한의표준임상진료지침

불안장애
Anxiety Disorders



보건복지부 한의약선도기술개발사업
한의표준임상진료지침 개발사업단

NIKOM
한국한의약진흥원
National Institute for Korean Medicine Development

불안장애 한의표준임상진료지침

첫째판 1쇄 인쇄 | 2021년 11월 23일
첫째판 1쇄 발행 | 2021년 11월 30일

집 필 대한한방신경정신과학회
편 집 인 김남권
발 행 인 정창현
발 행 처 한국한의약진흥원 한의표준임상진료지침 개발사업단
디자인·인쇄 군자출판사(주)

ⓒ 2021년, 불안장애 한의표준임상진료지침 / 한의표준임상진료지침 개발사업단
이 책은 저작권법에 의해 보호를 받는 저작물이므로
무단 복제와 전재는 금지되어 있습니다.
상업적 목적이나 제품판매의 목적으로 사용할 수 없습니다(비매품).

ISBN 979-11-5955-791-0
발간등록번호 11-B554036-000015-14

발간사

임상진료지침은 의료의 과정에서 의료인뿐만 아니라 환자들이 마주하는 다양한 의사 결정들에 도움을 주고자하여, 체계적이면서도 과학적인 개발과정을 통해 도출된 근거 기반의 기술서입니다.

의료 현장에서 임상진료지침을 통한 합리적인 의사결정은 관련 질환의 치료 효과를 높이고 국가 의료비 절감에 기여할 수 있으므로, 공익적 관점에서 엄격하게 개발된 임상진료지침은 사회적 편익 발생에 기여할 수 있습니다.

이와 같은 임상진료지침을 체계적으로 개발하고 발간하기 위해서는, 지침 개발의 주제를 결정하는 의사결정체계와, 지침 개발을 직접 수행하기 위한 연구체계, 개발된 지침을 평가하고 인증하는 검증체계와, 최종 발간된 지침을 홍보하고 활용을 독려하는 확산체계 등이 필요합니다.

또한 지침 개발 과정을 과학적으로 수행하기 위해서는, 지침 개발의 연구방법론과 의사결정방법론에 대한 지견을 갖춘, 한의약 분야와 보건의료분야 등 관련 분야 우수 연구자들의 협력이 필요하다고 하겠습니다.

한의표준임상진료지침의 개발은 <보건의료기술 진흥법>과 <한의약육성법> 등에 근거한 <제3차 한의약육성발전종합계획(2016-2020)>의 “한의표준임상진료지침 개발·보급을 통한 근거강화 및 신뢰도 제고”라는 제1 세부계획에 근거를 두고, 2016년 정부의 연구지원에 의해 출범한 “한의표준임상진료지침 개발사업단”의 연구 사업으로 시행되고 있습니다.

지난 5년간 저희 사업단은 이상 말씀드린 지침 개발에 필요한 여러 시스템들을 구축하고, 세부 분야에서 지침 개발에 대한 지견을 갖추고 연구를 주도하시는 연구책임자 및 공동연구자들과의 상호 협력을 통해서, 한의약 분야의 엄격하고 신뢰성 있는 한의표준임상진료지침을 개발하고자 노력하였습니다.

본 한의표준임상진료지침은, 한의약 분야 치료기술들의 근거가 보고된 국내외 대부분의 학술 데이터베이스들을 대상으로 하여, 가장 최신의 연구 결과들까지를 포괄적으로 수집하여 분석하는 개발 과

정들을 통해 완성하였으며, 이후 관련 전문가 위원회들을 통해 지침 연구 개발 과정의 타당성과 지침에 수록된 임상적 내용들의 타당성, 최종 완성 지침의 기술 타당성 등의 인증 과정들을 거쳐서 본 지침을 최종 발간하게 되었습니다.

본 발간된 지침을 통해 이상 말씀드린 건강편익과 의료비 절감 등의 사회적 편익을 유발하기 위해서는, 한의사와 학생, 환자와 일반인 등 많은 분들이 실제 의사결정에서 본 지침을 많이 활용하도록 하는 것이 중요합니다. 따라서 저희 사업단은 본 지침이 실제 의료 및 교육, 연구 현장에서 다수 활용될 수 있도록, 다양한 확산도구의 개발과 성과 확산체계를 통한 홍보 등에도 최선을 다해 노력하고 있으며, 임상의, 학생 및 연구자 분들께서도 본 지침의 활용에 많은 관심을 부탁드립니다.

마지막으로 본 한의표준임상진료지침은 단순한 기술서가 아닌 한의약 임상 현장의 합리적 의사결정을 지원하기 위해 구축된 통합 정보 시스템이며, 향후 한의약 분야의 신규 연구 성과들과 개발 기술들이 본 지침에 계속 반영되기 위해서는, 본 지침개발 사업체계와 연구 수행 및 지원체계의 지속성이 무엇보다 중요할 것이므로, 이에 대해서도 관련된 분들의 많은 지원과 성원을 부탁드립니다.

한의표준임상진료지침개발사업단
단장 김 남 권

머리말

정신의학 영역에 있어 기존의 한의학적 접근 방식은 칠정(七情)의 범주에서의 각 정지(情志)의 이상 발현이 오장육부에 영향을 미쳐, 심신에 다양한 증상을 야기한다는 것을 기본으로 합니다. 특히, 정신과 질환 중에서 불안장애만큼 의료현장에서 임상의들의 진단적 접근법이 다양하고, 이에 따른 치료의 방향성이 표준화되지 않은 질환을 찾기 힘듭니다. 이는 불안장애 환자들이 개개인의 특성에 따라 다양한 양상을 보이며 진행경과 중 변화가 많아 결국, 불안장애에 대해 학계의 보편적 견해보다는 임상의의 경험적 관점을 가지고 진단과 치료에 임하기 때문입니다.

불안장애는 신경증적인 다양한 신체질환을 호소하며, 환자의 개인적 특성에 의해 우세 증상의 개인별 편차가 크고, 증상변화를 예측하기 어려워 진료의 어려움을 가지고 있습니다. 이러한 점에서 불안장애 표준임상진료지침의 개발은 진료의 표준화와 객관성 확보라는 측면에서 임상현장에서 가장 절실하게 요구되는 것이 현실입니다. 더욱이 한의학적 특징인 진료 프로세스의 다양성은 진료의사 개개인의 역량에 따른 편차를 가져오며, 이는 불안장애 증상의 다양성과 맞물려 진단, 평가 및 치료에 한의진료의 단점을 두드러지게 하여 결국, 불안장애의 한의약적 접근의 발전 가능성을 저해하는 대표적 원인이 됩니다.

매년 높아지는 의료비용과, 수요자의 의료서비스에 대한 눈높이의 향상은 의료 수요자와 공급자 사이에 보이지 않는 갈등을 불러일으키고 있습니다. 특히, 한의약적인 의료 상품은 보장성이 제한되어 있어 의료 소비자로부터의 불만이 지속적으로 제기되고 있는 상황입니다. 향후, 한의약적 치료도구가 객관성과 표준화, 경제성을 확보하지 못한다면, 한국의 의료시장에서 더욱 입지가 좁아질 것으로 생각됩니다. 이러한 의료현실에서, 불안장애는 다른 어떠한 질환보다도 그 진료의 객관성 확보와 의료 보장성 강화가 절실하다고 할 수 있습니다. 불안장애 한의표준진료지침의 개발과 확산은 진료지침을 활용하는 의료인뿐만 아니라, 불안장애 환자에게 올바른 선택권을 부여함으로써 국민의 정신건강과 삶의 질을 향상시킬 것으로 기대됩니다.

더불어 이번 진료지침은 2017년에 발간한 예비인증 진료지침에 비하여, 전문가 집단의 토론과 합의에 의한 새로운 검색식을 통한 보다 넓은 범위의 자료추출과 2016년 이후 현재까지의 새로운 연구자료

그리고 1차 한의진료기관의 불안장애 진료현황을 반영한 후향적 관찰연구와 한의치료도구의 보장성 확대의 기초자료가 되는 '생기능자기조절훈련' 임상연구와 침 임상연구의 임상적 결과 및 경제성 평가 분석 자료를 추가하여, 한의학 기반 불안장애 진료지침의 근거를 강화하였습니다.

마지막으로 불안장애 한의표준임상진료지침 개발을 위해 노력해주신 많은 참여 연구원 및 개원의 패널분들께 감사의 마음을 전합니다.

불안장애 한의표준임상진료지침개발
연구책임자 김 근 우

일러두기

「불안장애 한의표준임상진료지침」은 한의약 분야의 불안장애 질환의 의료 과정에서 마주하는 다양한 의사 결정과 관련하여 근거 기반의 정보를 제공하기 위해 개발된 한의표준임상진료지침 개발사업단(G-KoM)의 공식 출간물입니다.

한의약 및 보건의료 분야의 의료인뿐만 아니라 연구자와 한의약 분야의 학생들, 본 질환과 관련된 환자와 일반인들의 본 질환의 한의 의료 관련 의사결정에 참고하여 활용하시길 권장합니다.

본 지침은 한의표준임상진료지침 개발 매뉴얼에 근거하여 한의약 분야 및 관련 분야 연구 전문가들의 협력을 통해 개발하였으며, 사업단이 제공하는 지침 검토 인증 체계에서 지침 연구 개발 과정의 타당성, 지침 항목들의 임상적 타당성, 완성 지침의 기술 타당성 등에 대한 검토와 인증 과정을 거쳐서 최종 발간하게 되었습니다.

본 지침은 국가한의임상정보포털(NCKM; http://www.nckm.or.kr)에서 다운로드가 가능하며, 지침성과 확산의 취지에 부합하거나 비영리적인 목적으로 별도의 승인 절차 없이도 인용, 배포 및 복제가 가능합니다.

집필진

김근우 동국대학교
강형원 원광대학교
최성렬 가천대학교
김은정 동국대학교
서상일 동국대학교
홍민호 동국대학교
김남열 한음한의원
조한별 동국대학교

목차

요약문 ····· 1

Summary ····· 27

Ⅰ. 서론 ····· 59

1. 한의표준임상진료지침 개발 배경 · 60

Ⅱ. 불안장애 질환 개요 ····· 63

1. 정의 · 64
2. 임상 현황 · 65
3. 진단 및 평가 · 67
4. 치료 · 75
5. 예방 및 관리 · 79

Ⅲ. 불안장애 임상진료지침 개발 절차 ····· 85

1. 기획 · 86
2. 개발 · 92
3. 승인 및 인증 · 103
4. 출판 · 104

Ⅳ. 권고사항 ····· 105

1. 한약 · 106
2. 침 · 190
3. 정신요법 · 255

Ⅴ. 불안장애 임상진료지침 활용 ····· 339

1. 불안장애 임상진료지침 활용 · 340
2. 한계점 및 의의 · 341
3. 향후 계획 · 342

Ⅵ. 진료 알고리즘 ····· 345

Ⅶ. 확산 도구 ····· 347

Ⅷ. 부록 ····· 353

1. 용어 정리 · 354
2. 이해상충선언서 · 358
3. 승인서 · 359

요약문

1. 배경 및 목적

2. 질환 개요

3. 권고안

4. 진료알고리즘

1. 배경 및 목적

불안장애는 우울증과 함께 1차 의료기관에서 가장 흔하게 접하게 되는 정신의학적 질환이다. 특히, 다양한 가치관과 급격한 변화에 적응해야 하며, 급·만성적인 스트레스에 직간접적으로 노출되기 쉬운 한국사회는 불안장애의 유병률이 높을 수밖에 없는 환경적 요인을 가지고 있다.

세계보건기구(WHO) 보고서에 따르면 2015년 전 세계 불안장애 인구의 비율은 3.6%[1]이며, 불안장애를 앓고 있는 것으로 추정된 총 인구수는 2억 6400만 명이었다. 2015년의 총계는 2005년 이후 14.9% 증가한 것이다.[2] 유병률 조사 체계적 연구 분석 결과에서는 공동기간(pooled period) 유병률은 122개 조사에서 6.7%(6.0-7.6%)로 나타났으며, 70개 조사의 평생 유병률은 12.9%(11.3-14.7%)로 나타났다.[3]

국내에서는 5년마다 진행되는 정신질환 실태조사에서 불안장애의 평생유병률은 9.3%(남 6.7%, 여 11.7%), 일년유병률 5.7%(남 3.8%, 여 7.5%)로, 2015년 한 해 동안 불안장애를 경험한 사람은 224만 명으로 추산된다. 이는 2011년의 평생유병률 8.7% (남 3.7%, 여 9.8%), 일년유병률 6.8%에 비해 증가하는 추세이며 전체적인 남녀비는 여성에게서 훨씬 높게 나타났다. 이는 불안장애와 함께 정신과 대표적인 질환인 기분장애의 2016년 평생유병률 5.3%(2011년 7.5%)와 일년유병률 1.9%(2011년 3.6%)에 비교해 높은 수준이며 우울증을 포함한 기분장애는 전체적으로 유병률이 줄고 있다.[4] 그러나 불안장애 환자에 대한 정신건강 서비스의 평생 사용률은 2011년 25.1%, 2016년 27.3%로 우울증을 포함한 기분장애의 2011년 37.7%, 2016년 52.5%에 비하여 여전히 낮다.[5]

각 하위분류 질환별 유병률을 보면 평생유병률은 강박장애 0.6%, 외상후 스트레스 장애 1.5%, 공황장애가 0.5%, 광장공포증 0.7%, 사회불안장애 1.6%, 범불안장애 2.4%, 특정공포증이 5.6%이다. 일년유병률은 강박장애 0.4%, 외상후 스트레스장애 0.5%, 공황장애 0.2%, 광장공포증 0.2%, 사회불안장애 0.4%, 범불안장애 0.4%이다.[5]

불안장애 진료지침 개발의 목적은 다음과 같다.

지금까지의 연구에 의하면, 불안장애는 다른 정신·신체질환의 동반이환률 증가, 건강관리 서비스 비용 증가, 심리사회적 손상을 야기하는 것으로 밝혀졌다. 이 때문에 불안장애를 조기에 진단하여 지체없이 치료해야 한다는 필요성이 지속적으로 대두되어 왔다.

특히, 불안장애에서 나타나는 신체증상의 다양성은 진단상의 오류가 있을 수 있고, 그 심리증상은 근원이 특정한 에피소드에 국한되지 않고, 개인의 성격적 특성과 주변 사회환경 등 다양한 요소의 상호작용으로 형성되는 경우가 많아 임상현장에서 진단 및 관리가 어렵다. 따라서 1차 한의진료기관에서의 최적화된 진료를 가능케 하는 지침의 개발에 대한 끊임없는 요구가 있어 왔다.

그러나 한의학적 진단의 특징인 변증론(辨證論)은 증상의 다양성이라는 특징을 가진 불안장애 진단-치료에 있어 오히려 강점이 될 수 있다. 이에 본 연구는 불안장애 한의표준임상진료지침 개발을 통해 불안장애에 대한 가장 적합한 한의학적 진단·치료 기준을 확보하고자 한다.

진료지침의 개발에서 다루어지는 중재는 한의약 임상에서 보편적으로 활용되는 한약과 침치료 이

외에도 한의 치료 도구의 확장성을 고려하여 기공, 명상, 이완요법 및 생기능자기조절훈련 등의 정신요법까지 포함하여 한의 보장성 강화와 확대의 근거자료를 마련하고자 하였다.

불안장애 한의표준임상진료지침의 개발은 표준화된 국제적 개발 가이드라인인 GRADE 방법론을 따르면서도 한의학 고유의 장점과 특징을 고려하여 근거수준과 권고등급을 전문가 집단의 합의하에 도출하였다. 특히, 본 진료지침은 1차 한의진료기관에서 그 활용성을 높이기 위해 그 객관성과 이용의 편의성에 집중하였다. 이를 위해 수행된 체계적 문헌고찰은 가장 근거수준이 명확한 무작위대조군 임상연구를 기준으로 조사 연구하였으며, 1차 진료기관에서의 임상활용도를 고려하여 치료 중재의 편의성에 최대한 집중하였다.

2. 질환 개요

불안장애 범주에는 극도의 공포, 불안 및 관련된 행동 장애의 특징을 지닌 질환들이 포함된다. DSM-5 기준 불안장애 관련 질환은 분리불안장애, 선택적 함구증, 특정공포증, 사회불안장애, 공황장애, 범불안장애 등을 포함한다.[6] 여기서 불안(anxiety)이란 광범위하게 매우 불쾌하고 막연히 불안한 느낌으로, 관련된 신체증상(두통, 두근거림, 혈압상승, 빈맥, 진땀, 가슴조임, 반사항진, 동공확대, 떨림, 위장계 불편, 빈뇨 등 자율신경계 항진증)과 행동증상(과민성, 서성댐)을 동반한다. 즉, 생체가 친숙하지 않은 환경에 적응하고자 할 때 나타나는 가장 기본적인 반응양상이다.[6-7]

본 지침에서의 연구된 불안장애는 유병률이 높고, 보건복지부 정신질환 실태조사[4]의 주요 질환이며 또한 한의약적 치료 도구의 적용 가능성이 높을 것으로 기대되며, 한의약적 중재연구가 많은 '범불안장애', '공황장애', '사회불안장애'을 중심으로 진행하였으며, 불안장애의 임상적 증상을 의미 있게 표현하고 있고, DSM-Ⅳ-TR까지 불안장애의 범주에 속해있던 외상후 스트레스장애를 포함하고 있다.

불안장애는 한의학적 증후 분류에서 협의적으로는 '경계(驚悸)·정충(怔忡)'의 범주에 속하나 이는 불안장애 증상의 다양성을 전체적으로 포함하지는 못하고 있으며, 계심통(悸心痛), 불면(不眠), 두통(頭痛), 한증(汗症), 불어증(不語症), 구갈(口渴), 진전(振顫), 현훈(眩暈), 매핵기(梅核氣), 설사(泄瀉), 안혼(眼昏), 허로(虛勞) 등의 다양한 증상이 불안장애에서 나타날 수 있다. 이렇듯 불안장애는 한의학적으로도 증후의 다양성으로 인해 특히, 표준화된 진료에 대한 기준이 필요한 대표적 질환이다.

3. 권고안

권고안 번호	권고내용	권고등급/근거수준
한약		
1) 범불안장애		
단독치료		
R1	성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 한약치료를 고려해야 한다.	B/Low
R1-1	성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물에 비하여 구미진심(九味鎭心)을 고려해야 한다.	B/Low
	임상적 고려사항 ● 처방 구성 : 인삼, 산조인, 오미자, 복령, 원지, 현호색, 천문동, 숙지황, 육계 – 1회 6g / 1일 3회 복용 ● 적용범위 및 변증: 범불안장애의 전반적 임상 증상에 활용 가능/심기혈허(心氣血虛), 신불안(神不安)	
R1-2	성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물에 비하여 귀비탕가감(歸脾湯加減)을 고려해야 한다.	B/Low
	임상적 고려사항 ● 처방 1 구성 : 당삼, 백출 10g, 황기 15g, 복령, 당귀, 산조인, 용안육 15g, 목향, 감초(炙) 6g, 원지 9g, 생강 5편, 대조 1매 – 1첩에 물 400ml를 넣어 150ml로 농축한 후 남은 약재에 다시 물 300ml를 가하여 150ml로 농축하여 둘을 혼합함 / 1일 2회 복용 ● 처방 2 구성 : 백출, 황기, 당삼, 감초(炙), 당귀, 단삼, 용안육, 목향, 계혈등 등 – 1일 1첩 / 1일 2회 복용 ● 처방 3 구성 : 원지 10g, 복령 10g, 백출 10g, 목향 6g, 황기(炙) 15g, 용안육10g, 산조인 10g, 당삼 15g, 단삼 15g, 감초(炙) 6g, 당귀 10g – 추위를 잘 타고 사지가 차가운 경우 가(加) 계지 10g, 보골지 10g – 쉽게 긴장하고 불안해하는 경우 가(加) 호박 10g, 자석 10g – 1일 1첩 / 1일 2회 복용 ● 적용범위 및 변증 : 범불안장애 환자의 부유불안, 섭식장애, 수면장애 및 정충(怔忡)을 포함한 허증(虛症)/심비양허(心脾血虛), 심기허(心氣虛), 심혈허(心血虛)	

R1-3	성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물에 비하여 소요산가감(逍遙散加減)을 고려해야 한다.	B/Low
	임상적 고려사항 ● 처방 1 구성 : 시호 8g, 당귀 10g, 백작약 10g, 복령 15g, 백출 10g, 감초 5g, 목단피 8g, 치자 10g – 가슴이 달아오르면서 초조해하며, 쉽게 분노하며, 가슴과 옆구리가 빵빵하면서 그득한 경우 가(加) 황련, 황금, 단삼, 울금, 진피, 불수, 지각 등 – 불면, 꿈이 많은 경우 가(加) 용골, 모려, 백자인, 산조인, 진주모 등 – 변비에 가(加) 지실, 지각 혹은 과루인 혹은 대황 등 – 입과 인후가 건조한 경우 가(加) 천문동, 맥문동 혹은 사삼 등 – 이명에 가(加) 자석, 질려 등 – 땀을 많이 흘리는 경우 가(加) 부소맥, 벽도건 등 – 1일 1첩 400ml / 1일 2회 복용 ● 처방 2 구성 : 당귀 10g, 시호 8g, 복령 15g, 백작약 10g, 감초 5g, 백출 10g, 치자 10g, 목단피 8g – 변비가 심한 경우 가(加) 지각 혹은 대황, 지실 – 가슴과 옆구리가 빵빵하면서 그득한 증상이 심한 경우 가(加) 황금, 황련, 울금 단삼, 진피, 지각, 불수 – 불면, 꿈이 많은 경우 가(加) 모려, 용골, 진주모, 산조인, 백자인 – 입과 인후가 건조한 경우 가(加) 맥문동 혹은 사삼, 천문동 – 땀을 많이 흘리는 경우 가(加) 부소맥, 벽도건 – 이명에 가(加) 질려, 자석 – 1일 1첩 200ml / 일 2회 복용 ● 처방 3 구성 : 목단피 9g, 치자(炒) 9g, 시호 9g, 복령 9g, 당귀 9g, 백작약 9g, 백출 9g, 박하 9g, 생강 9g, 감초 9g – 1일 1첩 / 1일 2회 복용 ● 처방 4 구성 : 목단피 15g, 치자(炒) 15g, 당귀 12g, 백출 12g, 시호 15g, 백작약 15g, 복령 12g, 야교등 30g, 용골 30g, 모려 30g, 생강 9g, 박하 6g, 감초(炙) 6g – 열이 심하고, 대변이 굳은 경우 가(加) 대황, 용담초 – 간화상염(肝火上炎)에 가(加) 국화, 조구등 – 혈어(血瘀)에 가(加) 적작약, 천궁 – 불면에 가(加) 산조인, 원지 – 1일 1첩 400ml / 1일 2회 복용 ● 처방 5 구성 : 당귀 10g, 백작약 15g, 시호 10g, 복령 20g, 백출 10g, 박하 15g, 목단피 20g, 치자 15g, 합환피 15g, 야교등 20g, 감초 6g – 1일 1첩 400ml / 1일 2회 복용 ● 처방 6 구성 : 진주모 60g, 용골, 모려 각 40g, 백출, 산조인(炒), 지주향 각 20g, 당귀, 백작약, 복령 각 15g, 시호, 박하 각 12g, 생강, 감초(炙) 각 10g – 심신양허(心腎陽虛)에 가(加) 부자 6g, 계지 10g, 건강 12g – 음허화왕(陰虛火旺)에 가(加) 생지황 15g, 맥문동, 치자, 지모 각 12g – 혈맥어체(血脈瘀滯)에 가(加) 홍화, 도인(炒) 각 15g, 적작약, 단삼 각 12g – 구울화화(久鬱化火)에 가(加) 치자 10g, 황련, 황금 각 12g – 담습내성(痰濕內盛)에 가(加) 석창포, 우담남성, 반하 각 10g – 심비양허(心脾陽虛)에 가(加) 당삼 25g, 황기 20g – 1일 1첩 300ml / 1일 2회 복용 ● 적용범위 및 변증: 범불안장애 환자의 우울감을 겸한 정서적 소견과 자율신경 관련 신체증상/청간해울(淸肝解鬱)	

R1-4	성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 위약에 비하여 가미소요산(加味逍遙散)을 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 ● 처방 구성 : 백출 1g, 시호 1g, 복령 1g, 박하 0.33g, 당귀 1g, 감초 0.67g, 생강 0.33g, 작약 1g, 산치자 0.67g, 목단피 0.67g – 1회 7.67g 복용 ● 적용범위 및 변증: 범불안장애 환자의 우울감을 겸한 정서적 소견과 자율신경 관련 신체증상/간울기체(肝鬱氣滯) 간위불화(肝胃不和)	
R1-5	성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물에 비하여 시호계지건강탕(柴胡桂枝乾薑湯)을 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 ● 처방 구성 : 시호 15g, 황금 12g, 계지 10g, 건강 9g, 천화분 15g, 모려 30g, 감초(炙) 6g – 위가 차고, 찬 음식을 먹으면 설사하는 경우 가(加) 건강(炮) 6g – 평소 추위를 싫어하는 경우 가(加) 흑부자 9g – 불면에 가(加) 용골 30g, 야교등 30g – 1일 1첩 / 1일 2회 복용 ● 적용범위 및 변증: 범불안장애 환자의 자율신경 관련 신체증상/심간화울(心肝火鬱)	
R1-6	성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물에 비하여 시호계지탕(柴胡桂枝湯)을 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 ● 처방 구성 : 시호 10g, 계지 15g, 작약 15g, 황금 15g, 인삼 15g, 감초(炙) 5g, 반하 10g, 용골 30g, 모려 30g, 생강 5편, 대조 5매 – 1첩에 물 400ml를 넣어 150ml로 농축한 후 남은 약재에 다시 물 300ml를 가하여 150ml로 농축하여 둘을 혼합함 / 1일 2회 복용 ● 적용범위 및 변증: 범불안장애 환자의 자율신경 관련 신체증상/간울화화(肝鬱化火)	
R1-7	성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물에 비하여 억간산(抑肝散)을 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 ● 처방 구성 : 천궁 10g, 당귀 6g, 지모 10g, 조구등 15g, 복신 10g, 시호 10g, 감초 6g – 1일 1첩 / 1일 2회 복용 ● 적용범위 및 변증: 범불안장애 환자의 심리적 신체적 경직감/간화상염(肝火上炎) 신불안(神不安)	
R1-8	성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물에 비하여 온담탕가감(溫膽湯加減)을 고려할 수 있다.	C/Very Low
	임상적 고려사항 ● 처방 1 구성 : 반하, 죽여, 지실, 진피, 숙지황, 인삼, 오미자, 산조인 각 15g, 원지, 감초(炙) 각 5g – 사지와 몸이 마비되는 것 같거나 이상감각이 드는 경우 가(加) 상지, 우슬 각 15g – 사물이 아늑하게 보이고, 양 눈이 건조하고 깔깔한 경우 가(加) 여정자, 상심자 각 15g – 가슴이 답답하고, 위완(胃脘)이 그득하고 답답한데 누르면 연약하고 아프지 않은 경우 가(加) 해백 10g – 소화가 안 되며 입맛이 없는 경우 가(加) 맥아(炒), 신곡 각 15g – 대변이 묽은 경우 가(加) 백출(炒), 차전자 각 10g – 1일 1첩 450ml ● 처방 2 구성 : 반하 9g, 죽여 10g, 진피 10g, 지실 10g, 복령 10g, 황금 10g, 치자 10g, 시호 10g, 향부자 10g, 울금 10g, 원지 10g, 용치 30g, 진주모 30g, 야교등 30g, 합환피 30g – 1일 1첩 400ml / 1일 2회 복용 ● 처방 3 구성 : 반하, 죽여, 지실, 진피, 감초, 복령, 생강, 대조 – 1회 4정 / 1일 3회 복용 ● 적용범위 및 변증: 범불안장애 환자의 급성기에도 활용 가능하며, 심리적 불안이 강하고 불면과 경계(驚悸)가 심하여 일상의 어려움이 심함/심담허겁(心膽虛怯), 간울기체(肝鬱氣滯)	

<table>
<tr><td rowspan="2">R1-9</td><td>성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물에 비하여 천왕보심탕가감(天王補心湯加減)을 고려할 수 있다.</td><td>C/Low</td></tr>
<tr><td colspan="2">임상적 고려사항
● 처방 1 구성 : 생지황 20g, 산조인 30g, 백자인 15g, 당귀 10g, 천문동 10g, 맥문동 20g, 당삼 10g, 단삼 10g, 현삼 10g, 복신 30g, 오미자 10g, 원지 10g
- 1일 1첩 400ml / 1일 2회 복용
● 처방 2 구성 : 백자인 15g, 천문동 10g, 맥문동 20g, 생지황 10g 산조인 30g, 태자삼 10g, 단삼 10g, 현삼 10g, 질려 15g, 당귀 10g, 오미자 10g, 길경 10g, 원지 10g
- 가슴이 두근거리고 불안이 심한 경우 가(加) 용치 30g, 진주모 30g, 자석영 30g, 단자석 30g
- 불면이 심한 경우 가(加) 야교등 30g, 합환피 30g, 호박 1.5g
- 간울기체(肝鬱氣滯)에 가(加) 시호 10g, 향부자 10g, 매괴화 10g, 치자(炒) 10g, 울금 10g
- 허열(虛熱), 조열(潮熱)이 심한 경우 가(加) 단피 10g, 청호 10g, 은시호 10g, 별갑 30g
- 신음부족(腎陰不足)에 가(加) 여정자 10g, 한련초 10g, 지모 10g
- 땀이 많이 나는 경우 가(加) 부소맥 30g
- 1일 1첩 400ml / 1일 2회 복용
● 적용범위 및 변증: 범불안장애 환자의 전반적 허증(虛症)에 활용/심혈허(心血虛), 심음허(心陰虛)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">R1-10</td><td>성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물에 비하여 황련아교탕가감(黃連阿膠湯加減)을 고려할 수 있다.</td><td>C/Low</td></tr>
<tr><td colspan="2">임상적 고려사항
● 처방 1 구성 : 황련 10g, 백작약 12g, 아교, 여정자, 황백, 계내금, 대조 각 15g, 구판 25g, 용치 30g, 자석, 생지황 각 20g, 계자황 2매
- 1일 1첩
● 처방 2 구성 : 백작약 12g, 여정자 15g, 황련 10g, 계내금 15g, 구판 25g, 황백 15g, 자석 20g, 산조인 15g, 생지황 20g, 야교등 15g, 용치 30g, 계자황 2매
- 1일 1첩 / 1일 2회 복용
● 처방 3 구성 : 황련 3g, 아교 9g, 육계 3g, 석창포 9g, 원지 9g, 야교등 30g
- 1일 1첩 / 1일 2회 복용
● 적용범위 및 변증: 범불안장애 환자의 부유불안과 허증(虛症)/심음부족(心陰不足), 심혈허(心血虛)</td></tr>
<tr><td colspan="3">병행치료</td></tr>
<tr><td>R2</td><td>성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 한약과 불안장애치료약물의 병행치료를 고려해야 한다.</td><td>B/Low</td></tr>
<tr><td rowspan="2">R2-1</td><td>성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 감맥대조탕가감(甘麥大棗湯加減)과 불안장애치료약물의 병행치료를 고려할 수 있다.</td><td>C/Low</td></tr>
<tr><td colspan="2">임상적 고려사항
● 처방 구성 : 소맥 30g, 감초 10g, 대조 5매, 산조인 15g, 생지황 15g, 백합 12g, 당귀 6g
- 1일 1첩 300ml / 1일 3회 복용
● 적용범위 및 변증: 범불안장애 환자의 발작적 상황/ 담화요신(痰火擾神)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">R2-2</td><td>성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 구미진심(九味鎭心)과 불안장애치료약물의 병행치료를 고려할 수 있다.</td><td>C/Low</td></tr>
<tr><td colspan="2">임상적 고려사항
● 처방 구성 : 인삼, 산조인, 오미자, 복령, 원지, 현호색, 천문동, 숙지황, 육계
- 1회 6g / 1일 3회 복용
● 적용범위 및 변증: 범불안장애의 전반적 임상 증상에 활용 가능/심기혈허(心氣血虛), 신불안(神不安)</td></tr>
</table>

R2-3	성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 귀비탕가감(歸脾湯加減)과 불안장애치료약물의 병행치료를 고려해야 한다.	B/Low
	임상적 고려사항 ● 처방 1 구성 : 백출 9g, 백복령 9g, 당귀 9g, 용안육 9g, 황기(炒) 9g, 원지 9g, 인삼 9g, 산조인(炒) 3g, 목향 6g, 감초(炙) 6g, 생강 6g, 대조 3과 - 1일 2회 복용 ● 처방 2 구성 : 백인삼 15g, 백출 10g, 황기(炙) 20g, 당귀 15g, 복령 10g, 원지 15g, 산조인(炒) 12g, 용안육 10g, 목향 10g, 감초(炙) 10g, 생강 3편, 대조 5매 - 배가 부풀어 오르고 소화가 안 되며 입맛이 없는 경우 가(加) 계내금 15g, 사인 4g - 불면, 꿈이 많은 경우 가(加) 백자인 9g, 야교등 12g - 머리가 혼란하고 두통이 있는 경우 가(加) 천궁 6g, 만형자 9g - 가슴이 두근거리고 잘 놀라는 경우 가(加) 용골 30g, 모려 30g - 허화(虛火)가 왕성한 경우 가(加) 담죽엽 12g - 1일 1첩 200ml / 1일 2회 복용 ● 적용범위 및 변증 : 범불안장애 환자의 부유불안, 섭식장애, 수면장애 및 정충(怔忡)을 포함한 허증(虛症)/심비양허(心脾血虛), 심기허(心氣虛), 심혈허(心血虛)	
R2-4	성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 도핵승기탕(桃核承氣湯)과 불안장애치료약물의 병행치료를 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 ● 처방 구성 : 도인 9g, 대황 3g, 지각 15g, 후박 15g, 치자 12g, 계지 9g, 용골 15g, 모려 15g, 감초(炙) 3g, 망초 6g (後下) - 마음이 초조하고 답답한 경우 가(加) 담두시, 오매 - 대변이 굳고 힘들게 보는 경우 가(加) 맥문동, 사삼 - 정신적으로 불안정한 경우 가(加) 백합, 지모 - 밤에 불안하여 잠을 못자고 안절부절못하는 경우 가(加) 고삼, 자석 - 입이 쓴 증상이 심한 경우 가(加) 시호, 황금 - 1일 1첩 400ml / 1일 2회 복용 ● 적용범위 및 변증 : 범불안장애 환자의 흉민(胸悶)과 수면장애/심혈어조(心血瘀阻)	

R2-5	성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 산조인탕가감(酸棗仁湯加減)과 불안장애치료약물의 병행치료를 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 ● 처방 1 구성 : 산조인(炒) 15g, 지모 10g, 복령 15g, 감초 6g, 천궁 9g - 불면이 심한 경우 가(加) 진주모, 야교등 - 기울화화(氣鬱化火)에 가(加) 치자, 목단피, 황금 - 간기울결(肝氣鬱結)에 가(加) 소형화, 합환피, 시호 - 담열내요(痰熱內擾)에 가(加) 반하, 죽여, 지실 - 음허화왕(陰虛火旺)에 가(加) 맥문동, 생지황, 적작약 - 심허담겁(心虛膽怯)에 가(加) 원지, 부소맥, 용치 - 1일 1첩 ● 처방 2 구성 : 산조인(炒) 30g, 복령 6g, 지모 9g, 천궁 6g, 감초 3g - 1일 450ml / 1일 3회 복용 ● 처방 3 구성 : 산조인(炒) 30g, 천궁 9g, 지모 10g, 복령 10g, 오미자 12g, 야교등 10g, 대조 3매, 감초 3g - 1일 1첩 200ml / 1일 2회 복용 ● 처방 4 구성 : 산조인(炒) 10~30g, 천궁 9g, 지모 10g, 복령 10g, 오미자 12g, 야교등 10g, 대조 3매, 감초 3g - 간기울결(肝氣鬱結)에 가(加) 시호, 울금, 향부자 - 기음양허(氣陰陽虛), 조열내요(燥熱內擾)에 가(加) 용치, 진주모, 작약, 황정 - 양허불고(陽虛不固), 신불수(神不守)에 가(加) 음양곽, 파극천, 계지, 작약 - 담열어체(痰熱瘀滯)에 가(加) 반하, 우담남성, 연자심 - 어혈내결(瘀血內結)에 가(加) 도인, 홍화, 지각 - 1일 1첩 200ml / 1일 2회 복용(점심, 저녁) ● 처방 5 구성 : 산조인 15g, 복령 15g, 천궁 10g, 지모 12g, 감초(炙) 6g, 치자 10g, 담두시 6g, 선태 6g - 1일 200ml / 1일 2회 복용 ● 처방 6 구성 : 산조인(炒) 30g, 복령 15g, 지모 9g, 천궁 9g, 감초 6g - 머리가 어지럽고 눈앞이 아찔하며, 얼굴이 붉고 눈이 충혈 되어 있는 간신음허(肝腎陰虛), 간양상항(肝陽上亢)에 가(加) 천마, 조구등 각 10g - 머리가 혼란하고 터질 듯하고, 가슴이 답답하며, 입이 쓴 담위불화(膽胃不和), 담화상요(痰火上擾)에 가(加) 황련 6g, 반하(制) 9g - 마음이 번잡하고, 잘 놀라고 가슴이 두근거리고 불안한 경우 가(加) 계지 6g, 용골 9g, 모려 9g - 잠에 드는 것이 어렵고, 오심번열(五心煩熱)이 있는 경우 가(加) 황금 9g - 1일 400ml / 1일 2회 복용 ● 적용범위 및 변증 : 범불안장애 환자의 수면장애 유발 임상증상이 주도적 일 때/심간혈허(心肝血虛)	

R2-6	성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 소요산가감(逍遙散加減)과 불안장애치료약물의 병행치료를 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 ● 처방 1 구성 : 시호, 당귀, 백작약, 백출, 복령, 감초, 목단피, 감초 – 1회 3~4립(1립 0.45g) / 1일 2회 복용 ● 처방 2 구성 : 시호 12g, 박하 10g, 백출 12g, 백작약 12g, 당귀 12g, 용골 20g, 자석 20g, 백자인 15g, 산조인(炒) 25g – 마음이 우울하고 즐겁지 않고, 가슴이 답답하고 한숨을 잘 쉬는 경우 가(加) 울금 10g, 향부자 12g, 지각 10g – 꿈을 많이 꾸고 잘 놀라는 경우 가(加) 진주모, 용치 각 20g – 변비에 가(加) 대황 6g, 지실 10g – 비신양허(脾腎兩虛)에 거(去) 시호, 가(加) 부자, 육계 각 6g – 간신음허(肝腎陰虛)에 거(去) 시호, 박하, 가(加) 생지황 15g, 지모 10g, 현삼 12g – 심비양허(心脾陽虛)에 가(加) 당삼 25g, 황기 20g – 기체혈어(氣滯血瘀)에 가(加) 천궁 15g, 단삼 15g, 도인 12g, 홍화 10g – 1일 1첩 300ml / 1일 2회 복용 ● 처방 3 구성 : 시호 15g, 백작약 15g, 백출 15g, 당귀 15g, 복령 15g, 목단피 12g, 치자 12g, 박하 10g, 생강 6g, 감초 5g – 머리가 어지럽고 아픈 경우 가(加) 천마, 천궁, 조구등 – 입이 쓰고 마르며, 가슴과 옆구리가 뻐근하면서 아픈 경우 가(加) 용담초, 천련자 – 가슴이 두근거리고 잠을 짧게 자거나, 잠을 자지 못하고 꿈을 많이 꾸는 경우 가(加) 합환피, 야교등, 원지 – 변비가 있고 배가 부풀어 오르는 경우 가(加) 대황, 지실 – 1일 1첩 300ml / 1일 2회 복용 ● 처방 4 구성 : 시호, 당귀, 백작약, 백출, 복령, 감초(炙), 박하 – 1회 5g / 1일 2회 복용 ● 처방 5 구성 : 시호 15g, 당귀 15g, 복령 15g, 백작약 15g, 백출 15g, 생강 6g, 박하 9g, 단피 12g, 치자 12g, 감초 6g – 머리가 어지럽고 아픈 경우 가(加) 천마, 천궁 – 입이 쓰고 마르며, 가슴과 옆구리가 뻐근하면서 아픈 경우 가(加) 용담초, 천화분 – 가슴이 두근거리고 잠을 짧게 자거나, 잠을 자지 못하고 꿈을 많이 꾸는 경우 가(加) 야교등, 원지 – 변비가 있고 배가 부풀어 오르는 경우 가(加) 대황, 지실 – 1일 1첩 300ml / 1일 2회 복용 ● 적용범위 및 변증: 범불안장애 환자의 우울감을 겸한 정서적 소견과 자율신경 관련 신체증상/간울기체(肝鬱氣滯) 간위불화(肝胃不和)	

<table>
<tr><td rowspan="2">R2-7</td><td>성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 시호가용골모려탕(柴胡加龍骨牡蠣湯)과 불안장애치료약물의 병행치료를 고려해야 한다.</td><td>B/Moderate</td></tr>
<tr><td colspan="2">임상적 고려사항
● 처방 1 구성 : 시호 15g, 용골 30g, 모려 30g, 황금 15g, 당삼 15g, 복령 20g, 계지 15g, 반하 15g, 울금 15g, 대조 10g
- 대변이 잘 나오지 않는 경우 가(加) 대황 5g (後下)
- 불면에 가(加) 야교등, 합환피 각 30g
- 가슴이 답답하고 두근거리는 경우 가(加) 감송향 15g
- 기울화화(氣鬱化火)에 가(加) 치자 10g, 거 계지
- 혈어(血瘀)에 가(加) 천궁, 당귀, 적작약 각 15g
- 1일 1첩 / 1일 3회 복용
● 처방 2 구성 : 시호 12g, 용골 30g, 모려 30g, 황금 10g, 당삼 10g, 복령 10g, 반하 10g, 감초(炙) 10g
- 슬퍼서 울고 싶어 하는 경우 가(加) 울금 12g, 백합 15g
- 가슴이 두근거리고 잘 놀라고, 가슴이 답답하고 두려워하는 경우 가(加) 부소맥 30g, 연자심 10g, 석창포 20g
- 불면에 가(加) 산조인 15g, 원지 15g, 야교등 30g
- 혈어(血瘀)에 가슴과 옆구리에 찌르는 듯한 통증이 있는 경우 가(加) 도인, 홍화, 천궁 각 10g
- 기울화화(氣鬱化火)에 입이 쓰고 변이 굳는 경우 가(加) 용담초, 황련 각 10g
- 1일 1첩 / 일 2회 복용
● 적용범위 및 변증: 범불안장애 환자의 심계를 포함한 돌발적인 증상발현에 적용 가능/심허번조(心虛煩燥)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">R2-8</td><td>성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 시호계지탕가감(柴胡桂枝湯加減)과 불안장애치료약물의 병행치료를 고려해야 한다.</td><td>B/Moderate</td></tr>
<tr><td colspan="2">임상적 고려사항
● 처방 구성 : 용골, 모려 각 30g, 인삼, 황금, 작약, 계지 각 15g, 시호, 반하 각 10g, 대조 5매, 생강 5편
- 1첩에 물 400ml를 넣어 150ml로 농축한 후 남은 약재에 다시 물 300ml를 가하여 150ml로 농축하여 둘을 혼합함 / 1일 2회 복용
● 적용범위 및 변증: 범불안장애 환자의 자율신경 관련 신체증상/간울화화(肝鬱化火)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">R2-9</td><td>성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 온담탕가감(溫膽湯加減)과 불안장애치료약물의 병행치료를 고려해야 한다.</td><td>B/Low</td></tr>
<tr><td colspan="2">임상적 고려사항
● 처방 구성 : 반하 9g, 죽여 10g, 진피 10g, 지실 10g, 복령 10g, 황금 10g, 치자 10g, 시호 10g, 향부자 10g, 울금 10g, 원지 10g, 용치 30g, 진주모 30g, 야교등 30g, 합환피 30g
- 1일 1첩 400ml / 1일 2회 복용
● 적용범위 및 변증: 범불안장애 환자의 급성기에도 활용 가능하며, 심리적 불안이 강하고 불면과 경계(驚悸)가 심하여 일상의 어려움이 심함/심담허겁(心膽虛怯), 간울기체(肝鬱氣滯)</td></tr>
</table>

R2-10	성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 천왕보심탕가감(天王補心湯加減)과 불안장애치료약물의 병행치료를 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 ● 처방 1 구성 : 생지황 20g, 산조인 30g, 백자인 15g, 당귀 10g, 천문동 10g, 맥문동 20g, 당삼 10g, 단삼 10g, 현삼 10g, 복신 30g, 오미자 10g, 원지 10g - 1일 1첩 400ml / 1일 2회 복용 ● 처방 2 구성 : 백자인 15g, 천문동 10g, 맥문동 20g, 생지황 10g 산조인 30g, 태자삼 10g, 단삼 10g, 현삼 10g, 질려 15g, 당귀 10g, 오미자 10g, 길경 10g, 원지 10g - 가슴이 두근거리고 불안이 심한 경우 가(加) 용치 30g, 진주모 30g, 자석영 30g, 단자석 30g - 불면이 심한 경우 가(加) 야교등 30g, 합환피 30g, 호박 1.5g - 간울기체(肝鬱氣滯)에 가(加) 시호 10g, 향부자 10g, 매괴화 10g, 치자(炒) 10g, 울금 10g - 허열(虛熱), 조열(潮熱)이 심한 경우 가(加) 단피 10g, 청호 10g, 은시호 10g, 별갑 30g - 신음부족(腎陰不足)에 가(加) 여정자 10g, 한련초 10g, 지모 10g - 땀이 많이 나는 경우 가(加) 부소맥 30g - 1일 1첩 400ml / 1일 2회 복용 ● 적용범위 및 변증: 범불안장애 환자의 전반적 허증(虛症)에 활용/심혈허(心血虛), 심음허(心陰虛)	
R2-11	성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 혈부축어탕가감(血府逐瘀湯加減)과 불안장애치료약물의 병행치료를 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 ● 처방 구성 : 당귀 12g, 생지황 18g, 도인 12g, 홍화 15g, 적작약 12g, 천궁 12g, 우슬 12g, 과루인 18g, 시호 12g, 길경 12g, 산조인 15g, 원지 20g, 감초 3g - 1일 1첩 ● 적용범위 및 변증: 범불안장애 환자의 통증관련 신체증상과 만성화된 임상상황에 적용/심맥비조(心脈痺阻), 어조뇌락(瘀阻腦絡)	
2) 공황장애		
단독치료		
R3	성인 공황장애 환자의 증상 개선을 위해 한약치료를 고려할 수 있다.	C/Low
R3-1	성인 공황장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물에 비하여 시호계지건강탕(柴胡桂枝乾薑湯)을 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 ● 처방 구성 : 시호 30g, 계지 9g, 건강 9g, 황금 12g, 모려 30g, 천화분 15g, 감초(炙) 9g - 10일 10첩 5000ml / 1일 2회 복용 ● 적용범위 및 변증: 공황장애 환자의 자율신경 관련 신체증상/심간화울(心肝火鬱)	
R3-2	성인 공황장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물에 비하여 해울환(解鬱丸)을 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 ● 처방 구성 : 백작약, 시호, 당귀, 울금, 백복령, 백합, 합환피, 감초, 소맥, 대조 - 1회 4g / 1일 2회 복용 ● 적용범위 및 변증: 공황장애 환자의 억압된 심리 신체상황에 적용/간심기울(肝心氣鬱)	
병행치료		
R4	성인 공황장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 한약과 불안장애치료약물 병행치료를 고려해야 한다.	B/Moderate

R4-1	성인 공황장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 임상경험방(臨床經驗方)과 불안장애치료약물 병행치료를 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 ● 처방 구성 : 원지 15g, 석창포 15g, 복신 15g, 복령 15g, 용치 30g, 당삼 10g, 황련 10g, 당귀 15g, 생지황 20g, 감초(炙) 5g – 1일 1첩 / 1일 3회 복용 ● 적용범위 및 변증: 공황장애 환자의 심리적 불안증이 심한 경우/심혈허(心血虛), 신불안(神不安)	
R5	성인 공황장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 한약과 정신요법 병행치료를 고려할 수 있다.	C/Low
R5-1	성인 공황장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 안신정경탕(安神定經湯)과 정신요법 병행치료를 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 ● 처방 1 구성 : 용치, 산조인 각 30g, 지모, 야교등 각 20g, 백작약, 두충, 백자인 각 15g, 지각, 복령, 천궁 각 10g, 시호 6g, 향부자, 감초 각 5g – 1일 1첩 200ml / 1일 2회 복용 ● 처방 2 구성 : 산조인 30g, 지모 20g, 복령 10g, 천궁 10g, 시호 6g, 백작약 15g, 지각 10g, 향부자 5g, 야교등 20g, 백자인 15g, 두충 15g, 용치 30g, 감초 5g – 1첩에 물 400ml를 넣어 150ml로 농축한 후 남은 약재에 다시 물 300ml를 가하여 150ml로 농축하여 둘을 혼합함 / 1일 2회 복용 ● 적용범위 및 변증: 공황장애 환자의 심리적 신체적 불안정감이 극대화된 상황/간심음허(肝心陰虛)	
R6	성인 공황장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물과 정신요법 병행치료에 비하여 한약과 불안장애치료약물, 정신요법 병행치료를 고려해야 한다.	B/Low
R6-1	성인 공황장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물과 정신요법 병행치료에 비하여 시호가용골모려탕(柴胡加龍骨牡蠣湯)과 불안장애치료약물, 정신요법 병행치료를 고려해야 한다.	B/Low
	임상적 고려사항 ● 처방 구성 : 시호 12g, 반하, 당삼, 황금, 복령 각 10g, 계지, 대황(후하) 각 6g, 용골, 모려, 산조인, 야교등, 부소맥 각 30g, 생강 3편, 대조 2매 – 1일 1첩 400ml / 1일 2회 복용 ● 적용범위 및 변증: 범불안장애 환자의 심계를 포함한 돌발적인 증상발현에 적용 가능/심허번조(心虛煩燥)	
3) 외상후 스트레스장애		
병행치료		
R7	성인 외상후 스트레스장애 환자의 증상 개선을 위해 한약과 불안장애치료약물 병행치료를 고려해야 한다.	B/Moderate
R7-1	성인 외상후 스트레스장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 당울소(糖鬱疏)와 불안장애치료약물 병행치료를 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 ● 처방 구성 : 황련, 죽여, 진피, 복령, 석창포, 산조인, 천궁 등 – 1일 1첩 / 1일 3회 복용 ● 적용범위 및 변증: 외상후 스트레스 환자의 심리적 불안과 열증에 적용/심혈허(心血虛), 번조(煩燥)	
R7-2	성인 외상후 스트레스장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 온담탕(溫膽湯)과 불안장애치료약물 병행치료를 고려해야 한다.	B/Moderate

	임상적 고려사항 ● 처방 구성 : 지실 6g, 반하 9g, 진피 9g, 복령 12g, 감초 6g, 생강 3편, 대조 4매 – 1일 1첩 / 1일 2회 복용 ● 적용범위 및 변증: 외상후 스트레스 환자의 심리적 불안감이 심하고 신체적 긴장감이 심할 때 적용/심담허겁(心膽虛怯), 간울기체(肝鬱氣滯)	
R8	성인 외상후 스트레스장애 환자의 증상 개선을 위해 한약과 불안장애치료약물, 정신요법 병행치료를 고려해야 한다.	B/Moderate
R8-1	성인 외상후 스트레스장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물과 정신요법 병행치료에 비하여 청심해울탕(淸心解鬱湯)과 불안장애치료약물, 정신요법 병행치료를 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 ● 처방 구성 : 황기 30g, 백합 30g, 산조인(炒) 30g, 원지 15g, 석창포 15g, 복령 15g, 단삼 15g, 천궁 10g, 당귀 10g, 시호 10g, 백작약 10g, 울금 10g, 향부자 10g, 감초(炙) 6g – 기허(氣虛)에 가(加) 태자삼, 백출(炒) – 담성(痰盛)에 가(加) 천남성, 죽여 – 열성(熱盛)에 가(加) 용담초, 치자 – 신음허(腎陰虛)에 가(加) 하수오, 구기자 – 신양허(腎陽虛)에 가(加) 산수유, 육계 – 소화가 안 되며 입맛이 없는 경우 가(加) 신곡, 맥아 – 잘 놀라고 가슴이 두근거리고 불안하고, 정신이 안정되지 못하여 갈팡질팡하고 갈피를 잡지 못하는 경우 가(加) 용골, 모려 – 1첩에 물 500ml를 넣어 100ml로 농축한 후 남은 약재에 다시 물을 가하여 100ml로 농축하여 둘을 혼합함 / 1일 2회 복용 ● 적용범위 및 변증: 외상후 스트레스 환자의 전반적인 증상에 통치방으로 적용 가능/심비혈허(心脾血虛) , 간울기체(肝鬱氣滯)	

권고안 번호	권고내용	권고등급/근거수준
침		
1) 범불안장애		
단독치료		
R9	성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 침치료를 고려해야 한다.	B/Low
R9-1-1	성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물에 비하여 침치료를 고려해야 한다.	B/Low
	임상적 고려사항 ● 처방 1 구성 : 심수(BL15), 궐음수(BL14), 간수(BL18), 담수(BL19), 비수(BL20), 위수(BL21), 신수(BL23) ● 처방 2 구성 : 사신총(EX-HN1), 정신혈, 내관(PC6), 신문(HT7), 삼음교(SP6) ● 처방 3 구성 : 백회(GV20), 상성(GV23), 신정(GV24), 수구(GV26), 단중(CV17), 거궐(CV14), 중완(CV12) ● 처방 4 구성 : 열결(LU7), 합곡(LI4), 신문(HT7), 후계(SI3), 외관(TE5), 노궁(PC8), 용천(KI1), 질변(BL54), 음릉천(SP9), 족삼리(ST36), 태충(LR3), 양릉천(GB34) ● 처방 5 구성 : 관원(CV4), 중완(CV12), 구미(CV15), 단중(CV17), 승장(CV24), 백회(GV20), 신정(GV24), 풍부(GV16), 대추(GV14), 신도(GV11), 지양(GV9), 명문(GV4) ● 처방 6 구성 : 사신총(EX-HN1), 백회(GV20), 신정(GV24), 수구(GV26), 본신(GB13), 풍지(GB20), 내관(PC6), 신문(HT7) ● 처방 7 구성 : 백회(GV20), 상성(GV23), 신정(GV24), 수구(GV26), 단중(CV17), 거궐(CV14), 중완(CV12)	

R9-1-2	성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 거짓침치료에 비하여 침치료를 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 ● 처방 1 구성 : 백회(GV20), 풍부(GV16), 심수(BL15), 신문(HT7) ● 처방 2 구성 : 열결(LU7), 조해(KI6), 백회(GV20), 인당(EX-HN3)	
R9-2	성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물에 비하여 전침치료를 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 ● 처방 1 구성 : 백회(GV20), 인당(EX-HN3), 풍지(GB20), 내관(PC6), 삼음교(SP6), 태충(LR3) ● 처방 2 구성 : 인당(EX-HN3), 백회(GV20), 현로(GB5), 풍지(GB20)	
병행치료		
R10	성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 침치료와 불안장애치료약물 병행치료를 고려해야 한다.	B/Low
R10-1	성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 침치료와 불안장애치료약물 병행치료를 고려해야 한다.	B/Low
	임상적 고려사항 ● 처방 1 구성 : 심수(BL15), 궐음수(BL14), 간수(BL18), 담수(BL19), 비수(BL20), 위수(BL21), 신수(BL23) ● 처방 2 구성 : 사신총(EX-HN1), 정신혈, 내관(PC6), 신문(HT7), 삼음교(SP6) ● 처방 3 구성 : 사신총(EX-HN1), 신정(GV24), 인당(EX-HN3), 신문(HT7), 삼음교(SP6), 합곡(LI4)(우), 태충(LR3)(좌) ● 처방 4 구성 : 백회(GV20), 인당(EX-HN3), 사신총(EX-HN1), 본신(GB13), 신문(HT7), 내관(PC6), 태충(LR3), 족삼리(ST36), 삼음교(SP6) ● 처방 5 구성 : 사신총(EX-HN1), 정신혈, 인중, 내관(PC6), 신문(HT7), 삼음교(SP6)	
R10-2	성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 전침치료와 불안장애치료약물 병행치료를 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 ● 처방 1 구성 : 내관(PC6) ● 처방 2 구성 : 내관(PC6) ● 처방 3 구성 : 백회(GV20), 신정(GV24), 사신총(EX-HN1), 인당(EX-HN3), 내관(PC6), 신문(HT7), 조해(KI6), 신맥(BL62), 삼음교(SP6), 심수(BL15), 간수(BL18), 신수(BL23) ● 처방 4 구성 : 백회(GV20), 사신총(EX-HN1), 신문(HT7), 내관(PC6), 삼음교(SP6)	
R10-3	성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 두침(頭針)치료와 불안장애치료약물 병행치료를 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 ● 처방 구성 : 대천문-신정(GV24) 평행선과 좌우 각 1, 2촌	
R10-4	성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 거짓매침치료와 불안장애치료약물 병행치료에 비하여 매침(埋鍼)치료와 불안장애치료약물 병행치료를 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 ● 처방 구성 - 이침 : 이신문 Ear Shenmen(TF4), 심 Heart(CO15), 간 Liver(CO12), 침 Occiput(AT3), 내분비 Endocrine(CO18) - 피내침 : 신문(HT7), 내관(PC6), 심수(BL15), 궐음수(BL14)	

R10-5	성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 매선(埋線)치료와 불안장애치료약물 병행치료를 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 ● 처방 구성 : 대추(GV14), 간수(BL18), 내관(PC6), 공손(SP4), 승산(BL57)	
R11	성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 침치료, 추나치료와 불안장애치료약물 병행치료를 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 ● 처방 1 구성 : 인당(EX-HN3), 삼음교(SP6), 신문(HT7), 내관(PC6), 안면, 풍지(GB20), 신정(GV24), 백회(GV20), 사신총(EX-HN1) ● 처방 2 구성 : 백회(GV20), 사신총(EX-HN1), 안면, 신정(GV24), 인당(EX-HN3), 풍부(GV16), 풍지(GB20), 신문(HT7), 내관(PC6), 삼음교(SP6)	
R12	성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 정신요법 단독치료에 비하여 침치료와 정신요법 병행치료를 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 ● 처방 구성 : 삼황 San Huang(77.17)(in Dong's acupuncture), 백회(GV20), 인당(EX-HN3)	
R13	성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물과 정신요법 병행치료에 비하여 이침(耳鍼)치료, 불안장애치료약물과 정신요법 병행치료를 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 ● 처방 구성 : 이신문 Ear Shenmen(TF4), 심 Heart(CO15), 피질하 Subcortex(AT4), 교감 Sympathetic nerve(AH6a), 부신 Aderenal gland(TG2p)	
2) 공황장애		
단독치료		
R14	성인 공황장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물에 비하여 전침치료를 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 ● 처방 구성 : 백회(GV20), 인당(EX-HN3), 사신총(EX-HN1), 태양(EX-HN5), 내관(PC6), 신문(HT7)	
R15	성인 공황장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물에 비하여 매선(埋線)치료를 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 ● 처방 구성 : 신수(BL23)(좌우교대), 삼음교(SP6)(좌우교대), 관원(CV4)	
병행치료		
R16	성인 공황장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 전침치료와 불안장애치료약물 병행치료를 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 ● 처방 구성 : 내관(PC6)	

3) 외상후 스트레스장애		
단독치료		
R17	성인 외상후 스트레스장애 환자의 증상 개선을 위해 침치료를 고려해야 한다.	B/Low
R17-1	성인 외상후 스트레스장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물에 비하여 전침치료를 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 ● 처방 1 구성 : 사신총(EX-HN1), 백회(GV20), 신정(GV24), 풍지(GB20) ● 처방 2 구성 : 신정(GV24)-좌신총(EX-HN1), 백회(GV20)-우신총(EX-HN1) / 전신총(EX-HN1)-풍지(GB20)(좌측) 후신총(EX-HN1)-풍지(GB20)(우측) 교대로 사용	
R17-2	성인 외상후 스트레스장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물에 비하여 전침과 이침(耳鍼)치료를 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 ● 처방 구성 - 전침 : 신정(GV24)-좌신총(EX-HN1), 백회(GV20)-우신총(EX-HN1) / 전신총(EX-HN1)-풍지(GB20)(좌측) 후신총(EX-HN1)-풍지(GB20)(우측) 교대로 사용 - 이침 : 피질하 Subcortex(AT4), 이신문 Ear Shenmen(TF4), 교감 Sympathetic nerve(AH6a), 심 Heart(CO15), 간 Liver(CO12), 신 Kidney(CO10) / 치료시마다 교대	
병행치료		
R18	성인 외상후 스트레스장애 환자의 증상 개선을 위해 침치료와 불안장애치료약물 병행치료를 고려해야 한다.	B/Low
R18-1	성인 외상후 스트레스장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 침치료와 불안장애치료약물 병행치료를 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 ● 처방 구성 : 완과침 양측 상1구, 상5구 wrist-ankle acupuncture(WAA) upper 1, upper 5 (both side)	
R18-2	성인 외상후 스트레스장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 전침치료와 불안장애치료약물 병행치료를 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 ● 처방 1 구성 : 백회(GV20), 인당(EX-HN3), 내관(PC6), 족삼리(ST36) ● 처방 2 구성 : 백회(GV20), 인당(EX-HN3), 내관(PC6), 족삼리(ST36)	
R19	성인 외상후 스트레스장애 환자의 증상 개선을 위해 통상적 치료에 비하여 침치료와 통상적 치료 병행치료를 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 ● 처방 구성 : 폐수(BL13), 궐음수(BL14), 심수(BL15), 간수(BL18), 비수(BL20), 신수(BL23), 태충(LR3), 합곡(LI4), 통리(HT5), 신문(HT7), 내관(PC6), 태계(KI3), 축빈(KI9), 명문(CV4), 구미(CV15), 신정(GV24)	
R20	성인 외상후 스트레스장애 환자의 증상 개선을 위해 전침치료와 정신요법 병행치료를 고려해야 한다.	B/Moderate
R20-1	성인 외상후 스트레스장애 환자의 증상 개선을 위해 정신요법 단독치료에 비하여 전침치료와 정신요법 병행치료를 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 ● 처방 구성 : 노궁(PC8)(좌측)	
R20-2	성인 외상후 스트레스장애 환자의 증상 개선을 위해 거짓전침치료와 정신요법 병행치료에 비하여 전침치료와 정신요법 병행치료를 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 ● 처방 구성 : 내관(PC6)	

4) 사회불안장애		
병행치료		
R21	성인 사회불안장애 환자의 증상 개선을 위해 침치료와 정신요법 병행치료를 고려할 수 있다.	C/Low
R21-1	성인 사회불안장애 환자의 증상 개선을 위해 정신요법 단독치료에 비하여 침치료와 정신요법 병행치료를 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 ● 처방 구성 : 백회(GV20), 사신총(EX-HN1), 인당(EX-HN3), 내관(PC6), 신문(HT7), 삼음교(SP6), 태충(LR3)	
R21-2	성인 사회불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 전침과 정신요법 병행치료를 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 ● 처방 구성 : 백회(GV20), 사신총(EX-HN1), 솔곡(GB8), 태충(LR3), 합곡(LI4), 내관(PC6)	

권고안 번호	권고내용	권고등급/근거수준
기공(정신요법)		
병행치료		
R22	성인 불안장애 환자에게 불안장애교육과 불안장애치료약물 병행치료에 비하여 기공(氣孔)요법과 불안장애치료약물 병행치료를 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 ● 치료 구성 : 기공전문가 2인과 정신과의사 1인이 불안장애에 적합하도록 개발한 기공프로그램 – 주 1회 60~90분 8주간 시행	

권고안 번호	권고내용	권고등급/근거수준
명상(정신요법)		
1) 범불안장애		
단독치료		
R23	성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 명상요법을 고려해야 한다.	B/Low
R23-1-1	성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 비직접적 그룹 지지치료(NDST)에 비하여 수용기반행동치료(ABBT)를 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 ● 치료 구성 : 연구에서 시행된 ABBT는 다음의 내용을 포함한다. 1. 입문 심리교육 2. 치료목표 설정, ABBT에 대한 토론 3. 유인물에 대한 질문 확인 4. 집단적 매트릭스를 사용한 기능적 평가 5. 상상 노출치료 6~9. 과제, 개인연습에 대한 검토 10. 마무리 및 재발방지 – 1~2주당 1회 2시간 총 14주 10회기	

<table>
<tr><td rowspan="2">R23-1-2</td><td>성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 무처치대기군에 비하여 수용기반행동치료(ABBT)를 고려해야 한다.</td><td>B/Moderate</td></tr>
<tr><td colspan="2">임상적 고려사항
● 치료 1 구성 : 마음챙김, 수용에 초점을 맞춘 온라인 치료 프로그램 'Oroshj€alpen(The worry help)'
1. 불안과 걱정에 대한 정신과적 교육
2. 자신의 행동에 대한 기능적 분석
3. 자신의 고유가치에 대한 활동
4. 마음챙김 교육
5. 걱정과 회피에 대한 새로운 태도
6. 수용 연습
7. 치료 검토 및 재발 예방 계획
– 7개의 세션을 1주에 1개씩 총 9주동안 진행
● 치료 2 구성 : 연구에서 시행된 ABBT는 다음의 내용을 포함한다.
1. 불안반응의 습관적 성격과 감정의 기능에 대한 교육
2. 역설적으로 악화되는 고통과 간섭에 대한 판단
3. 경험적 회피의 역할에 대한 심리 교육,
4. 경험적 시연 및 자가 모니터링
– 90분 4회, 60분 12회 총 16회 과정</td></tr>
<tr><td rowspan="2">R23-2</td><td>성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 스트레스 관리 교육(SME)에 비하여 마음챙김기반 스트레스감소 프로그램(MBSR)을 고려할 수 있다.</td><td>C/Low</td></tr>
<tr><td colspan="2">임상적 고려사항
● 치료 구성 : Kabat-Zinn(1979)의 MBSR 프로그램을 약간 단축하여 시행한다.
– 주1회 2시간 8주 시행, 오디오 CD를 통한 자가훈련</td></tr>
<tr><td colspan="3">병행치료</td></tr>
<tr><td>R24</td><td>성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 명상요법과 불안장애치료약물 병행치료를 고려해야 한다.</td><td>B/Low</td></tr>
<tr><td rowspan="2">R24-1</td><td>성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 마음챙김명상과 불안장애치료약물 병행치료를 고려할 수 있다.</td><td>C/Low</td></tr>
<tr><td colspan="2">임상적 고려사항
● 치료 1 구성 : 마음챙김 요가, 마음챙김 걷기, 8단계 두면부 이완법 등
– 주 5회 30분 4주간 지도, 주말에 자가훈련 시행
● 치료 2 구성 : 정좌명상, 바디스캔, 마음챙김요가, 걷기명상 등
– 6주 시행</td></tr>
<tr><td rowspan="2">R24-2</td><td>성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 마음챙김기반 인지치료(MBCT)와 불안장애치료약물 병행치료를 고려해야 한다.</td><td>B/Moderate</td></tr>
<tr><td colspan="2">임상적 고려사항
● 치료 1, 2 구성 : 연구에서 시행된 MBCT는 다음의 내용으로 구성되어 있다.
1주차 : 질병 교육과 치료내용 소개, 관계 구축하기
2주차 : 건포도 명상, 바디스캔
3~4주차 : 마음챙김 걷기 · 호흡운동으로 판단하지 않고 감정 마주하기
5주차 : 딜레마 탐색 연습으로 모든 것이 바뀔 수 있음을 깨닫기
6~7주차 : 마음챙김인지가 어떻게 감정을 완화시킬 수 있는지 체험하기(3분 호흡 공간 운동)
8주차 : 바디스캔, 마음챙김 검토, 복습 및 지속적 활용
– 주2회 1시간 8주 시행</td></tr>
</table>

2) 공황장애		
병행치료		
R25	성인 공황장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 명상요법과 불안장애치료약물 병행치료를 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 ● 치료 구성 : 연구에서 시행된 MBCT는 다음의 내용으로 구성되어 있다. 1주차 : 치료 관계 설정, 그룹치료 소개 2~3주차 : 건포도 명상, 바디스캔, 1분명상 4~6주차 : 음악, 소리 및 사고 명상에 대한 마음챙김 7주차 : 삶의 평가 선택 8주차 : 치료활동 검토 및 요약, 이후 개인훈련 반복 – 주 1회 8주 시행	
3) 외상후 스트레스장애		
단독치료		
R26	성인 외상후 스트레스장애 환자의 증상 개선을 위해 명상요법을 고려할 수 있다.	C/Low
R26-1	성인 외상후 스트레스장애 환자의 증상 개선을 위해 무처치군에 비하여 마음챙김명상을 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 ● 치료 구성 : 마음챙김의 정의와 개념에 대해 설명과 질의응답한 뒤, 오디오 안내명상을 이용하여 바디스캔 위주의 마음챙김명상 – 주 1회 6주 시행	
R26-2	성인 외상후 스트레스장애 환자의 증상 개선을 위해 현재 중심 그룹치료(PCGT)에 비하여 마음챙김기반 스트레스감소 프로그램(MBSR)을 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 ● 치료 구성 : 연구에서 시행된 MBSR은 다음의 내용으로 구성되어 있다. 1. 바디스캔 명상 2. 정좌명상 3. 마음챙김 하타요가 – 8주 9회기로 시행, 명상 CD를 제공하여 매일 30분 개인연습	
R26-3	성인 외상후 스트레스장애 환자의 증상 개선을 위해 외상후 스트레스장애 건강교육에 비하여 초월명상을 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 ● 치료 구성 : 초월 명상은 현재 순간에 집중하는 마음챙김과는 달리, 집중이나 묵상없이 쉽게 만트라(소리)를 생각하여 점진적으로 안정된 각성 상태에 도달하게 하는 명상법이다. – 개별 개인교육 1회를 포함한 5회기로 시행, 이후 3개월간 매일 2회 20분씩 개인훈련	
R26-4	성인 외상후 스트레스장애 환자의 증상 개선을 위해 무처치대기군에 비하여 호흡명상을 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 ● 치료 구성 : 3단계의 느린 호흡(분당 2-4회), 복근을 이용한 강한 호흡, 만트라 '옴'의 반복, 고유한 형태의 주기적 호흡으로 구성된 Sudarshan Kriya – 매일 3시간 7일 그룹치료 시행, 매일 20분 2회 12주 개인훈련	
병행치료		
R27	성인 외상후 스트레스장애 환자의 증상 개선을 위해 명상요법, 정신요법과 불안장애치료약물의 병행치료를 고려해야 한다.	B/Low

R27-1	성인 외상후 스트레스장애 환자의 증상 개선을 위해 치료적 사회활동과 불안장애치료약물 병행치료에 비하여 마음챙김기반 인지치료(MBCT)와 불안장애치료약물 병행치료를 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 ● 치료 구성 : 연구에서 시행된 MBCT는 다음의 내용으로 구성되어 있다. 1. 치료그룹 형성 2. 장애물 다루기 3. 마음챙김 호흡법 4. 현재에 머무르기 5. 존재를 받아들이기 6. 사실이 아닌 생각들 7. 최상의 형태로 자신을 돌보기 8. 토론 및 적용 - 주 1회 60~70분, 8주 시행	
R27-2	성인 외상후 스트레스장애 환자의 증상 개선을 위해 정신요법과 불안장애치료약물 병행치료에 비하여 마음챙김기반 스트레스감소 프로그램(MBSR), 정신요법과 불안장애치료약물 병행치료를 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 ● 치료 1 구성 : Kabat-Zinn(1979)이 개발한 MBSR 프로그램 - 주 1회 150분 8주 프로그램과 1번의 7시간 종일 프로그램, CD 가이드를 통한 매일 45분 명상 · 요가 등의 과제 ● 치료 2 구성 : 정좌명상, 바디스캔, 동적명상, 요가, 비판단 · 인내 · 수용 · 놓아주기 등의 주제에 대한 그룹 토론 등을 포함하여 제작된 MBSR 매뉴얼 - 매주 1.5시간 4주 시행, 자가수련을 위한 오디오파일, 책, CD 제공	
4) 사회불안장애		
단독치료		
R28	성인 사회불안장애 환자의 증상 개선을 위해 명상요법을 고려할 수 있다.	C/Low
R28-1	성인 사회불안장애 환자의 증상 개선을 위해 무처치대기군/주의대조군에 비하여 마음챙김명상을 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 ● 치료 구성 : 연구에서 시행된 마음챙김명상은 다음의 내용으로 구성되어 있다. 1. 사회적 불안의 본질에 대한 심리교육 2. 마음챙김의 방향 교육 3. 건포도 명상, 바디스캔 명상, 정좌명상, 마음챙김 요가, 마음챙김 걷기, 마음챙김 노출, 호흡운동 4. 신체 · 감정 · 마음의 상호 연결에 대한 인식 5. 마음챙김 반응의 네 가지 원리(인식, 수용, 조사 및 비식별) 6. 자비명상. - 주 1회 2시간 12주 시행	
R28-2	성인 사회불안장애 환자의 증상 개선을 위해 무처치대기군에 비하여 마음챙김기반 스트레스감소 프로그램(MBSR)을 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 ● 치료 구성 : Kabat-Zinn(1993)의 MBSR 표준과정에 4회의 그룹치료를 추가한다. - 주 1회 150분 12주 시행	

R28-3	성인 사회불안장애 환자의 증상 개선을 위해 무처치대기군에 비하여 자비중심치료(CFT)를 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 ● 치료 구성 : 연구에서 시행된 자비중심치료는 다음과 같이 구성되어 있다. 1. 수줍음에 대한 교육 2. 수치심과 자기 비판, 자비심의 방해요소에 대한 교육 3. 비판적 사고의 기능과 이미지에 관한 교육 4. 자기검증, 자기 비판적 사고에 대한 대안으로서의 자비적 사고 5. 안전 행동에 대한 교육 6. 삶의 가치와 동기부여, 목표의식에 대한 교육 7. 자비심을 사용하고 삶에 통합하는 방법에 대한 교육 8. 치료법에 대한 요약. 향후 계획 수립 – 주 1회 1시간 12주 시행	

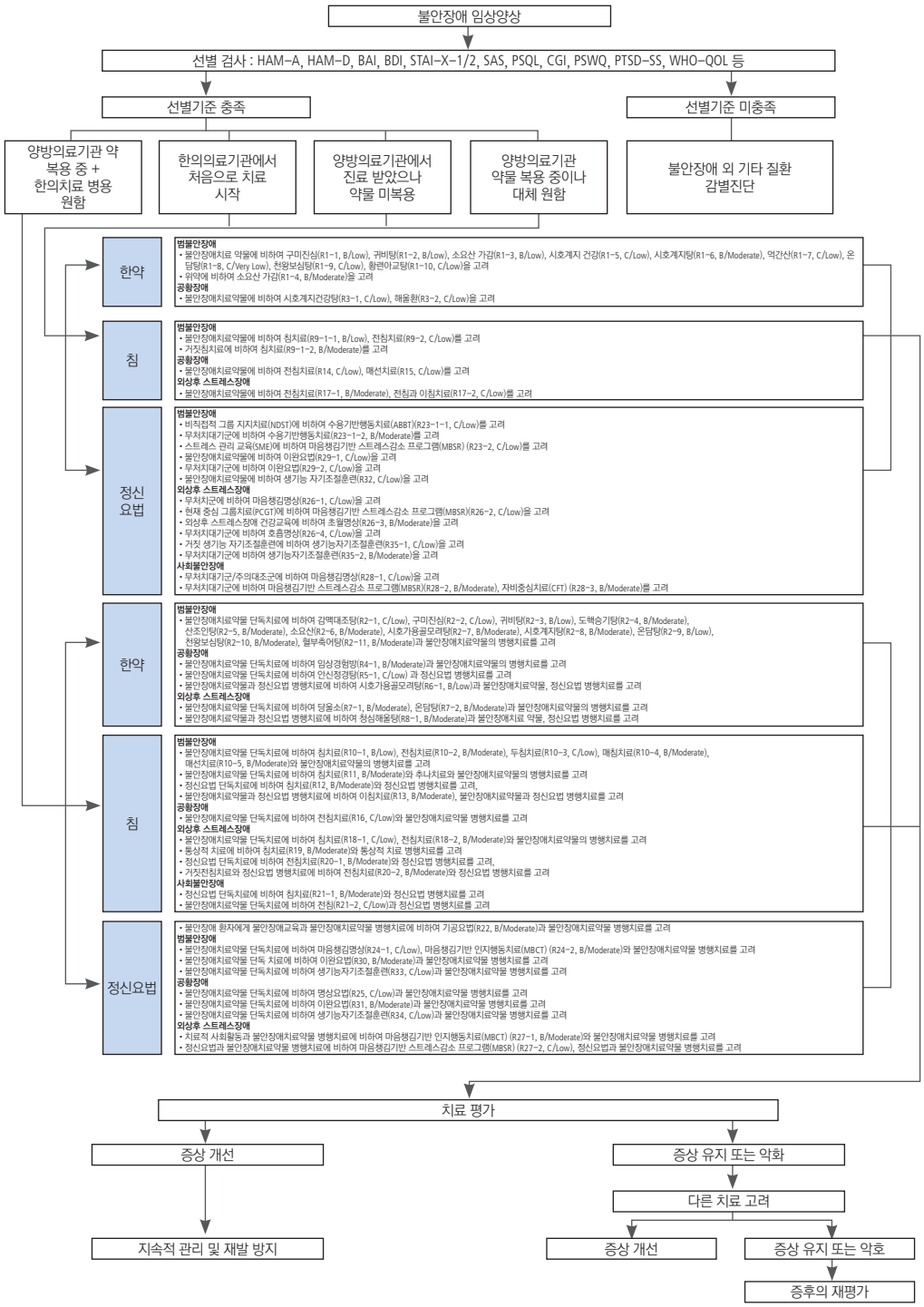
권고안 번호	권고내용	권고등급/근거수준
이완(정신요법)		
1) 범불안장애		
단독치료		
R29	성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 이완요법을 고려할 수 있다.	C/Low
R29-1	성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물에 비하여 이완요법을 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 ● 치료 구성 : applied relaxation – 주 1회 45분 8주 시행, 매일 30분씩 과제 수행	
R29-2	성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 무처치대기군에 비하여 이완요법을 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 ● 치료 구성 : 연구에서 시행된 applied relaxation은 다음과 같이 구성되어 있다. 1. 교육, 긴장인식훈련(1 session) – 자신의 긴장 수준을 모니터링 2. 긴장해제훈련(4 sessions) – 근육을 그룹으로 나누어 차례대로 긴장시켰다가 이완 3. 회상을 통한 이완훈련(2 sessions) – 먼저 긴장시키지 않고 근육을 이완 4. 카운트를 통한 이완훈련(1 session) – 천천히 1부터 10까지 세며 이완이 깊어지는 것을 상상 5. 조건부 이완훈련(3 sessions) – 단계별 계층을 사용하여 일상적 상황에서 이완을 적용 – 주 1회 1시간 12주 시행	
병행치료		
R30	성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 이완요법과 불안장애치료약물 병행치료를 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 ● 본 권고에 포함된 연구들의 이완요법을 종합하면 다음과 같다. 1. 심호흡(숨을 크게 들이쉬고 약 15초 동안 채워 복부를 확장, 천천히 숨을 내쉰 다음 반복) 2. 근육이완(머리부터 발끝까지 한 부위씩 초점을 맞추어 15초 긴장후 이완 3~4회 반복) 3. 이미지이완(자연음향효과 또는 부드러운 음악을 틀어놓고 푸른 하늘, 잔잔한 호수, 광대한 초원과 들판같은 편안한 이미지를 상상, 어머니의 포옹, 행복한 어린시절 등을 떠올림) – 매일 30분 3~12주 시행	

2) 공황장애		
병행치료		
R31	성인 공황장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 이완요법과 불안장애치료약물 병행치료를 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 ● 치료 구성 : 연구에서 시행된 이완요법은 다음과 같이 구성되어 있다. – 침대에 등을 대고 누워서 테이프 지시에 따라 머리에서 발끝까지 순차적으로 근육을 수축, 7~10초 유지, 이완. – 매일 2회 4주 시행	

권고안 번호	권고내용	권고등급/근거수준
생기능자기조절훈련(정신요법)		
1) 범불안장애		
단독치료		
R32	성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물에 비하여 생기능자기조절훈련을 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 ● 치료 구성 : 근전도 피부온도훈련 바이오피드백 – 매회 30분 일1회, 총 10회×3세트 시행	
병행치료		
R33	성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 생기능자기조절훈련과 불안장애치료약물 병행치료를 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 ● 치료 구성 : 본 권고에 포함된 EEG biofeedback 연구들에서는 각각 다음과 같이 진행하였다. 1. 고려사항 1 – 측정전극: Fp1, Fp2, 접지전극 : Fpz, 기준전극: A1, A2 – α파, SMR파, θ파 훈련 매회 50분 격일 8주 총 16회 시행 2. 고려사항 2 – 측정전극 : Fp1, Fp2, 접지전극 : Fpz, 기준전극 A1, A2 – α파, SMR파, θ파 훈련 주 3회 8주 총 24회 시행 3. 고려사항 3 – 측정전극 : Fp1, Fp2, 접지전극 : Fpz, 기준전극: A1, A2 – α파, SMR파, θ파 훈련 매회 30분 주 2회 4주 총 8회 시행 4. 고려사항 4 – EEG biofeedback 매회 30분 주3회 6주 5. 고려사항 5 – 측정전극: Cz, 기준전극 : A1, A2 – α파, SMR파, θ파 훈련 1~4주 주3회, 5~6주 주2회 총 16회 시행 6. 고려사항 6 – 측정전극 : Fp1, Cz, 접지전극 : Fpt, 기준전극: A1, A2 – α파, θ파 훈련 주3회 매회 20분 6주 총 18회 시행	

2) 공황장애		
병행치료		
R34	성인 공황장애 환자에게 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 생기능자기조절훈련과 불안장애치료약물 병행치료를 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 ● 치료 구성 : 환자가 미리 준비한 본인의 5가지 행복한 기억을 떠올리는 것과 연속적인 뺄셈(300 −3 −4 −6 −7 −9)을 자극으로 하여 Realtime-fMRI neurofeedback - 1주 간격으로 총 3회 시행	
3) 외상후 스트레스장애		
단독치료		
R35	성인 외상후 스트레스장애 환자에게 생기능자기조절훈련을 고려할 수 있다.	C/Low
R35-1	성인 외상후 스트레스장애 환자에게 거짓 생기능자기조절훈련에 비하여 생기능자기조절훈련을 고려할 수 있다.	C/Low
	임상적 고려사항 ● 치료 구성 : EEG biofeedback 측정전극 T4, 기준전극 P4, 접지전극 A1 으로 측정하여 2~6Hz, 22~36Hz 뇌파 억제, 10±13Hz 뇌파 강화를 목표로 훈련한다. - 매회 30분 주 2회 12주 시행	
R35-2	성인 외상후 스트레스장애 환자에게 무처치대기군에 비하여 생기능자기조절훈련을 고려해야 한다.	B/Moderate
	임상적 고려사항 ● 치료 구성 : EMG biofeedback 전극을 이마에 부착하여 근전도 확인을 통해 이완감 훈련을 시행한다. - 매회 30분 주 3회 8주 시행	

4. 진료알고리즘


불안장애 임상양상
선별 검사 : HAM-A, HAM-D, BAI, BDI, STAI-X-1/2, SAS, PSQL, CGI, PSWQ, PTSD-SS, WHO-QOL 등
선별기준 충족
선별기준 미충족
양방의료기관 약 복용 중 + 한의치료 병용 원함
한의의료기관에서 처음으로 치료 시작
양방의료기관에서 진료 받았으나 약물 미복용
양방의료기관 약물 복용 중이나 대체 원함
불안장애 외 기타 질환 감별진단
한약
범불안장애
• 불안장애치료 약물에 비하여 구미진심(R1-1, B/Low), 귀비탕(R1-2, B/Low), 소요산 가감(R1-3, B/Low), 시호계지 건강(R1-5, C/Low), 시호계지탕(R1-6, B/Moderate), 억간산(R1-7, C/Low), 온담탕(R1-8, C/Very Low), 천왕보심탕(R1-9, C/Low), 황련아교탕(R1-10, C/Low)을 고려
• 위안에 비하여 소요산 가감(R1-4, B/Moderate)을 고려
공황장애
• 불안장애치료약물에 비하여 시호계지건강탕(R3-1, C/Low), 해올환(R3-2, C/Low)을 고려
침
범불안장애
• 불안장애치료약물에 비하여 침치료(R9-1, B/Low), 전침치료(R9-2, C/Low)를 고려
• 가짓침치료에 비하여 침치료(R9-1-2, B/Moderate)를 고려
공황장애
• 불안장애치료약물에 비하여 전침치료(R14, C/Low), 매선치료(R15, C/Low)를 고려
외상후 스트레스장애
• 불안장애치료약물에 비하여 전침치료(R17-1, B/Moderate), 전침과 이침치료(R17-2, C/Low)를 고려
정신요법
범불안장애
• 비직접적 그룹 지지치료(NDST)에 비하여 수용기반행동치료(ABBT)(R23-1-1, C/Low)를 고려
• 무처치대기군에 비하여 수용기반행동치료(R23-1-2, B/Moderate)를 고려
• 스트레스 관리 교육(SME)에 비하여 마음챙김기반 스트레스감소 프로그램(MBSR) (R23-2, C/Low)를 고려
• 불안장애치료약물에 비하여 이완요법(R29-1, C/Low)을 고려
• 무처치대기군에 비하여 이완요법(R29-2, C/Low)을 고려
• 불안장애치료약물에 비하여 생기능 자기조절훈련(R32, C/Low)을 고려
외상후 스트레스장애
• 무처치군에 비하여 마음챙김명상(R26-1, C/Low)을 고려
• 현재 중심 그룹치료(PCGT)에 비하여 마음챙김기반 스트레스감소 프로그램(MBSR)(R26-2, C/Low)을 고려
• 외상후 스트레스장애 건강교육에 비하여 초월명상(R26-3, B/Moderate)을 고려
• 무처치대기군에 비하여 호흡명상(R26-4, C/Low)을 고려
• 가짓 생기능 자기조절훈련에 비하여 생기능자기조절훈련(R35-1, C/Low)을 고려
• 무처치대기군에 비하여 생기능자기조절훈련(R35-2, B/Moderate)을 고려
사회불안장애
• 무처치대기군/주의대조군에 비하여 마음챙김명상(R28-1, C/Low)을 고려
• 무처치대기군에 비하여 마음챙김기반 스트레스감소 프로그램(MBSR)(R28-2, B/Moderate), 자비중심치료(CFT) (R28-3, B/Moderate)를 고려
한약
범불안장애
• 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 감맥대조탕(R2-1, C/Low), 구미진심(R2-2, C/Low), 귀비탕(R2-3, B/Low), 도핵승기탕(R2-4, B/Moderate), 산조인탕(R2-5, B/Moderate), 소요산(R2-6, B/Moderate), 시호가용골모려탕(R2-7, B/Moderate), 시호계지탕(R2-8, B/Moderate), 온담탕(R2-9, B/Low), 천왕보심탕(R2-10, B/Moderate), 혈부축어탕(R2-11, B/Moderate)과 불안장애치료약물의 병행치료를 고려
공황장애
• 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 임상경험방(R4-1, B/Moderate)과 불안장애치료약물의 병행치료를 고려
• 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 안신정경탕(R5-1, C/Low) 과 정신요법 병행치료를 고려
• 불안장애치료약물과 정신요법 병행치료에 비하여 시호가용골모려탕(R6-1, B/Low)과 불안장애치료약물, 정신요법 병행치료를 고려
외상후 스트레스장애
• 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 당올소(R7-1, B/Moderate), 온담탕(R7-2, B/Moderate)과 불안장애치료약물의 병행치료를 고려
• 불안장애치료약물과 정신요법 병행치료에 비하여 청심해올탕(R8-1, B/Moderate)과 불안장애치료 약물, 정신요법 병행치료를 고려
침
범불안장애
• 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 침치료(R10-1, B/Low), 전침치료(R10-2, B/Moderate), 두침치료(R10-3, C/Low), 매침치료(R10-4, B/Moderate), 매선치료(R10-5, B/Moderate)와 불안장애치료약물의 병행치료를 고려
• 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 침치료(R11, B/Moderate)와 추나치료와 불안장애치료약물의 병행치료를 고려
• 정신요법 단독치료에 비하여 침치료(R12, B/Moderate)와 정신요법 병행치료를 고려,
• 불안장애치료약물과 정신요법 병행치료에 비하여 이침치료(R13, B/Moderate), 불안장애치료약물과 정신요법 병행치료를 고려
공황장애
• 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 전침치료(R16, C/Low)와 불안장애치료약물 병행치료를 고려
외상후 스트레스장애
• 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 침치료(R18-1, C/Low), 전침치료(R18-2, B/Moderate)와 불안장애치료약물의 병행치료를 고려
• 통상적 치료에 비하여 침치료(R19, B/Moderate)와 통상적 치료 병행치료를 고려
• 정신요법 단독치료에 비하여 전침치료(R20-1, B/Moderate)와 정신요법 병행치료를 고려,
• 가짓전침치료와 정신요법 병행치료에 비하여 전침치료(R20-2, B/Moderate)와 정신요법 병행치료를 고려
사회불안장애
• 정신요법 단독치료에 비하여 침치료(R21-1, B/Moderate)와 정신요법 병행치료를 고려
• 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 전침(R21-2, C/Low)과 정신요법 병행치료를 고려
정신요법
• 불안장애 환자에게 불안장애교육과 불안장애치료약물 병행치료에 비하여 기공요법(R22, B/Moderate)과 불안장애치료약물 병행치료를 고려
범불안장애
• 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 마음챙김명상(R24-1, C/Low), 마음챙김기반 인지행동치료(MBCT) (R24-2, B/Moderate)와 불안장애치료약물 병행치료를 고려
• 불안장애치료약물 단독 치료에 비하여 이완요법(R30, B/Moderate)과 불안장애치료약물 병행치료를 고려
• 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 생기능자기조절훈련(R33, C/Low)과 불안장애치료약물 병행치료를 고려
공황장애
• 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 명상요법(R25, C/Low)과 불안장애치료약물 병행치료를 고려
• 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 이완요법(R31, B/Moderate)과 불안장애치료약물 병행치료를 고려
• 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 생기능자기조절훈련(R34, C/Low)과 불안장애치료약물 병행치료를 고려
외상후 스트레스장애
• 치료적 사회활동과 불안장애치료약물 병행치료에 비하여 마음챙김기반 인지행동치료(MBCT) (R27-1, B/Moderate)와 불안장애치료약물 병행치료를 고려
• 정신요법과 불안장애치료약물 병행치료에 비하여 마음챙김기반 스트레스감소 프로그램(MBSR) (R27-2, C/Low), 정신요법과 불안장애치료약물 병행치료를 고려
치료 평가
증상 개선
지속적 관리 및 재발 방지
증상 유지 또는 악화
다른 치료 고려
증상 개선
증상 유지 또는 악호
증후의 재평가

[참고문헌]

1. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. 2017:10-1.
2. GBD 2015 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators, and others. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. The Lancet. 2016;388:1545-602.
3. Z. Steel, C. Marnane, C. Iranpour, T. Chey, J. W. Jackson, V. Patel, D. Silove. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. International Journal of Epidemiology. 2014;43:476–93.
4. 2016 The Survey of Mental Disorders in Korea. Ministry of Health and Welfare, Samsung Medical Center. 2016.
5. National Center for Mental Health. National Mental Health Statistsics 2018. 2018:26–27.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth edition. Seoul. Hakjisa. 2015:199-247, 289-300.
7. Korean NeuroPsychiatric Association. Textbook of Neuropsychiatry. Seoul. iMiS company. 2017:309-36, 357-66.

Summary

1. Background and purpose

2. Overview of disease

3. Recommendations

4. Clinical algorithm

1. Background and Purpose

Anxiety disorder is a psychiatric disorder most commonly encountered in primary medical institutions along with depression. In particular, Korean society has to adapt to various values and rapid changes, and is easily exposed to acute or chronic stress, and has an environmental factor that leads to a high prevalence of anxiety disorders.

According to a report by the World Health Organization (WHO), the proportion of the world's population with anxiety disorders in 2015 was 3.6%[1], and the total number of people with anxiety disorders was estimated to be 264 million. The total for 2015 has increased by 14.9% since 2005.[2] Prevalence Survey In the results of systematic study analysis, the prevalence of pooled period was 6.7% (6.0-7.6%) in 122 surveys, and the lifetime prevalence rate in 70 surveys was 12.9% (11.3-14.7%).[3]

In Korea, the lifetime prevalence rate of anxiety disorder was 9.3% (male 6.7%, female 11.7%) and annual prevalence rate 5.7% (male 3.8%, female 7.5%) in the survey of mental disorders in Korea conducted every five years. Researchers estimate that 2.24 million people have experienced disability. In 2011, the lifetime prevalence rate was 8.7% (male 3.7%, female 9.8%) and the annual prevalence rate increased to 6.8%, Researchers estimate that 2.24 million people have experienced disability. This is high compared to the lifelong prevalence rate of 5.3% (7.5% in 2011) and 1.9% (3.6% in 2011) in 2016 for mood disorders, a typical psychiatric disorder along with anxiety disorders and the overall prevalence of mood disorders, including depression, is decreasing.[4] However, the lifetime use rate of mental health services for patients with anxiety disorders was 25.1% in 2011 and 27.3% in 2016, which is still low for mood disorders including depression by 37.7% in 2011 and 52.5% in 2016.[5]

Looking at the prevalence of each sub-classified disease, the lifetime prevalence was 0.6% for obsessive-compulsive disorder, 1.5% for post-traumatic stress disorder, 0.5% for panic disorder, 0.7% for agoraphobia, 1.6% for social anxiety disorder, 2.4% for generalized anxiety disorder, and 5.6% for specific phobia. The annual prevalence rate was 0.4% for obsessive-compulsive disorder, 0.5% for post-traumatic stress disorder, 0.2% for panic disorder, 0.2% for agoraphobia, 0.4% for social anxiety disorder, and 0.4% for generalized anxiety disorder.[5]

The purpose of developing treatment guidelines for anxiety disorders is as follows.

Studies to date have shown that anxiety disorder causes an increase in the co-morbidity of other mental and physical disorders, increases the cost of health care services, and causes psychosocial damage. For this reason, the need to diagnose anxiety disorders early and treat them without delay has been constantly emerging.

Especially, the diversity of physical symptoms that appear in anxiety disorders may have diagnostic errors, and the psychological symptoms are not limited to specific episodes in origin. The symptoms are

formed by interacting with various factors such as individual personality characteristics and the surrounding social environment. In many cases, diagnosis and management are problematic in the clinical field. Therefore, there has been a constant demand to develop guidelines to enable optimized treatment in primary Korean medical care institutions.

However, pattern identifications, a characteristic of Korean medical diagnosis, can be a strength in diagnosis-treatment of anxiety disorders characterized by a variety of symptoms. Therefore, this study aims to secure the most appropriate Korean medical diagnosis and treatment criteria for anxiety disorders by developing a standard Korean Medicine Clinical Practice Guideline for Anxiety Disorders.

The interventions covered in this practice guideline's development process include not only herbal medicines and acupuncture treatments commonly used in the clinical practice of Korean medicine, but also psychotherapy such as Qigong, meditation, relaxation therapy, and Biofeedback in consideration of the expandability of Korean medicine treatment tools. In this way, it was intended to provide evidence for strengthening and expanding Korean medicine security.

The development of Korean Medicine Clinical Practice Guideline for Anxiety Disorders followed the GRADE methodology, which is a standardized international development guideline. However, in consideration of Korean medicine's unique strengths and characteristics, the level of evidence and the recommendation grade was derived with the consensus of the expert group. In particular, this guideline focused on its objectivity and convenience in use in order to increase its utility in primary Korean medical care institutions. The systematic literature review conducted for this was conducted based on a randomized controlled clinical study with the most precise level of evidence and focused on the convenience of treatment interventions as much as possible in consideration of the clinical utilization at the primary care institution.

2. Overview of disease

The anxiety disorder category includes conditions characterized by extreme fear, anxiety, and related behavioral disorders. DSM-5 standard anxiety disorder-related disorders include: anxiety disorders, selective encephalopathy, specific phobias, social anxiety disorder (social phobia), panic disorder, generalized anxiety disorder. DSM-5 criteria for anxiety disorder-related disorders include separation anxiety disorder, selective mutism, specific phobia, social anxiety disorder(social phobia), panic disorder, and generalized anxiety disorder.[6] Here, anxiety is a wide range of very unpleasant and vaguely anxious feelings and related physical symptoms (headache, palpitations, elevated blood pressure, tachycardia, sweating, chest tightness, reflexes, enlarged pupils, tremors, gastrointestinal discomfort, frequent urination) and behavioral symptoms (irritability, strolling). In other words, it is the most basic reaction pattern that occurs when a living body tries to

adapt to an unfamiliar environment.[6-7)]

It is expected that the anxiety disorder studied in this guideline is highly prevalent, it is the main disease of the mental illness survey of the Ministry of Health and Welfare, and it is expected to be applied to the medical treatment tool that 'General Anxiety disorder', 'panic disorder', 'social phobia' and includes post-traumatic stress disorder which belongs to DSM-Ⅳ-TR category of anxiety disorder.

Anxiety disorder belongs to the category of fright palpitations (驚悸) and fearful throbbing (怔忡) narrowly in the classification of symptoms of Korean medicine, but it does not entirely include the diversity of symptoms of anxiety disorder. Various symptoms such as epigastric pain with palpitation (悸心痛), insomnia (不眠), headache (頭痛), sweating (汗症), aphasia (不語症), thirst (口渴), tremor (振顫), dizziness (眩暈), plum-pit qi (梅核氣), diarrhea (泄瀉), blurred vision (眼昏), and consumptive disease (虛勞) can appear in anxiety disorder. As such, anxiety disorder is a representative disease that requires standardized treatment standards, primarily due to the diversity of symptoms in Korean medicine.

3. Recommendations

No.	Recommendation	Strength of recommendation/Level of evidence
Herbal medicine		
1) Generalized anxiety disorder		
Alone treatment		
R1	To improve the symptoms of Generalized anxiety disorder in adults, herbal medicine should be considered.	B/Low
R1-1	To improve the symptoms of Generalized anxiety disorder in adults, Gumijinsim should be considered compared to anxiety disorder treatment drugs.	B/Low
	Clinical considerations ● Herbal medicine composition: Panax ginseng, Zizyphus jujuba, Schisandra chinensis, Poria cocos, Polygala tenuifolia, Corydalis ternata, Asparagus cochinchinensis, Rehmannia glutinosa, Cinnamomum cassia - 6g per time / Take three times a day	
R1-2	To improve the symptoms of Generalized anxiety disorder in adults, Gwibitang-gagam should be considered compared to anxiety disorder treatment drugs.	B/Low
	Clinical considerations ● Herbal medicine composition 1: Codonopsis pilosula, Atractylodes japonica 10g, Astragalus membranaceus 15g, Poria cocos, Angelica gigas, Zizyphus jujuba, Dimocarpus longan 15g, Aucklandia lappa, Glycyrrhiza uralensis(炙) 6g, Polygala tenuifolia 9g, Zingiber officinale 5 pieces, Zizyphus jujuba 1 piece - After adding 400 ml of water to one dose and concentrating to 150 ml, add 300 ml of water to the remaining medicinal materials and concentrate to 150 ml, then mix the two / Take two times a day ● Herbal medicine composition 2: Atractylodes japonica, Astragalus membranaceus, Codonopsis pilosula, Glycyrrhiza uralensis(炙), Angelica gigas, Salvia miltiorrhiza, Dimocarpus longan, Aucklandia lappa, Spatholobus suberectus, etc. - One dose per day / Take two times a day ● Herbal medicine composition 3: Polygala tenuifolia 10g, Poria cocos 10g, Atractylodes japonica 10g, Aucklandia lappa 6g, Astragalus membranaceus(炙) 15g, Dimocarpus longan 10g, Zizyphus jujuba 10g, Codonopsis pilosula 15g, Salvia miltiorrhiza 15g, Glycyrrhiza uralensis(炙) 6g, Angelica gigas 10g - In case of cold limbs, add Cinnamomum cassia 10g, Psoralea corylifolia 10g - In case of anxiety, add Pinus densiflora 10g, Magnetite 10g - One dose per day / Take two times a day	

R1-3	To improve the symptoms of Generalized anxiety disorder in adults, Soyosan-gagam should be considered compared to with anxiety disorder treatment drugs.	B/Low
	Clinical considerations ● Herbal medicine composition 1: Bupleurum falcatum 8g, Angelica gigas 10g, Paeonia lactiflora 10g, Poria cocos 15g, Atractylodes japonica 10g, Glycyrrhiza uralensis 5g, Paeonia suffruticosa 8g, Gardenia jasminoides 10g - In case the heart is hot and agitated, easily angered, and the chest and flank are distent and full, add Coptis japonica, Scutellaria baicalensis, Salvia miltiorrhiza, Curcuma longa, Citrus unshiu, Citrus medica, Citrus aurantum, etc. - In case of imsomnia, and an overabundance of dreams, add Elephas Species, Ostrea gigas, Thuja orientalis, Zizyphus jujuba, Pteria martensii, etc. - In case of constipation, add Poncirus trifoliata, Citrus aurantum or Trichosanthes kirilowii or Rheum palmatum, etc. - In case of dry mouth and throat, add Asparagus cochinchinensis, Liriope platyphylla or Adenophora triphylla, etc. - In case of tinnitus, add Magnetite, Tribulus terrestris, etc. - In case of excessive sweat, add Triticum aestivum, Prunus persica, etc. - One dose per day, 400ml / Take two times a day ● Herbal medicine composition 2: Angelica gigas 10g, Bupleurum falcatum 8g, Poria cocos 15g, Paeonia lactiflora 10g, Glycyrrhiza uralensis 5g, Atractylodes japonica 10g, Gardenia jasminoides 10g, Paeonia suffruticosa 8g - In case of severe constipation, add Citrus aurantum or Rheum palmatum, Poncirus trifoliata - If the chest and flank symptom(distent and full) are severe, add Scutellaria baicalensis, Coptis japonica, Curcuma longa Salvia miltiorrhiza, Citrus unshiu, Citrus aurantum, Citrus medica - In case of imsomnia, and an overabundance of dreams, add Ostrea gigas, Elephas Species, Pteria martensii, Zizyphus jujuba, Thuja orientalis - In case of dry mouth and throat, add Liriope platyphylla or Adenophora triphylla, Asparagus cochinchinensis - In case of excessive sweat, add Triticum aestivum, Prunus persica - In case of tinnitus, add Tribulus terrestris, Magnetite - One dose per day, 200ml / Take two times a day ● Herbal medicine composition 3: Paeonia suffruticosa 9g, Gardenia jasminoides(炒) 9g, Bupleurum falcatum 9g, Poria cocos 9g, Angelica gigas 9g, Paeonia lactiflora 9g, Atractylodes japonica 9g, Mentha arvensis 9g, Zingiber officinale 9g, Glycyrrhiza uralensis 9g - One dose per day / Take two times a day ● Herbal medicine composition 4: Paeonia suffruticosa 15g, Gardenia jasminoides(炒) 15g, Angelica gigas 12g, Atractylodes japonica 12g, Bupleurum falcatum 15g, Paeonia lactiflora 15g, Poria cocos 12g, Polygonum multiflorum 30g, Elephas Species 30g, Ostrea gigas 30g, Zingiber officinale 9g, Mentha arvensis 6g, Glycyrrhiza uralensis(炙) 6g - In case of severe fever and hardened stool, add Rheum palmatum, Gentiana axillariflora - In case of liver fire flaming upward(肝火上炎), add Chrysanthemum morifolium, Uncaria sinensis - In case of blood stasis(血瘀), add Paeonia albiflora, Cnidium officinale - In case of insomnia, add Zizyphus jujuba, Polygala tenuifolia - One dose per day, 400ml / Take two times a day ● Herbal medicine composition 5: Angelica gigas 10g, Paeonia lactiflora 15g, Bupleurum falcatum 10g, Poria cocos 20g, Atractylodes japonica 10g, Mentha arvensis 15g, Paeonia suffruticosa 20g, Gardenia jasminoides 15g, Albizzia julibrissin 15g, Polygonum multiflorum 20g, Glycyrrhiza uralensis 6g - One dose per day, 400ml / Take two times a day	

<table>
<tr><td></td><td colspan="2">● Herbal medicine composition 6: Pteria martensii 60g, Elephas Species, Ostrea gigas each 40g, Atractylodes japonica, Zizyphus jujuba(炒), Jatamans Valeriana each 20g, Angelica gigas, Paeonia lactiflora, Poria cocos each 15g, Bupleurum falcatum, Mentha arvensis each 12g, Zingiber officinale, Glycyrrhiza uralensis(炙) each 10g
- In case of heart-kidney yang deficiency syndrome(心腎陽虛), add Aconitum carmichaeli 6g, Cinnamomum cassia 10g, Zingiber officinale 12g
- In case of syndrome of yin deficiency with effulgent fire(陰虛火旺), add Rehmannia glutinosa 15g, Liriope platyphylla, Gardenia jasminoides, Anemarrhena aspodeloides each 12g
- In case of heart-kidney yang deficiency syndrome(血脈瘀滯), add Carthamus tinctorius, Prunus persica(炒) each 15g, Paeonia albiflora, Salvia miltiorrhiza each 12g
- In case of chronic stagnation transforming into fire(久鬱化火), add Gardenia jasminoides 10g, Coptis japonica, Scutellaria baicalensis each 12g
- In case of internal exuberance of phlegm-dampness(痰濕內盛), add Acorus gramineus, Arisaema amurense, Pinellia ternata each 10g
- In case of heart-spleen yang deficiency(心脾陽虛), add Codonopsis pilosula 25g, Astragalus membranaceus 20g
- One dose per day, 300ml / Take two times a day</td></tr>
<tr><td rowspan="2">R1-4</td><td>To improve the symptoms of Generalized anxiety disorder in adults, GamiSoyosan should be considered compared to placebo.</td><td>B/Moderate</td></tr>
<tr><td colspan="2">Clinical considerations
● Herbal medicine composition: Atractylodes japonica 1g, Bupleurum falcatum 1g, Poria cocos 1g, Mentha arvensis 0.33g, Angelica gigas 1g, Glycyrrhiza uralensis 0.67g, Zingiber officinale 0.33g, Paeonia albiflora 1g, Gardenia jasminoides 0.67g, Paeonia suffruticosa 0.67g
- 7.67g per time</td></tr>
<tr><td rowspan="2">R1-5</td><td>To improve the symptoms of Generalized anxiety disorder in adults, Sihogyejigeongangtang may be considered compared to anxiety disorder treatment drugs.</td><td>C/Low</td></tr>
<tr><td colspan="2">Clinical considerations
● Herbal medicine composition: Bupleurum falcatum 15g, Scutellaria baicalensis 12g, Cinnamomum cassia 10g, Zingiber officinale 9g, Trichosanthes kirilowii 15g, Ostrea gigas 30g, Glycyrrhiza uralensis(炙) 6g
- If have a cold stomach and have diarrhea when eat cold food, add Zingiber officinale(炮) 6g
- If don't like the usual cold, add Aconitum carmichaeli 9g
- If insomnia, add Elephas Species 30g, Polygonum multiflorum 30g
- 1 dose per day / Take 2 times a day</td></tr>
<tr><td rowspan="2">R1-6</td><td>To improve the symptoms of Generalized anxiety disorder in adults, Sihogyejitang should be considered compared to anxiety disorder treatment drugs.</td><td>B/Moderate</td></tr>
<tr><td colspan="2">Clinical considerations
● Herbal medicine composition: Bupleurum falcatum 10g, Cinnamomum cassia 15g, Paeonia albiflora 15g, Scutellaria baicalensis 15g, Panax ginseng 15g, Glycyrrhiza uralensis(炙) 5g, Pinellia ternata 10g, Elephas Species 30g, Ostrea gigas 30g, Zingiber officinale 5 pieces, Zizyphus jujuba 5 pieces
- After adding 400 ml of water to one dose and concentrating to 150 ml, add 300 ml of water to the remaining medicinal materials and concentrate to 150 ml, then mix the two / Take two times a day</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="2">R1-7</td><td>To improve the symptoms of Generalized anxiety disorder in adults, Eoggansan may be considered compared to anxiety disorder treatment drugs.</td><td>C/Low</td></tr>
<tr><td colspan="2">Clinical considerations
● Herbal medicine composition: Cnidium officinale 10g, Angelica gigas 6g, Anemarrhena asphodeloides 10g, Uncaria sinensis 15g, Poria cocos 10g, Bupleurum falcatum 10g, Glycyrrhiza uralensis 6g
- 1 dose per day / Take 2 times a day</td></tr>
<tr><td rowspan="2">R1-8</td><td>To improve the symptoms of Generalized anxiety disorder in adults, Ondamtang-gagam may be considered compared to anxiety disorder treatment drugs.</td><td>C/Very Low</td></tr>
<tr><td colspan="2">Clinical considerations
● Herbal medicine composition 1: Pinellia ternata, Phyllostachys nigra, Poncirus trifoliata, Citrus unshiu, Rehmannia glutinosa, Panax ginseng, Schisandra chinensis, Zizyphus jujuba each 15g, Polygala tenuifolia, Glycyrrhiza uralensis(炙) each 5g
- In the case of paralyzed body/limbs or abnormal sensations, add Morus alba, Achyranthes japonica each 15g
- In case of hazy vision and dry/dirty eyes. add Ligustrum lucidum, Morus alba each 15g
- In case of stuffy chest/stomach(胃脘), when pressed it is painless but weak, add Allium macrostemon 10g
- In case of poor digestion and lack of appetite, add Hordeum vulgare(炒), Triticum aestivum each 15g
- In case of diarehhea, add Atractylodes japonica(炒), Plantago asiatica each 10g
- One dose per day, 450ml
● Herbal medicine composition 2: Pinellia ternata 9g, Phyllostachys nigra 10g, Citrus unshiu 10g, Poncirus trifoliata 10g, Poria cocos 10g, Scutellaria baicalensis 10g, Gardenia jasminoides 10g, Bupleurum falcatum 10g, Cyperus rotundus 10g, Curcuma longa 10g, Polygala tenuifolia 10g, Elephas species 30g, Pteria martensii 30g, Polygonum multiflorum 30g, Albizzia julibrissin 30g
- One dose per day, 400ml / Take two times a day
● Herbal medicine composition 3: Pinellia ternata, Phyllostachys nigra, Poncirus trifoliata, Citrus unshiu, Glycyrrhiza uralensis, Poria cocos, Zingiber officinale, Zizyphus jujuba
- four pills per time / Take three times a day</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="2">R1-9</td><td>To improve the symptoms of Generalized anxiety disorder in adults, Cheonwangbosimtang-gagam may be considered compared to anxiety disorder treatment drugs.</td><td>C/Low</td></tr>
<tr><td colspan="2">Clinical considerations
● Herbal medicine composition 1: Rehmannia glutinosa 20g, Zizyphus jujuba 30g, Thuja orientalis 15g, Angelica gigas 10g, Asparagus cochinchinensis 10g, Liriope platyphylla 20g, Codonopsis pilosula 10g, Salvia miltiorrhiza 10g, Scrophularia buergeriana 10g, Poria cocos 30g, Schisandra chinensis 10g, Polygala tenuifolia 10g
- One dose per day, 400ml / Take two times a day
● Herbal medicine composition 2: Thuja orientalis 15g, Asparagus cochinchinensis 10g, Liriope platyphylla 20g, Rehmannia glutinosa 10g Zizyphus jujuba 30g, Pseudostellaria angustifolia 10g, Salvia miltiorrhiza 10g, Scrophularia buergeriana 10g, Tribulus terrestris 15g, Angelica gigas 10g, Schisandra chinensis 10g, Platycodon grandiflorum 10g, Polygala tenuifolia 10g
- In case of severe anxiety and a pounding chest, add Elephas species 30g, Pteria martensii 30g, Fluorite 30g, Magnetite 30g
- In case of insomnia is severe, add Polygonum multiflorum 30g, Albizzia julibrissin 30g, Pinus densiflora 1.5g
- In case of syndrome of liver depression and qi stagnation(肝鬱氣滯), add Bupleurum falcatum 10g, Cyperus rotundus 10g, Rosa rugosa 10g, Gardenia jasminoides(炒) 10g, Curcuma longa 10g
- In case of deficiency heat(虛熱) and tidal fever(潮熱), add Paeonia suffruticosa 10g, Artemisia annua 10g, Gypsophyla oldhamiana 10g, Amyda maakii 30g
- In case of insufficiency kidney yin(腎陰不足), add Ligustrum lucidum 10g, Eclipta prostrata 10g, Anemarrhena aspodeloides 10g
- In case of excessive sweat, add Triticum aestivum 30g
- One dose per day, 400ml / Take two times a day</td></tr>
<tr><td rowspan="2">R1-10</td><td>To improve the symptoms of Generalized anxiety disorder in adults, Hwanglyeonagyotang-gagam may be considered compared to anxiety disorder treatment drugs.</td><td>C/Low</td></tr>
<tr><td colspan="2">Clinical considerations
● Herbal medicine composition 1: Coptis japonica 10g, Paeonia lactiflora 12g, Equus asinus, Ligustrum lucidum, Phellodendron amurense, Gallus domesticus, Zizyphus jujuba each 15g, Chinemys reevesii 25g, Elephas species 30g, Magnetite, Rehmannia glutinosa each 20g, Gallus gallus var. domesticus Brisson 2 pieces
- One dose per day
● Herbal medicine composition 2: Paeonia lactiflora 12g, Ligustrum lucidum 15g, Coptis japonica 10g, Gallus domesticus 15g, Chinemys reevesii 25g, Phellodendron amurense 15g, Magnetite 20g, Zizyphus jujuba 15g, Rehmannia glutinosa 20g, Polygonum multiflorum 15g, Elephas species 30g, Gallus gallus var. domesticus Brisson 2 pieces
- One dose per day / Take two times a day
● Herbal medicine composition 3: Coptis japonica 3g, Equus asinus 9g, Cinnamomum cassia 3g, Acorus gramineus 9g, Polygala tenuifolia 9g, Polygonum multiflorum 30g
- One dose per day / Take two times a day</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td colspan="3">Add-on treatment</td></tr>
<tr><td>R2</td><td>To improve the symptoms of Generalized anxiety disorder in adults, the combination therapy of herbal medicine and anxiety disorder treatment drugs should be considered compared to anxiety disorder treatment drugs alone.</td><td>B/Low</td></tr>
<tr><td rowspan="2">R2-1</td><td>To improve the symptoms of Generalized anxiety disorder in adults, the combination therapy of Gammaegdaejotang-gagam and anxiety disorder treatment drugs may be considered compared to anxiety disorder treatment drugs alone.</td><td>C/Low</td></tr>
<tr><td colspan="2">Clinical considerations
● Herbal medicine composition: Triticum aestivum 30g, Glycyrrhiza uralensis 10g, Zizyphus jujuba 5 pieces, Zizyphus jujuba 15g, Rehmannia glutinosa 15g, Lilium lancifolium 12g, Angelica gigas 6g
- One dose per day, 300ml / Take three times a day</td></tr>
<tr><td rowspan="2">R2-2</td><td>To improve the symptoms of Generalized anxiety disorder in adults, the combination therapy of Gumijinsim and anxiety disorder treatment drugs may be considered compared to anxiety disorder treatment drugs alone.</td><td>C/Low</td></tr>
<tr><td colspan="2">Clinical considerations
● Herbal medicine composition: Panax ginseng, Zizyphus jujuba, Schisandra chinensis, Poria cocos, Polygala tenuifolia, Corydalis ternata, Asparagus cochinchinensis, Rehmannia glutinosa, Cinnamomum cassia
- 6g per time / Take three times a day</td></tr>
<tr><td rowspan="2">R2-3</td><td>To improve the symptoms of Generalized anxiety disorder in adults, the combination therapy of Gwibitang-gagam and anxiety disorder treatment drugs should be considered compared to anxiety disorder treatment drugs alone.</td><td>B/Low</td></tr>
<tr><td colspan="2">Clinical considerations
● Herbal medicine composition 1: Atractylodes japonica 9g, Poria cocos 9g, Angelica gigas 9g, Dimocarpus longan 9g, Astragalus membranaceus(炒) 9g, Polygala tenuifolia 9g, Panax ginseng 9g, Zizyphus jujuba(炒) 3g, Aucklandia lappa 6g, Glycyrrhiza uralensis(炙) 6g, Zingiber officinale 6g, Zizyphus jujuba 3 pieces
- Take two times a day
● Herbal medicine composition 2: Panax ginseng 15g, Atractylodes japonica 10g, Astragalus membranaceus(炙) 20g, Angelica gigas 15g, Poria cocos 10g, Polygala tenuifolia 15g, Zizyphus jujuba(炒) 12g, Dimocarpus longan 10g, Aucklandia lappa 10g, Glycyrrhiza uralensis(炙) 10g, Zingiber officinale 3 pieces, Zizyphus jujuba 5 pieces
- In case of a swollen stomach, indigestion, and loss of taste, add Gallus domesticus 15g, 사인 4g
- In case of imsomnia, and an overabundance of dreams, add Thuja orientalis 9g, Polygonum multiflorum 12g
- In case of confusion and headaches, add Cnidium officinale 6g, Vitex rotundifolia 9g
- In csse palpitation and surprised, add Elephas Species 30g, Ostrea gigas 30g
- In case of deficiency fire(虛火), add Sasa borealis 12g
- One dose per day, 200ml / Take two times a day</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="2">R2-4</td><td>To improve the symptoms of Generalized anxiety disorder in adults, the combination therapy of Dohaegseunggitang and anxiety disorder treatment drugs should be considered compared to anxiety disorder treatment drugs alone.</td><td>B/Moderate</td></tr>
<tr><td colspan="2">Clinical considerations
● Herbal medicine composition: Prunus persica 9g, Rheum palmatum 3g, Citrus aurantum 15g, Magnolia ovobata 15g, Gardenia jasminoides 12g, Cinnamomum cassia 9g, Elephas Species 15g, Ostrea gigas 15g, Glycyrrhiza uralensis(炙) 3g, Mirabiite 6g (Put in later)
- In case of nervousness and frustration, add Glycine max, Prunus mume
- In case of a hard stool and difficulty in defecation, add Liriope platyphylla, Adenophora triphylla
- In case of mental instability, add Lilium lancifolium, Anemarrhena aspodeloides
- In case of anxiety and restlessness at night, add Sophora flavescens, Magnetite
- In case of severe mouth biter symptom, add Bupleurum falcatum, Scutellaria baicalensis
- One dose per day, 400ml / Take two times a day</td></tr>
<tr><td rowspan="2">R2-5</td><td>To improve the symptoms of Generalized anxiety disorder in adults, the combination therapy of Sanjointang-gagam and anxiety disorder treatment drugs should be considered compared to anxiety disorder treatment drugs alone.</td><td>B/Moderate</td></tr>
<tr><td colspan="2">Clinical considerations
● Herbal medicine composition 1: Zizyphus jujuba(炒) 15g, Anemarrhena aspodeloides 10g, Poria cocos 15g, Glycyrrhiza uralensis 6g, Cnidium officinale 9g
- In case of insomnia is severe, add Pteria martensii, Polygonum multiflorum
- In case of syndrome of depressed qi transforming into fire(氣鬱化火), add Gardenia jasminoides, Paeonia suffruticosa, Scutellaria baicalensis
- In case of liver qi depression(肝氣鬱結), add Poets jessamine, Albizzia julibrissin, Bupleurum falcatum
- In case of syndrome of internal harassment of phlegm-heat(痰熱內擾), add Pinellia ternata, Phyllostachys nigra, Poncirus trifoliata
- In case of syndrome of yin deficiency with effulgent fire(陰虛火旺), add Liriope platyphylla, Rehmannia glutinosa, Paeonia albiflora
- In case of syndrome of heart deficiency with timidity(心虛膽怯), add Polygala tenuifolia, Triticum aestivum, Elephas species
- One dose per day
● Herbal medicine composition 2: Zizyphus jujuba(炒) 30g, Poria cocos 6g, Anemarrhena aspodeloides 9g, Cnidium officinale 6g, Glycyrrhiza uralensis 3g
- 450ml per day / Take three times a day
● Herbal medicine composition 3: Zizyphus jujuba(炒) 30g, Cnidium officinale 9g, Anemarrhena aspodeloides 10g, Poria cocos 10g, Schisandra chinensis 12g, Polygonum multiflorum 10g, Zizyphus jujuba 3 pieces, Glycyrrhiza uralensis 3g
- One dose per day, 200ml / Take two times a day
● Herbal medicine composition 4: Zizyphus jujuba(炒) 10~30g, Cnidium officinale 9g, Anemarrhena aspodeloides 10g, Poria cocos 10g, Schisandra chinensis 12g, Polygonum multiflorum 10g, Zizyphus jujuba 3 pieces, Glycyrrhiza uralensis 3g
- In case of liver qi depression(肝氣鬱結), add Bupleurum falcatum, Curcuma longa, Cyperus rotundus
- In case of yin, yang and qi deficiency(氣陰陽虛) and internal harassment of dryness-heat(燥熱內擾), add Elephas species, Pteria martensii, Paeonia albiflora, Polygonatum sibiricum
- In case of insecurity of yin dificiency(陽虛不固), spirit failing to keep to its abode(神不守), add Epimedium koreanum, Morinda officinalis, Cinnamomum cassia, Paeonia albiflora</td></tr>
</table>

	- In case of phlegm-heat stasis and stagnation (痰熱瘀滯), add Pinellia ternata, Arisaema amurense, Nelumbo nucifera - In case of internal conjugation of blood stasis(瘀血內結), add Prunus persica, Carthamus tinctorius, Citrus aurantum - One dose per day, 200ml / Take two times a day (afternoon, evening) ● Herbal medicine composition 5: Zizyphus jujuba 15g, Poria cocos 15g, Cnidium officinale 10g, Anemarrhena aspodeloides 12g, Glycyrrhiza uralensis(炙) 6g, Gardenia jasminoides 10g, Glycine max 6g, Cryptotympana pustulata 6g - 200ml per day / Take two times a day ● Herbal medicine composition 6: Zizyphus jujuba(炒) 30g, Poria cocos 15g, Anemarrhena aspodeloides 9g, Cnidium officinale 9g, Glycyrrhiza uralensis 6g - In case of dizzyness in the head/eyes and a red face/eyes liver and kidney yin deficiency(肝腎陰虛), and ascendant hyperactivity of liver yang(肝陽上亢), add Gastrodia elata, Uncaria sinensis each 10g - In case of confusion and headaches, a stuffy chest, and a bitter mouth, gallbladder-stomach disharmony(膽胃不和), and phlegm-fire harassing upward(痰火上擾), add Coptis japonica 6g, Pinellia ternata(制) 9g - In case of a foggy mind, pounding heart, and anxiety,, add Cinnamomum cassia 6g, Elephas Species 9g, Ostrea gigas 9g - If it is difficult to fall asleep and have vexing heat in the chest, palms and soles (五心煩熱), add Scutellaria baicalensis 9g - 400ml per day / Take two times a day

<table>
<tr><td rowspan="2">R2-6</td><td>To improve the symptoms of Generalized anxiety disorder in adults, the combination therapy of Soyosan-gagam and anxiety disorder treatment drugs should be considered compared to anxiety disorder treatment drugs alone.</td><td>B/Moderate</td></tr>
<tr><td colspan="2">Clinical considerations
● Herbal medicine composition 1: Bupleurum falcatum, Angelica gigas, Paeonia lactiflora, Atractylodes japonica, Poria cocos, Glycyrrhiza uralensis, Paeonia suffruticosa, Glycyrrhiza uralensis
- Three~four pills per day (1 pill 0.45g) / Take two times a day
● Herbal medicine composition 2: Bupleurum falcatum 12g, Mentha arvensis 10g, Atractylodes japonica 12g, Paeonia lactiflora 12g, Angelica gigas 12g, Elephas Species 20g, Magnetite 20g, Thuja orientalis 15g, Zizyphus jujuba(炒) 25g
- In case of depression, add Curcuma longa 10g, Cyperus rotundus 12g, Citrus aurantum 10g
- If dream a lot and are surprised, add Pteria martensii, Elephas species each 20g
- In case of constipation, add Rheum palmatum 6g, Poncirus trifoliata 10g
- In case of dual deficiency of the spleen-kidney(脾腎兩虛), subtract Bupleurum falcatum, add Aconitum carmichaeli, Cinnamomum cassia each 6g
- In case of liver-kidney yin deficiency(肝腎陰虛), subtract Bupleurum falcatum, Mentha arvensis, add Rehmannia glutinosa 15g, Anemarrhena aspodeloides 10g, Scrophularia buergeriana 12g
- In case of heart-spleen yang deficiency(心脾陽虛), add Codonopsis pilosula 25g, Astragalus membranaceus 20g
- In case of blood stasis due to qi stagnation(氣滯血瘀), add Cnidium officinale 15g, Salvia miltiorrhiza 15g, Prunus persica 12g, Carthamus tinctorius 10g
- One dose per day, 300ml / Take two times a day
● Herbal medicine composition 3: Bupleurum falcatum 15g, Paeonia lactiflora 15g, Atractylodes japonica 15g, Angelica gigas 15g, Poria cocos 15g, Paeonia suffruticosa 12g, Gardenia jasminoides 12g, Mentha arvensis 10g, Zingiber officinale 6g, Glycyrrhiza uralensis 5g
- In case of a disorientation and a painful head, add Gastrodia elata, Cnidium officinale, Uncaria sinensis
- In cae of a dry/bitter mouth and stiff/painful chest, add Gentiana axillariflora, Melia azedarach
- In case of pounding heart, lack of sleep, and excessive dreams, add Albizzia julibrissin, Polygonum multiflorum, Polygala tenuifolia
- In case of constipation and a swollen stomach, add Rheum palmatum, Poncirus trifoliata
- One dose per day, 300ml / Take two times a day
● Herbal medicine composition 4: Bupleurum falcatum, Angelica gigas, Paeonia lactiflora, Atractylodes japonica, Poria cocos, Glycyrrhiza uralensis(炙), Mentha arvensis
- 5g per time / Take two times a day
● Herbal medicine composition 5: Bupleurum falcatum 15g, Angelica gigas 15g, Poria cocos 15g, Paeonia lactiflora 15g, Atractylodes japonica 15g, Zingiber officinale 6g, Mentha arvensis 9g, Paeonia suffruticosa 12g, Gardenia jasminoides 12g, Glycyrrhiza uralensis 6g
- In case of a disorientation and a painful head, add Gastrodia elata, Cnidium officinale
- In cae of a dry/bitter mouth and stiff/painful chest, add Gentiana axillariflora, Trichosanthes kirilowii
- In case of constipation and a swollen stomach, add Polygonum multiflorum, Polygala tenuifolia
- In case of constipation and a swollen stomach, add Rheum palmatum, Poncirus trifoliata
- One dose per day, 300ml / Take two times a day</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="2">R2-7</td><td>To improve the symptoms of Generalized anxiety disorder in adults, the combination therapy of Sihogayonggolmolyeotang and anxiety disorder treatment drugs should be considered compared to anxiety disorder treatment drugs alone.</td><td>B/Moderate</td></tr>
<tr><td colspan="2">Clinical considerations
● Herbal medicine composition 1: Bupleurum falcatum 15g, Elephas Species 30g, Ostrea gigas 30g, Scutellaria baicalensis 15g, Codonopsis pilosula 15g, Poria cocos 20g, Cinnamomum cassia 15g, Pinellia ternata 15g, Curcuma longa 15g, Zizyphus jujuba 10g
- In case of constipation, add Rheum palmatum 5g (Put in later)
- In case of insomnia, add Polygonum multiflorum, Albizzia julibrissin each 30g
- In case of a stuffy and pounding chest. add Nardostachys chinensis 15g
- In case of syndrome of depressed qi transforming into fire(氣鬱化火), add Gardenia jasminoides 10g, subtract Cinnamomum cassia
- In case of blood stasis(血瘀), add Cnidium officinale, Angelica gigas, Paeonia albiflora each 15g
- One dose per day / Take three times a day
● Herbal medicine composition 2: Bupleurum falcatum 12g, Elephas Species 30g, Ostrea gigas 30g, Scutellaria baicalensis 10g, Codonopsis pilosula 10g, Poria cocos 10g, Pinellia ternata 10g, Glycyrrhiza uralensis(炙) 10g
- In case of depression, add Curcuma longa 12g, Lilium lancifolium 15g
- In case heart is beating and surprised, and heart is frustrated and frightened, add Triticum aestivum 30g, Nelumbinis Plumula 10g, Acorus gramineus 20g
- In case of insomnia, add Zizyphus jujuba 15g, Polygala tenuifolia 15g, Polygonum multiflorum 30g
- In case of blood stasis(血瘀) and have a piercing pain in chest and side, add Prunus persica, Carthamus tinctorius, Cnidium officinale each 10g
- In case of syndrome of syndrome of depressed qi transforming into fire(氣鬱化火), and the mouth is bitter and the stool is hard, add Gentiana axillariflora, Coptis japonica each 10g
- One dose per day / Take two times a day</td></tr>
<tr><td rowspan="2">R2-8</td><td>To improve the symptoms of Generalized anxiety disorder in adults, the combination therapy of Sihogyejitang-gagam and anxiety disorder treatment drugs should be considered compared to anxiety disorder treatment drugs alone.</td><td>B/Moderate</td></tr>
<tr><td colspan="2">Clinical considerations
● Herbal medicine composition: Elephas Species, Ostrea gigas each 30g, Panax ginseng, Scutellaria baicalensis, Paeonia albiflora, Cinnamomum cassia each 15g, Bupleurum falcatum, Pinellia ternata each 10g, Zizyphus jujuba 5 pieces, Zingiber officinale 5 pieces
- After adding 400 ml of water to One dose and concentrating to 150 ml, add 300 ml of water to the remaining medicinal materials and concentrate to 150 ml, then mix the two. / Take two times a day</td></tr>
<tr><td rowspan="2">R2-9</td><td>To improve the symptoms of Generalized anxiety disorder in adults, the combination therapy of Ondamtang-gagam and anxiety disorder treatment drugs should be considered compared to anxiety disorder treatment drugs alone.</td><td>B/Low</td></tr>
<tr><td colspan="2">Clinical considerations
● Herbal medicine composition: Pinellia ternata 9g, Phyllostachys nigra 10g, Citrus unshiu 10g, Poncirus trifoliata 10g, Poria cocos 10g, Scutellaria baicalensis 10g, Gardenia jasminoides 10g, Bupleurum falcatum 10g, Cyperus rotundus 10g, Curcuma longa 10g, Polygala tenuifolia 10g, Elephas species 30g, Pteria martensii 30g, Polygonum multiflorum 30g, Albizzia julibrissin 30g
- One dose per day, 400ml / Take two times a day</td></tr>
</table>

R2-10	To improve the symptoms of Generalized anxiety disorder in adults, the combination therapy of Cheonwangbosimtang-gagam and anxiety disorder treatment drugs should be considered compared to anxiety disorder treatment drugs alone.	B/Moderate
	Clinical considerations ● Herbal medicine composition 1: Rehmannia glutinosa 20g, Zizyphus jujuba 30g, Thuja orientalis 15g, Angelica gigas 10g, Asparagus cochinchinensis 10g, Liriope platyphylla 20g, Codonopsis pilosula 10g, Salvia miltiorrhiza 10g, Scrophularia buergeriana 10g, Poria cocos 30g, Schisandra chinensis 10g, Polygala tenuifolia 10g - One dose per day, 400ml / Take two times a day ● Herbal medicine composition 2: Thuja orientalis 15g, Asparagus cochinchinensis 10g, Liriope platyphylla 20g, Rehmannia glutinosa 10g Zizyphus jujuba 30g, Pseudostellaria angustifolia 10g, Salvia miltiorrhiza 10g, Scrophularia buergeriana 10g, Tribulus terrestris 15g, Angelica gigas 10g, Schisandra chinensis 10g, Platycodon grandiflorum 10g, Polygala tenuifolia 10g - In case of severe anxiety and a pounding chest, add Elephas species 30g, Pteria martensii 30g, Fluorite 30g, Magnetite 30g - In case of insomnia is severe, add Polygonum multiflorum 30g, Albizzia julibrissin 30g, Pinus densiflora 1.5g - In case of syndrome of liver depression and qi stagnation(肝鬱氣滯), add Bupleurum falcatum 10g, Cyperus rotundus 10g, Rosa rugosa 10g, Gardenia jasminoides(炒) 10g, Curcuma longa 10g - In case of deficiency heat(虛熱) and tidal fever (潮熱), add Paeonia suffruticosa 10g, Artemisia annua 10g, Gypsophyla oldhamiana 10g, Amyda maakii 30g - In case of kidney yin deficiency(腎陰不足), add Ligustrum lucidum 10g, Eclipta prostrata 10g, Anemarrhena aspodeloides 10g - In case of excessive sweat, add Triticum aestivum 30g - One dose per day, 400ml / Take two times a day	
R2-11	To improve the symptoms of Generalized anxiety disorder in adults, the combination therapy of Hyeolbuchugeotang-gagam and anxiety disorder treatment drugs should be considered compared to anxiety disorder treatment drugs alone.	B/Moderate
	Clinical considerations ● Herbal medicine composition: Angelica gigas 12g, Rehmannia glutinosa 18g, Prunus persica 12g, Carthamus tinctorius 15g, Paeonia albiflora 12g, Cnidium officinale 12g, Achyranthes japonica 12g, Trichosanthes kirilowii 18g, Bupleurum falcatum 12g, Platycodon grandiflorum 12g, Zizyphus jujuba 15g, Polygala tenuifolia 20g, Glycyrrhiza uralensis 3g - One dose per day	
2) Panic disorder		
Alone treatment		
R3	To improve the symptoms of panic disorder in adults, herbal medicine could be considered.	C/Low
R3-1	To improve the symptoms of panic disorder in adults, Sihogyejigeon-gangtang should be considered compared to anxiety disorder treatment drugs.	C/Low
	Clinical considerations ● Herbal medicine composition: Bupleurum falcatum 30g, Cinnamomum cassia 9g, Zingiber officinale 9g, Scutellaria baicalensis 12g, Ostrea gigas 30g, Trichosanthes kirilowii 15g, Glycyrrhiza uralensis(炙) 9g - Ten doses per ten days, 5000ml / Take two times a day	

<table>
<tr><td rowspan="2">R3-2</td><td>To improve the symptoms of panic disorder in adults, Haeulhwan could be considered compared to anxiety disorder treatment drugs.</td><td>C/Low</td></tr>
<tr><td colspan="2">Clinical considerations
● Herbal medicine composition: Paeonia lactiflora, Bupleurum falcatum, Angelica gigas, Curcuma longa, Poria cocos, Lilium lancifolium, Albizzia julibrissin, Glycyrrhiza uralensis, Triticum aestivum, Zizyphus jujuba
- 4g per time / Take two times a day</td></tr>
<tr><td colspan="3">Add-on treatment</td></tr>
<tr><td>R4</td><td>To improve the symptoms of panic disorder in adults, the combination therapy of herbal medicine and anxiety disorder treatment drugs should be considered compared to anxiety disorder treatment drugs alone.</td><td>B/Moderate</td></tr>
<tr><td rowspan="2">R4-1</td><td>To improve the symptoms of panic disorder in adults, the combination therapy of Clinical experience prescription and anxiety disorder treatment drugs should be considered compared to anxiety disorder treatment drugs alone.</td><td>B/Moderate</td></tr>
<tr><td colspan="2">Clinical considerations
● Herbal medicine composition: Polygala tenuifolia 15g, Acorus gramineus 15g, Poria cocos 15g, Poria cocos 15g, Elephas species 30g, Codonopsis pilosula 10g, Coptis japonica 10g, Angelica gigas 15g, Rehmannia glutinosa 20g, Glycyrrhiza uralensis(炙) 5g
- One dose per day / Take three times a day</td></tr>
<tr><td>R5</td><td>To improve the symptoms of panic disorder in adults, the combination therapy of herbal medicine and psychotherapy could be considered compared to anxiety disorder treatment drugs alone.</td><td>C/Low</td></tr>
<tr><td rowspan="2">R5-1</td><td>To improve the symptoms of panic disorder in adults, the combination therapy of Ansinjeonggyeongtang and psychotherapy could be considered compared to anxiety disorder treatment drugs alone.</td><td>C/Low</td></tr>
<tr><td colspan="2">Clinical considerations
● Herbal medicine composition 1: Elephas species, Zizyphus jujuba each 30g, Anemarrhena aspodeloides, Polygonum multiflorum each 20g, Paeonia lactiflora, Eucommia ulmoides, Thuja orientalis each 15g, Citrus aurantum, Poria cocos, Cnidium officinale each 10g, Bupleurum falcatum 6g, Cyperus rotundus, Glycyrrhiza uralensis each 5g
- One dose per day, 200ml / Take two times a day
● Herbal medicine composition 2: Zizyphus jujuba 30g, Anemarrhena aspodeloides 20g, Poria cocos 10g, Cnidium officinale 10g, Bupleurum falcatum 6g, Paeonia lactiflora 15g, Citrus aurantum 10g, Cyperus rotundus 5g, Polygonum multiflorum 20g, Thuja orientalis 15g, Eucommia ulmoides 15g, Elephas species 30g, Glycyrrhiza uralensis 5g
- After adding 400 ml of water to One dose and concentrating to 150 ml, add 300 ml of water to the remaining medicinal materials and concentrate to 150 ml, then mix the two. / Take two times a day</td></tr>
<tr><td>R6</td><td>To improve the symptoms of panic disorder in adults, the combination therapy of herbal medicine, anxiety disorder treatment drugs, and psychotherapy should be considered compared to the combination therapy of anxiety disorder treatment drugs, and psychotherapy.</td><td>B/Low</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="2">R6-1</td><td>To improve the symptoms of panic disorder in adults, the combination therapy of Sihogayonggolmolyeotang, anxiety disorder treatment drugs, and psychotherapy should be considered compared to the combination therapy of anxiety disorder treatment drugs, and psychotherapy.</td><td>B/Low</td></tr>
<tr><td colspan="2">Clinical considerations
● Herbal medicine composition: Bupleurum falcatum 12g, Pinellia ternata, Codonopsis pilosula, Scutellaria baicalensis, Poria cocos each 10g, Cinnamomum cassia, Rheum palmatum(Put in later) each 6g, Elephas Species, Ostrea gigas, Zizyphus jujuba, Polygonum multiflorum, Triticum aestivum each 30g, Zingiber officinale 3 pieces, Zizyphus jujuba 2 pieces
- One dose per day, 400ml / Take two times a day</td></tr>
<tr><td colspan="3">3) Post-traumatic stress disorder</td></tr>
<tr><td colspan="3">Add-on treatment</td></tr>
<tr><td>R7</td><td>To improve the symptoms of post-traumatic stress disorder in adults, the combination therapy of herbal medicine and anxiety disorder treatment drugs should be considered.</td><td>B/Moderate</td></tr>
<tr><td rowspan="2">R7-1</td><td>To improve the symptoms of post-traumatic stress disorder in adults, the combination therapy of Dangulso and anxiety disorder treatment drugs should be considered compared to anxiety disorder treatment drugs alone.</td><td>B/Moderate</td></tr>
<tr><td colspan="2">Clinical considerations
● Herbal medicine composition: Coptis japonica, Phyllostachys nigra, Citrus unshiu, Poria cocos, Acorus gramineus, Zizyphus jujuba, Cnidium officinale, etc.
- One dose per day / Take three times a day</td></tr>
<tr><td rowspan="2">R7-2</td><td>To improve the symptoms of post-traumatic stress disorder in adults, the combination therapy of Ondamtang and anxiety disorder treatment drugs should be considered compared to anxiety disorder treatment drugs alone.</td><td>B/Moderate</td></tr>
<tr><td colspan="2">Clinical considerations
● Herbal medicine composition: Poncirus trifoliata 6g, Pinellia ternata 9g, Citrus unshiu 9g, Poria cocos 12g, Glycyrrhiza uralensis 6g, Zingiber officinale 3 pieces, Zizyphus jujuba 4 pieces
- One dose per day / Take two times a day</td></tr>
<tr><td>R8</td><td>To improve the symptoms of post-traumatic stress disorder in adults, the combination therapy of herbal medicine, anxiety disorder treatment drugs, and psychotherapy should be considered.</td><td>B/Moderate</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="2">R8-1</td><td>To improve the symptoms of post-traumatic stress disorder in adults, the combination therapy of Cheongsimhaeultang, anxiety disorder treatment drugs, and psychotherapy should be considered compared to the combination therapy of anxiety disorder treatment drugs, and psychotherapy.</td><td>B/Moderate</td></tr>
<tr><td colspan="2">Clinical considerations
● Herbal medicine composition: Astragalus membranaceus 30g, Lilium lancifolium 30g, Zizyphus jujuba(炒) 30g, Polygala tenuifolia 15g, Acorus gramineus 15g, Poria cocos 15g, Salvia miltiorrhiza 15g, Cnidium officinale 10g, Angelica gigas 10g, Bupleurum falcatum 10g, Paeonia lactiflora 10g, Curcuma longa 10g, Cyperus rotundus 10g, Glycyrrhiza uralensis(炙) 6g
- In case of qi deficiency(氣虛), add Pseudostellaria angustifolia, Atractylodes japonica(炒)
- In case of exuberant phlegm(痰盛), add Arisaema amurense, Phyllostachys nigra
- In case of exuberant heat(熱盛), add Gentiana axillariflora, Gardenia jasminoides
- In case of kidney yin deficiency(腎陰虛), add Fallopia multiflora, Lycium chinense
- In case of kidney yang deficiency(腎陽虛), add Cornus officinalis, Cinnamomum cassia
- In case of indigestion and a lack of appetite add Triticum aestivum, Hordeum vulgare
- In case amazed, heart-pounding, anxious and can't decide what to do, add Elephas Species, Ostrea gigas
- After adding 500 ml of water to One dose and concentrating to 100 ml, add water again to the remaining herbs, concentrate to 100 ml, and mix the two. / Take two times a day</td></tr>
</table>

No.	Recommendation	Strength of recommendation/Level of evidence
Acupuncture		
1) Generalized anxiety disorder		
Single treatment		
R9	To improve the symptoms of Generalized anxiety disorder in adults, acupuncture treatment should be considered.	B/Low
R9-1-1	To improve the symptoms of Generalized anxiety disorder in adults, acupuncture treatment should be considered compared to anxiety disorder treatment drugs.	B/Low
	Clinical considerations ● Acupuncture points combination 1: BL15, BL14, BL18, BL19, BL20, BL21, BL23 ● Acupuncture points combination 2: EX-HN1, Jingshen (精神穴), PC6, HT7, SP6 ● Acupuncture points combination 3: GV20, GV23, GV24, GV26, CV17, CV14, CV12 ● Acupuncture points combination 4: LU7, LI4, HT7, SI3, TE5, PC8, KI1, BL54, SP9, ST36, LR3, GB34 ● Acupuncture points combination 5: CV4, CV12, CV15, CV17, CV24, GV20, GV24, GV16, GV14, GV11, GV9, GV4 ● Acupuncture points combination 6: EX-HN1, GV20, GV24, GV26, GB13, GB20, PC6, HT7 ● Acupuncture points combination 7: GV20, GV23, GV24, GV26, CV17, CV14, CV12	
R9-1-2	To improve the symptoms of generalized anxiety disorder in adults, acupuncture treatment should be considered compared to sham acupuncture.	B/Moderate
	Clinical considerations ● Acupuncture points combination 1: GV20, GV16, BL15, HT7 ● Acupuncture points combination 2: LU7, KI6, GV20, EX-HN3	
R9-2	To improve the symptoms of generalized anxiety disorder in adults, electroacupuncture treatment could be considered compared to anxiety disorder treatment drugs.	C/Low
	Clinical considerations ● Acupuncture points combination 1: GV20, EX-HN3, GB20, PC6, SP6, LR3 ● Acupuncture points combination 2: EX-HN3, GV20, GB5, GB20	
Combination treatment		
R10	To improve the symptoms of Generalized anxiety disorder in adults, the combination therapy of acupuncture treatment and anxiety disorder treatment drugs should be considered compared to anxiety disorder treatment drugs alone.	B/Low

R10-1	To improve the symptoms of Generalized anxiety disorder in adults, the combination therapy of acupuncture treatment and anxiety disorder treatment drugs should be considered compared to anxiety disorder treatment drugs alone.	B/Low
	Clinical considerations ● Acupuncture points combination 1: BL15, BL14, BL18, BL19, BL20, BL21, BL23 ● Acupuncture points combination 2: EX-HN1, Jingshen (精神穴), PC6, HT7, SP6 ● Acupuncture points combination 3: EX-HN1, GV24, EX-HN3, HT7, SP6, LI4(우), LR3(좌) ● Acupuncture points combination 4: GV20, EX-HN3, EX-HN1, GB13, HT7, PC6, LR3, ST36, SP6 ● Acupuncture points combination 5: EX-HN1, Jingshen (精神穴), Renzhong (人中), PC6, HT7, SP6	
R10-2	To improve the symptoms of Generalized anxiety disorder in adults, the combination therapy of electroacupuncture treatment and anxiety disorder treatment drugs should be considered compared to anxiety disorder treatment drugs alone.	B/Moderate
	Clinical considerations ● Acupuncture points combination 1: PC6 ● Acupuncture points combination 2: PC6 ● Acupuncture points combination 3: GV20, GV24, EX-HN1, EX-HN3, PC6, HT7, KI6, BL62, SP6, BL15, BL18, BL23 ● Acupuncture points combination 4: GV20, EX-HN1, HT7, PC6, SP6	
R10-3	To improve the symptoms of Generalized anxiety disorder in adults, the combination therapy of scalp acupuncture treatment and anxiety disorder treatment drugs could be considered compared to anxiety disorder treatment drugs alone.	C/Low
	Clinical considerations ● Acupuncture points combination: Anterior fontanella-GV24 parallel lines and the bilateral 1, 2 cun	
R10-4	To improve the symptoms of Generalized anxiety disorder in adults, the combination therapy of needle embedding treatment and anxiety disorder treatment drugs should be considered compared to the combination therapy of sham needle embedding treatment and anxiety disorder treatment drugs.	B/Moderate
	Clinical considerations ● Acupuncture points combination - Ear acupuncture: Ear Shenmen(TF4), Heart(CO15), Liver(CO12), Occiput(AT3), Endocrine(CO18) - Intradermal acupuncture: HT7, PC6, BL15, BL14	
R10-5	To improve the symptoms of Generalized anxiety disorder in adults, the combination therapy of thread embedding treatment and anxiety disorder treatment drugs should be considered compared to anxiety disorder treatment drugs alone.	B/Moderate
	Clinical considerations ● Acupuncture points combination: GV14, BL18, PC6, SP4, BL57	

R11	To improve the symptoms of Generalized anxiety disorder in adults, the combination therapy of acupuncture treatment, chuna therapy, and anxiety disorder treatment drugs should be considered compared to anxiety disorder treatment drugs alone.	B/Moderate
	Clinical considerations ● Acupuncture points combination 1: EX-HN3, SP6, HT7, PC6, Anmyeon (顔面), GB20, GV24, GV20, EX-HN1 ● Acupuncture points combination 2: GV20, EX-HN1, Anmyeon (顔面), GV24, EX-HN3, GV16, GB20, HT7, PC6, SP6	
R12	To improve the symptoms of Generalized anxiety disorder in adults, the combination therapy of acupuncture treatment and psychotherapy should be considered compared to psychotherapy alone.	B/Moderate
	Clinical considerations ● Acupuncture points combination: San Huang(77.17)(in Dong's acupuncture), GV20, EX-HN3	
R13	To improve the symptoms of Generalized anxiety disorder in adults, the combination therapy of ear acupuncture treatment, anxiety disorder treatment drugs, and psychotherapy should be considered compared to the combination therapy of anxiety disorder treatment drugs, and psychotherapy.	B/Moderate
	Clinical considerations ● Acupuncture points combination: Ear Shenmen(TF4), Heart(CO15), Subcortex(AT4), Sympathetic nerve(AH6a), Aderenal gland(TG2p)	
2) Panic disorder		
Single treatment		
R14	To improve the symptoms of panic disorder in adults, electroacupuncture treatment could be considered compared to anxiety disorder treatment drugs.	C/Low
	Clinical considerations ● Acupuncture points combination: GV20, EX-HN3, EX-HN1, EX-HN5, PC6, HT7	
R15	To improve the symptoms of panic disorder in adults, thread embedding treatment could be considered compared to anxiety disorder treatment drugs.	C/Low
	Clinical considerations ● Acupuncture points combination: BL23 (right and left alternation), SP6 (right and left alternation), CV4	
Combination treatment		
R16	To improve the symptoms of panic disorder in adults, the combination therapy of electroacupuncture treatment and anxiety disorder treatment drugs could be considered compared to anxiety disorder treatment drugs alone.	C/Low
	Clinical considerations ● Acupuncture points combination: PC6	

3) Post-traumatic stress disorder		
Single treatment		
R17	To improve the symptoms of post-traumatic stress disorder in adults, acupuncture treatment should be considered.	B/Low
R17-1	To improve the symptoms of post-traumatic stress disorder in adults, electroacupuncture treatment should be considered compared to anxiety disorder treatment drugs.	B/Moderate
	Clinical considerations ● Acupuncture points combination 1: EX-HN1, GV20, GV24, GB20 ● Acupuncture points combination 2: GV24-EX-HN1 (left), GV20-EX-HN1 (right) / EX-HN1 (anterior)-GB20(left), EX-HN1 (posterior)-GB20(right) (Use alternately)	
R17-2	To improve the symptoms of post-traumatic stress disorder in adults, electroacupuncture and ear acupuncture treatment could be considered compared to anxiety disorder treatment drugs.	C/Low
	Clinical considerations ● Acupuncture points combination - Electroacupuncture: GV24-EX-HN1 (left), GV20-EX-HN1 (right) / EX-HN1 (anterior)-GB20(left), EX-HN1 (posterior)-GB20(right) (Use alternately) - Ear acupuncture: Subcortex(AT4), Ear Shenmen(TF4), Sympathetic nerve(AH6a), Heart(CO15), Liver(CO12), Kidney(CO10) / (Use alternately)	
Combination treatment		
R18	To improve the symptoms of post-traumatic stress disorder in adults, the combination therapy of acupuncture treatment and anxiety disorder treatment drugs should be considered.	B/Low
R18-1	To improve the symptoms of post-traumatic stress disorder in adults, the combination therapy of acupuncture treatment and anxiety disorder treatment drugs could be considered compared to anxiety disorder treatment drugs alone.	C/Low
	Clinical considerations ● Acupuncture points combination: wrist-ankle acupuncture(WAA) upper 1, upper 5 (both side)	
R18-2	To improve the symptoms of post-traumatic stress disorder in adults, the combination therapy of electroacupuncture treatment and anxiety disorder treatment drugs could be considered compared to anxiety disorder treatment drugs alone.	B/Moderate
	Clinical considerations ● Acupuncture points combination 1: GV20, EX-HN3, PC6, ST36 ● Acupuncture points combination 2: GV20, EX-HN3, PC6, ST36	
R19	To improve the symptoms of post-traumatic stress disorder in adults, the combination therapy of acupuncture treaement and Usual PTSD Care should be considered compared to Usual PTSD Care alone.	B/Moderate
	Clinical considerations ● Acupuncture points combination: BL13, BL14, BL15, BL18, BL20, BL23, LR3, LI4, HT5, HT7, PC6, KI3, KI9, CV4, CV15, GV24	

R20	To improve the symptoms of post-traumatic stress disorder in adults, the combination therapy of electroacupuncture treatment and psychotherapy should be considered.	B/Moderate
R20-1	To improve the symptoms of post-traumatic stress disorder in adults, the combination therapy of electroacupuncture treatment and psychotherapy should be considered compared to psychotherapy alone.	B/Moderate
	Clinical considerations ● Acupuncture points combination: PC8 (left)	
R20-2	To improve the symptoms of post-traumatic stress disorder in adults, the combination therapy of electroacupuncture treatment and psychotherapy should be considered compared to the combination therapy of sham electroacupuncture treatment and psychotherapy.	B/Moderate
	Clinical considerations ● Acupuncture points combination: PC6	
4) Social anxiety disorder		
Combination treatment		
R21	To improve the symptoms of social anxiety disorder in adults, the combination therapy of acupuncture treatment and psychotherapy could be considered.	C/Low
R21-1	To improve the symptoms of social anxiety disorder in adults, the combination therapy of acupuncture treatment and psychotherapy should be considered compared to psychotherapy alone.	B/Moderate
	Clinical considerations ● Acupuncture points combination: GV20, EX-HN1, EX-HN3, PC6, HT7, SP6, LR3	
R21-2	To improve the symptoms of social anxiety disorder in adults, the combination therapy of electroacupuncture treatment and psychotherapy could be considered compared to anxiety disorder treatment drugs alone.	C/Low
	Clinical considerations ● Acupuncture points combination: GV20, EX-HN1, GB8, LR3, LI4, PC6	

No.	Recommendation content	Strength of recommendation/Level of evidence
Qigong(psychotherapy)		
Add-on treatment		
R22	To improve the symptoms of anxiety disorders in adults, the combination therapy of Qigong and anxiety disorder treatment drugs should be considered compared to the combination therapy of anxiety disorder education and anxiety disorder treatment drugs.	B/Moderate
	Clinical considerations ● Treatment: A Qigong program developed by two Qigong experts and one psychiatrist suitable for anxiety disorders – 60-90 minutes Once a week for 8 weeks	

No.	Recommendation content	Strength of recommendation/Level of evidence
Meditation(psychotherapy)		
1) Generalized anxiety disorder		
Alone treatment		
R23	To improve the symptoms of Generalized anxiety disorder in adults, meditation therapy should be considered.	B/Low
R23-1-1	To improve the symptoms of Generalized anxiety disorder in adults, acceptance based behavioral therapy (ABBT) could be considered compared to nondirective supportive group therapy (NDST).	C/Low
	Clinical considerations ● Treatment: The ABBT conducted in the study is composed as follows. 1. Introductory psychoeducation 2. Discussion about how the ABBT model applies to each participant 3. Answering questions through handouts 4. Functional assessment using a collective Matrix 5. Imagination exposure treatment 6~9. Review of assignments, tracking of progress. and personal exercises 10. Closing and relapse prevention - Once every one or two weeks two hours, Total fourteen weeks ten sessions	
R23-1-2	To improve the symptoms of Generalized anxiety disorder in adults, acceptance based behavioral therapy (ABBT) should be considered compared to waiting list.	B/Moderate
	Clinical considerations ● Treatment 1: Online therapy program focused on mindfulness and acceptance 'Oroshj€al-pen(The worry help)' 1. Psychoeducation about anxiety and worrying 2. Functional analysis of one's own behavior 3. Activities for one's own intrinsic value 4. Mindfulness education 5. New attitudes to worry and avoidance 6. Acceptance practice 7. Treatment review and relapse prevention plan - Seven sessions per week for nine weeks ● Treatment 2: The ABBT conducted in the study included the following. 1. The habitual nature of anxiety reactions and the function of emotions, 2. Judgment on the paradoxically deteriorating pain and interference, 3. Psychological education on the role of empirical avoidance, 4. Empirical demonstration and self-monitoring. - Four 90 minutes, one to two 60 minutes, for a total of sixteen sessions	
R23-2	To improve the symptoms of Generalized anxiety disorder in adults, mindfulness based stress reduction (MBSR) could be considered compared to stress management education (SME).	C/Low
	Clinical considerations ● Treatment: The MBSR program of Kabat-Zinn(1979) was slightly shortened and implemented. - Once a week, two hours for eight weeks, self-training with an audio CD	

Add-on treatment		
R24	To improve the symptoms of Generalized anxiety disorder in adults, the combination therapy of meditation therapy and anxiety disorder treatment drugs should be considered compared to anxiety disorder treatment drugs alone.	B/Low
R24-1	To improve the symptoms of Generalized anxiety disorder in adults, the combination therapy of mindfulness meditation and anxiety disorder treatment drugs could be considered compared to anxiety disorder treatment drugs alone.	C/Low
	Clinical considerations ● Treatment 1: mindfulness yoga, mindfulness walking, and eight-step head&face relaxation, etc. - Five times a week for 30 minutes, total eight weeks, self-trained on the weekends. ● Treatment 2: straight seat meditation, body scan, mindfulness yoga, and walking meditation, etc. - Six weeks	
R24-2	To improve the symptoms of Generalized anxiety disorder in adults, the combination therapy of mindfulness based cognitive therapy (MBCT) and anxiety disorder treatment drugs could be considered compared to anxiety disorder treatment drugs alone.	B/Moderate
	Clinical considerations ● Treatment 1, 2: The MBCT conducted in the study is composed as follows. Week 1: Introducing disease education and treatment, building relationships Week 2: Raisin Meditation, Body Scan Week 3-4: Confront your emotions without judging by mindfulness walking and breathing exercises Week 5: Realize that everything can change with the exercise of exploring dilemma Week 6-7: Experience how mindfulness can relieve emotions (three minute breathing space exercise) Week 8: Body scan, mindfulness review, review and continuous use - Twice a week, one hour, for eight weeks	
2) Panic disorder		
Add-on treatment		
R25	To improve the symptoms of panic disorder in adults, the combination therapy of meditation therapy and anxiety disorder treatment drugs should be considered compared to anxiety disorder treatment drugs alone.	C/Low
	Clinical considerations ● Treatment: The MBCT conducted in the study is composed as follows. Week 1: Establishment of treatment relationship, introduction to group treatment Week 2-3: Raisin meditation, body scan, one minute meditation Week 4-6: Mindfulness in music, sound and thought Week 7: Choice of life evaluation Week 8: Review and summarize treatment activities, then repeat individual training - Once a week, for eight weeks	

<table>
<tr><td colspan="3">3) Post-traumatic stress disorder</td></tr>
<tr><td colspan="3">Alone treatment</td></tr>
<tr><td>R26</td><td>To improve the symptoms of post-traumatic stress disorder in adults, meditation therapy could be considered.</td><td>C/Low</td></tr>
<tr><td rowspan="2">R26-1</td><td>To improve the symptoms of post-traumatic stress disorder in adults, mindfulness meditation could be considered compared to sitting quietly.</td><td>C/Low</td></tr>
<tr><td colspan="2">Clinical considerations
● Treatment: After explaining and answering questions about the definition and concept of mindfulness, conduct mindfulness meditation focusing on body scan using audio guided meditation.
- Once a week, for six weeks</td></tr>
<tr><td rowspan="2">R26-2</td><td>To improve the symptoms of post-traumatic stress disorder in adults, mindfulness based stress reduction (MBSR) could be considered compared to present-centered group therapy (PCGT).</td><td>C/Low</td></tr>
<tr><td colspan="2">Clinical considerations
● Treatment: The MBSR conducted in the study is composed as follows.
1. Body Scan Meditation
2. Sitting meditation
3. Mindful Hatha Yoga
- Nine sessions for eight weeks, 30-minute personal practice every day with a meditation CD</td></tr>
<tr><td rowspan="2">R26-3</td><td>To improve the symptoms of post-traumatic stress disorder in adults, transcendental meditation could be considered compared to PTSD health education.</td><td>B/Moderate</td></tr>
<tr><td colspan="2">Clinical considerations
● Treatment: Transcendental meditation is a meditation method that allows patients to gradually reach a stable state of awakening by thinking of mantras(sounds) easily without concentration or meditation, unlike mindfulness that focuses on the present moment.
- Five sessions including a single individual training session, 20 minutes of self-training twice daily for three months.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">R26-4</td><td>To improve the symptoms of post-traumatic stress disorder in adults, breathing-based meditation could be considered compared to waiting list.</td><td>C/Low</td></tr>
<tr><td colspan="2">Clinical considerations
● Treatment: Sudarshan Kriya, a breathing medication, consists of three stages of slow breathing(two to four times per minute), strong breathing using abdominal muscles, and repetition of mantra 'Aum', and a unique form of periodic breathing.
- Three hours daily for a week as group therapy, then 20 minutes twice daily for twelve weeks individual training</td></tr>
<tr><td colspan="3">Add-on treatment</td></tr>
<tr><td>R27</td><td>To improve the symptoms of post-traumatic stress disorder in adults, the combination therapy of meditation therapy, psychotherapy, and anxiety disorder treatment drugs should be considered.</td><td>B/Low</td></tr>
</table>

R27-1	To improve the symptoms of post-traumatic stress disorder in adults, the combination therapy of mindfulness based cognitive therapy (MBCT) and anxiety disorder treatment drugs should be considered compared to the combination therapy of socio-therapeutic events and anxiety disorder treatment drugs.	B/Moderate
	Clinical considerations ● Treatment: The MBCT conducted in the study is composed as follows. 1. Forming a therapy group 2. Dealing with obstacles 3. Mindful breathing 4. Staying in the present 5. Accepting being 6. Thoughts, not facts 7. Taking care of oneself in the best form 8. Discussion and application - Once a week 60-70 minutes for eight weeks	
R27-2	To improve the symptoms of post-traumatic stress disorder in adults, the combination therapy of mindfulness based stress reduction (MBSR), psychotherapy, and anxiety disorder treatment drugs could be considered compared to psychotherapy and anxiety disorder treatment drugs.	C/Low
	Clinical considerations ● Treatment 1: MBSR origin format developed by Kabat-Zinn. - Once a week 150 minutes for eight weeks, one seven hour full-day program, 45 minutes daily tasks through the CD guide ● Treatment 2: MBSR manual including sitting meditation, body scan, moving meditation, gentle yoga, and group discussions on topics such as nonjudging, patience, acceptance, and releasing, etc. - Once a week 90 minutes for four weeks, self-training through audio files, books, and CDs	
4) Social anxiety disorder		
Alone treatment		
R28	To improve the symptoms of social anxiety disorder in adults, meditation therapy could be considered.	C/Low
R28-1	To improve the symptoms of social anxiety disorder in adults, mindfulness meditation therapy could be considered compared to waiting list/attention control.	C/Low
	Clinical considerations ● Treatment: The Mindfulness meditation conducted in the study is composed as follows. 1. Psychoeducation about the nature of social anxiety, 2. An orientation to mindfulness 3. Raisin meditation, body scan, sitting meditation, mindful yoga, mindful walking, mindful exposure, breathing 4. Awareness of the interconnection between body, emotions, and mind, 5. Four principles of mindful responding(recognition, acceptance, investigation, and nonidentification) 6. Compassion-based meditations. - Once a week, two hours for twelve weeks	

R28-2	To improve the symptoms of social anxiety disorder in adults, mindfulness based stress reduction (MBSR) should be considered compared to waiting list.	B/Moderate
	Clinical considerations ● Treatment: Four group treatment sessions were added to the MBSR standard program developed by Kabat-Zinn(1993). - Once a week 150 minutes for twelve weeks	
R28-3	To improve the symptoms of social anxiety disorder in adults, compassion focused therapy (CFT) should be considered compared to waiting list.	B/Moderate
	Clinical considerations ● Treatment: The CFT conducted in the study is composed as follows. 1. Psychoeducation on shyness 2. Psychoeducation on shame, self-criticism and barriers to feeling compassion 3. Psychoeducation on the function of (Critical) thoughts and on imagery 4. Psychoeducation on self-validation, training in generating more compassionate thoughts as an alternative to self-(Critical) thoughts 5. Psychoeducation on safety behaviors 6. Psychoeducation on life values and long term goals 7. How to use compassion and integrate compassion in one's life 8. Collaborative summary of the intervention, making plans - Once a week an hour for twelve weeks	

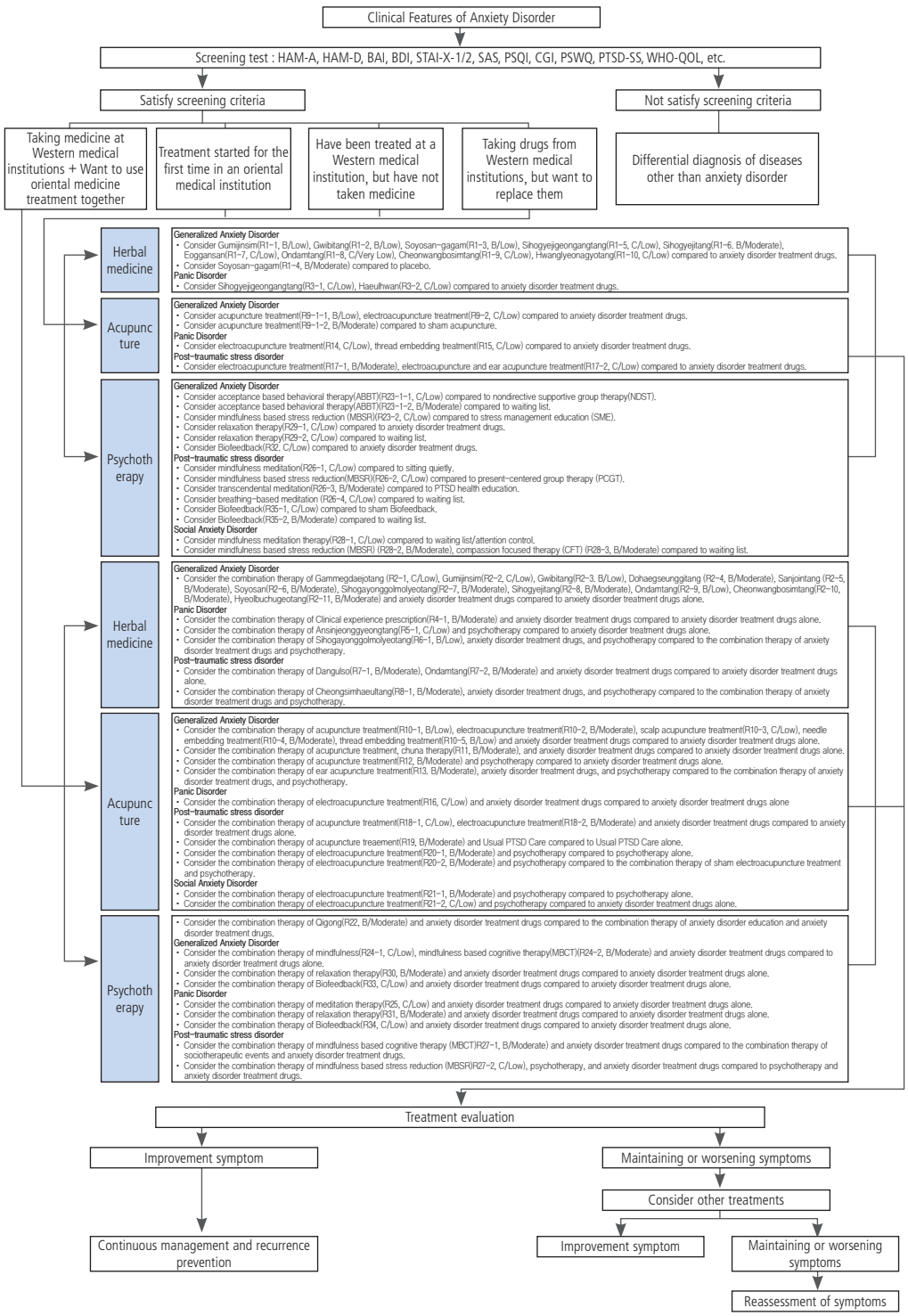
No.	Recommendation content	Strength of recommendation/Level of evidence
Relaxation therapy(psychotherapy)		
1) Generalized anxiety disorder		
Single treatment		
R29	To improve the symptoms of generalized anxiety disorder in adults, relaxation therapy could be considered.	C/Low
R29-1	To improve the symptoms of generalized anxiety disorder in adults, relaxation therapy could be considered compared to anxiety disorder treatment drugs.	C/Low
	Clinical considerations ● Treatment: applied relaxation - Once a week 45 minutes for eight weeks, and 30 minutes of daily tasks	

<table>
<tr><td rowspan="2">R29–2</td><td>To improve the symptoms of generalized anxiety disorder in adults, relaxation therapy could be considered compared to waiting list.</td><td>C/Low</td></tr>
<tr><td colspan="2">● Treatment: The applied relaxation conducted in the study is composed as follows.
1. Psychoeducation and tension awareness training(one session) – monitor one's level of muscle tension
2. Tension–release training(four sessions) – tense then relax different muscle groups
3. Relaxation by recall(two sessions) – relax muscles without tensing them first
4. Relaxation by counting(one session) – imagine relaxation becoming even deeper when count–ing from 1 to 10
5. Conditioned relaxation(three sessions) – apply relaxation skills in evertday situations using a graded hierachy
– Once a week an hour for twelve weeks</td></tr>
<tr><td colspan="3">Combination treatment</td></tr>
<tr><td rowspan="2">R30</td><td>To improve the symptoms of Generalized anxiety disorder in adults, the combination therapy of relaxation therapy and anxiety disorder treatment drugs should be considered compared to anxiety disorder treatment drugs alone.</td><td>B/Moderate</td></tr>
<tr><td colspan="2">Clinical considerations
● The relaxation therapies of the studies included in this recommendation are summarized as follows.
1. Deep breathing (inhale deeply and fill for about 15 seconds to expand the abdomen, exhale slowly, then repeat)
2. Muscle relaxation (focus on each part from head to toe, tensing for 15 seconds, and relaxing, repeat three to four times)
3. Image relaxation (with natural sound effects or soft music playing, imagining 60 comfortable images such as blue skies, calm lakes, vast grasslands and fields, mother's embrace, and a happy childhood etc.)
– daily 30 minutes for three to twelve weeks</td></tr>
<tr><td colspan="3">2) Panic disorder</td></tr>
<tr><td colspan="3">Combination treatment</td></tr>
<tr><td rowspan="2">R31</td><td>To improve the symptoms of panic disorder in adults, the combi–nation therapy of relaxation therapy and anxiety disorder treatment drugs should be considered compared to anxiety disorder treatment drugs alone.</td><td>B/Moderate</td></tr>
<tr><td colspan="2">Clinical considerations
● Treatment: The relaxation therapy conducted in the study is composed as follows.
– Lie on your back on the bed and follow the tape instructions to contract the muscles sequentially from head to toe, hold for 7–10 seconds, and relax.
– Twice daily for four weeks</td></tr>
</table>

No.	Recommendation content	Strength of recommendation/Level of evidence
Biofeedback(psychotherapy)		
1) Generalized anxiety disorder		
Alone treatment		
R32	To improve the symptoms of Generalized anxiety disorder in adults, Biofeedback could be considered compared to anxiety disorder treatment drugs.	C/Low
	Clinical considerations ● Treatment: Myoelectric skin temperature biofeedback – Once a day, 30 minutes each time, total 10 times × 3 sets	
Add-on treatment		
R33	To improve the symptoms of Generalized anxiety disorder in adults, the combination therapy of Biofeedback and anxiety disorder treatment drugs could be considered compared to anxiety disorder treatment drugs alone.	C/Low
	Clinical considerations ● Treatment: Each of the EEG biofeedback studies included in this recommendation was conducted as follows. 1. Consideration 1 – signal electrode: Fp1, Fp2, ground electrode: Fpz, reference electrode: A1, A2 – α wave, SMR, θ wave training – 50 minutes each time, every other day for eight weeks, total 16 times 2. Consideration 2 – signal electrode: Fp1, Fp2, ground electrode: Fpz, reference electrode A1, A2 – α wave, SMR, θ wave training – three times a week for eight weeks, total 24 times 3. Consideration 3 – signal electrode: Fp1, Fp2, ground electrode: Fpz, reference electrode: A1, A2 – α wave, SMR, θ wave training – 30 minutes each time, twice a week for four weeks, total 8 times 4. Consideration 4 – 30 minutes each time, three times a week for 6 weeks, total 18 times 5. Consideration 5 – signal electrode: Cz, reference electrode: A1, A2 – α wave, SMR, θ wave training – Three times a week for week 1–4, two times a week for week 5–6, total 16 times 6. Consideration 6 – signal electrode: Fp1, Cz, ground electrode: Fpt, reference electrode: A1, A2 – α wave, θ wave training – 20 minutes each time, three times a week for six weeks, total 18 times	

<table>
<tr><td colspan="3">2) Panic disorder</td></tr>
<tr><td colspan="3">Add-on treatment</td></tr>
<tr><td rowspan="2">R34</td><td>To improve the symptoms of panic disorder in adults, the combination therapy of Biofeedback and anxiety disorder treatment drugs could be considered compared to anxiety disorder treatment drugs alone.</td><td>C/Low</td></tr>
<tr><td colspan="2">Clinical considerations
● Treatment: Realtime-fMRI neurofeedback by recalling the patient's five happy memories and continuous subtraction(300 -3 -4 -6 -7 -9) as stimulation
- A total of three times once a week</td></tr>
<tr><td colspan="3">3) Post-traumatic stress disorder</td></tr>
<tr><td colspan="3">Alone treatment</td></tr>
<tr><td>R35</td><td>To improve the symptoms of post-traumatic stress disorder in adults, Biofeedback could be considered.</td><td>C/Low</td></tr>
<tr><td rowspan="2">R35-1</td><td>To improve the symptoms of post-traumatic stress disorder in adults, Biofeedback could be considered compared to sham Biofeedback.</td><td>C/Low</td></tr>
<tr><td colspan="2">Clinical considerations
● Treatment: EEG biofeedback training aimed at suppressing 2~6Hz, 22~36Hz, and reinforcing 10 ±13Hz by measuring with measurement electrode T4, reference electrode P4, and ground electrode A1.
- 30 minute each time, twice a week for twelve weeks</td></tr>
<tr><td rowspan="2">R35-2</td><td>To improve the symptoms of post-traumatic stress disorder in adults, Biofeedback should be considered compared to waiting list.</td><td>B/Moderate</td></tr>
<tr><td colspan="2">Clinical considerations
● Treatment: training relaxation by EMG biofeedback, electrode is attached to the forehead.
- 30 minutes each time, three times a week for eight weeks</td></tr>
</table>

4. Clinical algorithm



Ⅰ. 서론

1. 한의표준임상진료지침 개발 배경

1. 한의표준임상진료지침 개발 배경

한의약육성법에 의거한 제3차 한의약육성종합발전계획(2016-2020)은 첫 번째 목표로 '한의표준임상진료지침 개발/보급을 통한 근거 강화 및 신뢰도 제고'를 명시하고 있다. 이는 한의표준임상진료지침을 개발·보급해 근거를 강화하고 이를 통해 국민들에게 한의의료서비스에 대한 건강보험보장성을 강화함으로써 접근성을 높이는 한편 이 과정에서 한의약 산업을 육성하고 국제적인 경쟁력을 강화한다는 정부 한의약발전 정책 의지를 반영한 것이다.

불안장애는 우울증과 함께 1차 의료기관에서 가장 흔하게 접하게 되는 정신의학적 질환이다. 특히, 다양한 가치관과 급격한 변화에 적응해야 하며, 급·만성적인 스트레스에 직간접적으로 노출되기 쉬운 한국사회는 불안장애의 유병률이 높을 수밖에 없는 환경적 요인을 가지고 있다.[1)]

특히, 불안장애의 신체증상은 매우 큰 다양성으로 인해 다른 질환으로 간과하기 쉬우며, 심리증상은 그 근원이 특정한 에피소드에 국한되지 않고, 개인의 성격적 특성과 주변 사회 환경 등 다양한 요소의 상호작용으로 형성되는 경우가 많아 임상현장에서 진단 및 관리가 어렵다.[2)] 따라서 1차 한의진료기관에서의 최적화된 진료가 가능하도록 하는 지침의 개발에 대한 요구가 지속적으로 있어 왔다. 또한 한의학적 변증론(辨證論)은 증상의 다양성이라는 특징을 가진 불안장애 진단-치료에 있어 강점이 될 수 있다. 본 연구는 불안장애 한의표준임상진료지침 개발을 통해 불안장애에 대한 가장 적합한 한의학적 진단·치료 기준을 확보하고자 한다.

본 진료지침의 개발에 의한 1차적 편익은 진료지침의 확산을 통해, 근·골격 질환에 편중된 1차 한의진료기관에서의 진료범위의 다양성을 확보하여 한의진료의 확장성을 가지는 것이고, 2차적 편익은 불안장애 양방 치료과정에서 나타날 수 있는 '약물 치료과정에서의 피로감', '해결되지 않은 신체증상', '약물치료과정에서 나타나는 Adverse Event'를 호소하는 환자군에 대하여 적절한 한의약적 치료를 제공하는 것이다.

개발과정에 있어서는 한의표준임상진료지침의 전문성 및 공정성 확보를 위해 임상진료지침 개발에 대한한의학회 및 대한한방신경정신과학회, 한의과대학 등 한의계 전반의 참여를 유도하였다. 대규모 전문 인력이 투입된 프로젝트인 만큼 체계적인 검증을 통해 한의약의 안전성·효과성을 지속적으로 입증하여 대국민신뢰 회복 및 공공의료 확대에 기여하고자 한다.

불안장애 한의표준임상진료지침은 보건복지부 한의약 선도기술개발 사업의 한의표준임상진료지침 개발사업단 일반세부과제인 [불안장애의 한의표준임상진료지침 개발 및 임상연구(HB16C0021)]의 일환으로 제작되었다.(연구기간 : 2016.06.01.- 2020.12.31.) 임상진료지침의 개발에 있어서 재정후원단체의 의견이 임상진료지침의 내용에 영향을 주지 않았다.

[참고문헌]

1. Korean NeuroPsychiatric Association. Textbook of Neuropsychiatry. Seoul. iMiS company. 2016:309-25, 357-71.

2. National Oriental Medical College Neuropsychology Textbook Compilation Committee. Korean Neuropsychology. Seoul. Jipmoondang. 2016:511-24.

II. 불안장애 개요

1. 정의

2. 임상 현황

3. 진단 및 평가

4. 치료

5. 예방 및 관리

1. 정의

불안장애가 한의학적인 질환의 특정 범주에 명확하게 일치하는 영역은 없다. 그러나 불안장애에서 나타나는 신체적 정신적 증상을 고려했을 때, 몇 가지 증후에서 이해 가능하다. 먼저 경계(驚悸)·정충(怔忡)은 유발요인에 정서적인 면이 고려되며, 증상적인 면에서도 심리적 불안감과 자율신경계 증상을 표현하는 것으로 불안장애의 대표적 한의학적 증후에 해당된다. 그리고 기증(氣證)의 몇 가지 증후에서 불안장애의 증상을 표현하는데, 기울(氣鬱)은 침울하고 안정되지 않은 정서적인 면에서 상기증(上氣證), 단기증(短氣證)에서는 호흡과 관련된 가슴증상에서 불안장애의 임상적 증상을 표현한다.[1)]

그 증상적 분류에서도 좁게는 '경계(驚悸), 정충(怔忡)'의 범주에 속하나 이는 불안장애 증상의 다양성을 전체적으로 포함하지는 못하고 있으며 계심통(悸心痛), 마비(痲痹), 불면(不眠), 두통(頭痛), 도한(盜汗), 구갈(口渴), 진전(振顫), 현훈(眩暈), 매핵기(梅核氣), 설사(泄瀉), 안혼(眼昏), 허로(虛勞) 등의 증후 범주에서 불안장애의 다양한 증상이 구체적으로 나타난다.[2)]

변증(辨證)유형은 불안장애의 대표적인 증후인 경계정충(驚悸怔忡)을 기준으로 각각의 심리적 신체적 증상 특징을 유형별로 구분하여 각각 심담허겁(心膽虛怯), 심기허(心氣虛), 심혈허(心血虛), 심양부진(心陽不振), 심혈어조(心血瘀阻), 담탁조체(痰濁阻滯), 음허화왕(陰虛火旺), 수기능심(水氣凌心), 심비양허(心脾兩虛)로 나누어진다.

서양의학적으로 불안장애는 관련 개별 단위질환을 포함하는 포괄적인 개념으로 ICD-10(국제질병분류 10판 정신 및 행태장애)[3)]을 기준으로 한 범주에는 극도의 공포, 불안 및 관련된 행동 장애의 특징을 지닌 질환들이 포함된다. 여기서 불안이란 미래의 위협에 대한 예측에서 발생하는 현상이고, 공포란 실제로 있거나 혹은 지각된 즉각적인 위협에 대한 감정적 반응이다.[4)]

불안장애 질환별 진단범위는 한국표준질병·사인분류 7차 개정판(KCD-7) 및 ICD-10 기준으로 신경증성, 스트레스-연관 및 신체형 장애(F40-F48)에 포함되며 관련된 불안장애 관련 주요 질환을 보면 다음과 같다.

공포성 불안장애(F40)에 각각 광장공포증(F40.0), 사회공포증(F40.1), 특정공포증(F40.2)이 있고 기타불안장애(F41)에 공황장애(F41.10), 범불안장애(F41.1)가 있으며 그리고 심한 스트레스에 대한 반응 및 적응장애(F43)에 외상후 스트레스 장애(F43.1)가 각각 분류되어 있다.

서양의학 기준 불안장애의 기준이 되는 불안 증상은 크게 2가지로 구분되는데, 호흡과 맥박을 증가시키고, 근육 긴장, 땀 분비 증가, 두통, 가슴조임, 위장관 불편, 빈뇨 등의 자율신경계의 반응에 나타나는 신체적 증상과 행동과 생각으로 나타나는 정신적 불안으로 나누어진다.[2,4)]

현대의학적 관점에서도 불안장애의 신체증상과 심리증상은 더 이상 독립적이거나 개별적이지 않다. ICD-10에서는 신경증과 정신병을 분명히 구분하던 종례의 전통은 버렸지만 '신경증성'(neurotic)이라는 용어를 '신경증성 스트레스 관련 및 신체형 장애((Neurotic, Stress-Related and Somatoform Disorders)'의 항목에 계속 남겨두고 있다. 불안장애는 이러한 '신경증성 스트레스 관련 및 신체형 장애'의 대표적인 질환으로, 마음과 신체의 질병 상관성을 중요시한 '심신일여(心身一如)'의 관점을 가진 한의학

적 이론의 활용성이 가장 높은 질환으로 볼 수 있다.

2. 임상 현황

불안장애는 그 증상의 다양성과 관련 검사의 한계 및 주요 치료중재인 향정신성 약물에 대한 환자의 부정적 인식과 장기 복용에 대한 피로감으로 한의진료기관을 찾을 가능성이 높다. 또한 불안장애 증상으로 향정신성 약물을 복용하고 있는 환자군의 약물 조절에 있어, 어려움을 감소시키는 역할에 한의약적인 치료 중재가 결정적 역할을 한다는 것은 본 지침의 체계적 문헌고찰에서의 다양한 연구에서도 나타나고 있다. 결국 불안장애의 한의약 치료 중재는 의과치료에 대하여 향정신성 약물의 조절 단계에서는 보완적, 그리고 의과치료에 적응하지 못하는 환자군에 대해서는 대체적 치료 중재가 될 것이다.

임상현장에서 현실적인 상황을 살펴보면 다음과 같다. 먼저 한의원에 1차로 방문하는 경우는 대체로 서로 통합할 수 없는 신체, 심리증상을 표현할 것이며, 이런 경우 증상을 계통적으로 정리하여, 한의학적인 변증도구를 활용하여 변증하고, 불안장애 관련 선별도구를 사용하여 진단하며 향후, 치료경과는 문진에 의한 각 증상별 개선 사항과 불안장애 평가도구를 활용한다. 단 증상의 심각도가 높고, 불안장애 증상 이외에 망상과 환청과 같은 정신증상을 표현하는 경우는 전문의료기관이나 상급의료기관으로 의뢰한다. 다음 의과 의료기관을 방문하고 2차로 방문하는 경우는 관련 증상에 대한 필요한 검사가 시행된 후 정상소견으로 진단 받고 한의원에 오는 경우와 정신과 진료를 받고 향정신성 약물을 복용 상태에서 방문하는 경우가 있다. 전자의 경우는 앞에서의 한의원에 1차로 방문하는 경우와 동일하게 진행하면 될 것이며, 후자의 경우는 향정신성 약물을 감량 조절하는 환자의 요구와 향정신성 약물 복용과정에서 나타나는 다양한 문제점을 개선하고자 방문하는 경우이다. 이 경우 의과와의 협진이 가능하면 협진을 통해서, 협진이 어려운 경우는 선 복용약물의 급진적 조절이 없는 범위에서, 한의약적인 중재를 통해서 환자의 전반적인 삶의 질을 높이는 방향으로 관리하면서 진료과정을 진행한다.

본 진료지침 대상감정 집단의 관점과 선호도를 파악하기 위하여 불안장애에 대한 한의진료기관에서의 현황과 인식에 대해 한의사 757명(일반의 677명, 한방신경정신과 전문의 80명)을 대상으로 조사연구를 시행하였으며 분석내용은 아래와 같다. 단, 아래의 분석은 일반의 677명에 대한 자료를 기준으로 하였다.[5)]

1개월에 초진기준 불안장애로 진단받은 내원환자 수가 없는 경우는 26.3%이고 10명 이하가 68.1%이고 10명 이상인 경우가 5% 이내이다. 그러나 불안장애를 동반 증상으로 내원 환자수는 없는 경우가 12.4%, 10명 이상이 14.5% 정도이다. 즉, 전체적으로 한방의료기관에서의 불안장애 진단 환자수는 많지 않으나, 그 관련 증상을 호소하는 비율이 높은 것은 불안장애가 증상의 범주는 다양하다는 것을 보여준다.

불안장애의 진단 또는 평가도구의 활용은 '환자의 자가보고'와 '상담을 통한 정보획득'이 각각 44.3%와 36.8%로 관련 표준화된 평가도구를 활용하는 비율은 낮은 것으로 향후, 객관적인 진단에 대

한 교육이 이루어질 필요가 있다.

그리고 치료에 대한 평가방법은 '환자의 자가평가'와 '상담을 통한 정보획득'이 각각 36.5%와 29.8%로 진단에서와 같이 높은 비율을 차지하여 치료평가가 진단의 연속선상에서 이루어진다고 볼 수 있다. 그러나 하나 특징적인 것은 '향정신성 약물 복용량 감소'로 평가하는 것이 15.1%로 다른 기타 치료효과 평가보다 월등히 높은 비율을 차지하는 것은 내원 환자의 관련 양방약물에 대한 조절에 대한 요구에 응하여 그 비율이 높은 것으로 분석된다.

진단 변증 유형은 심담허겁(心膽虛怯)과 심비양허(心脾兩虛)의 비율이 각각 45%와 27.2%로 한의학적인 불안장애에 대한 임상적 접근 방법에서는 임상현장의 상황에 맞게 적합하게 진단하는 것으로 나타났다.

그리고 양방과의 진료관련성에 대해서 진료시 불안장애 관련 향정신성 약물의 복용여부를 확인하는 경우가 97.5%로 이전 양방치료에 대한 파악비율이 매우 높은 것으로, 양방적인 선행치료를 고려한 진료를 하는 것으로 나타났다. 더불어 내원환자 중 관련 향정신성 약물의 복용 비율은 30% 이상이 65.7%로 높은 비율을 차지하는 것으로 협진의 필요성이 대두된다.

그리고 불안장애 치료 경과에 있어 중요한 요소로 평가되는 것으로, 한의 치료의 기본적인 중재인 한약이 43.1%, 침구치료가 7.7%인 반면 '환자와의 원만한 라포 형성'이라고 답한 비율이 39.9%로 높은 비율을 차지하여 특히, 불안장애는 환자와의 유연한 관계형성이 치료에 중요한 것으로 차지하고 있다.

그리고 주목할 만한 항목으로 불안장애 환자 진료 시 관련 전문가에게 진료를 의뢰할 의향이 89.6%로 매우 높고, 그 이유에서 '상담치료의 필요성'과 '진단의 정확성'이 각각 52.8%와 19.6%로, 본 진료지침의 확산으로 불안장애 진료에 대한 기초적인 전문성은 확보할 필요가 있다.

이상 조사연구를 통해 1차 한의진료기관을 찾는 불안장애 환자의 관점과 선호도를 살펴보면, 양방정신과 약물을 복용하는 환자 비율이 절대적으로 높은 것으로, 환자의 관점은 향정신성 약물의 대체와 보완을 목적으로 한의진료기관을 찾으며, 치료자와의 심리상담과 한약을 선호하는 것으로 나타났다.

전체적으로 양방에서 보편적으로 이루어지는 불안장애의 약물치료에 대해 한의치료가 보완되어 진료되는 현황이며, 한의학적인 이론에 근거한 진단과 치료는 어느 정도 그 접근성이 높은 것으로 파악되나, 보다 전문성을 요하는 진단평가와 치료는 향후, 보완되어야 할 것이다.

본 진료지침의 주 활용대상자가 1차 한의진료기관임을 고려하여, 1차 한의진료기관에서 공황장애, 범불안장애 및 사회불안장애 환자 중 4주 이상 내원한 환자들의 의무기록을 대상으로 2018년 7월부터 2020년 5월까지 22개월까지 후향적 관찰연구를 진행하였다.

인구학적 구성 특징에서 여성 환자의 비율이 높은 것은 한국에서의 불안장애 유병률이 여성이 높은 것에 기인한 것으로 생각되며, 조사 대상에 범불안장애가 높은 이유는 범불안장애의 임상증상이 신체적 증상의 다양성을 포함하고 한의약적 치료기준에 적합한 질환인 것으로 판단된다.

EEG를 통해 인지속도, 집중력, 작업부하도가 호전된 것으로 치료경과를 통해 전반적인 환자의 학업능력이나 직무활동 능력이 향상된 것을 알 수 있다.

HRV는 인체의 긴장도와 스트레스 지수를 객관적으로 평가하는 이학적 기기로 본 연구결과로 심리적 신체적 이완과 스트레스에 대한 적응력이 향상된 것으로 보인다.

STAI, BAI 지수 모두 향상된 것은 불안장애 고유의 불안심리가 안정된 것을 의미하는데, 초기 치료에 대한 반응이 긍정적인 것은 치료에 대한 기대치도 반영이 된 것으로 생각된다. STAXI와 AXI-K는 분노관련 척도로 불안장애 환자는 불안장애로 인한 본인의 전반적인 삶에 대한 부정적 견해로 분노 증상도 동반되는 경향을 가지는데, 치료과정에서 긍정적인 심리상황으로 변하는 것을 알 수 있었다.

불안장애가 가장 겸발하는 정신과 질환이 우울증이므로, BDI 척도의 감소는 환자의 심리적 문제의 안정성을 의미한다.

LOT-R, LSMS, SWLS, LSES 척도의 호전은 치료의 결과에 대한 반응으로, 의료적 치료의 향상과 별도로 환자 개인의 가치관을 포함한 삶의 전반적인 만족도가 향상된 것으로 한의학적 치료의 장점이라고 볼 수 있다.

3. 진단 및 평가

1) 진단 기준

(1) 한의학적 진단 기준

불안장애 전체를 대표하는 구체적인 한의학적 증후는 없으나, 불안장애와 가장 근접한 경계(驚悸)·정충(怔忡)의 변증도구 개발을 위해 한의학, 중의학 서적에 기반하여 임상지표와 유형별 증상을 수집, 정리하여 한방신경정신과 교수 집단의 자문을 통해 제작된 구조화된 면담도구를 구성하고 변증 도구에 대한 신뢰도에 대한 연구[6-7]를 진행했다. 전체적인 신뢰도는 떨어지는 상황이지만, 현재까지 불안장애의 변증유형별 증상지표로 전문가 집단의 의견을 반영한 내용으로서의 가치를 가진다고 볼 수 있다.

경계(驚悸)·정충(怔忡)의 변증유형 및 증상은 다음과 같다.

변증	증상
심담허겁 (心膽虛怯)	쉽게 깜짝 놀라고 깨고, 잠을 잘 자지 못하며 꿈이 많고, 앉으나 누우나 불안하고, 잘 놀라고 쉽게 분노하며, 가슴이 두근거리고, 소화가 안 되며 입맛이 없고, 나쁜 소리가 울리는 것을 듣고, 쉽게 잊어버리며, 가슴이 답답하고, 호흡이 짧고, 땀을 많이 흘리며, 머리가 어지럽고, 사지에 부종이 있으며, 맥은 세약(細弱)하고, 설은 담홍(淡紅)이고 태는 박백(薄白)함
심기허 (心氣虛)	몸이 피로하고 기운이 없고, 말하는 것이 힘이 없고, 호흡이 짧고, 불안감을 호소하고, 얼굴색이 창백하며, 땀을 많이 흘리며, 손발이 따뜻하지 않고, 머리가 어지럽고, 하품을 잘 하고 한숨을 잘 쉬며, 가슴이 번거롭고 답답하며, 맥은 세약(細弱)하고, 설은 담홍(淡紅)이고 태는 박백(薄白)함
심혈허 (心血虛)	머리가 어지럽고 눈앞이 아찔하고, 얼굴색이 윤택하지 않고, 가슴이 두근거리며, 몸이 피로하고 기운이 없고, 몸이 피로하지만 잠을 적게 자고, 사지에 힘이 없고, 불안하며, 입술 색이 옅고, 맥은 세약(細弱)하고, 설은 담홍(淡紅)이고 태는 박백(薄白)함

변증	증상
심양부진 (心陽不振)	온몸이 차갑고, 호흡이 짧고, 땀을 많이 흘리며, 식사량이 적고, 얼굴색이 창백하며, 소변을 자주 보지 않고 색이 맑으며 한 번에 많이 보며, 가슴이 두근거리고, 대변이 묽고, 가슴이 답답하며, 맥은 침세(沈細)하며 삭(數)하고, 설질은 홍(紅)이고 태는 백(白)임
심혈어조 (心血瘀阻)	얼굴색이 어둡고, 입술과 손톱이 새파랗고, 가슴이 답답하며 불편하고, 온몸이 차갑고, 가슴이 두근거리고, 호흡이 짧고 곤란하며, 맥은 삽(澁) 혹은 결대(結代)이고, 설은 자암(紫暗)이며 어반어점(瘀斑瘀點)이 있음
담탁조체 (痰濁阻滯)	식사량이 적고 배가 빵빵하면서 그득하고, 가래가 많고, 속이 울렁거리고 구토를 하고, 몸과 마음이 답답하여 손발을 가만히 두지 못하고, 대변이 굳고, 소변이 황적색이고, 어지럽고, 가슴이 두근거리며, 가슴이 답답하고, 잠을 잘 자지 못하여, 호흡이 짧으며, 맥은 현활(弦滑)하고, 설태는 백니(白膩) 혹은 황니(黃膩)함
음허화왕 (陰虛火旺)	손발바닥과 가슴에 열감을 느끼며, 주기적으로 열이 나며 밤에 식은땀을 흘리며, 잠을 잘 자지 못하고 꿈이 많고, 머리가 어지럽고 귀에서 소리가 들리며, 허리와 무릎이 시큰거리고 힘이 없고, 입과 목이 건조하며, 대변이 건조하고, 소변의 양이 적으며 황색이고, 속이 울렁거리고 구토를 하고, 가슴이 두근거리며, 소변이 잘 나오지 않고, 맥은 세삭(細數)하고, 설은 홍(紅)하며 소태(少苔)함
수기능심 (水氣凌心)	숨이 헐떡거려 편하게 누울 수 없으며, 하지에 부종이 생기고, 목이 마르지만 물을 마시고 싶지 않아 하며, 식사량이 적으며 소화가 잘 되지 않고 입맛이 없고, 맑고 묽은 가래를 내뱉으며, 가슴이 두근거리고, 온몸이 차갑고, 어지러우며, 가슴이 답답하며, 맥은 현활(弦滑)하고, 설은 담반(淡胖)하며 태는 백활(白滑)함
심비양허 (心脾陽虛)	잘 잊고, 얼굴색이 밝지 않고, 몸에 힘이 없으며, 머리가 어지럽고 눈앞이 아찔하고, 땀을 많이 흘리며, 숨이 짧고, 식사량이 적고 배가 잘 빵빵해지며, 가슴이 두근거리고, 대변이 굳으며, 맥은 세약(細弱)하고, 설질은 담(淡)함

(2) 서양의학적 진단 기준

ICD-10에서는 '신경증성, 스트레스 관련성 및 신체형 장애'의 하위분류로 '공포성 불안장애(F40)', '기타 불안장애(F41)', '심한 스트레스에 대한 반응, 및 적응장애(F43)'의 세부항목으로 광장공포, 사회공포, 공황장애, 범불안장애, 외상후 스트레스장애 등이 있다.[3)]

또한 임상현장에 많이 활용되고 있는 미국정신의학회(American Psychiatric Association)의 DSM(The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)에서는 2013년 5판으로 개정되면서 ICD-10과 기존의 DSM-Ⅳ에서 포함된 강박장애와 외상후 스트레스장애를 포함하지 않고 있다.

DSM-5[4)] 기준 불안장애는 분리불안장애, 선택적 함구증, 특정공포증, 사회불안장애, 공황장애, 광장공포증, 범불안장애, 물질/약물치료로 유발된 불안장애, 다른 의학적 상태로 인한 불안장애, 기타 명시된 불안장애, 명시되지 않은 불안장애로 분류하고 있다.

ICD-10 기준 주요 불안장애 관련 질환의 진단기준은 아래와 같다.

범불안장애 F41.1

환자는 최소한 한 번에 수 주일 동안, 그리고 대개 수개월 동안 거의 매일 일차적인 불안증상을 가지고 있어야 한다. 이와 같은 증상에는 대체로 다음의 요소들이 포함되어야 한다:
(a) 근심(장차 닥쳐올 불행에 대한 근심, "낭떠러지에 서 있는 듯한 느낌", 집중력 곤란 등)
(b) 운동성 긴장(안절부절 못함, 긴장성 두통, 전율, 마음을 놓지 못함(이완의 불가능));
(c) 자율신경 기능의 항진(두중감, 발한, 빈맥 또는 빈호흡, 위 상부 불쾌감, 어지러움, 구갈 등)
소아에서는 자주 안심시켜 주어야 하고 반복적인 신체증상 호소를 두드러지게 나타내는 수가 있다.
다른 증상, 특히 우울이 일시적(때로 수일간)으로 나타난다고 해서 범불안장애의 주진단이 배제되지는 않지만 환자의 증상이 우울증 에피소드(F32.-), 공포성 불안장애(F40.-) 또는 강박장애(F42.-)의 전 진단기준에 합치되지 않아야 한다.
• 포함: 불안신경증(anxiety neurosis), 불안반응(anxiety reaction), 불안상태(anxiety state)
• 제외 : 신경쇠약증(neurasthenia)(F48.0)

공황장애 F41.0

이 분류에서는 공황발작이 기존의 공포상황에서 일어날 때는 심한 공포증의 표현으로 보고 공포증에 진단적 우선권을 주어야 한다. 공황장애는 F40.-의 이런 종류의 공포증이 없을 경우에만 주진단으로 내려져야 한다.
명확한 진단을 내리기 위해서는 자율신경성 불안(autonomic anxiety)의 심한 발작이 약 한 달의 기간 동안 여러 번 일어나야만 한다: 이것은
(a) 객관적인 위험이 없는 상태에서 일어나야 하고;
(b) 발작이 이미 알려진, 예측 가능한 상황에 한정되지 않고;
(c) 발작과 발작 사이는(예기불안이 흔하진 않지만) 불안증상에서 비교적 해방된 상태이어야 한다.
• 포함: 공황발작(panic attack), 공황상태(panic state)

외상후 스트레스 장애 F43.1

이 장애는 보통 비통상적으로 심한 외상적 사건을 겪은 뒤 6개월 이내에 일어났다는 확증이 없으면 진단되어서는 안 된다. 외상적 사건과 발병과의 시간 간격이 6개월 이상일 때 임상적 양상이 이 장애의 특성과 일치하고 달리 선택할 만한 진단(예컨대, 불안장애, 강박장애 또는 우울상태)이 없을 때는 이 장애의 "추정"진단(probable diagnosis)을 내릴 수는 있다. 정신적 외상이 있었다는 확증에 추가하여 엄습해 오는 사건에 대한 회상이나 사건의 재연이 그 사람의 기억, 백일몽, 또는 꿈속에서 되풀이되어야 한다. 현저한 정서적 분리, 감각의 마비, 외상을 회상시킬 수 있는 자극의 회피가 흔히 있지만 진단에서 필수적인 것은 아니다. 자율신경계 장애, 기분장애 및 행동상의 이상이 진단을 내리는데 도움을 줄 수 있지만 일차적인 중요성을 가질 말한 것은 아니다.
혹독한 스트레스 때문에 뒤늦게 만성적으로 나타나는 후유증, 즉 스트레스 경험이 있은 지 수십 년 뒤에 나타나는 후유증은 F62.0으로 분류되어야 한다.
• 포함 : 외상성 신경증(traumatic neurosis)

사회공포증 F40.1

확실한 진단을 내리기 위해서는 다음의 기준이 모두 충족되어야 한다.
(a) 심리적, 행태적 증상이든 자율신경계 증상이든, 증상은 일차적으로 불안의 발현이어야 하며, 망상이나 강박적 사고 등과 같은 그 밖의 증상에서 나온 이차적인 것이어서는 안 된다;
(b) 불안은 특정한 사회적 상황에 국한되어 일어나거나 그 상황에서 특히 우세하게 일어나야 한다;
(c) 공포상황에 대한 회피가 두드러진 양상이라야 한다.
• 포함: 대인공포증(anthropophobia), 사회신경증(social neurosis)

DSM-5 기준 주요 불안장애 관련 질환의 진단기준은 아래와 같다.

범불안장애

A. (직장이나 학업과 같은) 수많은 일상 활동에 있어서 지나치게 불안해하거나 걱정(우려하는 예측)을 하고, 그 기간이 최소한 6개월 이상으로 그렇지 않은 날보다 그런 날이 더 많아야 한다.
B. 이런 걱정을 조절하기 어렵다고 느낀다.
C. 불안과 걱정은 다음의 6가지 증상 중 적어도 3가지 이상의 증상과 관련이 있다(지난 6개월 동안 적어도 몇 가지 증상이 있는 날이 없는 날보다 더 많다).주의점: 아동에서는 한 가지 증상만 만족해도 된다.
   1. 안절부절못하거나 낭떠러지 끝에 서 있는 느낌
   2. 쉽게 피곤해짐
   3. 집중하기 힘들거나 머릿속이 하얗게 되는 것
   4. 과민성
   5. 근육의 긴장
   6. 수면 교란(잠들기 어렵거나 유지가 어렵거나 밤새 뒤척이면서 불만족스러운 수면 상태)
D. 불안이나 걱정, 혹은 신체 증상이 사회적, 직업적, 또는 다른 중요한 기능 영역에서 임상적으로 현저한 고통이나 손상을 초래한다.
E. 장애가 물질(예, 남용약물, 치료약물)의 생리적 효과나 다른 의학적 상태(예, 갑상선기능항진증)로 인한 것이 아니다.
F. 장애가 다른 정신질환으로 더 잘 설명되지 않는다(예, 공황장애에서 공황발작을 일으키는 것, 사회불안장애[사회공포증]에서 부정적 평가, 강박장애에서 오염이나 다른 강박 사고, 분리불안장애에서 애착 대상과의 분리, 외상후 스트레스장애에서 외상 사건을 상기시키는 것, 신경성 식욕부진증에서 체중 증가, 신체증상장애에서 신체적 불편, 신체이형장애에서 지각된 신체적 결점, 질병불안장애에서 심각

공황장애

A. 반복적으로 예상하지 못한 공황발작이 있다. 공황발작은 극심한 공포와 고통이 갑작스럽게 발생하여 수분 이내에 최고조에 이르러야 하며, 그 시간 동안 다음 중 4가지 이상의 증상이 나타난다.
주의점: 갑작스러운 증상의 발생은 차분한 상태나 불안한 상태에서 모두 나타날 수 있다.
   1. 심계항진, 가슴 두근거림 또는 심장 박동 수의 증가
   2. 발한
   3. 몸이 떨리거나 후들거림
   4. 숨이 가쁘거나 답답한 느낌
   5. 질식할 것 같은 느낌
   6. 흉통 또는 가슴 불편감
   7. 메스꺼움 또는 복부 불편감
   8. 어지럽거나 불안정하거나 멍한 느낌이 들거나 쓰러질 것 같음
   9. 춥거나 화끈거리는 느낌
   10. 감각 이상(감각이 둔해지거나 따끔거리는 느낌)
   11. 비현실감(현실이 아닌 것 같은 느낌) 혹은 이인증(나에게서 분리된 느낌)
   12. 스스로 통제할 수 없거나 미칠 것 같은 두려움
   13. 죽을 것 같은 공포

주의점: 문화 특이적 증상(예, 이명, 목의 따끔거림, 두통, 통제할 수 없는 소리 지름이나 울음)도 보일 수 있다. 이러한 증상들은 위에서 진단에 필요한 4가지 증상에는 포함되지 않는다.
B. 적어도 1회 이상의 발작 이후에 1개월 이상 다음 중 한 가지 이상의 조건을 만족해야 한다.
   1. 추가적인 공황발작이나 그에 대한 결과(예, 통제를 잃음, 심장발작을 일으킴, 미치는 것)에 대한 지속적인 걱정
   2. 발작과 관련된 행동으로 현저하게 부적응적인 변화가 일어난다(예, 공황발작을 회피하기 위한 행동으로 운동이나 익숙하지 않은 환경을 피하는 것 등).
C. 장애는 물질(예, 남용약물, 치료약물)의 생리적 효과나 다른 의학적 상태(예, 갑상선기능항진증, 심폐질환)로 인한 것이 아니다.
D. 장애가 다른 정신질환으로 더 잘 설명되지 않는다(예, 사회불안장애에서처럼 공포스러운 사회적 상황에서만 발작이 일어나서는 안 된다. 특정 공포증에서처럼 공포 대상이나 상황에서만 나타나서는 안 된다. 강박장애에서처럼 강박 사고에 의해 나타나서는 안 된다. 외상후 스트레스장애에서처럼 외상성 사건에 대한 기억에만 관련되어서는 안 된다. 분리불안장애에서처럼 애착 대상과의 분리에 의한 것이어서는 안 된다).

외상후 스트레스장애

A. 실제적이거나 위협적인 죽음, 심각한 부상, 또는 성폭력에의 노출이 다음과 같은 방식 가운데 한 가지(또는 그 이상)에서 나타난다.
   1. 외상성 사건(들)에 대한 직접적인 경험
   2. 그 사건(들)이 다른 사람들에게 일어난 것을 생생하게 목격함
   3. 외상성 사건(들)이 가족, 가까운 친척 또는 친한 친구에게 일어난 것을 알게 됨

주의점: 가족, 친척, 친구에게 생긴 실제적이거나 위협적인 죽음은 그 사건(들)이 폭력적이거나 돌발적으로 발생한 것이어야만 한다.

   4. 외상성 사건(들)의 혐오스러운 세부 사항에 대한 반복적이거나 지나친 노출의 경험(에, 변사체 처리의 최초 대처자, 아동 학대의 세부 사항에 반복적으로 노출된 경찰관)

주의점: 진단기준 A4는 노출이 일과 관계된 것이 아닌 한 전자미디어, 텔레비전, 영화 또는 사진을 통해 노출된 경우는 적용되지 않는다.

B. 외상성 사건(들)이 일어난 후에 시작되는 외상성 사건(들)과 관련이 있는 침습 증상의 존재가 다음 중 한 가지(또는 그 이상)에서 나타난다.
   1. 외상성 사건(들)의 반복적, 불수의적이고, 침습적인 고통스러운 기억주의점: 7세 이상의 아동에서는 외상성 사건(들)의 주제 또는 양상이 표현되는 반복적인 놀이로 나타날 수 있다.
   2. 꿈의 내용과 정동이 외상성 사건(들)과 관련되는 반복적으로 고통스러운 꿈주의점: 아동에서는 내용을 알 수 없는 악몽으로 나타나기도 한다.
   3. 외상성 사건(들)이 재생되는 것처럼 그 개인이 느끼고 행동하게 되는 해리성 반응(예, 플래시백) (그러한 반응은 연속선상에서 나타나며, 가장 극한 표현은 현재 주변 상황에 대한 인식의 완전한 소실이 수 있음)주의점: 아동에서는 외상의 특정한 재현이 놀이로 나타날 수 있다.
   4. 외상성 사건(들)을 상징하거나 닮은 내부 또는 외부의 단서에 노출되었을 때 나타나는 극심하거나 장기적인 심리적 고통
   5. 외상성 사건(들)을 상징하거나 닮은 내부 또는 외부의 단서에 대한 뚜렷한 생리적 반응

C. 외상성 사건(들)이 일어난 후에 시작된, 외상성 사건(들)과 관련이 있는 자극에 대한 지속적인 회피가 다음 중 한 가지 또는 2가지 모두에서 명백하다.
   1. 외상성 사건(들)에 대한 밀접한 관련이 있는 고통스러운 기억, 생각 또는 감정을 회피 또는 회피하려는 노력
   2. 외상성 사건(들)에 대한 또는 밀접한 관련이 있는 고통스러운 기억, 생각 또는 감정을 불러일으키는 외부적 암시(사람, 장소, 대화, 행동, 사물, 상황)를 회피 또는 회피하려는 노력

D. 외상성 사건(들)이 일어난 후에 시작되거나 악화된 외상성 사건(들)과 관련이 있는 인지와 감정의 부정적 변화가 다음 중 2가지(또는 그 이상)에서 나타난다.
   1. 외상성 사건(들)의 중요한 부분을 기억할 수 없는 무능력(두부 외상, 알코올 또는 약물 등의 이유가 아니며 전형적으로 해리성 기억상실에 기인)
   2. 자신, 다른 사람 또는 세계에 대한 지속적이고 과장된 부정적인 믿음 또는 예상(예, "나는 나쁘다." "누구도 믿을 수 없다." "이 세계는 전적으로 위험하다." "나의 전체 신경계는 영구적으로 파괴되었다."
   3. 외상성 사건(들)의 원인 또는 결과에 대하여 지속적으로 왜곡된 인지를 하여 자신 또는 다른 사람을 비난함
   4. 지속적으로 부정적인 감정 상태(예, 공포, 경악, 화, 죄책감 또는 수치심)
   5. 주요 활동에 대해 현저하게 저하된 흥미 또는 참여
   6. 다른 사람과의 사이가 멀어지거나 소원해지는 느낌
   7. 긍정적 감정을 경험할 수 없는 지속적인 무능력(예, 행복, 만족 또는 사랑의 느낌을 경험할 수 없는 무능력)

E. 외상성 사건(들)이 일어난 후에 시작되거나 악화된, 외상성 사건(들)과 관련이 있는 각성과 반응성의 뚜렷한 변화가 다음 중 2가지(또는 그 이상)에서 현저하다.
   1. (자극이 거의 없거나 아예 없이) 전형적으로 사람 또는 사물에 대한 언어적 또는 신체적 공격성으로 표현되는 민감한 행동과 분노폭발
   2. 무모하거나 자기파괴적 행동
   3. 과각성
   4. 과장된 놀람 반응
   5. 집중력의 문제
   6. 수면 교란(예, 수면을 취하거나 유지하는 데 어려움 또는 불안정한 수면)

F. 장애(진단기준 B, C, D, 그리고 E)의 기간이 1개월 이상이어야 한다.

G. 장애가 사회적, 직업적, 또는 다른 중요한 기능 영역에서 임상적으로 현저한 고통이나 손상을 초래한다.

H. 장애가 물질(예, 치료약물이나 알코올)의 생리적 효과나 다른 의학적 상태로 인한 것이 아니다.

사회불안장애(사회공포증)
A. 타인에게 면밀하게 관찰될 수 있는 하나 이상의 사회적 상황에 노출되는 것을 극도로 두려워하거나 불안해한다. 그러한 상황의 예로는 사회적 관계(예, 대화를 하거나 낯선 사람을 만나는 것,), 관찰되는 것(예, 음식을 먹거나 마시는 자리), 다른 사람들 앞에서 수행을 하는 것(예, 연설)을 들 수 있다.주의점: 아이들에서는 성인과의 관계가 아니라 아이들 집단 내에서 불안해할 때만 진단해야 한다.
B. 다른 사람들에게 부정적으로 평가되는 방향(수치스럽거나 당황한 것으로 보임, 다른 사람을 거부하거나 공격하는 것으로 보임)으로 행동하거나 불안 증상을 보일까 봐 두려워한다.
C. 이러한 사회적 상황이 거의 항상 공포나 불안을 일으킨다.주의점: 아동의 공포와 불안은 울음, 분노발작, 얼어붙음, 매달리기, 움츠러듦 혹은 사회적 상황에서 말을 하지 못하는 것으로 표현될 수 있다.
D. 이러한 사회적 상황을 회피하거나 극심한 공포와 불안 속에 견딘다.
E. 이러한 불안과 공포는 실제 사회 상황이나 사회문화적 맥락에서 볼 때 실제 위험에 비해 비정상적으로 극심하다,
F. 공포, 불안, 회피는 전형적으로 6개월 이상 지속되어야 한다.
G. 공포, 불안, 회피는 사회적, 직업적, 또는 다른 중요한 기능 영역에서 임상적으로 현저한 고통이나 손상을 초래한다.
H. 공포, 불안, 회피는 물질(예, 남용약물, 치료약물)의 생리적 효과나 다른 의학적 상태로 인한 것이 아니다.
I. 공포, 불안, 회피는 공황장애, 신체이형장애, 자폐스펙트럼장애와 같은 다른 정신질환으로 더 잘 설명되지 않는다.
J. 만약 다른 의학적 상태(예, 파킨슨병, 비만, 화상이나 손상에 의한 신체 훼손)가 있다면, 공포, 불안, 회피는 이와 무관하거나 혹은 지나칠 정도다.

2) 선별 및 평가 도구

(1) HAM-A(Hamilton Anxiety Rating Scale)[8]

HAM-A는 신경증적 불안 상태를 평가하려는 목적으로 1959년에 개발된 반구조화된 면담 평가 도구로, 총 14문항으로 구성되어 있다. 불안한 기분, 긴장감, 두려움, 불면, 인지적 기능, 우울, 면담 시 행동을 포함하는 정신적 요인과 신체적-심리적 요인의 2요인으로 구분되었다. HAM-A는 치료의 결과를 측정하는데 많이 사용된다. 각 문항 당 0~4점으로 평정하며, 총점은 0~56점까지이다.

(2) BAI(Beck Anxiety Inventory)[9-10]

BAI는 정신과 집단에서 호소하는 불안의 정도를 측정하기 위한 도구로, 불안의 인지적, 정서적, 신체적 영역을 포함하는 21문항으로 구성되어 있으며, 특히 우울로부터 불안을 구별내기 위한 목적으로 개발되었다. 각 항목마다 0~3점으로 평정하도록 되어 있다. 총 합산점수는 21~63점까지이며, 점수가 높을수록 불안 수준이 높은 것을 의미한다. 22~26점은 불안 상태, 27~31점은 심한 불안 상태, 32점 이상은 극심한 불안 상태로 평가한다.

(3) STAI-X(State-Trait Anxiety Inventory-X)[11-12]

STAI는 상태 불안과 특성 불안으로 구분하여 측정하는 척도로, 상태 불안 척도는 특수한 순간에 느끼는 불안을 측정하는 20개 문항으로 구성되었고, 특성 불안 척도는 개인차를 가지는 동기나 과거 경험으로 인한 획득한 행동성향으로 나타나는 불안을 측정하는 20개의 문항으로 구성되어 있다. 각 문항당 1~4점으로 평정하도록 되어있다. 총 합산 점수는 각 20~80점까지로, 점수가 높을수록 불안 수준이

높은 것을 의미한다. 상태불안척도는 52~56점은 약간 높음, 57~61점은 상당히 높음, 62점 이상은 매우 높음으로, 특성불안척도는 54~58점은 약간 높음, 59~63점은 상당히 높음, 64점 이상은 매우 높음으로 평가한다.

(4) TESS(Treatment Emergent Symptom Scale)[13]

TESS는 1973년 미국의 National Institute of Mental Health에서 개발된 부작용 척도이다. 다양한 유형의 정신 장애가 있는 성인 환자에게 사용하기 적합하다. 행동 독성, 신경계 증상, 자율신경계 증상, 혈관계 증상, 기타 증상 등의 각 증상에 대해서 중증도, 증상과 약물과의 관계, 조치 및 치료 3가지를 평가한다.

(5) SAS(The Zung Self-Rating Anxiety Scale)[14]

Zung의 자기보고식 불안 척도(SAS)는 일반적인 여러 불안 증상 등을 망라하는 20개의 문항들로 구성되어 있고, 정동적 불안과 신체적 불안으로 나눌 수 있다. 각 항목마다 '거의 그렇지 않다, 때때로 그렇다, 자주 그렇다, 거의 항상 그렇다.' 중 한 가지로 응답할 수 있으며 응답에 따라서 1~4점으로 평가되는 Likert 척도로 구성된다. 점수는 각 항목의 점수를 합산하여 20~80점의 범주로 평가한다.

(6) PSQI(Pittsburgh Sleep Quality Index)[15]

PSQI는 주관적 수면의 질(subjective sleep quality), 수면잠복기(sleep latency), 수면시간(sleep duration), 습관적 수면효율(habitual sleep efficiency), 수면장애(sleep disturbances), 수면제 사용(use of sleeping medication), 주간 기능장애(daytime dysfunction)의 7개 범주로 이루어진 총 19개의 문항으로 구성되었다. 각 문항은 0~3의 점수를 가지며, 몇 개의 문항으로 이루어진 각각의 범주는 각 문항의 점수를 합산하고 그것을 다시 지수화하여 역시 0~3의 지수를 가진다. 예를 들어, 수면장애의 경우 0은 수면장애가 없음, 1은 경도의 수면장애, 2는 중등도의 수면장애, 3은 심도의 수면장애를 나타낸다. 이와 같이 7개 범주 지수를 모두 합하여 0~21의 총 수면지수가 되며, 총 수면지수가 5 이하이면 good sleeper, 5를 초과하면 poor sleeper로 규정하고 있다.

(7) CGI(Clinical Global Impression)[16-17]

CGI는 정신 질환에 사용할 수 있는 연구 평가 도구로, 환자의 정신질환의 심각도를 평가하는 CGI-S(Severity)와 호전도를 평가하는 CGI-I(Improvement)로 구성되어 있다. CGI-S는 진단에 관계없이 정신질환의 심각도를 평가자가 총괄적으로 평가하는 척도로, 1점(정상)부터 7점(최고도)까지 7단계로 구성된 단일 항목을 평가한다. CGI-I는 치료 시작 이후 환자의 전반적인 임상 상태를 1점(치료 시작 이후 매우 개선됨)부터 7점(치료 시작 이후 훨씬 나빠짐)까지 7단계로 구성된 단일 항목을 평가한다.

(8) PTSD-SS(Post-Traumatic Stress Disorder Self-rating Scale)[18]

PTSD-SS는 24개 항목으로 구성된 자가 평가 척도이다. 외상성 사건에 대한 주관적 평가, 반복된 경험, 회피 증상, 각성도 증가, 사회적 기능 장애와 관련된 항목으로 구성되어 있다. 각 항목에 대해서 1~5점으로 평가한다.

(9) HAM-D(Hamilton Depression Rating Scale)[19]

HAM-D는 17개 항목으로 이루어진 척도로 우울한 기분(depressed mood), 죄책감(feeling of guilt), 자살(suicide), 일과 활동(work and activities), 지체(retardation), 초조(agitation), 정신적 불안(psychic anxiety), 신체적 불안(somatic anxiety), 건강염려증(hypochondriasis) 등 9개의 항목은 0~4점으로, 초기 불면증(insomnia, early), 중기 불면증(insomnia, middle), 말기 불면증(insomnia, late), 위장관계 신체증상(somatic, gastrointestinal), 전반적인 신체증상(somatic general), 성적인 증상(genital symptoms), 병식(insight)등 7개 항목은 0~2점으로 채점된다. 체중 감소(loss of weight) 항목은 0~3점으로 채점되는 경우도 있으나 대부분 0~2점으로 채점되기 때문에 이 항목 역시 0~2점으로 채점하였다. 따라서 총점의 범위는 0~52점으로 점수가 높을수록 우울증이 심각하다는 것을 의미한다.

(10) PSWQ(Penn-State Worry Questionnaire)[20]

PSWQ는 16개의 문항으로 구성된 자기보고식 검사로, 과도하고 통제할 수 없는 병적 걱정을 평가한다. 범불안장애, 공황장애, 사회불안장애, 특정공포증, 강박장애, 외상후스트레스장애 등에서의 걱정 및 감별에 활용할 수 있다.

(11) WHO-QOL(World Health Organization Quality of Life)[21]

WHO-QOL은 세계보건기구에서 삶의 질을 측정하기 위하여 만든 자기보고식 검사이다. 보고자의 자세한 증상이나 질병, 상태를 측정하기보다는 여러 영역(domain)과 하위 척도(facet)에서 삶의 질을 주관적으로 보고하도록 되어 있다. 삶의 질은 ① 신체적 영역(physical domain), ② 심리적 영역(psychological domain), ③ 독립정도(levels of independence), ④ 사회적 관계(social relationships), ⑤ 환경(environ ment), ⑥ 영적 영역(spiritual domain) 등 6개의 영역(domain)으로 나누어져 있다. 각각의 영역에는 2~4개의 하부척도가 있으며 각 하부척도들은 4개의 문항으로 구성되어 있다. 이들은 총 24개의 하부 척도(facet)와 전반적인 삶의 질(overall QOL)과 건강에 관해 다루는 4개의 일반적인 질문을 포함한다.

(12) BDI(Beck Depression Index)[22]

Beck이 개발한 자기보고형 질문지로 21개 문항으로 구성되어 있으며, 문항당 0~3점 척도로 구성되어 있으며, 총점을 구한다. 0~9점은 우울하지 않은 상태, 10~15점은 가벼운 우울상태, 16~23점은 중한 우울상태, 24~63점은 심한 우울상태를 의미한다.

(13) PCL-5 (PTSD Checklist-5)[23]

DSM-5의 PTSD 증상을 측정하기 위해 Weathers 등이 개발한 20문항의 자기보고 설문지이다. PCL-5는 PTSD의 개인선별, 진단 평가에 도움이 되며 PTSD 증상변화의 관찰목적에 적합한 검사이다. 지난 한 달 동안 과거 스트레스 경험이 일으킨 증상으로 인해 얼마나 고통스러웠는지를 0점부터 4점의 리커트 척도로 평정하며 총점은 0~80점 범위에 있다. PTSD 진단기준의 B항목에서 1개 이상(질문 1~5), C항목에서 1개 이상(질문 6~7), D항목에서 2개 이상(질문 8~14), E항목에서 2개 이상(질문 15~20)의 증상이 있는 경우 PTSD일 가능성이 커지며 20문항의 총점으로 증상의 심각도를 동시에 평가한다.

(14) ISI (Insomnia severity index)[24]

불면증에 대한 평가도구로서, 총 7가지 항목으로 되어있으며, 입면장애의 정도, 수면유지 장애의 정도, 쉽게 깨는 정도, 수면에 대한 만족도, 수면장애가 일상생활을 방해하는 정도, 수면장애로 인한 삶의 질손상정도, 불면증에 관한 걱정 정도이다. 각 항목마다 1점부터 4점까지 점수를 매기며 총 28점이다.

4. 치료

1) 한의학적 치료 방법

한약처방으로는 불안장애의 일반적 치료 처방으로는 온담탕(溫膽湯), 귀비탕(歸脾湯), 가미소요산(加味逍遙散), 천왕보심단(天王補心丹), 사물안신탕(四物安神湯), 분심기음(分心氣飮), 시호가용골모려탕(柴胡加龍骨牡蠣湯) 등이 제시되고, 불안장애에 나타날 수 있는 계심통(悸心痛), 불면(不眠), 두통(頭痛), 한증(汗症), 불어증(不語症), 구갈(口渴), 진전(振顫), 현훈(眩暈), 매핵기(梅核氣), 설사(泄瀉), 안혼(眼昏), 허로(虛勞) 등의 다양한 신체증상에 대해서는 해당 증후의 대표처방에서 불안과 공포의 심리적 요소가 고려된 처방으로 선택하거나 진심안신(鎭心安神)하는 약을 가미(加味)한다.

침치료는 경락(經絡)은 수궐음심포경(手厥陰心包經), 수소음심경(手少陰心經) 등을 활용하며, 경혈(經穴)은 내관(內關), 신문(神門), 전중(膻中), 대릉(大陵), 족삼리(足三里), 백회(百會) 등을 활용한다. 향후, 두 가지 중재는 임상적 활용에 대한 추가적인 연구가 진행되어야 할 것이다.

한의학의 '심신일여(心身一如)'의 대원칙은 신(神)으로 대표되는 한의학에서의 마음에 대한 가치는 몸과 동일하거나 오히려 중요하다는 것을 의미한다. '한의정신요법'은 이러한 '심신일여(心身一如)'의 이론을 실천하기 위해 심리적 변화를 추구하는 실질적인 치료법들을 말하며 불안장애와 관련을 가지는 몇 가지 한의정신요법을 소개한다.

- 경자평지요법(驚者平之療法) : 불안의 원인이 되는 자극을 약한 것으로부터 순차적으로 강한 자극을 주어 이들 자극에 습관이 되게 함으로써 증상을 해소시키는 정신요법이다.

- 오지상승요법(五志相勝療法) : '사승공(思勝恐)'요법은 의사가 그 불안과 공포의 심리적 원인을 정확하게 파악하고 그 부정적 정서를 유도하여, 자신의 폭넓은 경험을 결합하고 일정한 견해를 견지하는 등의 방법으로 환자를 두려움과 불안으로부터 벗어나도록 하는 것이다.

- 이정변기요법(移精變氣療法) : '정신전이법(精神轉移法)'은 환자의 부정적 사건에 대한 생각이나 불안한 마음 등의 나쁜 자극을 유발하는 심리적 변화를 전이 또는 분산하는 방법이며, '정서도인법(情緖導引法)'은 호흡이나 신체적 동작을 활용하여 환자 내부의 심리적 긴장감을 완화하는 치료법이다.

- 지언고론요법(至言高論療法) : 의사의 지식과 권위를 이용하여 환자의 긍정적 심리요소와 부정적 사고와 사건 그리고 불안한 심리 요소 등을 찾아 긍정적 요소는 확장하고 부정적 요소에 대해서는 억제하도록 하는 정신요법이다.

- 암시요법(暗示療法) : 의사의 언어와 행동 등의 방식을 사용하여 환자가 모르는 사이에 어떤 암시를 받아들이도록 유도하고 정서와 행위를 변화시키는 방법으로, 어떤 불안의 심리유발 요소에 대한 부정적인 생각과 행동을 암시를 통해 변화시키는 정신요법이다.

또한 한의학 임상에서 활용할 수 있는 심리치료기법으로 감정자유기법(emotional freedom technique, EFT)이 있다. 감정자유기법은 경락과 경혈 개념을 활용한 심신의학적 접근법으로, 모든 부정적 감정의 원인을 경락의 혼란으로 보고, 특정 경혈을 손가락으로 두드림으로써 질병을 치료하는 방법이다. 감정자유기법을 통해 기(氣)의 흐름이 원활해지며, 문제의 원인이 되는 근원적인 감정 요소들이 해소된다. 다양한 심리, 신체증상 개선에 효과적으로 밝혀진 EFT는 배우기가 용이하고, 빠르게 시행할 수 있으며, 특정한 준비 도구를 필요로 하지 않으며, 모든 연령에서 안전하게 활용될 수 있는 효과적인 치료방법 중 하나이다.[25-26] 감정자유기법은 준비 단계, 제 1차 기본 두드리기, 손등 두드리기, 제 2차 기본 두드리기, 보충과정의 5단계로 이루어져 있으며, 기본 두드리기 과정에서는 찬죽(BL2), 동자료(GB1), 승읍(ST1), 인중(GV26), 승장(CV24), 대포(SP21) 등을 자극한다.[27] 감정자유기법의 연구 동향을 고찰한 국내 논문에서는 EFT가 불안장애, 불면증, 우울증, 통증 질환 등에 활용된다고 밝혔다.[25] 특히 2019년 10월 보건복지부 고시에 의해 외상후 스트레스장애 환자를 대상으로 부정적 감정을 해소하는 등 증상을 개선하는 데 있어 안전하고 유효하다는 평가를 받음으로써 한의의료기술 중 최초로 신의료기술로 등재되었으며(보건복지부고시 제2019-232호)[28], 2021년 7월 1일 부터는 건강보험행위로 인정 받았다.

2000년부터 2019년까지의 불안장애 치료 관련 국내 임상연구에서의 대한 내용을 살펴보면 다음과 같다.

공황장애에 대한 임상연구를 보면, 1차 한의진료기관의 후향적 관찰연구[29]가 있고 그 외에는 모두

증례보고 형식을 취하였다. 각 증례에서의 중재는 감정자유기법(EFT)[27]을 사용한 증례와 죽엽석고탕(竹葉石膏湯)을 사용한 증례[30]를 제외하고는 복합 중재를 활용하였으며, 그 중재의 내용은 마음챙김 명상과 이정변기요법(移精變氣療法)[31], 한약, 침 등의 한방치료와 인지행동치료[30], 시호소간탕(柴胡疏肝湯)과 침치료[31], 한방 과립제와 침, 한방정신요법[34], 십미온담탕(十味溫膽湯)과 침과 심리치료[35], 추나요법과 침치료[36]를 각각 활용한 증례연구가 있었다.

범불안장애에 대한 임상연구를 보면, 가미소요산(加味逍遙散)을 활용한 무작위배정 대조군 연구[37], 귀비온담탕(歸脾溫膽湯)[38]을 주된 중재로 활용한 증례보고가 있었다.

사회불안장애에 대한 임상연구를 보면, 생기능자기조절훈련 단일 중재[39], 한약, 침 등의 한방치료와 인지행동치료[40]를 활용한 증례연구가 있었다.

외상후 스트레스장애에 대해서는 한방정신요법 기반 심리치료 개발 및 예비적 임상시험에 대한 연구[41], 급성 스트레스장애 환자에 대한 양심탕가미방(養心湯加味方) 치험례[43]가 있었다.

그 외 불안증상 자체에 초점을 맞춘 연구 중 근거수준이 높은 연구로는 마황(麻黃)[43], 화병 환자의 불안증상의 시호가용골모려탕(柴胡加龍骨牡蠣湯)[44]과 침치료(신문(HT7), 삼음교(SP6), 인당(EX-HN3), 단중(CV17))[45]에 대한 이중맹검에 의한 무작위 대조군 연구가 있었으며, 환자의 진단을 넓게 불안장애로 평가하고 영계감조탕(苓桂甘棗湯)을 투여한 치험례가 있었다.[46]

전체적으로 한약처방 및 침치료는 불안장애 임상에서 통상적으로 활용되는 중재가 연구되었으며, 특징적으로 감정자유기법이나 생기능자기조절훈련과 같은 한의정신요법이 불안장애의 연구에 의미있게 활용되어 향후, 두 가지 중재는 임상적 활용에 대한 연구가 진행되어야 할 것이다.

2) 서양의학적 치료 방법

불안장애 전체적으로는 선택적 세로토닌 재흡수 억제제(selective serotonin reuptake inhibitor, SSRI)를 비롯한 항우울제 계열 약물이 선택되고 있으며, 질환의 특성상 6개월 이상의 유지치료가 필요한 경우가 많다. 그리고 초기나 급성기에 benzodiazepine계 약물이 빠른 항불안효과의 장점으로 널리 활용되고 있다.

특히, 급성기에 활용되는 benzodiazepine계 약물은 한의약적 치료과정에서 발생할 수 있는 응급상황이나 위해적인 환경에 노출된 경우 한의약적 치료의 대안으로 제시할 수 있다.

정신치료는 인지행동치료(cognitive-behavioral therapy, CBT)가 가장 많은 근거를 가지고 임상에서 활용되며, 이외 질병과 증상에 따라 지지정신치료, 통찰치료, 분석적 정신치료 등 다양한 정신치료 기법이 불안장애에 활용된다.

불안장애 주요 질환별 선택되거나 임상에서 활용되는 치료법을 살펴보면 다음과 같다.[2,47-49]

- **공황장애**

공황장애의 약물치료는 공황발작의 반복을 줄임과 동시에 예기불안, 회피행동 및 우울증 같은 공존

질환을 치료하는 것이다. 주된 치료약물은 항우울제이며 SSRI가 일차로 선택되는데, 급성기에는 benzodiazepine계 약물을 활용한다. 대개 투여 2-4주 만에 효과가 나타나며, 회복 후에도 8-12개월 정도 유지 치료한다. 정신치료는 환자의 상태에 따라 분석적 내지 지지적 치료, 가족치료, 행동치료 및 인지치료 등이 단독 또는 약물과 같이 활용하는데, 인지행동치료가 임상적으로 효과가 많이 입증되었다.

● 범불안장애

한국형 범불안장애 진료지침에 의하면 약물치료로는 SSRI 계열의 항우울제와 세로토닌 노르에피네프린 재흡수 차단제(serotonin-norepinephrine reuptake inhibitor, SNRI)계열의 항우울제가 치료 시기, 공존 질환 유무에 관계없이 높은 선호도를 나타내었다.

정신치료는 약물과 병행하는 경우가 많은데, 근거가 가장 뚜렷한 인지행동치료 및 지지정신치료, 통찰지향 정신치료 등이 활용가능하다.

● 사회불안장애

약물 치료로는 SSRI가 일차적 선택이며, 급성기에는 benzodiazepine계 약물을 남용과 의존의 가능성을 두고 신중하게 처방한다.

정신치료는 행동치료나 인지행동치료가 많이 활용된다.

● 외상후 스트레스장애

약물치료로는 SSRI를 비롯한 삼환계 항우울제(TCA), SNRI 등의 항우울제가 최소 8주 이상 활용되며, benzodizepine계 약물은 불안과 수면장애를 위해 선택되나 남용의 위험성을 주의해야 한다.

정신치료로는 임상에서 가장 많이 활용되는 인지행동치료와 안구운동 민감소실 및 재처리요법(Eye Movement Desensitization and Reprocessing, EMDR), 역동정신치료(Psychodynamic Therapy) 등이 활용된다. 특히 인지행동치료는 불안장애 치료에 사용되는 대표적인 행동요법이다. 불안장애 치료에 있어 인지행동치료는 불안을 구성하는 신체 증상과 관련된 감각, 두려운 생각이나 재앙과 관련된 생각에 대한 인지적 요소 및 특징적인 회피를 포함하는 행동 요소 등에 적절하게 개입하여 자신이 불안이 비현실적임을 깨닫고 인지적 왜곡을 교정하여 불안에 건설적으로 대처할 수 있도록 해 준다.[50)]

3) 경과와 예후

불안장애는 전반적으로 만성적인 경과를 보이며, 개인의 성격요인과 사회적 지지체계에 따른 개인차가 있다. 몇 가지 대표질환의 경과와 예후를 살펴보면 다음과 같다.

공황장애는 대개 청년기에 나타나며 만성적인 경과를 보이는데 특히, 광장공포증이 없는 경우에 예후가 좋다. 범불안장애는 주로 30대에 발병하고 전 생애에 걸쳐 불안감과 초조감을 가지며, 환자의 1/3만이 정신과 진료를 찾는다. 사회불안장애는 발병 연령이 빠르고 만성적인 경과를 보이는데, 나이가 어

리거나 증상이 경미하면 좋은 치료 경과를 가진다. 외상후 스트레스장애는 사건 발생 1주 후부터 나타나며 급성 발병, 증상기간이 짧을 때, 병전 기능이 좋을 때, 사회적 지지가 강할 때 등에서 예후가 양호하다.[2,47)]

5. 예방 및 관리

불안장애는 대체로 만성적인 경과를 보인다. 공황장애는 대개 청년기에 나타나는데, 치료받지 않는다면 대개 만성적인 경과를 밟지만 그 정도는 심할 때도 있고 저절로 나아지는 경우도 있다. 중간에 몇 년간 증상이 없다가 한 번씩 증상이 나타나기도 하고, 지속적으로 심각한 증상을 보이기도 한다. 소수의 사람에서만 수년간 재발이 없는 증상의 완전 관해가 온다. 범불안장애는 주로 30대에 발병하지만 발병 연령이 매우 넓게 퍼져 있으며, 청소년기 이전에 나타나는 경우는 드물다. 증상은 만성적이고 굴곡이 있어 임상적으로 뚜렷한 증상을 보일 때와 그렇지 않을 때를 오르내린다. 전체 환자 중 1/3 정도만이 정신과 진료를 받으며 완전 관해율은 매우 낮다. 사회불안장애는 대개 후기 아동기에서 초기 청소년기에 발생하는데, 아동기에 사회적인 상황에서 나서지 않으려 하고 부끄러움을 타는 것에서부터 발전한다. 스트레스와 수치심을 주는 경험 뒤에 발생하기도 하고, 점진적으로 서서히 발병하기도 한다. 청소년기에는 아동기에 비해서 다양한 공포와 회피가 나타나고, 청년기에는 사회불안 증상이 특정 상황에서 심하게 나타나며, 노년기에서는 증상은 약하지만 더 광범위한 상황에서 나타난다. 사회불안장애 환자의 대략 30%는 1년 이내에 증상이 좋아짐을 경험하며 50%는 수년 내에 호전을 보이고, 치료를 받지 않는 환자의 60%는 수년 이상 증상이 지속될 수 있다. 외상후 스트레스장애는 대개 외상 후 3개월 이내에 증상이 시작되며, 1년 후 약 50%에서 회복하며, 증상의 지속기간이 짧고, 병전 기능이 좋고, 사회적 지지가 튼튼한 경우, 다른 질환이 없는 경우 예후가 양호하다.[2-3,47)]

불안장애의 예방에는 생활습관의 관리가 중요하다. 불안장애에 걸리기 쉬운 사람들은 대체로 완벽주의적인 성향, 인정받는 것에 대해 과도한 욕구, 스트레스가 유발하는 신체 증상을 무시하려는 경향, 통제에 대한 과도한 욕구가 있을 가능성이 높다. 따라서 자신에게 이러한 특성이 있는지 확인하고 바꾸는 것이 필요하다. 불안을 일으킬 수 있는 카페인, 니코틴의 섭취를 줄이고, 신체 스트레스를 주는 소금, 방부제, 육류, 정제된 당류의 섭취를 줄이는 것도 도움이 된다. 또한 아침에 유산소 운동을 해서 근육의 긴장도가 낮아질 수 있도록 한다.[51-52)] 카바(Piper methysticum), 라벤더 오일(Lavandula angustifolia), 시계꽃(Passiflora incarnata), 세인트존스워트(Hypericum perforatum), 힐초(Valeriana officinalis) 등의 식물은 불안장애 증상 개선에 도움이 된다.[53)]

불안장애 환자들에게는 자신의 감정을 억누르기보다는 본인의 감정을 인식하고, 다른 사람과 공유하거나 글로 쓰는 등의 행동으로 감정을 배출하는 것이 관리와 회복에 도움이 된다. 관리 방법을 장애에 따라 구체적으로 살펴보면, 공황장애와 범불안장애는 증상을 일으킬 수 있는 생활 방식을 변화시키는 것이 필요하며, 스트레스 관리, 규칙적인 운동, 식단에서 자극제와 감미료 줄이기, 휴식시간 갖기 등

이 필요하다. 사회불안장애는 어떠한 사회적 상황에 처하고 있는지와 상관없이 본인 바로 가까이에 있는 과제에만 집중하기, 사회 기술 훈련, 주장 훈련 등이 도움이 된다. 외상후 스트레스장애의 관리에는 지지집단을 통한 치료가 도움이 될 수 있다.[52] 정신 증상이 나타날 때 주의를 다른 곳으로 전이 또는 분산하는 정신전이법(精神轉移法)도 증상 개선에 도움이 될 수 있다.[1]

[참고문헌]

1. National Oriental Medical College Neuropsychology Textbook Compilation Committee. Korean Neuropsychology. Seoul. Jipmoondang. 2016:194-5, 249-59.
2. Korean NeuroPsychiatric Association. Textbook of Neuropsychiatry. Seoul. iMiS company. 2017:309-36, 357-66.
3. World health organization geneva. The classification of mental and behavioural disorder 10th edition. 2005:132-42, 145-51.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth edition. Seoul. Hakjisa. 2015:199-247, 289-300.
5. Seo SI, Choi SY, Kim EJ, Koo BS, Jung HY, Lee GH, Kim GW. Patterns of Integrative Korean Medicine Practice for Anxiety Disorders: A Survey among Korean Medicine Doctors (KMDs) in Korea. (Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine. 2020 Oct 5;2020:3140764. doi: 10.1155/2020/3140764.
6. Park DM, Lee SR, Kang WC, Jung IC. Preliminary Study to Develop the Instrument of Pattern Identification for Jing Ji and Zheng Chong. Journal of oriental neuropsychiatry. 2010;21(2):1-15.
7. Choi WC, Lee HS Seo BN, Kang WC, Jung IC. A Study to Assess the Reliability and Improvement of the Instrument of Pattern Identification for Jing Ji and Zheng Chong. Journal of Oriental Neuropsychiatry 2014;25(4):371-82.
8. Hamilton, M. A. X.. The assessment of anxiety states by rating. British Journal of Medical Psychology. 1959;(32):50-5.
9. Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1988;56(6):893-7.
10. Kwon, S. M.. Differential roles of dysfunctional attitude and automatic thoughts in depression: An integrated cognitive model of University of Queensland, Brisbane, Australia. 1992.
11. Gaudry E, Spielberger CD. Anxiety and intelligence in paired-associate learning Journal of Educational Psychology. 1970;(61):386-91.
12. Hahn DW, Lee CH Tak JG. Standardization of Spielberger State-Trait Anxiety Test. Korea Institute of Psychology Proceedings of the 93' general conference. 1993:505-12.
13. 张明园. 副反应量表(TESS). 上海精神医学. 1984;2:77-80.

14. Chung CY, Kim DH. Are Anxiety and Depression Distinct? : Exploratory Factor Analysis of Zung's Self-Rating Anxiety and Depression Scales. Korean journal of biological psychiatry. 2013;20(1):21-7.
15. Kim MH, Han GS, Park MS. A Study on the Sleep Quality of the Patients with Temporomandibular Disorders using Pittsburgh Sleep Quality Index. Journal of Oral Medicine and Pain. 2002;27(1):89-105.
16. Joan Busner, Steven D. Targum. The Clinical Global Impressions Scale: Applying a Research Tool in Clinical Practice. Psychiatry. 2007;4(7):28-37.
17. Jung SM, Kim MK, Lee JB, Choi JH, Jung BJ, Byun WT. Reliability and Validity of the Korean Version of the Psychotic Symptom Rating Scale. Journal of Korean Neuropsychiatric Association. 2007;46(3):201-13.
18. 心理学网. http://ask.xinlixue.cn/web/xinliliangbiao/jiankangliangbiao/2015-08-29/618.html.
19. Yi JS, Bae SO, Ahn YM, Park DB, Noh KS, Shin HK, Woo HW, Lee HS, Han SI, Kim YS. Validity and Reliability of the Korean Version of the Hamilton Depression Rating Scale(K-HDRS). Journal of Korean Neuropsychiatric Association. 2005;44(4):456-65.
20. Jeon JW, Kim DH, Kim EK, Roh SW. Exploratory and Confirmatory Factor Analysis of the Korean version of the Penn State Worry Questionnaire. Anxiety and Mood. 2017;13(2):86-92.
21. Min SK, Kim KI, Suh SY, Kim DK. Development of Korean Version of World Health Organization Quality of Life Scale(WHOQOL). Journal of Korean Neuropsychiatric Association. 2000;39(1):78-88.
22. Lee YH, Song JY. A Study of the Reliability and the Validity of the BDI, SDS, and MMPI-D Scales. Korean Journal of Psychology. 1991;10(1):98-113.
23. Weathers FW, Litz BT, Herman DS, Juska JA, Keane TM. The PTSD Checklist (PCL): Reliability, validity, and diagnostic utility. annual meeting of the International Society for Traumatic Studies. San Antonio. 1993.
24. BASTIEN, Célyne H.; VALLIÈRES, Annie; MORIN, Charles M. Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. Sleep medicine. 2001;2(4):297-307.
25. Kim SY, Yin CS, Choi IW, Kim JW. Trends of Meridian-Based Psychotherapy - Review of Researches on Emotional Freedom Technique (EFT). Journal of Oriental Neuropsychiatry. 2013;24(Special 1):89-100.
26. Lee SH, Jeong BE, Chae H, Lim JH. Emotional Freedom Techniques (EFT) for Students' Mental Health: A Systematic Review. Journal of Oriental Neuropsychiatry. 2017;28(3):165-82.
27. Lee SW, Lee YJ, Yoo SW, Lee RD, Park SJ. Case Series of Panic Disorder Patients Treated by

Oriental Medical Treatments and EFT. Journal of Oriental Neuropsychiatry. 2014;25(1):13-28.
28. https://nhta.neca.re.kr/nhta/application/nhtaU0509P.ecg?app_seq=3874&part=2.
29. Yoo JH, Heo EJ, Kim NY, Lee YJ, Kim GW. Predictors of Clinical Efficacy of Oriental Medical Treatment in Patients with Panic Disorder. Journal of Oriental Neuropsychiatry. 2015;26(3):293-306.
30. Kim DD. A Case Report of Panic disorder treated by JukyeopseokgoTang based on Shanghanlun Provisions. Journal of Korean Medical Association of Clinical Sanghan-Geumgwe. 2016;8(1):155-64.
31. Lee SY, Lyu SJ, Choi SY, Lyu YS, Kang HW. A Study on the Clinical Effects of Group Therapy for Panic Disorder Patients Based on Mindfulness & Li-Gyeung-Byun-Qi Therapy. Journal of Oriental Neuropsychiatry. 2014;25(4):319-32.
32. Jang HJ, Jung HC, Sung WY, Kim JW, Jeong BJ. A Case of Combination Therapy of Cognitive-Behavioral Therapy and Oriental Medicine Treatment On Panic Disorder. Journal of Oriental Neuropsychiatry. 2004;15(2):211-9.
33. Oh KC. A Clinical report on Panic Disorder with Nausea treated by Shihosogantang-gami. The Journal of The Korea Institute of Oriental Medical Diagnostics. 2012;16(3):59-68.
34. Seo SI, Song SJ, Koo BS, Kim GW. A Case of Korean Medicine Treatment for Pregnant Woman with Panic Disorder - From Early Pregnancy to Delivery. Journal of Oriental Neuropsychiatry. 2017;28(4):333-40.
35. Kim JH, Jo HG. Application of Complex Korean Medicine Therapy and M&L Psychotherapy to Patient with Panic Disorder: A Case Report. Journal of Oriental Neuropsychiatry. 2018;29(4):305-14.
36. Han C, Kim JH, Ryu KJ, Ahn KS, Kwon SR. A Clinical Report on Symptom of Panic Disorder Improved by Chuna Manual Relaxation Therapy. The Journal of Korea CHUNA Manual Medicine for Spine and Nerves. 2008;3(2):1-8.
37. Lim JH, Seo BN, Lee SR, Jung IC. Interim Report about The Comparative Clinical Study of Efficacy of Gamisoyo-san (Jiaweixiaoyaosan) on Anxiety of Generalized Anxiety disorder. Journal. of Oriental Neuropsychiatry. 2010;21(3):29-44.
38. Yang SB, Kim YJ, Lee HM, Lee HJ, Cho SY, Park SU, Park JM, Ko CN. Case Report of Generalized Anxiety Disorder Treated with Guibiondamtang-gami. The Korean Journal of Internal Medicine. 2016;37(2):361-67.
39. Lee GE, We YM, Seong JW, Kim DY, Kang HW. A Clinical Report about a Patient Suffering from Social Phobia and Treated by Herbal Medicine with Neurofeedback. Journal of Oriental Neuropsychiatry. 2014;25(2):153-64.

40. Choi BY, Jung IC, Lee SR. A Case of Cognitive and Behavioral Therapy and Oriental Medical Treatment On Social Phobia. Journal of Oriental Neuropsychiatry. 2004;15(2):191-201.
41. Kim JH, Sue JH, Lee GE, Kim NK, Choi SY, Lyu YS, Kang HW. Development of Korean Medical Psychotherapy and Preliminary Clinical Trial for Post Traumatic Stress Disorder. Journal of Oriental Neuropsychiatry. 2015;26(1):49-61.
42. Lim SY, Moon YJ, Lee JY, Jeon HA, Koh YT. Acute Stress Disorder Patients Treated with Yanshimtang-Gamibang: Three Case Reports. Journal of Oriental Neuropsychiatry. 2019;30(3):295-304.
43. Yang CS, Hsing LC, Jeong HS, Kim LH, Kwak MJ, Seo ES, Jang IS. Effects of Ephedra on the State-Trait Anxiety in Female Adults: A Double-Blind Randomized Controlled Study. The Korean Journal of Internal Medicine. 2007;28(2):346-53.
44. Choi WC, Park DM, Kang WC, Lee SR, Jun IC. Interim Report about The Effect of Sihogayonggolmoryeo-tang on the Anxiety of Hwa-byung. Journal of Oriental Neuropsychiatry. 2012;23(4):133-52.
45. Jung DJ, Lee JH. The clinical trial for the significant effects of acupuncture on decreasing anxiety symptom of Hwa-Byung in a single institute- single-arm with Hwa-Byung, open lable. Journal of Oriental Neuropsychiatry. 2012;23(1):49-58.
46. Chu HM, Kim CH, Park CR, Moon YJ, Ryu HS, Kim MH, Lee SK, Sung KK. A Case Report of the Patient with Anxiety Disorder following Traumatic Brain Injury Treated with Ling-Gui-Gan-Zao-Tang. The Korean Journal of Internal Medicine. 2018;39(6):1272-80.
47. Min SG. Modern Psychiatry. Seoul. Iljogak. 2015:344-70, 389-96.
48. Korean Medication Algorithm Project for Generalized Anxiety Disorder. Korean Academy of Anxiety and mood, Seoul:Joongangmoonhwasa. 2009.
49. Evidence based Medicine Guideline for Posttraumatic Stress Disorder. Korean Academy of Anxiety and mood, Korean College of Neuropsychopharmacology. Seoul:Joongangmoonhwasa. 2008.
50. Chae JH. Treatment of Anxiety Disorders. Korean Journal of Stress Research. 2016;14(4):287-92.
51. Edmund J. Bourne. The Anxiety & Phobia Workbook. Seoul. Hakjisa. 2018:28-48, 317-36, 353-76, 449-84.
52. Park TJ. Panic disorder and Generalized anxiety disorder. Korean Journal of Family Medicine. 2007;28(3, Suppl.):386-91.
53. Amy B Locke, Nell Kirst, Cameron G Shultz. Diagnosis and management of generalized anxiety disorder and panic disorder in adults. American Family Physician. 2015;91(9):617-24.

Ⅲ. 불안장애 임상진료지침 개발 절차

1. 기획

2. 개발

3. 승인 및 인증

4. 출판

1. 기획

1) 주제 및 범위 선정

불안장애는 이환 환자의 임상적 표현의 다양성과 개인차 그리고 심한 증상변화로 1차 진료기관에서 진료의 난항을 겪는 대표적인 질환이면서도, 증상의 심각도가 높은 경우 상급진료기관으로의 의뢰가 쉽지 않은 질환이다. 특히, 통상적 의과 진료에서도 불안장애는 그 치료적 오차범위가 클 가능성이 높다.

불안장애 환자의 입장에서는 정신적 신체적 증상의 다양성으로 인한 삶의 질적 저하 때문에 치료적 갈망이 강하고, 원인과 증상의 명확한 인과관계가 증명되지 않아 닥터쇼핑(doctor shopping)을 할 가능성이 높다. 불안장애는 1차 한의진료기관을 찾을 확률이 높은 질환군이지만, 현 의료제도 체계 상 한의사는 주요 기기 진단권이 없어 치료자의 경험에 근거하여 진료해야 하므로 이에 대비하여 불안장애에 대한 명확한 인식을 가지고 있어야 한다.

그러나 불안장애는 한의학 고유의 변증론적(辨證論) 접근에 기반한 변증시치(辨證施治)를 통해 양방적 진료과정에서 발생하는 어려움을 보완할 수 있는 대표적인 질환이다. 그리고 환자의 자가표현적 임상증상을 토대로 한 불안장애의 양방적 진단 방법은 한의학적 변증론(辨證論)적 접근 방법과도 일정 부분 그 진단적 치료적 정보를 공유하고 있다.

그러므로 불안장애는 특히, 한의 1차 진료기관에서 표준화된 진료지침이 가장 절실한 질환이라고 볼 수 있다.

본 진료지침에서는 불안장애 관련 질환 중 한의 1차 진료기관에서 쉽게 접할 가능성이 높으면서도 진료의 객관성이 필요한 '범불안장애', '공황장애', '외상후 스트레스 장애', '사회불안장애'를 선정하였다. 그리고 불안장애를 진단할 수 있는 대표적 평가도구로 연구된 자료를 분석하여, 현실적인 한의 임상현장에서의 상황을 고려한 최선의 진료 프로세스를 찾고, 이를 임상장면에서 바로 적용할 수 있는 진단, 치료 그리고 한의정신요법의 특성을 활용한 예방 관리 영역까지 포함하여 기술하였다.

이상 불안장애의 특성과 한국 임상현황을 살펴보았을 때, 불안장애 임상진료지침의 대상인구집단은 심리적 불안을 가지면서 검사와 일치되지 않은 임상증상을 호소하는 환자군이며, 본 지침의 사용자는 의학적 기초지식과 한의학적 진단 치료 역량을 구비한 1차 한의진료기관과 한방병원 근무 한의사 및 정신과 관련 질환 연구자이다.

한국의 의료환경은 첨단진단 장비들을 구비한 선진 의료시스템이 구축되었으나, 극심한 경쟁과 다양한 스트레스로 인한 정신의학적 질환의 유병률은 높아가는 것이 현실이다. 이에 한의학적 진단과 치료적 중재를 통한 불안장애를 비롯한 정신의학적 진료에 대한 표준화와 급여화가 절실한 실정이다.

2) 개발 그룹 구성

- 임상진료지침 총괄위원회 : 정신과 임상진료 전문가 그룹 및 기 진료지침 개발자로 구성되어, 진료지침 질환선정과 개발과정에서의 전반적인 총괄 역할

- 임상진료지침 검토·운영위원회 : 진료지침 개발전문가 및 1차 의료기관의 임상전문가로 구성되어 임상진료지침 개발 전략 수립 및 총괄관리, 최종 임상진료지침의 승인 등을 담당함
- 임상진료지침 개발위원회 : 지침개발 방법론 전문가(김종우), 체계적 문헌고찰 방법론 전문가(현민경), 경제성 평가 전문가(조은), 문헌고찰 실무자(김경옥, 김은정, 김남열, 서상일) 및 임상연구 책임자(강형원, 최성렬)로 구성되어 임상진료지침 개발을 위한 내용준비 및 실제집필 등 실무를 수행하는 조직으로 의학적 전문가그룹과 방법론 전문가그룹으로 구성됨
- 개발그룹 세부전공 : 한방신경정신의학 전공(구병수, 류영수, 정선용, 김종우, 김경옥, 강형원, 최성렬, 서진우, 유종호 김남열, 서상일, 홍민호, 조한별), 예방의학 전공(현민경), 침구과 전공(김은정), 약학 전공(조은)

(1) 개발 그룹

위원회	직책	이름	소속	지역	역할
총괄위원회	위원	구병수	동국대학교 한의과대학	경기	임상진료지침 총괄
		류영수	원광대학교 한의과대학	전북	임상진료지침 총괄
		정선용	경희대학교 한의과대학	서울	임상진료지침 총괄
검토·운영 위원회	위원장	김종우	경희대학교 한의과대학	서울	임상진료지침 검토 및 평가 총괄
	위원	서진우	상지대학교 한의과대학	강원	임상진료지침 검토 및 평가
		최성렬	가천대학교 한의과대학	인천	임상진료지침 검토 및 평가
		유종호	한음한의원	서울	임상진료지침 검토 및 평가(외부 위원)
개발 위원회	위원장	김근우	동국대학교 한의과대학	경기	연구책임자(총괄 및 1세부)
	간사	홍민호	동국대학교 한의과대학	경기	임상진료지침 개발 실무
		조한별	동국대학교 한의과대학	경기	임상진료지침 개발 실무
	집필 위원회	현민경	동국대학교 한의과대학	경북	체계적 문헌고찰 방법론
		김경옥	동신대학교 한의과대학	전남	한약 체계적 문헌고찰
		강형원	원광대학교 한의과대학	경기	생기능자기조절훈련(1세부) 임상시험
		최성열	가천대학교 한의과대학	인천	침(2세부) 임상시험
		김은정	동국대학교 한의과대학	경기	침 체계적 문헌고찰
		김남열	동국대학교 한의과대학	인천	정신요법 체계적 문헌고찰
		서상일	동국대학교 한의과대학	전남	정신요법 체계적 문헌고찰
		조은	숙명여자대학교 약학대학	서울	경제성평가 위원

3) 개발 계획 수립

현재까지 보고된 지침을 참고하였으며, 선행 문헌연구는 무작위임상연구와 더불어 전향적 관찰연

구를 포함하여 그 범위를 넓혀 조사 분석한 자료를 바탕으로 진료지침 개발을 수행하였다. 또한 한의 1차 진료기관에서 다빈도로 활용되는 침치료와 신의료기술로 등재되어 복지부 고시의 근거마련을 위한 자료로 활용될 '생기능자기조절훈련'은 직접 연구자가 무작위 대조군 임상연구를 시행하였다. 한편 본 지침의 다빈도 사용자인 한의 1차 진료기관이 임상적 현실을 반영하기 위하여 불안장애 후향적 관찰연구를 본 연구팀에서 시행하여, 현황을 조사 및 분석하여 본 지침에 기술하였다.

본 개발위원회 구성원들은 한의표준임상진료지침과 관련된 특정 기관이나 연구 관련자와의 이해관계가 없으며, 이에 대하여 이해상충공개서약서를 통해 이해상충선언을 하였다. 즉, 연구에 참여한 모든 연구자는 최종적으로 이 연구에 참여하는 동안 이 연구와 관련되어 이해 상충 관계(COI: Conflict of Interest)가 발생하지 않았다. 또한 연구책임자가 수행한 임상연구 결과가 본 지침의 근거로 활용되었으나, 문헌 선정 과정에서 편의 발생 위험을 줄이기 위해서 각별한 노력을 기울였고 결과에는 영향을 미치지 않았다. 부록에 이해상충공개서약서를 제시하였다.

(1) 전체 개발과정

불안장애 임상진료지침 개발 계획 확정
↓
전문가로 구성된 개발위원회 구성
↓
기존 불안장애임상진료지침의 검토 및 분석
↓
한의표준임상진료지침 개발을 위한 구체적 계획 수립
↓
한의진료기관 불안장애 진료 유형 조사
↓
불안장애 관련 전문가 집단 및 문헌고찰 전문가 자문을 통한 핵심질문 결정
↓
학회 검토
↓
문헌 검색전략, 포함기준과 배제기준 결정
↓
사전 검색 전략에 의한 문헌 검색 진행
↓
검색된 문헌의 정리 및 분석, 최종 문헌 선정
↓
선정된 문헌의 질 평가 및 합성
↓
개발양식의 수록 내용 확정 및 권고안 초안 결정
↓
한의표준임상진료지침 초안에 대한 사업단 및 외부 검토를 통한 수정 및 보완

↓

권고안 초안에 대한 전문가 합의도출 진행(델파이)

↓

권고안 내부 검토 및 검토위원회의 검토 후 최종 정리

↓

한의표준임상진료지침 개발사업단 및 모니터링 위원회 외부검토 실시

↓

한방신경정신과학회 및 한의표준임상진료지침 개발사업단의 검토 및 인준

↓

검토 · 평가위원회 검토 및 평가

↓

근거중심한의약추진위원회 인증

↓

'불안장애 한의표준임상진료지침' 출판

(2) 기획 단계

① 국내외 개발현황

가. 국외 임상진료지침 개발 현황

Guidelines International Network(http://g-i-n.net/), Scottish Intercollegiate Guidelines Network(http://www.sign.ac.uk/), National Institute for Health and Care Excellence(http://www.nice.org.uk/guidance) 에서 검색한 결과, 총 12개의 불안장애 관련 임상진료지침이 검색되었다.

번호	제목	기관	연도
1	Post-traumatic stress disorder (NG116)	NICE (UK) – National Institute for Health and Care Excellence	2018
2	Social anxiety disorder: recognition, assessment and treatment (CG159)	NICE (UK) – National Institute for Health and Care Excellence	2013
3	Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management (CG113)	NICE (UK) – National Institute for Health and Care Excellence	2011
4	Update of the Australian Guidelines for the treatment of Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder	AHTA (AU) – Adelaide Health Technology Assessment	2013
5	Australian guidelines on the treatment of acute stress disorder and posttraumatic stress disorder	AHTA (AU) – Adelaide Health Technology Assessment	2005
6	Traumaperäinen stressihäiriö [Post-traumatic stress disorder]	CC (FI) – Current Care Guidelines / the Finnish Medical Society Duodecim	2009
7	Ahdistuneisuushäiriöt [Anxiety Disorders]	CC (FI) – Current Care Guidelines / the Finnish Medical Society Duodecim	2019

번호	제목	기관	연도
8	Posttraumatische Belastungsstörung. S3-LL (DeGPT) [Posttraumatic stress disorder]	AWMF (DE) – Association of Scientific Medical Societies	2019
9	Environmental healthcare design strategies and event related anxiety in pediatric patients (Best Practice 16(11))	JBI (AU) – Joanna Briggs Institute	2012
10	Anxiety disorders	CBO (NL) – Dutch Institute for Healthcare Improvement CBO	2003
11	Angst. National consensus-based guideline [Anxiety]	IKNL (NL) – Comprehensive Cancer Organisation, the Netherlands	2009
12	Angst (M62) [Anxiety]	NHG (NL) – Dutch College of General Practitioners	2019

나. 국내 임상진료지침 개발 현황

국내 임상진료지침정보센터(http://www.guideline.or.kr) 등을 검색한 결과 총 3개의 불안장애 임상진료지침이 검색되었는데, 3개 모두 양방의 임상진료지침이었다.

번호	제목	기관	연도
1	한국형 강박장애 치료 진료 지침서	대한정신약물학회	2007
2	외상후 스트레스장애 근거중심의학 지침서	대한불안의학회 / 대한정신약물학회	2008
3	한국형 범불안장애 약물치료 지침서 2009	대한불안의학회	2009

② 기존 임상진료지침 검토

본 진료지침에서 다루는 불안장애의 4가지 질환에 관한 진료지침을 조사한 결과, 특징적인 내용은 다음과 같았다.

영국의 NICE(National Institute for Health and Care Excellence)에서는 외상후 스트레스장애, 사회불안장애, 범불안장애 및 공황장애에 대한 진료지침을 개발 및 개정하였다. 외상후 스트레스장애 지침에서는 인식, 치료, 치료 원칙, 언어와 문화에 대한 고려, 연령에 따른 심리적 개입과 약물 치료 등에 대한 권고를 제공하고 있다. 사회불안장애 지침에서는 치료 원칙, 평가, 연령에 따른 인지행동치료, 약물치료, 심리치료, 권장되지 않는 중재 등에 대한 권고를 제공하고 있다. 범불안장애와 공황장애 지침에서는 진단, 심리치료, 약물치료 등에 대해 증상에 중증도에 따라 단계를 나누어 권고를 제공하고 있다. 세 지침 모두 권고문의 권고등급은 제시하지 않았다. 외상후 스트레스장애 지침과 사회불안장애 지침에는 한의치료 관련 내용이 없었으며, 범불안장애와 공황장애 지침에도 권고문에는 한의치료 관련 내용이 없었으나 연구 권장 사항에 범불안장애 치료에 대한 캐모마일과 은행(銀杏) 열매의 효과를 연구

할 필요가 있다는 내용이 언급되어 있었다.

뉴질랜드에서는 Adelaide Health Technology Assessment(AHTA)에서 급성 스트레스장애 및 외상 후 스트레스장애에 대한 지침을 2005년에 개발하고 2013년에 개정하였는데, 사고 전 대비 교육, 사고 후 개입, 심리치료, 약물치료, 심리 재활치료, 물리치료 등의 중재를 근거중심적으로 권고등급과 함께 제시하고 있다. 이 중 PTSD가 있는 성인에게 인지행동 중재 혹은 안구운동 민감소실 및 재처리요법(EMDR)을 제공해야 한다는 내용이 권고등급이 Grade A로 높았다. 한의치료와 관련해서는 외상 중심의 심리요법이나 약물요법에 반응하지 않은 PTSD 환자들에게 잠재적인 중재로 침을 사용할 수 있다는 내용이 있으나 권고등급이 Grade D로 낮았으며, 구체적인 혈위 등은 제시하지 않았다(위 표 번호 4-5) 본 권고문의 경우 다른 치료 중재에 반응하지 않은 PTSD 환자들을 대상으로 한 권고문이므로 권고등급이 낮은 것으로 보인다.

독일에서는 Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften(AWMF)에서 외상후 스트레스장애에 대한 지침을 2019년에 발간하였는데, 외상후 스트레스장애의 진단, 면담, 심리치료, 약물치료, 행동치료, 아동과 청소년의 치료에서 주의할 점 등에 대한 권고를 권고등급과 함께 제시하고 있다. 권고등급이 A로 높았던 내용은 외상후 스트레스장애에 대해 1차 선택 치료는 외상 사건 그리고/또는 그 의미의 기억 처리에 중점을 둔 심리 치료가 되어야 한다는 것, 정신약물요법이 단독 또는 1차 요법으로 사용되어서는 안 된다는 것, 사소한 영향에도 불구하고 약물을 선호하는 경우 sertraline, paroxetine 또는 venlafaxine만이 사용되어야 하는 것, benzodiazepine이 사용되어서는 안 된다는 것, 정신약물요법이 소아 및 청소년의 외상후 스트레스장애 치료에 사용되어서는 안 된다는 것, 외상 중심의 심리치료가 모든 외상후 스트레스장애 어린이/청소년에게 제공되어야 한다는 것 등이었으며, 한의치료와 관련한 내용은 언급되어 있지 않았다(위 표 번호 8)

중국과 일본에서 발간된 불안장애 관련 임상진료지침은 검색되지 않았다.

국내에서는 2007년 대한정신약물학회에서 발간한 '한국형 강박장애 치료 진료 지침서'에서 강박장애 치료에 관한 지침을 제공하였고, 2008년 대한불안의학회와 대한정신약물학회가 공동으로 발간한 '외상후 스트레스장애 근거중심의학 지침서'에서 외상후 스트레스장애의 개요, 평가도구, 심리치료, 약물치료 등에 대한 지침을 제공하였고, 2009년 대한불안의학회에서 발간한 '한국형 범불안장애 약물치료 지침서 2009'에서 범불안장애의 약물치료에 관한 지침을 제공하였다. 세 지침 모두 한의치료와 관련한 내용은 없었다.

③ 개발 방법의 결정

기존에 개발되어 있는 관련 국내·외 한의임상진료지침이 없으므로 신규개발을 결정하였다.

2. 개발

1) 핵심질문 선정

불안장애 한의표준임상진료지침의 핵심질문(임상질문)은 '성인 불안장애 환자에 대한 한의학 치료는 대조군 치료와 비교하여 불안장애 관련 증상척도를 개선시키는가?'이다.

본 진료지침에서는 불안장애 진단을 받았고 불안장애 증상에 대한 평가 기준을 충족하며, 만 19세 이상 성인 대상 'P(대상인구)'가 된다. 불안장애 질환의 다양성을 고려하여 불안장애 하위 그룹 중 임상적으로 중요성이 높고, 한의치료기관에서 다빈도로 마주하게 되는 대표질환인 '범불안장애', '공황장애', '외상후 스트레스장애' 그리고 '사회불안장애'의 4가지를 대상으로 하였다. 핵심질문의 '중재(I)'는 한의약 관련 치료 기술인 한약 및 침치료와 한의정신요법의 범주인 기공, 명상, 이완요법, 생기능자기조절훈련(biofeedback)으로 선정하였다. 불안장애치료약물을 비롯한 서양의학적 치료를 병행하거나, 서양의학적 치료를 한의학 치료로 대체·전환하고자 하는 경우가 많은 불안장애 환자의 임상현실을 고려하여 중재는 ①한약, 침, 한의정신요법의 단독치료와 ②한약, 침, 한의정신요법과 서양의학적 치료의 병행치료로 구분하여 각각의 상황에 적합한 권고가 될 수 있도록 하였다. 결과(O)에는 불안척도뿐만 아니라, 불안장애와 관련이 높은 증상척도인 우울·불면척도, 전반적 임상척도와 삶의 질, 부작용 척도를 포함하여 보다 폭넓은 치료효과를 확인하고자 하였다.

구성 요소	의미 및 고려사항
대상인구(P)	성인 불안장애(범불안장애, 공황장애, 외상후 스트레스장애, 사회불안장애) 환자
중재(I)	한약, 침, 한의정신요법(기공, 명상, 이완요법, 생기능자기조절훈련)
비교군(C)	불안장애치료약물, (중재에 해당하지 않는) 기타 정신요법, 그 외 질환별 통상적 치료, 무처치
임상 결과(O)	불안장애 관련 증상척도, 전반적 임상척도, 삶의 질 척도, 부작용 척도

본 핵심질문은 한방신경정신과학회 임상진료지침 검토평가위원회의 검토의견을 반영하여 확정되었다.

No.	임상질문 (Clinical Question)	권고적용군 (P)	중재 (I)	비교 (C)	결과 (O)
1) 한약					
Q1	성인 범불안장애 환자에게 한약이 불안장애치료약물에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?	성인 범불안장애 환자	한약	불안장애 치료약물	불안척도(HAM-A, SAS, BAI 등), 우울척도(HAM-D, SDS, BDI 등), 불면척도(PSQI 등), 전반적 임상척도(CGI 등), 삶의 질 척도(WHOQOL-BREF 등), 부작용척도(TESS 등)
Q2	성인 범불안장애 환자에게 한약과 불안장애치료약물의 병행치료는 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?	성인 범불안장애 환자	한약+불안장애치료약물	불안장애 치료약물	불안척도(HAM-A, SAS, BAI 등), 우울척도(HAM-D, SDS, BDI 등), 불면척도(PSQI 등), 전반적 임상척도(CGI 등), 삶의 질 척도(WHOQOL-BREF 등), 부작용척도(TESS 등)
Q3	성인 공황장애 환자에게 한약은 불안장애치료약물에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?	성인 공황장애 환자	한약	불안장애 치료약물	불안척도(HAM-A, SAS, BAI 등), 우울척도(HAM-D, SDS, BDI 등), 불면척도(PSQI 등), 전반적 임상척도(CGI 등), 삶의 질 척도(WHOQOL-BREF 등), 부작용척도(TESS 등)
Q4	성인 공황장애 환자에게 한약과 불안장애치료약물 병행치료는 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?	성인 공황장애 환자	한약+불안장애치료약물	불안장애 치료약물	불안척도(HAM-A, SAS, BAI 등), 우울척도(HAM-D, SDS, BDI 등), 불면척도(PSQI 등), 전반적 임상척도(CGI 등), 삶의 질 척도(WHOQOL-BREF 등), 부작용척도(TESS 등)
Q5	성인 공황장애 환자에게 한약과 정신요법 병행치료는 불안장애치료약물에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?	성인 공황장애 환자	한약+정신요법	불안장애 치료약물	불안척도(HAM-A, SAS, BAI 등), 우울척도(HAM-D, SDS, BDI 등), 불면척도(PSQI 등), 전반적 임상척도(CGI 등), 삶의 질 척도(WHOQOL-BREF 등), 부작용척도(TESS 등)
Q6	성인 공황장애 환자에게 한약과 불안장애치료약물, 정신요법 병행치료는 불안장애치료약물과 정신요법 병행치료에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?	성인 공황장애 환자	한약+불안장애치료약물+정신요법	불안장애 치료약물+정신요법	불안척도(HAM-A, SAS, BAI 등), 우울척도(HAM-D, SDS, BDI 등), 불면척도(PSQI 등), 전반적 임상척도(CGI 등), 삶의 질 척도(WHOQOL-BREF 등), 부작용척도(TESS 등)
Q7	성인 외상후 스트레스장애 환자에게 한약과 불안장애치료약물 병행치료는 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?	성인 외상후 스트레스장애 환자	한약+불안장애치료약물	불안장애 치료약물	불안척도(HAM-A, SAS, BAI 등), 우울척도(HAM-D, SDS, BDI 등), 불면척도(PSQI 등), 전반적 임상척도(CGI 등), 삶의 질 척도(WHOQOL-BREF 등), 부작용척도(TESS 등)

No.	임상질문 (Clinical Question)	권고적용군 (P)	중재 (I)	비교 (C)	결과 (O)
Q8	성인 외상후 스트레스장애 환자에게 한약과 불안장애치료약물, 정신요법 병행치료는 불안장애치료약물과 정신요법 병행치료에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?	성인 외상후 스트레스장애 환자	한약+불안장애치료약물+정신요법	불안장애치료약물+정신요법	불안척도(HAM-A, SAS, BAI 등), 우울척도(HAM-D, SDS, BDI 등), 불면척도(PSQI 등), 전반적 임상척도(CGI 등), 삶의 질 척도(WHOQOL-BREF 등), 부작용척도(TESS 등)
2) 침					
Q9	성인 범불안장애 환자에게 침치료는 불안장애치료약물에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?	성인 범불안장애 환자	침치료	불안장애치료약물	불안척도(HAM-A, SAS, BAI 등), 우울척도(HAM-D, SDS, BDI 등), 불면척도(PSQI 등), 전반적 임상척도(CGI 등), 삶의 질 척도(WHOQOL-BREF 등), 부작용척도(TESS 등)
Q10	성인 범불안장애 환자에게 침치료와 불안장애치료약물 병행치료는 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?	성인 범불안장애 환자	침치료+불안장애치료약물	불안장애치료약물	불안척도(HAM-A, SAS, BAI 등), 우울척도(HAM-D, SDS, BDI 등), 불면척도(PSQI 등), 전반적 임상척도(CGI 등), 삶의 질 척도(WHOQOL-BREF 등), 부작용척도(TESS 등)
Q11	성인 범불안장애 환자에게 침치료, 추나치료와 불안장애치료약물 병행치료는 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 불안장애 관련 증상척도를 개선시키는가?	성인 범불안장애 환자	침치료+추나치료+불안장애치료약물	불안장애치료약물	불안척도(HAM-A, SAS, BAI 등), 우울척도(HAM-D, SDS, BDI 등), 불면척도(PSQI 등), 전반적 임상척도(CGI 등), 삶의 질 척도(WHOQOL-BREF 등), 부작용척도(TESS 등)
Q12	성인 범불안장애 환자에게 침치료와 정신요법 병행치료는 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 불안장애 관련 증상척도를 개선시키는가?	성인 범불안장애 환자	침치료+정신요법	불안장애치료약물	불안척도(HAM-A, SAS, BAI 등), 우울척도(HAM-D, SDS, BDI 등), 불면척도(PSQI 등), 전반적 임상척도(CGI 등), 삶의 질 척도(WHOQOL-BREF 등), 부작용척도(TESS 등)
Q13	성인 범불안장애 환자에게 침치료, 불안장애치료약물과 정신요법 병행치료는 불안장애치료약물, 정신요법 병행치료에 비하여 불안장애 관련 증상척도를 개선시키는가?	성인 범불안장애 환자	침치료+불안장애치료약물+정신요법	불안장애치료약물+정신요법	불안척도(HAM-A, SAS, BAI 등), 우울척도(HAM-D, SDS, BDI 등), 불면척도(PSQI 등), 전반적 임상척도(CGI 등), 삶의 질 척도(WHOQOL-BREF 등), 부작용척도(TESS 등)
Q14	성인 공황장애 환자에게 침치료는 불안장애치료약물에 비하여 불안장애 관련 증상척도를 개선시키는가?	성인 공황장애 환자	침치료	불안장애치료약물	불안척도(HAM-A, SAS, BAI 등), 우울척도(HAM-D, SDS, BDI 등), 불면척도(PSQI 등), 전반적 임상척도(CGI 등), 삶의 질 척도(WHOQOL-BREF 등), 부작용척도(TESS 등)

No.	임상질문 (Clinical Question)	권고적용군 (P)	중재 (I)	비교 (C)	결과 (O)
Q15	성인 공황장애 환자에게 매선치료는 불안장애치료약물에 비하여 불안장애 관련 증상척도를 개선시키는가?	성인 공황장애 환자	매선치료	불안장애 치료약물	불안척도(HAM-A, SAS, BAI 등), 우울척도(HAM-D, SDS, BDI 등), 불면척도(PSQI 등), 전반적 임상척도(CGI 등), 삶의 질 척도(WHOQOL-BREF 등), 부작용척도(TESS 등)
Q16	성인 공황장애 환자에게 침치료와 불안장애치료약물 병행치료는 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 불안장애 관련 증상척도를 개선시키는가?	성인 공황장애 환자	침치료+불안장애 치료약물	불안장애 치료약물	불안척도(HAM-A, SAS, BAI 등), 우울척도(HAM-D, SDS, BDI 등), 불면척도(PSQI 등), 전반적 임상척도(CGI 등), 삶의 질 척도(WHOQOL-BREF 등), 부작용척도(TESS 등)
Q17	성인 외상후 스트레스장애 환자에게 침치료는 불안장애치료약물에 비하여 불안장애 관련 증상척도를 개선시키는가?	성인 외상후 스트레스장애 환자	침치료	불안장애 치료약물	불안척도(HAM-A, SAS, BAI 등), 우울척도(HAM-D, SDS, BDI 등), 불면척도(PSQI 등), 전반적 임상척도(CGI 등), 삶의 질 척도(WHOQOL-BREF 등), 부작용척도(TESS 등)
Q18	성인 외상후 스트레스장애 환자에게 침치료와 불안장애치료약물 병행치료는 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 불안장애 관련 증상척도를 개선시키는가?	성인 외상후 스트레스장애 환자	침치료+불안장애 치료약물	불안장애 치료약물	불안척도(HAM-A, SAS, BAI 등), 우울척도(HAM-D, SDS, BDI 등), 불면척도(PSQI 등), 전반적 임상척도(CGI 등), 삶의 질 척도(WHOQOL-BREF 등), 부작용척도(TESS 등)
Q19	성인 외상후 스트레스장애 환자에게 침치료와 통상적 치료 병행치료는 통상적 치료 단독치료에 비하여 불안장애 관련 증상척도를 개선시키는가?	성인 외상후 스트레스장애 환자	침치료+통상적 치료	통상적 치료	불안척도(HAM-A, SAS, BAI 등), 우울척도(HAM-D, SDS, BDI 등), 불면척도(PSQI 등), 전반적 임상척도(CGI 등), 삶의 질 척도(WHOQOL-BREF 등), 부작용척도(TESS 등)
Q20	성인 외상후 스트레스장애 환자에게 침치료와 정신요법 병행치료는 정신요법 단독치료에 비하여 불안장애 관련 증상척도를 개선시키는가?	성인 외상후 스트레스장애 환자	침치료+정신요법	정신요법	불안척도(HAM-A, SAS, BAI 등), 우울척도(HAM-D, SDS, BDI 등), 불면척도(PSQI 등), 전반적 임상척도(CGI 등), 삶의 질 척도(WHOQOL-BREF 등), 부작용척도(TESS 등)
Q21	성인 사회불안장애 환자에게 침치료와 정신요법 병행치료는 정신요법 단독치료에 비하여 불안장애 관련 증상척도를 개선시키는가?	성인 사회불안장애 환자	침치료+정신요법	정신요법	불안척도(HAM-A, SAS, BAI 등), 우울척도(HAM-D, SDS, BDI 등), 불면척도(PSQI 등), 전반적 임상척도(CGI 등), 삶의 질 척도(WHOQOL-BREF 등), 부작용척도(TESS 등)

No.	임상질문 (Clinical Question)	권고적용군 (P)	중재 (I)	비교 (C)	결과 (O)
3) 기공(정신요법)					
Q22	성인 불안장애 환자에게 기공요법과 불안장애치료약물 병행치료는 불안장애교육과 불안장애치료약물 병행치료에 비하여 불안장애 관련 증상척도를 개선시키는가?	성인 불안장애 환자	기공요법+불안장애치료약물	불안장애 교육+불안장애치료약물	불안척도(HAM-A, SAS, BAI 등), 우울척도(HAM-D, SDS, BDI 등), 불면척도(PSQI 등), 전반적 임상척도(CGI 등), 삶의 질 척도(WHOQOL-BREF 등), 부작용척도(TESS 등)
4) 명상(정신요법)					
Q23	성인 범불안장애 환자에게 명상요법은 임상적 치료 또는 무처치군에 비하여 에 비하여 불안장애 관련 증상척도를 개선시키는가?	성인 범불안장애 환자	명상요법	임상적 치료 또는 무처치군	불안척도(HAM-A, SAS, BAI 등), 우울척도(HAM-D, SDS, BDI 등), 불면척도(PSQI 등), 전반적 임상척도(CGI 등), 삶의 질 척도(WHOQOL-BREF 등), 부작용척도(TESS 등)
Q24	성인 범불안장애 환자에게 명상요법과 불안장애치료약물 병행치료는 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 불안장애 관련 증상척도를 개선시키는가?	성인 범불안장애 환자	명상요법+불안장애치료약물	불안장애치료약물	불안척도(HAM-A, SAS, BAI 등), 우울척도(HAM-D, SDS, BDI 등), 불면척도(PSQI 등), 전반적 임상척도(CGI 등), 삶의 질 척도(WHOQOL-BREF 등), 부작용척도(TESS 등)
Q25	성인 공황장애 환자에게 명상요법과 불안장애치료약물 병행치료는 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 불안장애 관련 증상척도를 개선시키는가?	성인 공황장애 환자	명상요법+불안장애치료약물	불안장애치료약물	불안척도(HAM-A, SAS, BAI 등), 우울척도(HAM-D, SDS, BDI 등), 불면척도(PSQI 등), 전반적 임상척도(CGI 등), 삶의 질 척도(WHOQOL-BREF 등), 부작용척도(TESS 등)
Q26	성인 외상후 스트레스장애 환자에게 명상요법은 임상적 치료 또는 무처치군에 비하여 불안장애 관련 증상척도를 개선시키는가?	성인 외상후 스트레스장애 환자	명상요법	임상적 치료 또는 무처치군	불안척도(HAM-A, SAS, BAI 등), 우울척도(HAM-D, SDS, BDI 등), 불면척도(PSQI 등), 전반적 임상척도(CGI 등), 삶의 질 척도(WHOQOL-BREF 등), 부작용척도(TESS 등)
Q27	성인 외상후 스트레스장애 환자에게 명상요법, 정신치료와 불안장애치료약물 병행치료는 정신치료와 불안장애치료약물 병행치료에 비하여 불안장애 관련 증상척도를 개선시키는가?	성인 외상후 스트레스장애 환자	명상요법+정신치료+불안장애치료약물	정신치료+불안장애치료약물	불안척도(HAM-A, SAS, BAI 등), 우울척도(HAM-D, SDS, BDI 등), 불면척도(PSQI 등), 전반적 임상척도(CGI 등), 삶의 질 척도(WHOQOL-BREF 등), 부작용척도(TESS 등)

No.	임상질문 (Clinical Question)	권고적용군 (P)	중재 (I)	비교 (C)	결과 (O)
Q28	성인 사회불안장애 환자에게 명상요법은 무처치 대기군에 비하여 불안장애 관련 증상척도를 개선시키는가?	성인 사회불안장애 환자	명상요법	무처치 대기군	불안척도(HAM-A, SAS, BAI 등), 우울척도(HAM-D, SDS, BDI 등), 불면척도(PSQI 등), 전반적 임상척도(CGI 등), 삶의 질 척도(WHOQOL-BREF 등), 부작용척도(TESS 등)
5) 이완(정신요법)					
Q29	성인 범불안장애 환자에게 이완요법은 불안장애 치료약물 또는 무처치대기군에 비하여 불안장애 관련 증상척도를 개선시키는가?	성인 범불안장애 환자	이완요법	불안장애 치료약물 또는 무처치 대기군	불안척도(HAM-A, SAS, BAI 등), 우울척도(HAM-D, SDS, BDI 등), 불면척도(PSQI 등), 전반적 임상척도(CGI 등), 삶의 질 척도(WHOQOL-BREF 등), 부작용척도(TESS 등)
Q30	성인 범불안장애 환자에게 이완요법과 불안장애 치료약물 병행치료는 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 불안장애 관련 증상척도를 개선시키는가?	성인 범불안장애 환자	이완요법+불안장애 치료약물	불안장애 치료약물	불안척도(HAM-A, SAS, BAI 등), 우울척도(HAM-D, SDS, BDI 등), 불면척도(PSQI 등), 전반적 임상척도(CGI 등), 삶의 질 척도(WHOQOL-BREF 등), 부작용척도(TESS 등)
Q31	성인 공황장애 환자에게 이완요법과 불안장애치료약물 병행치료는 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 불안장애 관련 증상척도를 개선시키는가?	성인 공황장애 환자	이완요법+불안장애 치료약물	불안장애 치료약물	불안척도(HAM-A, SAS, BAI 등), 우울척도(HAM-D, SDS, BDI 등), 불면척도(PSQI 등), 전반적 임상척도(CGI 등), 삶의 질 척도(WHOQOL-BREF 등), 부작용척도(TESS 등)
6) 생기능자기조절훈련(정신요법)					
Q32	성인 범불안장애 환자에게 생기능자기조절훈련은 불안장애치료약물에 비하여 불안장애 관련 증상척도를 개선시키는가?	성인 범불안장애 환자	생기능자기조절훈련	불안장애 치료약물	불안척도(HAM-A, SAS, BAI 등), 우울척도(HAM-D, SDS, BDI 등), 불면척도(PSQI 등), 전반적 임상척도(CGI 등), 삶의 질 척도(WHOQOL-BREF 등), 부작용척도(TESS 등)
Q33	성인 범불안장애 환자에게 생기능자기조절훈련과 불안장애치료약물 병행치료는 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 불안장애 관련 증상척도를 개선시키는가?	성인 범불안장애 환자	생기능자기조절훈련+불안장애치료약물	불안장애 치료약물	불안척도(HAM-A, SAS, BAI 등), 우울척도(HAM-D, SDS, BDI 등), 불면척도(PSQI 등), 전반적 임상척도(CGI 등), 삶의 질 척도(WHOQOL-BREF 등), 부작용척도(TESS 등)
Q34	성인 공황장애 환자에게 생기능자기조절훈련과 불안장애치료약물 병행치료는 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 불안장애 관련 증상척도를 개선시키는가?	성인 공황장애 환자	생기능자기조절훈련+불안장애치료약물	불안장애 치료약물	불안척도(HAM-A, SAS, BAI 등), 우울척도(HAM-D, SDS, BDI 등), 불면척도(PSQI 등), 전반적 임상척도(CGI 등), 삶의 질 척도(WHOQOL-BREF 등), 부작용척도(TESS 등)

No.	임상질문 (Clinical Question)	권고적용군 (P)	중재 (I)	비교 (C)	결과 (O)
Q35	성인 외상후 스트레스장애 환자에게 생기능자기조절훈련은 거짓 생기능자기조절훈련 또는 무처치대기군에 비하여 불안장애 관련 증상척도를 개선시키는가?	성인 외상후 스트레스장애 환자	생기능자기조절훈련	거짓 생기능자기조절훈련 또는 무처치 대기군	불안척도(HAM-A, SAS, BAI 등), 우울척도(HAM-D, SDS, BDI 등), 불면척도(PSQI 등), 전반적 임상척도(CGI 등), 삶의 질 척도(WHOQOL-BREF 등), 부작용척도(TESS 등)

HAM-A: Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도), **SAS:** The Zung Self-Rating Anxiety Scale(자가평가 불안척도), **BAI:** Beck Anxiety Inventory(벡 불안척도), **HAM-D:** Hamilton Depression Rating Scale(해밀턴 우울척도), **SDS:** The Zung Self-Rating Depression Scale(자가평가 우울척도), **BDI:** Beck Depression Inventory(벡 우울척도), **PSQI:** Pittsburgh Sleep Quality Index(피츠버그 수면의 질 지수), **CGI-S:** Clincial Global Impression-Severity(전반적 임상 인상척도), **WHOQOL-BREF:** World Health Organization Quality of Life-bref(세계보건기구 삶의 질 간편형 척도), **TESS:** Treatment-Emergent Signs and Symptoms(부작용 평가척도)

2) 근거 선택(검색 전략, 포함 및 배제 기준 설정)

본 진료지침에서는 불안장애 진단을 받았고 불안장애 증상에 대한 평가 기준을 충족하며, 소아청소년을 제외한 대상에 대하여 'P(대상인구)'가 된다. 불안장애 질환의 다양성을 고려하여 '범불안장애', '공황장애', '외상후 스트레스장애' 그리고 '사회불안장애'의 4가지가 대상이 된다. 핵심질문의 '중재(I)'는 한의약 관련 치료 기술인 한약 및 침치료와 한의정신요법의 범주인 기공, 명상, 이완요법, 생기능자기조절훈련(biofeedback)으로 선정하였다. 단, 한약의 경우 대한약전에 수록되지 않은 중금속이 함유된 약재를 포함한 경우, 우리나라에서 활용 가능하지 않은 중성약의 경우는 제외하였다. 임상근거의 민감도를 높이기 위해 비교군(C)과 결과(O)는 검색식에 포함하지 않았으며 검색된 문헌을 연구자의 확인 과정을 통해 최종 문헌으로 선정하였다. 검색전략과 검색어는 데이터베이스 환경에 따라 수정하여 사용하였다.

(1) 데이터베이스 선정

본 진료지침의 문헌검색을 위한 데이터베이스는 개발위원회의 의견과 문헌연구 전문가의 자문을 받아 선정하였다. 국외 검색 데이터베이스는 PubMed, Cochrane library, CNKI를 선정하였고, 국내 검색 데이터베이스는 전통의학정보포털(OASIS), 과학기술정보통합서비스(NDSL), 한국전통지식포탈(Koreantk)을 선정하였다.

〈국외 데이터베이스〉

No.	DB명	제공기관	URL	최종 검색일
1	PubMed	U.S. National Library of Medicine, 미국	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed	2020년 06월 16일

No.	DB명	제공기관	URL	최종 검색일
2	Cochrane Library	Cochrane library	http://www.theco-chranelibrary.com	2020년 06월 16일
3	CNKI	中国知网, 중국	http://www.cnki.net	2020년 06월 16일

〈국내 데이터베이스〉

No.	DB명	제공기관	URL	최종 검색일
1	전통의학정보포털 (OASIS)	한국한의학연구원	http://oasis.kiom.re.kr	2020년 06월 16일
2	한국전통지식포탈	한국특허청	http://www.koreantk.com	2020년 06월 16일
3	과학기술정보통합서비스 (NDSL)	국가과학기술정보센터	http://scholar.ndsl.kr	2020년 06월 16일

(2) 문헌선택과 배제 기준

불안장애 질환에 대한 최신 지견의 반영을 위해 최근 20년간(2000~2020년 6월) 발표된 문헌으로 선택 범위를 제한하였다. 문헌 선정에 있어 선택과 배제 과정에서 발생할 수 있는 비뚤림을 방지하기 위해 각 중재별로 2명의 연구자가 Endnote X9 프로그램을 사용하여 독립적으로, 각 과정을 수행하여 중복배제, 제목 및 초록 확인 후 정리하였다. 권고안의 근거로 메타분석(Meta Analysis), 체계적 문헌 고찰(Systematic Review), 무작위 배정 임상연구(Randomized Controlled Trial)를 사용하였다. 본격적인 검색 이전에 개발 그룹 전체 회의를 통해 선택 및 배제 기준을 정하여 문헌 선정과 배제의 불일치를 최소화하였고, 결과를 취합한 후 연구자 사이 일치하지 않는 선택은 연구책임자의 검토 하에 선택과 배제를 결정하였다. 본 임상진료지침의 선택 및 배제 기준 수행 시 적용된 흐름표의 기본바탕이 된 사용도구로 PRISMA Flow Chart를 활용하였다.

본격적인 검색 이전에 개발 그룹 전체 회의를 통해 선택 및 배제 기준을 정하여 문헌 선정과 배제의 불일치를 최소화하였고, 결과를 취합한 후 연구자 사이 일치하지 않는 선택은 연구책임자의 검토 하에 선택과 배제를 결정하였다. 문헌 배제 기준은 아래와 같다(부록 3. 임상질문별 근거자료).

- 본 임상진료지침의 대상에 해당하는 불안장애(범불안장애, 공황장애, 외상후 스트레스장애, 사회불안장애)를 다루지 않은 연구
- 본 임상진료지침의 중재에 해당하는 한의약 치료를 시험군에 시행하지 않은 연구
- 본 임상진료지침의 중재에 해당하는 한의약 치료의 효과를 확인할 수 없게 설계된 연구
- 한국 한의학 임상에서 활용되지 않는 중재를 사용한 연구(ex. 대한약전에 수록되지 않은 중금속 등의 광물성 약재를 사용한 경우, 중성약을 사용한 경우)

(3) 문헌 분석 및 평가

문헌 분석 및 평가, 근거합성을 위한 자료 추출 등은 2인 이상의 연구자가 독립적으로 수행하였으며, 의견이 다른 경우 회의를 통해 조율하였다. 각 핵심질문에 대하여 문헌 각각의 결과요약표를 작성한 후 연구결과를 제시하였고, 그 중 양적 합성이 가능한 경우 메타분석을 통해 근거를 합성하여 분석하였다.

3) 근거 평가

권고안에 활용된 문헌의 질 평가는 연구설계에 따라 적합한 도구를 이용하여 2인 이상의 연구자가 독립적으로 평가하였다. 무작위 대조군 연구는 RoB(Risk of Bias), 체계적 문헌고찰은 AMSTAR(Assessment of Multiple Systematic Reviews)를 각각 사용하였다.

4) 근거 합성과 분석

임상질문에 대해 선정된 일차 연구문헌을 찾은 후 각 연구에 대해 필요한 결과값을 추출하였다. 결과 합성이 가능한 경우에 정량적으로 메타분석을 실시하였으며, 연구의 양이 불충분하고 이질성(heterogeneity)이 있는 경우 메타분석을 실시하지 않고 각각의 연구결과를 기술적으로 해석하여 임상질문에 대한 근거의 양을 제시하고 정성적으로 결과를 해석하였다.

5) 근거 수준 및 권고 등급

(1) 근거수준

근거수준(level of evidence)이란 현재까지의 근거를 바탕으로 특정 중재의 효과에 대해 확신하는 정도를 의미한다. 권고등급(strength of recommendation)은 권고 대상 환자에게 해당 중재를 시행하였을 때 위해(harm)보다 이득(benefit)이 더 클 것으로 혹은 작을 것으로 확신하는 정도를 말한다.

본 진료지침의 근거수준은 Cochrane GRADE Working Gruop에서 개발된 The Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation(GRADE) 등급화 방법론을 사용하였으며, 근거의 강도는 높음(high), 중등도(moderate), 낮음(low), 매우 낮음(very low)의 4단계로 나누어 진행하였다. 먼저, 각 핵심질문에 대한 체계적 문헌고찰을 통해 얻은 주요 연구결과에 대해 전반적인 근거를 요약한 근거요약표(evidence profile)를 작성하고, 각 연구들에 대해 비뚤림 위험, 비정밀성, 비직접성, 비일관성에 대한 평가를 시행하여 근거자료를 제시하였다.

근거 수준 분류	내용
높음 (High)	효과의 추정치가 실제 효과에 가깝다는 것을 매우 확신할 수 있다.
중등도 (Moderate)	효과의 추정치에 대한 확신을 중등도로 할 수 있다. 효과의 추정치는 실제 효과에 근접할 것으로 보이지만 상당히 다를 수도 있다.
낮음 (Low)	효과의 추정치에 대한 확신이 제한적이다. 실제 효과는 효과 추정치와 상당히 다를 수 있다.
매우낮음 (Very Low)	효과의 추정치에 대한 확신이 거의 없다. 실제 효과는 효과의 추정치와 상당히 다를 것이다.

구분	내용
고전문헌 근거, CTB (Classical Text-based)	- CTB 근거는 출전, 판본, 편명, 페이지 등 출처를 명확하게 밝혀서 문서화된 자료로 제시되어야 한다. - CTB는 별도의 학회 검토 절차를 받지 않고 개발그룹에 의해서 제안될 수 있다. 단 GPP로 권고하기 위해서는 공식적 합의절차를 거쳐야 한다. - CTB 한약 근거는 처방 구성, 약물 용량 등 출전의 본방을 그대로 사용해야 한다. 만약 기성 한의서 대비 가감된 처방을 중재로 제안하는 경우에는 임상적 고려사항에서 제시한다.

(2) 권고등급

권고등급(strength of recommendation)이란 권고 대상 환자에게 해당 중재를 시행하였을 때 위해(harm)보다 이득(benefit)이 더 클 것으로 혹은 작을 것으로 확신하는 정도를 말한다. 본 임상진료지침의 권고등급은 GRADE 방법론에 의해 근거수준, 효과 크기, 가치와 선호도 및 자원이용을 고려하여 방향성(권고함, 권고하지 않음)과 강도(강함, 약함)을 토대로 4개의 범주로 구분하였으며 '원하는 효과와 원하지 않은 효과의 차이', '근거수준'에 따라 권고등급을 A B, C, D, GPP로 각각 구분하였다.

① 근거기반 권고등급

권고등급	정의	표기법
A	편익이 명백하고 임상현장에서 활용도가 높을 경우 권고한다.	사용할 것을 권고한다. (Is recommended)
B	편익이 신뢰할 만하고 진료현장에서 활용도가 높거나 보통인 경우, 또는 권고의 근거관련 연구의 근거자료가 부족하더라도 임상적 이득이 명백한 경우 부여한다.	사용할 것을 고려해야 한다. (Should be considered)
C	편익을 신뢰할 수 없으나, 진료현장에서 활용도가 높거나 보통인 경우 부여한다.	사용할 것을 고려할 수 있다. (May be considered)
D	편익을 신뢰할 수 없고, 위해한 결과를 초래할 수 있다.	사용을 권고하지 않는다* (Is not recommended)

* 한국한의학연구원의 "한의임상진료지침 개발보고 가이드"에서 제시한 권고등급 내용 중 전문가 검토 의견을 반영하여 권고등급 D의 표기법을 "사용을 권고하지 않는다."로 수정하였다."

② 합의기반 권고

권고등급	정의	표기법
GPP**	서지학적 근거를 기반으로 전문가 그룹의 공식적 합의에 근거하여 권고한다.	전문가 그룹의 공식적 합의에 근거하여 권고한다. (Is recommended based on the expert group consensus)

** GPP : Good Practice Point

(3) 근거수준과 권고등급의 연계

최소의 근거가 있으면 GRADE 원칙에 맞게 근거수준을 부여하고, 이후 근거수준과 편익, 적용가능성(임상활용도 고려), 비용, 가치와 선호, 전문가 합의 의견 등을 바탕으로 권고등급을 조정한다.

현대 연구방법론에 기초한 근거가 있더라도 연구의 질이 낮아 이득과 위해에 대한 불확실성이 높을 경우 고전문헌의 근거(CTB) 등을 고려하여 '합의기반 권고문 도출' 방식(GPP 도출)을 선택할 수 있다.

① (근거기반 권고등급 도출) 체계적 문헌고찰과 전문가 합의를 통해 최종등급 도출

구 분	1단계		2단계	3단계	최종등급
고려사항 / 근거수준	편 익		적용가능성	비용, 가치와 선호	전문가 합의
	양성 (Positive)	0/음성 (Zero/ Negative)			
높음(High)	A	D	편익이 양성인 경우, 임상진료현장의 활용도가 높다면 더 강하게 권고할 수 있음	환자의 선호 및 비용 등을 고려하여 권고에 반영함	A~D
중등도 (Moderate)	B				
낮음(Low)	C				
매우 낮음 (Very Low)	D				

② (합의기반 권고등급 도출) 고전문헌근거 기반으로 공식적인 전문가 합의를 통해 권고 도출

구 분	1단계	2단계	3단계	최종등급
고려사항 / 근거수준	이득과 위해	적용가능성	비용, 가치와 선호	공식적 전문가 합의
고전문헌근거 CTB (Classical Text-based)	개발그룹의 편익에 대한 확신 정도에 따라 결정	임상진료현장의 활용도가 높을 경우 더 강하게 권고 할 수 있음	환자의 선호 및 비용 등을 고려하여 권고에 반영함	GPP

6) 권고 작성

대조군 임상연구 결과를 바탕으로 권고안을 작성하되, 보고된 연구 결과가 없는 경우 증례보고 및

개발위원회의 임상적 경험을 바탕으로 권고안 초안을 개발하였다.

7) 합의안 도출

권고안 도출은 지침 개발위원회의 합의를 통해 작성된 권고안 초안을 작성한 후, 검토위원회에서 추천한 10명의 전문가집단을 대상으로 델파이기법을 시행하였다. 합의가 일어나지 않은 권고안에 대해서는 개별의견을 받아 권고등급을 수정하고 재합의를 도출하였다. 마지막으로 해당 분야의 전문가로 구성된 총괄위원회에서 수정안에 대한 외부검토를 진행하여 최종 권고안을 완성하였다.

3. 승인 및 인증

1) 외부 검토

2020년 9월 임상진료지침 초안 제출 후, 한의표준임상진료지침개발사업단의 외부 검토를 거쳐 2020년 11월에 검토 결과를 반영한 수정안을 작성하였다.

(1) 외부 검토 그룹

위원회	직책	이름	소속	지역	역할
한의표준임상진료지침 개발사업단	총괄	김남권	한의표준임상진료지침 개발사업단	서울	임상진료지침 검토 총괄
	실무자	이지현	한의표준임상진료지침 개발사업단	서울	임상진료지침 검토 수행
		김수란	한의표준임상진료지침 개발사업단	서울	임상진료지침 검토 수행
		권수현	한의표준임상진료지침 개발사업단	서울	임상진료지침 검토 수행
외부검토그룹	위원장	김종우	경희대학교 한의과대학	서울	임상진료지침 검토 실무 총괄
	위원	장보형	경희대학교 한의과대학	서울	임상진료지침 검토 수행
		이선행	경희대학교 한의과대학	서울	임상진료지침 검토 수행
		서효원	경희대학교 한의과대학	서울	임상진료지침 검토 수행
		김은정	동국대학교 한의과대학	경기	임상진료지침 검토 수행
		이동효	우석대학교 한의과대학	전북	임상진료지침 검토 수행

2) 전문 학회 승인

본 임상진료지침은 대한한방신경정신과학회의 승인을 받았다. 학회 승인을 위해 대한한방신경정신과학회에 한의표준임상진료지침 학회인증을 위해 전문가 집단의 인준 절차를 거쳤다. 전문 학회에서는 개발의 엄격성, 내용타당성, 권고안의 적용 및 실행가능성, 결정가능성 등 학술적 타당성과 외적 타

당성 등을 중심으로 검토하였으며, 학회인증결과는 한의표준임상진료지침개발사업단에 제출하였다.

3) 인증

검토·평가위원회, 근거중심한의약추진위원회 검토를 통해 해당 지침을 한의표준임상진료지침으로 최종 인증을 받았다.

4. 출판

본 불안장애 한의표준임상진료지침은 한의표준임상진료지침 개발사업단을 통하여 출판한다.

Ⅳ. 권고사항

1. 한약

2. 침

3. 정신요법

1. 한약

● 배경

한의학에서의 불안장애에 대한 약물의 접근은 불안장애 관련 질환의 증상의 특징이 반영되어 적용된다. 즉, 불안장애의 증상의 특징은 신체적 증상의 다양성과 불안정한 심리적 증상에 비롯된 증상의 급박함이며, 이에 대한 한약의 적용에 대해서는 다음과 같다.

한약을 통한 불안장애 치료는, 불안장애가 가지는 특징인 신체적 증상의 다양성을 한의학 고유의 진단체계인 변증론(辨證論)으로 접근 가능하며, 여기에 환자가 가지는 체질적 소인을 고려하여 개인차에 따른 증상의 다양성에 유연하게 대처할 수 있는 장점이 있다. 또한 진단에 따른 처방을 투여하고 증상의 경과에 따른 변이에 대해 각 약성을 활용한 가감(加減)의 장점은 한약을 불안장애의 증상 경과의 특징에 대해 적극적으로 대처 가능한 장점을 가지고 있다.

다음 공황장애 등에서 나타나는 불안발작과 같은 심리적 증상의 급박함에 대해서는 소합향원(蘇合香元), 우황청심원(牛黃淸心元) 등과 같은 한의학 고유 처방이면서, 단환 제형으로 휴대와 복용이 간편한 한약이 존재하여 응급상황에 대한 대처가 가능하다.

본 임상진료지침 한약치료 권고안에는 범불안장애와 외상후 스트레스장애, 공황장애의 연구 결과들이 포함되었다. 사회 공포증은 문헌이 없어서 포함되지 못하였다. 범불안장애는 다양한 신체증상을 나타내는 한의 1차 진료 기관의 대표적인 불안장애의 질환으로 한약치료의 비중이 높은 질환이고, 가장 많은 처방과 문헌이 검색되었다. 임상적 상황을 고려하여 불안장애치료약물 대비 한약의 우월성·동등성을 확인한 연구들과, 불안장애치료약물 단독치료 대비 한약과 불안장애치료약물 병행치료의 우월성을 확인한 연구들로 구분하여 분석하였다. 공황장애, 외상후 스트레스장애 및 사회불안장애도 범불안장애와 동일한 방법으로 분석하였으며, 그 중 사회불안장애는 최종적으로 연구 기준을 충족하는 문헌이 존재하지 않아 권고하지 않았다.

한국에서 사용되지 않는 중성약을 배제하고 한국 임상에서 활용할 수 있는 처방 위주로 선정하여 양적 합성이 가능한 경우 메타분석을 실시하였고, 단일 문헌으로 검색된 처방에 대해서는 양적 합성 없이 개별 연구결과를 제시하고, 연구자 합의를 통해 권고하였다.

범불안장애에서는 불안장애치료약물 대비 한약 단독치료에 대해서 구미진심(九味鎭心), 귀비탕(歸脾湯), 소요산(逍遙散), 시호계지건강탕(柴胡桂枝乾薑湯), 시호계지탕(柴胡桂枝湯), 억간산(抑肝散), 천왕보심탕(天王補心湯,) 황련아교탕(黃連阿膠湯)이 권고에 포함되었다. 이 중 구미진심, 귀비탕, 소요산, 온담탕, 천왕보심탕, 황련아교탕이 양적합성이 가능하였다. 불안장애치료약물과 한약의 병행치료에 대해서는 감맥대조탕(甘麥大棗湯), 구미진심(九味鎭心), 귀비탕(歸脾湯), 도핵승기탕(桃核承氣湯), 산조인탕(酸棗仁湯), 소요산(逍遙散), 시호가용골모려탕(柴胡加龍骨牡蠣湯), 시호계지탕(柴胡桂枝湯), 온담탕(溫膽湯), 천왕보심탕(天王補心湯), 혈부축어탕(血府逐瘀湯)이 권고에 포함되었다. 이 중

구미진심, 귀비탕, 산조인탕, 소요산, 시호가용골모려탕, 천왕보심탕은 양적 합성이 가능하였다.

공황장애에서는 불안장애치료약물 대비 한약 단독치료에 대해서는 시호계지건강탕(柴胡桂枝乾薑湯), 해울환(解鬱丸), 불안장애치료약물과 한약의 병행치료에 대해서는 시호가용골모려탕(柴胡加龍骨牡蠣湯), 공황장애 임상경험방(臨床經驗方), 정신요법 병용대비 분석처방은 안신정경탕(安神定經湯)이 권고에 포함되었다. 이 중 공황장애 임상경험방은 양적합성이 가능하였다.

외상후 스트레스장애에서는 불안장애치료약물과 한약의 병행치료에 대해서는 당울소(糖鬱疏), 온담탕(溫膽湯), 청심해울탕(淸心解鬱湯)이 권고에 포함되었다.

전체적인 한약의 유효성과 편익은 한약 단독치료보다는 불안장애치료약물 및 정신요법과와의 병행치료에서 뚜렷하였다. 그러므로 향후 불안장애의 한약치료에 대한 연구에서는 불안장애치료약물을 대체하는 한의약적 치료도구와의 병행치료를 고려하여야 할 것으로 생각된다.

● 임상질문 및 권고안

▣ 범불안장애 - 단독치료

【R1】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 범불안장애 환자의 증상개선을 위해 한약치료를 고려해야 한다.	B/Low	각 임상질문별 참고문헌 참조 (R1-1~R1-10)

【Q1】

성인 범불안장애 환자에게 한약이 불안장애치료약물에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 범불안장애 환자	한약	불안장애치료약물	HAM-A STAI-S STAI-T PSWQ SAS BDI PSQI WHOQOL-BREF TESS	한의원 및 한방병원

(1) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q1은 범불안장애 환자에 대한 한약의 효과를 비교분석하기 위해 만들어졌다. 본 임상연구의 근거에 따르면 범불안장애서의 한약치료는 불안장애치료약물 복용 대조군과의 비교 연구에서 불안장애 관련 증상 척도에서 유의한 효과를 나타내는 임상 연구들이 있었다. 하위 권고안들의 근거수준과 권고 방향을 고려하여 전문가 그룹의 델파이 합의를 통해 근거수준과 권고등급을 부여하였다. 하위 권고안들의 근거수준은 연구에 따라 중등도(Moderate)와 낮음(Low)이 많으므로 추후 연구를 통해 범불안장애의 범주와 효과 추정치의 확산 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 매우 크다고 판단된다. 한편, 권고의 방향은 B~C로 강도의 차이는 있으나 모든 권고안이 성인 범불안장애 환자에 한약을 사용하는 방향으로 도출되었다. 이에 개발그룹의 공식적 합의에 따라 근거수준 Low 권고등급 B를 부여한다. 즉, 성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 한약치료를 고려해야 한다.

【R1-1】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물에 비하여 구미진심(九味鎭心)을 고려해야 한다.	B/Low	1-15

임상적 고려사항

- 처방 구성 : 인삼, 산조인, 오미자, 복령, 원지, 현호색, 천문동, 숙지황, 육계
  - 1회 6g / 1일 3회 복용
- 적용범위 및 변증: 범불안장애의 전반적 임상 증상에 활용 가능/심기혈허(心氣血虛), 신불안(神不安)

(1) 임상질문 : Q1-1

성인 범불안장애 환자에게 구미진심(九味鎭心)은 불안장애치료약물에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 범불안장애 환자	구미진심	불안장애치료약물	HAM-A SAS TESS	한의원 및 한방병원

HAM-A: Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도); **SAS:** The Zung Self-Rating Anxiety Scale(자가평가 불안척도); **TESS:** Treatment-Emergent Signs and Symptoms(부작용 평가척도), **불안장애치료약물:** 항우울 및 항불안제

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 15편의 무작위 배정 임상연구가 포함되었다.

Ren(2015)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 64명을 두 군으로 나누어 6주간 구미진심(九味鎭心)과립을 투여한 결과 구미진심과립을 복용한 군이 파록세틴(paroxetine: SSRIs계의 항우울제) 복용군에 비해 HAM-A 점수가 0.30점 더 높았으나 유의하지 않았다[95% CI: -0.68, 1.28].[1)]

Ren(2015)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 60명을 두 군으로 나누어 6주간 구미진심과립을 투여한 결과 구미진심과립을 복용한 군이 에스시탈로프람(escitalopram: SSRIs계의 항우울제) 복용군에 비해 HAM-A 점수가 0.40점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -1.21, 0.41].[2)]

Wu(2012)의 연구에서 국제 질병 분류(ICD-10) 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 68명을 두 군으로 나누어 8주간 구미진심(九味鎭心)과립을 투여한 결과 구미진심과립을 복용한 군이 설트랄린(sertraline: SSRIs계의 항우울제) 복용군에 비해 HAM-A 점수가 0.74점 더 높았으나 유의하지 않았다[95% CI: -1.64, 3.12]. TESS 점수는 0.30점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -1.37, 0.77].[3)]

Wu(2012)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 60명을 두 군으로 나누어 6주간 구미진심과립을 투여한 결과 구미진심과립을 복용한 군이 탄도스피론(tandospirone: azapirone계의 항불안제) 복용군에 비해 HAM-A 점수가 1.17점 더 높았으나 유의하지 않았다[95% CI: -1.44, 3.78]. SAS 점수는 1.12점 더 높았

으나 유의하지 않았다[95% CI: -2.59, 4.83].[4)]

Zhang(2012)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 56명을 두 군으로 나누어 6주간 구미진심과립을 투여한 결과 구미진심과립을 복용한 군이 paroxetine 복용군에 비해 HAM-A 점수가 0.57점 더 높았으나 유의하지 않았다[95% CI: -2.84, 3.98].[5)]

Zhang(2012)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 80명을 두 군으로 나누어 6주간 구미진심과립을 투여한 결과 구미진심과립을 복용한 군이 부스피론(buspirone: azapirone계의 항불안제) 복용군에 비해 HAM-A 점수가 0.28점 더 높았으나 유의하지 않았다[95% CI: -1.92, 2.48].[6)]

Li(2013)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 60명을 두 군으로 나누어 6주간 구미진심과립을 투여한 결과 구미진심과립을 복용한 군이 escitalopram 복용군에 비해 HAM-A 점수가 1.10점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -2.80, 0.60].[7)]

Yang(2013)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 72명을 두 군으로 나누어 8주간 구미진심과립을 투여한 결과 구미진심과립을 복용한 군이 tandospirone 복용군에 비해 HAM-A 점수가 0.60점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -2.06, 0.86].[8)]

Liang(2012)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 80명을 두 군으로 나누어 6주간 구미진심과립을 투여한 결과 구미진심과립을 복용한 군이 sertraline 복용군에 비해 HAM-A 점수가 1.80점 더 높았다[95% CI: 1..51. 2.09]. TESS 점수는 0.27점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -.89, 0.5].[9)]

Liang(2014)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 107명을 두 군으로 나누어 6주간 구미진심과립을 투여한 결과 구미진심과립을 복용한 군이 paroxetine 복용군에 비해 HAM-A 점수가 0.10점 더 높았으나 유의하지 않았다[95% CI: -1.37, 1.57]. TESS 점수는 0.12점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -0.26, 0.02].[10)]

Pan(2016)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 60명을 두 군으로 나누어 4주간 구미진심과립을 투여한 결과 구미진심과립을 복용한 군이 buspirone 복용군에 비해 HAM-A 점수가 0.20점 더 높았으나 유의하지 않았다[-2.00, 2.40].[11)]

Wang(2014)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 52명을 두 군으로 나누어 6주간 구미진심과립을 투여한 결과 구미진심과립을 복용한 군이 트라조돈(trazodone: SARI계의 비정형 항우울제) 복용군에 비해 HAM-A 점수가 1.16점 더 높았으나 유의하지 않았다[95% CI:-0.49, 2.81]. SAS 점수는 1.17점 더 높았

으나 유의하지 않았다[95% CI: -3.68, 6.02].[12)]

Wang(2013)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 417명을 두 군으로 나누어 6주간 구미진심과립을 투여한 결과 구미진심과립을 복용한 군이 buspirone 복용군에 비해 HAM-A 점수가 0.20점 더 높았으나 유의하지 않았다[95% CI: -0.63, 1.03]. TESS 점수는 0.10점 더 낮았으나 유의하지 않았다[-0.32, 0.12].[13)]

Ji(2015)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 65명을 두 군으로 나누어 4주간 구미진심과립을 투여한 결과 구미진심과립을 복용한 군이 tandospirone 복용군에 비해 HAM-A 점수가 1.09점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -3.24, 1.06].[14)]

Qi(2014)의 연구에서 국제 질병 분류(ICD-10) 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 78명을 두 군으로 나누어 4주간 구미진심과립을 투여한 결과 구미진심과립을 복용한 군이 tandospirone 복용군에 비해 HAM-A 점수가 1.20점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -3.02, 0.62].[15)]

② 연구결과의 요약

14개*의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 구미진심과립을 4~8주간 투여하였을 때 불안장애치료약물보다 HAM-A 점수가 0.05점 더 낮았으며, 효과 추정치의 신뢰 구간이 효과 없음을 포함하였다[95% CI: -0.43, 0.33](근거수준 낮음;Low).

*sensitivity analysis를 통해 이질성이 매우 큰 1개의 연구결과(Liang, 2012)를 양적 합성에서 배제하였다.

2개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 구미진심과립을 6~8주간 투여하였을 때 불안장애치료약물 보다 SAS 점수가 1.14점 더 높았으며, 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음을 포함하였다[95% CI: -1.81, 4.08](근거수준 낮음;Low).

4개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 구미진심과립을 4~8주간 투여하였을 때 불안장애치료약물보다 TESS 점수가 0.12점 더 낮았다[95% CI: -0.23, -0.01](근거수준 중등도;-Moderate).

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
anxiety IAT (HAM-A) (Critical)	1229 (14RCTs)	◉◉○○ Low[a,b]	-	-	MD 0.05 낮음 [-0.43, 0.33]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
anxiety IAT (SAS) (Critical)	112 (2RCTs)	◉◉○○ Low[a,b]	-	-	MD 1.14 높음 [-1.81, 4.08]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
adverse event (TESS) (Important)	673 (4RCTs)	◉◉◉○ Moderate[a]	–	–	MD 0.12 낮음 [−0.23, −0.01]	점수가 낮을수록 안전함을 의미함

IAT: Immediately After Treatment(치료 직후 결과); **HAM-A:** Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도); **SAS:** The Zung Self-Rating Anxiety Scale(자가평가 불안척도); **TESS:** Treatment-Emergent Signs and Symptoms(부작용 평가척도)
a: 배정순서 생성과 배정은폐가 불확실하고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않아 비뚤림 위험성이 있음
b: MD의 95% 신뢰구간이 0을 포함하여 비정밀성 영역에서 등급을 낮춤

(2) 권고안 도출에 대한 설명

성인 범불안장애 환자에서 불안장애치료약물에 비하여 구미진심의 편익은 명확하지 않으며, 종합적인 근거 수준이 낮음(Low)이므로 추후 연구는 효과추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 매우 크며 추정치가 바뀔 가능성이 높다. 다만, 구미진심이 불안장애치료약물에 비하여 부작용이 적기 때문에 위해보다는 잠재적인 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 구미진심은 중약(中藥)으로 그 처방이 모두 한국 한의학에서 다빈도로 활용되는 약재들로 구성되어 있으므로 임상적 활용 가능성이 있다. 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 권고등급 B를 부여한다. 즉 성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물에 비하여 구미진심 치료를 고려해야 한다.

(3) 참고문헌

1. 任列, 郭萍, 耿松, 杨胜良, 金学敏, 朱毅平. 九味镇心颗粒治疗广泛性焦虑障碍33例. 医药导报. 2015(01).
2. 任颖, 胡代槐. 九味镇心颗粒治疗女性心脾两虚型广泛性焦虑症30例疗效观察. 湖南中医杂志. 2015(08).
3. 吴伟林, 王超英. 九味镇心颗粒与舍曲林治疗广泛性焦虑障碍的临床观察. Paper presented at: 中国中西医结合学会精神疾病专业委员会第十一届学术年会. 中国浙江义乌. 2012.
4. 吴筱芬, 兰开荣, 季林影. 九味镇心颗粒治疗广泛性焦虑症30例. 中国药业. 2012(24).
5. 张宏耕, 张雪花, 程明, 吴伟林, 王超英. 九味镇心颗粒和帕罗西汀治疗广泛性焦虑症的临床疗效观察. 中国现代医学杂志. 2012(12).
6. 张德芳, 曾德志, 胡延林, 王兵华. 九味镇心颗粒联合丁螺环酮治疗广泛性焦虑症40例临床观察. 中医药导报. 2012(05).
7. 李剑虹. 九味镇心颗粒联合艾司西酞普兰治疗广泛性焦虑障碍疗效观察. 中西医结合心脑血管病杂志. 2013(12).
8. 杨清珍, 杨辉, 范征莉, 黄学萍, 周小燕. 九味镇心颗粒与坦度螺酮治疗广泛性焦虑症疗效对

照. 中国药业. 2013(20).
9. 梁杰. 九味镇心颗粒治疗广泛性焦虑疗效观察. 药物流行病学杂志. 2012;21(08):381-382.
10. 梁杰. 九味镇心颗粒治疗广泛性焦虑障碍疗效观察. 中国药师. 2014(12).
11. 潘园园, 王彦彦, 刘羽. 九味镇心颗粒对广泛性焦虑患者氧化应激水平的影响. 现代中西医结合杂志. 2016;25(36):4044-4046.
12. 王学军, 郭雅明, 李晓红. 九味镇心颗粒治疗广泛性焦虑障碍疗效观察. 新中医. 2014;46(04):49-50.
13. 王永军, 陈大方, 王传跃. 九味镇心颗粒治疗广泛性焦虑障碍多中心随机双盲对照试验. 中国心理卫生杂志. 2013(02).
14. 计峰. 坦度螺酮联合九味镇心颗粒治疗广泛性焦虑的临床研究. 中国药师. 2015;18(08):1355-1357.
15. 齐钢桥, 许蔚倩, 杨伟芳, 陈兴阳, 许学明. 九味镇心颗粒与坦度螺酮治疗老年期广泛性焦虑障碍患者的对照研究. 临床精神医学杂志. 2014(02).

【R1-2】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물에 비하여 귀비탕가감(歸脾湯加減)을 고려해야 한다.	B/Low	1-3

임상적 고려사항

- 처방 1 구성 : 당삼, 백출 10g, 황기 15g, 복령, 당귀, 산조인, 용안육 15g, 목향, 감초(炙) 6g, 원지 9g, 생강 5편, 대조 1매
  - 1첩에 물 400ml를 넣어 150ml로 농축한 후 남은 약재에 다시 물 300ml를 가하여 150ml로 농축하여 둘을 혼합함 / 1일 2회 복용
- 처방 2 구성 : 백출, 황기, 당삼, 감초(炙), 당귀, 단삼, 용안육, 목향, 계혈등 등
  - 1일 1첩 / 1일 2회 복용
- 처방 3 구성 : 원지 10g, 복령 10g, 백출 10g, 목향 6g, 황기(炙) 15g, 용안육10g, 산조인 10g, 당삼 15g, 단삼 15g, 감초(炙) 6g, 당귀 10g
  - 추위를 잘 타고 사지가 차가운 경우 가(加) 계지 10g, 보골지 10g
  - 쉽게 긴장하고 불안해하는 경우 가(加) 호박 10g, 자석 10g
  - 1일 1첩 / 1일 2회 복용
- 적용범위 및 변증 : 범불안장애 환자의 부유불안, 섭식장애, 수면장애 및 정충(怔忡)을 포함한 허증(虛症)/심비양허(心脾血虛), 심기허(心氣虛), 심혈허(心血虛)

(1) 임상질문 : Q1-2

성인 범불안장애 환자에게 귀비탕가감(歸脾湯加減)은 불안장애치료약물에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 범불안장애 환자	귀비탕가감	불안장애치료약물	HAM-A TESS	한의원 및 한방병원

HAM-A: Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도); **TESS:** Treatment-Emergent Signs and Symptoms(부작용 평가척도), **불안장애치료약물:** 항우울제

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 3편의 무작위 배정 임상연구가 포함되었다.

Wang(2010)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 60명을 두 군으로 나누어 8주간 귀비탕(歸脾湯)을 투여한 결과 귀비탕을 복용한 군이 paroxetine 복용군에 비해 HAM-A 점수가 0.93점 더 높았으나 유의하지 않았다[95% CI: -0.42, 2.28]. TESS 점수는 0.01점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -0.18, 0.16].[1)]

Cai(2017)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 60명을 두 군으로 나누어 4주간 귀비탕 가감을 투여한 결과 귀비탕가감(歸脾湯加減)을 복용한 군이 escitalopram 복용군에 비해 HAM-A 점수가 0.18점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -1.51, 1.15].[2)]

Chen(2018)의 연구에서 국제 질병 분류(ICD-10) 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 80명을 두 군으로 나누어 4주간 귀비탕 가감을 투여한 결과 귀비탕 가감을 복용한 군이 escitalopram 복용군에 비

해 HAM-A 점수가 5.04점 더 낮았다[95% CI: -5.59, -4.49].[3)]

② 연구결과의 요약

2개*의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 귀비탕 가감을 4~8주간 투여 하였을 때 불안장애치료약물보다 HAM-A 점수가 0.37점 더 높았으나 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음을 포함하였다[95% CI: -0.58, 1.32]. (근거수준 낮음;Low)

*sensitivity analysis를 통해 이질성이 매우 큰 1개의 연구결과(Chen, 2018)를 양적 합성에서 배제하였다.

1개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 귀비탕 가감을 8주간 투여하였을 때 불안장애치료약물보다 TESS 점수가 0.01점 더 낮았으나 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음을 포함하였다[95% CI: -0.18, 0.16] (근거수준 낮음;Low)

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
anxiety IAT (HAM-A) (Critical)	120 (2RCTs)	◉◉○○ Low[a,b]	-	-	MD 0.37 높음 [-0.58, 1.32]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
adverse event (TESS) (Important)	60 (1RCT)	◉◉○○ Low[a,b]	-	-	MD 0.01 낮음 [-0.18, 0.16]	점수가 낮을수록 안전함을 의미함

IAT: Immediately After Treatment(치료 직후 결과); **HAM-A:** Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도); **TESS:** Treatment-Emergent Signs and Symptoms(부작용 평가척도)
a: 배정순서 생성과 배정은폐가 불확실하고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않아 비뚤림 위험성이 있음
b: MD의 95% 신뢰구간이 0을 포함하여 비정밀성 영역에서 등급을 낮춤

(2) 권고안 도출에 대한 설명

성인 범불안장애 환자에서 불안장애치료약물에 비하여 귀비탕 가감의 편익은 명확하지 않으며, 종합적인 근거 수준이 낮음(Low)이므로 추후 연구는 효과추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 매우 크며 추정치가 바뀔 가능성이 높다. 다만, 귀비탕은 한국 한의학 임상현장에서 보편적으로 활용되며, 전국한의과대학 신경정신과 교과서의 신경정신과의 상용 처방으로 제시되어 있어 임상현장에서의 활용도는 높은 것으로 판단된다. 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 권고등급 B를 부여한다. 즉 성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물에 비하여 귀비탕 가감 치료를 고려해야 한다.

(3) 참고문헌

1. 王伟伟. 归脾汤治疗广泛性焦虑障碍的临床研究 [硕士], 广州中医药大学. 2010.
2. 蔡艳. 归脾汤加减治疗心脾两虚型广泛性焦虑症的临床对照观察. 海峡药学. 2017;29(7):130-1.
3. 陈涛, 陈丰. 归脾汤加减治疗心脾两虚型广泛性焦虑的临床效果研究. 中国继续医学教育. 2018;10(34):137-9.

【R1-3】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물에 비하여 소요산가감(逍遙散加減)을 고려해야 한다.	B/Low	1-6

임상적 고려사항

● 처방 1 구성 : 시호 8g, 당귀 10g, 백작약 10g, 복령 15g, 백출 10g, 감초 5g, 목단피 8g, 치자 10g
- 가슴이 달아오르면서 초조해하며, 쉽게 분노하며, 가슴과 옆구리가 빵빵하면서 그득한 경우 가 황련, 황금, 단삼, 울금, 진피, 불수, 지각 등
- 불면, 꿈이 많은 경우 가(加) 용골, 모려, 백자인, 산조인, 진주모 등
- 변비에 가(加) 지실, 지각 혹은 과루인 혹은 대황 등
- 입과 인후가 건조한 경우 가(加) 천문동, 맥문동 혹은 사삼 등
- 이명에 가(加) 자석, 질려 등
- 땀을 많이 흘리는 경우 가(加) 부소맥, 벽도건 등
- 1일 1첩 400ml / 1일 2회 복용

● 처방 2 구성 : 당귀 10g, 시호 8g, 복령 15g, 백작약 10g, 감초 5g, 백출 10g, 치자 10g, 목단피 8g
- 변비가 심한 경우 가(加) 지각 혹은 대황, 지실
- 가슴과 옆구리가 빵빵하면서 그득한 증상이 심한 경우 가(加) 황금, 황련, 울금 단삼, 진피, 지각, 불수
- 불면, 꿈이 많은 경우 가 모려, 용골, 진주모, 산조인, 백자인
- 입과 인후가 건조한 경우 가(加) 맥문동 혹은 사삼, 천문동
- 땀을 많이 흘리는 경우 가(加) 부소맥, 벽도건
- 이명에 가(加) 질려, 자석
- 1일 1첩 200ml / 일 2회 복용

● 처방 3 구성 : 목단피 9g, 치자(炒) 9g, 시호 9g, 복령 9g, 당귀 9g, 백작약 9g, 백출 9g, 박하 9g, 생강 9g, 감초 9g
- 1일 1첩 / 1일 2회 복용

● 처방 4 구성 : 목단피 15g, 치자(炒) 15g, 당귀 12g, 백출 12g, 시호 15g, 백작약 15g, 복령 12g, 야교등 30g, 용골 30g, 모려 30g, 생강 9g, 박하 6g, 감초(炙) 6g
- 열이 심하고, 대변이 굳은 경우 가(加) 대황, 용담초
- 간화상염(肝火上炎)에 가(加) 국화, 조구등
- 혈어(血瘀)에 가(加) 적작약, 천궁
- 불면에 가(加) 산조인, 원지
- 1일 1첩 400ml / 1일 2회 복용

● 처방 5 구성 : 당귀 10g, 백작약 15g, 시호 10g, 복령 20g, 백출 10g, 박하 15g, 목단피 20g, 치자 15g, 합환피 15g, 야교등 20g, 감초 6g
- 1일 1첩 400ml / 1일 2회 복용

● 처방 6 구성 : 진주모 60g, 용골, 모려 각 40g, 백출, 산조인(炒), 지주향 각 20g, 당귀, 백작약, 복령 각 15g, 시호, 박하 각 12g, 생강, 감초(炙) 각 10g
- 심신양허(心腎陽虛)에 가(加) 부자 6g, 계지 10g, 건강 12g
- 음허화왕(陰虛火旺)에 가(加) 생지황 15g, 맥문동, 치자, 지모 각 12g
- 혈맥어체(血脈瘀滯)에 가(加) 홍화, 도인(炒) 각 15g, 적작약, 단삼 각 12g
- 구울화화(久鬱化火)에 가(加) 치자 10g, 황련, 황금 각 12g
- 담습내성(痰濕內盛)에 가(加) 석창포, 우담남성, 반하 각 10g
- 심비양허(心脾陽虛)에 가(加) 당삼 25g, 황기 20g
- 1일 1첩 300ml / 1일 2회 복용

● 적용범위 및 변증: 범불안장애 환자의 우울감을 겸한 정서적 소견과 자율신경 관련 신체증상/청간해울(淸肝解鬱)

(1) 임상질문 : Q1-3

성인 범불안장애 환자에게 소요산가감(逍遙散加減)은 불안장애치료약물에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 범불안장애 환자	소요산가감	불안장애치료약물	HAM-A SAS PSQI TESS	한의원 및 한방병원

HAM-A: Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도); **SAS:** The Zung Self-Rating Anxiety Scale(자가평가 불안척도); **PSQI:** Pittsburgh Sleep Quality Index(피츠버그 수면의 질 지수); **TESS:** Treatment-Emergent Signs and Symptoms(부작용 평가척도) **불안장애치료약물:** 항우울 및 항불안제, 향정신병약

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 6편의 무작위 배정 임상연구가 포함되었다.

Song(2016)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 60명을 두 군으로 나누어 4주간 단치소요산가감(丹梔逍遙散加減)을 투여한 결과 단치소요산 가감 복용군이 플루펜칙솔(flupentixol: thioxanthene계의 항정신병약물, Major 트란퀼라이저)와 멜리트라센(melitracen: TCAs계의 항우울제) 복용군보다 HAM-A 점수가 0.10점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -1.81, 1.61].[1)]

Shi(2018)의 연구에서 국제 질병 분류(ICD-10) 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 80명을 두 군으로 나누어 4주간 단치소요산 가감을 투여한 결과 단치소요산 가감 복용군이 flupentixol and melitracen 복용군보다 HAM-A 점수가 6.12점 더 낮았다[95% CI: -7.37, -4.87].[2)]

Li(2017)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 90명을 두 군으로 나누어 4주간 단치소요산(丹梔逍遙散)을 투여한 결과 단치소요산 복용군이 로라제팜(lorazepam: benzodiazepines계의 수면진정제 및 신경안정제) 복용군보다 HAM-A 점수가 0.73점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -2.31, 0.85].[3)]

Xiong(2019)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 200명을 두 군으로 나누어 8주간 단치소요산 가감을 투여한 결과 단치소요산 가감 복용군이 flupentixol and melitracen 복용군보다 HAM-A 점수가 4.92점 더 낮았다[95% CI: -5.50, -4.34]. PSQI 점수는 2.01점 더 낮았다[95% CI: -2.82, -1.20].[4)]

Deng(2016)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 80명을 두 군으로 나누어 6주간 단치소요산 가미를 투여한 결과 단치소요산 가감 복용군이 flupentixol and melitracen 복용군보다 HAM-A 점수가 1.80점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -3.68, 0.08]. PSQI 점수는 1.46점 더 낮았다[-2.03, -0.89].[5)]

Chen(2016)의 연구에서 정신질환 진단 및 통계 편람(DSM-IV)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 154명을 두 군으로 나누어 6주간 소요산가감(逍遙散加減)을 투여한 결과 소요산 가감 복용군이 flupentixol and melitracen 복용군보다 HAM-A 점수가 6.52점 더 낮았다[95% CI: -7.45, -5.59].[6)]

② 연구결과의 요약

6개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 소요산 가감을 4~8주간 투여 하였을 때 불안장애치료약물 보다 HAM-A 점수가 4.65점 더 낮았다[95% CI: -5.06, -4.23](근거수준 중등도;Moderate).

2개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 소요산 가감을 4주간 투여하였을 때 불안장애치료약물 보다 SAS 점수가 9.07점 더 낮았다[95% CI: -10.51, -7.64](근거수준 낮음;Low).

2개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 소요산 가감을 6~8주간 투여하였을 때 불안장애치료약물 보다 PSQI 점수가 1.64점 더 낮았다[95% CI: -2.11, -1.18](근거수준 중등도;-Moderate).

1개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 소요산 가감을 4주간 투여하였을 때 불안장애치료약물 보다 TESS 점수가 1.22점 더 낮았다[95% CI: -1.82, -0.62](근거수준 중등도;Moderate).

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
anxiety IAT (HAM-A) (Critical)	659 (6RCTs)	◉◉◉○ Moderate[a,b]	-	-	MD 4.65 낮음 [-5.06, -4.23]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
anxiety IAT (SAS) (Critical)	140 (2RCTs)	◉◉○○ Low[a,c]	-	-	MD 9.07 낮음 [-10.51, -7.64]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
sleep IAT (PSQI) (Important)	275 (2RCTs)	◉◉◉○ Moderate[a]	-	-	MD 1.64 낮음 [-2.11, -1.18]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
adverse event (TESS) (Important)	90 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	-	-	MD 1.22 낮음 [-1.82, -0.62]	점수가 낮을수록 안전함을 의미함

IAT: Immediately After Treatment(치료 직후 결과); **HAM-A:** Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도); **SAS:** The Zung Self-Rating Anxiety Scale(자가평가 불안척도); **PSQI:** Pittsburgh Sleep Quality Index(피츠버그 수면의 질 지수); **TESS:** Treatment-Emergent Signs and Symptoms(부작용 평가척도)

a: 배정순서 생성과 배정은폐가 불확실하고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않아 비뚤림 위험성이 있음

b: I^2=94% 로 매우 높았으나 6건의 연구 모두 결과의 방향성이 일치하여 비일관성 영역에서 등급을 낮추지 않음

c: $I^2 \geq 75\%$ 로 비일관성이 있다고 평가함

(2) 권고안 도출에 대한 설명

성인 범불안장애 환자에서 불안장애치료약물에 비하여 소요산 가감의 편익은 신뢰할 만하며 종합적인 근거 수준이 중등도(Moderate) 또는 낮음(Low)이므로 추후 연구는 효과추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 매우 크며 추정치가 바뀔 가능성이 높다. 다만, 소요산은 한국 한의학 임상

현장에서 보편적으로 활용되며, 전국한의과대학 신경정신과 교과서의 신경정신과의 상용 처방으로 제시되어 있어 임상현장에서의 활용도는 높은 것으로 판단된다. 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 권고등급 B를 부여한다. 즉 성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물에 비하여 소요산 가감 치료를 고려해야 한다.

(3) 참고문헌

1. 宋丽莎. 加减丹栀逍遥散治疗肝郁化火型广泛性焦虑症的临床研究 [硕士], 南京中医药大学. 2016.
2. 施丹. 丹栀逍遥散治疗广泛性焦虑症(障碍)肝郁化火型临床研究. 中国中医药现代远程教育. 2018;16(17):106-8.
3. 李小黎, 刘晓梅, 邵珺, 唐启盛. 丹栀逍遥散干预社区肝郁化火型广泛性焦虑症患者的临床疗效分析. 北京中医药. 2017;36(04):359-61.
4. 熊飞, 宋沛然. 丹栀逍遥散加减治疗焦虑症的临床效果观察. 中国合理用药探索. 2019;16(01):16-9.
5. 邓源. 丹栀逍遥散加味治疗广泛焦虑障碍的临床观察. 光明中医. 2016;31(22):3292-4.
6. 陈铮, 杜立建. 逍遥散加减治疗焦虑症临床观察. 山西中医. 2016;32(12):6-9.

【R1-4】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 위약에 비하여 가미소요산(加味逍遙散)을 고려해야 한다.	B/Moderate	1

임상적 고려사항

- 처방 구성 : 백출 1g, 시호 1g, 복령 1g, 박하 0.33g, 당귀 1g, 감초 0.67g, 생강 0.33g, 작약 1g, 산치자 0.67g, 목단피 0.67g
  - 1회 7.67g 복용
- 적용범위 및 변증: 범불안장애 환자의 우울감을 겸한 정서적 소견과 자율신경 관련 신체증상/간울기체(肝鬱氣滯) 간위불화(肝胃不和)

(1) 임상질문 : Q1-4

성인 범불안장애 환자에게 가미소요산(加味逍遙散)은 위약에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 범불안장애 환자	가미소요산	위약	HAM-A STAI-S STAI-T PSWQ BDI WHOQOL-BREF	한의원 및 한방병원

HAM-A: Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도); **STAI:** State-Trait Anxiety Inventory(상태-특성 불안검사); **PSWQ:** Penn-State Worry Questionnaire(펜실베니아 걱정 질문지); **BDI:** Beck Depression Inventory(벡 우울척도); **WHOQOL-BREF:** World Health Organization Quality of Life-bref(세계보건기구 삶의 질 간편형 척도)

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 1편의 무작위 배정 임상연구가 포함되었다.

Park(2014)의 연구에서 DSM-IV 진단 기준을 만족하는 범불안장애 환자 94명을 단미제제 가미소요산(加味逍遙散) 복용군, 복합제제 가미소요산 복용군, 위약군 3군으로 나누어 하루 3회 8주간 투여한 결과 단미제제 가미소요산 복용군이 위약군에 비해 HAM-A 점수가 0.26점 더 높았으나 유의하지 않았다[95% CI: -3.06, 3.58]. STAI-S 점수는 1.57점 더 높았으나 유의하지 않았다[95% CI: -2.33, 5.47]. STAI-T 점수는 1.35점 더 높았으나 유의하지 않았다[95% CI: -2.61, 5.31]. PSWQ 점수는 1.51점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -5.64, 2.62]. BDI 점수는 1.31점 더 높았으나 유의하지 않았다[95% CI: -1.93, 4.55]. WHOQOL-BREF 점수는 0.92점 더 낮았으나 유의하지 않았다[[95% CI: -6.27, 4.43]. 복합제제 가미소요산 복용군은 위약군에 비해 HAM-A 점수가 2.21점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -5.13, 0.71]. STAI-S 점수는 0.65점 더 높았으나 유의하지 않았다[95% CI: -3.32, 4.62]. STAI-T 점수는 0.71점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -4.93, 3.51]. PSWQ 점수는 2.22점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -6.46, 2.02]. BDI 점수는 1.92점 더 낮았으나 유의하지 않

았다[95% CI: -5.05, 1.21]. WHOQOL-BREF 점수는 2.71점 더 높았으나 유의하지 않았다[95% CI: -2.60, 8.02].[1)]

② 연구결과의 요약

1개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 가미소요산을 8주간 투여하였을 때 위약보다 HAM-A 점수가 1.13점 더 낮았으나 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음을 포함하였다[95% CI: -3.32, 1.06](근거수준 중등도;Moderate).

1개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 가미소요산을 8주간 투여하였을 때 위약보다 STAI-S 점수가 1.12점 더 높았으나 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음을 포함하였다[95% CI: -1.66, 3.90](근거수준 중등도;Moderate).

1개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 가미소요산을 8주간 투여하였을 때 위약보다 STAI-T 점수가 0.39점 더 높았으나 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음을 포함하였다[95% CI: -2.50, 3.27](근거수준 중등도;Moderate).

1개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 가미소요산을 8주간 투여하였을 때 위약보다 PSWQ 점수가 1.86점 더 낮았으나 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음을 포함하였다[95% CI: -4.81, 1.10](근거수준 중등도;Moderate).

1개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 가미소요산을 8주간 투여하였을 때 위약보다 BDI 점수가 0.36점 더 낮았으나 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음을 포함하였다[95% CI: -2.61, 1.89](근거수준 중등도;Moderate).

1개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 가미소요산을 8주간 투여하였을 때 위약보다 WHOQOL-BREF 점수가 0.91점 더 높았으나 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음을 포함하였다[95% CI: -2.86, 4.68](근거수준 중등도;Moderate).

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
anxiety IAT (HAM-A) (Critical)	189 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	-	-	MD 1.13 낮음 [-3.32, 1.06]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
anxiety IAT (STAI-S) (Critical)	189 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	-	-	MD 1.12 높음 [-1.66, 3.90]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
anxiety IAT (STAI-T) (Critical)	189 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	-	-	MD 0.39 높음 [-2.50, 3.27]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
anxiety IAT (PSWQ) (Critical)	189 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	-	-	MD 1.86 낮음 [-4.81, 1.10]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
depression IAT (BDI) (Important)	189 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	-	-	MD 0.36 낮음 [-2.61, 1.89]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
Quality of Life IAT (WHO-QOL-BREF) (Important)	189 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	-	-	MD 0.91 높음 [-2.86, 4.68]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함

IAT: Immediately After Treatment(치료 직후 결과); **HAM-A:** Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도); **STAI:** State-Trait Anxiety Inventory(상태-특성 불안검사); **PSWQ:** Penn-State Worry Questionnaire(펜실베니아 걱정 질문지); **BDI:** Beck Depression Inventory(벡 우울척도); **WHOQOL-BREF:** World Health Organization Quality of Life-bref(세계보건기구 삶의 질 간편형 척도)
a: 95% 신뢰구간이 0을 포함하여 통계적으로 유의미한 결과를 보이지 않음

(2) 권고안 도출에 대한 설명

성인 범불안장애 환자에서 불안장애치료약물에 비하여 소요산의 편익은 명확하지 않으며, 종합적인 근거 수준이 중등도(Moderate)이므로 추후 연구로 효과추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 것이며 추정치가 바뀔 수도 있다. 소요산은 한국 한의학 임상현장에서 보편적으로 활용되며, 전국한의과대학 신경정신과 교과서의 신경정신과의 상용 처방으로 제시되어 있어 임상현장에서의 활용도는 높은 것으로 판단된다. 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 권고등급 B를 부여한다. 즉 성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 위약에 비하여 소요산 가감 치료를 고려해야 한다.

(3) 참고문헌

1. D. M. Park, S. H. Kim, Y. C. Park, W. C. Kang, S. R. Lee and I. C. Jung. The comparative clinical study of efficacy of Gamisoyo-San (Jiaweixiaoyaosan) on generalized anxiety disorder according to differently manufactured preparations: multicenter, randomized, double blind, placebo controlled trial. Journal of Ethnopharmacology. 2014;158:11-7.

【R1-5】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물에 비하여 시호계지건강탕(柴胡桂枝乾薑湯)을 고려할 수 있다.	C/Low	1

임상적 고려사항

- 처방 구성 : 시호 15g, 황금 12g, 계지 10g, 건강 9g, 천화분 15g, 모려 30g, 감초(炙) 6g
  - 위가 차고, 찬 음식을 먹으면 설사하는 경우 가(加) 건강(炮) 6g
  - 평소 추위를 싫어하는 경우 가(加) 흑부자 9g
  - 불면에 가(加) 용골 30g, 야교등 30g
  - 1일 1첩 / 1일 2회 복용
- 적용범위 및 변증: 범불안장애 환자의 자율신경 관련 신체증상/심간화울(心肝火鬱)

(1) 임상질문 : Q1-5

성인 범불안장애 환자에게 시호계지건강탕(柴胡桂枝乾薑湯)은 불안장애치료약물에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 범불안장애 환자	시호계지건강탕	불안장애치료약물	HAM-A	한의원 및 한방병원

HAM-A: Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도), **불안장애치료약물:** 항불안제

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 1편의 무작위 배정 임상연구가 포함되었다.

Shi(2018)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 66명을 두 군으로 나누어 6주간 시호계지건강탕 가감(柴胡桂枝乾薑湯 加減)을 투여한 결과 시호계지건강탕 가감 복용군이 buspirone 복용군보다 HAM-A 점수가 2.04점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -4.37, 0.29](근거수준 낮음;Low).[1)]

② 연구결과의 요약

1개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 시호계지건강탕(柴胡桂枝乾薑湯 加減)을 6주간 투여하였을 때 buspirone 복용군보다 HAM-A 점수가 2.04점 더 낮았으나 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음을 포함하였다[95% CI: -4.37, 0.29](근거수준 낮음;Low).

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
anxiety IAT (HAM-A) (Critical)	66 (1RCT)	◉◉○○ Low[a,b]	–	–	MD 2.04 낮음 [−4.37, 0.29]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

IAT: Immediately After Treatment(치료 직후 결과); **HAM-A:** Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도)
a: 배정순서 생성과 배정은폐가 불확실하고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않아 비뚤림 위험성이 있음
b: MD의 95% 신뢰구간이 0을 포함하여 비정밀성 영역에서 등급을 낮춤

(2) 권고안 도출에 대한 설명

성인 범불안장애 환자에서 불안장애치료약물에 비하여 시호계지건강탕의 편익은 명확하지 않으며, 종합적인 근거 수준이 낮음(Low)이므로 추후 연구는 효과추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 매우 크며 추정치가 바뀔 가능성이 높다. 다만, 시호계지건강탕은 상한론(傷寒論)에 기재된 처방으로, 한국 한의학 임상현장에서 활용되고 있다. 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 권고등급 C를 부여한다. 즉 성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물에 비하여 시호계지건강탕 치료를 고려할 수 있다.

(3) 참고문헌

1. 时高波, 白慧. 柴胡桂枝干姜汤加减治疗广泛性焦虑症33例. 河南中医. 2018;38(01):45-7.

【R1-6】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물에 비하여 시호계지탕(柴胡桂枝湯)을 고려해야 한다.	B/Moderate	1

임상적 고려사항

- 처방 구성 : 시호 10g, 계지 15g, 작약 15g, 황금 15g, 인삼 15g, 감초(炙) 5g, 반하 10g, 용골 30g, 모려 30g, 생강 5편, 대조 5매
  - 1첩에 물 400ml를 넣어 150ml로 농축한 후 남은 약재에 다시 물 300ml를 가하여 150ml로 농축하여 둘을 혼합함 / 1일 2회 복용
- 적용범위 및 변증: 범불안장애 환자의 자율신경 관련 신체증상/간울화화(肝鬱化火)

(1) 임상질문 : Q1-6

성인 범불안장애 환자에게 시호계지탕(柴胡桂枝湯)은 불안장애치료약물에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 범불안장애 환자	시호계지탕	불안장애치료약물	HAM-A	한의원 및 한방병원

HAM-A: Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도), **불안장애치료약물:** 항정신병 및 항우울제

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 1편의 무작위 배정 임상연구가 포함되었다.

Feng(2012)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 77명을 두 군으로 나누어 6주간 시호계지탕 가감(柴胡桂枝湯加減)을 투여한 결과 시호계지탕 가감 복용군이 flupentixol and melitracen 복용군보다 HAM-A 점수가 3.55점 더 낮았다[95% CI: -6.95, -0.15](근거수준 중등도;Moderate).[1)]

② 연구결과의 요약

1개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 시호계지탕 가감(柴胡桂枝湯 加減)을 6주간 투여하였을 때 flupentixol and melitracen 복용군보다 HAM-A 점수가 3.55점 더 낮았다[95% CI: -6.95, -0.15](근거수준 중등도;Moderate).

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
anxiety IAT (HAM-A) (Critical)	77 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	-	-	MD 3.55 낮음 [-6.95, -0.15]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

IAT: Immediately After Treatment(치료 직후 결과); **HAM-A:** Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도)
a: 배정순서 생성과 배정은폐가 불확실하고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않아 비뚤림 위험성이 있음

(2) 권고안 도출에 대한 설명

성인 범불안장애 환자에서 불안장애치료약물에 비하여 시호계지탕의 편익은 신뢰할 만하며, 종합적인 근거 수준이 중등도(Moderate)이므로 추후 연구로 효과추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 것이며 추정치가 바뀔 수도 있다. 시호계지탕은 상한론(傷寒論)에 기재된 처방으로, 한국 한의학 임상현장에서 활용되고 있다. 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 권고등급 B를 부여한다. 즉 성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물에 비하여 시호계지탕 치료를 고려해야 한다.

(3) 참고문헌

1. 冯驭臣. 柴胡桂枝汤治疗以疼痛为主诉的广泛性焦虑症的临床研究 [博士], 广州中医药大学. 2012.

【R1-7】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물에 비하여 억간산(抑肝散)을 고려할 수 있다.	C/Low	1

임상적 고려사항

- 처방 구성 : 천궁 10g, 당귀 6g, 지모 10g, 조구등 15g, 복신 10g, 시호 10g, 감초 6g
  - 1첩에 물 400ml를 넣어 150ml로 농축한 후 남은 약재에 다시 물 300ml를 가하여 150ml로 농축하여 둘을 혼합함 / 1일 2회 복용
- 적용범위 및 변증: 범불안장애 환자의 심리적 신체적 경직감/간화상염(肝火上炎) 신불안(神不安)

(1) 임상질문 : Q1-7

성인 범불안장애 환자에게 억간산(抑肝散)은 불안장애치료약물에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 범불안장애 환자	억간산	불안장애치료약물	HAM-A	한의원 및 한방병원

HAM-A: Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도), **불안장애치료약물:** 항정신병 및 항우울제

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 1편의 무작위 배정 임상연구가 포함되었다.

Zhao(2014)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 60명을 두 군으로 나누어 6주간 억간산 과립을 투여한 결과 억간산(抑肝散) 과립 복용군이 flupentixol and melitracen 복용군보다 HAM-A 점수가 1.12점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -3.27, 1.03](근거수준 낮음;Low).[1)]

② 연구결과의 요약

1개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 억간산(抑肝散) 6주간 투여하였을 때 flupentixol and melitracen 복용군보다 HAM-A 점수가 1.12점 더 낮았으나 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음을 포함하였다[95% CI: -3.27, 1.03](근거수준 낮음;Low).

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
anxiety IAT (HAM-A) (Critical)	60 (1RCT)	◉◉○○ Low[a,b]	-	-	MD 1.12 낮음 [-3.27, 1.03]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

IAT: Immediately After Treatment(치료 직후 결과); **HAM-A:** Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도)
a: 배정순서 생성과 배정은폐가 불확실하고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않아 비뚤림 위험성이 있음
b: MD의 95% 신뢰구간이 0을 포함하여 비정밀성 영역에서 등급을 낮춤

(2) 권고안 도출에 대한 설명

성인 범불안장애 환자에서 불안장애치료약물에 비하여 억간산의 편익은 명확하지 않으며, 종합적인 근거 수준이 낮음(Low)이므로 추후 연구는 효과추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 매우 크며 추정치가 바뀔 가능성이 높다. 다만, 억간산은 한국 한의학 임상현장에서 활용되고 있으며, 전국 한의과대학 신경정신과 교과서의 신경정신과 상용 처방으로 제시되어 있다. 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 권고등급 C를 부여한다. 즉 성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물에 비하여 억간산 치료를 고려할 수 있다.

(3) 참고문헌

1. 赵高峰, 苗治国. 抑肝散治疗广泛焦虑症临床研究. 光明中医. 2014;29(11):2330-1.

【R1-8】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물에 비하여 온담탕가감(溫膽湯加減)을 고려할 수 있다.	C/Very Low	1-3

임상적 고려사항

- 처방 1 구성 : 반하, 죽여, 지실, 진피, 숙지황, 인삼, 오미자, 산조인 각 15g, 원지, 감초(炙) 각 5g
  - 사지와 몸이 마비되는 것 같거나 이상감각이 드는 경우 가(加) 상지, 우슬 각 15g
  - 사물이 아늑하게 보이고, 양 눈이 건조하고 깔깔한 경우 가(加) 여정자, 상심자 각 15g
  - 가슴이 답답하고, 위완(胃脘)이 그득하고 답답한데 누르면 연약하고 아프지 않은 경우 가(加) 해백 10g
  - 소화가 안 되며 입맛이 없는 경우 가(加) 맥아(炒), 신곡 각 15g
  - 대변이 묽은 경우 가(加) 백출(炒), 차전자 각 10g
  - 1일 1첩 450ml
- 처방 2 구성 : 반하 9g, 죽여 10g, 진피 10g, 지실 10g, 복령 10g, 황금 10g, 치자 10g, 시호 10g, 향부자 10g, 울금 10g, 원지 10g, 용치 30g, 진주모 30g, 야교등 30g, 합환피 30g
  - 1일 1첩 400ml / 1일 2회 복용
- 처방 3 구성 : 반하, 죽여, 지실, 진피, 감초, 복령, 생강, 대조
  - 1회 4정 / 1일 3회 복용
- 적용범위 및 변증: 범불안장애 환자의 급성기에도 활용 가능하며, 심리적 불안이 강하고 불면과 경계(驚悸)가 심하여 일상의 어려움이 심함/심담허겁(心膽虛怯), 간울기체(肝鬱氣滯)

(1) 임상질문 : Q1-8

성인 범불안장애 환자에게 온담탕가감(溫膽湯加減)은 불안장애치료약물에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 범불안장애 환자	온담탕 가감	불안장애치료약물	HAM-A SAS TESS	한의원 및 한방병원

HAM-A: Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도); **SAS:** The Zung Self-Rating Anxiety Scale(자가평가 불안척도); **TESS:** Treatment-Emergent Signs and Symptoms(부작용 평가척도), **불안장애치료약물:** 항정신병약 및 항우울제

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 3편의 무작위 배정 임상연구가 포함되었다.

Zhang(2014)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 80명을 두 군으로 나누어 8주간 십미온담탕가감(十味溫膽湯加減)을 투여한 결과 십미온담탕 가감 복용군이 flupentixol and melitracen 복용군보다 HAM-A 점수가 1.01점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -3.53, 1.51]. SAS 점수는 4.93점 더 낮았다[95% CI: -8.50, -1.36]. TESS 점수는 5.58점 더 낮았다[95% CI: -6.29, -4.87].[1)]

Dai(2013)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 59명을 두 군으로 나누어 4주간 온담탕가감(溫膽湯加減)을 투여한 결과 온담탕 과립 복용군이 paroxetine 복용군보다 HAM-A 점수가 0.34점 더 높았으나 유의하지

않았다[95% CI: -2.31, 2.99]. SAS 점수는 1.00점 더 높았으나 유의하지 않았다[95% CI: -1.56, 3.56].[2)]

Wang(2019)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 60명을 두 군으로 나누어 6주간 온담편(溫膽片)을 투여한 결과 온담편 복용군이 flupentixol and melitracen 복용군보다 HAM-A 점수가 0.36점 더 높았으나 유의하지 않았다[95% CI: -0.95, 1.67].[3)]

② 연구결과의 요약

3개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 온담탕 가감을 4~8주간 투여하였을 때 불안장애치료약물보다 HAM-A 점수가 0.11점 더 높았으나 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음을 포함하였다[95% CI: -0.95, 1.18](근거수준 낮음;Low).

2개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 온담탕 가감을 4~8주간 투여하였을 때 불안장애치료약물보다 SAS 점수가 1.01점 더 낮았으나 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음을 포함하였다[95% CI: -3.09, 1.07](근거수준 매우 낮음;Very Low).

1개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 온담탕 가감을 4주간 투여하였을 때 불안장애치료약물보다 TESS 점수가 5.58점 더 낮았다[95% CI: -5.58 [-6.29, -4.87](근거수준 중등도;-Moderate).

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
anxiety IAT (HAM-A) (Critical)	199 (3RCTs)	◉◉○○ Low[a,b]	-	-	MD 0.11 높음 [-0.95, 1.18]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
anxiety IAT (SAS) (Critical)	139 (2RCTs)	◉○○○ Very Low[a,b,c]	-	-	MD 1.01 낮음 [-3.09, 1.07]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
adverse event (TESS) (Important)	80 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	-	-	MD 5.58 낮음 [-6.29, -4.87]	점수가 낮을수록 안전함을 의미함

IAT: Immediately After Treatment(치료 직후 결과); **HAM-A:** Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도); **SAS:** The Zung Self-Rating Anxiety Scale(자가평가 불안척도); **TESS:** Treatment-Emergent Signs and Symptoms(부작용 평가척도)
a: 배정순서 생성과 배정은폐가 불확실하고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않아 비뚤림 위험성이 있음
b: MD의 95% 신뢰구간이 0을 포함하여 비정밀성 영역에서 등급을 낮춤
c: $I^2 \geq 75\%$ 로 비일관성이 있다고 평가함

(2) 권고안 도출에 대한 설명

성인 범불안장애 환자에서 불안장애치료약물에 비하여 온담탕의 편익은 명확하지 않으며, 종합적

인 근거 수준이 매우 낮음(Very Low)이므로 추후 연구는 효과추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 매우 크며 추정치가 바뀔 가능성이 높다. 다만, 온담탕은 불안장애치료약물에 비하여 부작용이 적기 때문에 위해보다는 잠재적인 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 온담탕은 전국 한의과대학 신경정신과 교과서의 신경정신과 상용 처방으로 제시되어 있으며, 한국 한의학 임상현장에서 다빈도로 활용되고 있어 임상적 상황을 고려하여 적용가능하다. 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 권고등급 C를 부여한다. 즉 성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물에 비하여 온담탕 치료를 고려할 수 있다.

(3) 참고문헌

1. 张春玲, 温夏, 李岳朋. 十味温胆汤加减治疗广泛性焦虑症40例. 河南中医. 2014(07).
2. 戴景超. 温胆汤加减治疗痰热内扰型广泛性焦虑的临床疗效观察 [硕士], 北京中医药大学. 2013.
3. 王文秀, 陈洁, 荣立洋, 杨忠奇, 冼绍祥. 温胆片治疗广泛性焦虑症(痰热内扰证)的临床疗效观察. 广州中医药大学学报. 2019;36(11):1679-83.

【R1-9】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물에 비하여 천왕보심탕가감(天王補心湯加減)을 고려할 수 있다.	C/Low	1-2

임상적 고려사항

- 처방 1 구성 : 생지황 20g, 산조인 30g, 백자인 15g, 당귀 10g, 천문동 10g, 맥문동 20g, 당삼 10g, 단삼 10g, 현삼 10g, 복신 30g, 오미자 10g, 원지 10g
  - 1일 1첩 400ml / 1일 2회 복용
- 처방 2 구성 : 백자인 15g, 천문동 10g, 맥문동 20g, 생지황 10g 산조인 30g, 태자삼 10g, 단삼 10g, 현삼 10g, 질려 15g, 당귀 10g, 오미자 10g, 길경 10g, 원지 10g
  - 가슴이 두근거리고 불안이 심한 경우 가(加) 용치 30g, 진주모 30g, 자석영 30g, 단자석 30g
  - 불면이 심한 경우 가(加) 야교등 30g, 합환피 30g, 호박 1.5g
  - 간울기체(肝鬱氣滯)에 가(加) 시호 10g, 향부자 10g, 매괴화 10g, 치자(炒) 10g, 울금 10g
  - 허열(虛熱), 조열(潮熱)이 심한 경우 가(加) 단피 10g, 청호 10g, 은시호 10g, 별갑 30g
  - 신음부족(腎陰不足)에 가(加) 여정자 10g, 한련초 10g, 지모 10g
  - 땀이 많이 나는 경우 가(加) 부소맥 30g
  - 1일 1첩 400ml / 1일 2회 복용
- 적용범위 및 변증: 범불안장애 환자의 전반적 허증(虛症)에 활용/심혈허(心血虛), 심음허(心陰虛)

(1) 임상질문 : Q1-9

성인 범불안장애 환자에게 천왕보심탕가감(天王補心湯加減)은 불안장애치료약물에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 범불안장애 환자	천왕보심탕	불안장애치료약물	HAM-A SAS PSQI	한의원 및 한방병원

HAM-A: Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도); **SAS:** The Zung Self-Rating Anxiety Scale(자가평가 불안척도); **PSQI:** Pittsburgh Sleep Quality Index(피츠버그 수면의 질 지수), **불안장애치료약물:** 항우울제

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 2편의 무작위 배정 임상연구가 포함되었다.

Zhang(2014)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 72명을 두 군으로 나누어 8주간 천왕보심탕가감(天王補心湯加減)을 투여한 결과 천왕보심탕 가감 복용군이 paroxetine 복용군보다 HAM-A 점수가 0.08점 더 높았으나 유의하지 않았다[95% CI: -0.92, 1.08]. SAS 점수는 0.63점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -2.87, 1.61].[1)]

Zhang(2014)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 41명을 두 군으로 나누어 8주간 천왕보심탕(天王補心湯)을 투여한 결과 천왕보심탕 복용군이 paroxetine 복용군보다 HAM-A 점수가 0.12점 더 높았으나 유의하

지 않았다[95% CI: -1.18, 1.42].[2)]

② 연구결과의 요약

2개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 천왕보심탕가감을 8주간 투여하였을 때 불안장애치료약물보다 HAM-A 점수가 0.09점 더 높았으나 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음을 포함하였다[95% CI: -0.70, 0.89](근거수준 낮음;Low).

1개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 천왕보심탕가감을 8주간 투여하였을 때 불안장애치료약물보다 SAS 점수가 0.63점 더 낮았으나 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음을 포함하였다[95% CI: -2.87, 1.61](근거수준 낮음;Low).

1개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 천왕보심탕가감을 8주간 투여하였을 때 불안장애치료약물보다 PSQI 점수가 0.25점 더 높았으나 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음을 포함하였다[95% CI: -0.99, 1.49](근거수준 낮음;Low).

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
anxiety IAT (HAM-A) (Critical)	113 (2RCTs)	◉◉○○ Low[a,b]	–	–	MD 0.09 높음 [−0.70, 0.89]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
anxiety IAT (SAS) (Critical)	72 (1RCT)	◉◉○○ Low[a,b]	–	–	MD 0.63 낮음 [−2.87, 1.61]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
sleep IAT (PSQI) (Important)	72 (1RCT)	◉◉○○ Low[a,b]	–	–	MD 0.25 높음 [−0.99, 1.49]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

IAT: Immediately After Treatment(치료 직후 결과); **HAM-A:** Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도); **SAS:** The Zung Self-Rating Anxiety Scale(자가평가 불안척도); **PSQI:** Pittsburgh Sleep Quality Index(피츠버그 수면의 질 지수)
a: 배정순서 생성과 배정은폐가 불확실하고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않아 비뚤림 위험성이 있음
b: MD의 95% 신뢰구간이 0을 포함하여 비정밀성 영역에서 등급을 낮춤

(2) 권고안 도출에 대한 설명

성인 범불안장애 환자에서 불안장애치료약물에 비하여 천왕보심탕 가감의 편익은 명확하지 않으며, 종합적인 근거 수준이 낮음(Low)이므로 추후 연구는 효과추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 매우 크며 추정치가 바뀔 가능성이 높다. 다만, 천왕보심탕은 전국 한의과대학 신경정신과 교과서의 신경정신과 상용 처방으로 제시되어 있으며, 한국 한의학 임상현장에서 다빈도로 활용되고 있어 임상적 상황을 고려하여 적용가능하다. 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 권고등급 C를 부여한다. 즉 성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물에 비하여 천왕보심탕 가감 치료를 고려할 수 있다.

(3) 참고문헌

1. 张晗, 毛丽军. 天王补心汤治疗心阴不足型广泛性焦虑的疗效观察. 浙江中医药大学学报. 2014(08).
2. 张晗. 天王补心汤加减治疗心阴不足型广泛性焦虑的临床疗效观察 [硕士], 北京中医药大学. 2014.

【R1-10】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물에 비하여 황련아교탕가감(黃連阿膠湯加減)을 고려할 수 있다.	C/Low	1-3

임상적 고려사항

- 처방 1 구성 : 황련 10g, 백작약 12g, 아교, 여정자, 황백, 계내금, 대조 각 15g, 구판 25g, 용치 30g, 자석, 생지황 각 20g, 계자황 2매
  - 1일 1첩
- 처방 2 구성 : 백작약 12g, 여정자 15g, 황련 10g, 계내금 15g, 구판 25g, 황백 15g, 자석 20g, 산조인 15g, 생지황 20g, 야교등 15g, 용치 30g, 계자황 2매
  - 1일 1첩 / 1일 2회 복용
- 처방 3 구성 : 황련 3g, 아교 9g, 육계 3g, 석창포 9g, 원지 9g, 야교등 30g
  - 1일 1첩 / 1일 2회 복용
- 적용범위 및 변증: 범불안장애 환자의 부유불안과 허증(虛症)/심음부족(心陰不足), 심혈허(心血虛)

(1) 임상질문 : Q1-10

성인 범불안장애 환자에게 황련아교탕가감(黃連阿膠湯加減)은 불안장애치료약물에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 범불안장애 환자	황련아교탕가감	불안장애치료약물	HAM-A TESS	한의원 및 한방병원

HAM-A: Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도); **TESS:** Treatment-Emergent Signs and Symptoms(부작용 평가척도), **불안장애치료약물:** 항불안제

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 3편의 무작위 배정 임상연구가 포함되었다.

Liang(2004)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 62명을 두 군으로 나누어 6주간 황련아교탕가감(黃連阿膠湯加減)을 투여한 결과 황련아교탕 가감 복용군이 니트라제팜(nitrazepam: 수면진정제 및 신경안정제) 복용군보다 HAM-A 점수가 0.70점 더 높았으나 유의하지 않았다[95% CI: -0.77, 2.17].[1)]

Wang(2018)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 56명을 두 군으로 나누어 6주간 황련아교탕가감을 투여한 결과 황련아교탕 가감 복용군이 nitrazepam 복용군보다 HAM-A 점수가 0.70점 더 높았으나 유의하지 않았다[95% CI: -0.30, 1.70].[2)]

Shao(2016)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 84명을 두 군으로 나누어 2주간 황련아교탕(黃連阿膠湯) 과립을 투여한 결과 황련아교탕 가감 복용군이 lorazepam 복용군보다 HAM-A 점수가 1.12점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -2.57, 0.33]. TESS 점수는 1.59점 더 낮았다[95% CI: -2.53, -0.66].[3)]

② 연구결과의 요약

3개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 황련아교탕 가감을 8주간 투여하였을 때 불안장애치료약물보다 HAM-A 점수가 0.25점 더 높았으나 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음을 포함하였다[95% CI: -0.46, 0.97](근거수준 낮음;Low).

1개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 황련아교탕 가감을 2주간 투여하였을 때 불안장애치료약물보다 TESS 점수가 1.59점 더 낮았다[95% CI: -2.53, -0.66](근거수준 중등도;-Moderate).

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
anxiety IAT (HAM-A) (Critical)	202 (3RCTs)	◉◉○○ Low[a,b]	-	-	MD 0.25 높음 [-0.46, 0.97]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
adverse event (TESS) (Important)	84 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	-	-	MD 1.59 낮음 [-2.53, -0.66]	점수가 낮을수록 안전함을 의미함

IAT: Immediately After Treatment(치료 직후 결과); **HAM-A:** Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도); **TESS:** Treatment-Emergent Signs and Symptoms(부작용 평가척도)
a: 배정순서 생성과 배정은폐가 불확실하고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않아 비뚤림 위험성이 있음
b: MD의 95% 신뢰구간이 0을 포함하여 비정밀성 영역에서 등급을 낮춤

(2) 권고안 도출에 대한 설명

성인 범불안장애 환자에서 불안장애치료약물에 비하여 황련아교탕 가감의 편익은 명확하지 않으며, 종합적인 근거 수준이 낮음(Low)이므로 추후 연구는 효과추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 매우 크며 추정치가 바뀔 가능성이 높다. 다만, 황련아교탕은 상한론(傷寒論)에 기재되어 있으며, 한국 한의학 임상현장에서 활용되고 있다. 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 권고등급 C를 부여한다. 즉 성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물에 비하여 황련아교탕 치료를 고려할 수 있다.

(3) 참고문헌

1. 梁小赤, 朱克武. 黄连阿胶汤加减治疗广泛性焦虑症30例疗效观察. 山西中医. 2004(02):22-3.
2. 王晓峰, 王新芳. 黄连阿胶汤加减治疗心肾不交型轻中度广泛性焦虑症的临床分析. 深圳中西医结合杂志. 2018;28(10):61-3.
3. 邵珺. 黄连阿胶汤加减治疗社区心肾不交型轻中度广泛性焦虑症的临床研究 [硕士], 北京中医药大学. 2016.

▣ 범불안장애 - 병행치료

【R2】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 한약과 불안장애치료약물 병행치료를 고려해야 한다.	B/Low	각 임상질문별 참고문헌 참조 (R2-1~R2-11)

【Q2】

성인 범불안장애 환자에게 한약과 불안장애치료약물의 병행치료는 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 범불안장애 환자	한약 + 불안장애치료약물	불안장애치료약물	HAM-A SAS PSQI TESS	한의원 및 한방병원

(1) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q2은 범불안장애 환자에 대한 한약과 불안장애치료약물 병행치료의 효과를 비교분석하기 위해 만들어졌다. 본 임상연구의 근거에 따르면 범불안장애 환자에 대해 한약과 불안장애치료약물 병행치료는 불안장애치료약물 단독군과의 비교 연구에서 불안장애 평가 지표에서 유의한 효과를 나타내는 임상 연구들이 있었다. 하위 권고안들의 근거수준과 권고 방향을 고려하여 전문가 그룹의 델파이 합의를 통해 근거수준과 권고등급을 부여하였다. 하위 권고안들의 근거수준은 연구에 따라 중등도(Moderate)와 낮음(Low)이 많으므로 추후 연구를 통해 범불안장애의 범주와 효과 추정치의 확산 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 매우 크다고 판단된다. 한편, 권고의 방향은 B~C로 강도의 차이는 있으나 모든 권고안이 성인 범불안장애 환자에 한약을 사용하는 방향으로 도출되었다. 이에 개발그룹의 공식적 합의에 따라 근거수준 Low 권고등급 B를 부여한다. 즉, 성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 한약과 불안장애치료약물의 병행치료를 고려해야 한다.

【R2-1】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 감맥대조탕가감(甘麥大棗湯加減)과 불안장애치료약물의 병행치료를 고려할 수 있다.	C/Low	1

임상적 고려사항

- 처방 구성 : 소맥 30g, 감초 10g, 대조 5매, 산조인 15g, 생지황 15g, 백합 12g, 당귀 6g
  – 1일 1첩 300ml / 1일 3회 복용
- 적용범위 및 변증: 범불안장애 환자의 발작적 상황/ 담화요신(痰火擾神)

(1) 임상질문 : Q2-1

성인 범불안장애 환자에게 감맥대조탕가감(甘麥大棗湯加減)과 불안장애치료약물의 병행치료는 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 범불안장애 환자	감맥대조탕가감 + 불안장애치료약물	불안장애치료약물	HAM-A TESS	한의원 및 한방병원

HAM-A: Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도); **TESS:** Treatment-Emergent Signs and Symptoms(부작용 평가척도), **불안장애치료약물:** 항우울제

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 1편의 무작위 배정 임상연구가 포함되었다.

Li(2012)의 연구에서 정신질환 진단 및 통계편람(DSM-IV)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 75명을 두 군으로 나누어 12주간 감맥대조탕 가감(甘麥大棗湯 加減)을 투여한 결과 감맥대조탕 가감(甘麥大棗湯 加減) 복용군이 paroxetine 복용군보다 HAM-A 점수가 1.12점 더 낮았다[95% CI: -2.20, -0.04](근거수준 중등도;Moderate). TESS 점수는 0.28점 더 높았으나 유의하지 않았다[95% CI: -0.13, 0.69](근거수준 낮음;Low).[1)]

② 연구결과의 요약

1개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 12주간 감맥대조탕 가감(甘麥大棗湯加減)을 투여하였을 때 paroxetine 복용군보다 HAM-A 점수가 1.12점 더 낮았다[95% CI: -2.20, -0.04](근거수준 중등도;Moderate).

1개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 12주간 감맥대조탕 가감(甘麥大棗湯加減)을 투여하였을 때 paroxetine 복용군보다 TESS 점수가 0.28점 더 높았으나 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음을 포함하였다[95% CI: -0.13, 0.69](근거수준 낮음;Low).

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
anxiety IAT (HAM-A) (Critical)	75 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	-	-	MD 1.12 낮음 [-2.20, -0.04]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
adverse event (TESS) (Important)	75 (1RCT)	◉◉○○ Low[a,b]	-	-	MD 0.28 높음 [-0.13, 0.69]	점수가 낮을수록 안전함을 의미함

IAT: Immediately After Treatment(치료 직후 결과); **HAM-A:** Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도); **TESS:** Treatment-Emergent Signs and Symptoms(부작용 평가척도)
a: 배정순서 생성과 배정은폐가 불확실하고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않아 비뚤림 위험성이 있음
b: MD의 95% 신뢰구간이 0을 포함하여 비정밀성 영역에서 등급을 낮춤

(2) 권고안 도출에 대한 설명

성인 범불안장애 환자에서 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 감맥대조탕과 불안장애치료약물 병행치료의 편익은 명확하지 않으며, 종합적인 근거 수준이 낮음(Low)이므로 추후 연구는 효과추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 매우 크며 추정치가 바뀔 가능성이 높다. 다만, 감맥대조탕은 금궤요략(金匱要略)에 기재되어있으며, 한국 한의학 임상현장에서 활용되고 있다. 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 권고등급 C를 부여한다. 즉 성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 감맥대조탕과 불안장애치료약물 병행치료를 고려할 수 있다.

(3) 참고문헌

1. 李含秋, 余国汉, 李穗云, 谭艳芳. 中药联合帕罗西汀治疗广泛性焦虑障碍的临床疗效. 中国健康心理学杂志. 2012;20(04):491-3.

【R2-2】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 구미진심(九味鎭心)과 불안장애치료약물의 병행치료를 고려할 수 있다.	C/Low	1-10

임상적 고려사항
- 처방 구성 : 인삼, 산조인, 오미자, 복령, 원지, 현호색, 천문동, 숙지황, 육계
  - 1회 6g / 1일 3회 복용
- 적용범위 및 변증: 범불안장애의 전반적 임상 증상에 활용 가능/심기혈허(心氣血虛), 신불안(神不安)

(1) 임상질문 : Q2-2

성인 범불안장애 환자에게 구미진심(九味鎭心)과 불안장애치료약물 병행치료는 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 범불안장애 환자	구미진심 + 불안장애치료약물	불안장애치료약물	HAM-A TESS	한의원 및 한방병원

HAM-A: Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도); **TESS:** Treatment-Emergent Signs and Symptoms(부작용 평가척도), **불안장애치료약물:** 항우울 및 항불안제

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 10편의 무작위 배정 임상연구가 포함되었다.

Liu(2013)의 연구에서 국제 질병 분류(ICD-10)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 67명을 두 군으로 나누어 6주간 구미진심(九味鎭心)과립을 투여한 결과 구미진심과립과 buspirone 병행치료군이 buspirone 단독군에 비해 HAM-A 점수가 0.10점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -1.30, 1.10].[1)]

Lu(2015)의 연구에서 국제 질병 분류(ICD-10)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 144명을 두 군으로 나누어 12주간 구미진심과립을 투여한 결과 구미진심과립과 paroxetine 병행치료군이 paroxetine 단독군에 비해 HAM-A 점수가 0.10점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -1.84, 1.64].[2)]

Zhang(2012)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 56명을 두 군으로 나누어 6주간 구미진심과립을 투여한 결과 구미진심과립과 paroxetine 병행치료군이 paroxetine 단독군보다 HAM-A 점수가 0.50점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -3.57, 2.57].[3)]

Zhang(2012)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 80명을 두 군으로 나누어 6주간 구미진심과립을 투여한 결과 구미진심과립과 buspirone 병행치료군이 buspirone 단독군보다 HAM-A 점수가 0.28점 더 높았으나 유의하지 않았다[95% CI: -1.92, 2.48].[4)]

Li(2013)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의

진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 60명을 두 군으로 나누어 6주간 구미진심과립을 투여한 결과 구미진심과립과 escitalopram 병행치료군이 escitalopram 단독군보다 HAM-A 점수가 3.20점 더 낮았다[95% CI: -5.08, -1.32].[5)]

Yang(2015)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 62명을 두 군으로 나누어 6주간 구미진심과립을 투여한 결과 구미진심과립과 buspirone 병행치료군이 buspirone 단독군보다 HAM-A 점수가 3.21점 더 낮았다[95% CI: -5.50, -0.92].[6)]

Wu(2018)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 86명을 두 군으로 나누어 4주간 구미진심과립을 투여한 결과 구미진심과립과 sertraline 병행치료군이 sertraline 단독군보다 HAM-A 점수가 2.70점 더 낮았다[95% CI: -4.02, -1.38].[7)]

Jing(2018)의 연구에서 정신질환 진단 및 통계편람(DSM-IV)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 134명을 두 군으로 나누어 8주간 구미진심과립을 투여한 결과 구미진심과립과 escitalopram 병행치료군이 escitalopram 단독군보다 HAM-A 점수가 3.60점 더 낮았다[95% CI: -3.77, -3.43].[8)]

Ji(2015)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 64명을 두 군으로 나누어 4주간 구미진심과립을 투여한 결과 구미진심과립과 tandospirone 병행치료군이 tandospirone 단독군보다 HAM-A 점수가 2.30점 더 낮았다[95% CI: -4.32, -0.28].[9)]

Zhong(2019)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 96명을 두 군으로 나누어 12주간 구미진심과립을 투여한 결과 구미진심과립과 sertraline 병행치료군이 sertraline 단독군보다 HAM-A 점수가 3.10점 더 낮았다[95% CI: -3.78, -2.42].[10)]

② 연구결과의 요약

10개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 구미진심과립을 4~12주간 투여하였을 때 구미진심과립과 불안장애치료약물 병행치료군이 불안장애치료약물 단독군보다 HAM-A 점수가 3.42점 더 낮았다[95% CI: -3.58, -3.26](근거수준 낮음;Low).

1개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 구미진심과립을 6주간 투여하였을 때 구미진심과립과 불안장애치료약물 병행치료군이 불안장애치료약물 단독군보다 TESS 점수가 1.88점 더 낮았다[95% CI: -3.09, -0.67](근거수준 중등도;Moderate).

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
anxiety IAT (HAM-A) (Critical)	849 (10RCTs)	◉◉○○ Low[a,b]	-	-	MD 3.42 낮음 [-3.58, -3.26]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
adverse event (TESS) (Important)	62 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	-	-	MD 1.88 낮음 [-3.09, -0.67]	점수가 낮을수록 안전함을 의미함

IAT: Immediately After Treatment(치료 직후 결과); **HAM-A:** Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도); **TESS:** Treatment-Emergent Signs and Symptoms(부작용 평가척도)
a: 배정순서 생성과 배정은폐가 불확실하고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않아 비뚤림 위험성이 있음
b: $I^2 \geq 75\%$ 로 비일관성이 있다고 평가함

(2) 권고안 도출에 대한 설명

성인 범불안장애 환자에서 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 구미진심과 불안장애치료약물 병행치료의 편익은 신뢰할 만하며, 종합적인 근거 수준이 낮음(Low)이므로 추후 연구는 효과추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 매우 크며 추정치가 바뀔 가능성이 높다. 다만, 구미진심은 중약(中藥)으로 그 처방이 모두 한국 한의학에서 다빈도로 활용되는 약재들로 구성되어 있으므로 임상적 활용 가능성이 있다. 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 권고등급 C를 부여한다. 즉 성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 구미진심과 불안장애치료약물 병행치료를 고려할 수 있다.

(3) 참고문헌

1. 李剑虹. 九味镇心颗粒联合艾司西酞普兰治疗广泛性焦虑障碍疗效观察. 中西医结合心脑血管病杂志. 2013(12).
2. 张宏耕, 张雪花, 程明, 吴伟林, 王超英. 九味镇心颗粒和帕罗西汀治疗广泛性焦虑症的临床疗效观察. 中国现代医学杂志. 2012(12).
3. 张德芳, 曾德志, 胡延林, 王兵华. 九味镇心颗粒联合丁螺环酮治疗广泛性焦虑症40例临床观察. 中医药导报. 2012(05).
4. 吕望强. 帕罗西汀联合九味镇心颗粒治疗广泛性焦虑障碍疗效观察. 药物流行病学杂志. 2015(09).
5. 刘浩志. 九味镇心颗粒与丁螺环酮治疗广泛性焦虑症的对照研究. 精神医学杂志. 2013(06).
6. 杨晓艳. 九味镇心颗粒联合丁螺环酮治疗广泛性焦虑症62例临床研究. 光明中医. 2015(01).
7. 钟菊英, 卢美青, 徐虹, 王艳. 九味镇心颗粒联合盐酸舍曲林治疗广泛性焦虑的临床观察. 中华中医药学刊. 2019;37(11):2754-7.

8. 荆睿. 九味镇心颗粒联合草酸艾司西酞普兰治疗广泛性焦虑症的临床观察及血清炎症因子的影响. 中国民间疗法. 2018;26(11):68-9.
9. 武君芳. 九味镇心颗粒合并盐酸舍曲林治疗广泛性焦虑的临床疗效观察. 中国药物与临床. 2018;18(03):442-3.
10. 计峰. 坦度螺酮联合九味镇心颗粒治疗广泛性焦虑的临床研究. 中国药师. 2015;18(08):1355-7.

【R2-3】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 귀비탕가감(歸脾湯加減)과 불안장애치료약물의 병행치료를 고려해야 한다.	B/Low	1-3

임상적 고려사항

- 처방 1 구성 : 백출 9g, 백복령 9g, 당귀 9g, 용안육 9g, 황기(炒) 9g, 원지 9g, 인삼 9g, 산조인(炒) 3g, 목향 6g, 감초(炙) 6g, 생강 6g, 대조 3과
  - 1일 2회 복용
- 처방 2 구성 : 백인삼 15g, 백출 10g, 황기(炙) 20g, 당귀 15g, 복령 10g, 원지 15g, 산조인(炒) 12g, 용안육 10g, 목향 10g, 감초(炙) 10g, 생강 3편, 대조 5매
  - 배가 부풀어 오르고 소화가 안 되며 입맛이 없는 경우 가(加) 계내금 15g, 사인 4g
  - 불면, 꿈이 많은 경우 가(加) 백자인 9g, 야교등 12g
  - 머리가 혼란하고 두통이 있는 경우 가(加) 천궁 6g, 만형자 9g
  - 가슴이 두근거리고 잘 놀라는 경우 가(加) 용골 30g, 모려 30g
  - 허화(虛火)가 왕성한 경우 가(加) 담죽엽 12g
  - 1일 1첩 200ml / 1일 2회 복용
- 적용범위 및 변증 : 범불안장애 환자의 부유불안, 섭식장애, 수면장애 및 정충(怔忡)을 포함한 허증(虛症)/심비양허(心脾血虛), 심기허(心氣虛), 심혈허(心血虛)

(1) 임상질문 : Q2-3

성인 범불안장애 환자에게 귀비탕가감(歸脾湯加減)과 불안장애치료약물 병행치료는 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 범불안장애 환자	귀비탕가감 + 불안장애치료약물	불안장애치료약물	HAM-A SAS	한의원 및 한방병원

HAM-A: Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도); **SAS:** The Zung Self-Rating Anxiety Scale(자가평가 불안척도), **불안장애치료약물:** 항불안제

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 3편의 무작위 배정 임상연구가 포함되었다.

Ji(2019)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 87명을 두 군으로 나누어 4주간 귀비탕을 투여한 결과 귀비탕가감(歸脾湯加減)과 buspirone 병행치료군이 buspirone 단독군에 비해 HAM-A 점수가 1.94점 더 낮았다[95% CI: -2.83, -1.05].[1)]

Wang(2013)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 60명을 두 군으로 나누어 6주간 귀비탕 가미를 투여한 결과 귀비탕 가감과 디아제팜(diazepam: benzodiazepines계의 수면진정제 및 신경안정제) 병행치료군이 diazepam 단독군에 비해 HAM-A 점수가 0.05점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -2.75, 2.65]. SAS

점수는 0.60점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -4.86, 3.66].[2)]

Huang(2010)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 66명을 두 군으로 나누어 4주간 귀비환(歸脾丸)을 투여한 결과 귀비탕 가감과 buspirone 병행치료군이 buspirone 단독군에 비해 HAM-A 점수가 2.59점 더 낮았다[95% CI: -5.06, -0.12].[3)]

② 연구결과의 요약

3개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 귀비탕가감을 4~6주간 투여하였을 때 귀비탕가감과 불안장애치료약물 병행투여군이 불안장애치료약물 단독 복용군보다 HAM-A 점수가 1.84점 더 낮았다[95% CI: -2.64, -1.05](근거수준 중등도;Moderate).

1개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 귀비탕 가감을 6주간 투여하였을 때 귀비탕 가감과 불안장애치료약물 병행투여군이 불안장애치료약물 단독 복용군보다 SAS 점수가 0.60점 더 낮았으나 효과 추정치의 신뢰구간이 효과없음을 포함하였다[95% CI: -4.86, 3.66](근거수준 낮음;Low).

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
anxiety IAT (HAM-A) (Critical)	213 (3RCTs)	◉◉◉○ Moderate[a]	-	-	MD 1.84 낮음 [-2.64, -1.05]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
anxiety IAT (SAS) (Critical)	60 (1RCT)	◉◉○○ Low[a,b]	-	-	MD 0.60 낮음 [-4.86, 3.66]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

IAT: Immediately After Treatment(치료 직후 결과); **HAM-A:** Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도); **SAS:** The Zung Self-Rating Anxiety Scale(자가평가 불안척도)
a: 배정순서 생성과 배정은폐가 불확실하고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않아 비뚤림 위험성이 있음
b: MD의 95% 신뢰구간이 0을 포함하여 비정밀성 영역에서 등급을 낮춤

(2) 권고안 도출에 대한 설명

성인 범불안장애 환자에서 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 귀비탕 가감과 불안장애치료약물 병행치료의 편익은 명확하지 않으며, 종합적인 근거 수준이 낮음(Low)이므로 추후 연구는 효과추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 매우 크며 추정치가 바뀔 가능성이 높다. 다만, 귀비탕은 한국 한의학 임상현장에서 보편적으로 활용되며, 전국한의과대학 신경정신과 교과서의 신경정신과의 상용 처방으로 제시되어 있어 임상현장에서의 활용도는 높은 것으로 판단된다. 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 권고등급 B를 부여한다.

즉 성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 귀비탕 가감과 불안장애치료약물 병행치료를 고려해야 한다.

(3) 참고문헌

1. 王任昌, 曹吉宪. 中西医结合治疗广泛性焦虑症临床研究. 实用中医药杂志. 2013(07).
2. 冀汝文. 归脾汤联合丁螺环酮治疗广泛性焦虑症临床观察. 光明中医. 2019;34(08):1252-4.
3. 黄东, 何晓艳, 杨左兵, 黄建新. 中西医结合治疗广泛性焦虑心脾两虚证36例. Paper presented at: 中国中西医结合学会精神疾病专业委员会第十届学术会议. 中国福建厦门. 2010

【R2-4】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 도핵승기탕(桃核承氣湯)과 불안장애치료약물의 병행치료를 고려해야 한다.	B/Moderate	1

임상적 고려사항

● 처방 구성 : 도인 9g, 대황 3g, 지각 15g, 후박 15g, 치자 12g, 계지 9g, 용골 15g, 모려 15g, 감초(炙) 3g, 망초 6g (後下)
- 마음이 초조하고 답답한 경우 가(加) 담두시, 오매
- 대변이 굳고 힘들게 보는 경우 가(加) 맥문동, 사삼
- 정신적으로 불안정한 경우 가(加) 백합, 지모
- 밤에 불안하여 잠을 못자고 안절부절못하는 경우 가(加) 고삼, 자석
- 입이 쓴 증상이 심한 경우 가(加) 시호, 황금
- 1일 1첩 400ml / 1일 2회 복용

● 적용범위 및 변증 : 범불안장애 환자의 흉민(胸悶)과 수면장애/심혈어조(心血瘀阻)

(1) 임상질문 : Q2-4

성인 범불안장애 환자에게 도핵승기탕(桃核承氣湯)과 불안장애치료약물 병행치료는 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 범불안장애 환자	도핵승기탕 + 불안장애치료약물	불안장애치료약물	HAM-A	한의원 및 한방병원

HAM-A: Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도), **불안장애치료약물:** 항정신병약 및 항우울제

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 1편의 무작위 배정 임상연구가 포함되었다.

Wang(2017)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 60명을 두 군으로 나누어 8주간 가미도핵승기탕(加味桃核承氣湯)을 투여한 결과 가미도핵승기탕과 flupentixol and melitracen 병행치료군이 flupentixol and melitracen 단독군에 비해 HAM-A 점수가 4.93점 더 낮았다[95% CI: -7.57, -2.29].[1] (근거수준 중등도;Moderate).

② 연구결과의 요약

1개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 가미도핵승기탕(加味桃核承氣湯)을 8주간 투여하였을 때 가미도핵승기탕과 flupentixol and melitracen 병행치료군이 flupentixol and melitracen 단독군보다 HAM-A가 4.93점 더 낮았다[95% CI: -7.57, -2.29].[1] (근거수준 중등도;Moderate).

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
anxiety IAT (HAM-A) (Critical)	60 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	-	-	MD 4.93 낮음 [-7.57, -2.29]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

IAT: Immediately After Treatment(치료 직후 결과); **HAM-A:** Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도)
a: 배정순서 생성과 배정은폐가 불확실하고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않아 비뚤림 위험성이 있음

(2) 권고안 도출에 대한 설명

성인 범불안장애 환자에서 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 도핵승기탕과 불안장애치료약물 병행치료의 편익은 신뢰할 만하며, 종합적인 근거 수준이 중등도(Moderate)이므로 추후 연구로 효과추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 것이며 추정치가 바뀔 수도 있다. 도핵승기탕은 의종금감(醫宗金鑑)에 기재되어있으며, 한국 한의학 임상현장에서 활용되고 있다. 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 권고등급 B를 부여한다. 즉 성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 도핵승기탕과 불안장애치료약물 병행치료를 고려해야 한다.

(3) 참고문헌

1. 王玮. 基于肝与大肠相别通运用加味桃核承气汤治疗瘀热内结型广泛性焦虑症的临床观察 [硕士], 山东中医药大学. 2017.

【R2-5】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 산조인탕가감(酸棗仁湯加減)과 불안장애치료약물의 병행치료를 고려해야 한다.	B/Moderate	1-6

임상적 고려사항

● 처방 1 구성 : 산조인(炒) 15g, 지모 10g, 복령 15g, 감초 6g, 천궁 9g
- 불면이 심한 경우 가(加) 진주모, 야교등
- 기울화화(氣鬱化火)에 가(加) 치자, 목단피, 황금
- 간기울결(肝氣鬱結)에 가(加) 소형화, 합환피, 시호
- 담열내요(痰熱內擾)에 가(加) 반하, 죽여, 지실
- 음허화왕(陰虛火旺)에 가(加) 맥문동, 생지황, 적작약
- 심허담겁(心虛膽怯)에 가(加) 원지, 부소맥, 용치
- 1일 1첩

● 처방 2 구성 : 산조인(炒) 30g, 복령 6g, 지모 9g, 천궁 6g, 감초 3g
- 1일 450ml / 1일 3회 복용

● 처방 3 구성 : 산조인(炒) 30g, 천궁 9g, 지모 10g, 복령 10g, 오미자 12g, 야교등 10g, 대조 3매, 감초 3g
- 1일 1첩 200ml / 1일 2회 복용

● 처방 4 구성 : 산조인(炒) 10~30g, 천궁 9g, 지모 10g, 복령 10g, 오미자 12g, 야교등 10g, 대조 3매, 감초 3g
- 간기울결(肝氣鬱結)에 가(加) 시호, 울금, 향부자
- 기음양허(氣陰陽虛), 조열내요(燥熱內擾)에 가(加) 용치, 진주모, 작약, 황정
- 양허불고(陽虛不固), 신불수(神不守)에 가(加) 음양곽, 파극천, 계지, 작약
- 담열어체(痰熱瘀滯)에 가(加) 반하, 우담남성, 연자심
- 어혈내결(瘀血內結)에 가(加) 도인, 홍화, 지각
- 1일 1첩 200ml / 1일 2회 복용(점심, 저녁)

● 처방 5 구성 : 산조인 15g, 복령 15g, 천궁 10g, 지모 12g, 감초(炙) 6g, 치자 10g, 담두시 6g, 선태 6g
- 1일 200ml / 1일 2회 복용

● 처방 6 구성 : 산조인(炒) 30g, 복령 15g, 지모 9g, 천궁 9g, 감초 6g
- 머리가 어지럽고 눈앞이 아찔하며, 얼굴이 붉고 눈이 충혈 되어 있는 간신음허(肝腎陰虛), 간양상항(肝陽上亢)에 가(加) 천마, 조구등 각 10g
- 머리가 혼란하고 터질 듯하고, 가슴이 답답하며, 입이 쓴 담위불화(膽胃不和), 담화상요(痰火上擾)에 가(加) 황련 6g, 반하(制) 9g
- 마음이 번잡하고, 잘 놀라고 가슴이 두근거리고 불안한 경우 가(加) 계지 6g, 용골 9g, 모려 9g
- 잠에 드는 것이 어렵고, 오심번열(五心煩熱)이 있는 경우 가(加) 황금 9g
- 1일 400ml / 1일 2회 복용

● 적용범위 및 변증 : 범불안장애 환자의 수면장애 유발 임상증상이 주도적 일 때/심간혈허(心肝血虛)

(1) 임상질문 : Q2-5

성인 범불안장애 환자에게 산조인탕가감(酸棗仁湯加減)과 불안장애치료약물 병행치료는 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 범불안장애 환자	산조인탕가감 + 불안장애치료약물	불안장애치료약물	HAM-A SAS PSQI	한의원 및 한방병원

HAM-A: Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도); **SAS:** The Zung Self-Rating Anxiety Scale(자가평가 불안척도); **PSQI:** Pittsburgh Sleep Quality Index(피츠버그 수면의 질 지수), **불안장애치료약물:** 항정신병약과 항우울제 및 항불안제

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 6편의 무작위 배정 임상연구가 포함되었다.

Liu(2014)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 118명을 두 군으로 나누어 4주간 산조인탕가감(酸棗仁湯加減)을 투여한 결과 산조인탕 가감과 flupentixol and melitracen 병행치료군이 flupentixol and melitracen 단독군에 비해 HAM-A 점수가 7.40점 더 낮았다[95% CI: -8.06. -6.74].[1)]

Gu(2015)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 100명을 두 군으로 나누어 6주간 산조인탕(酸棗仁湯)을 투여한 결과 산조인탕과 paroxetine 병행치료군이 paroxetine 단독군에 비해 HAM-A 점수가 1.02점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -2.59, 0.55].[2)]

Zhang(2012)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 52명을 두 군으로 나누어 6주간 가미산조인탕(加味酸棗仁湯)을 투여한 결과 산조인탕과 paroxetine 병행치료군이 paroxetine 단독군에 비해 HAM-A 점수가 5.39점 더 낮았다[95% CI: -8.73, -2.05]. SAS 점수는 7.71점 더 낮았다[95% CI: -12.56, 2.86].[3)]

Zhang(2012)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 68명을 두 군으로 나누어 6주간 산조인탕가감을 투여한 결과 산조인탕 가감과 알프라졸람(alprazolam: benzodiazepine계의 수면진정제 및 신경안정제) 병행치료군이 alprazolam 단독군에 비해 HAM-A 점수가 0.10점 더 높았지만 유의하지 않았다[95% CI: -2.63, -2.83].[4)]

Wang(2017)의 연구에서 정신질환 진단 및 통계편람(DSM-5)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 93명을 두 군으로 나누어 4주간 가미산조인탕을 투여한 결과 가미산조인탕과 paroxetine 병행치료군이 paroxetine 단독군에 비해 HAM-A 점수가 0.80점 더 낮았다[95% CI: -1.25, -0.35]. SAS 점수는 1.40점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -3.33, 0.53].[5)]

Huang(2015)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 40명을 두 군으로 나누어 9주간 산조인탕 가감을 투여한 결과 산조인탕가감과 flupentixol and melitracen 병행치료군이 flupentixol and melitracen 단독군에 비해 HAM-A 점수가 1.15점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -2.98, 0.68]. SAS 점수는 7.45점 더 낮았다[95% CI: -10.81, -4.09]. PSQI 점수는 3.91점 더 낮았다[95% CI: -5.13, -2.69].[6)]

② 연구결과의 요약

6개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 산조인탕 가감을 4~9주간 투여하였을 때 산조인탕 가감과 불안장애치료약물 병행치료군이 불안장애치료약물 단독군보다 HAM-A 점수가 2.69점 더 낮았다[95% CI: -3.04, -2.34](근거수준 중등도;Moderate).

3개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 산조인탕 가감을 4~9주간 투여하였

을 때 산조인탕 가감과 불안장애치료약물 병행치료군이 불안장애치료약물 단독군보다 SAS 점수가 3.41점 더 낮았다[95% CI: -5.00, -1.83](근거수준 중등도;Moderate).

1개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 산조인탕 가감을 4~9주간 투여하였을 때 산조인탕 가감과 불안장애치료약물 병행치료군이 불안장애치료약물 단독군보다 PSQI 점수가 3.91점 더 낮았다[95% CI: -5.13, -2.69](근거수준 중등도;Moderate).

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
anxiety IAT (HAM-A) (Critical)	471 (6RCTs)	◉◉◉○ Moderate[a,b]	–	–	MD 2.69 낮음 [−3.04, −2.34]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
anxiety IAT (SAS) (Critical)	185 (3RCTs)	◉◉◉○ Moderate[a,c]	–	–	MD 3.41 낮음 [−5.00, −1.83]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
sleep IAT (PSQI) (Important)	40 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	–	–	MD 3.91 낮음 [−5.13, −2.69]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

IAT: Immediately After Treatment(치료 직후 결과); **HAM-A:** Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도); **SAS:** The Zung Self-Rating Anxiety Scale(자가평가 불안척도); **PSQI:** Pittsburgh Sleep Quality Index(피츠버그 수면의 질 지수)
a: 배정순서 생성과 배정은폐가 불확실하고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않아 비뚤림 위험성이 있음
b: I^2=98% 로 매우 높았으나 6건의 연구 중 5건의 연구가 결과의 방향성이 모두 일치하여 비일관성 영역에서 등급을 낮추지 않음
c: I^2=84% 로 매우 높았으나 3건의 연구 모두 결과의 방향성이 일치하여 비일관성 영역에서 등급을 낮추지 않음

(2) 권고안 도출에 대한 설명

성인 범불안장애 환자에서 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 산조인탕 가감과 불안장애치료약물 병행치료의 편익은 신뢰할 만하며, 종합적인 근거 수준이 중등도(Moderate)이므로 추후 연구로 효과추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 것이며 추정치가 바뀔 수도 있다. 산조인탕은 한국 한의학 임상현장에서 보편적으로 활용되며, 전국한의과대학 신경정신과 교과서의 신경정신과의 상용 처방으로 제시되어 있어 임상현장에서의 활용도는 높은 것으로 판단된다. 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 권고등급 B를 부여한다. 즉 성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 산조인탕 가감과 불안장애치료약물 병행치료를 고려해야 한다.

(3) 참고문헌

1. 王玉文, 蒋丹飞. 加味酸枣仁汤联合帕罗西汀治疗广泛性焦虑障碍并阴虚火旺型患者临床观察. 药物流行病学杂志. 2017;26(11):736-38, 770.
2. 古远云, 许志刚, 陈辉, 熊联会. 酸枣仁汤联合帕罗西汀治疗老年广泛性焦虑症相关研究. 现代

中医药. 2015;35(04):21-3.
3. 黄艳丽. 酸枣仁汤加减联合黛力新治疗肝血亏虚型广泛性焦虑症的失眠的临床研究 [硕士], 湖北中医药大学. 2015.
4. 刘海凤, 谷丛欣, 范彦蓉, et al. 酸枣仁汤加减联合黛力新治疗广泛性焦虑症. 长春中医药大学学报. 2014;30(05):895-7.
5. 张景玉, 杨建华. 加味酸枣仁汤联合盐酸帕罗西汀治疗广泛焦虑26症例. 中国民间疗法. 2012;20(12):47-8.
6. 张景玉. 加味酸枣仁汤治疗广泛焦虑障碍临床疗效观察. 光明中医. 2012(11).

【R2-6】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 소요산가감(逍遙散加減)과 불안장애치료약물의 병행치료를 고려해야 한다.	B/Moderate	1-5

임상적 고려사항

● 처방 1 구성 : 시호, 당귀, 백작약, 백출, 복령, 감초, 목단피, 감초
- 1회 3~4립(1립 0.45g) / 1일 2회 복용

● 처방 2 구성 : 시호 12g, 박하 10g, 백출 12g, 백작약 12g, 당귀 12g, 용골 20g, 자석 20g, 백자인 15g, 산조인(炒) 25g
- 마음이 우울하고 즐겁지 않고, 가슴이 답답하고 한숨을 잘 쉬는 경우 가(加) 울금 10g, 향부자 12g, 지각 10g
- 꿈을 많이 꾸고 잘 놀라는 경우 가(加) 진주모, 용치 각 20g
- 변비에 가(加) 대황 6g, 지실 10g
- 비신양허(脾腎兩虛)에 거(去) 시호, 가(加) 부자, 육계 각 6g
- 간신음허(肝腎陰虛)에 거(去) 시호, 박하, 가(加) 생지황 15g, 지모 10g, 현삼 12g
- 심비양허(心脾陽虛)에 가(加) 당삼 25g, 황기 20g
- 기체혈어(氣滯血瘀)에 가(加) 천궁 15g, 단삼 15g, 도인 12g, 홍화 10g
- 1일 1첩 300ml / 1일 2회 복용

● 처방 3 구성 : 시호 15g, 백작약 15g, 백출 15g, 당귀 15g, 복령 15g, 목단피 12g, 치자 12g, 박하 10g, 생강 6g, 감초 5g
- 머리가 어지럽고 아픈 경우 가(加) 천마, 천궁, 조구등
- 입이 쓰고 마르며, 가슴과 옆구리가 뻐근하면서 아픈 경우 가(加) 용담초, 천련자
- 가슴이 두근거리고 잠을 짧게 자거나, 잠을 자지 못하고 꿈을 많이 꾸는 경우 가(加) 합환피, 야교등, 원지
- 변비가 있고 배가 부풀어 오르는 경우 가(加) 대황, 지실
- 1일 1첩 300ml / 1일 2회 복용

● 처방 4 구성 : 시호, 당귀, 백작약, 백출, 복령, 감초(炙), 박하
- 1회 5g / 1일 2회 복용

● 처방 5 구성 : 시호 15g, 당귀 15g, 복령 15g, 백작약 15g, 백출 15g, 생강 6g, 박하 9g, 단피 12g, 치자 12g, 감초 6g
- 머리가 어지럽고 아픈 경우 가(加) 천마, 천궁
- 입이 쓰고 마르며, 가슴과 옆구리가 뻐근하면서 아픈 경우 가(加) 용담초, 천화분
- 가슴이 두근거리고 잠을 짧게 자거나, 잠을 자지 못하고 꿈을 많이 꾸는 경우 가(加) 야교등, 원지
- 변비가 있고 배가 부풀어 오르는 경우 가(加) 대황, 지실
- 1일 1첩 300ml / 1일 2회 복용

● 적용범위 및 변증: 범불안장애 환자의 우울감을 겸한 정서적 소견과 자율신경 관련 신체증상/간울기체(肝鬱氣滯) 간위불화(肝胃不和)

(1) 임상질문 : Q2-6

성인 범불안장애 환자에게 소요산가감(逍遙散加減)과 불안장애치료약물 병행치료는 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 범불안장애 환자	소요산가감 + 불안장애치료약물	불안장애치료약물	HAM-A	한의원 및 한방병원

HAM-A: Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도), **불안장애치료약물:** 항정신병약과 항우울제 및 안정제

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 5편의 무작위 배정 임상연구가 포함되었다.

Lu(2013)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 71명을 두 군으로 나누어 4주간 단치소요(丹梔逍遙) 캡슐을 투여한 결과 단치소요 캡슐과 flupentixol and melitracen 병행치료군이 flupentixol and melitracen 단독군에 비해 HAM-A 점수가 1.56점 더 낮았다[95% CI: -2.62, -0.50].[1)]

Wang(2005)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 63명을 두 군으로 나누어 4주간 소요산 가감(逍遙散 加減)을 투여한 결과 소요산 가감과 독세핀(doxepin: TCAs계의 수면진정제 및 신경안정제) 병행치료군이 doxepin 단독군에 비해 HAM-A 점수가 7.53점 더 낮았다[95% CI: -8.80, -6.26].[2)]

Wang(2014)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 60명을 두 군으로 나누어 8주간 단치소요산(丹梔逍遙散)을 투여한 결과 소요산 가감과 paroxetine 병행치료군이 paroxetine 단독군에 비해 HAM-A 점수가 2.11점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -6.56, 2.34].[3)]

Deng(2017)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 116명을 두 군으로 나누어 4주간 소요 과립을 투여한 결과 소요 과립과 paroxetine 병행치료군이 paroxetine 단독군에 비해 HAM-A 점수가 1.68점 더 낮았다[95% CI: -3.24, -0.12].[4)]

Han(2011)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-2-R)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 80명을 두 군으로 나누어 12주간 단치소요산을 투여한 결과 단치소요산과 flupentixol and melitracen 병행치료군이 flupentixol and melitracen 단독군에 비해 HAM-A 점수가 1.43점 더 낮았다[95% CI: -2.47, -0.39].[5)]

② 연구결과의 요약

4개*의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 소요산 가감을 4~12주간 투여하였을 때 소요산 가감과 불안장애치료약물 병행치료군이 불안장애치료약물 단독군보다 HAM-A 점수가 1.54점 더 낮았다[95% CI: -2.21, -0.88](근거수준 중등도;Moderate).

*sensitivity analysis를 통해 이질성이 매우 큰 1개의 연구결과(Wang, 2005)를 양적 합성에서 배제하였다.

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
anxiety IAT (HAM-A) (Critical)	327 (4RCTs)	◉◉◉○ Moderate[a]	-	-	MD 1.54 낮음 [-2.21, -0.88]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

IAT: Immediately After Treatment(치료 직후 결과); **HAM-A:** Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도)
a: 배정순서 생성과 배정은폐가 불확실하고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않아 비뚤림 위험성이 있음

(2) 권고안 도출에 대한 설명

성인 범불안장애 환자에서 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 소요산 가감과 불안장애치료약물 병행치료의 편익은 신뢰할 만하며, 종합적인 근거 수준이 중등도(Moderate)이므로 추후 연구로 효과추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 것이며 추정치가 바뀔 수도 있다. 소요산은 한국 한의학 임상현장에서 보편적으로 활용되며, 전국한의과대학 신경정신과 교과서의 신경정신과의 상용 처방으로 제시되어 있어 임상현장에서의 활용도는 높은 것으로 판단된다. 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 권고등급 B를 부여한다. 즉 성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 소요산 가감과 불안장애치료약물 병행치료를 고려해야 한다.

(3) 참고문헌

1. 吕予, 史培锋, 白永胜, 侯杰军, 陈荣. 中西医结合治疗广泛性焦虑症36例疗效观察. 湖南中医杂志. 2013(09).
2. 王学军, 马富晓, 张淑玲. 中西医结合治疗焦虑症32例临床观察. 第八次全国中西医结合精神疾病学术研讨会论文集. 2005.
3. 邓艳华, 陈璐佳, 周男华. 逍遥颗粒联合帕罗西汀治疗广泛性焦虑症的临床研究. 现代实用医学. 2017;29(04):443-4.
4. 王炳勇. 帕罗西汀联合丹栀逍遥散治疗焦虑性神经症疗效研究. 临床医药文献电子杂志. 2014;1(08):1309, 1312.
5. 韩永界, 张丽, 祁慧. 丹栀逍遥散联合黛力新治疗焦虑性神经症的临床研究. 湖北中医药大学学报. 2011;13(02):54-5.

【R2-7】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 시호가용골모려탕(柴胡加龍骨牡蠣湯)과 불안장애치료약물의 병행치료를 고려해야 한다.	B/Moderate	1-2

임상적 고려사항

● 처방 1 구성 : 시호 15g, 용골 30g, 모려 30g, 황금 15g, 당삼 15g, 복령 20g, 계지 15g, 반하 15g, 울금 15g, 대조 10g
- 대변이 잘 나오지 않는 경우 가(加) 대황 5g (後下)
- 불면에 가 야교등, 합환피 각 30g
- 가슴이 답답하고 두근거리는 경우 가(加) 감송향 15g
- 기울화화(氣鬱化火)에 가 치자 10g, 거(去) 계지
- 혈어(血瘀)에 가(加) 천궁, 당귀, 적작약 각 15g
- 1일 1첩 / 1일 3회 복용

● 처방 2 구성 : 시호 12g, 용골 30g, 모려 30g, 황금 10g, 당삼 10g, 복령 10g, 반하 10g, 감초(炙) 10g
- 슬퍼서 울고 싶어 하는 경우 가(加) 울금 12g, 백합 15g
- 가슴이 두근거리고 잘 놀라고, 가슴이 답답하고 두려워하는 경우 가(加) 부소맥 30g, 연자심 10g, 석창포 20g
- 불면에 가(加) 산조인 15g, 원지 15g, 야교등 30g
- 혈어(血瘀)에 가슴과 옆구리에 찌르는 듯한 통증이 있는 경우 가(加) 도인, 홍화, 천궁 각 10g
- 기울화화(氣鬱化火)에 입이 쓰고 변이 굳는 경우 가(加) 용담초, 황련 각 10g
- 1일 1첩 / 일 2회 복용

● 적용범위 및 변증: 범불안장애 환자의 심계를 포함한 돌발적인 증상발현에 적용 가능/심허번조(心虛煩燥)

(1) 임상질문 : Q2-7

성인 범불안장애 환자에게 시호가용골모려탕(柴胡加龍骨牡蠣湯)과 불안장애치료약물 병행치료는 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 범불안장애 환자	시호가용골모려탕 + 불안장애치료약물	불안장애치료약물	HAM-A	한의원 및 한방병원

HAM-A: Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도), **불안장애치료약물:** 항정신병약 및 항우울제

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 2편의 무작위 배정 임상연구가 포함되었다.

Liao(2015)의 연구에서 정신질환 진단 및 통계편람(DSM-IV)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 80명을 두 군으로 나누어 6~12개월(평균 8.2개월)간 시호가용골모려탕(柴胡加龍骨牡蠣湯)을 투여한 결과 시호가용골모려탕과 paroxetine 병행치료군이 paroxetine 단독군에 비해 HAM-A 점수가 6.10점 더 낮았다[95% CI: -10.11, -2.09].[1)]

Zhang(2013)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 60명을 두 군으로 나누어 4주간 시호가용골모려탕을 투여한 결과 시호가용골모려탕과 flupentixol and melitracen 병행치료군이 flupentixol and melitracen 단독군에

비해 HAM-A 점수가 3.20점 더 낮았다[95% CI: -4.72, -1.68].[2)]

② 연구결과의 요약

2개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 시호가용골모려탕을 1~12개월간 투여하였을 때 시호가용골모려탕과 불안장애치료약물 병행치료군이 불안장애치료약물 단독군보다 HAM-A 점수가 3.56점 더 낮았다[95% CI: -4.99, -2.14](근거수준 중등도;Moderate).

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
anxiety IAT (HAM-A) (Critical)	140 (2RCTs)	◉◉◉○ Moderate[a]	-	-	MD 3.56낮음 [-4.99, -2.14]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

IAT: Immediately After Treatment(치료 직후 결과); **HAM-A:** Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도)
a: 배정순서 생성과 배정은폐가 불확실하고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않아 비뚤림 위험성이 있음

(2) 권고안 도출에 대한 설명

성인 범불안장애 환자에서 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 시호가용골모려탕과 불안장애치료약물 병행치료의 편익은 신뢰할 만하며, 종합적인 근거 수준이 중등도(Moderate)이므로 추후 연구로 효과추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 것이며 추정치가 바뀔 수도 있다. 시호가용골모려탕은 한국 한의학 임상현장에서 보편적으로 활용되며, 전국한의과대학 신경정신과 교과서의 신경정신과의 상용 처방으로 제시되어 있어 임상현장에서의 활용도는 높은 것으로 판단된다. 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 권고등급 B를 부여한다. 즉 성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 시호가용골모려탕과 불안장애치료약물 병행치료를 고려해야 한다.

(3) 참고문헌

1. 廖文斌, 杨旭红. 柴胡加龙骨牡蛎汤联合帕罗西汀治疗广泛性焦虑障碍80例. 四川精神卫生. 2015(04).
2. 张艳敏, 廖辉. 柴胡加龙骨牡蛎汤联合黛力新治疗围绝经期妇女广泛性焦虑状态30例临床观察. 四川中医. 2013;31(04):88-9.

【R2-8】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 시호계지탕가감(柴胡桂枝湯加減)과 불안장애치료약물의 병행치료를 고려해야 한다.	B/Moderate	1

임상적 고려사항

- 처방 구성 : 용골, 모려 각 30g, 인삼, 황금, 작약, 계지 각 15g, 시호, 반하 각 10g, 대조 5매, 생강 5편
  - 1첩에 물 400ml를 넣어 150ml로 농축한 후 남은 약재에 다시 물 300ml를 가하여 150ml로 농축하여 둘을 혼합함 / 1일 2회 복용
- 적용범위 및 변증: 범불안장애 환자의 자율신경 관련 신체증상/간울화화(肝鬱化火)

(1) 임상질문 : Q2-8

성인 범불안장애 환자에게 시호계지탕가감(柴胡桂枝湯加減)과 불안장애치료약물 병행치료는 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 범불안장애 환자	시호계지탕 + 불안장애치료약물	불안장애치료약물	HAM-A	한의원 및 한방병원

HAM-A: Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도), **불안장애치료약물:** 항우울제

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 1편의 무작위 배정 임상연구가 포함되었다.

Zuo(2019)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 92명을 두 군으로 나누어 4주간을 투여한 결과 시호계지탕 가감(柴胡桂枝湯 加減)과 둘록세틴(duloxetine: SNRIs계의 항우울제) 병행치료군이 duloxetine 단독군에 비해 HAM-A 점수가 6.56점 더 낮았다[95% CI: -7.50, -5.62].[1] (근거수준 중등도;Moderate)

② 연구결과의 요약

1개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 시호계지탕 가감(柴胡桂枝湯 加減)과 duloxetine을 병행하여 4주간 투여하였을 때 duloxetine 단독치료군 보다 HAM-A 점수가 6.56점 더 낮았다[95% CI: -7.50, -5.62]. (근거수준 중등도;Moderate)

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
anxiety IAT (HAM-A) (Critical)	92 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	-	-	MD 6.56 낮음 [-7.50, -5.62]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

IAT: Immediately After Treatment(치료 직후 결과); **HAM-A:** Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도)
a: 배정순서 생성과 배정은폐가 불확실하고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않아 비뚤림 위험성이 있음

(2) 권고안 도출에 대한 설명

성인 범불안장애 환자에서 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 시호계지탕과 불안장애치료약물 병행치료의 편익은 신뢰할 만하며, 종합적인 근거 수준이 중등도(Moderate)이므로 추후 연구로 효과추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 것이며 추정치가 바뀔 수도 있다. 시호계지탕은 상한론(傷寒論)에 기재된 처방으로, 한국 한의학 임상현장에서 활용되고 있다. 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 권고등급 B를 부여한다. 즉 성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 시호계지탕과 불안장애치료약물 병행치료를 고려해야 한다.

(3) 참고문헌

1. 左进涛, 耿艳萍, 汪巧. 小柴胡汤合桂枝汤对疼痛为主诉的广泛性焦虑症患者心理状态及血清5-HT、NE及DA水平的影响. 现代中西医结合杂志. 2019;28(36):4047-51.

【R2-9】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 온담탕가감(溫膽湯加減)과 불안장애치료약물의 병행치료를 고려해야 한다.	B/Low	1

임상적 고려사항

- 처방 구성 : 반하 9g, 죽여 10g, 진피 10g, 지실 10g, 복령 10g, 황금 10g, 치자 10g, 시호 10g, 향부자 10g, 울금 10g, 원지 10g, 용치 30g, 진주모 30g, 야교등 30g, 합환피 30g
  - 1일 1첩 400ml / 1일 2회 복용
- 적용범위 및 변증: 범불안장애 환자의 급성기에도 활용 가능하며, 심리적 불안이 강하고 불면과 경계(驚悸)가 심하여 일상의 어려움이 심함/심담허겁(心膽虛怯), 간울기체(肝鬱氣滯)

(1) 임상질문 : Q2-9

성인 범불안장애 환자에게 온담탕가감(溫膽湯加減)과 불안장애치료약물 병행치료는 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 범불안장애 환자	온담탕가감 + 불안장애치료약물	불안장애치료약물	HAM-A SAS	한의원 및 한방병원

HAM-A: Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도); **SAS:** The Zung Self-Rating Anxiety Scale(자가평가 불안척도), **불안장애치료약물:** 항우울제

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 1편의 무작위 배정 임상연구가 포함되었다.

Dai(2013)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 59명을 두 군으로 나누어 4주간 온담탕가감(溫膽湯加減)을 투여한 결과 온담탕가감과 paroxetine 병행치료군이 paroxetine 단독군에 비해 HAM-A 점수가 2.09점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -4.26, 0.08](근거수준 낮음; Low). SAS 점수는 1.60점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -3.70, 0.50](근거수준 낮음; Low).[1)]

② 연구결과의 요약

1개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 온담탕 가감(溫膽湯 加減)을 4주간 투여하였을 때, 온담탕 가감과 paroxetine 병행치료군이 paroxetine 단독군 보다 HAM-A 점수가 2.09점 더 낮았으나 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음을 포함하였다.[95% CI: -4.26, 0.08](근거수준 낮음;Low).

1개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 온담탕 가감(溫膽湯 加減)을 4주간 투여하였을 때, 온담탕 가감과 paroxetine 병행치료군이 paroxetine 단독군 보다 SAS 점수는 1.60점 더 낮았으나 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음을 포함하였다[95% CI: -3.70, 0.50](근거수준 낮음; Low).

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
anxiety IAT (HAM-A) (Critical)	59 (1RCT)	◉◉○○ Low[a,b]	-	-	MD 2.09 낮음 [-4.26, 0.08]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
anxiety IAT (SAS) (Critical)	59 (1RCT)	◉◉○○ Low[a,b]	-	-	MD 1.60 낮음 [-3.70, 0.50]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

IAT: Immediately After Treatment(치료 직후 결과); **HAM-A:** Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도); **SAS:** The Zung Self-Rating Anxiety Scale(자가평가 불안척도)
a: 배정순서 생성과 배정은폐가 불확실하고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않아 비뚤림 위험성이 있음
b: MD의 95% 신뢰구간이 0을 포함하여 비정밀성 영역에서 등급을 낮춤

(2) 권고안 도출에 대한 설명

성인 범불안장애 환자에서 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 온담탕과 불안장애치료약물 병행치료의 편익은 명확하지 않으며, 종합적인 근거 수준이 낮음(Low)이므로 추후 연구는 효과추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 매우 크며 추정치가 바뀔 가능성이 높다. 온담탕은 전국 한의과대학 신경정신과 교과서의 신경정신과 상용 처방으로 제시되어 있으며, 한국 한의학 임상현장에서 다빈도로 활용되고 있어 임상적 상황을 고려하여 적용가능하다. 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 권고등급 B를 부여한다. 즉 성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 온담탕과 불안장애치료약물 병행치료를 고려해야 한다.

(3) 참고문헌

1. 戴景超. 温胆汤加减治疗痰热内扰型广泛性焦虑的临床疗效观察 [硕士], 北京中医药大学. 2013.

【R2-10】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 천왕보심탕가감(天王補心湯加減)과 불안장애치료약물의 병행치료를 고려해야 한다.	B/Moderate	1-2

임상적 고려사항

- 처방 1 구성 : 생지황 20g, 산조인 30g, 백자인 15g, 당귀 10g, 천문동 10g, 맥문동 20g, 당삼 10g, 단삼 10g, 현삼 10g, 복신 30g, 오미자 10g, 원지 10g
  - 1일 1첩 400ml / 1일 2회 복용
- 처방 2 구성 : 백자인 15g, 천문동 10g, 맥문동 20g, 생지황 10g 산조인 30g, 태자삼 10g, 단삼 10g, 현삼 10g, 질려 15g, 당귀 10g, 오미자 10g, 길경 10g, 원지 10g
  - 가슴이 두근거리고 불안이 심한 경우 가(加) 용치 30g, 진주모 30g, 자석영 30g, 단자석 30g
  - 불면이 심한 경우 가(加) 야교등 30g, 합환피 30g, 호박 1.5g
  - 간울기체(肝鬱氣滯)에 가(加) 시호 10g, 향부자 10g, 매괴화 10g, 치자(炒) 10g, 울금 10g
  - 허열(虛熱), 조열(潮熱)이 심한 경우 가(加) 단피 10g, 청호 10g, 은시호 10g, 별갑 30g
  - 신음부족(腎陰不足)에 가(加) 여정자 10g, 한련초 10g, 지모 10g
  - 땀이 많이 나는 경우 가(加) 부소맥 30g
  - 1일 1첩 400ml / 1일 2회 복용
- 적용범위 및 변증: 범불안장애 환자의 전반적 허증(虛症)에 활용/심혈허(心血虛), 심음허(心陰虛)

(1) 임상질문 : Q2-10

성인 범불안장애 환자에게 천왕보심탕가감(天王補心湯加減)과 불안장애치료약물 병행치료는 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 범불안장애 환자	천왕보심탕가감 + 불안장애치료약물	불안장애치료약물	HAM-A SAS PSQI	한의원 및 한방병원

HAM-A: Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도); **SAS:** The Zung Self-Rating Anxiety Scale(자가평가 불안척도); **PSQI:** Pittsburgh Sleep Quality Index(피츠버그 수면의 질 지수), **불안장애치료약물:** 항우울제

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 2편의 무작위 배정 임상연구가 포함되었다.

Zhang(2014)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 71명을 두 군으로 나누어 8주간 천왕보심탕가감(天王補心湯減)을 투여한 결과 천왕보심탕 가감과 paroxetine 병행치료군이 paroxetine 단독군에 비해 HAM-A 점수가 2.93점 더 낮았다[95% CI: -3.92, -1.94]. SAS 점수는 6.17점 더 낮았다[95% CI: -8.17, -4.17]. PSQI 점수는 3.87점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -10.04, 2.30].[1)]

Zhang(2014)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 41명을 두 군으로 나누어 8주간 천왕보심탕가감을 투여한

결과 천왕보심탕 가감과 paroxetine 병행치료군이 paroxetine 단독군에 비해 HAM-A 점수가 3.03점 더 낮았다[95% CI: -4.32, -1.74].[2)]

② 연구결과의 요약

2개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 천왕보심탕가감을 8주간 투여하였을 때 천왕보심탕가감과 불안장애치료약물 병행치료군이 불안장애치료약물 단독군보다 HAM-A 점수가 2.97점 더 낮았다[95% CI: -3.75, -2.18](근거수준 중등도;Moderate).

1개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 천왕보심탕가감을 8주간 투여하였을 때 천왕보심탕가감과 불안장애치료약물 병행치료군이 불안장애치료약물 단독군보다 SAS 점수가 6.17점 더 낮았다[95% CI: -8.17, -4.17](근거수준 중등도;Moderate).

1개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 천왕보심탕가감을 8주간 투여하였을 때 천왕보심탕가감과 불안장애치료약물 병행치료군이 불안장애치료약물 단독군보다 PSQI 점수가 3.87점 더 낮았으나 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음을 포함하였다[95% CI: -10.04, 2.30](근거수준 낮음;Low).

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
anxiety IAT (HAM-A) (Critical)	112 (2RCTs)	◉◉◉○ Moderate[a]	-	-	MD 2.97낮음 [-3.75, -2.18]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
anxiety IAT (SAS) (Critical)	71 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	-	-	MD 6.17낮음 [-8.17, -4.17]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
sleep IAT (PSQI) (Important)	138 (1RCT)	◉◉◉○ Low[a,b]	-	-	MD 3.87낮음 -10.04, 2.30]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

IAT: Immediately After Treatment(치료 직후 결과); **HAM-A:** Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도); **SAS:** The Zung Self-Rating Anxiety Scale(자가평가 불안척도); **PSQI:** Pittsburgh Sleep Quality Index(피츠버그 수면의 질 지수)
a: 배정순서 생성과 배정은폐가 불확실하고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않아 비뚤림 위험성이 있음
b: MD의 95% 신뢰구간이 0을 포함하여 비정밀성 영역에서 등급을 낮춤

(2) 권고안 도출에 대한 설명

성인 범불안장애 환자에서 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 천왕보심탕 감과 불안장애치료약물 병행치료의 편익은 신뢰할 만하며, 종합적인 근거 수준이 중등도(Moderate)이므로 추후 연구로 효과추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 것이며 추정치가 바뀔 수도 있다. 천왕보심탕은 전국 한의과대학 신경정신과 교과서의 신경정신과 상용 처방으로 제시되어 있으며, 한국 한의학 임상현장에서 다빈도로 활용되고 있어 임상적 상황을 고려하여 적용가능하다. 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구

논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 권고등급 B를 부여한다. 즉 성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 천왕보심탕가감과 불안장애치료약물 병행치료를 고려해야 한다.

(3) 참고문헌

1. 张晗. 天王补心汤加减治疗心阴不足型广泛性焦虑的临床疗效观察 [硕士], 北京中医药大学. 2014.
2. 张晗, 毛丽军. 天王补心汤治疗心阴不足型广泛性焦虑的疗效观察. 浙江中医药大学学报. 2014(08).

【R2-11】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 혈부축어탕가감(血府逐瘀湯加減)과 불안장애치료약물의 병행치료를 고려해야 한다.	B/Moderate	1

임상적 고려사항

- 처방 구성 : 당귀 12g, 생지황 18g, 도인 12g, 홍화 15g, 적작약 12g, 천궁 12g, 우슬 12g, 과루인 18g, 시호 12g, 길경 12g, 산조인 15g, 원지 20g, 감초 3g
  - 1일 1첩
- 적용범위 및 변증: 범불안장애 환자의 통증관련 신체증상과 만성화된 임상상황에 적용/심맥비조(心脈痺阻), 어조뇌락(瘀阻腦絡)

(1) 임상질문 : Q2-11

성인 범불안장애 환자에게 혈부축어탕가감(血府逐瘀湯加減)과 불안장애치료약물 병행치료는 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 범불안장애 환자	혈부축어탕가감 + 불안장애치료약물	불안장애치료약물	HAM-A	한의원 및 한방병원

HAM-A: Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도), **불안장애치료약물:** 항불안 및 진정제

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 1편의 무작위 배정 임상연구가 포함되었다.

Wang(2009)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 68명을 두 군으로 나누어 6주간 혈부축어탕가감(血府逐瘀湯加減)을 투여한 결과 혈부축어탕가감과 부스피론(buspirone: azapirone계의 항불안제)/클로나제팜(clonazepam: benzodiazepines계의 신경안정제) 병행치료군이 buspirone/clonazepam 단독군에 비해 HAM-A 점수가 2.60점 더 낮았다[95% CI: -4.34, -0.86](근거수준 Moderate).[1)]

② 연구결과의 요약

1개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 혈부축어탕 가감과 buspirone/clonazepam을 병행 투여하였을 때, buspirone/clonazepam 단독군 보다 HAM-A 점수가 2.60점 더 낮았다[95% CI: -4.34, -0.86](근거수준 Moderate).

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
anxiety IAT (HAM-A) (Critical)	68 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	-	-	MD 2.60 낮음 [-4.34, -0.86]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

IAT: Immediately After Treatment(치료 직후 결과); **HAM-A:** Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도)
a: 배정순서 생성과 배정은폐가 불확실하고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않아 비뚤림 위험성이 있음

(2) 권고안 도출에 대한 설명

성인 범불안장애 환자에서 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 혈부축어탕과 불안장애치료약물 병행치료의 편익은 신뢰할 만하며, 종합적인 근거 수준이 중등도(Moderate)이므로 추후 연구로 효과추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 것이며 추정치가 바뀔 수도 있다. 혈부축어탕은 전국 한의과대학 신경정신과 교과서의 신경정신과 상용 처방으로 제시되어 있으며, 한국 한의학 임상현장에서 다빈도로 활용되고 있어 임상적 상황을 고려하여 적용가능하다. 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 권고등급 B를 부여한다. 즉 성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 혈부축어탕 가감과 불안장애치료약물 병행치료를 고려해야 한다.

(3) 참고문헌

1. 王吉祥. 血府逐瘀汤加减治疗广泛性焦虑症36例. 中国中医药现代远程教育. 2009(02).

▣ 공황장애 - 단독치료

【R3】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 공황장애 환자의 증상 개선을 위해 한약치료를 고려할 수 있다.	C/Low	각 임상질문별 참고문헌 참조 (R3-1~R3-2)

【Q3】

성인 공황장애 환자에게 한약은 불안장애치료약물에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 공황장애 환자	한약	불안장애치료약물	HAM-A HAM-D	한의원 및 한방병원

(1) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q3은 공황장애 환자에 대한 한약의 효과를 비교분석하기 위해 만들어졌다. 본 임상연구의 근거에 따르면 공황장애에서의 한약치료는 불안장애치료약물과의 비교 연구에서 불안장애 관련 증상척도의 개선에 있어 대조군보다 더 나은 효과를 보여주지 않았으나, 향후 다른 처방의 연구 결과에 따라 한약의 임상적 활용도는 바뀔 수 있다. 하위 권고안들의 근거수준과 권고 방향을 고려하여 전문가 그룹의 델파이 합의를 통해 근거수준과 권고등급을 부여하였다. 하위 권고안들의 근거수준은 포함된 모든 연구에서 낮음(Low)이므로 추후 연구를 통해 공황장애의 범주와 효과 추정치의 확산 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 매우 크다고 판단된다. 한편, 권고의 방향은 모두 C로 모든 권고안이 공황장애 환자에 한약을 사용할 수 있다고 도출되었다. 이에 공식적 합의에 따라 근거수준 Low 권고등급 C를 부여한다. 즉, 성인 공황장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물에 비하여 한약치료를 고려할 수 있다.

【R3-1】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 공황장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물에 비하여 시호계지건강탕(柴胡桂枝乾薑湯)을 고려할 수 있다.	C/Low	1
임상적 고려사항 ● 처방 구성 : 시호 30g, 계지 9g, 건강 9g, 황금 12g, 모려 30g, 천화분 15g, 감초(炙) 9g – 10일 10첩 5000ml / 1일 2회 복용 ● 적용범위 및 변증: 공황장애 환자의 자율신경 관련 신체증상/심간화울(心肝火鬱)		

(1) 임상질문 : Q3-1

성인 공황장애 환자에게 시호계지건강탕(柴胡桂枝乾薑湯)은 불안장애치료약물에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 공황장애 환자	시호계지건강탕	불안장애치료약물	HAM-A	한의원 및 한방병원

HAM-A: Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도), **불안장애치료약물:** 항우울제

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 1편의 무작위 배정 임상연구가 포함되었다.

Song(2017)의 연구에서 정신질환 진단 및 통계편람(DSM-5)의 진단기준을 만족하는 공황장애 환자 60명을 두 군으로 나누어 4주간 시호계지건강탕(柴胡桂枝乾薑湯)을 투여한 결과 시호계지건강탕을 복용한 군이 paroxetine 복용군에 비해 HAM-A 점수가 0.27점 더 높았으나 유의하지 않았다[95% CI: -2.24, 2.78](근거수준 낮음;Low).[1)]

② 연구결과의 요약

1개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 공황장애 환자에게 시호계지건강탕(柴胡桂枝乾薑湯)을 4주간 투여하였을 때, paroxetine 복용군에 비해 HAM-A 점수가 0.27점 더 높았으나 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음을 포함하였다[95% CI: -2.24, 2.78](근거수준 낮음;Low).

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
anxiety IAT (HAM-A) (Critical)	60 (1RCT)	◉◉○○ Low[a,b]	-	-	MD 0.27 높음 [-2.24, 2.78]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

IAT: Immediately After Treatment(치료 직후 결과); **HAM-A:** Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도)
a: 배정순서 생성과 배정은폐가 불확실하고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않아 비뚤림 위험성이 있음
b: MD의 95% 신뢰구간이 0을 포함하여 비정밀성 영역에서 등급을 낮춤

(2) 권고안 도출에 대한 설명

성인 공황장애 환자에서 불안장애치료약물에 비하여 시호계지건강탕의 편익은 명확하지 않으며, 종합적인 근거 수준이 낮음(Low)이므로 추후 연구는 효과추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 매우 크며 추정치가 바뀔 가능성이 높다. 다만, 시호계지건강탕은 상한론(傷寒論)에 기재된 처방으로, 한국 한의학 임상현장에서 활용되고 있다. 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 권고등급 C를 부여한다. 즉 성인 공황장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물에 비하여 시호계지건강탕 치료를 고려할 수 있다.

(3) 참고문헌

1. 宋吉来. 柴胡桂枝干姜汤治疗惊恐障碍(肝气虚型)的临床研究 [硕士], 山东中医药大学. 2017.

【R3-2】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 공황장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물에 비하여 해울환(解鬱丸)을 고려할 수 있다.	C/Low	1

임상적 고려사항

- 처방 구성 : 백작약, 시호, 당귀, 울금, 백복령, 백합, 합환피, 감초, 소맥, 대조
  - 1회 4g / 1일 2회 복용
- 적용범위 및 변증: 공황장애 환자의 억압된 심리 신체상황에 적용/간심기울(肝心氣鬱)

(1) 임상질문 : Q3-2

성인 공황장애 환자에게 해울환(解鬱丸)은 불안장애치료약물에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 공황장애 환자	해울환	불안장애치료약물	HAM-A HAM-D	한의원 및 한방병원

HAM-A: Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도); **HAM-D:** Hamilton Depression Rating Scale(해밀턴 우울척도), **불안장애치료약물:** 항우울제

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 1편의 무작위 배정 임상연구가 포함되었다.

Wang(2011)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 공황장애 환자 42명을 두 군으로 나누어 8주간 해울환(解鬱丸)을 투여한 결과 해울환을 복용한 군이 paroxetine 복용군에 비해 HAM-A 점수가 3.20점 더 높았다[95% CI: 0.02, 6.38](근거수준 중등도;Moderate). HAM-D 점수는 0.77점 더 높았으나 유의하지 않았다[95% CI: -0.63, 2.17](근거수준 낮음;Low).[1)]

② 연구결과의 요약

1개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 공황장애 환자에게 해울환(解鬱丸)을 4주간 투여하였을 때, 해울환을 복용한 군이 paroxetine 복용군 보다 HAM-A 점수가 3.20점 더 높았다[95% CI: 0.02, 6.38](근거수준 중등도;Moderate).

1개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 공황장애 환자에게 해울환(解鬱丸)을 4주간 투여하였을 때, 해울환을 복용한 군이 paroxetine 복용군 보다 HAM-D 점수는 0.77점 더 높았으나 추정치의 신뢰구간이 효과 없음을 포함하였다[95% CI: -0.63, 2.17](근거수준 낮음;Low).

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
anxiety IAT (HAM-A) (Critical)	42 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	-	-	MD 3.20 높음 [0.02, 6.38]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
depression IAT (HAM-D) (Important)	42 (1RCT)	◉◉○○ Low[a,b]	-	-	MD 0.77 높음 [-0.63, 2.17]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

IAT: Immediately After Treatment(치료 직후 결과); **HAM-A:** Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도); **HAM-D:** Hamilton Depression Rating Scale(해밀턴 우울척도)
a: 배정순서 생성과 배정은폐가 불확실하고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않아 비뚤림 위험성이 있음
b: MD의 95% 신뢰구간이 0을 포함하여 비정밀성 영역에서 등급을 낮춤

(2) 권고안 도출에 대한 설명

성인 공황장애 환자에서 불안장애치료약물에 비하여 해울환의 편익은 명확하지 않으며, 종합적인 근거 수준이 낮음(Low)이므로 추후 연구는 효과추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 매우 크며 추정치가 바뀔 가능성이 높다. 다만, 해울환은 중약(中藥)으로 그 처방이 모두 한국 한의학에서 다빈도로 활용되는 약재들로 구성되어 있으므로 임상적 활용 가능성이 있다. 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 권고등급 C를 부여한다. 즉 성인 공황장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물에 비하여 해울환 치료를 고려할 수 있다.

(3) 참고문헌

1. 王艳君, 都弘. 解郁丸与帕罗西汀治疗惊恐障碍的临床研究. 实用中医内科杂志. 2011(05).

▣ 공황장애 - 병행치료

【R4】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 공황장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 한약과 불안장애치료약물 병행치료를 고려해야 한다.	B/Moderate	각 임상질문별 참고문헌 참조 (R4-1)

【Q4】

성인 공황장애 환자에게 한약과 불안장애치료약물 병행치료는 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 공황장애 환자	한약 + 불안장애치료약물	불안장애치료약물	HAM-A CGI	한의원 및 한방병원

(1) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q4은 성인 공황장애 환자에 대한 한약과 불안장애치료약물 병행치료의 효과를 비교분석하기 위해 만들어졌다. 본 임상연구의 근거에 따르면 공황장애서의 한약과 불안장애치료약물 병행치료는 불안장애치료약물 단독치료와의 비교 연구에서 불안장애 관련 증상척도에서 유의한 효과를 나타내는 임상 연구가 있었다. 하위 권고안들의 근거수준과 권고 방향을 고려하여 전문가 그룹의 델파이 합의를 통해 근거수준과 권고등급을 부여하였다. 하위 권고안의 근거수준은 중등도(Moderate)로 추후 연구를 통해 공황장애의 범주와 효과 추정치의 확산 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 있다고 판단된다. 한편, 권고의 방향은 B로 권고안이 성인 공황장애 환자에 한약을 사용하는 방향으로 도출되었다. 이에 개발그룹의 공식적 합의에 따라 근거수준 Moderate 권고등급 B를 부여한다. 즉, 성인 공황장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 한약과 불안장애치료약물의 병행치료를 고려해야 한다.

【R4-1】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 공황장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 임상경험방(臨床經驗方)과 불안장애치료약물 병행치료를 고려해야 한다.	B/Moderate	1

임상적 고려사항

- 처방 구성 : 원지 15g, 석창포 15g, 복신 15g, 복령 15g, 용치 30g, 당삼 10g, 황련 10g, 당귀 15g, 생지황 20g, 감초(炙) 5g
  - 1일 1첩 / 1일 3회 복용
- 적용범위 및 변증: 공황장애 환자의 심리적 불안증이 심한 경우/심혈허(心血虛), 신불안(神不安)

(1) 임상질문 : Q4-1

성인 공황장애 환자에게 임상경험방(臨床經驗方)과 불안장애치료약물 병행치료는 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 공황장애 환자	임상경험방 + 불안장애치료약물	불안장애치료약물	HAM-A CGI	한의원 및 한방병원

HAM-A: Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도); **CGI:** Clinical Global Impression(전반적 임상 인상척도), **불안장애치료약물:** 항우울제

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 1편의 무작위 배정 임상연구가 포함되었다.

Deng(2014)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 공황장애 환자 80명을 두 군으로 나누어 4주간 임상경험방(臨床經驗方)을 투여한 결과 임상경험방과 paroxetine 병행치료군이 paroxetine 단독군에 비해 HAM-A 점수가 2.80점 더 낮았다[95% CI: -3.30, -2.30](근거수준 Moderate). CGI 점수는 0.32점 더 낮았다[95% CI: -0.42, -0.22](근거수준 Moderate).[1)]

② 연구결과의 요약

1개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 공황장애 환자에게 임상경험방과 paroxetine을 4주간 병행투여하였을 때, paroxetine 단독군 보다 HAM-A 점수가 2.80점 더 낮았다[95% CI: -3.30, -2.30](근거수준 Moderate).

1개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 공황장애 환자에게 임상경험방과 paroxetine을 4주간 병행투여하였을 때, paroxetine 단독군 보다 CGI 점수는 0.32점 더 낮았다[95% CI: -0.42, -0.22](근거수준 Moderate).

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
anxiety IAT (HAM-A) (Critical)	80 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	-	-	MD 2.80 낮음 [-3.30, -2.30]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
efficacy IAT (CGI) (Important)	80 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	-	-	MD 0.32 낮음 [-0.42, -0.22]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

IAT: Immediately After Treatment(치료 직후 결과); **HAM-A:** Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도); **CGI:** Clinical Global Impression(전반적 임상 인상척도)
a: 배정순서 생성과 배정은폐가 불확실하고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않아 비뚤림 위험성이 있음

(2) 권고안 도출에 대한 설명

성인 공황장애 환자에서 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 임상경험방과 불안장애치료약물 병행치료의 편익은 신뢰할 만하며, 종합적인 근거 수준이 중등도(Moderate)이므로 추후 연구로 효과추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 것이며 추정치가 바뀔 수도 있다. 다만, 임상경험방은 중의처방으로, 그 처방이 모두 한국 한의학에서 다빈도로 활용되는 약재들로 구성되어 있으므로 임상적 활용 가능성이 있다. 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 권고등급 B를 부여한다. 즉 성인 공황장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 임상경험방과 불안장애치료약물 병행치료를 고려해야 한다.

(3) 참고문헌

1. 邓湘英, 康海英. 中西医结合治疗惊恐障碍症临床观察. 中国中医急症. 2014(06).

【R5】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 공황장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 한약과 정신요법 병행치료를 고려할 수 있다.	C/Low	각 임상질문별 참고문헌 참조 (R5-1)

【Q5】

성인 공황장애 환자에게 한약과 정신요법 병행치료는 불안장애치료약물에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 공황장애 환자	한약 + 정신요법	불안장애치료약물	HAM-A TESS	한의원 및 한방병원

(1) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q5은 공황장애 환자에 대한 한약과 정신요법 병행치료의 효과를 비교분석하기 위해 만들어졌다. 본 임상연구의 근거에 따르면 공황장애서의 한약과 정신요법 병행치료는 불안장애치료약물 단독치료와의 비교 연구에서 불안장애 관련 증상척도에서 유의한 효과를 나타내는 임상 연구가 있었다. 하위 권고안들의 근거수준과 권고 방향을 고려하여 전문가 그룹의 델파이 합의를 통해 근거수준과 권고등급을 부여하였다. 하위 권고안의 근거수준은 낮음(Low)으로 추후 연구를 통해 공황장애의 범주와 효과 추정치의 확산 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 매우 크다고 판단된다. 한편, 권고의 방향은 C로 권고안이 성인 공황장애 환자에 한약을 사용하는 방향으로 도출되었다. 이에 개발그룹의 공식적 합의에 따라 근거수준 Low 권고등급 C를 부여한다. 즉, 성인 공황장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 한약과 정신요법의 병행치료를 고려할 수 있다.

【R5-1】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 공황장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 안신정경탕(安神定經湯)과 정신요법 병행치료를 고려할 수 있다.	C/Low	1-2

임상적 고려사항

- 처방 1 구성 : 용치, 산조인 각 30g, 지모, 야교등 각 20g, 백작약, 두충, 백자인 각 15g, 지각, 복령, 천궁 각 10g, 시호 6g, 향부자, 감초 각 5g
  - 1일 1첩 200ml / 1일 2회 복용
- 처방 2 구성 : 산조인 30g, 지모 20g, 복령 10g, 천궁 10g, 시호 6g, 백작약 15g, 지각 10g, 향부자 5g, 야교등 20g, 백자인 15g, 두충 15g, 용치 30g, 감초 5g
  - 1첩에 물 400ml를 넣어 150ml로 농축한 후 남은 약재에 다시 물 300ml를 가하여 150ml로 농축하여 둘을 혼합함 / 1일 2회 복용
- 적용범위 및 변증: 공황장애 환자의 심리적 신체적 불안정감이 극대화된 상황/간심음허(肝心陰虛)

(1) 임상질문 : Q5-1

성인 공황장애 환자에게 안신정경탕(安神定經湯)과 정신요법 병행치료는 불안장애치료약물에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 공황장애 환자	안신정경탕 + 정신요법	불안장애치료약물	HAM-A TESS	한의원 및 한방병원

HAM-A: Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도); **TESS:** Treatment-Emergent Signs and Symptoms(부작용 평가척도), **불안장애치료약물:** 항우울제, **정신요법:** 중의감정요법, 이완요법, 암시요법 등

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 2편의 무작위 배정 임상연구가 포함되었다.

Meng(2016)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 공황장애 환자 134명을 두 군으로 나누어 6주간 안신정경탕(安神定經湯)을 투여한 결과 안신정경탕과 정신요법(중의감정요법, 이완요법, 암시요법 등) 병행치료군이 paroxetine 단독군에 비해 HAM-A 점수가 3.70점 더 낮았다[95% CI: -4.59, -2.81].[1)]

Wei(2014)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 공황장애 환자 66명을 두 군으로 나누어 6주간 안신정경탕을 투여한 결과 안신정경탕과 정신요법(중의심리상담, 이완요법 등) 병행치료군이 escitalopram 단독군에 비해 HAM-A 점수가 0.92점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -4.08, 2.24]. TESS 점수는 0.20점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -1.49, 1.09].[2)]

② 연구결과의 요약

2개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 공황장애 환자에게 안신정경탕을 6주간 투여하였을 때 안

신정경탕과 정신요법 병행치료군이 불안장애치료약물 단독군보다 HAM-A 점수가 3.49점 더 낮았다[95% CI: -4.35, -2.64](근거수준 중등도;Moderate).

1개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 공황장애 환자에게 안신정경탕을 6주간 투여하였을 때 안신정경탕과 정신요법 병행치료군이 불안장애치료약물 단독군보다 TESS 점수가 0.20점 더 낮았으나 효과 추정치의 신뢰구간이 효과없음을 포함하였다[95% CI: -1.49, 1.09](근거수준 낮음;Low).

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
anxiety IAT (HAM-A) (Critical)	200 (2RCTs)	◉◉◉○ Moderate[a]	-	-	MD 3.49 낮음 [-4.35, -2.64]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
adverse event (TESS) (Important)	66 (1RCT)	◉◉○○ Low[a,b]	-	-	MD 0.20 낮음 [-1.49, 1.09]	점수가 낮을수록 안전함을 의미함

IAT: Immediately After Treatment(치료 직후 결과); **HAM-A:** Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도); **TESS:** Treatment-Emergent Signs and Symptoms(부작용 평가척도)
a: 배정순서 생성과 배정은폐가 불확실하고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않아 비뚤림 위험성이 있음
b: MD의 95% 신뢰구간이 0을 포함하여 비정밀성 영역에서 등급을 낮춤

(2) 권고안 도출에 대한 설명

성인 공황장애 환자에서 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 임상경험방과 정신요법 병행치료의 편익은 신뢰할 만하며, 종합적인 근거 수준이 낮음(Low)이므로 추후 연구는 효과추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 매우 크며 추정치가 바뀔 가능성이 높다. 다만, 안신정경탕은 중약(中藥)으로, 그 처방이 모두 한국 한의학에서 다빈도로 활용되는 약재들로 구성되어 있으므로 임상적 활용 가능성이 있다. 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 권고등급 C를 부여한다. 즉 성인 공황장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 안신정경탕과 정신요법 병행치료를 고려할 수 있다.

(3) 참고문헌

1. 孟泳铮. 安神定惊法联合中医心理疗法治疗惊恐障碍的临床分析. 北方药学. 2016;13(07):114-5.
2. 魏佳. 安神定惊法联合中医心理疗法治疗惊恐障碍的临床观察 [硕士], 广州中医药大学. 2014.

【R6】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 공황장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물과 정신요법 병행치료에 비하여 한약과 불안장애치료약물, 정신요법 병행치료를 고려해야 한다.	B/Low	각 임상질문별 참고문헌 참조 (R6-1)

【Q6】

성인 공황장애 환자에게 한약과 불안장애치료약물, 정신요법 병행치료는 불안장애치료약물과 정신요법 병행치료에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 공황장애 환자	한약 + 불안장애치료약물 + 정신요법	불안장애치료약물 + 정신요법	HAM-A	한의원 및 한방병원

(1) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q6은 공황장애 환자에 대한 한약과 불안장애치료약물, 정신요법 병행치료의 효과를 비교분석하기 위해 만들어졌다. 본 임상연구의 근거에 따르면 공황장애서의 한약과 불안장애치료약물, 정신요법 병행치료는 불안장애치료약물과 정신요법 병행치료와의 비교 연구에서 불안장애 평가 지표에서 불안장애 관련 증상 척도에서 유의한 효과를 나타내지는 않았으나, 향후 다른 처방의 연구 결과에 따라 한약의 임상적 활용도는 바뀔 수 있다. 하위 권고안들의 근거수준과 권고 방향을 고려하여 전문가 그룹의 델파이 합의를 통해 근거수준과 권고등급을 부여하였다. 하위 권고안의 근거수준은 낮음(Low)으로 추후 연구를 통해 공황장애의 범주와 효과 추정치의 확산 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 매우 크다고 판단된다. 한편, 권고의 방향은 B로 권고안이 성인 공황장애 환자에 한약을 사용하는 방향으로 도출되었다. 이에 개발그룹의 공식적 합의에 따라 근거수준 Low 권고등급 B를 부여한다. 즉, 성인 공황장애 환자의 증상 개선을 위해 한약과 불안장애치료약물, 정신요법의 병행치료를 고려해야 한다.

【R6-1】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 공황장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물과 정신요법 병행치료에 비하여 시호가용골모려탕(柴胡加龍骨牡蠣湯)과 불안장애치료약물, 정신요법 병행치료를 고려해야 한다.	B/Low	1

임상적 고려사항

- 처방 구성 : 시호 12g, 반하, 당삼, 황금, 복령 각 10g, 계지, 대황(후하) 각 6g, 용골, 모려, 산조인, 야교등, 부소맥 각 30g, 생강 3편, 대조 2매
  - 1일 1첩 400ml / 1일 2회 복용
- 적용범위 및 변증: 범불안장애 환자의 심계를 포함한 돌발적인 증상발현에 적용 가능/심허번조(心虛煩燥)

(1) 임상질문 : Q6-1

성인 공황장애 환자에게 시호가용골모려탕(柴胡加龍骨牡蠣湯)과 불안장애치료약물, 정신요법 병행치료는 불안장애치료약물과 정신요법 병행치료에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 공황장애 환자	시호가용골모려탕 + 불안장애치료약물 + 정신요법	불안장애치료약물 + 정신요법	HAM-A	한의원 및 한방병원

HAM-A: Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도), **불안장애치료약물:** 항우울제, **정신요법:** 인지행동치료

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 1편의 무작위 배정 임상연구가 포함되었다.

Shen(2010)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 공황장애 환자 61명을 두 군으로 나누어 8주간 시호가용골모려탕(柴胡加龍骨牡蠣湯)을 투여한 결과 시호가용골모려탕과 paroxetine, 정신요법(인지행동치료) 병행치료군이 paroxetine과 정신요법 병행치료군에 비해 HAM-A 점수가 0.10점 더 높았으나 유의하지 않았다[95% CI: -2.21, 2.41](근거수준 낮음;Low).[1)]

② 연구결과의 요약

1개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 공황장애 환자에게 8주간 시호가용골모려탕(柴胡加龍骨牡蠣湯)과 paroxetine, 정신요법(인지행동치료)을 병행하여 투약 및 시행하였을 때, paroxetine과 정신요법 병행치료군 보다 HAM-A 점수가 0.10점 더 높았으나 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음을 포함하였다[95% CI: -2.21, 2.41](근거수준 낮음;Low).

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
anxiety IAT (HAM-A) (Critical)	61 (1RCTs)	◉◉○○ Low[a,b]	-	-	MD 0.10 높음 [-2.21, 2.41]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

IAT: Immediately After Treatment(치료 직후 결과); **HAM-A:** Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도)
a: 배정순서 생성과 배정은폐가 불확실하고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않아 비뚤림 위험성이 있음
b: MD의 95% 신뢰구간이 0을 포함하여 비정밀성 영역에서 등급을 낮춤

(2) 권고안 도출에 대한 설명

성인 공황장애 환자에서 불안장애치료약물과 정신요법 병행치료에 비하여 시호가용골모려탕과 불안장애치료약물, 정신요법 병행치료의 편익은 명확하지 않으며, 종합적인 근거 수준이 낮음(Low)이므로 추후 연구는 효과추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 매우 크며 추정치가 바뀔 가능성이 높다. 다만, 시호가용골모려탕은 한국 한의학 임상현장에서 보편적으로 활용되며, 전국한의과대학 신경정신과 교과서의 신경정신과의 상용 처방으로 제시되어 있어 임상현장에서의 활용도는 높은 것으로 판단된다. 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 권고등급 B를 부여한다. 즉 성인 공황장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물과 정신요법 병행치료에 비하여 시호가용골모려탕과 불안장애치료약물, 정신요법 병행치료를 고려해야 한다.

(3) 참고문헌

1. 沈莉, 颜红. 中西医结合治疗惊恐障碍30例临床研究. 北京中医药. 2010(08).

▣ 외상후 스트레스장애 - 병행치료

【R7】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 외상후 스트레스장애 환자의 증상 개선을 위해 한약과 불안장애치료약물 병행치료를 고려해야 한다.	B/Moderate	각 임상질문별 참고문헌 참조 (R7-1~R7-2)

【Q7】

성인 외상후 스트레스장애 환자에게 한약과 불안장애치료약물 병행치료는 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 외상후 스트레스장애 환자	한약 + 불안장애치료약물	불안장애치료약물	HAM-A PSS HAM-D	한의원 및 한방병원

(1) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q7은 외상후 스트레스장애 환자에 대한 한약과 불안장애치료약물 병행치료의 효과를 비교분석하기 위해 만들어졌다. 본 임상연구들의 근거에 따르면 외상후 스트레스장애에서의 한약과 불안장애치료약물 병행치료는 불안장애치료약물 단독치료와의 비교 연구에서 불안장애 관련 증상 척도 개선에 유의한 효과를 나타내는 임상 연구들이 있었다. 하위 권고안들의 근거수준과 권고 방향을 고려하여 전문가 그룹의 델파이 합의를 통해 근거수준과 권고등급을 부여하였다. 하위 권고안들의 근거수준은 모두 중등도(Moderate)로 추후 연구를 통해 외상후 스트레스장애의 범주와 효과 추정치의 확산 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 있다고 판단된다. 한편, 권고의 방향은 모두 B로 모든 권고안이 성인 외상후 스트레스장애 환자에 한약을 사용하는 방향으로 도출되었다. 이에 개발그룹의 공식적 합의에 따라 근거수준 Moderate 권고등급 B를 부여한다. 즉, 성인 외상후 스트레스장애 환자의 증상 개선을 위해 한약과 불안장애치료약물 병행치료를 고려해야 한다.

【R7-1】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 외상후 스트레스장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 당울소(糖鬱疏)와 불안장애치료약물 병행치료를 고려해야 한다.	B/Moderate	1

임상적 고려사항

- 처방 구성 : 황련, 죽여, 진피, 복령, 석창포, 산조인, 천궁 등
  - 1일 1첩 / 1일 3회 복용
- 적용범위 및 변증: 외상후 스트레스 환자의 심리적 불안과 열증에 적용/심혈허(心血虛), 번조(煩燥)

(1) 임상질문 : Q7-1

성인 외상후 스트레스장애 환자에게 당울소(糖鬱疏)와 불안장애치료약물 병행치료는 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 외상후 스트레스 장애 환자	당울소 + 불안장애치료약물	불안장애치료약물	HAM-A PSS HAM-D	한의원 및 한방병원

HAM-A: Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도); **PSS:** Post-traumatic stress disorder Symptom Scale(외상후 스트레스장애 증상척도); **HAM-D:** Hamilton Depression Rating Scale(해밀턴 우울척도), **불안장애치료약물:** 항우울제

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 1편의 무작위 배정 임상연구가 포함되었다.

Wei(2014)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 공황장애 환자 240명을 두 군으로 나누어 12주간 당울소(糖鬱疏)를 투여한 결과 당울소와 paroxetine 병행치료군이 paroxetine 단독군에 비해 HAM-A 점수가 1.90점 더 낮았다[95% CI: -2.36, -1.44](근거수준 높음;High). PSS 점수는 4.62점 더 낮았다[95% CI: -6.26, -2.98](근거수준 높음;High). HAM-D 점수는 2.32점 더 낮았다[95% CI: -3.27, -1.37](근거수준 높음;High).[1)]

② 연구결과의 요약

1개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 공황장애 환자에게 12주간 당울소(糖鬱疏)와 paroxetine을 병행 투여하였을 때, paroxetine 단독군에 보다 HAM-A 점수가 1.90점 더 낮았다[95% CI: -2.36, -1.44](근거수준 높음;High)

1개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 공황장애 환자에게 12주간 당울소(糖鬱疏)와 paroxetine을 병행 투여하였을 때, paroxetine 단독군에 보다 PSS 점수는 4.62점 더 낮았다[95% CI: -6.26, -2.98](근거수준 높음;High).

1개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 공황장애 환자에게 12주간 당울소(糖鬱疏)와 paroxetine을

병행 투여하였을 때, paroxetine 단독군에 보다 HAM-D 점수는 2.32점 더 낮았다[95% CI: -3.27, -1.37] (근거수준 높음;High)

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
anxiety IAT (HAM-A) (Critical)	240 (1RCT)	◉◉◉◉ High	-	-	MD 1.90 낮음 [-2.36, -1.44]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
PTSD IAT (PSS) (Critical)	240 (1RCT)	◉◉◉◉ High	-	-	MD 4.62 낮음 [-6.26, -2.98]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
depression IAT (HAM-D) (Important)	240 (1RCT)	◉◉◉◉ High	-	-	MD 2.32 낮음 [-3.27, -1.37]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

IAT: Immediately After Treatment(치료 직후 결과); **HAM-A:** Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도); **PSS:** Post-traumatic stress disorder Symptom Scale(외상후 스트레스장애 증상척도); **HAM-D:** Hamilton Depression Rating Scale(해밀턴 우울척도)

(2) 권고안 도출에 대한 설명

성인 외상후 스트레스장애 환자에서 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 당울소와 불안장애치료약물 병행치료의 편익은 신뢰할 만하며, 종합적인 근거 수준이 높음(High)이나, 해당 임상질문에 포함된 연구가 1개로 매우 적어 종합적인 근거 수준을 중등도(Moderate)로 하향조정하였다. 따라서 추후 연구로 효과추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 것이며 추정치가 바뀔 수도 있다. 다만, 당울소는 중약(中藥)으로 그 처방이 모두 한국 한의학에서 다빈도로 활용되는 약재들로 구성되어 있으므로 임상적 활용 가능성이 있다. 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 권고등급 B를 부여한다. 즉 성인 외상후 스트레스장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 당울소와 불안장애치료약물 병행치료를 고려해야 한다.

(3) 참고문헌

1. 赵欢, 杨东东, 史敏. 中西医结合治疗创伤后应激障碍240例临床研究. 中国中医基础医学杂志. 2014(02).

【R7-2】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 외상후 스트레스장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 온담탕(溫膽湯)과 불안장애치료약물 병행치료를 고려해야 한다.	B/Moderate	1

임상적 고려사항

- 처방 구성 : 지실 6g, 반하 9g, 진피 9g, 복령 12g, 감초 6g, 생강 3편, 대조 4매
  - 1일 1첩 / 1일 2회 복용
- 적용범위 및 변증: 외상후 스트레스 환자의 심리적 불안감이 심하고 신체적 긴장감이 심할 때 적용/심담허겁(心膽虛怯), 간울기체(肝鬱氣滯)

(1) 임상질문 : Q7-2

성인 외상후 스트레스장애 환자에게 온담탕(溫膽湯)과 불안장애치료약물 병행치료는 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 외상후 스트레스장애 환자	온담탕 + 불안장애치료약물	불안장애치료약물	PSS HAM-D	한의원 및 한방병원

PSS: Post-traumatic stress disorder Symptom Scale(외상후 스트레스장애 증상척도); **HAM-D:** Hamilton Depression Rating Scale(해밀턴 우울척도), **불안장애치료약물:** 항우울제

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 1편의 무작위 배정 임상연구가 포함되었다.

Gao(2013)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 외상후 스트레스장애 환자 69명을 두 군으로 나누어 8주간 온담탕을 투여한 결과 온담탕과 sertraline 병행치료군이 sertraline 단독군에 비해 PSS 점수가 7.62점 더 낮았다[95% CI: -9.30, -5.94]. HAM-D 점수는 4.14점 더 낮았다[95% CI: -4.93, -3.35](근거수준 중등도;Moderate).[1)]

② 연구결과의 요약

1개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 외상후 스트레스장애 환자에게 8주간 온담탕(溫膽湯)과 sertraline을 병행투여 하였을 때, sertraline 단독군 보다 PSS 점수가 7.62점 더 낮았다[95% CI: -9.30, -5.94].

1개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 외상후 스트레스장애 환자에게 8주간 온담탕(溫膽湯)과 sertraline을 병행투여 하였을 때, sertraline 단독군에 보다 HAM-D 점수는 4.14점 더 낮았다[95% CI: -4.93, -3.35](근거수준 중등도;Moderate).

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
PTSD IAT (PSS) (Critical)	69 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	–	–	MD 7.62 낮음 [−9.30, −5.94]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
depression IAT (HAM-D) (Important)	69 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	–	–	MD 4.14 낮음 [−4.93, −3.35]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

IAT: Immediately After Treatment(치료 직후 결과); **PSS:** Post-traumatic stress disorder Symptom Scale(외상후 스트레스장애 증상척도); **HAM-D:** Hamilton Depression Rating Scale(해밀턴 우울척도)
a: 배정순서 생성과 배정은폐가 불확실하고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않아 비뚤림 위험성이 있음

(2) 권고안 도출에 대한 설명

성인 외상후 스트레스장애 환자에서 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 온담탕과 불안장애치료약물 병행치료의 편익은 신뢰할 만하며, 종합적인 근거 수준이 중등도(Moderate)이므로 추후 연구로 효과추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 것이며 추정치가 바뀔 수도 있다. 온담탕은 전국 한의과대학 신경정신과 교과서의 신경정신과 상용 처방으로 제시되어 있으며, 한국 한의학 임상현장에서 다빈도로 활용되고 있어 임상적 상황을 고려하여 적용가능하다. 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 권고등급 B를 부여한다. 즉 성인 외상후 스트레스장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 온담탕과 불안장애치료약물 병행치료를 고려해야 한다.

(3) 참고문헌

1. 高新立，马玲，马闯胜，闫翌君，乔建国. 综合疗法治疗创伤后应激障碍35例. 中医研究. 2013(07).

【R8】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 외상후 스트레스장애 환자의 증상 개선을 위해 한약과 불안장애치료약물, 정신요법 병행치료를 고려해야 한다.	B/Moderate	각 임상질문별 참고문헌 참조 (R8-1)

【Q8】

성인 외상후 스트레스장애 환자에게 한약과 불안장애치료약물, 정신요법 병행치료는 불안장애치료약물과 정신요법 병행치료에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 외상후 스트레스장애 환자	한약 + 불안장애치료약물 + 정신요법	불안장애치료약물+정신요법	PSS HAM-D	한의원 및 한방병원

(1) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q8은 외상후 스트레스장애 환자에 대한 한약과 불안장애치료약물, 정신요법 병행치료의 효과를 비교분석하기 위해 만들어졌다. 본 임상연구의 근거에 따르면 외상후 스트레스장애에서의 한약과 불안장애치료약물, 정신요법 병행치료는 불안장애치료약물과 정신요법 병행치료와의 비교 연구에서 불안장애 관련 증상척도 개선에 유의한 효과를 나타내는 임상 연구가 있었다. 하위 권고안들의 근거수준과 권고 방향을 고려하여 전문가 그룹의 델파이 합의를 통해 근거수준과 권고등급을 부여하였다. 하위 권고안의 근거수준은 중등도(Moderate)로 추후 연구를 통해 외상후 스트레스장애의 범주와 효과 추정치의 확산 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 있다고 판단된다. 한편, 권고의 방향은 B로 권고안이 성인 외상후 스트레스 환자에 한약을 사용하는 방향으로 도출되었다. 이에 개발그룹의 공식적 합의에 따라 근거수준 Moderate 권고등급 B를 부여한다. 즉, 성인 외상후 스트레스장애 환자의 증상 개선을 위해 한약과 불안장애치료약물, 정신요법 병행치료를 고려해야 한다.

【R8-1】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 외상후 스트레스장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물과 정신요법 병행치료에 비하여 청심해울탕(淸心解鬱湯)과 불안장애치료약물, 정신요법 병행치료를 고려해야 한다.	B/Moderate	1

임상적 고려사항

- 처방 구성 : 황기 30g, 백합 30g, 산조인(炒) 30g, 원지 15g, 석창포 15g, 복령 15g, 단삼 15g, 천궁 10g, 당귀 10g, 시호 10g, 백작약 10g, 울금 10g, 향부자 10g, 감초(炙) 6g
  - 기허(氣虛)에 가(加) 태자삼, 백출(炒)
  - 담성(痰盛)에 가(加) 천남성, 죽여
  - 열성(熱盛)에 가(加) 용담초, 치자
  - 신음허(腎陰虛)에 가(加) 하수오, 구기자
  - 신양허(腎陽虛)에 가(加) 산수유, 육계
  - 소화가 안 되며 입맛이 없는 경우 가(加) 신곡, 맥아
  - 잘 놀라고 가슴이 두근거리고 불안하고, 정신이 안정되지 못하여 갈팡질팡하고 갈피를 잡지 못하는 경우 가(加) 용골, 모려
  - 1첩에 물 500ml를 넣어 100ml로 농축한 후 남은 약재에 다시 물을 가하여 100ml로 농축하여 둘을 혼합함 / 1일 2회 복용
- 적용범위 및 변증: 외상후 스트레스 환자의 전반적인 증상에 통치방으로 적용 가능/심비혈허(心脾血虛) , 간울기체(肝鬱氣滯)

(1) 임상질문 : Q8-1

성인 외상후 스트레스장애 환자에게 청심해울탕(淸心解鬱湯)과 불안장애치료약물, 정신요법 병행치료는 불안장애치료약물과 정신요법 병행치료에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 외상후 스트레스장애 환자	청심해울탕 + 불안장애치료약물 + 정신요법	불안장애치료약물 + 정신요법	PSS HAM-D	한의원 및 한방병원

PSS: Post-traumatic stress disorder Symptom Scale(외상후 스트레스장애 증상척도); **HAM-D:** Hamilton Depression Rating Scale(해밀턴 우울척도), **불안장애치료약물:** 항우울제, **불안장애치료약물+정신요법:** 항우울제+인지행동치료, EMDR, 노출요법 등

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 1편의 무작위 배정 임상연구가 포함되었다.

Chen(2011)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 외상후 스트레스장애 환자 56명을 두 군으로 나누어 12주간 청심해울탕(淸心解鬱湯)을 투여한 결과 청심해울탕과 paroxetine, 정신요법(인지행동치료, EMDR, 노출요법 등) 병행치료군이 paroxetine과 정신요법 병행치료군에 비해 PSS 점수가 5.50점 더 낮았다[95% CI: -7.14, -3.86](근거수준 중등도;Moderate). HAM-D 점수는 3.30점 더 낮았다[95% CI: -4.00, -2.60](근거수준 중등도;Moderate).[1)]

② 연구결과의 요약

1개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 외상후 스트레스장애 환자에게 12주간 청심해울탕(淸心解

鬱湯)과 paroxetine, 정신요법(인지행동치료, EMDR, 노출요법 등)을 병행하여 투여 및 시행하였을 때, paroxetine과 정신요법 병행치료군 보다 PSS 점수가 5.50점 더 낮았다[95% CI: -7.14, -3.86](근거수준 중등도;Moderate).

1개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 외상후 스트레스장애 환자에게 12주간 청심해울탕(淸心解鬱湯)과 paroxetine, 정신요법(인지행동치료, EMDR, 노출요법 등)을 병행하여 투여 및 시행하였을 때, paroxetine과 정신요법 병행치료군 보다 HAM-D 점수는 3.30점 더 낮았다[95% CI: -4.00, -2.60](근거수준 중등도;Moderate).

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
PTSD IAT (PSS) (Critical)	56 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	–	–	MD 5.50 낮음 [−7.14, −3.86]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
depression IAT (HAM-D) (Important)	56 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	–	–	MD 3.30 낮음 [−4.00, −2.60]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

IAT: Immediately After Treatment(치료 직후 결과); **PSS:** Post-traumatic stress disorder Symptom Scale(외상후 스트레스장애 증상척도); **HAM-D:** Hamilton Depression Rating Scale(해밀턴 우울척도)
a: 배정순서 생성과 배정은폐가 불확실하고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않아 비뚤림 위험성이 있음

(2) 권고안 도출에 대한 설명

성인 외상후 스트레스장애 환자에서 불안장애치료약물과 정신요법 병행치료에 비하여 청심해울탕과 불안장애치료약물, 정신요법 병행치료의 편익은 신뢰할 만하며, 종합적인 근거 수준이 중등도(Moderate)이므로 추후 연구로 효과추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 것이며 추정치가 바뀔 수도 있다. 다만, 청심해울탕은 중약(中藥)으로 그 처방이 모두 한국 한의학에서 다빈도로 활용되는 약재들로 구성되어 있으므로 임상적 활용 가능성이 있다. 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 권고등급 B를 부여한다. 즉 성인 외상후 스트레스장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물과 정신요법 병행치료에 비하여 청심해울탕과 불안장애치료약물, 정신요법 병행치료를 고려해야 한다.

(3) 참고문헌

1. 陈赟, 武燕, 陈菊萍. 中西医综合疗法治疗创伤后应激障碍27例临床研究. 江苏中医药. 2011(08).

2. 침

● 배경

불안장애 환자는 즉각적인 증상 해소에 대한 의료적 요구가 다른 질환에 비하여 높은 심리적 특성을 가지고 있다. 침치료는 현재 우리나라에의 임상 현장에서 보편적으로 쓰이고 있으며, 양방에서의 급성기 치료약물에 비하여 편의성은 높지 않으나 의존성이 낮고 안전성이 확보되어 있다는 장점을 가지고 있다.

침치료는 일반침, 전침, 두침, 이침, 매침, 매선과 같이 다양한 방식으로 이루어질 수 있고 연구들도 그에 따라 다양하다. 본 임상진료지침에는 연구 문헌 수가 많고 국내 임상 현장에서 다빈도로 쓰이는 일반침, 전침, 두침, 이침, 매침, 매선의 연구 결과를 통해 권고안을 도출하였다. 위 치료들이 단일중재로 적용되는 경우도 있으나 임상현장에서 불안장애치료약물, 정신요법 등 다른 치료들을 병행하며 한의진료를 받는 경우가 많기에, 침치료와 불안장애치료약물·정신요법의 병행치료 연구들도 분석에 포함하였다.

단, 전침, 두침, 이침, 매침, 매선의 활용 권고에 대한 근거는 다음과 같다. 전침치료는 자극에 대한 민감도가 높은 일부 환자에 대해서는 그 활용도가 제한될 수 있으나, 불안장애 치료에 대하여 효율 및 부작용을 고려했을 때 한국 한의학 임상현장에서 활용이 권장되는 치료중재이다. 두침치료는 불안장애 관련 다양한 임상증상에 대해 폭넓게 적용가능한 치료중재이다. 이침 및 매침과 매선치료는 치료 방법이 간단하면서도 지속적인 자극이 가능하여, 불안장애 임상 증상 개선에 유의한 효과가 있는 것으로 판단되어, 한국 한의학 임상현장에서 활용 가능성이 있는 것으로 판단된다.

침치료의 특성상 맹검이 쉽지 않고 개개인의 특성에 따라 침치료를 시행하는 혈자리가 달라지는 등 대규모 인원을 통제하여 연구하기에 어려운 문제가 있으나, 그럼에도 불구하고 많은 연구들이 활발하게 이루어지고 있다. 추후 보완될 임상진료지침에서는 새로운 연구들이 포함되어 더욱 신뢰성 있고 폭넓은 권고들이 제시될 것으로 사료된다.

● 임상질문 및 권고안

▣ 범불안장애 - 단독치료

【R9】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 침치료를 고려해야 한다.	B/Low	각 임상질문별 참고문헌 참조 (R9-1-1~R1-2)

【Q9】

성인 범불안장애 환자에게 침치료는 불안장애치료약물에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 범불안장애 환자	침치료	불안장애치료약물	HAM-A SAS SDS CGI-I CGI-EI GAF TESS	한의원 및 한방병원

(1) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q9은 범불안장애 대한 침치료의 효과를 비교분석하기 위해 만들어졌다. 본 임상연구들의 근거에 따르면 범불안장애에서의 침·전침치료는 불안장애치료약물 단독치료, 거짓침치료와의 비교 연구에서 불안장애 관련 증상척도 개선에 유의한 효과를 나타내는 임상 연구들이 있었다. 하위 권고안들의 근거수준과 권고 방향을 고려하여 전문가 그룹의 델파이 합의를 통해 근거수준과 권고등급을 부여하였다. 하위 권고안들의 근거수준은 모두 낮음(Low)으로 추후 연구를 통해 범불안장애의 범주와 효과 추정치의 확산 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 매우 크다고 판단된다. 한편, 권고의 방향은 B~C로 강도의 차이는 있으나 모든 권고안이 성인 범불안장애 환자에 침을 사용하는 방향으로 도출되었다. 이에 개발그룹의 공식적 합의에 따라 근거수준 Low 권고등급 B를 부여한다. 즉, 성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 침치료를 고려해야 한다.

【 R9-1-1 】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물에 비하여 일반침치료를 고려해야 한다.	B/Low	1-7

임상적 고려사항

- 처방 1 구성 : 심수(BL15), 궐음수(BL14), 간수(BL18), 담수(BL19), 비수(BL20), 위수(BL21), 신수(BL23)
- 처방 2 구성 : 사신총(EX-HN1), 정신혈, 내관(PC6), 신문(HT7), 삼음교(SP6)
- 처방 3 구성 : 백회(GV20), 상성(GV23), 신정(GV24), 수구(GV26), 단중(CV17), 거궐(CV14), 중완(CV12)
- 처방 4 구성 : 열결(LU7), 합곡(LI4), 신문(HT7), 후계(SI3), 외관(TE5), 노궁(PC8), 용천(KI1), 질변(BL54), 음릉천(SP9), 족삼리(ST36), 태충(LR3), 양릉천(GB34)
- 처방 5 구성 : 관원(CV4), 중완(CV12), 구미(CV15), 단중(CV17), 승장(CV24), 백회(GV20), 신정(GV24), 풍부(GV16), 대추(GV14), 신도(GV11), 지양(GV9), 명문(GV4)
- 처방 6 구성 : 사신총(EX-HN1), 백회(GV20), 신정(GV24), 수구(GV26), 본신(GB13), 풍지(GB20), 내관(PC6), 신문(HT7)
- 처방 7 구성 : 백회(GV20), 상성(GV23), 신정(GV24), 수구(GV26), 단중(CV17), 거궐(CV14), 중완(CV12)

(1) 임상질문 Q9-1-1

성인 범불안장애 환자에게 일반침치료는 불안장애치료약물에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 범불안장애 환자	일반침치료	불안장애치료약물	HAM-A SAS CGI-I CGI-EI TESS	한의원 및 한방병원

HAM-A: Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도); **SAS:** The Zung Self-Rating Anxiety Scale(자가평가 불안척도); **CGI-I:** Clinical Global Impression - Improvement(전반적 임상 인상척도-호전도); **CGI-EI:** Clinical Global Impression - Efficacy Index(전반적 임상 인상척도-효능지수); **TESS:** Treatment-Emergent Signs and Symptoms(부작용 평가척도), **불안장애치료약물:** 항우울제 및 항불안제

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 7편의 무작위 배정 임상연구가 포함되었다.

Fu(2008)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 36명을 두 군으로 나누어 6주간 침치료를 시행한 결과 침치료군이 paroxetine 복용군에 비해 HAM-A 점수가 1.78점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -6.91, 3.35]. SAS 점수는 1.10점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -6.95, 4.75]. CGI-I 점수는 0.11점 더 높았으나 유의하지 않았다[95% CI: -0.50, 0.72]. CGI-EI 점수는 1.63점 더 낮았다[95% CI: -2.43, 0.83]. TESS 점수는 5.89점 더 낮았다[95% CI: -7.02, -4.76].[1)]

Liu(2007)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 53명을 두 군으로 나누어 6주간 침치료를 시행한 결과 침치료 군이 fluoxetine/paroxetine/alprazolam 복용군에 비해 HAM-A 점수가 1.51점 더 높았으나 유의하지

않았다[95% CI: -1.62, 4.64]. SAS 점수는 1.34점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -5.46, 2.78]. CGI-I 점수는 0.11점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -0.73, 0.51]. CGI-EI 점수는 1.61점 더 낮았다[-2.24, -0.98]. TESS 점수는 5.73점 더 낮았다[95% CI: -6.52, -4.94].[2)]

Shi(2010)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 57명을 두 군으로 나누어 4주간 침치료를 시행한 결과 침치료 군이 flupentixol and melitracen 복용군에 비해 HAM-A 점수가 4.10점 더 낮았다[95% CI: -7.40, -0.80]. SAS 점수는 5.18점 더 낮았다[95% CI: -9.10, -1.26]. TESS 점수는 3.18점 더 낮았다[95% CI: -5.70, -0.66].[3)]

Zhou(2013)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 80명을 두 군으로 나누어 6주간 침치료를 시행한 결과 침치료 군이 clonazepam 복용군에 비해 HAM-A 점수가 0.83점 더 낮았다[95% CI: -1.31, -0.35].[4)]

Xiong(2013)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 71명을 두 군으로 나누어 6주간 침치료를 시행한 결과 침치료 군이 flupentixol and melitracen 복용군에 비해 SAS 점수가 3.20점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -7.99, 1.59].[5)]

Zhao(2014)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 60명을 두 군으로 나누어 6주간 침치료를 시행한 결과 침치료 군이 paroxetine 복용군에 비해 HAM-A 점수가 0.48점 더 높았으나 유의하지 않았다[95% CI: -1.89, 2.85]. SAS 점수는 1.92점 더 낮았다[95% CI: -2.97, -0.87]. TESS 점수는 1.12점 더 낮았다[95% CI: -1.92, -0.32].[6)]

Che(2015)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 80명을 두 군으로 나누어 6주간 침치료를 시행한 결과 침치료 군이 paroxetine 복용군에 비해 HAM-A 점수가 4.72점 더 낮았다[95% CI: -5.95, -3.49]. SAS 점수는 7.31점 더 낮았다[95% CI: -9.07, -5.55]. TESS 점수는 3.19점 더 낮았다[95% CI: -3.72, -2.66].[7)]

② 연구결과의 요약

6개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 침치료를 시행하였을 때 불안장애치료약물보다 HAM-A 점수가 1.27점 더 낮았다[95% CI: -1.70, -0.85](근거수준 낮음;Low).

6개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 침치료를 시행하였을 때 불안장애치료약물보다 SAS 점수가 3.28점 더 낮았다[95% CI: -4.12, -2.45](근거수준 중등도;Moderate).

2개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 침치료를 시행하였을 때 불안장애치료약물과 CGI-I 점수가 동등하였다[95% CI: -0.43, 0.43](근거수준 낮음;Low).

2개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 침치료를 시행하였을 때 불안장애치료약물 보다 CGI-EI 점수가 1.62점 더 낮았다[95% CI: -2.11, -1.12](근거수준 중등도;Moderate).

5개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 침치료를 시행하였을 때 불안장애치료약물보다 TESS 점수가 3.58점 더 낮았다[95% CI: -3.94, -3.22](근거수준 증등도;Moderate).

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
anxiety IAT (HAM-A) (Critical)	366 (6RCTs)	◉◉○○ Low[a,c]	-	-	MD 1.27 낮음 [-1.70, -0.85]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
anxiety IAT (SAS) (Critical)	357 (6RCTs)	◉◉◉○ Moderate[ad]	-	-	MD 3.28 낮음 [-4.12, -2.45]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
improvement IAT (CGI-I) (Important)	89 (2RCTs)	◉◉○○ Low[a,b]	-	-	MD 0.00 [-0.43, 0.43]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
efficacy IAT (CGI-EI) (Important)	89 (2RCTs)	◉◉◉○ Moderate[a]	-	-	MD 1.62 낮음 [-2.11, -1.12]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
adverse event (TESS) (Important)	286 (5RCTs)	◉◉◉○ Moderate[a,e]	-	-	MD 3.58 낮음 [-3.94, -3.22]	점수가 낮을수록 안전함을 의미함

IAT: Immediately After Treatment(치료 직후 결과); **HAM-A:** Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도); **SAS:** The Zung Self-Rating Anxiety Scale(자가평가 불안척도); **CGI-I:** Clinical Global Impression - Improvement(전반적 임상 인상척도-호전도); **CGI-EI:** Clinical Global Impression - Efficacy Index(전반적 임상 인상척도-효능지수); **TESS:** Treatment-Emergent Signs and Symptoms(부작용 평가척도)

a: 배정순서 생성과 배정은폐가 불확실하고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않아 비뚤림 위험성이 있음

b: MD의 95% 신뢰구간이 0을 포함하여 비정밀성 영역에서 등급을 낮춤

c: $I^2 \geq 75\%$ 로 비일관성이 있다고 평가함

d: $I^2 = 84\%$ 로 매우 높았으나 포함된 6건의 연구 모두 결과의 방향성이 일치하므로 비일관성 영역에서 등급을 낮추지 않음

e: $I^2 = 95\%$ 로 매우 높았으나 포함된 5건의 연구 모두 결과의 방향성이 일치하므로 비일관성 영역에서 등급을 낮추지 않음

(2) 권고안 도출에 대한 설명

성인 범불안장애 환자에 대해 불안장애치료약물에 비하여 침치료의 편익은 신뢰할 만하고, 종합적인 근거 수준이 낮음(Low)이므로 추후 연구는 효과추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 매우 크며 추정치가 바뀔 가능성이 높다. 다만, 본 연구결과에서 침치료는 범불안장애 환자의 불안척도인 HAM-A와 SAS를 불안장애치료약물에 비하여 유의하게 개선시켰으며, 부작용이 적었기 때문에 위해보다는 잠재적인 이득의 효과가 크고 임상적 활용 가능성이 높을 것으로 판단된다. 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 권고등급 B를 부여한다. 즉 성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물에 비하여 침치료를 고려해야 한다.

(3) 참고문헌

1. 傅安宁. 针刺背俞穴为主治疗广泛性焦虑症的临床研究 [硕士], 黑龙江中医药大学. 2008.
2. 刘海静, 罗文政, 梅尚英, 袁青, 靳瑞. 针刺治疗广泛性焦虑症的疗效观察. 广州中医药大学学报. 2007(02).
3. 史彩萍. 针刺任督脉穴治疗广泛性焦虑症的临床研究 [硕士], 黑龙江中医药大学. 2010.
4. 熊永强. 针刺通调任督法治疗广泛性焦虑症的临床观察. 光明中医. 2013;28(12):2589-90.
5. 周秀芳, 李燕, 朱鸿, 陈蕾蕾. 针刺十二经脉腧穴对广泛性焦虑症患者脑电波的影响. 中国针灸. 2013(05).
6. 赵岩, 邹伟, 滕伟, 戴晓红. 通督调神针刺法治疗广泛性焦虑症的临床研究. 针灸临床杂志. 2014(11).
7. 车丽娜. 针刺治疗广泛性焦虑症患者的疗效探讨. 中国民康医学. 2015(08).

【R9-1-2】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 거짓침치료에 비하여 일반침치료를 고려해야 한다.	B/Moderate	1-2
임상적 고려사항 ● 처방 1 구성 : 백회(GV20), 풍부(GV16), 심수(BL15), 신문(HT7) ● 처방 2 구성 : 열결(LU7), 조해(KI6), 백회(GV20), 인당(EX-HN3)		

(1) 임상질문 Q9-1-2

성인 범불안장애 환자에게 일반침치료는 거짓침치료에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 범불안장애 환자	일반침치료	거짓침치료	HAM-A SAS GAF	한의원 및 한방병원

HAM-A: Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도); **SAS:** The Zung Self-Rating Anxiety Scale(자가평가 불안척도); **GAF:** Global Assessment of Functioning(전반적 기능평가척도), **거짓침치료:** 비혈위 거짓침 또는 비침습적 거짓침

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 2편의 무작위 배정 임상연구가 포함되었다.

Liu(2019)의 연구에서 정신질환의 진단 및 통계편람(DSM-5)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 30명을 두 군으로 나누어 8주간 침치료를 시행한 결과 침치료 군이 거짓침 군에 비해 HAM-A 점수가 3.64점 더 낮았다[95% CI: -5.61, -1.67]. GAF 점수는 3.61점 더 높았다[95% CI: 1.35, 5.87].[1)]

Lin(2013)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 67명을 두 군으로 나누어 4주간(2~3일 간격 10회) 침치료를 시행한 결과 침치료군이 거짓침 군에 비해 HAM-A 점수가 3.30점 더 낮았다[95% CI: -5.37, -1.23]. SAS 점수는 4.27점 더 낮았다[95% CI: -7.00, -1.54].[2)]

② 연구결과의 요약

2개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 침치료를 시행하였을 때 거짓침 보다 HAM-A 점수가 3.48점 더 낮았다[95% CI: -4.91, -2.05](근거수준 중등도;Moderate).

1개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 침치료를 시행하였을 때 거짓침 보다 SAS 점수가 4.27점 더 낮았다[95% CI: -7.00, -1.54](근거수준 높음;High).

1개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 침치료를 시행하였을 때 거짓침 보다 GAF 점수가 3.61점 더 높았다[95% CI: 1.35, 5.87](근거수준 중등도;Moderate).

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
anxiety IAT (HAM-A) (Critical)	97 (2RCTs)	◉◉◉○ Moderate[a]	-	-	MD 3.48 낮음 [-4.91. -2.05]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
anxiety IAT (SAS) (Critical)	67 (1RCT)	◉◉◉◉ High	-	-	MD 4.27 낮음 [-7.00, -1.54]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
function IAT (GAF) (Important)	30 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	-	-	MD 3.61 높음 [1.35, 5.87]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함

IAT: Immediately After Treatment(치료 직후 결과); **HAM-A:** Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도); **SAS:** The Zung Self-Rating Anxiety Scale(자가평가 불안척도); **GAF:** Global Assessment of Functioning(전반적 기능평가척도)
a: 배정순서 생성과 배정은폐가 불확실하고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않아 비뚤림 위험성이 있음

(2) 권고안 도출에 대한 설명

성인 범불안장애 환자에서 거짓침치료에 비해 침치료의 편익은 신뢰할 만하며, 종합적인 근거 수준이 중등도(Moderate)이므로 추후 연구로 효과추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 것이며 추정치가 바뀔 수도 있다. 침치료는 거짓침치료에 비해 불안장애 관련 일부 증상척도를 유의미하게 개선시켰으며, 이를 근거로 임상적 활용 가능성을 제시할 수 있다. 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 권고등급 B를 부여한다. 즉 성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 거짓침치료에 비하여 침치료를 고려해야 한다.

(3) 참고문헌

1. 刘鑫. 基于"心脑同治"理论针刺治疗广泛性焦虑障碍的临床疗效观察 [硕士], 北京中医药大学. 2019.
2. 林楚华. 针刺列缺、照海为主治疗广泛性焦虑症的临床研究 [硕士], 广州中医药大学. 2013.

【R9-2】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물에 비하여 전침치료를 고려할 수 있다	C/Low	1-2
임상적 고려사항 ● 처방 1 구성 : 백회(GV20), 인당(EX-HN3), 풍지(GB20), 내관(PC6), 삼음교(SP6), 태충(LR3) ● 처방 2 구성 : 인당(EX-HN3), 백회(GV20), 현로(GB5), 풍지(GB20)		

(1) 임상질문 Q9-2

성인 범불안장애 환자에게 전침치료는 불안장애치료약물에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 범불안장애 환자	전침치료	불안장애치료약물	HAM-A SAS SDS	한의원 및 한방병원

HAM-A: Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도); **SAS:** The Zung Self-Rating Anxiety Scale(자가평가 불안척도); **SDS:** The Zung Self-Rating Depression Scale(자가평가 우울척도), **불안장애치료약물:** 항우울 및 항불안제

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 2편의 무작위 배정 임상연구가 포함되었다.

Wang(2003)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 59명을 두 군으로 나누어 6주간 전침치료를 시행한 결과 전침치료군이 trazodone 복용군에 비해 HAM-A 점수가 0.22점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -1.84, 1.40]. SAS 점수는 0.39점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -3.52, 2.74]. SDS 점수는 1.90점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -5.40, 1.60].[1)]

Zhao(2018)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 112명을 두 군으로 나누어 6주간 전침치료를 시행한 결과 전침치료군이 buspirone 복용군에 비해 HAM-A 점수가 0.03점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -1.14, 1.08].[2)]

② 연구결과의 요약

2개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 전침치료를 시행하였을 때 불안장애치료약물보다 HAM-A 점수가 0.09점 더 낮았으나 효과 추정치의 신뢰구간이 효과없음을 포함하였다[95% CI: -1.01, 0.83](근거수준 낮음;Low).

1개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 전침치료를 시행하였을 때 불안장애치료약물보다 SAS 점수가 0.39점 더 낮았으나 효과 추정치의 신뢰구간이 효과없음을 포함하였다[95%

CI: -3.52, 2.74](근거수준 낮음;Low).

1개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 전침치료를 시행하였을 때 불안장애치료약물보다 SDS 점수가 1.90점 더 낮았으나 효과 추정치의 신뢰구간이 효과없음을 포함하였다[95% CI: -5.40, 1.60](근거수준 낮음;Low).

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
anxiety IAT (HAM-A) (Critical)	171 (2RCTs)	◉◉○○ Low[a,b]	-	-	MD 0.09 낮음 [-1.01, 0.83]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
anxiety IAT (SAS) (Critical)	59 (1RCT)	◉◉○○ Low[a,b]	-	-	MD 0.39 낮음 [-3.52, 2.74]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
depression IAT (SDS) (Important)	59 (1RCT)	◉◉○○ Low[a,b]	-	-	MD 1.90 낮음 [-5.40, 1.60]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

IAT: Immediately After Treatment(치료 직후 결과); **HAM-A:** Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도); **SAS:** The Zung Self-Rating Anxiety Scale(자가평가 불안척도); **SDS:** The Zung Self-Rating Depression Scale(자가평가 불안척도)
a: 배정은폐가 불확실하고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않아 비뚤림 위험성이 있음
b: MD의 95% 신뢰구간이 0을 포함하여 비정밀성 영역에서 등급을 낮춤

(2) 권고안 도출에 대한 설명

성인 범불안장애 환자에서 불안장애치료약물에 비하여 전침치료의 편익은 명확하지 않으며, 종합적인 근거 수준이 낮음(Low)이므로 추후 연구는 효과추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 매우 크며 추정치가 바뀔 가능성이 높다. 전침자극에 대한 민감도가 높은 일부 환자에 대해서는 그 활용도가 제한될 수 있으나, 전침치료는 한국 한의학 임상현장에서 다빈도로 활용되고 있는 치료중재로, 향후 연구의 확장성을 토대로 임상적 활용 가능성을 제시할 수 있다. 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 권고등급 C를 부여한다. 즉 성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물에 비하여 전침치료를 고려할 수 있다.

(3) 참고문헌

1. 王超英, 梁建平, 罗和春, 赵学英. 电针与美抒玉治疗焦虑症临床疗效对照观察. 海峡两岸中西医结合学术研讨会论文集. 2003.
2. 赵瑞珍, 秦丽娜, 赵爽. “安神解虑”针刺法治疗广泛性焦虑障碍疗效观察. 北京中医药. 2018;37(02):122-4.

▣ 범불안장애 - 병행치료

【R10】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 침치료와 불안장애치료약물 병행치료를 고려해야 한다.	B/Low	각 임상질문별 참고문헌 참조 (R10-1~R10-5)

【Q10】

성인 범불안장애 환자에게 침치료와 불안장애치료약물 병행치료는 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 범불안장애 환자	침치료 + 불안장애치료약물	불안장애치료약물	HAM-A SAS CGI-I CGI-EI TESS	한의원 및 한방병원

(1) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q10은 범불안장애 환자에 대한 침치료(침·전침·매침·매선)와 불안장애치료약물 병행치료의 효과를 비교분석하기 위해 만들어졌다. 본 임상연구들의 근거에 따르면 범불안장애에서의 침치료와 불안장애치료약물 병행치료는 불안장애치료약물 단독치료와의 비교연구에서 불안장애 관련 증상척도 개선에 유의한 효과를 나타내는 임상 연구들이 있었다. 일부 연구에서는 침치료와 불안장애치료약물 병행치료가 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 부작용이 적었다. 하위 권고안들의 근거수준과 권고 방향을 고려하여 전문가 그룹의 델파이 합의를 통해 근거수준과 권고등급을 부여하였다. 하위 권고안들의 근거수준은 연구에 따라 중등도(Moderate)와 낮음(Low)이 많으므로 추후 연구를 통해 범불안장애의 범주와 효과 추정치의 확산 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 매우 크다고 판단된다. 한편, 권고의 방향은 B~C로 강도의 차이는 있으나 모든 권고안이 성인 범불안장애 환자에 침을 사용하는 방향으로 도출되었다. 이에 개발그룹의 공식적 합의에 따라 근거수준 Low 권고등급 B를 부여한다. 즉, 성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 침치료와 불안장애치료약물 병행치료를 고려해야 한다.

【R10-1】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 일반침치료와 불안장애치료약물 병행치료를 고려해야 한다.	B/Low	1-5

임상적 고려사항

- 처방 1 구성 : 심수(BL15), 궐음수(BL14), 간수(BL18), 담수(BL19), 비수(BL20), 위수(BL21), 신수(BL23)
- 처방 2 구성 : 사신총(EX-HN1), 정신혈, 내관(PC6), 신문(HT7), 삼음교(SP6)
- 처방 3 구성 : 사신총(EX-HN1), 신정(GV24), 인당(EX-HN3), 신문(HT7), 삼음교(SP6), 합곡(LI4)(우), 태충(LR3)(좌)
- 처방 4 구성 : 백회(GV20), 인당(EX-HN3), 사신총(EX-HN1), 본신(GB13), 신문(HT7), 내관(PC6), 태충(LR3), 족삼리(ST36), 삼음교(SP6)
- 처방 5 구성 : 사신총(EX-HN1), 정신혈, 인중, 내관(PC6), 신문(HT7), 삼음교(SP6)

(1) 임상질문 Q10-1

성인 범불안장애 환자에게 일반침치료와 불안장애치료약물 병행치료는 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 범불안장애 환자	일반침치료 + 불안장애치료약물	불안장애치료약물	HAM-A SAS CGI-I CGI-EI TESS	한의원 및 한방병원

HAM-A: Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도); **SAS:** The Zung Self-Rating Anxiety Scale(자가평가 불안척도); **CGI-I:** Clinical Global Impression - Improvement(전반적 임상 인상척도-호전도); **CGI-EI:** Clinical Global Impression - Efficacy Index(전반적 임상 인상척도-효능지수); **TESS:** Treatment-Emergent Signs and Symptoms(부작용 평가척도), **불안장애치료약물:** 항우울 및 항불안제, 항정신병약

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 5편의 무작위 배정 임상연구가 포함되었다.

Fu(2008)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 37명을 두 군으로 나누어 6주간 침치료를 시행한 결과 침치료와 paroxetine/alprazolam 병행치료군이 paroxetine/alprazolam 단독군에 비해 HAM-A 점수가 1.44점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -6.71, 3.83]. SAS 점수는 1.80점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -7.80, 4.20]. CGI-I 점수는 0.11점 더 높았으나 유의하지 않았다[95% CI: -0.55, 0.77]. CGI-EI 점수는 0.76점 더 높았으나 유의하지 않았다[95% CI: -0.02, 1.54]. TESS 점수는 3.5점 더 낮았다[95% CI: -5.10, -1.90].[1)]

Liu(2007)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 52명을 두 군으로 나누어 6주간 침치료를 시행한 결과 침치료와 fluoxetine/paroxetine, alprazolam 병행치료군이 fluoxetine/paroxetine, alprazolam 단독군에 비해

HAM-A 점수가 1.09점 더 높았으나 유의하지 않았다[95% CI: -2.03, 4.21]. SAS 점수는 2.87점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -7.27, 1.53]. CGI-I 점수는 0.12점 더 높았으나 유의하지 않았다[95% CI: -0.52, 0.76]. CGI-EI 점수는 0.93점 더 높았다[95% CI: 0.35, 1.51]. TESS 점수는 2.26점 더 낮았다[95% CI: -3.47, -1.05].[2)]

Zhou(2015)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 60명을 두 군으로 나누어 8주간 침치료를 시행한 결과 침치료와 paroxetine 병행치료군이 paroxetine 단독군에 비해 HAM-A 점수가 2.24점 더 낮았다[95% CI: -4.03, -0.45].[3)]

Deng(2009)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 55명을 두 군으로 나누어 4주간 침치료를 시행한 결과 침치료와 flupentixol and melitracen 병행치료군이 flupentixol and melitracen 단독군에 비해 HAM-A 점수가 3.19점 더 낮았다[95% CI: -5.93, -0.45]. CGI-I 점수는 0.53점 더 낮았다[95% CI: -1.02, -0.04]. CGI-EI 점수는 0.85점 더 높았다[95% CI: 0.22, 1.48]. TESS 점수는 1.38점 더 낮았다[95% CI: -2.42, -0.34].[4)]

Sui(2010)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 76명을 두 군으로 나누어 6주간 침치료를 시행한 결과 침치료와 paroxetine, alprazolam/lorazepam 병행치료군이 복용군에 비해 HAM-A 점수가 0.20점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -2.95, 2.55]. SAS 점수는 1.40점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -4.63, 1.83]. CGI-EI 점수는 0.95점 더 높았다[95% CI: 0.44, 1.46]. TESS 점수는 1.51점 더 낮았다[95% CI: -2.23, -0.79].[5)]

② 연구결과의 요약

5개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 4~8주간 침치료를 시행하였을 때 침치료와 불안장애치료약물 병행치료군이 불안장애치료약물 단독군보다 HAM-A 점수가 1.52점 더 낮았다[95% CI: -2.70, -0.34](근거수준 중등도;Moderate).

3개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 4~8주간 침치료를 시행하였을 때 침치료와 불안장애치료약물 병행치료군이 불안장애치료약물 단독군보다 SAS 점수가 1.90점 더 낮았으나 효과 추정치의 신뢰구간이 효과없음을 포함하였다[95% CI: -4.29, 0.49](근거수준 낮음;Low).

3개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 4~8주간 침치료를 시행하였을 때 침치료와 불안장애치료약물 병행치료군이 불안장애치료약물 단독군보다 CGI-I 점수가 0.19점 더 낮았으나 효과 추정치의 신뢰구간이 효과없음을 포함하였다[95% CI: -0.52, 0.15](근거수준 낮음;Low).

4개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 4~8주간 침치료를 시행하였을 때 침치료와 불안장애치료약물 병행치료군이 불안장애치료약물 단독군보다 CGI-EI 점수가 0.89점 더 높았다[95% CI: 0.59, 1.19](근거수준 중등도;Moderate).

4개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 4~8주간 침치료를 시행하였을 때 침

치료와 불안장애치료약물 병행치료군이 불안장애치료약물 단독군보다 TESS 점수가 1.81점 더 낮았다 [95% CI: -2.31, -1.30](근거수준 중등도;Moderate).

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
anxiety IAT (HAM-A) (Critical)	280 (5RCTs)	◉◉◉○ Moderate[a]	-	-	MD 1.52 낮음 [-2.70, -0.34]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
anxiety IAT (SAS) (Critical)	165 (3RCTs)	◉◉○○ Low[a,b]	-	-	MD 1.90 낮음 [-4.29, 0.49]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
anxiety IAT (CGI-I) (Critical)	144 (3RCTs)	◉◉○○ Low[a,b]	-	-	MD 0.19 낮음 [-0.52, 0.15]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
efficacy IAT (CGI-EI) (Important)	220 (4RCTs)	◉◉◉○ Moderate[a]	-	-	MD 0.89 높음 [0.59, 1.19]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
adverse event (TESS) (Important)	220 (4RCTs)	◉◉◉○ Moderate[a]	-	-	MD 1.81 낮음 [-2.31, -1.30]	점수가 낮을수록 안전함을 의미함

IAT: Immediately After Treatment(치료 직후 결과); **HAM-A:** Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도); **SAS:** The Zung Self-Rating Anxiety Scale(자가평가 불안척도); **CGI-I:** Clinical Global Impression - improvementn(전반적 임상 인상척도-호전도); **CGI-EI:** Clinical Global Impression - Efficacy Index(전반적 임상 인상척도-효능지수); **TESS:** Treatment-Emergent Signs and Symptoms(부작용 평가척도)

a: 배정순서 생성과 배정은폐가 불확실하고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않아 비뚤림 위험성이 있음

b: MD의 95% 신뢰구간이 0을 포함하여 비정밀성 영역에서 등급을 낮춤

(2) 권고안 도출에 대한 설명

성인 범불안장애 환자에서 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 침치료와 불안장애치료약물 병행치료의 편익은 신뢰할 만하며, 종합적인 근거 수준이 낮음(Low)이므로 추후 연구는 효과추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 매우 크며 추정치가 바뀔 가능성이 높다. 다만, 침과 불안장애치료약물 병행치료는 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 부작용이 적기 때문에 위해보다는 잠재적인 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 개발그룹의 전문가 합의를 통해 침치료와 항불안제의 병용 치료는 범불안장애의 치료에 있어 다빈도로 활용 하는 것으로 합의된다. 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 권고등급 B를 부여한다. 즉 성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 침치료와 불안장애치료약물 병행치료를 고려해야 한다.

(3) 참고문헌

1. 傅安宁. 针刺背俞穴为主治疗广泛性焦虑症的临床研究 [硕士], 黑龙江中医药大学. 2008.
2. 刘海静, 罗文政, 梅尚英, 袁青, 靳瑞. 针刺治疗广泛性焦虑症的疗效观察. 广州中医药大学学报. 2007(02).
3. 周伯颜. 调神针法结合帕罗西汀治疗广泛性焦虑症的临床观察 [博士], 广州中医药大学. 2015.
4. 邓欣云. 针刺联合小剂量黛力新治疗广泛性焦虑症临床疗效观察 [硕士], 山东中医药大学. 2009.
5. 隋爱民. 帕罗西汀联合针刺治疗焦虑症38例疗效观察. 福建中医药. 2010(03).

【R10-2】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 전침치료와 불안장애치료약물 병행치료를 고려해야 한다.	B/Moderate	1-4

임상적 고려사항

- 처방 1 구성 : 내관(PC6)
- 처방 2 구성 : 내관(PC6)
- 처방 3 구성 : 백회(GV20), 신정(GV24), 사신총(EX-HN1), 인당(EX-HN3), 내관(PC6), 신문(HT7), 조해(KI6), 신맥(BL62), 삼음교(SP6), 심수(BL15), 간수(BL18), 신수(BL23)
- 처방 4 구성 : 백회(GV20), 사신총(EX-HN1), 신문(HT7), 내관(PC6), 삼음교(SP6)

(1) 임상질문 Q10-2

성인 범불안장애 환자에게 전침치료와 불안장애치료약물 병행치료는 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 범불안장애 환자	전침치료 + 불안장애 치료약물	불안장애치료약물	HAM-A TESS	한의원 및 한방병원

HAM-A: Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도); **TESS:** Treatment-Emergent Signs and Symptoms(부작용 평가척도), **불안장애치료약물:** 항우울제

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 4편의 무작위 배정 임상연구가 포함되었다.

Liu(2011)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 60명을 두 군으로 나누어 6주간 전침치료를 시행한 결과 전침치료와 sertraline 병행치료군이 sertraline 단독군에 비해 HAM-A 점수가 2.40점 더 낮았다[95% CI: -4.06, -0.74].[1)]

Liu(2012)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 203명을 두 군으로 나누어 6주간 전침치료를 시행한 결과 전침치료와 sertraline 병행치료군이 sertraline 단독군에 비해 HAM-A 점수가 1.73점 더 낮았다[95% CI: -2.87, -0.59]. TESS 점수는 0.15점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -0.59, 0.29].[2)]

Gong(2012)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 113명을 두 군으로 나누어 6주간 전침치료를 시행한 결과 전침치료와 duloxetine 병행치료군이 duloxetine 단독군에 비해 HAM-A 점수가 0.22점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -1.54, 1.10]. TESS 점수는 1.30점 더 낮았다[95% CI: -1.96, -0.64].[3)]

Fan(2014)의 연구에서 정신질환의 진단 및 통계편람(DSM-4)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 81명을 두 군으로 나누어 6주간 전침치료를 시행한 결과 전침치료와 paroxetine 병행치료군이

paroxetine 단독군에 비해 HAM-A 점수가 1.25점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -2.61, 0.11].[4)]

② 연구결과의 요약

4개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 6주간 전침치료를 시행하였을 때 전침치료와 불안장애치료약물 병행치료군이 불안장애치료약물 단독군보다 HAM-A 점수가 1.33점 더 낮았다[95% CI: -2.00, -0.67](근거수준 중등도;Moderate).

2개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 6주간 전침치료를 시행하였을 때 전침치료와 불안장애치료약물 병행치료군이 불안장애치료약물 단독군보다 TESS 점수가 0.50점 더 낮았다[95% CI: -0.87, -0.14](근거수준 중등도;Moderate).

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
anxiety IAT (HAM-A) (Critical)	457 (4RCTs)	◉◉◉○ Moderate[a]	-	-	MD 1.33 낮음 [-2.00, -0.67]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
adverse event (TESS) (Important)	316 (2RCTs)	◉◉◉○ Moderate[a,b]	-	-	MD 0.50 낮음 [-0.87, -0.14]	점수가 낮을수록 안전함을 의미함

IAT: Immediately After Treatment(치료 직후 결과); **HAM-A:** Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도); **TESS:** Treatment-Emergent Signs and Symptoms(부작용 평가척도)
a: 배정순서 생성과 배정은폐가 불확실하고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않아 비뚤림 위험성이 있음
b: I^2=88% 로 매우 높았으나 2건의 연구 모두 결과의 방향성이 일치하므로 비일관성 영역에서 등급을 낮추지 않음

(2) 권고안 도출에 대한 설명

성인 범불안장애 환자에서 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 전침치료와 불안장애치료약물 병행치료의 편익은 신뢰할 만하며, 종합적인 근거 수준이 중등도(Moderate)이므로 추후 연구로 효과추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 것이며 추정치가 바뀔 수도 있다. 전침치료와 불안장애치료약물 병행치료는 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 부작용이 적기 때문에 위해보다는 잠재적인 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 개발그룹의 전문가 합의를 통해 전침치료와 불안장애치료약물의 병행치료는 범불안장애의 치료에 있어 다빈도로 활용 하는 것으로 합의된다. 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 권고등급 B를 부여한다. 즉 성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 전침치료와 불안장애치료약물 병행치료를 고려해야 한다.

(3) 참고문헌

1. 刘兰英, 冯斌. 穴位刺激调控法联合舍曲林治疗广泛性焦虑症的临床研究. Paper presented at: 2011年浙江省医学会精神病学分会学术年会暨浙江省医师协会精神科医师分会第四届年会, 中国浙江慈溪. 2011.
2. 刘兰英, 顾成宇, 王佩蓉, 陈炯, 冯斌. 穴位刺激调控法联合舍曲林治疗广泛性焦虑症的随机对照研究. Paper presented at: 中国中西医结合学会精神疾病专业委员会第十一届学术年会, 中国浙江义乌. 2012.
3. 宫媛, 贺纳斯, 刘荣. 电针联合度洛西汀治疗广泛性焦虑的疗效观察. 中国民康医学. 2012;24(23):2877, 2899.
4. 范长河, 梁忠新, 黄义福, 钟天平. 电针联合帕罗西汀治疗广泛性焦虑症的效果. 广东医学. 2014(23).

【R10-3】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 두침(頭針)치료와 불안장애치료약물 병행치료를 고려할 수 있다.	C/Low	1
임상적 고려사항 ● 처방 구성 : 대천문-신정(GV24) 평행선과 좌우 각 1, 2촌		

(1) 임상질문 Q10-3

성인 범불안장애 환자에게 두침(頭針)치료와 불안장애치료약물 병행치료는 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 범불안장애 환자	두침치료 + 불안장애치료약물	불안장애치료약물	HAM-A	한의원 및 한방병원

HAM-A: Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도), **불안장애치료약물:** 항불안제

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 1편의 무작위 배정 임상연구가 포함되었다.

Xu(2016)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 60명을 두 군으로 나누어 4주간 두침(頭針)치료를 시행한 결과 두침치료와 buspirone 병행치료군이 buspirone 단독군에 비해 HAM-A 점수가 1.94점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -4.18, 0.30](근거수준 낮음;Low).[1)]

② 연구결과의 요약

1개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 4주간 두침(頭針)치료와 buspirone 투여를 병행하였을 때, buspirone 단독 투여군 보다 HAM-A 점수가 1.94점 더 낮았으나 효과 추정치의 신뢰구간이 효과없음을 포함하였다[95% CI: -4.18, 0.30](근거수준 낮음;Low).

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
anxiety IAT (HAM-A) (Critical)	60 (1RCT)	◉◉○○ Low[a,b]	-	-	MD 1.94 낮음 [-4.18, 0.30]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

IAT: Immediately After Treatment(치료 직후 결과); **HAM-A:** Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도)
a: 배정은폐가 불확실하고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않아 비뚤림 위험성이 있음
b: MD의 95% 신뢰구간이 0을 포함하여 비정밀성 영역에서 등급을 낮춤

(2) 권고안 도출에 대한 설명

성인 범불안장애 환자에서 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 두침치료와 불안장애치료약물 병행치료의 편익은 명확하지 않으며, 종합적인 근거 수준이 낮음(Low)이므로 추후 연구는 효과추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 매우 크며 추정치가 바뀔 가능성이 높다. 다만, 두침치료는 한국 한의학 임상현장에서 다빈도로 활용되고 있는 치료중재로, 향후 연구의 확장성을 토대로 임상적 활용 가능성을 제시할 수 있다. 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 권고등급 C를 부여한다. 즉 성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 두침치료와 불안장애치료약물 병행치료를 고려할 수 있다.

(3) 참고문헌

1. 徐明明, 周纪超, 刘瑜, 张建, 刘丹. 头部情感区久留针配合药物治疗广泛性焦虑症疗效观察. 上海针灸杂志. 2016;35(11):1281-3.

【R10-4】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 거짓매침치료와 불안장애치료약물 병행치료에 비하여 매침(埋鍼)치료와 불안장애치료약물 병행치료를 고려해야 한다.	B/Moderate	1

임상적 고려사항

● 처방 구성

– 이침 : 이신문 Ear Shenmen(TF4), 심 Heart(CO15), 간 Liver(CO12), 침 Occiput(AT3), 내분비 Endocrine(CO18)

– 피내침 : 신문(HT7), 내관(PC6), 심수(BL15), 궐음수(BL14)

(1) 임상질문 Q10-4

성인 범불안장애 환자에게 매침(埋鍼)치료와 불안장애치료약물 병행치료는 거짓매침치료와 불안장애치료약물 병행치료에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 범불안장애 환자	매침치료 + 불안장애 치료약물	거짓매침치료+불안장애 치료약물	HAM-A SAS	한의원 및 한방병원

HAM-A: Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도); **SAS:** The Zung Self-Rating Anxiety Scale(자가평가 불안척도), **불안장애 치료약물:** 항불안제, **거짓매침치료:** 비침습적 거짓 매침(피내침 침첨을 납작하게 해서 비침습적적으로 붙임)

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 1편의 무작위 배정 임상연구가 포함되었다.

Liao(2016)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 100명을 두 군으로 나누어 8주간 매침(이침, 피내침)치료를 시행한 결과 매침치료와 alprazolam 병행치료군이 거짓매침치료와 alprazolam 병행치료군에 비해 HAM-A 점수가 2.48점 더 낮았다[95% CI: -3.88, -1.08]. SAS 점수는 8.18점 더 낮았다[-11.56, -4.80](근거수준 Moderate).[1)]

② 연구결과의 요약

1개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 8주간 매침(이침, 피내침)치료와 alprazolam을 병행하였을때, 거짓매침치료와 alprazolam 병행군보다 HAM-A 점수가 2.48점 더 낮았다[95% CI: -3.88, -1.08].

1개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 8주간 매침(이침, 피내침)치료와 alprazolam을 병행하였을 때, 거짓매침치료와 alprazolam 병행군보다 SAS 점수는 8.18점 더 낮았다[-11.56, -4.80](근거수준 Moderate).

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
anxiety IAT (HAM-A) (Critical)	100 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	-	-	MD 2.48 낮음 [-3.88, -1.08]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
anxiety IAT (SAS) (Critical)	100 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	-	-	MD 8.18 낮음 [-11.56, -4.80]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

IAT: Immediately After Treatment(치료 직후 결과); **HAM-A:** Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도); **SAS:** The Zung Self-Rating Anxiety Scale(자가평가 불안척도)
a: 배정은폐가 불확실하고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않아 비뚤림 위험성이 있음

(2) 권고안 도출에 대한 설명

성인 범불안장애 환자에서 불안장애치료약물과 거짓매침치료 병행치료에 비하여 매침치료와 불안장애치료약물 병행치료의 편익은 신뢰할 만하며, 종합적인 근거 수준이 중등도(Moderate)이므로 추후 연구로 효과추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 것이며 추정치가 바뀔 수도 있다. 매침치료는 한국 한의학 임상현장에서 다빈도로 활용되고 있는 치료중재로, 치료 방법이 간단하면서도 지속적인 자극이 가능하여 임상 증상 개선에 유의한 효과가 있는 것으로 판단된다. 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 권고등급 B를 부여한다. 즉 성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 거짓매침치료와 불안장애치료약물 병행치료에 비하여 매침치료와 불안장애치료약물 병행치료를 고려해야 한다.

(3) 참고문헌

1. 廖鹏飞, 车德亚, 黄维亮, 邱晨. 皮内针配合耳穴压丸治疗广泛性焦虑障碍临床观察. 山西中医. 2016;32(09):30-1.

【R10-5】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 매선(埋線)치료와 불안장애치료약물 병행치료를 고려해야 한다.	B/Moderate	1
임상적 고려사항 ● 처방 구성 : 대추(GV14), 간수(BL18), 내관(PC6), 공손(SP4), 승산(BL57)		

(1) 임상질문 Q10-5

성인 범불안장애 환자에게 매선(埋線)치료와 불안장애치료약물 병행치료는 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 범불안장애 환자	매선치료 + 불안장애치료약물	불안장애치료약물	HAM-A SAS	한의원 및 한방병원

HAM-A: Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도); **SAS:** The Zung Self-Rating Anxiety Scale(자가평가 불안척도), **불안장애치료약물:** 항우울제

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 1편의 무작위 배정 임상연구가 포함되었다.

Li(2012)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 70명을 두 군으로 나누어 8주간 매선치료를 시행한 결과 매선치료와 escitalopram 병행치료군이 escitalopram 단독군에 비해 HAM-A 점수가 1.48점 더 낮았다[95% CI: -2.87, -0.09]. TESS 점수는 1.32점 더 낮았다[-2.57, -0.07](근거수준 중등도;Moderate).[1)]

② 연구결과의 요약

1개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 매선(埋線)치료와 escitalopram을 8주간 병행하였을 때, escitalopram 단독군에 보다 HAM-A 점수가 1.48점 더 낮았다[95% CI: -2.87, -0.09](근거수준 중등도;Moderate).

1개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 매선(埋線)치료와 escitalopram을 8주간 병행하였을 때, escitalopram 단독군에 보다 TESS 점수는 1.32점 더 낮았다[-2.57, -0.07](근거수준 중등도;Moderate).

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
anxiety IAT (HAM-A) (Critical)	70 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	-	-	MD 1.48 낮음 [-2.87, -0.09]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
adverse event (TESS) (Important)	70 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	-	-	MD -1.32 낮음 [-2.57, -0.07]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

IAT: Immediately After Treatment(치료 직후 결과); **HAM-A:** Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도); **TESS:** Treatment-Emergent Signs and Symptoms(부작용 평가척도)
a: 배정은폐가 불확실하고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않아 비뚤림 위험성이 있음

(2) 권고안 도출에 대한 설명

성인 범불안장애 환자에서 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 매선치료와 불안장애치료약물 병행치료의 편익은 신뢰할 만하며, 종합적인 근거 수준이 중등도(Moderate)이므로 추후 연구로 효과추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 것이며 추정치가 바뀔 수도 있다. 매선치료는 한국 한의학 임상현장에서 다빈도로 활용되고 있는 치료중재로, 지속적인 자극이 가능하여 임상 증상 개선에 유의한 효과가 있는 것으로 판단된다. 또한 매선치료와 불안장애치료약물 병행치료는 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 부작용이 적기 때문에 위해보다는 잠재적인 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 권고등급 B를 부여한다. 즉 성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 매선치료와 불안장애치료약물 병행치료를 고려해야 한다.

(3) 참고문헌

1. 李光海, 耿寅卯. 穴位埋线配合艾司西酞普兰治疗广泛性焦虑症的疗效观察. 中国全科医学. 2012;15(19):2237-8.

【R11】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 침치료, 추나치료와 불안장애치료약물 병행치료를 고려해야 한다.	B/Moderate	1-2

임상적 고려사항

- 처방 1 구성 : 인당(EX-HN3), 삼음교(SP6), 신문(HT7), 내관(PC6), 안면, 풍지(GB20), 신정(GV24), 백회(GV20), 사신총(EX-HN1)
- 처방 2 구성 : 백회(GV20), 사신총(EX-HN1), 안면, 신정(GV24), 인당(EX-HN3), 풍부(GV16), 풍지(GB20), 신문(HT7), 내관(PC6), 삼음교(SP6)

【Q11】

성인 범불안장애 환자에게 침치료, 추나치료와 불안장애치료약물 병행치료는 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 불안장애 관련 증상척도를 개선시키는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 범불안장애 환자	침치료 + 추나치료 + 불안장애치료약물	불안장애치료약물	HAM-A SAS SDS PSQI	한의원 및 한방병원

① 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q11은 범불안장애 환자에 대한 침치료, 추나치료와 불안장애치료약물 병행치료 효과를 비교분석하기 위해 만들어졌다. 본 임상연구의 근거에 따르면 범불안장애에서의 침치료, 추나치료와 불안장애치료약물 병행치료는 불안장애치료약물과의 비교 연구에서 불안장애 관련 증상척도 개선에 유의한 효과를 나타내는 임상 연구가 있었다. 하위 권고안들의 근거수준과 권고 방향을 고려하여 전문가 그룹의 델파이 합의를 통해 근거수준과 권고등급을 부여하였다. 하위 권고안의 근거수준은 중등도(Moderate)로 추후 연구를 통해 범불안장애의 범주와 효과 추정치의 확산 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 있다고 판단된다. 한편, 권고의 방향은 B로 권고안이 성인 범불안장애 환자에 한약을 사용하는 방향으로 도출되었다. 이에 개발그룹의 공식적 합의에 따라 근거수준 Moderate 권고등급 B를 부여한다. 즉, 성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 침치료, 추나치료와 불안장애치료약물 병행치료를 고려해야 한다.

(1) 임상질문 Q11-1

성인 범불안장애 환자에게 일반침치료, 추나치료와 불안장애치료약물 병행치료는 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 범불안장애 환자	일반침치료 + 추나치료 + 불안장애치료약물	불안장애치료약물	HAM-A SAS SDS PSQI	한의원 및 한방병원

HAM-A: Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도); **SAS:** The Zung Self-Rating Anxiety Scale(자가평가 불안척도); **SDS:** The Zung Self-Rating Depression Scale(자가평가 우울척도); **PSQI:** Pittsburgh Sleep Quality Index(피츠버그 수면의 질 지수), **불안장애치료약물:** 항우울제; **추나치료:** 앙와위에서 혈위 추나

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 2편의 무작위 배정 임상연구가 포함되었다.

Liu(2019)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 62명을 두 군으로 나누어 10일간 침치료와 추나치료를 시행한 결과 침치료, 추나치료와 paroxetine 병행치료군이 paroxetine 단독군에 비해 SAS 점수가 6.40점 더 낮았다[95% CI: -11.33, -1.47]. SDS 점수는 6.20점 더 낮았다[95% CI: -11.37, -1.03]. PSQI 점수는 3.70점 더 낮았다[95% CI: -4.70, -2.70].[1)]

Ma(2016)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 60명을 두 군으로 나누어 10일간 침치료와 추나치료를 시행한 결과 침치료, 추나치료와 paroxetine 병행치료군이 paroxetine 단독군에 비해 HAM-A 점수가 1.19점 더 낮았다[95% CI: -2.19, -0.19]. PSQI 점수는 1.47점 더 낮았다[95% CI: -2.07, -0.87].[2)]

② 연구결과의 요약

1개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 10일간 침치료와 추나치료를 시행하였을 때 침치료와 추나치료, 불안장애치료약물 병행치료군이 불안장애치료약물 단독군보다 HAM-A 점수가 1.19점 더 낮았다[95% CI: -2.19, -0.19](근거수준 Moderate).

1개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 10일간 침치료와 추나치료를 시행하였을 때 침치료와 추나치료, 불안장애치료약물 병행치료군이 불안장애치료약물 단독군보다 SAS 점수가 6.40점 더 낮았다[95% CI: -11.33, -1.47](근거수준 Moderate).

1개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 10일간 침치료와 추나치료를 시행하였을 때 침치료와 추나치료, 불안장애치료약물 병행치료군이 불안장애치료약물 단독군보다 SDS 점수가 6.20점 더 낮았다[95% CI: -11.37, -1.03](근거수준 Moderate).

2개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 10일간 침치료와 추나치료를 시행하였을 때 침치료와 추나치료, 불안장애치료약물 병행치료군이 불안장애치료약물 단독군보다 PSQI 점

수가 2.07점 더 낮았다[95% CI: -2.59, -1.55](근거수준 Moderate).

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
anxiety IAT (HAM-A) (Critical)	60 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	-	-	MD 1.19 낮음 [-2.19, -0.19]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
anxiety IAT (SAS) (Critical)	62 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	-	-	MD -6.40 낮음 [-11.33, -1.47]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
depression IAT (SDS) (Important)	62 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	-	-	MD -6.20 낮음 [-11.37, -1.03]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
sleep IAT (PSQI) (Important)	122 (2RCTs)	◉◉◉○ Moderate[a]	-	-	MD -2.07 낮음 [-2.59, -1.55]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

IAT: Immediately After Treatment(치료 직후 결과); **HAM-A:** Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도); **SAS:** The Zung Self-Rating Anxiety Scale(자가평가 불안척도); **SDS:** The Zung Self-Rating Depression Scale(자가평가 우울척도); **PSQI:** Pittsburgh Sleep Quality Index(피츠버그 수면의 질 지수)
a: 배정순서 생성과 배정은폐가 불확실하고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않아 비뚤림 위험성이 있음

(2) 권고안 도출에 대한 설명

성인 범불안장애 환자에서 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 침치료, 추나치료와 불안장애치료약물 병행치료의 편익은 신뢰할 만하며, 종합적인 근거 수준이 중등도(Moderate)이므로 추후 연구로 효과추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 것이며 추정치가 바뀔 수도 있다. 추나치료는 한국 한의학 임상현장에서 다빈도로 활용되고 있는 치료중재로, 위해보다는 잠재적인 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 권고등급 B를 부여한다. 즉 성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 침치료, 추나치료와 불안장애치료약물 병행치료를 고려해야 한다.

(3) 참고문헌

1. 刘丽珠. 推拿配合针刺治疗广泛性焦虑症睡眠障碍的临床研究. 实用临床护理学电子杂志. 2019;4(17):42.
2. 马艳, 刘俊昌, 梁晓鹰, 刘文超. 推拿配合针刺治疗广泛性焦虑症睡眠障碍的临床研究. 中华中医药杂志. 2016;31(11):4863-5.

【R12】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 정신요법 단독치료에 비하여 침치료와 정신요법 병행치료를 고려해야 한다.	B/Moderate	1
임상적 고려사항 ● 처방 구성 : 삼황 San Huang(77.17)(in Dong's acupuncture), 백회(GV20), 인당(EX-HN3)		

【Q12】

성인 범불안장애 환자에게 침치료와 정신요법 병행치료는 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 불안장애 관련 증상척도를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 범불안장애 환자	침치료 + 정신요법	불안장애치료약물	HAM-A	한의원 및 한방병원

① 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q12는 범불안장애 환자에 대한 침치료와 정신요법 병행치료의 효과를 비교분석하기 위해 만들어졌다. 본 임상연구의 근거에 따르면 범불안장애에서의 침치료와 정신요법 병행치료치료는 정신요법 단독치료와의 비교 연구에서 불안장애 관련 증상 척도 개선에 유의한 효과를 나타내는 임상연구들이 있었다. 하위 권고안들의 근거수준과 권고 방향을 고려하여 전문가 그룹의 델파이 합의를 통해 근거수준과 권고등급을 부여하였다. 하위 권고안들의 근거수준은 모두 중등도(Moderate)로 추후 연구를 통해 범불안장애의 범주와 효과 추정치의 확산 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 있다고 판단된다. 한편, 권고의 방향은 모두 B로 모든 권고안이 성인 범불안장애 환자에 침치료와 정신요법 병행치료를 사용하는 방향으로 도출되었다. 이에 개발그룹의 공식적 합의에 따라 근거수준 Moderate 권고등급 B를 부여한다. 즉, 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 침치료와 정신요법 병행치료치료를 고려해야 한다.

(1) 임상질문 Q12-1

성인 범불안장애 환자에게 일반침치료와 정신요법 병행치료는 정신요법 단독치료에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 범불안장애 환자	일반침치료 + 정신요법	정신요법	HAM-A	한의원 및 한방병원

HAM-A: Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도), **정신요법:** 이완요법, 건강교육, 일대일 심리적 개입

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 1편의 무작위 배정 임상연구가 포함되었다.

Zhang(2018)의 연구에서 국제 질병 분류(ICD-10)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 90명을 두 군으로 나누어 4주간 침치료와 정신요법(이완요법, 건강교육, 일대일 심리적 개입)을 시행한 결과 침치료와 정신요법 병행치료군이 정신요법 단독군에 비해 HAM-A 점수가 2.31점 더 낮았다[95% CI: -4.34, -0.28](근거수준 중등도;Moderate).[1)]

② 연구결과의 요약

1개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 4주간 침치료와 정신요법(이완요법, 건강교육, 일대일 심리적 개입) 병행치료군이 정신요법 단독군 보다 HAM-A 점수가 2.31점 더 낮았다[95% CI: -4.34, -0.28](근거수준 중등도;Moderate).

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
anxiety IAT (HAM-A) (Critical)	90 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	-	-	MD 2.31 낮음 [-4.34, -0.28]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

IAT: Immediately After Treatment(치료 직후 결과); **HAM-A:** Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도)
a: 배정순서 생성과 배정은폐가 불확실하고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않아 비뚤림 위험성이 있음

(2) 권고안 도출에 대한 설명

성인 범불안장애 환자에서 정신요법 단독치료에 비하여 침치료와 정신요법 병행치료의 편익은 신뢰할 만하며, 종합적인 근거 수준이 중등도(Moderate)이므로 추후 연구로 효과추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 것이며 추정치가 바뀔 수도 있다. 정신요법은 불안장애 증상 개선을 위해 통상적으로 활용되는 치료중재로, 한의치료기관에서 한약·침치료 등의 한의치료중재와 병용이 용이한 것으로 판단된다. 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 권고등급 B를 부여한다. 즉 성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 정신요법 단독치료에 비하여 침치료와 정신요법 병행치료를 고려해야 한다.

(3) 참고문헌

1. 张红玲, 郭灵祥, 彭菊意, 杨飞清. 针灸联合心理干预对广泛性焦虑障碍患者的临床观察. 光明中医. 2018;33(07):1005-7.

【R13】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물과 정신요법 병행치료에 비하여 이침(耳鍼)치료, 불안장애치료약물과 정신요법 병행치료를 고려해야 한다.	B/Moderate	1
임상적 고려사항 ● 처방 구성 : 이신문 Ear Shenmen(TF4), 심 Heart(CO15), 피질하 Subcortex(AT4), 교감 Sympathetic nerve(AH6a), 부신 Aderenal gland(TG2p)		

【Q13】

성인 범불안장애 환자에게 침치료, 불안장애치료약물과 정신요법 병행치료는 불안장애치료약물, 정신요법 병행치료에 비하여 불안장애 관련 증상척도를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 범불안장애 환자	침치료 + 불안장애치료약물 + 정신요법	불안장애치료약물 + 정신요법	SAS	한의원 및 한방병원

① 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q13은 범불안장애 환자에 대한 침치료, 불안장애치료약물과 정신요법 병행치료의 효과를 비교분석하기 위해 만들어졌다. 본 임상연구의 근거에 따르면 범불안장애에서의 침치료, 불안장애치료약물과 정신요법 병행치료는 불안장애치료약물과 정신요법과 비교 연구에서 불안장애 관련 증상척도 개선에 유의한 효과를 나타내는 임상 연구들이 있었다. 하위 권고안들의 근거수준과 권고 방향을 고려하여 전문가 그룹의 델파이 합의를 통해 근거수준과 권고등급을 부여하였다. 하위 권고안들의 근거수준은 모두 중등도(Moderate)로 추후 연구를 통해 범불안장애의 범주와 효과 추정치의 확산 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 있다고 판단된다. 한편, 권고의 방향은 모두 B로 모든 권고안이 성인 범불안장애 환자에 침치료, 불안장애치료약물과 정신요법 병행치료를 사용하는 방향으로 도출되었다. 이에 개발그룹의 공식적 합의에 따라 근거수준 Moderate 권고등급 B를 부여한다. 즉, 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 침치료, 불안장애치료약물과 정신요법 병행치료를 고려해야 한다.

(1) 임상질문 Q13-1

성인 범불안장애 환자에게 이침(耳鍼)치료, 정신요법과 불안장애치료약물 병행치료는 정신요법과 불안장애치료약물 병행치료에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 범불안장애 환자	이침치료 + 불안장애치료약물 + 정신요법	불안장애치료약물 + 정신요법	SAS	한의원 및 한방병원

SAS: The Zung Self-Rating Anxiety Scale(자가평가 불안척도), **불안장애치료약물:** 항우울제, 정신요법: 지지치료, 인지행동치료

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 1편의 무작위 배정 임상연구가 포함되었다.

Shen(2019)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 126명을 두 군으로 나누어 4주간 이침치료를 시행한 결과 이침치료와 paroxetine, 정신요법(지지치료, 인지행동치료) 병행치료군이 paroxetine과 정신요법(지지치료, 인지행동치료) 병행치료군에 비해 HAM-A 점수가 7.99점 더 낮았다[95% CI: -10.71, -5.27](근거수준 중등도;Moderate).[1)]

② 연구결과의 요약

1개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 범불안장애 환자에 4주간 이침(耳鍼)치료와 paroxetine, 정신요법(지지치료, 인지행동치료)을 병행하였을 때, paroxetine과 정신요법(지지치료, 인지행동치료) 병행치료군 보다 HAM-A 점수가 7.99점 더 낮았다[95% CI: -10.71, -5.27](근거수준 중등도;Moderate).

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
anxiety IAT (SAS) (Critical)	126 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	–	–	MD 7.99 낮음 [−10.71, −5.27]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

IAT: Immediately After Treatment(치료 직후 결과); **HAM-A:** Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도)
a: 배정순서 생성과 배정은폐가 불확실하고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않아 비뚤림 위험성이 있음

(2) 권고안 도출에 대한 설명

성인 범불안장애 환자에서 불안장애치료약물과 정신요법 병행치료에 비하여 이침치료와 불안장애치료약물, 정신요법 병행치료의 편익은 신뢰할 만하며, 종합적인 근거 수준이 중등도(Moderate)이므로 추후 연구로 효과추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 것이며 추정치가 바뀔 수도 있다. 이침치료는 한국 한의학 임상현장에서 다빈도로 활용되고 있는 치료중재로, 치료 방법이 간단하면서도 지속적

인 자극이 가능하여 임상 증상 개선에 유의한 효과가 있는 것으로 판단된다. 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 권고등급 B를 부여한다. 즉 성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물과 정신요법 병행치료에 비하여 이침치료, 불안장애치료약물과 정신요법 병행치료를 고려해야 한다.

(3) 참고문헌

1. 沈藕英, 吴桂红. 耳穴贴压联合常规疗法治疗广泛性焦虑症临床研究. 新中医. 2019;51(03):234-6.

▣ 공황장애 - 단독치료

【R14】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 공황장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물에 비하여 전침치료를 고려할 수 있다.	C/Low	1
임상적 고려사항 ● 처방 구성 : 백회(GV20), 인당(EX-HN3), 사신총(EX-HN1), 태양(EX-HN5), 내관(PC6), 신문(HT7)		

【Q14】

성인 공황장애 환자에게 침치료는 불안장애치료약물에 비하여 불안장애 관련 증상척도를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 공황장애 환자	침치료	불안장애치료약물	HAM-A SAS CGI-EI	한의원 및 한방병원

① 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q14는 공황장애 환자에 대한 전침치료의 효과를 비교분석하기 위해 만들어졌다. 본 임상연구의 근거에 따르면 공황장애서의 전침치료는 불안장애치료약물 단독치료와의 비교 연구에서 불안장애 관련 증상척도에서 유의한 효과를 나타내는 임상 연구가 있었다. 하위 권고안들의 근거수준과 권고 방향을 고려하여 전문가 그룹의 델파이 합의를 통해 근거수준과 권고등급을 부여하였다. 하위 권고안의 근거수준은 낮음(Low)으로 추후 연구를 통해 공황장애의 범주와 효과 추정치의 확산 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 매우 크다고 판단된다. 한편, 권고의 방향은 C로 권고안이 성인 공황장애 환자에 전침치료를 사용하는 방향으로 도출되었다. 이에 개발그룹의 공식적 합의에 따라 근거수준 Low 권고등급 C를 부여한다. 즉, 성인 공황장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 전침치료를 고려할 수 있다.

(1) 임상질문 Q14-1

성인 공황장애 환자에게 전침치료는 불안장애치료약물에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 공황장애 환자	전침치료	불안장애치료약물	HAM-A SAS CGI-EI	한의원 및 한방병원

HAM-A: Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도); **SAS:** The Zung Self-Rating Anxiety Scale(자가평가 불안척도); **CGI-EI:** Clinical Global Impression - Efficacy Index(전반적 임상 인상척도-효능지수), **불안장애치료약물:** 항우울제

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 1편의 무작위 배정 임상연구가 포함되었다.

Song(2014)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 공황장애 환자 59명을 두 군으로 나누어 4주간 전침치료를 시행한 결과 전침치료군이 paroxetine 복용군에 비해 HAM-A 점수가 1.12점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -2.87, 0.63](근거수준 낮음;Low). SAS 점수는 0.43점 더 높았으나 유의하지 않았다[95% CI: -3.64, 4.50](근거수준 낮음;Low). CGI-EI 점수는 1.13점 더 낮았다[95% CI: -1.75, -0.51](근거수준 중등도;-Moderate).[1)]

② 연구결과의 요약

1개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 공황장애 환자에게 전침치료를 4주간 하였을 때, paroxetine 복용군 보다 HAM-A 점수가 1.12점 더 낮았으나 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음을 포함하였다[95% CI: -2.87, 0.63](근거수준 낮음;Low).

1개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 공황장애 환자에게 전침치료를 4주간 하였을 때, paroxetine 복용군 보다 HAM-A 점수가 1.12점 더 낮았으나 SAS 점수는 0.43점 더 높았으나 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음을 포함하였다[95% CI: -3.64, 4.50](근거수준 낮음;Low).

1개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 공황장애 환자에게 전침치료를 4주간 하였을 때, paroxetine 복용군 보다 CGI-EI 점수는 1.13점 더 낮았다[95% CI: -1.75, -0.51](근거수준 중등도;Moderate).

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
anxiety IAT (HAM-A) (Critical)	59 (1RCT)	◉◉○○ Low[a,b]	–	–	MD 1.12 낮음 [-2.87, 0.63]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
anxiety IAT (SAS) (Critical)	59 (1RCT)	◉◉○○ Low[a,b]	–	–	MD 0.43 높음 [−3.64, 4.50]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
efficacy IAT (CGI-EI) (Important)	59 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	–	–	MD 1.13 낮음 [−1.75, −0.51]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함

IAT: Immediately After Treatment(치료 직후 결과); **HAM-A:** Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도); **SAS:** The Zung Self-Rating Anxiety Scale(자가평가 불안척도); **CGI-EI:** Clinical Global Impression - Efficacy Index(전반적 임상 인상척도-효능지수)
a: 배정순서 생성과 배정은폐가 불확실하고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않아 비뚤림 위험성이 있음
b: MD의 95% 신뢰구간이 0을 포함하여 비정밀성 영역에서 등급을 낮춤

(2) 권고안 도출에 대한 설명

성인 공황장애 환자에서 불안장애치료약물에 비하여 전침치료의 편익은 명확하지 않으며, 종합적인 근거 수준이 낮음(Low)이므로 추후 연구는 효과추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 매우 크며 추정치가 바뀔 가능성이 높다. 전침자극에 대한 민감도가 높은 일부 환자에 대해서는 그 활용도가 제한될 수 있으나, 전침치료는 한국 한의학 임상현장에서 다빈도로 활용되고 있는 치료중재로, 향후 연구의 확장성을 토대로 임상적 활용 가능성을 제시할 수 있다. 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 권고등급 C를 부여한다. 즉 성인 공황장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물에 비하여 전침치료를 고려할 수 있다.

(3) 참고문헌

1. 宋薇薇, 晏兰, 周虎. 电针与帕罗西汀治疗惊恐障碍的临床疗效. 药学实践杂志. 2014(05).

【R15】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 공황장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물에 비하여 매선(埋線)치료를 고려할 수 있다.	C/Low	1
임상적 고려사항 ● 처방 구성 : 신수(BL23)(좌우교대), 삼음교(SP6)(좌우교대), 관원(CV4)		

【Q15】

성인 공황장애 환자에게 매선치료는 불안장애치료약물에 비하여 불안장애 관련 증상척도를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 공황장애 환자	매선치료	불안장애치료약물	HAM-A SCL-90	한의원 및 한방병원

① 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q15은 공황장애 환자에 대한 매선치료의 효과를 비교분석하기 위해 만들어졌다. 본 임상연구의 근거에 따르면 공황장애서의 매선치료는 불안장애치료약물 단독치료와의 비교 연구에서 불안장애 관련 증상척도에서 유의한 효과를 나타내는 임상 연구가 있었다. 하위 권고안들의 근거수준과 권고 방향을 고려하여 전문가 그룹의 델파이 합의를 통해 근거수준과 권고등급을 부여하였다. 하위 권고안의 근거수준은 낮음(Low)으로 추후 연구를 통해 공황장애의 범주와 효과 추정치의 확산 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 매우 크다고 판단된다. 한편, 권고의 방향은 C로 권고안이 성인 공황장애 환자에 매선치료를 사용하는 방향으로 도출되었다. 이에 개발그룹의 공식적 합의에 따라 근거수준 Low 권고등급 C를 부여한다. 즉, 성인 공황장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 매선치료를 고려할 수 있다.

(1) 임상질문 Q15-1

성인 공황장애 환자에게 매선(埋線)치료는 불안장애치료약물에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 공황장애 환자	매선치료	불안장애치료약물	HAM-A SCL-90	한의원 및 한방병원

HAM-A: Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도); **SCL-90:** Symptom Check List-90(간이정신진단검사), **불안장애치료약물:** 항불안제

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 1편의 무작위 배정 임상연구가 포함되었다.

Qiu(2015)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 공황장애 환자 66명을 두 군으로 나누어 12주간 매선치료를 시행한 결과 매선치료군이 alprazolam 복용군에 비해 HAM-A 점수가 3.85점 더 낮았다[95% CI: -5.79, -1.91](근거수준 중등도;Moderate). SCL-90 점수는 6.44점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -16.43, 3.55](근거수준 낮음;Low).[1)]

② 연구결과의 요약

1개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 공황장애 환자에게 매선(埋線)치료를 12주간 하였을 때, alprazolam 복용군보다 HAM-A 점수가 3.85점 더 낮았다[95% CI: -5.79, -1.91](근거수준 중등도;Moderate).

1개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 공황장애 환자에게 매선(埋線)치료를 12주간 하였을 때, alprazolam 복용군보다 SCL-90 점수는 6.44점 더 낮았으나 효과 추정치의 신뢰구간이 효과없음을 포함하였다[95% CI: -16.43, 3.55](근거수준 낮음;Low).

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
anxiety IAT (HAM-A) (Critical)	66 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	-	-	MD 3.85 낮음 [-5.79, -1.91]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
symptom IAT (SCL-90) (Important)	66 (1RCT)	◉◉○○ Low[a,b]	-	-	MD 6.44 낮음 [-16.43, 3.55]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

IAT: Immediately After Treatment(치료 직후 결과); **HAM-A:** Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도); **SCL-90:** Symptom Checklist-90(간이정신진단검사)
a: 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않아 비뚤림 위험성이 있음
b: MD의 95% 신뢰구간이 0을 포함하여 비정밀성 영역에서 등급을 낮춤

(2) 권고안 도출에 대한 설명

성인 공황장애 환자에서 불안장애치료약물에 비하여 매선치료의 편익은 명확하지 않으며, 종합적인 근거 수준이 낮음(Low)이므로 추후 연구는 효과추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 매우 크며 추정치가 바뀔 가능성이 높다. 매선치료는 한국 한의학 임상현장에서 다빈도로 활용되고 있는 치료중재로, 지속적인 자극이 가능하여 임상 증상 개선에 유의한 효과가 있는 것으로 판단된다. 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 권

고등급 C를 부여한다. 즉 성인 공황장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물에 비하여 매선치료를 고려할 수 있다.

(3) 참고문헌

1. 邱小英. 补肾益髓埋线法治疗围绝经期惊恐障碍的临床疗效观察 [硕士], 广州中医药大学. 2015.

▣ 공황장애 - 병행치료

【R16】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 공황장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 침치료와 불안장애치료약물 병행치료를 고려할 수 있다.	C/Low	1
임상적 고려사항 ● 처방 구성 : 내관(PC6)		

【Q16】

성인 공황장애 환자에게 침치료와 불안장애치료약물 병행치료는 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 불안장애 관련 증상척도를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 공황장애 환자	침치료 + 불안장애치료약물	불안장애치료약물	HAM-A PDSS SERS	한의원 및 한방병원

① 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q16은 공황장애 환자에 대한 침치료와 불안장애치료약물 병행치료 효과를 비교분석하기 위해 만들어졌다. 본 임상연구의 근거에 따르면 공황장애서의 침치료와 불안장애치료약물 병행치료는 불안장애치료약물 단독치료와의 비교 연구에서 불안장애 관련 증상척도에서 유의한 효과를 나타내는 임상 연구가 있었다. 하위 권고안들의 근거수준과 권고 방향을 고려하여 전문가 그룹의 델파이 합의를 통해 근거수준과 권고등급을 부여하였다. 하위 권고안의 근거수준은 낮음(Low)으로 추후 연구를 통해 공황장애의 범주와 효과 추정치의 확산 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 매우 크다고 판단된다. 한편, 권고의 방향은 C로 권고안이 성인 공황장애 환자에 침치료와 불안장애치료약물 병행치료를 사용하는 방향으로 도출되었다. 이에 개발그룹의 공식적 합의에 따라 근거수준 Low 권고등급 C를 부여한다. 즉, 성인 공황장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 침치료와 불안장애치료약물 병행치료료를 고려할 수 있다.

(1) 임상질문 Q16-1

성인 공황장애 환자에게 전침치료와 불안장애치료약물 병행치료는 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 공황장애 환자	전침치료 + 불안장애치료약물	불안장애치료약물	HAM-A PDSS SERS	한의원 및 한방병원

HAM-A: Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도); **PDSS:** Panic Disorder Severity Scale(공황장애 심각도 척도); **SERS:** Side Effects Rating Scale(부작용 평가 척도), **불안장애치료약물:** 항우울제

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 1편의 무작위 배정 임상연구가 포함되었다.

Liu(2019)의 연구에서 정신질환의 진단 및 통계편람(DSM-IV)의 진단기준을 만족하는 공황장애 환자 79명을 두 군으로 나누어 8주간 전침치료를 시행한 결과 전침치료와 escitalopram 병행치료군이 escitalopram 단독군에 비해 HAM-A 점수가 4.22점 더 낮았다[95% CI: -5.33, -3.11](근거수준 중등도;Moderate). PDSS 점수는 1.82점 더 낮았다[95% CI: -2.67, -0.97](근거수준 중등도;Moderate). SERS 점수는 0.05점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -0.45, 0.35](근거수준 낮음;Low).[1)]

② 연구결과의 요약

1개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 공황장애 환자에게 전침치료와 escitalopram 투여를 8주간 병행하였을 때, escitalopram 단독 복용이군 보다 HAM-A 점수가 4.22점 더 낮았다[95% CI: -5.33, -3.11](근거수준 중등도;Moderate).

1개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 공황장애 환자에게 전침치료와 escitalopram 투여를 8주간 병행하였을 때, escitalopram 단독 복용이군 보다 PDSS 점수는 1.82점 더 낮았다[95% CI: -2.67, -0.97](근거수준 중등도;Moderate).

1개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 공황장애 환자에게 전침치료와 escitalopram 투여를 8주간 병행하였을 때, escitalopram 단독 복용이군 보다 SERS 점수는 0.05점 더 낮았으나 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음을 포함하였다[95% CI: -0.45, 0.35](근거수준 낮음;Low).

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
anxiety IAT (HAM-A) (Critical)	79 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	-	-	MD 4.22 낮음 [-5.33, -3.11]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
Panic IAT (PDSS) (Critical)	79 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	-	-	MD 1.82 높음 [-2.67, -0.97]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
adverse event (SERS) (Important)	79 (1RCT)	◉◉○○ Low[a,b]	-	-	MD 0.05 낮음 [-0.45, 0.35]	점수가 낮을수록 안전함을 의미함

IAT: Immediately After Treatment(치료 직후 결과); **HAM-A:** Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도); **PDSS:** Panic Disorder Severity Scale(공황장애 심각도 척도); **SERS:** Side Effects Rating Scale(부작용 평가 척도)
a: 배정은폐가 불확실하고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않아 비뚤림 위험성이 있음
b: MD의 95% 신뢰구간이 0을 포함하여 비정밀성 영역에서 등급을 낮춤

(2) 권고안 도출에 대한 설명

성인 공황장애 환자에서 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 전침치료와 불안장애치료약물 병행치료의 편익은 신뢰할 만하며, 종합적인 근거 수준이 낮음(Low)이므로 추후 연구는 효과추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 매우 크며 추정치가 바뀔 가능성이 높다. 전침자극에 대한 민감도가 높은 일부 환자에 대해서는 그 활용도가 제한될 수 있으나, 전침치료는 한국 한의학 임상현장에서 다빈도로 활용되고 있는 치료중재로, 향후 연구의 확장성을 토대로 임상적 활용 가능성을 제시할 수 있다. 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 권고등급 C를 부여한다. 즉 성인 공황장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 전침치료와 불안장애치료약물 병행치료를 고려할 수 있다.

(3) 참고문헌

1. 宋薇薇, 晏兰, 周虎. 电针与帕罗西汀治疗惊恐障碍的临床疗效. 药学实践杂志. 2014(05).

▣ 외상후 스트레스장애 - 단독치료

【R17】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 외상후 스트레스장애 환자의 증상 개선을 위해 침치료를 고려해야 한다.	B/Low	각 임상질문별 참고문헌 참조 (R17-1~R17-2)

【Q17】

성인 외상후 스트레스장애 환자에게 침치료는 불안장애치료약물에 비하여 불안장애 관련 증상척도를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 외상후 스트레스장애 환자	침치료	불안장애치료약물	HAM-A CAPS PCL-M HAM-D	한의원 및 한방병원

① 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q17는 외상후 스트레스장애 환자에 대한 침치료의 효과를 비교분석하기 위해 만들어졌다. 본 임상연구의 근거에 따르면 외상후 스트레스장애에서의 침치료(전침, 전침+이침)는 불안장애치료약물 단독치료와의 비교 연구에서 불안장애 관련 증상척도 개선에 유의한 효과를 나타내는 임상 연구들이 있었다. 하위 권고안들의 근거수준과 권고 방향을 고려하여 전문가 그룹의 델파이 합의를 통해 근거수준과 권고등급을 부여하였다. 하위 권고안들의 근거수준은 연구에 따라 중등도(Moderate)와 낮음(Low)이 있으므로 추후 연구를 통해 외상후 스트레스장애의 범주와 효과 추정치의 확산 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 매우 크다고 판단된다. 한편, 권고의 방향은 B~C로 강도의 차이는 있으나 모든 권고안이 성인 외상후 스트레스장애 환자에 침을 사용하는 방향으로 도출되었다. 이에 개발그룹의 공식적 합의에 따라 근거수준 Low 권고등급 B를 부여한다. 즉, 성인 외상후 스트레스장애 환자의 증상 개선을 위해 침치료를 고려해야 한다.

【R17-1】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 외상후 스트레스장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물에 비하여 전침치료를 고려해야 한다.	B/Moderate	1-2

임상적 고려사항

- 처방 1 구성 : 사신총(EX-HN1), 백회(GV20), 신정(GV24), 풍지(GB20)
- 처방 2 구성 : 신정(GV24)-좌신총(EX-HN1), 백회(GV20)-우신총(EX-HN1) / 전신총(EX-HN1)-풍지(GB20)(좌측) 후신총(EX-HN1)-풍지(GB20)(우측) 교대로 사용

(1) 임상질문 Q17-1

성인 외상후 스트레스장애 환자에게 전침치료는 불안장애치료약물에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 외상후 스트레스장애 환자	전침치료	불안장애치료약물	HAM-A CAPS PCL-M HAM-D	한의원 및 한방병원

HAM-A: Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도); **CAPS:** Clinician-Admistered PTSD Scale(임상가용 외상후 스트레스장애 척도); **PCL-M:** PTSD Checklist-Military version(외상후 스트레스장애 체크리스트-군인용); **HAM-D:** Hamilton Depression Rating Scale(해밀턴 우울척도), **불안장애치료약물:** 항우울제

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 2편의 무작위 배정 임상연구가 포함되었다.

Lu(2016)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 외상후 스트레스장애 환자 30명을 두 군으로 나누어 2주간 전침치료를 시행한 결과 전침치료와 sertraline 병행치료군이 sertraline 단독군에 비해 HAM-A 점수가 1.11점 더 낮았다[95% CI: -1.51, -0.71]. PCL-M 점수는 1.25점 더 낮았다[95% CI: -1.79, -0.71]. HAM-D 점수는 2.03점 더 낮았다[95% CI: -2.47, -1.59].[1)]

Zhang(2010)의 연구에서 정신질환의 진단 및 통계편람(DSM-IV)의 진단기준을 만족하는 외상후 스트레스장애 환자 138명을 두 군으로 나누어 12주간 전침치료를 시행한 결과 전침치료와 paroxetine 병행치료군이 paroxetine 단독군에 비해 HAM-A 점수가 0.94점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -2.05, 0.17]. CAPS 점수는 3.87점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -10.04, 2.30]. HAM-D 점수는 0.89점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -2.18, 0.40].[2)]

② 연구결과의 요약

2개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 외상후 스트레스장애 환자에게 2~12주간 전침치료를 시행하였을 때 전침치료군이 불안장애치료약물군보다 HAM-A 점수가 1.09점 더 낮았다[95% CI: -1.47,

-0.71](근거수준 중등도;Moderate).

1개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 외상후 스트레스장애 환자에게 2주간 전침치료를 시행하였을 때 전침치료군이 불안장애치료약물군보다 CAPS 점수가 3.87점 더 낮았으나 효과 추정치의 신뢰구간이 효과없음을 포함하였다[95% CI: -10.04, 2.30](근거수준 중등도;Moderate).

1개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 외상후 스트레스장애 환자에게 2주간 전침치료를 시행하였을 때 전침치료군이 불안장애치료약물군보다 PCL-M 점수가 1.25점 더 낮았다[95% CI: -1.79, -0.71](근거수준 중등도;Moderate).

2개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 외상후 스트레스장애 환자에게 2~12주간 전침치료를 시행하였을 때 전침치료군이 불안장애치료약물군보다 HAM-D 점수가 1.91점 더 낮았다[95% CI: -2.33, -1.50](근거수준 중등도;Moderate).

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
anxiety IAT (HAM-A) (Critical)	168 (2RCTs)	◉◉◉○ Moderate[a]	-	-	MD 1.09 낮음 [-1.47, -0.71]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
PTSD IAT (CAPS) (Critical)	138 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[b]	-	-	MD 3.87 낮음 [-10.04, 2.30]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
PTSD IAT (PCL-M) (Critical)	30 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	-	-	MD 1.25 낮음 [-1.79, -0.71]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
depression IAT (HAM-D) (Critical)	168 (2RCTs)	◉◉◉○ Moderate[a]	-	-	MD 1.91 낮음 [-2.33, -1.50]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

IAT: Immediately After Treatment(치료 직후 결과); **HAM-A:** Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도); **CAPS:** Clinician-Admistered PTSD Scale(임상가용 외상후 스트레스장애 척도); **PCL-M:** PTSD Checklist-Military version(외상후 스트레스장애 체크리스트-군인용); **HAM-D:** Hamilton Depression Rating Scale(해밀턴 우울척도)

a: 배정순서 생성과 배정은폐가 불확실하고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않아 비뚤림 위험성이 있음

b: MD의 95% 신뢰구간이 0을 포함하여 비정밀성 영역에서 등급을 낮춤

(2) 권고안 도출에 대한 설명

성인 외상후 스트레스장애 환자에서 불안장애치료약물에 비하여 전침치료의 편익은 신뢰할 만하며, 종합적인 근거 수준이 중등도(Moderate)이므로 추후 연구로 효과추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 것이며 추정치가 바뀔 수도 있다. 전침자극에 대한 민감도가 높은 일부 환자에 대해서는 그 활용도가 제한될 수 있으나, 전침치료는 한국 한의학 임상현장에서 다빈도로 활용되고 있는 치료중재로, 향후 연구의 확장성을 토대로 임상적 활용 가능성을 제시할 수 있다. 비용 대비 효과를 평가한 국내

외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 권고등급 B를 부여한다. 즉 성인 외상후 스트레스장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물에 비하여 전침치료를 고려해야 한다.

(3) 참고문헌

1. 卢家春, 王文春, 袁青, et al. 安神通督开窍针法治疗创伤后应激障碍的临床疗效评价研究. 四川中医. 2016;34(10):173-5.
2. 张虹, 袁彩凤, 冉连辉, et al. 不同针灸方法治疗汶川"5.12"地震创伤后应激障碍的临床随机对照研究. 中华中医药杂志. 2010;25(09):1505-10.

【R17-2】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 외상후 스트레스장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물에 비하여 전침과 이침치료를 고려할 수 있다.	C/Low	1

임상적 고려사항

● 처방 구성

- 전침 : 신정(GV24)-좌신총(EX-HN1), 백회(GV20)-우신총(EX-HN1) / 전신총(EX-HN1)-풍지(GB20)(좌측) 후신총(EX-HN1)-풍지(GB20)(우측) 교대로 사용
- 이침 : 피질하 Subcortex(AT4), 이신문 Ear Shenmen(TF4), 교감 Sympathetic nerve(AH6a), 심 Heart(CO15), 간 Liver(CO12), 신 Kidney(CO10) / 치료시마다 교대

(1) 임상질문 Q17-2

성인 외상후 스트레스장애 환자에게 전침과 이침치료는 불안장애치료약물에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 외상후 스트레스장애 환자	전침 + 이침치료	불안장애치료약물	HAM-A CAPS HAM-D	한의원 및 한방병원

HAM-A: Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도); **CAPS:** Clinician-Admistered PTSD Scale(임상가용 외상후 스트레스장애 척도); **HAM-D:** Hamilton Depression Rating Scale(해밀턴 우울척도), **불안장애치료약물:** 항우울제

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 1편의 무작위 배정 임상연구가 포함되었다.

Zhang(2010)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 외상후 스트레스장애 환자 138명을 두 군으로 나누어 2주간 전침과 이침치료를 시행한 결과 전침과 이침 병행치료군이 paroxetine 복용군에 비해 HAM-A 점수가 0.36점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -1.40, 0.68](근거수준 중등도;Moderate). CAPS 점수는 1.76점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -7.84, 4.32](근거수준 중등도;Moderate). HAM-D 점수는 0.05점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -1.47, 1.37](근거수준 중등도;Moderate).[1)]

② 연구결과의 요약

1개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 외상후 스트레스장애 환자에게 2주간 전침과 이침치료를 병행하였을 때, paroxetine 복용군 보다 HAM-A 점수가 0.36점 더 낮았으나 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음을 포함하였다[95% CI: -1.40, 0.68](근거수준 중등도;Moderate).

1개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 외상후 스트레스장애 환자에게 2주간 전침과 이침치료를 병행하였을 때, paroxetine 복용군 보다 CAPS 점수는 1.76점 더 낮았으나 효과 추정치의 신뢰구간이 효과

없음을 포함하였다[95% CI: -7.84, 4.32](근거수준 중등도;Moderate).

1개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 외상후 스트레스장애 환자에게 2주간 전침과 이침치료를 병행하였을 때, paroxetine 복용군 보다 HAM-D 점수는 0.05점 더 낮았으나 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음을 포함하였다[95% CI: -1.47, 1.37](근거수준 중등도;Moderate).

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
anxiety IAT (HAM-A) (Critical)	138 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	-	-	MD 0.36 낮음 [-1.40, 0.68]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
PTSD IAT (CAPS) (Critical)	138 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	-	-	MD 1.76 낮음 [-7.84, 4.32]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
depression IAT (HAM-D) (Important)	138 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	-	-	MD 0.05 낮음 [-1.47, 1.37]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

IAT: Immediately After Treatment(치료 직후 결과); **HAM-A:** Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도); **CAPS:** Clinician-Admistered PTSD Scale(임상가용 외상후 스트레스장애 척도); **HAM-D:** Hamilton Depression Rating Scale(해밀턴 우울척도)
a: MD의 95% 신뢰구간이 0을 포함하여 비정밀성 영역에서 등급을 낮춤

(2) 권고안 도출에 대한 설명

성인 외상후 스트레스장애 환자에서 불안장애치료약물에 비하여 전침과 이침치료의 편익은 명확하지 않으며, 종합적인 근거 수준이 중등도(Moderate)이므로 추후 연구로 효과추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 것이며 추정치가 바뀔 수도 있다. 다만, 해당 권고에 포함된 연구가 단일문헌이므로, 근거수준을 낮음(Low)으로 한 단계 낮추었다. 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 권고등급 C를 부여한다. 즉 성인 외상후 스트레스장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물에 비하여 전침과 이침치료를 고려할 수 있다.

(3) 참고문헌

1. 张虹, 袁彩凤, 冉连辉, et al. 不同针灸方法治疗汶川"5.12"地震创伤后应激障碍的临床随机对照研究. 中华中医药杂志. 2010;25(09):1505-10.

▣ 외상후 스트레스장애 - 병행치료

【R18】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 외상후 스트레스장애 환자의 증상 개선을 위해 침치료와 불안장애치료약물 병행치료를 고려해야 한다.	B/Low	각 임상질문별 참고문헌 참조 (R18-1~R18-2)

【Q18】

성인 외상후 스트레스장애 환자에게 침치료와 불안장애치료약물 병행치료는 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 불안장애 관련 증상척도를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 외상후 스트레스장애 환자	침치료 + 불안장애치료약물	불안장애치료약물	HAM-A CAPS PCL HAM-D	한의원 및 한방병원

(1) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q18은 외상후 스트레스장애 환자에 대한 침치료(침·전침)와 불안장애치료약물 병행치료의 효과를 비교분석하기 위해 만들어졌다. 본 임상연구의 근거에 따르면 외상후 스트레스장애에서의 침치료와 불안장애치료약물 병행치료는 불안장애치료약물 단독치료와의 비교 연구에서 불안장애 관련 증상척도 개선에 유의한 효과를 나타내는 임상 연구들이 있었다. 하위 권고안들의 근거수준과 권고방향을 고려하여 전문가 그룹의 델파이 합의를 통해 근거수준과 권고등급을 부여하였다. 하위 권고안들의 근거수준은 모두 낮음(Low)으로 추후 연구를 통해 외상후 스트레스장애의 범주와 효과 추정치의 확산 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 매우 크다고 판단된다. 한편, 권고의 방향은 B~C로 강도의 차이는 있으나 모든 권고안이 성인 외상후 스트레스장애 환자에 침을 사용하는 방향으로 도출되었다. 이에 개발그룹의 공식적 합의에 따라 근거수준 Low 권고등급 B를 부여한다. 즉, 성인 외상후 스트레스장애 환자의 증상 개선을 위해 침치료와 불안장애치료약물 병행치료를 고려해야 한다.

【R18-1】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 외상후 스트레스장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 일반침치료와 불안장애치료약물 병행치료를 고려할 수 있다.	C/Low	1
임상적 고려사항 ● 처방 구성 : 완과침 양측 상1구, 상5구 wrist-ankle acupuncture(WAA) upper 1, upper 5 (both side)		

(1) 임상질문 Q18-1

성인 외상후 스트레스장애 환자에게 일반침치료와 불안장애치료약물 병행치료는 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 외상후 스트레스장애 환자	일반침치료 + 불안장애치료약물	불안장애치료약물	HAM-A CAPS HAM-D	한의원 및 한방병원

HAM-A: Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도); **CAPS:** Clinician-Admistered PTSD Scale(임상가용 외상후 스트레스장애 척도); **HAM-D:** Hamilton Depression Rating Scale(해밀턴 우울척도), **불안장애치료약물:** 항우울제

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 1편의 무작위 배정 임상연구가 포함되었다.

Huang(2012)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 외상후 스트레스장애 환자 62명을 두 군으로 나누어 12주간 침치료를 시행한 결과 침치료와 paroxetine 병행치료군이 paroxetine 단독군에 비해 HAM-A 점수가 1.14점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -2.78, 0.50](근거수준 낮음;Low). CAPS 점수는 5.80점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -15.99, 4.39](근거수준 낮음;Low). HAM-D 점수는 1.99점 더 낮았다[95% CI: -3.88, -0.10](근거수준 중등도;Moderate).[1)]

② 연구결과의 요약

1개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 외상후 스트레스장애 환자에게 12주간 침치료와 paroxetine 병행치료 하였을 때, paroxetine 단독군 보다 HAM-A 점수가 1.14점 더 낮았으나 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음을 포함하였다[95% CI: -2.78, 0.50](근거수준 낮음;Low).

1개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 외상후 스트레스장애 환자에게 12주간 침치료와 paroxetine 병행치료 하였을 때, paroxetine 단독군 보다 CAPS 점수는 5.80점 더 낮았으나 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음을 포함하였다[95% CI: -15.99, 4.39](근거수준 낮음;Low).

1개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 외상후 스트레스장애 환자에게 12주간 침치료와 paroxetine

병행치료 하였을 때, paroxetine 단독군 보다 HAM-D 점수는 1.99점 더 낮았다[95% CI: -3.88, -0.10] (근거수준 중등도;Moderate).

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
anxiety IAT (HAM-A) (Critical)	62 (1RCT)	◉◉○○ Low[a,b]	-	-	MD 1.14 낮음 [-2.78, 0.50]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
PTSD IAT (CAPS) (Critical)	62 (1RCT)	◉◉○○ Low[a,b]	-	-	MD 5.80 낮음 [-15.99, 4.39]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
depression IAT (HAM-D) (Important)	62 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	-	-	MD 1.99 낮음 [-3.88, -0.10]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

IAT: Immediately After Treatment(치료 직후 결과); **HAM-A:** Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도); **CAPS:** Clinician-Admistered PTSD Scale(임상가용 외상후 스트레스장애 척도); **HAM-D:** Hamilton Depression Rating Scale(해밀턴 우울척도)
a: 배정순서 생성과 배정은폐가 불확실하고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않아 비뚤림 위험성이 있음
b: MD의 95% 신뢰구간이 0을 포함하여 비정밀성 영역에서 등급을 낮춤

(2) 권고안 도출에 대한 설명

성인 외상후 스트레스장애 환자에서 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 침치료와 불안장애치료약물 병행치료의 편익은 명확하지 않으며, 종합적인 근거 수준이 낮음(Low)이므로 추후 연구는 효과추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 매우 크며 추정치가 바뀔 가능성이 높다. 다만, 침과 불안장애치료약물 병행치료는 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 부작용이 적기 때문에 위해보다는 잠재적인 이득의 효과가 큰 것으로 판단된다. 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 권고등급 C를 부여한다. 즉 성인 외상후 스트레스장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 침치료와 불안장애치료약물 병행치료를 고려할 수 있다.

(3) 참고문헌

1. 黄丽娟, 罗文基, 朱华, 周邵辉, 张奎渤. 腕踝针治疗工伤创伤后应激障碍的疗效. 中国康复理论与实践. 2012;18(09):855-7.

【R18-2】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 외상후 스트레스장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 전침치료와 불안장애치료약물 병행치료를 고려해야 한다.	B/Moderate	1-2
임상적 고려사항 ● 처방 1 구성 : 백회(GV20), 인당(EX-HN3), 내관(PC6), 족삼리(ST36) ● 처방 2 구성 : 백회(GV20), 인당(EX-HN3), 내관(PC6), 족삼리(ST36)		

(1) 임상질문 Q18-2

성인 외상후 스트레스장애 환자에게 전침치료와 불안장애치료약물 병행치료는 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 외상후 스트레스 장애 환자	전침치료 + 불안장애 치료약물	불안장애치료약물	HAM-A PCL	한의원 및 한방병원

HAM-A: Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도); **PCL:** PTSD Checklist(외상후 스트레스장애 체크리스트), **불안장애치료약물:** 항우울제

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 2편의 무작위 배정 임상연구가 포함되었다.

Zhou(2015)의 연구에서 정신질환의 진단 및 통계편람(DSM-IV)의 진단기준을 만족하는 외상후 스트레스장애 환자 47명을 두 군으로 나누어 4주간 전침치료를 시행한 결과 전침치료와 sertraline 병행치료군이 sertraline 단독군에 비해 HAM-A 점수가 4.58점 더 낮았다[95% CI: -6.46, -2.70]. PCL 점수는 10.35점 더 낮았다[95% CI: -14.10, -6.60].[1)]

Wang(2015)의 연구에서 정신질환의 진단 및 통계편람(DSM-IV)의 진단기준을 만족하는 외상후 스트레스장애 환자 53명을 두 군으로 나누어 4주간 전침치료를 시행한 결과 전침치료와 paroxetine 병행치료군이 paroxetine 단독군에 비해 HAM-A 점수가 4.54점 더 낮았다[95% CI: -6.34, -2.74]. PCL 점수는 –6.04점 더 낮았다[95% CI: -9.54, -2.54].[2)]

② 연구결과의 요약

2개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 외상후 스트레스장애 환자에게 4주간 전침치료를 시행하였을 때 전침치료군이 불안장애치료약물군보다 HAM-A 점수가 4.56점 더 낮았다[95% CI: -5.86, -3.26](근거수준 중등도;Moderate).

2개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 외상후 스트레스장애 환자에게 4주간 전침치료를 시행하였을 때 전침치료군이 불안장애치료약물군보다 PCL 점수가 8.05점 더 낮았다[95% CI: -10.61, -5.49](근거수준 중등도;Moderate).

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
anxiety IAT (HAM-A) (Critical)	100 (2RCTs)	◉◉◉○ Moderate[a]	-	-	MD 4.56 낮음 [-5.86, -3.26]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
PTSD IAT (PCL) (Critical)	100 (2RCTs)	◉◉◉○ Moderate[a]	-	-	MD 8.05 낮음 [-10.61, -5.49]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

IAT: Immediately After Treatment(치료 직후 결과); **HAM-A:** Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도); **PCL:** PTSD Checklist(외상후 스트레스장애 체크리스트)
a: 배정순서 생성과 배정은폐가 불확실하고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않아 비뚤림 위험성이 있음

(2) 권고안 도출에 대한 설명

성인 범불안장애 환자에서 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 전침치료와 불안장애치료약물 병행치료의 편익은 신뢰할 만하며, 종합적인 근거 수준이 중등도(Moderate)이므로 추후 연구로 효과추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 것이며 추정치가 바뀔 수도 있다. 전침자극에 대한 민감도가 높은 일부 환자에 대해서는 그 활용도가 제한될 수 있으나, 전침치료는 한국 한의학 임상현장에서 다빈도로 활용되고 있는 치료중재로, 향후 연구의 확장성을 토대로 임상적 활용 가능성을 제시할 수 있다. 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 권고등급 B를 부여한다. 즉 성인 외상후 스트레스장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 전침치료와 불안장애치료약물 병행치료를 고려해야 한다.

(3) 참고문헌

1. 王中恒, 周平, 谭庆荣. 电针联合帕罗西汀治疗创伤后应激障碍疗效观察. 精神医学杂志. 2015(05).
2. 周平, 张瑶, 谭庆荣. 电针联合舍曲林治疗创伤后应激障碍的效果观察. 四川精神卫生. 2015(06).

【R19】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 외상후 스트레스장애 환자의 증상 개선을 위해 통상적 치료에 비하여 침치료와 통상적 치료 병행치료를 고려해야 한다.	B/Moderate	1
임상적 고려사항 ● 처방 구성 : 폐수(BL13), 궐음수(BL14), 심수(BL15), 간수(BL18), 비수(BL20), 신수(BL23), 태충(LR3), 합곡(LI4), 통리(HT5), 신문(HT7), 내관(PC6), 태계(KI3), 축빈(KI9), 명문(CV4), 구미(CV15), 신정(GV24)		

【Q19】

성인 외상후 스트레스장애 환자에게 침치료와 통상적 치료 병행치료는 통상적 치료 단독치료에 비하여 불안장애 관련 증상척도를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 외상후 스트레스장애 환자	침치료 + 통상적 치료	통상적 치료	CAPS PCL-C BDI	한의원 및 한방병원

① 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q19는 외상후 스트레스 환자에 대한 침치료와 통상적 치료와의 병행치료의 효과를 비교분석하기 위해 만들어졌다. 본 임상연구의 근거에 따르면 외상후 스트레스의 침치료와 통상적 치료와의 병행치료는 통상적 단독 치료와의 비교 연구에서 불안장애 관련 증상 척도 개선에 유의한 효과를 나타내는 임상 연구들이 있었다. 하위 권고안들의 근거수준과 권고 방향을 고려하여 전문가 그룹의 델파이 합의를 통해 근거수준과 권고등급을 부여하였다. 하위 권고안들의 근거수준은 모두 중등도(Moderate)로 추후 연구를 통해 범불안장애의 범주와 효과 추정치의 확산 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 있다고 판단된다. 한편, 권고의 방향은 모두 B로 모든 권고안이 성인 외상후 스트레스 환자에 침치료와 통상적 치료와의 병행치료를 사용하는 방향으로 도출되었다. 이에 개발그룹의 공식적 합의에 따라 근거수준 Moderate 권고등급 B를 부여한다. 즉, 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 통상적 치료에 비하여 침치료와 통상적 치료 병행치료를 고려해야 한다.

(1) 임상질문 Q19-1

성인 외상후 스트레스장애 환자에게 일반침치료와 UPC(Usual PTSD Care) 병행치료는 UPC 단독치료에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 외상후 스트레스장애 환자	일반침치료 + UPC	UPC(Usual PTSD Care)	CAPS PCL-C BDI	한의원 및 한방병원

CAPS: Clinician-Admistered PTSD Scale(임상가용 외상후 스트레스장애 척도); **PCL-C:** PTSD Checklist-Civilian version(외상후 스트레스장애 체크리스트-민간인용); **BDI:** Beck Depression Inventory(벡 우울척도), **UPC:** Usual PTSD Care(지속노출치료, 비외상중심 인지행동치료)

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 1편의 무작위 배정 임상연구가 포함되었다.

Engel(2014)의 연구에서 정신질환의 진단 및 통계편람(DSM-IV)의 진단기준을 만족하는 외상후 스트레스장애 환자 55명을 두 군으로 나누어 4주간 침치료를 시행한 결과 침치료와 UPC(불안장애치료약물, 정신요법) 병행치료군이 UPC 단독군에 비해 CAPS 점수가 12.70점 더 낮았다[95% CI: -19.00, -6.40](근거수준 높음;High). PCL-C 점수는 18.00점 더 낮았다[95% CI: -31.21, -4.79](근거수준 높음;High). BDI 점수는 7.50점 더 낮았다[95% CI: -12.57, -2.43](근거수준 높음;High).[1)]

② 연구결과의 요약

1개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 외상후 스트레스장애 환자에게 4주간 침치료와 UPC(불안장애치료약물, 정신요법)를 병행하였을때, UPC 단독군 보다 CAPS 점수가 12.70점 더 낮았다[95% CI: -19.00, -6.40](근거수준 높음;High).

1개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 외상후 스트레스장애 환자에게 4주간 침치료와 UPC(불안장애치료약물, 정신요법)를 병행하였을때, UPC 단독군 보다 PCL-C 점수는 18.00점 더 낮았다[95% CI: -31.21, -4.79](근거수준 높음;High).

1개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 외상후 스트레스장애 환자에게 4주간 침치료와 UPC(불안장애치료약물, 정신요법)를 병행하였을때, UPC 단독군 보다 BDI 점수는 7.50점 더 낮았다[95% CI: -12.57, -2.43](근거수준 높음;High).

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
PTSD IAT (CAPS) (Critical)	55 (1RCT)	◉◉◉◉ High	-	-	MD 12.70 낮음 [-19.00, -6.40]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
PTSD IAT (PCL-C) (Critical)	55 (1RCT)	◉◉◉◉ High	-	-	MD 18.00 낮음 [-31.21, -4.79]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
depression IAT (BDI) (Important)	55 (1RCT)	◉◉◉◉ High	-	-	MD 7.50 낮음 [-12.57, -2.43]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

IAT: Immediately After Treatment(치료 직후 결과); **CAPS:** Clinician-Admistered PTSD Scale(임상가용 외상후 스트레스장애 척도); **PCL-C:** PTSD Checklist-Civilian version(외상후 스트레스장애 체크리스트-민간인용); **BDI:** Beck Depression Inventory(벡 우울척도)

(2) 권고안 도출에 대한 설명

성인 외상후 스트레스장애 환자에서 통상적 치료에 비하여 침치료와 통상적 치료 병행치료의 편익은 신뢰할 만하며, 종합적인 근거 수준이 높음(High)이므로 추후 연구는 효과추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 적으며 추정치가 바뀔 가능성이 낮다. 다만, 해당 권고에 포함된 연구가 단일문헌이므로, 근거수준을 중등도(Moderate)으로 한 단계 낮추었다. 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 권고등급 B를 부여한다. 즉 성인 외상후 스트레스장애 환자의 증상 개선을 위해 통상적 치료에 비하여 침치료와 통상적 치료 병행치료를 고려해야 한다.

(3) 참고문헌

1. Engel CC, Cordova EH, Benedek DM, et al. Randomized effectiveness trial of a brief course of acupuncture for posttraumatic stress disorder. Medical care. 2014;52(12 Suppl 5):57-64.

【R20】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 외상후 스트레스장애 환자의 증상 개선을 위해 전침치료와 정신요법 병행치료를 고려해야 한다.	B/Moderate	각 임상질문별 참고문헌 참조 (R20-1~R21-2)

【Q20】

성인 외상후 스트레스장애 환자에게 침치료와 정신요법 병행치료는 정신요법 단독치료에 비하여 불안장애 관련 증상척도를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 사회불안장애 환자	침치료 + 정신요법	정신요법	CAPS PCL-C IES-R HAM-D	한의원 및 한방병원

(1) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q20는 외상후 스트레스장애 환자에 대한 전침치료와 정신요법 병행치료의 효과를 비교분석하기 위해 만들어졌다. 본 임상연구의 근거에 따르면 외상후 스트레스장애에서의 전침치료와 정신요법 병행치료는 정신요법 단독치료 및 거짓전침과 정신요법 병행치료와의 비교 연구에서 불안장애 관련 증상척도 개선에 유의한 효과를 나타내는 임상 연구들이 있었다. 하위 권고안들의 근거수준과 권고 방향을 고려하여 전문가 그룹의 델파이 합의를 통해 근거수준과 권고등급을 부여하였다. 하위 권고안들의 근거수준은 모두 중등도(Moderate)이므로 추후 연구를 통해 외상후 스트레스장애의 범주와 효과 추정치의 확산 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 있다고 판단된다. 한편, 권고의 방향은 모두 B로 모든 권고안이 성인 외상후 스트레스장애 환자에 전침을 사용하는 방향으로 도출되었다. 이에 개발그룹의 공식적 합의에 따라 근거수준 Moderate 권고등급 B를 부여한다. 즉, 성인 외상후 스트레스장애 환자의 증상 개선을 위해 전침치료와 정신요법 병행치료를 고려해야 한다.

【 R20-1 】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 외상후 스트레스장애 환자의 증상 개선을 위해 정신요법 단독치료에 비하여 전침치료와 정신요법 병행치료를 고려해야 한다.	B/Moderate	1
임상적 고려사항 ● 처방 구성 : 노궁(PC8)(좌측)		

(1) 임상질문 Q20-1

성인 외상후 스트레스장애 환자에게 전침치료와 정신요법 병행치료는 정신요법 단독치료에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 외상후 스트레스장애 환자	전침치료 + 정신요법	정신요법	IES-R	한의원 및 한방병원

IES-R: Impact of Event Scale-Revised(사건충격척도), **정신요법:** 인지행동치료

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 1편의 무작위 배정 임상연구가 포함되었다.

Zhang(2009)의 연구에서 국제 질병 분류(ICD-10)의 진단기준을 만족하는 외상후 스트레스장애 환자 90명을 두 군으로 나누어 1주간 전침치료를 시행한 결과 전침치료와 정신요법(인지행동치료) 병행치료군이 정신요법 단독군에 비해 IES-R 점수가 4.91점 더 낮았다[95% CI: -6.53, -3.29](근거수준 중등도;Moderate).[1)]

② 연구결과의 요약

1개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 외상후 스트레스장애 환자에게 1주간 전침치료와 정신요법(인지행동치료)을 병행치료 하였을 때, 정신요법 단독군 보다 IES-R 점수가 4.91점 더 낮았다[95% CI: -6.53, -3.29](근거수준 중등도;Moderate).

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
PTSD IAT (IES-R) (Critical)	90 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	-	-	MD 4.91 낮음 [-6.53, -3.29]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

IAT: Immediately After Treatment(치료 직후 결과); **IES-R:** Impact of Event Scale-Revised(사건충격척도)
a: 배정은폐가 불확실하고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않아 비뚤림 위험성이 있음

(2) 권고안 도출에 대한 설명

성인 외상후 스트레스장애 환자에서 정신요법 단독치료에 비하여 전침치료와 정신요법 병행치료의 편익은 신뢰할 만하며, 종합적인 근거 수준이 중등도(Moderate)이므로 추후 연구로 효과추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 것이며 추정치가 바뀔 수도 있다. 전침자극에 대한 민감도가 높은 일부 환자에 대해서는 그 활용도가 제한될 수 있으나, 전침치료는 한국 한의학 임상현장에서 다빈도로 활용되고 있는 치료중재로, 향후 연구의 확장성을 토대로 임상적 활용 가능성을 제시할 수 있다. 또한, 정신요법은 불안장애 증상 개선을 위해 통상적으로 활용되는 치료중재로, 한의치료기관에서 한약·침치료 등의 한의치료중재와 병용이 용이한 것으로 판단된다. 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 권고등급 B를 부여한다. 즉 성인 외상후 스트레스장애 환자의 증상 개선을 위해 정신요법 단독치료에 비하여 전침치료와 정신요법 병행치료를 고려해야 한다.

(3) 참고문헌

1. 张滢, 冯斌, 谢建平, 徐方忠, 陈炯. 认知行为疗法配合穴位刺激调控法治疗地震所致创伤后应激障碍临床研究. 中医杂志. 2009;50(06):513-5.

【R20-2】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 외상후 스트레스장애 환자의 증상 개선을 위해 거짓전침치료와 정신요법 병행치료에 비하여 전침치료와 정신요법 병행치료를 고려해야 한다.	B/Moderate	1
임상적 고려사항 ● 처방 구성 : 내관(PC6)		

(1) 임상질문 Q20-2

성인 외상후 스트레스장애 환자에게 전침치료와 정신요법 병행치료는 거짓전침치료와 정신요법 병행치료에 비하여 불안 증상 관련 척도를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 외상후 스트레스장애 환자	전침치료 + 정신요법	거짓전침치료 + 정신요법	CAPS PCL-C HAM-D	한의원 및 한방병원

CAPS: Clinician-Admistered PTSD Scale(임상가용 외상후 스트레스장애 척도); **PCL-C:** PTSD Checklist-Civilian version(외상후 스트레스장애 체크리스트-민간인용); **HAM-D:** Hamilton Depression Rating Scale(해밀턴 우울척도), **거짓침치료+정신요법:** 비경혈점에 거짓전극의 최소감각역치 자극 후 종료+인지행동치료

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 1편의 무작위 배정 임상연구가 포함되었다.

Feng(2019)의 연구에서 정신질환의 진단 및 통계편람(DSM-IV)의 진단기준을 만족하는 외상후 스트레스장애 환자 120명을 두 군으로 나누어 1주간 전침치료를 시행한 결과 전침치료와 정신요법(인지행동치료) 병행치료군이 거짓전침치료와 정신요법 병행치료에 비해 CAPS 점수가 11.70점 더 낮았다[95% CI: -16.32, -7.08](근거수준 높음;High). PCL-C 점수는 9.60점 더 낮았다[95% CI: -12.26, -6.94](근거수준 높음;High). HAM-D 점수는 4.20점 더 낮았다[95% CI: -5.86, -2.54](근거수준 높음;High).[1)]

② 연구결과의 요약

1개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 외상후 스트레스장애 환자에게 12주간 전침치료와 정신요법(인지행동치료)을 병행치료 하였을 때, 거짓전침치료와 정신요법 병행치료 보다 CAPS 점수가 11.70점 더 낮았다[95% CI: -16.32, -7.08](근거수준 높음;High).

1개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 외상후 스트레스장애 환자에게 12주간 전침치료와 정신요법(인지행동치료)을 병행치료 하였을 때, 거짓 전침치료와 정신요법 병행치료 보다 PCL-C 점수는 9.60점 더 낮았다[95% CI: -12.26, -6.94](근거수준 높음;High).

1개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 외상후 스트레스장애 환자에게 12주간 전침치료와 정신요법(인지행동치료)을 병행치료 하였을 때, 거짓전침치료와 정신요법 병행치료 보다 HAM-D 점수는

4.20점 더 낮았다[95% CI: -5.86, -2.54](근거수준 높음;High).

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
PTSD IAT (CAPS) (Critical)	120 (1RCT)	◉◉◉◉ High	-	-	MD 11.70 낮음 [-16.32, -7.08]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
PTSD IAT (PCL-C) (Critical)	120 (1RCT)	◉◉◉◉ High	-	-	MD 9.60 낮음 [-12.26, -6.94]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
depression IAT (HAM-D) (Important)	120 (1RCT)	◉◉◉◉ High	-	-	MD 4.20 낮음 [-5.86, -2.54]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

IAT: Immediately After Treatment(치료 직후 결과); **CAPS:** Clinician-Admistered PTSD Scale(임상가용 외상후 스트레스장애 척도); **PCL-C:** PTSD Checklist-Civilian version(외상후 스트레스장애 체크리스트-민간인용); **HAM-D:** Hamilton Depression Rating Scale(해밀턴 우울척도)

(2) 권고안 도출에 대한 설명

성인 외상후 스트레스장애 환자에서 거짓전침치료와 정신요법 병행치료에 비하여 전침치료와 정신요법 병행치료의 편익은 신뢰할 만하며, 종합적인 근거 수준이 높음(High)이므로 추후 연구는 효과추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 적으며 추정치가 바뀔 가능성이 낮다. 다만, 해당 권고에 포함된 연구가 단일문헌이므로, 근거수준을 중등도(Moderate)으로 한 단계 낮추었다. 전침자극에 대한 민감도가 높은 일부 환자에 대해서는 그 활용도가 제한될 수 있으나, 전침치료는 한국 한의학 임상현장에서 다빈도로 활용되고 있는 치료중재로, 향후 연구의 확장성을 토대로 임상적 활용 가능성을 제시할 수 있다. 또한, 정신요법은 불안장애 증상 개선을 위해 통상적으로 활용되는 치료중재로, 한의치료기관에서 한약·침치료 등의 한의치료중재와 병용이 용이한 것으로 판단된다. 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 권고등급 B를 부여한다. 즉 성인 외상후 스트레스장애 환자의 증상 개선을 위해 거짓전침치료와 정신요법 병행치료에 비하여 전침치료와 정신요법 병행치료를 고려해야 한다.

(3) 참고문헌

1. Feng B, Zhang Y, Luo LY, et al. Transcutaneous electrical acupoint stimulation for post-traumatic stress disorder: Assessor-blinded, randomized controlled study. Psychiatry Clin Neurosci. 2019;73(4):179-86.

▣ 사회불안장애 - 병행치료

【 R21 】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 사회불안장애 환자의 증상 개선을 위해 침치료와 정신요법 병행치료를 고려할 수 있다.	C/Low	각 임상질문별 참고문헌 참조 (R21-1~R21-2)

【 Q21 】

성인 사회불안장애 환자에게 침치료와 정신요법 병행치료는 정신요법 단독치료에 비하여 불안장애 관련 증상척도를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 불안장애 환자	기공요법 + 불안장애치료약물	정신요법	HAM-A IAS LSAS	한의원 및 한방병원

(1) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q21은 사회불안장애 환자에 대한 침치료와 정신요법 병행치료의 효과를 비교분석하기 위해 만들어졌다. 본 임상연구의 근거에 따르면 사회불안장애에서의 침치료(침·전침)와 정신요법 병행치료는 불안장애치료약물 또는 정신요법 단독치료와의 비교 연구에서 불안장애 관련 증상척도 개선에 유의한 효과를 나타내는 임상 연구들이 있었다. 하위 권고안들의 근거수준과 권고 방향을 고려하여 전문가 그룹의 델파이 합의를 통해 근거수준과 권고등급을 부여하였다. 하위 권고안들의 근거수준은 연구에 따라 중등도(Moderate)와 낮음(Low)이 있으므로 추후 연구를 통해 사회불안장애의 범주와 효과추정치의 확산 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 매우 크다고 판단된다. 한편, 권고의 방향은 B~C로 강도의 차이는 있으나 모든 권고안이 성인 사회불안장애 환자에 침을 사용하는 방향으로 도출되었다. 이에 개발그룹의 공식적 합의에 따라 근거수준 Low 권고등급 C를 부여한다. 즉, 성인 사회불안장애 환자의 증상 개선을 위해 침치료와 정신요법 병행치료를 고려할 수 있다.

【R21-1】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 사회불안장애 환자의 증상 개선을 위해 정신요법 단독치료에 비하여 일반침치료와 정신요법 병행치료를 고려해야 한다.	B/Moderate	1
임상적 고려사항 ● 처방 구성 : 백회(GV20), 사신총(EX-HN1), 인당(EX-HN3), 내관(PC6), 신문(HT7), 삼음교(SP6), 태충(LR3)		

(1) 임상질문 Q21-1

성인 사회불안장애 환자에게 일반침치료와 정신요법 병행치료는 정신요법 단독치료에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 사회불안장애 환자	일반침치료 + 정신요법	정신요법	HAM-A IAS	한의원 및 한방병원

HAM-A: Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도); **IAS:** Interaction Anxiety Scale(대인관계 불안척도), **정신요법:** 인지행동치료

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 1편의 무작위 배정 임상연구가 포함되었다.

Lu(2018)의 연구에서 정신질환의 진단 및 통계편람(DSM-IV-TR)의 진단기준을 만족하는 사회불안장애 환자 136명을 두 군으로 나누어 6주간 침치료를 시행한 결과 침치료와 정신요법(인지행동치료) 병행치료군이 정신요법 단독군에 비해 HAM-A 점수가 3.13점 더 낮았다[95% CI: -4.82, -1.44](근거수준 중등도;Moderate). IAS 점수는 5.10점 더 낮았다[95% CI: -7.01, -3.19](근거수준 중등도;Moderate).[1)]

② 연구결과의 요약

1개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 사회불안장애 환자에게 6주간 침치료와 정신요법(인지행동치료)를 병행치료 하였을 때, 정신요법 단독치료군 보다 HAM-A 점수가 3.13점 더 낮았다[95% CI: -4.82, -1.44](근거수준 중등도;Moderate).

1개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 사회불안장애 환자에게 6주간 침치료와 정신요법(인지행동치료)를 병행치료 하였을 때, 정신요법 단독치료군 보다 IAS 점수가 5.10점 더 낮았다[95% CI: -7.01, -3.19](근거수준 중등도;Moderate).

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
anxiety IAT (HAM-A) (Critical)	136 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	-	-	MD 3.13 낮음 [-4.82, -1.44]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
SAD IAT (IAS) (Critical)	136 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	-	-	MD 5.10 낮음 [-7.01, -3.19]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

IAT: Immediately After Treatment(치료 직후 결과); **HAM-A:** Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도); **IAS:** Interaction Anxiety Scale(대인관계 불안척도)
a: 배정은폐가 불확실하고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않아 비뚤림 위험성이 있음

(2) 권고안 도출에 대한 설명

성인 사회불안장애 환자에서 정신요법에 비하여 침치료와 정신요법 병행치료의 편익은 신뢰할 만하며, 종합적인 근거 수준이 중등도(Moderate)이므로 추후 연구로 효과추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 것이며 추정치가 바뀔 수도 있다. 정신요법은 불안장애 증상 개선을 위해 통상적으로 활용되는 치료중재로, 한의치료기관에서 한약·침치료 등의 한의치료중재와 병용이 용이한 것으로 판단된다. 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 권고등급 B를 부여한다. 즉 성인 사회불안장애 환자의 증상 개선을 위해 정신요법 단독치료에 비하여 침치료와 정신요법 병행치료를 고려해야 한다.

(3) 참고문헌

1. 卢小叶. 针刺结合认知行为疗法治疗大学生广泛性社交焦虑障碍临床观察 [硕士], 湖南中医药大学. 2018.

【R21-2】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 사회불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독 치료에 비하여 전침과 정신요법 병행치료를 고려할 수 있다.	C/Low	1
임상적 고려사항 ● 처방 구성 : 백회(GV20), 사신총(EX-HN1), 솔곡(GB8), 태충(LR3), 합곡(LI4), 내관(PC6)		

(1) 임상질문 Q21-2

성인 사회불안장애 환자에게 전침치료와 정신요법 병행치료는 불안장애치료약물에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 사회불안장애 환자	전침치료 + 정신요법	불안장애치료약물	LSAS	한의원 및 한방병원

LSAS: Liebowitz Social Anxiety Scale(레보비츠 사회불안척도), **정신요법:** 인지행동 치료, **불안치료약물:** 항불안제

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 1편의 무작위 배정 임상연구가 포함되었다.

Wu(2014)의 연구에서 국제 질병 분류(ICD-10)의 진단기준을 만족하는 사회불안장애 환자 70명을 두 군으로 나누어 8주간 전침치료를 시행한 결과 전침치료와 정신요법(인지행동치료) 병행치료군이 clonazepam 복용군에 비해 LSAS 점수가 4.04점 더 낮았다[95% CI: -11.75, 3.67](근거수준 낮음;Low).[1)]

② 연구결과의 요약

1개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 사회불안장애 환자에게 8주간 전침치료와 정신요법(인지행동치료)을 병행치료 하였을 때, clonazepam 복용군 보다 LSAS 점수가 4.04점 더 낮았다[95% CI: -11.75, 3.67](근거수준 낮음;Low).

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
SAD IAT (LSAS) (Critical)	70 (1RCT)	◉◉○○ Low[a,b]	-	-	MD 4.04 낮음 [-11.75, 3.67]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

IAT: Immediately After Treatment(치료 직후 결과); **LSAS:** Liebowitz Social Anxiety Scale(레보비츠 사회불안척도)
a: 배정순서 생성과 배정은폐가 불확실하고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않아 비뚤림 위험성이 있음
b: MD의 95% 신뢰구간이 0을 포함하여 비정밀성 영역에서 등급을 낮춤

(2) 권고안 도출에 대한 설명

성인 사회불안장애 환자에서 불안장애치료약물에 비하여 전침치료와 정신요법 병행치료의 편익은 명확하지 않으며, 종합적인 근거 수준이 낮음(Low)이므로 추후 연구는 효과추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 매우 크며 추정치가 바뀔 가능성이 높다. 전침자극에 대한 민감도가 높은 일부 환자에 대해서는 그 활용도가 제한될 수 있으나, 전침치료는 한국 한의학 임상현장에서 다빈도로 활용되고 있는 치료중재로, 향후 연구의 확장성을 토대로 임상적 활용 가능성을 제시할 수 있다. 또한 정신요법은 불안장애 증상 개선을 위해 통상적으로 활용되는 치료중재로, 한의치료기관에서 한약·침치료 등의 한의치료중재와 병용이 용이한 것으로 판단된다. 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 권고등급 C를 부여한다. 즉 성인 사회불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물에 비하여 전침치료와 정신요법 병행치료를 고려할 수 있다.

(3) 참고문헌

1. 吴强, 刘智慧, 刘爱红, 吴俊红. 电针结合心理干预治疗社交恐惧症70例临床观察. 中国实用医药. 2014;9(17):234-5.

3. 정신요법

● 배경

불안장애의 서양의학적 주 치료도구는 약물이며 보조적으로 혹은 단독으로 인지행동치료를 비롯한 다양한 정신요법이 활용되고 있다.

한의학은 '심신일여(心身一如)'의 의미로 기본적으로 인간을 바라보는 의학관으로 출발하여, 정신을 바라보는 관점은 신체와 동일하거나 오히려 강조되고 있다. 정신의학적 질환에서 가장 높은 유병률을 가진 불안장애 관련 각 질환에 대해, 한의정신요법은 이러한 한의학 고유의 심신일여(心身一如)'의 이론적 바탕에서, 임상적으로 정신치료적 목적을 달성하기 위해 양방보다는 강하게 치료적 도구로서의 활용이 요구되고 있다. 이러한 정신치료적 목적에 부합하는 다양한 한의정신요법은 불안장애의 관리와 치료적 측면에서 그 가치가 높다고 볼 수 있다. 여기서는 여러 한의정신요법 중 기공, 이완, 명상, 생기능자기조절훈련(biofeedback)을 다루었다.

기공은 한국 한의학 임상에서 정신과 관련 질환에 범용되는 치료중재로서, 임상현장에서 불안장애 관련 증상 개선을 위해 폭넓게 응용할 수 있다.

명상은 판단하지 않고 의도적으로 주의를 기울이는 것을 통해 의식, 정체성, 현실에 대한 깊은 통찰력으로 심리적인 안녕을 얻고 최적의 의식상태에 도달하고자 하는 기법으로 정의할 수 있다. 따라서 다른 정신질환에 비해 신체적 증상의 발현 강도와 다양성이 두드러지는 불안장애에 명상의 활용가능성이 특히 높다. 또한 명상은 약물치료의 보완적 중재로서 임상현장에서 다빈도로 불안장애 치료약물과 병용된다.

수용기반 행동치료(ABBT)는 불안을 회피, 변경 또는 통제하려는 환자의 고착된 패턴에서 벗어나, 자신의 내부 경험을 수용하기 위한 방향을 제시하는 행동치료의 일종이다. 환자는 불안감의 형성·증가·감소에 대한 인식을 높이고, 불안에 대한 감정적이고 비판적인 반응을 자제하여 불안을 증폭시키는 연결고리를 끊어낼 수 있으며, 불안이 일시적이고 관리 가능하며 모든 것을 포괄하지 않음을 알 수 있다.

마음챙김(Mindfulness)은 현재의 순간에 발생하는 경험을 그대로 느끼되 그에 대해 판단없이 받아들임으로써 불필요한 반응을 보이지 않고 평안함과 안정감을 유지할 수 있게 주의를 기울이는 명상 방법이다. 마음챙김은 불교의 전통적 수행방법인 사티(Sati)에서 비롯되며 젠(선 禪), 위파사나(Vopassanā, 관 觀), 티베트 명상 등 심리적 평안함을 획득하기 위한 보다 안정된 기술을 위해 이러한 다양한 호흡 및 명상기법을 참고하고 이를 기반으로 할 수 있다.

MBSR(Mindfulness-Based Stress Reduction)은 1979년 매사추세츠 대학교 의과대학의 Jon Kabat-Zinn 이 개발한 8회기의 구조화된 프로그램으로, 마음챙김연습, 바디스캔, 요가, 정좌명상 등으로 구성되어있다.

마음챙김 기반 인지치료(MBCT)는 기존의 인지행동치료와 Kabat-Zinn 의 마음챙김 기반 스트레

스감소 프로그램(MBSR)을 통합하여 개발된 치료법이다. MBCT는 기존 인지행동치료와 달리 부정적 자동적 사고를 보다 합리적인 사고로 바꾸도록 하는 시도를 하지 않는다. 들어오는 모든 생각과 감정을 인식하고 받아들이지만 그것에 집착하거나 반응하지 않는 '탈중심화' 에 초점을 맞추어 환자를 교육한다.

자비중심치료는 불교 사상에 근거한 여러 학술적 배경에 기반을 둔 명상법으로, 어린 시절 부모로부터의 상처를 긍정적인 정서를 통해 치료하는 정신요법이다.

자비중심치료는 주로 자기비판이 크고, 사회적 불안으로 고통받는 사람을 위해 개발된 3세대 정신요법의 일종으로, 수치심과 증오에서 벗어나 자비심이 자기 개선을 위한 대안을 제시하는 방법을 교육함으로써 치료적 목적을 달성하는 정신요법의 하나이다.

초월명상은 1959년 마하리쉬 마헤쉬 요기(Maharish Mahesh Yogi)가 힌두교의 전통적인 수행법을 현대사회에 도입하기 위해 간소화한 명상법이다. 현재 순간에 집중하는 마음챙김과는 달리, 집중이나 묵상없이 쉽게 만트라(소리)를 생각하여 점진적으로 안정된 각성 상태에 도달하고, 스트레스나 긴장, 두려움으로부터 벗어나 몸과 마음을 초월하는 완전한 내면적 평정을 이루는 것을 목표로 한다,

호흡명상은 숨을 천천히 들이쉬고 내쉬는 전 과정의 순간순간에 대하여 호흡 자체의 주의와 집중을 통하여 신체적 긴장을 이완시키고 심리적 불안을 해소하는 명상이다. 그 과정의 용이함과 간편성으로 임상적 적용 빈도수가 가장 높은 명상으로, 모든 명상 방법의 기본이 된다.

이완요법은 적용의 용이성과 폭넓은 활용성으로 인하여 정신질환 임상증상에 유효한 것으로 판단된다.

생기능자기조절훈련은 양방에서 바이오피드백이라는 진단 및 치료기기로 정신생리적 자기조절이라는 측면에서 스트레스 관리나 예방, 치료 등 많은 분야에 사용되고 있다. 바이오피드백이란 기기를 이용하여 평상시에는 자기조절이 불가능한 자신의 생리적 기능을 피드백(feedback)받음으로써 특정의 생리적 기능을 수의적으로 조절할 수 있도록 학습하는 과정이다.

기기의 활용적인 측면에서 한의학에서는 심신일여(心身一如)의 전인적 인체관, 음평양비(陰平陽秘)와 인체의 자생력을 중시, 도(道)를 통한 치료자의 정신상태를 중시, 자연과 상응하는 호흡법을 중시한다는 면에서 유산한 측면이 있다.

특히, 그 실질 방법론적으로는 한의정신요법에 해당되는 기공(氣功)요법을 적용하되 조신(調身)의 정공(靜功)법, 조식(調息)의 육자기결(六字氣訣) 공법을, 조심(調心)에서는 심신(心神)을 안정시키는 방향으로 진행하며 필요시 이정변기요법(移精變氣療法)을 정신치료도 병행하여 그 치료적 효과를 극대화하는 치료법이다.

이에 불안장애 임상진료지침 개발그룹은 한국, 중국, 미국, 유럽에 발표된 기공요법, 이완요법, 명상요법, 생기능자기조절훈련을 다룬 무작위 대조군 임상연구를 근거로 정신요법에 대한 권고안을 작성하였다.

● 임상질문 및 권고안

▣ 기공 - 병행치료

【R22】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 불안장애 환자에게 불안장애교육과 불안장애치료약물 병행치료에 비하여 기공(氣孔)요법과 불안장애치료약물 병행치료를 고려해야 한다.	B/Moderate	1
임상적 고려사항 ● 치료 구성 : 기공전문가 2인과 정신과의사 1인이 불안장애에 적합하도록 개발한 기공프로그램 - 주 1회 60~90분 8주간 시행		

【Q22】

성인 불안장애 환자에게 기공요법과 불안장애치료약물 병행치료는 불안장애교육과 불안장애치료약물 병행치료에 비하여 불안장애 관련 증상척도를 개선시키는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 불안장애 환자	기공요법 + 불안장애치료약물	불안장애교육 + 불안장애치료약물	HAM-A STAI-State STAI-Trait HAM-D BDI SCL-90-R	한의원 및 한방병원

① 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q22는 불안장애 환자에 대한 기공요법과 불안장애치료약물 병행치료 효과를 비교분석하기 위해 만들어졌다. 본 임상연구의 근거에 따르면 불안장애서의 기공요법과 불안장애치료약물 병행치료는 불안장애교육과 불안장애약물 병행치료와의 비교 연구에서 불안장애 관련 증상척도에서 유의한 효과를 나타내는 임상 연구가 있었다. 하위 권고안들의 근거수준과 권고 방향을 고려하여 전문가 그룹의 델파이 합의를 통해 근거수준과 권고등급을 부여하였다. 하위 권고안들의 근거수준은 모두 중등도(Moderate)로 추후 연구를 통해 불안장애의 범주와 효과 추정치의 확산 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 있다고 판단된다. 한편, 권고의 방향은 모두 B로 모든 권고안이 성인 불안장애 환자에 기공요법과 불안장애치료약물 병행치료를 사용하는 방향으로 도출되었다. 이에 개발그룹의 공식적 합의에 따라 근거수준 Moderate 권고등급 B를 부여한다. 즉, 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애교육과 불안장애치료약물 병행치료에 비하여 기공요법과 불안장애치료약물 병행치료를 고려해야 한다.

(1) 임상질문 Q22-1

성인 불안장애 환자에게 기공(氣孔)요법과 불안장애치료약물 병행치료는 불안장애교육과 불안장애치료약물 병행치료에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 불안장애 환자	기공 + 불안장애치료약물	불안장애교육 + 불안장애치료약물	HAM-A STAI-State STAI-Trait HAM-D BDI SCL-90-R	한의원 및 한방병원

HAM-A: Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도); **STAI:** State-Trait Anxiety Inventory(상태-특성 불안척도); **HAM-D:** Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 우울척도); **BDI:** Beck Depression Inventory(벡 우울척도); **SCL-90-R:** Symptom Checklist-90-Revised(간이정신진단검사), **불안장애치료약물:** 항우울 및 항불안제, **불안장애 교육:** 치료적 내용을 배제한 불안장애의 생물학적 내용에 대해 정신과 의사의 그룹교육

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 1편의 무작위 배정 임상연구가 포함되었다.

Lee(2005)의 연구에서 정신질환의 진단 및 통계편람(DSM-IV)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 또는 공황장애 환자 46명을 두 군으로 나누어 8주간 기공요법을 시행한 결과 기공요법과 불안장애치료약물(paroxetine, sertraline, 플루복사민(fluvoxamine: SSRIs계의 항우울제), alprazolam) 병행치료군이 불안장애 교육과 불안장애치료약물 병행치료군에 비해 HAM-A 점수가 6.40점 더 낮았다[95% CI: -8.52, -4.28](근거수준 중등도;Moderate). STAI-S 점수는 9.60점 더 낮았다[95% CI: -13.98, -5.22](근거수준 중등도;Moderate). STAI-T 점수는 12.60점 더 낮았다[95% CI: -18.36, -6.84](근거수준 중등도;-Moderate). HAM-D 점수는 4.40점 더 낮았다[95% CI: -7.04, -1.76](근거수준 중등도;Moderate). BDI 점수는 6.30점 더 낮았다[95% CI: -9.74, -2.86](근거수준 중등도;Moderate). SCL-90-R anxiety subscale 점수는 6.70점 더 낮았다[95% CI: -10.78, -2.62](근거수준 중등도;Moderate). SCL-90-R depression subscale 점수는 8.00점 더 낮았다[95% CI: -12.86, -3.14](근거수준 중등도;Moderate).[1)]

② 연구결과의 요약

1개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 8주간 기공요법과 불안장애치료약물(paroxetine, sertraline, fluvoxamine, alprazolam)을 병행치료 하였을 때, 불안장애 교육과 불안장애치료약물 병행치료군 보다 HAM-A 점수가 6.40점 더 낮았다[95% CI: -8.52, -4.28](근거수준 중등도;Moderate).

1개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 8주간 기공요법과 불안장애치료약물(paroxetine, sertraline, fluvoxamine, alprazolam)을 병행치료 하였을 때, 불안장애 교육과 불안장애치료약물 병행치료군 보다 STAI-S 점수는 9.60점 더 낮았다[95% CI: -13.98, -5.22](근거수준 중등도;Moderate).

1개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 8주간 기공요법과 불안장애치료약물(paroxetine, sertraline, fluvoxamine, alprazolam)을 병행치료 하였을 때, 불안장애 교육과 불안장애치료약물 병행치료군 보다 STAI-T 점수는 12.60점 더 낮았다[95% CI: -18.36, -6.84](근거수준 중등도;-Moderate).

1개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 8주간 기공요법과 불안장애치료약물(paroxetine, sertraline, fluvoxamine, alprazolam)을 병행치료 하였을 때, 불안장애 교육과 불안장애치료약물 병행치료군 보다 HAM-D 점수는 4.40점 더 낮았다[95% CI: -7.04, -1.76](근거수준 중등도;Moderate).

1개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 8주간 기공요법과 불안장애치료약물(paroxetine, sertraline, fluvoxamine, alprazolam)을 병행치료 하였을 때, 불안장애 교육과 불안장애치료약물 병행치료군 보다 BDI 점수는 6.30점 더 낮았다[95% CI: -9.74, -2.86](근거수준 중등도;Moderate).

1개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 8주간 기공요법과 불안장애치료약물(paroxetine, sertraline, fluvoxamine, alprazolam)을 병행치료 하였을 때, 불안장애 교육과 불안장애치료약물 병행치료군 보다 SCL-90-R anxiety subscale 점수는 6.70점 더 낮았다[95% CI: -10.78, -2.62](근거수준 중등도;Moderate).

1개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 8주간 기공요법과 불안장애치료약물(paroxetine, sertraline, fluvoxamine, alprazolam)을 병행치료 하였을 때, 불안장애 교육과 불안장애치료약물 병행치료군 보다 SCL-90-R depression subscale 점수는 8.00점 더 낮았다[95% CI: -12.86, -3.14](근거수준 중등도;Moderate).

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
anxiety IAT (HAM-A) (Critical)	46 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	–	–	MD 6.40 낮음 [−8.52, −4.28]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
anxiety IAT (STAI-S) (Critical)	46 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	–	–	MD 9.60 낮음 [−13.98, −5.22]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
anxiety IAT (STAI-T) (Critical)	46 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	–	–	MD 12.60 낮음 [−18.36, −6.84]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
depression IAT (HAM-D) (Important)	46 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	–	–	MD 4.40 낮음 [−7.04, −1.76]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
depression IAT (BDI) (Important)	46 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	–	–	MD 6.30 낮음 [−9.74, −2.86]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
anxiety IAT (SCL-90-R anxiety) (Critical)	46 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	-	-	MD 6.70 낮음 [-10.78, -2.62]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
depression IAT (SCL-90-R depression) (Important)	46 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	-	-	MD 8.00 낮음 [-12.86, -3.14]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

IAT: Immediately After Treatment(치료 직후 결과); **HAM-A:** Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도); **STAI:** State-Trait Anxiety Inventory(상태-특성 불안척도); **HAM-D:** Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 우울척도); **BDI:** Beck Depression Inventory(벡 우울척도); **SCL-90-R:** Symptom Checklist-90-Revised(간이정신진단검사)
a: 배정순서 생성과 배정은폐가 불확실하고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않아 비뚤림 위험성이 있음

(2) 권고안 도출에 대한 설명

성인 불안장애(범불안장애, 공황장애) 환자에서 불안장애교육과 불안장애치료약물 병행치료에 비하여 기공요법과 불안장애치료약물 병행치료의 편익은 신뢰할 만하며, 종합적인 근거 수준이 중등도(Moderate)이므로 추후 연구로 효과추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 것이며 추정치가 바뀔 수도 있다. 기공은 한국 한의학 임상에서 정신과 관련 질환에 범용되는 치료중재로서, 임상현장에서 불안장애 관련 증상 개선을 위해 폭넓게 응용할 수 있다. 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 권고등급 B를 부여한다. 즉 성인 불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애교육과 불안장애치료약물 병행치료에 비하여 기공요법과 불안장애치료약물 병행치료를 고려해야 한다.

(3) 참고문헌

1. Lee SH, Choi TK, Yook KW. Effectiveness of a Qigong-based Stress Management Program in Patients with Anxiety Disorder. Journal of Korean Neuropsychiatric Association. 2005;44(6):690-9.

▣ 범불안장애 - 명상 단독치료

【R23】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 명상요법을 고려해야 한다.	B/Low	각 임상질문별 참고문헌 참조 (R23-1-1~R23-2)

【Q23】

성인 범불안장애 환자에게 명상요법은 임상적 치료 또는 무처치군에 비하여 에 비하여 불안장애 관련 증상척도를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 범불안장애 환자	명상요법	임상적 치료 또는 무처치군	HAM-A DASS anxiety CGI-S CGI-I GAD7 GAD-Q-IV GAD CSR BAI PSWQ BDI PHQ-9 QOLI	한의원 및 한방병원

(1) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q23은 범불안장애 환자에 대한 명상요법의 효과를 비교분석하기 위해 만들어졌다. 본 임상연구들의 근거에 따르면 범불안장애에서의 명상요법(ABBT, MBSR)은 NDST, 무처치대기군, SME와의 비교 연구에서 불안장애 관련 증상척도 개선에 유의한 효과를 나타내는 임상 연구들이 있었다. 명상요법의 수용기반 행동치료(ABBT)는 불안을 회피, 변경 또는 통제하려는 환자의 고착된 패턴에서 벗어나, 자신의 내부 경험을 수용하기 위한 방향을 제시하는 행동치료의 일종이며, 마음챙김 기반 스트레스감소 프로그램(MBSR)은 마음챙김명상으로 불교의 명상법 중 위파사나(비파사나: Vipassanā: 毘婆舍那) 명상을 의미하며 통찰(洞察: insight) 명상, 사념처(四念處: four foundations of mindfulness) 명상 등으로도 불리는 마음챙김명상 바탕으로 한 프로그램이다. 비직접적 그룹 지지치료(NDST)는 구체적인 심리치료 프로토콜 원리의 중재법을 배제하면서 포괄적이고 비지시하 자발적으로 극복하도록 유도하는 심리교육 치료 형태를 말하며, 스트레스 조절 교육(SME)는 스트레스와 관련 된 생리학, 신체영향, 시간관리, 수면 생리학, 불면, 영양, 식단, 카페인, 운동과 스트레스를 완화 시켜주는 요인들에 대한

교육의 일종이다. 하위 권고안들의 근거수준과 권고 방향을 고려하여 전문가 그룹의 델파이 합의를 통해 근거수준과 권고등급을 부여하였다. 하위 권고안들의 근거수준은 연구에 따라 중등도(Moderate)와 낮음(Low)이 많으므로 추후 연구를 통해 범불안장애의 범주와 효과 추정치의 확산 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 매우 크다고 판단된다. 한편, 권고의 방향은 B~C로 강도의 차이는 있으나 모든 권고안이 성인 범불안장애 환자에 명상요법을 사용하는 방향으로 도출되었다. 이에 개발그룹의 공식적 합의에 따라 근거수준 Low 권고등급 B를 부여한다. 즉, 성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 명상요법을 고려해야 한다.

【R23-1-1】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 비직접적 그룹 지지치료(NDST)에 비하여 수용기반행동치료(ABBT)를 고려할 수 있다.	C/Low	1

임상적 고려사항

● 치료 구성 : 연구에서 시행된 ABBT는 다음의 내용을 포함한다.

1. 입문 심리교육
2. 치료목표 설정, ABBT에 대한 토론
3. 유인물에 대한 질문 확인
4. 집단적 매트릭스를 사용한 기능적 평가
5. 상상 노출치료

6~9. 과제, 개인연습에 대한 검토

10. 마무리 및 재발방지

– 1~2주당 1회 2시간 총 14주 10회기

(1) 임상질문 Q23-1-1

성인 범불안장애 환자에게 수용기반행동치료(ABBT)는 비직접적 그룹 지지치료(NDST)에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 범불안장애 환자	ABBT	NDST	HAM-A PSWQ DASS anxiety CGI-S CGI-I	한의원 및 한방병원

ABBT: Acceptance Based Behavioral Therapy(수용기반 행동치료), **NDST:** Nondirective supportive group therapy(비직접적 그룹 지지치료), **HAM-A:** Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도); **PSWQ:** P enn-State Worry Questionnaire(펜실베니아 걱정 질문지); **DASS:** Depression Anxiety and Stress Scale(우울, 불안 및 스트레스 척도); **CGI-S:** Clincial Global Impression-Severity(전반적 임상 인상척도-심각도); **CGI-I:** Clincial Global Impression-Improvement(전반적 임상 인상척도-호전도)

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 1편의 무작위 배정 임상연구가 포함되었다.

Sampaio(2020)의 연구에서 정신질환의 진단 및 통계편람(DSM-IV)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 92명을 두 군으로 나누어 8주간 ABBT를 시행한 결과 ABBT 군이 NDST 군에 비해 HAM-A 점수가 4.36점 더 낮았다[95% CI: -7.20, -1.52](근거수준 중등도;Moderate). PSWQ 점수는 8.94점 더 낮았다[95% CI: -13.19,-4.69](근거수준 중등도;Moderate). DASS-anxiety subscale 점수는 2.91점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -5.87, 0.05](근거수준 낮음;Low). CGI-S 점수는 0.12점 더 낮았으나 유의하지 않았다[-0.54, 0.30](근거수준 낮음;Low). CGI-I 점수는 0.62점 더 낮았다[95% CI: -1.09, -0.15](근거수준 중등도;Moderate).[1)]

② 연구결과의 요약

1개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 8주간 ABBT를 시행하였을 때, NDST 시행군 보다 HAM-A 점수가 4.36점 더 낮았다[95% CI: -7.20, -1.52](근거수준 중등도;Moderate).

1개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 8주간 ABBT를 시행하였을 때, NDST 시행군 보다 PSWQ 점수는 8.94점 더 낮았다[95% CI: -13.19,-4.69](근거수준 중등도;Moderate).

1개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 8주간 ABBT를 시행하였을 때, NDST 시행군 보다 DASS-anxiety subscale 점수는 2.91점 더 낮았으나, 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음을 포함하였다[95% CI: -5.87, 0.05](근거수준 낮음;Low).

1개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 8주간 ABBT를 시행하였을 때, NDST 시행군 보다 CGI-S 점수는 0.12점 더 낮았으나, 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음을 포함하였다[-0.54, 0.30](근거수준 낮음;Low).

1개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 8주간 ABBT를 시행하였을 때, NDST 시행군 보다 CGI-I 점수는 0.62점 더 낮았다[95% CI: -1.09, -0.15](근거수준 중등도;Moderate).

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
anxiety IAT (HAM-A) (Critical)	92 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	-	-	MD 4.36 낮음 [-7.20, -1.52]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
anxiety IAT (PSWQ) (Critical)	92 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	-	-	MD 8.94 낮음 [-13.19, -4.69]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
anxiety IAT (DASS anxiety) (Critical)	92 (1RCT)	◉◉○○ Low[a,b]	-	-	MD 2.91 낮음 [-5.87, 0.05]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
symptom IAT (CGI-S) (Important)	92 (1RCT)	◉◉○○ Low[a,b]	-	-	MD 0.12 낮음 [-0.54, 0.30]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
improvement IAT (CGI-I) (Important)	92 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	-	-	MD 0.62 낮음 [-1.09, -0.15]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

IAT: Immediately After Treatment(치료 직후 결과); **HAM-A:** Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도); **PSWQ:** Penn-State Worry Questionnaire(펜실베니아 걱정 질문지); **DASS:** Depression Anxiety and Stress Scale(우울, 불안 및 스트레스 척도); **CGI-S:** Clincial Global Impression-Severity(전반적 임상 인상척도-심각도); **CGI-I:** Clincial Global Impression-Improvement(전반적 임상 인상척도-호전도)

a: 배정은폐가 불확실하고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않아 비뚤림 위험성이 있음
b: MD의 95% 신뢰구간이 0을 포함하여 비정밀성 영역에서 등급을 낮춤

(2) 권고안 도출에 대한 설명

성인 범불안장애 환자에서 NDST에 비해 ABBT의 편익은 명확하지 않으며, 종합적인 근거 수준이 낮음(Low)이므로 추후 연구는 효과추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 매우 크며 추정치가 바뀔 가능성이 높다. 다만, ABBT는 정신과 관련 질환의 증상 개선에 한의계를 포함한 다양한 의료현장에서 폭넓게 응용가능한 중재로, 향후 연구의 확장성을 토대로 임상적 활용 가능성을 제시할 수 있다. 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 권고등급 C를 부여한다. 즉 성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 NDST에 비하여 ABBT를 고려할 수 있다.

(3) 참고문헌

1. de Almeida Sampaio TP, Jorge RC, Martins DS, et al. Efficacy of an acceptance-based group behavioral therapy for generalized anxiety disorder. Anxiety and Depression Association of America. 2020;1-15.

【R23-1-2】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 무처치대기군에 비하여 수용기반행동치료(ABBT)를 고려해야 한다.	B/Moderate	1-2

임상적 고려사항

● 치료 구성 : Kabat-Zinn(1979)의 MBSR 프로그램을 약간 단축하여 시행한다.
- 주1회 2시간 8주 시행, 오디오 CD를 통한 자가훈련

● 치료 1 구성 : 마음챙김, 수용에 초점을 맞춘 온라인 치료 프로그램 'Oroshj€alpen(The worry help)'
1. 불안과 걱정에 대한 정신과적 교육
2. 자신의 행동에 대한 기능적 분석
3. 자신의 고유가치에 대한 활동
4. 마음챙김 교육
5. 걱정과 회피에 대한 새로운 태도
6. 수용 연습
7. 치료 검토 및 재발 예방 계획
- 7개의 세션을 1주에 1개씩 총 9주동안 진행

● 치료 2 구성 : 연구에서 시행된 ABBT는 다음의 내용을 포함한다.
1. 불안반응의 습관적 성격과 감정의 기능에 대한 교육
2. 역설적으로 악화되는 고통과 간섭에 대한 판단
3. 경험적 회피의 역할에 대한 심리 교육,
4. 경험적 시연 및 자가 모니터링
- 90분 4회, 60분 12회 총 16회 과정

(1) 임상질문 Q23-1-2

성인 범불안장애 환자에게 수용기반행동치료(ABBT)는 무처치대기군에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 범불안장애 환자	ABBT	무처치대기군	GAD7 GAD-Q-IV GAD CSR BAI PSWQ BDI PHQ-9 QOLI	한의원 및 한방병원

ABBT: Acceptance Based Behavioral Therapy(수용 기반 행동치료), **GAD-7:** Generalized Anxiety Disorder-7(범불안장애 7문항 척도); **GAD-Q-IV:** Generalized Anxiety Disorder Questionnaire-IV(범불안장애 설문지); **GAD CSR:** Generalized Anxiety Disorder Clinical Severity Rating(범불안장애 임상적 심각도 평가척도); **BAI:** Beck Anxiety Inventory(벡 불안척도); **PSWQ:** Pen-State Worry Questionnaire(펜실베니아 걱정 질문지); **BDI:** Beck Depression Inventory(벡 우울척도); **PHQ-9:** Patient Health Questionnaire-9(우울증 선별도구); **QOLI:** Quality Of Life Inventory(삶의 질 척도)

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 2편의 무작위 배정 임상연구가 포함되었다.

Dahlin(2016)의 연구에서 정신질환의 진단 및 통계편람(DSM-IV)의 진단기준을 만족하는 범불

안장애 환자 103명을 두 군으로 나누어 9주간 ABBT를 시행한 결과 ABBT 군이 무처치대기군에 비해 GAD7 점수가 3.82점 더 낮았다[95% CI: -5.32, -2.32]. GAD-Q-IV 점수는 1.65점 더 낮았다[-2.56, -0.74]. BAI 점수는 4.42점 더 낮았다[95% CI: -7.51, -1.33]. PSWQ 점수는 8.06점 더 낮았다[95% CI: -11.63, -4.49]. PHQ-9 점수는 2.50점 더 낮았다[95% CI: -4.39, -0.61]. QOLI 점수는 0.17점 더 높았으나 유의하지 않았다[95% CI: -0.36, 0.70].[1)]

Roemer(2008)의 연구에서 정신질환의 진단 및 통계편람(DSM-IV)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 31명을 두 군으로 나누어 16주간 ABBT요법을 시행한 결과 ABBT 군이 무처치대기군에 비해 GAD CSR 점수가 2.14점 더 낮았다[95% CI: -2.37, -1.91]. PSWQ 점수는 14.75점 더 낮았다[95% CI: -16.14, -13.36]. BDI 점수는 10.75점 더 낮았다[95% CI: -12.08, -9.42]. QOLI 점수는 1.84점 더 높았다[95% CI: 1.55, 2.13].[2)]

② 연구결과의 요약

1개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 9주간 ABBT요법을 시행하였을 때 ABBT군이 무처치대기군에 비해 GAD-7 점수가 3.82점 더 낮았다[95% CI: -5.32, -2.32](근거수준 높음;High).

1개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 9주간 ABBT요법을 시행하였을 때 ABBT군이 무처치대기군에 비해 GAD-IV-Q 점수가 1.65점 더 낮았다[95% CI: -2.56, -0.74](근거수준 높음;High).

1개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 9주간 ABBT요법을 시행하였을 때 ABBT군이 무처치대기군에 비해 GAD CSR 점수가 –2.14점 더 낮았다[95% CI: -2.37, -1.91](근거수준 높음;High).

1개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 9주간 ABBT요법을 시행하였을 때 ABBT군이 무처치대기군에 비해 BAI 점수가 4.42점 더 낮았다[95% CI: -7.51, -1.33](근거수준 높음;High).

2개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 9~16주간 ABBT요법을 시행하였을 때 ABBT군이 무처치대기군에 비해 PSWQ 점수가 13.87점 더 낮았다[95% CI: -15.16, -12.57](근거수준 높음;High).

1개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 9주간 ABBT요법을 시행하였을 때 ABBT군이 무처치대기군에 비해 BDI 점수가 10.75점 더 낮았다[95% CI: -12.08, -9.42](근거수준 높음;High).

1개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 9주간 ABBT요법을 시행하였을 때 ABBT군이 무처치대기군에 비해 PHQ-9 점수가 2.50점 더 낮았다[95% CI: -4.39, -0.61](근거수준 높음;High).

2개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 9~16주간 ABBT요법을 시행하였을

때 ABBT군이 무처치대기군에 비해 QOLI 점수가 1.45점 더 높았다[95% CI: 1.20, 1.71](근거수준 높음;High).

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
GAD IAT (GAD-7) (Critical)	103 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	–	–	MD 3.82 낮음 [−5.32, −2.32]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
GAD IAT (GAD-Q-IV) (Critical)	103 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	–	–	MD 1.65 낮음 [−2.56, −0.74]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
GAD IAT (GAD CSR) (Critical)	31 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	–	–	MD 2.14 낮음 [−2.37, −1.91]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
anxiety IAT (BAI) (Critical)	103 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	–	–	MD 4.42 낮음 [−7.51, −1.33]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
anxiety IAT (PSWQ) (Critical)	134 (2RCTs)	◉◉◉○ Moderate[a]	–	–	MD 13.87 낮음 [−15.16, −12.57]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
depression IAT (BDI) (Important)	31 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	–	–	MD 10.75 낮음 [−12.08, −9.42]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
depression IAT (PHQ-9) (Important)	103 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	–	–	MD 2.50 낮음 [−4.39, −0.61]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
Quality of Life IAT (QOLI) (Important)	134 (2RCTs)	◉◉◉○ Moderate[a]	–	–	MD 1.45 높음 [1.20, 1.71]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함

IAT: Immediately After Treatment(치료 직후 결과); **ABBT:** Acceptance Based Behavioral Therapy(수용 기반 행동치료); **GAD7:** Generalized Anxiety Disorder-7(범불안장애 7문항 척도); **GAD-Q-IV:** Generalized Anxiety Disorder Questionnaire-IV(범불안장애 설문지); **GAD CSR:** Generalized Anxiety Disorder Clinical Severity Rating(범불안장애 임상적 심각도 평가척도); **BAI:** Beck Anxiety Inventory(벡 불안척도); **PSWQ:** Pen-State Worry Questionnaire(펜실베니아 걱정 질문지); **BDI:** Beck Depression Inventory(벡 우울척도); **PHQ-9:** Patient Health Questionnaire-9(우울증 선별도구); **QOLI:** Quality Of Life Inventory(삶의 질 척도)
a: 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않아 비뚤림 위험성이 있음

(2) 권고안 도출에 대한 설명

성인 범불안장애 환자에서 무처치대기군에 비해 ABBT의 편익은 신뢰할 만하며, 종합적인 근거 수준이 중등도(Moderate)이므로 추후 연구로 효과추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 것이며 추정치가 바뀔 수도 있다. 다만, ABBT는 정신과 관련 질환의 증상 개선에 한의계를 포함한 다양한 의료현장에서 폭넓게 응용가능한 중재로, 향후 연구의 확장성을 토대로 임상적 활용 가능성을 제시할 수 있다. 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 권고등급 B를 부여한다. 즉 성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 무처치대기군에 비하여

ABBT를 고려해야 한다.

(3) 참고문헌

1. Dahlin M, Andersson G, Magnusson K, et al. Internet-delivered acceptance-based behaviour therapy for generalized anxiety disorder: A randomized controlled trial. Behaviour research and therapy. 2016;77:86-95.
2. Roemer L, Orsillo SM, Salters-Pedneault K. Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: evaluation in a randomized controlled trial. Journal of consulting and clinical psychology. 2008;76(6):1083-9.

【R23-2】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 스트레스 관리 교육(SME)에 비하여 마음챙김기반 스트레스감소 프로그램(MBSR)을 고려할 수 있다.	C/Low	1
임상적 고려사항 ● 치료 구성 : Kabat-Zinn(1979)의 MBSR 프로그램을 약간 단축하여 시행한다. - 주1회 2시간 8주 시행, 오디오 CD를 통한 자가훈련		

(1) 임상질문 Q23-2

성인 범불안장애 환자에게 마음챙김기반 스트레스감소 프로그램(MBSR)은 스트레스 관리 교육(SME)에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 범불안장애 환자	MBSR	SME	HAM-A BAI CGI-S	한의원 및 한방병원

MBSR: Mindfulness Based Stress Reduction(마음챙김 기반 스트레스감소 프로그램); **SME:** Stress Management Education(스트레스 조절 교육), **HAM-A:** Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도); **BAI:** Beck Anxiety Inventory(벡 불안척도); **CGI-S:** Clincial Global Impression-Severity(전반적 임상 인상척도-심각도)

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 1편의 무작위 배정 임상연구가 포함되었다.

Hoge(2013)의 연구에서 정신질환의 진단 및 통계편람(DSM-IV)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 89명을 두 군으로 나누어 8주간 MBSR을 시행한 결과 MBSR 군이 SME 군에 비해 HAM-A 점수가 2.62점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -5.60, 0.36](근거수준 낮음;Low). BAI 점수는 2.23점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -4.88, 0.42](근거수준 낮음;Low). CGI-S 점수는 0.43점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -0.93, 0.07](근거수준 낮음;Low).[1)]

② 연구결과의 요약

1개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 8주간 MBSR을 시행한 군이 SME 시행군 보다 HAM-A 점수가 2.62점 더 낮았으나 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음을 포함하였다[95% CI: -5.60, 0.36](근거수준 낮음;Low).

1개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 8주간 MBSR을 시행한 군이 SME 시행군 보다 BAI 점수는 2.23점 더 낮았으나 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음을 포함하였다[95% CI: -4.88, 0.42](근거수준 낮음;Low).

1개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 8주간 MBSR을 시행한 군이 SME 시

행군 보다 CGI-S 점수는 0.43점 더 낮았으나 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음을 포함하였다[95% CI: -0.93, 0.07](근거수준 낮음;Low).[1)]

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
anxiety IAT (HAM-A) (Critical)	89 (1RCT)	◉◉○○ Low[a,b]	-	-	MD 2.62 낮음 [-5.60, 0.36]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
anxiety IAT (BAI) (Critical)	89 (1RCT)	◉◉○○ Low[a,b]	-	-	MD 2.23 낮음 [-4.88, 0.42]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
severity IAT (CGI-S) (Critical)	89 (1RCT)	◉◉○○ Low[a,b]	-	-	MD 0.43 낮음 [-0.93, 0.07]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

IAT: Immediately After Treatment(치료 직후 결과); **HAM-A:** Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도); **BAI:** Beck Anxiety Inventory(벡 불안척도); **CGI-S:** Clincial Global Impression-Severity(전반적 임상 인상척도-심각도)
a: 배정순서 생성과 배정은폐가 불확실하고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않아 비뚤림 위험성이 있음
b: MD의 95% 신뢰구간이 0을 포함하여 비정밀성 영역에서 등급을 낮춤

(2) 권고안 도출에 대한 설명

성인 범불안장애 환자에서 스트레스 관리 교육(SME)에 비하여 마음챙김기반 스트레스감소 프로그램(MBSR)의 편익은 명확하지 않으며, 종합적인 근거 수준이 낮음(Low)이므로 추후 연구는 효과추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 매우 크며 추정치가 바뀔 가능성이 높다. 다만, 마음챙김기반 스트레스감소 프로그램(MBSR)은 스트레스로부터 유발된 증상 개선에 한의계를 포함한 다양한 의료현장에서 폭넓게 응용가능한 중재로, 향후 연구의 확장성을 토대로 임상적 활용 가능성을 제시할 수 있다. 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 권고등급 C를 부여한다. 즉 성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 스트레스 관리 교육(SME)에 비하여 마음챙김기반 스트레스감소 프로그램(MBSR)을 고려할 수 있다.

(3) 참고문헌

1. Hoge EA, Bui E, Marques L, et al. Randomized controlled trial of mindfulness meditation for generalized anxiety disorder: effects on anxiety and stress reactivity. The Journal of clinical psychiatry. 2013;74(8):786-92.

▣ 범불안장애 - 명상 병행치료

【R24】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 명상요법과 불안장애치료약물 병행치료를 고려해야 한다.	B/Low	각 임상질문별 참고문헌 참조 (R24-1~R24-2)

【Q24】

성인 범불안장애 환자에게 명상요법과 불안장애치료약물 병행치료는 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 불안장애 관련 증상척도를 개선시키는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 범불안장애 환자	명상요법 + 불안장애치료약물	불안장애치료약물	HAM-A SAS PSQI	한의원 및 한방병원

(1) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q24은 범불안장애 환자에 대한 명상요법과 불안장애치료약물 병행치료의 효과를 비교분석하기 위해 만들어졌다. 본 임상연구들의 근거에 따르면 범불안장애에서의 명상요법(마음챙김명상, MBCT)과 불안장애치료약물 병행치료는 불안장애치료약물 단독치료와의 비교 연구에서 불안장애 관련 증상척도 개선에 유의한 효과를 나타내는 임상 연구들이 있었다. 하위 권고안들의 근거수준과 권고방향을 고려하여 전문가 그룹의 델파이 합의를 통해 근거수준과 권고등급을 부여하였다. 하위 권고안들의 근거수준은 연구에 따라 중등도(Moderate)와 낮음(Low)이 있으므로 추후 연구를 통해 범불안장애의 범주와 효과 추정치의 확산 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 매우 크다고 판단된다. 한편, 권고의 방향은 B~C로 강도의 차이는 있으나 모든 권고안이 성인 범불안장애 환자에 명상요법을 사용하는 방향으로 도출되었다. 이에 개발그룹의 공식적 합의에 따라 근거수준 Low 권고등급 B를 부여한다. 즉, 성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 명상요법과 불안장애치료약물 병행치료를 고려해야 한다.

【R24-1】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 마음챙김명상과 불안장애치료약물 병행치료를 고려할 수 있다.	C/Low	1-2
임상적 고려사항 ● 치료 1 구성 : 마음챙김 요가, 마음챙김 걷기, 8단계 두면부 이완법 등 - 주 5회 30분 4주간 지도, 주말에 자가훈련 시행 ● 치료 2 구성 : 정좌명상, 바디스캔, 마음챙김요가, 걷기명상 등 - 6주 시행		

(1) 임상질문 Q24-1

성인 범불안장애 환자에게 마음챙김명상과 불안장애치료약물 병행치료는 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 범불안장애 환자	마음챙김명상 + 불안장애치료약물	불안장애치료약물	HAM-A PSQI	한의원 및 한방병원

HAM-A: Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도); **PSQI:** Pittsburgh Sleep Quality Index(피츠버그 수면의 질 지수), **불안장애치료약물:** 항우울제

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 2편의 무작위 배정 임상연구가 포함되었다.

Quan(2019)의 연구에서 국제 질병 분류(ICD-10)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 80명을 두 군으로 나누어 4주간 마음챙김명상을 시행한 결과 마음챙김명상과 paroxetine 병행치료군이 paroxetine 단독군에 비해 HAM-A 점수가 0.27점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -1.09, 0.55].[1)]

He(2019)의 연구에서 정신질환의 진단 및 통계편람(DSM-5)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 92명을 두 군으로 나누어 6주간 마음챙김명상을 시행한 결과 마음챙김명상과 paroxetine 병행치료군이 paroxetine 단독군에 비해 HAM-A 점수가 0.07점 더 높았으나 유의하지 않았다[95% CI: -0.49, 0.63]. PSQI 점수는 3.43점 더 낮았다[955 CI: -4.01, -2.85].[2)]

② 연구결과의 요약

2개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 4~6주간 마음챙김명상을 시행하였을 때 마음챙김명상과 paroxetine 병행치료군이 paroxetine 단독군에 비해 HAM-A 점수가 0.04점 더 낮았으나 효과추정치의 신뢰구간이 효과없음을 포함하였다[95% CI: -0.50, 0.42](근거수준 낮음;Low).

1개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 6주간 마음챙김명상을 시행하였을 때 마음챙김명상과 paroxetine 병행치료군이 paroxetine 단독군에 비해 PSQI 점수가 3.43점 더 낮았다

[95% CI: -4.01, -2.85](근거수준 중등도;Moderate).

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
anxiety IAT (HAM-A) (Critical)	172 (2RCTs)	◉◉○○ Low[a,b]	-	-	MD 0.04 낮음 [-0.50, 0.42]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
sleep IAT (PSQI) (Important)	92 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	-	-	MD 3.43 낮음 [-4.01, -2.85]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

IAT: Immediately After Treatment(치료 직후 결과); **HAM-A:** Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도); **PSQI:** Pittsburgh Sleep Quality Index(피츠버그 수면의 질 지수)
a: 배정순서 생성과 배정은폐가 불확실하고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않아 비뚤림 위험성이 있음
b: MD의 95% 신뢰구간이 0을 포함하여 비정밀성 영역에서 등급을 낮춤

(2) 권고안 도출에 대한 설명

성인 범불안장애 환자에서 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 마음챙김명상과 불안장애치료약물 병행치료의 편익은 명확하지 않으며, 종합적인 근거 수준이 낮음(Low)이므로 추후 연구는 효과추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 매우 크며 추정치가 바뀔 가능성이 높다. 다만, 마음챙김명상은 불교의 전통적인 수행방법에 근거한 치료중재로서, 한국인의 문화와 정서에 부합하여 활용 가능성이 높다고 판단된다. 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 권고등급 C를 부여한다. 즉 성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 마음챙김명상과 불안장애치료약물 병행치료를 고려할 수 있다.

(3) 참고문헌

1. 全丽丽, 林一冰, 邓玉瓶. 正念运动结合心理护理应用于广泛性焦虑障碍患者的效果分析. 中外医疗. 2019;38(28):114-7.
2. 贺建军, 张晓莉, 李雪萍. 正念疗法联合帕罗西汀治疗对广泛性焦虑症患者睡眠功能的影响. 国际精神病学杂志. 2019;46(02):273-5, 296.

【R24-2】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 마음챙김기반 인지치료(MBCT)와 불안장애치료약물 병행치료를 고려해야 한다.	B/Moderate	1-2

임상적 고려사항

● 치료 1, 2 구성 : 연구에서 시행된 MBCT는 다음의 내용으로 구성되어 있다.
1주차 : 질병 교육과 치료내용 소개, 관계 구축하기
2주차 : 건포도 명상, 바디스캔
3~4주차 : 마음챙김 걷기 · 호흡운동으로 판단하지 않고 감정 마주하기
5주차 : 딜레마 탐색 연습으로 모든 것이 바뀔 수 있음을 깨닫기
6~7주차 : 마음챙김인지가 어떻게 감정을 완화시킬 수 있는지 체험하기(3분 호흡 공간 운동)
8주차 : 바디스캔, 마음챙김 검토, 복습 및 지속적 활용
– 주2회 1시간 8주 시행

(1) 임상질문 Q24-2

성인 범불안장애 환자에게 마음챙김기반 인지치료(MBCT)와 불안장애치료약물 병행치료는 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 범불안장애 환자	MBCT + 불안장애치료약물	불안장애치료약물	HAM-A SAS	한의원 및 한방병원

MBCT: Mindfulness Based Cognitive Therapy(마음챙김 기반 인지치료), **HAM-A:** Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도); **SAS:** The Zung Self-Rating Anxiety Scale(자가평가 불안척도), **불안장애치료약물:** 항우울제

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 2편의 무작위 배정 임상연구가 포함되었다.

Sun(2018)의 연구에서 국제 질병 분류(ICD-10)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 72명을 두 군으로 나누어 8주간 MBCT를 시행한 결과 MBCT와 escitalopram 병행치료군이 escitalopram 단독군에 비해 HAM-A 점수가 4.83점 더 낮았다[95% CI: -6.38, -3.28]. SAS 점수는 6.61점 더 낮았다[95% CI: -8.73, -4.49].[1)]

Wang(2019)의 연구에서 국제 질병 분류(ICD-10)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 92명을 두 군으로 나누어 8주간 MBCT를 시행한 결과 MBCT와 escitalopram 병행치료군이 escitalopram 단독군에 비해 HAM-A 점수가 5.85점 더 낮았다[95% CI: -7.00, -4.70].[2)]

② 연구결과의 요약

2개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 8주간 MBCT를 시행하였을 때 MBCT와 escitalopram 병행치료군이 escitalopram 단독군에 비해 HAM-A 점수가 5.49점 더 낮았다[95% CI: -6.41, -4.56](근거수준 중등도;Moderate).

1개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 8주간 MBCT를 시행하였을 때 MBCT와 escitalopram 병행치료군이 escitalopram 단독군에 비해 SAS 점수가 6.61점 더 낮았다[95% CI: -8.73, -4.49](근거수준 중등도;Moderate).

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
anxiety IAT (HAM-A) (Critical)	164 (2RCTs)	◉◉◉○ Moderate[a]	-	-	MD 5.49 낮음 [-6.41, -4.56]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
anxiety IAT (SAS) (Critical)	72 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	-	-	MD 6.61 낮음 [-8.73, -4.49]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

IAT: Immediately After Treatment(치료 직후 결과); **HAM-A:** Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도); **SAS:** The Zung Self-Rating Anxiety Scale(자가평가 불안척도)
a: 배정순서 생성과 배정은폐가 불확실하고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않아 비뚤림 위험성이 있음

(2) 권고안 도출에 대한 설명

성인 범불안장애 환자에서 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 MBCT와 불안장애치료약물 병행치료의 편익은 신뢰할 만하며, 종합적인 근거 수준이 중등도(Moderate)이므로 추후 연구로 효과추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 것이며 추정치가 바뀔 수도 있다. MBCT는 기존의 인지치료에 마음챙김명상의 요소를 접목하여 개발된 치료중재로서, 정신과 관련 임상증상에 폭넓게 활용될 수 있다고 판단된다. 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 권고등급 B를 부여한다. 즉 성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 MBCT와 불안장애치료약물 병행치료를 고려해야 한다.

(3) 참고문헌

1. 孙磊, 陈清刚, 王莹, 王川, 邹琳. 艾司西酞普兰联合正念认知疗法对广泛性焦虑障碍患者临床症状和生活质量的效果. 四川精神卫生. 2018;31(05):428-31.
2. 王荷婷. 观察艾司西酞普兰联合MBCT对46例广泛性焦虑障碍患者的影响. 全科口腔医学电子杂志. 2019;6(30):152-3.

▣ 공황장애 - 명상 병행치료

【R25】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 공황장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 명상요법과 불안장애치료약물 병행치료를 고려할 수 있다.	C/Low	1

임상적 고려사항

● 치료 구성 : 연구에서 시행된 MBCT는 다음의 내용으로 구성되어 있다.
1주차 : 치료 관계 설정, 그룹치료 소개
2~3주차 : 건포도 명상, 바디스캔, 1분명상
4~6주차 : 음악, 소리 및 사고 명상에 대한 마음챙김
7주차 : 삶의 평가 선택
8주차 : 치료활동 검토 및 요약, 이후 개인훈련 반복
- 주 1회 8주 시행

【Q25】

성인 공황장애 환자에게 명상요법과 불안장애치료약물 병행치료는 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 불안장애 관련 증상척도를 개선시키는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 공황장애 환자	명상요법 + 불안장애치료약물	불안장애치료약물	PDSS STAI-S STAI-T	한의원 및 한방병원

① 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q25는 공황장애 환자에 대한 명상요법과 불안장애치료약물 병행치료 효과를 비교분석하기 위해 만들어졌다. 본 임상연구의 근거에 따르면 공황장애에서의 명상요법과 불안장애치료약물 병행치료는 불안장애치료약물과의 비교 연구에서 불안장애 관련 증상척도의 개선에 있어 대조군보다 더 나은 효과를 보여주지 않았으나, 향후 다른 처방의 연구 결과에 따라 명상요법과 불안장애치료약물 병행치료의 임상적 활용도는 바뀔 수 있다. 하위 권고안들의 근거수준과 권고 방향을 고려하여 전문가 그룹의 델파이 합의를 통해 근거수준과 권고등급을 부여하였다. 하위 권고안들의 근거수준은 포함된 모든 연구에서 낮음(Low)이므로 추후 연구를 통해 공황장애의 범주와 효과 추정치의 확산 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 매우 크다고 판단된다. 한편, 권고의 방향은 모두 C로 모든 권고안이 공황장애 환자에 명상요법과 불안장애치료약물 병행치료를 사용할 수 있다고 도출되었다. 이에 공식적 합의에 따라 근거수준 Low 권고등급 C를 부여한다. 즉, 성인 공황장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물에 비하여 명상요법과 불안장애치료약물 병행치료를 고려할 수 있다

(1) 임상질문 Q25-1

성인 공황장애 환자에게 마음챙김기반 인지치료(MBCT)와 불안장애치료약물 병행치료는 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 공황장애 환자	MBCT + 불안장애치료약물	불안장애치료약물	PDSS STAI-S STAI-T	한의원 및 한방병원

PDSS: Panic Disorder Severity Scale(공황장애 심각도 척도); **STAI-S:** State-Trait Anxiety Inventory-State(상태-특성 불안척도-상태불안); **STAI-T:** State-Trait Anxiety Inventory-Trait(상태-특성 불안척도-특성불안), **불안장애치료약물:** 항우울제

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 1편의 무작위 배정 임상연구가 포함되었다.

Zhang(2019)의 연구에서 국제 질병 분류(ICD-10)의 진단기준을 만족하는 공황장애 환자 109명을 두 군으로 나누어 12주간 MBCT를 시행한 결과 MBCT와 항우울제(SSRI) 병행치료군이 항우울제(SSRI) 단독군에 비해 PDSS 점수가 1.22점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -3.19, 0.75](근거수준 낮음;Low). STAI-S 점수는 2.85점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -8.12, 2.42](근거수준 낮음;Low). STAI-T 점수는 2.43점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -6.33, 1.47](근거수준 낮음;Low).[1)]

② 연구결과의 요약

1개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 공황장애 환자에게 12주간 MBCT와 항우울제(SSRI)를 병행치료 하였을 때, 항우울제(SSRI) 단독군 보다 PDSS 점수가 1.22점 더 낮았으나 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음을 포함하였다[95% CI: -3.19, 0.75](근거수준 낮음;Low).

1개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 공황장애 환자에게 12주간 MBCT와 항우울제(SSRI)를 병행치료 하였을 때, 항우울제(SSRI) 단독군 보다 STAI-S 점수는 2.85점 더 낮았으나 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음을 포함하였다[95% CI: -8.12, 2.42](근거수준 낮음;Low).

1개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 공황장애 환자에게 12주간 MBCT와 항우울제(SSRI)를 병행치료 하였을 때, 항우울제(SSRI) 단독군 보다 STAI-T 점수는 2.43점 더 낮았으나 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음을 포함하였다[95% CI: -6.33, 1.47](근거수준 낮음;Low).

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
PD IAT (PDSS) (Critical)	109 (1RCT)	◉◉○○ Low[a,b]	–	–	MD 1.22 낮음 [−3.19, 0.75]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
anxiety IAT (STAI-S) (Critical)	109 (1RCT)	◉◉○○ Low[a,b]	–	–	MD 2.85 낮음 [−8.12, 2.42]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
anxiety IAT (STAI-T) (Critical)	109 (1RCT)	◉◉○○ Low[a,b]	–	–	MD 2.43 낮음 [−6.33, 1.47]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

IAT: Immediately After Treatment(치료 직후 결과); **PDSS:** Panic Disorder Severity Scale(공황장애 심각도 척도); **STAI-S:** State-Trait Anxiety Inventory-State(상태-특성 불안척도-상태불안); **STAI-T:** State-Trait Anxiety Inventory-Trait(상태-특성 불안척도-특성불안)
a: 배정순서 생성과 배정은폐가 불확실하고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않아 비뚤림 위험성이 있음
b: MD의 95% 신뢰구간이 0을 포함하여 비정밀성 영역에서 등급을 낮춤

(2) 권고안 도출에 대한 설명

성인 공황장애 환자에서 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 MBCT와 불안장애치료약물 병행치료의 편익은 명확하지 않으며, 종합적인 근거 수준이 낮음(Low)이므로 추후 연구는 효과추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 매우 크며 추정치가 바뀔 가능성이 높다. 다만, MBCT는 기존의 인지치료에 마음챙김명상의 요소를 접목하여 개발된 치료중재로서, 정신과 관련 임상증상에 폭넓게 활용될 수 있다고 판단된다. 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 권고등급 C를 부여한다. 즉 성인 공황장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 MBCT와 불안장애치료약물 병행치료를 고려할 수 있다.

(3) 참고문헌

1. 张宇珊, 唐蕊, 罗小清, 卓瑜. 探究团体正念认知疗法对惊恐障碍的疗效. 神经损伤与功能重建. 2019;14(11):557-9, 564.

▣ 외상후 스트레스장애 - 명상 단독치료

【R26】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 외상후 스트레스장애 환자의 증상 개선을 위해 명상요법을 고려할 수 있다.	C/Low	각 임상질문별 참고문헌 참조 (R26-1~R26-4)

【Q26】

성인 외상후 스트레스장애 환자에게 명상요법은 임상적 치료 또는 무처치군에 비하여 불안장애 관련 증상척도를 개선시키는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 외상후 스트레스장애 환자	명상요법	임상적 치료 또는 무처치군	CAPS MASQ PCL PCL-M PSS BDI PHQ-9 PSQI GPSE GIC	한의원 및 한방병원

(1) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q26은 외상후 스트레스장애 환자에 대한 명상요법의 효과를 비교분석하기 위해 만들어졌다. 본 임상연구의 근거에 따르면 외상후 스트레스장애에서의 명상요법(마음챙김명상, MBSR, 초월명상, 호흡명상)은 현재 중심 그룹치료(PCGT), 외상후 스트레스장애 건강교육(PTSD health education: 외상후 스트레스의 징후, 동반 질환, 식단과 운동, 생활방식의 변화, 약물남용 등을 포함하는 소그룹 교육), 무처치대기군과의 비교 연구에서 불안장애 관련 증상척도 개선에 유의한 효과를 나타내는 임상 연구들이 있었다. 하위 권고안들의 근거수준과 권고 방향을 고려하여 전문가 그룹의 델파이 합의를 통해 근거수준과 권고등급을 부여하였다. 하위 권고안들의 근거수준은 연구에 따라 중등도(Moderate)와 낮음(Low)이 많으므로 추후 연구를 통해 외상후 스트레스장애의 범주와 효과 추정치의 확산 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 매우 크다고 판단된다. 한편, 권고의 방향은 B~C로 강도의 차이는 있으나 모든 권고안이 성인 외상후 스트레스장애 환자에 명상요법을 사용하는 방향으로 도출되었다. 이에 개발그룹의 공식적 합의에 따라 근거수준 Low 권고등급 C를 부여한다. 즉, 성인 외상후 스트레스장애 환자의 증상 개선을 위해 명상요법을 고려할 수 있다.

【R26-1】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 외상후 스트레스장애 환자의 증상 개선을 위해 무처치군에 비하여 마음챙김명상을 고려할 수 있다.	C/Low	1

임상적 고려사항

- 치료 구성 : 마음챙김의 정의와 개념에 대해 설명과 질의응답한 뒤, 오디오 안내명상을 이용하여 바디스캔 위주의 마음챙김명상
  - 주 1회 6주 시행

(1) 임상질문 Q26-1

성인 외상후 스트레스장애 환자에게 마음챙김명상은 무처치대기군에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 외상후 스트레스 장애 환자	마음챙김명상	무처치군 (Sitting Quietly)	PCL PSS BDI PSQI GPSE GIC	한의원 및 한방병원

PCL: PTSD Checklist(외상후 스트레스장애 체크리스트); **PSS:** Perceived Stress Scale(지각된 스트레스 척도); **BDI:** Beck Depression Inventory(벡 우울척도); **PSQI:** Pittsburgh Sleep Quality Index(피츠버그 수면의 질 지수); **GPSE:** General Perceived Self Efficacy Scale(일반적 자기효능감 척도); **GIC:** Global Impression of Change(전반적 인상 척도)

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 1편의 무작위 배정 임상연구가 포함되었다.

Wahbeh(2016)의 연구에서 정신질환의 진단 및 통계편람(DSM-IV)의 진단기준을 만족하는 외상후 스트레스장애 환자 52명을 두 군으로 나누어 6주간 마음챙김명상을 시행한 결과 마음챙김명상군이 무처치군(sitting quietly)에 비해 PCL 점수가 0.80점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -5.77, 4.17](근거수준 낮음;Low). PSS 점수는 3.50점 더 낮았다[95% CI: -6.44, -0.56](근거수준 중등도;Moderate). BDI 점수는 6.60점 더 낮았다[95% CI: -13.17, -0.03](근거수준 중등도;Moderate). PSQI 점수는 2.60점 더 낮았다[95% CI: -4.83, -0.37](근거수준 중등도;Moderate). GPSE 점수는 2.00점 더 높았으나 유의하지 않았다[95% CI: -0.72, 4.72](근거수준 낮음;Low). GIC 점수는 0.46점 더 높았다[95% CI: 0.08, 0.84](근거수준 중등도;Moderate).[1)]

② 연구결과의 요약

1개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 외상후 스트레스 환자에게 6주간 마음챙김명상 치료군이 무처치군(sitting quietly) 보다 PCL 점수가 0.80점 더 낮았으나 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음을 포함하였다[95% CI: -5.77, 4.17](근거수준 낮음;Low).

1개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 외상후 스트레스 환자에게 6주간 마음챙김명상 치료군이 무처치군(sitting quietly) 보다 PSS 점수는 3.50점 더 낮았다[95% CI: -6.44, -0.56](근거수준 중등도;-Moderate).

1개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 외상후 스트레스 환자에게 6주간 마음챙김명상 치료군이 무처치군(sitting quietly) 보다 BDI 점수는 6.60점 더 낮았다[95% CI: -13.17, -0.03](근거수준 중등도;-Moderate).

1개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 외상후 스트레스 환자에게 6주간 마음챙김명상 치료군이 무처치군(sitting quietly) 보다 PSQI 점수는 2.60점 더 낮았다[95% CI: -4.83, -0.37](근거수준 중등도;-Moderate).

1개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 외상후 스트레스 환자에게 6주간 마음챙김명상 치료군이 무처치군(sitting quietly) 보다 GIC 점수는 0.46점 더 높았다[95% CI: 0.08, 0.84](근거수준 중등도;-Moderate).

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
PTSD IAT (PCL) (Critical)	52 (1RCT)	◉◉○○ Low[a,b]	–	–	MD 0.80 낮음 [−5.77, 4.17]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
PTSD IAT (PSS) (Critical)	52 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	–	–	MD 3.50 낮음 [−6.44, −0.56]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
depression IAT (BDI) (Important)	52 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	–	–	MD 6.60 낮음 [−13.17, −0.03]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
sleep IAT (PSQI) (Important)	52 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	–	–	MD 2.60 낮음 [−4.83, −0.37]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
efficacy IAT (GPSE) (Important)	52 (1RCT)	◉◉○○ Low[a,b]	–	–	MD 2.00 높음 [−0.72, 4.72]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
efficacy IAT (GIC) (Important)	52 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	–	–	MD 0.46 높음 [0.08, 0.84]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함

IAT: Immediately After Treatment(치료 직후 결과); **PCL:** PTSD Checklist(외상후 스트레스장애 체크리스트); **PSS:** Perceived stress Scale(지각된 스트레스 척도); **BDI:** Beck Depression Inventory(벡 우울척도); **PSQI:** Pittsburgh Sleep Quality Index(피츠버그 수면의

질 지수); **GPSE:** General Perceived Self Efficacy Scale(일반적 자기효능감 척도); **GIC:** Global Impression of Change(전반적 인상 척도)
a: 배정은폐가 불확실하고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않아 비뚤림 위험성이 있음
b: MD의 95% 신뢰구간이 0을 포함하여 비정밀성 영역에서 등급을 낮춤

(2) 권고안 도출에 대한 설명

성인 외상후 스트레스장애 환자에서 무처치대기군에 비하여 마음챙김명상의 편익은 명확하지 않으며, 종합적인 근거 수준이 낮음(Low)이므로 추후 연구는 효과추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 매우 크며 추정치가 바뀔 가능성이 높다. 다만, 마음챙김명상은 불교의 전통적인 수행방법에 근거한 치료중재로서, 한국인의 문화와 정서에 부합하여 활용가능성이 높다고 판단된다. 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 권고등급 C를 부여한다. 즉 성인 외상후 스트레스장애 환자의 증상 개선을 위해 무처치군에 비하여 마음챙김명상을 고려할 수 있다.

(3) 참고문헌

1. Wahbeh H, Goodrich E, Goy E, Oken B. Mechanistic Pathways of Mindfulness Meditation in Combat Veterans With Posttraumatic Stress Disorder [Randomized Controlled Trial; Research Support, N.I.H., Extramural]. Journal of clinical psychology. 2016;72(4):365-3.

【R26-2】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 외상후 스트레스장애 환자의 증상 개선을 위해 현재 중심 그룹치료(PCGT)에 비하여 마음챙김기반 스트레스감소 프로그램(MBSR)을 고려할 수 있다.	C/Low	1

임상적 고려사항

● 치료 구성 : 연구에서 시행된 MBSR은 다음의 내용으로 구성되어 있다.

1. 바디스캔 명상
2. 정좌명상
3. 마음챙김 하타요가

- 8주 9회기로 시행, 명상 CD를 제공하여 매일 30분 개인연습

(1) 임상질문 Q26-2

성인 외상후 스트레스장애 환자에게 마음챙김기반 스트레스감소 프로그램(MBSR)은 현재 중심 그룹치료(PCGT)에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 외상후 스트레스장애 환자	MBSR	PCGT	CAPS	한의원 및 한방병원

MBSR: Mindfulness Based Stress Reduction(마음챙김 기반 스트레스 감소 프로그램); **PCGT:** Present-Centered Group Therapy(현재 중심 그룹치료), **CAPS:** Clinician-Admistered PTSD Scale(임상가용 외상후 스트레스장애 척도)

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 1편의 무작위 배정 임상연구가 포함되었다.

Douglas(2017)의 연구에서 정신질환의 진단 및 통계편람(DSM-IV)의 진단기준을 만족하는 외상후 스트레스장애 환자 17명을 두 군으로 나누어 8주간 MBSR을 시행한 결과 MBSR군이 PCGT군에 비해 CAPS 점수가 15.00점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -31.70, 1.70](근거수준 낮음;Low).[1)]

② 연구결과의 요약

1개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 외상후 스트레스 환자에게 8주간 MBSR을 시행한 군이 PCGT 시행군 보다 CAPS 점수가 15.00점 더 낮았으나 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음을 포함하였다[95% CI: -31.70, 1.70](근거수준 낮음;Low).

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
PTSD IAT (CAPS) (Critical)	17 (1RCT)	◉◉○○ Low[a,b]	–	–	MD 15.00 낮음 [−31.70, 1.70]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

IAT: Immediately After Treatment(치료 직후 결과); **CAPS:** Clinician-Admistered PTSD Scale(임상가용 외상후 스트레스장애 척도)
a: 배정은폐가 불확실하고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않아 비뚤림 위험성이 있음
b: MD의 95% 신뢰구간이 0을 포함하여 비정밀성 영역에서 등급을 낮춤

(2) 권고안 도출에 대한 설명

성인 외상후 스트레스장애 환자에서 PCGT에 비해 MBSR의 편익은 명확하지 않으며, 종합적인 근거 수준이 낮음(Low)이므로 추후 연구는 효과추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 매우 크며 추정치가 바뀔 가능성이 높다. 다만, MBSR은 스트레스로부터 유발된 증상 개선에 한의계를 포함한 다양한 의료현장에서 폭넓게 응용가능한 중재로, 향후 연구의 확장성을 토대로 임상적 활용 가능성을 제시할 수 있다. 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 권고등급 C를 부여한다. 즉 성인 외상후 스트레스장애 환자의 증상 개선을 위해 PCGT에 비하여 MBSR을 고려할 수 있다.

(3) 참고문헌

1. Douglas BJ, Mishra S, Campanella C, et al. A pilot study of the effects of mindfulness-based stress reduction on post-traumatic stress disorder symptoms and brain response to traumatic reminders of combat in Operation Enduring Freedom/ Operation Iraqi Freedom combat veterans with post-traumatic stress disorder [Journal: Article]. Frontiers in psychiatry. 2017;8:157.

【R26-3】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 외상후 스트레스장애 환자의 증상 개선을 위해 외상후 스트레스장애 건강교육에 비하여 초월명상을 고려해야 한다.	B/Moderate	1

임상적 고려사항

- 치료 구성 : 초월 명상은 현재 순간에 집중하는 마음챙김과는 달리, 집중이나 묵상없이 쉽게 만트라(소리)를 생각하여 점진적으로 안정된 각성 상태에 도달하게 하는 명상법이다.

– 개별 개인교육 1회를 포함한 5회기로 시행, 이후 3개월간 매일 2회 20분씩 개인훈련

(1) 임상질문 Q26-3

성인 외상후 스트레스장애 환자에게 초월명상은 외상후 스트레스장애 건강교육에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 외상후 스트레스장애 환자	초월명상	외상후 스트레스장애 건강교육	CAPS PCL-M PHQ-9	한의원 및 한방병원

CAPS: Clinician-Admistered PTSD Scale(임상가용 외상후 스트레스장애 척도); **PCL-M:** Post-traumatic stress disorder Checklist-Military(외상후 스트레스장애 체크리스트-군인용); **PHQ-9:** Patient Health Questionnaire-9(우울증 선별도구), **외상후 스트레스장애 건강교육 :** 외상후 스트레스의 징후, 동반 질환, 식단과 운동, 생활방식의 변화, 약물남용 등을 포함하는 소그룹 교육

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 1편의 무작위 배정 임상연구가 포함되었다.

Nidich(2018)의 연구에서 정신질환의 진단 및 통계편람(DSM-IV)의 진단기준을 만족하는 외상후 스트레스장애 환자 134명을 두 군으로 나누어 8주간 초월명상을 시행한 결과 초월명상군이 외상후 스트레스장애 건강교육에 비해 CAPS 점수가 10.70점 더 낮았다[95% CI: -20.82, -0.58](근거수준 높음;High). PCL-M 점수는 8.30점 더 낮았다[95% CI: -13.99, -2.61](근거수준 높음;High). PHQ-9 점수는 3.80점 더 낮았다[95% CI: -6.15, -1.45](근거수준 높음;High).[1)]

② 연구결과의 요약

1개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 외상후 스트레스 환자에게 12주간 초월명상군을 시행하였을 때, 외상후 스트레스장애 건강교육군 보다 CAPS 점수가 10.70점 더 낮았다[95% CI: -20.82, -0.58](근거수준 높음;High).

1개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 외상후 스트레스 환자에게 12주간 초월명상군을 시행하였을 때, 외상후 스트레스장애 건강교육군 보다 PCL-M 점수는 8.30점 더 낮았다[95% CI: -13.99, -2.61](근거수준 높음;High).

1개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 외상후 스트레스 환자에게 12주간 초월명상군을 시행하였

을 때, 외상후 스트레스장애 건강교육군 보다 PHQ-9 점수는 3.80점 더 낮았다[95% CI: -6.15, -1.45] (근거수준 높음;High).

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
PTSD IAT (CAPS) (Critical)	134 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	-	-	MD 10.70 낮음 [-20.82, -0.58]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
PTSD IAT (PCL-M) (Critical)	134 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	-	-	MD 8.30 낮음 [-13.99, -2.61]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
depression IAT (PHQ-9) (Important)	134 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	-	-	MD 3.80 낮음 [-6.15, -1.45]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

IAT: Immediately After Treatment(치료 직후 결과); **CAPS:** Clinician-Admistered PTSD Scale(임상가용 외상후 스트레스장애 척도); **PCL-M:** Post-traumatic stress disorder Checklist-Military(외상후 스트레스장애 체크리스트-군인용); **PHQ-9:** Patient Health Questionnaire-9(우울증 선별도구)
a: 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않아 비뚤림 위험성이 있음

(2) 권고안 도출에 대한 설명

성인 외상후 스트레스장애 환자에서 외상후 스트레스장애 건강교육에 비해 초월명상의 편익은 신뢰할 만하며, 종합적인 근거 수준이 중등도(Moderate)이므로 추후 연구로 효과추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 것이며 추정치가 바뀔 수도 있다. 초월명상은 만트라 명상의 일종으로, 힌두교의 전통적인 수행법을 현대사회에 도입하기 위해 간소화되어있다. 따라서 진료현장에서의 사용뿐만 아니라, 환자교육을 통한 자가수행이 가능한 치료적 중재로 폭넓게 활용 가능하다. 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 권고등급 B를 부여한다. 즉 성인 외상후 스트레스장애 환자의 증상 개선을 위해 외상후 스트레스장애 건강교육에 비하여 초월명상을 고려해야 한다.

(3) 참고문헌

1. Nidich S, Mills P, Rainforth M, et al. Non-trauma-focused meditation versus exposure therapy in veterans with post-traumatic stress disorder: a randomised controlled trial [Randomized Controlled Trial]. The lancet Psychiatry. 2018;5(12):975-86.

【R26-4】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 외상후 스트레스장애 환자의 증상 개선을 위해 무처치대기군에 비하여 호흡명상을 고려할 수 있다.	C/Low	1

임상적 고려사항

- 치료 구성 : 3단계의 느린 호흡(분당 2-4회), 복근을 이용한 강한 호흡, 만트라 '옴'의 반복, 고유한 형태의 주기적 호흡으로 구성된 Sudarshan Kriya
  - 매일 3시간 7일 그룹치료 시행, 매일 20분 2회 12주 개인훈련

(1) 임상질문 Q26-4

성인 외상후 스트레스장애 환자에게 호흡명상은 무처치대기군에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 외상후 스트레스 장애 환자	호흡명상	무처치대기군	PCL-M MASQ	한의원 및 한방병원

CAPS: Clinician-Administered PTSD Scale(임상가용 외상후 스트레스장애 척도); **MASQ:** Mood and Anxiety Symptom Questionnaire(기분 및 불안 증상 질문지)

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 1편의 무작위 배정 임상연구가 포함되었다.

Seppala(2014)의 연구에서 이라크나 아프가니스탄 참전 경험이 있는 21명의 성인 외상후 스트레스 장애 환자 21명을 두 군으로 나누어 1주간 호흡명상을 시행한 결과 호흡명상군이 무처치대기군에 비해 PCL-M 점수가 6.50점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -16.66, 3.66](근거수준 낮음; Low). MASQ 점수는 20.00점 더 낮았다[95% CI: -39.79, -0.21](근거수준 중등도; Moderate).[1)]

② 연구결과의 요약

1개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 외상후 스트레스 환자에게 1주간 호흡명상군을 시행하였을 때, 무처치대기군 보다 PCL-M 점수가 6.50점 더 낮았으나 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음을 포함하였다[95% CI: -16.66, 3.66](근거수준 낮음; Low).

1개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 외상후 스트레스 환자에게 1주간 호흡명상군을 시행하였을 때, 무처치대기군 보다 MASQ 점수는 20.00점 더 낮았다[95% CI: -39.79, -0.21](근거수준 중등도; Moderate).

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
PTSD IAT (PCL-M) (Critical)	21 (1RCT)	◉◉○○ Low[a,b]	-	-	MD 6.50 낮음 [-16.66, 3.66]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
anxiety IAT (MASQ) (Critical)	21 (1RCT)	◉◉◉○ Moderatae[a]	-	-	MD 20.00 낮음 [-39.79, -0.21]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

IAT: Immediately After Treatment(치료 직후 결과); **CAPS:** Clinician-Admistered PTSD Scale(임상가용 외상후 스트레스장애 척도); **MASQ:** Mood and Anxiety Symptom Questionnaire(기분 및 불안 증상 질문지)
a: 배정은폐가 불확실하고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않아 비뚤림 위험성이 있음
b: MD의 95% 신뢰구간이 0을 포함하여 비정밀성 영역에서 등급을 낮춤

(2) 권고안 도출에 대한 설명

성인 외상후 스트레스장애 환자에서 무처치대기군에 비하여 호흡명상의 편익은 명확하지 않으며, 종합적인 근거 수준이 낮음(Low)이므로 추후 연구는 효과추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 매우 크며 추정치가 바뀔 가능성이 높다. 호흡명상은 적용의 용이성으로 인해 다양한 정신질환 관련 임상증상에 폭넓게 활용가능한 중재로 판단된다. 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 권고등급 C를 부여한다. 즉 성인 외상후 스트레스장애 환자의 증상 개선을 위해 무처치대기군에 비하여 호흡명상을 고려할 수 있다.

(3) 참고문헌

1. Seppala EM, Nitschke JB, Tudorascu DL, et al. Breathing-based meditation decreases posttraumatic stress disorder symptoms in U.S. military veterans: a randomized controlled longitudinal study. Journal of traumatic stress. 2014;27(4):397-405.

▣ 외상후 스트레스장애 - 명상 병행치료

【 R27 】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 외상후 스트레스장애 환자의 증상 개선을 위해 명상요법, 정신요법과 불안장애치료약물의 병행치료를 고려해야 한다.	B/Low	각 임상질문별 참고문헌 참조 (R27-1~R27-2)

【 Q27 】

성인 외상후 스트레스장애 환자에게 명상요법, 정신치료와 불안장애치료약물 병행치료는 정신치료와 불안장애치료약물 병행치료에 비하여 불안장애 관련 증상척도를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 외상후 스트레스장애 환자	명상요법+정신치료+불안장애치료약물	정신치료 + 불안장애치료약물	CAPS PCL PCL-5 DASS-anxiety PHQ-9	한의원 및 한방병원

(1) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q27은 외상후 스트레스장애 환자에 대한 명상요법(MBCT, MBSR)과 불안장애치료약물과의 병행치료의 효과를 비교분석하기 위해 만들어졌다. 본 임상연구의 근거에 따르면 외상후 스트레스장애에서의 명상요법과 불안장애치료약물 병행치료 비교 연구에서 불안장애 평가 지표에서 유의한 효과를 나타내는 임상 연구가 있었다. 하위 권고안들의 근거수준과 권고 방향을 고려하여 전문가 그룹의 델파이 합의를 통해 근거수준과 권고등급을 부여하였다. 하위 권고안들의 근거수준은 연구에 따라 중등도(Moderate)와 낮음(Low)이 많으므로 추후 연구를 통해 외상후 스트레스장애의 범주와 효과추정치의 확산 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 매우 크다고 판단된다. 한편, 권고의 방향은 B~C로 강도의 차이는 있으나 모든 권고안이 성인 외상후 스트레스장애 환자에 명상요법을 사용하는 방향으로 도출되었다. 이에 개발그룹의 공식적 합의에 따라 근거수준 Low 권고등급 B를 부여한다. 즉, 성인 외상후 스트레스장애 환자의 증상 개선을 위해 정신요법과 불안장애치료약물 병행치료에 비하여 명상요법, 정신요법과 불안장애치료약물의 병행치료를 고려해야 한다.

【R27-1】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 외상후 스트레스장애 환자의 증상 개선을 위해 치료적 사회활동과 불안장애치료약물 병행치료에 비하여 마음챙김기반 인지치료(MBCT)와 불안장애치료약물 병행치료를 고려해야 한다.	B/Moderate	1

임상적 고려사항

● 치료 구성 : 연구에서 시행된 MBCT는 다음의 내용으로 구성되어 있다.

1. 치료그룹 형성
2. 장애물 다루기
3. 마음챙김 호흡법
4. 현재에 머무르기
5. 존재를 받아들이기
6. 사실이 아닌 생각들
7. 최상의 형태로 자신을 돌보기
8. 토론 및 적용

– 주 1회 60~70분, 8주 시행

(1) 임상질문 Q27-1

성인 외상후 스트레스장애 환자에게 MBCT, 정신치료와 불안장애치료약물 병행치료는 치료적 사회활동과 불안장애치료약물 병행치료에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 외상후 스트레스장애 환자	MBCT+정신치료+불안장애치료약물	치료적 사회활동 + 불안장애치료약물	PCL-5 DASS-anxiety	한의원 및 한방병원

MBCT: Mindfulness Based Cognitive Therapy(마음챙김 기반 인지치료), **PCL-5:** PTSD Checklist-5(외상후 스트레스장애 체크리스트); **DASS:** Depression, Anxiety and Stress Scale(우울 불안 및 스트레스 척도), **불안장애치료약물:** 항우울제; **외상후 스트레스 장애 치료적 사회활동:** 일상생활 경험 교환, 복약 순응도 확인, 사교행위를 포함한 소규모 그룹활동, **정신요법:** 인지행동치료

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 1편의 무작위 배정 임상연구가 포함되었다.

Jasbi(2018)의 연구에서 정신질환의 진단 및 통계편람(DSM-5)의 진단기준을 만족하는 외상후 스트레스장애 환자 48명을 두 군으로 나누어 8주간 MBCT를 시행한 결과 MBCT와 시탈로프람(citalopram: SSRIs계의 항우울제) 병행치료군이 치료적 사회활동과 citalopram 병행치료군에 비해 PCL-5 intrusion 점수가 3.75점 더 낮았다[95% CI: -5.00, -2.50](근거수준 중등도;Moderate). PCL-5 avoidance 점수는 1.16점 더 낮았다[95% CI: -2.21, -0.21](근거수준 중등도;Moderate). PCL-5 cognitions and mood 점수는 7.34점 더 낮았다[95% CI: -8.33, -6.35](근거수준 중등도;Moderate). PCL-5 arousal and reactivity 점수는 4.67점 더 낮았다[95% CI: -5.70, -3.64](근거수준 중등도;Moderate). DASS anxiety 점수는 2.92점 더 낮았다[-4.04, -1.80](근거수준 중등도;Moderate).[1)]

② 연구결과의 요약

1개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 외상후 스트레스 환자에게 8주간 MBCT와 citalopram 병행 치료한 군이 치료적 사회활동과 citalopram 병행군 보다 PCL-5 intrusion 점수가 3.75점 더 낮았다[95% CI: -5.00, -2.50](근거수준 중등도;Moderate).

1개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 외상후 스트레스 환자에게 8주간 MBCT와 citalopram 병행 치료한 군이 치료적 사회활동과 citalopram 병행군 보다 PCL-5 avoidance 점수는 1.16점 더 낮았다[95% CI: -2.21, -0.21](근거수준 중등도;Moderate).

1개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 외상후 스트레스 환자에게 8주간 MBCT와 citalopram 병행 치료한 군이 치료적 사회활동과 citalopram 병행군 보다 PCL-5 cognitions and mood 점수는 7.34점 더 낮았다[95% CI: -8.33, -6.35](근거수준 중등도;Moderate).

1개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 외상후 스트레스 환자에게 8주간 MBCT와 citalopram 병행 치료한 군이 치료적 사회활동과 citalopram 병행군 보다 PCL-5 arousal and reactivity 점수는 4.67점 더 낮았다[95% CI: -5.70, -3.64](근거수준 중등도;Moderate).

1개의 무작위 배정 임상 연구에서, 성인 외상후 스트레스 환자에게 8주간 MBCT와 citalopram 병행 치료한 군이 치료적 사회활동과 citalopram 병행군 보다 DASS anxiety 점수는 2.92점 더 낮았다[-4.04, -1.80](근거수준 중등도;Moderate).

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
PTSD IAT (PCL-5 intrusion) (Critical)	48 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	-	-	MD 3.75 낮음 [-5.00, -2.50]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
PTSD IAT (PCL-5 avoidance) (Critical)	48 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	-	-	MD 1.16 낮음 [-2.21, -0.21]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
PTSD IAT (PCL-5 cognitions and mood) (Critical)	48 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	-	-	MD 7.34 낮음 [-8.33, -6.35]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
PTSD IAT (PCL-5 arousal and reactivity) (Critical)	48 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	-	-	MD -4.67 낮음 [-5.70, -3.64]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
anxiety IAT (DASS anxiety) (Critical)	48 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	-	-	MD 2.92 낮음 [-4.04, -1.80]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

IAT: Immediately After Treatment(치료 직후 결과); **PCL:** PTSD Checklist(외상후 스트레스장애 체크리스트); **DASS:** Depression,

Anxiety and Stress Scale(우울 불안 및 스트레스 척도)
a: 배정은폐가 불확실하고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않아 비뚤림 위험성이 있음

(2) 권고안 도출에 대한 설명

성인 외상후 스트레스장애 환자에서 치료적 사회활동과 불안장애치료약물 병행치료에 비하여 MBCT와 불안장애치료약물 병행치료의 편익은 신뢰할 만하며, 종합적인 근거 수준이 중등도(Moderate)이므로 추후 연구로 효과추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 것이며 추정치가 바뀔 수도 있다. MBCT는 기존의 인지치료에 마음챙김명상의 요소를 접목하여 개발된 치료중재로서, 정신과 관련 임상증상에 폭넓게 활용될 수 있다고 판단된다. 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 권고등급 B를 부여한다. 즉 성인 외상후 스트레스장애 환자의 증상 개선을 위해 치료적 사회활동과 불안장애치료약물 병행치료에 비하여 MBCT와 불안장애치료약물 병행치료를 고려해야 한다.

(3) 참고문헌

1. Jasbi M, Sadeghi Bahmani D, Karami G, et al. Influence of adjuvant mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) on symptoms of post-traumatic stress disorder (PTSD) in veterans - results from a randomized control study. Cognitive behaviour therapy. 2018;47(5):431-46.

【R27-2】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 외상후 스트레스장애 환자의 증상 개선을 위해 정신요법과 불안장애치료약물 병행치료에 비하여 마음챙김기반 스트레스감소 프로그램(MBSR), 정신요법과 불안장애치료약물 병행치료를 고려할 수 있다.	C/Low	1-2

임상적 고려사항

- 치료 1 구성 : Kabat-Zinn(1979)이 개발한 MBSR 프로그램
  - 주 1회 150분 8주 프로그램과 1번의 7시간 종일 프로그램, CD 가이드를 통한 매일 45분 명상 · 요가 등의 과제
- 치료 2 구성 : 정좌명상, 바디스캔, 동적명상, 요가, 비판단 · 인내 · 수용 · 놓아주기 등의 주제에 대한 그룹 토론 등을 포함하여 제작된 MBSR 매뉴얼
  - 매주 1.5시간 4주 시행, 자가수련을 위한 오디오파일, 책, CD 제공

(1) 임상질문 Q27-2

성인 외상후 스트레스장애 환자에게 MBSR, 정신요법과 불안장애치료약물 병행치료는 정신요법과 불안장애치료약물 병행치료에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 외상후 스트레스장애 환자	MBSR + 정신요법 + 불안장애치료약물	정신요법 + 불안장애치료약물	CAPS PCL PHQ-9	한의원 및 한방병원

MBSR: Mindfulness Based Stress Reduction(마음챙김 기반 스트레스 감소 프로그램), **CAPS:** Clinician-Admistered PTSD Scale(임상가용 외상후 스트레스장애 척도); **PCL:** PTSD Checklist(외상후 스트레스장애 체크리스트); **PHQ-9:** Patient Health Questionnaire-9(우울증 선별도구), **불안장애치료약물:** 항우울 및 항불안제; **정신요법:** 지지치료, 인지행동치료 등의 통상적 정신요법

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 2편의 무작위 배정 임상연구가 포함되었다.

Kearney(2013)의 연구에서 정신질환의 진단 및 통계편람(DSM-IV)의 진단기준을 만족하는 외상후 스트레스장애 환자 47명을 두 군으로 나누어 8주간 MBSR을 시행한 결과 MBSR군이 treatment as usual(medication+psychotherapy)군에 비해 PCL 점수가 6.05점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -12.91, 0.81]. PHQ-9 점수는 3.45점 더 낮았다[95% CI: -6.60, -0.30].[1)]

Possemato(2016)의 연구에서 정신질환의 진단 및 통계편람(DSM-IV)의 진단기준을 만족하는 외상후 스트레스장애 환자 62명을 두 군으로 나누어 8주간 MBSR을 시행한 결과 MBSR군이 primary care(medication+psychotherapy)군에 비해 CAPS 점수가 1.00점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -11.59, 9.59]. PCL 점수는 0.80점 더 높았으나 유의하지 않았다[95% CI: -6.41, 8.01]. PHQ-9 점수는 1.70점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -4.72, 1.32].[2)]

② 연구결과의 요약

1개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 외상후 스트레스장애 환자에게 8주간 MBSR를 시행하였을 때 MBSR과 통상적 치료 병행치료군이 통상적 치료 단독군에 비해 CAPS 점수가 1.00점 더 낮았으나 효과추정치의 신뢰구간이 효과없음을 포함하였다[95% CI: -11.59, 9.59](근거수준 낮음;Low).

2개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 외상후 스트레스장애 환자에게 8주간 MBSR를 시행하였을 때 MBSR과 통상적 치료 병행치료군이 통상적 치료 단독군에 비해 PCL 점수가 2.79점 더 낮았으나 효과추정치의 신뢰구간이 효과없음을 포함하였다[95% CI: -7.76, 2.18](근거수준 낮음;Low).

2개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 외상후 스트레스장애 환자에게 8주간 MBSR를 시행하였을 때 MBSR과 통상적 치료 병행치료군이 통상적 치료 단독군에 비해 PHQ-9 점수가 2.54점 더 낮았다[95% CI: -4.72, -0.36](근거수준 중등도;Moderate).

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
PTSD IAT (CAPS) (Critical)	62 (1RCT)	◉◉○○ Low[a,b]	–	–	MD 1.00 낮음 [−11.59, 9.59]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
PTSD IAT (PCL) (Critical)	109 (2RCTs)	◉◉○○ Low[a,b]	–	–	MD 2.79 낮음 [−7.76, 2.18]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
depression IAT (PHQ-9) (Important)	109 (2RCTs)	◉◉◉○ Moderate[a]	–	–	MD 2.54 낮음 [−4.72, −0.36]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

IAT: Immediately After Treatment(치료 직후 결과); **CAPS:** Clinician-Admistered PTSD Scale(임상가용 외상후 스트레스장애 척도); **PCL:** PTSD Checklist(외상후 스트레스장애 체크리스트); **PHQ-9:** Patient Health Questionnaire-9(우울증 선별도구)
a: 배정순서 생성과 배정은폐가 불확실하고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않아 비뚤림 위험성이 있음
b: MD의 95% 신뢰구간이 0을 포함하여 비정밀성 영역에서 등급을 낮춤

(2) 권고안 도출에 대한 설명

성인 외상후 스트레스장애 환자에서 통상적 치료에 비하여 MBSR과 통상적 치료 병행치료의 편익은 명확하지 않으며, 종합적인 근거 수준이 낮음(Low)이므로 추후 연구는 효과추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 매우 크며 추정치가 바뀔 가능성이 높다. MBSR은 스트레스로부터 유발된 증상 개선에 한의계를 포함한 다양한 의료현장에서 폭넓게 응용가능한 중재로, 향후 연구의 확장성을 토대로 임상적 활용 가능성을 제시할 수 있다. 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 권고등급 C를 부여한다. 즉 성인 외상후 스트레스장애 환자의 증상 개선을 위해 정신요법과 불안장애치료약물 병행치료에 비하여 마음챙김기반 스트레스감소 프로그램(MBSR), 정신요법과 불안장애치료약물 병행치료를 고려할 수 있다.

(3) 참고문헌

1. Possemato K, Bergen-Cico D, Treatman S, Allen C, Wade M, Pigeon W. A Randomized Clinical Trial of Primary Care Brief Mindfulness Training for Veterans with PTSD. Journal of clinical psychology. 2016;72(3):179-93.
2. Kearney DJ, McDermott K, Malte C, Martinez M, Simpson TL. Effects of participation in a mindfulness program for veterans with posttraumatic stress disorder: a randomized controlled pilot study. Journal of clinical psychology. 2013;69(1):14-27.

▣ 사회불안장애 - 명상 단독치료

【R28】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 사회불안장애 환자의 증상 개선을 위해 명상요법을 고려할 수 있다.	C/Low	각 임상질문별 참고문헌 참조 (R28-1~R28-3)

【Q28】

성인 사회불안장애 환자에게 명상요법은 무처치대기군에 비하여 불안장애 관련 증상척도를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 사회불안장애 환자	명상요법	무처치대기군	LSAS SPIN SAS-SR BSAM BDI CGI-S SUDS WHOQOL-BREF	한의원 및 한방병원

(1) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q28은 사회불안장애 환자에 대한 명상요법의 효과를 비교분석하기 위해 만들어졌다. 본 임상연구의 근거에 따르면 사회불안장애에서의 명상요법(마음챙김명상, MBSR, 자비중심치료)과 무처치군·주의대조군 비교 연구에서 불안장애 관련 증상척도 개선에 유의한 효과를 나타내는 임상 연구가 있었다. 하위 권고안들의 근거수준과 권고 방향을 고려하여 전문가 그룹의 델파이 합의를 통해 근거수준과 권고등급을 부여하였다. 하위 권고안들의 근거수준은 연구에 따라 중등도(Moderate)와 낮음(Low)이 있으므로 추후 연구를 통해 사회불안장애의 범주와 효과 추정치의 확산 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 매우 크다고 판단된다. 한편, 권고의 방향은 B~C로 강도의 차이는 있으나 모든 권고안이 성인 사회불안장애 환자에 명상요법을 사용하는 방향으로 도출되었다. 이에 개발그룹의 공식적 합의에 따라 근거수준 Low 권고등급 C를 부여한다. 즉, 성인 사회불안장애 환자의 증상 개선을 위해 명상요법을 고려할 수 있다.

【R28-1】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 사회불안장애 환자의 증상 개선을 위해 무처치대기군/주의대조군에 비하여 마음챙김명상을 고려할 수 있다.	C/Low	1-2

임상적 고려사항

● 치료 구성 : 연구에서 시행된 마음챙김명상은 다음의 내용으로 구성되어 있다.

1. 사회적 불안의 본질에 대한 심리교육
2. 마음챙김의 방향 교육
3. 건포도 명상, 바디스캔 명상, 정좌명상, 마음챙김 요가, 마음챙김 걷기, 마음챙김 노출, 호흡운동
4. 신체 · 감정 · 마음의 상호 연결에 대한 인식
5. 마음챙김 반응의 네 가지 원리(인식, 수용, 조사 및 비식별)
6. 자비명상.

– 주 1회 2시간 12주 시행

(1) 임상질문 Q28-1

성인 사회불안장애 환자에게 마음챙김명상은 무처치대기군/주의대조군에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 사회불안장애 환자	마음챙김명상	무처치대기군/ 주의대조군	LSAS SPIN SAS-SR BSAM BDI CGI-S SUDS	한의원 및 한방병원

LSAS: Liebowitz Social Anxiety Scale(레보비츠 사회불안척도); **SPIN:** Social Phobia Inventory(사회공포증 척도); **SAS-SR:** Social Adjustment Scale-Self Report(사회적응척도-자가보고식); **BSAM:** Brief State Anxiety Measure(간이 상태불안 척도); **BDI:** Beck Depression Inventory(벡 우울척도); **CGI-S:** Clinical Global Impression-Severity(전반적 임상 인상척도-심각도); **SUDS:** Subjective Units of Distress Scale(주관적 고통 척도), **주의대조군:** 시험군과 동일한 시간 동안 참가자의 선호와 관련한 인터뷰를 시행한 그룹

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 2편의 무작위 배정 임상연구가 포함되었다.

Koszycki(2016)의 연구에서 정신질환의 진단 및 통계편람(DSM-IV)의 진단기준을 만족하는 사회불안장애 환자 33명을 두 군으로 나누어 12주간 마음챙김명상을 시행한 결과 마음챙김명상군이 무처치대기군에 비해 LSAS 점수가 32.31점 더 낮았다[95% CI: -44.42, -20.20](근거수준 중등도;Moderate). SPIN 점수는 17.78점 더 낮았다[95% CI: -23.83, -11.73](근거수준 중등도;Moderate). SAS-SR 점수는 0.44점 더 낮았다[95% CI: -0.65, -0.23](근거수준 중등도;Moderate). CGI-S 점수는 0.89점 더 낮았다[-1.58, -0.20](근거수준 중등도;Moderate). BDI 점수는 4.84점 더 낮았다[95% CI: -8.94, -0.74](근거수준 중등도;Moderate).[1)]

Hayes-Skelton(2019)의 연구에서 미니 국제 신경정신과 인터뷰(MINI)의 진단기준을 만족하는 사

회불안장애 환자 31명을 두 군으로 나누어 1회 마음챙김명상을 시행한 결과 마음챙김명상군이 주의 대조군에 비해 BSAM 점수가 0.15점 더 높았으나 유의하지 않았다[95% CI: -2.25, 2.55](근거수준 낮음;Low). SUDS 점수는 7.38점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -24.88, 10.12](근거수준 낮음;Low).[2)]

② 연구결과의 요약

1개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 사회불안장애 환자에게 8주간 마음챙김명상을 시행하였을 때, 무처치대기군 보다 LSAS 점수가 32.31점 더 낮았다[95% CI: -44.42, -20.20](근거수준 중등도;-Moderate).

1개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 사회불안장애 환자에게 8주간 마음챙김명상 시행군이 무처치대기군 보다 SPIN 점수는 17.78점 더 낮았다[95% CI: -23.83, -11.73](근거수준 중등도;Moderate).

1개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 사회불안장애 환자에게 8주간 마음챙김명상을 시행하였을 때, 무처치대기군 보다 SAS-SR 점수는 0.44점 더 낮았다[95% CI: -0.65, -0.23](근거수준 중등도;Moderate).

1개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 사회불안장애 환자에게 8주간 마음챙김명상을 시행하였을 때, 무처치대기군 보다 CGI-S 점수는 0.89점 더 낮았다[-1.58, -0.20](근거수준 중등도;Moderate).

1개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 사회불안장애 환자에게 8주간 마음챙김명상을 시행하였을 때, 무처치대기군 보다 BDI 점수는 4.84점 더 낮았다[95% CI: -8.94, -0.74](근거수준 중등도;Moderate).

1개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 사회불안장애 환자에게 8주간 마음챙김명상을 시행하였을 때, 주의 대조군 보다 BSAM 점수가 0.15점 더 높았으나 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음을 포함하였다[95% CI: -2.25, 2.55](근거수준 낮음;Low).

1개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 사회불안장애 환자에게 8주간 마음챙김명상을 시행하였을 때, 주의 대조군 보다 SUDS 점수는 7.38점 더 낮았으나 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음을 포함하였다[95% CI: -24.88, 10.12](근거수준 낮음;Low)

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
SAD IAT (LSAS) (Critical)	33 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	–	–	MD 32.31 낮음 [−44.42, −20.20]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
SAD IAT (SPIN) (Critical)	33 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	–	–	MD 17.78 낮음 [−23.83, −11.73]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
SAD IAT (SAS-SR) (Critical)	33 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	-	-	MD 0.44 낮음 [-0.65, -0.23]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
SAD IAT (BSAM) (Critical)	31 (1RCT)	◉◉○○ Low[a,b]	-	-	MD 0.15 높음 [-2.25, 2.55]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
depression IAT (BDI) (Important)	33 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	-	-	MD 4.84 낮음 [-8.94, -0.74]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
symptom IAT (CGI-S) (Critical)	33 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	-	-	MD 0.89 낮음 [-1.58, -0.20]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
SAD IAT (SUDS) (Critical)	31 (1RCT)	◉◉○○ Low[a,b]	-	-	MD 7.38 낮음 [-24.88, 10.12]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

IAT: Immediately After Treatment(치료 직후 결과); **LSAS:** Liebowitz Social Anxiety Scale(레보비츠 사회불안척도); **SPIN:** Social Phobia Inventory(사회공포증 척도); **SAS-SR:** Social Adjustment Scale-Self Report(사회적응척도-자가보고식); **CGI-S:** Clinical Global Impression-Severity(전반적 임상 인상척도-심각도); **BSAM:** Brief State Anxiety Measure(간이 상태불안 척도); **SUDS:** Subjective Units of Distress Scale(주관적 고통 척도); **BDI:** Beck Depression Inventory(벡 우울척도)
a: 배정순서 생성과 배정은폐가 불확실하고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않아 비뚤림 위험성이 있음
b: MD의 95% 신뢰구간이 0을 포함하여 비정밀성 영역에서 등급을 낮춤

(2) 권고안 도출에 대한 설명

성인 사회불안장애 환자에서 무처치대기군/주의대조군에 비해 마음챙김명상의 편익은 명확하지 않으며, 종합적인 근거 수준이 낮음(Low)이므로 추후 연구는 효과추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 매우 크며 추정치가 바뀔 가능성이 높다. 다만, 마음챙김명상은 불교의 전통적인 수행방법에 근거한 치료중재로서, 한국인의 문화와 정서에 부합하여 활용가능성이 높다고 판단된다. 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 권고등급 C를 부여한다. 즉 성인 사회불안장애 환자의 증상 개선을 위해 무처치대기군/주의대조군에 비하여 명상요법을 고려할 수 있다.

(3) 참고문헌

1. Koszycki D, Thake J, Mavounza C, Daoust J, Taljaard M, Bradwejn J. Preliminary Investigation of a Mindfulness-Based Intervention for Social Anxiety Disorder That Integrates Compassion Meditation and Mindful Exposure [Randomized Controlled Trial]. Journal of alternative and complementary medicine (new york, NY). 2016;22(5):363-74.
2. Hayes-Skelton SA, Lee CS. Decentering in Mindfulness and Cognitive Restructuring for Social Anxiety: An Experimental Study of a Potential Common Mechanism. Behavior modification. 2019.

【R28-2】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 사회불안장애 환자의 증상 개선을 위해 무처치대기군에 비하여 마음챙김기반 스트레스감소 프로그램(MBSR)을 고려해야 한다.	B/Moderate	1
임상적 고려사항 ● 치료 구성 : Kabat-Zinn(1993)의 MBSR 표준과정에 4회의 그룹치료를 추가한다. - 주 1회 150분 12주 시행		

(1) 임상질문 Q28-2

성인 사회불안장애 환자에게 마음챙김기반 스트레스감소 프로그램(MBSR)은 무처치대기군에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 사회불안장애 환자	MBSR	무처치대기군	LSAS	한의원 및 한방병원

MBSR: Mindfulness Based Stress Reduction(마음챙김 기반 스트레스 감소 프로그램); **LSAS:** Liebowitz Social Anxiety Scale(레보비츠 사회불안척도)

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 1편의 무작위 배정 임상연구가 포함되었다.

Goldin(2016)의 연구에서 정신질환의 진단 및 통계편람(DSM-IV)의 진단기준을 만족하는 사회불안장애 환자 72명을 두 군으로 나누어 12주간 MBSR을 시행한 결과, MBSR군이 무처치대기군에 비해 LSAS 점수가 21.40점 더 낮았다[95% CI: -31.01, -11.79](근거수준 중등도;Moderate).[1)]

② 연구결과의 요약

1개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 사회불안장애 환자에게 12주간 MBSR을 시행하였을 때, 무처치대기군 보다 LSAS 점수가 21.40점 더 낮았다[95% CI: -31.01, -11.79](근거수준 중등도;Moderate).

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
SAD IAT (LSAS) (Critical)	72 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	-	-	MD 21.40 낮음 [-31.01, -11.79]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

IAT: Immediately After Treatment(치료 직후 결과); **LSAS:** Liebowitz Social Anxiety Scale(레보비츠 사회불안척도)
a: 배정순서 생성과 배정은폐가 불확실하고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않아 비뚤림 위험성이 있음

(2) 권고안 도출에 대한 설명

성인 사회불안장애 환자에서 무처치대기군에 비해 MBSR의 편익은 신뢰할 만하며, 종합적인 근거 수준이 중등도(Moderate)이므로 추후 연구로 효과추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 것이며 추정치가 바뀔 수도 있다. MBSR은 스트레스로부터 유발된 증상 개선에 한의계를 포함한 다양한 의료현장에서 폭넓게 응용가능한 중재로, 향후 연구의 확장성을 토대로 임상적 활용 가능성을 제시할 수 있다. 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 권고등급 B를 부여한다. 즉 성인 사회불안장애 환자의 증상 개선을 위해 무처치대기군에 비하여 MBSR을 고려해야 한다.

(3) 참고문헌

1. Goldin P, Morrison A, Jazaieri H, Brozovich F, Heimberg R, Gross J. Group CBT Versus MBSR for Social Anxiety Disorder: a Randomized Controlled Trial [Journal: Article]. Journal of consulting and clinical psychology. 2016;84(5):427-37.

【R28-3】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 사회불안장애 환자의 증상 개선을 위해 무처치대기군에 비하여 자비중심치료(CFT)를 고려해야 한다.	B/Moderate	1

임상적 고려사항

● 치료 구성 : 연구에서 시행된 자비중심치료는 다음과 같이 구성되어 있다.

1. 수줍음에 대한 교육
2. 수치심과 자기 비판, 자비심의 방해요소에 대한 교육
3. 비판적 사고의 기능과 이미지에 관한 교육
4. 자기검증, 자기 비판적 사고에 대한 대안으로서의 자비적 사고
5. 안전 행동에 대한 교육
6. 삶의 가치와 동기부여, 목표의식에 대한 교육
7. 자비심을 사용하고 삶에 통합하는 방법에 대한 교육
8. 치료법에 대한 요약. 향후 계획 수립

– 주 1회 1시간 12주 시행

(1) 임상질문 Q28-3

성인 사회불안장애 환자에게 자비중심치료(CFT)는 무처치대기군에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 사회불안장애 환자	CFT	무처치대기군	LSAS WHOQOL-BREF	한의원 및 한방병원

CFT: Compassion Focused Therapy(자비중심치료), **LSAS:** Liebowitz Social Anxiety Scale(레보비츠 사회불안척도); **WHOQOL-BREF:** World Health Organization Quality of Life-bref(세계보건기구 삶의 질 간편형 척도)

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 1편의 무작위 배정 임상연구가 포함되었다.

Gharraee(2018)의 연구에서 정신질환의 진단 및 통계편람(DSM-IV)의 진단기준을 만족하는 사회불안장애 환자 32명을 두 군으로 나누어 12주간 CFT를 시행한 결과, CFT군이 무처치대기군에 비해 LSAS 점수가 9.27점 더 낮았다[95% CI: -15.46, -3.08](근거수준 중등도;Moderate). WHOQOL-BREF 점수는 18.05점 더 높았다[95% CI: 11.11, 24.99](근거수준 중등도;Moderate).[1)]

② 연구결과의 요약

1개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 사회불안장애 환자에게 12주간 CFT을 시행하였을 때, 무처치대기군 보다 LSAS 점수가 9.27점 더 낮았다[95% CI: -15.46, -3.08](근거수준 중등도;Moderate).

1개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 사회불안장애 환자에게 12주간 CFT을 시행하였을 때, 무처치대기군 보다 WHOQOL-BREF 점수는 18.05점 더 높았다[95% CI: 11.11, 24.99](근거수준 중등도;Moderate).

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
SAD IAT (LSAS) (Critical)	32 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	-	-	MD 9.27 낮음 [−15.46, −3.08]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
Quality of Life IAT (WHO-QOL-BREF) (Important)	32 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	-	-	MD 18.05 높음 [11.11, 24.99]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함

IAT: Immediately After Treatment(치료 직후 결과); **LSAS:** Liebowitz Social Anxiety Scale(레보비츠 사회불안척도); **WHOQOL-BREF:** World Health Organization Quality of Life-bref(세계보건기구 삶의 질 간편형 척도)
a: 배정은폐가 불확실하고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않아 비뚤림 위험성이 있음

(2) 권고안 도출에 대한 설명

성인 사회불안장애 환자에서 무처치대기군에 비해 자비중심치료의 편익은 신뢰할 만하며, 종합적인 근거 수준이 중등도(Moderate)이므로 추후 연구로 효과추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 것이며 추정치가 바뀔 수도 있다. 자비중심치료는 불교 사상에 근거한 여러 학술적 배경에 기반을 둔 명상법으로, 어린 시절 부모로부터의 상처를 긍정적인 정서를 통해 치료하는 정신요법이다. 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 권고등급 B를 부여한다. 즉 성인 사회불안장애 환자의 증상 개선을 위해 무처치대기군에 비하여 자비중심치료를 고려해야 한다.

(3) 참고문헌

1. Gharraee B, Tajrishi K, Farani A, Bolhari J, Farahani H. A randomized controlled trial of compassion focused therapy for social anxiety disorder [Journal: Article]. Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences. 2018;12(4).

▣ 범불안장애 - 이완 단독치료

【 R29 】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 이완요법을 고려할 수 있다.	C/Low	각 임상질문별 참고문헌 참조 (R29-1~R29-2)

【 Q29 】

성인 범불안장애 환자에게 이완요법은 불안장애치료약물 또는 무처치대기군에 비하여 불안장애 관련 증상척도를 개선시키는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 범불안장애 환자	이완요법	불안장애치료약물 또는 무처치대기군	GAD CSR HAM-A STAI-T PSWQ WAQ somatic BDI CGI-I	한의원 및 한방병원

(1) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q29은 범불안장애 환자에 대한 이완요법의 효과를 비교분석하기 위해 만들어졌다. 본 임상연구의 근거에 따르면 범불안장애에서의 이완요법과 불안장애치료약물·무처치대기군 비교 연구에서 불안장애 관련 증상척도 개선에 일부 유의한 효과를 나타내는 임상 연구가 있었다. 하위 권고안들의 근거수준과 권고 방향을 고려하여 전문가 그룹의 델파이 합의를 통해 근거수준과 권고등급을 부여하였다. 하위 권고안들의 근거수준은 모두 낮음(Low)으로 추후 연구를 통해 범불안장애의 범주와 효과추정치의 확산 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 매우 크다고 판단된다. 한편, 권고의 방향은 모두 C로 모든 권고안이 성인 범불안장애 환자에 이완요법을 사용하는 방향으로 도출되었다. 이에 개발그룹의 공식적 합의에 따라 근거수준 Low 권고등급 C를 부여한다. 즉, 성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 이완요법을 고려할 수 있다.

【R29-1】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물에 비하여 이완요법을 고려할 수 있다.	C/Low	1
임상적 고려사항 ● 치료 구성 : applied relaxation – 주 1회 45분 8주 시행, 매일 30분씩 과제 수행		

(1) 임상질문 Q29-1

성인 범불안장애 환자에게 이완요법은 불안장애치료약물에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 범불안장애 환자	이완요법	불안장애치료약물	HAM-A PSWQ BDI	한의원 및 한방병원

HAM-A: Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도); **PSWQ:** Penn-State Worry Questionnaire(펜실베니아 걱정 질문지); **BDI:** Beck Depression Inventory(벡 우울척도), **불안장애치료약물:** 항우울제

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 1편의 무작위 배정 임상연구가 포함되었다.

Zullino(2015)의 연구에서 정신질환의 진단 및 통계편람(DSM-IV)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 58명을 두 군으로 나누어 8주간 이완요법을 시행한 결과 이완요법이 벤라팍신(venlafaxine: SNRIs계의 항우울제) 복용군에 비해 HAM-A 점수가 2.40점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -5.69, 0.89](근거수준 낮음;Low). PSWQ 점수는 1.30점 더 높았으나 유의하지 않았다[95% CI: -3.20, 5.80](근거수준 낮음;Low). BDI 점수는 1.60점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -4.56, 1.36](근거수준 낮음;Low).[1)]

② 연구결과의 요약

1개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 8주간 이완요법을 시행하였을 때, venlafaxine 복용군 보다 HAM-A 점수가 2.40점 더 낮았으나 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음을 포함하였다. 95% CI: -5.69, 0.89](근거수준 낮음;Low).

1개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 8주간 이완요법을 시행하였을 때, venlafaxine 복용군 보다 PSWQ 점수는 1.30점 더 높았으나 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음을 포함하였다[95% CI: -3.20, 5.80](근거수준 낮음;Low).

1개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 8주간 이완요법을 시행하였을 때, venlafaxine 복용군 보다 BDI 점수는 1.60점 더 낮았으나 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음을 포함하였

다[95% CI: -4.56, 1.36](근거수준 낮음;Low).

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
anxiety IAT (HAM-A) (Critical)	58 (1RCT)	◉◉○○ Low[a,b]	-	-	MD 2.40 낮음 [-5.69, 0.89]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
anxiety IAT (PSWQ) (Critical)	58 (1RCT)	◉◉○○ Low[a,b]	-	-	MD 1.30 높음 [-3.20, 5.80]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
depression IAT (BDI) (Important)	58 (1RCT)	◉◉○○ Low[a,b]	-	-	MD 1.60 낮음 [-4.56, 1.36]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

IAT: Immediately After Treatment(치료 직후 결과); **HAM-A:** Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도); **PSWQ:** Penn-State Worry Questionnaire(펜실베니아 걱정 질문지); **BDI:** Beck Depression Inventory(벡 우울척도)
a: 배정순서 생성과 배정은폐가 불확실하고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않아 비뚤림 위험성이 있음
b: MD의 95% 신뢰구간이 0을 포함하여 비정밀성 영역에서 등급을 낮춤

(2) 권고안 도출에 대한 설명

성인 범불안장애 환자에서 불안장애치료약물에 비하여 이완요법의 편익은 명확하지 않으며, 종합적인 근거 수준이 낮음(Low)이므로 추후 연구는 효과추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 매우 크며 추정치가 바뀔 가능성이 높다. 다만, 이완요법은 적용의 용이성과 폭넓은 활용성으로 인하여 정신질환 임상증상에 유효한 것으로 판단된다. 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 권고등급 C를 부여한다. 즉 성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물에 비하여 이완요법을 고려할 수 있다.

(3) 참고문헌

1. Zullino D, Chatton A, Fresard E, et al. Venlafaxine versus applied relaxation for generalized anxiety disorder: a randomized controlled study on clinical and electrophysiological outcomes. The Psychiatric quarterly. 2015;86(1):69-82.

【R29-2】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 무처치대기군에 비하여 이완요법을 고려할 수 있다.	C/Low	1

임상적 고려사항

● 치료 구성 : 연구에서 시행된 applied relaxation은 다음과 같이 구성되어 있다.
1. 교육, 긴장인식훈련(1 session) – 자신의 긴장 수준을 모니터링
2. 긴장해제훈련(4 sessions) – 근육을 그룹으로 나누어 차례대로 긴장시켰다가 이완
3. 회상을 통한 이완훈련(2 sessions) – 먼저 긴장시키지 않고 근육을 이완
4. 카운트를 통한 이완훈련(1 session) – 천천히 1부터 10까지 세며 이완이 깊어지는 것을 상상
5. 조건부 이완훈련(3 sessions) – 단계별 계층을 사용하여 일상적 상황에서 이완을 적용

– 주 1회 1시간 12주 시행

(1) 임상질문 Q29-2

성인 범불안장애 환자에게 이완요법은 무처치대기군에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 범불안장애 환자	이완요법	무처치대기군	GAD CSR STAI-T PSWQ WAQ somatic BDI CGI-I	한의원 및 한방병원

GAD CSR: Generalized Anxiety Disorder Clinician's Severity Rating from SCID(범불안장애 임상적 심각도 평가척도); **STAI-T:** State-Trait Anxiety Inventory-Trait(상태특성 불안척도-특성불안); **PSWQ:** Penn State Worry Questionnaire(펜실베니아 걱정 질문지); **WAQ:** Worry and Anxiety Questionnaire(걱정 불안 질문지); **BDI:** Beck Depression Inventory(벡 우울척도); **CGI-I:** Clinical Global Impression-Improvement(전반적 임상 인상척도-호전도)

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 1편의 무작위 배정 임상연구가 포함되었다.

Dugas(2010)의 연구에서 정신질환의 진단 및 통계편람(DSM-IV)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 42명을 두 군으로 나누어 12주간 이완요법을 시행한 결과 이완요법이 무처치대기군에 비해 GAD CSR 점수가 2.23점 더 낮았다[95% CI: -3.64, -0.82](근거수준 높음;High). STAI-T 점수는 2.03점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -7.21, 3.15](근거수준 중등도;Moderate). PSWQ 점수는 6.64점 더 낮았다[95% CI: -11.86, -1.42](근거수준 높음;High). WAQ somatic subscale 점수는 3.54점 더 낮았다.[95% CI: -6.11, -0.97](근거수준 높음;High). BDI 점수는 0.93점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -5.85, 3.99](근거수준 중등도;Moderate). CGI-I 점수는 0.58점 더 낮았다[95% CI: -1.13, -0.03](근거수준 높음;High).[1)]

② 연구결과의 요약

1개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 12주간 이완요법을 시행하였을 때, 무처치대기군 보다 GAD CSR 점수가 2.23점 더 낮았다[95% CI: -3.64, -0.82](근거수준 높음;High).

1개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 12주간 이완요법을 시행하였을 때, 무처치대기군 보다 STAI-T 점수가 2.03점 더 낮았으나 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음을 포함하였다[95% CI: -7.21, 3.15](근거수준 중등도;Moderate).

1개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 12주간 이완요법을 시행하였을 때, 무처치대기군 보다 PSWQ 점수가 6.64점 더 낮았다[95% CI: -11.86, -1.42](근거수준 높음;High).

1개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 12주간 이완요법을 시행하였을 때, 무처치대기군 보다 WAQ somatic subscale 점수가 3.54점 더 낮았다.[95% CI: -6.11, -0.97](근거수준 높음;High).

1개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 12주간 이완요법을 시행하였을 때, 무처치대기군 보다 BDI 점수가 0.93점 더 낮았으나 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음을 포함하였다[95% CI: -5.85, 3.99](근거수준 중등도;Moderate).

1개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 12주간 이완요법을 시행하였을 때, 무처치대기군 보다 CGI-I 점수가 0.58점 더 낮았다[95% CI: -1.13, -0.03](근거수준 높음;High).

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
anxiety IAT (GAD CSR) (Critical)	42 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a,b]	-	-	MD 2.23 낮음 [−3.64, −0.82]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
anxiety IAT (STAI-T) (Critical)	42 (1RCT)	◉◉○○ Low[a,b]	-	-	MD 2.03 낮음 [−7.21, 3.15]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
anxiety IAT (PSWQ) (Critical)	42 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a,b]	-	-	MD 6.64 낮음 [−11.86, −1.42]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
anxiety IAT (WAQ-somatic) (Critical)	42 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a,b]	-	-	MD 3.54 낮음 [−6.11, −0.97]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
anxiety IAT (CGI) (Critical)	42 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a,b]	-	-	MD 0.58 낮음 [−1.13, −0.03]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
anxiety IAT (BDI) (Important)	42 (1RCT)	◉◉○○ Low[a,b]	–	–	MD 0.93 낮음 [−5.85, 3.99]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

IAT: Immediately After Treatment(치료 직후 결과); **GAD CSR:** Generalized Anxiety Disorder Clinician's Severity Rating from SCID(범불안장애 임상적 심각도 평가척도); **STAI-T:** State-Trait Anxiety Inventory-Trait(상태특성 불안척도-특성불안); **PSWQ:** Penn State Worry Questionnaire(펜실베니아 걱정 질문지); **WAQ:** Worry and Anxiety Questionnaire(걱정 불안 질문지); **CGI-I:** Clinical Global Impression-Improvement(전반적 임상 인상척도-호전도); **BDI:** Beck Depression Inventory(벡 우울척도)
a: 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않아 비뚤림 위험성이 있음
b: MD의 95% 신뢰구간이 0을 포함하여 비정밀성 영역에서 등급을 낮춤

(2) 권고안 도출에 대한 설명

성인 범불안장애 환자에서 무처치대기군에 비해 이완요법의 편익은 명확하지 않으며, 종합적인 근거 수준이 낮음(Low)이므로 추후 연구는 효과추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 매우 크며 추정치가 바뀔 가능성이 높다. 다만, 이완요법은 적용의 용이성과 폭넓은 활용성으로 인하여 정신질환 임상증상에 유효한 것으로 판단된다. 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 권고등급 C를 부여한다. 즉 성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 무처치대기군에 비하여 이완요법을 고려할 수 있다.

(3) 참고문헌

1. Zullino D, Chatton A, Fresard E, et al. Venlafaxine versus applied relaxation for generalized anxiety disorder: a randomized controlled study on clinical and electrophysiological outcomes. The Psychiatric quarterly. 2015;86(1):69-82.

▣ 범불안장애 - 이완 병행치료

【R30】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 이완요법과 불안장애치료약물 병행치료를 고려해야 한다.	B/Moderate	1-8

임상적 고려사항

● 본 권고에 포함된 연구들의 이완요법을 종합하면 다음과 같다.
1. 심호흡(숨을 크게 들이쉬고 약 15초 동안 채워 복부를 확장, 천천히 숨을 내쉰 다음 반복)
2. 근육이완(머리부터 발끝까지 한 부위씩 초점을 맞추어 15초 긴장후 이완 3~4회 반복)
3. 이미지이완(자연음향효과 또는 부드러운 음악을 틀어놓고 푸른 하늘, 잔잔한 호수, 광대한 초원과 들판같은 편안한 이미지를 상상, 어머니의 포옹, 행복한 어린시절 등을 떠올림)
- 매일 30분 3~12주 시행

【Q30】

성인 범불안장애 환자에게 이완요법과 불안장애치료약물 병행치료는 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 불안장애 관련 증상척도를 개선시키는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 범불안장애 환자	이완요법 + 불안장애치료약물	불안장애치료약물	HAM-A SAS SDS CGI-S	한의원 및 한방병원

① 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q30은 범불안장애 환자에 대한 이완요법의 효과를 비교분석하기 위해 만들어졌다. 본 임상연구의 근거에 따르면 범불안장애에서의 이완요법과 불안장애치료약물 병행치료와 불안장애치료약물 비교 연구에서 불안장애 관련 증상척도 개선에 일부 유의한 효과를 나타내는 임상 연구가 있었다. 하위 권고안들의 근거수준과 권고 방향을 고려하여 전문가 그룹의 델파이 합의를 통해 근거수준과 권고등급을 부여하였다.

하위 권고안들의 근거수준은 중등도(Moderate)이므로 추후 연구를 통해 범불안장애의 범주와 효과추정치의 확산 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 있다고 판단된다. 한편, 권고의 방향은 B로 권고안이 성인 범불안장애 환자에 이완요법을 사용하는 방향으로 도출되었다. 이에 개발그룹의 공식적 합의에 따라 근거수준 Moderate 권고등급 B를 부여한다. 즉, 성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 이완요법과 불안장애치료약물 병행치료를 고려해야 한다.

(1) 임상질문 Q30-1

성인 범불안장애 환자에게 이완요법과 불안장애치료약물 병행치료는 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 범불안장애 환자	이완요법 + 불안장애치료약물	불안장애치료약물	HAM-A SAS SDS CGI-S	한의원 및 한방병원

HAM-A: Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도); **SAS:** The Zung Self-Rating Anxiety Scale(자가평가 불안척도); **SDS:** The Zung Self-Rating Depression Scale(자가평가 우울척도); **CGI-S:** Clinical Global Impression-Severity(전반적 임상 인상척도-심각도), **불안장애치료약물:** 항우울 및 항불안제

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 8편의 무작위 배정 임상연구가 포함되었다.

Lu(2017)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 100명을 두 군으로 나누어 이완요법을 시행한 결과 이완요법과 alprazolam, lorazepam, paroxetine 병행치료군이 alprazolam, lorazepam, paroxetine 단독군에 비해 HAM-A 점수가 5.40점 더 낮았다[95% CI: -7.81, -2.99]. SAS 점수는 6.10점 더 낮았다[95% CI: -9.39, -2.81].[1)]

Song(2009)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 40명을 두 군으로 나누어 12주간 이완요법을 시행한 결과 이완요법과 항불안제 병행치료군이 항불안제 단독군에 비해 HAM-A 점수가 7.96점 더 낮았다[95% CI: -11.18, -4.74]. CGI-S 점수는 1.58점 더 낮았다[95% CI: -2.35, -0.81].[2)]

Cui(2019)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 60명을 두 군으로 나누어 6주간 이완요법을 시행한 결과 이완요법과 불안장애치료약물 병행치료군이 불안장애치료약물 단독군에 비해 HAM-A 점수가 6.81점 더 낮았다[95% CI: -8.47, -5.15]. SAS 점수는 8.21점 더 낮았다[95% CI: -10.63, -5.79]. SDS 점수는 7.84점 더 낮았다[95% CI: -10.64, -5.04]. CGI-S 점수는 1.96점 더 낮았다[95% CI: -2.38, -1.54].[3)]

Xu(2017)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 80명을 두 군으로 나누어 6주간 이완요법을 시행한 결과 이완요법과 alprazolam, buspirone 병행치료군이 alprazolam, buspirone 단독군에 비해 HAM-A 점수가 6.80점 더 낮았다[95% CI: -9.01, -4.59]. SAS 점수는 2.86점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -6.97, 1.25]. SDS 점수는 3.68점 더 낮았다[95% CI: -7.35, -0.01].[4)]

Li(2013)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 80명을 두 군으로 나누어 6주간 이완요법을 시행한 결과 이완요법과 alprazolam, buspirone 병행치료군이 alprazolam, buspirone 단독군에 비해 HAM-A 점수가 4.50

점 더 낮았다[95% CI: -7.53, -1.47]. SAS 점수는 4.96점 더 낮았다[95% CI: -7.36, -2.56]. SDS 점수는 4.84점 더 낮았다[95% CI: -7.04, -2.64].[5)]

Niu(2017)의 연구에서 국제 질병 분류(ICD-10)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 101명을 두 군으로 나누어 8주간 이완요법을 시행한 결과 이완요법과 미르타자핀(mirtazapine: NaSSA계의 비정형 항우울제) 병행치료군이 mirtazapine 단독군에 비해 HAM-A 점수가 8.89점 더 낮았다[95% CI: -10.73, -7.05].[6)]

Wang(2016)의 연구에서 국제 질병 분류(ICD-10)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 64명을 두 군으로 나누어 3주간 이완요법을 시행한 결과 이완요법과 alprazolam, paroxetine 병행치료군이 alprazolam, paroxetine 단독군에 비해 HAM-A 점수가 7.96점 더 낮았다[95% CI: -10.55, -5.37]. SAS 점수는 16.00점 더 낮았다[95% CI: -19.16, -12.84]. CGI-S 점수는 1.55점 더 낮았다[95% CI: -2.17, -0.93].[7)]

Deng(2018)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 260명을 두 군으로 나누어 6주간 이완요법을 시행한 결과 이완요법과 alprazolam, buspirone 병행치료군이 alprazolam, buspirone 단독군에 비해 HAM-A 점수가 5.30점 더 낮았다[95% CI: -7.06, -3.54]. SAS 점수는 6.16점 더 낮았다[95% CI: -7.06, -5.26]. SDS 점수는 6.56점 더 낮았다[95% CI: -7.89, -5.23].[8)]

② 연구결과의 요약

8개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 이완요법을 3~12주간 시행하였을 때 이완요법과 불안장애치료약물 병행치료군이 불안장애치료약물 단독군보다 HAM-A 점수가 6.76점 더 낮았다[95% CI: -7.52, -5.99](근거수준 중등도;Moderate).

6개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 이완요법을 3~6주간 시행하였을 때 이완요법과 불안장애치료약물 병행치료군이 불안장애치료약물 단독군보다 SAS 점수가 –6.67점 더 낮았다[95% CI: -7.41, -5.93](근거수준 중등도;Moderate).

3개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 이완요법을 3~12주간 시행하였을 때 이완요법과 불안장애치료약물 병행치료군이 불안장애치료약물 단독군보다 CGI-S 점수가 1.79점 더 낮았다[95% CI: -2.11, -1.47](근거수준 중등도;Moderate).

4개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 이완요법을 6주간 시행하였을 때 이완요법과 불안장애치료약물 병행치료군이 불안장애치료약물 단독군보다 SDS 점수가 6.14점 더 낮았다[95% CI: -7.16, -5.13](근거수준 중등도;Moderate).

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
anxiety IAT (HAM-A) (Critical)	785 (8RCTs)	◉◉◉○ Moderate[a]	-	-	MD 6.76 낮음 [-7.52, -5.99]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
anxiety IAT (SAS) (Critical)	644 (6RCTs)	◉◉◉○ Moderate[a]	-	-	MD 6.67 낮음 [-7.41, -5.93]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
depression IAT (SDS) (Important)	480 (4RCTs)	◉◉◉○ Moderate[a]	-	-	MD 6.14 낮음 [-7.16, -5.13]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
severity IAT (CGI-S) (Critical)	164 (3RCTs)	◉◉◉○ Moderate[a]	-	-	MD 1.79 낮음 [-2.11, -1.47]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

IAT: Immediately After Treatment(치료 직후 결과); **HAM-A:** Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도); **SAS:** The Zung Self-Rating Anxiety Scale(자가평가 불안척도); **SDS:** The Zung Self-Rating Depression Scale(자가평가 우울척도); **CGI-S:** Clinical Global Impression-Severity(전반적 임상 인상척도-심각도)
a: 배정순서 생성과 배정은폐가 불확실하고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않아 비뚤림 위험성이 있음

(2) 권고안 도출에 대한 설명

성인 범불안장애 환자에서 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 이완요법과 불안장애치료약물 병행치료의 편익은 신뢰할 만하며, 종합적인 근거 수준이 중등도(Moderate)이므로 추후 연구로 효과추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 것이며 추정치가 바뀔 수도 있다. 이완요법은 적용의 용이성과 폭넓은 활용성으로 인하여 정신질환 임상증상에 유효한 것으로 판단된다. 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 권고등급 B를 부여한다. 즉 성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 이완요법과 불안장애치료약물 병행치료를 고려해야 한다.

(3) 참고문헌

1. 吕红. 放松训练护理对广泛性焦虑症患者康复的影响. 黑龙江医药. 2017;30(01):218-9.
2. 宋喜霞, 闫青青, 霍丽红, 韩晶. 放松训练护理疗法对广泛性焦虑症的效果研究. 中国实用医药. 2009(04).
3. 崔倩, 欧阳小芬, 赵蕾, 汪丹, 刘宁. 放松训练护理对广泛性焦虑症患者康复的影响效果分析. 中国医药指南. 2019;17(28):184-5.
4. 徐新, 郑燕华. 放松训练结合心理护理对广泛性焦虑症患者的临床影响分析. 基层医学论坛. 2017;21(30):4197-8.

5. 李艺华, 张新风, 马休玉, 许晓静, 徐琼. 心理护理结合放松训练对广泛性焦虑症的疗效观察. 临床护理杂志. 2013(02).
6. 牛永利, 郭军, 杨小波, 任洁. 放松治疗结合米氮平片对于广泛性焦虑障碍患者的疗效观察. 国际精神病学杂志. 2017;44(01):72-4, 78.
7. 王惠. 心理干预联合放松训练在广泛性焦虑障碍治疗中的应用效果分析. 临床医药实践. 2016(05).
8. 邓欢欢. 心理护理结合放松训练对广泛性焦虑症的临床疗效观察. 智慧健康. 2018;4(28):67-8.

▣ 공황장애 - 이완 병행치료

【 R31 】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 공황장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 이완요법과 불안장애치료약물 병행치료를 고려해야 한다.	B/Moderate	1
임상적 고려사항 ● 치료 구성 : 연구에서 시행된 이완요법은 다음과 같이 구성되어 있다. - 침대에 등을 대고 누워서 테이프 지시에 따라 머리에서 발끝까지 순차적으로 근육을 수축, 7~10초 유지, 이완. - 매일 2회 4주 시행		

【 Q31 】

성인 공황장애 환자에게 이완요법과 불안장애치료약물 병행치료는 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 불안장애 관련 증상척도를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 공황장애 환자	이완요법 + 불안장애치료약물	불안장애치료약물	SAS	한의원 및 한방병원

① 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q31은 공황장애 환자에 대한 이완요법의 효과를 비교분석하기 위해 만들어졌다. 본 임상연구의 근거에 따르면 범불안장애에서의 이완요법과 불안장애치료약물 병행치료와 불안장애치료약물 비교 연구에서 불안장애 관련 증상척도 개선에 일부 유의한 효과를 나타내는 임상 연구가 있었다. 하위 권고안들의 근거수준과 권고 방향을 고려하여 전문가 그룹의 델파이 합의를 통해 근거수준과 권고등급을 부여하였다. 하위 권고안들의 근거수준은 중등도(Moderate)이므로 추후 연구를 통해 공황장애의 범주와 효과 추정치의 확산 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 있다고 판단된다. 한편, 권고의 방향은 B로 권고안이 성인 공황장애 환자에 이완요법을 사용하는 방향으로 도출되었다. 이에 개발그룹의 공식적 합의에 따라 근거수준 Moderate 권고등급 B를 부여한다. 즉, 성인 공황장애 환자의 증상 개선을 위해 이완요법과 불안장애치료약물 병행치료를 고려해야 한다.

(1) 임상질문 Q31-1

성인 공황장애 환자에게 이완요법과 불안장애치료약물 병행치료는 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 공황장애 환자	이완요법 + 불안장애치료약물	불안장애치료약물	SAS	한의원 및 한방병원

SAS: The Zung Self-Rating Anxiety Scale(자가평가 불안척도), **불안장애치료약물:** 항우울 및 항불안제

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 1편의 무작위 배정 임상연구가 포함되었다.

Wei(2004)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 공황장애 환자 64명을 두 군으로 나누어 4주간 이완요법을 시행한 결과 이완요법과 alprazolam, 이미프라민(imipramine: TCAs계의 항우울제) 병행치료군이 alprazolam, imipramine 단독군에 비해 SAS 점수가 12.62점 더 낮았다[95% CI: -15.41, -9.83]근거수준(근거수준 중등도;Moderate).[1)]

② 연구결과의 요약

1개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 공황장애 환자에게 4주간 이완요법과 alprazolam, imipramine 병행치료 하였을 때 alprazolam, imipramine 단독군 보다 SAS 점수가 12.62점 더 낮았다[95% CI: -15.41, -9.83]근거수준(근거수준 중등도;Moderate).

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
anxiety IAT (SAS) (Critical)	64 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	-	-	MD 12.62 낮음 [−15.41, −9.83]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

IAT: immediately after treatment(치료 직후 결과); **SAS:** The Zung Self-Rating Anxiety Scale(자가평가 불안척도)
a: 배정순서 생성과 배정은폐가 불확실하고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않아 비뚤림 위험성이 있음

(2) 권고안 도출에 대한 설명

성인 공황장애 환자에서 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 이완요법과 불안장애치료약물 병행치료의 편익은 신뢰할 만하며, 종합적인 근거 수준이 중등도(Moderate)이므로 추후 연구로 효과추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 것이며 추정치가 바뀔 수도 있다. 이완요법은 적용의 용이성과 폭넓은 활용성으로 인하여 정신질환 임상증상에 유효한 것으로 판단된다. 비용 대비 효과를 평가한 국내

외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 권고등급 B를 부여한다. 즉 성인 공황장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 이완요법과 불안장애치료약물 병행치료를 고려해야 한다.

(3) 참고문헌

1. 魏春香, 杜延明. 顺序肌肉收缩松弛法用于惊恐障碍病人的效果探讨. 护理学杂志. 2004(23).

▣ 범불안장애 - 생기능자기조절훈련 단독치료

【R32】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물에 비하여 생기능자기조절훈련을 고려할 수 있다.	C/Low	1
임상적 고려사항 ● 치료 구성 : 근전도 피부온도훈련 바이오피드백 - 매회 30분 일1회, 총 10회×3세트 시행		

【Q32】

성인 범불안장애 환자에게 생기능자기조절훈련은 불안장애치료약물에 비하여 불안장애 관련 증상척도를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 범불안장애 환자	생기능자기조절훈련	불안장애치료약물	HAM-A SAS	한의원 및 한방병원

① 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q32는 범불안장애 환자에 대한 생기능자기조절훈련의 효과를 비교분석하기 위해 만들어졌다. 본 임상연구의 근거에 따르면 범불안장애에서의 생기능자기조절훈련은 불안장애치료약물과의 비교 연구에서 불안장애 관련 증상척도의 개선에 있어 대조군보다 더 나은 효과를 보여주지 않았으나, 향후 다른 처방의 연구 결과에 따라 생기능자기조절훈련의 임상적 활용도는 바뀔 수 있다. 하위 권고안들의 근거수준과 권고 방향을 고려하여 전문가 그룹의 델파이 합의를 통해 근거수준과 권고등급을 부여하였다. 하위 권고안들의 근거수준은 포함된 모든 연구에서 낮음(Low)이므로 추후 연구를 통해 범불안장애의 범주와 효과 추정치의 확산 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 매우 크다고 판단된다. 한편, 권고의 방향은 모두 C로 모든 권고안이 범불안장애 환자에 생기능자기조절훈련을 사용할 수 있다고 도출되었다. 이에 공식적 합의에 따라 근거수준 Low 권고등급 C를 부여한다. 즉, 성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물에 비하여 생기능자기조절훈련을 고려할 수 있다

(1) 임상질문 Q32-1

성인 범불안장애 환자에게 생기능자기조절훈련은 불안장애치료약물에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 범불안장애 환자	생기능자기조절훈련	불안장애치료약물	HAM-A SAS	한의원 및 한방병원

HAM-A: Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도); **SAS:** The Zung Self-Rating Anxiety Scale(자가평가 불안척도), **불안장애치료약물:** 항불안제

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 1편의 무작위 배정 임상연구가 포함되었다.

Feng(2010)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 102명을 두 군으로 나누어 4주간 생기능자기조절훈련(biofeedback)을 시행한 결과 생기능자기조절훈련군이 alprazolam 복용군에 비해 HAM-A 점수가 0.50점 더 높았으나 유의하지 않았다[95% CI: -1.46, 2.46](근거수준 낮음;Low). SAS 점수는 6.00점 더 낮았다[95% CI: -8.48, -3.52](근거수준 중등도;Moderate).[1)]

② 연구결과의 요약

1개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 4주간 생기능자기조절훈련군 시행하였을 때, alprazolam 복용군 보다 HAM-A 점수가 0.50점 더 높았으나 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음을 포함하였다[95% CI: -1.46, 2.46](근거수준 낮음;Low).

1개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 4주간 생기능자기조절훈련군 시행하였을 때, alprazolam 복용군 보다 SAS 점수는 6.00점 더 낮았다[95% CI: -8.48, -3.52](근거수준 중등도;Moderate).

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
anxiety IAT (HAM-A) (Critical)	102 (1RCT)	◉◉○○ Low[a,b]	-	-	MD 0.50 높음 [-1.46, 2.46]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
anxiety IAT (SAS) (Critical)	102 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	-	-	MD 6.00 낮음 [-8.48, -3.52]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

IAT: Immediately After Treatment(치료 직후 결과); **HAM-A:** Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도); **SAS:** The Zung Self-Rating Anxiety Scale(자가평가 불안척도)

a: 배정순서 생성과 배정은폐가 불확실하고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않아 비뚤림 위험성이 있음

b: MD의 95% 신뢰구간이 0을 포함하여 비정밀성 영역에서 등급을 낮춤

(2) 권고안 도출에 대한 설명

성인 범불안장애 환자에서 불안장애치료약물에 비하여 생기능자기조절훈련의 편익은 명확하지 않으며, 종합적인 근거 수준이 낮음(Low)이므로 추후 연구는 효과추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 매우 크며 추정치가 바뀔 가능성이 높다. 생기능자기조절훈련은 한의학의 기공요법과 유사한 의료행위로서, 기공요법이 자기수행 훈련과정에 많은 시간과 의지가 요구되는 반면, 이를 현대 과학적 기기를 이용하여 쉽게 자기훈련에 도달할 수 있도록 도와주는 것이다. 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 권고등급 C를 부여한다. 즉 성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물에 비하여 생기능자기조절훈련을 고려할 수 있다.

(3) 참고문헌

1. 冯龙喜. 生物反馈治疗广泛性焦虑障碍对照研究. 临床精神医学杂志. 2010(01).

▣ 범불안장애 - 생기능자기조절훈련 병행치료

【R33】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 생기능자기조절훈련과 불안장애치료약물 병행치료를 고려할 수 있다.	C/Low	1-6

임상적 고려사항

● 치료 구성 : 본 권고에 포함된 EEG biofeedback 연구들에서는 각각 다음과 같이 진행하였다.

1. 고려사항 1
- Fp1, Fp2, 접지전극 : Fpz, 기준전극: A1, A2
- αpa, SMRpa, θpa 훈련 매회 50분 격일 8주 총 16회 시행

2. 고려사항 2
- 측정전극 : Fp1, Fp2, 접지전극 : Fpz, 기준전극 A1, A2
- αpa, SMRpa, θpa 훈련 주 3회 8주 총 24회 시행

3. 고려사항 3
- 측정전극 : Fp1, Fp2, 접지전극 : Fpz, 기준전극: A1, A2
- αpa, SMRpa, θpa 훈련 매회 30분 주 2회 4주 총 8회 시행

4. 고려사항 4
- EEG biofeedback 매회 30분 주3회 6주

5. 고려사항 5
- 측정전극: Cz, 기준전극 : A1, A2
- αpa, SMRpa, θpa 훈련 1~4주 주3회, 5~6주 주2회 총 16회 시행

6. 고려사항 6
- 측정전극 : Fp1, Cz, 접지전극 : Fpt, 기준전극: A1, A2
- αpa, θpa 훈련 주3회 매회 20분 6주 총 18회 시행

【Q33】

성인 범불안장애 환자에게 생기능자기조절훈련과 불안장애치료약물 병행치료는 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 불안장애 관련 증상척도를 개선시키는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 범불안장애 환자	생기능자기조절훈련 + 불안장애치료약물	불안장애치료약물	HAM-A SAS HAM-D PSQI	한의원 및 한방병원

① 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q33은 범불안장애 환자에 대한 생기능자기조절훈련과 불안장애치료약물 병행치료의 효과를 비교분석하기 위해 만들어졌다. 본 임상연구의 근거에 따르면 범불안장애에서의 생기능자기조절훈련과 불안장애치료약물 병행치료는 불안장애치료약물 단독치료와의 비교 연구에서 불안장애 관련 증상척도의 개선에 있어 대조군보다 더 나은 효과를 보여주지 않았으나, 향후 다른 처방의 연구 결과에

따라 생기능자기조절훈련과 불안장애치료약물 병행치료의 임상적 활용도는 바뀔 수 있다. 하위 권고안들의 근거수준과 권고 방향을 고려하여 전문가 그룹의 델파이 합의를 통해 근거수준과 권고등급을 부여하였다. 하위 권고안들의 근거수준은 포함된 모든 연구에서 낮음(Low)이므로 추후 연구를 통해 범불안장애의 범주와 효과 추정치의 확산 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 매우 크다고 판단된다. 한편, 권고의 방향은 모두 C로 모든 권고안이 범불안장애 환자에 생기능자기조절훈련과 불안장애치료약물 병행치료를 사용할 수 있다고 도출되었다. 이에 공식적 합의에 따라 근거수준 Low 권고등급 C를 부여한다. 즉, 성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물에 비하여 생기능자기조절훈련과 불안장애치료약물 병행치료를 고려할 수 있다.

(1) 임상질문 Q33-1

성인 범불안장애 환자에게 생기능자기조절훈련과 불안장애치료약물 병행치료는 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 범불안장애 환자	생기능자기조절훈련 + 불안장애치료약물	불안장애치료약물	HAM-A SAS HAM-D PSQI	한의원 및 한방병원

HAM-A: Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도); **SAS:** The Zung Self-Rating Anxiety Scale(자가평가 불안척도); **HAM-D:** Hamilton Depression Rating Scale(해밀턴 우울척도); **PSQI:** Pittsburgh Sleep Quality Index(피츠버그 수면의 질 지수), **불안장애치료약물:** 항우울 및 항불안제

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 6편의 무작위 배정 임상연구가 포함되었다.

Jiang(2015)의 연구에서 국제 질병 분류(ICD-10)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 120명을 두 군으로 나누어 6주간 생기능자기조절훈련(EEG biofeedback)을 시행한 결과 생기능자기조절훈련과 tandospirone 병행치료군이 tandospirone 단독군에 비해 HAM-A 점수가 5.78점 더 낮았다[95% CI: -7.56, -4.00]. SAS 점수는 0.07점 더 높았으나 유의하지 않았다[95% CI: -2.75, 2.89].[1)]

Sun(2006)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 68명을 두 군으로 나누어 8주간 생기능자기조절훈련(EEG biofeedback)을 시행한 결과 생기능자기조절훈련과 paroxetine 병행치료군이 paroxetine 단독군에 비해 HAM-A 점수가 2.20점 더 높았으나 유의하지 않았다[95% CI: -0.14, 4.54]. HAM-D 점수는 0.50점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -2.91, 1.91].[2)]

Liao(2019)의 연구에서 국제 질병 분류(ICD-10)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 80명을 두 군으로 나누어 8주간 생기능자기조절훈련(EEG biofeedback)을 시행한 결과 생기능자기조절훈련과 escitalopram 병행치료군이 escitalopram 단독군에 비해 HAM-A 점수가 0.01점 더 낮았으나 유의하지

않았다[95% CI: -0.30, 0.28]. SAS 점수는 1.33점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -3.52, 0.86].[3)]

Wen(2019)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 80명을 두 군으로 나누어 8주간 생기능자기조절훈련(EEG biofeedback)을 시행한 결과 생기능자기조절훈련과 paroxetine 병행치료군이 paroxetine 단독군에 비해 HAM-A 점수가 3.80점 더 낮았다[95% CI: -5.65, -1.95]. PSQI 점수는 0.40점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -1.15, 0.35].[4)]

Luo(2008)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 40명을 두 군으로 나누어 6주간 생기능자기조절훈련(EEG biofeedback)을 시행한 결과 생기능자기조절훈련과 tandospirone 병행치료군이 tandospirone 단독군에 비해 HAM-A 점수가 2.30점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -4.80, 0.20].[5)]

Gao(2015)의 연구에서 정신질환의 진단 및 통계편람(DSM-IV)의 진단기준을 만족하는 범불안장애 환자 97명을 두 군으로 나누어 6주간 생기능자기조절훈련(EEG biofeedback)을 시행한 결과 생기능자기조절훈련과 mirtazapine 병행치료군이 mirtazapine 단독군에 비해 HAM-A 점수가 3.59점 더 낮았다[95% CI: -5.86, -1.32]. SAS 점수는 8.79점 더 낮았다[95% CI: -11.33, -6.25].[6)]

② 연구결과의 요약

5개*의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 생기능자기조절훈련을 6~8주간 시행하였을 때 생기능자기조절훈련과 불안장애치료약물 병행치료군이 불안장애치료약물 단독군보다 HAM-A 점수가 3.15점 더 낮았다[95% CI: -4.08, -2.21](근거수준 낮음;Low).

*sensitivity analysis를 통해 이질성이 매우 큰 문헌(Liao, 2019)를 양적 합성에서 배제하였다.

3개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 생기능자기조절훈련을 6~8주간 시행하였을 때 생기능자기조절훈련과 불안장애치료약물 병행치료군이 불안장애치료약물 단독군보다 SAS 점수가 3.33점 더 낮았다[95% CI: -4.76, -1.90](근거수준 낮음;Low).

1개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 생기능자기조절훈련을 8주간 시행하였을 때 생기능자기조절훈련과 불안장애치료약물 병행치료군이 불안장애치료약물 단독군보다 HAM-D 점수가 0.50점 더 낮았으나 효과 추정치의 신뢰구간이 효과없음을 포함하였다[95% CI: -2.91, 1.91](근거수준 낮음;Low).

1개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 범불안장애 환자에게 생기능자기조절훈련을 8주간 시행하였을 때 생기능자기조절훈련과 불안장애치료약물 병행치료군이 불안장애치료약물 단독군보다 PSQI 점수가 0.40점 더 낮았으나 효과 추정치의 신뢰구간이 효과없음을 포함하였다[95% CI: -1.15, 0.35](근거수준 낮음;Low).

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
anxiety IAT (HAM-A) (Critical)	405 (5RCTs)	◉◉○○ Low[a,c]	–	–	MD 3.15 낮음 [−4.08, −2.21]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
anxiety IAT (SAS) (Critical)	297 (3RCTs)	◉◉○○ Low[a,c]	–	–	MD 3.33 낮음 [−4.76, −1.90]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
depression IAT (HAM-D) (Important)	68 (1RCT)	◉◉○○ Low[a,b]	–	–	MD 0.50 낮음 [−2.91, 1.91]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
sleep IAT (PSQI) (Important)	80 (1RCT)	◉◉○○ Low[a,b]	–	–	MD 0.40 낮음 [−1.15, 0.35]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

IAT: Immediately After Treatment(치료 직후 결과); **HAM-A:** Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도); **SAS:** The Zung Self-Rating Anxiety Scale(자가평가 불안척도); **HAM-D:** Hamilton Depression Rating Scale(해밀턴 우울척도); **PSQI:** Pittsburgh Sleep Quality Index(피츠버그 수면의 질 지수)
a: 배정순서 생성과 배정은폐가 불확실하고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않아 비뚤림 위험성이 있음
b: MD의 95% 신뢰구간이 0을 포함하여 비정밀성 영역에서 등급을 낮춤
c: $I^2 \geq 75\%$ 로 비일관성이 있다고 평가함

(2) 권고안 도출에 대한 설명

성인 범불안장애 환자에서 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 생기능자기조절훈련과 불안장애치료약물 병행치료의 편익은 명확하지 않으며, 종합적인 근거 수준이 낮음(Low)이므로 추후 연구는 효과추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 매우 크며 추정치가 바뀔 가능성이 높다. 생기능자기조절훈련은 한의학의 기공요법과 유사한 의료행위로서, 기공요법이 자기수행 훈련과정에 많은 시간과 의지가 요구되는 반면, 이를 현대과학적 기기를 이용하여 쉽게 자기훈련에 도달할 수 있도록 도와주는 것이다. 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 권고등급 C를 부여한다. 즉 성인 범불안장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 생기능자기조절훈련과 불안장애치료약물 병행치료를 고려할 수 있다.

(3) 참고문헌

1. 姜浩, 仲海珍, 李辉. 脑电生物反馈合并坦度螺酮治疗广泛性焦虑障碍对照研究. 精神医学杂志. 2015(05).
2. 孙高翔, 孙学礼, 黄颐, 舒放. 脑电生物反馈辅助治疗广泛性焦虑研究. 华西医学. 2006(03).
3. 廖波, 甘桂荣, 李彦, 赵梦颖, 卢志南. 脑电生物反馈联合艾司西酞普兰在焦虑障碍治疗中的作用分析. 中国医学创新. 2019;16(29):52-55.

4. 文飞, 吴文涛, 龚梅恩, 汤姿英, 姚建玲. 帕罗西汀结合脑电生物反馈治疗广泛性焦虑症的疗效观察. 中国实用医药. 2019;14(27):10-12.
5. 罗彦. 生物反馈合并坦度螺酮治疗广泛性焦虑症的对照研究. 中外医疗. 2008(16).
6. 高月霞, 黄敬, 李红光, et al. 脑电生物反馈联合米氮平治疗焦虑障碍的临床对照研究. 四川精神卫生. 2015(04).

▣ 공황장애 - 생기능자기조절훈련 병행치료

【R34】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 공황장애 환자에게 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 생기능자기조절훈련과 불안장애치료약물 병행치료를 고려할 수 있다.	C/Low	1

임상적 고려사항

- 치료 구성 : 환자가 미리 준비한 본인의 5가지 행복한 기억을 떠올리는 것과 연속적인 뺄셈(300 −3 −4 −6 −7 −9)을 자극으로 하여 Realtime-fMRI neurofeedback
- 1주 간격으로 총 3회 시행

【Q34】

성인 공황장애 환자에게 생기능자기조절훈련과 불안장애치료약물 병행치료는 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 불안장애 관련 증상척도를 개선시키는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 공황장애 환자	생기능자기조절훈련 + 불안장애치료약물	불안장애치료약물	HAM-A WHOQOL-BREF	한의원 및 한방병원

① 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q34는 공황장애 환자에 대한 생기능자기조절훈련과 불안장애치료약물 병행치료의 효과를 비교분석하기 위해 만들어졌다. 본 임상연구의 근거에 따르면 공황장애에서의 생기능자기조절훈련과 불안장애치료약물 병행치료는 불안장애치료약물 단독치료와의 비교 연구에서 불안장애 관련 증상척도의 개선에 있어 대조군보다 더 나은 효과를 보여주지 않았으나, 향후 다른 치료의 연구 결과에 따라 생기능자기조절훈련과 불안장애치료약물 병행치료의 임상적 활용도는 바뀔 수 있다. 하위 권고안들의 근거수준과 권고 방향을 고려하여 전문가 그룹의 델파이 합의를 통해 근거수준과 권고등급을 부여하였다. 하위 권고안들의 근거수준은 포함된 모든 연구에서 낮음(Low)이므로 추후 연구를 통해 공황장애의 범주와 효과 추정치의 확산 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 매우 크다고 판단된다. 한편, 권고의 방향은 모두 C로 모든 권고안이 공황장애 환자에 생기능자기조절훈련과 불안장애치료약물 병행치료를 사용할 수 있다고 도출되었다. 이에 공식적 합의에 따라 근거수준 Low 권고등급 C를 부여한다. 즉, 성인 공황장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물에 비하여 생기능자기조절훈련과 불안장애치료약물 병행치료를 고려할 수 있다.

(1) 임상질문 Q34-1

성인 공황장애 환자에게 생기능자기조절훈련과 불안장애치료약물 병행치료는 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 불안 증상 관련 척도를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 공황장애 환자	생기능자기조절훈련 + 불안장애치료약물	불안장애치료약물	HAM-A WHOQOL-BREF	한의원 및 한방병원

HAM-A: Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도); **WHOQOL-BREF:** World Health Organization Quality Of Life-Abbreviated(세계보건기구 삶의 질 척도 단축형), **불안장애치료약물:** 항우울제

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 1편의 무작위 배정 임상연구가 포함되었다.

Kong(2009)의 연구에서 중국정신장애분류여진단표준(中國精神障碍分類與診斷標準; CCMD-3)의 진단기준을 만족하는 공황장애 환자 81명을 두 군으로 나누어 8주간 생기능자기조절훈련(EMG biofeedback)을 시행한 결과 생기능자기조절훈련과 mirtazapine 병행치료군이 mirtazapine 단독군에 비해 HAM-A 점수가 3.50점 더 낮았다[95% CI: -5.82, -1.18](근거수준 중등도;Moderate). WHOQOL-BREF physical 점수는 3.71점 더 높았다[95% CI: 1.59, 5.83](근거수준 중등도;Moderate). WHOQOL-BREF psychological 점수는 2.50점 더 높았다[95% CI: 0.63, 4.37](근거수준 중등도;Moderate). WHOQOL-BREF independence 점수는 2.93점 더 높았다[95% CI: 0.72, 5.14](근거수준 중등도;Moderate). WHOQOL-BREF social 점수는 2.39점 더 높았으나 유의하지 않았다[95% CI: -0.05, 4.83](근거수준 낮음;Low). WHOQOL-BREF environment 점수는 0.66점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -2.43, 1.11](근거수준 낮음;Low).[1)]

② 연구결과의 요약

1개*의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 공황장애 환자에게 8주간 생기능자기조절훈련과 mirtazapine 병행치료한 군이 mirtazapine 단독군 보다 HAM-A 점수가 3.50점 더 낮았다[95% CI: -5.82, -1.18](근거수준 중등도;Moderate).

1개*의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 공황장애 환자에게 8주간 생기능자기조절훈련과 mirtazapine 병행치료한 군이 mirtazapine 단독군 보다 WHOQOL-BREF physical 점수는 3.71점 더 높았다[95% CI: 1.59, 5.83](근거수준 중등도;Moderate).

1개*의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 공황장애 환자에게 8주간 생기능자기조절훈련과 mirtazapine 병행치료한 군이 mirtazapine 단독군 보다 WHOQOL-BREF psychological 점수는 2.50점 더 높았다[95% CI: 0.63, 4.37](근거수준 중등도;Moderate).

1개*의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 공황장애 환자에게 8주간 생기능자기조절훈련과 mirtazapine 병행치료한 군이 mirtazapine 단독군 보다 WHOQOL-BREF independence 점수는 2.93점 더 높았다[95% CI: 0.72, 5.14](근거수준 중등도;Moderate).

1개*의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 공황장애 환자에게 8주간 생기능자기조절훈련과 mirtazapine 병행치료한 군이 mirtazapine 단독군 보다 WHOQOL-BREF social 점수는 2.39점 더 높았으나 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음을 포함하였다[95% CI: -0.05, 4.83](근거수준 낮음;Low).

1개*의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 공황장애 환자에게 8주간 생기능자기조절훈련과 mirtazapine 병행치료한 군이 mirtazapine 단독군 보다 WHOQOL-BREF environment 점수는 0.66점 더 낮았으나 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음을 포함하였다[95% CI: -2.43, 1.11](근거수준 낮음;Low)

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
anxiety IAT (HAM-A) (Critical)	81 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	–	–	MD 3.50 낮음 [−5.82, −1.18]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
Quality of Life IAT (WHOQOL-BREF physical) (Important)	81 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	–	–	MD 3.71 높음 [1.59, 5.83]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
Quality of Life IAT (WHOQOL-BREF psychological) (Important)	81 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	–	–	MD 2.50 높음 [0.63, 4.37]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
Quality of Life IAT (WHOQOL-BREF independence) (Important)	81 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	–	–	MD 2.93 높음 [0.72, 5.14]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
Quality of Life IAT (WHOQOL-BREF social) (Important)	81 (1RCT)	◉◉○○ Low[a,b]	–	–	MD 2.39 높음 [−0.05, 4.83]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함
Quality of Life IAT (WHOQOL-BREF environment) (Important)	81 (1RCT)	◉◉○○ Low[a,b]	–	–	MD 0.66 낮음 [−2.43, 1.11]	점수가 높을수록 개선됨을 의미함

IAT: Immediately After Treatment(치료 직후 결과); **HAM-A:** Hamilton Anxiety Rating Scale(해밀턴 불안척도); **WHOQOL-BREF:** World Health Organization Quality Of Life-Abbreviated(세계보건기구 삶의 질 척도 단축형)
a: 배정순서 생성과 배정은폐가 불확실하고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않아 비뚤림 위험성이 있음
b: MD의 95% 신뢰구간이 0을 포함하여 비정밀성 영역에서 등급을 낮춤

(2) 권고안 도출에 대한 설명

성인 공황장애 환자에서 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 생기능자기조절훈련과 불안장애치

료약물 병행치료의 편익은 명확하지 않으며, 종합적인 근거 수준이 낮음(Low)이므로 추후 연구는 효과 추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 매우 크며 추정치가 바뀔 가능성이 높다. 생기능자기조절훈련은 한의학의 기공요법과 유사한 의료행위로서, 기공요법이 자기수행 훈련과정에 많은 시간과 의지가 요구되는 반면, 이를 현대과학적 기기를 이용하여 쉽게 자기훈련에 도달할 수 있도록 도와주는 것이다. 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 권고등급 C를 부여한다. 즉 성인 공황장애 환자의 증상 개선을 위해 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 생기능자기조절훈련과 불안장애치료약물 병행치료를 고려할 수 있다.

(3) 참고문헌

1. 孔令军, 肖瑞林, 左小云, 曾志金. 生物反馈合并米氮平治疗惊恐障碍的对照研究. 江西医药. 2009(02).

▣ 외상후 스트레스장애 - 생기능자기조절훈련 단독치료

【R35】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 외상후 스트레스장애 환자에게 생기능자기조절훈련을 고려할 수 있다.	C/Low	각 임상질문별 참고문헌 참조 (R35-1~R35-2)

【Q35】

성인 외상후 스트레스장애 환자에게 생기능자기조절훈련은 거짓 생기능자기조절훈련 또는 무처치대기군에 비하여 불안장애 관련 증상척도를 개선시키는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 외상후 스트레스장애 환자	생기능자기조절훈련	거짓 생기능자기조절훈련 또는 무처치대기군	CAPS PCL-M HAM-D MADRS	한의원 및 한방병원

(1) 권고안 도출에 대한 설명

임상질문 Q35는 외상후 스트레스장애 환자에 대한 생기능자기조절훈련의 효과를 비교분석하기 위해 만들어졌다. 본 임상연구의 근거에 따르면 외상후 스트레스장애에서의 생기능자기조절훈련과 거짓 중재군·무처치군 비교 연구에서 불안장애 관련 증상척도 개선에 유의한 효과를 나타내는 임상 연구들이 있었다. 하위 권고안들의 근거수준과 권고 방향을 고려하여 전문가 그룹의 델파이 합의를 통해 근거수준과 권고등급을 부여하였다. 하위 권고안들의 근거수준은 중등도(Moderate)와 낮음(Low)이 있으므로 추후 연구를 통해 외상후 스트레스장애의 범주와 효과 추정치의 확산 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 매우 크다고 판단된다. 한편, 권고의 방향은 B~C로 강도의 차이는 있으나 모든 권고안이 성인 외상후 스트레스장애 환자에 생기능자기조절훈련을 사용하는 방향으로 도출되었다. 이에 개발그룹의 공식적 합의에 따라 근거수준 Low 권고등급 C를 부여한다. 즉, 성인 외상후 스트레스장애 환자의 증상 개선을 위해 생기능자기조절훈련을 고려할 수 있다.

【R35-1】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 외상후 스트레스장애 환자에게 거짓 생기능자기조절훈련에 비하여 생기능자기조절훈련을 고려할 수 있다.	C/Low	1

임상적 고려사항

- 치료 구성 : EEG biofeedback 측정전극 T4, 기준전극 P4, 접지전극 A1 으로 측정하여 2~6Hz, 22~36Hz 뇌파 억제, 10±13Hz 뇌파 강화를 목표로 훈련한다.

– 매회 30분 주 2회 12주 시행

(1) 임상질문 Q35-1

성인 외상후 스트레스장애 환자에게 생기능자기조절훈련은 거짓 생기능자기조절훈련에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?

권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 외상후 스트레스 장애 환자	생기능자기조절훈련	거짓 생기능자기조절훈련	CAPS PCL-M HAM-D MADRS	한의원 및 한방병원

IAT: Immediately After Treatment(치료 직후 결과); **CAPS:** Clinician-Admistered PTSD Scale(임상가용 외상후 스트레스장애 척도); **PCL-M:** PTSD Checklist-Military version(외상후 스트레스장애 체크리스트-군인용); **HAM-D:** Hamilton Depression Rating Scale(해밀턴 우울척도); **MADRS:** Montgomery-Asberg Depression Rating Scale(몽고메리-아스버그 우울증 평가척도), **거짓 생기능자기조절훈련:** 감정처리와 관련되지 않은 거짓 생기능자기조절훈련

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 1편의 무작위 배정 임상연구가 포함되었다.

Zotev(2018)의 연구에서 정신질환의 진단 및 통계편람(DSM-IV-TR)의 진단기준을 만족하는 외상후 스트레스장애 환자 23명을 두 군으로 나누어 3주간 생기능자기조절훈련(Realtime fMRI neurofeedback)을 시행한 결과 생기능자기조절훈련군이 거짓 생기능자기조절훈련군에 비해 CAPS 점수가 13.20점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -32.22, 5.82](근거수준 낮음;Low). PCL-M 점수는 4.20점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -19.06, 10.66](근거수준 낮음;Low). HAM-D 점수는 동등했으며 유의하지 않았다[95% CI: -5.17, 5.17](근거수준 낮음;Low). MADRS 점수는 0.40점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -8.65, 7.85](근거수준 낮음;Low).[1)]

② 연구결과의 요약

1개*의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 외상후 스트레스 환자에게 3주간 생기능자기조절훈련군을 시행한 군이 거짓 생기능자기조절훈련군 보다 CAPS 점수가 13.20점 더 낮았으나 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음을 포함하였다[95% CI: -32.22, 5.82](근거수준 낮음;Low).

1개*의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 외상후 스트레스 환자에게 3주간 생기능자기조절훈련군을

시행한 군이 거짓 생기능자기조절훈련군 보다 PCL-M 점수는 4.20점 더 낮았으나 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음을 포함하였다[95% CI: -19.06, 10.66](근거수준 낮음;Low).

1개*의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 외상후 스트레스 환자에게 3주간 생기능자기조절훈련군을 시행한 군이 거짓 생기능자기조절훈련군 보다 HAM-D 점수는 동등했으며 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음을 포함하였다[95% CI: -5.17, 5.17](근거수준 낮음;Low).

1개*의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 외상후 스트레스자에게 3주간 생기능자기조절훈련군을 시행한 군이 거짓 생기능자기조절훈련군 보다 MADRS 점수는 0.40점 더 낮았으나 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음을 포함하였다[95% CI: -8.65, 7.85](근거수준 낮음;Low).

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
PTSD IAT (CAPS) (Critical)	23 (1RCT)	◉◉○○ Low[a,b]	-	-	MD 13.20 낮음 [-32.22, 5.82]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
PTSD IAT (PCL-M) (Critical)	23 (1RCT)	◉◉○○ Low[a,b]	-	-	MD 4.20 낮음 [-19.06, 10.66]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
derpession IAT (HAM-D) (Important)	23 (1RCT)	◉◉○○ Low[a,b]	-	-	MD 0.00 낮음 [-5.17, 5.17]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
derpession IAT (MADRS) (Important)	23 (1RCT)	◉◉○○ Low[a,b]	-	-	MD 0.40 낮음 [-8.65, 7.85]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

IAT: Immediately After Treatment(치료 직후 결과); **CAPS:** Clinician-Admistered PTSD Scale(임상가용 외상후 스트레스장애 척도); **PCL-M:** PTSD Checklist-Military version(외상후 스트레스장애 체크리스트-군인용)
a: 배정순서 생성과 배정은폐가 불확실하고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않아 비뚤림 위험성이 있음
b: MD의 95% 신뢰구간이 0을 포함하여 비정밀성 영역에서 등급을 낮춤

(2) 권고안 도출에 대한 설명

성인 외상후 스트레스장애 환자에서 거짓 생기능자기조절훈련에 비하여 생기능자기조절훈련의 편익은 명확하지 않으며, 종합적인 근거 수준이 낮음(Low)이므로 추후 연구는 효과추정치의 확신 정도에 중요한 영향을 미칠 가능성이 매우 크며 추정치가 바뀔 가능성이 높다. 생기능자기조절훈련은 한의학의 기공요법과 유사한 의료행위로서, 기공요법이 자기수행 훈련과정에 많은 시간과 의지가 요구되는 반면, 이를 현대과학적 기기를 이용하여 쉽게 자기훈련에 도달할 수 있도록 도와주는 것이다. 비용 대비 효과를 평가한 국내외 연구 논문이 현재까지 없으므로 비용에 관한 판단은 제외한다. 이에 권고등급 C를 부여한다. 즉 성인 외상후 스트레스장애 환자의 증상 개선을 위해 거짓 생기능자기조절훈련에 비

하여 생기능자기조절훈련을 고려할 수 있다.

(3) 참고문헌

1. Zotev V, Phillips R, Misaki M, et al. Real-time fMRI neurofeedback training of the amygdala activity with simultaneous EEG in veterans with combat-related PTSD. *NeuroImage Clinical*. 2018;19:106-21.

【R35-2】

권고안	권고등급/근거수준	참고문헌
성인 외상후 스트레스장애 환자에게 무처치대기군에 비하여 생기능자기조절훈련을 고려해야 한다.	B/Moderate	1

임상적 고려사항

- 치료 구성 : EMG biofeedback 전극을 이마에 부착하여 근전도 확인을 통해 이완감 훈련을 시행한다.
  - 매회 30분 주 3회 8주 시행
- 치료 2 구성 : A ProComp2, 2-Channel EEG System을 활용한 baseline QEEG 분석을 바탕으로 한다. 명상 이완상태 유지를 위해 alpha-theta파는 강화하고 beta파는 억제하며, 24채널 전극을 사용한다. 훈련부위는 10-20 시스템 상 parietal lobe (PZ)를 활용하며, alpha-theta training(Pz-A1)은 4~7Hz 와 8~11Hz를 보상한다.
  - 10~15분 진행하되 쉬는 시간을 포함하여 총 50분, 16회(주 2회) 시행

(1) 임상질문 Q35-2

성인 외상후 스트레스장애 환자에게 생기능자기조절훈련은 무처치대기군에 비하여 불안증상 관련 척도를 개선시키는가?				
권고 적용군	중재	비교	결과	진료환경
성인 외상후 스트레스장애 환자	생기능자기조절훈련	무처치대기군	CAPS BAI BDI ISI	한의원 및 한방병원

CAPS: Clinician-Admistered PTSD Scale(임상가용 외상후 스트레스장애 척도); **PCL:** PTSD Checklist(외상후 스트레스장애 체크리스트); **BAI:** Beck Anxiety Inventory(벡 불안척도); **BDI:** Beck Depression Inventory(벡 우울척도); **ISI:** Insomnia severity index(불면평가도구)

① 개별 연구 결과에 대한 설명

본 임상질문에는 1편의 무작위 배정 임상연구가 포함되었다.

van der Kolk(2016)의 연구에서 정신질환의 진단 및 통계편람(DSM-IV)의 진단기준을 만족하는 외상후 스트레스장애 환자 44명을 두 군으로 나누어 12주간 생기능자기조절훈련(neurofeedback)을 시행한 결과 생기능자기조절훈련군이 무처치대기군에 비해 CAPS 점수가 23.54점 더 낮았다[95% CI: -28.85, -18.23](근거수준 중등도;Moderate).[1)]

Kang(2021)의 연구에서 Structured Clinical Interview for DSM-5의 진단기준을 만족하는 외상후 스트레스 장애 환자 19명을 두 군으로 나누어, 8주간 16회 생기능자기조절훈련(neurofeedback)을 시행하였을 때, 8주 후 변화량에서 생기능자기조절훈련군이 무처치대기군에 비해 PCL 점수는 11.60점 더 낮았다[95% CI: -22.47, -0.73](근거수준 중등도;Moderate). BAI 점수는 7.24점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -15.46, 0.98](근거수준 중등도;Moderate). BDI 점수는 4.49점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -12.47, 3.49](근거수준 중등도;Moderate). ISI 점수는 2.38점 더 낮았으나 유의하지 않았다[95% CI: -6.99, 2.23](근거수준 중등도;Moderate).[2)]

② 연구결과의 요약

1개*의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 외상후 스트레스 환자에게 12주간 생기능자기조절훈련군을 시행하였을 때, 무처치대기 보다 CAPS 점수가 23.54점 더 낮았다[95% CI: -28.85, -18.23](근거수준 중등도;Moderate)

1개의 무작위 배정 임상연구에서, 성인 외상후 스트레스 환자에게 8주간 16회 생기능자기조절훈련을 시행하였을 때, 8주 후 변화량에서 생기능자기조절훈련군이 무처치대기군에 비해 PCL 점수는 11.60점 더 낮았다[95% CI: -22.47, -0.73](근거수준 중등도;Moderate). BAI 점수는 7.24점 더 낮았으나 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음을 포함하였다[95% CI: -15.46, 0.98](근거수준 중등도;Moderate). BDI 점수는 4.49점 더 낮았으나 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음을 포함하였다[95% CI: -12.47, 3.49](근거수준 중등도;Moderate). ISI 점수는 2.38점 더 낮았으나 효과 추정치의 신뢰구간이 효과 없음을 포함하였다[95% CI: -6.99, 2.23](근거수준 중등도;Moderate).

결과요약표(Summary of Finding)

결과 (결과중요도)	총 환자 수 (문헌 수)	근거수준 (GRADE)	비교위험도 (95% CI)	예측되는 절대효과 (95% CI)		비고
				대조군	중재군	
PTSD IAT (CAPS) (Critical)	44 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	-	-	MD 23.54 낮음 [−28.85, −18.23]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
PTSD IAT (PCL) (Critical)	19 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	-	-	MD 11.60 낮음 [−22.47, −0.73]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
PTSD IAT (BAI) (Critical)	19 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	-	-	MD 7.24 낮음 [−15.46, 0.98]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
PTSD IAT (BDI) (Critical)	19 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	-	-	MD 4.49 낮음 [−12.47, 3.49]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함
PTSD IAT (ISI) (Critical)	19 (1RCT)	◉◉◉○ Moderate[a]	-	-	MD 2.38 낮음 [−6.99, 2.23]	점수가 낮을수록 개선됨을 의미함

IAT: Immediately After Treatment(치료 직후 결과); **CAPS:** Clinician-Admistered PTSD Scale(임상가용 외상후 스트레스장애 척도); **PCL:** PTSD Checklist(외상후 스트레스장애 체크리스트); **BAI:** Beck Anxiety Inventory(벡 불안척도); **BDI:** Beck Depression Inventory(벡 우울척도); **ISI:** Insomnia severity index(불면평가도구)
a: 배정은폐가 불확실하고 참여자 및 시술자의 눈가림이 시행되지 않아 비뚤림 위험성이 있음

(2) 권고안 도출에 대한 설명

성인 외상후 스트레스장애 환자에서 무처치대기군에 비하여 생기능자기조절훈련의 편익은 신뢰할 만하며, 종합적인 근거 수준이 중등도(Moderate)이므로 추후 연구로 효과추정치의 확신 정도에 중요한

영향을 미칠 것이며 추정치가 바뀔 수도 있다. 생기능자기조절훈련은 한의학의 기공요법과 유사한 의료행위로서, 기공요법이 자기수행 훈련과정에 많은 시간과 의지가 요구되는 반면, 이를 현대과학적 기기를 이용하여 쉽게 자기훈련에 도달할 수 있도록 도와주는 것이다.

외상후 스트레스장애 환자에서 생기능자기조절 치료 시작 8주 후와 치료를 마친 뒤 4주 후, 삶의 질 지표인 EQ-VAS와 SF-36 점수가 유의하게 향상되었으며. 생기능자기조절훈련은 외상후 스트레스장애 환자의 EQ-5D를 1점 증가시키는데 대조군과 비교하여 1년 동안 6,314,760원이 소요되었다(ICER 6,314,760원/QALY). 이는 우리나라에서 보험급여 지불의사 결정 과정에서 고려되는 GDP보다 높지만(2020년 GDP, 35,230,000원) WHO에서 제시하는 경제성이 있다고 판단되는 범위(통상 GDP값의 0.7~3배)안의 값으로, 생기능자기조절훈련은 비용효과성이 있다고 판단된다. 이에 권고등급 B를 부여한다. 즉 성인 외상후 스트레스장애 환자 환자의 증상개선을 위해 무처지대기군에 비해 생기능자기조절훈련을 사용할 것을 고려할 수 있다.

(3) 참고문헌

1. van der Kolk BA, Hodgdon H, Gapen M, et al. A Randomized Controlled Study of Neurofeedback for Chronic PTSD. PloS one. 2016;11(12):e0166752.
2. JT.L, GW.K, HW.K. et al. Effectiveness, Cost-Utility, and Safety of Neurofeedback Self-Regulating Training in Patients with Post-Traumatic Stress Disorder: A Randomized Controlled Trial. Healthcare. 2021;9(10).

Ⅴ. 불안장애 임상진료지침 활용

1. 불안장애 임상진료지침 활용

2. 한계점 및 의의

3. 향후 계획

1. 불안장애 임상진료지침 활용

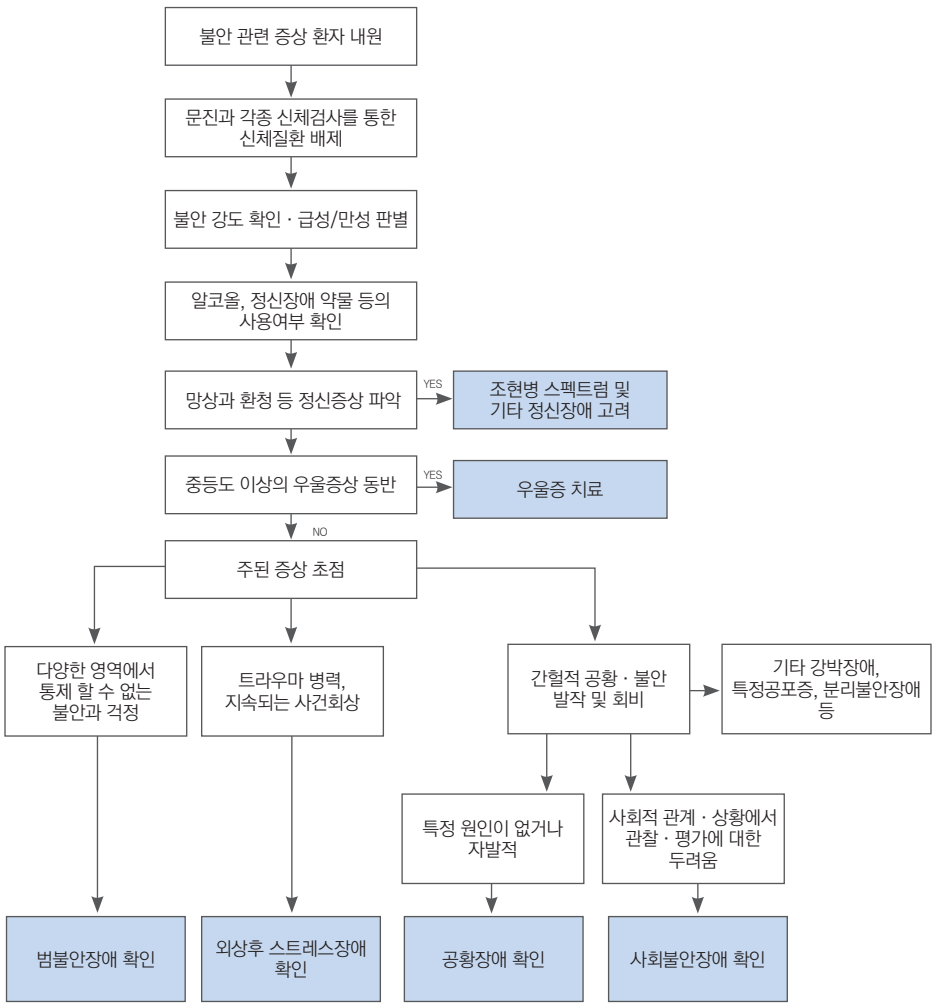
불안장애는 우울증과 함께 1차 진료기관을 찾는 대표적인 정신과 관련 질환이다. 스트레스에 의한 증상의 발현은 개인차에 따라 다양하고 예측하기 어려운 문제를 야기하기에 의사의 적절한 대처가 쉽지 않으며, 이러한 임상장면에서 가장 핵심적이고 우선적으로 고려해야 할 질환이 불안장애이다. 그러므로 불안장애 한의표준임상진료지침은 불안장애 진료에 있어 한의사들의 최적화된 의사결정을 돕고, 환자에게 최선의 의료서비스를 제공할 수 있다.

본 진료지침의 활용 대상은 한의학을 공부하는 학생, 임상한의사 및 정신장애를 연구하는 연구자이다. 특히, 개발된 불안장애 진료지침의 주된 사용 대상자는 1차 한의진료기관 근무 한의사이며, 진료지침을 통해 불안장애의 임상적 특징인 자율신경계 관련 다양한 증상 호소 환자군으로부터 불안장애 환자를 선별할 수 있는 평가도구(HAM-A, STAI)를 활용할 것이다. 선별이후, 제시된 ICD와 DSM의 진단기준을 적용하여 세부질환으로 진단가능하며, 지침의 권고문을 이용하여 최적화된 치료 방향을 제시하고 치료를 진행 할 수 있을 것이다. 임상현장 상황을 반영한 진단 경로는 아래 그림(진단 알고리즘)으로 제시한다. 그리고 정신과 질환의 특성상 재발과 관해를 반복하므로, 지침에서 제시된 정신치료를 활용하여 환자 개인별 선호하는 정신치료기법을 선정한 뒤 이를 통한 예방·관리로, 지속적인 환자와의 긍정적이고 유연한 관계형성을 유지할 수 있다.

개발 지침의 적용대상은 만 19세 이상의 성인 불안장애 환자이다. 소아 청소년이 배제된 이유는, DSM-5 기준 '분리불안장애'를 제외하고는 정신과에서는 "소아 청소년 정신의학"에서 별도의 범주로 다루고 있기 때문이다. 적용대상 하위 질환의 범위는 ICD와 DSM에서 불안장애의 범주에 속하며, 한국에서의 유병률이 높으며, 한의약적 치료적용이 용이한 범불안장애, 공황장애, 외상후 스트레스 장애 및 사회불안장애로 한정하였다. 한의학적 임상현장에서의 적용환자군은 크게 3가지로 분류 가능하다. 첫째, 선행진료기관에서 불안장애를 진단받지 않고 관련증상을 호소하는 환자군 둘째, 향정신성 약물을 끊고자 하는 환자군 셋째, 향정신성 약물에 대한 부적응과 Adverse Event 해결의 목적으로 향정신성 약물을 한의치료와 병행하고자 하는 환자군으로 분류 가능하다.

불안장애 한의표준임상진료지침의 권고안이 효과적으로 확산 및 실행되기 위해서는 확산 도구가 필요하다. 12개 한의과대학 및 한의학전문대학원 신경정신과 임상실습 교육과정에 임상진료지침 활용을 반영할 예정이다. 또한 확산도구로써 카드뉴스, 인포그래픽, 리플렛 등을 개발하여 임상현장에서 활용될 수 있도록 주관학회인 대한한방신경정신과학회의 학술대회를 통하여 정기적으로 개발 진료지침에 대한 시행정도 모니터링을 실시할 예정이다.

불안장애 한의표준임상진료지침은 국가한의임상정보포털(http://www.nckm.or.kr), 대한한의사협회(http://www.akom.org), 대한한방신경정신과학회(http://www.onp.or.kr) 등을 통해 확인할 수 있으며, 1차 한의진료기관을 대상으로 한 보수교육자료로서 활용될 예정이다.



2. 한계점 및 의의

본 임상진료지침 개발에 포함된 임상연구가 대부분 중국과 구미에서 진행된 연구였으며, 국내에서는 상대적으로 근거자료가 부족하여 한국의 불안장애 의료현실을 정확하게 반영하기 어려운 점이 있었다.

불안장애의 진단도구나 평가도구로 사용되고 있는 SCID(Structured Clinical Interview for DSM), HAMA(Hamilton Anxiety Scale), STAI(State-Trait Anxiety Inventory) 등은 한의학적인 진단체계를 벗어나는 도구이며 기본적으로 정신의학적 전문성을 요하는 도구로서, 일반 한의원에서 사용하는 것이 현실적으로 어려운 측면이 있다. 향후 불안장애의 특징인 신체증상의 다양성을 체계적으로 분류할 수 있는 한의학적 변증 분류 기준이 정립된 평가도구가 개발되어야 할 것이다.

불안장애에 대한 임상연구를 검색한 결과, 범불안장애에 대한 연구에 비해 나머지 3가지(공황장애, 외상후 스트레스장애, 사회공포증) 연구가 부족하여 임상진료지침의 사용자는 이러한 부분을 고려하여야 한다.

본 임상진료지침에서 한의정신요법으로 분류되어 있는 기공, 명상, 이완, 바이오피드백에 대한 1차 한의 진료기관에서의 보장성이 확보되지 않은 관계로 현재, 권고되는 중재들에 대한 즉각적인 활용에 제한이 있을 수 있어 향후, 보장성 강화를 위한 연구가 필요할 것으로 생각된다.

불안장애의 특성상 한약과 침처방 권고안의 내용이, 실제 한국한의학 임상에서 활용되는 안을 전체적으로 반영하지 못하고 있어 향후, 임상연구를 통해 근거를 마련할 필요성이 제기된다.

한의정신요법의 경우, 한약 및 침치료와 복합적으로 활용되는 한국한의학 임상에서의 현실을 본 권고문은 잘 반영하지 못하고 있어 향후, 임상연구를 통해 근거를 마련할 필요성이 제기된다.

3. 향후 계획

기타 중재요법에 있어서 CBT와 비교한 체계적 문헌고찰이 많았으나 본 진료지침에서 채택되지 않았다. 무처치 대조군과 비교한 기타중재요법에 대한 체계적 문헌고찰이 이루어져야 한다.

본 진료지침에서 조사연구되어 권고되는 치료중재는 대부분 단일중재인데 반해, 실제 임상에서 활용되고 있는 치료 프로세스는 한약, 침, 뜸, 부항, 약침, 추나 등 복합치료의 형태로 이루어지고 있기 때문에, 현실 임상장면을 반영한 한방 복합중재 치료에 대한 연구가 이루어져야 한다.

한의학적 경락이론을 근거로 개발된 감정자유기법(EFT)는 문헌 선별과정에서 제외되었으나, 외상후 스트레스장애에 임상적 활용이 높으며 신의료기술로 인정받은 중재로, 현재 진행중인 임상연구 결과를 반영한 권고안이 추후 작성될 예정이다.

본 진료지침에 포함되지 않았으나 임상현장에서 중요한 의의를 가지고 있는 가지고 있는 강박장애, 특정공포증에 대한 연구가 필요하다.

향기요법도 불안장애의 임상현장에서 치료중재로서 빈번하게 활용되었으나, 본 진료지침에서는 침, 한약, 정신요법만을 그 대상으로 삼았기에 연구대상으로 포함되지 않았다. 향후 향기요법의 불안장애에 대한 임상적 안전성, 유효성을 검정할 필요가 있다.

검색어는 '불안장애'와 4가지 하위 질환을 선정하였다. 불안장애 하위질환 중 4가지를 선정한 이유는 1차 한의진료기관에서는 ICD-10을 기준으로 하는 KCD-7에 근거한 진단체계를 적용하고 있으며, DSM 기준해서는 2013년에 개정된 DSM-5가 점차 활용범위를 넓혀가고 있으나, 연구문헌자료의 대부분이 DSM-Ⅳ(1994년 개정) 활용시점에 기술되었기 때문이다. 향후, 개정될 진료지침은 임상현장의 현실성을 반영하여 ICD-11과 DSM-5에 근거한 지침이 개발되어야 할 것이다.

실제 임상에서는 항불안제 등의 양약과 한방 중재가 동시에 활용되는 있는 경우가 많아, 이러한 현실을 반영한 양약과 한방 중재의 동시적용시의 안정성과 유효성에 관한 연구가 제시되어야 할 것이다.

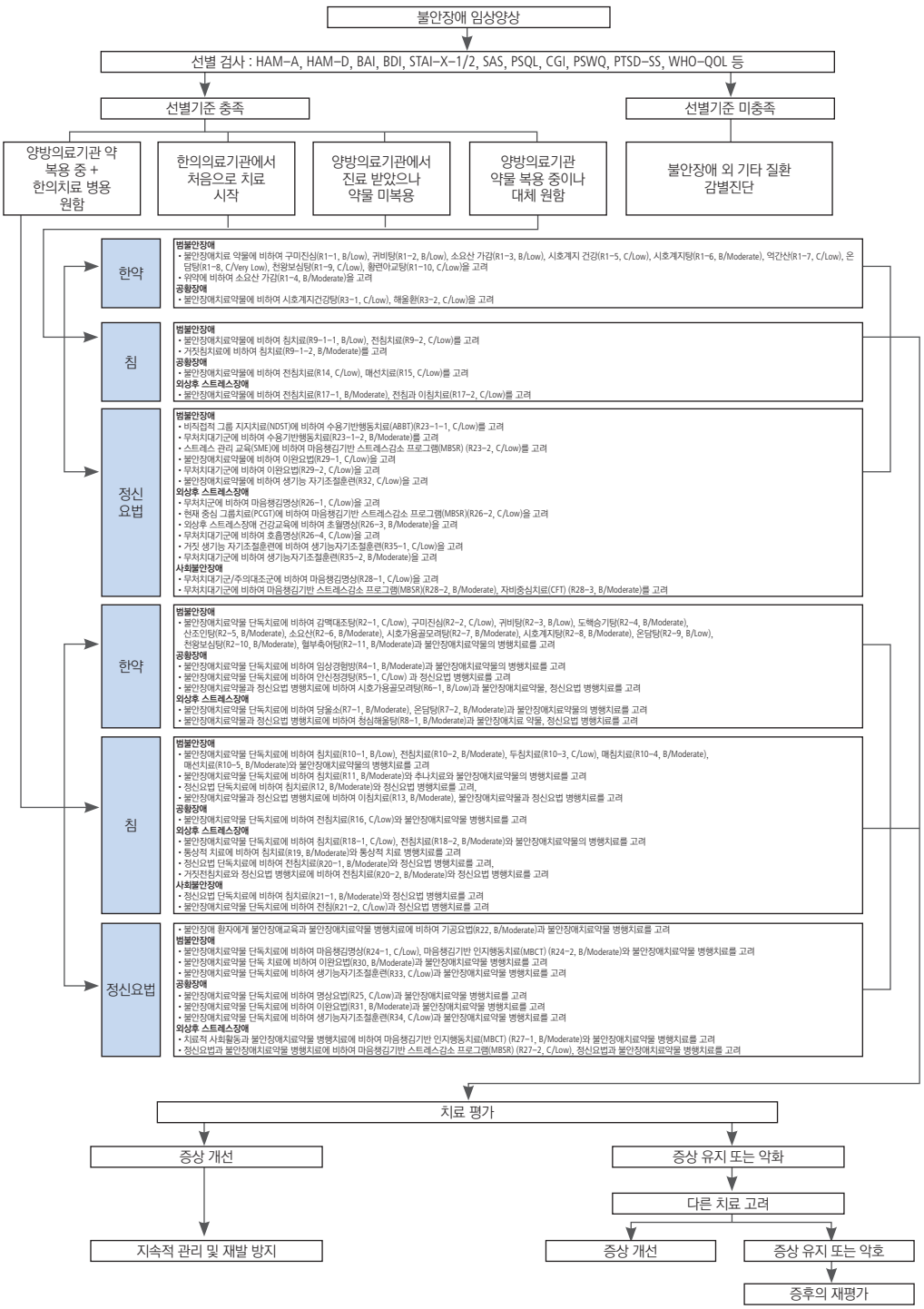
한의학 임상에서 불안장애의 다양한 심리적 신체적 증상 개선에 다빈도로 활용되고 있는 한약처방의 임상연구를 통한 효능근거가 부족한 관계로 향후, 임상연구를 통한 안정성과 유효성 확보를 위한 근거가 필요하다.

본 임상진료지침의 임상현장에서의 활용 상황('불안장애 진료 시 지침 활용도', '지침 권고 치료 중재의 선택 정도', '지침 권고 기반 치료의 유효성', '지침의 오류', '추가 반영사항 및 개선방향' 의 5개 항목)을 모니터링할 예정이다.

모니터링 측정 방법은 대한한방신경정신과학회 춘계 및 추계 학회 참여자를 대상으로 설문조사를 시행하며, 그 결과를 바탕으로 진료지침의 유효한 활용에 대한 피드백을 학회 홈피를 통해 게재하거나, 한의관련 매체에 보고할 예정이다.

본 임상진료지침 갱신은 5년마다 대한한방신경정신과학회 임상진료지침 평가위원회에서 갱신 필요성을 확인하며, 임상연구를 비롯한 새로운 과학적 근거가 확인되는 경우 또는 사용자들 대상으로 권고된 중재의 선호도 및 임상적 차이를 확인하여 새로운 권고안 설정이 필요한 경우 임상진료지침을 재검토하여 갱신하기로 한다.

VI. 진료 알고리즘


불안장애 임상양상
선별 검사 : HAM-A, HAM-D, BAI, BDI, STAI-X-1/2, SAS, PSQL, CGI, PSWQ, PTSD-SS, WHO-QOL 등
선별기준 충족
선별기준 미충족
양방의료기관 약 복용 중 + 한의치료 병용 원함
한의의료기관에서 처음으로 치료 시작
양방의료기관에서 진료 받았으나 약물 미복용
양방의료기관 약물 복용 중이나 대체 원함
불안장애 외 기타 질환 감별진단
한약
범불안장애
• 불안장애치료 약물에 비하여 구미진심(R1-1, B/Low), 귀비탕(R1-2, B/Low), 소요산 가감(R1-3, B/Low), 시호계지 건강(R1-5, C/Low), 시호계지탕(R1-6, B/Moderate), 억간산(R1-7, C/Low), 온담탕(R1-8, C/Very Low), 천왕보심탕(R1-9, C/Low), 황련아교탕(R1-10, C/Low)을 고려
• 위안에 비하여 소요산 가감(R1-4, B/Moderate)을 고려
공황장애
• 불안장애치료약물에 비하여 시호계지건강탕(R3-1, C/Low), 해올환(R3-2, C/Low)을 고려
침
범불안장애
• 불안장애치료약물에 비하여 침치료(R9-1-1, B/Low), 전침치료(R9-2, C/Low)를 고려
• 거짓침치료에 비하여 침치료(R9-1-2, B/Moderate)를 고려
공황장애
• 불안장애치료약물에 비하여 전침치료(R14, C/Low), 매선치료(R15, C/Low)를 고려
외상후 스트레스장애
• 불안장애치료약물에 비하여 전침치료(R17-1, B/Moderate), 전침과 이침치료(R17-2, C/Low)를 고려
정신요법
범불안장애
• 비직접적 그룹 지지치료(NDST)에 비하여 수용기반행동치료(ABBT)(R23-1-1, C/Low)를 고려
• 무처치대기군에 비하여 수용기반행동치료(R23-1-2, B/Moderate)를 고려
• 스트레스 관리 교육(SME)에 비하여 마음챙김기반 스트레스감소 프로그램(MBSR) (R23-2, C/Low)를 고려
• 불안장애치료약물에 비하여 이완요법(R29-1, C/Low)을 고려
• 무처치대기군에 비하여 이완요법(R29-2, C/Low)을 고려
• 불안장애치료약물에 비하여 생기능 자기조절훈련(R32, C/Low)을 고려
외상후 스트레스장애
• 무처치군에 비하여 마음챙김명상(R26-1, C/Low)을 고려
• 현재 중심 그룹치료(PCGT)에 비하여 마음챙김기반 스트레스감소 프로그램(MBSR)(R26-2, C/Low)을 고려
• 외상후 스트레스장애 건강교육에 비하여 초월명상(R26-3, B/Moderate)을 고려
• 무처치대기군에 비하여 호흡명상(R26-4, C/Low)을 고려
• 거짓 생기능 자기조절훈련에 비하여 생기능자기조절훈련(R35-1, C/Low)을 고려
• 무처치대기군에 비하여 생기능자기조절훈련(R35-2, B/Moderate)을 고려
사회불안장애
• 무처치대기군/주의대조군에 비하여 마음챙김명상(R28-1, C/Low)을 고려
• 무처치대기군에 비하여 마음챙김기반 스트레스감소 프로그램(MBSR)(R28-2, B/Moderate), 자비중심치료(CFT) (R28-3, B/Moderate)를 고려
한약
범불안장애
• 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 감맥대조탕(R2-1, C/Low), 구미진심(R2-2, C/Low), 귀비탕(R2-3, B/Low), 도핵승기탕(R2-4, B/Moderate), 산조인탕(R2-5, B/Moderate), 소요산(R2-6, B/Moderate), 시호가용골모려탕(R2-7, B/Moderate), 시호계지탕(R2-8, B/Moderate), 온담탕(R2-9, B/Low), 천왕보심탕(R2-10, B/Moderate), 혈부축어탕(R2-11, B/Moderate)과 불안장애치료약물의 병행치료를 고려
공황장애
• 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 임상경험방(R4-1, B/Moderate)과 불안장애치료약물의 병행치료를 고려
• 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 안신정경탕(R5-1, C/Low) 과 정신요법 병행치료를 고려
• 불안장애치료약물과 정신요법 병행치료에 비하여 시호가용골모려탕(R6-1, B/Low)과 불안장애치료약물, 정신요법 병행치료를 고려
외상후 스트레스장애
• 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 당귤소(R7-1, B/Moderate), 온담탕(R7-2, B/Moderate)과 불안장애치료약물의 병행치료를 고려
• 불안장애치료약물과 정신요법 병행치료에 비하여 청심해울탕(R8-1, B/Moderate)과 불안장애치료 약물, 정신요법 병행치료를 고려
침
범불안장애
• 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 침치료(R10-1, B/Low), 전침치료(R10-2, B/Moderate), 두침치료(R10-3, C/Low), 매침치료(R10-4, B/Moderate), 매선치료(R10-5, B/Moderate)와 불안장애치료약물의 병행치료를 고려
• 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 침치료(R11, B/Moderate)와 추나치료와 불안장애치료약물의 병행치료를 고려
• 정신요법 단독치료에 비하여 침치료(R12, B/Moderate)와 정신요법 병행치료를 고려,
• 불안장애치료약물과 정신요법 병행치료에 비하여 이침치료(R13, B/Moderate), 불안장애치료약물과 정신요법 병행치료를 고려
공황장애
• 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 전침치료(R16, C/Low)와 불안장애치료약물 병행치료를 고려
외상후 스트레스장애
• 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 침치료(R18-1, C/Low), 전침치료(R18-2, B/Moderate)와 불안장애치료약물의 병행치료를 고려
• 통상적 치료에 비하여 침치료(R19, B/Moderate)와 통상적 치료 병행치료를 고려
• 정신요법 단독치료에 비하여 전침치료(R20-1, B/Moderate)와 정신요법 병행치료를 고려,
• 거짓전침치료와 정신요법 병행치료에 비하여 전침치료(R20-2, B/Moderate)와 정신요법 병행치료를 고려
사회불안장애
• 정신요법 단독치료에 비하여 침치료(R21-1, B/Moderate)와 정신요법 병행치료를 고려
• 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 전침(R21-2, C/Low)과 정신요법 병행치료를 고려
정신요법
• 불안장애 환자에게 불안장애교육과 불안장애치료약물 병행치료에 비하여 기공요법(R22, B/Moderate)과 불안장애치료약물 병행치료를 고려
범불안장애
• 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 마음챙김명상(R24-1, C/Low), 마음챙김기반 인지행동치료(MBCT) (R24-2, B/Moderate)와 불안장애치료약물 병행치료를 고려
• 불안장애치료약물 단독 치료에 비하여 이완요법(R30, B/Moderate)과 불안장애치료약물 병행치료를 고려
• 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 생기능자기조절훈련(R33, C/Low)과 불안장애치료약물 병행치료를 고려
공황장애
• 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 명상요법(R25, C/Low)과 불안장애치료약물 병행치료를 고려
• 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 이완요법(R31, B/Moderate)과 불안장애치료약물 병행치료를 고려
• 불안장애치료약물 단독치료에 비하여 생기능자기조절훈련(R34, C/Low)과 불안장애치료약물 병행치료를 고려
외상후 스트레스장애
• 치료적 사회활동과 불안장애치료약물 병행치료에 비하여 마음챙김기반 인지행동치료(MBCT) (R27-1, B/Moderate)와 불안장애치료약물 병행치료를 고려
• 정신요법과 불안장애치료약물 병행치료에 비하여 마음챙김기반 스트레스감소 프로그램(MBSR) (R27-2, C/Low), 정신요법과 불안장애치료약물 병행치료를 고려
치료 평가
증상 개선
지속적 관리 및 재발 방지
증상 유지 또는 악화
다른 치료 고려
증상 개선
증상 유지 또는 악호
증후의 재평가

Ⅶ. 확산 도구

불안장애 한의표준임상진료지침의 확산을 위해 카드뉴스, 인포그래픽, 리플렛 등 3종의 확산도구를 제작하였다. 각 확산도구 별 활용 방안은 다음과 같다.

1. 리플렛

한의진료기관 내원 환자를 대상으로 불안장애 질환에 대한 정보와 치료 방법 등을 홍보하여 한의학적 치료 영역을 확대한다.

2. 카드뉴스

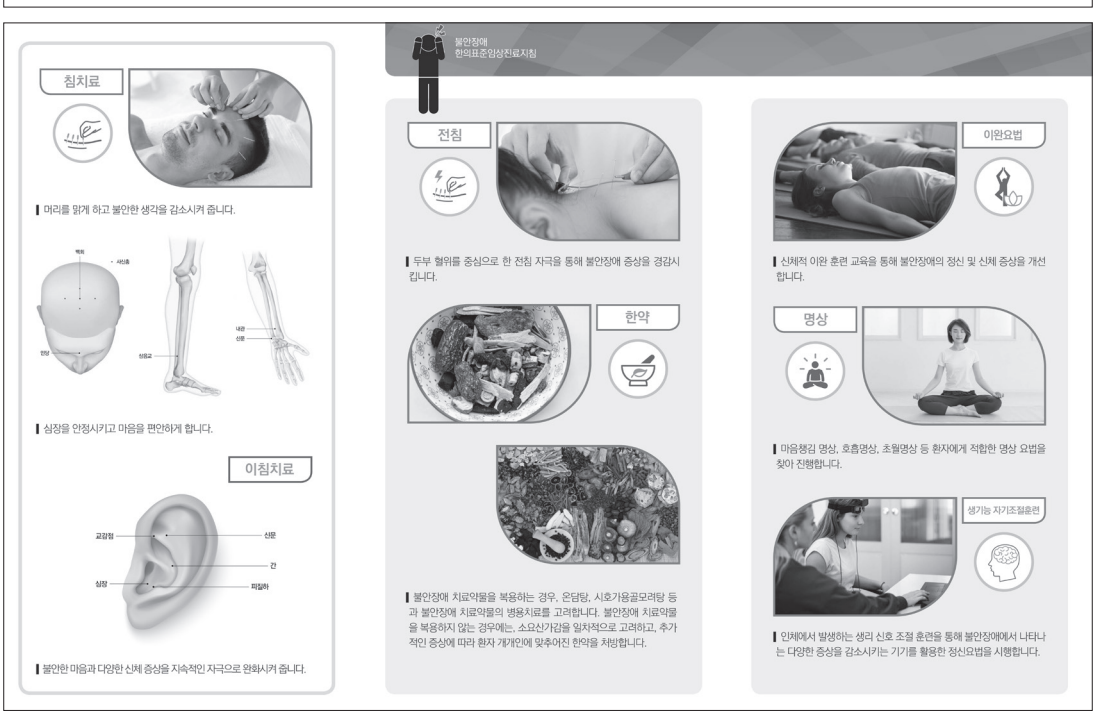
일반인들에게 불안장애의 한의치료에 대해 소개할 수 있도록 페이스북, 인스타그램 등 SNS에 카드뉴스를 활용한다.

3. 인포그래픽

1차 한의진료기관에서 한의사들이 인포그래픽을 보고 불안장애 환자 진료에 활용할 수 있도록 대한한의사협회, 대한한방신경정신과학회 홈페이지 등에 인포그래픽 자료를 업로드한다.

1. 리플렛

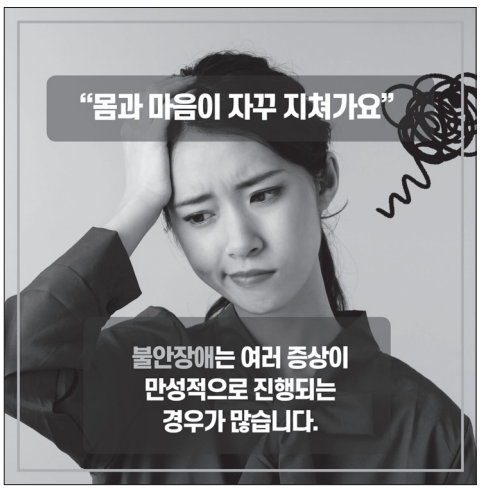


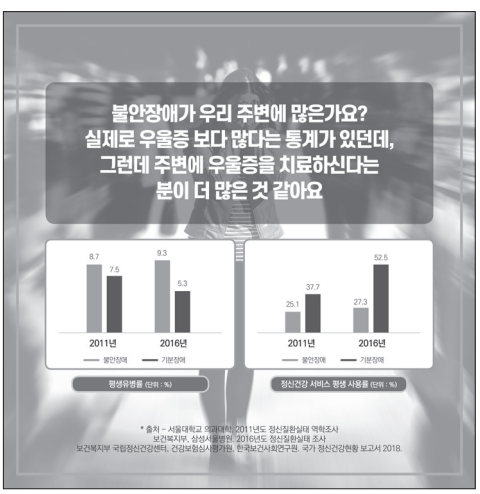


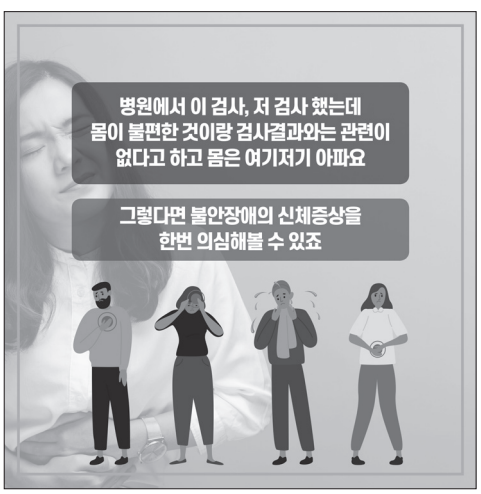
한의표준임상진료지침 개발사업단 제작(2021년)
다운로드:http://www.nckm.or.kr

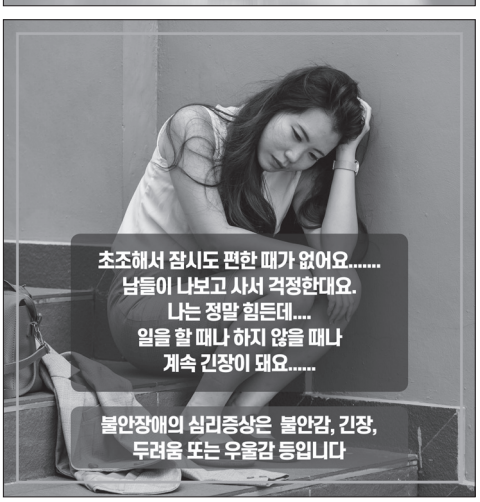
2. 카드뉴스


NIKOM
한국한의약진흥원
근심, 걱정, 불안으로
하루 하루가 힘들어요
● 불안장애 한의표준임상진료지침


"몸과 마음이 자꾸 지쳐가요"
불안장애는 여러 증상이
만성적으로 진행되는
경우가 많습니다.


불안장애가 우리 주변에 많은가요?
실제로 우울증 보다 많다는 통계가 있던데,
그런데 주변에 우울증을 치료하신다는
분이 더 많은 것 같아요
8.7
7.5
9.3
5.3
2011년
2016년
불안장애
기분장애
평생유병률 (단위 : %)
25.1
37.7
27.3
52.5
2011년
2016년
불안장애
기분장애
정신건강 서비스 평생 사용률 (단위 : %)
* 출처 – 서울대학교 의과대학, 2011년도 정신질환실태 역학조사
보건복지부, 삼성서울병원, 2016년도 정신질환실태 조사
보건복지부 국립정신건강센터, 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원, 국가 정신건강현황 보고서 2018.


병원에서 이 검사, 저 검사 했는데
몸이 불편한 것이랑 검사결과와는 관련이
없다고 하고 몸은 여기저기 아파요
그렇다면 불안장애의 신체증상을
한번 의심해볼 수 있죠

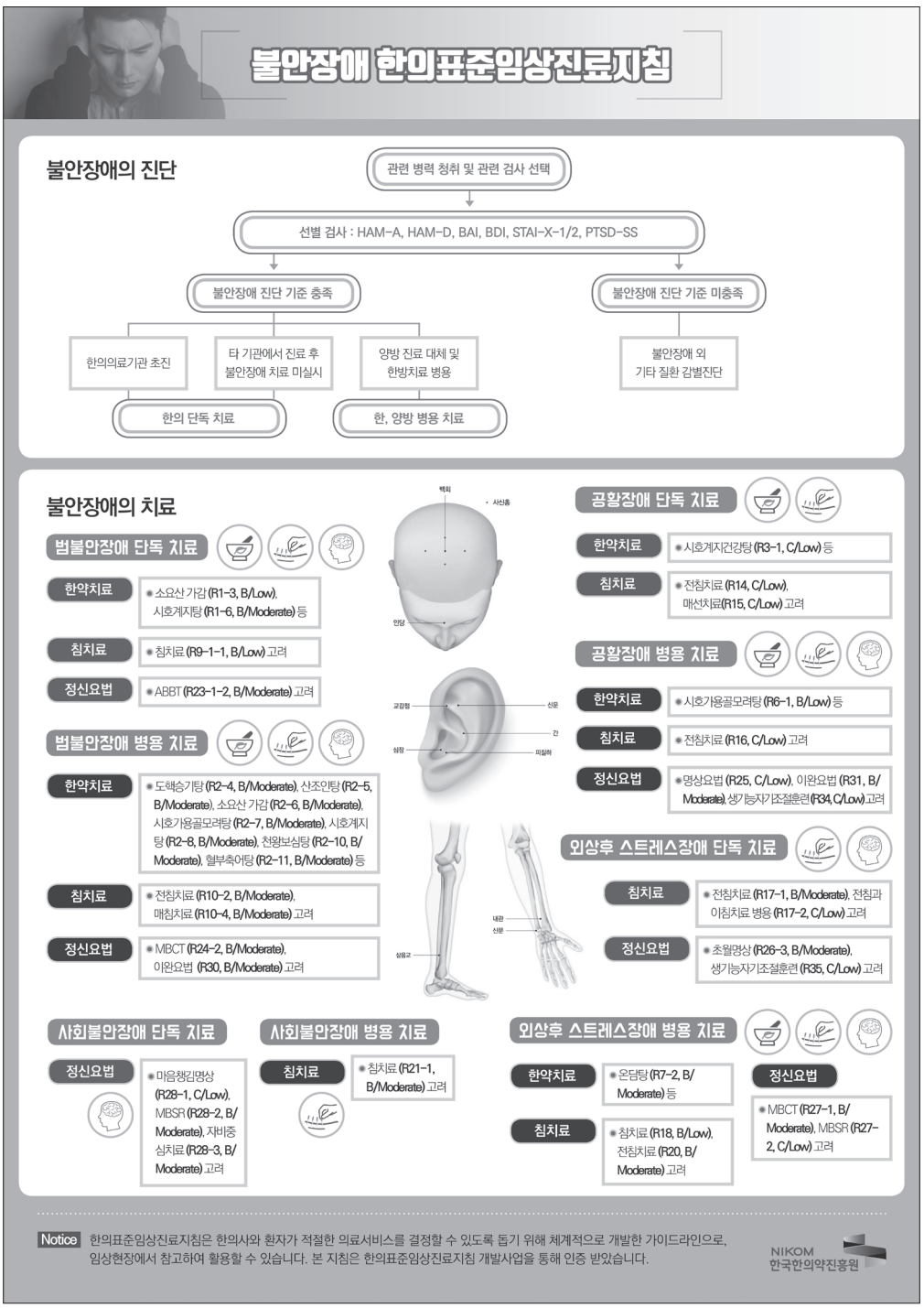

초조해서 잠시도 편한 때가 없어요.....
남들이 나보고 사서 걱정한대요.
나는 정말 힘든데....
일을 할 때나 하지 않을 때
계속 긴장이 돼요.....
불안장애의 심리증상은 불안감, 긴장,
두려움 또는 우울감 등입니다


검사해도 몸에 큰 이상이 없고,
마음도 허한 것 같은데
한의원을 한번 가볼까?



한의표준임상진료지침 개발사업단 제작(2021년)
다운로드:http://www.nckm.or.kr

3. 인포그래픽



한의표준임상진료지침 개발사업단 제작(2021년)
다운로드:http://www.nckm.or.kr

Ⅷ. 부록

1. 용어 정리

2. 이해상충선언서

3. 승인서

1. 용어 정리

BAI: Beck Anxiety Inventory [벡 불안 척도]

BAI는 정신과 집단에서 호소하는 불안의 정도를 측정하기 위한 도구로, 불안의 인지적, 정서적, 신체적 영역을 포함하는 21문항으로 구성되어 있으며, 특히 우울로부터 불안을 구별내기 위한 목적으로 개발되었다. 각 항목마다 0-3점으로 평정하도록 되어 있다. 총 합산점수는 21점~63점까지이며, 점수가 높을수록 불안 수준이 높은 것을 의미한다. 22-26점은 불안 상태, 27-31점은 심한 불안 상태, 32점 이상은 극심한 불안 상태로 평가한다.

BDI: Beck Depression Index [벡 우울 척도]

Beck이 개발한 자기보고형 질문지로 21개 문항으로 구성되어 있으며, 문항당 0~3점 척도로 구성되어 있으며, 총점을 구한다. 0~9점은 우울하지 않은 상태, 10~15점은 가벼운 우울상태, 16~23점은 중한 우울상태, 24~63점은 심한 우울상태를 의미한다.

CGI: Clinical Global Impression [전반적 임상 인상척도]

CGI는 정신 질환에 사용할 수 있는 연구 평가 도구로, 환자의 정신질환의 심각도를 평가하는 CGI-S(Severity)와 호전도를 평가하는 CGI-I(Improvement)로 구성되어 있다. CGI-S는 진단에 관계없이 정신질환의 심각도를 평가자가 총괄적으로 평가하는 척도로, 1점(정상)부터 7점(최고도)까지 7단계로 구성된 단일 항목을 평가한다. CGI-I는 치료 시작 이후 환자의 전반적인 임상 상태를 1점(치료 시작 이후 매우 개선됨)부터 7점(치료 시작 이후 훨씬 나빠짐)까지 7단계로 구성된 단일 항목을 평가한다.

CPG: Clinical Practice Guideline [임상진료지침]

특정한 상황에서 임상의사와 환자의 의사결정을 돕기 위해 체계적으로 개발된 가이드라인

HAM-A: Hamilton Anxiety Rating Scale [해밀턴 불안척도]

HAM-A는 신경증적 불안 상태를 평가하려는 목적으로 1959년에 개발된 반구조화된 면담 평가 도구로, 총 14문항으로 구성되어 있다. 불안한 기분, 긴장감, 두려움, 불면, 인지적 기능, 우울, 면담 시 행동을 포함하는 정신적 요인과 신체적-심리적 요인의 2요인으로 구분되었다. HAM-A는 치료의 결과를 측정하는데 많이 사용된다. 각 문항 당 0-4점으로 평정하며, 총점은 0-56점까지이다.

HAM-D: Hamilton Depression Rating Scale [해밀턴 우울척도]

HAM-D는 17개 항목으로 이루어진 척도로 우울한 기분(depressed mood), 죄책감(feeling of guilt), 자살(suicide), 일과 활동(work and activities), 지체(retardation), 초조(agitation), 정신적 불안(psychic anxiety), 신체적 불안(somatic anxiety), 건강염려증(hypochondriasis) 등 9개의 항목은 0~4점으로, 초기

불면증(insomnia, early), 중기 불면증(insomnia, middle), 말기 불면증(insomnia, late), 위장관계 신체증상(somatic, gastrointestinal), 전반적인 신체증상(somatic general), 성적인 증상(genital symptoms), 병식(insight)등 7개 항목은 0~2점으로 채점된다. 체중 감소(loss of weight) 항목은 0~3점으로 채점되는 경우도 있으나 대부분 0~2점으로 채점되기 때문에 이 항목 역시 0~2점으로 채점하였다. 따라서 총점의 범위는 0~52점으로 점수가 높을수록 우울증이 심각하다는 것을 의미한다.

ISI: Isomnia Severity Index [불면평가도구]

불면증에 대한 평가도구로서, 총 7가지 항목으로 되어있으며, 입면장애의 정도, 수면유지 장애의 정도, 쉽게 깨는 정도, 수면에 대한 만족도, 수면장애가 일상생활을 방해하는 정도, 수면장애로 인한 삶의 질손상정도, 불면증에 관한 걱정 정도이다. 각 항목마다 1점부터 4점까지 점수를 매기며 총 28점이다.

MD: Mean Difference [평균차]

중재군과 대조군의 평균값의 차이

PCL-5: PTSD Checklist-5 [외상후 스트레스 장애 체크리스트]

DSM-5의 PTSD 증상을 측정하기 위해 Weathers 등이 개발한 20문항의 자기보고 설문지이다. PCL-5는 PTSD의 개인선별, 진단 평가에 도움이 되며 PTSD 증상변화의 관찰목적에 적합한 검사이다. 지난 한 달 동안 과거 스트레스 경험이 일으킨 증상으로 인해 얼마나 고통스러웠는지를 0점부터 4점의 리커트 척도로 평정하며 총점은 0~80점 범위에 있다. PTSD 진단기준의 B항목에서 1개 이상(질문 1~5), C항목에서 1개 이상(질문 6~7), D항목에서 2개 이상(질문 8~14), E항목에서 2개 이상(질문 15~20)의 증상이 있는 경우 PTSD일 가능성이 커지며 20문항의 총점으로 증상의 심각도를 동시에 평가한다.

PRCT: Randomized Controlled Trials [무작위 대조연구]

참여자는 중재군 혹은 대조군에 무작위로 배정되며 특정 결과가 발생했는지 여부를 일정 기간 동안 추적 관찰한다. 배정은폐를 통해 두 군 간에 알려진 혹은 알려지지 않은 결정 요인들이 동등하게 분포될 것으로 기대한다.

PSQI: Pittsburgh Sleep Quality Index [피츠버그 수면의 질 지수]

PSQI는 주관적 수면의 질(subjective sleep quality), 수면잠복기(sleep latency), 수면시간(sleep duration), 습관적 수면효율(habitual sleep efficiency), 수면장애(sleep disturbances), 수면제 사용(use of sleeping medication), 주간 기능장애(daytime dysfunction)의 7개 범주로 이루어진 총 19개의 문항으로 구성되었다. 각 문항은 0~3의 점수를 가지며, 몇 개의 문항으로 이루어진 각각의 범주는 각 문항의 점수를

합산하고 그것을 다시 지수화하여 역시 0~3의 지수를 가진다. 예를 들어, 수면장애의 경우 0은 수면장애가 없음, 1은 경도의 수면장애, 2는 중등도의 수면장애, 3은 심도의 수면장애를 나타낸다. 이와 같이 7개 범주 지수를 모두 합하여 0~21의 총 수면지수가 되며, 총 수면지수 가 5이하이면 good sleeper, 5를 초과하면 poor sleeper로 규정하고 있다.

PTSD-SS: Post-Traumatic Stress Disorder Self-rating Scale [외상후 스트레스장애 자가 평가 척도]

PTSD-SS는 24개 항목으로 구성된 자가 평가 척도이다. 외상성 사건에 대한 주관적 평가, 반복된 경험, 회피 증상, 각성도 증가, 사회적 기능 장애와 관련된 항목으로 구성되어 있다. 각 항목에 대해서 1~5점으로 평가한다.

SAS: The Zung Self-Rating Anxiety Scale [자가평가 불안척도]

Zung의 자기보고식 불안 척도(SAS)는 일반적인 여러 불안 증상 등을 망라하는 20개의 문항들로 구성되어 있고, 정동적 불안과 신체적 불안으로 나눌 수 있다. 각 항목 마다 '거의 그렇지 않다, 때때로 그렇다, 자주 그렇다, 거의 항상 그렇다.' 중 한 가지로 응답할 수 있으며 응답에 따라서 1~4점으로 평가되는 Likert 척도로 구성된다. 점수는 각 항목의 점수를 합산하여 20~80점의 범주로 평가한다.

SF-36: 36-item Short-Form Health Survey [삶의 질 평가]

건강상태를 평가함. 8개의 건강개념을 측정하기 위하여 1개 다중 문항 범주를 포함. 이들 8개의 건강 개념 각각은 신체적 기능(PF), 사회적 기능(SF), 신체적 역할 제한(RP), 감정적 역할 제한(RE), 정신건강(MH), 활력(VT), 통증(BP), 일반 건강(GH)이다.

STAI-X: State-Trait Anxiety Inventory-X [상태 불안 척도, 특성 불안 척도]

STAI는 상태 불안과 특성 불안으로 구분하여 측정하는 척도로, 상태 불안 척도는 특수한 순간에 느끼는 불안을 측정하는 20개 문항으로 구성되었고, 특성 불안 척도는 개인차를 가지는 동기나 과거 경험으로 인한 획득한 행동성향으로 나타나는 불안을 측정하는 20개의 문항으로 구성되어 있다. 각 문항당 1-4점으로 평정하도록 되어있다. 총 합산 점수는 각 20점~80점까지로, 점수가 높을수록 불안 수준이 높은 것을 의미한다. 상태불안척도는 52~56점은 약간 높음, 57-61점은 상당히 높음, 62점 이상은 매우 높음으로, 특성불안척도는 54-58점은 약간 높음, 59-63점은 상당히 높음, 64점 이상은 매우 높음으로 평가한다.

SWQ: Penn-State Worry Questionnaire [펜실베니아 걱정 질문지]

PSWQ는 16개의 문항으로 구성된 자기보고식 검사로, 과도하고 통제할 수 없는 병적 걱정을 평가한다. 범불안장애, 공황장애, 사회불안장애, 특정공포증, 강박장애, 외상후스트레스장애 등에서의 걱정 및 감별에 활용할 수 있다.

TESS: Treatment Emergent Symptom Scale [부작용 평가척도]

TESS는 1973년 미국의 National Institute of Mental Health에서 개발된 부작용 척도이다. 다양한 유형의 정신 장애가 있는 성인 환자에게 사용하기 적합하다. 행동 독성, 신경계 증상, 자율신경계 증상, 혈관계 증상, 기타 증상 등의 각 증상에 대해서 중증도, 증상과 약물과의 관계, 조치 및 치료 3가지를 평가한다.

WHO-QOL: World Health Organization Quality of Life [세계보건기구 삶의 질 척도]

WHO-QOL은 세계보건기구에서 삶의 질을 측정하기 위하여 만든 자기보고식 검사이다. 보고자의 자세한 증상이나 질병, 상태를 측정하기보다는 여러 영역(domain)과 하위 척도(facet)에서 삶의 질을 주관적으로 보고하도록 되어 있다. 삶의 질은 ① 신체적 영역(physical domain), ② 심리적 영역(psychological domain), ③ 독립정도(levels of independence), ④ 사회적 관계(social relationships), ⑤ 환경(environ ment), ⑥ 영적 영역(spiritual domain) 등 6개의 영역(domain)으로 나누어져 있다. 각각의 영역에는 2~4개의 하부척도가 있으며 각 하부척도들은 4개의 문항으로 구성되어있다**(표 1)** 이들은 총 24개의 하부 척도(facet)와 전반적인 삶의 질(overall QOL)과 건강에 관해 다루는 4개의 일반적인 질문을 포함한다.

2. 이해상충선언서

1) 이해상충서약서 서식

이해상충공개서약서

연구 과제명	불안장애 한의표준진료지침 개발 및 임상연구
참여 연구원	김근우, 현민경, 김은정 김남열, 서상일, 홍민호, 조한별(동국대), 강형원(원광대), 최성렬(가천대), 조은(숙명여자대학교)

본인은 상기 연구와 관련하여 특정기관과 연구 관련자로부터 연구결과에 영향을 미치는 지원과 제공에 대한다음과 같이 확인하여 보고합니다.

☐ 아래 사항 중 한 항목 이상 해당됩니다.		
	☐	지원기관으로부터 **제한 없이 사용할 수 있도록** 연구비용이나 교육 보조금, 연구기기, 자문 또는 사례금 형태로 **1,000만원 상당의 비용**을 제공받았습니다. 총 금액:
	☐	지원기관의 지분이익이나 스톡옵션과 같이 **경제적 이익에 대한 권리**를 제공받았습니다. 총 금액: 종 류:
	☐	**기타 1,000만원 상당 또는 5%가 넘는 지분이익이나 이권**을 제공받았습니다. 총 금액: 종 류:
	☐	지원기관에 **공식/비공식적인 직함**을 가지고 있습니다. (예: 사장, 자문역, 고문 등) 기관명: 직 위:
	☐	**연구대상에 대한 지적재산권**을 가지고 있습니다. (예: 특허, 상품권, 라이센싱, 로열티 등) 종 류:
	☐	**본인 또는 배우자의 가족이 소속된 회사**가 위에서 기술된 것과 같은 관계를 가지고 있습니다. 가족관계:
■ 상기 항목 모두 해당되지 않습니다.		

본인이 확인한 모든 내용은 정확히 기술되었으며 만약 연구 진행 중에 재정적인 이해관계가 변동되는 이해상충(COI) 이 생기는 경우 이를 인지한 날로 부터 30일 이내에 대한한방신경정신과학회에 보고하겠습니다.

제출일자: 2020년 12월 9일

2) 이해상충선언 결과

구분	직책	이름	소속	이해상충관계
총괄위원회	위원	구병수	동국대학교 한의과대학(경기)	없음
		류영수	원광대학교 한의과대학(전북)	없음
		정선용	경희대학교 한의과대학(서울)	없음
검토·운영 위원회	위원장	김종우	경희대학교 한의과대학(서울)	없음
	위원	서진우	상지대학교 한의과대학(강원)	없음
		최성렬	가천대학교 한의과대학(인천)	없음
		유종호	한음한의원(서울)	없음
개발위원회	위원장	김근우	동국대학교 한의과대학(경기)	없음
	간사	홍민호	동국대학교 한의과대학(경기)	없음
		조한별	동국대학교 한의과대학(경기)	없음
	집필 위원회	현민경	동국대학교 한의과대학(경북)	없음
		김경옥	동신대학교 한의과대학(전남)	없음
		강형원	원광대학교 한의과대학(경기)	없음
		최성렬	가천대학교 한의과대학(인천)	없음
		김은정	동국대학교 한의과대학(경기)	없음
		김남열	동국대학교 한의과대학(인천)	없음
		서상일	동국대학교 한의과대학(전남)	없음
		조 은	숙명여자대학교 약학대학(서울특별시)	없음

3. 승인서

아래 학회에서는 보건복지부 한의약선도기술개발사업의 일환으로 개발된 “불안장애 한의표준임상진료지침”을 검토하였으며, 그 내용에 대해 승인합니다.

	학회명	학회장	승인일자
1	대한한방신경정신과학회	정인철	2020년 12월 11일