

<우울증 진료지침>

지침명

우울증 진료지침서

지침의 서지사항

우울증 진료지침 2008 Korean Clinical Practice Guideline of Depressive disorders 2008

* 주권고안

I. 우울증의 치료

A. 경과에 따른 치료

1. 급성기 치료(acute treatment)

정신병적 양상을 보이지 않는 경도-중등도의 우울증은 약물치료 또는 정신치료 모두 선택 가능하지만 환자의 연령과 증상의 심각도, 경제적 여건 등 전반적인 상황을 고려하여 초기 전략을 결정하는 것이 적절하다. 이때 생물학적 치료뿐만 아니라 정신치료도 고려되어야 한다(Level I).

2. 지속 치료와 유지 치료(continuous and maintenance treatment)

급성기 치료 이후 첫 삽화인 우울증은 5-13주 치료 후, 두 번째 삽화인 경우에는 11-21주 치료 후 종결을 하며 3회 이상인 경우에는 부정 장기간 유지하도록 권장한다(Level IV).

유지 치료의 시기는 증상 및 삽화 수에 따라 다를 수 있으며 재발 방지 효과를 최대화하기 위하여 약물치료나 정신사회적 치료(역동적 정신치료, 인지행동치료, 대인관계치료 등을 포함)의 단독 치료, 또는 이 둘의 병합치료를 고려할 수 있다. 단독치료보다 약물치료와 정신사회적 치료의 병합치료가 더욱 효과적이다(Level I). 약물치료의 용량은 급성기 용량을 그대로 유지하거나(Level I) 환자의 상태에 따라 급성기 용량보다 감량하여 유지한다(Level IV).

3. 재발 예방과 치료 종결

치료를 언제 종결해야 한다는 고유의 지침은 없지만 환자의 현재 상태와 과거 병력, 병발 질환, 치료 반응 등 다양한 요인을 고려하여 치료 종결을 결정해야 하며 특히 종결 시에 재발 가능성에 대한 교육을 시행 하여야 한다.

B. 우울증의 아형별 치료 방침

1. 주요우울 삽화

1) 경도의 우울증(mild depression)

경도의 우울증 치료에 약물치료는 권장되는 치료전략이다(Level I and Level IV). 약물치료로는 항우울제 단독 치료를 하며, 선택적 세로토닌 재흡수 차단제(selective serotonin reuptake inhibitor, 이하 SSRI) 계열 약물을 선호한다(Level IV). 한편 정신사회적 치료에 대한 몇몇 연구들은 경도의 우울증에서 정신사회적 치료(정신교육, 문제해결기술, 지지적 면담) 단독으로도 우울 호전 효과가 있으며 약물치료만큼 효과가 있다(Level I). 그러므로 경도의 우울증에서는 정신사회적 치료만을 시행하는 경우도 있다(Level IV).

2) 중등도 우울증(moderate depression)

중등도 우울증에서 하나의 항우울제를 이용한 약물치료와 정신사회적 치료를 권장한다(Level I and Level IV). 항우울제의 선택에서는 SSRI 계열의 약물이 선호된다(Level I and Level IV).

인지행동치료, 대인관계치료 등의 정신치료도 중등도 우울증 치료에 항우울제와 유사한 정도의 효과가 있다(Level I).

3) 심각한 우울증(severe depression)

심각한 우울증을 지닌 환자는 정신사회적 치료 단독보다는 약물치료와 전기경련치료와 같은 생물학적 치료를 우선 고려해야 한다(Level I and Level IV). 이런 생물학적 치료를 우선 시행하면서 정신사회적 치료를 함께 하는 것이 좋다(Level IV). 약물치료가 용이하지 않을 때에는 전기경련치료를 고려할 것을 권장하며, 입원이 필요한 여러 상황도 있다(Level I and Level IV).

4) 정신병적 양상을 동반한 심각한 우울증 (major depressive disorder, severe with psychotic features)

정신병적 양상을 동반한 주요우울 삽화에서 항우울제나 항정신병약물의 단독치료보다는 항우울제와 항정신병약물의 병합치료나 전기경련요법이 권장된다. 항우울제로는 venlafaxine, SSRI, mirtazapine이 선호된다(Level IV). 정형 항정신병약물(perphenazine, Level I)과 olanzapine(Level II), risperidone, quetiapine, ziprasidone, clozapine(Level III) 등이 항정신병 약물로 사용된다. 아울러, 정신병적 양상을 동반한 우울장애에서는 정신병적 증상으로 인한 자해 및 타해의 위험성과 자살위험성을 감소시킬 수 있는 위기개입과 환자-의사 치료동맹 형성 및 유지 등을 위한 정신사회적 치료 방법이 함께 고려되어야 한다.

2. 기분부전장애(dysthymic disorder) 및 만성우울증(chronic depression)

기분부전장애의 생물학적 치료에 대하여 항우울제 단독치료를 최우선 치료로 권장하며, 항우울제의 선택에서는 SSRI를 1차 약물로 권장한다(Level IV). 아울러, 기분부전장애 및 만성적 우울증에 대해서는 이와 동반되어 있는 인지적 왜곡과 행동상의 문제 등 성격적 문제와 심리사회적 문제들을 함께 다룰 수 있는 정신사회적 치료가 함께 포함되는 것이 바람직하다.

C. 치료저항성 우울증의 치료

1. 치료에 반응하지 않는 우울증

우선 초기 치료의 적정화 및 진단의 재검토가 필요하고, 항우울제 교체, 기타 약물 추가, 항우울제 병합 등을 고려할 수 있다. 항우울제 교체와 기타 약물의 추가가 모두 비슷한 효과를 보였고 특별히 우수한 전략은 없다(Level I). 초기 치료에 전혀 반응이 없을 경우 항우울제를 교체하거나 항우울제 병합치료를 하는 것을 권장하고, 기타 강화약물 추가는 그 다음으로 권장한다. 하지만 치료에 부분적인 반응만 있을 경우에는 항우울제 교체보다는 항우울제 병합치료나 기타 강화약물 추가를 권장한다(Level IV). 정신병적 양상을 동반한 주요우울 삽화에서 초기치료에 불충분한 반응을 보인 경우에 다음 단계로 시도할 수 있는 치료전략으로는 다른 항우울제로 교체하거나 다른 항우울제를 추가하는 전략이 있다. 비정형 항정신병약물을 다른 비정형 항정신병약물로 교체하는 것은 그 다음 전략으로 선택되었다. 다른 항우울제로 교체한 후에도 반응이 불충분한 경우에는 리튬 등의 기분안정제나 갑상선호르몬 등의 강화약물을 추가하거나 다른 항우울제를 추가해 볼 수 있으며 다른 항우울제를 추가한 후에도 반응이 불충분한 경우에는 다른 비정형 항정신병약물이나 다른 항우울제로 교체하는 전략이 권장된다(Level IV).

II. 우울증의 정신사회적 치료

정신사회적 치료는 정신치료, 환자와 가족 교육(psyoeducation)과 지지 및 격려, 상담(counselling), 자기 관리 요법, 대체의학 등 비약물적 치료법이나 비생물학적 치료법을 의미한다. 이러한 정신사회적 치료는 의사-환자 관계를 더욱 공고히 하고, 질병에 대한 오해를 줄일 수 있으며, 우울증의 경과와 예후에 영향을 주는 생활 문제 해결을 도울 수 있기 때문에 관심을 가져야 한다. 또한 임신부나 수유중인 우울증 환자, 약물치료에 순응이 낮거나 다른 약물과의 상호작용 또는 내과적 질환으로 인해 약물치료가 어려운 노인환자 등에게 정신사회적 치료를 고려하는 것이 바람직하다.

A. 정신치료

정신치료는 경도의 우울증에 선택적 치료법이다(Level I).

1. 정신역동적 정신치료
2. 지지 정신치료
3. 인지치료

인지치료가 항우울제만큼 효과적이며, 급성기 이후의 유지기에 인지치료를 지속하는 것이 우울증 재발률을 감소시킬 수 있다(Level I). 그러나 심각한 우울증에는 인지치료 단독보다는 약물치료와 병합하는 것이 바람직하다(Level I).

4. 행동치료
5. 대인관계정신치료 (IPT)

경도와 중등도 우울증과 갈등을 일으키는 대인관계의 문제가 있을 때 약물치료만큼 효과적인 치료법이다(Level I).

6. 문제해결치료

B. 자기 관리요법

독서(Level I), 컴퓨터 이용치료, 운동, 취미활동, 요가, 명상, 정신수양 이완요법 등이 있다. 그러나 이러한 자기 관리 요법이 환자에게 어떠한 영향을 미치는지, 그리고 환자의 상태가 자기 관리를 할 수 있는 상태인지 포괄적으로 평가할 수 있는 정신과 의사에 의해 권유되는 것이 바람직하다.

III. 생물학적 치료와 정신사회적 치료의 병합

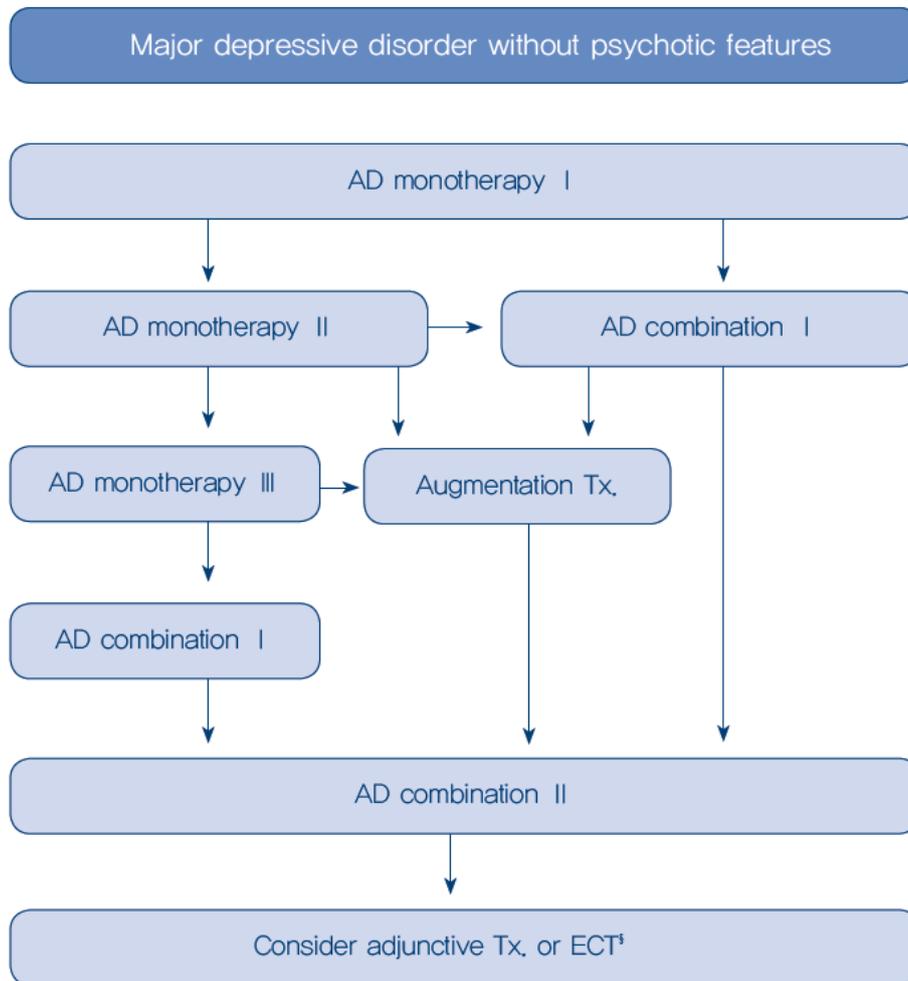
일반적으로 경도와 중등도의 우울증에서는 정신치료 또는 약물치료의 단독치료가 병합치료와 동등하다는 연구 결과가 있지만 심하거나 재발성 우울증은 병합치료가 더 우월하다. 중등도의 우울증에서 병합치료의 관해율이 더 높고, 심각한 우울증에서도 병합치료가 우월한 치료 효과와 높은 관해율을 보인다(Level I). 또한 지지정신치료와 항우울제의 병합치료가 약물 단독치료보다 치료 중단율이 낮고, 24주 후의 치료 성공율도 높다(Level I). IPT와 항우울제와 병합치료는 잔류 우울증상을 보이는 환자의 사회적응을 향상시킨다(Level I). 따라서 우울증 환자에게는 약물치료와 함께 정신치료를 고려해야 한다. 특히 우울증 치료에서 생물학적 치료뿐만 아니라 환자와 대화, 상담, 지지를 통한 환자와 치료자 간의 rapport형성이 매우 중요하다. 따라서 약물치료 단독 보다는 다양한 형태의 정신사회적 치료와 병합한다(Level I).

* 권고의 등급

- Level I : 적어도 1개 이상 무작위 대조군연구 또는 메타분석에 의한 증거
- Level II : 대조군이 없지만 잘 고안된 연구 결과에 의한 증거
- Level III : 비교연구나 증례연구 등에 의한 증거
- Level IV : 전문가 위원회가 조사 연구한 증거

단, 증거수준이 Level I 과 IV가 동시에 있는 경우에 임상가의 판단을 위하여 Level I and IV로 동시에 표시함.

* 임상적 알고리즘



※ : If a response is satisfactory, go into continuation Tx. phase at any stage.

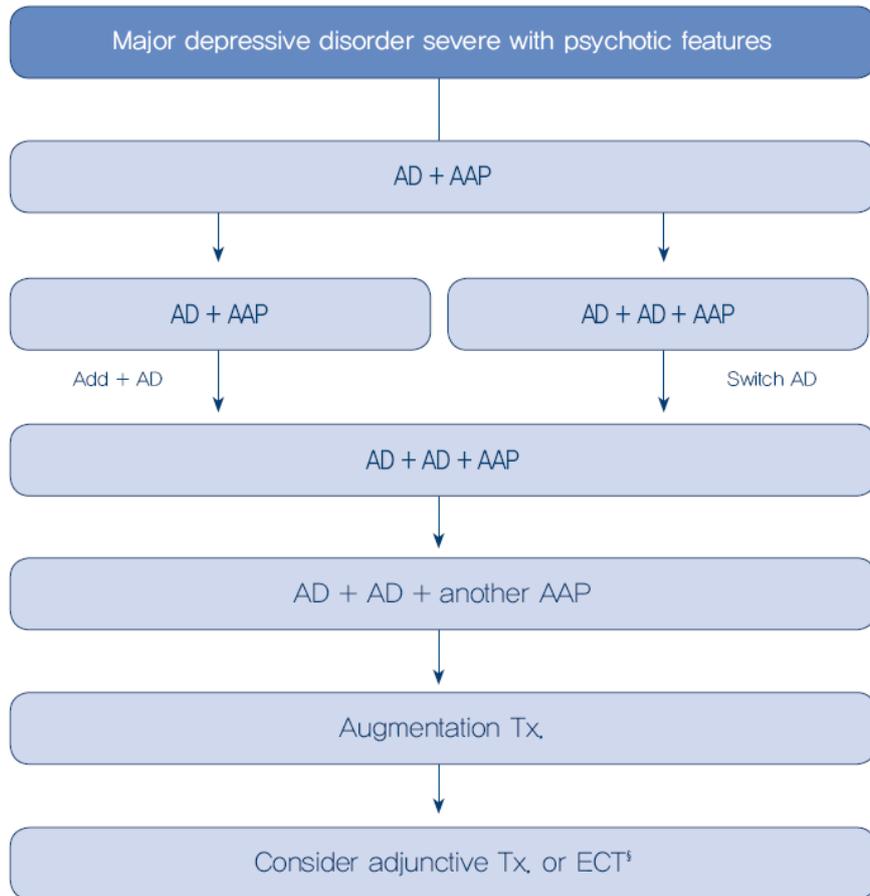
§ : Electroconvulsive therapy(ECT) : can consider at any stage if patient need to be treated.

AD : antidepressant, AAP : atypical antipsychotics

Augmentation therapy : Anticonvulsant, Buspirone, Lithium, Psychostimulant, T3 etc.

Adjunctive treatment : TMS(transcranial magnetic stimulation), light therapy, ect.

Benzodiazepine or sleep pill can be transiently used for symptom control at any stage.



※ : If a response is satisfactory, go into continuation Tx. phase at any stage.

§ : Electroconvulsive therapy(ECT) : can consider at any stage if patient need to be treated.

AD : antidepressant, AAP : atypical antipsychotics

Augmentation therapy : Anticonvulsant, Buspirone, Lithium, Psychostimulant, T3 etc.

Adjunctive treatment : TMS(transcranial magnetic stimulation), light therapy, ect.

Benzodiazepine or sleep pill can be transiently used for symptom control at any stage.

별첨 1

대한의학회	임상진료지침 개발연구실행위원회	위원장	윤여규(서울의대 외과)
		위원	민경준(중앙의대 정신과) 신양식(연세의대 마취통증의학과) 안형식(고려의대 예방의학과) 유지홍(경희의대 호흡기내과) 이동수(서울의대 핵의학과) 이선희(이화의대 예방의학과) 임태환(울산의대 영상의학과) 최병휘(중앙의대 호흡기, 알레르기내과)
대한신경정신의학회 대한정신약물학회 대한우울·조울병학회	우울증 임상진료지침 개발위원회	위원장	민경준(중앙의대 정신과)
		간사	서정석(건국의대 정신과)
		위원	권준수(서울의대 정신과) 김 원(인제의대 정신과) 박원명(가톨릭의대 정신과) 석정호(한림의대 정신과) 전덕인(한림의대 정신과)
		검토위원	공보금(인제의대 정신과) 김세주(연세의대 정신과) 김한규(밝은 미래정신과의원) 백기청(단국의대 정신과) 안강호(안강호열린신경정신과의원) 이상혁(포천중문의대 정신과) 이정구(마산동서병원) 정상근(전북의대 정신과) 채정호(가톨릭의대 정신과) 홍진표(울산의대 정신과) 구민성(관동의대 정신과) 김지웅(건양의대 정신과) 민성호(연세원주의대 정신과) 손인기(계요병원) 원승희(대구가톨릭의대 정신과) 이상훈(은혜병원) 이창한(행복찾기 정신과의원) 조현상(연세의대 정신과) 최종혁(국립의료원 정신과) 황 곁(조선의대 정신과)