

04

정신건강의학과 최신정보지

<https://umtmagazine.modoo.at>

2020 SEPTEMBER Vol.1 No.4

Mind

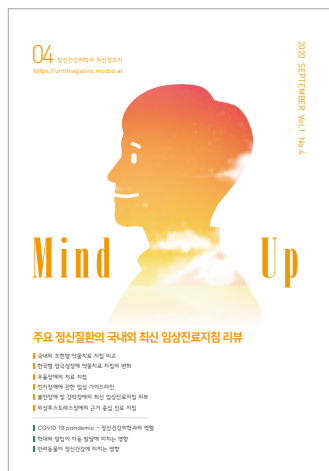
Up

## 주요 정신질환의 국내외 최신 임상진료지침 리뷰

- | 국내외 조현병 약물치료 지침 비교
- | 한국형 양극성장애 약물치료 지침의 변화
- | 우울장애의 치료 지침
- | 인지장애에 관한 임상 가이드라인
- | 불안장애 및 강박장애의 최신 임상진료지침 리뷰
- | 외상후스트레스장애의 근거 중심 진료 지침

- 
- | COVID 19 pandemic – 정신건강의학과와의 역할
  - | 학대와 방임이 아동 발달에 미치는 영향
  - | 반려동물이 정신건강에 미치는 영향

정신건강의학과 최신정보지



Vol.1 No.4 4호  
September 2020

유통매거진을 통해  
다학적 최신 지견을  
만나 보세요!

UMT Medical Magazine 구독신청을 원하신다면,  
네이버에서 [유통매거진]을 검색해주세요!

유통매거진



[매거진 소식 / 구독신청 / 독자후기 이벤트]

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> eyeFit (안과)       | <input type="checkbox"/> WombStory (산부인과)  |
| <input type="checkbox"/> Bonejour (골다공증질환) | <input type="checkbox"/> LiverUpdate (간내과) |
| <input type="checkbox"/> UROworld (비뇨의학과)  | <input type="checkbox"/> JoinOS (정형외과)     |
| <input type="checkbox"/> HeartBit (순환기내과)  | <input type="checkbox"/> Mind Up (정신건강의학과) |



# Mind Up

## ADVISORY BOARD

박원명 교수 가톨릭대학교여의도성모병원

전덕인 교수 한림대학교성심병원

## EDITORIAL BOARD

고영훈 교수 고려대학교안산병원

김원 교수 인제대학교상계백병원

남범우 교수 건국대학교충주병원

박성용 부장 계요병원

박영민 교수 인제대학교일산백병원

서정석 교수 건국대학교충주병원

심세훈 교수 순천향대학교천안병원

우영섭 교수 가톨릭대학교여의도성모병원

이강수 교수 차의과학대학교분당차병원

정종현 교수 가톨릭대학교성빈센트병원

통권 제4호 | 발행일 2020년 9월 25일 | 발행인 신남철 ncshin@e-umt.com

발행처 유통(UMT) www.e-umt.com | T. 070-4818-8516 | F. 02-6442-8528

구독·광고·협찬 및 제보 문의 유통CBO cbo@e-umt.com

디자인 모아베이 | 편집 Mind Up 편집위원회

편집책임 박원명(가톨릭대학교여의도성모병원)

편집위원 고영훈(고려대학교안산병원), 김원(인제대학교상계백병원), 남범우(건국대학교충주병원), 박성용(계요병원), 박영민(인제대학교일산백병원), 서정석(건국대학교충주병원), 심세훈(순천향대학교천안병원), 우영섭(가톨릭대학교여의도성모병원), 이강수(차의과학대학교분당차병원), 전덕인(한림대학교성심병원), 정종현(가톨릭대학교성빈센트병원)



**Mind Up** 독자 여러분, 안녕하십니까?

무더운 날씨와 긴 장마에 이어 태풍까지 겹쳐진 힘든 시기입니다.

더욱이 COVID-19로 인한 세계적 재난에도 의연함을 잃지 않고 진료 현장을 지키고 계신 정신건강의학과 선생님들께 감사와 안부의 말씀을 전하며, 이번에 발간되는 정신건강의학과 최신정보지 **Mind Up** 4호를 소개해 드립니다.

이번 4호에서는 우리가 진료시 꼭 알아야 할 주요 정신질환의 국내외 최신 임상진료지침을 다루어 보려 합니다. 정신건강의학과 영역에서 가장 흔하게 접하는 조현병, 양극성장애, 우울장애, 인지장애, 불안 및 강박장애 그리고 외상후 스트레스장애 등 주요 질환의 진료지침 및 약물치료지침 리뷰를 통하여 실제 진료에 많은 도움이 되실 수 있기를 희망합니다. 또한 SPECIAL COLUMN에서는 COVID-19 pandemic-정신건강의학과와의 역할, 학대와 방임이 아동 발달에 미치는 영향, 반려동물이 정신건강에 미치는 영향 등 최근 사회적으로도 중요한 이슈이면서 정신건강에 영향을 미치는 시의적절하고 의미 있는 3가지 주제를 선정하였습니다.

COVID-19 pandemic 상황에도 불구하고 기꺼이 집필을 맡아주신 집필진과 주제 선정 및 감수에 힘써주신 편집위원께 감사의 말씀을 전하며, 우리 모두가 이 어려운 시기에 항상 건승하기를 기원합니다.

감사합니다.

**Mind Up** 편집책임  
가톨릭대학교여의도성모병원

**박원명**

WEBSITE GRAND OPEN

# Medical Magazine 웹사이트 오픈

움트 매거진 웹사이트가 새롭게 인사드립니다



'구슬이 서 말이라도 꿰어야 보배'라는 옛말을 되뇌며,  
어렵게 모아온 구슬을 다듬어 더욱 쓸모 있고 귀하게 만들고자  
그 동안의 의학정보와 지견을 총망라하는  
의료정보 교류의 대표 웹사이트를 구축하였습니다.

1

한눈에 보이는  
8종 매거진

2

쉽고 편리한  
정보 검색

3

키워드  
검색 강화



QR코드 접속 ▲  
매거진 웹사이트 바로가기

- 앞으로 더욱 향상된 서비스를 제공하고자 지속적으로 업데이트를 할 예정이오니, 많은 관심과 이용 부탁드립니다 -

# Contents

## GREETING

- 03 박 원 명 \_ 가톨릭대학교여의도성모병원
- 

## ISSUE

### 주요 정신질환의 국내외 최신 임상진료지침 리뷰

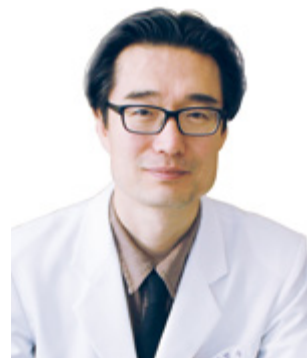
- 06 국내외 조현병 약물치료 지침 비교  
남 범 우 \_ 건국대학교충주병원
- 12 한국형 양극성장애 약물치료 지침의 변화  
전 덕 인 \_ 한림대학교성심병원
- 16 우울장애의 치료 지침  
박 영 민 \_ 인제대학교일산백병원
- 21 인지장애에 관한 임상 가이드라인  
이 강 수 \_ 차의과학대학교분당차병원
- 25 불안장애 및 강박장애의 최신 임상진료지침 리뷰  
김 원 \_ 인제대학교상계백병원
- 29 외상후스트레스장애의 근거 중심 진료 지침  
고 영 훈 \_ 고려대학교안산병원

## SPECIAL COLUMN

- 32 COVID 19 pandemic - 정신건강의학과와의 역할  
박 성 용 \_ 계요병원
- 36 학대와 방임이 아동 발달에 미치는 영향  
심 세 훈 \_ 순천향대학교천안병원
- 42 반려동물이 정신건강에 미치는 영향  
우 영 섭 \_ 가톨릭대학교여의도성모병원

## 국내외 조현병 약물치료 지침 비교

남 범 우  
건국대학교충주병원



### AT A GLANCE

2019년 개발된 한국형 조현병 약물치료 지침서(KMAP-SCZ 2019)는 1) 정신병 증상에 대한 치료, 2) 동반증상에 대한 치료, 3) 항정신병약물 사용에 의한 부작용의 치료 알고리즘 등 3영역으로 구성되어 있으며 최근 개발된 APA guideline(American Psychiatric Association 2019 draft), BAP guideline(British Association for Psychopharmacology 2020)과는 양적인 측면과 적용 범위의 차이가 있으나 전반적인 치료 원칙에는 차이가 없다.

### 01 서론

100여 년 전 대규모 공공시설에 격리 수용할 수밖에 없었던 대표적인 질환으로는 심한 정신병(조현병), 결핵, 한센병 등이 있었으나 여전히 조현병만이 유일하게 현재에도 유병률과 장애의 심각도에 변화가 없는 질환으로 남아있다. 아마도 조현병의 병태생리에 대한 근본적인 이해가 부족하고 조현병 환자에게 필요한 완벽한 회복 치료 또는 예방을 위한 방법을 아직 찾지 못한 것이 중요한 이유일 것이다. 이러한 한계에도 불구하고 현실에서 조현병 치료의 효과를 극대화하기 위해서는 현재의 연구와 임상 근거에 기반한 치료 지침을 개발하고 진료에 적용하는 것이 필수적이다. 환자에게 최소한의 표준적 치료를 제공하고 새로운 치료 기술의 발전을 모색할 수 있는 바탕을 제공하기 때문이다. 이번 글에서는 2019년 개발된 한국형 조현병 약물치료 지침서(Korean Medication Algorithm Project for Schizophrenia : KMAP-SCZ 2019; 대한정신약물학회, 대한조현병학회)를, 시기상 개발 당시 참조하지 못했던 APA guideline(American Psychiatric Association 2019 draft), BAP guideline( British Association for Psychopharmacology 2020)과 비교하면서 소개하고자 한다.

### 02 KMAP-SCZ 2019개발

2001년, 2006년 2회 발표된 지침서는 외국의 임상지침서와 국내외 약물 연구 결과 및 전문가 대상 설문조사를 기반으로 만들어졌다. 그 후 대규모 임상 연구가 진행되고 새로운 약물의 개발과 장기지속형 주사제의 국내도입이 이루어지면서 기존의 지침서 개정의 필요성이 증대되었다. 이에 대한조현병학회, 대한정신약물학회는 공동으로 2017년 2월

## 03

KMAP-SCZ 2019치료  
알고리즘

알고리즘의 개정작업에 착수하여 2019년 4월 3판을 출간하였다. 준비과정에서 기존의 국외의 임상지침서(Texas Medication Algorithm Project, 2008; The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team(PORT) psychopharmacological treatment recommendations, 2009; National Institute for Health and Care Excellence(NICE) guideline, 2014; British Association for Psychopharmacology(BAP) guideline, 2010; World Federation of Societies of Biological Psychiatry(WFSBP) guidelines for biological treatment of schizophrenia, 2012; Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guideline, 2016)와 국내외의 연구 결과가 검토되었다. 또한, 100명으로 이루어진 검토위원회를 구성하였으며 설문조사를 통해 검토위원회 의견수렴을 하고 공청회를 시행하였다. 공청회에서 제기된 여러 가지 제안들을 실무위원회에서 재검토하였고 3판에 반영되었다.

개정판은 1) 정신병 증상에 대한 치료 알고리즘, 2) 동반증상에 대한 치료 알고리즘, 3) 항정신병약물 사용에 의한 부작용의 치료 알고리즘 등 3영역으로 구성되어 있다. 정신병 증상에 대한 치료 알고리즘은 총 5단계로 구성되며 단계별로 '주요 판단 시점'을 정해 임상가가 약물치료의 방향을 결정하는 기준으로 삼도록 하였으며 임상가의 판단에 따라 치료 단계를 건너뛸 수 있도록 하고 각 단계별로 여러 가지 선택사항을 두어 임상가의 판단을 제한하지 않도록 배려하였다.

## 1) 정신병 증상에 대한 치료

## ① 1단계

리스페리돈, 아리피프라졸, 올란자핀, 아미설프라이드, 퀘티아핀, 지프라시돈, 팔리페리돈, 블로난세린, 조테핀 등 비정형 항정신병약물 과 장기지속형 주사제를 사용한다.

## ② 2단계

제1단계에서 선택한 비정형 항정신병약물에 치료반응이 없다고 판단되면, 제2단계에서는 다른 종류의 비정형 항정신병약물이나 정형 항정신병약물을 시도할 수 있다.

## ③ 3단계

제2단계에서 치료반응이 없다고 판단되면 제3단계에서는 클로자핀 단독요법을 시행한다.

## ④ 4단계

3단계에서 치료반응이 없으면 클로자핀 더하기 강화제(정형/비정형 항정신병약물, 기분조절제, 전기 경련치료 등)를 시도할 수 있다.

## ⑤ 5단계

3단계에서 반응이 없거나 클로자핀을 사용할 수 없는 경우와 4단계에서 반응이 없는 경우 클로자핀을 제외한 항정신병약물의 병용치료, 항정신병약물+전기경련치료, 기

분조제, 항우울제 등을 시도할 수 있다.

- ⑥ 임상 상황에 따라 어떤 단계에서든 바로 병용치료 단계로 이동할 수 있다.
- ⑦ 임상가의 판단에 따라 어떤 단계에서든 경구제로 내약성을 확인한 후 장기지속형 주사제를 사용할 수 있다.
- ⑧ 임상 상황에 따라 어떠한 단계도 건너뛸 수 있다.

## 2) 동반 증상에 대한 치료

### ① 초조 흥분

벤조디아제핀 또는 항정신병약물 필요시 경구로 복용하거나 근육주사를 시도한다.  
첫 시도가 효과가 없으면 위에서 선택하지 않은 다른 종류의 약물을 시도한다.

### ② 우울

급성기에는 비정형 항정신병약물을 사용하고 만성기에는 항우울제를 시도한다.

### ③ 강박증상

선택적세로토닌재흡수억제제를 사용하고 아리피프라졸, 아미선프라이드, 지프라시돈 사용을 고려하며 클로자핀, 올란자핀 사용은 피한다.

### ④ 음성증상

비정형 항정신병약물 또는 항우울제 병용을 시도한다.

### ⑤ 반복적인 자살 행동 및 자살위험

클로자핀을 사용한다.

### ⑥ 약물 남용

알코올 남용에 날트렉손 투여를 고려하고 금연을 위해서는 부프로피온이나 바레니클린 처방을 고려한다.

## 3) 부작용에 대한 치료

### ① 추체외로 증상

항콜린제, 항정신병약물 감량, 다음 단계의 항정신병약물 순으로 시도한다.

### ② 좌불안석증

프로프라놀롤, 프로프라놀롤+벤조디아제핀, 항정신병약물 감량, 다음 단계의 항정신병약물 순으로 시도한다

### ③ 지속적인 고프로락틴혈증 관련 부작용.

항정신병약물 감량, 아리피프라졸 병용, 다음 단계의 항정신병약물 순으로 시도한다

### ④ 항정신병약물 악성 증후군(neuroleptic malignant syndrome, NMS)

다음 단계의 항정신병약물을 시도한다.

### ⑤ 심한 지연성 이상운동(tardive dyskinesia)

비정형약물로 교체, 비타민 E/tetrabenazine/valbenazine/deutetrabenazine 병



## 04

BAP guideline  
(British Association for  
Psychopharmacology  
2020)

용, 클로자핀 순으로 시도한다.

## ⑥ 극심한 체중 증가

아리피프라졸/지프라시돈 병용 혹은 교체, 토피라메이트/아만타딘 병용, 다음 단계의 항정신병약물 순으로 시도한다

## ⑦ 당 대사 및 지질 대사의 심각한 이상

다음 단계의 항정신병약물을 시도한다

## ⑧ 심혈관계 부작용 및 QTc 간격의 연장

아리피프라졸로 교체, 다음 단계의 항정신병약물 순으로 시도한다.

BAP guideline은 근거기반 약물치료 지침으로 2011년 이후 9년 만에 개정되었다. 지침은 질병의 다양한 경과와 단계에 따라 위험정신 상태(at-risk mental state), 초발 정신병, 재발 급성 정신병적 삽화, 유지치료 등으로 병의 경과에 따른 치료전략을 제시하고 있다.

또한 약물치료 과정에서 고려되어야 할 중요한 주제인 항정신병약물에 대한 충실도, 항정신병약물과 사망률/심혈관질환, 항염증약물(Anti-inflammatory medications), 인지장애의 약물치료전략, 지속적인 공격성의 약물치료, 치료저항성 조현병 등에 대한 권고안을 제시하고 있는데 이는 KMAP-SCZ 2019에는 없는 내용으로 향후 지침서를 개정할 때 참고할 필요가 있을 것이다. 기타 추체외로 부작용, 임신 중 약물치료, 음성증상의 약물치료, 공존 정동장애의 약물치료 전략, 공존 물질중독의 약물치료전략과 관련된 내용은 KMAP-SCZ 2019와 유사하나 BAP guideline이 훨씬 더 풍부한 내용을 담고 있다 (표 1).

표 1. Contents and Structure of BAP Guideline 2020

The at-risk mental state
First-episode psychosis
Acute psychotic episode
Maintaining response
Adherence to antipsychotic medication
Mortality, cardiovascular disease and antipsychotic treatment
Metabolic adverse effects of antipsychotic medication
Extrapyramidal side effects
Anti-inflammatory medications
The pharmacological treatment of schizophrenia during pregnancy and the perinatal period
Pharmacological management of negative symptoms
Pharmacological strategies for cognitive impairment
Pharmacological strategies for comorbid affective disorder
Pharmacological strategies for comorbid substance misuse disorders
Pharmacological intervention for persistent aggression in schizophrenia
Treatment-resistant schizophrenia

## 05

## APA guideline (American Psychiatric Association 2020 draft)

여기 소개하는 APA guideline은 2020년 여름 최종본의 배포가 예정된 가이드라인의 초안으로 2019년 공개된 내용을 담고 있다. 근거에 기반한 가이드라인임을 표명하고 있으나 그 근거에는 전문가의 도출된 합의도 포함되어 있다. BAP guideline 2020이 약물치료에 국한된 치료 지침인 데 반해 APA guideline은 약물치료뿐만 아니라 평가와 치료계획수립과 정신사회적 치료를 포함한 조현병 환자 치료의 전 영역에 걸쳐 가이드라인을 제시하고 있다 (표2). 약물치료에 있어서 특기할 만한 점은 클로자핀을 비중있게 고려하고 있으며(Statement 7-9) 장기지속형 주사제의 사용을 독립적으로 다루고있다(Statement 10). 이는 국내 가이드라인의 새로운 변화와 궤를 같이하고 있다.

### Mind Up

표 2. Contents and Structure of APA Guideline 2020(draft)

Assessment and Determination of Treatment Plan
Statement 1: Assessment of Possible Schizophrenia
Statement 2: Use of Quantitative Measures
Statement 3: Evidence-based Treatment Planning
Pharmacotherapy
Statement 4: Antipsychotic Medications
Statement 5: Continuing Medications
Statement 6: Continuing the Same Medications
Statement 7: Clozapine in Treatment-resistant Schizophrenia
Statement 8: Clozapine in Suicide Risk
Statement 9: Clozapine in Aggressive Behavior
Statement 10: Long-acting Injectable Antipsychotic Medications
Statement 11: Anticholinergic Medications for Acute Dystonia
Statement 12: Treatments for Parkinsonism
Statement 13: Treatments for Akathisia
Statement 14: VMAT2 Medications for Tardive Dyskinesia
Psychosocial Interventions
Statement 15: Coordinated Specialty Care Programs
Statement 16: Cognitive-behavioral Therapy
Statement 17: Psychoeducation
Statement 18: Supported Employment Services
Statement 19: Assertive Community Treatment
Statement 20: Family Interventions
Statement 21: Self-management Skills and Recovery-focused Interventions
Statement 22: Cognitive Remediation
Statement 23: Social Skills Training
Statement 24: Supportive Psychotherapy

## Reference

1. 대한정신약물학회/대한조현병학회. 2019 한국형 조현병 약물치료 지침서. 2019
2. Barnes T.R., Drake R., Paton C., Cooper S.J., Deakin B., Ferrier I.N., Gregory C.J., Haddad P.M., Howes O.D., Jones I., et al. Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of schizophrenia: Updated recommendations from the British Association for Psychopharmacology. J. Psychopharmacol. 2020;34:3-78.
3. American Psychiatric Association: Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia, 3rd edition(draft). 2020

## 한국형 양극성장애 약물치료 지침의 변화

전 덕 인  
한림대학교성심병원



### AT A GLANCE

양극성장애 환자의 치료에 있어 임상이가 내릴 판단과 결정에 도움을 주기 위하여 국내외에서 여러 치료지침(guideline)들이 개발되었다. 대부분의 지침은 임상시험에서 나온 근거들에 기초하였지만, 이러한 근거기반(evidence-based)의 지침들은 실제 임상상황에서는 일부 적합하지 않을 수 있다. 이와 달리 국내에서는 2002년에 전문가들의 컨센서스에 의거한 한국형 양극성장애 약물치료 알고리즘(Korea Medication Algorithm Project for Bipolar Disorder, KMAP-BP)이 개발되었고, 이후 4년 주기로(2006년, 2010년, 2014년, 2018년) 개정판이 발표되었다. 16년 동안 KMAP-BP의 치료전략과 선호약물 등에 있어서 다양한 변화가 있었고, 이렇게 변화되는 치료전략의 올바른 이해는 임상에게 귀중한 유용한 정보를 제공할 것이다. 내용이 방대하지만, 지면상 각 삽화의 초기 치료전략에 중점을 두어 간략히 기술하고 유지치료, 안정성(safety), 임상 특징과 공존질환 및 나이에 따른 치료전략 등은 생략하니 관련 문헌을 참조하기 바란다.

### 01

#### 급성 조증

KMAP-BP는 조증 삽화를 대개 3가지 아형으로 분류하였다(유쾌성 조증, 혼재성 조증, 정신병적 조증). 조증의 모든 아형에서 가장 선호되는 초기 치료전략은 기분조절제(mood stabilizer, MS: lithium과 valproate)와 비정형 항정신병약물(atypical antipsychotic, AAP)의 병합요법(이후 병합은 +로 표시함)이었고 2002년 초판을 비롯한 모든 개정판에서 동일하였다 (표 1). 특히 MS+AAP는 2010년부터 모든 아형에서 최우선치료(응답자의 과반수가 만점으로 평가: treatment of choice, TOC)였다. 이와 달리, MS 단독요법은 2002, 2014, 2018년에 1차 치료전략이었지만 2006, 2010년에는 1차 선택이 아니었다. 이는 MS 단독요법을 가장 선호하는 외국지침들과 다른 점이다. MS 단독요법은 KMAP-BP 2002, 2014, 2018에서 다른 아형은 아니고 유쾌성 조증에 대해서만 1차 치료로 평가되었다. 초기의 지침에서 정신병적 조증에 2차 전략이었던 AAP 단독요법은 후기에 들면서 1차 전략으로 추천되었다.

MS의 경우, 유쾌성 조증과 정신병적 조증에서 lithium과 valproate의 선호도는 거의 동등했으나, 혼재성 삽화에서는 valproate가 더욱 선호되었다. carbamazepine

은 선호도의 저하로 KMAP-BP 2002에서만 1차 약물이었다. 2002년에 1차 AAP는 risperidone과 olanzapine뿐이었지만, 이후 1차 AAP는 다양해졌고 olanzapine과 추가로 quetiapine이 대부분의 조증 아형에서 가장 추천되는 AAP였다. quetiapine은 KMAP-BP 2006년부터 꾸준히 1차 약물이었고, aripiprazole은 2010년부터 1차 AAP에 포함되었다.

경조증에 대한 약물 선호도는 2002년, 2006년, 2010년에는 MS 단독요법만이 1차 전략이었으나, 2014년부터는 AAP 단독요법도 1차 전략으로 추천되었다. 2006년에 1차 AAP는 olanzapine과 quetiapine이었으며, 2010년부터는 aripiprazole이 추가되었다.

표 1. 급성 조증 및 경조증 삽화에 대한 1차 치료전략

	2002	2006	2010	2014	2018
조증	MS + AAP MS	MS + AAP	MS + AAP*	MS + AAP* MS	MS + AAP* MS AAP
정신병적 조증	MS + AAP MS + AAP + BDZ	MS + AAP*	MS + AAP*	MS + AAP* AAP	MS + AAP* AAP
혼재성 양상	MS + AAP	MS + AAP	MS + AAP*	MS + AAP*	MS + AAP* AAP
경조증	MS	MS	MS	MS AAP	MS* AAP

\*: 최우선치료(treatment of choice)

약어: AAP, atypical antipsychotics; BDZ, benzodiazepine; MS, mood stabilizer

## 02

### 혼재성 삽화

혼재성 양상에 대한 치료전략으로는 MS+AAP가 2002년도부터 1차 전략이었고 2010년부터는 TOC로 선호도가 증가하여 보다 확실하게 추천되었다 (표 1). DSM-IV 진단기준의 혼재성 삽화를 위한 1차 약물은 혼재성 조증과 거의 동일했다. 2018년에는 조증 증상이 우세한 혼재성 양상, 우울증 증상이 우세한 혼재성 양상, 조증과 우울증이 비슷한 혼재성 양상(DSM-IV 혼재성 삽화)으로 구분하여 1차 전략을 조사했다. 조증 우세 및 조증과 우울증이 비슷한 혼재성 양상에서는 MS+AAP가 TOC였고 AAP 단독요법도 1차 치료전략으로 포함되었으나, 우울증 증상이 우세한 경우에는 MS+lamotrigine, MS+AAP, AAP+lamotrigine이 1차전략이었으며 TOC는 없었다. 조증 우세의 경우는 valproate, lithium, aripiprazole, olanzapine, quetiapine 등이, 우울증 우세의 경우에는 lithium, valproate, lamotrigine, aripiprazole, olanzapine, quetiapine 등이, 비슷한 경우에는 lithium, valproate, aripiprazole, olanzapine, quetiapine 등이 1차 약물이었다. 특히 조증 우세 혼재성 양상에서는 valproate가 TOC로 평가되었다.

## 03

## 우울증 삽화

KMAP-BP는 양극성 우울증을 3가지 아형으로 구분하였다(경도~중등도, 정신병적 양상이 없는 심한 우울증, 정신병적 양상의 심한 우울증). 허가받은 치료약물이 적은 만큼, 급성 우울증에서는 모든 아형에서 초기치료를 위한 TOC는 거의 없었고, 다만 KMAP-BP 2018의 정신병적 우울증에서 MS+AAP가 유일하게 TOC로 평가되었다(표 2).

경도~중등도 삽화에서는 초기에 컨센서스가 이루어지지 않다가, 2010년에는 MS 또는 lamotrigine 단독요법이, 2014년에는 MS 단독요법 또는 AAP 병합요법(MS+AAP 또는 AAP+lamotrigine)이, 2018년에는 더욱 다양한 단독 또는 병합요법이 1차 전략이었다. 비정신병적 심한 우울증에서도 선호전략은 점점 바뀌었고, 한편 항우울제(antidepressant, AD)의 선호도는 줄어들었다. 2002년과 2006년에는 MS+AD가 유일한 1차 전략이었지만, 2010년에는 MS+AAP+AD, MS+AP, MS+AD 등 3가지 병합요법으로 늘어났다. 2014년에는 lamotrigine의 선호도가 높아지면서 1차 전략이 이전과 달라졌고(MS+AAP, AAP+lamotrigine, MS+AD) 2018년에는 AD의 병합요법은 1차로 평가되지 않고 lamotrigine의 역할이 커졌다. 정신병적 우울증의 경우, 2002년에는 삼중병합(AD+MS+AAP)만이 1차였지만, 2006년에는 이에 덧붙여 MS+AAP도 1차 치료였고 2010년에는 AAP+AD도 1차 전략으로 추가되었다. 2014년에는 MS+AAP, AAP+lamotrigine, MS+AAP+AD, MS+AAP+lamotrigine 등 더욱 다양한 병합요법이 1차 전략이었으나 2018년에는 오히려 MS+AAP(TOC), AAP+AD, AAP+lamotrigine으로 압축되었다.

valproate와 lithium은 모든 시기에서 1차 MS였고, lamotrigine의 선호도는 모든 우울증 아형에서 개정될수록 점점 증가하였다. 양극성 우울증에 권장되는 AAP는 2001년에는 olanzapine과 risperidone, 2014년과 2018년에는 quetiapine, aripiprazole, olanzapine이었다.

AD는 2002년에 다른 약물과 병합으로서 1차 약물이었다(표 2). 경도~중등도에서 이러한 1차 전략으로의 선호도는 2002년 이후에서는 사라졌다. 심한 우울증의 경우에 AD 병합요법은 2018년 비정신병적 심한 우울증 삽화를 제외한 모든 시기에서 1차 전략으로 받아들여졌다. 각 AD의 선호도는 개정되면서 점차 변했다. 2002년에는 거의 모든 SSRI, venlafaxine, mirtazapine이 1차 약물이었다. 이후에는 bupropion, escitalopram, sertraline이 대체로 모든 경우에 1차 약물이었고, mirtazapine과 venlafaxine은 심한 우울증 삽화에 선택할 수 있는 약물이었다.

양극성 우울증에서 AAP 선호도는 개정되면서 현저하게 증가하였다(표 2). AAP 병합요법은 경도~중등도의 경우에 2014년부터, 비정신병적 심한 우울증에서는 2010년부터 그리고 정신병적 심한 우울증에서는 모든 시기에서 1차 약물이었다. 특히 AAP 단독요법은 KMAP-BP 2018에서는 경도~중등도 우울증의 1차 전략으로 포함되었다. 선호되는

AAP로는 2002년에는 risperidone과 olanzapine이었으나 시간이 지나면서 근래에는 quetiapine, olanzapine, aripiprazole로 바뀌었다.

표 2. 급성 우울증 삽화에 대한 1차 치료전략.

	2002	2006	2010	2014	2018
경도~중등도 우울증	MS+AD	No consensus	MS LTG	MS MS+AAP AAP+LTG	MS LTG AAP MS+AAP AAP+LTG MS+LTG
정신병 양상이 없는 심한 우울증	MS+AD	MS+AD	MS+AAP+AD MS+AAP MS+AD	MS+AAP AAP+LTG MS+AD	MS+AAP AAP+LTG MS+LTG
정신병 양상이 있는 심한 우울증	MS+AD+AAP	MS+AAP MS+AAP+AD	AP+AD MS+AAP AAP+AD	AAP+MS/AD/LTG MS+AAP+AD/LTG AAP+AD+LTG	MS + AAP* AAP+AD AAP+LTG

\*: 최우선치료(treatment of choice).

약어: AAP, atypical antipsychotics; AD, antidepressant; LTG, lamotrigine; MS, mood stabilizer

## 04 결론

급성 조증의 치료에서 가장 선호하는 전략은 언제나 MS+AAP이었다. 비록 MS나 AAP의 단독요법도 대개 1차 전략이었지만, 정신병적 조증 또는 혼재성 삽화같은 일부 상태에서는 1차 전략이 아니었다. MS로는 lithium과 valproate가 일반적으로 추천되었다. 가장 주목할 변화는 AAP와 lamotrigine의 꾸준한 선호도 증가였다. AAP는 단독으로도 병합으로도 대부분의 경우에서 우선 고려되는 약물이었으며 특히 quetiapine과 aripiprazole이 주목받고 있었다. lamotrigine은 우려되는 부작용에도 불구하고 급성 우울증 및 유지기의 치료에서 높게 평가받았다. AD의 사용은 삽화전환 같은 부작용때문에 1차 약물로서 선호도가 점차 떨어졌지만, 중증 또는 치료저항성 우울증에서는 여전히 선택할 수 있는 약물이다. **Mind Up**

## Reference

1. 양극성장애 제3판. 박원명, 전덕인. 시그마프레스 2019.
2. Jon DI, Woo YS, Seo JS, Lee JG, Jeong JH, Kim W, et al. The Korean Medication Algorithm Project for Bipolar Disorder (KMAP-BP): Changes in preferred treatment strategies and medications over 16 years and five editions. Bipolar Disord. 2020. Online ahead of print.
3. Yatham LN, Kennedy SH, Parikh SV, Schaffer A, Bond DJ, Frey BN, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. Bipolar Disord. 2018;20:97-170.



## 우울장애의 치료 지침

박 영 민

인제대학교일산백병원



### AT A GLANCE

치료 지침은 크게 두 가지로 나눌 수 있다. 첫 번째는 근거 중심의 치료 지침이다. 이는 말 그대로 출간된 randomized controlled study (RCT)와 메타분석 등을 종합한 지침이다. 두 번째는 전문가들의 의견을 종합한 치료 지침이다. 대한우울조울병학회와 대한정신약물학회에서는 우울장애에 대한 전문가들의 의견을 종합한 우울장애 지침서를 발간하였는데 이것이 대표적 예이다. 표1은 여러 해외 학회에서 출간된 우울장애 지침서의 종류이다.

표 1. 근거 중심 혹은 전문가 의견 중심의 다양한 우울장애 치료 지침서

Organization	Publication date	Audience	Methodology
Korean Medication Algorithm Project for Depressive Disorder 2017	2017	Psychiatrists	Expert consensus
American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients with Major Depressive Disorder, Third Edition	2010	Psychiatrists Primary care Physicians	Evidence-based
Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments	2016	Psychiatrists	Evidence-based
National Institute for Health and Clinical Excellence	2009	Psychiatrists Primary care Physicians	Evidence-based
Texas Medication Algorithm Project	2008	Psychiatrists Primary care Physicians	Expert consensus
World Federation of Societies of Biological Psychiatry	2013, 2015	Psychiatrists Primary care Physicians	Evidence-based
Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders	2015	Psychiatrists, Psychologists, Physicians	Amalgamating both evidence-based and expert consensus-based



## 01 서론

국내 우울장애 전문가들은 우울장애를 실제로 어떻게 치료하는지를 종합하고 분석하여 국내 실정에 맞는 우울장애 치료 지침을 만들기 위해 노력하였다. 이런 노력으로 2002년부터 한국형 우울장애 약물 치료 지침(알고리즘 (algorithm))이 탄생하게 되었다. 이 지침은 2017년의 3판까지 발간되었으며 현재 4판 작업이 진행 중이다. 이 지침은 우울장애 전문가들을 통하여 정신병적 우울증, 비정신병적 우울증, 임상 아형, 유지치료, 특정 상황에서의 항우울제 선택, 비약물적 생물학적 치료, 소아 청소년/노인/여성 등의 세부 주제로 구분하여 분석되었다. 여기서는 이 지침을 중심으로 간략하게 소개하려고 한다.

## 02 본론

정신병적 증상을 동반하지 않는 경증/중등도 우울 삽화에서는 항우울제 단독치료를, 중증에서는 단독치료 혹은 비정형 항정신병약물의 병합투여가 선택되었다 (표2).

표 2. 정신병적 증상이 없는 주요우울삽화의 치료

Severity	First line	Second line
Mild to moderate episode	<b>AD monotherapy</b>	AD+AD
		AD+AAP
		AD+MS
	<b>Escitalopram, sertraline</b>	Fluvoxamine, bupropion, moclobemide, tianeptine, agomelatine, TCAs
	Fluoxetine, paroxetine, duloxetine, milnacipran, venlafaxine, desvenlafaxine, mirtazapine	
Severe episode	AD monotherapy	AAP monotherapy
	AD+AAP	AD+AD
		AD+MS
		ECT
	<b>Escitalopram, venlafaxine, mirtazapine</b>	Fluvoxamine, milnacipran, bupropion, moclobemide, tianeptine, agomelatine, TCAs
	Fluoxetine, paroxetine, sertraline, duloxetine, desvenlafaxine	

Bold : Treatment of choice. AD : Antidepressant, AAP : Atypical antipsychotics, MS : Mood stabilizer, ECT : Electroconvulsive therapy

이전 판과의 특징적인 차이는 전문가들의 일치도가 증가하였고 비정형 항정신병약물과 항우울제 교체 시 serotonin and norepinephrine reuptake inhibitor (SNRI)의 선호도가 이전보다 증가하였다. 또한, 가장 주목할 만한 결과는 중증에서 항우울제와 비정형 항정신병 약물의 병합이 이전 판과 달리 항우울제 단독 치료와 더불어 1차 치료 전략으로 선택되었다는 것이다. 이러한 결과는 비정형 항정신병약물의 사용이 바야흐로 정신병적 증상의 치료에만 국한되지 않음을 의미한다. 경증/중등도에서는 escitalopram,

sertraline, fluoxetine, paroxetine, vortioxetine, venlafaxine, desvenlafaxine, duloxetine, milacipran이 1차 치료제로 선호되었고 그 중에서 escitalopram과 sertraline이 최우선으로 선호되었다. 중증에서는 escitalopram, venlafaxine, mirtazapine, fluoxetine, paroxetine, sertraline, duloxetine, desvenlafaxine이 1차 치료로 선호되었고 그 중 escitalopram, venlafaxine, mirtazapine이 최우선으로 선호되었다. 또한 전판과 달리 tianeptine과 agomelatine이 2차 치료제로 올라왔다. 반면에 기분조절제의 병합치료의 선호도는 감소하였다. 정신병적 증상을 동반하는 우울 삽화의 경우 selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI), SNRI, mirtazapine 중에서 하나를 선택하고 비전형 항정신병약물 중에서는 aripiprazole, quetiapine, olanzapine 중 하나를 선택하여 병합하는 방식이 최우선 치료로 선택되었다. 항우울제 중에서는 escitalopram과 비전형 항정신병약물 중에서는 aripiprazole이 최우선으로 선호되었다. 표3은 1차 항우울제 단독 치료에 효과가 불충분할 때의 전략을 보여주고 있다.

표3. 1차 항우울제 단독 치료에 불충분한 반응을 보일 때 선호되는 항우울제

Treatment strategies	Initial antidepressant	First line	Second line
Switching	SSRI	<b>SNRI</b> , mirtazapine	Another SSRI, bupropion, tianeptine, moclobemide, agomelatine, TCA
	SNRI	SSRI, mirtazapine	Another SSRI, bupropion, tianeptine, moclobemide, agomelatine, TCA
	TCA	<b>SSRI, SNRI</b> , mirtazapine	Bupropion, tianeptine, moclobemide, agomelatine
	Mirtazapine	<b>SNRI</b> , SSRI	Bupropion, tianeptine, moclobemide, agomelatine, TCA
	Bupropion	<b>SSRI, SNRI</b> , mirtazapine	Tianeptine, moclobemide, agomelatine, TCA
Combination	SSRI	<b>Mirtazapine</b> , SNRI, bupropion	Another SSRI, tianeptine, agomelatine, TCA
	SNRI	<b>SSRI</b> , mirtazapine, bupropion	Another SSRI, tianeptine, agomelatine, TCA
	TCA	<b>SSRI</b> , SNRI, mirtazapine, bupropion	Tianeptine, agomelatine, moclobemide
	Mirtazapine	<b>SSRI</b> , SNRI, bupropion	Tianeptine, agomelatine
	Bupropion	<b>SSRI</b> , SNRI, mirtazapine	Tianeptine, agomelatine, TCA

Bold : Treatment of choice. SSRI : Selective serotonin reuptake inhibitor, SNRI : Serotonin-norepinephrine reuptake inhibitor, TCA : tricyclic antidepressant

임상 아형의 경우에는 아형과 관계없이 1차 치료 전략으로 대부분의 SSRI, 대부분의 SNRI, 혹은 mirtazapine을 공통적으로 선호하였다. 또한 이전 판보다 venlafaxine의 선호도가 증가하여 SSRI 뿐만 아니라 SNRI도 1차 치료 전략으로 선호하는 전문가들이 늘고 있음을 확인하였다. 멜랑콜리아(melancholia) 아형의 경우 escitalopram,

venlafaxine, fluoxetine, paroxetine, sertraline, duloxetine, milacipran, desvenlafaxine, mirtazapine이 1차 치료로 선호되었고 그 중에서 escitalopram과 venlafaxine이 최우선으로 선호되었다. 혼합형을 제외한 다른 아형의 경우 멜랑콜리아와 대동소이하였다. 다만 멜랑콜리아와는 달리 1차 치료제 중에서 특별히 더 선호하는 약물은 없었다. 이는 다른 아형의 경우 멜랑콜리아와는 달리 전문가의 의견이 모아지지 않았음을 의미하였다. 혼합형의 경우 기분조절제나 비정형 항정신병약물로 lithium, valproate, aripiprazole, olanzapine, quetiapine이 1차 치료로 선호되었고 항우울제는 escitalopram, fluoxetine, sertraline, venlafaxine, bupropion, mirtazapine의 6가지 약물만 1차 치료로 선호되었다.

항우울제의 유지 치료는 이전 삽화의 수가 많을수록 길게 유지하는 것이 선호되었고 우울 삽화가 3번 이상을 경험한 환자는 지속적으로 유지치료를 하는 것이 선호되었다. 항우울제의 용량은 급성기 수준을 유지하거나 약간의 감량이 선호되었다. 항정신병약물의 유지치료는 기간과 용량에 있어서 항우울제보다는 짧고 적게 유지하는 것이 선호되었다.

소아·청소년 우울장애에 있어서, disrupted mood dysregulation disorder의 초기 약물 치료 전략으로는 적절한 치료에 대한 의견이 일치되지 않았다. 하지만 약물 선택에서는 escitalopram과 aripiprazole이 선호되었다. 주요우울장애의 경도/중등도 삽화, 정신병적 양상이 없는 중증 삽화의 초기 약물치료 전략으로 항우울제 단독치료가 1차 치료로 선택되었다. 정신병적 양상의 동반 유무를 떠나 중증 삽화인 경우에는 항우울제와 비정형 항정신병약물의 병합치료가 1차 치료로 선택되었다. 1차 약물로 항우울제 중에는 escitalopram과 fluoxetine이, 비정형 항정신병약물 중에는 aripiprazole과 risperidone이 선호되었다. 흥미로운 것은 성인의 경우 비정형 항정신병약물 중에서 aripiprazole, quetiapine, olanzapine이 선호되었기 때문에 일부 차이가 존재하였다.

노인 주요우울장애에서 경도/중등도 삽화에서의 초기 약물치료 전략으로는 항우울제 단독치료가 최우선 치료로 선택되었으며, 정신병적 양상이 없는 중증 삽화에서는 항우울제 단독치료뿐만 아니라 항우울제와 비정형 항정신병약물의 병합치료가 1차 치료로 선택되었다. 정신병적 양상이 동반된 중증 삽화에서는 항우울제와 비정형 항정신병약물의 병합치료가 최우선 치료로 선택되었다. 노인 주요우울장애의 임상아형별 항우울제 선택에 있어서는, 모든 삽화에서 escitalopram이 최우선 치료로 선호되었으며 정신병적 양상을 동반할 경우 aripiprazole이 최우선 치료로 선호되었다.

여성 우울장애의 경우 월경 전 불쾌기분장애의 치료에서는 항우울제 단독치료가 1차 치료로 선택되었으며, 그 중 escitalopram은 최우선 치료로 선호되었다. 임신 중 주요우울장애의 치료전략에 있어서 경도/중등도 삽화와 정신병적 양상이 없는 중증 삽화에서는 항우울제 단독치료가 1차 치료로 선택되었다. 정신병적 양상이 있는 중증 삽화에서는

항우울제와 비정형 항정신병약물의 병합치료와 전기경련요법이 1차 치료로 선택되었다. 산후 우울증의 약물치료 전략에 있어서, 경도/중등도 삽화에서는 항우울제 단독치료가 최우선 치료로 선택되었고, 정신병적 양상이 없는 중증 삽화에서는 항우울제 단독치료, 항우울제와 비정형 항정신병약물의 병합치료가 1차 치료로 선택되었으며, 정신병적 양상이 있는 중증 삽화에서는 항우울제와 비정형 항정신병약물의 병합치료가 최우선 치료로 선택되었다.

## 03

### 결론

지금까지 대한우울조울병학회와 대한정신약물학회에서 2017년 발간한 우울장애 치료 지침서의 내용을 간략하게 소개하였다. 서두에서도 언급하였듯이 지침서는 전문가의 의견 중심과 근거 중심의 두 가지 형태가 있다. 두 형태 모두 장단점이 있으므로 근거 중심을 기본으로 하여 실제 임상에서 전문가들이 선호하는 치료법을 추가하는 순으로 이해하는 것이 좋을 것으로 보이며 여기에 본인의 임상 경험을 더한다면 가장 좋은 우울장애 치료 지침이 될 것으로 생각한다. **Mind Up**

## 인지장애에 관한 임상 가이드라인

이 강 수

차의과학대학교분당차병원



### AT A GLANCE

인지장애에 관한 임상 가이드라인은 아직 많지는 않습니다. 이러한 가이드라인 중에서 치매의 예방에 관한 가이드라인, 경도인지장애에 관한 가이드라인, 국내에서 치매의 진료지침에 관한 가이드라인을 살펴보고자 합니다.

### 01

#### 서론

최근 치매 문제가 글로벌 주요 보건 이슈로 떠오른 가운데, 세계보건기구가 인지기능 저하 및 치매의 위험도를 감소시키기 위해 생활습관, 사회활동, 인지활동 및 의학적 측면을 통합적으로 고려해야 한다는 risk reduction of cognitive decline and dementia WHO guidelines를 발표하였습니다. 치매 발생에 가장 큰 위험 요소는 잘 알려진 대로 '나이'지만, 이는 피할 수 없는 현상이기 때문에 지난 20여 년간 생활습관 개선 및 동반질환 관리 등 관리 가능한 분야에서 치매 발생 위험을 낮추는 방안에 대해 진행한 다양한 연구를 종합한 결과입니다. 12가지 주요 권고사항은 활발한 신체 활동, 금연, 건강하고 균형 잡힌 식단 섭취, 금주, 인지 중재 훈련, 활발한 사회 활동, 체중 조절, 혈압 관리, 혈당 관리, 이상지질혈증 관리, 우울증 관리, 청력 손실 예방 등 생활습관 개선 및 동반질환 관리입니다. 청력 손실 예방 시 치매 발생 위험 9%, 금연 시 5%, 고혈압 조절 시 2%, 혈당 조절 시 1%, 비만 조절 시 1%, 활발한 신체 활동 시 3%, 활발한 사회 활동 시 2%, 우울증 조절 시 4%를 줄일 수 있어 합하면 총 35%가량의 위험을 줄일 수 있다고 이야기하고 있습니다. WHO 가이드라인이 강조하는 것은 예방적 차원에서의 접근이지만, 치매가 발생한 후에도 통합적으로 치매 관리를 실천하는 환자의 예후가 좋을 확률이 높습니다.

1. 신체적 활동의 경우 인지기능 저하의 위험도를 감소시키기 위해 정상 인지기능을 가진 노인에서 반드시 권유되어야 하며, 경도인지장애 환자에게도 적용될 수 있다.
2. 담배를 피우거나 해로운 음주를 하는 사람에게는 다른 건강상의 이득뿐 아니라 인지기능 저하 및 치매의 위험도를 감소시키기 위해 권유될 수 있다.
3. 영양의 관점에서 지중해식 식사는 정상인지기능 노인이나 경도인지장애 환자에서 인지기능 저하 및 치매의 위험도를 감소시키기 위해 권유될 수 있다. 비타민 B, E, 불포화지방산 및 다른 영양보충제들은 인지기능 저하나 치매의 위험도를 감소시키기 위해서 권유되어서는 안 된다.

4. 정상인지기능 노인이나 경도인지장애 환자에게 인지기능 저하나 치매의 위험도를 감소시키기 위하여 인지중재훈련을 권유하는 것은 가능하긴 하지만 아직 증거수준이 낮은 편이다.
5. 사회적인 참여나 지지가 전 생애주기에 걸쳐서 건강 및 웰빙과 밀접한 관련이 있으나 인지기능 저하나 치매의 위험도 감소와의 연관성은 아직 증거수준이 불충분하다.
6. 중년기 과체중 및 비만에 관한 개입이 인지기능 저하나 치매의 위험도를 감소시키는 데 도움이 될 수 있다.
7. 고혈압의 관리는 매우 중요하지만, 치매의 위험도를 감소시킨다는 증거수준은 낮은 수준이다.
8. 당뇨의 생활습관 교정이나 약물치료는 매우 중요하지만, 치매의 위험도를 감소시킨다는 증거수준은 낮은 수준이다.
9. 중년기 이상지질혈증의 관리가 인지기능 저하나 치매의 위험도를 감소시키는데 도움을 줄 수 있다.
10. 우울증 환자에게 항우울제의 사용이나 심리학적 개입은 반드시 제공되어야 하지만, 현재로서는 항우울제의 사용이 인지기능 저하나 치매의 위험도를 감소시킨다는 증거는 불충분하다.
11. 노인들에게 청력저하를 제때에 발견하고 관리하는 것은 매우 중요하지만, 현재로서는 보청기의 사용이 인지기능 저하나 치매의 위험도를 감소시킨다는 증거는 불충분하다.

## 02 본론

나이가 들면 경도인지장애가 증가하게 되고 또한 치매로 진행할 위험성이 증가하므로 경도인지장애에 관한 적절한 진단은 매우 중요합니다. 또한, 인지기능장애의 가역적 원인을 찾아내거나 환자 및 가족들에게 인지기능저하의 원인을 이해시키는 것이나 예후에 관해서 토의함으로써 그에 따른 계획을 수립하는 등의 측면에서 경도인지장애를 적절하게 진단하는 것이 중요합니다.

### 경도인지장애의 진단에 관한 권고기준 (미국 신경과학회 가이드라인 2017)

1. 환자 혹은 가족들이 기억력저하나 인지기능저하를 호소하는 경우에 임상 의사는 단순히 노화에 의한 인지기능감퇴로 치부하지 않고 경도인지장애에 대한 평가를 시행해야 한다.
2. 경도인지장애 환자에서 치매를 진단하기 전에 임상 의사는 반드시 인지기능의 저하와 연관된 일상생활 기능 저하의 유무를 평가해야 한다.
3. 경도인지장애 환자에게 임상 의사는 반드시 교정 가능한 경도인지장애의 위험인자들에 관한 의학적 평가를 시행해야 한다.
4. 경도인지장애에서 바이오마커에 관심을 갖는 환자나 가족들에게 현시점에서 과학적으로 입증된 혹은 승인된 검사가 없다는 것에 대해서 상담해줘야 한다. 관심 있는 환자들에게는 옵션으로 바이오마커 연구 등을 소개해줄 수 있다.
5. 경도인지장애 환자에게 임상 의사는 시간이 지남에 따른 인지기능의 변화를 측정하기 위한 연속적인 평가를 시행해야 한다.

02  
본론

## 경도인지장애의 관리에 관한 권고기준 (미국 신경과학회 가이드라인 2017)

1. 경도인지장애 환자에게 임상적은 가능하다면 인지기능을 악화시킬 수 있는 약물을 중단하고 교정 가능한 위험인자를 치료해야 한다.
2. 경도인지장애 환자 및 가족들에게 임상적은 인지기능을 향상시킬 수 있는 약물이나 식품 등이 없으며, 이러한 목적으로 FDA에서 승인된 약물이 없다는 것을 상담해야 한다.
3. 경도인지장애 환자에게 콜린에스테라제 억제제를 투여하지는 않는 것이 원칙이지만, 이를 투여하기로 결정한 경우에는 환자와 약물의 허가사항이 아니며, off-label 처방인 것에 관해서 토의해야 합니다.
4. 경도인지장애 환자에게 임상적은 주 2회 이상 정기적인 운동을 권유해야 한다.
5. 경도인지장애 환자에서 임상적은 운전이나 재정적인 문제 등 장기적인 계획에 관한 것을 포함하여 진단 및 예후의 불확실성에 대해서 토의해야 한다.
6. 경도인지장애 환자에서 임상적은 행동문제나 정신증상을 평가해야 하며, 필요한 경우 약물적 치료나 비약물적 치료를 시행해야 한다.

보건복지가족부 지정 노인성치매 임상연구센터는 국내에서 시행되고 있는 검사, 치료 지침들이 서양의 기준에 맞춰져 있는 점을 개선코자 지난 2009년 한국인의 특성에 맞는 지침을 개발했습니다. 주요 내용을 살펴보면 다음과 같습니다.

1. 치매의 원인 및 역학 - 치매 발병을 5년 늦추면 그 유병률을 절반으로 줄일 수 있기 때문에 치매의 조기발견과 예방을 위한 의학적 개입을 해야 한다. 경도인지장애가 의심되는 환자는 인지기능과 일상생활능력의 변동에 대한 정기적, 지속적인 의학적 개입이 있어야 한다. 치매의 위험인자를 조기에 발견하여 적절한 의학적 개입을 시도하는 것이 치매예방에 중요하며 특히 혈관성 위험인자들을 철저히 조절하는 것은 뇌혈관, 심혈관질환뿐 아니라 치매의 예방과 관리에 매우 중요하다.
2. 치매의 진단 기준 및 평가 - 치매의 진단을 위해서는 병력청취, 인지기능 및 정신상태 평가, 신체검사, 신경학적 검사, 표준화된 신경심리 검사, 일상생활능력평가, 검사실 검사, 뇌영상 검사를 포함한 포괄적 평가가 이뤄져야 한다. 치매 증후군의 진단 후 치매 아형들의 진단기준을 적용하여 치매원인 질환 감별해야 한다. 치매의 인지기능평가는 간이 인지기능검사와 포괄적 신경심리검사를 통해 시행돼야 한다. 일상생활능력 평가는 치매진단의 주요 요소이며 간병계획에 유용한 정보를 제공한다. 검사실 검사는 인지기능에 영향을 주거나 치매의 가역적 원인이 될 수 있는 의학적 상태를 배제할 목적으로 시행한다. 구조적 및 기능적 뇌영상 검사를 시행한다.
3. 치매의 인지기능검사 - 인지기능평가는 치매의 진단과 평가의 중심으로, 치매환자나 치매 의심환자에게 반드시 실시해야 한다. 포괄적 신경심리검사는 중증 환자를 제외한 치매환자, 치매 전 단계의 환자에게 시행해야 한다. 치매 환자의 인지기능평가는 전반적인 인지기능의 평가뿐 아니라 집중력, 기억력, 언어능력, 시공간능력, 집행능력, 도구사용능력을 포함한 세부 인지기능영역에 대해서도 자세히 검사해야 한다.

4. 치매의 행동심리증상 및 일상생활능력 평가 - 행동심리증상의 평가는 치매의 진단 및 치료를 위하여 필수적으로 실시되어야 한다. 행동심리증상은 신체적 손상이나 합병증에 병발하여 나타나는 경우가 많으며 행동심리증상뿐만 아니라 원인이 되는 신체적 손상이나 합병증도 치료해야 한다. 치매를 진단하기 위해서는 일상생활능력의 평가가 필수적이다. 치매의 일상생활능력 평가에는 신체적 평가와 도구적 평가를 모두 포함하여 시행해야 한다.
5. 치매의 검사실 검사 - 구조적 영상은 치매가 의심되는 모든 환자들을 대상으로 시행해야 한다. CT는 외과적 수술 병소나 혈관성 질환을 확인하는데 사용될 수 있다. MRI(T1, T2, Flair를 포함한 프로토콜)는 치매 진단의 특이성을 증가시키기 위해 사용될 수 있다. 기능적 영상 중 SPECT와 PET는 임상적 구조적 영상검사를 통한 평가 후에도 진단이 불확실한 환자들에게 유용할 수 있다. 그러나 단일 영상 검사로 사용해서는 안 된다.

## KEY POINT

생활습관 개선 및 동반질환 관리 등 관리 가능한 분야에서 치매 발생 위험을 낮출 수 있는 12가지 주요 권고사항은 활발한 신체 활동, 금연, 건강하고 균형 잡힌 식단 섭취, 금주, 인지 중재 훈련, 활발한 사회 활동, 체중 조절, 혈압 관리, 혈당 관리, 이상지질혈증 관리, 우울증 관리, 청력 손실 예방 등입니다.

경도인지장애가 의심되는 환자는 인지기능과 일상생활능력의 변동에 대한 정기적, 지속적인 의학적 개입이 필요합니다.

치매의 진단을 위해서는 병력청취, 인지기능 및 정신상태 평가, 신체검사, 신경학적 검사, 표준화된 신경심리 검사, 일상생활능력평가, 검사실 검사, 뇌영상검사를 포함한 포괄적 평가가 이뤄져야 합니다. **Mind Up**

## Reference

1. Risk Reduction of Cognitive Decline and Dementia: WHO Guidelines. Geneva: World Health Organization; 2019.
2. Practice guideline update summary: Mild cognitive impairment: Report of the Guideline Development, Dissemination, and Implementation Subcommittee of the American Academy of Neurology. Petersen RC, Lopez O, Armstrong MJ, Getchius TSD, Ganguli M, Gloss D, Gronseth GS, Marson D, Pringsheim T, Day GS, Sager M, Stevens J, Rae-Grant A. Neurology. 2018 Jan 16;90(3):126-135
3. 한국형 치매임상진료지침 소개 Clinical practice guideline for dementia by Clinical Research Center for Dementia of South Korea 대한의사협회지 2011, vol.54, no.8, 통권 619호 pp. 861-875.



## 불안장애 및 강박장애의 최신 임상진료지침 리뷰

김 원

인제대학교상계백병원



### AT A GLANCE

10여 년 전부터 불안장애의 각 질환과 강박장애의 치료 지침서가 국내에서 개발되기 시작하였으나, 불안장애 분야는 빠른 발전과 변화로 인해 지속적인 지침서의 개정이 시도되고 있다. 항우울제와 항불안제를 주로 사용하는 약물치료의 지침과 인지행동치료 중심의 비약물치료의 지침이 다양한 상황에 따라 다를 수 있어서 일관되고 통일된 지침서의 개발은 아직 만족스럽지 못한 실정이지만 향후 이에 대한 지속적인 개발과 개정 노력이 필요하다.

## 01

### 서론

불안장애는 정신건강의학과에서 다루는 질환 중 가장 흔한 질환에 속하여, 평생 유병률이 높게는 31%에 달하는 것으로 보고된다. 이는 기분장애와 물질남용장애보다도 높은 수치이지만, 불행하게도 불안장애는 진단도 덜 되고 치료도 덜 받는 것으로 알려져 있다. 불안장애는 많은 세부 진단을 포함하는데, 공황장애, 범불안장애, 사회불안장애, 특정공포증이 이에 속한다. 또한, 이전에는 불안장애에 포함되었다가 DSM-5부터는 별도의 구분으로 독립한 외상후 스트레스 장애와 강박장애도 있다.

임상진료지침은 표준적인 진료의 넓은 활용을 위해 많이 제작되고 있는데 이 원고에서는 공황장애, 범불안장애, 사회불안장애, 강박장애에 대한 임상진료지침을 리뷰하려고 한다. 임상진료지침은 학술적 연구 결과에 주로 바탕을 둔 근거 기반(evidence-based) 방식이 주로 사용되지만, 우리나라 특유의 상황을 감안하여 국내 전문가 합의(expert consensus)를 바탕으로 한 진료지침도 많다. 각 질환의 진료지침마다 어떤 방식의 지침 인지가 다를 수 있으니 참고하기 바란다. 또한, 치료를 약물치료와 정신사회적 치료로 크게 구분해볼 때 전체적인 치료지침서도 있지만, 현실에서 가장 많이 쓰이는 약물치료만을 주로 다룬 약물치료 지침서인 경우도 있다. 그리고 본 원고에서는 지면의 한계가 있어 우리나라의 실정에 맞는 국내 임상진료지침을 주로 소개하려고 한다.

### 1. 공황장애

국내의 공황장애 지침서는 2008년에 한국형 공황장애 약물치료 알고리즘 지침서가 처

음으로 개발되었고, 10년 후인 2018년에 <한국형 공황장애 치료지침서 2018 개정판>이 개발되었다. 모두 국내 전문가 합의를 바탕으로 한 지침서이다. 개정판의 치료 지침을 요약하자면, 일단 공황장애와 광장공포증이 공존하는 경우와 공황장애 단독인 경우를 나누어 지침을 마련하였는데, 둘 사이에 몇몇 작은 차이 외에 큰 차이는 없었다.

초기 치료 전략으로는 항우울제와 벤조디아제핀계(이하 BZD계) 항불안제와 인지행동치료를 함께 하는 것이 최우선으로 선호하는 치료로 나타났다. 그 다음 선호를 보이는 1차 선택으로는 항우울제와 인지행동치료를 함께 하는 전략, 그리고 항우울제와 BZD계 항불안제를 함께 하는 전략이 선호되었다. 공황장애 단독인 경우에는 여기에 항우울제 단독 치료도 1차 선택에 추가된 결과를 보였다. 전반적으로 보았을 때 이상적인 치료로는 인지행동치료가 항상 포함되어야 하지만 여의치 않은 경우 약물치료만으로도 치료하는 전략으로 볼 수 있었다. 항우울제의 선택은 escitalopram이 최우선 치료로 나타나 가장 선호도가 높았고, 그 다음 1차 선택은 paroxetine, sertraline, venlafaxine이었다.

유지 치료 전략으로는 항우울제와 인지행동치료를 함께 하는 것이 최우선 치료로 선택되어서, 항불안제는 초기 치료에만 사용하고 유지 치료에는 항불안제를 중단하려는 임상가들의 노력이 나타났다고 하겠다. 공황장애에 우울장애가 공존질환으로 존재하는 경우에도 역시 최우선 치료로는 항우울제와 BZD계 항불안제와 인지행동치료를 함께 하는 전략이 선택되어 공존질환이 없을 때와 대동소이하였다. 다만 항우울제의 선택에 있어서는 우울장애가 공존하는 경우에 거의 대부분의 항우울제가 1차 선택 이상으로 나타났다.

치료반응이 불충분할 경우 약물치료 전략은 다른 항우울제로 교체나 추가, 비정형 항정신병약물 추가, 강화약물 추가 등이 언급되었는데, 비정형 항정신병 약물로 aripiprazole과 quetiapine의 추가가 선호되고, 강화약물로는 buspirone과 propranolol의 추가가 선호되는 것을 알 수 있었다.

개정판에서 중점을 두어 추가한 정신치료 요법의 선택에서는 개인 및 집단 인지행동치료(cognitive behavioral therapy)가 최우선 치료로, 마인드풀니스 인지치료가 적합한 치료로 합의되었다.

## 2. 범불안장애

범불안장애는 진단 체계의 잦은 변화, 공존 질환의 흔한 동반이라는 문제가 있고 질환 자체가 애매하고 규정 짓기 어려우며, 진단에서 하위의 질환으로 여기는 편견으로 인해 임상 영역에서 아직 큰 관심 대상이 되지 못하고 있다. 이를 개선하고자 2009년에 한국형 범불안장애 약물치료 지침서가 처음 개발되었고, 현재 개정판을 개발하려는 움직임이 있다.

<한국형 범불안장애 약물치료 지침서 2009>를 요약하자면, 범불안장애의 진단이 너무 적게 이루어지는 점 때문에 우선 진단의 일치성에 대한 설문을 하였는데 국내의 전문가들은 '과도한 불안과 걱정', '걱정을 통제하기 어려움'에 대해 가장 높은 의견 일치를 보여 신체적 증상들보다는 정신적 증상들에 더 높은 비중을 두는 것으로 나타났다.

초기 약물치료 전략에 있어서는 항우울제와 BZD계 항불안제를 함께 사용하는 전략이 선호되어 초기부터 적극적인 치료를 선택하는 경향이 높았고, 항우울제와 azapirone계 항불안제의 병용 치료가 상위 2차 치료로 선택되었다. 하지만 buspirone이 범불안장애의 1차 치료 약물로 미국 FDA 공인을 받고 여러 연구에서 효과가 검증되었으며 외국의 범불안장애 진료지침에서 1차 치료로 권고되고 있기에 국내에서도 buspirone을 더 적극적으로 활용해야 할 필요성이 있다고 생각한다. 또한 인지행동치료에 대해서도 외국의 많은 지침들은 적극적으로 인지행동치료를 적용하기를 권고하고 있지만, 범불안장애의 인지행동치료가 개발 당시인 2009년에 활발하지 않아 조사 대상에서는 누락이 되었는데, 지금도 인지행동치료는 제대로 시행되기 어려운 의료 환경이라 안타깝다.

### 3. 사회불안장애

사회불안장애의 약물치료 지침서는 2015년에 처음 개발되었다. 사회불안장애는 상황에 따른 증상 발현의 차이가 커서 약물치료보다 인지행동치료가 좀 더 적절한 경우가 있다. 2015년에 개발된 약물치료 지침서는 인지행동치료를 포함시키지 않은 약물치료만을 대상으로 단계적 접근을 하였다. 1단계에서는 항우울제 단독치료 혹은 BZD계 항불안제나 베타 차단제 약물의 단독치료가 제시되었고, 2단계에서는 위 두 계열 약물의 교체나 추가였으며, 3단계에서는 비정형 항정신병약물을 추가하는 전략과 항우울제를 한 번 더 교체하는 전략이었고, 4단계는 3단계에서 병합한 약물을 교체하거나 다른 계열의 3번째 약물의 추가였다. 마지막 5단계는 진단에 대한 재평가로 권고하였다.

사회불안장애는 증상이 매우 심한 경우에 불안의 내용이 피해망상과 구분이 어려운 경우도 많으며 처음에 사회불안장애로 진단되었다가 조현병 관련 장애로 재진단되는 사례도 많은 만큼, 위의 3단계의 비정형 항정신병약물 추가와 5단계의 진단에 대한 재평가는 이런 점을 고려한 지침이라고 볼 수 있겠다.

### 4. 강박장애

한국형 강박장애 치료 알고리즘(algorithm)은 2007년에 개발되었다. 이를 요약하면 초발 강박장애 환자의 치료에는 경한 강박증상일 경우 인지행동치료 단독, 선택적 세로토닌 재흡수 억제제(이하 SSRI) 단독, 또는 인지행동치료+SSRI 병합치료가 권고된다. 중등도 이상의 강박증상을 가진 경우는 SSRI 단독, 또는 인지행동치료+SSRI 병합치료를 시

작하는 것이 권장된다.

강박장애에서는 SSRI의 용량도 중요한데, 이 지침에서는 최대 추천 용량으로 fluoxetine 80mg, sertraline 250mg, paroxetine 80mg, citalopram 80mg을 제시하였다. 그리고 치료 시점부터 6~9주 정도를 기다려 본 후 다음 단계의 치료를 고려한다고 하였다.

1단계에서 처음 사용한 SSRI에 불충분한 반응을 보인 경우는, 2단계로 SSRI 단독치료를 경우 인지행동치료를 병합하고, 초기에 인지행동치료를 경우에는 SSRI 병합을 우선 시행하며, 이런 병합치료에도 불충분한 반응을 보이면 SSRI 교체를 먼저 고려한다. 그래도 불충분한 경우 3단계로는 첨가 약물의 추가, clomipramine으로의 교체 혹은 추가, 비정형 항정신병 약물의 추가가 고려되는데, 여기서 첨가 약물은 BZD계 약물, pindolol, buspirone, lithium을 비롯한 기분안정제이다. 항정신병 약물로는 risperidone이 최우선치료로, olanzapine과 quetiapine이 1차 전략으로 추천되었다. 하지만 risperidone과 olanzapine은 조현병 환자에서 강박증상을 유발하는 경우도 있는 것으로 보고되어 주의가 필요하며, aripiprazole이나 amisulpride 같은 약물은 2007년 지침서 개발 당시 이후에 본격적으로 사용되었기 때문에 추후 강박장애 치료 지침서가 개정된다면 항정신병 약물의 선호도는 상당한 변화가 있을 것으로 보인다.

## 02

### 결론

불안장애는 매우 흔한 질환임에도 불구하고, 현대적인 적절한 진단과 치료가 이루어진 것은 21세기 들어서 시작되었다 해도 과언이 아닐 정도로 새롭게 의학적 관심이 집중되는 분야이다. 그래서 치료 지침도 빨리 변화하고 비약물 치료의 개발이나 적용도 너무 다양하게 이루어지고 있어 합의와 정리가 쉽지 않다. 그러므로 향후 치료 지침의 역할이 더 중요해질 것으로 생각되고, 각 질환에 대하여 비약물 치료를 포함한 지침서의 재개정이 요구된다 하겠다. **Mind Up**

## Reference

1. 2018 한국형 공황장애 치료지침서 개발위원회. 한국형 공황장애 치료지침서 2018 개정판, 대한불안학회. 2018
2. 한국형 범불안장애 약물치료 알고리즘 실무위원회. 한국형 범불안장애 약물치료 지침서 2009, 대한불안학회. 2009.
3. 한국형 강박장애 치료 알고리즘 실무위원회. 한국형 강박장애 치료 알고리즘 2007, 대한불안학회, 2007.
4. Katzman MA, Bleau P, Blier P et al., Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorder. BMC Psychiatry 2014, 14(Suppl 1):S1

## 외상후스트레스장애의 근거 중심 진료 지침

고영훈  
고려대학교안산병원



### AT A GLANCE

- 외상후스트레스장애는 외상 사건을 경험하거나 목격한 이후 침습, 지속적 회피, 인지와 기분에서의 부정적 변화, 외상 사건과 관련된 각성과 반응성에서의 뚜렷한 변화가 발생하는 질환이다.
- 외상후스트레스장애는 약물치료보다 정신치료가 우선 된다.
- 약물치료를 선호하는 경우 sertraline, fluoxetine, paroxetine과 venlafaxine 이 일차 치료로 권장된다.

## 01

### 서론

외상후스트레스장애(posttraumatic stress disorder, PTSD)는 국내에서는 세월호 사건 이후 대중들에게 널리 알려지게 되었으며, 치명적인 외상 사건을 경험한 후 나타나는 정신질환이다. 원인이 되는 외상 사건의 특성, 경과된 시간, 개인 취약성 및 회복 탄력성 등의 다양한 요인들이 발병에 관여한다. PTSD는 DSM-III에 처음으로 수록되었으며 DSM-IV-TR까지는 불안장애의 범주로 분류하였다. DSM-V에서는 '외상 및 스트레스 사건 관련 장애'라는 별개의 범주로 분류되면서 침습, 회피, 각성 등의 기존의 증상 범주에 '인지와 기분에서의 부정적 변화'라는 증상 범주가 추가되었다.

PTSD로 진단되어 치료하는 경우 관해에는 3년이 필요하지만, 치료받지 않는 경우 2배의 시간이 소요된다. 또한, 우울증, 불면, 약물 및 알코올중독이 흔히 병발되고, 다양한 사회적 관계에서 문제가 발생하며, 자살의 위험성이 증가하고 삶의 질이 저하된다. 따라서 외상 사건 이후에는 PTSD 예방을 위한 조기 중재가 필요하고, PTSD 진단 후에는 적극적인 치료적 개입이 이루어져야 한다. 이에 저자는 국내에서 발간된 '외상후스트레스장애 근거 중심의학 지침서'를 중심으로 해외의 진료 지침을 참고하여 PTSD 진단과 근거 중심의 치료 방향을 제시하고자 한다.

## 02

## PTSD의 진단

## DSM-V의 PTSD 진단 기준

DSM-V는 외상사건을 죽음이나 심각한 상해 및 성폭력을 실제로 경험하거나 위협을 느낀 경우로 명시하고, 직접적인 외상뿐 아니라 외상사건이 가까운 가족이나 친한 친구에게 발생한 것을 알게 되거나 외상사건의 혐오스러운 세부사항에 반복적 또는 극단적으로 노출되는 것을 포함함으로써 간접 외상(또는 대리 외상)을 인정하고 있다. 또한, PTSD 증상을 4개의 범주(즉, 침습, 지속적 회피, 인지와 기분에서 부정적 변화, 외상 사건과 관련된 각성과 반응성에서의 뚜렷한 변화)로 구분하여 제시하고 있다. 급성스트레스장애(acute stress disorder, ASD)는 추후 PTSD로 진행될 위험이 있는 외상 생존자를 초기에 선별하여 선제적으로 개입하기 위한 목적에서 DSM에 포함되었다. ASD는 PTSD와 유사하지만, 해리 증상이 강조되고, 외상사건 발생 후 3일에서 1개월 사이에 진단된다.

## 국내 표준화된 평가 척도

외상 경험은 다양한 심리적인 고통을 유발하지만, 외상 후의 증상이 정상적인 스트레스 반응인지 아니면 병리적인 상태인지를 명확하게 평가하는 것은 향후 치료 방향의 설정에 중요하다. 경험이 많은 전문가에 의한 진단과 평가가 필수적이지만, 다양한 사건이나 사고에서의 선별을 위해서는 구조화된 면담이나 자기 보고형 척도의 사용이 권장된다. 특히 대형 재난 발생 1개월 후나 난민과 같이 PTSD 위험성이 높은 경우에는 PTSD의 선별 검사가 반드시 고려되어야 한다. 국내에서 타당화가 이루어진 척도로서 임상가에 의한 평가 도구로는 외상후스트레스장애 척도(Clinician-Administered PTSD Scale, CAPS)와 외상후스트레스장애 구조화 면담(Structured Interview for PTSD, SIP)이 있으며, 자기 보고형으로는 외상후 진단 척도(Posttraumatic Diagnostic Scale, PDS), 외상후스트레스장애 체크리스트(PTSD Checklist, PCL), 개정판 사건충격척도(Impact of Event Scale-Revised, IES-R)가 주로 사용된다.

## 03

## PTSD의 치료

## 정신치료

PTSD의 치료에 약물치료가 효과적이지만 외상에 초점을 맞춘 정신치료는 PTSD의 일차치료로 고려된다. 하지만 심리적 디브리핑은 PTSD의 예방이나 치료의 목적으로는 권장되지 않는다. PTSD의 정신치료 가운데 경험적 근거가 잘 확립된 치료는 트라우마 중심 인지행동치료(trauma-focused cognitive-behavioral therapy, TF-CBT), 인지치료(cognitive therapy, CT), 인지처리치료(cognitive processing therapy, CPT), 지속노출치료(prolonged exposure, PE), 내러티브 노출치료(narrative exposure therapy, NET) 등이 있으며, 안구운동 민감화 소실 및 재처리(eye movement desensitization

and reprocessing, EMDR)도 추천된다. 이들 치료는 사건 1개월 이후부터 권장되며, 치료 전 철저한 평가와 치료 관계 형성이 필수적인 선행 요인이다. 최근에는 인터넷 기반의 치료, 앱 기반의 치료, 가상현실 치료 등이 시도되고 있으나 근거는 아직 부족한 실정이다.

### 약물치료

PTSD의 정신치료는 약물치료보다 우선되며, PTSD의 예방을 위해서 benzodiazepine을 포함한 약물치료는 권장되지 않는다. 약물치료를 선호하는 PTSD환자의 경우에는 sertraline, fluoxetine, paroxetine과 같은 SSRI와 venlafaxine이 일차 치료로 권장된다. PTSD 환자에서 과각성, 정신병적 증상 등 심각한 장애를 유발하는 증상이 동반되는 경우나 다른 약물치료 및 정신치료에 반응이 없는 경우에는 olanzapine, risperidone, quetiapine과 같은 항정신병 약물을 고려할 수 있다.

### 동반 질환의 치료

PTSD가 치료되면 우울증은 흔히 호전되는 경우가 많으므로, 우울증과 PTSD가 동반된 환자의 경우 PTSD 치료를 우선한다. 하지만 PTSD의 정신치료에 어려움을 줄 정도로 우울증이 심각하거나 자타해의 위험이 있는 경우에는 우울증 치료를 우선하는 것을 권장한다. 동반되는 약물이나 알코올 오용 때문에 PTSD 환자를 치료에서 배제해서는 안 된다.

### Mind Up

## Reference

1. American Psychological Association. (2017). Clinical practice guideline for the treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD) in adults. Washington, DC. Retrieved from <https://www.apa.org/ptsd-guideline/ptsd.pdf>
2. International Society for Traumatic Stress Studies. (2018). ISTSS PTSD prevention and treatment guidelines: Methodology and recommendations. Retrieved from [http://www.istss.org/getattachment/Treating-Trauma/New-ISTSS-Prevention-and-Treatment-Guidelines/ISTSS\\_PreventionTreatmentGuidelines\\_FNL-March-19-2019.pdf.aspx](http://www.istss.org/getattachment/Treating-Trauma/New-ISTSS-Prevention-and-Treatment-Guidelines/ISTSS_PreventionTreatmentGuidelines_FNL-March-19-2019.pdf.aspx)
3. National Institute for Health and Care Excellence. (2018). Guideline for post-traumatic stress disorder. London, United Kingdom: National Institute for Health and Clinical Practice. Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/resources/posttraumatic-stress-disorder-pdf-66141601777861>
4. 대한불안학회, 대한정신약물학회. (2008). 외상후스트레스장애 근거중심의학 지침서. 서울.

## COVID 19 pandemic - 정신건강의학과와의 역할

박 성 용  
계요병원



### AT A GLANCE

COVID-19 팬데믹이 장기화되면서 COVID-19 감염환자뿐 아니라 일반인, 보건 의료 종사자들에서 정신건강에 대한 위험이 높아지고 있다. 각각의 집단에 따른 특징을 이해하고 적절한 정신건강서비스를 제공하는 것이 필요하다.

2019년 말 중국 우한에서 처음 확인된 COVID-19는 현재 전 세계에서 유행 중, 팬데믹 양상을 보이고 있다. COVID-19는 신종 바이러스로 지금까지 효과적인 백신과 치료제가 없어 COVID-19 감염환자들은 대증적 치료를 하고 있으며 각 국가들은 유행을 막기 위해 생활 방역을 위주로 힘쓰고 있다. 앞으로도 COVID-19에 대한 백신이나 치료제가 나오지 않는 이상 COVID-19 감염환자는 더욱 늘어날 것이며 최근 WHO에서는 재확산에 대한 경고도 이어지고 있다.

COVID-19 감염은 1차적으로 급성호흡곤란증후군을 나타내며 증상이 심한 경우 사망에까지 이를 수 있는 호흡기계 신체질환이다. 하지만 COVID-19 팬데믹 상황이 장기적으로 이어지면서 COVID-19 감염 환자뿐만 아니라 일반인과 보건 의료 종사자<sup>3)</sup>에게까지 정신건강에 대한 영향이 점점 커지고 있다. 실제 지역의 정신보건을 담당하고 있는 정신건강복지센터에는 정신과적 증상에 대한 문의가 점점 늘어나고 있다. 이런 상황에서 정신건강의학과와의 역할이 그 어느 때보다 중요하다 볼 수 있다. 이 글에서는 정신건강의학과에 대한 역할을 각각의 대상에 초점을 맞추어 살펴보고자 한다.

### 01

#### COVID-19 감염환자 대한 정신건강의학과와의 역할

COVID-19 감염으로 입원치료를 받은 환자를 대상으로 조사한 결과 96.2%에서 외상 후스트레스증상(posttraumatic symptoms)을 호소하는 것으로 나타났으며, 이는 일반인(7%)에 비해 매우 높은 비율이다. 각 국가별 사망률에 대한 차이가 있기는 하나 COVID-19에 대한 확실한 치료제가 없는 상태에서 사망에 이를 수 있는 질환에 감염되었다는 사실은 환자에게 매우 큰 외상으로 느껴질 수 있는 것이다. 거의 대부분의 환자에서 외상후스트레스증상이 동반되는 것으로 볼 때 이에 대한 정신건강의학과적 평가 및 치료는 필수적으로 이루어져야 할 것으로 생각된다. 또한 COVID-19 감염환자에서 우울 증에 대한 위험도 역시 매우 높게 나타났다. 일반적으로 감염 질환에서 우울증에 대한 위험도는 감염 질환의 심각도와 비례하는 것으로 보고되고 있다. 여기서 주의를 기울여야



할 점은 심각한 감염성 질환을 앓은 환자가 우울증상을 보이는 시기가 1개월과 1년 후에 가장 높게 나타났다는 것이다. 따라서 COVID-19 감염환자의 경우 급성기 우울증상의 평가와 더불어 추적 관찰이 동반되어야 한다는 것이다. 최소 1년 이상 추적 관찰하여 우울증상이 나타날 경우 조기에 개입하여 치료하는 것이 필요할 것이다. 우울증과 더불어 불안장애에 대한 평가 역시 필요하다. 한 연구에 따르면 COVID-19 감염환자에서 불안장애와 관련된 증상을 보인 비율이 36%에 이른다고 한다. 결국 정신건강의학과에서는 COVID-19 감염환자에게 불안 증상의 양상이나 심각도에 따라 인지치료, 약물치료 등 효과적인 치료가 제공되어야 할 것이다. 마지막으로 최근 보고에 따르면 COVID-19 감염환자의 경우 COVID-19 감염이 뇌신경계에 영향을 미쳐 신경학적 증상을 일으킬 수 있다고 한다. 이는 많은 뇌신경계 질환들이 정신과적 증상을 동반하고 있다는 점을 고려한다면 COVID-19 감염으로 인한 정신과적 질환이 동반될 가능성을 염두해야 할 필요가 있다. 이에 대한 연구도 더불어 이루어질 필요가 있을 것이다.



그림 1. 정상인(A)과 우울증 환자(B)의 수면구조 비교

## 02

일반인에 대한  
정신건강의학과 의 역할

COVID-19 감염환자에 비해 그 비율은 낮게 나타나지만, 장기적으로 지속되고 있는 COVID-19 팬데믹 양상으로 인해 정신건강문제를 호소하는 일반인이 늘어나고 있다. 이 연구에 따르면 2020년 1월에서 4월까지 성인을 대상으로 한 설문조사에서 불안(29%), 우울(9~17%), 심리적 고통(8~36%), 외상후스트레스증상(3~7%)을 겪고 있는 것으로 나타났다. 또한, 소아에서도 불안과 우울증상을 겪고 있는 비율이 각각 20%로 나타났다. 일반인의 경우 여러 가지 정신과적 증상을 겪고 있지만, 장애로 진단될 정도의 심각한 수준의 비율보다는 낮은 수준의 증상을 유지하는 경우가 많다. 이런 경우 대체로 정신건강의학과에서 제공할 수 있는 서비스는 정확한 정보 전달과 더불어 일반적 상담이나 인지치료, 행동 치료 등이 있을 수 있다. 이와 더불어 간과하지 말아야 할 정신건강 문제는 물질 남용이나 의존이다. COVID-19 팬데믹 기간 동안 술이나 담배 사용에 대한 조사에서 일반음주자는 음주량이 32%, 알코올사용 장애 재발은 19% 증가하였다. 또한, 일반 흡연자에서 흡연량이 20%, 담배 사용 장애 재발은 25% 증가하였다. 이는 COVID-19 팬데믹에서 오는 스트레스를 물질 사용으로 해소하려는 경향에서 비롯된 것으로 추측되며, 물질사용문제를 예방하기 위해 정신건강의학과에서 적극적으로 스트레스 해소에 도움이 될 수 있는 홍보나 교육이 필요하다.

## 03

기존 정신건강의학과  
환자에 대한 정신건강의  
학과의 역할

COVID-19 팬데믹의 장기화는 기존 정신건강의학과 환자들에게 부정적인 영향을 준다는 보고가 있다. 특히 정신건강의학과 환자들의 약 20~25%에서 자신의 건강을 관리하는 능력이 저하되어 기존의 증상이 악화되는 양상을 보인다고 한다. 실제 지속적으로 치료가 필요한 조현병 환자가 COVID-19 감염을 우려해 외출하지 못하고 이로 인해 병원을 방문하지 못하여 재발하는 경우가 늘어나고 있다. 또한, 기분장애나 불안장애를 가지고 있는 환자에서 기존의 증상이 악화되는 양상이 확인되고 있으며 이는 심리적 스트레스를 대처하는 능력 및 자신의 건강을 유지하는 능력이 부족한 것이 원인 중 하나로 나타났다. 결국, 정신건강의학과에서는 안정적으로 유지하고 있는 환자에서 자기관리 기능이 저하되어 있거나 지지체계가 부족한 경우 이에 대한 대책이나 교육이 적극적으로 이루어져야 할 것이다.

## 04

보건의료 종사자에 대한  
정신건강의학과 의 역할

각종 국가적 재난 상황에서 보건의료 종사자들의 정신건강 문제는 반복적으로 확인되고 있다. 보건의료 종사자들은 1차적으로 COVID-19 감염환자를 치료하는 과정에서 전염에 대한 두려움이나 가까운 사람에게 전염시킬 가능성에 대한 불안 등으로 고통받을 수 있다. 또한 지속적으로 감염관리를 해야 하는 긴장으로 인해 업무에 대한 소진도 나타날 수 있다. 실제 국내에서도 대구 지하철 화재 사건, 세월호 사건 등의 돌보는 과정에서 많은 보건의료종사자들이 소진뿐만 아니라 피해자들의 심리적 고통이 전가되어 2차적 트라우마 증상, 불안이나 우울증상을 호소하는 경우가 적지 않았다. 이러한 보건의료 종사자들의

정신건강문제를 예방하기 위해 우선적으로 국가적 시스템에서 소진이나 2차적인 정신과적 증상에 대해 모니터링을 할 수 있는 체계를 갖추는 것이다. 더불어 보건의료종사자에서 이러한 정신건강문제가 발생했을 경우 조기에 심리적 지원이 가능한 매뉴얼을 구축할 필요가 있으며 여기에 정신건강의학과가 중요한 역할을 할 수 있을 것이라 본다.

## 05

## 결론

결론적으로 COVID-19 팬데믹은 국가적 재난 상황이며 감염환자뿐만 아니라 일반인, 정신건강의학과 환자, 보건의료종사자에 걸쳐 대부분에게 정신건강에 대한 부정적 영향을 끼치는 사건이다. 정신건강의학과에서는 각 집단별로 나타나는 정신건강문제에 대해 효과적으로 대처할 수 있도록 집단의 특성을 이해하고 적절하게 평가 및 치료를 할 수 있는 노력이 필요할 것이다. **Mind Up**

## Reference

1. <https://www.bbc.com/korean/news-52252123>
2. Zhang J., et al., 2020a. The differential psychological distress of populations affected by the COVID-19 pandemic. *Brain, Behav. Immun.* <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.031>.
3. Mental disease in the general population and health professionals during covid-19: a scoping review
4. Bo H.-X., et al., 2020. Posttraumatic stress symptoms and attitude toward crisis mental health services among clinically stable patients with COVID-19 in China. *Psychol. Med.* 1–7. <https://doi.org/10.1017/S0033291720000999>.
5. Cheng S.K.W., Wong C.W., Tsang J., Wong K.C., 2004b. Psychological distress and negative appraisals in survivors of severe acute respiratory syndrome (SARS). *Psychol. Med.* 34, 1187–1195
6. Lee A.M., et al., 2007. Stress and psychological distress among SARS survivors 1 year after the outbreak. *Can. J. Psychiatry* 52, 233–240.
7. Galea S, Merchant RM, Lurie N. The Mental Health Consequences of COVID-19 and Physical Distancing: The Need for Prevention and Early Intervention. *JAMA Intern Med* 2020.
8. Filatov A., Sharma P., Hindi F. & Espinosa P. S. Neurological Complications of Coronavirus Disease (COVID-19): Encephalopathy. *Cureus* 12.
9. Holmes EA, O'Connor RC, Perry VH, et al. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *Lancet Psychiatry* 2020; 7:547.
10. American Psychiatric Association. Guidance Document on COVID-19 Death and Dying Exposures: Considerations for Healthcare Workers and Staff Exposed to COVID-19 Death and Dying . <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/covid-19-coronavirus> (Accessed on July 04, 2020).

## 학대와 방임이 아동 발달에 미치는 영향

심 세 훈

순천향대학교천안병원



### AT A GLANCE

- 아동학대 발생률을 포괄적 기준으로 적용할 경우 55.6%로 아동학대가 매우 많이 발생하고 있다. 2018년 아동보호전문기관에서 집계된 전체 신고접수 건수는 총 36,417건으로 꾸준히 증가한다.
- “아동의 신체에 손상을 주는 행위”, “아동에게 성적 수치심을 주는 성희롱·성폭력 등의 행위”, “아동의 신체적 구속, 억제 혹은 감금, 언어적 또는 정서적 위협, 기타 가학적 행위”, “아동을 유기하거나 의식주를 포함한 기본적 보호·양육·치료 및 교육을 소홀히 하는 행위” 등을 학대로 규정하고 있다.
- 어린 시절 학대에 노출되면 과도한 스트레스 호르몬 분비로 인한 뇌 기능의 변화를 일으키게 되고, 뇌 발달 과정에 부정적인 영향을 주게 된다.
- 학대는 인지적, 정서적, 그리고 사회적 발달에 장애를 유발하여 결국 정신건강에 위협이 되는 행동들로 연결된다.

## 01

### 서론

코로나 감염 환자가 언제 올지 몰라 예민해 있는 응급실에 2020년 봄 어느 날 밤 10시 화장실에서 미끄러져 뒤로 넘어진 후 일어나면서 쇠붙이에 머리를 부딪쳐서 2.5cm 찢어진 상처를 입은 초등학생이 엄마와 함께 내원하였다. 응급실 의사는 상처를 꿰매고 아이에게 조곤조곤 말을 걸며 살펴보니 온몸 여기저기에 상처와 멍 자국이 보였고 아버지가 훈육 목적으로 수시로 쇠막대기로 때렸다고 하였다. 어머니도 아이가 옳지 못한 상황에 있고 가족들이 어려움에 처해 있다는 것을 인정하여 가족 상담 의사도 있다고 하나 면담 태도가 소극적이고 대답을 회피하는 모습을 보였다. 심야에 아이는 그렇게 집으로 돌아갔고 추후 내원은 예정되지 못했다. 이에 병원 사회복지사는 다음날 원내 학대아동 보호위원회를 긴급 개최하고 문자와 메일로 이 사실을 상정하였고

*“20.00.00 일 사례에 대해 총 13명 중 10명 의견 주셨으며, 참석자 과반수 이상인 10명으로 '학대 의심' 의결되었습니다. 학대 의심사례로 신고하겠습니다. 진행사항은 추후 메일로 보고 드리겠습니다.”*

라는 문자가 와서 한시를 놓고 '병원의 아동 보호시스템이 참 잘되어 있구나' 자부심을 가지고 있던 중 한 달도 안되어

*"20.00.00 일 응급실 내원 시 주 증상(머리 열상)과 달리 손등, 손목 붓기와 멍든 피부, 지난 아동학대 사례 심의 후 수사기관 신고 건, 심정지로 00.00 일 저녁 응급실 내원, MICU 치료 중, 의식 없음."*

이라는 문자를 받게 되었고 아이를 지키지 못했다는 생각에 저자는 머리가 하얘지고 마음이 찢어졌다.

## 02

### 본론

위 사례를 보면 우리나라 아동 학대의 현실과 이에 대한 국가나 민간의 보호 시스템이 제대로 작동하지 못한 점을 여실히 보여주고 있어 참담한 마음이 들기까지 한다. 국내에서 아동학대의 발생빈도에 관한 것은 2000년에 의해 전국적인 조사가 처음 이루어져 전체 가구의 43.7%에서 아동이 부당 대우를 받고 있고, 그 중 23.5%가 신체 학대가 발생하는 것으로 보고하고 있다. 2011년에 전국적인 아동학대 현황조사에서는 아동학대 발생률을 25.3%로 보고하고 있지만 주 양육자에 의한 보고를 제한적 기준으로 좁혀보면 25.1%, 포괄적 기준을 적용할 경우 55.6%로 나타나 매우 높은 아동학대 발생이 일어나고 있음을 시사하고 있다. 2018년 아동보호전문기관에서 집계된 전체 신고접수 건수는 총 36,417건으로 전년 대비 약 6.6% 증가했다. 국내에서는 2000년 아동복지법이 개정되면서 아동학대 및 방임이 국가의 중요한 과제로 등장하게 되어 첫째, 신체학대는 "아동의 신체에 손상을 주는 학대행위", 둘째, 성학대는 "아동에게 성적 수치심을 주는 성희롱·성폭력 등의 학대행위", 셋째, 정서적 학대는 "아동의 정신건강 및 발달에 해를 끼치는 정서적 학대행위"로 아동에게 가해진 신체적 구속, 억제 혹은 감금, 언어적 또는 정서적 위협, 기타 가학적 행위를 포함하고 넷째, 방임은 "자신의 보호·감독을 받는 아동을 유기하거나 의식주를 포함한 기본적 보호·양육·치료 및 교육을 소홀히 하는 행위"로 규정하고 있다.

아동 학대는 신체적 손상 외에도 인지적, 심리적 영향을 주어 지능 저하, 발달 지연, 과잉 행동, 충동적 행동의 원인이 된다. 그 외에도 심한 불안, 사람에 대한 믿음을 갖지 못하는 병적인 대인관계, 부모를 원망하지 못하게 억압하는 강한 부정, 투사 등 원시적 방어기제 등의 심리적 난제를 남긴다. 방임된 아동에게는 "성장 장애(failure to thrive)"가 관찰되기도 하여 이는 부적절한 양육과 관련된 영양실조로 인하여 체중과 신장이 3 백분위 이하에 속할 정도로 성장이 지연되는 것을 말한다.

학대와 관련된 뇌 신경전달체계는 노르아드레날린, 도파민, 세로토닌, 시상하부-뇌하수체-부신 축 체계이다. 노르아드레날린은 투쟁-도피반응(flight-or-fight reaction)을 일

으킴으로써 스트레스 상황에서 심박수, 혈압, 대사율, 각성상태를 증가시킨다. 도파민은 스트레스에 적절히 대응하는 전 전두엽 기능에 작용하지만, 지속적이고 심한 스트레스 상황에서 과도한 도파민 분비는 오히려 전전두엽 발달을 방해한다. 전 전두엽의 과도한 도파민 수준은 주의 부족, 과도한 각성, 정신병적 증상, 물질남용, 기억과 학습의 장애를 유발한다. 세로토닌은 감정과 행동을 조절하는 기능을 하는데 학대 피해 아동은 세로토닌 농도가 감소되어 우울, 충동성, 공격성을 증가시키고, 주요 우울증과 외상후 스트레스장애 발생의 위험이 증가하게 된다. 시상하부-뇌하수체-부신 축은 코티솔 분비를 증가시켜 스트레스에 대처하도록 돕는 주요 신경내분비 체계로써 여러 뇌 부위와 연결되어 있다. 지속적인 스트레스 상황에서는 시상하부-뇌하수체-부신 축의 되먹임 회로(feedback circuit) 조절이 어려워지게 되고 결과적으로 코티솔이 지속적으로 증가된 상태로 있게 된다. 증가된 코티솔은 해마의 위축, 인지기능의 장애를 초래한다(그림1).

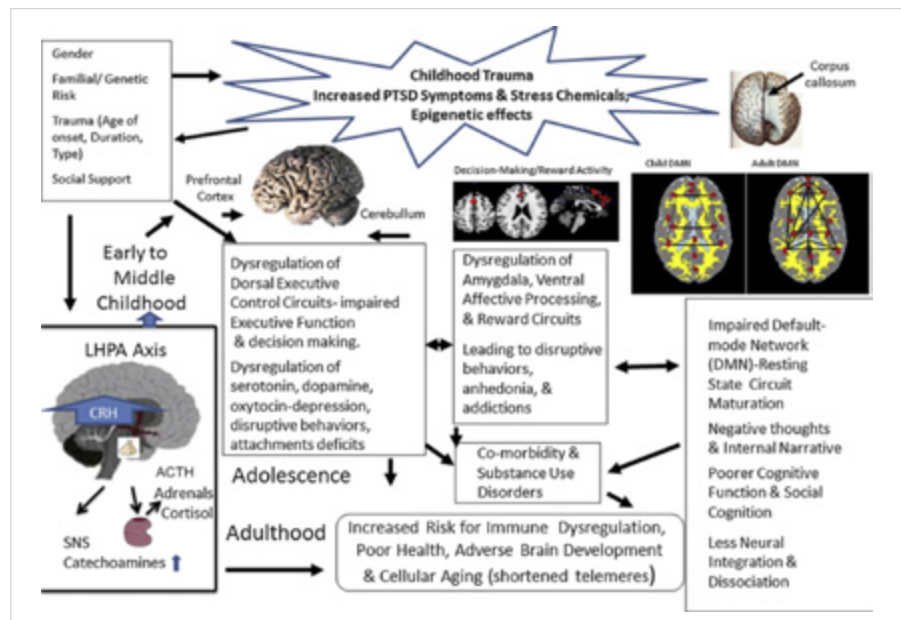


그림 1. 학대가 뇌 발달에 미치는 영향

아동기 학대가 두뇌 발달에 얼마나 나쁜 영향을 주는지 실험하는 뇌영상 연구에 의하면 뇌가 작아져서 뇌 실질이 작아진 만큼 뇌실은 비정상적으로 커지며 뇌량(corpus callosum)은 작아진다. 특히 뇌 크기는 학대가 어린 나이에 시작될수록, 학대기간이 길수록 작아지는 정도가 심해진다. 이러한 소견은 신경세포의 소실과 수초화(myelination)의 감소를 반영하는 것이라 하겠다. 성 학대를 받은 21명의 청소년을 대상으로 확인한 뇌 MRI 영상 연구에서 25명의 학대 받지 않은 건강 대조군 비해 황색 부위에서 뇌 실질 감소를 나타내는 것을 확인할 수 있었다(그림2). 이로써 아동기 학대가 뇌 발달에 미치는 영향에 대한 뇌영상학적 생물표지 연구 결과들은 초기의 양육 경험과 정신병리 발생의 연관성을 탐구하는데 기초자료가 될 것이며, 향후 사회와 부모들에게 양

육 행동의 변화를 촉구하는 중요한 역할을 할 것으로 기대한다.

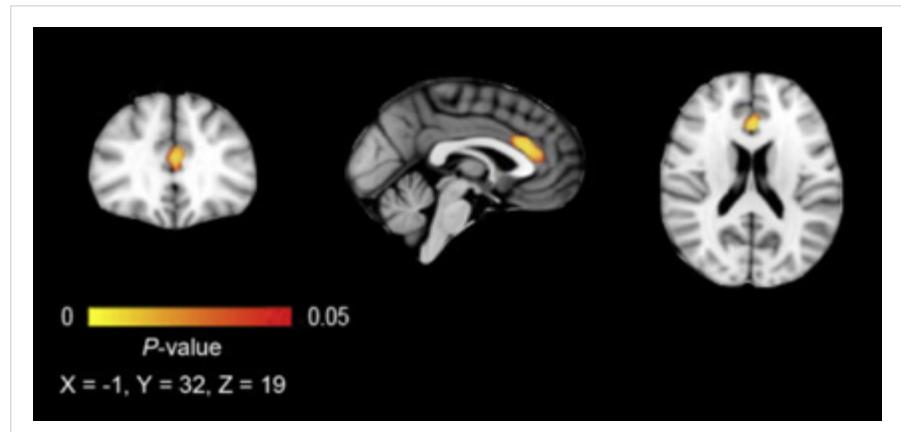


그림 2. 아동기 성학대로 인한 뇌실질 감소를 나타내는 뇌 MRI 영상

학대로 인해, 뇌 전두엽 발달을 저해하면 지능은 학대의 정도가 심할수록, 학대의 기간이 길수록 저하된다. 주의력, 충동조절, 추론, 실행기능, 학습 등의 손상이 나타난다. 생후 초기 발달에 폭력과 거부에 노출되면 에릭슨 발달단계에서 말하는 자아 형성에 가장 중요한 “기본 신뢰(basic trust)”를 만들지 못하게 되고 불안정한 애착을 보이게 되어 부모가 있어도 얼어붙거나 안절부절못하는 부적절한 행동을 보인다. 이러한 초기 대상 관계의 어려움은 청소년기를 거쳐 성인기까지 지속하여 대인 관계를 방해한다. (예, 데이트 폭력 피해자) 감정적으로는 자기를 조절하는 능력이 저하되어 즐거움을 느끼지 못하거나, 예측불가하거나, 애매한 감정을 드러내게 된다. 만성적 학대인 경우에는 심한 불안, 화를 참지 못하는 것, 우울감, 절망감을 갖게 되고 학대의 원인을 자책하여 벌 받는 것으로 생각하고 부정적인 자기 개념을 갖게 된다. 아동들은 자신을 스스로 나쁜 아이로 여기게 되고 학대를 하는 부모 탓이 아니고 ‘내가 나쁘기 때문이에요’ 라는 희생자화(victimization)라는 현상을 보이기까지 한다. 학대를 당한 아이는 화를 못 참아 대인 관계에서 괴롭히거나 싸우는 행동을 많이 한다. 반면에 잘 어울리지 못하거나 위축된 모습도 보인다. 공감 능력을 상실하거나 행동을 상황에 맞게 조절하지 못한다. 자해 및 자살 시도도 흔히 나타나고 무분별한 행동으로 사고를 유발하고 성 학대를 받은 경우 문란한 성행위가 있기도 한다. 집중력이 부족하고 산만하고, 정서적으로 불안정하여 학업이 저조하고 공격적 행동이나 참지 못해 또래나 교사들과의 관계도 원만하지 못하게 된다. 청소년 비행, 범죄, 약물 남용, 학교 부적응을 가져오기도 하고 반응성 애착장애, 탈억제성 사회적 관계장애, ADHD 또는 외상후스트레스장애가 아동학대 또는 방임으로 인해 흔히 발생한다. 이후 어른이 되면 우울증이나 다중인격장애가 나타나기도 한다.

미국에서는 어린 시절 부정적인 경험이 미래에 어떤 영향을 주게 되는지에 대한 관심으로 ACE (Adverse childhood experience) 척도(그림3)를 개발하게 되었고 2014년 미



국 캘리포니아에서 열린 테드 메드 강연에서 소아과 의사인 나딘 버크 해리스(Nadine Burke Harris)는 ACE로 인한 심리적 외상이 성인 이후 신체적 건강에 악영향을 끼칠 수 있다고 말한 것이 세계적으로 큰 반향을 일으켰다. (관련 동영상; <https://youtu.be/95ovIJ3dsNk>)

당신이 성장하는 동안 (20세 이전에)		
1. 부모나 집안의 다른 어른이 <b>자주...</b> 욕하거나, 모욕하거나, 무시하거나, 창피하게 했나요? <b>혹은</b> 당신이 다칠 수도 있겠다고 걱정했던 행동을 했나요?	① 예	② 아니오
2. 부모나 집안의 다른 어른이 <b>자주...</b> 당신을 밀거나, 먹살 잡거나, 따귀 때리거나 물건을 던졌나요? <b>혹은</b> 한 번이라도 맞아서 멍들거나 혹은 부상당한 적이 있나요?	① 예	② 아니오
3. 어른이나 5세 연상의 사람이 당신을 <b>한 번이라도</b> 만지거나 애무하거나 성적으로 그 사람의 몸을 만지게 했나요? <b>혹은</b> 구강, 항문, 혹은 성기를 통한 성교를 하거나 하려고 시도했나요?	① 예	② 아니오
4. <b>자주</b> 다음과 같이 느꼈습니까? 가족의 아무도 당신을 사랑하거나, 소중하거나 특별하게 생각하지 않는다. <b>혹은</b> 가족이 서로 돌보지 않거나, 친밀감을 느끼지 않거나 지지하지 않는다.	① 예	② 아니오
5. <b>자주</b> 다음과 같이 느꼈습니까? 먹을 것이 충분하지 않거나, 더러운 옷을 입어야 하거나 보호해 줄 사람이 없다. <b>혹은</b> 부모가 술이나 마약에 취해 당신을 돌보지 못하거나 필요해도 병원에 데려가지 않았다.	① 예	② 아니오
6. 부모가 별거하거나 이혼한 적이 있습니까?	① 예	② 아니오
7. 어머니나 계모가: <b>자주</b> 밀침을 당하거나, 먹살 잡거나, 따귀 맞거나 물건이 던져졌습니까? <b>혹은 때로</b> 혹은 자주 발로 차이거나, 물리거나, 주먹이나 물건으로 맞았습니까? <b>혹은 한 번이라도</b> 적어도 몇 분 동안 계속 맞거나 칼이나 총으로 위협 당했습니까?	① 예	② 아니오
8. 과음하거나 알코올이나 마약 중독자와 산 적이 있습니까?	① 예	② 아니오
9. 같이 살던 사람 중에 우울하거나 정신질환이 있거나, 자살 기도한 사람이 있었습니까?	① 예	② 아니오
10. 같이 살던 사람 중에 감옥에 간 사람이 있었습니까?	① 예	② 아니오
그림3. 아동기 경험 평가 (ACE Scale)		

미국질병관리본부는 17,500명 성인을 대상으로 ACE로 점수를 매긴 결과를 분석한 연구에서 첫째, 다수(65%)가 아동기에 한가지 이상 가정 폭력에 노출되었고, 둘째, 점수가 높을수록 건강에 부정적 영향을 주었으며, 셋째, 점수가 높을수록 흡연 2.5배 증가, 알코올 의존 5.5배 증가, 만성폐쇄성 폐질환 4배 증가, 간염 2.5배 증가, 우울증 4.5배 증가, 자살 12배 증가, 관상동맥질환 3.4배 증가하였고, 넷째, 수명이 20년까지 단축되었다. 즉 아동학대로 뇌 발달에 부정적인 영향을 받은 아이들은 성인이 되어서 건강하지 못한 행동습관을 가질 수가 있다.



## 03

## 결론

## Reference

아동기에 다양한 학대에 노출되는 것은 아동기뿐만 아니라 청소년기 및 성인기에 걸쳐 여러 가지 정신건강의학적 발병의 위험요인이 된다. 어린 시절 학대에 노출되면 과도한 스트레스 호르몬으로 인한 뇌 기능의 변화를 일으키게 되고, 이로 인해 뇌 발달 과정에 부정적인 영향을 주게 된다. 뇌 발달의 이러한 영향은 인지적, 정서적, 그리고 사회적 발달에 장애를 유발하여 결국 정신건강에 위협이 되는 행동들로 연결된다. **Mind Up**

1. 보건복지부, 2018 아동학대 주요통계
2. 안동현, 박재홍, 제27장 아동 학대와 방임: DSM-5에 준하여 새롭게 쓴 소아정신의학
3. Michael D De Bellis, Abigail Zisk, The biological effects of childhood trauma: Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2014;23(2):185-222,
4. Mirjam A Rinne-Albers, J Nienke Pannekoek, et al., Anterior cingulate cortex grey matter volume abnormalities in adolescents with PTSD after childhood sexual abuse: Eur Neuropsychopharmacol. 2017;27(11):1163-1171.
5. Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, et al., Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from the Adverse Childhood Experiences Study. JAMA 2001;286:3089-3096.

## 반려동물이 정신건강에 미치는 영향

우 영 섭

가톨릭대학교여의도성모병원



### AT A GLANCE

반려동물을 키우는 것은 어린이의 정서적 발달에 도움이 될 뿐만 아니라 성인의 정서와 사회성, 신체적 안녕감에도 긍정적 영향을 미칠 수 있다. 반려동물은 정신질환에도 도움이 될 수 있다는 근거들 또한 제시되고 있으나, 반려동물을 키울 때에는 개인의 상황과 동물의 특성에 대한 고려가 반드시 필요하다.

## 01

### 서론

우리나라에서 반려동물을 키우는 가구는 전체 가구의 26.4%로, 1500만 명에 달한다고 한다. 영국, 유럽, 호주 등의 조사에서도 약 20%의 가정에서 고양이를 키우고 있으며 약 30%의 가정에서 개를 키우고 있다. 특별한 일이 없는 한 10여 년 이상 함께 지내야 하는 반려동물은, 국내의 한 조사 결과 반려동물 양육가구의 85%가 가족의 일원으로 생각한다고 응답할 정도로 사람과 밀접한 관계를 맺을 수밖에 없으며, 따라서 정서, 행동 등에 영향을 준다. 물론, 반려동물을 키우는 것이 모든 면에서 긍정적인 수는 없다. 필자도 고양이와 개를 키우고 있는데 (그림 1), 시간 맞춰 사료를 주고, 산책을 시키고, 동물병원에 데려가서 예방접종을 시키거나 털을 깎아주고, 변을 치우고, 목욕을 시키는 등에 시간과 비용이 상당히 소요되며, 여행을 가거나 집을 장시간 비울 때 고려해야 할 점도 많다. (가끔은 반려동물들이 자신들을 돌보도록 사람을 훈련시킨 것이 아닐까 하는 생각이 들 정도이다!) 하지만 이러한 단점에도 불구하고 상기 조사에 의하면 타인에게 반려동물을 키울 것을 추천할 의향이 반려견 양육가구 중 75%, 반려묘 양육가구 중 83%로 반려동물을 키우면서 느끼는 만족도는 전반적으로 높았다. 또한, 외국의 연구에서도 반려동물을 키우는 것이 안녕감(well-being)을 증진시키고, 어린이의 사회성 발달을 촉진한다는 결과 등이 알려져 있으며, 동물과 상호작용을 통하여 정신질환을 가진 환자들에게 도움을 줄 수 있는 동물매개치료(animal-assisted therapy)가 시도되기도 한다.

이에 본 고에서는 반려동물이 정신건강에 미치는 영향에 대한 근거들을 살펴보고, 임상적인 의의를 살펴보고자 한다.



그림 1. 필자와 함께 살고 있는 반려견과 반려묘

## 02 본론

야생 상태에서 서로 다른 종 사이의 공생의 예는 있을 수 있지만, 이런 경우는 양쪽 모두에 실질적 이득이 있는 경우이며 (예를 들면 흰둥가리와 말미잘, 개미와 진딧물), 인간과 반려동물의 관계는 매우 예외적이다. 비록 인류사에서 처음 동물을 길들일 때는 목적이 있었겠지만, 현재의 인간과 반려동물 사이의 관계는 이러한 실용적인 목적에서 벗어난 지 오래다. 그렇다면 왜 인간은 반려동물을 키우는가? 아직까지 반려동물이 주는 영향에 대해 분명한 근거가 확립되지는 않았지만, 일부 연구자들에 의하면 반려동물에 대한 애착은 긍정적 감정 기능과 관련되어 있으며, 반려동물에 대한 강한 애착은 불안감을 호전시킬 수 있고, 심혈관 질환 환자에서 생존율을 증가시킨다는 결과도 있다. 또한, 반려견을 키우는 경우, 아마도 산책을 더 자주 하기 때문에, 경미한 건강 문제를 겪을 확률이 낮다.

그러나 반려묘를 키우는 경우에도 (대부분의 고양이는 산책을 하지 않는다) 건강에 긍정적 영향을 미친다는 결과는 건강에 미치는 긍정적 효과가 반드시 산책 때문은 아닐 수 있음을 시사한다. 다른 연구자에 의하면 반려견을 키우면 가족 내 응집력이 증진되고, 가족 상호 간 공통 관심사로 인하여 의사소통이 활발해진다. 많은 경우에 부모는 자녀에게 도움이 될 것이라고 여겨 반려동물을 키우는데, 실제로 반려동물을 키우는 것은 어린이가 다른 사람의 감정과 욕구를 이해하는 데 도움이 되고, 친구들과의 소통이나 공감능력을 증진시킬 수 있다. 그리고 반려동물을 돌보는 책임을 맡는 경우에는 책임감과 자신감이 강화된다. 비록 아직 어린이의 장기적 발달에 반려동물이 미치는 영향에 대한 인과적 결론을 내리기는 어렵지만, 반려동물이 다양한 경로로 인지적, 발달적 측면에 영향을 줄 수 있을 것으로 기대되는 결과들이 보고되고 있다.

### 1. 반려동물을 이용한 치료의 역사

길들인 동물과 함께 생활한 지 거의 1만년 이상이 경과하였지만, 동물을 치료적 목적으

로 이용한 최초의 기록은 11세기에 이르러서야 나타난다. 18세기 이후에는 유럽의 여러 의료시설에서 동물을 치료에 이용하였는데, 기록에 따르면 1792년 정신질환자들을 치료하던 영국의 요크 휴양소(The York Retreat)에서는 새와 토끼를 치료에 이용하였고, 1867년 독일의 베델 연구소에서는 농장과 승마장에서 개, 고양이, 새 등과 함께 활동하는 프로그램을 개발하여 신체적, 정신적 질환을 가진 환자들에게 적용하기도 하였다. 1940년대에 미국의 군 병원에서는 2차 대전 참전자를 대상으로 승마나 농장에서 동물을 돌보기를 치료적 목적으로 추천하였다. 이러한 동물을 이용한 치료에 대한 이론적 배경에 관한 연구는 20세기 후반에서야 시작되었는데, 특히 미국의 정신의학자인 보리스 레빈슨(Boris Levinson)은 동물매개치료의 아버지로 여겨진다. 그는 징글스라는 이름의 래브라도 종 개를 키우고 있었는데, 우연히 그가 한 소년을 진료하고 있을 때 그 개가 옆에 있었다. 그 소년은 일체의 접촉과 말하기를 거부하고 있었는데, 개와 소통을 하기 시작하더니 진료실에 와서 그 개와 놀고 싶다는 의사를 표현하였다. 개와 소년의 관계가 계속되면서 결국 그 소년은 개에게 말을 거는 등 상태가 호전되었다. 이후 연구에서 일부 소아 혹은 성인 환자들은 초기에는 동물과 상호작용을 하기 시작하고 이를 통하여 인간과 사회적 상호작용에도 긍정적 결과를 나타낼 수 있음을 알게 되었다. 레빈슨의 작업은 이후 미국의 정신의학자인 새뮤얼과 엘리자베스 코슨(Samuel and Elizabeth Corson)에 영향을 주었다. 이들의 연구도 우연한 기회에 이루어졌는데, 원래 이들은 개의 행동과 심리-생리적 특성을 연구하고 있었다. 연구를 위해 병원 안에 개집을 지었더니 환자들이 와서 개들을 보고 쓰다듬기를 원하였다. 환자들의 긍정적 변화를 관찰한 이들은 기존의 치료에 불충분한 효과를 보인 환자들을 대상으로 동물을 이용한 치료를 도입하였다. 사회적 위축, 의사소통과 자존감 문제를 가진 50명의 성인 환자를 대상으로 한 연구에서 47명이 호전을 보였고, 정신과적 약물의 복용량이 감소하였다. 이러한 1960년대의 보고를 바탕으로 이후 여러 연구가 시행되었고 그 결과는 아래와 같다.

## 2. 반려동물이 감정과 정서에 미치는 영향

참전 PTSD 환자에서 반려견과의 관계가 외로움, 우울감, 걱정과 자극 과민성을 감소시키고 평온한 느낌을 증가시킨다는 연구가 있었으며, 특히 밀접한 접촉이나 동물을 쓰다듬는 행동이 기분에 긍정적 영향을 준다는 결과도 보고되었다. 하지만 반려동물을 키우는 것이 감정에 긍정적 영향을 주지 않는다는 연구 결과들 또한 존재한다. 그리고 한 연구에서는 AIDS 환자의 우울증에 반려견이 주는 긍정적 영향이 반려묘 보다 더 컸다고 하여 반려동물의 종류에 따라 감정에 미치는 영향이 다를 수 있음을 시사하였다.

반려동물은 반려인에게 직관적인 반응을 보임으로써 감정적 지지를 제공할 수 있는데, 특히 위기 상황이나 정신과적 증상이 심할 때 더 도움이 될 수 있다. 그리고 반려동물은 신체적 접촉을 통해 고독감을 줄이고 동료애(companionship)를 주며, 어떤 경우에는 아무에게도 말할 수 없는 것을 털어놓는 대상이 되어 반려인이 다른 사람에게 부담

을 주거나 비난 받을 수 있다는 걱정 없이 이야기 할 수 있는 안전한 환경을 제공하기도 한다. 반려동물의 반려인에 대한 무조건적, 비판단적 애정은 반려인의 자기 수용(self-acceptance)과 일치성(congruence)을 강화시킬 수 있다. 그리고 선을 넘지 않고, 갈등을 유발하지 않는 단순한 관계성은 특히 자폐 환자나 PTSD 환자에게 도움이 될 수 있다. 반려동물은 무조건적, 긍정적 관심을 보여줌으로써 감정적 안정을 줄 수 있고 스트레스 관리에 도움이 된다. 혼자 사는 경우 반려동물은 다른 존재와 연결되어있는 느낌, 안심, 자신이 정상적이라는 느낌 또한 제공하는 효과가 있다.

반려동물을 키우는 것은 친구나 가족들과의 사회적 대인관계를 증가시킨다는 점에서 정서적인 도움이 된다. 그뿐만 아니라 다른 사회적 관계 또한 증가시키는데, 한 연구에서는 반려견은 산책 중 다른 반려견을 산책시키는 사람과의 관계같이 반려동물이 없었다면 기대할 수 없는 대인관계를 만들 수도 있다. 이렇게 반려동물을 키우는 것은 새로운 사회적 상황을 유발하여 사회적 상호작용을 양적, 질적으로 촉진하며 대화를 나누기 쉽게 해주며 사회적 교류에 개방적이 되게 할 수 있다.

### 3. 반려동물이 주는 실질적 도움

반려견을 키우는 경우에는 신체적 활동량이 증가하며, 주관적으로 보고하는 신체적 건강에 대한 삶의 질 또한 증진된다. 반려동물을 키우는 사람들은 정신건강 관련 기관에 직접 방문하는 경우가 잦았다. 그리고 반려동물은 환청, 공황 발작, 자살 사고와 같은 정신적 증상이나 불편한 경험으로부터 주의를 전환시켜 정신질환을 가진 환자에게 실질적 도움이 될 수 있다. PTSD 환자를 대상으로 한 연구에서는 반려동물이 고통스러운 기억이나 회상에 영향을 덜 받을 수 있게 도와주며, 결국 트라우마로 인한 부정적 영향을 조금이라도 덜어 줄 수 있다고 하였다. 또한, 반려동물은 항상 곁에서 있어주어 호혜적 관계를 맺을 수 있게 해주고, 반려동물을 돌보기 위한 규칙적 행동은 활동에 대한 긍정적 주의를 강화하고 도전 과제를 제시해 주며 정신질환을 지니고 살아가는 스트레스와 고통, 증상의 부정적 영향을 감소시킨다. 한 연구에서 참가자들은 반려동물 덕분에 치료약물을 덜 필요로 하게 되었다고 보고하기도 하였다. 반려동물은 이 외에도 반려인이 자기 관리를 할 수 있다는 확신을 주어 자기 효능감을 증진시키기도 하며, 과거와 미래에 대한 부정적 생각을 줄여줄 수 있다. 그리고 일부 PTSD 환자는 반려동물이 자신을 보호해준다는 느낌을 주어 도움이 되었다고 보고하기도 한다. 이 외에도 반려동물은 반려인의 활동이나 운동을 증가시키고, 자연과 접촉을 늘릴 수도 있는데 이 또한 정신건강에 긍정적인 부분이다. 치매 환자를 대상으로 한 연구에서는 반려동물을 키우면 사회성이 증가하고, 식량과 체중이 증가했다. 또한, 치매환자에서 행동심리증상을 호전시킬 수 있다는 결과 또한 보고된 바 있다.

#### 4. 반려동물이 자기 정체성과 존재적 의미에 미치는 영향

반려인은 자기 자신에 대해 주관적으로 더욱 긍정적으로 평가한다. 반려동물은 반려인에게 삶의 목적의식이나 의미를 제공할 수 있는데, 이런 점들은 정신질환에 의해 쉽게 손상되는 것들이다. 반려동물은 정신질환에 의해 잃어버린 삶의 목적이나 의미를 회복하도록 도와줄 수 있으며, 삶을 지속할 수 있는 동기와 미래에 대한 희망과 통제감을 부여할 수 있다. 이는 특히 질환에 의해 소모되고 있다고 느낄 때, 그리고 질환에 의해 자신을 통제할 수 없다고 느낄 때 더욱 도움이 되는 특성이다. 다른 연구에서는 반려인은 반려동물이 자기 정체성을 일관되게 유지하는 데 직접적인 역할을 한다고 보고하였다. 반려동물을 돌봄으로써 반려인은 자신감을 확인할 수 있고, 병전의 기능과 역할을 유지할 수 있다는 느낌을 받게 된다.

또한 반려동물은 타인이 자신을 어떻게 바라보는지에 대한 생각을 할 수 있는 매개체가 되기도 한다. 반려동물을 키우는 것은 취미와 마찬가지로 무엇인가 가치 있는 활동을 한다는 느낌을 주며, 흔히 사회적으로도 인정받을 수 있는 역할을 하는 것으로 인식된다. 반려인들은 반려동물을 통하여 단순하고, 호혜적이며, 사려 깊고, 과거의 잘못을 들춰내지 않는 관계를 경험하는 것이 정신적으로 도움이 된다고 보고하는데, 이는 다른 사람들과의 관계에서는 쉽게 기대하기는 어려운 것들이다. 그리고 정신질환을 갖게 되면서 자기 자신에게 혹은 다른 사람으로부터 느끼게 되는 부정적인 인식과 경험을 다루는 데에도 반려동물이 도움을 준다. 정신질환을 앓게 되면서 사회적 지위가 손상된다고 느낄 때 반려동물의 무조건적인 인정을 통해 위로를 받을 수 있으며, 반려인은 자신이 필요하고 가치가 있는 존재라는 느낌을 갖게 된다.

#### 5. 반려동물의 부정적 영향

이상과 같이 반려동물은 긍정적 영향을 줄 수 있지만, 개인에 따라서는 부정적 영향을 받을 수 있다는 점 또한 주의해야 한다. 특히 반려동물을 키우는데 소요되는 비용과 주거환경이 문제가 될 수 있으며, 만약 반려동물이 제멋대로 구는 성격을 가지고 있다면 반려인의 죄책감을 유발하는 등 부정적 영향을 줄 수 있다. 여러 동물 중에서 반려견과 말이 가장 부담스러운 것으로 여겨지며, 반려동물을 키우기로 할 때에는 개인적 환경과 상태에 따라 동물을 선택하는 데 주의가 필요하다. 또한, 해외 여행을 가는 것과 같이 회복 후 하고 싶은 개인적 목표를 갖는 데에도 반려동물이 장애가 될 수 있다. 이 외에도 반려동물로 인한 위생상의 문제가 발생할 수 있어 주의가 필요하다(표 1).

표 1. 반려동물로 인한 감염을 예방하기 위한 권고안

개인 위생	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 손씻기               <ul style="list-style-type: none"> <li>-반려동물을 만진 후, 최소한 취식 전 그리고 반려동물 먹이와 물을 주기 전</li> <li>-반려동물에게 먹이지 않은 먹이를 준 후</li> <li>-반려동물의 장난감이나 집을 만진 후</li> <li>-반려동물의 변을 치운 후</li> <li>-흙이 묻은 옷이나 신발을 만진 후</li> </ul> </li> <li>• 반려동물이 얼굴이나 개방된 상처를 핥지 못하게 할 것</li> <li>• 반려동물에게 날고기를 먹이지 말 것</li> <li>• 반려동물이 침실에 들어오거나 침대에 올라오게 하지 말 것</li> <li>• 특이한 이국적인 동물, 유기된 동물, 병든 동물과 접촉하지 말 것</li> </ul>
반려동물의 건강 관리	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 매년 수의사에게 건강 검진을 받을 것</li> <li>• 반려동물이 아픈 것 같으면 수의사의 진료를 받을 것</li> <li>• 반려동물의 예방접종, 기생충 등의 관리를 정기적으로 받을 것</li> <li>• 새로 입양한 동물의 건강 상태를 수의사에게 검사 받을 것</li> </ul>
환경 위생	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 모래가 들어있는 상자는 고양이 화장실로 이용하지 못하게 덮어 놓을 것</li> <li>• 마당이나 정원을 관리할 때 장갑을 착용할 것</li> <li>• 임신부의 경우, 다른 사람이 고양이 화장실을 매일 치우게 할 것</li> <li>• 반려동물의 변을 마당이나 공공장소에서 치울 것</li> </ul>
부엌 위생	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 모든 고기는 잘 익힐 것</li> <li>• 과일과 채소는 잘 씻을 것</li> <li>• 반려동물이나 관련된 물건을 부엌에 두지 말 것</li> <li>• 고양이가 싱크대에 올라오지 못하게 할 것</li> </ul>

\* Overgaauw PAM, Vinke CM, van Hagen MAE et al., A one health perspective on the human-companion animal relationship with emphasis on zoonotic aspects. Int J Environ Res Public Health 2020;17:E3789에서 인용

그리고 장기간 반려동물을 키울 때 피할 수 없는 반려동물의 죽음은 반려인에게 주요한 스트레스의 원인이 될 수 있다. 그러나 반려동물의 죽음 뒤에도 함께했던 기억이 주는 즐거움이 있으며, 이러한 과정을 통해 다른 힘든 인생 사건을 이해하는 데에 도움이 될 수 있다.

## 03

### 결론

여러 연구에서 반려동물이 정신건강에 긍정적 역할을 할 수 있음을 시사하고 있지만, 반려동물을 이용하여 무작위 배정 위약 대조와 같은 방법론 측면에서 엄정한 수준의 연구를 수행하기는 어렵기 때문에 분명한 결론을 내릴 수 있는 근거라고 하기는 부족하다. 또한 수행할 수 있는 관찰연구 등은 사회경제적 수준, 생활환경 등 공변인을 통제하기가 어렵다. 따라서 위에서 제시한 연구 결과들은 이러한 제한점을 감안하여 해석하여야 한다. 그러나 여러 제한점에도 불구하고 최소한 일부 반려인들은 반려동물을 통하여 분명한 심리적, 정서적 도움을 받고 있음을 보고하고 있고, 특히 대인관계가 어렵거나 심각한 위기에 직면한 상황에서는 다른 사람들이 제공하기 어려운 지지적 역할을 기대할 수 있을 것으로 보인다. **Mind Up**

## Reference

1. 황원경, 정귀수, 김도연. 2018 반려동물보고서. 반려동물 연관산업 현황과 양육실태. KB금융지주 경영연구소. 2018년
2. Brooks HL, Rushton K, Lovell K, et al. The power of support from companion animals for people living with mental health problems: a systematic review and narrative synthesis of the evidence. *BMC Psychiatry* 2018;18:31.
3. Grandgeorge M, Hausberger M. Human-animal relationships: from daily life to animal-assisted therapies. *Ann Ist Super Sanita* 2011;47:397-408.
4. Lundqvist M, Carlsson P, Sjödaahl R, et al. Patient benefit of dog-assisted interventions in health care: a systematic review. *BMC Complement Altern Med* 2017;17:358.
5. Filan SL, Llewellyn-Jones RH. Animal-assisted therapy for dementia: a review of the literature. *Int Psychogeriatr* 2006;18:597-611.
6. Overgaauw PAM, Vinke CM, van Hagen MAE et al., A one health perspective on the human-companion animal relationship with emphasis on zoonotic aspects. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17:E3789.





# SOLUTION

## 연구자 임상시험

움트 가 해결 해드립니다



Protocol, CRF, ICF 작성



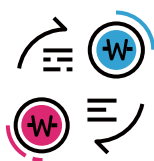
행정적 불편함



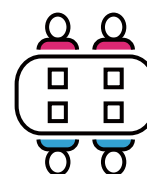
DM



통계



고비용의 e-CRF



Audit

장기렌트 / 리스명가



<http://kae.modoo.at>

국산·수입 전차종 가격비교 최저가 제시

# KOREA AUTO EXCHANGE

(주)에이앤드비

매월 한정수량 특가 프로모션

계약고객 100% 썬팅 & 블랙박스 무료제공



대표 김 수 등

경기도 성남시 분당구 서현로 184 엘지분당에클라트 1차 1234호

☎ 010. 6269. 3734 / 1599. 9526

[sdkim65@naver.com](mailto:sdkim65@naver.com)

# 체중증가의 우려는 적으면서, 여성 우울증 치료에 효과적인 Prozac®<sup>1-4</sup>

※ 처방하시기 전 제품설명서 전문을 참조하시기 바랍니다.

- References 1. Lewis-Hall FC, et al. *J Womens Health*. 1997 Jun;6(3):337-43. 2. Fava M, et al. *J Clin Psychiatry*. 2000 Nov;61(11):863-7. 3. Serretti A and Mandelli L. *J Clin Psychiatry*. 2010 Oct;71(10):1259-72.  
4. Uguz F, et al. *Gen Hosp Psychiatry*. 2015 Jan-Feb;37(1):46-8.

## 푸로작 캡슐, 푸로작 확산정 (성분명:플루옥세틴 염산염)

■ 원료약품 및 분량: 푸로작 캡슐 20mg 중 플루옥세틴 20mg, 푸로작 확산정 20mg 중 플루옥세틴 20mg ■ 효능·효과: 우울증, 신경성 식욕과항진증, 강박반응성 질환, 월경전 불쾌장애 ■ 용법·용량: 우울증: 이 약은 초기에는 1일 1회 20mg 오전에 경구투여하며, 수주일 후에 용량의 증가 고려, 1일 80mg의 최대용량 초과해서는 안된다. 신경성식욕과항진증: 1일 60mg 투여하며 1일 80mg를 초과하지 않는다. 치료시작 전 전해질 농도 측정. 강박반응성 질환: 1일 20-60mg를 투여한다. 1일 80mg를 초과하지 않는다. 월경전 불쾌장애: 1일 20mg를 투여한다. 6개월간 치료한 후 지속적인 치료가 필요한지 재평가한다. ■ 사용상의 주의사항 중 경고: 주요우울증이나 다른 정신과적 질환을 가진 소아 및 청소년 및 젊은 성인(18-24세)에서 항우울제가 자살 성향의 위험도를 증가시킨다는 보고가 있음. 이 약은 소아 및 청소년에서의 사용은 승인되지 않았다. ■ 사용상의 주의 사항 중 금기: 1) 이 약에 대한 과민증의 병력이 있는 환자 2) 중증의 신장에 환자(사구체 여과율<10ml/분) 3) MAO 저해제를 투여중인 환자 ■ 제조원: Patheon France, 40, boulevard de Champaret, 38300 Bourgoin-Jallieu, 프랑스 ■ 수입원: 한국필리 서울특별시 중구 후암로 98 LG 서울역빌딩 4층 04637 ■ 판매원: 보령제약주식회사 서울특별시 종로구 창경궁로 136 (원남동) 보령빌딩  
※ 제품에 대한 자세한 내용은 제품설명서 원본을 참고하시기 바랍니다.

**PROZAC®**  
fluoxetine hydrochloride

서울특별시 종로구 창경궁로 136 (원남동) 보령빌딩 소비자상담실 : Tel.080-708-8088 www.boryung.co.kr

**보령제약**

2017-0955-18 Apr 2019



몸도 마음도  
아프지 마세요

통증을 동반한 우울증 개선에

심발타  
Cymbalta®

- 통증개선은 주요 우울장애 환자의 더 높은 관해율과 관련있습니다.<sup>1</sup>
- 심발타는 우울증 환자에서 나타나는 신체적 증상뿐 아니라 다양한 통증<sup>†</sup>을 효과적으로 개선시킵니다.<sup>1</sup>
- 심발타는 Duloxetine original 약제이며 항우울제 중 가장 많은 통증관련 효능효과를 가집니다.<sup>2-3</sup>

**심발타** | 주성분 : 돌록세틴 | **원료의약품 명칭 및 분량** | 심발타 30mg 중 주성분 돌록세틴 30mg, 심발타 60mg 중 주성분 돌록세틴 60mg | **효능·효과** | 주요 우울 장애의 치료, 범불안장애의 치료, 당뇨병성 말초 신경병증성 통증의 치료, 섬유근육통의 치료, 비스테로이드성 소염진통제(NSAIDs)에 반응이 적절하지 않은 골관절염 통증의 치료 | **용법·용량** | 주요 우울 장애: 1일 1회 60mg, 최대 1일 60mg, 범불안장애: 1일 1회 60mg, 최대 1일 120mg, 당뇨병성 말초 신경병증성 통증: 1일 1회 60mg, 최대 1일 120mg, 섬유근육통: 1일 1회 60mg, 최대 1일 60mg, 이 약은 식사와 관계없이 투여할 수 있으며 일부 환자에서는 약물내 적응할 수 있도록 1주일 동안 1일 1회 30mg으로 투여를 시작하여 1일 1회 60mg으로 증량한다. 5) 비스테로이드성 소염진통제(NSAIDs)에 반응이 적절하지 않은 골관절염 통증의 치료: 1일 1회 60mg 투여. 환자가 약물에 적응할 수 있도록 1일 1회 30mg을 1주일간 투여한 후 1일 1회 60mg으로 증량. 1일 60mg 초과용량 투여는 추가적 유익성이 없으며 더 높은 이상 반응 발현율과 연관됨. | **사용상의 주의사항** | 경고 1) 소아, 청소년 또는 젊은 성인에게 이 약이나 다른 우울증 치료제 투여 고려 시 임상적 필요성이 위험성보다 높는지 신중하게 고려해야 함. 2) 세로토닌 증후군 금기 1) 이 약의 주성분 또는 첨가제에 대한 과민증 2) MAO 억제제 투여 환자 3) 간 질환 환자 4) 투석이 필요한 말기 심질환 환자 또는 중증의 신장 장애 환자 5) 조절되지 않는 협우각 녹내장 환자 6) 조절되지 않는 고혈압 환자 7) 과당 불내성, 포도당-갈락토스 흡수장애, 또는 슈크로스 이소말타아제 결핍증 등의 유전 질환이 있는 환자 | **제조원** | 계약 제조원 : Eli Lilly Netherlands BV Papendorpseweg 83, 3528 BJ Utrecht, The Netherlands 수탁제조원 : [제조] Eli Lilly del Caribe, Inc., 12.6Km, 65th Infantry Road(PT01), Carolina, 00985, Puerto Rico [포장 및 출하] Lilly S.A., Avda. de la Industria, 30, 28108, Alcobendas, Madrid, Spain 수입판매원 : 한국윌리(서울특별시 중구 후암로 98 LG 서울역 빌딩 4층) Tel (02-3459-2676)

※ 제품에 대한 자세한 내용은 제품 설명서 원본을 참고하시기 바랍니다.

**References** 1. Fava M et al. J Clin Psychiatry. 2004 Apr;65(4):521-30. 2. 심발타캡슐 허가정보, 의약품안전나라 [Cited 2020.03.24] Available from: <https://nedrug.mfds.go.kr/> 3. ATC code N06A Antidepressant로 구분되는 약제 중 국내 시판 중인 항우울제의 2020년 1월 기준 KFDA허가사항([http://nedrug.mfds.go.kr](http://nedrug.mfds.go.kr/))

<sup>†</sup> 임상연구에서 복용 9주차, Duloxetine 60mg투여군은 위약 대비 전체 통증(p=0.016), 허리 통증(p=0.002), 어깨 통증(p=0.021)에 유의한 개선효과