

강박장애와 공황장애 환자의 삶의 질

연세대학교 의과대학 정신과학교실

손상준 · 김세주 · 김찬형

Quality of Life for Patients with Obsessive-Compulsive Disorder and Panic Disorder

Sang Joon Son, MD, Se-Joo Kim, MD, PhD and Chan-Hyung Kim, MD, PhD

Department of Psychiatry, College of Medicine, Yonsei University, Seoul, Korea

Objectives : Aim of this study was to compare quality of life (QOL) in obsessive compulsive disorder (OCD), panic disorder (PD) and healthy controls. Additionally, relationship between clinical factors in patients and their QOL were explored.

Methods : 49 patients with OCD, 109 patients with PD and 54 healthy controls were recruited. Total scores and scores of each domain of WHO Quality of Life scale (WHOQOL) were compared in the three groups. Correlation analysis and regression analysis were performed to examine the relationship between QOL and the clinical characteristics in the patient group.

Results : Total scores and scores of all domains except environmental domain of WHOQOL in patient group were decreased compared to those in healthy control. Scores of social and psychological domains in the OCD group were lower than those in the PD group. The severity of agoraphobia and depression were factors affecting the QOL in the PD group. For the OCD group, comorbid depression was related to social and psychological domain of WHOQOL.

Conclusion : QOL in patients with OCD and PD was poorer than that of healthy controls. Social relationships and psychological functioning may be poorer in patients with OCD than patients with PD. The severity of depression and agoraphobia predicted QOL in patients with PD. Comorbid depression in OCD might be a predictor of poor QOL. (J Korean Neuropsychiatr Assoc 2006;45 (5):438-443)

KEY WORDS : Obsessive compulsive disorder · Panic disorder · Quality of life.

서 론

최근 임상 연구의 관심은 단순히 중상 자체의 호전뿐만 아니라 여러 영역에서의 기능 향상까지 확대되고 있다.^{1,2)} 이에 따라 성공적인 치료에 대한 개념도 중상 호전을 넘어 건강한 삶의 질 회복이라는 보다 폭 넓은 개념으로 확장되고 있다.³⁾ 삶의 질에 대한 개념은 다양하게 정의되고 있지만⁴⁾ 공통적으로 객관적인 환경과 함께 자신의 삶에 대한 주관적인 관점을 강조한다.⁵⁾ 즉, 삶의 질은 개인의 전반적인 신체적, 정신적 건강과 더불어 가족, 사회 구성원과의 관계, 학업적, 직업적 기능 및 재정적 환경 등 다양한 객관

적, 주관적 영역을 포함하고 있다.⁶⁾

강박장애와 공황장애는 각각 전체 인구의 2~5%가 가지고 있는 대표적인 불안장애들이다. 강박장애는 마치 침입하는 것 같이 반복적으로 떠오르는 부적절한 생각을 일컫는 강박사고와 이를 중화하여 불안을 감소시키려는 지속적이고 반복적인 행동을 일컫는 강박행동을 특징으로 한다. 강박사고와 강박행동은 환자에게 많은 시간을 낭비하게 하고 심한 고통을 준다. 또한 흔히 만성적인 경과를 밟으며 직업적, 사회적 기능에 상당한 장애를 가져온다. 이런 강박장애 환자의 삶의 질에 대한 기존 연구들을 살펴보면, 심각한 가족, 사회적 관계 유지의 장애, 학업적, 직업적 기능 저하와 더불어 자존감 저하, 자살사고와의 연관성이 보고되고 있다.^{1,2,6)}

공황장애는 갑작스럽게 극심한 공포와 함께 다양한 자율신경계 증상들을 경험하는 공황발작이 반복적으로 나타나는 것이 특징이다. 공황장애 환자들은 도움을 얻기 힘든 상

접수일자 : 2006년 6월 2일 / 심사완료 : 2006년 8월 16일

Address for correspondence

Chan-Hyung Kim, M.D., Ph.D. Department of Psychiatry, College of Medicine, Yonsei University, 146-92 Dogok-dong, Gangnam-gu, Seoul 135-720, Korea
Tel : +82.2-2019-3340, Fax : +82.2-3462-4304
E-mail : spr88@ymc.yonsei.ac.kr

황이나 공황발작이 있을 때 벗어나기 어려운 상황을 두려워하며 따라서 흔히 광장공포증을 동반하는 경우가 많다. 공황장애가 알려진 초기에는 비교적 좋은 예후를 보이는 것으로 생각하였으나, 지금은 많은 환자들에게서 잘 회복되지 않는 만성적인 질환으로 알려져 있다.⁷⁻⁹⁾ 따라서 환자들의 삶에 미치는 부정적인 영향은 매우 클 것으로 생각된다. Sheehan^{10,11)}은 시간이 경과함에 따라 부분적 증상 발현 단계, 공황 단계, 건강기우 단계, 제한적 공포증 단계, 사회 공포증 단계, 광장공포증 단계, 우울증 단계로 진행한다고 주장하였다. 공황장애 환자들은 정확한 진단을 받게 되기까지 수많은 의료진을 찾게 되며, 이러한 과정에서 질환이 만성화 된다. 반복된 공황발작은 상당한 수준의 기능 장애를 가져올 가능성이 높으며 이런 기능 장애는 삶의 질 저하와 밀접한 연관성을 갖게 된다.^{6,12)}

이전에 저자들이 공황장애 환자들의 삶의 질에 대한 보고를 하였으나,¹³⁾ 그 외의 불안장애, 특히 강박장애 환자들의 삶에 질에 대한 국내 연구는 보고된 바가 없다. 따라서 본 연구에서는 한국판 단축형 세계보건기구 삶의 질 척도 (World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument, 이하 WHOQOL-BREF)¹⁴⁾를 사용하여 강박장애와 공황장애 환자의 삶의 질을 건강한 대조군과 비교하고, 사회인구학적 요인과 유병기간, 증상의 심각도, 동반된 우울증 등과 환자들의 삶의 질과의 연관성에 대해 알아보고자 한다.

방 법

대상

1999년 2월부터 2000년 3월까지 영동 세브란스병원 정신과와 한림대학교 성심병원 신경정신과를 방문한 49명의 강박장애 환자와 109명의 공황장애 환자를 대상으로 하였다. 정상 대조군은 한림대학교 의과대학 성심병원과 안양시 정신보건센터 근무자 중 자원자를 대상으로 모집하였다. 정신과 의사 또는 훈련 받은 간호사의 면접을 통해 신체적, 정신적 질환이 없는 경우만 포함시켰고 최종 54명이 선정되었다. 2인의 정신과 전문의가 DSM-IV의 진단기준에 의거하여 독립적으로 강박장애 및 공황장애를 진단하였으며 만성적인 신체질환을 동반한 경우에는 제외하였다.

삶의 질 평가

삶의 질 평가는 WHOQOL-BREF¹⁴⁾를 이용하였다. WHOQOL-BREF는 청문화적 적용이 가능하고 신뢰도가 높고 타당한 삶의 질 평가를 위해 세계보건기구에서 개발한 척

도이다. 국내에서는 민성길 등¹⁴⁾에 의해 표준화되었다. 총 26개의 항목으로 구성되어 있으며 전반적인 삶의 질 및 일반적 건강(overall quality of life and general health), 신체적 건강 영역(physical health domain), 심리적 영역(psychological domain), 사회적 관계 영역(social relationships domain), 환경 영역(environmental domain)으로 나뉘어져 있으며, 점수가 높을수록 삶의 질이 좋음을 의미한다.¹⁴⁾

삶의 질 예측인자

강박장애, 공황장애 환자군과 대조군 사이의 나이, 성별 등 사회인구학적 요인 차이를 살펴보았다. 강박장애 환자의 삶의 질 예측인자로서, 유병기간과 더불어 21-item Hamilton Depression Rating Scale(HDRS)¹⁹⁾와 Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale(YBOCS)²⁰⁾를 사용하였다.^{3,13,15,16)} 공황장애에서 삶의 질 예측인자로는 저자들의 이전 연구¹³⁾와 마찬가지로 지난 1개월 동안의 공황발작 발현 빈도, Mobility Inventory for Agoraphobia(MI),¹⁷⁾ Beck Depression Inventory(BDI)¹⁸⁾를 조사하였다.

통계 분석

강박장애, 공황장애, 대조군을 독립변수로 하고 전체 삶의 질, 전반적인 삶의 질 및 일반적 건강, 신체적 건강, 심리적, 사회적 관계, 환경 영역의 삶의 질 점수를 종속변수로 하여 one-way ANOVA를 시행하였다. 사후 검증은 Bonferroni 방법을 사용하였다. 공황장애 및 강박장애의 여러 임상 요인들과 삶의 질 척도 각 영역 사이의 상관성을 보기 위해 Pearson 상관검증을 하였다. 그 후, 삶의 질과 통계적으로 유의미한 상관성을 보이는 요인들을 선택하여 이들 요인들을 독립변수로 하고, 삶의 질 척도 각 영역 점수를 종속변수로 하여 단순 및 단계별 다중회귀분석을 하였으며 모든 통계처리는 윈도우용 SPSS 11.0을 사용하였다.

결 과

정상 대조군과 강박장애, 공황장애 환자군의 삶의 질 비교

강박장애군, 공황장애군, 대조군 사이에 평균 연령, 남녀 구성비 등에는 통계적 차이를 보이지 않았다. 공황장애 환자와 강박장애 환자의 평균 발병 연령은 각각 33.20 ± 5.78 세, 19.69 ± 8.57 세로 유의미한 차이를 보였다($t = -9.43$, $p < 0.001$). 삶의 질 척도를 비교해 보면, 환경 영역을 제외한 전반적인 삶의 질 및 일반적 건강, 신체적 건강 영역, 심리적 영역, 사회적 관계 영역의 평균 점수 및 각 영역들의 점

Table 1. Comparison of general characteristics and quality of life scales among patients with OCD, PD and control group

Characteristics	OCD (N=49)	PD (N=109)	Control (N=54)	F or χ^2	p	Post-hoc test
Age	37.78 ± 7.30	40.59 ± 8.75	38.89 ± 6.95	2.30	0.10	
Sex	Male	28 (57.1%)	53 (48.6%)	33 (61.1%)	1.28	0.28
	Female	21 (42.9%)	56 (51.4%)	21 (38.9%)		
Quality of life						
Total	73.45 ± 16.43	76.64 ± 15.43	84.59 ± 12.07	7.40	0.001	OCD < PD < CON
Overall quality of life and general health	5.59 ± 1.68	5.66 ± 1.42	6.93 ± 1.26	16.41	<0.001	OCD < PD < CON
Physical health domain	20.52 ± 4.63	21.88 ± 4.70	24.59 ± 3.79	14.10	<0.001	OCD < PD < CON
Psychological domain	15.53 ± 4.47	17.44 ± 4.34	19.41 ± 3.58	9.95	<0.001	OCD < PD < CON
Social relationships domain	8.10 ± 2.67	9.17 ± 2.15	10.15 ± 1.66	9.69	<0.001	OCD < PD < CON
Environmental domain	23.33 ± 5.04	23.33 ± 5.31	23.32 ± 4.11	0.03	0.97	OCD = PD = CON

OCD : obsessive compulsive disorder, PD : panic disorder, CON : control. Post-hoc test : p<0.05 : bonferroni method

Table 2. Multiple regression analysis to determine amount of variance in quality of life of panic disorder

R2	Final equation standardized beta value		
	BDI	MI	Freq
QLS-tot	0.494	-0.576 [†]	-0.200*
QLS-g	0.202	-0.449 [†]	-0.117
QLS-psy	0.450	-0.562 [†]	-0.173*
QLS-soc	0.334	-0.578 [†]	-0.134
QLS-phy	0.394	-0.497 [†]	-0.201*
QLS-env	0.308	-0.555 [†]	-0.175

QLS-phy : quality of life physical health domain score, QLS-psychological domain score, QLS-soc : quality of life social relationships domain score, QLS-env : quality of life environmental domain score, QLS-g : quality of life overall and general health score, QLS-tot : quality of life physical health domain score, MI : mobility Inventory for agoraphobia score, BDI : beck depression inventory score, Freq : number of panic attack during previous 1 month. * : p<0.05 on step-wise multiple regression test
† : p<0.01 on step-wise multiple regression test

수를 합한 전체 삶의 질 평균 점수에서 세 군간에 통계적으로 유의한 차이를 보였다(p<0.01) (표 1). 사후검증 결과 강박장애군과 공황장애군의 삶의 질은 모든 영역에서 정상군에 비해 유의하게 낮았다. 강박장애군과 공황장애군 사이에 전체 삶의 질 평균 점수, 전반적인 삶의 질 및 일반적 건강, 신체적 건강 영역, 환경 영역의 평균 점수는 유의한 차이를 보이지 않았지만, 심리적 영역과 사회적 관계 영역 평균 점수는 강박장애군에서 유의하게 낮았다(p<0.05) (표 1).

사회인구학적 변수 및 여러 임상 증상과 삶의 질의 관계

공황장애군에서 성별, 나이, 유병기간은 삶의 질 척도의 각 영역과 연관성을 보이지 않았다. 그러나 광장공포증의 정도(MI), 우울증상(BDI)의 정도는 삶의 질 척도의 전반적인 삶의 질 및 일반적 건강 항목, 신체적 건강 영역, 심리적 영역, 사회적 관계 영역, 환경 영역의 점수 및 모든 항목과 영역을 합산한 전체 삶의 질 점수와 유의한 상관관계를 보였다(p<0.01). 지난 1개월간 공황발작의 발현 빈도는 환경 영역을 제외한 삶의 질 각 영역 및 전체 점수와 유의한

상관관계를 보였다(p<0.05). 상관분석 결과에 따라 MI 점수, BDI 점수, 및 지난 1개월간 공황발작 발현 빈도를 독립 변수로 하여 삶의 질 각 영역을 종속변수로 하여 다중회귀분석을 실시하였다. 저자들의 이전 연구^[13]와 마찬가지로 신체적 건강 영역, 심리적 영역 및 전체 점수에서 BDI 점수와 MI 점수가 의미 있는 예측 변수들로 추출되었으며, 사회적 관계 영역, 환경 영역, 전반적인 삶의 질 및 일반적 건강 항목의 평균 점수에서는 BDI 점수만이 의미 있는 변수로 추출되었다(표 2).

강박장애군에서는 성별, 나이, 유병기간은 삶의 질 척도의 각 영역별 점수 및 전체 점수와 연관성을 보이지 않았다. 강박장애군에서 YBOCS 점수는 삶의 질 각 영역 및 전체 점수와 상관 관계를 보이지 않았다. 그러나 HRDS로 평가한 우울증상은 심리적 영역 및 전체 삶의 질 점수와 유의미한 연관성을 보였다(p<0.05) (표 3). 상관분석 결과에 따라 삶의 질과 유의미한 연관성을 보인 HRDS 점수를 독립 변수로 하고 전반적인 삶의 질 및 일반적 건강 점수와 심리적 영역을 종속변수로 하여 회귀분석을 실시하였을 때,

Table 3. Correlations between clinical data and WHOQOL-BREF scores in OCD patients

	QLS-phy	QLS-psych	QLS-soc	QLS-env	QLS-g	QLS-tot
Age	-0.080	-0.126	0.069	-0.037	-0.020	-0.097
Duration	-0.036	-0.301	-0.277	-0.076	-0.246	-0.195
T-yboocs	-0.279	-0.300	-0.114	-0.181	-0.160	-0.226
T-hrds	-0.222	-0.377*	-0.257	-0.273	-0.128	-0.435*

Duration : duration of illness with OCD. T-yboocs : YBOCS total score T-hrds : HRDS total score. QLS-phy : quality of life physical health domain score QLS-psych : quality of life psychological domain score, QLS-soc : quality of life social relationships domain score QLS-env : quality of life environmental domain score, QLS-g : quality of life overall and general health score QLS-tot : quality of life physical health domain score. * : p<0.05 with Pearson correlation test

HDRS가 예측 변수로 추출되었으며 전반적인 삶의 질 및 일반적 건강 항목에서는 변량의 19% ($\beta = -0.44$, $p < 0.05$), 심리적 영역에서는 변량의 14% ($\beta = -0.38$, $p < 0.05$)를 설명해 주었다.

고 질

본 연구에서 강박장애와 공황장애 환자군의 삶의 질은 정상군에 비해 환경 영역을 제외한 전반적인 삶의 질 및 일반적 건강, 신체적 건강 영역, 심리적 영역, 사회적 관계 영역 및 전체 삶의 질 평균점수 모두에서 낮은 결과를 보였다. 이는 강박장애와 공황장애가 환자들에게 증상으로 인한 고통뿐만 아니라 전반적인 삶의 질에 부정적인 영향을 끼치고 있음을 의미하는 것이다.

기존의 여러 연구들에서도 공황장애 환자들의 삶의 질 저하를 보고하고 있다.^{1,3)} 공황장애 환자들은 가족 구성원으로서의 역할, 가사 일, 경제 활동 등 여러 영역에서의 적응 정도가 떨어져 있다. 또한 신체적, 정신적인 문제로 인한 일상 활동의 제한, 신체적 고통, 사회적 역할 수행 곤란 등 삶의 질 저하가 만성 신체질환 환자들과 비슷하거나 오히려 심하다는 것이 보고되고 있다.^{1,2,6)} 이런 결과들을 바탕으로 Telch 등²¹⁾은 만성 심신 장애자들과 마찬가지로 공황장애 환자들에게도 많은 사회적 지지가 필요하다고 주장하였다. 본 연구에서는 광장공포증의 정도, 우울증상의 정도, 공황발작의 빈도 등이 전체적인 삶의 질을 비롯한 대부분의 하위 영역과 유의한 상관성을 보였다. 이러한 소견은 저자들의 이전 연구¹³⁾에서와 유사한 결과이다. 광장 공포증으로 인한 불안과 회피 행동은 환자에게 심리적 불편감과 더불어 사회 생활에 많은 제약을 주기 때문에 삶의 질을 저하시킬 가능성이 높다.²²⁾ 본 연구에서는 동반된 우울증상이 공황장애 환자의 삶의 질에 부정적인 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이전 연구에서도 공황장애 환자의 많은 수가 우울증상을 동반하고 우울증상이 삶의 질을 직접적으로 저하시키는 것이 알려져 있다.^{13,23)} 본 연구에서 회귀분석

결과 공황발작의 빈도는 직접적인 영향을 미치는 예측인자로 추출되지 않았다. 하지만, 우울증상과 공황발작의 빈도가 상관성이 있다는 점을 고려할 때 ($R = 0.306$, $p < 0.05$), 공황발작의 빈도는 삶의 질의 예측 요인으로 추출된 우울증상에 영향을 줍으로써 간접적으로 삶의 질에 영향을 미친 것으로 추정된다.

강박장애 환자에서의 삶의 질을 살펴보면, 환경 영역을 제외한 다른 소영역 및 전체 삶의 질 점수가 정상군에 비해 낮은 결과를 보였다. 이는 기존의 강박장애 환자들의 삶의 질에 대한 연구 결과와 유사한 결과이다. Koran 등²⁴⁾은 강박장애 환자들은 정상인에 비해 사회적 기능과 직업, 학업 등 도구적 역할의 수행에 문제점을 보인다고 보고하였다. 본 연구에서는 강박장애 환자의 우울증상이 삶의 질 척도의 전체 점수와 심리적 영역에서 연관성을 보였는데, 기존의 여러 연구에서도 강박장애에서 동반된 우울증상이 삶의 질 저하와 관련이 있음이 보고되었다.^{2,3,6)} 이러한 연구 결과들은 강박장애 환자의 심리적 삶의 질 저하에 동반된 우울증상이 중요한 영향을 미치는 것을 의미한다.

한편 본 연구에서 YBOCS를 통해 측정한 강박장애 환자의 증상 심각도는 삶의 질 척도와 유의미한 상관성을 보이지 않았는데, 기존의 연구들에서도 강박증상의 심각도와 삶의 질과의 관계는 일관된 결과를 보이지 않는다. Lochner 등⁶⁾은 강박장애의 증상이 심각할수록 삶의 질이 낮아진다는 연구 결과를 보고한 반면, Koran 등²⁴⁾은 강박장애의 증상 심각도가 사회적 기능 부분의 삶의 질에서만 영향을 미친다고 보고하였다. 또한 Rapaport 등³⁾의 연구에서는 강박장애의 증상 심각도가 삶의 질과 연관성을 보이기는 하였지만 상관계수는 비교적 낮은 결과를 보였다. 한편, Bystritsky 등²⁵⁾은 본 연구에서와 마찬가지로 YBOCS 점수의 변화와 삶의 질 척도 사이에 연관성을 발견하지 못하였다. 이런 결과를 바탕으로 Bystritsky 등은 강박장애 환자의 치료에 있어 객관적 증상의 호전과는 별개로 삶의 질 향상이 병의 호전의 또 다른 기준이 되어야 한다고 제안하였다. 하지만, 본 연구를 포함하여 기존의 강박장애 삶의 질

연구들은 각기 다른 삶의 질 척도를 사용하였고 대상 환자군의 평균 중상 심각도 및 정신과적 공병 양상 등이 상이하였다. 따라서 강박장애 중상 심각도와 삶의 질과의 연관성을 좀더 정확히 살펴보기 위해서는 대상 환자수, 병식 및 공병 양상에 따른 분류 등을 보완한 추후 연구가 필요할 것이다.

본 연구에서 삶의 질 척도에서 환경 영역은 강박장애 또는 공황장애 환자군과 대조 사이에 아무런 차이를 보이지 않았는데 이는 환경 영역의 삶의 질이 수입, 주거수단 등 다른 영역에 비해 주관적인 요인이 덜 관여된 질문들을 많이 포함하고 있는 것에서 일부 원인을 찾을 수 있을 것이다.

본 연구의 결과에서 흥미로운 점은 강박장애 환자의 삶의 질이 공황장애 환자의 삶의 질에 비해 저하되어 있다는 점이다. 본 연구에서 강박장애 환자의 삶의 질을 공황장애 환자군과 비교 하였을 때, 삶의 질 총점 등에서는 유의미한 차이를 보이지 않고 있었으나, 심리적 영역 및 사회적 관계 영역에서는 통계적으로 의미 있게 낮은 점수를 얻었다. Lochner 등⁶⁾의 연구들을 살펴보면, 공황장애와 같은 다른 불안장애에 비해 강박장애 환자들에서 일상생활 수행 능력 및 가족 관계의 장애가 더욱 두드러지는 결과를 보였다. 이 연구와 본 연구 결과를 종합해 볼 때, 학업, 직업 및 가족생활 등 사회적 관계 영역의 삶의 질 저하가 공황장애 환자에서보다 강박장애 환자에서 더 특징적이고 심각한 문제임을 추측할 수 있다. 이런 차이를 보이는 이유로는 다음과 같은 점들을 고려해 볼 수 있다. 첫째는 발병 연령의 차이이다. 일반적으로 공황장애 환자들에 비해 강박장애 환자들이 더욱 이른 나이에 발병하는 것으로 알려져 있다.²⁶⁾ 실제로 본 연구에서도 공황장애 환자와 강박장애 환자의 평균 발병 연령은 각각 33.20 ± 5.78 세, 19.69 ± 8.57 세로 통계적으로 유의한 차이를 보였다. Korno 등²⁷⁾도 강박장애는 비교적 이른 나이에 발병하는 특징을 가지며, 이러한 특징은 직업적, 사회적 기능 장애와 연관이 있다고 보고하였다. 본 연구에서도, 비록 발병 연령과 삶의 질이 상관관계를 보이지는 않았지만, 17세를 기준으로 강박장애 환자를 조기 발병군과 후기 발병군으로 나누었을 때 조기 발병군에서 심리적 영역의 삶의 질이 유의하게 저하되어 있었다 (조기 발병군 점수 13.6 ± 4.74 , 후기 발병군 점수 16.61 ± 3.73 , $t = -2.35$, $p < 0.05$). 둘째, 강박장애와 공황장애에서 보이는 특징적인 불안증상의 차이이다. 강박장애에서는 불안증상이 어떤 삽화를 보이지 않고 강박사고 및 행동이 평상시에도 늘 지속되는 경향을 보이는 반면, 공황장애에서는 –예기불안이 지속되는 경우를 제외하고는 –공황발작이 하루 종일 지속된다기 보다는 삽화적으로 나타난다. 이러한

차이로 인해 강박장애군의 삶의 질이 공황장애군에 비해 더 저하되었을 것으로 추정된다.

본 연구의 제한점으로는 다음과 같은 점들이 있다. 첫째, 삶의 질의 척도인 WHOQOL-BREF가 강박장애 및 공황장애에 특이적인 척도가 아니라는 점이다. 강박장애 또는 공황장애의 독특한 증상에 의한 영향을 잘 반영하는 삶의 질을 평가하지 못하였을 가능성이 있다. 질병 특이적인 척도는 중상 특이적인 영향이나 질병 경과에 따른 변화를 잘 반영할 수 있을 것이다. 하지만, 질병 특이적으로 강조되는 부분으로 인해 건강 대조군과의 비교에서는 왜곡되어 평가될 부분이 있을 가능성이 있다. 뿐만 아니라 현재까지 강박장애나 공황장애에 특이적인 삶의 질 척도가 개발되어 있지 않는 것이 사실이다. 따라서 질병 특이적인 삶의 질을 평가하기 위해서는 다양한 보편적 삶의 질 척도 연구를 바탕으로 공통적으로 저하된 삶의 질 영역을 찾아 보다 세밀한 소영역으로 분류하고 각각의 심각도를 평가할 수 있는 삶의 질 척도를 개발해야 할 것이다. 둘째, 강박장애와 공황장애 환자들의 삶의 질에 영향을 미칠 수 있는 다른 다양한 요인들, 특히 성격 특성 등을 고려하지 않은 점이다. 삶의 질이란 주관적 요소가 강조되는 측면이 있으므로, 환자의 인격구조 자체가 영향을 미칠 수 있다. 실제 Pollack 등은 공황장애 환자에서 인격장애의 유병율이 높다고 보고하고 있다.²⁸⁾ 셋째, 강박장애 환자들에서는 반구조화된 우울증상 평가도구인 HDRS를 사용한 반면 공황장애 환자들에서는 자가보고식 평가도구인 BDI를 사용하였다. 또한 Beck Depression Index 또는 State-Trait Anxiety Inventory 등 선반적인 불안증상의 정도를 평가하는 척도를 적용하지 않았다. 이런 이유로 두 군 사이에 우울증상의 차이나 전반적인 불안증상의 차이를 비교할 수 없었다. 넷째, WHOQOL-BERF 중 우울 증상을 묻는 문항으로 인해 상관분석이나 회귀분석에서 BDI나 HDRS 점수가 삶의 질을 결정 짓는 요인으로 추출되었을 가능성이 있다. 하지만 WHOQOL-BERF에서 우울 증상 문항을 제외하면 하위 척도가 구성되지 않게 되는 척도 자체의 한계로 인해 우울증 문항을 제외한 채 분석할 수는 없었다. 향후 강박장애 및 공황장애 환자의 삶의 질 차이 및 이에 영향을 주는 요인들을 보다 정확히 살펴보기 위해서는 이런 점들을 고려하여야 할 것으로 생각된다.

결 론

본 연구는 공황장애 환자와 더불어 국내에서 많은 보고가 없는 강박장애 환자들의 삶의 질을 연구하였는데 의의가

있다. 본 연구 결과 강박장애와 공황장애 환자의 삶의 질은 정상인에 비해 저하되어 있었으며, 같은 불안장애인 공황장애와 비교할 때도 심리적 영역과 더불어 학업, 직업, 가족생활 기능 저하 등 사회적 관계 영역의 삶의 질 저하가 강박장애 환자에게서 보다 특징적임을 알 수 있었다. 따라서 임상가들은 강박 장애 환자의 치료를 계획함에 있어 사회적 관계 및 심리적 측면의 삶의 질의 개선을 좀 더 고려할 필요가 있을 것이다. 공황장애 환자에서는 우울증상의 정도, 광장공포증의 정도, 공황발작의 빈도 등이 전제적인 삶의 질을 비롯한 대부분의 하위 영역과 유의한 상관성을 보임을 확인하였다. 강박장애 환자에서 역시 우울증상 정도가 심할수록 삶의 질이 낮았다. 하지만 강박 증상 심각도는 삶의 질과의 연관성을 보이지 않았는데, 이에 대해서는 기존의 연구들에서도 일관된 결과를 보이지 않고 있으며, 대상 환자수, 병식 및 공병 양상에 따른 분류 등을 보완한 추후 연구가 필요할 것이다.

중심 단어 : 강박장애 · 공황장애 · 삶의 질.

REFERENCES

- 1) Hollander E, Kwon JH, Stein DJ, Broatch J, Rowland CT, Himelein CA. Obsessive-compulsive and spectrum disorders: overview and quality of life issues. *J Clin Psychiatry* 1996;57 Suppl 8:3-6.
- 2) Koran LM, Thienemann ML, Davenport R. Quality of life for patients with obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1996; 153:783-788.
- 3) Rapaport MH, Clary C, Fayyad R, Endicott J. Quality-of-Life Impairment in depressive and anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 2005; 162:1171-1178.
- 4) Gladis MM, Gosch EA, Dishuk NM, Crits-Christoph P. Quality of life: expanding the scope of clinical significance. *J Consult Clin Psychol* 1999;67:320-331.
- 5) Mendlowicz MV, Stein MB. Quality of life in individuals with anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 2000;157:669-682.
- 6) Lochner C, Mogotsi M, du Toit PL, Kaminer D, Niehaus DJ, Stein DJ. Quality of life in anxiety disorders: a comparison of obsessive-compulsive disorder, social anxiety disorder, and panic disorder. *Psychopathology* 2003;36:255-262.
- 7) Roy-Byrne PP, Stein MB, Russo J. Panic disorder in the primary care setting: comorbidity, disability, service utilization, and treatment. *J Clin Psychiatry* 1999;60:492-499; quiz 500.
- 8) Roy-Byrne P, Stein MB, Russo J, Craske M, Katon W, Sullivan G, et al. Medical illness and response to treatment in primary care panic disorder. *Gen Hosp Psychiatry* 2005;27:237-243.
- 9) Roy-Byrne PP, Russo J, Cowley DS, Katon WJ. Panic disorder in public sector primary care: clinical characteristics and illness severity compared with "mainstream" primary care panic disorder. *Depress Anxiety* 2003;17:51-57.
- 10) Sheehan DV. The management of panic disorder. *J Clin Psychiatry* 2002;63 Suppl 14:17-21.
- 11) Sheehan DV. Current concepts in the treatment of panic disorder. *J Clin Psychiatry* 1999;60 Suppl 18:16-21.
- 12) Katon W. Panic disorder: epidemiology, diagnosis, and treatment in primary care. *J Clin Psychiatry* 1986;47 Suppl:21-30.
- 13) Kim SJ, Kim Y, Yoo SW. Quality of Life in Patients with Panic Disorder. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 2001;40:407-415.
- 14) Min SK, Kim KI, Suh SY, Kim DK. Development of Korean Version of World Health Organization Quality of Life Scale (WHOQOL). *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 2000;39:78-88.
- 15) Masellis M, Rector NA, Richter MA. Quality of life in OCD: differential impact of obsessions, compulsions, and depression comorbidity. *Can J Psychiatry* 2003;48:72-77.
- 16) Candilis PJ, McLean RY, Otto MW. Quality of life in patients with panic disorder. *J Nerv Ment Dis* 1999;187:429-434.
- 17) Chambless DL, Caputo GC, Jasin SE, Gracely EJ, Williams C. The Mobility Inventory for Agoraphobia. *Behav Res Ther* 1985;23:35-44.
- 18) Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4:561-571.
- 19) Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960;23:56-62.
- 20) Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1989;46:1006-1011.
- 21) Telch MJ, Schmidt NB, Jaimes TL, Jacquin KM, Harrington PJ. Impact of cognitive-behavioral treatment on quality of life in panic disorder patients. *J Consult Clin Psychol* 1995;63:823-830.
- 22) Massion AO, Warshaw MG, Keller MB. Quality of life and psychiatric morbidity in panic disorder and generalized anxiety disorder. *Am J Psychiatry* 1993;150:600-607.
- 23) Pyne JM, Patterson TL, Kaplan RM. Preliminary longitudinal assessment of quality of life in patients with major depression. *Psychopharmacol Bull.* 1997;33:23-29.
- 24) Koran LM. Quality of life in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am* 2000;23:509-517.
- 25) Bystritsky A, Saxena S, Maidment K, Vapnik T, Tarlow G, Rosen R. Quality-of-life changes among patients with obsessive-compulsive disorder in a partial hospitalization program. *Psychiatr Serv* 1999;50: 412-414.
- 26) Kaplan, Sadock. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 8th ed. Philadelphia, LIPPINCOTT & WILKINS:2004.
- 27) Kamo M, Golding JM, Sorenson SB, Burnam MA. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:1094-1099.
- 28) Pollack MH, Otto MW, Rosenbaum JF, Sachs GS. Personality disorders in patients with panic disorder: association with childhood anxiety disorders, early trauma, comorbidity, and chronicity. *Compr Psychiatry* 1992;33:78-83.