

불안장애 및 강박장애의 최신 임상진료지침 리뷰



김 원

인제대학교상계백병원

AT A GLANCE

10여 년 전부터 불안장애의 각 질환과 강박장애의 치료 지침서가 국내에서 개발되기 시작하였으나, 불안장애 분야는 빠른 발전과 변화로 인해 지속적인 지침서의 개정이 시도되고 있다. 항우울제와 항불안제를 주로 사용하는 약물치료의 지침과 인지행동치료 중심의 비약물치료의 지침이 다양한 상황에 따라 다를 수 있어서 일관되고 통일된 지침서의 개발은 아직 만족스럽지 못한 실정이지만 향후 이에 대한 지속적인 개발과 개정 노력이 필요하다.

01 서론

불안장애는 정신건강의학과에서 다루는 질환 중 가장 흔한 질환에 속하여, 평생 유병률이 높게는 31%에 달하는 것으로 보고된다. 이는 기분장애와 물질남용장애보다도 높은 수치이지만, 불행하게도 불안장애는 진단도 덜 되고 치료도 덜 받는 것으로 알려져 있다. 불안장애는 많은 세부 진단을 포함하는데, 공황장애, 범불안장애, 사회불안장애, 특정공포증이 이에 속한다. 또한, 이전에는 불안장애에 포함되었다가 DSM-5부터는 별도의 구분으로 독립한 외상후 스트레스 장애와 강박장애도 있다.

임상진료지침은 표준적인 진료의 넓은 활용을 위해 많이 제작되고 있는데 이 원고에서는 공황장애, 범불안장애, 사회불안장애, 강박장애에 대한 임상진료지침을 리뷰하려고 한다. 임상진료지침은 학술적 연구 결과에 주로 바탕을 둔 근거 기반(evidence-based) 방식이 주로 사용되지만, 우리나라 특유의 상황을 감안하여 국내 전문가 합의(expert consensus)를 바탕으로 한 진료지침도 많다. 각 질환의 진료지침마다 어떤 방식의 지침 인지가 다를 수 있으니 참고하기 바란다. 또한, 치료를 약물치료와 정신사회적 치료로 크게 구분해볼 때 전체적인 치료지침서도 있지만, 현실에서 가장 많이 쓰이는 약물치료만을 주로 다룬 약물치료 지침서인 경우도 있다. 그리고 본 원고에서는 지면의 한계가 있어 우리나라의 실정에 맞는 국내 임상진료지침을 주로 소개하려고 한다.

1. 공황장애

국내의 공황장애 지침서는 2008년에 한국형 공황장애 약물치료 알고리즘 지침서가 처

음으로 개발되었고, 10년 후인 2018년에 <한국형 공황장애 치료지침서 2018 개정판>이 개발되었다. 모두 국내 전문가 합의를 바탕으로 한 지침서이다. 개정판의 치료 지침을 요약하자면, 일단 공황장애와 광장공포증이 공존하는 경우와 공황장애 단독인 경우를 나누어 지침을 마련하였는데, 둘 사이에 몇몇 작은 차이 외에 큰 차이는 없었다.

초기 치료 전략으로는 항우울제와 벤조디아제핀계(이하 BZD계) 항불안제와 인지행동치료를 함께 하는 것이 최우선으로 선호하는 치료로 나타났다. 그 다음 선호를 보이는 1차 선택으로는 항우울제와 인지행동치료를 함께 하는 전략, 그리고 항우울제와 BZD계 항불안제를 함께 하는 전략이 선호되었다. 공황장애 단독인 경우에는 여기에 항우울제 단독 치료도 1차 선택에 추가된 결과를 보였다. 전반적으로 보았을 때 이상적인 치료로는 인지행동치료가 항상 포함되어야 하지만 여의치 않은 경우 약물치료만으로도 치료하는 전략으로 볼 수 있었다. 항우울제의 선택은 escitalopram이 최우선 치료로 나타나 가장 선호도가 높았고, 그 다음 1차 선택은 paroxetine, sertraline, venlafaxine이었다.

유지 치료 전략으로는 항우울제와 인지행동치료를 함께 하는 것이 최우선 치료로 선택되어서, 항불안제는 초기 치료에만 사용하고 유지 치료에는 항불안제를 중단하려는 임상가들의 노력이 나타났다고 하겠다. 공황장애에 우울장애가 공존질환으로 존재하는 경우에도 역시 최우선 치료로는 항우울제와 BZD계 항불안제와 인지행동치료를 함께 하는 전략이 선택되어 공존질환이 없을 때와 대동소이하였다. 다만 항우울제의 선택에 있어서는 우울장애가 공존하는 경우에 거의 대부분의 항우울제가 1차 선택 이상으로 나타났다.

치료반응이 불충분할 경우 약물치료 전략은 다른 항우울제로 교체나 추가, 비정형 항정신병약물 추가, 강화약물 추가 등이 언급되었는데, 비정형 항정신병 약물로 aripiprazole과 quetiapine의 추가가 선호되고, 강화약물로는 buspirone과 propranolol의 추가가 선호되는 것을 알 수 있었다.

개정판에서 중점을 두어 추가한 정신치료 요법의 선택에서는 개인 및 집단 인지행동치료(cognitive behavioral therapy)가 최우선 치료로, 마인드풀니스 인지치료가 적합한 치료로 합의되었다.

2. 범불안장애

범불안장애는 진단 체계의 잦은 변화, 공존 질환의 흔한 동반이라는 문제가 있고 질환 자체가 애매하고 규정 짓기 어려우며, 진단에서 하위의 질환으로 여기는 편견으로 인해 임상 영역에서 아직 큰 관심 대상이 되지 못하고 있다. 이를 개선하고자 2009년에 한국형 범불안장애 약물치료 지침서가 처음 개발되었고, 현재 개정판을 개발하려는 움직임이 있다.

<한국형 범불안장애 약물치료 지침서 2009>를 요약하자면, 범불안장애의 진단이 너무 적게 이루어지는 점 때문에 우선 진단의 일치성에 대한 설문을 하였는데 국내의 전문가들은 '과도한 불안과 걱정', '걱정을 통제하기 어려움'에 대해 가장 높은 의견 일치율을 보여 신체적 증상들보다는 정신적 증상들에 더 높은 비중을 두는 것으로 나타났다.

초기 약물치료 전략에 있어서는 항우울제와 BZD계 항불안제를 함께 사용하는 전략이 선호되어 초기부터 적극적인 치료를 선택하는 경향이 높았고, 항우울제와 azapirone계 항불안제의 병용 치료가 상위 2차 치료로 선택되었다. 하지만 buspirone이 범불안장애의 1차 치료 약물로 미국 FDA 공인을 받고 여러 연구에서 효과가 검증되었으며 외국의 범불안장애 진료지침에서 1차 치료로 권고되고 있기에 국내에서도 buspirone을 더 적극적으로 활용해야 할 필요성이 있다고 생각한다. 또한 인지행동치료에 대해서도 외국의 많은 지침들은 적극적으로 인지행동치료를 적용하기를 권고하고 있지만, 범불안장애의 인지행동치료가 개발 당시인 2009년에 활발하지 않아 조사 대상에서는 누락이 되었는데, 지금도 인지행동치료는 제대로 시행되기 어려운 의료 환경이라 안타깝다.

3. 사회불안장애

사회불안장애의 약물치료 지침서는 2015년에 처음 개발되었다. 사회불안장애는 상황에 따른 증상 발현의 차이가 커서 약물치료보다 인지행동치료가 좀 더 적절한 경우가 있다. 2015년에 개발된 약물치료 지침서는 인지행동치료를 포함시키지 않은 약물치료만을 대상으로 단계적 접근을 하였다. 1단계에서는 항우울제 단독치료 혹은 BZD계 항불안제나 베타 차단제 약물의 단독치료가 제시되었고, 2단계에서는 위 두 계열 약물의 교체나 추가였으며, 3단계에서는 비정형 항정신병약물을 추가하는 전략과 항우울제를 한 번 더 교체하는 전략이었고, 4단계는 3단계에서 병합한 약물을 교체하거나 다른 계열의 3번째 약물의 추가였다. 마지막 5단계는 진단에 대한 재평가로 권고하였다.

사회불안장애는 증상이 매우 심한 경우에 불안의 내용이 피해망상과 구분이 어려운 경우도 많으며 처음에 사회불안장애로 진단되었다가 조현병 관련 장애로 재진단되는 사례도 많은 만큼, 위의 3단계의 비정형 항정신병약물 추가와 5단계의 진단에 대한 재평가는 이런 점을 고려한 지침이라고 볼 수 있겠다.

4. 강박장애

한국형 강박장애 치료 알고리즘(algorithm)은 2007년에 개발되었다. 이를 요약하면 초발 강박장애 환자의 치료에는 경한 강박증상일 경우 인지행동치료 단독, 선택적 세로토닌 재흡수 억제제(이하 SSRI) 단독, 또는 인지행동치료+SSRI 병합치료가 권고된다. 중등도 이상의 강박증상을 가진 경우는 SSRI 단독, 또는 인지행동치료+SSRI 병합치료로 시

작하는 것이 권장된다.

강박장애에서는 SSRI의 용량도 중요한데, 이 지침에서는 최대 추천 용량으로 fluoxetine 80mg, sertraline 250mg, paroxetine 80mg, citalopram 80mg을 제시하였다. 그리고 치료 시점부터 6~9주 정도를 기다려 본 후 다음 단계의 치료를 고려한다고 하였다.

1단계에서 처음 사용한 SSRI에 불충분한 반응을 보인 경우는, 2단계로 SSRI 단독치료를 경우 인지행동치료를 병합하고, 초기에 인지행동치료를 경우에는 SSRI 병합을 우선 시행하며, 이런 병합치료에도 불충분한 반응을 보이면 SSRI 교체를 먼저 고려한다. 그래도 불충분한 경우 3단계로는 첨가 약물의 추가, clomipramine으로의 교체 혹은 추가, 비정형 항정신병 약물의 추가가 고려되는데, 여기서 첨가 약물은 BZD계 약물, pindolol, buspirone, lithium을 비롯한 기분안정제이다. 항정신병 약물로는 risperidone이 최우선치료로, olanzapine과 quetiapine이 1차 전략으로 추천되었다. 하지만 risperidone과 olanzapine은 조현병 환자에서 강박증상을 유발하는 경우도 있는 것으로 보고되어 주의가 필요하며, aripiprazole이나 amisulpride 같은 약물은 2007년 지침서 개발 당시 이후에 본격적으로 사용되었기 때문에 추후 강박장애 치료 지침서가 개정된다면 항정신병 약물의 선호도는 상당한 변화가 있을 것으로 보인다.

02 결론

불안장애는 매우 흔한 질환임에도 불구하고, 현대적인 적절한 진단과 치료가 이루어진 것은 21세기 들어서 시작되었다 해도 과언이 아닐 정도로 새롭게 의학적 관심이 집중되는 분야이다. 그래서 치료 지침도 빨리 변화하고 비약물 치료의 개발이나 적용도 너무 다양하게 이루어지고 있어 합의와 정리가 쉽지 않다. 그러므로 향후 치료 지침의 역할이 더 중요해질 것으로 생각되고, 각 질환에 대하여 비약물 치료를 포함한 지침서의 재개정이 요구된다 하겠다. **Mind Up**

Reference

1. 2018 한국형 공황장애 치료지침서 개발위원회. 한국형 공황장애 치료지침서 2018 개정판, 대한불안학회. 2018
2. 한국형 범불안장애 약물치료 알고리즘 실무위원회. 한국형 범불안장애 약물치료 지침서 2009, 대한불안학회. 2009.
3. 한국형 강박장애 치료 알고리즘 실무위원회. 한국형 강박장애 치료 알고리즘 2007, 대한불안학회, 2007.
4. Katzman MA, Bleau P, Blier P et al., Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorder. BMC Psychiatry 2014, 14(Suppl 1):S1