

■ 심포지움

1차 의료영역에서 우울증의 진단 및 약물치료

기백석·조성일

중앙의대 필동병원 정신과학교실

초 록

우울증이란 가장 흔한 정신장애 중 하나이며, 사회생활이나 직장생활에서 어려움을 겪는 우울증 환자들을 흔히 접할 수 있다. 그러나 대다수의 환자들은 전문가의 도움을 받지 않고 단지 10-25%만이 전문가로부터 치료를 받는다. 그 임상 양상은 매우 다양하고, 단지 신체증상으로만 나타날 수도 있다. 그러므로 상당수의 우울증 환자들은 우울증으로 진단되기보다는 다른 신체질환으로 오진되기 쉽다. 이러한 우울증의 특성 때문에 1차의료영역을 담당하는 가정의학과 의사들에게 우울증의 진단과 치료적 접근이 매우 중요하다고 할 수 있다. 본 강좌에서는 1차 진료의사를 위하여 기본적인 우울증의 진단기준과 치료에 대하여 설명하고자 한다.

서 론

우울증이란 가장 흔한 정신장애 중 하나이며, 주변 사람들에서 사회생활이나 직장생활에서 어려움을 겪는 우울증 환자들을 흔히 접할 수 있다. 여러 보고에 의하면 주요우울장애의 평생 유병율은 약 15%로 상당히 높다. 또한 1차 진료환자에서의 발병률은 약 10% 정도이고, 입원환자의 경우에는 15%에 달한다고 한다. 그러나 대다수의 환자들은 전문가의 도움을 받지 않고 단지 10-25%만이 전문가로부터 치료를 받는다고 한다. 전형적인 우울증은 우울감, 흥미 상실이나 체중 감소, 수면 장애, 죄책감, 정신운동의 지연이나 초조 및 자살 사고 등의 증상을 나타내지만, 어떤 환자들은 단지 요통이나 만성적 피로감을 나타내고 극단적인 환자들은 피해망상이나 환청을 나타내는 등 그 임상 양상은 매우 다양하다. 일반적으로 모든 우울증에 나타나는 질병 특유의 증상은 없다. 그러므로

상당수의 우울증 환자들은 우울증으로 진단되기보다는 다른 신체질환으로 오진되기 쉽다는 것이다. 이러한 우울증의 특성 때문에 정신과 의사뿐만 아니라 모든 임상 의사들은 우울증의 증상이나 소견에 대하여 알아야 하며 1차 의료영역을 담당하는 가정의학과 의사들에게 우울증의 진단 및 치료가 매우 중요하다.

역 학

주요우울장애의 평생 유병율은 약 15%로 상당히 높다. 우리나라에서도 많은 통계가 있으나 전국적인 역학 조사에서 유병율은 3.31-3.47%로 나타났다. 연령별 분포를 보면 발병 연령의 평균이 약 40세이며 50% 이상이 20-50세 사이에서 발병하며, 아동기나 노년기에도 흔히 발병한다. 그리고 최근에는 젊은 연령층에서도 우울증이 증가하는 경향이 있다.

성별의 차이를 보면 남자보다 여자에서 2배나 높은

DSM-IV Criteria for Major Depressive Episode
<p>A. Five (or more) of the following symptoms have been present during the same 2-week period and represent a change from previous functioning; at least one of the symptoms is either (1) depressed mood or (2) loss of interest or pleasure.</p> <p>Note: Do not include symptoms that are clearly due to a general medical condition, or mood-incongruent delusions or hallucinations.</p> <p>(1) depressed mood most of the day, nearly every day, as indicated by either subjective report (eg, feels sad or empty) or observation made by others (eg, appears tearful). Note: in children and adolescents, can be irritable mood.</p> <p>(2) markedly diminished interest or pleasure in all, or almost all, activities most of the day, nearly every day (as indicated either by subjective account or observation made by others)</p> <p>(3) significant weight loss when not dieting or weight gain (eg, a change of more than 5 % of body weight in a month), or decrease or increase in appetite nearly every day. Note: in children, consider failure to make expected weight gains.</p> <p>(4) insomnia or hypersomnia nearly every day</p> <p>(5) psychomotor agitation or retardation nearly every day (observable by others, not merely subjective feelings of restlessness or being slowed down)</p> <p>(6) fatigue or loss of energy nearly every day</p> <p>(7) feelings of worthlessness or excessive or inappropriate guilt (which may be delusional) nearly every day (not merely self-reproach or guilt about being sick)</p> <p>(8) diminished ability to think or concentrate, or indecisiveness, nearly every day (either by subjective account or as observed by others)</p> <p>(9) recurrent thoughts of death (not just fear of dying), recurrent suicidal ideation without a specific plan, or a suicide attempt or a specific plan for committing suicide</p> <p>B. The symptoms do not meet criteria for a mixed episode.</p> <p>C. The symptoms cause clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning.</p> <p>D. The symptoms are not due to the direct physiological effects of a substance (eg, a drug of abuse, a medication) or a general medical condition (eg, hypothyroidism).</p> <p>E. The symptoms are not better accounted for by bereavement, ie, after the loss of a loved one, the symptoms persist for longer than 2 months or are characterized by marked functional impairment, morbid preoccupation with worthlessness, suicidal ideation, psychotic symptoms, or psychomotor retardation.</p>
<p>Reprinted with permission from American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ed 4. Copyright, American Psychiatric Association, Washington, 1994.</p>

데 이는 호르몬 분비의 차이, 출산, 다른 정신사회적 스트레스 등에 의한 것으로 보고된다.

진 단

과거의 분류를 보면 내적 생물학적 요인이나 환경

적 요인에 의한 병의 유발 여부에 따라 내인성과 반응성 우울증으로, 현실 평가의 상실 여부에 따라 정신병적과 신경증적 우울증, 또는 정신운동 장애의 상태에 따라 지연성과 초조성 우울증으로 분류하였으나 어떤 분류도 만족할 수 없고 단지 증상이나 임상 경과에 따라 진단 체계가 발전되었다. 최근 통용되고

ICD - 10 Diagnostic Criteria

Depressive episode

- G1. The depressive episode should last for at least 2 weeks.
- G2. There have been no hypomanic or manic symptoms sufficient to meet the criteria for hypomanic or manic episode at any time in the individual's life.
- G3. Most commonly used exclusion clause. The episode is not attributable to psychoactive substance use or to any organic mental disorder.

Somatic syndrome

Some depressive symptoms are widely regarded as having special clinical significance and are here called "somatic." (Terms such as biological, vital, melancholic, or endogenomorphic are used for this syndrome in other classifications.)

A fifth character may be used to specify the presence or absence of the somatic syndrome. To qualify for the somatic syndrome, four of the following symptoms should be present:

- (1) marked loss of interest or pleasure in activities that are normally pleasurable;
- (2) lack of emotional reactions to events or activities that normally produce an emotional response;
- (3) waking in the morning 2 hours or more before the usual time;
- (4) depression worse in the morning;
- (5) objective evidence of marked psychomotor retardation or agitation (remarked on or reported by other people);
- (6) marked loss of appetite;
- (7) weight loss (5% or more of body weight in the past month);
- (8) marked loss of libido.

In The ICD - 10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines, the presence or absence of the somatic syndrome is not specified for severe depressive episode, since it is presumed to be present in most cases. For research purposes, however, it may be advisable to allow for the coding of the absence of the somatic syndrome in severe depressive episode.

있는 진단 분류 기준으로는 세계보건기구의 ICD-10 (1992)과 미국정신의학회 분류인 DSM-IV (1994)의 분류가 있다.

임상양상

1) 정서장애

우울 기분은 우울증의 기본 증상으로 상당히 오랜 기간 지속되고 환자의 일상생활 전반에 걸쳐 영향을 준다. 그러므로 환자들은 우울하다. 희망이 없고, 기운이 없다. 또는 무가치하다고 느끼고, 정신적 고통을

받는다고 표현하며, 때로는 울음조차도 나오지 않는다고 호소한다. 어떤 환자들은 우울한 기분을 부정하고 특별히 우울해 보이지 않는 경우도 있다. 또한 대부분 불안을 경험하는데 이것은 두려움, 공포, 위협에 대한 내적 고통이다. 이런 불안은 발한, 심계항진, 빈맥, 속이 거북함 같은 자율신경계 증상으로 나타난다.

2) 사고장애

우울증 환자의 사고는 자신이나 세상에 대한 부정적 견해를 갖는다. 가벼운 우울증일 경우 상실, 죄책감, 자살이나 죽음에 대한 계속적인 생각을 한다. 그

러나 좀 더 심한 경우 건강염려증, 신체망상 뿐만 아니라 빈곤 망상, 허무망상, 죄책망상 또는 피해망상까지 나타날 수 있다. 또한 사고의 흐름에 문제가 있어 낮은 목소리로 질문에 대하여 대답을 늦게 하거나 가능한 한 두 마디로 짧게 대답을 한다.

3) 욕동 및 행동장애

흥미나 즐거움의 상실뿐 아니라 생활 전반에 걸쳐 의욕 상실을 나타내서, 이전에 흥미를 가졌던 활동이나 가족, 친구들과의 관계를 멀리 할 뿐만 아니라 에너지 저하로 하던 업무를 끝내 마치지 못하고, 학교 생활이나 직장 생활을 제대로 못하고, 새로운 일을 시작조차 하지 못한다. 또한 환자의 약 2/3는 자살 사고를 갖고, 10-15%는 자살 시도를 한다. 한편 정신병적 증상을 수반한 환자는 망상 체계에 관여된 사람들을 죽이려고 생각한다. 그러나 대부분 심한 우울증 환자들은 충동적이거나 폭력적 방법으로 행동화할 동기나 기력이 없다. 그러나 회복되기 시작함에 따라 자살을 시도하고 계획하는데 필요한 에너지를 다시 얻으므로 자살 위험도가 증가한다. 그러므로 퇴원 후 특히 삼한계 항우울제를 고용량 처방하여 퇴원약을 먹고 자살을 기도하지 않도록 조심해야한다.

4) 지각장애

환각은 우울증의 주요 증상은 아니지만 정신병적 증상이 있는 중증 우울증 삽화에서 나타날 수 있고, 주로 착각에 의한 판단 착오가 자주 나타난다.

5) 신체 증상

우울 기분에 수반하여 흔히 나타나는 신체 증상들 중 하나가 수면장애로 환자의 80%에서 호소하며 그 양상은 새벽에 일찍 깨고, 밤 동안에 자주 깨며, 그들의 문제에 대하여 밤새도록 골똘히 생각한다. 식욕이나 체중 감소를 대부분 환자들이 호소하나 때때로 어떤 환자들은 식욕, 체중, 수면이 증가하는 비전형도 있다. 그 외 월경불순이나 성욕감퇴가 나타나서 남자 환자의 경우 흔히 성기능 장애가 나타날 수 있다. 또한 약 50%의 환자는 증상의 일중 변화(diurnal variation)가 있어 증상이 아침이면 심해지고 저녁이

면 조금 약화된다. 이런 증상 이외에도 신체 증상들은 두통, 요통, 근육통, 오심, 구토, 변비, 호흡곤란, 과호흡, 흉통 등이다.

6) 감각과 인지장애

대부분의 우울증 환자들은 지남력에 이상은 없으나 면담 동안 질문에 대하여 대답할 기운이 없거나 흥미가 없다. 또한 모든 우울증 환자의 약 50-75%는 때때로 '가성 치매'로 불리는 인지 기능의 손상을 갖는다. 이런 환자들은 흔히 집중력 장애나 전망증을 호소한다.

7) 소아 청소년 우울증

학교 공포증, 부모에 지나친 집착 등이 소아 우울증 증상일 수 있다. 학교 성적 불량, 물질남용, 반사회적 행동, 성적 문란, 무단결석, 기출 등이 청소년에 있어서 우울증일 수 있다.

8) 노년기 우울증

노년기는 일반 인구보다 우울증이 더 흔하다. 주요 우울증은 얼마나 지속될지 모르나 유병률은 약 25-50%이다. 낮은 사회경제 상태, 배우자 상실, 동반되는 신체 질환 및 사회적 고립 등과 상관관계가 있다. 또한 노년기 우울증은 일반 의사들에 의하여 진단이 잘 붙여지지 않아 우울증에 대한 치료를 하지 않는 경우가 많다. 이렇게 노년기 우울증이 잘 인지되지 않는 것은 젊은 사람보다 신체 증상을 더 많이 호소하기 때문이다.

경과 및 예후

약 50%는 첫 발병 전에 가벼운 우울증상이 나타난다고 한다. 그러므로 초기 우울 증상을 조기 발견하여 치료하면 만개된 우울증 삽화로의 발전을 방지할 수 있다. 대부분 치료된 우울증 삽화는 약 3개월가량 지속되나 치료하지 않는 우울증 삽화는 6-13개월이상 지속된다. 그러므로 3개월 전에 항우울제를 끊으면 거의 재발한다. 20년간의 재발의 빈도는 평균 5-6

우울증을 나타내는 신체질환과 약물들

심혈관계: 심근경색
위장계 (우울증이 먼저인지, 위장계 증상이 먼저인지 구별하기 어려운 경우가 있다.)
신장계: Huntington 병, 뇌종양, 다발성 경화증
췌장질환
갑상선 기능저하증 갑상선 기능항진증: thyrotoxicosis
부갑상선 기능항진증
Addison 병, Cushing 병
류마티스 관절염
감염증: 특히 바이러스성 병 e.g. mononucleosis
각종 종양: 암환자 (특히 화학요법을 받고 있는 환자)
영양장애: 노인, 식사습관장애, 흡수장애, 단백질 및 비타민 (B) 결핍증
항정신성 약물: 항정신병 약물 (phenothiazines; butyrophenones); barbiturates;
meprobamate; benzodiazepines; 각종 소위 "street" drug (cocaine)
코티코스테로이드
고혈압 치료제: reserpine; alpha-methyldopa; propranolol; clonidine; guanethidine
기타: L-dopa; digitalis; bromide; cyclosporin; disulfiram; isoniazid; yohimbine

회이다. 처음 주요우울장애로 진단 받은 환자의 약 5-10%는 첫 발병 후 6-10년 후에 조증이 나타난다. 조증은 2-4회의 우울증이 재발한 후에 흔히 나타난다. 후에 양극성 장애로 발전되는 환자는 과수면, 정신운동 지연, 정신병적 증상, 산후 정신병의 기왕력, 양극성 장애의 가족력 및 항우울제로 유발된 경조증 등이 특징이다.

주요우울장애는 만성적이고 재발하는 경향이 있다. 초발 주요우울장애로 처음 입원된 환자는 1년 안에 50%에서 회복된다. 그러나 입원치료 후 회복율은 시간이 지남에 따라 감소되어 퇴원 후 5년이 지난 시점에 10-15%는 회복되지 않는다. 회복되지 않는 많은 환자들은 기분저하증으로 남아 있게 된다. 주요우울 삽화의 재발은 흔하다. 퇴원 후 첫 6개월 이내에 25%에서 재발하고, 2년 이내에 30-50%, 5년 이내에 50-75%가 재발한다. 재발률은 예방적 약물 치료를 받은 환자에서는 상당히 줄어들어 단지 1-2번의 우울증 삽화를 경험한다. 일반적으로 재발이 많아질수록 재발 간격이 짧아지고, 증상이 심해진다. 가벼운 삽화, 정신병적 증상이 없거나, 입원 기간이 짧으면 예후는 좋다. 좋은 예후를 예측할 수 있는 정신사회적 요인들은 청소년기에 신뢰할 수 있는 친구 관계, 안정된 가족 기능, 발병 전 5년간 안정된 사회적 기능 등이며, 그 외 동반된 정신장애, 인격장애 등이 없

고, 한번 이상 입원하지 않았거나 나이가 들어 발병한 경우이다. 그러나 기분저하증, 알코올이나 물질남용, 불안 장애 등의 증상이 동반될 때나 한번 이상 우울증 삽화의 기왕력이 있는 경우는 예후가 나쁘다.

감별진단

우울증은 다른 정신질환, 우울기분을 가진 적응장애, 알코올남용, 약물남용, 신경성 식욕부진, 불안장애, 거식증, 분열정동장애, 정신분열병, 정신분열형장애, 신체화장애 등과 감별해야 한다. 그리고 합병증 없는 사별 (bereavement) 과도 감별해야 한다.

또한 신경과적 내과적 질병, 기질적 뇌증후군, 약물의 영향들과도 감별해야 하며 특히 Parkinson 병, Alzheimer 병과 같은 dementia와 감별해야 한다. 우울증의 pseudodementia는 급성발병, 우울증상, 일중변동을 보이는 인지기능장애, 어떤 질문에 '모른다'라는 대답을 잘하고, 최근 기억과 먼 기억 모두가 장애된 것 등이 특징이다. 우울증은 또한 정상적 애도반응과 감별되어야 한다.

치 료

경한 우울증의 경우에는 외래 통원치료가 가능하나

중세가 심한 환자, 자살이나 타살의 위험이 있는 환자, 위기개입이 필요한 환자, 복잡한 진단절차가 필요한 환자, 위험성이 높은 치료방법을 선택해야 할 환자, 내과적 병발 질환이 있는 환자, 정신병적 사고나 전혀 움직이지 않아 자신을 돌볼 수 있는 능력이 없는 환자는 입원이 꼭 필요하다.

1) 정신치료

대개 가벼운 정도 내지 중간 정도의 우울증으로 양극성 우울증이 아닌 환자를 대상으로 한다.

(1) 지지적 정신치료

환자의 방어 기제를 지지해 주고, 장점을 이용하고, 고통을 같이 나누고 병의 경과를 설명하고, 병이 결국 호전될 것이라는 것을 확신시키므로 도와주는 치료이다.

(2) 역동적 정신치료

우울증을 일으킨 해결되지 않은 무의식적 갈등을 이해하도록 하게 하는 치료이다. 즉 치료 목표는 자신에게 향한 분노 감정을 적절히 다루고, 이해하고, 나타내도록 도와주어서 우울증으로부터 회복하도록 하며, 치료 기간은 몇 개월에서 몇 년이 걸린다.

(3) 단기 정신치료

기간에 제한을 두는 것으로 흔히 2-3주에서 몇 개월 치료하는 것으로, 흔히 10-20회의 면담으로 치료효과를 본다.

가) 대인관계 정신치료 (Interpersonal psychotherapy)

우울증이 대인관계의 문제에서 발생하므로 환자의 대인관계의 기술을 이해하고 향상시키는 것을 강조하는 치료이다. 치료목표는 증상을 완화시키고 자존심을 높이며, 환자의 사회 및 대인관계 기능을 향상시키는 것이다.

나) 인지-행동 치료 (Cognitive Behavioral Therapy)

우울증 환자는 자신, 환경, 미래에 대한 부정적 인지나 사고를 갖는다. 그러므로 치료 목표는 교육을 통하여 부정적 사고를 변화시키고, 부정적 사고를 찾아

내서 환자로 하여금 현재의 문제를 다루는 방법을 개발하도록 돕는 것이다.

다) 행동치료

행동 양상을 정상으로 돌림으로써 우울증을 경감시키려는 치료 방법이다. 환자로 하여금 정상적 행동을 많이 하게 하여 그런 정상 행동과 관련된 사고나 감정으로부터 긍정적 재강화를 받으려고 하는 것이다. 따라서 환자로 하여금 활동 및 사회적 기술을 향상시켜 행동을 수정하도록 한다.

2) 약물치료

Imipramine이 1958년에 개발된 이래 약물 치료가 우울증 치료의 기초가 되었다. 약물 치료에 60-80%가 호전을 나타낸다.

(1) 삼환계 항우울제 (tricyclic antidepressants; TCA)

항우울제 중 가장 널리 보급되어 있고, 고전적인 약물로 imipramine, amitriptyline, doxepine, desipramine, nortriptyline, protriptyline, clomipramine, maprotiline 등이 있다.

(2) 단가아민산화효소억제제 (monoamine oxidase inhibitors; MAOI)

중추신경계에서 norepinephrine과 serotonin 대사를 차단하여 항우울 효과를 나타내지만 일반적으로 삼환계보다 다소 효과가 떨어지지만 간혹 부작용 때문에 2차 선택약물이다. 삼환계 항우울제에 금기이거나, 호전되지 않는 경우에 흔히 사용된다. 특히 비정형적 우울증 환자에 선택되며 phenelzine, isocarboxazid, tranylcypromine 등이 있다. 최근 MAOA형 억제제로서 tyramine이 함유된 음식에 고혈압성 위기 (hypertensive crisis)를 일으키지 않는 clorgyline과 moclobemide가 있다.

(3) 선택적 세로토닌 재흡수 억제제 (selective serotonin reuptake inhibitors; SSRI)

Mean(range) pharmacokinetic parameters
of 5-HT reuptake inhibitors estimated in healthy subjects

Parameter	FLX	FLV	PAR	SERT
Time of peak plasma concentration from initial dose (hours)	4-8	2-8	3-8	6-10
Elimination half-life (hours)	84 ^a (26-220)	15 (13-19)	21 (4-65)	26 (NA)
Protein binding (%)	95	77	95	>97 ^b
Time for steady-state plasma concentration (days)	14-28	10	4-14	10-14
Volume of distribution (l/kg)	25 (12-42)	>5 (NA)	13 (3-28)	25 ^b (NA)
Plasma clearance (l/hr/kg)	0.29 (0.09-0.53)	NA	0.76	NA (0.21-1.31)
Active metabolites	NORFLX	None	None	DMSERT

Reprinted with permission from DeVane CL: Pharmacokinetics of the selective serotonin reuptake inhibitors. *J Clin Psychiatry* 53 (2, Suppl): 14, 1992.

DMSERT, dexamethylsertraline; FLV, fluvoxamine; FLX, fluoxetine; NA, not available; NORFLX, nonfluoxetine; PAR, paroxetine; SERT, sertraline.

^a Elimination half-life for nonfluoxetine is 146 hours (range 77-235).

^b Value from animal studies.

fluvoxamine, fluoxetine, sertraline, paroxetine이 있다. 일차적으로 주요우울증, 감정부전장애 등의 우울증에 사용된다. 그 외 강박장애, 섭식장애, 공황장애에도 사용된다. 최근의 임상연구에 의하면 일부 인격장애 환자에서 분노 및 충동적 공격성의 조절, 일부 동통장애, 월경전 불쾌감 등에도 효과가 있는 것으로 알려져 있다.

SSRI계 약물은 선택적으로 강력하게 세로토닌 재흡수를 차단하는 약물이다. 시냅스전 신경세포에서 Na/K ATP-dependent carrier를 억제함으로써 세로토닌의 재흡수를 선택적으로 차단한다. TCA가 세로토닌과 노르에피네프린의 재흡수를 동등하게 차단하는 데 반해, fluoxetine은 세로토닌 재흡수 차단작용이 노르에피네프린 재흡수 차단작용에 비해 약 200배 더 선택적이다. 그러나 이와 같은 세로토닌 재흡수 차단 정도와 항우울효과는 비례하지 않는다. 이와 같이 세로토닌 재흡수가 차단되어 중추신경계에서의 세로토닌 활성이 증가하면 세로토닌 수용체의 하향조절이 유도되어 항우울작용이 나타나는 것으로 생각된다.

SSRI는 TCA와는 달리 histamine, muscarinic 및

alpha-adrenergic 수용체에 거의 결합하지 않는다. 이와 같은 수용체 결합의 차이로 인해 SSRI가 TCA에 비해 부작용과 내약성에서 더 우수하다.

Fluoxetine 20 mg, sertraline 50 mg, paroxetine 20 mg을 대개 오전 중 1회 투여하며 fluvoxamine은 100 mg을 일일 2회 분복한다. 초기 투여 후 과민반응을 보이는 환자에서는 더 적은 용량부터 시작하여 증량해야 한다. 노인환자는 성인 환자의 1/3-1/2에서 시작하여야 한다. 약물 투여 후 2-3주가 지나야 치료효과가 나타난다.

SSRI는 TCA에서 문제가 되는 항콜린부작용, 기립성 저혈압, 체중증가, 심장독성 등의 부작용이 거의 없다. 그러나 세로토닌 활성증가와 관련된 여러 가지 부작용이 나타난다. 가장 흔한 부작용으로는 위장관계 부작용으로 오심, 구토, 설사, 복통 등이 나타날 수 있다. 이외에 중추신경계 부작용으로 불면, 불안, 초조, 두통, 진전, 발한이 나타날 수 있으며 리비도 감퇴나 오르가즘 지연 등의 성기능장애가 나타날 수 있다. SSRI계 약물과 MAOI를 같이 사용하는 경우 세로토닌증후군이 발생할 수 있으므로 두 약물의 병용

은 피해야 한다. 또한 lithium과 clomipramine 등과 같이 뇌내 세로토닌 활성도를 증가시키는 약물과 SSRI계 약물을 함께 사용하는 경우 약물 상호작용에 의한 부작용의 가능성에 대해 주의해야 한다.

(4) 그 이외의 새로운 항우울제

그 밖의 비정형 항우울제로는 과거 소위 제 2세대 항우울제로 소개된 amoxapine, bupropion, trazodone 등과 같은 약물과, 최근 소개된 nefazodone, venlafaxine, mirtazapine 등의 약물이 포함된다. 이들 약물은 임상효과면에서 TCA보다 부작용, 내약성 및 안전성에서 장점이 있다고 알려져 있다.

3) 기타 치료

(1) 전기 경련 요법

우울증에 효과적인 치료로서 전신마취와 근육이완제의 사용으로 치료에 대한 거부감 또는 불편함을 줄이고 안전하게 시행할 수 있다. 주 2-3회 정도 시행하여 총 6-12회 시행한다. 전기 경련 요법을 시행하는 경우는 자살이나 타살의 위험성이 크거나, 약물을 복용할 수 없거나, 약물치료를 실패한 경우나, 심하거나 정신병적 증상이 있는 경우, 신체 쇠약으로 약물의 효과가 나타날 때까지 기다릴 수 없는 경우 등이 적응증이다.

(2) 광선치료

저강도 인공 광선을 아침에 30분-2시간, 2,500-10,000 lux에 노출시키는 치료로 계절성 정서장애 치료에 효과적이라는 보고가 있다.

결 론

우울증은 일차 진료의가 흔히 접할 수 있는 임상적인 질환이다. 하지만 일차 진료의에게 있어 이러한

우울증상은 흔한 증상임에도 불구하고 잘 인식되지 못하고 따라서 충분히 치료되지 못함으로써 여러 가지 문제들이 일어날 수 있다. 치료되지 않은 주요우울증 환자의 약 15%가 자살을 하고 더 나아가 우울증은 신체질환을 악화시켜 단순히 신체질환으로부터 예상되는 것보다 사망률을 더 높인다. 그러므로 우울증의 진단과 평가가 중요하다고 할 수 있다. 우울증의 치료는 정신치료와 약물치료로 크게 나누어 볼 수 있는데 약물치료에서 과거에는 항우울제의 선택이 삼환계 항우울제로 제한되었으나 최근에는 SSRI와 새로운 항우울제들이 등장하면서 우울증 치료에도 선택의 폭이 넓어졌다고 할 수 있다. 이러한 우울증의 진단 및 치료는 단지 정신과의사의 몫만이 아니라 일차진료의 및 모든 임상 의사가 숙지하여야 할 문제인 것이다.

참 고 문 헌

1. 대한신경정신과의학회(1997): 신경정신과학, 서울, 하나의학사
2. 민성길(1999): 최신정신의학, 서울, 일조각
3. American Psychiatric Association(1994): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition, Washington DC, American Psychiatric Association Press.
4. Kaplan HI, Sadock BJ(1998): Synopsis of Psychiatry behavioral sciences/clinical psychiatry. eighth edition, Lippincott Williams & Wilkins.
5. Stephen M. Stahl(2000): Essential Psychopharmacology second edition, Cambridge university press.
6. Hales RE, Yudofsky SC, Talbory JA(1999): Textbook of Psychiatry. third edition, Washington DC, American Psychiatric Association Press.