

노인 우울증에서 치료적 순응도를 높이기 위한 전략

정 현 숙 · 임 현 우 · 조 선 진

가톨릭대학교 의과대학 예방의학교실

우울증임상연구센터

(요약) 우울증은 노년기에 가장 흔한 정신적 문제 중 하나이다. 노인 우울증은 젊은 시절과 달리 신체질환이나 인지기능의 감소를 동반하며, 치매로 오인 받기도 하며, 또 정신과 질환에 대한 편견이나 질병에 대한 인식 부족으로 진단 및 치료가 제대로 이루어지지 못한 실정이다. 또 노인 우울증은 자살과 더 밀접한 연관성을 보이는데, 노인들의 자살예방을 위해서 우울증을 조기에 발견하고 적절한 치료를 제공하는 다각적인 노력이 필요하다. 노인 우울증은 간단한 선별검사로 발견되지만, 선별검사 이후 효과적인 치료까지는 이어지지 못했다. 이에 선별검사로 발견된 노인 우울증 환자가 효과적인 치료를 받도록 하기 위한 중재프로그램들이 시도되어 왔다. 그 중 사례관리 중재가 포함된 협력의료 프로그램 실시는 증상의 호전 및 순응도가 상승하는 등 치료 효과가 뛰어난 것으로 나타났다. 그 효과는 미국 등 서구 사회뿐만 아니라 일본 등 아시아 국가, 그리고 최근 국내 연구에서도 보고되었다. 이러한 중재프로그램이 확대 보급된다면 고령 사회의 문제 중 하나인 노인 우울증을 효과적으로 관리할 수 있을 것이다.

[Key words: 고령 사회, 노인 우울증, 사례 관리]

이 연구는 보건복지부 보건의료연구개발사업의 지원에 의하여 이루어진 것이다 (과제고유번호: HI10C2020). 본고에 관한 일체의 서신왕래는 (우) 137-701 서울특별시 서초구 반포동 반포대로 222번지 가톨릭대학교 의과대학 예방의학교실 임현우 교수 앞으로 하시길 바라며, 저자의 e-mail 주소는 y1693@catholic.ac.kr이다.

노인 우울증 역학

우리나라는 현재 OECD 국가 중 가장 노령화가 빠른 나라이다. 전체 인구에서 65세 이상의 인구가 차지하는 비율이 7%이상인 고령화 사회(aging society)에서 14%이상인 고령사회(aged society)로 진입하는 데까지 걸린 기간이 미국은 72년, 독일은 40년, 일본은 24년이었지만, 한국은 18년 정도로 매우 짧을 것으로 전망된다(통계청, 2012). 이와 같은 노인인구의 급속한 증가는 노인의 정신건강 문제를 심각하게 대두시킬 가능성도 커지게 한다.

우울증은 어느 연령층에서나 나타날 수 있는 정신적 문제들 중의 하나이지만, 연령이 증가할수록 신체적인 기능이 전반적으로 약화되며 또 노년기에는 여러 가지 이유로 상실감을 가장 심하게 또 빈번하게 경험하므로 우울증에 더 취약해지는 편이다. 우리나라에서 노인 우울증은 지역사회 65세 이상 노인 인구를 대상으로 실시한 유병률 조사 결과에 의하면, 10명 중 1명이 이환되는 질환으로 나타났고 (Suh 등, 2000), 지역사회 거주 노인들을 대상으로 했던 역학연구에서도 우울증 유병률을 11%로 보고한 바 있다 (Cho, Nam, & Suh, 1998).

그러나 노인 우울증은 젊은 세대들이 호소하는 우울증상과는 다소 다르게 불안 증상이나 불면 증상이 두드러지게 나타나거나, 다른 신체 질환을 호소하거나, 기억을 포함한 인지기능의 감소와 같은 양상을 보이고 있는 경향 때문에 치매로 오인 받기도 하거나, 심지어는 정신과적 질환에 대한 편견이나 질병에 대한 인식의 부족으로 제대로 진단 받거나 치료받지 못하고 있는 실정이다. 우울증상이 나타남에도 불구하고 전문 병원을 찾지 않는 비율이 약 65-75%에 달하며, 게다가 치료를 하는 도중에 치료를 중단 또는 포기하는 경우도 많아서 제대로 치료가 이루어지지 못하고 있다 (Lang & Hensrud, 2004).

국내 조사에서도 우울증의 유병률이 증가하고 있음에도 불구하고 의료 서비스를 이용하는 수준은 11.4%에 불과한 편인데, 이는 의료 서비스에 대한 만족도가 높지 않은 것과 관련된다고 볼 수 있다 (조맹제, 2007). 또 우울증은 자살과 밀접한 연관이 있어서 자살자의 상당수가 우울증 환자였던 것으로 알려져 있고, 연령이 증가할수록 자살

노인 우울증 치료적 순응도를 높이기 위한 전략

률이 증가하는 양상을 보이고 있다 (오미성, 2012). 이는 제대로 치료를 받지 못한 노인 우울증이 자살로 인한 사망률을 높여줄 수 있는 요인으로 작용할 수 있기 때문에 노인 우울증을 조기에 발견하고, 이를 적절하게 치료하고, 또 재발 방지를 위한 노력이 다각적으로 이루어질 필요성이 매우 높음을 의미한다.

노인 우울증 환자 발견 및 치료 전략

우울증의 유병률이 높고 건강에 미치는 영향이 큼에도 불구하고 적절한 치료를 받지 못하는 가장 근본적인 이유는 이를 제대로 발견하지 못하고 있는 것 때문이다 (Simon & von Korff, 1995). 우울증의 조기 진단과 치료는 증상을 경감시키고 회복 속도를 높여 유병률과 유병기간을 경감시킬 수 있다. 우울증 선별 검사를 통해 자살로 이어질 가능성이 있는 우울증 환자를 조기에 발견해서 치료를 제대로 받도록 해줄 때 자살의 가능성을 줄일 수 있다는 것이다.

일반적으로 우울증 환자의 발견은 간단한 선별검사를 통해서 양성자들을 찾아낸 다음에 그 양성자들을 대상으로 우울증 진단검사를 실시하는 방식의 2단계 과정을 거친다. 아직까지 국내에서는 우울증 선별검사를 통해 발견된 환자에게 치료를 제공해주면서 우울증상을 호전시켰다는 연구가 이루어지지 않고 있지만, 외국의 경우 선별검사를 통한 조기 발견과 적절한 치료에 의해서 우울증상을 완화시켰다는 연구들이 허다하게 보고되었다 (Jarjoura 등, 2004; Rost 등, 2001; Wells 등, 2000).

그러나 우울증 선별검사를 실시하면 우울증 환자 발견율을 높일 수는 있었지만, 선별검사로 발견된 우울증 환자들이 효과적이고 충분한 치료로 연결되지는 못했다. 그 이유는 선별검사로 발견된 환자의 경우, 우울증상의 중증도는 대부분 경도에서 중등도 사이의 우울증 상태에 해당되었고 또 치료에 대한 동기가 높지 않았던 경우이었으며, 또 이로 인하여 약물치료의 순응도가 높지 못했기 때문이었다(Brody, Lerman, Wolfson, & Caputo, 1990; Shapiro 등, 1987; Rucker, Frye, & Cygan, 1986; Hooper, Kessler, Nycz, Burke, & Pierce, 1984). 우울

증 선별검사 효과에 대한 메타분석을 실시한 결과에 의하면 (Gilbody, House, & Sheldon, 2005), 우울증 선별검사는 우울증 환자 발견율을 1.38배 높여주었으나 (95% CI 1.04-1.83), 지속적으로 약물을 복용하거나 치료를 받는 비율은 높이지 못했다. 선별검사를 통해 발견된 우울증 환자에게 적절한 치료를 받도록 하기 위해서는 선별검사와 함께 치료에 대한 동기 부여나 치료적 순응도를 높이기 위한 적극적인 노력이 필요하다.

노인 우울증 치료 및 관리 가이드라인의 권고사항

최근 개발된 우울증 치료 진료 지침에서는 우울증 환자의 치료적 순응도를 높이기 위한 전략적 노력의 필요성과 구체적인 전략 등을 제시하고 있다. 미국의 USPSTF(United States Preventive Services Task Force)는 일차의료기관에서 우울증 선별검사를 실시해야 한다면 정확한 진단이 이루어질 수 있어야 하고 효과적인 치료를 받을 수 있도록 사례관리자의 조력 체계가 제대로 갖추어진 우울증 선별검사를 실시할 것을 권고하고 있다 (O'Connor, Whitlock, Beil, & Gaynes, 2009). 또 미국예방의학회(American College of Preventive Medicine)에서도 USPSTF의 권고안을 지지할 뿐만 아니라 선별검사로 발견된 우울증 환자의 약물치료 순응도를 높이기 위한 환자 관리 체계를 갖추어야 한다고 권고하고 있다 (Nimalasuriya, Compton, & Guillory, 2009). 역시 미국의 ICSI (Institute for Clinical Systems Improvement)에서는 우울증 선별검사로 발견된 환자를 효과적으로 관리하기 위해서는 체계적인 방법에 의한 환자교육과 지속적인 추적관찰 체계를 갖추어야 한다고 하고 있으며, 영국의 NICE(National Institute for Health & Clinical Excellence)도 일차의료기관에서 우울증을 치료할 경우에는 다각적인 치료(multi-faceted care)를 권고하고 있다.

노인 우울증치료에 효과적인 근거중심모델

노인 우울증 치료에 효과적인 전략 중의 하나로 협력의료(collabo-

노인 우울증 치료적 순응도를 높이기 위한 전략

rative care) 모델이 있다. 협력의료 모델이란 일차의료기관에서 우울증 환자의 치료적 순응도를 높이기 위해 일차의료기관 의사, 정신과의사, 그리고 사례관리자의 노력이 개입된 치료적 모델이다. 즉 일차의료기관 의사는 우울증이 의심되는 환자에게 선별검사를 실시하여 우울증을 발견하고, 사례관리자는 발견된 환자가 지속적 치료를 받을 수 있도록 환자를 격려하고, 환자 교육을 실시하고, 항우울제 복용 순응도를 확인하고, 부작용을 모니터링하고, 병원 방문 일정을 미리 확인하여 진료를 받을 수 있도록 안내하는 등 환자관리를 위해서 노력해야 한다. 또 정신과 의사는 일차의료기관 의사 또는 사례관리자에게 정기적으로 관리만 지도(supervision)를 해주고, 증상의 심각성이 따라 정신과에 의뢰하는 체계를 갖추으로써 우울증 환자의 치료적 순응도를 높이면서 적정치료가 이루어지도록 노력하는 것이다 (Gilbody 등, 2005).

협력의료 모델의 효과에 대한 연구 결과는 2000년대 초반부터 발표되기 시작하였다. 대표적인 협력의료 모델로는 IMPACT(Improving Mood Providing Access to Collaborative Treatment)와 PROSPECT(Prevention of Suicide in Primary Care Elderly: Collaborative Trial) 등이 있다. IMPACT는 미국 18개 일차의료기관의 60세 이상 내원 환자 중 주요우울장애 또는 기분부전장애로 진단된 환자 1,801명을 대상으로 수행하였다. 이 프로그램은 사례관리자에 의한 환자 관리와 정신과 의사의 슈퍼비전, 그리고 환자의 우울증상의 심각성과 치료 반응에 따라 단계적 치료를 제공하는 중재프로그램이었다. 프로그램을 실시한 후 1년이 지난 시점에서 우울증상 감소를 비교해 보았을 때 중재군에서는 50%이상의 환자에서 우울증상의 감소를 보였던 반면, 대조군에서는 단지 19%만이 우울증상의 감소를 보였다. 또한 신체적 기능면에서 볼 때 대조군에서는 점진적인 신체기능의 감소를 보였으나 중재군에서는 신체적 기능이 점진적으로 향상되는 것을 보였다(Katon & Unützer, 2006; Unützer, Katon, Williams 등, 2001; Unützer, Tang, Oshi 등, 2006).

한편 24개월 동안 추적관찰연구를 수행한 결과, 기저시점에서 자살 사고는 두 집단 사이의 차이가 없었지만, 6개월 시점에서는 대조군에

서 자살사고율이 7.5% 감소한 반면에 중재군에서는 12.1% 감소했고, 12개월 시점에서는 대조군에서는 9.8% 감소를 보였으나 중재군에서는 15.5%의 자살사고율 감소를 보였고, 18개월 시점에서는 대조군에서 8.0% 감소, 중재군에서 15.5% 자살생각의 감소를 보였다. 이러한 결과는 24개월 시점에서 자살에 대한 생각이 대조군에서 10.1%, 중재군에서 13.9% 정도 감소하는 등 모든 추적관찰 시점에서 대조군에 비해 중재군에서 자살생각과 죽음에 대한 생각이 더 많이 줄어들었고, 이러한 양상이 장기적으로 지속되는 경향을 보였다(Unützer, Katon, Fan 등, 2008).

PROSPECT는 미국의 20개의 일차의료기관을 방문한 9,072명을 대상으로 선별검사를 실시하였고, 우울증으로 진단된 60세 이상 599명을 대상으로 사례관리 중재를 실시하였다. 이 연구에 참여한 의사에게는 치료적 가이드라인이 제공되었고, 필요할 경우에는 정신과에 의뢰할 수 있도록 하였다. 그 결과, 중재군에서는 대조군에 비해 우울증상 뿐만 아니라 자살사고도 감소되었고, 우울증상으로부터 회복률이 더 높았을 뿐만 아니라 회복시간도 더 빠른 것으로 나타났다 (Bruce 등, 2004; Gallo, Bogner, Morales 등, 2007).

Bower 등(2006)은 28개의 무작위 임상시험연구들로 협력의료 중재가 항우울제 순응도를 높이는가에 관한 메타분석을 실시했다. 그 결과, 협력의료를 치료는 일반치료에 비해 항우울제 순응도가 1.92배 더 높아지는 것으로 나타났다 (OR =1.92; 95%CI: 1.54-2.39).

미국에서 시작된 협력의료 모델은 2000년대 중반에 이르러 영국, 캐나다, 호주, 뉴질랜드, 독일 등 서구사회뿐만 아니라 최근 중국, 일본, 인도 등 아시아 국가에서도 우울증 치료에 효과적인 모델로 검증되었고, 적용성 및 실효성 측면에 대한 연구들도 행해지고 있다. 특히 독일에서는 2009년에 협력의료의 효과를 인정하여 사례관리에 대한 수가를 보험 수가에 반영하는 정책이 마련되기도 하였다 (Gensichen 등, 2009). 협력의료는 일차의료기관 의사와 정신과 의사의 협진 및 사례관리자의 조력을 통해 일차의료기관에서 선별검사로 발견된 우울증 환자에게 치료적 동기를 부여하고 적절한 치료를 받을 수 있도록 관리하는데 효과적인 모델이다.

노인 우울증 환자의 치료 및 관리 프로그램

한국에서 실시된 사례관리 프로그램의 1예

최근 국내에서도 지역사회 노인들을 대상으로 실시한 선별검사에서 우울증 환자들을 발견하고, 그 환자들에게 적절한 치료를 받을 수 있도록 하면서 사례관리 중재의 효과를 살펴보는 무작위임상시험연구가 실시되었다 (Jeong 등, 2013). 연구 참여자들의 선정은 C시에 거주하고 있는 60세 이상 기초생활수급대상자 전수를 대상으로 했으며, 선별검사 도구인 단축형 노인우울증척도(Geriatric Depression Scale, GDS-15)를 이용하여 양성자를 발견하였다. 선별검사는 훈련 받은 조사원이 대상자들의 가정을 직접 방문하여 이루어졌고, 절단점 10점 이상인 경우 우울증 양성자로 분류하였다.

우울증 양성자에게는 정신과를 방문하여 우울증 진단검사를 받도록 했으며, 우울증으로 진단받은 사람들 중에서 사례관리 중재프로그램의 효과 평가에 관한 연구 참여에 동의한 자들을 대상으로 사례관리 중재군과 일반치료 대조군에 무작위로 배정하였다. 여기에서 일반치료란 정신과에서 실시하는 통상적인 항우울제 치료를 의미하며, 중재군에게는 대조군에게 제공된 일반치료를 포함하여 사례관리 중재를 추가적으로 실시하였다. 사례관리 중재의 주 내용은 우울증의 원인 및 치료과정을 비롯하여 우울증 전반에 관한 내용 및 항우울제에 관한 교육, 약물 부작용의 모니터링, 항우울제 복용에 대한 독려 및 복약 순응도의 확인, 병원 방문일정을 미리 안내하여 진료를 받을 수 있도록 안내해 주는 것 등이 포함되었다. 사례관리 중재는 병원 방문 예정일 하루 전에 실시하는 것을 원칙으로 하였고, 모든 대상자를 동일한 사례관리자가 맡아서 실시했다.

우울증 치료에 대한 효과 평가는 6개월 시점에서 이루어졌는데, 연구가설이나 연구내용을 전혀 알지 못한 상태의 임상심리전문가가 전화통화로 검사도구의 내용을 토대로 이루어졌던 것이다. 1차 효과 평가는 우울증 관해율(remission rate)이었는데, 우울증 관해는 6개월 시

점에서 Hamilton의 우울증 척도(Hamilton Depression Rating Scale, HAMD-17) 점수가 7점 미만인 경우로 정의했다. 그 결과, 중재군에서의 우울증 관해율은 대조군보다 유의미하게 더 높았다(55% vs. 29%, $p<.05$). 2차 유효성의 평가는 6개월 시점에서 치료 순응도, 무망감(hopelessness), 그리고 삶의 질에 관한 것이 이루어졌다. 치료 순응도는 중재군에서 59%를 보인 반면에 대조군에서는 18%를 보여 중재군에서 치료순응도가 3배 정도나 더 높은 것으로 나타났다($p<.001$). 무망감 점수도 역시 대조군에 비해 중재군에서 통계적으로 유의미하게 더 낮은 점수를 보였다(23.5 vs. 25.7, $p<.05$). 그러나 삶의 질에 있어서는 두 집단 사이의 차이가 드러나지 않았다. 전반적으로 노인 우울증 환자에게 사례관리 중재는 우울증 치료 치료적 순응도를 높여주었고, 이로 인해 우울증 치료율을 높아지고 무망감이 낮아지는 것으로 나타났다(Jeong 등, 2013). 이러한 사례관리 중재효과는 정신과에서 치료받고 있는 우울증 환자에서 얻어진 결과이다. 우울증 환자의 치료에서 사례관리자의 역할이 얼마나 중요한지를 보여주는 소견이다.

사례관리 중재프로그램의 내용

미국에서 시작된 협력의료 프로그램은 일차의료기관을 방문한 환자를 대상으로 우울증 선별검사를 실시하고, 그 결과 양성자들에게 일차의료기관 의사가 항우울제를 처방하였다. 사례관리자는 우울증에 대한 교육과 항우울제에 대한 정보 및 복약순응의 중요성에 대한 정보를 제공하고 또 항우울제 복약순응도 확인하는 등 항우울제의 복약순응도를 높이기 위해 노력하였으며, 역시 사례관리자는 정기적으로 정신과 전문의의 수퍼비전을 받았다. 또한 일차의료기관 의사는 필요에 따라 정신과에 의뢰하는 방식의 일차의료기관과 정신과 사이의 협진체계 구축을 바탕으로 노인 우울증 치료가 진행되었다(Bruce 등, 2004; Katon & Unützer, 2006).

협력의료 중재에 관한 무작위임상시험 연구들에서 사용된 중재 요소는 다양하였다. Williams 등(2007)은 효과적인 사례관리요소를 파악하기 위해 메타분석을 실시했다. 여기에 포함시킨 연구는 28개 무작위

노인 우울증 치료적 순응도를 높이기 위한 전략

임상시험이었고, 환자들은 모두 10,910명이었다. 문헌 고찰을 체계적으로 수행하는 과정에서 이질성이 드러나서 메타분석을 실시하지는 않았지만, 이 연구는 출간된 논문에는 포함시키지 않았던 구체적인 사례관리 내용들을 해당 연구자로부터 직접 자료를 건네받아서 종합적으로 정리한 것이었다. 28개 연구들의 추적관찰 기간은 평균 7개월이었고, 그 범위는 3-60개월로 다양했다. 28개의 모든 연구들에서 사례관리자가 개입되었고, 사례관리자 개입이 포함된 중재가 모두 우울증 치료에 있어서 효과적이었다는 근거를 제시하고 있었다. 사례관리자의 역할에 대한 범위로는 일상적인 지지, 환자 교육, 대화와 조정, 환자 모니터링, 부작용 점검 등의 요소가 포함되어 있을 때 효과가 나타났다(Williams 등, 2007). 한국에서 실시된 사례관리 중재프로그램에서는 사전 연구 결과 효과적인 요소로 나타났던 네 가지 내용을 포함시켰다. 즉, 우울증의 원인 및 치료과정에 관한 일반적인 교육을 실시하였고, 항우울제 복용의 중요성 인지 및 복용순응도 확인, 부작용 확인 및 발생된 부작용에 대해 항우울제와의 연관성을 파악하여 심각한 부작용이 발생했을 경우에는 정신과 의사에게 보고하도록 하였으며, 병원방문일 안내를 통해 정해진 날에 정신과 외래를 방문하도록 하는 내용으로 구성되어 있었다(Jeong 등, 2013).

사례관리 중재의 개입시기

다른 정신과적 질환에 비해 우울증은 항우울제 복용만으로도 치료 효과가 어느 정도 나타나는 질환이다. 그렇지만 적절한 치료가 이루어지지 못할 경우에는 재발의 가능성이 상당히 높은 질환이다. 이러한 이유로 우울증 치료 계획을 세울 때에는 재발을 방지하기 위한 계획까지 고려해야 한다. 우울증 재발과 가장 관련이 깊은 요인은 항우울제 복용의 조기중단인데, 예를 들면, 항우울제 복용의 조기중단은 재발의 위험을 77% 높인다는 보고가 있다(Melfi 등, 1998). 또 우울증의 재발가능성은 일반적으로 1년 이내에 25%, 2년 이내에는 42%, 5년 이내에는 60%로 시간이 경과함에 따라서 더 높아진다(Solomon 등, 2000). 항우울제 복용의 조기 중단을 막기 위해서는 치료 초기에 사례

관리자가 적극적으로 개입하여 치료 순응도를 높이는 것이 중요하다. 곧 사례관리자는 치료 초기에 우울증 치료에 대한 중요성을 교육하는 것을 비롯하여 항우울제의 부작용 등 환자의 초기 반응에 주의를 기울이면서 조기 중단을 방지하고, 우울증 관해에 도달하기 위한 치료적 목표를 이루도록 노력해야 한다.

사례관리자의 자격기준

미국 프로그램의 경우 보통 전문 간호사나 석사학위 이상의 심리학자가 사례관리를 수행한다. 사례관리자로서의 자격이 충분히 갖추어진 상황에서 프로그램은 우울증 치료에 상당히 효과적인 것으로 나타났다(Bruce 등, 2006; Katon & Unützer, 2006). 그러나 실제 의료 현장에서 이와 같은 자격기준을 갖춘 사례관리자를 통한 사례관리는 인력 확보 등이 재정적인 측면에서 쉽지 않기 때문에 사례관리자의 자격을 교육이나 훈련으로 대체하려는 노력들이 지속적으로 있었다. 특히 독일에서는 일차의료기관에서 근무하고 있는 간호조무사들을 단기 양성교육에 의하여 그들에게 사례관리 프로토콜을 제공하면서 사례관리자로 활용하였다. 그러한 경우에도 우울증 치료 및 항우울제 순응도가 높아지는 등의 사례관리 효과가 나타났다(Gensichen 등, 2009). 우리나라의 경우는 진료 여건상 외국처럼 전문 간호사나 심리학자가 사례관리를 맡아서 할 수 있는 상황이 아니다. 그렇기 때문에 지역사회 공공의료 종사자 중에서 사례관리자를 선별한 후 체계적인 교육과 훈련을 통해서 사례관리자의 자격요건을 부여해줄 필요성이 높을 것으로 보인다.

결론

우울증은 노년층에서 비교적 흔하게 관찰되는 질환이지만, 실제로는 임상적으로 진단이 덜되고 치료도 충분히 받지 못하고 있는 상황이다. 최근 급증하는 노인 인구의 자살률을 고려할 때 지역사회에서 간단한 선별검사를 통해 우울증을 발견한 후 정확한 진단 및 적절한

노인 우울증 치료적 순응도를 높이기 위한 전략

치료를 받을 수 있도록 제공해주는 것이 매우 중요하다. 여러 가지 신체증상을 호소하지만 검사를 통해서 질환이 발견되지 않는 경우에는 우울증을 의심해 보고 정확한 진단을 위한 노력이 필요할 것이다. 최근에 사용되고 있는 항우울제는 우울증 치료에 있어서 매우 효과적이고, 비교적 부작용이 적으며, 또 약물상호작용면에서도 우수하기 때문에 우울증 치료에 있어서 치료적 순응도가 매우 중요한 요소이다. 항우울제의 치료적 순응도를 높이기 위한 사례관리 중재 프로그램은 수많은 연구들로부터 효과적인 것이라고 나타나서 널리 사용되고 있다. 그리고 사례관리 중재 프로그램을 국내에 적용해 보았을 때도 기존 연구결과에서와 같이 우울증 치료에 효과가 있는 것으로 나타났기 때문에 이러한 중재에 대한 보급을 확산시키는 것은 고령화 사회에서 계속 증가하고 있는 노인 우울증 환자를 관리하는데 큰 도움이 될 것이다.

참고문헌

- 오미성 (2012). 노인 자살과 우울증 및 영적 간호. *한국노년학연구*, 21, 93-115.
- 조맹제 (2007). 2006년도 정신질환실태 역학조사. 보건복지부 연구용역 사업보고서.
- 통계청 (2012). *장래인구추계: 2010년-2060년*.
- Cho, M., Nam, J., & Suh G. (1998) Prevalence of symptoms of depression in a nationwide sample of Korean adults. *Psychiatry Research*, 81, 341-352.
- Bower, P., Gilbody, S., Richards, D., Fletcher, J., & Sutton, A. (2006). Collaborative care for depression in primary care. Making sense of a complex intervention: Systematic review and meta-regression. *British Journal of Psychiatry*, 189, 484-493.
- Brody, D., Lerman, C., Wolfson, H., & Caputo, G. (1990). Improvement in physicians' counseling of patients with mental

- health problems. *Archives of Internal Medicine*, 150, 993-998.
- Bruce, M., Ten Have, T., Reynolds, C., Katz, I., Schulberg, H., Mulsant, B., McAvay, G., Pearson, J., & Alexopoulos, G. (2004). Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 291, 1081-1091.
- Gallo, J., Bogner, H., Morales, K., Post, E., Lin, J., & Bruce, M. (2007). The effect of a primary care practice-based depression intervention on mortality in older adults. *Annals of Internal Medicine*, 146, 689-698.
- Gensichen, J., von Korff, M., Muth, C., Beyer, M., G  thlin, C., Torge, M., Petersen, J., Roseman, T., König, J., & Gerlach, F. (2009). Case management for depression by health care assistants in small primary care practice: A cluster randomized trial. *Annals of Internal Medicine*, 151, 369-378.
- Gilbody, S., House, A., & Sheldon, T. (2005). *Screening and case finding instruments for depression (Review)*. The Cochrane Library (Published online: 19 Oct 2005). doi: [10.1002/14651858.CD002792.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD002792.pub2).
- Hooper, E., Kessler, L., Nycz, G., Burke, J., & Pierce, W. (1984). The usefulness of screening for mental illness. *Lancet*, 323 (8367), 33-35.
- Jarjoura, D., Polen, A., Baum, E., Kropp, D., Hetrick, S., & Rutecki, G. (2004). Effectiveness of screening and treatment for depression in ambulatory indigent patients. *Journal of General Internal Medicine*, 19, 78-84.
- Jeong, H., Yim, H., Jo, S., Nam, B., Kwon, S., Choi, J., & Yang, S. (2013). The effects of care management on depression treatment in a psychiatric clinic: A randomized controlled trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28, 1023-1030.

- Katon, W., & Unützer, J. (2006). Collaborative care models for depression: Time to move from evidence to practice. *Archives of Internal Medicine*, 166, 2304-2306.
- Malone, D., & Lartey, P. (2004). Depression and suicide: Recognition and early intervention. In R. Lang & D. Hensrud (eds.), *Clinical Preventive Medicine* (2nd ed.). Chicago, USA: American Medical Association Press.
- Melfi, C., Chawla, A., Croghan, T., Hanna, M., Kennedy, S., & Sredl, K. (1998). The effects of adherence to antidepressant treatment guidelines on relapse and recurrence of depression. *Archives of General Psychiatry*, 55, 1128-1132.
- Nimalasuriya, K., Compton, M., & Guillory, V. (2009). Screening adults for depression in primary care: A position statement of the American college of preventive medicine. *Journal of Family Practice*, 58, 535-538.
- O'Connor, E., Whitlock, E., Beil, T., & Gaynes, B. (2009). Screening for depression in adult patients in primary care settings: A systematic evidence review. *Annals of Internal Medicine*, 151, 793-803.
- Rost, K., Nutting, P., Smith, J., Werner, J., & Duan, N. (2001). Improving depression outcomes in community primary care practice. *Journal of General Internal Medicine*, 16, 143-149.
- Rucker, L., Frye, E., & Cygan, R. (1986). Feasibility and usefulness of depression screening in medical outpatients. *Archives of Internal Medicine*, 146, 729-731.
- Shapiro, S., German, P., Skinner, E., von Korff, M., Turner, R., Klein, L. et al. (1987). An experiment to change detection and management of mental morbidity in primary care. *Medical Care*, 25, 327-339.
- Simon, G., & von Korff, M. (1995). Recognition, management, and outcomes of depression in primary care. *Archives of Family*

-
- Medicine*, 4, 99-105.
- Solomon, D., Keller, M., Leon, A., Mueller, T., Lavori, P., Shea, M., Coryell, W., Warshaw, M., Turvey, C., Maser, J., & Endicott, J. (2000). Multiple recurrences of major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 157, 229-233.
- Suh, G., Kim, J., Yeon, B., Park, S., Yoo, K., Yang, B., Kim, Y., & Cho, M. (2000). Prevalence and risk factors of dementia and depression in the elderly. *Journal of the Korean Neuropsychiatric Association*, 39, 809-824.
- Unützer, J., Katon, W., Fan, M., et al. (2008). Long-term cost effects of collaborative care for late-life depression. *American Journal of Managed Care*, 14, 95-100.
- Unützer, J., Katon, W., Williams, J. W., Jr., Callahan, C. M., Harpole, L., Hunkeler, E. et al. (2001). Improving primary care for depression in late life: The design of a multicenter randomized trial. *Medical Care*, 39, 785-799.
- Unützer, J., Tang, L., Oishi, S., Katon, W., Williams, J. Jr., Hunkeler, E. et al. (2006). Reducing suicidal ideation in depressed older primary care patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54, 1550-1556.
- Wells, K., Sherbourne, C., Schoenbaum, M., Duan, N., Meredith, L., Unützer, J., Miranda, J., Caney, M., Rubenstein, L. (2000). Impact of disseminating quality improvement programs for depression in managed primary care: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 283, 212-220.
- Williams, J., Gerrity, M., Holsinger, T., Dobscha, S., Gaynes, B., & Districh, A. (2007). Systematic review of multifaceted interventions to improve depression care. *Gen Hosp Psychiatry*, 29, 91-116.

**Strategies to increase treatment adherence
in elderly depression**

Hyunsuk Jeong · Hyeon-Woo Yim · Sun-Jin Jo

Clinical Research Center for Depression

Department of Preventive Medicine

The Catholic University of Korea College of Medicine

Seoul, Korea 137-701

Depression screening is an effective way of identifying missed elderly depression cases and initiating appropriate treatment. However, the evidence-supporting screening alone did not lead to effective treatment and improvement in depression. Depression care management intervention has proven to be effective in enhancing treatment adherence and depression outcomes in patients with later life depression. The intervention was originally developed in the U S, and has recently been tested in many countries in Western, European, and Asia-pacific regions. A recent study in Korea found that care management not only contributed to reducing depressive symptoms in geriatric patients suffering from depression, but also increased the treatment adherence rate, which in turn increased the remission rate. Care management was an effective strategy for elderly depression management. Through disseminating such an intervention program nationwide, elderly depression, which has been emerging as a serious challenge in aged society, may be effectively managed.

(논문접수일: 2013년 10월 15일)

(수정논문접수일: 2013년 11월 18일)

(논문게재승인일: 2013년 11월 29일)