

공황장애 치료에 대한 한국형 알고리즘 개발(1) - 배경, 조직구성, 알고리즘 개발의 원칙, 개발계획, 개발방법

포천중문의과대학교 정신과학교실,¹ 성균관대학교 의과대학 정신과학교실,² 연세대학교 의과대학 정신과학교실³
이상혁¹ · 유범희² · 김찬형³ · 윤세창²

Development of the Treatment Algorithm for Panic Disorder(1) - Background, Organization, Principles, Future Plan and Methods of Algorithm Development

Sang-Hyuk Lee, MD, PhD¹, Bum-Hee Yu, MD, PhD², Chan-Hyung Kim, MD, PhD³ and Sechang Yoon, MD, PhD²

Department of Psychiatry¹, Pochon CHA University College of Medicine, Bundang CHA hospital, Seongnam,
Department of Psychiatry², Sungkyunkwan University School of Medicine, Samsung Seoul Hospital, Seoul,
Department of Psychiatry³, Yonsei University College of Medicine, Yongdong Severance Hospital, Seoul, Korea

ABSTRACT

In this special article, we presented the organization of the work group, basic principles of the algorithm, future plan and methods for developing a treatment algorithm for panic disorder in Korea. The psychiatrist work group from the Korean Association of Anxiety Disorders began to develop a treatment algorithm designed to improve the management of Korean patients with panic disorder by incorporating better evaluation techniques and treatment procedures. We have reviewed the treatment guidelines and algorithms for panic disorder published thus far, including the Practice Guideline for the Treatment of Patients with Panic Disorder established by the American Psychiatric Association, the Management of Anxiety (Panic Disorder, with or without Agoraphobia, and Generalized Anxiety Disorder) in Adults in Primary, Secondary and Community Care established by the National Institute for Clinical Excellence, and the Clinical Practice Guidelines established by the Canadian Psychiatric Association. We developed the basic materials to be used in the treatment algorithm for the management of panic disorder in Korea. Therefore, in this special article, we introduce the goal of the algorithm and the details of the algorithm development. (Anxiety and Mood 2007;3(2):77-90)

KEY WORDS : Korean treatment algorithm · Panic disorder.

서 론

공황장애는 일차 의료 기관에서 3~8% 발견되는 비교적 흔한 질환이다.¹ 최근 이 질환의 치료에 있어 많은 진보가 있

접수일자 : 2007년 9월 12일 / 심사완료 : 2007년 10월 22일

Address for correspondence

Bum-Hee Yu, M.D., Ph.D., Department of Psychiatry, Sungkyunkwan University School of Medicine, Samsung Seoul Hospital, 50 Ilwon-dong, Gangnam-gu, Seoul 135-710, Korea

Tel : +82.2-3410-3583, Fax : +82.2-3410-6957

E-mail : bhyu@skku.edu

Chan-Hyung Kim, M.D., Ph.D., Department of Psychiatry, Yonsei University College of Medicine, Youngdong Severance Hospital, 146-92 Dogok-dong, Gangnam-gu, Seoul 135-720, Korea

Tel : +82.2-2019-3340, Fax : +82.2-3462-4304

E-mail : spr88@yumc.yonsei.ac.kr

있음에도 불구하고 여전히 만성적이며 반복적으로 증상이 악화되는 질병의 특성은 변화하지 않았다.¹ 급성기 증상은 약물에 잘 반응하기 때문에 치료가 쉬운 듯이 보이지만, 실제 공황 장애 치료는 복잡하고 판단하기 어려운 여러 가지 상황들이 존재하기 때문에 임상가가 치료 수단을 선택함에 있어 어려움에 직면하게 된다. 환자의 증상과 호소에 따라 '인지행동치료가 좋을지', '약물치료만을 선택할지', '약물은 어떤 약물을 선택해야 최선의 선택인지' 혹은 '병행 요법을 선택할지' 등을 판단해야 하며, 인지행동치료를 시행하지 않는 기관에서는 약물치료만을 시행하는 경우도 있어 국내에서는 치료 수단을 선택함에 있어 어려운 경우가 많다. 그러나, 현재 한국에서는 공황장애의 치료 수단을 선택할 때 도움이 되는 치료 지침(guideline)이 존재하지 않기 때문에,

때로는 혼란스럽고 결정을 내리지 못하는 경우가 존재하며, 자신이 옳은 선택을 했어도 그것을 참조해 볼 근거가 없다.

게다가 주요 정신장애에 대한 다양하고 새로운 약물들이 사용되고 있으며, 이와 관련된 많은 양의 새로운 정보가 있어 기존 지식과 경험에만 의존하기 어렵고, 또한 의료행위의 공공성이 강조되는 현재의 제도적 상황에서는 임상적 주관적 경험과 지식에 근거한 의료 행위는 상당한 제한을 받을 수 밖에 없다.² 이러한 현재의 의료 상황과 의료 행위에 대한 제한을 극복할 수 있는 방안으로 임상지침서나 알고리즘 개발이 도움을 줄 수 있다.

또한 알고리즘은 임상에게는 임상 행위에 도움이 될 수 있는 정보를 주고, 환자에게는 일관성이 있고 체계적인 치료를 받을 기회를 제공하며 더 나아가 지나치게 약가만을 의식하는 현행 의료 정책에도 새로운 기준치와 표준을 제공할 기회를 줄 것으로 기대된다.² 실제 우울 장애,³ 조울 장애,⁴ 정신분열병,⁵ 강박장애⁶에 대한 한국형 약물치료 알고리즘이 개발되어 있으며, 이들 알고리즘들은 최근에 개발된 약물치료에 대한 견해까지 포함되어 있어 치료에 있어 진일보한 관점을 알 수 있는 장점이 있고, 나아가 한국 정신과 의사의 견해를 포함시켜서 현실적인 견해가 어떠한지에 대해서 살펴볼 수 있어 도움을 주고 있다.

그러나 국내에서 발표된 알고리즘들은 약물치료에 국한되어 있는 단점이 있다. 기존 우울장애, 양극성 장애 치료에 있어서 정신치료나 인지행동치료가 중요한 역할을 함에도 불구하고, 한국 내에서 이 치료에 대한 경험이 적고, 이를 체계화하는 것이 어렵기 때문에 국내 한국형 알고리즘^{3,4}에서 포함시켜서 분석하지 못했다. 한국형 강박장애 알고리즘⁶ 또한 일부 설문이 포함되어 있으나 인지행동치료에 대한 자세한 분석은 어려웠다. 둘째는 기존에 외국에서 발표된 설문을 기본 골격으로 치료 알고리즘을 국내에서 만들었기 때문에 외국 알고리즘과 비교할 수 있는 장점도 있지만, 국내 상황에 맞도록 창조적으로 알고리즘 설문을 만들지 못한 단점도 있을 수 있다.

따라서 한국형 공황장애 치료 알고리즘은 기존에 한국에서 개발된 알고리즘의 장점을 이어받고 한계점을 고려하여 치료 알고리즘을 개발하고자 하였다. 알고리즘이 지향하는 목표에 따라서 개발 방법 및 내용 면에서 상당한 차이를 가져올 수 있기 때문에, 한국형 공황장애 치료 알고리즘의 올바르게 적절한 사용을 위해서는 기본계획, 개발 원칙, 개발방법 등을 설명하는 것이 바람직한 것으로 생각된다. 본 연구의 목적은 이러한 취지에서 앞으로 한국형 공황장애 치료 알고리즘의 내용과 기본계획, 개발 원칙, 개발방법을 설명하기 위함이다.

한국형 알고리즘 개발사업 내용과 기본 계획

한국형 공황장애 치료 알고리즘의 배경 및 필요성

1) 공황장애에 있어서도 치료 약물의 비약적인 발달이 있어 왔다. 기존에 벤조디아제핀과 삼환계 항우울제로 치료하던 시대에서, 선택적 세로토닌 재흡수 억제제(Selective Serotonin Reuptake Inhibitor, SSRI)와 세로토닌 노르에피네프린 재흡수 억제제(Serotonin Norepinephrine Reuptake Inhibitor, SNRI), 기존 정형 항우울제와는 약리적, 임상적 특징이 다른 mirtazapine이 개발되었다. SSRI와 SNRI 중에서도 각각의 약물 성질에 따라 공황장애에 효과가 다를 수 있고, 개인적인 경험도 다르기 다를 수 있어 약물의 선택에 많은 혼란이 있을 수 있다. 예를 들어 escitalopram과 citalopram이 같은 약물의 종류일 수 있으나 구조가 다르기 때문에, 다른 효과를 보일 수도 있고, 이에 따른 임상가들의 개인적인 치료 경험도 다를 수 있다. 또한 약물의 반응에 있어서도 유전적 혹은 인종적 차이가 있을 수 있으며, 인종적 혹은 유전적인 차이를 고려하더라도 국내에서 이를 평가할 도구가 다를 수 있어 이에 대한 고려가 필요하다. 그러므로 국내에서도 이러한 새로운 약물들을 포함하는 치료 전략의 수정 및 보완이 필요하다. 이 치료 전략은 임상 연구 등 과학적인 근거와 많은 임상적인 경험을 바탕으로 하여야 하나 국내에서 이를 임상 연구화하고 이를 발표하기까지는 오랜 기간이 걸리기 때문에 이를 다 다루는 것은 어려운 일이다. 특히 국내의 연구 여건 상, 임상 연구가 빠르게 변화하는 임상 상황들을 따라가지 못하며, 오히려 이런 차이가 시간이 지남에 따라 커질 가능성이 있다. 이러한 차이를 보다 효과적으로 극복할 수 있는 방법은 국내 현실에 적합한 알고리즘의 개발이라고 판단하였다.

2) 인지행동치료 등 정신사회적 치료를 포함시킨 한국형 알고리즘이 필요하다. 국내의 공황장애 치료는 양적으로 성장하였으나, 질적인 성장에 있어서는 이를 따라가지 못하고 있는 듯한 인상이다. 인지행동치료도 치료분야에서 급속한 성장을 이루었음에도 실제적으로 대학이나 1차 의료 기관에서 정기적으로 시행되는 경우가 많지 않고, 이 경험조차 나누어지지 못하고 있는 것이 현실이다. 이전 한국형 강박장애, 우울장애 약물치료 알고리즘에서도 인지치료 혹은 인지행동치료에 대해서 심층적으로 다루려 하였지만 국내에서 약물치료만큼 많은 경험을 가지고 있지 못하기 때문에 이를 다루지 못한 것도 그 때문이라고 한다.^{3,6} 따라서 비교적 정신 사회적 치료를 많이 시행하고 경험도 축적되어가는 공황장애 인지행동치료를 포함한 알고리즘이 필요하다.

3) 국내용 알고리즘 개발과정은 학문적인 가치가 있다. 국내에서 약물치료에 대한 알고리즘 개발 경험은 많이 축적되어 있다. 이전에 개발된 한국형 알고리즘의 개발에 관한 내용들이 논문과 책자로 소개되어 알고리즘으로서의 학문적 가치를 인정받고 있다. 한국에서 인지도가 높아지고 있는 공황장애에 있어서도 이러한 학문적인 가치를 가지고 알고리즘 개발이 필요하다.

조직구성

조직구성은 기존에 알고리즘³⁶ 개발을 위해 만들었던 위원회를 기반으로 하였다. 본 조직은 크게 3개의 위원회로 나누어져 있다.

실무위원회(Executive committee)

이 위원회는 알고리즘 개발을 위한 실질적인 여러 임무를 수행하도록 되어있다. 실무위원회에 대학에서 근무하는 7명이 참여하였다. 이 위원회는 외국 알고리즘이나 임상 지침서의 내용 및 개발 과정의 조사, 국내의 임상 연구 등 각종 자료의 수집 및 분석, 알고리즘의 원칙과 개발 방법의 수립, 검토위원회(Review Committee) 회원 추천과 이 위원회의 의견 수렴을 위한 질문지 작성, 알고리즘과 사용을 위한 세부적인 지침서 작성 등의 임무를 맡았다.

자문위원회(Liaison committee)

이는 실무 위원회 제반 활동에 대한 자문 및 추진을 주 업무로 하는 위원회이다. 이 위원회는 4명으로 구성되며 기존에 알고리즘 개발 경험이 있는 권위자와 대한 불안의학회 주요 인사로 구성되었다.

검토위원회(Review committee)

이는 약 50명으로 구성되는 위원회로 실무위원회의 작업 결과에 대한 평가 및 의견을 제시하는 역할을 담당한다. 이 위원회는 전국 의과대학 및 정신병원 등의 정신과 전공의 수련 병원, 비수련 병원, 개원의 등의 전문가를 포함시켜서 공황장애 치료와 관련된 학문적인 연구 업적이 있는 위원뿐만 아니라 실제 1차 의료기관에서 환자를 직접 진료하는 위원들을 포함시켰다. 위원은 공개적으로 참여 의사를 밝힌 정신과 전문의와 실무위원회에서 추천하여 공통적으로 일치하는 전문가를 선정하고, 최종 선정은 본인의 동의를 받은 경우에만 한하기로 하였다. 실무위원회를 통해서 만들어진 알고리즘 초안은 이 위원회의 토의 및 지적에 의해서 수정될 수 있다.

한국형 알고리즘 개발의 기본 원칙

한국형 공황장애 치료 알고리즘도 기존의 알고리즘 개발의 기본원칙^{3,6}을 바탕으로 하여 만들어졌다.

1) 첫번째 기본원칙은 본 알고리즘이 지향하는 목표와 관련된 것으로 최종적으로는 과학적인 근거를 기준으로 하는 ‘이상성’을 바탕으로 하고, 이 ‘이상성’에서 크게 위배되지 않는 범위 안에서만 ‘현실성’의 측면을 같이 고려하는 쪽으로 목표를 설정하였다.

2) ‘알고리즘이 임상주의 자율적인 판단을 구속해서는 안 된다’는 것을 원칙으로 설정하였다.

3) 추후 재개정을 할 것이라는 원칙이다. 최근에도 국내에 새로운 약물들이 도입되고 있으며, 새로운 약물도 개발 중에 있다. 알고리즘도 약물과 치료의 개발에 따른 수정이 불가피하며, 이를 흡수해 나갈 때만이 알고리즘의 가치를 가질 수 있기 때문에 이에 대한 고려가 필요하다.

4) 치료 환경이 바뀌어도 환자가 일관된 치료를 받을 수 있도록 하였다.

개발과정

2007년 3월 말, 공황장애 치료 알고리즘 실무위원회를 발족시켰다. 이 시기에는 국내외 공황장애 연구에 대해서 검토하고 국내의 인지행동치료 현황에 대해서 면밀히 조사하였다. 2007년 4월에는 알고리즘 개발의 기본원칙에 대해서 검토하였다. 증거 중심 알고리즘으로 할 것인지 혹은 전문가 합의 알고리즘으로 할지에 대해서 집중적으로 토의하였고 다른 알고리즘 개발사업의 장점을 이어받아 이를 조화시키는 알고리즘을 만드는 것을 목표로 하였다. 2007년 5월에는 1995년 이후 외국에서 발표된 15개의 알고리즘을 검토하면서, 보다 심도있게 개발된 APA(American Psychiatric Association)의 practice guideline for the treatment for patients with panic disorder,⁷ NICE(National Institute for Clinical Excellence) clinical guideline 22의 Management of anxiety(panic disorder, with or without agoraphobia, and GAD) in adults in primary, secondary and community care,⁸ CPA(Canadian Psychiatric Association)의 Clinical practice guidelines 등⁹ 3가지 알고리즘을 기초로 하여 알고리즘 개발의 초점과 논쟁점을 알아보았다. 2007년 6월부터 8월까지의 실무위원들이 만든 초안을 검토하고 피드백(feedback)을 반복하면서 9월 초에 최종안을 확정하였다.

개발방법

상기 언급한 개발 원칙 하에 공황장애의 특성과 현재까지

의 알고리즘 및 임상지침서를 면밀히 검토하였다. 그리고 원칙을 준수하는 상태에서 알고리즘 개발 방법 계획을 수립하였다. Woolf¹⁰가 서술한 4가지 방법 중, 그 장단점을 고려하여, 두 가지 방법 즉, ‘증거에 기반한 알고리즘(evidence-based algorithm)’과 ‘전문가들의 공식적 합의에 의한 알고리즘(expert consensus algorithm)’을 선택하게 되었다. 국내 현실상 과학적인 근거가 절대적으로 부족하고 개발 경험이 전무한 상황 속에서 어떤 한가지 방법만을 선택하기에는 어려움이 있었기 때문이다.

이런 연유로 한국형 공황장애 치료 알고리즘 개발은 가장 최근에 과학적인 근거를 바탕으로 만들어진 캐나다 정신과 협회(Canadian Psychiatric Association)에서 2006년 발표한 증거에 기반한 알고리즘을 기초로 하여 본 위원회에서 독창적으로 설문을 작성하였다. 임상 연구나 각종 문헌 결과를 검토하여 적극적으로 수용하였으며, 국내 연구 결과가 충분치 않은 부분은 검토위원회의 공식적 합의를 수용하여 국내 여건과 상황에 맞게 수정하고자 하였다. 특히 인지행동치료에 대해서는 증거의 수준(level of evidence)과 권고 등급(grade of recommendation)을 고려하여 연구 결과에 바탕한 설문을 만들었다.

전략 및 약물 선택의 적합성을 평가하기 위하여, 9점 척도를 사용하였으며, 해당 항목에 대한 경험이 부족하다거나 잘 알고 있지 못하는 경우에는 평가하지 않도록 하였다. 9점 척도를 선택한 이유는 각 선택에 대한 합의를 이끄는 데 있어서 기존 한국형 알고리즘 개발에 있어 의미가 있었기 때문이다. 실제로 강박장애 치료 알고리즘의 경우, χ^2 -검정을 시행하여 점수가 무작위 분포를 하지 않을 때(non-random distribution) 선택 항목에 대한 합의가 있다고 판단하였고, 실제로도 이 통계적인 유의성이 의미가 있었다.⁶ 9점의 경우 최우선치료(treatment of choice)거나 가장 적합한 경우를 의미하는 것으로, 7,8점의 경우 자주 일차 선택으로 사용하거나 적합한 경우, 4~6점은 확실하지 않은 것으로, 때때로 2차 선택으로 사용하거나 2차적으로 고려할 수 있을 때라고 명시하였다. 2, 3점의 경우 대개 부적절한 경우, 거의 사용하지 않는 치료 방법인 경우, 1점의 경우 매우 부적절한 경우, 전혀 사용하지 않는 치료 방법인 경우라고 명시 하였다. 위의 평가척도는 주의사항에 표로 만들어 검게 칠해서 미리 주지시키고 설문을 작성하도록 하였다.

향후계획

향후 계획은 다음과 같다. 2007년 10월에는 설문을 분석하고, 2007년 11월에는 공청회에서 의견을 듣고 실무위

원회에서 수정하는 방식으로 진행할 예정이며, 2007년 12월에는 알고리즘의 최종본을 작성하고, 이를 논문화하는 작업으로 진행할 예정이다. 이후 가능하다면 알고리즘과 실제 임상상의 차이는 어떤지 알아보기 위하여 실제 사용 조사(field trial)을 진행하여 이를 논문화 할 계획이다.

하지만 이 알고리즘이 개발된 이후 향후 고려해야 할 사항이 존재한다. 재개정 혹은 재개발된 알고리즘의 적용과 자문이 필요하며 이는 알고리즘의 적절한 적용을 위해 반드시 필요한 사항이다.¹¹ 이를 위해서 알고리즘 사용을 위한 세부적인 지침서를 보고서 형식으로 만들 예정이며, 개발 사업에 참여하였던 조직을 재편성하여 임상의를 위한 자문을 지속하고, 공황장애 책자 발간 등 임상지침서와 관련된 각종 정보를 여러 가지 방법으로 제공할 조직을 유지할 예정이다. 이 작업은 향후 재개정될 알고리즘에 중요한 의미를 가질 것으로 생각된다.

결 론

대한불안학회 공황장애 치료 알고리즘 실무위원회에서 주관하여 개발하고 있는 ‘한국형 공황장애 치료 알고리즘 2007’의 목표는 국내 현실에 적합하며, 환자에게는 질적으로 우수한 치료가 될 수 있도록 하는 데 있다. 공황장애 알고리즘 실무위원회에서는 국내외 공황장애 치료 알고리즘을 검토하였고, 기본적인 정보는 외국에서 만들어진 심도 있는 알고리즘 혹은 치료 지침을 참고로 하여 얻었으며, 이를 한국적 상황에 맞게 만들기 위하여 한국의 전문가 검토위원들의 의견을 수렴할 수 있는 설문을 작성하였다.

공황장애에 관한 치료 알고리즘 사업이 국내에서는 처음이기 때문에 문제점과 단점도 가질 수 있겠지만, 계속되는 수정과 재개정을 통해서 이런 문제점과 단점을 보완할 예정이다.

중심 단어 : 알고리즘 개발 · 공황장애.

REFERENCES

1. Katon WJ. Panic Disorder. Clinical practice. N Engl J Med 2006; 354:2360-2367.
2. Kim DJ, Ahn YM, Kang DY, Kim SH, Kim CY, Min KJ, et al. Korean Medication Algorithm Projects for Major Psychiatric Disorders (II)-Background, Basic Plan, Organization of KMAP and Principles, Methods of Algorithm Development and Limitation, Caution when using KMAP- Korean J Psychopharmacol 2002;13:30-36.
3. 한국형 우울장애 약물치료 알고리즘 실무위원회. 한국형 우울장애 약물치료 지침서 2006. 서울: 중앙문화사;2006.
4. 한국형 양극성 장애 약물치료 알고리즘 실무위원회. 한국형 양극성 장애 약물치료 지침서 2006. 서울: 중앙문화사; 2006.
5. Ahn YM, Kwon JS, Kang DY, Kim SH, Kim CY, Bahk WM, et al. Questionnaire for developing the Korean Medication Algorithm for the Treatment of Schizophrenia. Korean J Psychopharmacol 2004;15:

- 219-235.
6. 한국형 강박장애 치료 알고리즘 실무위원회. 한국형 강박장애 치료 지침서 2007. 서울: 중앙문화사;2007.
 7. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment for patients with panic disorder. Work Group on Panic Disorder. American Psychiatric Association. Am J Psychiatry. 1998;155 (Suppl 5):1-34.
 8. National Institute for Clinical Excellence, NICE. Clinical guideline 22, Management of anxiety (panic disorder, with or without agoraphobia, and GAD) in adults in primary, secondary and community care. Available at: <http://guidance.nice.org.uk/CG22/niceguidance/pdf/English>. accessed March;2007.
 9. Swinson RP, Antony MM, Bleau P, Chokka P, Craven M, Fallu A, et al. Clinical practice guidelines. Management of anxiety disorders. Can J Psychiatry 2006;51 (Suppl 2):23-30.
 10. Woolf SH. Practice guidelines, a new reality in medicine. II. Methods of developing guidelines. Arch Intern Med 1992;152:946-952.
 11. Gilbert DA, Altschuler KZ, Rago WV, Shon SP, Crismon ML, Toprac MG, et al. Texas Medication Algorithm Project: definitions, rationale, and methods to develop medication algorithms. J Clin Psychiatry 1998;59:345-351.

□ 부 록 □

한국형 공황장애 치료 알고리즘 전문가 검토위원 설문지

설문지 설명 및 주의사항

참고로 이 설문지를 준비하면서 실무위원회의 전체토의를 걸쳐 논의된 몇 가지 형식에 대한 사항을 말씀드리겠습니다.

1) 치료 약물에서 현재 국내에 도입되지 않은 약은 가능한 제외하였습니다. 검토 위원들의 치료경험이 본 설문지 작성에 중요하기 때문입니다.

2) 향후 지속적인 약물치료의 발전으로 새로운 치료가 도입될 것을 대비하여, 새로운 약제를 추가하기 쉬운 형태로 교정하였습니다.

3) 용어의 선택은 가급적 우리말로 번역하여 사용하였으나, 적절한 번역이 되지 못한 부분은 번역한 후에 괄호 안에 원래의 용어를 삽입하였고 부득이한 경우에는 원래의 용어를 그대로 사용하였습니다. 또한 약물의 이름은 영어로 표기하였습니다.

4) 동일한 성분을 가지는 몇 가지 약물은 대표적인 약물명 만을 선택하였습니다. 예 ; Paroxetine과 Paxil CR은 모두 Paroxetine으로, Venlafaxine XR과 Venlafaxine IR은 Venlafaxine으로 표기하였습니다. 하지만 Citalopram과 Escitalopram은 다르게 표기하였습니다.

5) 순서에 따른 영향을 배제하기 위해 약물목록은 Alphabet순서로 제시하였으나 같은 계통의 약물은 가급적 가까운 위치에 배열하였습니다[예, SSRI group, TCA group, SNRI(Venlafaxine, Milnacipran)].

이 설문지 작업은 국내의 공황장애 치료 가이드라인을 제공하기 위한 전문가 검토위원의 고견 제안을 위한 과정입니다. 선생님의 고견에 따라 국내 공황장애의 치료 방향이 새롭게 제시될 수 있으므로 비록 바쁘시고 시간이 부족하시더라도 상세하고 신중한 설문지 작성을 다시 한 번 부탁드립니다.

본 설문지에 고견을 제안하시기에 앞서 몇 가지 고려해 주실 사항이 있습니다. 다음의 주의사항을 반드시 고려하신 상태에서 설문지를 작성하여 주시기 바랍니다. 또한 설문지 작업이 힘드시더라도 상세하고 신중하신 설문지 작성을 당부 드립니다.

〈주의 사항 1〉

현실적인 임상측면을 무시할 수는 없으나 알고리즘의 목적상 답변을 선택하실 때 공황 증상의 개선과 환자의 삶의 질 향상을 위해 현실보다는 궁극적으로 이상적인 치료를 우선하여 결정하여 주십시오.

경제적인 이유나 제도적인 문제로 인하여 실제 임상상황에서 처방하시는 약물과 의학적인 면에서 보다 적절하고 이상적인 약물이 서로 다를 수 있습니다. 이 경우, 현실적인 문제보다는 전문적으로 이상적이고 바람직한 방향의 치료를 우선적으로 선택하시면 됩니다.

〈주의 사항 2〉

평가 척도는 ① 부터 ⑨까지의 9점 척도를 사용합니다.
각 질문에서 모든 항목의 전술이 어느 정도 적절성이 있는 지를 <예시 1>에 따라 평가하시면 됩니다. 해당 약물에 대한 치료경험이 없으실 경우 ④를 선택하시면 됩니다.

<예 시 1>

1. 공황장애의 정도 삽화 : 초기 치료 전략

공황장애의 정도 삽화를 보이는 환자에게 치료를 시행할 경우, 초기 치료 전략으로서 다음 각 항목들의 적절성에 대해 평가해 주십시오.

평 가 항 목	평 가 척 도									
① 항우울제	④	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
② 항불안제	④	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
③ 항우울제+인지행동치료	④	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
.....	④	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨

* ①, ②, ③ 치료전략의 적절성을 9점 척도에 개별적으로 평가하시면 됩니다.

<주의 사항 3>

9점 척도는 각 질문 항목의 모든 세부 항목에 그 적합성의 정도를 평가하셔야 합니다.
 특히 네모 칸에 있는 평가척도의 점수에 대해서 잘 읽어주시고 평가해 주시기 바랍니다.
 <예시 2> 참조

<예 시 2>

초기치료에서 공황장애의 임상유형별 항우울제의 선택

다양한 공황장애의 임상유형의 치료를 위해 초기 약물 치료로서 사용하기에 적합한 약물을 다음에 제시해 드린 항우울제 목록 중에서 선생님께서 경험이 있으신 약물들에 한하여 약물치료의 적절성을 평가해 주십시오. 평가하실 때 효능(efficacy)과 내약성(tolerability)의 측면을 모두 고려하여 주시길 바랍니다.

1. 정도 삽화의 공황장애 : 초기 치료 전략(초발과 재발 모두 포함)

(참고로 정도 삽화는 Clinical Global Impression상 2, 3점인 borderline ill 혹은 Mildly ill에 해당합니다)

공황장애 정도 삽화를 보이는 환자에게 치료를 시행할 경우, 초기 치료 전략으로서 다음 각 항목들의 적절성에 대해 평가해 주십시오.

평 가 항 목	평 가 척 도									
항우울제 단독치료	④	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
항불안제 단독치료	④	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
인지행동치료 단독치료	④	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
자조(self-help)*	④	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
항우울제+항불안제	④	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
항우울제+인지행동치료	④	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
항우울제+자조	④	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
항우울제+항불안제+인지행동치료	④	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
항불안제+인지행동치료	④	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
항불안제+자조	④	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
인지행동치료+자조	④	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨

* : 자조(self help)는 computerized CBT, 혹은 독서치료(bibliotherapy), 자조그룹 등을 의미합니다.

한국형 공황장애 치료 알고리즘(1)

2. 중등도 삽화의 공황장애 : 초기 치료 전략

(참고로 중등도 삽화는 Clinical Global Impression상 4점인 moderate ill에 해당합니다)

중등도 삽화의 공황장애를 보이는 환자에게 치료를 시행할 경우, 초기 치료 전략으로서 다음 각 항목들의 적절성에 대해 평가해 주십시오.

평가 항목	평가 척도									
항우울제 단독치료	④	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
항불안제 단독치료	④	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
인지행동치료 단독치료	④	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
자조(self-help)*	④	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
항우울제+항불안제	④	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
항우울제+인지행동치료	④	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
항우울제+자조	④	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
항우울제+항불안제+인지행동치료	④	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
항불안제+인지행동치료	④	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
항불안제+자조	④	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
인지행동치료+자조	④	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨

* : 자조(self help)는 computerized CBT, 혹은 독서치료(bibliotherapy), 자조그룹 등을 의미합니다.

3. 중증 삽화의 공황장애 : 초기 치료 전략

(참고로 중증 삽화는 Clinical Global Impression상 5점 이상 즉 Markedly ill 이상인 경우를 말합니다)

중증 삽화의 공황장애를 보이는 환자에게 약물치료를 시행할 경우, 초기 치료 전략으로서 다음 각 항목들의 적절성에 대해 평가해 주십시오.

평가 항목	평가 척도									
항우울제 단독치료	④	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
항불안제 단독치료	④	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
인지행동치료 단독치료	④	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
자조(self-help)*	④	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
항우울제+항불안제	④	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
항우울제+인지행동치료	④	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
항우울제+자조	④	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
항우울제+항불안제+인지행동치료	④	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
항불안제+인지행동치료	④	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
항불안제+자조	④	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
인지행동치료+자조	④	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨

* : 자조(self help)는 computerized CBT, 혹은 독서치료(bibliotherapy), 자조그룹 등을 의미합니다.

4. 공황장애 진단

공황장애의 진단에 관한 설문입니다. DSM-IV-TR 공황장애 진단에 있어 필요한 영역들에 대해서 기술한 것입니다. 실제 선생님의 진단에 있어 다음 각 항목들의 얼마나 필요한 지에 대해 평가해 주십시오.

평가 항목	평가 척도									
반복적이고 예측되지 않는 공황발작	④	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
예기불안	④	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
공포-회피 증상	④	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
심각한 정도	④	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
정신사회적 기능 장애	④	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨

5. 공황장애 치료 반응 평가

공황장애의 치료 반응 평가에 있어 필요한 항목들을 나열한 것입니다. 치료 반응 평가에 있어 각 항목들의 얼마나 필요한 지에 대해 평가해 주시고, 관해상태를 9-point scale로 측정한다면 몇 점 이하일 때 관해상태로 보는지 측정해 주십시오.

평가 항목	평가 척도									
반복적이고 예측되지 않는 공황발작	④	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
관해상태	④	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
예기불안	④	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
관해상태	④	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
공포-회피 증상	④	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
관해상태	④	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
심각한 정도	④	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
관해상태	④	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
정신사회적 기능 장애	④	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
관해상태	④	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨

6. 인지행동치료 : 효과

공황장애 환자에게 필요한 인지행동치료의 기법들입니다. 공황장애 치료에서 각 기법에 대한 유용성을 평가해 주십시오.

평가 항목	평가 척도									
정신교육	④	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
인지 재구조화	④	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
노출 요법	④	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
이완요법(점진적 근이완법, 호흡조절법)	④	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
자극 감응 훈련	④	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
문제 해결 훈련-갈등, 상실, 과한 노동	④	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
재발 방지	④	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨

7. 인지행동치료 : 내용 및 기간

공황장애 환자에게 필요한 인지행동치료 각 세션(session)의 내용 및 기간에 관한 질문들입니다. 선생님들께서 동의하시는 정도를 체크해 주십시오.

평가항목	평가척도
인지행동치료는 재발을 막는데 약물치료보다 유용하다.	㉠ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨
단기 인지행동치료(3-6 session)가 효과와 유용성을 고려할 때 더 좋을 수 있다.	㉠ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨
회피-공포반응이 있는 환자는 12-session 인지행동치료가 단기인지행동치료보다 더 효과적이다.	㉠ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨
강화 세션(booster session)이 환자들에게 필요하다.	㉠ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨

그 밖에 인지행동 치료에 대한 의견을 빈 칸에 적어주십시오

8. 초기치료에서 공황장애의 임상유형별 약물의 선택

아래에 제시해 드린 항우울제 목록 중에서 경도 및 중등도 삽화의 공황장애 치료를 위해 초기 치료약물로 사용하는 것에 대한 적절성을 평가해 주십시오. 단, 선생님께서 경험이 있으신 약물들에 한하여 평가해주시고 평가하실 때에는 효능(efficacy)과 내약성(tolerability)의 측면을 모두 고려하여 주시길 바랍니다. 항우울제 약물에 대해서는 각각의 임상유형에서 가장 적합하다고 생각하는 ▶약물명을 해당란에 적어주십시오.

약물선택	평가척도
▶경도, 중등도 삽화	
Venlafaxine XR	㉠ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨
Citalopram	㉠ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨
Escitalopram	㉠ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨
Fluoxetine	㉠ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨
Fluvoxamine	㉠ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨
Paroxetine	㉠ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨
Sertraline	㉠ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨
▶가장 적합한 SSRI 약물	
TCA group	㉠ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨
Clomipramine	㉠ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨
Imipramine	㉠ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨
Nortriptyline	㉠ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨
Amitriptyline	㉠ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨
▶가장 적합한 TCA 약물	
Mirtazapine	㉠ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨
Moclobemide	㉠ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨
Divalproex	㉠ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨
Bupropion	㉠ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨
Adjuvative Pindolol	㉠ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨
Atypical Antipsychotics (quetiapine, risperidone, olanzapine)	㉠ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨
Alprazolam	㉠ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨
Clonazepam	㉠ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨
▶기타 Benzodiazepine	
Buspirone	㉠ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨
Trazodone	㉠ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨
Propranolol	㉠ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨
Carbamazepine	㉠ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨

9. 초기치료에서 공황장애의 임상유형별 약물의 선택

아래에 제시해 드린 항우울제 목록 중에서 중증 삽화의 공황장애 치료를 위해 초기 치료약물로 사용하는 것에 대한 적절성을 평가해 주십시오. 단, 선생님께서 경험이 있으신 약물들에 한하여 평가해주시고 평가하실 때에는 효능 (efficacy)과 내약성(tolerability)의 측면을 모두 고려하여 주시길 바랍니다. 항우울제 약물에 대해서는 각각의 임상유형에서 가장 적합하다고 생각하는 약물명을 해당란에 적어주십시오.

약물 선택	평가 척도
▶경도, 중등도 삽화	
Venlafaxine XR	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨
Citalopram	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨
Escitalopram	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨
Fluoxetine,	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨
Fluvoxamine	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨
Paroxetine	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨
Sertraline	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨
▶가장 적합한 SSRI 약물	
TCA group	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨
Clomipramine	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨
Imipramine	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨
Nortriptyline	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨
Amitriptyline	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨
▶가장 적합한 TCA 약물	
Mirtazapine	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨
Moclobemide	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨
Divalproex	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨
Bupropion	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨
Adjunctive Pindolol	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨
Atypical Antipsychotics (quetiapine, risperidone, olanzapine)	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨
Alprazolam	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨
Clonazepam	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨
▶기타 Benzodiazepine	
Buspirone	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨
Trazodone	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨
Propranolol	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨
Carbamazepine	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨

10. 공황장애의 약물치료 순위 선택

심각도와 상관 없이 공황장애의 약물치료 순위를 선택해 주십시오. 단, 선생님께서 경험이 있으신 약물들에 한하여 평가해주시고 평가하실 때에는 효능(efficacy)과 내약성(tolerability)의 측면을 모두 고려하여 주시길 바랍니다.

하기 약물 중 다음에 해당하는 약물을 표기해 주십시오	
Venlafaxine XR, Citalopram (Escitalopram), Fluoxetine, Fluvoxamine, Paroxetine, Sertraline, Clomipramine, Imipramine, Nortriptyline, Mirtazapine, Moclobemide, Divalproex, Bupropion, Adjuvative Pindolol, Atypical Antipsychotics (quetiapine, risperionde, olanzapine), Alprazolam, Clonazepam, 기타 Benzodiazepine, Buspirone, Trazodone, Propranolol, Carbamazepine	
1st line agent	
2nd line agent	
3rd line agent	

11. 공황장애 약물치료의 용량, 기간, 중단기준 및 재발시 대책

다음은 공황장애의 일차치료제로 일반적으로 권장되는 약물입니다. 각자의 약물들을 초기 시작용량과 유지용량으로서 가장 적절한 용량을 직접 기술해 주십시오(본인이 직접 사용하는 용량을 기준으로 작성해 주시고, 사용치 않을 경우엔 기재하지 마십시오).

약 물	초기 시작용량	유지용량	최대 사용가능 용량*(Occasional maximal dose)
Fluoxetine			
Sertraline			
Paroxetine			
Citalopram			
Escitalopram			
Fluvoxamine			
Venlafaxine			
Alprazolam			
Clonazepam			
처음 발병한 공황장애 약물치료의 급성기 효과를 평가하는 데 걸리는 시간으로 가장 적절한 기간은? 1) 2주 2) 4주 3) 6주 4) 8주 5) 12주 6) 기타(주)			
처음 발병한 공황장애 약물치료의 유지요법의 기간으로서 가장 적절한 기간은? 1) 3개월 2) 6개월 3) 9개월 4) 12개월 5) 12-18개월 6)기타(개월)			
유지치료를 끝낸 후 공황장애 환자에서 증상이 호전되어 약물치료를 감량하거나 중단하는데 잡아야할 적절한 시간은? 1) 6주 2) 8주 3) 12주 4) 24주 5) 24주 이상 6)기타(주)			
만약 공황증상이 재발하였을 때 다시 어느 정도 기간동안 약물치료를 유지하는 것이 가장 적절하다고 생각하십니까? 1) 3개월 2) 6개월 3) 9개월 4) 12개월 5) 12-18개월 6)기타(개월)			

12. 치료 불응성 공황장애

평가항목	평가척도
약물을 감량하거나 중단하려는 시도에 대해 2회 이상 공황 증상이 재발하였을 때 약물치료를 무기한 지속해야 한다는 데 어느정도 동의하십니까?	④ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨
SSRI 계열 혹은 venlafaxine XR 약물 중 하나를 최소한 4주 이상 동안 적절한 용량으로 투여했음에도 불구하고 반응이 없는 치료 불응성 공황장애에 관한 내용입니다. 다음 약물치료 알고리즘에 대해 어느정도 동의하십니까?	
1단계에서 SSRI를 썼을 때는 2단계에서 다른 SSRI를 사용하거나 Venlafaxine XR을 사용해보고, Venlafaxine XR을 썼을 경우에는 SSRI를 사용한다.	④ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨
2단계에서 효과가 없으면 3단계에서 Tricyclic antidepressants (clomipramine, imipramine)를 사용한다.	④ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨
3단계에서 효과가 없으면 4단계에서 High potency benzodiazepine (alprazolam, clonazepam)을 고용량으로 사용한다.	④ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨
4단계에서 효과가 없으면 5단계에서는 Monoamine oxidase inhibitor를 사용해본다.	④ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨
Clonazepam과 alprazolam은 초기 단계부터 다른 약물과의 병합사용이 가능하다.	④ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨

13. 정신과적 공존질환이 존재할 경우

평가항목	평가척도
항우울제 단독치료	④ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨
항불안제 단독치료	④ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨
인지행동치료 단독치료	④ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨
자조(self-help)*	④ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨
항우울제+항불안제	④ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨
항우울제+인지행동치료	④ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨
항우울제+자조	④ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨
항우울제+항불안제+인지행동치료	④ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨
항불안제+인지행동치료	④ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨
항불안제+자조	④ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨
인지행동치료+자조	④ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨

* : 자조(self help)는 computerized CBT, 혹은 도서치료(bibliotherapy), 자조그룹 등을 의미합니다.

한국형 공황장애 치료 알고리즘(1)

약물의 적정성을 평가해주시요.

약물선택	평 가 척 도									
중증 삽화										
Venlafaxine XR	㉠	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
Citalopram	㉠	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
Escitalopram	㉠	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
Fluoxetine	㉠	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
Fluvoxamine	㉠	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
Paroxetine	㉠	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
Sertraline	㉠	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
가장 적합한 SSRI 약물										
TCA group	㉠	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
Clomipramine	㉠	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
Imipramine	㉠	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
Nortriptyline	㉠	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
Amitriptyline	㉠	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
가장 적합한 TCA 약물										
Mirtazapine	㉠	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
Moclobemide	㉠	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
Divalproex	㉠	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
Bupropion	㉠	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
Adjuvante Pindolol	㉠	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
Atypical Antipsychotics (quetiapine, risperidone, olanzapine)	㉠	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
Alprazolam	㉠	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
Clonazepam	㉠	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
기타 Benzodiazepine	㉠	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
Bupropion	㉠	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
Trazodone	㉠	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
Propranolol	㉠	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
Carbamazepine	㉠	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨