

우울증의 진단 및 평가 지침 개발 : 진단 지침을 중심으로

부산대학교병원 정신건강의학과,¹ 동국대학교 의과대학 정신건강의학교실,²
계명대학교 의과대학 정신건강의학교실,³ 동산의료원 정신건강의학과,⁴
CHA의과학대학교 구미 CHA병원 정신건강의학교실,⁵ 영남대학교 의과대학 정신건강의학교실,⁶
대구가톨릭대학교 의과대학 의학통계학과,⁷ 영남대학교 심리학과,⁸
계명대학교 의과대학 가정의학교실,⁹ M병원 정신건강의학과¹⁰

문은수¹ · 사공정규² · 정성원^{3,4} · 성형모⁵ · 이준엽⁵ · 구본훈⁶ · 김양태^{3,4} · 신임희⁷ ·
조현주⁸ · 김대현⁹ · 김민경⁴ · 최정식¹⁰ · 정인명⁴ · 김정범^{3,4}

Development of Clinical Guideline for the Diagnosis and Evaluation of Depression : Focused on Diagnosis Guideline

Eunsoo Moon, MD¹, Jeong Kyu Sakong, MD, PhD², Sung Won Jung, MD, PhD^{3,4},
Hyung Mo Sung, MD, PhD⁵, Jun Yeop Lee, MD, PhD⁵, Bon Hoon Koo, MD, PhD⁶,
Yang Tae Kim, MD, PhD^{3,4}, Im Hee Shin, PhD⁷, Hyunju Cho, PhD⁸,
Dae Hyun Kim, MD, PhD⁹, Min Kyung Kim, PhD⁴, Jung Sik Choi, MD¹⁰,
In Myung Jung, MA⁴, and Jung Bum Kim, MD, PhD^{3,4}

¹Department of Psychiatry, Pusan National University Hospital, Busan, Korea

²Department of Psychiatry, School of Medicine, Dongguk University, Gyeongju, Korea

³Departments of Psychiatry, ⁹Family Medicine, School of Medicine, Keimyung University, Daegu, Korea

⁴Department of Psychiatry, Dongsan Medical Center, Daegu, Korea

⁵Department of Psychiatry, CHA Gumi Medical Center, CHA University, Gumi, Korea

⁶Department of Psychiatry, Yeungnam University School of Medicine, Daegu, Korea

⁷Department of Medical Statistics, Catholic University of Daegu School of Medicine, Daegu, Korea

⁸Department of Psychology, Yeungnam University, Daegu, Korea

¹⁰Department of Psychiatry, M Hospital, Daegu, Korea

Objectives The aim of this study is to develop guideline for use in diagnosis of depression.

Methods Development of this guideline was processed according to the ADAPTE manual, which was developed for adaptation of good clinical practice guidelines. Important key questions were determined, and a systematic review of clinical practice guidelines was performed. The contents of guidelines selected by comparison of the methodological quality and currency were evaluated with regard to the applicability and acceptability. Answers to key questions and clinical recommendations were established by peer review.

Results There has been no evidence on strategies to improve the accuracy and rate of diagnosis of depression. The screening tools for depression were useful in diagnosis of depression in clinical practice.

Conclusion The results of this study may suggest the necessity of strategies to improve the validity and reliability of diagnosis of depression. In contrast, scales for screening depression can be useful in diagnosis of depression. This guideline did not include systematic reviews regarding useful scales for diagnosis of depression. In the future, amendment of this guideline might be needed in order to supplement limitations.

J Korean Neuropsychiatr Assoc 2014;53:15-23

KEY WORDS Clinical practice guideline · Depression · Depressive disorder · Diagnosis · Evaluation.

Received October 10, 2013
Revised October 27, 2013
Accepted November 8, 2013

Address for correspondence
Jung Bum Kim, MD, PhD
Department of Psychiatry,
School of Medicine,
Keimyung University,
Dongsan Medical Center,
56 Dalseong-ro, Jung-gu,
Daegu 700-712, Korea
Tel +82-53-250-7811
Fax +82-53-250-7810
E-mail kim1159@dsmc.or.kr

서 론

우울증은 우울감이나 의욕저하를 비롯해서 다양한 증상들을 보일 수 있는 정신질환의 한 종류이며, 자연적으로 회복

되는 경우도 있지만, 반복해서 나타나거나 만성화될 수 있어 일상생활에 지장을 초래하는 주요한 원인으로 알려져 있다. 2000년에 세계보건기구(World Health Organization)에서 조사한 결과에 따르면, 우울증은 질병으로 인한 부담이 모든 질

병 중에서 4위에 해당하였고, 2020년에는 2위로 상승될 전망을 보일 정도로 우울증으로 인한 고통과 부담은 크다고 할 수 있다.¹⁾ 주요우울장애의 평생유병률은 3~17%로 알려져 있으며,²⁾ 우리나라에서 시행된 정신질환실태조사에 의하면, 2006년에는 주요우울장애의 평생유병률이 5.6%였으나 2011년에는 6.7%로 점차 증가하는 추세를 보이고 있다.³⁾ 이처럼 우울증은 일상생활에 지장을 초래하는 흔한 질병에 해당하므로 질병으로 인한 고통을 감소시키기 위한 노력이 필요하며, 만성화되기 이전에 우울증을 조기에 진단하여 적절하게 치료하는 것이 중요하다.

일반적으로 우울증의 진단은 환자와 보호자와의 정신과적 면담을 통해서 파악된 증상과 병력, 그리고 정신과 의사가 시행하는 정신상태검사 결과를 종합적으로 고려해서 이루어지게 된다.⁴⁾ 우울증은 다양한 관점으로 진단될 수 있으며, 특히 정신역동적인 측면이나 인지적인 측면에 의한 우울증의 진단 및 평가가 가능하다. 또한 최근에는 생물학적인 진단방법을 개발하기 위해 우울증의 생물학적 지표를 개발하는 노력들도 계속되고 있다. 하지만, 현 시점에서 우울증의 진단은 우울증 증상의 양상이나 경과를 파악하여 Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, fourth edition (이하 DSM-IV)이나 International Classification of Disease, 10th edition(이하 ICD-10)과 같은 진단기준을 적용하는 현상학적인 진단이 널리 쓰이고 있다.^{5,6)}

우울증의 진단이 적절하게 이루어지기 위해서는 우울증상과 관련된 정신병리에 대한 이해가 우선적으로 요구된다. 진단기준이 제시하고 있는 증상들이 정상 상태와 절대적으로 분리되는 것이 아니므로, 전반적인 임상 정보와 정신병리, 그리고 인종과 문화적인 측면, 사회적인 기능, 신체적인 상태, 복용하고 있는 약물 등을 고려해서 우울증의 유무를 평가해야 한다.⁵⁾ 따라서 진단기준에 의거한 현상학적인 진단평가는 적절한 임상 훈련과 진단 경험이 있는 전문가들에 의해 시행되어야 한다. 또한 우울증의 진단에서 중요한 또 다른 측면으로는 다른 정신질환과 감별하는 능력이 중요하다. 예를 들면, 조현병이나 망상장애와 같은 경우에도 우울증상을 호소할 수 있기 때문에 단편적으로 우울증상의 유무만으로 우울증으로 진단하는 것은 잘못된 진단을 내릴 위험성이 있다.⁴⁾ 그러므로 우울증의 진단시 다른 정신질환의 가능성도 배제할 수 있는 능력이 훈련되어야 한다. 이처럼 우울증의 진단은 주관적인 판단만으로 이루어지는 과정이 아니라 우울증상 및 정신병리를 토대로 하는 체계적이고 합리적인 과정을 거쳐서 진행되는 훈련을 요하는 과정이라 할 수 있다.

우울증으로 인한 부정적인 결과들을 최소화하기 위해 우울증을 조기에 발견하고 치료하기 위해서는 무엇보다도 우

울증의 정확한 진단이 선행되어야 한다. 우울증 진단의 정확성과 진단율을 높이기 위해서는 체계적인 우울증 진단을 돕기 위한 진단 지침서가 필요할 수 있다. 그러나 진단관련 내용의 특성 상 이에 대한 근거중심연구가 어려워 우울증의 진단과 관련된 체계적인 진료지침서는 매우 부족하다. 대부분 기존의 진료지침서는 진단적인 평가보다는 치료적인 측면을 중심으로 구성되어 있는 것이 현실이다.⁷⁻¹²⁾ 우울증의 치료에 대한 연구들에 비해 진단과 관련된 연구들이나 지침서는 상대적으로 부족하기 때문에 진단과 관련된 진료지침서를 개발하는 것은 쉽지 않다. 그러나 합리적이고 체계적인 우울증의 진단 지침을 개발해나가기 위한 첫 단계로 지금까지의 연구결과들이나 진단 지침서를 체계적으로 정리해 보는 것은 중요할 수 있다. 따라서 본 연구에서는 우울증의 진단 및 평가와 관련된 의학적인 근거들을 정리해 보기 위하여 우울증과 관련된 진료지침서들을 체계적으로 검토하고, 그 과정을 통해 선별된 진료지침서를 한국적 현실에 맞게 수용개작하고자 한다. 그리고 본 논문에서는 ‘우울증의 진단 및 평가 지침’의 내용 중에서 진단 지침과 관련된 개발과정과 결과 및 관련된 논의사항을 제시하고자 한다.

방 법

본 진료지침서는 정신과 의사를 포함한 정신보건전문가가 우울증의 진단 및 평가를 근거에 기반하여 체계적으로 수행할 수 있도록 하기 위해 보건복지부 지정 우울증 임상연구센터 2세부에 의해 개발되었다. 진료지침의 범위는 정신보건기관 및 의료기관을 방문한 성인으로 소아나 청소년, 노인에 대해서는 다루지 않고 있다. 우울증의 진단 및 평가 지침을 개발하기 위해 정신건강의학과 전문의와 가정의학과 및 내과 전문의, 임상심리사, 심리학자, 방법론 전문가, 체계적 문헌 고찰을 수행할 정보 검색 전문가를 포함하여 다기관, 다학제로 구성된 실무위원회의 정기적인 모임을 통해 우울증의 진단 및 평가와 관련된 진료지침을 검색 선별하고, 최종적으로 선택된 진료지침을 수용개작하였다.

수용개작 방법

진료지침의 수용개작은 ADAPTE Collaboration에서 개발한 수용개작 매뉴얼(Manual for Guideline Adaptation)을 바탕으로 한국보건의료연구원(National Evidence-Based Healthcare Collaborating Agency) 임상진료지침 지원국에서 한국적 상황에 맞게 수정하여 만든 임상진료지침 수용개작 매뉴얼(Manual for Guideline Adaptation Ver 2.0)을 이용하였다.¹³⁾ 임상진료지침 수용개작 매뉴얼은 모두 3부, 9모

들, 23단계로 이루어져 있으며, 진료지침의 수용개작 과정은 제 2부에 소개되어 있으며, ‘모듈 3. 진료지침의 검색과 선별’, ‘모듈 4. 진료지침평가’, ‘모듈 5. 결정과 선택’, ‘모듈 6. 진료지침 초안 작성’으로 구성되어 있다. 본 진료지침은 수용개작 매뉴얼에서 제시한 수용개작 과정을 거쳐 만들어졌다.

핵심질문의 도출

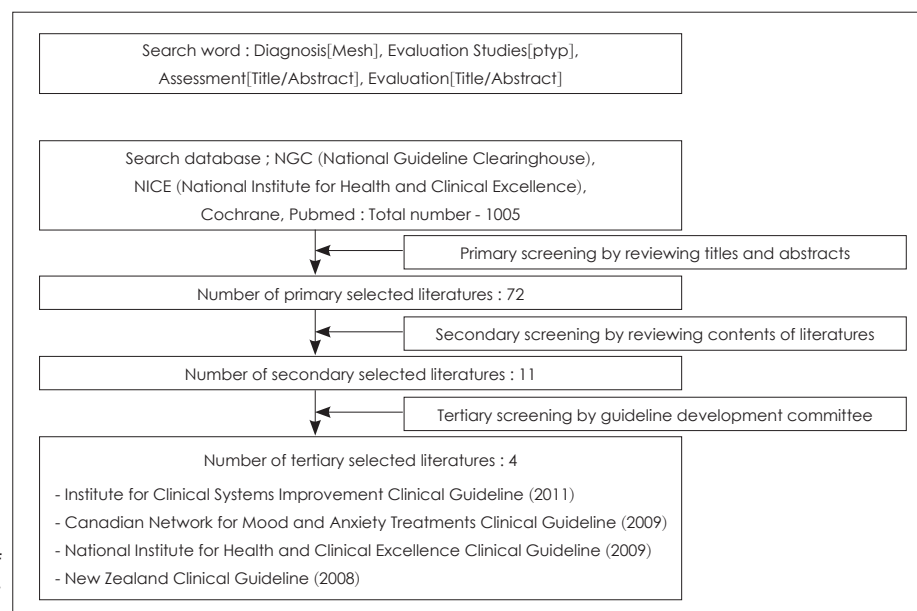
우울증의 진단 및 평가 지침서의 핵심질문을 선정하기 위하여 미국, 영국, 호주, 뉴질랜드, 홍콩, 한국 등에서 널리 사용되고 있는 진료지침 총 14개를 검토하여 ‘우울증의 진단 및 평가’와 관련된 내용을 조사하였다. 조사된 내용을 토대로 총 11명의 위원으로 구성된 우울증 진단 및 평가 지침 개발위원회의 회의를 통해 37가지의 관련 주제를 일차적으로 선별하였다. 선별된 주제들에 대한 임상적 중요성을 판단하기 위해 국내 정신보건 관련 전문가를 대상으로 설문조사를 시행하였고, 그 결과를 토대로 우울증 진단 및 평가에 대한 중요한 주제들을 선정하였다. 선정된 주제들에 대해서 우울증 진단 및 평가 지침 개발위원회의 회의를 거쳐 Patient, Intervention, Comparison, Outcome(PICO) 방식에 의거하여 최종적으로 핵심질문을 결정하였다. 우울증 진단과 관련된 핵심질문은 ‘보건의료기관을 방문한 성인 환자에서 특정 질환이나 우울증 진단평가 도구들이 우울증의 진단율(예 : 민감도, 특이도, 양성예측도, 음성예측도 등)을 높이는가?’로 정하였다.

진료지침의 검색 및 선별

관련 문헌의 검색은 정보검색 전문가가 직접 National Gu-

ideline Clearinghouse, National Institute for Health and Clinical Excellence(이하 NICE), Cochrane 등의 진료지침 사이트와 Pubmed 등의 검색자료원에서 검색하였다. 가능한 넓은 범위의 자료들을 검색하기 위해 Depression과 Depressive Disorder를 검색어로 정하였고, Humans, Adult, Middle Age로 제한하고, 본 연구의 대상이 아닌 Child나 Geriatrics를 포함한 것은 제외하였다. Meta-Analysis 혹은 Review Article로 제한하여 검색된 자료 중에서 본 연구의 주제인 우울증의 진단과 평가와 관련된 자료들만을 추출하기 위하여 Diagnosis[Mesh], Evaluation Studies[ptyp], Assessment [Title/Abstract], Evaluation[Title/Abstract]을 포함하고 있는 것을 검색하였으며, Assessment 혹은 Evaluation을 keyword로 포함하고 있는 것도 추가하였다. 이러한 과정을 통해 검색된 자료들은 총 1005개였다. 검색된 자료들은 실무위원들이 독립적으로 자료의 제목과 초록을 참고하여 우울증의 진단과 평가에 관련이 있는 자료들을 일차적으로 선별하였다. 일차적 선별과정을 통해 2004년 이전의 자료(510개), 치료에 국한된 자료(236개), 우울증 이외의 다른 질환이 초점인 자료(32개), 대상군이 노인이나 청소년인 자료(21개), 대상질환이 다른 경우(13개), 한국어나 영어 이외의 제 3의 언어로 발행된 자료(7개), 기초 생물학적 연구들에 해당하는 자료(14개), 그 외 기타 본 연구와 관련이 없는 자료(100개)를 포함한 총 933개의 자료들을 제외하였다. 추출된 72개의 자료들은 다시 독립된 2인의 실무위원이 2차 선별과정을 통해 자료들의 구체적인 내용을 검토하였고, 특정 위험군을 대상으로 한 자료(31개), 다른 질환이 초점인 자료(4개), 대상군이 다른 경우(4개), 대상 질환이 다른 자료(2개), 기타 본 연구와 관련이 없

Fig. 1. Searching and selection of clinical practice guideline for diagnosis and evaluation of depression.



는 자료(7개)를 포함한 총 61개의 자료들이 탈락되고 11개의 자료가 추출되었다. 실무위원회의 회의를 통해 11개의 자료들을 3차 선별하였다. 이 과정에서 ‘진단 및 평가와 관련된 부분이 근거중심이 아닌 전문가 합의에 의한 지침서인 경우’(2개), ‘기존의 진료지침서를 수용개작 혹은 그대로 수용하여 작성된 경우’(2개), ‘국가 혹은 공인학술단에서 작성하지 않은 경우’(1개), ‘장기간의 진료 상황(long-term care setting)에 한정되어 작성된 경우’(1개), ‘선별검사나 자살위험요인에만 국한된 경우’(1개)를 포함한 7개의 자료를 제외하였다. 3차에 걸친 선별과정을 통해 선택된 4가지 진료지침서들은 각각 Institute for Clinical Systems Improvement Clinical Guideline(이하 ICSI, 2011), Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments Clinical Guideline(이하 CANMAT, 2009), NICE Clinical Guideline(2009), New Zealand Clinical Guideline(2008)이었다(그림 1).^{12,14-16)}

진료지침의 최종선정 과정

선별된 4개의 진료지침서들 중에서 질, 최신성, 내용, 과학적 타당성 평가과정을 통해 최종적으로 수용개작 할 진료지침서를 선정하였다. 진료지침서의 질평가는 Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II(이하 AGREE-II)를 통해 시행하였고, AGREE-II와 전반적 평가를 고려하여 CANMAT 진료지침서를 제외한 3가지 진료지침서만 적합한 것으로 결정하였다. 또한 이메일을 통해 진료지침 개발주체들에게 진료지침서의 최신성을 확인하였다. 그 다음으로는 각각의 핵심질문에 대한 권고 내용과 관련 근거의 비교를 통하여 진료지침의 내용을 평가하였다. 진료지침의 내용평가 결과, ICSI 진료지침서는 각 핵심질문의 내용과 해당 근거가 비교적 타당하다고 판단되었으나, NICE 진료지침서나 뉴질랜드 진료지침서는 핵심질문에 대한 권고나 근거가 부족한 경우가 많았고, 일부의 경우에만 타당하였다. 그 다음으로는 진료지침의 과학적 타당성을 평가하였다. 진료지침서에서 사용된 근거가 전반적으로 타당한지, 근거와 권고에 일관성이 있는지, 그리고 문헌 선택에 비뚤림이 없는지를 기준으로 평가하였다. 그 결과 ICSI의 경우에는 근거의 타당성 및 근거와 권고의 일관성이 비교적 충족되었고, 비뚤림의 위험이 낮다고 판단되었다. 그러나 뉴질랜드 가이드라인의 경우 근거에 대한 과학적 타당성이 부족하다고 판단되어 수용개작 진료지침에서 배제하였다. 이러한 과정을 통해 ICSI 진료지침서가 수용개작을 위한 최종 진료지침서로 선정되었다.

진단 지침의 작성

최종 선정된 진료지침서를 검토하여 핵심질문에 대한 결

과를 정리하였고, 기존의 진료지침서들에서 기재된 권고안과 관련 근거들의 평가를 종합적으로 검토한 이후에 진료지침의 근거만 수용하고, 근거의 전체 혹은 일부를 정리하여 일차적으로 권고안을 선택했다.

일차적으로 선택된 권고안을 모든 실무위원들에게 메일로 발송하여 개별 검토하였고, 실무위원회에서 논의 과정과 모든 위원의 의견을 반영하여 수립하는 과정을 거쳐서 최종 권고안을 선택했다. 근거수준과 권고등급의 평가는 ICSI 진료지침서에 사용한 Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation(GRADE)에 준하여 평가하였다.¹⁴⁾

결 과

핵심질문 : 보건의료기관을 방문한 성인 환자에서 특정 질문이나 우울증 진단평가 도구들이 우울증의 진단율(예 : 민감도, 특이도, 양성예측도, 음성예측도 등)을 높이는가?

핵심결론 1 : 특정 질문이나 우울증 진단평가 도구들이 우울증의 진단율을 향상시키지는 현재로서는 알 수 없다.

특정 질문이나 우울증 진단평가 도구들이 우울증의 진단율 향상에 미치는 영향을 조사한 연구는 현재까지 없었다.

핵심결론 2 : 특정 질문이나 우울증 진단평가 도구들이 우울증의 진단선별 과정에 도움이 된다.

Patient Health Questionnaire-2(이하 PHQ-2, 부록 1)나 Patient Health Questionnaire-9(이하 PHQ-9, 부록 2)와 같은 우울증 선별도구는 우울증 진단에서 수용할 만한 유용한 선별도구이다. PHQ-9는 대부분의 대상군에서 우울증 진단선별에 높은 민감도와 특이도를 가지고 있어 임상가가 직접 평가하는 도구와 유사한 정도의 유용성을 보이고 있다.¹⁷⁻¹⁹⁾ 일차의료현장이나 지역사회的人们을 대상으로 한 7개의 연구들에서 PHQ-9는 민감도가 0.81, 특이도가 0.92로 높게 보고되었다.²⁰⁻²⁶⁾ 또한 병원의 특수한 환자 집단을 대상으로 한 7개 연구에서는 민감도가 0.78, 특이도가 0.91로 보고되었다.²⁷⁻³³⁾ PHQ-2는 PHQ-9에 비해 아직 연구가 부족하기는 하지만, 우울증 선별에서 유용할 수 있다. PHQ-2의 일차의료현장에서의 민감도는 0.83, 특이도는 0.83으로 보고되었고,³⁴⁾ 병원의 환자들을 대상으로 한 2개의 연구에서는 민감도가 0.51, 특이도가 0.87로 보고되었으며,²⁷⁾ 외래환자들을 대상으로 한 2개의 연구들에서는 민감도가 0.87, 특이도가 0.78로 보고되었다.^{24,35)}

권고안

우울증의 선별도구가 우울증의 진단에 도움이 되며, 우울증의 진단시 사용할 것을 권고한다(권고등급 B).

고 찰

본 연구에서는 우울증 진단 및 평가 지침 개발 중에서 진단과 관련된 핵심질문 및 핵심결론을 제시하였고, 그러한 결론을 통해 권고안을 도출하였다. 특정 질문이나 우울증 진단평가도구들이 진단율을 향상시키는가에 대한 연구는 현재까지 없었다. 대부분의 경우 우울증의 진단은 DSM-IV나 ICD-10과 같은 진단기준에 의거하여 내려지고 있고, 임상 현장에서 진단기준을 적용시키는 방법 이외의 추가적인 방법이 진단방법을 대체할 수 없다고 볼 수 있다. 정확한 진단을 위해서는 환자와의 자세한 면담을 통해 많은 정보를 얻어야 가능하지만, 시간적, 경제적인 측면의 한계성을 고려할 때 진단율을 향상시키기 위한 방법에 대한 연구가 필요할 수 있다.

우울증의 확진이 내려지기 전에 우울증의 진단을 돕기 위해 특정 질문이나 우울증 진단의 선별을 위한 평가도구가 이용될 수 있다. 핵심결론에서 제시된 바와 같이 ICSI 진료지침서에서는 PHQ-9와 PHQ-2를 우울증 진단에서 수용할 만한 유용한 선별도구로 제시하였다. PHQ-9과 PHQ-2는 여러 연구들에서 우울증 진단선별에 높은 민감도와 특이도를 가지고 있다고 볼 수 있다.^{20,22,36-42)} 뿐만 아니라 PHQ-2와 PHQ-9는 한국어 번역본의 신뢰도와 타당도가 입증되어 있어 국내에서도 사용이 가능할 수 있다.⁴³⁻⁴⁶⁾ PHQ-2는 점수형 PHQ-2와 단답형 PHQ-2 모두에서 높은 신뢰도와 타당도를 보였고, 주요우울장애의 진단선별시 점수형 PHQ-2에서 절단점은 3점(민감도 0.92, 특이도 1.00)이었다.⁴⁶⁾ PHQ-9는 내적일치도가 0.95, 검사-재검사 신뢰도가 0.91로 높았으며, 주요우울장애의 진단선별시 절단점은 9점(민감도 0.89, 특이도 0.95)이었다.⁴⁵⁾ PHQ-2와 PHQ-9는 임상 실재에서 우울증의 진단선별시 사용할 수 있는 유용한 도구라고 할 수 있다.

영국의 NICE 임상진료지침에 의하면, PHQ 뿐만 아니라, Beck Depression Inventory, General Health Questionnaire, Hospital Anxiety and Depression Scale, Center for Epidemiological Studies Depression Scale, Geriatric Depression Scale, Zung Self-Rating Depression Scale와 같은 선별도구들도 우울증의 선별과정에서 이용될 수 있는 평가도구로 언급되고 있다.¹²⁾ 우울증 진단에서 유용한 선별도구가 되기 위해서는 일반적으로 수행시간이 5분 이내고 민감도가 0.8 이상, 특이도가 0.7 이상 되는 것이 좋다고 알려져 있다.⁴⁷⁾ 우울증의 선별도구들은 대부분 이러한 조건들을 만족하고 있

며, 특정 선별도구가 더 유용하다는 보고는 없다. 선별도구마다 장단점이 있으므로 진료 현장이나 대상자에 맞게 선택하면 된다. 뉴질랜드 임상진료지침서에는 일차 진료에서 사용할 수 있는 선별질문을 3가지로 제안하고 있다.¹⁶⁾ 첫 번째 질문으로는 ‘지난 한 달 동안 당신은 기분이 우울하거나 절망적이라고 느낀 적이 자주 있었습니까?’이며, 두 번째는 ‘지난 한 달 동안 당신은 일상적인 일에 재미나 흥미를 잃었습니까?’, 세 번째는 ‘이러한 문제로 인해 도움이 필요했나요?’이다. 첫 번째 또는 두 번째 질문에 해당하고, 세 번째 질문에 해당하는 경우에는 민감도가 96%[95% confidence interval (이하 CI) 86~99%], 특이도가 89%(95% CI 87~91%)였고, positive likelihood ratio가 9.1(7.4~11.1)로 보고되었다. 이러한 질문들이 우울증 진단에 유용하게 사용될 수 있다.^{16,48)} 한편, 환자들의 자가 보고를 통해 우울증을 진단하기 위한 도구들로는 PHQ-9 이외에도 Primary Care Evaluation of Mental Disorders, Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire 등이 있다.^{36,49)} 우울증을 보다 정확하고 체계적으로 진단하기 위해서는 임상가가 직접 대면면담을 하는 것이 좋다. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorder(이하 SCID)나 Mini International Neuropsychiatric Interview(이하 MINI)를 통해 우울증을 확진할 수 있다.^{50,51)} SCID와 같은 경우는 DSM-IV 진단기준에 의거하여 체계적으로 진단해나가는 도구이며, 1시간에서 3시간이 소요될 정도로 많은 시간을 요하는 진단도구이다. 반면에, MINI는 약 15분 정도 소요되는 보다 짧은 시간에 평가를 시행할 수 있는 장점이 있다. 이처럼 진단과 관련된 특정 질문이나 진단도구들이 저마다 장단점을 지니겠지만, 임상 현장에서 적절하게 사용된다면 유용한 도구가 될 수 있겠다.

본 연구에서 개발된 진단 지침의 제한점은 다음과 같다. 첫째, 진단과 관련된 지침을 권고하기 위한 근거가 부족하였다. 체계적으로 개발된 진료지침서라고 하더라도 진단과 관련된 영역에서는 치료영역에 비해 상대적으로 근거가 부족하였다. 진단율의 향상을 위한 방법에 대한 연구나 진단도구들이 진단과정에 어떤 유용성을 지니는지에 대한 체계적인 연구들이 필요하겠고, 진단 도구들 간의 유용성 정도를 비교하는 연구들도 향후 체계적으로 시행될 필요가 있겠다. 둘째, 이상적으로 개발된 지침서라고 하더라도 임상가의 전문적 지식이나 판단을 대신하기에는 한계가 있다. 실제 임상현장은 다양한 상황이 있을 수 있으므로 일반적인 연구결과를 모든 상황으로 적용하는 데는 무리가 있다. 우울증 진단의 실제적 과정에 있어서는 임상가의 판단이 우선시 될 필요가 있고, 존중될 필요가 있다. 셋째, 본 지침서는 수용개작의 방식을 토대로 작성되었기 때문에 수용개작의 지침서가 지

는 한계점을 지니고 있다. 본 지침서 개발의 바탕이 되는 ICSI의 근거를 중심으로 권고안을 도출한 점을 감안해서 그 의미를 해석할 필요가 있다. 이러한 제한점에도 불구하고, 본 지침은 우울증의 진단과 관련된 진료지침을 체계적인 방법으로 수용제작한 첫 번째 진단지침이라고 할 수 있다.

결론

진단율을 향상시키기 위한 방법에 대한 근거는 부족하므로 이에 대한 연구가 향후 이루어질 필요가 있으며, PHQ-9나 PHQ-2와 같은 진단선별 도구들은 진단과정에서 유용성이 입증되어 있으므로 임상 실제에서 적절하게 사용하는 것이 좋겠다.

중심 단어 : 임상진료지침 · 우울증 · 우울장애 · 진단 · 평가.

Acknowledgments

This study was supported by a grant of the Korea Healthcare Technology R&D Project, Ministry of Health and Welfare, Republic of Korea (HI10C2020).

Conflicts of Interest

The authors have no financial conflicts of interest.

REFERENCES

- World Health Organization. Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva: The World Health Report;2001.
- Patten SB, Kennedy SH, Lam RW, O'Donovan C, Filteau MJ, Parikh SV, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. I. Classification, burden and principles of management. *J Affect Disord* 2009;117 Suppl 1:S5-S14.
- Cho MJ. The Epidemiology Survey of Mental Disorders in Korea. Seoul: Ministry of Health and Welfare;2011.
- Sadock BJ, Kaplan HI, Sadock VA. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins;2007.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual for mental disorders. 4th ed. Text revision (DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Association;2000.
- World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical description and diagnostic guidelines. Geneva: WHO;1993.
- Ereshesky L. The Texas Medication Algorithm Project for major depression. *Manag Care* 2001;10(8 Suppl):16-17; discussion 18-22.
- Hylar SE. APA Online CME Practice Guideline for the Treatment of Patients with Major Depressive Disorder. *J Psychiatr Pract* 2002;8: 315-319.
- Anderson IM, Ferrier IN, Baldwin RC, Cowen PJ, Howard L, Lewis G, et al. Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: a revision of the 2000 British Association for Psychopharmacology guidelines. *J Psychopharmacol* 2008;22:343-396.
- Lam RW, Kennedy SH, Grigoriadis S, McIntyre RS, Milev R, Ramasubbu R, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. III. Pharmacotherapy. *J Affect Disord* 2009; 117 Suppl 1:S26-S43.
- Poses RM. Efficacy of antidepressants and USPSTF guidelines for depression screening. *Ann Intern Med* 2010;152:753; author reply 753-754.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. Depression: the Treatment and Management of Depression in Adults. London: National Institute for Health and Clinical Excellence;2009.
- Kim SY, Kim NS, Shin SS, Jee SM, Lee SJ, Kim SH, et al. Manual for Guideline Adaptation Ver 2.0. Seoul: National Evidence-based Healthcare Collaborating Agency;2011.
- ICSI Health Care Guideline Working Group. Institute for Clinical System Improvement (ICSI) Health Care Guideline: Major Depression in Adults in Primary Care. 14th ed. Bloomington: Institute for Clinical Systems Improvement, Inc;2011.
- Kennedy SH, Milev R, Giacobbe P, Ramasubbu R, Lam RW, Parikh SV, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. IV. Neurostimulation therapies. *J Affect Disord* 2009;117 Suppl 1:S44-S53.
- New Zealand Guidelines Group. Identification of Common Mental Disorders and Management of Depression in Primary Care: Best practice evidence-based guideline. Wellington: New Zealand Guidelines Group;2008.
- Gilbody S, Richards D, Brealey S, Hewitt C. Screening for depression in medical settings with the Patient Health Questionnaire (PHQ): a diagnostic meta-analysis. *J Gen Intern Med* 2007;22:1596-1602.
- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Löwe B. The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: a systematic review. *Gen Hosp Psychiatry* 2010;32:345-359.
- Wittkamp KA, Naeije L, Schene AH, Huyser J, van Weert HC. Diagnostic accuracy of the mood module of the Patient Health Questionnaire: a systematic review. *Gen Hosp Psychiatry* 2007;29:388-395.
- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med* 2001;16:606-613.
- Löwe B, Spitzer RL, Gräfe K, Kroenke K, Quenter A, Zipfel S, et al. Comparative validity of three screening questionnaires for DSM-IV depressive disorders and physicians' diagnoses. *J Affect Disord* 2004; 78:131-140.
- Wulsin L, Somoza E, Heck J. The Feasibility of Using the Spanish PHQ-9 to Screen for Depression in Primary Care in Honduras. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2002;4:191-195.
- Henkel V, Mergl R, Kohnen R, Allgaier AK, Möller HJ, Hegerl U. Use of brief depression screening tools in primary care: consideration of heterogeneity in performance in different patient groups. *Gen Hosp Psychiatry* 2004;26:190-198.
- Eack SM, Greeno CG, Lee BJ. Limitations of the Patient Health Questionnaire in identifying anxiety and depression in community mental health: many cases are undetected. *Res Soc Work Pract* 2006; 16:625-631.
- Adewuya AO, Ola BA, Afolabi OO. Validity of the patient health questionnaire (PHQ-9) as a screening tool for depression amongst Nigerian university students. *J Affect Disord* 2006;96:89-93.
- Gilbody S, Richards D, Barkham M. Diagnosing depression in primary care using self-completed instruments: UK validation of PHQ-9 and CORE-OM. *Br J Gen Pract* 2007;57:650-652.
- McManus D, Pipkin SS, Whooley MA. Screening for depression in patients with coronary heart disease (data from the Heart and Soul Study). *Am J Cardiol* 2005;96:1076-1081.
- Watnick S, Wang PL, Demadura T, Ganzini L. Validation of 2 depression screening tools in dialysis patients. *Am J Kidney Dis* 2005; 46:919-924.
- Persoons P, Luyckx K, Desloovere C, Vandenbergh J, Fischler B. Anxiety and mood disorders in otorhinolaryngology outpatients presenting with dizziness: validation of the self-administered PRIME-

- MD Patient Health Questionnaire and epidemiology. *Gen Hosp Psychiatry* 2003;25:316-323.
- 30) Fann JR, Bombardier CH, Dikmen S, Esselman P, Warms CA, Pelzer E, et al. Validity of the Patient Health Questionnaire-9 in assessing depression following traumatic brain injury. *J Head Trauma Rehabil* 2005;20:501-511.
 - 31) Williams LS, Brizendine EJ, Plue L, Bakas T, Tu W, Hendrie H, et al. Performance of the PHQ-9 as a screening tool for depression after stroke. *Stroke* 2005;36:635-638.
 - 32) Picardi A, Adler DA, Abeni D, Chang H, Pasquini P, Rogers WH, et al. Screening for depressive disorders in patients with skin diseases: a comparison of three screeners. *Acta Derm Venereol* 2005;85:414-419.
 - 33) Diez-Quevedo C, Rangil T, Sanchez-Planell L, Kroenke K, Spitzer RL. Validation and utility of the patient health questionnaire in diagnosing mental disorders in 1003 general hospital Spanish inpatients. *Psychosom Med* 2001;63:679-686.
 - 34) Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Med Care* 2003;41:1284-1292.
 - 35) Löwe B, Kroenke K, Gräfe K. Detecting and monitoring depression with a two-item questionnaire (PHQ-2). *J Psychosom Res* 2005;58:163-171.
 - 36) Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. *Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. JAMA* 1999;282:1737-1744.
 - 37) Pinto-Meza A, Serrano-Blanco A, Peñarrubia MT, Blanco E, Haro JM. Assessing depression in primary care with the PHQ-9: can it be carried out over the telephone? *J Gen Intern Med* 2005;20:738-742.
 - 38) Löwe B, Unützer J, Callahan CM, Perkins AJ, Kroenke K. Monitoring depression treatment outcomes with the patient health questionnaire-9. *Med Care* 2004;42:1194-1201.
 - 39) Duffy FF, Chung H, Trivedi M, Rae DS, Regier DA, Katzelnick DJ. Systematic use of patient-rated depression severity monitoring: is it helpful and feasible in clinical psychiatry? *Psychiatr Serv* 2008;59:1148-1154.
 - 40) Huang FY, Chung H, Kroenke K, Delucchi KL, Spitzer RL. Using the Patient Health Questionnaire-9 to measure depression among racially and ethnically diverse primary care patients. *J Gen Intern Med* 2006;21:547-552.
 - 41) Yeung A, Fung F, Yu SC, Vorono S, Ly M, Wu S, et al. Validation of the Patient Health Questionnaire-9 for depression screening among Chinese Americans. *Compr Psychiatry* 2008;49:211-217.
 - 42) Lotrakul M, Sumrithe S, Saipanish R. Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. *BMC Psychiatry* 2008;8:46.
 - 43) Han C, Jo SA, Kwak JH, Pae CU, Steffens D, Jo I, et al. Validation of the Patient Health Questionnaire-9 Korean version in the elderly population: the Ansan Geriatric study. *Compr Psychiatry* 2008;49:218-223.
 - 44) Donnelly PL, Kim KS. The Patient Health Questionnaire (PHQ-9K) to screen for depressive disorders among immigrant Korean American elderly. *J Cult Divers* 2008;15:24-29.
 - 45) An JY, Seo ER, Lim KH, Shin JH, Kim JB. Standardization of the Korean Version of Screening Tool for Depression (Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9). *J Korean Soc Biol Ther Psychiatry* 2013;19:47-56.
 - 46) Shin JH, Kim HC, Jung CH, Kim JB, Jung SW, Cho HJ, et al. The standardization of the Korean Version of the Patient Health Questionnaire-2. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 2013;52:115-121.
 - 47) U.S. Preventive Services Task Force. Screening for depression. Systematic Evidence Review. Washington, DC: US Preventive Services Task Force;2002.
 - 48) Arroll B, Goodyear-Smith F, Crengle S, Gunn J, Kerse N, Fishman T, et al. Validation of PHQ-2 and PHQ-9 to screen for major depression in the primary care population. *Ann Fam Med* 2010;8:348-353.
 - 49) Zimmerman M, Mattia JI. The Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire: development, reliability and validity. *Compr Psychiatry* 2001;42:175-189.
 - 50) Spitzer RL, Williams JB, Gibbon M, First MB. The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). I: History, rationale, and description. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:624-629.
 - 51) Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998;59 Suppl 20:22-33;quiz 34-57.

■ 부 록 1 ■

한국어판 Patient Health Questionnaire-2(PHQ-2)

한국판 Patient Health Questionnaire-2(Y/N ver.)

※ 다음과 같은 문제를 얼마나 자주 겪었는지 해당란에 O표 해주십시오.

지난 한 달 동안	예	아니오
기분이 처지거나 우울해지거나, 희망이 없다고 느껴져서 자주 괴로웠습니까?		
일상생활에 흥미나 즐거움이 거의 없어 자주 괴로웠습니까?		

한국판 Patient Health Questionnaire-2(Likert scale ver.)

※ 지난 2주 동안 당신은 다음과 같은 문제로 얼마나 자주 괴로웠습니까?

	전혀 없다	며칠 동안	1주일 이상	거의 매일
일상생활에 흥미나 즐거움이 없다				
기분이 처지거나, 우울해지거나 희망이 없다				

〈Adapted from Shin et al. J Korean Neuropsychiatr Assoc 2013;52:115-121.⁴⁶⁾〉

■ 부 록 2 ■

한국어판 Patient Health Questionnaire-9(PHQ-9)

한국판 Patient Health Questionnaire-9

	전혀 없음	며칠 동안	1주일 이상	거의 매일
1. 매사에 흥미나 즐거움이 거의 없다				
2. 기분이 가라앉거나 우울하거나 희망이 없다고 느낀다				
3. 잠들기 어렵거나 자주 깬다/혹은 잠을 너무 많이 잔다				
4. 피곤하다고 느끼거나 기운이 거의 없다				
5. 식욕이 줄었다/혹은 너무 많이 먹는다				
6. 내 자신이 실패자로 여겨지거나 자신과 가족을 실망시켰다고 느낀다				
7. 신문을 읽거나 TV를 보는 것과 같은 일상적인 일에 집중하기 어렵다				
8. 다른 사람들이 눈치 챌 정도로 평소보다 말과 행동이 느리다/ 혹은 너무 안절부절 못해서 가만히 앉아 있을 수 없다				
9. 차라리 죽는 것이 낫겠다고 생각하거나, 어떻게든 자해를 하려고 생각한다				

1. 지난 2주 동안 다음과 같은 문제를 얼마나 자주 겪었는지 해당되는 난에 O표 해 주십시오.
2. 만약 위의 문제 중 하나라도 해당되는 사항이 있으면 그것으로 인하여 일상생활(직장 일, 집안 일, 대인관계)에 어느 정도 어려움을 느끼십니까?

- 1) 전혀 어렵지 않다.
- 2) 조금 어렵다.
- 3) 많이 어렵다.
- 4) 매우 많이 어렵다.

〈Adapted from An et al. J Korean Soc Biol Ther Psychiatry 2013;19:47-56.⁴⁵⁾〉