자가 경험한 공황장애 삽화들의 수 2) 동반된 정신과적 장애와 증상 3) 이전 받은 치료 형태 4) 받은 치료에 대한 지각된 가치이다. 역시 의학적 검사, 약물, 정신치료를 포함한 어떤 특정한 형태의 개입을 원하는지 물어보아야 한다. 이런 병력은 신뢰할 수 있고 감지할 수 있는 약물을 선택하는 데 매우 가치가 있다. 예를 들면 환자가 특정 항우울제로 치료 받고 심한 부작용을 가졌는데 그 약물을 다시 처방하면 약물에 순응하지 않을 수 있다. 또 이전 삽화에 imipramine에 효과적이었다면 현재 삽화에 이 항우울제를 처방할 수 있다.

2. 공황장애에 대한 교육 및 지지[38]

치료의 첫 단계는 환자의 건강에 대한 걱정과 믿음을 이해하고 안심을 시키고 교육하는 것이다. 공황장애 환자들은 심장병이나 신경학적 질환을 가지며 불안이나 초조는 그들의 신체 증상에 이차적으로 온 것이라고 가진다고 종종 확신한다. 그러므로 일차진료 환경에서의 공황장애 환자들에게 적절하고 지나치지 않는 의학적 조사를 제공하여 임상의는 환자에게 그들이 무엇을 해야 하고 무엇을 하지 말아야 하는지에 대해 환자들을 효과적으로 안심시켜야 한다.

의사가 공황발작을 가진 환자에게 당신은 심한 불안장애를 가지고 있다고 알려줄 때 환자는 의사가 자신이 정말로 신체 증상을 가지고 있다는 것을 믿지 못한다고 느낀다. 이런 환자들에게 공황장애에 관한 생물학적 연구에 대해 교육하는 것이 도움이 된다. 공황장애는 교감신경계의 기능 이상으로 오는 것이며 이때 카테콜라민이 말초 순환으로 분출되어 빈맥, 흉통, 호흡곤란, 홍조나 냉조와 같은 증상들을 야기한다.

다른 공황발작과 유사한 것은 투쟁-도피 반응이다. 환자에게 "당신이 어두운 밤길을 걷다가 뒤에서 갑자기 소리가 나는 것을 듣는다면 당신의 심장은 막 빨리 뛰기 시작하며 호흡 속도가 증가하고 몸이 더워지고 떨리며 땀이 나며 당신은 생명을 유지하기 위해 도망가거나 싸울 준비를 할 것이다. 현재의 발작은 이런 투쟁-혹은-도피 반응을 조절하는 뇌의 부위와 같은 부위에서의 기능이상으로 유발된다. 그러나 보통 이런 반응은 위험이나 위협을 느낄 때 일어나나 당신은 실제로 위험 상황에 처해 있지 않음에도 불구하고 이런 경보 혹은 위험 반응을 경험하고 있기 때문에 이런 공황발작들은 당신에게 매우 놀라움을 준다."고 설명한다.

두 번째 단계는 그들의 장애를 더 이해하는 데 도움이 되는 독서 자료(reading materials)를 제공하는 것이다. 공황장애 환자들은 신체 증상에 매우 집착하고 지나치게 경계를 하고 있다. 그들은 종종 신체 증상

Table 4. Recommended doses and administration of most commonly prescribed antipanic agents.

Drug	Dosage range (mg)	Usual intial dose (mg)	Dosing schedule
SSRIs			
Paroxetine (Paxil)	10～50	10	q.d.
Sertraline (Zoloft)	25～200	25	q.d.
Fluvoxamine (Luvox)	50～300	50	q.d.
Fluoxetine (Prozac)	10～80	10	q.d.
TCAs			
Imipramine (Tofranil)	100～300	10～25	q.d.
Clomipramine (Anafranil)	100～250	12.5～25	q.d.
MAOIs			
Phenelzine (Nardil)	45～90	15	b.i.d
Tranylcypromine (Parnate)	30～60	10～60	b.i.d
Benzodiazepines			
Alprazolam (Xanax)	2～10	0.25～0.5	q.i.d
Clonazepam (Klonipin)	1～5	0.25	b.i.d
Diazepam (Valium)	5～30	2.5	b.i.d
Lorazepam	3～16	1.0	t.i.d-q.i.d
Atypical antidepressants			
Venlafaxine (Effexor)	75～300	37.5	b.i.d
Nefazodone (Serzone)	300～500	50	b.i.d

들을 파국적으로 해석하여 심장이나 위장관이나 호흡기에 뭔가 크게 잘못 되었음을 의미한다고 가정한다. 적절한 독서자료는 증상은 불쾌하나 위험하지 않은 신체 과정의 한 부분으로서 객관적으로 보는 데 도움을 줄 것이다. 그러나 미국, 캐나다 등 의료가 앞선 나라들에서는 이런 자조책(self-help books)들이 많이 출판되어 손쉽게 구할 수 있으나, 국내의 경우 드물게 있으나 이마저 일반인이나 환자들이 읽기에는 어려워 향후 이런 자조책들이 많이 출판되어야 하겠다. 그나마 환자나 가족에게 도움을 주기 위해서는 병원이나 클리닉의 진료대기실에 공황장애에 대한 기본적인 정보라도 소개된 교육용 소책자를 비치하는 것이 필요할 것이다.

3. 약물치료

1) 약물의 종류: 공황장애에 대해 선택할 수 있는 약물은 세로토닌 재흡수 억제제(serotonin selective reuptake inhibitors; SSRIs), 삼환계 항우울제(tricyclic antidepressants; TCAs), monoamine oxidase inhibitors (MAOIs), benzodiazepine (BZD), β-blockers, 항경련제 등이다. 그러나 이들 중 치료 효과가 입증된 강력한 증거를 가진 약물은 SSRIs, TCAs, BZD이다.[52] 이들 중에서도 최근 가장 최선

Table 5. Summary of antipanic agents.

Medication class	Advantages	Disadvantages
Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs)	Antidepressant Favorable side-effect profile Low toxicity	Activation No generics May precipitate mania Sexual side effects Gastrointestinal
Benzodiazepines	Rapid onset Favorable side-effect profile Some generics Plasma levels may be useful(alprazolam)	Physical dependence/withdrawal Emergence of depression? Sexual side effects Interfere with exposure?
Tricyclic antidepressants (TCAs)	Antidepressant known efficacy Some generics Plasma levels may be useful(e.g., imipramine, desipramine) Single daily dosing	Activation Anticholinergic effects Cardiovascular effects Delayed onset Sexual side effects Weight gain May precipitate mania
Monoamine oxidase inhibitors (MAOIs)	Antidepressant Known efficacy Better antiphobic effects?	Dietary restrictions Hyposomnia Weight gain Orthostatic hypotension Sexual side effects May precipitate mania Multiple daily dosing
Other antidepressants Venlafaxine Nefazodone	Antidepressant Favorable side-effect profile Low toxicity Few sexual side effects Less activation? (nefazodone)	Activation No generics May precipitate mania Sexual side effects Gastrointestinal Twice-daily dosing needed Limited information

의 약물(drug of choice)은 SSRIs이다. 왜냐하면 항우울 효과가 있고 용이한(favorable) 부작용을 가지므로 역시 합병증이 있는 의학적 상태가 있어도 사용하기가 용이하여 일차진료 환경에서 널리 사용될 수 있다. 흔히 사용하는 약물의 권장량과 투여 방법은 Table 4[53], 항공황약물들의 장 단점에 대한 비교는 Table 5[54]를 참조하기 바란다.

2) 정신과 자문이 필요한 적응증[55]

(1) **심한 자살 사고**; 자살 기도를 하고 싶다고 진술하였는가에 관계없이 단순한 자살 생각이 아닌 자살 충동, 의향 혹은 특정한 계획이 있는 경우

(2) **견딜 수 없는 부작용**; 환자가 부작용과 같은 심각한 문제가 있어 적절한 용량의 처방약물을 복용할 수 없는 경우와 이와 유사하게 견딜 수 없어 여러 약물로 변경해야 할 경우

(3) **비순응 환자**; 심한 약물 부작용이 없이 어떤 이유에서든 약물을 계속 복용하고 싶어하지 않는 환자. 현저한 증상 관해가 있어 그럴 수도 있고 아니면 지속적인 증상이 있음에도 그럴 수가 있다. 정신과의사는 환자의 병력을 참조하여 어떤 약물을 중단할 수 있는가를 조언할 것이다.

(4) **6주까지 반응이 없는 환자**; 치료 5주 후에도 25% 이하의 반응이 있는 환자(예기불안, 공황빈도, 공포증 중 적어도 하나가 호전). 이 시한은 우울증 환자들에서 6주까지 적어도 25% 호전을 보이지 않는 것은 95% 정확도를 가지고 불량한 장기 반응을 예측한다.[56]

3) 유지치료

(1) **일반적인 권고사항**[55]; 환자들은 적어도 1년간 약물을 유지해야 한다. 그렇게 함으로써 단기간 동안 얻어진 호전상태를 유지하고 연장해주며 공황장애의 재발을 방지할 수 있다. 환자가 강력히 약물 중단을 원하면 다음 조건이 없는 경우에만 그 결정에 동의해야 한다: (a) 공황, 예기불안이나 공포적 회피가 지속됨 (b) 주요한 정신사회적 스트레스 (c) 심각한 의학적 질병. 이 세 가지 상황 중 어느 하나에 처해 있으면서 약물 중단을 원하는 환자들에서 이 모든 조건이 있으면 증상 재발의 가능성이 가장 높고 이 조건들 모두가 없으면 가장 낮다.

(2) **무한정 유지**; 장기적으로 보아 공황장애를 가진 많은 환자들에서 계속해서 우울, 중등도의 공포적 회피 혹은 인격장애 증상을 가진다. 이 모두는 독립적으로 적절치 못한 전귀를 예측한다.[57] 확실히 증상이 남아있거나 의학적 질병의 부가적 스트레스에 노출되거나 치료 중단 후 재발한 환자들은 계속적으로 약물을 복용해야한다. 약간의 부작용이 있으면서 위의 3가지 중 두 가지 증상이 있으면 약물을 계속 복용해야 한다.

4) **약물 점감(taper) 및 중단**[55]: 환자가 약물을 중단하길 주장하면 다음의 지침을 사용해야 한다. 항우울제는 4주간에 걸쳐 서서히 점감. titration 일정을 약물 시작했을 때와 반대 순서로 시행하고, 증상이 다시 나타나면 점감을 중단하고 이전 용량으로 증량하며 약물 점감을 나중에 할 수 있다.

4. 인지행동적 개입

오늘날 공황장애의 표준치료로서 약물치료와 함께 인지-행동치료가 인정을 받고 있다.[58] 표준 인지-행동치료는 공황장애에 대한 교육, 불안관리기술(호흡재훈련, 근육이완훈련, 인지적 재구조화, 신체감각에 대한 노출훈련)을 포함하며 대략 12～15회(3～4개월 소요)가 필요하다.[59] 그러나 일차진료 환경에서는 이런 치료가 용이하지 않으므로 Gelder[60]는 임상가들은 약물치료를 사용하며 동시에 환자들에게 인지-행동적 기초에 입각한 다음과 같은 정보를 제공하고 상담해주는 것이 필요하다고 제안하였다. 첫째, 공황발작으로 오는 신체감각에 대해 지나치고 또 합당하지 않게(irrational) 두려워하면 다시 신체감각이 증폭되어 결국 공황발작이 증가하는 악순환(vicious cycle)이 초래된다는 점을 설명한다. 둘째, 공황증상으로 인해 심장마비, 졸도, 뇌졸중, 정신착란 등과 같은 파국적(破局的) 결과(catastrophic outcomes)가 초래된다는 두려움이 있으면 올바른 정보를 제공하여 그러한 오해를 교정하도록 해준다. 마지막으로, 많은 환자들은 공황발작이 일어나 앞서 언급된 것처럼 자신에게 심각한 결과가 초래된다고 믿어, 공황발작으로 어지러움을 느끼면 쓰러질까봐 사람을 붙들거나 벽에 기대고 또는 가슴이 답답하고 숨이 잘 쉬어지지 않으면 억지로 숨을 계속해서 쉬어보는 소위 안전 행동(safety behaviors)을 취하게 되는데, 이런 행동이 계속되면 공황으로 인한 파국적 결과가 온다는 믿음이 없어지지 않아 결국 치료가 잘 되지 않을 수 있다. 그러므로 임상의는 이런 안전 행동을 인지하여 그것을 가능한 빨리 멈추도록 독려하는 것이 필요하다.

5. 일차진료에서 공황장애 치료에 대한 지침

1998년 스위스 배드 라가즈(Bad Ragaz)에서 열린 공황장애에 관한 합의회의(consensus conference)에서 공황장애 전문가들은 다음과 같은 핵심적인 임상적 요점에 합의를 했다.[52]

1) 진단을 확정하기 위해 적절하나 제한된 의학적 조사를 시행한다.

2) 공황장애에 대해 교육을 한다.
3) SSRIs가 처음 선택해야 할 약물이다.
4) 저용량으로 시작하여 목표 용량까지 서서히 증량한다.
5) 지속치료를 하기 위해 부작용을 성공적으로 처치해야 한다.
6) 치료 목표는 증상 전체를 완전 관해(full remission)하는 것이다.
7) 공황에 다른 질환이 공존하거나 반응이 불완전하면 불안장애 전문가에게 의뢰한다.
8) 12～24개월간 효과적인 치료를 계속하고 환자가 건강하고 안전한 생활 상황에 처해 있을 때 중단을 고려한다.
9) 약물을 중단하고자 할 때 4～6개월에 걸쳐 서서히 중단한다.
10) 의사에게 자문하지 않고 갑자기 약물을 중단하지 않도록 이야기해야 한다.

ABSTRACTS

Panic Disorder in Primary Care

Jung Bum Kim, M.D., Ph.D.

Department of Psychiatry, Keimyung University School of Medicine

Even though panic disorder is commonly encountered in primary care setting, accurate diagnosis is rare and appropriate treatment is even rarer. This failure to recognize and adequately treat panic disorder leads likely contributes to inordinately high rates of medical utilization, medical cost, and excessive disability in these patients. Panic disorder is a highly treatable condition. With effective treatment, cardiovascular symptoms, irritable bowel syndrome and more specific gastrointestinal symptoms and even hypochondriasis all tend to improve as well as panic attacks, anticipatory anxiety, and phobic avoidance. Therefore timely diagnosis and proper treatment of panic disorder are very important in primary care. Primary care physicians need to be familiar with early detection and accurate diagnosis. Treatment guidelines for panic disorder also need to be disseminated widely. Patient education with more frequent visits and monitoring must be provided to increase rates of treatment. (J Korean Acad Fam Med 2004;25:193-204)

Key words: panic disorder, primary care, timely diagnosis, proper treatment

참 고 문 헌

1. 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 US: results of the National Comorbidity Study. Arch Gen Psychiatry 1994;51:8-19.
2. Taylor CB, Russiter EM, Agras WS. Utilization of health care services by patients with anxiety and anxiety disorders. In press.
3. Shear MK, Pilkonis PA, Cloitre M, Leon AC. Cognitive behavioral treatment compared with nonprescriptive treatment of panic disorder. Arch Gen Psychiatry 1994;51:395-401.
4. Katerndahl DA, Realini JP. Where do panic attack sufferers seek care? J Fam Pract 1995;40:237-43.
5. Ballenger JC. Panic disorder in the medical setting. J Clin Psychiatry. 1997;58 Suppl 2:13-7; discussion 18-9.
6. Ormel J, Koeter MW, van den Brink W, van de Willige. Recognition, management, and course of anxiety and depression in general practice. Arch Gen Psychiatry 1991;48:700-6.
7. U.S. Department of Health and Human Services. public Health Service National Center for Health Statistics, National medical Care Utilization and Expenditure Survey (NMCUES). Washingtion, DC: US Government Printing Office, 1985.
8. Markowitz JS, Weissman MM, Ouellette R, Lish JD, Klerman GL. Quality of life in panic disorder. Arch Gen Psychiatry 1989;46:984-92.
9. Sherbourne CD, Hays RD, Hays RD, Wells KB. Personal and psychosocial risk factors for physical and mental health outcomes and course of depression among depressed patients. J Consult Clin Psychol 1995;63:345-55.
10. Fifer SK, Mathias SD, Patrick DL, Mazonson PD, Lueck DP, Buesching DP. Untreated anxiety among adult primary care patients in a health maintenance organization. Arch Gen Psychiatry 1994;51:740-50.
11. Merideth L, Sherbourne C, Jackson C, Camp P, Wells K. Treatment typically provided for comorbid anxiety disorder. Arch Fam Med 1997;6:231-7.
12. Ray WA, Blazer DG 2d, Schaffner W, Federspiel CF, Fink R. Reducing long term diazepam prescribing in office practice. A controlled trial of educational visits. JAMA 1986;256:2536-9.
13. Roy-Byrne PP. Benzodiazepines: dependence and withdrawal. In Roy-Byrne PP, Cowley DS, editors. Benzodiazepines in clinical practice: risks and benefits. Washington, DC: APA Press 1991:131-54.
14. Pierce C. Failure to spot mental illness in primary care is a global problem. Clin Psychiatry News 1993;5.
15. Lecrubier Y, Usten TB. Panic and depression: a worldwide primary care perspective. Int Clin Psychopharmacol 1998;13

(Suppl 4):7-11.
16. Sartorius N, Ustun TB, Costa E, Silva JA, Goldberg D, Lecrubier Y, et al. An international study of psychological problems in primary care: preliminary report from the World Health Organization Collaborative Project on "psychological problems in general health care." Arch Gen psychiatry 1993;50:819-24.
17. Fleet RP, Dupuis G, Marchand A, Burelle D, Asenault A, Beitman BD. Panic disorder in emergency department chest pain patients: prevalence, comorbidity, suicidal ideation, and physician recognition. Am J Med 1996;101:371-80.
18. Sheehan DV, Ballenger JC, Jacobsen G. Treatment of endogenous anxiety with phobic, hysterical, and hypochondriacal symptoms. Arch Gen psychiatry 1980;37:51-9.
19. Bridges KW, Goldberg BP. Somatic presentation of DSM-III psychiatric disorders in primary care. J Psychsom Res 1985;29: 563-9.
20. Simpson RJ, Kazmierczak T, Power KG, Sharp DM. Controlled comparison of patients with panic disorder. Br J Gen Pract 1994;44:352-6.
21. Simon GE, Von Korff M. Somatization and psychiatric disorder in the Epidemiologic Catchment Area study. Am J Psychiatry 1991;148:1494-500.
22. Roy-Byrne P, Russo J, Dugdale DC, Lessler D, Cowley D, Katon W. Undertreatment of panic disorder in primary care: role of patient and physician characteristics. J Am Board Fam Pr 2002;15(6):443-50.
23. Schurman RA, Kramer PD, Mitchel JB. The hidden mental health network: treatment of mental illness by non-psychiatrist physicians. Arch Gen psychiatry 1985;42:89-94.
24. Katon W. panic disorder in the medical setting (DHHS Publ No ADM-89-1629). Washington, DC, National Institute of Mental Health, U.S. Government Printing Office, 1989.
25. Klein E, Linn S, Colin V, et al. The epidemiology of panic disorder and generalized anxiety disorder among emergency room patients: evidence for a group at risk (in press).
26. Katon W, Von Korff M, Lin E, Lipscomb P, Russo J, Wagner E, et al. Distressed high utilizers of medical care: DSM-III-R diagnoses and treatment needs. Gen Hosp Psychiatry 1990;12: 355-62.
27. Katon W. Panic disorder and somatization. Review of 55 cases. Am J Med 1984;77:101-8.
28. Katon WJ, Buchwald DS, Simon GE, Russo JE, Mease PJ. Psychiatric illness in patients with chronic fatigue and rheumatoid arthritis. J Gen Intern Med 1991;6:277-85.
29. Barsky A. Palpitations, Cardiac awareness and panic disorder. Am J Med 1992;92(Suppl 1A):315-45.
30. Fossey M, Lydiard RB, Harsh WH, et al. Psychiatric morbidity in irritable bowel syndrome. Paper presented at the annual meeting of the American Psychiatric Association, San Francisco, CA, May 6-11, 1989.
31. Linzer M, Felder A, Hackel A, Perry AJ, Varia I, Melville ML, et al. Psychiatry syncope: a new look at an old disease. Psychosomatics1 990;31:181-8.
32. Merikangas KR, Angst JA, Isler H. Migraine and psychopathology: results of the Zurich Cohort Study of Young Adults, Arch Gen Psychiatry 1990;47:849-53.
33. Noyes R, Clancy J. Anxiety neurosis: a five-year follow-up. J Nerv ment Disord 1976;162:200-5.
34. Savage DD, Devereux RB, Garrison R, Castelli WP, Kligfield P, Devereux RB, et al. Mitral valve prolapse in the general population, II: clinical features: the Framingham study. Am Heart J 1983;106:577-81.
35. van Hemert AM, Hengeveld MW, Bolk JH, Rooijmans HG, Vandenbroucke JP. psychiatric disorders in relation to medical illness among patients of a general medical out-patient clinic. Psycholog Med 1993;23:167-73.
36. Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, Linzer M, deGruy FV III, Hahn SR, et al. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care: the Prime-MD 1,000 study. JAMA 1994;272:1749-56.
37. Weissman MM, Olfson M, Leon AC, Broadhead WE, Gilbert TT, Higgins ES, et al. Brief diagnostic interviews (SDDS-PC) for multiple mental disorders in primary care: a pilot study. Arch Fam Med 1995;4:220-7.
38. Katon W. Primary care-psychiatry panic disorder management module. In: Treatment of Panic Disorder: A Development Conference, ed by Wolfe BE, Maser JD, American Psychiatric Press, Washington DC, 1994, p. 41-56.
39. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed., Washington DC, 1994, p. 393-444.
40. Katon W, Vitaliano PP, Russo J, Jones M, Anderson K. Panic disorder: epidemiology in primary care. J Fam Pract 1986;23: 233-9.
41. Sheehan DV, Sheehan KH. The classification of anxiety and hysterical states. I. Historical review and empirical delineation. J Clin psychopharmacol 1982;1:235-44.
42. Noyes R, Reich J, Clancey J, O'Gorman TW. Reduction in hypochondriasis with treatment of panic disorder. Br J Psychiatry 1986;149:631-5.
43. Lesser IM, Rubin RT, Pecknold JC, Dupont RL Jr. Secondary depression in panic disorder and agoraphobia. I. Frequency, severity and response to treatment. Arch Gen Psychiatry 1988;45:437-43.
44. Ballenger JC. Panic disorder and agoraphobia. In: Oxford Textbook, vol. I, ed. by Gelder MG, López-lbor JJ, Andreason NC, Oxford, Oxford University Press, 2000, p. 810.
45. Boulenger JP, Uhde TW, Wolff EA, Post RM. Increased sensitivity to caffeine in patients with panic disorders. Arch Gen psychiatry 1984;41:1067-71.
46. George DT, Zerby A, Nobel S, Nutt, DJ. Panic effects in

alcohol withdrawal: can subjects differentiate the symptoms? Biol Psychiatry 1988;24:240-3.
47. Hillard JR, Viewig WVR. Marked sinus tachycardia resulting from the synergistic effects of marijuana and nortriptyline. Am J Psychiatry 1983;140:626-7.
48. Lindemann CG, Zitrin CM, Klein DF. Thyroid dysfunction in phobic patients. psychosom 1984;25:603-6.
49. Beitman BD, Mukerji V, Russell JL, Grafing M. Panic disorder in cardiology patients: a review of the Missouri Panic/Cardiology Project. J Psychiatr Res 1993;27(Suppl 1):35-46
50. Permutt MA. Is it really hypoglycemia? If so, what should you do? Medical Times 1980;108:35-43
51. Eisenberg L. Treating depression and anxiety in primary care: closing the gap between knowledge and practice. N Engl J Med 1992;326:1080-4.
52. Ballenger JC, Davidson JR, Lecrubier Y, Nutt DJ, Baldwin DS, den Boer JA, et al. Consensus statement on panic disorder from the international consensus group on depression and anxiety. J Clin Psychiatry 1998;59(Suppl 8):47-54.
53. Rosenbaum JF, Pollack MH, Fredman SJ. The pharmacotherapy of panic disorder, In: Panic Disorder and Its Treatment, ed. by Rosenbaum JF, Pollack MH, Marcel Dekker Inc, New York, 1998, p. 167.
54. Lydiard RB. Pharmacotherapy for panic disorder, In: Textbook of Anxiety Disorders, ed. by Stein DJ, Hollander E, American Psychiatric Publishing Inc., Washington DC, 2002, p. 266
55. Roy-Byrne P, Stein M, Bystrisky A, Katon W. Pharmacotherapy of Panic Disorder: proposed guidelines for the family physician. J Am Board Fam Pract 1998;11(4):280-90.
56. Nierenberg AA, McLean NE, Alpert JE, Worthington JJ, Rosenbaum JF, Fava M. Early nonresponse to fluoxetine as a predictior of poor 8-week outcome. Am J Psychiatry 1995;152:1500-3.
57. Roy Byrne PP, Cowley DS. Course and outcome in panic disorder: a review of recent follow-up studies. Anxiety 1994; 95(1):151-60.
58. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with panic disorder. Am J Psychiatry 1998;155(Suppl 5):1-34.
59. Barlow DH, Craske MG. Mastery of Your Anxiety & Panic II, 2nd ed., New York, Graywind Publications, 1994, p. 1-173.
60. Gelder MG. Combined pharmacotherapy and cognitive behavior therapy in the treatment of panic disorder. J Clin Psychopharmacol 1998;18(Suppl 2):2-5.

임 상 퀴 즈

일차진료에서의 공황장애

다음 임상 퀴즈에 응답해서 60% 이상 득점하시는 회원에게는 대한가정의학회 학술회원 평점 4점을 드립니다. 임상 퀴즈에 답하셔서 응답지를 대한가정의학회 사무처로 보내주십시오. 정답은 다음 호에 게재됩니다(팩스: 365-0997, E-mail: kafm@hitel.net).

1. 공황장애가 조기에 진단되지 않거나 치료가 적절히 되지 않을 경우 환자에게 어떤 지장을 줄 수 있나?
   ① 의료기관 방문이 증가한다.
   ② 우울증은 흔히 오지 않는다.
   ③ 의료비 지출이 늘어난다.
   ④ 사회생활에는 크게 지장을 주지 않는 편이다.

   가) ①, ②, ③　　나) ①, ③　　다) ②, ④　　라) ④　　마) ①, ②, ③, ④

2. 일차진료에서 공황장애를 조기에 인지하지 못하는 이유는?
   ① 내원한 많은 환자들이 정신 증상보다 신체 증상을 훨씬 더 호소한다.
   ② 환자들은 종종 두통, 피로감, 어지러움 등 애매한 증상들을 호소한다.
   ③ 일차진료에서 공황장애를 선별하는 도구가 현재로서는 아직 드문 편이다.
   ④ 다른 정신과적 질환에 비해 공황장애 환자들이 일차진료 환경에서 흔하지 않다.

   가) ①, ②, ③　　나) ①, ③　　다) ②, ④　　라) ④　　마) ①, ②, ③, ④

제 25 권 제 2 호 임상퀴즈의 정답은 255쪽에 있습니다.

절　　취　　선

제25권 3호 응답지 (일차진료에서의 공황장애)

의사면허번호			전문의 번호		소속 지회	
성　　명			연락처(전화)		연락처(E-mail)	
퀴 즈 번 호	1.	가)	나)	다)	라)	마)
	2.	가)	나)	다)	라)	마)
	3.	가)	나)	다)	라)	마)
	4.	가)	나)	다)	라)	마)
	5.	가)	나)	다)	라)	마)

3. 다음 중 일차진료 환경에서 공황장애로 진단될 가능성이 높은 경우는?
   ① 불안과 긴장을 자주 호소한다.
   ② 최근 가슴이 아프다고 심장병에 대해 매우 걱정을 하나 심장검사상 이상 소견이 없다.
   ③ 별 이유 없이 어지러우나 신경과, 이비인후과 검사상 이상 소견이 없다.
   ④ 뒷골이 당긴다고 혈압을 측정하면 혈압의 기복이 심하나 고혈압으로 진단하기 애매하다.

   가) ①, ②, ③　　나) ①, ③　　다) ②, ④　　라) ④　　마) ①, ②, ③, ④

4. 공황장애 환자를 만나서 병에 대한 교육을 할 때 적절하게 잘 설명한 경우는?
   ① 공황발작이 계속되어 심장에 지장을 줄 수 있으니 빨리 응급조치를 해야 한다.
   ② 공황증상은 응급상황에 처할 때 일어나는 반응을 의미하며 결국 우리 몸을 보호해준다.
   ③ 공황 증상은 부교감신경계 활동이 증가해서 오는 것이다.
   ④ 공황발작으로 경험되는 신체증상에 대해 지나치게 걱정하면 공황이 더 잘 일어난다.

   가) ①, ②, ③　　나) ①, ③　　다) ②, ④　　라) ④　　마) ①, ②, ③, ④

5. 공황장애의 약물치료에 대해 적절히 설명한 것은?
   가) 현재 삼환계 항우울제가 가장 최선의 약물이다.
   나) 증상이 없어져도 약 1~2년간 유지치료가 필요하다.
   다) 병이 회복되어 약물을 곧 중단해도 별 지장은 없다.
   라) 증상들이 장기간 지속되는 부부 불화와 연관이 있으나 약물 중단 결정에 고려할 필요가 없다.
   마) 치료 목표는 관해(full remission)보다는 호전(improvement)에 맞추면 된다.