

한국에서 우울증의 비약물학적 치료의 현황과 요구도*

오홍석** · 이해원*** · 박용천***†

The Current Status and Requirements for Non-pharmacological Treatment of Depression in Korea*

Hong Seok Oh, M.D.,** Hae Won Lee, M.D.,*** Yong Chon Park, M.D., Ph.D.***†

ABSTRACT

Objectives : As a part of plan to develop evidence-based treatment guidelines for depression that is more suitable for Korean situation, we investigate the present status and client's requirements for non-pharmacological treatment of depression in Korean clinical situation.

Methods : Subjects were patients with depression in 12 university hospitals which are located in metropolises in Korea. We analyzed the records from questionnaires about current clinical status and requirements for the non-pharmacological treatment of depression in Korea.

Results : 50.8% of the subjects have experienced non-pharmacological treatments for their depression. The preference of non-pharmacological treatment method of depression is exercise/interesting activity, counseling by psychiatrists and psychotherapy, and the best effective treatment method is psychotherapy ($E_s=4.36$). Actually, the mean consultation time by psychiatrist is 11.31 ± 7.16 min, and the appropriate consultation time for client's situation is 18.39 ± 8.95 min. During consultation, patients' satisfaction measurement for psychiatrist's explanation about pharmacological treatment is 64.17 ± 27.11 , and satisfaction measurement for psychiatrist's counseling for their depression about personal problems, resent stress, interpersonal relationship is 61.66 ± 26.63 .

Conclusion : In Korea, many psychiatrists offered biologically oriented treatment to their patients with depression, and patients' satisfaction measurement about consultation by psychiatrists is low. Many patients wanted to combined pharmacological and non-pharmacological treatment for their depression, and aspired to information about complementary and self-help treatment methods. It is necessary to develop non-

*본 연구는 보건복지부 보건의료기술진흥사업의 지원에 의하여 이루어진 것임(과제번호: A050047).

This study was supported by a grant of the Korea Health 21 R & D Project, Ministry of Health and Welfare, Republic of Korea(A050047).

*본 연구는 보건의료기술연구개발사업의 지원에 의해 이루어진 것임(03-PJ10-PG13-GD01-0002).

This study was supported by a grant of the Korea Health 21 R&D Project, Ministry of Health & Welfare, R. O. K(03-PJ10-PG13-GD01-0002).

**용인정신병원 Yong-In Mental Hospital, Yongin, Korea

***한양대학교 의과대학 신경정신과학교실

Department of Neuropsychiatry, College of Medicine, Hanyang University, Guri, Korea

†교신저자 : 박용천, 471-701 경기도 구리시 교문동 249-1

전화) (031) 560-2273, 전송) (031) 554-2599, E-mail) hypyc@hanyang.ac.kr

pharmacological treatment guideline for depression which reflect the clinical situation in Korea and meet Korean patients' need.

KEY WORDS : Depression · Treatment guideline · Non-pharmacological treatment.

서 론

1990년대 이후로 의사의 진료행위 중에 과학적인 근거(scientific evidence)가 뚜렷하지 않다는 논란이 제기되면서,¹⁾ 임상적인 의사 결정에 있어서 과학적이고 분명한 자료 근거에 기초하여 최선의 적절한 방법을 선택하는 것을 내용으로 하는 근거중심의학(evidence-based medicine)의 중요성이 강조되고 있다.²⁻⁵⁾

하지만 대표적인 정신과 질환중의 하나인 우울증의 경우에는 높은 유병율과 심각한 사회적 기능의 저하, 자살의 급격한 증가로 인해 사회적 문제로 대두되고 있음에도 불구하고, 다양한 임상양상, 불분명한 병태생리, 진단상의 어려움, 저마다 다른 약물반응 등으로 인해 치료가 체계화되지 못하고 개별 임상가의 경험과 지식에 의존하여 진료가 시행되어 온 것이 사실이다. 최근 들어 이런 문제점을 보완하고자 우울증 치료에 있어서도 근거중심의학에 입각한 임상진료지침 개발이 활발하게 진행되고 있으며, 약물치료 등의 생물학적 기법을 중심으로 체계적인 우울증 진료지침이 제시되고 있다.⁶⁻¹¹⁾

그러나 우울증 치료의 다른 하나의 축인 비약물학적 치료영역에서는 아직까지 과학적이고 체계적인 연구가 많이 시행되지 못하여왔다. 현재 실제 진료현장에서 시행되고 있는 우울증의 비약물학적 치료방법에는 역동정신치료, 인지행동치료, 대인관계정신치료, 문제해결치료, 집단치료, 가족치료, 자기관리(self-care)요법, 대체의학 치료 등 여러 가지가 있다. 단, 본 연구에서 비약물학적 치료라 함은 생물학적 치료에 포함되는 전기경련요법(ECT), 경두개자극술(TMS), 미주신경자극술(VNS), 광치료, 수면박탈 등은 제외한 개념임을 미리 밝혀둔다. 하지만 이들 비약물학적 치료방법들 중에 우리나라의 현재 임상 상황에서 우울증의 적절한 치료방법으로 근거중심의학에 입각하여 권고할 만한 비약물학적 치료가 무엇이라는 질문에는, 국내에서는 우울증에 대한 비약물학

적 치료와 관련된 통제된 임상적 연구나 국내 임상현실을 반영하는 근거 자료가 너무나 부족한 상황이기때문에, 대답하기가 매우 곤란한 것이 현실이다. 근거중심의 치료 가이드라인을 제공하기 위해서는 치료 절차에 관해 기술한 매뉴얼이 있어야 하며 최소 2개의 통제된 임상적 시도에서 효과가 입증되어야 한다. 하지만 현재 임상에서 시행되고 있는 우울증 비약물학적 치료방법들은 매뉴얼화되지 못한 치료법들이 대부분이고, 설사 매뉴얼화되어 있다고 하더라도 임상실제에서 그 치료 절차가 통일되기 어렵기에 통제된 임상적 연구가 거의 없는 것이 현실이다. 또한 서구사회에서 통제된 임상적 연구를 통해 치료효과에 대한 근거가 이미 제시되어 있는 치료라 할지라도 이것을 우리나라 우울증 환자들에게 그대로 적용하는 것이 가능하지 않을 수도 있다. 특히 비약물학적 치료 방법들은 사회문화적 배경에 따라 적용 가능 여부와 효과에 차이를 보일 가능성이 매우 높기에 더욱 그러하다. 따라서 한국에서 적용 가능한 우울증 비약물학적 치료 가이드라인을 제시하기 위해서는 국내의 우울증 비약물학적 치료의 현황을 우선 조사할 필요가 있다.

이에 본 저자들은 우리나라 현 실정에 적합한 우울증 비약물학적 치료 권고안을 만드는 기초작업으로 국내의 우울증 비약물학적 치료 관련 진료현황을 파악하고 우울증 환자들의 비약물학적 치료에 대한 요구도를 알아보고자 본 연구를 시행하였다. 본 연구는 보건복지부 지정 우울증임상연구센터 제 3 세부과제 한국형 우울증 진료지침개발위원회의 우울증 진료현황조사의 일환으로, 1차로 전국 12개 대학병원 환자를 대상으로 우울증 비약물학적 치료 관련 현황 및 환자의 요구도를 조사한 설문지를 분석한 서술적 연구이다.

연구대상 및 방법

1. 연구대상

서울, 경기, 대전, 부산, 광주에 위치한 12개 대학병원

에서 2006년 1월 이후로 정신과 외래를 방문한 환자 중 DSM-IV 분류기준으로 우울장애에 해당하는 환자 에게 본 연구의 목적과 방법을 설명하고 연구참여에 동의한 대상자에 한하여 우울증 비약물학적 치료 관련 설문지를 배부하였다. 양극성정동장애의 우울삽화에 해당되는 환자는 연구에서 제외하였다. 총 277명의 환자에게서 우울증 비약물학적 치료 관련 설문지가 수거되었고, 이 중 답변이 불성실하거나 많은 항목에서 답변이 누락된 41명의 설문지를 제외한 후 총 236명의 설문지 자료를 분석하였다.

2. 연구방법

1) 조사도구

본 연구의 자료 수집을 위해 국내 우울증 관련 비약물학적 치료 현황 및 환자의 요구도를 파악하기 위한 총 19문항으로 구성된 구조화된 설문지를 사용하였다. 치료 효과를 보는 질문 항목은 상당히 악화, 다소 악화, 변화 없음, 다소 호전, 상당히 호전을 각각 1점에서 5점 척도로 환산한 후 그 평균값을 효과점수(Effect score)로 표시하였다. 면담 시간 관련 질문에는 0~60분 사이에서 5분 단위로 체크하도록 하였고, 면담 만족도에 관해서는 0~100점 사이에서 10점 단위로 체크하도록 하였다. 비약물학적 치료 관련 요구도를 알아보는 질문들에는 복수응답을 가능하게 하였고, 보기 항목에 해당되는 내용이 없을 경우 기타 항목에 따로 기록하도록 하였다. 인구 사회학적 변인으로는 나이, 성별, 거주지, 혼인 여부, 동거 형태, 학력, 직업, 고용형태, 소득 등을 묻는 총 11개의 문항이 조사되었다.

2) 자료수집 방법

12개 참여 기관에서 조사일에 내원한 우울증 환자를 대상으로 우울증 진료 현황조사인구통계학적 변수에 관한 질문이 포함된 대상자용 설문지를 작성토록 한 후, 미리 교육받은 조사원의 지시에 따라 우울증 비약물학적 치료에 대한 인식을 묻는 설문지를 작성하는 방식으로 현장조사를 하였다.

3) 통계 분석

환자의 인구사회학적 변인 및 임상적 특성, 진료 현황 및 요구도 관련 설문 문항 분석을 위하여 SPSS 10.0 프로그램을 이용한 기술 통계 분석을 시행하였다.

Table 1. Demographic Characteristics of study subjects (n=236)

Demographic variable	N (%)
Age (years : mean ± SD)	49.51 ± 15.44
Sex (no.)	
Men	73 (30.9)
Women	163 (69.1)
Education (years : mean ± SD)	10.87 ± 4.28
Marital status	
Married	163 (69.1)
Single	44 (18.6)
Divorced	11 (4.7)
Bereaved	18 (7.6)
Residence	
Live together with spouse	152 (64.4)
Live together without spouse	56 (23.7)
Live alone	27 (11.4)
Others	1 (0.4)
Occupation	
Housewife	82 (34.9)
Inoccupation	69 (29.4)
Nonprofessional	38 (16.2)
Professional	27 (11.4)
Others	20 (8.6)

결 과

1. 연구대상자의 인구사회학적 특성

연구대상자의 인구사회학적 특성은 표 1에 나타내었다. 표에서와 같이 응답자 중 남성이 73명(30.9%), 여성이 163명(69.1%)으로 여성이 많았으며, 평균 연령은 49.51 ± 15.44세였다. 결혼상태는 기혼 163명(69.1%), 미혼 44명(18.6%), 이혼 11명(4.7%), 사별 18명(7.6%), 주거형태는 독거 27명(11.4%), 가족과 동거 152명(64.4%), 배우자 없이 가족과 동거가 56명(23.7%)이었다. 대상자의 직업으로 주부 82명(34.7%), 무직 69명(29.2%), 개인소득이 없는 경우가 136명(57.6%), 가족 월수입이 200만원 미만인 82명(35%)으로 가장 많았다.

2. 우울증 비약물학적 치료의 현황

연구 대상자의 50.8% (n=120)가 우울증 치료를 위해 약물요법 이외의 방법을 경험한 적이 있다고 답하였으며, 구체적인 방법으로는 '운동 및 취미생활'이 34.7% (n=82), '정신과 외래에서 심리적 문제 상담'이 27.8% (n=61)로 가장 많았고, '종교적 치료 및 정신수양'이

18.6%(n=44), ‘한약, 건강식품 및 식이요법’이 18.2%(n=43), ‘정신과 의사와 개별치료(정신치료, 인지행동치료, 가족치료, 부부치료 등)’이 13.6%(n=25), ‘정신과 의사 외의 다른 전문가(개인상담기관, 학교상담시설)와 상담’이 11.9%(n=18) 순으로 나타났다. 대상자가 경험한 비약물학적 치료의 효과를 묻는 질문에서는 ‘정신과 의사와 개별치료(정신치료, 인지행동치료, 가족치료, 부부치료 등)’, ‘운동 및 취미생활’, ‘정신과 외래에서 심리적 문제 상담’의 세 항목에서 효과정도가 4점 이상으로 ‘다소 호전되었다’ 이상의 효과가 있다고 답하였다. ‘종교적 치료 및 정신수양’, ‘다른 전문가(개인상담기관, 학교상담시설)와 상담’, ‘한약, 건강식품 및 식이요법’의 세 항목에서는 효과정도가 3~4점 사이로 다소 호전되거나 변화가 없었던 것으로 평가하였다(표 2).

정신과에서 우울증 치료 후 증상의 변화에 대한 질문에 대상자의 90.6%(n=212)가 정신과에서 우울증 치료를 받은 후 이전에 비해 증상이 호전되었다고 답하였고, 평균 효과점수(Effect score, Es)는 4.46(5점 만점)이었다. 정신과 의사와 비정신과 의사(일반의원, 가정의학과, 한의원 등)의 진료 차이에 대한 인식을 보는 질문에 대해 ‘우울증 치료에 있어서 정신과 의사가 전문가라는 것에 신뢰감이 있다’가 49.2%(n=116), ‘항우울제나 수면제 등 적합한 약물을 사용해서 치료를 받을 수 있다’가 29.2%(n=69), ‘개인적인 문제(스트레스, 대인관계, 성격특성 등)에 대해 상의할 수 있다’가 23.7%(n=56), ‘우울증의 경과나 약물에 대해 충분히 설명해준다’가 11.9%(n=28)로 나타났고, ‘잘 모르겠다’는 응답이 21.2%(n=50), ‘차이가 없다’는 응답은 0.8%(n=2)가 있었다.

정신과 면담 현황을 알아본 결과 우울증 진료시 정신과 의사와 면담하는 시간은 평균 11.31±7.16분이었고, 전체 면담 시간 중에 환자가 이야기 하는 비중은 51.33

±20.56%로 조사되었다. 환자들은 우울증에 가장 영향을 주는 심리적 요인으로 성격적 특성 22.5%(n=53), 과거의 고통스러운 경험 21.6%(n=51), 환경적 요소 19.1%(n=45), 가족간의 갈등 16.9%(n=40), 대인관계의 어려움 10.6%(n=25) 순으로 꼽았고, 면담시 주로 이야기하는 내용으로는 ‘우울증에 영향을 주는 스트레스나 환경 요소’ 41.5%(n=98), ‘약물 효과, 부작용에 대한 설명’ 26.3%(n=62), ‘우울증 질환 정보’ 15.3%(n=36), ‘성격 문제’ 8.5%(n=20) 순으로 나타났다. 기타 ‘일상 생활’ 4.3%(n=10), ‘현재 증상 및 상태’ 2.6%(n=6) 등을 이야기한다고 하였다. 면담시 약물복용 설명에 대한 만족도는 64.17±27.11점(100점 만점), 약물복용 이외 우울증에 영향을 주는 개인적인 문제(최근의 스트레스, 대인관계, 성격적 특성 등)에 대한 상담의 만족도는 61.66±26.63점(100점 만점)으로 조사되었다.

환자가 느끼는 의사-환자 관계 현황을 알아보기 위한 질문에 대해 ‘주치의가 내리는 처방을 대부분 따른다’ 57.2%(n=135), ‘의사와 환자가 함께 토의하고 방법을 찾아 결정한다’ 25.4%(n=60), ‘주치의는 우울증에 대해 정보를 제공하지만 실제적인 결정은 환자 본인이 내린다’ 8.9%(n=21), ‘주치의가 환자의 생활이나 습관에 대해 충고를 하고 조언을 해주는 친구 같은 역할을 한다’ 8.1%(n=19)로 답하였다.

현재 환자들은 우울증에 대한 정보를 얻기 위해 ‘의사 등 전문가와의 상담’ 63.1%(n=149), ‘신문, TV 등 대중매체 이용’ 19.1%(n=45), ‘가족, 이웃, 친구와의 대화’ 7.2%(n=17), ‘인터넷 검색’ 5.9%(n=14), ‘책자, 홍보자료, 의학 백과사전’ 1.7%(n=4) 등의 방법을 이용하고 있는 것으로 조사되었으며, 우울증에 대해 알고 있는 정도를 환자 스스로 평가한 점수는 평균 2.78±1.10점(5점 만점)으로 ‘조금 알고 있다’와 ‘별

Table 2. Current status of non-pharmacological treatments and subjective effect score (n=120)*

	n(%)	Effect score (Es) (points out of 5)
Exercise and interesting activity	82(34.7)	4.20
Counseling by psychiatrist	61(27.8)	4.14
Religious activities, Mental training and Autosuggestion(hypogastric breathing, exorcism, meditation, Zen, etc)	44(18.6)	3.88
Herb, Health food, Diet	43(18.2)	3.46
Psychotherapy (Psychodynamic PT, CBT, Family therapy, etc)	25(13.6)	4.36
Counseling by counselor	18(11.9)	3.55

* : include of compound answers

로 아는 것이 없다' 사이로 답하였다.

3. 우울증 비약물학적 치료에 대한 요구도

우울증 환자의 비약물학적 치료 요구도를 알아본 결과, 우울증 치료를 위해 원하는 방법으로 '약물 복용과 심리적 치료 병행'이 50%(n=118), '약물 복용 위주의 치료' 38.6%(n=91), '약물 복용 없이 심리적 치료' 7.6%(n=18)로 조사되었다. 심리적 치료를 받아 치료되기를 원하는 항목으로 '우울한 증상이 없어지는 것'이 38.1%(n=90), '본인의 성격이 바뀌는 것'이 19.1%(n=45), '사물의 긍정적인 면을 볼 수 있게 되는 것'이 16.9%(n=40), '대인관계에서의 갈등을 극복하는 것'이 14.0%(n=33)로 나타났다.

환자들이 우울증 치료에 도움이 된다고 판단하는 비약물학적 치료 방법으로는 '운동 및 취미생활' 39.8%(n=94), '정신과 외래에서 심리적 문제 상담' 34.7%(n=82), '정신과 의사와 개별 치료(정신치료, 인지행동치료, 가족치료, 부부치료 등)' 11.9%(n=28), '종교적 치료 및 정신 수양(안수기도, 선, 단전호흡, 굿 등)' 6.8%(n=16), '정신과의사 외의 전문가와 상담(개인상담기관, 학교상담시설 등)' 2.5%(n=6), '한약, 건강식품, 식이요법' 0.8%(n=2) 순으로 나타났으며, 12.7%(n=30)에서는 '약물 치료만으로 충분하다'고 답하였다. 치료 종결 시점에 관하여 환자의 30.9%(n=73)는 '수면 장애, 식사장애, 피로감 등 신체적 증상이 호전될 때까지', 23.3%(n=55)는 '우울한 기분, 무기력, 절망 등 기분이 호전될 때까지', 20.8%(n=49)는 '스트레스 상황이 지나가고 생활이 안정을 되찾을 때까지', 6.8%(n=16)는 '대인관계의 어려움이나 가족간의 갈등이 어느 정도 해결될 때까지', 4.2%(n=10)는 '성격의 변화가 올 때까지' 우울증 치료를 받을 계획이라 하였다.

우울증 환자의 우울증 관련 정보 요구도를 알아본 결과, 우울증에 대한 정확한 정보를 얻기 위한 가장 좋은 방법으로 환자들은 '주치의로부터 직접 설명' 78.4%(n=185), '신문, TV 등의 대중매체' 9.3%(n=22), '우울증에 대한 인터넷 전문 사이트 검색' 7.2%(n=17), '우울증에 대한 책자' 3.4%(n=8)의 순으로 유용하다고 생각하고 있었다. 주치의에게 바라는 정보 내용으로는 '우울증의 다양한 치료방법에 대한 정보' 32.2%(n=76), '우울증의 치료 경과 및 예후' 28.4%(n=67), '식이요법, 운동, 환경조절에 대한 방법' 13.6%

(n=32), '우울증의 증상 및 진단' 12.7%(n=30), '종교적, 정신수양에 대한 조언' 4.7%(n=11)로 나타났으며, 기타의견으로 '성격변화나 기분을 조절하는 방법', '환경적 고민을 덜어주는 방법', '최대한 약을 먹지 않고 낫는 방법' 등에 관한 정보를 알려주기를 바란다는 대답들이 있었다.

우울증 환자의 면담 요구도를 알아본 결과, 우울증 치료를 위해 적당하다고 생각하는 1회 면담시간은 평균 18.39 ± 8.95 분이었고, 해당 시간 동안 면담을 하는 경우 적당한 비용으로 평균 2.41 ± 1.38 만원으로 답하였다. 주 1회 해당 시간만큼 면담을 할 경우 적당한 치료 기간으로 '1회' 9.3%(n=22), '1개월 이하' 25.0%(n=59), '1~3개월' 26.3%(n=62), '3~6개월' 14.4%(n=34), '6개월 이상' 13.6%(n=32)라고 생각하고 있었다.

고 찰

정신과 진료에 대한 만족도를 조사한 결과를 살펴보면, 대상자의 90.6%에서 정신과 치료를 받은 후 우울증 증상이 호전되었다고 하였으며, 정신과에서 치료를 받는 것이 비정신과(일반의원, 자정외과, 한의원) 치료에 비해 전문가로서 약물 치료 신뢰감 측면에서 차이를 보고하는 비율이 높았고, 면담 관련 차이를 보고하는 비율은 상대적으로 적었다. 이는 현재 우울증 치료에 있어 정신과 의사의 진료가 약물치료 위주로 진행되고 있음을 간접적으로 시사하는 소견으로 판단된다. 환자들은 우울증 치료를 위해 57.6%에서 심리치료를 약물치료와 병행 또는 단독으로 받기를 원하고 있었으며, 이를 통해 우울증 증상 호전 외에도 성격 변화, 긍정적인 인식의 변화, 스트레스 상황 극복, 대인관계 갈등 해결 등이 이루어지기를 기대하고 있었다. 정신치료에 대한 효과점수(Es)가 4.36으로 비약물학적 치료 중에 가장 높았고, 환자들의 요구도도 높았음에도 불구하고, 우울증 치료 방법으로 정신과 의사에 의한 정신치료(인지행동치료, 가족치료, 부부치료 포함)를 경험한 환자는 13.6%에 불과하였다. 이러한 비약물학적 치료 현황 결과는 환자의 요구도에 비해 우울증 관련 심리치료가 현재 만족스럽게 제공되지 못하고 있음을 보여주고 있다.

우울증 비약물학적 치료의 현황과 환자의 요구도를 조사한 결과를 살펴보면, 현재 정신과 의사와의 평균 면담

시간은 대략 11분이었고, 환자들이 우울증 치료를 위해 적당하다고 생각하는 면담시간은 평균 18분 정도로 나타났다. 우울증 환자들은 정신과 의사와 면담을 통해 '개인적인 문제 상담'과 '질환 및 약물에 대한 설명'에 관한 내용을 주로 이야기하고 있었으며, 전자의 면담 만족도는 61.66점, 후자의 면담 만족도는 64.17점으로 나타났다. 이상의 결과로 보아 상당수 우울증 환자들이 현재의 정신과 면담에 대해 양과 질 모두에서 만족스러워하지 않는 상황인 것으로 나타났다.

최근 자가관리와 대체의학 치료에 대한 관심이 전세계적으로 늘어나는 추세이다.¹²⁾ 대표적인 우울증의 자기관리(self-care, self-help)요법으로는 독서요법(bibliotherapy), 운동, 취미활동, 요가, 명상, 정신수양, 이완요법 등이 있다. 서양에는 이들 요법들에 대한 많은 자료들이 나와 있고 실제 이들 요법이 우울증에 효과가 있는지에 대한 통제된 임상 연구들이 시행되고 있다. 하지만 국내에서는 우울증의 자기관리 요법과 관련된 통제된 연구결과는 전무한 실정이다. 본 연구결과에 따르면 국내 우울증 환자들은 우울증 치료를 위한 비약물학적 치료 방법으로 상담 및 정신치료 다음으로 운동, 취미활동, 요가, 명상, 단전호흡, 정신수양 등의 자기관리를 통한 자가치료방법에 대한 요구도가 높았으며, 특히 운동 및 취미활동이 우울증 치료에 도움이 될 것이라는 답변이 39.8%에 달하였고, 치료효과에 대해서도 효과점수(Es) 4.20으로 정신치료 다음으로 높게 보고되었다. 이는 우울증의 치료시 자기 관리 방법을 우선적으로 사용한다는 호주인들의 상황 보고¹³⁾¹⁴⁾나, 우울증 치료로 자기 관리 방법을 먼저 사용하고 다음 단계로 약물 치료를 권하는 단계적 치료법의 제의¹⁵⁾¹⁶⁾등이 국내 상황에서도 적용 가능할 수 있음을 시사하는 소견이라 할 수 있다. 국내에도 국내 실정에 맞는 자기관리 프로그램 개발이 필요할 것으로 판단된다.

한약, 건강식품, 식이요법 등의 보완대체의학 치료방법에 대해서는 18.2%가 우울증 치료를 위해 사용한 경험이 있다고 보고하였으나 효과점수는 3.46으로 가장 낮게 나타났으며 우울증 치료에 별다른 도움이 되지 않을 거라는 답변이 대다수였다. 이는 한국에는 우울증을 하나의 질병이라기 보다 심리적 문제, 개인적인 성격과 같은 주관적 요소에 의한 결과물로 보는 전통적 질병관이 있기에 환자들이 정신과 치료보다는 내과적, 한방적, 민간 요법과 같은 치료를 더 선호하는 경향이 있다는 이전

연구¹⁷⁾와는 다소 차이를 보이고 있으며, 본 연구가 현재 대학병원에서 진료 중인 환자만을 대상으로 하였기에 차이를 보였을 가능성이 있다. NHS 진료지침에 따르면 한약이나 식이요법에 대해 '고려 가능하나 추천되지는 않음(considered but not recommended)'으로 가이드라인을 제시하고 있다.⁹⁾

우울증 정보 요구도와 현황을 조사한 결과를 살펴보면, 현재 국내 우울증 환자들은 우울증에 대한 정보를 얻기 위해 대부분 전문가 상담과 대중매체를 이용하는 것으로 나타났으며, 인터넷 검색이나 관련 책자를 이용하는 경우는 매우 적었다. 또한 우울증에 대한 유용한 정보를 얻기 위한 가장 좋은 방법으로는 80% 정도의 환자가 주치의로부터 직접 설명듣기를 가장 선호하고 있었고, 대중매체, 인터넷, 관련 책자 등을 통한 정보 획득은 상대적으로 유용하지 않다고 여기고 있었다. 이는 자가치료방법으로서 독서요법이나 인터넷을 이용한 자기인지치료가 활발히 이용되고 있는 서양의 상황과 큰 차이를 보인다. 독서요법은 체계적 고찰을 통해 우울증에 효과가 있다는 근거가 제시되어 있고,¹⁸⁾ NHS 진료지침에도 2nd-line 치료로 명시되어 있을 정도로 이미 서양에서는 보편화된 치료 방법으로 정신치료에 대한 접근이 어려운 우울증 환자들에게 특히 권장되고 있다.⁹⁾ 본 조사에서 국내 우울증 환자들이 우울증에 대해 알고 있는 정도를 스스로 평가한 점수는 2.78±1.10점(5점 만점)으로 비교적 낮은 점수를 보였고, 환자들은 주치의에게 우울증의 다양한 치료방법, 우울증 경과 및 예후, 식이요법과 운동 등에 대한 정보를 얻기를 바라고 있었다. 하지만 현재 우리나라의 임상진료 현실상 주치의사가 환자에게 충분한 상담과 질병 관련 정보를 제공하기에는 시간적, 경제적인 어려움이 있을 수 있다. 따라서 국내에도 위에 전술한 독서요법이나 인터넷을 통한 인지치료 등의 자가치료방법의 도입을 고려해 볼 수 있을 것이다. 이러한 방법들은 직장, 학교 등으로 인해 정신과 진료에 제한을 받는 환자들이 일하면서 자신의 페이스에 맞게 할 수 있으며 경제적이라는 장점이 있고, 치료가 끝난 후에도 우울증에 대한 대처 기술이 늘어나기에 재발 위험성을 줄이고 장기적인 예후에 좋은 영향을 미칠 가능성이 있다.

지금까지 우리나라 우울증 환자들의 비약물학적 치료 요구도 및 국내 현황을 알아보았다. 본 연구의 제한점으로 대학병원 환자들만을 대상으로 조사되었기 때문에 국

내 진료 현황을 대표한다고 보기 어렵다는 문제가 있다. 조사 대상자들이 병원 등의 기존의 진료 시스템에 대한 접근성이 높은 환자군으로 우울증에 대한 지식수준이 높거나 진료에 협조적인 환자들이 더 많이 포함되었을 가능성이 있으며 비약물학적 치료에 대한 선호도가 다를 수 있다는 점을 감안해야 할 것이다. 이를 보완하기 위해서는 국내 우울증 진료 상황을 대표할 수 있는 표준화된 표본 설정이 필요하다. 이를 위해 현재 층화비례 추출법에 따라 임의추출된 전국 시도별 각각 14개의 병원과 55개의 의원을 대상으로 한 전국적인 다기관 우울증 진료 현황 조사가 시행 중에 있다.

우울증으로 인한 사회경제적 부담의 비중이 점점 커지는 현실에서 실제 우울증 진료현장에서 경험하게 되는 중요한 임상적 문제들에 대해 국내연구를 기반으로 근거를 확보하여 우리나라의 실정에 맞는 한국형 우울증 진료지침을 만드는 것은 매우 의미 있는 일이라고 생각된다. 또한 이러한 지침에는 지금까지 근거중심 권고안이 전무한 실정인 비약물학적 치료 분야에 대한 내용을 포함하여 다양한 임상적 문제들을 모두 다룰 수 있도록 할 필요가 있으며, 국내 우울증 환자의 특성과 선호도, 현재 국내의 임상여건 등을 적절히 반영하여 우리 상황에 맞는 진료지침이 되어야 할 것이다. 본 연구는 한국에서의 우울증 비약물학적 치료 현황에 대한 최초의 다기관 공동조사로 우울증 비약물학적 치료에 대한 근거중심 한국형 진료지침 개발을 하고자 하는 것이 궁극적인 목표이다.

중심 단어 : 우울증 · 비약물학적 치료 · 현황조사 · 진료 지침.

참고문헌

1. Smith R. Where is the wisdom? The poverty of medical evidence. *BMJ* 1991;303:798-799.
2. Evidence Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine: a new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA* 1992;268:2420-2425.
3. Davidoff F, Case K, Fried FW. Evidence-based medicine: why all the fuss? *Ann Intern Med* 1995;122:727.
4. Sackett DL, Rosenberg W. On the need for evidence-based medicine. *J Public Health Med* 1995;17:330-334.
5. Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-based medicine, how to practice and teach ebm. 2nd ed. Churchill Livingstone;2000.
6. Bauer M, Whybrow PC, Angst J, Versiani M, Moller HJ. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Unipolar Depressive Disorders, Part 1: Acute and continuation treatment of major depressive disorder. *World J Biol Psychiatry* 2002;3:5-43.
7. Bauer M, Whybrow PC, Angst J, Versiani M, Moller HJ. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Unipolar Depressive Disorders, Part 2: Maintenance treatment of major depressive disorder and treatment of chronic depressive disorders and subthreshold depressions. *World J Biol Psychiatry* 2002;3:69-86.
8. Canadian Psychiatric Association. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT): Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders. *Can J Psychiatry* 2001;46 Suppl 1:5S-90S.
9. National Collaborating Center for Mental Health. Management of Depression in primary and secondary care. London: National Institute for Clinical Excellence;2004.
10. Crismon ML, Trivedi M, Pigott TA, Rush AJ, Hirschfeld RM, Kahn DA, et al. The Texas Medication Algorithm Project: report of the Texas Consensus Conference Panel on Medication Treatment of Major Depressive Disorder. *J Clin Psychiatry* 1999;60:142-156.
11. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for Depression. Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the treatment of depression. *Aust N Z J Psychiatry* 2004;38:389-407.
12. Thachil AF, Mohan R, Bhugra D. The evidence base of complementary and alternative therapies in depression. *J Affect Disorder* 2007;97:23-35.
13. Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, Christensen H, Rodgers B, Pollitt P, et al. "Mental health literacy": a survey of the public's ability to recognize mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Med J Aust* 1997;166:182-186.
14. Jorm AF, Medway J, Christensen H, Korten AE, Jacomb PA, Rodger B. Public beliefs about the helpfulness of interventions for depression: effects on actions taken when experiencing anxiety and depression symptoms. *Aust N Z J Psychiatry* 2000;34:619-626.
15. Jorm AF, Christensen H, Griffiths KM, Rodgers B. Effectiveness of complementary and self-help treatments for depression. *Med J Aust* 2002;20:84-96.
16. Goldberg D. The "NICE guideline" on the treatment of depression. *Epidemiol Psichiatr Soc* 2006;15:11-15.
17. Yoon CH, Kim KI. Attitude toward help-seeking behavior. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 1991;30:1091-1110.
18. Cuijpers P. Bibliotherapy in unipolar depression: a meta-analysis. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1997;28: 139-147.