

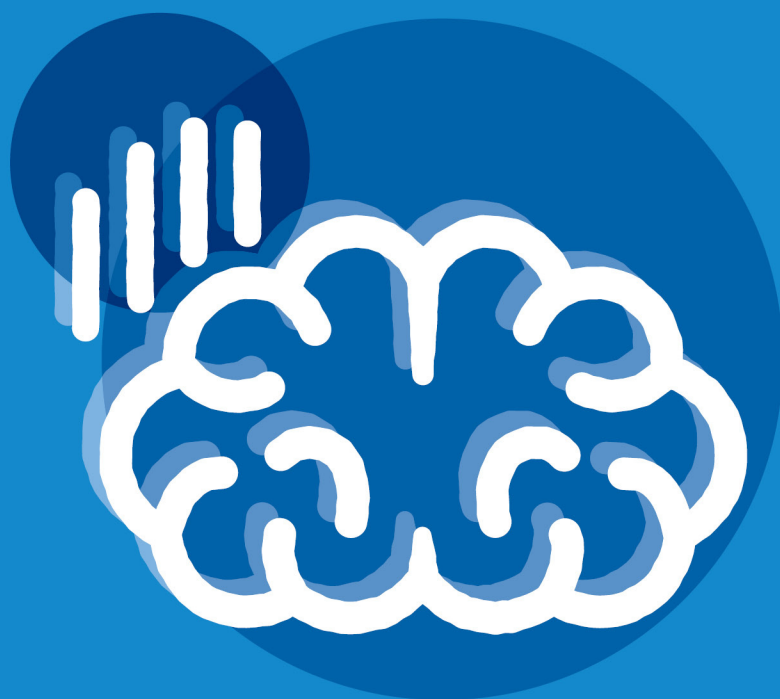


www.digitalcpg.kr

일차 의료용 근거기반

우울증 임상진료지침

발간등록번호 11-1790387-000545-01



Depression

Evidence-based Guideline for Depression in Primary Care





발간의 말

대한민국의 열악한 의료 환경 속에서도 일차 진료를 담당하고 있는 의사선생님들의 희생으로 국민 건강 지표는 향상되고 있습니다.

대한의학회는 2013년 이후 질병관리청의 지속적 연구비 지원으로 임상진료지침을 개발해오고 있습니다. 그동안 고혈압(2014), 당뇨병(2014), 이상지질혈증(2015), 만성폐쇄성폐질환(2019) 진료지침을 발간했고, 일선에서 수고하시는 의사선생님들께 보급해서 좋은 호응을 받아왔습니다. 진료지침의 최신성을 확보하기 위한 노력으로 고혈압과 당뇨병은 5년 만에 전체 개정본도 발간을 하였습니다. 그리고 지난 2020년 초에 개발을 시작했던 소아천식, 성인천식, 우울증, 만성콩팥병, 심방세동 진료지침들은 이번에 발간하게 되었습니다.

연구 개발진은 지침이 일선 진료에 유용하게 쓰이기를 바라고 있습니다. 우리 연구진은 다학제로 구성되어 있고, 특히 현장의 경험을 중요시하여 개원가도 포함되어 있습니다. 또한 100여분의 전문가 참여로 8개 만성질환별 임상 진료지침 제정위원회 및 개발위원회도 운영해오고 있습니다. 연구진은 진료 현장에서 믿고 사용할 수 있도록 국제적인 개발 방법 가이드를 따랐고, 최신 근거들도 다 검토해서 참고를 했습니다. 이 근거 기반 임상진료지침들이 적절한 진료를 유도하고, 심사 평가에도 반영되어 불합리한 진료비 삭감으로 인한 분쟁을 억제하는 기능도 하게 될 것을 소망합니다.

세계적으로 보면 30여 년 전부터 임상진료지침이 개발되어 진료현장에서 활용되고 있습니다. 우리가 개발 활용하고 있는 이 지침의 유용성은 활용하고 계신 분들에 대한 설문조사를 통해 좋은 호응을 얻고 있음을 확인하였습니다. 바람이 있다면 이 지침들이 영문 번역되어 지침 개발이 쉽지 않은 우리와 함께 하는 전세계의 이웃들에게도 활용되었으면 하는 것입니다.

지침 개발을 위해 수고하신 연구진과 그동안 꾸준히 일관성을 가지고 이 일에 임하고 있는 대한의학회 연구진에게 감사의 말씀을 드립니다.

2022. 02.

대한의학회 회장
정 지 태

발간의 말

우울증은 국민 건강을 해치는 흔한 질환으로 정신건강의학과 전문의가 아니어도 주변에서 쉽게 접할 수 있습니다. 정상 기분 상태와 시기적으로 뚜렷이 구별되는 삽화 형태의 주요우울장애, 스트레스에 취약한 개인적 특성에 영향을 받아 지속하는 병적 우울 등 다양한 형태로 나타날 수 있습니다. 일정 역치 이상 지속하는 경우 대인 관계, 사회생활, 학습 능력, 직업 유지 등의 일상 영역에서 어려움에 직면하게 되고 다른 신체질환 경과에도 악영향을 미칠 수 있습니다. 적절한 진료를 받지 않으면 만성적인 경과를 보이고 상당수의 환자가 자살에 이르게 된다는 것은 잘 알려진 사실입니다. 이처럼 흔하고 심각할 수 있는 질환임에도 불구하고 일차의료 진료 현장에서 정확한 진단과 적절한 치료를 제공하는데 한계가 존재합니다.

국가 단위나 학회 단위로 이미 개발된 양질의 지침은 국내 여건에 적합하지 않거나 광범위한 특정 전문 지식을 포함하여 일차의료 선생님들이 사용하기에 적합하지 않았습니다. 이런 이유로 일차의료 진료 현장에 적합한 우울증 진료를 위해 국내 의료환경을 고려한 근거 기반의 최신 지견을 제공하여 국민 건강에 일조해야 한다는 공감대에서 출발하였습니다. 기존 지침의 전문적인 내용을 일차의료 진료 현장에서 적용할 수 있도록 수용 개작하고 요약하는 과정을 통해 더욱 더 쉽게 수용할 수 있도록 하는 것을 목적으로 하였습니다.

이제 대한신경정신의학회, 대한가정의학회, 대한정신약물학회, 대한우울조울병학회, 대한개원의협의회(대한정신건강의학과협회) 소속 위원님들의 최선의 노력을 통해 일차 의료용 우울증 지침을 발간하는 기쁨을 누리게 되었습니다.

이를 허락해주시고 전폭적인 지원을 해주신 질병관리청과 대한의학회 임원진께 깊은 감사의 말씀을 드립니다. 이 지침의 개발 구성부터 발간까지 헌신적인 도움을 주신 대한의학회 신인순 실장님과 박민영 연구원님에게 특별히 감사의 인사를 드립니다.

이 지침에는 우울증 비전문가를 포함한 일차의료 선생님들께서 진료 현장에서 유용하게 사용할 수 있는 엄선된 정보를 포함하였습니다. 우울증 환자에게 적절한 치료를 제공하고 그 경과를 정확히 예측하기 위해 그 출발점인 진단에서 우울 증상 유무에 따른 단순한 평가 차원을 넘어야 한다는 점을 기술하였습니다. 일차의료 진료 현장에서 필요한 치료와 개입을 위한 요약된 정보를 제공하고자 하였습니다. 정신건강의학과 비전문의가 근무하는 진료 현장에서 이 지침에서 제공한 평가와 치료를 시행하면서 특별한 평가나 지속적인 치료가 필요한 경우 정신건강의학과와 협력이 진행되어야 함을 알리고자 노력하였습니다. 특히 우울증에서 흔히 동반되는 자살 위험성을 평가하여 필요한 경우 빠른 전원을 통해 그 위험성을 제거하도록 강조하였습니다. 이 지침이 일차의료 진료 현장에서 우울증 진료의 소중한 밑거름이 되어 유용하게 사용되기를 진심으로 바랍니다.

2022. 02.

우울증 임상진료지침 제정위원회 위원장
박 주 언

일차 의료용 근거기반 우울증 임상진료지침

Evidence-based Guideline for Depression in Primary Care

우울증 임상진료지침 개발 및 발행

대한의학회

우울증 임상진료지침 개발 주관학회

대한신경정신의학회

우울증 임상진료지침 개발 참여학회

대한가정의학회

대한개원의협의회
(대한정신건강의학과 의사회)

대한우울조울병학회

대한정신약물학회



우울증 임상진료지침 제정위원회 2021

구분	추천 학회명	성명	소속	전문과목
위원장	대한신경정신의학회	박주언	계요병원	정신건강의학과
위원	대한신경정신의학회	석정호	연세대 강남세브란스병원	정신건강의학과
위원	대한우울조울병학회	정명훈	한림대 성심병원	정신건강의학과
위원	대한정신약물학회	서정석	중앙대 병원	정신건강의학과
위원	대한가정의학회	김세홍	가톨릭대 성빈센트병원	가정의학과
위원	대한개원의협의회(대한정신건강의학과약사회)	김정훈	연세훈정신건강의학과	정신건강의학과
간사	대한의학회	신인순	대한의학회 연구센터	보건학(방법론)

우울증 임상진료지침 개발위원회 2021

구분	추천 학회명	성명	소속	전문과목
위원장	대한신경정신의학회	박주언	계요병원	정신건강의학과
위원	대한신경정신의학회	석정호	연세대 강남세브란스병원	정신건강의학과
위원	대한신경정신의학회	김원형	인하대 병원	정신건강의학과
위원	대한신경정신의학회	이재창	계요병원	정신건강의학과
위원	대한신경정신의학회	이은정	지금여기정신건강의학과의원	정신건강의학과
위원	대한신경정신의학회	이강수	차의과대 분당 차병원	정신건강의학과
위원	대한신경정신의학회	전진용	국립정신건강센터	정신건강의학과
위원	대한신경정신의학회	노대영	한림대 춘천성심병원	정신건강의학과
위원	대한신경정신의학회	정영은	제주대 병원	정신건강의학과
위원	대한우울조울병학회	정명훈	한림대 성심병원	정신건강의학과
위원	대한정신약물학회	서정석	중앙대 병원	정신건강의학과
위원	대한가정의학회	김세홍	가톨릭대 성빈센트병원	가정의학과
위원	대한개원의협의회(대한정신건강의학과약사회)	김정훈	연세훈정신건강의학과	정신건강의학과

대한의학회 임상진료지침 연구사업단 2021

구분	성명	소속
회장	정지태	대한의학회 회장, 고려대 병원
단장	이진우	대한의학회 부회장, 연세대 병원
부단장	용환석	대한의학회 정책이사, 고려대 병원
연구위원	신인순	대한의학회 연구센터 실장
연구원	김다솔	대한의학회 연구센터
연구원	유경미	대한의학회 연구센터
연구원	박민영	대한의학회 연구센터
연구원	김지아	대한의학회 연구센터

근거수준

임상진료지침 개발위원회에서는 권고안 도출시 근거로 사용한 문헌을 다음의 기준을 적용하여 근거수준 등급을 A, B, C, D로 분류하여 제시하였음.

근거수준 [†]	정의
A	권고 도출의 근거가 명백한 경우 1개 이상의 무작위임상연구 혹은 체계적 문헌고찰 혹은 메타분석
B	권고 도출의 근거가 신뢰할 만한 경우 1개 이상의 잘 수행된 환자 대조군 연구 혹은 코호트 연구와 같은 비 무작위임상연구
C	권고 도출의 근거가 있으나 신뢰할 수는 없는 경우 단면연구, 증례보고와 같은 낮은 수준의 관련 근거
D	권고 도출의 근거가 전문가 위원회의 합의인 경우

† Guideline: 권고 도출의 근거가 국·내외 양질의 임상진료지침인 경우 'Guideline'으로 표기함.

권고등급

임상진료지침 개발위원회에서는 「RIGHT-Ad@pt 2020[†]」 가이드에서 제시하고 있는 권고강도 판정체계 (GRADE-ADOLOPMENT 2017[‡])를 활용하였음. 즉, 권고등급 판정에 근거수준, 편익과 위해(이익과 불이익) 이외에도 일차 진료현장에서의 권고실행 가능성, 수용성, 활용도 수준과 같은 여러 가지 중요한 요소들을 종합적으로 반영하였고, 권고의 등급은 Class I, IIa, IIb로 분류하여 제시하였음.

권고등급*	정의	권고의 표기
I	근거수준과 편익이 명백하고, 일차 진료현장에서의 권고 실행 가능성, 수용성 혹은 활용도가 높은 경우	권고한다.
	근거수준이 높으면서, 편익 대비 위해가 명백한 경우	권고하지 않는다.
II a	근거수준과 편익이 신뢰할만하고, 일차 진료현장에서의 권고 실행 가능성, 수용성 혹은 활용도가 높거나 보통인 경우	고려한다.
II b	근거수준과 편익을 신뢰할 수 없으나, 일차 진료현장에서의 권고 실행 가능성, 수용성 혹은 활용도가 높거나 보통인 경우	고려할 수 있다.
-	근거수준을 신뢰할 수 없으면서 편익 대비 위해가 크고, 일차 진료현장에서의 권고 실행 가능성, 수용성 혹은 활용도가 낮은 경우	권고에서 제외한다.

[†] The user guide of the Right-Ad@pt. Right-Ad@pt Checklist. Version 04. Extending the RIGHT statement for reporting adapted practice guidelines in healthcare. 2020.

[‡] Schunemann HJ et al. GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks for adoption, and de novo development of trustworthy recommendations: GRADE-ADOLOPMENT. Journal of Clinical Epidemiology 2017;81:101-110.

* 임상진료지침 개발위원회에서는 합의하여 권고등급을 상향 혹은 하향 조정하는 것이 가능함.



목차

CONTENTS

단원 1. 우울증 환자 찾기 및 확진하기	13
1. 발생원인 및 위험인자	15
2. 우울증 선별과 진단	18
3. 우울증의 의학적 평가	21
① 정신건강의학과 공존질환	21
② 신체질환 동반유무	23
③ 자살 평가	26
권고도출 자료원	29
단원 2. 우울증 치료 및 관리	33
1. 비약물요법	35
① 정신사회적 치료	35
② 생활습관개선	40
③ 환자교육	44
2. 약물요법	47
① 주요 약물	47
② 우울증 약물치료	52
3. 추적 관찰	58
권고도출 자료원	60
단원 3. 특수상황	71
1. 치료저항성 우울증	73
2. 노인과 우울증	74
3. 임산부 우울증	75
4. 소아/청소년 우울증	78



목차

CONTENTS

단원 4. 진료의뢰 기준	81
1. 진료의뢰 기준	83
권고도출 자료원	87
[부록 1]	89
1. 우울증 스크리닝, 진단 및 평가도구 소개	91
2. 약물정보	94
① 항우울제 선택	94
② 주의가 필요한 약제	97
참고문헌	99
[부록 2]	101
1. 진료지침 개발 범위와 목적	103
2. 이해당사자의 참여	104
3. 진료지침 개발의 엄격성(개발 방법)	106
4. 표현의 명확성	135
5. 진료지침의 적용성	135
6. 편집의 독립성	138
7. 권고안 매트릭스 개발에 사용된 진료지침 목록	139
8. 가이드라인 개발 방법의 제한점	140
9. 보급 및 활용	140
10. 기타	142
[부록 3]	143
1. 일차 의료용 근거기반 우울증 권고안 요약 표	145
2. 우울증 알고리즘	147
3. 우울증 환자 관리 체크리스트	148



표목차

CONTENTS

표 1. 주요우울장애 DSM-5 진단기준	91
표 2. PHQ-2 설문지	92
표 3. PHQ-9 설문지	93
표 4. 부작용을 고려한 항우울제 선택	95
표 5. 안정성을 고려한 항우울제 선택	95
표 6. 공존 신체질환을 고려한 항우울제 선택	95
표 7. 항우울제 권고 요약표	96
표 8. 항우울제 부작용	98
표 9. 세로토닌 증후군 특성	98
표 10. 세로토닌 증후군 가능성이 있는 약물들	98
표 11. 진료지침 개발의 단계별 개발 내용	108
표 12. 국내·외 기 개발 가이드라인 개발 영역에 대한 검토 결과 ...	111
표 13. 일차 의료용 우울증 가이드라인 개발 범위에 대한 필요도 및 활용도 조사 결과	112
표 14. 일차 의료용 우울증 가이드라인 세분류 영역별 PICOH 요약 표 ...	113
표 15. 우울증 가이드라인 검색을 위한 Pubmed 검색 전략	114
표 16. 우울증 약물요법 영역의 신규문헌 검색을 위한 Pubmed 검색 전략 ...	115
표 17. 근거(진료지침) 선정 포함 기준 및 배제 기준	116
표 18. 우울증 가이드라인 스크리닝 현황 및 문헌 선정 건수	117
표 19. 소분류(혹은 임상질문)별 우울증 권고안 매트릭스 작성 예시 ..	122
표 20. 권고 초안 도출 방법	126
표 21. 우울증 18개 권고에 대한 델파이 조사 결과	129
표 22. 권고 사용의 장애요인에 대한 사용자 인지수준 조사 결과 ...	136
표 23. 활용한 기 개발 우울증 가이드라인 목록	139



그림목차

CONTENTS

그림 1. 대한의학회 가이드라인 개발 방법	107
그림 2. 우울증 가이드라인 문헌 선정 흐름도	118
그림 3. 우울증 가이드라인 질 평가 결과	119
그림 4. 문헌의 질 평가 도구(코크란)	120
그림 5. 권고별 동의 정도에 대한 응답 방법 및 조사표 예시	128
그림 6. 디지털 가이드라인 사용법 안내 리플릿	142



단원 1. 우울증 환자 찾기 및 확진하기



1. 발생원인 및 위험인자
2. 우울증 선별과 진단
3. 우울증의 의학적 평가

01

단원 1. 우울증 환자 찾기 및 확진하기

1. 발생원인 및 위험인자

- 우울증의 원인 및 위험인자는 다양하다. 하지만 사람마다 각 위험인자의 영향이 다르고, 위험인자 간의 상호작용에 따른 결과도 다르기 때문에 신중하게 판단해야 한다. 우울증의 발생에 관한 다양한 이론들이 있으나, 스트레스취약성 모델로 설명하는 것이 가장 일반적이다. 즉, 우울에 취약한 특성을 지닌 사람이 스트레스생활사건을 경험하게 되면 우울삽화가 발현된다고 볼 수 있다. 여기서 말하는 취약성과 스트레스생활사건을 우울증의 위험인자로 고려할 수 있다.¹⁻³

└ 근거 설명

우울증은 하나의 원인으로 발생한다기보다는 복합적인 원인에 의하여 유발되는 질환이다. 생물학적 요인과 심리 사회적 요인이 우울증의 여러 경과에 다양한 방식으로 관여한다. 특히 신경전달물질의 이상, 유전적인 소인, 내분비 이상 뿐 아니라 생활스트레스, 성격적 특성, 대인관계의 문제, 아동기의 경험이 발병 및 재발에 영향을 미치는 것으로 보인다.⁴ 우울증은 단일질환으로 간주하기 어려울 정도로 그 양상과 경과가 다양하기 때문에 병인 역시 아직까지 분명하게 규명되지는 않았다. 따라서 발병원인과 위험인자를 뚜렷하게 구별하기도 어렵다. 다만 경과를 미리 예측하기 좋은 임상적 요인을 위험인자, 치료와 연관된 요인을 병인으로 나누어 볼 수 있다.

- 우울증의 위험인자로 가장 알려진 요인은 우울증의 과거력 또는 과거 우울삽화이다. 과거 우울삽화가 많을수록 우울삽화의 발생위험은 더 높아진다.¹

└ 근거 설명

우울증은 일정기간 주요 우울증상이 나타나는 우울삽화가 반복될 수 있으므로 재발을 막는 노력이 중요하다. 반복적인 우울삽화를 경험하는 환자의 경우 증상이 관해 되어도 충분한 기간 유지치료가 필요하다.

우울증의 생물학적 병인으로 가장 잘 알려진 이론은 모노아민 가설이다. 특히 모노아민계열의 신경전달물질인 세로토닌, 노르아드레날린, 도파민 등이 기분의 조절에 관여한다고 알려져 있다. 이들 물질에 작용하는 약물이 현재 주요한 항우울제로 사용되고 있다는 점이 이를 뒷받침한다. 하지만 이 모델만으로는 우울증의 다양한 임상 양상과 환자마다 다른 약물반응을 설명할 수 없다는 한계가 있다.⁵



- 가족들 중에서 우울증을 앓는 사람이 있으면 우울증을 경험할 위험이 높다. 우울증의 가족력이 남녀 모두의 우울증 발생에 있어서 39% 정도의 설명력을 갖는다는 보고도 있다.^{1,6}

↘ 근거 설명

쌍생아 및 입양아 연구에서 주요우울장애의 높은 유전성을 확인하였다. 일차 친족 중에 우울증이 있는 사람은 일차 친족 중에 우울증이 없는 사람보다 우울증에 이환될 확률이 3배 높다.⁷ 그러나 아직까지 전체유전체 상관 분석연구에서도 우울증과 관련된 위험 유전자를 발견하지는 못했다.⁸

- 생애 초기 경험, 예를 들면 방임 또는 학대, 부모와의 불안정한 애착, 부모의 불화 등도 성인기의 우울증 위험을 높인다.^{1,9}

- 어릴 적 까다로운 기질이었거나 '신경증'적인 성격 특성이 있을 경우 스트레스생활사건을 경험할 때 우울증을 경험할 확률이 더 높아진다.^{1,9}

- 빈곤, 노숙, 무직, 신뢰관계결핍 등과 같은 사회적 환경 역시 우울증의 위험을 높이는 요인으로 작용한다.¹

- 여러 신체질환 또는 건강 악화가 우울증을 유발할 수 있는 요인으로 중요한 역할을 한다. 뇌경색, 파킨슨씨병 등의 뇌질환 뿐 아니라 심근경색과 같은 심장질환을 앓을 때 우울증의 위험이 크다. 특히 당뇨병, 갑상선기능저하 또는 항진증 및 부신 기능이상 등 내분비계 질환을 앓는 환자에서 우울증이 나타날 확률이 높다.^{1,10}

↘ 근거 설명

다양한 신체적 질환의 직간접적 영향으로 우울증 발생 위험이 높아질 수 있다. 특히 염증반응은 사이토카인 같은 혈액 내 염증인자를 통해 뇌와 미주신경 내 신경세포에 직접적으로 영향을 미친다.¹¹ 이런 이유로 자가면역성 질환이나 심한 감염을 앓는 환자는 우울증을 경험할 가능성이 높다.

- 또한 다양한 스트레스생활사건은 취약성을 가진 사람에게서 우울증을 촉발시키는 계기가 된다. 예를 들면 사랑하는 사람과의 이별 또는 사별, 교통사고 같은 심한 외상 사고, 가정폭력 및 학대 등이 있다.¹

└ 근거 설명

초기 연구부터 스트레스생활사건이 우울삽화 발생에 선행한다는 근거가 축적되어 왔다. 특히 스트레스성 코르티졸의 분비와 되먹임 억제 기전에 의해 조절되는 시상하부-뇌하수체-부신 축 기능 이상은 인지기능 저하와¹² 낮은 치료 반응, 그리고 높은 재발률과 관련성이 높다.¹³

└ 참고문헌

1. NICE. Treatment and management of depression in adults (Update edition). 2018.
2. Nuechterlein KH, Dawson ME. A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenic episodes. *Schizophr Bull* 1984;10(2):300-312.
3. Harris T. In where inner and outer worlds meet: psychosocial research in the tradition of George W. Brown. London & New York: Routledge. 2000.
4. Malhi GS, Mann JJ. Depression. *Lancet* 2018;392(10161):2299-2312.
5. Willner P, Scheel-Krüger J, Belzung C. The neurobiology of depression and antidepressant action. *Neurosci Biobehav Rev* 2013;37(10):2331-2371.
6. Kendler KS, Gardner CO, Neale MC, et al. Genetic risk factors for major depression in men and women: similar or different heritabilities and same or partly distinct genes?. *Psychol Med* 2001;31(4):605-616.
7. Flint J, Kendler KS. The genetics of major depression. *Neuron* 2014;81(3):484-503.
8. Wray NR, Ripke S, Mattheisen M, et al. Genome-wide association analyses identify 44 risk variants and refine the genetic architecture of major depression. *Nat Genet* 2018;50:668-681.
9. Fava M, Kendler KS. Major depressive disorder. *Neuron* 2000;28(2):335-341.
10. Cassano P, Fava M. Depression and public health: an overview. *J Psychosom Res* 2002; 53(4):849-857.
11. Miller AH, Raison CL. The role of inflammation in depression: from evolutionary imperative to modern treatment target. *Nat Rev Immunol* 2016;16:22-34.
12. Keller J, Gomez R, Williams G, et al. HPA axis in major depression: cortisol, clinical symptomatology and genetic variation predict cognition. *Mol Psychiatry* 2017;22:527-536.
13. Nelson JC, Davis JM. DST studies in psychotic depression: a meta-analysis. *Am J Psychiatry* 1997;154:1497-1503.



2. 우울증 선별과 진단

권고 적용군	성인 우울증 의심 환자	진료환경	진료실
중재/실행지표	선별척도, 진단기준 적용		
비교지표	선별 미시행/진단 미시행		
결과물	환자 진단율 및 선별 양상률 증가		

권고 내용	권고등급	근거수준	권고도출 자료원
• 현재 우울증 치료를 받지 않는 성인을 대상으로 우울증에 대한 정기적인 선별검사를 권고한다. ^{a)}	I	A	7-24
• 주요우울장애 진단 시 DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) 기준에 따른 진단을 권고한다. ^{b)}	I	Guideline	25
• 우울증 환자에서 기능상태, 병력, 과거 치료력, 가족력 등을 포함한 평가를 권고한다. ^{c)}	I	A	7, 26-28

이익 및 불이익[†]

- 이 익: 우울증 선별과 진단을 통한 조기 치료적 개입
불이익: 치료적 개입의 지연에 따른 우울증의 만성화에 의한 치료반응 및 일상기능 수준의 저하
- 우울증 선별검사 시 선별검사에 의한 추가적인 비용 외에 불이익은 없을 것으로 여겨지며, 선별검사 후 임상가가 DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM)의 진단기준을 사용하여 올바르게 진단을 하고 적절한 치료적 개입에 도움을 준다.¹

† 다학제 임상진료지침 개발위원회에서는 이익과 불이익 연계 근거를 검토하고, 전문가 의견을 취합하여 논의한 결과 권고 관련 얻을 수 있는 이익이 크고, 발생 가능한 불이익이 거의 없을 것으로 판단함.

진료 시 고려할 점

- 정기적인 우울증 선별검사를 위해 PHQ-2를 이용할 수 있다(Patient Health Questionnaire, PHQ).^{d),1,2,3}
- PHQ-2에서 양성이거나 만성질환 환자의 경우에는 PHQ-9을 고려한다.^{e),1,2,4}
- 선별검사가 임상적 면담이나 진료를 대체하는 것은 아니다.^{f),1}
- 현재 병력과 더불어 과거 우울삽화의 횟수나 최근 스트레스요인과 증상의 심각도, 자살경향성, 정신과적 동반질환 등을 함께 평가한다.^{g),1,5}
- 치매나 섬망, 감상선기능저하 등과 신체질환 그리고 음주, 스테로이드나 신경안정제와 같은 약물복용 이력 등 우울증을 유발하는 요인들에 대해 평가한다.^{1,6}
- 우울증상의 심각도를 평가하기 위해 PHQ-9을 이용할 수 있다.^{h),1,7,8}

└ 근거 설명

- a) 우울증상이 있는 경우에도 진료 시 처음부터 지속되는 우울한 기분이나 대부분의 일에서 관심 및 흥미 감소를 호소하지는 않기 때문에 임상적은 검증되고 신뢰할 수 있는 선별검사로 환자의 우울증 여부를 고려해야 한다.
- b) 우울증상이 있는 환자를 주요우울장애로 진단하기 위해서는 감별진단과 의학적 상태를 고려하기 위해 임상적 면담과 신체검사, 실험실검사(laboratory test) 등을 시행하고, DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) 기준에 따른 주요우울장애 여부를 진단해야 한다.⁹
- c) 우울증 환자에서 동반된 다른 질환 혹은 기저질환은 우울증상에 영향을 주고 위험요인으로서 증상을 악화시킬 수 있다. 환자의 결혼과 가족, 직장 및 군복무 이력도 중요하게 고려해야 할 사항이며, 우울증상이 일상 기능에 어느 정도 영향을 주는지에 대한 확인이 필요하다.
- d) PHQ-2 (Patient Health Questionnaire, PHQ)는 ‘일을 하는 것에 대한 흥미나 재미가 거의 없음’, ‘가라앉은 느낌, 우울감 혹은 절망감’의 두 항목에 대하여 최근 2주 동안 겪은 빈도를 알아보는 설문으로 총점 2점이 최적 절단 점이다.¹⁰
- e) 한국판 PHQ-9은 다른 우울증 평가척도와 유의한 공존 타당도를 나타내고 우울증을 평가하고 선별하는 척도로서의 신뢰도와 타당도가 입증되었다. 한국판 PHQ-9의 경우 기존 우울증 평가도구 보다 문항수가 적고 작성시간이 적게 걸려 일차 진료과정에서도 적용하기 용이하여 우울증을 선별하는데 유용한 도구이다.¹¹
- f) 선별검사를 통해 우울증상을 평가하여 진단을 하는 것이 아니라, 임상가가 환자를 진료하면서 우울감 혹은 흥미나 즐거움의 상실 중 한 가지 이상의 증상을 확인하고 DSM-5의 진단기준에 따라 주요우울장애의 여부를 진단한다.
- g) 우울증 진단 시 우울증의 유무 외에도 질병의 치료와 경과에 영향을 줄 수 있는 다양한 임상적인 특성들을 평가하는 것이 우울증의 진단 과정에서 필요한 요소이다.
- h) PHQ-9은 우울증 심각도 측정을 평가하고 일차 진료현장에서 우울증을 발견하고 모니터링하기 위한 도구로서 검증되었으며, 우울증상의 심각도를 정량화하고 치료 경과에 따른 치료 반응 및 관해를 평가하기 위한 표준화된 도구이다.

└ 참고문헌

1. ICSI. Health care guideline: adult depression in primary care. 2016.
2. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, et al. The Patient Health Questionnaire somatic, anxiety, and depressive symptom scales: a systematic review. Gen Hosp Psychiatry 2010;32(4):345-359.
3. Whooley MA. Screening for depression—a tale of two questions. JAMA Intern Med 2016; 176(4):436-438.



4. Levis B, Benedetti A, Thombs BD, et al. Accuracy of Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) for screening to detect major depression: individual participant data meta-analysis. *BMJ* 2019;365:l1476.
5. 문은수, 사공정규, 정성원, 등. 우울증의 진단 및 평가 지침 개발: 평가 지침을 중심으로. 2014.
6. Davis LL, Frazier E, Husain MM, et al. Substance use disorder comorbidity in major depressive disorder: a confirmatory analysis of the STAR*D cohort. *Am J Addict* 2006; 15(4):278-285.
7. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med* 2001;16(9):606-613.
8. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. primary care evaluation of mental disorders. Patient Health Questionnaire. *JAMA* 1999;282(18):1737-1744.
9. VA/DoD. Clinical practice guideline for the management of major depressive disorder. 2016.
10. Jo MK, Koo HY, Cho IY, et al. Usefulness of the Patient Health Questionnaire-2 in screening for depression. *Korean J Fam Pract* 2019;9(4):336-340.
11. Park SJ, Choi HR, Choi JH, et al. Reliability and validity of the Korean version of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). *Anxiety and mood* 2010;6(2):119-124.

3. 우울증의 의학적 평가

① 정신건강의학과 공존질환

- 우울증은 여러 정신과적 질환의 위험인자이며, 우울증과 동반된 정신과적 질환은 우울증의 치료 경과에 영향을 미치므로 평가가 필요하다. 특히, 물질사용장애의 공존은 우울증의 치료 경과에 나쁜 영향을 미치며, 주요우울장애 환자들을 10년간 추적 조사한 연구에서 알코올 의존증 상태에 있는 환자들이 알코올 중독이 아닌 환자들에 비해 주요우울장애 회복가능성이 절반이었다.^{1,2,3,4}

↘ 근거 설명

우울증은 여러 정신건강의학과 질환의 위험인자이며, 우울증과 동반된 정신건강의학과 질환은 우울증의 치료 경과에 영향을 미치므로 평가가 필요하다. 물질남용의 경우 주요우울장애 환자들에서 8~21%의 높은 비율로 보고되고 있다. 우울증 환자에서 물질사용장애의 공존은 우울증의 치료에 나쁜 영향을 미치며, 주요우울장애 환자들을 10년간 추적 조사했을 때 알코올 의존증 상태에 있는 환자들이 알코올 중독이 아닌 환자들에 비해 주요우울장애 회복가능성이 절반이었다.^{1,2,3,4}

- 우울증 환자에서 물질사용장애, 불안장애, 인격장애, 식이장애, 조현병, 주의력결핍 과잉행동장애, 치매 등의 다양한 공존질환이 동반되기 때문에 정신건강의학과 공존질환에 대한 평가가 필요하다.^{2,5,6}

↘ 근거 설명

우울증 환자에서 물질사용장애, 불안장애, 인격장애, 식이장애, 조현병, 주의력결핍 과잉행동장애, 치매 등의 다양한 공존질환이 보고되고 있다. 여러 진료지침서 및 기존 문헌들에서는 정신건강의학과 공존질환 평가를 권고한다.^{2,5,6}

- 양극성장애(조울증) 환자에서 우울증 치료 시, 항우울제 치료로 조증이나 경조증 삽화가 발생 할 수 있기 때문에 우울증을 치료하기 전에 양극성장애(조울증)의 병력을 확인하는 것이 필요하다. 조증이나 경조증 삽화가 없었던 환자라도 치료 시 조증이나 경조증 삽화를 경험하게 되면 양극성장애(조울증)로 진단을 바꾸고 항우울제가 아닌 다른 약물로 치료한다.^{7,8}

↘ 근거 설명

양극성장애(조울증) 환자의 우울증 치료에는 주의가 필요하다. 양극성장애(조울증) 환자에서 우울증 치료 시,



항우울제 치료로 조증이나 경조증 삽화가 발생할 수 있다. 우울증을 치료하기 전에 양극성장애(조울증)의 병력을 확인하여 항우울제 사용 여부를 결정해야 한다. 양극성장애(조울증)의 병력이 있으면 항우울제는 일차 치료제로 주의하여 사용해야 한다. 조증이나 경조증 삽화가 없었던 환자라도 치료 시 조증이나 경조증 삽화를 경험하게 되면 양극성장애(조울증)로 진단을 바꾸고 항우울제를 중단하고 기분조절제, 항정신병제 등 다른 약물로 치료한다.

참고문헌

1. 문은수, 사공정규, 정성원, 등. 우울증의 진단 및 평가 지침 개발: 평가 지침을 중심으로. 2014.
2. Kennedy SH, Milev R, Giacobbe P, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. IV Neurostimulation therapies. *J Affect Disord* 2009;117 Suppl 1:S44-53.
3. APA. Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder, third edition. 2010.
4. Mueller TI, Lavori PW, Keller MB, et al. Prognostic effect of the variable course of alcoholism on the 10-year course of depression. *Am J Psychiatry* 1994;151(5):701-706.
5. NICE. Depression: the treatment and management of depression in adults. 2009.
6. Asp M, Lindqvist D, Fernström J, et al. Recognition of personality disorder and anxiety disorder comorbidity in patients treated for depression in secondary psychiatric care. *PLoS One* 2020;15(1):e0227364.
7. ICSI. Health care guideline: adult depression in primary care. 2016.
8. Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, et al. The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59(6):530-537.

3. 우울증의 의학적 평가

② 신체질환 동반유무

- 우울증 환자에서 신체질환의 동반은 우울증의 발병 위험을 증가시키고 우울증상을 더 심각하게 만든다. 동반 신체질환의 수가 증가할수록 발생위험도가 높아지며, 동반된 신체질환은 항우울제 선택에 영향을 미친다. 주요우울장애는 당뇨병 환자에서 심혈관질환의 발생을 높이는 것으로 알려져 있다.^{1,2}

└ 근거 설명

우울증 환자에서 신체질환의 동반은 우울증의 발병 위험을 증가시키고 우울증상을 악화시킨다. 만성통증, 당뇨병, 암, 후천성면역결핍증, 파킨슨병, 심혈관 및 뇌혈관 질환, 다발성 경화증 등이 우울증의 발병을 증가시킨다. 심장 질환을 가진 우울증 환자는 그렇지 않은 우울증 환자에 비해 우울증상의 심각도가 더 높았다. 동반된 신체질환의 수가 증가할수록 우울증 발생위험도가 높아진다. 동반된 신체질환은 항우울제 선택에 영향을 미친다. 심혈관계 질병이 동반된 우울증 환자에서 항우울제를 선택할 경우에는 삼환계 항우울제 보다는 선택적 세로토닌 재흡수 억제제를 우선적으로 고려해야 한다. 주요우울장애는 당뇨병 환자에서 심혈관질환의 발생을 높이는 것으로 알려져 있다.^{1,2,3}

- 당뇨병은 우울증의 상대위험도를 2-3배 증가시키고, 역으로 우울증도 당뇨병의 발병을 증가시킨다. 당뇨병 이외에 동반된 신체질환도 우울증의 발생위험도를 증가시키는데 한 가지 질환이 있으면 1.3배, 두 가지 질환이 있으면 2.1배, 세 가지 이상의 질환이 있으면 4.1배로 우울증의 발생위험도가 증가한다.^{4,5,6}

└ 근거 설명

당뇨병은 우울증의 상대위험도를 2-3배 증가시키고, 역으로 우울증도 당뇨병의 발병을 증가시킨다. 당뇨병 이외에 동반된 신체질환이 한 가지 있으면 1.3배[95% Confidence Interval(이하 CI), 0.67~2.55], 두 가지 질환이 있으면 약 2.1배[95% CI, 1.06~4.12], 세 가지 이상의 질환이 있으면 4.1배[95% CI, 2.04~8.17] 증가한다.^{4,5,6}

- 신체질환이 있는 환자에게 우울증이 동반되면 환자의 자기관리능력과 약물 순응도가 떨어져 건강과 연관된 비용이 올라 갈 수밖에 없다. 결국 환자의 신체적 삶의 질과 정신적 삶의 질 모두 감소하게 된다.^{7,8}



- 심혈관질환이 동반된 우울증 환자에서 항우울제를 선택할 경우에는 심혈관계 부작용을 고려하여 삼환계 항우울제(Tricyclic Antidepressant, TCA)보다는 선택적 세로토닌 재흡수 억제제(Selective Serotonin Reuptake Inhibitor, SSRI)를 우선적으로 고려해야 한다.^{9,10}

↘ 근거 설명

신체질환이 동반된 우울증 환자 치료 시, 항우울제가 신체질환에 미치는 영향이나 약물상호작용을 고려해야 한다. 특히, 심혈관질환이 동반된 우울증 환자에서 항우울제를 선택할 경우에는 심혈관계 부작용을 고려하여 삼환계 항우울제(Tricyclic Antidepressant, TCA)보다는 선택적 세로토닌 재흡수 억제제(Selective Serotonin Reuptake Inhibitor, SSRI)를 우선적으로 고려해야 한다.^{3,9,10}

↘ 참고문헌

1. 문은수, 사공정규, 정성원, 등. 우울증의 진단 및 평가 지침 개발: 평가 지침을 중심으로. 2014.
2. Farooqi A, Khunti K, Abner S, et al. Comorbid depression and risk of cardiac events and cardiac mortality in people with diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Diabetes Res Clin Pract* 2019;156:107816.
3. Lichtman JH, Bigger JT Jr, Blumenthal JA, et al. Depression and coronary heart disease: recommendations for screening, referral, and treatment: a science advisory from the American Heart Association Prevention Committee of the council on cardiovascular nursing, council on clinical cardiology, council on epidemiology and prevention, and Interdisciplinary council on quality of care and outcomes research: endorsed by the American Psychiatric Association. *Circulation* 2008;118(17):1768-1775.
4. ICSI. Health care guideline: adult depression in primary care. 2016.
5. Egede LE. Effect of comorbid chronic diseases on prevalence and odds of depression in adults with diabetes. *Psychosom Med* 2005;67(1):46-51.
6. Chireh B, Li M, D'Arcy C. Diabetes increases the risk of depression: a systematic review, meta-analysis and estimates of population attributable fractions based on prospective studies. *Prev Med Rep* 2019;14:100822.
7. Katon W, von Korff M, Ciechanowski P, et al. Behavioral and clinical factors associated with depression among individuals with diabetes. *Diabetes Care* 2004;27(4):914-920.
8. van Dijk SE, Pols AD, Adriaanse MC, et al. Cost-effectiveness of a stepped-care intervention to prevent major depression in patients with type 2 diabetes mellitus and/or coronary heart disease and subthreshold depression: design of a cluster-randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* 2013;13:128.
9. Jiang W, Davidson JR. Antidepressant therapy in patients with ischemic heart disease. *Am Heart J* 2005;150(5):871-881.

10. Pizzi C, Rutjes AW, Costa GM, et al. Meta-analysis of selective serotonin reuptake inhibitors in patients with depression and coronary heart disease. *Am J Cardiol* 2011; 107(7):972-979.



3. 우울증의 의학적 평가

③ 자살 평가

- 자살에 대한 평가는 우울증의 치료 과정에서 반드시 필요하다. 자살과 우울증과의 관련성은 많은 연구들에서 확인되었다. 우울증을 적절하게 치료하지 않고 방치하게 되면 자살의 위험성이 증가하게 되고, 자살시도가 있는 우울증 환자의 경우에는 자살의 재시도 위험성이 더 높다. 자살시도력이 있는 우울증 환자는 그렇지 않은 환자에 비해 조기발병, 병의 심각도, 장기 이환, 재발, 낮은 치료반응, 낮은 관해율과 밀접한 연관관계가 있다. 특히 자살위험도 평가는 그 결과에 따라 치료 전략이 달라질 수 있기 때문에 중요하다.^{1,2,3,4}

└ 근거 설명

자살은 정신의학적 영역으로 흔히들 간주하지만 자살의 위험성은 어떤 의료 상황에서도 감지될 수 있다. 따라서 모든 의료인은 기본적인 자살위험성을 평가할 수 있어야 하고, 이에 따른 후속 조치를 결정할 수 있어야 한다. 자살 평가에서 가장 중요한 방법은 임상적 면담을 통한 탐색이다. 자살 평가를 위한 탐색은 솔직하고 공감적이며 비판적이지 않은 태도로 진행되어야 하며, 있는 그대로의 사실을 다루면서 환자의 정서와 소통 방식에 초점을 맞추어야 한다.⁵

- 자살위험도 평가는 자살위험요인과 현재 자살생각 및 행동의 중증도를 파악해야 한다. 자살의 위험인자로 자살시도의 과거력과 주요 정신의학적 질병에 먼저 주목해야 한다. 자살시도의 과거력은 자살의 재시도와 미래의 자살사망의 가장 강력한 예측 인자이다. 특히 이전 자살시도의 의도, 유발요인, 시도방법의 치명도 등을 파악해야 하며, 친구나 가족, 지인의 자살시도나 자살에 노출경험이 있는지도 확인할 필요가 있다. 주요 정신의학적 질병으로는 주요우울장애 뿐 아니라 양극성장애, 물질사용장애, 품행장애, 지시하는 환청과 같은 정신병적 증상 등을 점검해야 한다. 또한 공격성, 충동성, 무망감 등의 심리적 특성도 자살위험을 높일 수 있다. 또한 소아/청소년기의 성적/신체적 학대경험이나 최근의 신체적 질병도 위험요인으로 작용할 수 있다. 인구통계학적 요인으로는 고령인 남성, 이혼 등의 사회적 고립 등을 고려할 수 있다.^{6,7}

└ 근거 설명

자살위험성을 반복해서 평가하다보면 환자가 자살충동을 경험하게 되는 과정을 보다 정확히 이해하는데 도움이 된다. 가족이나 연인과의 면담에서 환자의 자살위험성과 관련된 중요한 정보를 얻을 수 있다. 하지만 사전에

환자의 동의가 선행되어야 하며, 환자의 실질적인 치료과정에 가족들이 참여하기까지는 상당한 시간이 걸릴 수도 있다. 환자가 입원해 있는 경우 환자의 사회적 지지체계나 가족 내 지지자원이 얼마나 갖추어져 있는지에 대해서 적어도 환자 퇴원 전에 반드시 평가해야 한다.^{5,8}

- 현재 자살사고 및 자살행동에 대한 평가가 중요하다. 자살사고가 얼마나 자주 떠오르는지 등의 빈도와 지속시간, 통제가능성을 통해 자살사고의 강도를 평가하고, 자살방법 또는 계획에 대해서도 구체적으로 탐색해야 한다.^{9,10}

↘ 근거 설명

자살 평가를 위해 탐색적 면담 이외에 표준화된 평가척도를 부가적으로 적용해볼 수 있다. 자살 의도 척도 (Suicide Intent Scale, SIS), 자살 사고 척도(Scale for Suicidal Ideation, SSI), 콜럼비아 자살 심각도 척도 (Columbia Suicide Severity Rating Scale, C-SSRS) 등이 한글로 표준화되어 흔히 사용된다.^{5,8}

- 자살 위험인자와 더불어 도움을 주는 타인과 같은 보호인자도 고려해야 하며, 자살 위험이 높은 경우 입원 치료가 필요하기 때문에 입원 가능성에 대해서 평가한다.⁹

↘ 근거 설명

자살의 보호인자로는 인지적 유연성, 삶의 어려운 상황에서의 적극적인 대처 기술, 건강한 생활방식, 활발한 대인 관계, 높은 자존감 등을 들 수 있다.⁵

- 임상 의사는 이러한 다양한 요인들을 종합적으로 평가하여 자살의 위험도를 판단한다.⁹

↘ 근거 설명

자살위험성 평가에 따른 최종적인 결정에는 임상 의사의 직관적 판단이 작용 할 수밖에 없다. 따라서 임상 의는 대상자에게 느끼는 분노나 양가감정 등 자신의 감정적 반응, 즉 역전이에 대해서도 스스로 살펴볼 필요가 있다.¹¹



▶ 참고문헌

1. Ahmedani BK, Vannoy S. National pathways for suicide prevention and health services research. *Am J Prev Med* 2014;47(3 Suppl 2):S222–228.
2. Bostwick JM, Pankratz VS. Affective disorders and suicide risk: a reexamination. *Am J Psychiatry* 2000;157(12):1925–1932.
3. Hirschfeld RM, Russell JM. Assessment and treatment of suicidal patients. *N Engl J Med* 1997;337(13):910–915.
4. Kim SW, Stewart R, Kim JM, et al. Relationship between a history of a suicide attempt and treatment outcomes in patients with depression. *J Clin Psychopharmacol* 2011;31(4):449–456.
5. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry, 10th edition. 2017.
6. Hatcher-Kay C, King CA. Depression and suicide. *Pediatr Rev* 2003;24(11):363–371.
7. Ministry Of Health Singapore. Ministry of health clinical practice guidelines: depression. 2012.
8. Wasserman D, Rihmer Z, Rujescu D, et al. The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. *Eur Psychiatry* 2012;27(2):129–141.
9. VA/DoD. Clinical practice guideline for the management of major depressive disorder. 2016.
10. O'Connor EA, Whitlock EP, Gaynes BN. Screening for and treatment of suicide risk relevant to primary care—in response. *Ann Intern Med* 2013;159(4):307–308.
11. Wasserman D. Suicide: an unnecessary death, 2nd ed. London: Oxford University Press; 2015.

▶ 권고도출 자료원

1. NICE. Treatment and management of depression in adults (Update edition). 2018.
2. Nuechterlein KH, Dawson ME. A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenic episodes. *Schizophr Bull* 1984;10(2):300-312.
3. Harris T. In where inner and outer worlds meet: psychosocial research in the tradition of George W. Brown. London & New York: Routledge. 2000.
4. Kendler KS, Gardner CO, Neale MC, et al. Genetic risk factors for major depression in men and women: similar or different heritabilities and same or partly distinct genes?. *Psychol Med* 2001;31(4):605-616.
5. Fava M, Kendler KS. Major depressive disorder. *Neuron* 2000;28(2):335-341.
6. Cassano P, Fava M. Depression and public health: an overview. *J Psychosom Res* 2002;53(4):849-857.
7. VA/DoD. Clinical practice guideline for the management of major depressive disorder. 2016.
8. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Med Care* 2003;41(11):1284-1292.
9. Whooley MA, Avins AL, Miranda J, et al. Case-finding instruments for depression two questions are as good as many. *J Gen Intern Med* 1997;12(7):439-445.
10. Williams JW, Noel PH, Cordes JA, et al. Is this patient clinically depressed?. *JAMA* 2020;287(9):1160-1170.
11. Georgiopoulos AM, Bryan TL, Wollan P, et al. Routine screening for postpartum depression. *J Fam Pract* 2001;50(2):117-122.
12. Gjerdingen DK, Yawn BP. Postpartum depression screening: importance, methods, barriers, and recommendations for practice. *J Am Board Fam Med* 2007;20(3):280-288.
13. NICE. Depression: management of depression in primary and secondary care. 2004.
14. Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, et al. Validity and utility of the PRIME-MD patient health questionnaire in assessment of 3000 obstetric-gynecologic patients: the PRIME-MD patient health questionnaire obstetrics-gynecology study. *Am J Obstet Gynecol* 2000;183(3):759-769.
15. Adouard F, Glangeaud-Freudenthal NM, Golse B. Validation of the edinburgh postnatal depression scale (EPDS) in a sample of women with high-risk pregnancies in France. *Arch Womens Ment Health* 2005;8(2):89-95.
16. Evins GG, Theofrastous JP, Galvin SL. Postpartum depression: a comparison of screening and routine clinical evaluation. *Am J Obstet Gynecol* 2000;182(5):1080-1082.
17. Peindl KS, Wisner KL, Hanusa BH. Identifying depression in the first postpartum year: guidelines for office-based screening and referral. *J Affect Disord* 2004;80(1):37-44.
18. Boyd RC, Le HN, Somberg R. Review of screening instruments for postpartum depression. *Arch Womens Ment Health* 2005;8(3):141-153.
19. Alessi CA, Josephson KR, Harker JO, et al. The yield, reliability, and validity of a postal survey for screening community-dwelling older people. *J Am Geriatr Soc* 2003;51(2):



- 194-202.
20. Arroll B, Khin N, Kerse N. Screening for depression in primary care with two verbally asked questions: cross sectional study. *BMJ* 2003;327(7424):1144-1146.
 21. Blank K, Gruman C, Robison JT. Case-finding for depression in elderly people: balancing ease of administration with validity in varied treatment settings. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2004;59(4):378-384.
 22. Corson K, Gerrity MS, Dobscha SK. Screening for depression and suicidality in a VA primary care setting: 2 items are better than 1 item. *Am J Manag Care* 2004;10(11 Pt 2):839-845.
 23. Li C, Friedman B, Conwell Y, et al. Validity of the Patient Health Questionnaire 2 (PHQ-2) in identifying major depression in older people. *J Am Geriatr Soc* 2007;55(4):596-602.
 24. Brink TL, Yesavage JA, Lum O, et al. Evidence-based diagnosis: a handbook of clinical prediction rules. 2013.
 25. Cleare A, Pariante CM, Young AH, et al. Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: a revision of the 2008 British Association for Psychopharmacology guidelines. *J Psychopharmacol* 2015;29(5):459-525.
 26. O'Connor EA, Whitlock EP, Gaynes BN. Screening for and treatment of suicide risk relevant to primary care-in response. *Ann Intern Med* 2013;159(4):307-308.
 27. Ahmedani BK, Vannoy S. National pathways for suicide prevention and health services research. *Am J Prev Med* 2014;47(3 Suppl 2):S222-228.
 28. Simon GE, Rutter CM, Peterson D, et al. Does response on the PHQ-9 depression questionnaire predict subsequent suicide attempt or suicide death?. *Psychiatr Serv* 2013;64(12):1195-1202.
 29. ICSI. Health care guideline: adult depression in primary care. 2016.
 30. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, et al. The Patient Health Questionnaire somatic, anxiety, and depressive symptom scales: a systematic review. *Gen Hosp Psychiatry* 2010;32(4):345-359.
 31. Whooley MA. Screening for depression—a tale of two questions. *JAMA Intern Med* 2016;176(4):436-438.
 32. Levis B, Benedetti A, Thombs BD, et al. Accuracy of Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) for screening to detect major depression: individual participant data meta-analysis. *BMJ* 2019;365:l1476.
 33. 문은수, 사공정규, 정성원, 등. 우울증의 진단 및 평가 지침 개발: 평가 지침을 중심으로. 2014.
 34. Davis LL, Frazier E, Husain MM, et al. Substance use disorder comorbidity in major depressive disorder: a confirmatory analysis of the STAR*D cohort. *Am J Addict* 2006; 15(4):278-285.
 35. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med* 2001;16(9):606-613.
 36. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB. Validation and utility of a self-report version of

- PRIME-MD: the PHQ primary care study. primary care evaluation of mental disorders. Patient Health Questionnaire. *JAMA* 1999;282(18):1737-1744.
37. Kennedy SH, Milev R, Giacobbe P, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults IV Neurostimulation therapies. *J Affect Disord* 2009;117 Suppl 1: S44-53.
 38. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder, third edition. 2010.
 39. Mueller TI, Lavori PW, Keller MB, et al. Prognostic effect of the variable course of alcoholism on the 10-year course of depression. *Am J Psychiatry* 1994;151(5):701-706.
 40. NICE. Depression: the treatment and management of depression in adults. 2009.
 41. Asp M, Lindqvist D, Fernström J, et al. Recognition of personality disorder and anxiety disorder comorbidity in patients treated for depression in secondary psychiatric care. *PLoS One* 2020;15(1):e0227364.
 42. Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, et al. The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59(6):530-537.
 43. Farooqi A, Khunti K, Abner S, et al. Comorbid depression and risk of cardiac events and cardiac mortality in people with diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Diabetes Res Clin Pract* 2019;156:107816.
 44. Egede LE. Effect of comorbid chronic diseases on prevalence and odds of depression in adults with diabetes. *Psychosom Med* 2005;67(1):46-51.
 45. Chireh B, Li M, D'Arcy C. Diabetes increases the risk of depression: a systematic review, meta-analysis and estimates of population attributable fractions based on prospective studies. *Prev Med Rep* 2019;14:100822.
 46. Katon W, von Korff M, Ciechanowski P, et al. Behavioral and clinical factors associated with depression among individuals with diabetes. *Diabetes Care* 2004;27(4):914-920.
 47. van Dijk SE, Pols AD, Adriaanse MC, et al. Cost-effectiveness of a stepped-care intervention to prevent major depression in patients with type 2 diabetes mellitus and/or coronary heart disease and subthreshold depression: design of a cluster-randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* 2013;13:128.
 48. Jiang W, Davidson JR. Antidepressant therapy in patients with ischemic heart disease. *Am Heart J* 2005;150(5):871-881.
 49. Pizzi C, Rutjes AW, Costa GM, et al. Meta-analysis of selective serotonin reuptake inhibitors in patients with depression and coronary heart disease. *Am J Cardiol* 2011; 107(7):972-979.
 50. Bostwick JM, Pankratz VS. Affective disorders and suicide risk: a reexamination. *Am J Psychiatry* 2000;157(12):1925-1932.
 51. Hirschfeld RM, Russell JM. Assessment and treatment of suicidal patients. *N Engl J Med* 1997;337(13):910-915.
 52. Kim SW, Stewart R, Kim JM, et al. Relationship between a history of a suicide attempt



- and treatment outcomes in patients with depression. *J Clin Psychopharmacol* 2011;31(4): 449-456.
53. Hatcher-Kay C, King CA. Depression and suicide. *Pediatr Rev* 2003;24(11):363-371.
54. Ministry Of Health Singapore. Ministry of health clinical practice guidelines: depression. 2012.

단원 2. 우울증 치료 및 관리



1. 비약물요법
2. 약물요법
3. 추적 관찰

02

단원 2. 우울증 치료 및 관리

1. 비약물요법

① 정신사회적 치료

- 정신사회적 치료 중에서 대인관계정신치료(Interpersonal Therapy), 정신역동정신치료(Psychodynamic Psychotherapy), 인지행동치료(Cognitive Behavioral Therapy), 행동활성화기법(Behavioral Activation), 문제해결정신치료(Problem Solving Therapy), 마음챙김인지치료(Mindfulness-Based Cognitive Therapy), 단기정신치료(Brief Psychotherapy), 수용전념치료(Acceptance and Commitment Therapy) 등이 우울증 증상을 경감시키는데 효과적이다.¹⁻¹⁸

↳ 근거 설명

경도 혹은 중등도의 우울증에서는 정신사회적 치료를 우선적으로 고려한다.^{1,19}

일차 진료현장에서 정신사회적 치료는 지지적 정신치료와 같은 평상시 일반적으로 행해지는 진료보다 효과가 있으며, 항우울제 약물치료와 비슷한 효과를 나타낸다.^{11,12}

여러 가지 정신사회적 치료 중에서 연령이나 우울증의 심각도 혹은 공존질환에 따라서 특정한 정신사회적 치료가 다른 것보다 낫다는 근거는 확실하지 않다.^{1,12}

- 정신사회적 치료의 경우 환자의 선호도에 따라 개인 혹은 집단형식으로 시행할 수 있다.^{16,19,20,21}

↳ 근거 설명

집단형식의 정신사회적 치료는 개인형식보다 상대적으로 연구가 부족하긴 하지만, 접근성이 좋으며 비용 효과적인 면에서 좋은 선택이 될 수 있다.^{21,22}

- 지속적인 역치하 우울증상을 호소하는 경우나 경증 혹은 중등도의 우울증의 경우 환자의 선호도에 따라 인지행동치료에 기반한 치료자의 가이드에 따른 자조기법(Self-help), 인터넷 기반 인지행동치료, 구조화된 집단 신체활동 프로그램 등을 적용해 볼 수 있다.²³⁻⁴⁷



↘ 근거 설명

상대적으로 저강도의 치료개입의 범위에 속하는 전산화된 인지치료, 자조기법, 구조화된 집단 신체활동 프로그램 등은 접근성의 측면에서 덜 제한적이고 비용 효과적인 치료방법으로서 지속적인 역치하 우울증상을 호소하거나 경도 혹은 중등도의 우울증의 경우에 적용해 볼 수 있다.⁴⁷

- 약물치료와 정신사회적 치료를 병행하는 것이 약물치료 단독 혹은 정신사회적 치료 단독인 경우보다 효과적이다.²²

↘ 근거 설명

약물치료와 정신사회적 치료를 병행하는 것은 개개인의 환자마다 환자의 선호도, 치료 가능 여부, 정신사회적 요소, 비용 효과적인 측면 등을 고려하여 의사와 환자가 합의하여 결정하는 것이 중요하다. 중등도 혹은 중증의 우울증 환자에서는 약물치료와 정신사회적 치료를 병행하는 것이 효과적이다.^{1,22}

↘ 참고문헌

1. ICSI. Health care guideline: adult depression in primary care. 2016.
2. Churchill R, Moore THM, Furukawa TA, et al. 'Third wave' cognitive and behavioural therapies versus treatment as usual for depression. Cochrane Database Syst Rev 2013; 18(10):CD008705.
3. van Hees ML, Rotter T, Ellermann T, et al. The effectiveness of individual interpersonal psychotherapy as a treatment for major depressive disorder in adult outpatients: a systematic review. BMC Psychiatry 2013;13:22.
4. Jakobsen JC, Hansen JL, Simonsen S, et al. Effects of cognitive therapy versus interpersonal psychotherapy in patients with major depressive disorder: a systematic review of randomized clinical trials with meta-analyses and trial sequential analyses. Psychol Med 2012;42(7):1343-1357.
5. McCarney RW, Schulz J, Grey AR. Effectiveness of mindfulness-based therapies in reducing symptoms of depression: a meta-analysis. Eur J Psychotherapy Couns 2012; 14(3):279-299.
6. Cuijpers P, Geraedts AS, van Oppen P, et al. Interpersonal psychotherapy for depression: a meta-analysis. Am J Psychiatry 2011;168(6):581-592.
7. Manicavasgar V, Parker G, Perich T, et al. Mindfulness-based cognitive therapy vs cognitive behaviour therapy as a treatment for non-melancholic depression. J Affect Disord 2011;130(1-2):138-144.

8. Driessen E, Cuijpers P, Hollon SD, et al. Does pretreatment severity moderate the efficacy of psychological treatment of adult outpatient depression? a meta-analysis. *J Consult Clin Psychol* 2010;78(5):668-680.
9. Hofmann SG, Sawyer AT, Witt AA, et al. The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol* 2010;78(2):169-183.
10. Cuijpers P, van Straten A, Smit F, et al. Is psychotherapy for depression equally effective in younger and older adults? a meta-regression analysis. *Int Psychogeriatr* 2009;21(1):16-24.
11. Bortolotti B, Menchetti M, Bellini F, et al. Psychological interventions for major depression in primary care: a meta-analytic review of randomized controlled trials. *Gen Hosp Psychiatry* 2008;30(4):293-302.
12. Cuijpers P, van Straten A, Andersson G, et al. Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcomes studies. *J Consult Clin Psychol* 2008;76(6):909-922.
13. Ekers D, Richards D, Gilbody S. A meta-analysis of randomized trials of behavioural treatment of depression. *Psychol Med* 2008;38(5):611-623.
14. Haby MM, Donnelly M, Corry J, et al. Cognitive behavioural therapy for depression, panic disorder and generalized anxiety disorder: a meta-regression of factors that may predict outcome. *Aust NZ J Psychiatry* 2006;40(1):9-19.
15. Abbass AA, Kisely SR, Town JM, et al. Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;(7):CD004687.
16. Cuijpers P, Karyotaki E, Eckshtain D, et al. Psychotherapy for depression across different age groups: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2020;77(7):694-702.
17. Uphoff E, Ekers D, Robertson L, et al. Behavioural activation therapy for depression in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2020;7(7):CD013305.
18. Cuijpers P, de Wit L, Kleiboer A, et al. Problem-solving therapy for adult depression: an updated meta-analysis. *Eur Psychiatry* 2018;48:27-37.
19. VA/DoD. Clinical practice guideline for the management of major depressive disorder. 2016.
20. Okumura Y, Ichikura K. Efficacy and acceptability of group cognitive behavioral therapy for depression: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2014;164:155-164.
21. Huntley AL, Araya R, Salisbury C. Group psychological therapies for depression in the community: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2012;200(3):184-190.
22. Parikh SV, Quilty LC, Ravitz P, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: section 2 psychological treatment. *Can J Psychiatry* 2016;61(9):524-539.
23. Bowman D, Scogin F, Lyrene B. The efficacy of self-examination therapy and cognitive bibliotherapy in the treatment of mild to moderate depression. *Journal Psychotherapy Research* 1995;5(2):131-140.



24. Wollersheim JP, Wilson GL. Group treatment of unipolar depression: a comparison of coping, supportive, bibliotherapy, and delayed treatment groups. *Professional Psychology: Research and Practice* 1991;22(6):496–502.
25. Brown RA, Lewinsohn PM. A psychoeducational approach to the treatment of depression: comparison of group, individual, and minimal contact procedures. *J Consult Clin Psychol* 1984;52(5):774–783.
26. Lovell K, Bower P, Richards D, et al. Developing guided self-help for depression using the medical research council complex interventions framework: a description of the modelling phase and results of an exploratory randomised controlled trial. *BMC Psychiatry* 2008;8:91–110.
27. Williams C, Wilson P, Walker A, et al. An evaluation of the effectiveness of structured cognitive behaviour therapy self-help materials delivered by a self-help support worker within primary care. Report Submitted to the Chief Scientific Officer in Scotland. 2007.
28. Proudfoot J, Goldberg D, Mann A, et al. Computerized, interactive, multimedia cognitive-behavioural program for anxiety and depression in general practice. *Psychol Med* 2003; 33(2):217–227.
29. Proudfoot J, Ryden C, Everitt B, et al. Clinical efficacy of computerised cognitive-behavioural therapy for anxiety and depression in primary care: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2004;185(1):46–54.
30. Wright JH, Wright AS, Albano AM, et al. Computer-assisted cognitive therapy for depression: maintaining efficacy while reducing therapist time. *Am J Psychiatry* 2005; 162(6):1158–1164.
31. Christensen H, Leach LS, Barney L, et al. The effect of web based depression interventions on self reported help seeking: randomised controlled trial. *BMC Psychiatry* 2006;6:13.
32. Christensen H, Griffiths KM, Mackinnon AJ, et al. Online randomized controlled trial of brief and full cognitive behaviour therapy for depression. *Psychol Med* 2006;36(12): 1737–1746.
33. Mackinnon A, Griffiths KM, Christensen H. Comparative randomised trial of online cognitive-behavioural therapy and an information website for depression: 12-Month outcomes. *Br J Psychiatry* 2008;192(2):130–134.
34. Christensen H, Griffiths K, Groves C, et al. Free range users and one hit wonders: community users of an Internet-based cognitive behaviour therapy program. *Aust N Z J Psychiatry* 2006;40(1):59–62.
35. Griffiths KM, Christensen H, Jorm AF, et al. Effect of web-based depression literacy and cognitive-behavioural therapy interventions on stigmatising attitudes to depression: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2004;185(4):342–349.
36. Christensen H, Griffiths KM, Korten AE, et al. A comparison of changes in anxiety and depression symptoms of spontaneous users and trial participants of a cognitive behavior therapy website. *J Med Internet Res* 2004;6(4):e46.

37. Christensen H, Griffiths KM, Jorm AF. Delivering interventions for depression by using the internet: randomised controlled trial. *BMJ* 2004;328(7434):265.
38. Spek V, Nyklicek I, Cuijpers P, et al. Predictors of outcome of group and internet-based cognitive behavior therapy. *J Affect Disord* 2008;105(1-3):137-145.
39. Spek V, Cuijpers P, Nyklicek I, et al. One-year follow-up results of a randomized controlled clinical trial on internet-based cognitive behavioural therapy for subthreshold depression in people over 50 years. *Psychol Med* 2008;38(5):635-639.
40. Spek V, Nyklicek I, Smits N, et al. Internet-based cognitive behavioural therapy for subthreshold depression in people over 50 years old: a randomized controlled clinical trial. *Psychol Med* 2007;37(12):1797-1806.
41. Biddle S, Fox K, Edmund L. Physical activity in primary care in England. London: Health Education Authority, 1994.
42. Lepore SJ. Expressive writing moderates the relation between intrusive thoughts and depressive symptoms. *J Pers Soc Psychol* 1997;73(5):1030-1037.
43. Mynors-Wallis LM, Gath DH, Day A, et al. Randomised controlled trial of problem-solving treatment, antidepressant medication, and combined treatment for major depression in primary care. *BMJ* 2000;320:26-30.
44. Thoren P, Floras JS, Hoffmann P, et al. Endorphins and exercise: physiological mechanisms and clinical implications. *Med Sci Sports Exerc* 1990;22(4):417-428.
45. Leith LM. Foundations of exercise and mental health. Morgantown, West Virginia: Fitness Information Technology, 1994.
46. Herrmann LL, Ebmeier KP. Factors modifying the efficacy of transcranial magnetic stimulation in the treatment of depression. *J Clin Psychiatry* 2006;67(12):1870-1876.
47. NICE. Treatment and management of depression in adults (Update edition). 2018.



1. 비약물요법

② 생활습관개선

권고 적용군	성인 우울증 환자	진료환경	진료실
중재/실행지표	생활습관개선 상담 및 모니터링 시행		
비교지표	생활습관개선 상담 및 모니터링 미시행		
결과물	우울증 발생률 및 재발률 감소, 삶의 질 향상		

권고 내용	권고등급	근거수준	권고도출 자료원
<ul style="list-style-type: none"> 우울증 진단이 되지 않는 지속적인 우울증상을 가진 사람 혹은 경도 및 중등도 수준의 우울증 환자가 만성 신체질환이 동반되지 않는 경우 - 중강도 수준의 구조화된 신체활동을 운동전문가의 지도 아래 집단 치료 방식으로 제공하는 것을 고려한다.^{a)} 	IIa	A	40-44, 47
<ul style="list-style-type: none"> 우울증 진단이 되지 않는 지속적인 우울증상을 가진 사람 혹은 경도 및 중등도 수준의 우울증 환자가 만성 신체질환이 동반된 경우 - 신체질환을 치료하는 임상과의 협진을 통해 동반된 신체질환의 상태에 맞추어 운동량 변경을 고려한다. 	IIa	A	40-44, 47
<ul style="list-style-type: none"> 우울증 환자에서 고강도의 신체활동이나 근력운동은 항우울제 치료의 보조요법으로 고려할 수 있다.^{b)} 	IIb	C	48-54

이익 및 불이익[†]

- 이 익: 우울증 예방, 우울증상 완화, 재발률 감소, 삶의 질 향상
불이익: 재발률 증가, 삶의 질 저하
- 운동의 항우울효과는 연구방법론에서 이중맹검 설정의 어려움으로 인해 연구의 질을 담보하지 못하는 제한점이 있으나 다수의 체계적 문헌고찰 및 메타분석을 통해 입증되었다.
 - Kvam 등은 운동의 우울증에 대한 치료 효과를 검증한 23개 무작위배정 대조군 연구(RCT)의 977명 우울증 환자를 대상으로 한 메타분석에서 운동이 우울증상을 감소시킨 결과를 보고하였다(Effect size = -0.68, 95% Confidence Interval(이하 CI)=-0.92 to -0.44, p < 0.001).¹ Schuch 등은 메타분석 연구에서 운동군이 대조군에 비해 우울증상을 더 많이 감소시켰다고 보고하였다(ES = 1.11, 95% CI=0.79 to 1.43, p<0.001).²
 - Harvey 등은 33,908명의 건강한 성인으로 구성된 코호트를 대상으로 전향적으로 11년 동안 추적 관찰한 연구에서 운동이 향후 우울증 발생의 44%를 감소시킨 결과를 보고하였다.³

† 다학제 임상진료지침 개발위원회에서는 이익과 불이익 연계 근거를 검토하고, 전문가 의견을 취합하여 논의한 결과 권고 관련 얻을 수 있는 이익이 크고, 발생 가능한 불이익이 거의 없을 것으로 판단함.

진료 시 고려할 점

- 우울증상의 관리를 위해 일반적으로 권고되는 중강도 수준의 신체활동(예비심박수의 70-80%에 해당하는 강도로 주 3회 이상, 30~40분 동안 운동)을 유지하는 것이 도움이 된다. 가벼운 숨참을 느낄 정도의 산책을 거의 매일 시행하도록 교육하는 것도 도움이 된다.^{c),4-12}
- 운동을 단독으로 또는 항우울제 치료의 보조요법으로 처방할 때는 각 환자의 개별적인 상황을 고려해야 한다.^{d),13-17}
 - 유산소운동과 근력운동을 복합하여 장기간 지속적으로 시행할 때 운동의 효과는 더 크다.
 - 약물과 마찬가지로 운동을 중단할 경우 우울증 완화의 효과는 떨어지며, 운동을 지속할 경우에만 효과가 유지된다.

근거 설명

a) 영국보건임상연구원(NICE, National Institute for Health and Care Excellence) 진료지침은 진단기준을 만족하지 않는 우울증상 혹은 경도 및 중등도 우울증 환자에게 구조화된 신체활동을 적용해야 한다고 제안하였다. 이때, 구조화된 신체활동은 운동전문가 지도하에 적용되어야 하고 1세션을 45분에서 1시간 동안 진행하고 1주당 3세션 이상을 실시하고, 이것을 10주에서 14주 동안 지속하여야 한다고 하였다.¹⁸

네덜란드의 불안과 우울에 대한 다학제적 진료지침 개발에 대한 전문위원회(Working Group on Multidisciplinary Guideline Development for Anxiety and Depression)에서도 운동을 경도 우울증과 첫 발병 및 재발성 중등도 우울증에 권고하였고,¹⁹ 기분 및 불안 치료를 위한 캐나다의 네트워크(Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments, CANMET)는 운동을 경도 및 중등도 우울증에 1차 치료로서 권고하였고 중등도 및 고도 우울증에 2차의 보조치료로서 권고하였다.²⁰

Harvey 등은 노르웨이에서 33,908명의 건강한 성인으로 구성된 코호트를 대상으로 전향적으로 11년 동안 추적 관찰한 연구에서 초기 운동 상태가 향후 우울증 발생의 44%를 감소시키며, 운동을 주 1시간 이상 하는 경우 그렇지 않은 경우(1시간미만 불규칙하게 하는 경우)에 비해 우울증을 11.9% 예방하는 효과가 있다고 보고하였다.³

Kvam 등은 운동의 우울증에 대한 치료 효과를 검증한 23개 무작위배정 대조군 연구(Randomized Controlled Trial)의 977명 우울증 환자를 대상으로 메타분석한 연구에서 운동이 우울증상을 32% 더 감소시킨다고 보고하였고(Hedge's $g = -0.68$, 95% CI = -0.92 to -0.44 , $p < 0.001$), 통상적인 약물치료와 병행하였을 때 약물치료 단독요법에 비해 우울증상을 유의하게 감소시키는 효과를 보고하였다($g = -0.48$, 95% CI = -0.80 to -0.16 , $p < 0.001$).¹

Schuch 등은 60세 이상의 노인 우울증 환자를 대상으로 한 8개의 RCT(138명의 운동군 및 129명의 대조군) 결과를 분석하여 운동이 우울증상의 감소에 유의한 효과가 있음을 보고하였고(standardized mean difference = -0.90 , 95% CI = 0.28 - 1.51 , $p = 0.04$),²¹ 또 다른 연구에서도 노인 우울증 환자에서 운동의 효과가 입증된 바 있다.^{9,22}



- b) ICSI 진료지침에서는 운동을 단독으로 또는 항우울제 치료의 보조요법으로 처방할 때 각 환자의 개별적인 상황을 고려해야 한다고 제시하였다.¹³
- c) 세부적인 운동지침은 연구와 진료지침별로 차이가 있는데 NICE 진료지침은¹⁸ 우울증 증상이 있는 사람과 우울증 진단 기준을 충족하는 사람에게 신체활동을 권장해야 한다고 결론지었지만, 특정 형태(유산소, 무산소, 혼합 등)에 대한 세부 사항을 지정하지 않았다. SIGN 가이드라인에서는⁶ 저항운동보다 유산소운동의 항우울 효과가 우월하다고 보고하였으나, 그 외 대부분의 진료지침에서는 운동의 종류보다는 지속적인 적절한 강도의 구조적 운동을 권장하고 있다. ICSI 가이드라인은¹³ 유산소운동과 저항운동의 효과는 차이가 없으며,¹⁴⁻¹⁶ 유산소 및 저항운동을 같이 시행할 때 운동의 효과가 더 크다고 보고하였고,¹⁷ BAP 가이드라인에서는²³ 저강도 운동이나 스트레칭 운동보다는 중강도 이상의 운동이 효과적임을 보고하였다.
- d) 유산소운동과 저항운동의 효과는 차이가 없으며,^{14,15,16} 유산소 및 저항운동을 같이 시행할 때 운동의 효과는 더 컸다.¹⁷
4~12주(13~36 세션) 운동을 시행할 때 가장 큰 효과 크기가 관찰되었지만 그보다 짧은 기간(0~12 세션)에서도 운동은 항우울의 효과가 있었다.¹⁷
Cochrane Database Systemic Review에서 운동을 중단할 경우 항우울 효과는 떨어지며 운동을 지속할 경우에만 항우울 효과가 유지되는 결과를 보였고,¹⁷ 또 다른 체계적 문헌고찰(23개 연구, 689명의 참가자 중 385명의 운동 중단자)에서도 운동을 중단할 때 일관적으로 우울증상이 증가한 결과를 보였다.²⁴

참고문헌

1. Kvam S, Kleppe CL, Nordhus IH, et al. Exercise as a treatment for depression: a meta-analysis. *J Affect Disord* 2016;202:67-86.
2. Schuch FB, Vancampfort D, Richards J, et al. Exercise as a treatment for depression: a meta-analysis adjusting for publication bias. *J Psychiatr Res* 2016;77:42-51.
3. Harvey SB, Øverland S, Hatch SL, et al. Exercise and the prevention of depression: results of the hunt cohort study. *Am J Psychiatry* 2018;175:28-36.
4. Dunn AL, Trivedi MH, Kampert JB, et al. Exercise treatment for depression: efficacy and dose response. *Am J Prev Med* 2005;28(1):1-8.
5. Knubben K, Reischies FM, Adli M, et al. A randomised, controlled study on the effects of a short-term endurance training programme in patients with major depression. *Br J Sports Med* 2007;41(1):29-33.
6. SIGN. Non-pharmaceutical management of depression in adults. 2010.
7. Babyak M, Blumenthal JA, Herman S, et al. Exercise treatment for major depression: maintenance of therapeutic benefit at 10 months. *Psychosom Med* 2000;62(5):633-638.
8. Blumenthal JA, Babyak MA, Doraiswamy PM, et al. Exercise and pharmacotherapy in the treatment of major depressive disorder. *Psychosom Med* 2007;69(7):587-596.
9. Blumenthal JA, Babyak MA, Moore KA, et al. Effects of exercise training on older patients

- with major depression. *Arch Intern Med* 1999;159(19):2349–2356.
10. Doyne EJ, Ossip-Klein DJ, Bowman ED, et al. Running versus weight lifting in the treatment of depression. *J Consult Clin Psychol* 1987;55(5):748–754.
 11. Singh NA, Clements KM, Fiatarone MA. A randomized controlled trial of progressive resistance training in depressed elders. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 1997;52(1): M27–35.
 12. Dunn AL, Trivedi MH, O’Neal HA. Physical activity dose–response effects on outcomes of depression and anxiety. *Med Sci Sports Exerc* 2001;33(Suppl 6):S587–S597.
 13. ICSI. Health care guideline: adult depression in primary care. 2016.
 14. Danielsson L, Noras AM, Waern M, et al. Exercise in the treatment of major depression: a systematic review grading the quality of evidence. *Physiother Theory Pract* 2013; 29(8):573–585.
 15. Rethorst CD, Sunderajan P, Greer TL, et al. Does exercise improve self-reported sleep quality in nonremitted major depressive disorder?. *Psychol Med* 2013;43(4):699–709.
 16. Silveira H, Moraes H, Oliveira N, et al. Physical exercise and clinically depressed patients: a systematic review and meta-analysis. *Neuropsychobiology* 2013;67(2):61–68.
 17. Cooney GM, Dwan K, Greig CA, et al. Exercise for depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;(9):CD004366.
 18. NICE. Treatment and management of depression in adults (Update edition). 2018.
 19. Spijker J, Bockting CLH, Meeuwissen JAC, et al. Multidisciplinary guideline for depression: guideline for the diagnosis, treatment, and counseling of adult patients with major depressive disorder. 3rd revision. Utrecht: Trimbos–instituut. 2013.
 20. Ravindran AV, Balneaves LG, Faulkner G, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: section 5 complementary and alternative medicine treatments. *Can J Psychiatry* 2016;61(9):576–587.
 21. Schuch FB, Vancampport D, Rosenbaum S, et al. Exercise for depression in older adults: a meta-analysis of randomized controlled trials adjusting for publication bias. *Rev Bras Psiquiatr* 2016;38(3):247–254.
 22. Mather AS, Rodriguez C, Guthrie MF, et al. Effects of exercise on depressive symptoms in older adults with poorly responsive depressive disorder: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2002;180:411–415.
 23. Cleare A, Pariante CM, Young AH, et al. Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: a revision of the 2008 British Association for Psychopharmacology guidelines. *J Psychopharmacol* 2015;29(5):459–525.
 24. Weinstein AA, Koehmstedt C, Kop WJ. Mental health consequences of exercise withdrawal: a systemic review. *Gen Hosp Psychiatry* 2017;49:11–18.



1. 비약물요법

③ 환자교육

권고 적용군	성인 우울증 환자	진료환경	진료실
중재/실행지표	환자교육 시행		
비교지표	환자교육 미시행		
결과물	치료순응도 증가		

권고 내용	권고등급	근거수준	권고도출 자료원
• 치료를 시작하기 전에 환자와 치료자간의 치료적 동맹 형성을 고려할 수 있다. ^{a)}	IIb	C	1, 67-69
• 치료계획에는 현재의 상태와 치료방법에 따른 위험과 이득을 포함하여 환자교육을 함께하는 것을 권고한다. ^{b)}	I	A	19, 66, 70
• 환자에게 악화의 가능성 및 자살사고가 생길 가능성, 약물치료의 부작용과 이득, 예상치료기간, 약물치료를 중단 할 경우 예상되는 부작용, 우울증의 특징 및 경과, 치료, 예후에 대한 교육 시행을 고려할 수 있다. ^{c)}	IIb	Guideline	48

이익 및 불이익[†]

- 이 익: 환자의 치료순응도 증가, 환자의 재발위험성 감소, 환자 및 가족의 우울증에 대한 이해도 증가
불이익: 우울증 치료의 조기중단 및 임의중단, 우울증의 재발 위험성 증가
- 우울증에서는 환자와 치료적 동맹을 맺고 치료계획을 포함하여 환자교육을 시행하는 것이 치료의 순응도 및 임상적으로 증상의 호전 등 치료결과를 향상시키는데 도움을 줄 수 있다.^{1,2,3}

† 다학제 임상진료지침 개발위원회에서는 이익과 불이익 연계 근거를 검토하고, 전문가 의견을 취합하여 논의한 결과 권고 관련 얻을 수 있는 이익이 발생 가능한 불이익보다 클 것으로 판단함.

진료 시 고려할 점

- 환자교육에는 다음과 같은 주제를 포함한다.⁴
 - 우울증의 원인, 증상 및 자연경과
 - 치료방법 및 최선의 치료를 찾기 위한 과정

진료 시 고려할 점

- 치료과정 중 발생할 수 있는 것들에 대한 정보
- 증상 및 부작용을 모니터링 하는 방법
- 추적관찰 계획
- 재발의 초기경고 징후
- 치료기간
- 보호자와의 소통
- 항우울제를 처방할 시에는 치료목적의 달성과 치료순응도를 높이기 위하여 다음과 같은 환자교육이 필요하다.
 - 치료효과가 나타나기 이전에 약물의 부작용이 나타날 수 있으며, 이는 대부분 시간이 경과하면 없어진다.
 - 대부분의 경우 치료효과가 나타나기 시작한 이후로 6개월-1년 이상의 치료가 필요하다.
 - 2주후부터 증상의 호전이 나타날 수 있으나 완전관해 및 회복에는 더 많은 시간이 필요할 수 있다.
 - 증상의 호전이 있다고 해도 약물을 임의로 감량해서는 안 되며, 의사의 지시대로 복용해야 한다. 조기에 항우울제 치료를 중단하는 것은 증상의 재발가능성을 높이게 되며, 재발의 횟수가 증가할수록 치료가 더욱 어려워진다.
 - 의사와 상의하지 않고 약물을 중단해서는 안 된다. 약물의 부작용은 복용 용량이나 스케줄의 변경 등으로 간단하게 해결될 수 있다.
- 환자 및 가족들에게 다음과 같은 내용의 교육이 이루어져야 한다.⁵
 - 우울증은 성격적인 문제가 아니라 의학적인 질병이다.
 - 대부분의 경우 치료에 의해 호전이 가능하다.
 - 급성기 치료 목표는 완전하게 증상이 없어지는 관해이지만 유지기의 치료 목표는 단순히 증상이 좋아지는 게 아니라 재발방지가 중요하다. 환자 및 가족들은 재발의 초기 징후에 대해서 잘 알고 있어야 하며, 이러한 징후가 나타날 경우 즉시 의료진의 도움을 구해야 한다.

➤ 근거 설명

- a) 우울증을 성공적으로 치료하기 위해서는 진단 초기부터 환자 및 가족이 적극적으로 치료과정에 참여할 수 있도록 치료적 동맹을 맺는 것이 필요하다. 우울증 환자는 비관적 사고, 낮은 동기부여, 낮은 에너지 수준, 사회적 고립 등으로 인해서 치료에 불순응 하는 경우가 많기 때문이다.
- b) 환자를 교육하고 환자가 적극적으로 치료과정에 참여하도록 독려하여 합의된 결정을 내리는 것이 치료적 위해 보다는 이득이 매우 크다. 대부분의 임상진료지침 및 전문가 의견에서 환자교육을 강력히 권고하고 있다.
- c) 우울증의 급성기에 항우울제로 약물치료를 시행함에 있어서 환자교육을 시행하는 것이 표준적인 진료이며, 약물의 순응도 및 임상적 결과를 향상시킬 수 있다.



▶ 참고문헌

1. ICSI. Health care guideline: adult depression in primary care. 2016.
2. VA/DoD. Clinical practice guideline for the management of major depressive disorder. 2016.
3. Cleare A, Pariante CM, Young AH, et al. Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: a revision of the 2008 British Association for psychopharmacology guidelines. *J Psychopharmacol* 2015;29(5):459–525.
4. Zhao S, Sampson S, Xia J, et al. Psychoeducation (brief) for people with serious mental illness. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;(4):CD010823.
5. Henken T, Huibers MJH, Churchill R, et al. Family therapy for depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(3):CD006728.

2. 약물요법

① 주요 약물

- 우울증 치료에 사용하는 주요 항우울제는 SSRI, SNRI, mirtazapine, agomelatine, bupropion, vortioxetine 등이 있다.¹⁻⁸

↘ 근거 설명

우울증의 약물치료는 우울증에 대해 현재까지 제시된 다양한 신경생물학적 가설에 근거하여 개발된 약물, 즉 항우울제 치료에 중점을 둔다. 기본적인 항우울제의 작용 기전은 신경원의 연결부위에서 세로토닌, 노르에피네프린, 그리고 도파민 신경전달을 조절함에 있다.⁹ 항우울제의 효능 및 내약성을 고려할 때 우울증 치료에 사용하는 주요 항우울제에는 SSRI, SNRI, mirtazapine, agomelatine, bupropion, vortioxetine 등이 있다.¹⁻⁷

- Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRI)
 - escitalopram, fluoxetine, paroxetine, sertraline 등이 있다.
 - 우울증상의 치료에 효과적이며,^{1,2,3,5,7,10-13} TCA에 비해 항콜린성 부작용, 진정 효과 등의 부작용이 적다.^{14,15,16}

↘ 근거 설명

SSRI는 선택적으로 세로토닌 수송체의 재흡수를 방해하여 항우울 효과를 나타내고, 종류에는 escitalopram, fluoxetine, paroxetine, sertraline 등이 있다.⁹

적응증 및 효능은 각각의 약물들에 따라 다소 차이가 있을 수 있으나, 대체로 우울증상의 치료에 효과적이다.^{1,2,3,5,7,10-13} TCA에 비해 항콜린성 부작용, 진정 효과 등의 부작용이 적다.^{14,15,16}

흔히 나타나는 부작용으로는 위장관계 부작용, 성기능장애, 두통, 발한, 불면, 체중 변화 등이 있고,¹⁰⁻¹³ 매우 드물게 세로토닌 증후군,¹⁷ 저나트륨증,¹⁸ 금단증후군¹⁹ 등 심각한 부작용이 발생할 수 있다.



- Serotonin Norepinephrine Reuptake Inhibitor (SNRI)
 - desvenlafaxine, duloxetine, milnacipran, venlafaxine 등이 있다.
 - 우울증상의 치료에 효과적이며,^{2,3,5,7,20,21} 특히 통증 및 신체 증상 감소에 효과가 있다.^{5,22,23}

↘ 근거 설명

SNRI는 세로토닌과 노르에피네프린의 재흡수를 방해하여 항우울 효과를 나타내고, 종류에는 desvenlafaxine, duloxetine, milnacipran, venlafaxine 등이 있다.⁹

적응증 및 효능은 각각의 약물들에 따라 다소 차이가 있을 수 있으나 대체로 우울증상의 치료에 효과적이다.^{2,3,5,7,20,21} 특히 통증 및 신체 증상 감소에 효과가 있다.^{5,22,23}

흔히 나타나는 부작용으로는 위장관계 부작용, 성기능장애, 체중 증가 등이 있고, 고용량을 복용할 때 확장기 고혈압이 나타날 수 있다.^{20,21}

- Mirtazapine
 - 우울증상의 치료에 효과적이며,^{2,3,5,7,24,25} 특히 불면, 식욕 및 체중 감소, 불안 증상 감소에 효과가 있다.^{5,25}

↘ 근거 설명

Mirtazapine은 노르아드레날린-세로토닌 자가수용체 길항제 및 세로토닌 2, 3 수용체 길항제로 작용한다.⁹ 우울증상의 치료에 효과적이며,^{2,3,5,7,24,25} 특히 수면시간 및 질의 향상, 불안 증상 감소에 효과가 있다.^{5,25}

흔히 나타나는 부작용으로는 진정 혹은 졸림, 체중 증가, 어지러움 등이 있고, 드물게 혈중지질농도 증가, 심혈관계 부작용 등이 나타날 수 있다.²⁶

- Agomelatine
 - 우울증상의 치료에 효과적이며,^{5,7,27-29} 수면시간 및 질의 향상에 효과가 있다.^{5,28,29}

↘ 근거 설명

Agomelatine은 멜라토닌 수용체에 대한 효현 작용과 세로토닌 수용체 길항 작용으로 항우울 효과를 나타낸다.⁹

우울증상의 치료에 효과적이며,^{5,7,27-29} 활동일 주기의 재동조를 촉진하여 수면시간 및 질의 향상에 효과가 있다.⁵

흔히 나타나는 부작용으로는 어지러움, 위장관계 부작용 등이 있고, 간효소치 증가 가능성과 산발적인 독성간염환

자 발생으로 정기적인 간 기능 검사가 필요하다.³⁰

- Bupropion

- 우울증상의 치료에 효과적이며,^{2,5,7,31} 특히 정신운동지체, 피로감, 집중력 저하를 개선하는 효과가 있다.³²

↙ 근거 설명

Bupropion은 도파민과 노르에피네프린의 재흡수를 방해하여 항우울 효과를 나타낸다.⁹

우울증상의 치료에 효과적이며,^{2,5,7,31} 특히 정신운동지체, 피로감, 집중력 저하를 개선하는 효과가 있다.³²

고용량을 사용하는 경우 경련의 위험성이 증가하기 때문에 경련성 질환이 있는 경우 사용을 금하는 것이 좋다.³¹

- Vortioxetine

- 우울증상의 치료에 효과적이며,^{5,33,34} 특히 인지기능 보존 및 향상에 효과가 있다.^{5,34,35}

↙ 근거 설명

Vortioxetine은 다양한 세로토닌 수용체를 조절하여 항우울 효과를 나타낸다.⁹

우울증상의 치료에 효과적이며,^{5,33} 특히 인지기능 보존 및 향상에 효과가 있다.^{5,34,35}

- Tri-or tetra-cyclic antidepressants(이하 TCA)

- 우울증상의 치료에 효과가 있으나, 심각한 약물 부작용으로 인해 낮은 선호도를 가진다.^{3,4,6,8}

↙ 근거 설명

TCA는 노르아드레날린, 세로토닌 혹은 도파민 수송체를 차단하여 항우울 효과를 나타내고, 종류에는 amitriptyline, imipramine, nortriptyline 등이 있다.⁹

TCA는 고전적 항우울제로서 우울증상의 치료에 효과가 있으나, 심혈관계 부작용 및 과다 복용 시 사망에 이르는 심각한 약물 부작용에 따른 우려로 일반적으로 1차 치료 항우울제들에 비해 낮은 선호도를 가진다.^{3,4,6,8}



참고문헌

1. ICSI. Health care guideline: adult depression in primary care. 2016.
2. VA/DoD. Clinical practice guideline for the management of major depressive disorder. 2016.
3. NICE. Treatment and management of depression in adults (Update edition). 2018.
4. 박선철, 성승환, 한규만, 등. 근거중심 한국형 우울증 약물학적 치료지침, 개정판(I): 항우울제 치료의 초기선택. 2013.
5. Kennedy SH, Lam RW, McIntyre RS, et al. CANMAT 2016 clinical guideline for the management of adults with major depressive disorder: section 3. pharmacological treatments. *Can J Psychiatry* 2016;61(9):540-560.
6. 대한우울조울병학회, 대한정신약물학회. 한국형 우울장애 약물치료 지침서. 2017.
7. Ministry Of Health Singapore. Ministry of health clinical practice guidelines: depression. 2012.
8. 대한우울조울병학회, 대한정신약물학회. 한국형 우울장애 약물치료 지침서. 2021.
9. Stahl SM. Stahl's essential psychopharmacology: neuroscientific basis and practical applications (4th edition). 2013.
10. Geddes JR, Freemantle N, Mason J, et al. Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRIs) for depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2003(3).
11. Cipriani A, La Ferla T, Furukawa TA, et al. Sertraline versus other antidepressive agents for depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(2):CD006117.
12. Magni LR, Purgato M, Gastaldon C, et al. Fluoxetine versus other types of pharmacotherapy for depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;(7):CD004185.
13. Purgato M, Papola D, Gastaldon C, et al. Paroxetine versus other anti-depressive agents for depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;(4):CD006531.
14. Simon GE, VonKorff M, Heiligenstein JH, et al. Initial antidepressant choice in primary care effectiveness and cost of fluoxetine vs tricyclic antidepressants. *JAMA* 1996; 275(24):1897-1902.
15. Bech P, Cialdella P, Haugh MC, et al. Meta-analysis of randomised controlled trials of fluoxetine v. placebo and tricyclic antidepressants in the short-term treatment of major depression. *Br J Psychiatry* 2000;176(5):421-428.
16. Peretti S, Judge R, Hindmarch I. Safety and tolerability considerations: tricyclic antidepressants vs. selective serotonin reuptake inhibitors. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2000;403:17-25.
17. Abadie D, Rousseau V, Logerot S, et al. Serotonin Syndrome: analysis of cases registered in the French pharmacovigilance database. *J Clin Psychopharmacol* 2015; 35(4):382-388.
18. Jacob S, Spinler SA. Hyponatremia associated with selective serotonin-reuptake inhibitors in older adults. *Annals of Pharmacotherapy* 2006;40(9):1618-1622.
19. Fava GA, Gatti A, Belaise C, et al. Withdrawal symptoms after selective serotonin reuptake inhibitor discontinuation: a systematic review. *Psychother Psychosom* 2015;

- 84(2):72-81.
20. Cipriani A, Koesters M, Furukawa TA, et al. Duloxetine versus other anti-depressive agents for depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;10:CD006533.
 21. van den Broek WW, Mulder PG, van Os E, et al. Efficacy of venlafaxine compared with tricyclic antidepressants in depressive disorder: a meta-analysis. *J Psychopharmacol* 2009;23(6):708-713.
 22. Thaler KJ, Morgan LC, Van Noord M, et al. Comparative effectiveness of second-generation antidepressants for accompanying anxiety, insomnia, and pain in depressed patients: a systematic review. *Depress Anxiety* 2012;29(6):495-505.
 23. Brannan SK, Mallinckrodt CH, Brown EB, et al. Duloxetine 60 mg once-daily in the treatment of painful physical symptoms in patients with major depressive disorder. *Journal of Psychiatric Research* 2005;39(1):43-53.
 24. Watanabe N, Omori IM, Nakagawa A, et al. Mirtazapine versus other antidepressive agents for depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;(12):CD006528.
 25. Fawcett J, Barkin RL. A meta-analysis of eight randomized, double-blind, controlled clinical trials of mirtazapine for the treatment of patients with major depression and symptoms of anxiety. *J Clin Psychiatry* 1998;59:123-127.
 26. Nutt D. Mirtazapine: pharmacology in relation to adverse effects. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1997;391:31-37.
 27. Guaiana G, Gupta S, Chiodo D, et al. Agomelatine versus other antidepressive agents for major depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;12:CD008851.
 28. Green B. Focus on agomelatine. *Curr Med Res Opin* 2011;27(4):745-749.
 29. Kennedy SH, Rizvi SJ. Agomelatine in the treatment of major depressive disorder: potential for clinical effectiveness. *CNS Drugs* 2010;24(6):479-499.
 30. Servier Laboratories. Summary of product characteristics: Valdoxan. 2015.
 31. Foley KF, DeSanty KP, Kast RE. Bupropion: pharmacology and therapeutic applications. *Expert Rev Neurother* 2006;6(9):1249-1265.
 32. Papakostas GI, Nutt DJ, Hallett LA, et al. Resolution of sleepiness and fatigue in major depressive disorder: a comparison of bupropion and the selective serotonin reuptake inhibitors. *Biol Psychiatry* 2006;60(12):1350-1355.
 33. Pae CU, Wang SM, Han C, et al. Vortioxetine: a meta-analysis of 12 short-term, randomized, placebo-controlled clinical trials for the treatment of major depressive disorder. *J Psychiatry Neurosci* 2015;40(3):174-186.
 34. McIntyre RS, Lophaven S, Olsen CK. A randomized, double-blind, placebo-controlled study of vortioxetine on cognitive function in depressed adults. *Int J Neuropsychopharmacol* 2014;17(10):1557-1567.
 35. Rosenblat JD, Kakar R, McIntyre RS. The cognitive effects of antidepressants in major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *Int J Neuropsychopharmacol* 2015;19(2):pyv082.



2. 약물요법

② 우울증 약물치료

권고 적용군	성인 우울증 환자	진료환경	진료실
중재/실행지표	약물치료		
비교지표	약물치료 미시행, 위약		
결과물	재발률 감소, 직장 복귀율 증가		

권고 내용	권고등급	근거수준	권고도출 자료원
• 주요우울삽화를 갖는 환자에게 약물치료를 권고한다. ^{a)}	I	A	1, 3, 73-83
• 약물치료 뿐만 아니라 정신사회적 중재법(정신치료, 인지행동치료, 대인관계치료, 운동 등)과 병합하여 포괄적인 치료계획을 세울 것을 권고한다. ^{b)}	I	A	1, 3, 73-83
• 항우울제는 임상양상, 공존질환, 이전의 약물치료 병력, 부작용, 약물 상호작용, 환자의 기호 등을 종합하여 선택할 것을 권고한다. ^{c)}	I	A	1, 84-86
• 1차 치료 항우울제는 SSRI (escitalopram, sertraline, fluoxetine, paroxetine 등), SNRI (duloxetine, milnacipran, venlafaxine, desvenlafaxine 등), mirtazapine, agomelatine, bupropion, vortioxetine에서 선택할 것을 권고한다.	I	A	1, 19, 87-99
• 급성기 치료에서 관해에 이르면 재발방지를 위해 유지치료 시행을 고려할 수 있다.	IIb	B	1, 134-138

이익 및 불이익[†]

- 이 약: 의료자원 활용 효율성 증가, 치료 기간 및 치료 결과의 긍정적 가능성 증가, 초기 치료에 반응이 부적절한 환자의 정신건강의학과로의 전원을 증가
불이익: 없음

† 다학제 임상진료지침 개발위원회에서는 이익과 불이익 연계 근거를 검토하고, 전문가 의견을 취합하여 논의한 결과 권고 관련 얻을 수 있는 이익이 크고, 발생 가능한 불이익이 거의 없을 것으로 판단함.

진료 시 고려할 점

- 첫 진료 시에 환자에게 치료시기에 따라 급성기 치료목표는 증상 관해, 유지기 치료 목표는 재발방지를 목표로 함을 설명한다.
- 가임기의 여성인 경우에는 치료 중간에도 임신계획에 대한 평가를 반드시 해야 한다.^{d)}
- 자살 등의 응급상황이 예상되면 대처방법(응급실 방문 등)을 설명하거나 비상연락처를 공유하는 것이 유용하다.^{e)}
- 2차 항우울제로는 TCA (amitriptyline, imipramine, nortriptyline 등), moclobemide, tianeptine 등에서 선택할 것을 고려한다.^{f),1-6}
- 비정형 항정신병약물(quetiapine, aripiprazole)은 초기 약물치료에 반응이 부족한 경우에 추가 약물로 권고한다.^{g),2,7-15}
- 1차, 2차 약물치료에 반응이 부족하면 리튬, 갑상선호르몬, 정신자극제 등의 사용을 고려해 볼 수 있다.^{2,16-30}
- 자신이나 타인을 해칠 위험성이 높은 급박한 위험상황에서는 전기경련요법(Electroconvulsive Therapy, ECT) 적용을 고려한다.^{h),2,31-36}
- 임신부처럼 약물치료를 못할 경우에는 경두개자기자극법(Transcranial Magnetic Stimulation, TMS) 등의 비약물적 생물학적 치료를 고려한다.^{i),2,37,38}

↙ 근거 설명

a) 주요우울삽화는 경도(mild) 및 중등도(moderate)와 중증 삽화(severe episode)로 나눈다. 이중에서 중등도 및 중증 삽화는 약물치료를 대부분의 지침서에서 Level 1의 수준으로 권고하고 있지만, 경도의 경우에는 이견이 있다.

특히 소아/청소년에서는 항우울제의 자살위험성 증가의 우려가 있기 때문에³⁹ 캐나다 지침서에서는⁴⁰ 우선 인지행동치료 또는 대인관계치료 후에 fluoxetine, escitalopram, sertraline 등의 약물치료를 그 다음 단계로 권고하고 있다.

b) 정신사회적 중재법은 일차 의료현장에서 시행하기에는 시간과 자원의 한계가 있기 때문에 정신건강의학과 전문의에게 의뢰하는 것이 바람직하다.

c) 여러 약물 중에서 어느 항우울제가 더 우월한지에 대한 결론은 없다. 따라서 각 약물의 효능과 부작용, 타 약물과의 상호작용, 이전 약물 반응, 환자의 선호도 등을 복합적으로 고려해야 한다.

국내 전문가들은 부작용과 작용 기전 상의 특성에 따라, 신체질환의 동반유무나 우울증의 증상(불면 또는 과다수면 등) 등의 임상상황에 따라 항우울제를 선택한다. 예를 들면 우울증 환자의 수면장애(불면), 소화기 장애(GI trouble)를 고려하면 mirtazapine을, 성기능 장애를 고려하면 bupropion을, 체중증가를 고려하면 fluoxetine을 권장하였으며, 고혈압 또는 저혈압, 뇌전증, 심장 부정맥을 동반한 경우에는 escitalopram을 권장하였다.¹⁷



- d) 가임기의 여성이 방문하면 반드시 결혼 유무, 임신계획을 확인하여 약물치료 계획을 수립해야 한다.^{17,40}
- e) 일차 의료현장에서는 자타해의 위험성이 있는 환자에게 정신건강의학과 진료를 권하는 것이 적절하다.
- f) TCA는 항콜린성 부작용과 심혈관계 부작용이 보고되면서 1차 약물에서 그 선호도가 낮아졌다.
- g) 첫 항우울제 약물치료에 반응이 없는 환자에게 추가되어 그 효능을 인정받은 항정신병약물이 몇 가지 있다.^{16,17} 그러나 1차 치료약물에 반응이 없는 경우에는 반드시 정신건강의학과 전문의에게 자문을 의뢰하는 것이 적절하다.
- h) 전기경련요법(ECT)은 자타해의 위험성이 높은 환자에게 빠른 효과를 볼 수 있지만, 정신건강의학과 분야에서도 약 40%에서만 시행하는 매우 전문적인 치료법이다. 따라서 1차 임상이가 시행하기 보다는 자타해의 위험성이 있는 환자와 보호자에게 전기경련요법(ECT) 소개가 좋은 의료 정보가 될 수 있다.^{17,41}
- i) 경두개자극법은 전기경련요법과 마찬가지로 약물치료에 반응이 없는 경우에 시도해 볼 수 있는 치료법이므로 초기 치료에 반응이 없는 환자에게 제공되어야 할 의료 정보이다.^{17,41}

참고문헌

1. ICSI. Health care guideline: adult depression in primary care. 2016.
2. NICE. Treatment and management of depression in adults (Update edition). 2018.
3. Amsterdam JD, Case WG, Csanalosi E, et al. A double-blind comparative trial of zimelidine, amitriptyline, and placebo in patients with mixed anxiety and depression. *Pharmacopsychiatry* 1986;19(3):115-119.
4. Bremner JD. A double-blind comparison of Org 3,770, amitriptyline, and placebo in major depression. *J Clin Psychiatry* 1995;56(11):519-525.
5. Mynors-Wallis L, Gath D. Predictors of treatment outcome for major depression in primary care. *Psychol Med* 1997;27(3):731-736.
6. Wilcox CS, Cohn JB, Katz BB, et al. A double-blind, placebo-controlled study comparing mianserin and amitriptyline in moderately depressed outpatients. *Int Clin Psychopharmacol* 1994;9(4):271-279.
7. Wijkstra J, Lijmer J, Burger H, et al. Pharmacological treatment for psychotic depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;(7):CD004044.
8. Berman RM, Marcus RN, Swanink R, et al. The efficacy and safety of aripiprazole as adjunctive therapy in major depressive disorder: a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Psychiatry* 2007;68(6):843-853.
9. Corya SA, Williamson D, Sanger TM, et al. A randomized, double-blind comparison of olanzapine/fluoxetine combination, olanzapine, fluoxetine, and venlafaxine in treatment-resistant depression. *Depress Anxiety* 2006;23(6):364-372.

10. Keitner GI, Garlow SJ, Ryan CE, et al. A randomized, placebo-controlled trial of risperidone augmentation for patients with difficult-to-treat unipolar, non-psychotic major depression. *J Psychiatr Res* 2009;43(3):204-214.
11. Mahmoud RA, Pandina GJ, Turkoz I, et al. Risperidone for treatment-refractory major depressive disorder: a randomized trial. *Ann Intern Med* 2007;147(9):593-602.
12. Clinical Study Report CN138163. A multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled study of the safety and efficacy of aripiprazole as adjunctive therapy in the treatment of patients with major depressive disorder. 2008.
13. Marcus RN, McQuade RD, Carson WH, et al. The efficacy and safety of aripiprazole as adjunctive therapy in major depressive disorder: a second multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Psychopharmacol* 2008;28(2):156-165.
14. Song ZW, Liu XB, Li YD. Venlafaxine combined with low-dose risperidone for treatment-resistant depression. *Journal of Clinical Rehabilitative Tissue Engineering Research*, 2007.
15. Thase ME, Corya SA, Osuntokun O, et al. A randomized, double-blind comparison of olanzapine/fluoxetine combination, olanzapine, and fluoxetine in treatment-resistant major depressive disorder. *J Clin Psychiatry* 2007;68(2):224-236.
16. Kennedy SH, Lam RW, McIntyre RS, et al. CANMAT 2016 clinical guideline for the management of adults with major depressive disorder: section 3. pharmacological treatments. *Can J Psychiatry* 2016;61(9):540-560.
17. 대한우울조울병학회, 대한정신약물학회. 한국형 우울장애 약물치료 지침서. 2017.
18. Baumann P, Nil R, Souche A, et al. A double-blind, placebo-controlled study of citalopram with and without lithium in the treatment of therapy-resistant depressive patients: a clinical, pharmacokinetic, and pharmacogenetic investigation. *J Clin Psychopharmacol* 1996;16(4):307-314.
19. Bloch M, Schwartzman Y, Bonne O, et al. Concurrent treatment of nonresistant major depression with desipramine and lithium: a double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Psychopharmacol* 1997;17(1):44-48.
20. Capiello A, McDougale CJ, Delgado PL, et al. Lithium and desipramine versus desipramine alone in the treatment of severe major depression: a preliminary study. *International Clinical Psychopharmacology* 1998;13(5):191-198.
21. Januel D, Massot O, Poirier M-F, et al. Interaction of lithium with 5-HT(1B) receptors in depressed unipolar patients treated with clomipramine and lithium versus clomipramine and placebo: preliminary results. *Psychiatry Research* 2002;111(2-3):117-124.
22. Jensen HV, Olafsson K, Lykke-Olesen L, et al. Combining nortriptyline and lithium in elderly depressed patients: a double-blind, placebo-controlled study. *Lithium* 1992;3(4):259-262.
23. Joffe RT, Singer W, Levitt AJ, et al. A placebo-controlled comparison of lithium and triiodothyronine augmentation of tricyclic antidepressants in unipolar refractory depression. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50(5):387-393.
24. Nierenberg AA, Papakostas GI, Petersen T, et al. Lithium augmentation of nortriptyline for subjects resistant to multiple antidepressants. *Journal of Clinical Psychopharmacology*



- 2003;23(1):92–95.
25. Shahal B, Piel E, Mecz L, et al. Lack of advantage for imipramine combined with lithium versus imipramine alone in the treatment of major depression—a double-blind controlled study. *Biol Psychiatry* 1996;40(11):1181–1183.
 26. Stein G, Bernadt M. Lithium augmentation therapy in tricyclic-resistant depression. a controlled trial using lithium in low and normal doses. *British Journal of Psychiatry* 1993;162:634–640.
 27. Zusky PM, Biederman J, Rosenbaum JF, et al. Adjunct low dose lithium carbonate in treatment-resistant depression: a placebo-controlled study. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 1988;8(2):120–124.
 28. Bauer M, Adli M, Ricken R, et al. Role of lithium augmentation in the management of major depressive disorder. *CNS Drugs* 2014;28(4):331–342.
 29. Nelson JC, Baumann P, Delucchi K, et al. A systematic review and meta-analysis of lithium augmentation of tricyclic and second generation antidepressants in major depression. *J Affect Disord* 2014;168:269–275.
 30. Cooper-Kazaz R, Lerer B. Efficacy and safety of triiodothyronine supplementation in patients with major depressive disorder treated with specific serotonin reuptake inhibitors. *Int J Neuropsychopharmacol* 2008;11(5):685–699.
 31. Geddes J, Carney S, Cowen P, UK ECT Review Group. Efficacy and safety of electroconvulsive therapy in depressive disorders: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2003;361(9360):799–808.
 32. Greenhalgh J, Knight C, Hind D, et al. Clinical and cost-effectiveness of electroconvulsive therapy for depressive illness, schizophrenia, catatonia and mania: systematic reviews and economic modeling studies. *Health Technol Assess* 2005;9(9):1–156.
 33. Kellner CH, Knapp RG, Petrides G, et al. Continuation electroconvulsive therapy vs pharmacotherapy for relapse prevention in major depression: a multisite study from the consortium for research in electroconvulsive therapy (CORE). *Arch Gen Psychiatry* 2006;63(12):1337–1344.
 34. Porter RJ, Douglas K, Knight RG. Monitoring of cognitive effects during a course of electroconvulsive therapy: recommendations for clinical practice. *J ECT* 2008;24(1):25–34.
 35. Rami L, Bernardo M, Boget T, et al. Cognitive status of psychiatric patients under maintenance electroconvulsive therapy: a one-year longitudinal study. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2004;16(4):465–471.
 36. Rose D, Fleischmann P, Wykes T, et al. Patient’s perspectives on electroconvulsive therapy: systematic review. *BMJ* 2003;326(7403):1363.
 37. Herrmann LL, Ebmeier KP. Factors modifying the efficacy of transcranial magnetic stimulation in the treatment of depression. *J Clin Psychiatry* 2006;67(12):1870–1876.
 38. Lam RW, Chan P, Wilkins-Ho M, et al. Repetitive transcranial magnetic stimulation for treatment-resistant depression: a systematic review and meta-analysis. *Can J Psychiatry* 2008;53(9):621–631.

39. US Food and Drug Administration. Suicidality in children and adolescents being treated with antidepressant medications. 2007.
40. MacQueen GM, Frey BN, Ismail Z, et al. CANMAT 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: section 6. special populations: youth, women, and the elderly. *Can J Psychiatry* 2016;61(9):588-603.
41. Milev RV, Giacobbe P, Kennedy SH, et al. CANMAT 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: section 4. neurostimulation treatments. *Can J Psychiatry* 2016;61(9):561-575.



3. 추적 관찰

- 약물복용 후 증상의 호전은 최소 2주 이상의 기간이 필요하며, 적절한 치료반응과 관해를 위해서는 좀 더 긴 기간이 필요하다.¹

↘ 근거 설명

항우울제를 복용 후 3일 이내 일부 증상이 개선되기도 하지만, 우울증상의 호전은 평균 13일로 항우울제의 치료 효과를 평가하기 위해서는 최소 2주간의 기간이 필요하다.^{2,3} STAR*D 연구에서 관해에 도달한 환자 가운데 50%는 약물치료 시작 후 6주 이상이 소요되었다.⁴ 항우울제 복용을 시작한 뒤 우울증상이 일부 호전을 보여 기존 약물을 증량하거나 새로운 약물을 추가하여 관해에 도달하는 과정은 3개월 정도가 소요된다.

- 치료를 시작하거나 변경 후 관해가 될 때까지는 최소 한 달 이내 간격으로 모니터링을 권하며, 증상을 포함한 약물 및 정신치료의 순응도, 부작용 등에 대한 평가가 이루어져야 한다.⁵

↘ 근거 설명

모니터링은 치료 과정의 중요한 요소이며 증상 관리에도 영향을 준다. 약물 및 정신치료의 순응도와 부작용 등에 대한 평가가 이루어져야 하며, 우울증 심각도를 평가하고 치료 반응을 모니터링하기 위해 척도를 사용하기도 하는데, PHQ-9은 우울증 증상과 자살사고 등을 평가하는 검증된 도구이다. 정기적인 모니터링은 부분적인 반응을 보이거나 치료 효과가 없을 시 약물 증량이나 변경과 같은 보다 적극적인 치료적 개입을 용이하게 한다.

- 적절한 치료반응을 보인 경우 초기 급성기 치료 후 최소 6-12개월간의 약물치료를 유지해야 한다.¹

↘ 근거 설명

급성기 치료 후, 유지치료를 하지 않는 경우 주요우울장애 환자의 50-80%가 재발한다. 유지치료 기간 중 위약을 복용한 경우에 비해 항우울제를 복용한 경우가 재발의 위험이 감소하였으며, 급성기 치료 과정 중 복용하며 효과적이었던 항우울제의 용량을 유지하는 것이 재발 위험을 낮추었다.^{6,7} 과거 우울삽화를 수차례 경험한 경우에는 관해 후에도 재발의 가능성이 높기 때문에 유지치료 기간을 보다 장기적으로 고려해야 하며 필요시 평생 유지치료를 고려하기도 해야 한다.⁸

- 항우울제를 복용 후 부작용(adverse effect)은 시간이 지나면서 호전되기도 하지만, 추적 관찰 중에 부작용의 호전이 없으면 치료 득실에 따라 약물교체나 감량 후 중단을 고려한다.¹

└ 근거 설명

항우울제의 부작용은 치료 순응도와 삶의 질에까지 영향을 주지만 종종 임상 의들은 부작용에 대해 과소평가하기도 한다. 약물 부작용이 치료 순응도나 치료 반응, 삶의 질에 미치는 영향을 고려한다면 이에 대한 적절한 관리가 필수적이다. 이를 위해 약물을 복용하기 전 및 치료 중에 적절한 의사소통과 환자교육이 필요하며, 임상 의는 잔류 우울증상이나 재발, 중단으로 인한 부작용, 다른 약물과의 상호작용이나 의학적 상태 등을 고려하는 것이 필요하다. 약물의 부작용이 생긴 경우 복용 중인 약물의 감량이나 복용시간의 변경, 그리고 약물의 변경 등에 대해 고려해야 한다.⁹

└ 참고문헌

1. ICSI. Health care guideline: adult depression in primary care. 2016.
2. Mitchell AJ. Two-week delay in onset of action of antidepressants: new evidence. *Br J Psychiatry* 2006;188(2):105-106.
3. MM Katz, JL Tekell, CL Bowden, et al. Onset and early behavioral effects of pharmacologically different antidepressants and placebo in depression. *Neuropsychopharmacology* 2004;29(3):566-579.
4. MH Trivedi, AJ Rush, SR Wisniewski, et al. Evaluation of outcomes with citalopram for depression using measurement-based care in STAR*D: implications for clinical practice. *Am J Psychiatry* 2006;163(1):28-40.
5. VA/DoD. Clinical practice guideline for the management of major depressive disorder. 2016.
6. AJ Flint, SL Rifat. Maintenance treatment for recurrent depression in late life: a four-year outcomes study. *Am J Geriatr Psychiatry* 2000;8(2):112-116.
7. SB Sonawalla. Citalopram in the maintenance treatment of major depressive disorder. *J Clin Psychiatry* 2001;62(12):993.
8. MB Keller, JH Kocsis, ME Thase, et al. Maintenance phase efficacy of sertraline for chronic depression: a randomized controlled trial. *JAMA* 1998;280(19):1665-1672.
9. K Kelly, M Posternak, EA Jonathan. Toward achieving optimal response: understanding and managing antidepressant side effects. *Dialogues Clin Neurosci* 2008;10(4):409-418.



▶ 권고도출 자료원

1. ICSI. Health care guideline: adult depression in primary care. 2016.
2. Churchill R, Moore THM, Furukawa TA, et al. 'Third wave' cognitive and behavioural therapies versus treatment as usual for depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 18(10):CD008705.
3. van Hees ML, Rotter T, Ellermann T, et al. The effectiveness of individual interpersonal psychotherapy as a treatment for major depressive disorder in adult outpatients: a systematic review. *BMC Psychiatry* 2013;13:22.
4. Jakobsen JC, Hansen JL, Simonsen S, et al. Effects of cognitive therapy versus interpersonal psychotherapy in patients with major depressive disorder: a systematic review of randomized clinical trials with meta-analyses and trial sequential analyses. *Psychol Med* 2012;42(7):1343-1357.
5. McCarney RW, Schulz J, Grey AR. Effectiveness of mindfulness-based therapies in reducing symptoms of depression: a meta-analysis. *Eur J Psychotherapy Couns* 2012; 14(3):279-299.
6. Cuijpers P, Geraedts AS, van Oppen P, et al. Interpersonal psychotherapy for depression: a meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2011;168(6):581-592.
7. Manicavasgar V, Parker G, Perich T, et al. Mindfulness-based cognitive therapy vs cognitive behaviour therapy as a treatment for non-melancholic depression. *J Affect Disord* 2011;130(1-2):138-144.
8. Driessen E, Cuijpers P, Hollon SD, et al. Does pretreatment severity moderate the efficacy of psychological treatment of adult outpatient depression? a meta-analysis. *J Consult Clin Psychol* 2010;78(5):668-680.
9. Hofmann SG, Sawyer AT, Witt AA, et al. The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol* 2010;78(2): 169-183.
10. Cuijpers P, van Straten A, Smit F, et al. Is psychotherapy for depression equally effective in younger and older adults? a meta-regression analysis. *Int Psychogeriatr* 2009;21(1):16-24.
11. Bortolotti B, Menchetti M, Bellini F, et al. Psychological interventions for major depression in primary care: a meta-analytic review of randomized controlled trials. *Gen Hosp Psychiatry* 2008;30(4):293-302.
12. Cuijpers P, van Straten A, Andersson G, et al. Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcomes studies. *J Consult Clin Psychol* 2008;76(6): 909-922.
13. Ekers D, Richards D, Gilbody S. A meta-analysis of randomized trials of behavioural treatment of depression. *Psychol Med* 2008;38(5):611-623.
14. Haby MM, Donnelly M, Corry J, et al. Cognitive behavioural therapy for depression, panic disorder and generalized anxiety disorder: a meta-regression of factors that may

- predict outcome. *Aust NZ J Psychiatry* 2006;40(1):9-19.
15. Abbass AA, Kisely SR, Town JM, et al. Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;(7):CD004687.
 16. Cuijpers P, Karyotaki E, Eckshtain D, et al. Psychotherapy for depression across different age groups: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2020;77(7):694-702.
 17. Uphoff E, Ekers D, Robertson L, et al. Behavioural activation therapy for depression in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2020;7(7):CD013305.
 18. Cuijpers P, de Wit L, Kleiboer A, et al. Problem-solving therapy for adult depression: an updated meta-analysis. *Eur Psychiatry* 2018;48:27-37.
 19. VA/DoD. Clinical practice guideline for the management of major depressive disorder. 2016.
 20. Okumura Y, Ichikura K. Efficacy and acceptability of group cognitive behavioral therapy for depression: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2014;164:155-164.
 21. Huntley AL, Araya R, Salisbury C. Group psychological therapies for depression in the community: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2012;200(3):184-190.
 22. Bowman D, Scogin F, Lyrene B. The efficacy of self-examination therapy and cognitive bibliotherapy in the treatment of mild to moderate depression. *Journal Psychotherapy Research* 1995;5(2):131-140.
 23. Wollersheim JP, Wilson GL. Group treatment of unipolar depression: a comparison of coping, supportive, bibliotherapy, and delayed treatment groups. *Professional Psychology: Research and Practice* 1991;22(6):496-502.
 24. Brown RA, Lewinsohn PM. A psychoeducational approach to the treatment of depression: comparison of group, individual, and minimal contact procedures. *J Consult Clin Psychol* 1984;52(5):774-783.
 25. Lovell K, Bower P, Richards D, et al. Developing guided self-help for depression using the medical research council complex interventions framework: a description of the modelling phase and results of an exploratory randomised controlled trial. *BMC Psychiatry* 2008;8:91-110.
 26. Williams C, Wilson P, Walker A, et al. An evaluation of the effectiveness of structured cognitive behaviour therapy self-help materials delivered by a self-help support worker within primary care. Report Submitted to the Chief Scientific Officer in Scotland 2007.
 27. Proudfoot J, Goldberg D, Mann A, et al. Computerized, interactive, multimedia cognitive-behavioural program for anxiety and depression in general practice. *Psychol Med* 2003; 33(2):217-227.
 28. Proudfoot J, Ryden C, Everitt B, et al. Clinical efficacy of computerised cognitive-behavioural therapy for anxiety and depression in primary care: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2004;185(1):46-54.
 29. Wright JH, Wright AS, Albano AM, et al. Computer-assisted cognitive therapy for depression: maintaining efficacy while reducing therapist time. *Am J Psychiatry* 2005; 162(6):1158-1164.



30. Christensen H, Leach LS, Barney L, et al. The effect of web based depression interventions on self reported help seeking: randomised controlled trial. *BMC Psychiatry* 2006;6:13.
31. Christensen H, Griffiths KM, Mackinnon AJ, et al. Online randomized controlled trial of brief and full cognitive behaviour therapy for depression. *Psychol Med* 2006;36(12):1737–1746.
32. Mackinnon A, Griffiths KM, Christensen H. Comparative randomised trial of online cognitive-behavioural therapy and an information website for depression: 12-Month outcomes. *Br J Psychiatry* 2008;192(2):130–134.
33. Christensen H, Griffiths K, Groves C, et al. Free range users and one hit wonders: community users of an Internet-based cognitive behaviour therapy program. *Aust N Z J Psychiatry* 2006;40(1):59–62.
34. Griffiths KM, Christensen H, Jorm AF, et al. Effect of web-based depression literacy and cognitive-behavioural therapy interventions on stigmatising attitudes to depression: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2004;185(4):342–349.
35. Christensen H, Griffiths KM, Korten AE, et al. A comparison of changes in anxiety and depression symptoms of spontaneous users and trial participants of a cognitive behavior therapy website. *J Med Internet Res* 2004;6(4):e46.
36. Christensen H, Griffiths KM, Jorm AF. Delivering interventions for depression by using the internet: randomised controlled trial. *BMJ* 2004;328(7434):265.
37. Spek V, Nyklicek I, Cuijpers P, et al. Predictors of outcome of group and internet-based cognitive behavior therapy. *J Affect Disord* 2008;105(1–3):137–145.
38. Spek V, Cuijpers P, Nyklicek I, et al. One-year follow-up results of a randomized controlled clinical trial on internet-based cognitive behavioural therapy for subthreshold depression in people over 50 years. *Psychol Med* 2008;38(5):635–639.
39. Spek V, Nyklicek I, Smits N, et al. Internet-based cognitive behavioural therapy for subthreshold depression in people over 50 years old: a randomized controlled clinical trial. *Psychol Med* 2007;37(12):1797–1806.
40. Biddle S, Fox K, Edmund L. *Physical activity in primary care in England*. London: Health Education Authority, 1994.
41. Lepore SJ. Expressive writing moderates the relation between intrusive thoughts and depressive symptoms. *J Pers Soc Psychol* 1997;73(5):1030–1037.
42. Mynors-Wallis LM, Gath DH, Day A, et al. Randomised controlled trial of problem-solving treatment, antidepressant medication, and combined treatment for major depression in primary care. *BMJ* 2000;320:26–30.
43. Thoren P, Floras JS, Hoffmann P, et al. Endorphins and exercise: physiological mechanisms and clinical implications. *Med Sci Sports Exerc* 1990;22(4):417–428.
44. Leith LM. *Foundations of exercise and mental health*. Morgantown, West Virginia: Fitness Information Technology, 1994.
45. Herrmann LL, Ebmeier KP. Factors modifying the efficacy of transcranial magnetic

- stimulation in the treatment of depression. *J Clin Psychiatry* 2006;67(12):1870-1876.
46. Parikh SV, Quilty LC, Ravitz P, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments(CANMAT) 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: section 2 psychological treatment. *Can J Psychiatry* 2016;61(9): 524-539.
 47. NICE. Treatment and management of depression in adults (Update edition). 2018.
 48. Cleare A, Pariante CM, Young AH, et al. Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: a revision of the 2008 British Association for Psychopharmacology guidelines. *J Psychopharmacol* 2015;29(5):459-525.
 49. Dunn AL, Trivedi MH, Kampert JB, et al. Exercise treatment for depression: efficacy and dose response. *Am J Prev Med* 2005;28(1):1-8.
 50. Knubben K, Reischies FM, Adli M, et al. A randomised, controlled study on the effects of a short-term endurance training programme in patients with major depression. *Br J Sports Med* 2007;41(1):29-33.
 51. Singh NA, Clements KM, Singh MA. The efficacy of exercise as a long-term antidepressant in elderly subjects: a randomized, controlled trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001;56(8):M497-M504.
 52. Singh NA, Stavrinou TM, Scarbek Y, et al. A randomized controlled trial of high versus low intensity weight training versus general practitioner care for clinical depression in older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2005;60(6):768-776.
 53. Brenes GA, Williamson JD, Messier SP, et al. Treatment of minor depression in older adults: a pilot study comparing sertraline and exercise. *Aging Ment Health* 2007;11(1):61-68.
 54. Mather AS, Rodriguez C, Guthrie MF, et al. Effects of exercise on depressive symptoms in older adults with poorly responsive depressive disorder: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2002;180:411-415.
 55. Qaseem A, Barry MJ, Kansagara D, et al. Nonpharmacologic versus pharmacologic treatment of adult patients with major depressive disorder: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2016;164:350-359.
 56. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Non-pharmaceutical management of depression in adults. 2010.
 57. Babyak M, Blumenthal JA, Herman S, et al. Exercise treatment for major depression: maintenance of therapeutic benefit at 10 months. *Psychosom Med* 2000;62(5):633-638.
 58. Blumenthal JA, Babyak MA, Doraiswamy PM, et al. Exercise and pharmacotherapy in the treatment of major depressive disorder. *Psychosom Med* 2007;69(7):587-596.
 59. Blumenthal JA, Babyak MA, Moore KA, et al. Effects of exercise training on older patients with major depression. *Arch Intern Med* 1999;159(19):2349-2356.
 60. Doyne EJ, Ossip-Klein DJ, Bowman ED, et al. Running versus weight lifting in the treatment of depression. *J Consult Clin Psychol* 1987;55(5):748-754.
 61. Singh NA, Clements KM, Fiatarone MA. A randomized controlled trial of progressive resistance training in depressed elders. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 1997;52(1):



- M27-35.
62. Dunn AL, Trivedi MH, O'Neal HA. Physical activity dose-response effects on outcomes of depression and anxiety. *Med Sci Sports Exerc* 2001;33(Suppl 6):S587-S597.
 63. Danielsson L, Noras AM, Waern M, et al. Exercise in the treatment of major depression: a systematic review grading the quality of evidence. *Physiother Theory Pract* 2013;29(8):573-585.
 64. Rethorst CD, Sunderajan P, Greer TL, et al. Does exercise improve self-reported sleep quality in nonremitted major depressive disorder?. *Psychol Med* 2013;43(4):699-709.
 65. Silveira H, Moraes H, Oliveira N, et al. Physical exercise and clinically depressed patients: a systematic review and meta-analysis. *Neuropsychobiology* 2013;67(2):61-68.
 66. Cooney GM, Dwan K, Greig CA, et al. Exercise for depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;(9):CD004366.
 67. Kocsis JH, Leon AC, Markowitz JC, et al. Patient preference as a moderator of outcome for chronic forms of major depressive disorder treated with nefazodone, cognitive behavioral analysis system of psychotherapy, or their combination. *J Clin Psychiatry* 2009;70(3):354-361.
 68. Loh A, Leonhart R, Wills CE, et al. The impact of patient participation on adherence and clinical outcome in primary care of depression. *Patient Educ Couns* 2007;65(1):69-78.
 69. Krupnick JL, Sotsky SM, Simmens S, et al. The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: findings in the national institute of mental health treatment of depression collaborative research program. *J Consult Clin Psychol* 1996;64(3):532-539.
 70. Harsora P, Kessmann J. Nonpharmacologic management of chronic insomnia. *Am Fam Physician* 2009;79(2):125-130.
 71. Zhao S, Sampson S, Xia J, et al. Psychoeducation (brief) for people with serious mental illness. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;(4):CD010823.
 72. Henken T, Huibers MJH, Churchill R, et al. Family therapy for depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(3):CD006728.
 73. Cuijpers P, Sijbrandij M, Koole SL, et al. Adding psychotherapy to antidepressant medication in depression and anxiety disorders: a meta-analysis. *World Psychiatry* 2014;13(1):56-67.
 74. Hollon SD, DeRubeis RJ, Fawcett J, et al. Effect of cognitive therapy with antidepressant medications vs antidepressants alone on the rate of recovery in major depressive disorder: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 2014;71(10):1157-1164.
 75. Peeters F, Huibers M, Roelofs J, et al. The clinical effectiveness of evidence-based interventions for depression: a pragmatic trial in routine practice. *J Affect Disord* 2013;145(3):349-355.
 76. Spijker J, van Straten A, Bockting CL, et al. Psychotherapy, antidepressants, and their combination for chronic major depressive disorder: a systematic review. *Can J Psychiatry* 2013;58(7):386-392.

77. Cuijpers P, Reynolds CF 3rd, Donker T, et al. Personalized treatment of adult depression: medication, psychotherapy, or both? a systematic review. *Depress Anxiety* 2012;29(10): 855-864.
78. Jakobsen JC, Hansen JL, Simonsen E, et al. The effect of adding psychodynamic therapy to antidepressants in patients with major depressive disorder. A systematic review of randomized clinical trials with meta-analyses and trial sequential analyses. *J Affect Disord* 2012;137(1-3):4-14.
79. Guidi J, Fava GA, Fava M, et al. Efficacy of the sequential integration of psychotherapy and pharmacotherapy in major depressive disorder: a preliminary meta-analysis. *Psychol Med* 2011;41(2):321-331.
80. Oestergaard S, Møldrup C. Optimal duration of combined psychotherapy and pharmacotherapy for patients with moderate and severe depression: a meta-analysis. *J Affect Disord* 2011;131(1-3):24-36.
81. Cuijpers P, Dekker J, Hollon SD, et al. Adding psychotherapy to pharmacotherapy in the treatment of depressive disorders in adults: a meta-analysis. *J Clin Psychiatry* 2009;70(9):1219-1229.
82. Cuijpers P, van Straten A, Warmerdam L, et al. Psychotherapy versus the combination of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: a meta-analysis. *Depress Anxiety* 2009;26(3):279-288.
83. de Maat S, Dekker J, Schoevers R, et al. Short psychodynamic supportive psychotherapy, antidepressants, and their combination in the treatment of major depression: a mega-analysis based on three randomized clinical trials. *Depress Anxiety* 2008;25(7): 565-574.
84. Tschoppe P, Wolgin M, Pischon N, et al. Etiologic factors of hyposalivation and consequences for oral health. *Quintessence Int* 2010;41(4):321-333.
85. Shinkai RS, Hatch JP, Schmidt CB, et al. Exposure to the oral side effects of medication in a community-based sample. *Spec Care Dentist* 2006;26(3):116-120.
86. 박선철, 성승환, 한규만, 등. 근거중심 한국형 우울증 약물학적 치료지침, 개정판(I): 항우울제 치료의 초기선택. 2013.
87. Almeida IB, Gomes IA, Shanmuqam S, et al. Inflammatory modulation of fluoxetine use in patients with depression: a systematic review and meta-analysis. *Cytokine* 2020;131: 155100.
88. Kumar PR, Chatterjee A, Behera JP, et al. Effect of sertraline as an add-on therapy in T2DM patients with comorbid depression: an open label randomized controlled trial. *Indian J Endocrinol Metab* 2019;23(3):357-362.
89. Maneeton B, Maneeton N, Likhitsathian S, et al. Escitalopram vs duloxetine in acute treatment of major depressive disorder: meta-analysis and systematic review. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2018;14:1953-1961.
90. Cipriani A, Koesters M, Furukawa TA, et al. Duloxetine versus other anti-depressive agents for depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;10:CD006533.



91. Nussbaumer-Streit B, Greenblatt A, Kaminski-Hartenthaler A, et al. Melatonin and agomelatine for preventing seasonal affective disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2019;6(6):CD011271.
92. Mishra BR, Maiti R, Nath S, et al. Effect of Sertraline, Dosulepin, and Venlafaxine on Non-BDNF Neurotrophins in Patients With Depression: a cohort study. *J Clin Psychopharmacol* 2019;39(3):220-225.
93. Cipriani A, Purgato M, Furukawa TA, et al. Citalopram versus other anti-depressive agents for depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;7(7):CD006534.
94. Cipriani A, La Ferla T, Furukawa TA, et al. Sertraline versus other antidepressive agents for depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(2):CD006117.
95. Watanabe N, Omori IM, Nakagawa A, et al. Mirtazapine versus other antidepressive agents for depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;(12):CD006528.
96. Magni LR, Purgato M, Gastaldon C, et al. Fluoxetine versus other types of pharmacotherapy for depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;(7):CD004185.
97. Purgato M, Papola D, Gastaldon C, et al. Paroxetine versus other anti-depressive agents for depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;(4):CD006531.
98. van den Broek WW, Mulder PG, van Os E, et al. Efficacy of venlafaxine compared with tricyclic antidepressants in depressive disorder: a meta-analysis. *J Psychopharmacol* 2009;23(6):708-713.
99. Kennedy SH, Lam RW, McIntyre RS, et al. CANMAT 2016 clinical guideline for the management of adults with major depressive disorder: section 3. pharmacological treatments. *Can J Psychiatry* 2016;61(9):540-560.
100. Amsterdam JD, Case WG, Csanalosi E, et al. A double-blind comparative trial of zimelidine, amitriptyline, and placebo in patients with mixed anxiety and depression. *Pharmacopsychiatry* 1986;19(3):115-119.
101. Bremner JD. A double-blind comparison of Org 3770, amitriptyline, and placebo in major depression. *J Clin Psychiatry* 1995;56(11):519-525.
102. Mynors-Wallis L, Gath D. Predictors of treatment outcome for major depression in primary care. *Psychol Med* 1997;27(3):731-736.
103. Wilcox CS, Cohn JB, Katz BB, et al. A double-blind, placebo-controlled study comparing mianserin and amitriptyline in moderately depressed outpatients. *Int Clin Psychopharmacol* 1994;9(4):271-279.
104. Wijkstra J, Lijmer J, Burger H, et al. Pharmacological treatment for psychotic depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;(7):CD004044.
105. Berman RM, Marcus RN, Swanink R, et al. The efficacy and safety of aripiprazole as adjunctive therapy in major depressive disorder: a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Psychiatry* 2007;68(6):843-853.
106. Corya SA, Williamson D, Sanger TM, et al. A randomized, double-blind comparison of olanzapine/fluoxetine combination, olanzapine, fluoxetine, and venlafaxine in treatment-resistant depression. *Depress Anxiety* 2006;23(6):364-372.

107. Keitner GI, Garlow SJ, Ryan CE, et al. A randomized, placebo-controlled trial of risperidone augmentation for patients with difficult-to-treat unipolar, non-psychotic major depression. *J Psychiatr Res* 2009;43(3):204-214.
108. Mahmoud RA, Pandina GJ, Turkoz I, et al. Risperidone for treatment-refractory major depressive disorder: a randomized trial. *Ann Intern Med* 2007;147(9):593-602.
109. Clinical Study Report CN138163. A multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled study of the safety and efficacy of aripiprazole as adjunctive therapy in the treatment of patients with major depressive disorder. 2008.
110. Marcus RN, McQuade RD, Carson WH, et al. The efficacy and safety of aripiprazole as adjunctive therapy in major depressive disorder: a second multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Psychopharmacol* 2008;28(2):156-165.
111. Song ZW, Liu XB, Li YD. Venlafaxine combined with low-dose risperidone for treatment-resistant depression. *Journal of Clinical Rehabilitative Tissue Engineering Research*, 2007.
112. Thase ME, Corya SA, Osuntokun O, et al. A randomized, double-blind comparison of olanzapine/fluoxetine combination, olanzapine, and fluoxetine in treatment-resistant major depressive disorder. *J Clin Psychiatry* 2007;68(2):224-236.
113. 대한우울조울병학회, 대한정신약물학회. 한국형 우울장애 약물치료 지침서. 2017.
114. Baumann P, Nil R, Souche A, et al. A double-blind, placebo-controlled study of citalopram with and without lithium in the treatment of therapy-resistant depressive patients: a clinical, pharmacokinetic, and pharmacogenetic investigation. *J Clin Psychopharmacol* 1996;16(4):307-314.
115. Bloch M, Schwartzman Y, Bonne O, et al. Concurrent treatment of nonresistant major depression with desipramine and lithium: a double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Psychopharmacol* 1997;17(1):44-48.
116. Cappiello A, McDougale CJ, Delgado PL, et al. Lithium and desipramine versus desipramine alone in the treatment of severe major depression: a preliminary study. *International Clinical Psychopharmacology* 1998;13(5):191-198.
117. Januel D, Massot O, Poirier M-F, et al. Interaction of lithium with 5-HT(1B) receptors in depressed unipolar patients treated with clomipramine and lithium versus clomipramine and placebo: preliminary results. *Psychiatry Research* 2002;111(2-3):117-124.
118. Jensen HV, Olafsson K, Lykke-Olesen L, et al. Combining nortriptyline and lithium in elderly depressed patients: a double-blind, placebo-controlled study. *Lithium* 1992; 3(4):259-262.
119. Joffe RT, Singer W, Levitt AJ, et al. A placebo-controlled comparison of lithium and triiodothyronine augmentation of tricyclic antidepressants in unipolar refractory depression. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50(5):387-393.
120. Nierenberg AA, Papakostas GI, Petersen T, et al. Lithium augmentation of nortriptyline for subjects resistant to multiple antidepressants. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 2003;23(1):92-95.



121. Shahal B, Piel E, Mecz L, et al. Lack of advantage for imipramine combined with lithium versus imipramine alone in the treatment of major depression—a double-blind controlled study. *Biol Psychiatry* 1996;40(11):1181–1183.
122. Stein G, Bernadt M. Lithium augmentation therapy in tricyclic-resistant depression. a controlled trial using lithium in low and normal doses. *British Journal of Psychiatry* 1993;162:634–640.
123. Zusky PM, Biederman J, Rosenbaum JF, et al. Adjunct low dose lithium carbonate in treatment-resistant depression: a placebo-controlled study. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 1988;8(2):120–124.
124. Bauer M, Adli M, Ricken R, et al. Role of lithium augmentation in the management of major depressive disorder. *CNS Drugs* 2014;28(4):331–342.
125. Nelson JC, Baumann P, Delucchi K, et al. A systematic review and meta-analysis of lithium augmentation of tricyclic and second generation antidepressants in major depression. *J Affect Disord* 2014;168:269–275.
126. Cooper-Kazaz R, Lerer B. Efficacy and safety of triiodothyronine supplementation in patients with major depressive disorder treated with specific serotonin reuptake inhibitors. *Int J Neuropsychopharmacol* 2008;11(5):685–699.
127. Geddes J, Carney S, Cowen P, UK ECT Review Group. Efficacy and safety of electroconvulsive therapy in depressive disorders: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2003;361(9360):799–808.
128. Greenhalgh J, Knight C, Hind D, et al. Clinical and cost-effectiveness of electroconvulsive therapy for depressive illness, schizophrenia, catatonia and mania: systematic reviews and economic modeling studies. *Health Technol Assess* 2005;9(9):1–156.
129. Kellner CH, Knapp RG, Petrides G, et al. Continuation electroconvulsive therapy vs pharmacotherapy for relapse prevention in major depression: a multisite study from the consortium for research in electroconvulsive therapy (CORE). *Arch Gen Psychiatry* 2006;63(12):1337–1344.
130. Porter RJ, Douglas K, Knight RG. Monitoring of cognitive effects during a course of electroconvulsive therapy: recommendations for clinical practice. *J ECT* 2008;24(1):25–34.
131. Rami L, Bernardo M, Boget T, et al. Cognitive status of psychiatric patients under maintenance electroconvulsive therapy: a one-year longitudinal study. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2004;16(4):465–471.
132. Rose D, Fleischmann P, Wykes T, et al. Patients' perspectives on electroconvulsive therapy: systematic review. *BMJ* 2003;326(7403):1363.
133. Lam RW, Chan P, Wilkins-Ho M, et al. Repetitive transcranial magnetic stimulation for treatment-resistant depression: a systematic review and meta-analysis. *Can J Psychiatry* 2008;53(9):621–631.
134. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with panic disorder 2nd Edition. 2010.
135. Sonawalla SB. Citalopram in the maintenance treatment of major depressive disorder. *J*

- Clin Psychiatry 2001;62(12):993.
136. Flint AJ, Rifat SL. Maintenance treatment for recurrent depression in late life: a four-year outcome study. *Am J Geriatr Psychiatry* 2000;8(2):112-116.
 137. Frank E, Kupfer DJ, Perel JM, et al. Comparison of full-dose versus half-dose pharmacotherapy in the maintenance treatment of recurrent depression. *J Affect Disord* 1993;27(3):139-145.
 138. Rush AJ, Trivedi MH, Wisniewski SR, et al. Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: a STAR*D report. *Am J Psychiatry* 2006;163(11):1905-1917.

단원 3. 특수상황



1. 치료저항성 우울증
2. 노인과 우울증
3. 임산부 우울증
4. 소아/청소년 우울증

단원 3. 특수상황

1. 치료저항성 우울증

- 치료저항성 우울증은 다른 질환일 가능성에 대한 평가와 보다 전문적인 치료를 위해 정신건강의학과 전문의에게 의뢰하는 것을 권고한다.¹⁻⁵

↘ 근거 설명

치료저항성 우울증은 자살과 같은 행동 문제가 발생할 수 있다. 양극성장애(조울증) 등 정신건강의학과 영역의 다른 진단이 필요한 경우도 있다. 또한 비약물적 치료를 병행하거나 여러 항우울제 등 다른 약물 등을 같이 사용하게 되어 안전성과 부작용의 위험성에 대한 고려가 필요하다.¹⁻⁵

↘ 참고문헌

1. NICE. Treatment and management of depression in adults (Update edition). 2018.
2. VA/DoD. Clinical practice guideline for the management of major depressive disorder. 2016.
3. Cleare A, Pariante CM, Young AH, et al. Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: a revision of the 2008 British Association for psychopharmacology guidelines. J Psychopharmacol 2015;29(5):459-525.
4. Crown WH, Finkelstein S, Berndt ER, et al. The impact of treatment-resistant depression on health care utilization and costs. J Clin Psychiatry 2002;63(11):963-971.
5. Gaynes BN, Lux L, Gartlehner G, et al. Defining treatment-resistant depression. Depress Anxiety 2020;37(2):134-145.



2. 노인과 우울증

- 노인 우울증을 치료할 때는 노화의 과정, 다른 내과 질환 공존, 기억력 장애나 치매 초기증상의 가능성을 고려해서 치료해야 한다.¹⁻⁶

↘ 근거 설명

노화 과정에서는 약동학적인 특성 변화 및 신체기관의 변화가 나타나기도 한다. 또한 내과질환으로 다른 약물을 복용하는 경우 약물상호작용이나 다른 질환의 경과가 노인 우울증에 영향을 주기도 한다. 뇌혈관질환을 비롯한 다른 만성질환, 치매나 인지기능장애 시 우울감이 나타날 수 있다.¹⁻⁶

↘ 참고문헌

1. Cleare A, Pariante CM, Young AH, et al. Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: a revision of the 2008 British Association for psychopharmacology guidelines. *J Psychopharmacol* 2015;29(5):459-525.
2. ICSI. Depression, major, in adults in primary care. 2009.
3. MacQueen GM, Frey BN, Ismail Z, et al. CANMAT 2016 clinical guideline for the management of adults with major depressive disorder: section 6. special populations: youth, women, and the elderly. *Can J Psychiatry* 2016;61(9):588-603.
4. Dudas R, Malouf R, McCleery J, et al. Antidepressants for treating depression in dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;8(8):CD003944.
5. Kulkarni RS, Shinde RL. Depression and its associated factors in older indians: a study based on study of global aging and adult health (SAGE)-2007. *J Aging Health* 2015; 27(4):622-649.
6. Masse C, Bennabi D, Giustiniani J, et al. Predictors of remission to antidepressants in late-life depression: a systematic review. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2018;16(2): 189-196.

3. 임신부 우울증

- 임신부 우울증은 산모와 신생아의 애착을 손상시킬 수 있으며 신생아의 인지, 정서, 행동에 영향을 미칠 수 있다.¹⁻⁷

↳ 근거 설명

임산부 우울증은 산모의 신체적, 정신적 건강에 부정적 영향을 미치며, 산모와 신생아의 애착을 손상시킬 수 있다. 또한 신생아의 최적 발달에 도움이 되지 않는 환경을 조성할 수 있어, 신생아의 인지, 정서, 행동에 영향을 미칠 수 있다.¹⁻⁸

- 임신부 우울증 치료에 대한 의사결정은 치료가 적절하지 못할 경우 발생할 수 있는 부정적인 산과적 결과와 신생아에 대한 항우울제의 잠재적인 부작용 등의 위험성 사이에서 균형을 고려해야 한다.⁹⁻²³

↳ 근거 설명

임산부 우울증 치료에 대한 의사결정은 치료가 적절하지 못하면 발생할 수 있는 부정적인 산과적 결과와 신생아에 대한 항우울제의 잠재적인 부작용 등의 위험성 사이에서 균형을 고려해야 한다. 임신부 우울증의 치료에 있어 치료되지 않은 우울증으로 인한 위험과 임신과 수유 중 약물치료에 대한 태아와 영아 노출의 위험을 고려해야 하는데, 불행히도 이러한 위험에 대한 이해의 근거가 되는 증거는 제한적이다. 치료하지 않고 방치했을 때, 임신 중 영양부족, 산전 의료, 흡연, 물질남용과 산모의 심각한 고통과 관련이 있고, 나쁜 산과 결과의 위험 증가, 재태 연령의 작은 신생아, 신생아 집중 치료실 입원, 신생아 합병증 발생률 증가, 엄마와 아기의 유대감 손상, 유아의 수면 장애, 경미한 발달 지연 및 신생아의 인지, 행동 및 정서적 문제가 발생할 수 있다. 임신 중 항우울제의 위험을 조사하는 연구는 제한적이거나 항우울제와 관련한 위험이 있을 수 있다.⁹⁻²³

- 그러므로 정신건강의학과 전문의와 산부인과 전문의에게 자문을 구하는 것을 권고한다.^{11,24,25}



▶ 참고문헌

1. VA/DoD. Clinical practice guideline for the management of major depressive disorder. 2016.
2. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Med Care* 2003;41(11):1284-1292.
3. Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, et al. Validity and utility of the PRIME-MD patient health questionnaire in assessment of 3,000 obstetric-gynecologic patients: the PRIME-MD patient health questionnaire obstetrics-gynecology study. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 183(3):759-769.
4. Adouard F, Glangeaud-Freudenthal NM, Golse B. Validation of the edinburgh postnatal depression scale (EPDS) in a sample of women with high-risk pregnancies in France. *Arch Womens Ment Health* 2005;8(2):89-95.
5. Evins GG, Theofrastous JP, Galvin SL. Postpartum depression: a comparison of screening and routine clinical evaluation. *Am J Obstet Gynecol* 2000;182(5):1080-1082.
6. Peindl KS, Wisner KL, Hanusa BH. Identifying depression in the first postpartum year: guidelines for office-based screening and referral. *J Affect Disord* 2004;80(1):37-44.
7. Boyd RC, Le HN, Somberg R. Review of screening instruments for postpartum depression. *Arch Womens Ment Health* 2005;8(3):141-153.
8. Slomian J, Honvo G, Emonts P, et al. Consequences of maternal postpartum depression: a systematic review of maternal and infant outcomes. *Women's Health* 2019;15:1-55.
9. MacQueen GM, Frey BN, Ismail Z, et al. CANMAT 2016 clinical guideline for the management of adults with major depressive disorder: section 6. special populations: youth, women, and the elderly. *Can J Psychiatry* 2016;61(9):588-603.
10. Parikh SV, Quilty LC, Ravitz P, et al. CANMAT 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: section 2 psychological treatment. *Can J Psychiatry* 2016;61(9):524-539.
11. Yonkers KA, Wisner KL, Stewart DE, et al. The management of depression during pregnancy: a report from the American Psychiatric Association and the American College of Obstetricians and Gynecologists. *Gen Hosp Psychiatry* 2009;31(5):403-413.
12. Howard LM, Megnin-Viggars O, Symington I, et al. Antenatal and postnatal mental health: summary of updated NICE guidance. *BMJ* 2014;349:g7394.
13. Miniati M, Callari A, Calugi S, et al. Interpersonal psychotherapy for postpartum depression: a systematic review. *Arch Womens Ment Health* 2014;17(4):257-268.
14. Sockol LE. A systematic review of the efficacy of cognitive behavioral therapy for treating and preventing perinatal depression. *J Affect Disord*. 2015;177:7-21.
15. Wurst KE, Poole C, Ephross SA, et al. First trimester paroxetine use and the prevalence of congenital, specifically cardiac, defects: a meta-analysis of epidemiological studies. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol* 2010;88(3):159-170.
16. Yonkers KA, Blackwell KA, Glover J, et al. Antidepressant use in pregnant and postpartum women. *Annu Rev Clin Psychol* 2014;10:369-392.

17. Grigoriadis S, VonderPorten EH, Mamisashvili L, et al. Antidepressant exposure during pregnancy and congenital malformations: is there an association? a systematic review and meta-analysis of the best evidence. *J Clin Psychiatry* 2013;74(4):e293–e308.
18. Ross LE, Grigoriadis S, Mamisashvili L, et al. Selected pregnancy and delivery outcomes after exposure to antidepressant medication: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2013;70(4):436–443.
19. Einarson A, Choi J, Einarson TR, et al. Incidence of major malformations in infants following antidepressant exposure in pregnancy: results of a large prospective cohort study. *Can J Psychiatry* 2009;54(4):242–246.
20. Grigoriadis S, VonderPorten EH, Mamisashvili L, et al. The effect of prenatal antidepressant exposure on neonatal adaptation: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychiatry* 2013;74(4):e309–e320.
21. Grigoriadis S, VonderPorten EH, Mamisashvili L, et al. Prenatal exposure to antidepressants and persistent pulmonary hypertension of the newborn: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2014;348:f6932.
22. Nulman I, Koren G, Rovet J, et al. Neurodevelopment of children following prenatal exposure to venlafaxine, selective serotonin reuptake inhibitors, or untreated maternal depression. *Am J Psychiatry* 2012;169(11):1165–1174.
23. Boukhris T, Sheehy O, Mottron L, et al. Antidepressant use during pregnancy and the risk of autism spectrum disorder in children. *JAMA Pediatr* 2016;170(2):117–124.
24. Ministry Of Health Singapore. Ministry of health clinical practice guidelines: depression. 2012.
25. National Collaborating Centre for Mental Health. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. London WC1V 6NA: National Institute for Health and Clinical Excellence. 2007.



4. 소아/청소년 우울증

- 소아/청소년 우울증 환자는 연령대에 따라 수면의 정도, 식욕 및 체중변화, 정신병적 증상 등 우울증 증상이 전형적인 증상과는 달리 나타날 수 있다.^{1,2,3}

↘ 근거 설명

소아/청소년 우울증 환자의 증상은 연령 그룹에 따라 다를 수 있다. 명확한 우울감이나 생리적 증상은 보이지 않은 채 과민한 기분이나 과다행동, 비행, 공격성, 신체적 호소로 위장되어 나타나는 가면성 우울증이 흔하다.⁴ 이외에도 동반 이환 장애로 불안장애, 주의력결핍 과잉행동장애, 강박장애, 섭식장애 및 약물남용이 흔하며, 항우울제로 인한 기분의 갑작스러운 변화를 포함, 성인 환자에 비해 높은 비율의 양극성 장애가 보고되었다.^{1,2,3,5}

- 우울증 증상에 대한 약물치료의 효과에도 불구하고 소아/청소년 우울증 환자에서 치료 중 자살사고/자해의 위험에 대한 보고가 있으며, 약물의 과용으로 인한 부작용도 보고되고 있다.⁶⁻⁹

↘ 근거 설명

소아/청소년 우울증 환자에서 항우울제 사용은 위험-이득 균형을 고려해야 한다. 항우울제에 대한 상당한 전반적인 이점을 보여주지만, 약물 유형 간 중요한 차이를 보이고 자살생각이나 행동의 위험이 증가한다는 증거도 있다.⁶⁻⁹

- 이런 사항들을 고려하여 소아/청소년 우울증 환자가 의심되는 경우 정신건강의학과 전문의에게 자문을 권고한다.^{10,11,12}

↘ 근거 설명

소아/청소년 우울증 환자의 치료 방법으로 약물치료 외에도 정신치료 등도 효과적이라 알려져 있으며, 치료방법 및 이득, 위험 등의 다양한 사항들을 고려한 치료를 위해 소아/청소년 우울증 환자가 의심되는 경우 정신건강의학과 전문의에게 자문을 권고한다.^{10,11,12}

▶ 참고문헌

1. MacQueen GM, Frey BN, Ismail Z, et al. CANMAT 2016 clinical guideline for the management of adults with major depressive disorder: section 6. special populations: youth, women, and the elderly. *Can J Psychiatry* 2016;61(9):588-603.
2. Choe CJ, Emslie GJ, Mayes TL. Depression. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2012; 21(4):807-829.
3. Masi G, Liboni F, Brovedani P. Pharmacotherapy of major depressive disorder in adolescents. *Expert Opin Pharmacother* 2010;11(3):375-386.
4. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR. Major depressive disorder in older adolescents: prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clin Psychol Rev* 1998;18(7):765-794.
5. Rice F, Riglin L, Lomax T, et al. Adolescent and adult differences in major depression symptom profiles. *J Affect Disord* 2019;243(15):175-181.
6. Cleare A, Pariante CM, Young AH, et al. Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: a revision of the 2008 British Association for psychopharmacology guidelines. *J Psychopharmacol* 2015;29(5):459-525.
7. Martinez C, Rietbrock S, Wise L, et al. Antidepressant treatment and the risk of fatal and non-fatal self harm in first episode depression: nested case-control study. *BMJ* 2005;330(7488):389.
8. Hawton K, Bergen H, Simkin S, et al. Toxicity of antidepressants: rates of suicide relative to prescribing and non-fatal overdose. *Br J Psychiatry* 2010;196(5):354-358.
9. O'Keeffe S, Martin P, Goodyer IM, et al. Predicting dropout in adolescents receiving therapy for depression. *Psychother Res* 2018;28(5):708-721.
10. Goodwin GM, Consensus group of the British Association for psychopharmacology. Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: recommendations from the British Association for psychopharmacology. *J Psychopharmacol* 2003;17(2):149-173.
11. NICE. Depression: the treatment and management of depression in adults. 2009.
12. Richardson LP, Ludman E, McCauley E, et al. Collaborative care for adolescents with depression in primary care: a randomized clinical trial. *JAMA* 2014;312(8):809-816.

단원 4. 진료의뢰 기준



1. 진료의뢰 기준

04

단원 4. 진료의뢰 기준

1. 진료의뢰 기준

권고 적용군	성인 우울증 환자	진료환경	진료실
중재/실행지표	진료의뢰 기준 제시		
비교지표	진료의뢰 기준 미제시		
결과물	진료의뢰율 증가		

권고 내용	권고등급	근거수준	권고도출 자료원
<ul style="list-style-type: none"> • 중증 우울증상을 보이는 환자와 중등도의 우울증상이나 복합적인 증상, 정신병적 증상을 보이는 우울증 환자의 경우 정신건강전문가들에 의한 팀 접근 치료를 위해 정신건강의학과 전문의에게 의뢰하는 것을 고려한다.^{a)} 	Ila	Guideline	1
<ul style="list-style-type: none"> • 적정 용량과 기간 동안 시행한 한두 가지 약물치료에 반응하지 않는 경우, 종합적인 평가를 통해 통합적인 우울증 치료계획을 세울 수 있도록 정신건강의학과 전문의에게 의뢰하는 것을 고려한다.^{b)} 	Ila	Guideline	1, 2
<ul style="list-style-type: none"> • 정신건강의학과 전문의에게 의뢰된 우울증 환자의 종합적 평가에는 아래와 같은 사항을 포함할 것을 고려한다.^{c)} <ul style="list-style-type: none"> - 증상특성 평가, 자살위험성 평가, 이전 치료 과거력의 적절성 평가 - 재발성 또는 만성 우울증의 경우 연관된 심리사회적 스트레스요인, 인격요인, 중요한 대인관계 어려움 등의 평가 - 알코올 또는 약물남용, 인격장애 등의 공존 정신질환에 대한 평가 	Ila	Guideline	1
<ul style="list-style-type: none"> • 아래와 같은 특성을 보이는 우울증 환자의 경우 종합병원 정신건강 의학과 전문의에게 의뢰할 것을 고려한다.^{d)} <ul style="list-style-type: none"> - 동반된 내과적 질환으로 인하여 약물상호작용 등을 고려한 약물치료가 필요한 경우 - 자살위험성이 관찰되는 경우 - 전기충격요법 등 특수치료가 필요한 경우 - 노인우울증에서 전신상태가 쇠약한 경우 - 신체질환으로 인한 다학제 치료가 필요한 경우 - 임신 혹은 출산 후 중등도 이상의 우울증이 발생한 경우 - 중증정신질환의 과거력이 있는 임신 중 또는 산후 우울증이 있는 여성 - 중등도 이상의 우울증으로 통합적인 심리사회적 평가와 개입이 필요한 아동 및 청소년 	Ila	Guideline	2



이익 및 불이익[†]

- 이 익:
 - 일차 진료의사에게는 정신건강의학과 전문의에게 의뢰할 시점에 대한 권고사항을 참고하여 우울증 환자에게 적절한 치료를 제공할 수 있음.
 - 우울증 환자에게는 증상에 맞는 적절한 의료진을 찾고 치료를 요청할 수 있도록 정보를 제공할 수 있음.
 - 국가의 의료자원을 효율적으로 활용할 수 있는 방향을 제시 함.
 - 우울증 환자의 치명적으로 부정적인 치료결과인 자살을 최대한 낮출 수 있음.

불이익: 신체질환, 연령, 생활환경, 특성 등을 고려하지 못할 경우 또는 중증 및 치료에 충분한 반응을 보이지 않는 우울증 환자를 전문가에게 의뢰하는 시기를 늦추거나 놓칠 경우, 우울증의 악화 및 만성화와 공존 정신질환의 발생을 촉발할 수 있음.

- 우울증은 심리적인 증상(예: 우울감, 불안, 짜증, 부정적 생각 등)뿐 아니라 신체증상(예: 식욕저하, 피로감, 통증 등)을 포함한 복잡한 양상을 가지고 있는 질환이지만 치료에 대한 인식부족과 거부감으로 인해 인지되고 조기 진단되기 어려운 측면이 있다. 일차 진료의사는 위와 같은 증상을 보이는 환자에서 우울증을 조기에 인지할 수 있도록 충분히 교육을 받고 우울증 치료 필요성에 대해 환자에게 설명하고 교육할 수 있어야 한다. 우울증을 진단할 때 우울증상 발생과 연관성이 있는 신체적 질환(예: 갑상선기능저하증 또는 항진증, 쿠싱증후군, 에디슨병 등)의 감별진단과정을 거쳐 이차성 우울증의 경우 우울증의 원인이 되는 신체질환의 치료에 집중하며 우울증상을 관리하고 치료해야 한다.¹

생활기능에 지장을 거의 초래하지 않는 가벼운 우울증상을 보이는 일차성 우울증의 경우 일차적으로 항우울제 치료와 교육, 훈련 등을 제공할 수 있으나 2-3개월의 초기 치료과정에서 충분한 호전을 보이지 않는 경우와 생활기능에 뚜렷한 지장을 초래하는 중등도 혹은 중증 우울증의 경우에는 우리나라와 같이 정신건강의학과 전문의가 일차 진료환경에서 일반의나 일차 진료의사들과 함께 진료를 제공하고 있는 의료 환경에서는 정신건강의학과 전문의에게로의 의뢰가 권장된다. 우울증 환자를 치료할 때 발달과정의 심리사회적 환경, 가족력 등의 요인과 연결된 정신역동의 파악과 우울증의 발병 경과 등을 종합적으로 고려하여 치료계획을 세워 진행하는 것이 환자의 회복을 위해 중요하다.¹

† 다학제 임상진료지침 개발위원회에서는 이익과 불이익 연계 근거를 검토하고, 전문가 의견을 취합하여 논의한 결과 권고 관련 얻을 수 있는 이익이 발생 가능한 불이익보다 클 것으로 판단함.

진료 시 고려할 점

- 우울증 환자를 진료할 때, 자살위험성이 관찰되거나 타인을 위험하게 할 수 있는 상황(예: 산후우울증 환자의 영아에 대한 위해가능성 등)이 관찰될 경우, 정신병적 증상(예: 환각, 망상 등)이 동반된 경우 등에는 정신건강의학과 전문의에게 의뢰해야 한다.^{e),2,3,4}
- 양극성장애(조울증)와의 감별진단을 포함해 공존 정신질환에 대한 감별진단과 치료가 필요할 경우에도 정신건강의학과 전문의에게 의뢰해야 한다.^{f),2,3,4}

↳ 근거 설명

- a) 가벼운 우울증상을 보이면서 일상생활기능 전반에 지장을 거의 주지 않는 경증 우울증 환자의 경우에는 우울 증상을 직접적으로 호소하기보다 의학적으로 설명되지 않는 신체증상을 호소하는 경우가 자주 관찰된다. 이와 같은 상황에서 일차 진료의사는 우울증의 동반 가능성을 인식하고 우울증상 선별평가와 자살위험성, 심리사회적 스트레스 요인을 평가하면서 신체증상과 우울증의 연관성에 대한 설명을 제공하고 우울증의 조기 개입을 시도하는 것이 권장된다. 하지만 일상생활기능 전반에 뚜렷한 지장을 초래하는 중등도 및 중증 주요우울삽화를 보이는 환자의 경우, 자살위험성이 높은 우울증 환자의 경우, 정신병적 증상(허무망상, 편집증적 사고, 환청, 환각 등)을 보이는 우울증 환자의 경우 다학제적 팀 접근 치료 및 전문적인 치료를 위해 정신건강의학과 전문의에게 의뢰하는 것을 고려한다.¹
- b) 첫 번째 항우울제를 치료하고 반응평가를 위해서는 최소 2주 간격으로 6주까지 3회에 걸쳐 증상의 변화를 추적관찰하고 충분한 반응(치료 초기 시점과 비교하여 50% 이상의 우울증상 평가척도 점수 감소 또는 관해 수준의 증상 호전)을 보이지 않은 경우 다른 항우울제의 병용이나 교체 등을 고려할 수 있다. 하지만 이렇게 두 번째 항우울제의 치료에도 충분한 반응을 보이지 않는 경우, 우울증에 대한 종합적인 평가와 효과적인 치료계획을 세워 환자를 도울 수 있도록 정신건강의학과 전문의에게 의뢰하는 것을 고려한다.^{1,2}
- c) 정신건강의학과 전문의에게 의뢰된 우울증 환자의 종합평가에는 아래와 같은 사항을 포함할 것을 고려한다.¹
- 증상특성 평가(우울증상, 양극성장애 공존 가능성 등)
 - 자살위험성(자살사고, 자살관련 행동, 자살시도의 과거력 등)
 - 이전 치료력(과거 우울증 삽화, 약물치료 반응, 정신치료 시행여부, 기타 치료 시행여부 등)
 - 우울증 연관 심리사회적 스트레스요인, 인격성향 등 정신역동, 중요한 대인관계의 어려움 등
 - 알코올 또는 기타 약물 남용 및 그 외 공존 정신질환
- d) 아래와 같은 특성을 보이는 우울증 환자의 경우 종합병원 정신건강의학과 전문의에게 의뢰할 것을 고려한다.²
- 동반된 신체질환(활동성 간염, 결핵, 갑상선기능항진 또는 저하, 부신기능장애, 다낭성 난소증후군 등)으로 인하여 약물상호작용 등을 고려한 다학제적 치료가 필요한 경우
 - 임박한 자살위험성이 관찰되는 경우
 - 전기충격요법 등 특수치료가 필요한 경우
 - 노인우울증, 거식증 등에서 전신상태가 쇠약하여 전신상태 회복을 위한 다학제 치료가 필요한 경우
 - 다발성 골절, 심각한 자해시도 등으로 인한 신체손상 등으로 인해 수술, 해독, 투석 등 다학제 치료가 필요한 경우
 - 임신 중 혹은 출산 전후 기간에 중등도 이상의 우울증 또는 정신병적 삽화를 동반한 경우
 - 자살, 자해시도 등 중증 우울삽화의 과거력이 있는 임신 중 또는 산후 우울증이 있는 여성
 - 중등도 이상의 우울증으로 통합적인 심리사회적 평가와 개입이 필요한 아동 및 청소년
- e) 우울증 환자를 진료할 때 자살 및 자해 위험성이 관찰되거나 타인을 위험하게 할 수 있는 상황(예: 산후 우울증 또는 산후 정신병 환자의 영아 살해 위험성, 주요우울삽화의 정신병적 양상으로 동반된 피해사고로 인한 타해 위험성 등)과 정신병적 양상(예: 허무망상, 환청, 환각 등)이 동반된 경우에는 입원치료 필요성을 판단하고 환자 및 주위 사람들의 안전을 확보하면서 우울증을 치료하기 위한 계획을 수립할 필요가 있어 환자 또는 필요한 경우 가족에게 안내하여 정신건강의학과 전문의에게로 신속히 의뢰할 필요가 있다.



- f) 우울증을 치료할 때 양극성장애를 포함한 공존 정신질환에 대한 감별은 중요한데 양극성장애 조증삽화로의 전환가능성(예: 한국형 기분장애 질문지에서 7점 이상의 결과, 양극성장애의 가족력, 이전 항우울제 치료 중 양극성장애 조증 또는 경조증 삽화 전환의 과거력, 비전형적 우울삽화 등)과 발달기 복합외상, 동반된 인격장애 등을 충분히 고려하지 못할 경우, 우울증 치료 중 조증삽화로의 전환으로 인한 타해의 위험성 증가 및 물질적·정신적 피해, 기분장애의 만성화를 초래할 수 있다.^{2,3,4,5}

참고문헌

1. NICE. Treatment and management of depression in adults (Update edition). 2018.
2. Ministry Of Health Singapore. Ministry of health clinical practice guidelines: depression. 2012.
3. Reesal RT, Lam RW, CANMAT Depression Work Group. Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders II principles of management. Can J Psychiatry 2001;46(Suppl 1): 21S-28S.
4. ICSI. Depression, major, in adults in primary care. 2009.
5. 전덕인, 윤보현, 정한용, 등. 한국형 기분장애 질문지의 타당화 연구. J Korean Neuropsychiatr Assoc 2005;44(5):583-590.

▶ 권고도출 자료원

1. NICE. Treatment and management of depression in adults (Update edition). 2018.
2. Ministry Of Health Singapore. Ministry of health clinical practice guidelines: depression. 2012.

부록 1



1. 우울증 스크리닝, 진단 및 평가도구 소개
2. 약물정보

1. 우울증 스크리닝, 진단 및 평가도구 소개

- 우울증은 일반적으로 환자와 보호자와의 정신과적 면담을 통해서 파악된 증상, 정신건강의학과 전문의가 시행하는 정신상태 검사를 종합적으로 고려해서 진단된다.^{1,2}
- 우울증 증상의 양상이나 경과를 파악하여 DSM-5나 ICD-10과 같은 진단기준을 적용할 수도 있으며, 2개의 문항으로 이루어진 PHQ-2나 9개의 문항으로 이루어진 PHQ-9과 같은 우울증 선별도구로 스크리닝 할 수 있다.^{1,2}

표 1. 주요우울장애 DSM-5 진단기준¹

기준 A	다음의 증상 가운데 5가지 이상의 증상이 2주 연속으로 진행되며, 증상 중에 적어도 하나는 (1) 우울기분이거나 (2) 흥미나 즐거움의 상실이여야 한다.
	1. 하루 중 대부분 그리고 거의 매일 지속되는 우울 기분
	2. 거의 매일, 하루 중 대부분, 거의 모든 일상 활동에 대해 흥미나 즐거움이 뚜렷이 저하됨
	3. 체중조절을 하지 않은 상태에서 의미 있는 체중의 감소나 증가
	4. 거의 매일 나타나는 불면이나 과다수면
	5. 거의 매일 나타나는 정신운동 초조나 지연
	6. 거의 매일 나타나는 피로나 활력의 상실
	7. 거의 매일 무가치감 또는 과도하거나 부적절한 죄책감
	8. 거의 매일 나타나는 사고력이나 집중력의 감소, 우유부단함
9. 반복적인 죽음에 대한 생각, 구체적인 계획 없이 반복되는 자살사고, 또는 자살시도나 자살 수행에 대한 구체적인 계획	
기준 B	증상이 사회적, 직업적 또는 다른 중요한 기능영역에서 임상적으로 현저한 고통이나 손상을 초래한다.
기준 C	삽화가 물질의 생리적 효과나 다른 의학적 상태로 인한 것이 아니다.

[출처. BPAC New Zealand. Best practice adult depression. 2009.]



표 2. PHQ-2 설문지²

문항		전혀 방해 받지 않았다	며칠 동안 방해 받았다	7일 이상 방해 받았다	거의 매일 방해 받았다
1)	지난 한달 동안 당신은 자주 기분이 처지거나 우울하거나 희망이 없다는 느낌으로 고민하고 있습니까?	0	1	2	3
2)	지난 한달 동안 당신은 자주 일상적인 활동에 흥미나 즐거움의 감소 때문에 고민하고 있습니까?	0	1	2	3

PHQ-2 점수 해석		
PHQ-2 점수	주요우울장애 확률(%)	기타 우울장애 확률(%)
1	15.4	36.9
2	21.1	48.3
3	38.4	75.0
4	45.5	81.2
5	56.4	84.6
6	78.6	92.9

[출처. VA/DoD. Clinical practice guideline for the management of major depressive disorder. 2016.]

표 3. PHQ-9 설문지²

지난 2주 동안, 얼마나 자주 다음과 같은 문제들로 곤란을 겪으셨습니까?					
지난 2주일 동안 당신은 다음의 문제들로 인해서 얼마나 자주 방해 받았는지 해당번호에 표시(√)해주세요.					
문항		전혀 방해 받지 않았다	며칠 동안 방해 받았다	7일 이상 방해 받았다	거의 매일 방해 받았다
1)	일 또는 여가 활동을 하는데 흥미나 즐거움을 느끼지 못함	0	1	2	3
2)	기분이 가라앉거나, 우울하거나, 희망이 없음	0	1	2	3
3)	잠이 들거나 계속 잠을 자는 것이 어려움, 또는 잠을 너무 많이 잠	0	1	2	3
4)	피곤하다고 느끼거나 기운이 거의 없음	0	1	2	3
5)	입맛이 없거나 과식을 함	0	1	2	3
6)	자신을 부정적으로 봄, 혹은 자신이 실패자라고 느끼거나 자신 또는 가족을 실망시킴	0	1	2	3
7)	신문을 읽거나 텔레비전 보는 것과 같은 일에 집중하는 것이 어려움	0	1	2	3
8)	다른 사람들이 주목할 정도로 너무 느리게 움직이거나 말을 함, 또는 반대로 평상시보다 많이 움직여서 너무 안절부절 못하거나 들떠 있음	0	1	2	3
9)	자신이 죽는 것이 더 낫다고 생각하거나 어떤 식으로든 자신을 해칠 것이라고 생각함	0	1	2	3
총점					
PHQ-9 결과					
총점		우울증 심각도			
10-14		경도			
15-19		중등도			
20 이상		심각도			

[출처. VA/DoD. Clinical practice guideline for the management of major depressive disorder. 2016.]



2. 약물정보

① 항우울제 선택

- 항우울제를 선택함에 있어 환자가 발기부전이나 성욕감퇴 등의 성기능 장애를 부작용으로 호소하는 경우 부프로피온(bupropion), 멀타자핀(mirtazapine), 티아넵틴(tianeptine)을 항우울제로 쓰는 것을 고려한다.³
- 졸음 및 진정작용 등의 부작용이 있는 경우 부프로피온(bupropion), 플루옥세틴(floxetine), 설트랄린(sertraline)을 권고한다.³
- 체중증가를 고려하면 플루옥세틴(floxetine), 부프로피온(bupropion), 티아넵틴(tianeptine)이 적절하고, 불면증 등의 수면장애가 있을 때는 멀타자핀(mirtazapine), 파록세틴(paroxetine), 삼환계우울증약(TCA)을 선택한다.³
- 오심 및 구토 등의 소화기 장애가 있을 경우 멀타자핀(mirtazapine), 티아넵틴(tianeptine), 부프로피온(bupropion)을 권고하고, 항콜린성 부작용이 있을 경우 에스시탈로프람(escitalopram), 설트랄린(sertraline), 부프로피온(bupropion)을 우선적으로 고려할 수 있다.³
- 혈압 또는 혈압 상승 등을 고려하면 에스시탈로프람(escitalopram), 설트랄린(sertraline), 티아넵틴(tianeptine)을, 저혈압과 혈압 하강이 염려되는 상황에서는 에스시탈로프람(escitalopram), 설트랄린(sertraline), 부프로피온(bupropion)을 권고한다.³
- 세로토닌증후군이 의심되는 경우 부프로피온(bupropion), 티아넵틴(tianeptine), 아고멜라틴(agomelatine)이 보다 적합하다.³
- 뇌전증이 있는 환자의 경우와 심장 부정맥이 있는 경우에는 에스시탈로프람(escitalopram), 설트랄린(sertraline), 티아넵틴(tianeptine)을 고려한다.³
- 자살사고의 증가가 있을 경우 멀타자핀(mirtazapine), 부프로피온(bupropion), 티아넵틴(tianeptine)을 고려한다.³
- 당뇨병, 갑상선질환, 간질환, 신장질환과 같은 신체 질환이 동반된 경우에는 에스시탈로프람(escitalopram)과 설트랄린(sertraline)을 사용하는 것을 고려한다.³

표 4. 부작용을 고려한 항우울제 선택³

	1차 선택약물	2차 선택약물	3차 선택약물
성기능 장애	Bupropion	Mirtazapine	Tianeptine
졸리움, 진정작용	Bupropion	Fluoxetine	Sertraline
체중증가	Fluoxetine	Bupropion	Tianeptine
수면장애(불면)	Mirtazapine	Paroxetine	TCA
소화기장애(오심/구토)	Mirtazapine	Tianeptine	Bupropion
항콜린성 부작용	Escitalopram	Sertraline	Bupropion

[출처. 대한우울조울병학회, 대한정신약물학회. 한국형 우울장애 약물치료 지침서. 2017.]

표 5. 안정성을 고려한 항우울제 선택³

	1차 선택약물	2차 선택약물	3차 선택약물
고혈압	Escitalopram	Sertraline	Tianeptine
저혈압	Escitalopram	Sertraline	Tianeptine/Bupropion
세로토닌증후군	Bupropion	Tianeptine	Agomelatine
뇌전증	Escitalopram	Sertraline	Tianeptine
심장 부정맥	Escitalopram	Sertraline	Tianeptine
자살사고 증가	Mirtazapine	Bupropion	Tianeptine

[출처. 대한우울조울병학회, 대한정신약물학회. 한국형 우울장애 약물치료 지침서. 2017.]

표 6. 공존 신체질환을 고려한 항우울제 선택³

	1차 선택약물	2차 선택약물	3차 선택약물
당뇨병	Escitalopram	Sertraline	-
갑상선질환	Escitalopram	Sertraline	Fluoxetine/Bupropion
간질환	Escitalopram	Sertraline	Tianeptine
신장질환	Escitalopram	Sertraline	Tianeptine

[출처. 대한우울조울병학회, 대한정신약물학회. 한국형 우울장애 약물치료 지침서. 2017.]



표 7. 항우울제 권고 요약표⁴

항우울증약	기전	용량
제1차 약제		
아고멜라틴(agomelatine)	MT ₁ and MT ₂ agonist; 5-HT ₂ antagonist	25-50mg
부프로피온(bupropion)	NDRI	150-300mg
시탈로프람(citalopram)	SSRI	20-40mg
데스벤라팍신(desvenlafaxine)	SNRI	50-100mg
듀록세틴(duloxetine)	SNRI	60mg
에스시탈로프람(escitalopram)	SSRI	10-20mg
플루옥세틴(flouxetine)	SSRI	20-60mg
플루복사민(flvoxamine)	SSRI	100-300mg
밀나시프란(milnacipran)	SNRI	100mg
멀타자핀(mirtazapine)	α ₂ -Adrenergic agonist; 5-HT ₂ antagonist	15-45mg
파록세틴(paroxetine)	SSRI	20-50mg
셀트랄린(sertraline)	SSRI	50-200mg
벤라팍신(venlafaxine)	SNRI	75-225mg
보티오섹틴(vortioxetine)	Serotonin reuptake inhibitor; 5-HT _{1A} agonist; 5-HT _{1B} partial agonist; 5-HT _{1D} , 5-HT _{3A} , and 5-HT ₇ antagonist	10-20mg
제2차 약제		
아미트립틸린(amitriptyline)	TCA	30-300mg
이미프라민(imipramine)	TCA	25-200mg
노르트립틸린(nortriptyline)	TCA	10-150mg
트라조돈(trazodone)	Serotonin reuptake inhibitor; 5-HT ₂ antagonist	150-300mg
모노클로베미드(monoclobemide)	Reversible inhibitor of MAO-A	300-600mg

[출처. Kennedy SH, Lam RW, McIntyre RS, et al. CANMAT 2016 clinical guideline for the management of adults with major depressive disorder: section 3. pharmacological treatments. Can J Psychiatry 2016;61(9):540-560.]

② 주의가 필요한 약제

- 많은 수의 항우울제들은 특히 간에서 발생하는 CYP450 효소대사를 거치는 약물들과 임상적으로 유의미한 약물상호작용을 가지고 있다.⁵
- 우울증 환자들 중 다수는 우울증 이외의 정신과적, 내과적 질환을 함께 가지고 있기 때문에 다른 약물도 함께 복용하는 경우가 많다. 또한 항우울제와 다른 항정신병약들은 일차적으로 CYP450 대사경로를 통하여 대사된다. 따라서 항우울제와 다른 약물 사이의 약물상호작용으로 인하여 약물의 효능이 떨어지거나 부작용이 생길 수 있다. 비록 약물역동학적인 상호작용 때문은 아니더라도 세로토닌 약물과 MAO 억제제를 동시에 사용하면 세로토닌 증후군 혹은 고혈압위기가 생길 수 있는 위험이 있다. 세로토닌 증후군은 약물 과다복용의 경우를 제외하고는 드물지만 복수의 세로토닌 매개체를 복합적으로 사용하는 경우에도 발생할 수 있다(e.g., SSRIs, SNRIs, tramadol).^{4,6-8}
- 노인들의 경우 간과 신장의 기능이 저하되고, 동반되는 질환과 복용하는 약물들이 있다는 점에서 항우울제와 다른 약물들 간에 상당한 부작용이 일어날 위험이 많다. 그러므로 사용할 수 있는 가장 적은 용량으로 약물을 시작하고 효과가 나타나거나 부작용이 생기는 용량 정도까지 조금씩 증량하는 것을 고려해야 한다. TCA 약제들은 기립성저혈압이나 졸음, 인지기능의 문제, 심혈관계에 미치는 영향이 있으므로 피하는 것을 권고한다.^{5,9,10}
- 항우울증약의 부작용 중에 QT간격의 연장은 드물지만 심각한 부작용으로 여겨진다. Torsade de pointes(TdP) 부정맥은 시탈로프람(citalopram), 에스시탈로프람(escitalopram), 쿼에타핀(quetiapine)을 쓸 때 경고되어온 부작용이다. 그러나 TdP는 종종 일어나는 특이적인 사건이며, 항우울제, 약물투여량 및 QTc 연장과의 연관성은 여전히 불분명하다. TdP 부정맥의 위험요인으로 알려진 것이 없는 상태에서 시탈로프람, 에스시탈로프람을 비롯한 다른 항우울제를 사용하여도 TdP 및 다른 부정맥을 일으키는 위험은 매우 낮은 편이다.^{4,11,12}
- SSRI 약제는 저나트륨혈증을 일으키는 것과 연관이 있으며, 혈소판 응집을 억제하고 NSAID 약제와 함께 사용하였을 때 위장출혈의 위험을 배로 증가시킬 수 있다.^{13,14} 따라서 위산을 억제하는 약물을 함께 사용하면 위장출혈의 위험을 현저하게 감소시킬 수 있다.¹⁵
- 대부분의 항우울제 약제에서 간효소의 증가는 드물게 일어나며, 정기적인 검사는 필요로 하지 않는다. 하지만 아고멜라틴(agomelatine)이 승인된 몇 개의 국가에서의 규제기관은 이 약물의 간효소 증가 가능성 (1.3%)과 산발적인 독성간염환자 발생으로 정기적인 간기능 검사를 의무화했다.¹⁶



표 8. 항우울제 부작용¹

항우울제	불안 초조	소화 기능	불면	진정 졸음	성기능 장애	체중 증가
시탈로프람(citalopram)	+	++	++	++	+++	+
플루옥세틴(fluoxetine)	+	++	++	++	+++	+
파록세틴(paroxetine)	+	++	++	++	+++	+
벤라팍신(venlafaxine)	++	+++	++	++	+++	+

*부작용의 빈도: +(>2%)=거의 없다. / ++(>10%)=종종 나타남. / +++(>30%)=자주 나타남.

[출처. BPAC New Zealand. Best practice adult depression. 2009.]

표 9. 세로토닌 증후군 특성¹

임상적 특징	유발요인
<ul style="list-style-type: none"> 경련성 복통 	<ul style="list-style-type: none"> 과용량
<ul style="list-style-type: none"> 불안초조, 설사, 간대성근경련, 떨림, 혼수, 빈맥, 저혈압, 지남력상실, 발한, 고열 	<ul style="list-style-type: none"> SSRI + MAOI 혹은 SSRI + serotonergic TCA 같은 약들의 상호작용 특이체질 반응

[출처. BPAC New Zealand. Best practice adult depression. 2009.]

표 10. 세로토닌 증후군 가능성이 있는 약물들¹

분류	약물
항우울증약	TCA, MAOIs, SSRI, mirtazapine, venlafaxine, St, John's Wort
마약성진통제	tramadol, pethidine, dextromethorphan
자극제	amphetamine, sibutramine
5HT1 agonist	sumatriptan, naratriptan, zolmitriptan
others	LSC, cocaine, ecstasy, buspirone, lithium, selegiline, tryptophan, linezolid

[출처. BPAC New Zealand. Best practice adult depression. 2009.]

참고문헌

1. Best Practice Advocacy Centre New Zealand. Best practice adult depression. 2009.
2. VA/DoD. Clinical practice guideline for the management of major depressive disorder. 2016.
3. 대한우울조울병학회, 대한정신약물학회. 한국형 우울장애 약물치료 지침서. 2017.
4. Kennedy SH, Lam RW, McIntyre RS, et al. CANMAT 2016 clinical guideline for the management of adults with major depressive disorder: section 3. pharmacological treatments. *Can J Psychiatry* 2016;61(9):540-560.
5. ICSI. Health care guideline: adult depression in primary care. 2016.
6. Brandl EJ, Tiwari AK, Zhou X, et al. Influence of CYP2D6 and CYP2C19 gene variants on antidepressant response in obsessive-compulsive disorder. *Pharmacogenomics J* 2014; 14(2):176-181.
7. Spina E, Trifiro G, Caraci F. Clinically significant drug interactions with newer antidepressants. *CNS Drugs* 2012;26(1):39-67.
8. Abadie D, Rousseau V, Logerot S, et al. Serotonin Syndrome: analysis of cases registered in the French pharmacovigilance database. *J Clin Psychopharmacol* 2015;35(4): 382-388.
9. Alpert M, Silva RR, Pouget ER. Prediction of treatment response in geriatric depression from baseline folate level: interaction with an SSRI or a tricyclic antidepressant. *J Clin Psychopharmacol* 2003;23(3):309-313.
10. Gasto C, Navarro V, Marcos T, et al. Single-blind comparison of venlafaxine and nortriptyline in elderly major depression. *J Clin Psychopharmacol* 2003;23(1):21-26.
11. Vieweg WV, Hasnain M, Howland RH, et al. Citalopram, QTc interval prolongation, and torsade de pointes: how should we apply the recent FDA ruling?. *Am J Med* 2012; 125(9):859-868.
12. Hasnain M, Vieweg WV. QTc interval prolongation and torsade de points associated with second-generation antipsychotics and antidepressants: a comprehensive review. *CNS Drugs* 2014;28(10):887-920.
13. Coupland CA, Dhiman P, Barton G, et al. A study of the safety and harms of antidepressant drugs for older people: a cohort study using a large primary care database. *Health Technol Assess* 2011;15(28):1-202.
14. Anglin R, Yuan Y, Moayyedi P, et al. Risk of upper gastrointestinal bleeding with selective serotonin reuptake inhibitors with or without concurrent nonsteroidal anti-inflammatory use: a systematic review and meta-analysis. *AM J Gastroenterol* 2014;109(6):811-819.
15. Jiang HY, Chen HZ, Hu XJ, et al. Use of selective serotonin reuptake inhibitors and risk of upper gastrointestinal bleeding: a systematic review and meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2015;13(1):42-50.
16. Servier Laboratories. Summary of product characteristics: Valdoxan. 2015.

부록 2



1. 진료지침 개발 범위와 목적
2. 이해당사자의 참여
3. 진료지침 개발의 엄격성(개발 방법)
4. 표현의 명확성
5. 진료지침의 적용성
6. 편집의 독립성
7. 권고안 매트릭스 개발에 사용된 진료지침 목록
8. 가이드라인 개발 방법의 제한점
9. 보급 및 활용
10. 기타

1. 진료지침 개발 범위와 목적

진료지침(권고) 적용 대상	<ul style="list-style-type: none"> • 성인 우울증 환자 • 특수상황에 놓여있는 우울증 환자(특수상황: 치료저항성, 임신 중인 여성, 소아/청소년, 노인)
개발 범위	<ol style="list-style-type: none"> 1. 우울증 환자 찾기 및 확진하기 <ul style="list-style-type: none"> - 발생원인 및 위험인자, 우울증 선별과 진단, 우울증의 의학적 평가 2. 우울증 치료 및 관리 <ul style="list-style-type: none"> - 비약물요법, 약물요법, 추적 관찰 3. 특수상황 <ul style="list-style-type: none"> - 치료저항성 우울증, 노인과 우울증, 임신부 우울증, 소아/청소년 우울증 4. 진료의뢰 기준 <ul style="list-style-type: none"> - 진료의뢰 기준
목적	<p>우울증 진료지침의 개발 목적은 주 사용자인 개원의뿐만 아니라 관련 의료진에게 근거수준과 편익이 명백하고 객관적인 근거기반 권고를 제공함으로써 보다 안전하고 효과적인 의사결정을 할 수 있도록 도움을 주기 위함이다.</p> <p>우울증 진료지침의 개발 및 활용을 통해서 구체적으로 달성하고자 하는 목적은 다음과 같다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 우울증 환자의 정확한 선별과 진단 • 우울증 환자의 관리를 통한 자살시도 예방 • 비약물요법을 통한 우울증 환자에 대한 효율적 관리 • 효과적인 약물치료를 통한 우울증 관리 및 악화 예방
예상 편익	<p>우울증 진단율 및 선별 양성률 증가, 재발률 감소, 치료순응도 증가, 직장 복귀율 증가, 진료의뢰율 증가, 삶의 질 향상</p>



2. 이해당사자의 참여

<p>다학제 진료지침 개발 그룹의 구성 및 역할</p>	<p>[구성]</p> <ul style="list-style-type: none"> 우울증 진료지침의 개발범위를 고려하여 적합한 전문가를 5개 학회(대한신경정신의학회, 대한우울조울병학회, 대한정신약물학회, 대한가정의학회, 대한개원의협의회(대한정신건강의학과 의사회))로부터 추천받아 제정위원회(7명) 및 개발위원회(권고 요약본 개발 12명 위원 참여/임상진료지침(완본) 개발 13명 위원 참여)를 구성하여 운영하였음. 1명의 지침개발 방법론 전문가가 지침개발에 참여하였으며, 1명의 의학전문 사서가 체계적 문헌검색을 수행함.
	<p>[역할]</p> <ul style="list-style-type: none"> 체계적 가이드라인 검색 결과(1,923개)를 대상으로 개발위원회에서 포함 및 배제 기준을 적용하여 최종 12개 가이드라인을 선별함. 개발위원회에서는 각 2명(1명의 임상 의사, 1명의 방법론 전문가)을 배정하여 선별 가이드라인에 대한 질 평가를 AGREE II 도구를 사용하여 수행함. 권고 도출용 근거자료 추출업무는 표준화된 작업 매뉴얼(Excel worksheet 개발)을 사용하여 지침개발 방법론 전문가(신인순)와 대한의학회 연구사업단(김다솔, 유경미, 박민영, 김지아)에서 수행함. 추출된 근거자료를 토대로 권고 도출, 권고 요약본 초안, 임상진료 지침(완본) 집필은 다음과 같이 우울증 가이드라인 개발위원회에서 전문 영역별로 역할을 구분하여 수행함. 권고 도출 및 권고 요약본 초안 집필 <ul style="list-style-type: none"> - 발생원인 및 위험인자: 노대영 - 우울증 선별과 진단: 정명훈 - 우울증의 의학적 평가: 김원형, 노대영 - 비약물요법: 이강수, 김세홍 - 약물요법: 서정석 - 추적 관찰: 정명훈 - 치료저항성 우울증: 전진용 - 노인과 우울증: 전진용 - 임신부 우울증: 이재창 - 소아/청소년 우울증: 이재창 - 진료의뢰 기준: 석정호 - 부록: 이은정 임상진료지침(완본) 집필 <ul style="list-style-type: none"> - 발생원인 및 위험인자: 노대영

	<ul style="list-style-type: none"> - 우울증 선별과 진단: 정명훈 - 우울증의 의학적 평가: 김원형, 노대영 - 비약물요법: 이강수, 김세홍 - 약물요법: 서정석, 정영은 - 추적 관찰: 정명훈 - 치료저항성 우울증: 전진용 - 노인과 우울증: 전진용 - 임신부 우울증: 이재창 - 소아/청소년 우울증: 이재창 - 진료의뢰 기준: 석정호 - 부록: 이은정
진료지침 적용 집단의 관점과 선호도	<p>진료지침 적용대상인 우울증 환자를 대상으로 우울증 치료 및 관리 영역의 관점과 선호도에 대한 문헌검토를 수행함.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meta-analysis 문헌(McHugh 등, 2013¹⁾)에서 우울증 치료 시 약물치료 보다 심리 치료를 더 선호하는 경향이 있다는 보고가 있었음. 이 진료지침에서 권고나 진료 시 고려할 점에 반영하지는 않았음. • 대한의학회에서는 별도의 환자 정보 리플릿 및 일반인용 자료집을 개발·보급하고 있으며, 이때 환자 및 일반인의 의견조사를 수행하여 이들의 관점과 선호도를 일부 반영하고 있음. • 이 진료지침은 의사용으로 다학제 참여 임상진료지침 개발위원회에 환자 및 일반인이 참여하지 않았음.
진료지침 사용자	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 목표 사용자: 개원의(내과, 가정의학과, 일반과 등) ▶ 진료환경: 일차 의료기관, 진료실 ▶ 지침사용 방법: 권고 적용군, 중재/실행지표, 비교지표, 결과물, 그리고 진료환경을 감안하여 진료 영역별 권고를 적용 하되, 필요한 경우 진료 시 고려할 점을 참고

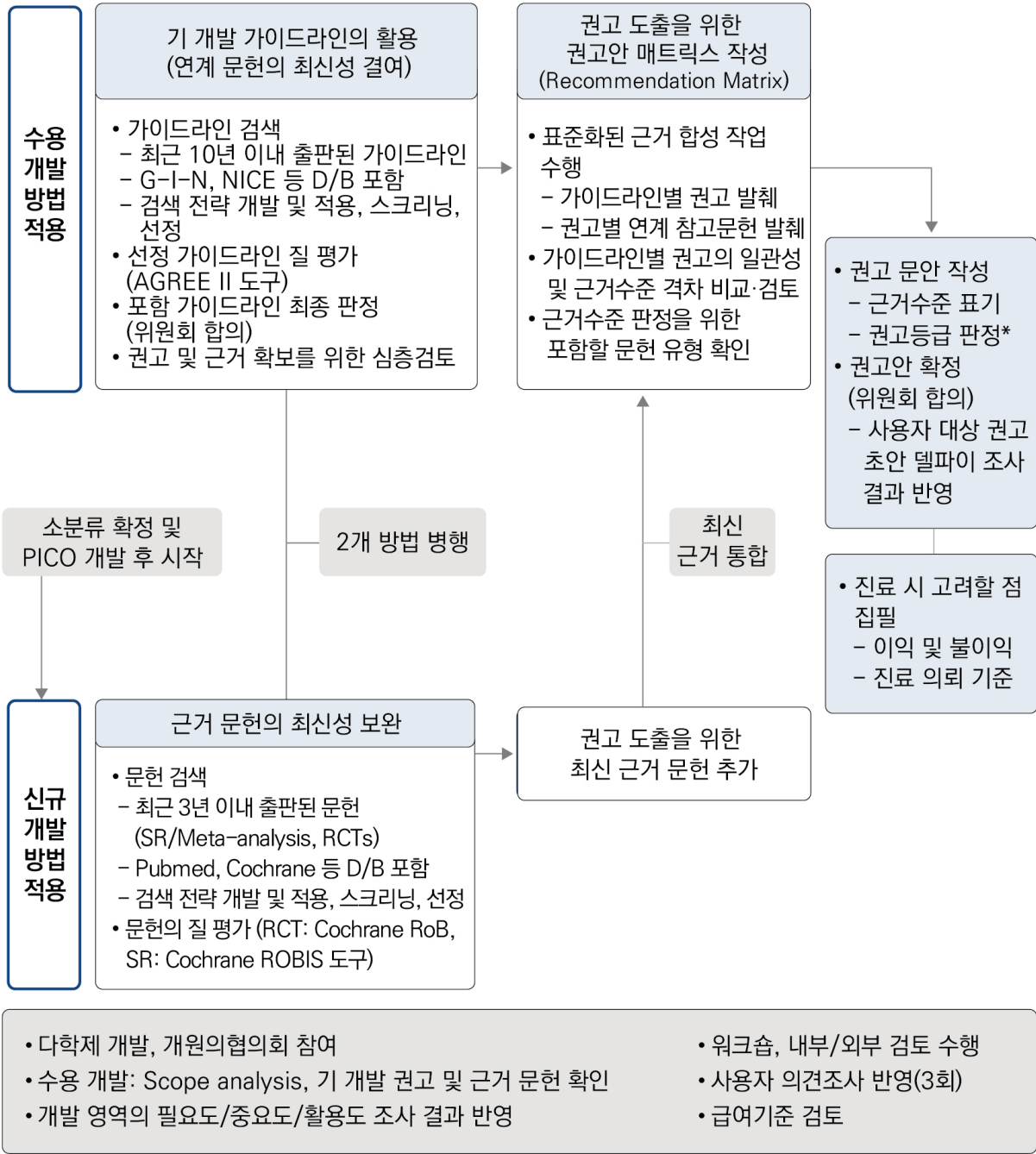
1) McHugh RK, Whitton SW, Peckham AD, et al. Patient preference for psychological vs. pharmacological treatment of psychiatric disorders: a meta-analytic review. J Clin Psychiatry 2013;74(6):595-602.



3. 진료지침 개발의 엄격성(개발 방법)

- 권고 요약본 개발 기간: 2020년 1월~2021년 2월
- 완본 개발 기간: 2021년 1월~2022년 2월
- 개발 방법(수용개발과 신규개발 방법을 병행)(그림 1):
우리나라 일차 의료용 가이드라인 개발에는 수용개발을 위해 작성하는 ‘Recommendation Matrix(기 개발 권고 및 연계 근거의 발췌)’의 장점을 최대한 활용 하였으며(ADAPTE 2009, Version 2.0), 여기에 ‘Right-Ad@pt Checklist(Version 04: Extending the RIGHT statement for reporting adapted practice guidelines in healthcare. 2020)’ 가이드에 의한 최근 3년 이내의 신규 문헌 추가 및 근거 합성 과정을 수행하여 근거의 최신성을 확보하고, 완성도를 높인 개발 방법을 사용하였음.
 - 권고 및 근거 합성용 포맷(Recommendation Matrix) 작성을 통한 권고 및 근거 취합방법의 장점
 - ▶ 다수의 기 개발 가이드라인으로부터 같은 소주제 혹은 PICOH에 대하여 도출된 권고들을 발췌하여 이들 권고가 유사한지 다른지, 다르다면 어떻게 다른지를 한눈에 쉽게 비교하여 볼 수 있음.
 - ▶ 이 권고 및 근거 합성용 포맷(Recommendation Matrix)에서는 권고와 연계되어 있는 지지 근거(supporting evidence)를 문헌 유형별로 제시하고 있기 때문에 강한 근거(strong evidence)를 바탕으로 한 권고를 확인하는 것이 가능하고, 보다 중요하게 참고할 수 있도록 도움을 줌.
 - ▶ 이 권고 및 근거 합성용 포맷(Recommendation Matrix)에서는 기 개발 권고에 사용된 어휘나 문구를 비교해 볼 수 있으므로 권고 문안(recommendation statement)을 작성하는 데 도움을 줌.
 - ▶ 여러 기 개발 가이드라인의 권고 및 근거를 한눈에 볼 수 있도록 발췌·제시하고 있기 때문에 이 검증된 근거들을 총체적으로 검토하는 방법으로 새로 도출한 권고에 대해 심층 토의를 할 수 있는 기초 자료를 제공함.
 - 진료지침 수용개발은 같은 주제 혹은 질문에 대하여 양질의 근거중심 진료지침들이 이미 개발되어 있을 경우 이들 진료지침의 정보를 활용하고 요약하여 새로운 진료지침을 만드는 방법으로 기 개발된 진료지침의 검증된 정보를 최대한 활용할 수 있는 장점이 있음.
- 위원회 구성 및 운영(권고 요약본): 대한의학회는 5개 유관 학회로부터 위원을 추천받아 우울증 제정위원회(7명)를 구성하였으며, 제정위원회 위원 추천으로 우울증 개발위원회(12명)를 구성하여, 권고 초안 도출을 위해 6회의 제정위원회 회의와 5회의 개발위원회 회의를 공동 운영하였음.
- 위원회 구성 및 운영(완본): 대한의학회는 5개 유관 학회로부터 위원을 추천받아 우울증 제정위원회(7명)를 구성하였으며, 제정위원회 위원 추천으로 우울증 개발위원회(13명)를 구성하여, 완본 내용 집필을 위해 5회의 제정위원회 회의와 5회의 개발위원회 회의를 공동 운영하였음.

대한의학회 가이드라인 개발 방법 (Adaptation + De Novo process)



* 권고등급 판정 요인은 GRADE-ADOLOPMENT (2017) 가이드를 적용함.

그림 1. 대한의학회 가이드라인 개발 방법



- 임상진료지침 개발지원 워크숍: 진료지침 개발위원회 위원들의 진료지침 개발 방법에 대한 지식과 경험 정도가 다양하기 때문에 대한의학회가 사용하고 있는 표준화된 진료지침 개발 방법론을 습득할 수 있도록 진료지침 개발지원 워크숍 2회를 실시하였음.

일시	워크숍 내용
2020. 05. 26 (1차)	가이드라인 개발 방법 <ul style="list-style-type: none"> • 가이드라인 개발 방법 소개 및 국외 사례 검토 • PICOH 개발 방법 및 사례 검토 • 가이드라인 질 평가를 위한 AGREE II 도구 소개 및 평가 사례
2020. 09. 16. (2차)	「Recommendation Matrix (기 개발 권고 및 연계 근거의 발췌)」 작성 및 활용 방법 <ul style="list-style-type: none"> • 기 개발 가이드라인에서 높은 수준의 근거를 기반으로 공통으로 권고하고 있는 내용 검토 • 권고 초안 도출 방법 및 예시를 소개

- 진료지침 개발의 단계별 개발 내용은 다음과 같음.

표 11. 진료지침 개발의 단계별 개발 내용^{1),2),3)}

단계	내용
지침개발 계획단계	<ul style="list-style-type: none"> • 진료지침 개발 관련 위원회 구성 • 개발계획단계에서의 기획 및 합의
지침개발 준비단계	<ul style="list-style-type: none"> • 일차 의료기관에서 사용이 적합한 가이드라인을 개발하기 위한 목적으로 사용자 (개원의) 의견조사 수행(대분류 및 소분류별 활용도, 필요도 수준의 평가) • 개발 영역별 건강 관련 임상 질문 초안 작성 및 질문 확정 • 국내 및 국외 진료지침의 체계적 검색(검색 D/B 선정, 검색전략 개발), 1차 및 2차 스크리닝(포함 및 배제 기준 적용) 수행 • 포함 기준을 만족하는 1차 선정된 진료지침의 질을 평가(AGREE II 도구 사용, 개발의 엄격성 평가) • 수용개발에 사용될 양질의 진료지침 선정 • 근거의 최신성 확보(최근 3년 이내의 근거 검색 및 스크리닝, 자료원으로 추가할 문헌 선정, 문헌의 질 평가)
지침개발단계 I (권고 초안 도출 및 권고 요약본 집필단계)	<ul style="list-style-type: none"> • 권고 초안 도출을 위한 근거 합성 작업 및 최신 문헌 검토 (Recommendation Matrix with supporting evidence) • 권고 초안의 도출(근거수준 표기, 권고등급 판정) • 권고안 채택을 위한 사용자 델파이 조사(9점 척도, 권고별 합의 정도에 대한 응답 시 권고의 수용 정도, 적용 가능 정도, 활용 정도를 감안함) 결과를 반영하여 권고안 합의, 확정

단계	내용
	<ul style="list-style-type: none"> • 권고 요약본 집필(권고문안, 진료 시 고려할 점, 권고 관련 이익 및 불이익, 진료 의뢰) • 권고 요약본 초안에 대한 사용자 만족도 조사 수행, 의견 반영
지침개발단계 II (진료지침 완본 집필단계)	<ul style="list-style-type: none"> • 진료지침 완본(Full version) 초안의 작성 <ol style="list-style-type: none"> 1. 확정된 권고 요약본의 콘텐츠 제시 2. 영역별 권고 및 진료 시 고려할 점에 대한 배경의 집필(benefit, harm, benefit-harm balance 포함), 배경 집필 근거 제시 3. (필요할 경우) 알고리즘, 진료 체크리스트 추가, 개발, 제시 4. 가이드라인 개발 과정 및 방법에 대한 집필 5. 권고 관련 정보를 추가로 제공하기 위한 부록 편집 6. 완본 집필 초안에 대한 사용자 만족도 조사 수행, 의견 반영 • 의사용 권고 요약 정보(Quick Reference Guide) 편집
검토 및 지침 확정단계	<ul style="list-style-type: none"> • 내부 위원회 검토(3회) • 권고 초안에 대한 피드백을 수집하고(개방형 질문), 적용 가능성과 실행가능성을 평가하기 위한 목적으로 권고 초안에 대한 주 사용자 외부 검토 수행 • 내·외부 검토 의견을 반영한 수정 및 보완 • 권고 요약본 및 진료지침 완본의 콘텐츠 확정
인증 및 보급단계	<ul style="list-style-type: none"> • 대한의학회 및 개발에 참여한 모든 학회의 인정 및 출판 • 디지털 가이드라인에 콘텐츠 탑재 [www.digitalcpg.kr] • 임상진료지침 정보센터에 개발 가이드라인 탑재 [www.guideline.or.kr] • 보급 및 활용 관련 장애요인에 대한 주기적인 조사 수행, 가이드라인 보급 활성화에 반영 • 핵심지표 개발, 권고 활용 수준에 대한 조사 및 모니터링 • 지역 의사회, 학술대회를 통한 진료지침의 현장보급 및 우편보급

- 1) The ADAPTE Collaboration. The ADAPTE Process: Resource Toolkit for Guideline Adaptation. Version 2.0. 2009. Available from: <http://www.g-i-n.net>.
- 2) The user guide of the Right-Ad@pt. Right-Ad@pt Checklist. Version 04. Extending the RIGHT statement for reporting adapted practice guidelines in healthcare. 2020.
- 3) 보건복지부·대한의학회. 한국형 진료지침 수용개발 방법의 이해와 활용. 2011.



1) 개발 범위 및 임상질문(PICOH)의 도출

- 국내 및 해외 기 개발 가이드라인의 개발 영역 및 범위에 대한 검토 결과는 표 12와 같음.
- 국내 및 해외 가이드라인의 개발 영역 및 권고 도출 여부에 대한 검토 결과를 바탕으로 일차 의료기관에서 진료를 담당하고 있는 개원의를 주 사용자(개원의)로 하는 우울증 임상진료지침의 개발 범위 초안을 개발 위원회에서 도출함.
- 일차 의료기관에서 사용이 적합한 가이드라인을 개발하기 위한 목적으로 개발위원회에서 도출한 개발 범위 초안에 대해 사용자(개원의) 의견조사를 수행(대분류 및 소분류별 활용도, 필요도 수준을 평가)하여 결과를 검토하였고, 일부 의견을 반영함(온라인 의견조사, 2020. 05. 11 ~ 05. 19, 응답률 67.5%, 135명 응답/200명 일차의료패널).
 - 가이드라인 개발 영역에 대한 주 사용자 의견조사 결과를 검토하여 개발 범위 확정 시 반영하였으며, 조사 결과 예시는 표 13과 같음.

개발 범위 확정을 위한 사용자 의견조사 결과 반영 내용	
특수상황 영역	[의견] • 단원 3. 특수상황 영역의 필요도 및 활용도 수준이 다른 영역에 비해 상대적으로 낮게 조사되었으며(필요도 ‘높음’ + ‘매우 높음’ 62.9%, 활용도 ‘높음’ + ‘매우 높음’ 62.3%), 소아/청소년 우울증 치료에 대한 내용을 추가해 달라는 의견이 개선됨.
	[반영] • 단원 3. 특수상황에 소아/청소년 우울증 영역을 추가하기로 함.
	[반영] • 특수상황은 치료 보다는 진료의뢰의 대상이므로 간략히 서술하고 ‘진료의뢰 기준’을 별도의 대분류 영역으로 배치하여 강조하기로 함.

- 개발 범위는 다음과 같이 4개 대분류, 11개 소분류, 16개 세분류로 구성됨.
- 구조화된 조사표를 개발하여 합의된 소분류별로 임상질문을 PICOH 구성요소에 따라 도출함. 도출된 임상 질문들은 제정 및 개발위원회에서 검토·합의하였으며, 최종 5개 세분류 영역에 대해서 권고 적용군 (Population), 중재/실행지표(Intervention), 비교지표(Comparator), 결과물(Outcome), 진료환경 (Healthcare Setting)을 제시함(표 14).

표 12. 국내·외 기 개발 가이드라인 개발 영역에 대한 검토 결과

국내·외 우울증 가이드라인 개발 영역 비교(요약)		Asia	International	UK & Scotland		USA		CANADA		Australia & NZ				
국내 진료지침				Singapore (2012)	WFSBP (2007)	NICE		SIGN (2010)	VA/DoD (2016)	ICSI (2016)	CANMAT (2016)	CANMAT (2016)	NHMRC (2019)	NZ (2008)
분류영역		대분류	소분류			adults (2018)	young people (2019)							
우울증의 진단 및 평가 지침 개발(2014)														
진단 및 평가	진단 아형													
	증상의 심각도													
	정신과적 동반질환													
	신체질환 동반유무													
근거중심 한국형 우울증 약물학적 치료지침, 개정판(2013)														
항우울제 치료의 초기선택	일차약제의 선택													
	항우울제의 내약성													
	항우울제 선택에 영향을 끼치는 기타요인들													
	우울증 양상에 따른 항우울제 치료효과													
우울증 진료지침(2008)														
I. 우울증의 치료	A. 경과에 따른 치료	○	○	○	○		○	○				○	○	
	B. 우울증의 아형별 치료 방침	○		○	○		○	○				○		
	C. 치료저항성 우울증의 치료	○	○	○			○	○			○	○	○	
II. 우울증의 정신사회적 치료	A. 정신치료	○	○	○	○	○	○	○		○	○	○	○	
	B. 자기관리요법	○		○	○	○	○					○	○	
III. 생물학적 치료와 정신사회적 치료의 병합					○		○	○		○		○		
한국형 우울장애 약물치료 지침서(2017)														
VII. 우울장애 약물치료 지침	A. 정신병적 양상을 동반하지 않은 주요우울장애 (초기 치료, 치료 저항성에 대한 치료 전략)													
	B. 정신병적 양상을 동반한 주요우울장애의 약물 치료													
	C. 지속성 우울장애와 우울장애의 임상 아형에 따른 약물치료(지속성, 흔재성, 불안형 우울장애)													
	D. 유지/지속치료의 전략(기간, 용량)			○	○		○		○				○	
	E. 소아/청소년, 노인, 여성 우울증의 치료	소아/청소년		○									○	
		노인	○	○				○	○				○	
		여성	○	○				○	○				○	○
F. 특정 상황에서의 항우울제 선택							○							
G. 비약물적인 생물학적 치료법(ECT,TMS)	○	○	○	○		○	○							
전문가 의뢰	○		○	○		○	○				○	○		
알고리즘							○	○				○	○	
기타	Screening	○	○	○	○		○	○			○	○	○	
	Risk factors				○			○			○	○	○	
	Non-pharmacological management					○	○							
	Risk of medication interaction			○	○		○	○	○			○	○	
	Other treatment		○			○	○	○						
	Relapse prevention			○	○			○				○		

표 13. 일차 의료용 우울증 가이드라인 개발 범위에 대한 필요도 및 활용도 조사 결과

대분류 「단원 2. 우울증 치료 및 관리」의 소분류 항목			필요도 및 활용도 인지 수준													
			매우 낮다		낮다		보통이다		높다		매우 높다		모르겠다		합계	
			N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
소분류 2. 약물요법	필요도	0	0	0	0	12	8.9	61	45.2	62	45.9	0	0	135	100.0	
	활용도	0	0	0	0	14	10.4	63	46.7	58	43.0	0	0	135	100.0	
① 주요 약물	필요도	0	0	0	0	10	7.4	58	43.0	67	49.6	0	0	135	100.0	
	활용도	0	0	0	0	12	8.9	57	42.2	66	48.9	0	0	135	100.0	
② 우울증 약물치료	필요도	0	0	1	0.7	10	7.4	56	41.5	68	50.4	0	0	135	100.0	
	활용도	0	0	1	0.7	13	9.6	58	43.0	63	46.7	0	0	135	100.0	

■ 높다(높다+매우높다) ■ 보통 ■ 낮음(낮다+매우낮다)

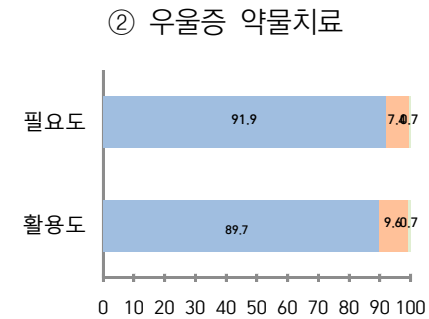
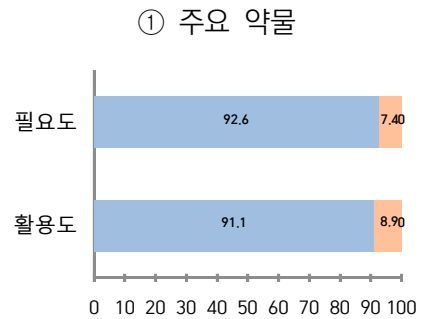
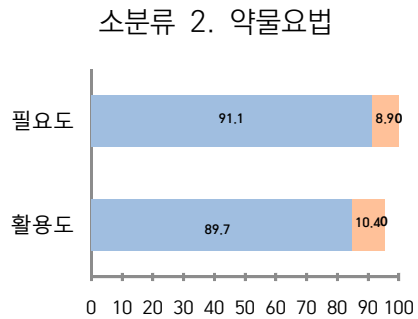


표 14. 일차 의료용 우울증 가이드라인 세분류 영역별 PICOH 요약 표

	세분류 영역	권고 적용군(P)	중재/실행지표(I)	비교지표(C)	결과물(O)	진료환경(H)
1	우울증 선별과 진단	성인 우울증 의심 환자	선별척도, 진단기준 적용	선별 미시행/진단 미시행	환자 진단율 및 선별 양성률 증가	진료실
2	생활습관개선	성인 우울증 환자	생활습관개선 상담 및 모니터링	생활습관개선 상담 및 모니터링 미시행	재발률 감소, 삶의 질 향상	진료실
3	환자교육	성인 우울증 환자	환자교육 시행	환자교육 미시행	치료순응도 증가	진료실
4	우울증 약물치료	성인 우울증 환자	약물치료	약물치료 미시행, 위약	재발률 감소, 직장 복귀율 증가	진료실
5	진료의뢰 기준	성인 우울증 환자	진료의뢰 기준 제시	진료의뢰 기준 미제시	진료의뢰율 증가	진료실



2-1) 근거(진료지침)의 검색

- 검색기간: 2011년 1월~2019년 12월
- 가이드라인 검색 자료원
 - 국외 가이드라인 탑재 기관(5개): G-I-N, NICE, SIGN, CMA_Infobase, NHMRC
 - 국외 검색 D/B(2개): Pubmed, Google
 - 국내 학회
- 체계적 가이드라인 검색은 근거 검색 경험이 많은 전문 사서가 수행함.
- 진료지침 관련 색인단어는 다음의 조합으로 검색하였으며 검색 식은 다음과 같음.
[(Guideline* or Practice guideline* or Clinical practice guideline* or Recommendation* or Consensus)]
- 검색 자료원별로 검색 전략(search strategy)을 개발하여 적용하였으며, PubMed 검색 전략 예시는 표 15와 같음.

표 15. 우울증 가이드라인 검색을 위한 Pubmed 검색 전략

검색일 : 2020년 2월 22일

Search	Query	Results
#1	"Depression"[Mesh] OR "Depressive Disorder"[Mesh]	210,352
#2	"Antidepressive Agents"[Mesh]	57,592
#3	Depress*[TI] OR "Non-psychotic depress*" [TW] OR "Psychotic depress*" [TW] OR Antidepress*[TI]	164,481
#4	"Mental Disorders"[Mesh:NoExp]	159,887
#5	"Mental disorder*" [TI] OR "Mental health*" [TI]	60,475
#6	"Anxiety"[Mesh] OR "Anxiety Disorders"[Mesh]	151,926
#7	Anxiet* [TI] OR Anxious distress [tw] OR Mood [TI] OR "Disruptive Mood Dysregulation Disorder*" [TW] OR "DMDD" [TW]	61,853
#8	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7	572,372
#9	#8 AND ("Consensus Development Conference" [ptyp] OR "Consensus Development Conference, NIH" [ptyp] OR "Guideline" [ptyp] OR "Practice Guideline" [ptyp] OR Guideline* [TI] OR Clinical-Practic* [TI] OR Recommend* [TI] OR CPG [TI] OR CPGs [TI] OR "consensus" [MeSH] OR consensus [TI] OR Guide [TI] OR Statement* [TI] OR Best-Practic* [TI])	4,959

Search	Query	Results
#10	#9 NOT (animals[Mesh:noexp] NOT (animals[Mesh:noexp] AND humans[Mesh]))	4,947
#11	#10 AND (("2011/01/01"[PDAT] : "2019/12/31"[PDAT]) AND English[lang])	1,878

2-2) 최근 3년 이내의 신규문헌 검색

- 검색기간: 2018년 1월~2020년 5월
- 문헌 검색 자료원: Pubmed, Cochrane
- 포함문헌의 유형: SR/Meta-analysis, RCTs
- 체계적 문헌 검색은 근거 검색 경험이 많은 전문 사서가 수행함.
- 10개 소분류 영역별로 총 20건의 검색 자료원별 검색 전략(search strategy)을 개발하여 적용하였으며, 우울증 약물요법 영역의 문헌을 체계적으로 검색하기 위한 Pubmed 검색전략 예시는 표 16과 같음.

표 16. 우울증 약물요법 영역의 신규문헌 검색을 위한 Pubmed 검색 전략

검색일 : 2020년 5월 31일

Search	Query	Results
#1	"Depression"[Majr] OR "Depressive Disorder"[Majr]	148,633
#2	Depression*[TI] OR Depressive-Disorder*[TI]	111,165
#3	#1 OR #2	176,862
#4	"Antidepressive Agents"[Mesh] OR "Antidepressive Agents" [Pharmacological Action]	151,469
#5	Antidepressive[TW] OR Antidepressant*[TW] OR Drug-therap*[TW]	2,335,921
#6	#4 OR #5	2,398,453
#7	#3 AND #6	50,574
#8	#7 AND (Systematic[sb] OR "Systematic Review"[ptyp] OR systematic-review*[TI] OR systematic*[TI] OR literature review*[TI] OR "meta-analysis" [ptyp] OR meta-analys*[TI] OR "Randomized Controlled Trial" [ptyp] OR Randomiz*[TI] OR Randomis*[TI] OR "RCT"[TI])	8,189
#9	#8 NOT (animals[Mesh:noexp] NOT (animals[Mesh:noexp] AND humans[Mesh]))	8,178
#10	#9 AND (("2018/01/01"[PDAT] : "3000/12/31"[PDAT]) AND English[lang])	863



3) 근거(진료지침) 선정의 기준, 스크리닝 현황 및 선정과정 흐름도(PRISMA Flowchart)

표 17. 근거(진료지침) 선정 포함 기준 및 배제 기준

	검색 조건 및 포함 기준	배제 기준
1	<ul style="list-style-type: none"> • Human only • Adult • Guideline category: All (Etiology, Prevention, Diagnosis, Therapy/Treatment, Follow-up, Management) • Publication year: 2011.01~2019.12.31 • Language: Korean, English only 	<ul style="list-style-type: none"> • 어린이, 청소년 가이드라인 • 질환이 우울증이 아닌 경우 • 오래된 근거로 개발된 가이드라인 (2010년 12월 이전) • 국문, 영문으로 출판되지 않은 경우
2	<ul style="list-style-type: none"> • 진료 환경이 일차, 이차 및 삼차 의료기관인 가이드라인인 경우 • 보건소용 가이드라인 	<ul style="list-style-type: none"> • 진료환경이 응급실, 중환자실인 가이드라인 • 제약회사, 보험회사 가이드라인
3	<ul style="list-style-type: none"> • 외래 환자용 가이드라인 • Home care용 가이드라인 	<ul style="list-style-type: none"> • 입원 환자용 가이드라인
4	<ul style="list-style-type: none"> • 지침 사용자가 의사인 경우 	<ul style="list-style-type: none"> • 지침 사용자가 간호사, 환자, 일반인인 경우
5	<ul style="list-style-type: none"> • 근거기반 가이드라인(Full version) <ul style="list-style-type: none"> - 근거수준 및 권고등급 표기가 있는 경우 - 권고가 근거와 연계되어 있는 경우 • (최신 근거가 있는 경우) 단일 주제로 개발된 가이드라인(개발영역일 경우) • 개정본이 있는 경우 최신 version 가이드라인 • 신규개발(GRADE 방법 포함) 가이드라인 	<ul style="list-style-type: none"> • 근거기반 가이드라인이 아닌 경우 <ul style="list-style-type: none"> - 근거수준 및 권고등급 표기가 없는 경우 - 권고가 근거와 연계되어 있지 않은 경우 • 수용개발 방법으로 개발된 가이드라인 • 합의개발 방법으로 개발된 가이드라인 • 가이드라인/진료지침이 아닌 경우 <ul style="list-style-type: none"> - 교육용 매뉴얼 및 교과서 형태 • 번역본 가이드라인 • (최신) 개정 전 version의 가이드라인 • 단일 주제로 개발된 가이드라인 (개발영역이 아닌 경우)
6	<p>기타)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 근거 기반 지침이 아니지만 국내 가이드라인 및 국제적으로 통용되는 가이드라인 • 오래된 근거로 개발된 가이드라인이지만 꼭 감안해야 할 근거를 포함하고 있는 가이드라인 	

- 검색 자료원별 검색 결과 추출된 가이드라인의 수는 중복을 제거한 후 총 1,898개였음. 제정위원회 및 개발위원회 위원들이 모두 참여하여 근거의 선택 기준과 배제 기준을 적용하여 1차 및 2차 스크리닝 작업을 수행한 결과 총 13개의 가이드라인을 선별함. 가이드라인 질 평가(AGREE II 도구 사용) 수행 결과 1개의 지침을 제외한 후 최종 12개를 이 가이드라인(권고 요약본) 개발의 'Source Guidelines' 으로 사용함(표 18).

표 18. 우울증 가이드라인 스크리닝 현황 및 문헌 선정 건수

구 분	검색 자료원	검색 가이드라인	가이드라인 스크리닝 현황			AGREE II 평가 후 최종 포함 지침
			중복 제거 후	1차 스크리닝 결과	2차 스크리닝 결과	
가이드라인기관 (5)	G-I-N	7	34	15	7	7
	NICE	8				
	SIGN	1				
	CMA_Infobase	17				
	NHMRC	2				
	소계	35				
국외 검색 D/B (2)	Pubmed	1,878	1,860	27	2	2
	Google	6				
	소계	1,884				
국내 학회	관련 학회 홈페이지	4	4	4	4	3
	소계	4				
계		1,923	1,898	46	13	12

● 질 평가를 수행할 우울증 진료지침의 선정 과정에 대한 흐름도(PRISMA Flowchart)

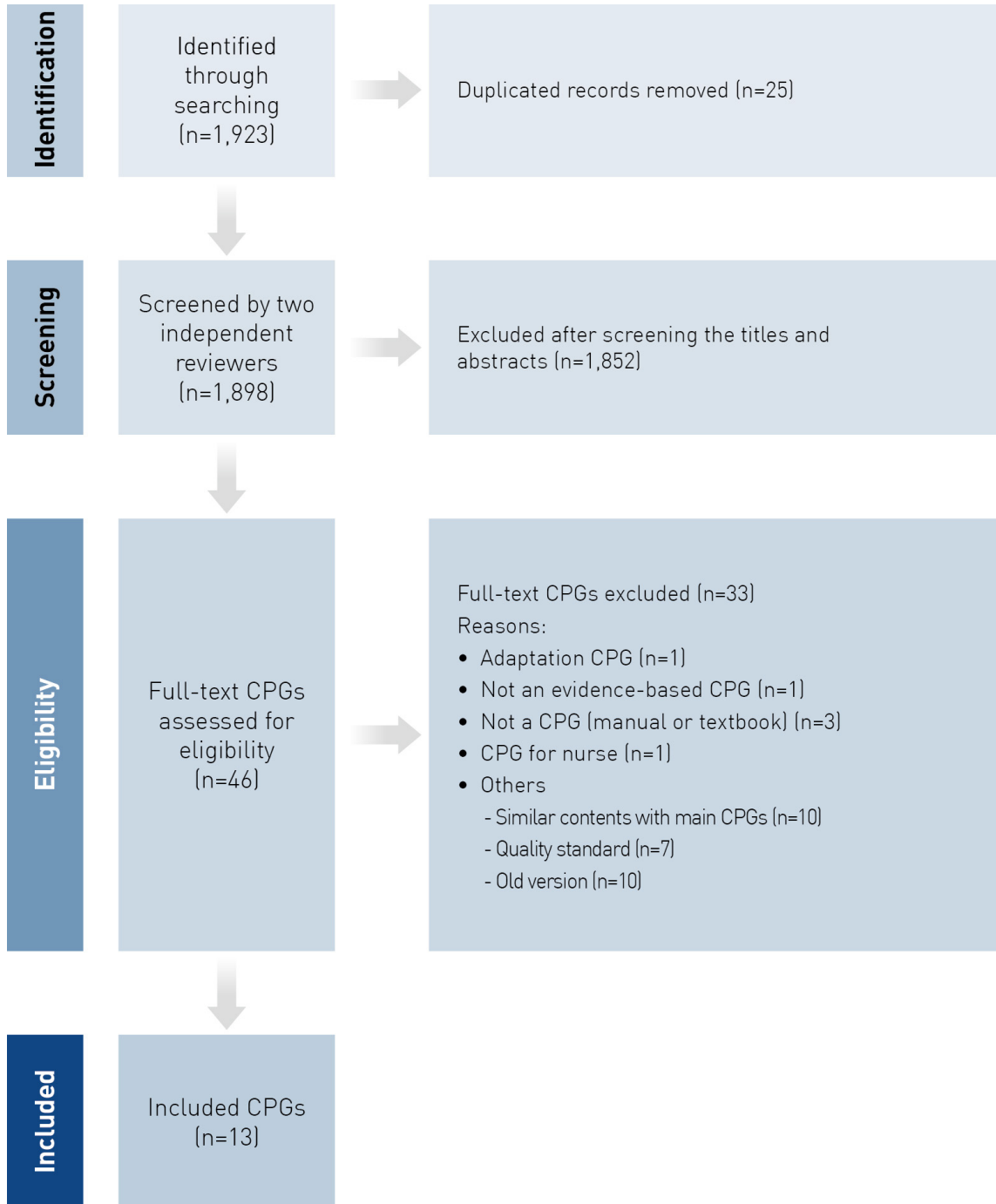


그림 2. 우울증 가이드라인 문헌 선정 흐름도

4-1) 근거(진료지침)의 질 평가 및 선정

- 포함 및 배제 기준을 적용하여 총 13개 지침을 선별하였으며, 근거(진료지침)의 질 평가는 국제적으로 사용하고 있는 평가도구인 AGREE II 도구를 사용하여 13개 지침별로 각 2명(1명의 임상 의사, 1명의 방법론 전문가)을 배정하여 평가를 수행함.
- 이 연구에서는 연구목적, 연구 기간, 연구의 편리성 등을 고려하여 AGREE II 도구의 6개 평가영역 중 평가영역 '3. 개발의 엄격성' 영역의 8개 세부항목에 대한 평가만을 수행함. 가이드라인 질 평가 결과는 그림 3과 같음.
- 2명의 평가자 간 불일치는 유선 혹은 이메일로 상호 의견을 조율하여 점수 차이가 4점을 넘지 않도록 조정 후 영역별 표준화 점수를 재산출하여 판정함.
- 평가 결과 표준화 점수가 60% 이상인 9개 지침, 그리고 국제적으로 통용되는 중요한 가이드라인과 국내 가이드라인을 포함하여 표준화 점수가 60% 미만인 3개 지침을 포함하여 총 12개 지침을 최종 선정함.
- 평가 결과 표준화 점수가 60% 미만인 1개 지침을 제외함.

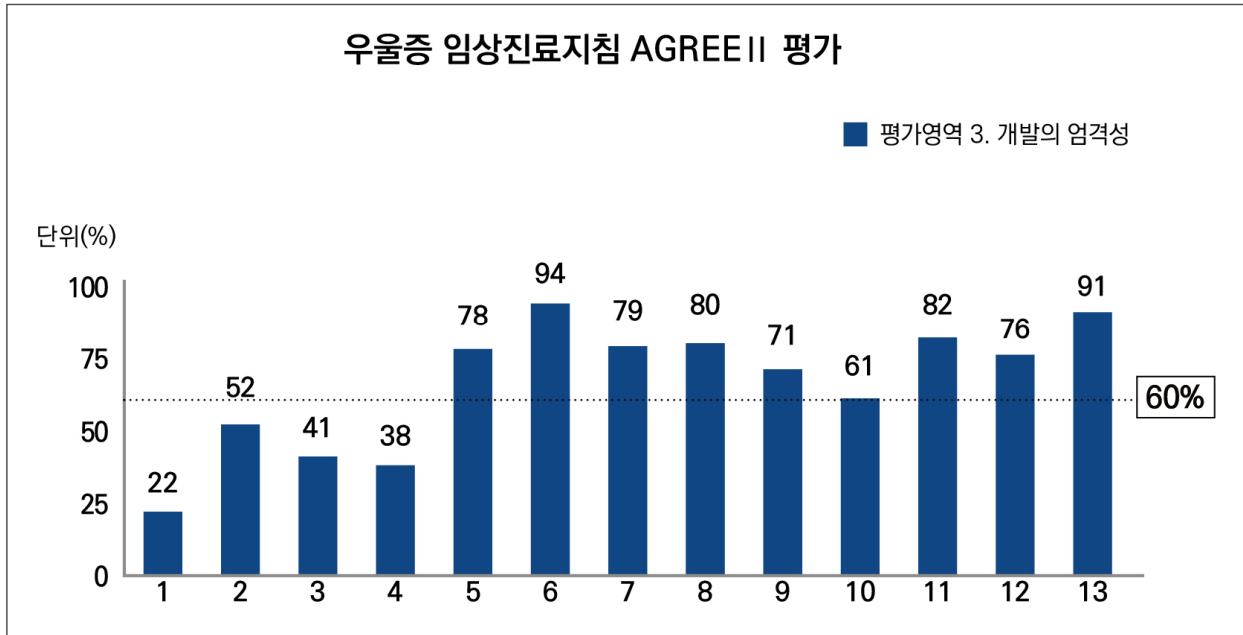


그림 3. 우울증 가이드라인 질 평가 결과

4-2) 근거(문헌)의 질 평가 방법

- 추가한 최신 근거 문헌이 RCT인 경우
 - 코크란 'Risk of Bias' 판정 도구를 사용하여 비뚤림, 연구방법의 제한점을 평가함.¹⁾

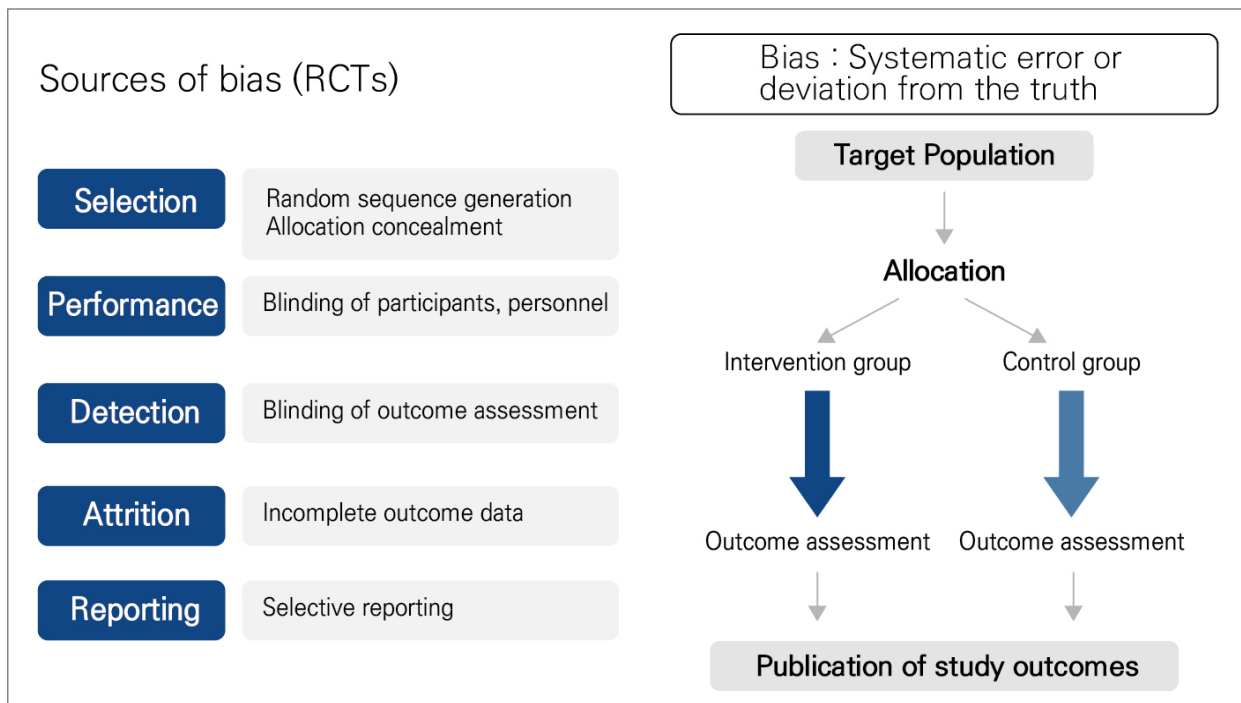


그림 4. 문헌의 질 평가 도구(코크란)

1) MONASH University. Introduction to systematic reviews of health interventions short course. 2016.

- 추가한 최신 근거 문헌이 SR인 경우
 - 코크란 'ROBIS' 도구를 사용하여 연구방법의 제한점을 평가함.²⁾

	코크란 ROBIS domain	Judgement (예시)
1	Concerns regarding specification of study eligibility criteria	Low risk
2	Concerns regarding methods used to identify and/or select studies. Two authors screened citations for inclusion, but only one screened full text.	High risk
3	Concerns regarding methods used to collect data and appraise studies. One author extracted data and assessed risk of bias.	High risk
4	Concerns regarding synthesis and findings	Low risk

2) Whiting P, Savovic J, Higgins J, et al. ROBIS: Tool to assess risk of bias in systematic reviews guidance on how to use ROBIS. University of Bristol. 2016.

- 근거자료의 강도와 한계에 대한 검토를 수행함.
 - 연구 전반에 걸친 근거(참고문헌)와 권고의 일관성, 방향성을 권고 및 근거 합성용 포맷(Recommendation Matrix)으로 요약하여 한 눈에 쉽게 비교하고 검토함.
 - 권고별로 이익 대비 불이익의 크기를 판정하여 권고 등급의 판정 시 반영함.
 - 실제 상황에서의 적용 가능성을 파악하기 위해 사용자 의견조사를 수행하여 권고 초안에 대한 사용자 피드백을 취합하고 검토함. 권고별 수용 정도, 적용 가능 정도, 활용 정도에 대한 동의 수준을 조사하여 반영함.

5) 권고안 도출방법 및 초안의 작성

- 최종 선정된 12개 우울증 임상진료지침을 대상으로 소분류(혹은 임상질문)별 관련 권고 및 사용 근거를 발췌하기 위하여 근거자료 추출용 권고안 매트릭스(Recommendation Matrix)를 작성하였음(표 19).
- 권고 초안에 대한 도출 과정은 표 20과 같음.
- 11개 소분류(혹은 임상질문)에 대하여 총 18개 권고를 도출하여 제시함.
- 권고 요약본 초안을 개발함에 있어서 권고 이외에 진료 시 고려할 점, 권고 관련 이익 및 불이익, 진료의뢰가 필요한 상황을 집필하여 별도의 글 상자에 제시함.

표 19. 소분류(혹은 임상질문)별 우울증 권고안 매트릭스 작성 예시

소분류: 환자 교육 권고 (Recommendations)		기존 근거수준 / 권고등급	권고 도출 근거자료(supporting evidence) - 사용된 근거별 총수 표기 -						Guideline
			A		B		C	D	
			A-1	A-2	B-1	B-2	C	D	
G4 (ICSI 2016)	Before initiating treatment, it is important to establish a therapeutic alliance with the patient regarding diagnosis and treatment options (in which there is overlap in the patient's and clinician's definition of the problem and agreement on which steps are to be taken by each).	Low /Strong	0	0	0	0	3	0	1
G6 (VA/DoD 2016)	We recommend that treatment planning include patient education about the condition and treatment options, including risks and benefits. The individualized treatment plan should be developed using shared decision-making principles, and should define the provider, patient, and support network's roles.	n.a. /Strong	1	0	0	0	0	0	2
G9 (BAP 2015)	Educate patients about the nature of depressive disorders, the possibility of worsening or emerging suicidal thoughts, possible side effects and benefits of medication, likely duration of treatment and problems associated with stopping medication (S).	n.a. /Strong	0	0	0	0	0	0	1
G5 (NICE 2018)	When prescribing antidepressants, explore any concerns the person with depression has about taking medication, explain fully the reasons for prescribing, and provide information about taking antidepressants, including: <ul style="list-style-type: none"> • the gradual development of the full antidepressant effect • the importance of taking medication as prescribed and the need to continue treatment after remission • potential side effects • the potential for interactions with other medications • the risk and nature of discontinuation symptoms with all antidepressants, particularly with drugs with a shorter half-life 	-	0	0	0	0	0	0	1



소분류: 환자 교육 권고 (Recommendations)		기존 근거수준 / 권고등급	권고 도출 근거자료(supporting evidence) - 사용된 근거별 총수 표기 -						Guideline
			A		B		C	D	
			A-1	A-2	B-1	B-2	C	D	
	(such as paroxetine and venlafaxine), and how these symptoms can be minimised • the fact that addiction does not occur with antidepressants. Offer written information appropriate to the person's needs.								
	Advise people with depression who are taking antidepressants that discontinuation symptoms may occur on stopping, missing doses or, occasionally, on reducing the dose of the drug. Explain that symptoms are usually mild and self-limiting over about 1 week, but can be severe, particularly if the drug is stopped abruptly.	-	0	0	0	0	0	0	1
G6 (VA/DoD 2016)	For patients with MDD, we suggest offering patient education on the benefits of exercise as an adjunct to other evidence-based treatments for depression or as monotherapy when patients are unwilling or unable to engage in first-line evidence-based psychotherapy or pharmacotherapy.	n.a. /Weak	1	3	0	0	0	1	2
G6 (VA/DoD 2016)	For patients with mild MDD, we suggest patient education about the benefits of bibliotherapy based on cognitive-behavioral principles as adjunctive treatment or an alternative to pharmacotherapy or psychotherapy based on patient preference.	n.a. /Weak	0	2	0	0	0	2	1

※ Recommendation Matrix 작성에서 권고 도출 근거자료(supporting evidence)의 구분 및 표기

A	A-1	SR/Meta-analysis
	A-2	RCTs, CTs with control
B	B-1	Clinical trials (no control)
	B-2	Non-RCTs, Observational study (Cohort, Case-control)
C	C	Cross-sectional study, Case report
D	D	Expert opinion, Consensus
Guideline		Guidelines

Depression CPGs ID	Reference list for supporting evidence [Types of evidence]
G4 (ICSI, 2016)	ICSI. Adult depression in primary care. 2016. [Guideline] 1) Kocsis JH, Leon AC, Markowitz JC, et al. Patient preference as a moderator of outcome for chronic forms of major depressive disorder treated with nefazodone, cognitive behavioral analysis system of psychotherapy, or their combination. J Clin Psychiatry 2009b;70:354-61. [Cross-sectional study] 2) Loh A, Leonhart R, Wills CE, et al. The impact of patient participation on adherence and clinical outcome in primary care of depression. Patient Educ Couns 2007;65:69-78. [Cross-sectional study] 3) Krupnick JL, Sotsky SM, Simmens S, et al. The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: findings in the national institute of mental health treatment of depression collaborative research program. J Consult Clin Psychol 1996;64:532-39. [Cross-sectional study]
G6 (VA/DoD, 2016)	VA/DoD. Clinical practice guideline for the management of major depressive disorder. 2016. [Guideline] 71) Cooney GM, Dwan K, Greig CA, et al. Exercise for depression. Cochrane Database Syst Rev 2013;9:CD004366. [SR] 72) Harsora P, Kessmann J. Nonpharmacologic management of chronic insomnia. Am Fam Physician 2009; 79(2):125-130. [Guideline]
G9 (BAP, 2015)	BAP. Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: a revision of the 2008 british association for psychopharmacology guidelines. 2015. [Guideline]
G5 (NICE, 2018)	NICE. Treatment and management of depression in adults (Updated edition). 2018. [Guideline]
G6 (VA/DoD, 2016)	VA/DoD. Clinical practice guideline for the management of major depressive disorder. 2016. [Guideline] 71) Cooney GM, Dwan K, Greig CA, et al. Exercise for depression. Cochrane Database Syst Rev 2013;9:CD004366. [SR] 171) Mata J, Hogan CL, Joormann J, et al. Acute exercise attenuates negative affect following repeated sad mood inductions in persons who have recovered from depression. J Abnorm Psychol 2013;122(1):45-50. [RCT] 172) Craft LL. Exercise and clinical depression: Examining two psychological mechanisms. Psychology of Sport and Exercise 2005;6(2):151-171. [CT] 173) Chen M. The neurobiology of depression and physical exercise. Handbook of Physical Activity and Mental Health: London: Routledge; 2013. [Handbook]



Depression CPGs ID	Reference list for supporting evidence [Types of evidence]
	<p>174) Lippincott Williams and Wilkins. ACSM's resource manual for guidelines for exercise testing and prescription. 4th ed: American College of Sports Medicine; 2001. [Guideline]</p> <p>175) Dunn AL, Trivedi MH, Kampert JB, et al. Exercise treatment for depression: efficacy and dose response. Am J Prev Med 2005;28(1):1-8. [RCT]</p>
G6 (VA/DoD, 2016)	<p>VA/DoD. Clinical practice guideline for the management of major depressive disorder. 2016. p. 57~58 [Guideline]</p> <p>190) Naylor EV, Antonuccio DO, Litt M, et al. Bibliotherapy as a treatment for depression in primary care. J Clin Psychol Med Settings 2010;17(3):258-271. [RCT]</p> <p>191) Liu E-H, Chen W-L, Li Y-H, et al. Exploring the efficacy of cognitive bibliotherapy and a potential mechanism of change in the treatment of depressive symptoms among the Chinese: a randomized controlled trial. Cognitive Therapy and Research 2009;33(5):449-461. [RCT]</p> <p>192) Burns D. Feeling good: The new mood therapy. Harper; 2008. [Book]</p> <p>193) Greenberger D, Padesky C. Mind over mood: change how you feel by changing the way you think. The Guilford Press; 1995. [Book]</p>



표 20. 권고 초안 도출 방법

	권고 초안 도출 방법
1	최종 선정된 국내외 기 개발 12개 우울증 진료지침의 권고내용을 검토함. 소분류별(PICOH 관련 혹은 일반적인)로 권고 및 관련 연계 근거(supporting evidence)를 발췌하여 취합한 권고안 매트릭스(Recommendation Matrix)를 작성하여 제시함.
2	작성한 권고안 매트릭스에서 근거수준이 높은 권고내용을 먼저 확인하고, 공통 권고와 상이한 권고를 분류한 후 여러 양질의 진료지침에서 공통으로 권고하고 있는 내용을 추출하여 요약함.
3	근거수준이 높은 권고내용, 공통 권고내용, 국내 진료 현황과 수가체계, 그리고 개발 분야의 전문가로서의 경험과 전문성을 총체적으로 고려하여 간단하고 명료한 1개 혹은 2개 이상의 권고 문안 초안을 작성하여 제시함.
4	기 개발 권고가 없지만 우리나라 일차 진료현장에 꼭 필요한 권고일 경우 근거수준이 높은 근거를 기반으로 권고를 도출하여 제시함(근거수준 및 권고등급 표기).
5	권고 도출의 근거자료는 기 개발 권고 연계 문헌을 중심으로 선별하여 연계 지지 근거(문헌)로 사용하고, 최신 문헌을 검토·추가한 후 대한의학회 근거수준 기준에 맞추어 근거수준을 부여함.
6	기 개발 가이드라인 연계 근거 이외에 최신 근거자료를 추가하여 최신성을 보완해야 할 경우 소분류 별로 검색해 둔 최신문헌을 검토·선별하여 추가함. 권고안 매트릭스에 표기된 연계 근거가 없거나 명확하지 않지만, 강하게 혹은 약하게 권고해야 하는 임상시험이 불가능한 영역의 근거수준은 권고를 포함하고 있는 권위 있는 진료지침(Guideline)으로 표기함.
7	권고등급은 임상진료지침 개발위원회에서 도출된 권고항목별 근거수준, 이익 및 불이익, 실행가능성 및 수용성이 반영된 일차 진료현장에서의 활용도 수준과 같은 요소들을 종합적으로 반영한 후 (GRADE-ADOLOPMENT, 2017) 대한의학회 권고등급 기준에 맞추어 합의하여 제시함.
8	근거수준이 낮지만, 이익이 명백하거나 혹은 사용자 의견조사 결과에 따라 진료 현장에서의 필요도 혹은 활용도가 높은 것으로 평가된 권고의 경우 제정위원회 및 개발위원회에서 합의하여 권고등급을 일부 상향 조정함.

6) 근거수준 및 권고등급

- 임상진료지침 개발위원회에서 권고 초안 도출의 근거자료로 사용된 문헌의 근거수준 표기는 네 가지 등급으로 분류하여 제시함(A, B, C, D). [근거수준 표 참조]
- 권고안 매트릭스에 표기된 연계 근거가 없거나 명확하지 않을 경우, 임상시험이 불가능한 영역 혹은 국제적으로 통용되는 기준(도구)을 기반으로 도출된 권고의 근거수준은 권고를 포함하고 있는 권위 있는 진료지침(Guideline)으로 표기함.
- 임상진료지침 개발위원회에서는 「RIGHT-Ad@pt 2020[†]」 가이드에서 제시하고 있는 권고강도 판정체계(GRADE-ADOLOPMENT 2017[‡])를 활용하였음. 즉, 권고등급 판정에 근거수준, 이익과 불이익 이외에도 일차 진료현장에서의 권고실행 가능성, 수용성, 활용도 수준과 같은 여러 가지 중요한 요소들을 종합적으로 반영하였고, 권고의 등급*은 Class I, II a, II b로 분류하여 제시하였음. [권고등급 표 참조]
 - † The user guide of the Right-Ad@pt. Right-Ad@pt Checklist. Version 04. Extending the RIGHT statement for reporting adapted practice guidelines in healthcare. 2020.
 - ‡ Schunemann HJ et al. GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks for adoption, adaptation, and de novo development of trustworthy recommendations: GRADE-ADOLOPMENT. Journal of Clinical Epidemiology 2017;81:101-110.
- * 임상진료지침 개발위원회에서는 합의하여 권고등급을 상향 혹은 하향 조정하는 것이 가능함.
- 권고등급은 ‘권고한다(권고하지 않는다)(I), 고려한다(II a), 고려할 수 있다(II b)’로 구분하여 표기함. [권고등급 표 참조]
- 권고등급 판정을 위해 감안한 요소
 1. 근거수준
 2. 이익과 불이익(benefits & harms)
 3. 진료현장에서의 활용도/필요도 수준
 4. 기타: 가치 및 선호도(value and preferences), 중요도(importance of outcomes), 수용성(acceptability), 실행가능성(feasibility), 비용 효과(cost-effective), 형평성(equity)

7) 최종 권고안 도출: 권고 확정용 사용자(개원의) 델파이 조사

- 개발된 근거 기반의 권고 초안을 확정하기 위하여 대한의학회·질병관리청 일차의료패널을 대상으로 공식적 합의 방법인 델파이 조사를 수행함.
 - 기간: 2020. 11. 18. ~ 2020. 11. 26. (9일)
 - 조사방법: 온라인 조사표를 개발하여 적용(Survey Monkey 사용)
 - 응답률: 76.3% (300명 일차의료패널 중 229명 응답)
 - 18개 권고 문항으로 구성
- 권고별 동의 정도에 대한 응답 방법 및 조사표 예시는 그림 5와 같음.

※ 권고 동의 정도 응답 방법
예: 권고가 수용 정도, 적용 가능 정도, 활용 정도가 모두 높은 경우

동의함 ←					→ 동의하지 않음			
9점	8점	7점	6점	5점	4점	3점	2점	1점
	☑							

일차 의료용 우울증(Depression) 권고 도출 초안에 대한 사용자(일차의료패널) 델파이 조사
약물요법 - 우울증 약물치료

9. 주요 우울삽화를 갖는 환자에게 약물치료를 권고한다. (권고등급: I, 근거수준: A)

9점 8점 7점 6점 5점 4점 3점 2점 1점

권고 동의 정도 표기
(9점: 매우 동의함 ~ 1점: 전혀 동의하지 않음)

이 권고에 대한 기타의견

그림 5. 권고별 동의 정도에 대한 응답 방법 및 조사표 예시

- 권고에 대한 합의 기준: 9점 척도로 조사하여 7점~9점 수준의 동의가 응답자의 50% 이상인 경우(1점: 전혀 동의하지 않음, 9점: 매우 동의함)
- 결과: 18개 권고에 대하여 델파이 조사 1라운드에서 100% 동의가 이루어져 2 라운드를 진행할 필요가 없었음. 조사 결과는 표 21과 같음.

표 21. 우울증 18개 권고에 대한 델파이 조사 결과

소분류	세분류	집필 위원	no.	권고 내용	권고 등급	근거 수준	합의 (7점~ 9점 응답률)	평균 점수 (9점 만점)
단원 1. 우울증 환자 찾기 및 확진하기								
2. 우울증 선별과 진단		정명훈	1	• 현재 우울증 치료를 받지 않는 성인을 대상으로 우울증에 대한 정기적인 선별검사를 권고한다.	I	A	60.7	6.58
			2	• 주요우울장애 진단 시 DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) 기준에 따른 진단을 권고한다.	I	Guideline	83.8	7.70
			3	• 우울증 환자에서 기능상태, 병력, 과거 치료력, 가족력 등을 포함한 평가를 권고한다.	I	A	90.4	7.86
단원 2. 우울증 치료 및 관리								
1. 비약물요법	② 생활습관 개선	김세홍	4	• 심각하지 않은 우울증 환자의 경우 규칙적인 신체활동 프로그램 유지를 고려한다.	II a	A	89.5	7.81
			5	• 우울증 환자에서 유산소운동이나 근력운동은 항우울제 치료의 보조요법으로 고려할 수 있다.	II b	C	86.5	7.75
	③ 환자교육	이강수	6	• 치료를 시작하기 전에 환자와 치료자간의 치료적 동맹을 맺는 것이 매우 중요하므로 이를 고려할 수 있다. 여기에는 환자와 치료자간의 문제에 대한 공통된 인식과 이를 해결하기 위해서 어떤 방법을 택할 것인지에 대한 동의가 포함된다.	II b	C	77.7	7.38

소분류	세분류	집필 위원	no.	권고 내용	권고 등급	근거 수준	합의 (7점~ 9점 응답률)	평균 점수 (9점 만점)
			7	• 치료계획에는 현재의 상태와 치료방법에 따른 위험과 이득을 포함하여 환자교육을 함께하는 것을 권고한다. 의사결정과정에 환자 및 치료자가 모두 참여하고 환자, 치료자, 지지체계 각각의 역할을 정의하는 개별화된 치료 전략을 수립하는 것을 권고한다.	I	A	86.9	7.79
			8	• 환자에게 악화의 가능성 및 자살사고가 생길 가능성, 약물 치료의 부작용과 이득, 예상치료기간, 약물치료를 중단 할 경우 예상되는 부작용, 우울증의 특징 및 경과, 치료, 예후에 대한 교육 시행을 고려할 수 있다.	II b	Guideline	84.7	7.73
2. 약물요법	② 우울증 약물치료	서정석	9	• 주요 우울삽화를 갖는 환자에게 약물치료를 권고한다.	I	A	94.8	8.28
			10	• 약물치료 뿐만 아니라 정신사회적 중재법(정신치료, 인지 행동치료, 대인관계치료, 운동 등)과 병합하여 포괄적인 치료계획을 세울 것을 권고한다.	I	A	93.0	8.15
			11	• 항우울제는 임상양상, 공존질환, 이전의 약물치료 병력, 부작용, 약물상호작용, 환자의 기호 등을 종합하여 선택 할 것을 권고한다.	I	A	97.4	8.41
			12	• 1차 치료 항우울제는 SSRI(escitalopram, sertraline, fluoxetine, paroxetine 등), SNRI(duloxetine, milnacipran, venlafaxine, desvenlafaxine 등), mirtazapine, agomelatine, bupropion, vortioxetine에서 선택할 것을 권고한다.	I	A	96.5	8.32



소분류	세분류	집필 위원	no.	권고 내용	권고 등급	근거 수준	합의 (7점~ 9점 응답률)	평균 점수 (9점 만점)
			13	• 비정형 항정신병약물(quetiapine, aripiprazole)은 초기 약물치료에 반응이 부족한 경우에 추가 약물로 권고한다.	I	A	86.0	7.76
			14	• 급성기 치료에서 관해에 이르면 재발방지를 위해 유지치료 시행을 고려할 수 있다.	II b	B	93.0	7.88

단원 4. 진료의뢰 기준

1. 진료의뢰 기준	석정호	15	• 중증 우울증상을 보이는 환자와 중등도의 우울증상이나 복합적인 증상, 정신병적 증상을 보이는 우울증 환자의 경우 정신건강전문가들에 의한 팀 접근 치료를 위해 정신건강의학과 전문의에게 의뢰할 것을 고려한다.	II a	Guideline	96.1	8.41
		16	• 적정 용량과 기간 동안 시행한 한두 가지 약물치료에 반응하지 않는 경우, 종합적인 평가를 통해 통합적인 우울증 치료계획을 세울 수 있도록 정신건강의학과 전문의에게 의뢰할 것을 고려한다.	II a	Guideline	95.6	8.36
		17	• 정신건강의학과 전문의에게 의뢰된 우울증 환자의 종합적 평가에는 아래와 같은 사항을 포함할 것을 고려한다. - 증상특성 평가, 자살위험성 평가, 이전 치료 과거력의 적절성 평가 - 재발성 또는 만성 우울증의 경우 연관된 심리사회적 스트레스요인, 인격요인, 중요한 대인관계 어려움 등의 평가 - 알코올 또는 약물남용, 인격장애 등의 공존 정신질환에 대한 평가	II a	Guideline	93.9	8.19



소분류	세분류	집필 위원	no.	권고 내용	권고 등급	근거 수준	합의 (7점~ 9점 응답률)	평균 점수 (9점 만점)
			18	<ul style="list-style-type: none"> • 아래와 같은 특성을 보이는 우울증 환자의 경우 종합병원 정신건강의학과 전문의에게 의뢰할 것을 고려한다. - 동반된 내과적 질환으로 인하여 약물상호작용 등을 고려한 약물치료가 필요한 경우 - 자살위험성이 관찰되는 경우 - 전기충격요법 등 특수치료가 필요한 경우 - 노인우울증에서 전신상태가 쇠약한 경우 - 신체질환으로 인한 다학제 치료가 필요한 경우 - 임신 혹은 출산 후 중등도 이상의 우울증이 발생한 경우 - 중증정신질환의 과거력이 있는 임신 중 또는 산후 우울증이 있는 여성 - 중등도 이상의 우울증으로 통합적인 심리사회적 평가와 개입이 필요한 아동 및 청소년 	II a	Guideline	96.5	8.33

8) 내·외부 검토방법

① 내부검토

- 전문 영역별로 개발위원회에서 근거기반 권고안 매트릭스(Recommendation Matrix)를 기반으로 집필한 권고 초안은 임상진료지침 개발위원회에서 근거수준, 권고등급, 권고내용, 이익과 불이익 등 모든 내용에 대해서 3차례에 걸쳐서 내부검토를 수행하였으며, 검토 결과 일부 권고문구를 합의하여 수정함.
- 임상진료지침(완본) 집필내용에 대한 내부 교차검토를 2차례 수행하였으며, 검토 결과 제시된 의견을 위원회에서 논의하여 최종 수정·보완함.

② 외부검토

외부검토의 목적은 다음과 같다.

- 첫째, 도출된 권고에 대한 사용자 피드백 취합, 검토 및 반영
 - 일차의료패널을 대상으로 개방형 질문으로 온라인 조사를 수행하여, 권고별 피드백을 취합함.
 - 권고와 진료현장에서 적용상의 격차(gap)에 대해 파악함.
 - 임상진료지침 개발위원회에서 검토 후 필요한 경우 일부 반영함.

권고 초안에 대한 사용자 피드백	
생활습관개선 영역	<ul style="list-style-type: none"> • 구체적인 신체활동 프로그램 제시 필요 • 근력운동의 효과 제고 (근력운동 보다 걷기 등 가벼운 유산소 운동 추천) • 성별, 연령별 차이에 대한 고려 필요
환자교육 영역	<ul style="list-style-type: none"> • 치료계획에 가족을 포함한 상담 내용 제시 필요 • 환자교육 가이드라인 혹은 외래 진료 시 쉽게 따라할 수 있는 지침 필요

- 둘째, 현행 수가/급여기준과 권고 내용과의 격차(gap)에 대한 검토
 - 대한개원의협의회(대한정신건강의학과 의사회)에서 검토 후 의견을 개진하였고, 이 의견을 임상진료지침 개발위원회에서 검토한 후 위원회 합의 사항을 건강보험심사평가원 관련부서의 심층검토 및 피드백을 받을 수 있도록 질병관리청 발주부서에 전달하기로 함.



9) 사용자 만족도 조사 및 결과의 반영

- 권고 요약본 초안에 대한 사용자(개원의) 만족도 조사 및 의견조사를 수행함.
 - 기간: 2021. 01. 05. ~ 2021. 01. 07. (3일)
 - 응답률: 67.0% (300명 일차의료패널 중 201명 응답)
 - 만족도 수준: 4.05 (5점 척도)
- 임상진료지침(완본) 초안에 대한 사용자(개원의) 만족도 조사 및 의견조사를 수행함.
 - 기간: 2021. 12. 09. ~ 2021. 12. 13. (5일)
 - 응답률: 62.0% (300명 일차의료패널 중 186명 응답)
 - 만족도 수준: 4.06 (5점 척도)
- 만족도 이외의 임상진료지침(완본)에 대한 사용자 응답 현황 (5점 척도)
 - 필요도 수준: 4.22
 - 활용도 수준: 3.95
 - 도움 정도 수준: 3.94
 - 신뢰도 수준: 4.27
 - 적용의 용이성 수준: 3.75
- 사용자 만족도 조사 시 개방형으로 조사된 의견을 개발위원회에서 검토하여 일부 반영함.

10) 진료지침 갱신의 원칙과 방법

- 근거의 최신성을 확보하기 위하여 매년 체계적으로 문헌을 검색, 스크리닝 후 선정하여 이 근거를 기반으로 부분개정을 수행하기로 함. 특히 새로운 약제, 치료법 등에 대한 양질의 근거가 명백한 경우 권고를 수정, 보완 혹은 삭제하거나 근거수준과 권고등급을 조정하는 방법으로 부분 개정을 수행하며, 5년마다 전면 개정을 계획하고 있음.
- 이 진료지침의 개정 방법으로 첫째, 모든 개발 영역의 권고에 대하여 근거의 최신성을 확보(최근 3년 이내 출판 문헌의 체계적 문헌 검색, 스크리닝, 선별)하고, 둘째, 체계적 문헌 고찰이 필요한 권고 혹은 PICOH에 대하여 새로운 양질의 근거를 검색·선정하여 효과 크기를 분석(meta-analysis)하고, 그 결과를 기반으로 새로운 권고를 추가하거나 권고등급을 상향 혹은 하향 조정하는 방법을 계획하고 있으며, 셋째, 개정위원회에서 신규 영역의 추가를 합의할 경우 권고 요약본 및 임상진료지침(완본)에 해당 영역을 신규 개발하여 추가할 것을 계획하고 있음.

4. 표현의 명확성

- 권고내용은 쉽고 명확하게 기술하였으며, 권고사항의 주요 내용을 쉽게 알아볼 수 있도록 글 상자 형태로 제시함. 필요한 경우 진료 혹은 관리 흐름도나 알고리즘을 추가로 개발하여 제시함.
- 진료 시 고려할 점은 쉽고 명확하게 기술하여 별도의 글 상자 형태로 제시함.
- 적용 대상이나 임상 상태에 따라 선택할 수 있는 대안(비약물치료, 약물치료 등)이 있으면 이에 대한 방안을 명확히 제시함.

5. 진료지침의 적용성

- 진료지침에 대한 적용성을 높이고 권고 사용 현황을 파악하기 위하여 진료지침 사용자를 대상으로 지침 사용(혹은 권고적용)의 장애요인과 촉진요인별 인지수준을 조사하여 파악함. 필요한 경우 개방형 온라인 설문 조사를 수행하여 의견을 취합하고 진료 시 고려할 점에 반영함.
 - 장애요인의 파악
 - ▶ 삭감에 대한 우려가 진료지침 사용의 장애요인으로 조사되어(응답자의 55.5%에서 '권고안대로 진료 시 심평원에서 삭감할 수 있다는 우려'가 '높음'에 응답) 대한개원내과의사회에서 기존 급여기준 혹은 수가와의 상충되는 현안이 있는지를 점검하여 이를 반영함.
 - ▶ 사용자 조사 결과 권고 적용에 따른 진료 시간의 증가, 진료현장에서 권고 적용의 어려움(인력부족, 의료기기의 부재 등)도 중요한 장애요인으로 확인됨. 권고 사용의 장애요인에 대한 사용자 인지수준 조사 결과는 다음과 같음(표 22).
 - 조사 기간: 2021. 11. 12. ~ 2021. 11. 19. (8일간)
 - 조사 대상: 일차의료패널 300명 중 238명 응답(응답률: 79.3%)



표 22. 권고 사용의 장애요인에 대한 사용자 인지수준 조사 결과

no.	권고 사용의 장애요인 문항	연도	권고 사용의 장애정도(%)			
			장애요인 아님	낮음 ¹⁾	보통	높음 ²⁾
1.	권고에 대한 낮은 접근도(정보 및 홍보의 부족)	2019	12.5	39.0	29.3	19.2
		2020	11.8	26.7	45.1	16.5
		2021	15.5	28.6	40.8	15.1
2.	기존 진료 행태를 바꾸려는 의지의 결여	2019	10.1	43.8	30.0	16.1
		2020	7.8	30.2	44.7	17.3
		2021	15.1	27.7	34.9	22.3
3.	권고 적용에 따른 진료 시간의 증가	2019	6.7	29.0	27.9	36.3
		2020	3.1	15.7	26.7	54.5
		2021	7.1	13.8	21.8	57.1
4.	진료현장에서 권고 적용의 어려움 (인력부족, 의료기기의 부재 등)	2019	7.7	32.7	31.0	28.6
		2020	3.5	12.9	32.2	51.3
		2021	3.4	14.3	28.6	53.8
5.	권고안대로 진료 시 심평원에서 삭감할 수 있다는 우려	2019	5.1	18.8	22.6	53.5
		2020	2.0	14.5	30.6	52.9
		2021	3.8	13.8	26.9	55.5

1) 낮음: 매우 낮음 + 낮음

2) 높음: 높음 + 매우 높음

- 촉진요인의 실행

- ▶ 권고에 대한 접근도와 적용성을 향상시키기 위하여 디지털 가이드라인을 개발·보급함.
- ▶ 개원의 학술대회 프로그램과 지침에 대한 교육 프로그램을 연계하여 지침사용을 활성화함.

- 권고 적용 시 잠재적인 자원(의료비용 발생 등)의 영향을 파악하기 위해서 문헌 검색을 통해 5개 문헌을 선별함. 이 중에서 van Dijk 등(2013) 문헌의 비용효과 정보를 단원 1. 우울증의 의학적 평가_신체질환 동반유무 영역에 반영함.

- 국외에서 개발된 일부 권고를 국내의 다른 인구집단, 다른 진료환경에 적용하고 개별화하는 과정에서 발생하는 격차를 최소화하고 최적화시키기 위하여 권고 초안 도출과정에서 국내 우울증 임상인들의 진료 경험과 전문성이 반영되었고, 주 사용자들의 의견을 조사하여 최대한 수렴함.
- 일차 진료현장에서 현행 급여기준을 적용함에 있어 상충하는 내용이 있는지에 대해서도 제도적인 측면을 대한개원의협의회(대한정신건강의학과 의사회)를 통해 검토하고 고려함.
- 핵심지표를 개발한 후 권고 항목별 활용도 평가를 수행하고 모니터링하기 위한 목적으로 구조화된 조사표를 개발하여 매 1~2년마다 주기적인 설문 조사를 수행할 예정임.
- 진료현장에서 쉽고 간편하게 사용할 수 있는 실용적인 지침으로 요약형 글상자 형태의 권고 요약본을 개발함. 또한 알고리즘과 핵심 권고만을 요약한 권고 요약 정보(Quick Reference Guide)를 편집하여 보급함.
- 일차 진료현장에서 권고에 대한 순응도와 적용성을 높이기 위하여 개원의 대상 개발 영역별 필요도 및 활용도 조사(2020. 05. 11. ~ 05. 19, 135명 응답/200명 조사) 결과를 권고의 등급을 판정하기 위한 중요한 항목으로 사용함.
- 사용자 대상 권고 초안에 대한 델파이 조사 수행 시 ‘권고의 수용 정도, 적용 가능 정도, 활용 정도’를 감안하여 권고별 동의 정도를 판정함.
- 권고의 적용성을 높이기 위하여 연령층별, 동반질환자별 개별화가 필요한 경우에는 진료 시 고려할 점을 별도의 글 상자에 요약하여 제시함.
- 정신건강의학과 전문의에게 진료의뢰 혹은 상급병원이나 응급의료센터로 후송이 필요한 상황과 위기관리에 대한 정보를 별도의 대분류로 제시함.



6. 편집의 독립성

- 재정지원: 질병관리청 만성질환예방과 「일차 의료용 만성질환 임상진료지침 정보센터 운영 지원」 사업의 일환으로 국민건강증진기금 민간경상보조사업비를 지원받았으며, 재정지원자가 이 진료지침의 내용이나 지침개발 과정에 직접적인 혹은 잠재적인 영향을 주지 않았음.
- 진료지침 개발에 참여한 모든 구성원의 잠재적인 이해 상충 관계 유무를 확인하기 위하여 지난 2년 동안 지침개발 내용과 관련된 주제로 1,000만 원 이상의 후원을 받거나, 사례금을 받고 자문을 한 경우, 특정 기관 혹은 제약회사의 지분이익이나 스톡옵션과 같이 경제적 이익에 대한 권리를 받은 경우, 그리고 특정 기관 혹은 제약회사에서 공식/비공식적인 직함을 가졌는지의 여부를 자기기입식 조사표를 개발하여 조사한 결과 상충하는 혹은 잠재적인 이해관계가 없었음.

7. 권고안 매트릭스 개발에 사용된 진료지침 목록

표 23. 활용한 기 개발 우울증 가이드라인 목록

1	박선철, 성승환, 한규만 등. 근거중심 한국형 우울증 약물학적 치료지침, 개정판 (1): 항우울제 치료의 초기선택. J Korean Neuropsychiatr Assoc 2013;52:253-262.
2	문은수, 사공정규, 정성원 등. 우울증의 진단 및 평가 지침 개발: 평가 지침을 중심으로. J Korean Neuropsychiatr Assoc 2014;53:24-31.
3	대한우울조울병학회, 대한정신약물학회. 한국형 우울장애 약물치료 지침서. 2017.
4	ICSI. Health care guideline: adult depression in primary care. 2016.
5	NICE. Treatment and management of depression in adults (update edition). 2018.
6	VA/DoD. Clinical practice guideline for the management of major depressive disorder. 2016.
7	Kennedy SH, Lam RW, McIntyre RS, et al. CANMAT 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: Section 3. Pharmacological treatment. Can J Psychiatry 2016;61(9):540-560.
8	Parikh SV, Quilty LC, Ravitz P, et al. CANMAT 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: Section 2. Psychological treatment. Can J Psychiatry 2016;61(9):524-539.
9	Cleare A, Pariante CM, Young AH, et al. Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: a revision of the 2008 British Association for Psychopharmacology guidelines. J Psychopharmacol 2015;29(5):459-525.
10	American College of Physicians. Nonpharmacologic versus pharmacologic treatment of adult patients with major depressive disorder: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. 2016.
11	MacQueen GM, Frey BN, Ismail Z, et al. CANMAT 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: section 6. special populations: youth, women, and the elderly. Can J Psychiatry 2016;61(9):588-603.
12	USPSTF. Interventions to prevent perinatal depression US Preventive Services Task Force recommendation statement. JAMA 2019;321(6):580-587.

- ICSI: Institute for Clinical Systems Improvement
- NICE: National Institute for Health and Care Excellence
- VA/DoD: Department of Veterans Affairs/Department of Defense
- CANMAT: Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments
- USPSTF: The US Preventive Services Task Force



8. 가이드라인 개발 방법의 제한점

- 이 우울증 일차 의료용 근거기반 권고 요약본은 수용개발 방법과 신규개발 방법을 병행하여 개발함.
- 기 개발된 양질의 진료지침에서 권고와 연계된 근거를 발췌하고 취합한 후 이를 기반으로 권고 초안을 도출하는 진료지침 수용개발 방법은 진료지침 개발 기간을 고려해 볼 때 최근 2~3년 동안의 근거들을 반영하지 못한 권고 초안을 도출할 수밖에 없기 때문에 이와 같은 제한점을 극복하고 근거의 최신성을 확보하기 위하여 소분류별로 최신 근거를 검색한 후 검토, 선별하여 반영함.
 - 소분류별로 최근(2018~2020. 05)에 출판된 양질의 문헌(SR, RCT)에 대해 PICOH를 사용하여 Pubmed, Cochrane D/B를 대상으로 추가 검색을 수행하여 총 15,653(중복제거 후 11,786)개 문헌을 검색한 후 353개 문헌을 선별하였고, 이 중에서 일부 근거를 신규 참고문헌으로 추가함.
 - 최신 근거에 의한 권고의 등급 상향조정은 없었음.

9. 보급 및 활용

- 개발된 진료지침의 보급 활성화 및 접근도 향상을 위한 목적으로 디지털 가이드라인(PC version, Mobile version)을 개발하고(우울증 가이드라인 콘텐츠 탑재) 지속해서 수정 및 보완을 수행함. [www.digitalcpg.kr]
 - 포털 사이트에 검색어 '디지털 가이드라인' 등록
 - 디지털 가이드라인 웹 활용실적(방문자 수 등) 모니터링
 - 디지털 가이드라인 홈페이지 홍보를 위한 리플릿 제작 및 배포
 - 디지털 가이드라인 홍보용 배너를 제작하여 개원의협의회(내과, 일반과, 가정의학과 등) 홈페이지에 연동
- 임상진료지침 정보센터에 개발 가이드라인을 탑재함. [www.guideline.or.kr]
 - 임상진료지침 정보센터 내 온라인 보급 및 다운로드 현황 모니터링
- 일차의료패널을 대상으로 진료현장에서 권고별 활용 정도를 파악하기 위해 핵심지표를 개발하여 주기적으로 활용 정도를 조사하고, 모니터링을 수행함.
- 임상진료지침 정보센터 웹진, 대한의학회 E-newsletter를 통한 보급을 수행함.

- 주 사용자인 개원의협의회(내과, 일반과, 가정의학과 등) 학술대회 연계 가이드라인 현장보급 및 강의 지원을 수행함.
- 전국 지역의사회 중심의 학술대회 연계 가이드라인 현장보급 혹은 우편보급을 수행함.
- 진료지침 사용자를 대상으로 초점 집단면접 및 온라인 설문 조사와 같은 방법으로 지침사용(혹은 권고적용)의 장애요인(시간 부족, 근거 및 권고의 질에 대한 불신, 지침에 대한 부정적인 인식, 인센티브 부재 등)을 파악하여 지침개발 및 보건의료 정책 수립에 반영함.

10. 기타

- 「일차 의료용 근거기반 우울증 임상진료지침」 PDF 다운로드 방법
 - 임상진료지침 정보센터(www.guideline.or.kr) 웹 사이트에 접속
 - 메인 메뉴 「임상진료지침」 선택 클릭
 - 하위 메뉴 「만성질환 가이드라인 → 우울증」 선택 클릭
- 디지털 가이드라인 안내
 - 일차 의료용 근거기반 디지털 가이드라인(www.digitalcpg.kr) 웹 사이트에 직접 접속하거나 QR코드를 사용한 접속 방법 등이 있음(그림 6).



그림 6. 디지털 가이드라인 사용법 안내 리플릿

부록 3



1. 일차 의료용 근거기반 우울증 권고안 요약 표
2. 우울증 알고리즘
3. 우울증 환자 관리 체크리스트

1. 일차 의료용 근거기반 우울증 권고안 요약 표

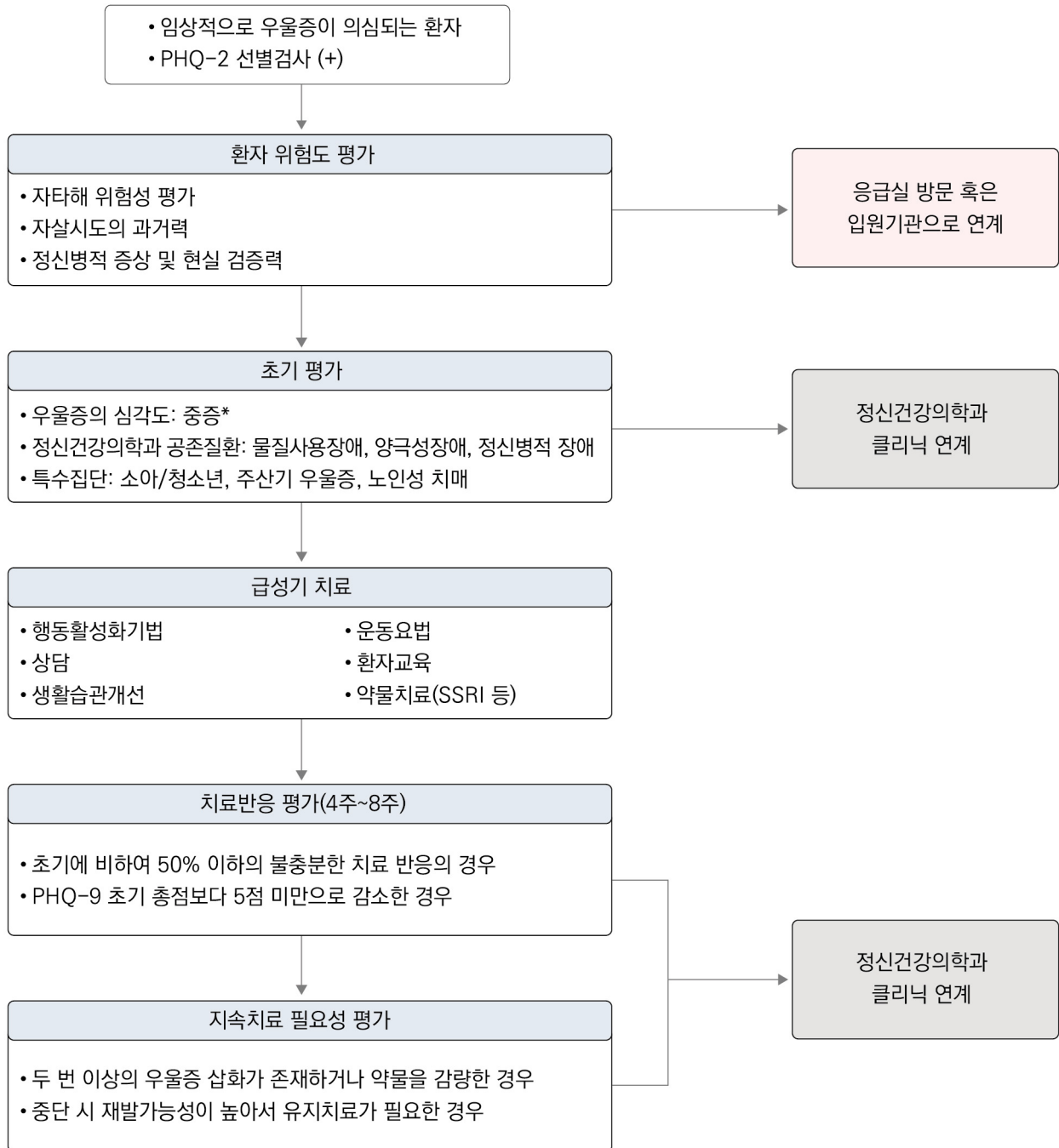
권고 내용	권고등급	근거수준
단원 1. 우울증 환자 찾기 및 확진하기		
• 우울증 선별과 진단		
현재 우울증 치료를 받지 않는 성인을 대상으로 우울증에 대한 정기적인 선별 검사를 권고한다.	I	A
주요우울장애 진단 시 DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) 기준에 따른 진단을 권고한다.	I	Guideline
우울증 환자에서 기능상태, 병력, 과거 치료력, 가족력 등을 포함한 평가를 권고한다.	I	A
단원 2. 우울증 치료 및 관리		
• 비약물요법 9 생활습관개선		
우울증 진단이 되지 않는 지속적인 우울증상을 가진 사람 혹은 경도 및 중등도 수준의 우울증 환자가 만성 신체질환이 동반되지 않는 경우 - 중강도 수준의 구조화된 신체활동을 운동전문의의 지도 아래 집단 치료 방식으로 제공하는 것을 고려한다.	II a	A
우울증 진단이 되지 않는 지속적인 우울증상을 가진 사람 혹은 경도 및 중등도 수준의 우울증 환자가 만성 신체질환이 동반된 경우 - 신체질환을 치료하는 임상과의 협진을 통해 동반된 신체질환의 상태에 맞추어 운동량 변경을 고려한다.	II a	A
우울증 환자에서 고강도의 신체활동이나 근력운동은 항우울제 치료의 보조요법으로 고려할 수 있다.	II b	C
• 비약물요법 9 환자교육		
치료를 시작하기 전에 환자와 치료자간의 치료적 동맹 형성을 고려할 수 있다.	II b	C
치료계획에는 현재의 상태와 치료방법에 따른 위험과 이득을 포함하여 환자교육을 함께하는 것을 권고한다.	I	A
환자에게 악화의 가능성 및 자살사고가 생길 가능성, 약물치료의 부작용과 이득, 예상치료기간, 약물치료를 중단 할 경우 예상되는 부작용, 우울증의 특징 및 경과, 치료, 예후에 대한 교육 시행을 고려할 수 있다.	II b	Guideline



권고 내용	권고등급	근거수준
• 약물요법 9 우울증 약물치료		
주요우울삽화를 갖는 환자에게 약물치료를 권고한다.	I	A
약물치료 뿐만 아니라 정신사회적 중재법(정신치료, 인지행동치료, 대인관계치료, 운동 등)과 병합하여 포괄적인 치료계획을 세울 것을 권고한다.	I	A
항우울제는 임상양상, 공존질환, 이전의 약물치료 병력, 부작용, 약물상호작용, 환자의 기호 등을 종합하여 선택할 것을 권고한다.	I	A
1차 치료 항우울제는 SSRI(escitalopram, sertraline, fluoxetine, paroxetine 등), SNRI(duloxetine, milnacipran, venlafaxine, desvenlafaxine 등), mirtazapine, agomelatine, bupropion, vortioxetine에서 선택할 것을 권고한다.	I	A
급성기 치료에서 관해에 이르면 재발방지를 위해 유지치료 시행을 고려할 수 있다.	II b	B
단원 4. 진료의뢰 기준		
• 진료의뢰 기준		
중증 우울증상을 보이는 환자와 중등도의 우울증상이나 복합적인 증상, 정신병적 증상을 보이는 우울증 환자의 경우 정신건강전문가들에 의한 팀 접근 치료를 위해 정신건강의학과 전문의에게 의뢰하는 것을 고려한다.	II a	Guideline
적정 용량과 기간 동안 시행한 한두 가지 약물치료에 반응하지 않는 경우, 종합적인 평가를 통해 통합적인 우울증 치료계획을 세울 수 있도록 정신건강의학과 전문의에게 의뢰하는 것을 고려한다.	II a	Guideline
정신건강의학과 전문의에게 의뢰된 우울증 환자의 종합적 평가에는 아래와 같은 사항을 포함할 것을 고려한다. - 증상특성 평가, 자살위험성 평가, 이전 치료 과거력의 적절성 평가 - 재발성 또는 만성 우울증의 경우 연관된 심리사회적 스트레스요인, 인격요인, 중요한 대인관계 어려움 등의 평가 - 알코올 또는 약물남용, 인격장애 등의 공존 정신질환에 대한 평가	II a	Guideline
아래와 같은 특성을 보이는 우울증 환자의 경우 종합병원 정신건강의학과 전문의에게 의뢰할 것을 고려한다. - 동반된 내과적 질환으로 인하여 약물상호작용 등을 고려한 약물치료가 필요한 경우 - 자살위험성이 관찰되는 경우 - 전기충격요법 등 특수치료가 필요한 경우 - 노인우울증에서 전신상태가 쇠약한 경우 - 신체질환으로 인한 다학제 치료가 필요한 경우 - 임신 혹은 출산 후 중등도 이상의 우울증이 발생한 경우 - 중증정신질환의 과거력이 있는 임신 중 또는 산후 우울증이 있는 여성 - 중등도 이상의 우울증으로 통합적인 심리사회적 평가와 개입이 필요한 아동 및 청소년	II a	Guideline

2. 우울증 알고리즘

● 알고리즘 1. 진료의뢰 기준



* 중증: PHQ-9 선별검사 점수가 20점 이상이거나 DSM-5 진단기준 9가지 중 7가지 이상을 만족하고 직업적·사회적 기능저하가 현저한 경우



3. 우울증 환자 관리 체크리스트

● 첫 방문 시

항목	기준/목표/권고사항
위험요인 확인	<ul style="list-style-type: none"> • 자타해 위험성 평가 • 자살시도의 과거력 • 정신병적 증상 및 현실 검증력
우울증 진단	<ul style="list-style-type: none"> • DSM-5 우울증 진단기준을 만족하는 경우 • PHQ-2 선별검사 상 양성인 경우
중증도 확인	<ul style="list-style-type: none"> • DSM-5 진단기준 9가지 중 <ul style="list-style-type: none"> - 경증: 4가지를 만족하는 경우 - 중등증: 5~6가지를 만족하는 경우 - 중증: 7가지 이상을 만족하는 경우 • PHQ-9 선별검사 점수 <ul style="list-style-type: none"> - 경증: 10~14점 - 중등증: 15~19점 - 중증: 20점 이상 • 사회적·직업적 기능 평가
자가관리 권고	<ul style="list-style-type: none"> • 생활습관개선 • 운동요법 <ul style="list-style-type: none"> - 중강도 수준의 신체활동(예비심박수의 70~80%에 해당하는 강도로 주 3회 이상, 30~40분 동안 운동)을 유지 (예: 가벼운 숨참을 느낄 정도의 산책)

● 매 방문 시

항목	기준/목표/권고사항
모니터링 및 평가	<ul style="list-style-type: none"> • 증상: 기분, 의욕, 체중, 수면, 정신운동증상, 피로나 활력, 죄책감, 집중력, 자살 사고 • PHQ-9 자가보고, 초진 시와 비교 • 4주 후 약물치료 반응 평가 및 약물 부작용 모니터링
자가관리 확인 및 권고	<ul style="list-style-type: none"> • 생활습관개선 • 운동

● 매년

항목	기준/목표/권고사항
모니터링 및 평가	<ul style="list-style-type: none"> • DSM-5 진단기준 9가지 중 <ul style="list-style-type: none"> - 경증: 4가지를 만족하는 경우 - 중등증: 5~6가지를 만족하는 경우 - 중증: 7가지 이상을 만족하는 경우 • PHQ-9 선별검사 점수 <ul style="list-style-type: none"> - 경증: 10~14점 - 중등증: 15~19점 - 중증: 20점 이상 • 사회적·직업적 기능 평가
자가관리 확인 및 권고	<ul style="list-style-type: none"> • 생활습관개선 • 운동

● 진료의뢰

항목	기준/목표/권고사항
진료의뢰 기준	<ul style="list-style-type: none"> • 중증 우울증 • 물질사용장애, 양극성장애, 정신병적 장애 등 정신건강의학과 공존질환이 존재하는 경우 • 소아/청소년, 주산기 우울증, 노인성 치매 등 특수집단에 해당하는 경우

일차 의료용 근거기반 우울증 임상진료지침

- 발 행 일 : 2022년 2월 28일
- 펴 낸 곳 : 대한의학회·질병관리청
- 개발 집필 : 대한의학회 천식 임상진료지침 제정위원회 및 개발위원회
- 기획 편집 : 대한의학회 임상진료지침 연구사업단
서울특별시 서초구 바우뫼로 7길 18, 5층 (우.06762)
Tel: 02-6952-9602/ E-mail: guidelines@kams.or.kr
- 디 자 인 : (주) 이문기업 Tel: 02-504-1600

이 책은 저작권법에 의해 보호를 받는 저작물이므로 무단 복제와 전제는 금지되어 있다. 단, 교육적 목적이나 진료지침 개발을 목적으로 복사하거나 사용할 수 있으며, 상업적 목적이나 제품판매의 목적으로는 사용할 수 없다(비매품). 이 진료지침은 규제 및 처벌 기준의 근거로 쓰일 수 없으며, 어떠한 법적 효력도 없다.

「일차 의료용 근거기반 우울증 임상진료지침」은 질병관리청 만성질환예방과의 「일차 의료용 만성질환 임상진료지침 정보센터 운영 지원」 사업의 일환으로 국민건강증진기금 민간경상보조사업비를 지원받아 제작되었음.

일차 의료용 근거기반

우울증 임상진료지침

Evidence-based Guideline for Depression in Primary Care

