

일차진료에서 우울증 환자 진료

김 영 식

울산의대 서울아산병원 가정의학과

연수강좌

일차의료 우울증의 역학 및 임상적 특성

우울증은 2004년 WHO 자료에 의하면 세계 질병부담(DALY) 순위 3위로 심혈관질환 보다 더한 장애를 초래하는 것으로 나타났으며, 소득수준이 중-상위에 해당하는 국가에서는 질병부담이 1위를 차지하고 있다. 2030년에는 우울증에 의한 질병부담이 전세계적으로도 1위를 차지할 전망이다.¹ 우리나라 자살률(2018)은 10만명당 26.6으로 OECD국가중 자살률이 1위를 차지하며, 우리나라 전체 사망원인중 5위에 해당하고, 10-39세 에서는 사망원인 1위로 자살은 매우 중요한 질환이다.² 우울증이 있으면 정상인에 비해 자살 위험이 20배 높고, 노인의 연간 사망률은 2.4배나 높고, 심근경색 발병위험은 5배, 뇌졸중 발병위험은 1.5배 높다. 2011년 18-64세에서 조사한 주요우울장애의 평생 유병률은 6.7%로 나타났는데, 이는 미국의 유병률 13.2% 보다는 낮은 수준이다.³ 지역사회 유병률에 비해 일차진료의사를 방문하는 성인환자에서 유병률은 8.6%~19.5%로 높게 보고되고 있다.^{4,5} 선별도구를 이용한 우울증 유병률은 절단점에 따라 다르지만 15.1-30.0%까지 높게 보고 되고 있는 수준이다.^{4,6} 즉, 과반수의 우울증 환자는 1차의료에서 진단을 받지 못하고 있는 실정이다.⁵ 정신의료서비스 이용실태 조사에서도 우울증을 포함한 기분장애 환자 중의 1/3만이 의사나 정신건강 전문가에게 상담을 받은 것으로 나타나서 이를 뒷받침하고 있다.

우울증 선별검사

일차의료에서 우울증 환자는 신체적인 증상을 주로 호소하고, 가면우울증이 흔하기 때문에 원칙적으로 일차의료에 방문한 모든 환자를 대상으로 선별검사가 고려되어야 한다. 그러나 실제 모든 환자를 대상으로 우울증에 대한 선별검사가 어려운 경우라면 고위험군을 대상으로 하는 것이 효율적인 방법이 될 수 있다.

우울증의 고위험군으로는, 우울증의 과거력이나 가족력, 자살기도의 과거력, 주요 만성질환(당뇨병, 암, 파킨슨병, 관상동맥질환, 뇌중풍 등) 발병, 폐경 후 여성, 사회적지지 결핍, 스트레스성 생활사건, 성적학대 또는 신체학대, 알코올중독이나 약물남용, 여러 신체증상을 호소하거나, 병원을 자주 방문하고, 진단적 검사에서 정상인 경우 등이다. 역학조사에서는 여자, 이혼 등 결혼 생활의 문제, 미혼, 학생이나 주부, 무직, 낮은 소득이 위험요인이었다.⁷

그러나 일차의료기관에서 사후조치 프로그램이 없이 단순히 진료의사가 우울증 선별결과만을 알려주는 경우 효과가

없거나 미미하였는데, 그 이유는 선별된 환자 중 상당 수에서 효과적이고 충분한 치료로 이어지지 못하였기 때문이다.⁸ 또한 선별검사로 진단된 경우 경도 내지는 중등도의 우울증인 경우가 대부분이며, 이들의 경우 치료에 대한 동기 유발이 어렵고 결과적으로 약물 순응도를 낮았기 때문이다.⁹

우울증 선별도구로 가장 간단한 2가지 문항 설문(PHQ-2)은 미국질병예방위원회(USPSTF)에서 제안한 방법으로, 의사가 2가지 질문(① 지난 2주간 우울하거나 희망이 없다고 느낀 적이 있습니까?, ② 지난 2주간 즐거움이나 흥미를 전혀 느껴 보지 못했습니까?)을 하고, 이 중 하나라도 예라고 답하면 우울증에 대한 진단을 확인하라는 것인데, 국내에서는 성인을 대상으로 한 연구는 아직까지 없다.

국내에서 타당성 연구가 이루어진 우울증 선별도구로는 PHQ-9(Patient Health Questionnaire-9), BDI(Beck's Depression Inventory), CES-D(Center for Epidemiological Studies-Depression Scale), ZSRDS (Zung's Self Rating Depression Scale), GDS(Geriatric Depression Scale) 등이 있으며, 생애전환기 건강진단에서 PHQ-9으로 우울증 선별검사를 시행하고 있다.

우울증 진단

주요 우울장애의 진단은 다음의 9가지 증상 중 5가지 이상이 동일한 2주 동안에 거의 하루 내내 나타났고, 과거의 기능과 차이를 나타냈으며, 첫째와 둘째 증상 중 하나는 반드시 포함해야 한다. ① 우울한 기분, ② 감소된 흥미 또는 즐거움, ③ 식이요법을 하지 않는 중에 체중감량과 증가, ④ 불면 또는 과수면, ⑤ 정신흡분 또는 지체, ⑥ 피로 또는 에너지 상실, ⑦ 무가치함 또는 과도하고 부적절한 죄책감, ⑧ 사고와 집중 능력의 감퇴 또는 결정곤란, ⑨ 반복적인 죽음에 대한 생각, 자살에 대한 사고, 또는 자살시도나 구체적인 자살계획.

우울증을 진단하는 경우 우울증과 관련이 있는 심혈관질환, 암, 당뇨병, 갑상선질환 등의 동반 여부와 우울증을 유발할 수 있는 약물(항부정맥제, 항파킨손제, 항암제, 베타차단제, 항경련제 등)의 복용 여부도 평가해야 한다.

우울증 치료

우울증 진료의 중요한 목표 중 하나는 자살에 대한 위험을 평가하고 이를 예방하는 것이다. 온화하고 공감하는 질문과 접근이 필수적이며, 자살에 대해서 질문한다고 하여 환자에게 자살에 대한 생각을 심어주지는 않는다. 자살에 대해 언급하려는 것을 차단한다든지 또는 자살에 대해 구체적으로 확인하지 못하는 것이 더욱 위험하다. 관심을 갖고 진료해야 하는 자살의 고위험군으로는 자살시도 과거력, 반복적 우울증 또는 조울증, 알코올 의존, 신체적 질병, 최근 큰 상실이나 이혼, 실직 또는 은퇴, 독신자, 고령 등이 해당된다.⁹

협력의료

일차의료에서 우울증을 효율적으로 치료하기 위해서는 일차의료의사를 포함하여, 추적관리를 도와줄 전담인력과 의뢰를 담당할 정신건강의학과 의사가 함께하는 협력의료로 권장된다. 협력의료 모델을 통한 포괄적인 치료를 위해서는 우선 환자와 보호자에게 우울증치료에 대해 교육시키고 우울증 치료방법 선택과 치료과정에 동참하도록 한다. 치료방법을 결정하고 추적관리를 하는데 PHQ-9을 활용하면 매우 효과적이다(표 1).¹⁰ PHQ-9 점수가 5-9로 경미한 우울 증상의

경우 환자교육과 신체활동 강화 등 자가치료 방법을 지지해주어야 하며, PHQ-9 점수가 10 이상이면 상태에 따라 약물치료 단독 또는 심리치료와 병행하도록 계획해야 한다. 추적진료에서 5점 이상 감소하면 최소한 임상적으로 개선되었다고 판정할 수 있다.

기간에 따른 치료전략

우울증 치료단계는 치료기간에 따라 급성기(첫 3개월), 지속기(4-12개월), 유지기(1년 이상)로 분류하고 있다.

급성기 치료의 목적은 우울증상에 대한 완화와 직업이나 정신사회적 기능의 회복으로써 항우울제 투여 후 6-12주가 소요된다. 처음 항우울제 투여 후 항우울 효과는 2주 지나서 나타나는데 반해 부작용은 곧바로 나타나므로, 초기에는 중증도에 따라 1-2주 간격으로 추적 진료하면서 부작용이나 자살의도 등에 대한 면밀한 관찰이 필요하다. 약제 사용 후 3-4주가 경과해도 반응이 없다면 다른 약제로 변경을 고려해본다.

Table 1. 생애전환기 Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) 판정.

지난 2주 동안 당신은 다음과 같은 일로 얼마나 자주 불편함을 느낀 적이 있습니까?

- 1) 하는 일에 흥미나 즐거움이 거의 없다
 전혀 그렇지 않다 ① 수일 정도 ② 1주일 이상 ③ 거의 매일
- 2) 기분이 가라앉고 우울하거나 또는 희망이 없다
 전혀 그렇지 않다 ① 수일 정도 ② 1주일 이상 ③ 거의 매일
- 3) 잠들기 힘들거나, 수면을 유지하기 힘들거나 또는 지나치게 잠을 많이 잔다
 전혀 그렇지 않다 ① 수일 정도 ② 1주일 이상 ③ 거의 매일
- 4) 피로감을 느끼거나 기력이 거의 없다
 전혀 그렇지 않다 ① 수일 정도 ② 1주일 이상 ③ 거의 매일
- 5) 식욕이 없거나 또는 너무 과식을 한다
 전혀 그렇지 않다 ① 수일 정도 ② 1주일 이상 ③ 거의 매일
- 6) 자신에 대해 죄책감을 느끼거나, 자신을 실패자라고 느끼거나 또는 자신에 대해 실망을 하거나 가족들을 실망시켰다고 생각한다
 전혀 그렇지 않다 ① 수일 정도 ② 1주일 이상 ③ 거의 매일
- 7) 일에 집중하기가 어렵다. 예를 들어 신문을 보거나 텔레비전을 시청하기 힘들다.
 전혀 그렇지 않다 ① 수일 정도 ② 1주일 이상 ③ 거의 매일
- 8) 주변사람들이 알아차릴 정도로 움직이거나 말하는 것이 느려졌다. 또는 그 반대로 안전부절 못하거나 들떠서 평소 보다 많이 주위를 돌아다닌다.
 전혀 그렇지 않다 ① 수일 정도 ② 1주일 이상 ③ 거의 매일
- 9) 죽어버리는 것이 더 낫다고 생각하거나 어떤 방법으로든지 자신을 해칠 생각을 한다.
 전혀 그렇지 않다 ① 수일 정도 ② 1주일 이상 ③ 거의 매일

5-9: 가벼운 우울증, 10-19: 중간정도 우울증, 20-27: 심한 우울증

지속치료의 목적은 우울증상의 완화상태를 지속시켜서 재발의 가능성을 낮추는 것이다. 일단 우울증상이 완화 되더라도 항우울제 치료는 추가로 4-9개월(총 6-12개월)이 필요한데 이 기간을 지속치료라고 하며, 4-12주 간격의 추적진료가 권장된다.

유지치료의 목적은 우울증이 새롭게 재발하는 것을 예방하는 것이다. 지속치료 종료 후 항우울제 치료를 중단하였다가 우울증이 재발한 환자에게는 1-3년의 유지치료가 필요하며, 재발의 고위험군(3회 이상 재발 등)에서는 5년 이상 또는 평생동안 유지치료를 하기도 한다. 유지기에는 3-6개월 간격의 추적진료가 권장된다.

치료효과에 대한 평가

항우울제 치료효과에 대한 평가는 무반응(증상 감소가 25%이하), 부분적 반응(증상감소가 26-49%), 반응(증상감소가 50% 이상), 부분적 완화(잔여 증상이 있는 반응), 완화(증상의 소실, 또는 PHQ-9 점수<5) 등으로 분류한다.¹¹ 항우울제 처방 후 2-4주에 치료반응을 평가해야 한다. 30세 이하이거나 자살 위험일 있을 경우에는 약물 처방 1주일 후 치료 반응을 평가한다. 적절한 용량의 항우울제를 2-4주 투여 후에 증상의 개선이 없거나 무반응인 경우에는 해당 항우울제는 치료실패로 판정한다. 반면에 부분반응을 보였다면 8-12주 치료 후에 반응을 보일 가능성이 있으므로 해당 약물투여를 지속한 후 재판정한다.

우울증의 약물치료

항우울제의 선택

항우울제의 선택은 환자의 항우울제 치료경험, 동반질환, 병용하는 약물, 항우울제의 부작용, 의사의 항우울제 경험, 환자의 약물 순응력, 항우울제 효과에 대한 가족력, 환자의 항우울제 선호도, 항우울제의 비용이나 보험적용 여부 등에 의해 결정된다. 1차선택 약제로는 SSRIs (selective serotonin reuptake inhibitors), SNRIs (selective serotonin and norepinephrine reuptake inhibitors), NDRI (Norepinephrine-dopamine reuptake inhibitor), NaSSA (noradrenergic and specific serotonergic antidepressant)가 권장된다(표 2).¹² 일반적으로 항우울제 계열간이나 계열내에서 효과의 차이는 별로 없는 것으로 알려져 있으나, 부작용에 있어서는 계열에 따른 차이가 뚜렷하다.

선택적 세로토닌 재흡수 억제제: SSRIs

SSRIs의 항우울 효과는 TCAs와 비슷하나 SSRIs가 TCAs 보다 항콜린성 부작용이나 심혈관 독성이 적어서 안전하고, 내약성이 좋으며, 투약중단율이 낮다. 따라서 SSRIs는 경증 또는 중등증 우울증에서 1차 선택약제로 권장되는데, 특히 외래진료 및 일차치료에 더욱 적합하다.

SSRIs간에도 효과의 차이가 있다는 보고가 일부 있지만 대부분의 임상자료에서는 차이가 없는 것으로 나타났다. SSRIs의 부작용으로는 위장관계(오심, 구토, 설사) 부작용과, 식욕감퇴, 불면, 성기능장애(남성의 사정장애, 발기부전, 여성의 성욕감퇴, 성홍분장애)가 있다. Fluoxetine은 다른 SSRIs와 비교하여 식욕감퇴로 인한 체중감소가 있어서 비만이나 대사증후군이 함께 있을 때 고려된다. Paroxetine과 fluvoxamine은 불안증상을 가진 환자에서 선호되고, escitalopram은 약물상호작용이 적고 약물순응도가 우수하다.

세로토닌 노르에피네프린 재흡수 억제제: SNRIs

SNRIs가 SSRIs 보다 증상완화율이 다소 높다는 일부 보고가 있지만 대부분의 임상자료에서는 큰 차이가 없었다. SNRIs의 부작용으로는 위장관계(오심, 변비) 부작용과, 혈압상승, 성기능장애, 불면속 증후군이 있다. Venlafaxine은 과다 용량에 의한 사망위험이 다소 높고, 용량을 증가시키는 과정에서 부정맥이나 고혈압을 악화시키고, 부작용으로 인해 투여중단의 가능성이 증가하므로 1차약제로 사용시 주의가 필요하다. Duloxetine은 venlafaxine에 비해 혈압상승은 적으나 오심과 어지러움이 흔하고, milnacipran은 순응도가 가장 우수하다. 임신부는 투여 금기이다.

노르에피네프린-도파민 재흡수 억제제: NDRI

항우울 효과는 SSRIs나 TCAs와 유사하나 SSRIs의 부작용인 성기능장애가 적다는 장점이 있다. Bupropion은 금연을 위한 보조제로도 널리 쓰이고 있다. 부작용으로는 위장관계(오심, 구갈) 부작용과 두통, 불면이 있으며, 경련발작을 유발하기도 한다. 따라서 금기증으로는 발작 병력, 대식증, 신경성 식욕부진, 임신부이다.

Table 2. Classification, doses, and adverse effects of antidepressants

Classification	Dose (mg)		Adverse effects
	Starting	Standard	
Selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI)			
Citalopram	20	20-40	
Escitalopram	10	10-20	anorexia, nausea, insomnia,
Fluoxetine	20	20-40	sexual dysfunction (retarded
Fluvoxamine	50	100-250	ejaculation, retarded orgasm)
Paroxetine	20	20-40	
Sertraline	50	50-150	
Serotonin norepinephrine reuptake inhibitor (SNRI)			
Duloxetine	30-60	60	anxiety, insomnia, nausea, sexual
Venlafaxine	75	150-225	dysfunction, hypertension,
Norepinephrine-dopamine reuptake inhibitor (NDRI)			
Bupropion	150	150-300	tachycardia, sweating
Noradrenergic & specific serotonergic antidepressant (NaSSA)			
Mirtazapine	15	15-45	headache, tremor,
Amitriptyline	25-50	100-300	seizure, insomnia
Clomipramine	25-50	100-250	
Imipramine	25-50	100-300	dry mouth, sedation, weight
Nortriptyline	25-50	75-200	gainsedation, orthostatic
Serotonin antagonist reuptake inhibitor (SARI)			
Trazodone	25-50	100-300	hypotension, arrhythmia,
Reversible inhibitor of monoamine oxidase A (RIMA)			
Moclobemide	150	300-600	anti-cholinergic (dry mouth, visual
Mirtazapine	15	15-45	change, constipation), weight gain
Selective serotonin reuptake enhancer (SSRE)			
Tianeptin	37.5	37.5	sedation, orthostatic hypotension,
Moclobemide	150	300-600	erectile dysfunction, priapism (rare)
Reversible inhibitor of monoamine oxidase A (RIMA)			
Moclobemide	150	300-600	insomnia, dizziness, anxietydry
Selective serotonin reuptake enhancer (SSRE)			
Tianeptin	37.5	37.5	mouth, sedation, weight gain

삼환계 항우울제: TCAs

입원 환자나 중증 우울증에서 TCAs가 SSRIs보다 효과가 약간 좋은 것으로 알려져 있으나 부작용이 흔하여 약물순응도가 낮다. TCAs의 부작용으로는 항콜린성(구갈, 변비, 시력혼탁), 심혈관성(기립성 저혈압, 부정맥), 항히스타민성(진정작용, 체중증가), 신경학적(섬망, 간대성근경련) 증상들이 있다. 따라서 중등증 이상의 심혈관질환, 협우각축내장, 전립선비대증, 인지기능장애, 경련성질환, 섬망 등에서는 금기이다.

기타 항우울제

Mirtazapine은 노르아드레너직 선택적 세로토닌 항우울제(NaSSA, noradrenergic and specific serotonergic antidepressant)로서 위장관계 부작용과 성기능장애는 적으나 부작용으로 진정작용과 체중증가가 있다.

Trazodone은 세로토닌 길항제 재흡수 억제제(SARI, serotonin antagonist reuptake inhibitors)로서 항우울효과는 SSRIs와 비슷하나 성기능장애 부작용이 적다. 현재는 불면증 보조치료제로 주로 사용되며, 부작용으로 체중증가와 진정작용, 기립성저혈압, 부정맥 등이 있다. 금기증은 지속발기증이다.

Moclobemide는 가역적 MAO억제제(RIMA, reversible inhibitor of monoamine oxidase A)로서 MAOI와 달리 심혈관부작용과 성기능장애가 없으며 타이라민반응이 없어서 식이제한도 필요가 없다. 부작용으로는 구갈, 어지러움, 두통, 불면이 있으며, 금기증은 급성 착란상태이다

Tianeptine은 선택적 세로토닌 재흡수 촉진제(SSRE, selective serotonin reuptake enhancer)로 SSRIs나 TCAs보다 부작용이 적은 편이고, 부작용으로는 드물지만 오심, 구갈, 불면 같은 위장관계 증상이 있다.

항우울제 1차 치료 실패에 대한 조치

항우울제 1차 치료에 최소한 30%에서 반응하지 않는 것으로 알려져 있다. 따라서 첫 항우울제 투여후 무반응(부분적 반응)이거나 부작용으로 투여를 중단한 경우에는 1) 다른 계열의 항우울제로 교체하거나, 2) 동일한 계열 중에서 다른 항우울제 투여하거나, 3) 다른 계열의 항우울제 2가지를 병합투여 한다. 다른 계열의 항우울제로 교체하는 경우(예로, SSRIs에서 SNRI s또는 TCAs로)의 장점은 다약제 복용을 최소화하여 부작용을 줄이고, 내약성을 높여서 복용순응도를 향상시킨다. 단점으로는 2차 항우울제가 치료반응을 보일 때까지 시간이 추가로 필요하다는 것이다. 동일계열의 항우울제로 교체하는 경우, 예로 SSRIs로 치료실패 후 다른 SSRIs로 교체시 치료반응을 보일 가능성이 40-70%로 조사된바 있다.¹³ 2가지 항우울제 병합요법의 장점은 부분반응을 보인 항우울제의 중단으로 인한 치료효과의 소실이나 증상 악화의 위험이 없다는 것이며, 단점으로는 부작용과 약물상호작용의 가능성이 높아지고 비용이 증가한다는 것이다.

항우울제 부작용에 대한 조치

SSRIs, SNRIs, TCAs등의 항우울제로 성기능장애가 발생하면 sildenafil 등 phosphodiesterase-5 inhibitor를 추가 하고, 필요시 bupropion 등 성기능장애가 없는 항우울제로 교체한다. SNRIs나 NDRIs는 혈압을 상승시키므로 정기적으로 혈압을 모니터하고, 가능하면 용량은 소량을 유지하고, 필요시 항고혈압제를 추가한다. SSRIs, SNRIs, NDRI 등에서 불면증을 호소하면 아침에 복용하도록 하고, 필요시 수면제를 추가한다. TCAs, trazodone, mirtazapine 등에서 진정작용을 호소하면 취침전에 복용하도록 하고, 필요시 항우울제를 교체한다. TCAs, trazodone, mirtazapine 등에서 체중증

기를 호소하면, 식이요법과 적절한 운동을 권유하고, 필요시 fluoxetine 등의 SSRIs나 bupropion으로 교체한다. TCAs, SNRIs, bupropion 등에서 구갈을 호소하면 캔디나 무설탕 껌을 권한다. SSRIs, SNRIs, TCAs 등에서 발한을 호소하면 terazosin 등의 알파차단제나 benztropine 등의 항콜린제를 추가한다.

불안증을 동반한 우울증의 치료

주요우울장애 환자의 33-85%에서 불안증이 동반되는 것으로 조사된 바 있다. 실제 우울증환자의 30-60%에서 항우울제와 항불안제(벤조디아제핀)를 병합투여하고 있는데, 이는 불안, 초조, 불면 등의 증상을 신속히 개선시키기 위한 것으로 항우울제 단독요법보다 초기 1-4주에 반응이 좋은 것으로 알려져 있다. 항불안제 병행투여는 의존성의 위험과 부작용(진정작용, 인지기능 손상 등)을 검토하여 가능하면 4주 이내로 사용할 것을 권장하고 있다. 의존성이나 내성의 위험이 높은 알코올중독이나 약물남용 환자에게 베조디아제핀을 사용해서는 안된다.¹⁴

항우울제 금단 증후군

TCAs, SSRIs, SNRIs, mirtazapine 등 대부분의 항우울제는 복용을 갑자기 중단하게 되면 1-3일 후에 현기증, 오심, 허약감, 두통, 불안, 초조, 불면 등이 나타나는 것으로, 대부분은 짧은 기간동안 심하지 않지만 일부 환자들에서는 일상생활이 힘들게 하거나 고통스럽게 한다. 따라서 장기간 유지치료를 하던 환자에서는 4-6개월에 걸쳐 서서히 감량하면서 중단하도록 하는 것이 권장된다. 특히 항우울제 치료초기에 환자들이 임의로 중단하지 않도록 교육시키는 것이 중요하다. SSRIs의 경우 반감기가 짧은 paroxetine에서 가장 흔하고, sertraline과 fluvoxamine은 중간 정도이며, fluoxetine과 citalopram에서 가장 적은 것으로 알려져 있다.¹⁵

우울증에 대한 상담 및 심리치료

일차의료에서 우울증 환자와 짧은 시간에 효과적인 상담을 하기 위한 방법으로 BATHE기법이 있다.¹⁶ BATHE는 영어단어 머리글자의 조합으로 순서적으로 활용하면 된다. B는 background(배경)에 대한 것으로 '당신에게 무슨 일이 있습니까?', A는 affect(감정)에 대한 것으로 '그것에 대해 어떻게 느끼십니까?', T는 trouble(문제)에 대한 것으로 '그 상황의 어떤 점이 당신을 힘들게 합니까?', H는 handle(대응)에 대한 것으로 '당신을 그 일을 어떻게 처리하고 계십니까?', E는 empathy(공감)에 대한 것으로 '그것은 당신에게 아주 힘들었겠군요' 이다.

일차의료에서 개별적인 상담치료를 효과적으로 하기 위한 방법으로 SPEAK기법이 권장된다.¹⁷ S는 schedule로서 '하루 일과 작성하기', P는 pleasurable activities로서 '즐거운 활동하기', E는 exercise로서 '운동하기', A는 assertiveness로서 '자기의 주장을 말하거나 행동하기', K는 kind thoughts about oneself로서 '자신에 대해 긍정적인 생각하기' 이다. 이와 같은 상담치료시 우울증에 대한 교육과 지지적인 접근을 함께 하는 것이 권장된다.

우울증환자 의뢰

일차의료에서 우울증 환자진료시 정신건강의학과에 의뢰가 필요한 경우로는 1) 자살 위험이 중등도 이상인 환자, 2)

일상생활에 어려움이나 영양결핍을 동반한 인지능력 저하자, 3) 정신적 또는 환각 증상이 있는 환자, 4) 돌봐줄 가족이 없는 경우, 5) 항우울 치료에 합병증으로 심각한 신체 질환이 있는 경우, 6) 진단이 불확실한 경우, 7) 양극성 장애, 8) 항우울제에 반응하지 않는 경우 등이다.

참고문헌

1. WHO. The global burden of disease 2004 update. WHO Press. 2008; p40-51.
2. 통계청 사망원인 통계 2018
3. Hasin DS, Goodwin RD, Stinson FS, et al. Epidemiology of major depressive disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions. Arch Gen Psychiatry 2005;62:1097-106.
4. Kim YS, Yoon YS, Oh JY, et al. Prevalence of mental disorders in Family Practice centers in Korea and the utility of a diagnostic tool. J Korean Acad Fam Med 2005;26:699-705
5. Mitchell AJ, Vaze A, Rao S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. Lancet 2009;374:609-19.
6. Kim DH, Lim YS, Kwak KW, Lee HR, Youn BB. A comparison study between depression and family function in family practice J Korean Acad Fam Med 1990;11(7):23-8.
7. Park JH, Kim KW. A review of the epidemiology of depression in Korea. J Korean Med Assoc 2011;54:362-9.
8. O'Connor EA, Whitlock EP, Beil TL, et al. Screening for depression in adult patients in primary care settings: A systematic evidence review. Ann Intern Med. 2009;151:793-803.
9. Yim HW, Jeong H, Jung YE, Wang HR, Kim SY. Management of depression and suicide. J Korean Med Assoc 2011;54:275-83
10. Institute for clinical systems improvement (ICSI). Health care guideline: Major depression in adults in primary care. 15th ed. 2012; p32-51
11. Bauer M, Bsxhor T, Pfennig A, Whybrow PC, Angst J, Versiani M, Muller HJ. World federation of societies of biological psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of unipolar depressive disorders in primary care. World J Biol Psychiatry 2007;8:67-104.
12. Ham BJ, Jung IK. Current pharmacotherapy of depression. J Korean Med Assoc 2009;52:518-24.
13. Thase ME, Rush AJ. When at first you don't succeed: sequential strategies for antidepressant nonresponders. J Clin Psychiatry. 1997;58(Suppl 13):23-9.
14. Furukawa TA, Streiner DL, Young LT. Antidepressant plus benzodiazepine for major depression. Cochrane Database Syst Rev. 2001;(2):CD001026.
15. Warner CH, Bobo W, Warner C, et al. Antidepressant discontinuation syndrome. Am Fam Physician. 2006;74(3):449-56.
16. Stuart MR, Lieberman JA. The fifteen minute hour: Practical therapeutic interventions in primary care. 3rd ed. Saunders 2002; p66-99.
17. Eisendrath SJ, Cole SA, Christensen JF, et al. Depression. in Feldman MD, Christensen JF editor. Behavioral Medicine: A Guide for clinical practice. 4th ed. McGraw-Hill Education 2014; p243-70.