

■ 종 설

임신 및 출산 후의 우울증

조 속 행

고려대학교 의과대학 신경정신과학교실

요 약

약 10%의 여성들이 임신기간 중 우울증을 경험하며, 출산 후에도 12-16%에서 우울증을 경험한다. 그럼에도 불구하고 임상 실재에서 임신 중의 우울증과 산후우울증에 대한 진단과 치료는 간과되고 있는 실정이다. 임신 중의 우울증은 치료하지 않으면 산후우울증으로 진행할 위험이 높고, 산모와 태아 및 가족에 있어서 다양하고 심각한 부작용을 초래하게 된다. 임신 및 출산 후 우울증의 발생의 원인은 아직 확실치 않지만, 관련된 다양한 생물학적, 심리사회적 위험요소들이 밝혀져 왔다. 따라서 이러한 위험요소를 조기에 발견하고 예방하는 것이 중요하고, 임신기와 출산 후에 정기적이고 지속적인 추적 관찰을 통하여 이러한 장애를 인식하고 치료하는 것이 필요하다. 정신치료와 같은 다양한 비약물적 치료방법들이 산모에게 우선적으로 고려되지만, 증상의 심각도에 따라 정신약물치료가 요구되기도 한다. 특히, 정신약물치료에 있어서는, 임신기와 출산 후의 기간 동안, 산모의 증상의 심각도 뿐 아니라 약물이 산모와 태아 및 영아에게 미치는 영향을 충분히 이해하고 이득과 손실을 평가하여 적절한 항우울제를 선택하는 것이 중요하다.

서 론

여러 연구들에서 임신 중에 우울증상이나 우울장애를 경험하는 여성들이 드물지 않음을 발견했지만¹⁻⁵⁾, 그 빈도에 대하여는 방법론에 따라 다양하게 보고되어 왔다.⁵⁻⁷⁾ 임신 중의 우울장애 발생빈도는 산후시기보다 낮지만 그 비율은 상당히 높다. 일반적으로 여성의 25-35%가 임신 중에 우울증상을 호소하며, 약10%에서 경도 또는 주요우울장애의 진단기준에 충족한다고 보고하였다.^{2,5,8,9)} 우울증의 임상적 경과는 임신기간에 걸쳐 다양하다. 대부분의 연구자들은 임신 첫 3개월에 우울증 발생 빈도가 최고에 이르고,

두 번째 3개월 동안 호전을 나타내며, 마지막 3개월에 다시 증가율을 보인다고 보고하였다.^{2,5,10)} 임신 중에 우울증이 발생할 위험요소들에는 기분장애의 기왕력⁶⁾, 산후우울증의 기왕력¹¹⁾, 정신질환의 가족력⁵⁾, 사회적 지지의 결여, 부부간의 불안정한 관계, 최근의 사별 등이 있다. 임신 중의 우울증은 치료하지 않으면 산후우울증으로 진행할 위험이 높고, 부적절한 산전관리, 영양 결핍, 자살 등의 결과를 초래할 수 있을 뿐 아니라, 조산이나 저체중아 출산 등의 위험성을 가지고 있다고 보고되었으며^{4,12)}, 몇몇 연구에서는 임신 중에 경험하는 우울증상이 산후우울증의 가장 강한 예측자라고 보고된 바 있다.^{2,8,13)} 또한 여성의 25

%에서 85%가 출산 후 첫 1주일 이내에 가볍고 일시적인 경한 우울감을 경험하며¹⁴⁾, 일부 여성들은 보다 지속적이고 장애를 초래하는 형태의 기분장애를 경험한다. 산후 기분장애가 비교적 흔함에도 불구하고, 산후기 동안에 나타나는 우울증상들은 환자 자신 뿐만 아니라 주변의 가족들조차도 흔히 간과하고 있다. 산후기의 우울증상들은 산모뿐만 아니라 유아 및 전체 가족들에게 심각한 영향을 줄 수 있다. 우울증이 치료되지 않고 지속되면 이러한 우울증이 있는 산모에게서 태어난 유아는 정서와 행동 및 인지발달에 문제를 일으킬 수 있다. 최근 산후우울증에 대한 전향적 연구에서 산후우울증이 유아의 정서와 주의력 조절을 방해하며, 이러한 영향은 심지어 중기 아동기에도 학습과 행동의 문제로 나타난다고 보고하였다.¹⁵⁾ 따라서 이러한 장애를 조기에 인식하고 치료 하는 것이 필요하다. 산후우울증은 크게 두 가지의 종류가 있다. 즉 산후에 일과적이고 경한 기분변화를 보이는 산후 우울상태 (postpartum blues)와 이와는 다른 시기에 나타나며, 주요우울증 (major depression)의 증상을 보이는 소위 산후우울증 (postpartum depression)이다. 정신장애의 진단 및 통계편람 4판에서는 세부진단을 제시하고 있다.¹⁶⁾ 산후 발병 (postpartum onset)의 세부진단은 장애가 산후 4주 이내에 나타나는 경우로, 주요우울장애, 양극성장애, 또는 단기 정신병적 장애에 적용될 수 있다. 여러 대조연구들에서의 산후 우울증삽화의 유병율은 12-16%로 보고되고 있다.¹⁷⁾ 이러한 유병율은 진단기준과 산후기에 대한 정의에 따라 다양해질 수 있는데, 산후기를 출산 후 4주, 6-12주, 또는 6-12개월까지 확장하여 정의하는 등 아직도 논란의 여지가 있는 상태이다.

원 인

임신과 분만은 여성의 신체와 정신에 엄청난 심리적, 생리적, 내분비적인 영향을 준다. 기분의 변화는 임신과 출산에 관련되어 있는 호르몬의 많은 변화와 동반하여 일어나므로, 이러한 변화들간에 인과관계가 있는 것으로 생각되어 왔다. 동물들에서 모성행동은 생식과 관련된 호르몬과 신경화학적 변화에 의해 매개되는데¹⁸⁾, 이런 변화들과 서로 다른 종들에 걸쳐 존재하는 모성 행동들 간에는 상당한 정도의 관련성이

있지만¹⁹⁾, 인간 행동에서는 아직 명확하지 않다. 산후 5일경에 우울기분은 정점에 이르는데, 이는 출산에 따른 정상적인 호르몬의 극심한 변동시기와 일치한다. 소수의 연구들만이 생물학적인 변화를 측정하려 시도했고, 그 초점은 성호르몬들과 프로락틴이었다. 하지만 현재까지 많은 연구들에서 이러한 내분비 변화와 기분의 변화간에는 뚜렷한 상관관계를 보이지 않는 것으로 나타났다. 그 외에도 코티솔이나 갑상선 호르몬과 같은 여러 생물학적 요소들이 산후의 우울기분과 관련된다고 보고되어왔지만, 이 역시 일관되지 않은 실정이다.

그렇지만, 산후에 주요한 호르몬들과 이와 관련된 신경조절물질 (neuromodulator)들의 급격한 감소로 인한 직, 간접적인 영향은 여전히 흥미로운 것이다. 산후에 급격한 베타 엔돌핀의 감소는 기분변화의 발생을 일으키기 쉽고²⁰⁾, 혈중 에스트로겐 농도의 급격한 감소는 산후정신병의 급성 발생과 관련성이 있다고 제시되고 있다.²¹⁾ 또한 예방적인 에스트로겐 투여가 재발성 산후 우울증에 효과가 있으며, 경피적 (transdermal) 에스트로겐 치료가 심한 산후우울증에 효과적이라고 보고된 바 있다.²²⁾ 이러한 결과 보고는 산후우울증에서 에스트로겐의 원인적 역할을 지지하는 것으로 생각된다.

임신중이나 산욕기 동안의 세로토닌 체계와 성호르몬들 사이의 상호관계는 아직 미비한 상태이나, 산욕기의 성호르몬의 감소는 어떤 취약성이 있거나 유전적인 소인이 있는 여성에서 세로토닌 체계에 변화를 일으켜 기분장애를 초래할 수 있다.^{23, 24)}

지금까지의 연구결과로 어떤 단일화된 결론에 이를 수는 없지만, 호르몬의 변화 그 자체 때문이라기 보다는 어떤 호르몬 변화에 대한 비정상 반응을 보이는 것이 이 질병의 요인일 것으로 생각되며, 그 밖에 사회적 지지의 결여, 부정적인 삶의 사건들, 스트레스, 결혼의 불안정, 임신에 대한 양가적 감정, 계획하지 않았던 임신, 환자와 환자 어머니와의 좋지 않은 관계, 다산 등과 같은 다양한 심리사회적 요소들이 주요한 요인으로 작용하는 것으로 제시되고 있다.^{5, 17, 25, 26)}

진 단

임신기간 중의 우울증의 증상과 진단기준은 다른

주요우울증삽화 진단기준 (DSM-IV)

A. 다음 증상 가운데 5개 (또는 그 이상) 증상이 연속 2주 기간 동안 지속되며, 이러한 상태가 이전 기능으로부터의 변화를 나타내는 경우; 위의 증상 가운데 적어도 하나는 (1) 우울기분 이거나 (2) 흥미나 즐거움의 상실이어야 한다.

주의: 명백한 일반적인 의학적 상태나 기분과 조화되지 않는 망상이나 환각으로 인한 증상이 포함되지 않는다.

- (1) 하루의 대부분, 그리고 거의 매일 지속되는 우울한 기분이 주관적인 보고(슬프거나 공허하다고 느낀다)나 객관적인 관찰(울 것처럼 보인다)에서 드러난다. 주의: 소아와 청소년의 경우는 과민한 기분으로 나타나기도 한다.
- (2) 모든 또는 거의 모든 일상 활동에 대한 흥미나 즐거움이 하루의 대부분 또는 거의 매일 같이 뚜렷하게 저하되어 있을 경우(주관적인 설명이나 타인에 의한 관찰에서 드러난다).
- (3) 체중 조절을 하고 있지 않은 상태(예: 1개월 동안 체중 5%이상의 변화)에서 의미 있는 체중감소나 체중증가, 거의 매일 나타나는 식욕 감소나 증가가 있을 때. 주의: 소아의 경우 체중증가가 기대치에 미달되는 경우 주의할 것.
- (4) 거의 매일 나타나는 불면이나 과다수면.
- (5) 거의 매일 나타나는 정신운동성 초조나 지체(주관적인 좌불안석 또는 처진 느낌이 타인에 의해서도 관찰 가능하다).
- (6) 거의 매일의 피로나 활력상실
- (7) 거의 매일 무가치감 또는 과도하거나 부적절한 죄책감을 느낌(망상적일 수도 있는). (단순히 병이 있다는 데 대한 자책이나 죄책감이 아님)
- (8) 거의 매일 나타나는 사고력이나 집중력의 감소, 또는 우유부단함(주관적인 호소나 관찰에서).
- (9) 반복되는 죽음에 대한 생각(단지 죽음에 대한 두려움 뿐만 아니라), 특정한 계획 없이 반복되는 자살 생각 또는 자살 기도나 자살 수행에 대한 특정 계획

B. 증상이 혼재성 삽화의 기준을 충족시키지 않는다.

C. 증상이 사회적, 직업적, 기타 중요한 기능 영역에서 임상적으로 심각한 고통이나 장애를 일으킨다.

D. 증상이 물질(예: 약물남용, 투약)이나 일반적인 의학적 상태(예: 갑상선기능저하증)의 직접적인 생리적 효과로 인한 것이 아니다.

E. 증상이 사별에 의해 잘 설명되지 않는다. 즉 사랑하는 사람의 상실 후에 증상이 2개월 이상 지속되거나, 현저한 기능 장애, 무가치감에 대한 병적 집착, 자살 생각, 정신증적 증상이나 정신성 운동 지체가 특징적으로 나타날 경우에만 이 장애의 진단이 내려진다

시기의 우울증의 진단기준과 다르지 않다. 임신 중에 눈물을 자주 흘리거나, 신경과민, 불면증 등의 증상을 호소하는 경우에는 우울증의 진단을 위한 선별검사가 필요하다. 임신중의 우울증의 진단은 DSM-IV의 주요우울삽화의 진단기준을 따른다.¹⁶⁾

산후우울증은 종종 잠행성으로 나타나고 그 발생을 알아채지 못할 수 있는데 특히 그 증상이 약하거나 중등도일 때, 그리고 도움을 구하는 행동이 무시되고 별 것이 아닌 것으로 간주될 때 그러하다. 이러한 여성들에게서 산후우울증은 계속 진행될 것이고 결국에는 아주 심해져서 입원을 필요로 하게 될 수도 있는

므로 조기 발견이 매우 중요하다. 산후우울증의 흔한 증상들은 불면, 섭식장애, 우울기분, 신경과민, 기력 저하, 일상기능의 장애, 사회적 철회, 사회적 지지가 부족하다는 호소, 아기가 보내는 신호의 잘못된 해석, 기억력, 집중력 및 사고의 장애, 지남력 장애 등이다. Edinburg Postnatal Depression Scale (EPDS)은 산후 우울증의 조기 발견에 도움을 제공할 수 있다.²⁷⁻³³⁾

EPDS는 임상실제에서 많이 사용되고 있으며, 10개의 문항으로 구성되어 있고, 증상의 심한 정도는 0점에서 3점까지로 평가되며, 총점수는 10개의 항목 각각의 점수의 합으로 계산한다. 총12 또는 13이상의

점수는 우울증 가능성이 있다고 제시되고 있으나, 이 점수를 진단으로 해석해서는 안 된다.

우울증상이 있는 것으로 확인된 여성은 이전에 정신과적 또는 성격적 문제가 있었는지 주의 깊게 조사되어야 하고, 약물 혹은 알코올 남용을 포함한 정신과적 가족력과 심리사회적인 위험요소 등에 대해서도 평가, 관찰되어야 한다. 갑상선질환과 같은 내과적 상태의 증상이 종종 산후우울증의 증상들과 비슷하기 때문에 이러한 내과적 질환이 기저에 있을 것으로 의심되는 경우 환자들에게 내과적 검사를 시행해야 한다.

임신과 출산 후에 우울증의 위험이 있는 여성은 임신 중에는 최소 3개월마다, 그리고 출산 후 6-12주 동안은 주기적으로 평가되어야 한다.

치 료

출산과 관련된 기분장애의 최선의 치료는 예방이다. 장애를 일으킬 위험성이 높은 여성을 빨리 찾아내어 임신 중과 출산 후에 적절한 치료개입을 하는 것이다.

임신과 관련된 기분장애의 치료원칙은 다른 시기에 발생하는 기분장애의 치료 지침과 동일하다. 즉 생물학적, 심리학적, 사회학적인 총체적인 치료접근이 요구된다.

치료모델은 임신과 관련된 정신질환에 대한 교육, 양육 기술에 대한 교육, 개인, 부부, 가족 및 집단정신치료, 정신약물치료, 비약물학적 치료인 광치료³⁴⁾, 수면 박탈치료³⁵⁾ 등으로 대별할 수 있다. 최근에는 대인정신치료^{36,37)}, 인지행동치료적 접근³⁸⁾, 통합집단치료 도입으로 상당한 효과를 보인다고 제시되고 있다.

약물치료가 필요한 경우 처방하는 의사뿐만 아니라 환자 자신들도 난처한 입장에 놓이게 된다. 모든 항정신성약물은 태반을 통해 태아로 확산되며, 모유를 통해서도 신생아로 전달된다. 따라서 임신과 출산 후에 항정신성약물을 투여함으로써 태아 또는 신생아의 기형발생의 위험성 및 행동, 발달상의 위험성과 투약을 하지 않음으로써 발생하는 정신질환의 재발이나 악화 등을 신중히 검토하여야 한다.

약물치료 시 고려해야 할 기본원칙은 다음과 같다.

1. 산모가 복용한 약물은 수정 첫 1주를 제외하고는 태아에 노출될 가능성이 많다.
2. 모든 약물들은 기형유발 위험성이 있지만, 약의 종류에 따라 그 위험성은 다르다.
3. 치료를 보류하거나 중단함으로써 발생하는 위험도와 치료함으로써 발생하는 위험성을 항상 비교, 검토하여야 한다.
4. 임신 첫 3개월 동안 선천성 기형의 위험률이 가장 높기 때문에 가능한 이 시기 동안은 약물 노출을 피한다.
5. 다양한 약물치료의 선택 중 보다 흔히 사용되고, 많은 정보가 알려져 있는 약물을 선택하는 것이 좋다.
6. 반감기가 짧고, 급속한 약물 중단에도 금단현상이 적은 약물이 좋다.

항정신약물의 사용시 태아에 대한 3가지 형태의 부작용을 고려해야 한다. (1) 기형유발 효과는 보통 임신 첫 3개월동안 선천성 기형의 위험률을 높인다. (2) 신생아 독성과 금단 증후군은 마지막 3개월까지 지속적으로 노출되었을 때 보통 연관이 된다. (3) 행동에 대한 영향은 특징적으로 나타나지는 않고, 아동기 이후의 행동이나 발달장애 등으로 나타나게 된다. 미국 식품의약품국(FDA)은 서로 다른 항정신성의약품을 위험에 따라 A, B, C, D, X의 범주로 나누었다. A범주는 위험이 없음을 나타낸다. 다양한 약제의 기형유발 효과들은 예측이 부정확하기는 하지만 이 범주는 유용한 것으로 알려져 있다. Bupropion, Clozapine, Buspirone은 B에 해당되며, 이는 인간에게는 위험이 없지만 제한된 자료 하에서의 결과이다. Fluoxetine, Paroxetine, Sertraline같은 선택적 세로토닌 재흡수차단제(Selective Serotonin Reuptake Inhibitor; SSRI, 이하 SSRI), Desipramine, Venlafaxine, Mirtazapine, Nefazodone, Clonazepam과 대부분의 전형적, 비전형적 항정신병 약제들이 C에 해당된다. 이는 인간에서의 임상연구가 불충분하고, 동물연구가 없거나 혹은 동물연구에서 위험의 증거가 있었으므로 인간에서의 위험이 완전히 없다고 말할 수는 없음을 나타낸다. D에 해당하는 것으로는 Lithium, Sodium valproate, 대부분의 삼환계항우울제(Tricyclic Antidepressant; TCA, 이하 TCA), 그리고 Clonazepam을

제외한 Benzodiazepine 계열로, 이는 태아 위험의 증거가 있지만 임신동안에 완전한 금기에 해당되지는 않는다. Triazolam, Temazepam, Flurazepam, Quazepam같은 Benzodiazepine은 완전 금기인 X에 해당한다.

임신 중의 항우울제 사용에 대한 연구에는 중요한 방법론적 문제들이 있다. 즉 다른 약제들의 사용, 다른 공존질환들과 알코올과 니코틴 사용의 영향, 유전적 요소들, 모성연령, 수태의 시간 등의 요소들이 이 영역의 연구들의 결과들을 혼란스럽게 할 수 있다.³⁹⁾

임신중과 출산후의 우울증에 대한 구체적인 치료전략은 다음과 같다.⁴⁰⁾

1단계-진단의 수립

우울증을 진단하는 것은 그 치료의 중요한 첫 단계이다. 울음이 잦아지거나, 과민성, 불면을 호소하는 것은 우울증 선별이 필요하다는 신호이다. 2주 이상 우울증의 특징적인 모습들을 나타내고, 심리사회적 기능 장애를 보이는 환자는 주요우울장애의 진단을 내릴 수 있다. 많은 여성들은 자신의 증상들에 대해 인식하지 못하고 단지 질병의 신체적인 증상만을 호소할 수도 있다. 불면, 두통, 피로, 위장관 장애, 불안 등이 흔한 호소이다. 갑상선 선별검사를 포함한 종합적인 평가가 이루어져야 하며 알코올 남용에 대한 평가도 이루어져야 한다. 많은 우울증 여성들은 자신들의 증상에 대한 자가 치료로 알코올을 사용하기도 한다. 우울증상을 유발할 수 있는 약제로는 progesterone 제제, cardiac medication, steroids, antihistamines, analgesics, anticholinergics 등이 있다.

2단계-질병의 심한 정도와 삽화간 무증상 기간을 측정

많은 여성들은 증상이 심하지 않다면 임신기간 중에 약을 복용하지 않기를 바란다. 수면이나 식욕에 문제가 없고 단지 경한 우울기분이 있으며, 적당한 일상생활의 기능이 유지되는 환자들이라면 비약물적 치료의 전략을 고려해볼 수 있다. 마찬가지로 항우울제를 복용하는 가임 여성이, 증상이 없고 우울증 삽화와 삽화 사이에 안정된 기간이 길며, 과거에 우울

증 정도가 가벼웠던 경우에는 임신한 후 약을 끊어 볼 수 있다. 이런 여성들에게는 약물치료에 대한 결정을 내릴 수 있도록 임신 전 계획이 중요하다. 투약은 서서히 줄여야 하는데, 급격한 중단은 재발을 촉발할 수 있기 때문이다. 투약을 중단한 여성은 산전기간 동안 증상의 재발이나 악화가 없는지 주의 깊게 추적관찰 되어야 한다.

3단계-경한 우울증을 보이는 여성을 위한 예방 전략의 시작

가벼운 증상들의 악화를 막기 위한 많은 치료적 예방 전략들로 알코올, 니코틴, 카페인의 섭취 제한, 적절한 수면위생, 스트레스 관리, 운동 등이 도움이 된다. 인지행동치료나 대인 정신치료 역시 재발의 위험을 줄일 수 있다. 산전기간 동안 면밀한 관찰이 중요하고 만약 증상이 심해지면 약물치료를 시작해야 한다.

4단계-약물학적 치료

앞에서 언급한 심리사회적 치료는 보다 심한 우울증을 보이는 여성에게도 보조전략으로써 항상 사용되어야 한다. 중등도 이상의 심한 우울증으로 자신을 관리할 수 있는 능력에 장애가 있거나, 심한 불안, 불면, 자살사고 등을 보이는 여성은 임신기간 중 약물치료의 대상이 된다. 심한 우울삽화를 겪었고 투약을 중지하였을 때 재발하였던 경우 역시 약물치료를 지속해야 한다. 투약은 증상을 개선시키는데 필요한 최소 용량을 사용해야 하지만 임신기의 증가된 대사율로 인해 임신전보다 높은 용량이 요구될 수도 있다.

SSRI와 2차 아민 삼환계 항우울제(secondary amine TCA)가 임신 중에 선호되고 첫 3개월 동안에도 안전한 것으로 보인다. 일차약물로서의 선택에 중요한 것은 약제에 대한 개인 또는 가족 반응의 과거력이다. 많은 여성들은 TCA의 부작용을 피하기를 원한다. SSRI의 사용에 대한 최근 연구들에서 SSRI는 임신기간 중 산모와 태아에게 비교적 안전하다고 제시되고 있다. Fluvoxamine, Paroxetine, Sertraline에 대한 연구에서 태아 기형의 위험은 증가하지 않았다.^{41,42)} 더욱이 영아 발달을 평가하는 장기간의 연구들에서 Fluoxetine과 다양한 TCA들에 노출되었던 영아들은 발달학적으로 정상이었고, IQ와 학습능력 비교에

서 대조군과 유사하였다.⁴³⁾ 또 다른 유럽의 연구는 출산전후기(perinatal period)에 SSRI와 TCA를 사용했던 산모들에게서 태어난 969명의 영아들에게서 선천성 기형의 증가가 없었다고 보고하였다.⁴⁴⁾ 하지만 모든 연구들이 임신 중 SSRI 사용에 대한 안전성을 지지하지는 않는다. 한 연구는 전향적 코호트 연구를 통해 임신 첫 3개월 동안에 Fluoxetine을 사용했던 산모의 영아들이 과체중과 같은 경한 기형들의 빈도가 높다고 하였고, 또한 임신 후반 3개월에 노출되었던 영아들에서 조산, 저체중, 청색증, 신경과민 등의 위험성이 높았다고 보고하였다.⁴⁵⁾ 그러나 연구 대상인 산모의 높은 연령과 우울의 심각도가 이러한 연구결과에 영향을 미칠 수 있다고 지적되었다.⁴⁶⁾

2차 아민 TCA인 Nortriptyline, Desipramine은 기립성 저혈압, 구강건조, 변비를 덜 일으키므로 임신 중 사용하기 좋은 선택 약물이다. 이전에 좋은 반응이 있었거나 SSRI에 실패하였던 경우는 이 약물들을 고려해야 한다. 심한 자살사고를 가진 여성들에게 사용될 때 주의하여야 하는데, TCA의 과용량 사용시 심부정맥의 위험이 있기 때문이다. 출산 전에 TCA의 용량을 줄이는 것은 금기인데, 태아 금단 증상이 태아에게 위험을 줄 수 있고 산모의 재발률을 높이기 때문이다. 단가아민 산화효소 억제제(Monoamine oxidase inhibitor; MAOIs)는 임신 중 금기이다.⁴⁰⁾ Bupropion, Nefazodone, Venlafaxine의 임신 중 위험성에 대해서는 정보가 제한되어 있다. 일반적으로, 증상이 완화되기 전까지 환자는 규칙적으로 의사를 방문토록 한다. 투약은 산후의 악화를 막기 위해 출산 후 6개월은 유지해야만 한다.

5단계-치료저항성 우울증에 대한 보조 전략

일부 여성들은 첫 번째 선택된 약제에 잘 반응하지 않는다. 만약 환자가 부분적인 증상의 호전을 경험했다면, 일반적으로는 용량의 증량이 요구된다. 환자가 첫 3개월동안 첫번째 약제에 완전히 반응이 없었다면 SSRI나 TCA중에서 다른 약제를 선택하는 것이 요구된다. 영양상태가 극도로 쇠약해진 심한 우울증의 경우에는 전기경련요법(Electroconvulsive therapy)을 고려해야 한다.

6단계-산후 기간 중 우울증 치료의 연장 혹은 개시

부부 갈등이 있었거나 우울증의 과거력, 가족력이 있는 여성들은 산후 우울증의 위험이 있다. 위험요소가 있는 여성이지만 현재 증상이 없거나 가벼운 증상이 있는 경우 식이조절, 운동, 스트레스 관리 등의 비약물학적 예방요법이 초기에 시도될 수 있다. 임신 때와 마찬가지로 갑상선기능검사와 같은 내과적 검사와 알코올 및 약물 복용 등에 대한 조사가 중요하다. 일주기 리듬(circadian rhythm)을 유지하는 것은 산후기간 중 매우 중요하다. 위험요소가 있는 여성은 가능하다면 밤시간의 수유를 위해 산후보조원이나 가족들의 도움을 받는 것이 좋다. 이전에 심한 산후 우울증 삽화가 있었던 여성들은 임신 후반 3개월 동안에 항우울제의 재투여 시작을 고려한다. 또한 이전에 가벼운 우울증이 있었거나 산후 우울증의 첫번째 삽화를 경험하는 경우에는 출산 후에 투약을 시작해야 한다. 그러나, 모든 항정신약물은 모유를 통해 영아에게 전달될 수 있으므로, 모유를 수유하고 있는 산모에서의 항우울제 처방에 대해서는, 산모의 증상의 심각도와 수유를 통해 영아에게 미치는 영향을 신중히 고려하여야 한다. 하지만, 일반적으로 이러한 약물에 노출된 영아의 혈중농도는 극히 낮아서 약물로 인한 영향이 매우 미약하다. 또한, 항정신약물은 산모가 복용한지 7-10시간 지난 후에 모유 농도가 최고치가 되므로 수유를 완전히 마친 후 투약을 하는 것이 영아가 약물에 노출되는 정도를 최소화시킬 수 있다. 일반적으로 TCA와 SSRI는 산후 우울증에 상당히 효과적이고 수유 중에도 사용될 수 있다고 알려져 있다.

⁴⁷⁾ Fluoxetine, Sertraline 및 Paroxetine 등의 SSRI는 모유에서의 농도가 매우 낮고 노출된 영아에게 미치는 부작용은 발견되지 않았으며⁴⁸⁻⁵¹⁾ 또한, Desipramine, Nortriptyline 등의 2차 아민 TCA에 대한 연구에서도 같은 결과가 관찰되었다.^{52,53)} 그러나, 수유를 통해 항우울제에 노출된 영아의 발달에 관한 장기추적연구에 대해서는 미비한 실정에 있다. 그 밖에, Benzodiazepine은 신생아에서 중추신경 억제제로 작용할 수 있고 출생 첫 주에 사용될 때 핵황달(kernicterus)을 유발할 수 있기 때문에 수유하는 여성에게 상대적으로 금기가 된다. 수면을 위해서는 Diphenhydramine이 적절한 제제이고, Trazodone이 임상적으로 사용되어 왔으나 확실한 체계적 연구는 되어 있지 않은 상태이다.

참 고 문 헌

1. Orr ST, Miller CA. Maternal depressive symptoms and the risk of poor pregnancy outcome. Review of the literature and preliminary findings. *Epidemiol Rev* 1995;17:165-71.
2. Kitamura T, Shima S, Sugawara M, Toda MA. Psychological and social correlates of the onset of affective disorders among pregnant women. *Psychol Med* 1993;23:967-75.
3. Barnett B, Joffe A, Duggan AK, Wilson MD, Repke JT. Depressive symptoms, stress, and social support in pregnant and postpartum adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1996;150:64-9.
4. Steer RA, Scholl TO. Self-reported depression and negative pregnancy outcomes. *J Clin Epidemiol* 1992;45:1093-9.
5. Kumar R, Robson KM. A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *Br J Psychiatry* 1984;144:35-47.
6. O'Hara MW. Social support, life events and depression during pregnancy and the puerperium. *Arch Gen Psychiatry* 1986;43:569-73.
7. Watson JP, Elliott SA, Rugg AJ, Brought DI. Psychiatric disorder in pregnancy and the first postnatal year. *Br J Psychiatry* 1984;144:453-62.
8. Gotlib IH, Whiffen VE, Mount JH, Milne K, Cordy NI. Prevalence rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy and the postpartum. *J Consult Clin Psychol* 1989;57:269-74.
9. Troutman BR, Cutrona CE. Nonpsychotic postpartum depression among adolescent mothers. *J Abnorm Psychol* 1990;99:69-78.
10. O'Hara MW, Zekoski EM, Philipps LH, Wright EJ. Controlled prospective study of postpartum mood disorders: comparison of child-bearing and nonchildbearing women. *J Abnorm Psychol* 1990;99:3-15.
11. Llewellyn AM, Stowe ZN, Nemeroff CB. Depression during pregnancy and puerperium. *J Clin Psychiatry* 1997;58(supple 15):26-32.
12. O'Hara MW. Summary and implications, in postpartum depression: Causes and consequence: New York: Springer-Verlag; 1993. p168-94.
13. O'Hara MW, Schlechte JA, Lewis DA, Varner MW. Controlled prospective study of postpartum mood disorders: psychological, environmental, and hormonal variables. *J Abnorm Psychol* 1991;100:63-73.
14. Stein G. The maternity blues in Brockington IF, Kumar R (eds) *Motherhood and mental illness*: London: Academic press; 1982. p119-54.
15. Pawlby S, Hay DF, Sharp DJ. The effects of postnatal depression on the development of boys. *Archives of women's Mental Health* 2001; 3(suppl 2):5.
16. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorder*, 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
17. O'Hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression: a meta-analysis. *Int Rev Psychiatry* 1996;8:37-54.
18. Rosenblatt JS, Mayer AD, Giordano AL. Hormonal basis during pregnancy for the onset of maternal behaviour in the rat. *Psychoneuroendocrinology* 1988;13:29-46.
19. Fleming AS, Corter C. Factors influencing maternal responsiveness in humans: usefulness of an animal model. *Psychoneuroendocrinology* 1988;13:189-212.
20. Smith R, Cubis J, Brinsmead M, Lewin T, Singh B, Owens P et al. Mood changes, obstetric experience and alterations in plasma cortisol, beta-endorphin and corticotrophin releasing hormone during pregnancy and the puerperium. *J Psychosom Res* 1990;34:53-69.
21. Wieck A, Kumar R, Hirst AD, Marks MN, Campbell IC, Checkley SA. Increased sensitivity of

- dopamine receptors and recurrence of affective psychosis after childbirth. *BMJ* 1991;303:613-6.
22. Sichel DA, Cohen LS, Robertson LM, Ruttenberg A, Rosenbaum JF. Prophylactic estrogen in recurrent postpartum affective disorder. *Biol Psychiatry* 1995;38:814-8.
 23. Dean C, Williams RJ, Brockington IF. Is puerperal psychosis the same as bipolar manic-depressive disorder? A family study. *Psychol Med* 1989;19:637-47.
 24. Steiner M, Dunn EJ. The psychobiology of female-specific mood disorders. *Infertility Reprod Med Clin North Am* 1996;7:297-313.
 25. Kendall RE, Chalmers JC, Platz C. Epidemiology of puerperal psychosis. *Br J Psychiatry* 1987;150:662-73
 26. Beck CT. A meta-analysis of predictors of postpartum depression. *Nursing Res* 1996;45:297-303
 27. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987;150:782-86.
 28. Murray L, Carothers AD. The validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale on a community sample. *Br J Psychiatry* 1990;157:288-90.
 29. Schaper AM, Rooney BL, Kay NR, Silva PD. Use of the Edinburgh Postnatal Depression Scale to identify postpartum depression in a clinical setting. *J Reprod Med* 1994;39:620-4.
 30. Glaze R, Cox JL. Validation of a computerised version of the 10-item (self-rating) Edinburgh Postnatal Depression Scale. *J Affect Disord* 1991;22:73-7.
 31. Zerkowitz P, Milet TH. Screening for postpartum depression in a community sample. *Can J Psychiatry* 1995;40:80-6.
 32. Appleby L, Whitton A. Recruitment for postnatal depression studies. *Br J Psychiatry* 1993;163:691.
 33. Cox JL, Holden JM. Appendix: Translations of the Edinburgh Post-natal Depression Scale. In: Cox JL, Holden JM (eds) *Perinatal psychiatry: use and misuse of the Edinburgh Postnatal Depression Scale*. London: Gaskell; 1994. p248-70.
 34. Corral M. Non-pharmacological treatments for postpartum depression: light therapy. *Archives of Women's Mental Health*. 2001;3(suppl2):3.
 35. Parry BL, Stuenkel CA, Newton PR, Gillin JC. Can critically timed sleep deprivation be useful in pregnancy and postpartum depression? *Archives of Women's Mental Health* 2001;3(suppl2):80.
 36. Stuart S, O'Hara MW. Interpersonal psychotherapy for postpartum depression: a treatment paradigm. *J psychother Practice Res* 1995;4:18-29
 37. Spinelli MG. Interpersonal psychotherapy for depressed antepartum women: a pilot study. *Am J Psychiatry* 1997;154:1028-30
 38. Regev M. Cognitive behavioral therapy and marital therapy with anxious and depressed mothers. *Arch Women's Mental Health*. 2001;3(suppl 2):3.
 39. Altshuler LL, Cohen L, Szuba MP, Burt VK, Gitlin M, Mintz J. Pharmacologic management of psychiatric illness during pregnancy: dilemmas and guidelines. *Am J Psychiatry* 1996;153:592-606.
 40. Marcus SM, Barry KL, Flynn HA, Tandon R, Gredon JF. Treatment guidelines for depression in pregnancy. *International J Gynecol Obstet* 2001;72:61-70.
 41. Kulin NA, Pastuszak A, Sager SR, Schick-Boschetto B, Spivey G, Feldkamp M. Pregnancy outcome following maternal use of the new selective serotonin reuptake inhibitors: a prospective controlled multicenter study. *J Am Med Assoc* 1996;279:609-10.
 42. Pastuszak A, Schick-Boschetto B, Zuber C, Feldkamp M, Pinelli M, Sihn S. Pregnancy out-

- come following first-trimester. *J Am Med Assoc* 1993;269(17):2246-8.
43. Nulman I, Rovert J, Stewart DE, Wolpin J, Gardner HA, Theis JG. Neurodevelopment of children exposed in utero to antidepressant drugs. *N Engl J Med* 1997;336(4):258-62.
44. Ericson A, Kallen B, Wiholm B. Delivery outcome after the use of antidepressants in early pregnancy. *N Engl J Med* 1996;55:503-8.
45. Chambers CD, Johnson KS, Dick LM, Felix RJ, Jones KL. Birth outcomes in pregnant women taking fluoxetine. *N Engl J Med* 1996;335(14):1010-5.
46. Robert E. Treatment depression in pregnancy. *N Engl J Med* 1996;335(14):1056-8.
47. Burt VK, Suri R, Altshuler L, Stowe Z, Hendrick VC, Muntean E. The use of psychotropic medications during breast-feeding. *Am J Psychiatry* 2001;158(7):1001-9.
48. Stowe ZN, Owens MJ, Landy JC, Kilts CD, Ely T, Llewellyn A, Nemeroff CB. Sertraline and desmethylsertraline in human breast milk and nursing infants. *Am J Psychiatry* 1997;154:1255-60.
49. Isenberg KE. Excretion of fluoxetine in human breast milk. *J Clin Psychiatry* 1990;51:169.
50. Yoshida K, Kumar R, Smith B, Craggs M. Psychotropic drugs in breast milk: no evidence for adverse effect on prepulse modulation of startle reflex or on cognitive levels in infants. *Dev Psychobiol.* 1998;32:249-56.
51. Epperson CN, Anderson GM, McDougle CJ. Sertraline and breast feeding. *N Engl J Med* 1997;336:1189-90.
52. Stancer HC, Reed KL, Desipramine and 2-hydroxydesipramine in human breast milk and the nursing infant's serum. *Am J Psychiatry* 1986;143:1597-600.
53. Wisner KL, Perel JM. Nortriptyline treatment of breast-feeding women. *Am J Psychiatry* 1996;153:295.

임상퀴즈

임신 및 출산 후의 우울증

다음 임상 퀴즈에 응답해서 60% 이상 득점하시는 회원에게는 대한가정의학회 학술회원 평점 4점을 드립니다. 임상 퀴즈에 답하셔서 응답지를 대한가정의학회 사무처로 보내주시시오. 정답은 다음 호에 게재됩니다. (팩스 : 365-0997, E-mail : kafm@hitel.net)

1. 산후우울증의 심리사회적 위험요소들을 기술하시오.(5개 이상)

2. 다음 중 미국 식품의약품국 (FDA)에서 규정한 임신 중 사용을 할 수 없는 X 등급의 약물에 해당하지 않는 약품은?
가) flurazepam
나) triazolam
다) temazepam
라) clonazepam
마) quazepam

23권 3호 임상퀴즈의 정답은 537 쪽에 있습니다.

----- 절 취 선 -----

23권 4호 응답지 (임신 및 출산 후의 우울증)

의사 면허 번호 _____ 전문의 번호 _____ 소속 지회 _____

성명 _____ 연락처(전화) _____ 연락처(E-mail) _____

1.

2. 가) 나) 다) 라) 마)