

병원급에서의 우울증 평가도구 활용

가톨릭의대 성빈센트병원 가정의학과 김세홍

2025.3.30

우울증 내과 환자 극단 선택 못막은 병원 '5천만원 배상'

"휴일 정신과 협진 어려웠다" 주장했지만 기각...법원 "적절한 조치 없었다"

뉴스일자: 2022년03월05일 05시52분

[데일리메디 박정연 기자] 소화불량 증상을 호소하며 대학병원 소화기내과를 찾은 환자의 극단적 선택을 막지 못한 의료진에게 법원이 손해배상을 판결했다.

환자의 우울증 병력이 있었음에도 이를 간과하고 적절한 예방 조치를 취하지 않았다는 판단이다.

4일 법조계에 따르면 서울중앙지방법원 18민사부(재판장 이원신)는某대학병원에서 입원치료를 받던 중, 병실에서 이탈해 약물과다복용으로 극단적 사망한 A씨 유가족이 병원 측을 상대로 낸 손해배상 청구 소송에서 피고에게 총 5000만원을 배상하라고 판결했다.

2017년 A씨는 소화불량을 호소하며 이 사건 병원 소화기내과에 내원했다. 진료 결과 A씨는 갑상선기능검사에서 갑상선기능 항진 소견이 관찰됐다. 이후 A씨는 같은 병원 내분비내과에 내원해 약물치료를 받았다.

이후 소화불량으로 한차례 더 응급실에 실려왔던 A씨는 약 한 달 뒤, 기면과 어지러움을 느끼고 재차 내원했다.

의료진은 A씨를 진찰한 다음 신경과 병동으로 입원 조치했다. 이 과정에서 의료진은 A씨가 8년 전부터 신경안정제를 복용해 왔다는 사실을 확인했다.

사실 A씨의 계속된 내원 원인은 다량의 신경안정제를 복용하는 방법으로 극단적 선택 시도를 했기 때문이었는데, 이따까지만 해도 의료진은 이같은 사실을 알지 못했다.

의료진은 이어 치료계획의 일환으로 그가 복용하던 항우울제 **플루옥세틴** 복용 중단을 결정했다. 이 밖에 A씨 보호자에게 24시간 상주할 필요성을 주지시켰다. A씨는 입원 기간 동안 소화불량으로 소화기내과 의료진 진료를 받았다.

입원치료 중 의료진은 A씨가 입원한 원인이 극단적 선택을 시도하면서란 사실을 알게 됐다.

그런데 A씨가 입원하고 약 일주일 뒤, 그는 돌연 이 사건 병원을 이탈했다. 그리고 예전부터 정신과 질환 약제를 처방받아왔던 의원에서 30일분의 항우울제, 항불안제,항정신용제를 처방받았다.

그가 처방을 받은 지 약 4시간 뒤, A씨는 시내 한 모텔에서 의식이 없는 상태로 발견됐다. 당시 A씨는 처방받은 약제 40알 정도를 한꺼번에 복용한 상태였다.

이후 A씨는 인근 병원으로 옮겨져 치료를 받았으나 사흘 뒤 약물중독으로 인한 횡문근융해증으로 사망했다.

이에 A씨 유가족 측은 병원을 상대로 손해배상 청구 소송을 제기했다.

병원 의료진이 A씨가 우울·불안 증상으로 치료 중이란 사실을 알고 있었음에도 충분한 조치를 하지 않았단 것이다.

치료 계획을 수립하는 과정에서 정신질환 관련성을 염두에 두지 않고 항우울제를 중단하고, 또 병실을 이탈하도록 방치한 보호의무 소홀 책임이 있다는 주장이다.

재판부는 이같은 주장을 일부 받아들였다.

먼저 항우울제를 중단한 것에 대해선 의학적으로 합리적인 판단이었다고 봤다.

재판부는 "소화불량을 비롯해 기면, 어지럼증과 같은 여러 증상의 원인을 '항우울제인 플루옥세틴을 포함한 여러 약제의 동시 복용 등에 따른 약물 부작용 또는 상호작용'으로 보고 복용 중단을 결정한 것은 당시로서는 합리적인 판단으로 볼 수 있다"고 판시했다.

그러나 입원한 A씨에 대한 적절한 보호조치가 이뤄지지 않는다고 판단했다.

재판부는 "의료진은 A씨 입원 치료 중 극단적 시도 사실을 인지하게 됐으므로, 구체적인 조치를 취했어야 한다"라고 지적했다.

이에 피고 측은 "당시 A씨의 정신병동 입원을 위해선 정신과 협진이 필수적이었는데, 극단적 선택 시도 사실을 알게 된 직후 휴일이 끼어 정신과 협진이 사실상 불가능한 상황이었다"란 취지로 항변했다.

하지만 재판부는 **"기존에 복용해 왔던 항우울제 복용 재개나 관찰 강화 등"** 쉽게 실행할 수 있는 임시방편 성격의 조치마저 시행하지 않은 것은 납득하기 어렵다"며 병원에 손해배상 의무가 있다고 판시했다.

다만 A씨의 치료 전력 및 전반적 건강 상태, 입원 경위와 전후 사정 등 여러 사정을 종합해 병원 측 손해배상책임을 30%로 제한했다.

간호사에게 우울증환자에 대한 특별한 주의를 주지 않아 검사를 받고 오던 환자가 자살하는 일이 발생했다면 병원이 배상을 해야한다는 판결이 나왔다.

서울지법 민사27부(재판장 黃盛載 부장판사)는 17일 병원에서 자살한 이씨의 유족들이 S생명 공익재단을 상대로 낸 손해배상청구소송(98가합28645)에서 병원이 3천2백여만원을 지급해야 한다고 판결했다.

재판부는 판결문에서 "망인은 주식투자로 손해를 많이 본 후 우울증, 불면증에 시달렸고 최근에 자살하려는 생각을 가진 적이 있으며 여행 중 갑자기 실신, 병원응급실에 후송된 점을 비추어 볼 때 주의를 소홀히 한 책임이 있는 의사들의 사용자인 병원은 이씨의 사망으로 인한 손해를 배상할 책임이 있다"고 말했다. 재판부는 그러나 이씨가 의사능력과 책임능력이 완전히 상실됐다고 보기 힘든 상태에서 간호보조사를 밀치고 2층 난간에서 뛰어 내린 것은 손해발생의 40%정도 책임이 있다고 덧붙였다.

"비만약 먹고 우울증"...환자 Vs 의약사 소송 결과는?

김지은 기자 2019-01-05 06:33:42

법원 "약과 증상 사이 인과관계 부족"...환자 손해청구 기각

“과도한 업무 스트레스로 자살한 전공의, 병원이 손해 배상해야”

청년의사

최광석 기자 | 승인 2017.06.15 06:00

법원, 전공의 A씨 유족이 청구한 손해배상 인정...5억8827만원 배상 주문

MEDI:GATE NEWS

우울증환자를 '적극' 치료 안한 과실

지켜보기로 한 날 자살기도, 병원 1억 배상

기사입력시간 2016-06-16 13:04

최종업데이트 2016-06-16 19:48

정신과 치료받다 약물 과다복용으로 사망한 환자…유가족, 의사에게 손해배상 청구 결과는?

법원, 의료진의 진료 및 처방에서 과실 발견 안돼…지도설명 의무위반도 "의사의 의료행위 결과 아니기에 관계 없어"

24.01.26 17:46 | 최종 업데이트 24.01.26 17:46

[메디게이트뉴스 조운 기자] 우울증 등 정신질환으로 치료 중이던 환자가 병원에서 처방받은 약물을 과다 복용해 사망한 사건에서 그 유가족들이 의사를 상대로 손해배상 청구를 제기했다.

유가족은 의사가 자살위험이 있는 환자에게 약물을 과다처방했고, 환자에게 본인의 상태 및 약물 과다 복용 시 사망위험 등에 대한 지도 설명을 하지 않았으며 4억원을 배상하라고 주장했다.

최근 서울북부지방법원은 2021년부터 시작된 장기간의 소송을 마무리하고 원고 측이 A 정신건강의학과 전문의에게 제기한 약 4억원의 손해배상 청구를 모두 기각하며 의사의 손을 들어줬다.

장기간 우울증, 공황장애 앓던 환자, 약물과다복용으로 사망…유족은 의사에 책임 물어

고인이 된 환자 B씨는 2006년 3월부터 2020년 2월까지 우울증, 불안장애, 불면증 등으로 두 개의 정신과 의원을 다니며 정신과 진료를 받아 왔다.

B씨는 2020년 2월경 A씨가 운영하는 정신건강의학과 의원로 옮겨 지속적으로 병원 소속 의사들로부터 진료를 받았다. 당시 의료진은 B씨에게 우울평가, 사회공포증척도, 불안민감척도 등 검사를 진행했는데, 이를 통해 B씨는 공황장애, 중증도 우울에피소드, 비기질성 불면증으로 진단됐다.

B씨는 지속적으로 A씨 의원을 내원해 A씨로부터 진료를 받았고, 항우울제, 항불안제, 수면제, 공황장애치료제 등을 처방받았다.

그러던 2020년 8월 17일, B씨가 약물(우울증약, 공황장애약, 대인기피증약, 수면제) 30봉 가량을 술과 함께 복용하는 방식으로 자살을 시도하면서 A씨가 응급실에 실려 가는 사건이 발생했다.

B씨는 이후에도 A씨에게 진료를 받았는데, 2021년 2월 23일 A씨가 진료를 받으면서 ‘마을버스에 약 봉투를 놓고 내렸다’고 말했고, 이에 A씨가 14일분 약을 다시 처방해준 일이 있었다.

약을 재처방받은 날인 2월 23일 20시경 B씨는 거실에서 잠을 자다가 호흡곤란 증상을 보였고, 20시 21분경 심정지가 발생해 119구급대를 불렀다. A씨는 구급대로부터 심폐소생술을 받으며 20시 46분경 병원 응급실에 도착했으나 21시 16분경 쿠에티아핀, 에스시탈로프람, 플루옥세틴 등 약물에 의한 중독으로 사망했다.

B씨의 유족인 원고들은 A씨가 자살위험평가나 보호병동 입원치료를 적극적으로 권유하는 등 자살 방지를 위한 적절한 조치를 취하지 않았고, 자살시도 전력이 있는 A씨가 약물을 과다 복용해 자살시도를 할 수 있다는 점을 충분히 예견할 수 있었음에도 A씨에게 약물을 과다 처방한 과실이 있다고 주장했다.

또 원고들은 A씨가 B씨와 그 배우자에게 약물부작용으로 인한 사망위험을 설명하고 그에 대처할 수 있도록 요양방법을 지도설명했어야 하나 이를 이행하지 않았다고도 반발했다.

법원, 의사 약물 과다 처방한 사실 없고 자살위험 방지 위해 노력한 점 인정

하지만 재판부는 진료기록감정촉탁결과 정신건강의학과 전문의인 A씨가 B씨에 대한 진료를 함에 있어 자살위험평가 등 자살 방지를 위한 적절한 조치를 취하지 않았거나 약물을 과다 처방한 과실이 있다고 인정할 증거가 없다며 이 주장을 받아들이지 않았다. 실제로 A씨 의원은 B씨가 **처음 내원한 2020년 2월 17일, B씨에게 우울평가, 사회공포증척도, 불안민감척도, 특성불안검사, 문장완성검사 등을 실시한 기록이 있다. 그 외에도 2020년 3월 10일에는 해밀튼 우울검사를. 2020년 12월 17일과 2021년 1월 28일, 2021년 2월 19일 네 차례에 걸쳐 백 우울 병가(BDI), 상태특성불안검사(STAI)를 추가적으로 실시했다.** 이에 따라 의료진은 B씨를 공황장애, 중증도 우울에피소드, 비기질성 불면증으로 진단하고 B씨에게 정신건강의학과적 면담, 항우울제 등 약제 치료를 시행했다. 또 매 진료시마다 B씨가 치료중인 질환이 만성질환이라는 점과 지속적인 치료 및 규칙적인 약물 복용 없이는 재발 및 증상의 악화가 가능함을 설명하고 음주하지 않도록 교육했던 것으로 나타났다. 특히 재판부는 A씨가 B씨의 자살시도 경험에 대한 이야기를 들었을 당시 일반 진료 시간의 40분을 초과하는 정신치료를 시행하는 등 B씨의 자살위험을 평가하고 이를 방지하기 위해 장시간의 면담을 했던 것도 인정했다. 이와 함께 재판부는 A씨가 B씨에게 약물을 과다 처방했다고 보기도 어렵다고 봤다. 실제로 이 사건 진료기록감정 의견은 "망인(B씨)에 대한 처방은 중등도 우울증 에피소드 환자에게 통상적으로 처방되는 약물로 처방하지 않았을 때 증상 악화의 위험을 생각한다면 적절한 처방"이라는 의견을 제시했다. 물론 2021년 2월 23일 A씨가 마을버스에 약을 두고 내렸다고 해 약을 14일분 추가 처방한 사실은 있지만, 이 역시 투약이 중단될 경우 불면증 및 기분 저하 등이 악화될 수 있기에 이러한 처방 결정은 타당하다고 보인다. 구체적으로 A씨는 추가 처방 당시, **기존 처방에서 중추신경을 억제하는 신경안정제 계열인 리보트릴, 알프라ם, 디아제팜, 로라반과 수면제인 스틸녹스를 제외하고 푸로작, 렉사프로, 쿠에타핀, 인데놀만 처방**했다. 이는 과다 복용시에도 중추신경억제와 같은 문제를 일으키지 않아 과다 복용이 우려되지만 증상이 악화되지 않도록 약물을 처방해야 할 상황에서 의료진의 조치는 적절한 것으로 판단됐다. 재판부는 의료진의 지도설명 의무 위반 여부도 가렸다. 재판부는 "지도설명 의무는 의사의 수술 등 의료행위의 결과로 후유 질환이 발생하거나 그 후 요양과정에서 후유 질환이 발생할 가능성이 있을 때 이를 설명하는 것을 의미한다"며 "B씨의 자살이 A씨의 의료행위 결과이거나 그 후 요양과정에서 생긴 후유 질환으로 볼 수 없어 지도설명 의무 위반이 문제될 여지가 없다"고 선을 그었다. 재판부는 만약 관련이 있다 하더라도 "A씨가 매 진료시마다 B씨가 치료 중인 질환이 만성질환이라는 점과 지속적인 치료 및 규칙적인 약물 복용 없이는 재발 및 증상 악화 가능성을 설명했고, 음주하지 않도록 교육했음으로 A씨가 B씨에게 충분한 복약지도를 하지 않았다고도 볼 수 없다"고 밝혔다. 결국 재판부는 A씨 유족이 손해배상을 청구할 이유가 없다며 해당 **청구를 모두 기각했다.**

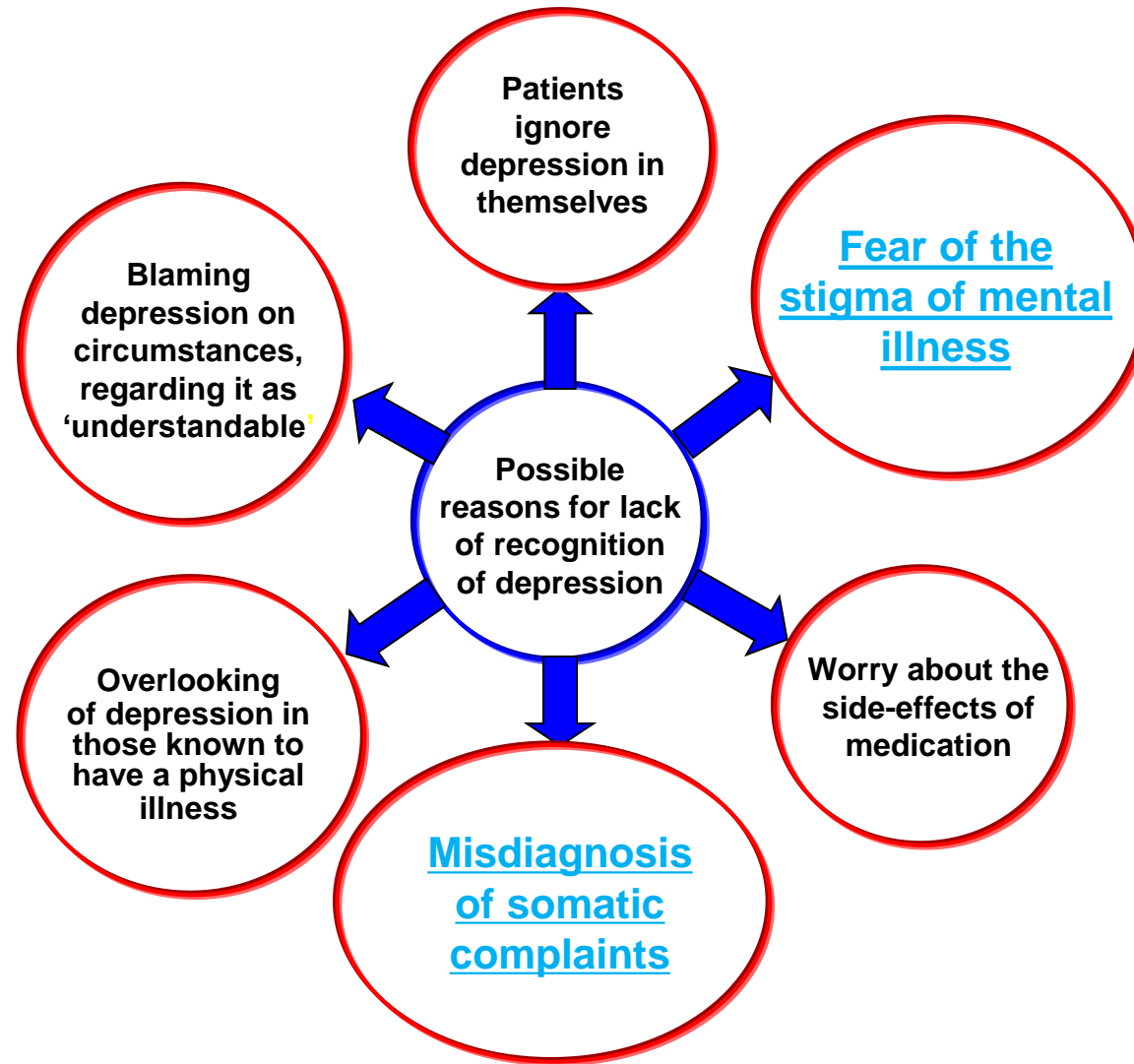
우울증 환자 100만명 시대

- 2022년 100만744명으로 처음으로 100만명을 넘어서면서 2018년과 비교해서 32.9% 증가
- 주요우울장애와 기분부전장애를 포함한 우울증 평생 유병률이 남성 5.7%, **여성 9.8%**, 전체 7.7% (2021년 보건복지부 정신건강실태조사)
- COVID-19 팬데믹 이전에 비해 우울증 2배로 증가, 우울증상군은 7배까지 증가 (한국 트라우마 스트레스 학회)



우울증 치료의 임상 목표

- 적극적 조기 치료
- DUI (Duration of Untreated Illness)를 감소시키면 치료 반응률과 관해율이 높음
- 초기 호전이 매우 중요
 - 치료시작 2주 이내에 치료반응을 보이면 오랫동안 치료호전이 유지
 - 치료반응이 없는 환자의 자살사고는 약 4배 가량 높음
- 완전한 관해가 치료의 목적
 - 잔류 증상이 있는 경우 76%가 재발하고, 없는 경우 25%가 재발



국내 우울증 진료의 제한점

Stigma of Depression

- ◇ 정신과 진료기록, 다른 사람이 열람할 수 있나요?
- ◇ 정신과 약물, 한번 먹으면 못 끊는다 던데 괜찮나요?
- ◇ 우울하긴 한데, 병원 가야 할 정도일까요?
- 우울증이라는 낙인
 - ✓ 환자가 치료를 받는 것을 방해
 - ✓ 치료를 중단하게 함
 - ✓ 환자의 삶의 질과 병의 예후에 부정적 영향
 - ✓ 취업, 승진, 입학, **"보험 가입"**

Clinical features of mood disorders

– Somatization

- Term used for physical symptoms to express emotional distress
- Major reason for misdiagnosis of mental illness by medical and psychological participations
- Most patients with diffuse unexplained somatic symptoms in primary care settings either have a treatable psychiatric illness

Many faces of Depression among cultures



Characteristic traits of Korean Depression

Hwa-byung ;

- Culture-bound syndrome in Korea
- DSM-IV; 1984- included
- Symptom ; Panic, sense of epigastric mass, dyspnea, dysphoria, aches and pain, indigestion-attributed by suppression of anger
- Kim JW, Lee MS et al (2004) ; Diagnostic criteria for Hwa-byung

Somatization tendency of Korean depressed patients have been changed

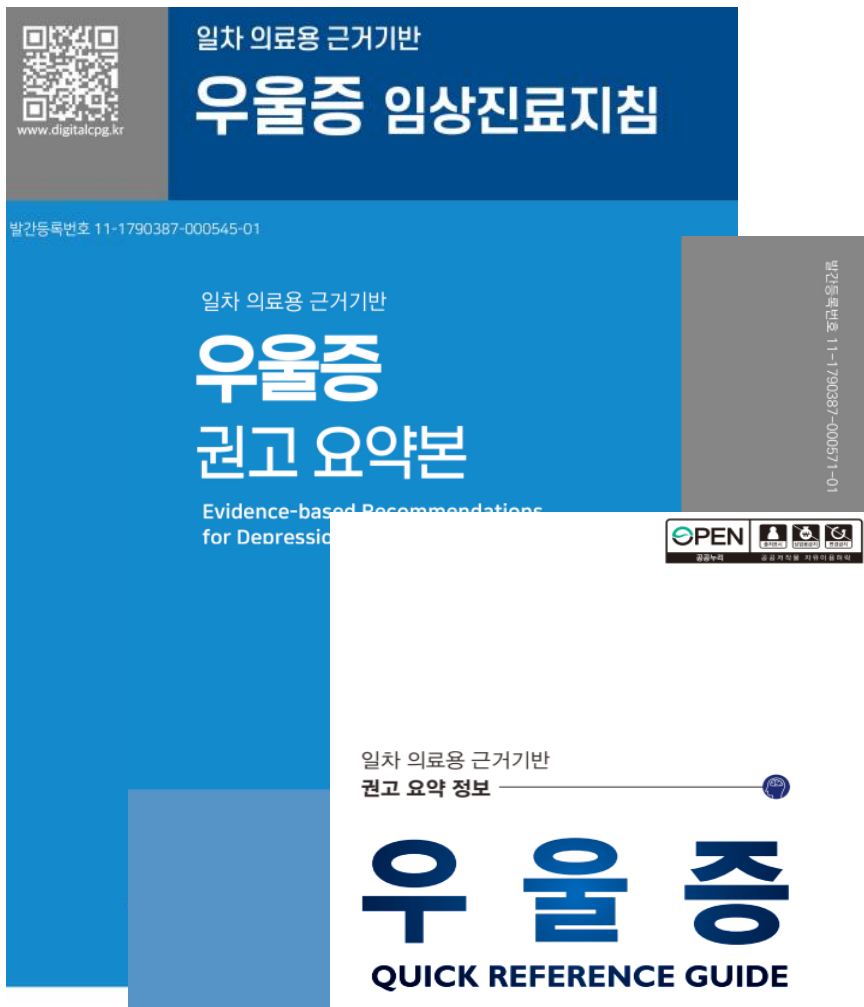
- Suh KW(1968) ; Somatic Symptom(ex. **Gastrointestinal**) > psychological Symptom(ex. Guilty)
- Jung HS(1977) : The Korean depressives were characterized by hypochondriasis and somatic symptoms (i.e. gastrointestinal)
- Lee MS et al (2005) : **Neurologic symptom**(ex. Headache) ↑ but gastrointestinal symptom ↓ in Korean with major depressive disorder

진료지침의 필요성

- 한국인 우울증의 특징 – 신체증상
- 신체증상을 주로 호소하는 한국 우울증 환자의 경향은
필연적으로 환자들이 내과, 가정의학과 등 비정신과 영역의
일차진료의를 먼저 찾게 만든다.



비정신과영역의 임상인들의 진료여건에 적합하며
그들의 임상적 판단에 구체적인 근거를 제공해 진료에
실질적 도움을 줄 수 있는 진료지침의 필요성



임상진료지침
환자용
의사용
의사용 가이드라인
환자용 요약정보
일반인용 예방관리수칙

Home > 임상진료지침 > 만성질환 가이드라인 > 우울증

의사용 가이드라인 환자용 요약정보 일반인용 예방관리수칙

의사용
QRG
Quick Reference Guide
다운로드 2285

일차 의료용 우울증 Quick Reference Guide
핵심 권고 및 진료흐름도(알고리즘)을 포함하고 있는 요약본
발행 : 2022년 4월

의사용
가이드라인
Full Guideline
다운로드 2132

일차 의료용 우울증 임상진료지침
일차 진료 개원의들이 진료현장에서 우울증 환자진료 및 의사결정에 도움을 줄 수 있는 근거기반 권고와 관련 정보 제시
발행 : 2022년 2월

의사용
권고 요약본
Recommendations
다운로드 4652

일차 의료용 우울증 권고 요약본
영역별로 근거와 연계된 권고사항을 글상자에 요약하였고, 진료시 고려할 점 혹은 특수상황에서의 권고사용법이 제시
발행 : 2021년 2월

의사용
practical tip
다운로드 696

우울증 Practical tip
일차 의료 현장에서 진료 시 필요한정보(치료 약물, 부작용, 약제 합당 등) 요약 리플릿
발행 : 2023년 2월

Pharmacotherapy Today

2022 우울증 임상진료지침

저자 이향란

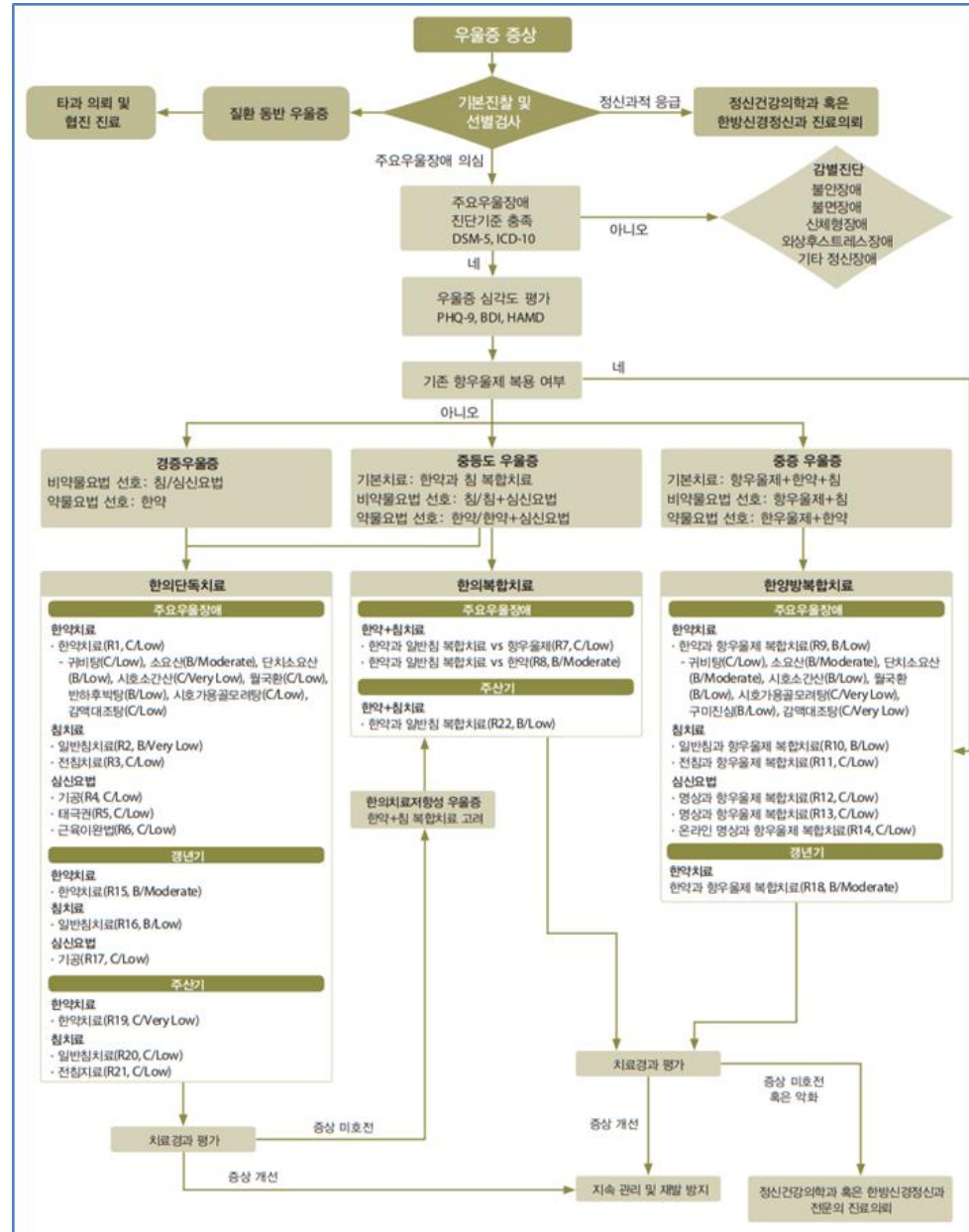
대한약사회 소통이사

약학정보원 학술자문위원

개요

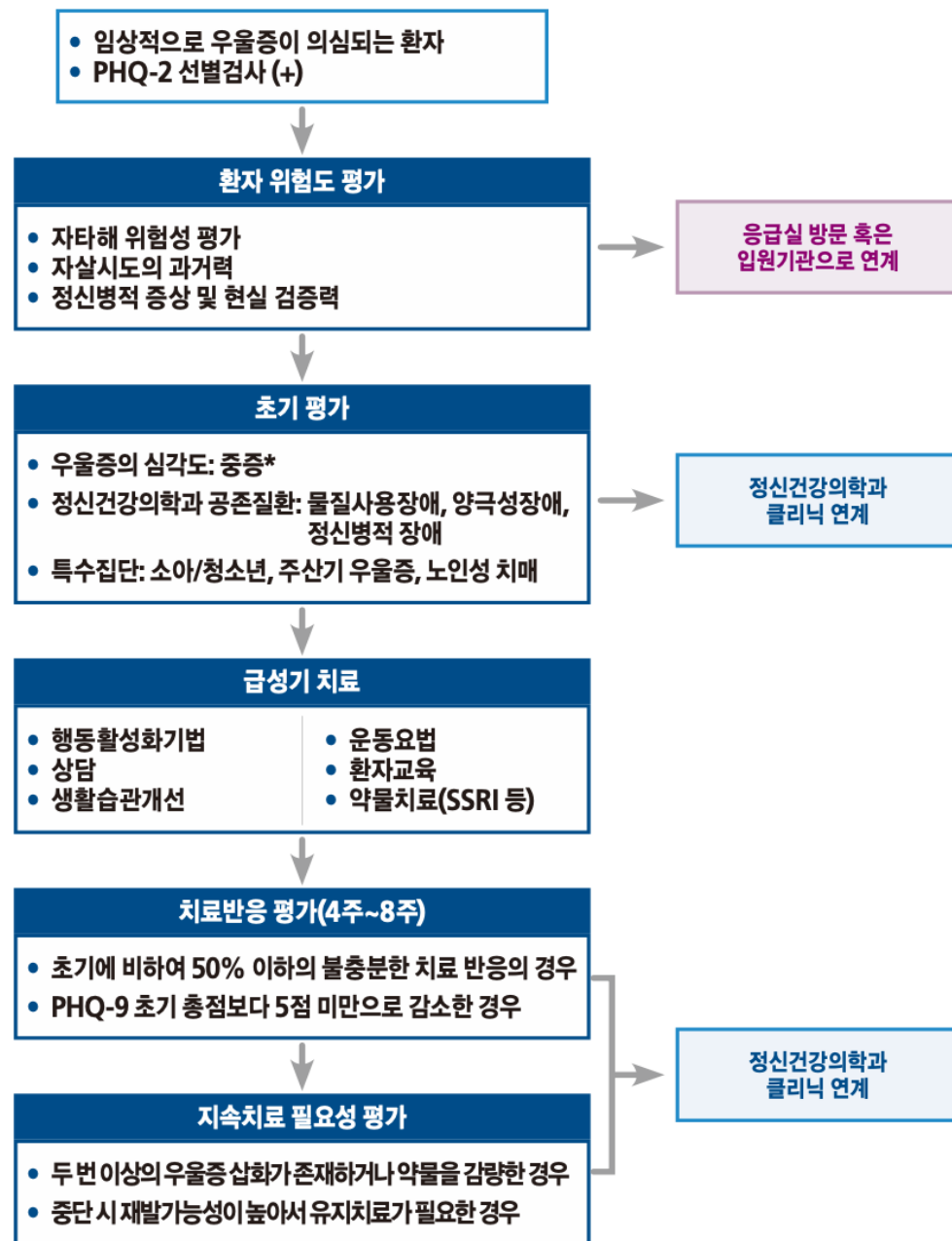
우울증은 국민 건강을 해치는 흔한 질환으로 적절한 치료를 받지 않으면 만성적인 경과를 보이고 상당수의 환자가 자살에 이를 수 있는 심각한 질환이다.

본 우울증 임상진료지침은 대한의사회와 질병청의 2022 우울증 임상진료지침을 기반으로, 우울증의 발생원인 및 위험인자, 우울증 선별과 진단, 우울증 치료 비약물요법과 약물요법, 그리고 특수상황의 우울증으로 치료저항성 우울증, 노인 우울증, 임신부우울증, 소아/청소년 우울증에 대해 다루도록 하겠다. 더불어 항우울제 선택과 주의가 필요한 약제 등 약물 정보 역시 표로 첨부해두었다.



진료의뢰 기준

- 중증: PHQ-9 선별검사 점수가 20점 이상이거나 DSM-5 진단기준 9가지 중 7가지 이상을 만족하고 직업적·사회적 기능저하가 현저한 경우



우울증 선별과 진단

권고 내용	권고등급	근거수준	권고도출 자료원
• 현재 우울증 치료를 받지 않는 성인을 대상으로 우울증에 대한 정기적인 선별검사를 권고한다. ^{a)}	I	A	7-24
• 주요우울장애 진단 시 DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) 기준에 따른 진단을 권고한다. ^{b)}	I	Guideline	25
• 우울증 환자에서 기능상태, 병력, 과거 치료력, 가족력 등을 포함한 평가를 권고한다. ^{c)}	I	A	7, 26-28

- 정기적인 우울증 선별검사 : **PHQ-2 (Patient Health Questionnaire, PHQ)**
- PHQ-2에서 양성이거나 만성질환 환자의 경우에는 **PHQ-9**을 고려
- 선별검사가 임상적 면담이나 진료를 대체하는 것은 아님
- 현재 병력과 더불어 과거 우울삽화의 횟수나 최근 스트레스요인과 증상의 심각도, **자살경향성**, 정신과적 동반질환 등을 함께 평가
- 치매나 섬망, 갑상선기능저하 등과 신체질환 그리고 음주, 스테로이드나 신경안정제와 같은 약물복용 이력 등 우울증을 유발하는 요인들에 대해 평가
- 우울증상의 심각도를 평가하기 위해 PHQ-9을 이용할 수 있음

지침의 근거

- 한국판 PHQ—9의 경우 기존 우울증 평가도구 보다 문항수가 적고 작성시간이 적게 걸려 일차 진료과정에서도 적용하기 용이
- PHQ-9은 일차 진료현장에서 우울증을 발견하고 모니터링하기 위한 도구로서 검증됨
- **선별검사를 통해 우울증상을 진단을 하는 것이 아니라, 임상 의사가 우울감 혹은 흥미나 즐거움의 상실 중 한 가지 이상의 증상을 확인하고 **DSM-5의 진단기준에 따라 주요우울장애의 여부를 진단****
- 우울증의 유무 외에도 질병의 치료와 경과에 영향을 줄 수 있는 다양한 임상적인 특성들을 평가

Patient Health Qustionnaire-2

문항		전혀 방해 받지 않았다	며칠 동안 방해 받았다	7일 이상 방해 받았다	거의 매일 방해 받았다
1)	지난 한달 동안 당신은 자주 기분이 처지거나 우울하거나 희망이 없다는 느낌으로 고민하고 있습니까?	0	1	2	3
2)	지난 한달 동안 당신은 자주 일상적인 활동에 흥미나 즐거움의 감소 때문에 고민하고 있습니까?	0	1	2	3

PHQ-2 점수 해석		
PHQ-2 점수	주요우울장애 확률(%)	기타 우울장애 확률(%)
1	15.4	36.9
2	21.1	48.3
3	38.4	75.0
4	45.5	81.2
5	56.4	84.6
6	78.6	92.9

표 3. PHQ-9 설문지²

지난 2주 동안, 얼마나 자주 다음과 같은 문제들로 곤란을 겪으셨습니까?					
지난 2주일 동안 당신은 다음의 문제들로 인해서 얼마나 자주 방해를 받았는지 해당번호에 표시(✓)해 주세요.					
문항		전혀 방해 받지 않았다	며칠 동안 방해 받았다	7일 이상 방해 받았다	거의 매일 방해 받았다
1)	일 또는 여가 활동을 하는데 흥미나 즐거움을 느끼지 못함	0	1	2	3
2)	기분이 가라앉거나, 우울하거나, 희망이 없음	0	1	2	3
3)	잠이 들거나 계속 잠을 자는 것이 어려움, 또는 잠을 너무 많이 잠	0	1	2	3
4)	피곤하다고 느끼거나 기운이 거의 없음	0	1	2	3
5)	입맛이 없거나 과식을 함	0	1	2	3
6)	자신을 부정적으로 봄, 혹은 자신이 실패자라고 느끼거나 자신 또는 가족을 실망시킴	0	1	2	3
7)	신문을 읽거나 텔레비전 보는 것과 같은 일에 집중하는 것이 어려움	0	1	2	3
8)	다른 사람들이 주목할 정도로 너무 느리게 움직이거나 말을 함, 또는 반대로 평상시보다 많이 움직여서 너무 안절부절 못하거나 들떠 있음	0	1	2	3
9)	자신이 죽는 것이 더 낫다고 생각하거나 어떤 식으로든 자신을 해칠 것이라고 생각함	0	1	2	3
총점					
PHQ-9 결과					
총점		우울증 심각도			
10-14		경도			
15-19		중등도			
20 이상		심각도			

Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)

Total Score	Depression Severity
1-4	Minimal depression
5-9	Mild depression
10-14	Moderate depression
15-19	Moderately severe depression
20-27	Severe depression

한글판 우울증 선별도구(Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9)의 신뢰도와 타당도

울산대학교 의과대학 서울아산병원 정신과학교실

박승진 · 최혜라 · 최지혜 · 김건우 · 홍진표

Correlations of the total scores of each scale with the total score of the PHQ-9

Scales	PHQ-9	HDRS	QIDS	CES-D
PHQ-9	1			
HDRS	0.70*	1		
QIDS	0.81*	0.78*	1	
CES-D	0.81*	0.72*	0.76*	1

- PHQ-9의 공준타당도를 보면, 관찰자 평가척도인 HDRS 와는 0.70, 자기보고형 척도인 CES-D와 QIDS와는 0.81 의 높은 상관성을 보였다.
- 일반적으로 관찰자 평가척도와 자기보고형 척도는 상관관계가 높지 않다고 알려져 있는데, PHQ-9의 경우 HDRS와의 상관이 다른 자기보고형 척도에 비해 다소 낮음

DSM-5-TR (Text Revised)

A: 증상기준

B: 기능장애

- 이러한 증상들은 사회적, 직업적 또는 다른 중요한 기능 영역에서 임상적으로 현저한 고통이나 손상을 초래해야 함

C: 배제기준

- 증상이 물질(예: 약물 남용, 치료제)이나 다른 의학적 상태로 인한 생리적 효과로 설명되지 않아야 함
- 주요 우울장애의 진단을 위해서는 조증 혹은 경조증 삽화의 이력 이 없어야 한다

DSM V 주요우울장애 진단기준

1번과 2번 중에 하나는 반드시 포함되고, 다섯가지 이상이 동일한 2주 동안에 나타난다

- 1) 거의 하루 종일 **우울한 기분**이 거의 매일 이어지며, 이는 주관적 느낌 (슬픔, 공허감, 아무런 희망이 없음)이나 객관적 관찰소견(자주 눈물을 흘림)으로 확인된다.
- 2) 거의 하루종일 거의 모든 활동에 대한 **흥미나 즐거움 감소된 상태**가 거의 매일 이어짐.
- 3) **체중** 또는 식욕의 심한 감소나 증가
- 4) 거의 매일 반복되는 불면이나 과**수면**
- 5) **정신운동**의 초조(예: 안절부절못함) 또는 지체(예: 생각이나 행동이 평소보다 느려짐)
- 6) 거의 매일 반복되는 **피로감** 또는 활력상실
- 7) 무가치감, 또는 지나치거나 부적절한 죄책감(**자책**)이 거의 매일 지속됨.
- 8) 사고력 또는 **집중력**의 감퇴, 결정을 못 내리는 우유부단함이 심해져 거의 매일 지속됨.
- 9) 죽음에 대한 생각이 되풀이되어 떠오르거나, 특정한 계획이 없는 **자살**사고가 반복되거나, 자살을 시도하거나, 구체적인 자살계획을 세움.

정상적인 우울감과 병적인 우울감

정상적 우울감

- 업무 수행에 문제가 없다
- 1주 이내의 짧은 기간
- 경한 증상
- 동반증상 없음

병적인 우울감

- 하던 일을 수행하는데 지장이 있다
- 2주 이상의 기간
- 심한 증상
- 수면장애, 식욕변화, 신체적 불편감, 불안, 초조, 자신감의 감소, 죄책감, 자살생각

다양한 우울감의 표현

〈그림. 연령에 따른 특이한 우울증상〉

소아청소년	중년	노인
<ul style="list-style-type: none"> • 짜증, 반항 • 등교거부, 성적저하 • 여러 가지 신체증상 • 약물남용 • 청소년 비행 • 고3병 	<ul style="list-style-type: none"> • 건강염려증 • 죄책감, 의심 • 절망감, 공허감 • 건망증 • 빈둥지증후군 • 화병 	<ul style="list-style-type: none"> • 모호한 신체증상 • 불면 • 불안 • 집중력과 기억력 저하 (가성치매)





우울하냐고 물으면 '우울하지 않다'고 부정하는 경우가 많음

우울증 평가도구

- 절반의 질병
- 우울증 평가도구 사용 목적
 - 1) 선별검사용
 - 2) 기분장애의 감별진단
 - 3) 연구목적 - 특정 증상수준이나 정도수준 측정
 - 4) 우울증의 심각도 평가
 - 5) 치료에 대한 반응평가

우울증 평가도구

- 평가자 – 의사, 심리사, 간호사, 환자
- 범주적 평가 vs 차원적 평가
 - 1) 범주형 평가 – 진단을 위한 목적
 - 2) 차원적 평가 – 심각도를 평가
 - ✓ 임상가 평가
 - ✓ 자기보고식

치료경과와 결과 평가 도구

- **임상가 면담 우울증 평가도구** - 해밀턴 우울 평가 척도(Hamilton Depression Rating Scale, HDRS), 몽고메리-아스버그 우울 평가 척도(Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, MADRS)
- **자기보고식 우울증 평가도구** - **Beck Depression Inventory (BDI-II)**, Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), the Nine-Item Patient Health Questionnaire (PHQ-9), Zung Self-Rating Depression Scale (SDS), **Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)**, 기분 및 불안 증상 질문지(Mood and Anxiety Symptom Questionnaire, MASQ), 에딘버러 산후 우울 척도 (Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS), **Geriatric Depression Rating Scale (GDS)**
- 한국 우울증 척도(Korean Depression Scale, 이하 KDS), 신 우울불안 척도(New Anxiety-Depression Scale, 이하 NADS), 한국형 노인 우울 검사(Korean form of Geriatric Depression Scale, KGDS)

2019
정신건강 검진도구
및 사용에 대한
표준지침

2020년
정신건강 검진도구
및 사용에 대한
표준지침

National Center for Mental Health

한국인 정신건강 척도

우울·불안·스트레스

사용자 지침서 통합본

Beck Depression Inventory (BDI)

- Beck 등이 1961년에 개발하였으며 가장 널리 사용되고 있는 선별검사
- 21문항으로 구성되고 문항당 0~3점 평가로 외국은 17점, 우리나라는 21점을 절단점으로 판정한다.

다음의 각 내용은 모두 네 개의 문항으로 되어 있습니다.

잘 읽어 보시고, **지난 일주일 동안**의 자신을 가장 잘 나타낸다고 생각하는 하나의 문항을 선택하여 번호를 ()에 기입하세요

()	1	0) 나는 슬프지 않다. 1) 나는 슬프다. 2) 나는 항상 슬프고 기운을 낼 수 없다. 3) 나는 너무나 슬프고 불행해서 도저히 견딜 수가 없다.
()	2	0) 나는 앞날에 대해서 별로 낙심하지 않는다. 1) 나는 앞날에 대해서 용기가 나지 않는다. 2) 나는 앞날에 대해 기대할 것이 없다고 느낀다. 3) 나는 앞날이 아주 절망적이고 나아질 가망도 없다고 느낀다.
()	3	0) 나는 실패자라고 생각하지 않는다. 1) 나는 다른 사람들보다 더 많이 실패한 것 같다. 2) 내가 살아온 과거를 돌아보면 실패투성이인 것 같다. 3) 나는 인간으로서 완전히 실패자인 것 같다.
()	4	0) 나는 전과 같이 일상생활에서 만족하고 있다. 1) 나의 일상생활은 예전처럼 즐겁지가 않다. 2) 나는 요즘 어떤 것에도 참된 만족을 느끼지 못한다. 3) 나는 모든 것이 다 불만스럽고 지겹다.
()	5	0) 나는 특별히 죄책감을 느끼지 않는다. 1) 나는 죄책감을 느낄 때가 많다. 2) 나는 죄책감을 느낄 때가 아주 많다. 3) 나는 항상 죄책감에 시달리고 있다.
()	6	0) 나는 벌을 받고 있다고 느끼지 않는다. 1) 나는 어쩌면 벌을 받을지도 모른다는 느낌이 든다. 2) 나는 벌을 받을 것 같다. 3) 나는 지금 벌을 받고 있다고 느낀다.
()	7	0) 나는 나 자신에게 실망하지 않는다. 1) 나는 나 자신에게 실망하고 있다. 2) 나는 나 자신에게 화가 난다. 3) 나는 나 자신을 증오한다.
()	8	0) 나는 내가 다른 사람보다 못한 것 같지는 않다. 1) 나는 나의 약점이나 실수에 대해서 나 자신을 탓하는 편이다. 2) 내가 한 일이 잘못되었을 때는 언제나 나를 탓한다. 3) 나는 주위에서 일어나는 모든 안 좋은 일들을 내 탓으로 돌린다.

()	9	0) 나는 자살 같은 것은 생각하지 않는다. 1) 나는 자살할 생각을 가끔 하지만, 실제로 하지는 않을 것이다. 2) 자살하고 싶은 생각이 자주 든다. 3) 나는 기회만 있으면 자살하겠다.
()	10	0) 나는 평소보다 더 울지는 않는다. 1) 나는 전보다 더 많이 운다. 2) 나는 요즈음 항상 운다. 3) 나는 전에는 울고 싶을 때 울 수 있었지만, 요즈음은 울려야 울 기력조차도 없다.
()	11	0) 나는 요즈음 평소보다 더 짜증을 내는 편은 아니다. 1) 나는 전보다 더 쉽게 화가 나고 짜증이 난다. 2) 나는 요즈음 항상 짜증을 내고 있다. 3) 전에는 짜증스럽던 일이 요즘은 너무 지쳐서 짜증조차 나지 않는다.
()	12	0) 나는 다른 사람들에게 여전히 관심을 가지고 있다. 1) 나는 전보다 다른 사람들에게 관심이 줄었다. 2) 나는 다른 사람들에 대한 관심이 거의 없어졌다. 3) 나는 다른 사람들에 대한 관심이 완전히 없어졌다.
()	13	0) 나는 평소처럼 결정을 잘 내린다. 1) 나는 결정을 미루는 때가 전보다 더 많아졌다. 2) 나는 전에 비해 결정을 내리는 데에 더 큰 어려움을 느낀다. 3) 나는 더 이상 아무 결정도 내릴 수가 없다.
()	14	0) 나는 전보다 내 모습이 더 나빠졌다고 생각하지 않는다. 1) 나는 나이가 들어 보이거나 호감을 못 줄 것 같아 걱정한다. 2) 나는 내 모습이 매력 없게 변해버린 것 같은 느낌이 든다. 3) 나는 내가 추하게 보인다고 생각한다.
()	15	0) 나는 전처럼 일을 할 수 있다. 1) 어떤 일을 시작하는 데에 전보다 더 많은 노력이 든다. 2) 무슨 일이든 하려면 나 자신을 매우 심하게 채찍질해야만 한다. 3) 나는 전혀 아무 일도 할 수가 없다.
()	16	0) 나는 평소처럼 잠을 잘 수 있다. 1) 나는 전만큼 잠을 잘 자지 못한다. 2) 나는 전보다 한 두 시간 일찍 깨고 다시 잠들기가 어렵다. 3) 나는 평소보다 몇 시간이나 일찍 깨고 한번 깨면 다시 잠들 수가 없다.
()	17	0) 나는 평소보다 더 피곤하지는 않다. 1) 나는 전보다 더 쉽게 피곤해진다. 2) 나는 무엇을 해도 피곤해진다. 3) 나는 너무나 피곤해서 아무 일도 할 수가 없다.

()	18	0) 내 식욕은 평소와 다름없다. 1) 나는 요즈음 전보다 식욕이 좋지 않다. 2) 나는 요즈음 식욕이 많이 떨어졌다. 3) 요즈음에는 식욕이 전혀 없다.
()	19	0) 요즈음 체중이 별로 줄지 않았다. 1) 전보다 몸무게가 2 킬로그램 가량 줄었다. 2) 전보다 몸무게가 5 킬로그램 가량 줄었다. 3) 전보다 몸무게가 7 킬로그램 가량 줄었다.
()	20	0) 나는 건강에 대해 전보다 더 염려하고 있지는 않다. 1) 나는 여러 가지 통증, 소화불량, 변비 등과 같은 신체적인 문제로 걱정하고 있다. 2) 나는 건강이 염려되어 다른 일은 생각할 수가 없다. 3) 나는 건강이 너무 염려되어 다른 일은 아무 것도 생각할 수가 없다.
()	21	0) 나는 요즈음 성(sex)에 대한 관심에 별다른 변화가 있는 것 같지 않다. 1) 나는 전보다 성에 대한 관심이 줄었다. 2) 나는 전보다 성에 대한 관심이 상당히 줄었다. 3) 나는 성에 대한 관심을 완전히 잃었다.

0-9: 정상 10-15: 경한 우울증 16-22: 중등도 우울증 23이상: 심한 우울증

우울증 평가도구의 측정 영역 및 진단적 타당성

A Systematic Review of Validation Studies on Depression Rating Scales in Korea, with a Focus on Diagnostic Validity Information : Preliminary Study for Development of Korean Screening Tool for Depression

Sooyun Jung, MA¹, Shin-Hyang Kim, MA¹, Kiho Park, BA¹, Eunju Jaekal, MA¹, Won-Hye Lee, PhD²,
Younyoung Choi, PhD³, Seung-Hwan Lee, MD, PhD⁴ and Kee-Hong Choi, PhD¹

Department of Psychology¹, Korea University, Seoul,

Department of Clinical Psychology², National Center for Mental Health, Seoul,

Department of Adolescent Counseling³, Hanyang Cyber University, Seoul,

Department of Psychiatry⁴, Ilsan Paik Hospital, Inje University College of Medicine, Goyang, Korea

- 우울증 평가도구가 측정하는 구성개념을 DSM-5에서 명시한 주요우울장애 진단기준의 주요 증상으로 분류하여 각각 어떤 하위 차원을 측정하거나 측정하지 못하는지 여부를 확인

DSM-5 domains that various depression scales measure

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
HDRS	●	●	●	●	●	●	●		●		
MADRS	●	●	●	●	●	●	●	●	●		
BDI-II	●	●	●	●	●	●	●	●	●		
CES-D	●	●	●	●		●	●	●			
PHQ-9	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
SDS	●	●	●	●	●	●	●	●	●		
HADS	●	●				●	●				
MASQ	●	●			●	●	●	●			
EPDS	●	●		●			●		●		
GDS	●	●			●	●	●	●			
KDS	●				●	●	●	●			
NADS	●	●	●	●	●		●	●	●		

1 : Depressed mood, 2 : Diminished interest or pleasure, 3 : Significant weight loss or gain, 4 : Insomnia or hypersomnia, 5 : Psychomotor agitation or retardation, 6 : Fatigue or loss of energy, 7 : Worthlessness or excessive or guilt, 8 : Diminished ability to think or concentrate, or indecisive, 9 : Recurrent thoughts of death, 10 : Impairment of functioning, 11 : Manic symptoms.
HDRS : Hamilton Depression Rating Scale, MADRS : Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, BDI-II : Beck Depression Inventory-II, CES-D : Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, PHQ-9 : The Nine-Item Patient Health Questionnaire, SDS : Zung Self-Rating Depression Scale, HADS : Hospital Anxiety and Depression Scale, MASQ : Mood and Anxiety Symptom Questionnaire, EPDS : Edinburgh Postnatal Depression Scale, GDS : Geriatric Depression Rating Scale, KDS : Korean Depression Scale, NADS : New Anxiety-Depression Scale

Scales	Year of issue	Clinical control	Healthy control	Index test	Sensitivity	Specificity	Cutoff score	Diagnostic validity information
CES-D	1991	30	50	Clinician's confirmation	—	—	24	Kappa=0.92
	1992	84 (MDD: 13)	220	Clinician's confirmation	—	—	16	—
	1993	164 (MDD: 46 rMDD: 27)	460	DSM-IV, CI(HDRS, DIS)	CD : 0.913 CS : 0.957	CD : 0.788 CS : 0.695	CD : 25 CS : 21	AUC : 91.40%
PHQ-9	2007	138	22	DSM-IV	0.818	0.899	10	AUC : 94.40%
	2009	109 (DEP : 61 ANX : 48)	58	DSM-IV	0.85	0.52	9.5	AUC : 92.20%
	2013	74	75	CI (M.I.N.I.-Plus)	0.885	0.947	9	AUC : 97.60%
KDS	2003	142	3,697	—	—	—	Male : 65 Female : 70	AUC : 73.10%
	2012	448	3,697	SCID-I	—	—	Male : 65 Female : 70	AUC : 77.70%
EPDS	2004	33 (MDD : 11 MnDD : 12)	125	CI(SCID, HDRS)	1.00 (MDD, MnDD)	MDD : 0.905 MnDD : 0.784	MDD : 12.5 MnDD : 9.5	—
	2008	30	209	CI(SCID-I)	—	—	9/10	AUC: 81.80%
NADS	1987	—	3,816	—	—	—	50	—
BDI-II	2008	31	77	DSM-IV	0.935	0.981	22	AUC: 99.20%
	2011	739	302	CI(SCID)	0.85	0.881	18	AUC: 92.80%
HADS	1999	ANX : 66 DEP : 74	189	DSM-IV, Clinician's confirmation (2)	ANX : 0.788 DEP : 0.892	ANX : 0.825 DEP : 0.825	ANX : 8 DEP : 8	—
GDS	1997	81	94	P : DSM-IV, Doctor HCI : DSM-IV, CI (CEG) R/O : MMSE-K	0.656	0.649	18	—
	1999	35	51	CI(DIS-III-R), Clinician's confirmation (independently)	0.943 0.914	0.745 0.824	17 19	Kappa=0.655 Kappa=0.718 AUC : 90.1%
				R/O : MMSE-K				
				CI(DIS-III-R), Clinician's confirmation (independently)	0.903 0.839	0.717 0.815	16 18	Kappa=0.590 Kappa=0.642 AUC : 87.5%
	2004	62	92	CI(DIS-III-R), Clinician's confirmation (independently)				
K-GDS	2008	MDD : 61 MnDD : 45	782	CI(MINI, CERAD-K), DSM-IV	MDD : 0.872 MnDD : 0.820	MDD : 0.812 MnDD : 0.781	MDD : 17 MnDD : 16	AUC : 91% (MDD), 87% (MnDD)
	1997	129	13	CI (DSM-IV), CEG R/O : MMSE-L	0.746	0.720	14	—

Summary of diagnostic validity information reported by validation studies of existing depression rating scales in Korea

우울증 평가도구의 측정 영역

- **PHQ-9** : 우울증 평가 도구 중 가장 많은 하위차원을 측정할 수 있으나 PHQ-9은 조증 이력 여부를 평가하는 문항이 없음
- **BDI-II** : 주요 증상기준 9개를 측정할 수 있지만 사회/직업/일상생활 기능 손상 영역과 조증 이력 영역을 평가하는 문항이 부재

우울증의 증상평가

- 인지기능
- 자살증상 - Suicide Intent Scale, Scale for Suicidal Ideation, C—SSRS
- 수면 및 피로 증상
- 성격
- 기타 - 무망감, 자기 효능감, 건강상태 등

Current use of depression rating scales by psychiatrists and clinical psychologists in Korea

Current Use of Depression Rating Scales in Mental Health Setting

Eun Jeong Lee¹, Jung Bum Kim¹, Im Hee Shin², Kyung Hee Lim³, Sang Hee Lee⁴, Gyung Ah Cho⁵,
Hyung Mo Sung⁶, Sung Won Jung¹, Mark Zmimmerman⁷ and Yanghyun Lee⁸✉

¹Department of Psychiatry, Dongsan Medical Center, Keimyung University School of Medicine, Daegu, Korea

²Department of Medical Statistics, Catholic University of Daegu, School of Medicine, Daegu, Korea

³Regional Military Manpower Office, Daegu, Korea

⁴Department of Psychiatry, Seodaegu Daedong Hospital, Daegu, Korea

⁵Sanullim Hospital, Daegu, Korea

⁶Department of Psychiatry, CHA Gumi Medical Center, CHA University, Gumi, Korea

⁷Department of Psychiatry and Human Behavior, Brown Medical School, Providence, RI, USA

⁸Department of Psychiatry, MunGyeong Jeil General Hospital, Mungyeong, Korea

Objective This study was to investigate the current use of depression rating scales by psychiatrists and clinical psychologists in Korea.

Methods The questionnaires from many psychiatrists and clinical psychologists were included in the analysis. The questionnaire was composed of items about examining the percentage of patients clinically using depression rating scales, reasons for not use of them, the degree of satisfaction, the perceived agreement rate between the result of depression rating scales and doctor's clinical interview in the evaluation of patients with depressive symptoms. Data were analyzed by χ^2 and independent t-test.

Results The clinical use of depression rating scales was more frequent in the psychologists than in the psychiatrists. The purposes for using depression rating scales were assessed into six areas, there was no significant difference in between two groups, and both groups pointed out their purpose as rating of severity and screening. The reasons for not using scales were that their interview may be sufficient for diagnosis and assessment of depressive patients and they are not familiar with the use of depression rating scales. The psychiatrists usually prefer the Beck Depression Inventory (BDI), Hamilton Depression Rating Scale and Symptom Checklist 90-Revision (SCL-90-R) in order of frequency, and the clinical psychologists are more likely to use the BDI, Minnesota Multiphasic Personality Inventory and SCL-90-R. Overall rate of satisfaction in the use of the scales was $67.29 \pm 14.45\%$ and overall perceived agreement rate was $70.89 \pm 16.45\%$.

Conclusion Currently used depression rating scales at the clinical practice were not various. Therefore, to heighten clinicians' utility of these depression rating scales measures, either educational efforts or advertisements, or both, will be necessary to spread them widely.

Psychiatry Investig 2010;7:170-176

Key Words Depression Rating Scales, Purpose of use, Agreement, Satisfaction, Kinds of use.

Background

- Rating scales
 - research tool that can systematically verify the hypotheses of clinical judgment, decision making, and psychopathology
 - transforms the implicit and explicit observation into quantitative data
- Global trend for clinicians to encourage a use of depression rating scales

- Gilbody et al (Br J Psychiatry 2002)
 - 340 psychiatrists in the UK regarding use of outcome measures
 - Only 10.5% and 11.2% of the psychiatrists routinely used standardized measures to assess severity and outcome
 - More than half of the clinicians never used measures to evaluate outcome
 - The most commonly used measures were BDI, HADS, HDRS
- Zmimerman and McGlinchey (Compr Psychiatry 2008)
 - The majority of psychiatrists never or rarely used scales to monitor outcome
 - less than 10% almost always used scales to monitor outcome of treatment
 - The reasons for not routinely using scales : did not believe using scales would be helpful, too much time to use, and they were not trained in use

Rate and purpose of use of depression rating scales

	Psychiatrist	Clinical psychologist	All	t (p)
	Mean (SD)			
Rate of use				
Patient complaining of depressive symptoms	59.96 (28.50)	84.77 (24.78)	69.79 (29.60)	-4.72 (0.000)
Patient complaining of mainly other than depressive symptoms	32.78 (25.75)	62.05 (31.74)	44.38 (31.60)	-5.34 (0.000)
Purpose of use		N (%)		χ^2 (p)
Screening	13 (19.4)	14 (31.8)	27 (24.3)	9.94 (0.077)
Diagnosis	8 (11.9)	10 (22.7)	18 (16.2)	
Differentiated diagnosis	2 (3.0)	1 (2.3)	3 (2.7)	
Severity	25 (37.3)	16 (36.4)	41 (36.9)	
Treatment effect judgement and processing observation	18 (26.9)	3 (6.8)	21 (18.9)	
Other	1 (1.5)	0 (0.0)	1 (0.9)	

123 of psychiatrists and 50 of clinical psychologists

Reason for not using depression rating scales

Agreement rate between interview and the results of rating scale for depressive patients, a general satisfaction after use of depression rating scales

	Psychiatrist	Clinical psychologist	All	t (p)
	Mean (SD)			
Agreement	71.68 (12.93)	69.71 (20.79)	70.89 (16.45)	0.57 (0.573)
Satisfaction	68.35 (13.84)	65.57 (16.32)	67.26 (14.85)	0.97 (0.335)

- Beck Depression Inventory (BDI), Hamilton Depression Rating Scale, Symptom Checklist 90-Revision (SCL-90-R)

DISCUSSION

- psychiatrists are not using depression rating scales to evaluate patients complaining of depressive symptoms
- remarkable that most psychiatrists are not generally using **quantified measures** to evaluate outcome
- able to diagnosis and assessment by only **subjective psychiatric interview**
- not familiar with use of rating scales

임상가 면담 우울증 평가도구

- 해밀턴 우울 평가 척도(Hamilton Depression Rating Scale, HDRS)
- 몽고메리-아스버그 우울 평가 척도(Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, MADRS)
- 50% 이상 호전되는 경우 response 로 정의하고 HAMD 의 경우 7점 이하를 관해로 정의

해밀턴 우울증 평가척도(Hamilton Depression Rating Scale, HDRS)

- 우울장애의 심각도 평가와 항우울제의 치료 효과 연구 등에 널리 사용
- 우울증에 대한 관찰자 평가 척도의 표준
- 0~52점

한국판 Hamilton 우울증 평가 척도

- 우울한 기분 (슬픔, 절망감, 무력감, 무가치감)
 - 0 없다.
 - 1 물어보았을 때만 우울한 기분이라고 말한다.
 - 2 자발적으로 우울한 기분이라고 말한다.
 - 3 얼굴 표정, 자세, 목소리, 쉽게 우는 경향과 같은 비언어적인 표현을 통해 우울한 기분을 나타낸다.
 - 4 오로지 우울한 기분만을, 언어적·비언어적 표현을 통해 나타낸다.
- 죄책감
 - 0 없다.
 - 1 자책하거나 자신이 사람들을 실망시킨다고 느낀다.
 - 2 죄를 지었다고 생각한다던가 과거의 실수나 자신이 한 나쁜 행위에 대해 반복적으로 생각한다.
 - 3 현재의 병을 벌로 여긴다. 죄책망상이 있다.
 - 4 비난 또는 탄핵하는 목소리를 듣거나 위협적인 환시를 경험한다.
- 자살
 - 0 없다.
 - 1 인생이 살 가치가 없다고 느낀다.
 - 2 차라리 죽었으면 하거나 죽는 것에 대한 상상을 한다.
 - 3 자살 사고가 있거나 자살기도처럼 볼 수 있는 행동을 한다.
 - 4 심각한 자살 기도를 한다.
- 초기 불면증
 - 0 잠드는 데 어려움이 없다.
 - 1 간간히 잠들기가 어렵다(잠드는 데 30분 이상 걸린다).
 - 2 매일 밤 잠들기가 어렵다.
- 중기 불면증
 - 0 어려움이 없다.
 - 1 편하고 깊게 자지 못한다.
 - 2 한밤중에 깨어 뒤척이거나 잠자리에서 벗어나는 경우 2점으로 평가한다(소변을 보기 위한 경우는 제외한다).
- 말기 불면증
 - 0 어려움이 없다.
 - 1 새벽에 깨지만 다시 잠이 든다.
 - 2 일단 깨어나면 다시 잠들 수 없다.
- 일과 활동
 - 0 어려움이 없다.
 - 1 제대로 할 수 없다고 느낀다. 일이나 취미와 같은 활동에 대해 피로하거나 기력이 떨어졌다고 느낀다.
 - 2 일이나 취미와 같은 활동에 흥미를 잃는다 - 환자가 직접 이야기하거나 무관심, 우유부단, 망설임을 통해 간접적으로 나타낸다(일이나 활동을 억지로 한다고 느낀다).
 - 3 활동 시간이 줄거나 생산성이 떨어져 있다. 입원 환자의 경우, 병동생활에서의 개인적인 자질구레한 일을 제외한 활동(원내 작업이나 취미)에 보내는 시간이 하루 3시간을 넘지 못한다.

4 현재의 병 때문에 일을 중단한다. 입원 환자의 경우, 병동생활에서의 개인적인 자질구레한 일 이외에는 전혀 활동을 하지 않거나 도움 없이는 병동생활에서의 개인적인 자질구레한 일도 해내지 못한다.

8. 지 체(생각과 말이 느려짐 ; 집중력 저하 ; 운동활성의 저하)

- 0 정상적으로 말하고 생각한다.
- 1 면담할 때 약간 지체되어 있다.
- 2 면담할 때 뚜렷이 지체되어 있다.
- 3 면담이 어려울 정도로 지체되어 있다.
- 4 완전한 혼미 상태에 있다.

9. 초 조

- 0 없다.
- 1 조금 초조한 듯하다.
- 2 손이나 머리카락 등을 만지작거린다.
- 3 가만히 앉아 있지 못하고 몸을 자주 움직인다.
- 4 손을 비비꼬거나 손톱을 물어뜯거나 머리카락을 잡아당기거나 입술을 깨문다.

10. 정신적 불안

- 0 없다.
- 1 긴장감과 과민함을 느낀다.
- 2 사소한 일들에 대해 걱정을 한다.
- 3 얼굴 표정이나 말에서 염려하는 태도가 뚜렷하다.
- 4 묻지 않아도 심한 공포가 드러난다.

11. 신체적 불안 불안의 생리적 현상 :

- 0 없다. 위장관계 - 입마름, 방귀, 소화불량, 설사, 심한 복통, 트림
- 1 경도. 심혈관계 - 심계항진, 두통
- 2 중등도. 호흡기계 - 과호흡, 한숨
- 3 고도. 빈뇨, 발한
- 4 최고도(기능을 전혀 할 수 없을 정도이다).

12. 위장관계 신체증상

- 0 없다.
- 1 입맛을 잃었지만 치료진의 격려 없이도 먹는다. 속이 더부룩하다.
- 2 치료진의 강요 없이는 잘 먹지 않는다. 하제나 소화제 등 위장관계 증상에 대한 약제를 요구하거나 필요로 한다.

13. 전반적인 신체증상

- 0 없다.
- 1 팔, 다리, 등, 머리가 무겁다. 등의 통증, 두통, 근육통. 기운이 없고 쉽게 피곤해진다.
- 2 매우 뚜렷한 신체증상이 있다.

14. 성적인 증상

증상 : 성욕 감퇴
월경 불순 등

- 0 없다.
- 1 경도.
- 2 고도.

15. 건강염려증

- 0 없다.
- 1 몸에 대해 많이 생각한다.
- 2 건강에 대해 집착한다.
- 3 건강이 나쁘다고 자주 호소하거나 도움을 청한다.
- 4 건강염려증적 망상이 있다.

16. 체중감소 A 또는 B로 평가한다.

A. 병력에 의해 평가할 때

- 0 체중감소가 없다.
- 1 현재의 병으로 인해 체중감소가 있는 것 같다.
- 2 (환자에 따르면) 확실한 체중감소가 있다.

B. 매주 체중 변화를 측정했을 때

- 0 주당 0.5kg 미만의 체중감소.
- 1 주당 0.5kg 이상, 1kg 미만의 체중감소.
- 2 주당 1kg 이상의 체중감소.

17. 병 식

- 0 자신이 우울하고 병들었다는 것을 인식한다.
- 1 병들었다는 것을 인정하지만 음식, 날씨, 과로, 바이러스, 휴식 부족 등이 이유라고 생각한다.
- 2 자신의 병을 전적으로 부인한다.

Hamilton Depression Scale -정신건강의학과

검사일 2025-03-28

1. 우울한 기분 (슬픔, 절망감, 무력감, 무가치감)

- ☐ 0: 없다
- ☐ 1: 물어보았을 때만 우울한 기분이라고 말한다
- ☐ 2: 자발적으로 우울한 기분이라고 말한다
- ☐ 3: 얼굴 표정, 자세, 목소리, 쉽게 우는 경향과 같은 비언어적 표현을 통해 우울한 기분을 나타낸다
- ☐ 4: 오로지 우울한 기분만을 언어적, 비언어적 표현을 통해 나타낸다

2. 죄책감

- ☐ 0: 없다
- ☐ 1: 자책하거나 자신이 사람들을 실망시킨다고 느낀다
- ☐ 2: 죄를 지었다고 생각한다면, 과거의 실수나 자신이 한 나쁜 행위에 대해 반복적으로 생각한다
- ☐ 3: 현재의 병을 벌로 여긴다. 죄책, 망상이 있다
- ☐ 4: 비난 또는 탄핵하는 목소리를 듣거나 위협적인 환시를 경험한다

3. 자살

- ☐ 0: 없다
- ☐ 1: 인생이 살 가치가 없다고 느낀다
- ☐ 2: 차라리 죽었으면 하거나 죽는 것에 대한 상상을 한다
- ☐ 3: 자살사고가 있거나 자살기도처럼 볼 수 있는 행동을 한다
- ☐ 4: 심각한 자살 기도를 한다

4. 초기 불면증

- ☐ 0: 잠드는데 어려움이 없다
- ☐ 1: 간간히 잠들기가 어렵다 (잠드는데 30분 이상 걸린다)
- ☐ 2: 매일 밤 잠들기가 어렵다

5. 중기 불면증

- ☐ 0: 어려움이 없다
- ☐ 1: 편하고 깊게 자지 못한다
- ☐ 2: 한밤중에 깨어 뒤척이거나 잠자리에서 벗어나는 경우를 2점으로 평가한다 (소변을 보기 위한 경우는 제외한다)

6. 말기 불면증

- ☐ 0: 어려움이 없다
- ☐ 1: 새벽에 깨지만 다시 잠이 든다
- ☐ 2: 일단 깨어나면 다시 잠들 수 없다

7. 일과 활동

- ☐ 0: 어려움이 없다
- ☐ 1: 제대로 할 수 없다고 느낀다. 일이나 취미와 같은 활동에 대해 피로하거나 기력이 떨어졌다고 느낀다
- ☐ 2: 일이나 취미와 같은 활동에 흥미를 잃는다 - 환자가 직접 이야기하거나 무관심, 우유부단, 망설임을 통해 간접적으로 나타낸다 (일이나 활동을 억지로 한다고 느낀다)
- ☐ 3: 활동시간이 줄거나 생산성이 떨어져 있다. 입원환자의 경우, 병동생활에서의 개인적인 자질구레한 일을 제외한 활동 (원래 작업이나 취미)에 보내는 시간이 하루 3시간을 넘지 못한다
- ☐ 4: 현재의 병 때문에 일을 중단한다. 입원환자의 경우, 병동생활에서의 개인적인 자질구레한 일 이외에는 전혀 활동을 하지 않거나 도움 없이는 병동생활에서의 개인적인 자질구레한 일도 해내지 못한다

8. 지체 (생각과 말이 느려짐, 집중력 저하, 운동활성의 저하)

- ☐ 0: 정상적으로 말하고 생각한다

Hamilton Depression Scale -정신건강의학과

- ☐ 0: 없다
- ☐ 1: 경도
- ☐ 2: 중등도
- ☐ 3: 고도
- ☐ 4: 최고도(기능을 전혀 할 수 없을 정도이다)

12. 위장관계 신체증상

- ☐ 0: 없다
- ☐ 1: 입맛을 잃었지만 치료진의 격려 없이도 먹는다. 속이 더부룩하다
- ☐ 2: 치료진의 강요 없이는 잘 먹지 않는다. 하제나 소화제등 위장관계에 대한 약제를 요구하거나 필요로 한다

13. 전반적인 신체증상

- ☐ 0: 없다
- ☐ 1: 팔, 마비 등 머리가 무겁다 등의 통증, 두통, 근육통, 기운이 없고 쉽게 피곤해진다
- ☐ 2: 매우 뚜렷한 신체증상이 있다

14. 성적인 증상 (증상 : 성욕감퇴, 월경불순 등)

- ☐ 0: 없다
- ☐ 1: 경도
- ☐ 2: 고도

15. 건강 염려증

- ☐ 0: 없다
- ☐ 1: 몸에 대해 많이 생각한다
- ☐ 2: 건강에 대해 집착한다
- ☐ 3: 건강이 나쁘다고 자주 호소하거나 도움을 청한다
- ☐ 4: 건강 염려증적 망상이 있다

16. 체중감소 A 혹은 B로 평가한다.

- A. 병력에 의해 평가할 때
 - ☐ 0: 체중 감소가 없다
 - ☐ 1: 현재의 병에 의해 체중 감소가 있는 것 같다
 - ☐ 2: (환자에 따르면) 확실한 체중의 감소가 있다
- B. 매주 체중 변화를 측정 했을 때
 - ☐ 0: 주당 0.5kg 미만의 체중감소
 - ☐ 1: 주당 0.5kg 이상, 1kg 미만의 체중감소
 - ☐ 2: 주당 1kg이상의 체중감소

17. 병식

- ☐ 0: 자신이 아프고 병들었다는 것을 인식한다
- ☐ 1: 병들었다는 것을 인정하지만 음식, 날씨, 과로, 바이러스, 휴식 부족이 이유라고 생각한다
- ☐ 2: 자신의 병을 전적으로 부인한다

총점 점

0-7: 정상 (no depression)
8-16: 경도의 우울증 (mild depression)
17-23: 중등도의 우울증 (moderate depression)
24-54: 고도의 우울증 (severe depression)

Broad band test

- TCI 기질 및 성격검사 - 140문항
- MMPI-2 다면적 인성검사 - 567문항
- 성격평가질문지 (PAI) - 344문항
- 간이정신진단검사(SCL-90-R)

가 톨 릭 대 학 교 성 빈 센 트 병 원 심 리 평 가 보 고 서

지능검사 및 drawing test : K-WAIS-IV, BGT, HTP
인성 검사 : MMPI, SCT, 불안척도, 우울척도, FNE, 기탁척도, K-MDQ, Rorschach
기타 검사 : 기억력 검사(시각, 청각), 유창성검사(언어, 도안), stroop test, 사회성숙도 검사, 좌우구분검사, 경계력 검사

Test Attitude

보통 키에 통통한 체격으로 환자는 때로 웃음을 보였으나 검사 도중 “너무 어려워요”라고 하거나 과제가 조금만 어려워져도 금방 포기하는 경우가 많았음. 묻는 말에 비교적 적절하게 이야기하였으나 사고 내용이 빈약하였고 때로 주의 집중의 곤란을 나타냄.

환자는 병원에 온 이유 및 증상에 대해서는 “내가 조울증으로 입원했다. 돈을 엄청 많이 썼고 머리카락을 뽑았다. 초등학교 6학년 때 다들람을 당하면서 처음 머리를 뽑기 시작했다. 성인이 된 후에는 가족들이 머리를 뽑지 못하게 하면 돈을 썼던 것 같다. 내가 돈을 써서 문제가 생기면 남편이 대신 갚아줬는데 돈 쓸습이 가 더 커졌고 내 생각에도 내가 정상인 아닌 것 같다. 둘째 출산 후부터 체력적, 정신적으로 더 힘들어지면 서 충동적으로 행동했다. 입원 후 ADHD 약을 먹으니까 이불 정리를 하고... 약의 효과가 만족스럽다. 퇴원 해서 생활하는데 큰 도움이 될 것 같다. 생각해보면 초등학교 시절부터 감정 기복이 컸다. 내가 치료를 잘 받아서 스트레스를 받아도 충동적으로 행동하지 않았으면 좋겠다.”라고 하였음.

지능과 인지 : 현재의 지적 능력은 전체지능 94(백분위 35 percentile, 95% 신뢰구간 89-99)로 평균 수준에 속하고 있으나 지적 잠재력은 평균수준의 상단(I.Q.=107)에 해당될 것으로 사료되는바 인지기능의 비효율성을 나타냄. 지능 검사의 4개의 지표 점수 중 가장 높은 지표와 가장 낮은 지표간의 차이가 1.5 표준편차 보다 커서(23점 이상) 전체 지능지수(FSIQ)가 전반적인 인지능력을 정확하게 반영한다고 볼 수 없고 상황에 따른 점수 차이가 클 것으로 예상됨. 따라서, 현재 산출된 지능지수보다는 개별지표 점수의 해석에 중점을 둘 필요가 있겠음.

K-WAIS-IV(연령별 환산점수)

공동성	상식	이해	언어이해(VCI)	전체 검사(FSIQ) 94
6	8	6	81	
토막	퍼즐	빠진곳	지각추론(PRI)	
7	10	7	88	
숫자	산수		작업기억(WMI)	
12	10		107	
동형찾기	기호		처리속도(PSI)	
15	11		118	

언어적 개념 형성 및 추론 능력 뿐 아니라 환경을 통해 획득되는 지식을 측정하는 언어이해 능력은 평균하의 하단에 속하고 있음. 시각자극 추론과 공간적 처리, 시각-운동 통합 능력을 측정하는 지각추론 능력은 평균하 수준에 속하고 있음. 정보를 일시적으로 기억하면서 동시에 이 정보를 조작하거나 처리하고 결과를 산출해내는 작업기억 능력은 평균 수준에 속하고 있음. 시각적 정보를 빠르고 정확하게 차례대로 검색하고 구별하는 능력을 처리하는 처리속도 능력은 평균상 수준에 속하고 있음.

각각의 소검사 별로 조금 더 구체적으로 살펴보면, 언어적 개념 형성 능력은 낮은 수준으로 유지되고 있고 상징적 지식은 평균 수준으로 유지되고 있으며 사회적 상황에서 판단력은 낮은 수준으로 유지되고 있음. 구조화된 상황

에서 문제 해결 능력은 평균하 수준으로 유지되고 있고 시각적 자극의 추론 능력은 평균 수준으로 유지되고 있으며 주변 상황을 살피고 미묘한 감정 상황이나 감정의 변화에 대응하는 시각적 예민성은 평균하 수준으로 유지되고 있음. 단순한 자극에 주의를 기울이는 주의력, 조금 더 주의 집중을 요하는 계산 능력은 평균 수준으로 유지되고 있음. 시각적 단기 기억력은 우수 수준으로 유지되고 있고 정신운동 속도는 평균 수준으로 유지되고 있음.

사회 성숙도 검사: 사회적용 능력을 측정하는 본 검사에서 환자의 총점은 104.00으로 사회연령(SA) 20.83세에 해당하는 수준이며 사회지수(SQ)는 83임(20.83/25.00*100).

Attention & Memory and learning

	시행	원점수	연령별 환산점수	기억지수	
AVLT	시행 1	6	9		
	시행 2	8	8		
	시행 3	10	9		
	시행 4	11	9		
	시행 5	11	8		
	시행 1-5 합	46	9	9	
	지연회상	9	9	9	
CFT	지연재인	14	8	8	
	보고 그리기	35	8		
	즉시회상	18	5		5
	지연회상	18	5		5
	지연재인	4	5		5
		환산점수 합		41	

지수	지수점수	백분위
기억지수(MQ)	77	6 percentile

Frontal/Executive Function

소검사	측정	원점수	연령별 환산점수	관리기능 지수
스트룹 검사	단순시간	28	12	
	단순오류	1	10	
	간섭시간	30	17	17
	간섭오류	0	14	
단어 유창성	정반응	50	13	13
	비어반응	0	11	
	반복반응	0	11	
도안 유창성	정반응	58	10	10
	반복반응	0	14	
AVLT	지연회상	9	9	9
	지연재인	14	8	
CFT	계획성	8	7	7
	보고그리기	35	8	
		환산점수 합	56	

지수	지수점수	백분위
관리기능지수(EFQ)	111	77 percentile

Right-Left test	normal	경계력 검사	normal
-----------------	--------	--------	--------

사고 및 정서

사고면에서 사고의 흐름이 비교적 적절한 편이나 사고 내용이 빈약함. 사고내용상 충동 조절의 어려움과

관련된 자신에 대한 부적합감, 무능력감, 남편에 대한 미안함, 양육에 대한 부담감, 미래에 대한 불안감을 나타내는 것으로 보임(SCT: 내가 지저분 가장 큰 잘못은 남편에게 상처준 것./ 우리 가족이 나에게 대해서 언제 나를 버리려나? 하는 생각이 들 때가 있다./ 다른 가정과 비교해서 우리 집안은 나 때문에 불행해졌다./ 어리석게도 내가 두려워하는 것은 의외용이다./ 내가 정말 행복할 수 있으려면 내가 바뀌어야 한다./ 내가 믿고 있는 내 능력은 없다./ 나의 장래는 행복할 수 있을까?/ 나의 야망은 없는 것 같다). 강한 정서적 자극하에서 현실 판단력의 지하를 보일 수 있겠음.

로사 검사상 총반응 수가 13개로 해석하기에 반응 수가 적은 편으로 과잉해석의 가능성이 있겠음. 일상에서 주어지는 과제를 해결하는 방식이 심사숙고하고 행동으로 옮기기보다는 주로 충동적으로 감정을 발산하고 생각하기 전에 행동을 취하며 시행착오를 반복하는 양상이 두드러짐(EB=3:5.0, EBPer=1.67). 관습에 대한 무시가 지배적이고 세상에 대한 조망이 개인 특유적(idiosyncratic)이며 이에 감각추구적 행동과 위험한 일에 달려들어 부적응적인 결과를 초래할 가능성이 있겠음(P=1, X-%=0.31). CDI(Coping Deficit Index)가 4로 일상생활의 다양한 요구에 대처할 수 있는 능력이 부족한 상태로 보임. 정서적 혼란감과 양가감정이 심한 상태임(Color-Shading Blends > 0). 자기 가치감이 크고 자기에 대한 평가가 긍정적이나 자신에 대한 과도한 관심이 자기 불안감과 관련되어 있는 상태로 자신에 대한 자각이 비관적인 것으로 보임(Fr+FrF=1, 3r+(2)/R=0.62, MOR=4).

정서적인 면에서 약간의 우울감 및 불안감이 내재되어 있고 정서적 불안정성을 나타내며 스트레스에 대한 인내력이 약화되어 있는 상태로 보이는바 사소한 정서적 자극하에서 anxious, unstable, nervous, impulsive & irritable해질 수 있겠음.

환자의 정서 : MMPI-2

VRIN	TRIN	F	F(B)	F(P)	FBS	L	K	S	Ha	D	Hy	Pd	Mf	Pa	Pt	Sc	Ma	Si
40	51	51	54	38	41	40	48	43	41	52	42	59	42	49	50	48	43	58

자기보고식 검사결과에 의하면 환자는 normal profile을 나타냄.

재구성 임상척도에서는 의기소침 문제가 현저하고 성격병리 5요인 척도에서는 내향성/낮은 긍정적 정서성 문제를 나타내며 내용척도에서는 우울, 낮은 자존감, 부정적 치료 지포 척도가 상승함.

우울, 부정적 평가에 대한 두려움 및 자동적 사고

HAM-D: level of depression	7 (mild)	Automatic Thoughts Questionnaire	
		자동적 부정적 사고	자동적 긍정적 사고
Fear of Negative Evaluation	39 (높 군)	State of Mind	.39
		negative dialogue	

우울척도에서는 mild한 우울 양상을 나타내고 부정적 평가에 대한 두려움이 평균 수준이며 자동적 부정적 사고가 자동적 긍정적 사고보다 많고 현재의 마음상태는 부정적인 것으로 보고하고 있음.

K-MDQ(한국형 기분 장애 질문지)

K-MDQ	총점	8	cut-off score	7
	시기	같은 시기 다른 시기		
	문제 발생	문제 없음 경미한 문제 중등도 문제 심각한 문제		

상태불안 및 특성불안 평가척도

STAI(State-Trait Anxiety Inventory)			점 수
STATE anxiety inventory	52-56 57-61 62점 이상	약간 높음 상당히 높음 매우 높음	43 (normal)
TRAIT anxiety inventory	54-58 59-63 64점 이상	약간 높음 상당히 높음 매우 높음	58

요약 및 진단

전반적인 검사결과를 고려하면 환자의 지적 능력(IQ=94)은 평균 수준, 기억 기능(MQ=77)은 낮은 수준, 전두엽 기능(EFQ=111)은 평균상 수준에 속하고 사회적응 능력(SQ=83)은 평균하 수준에 속하고 있음. 발달력상 환자는 유년시절부터 지속된 부주의하고 산만한 행동으로 인한 선생님들의 잦은 지적, 초등학교 6학년 시절부터 지속된 따돌림 경험, 고등학교 시절 학교 부적응 문제 등 환경적인 요인으로 인해 우울감, 노감이 내재되어 있을 수 있겠음. 성격적으로 자기중심적이고 미성숙하며 스트레스 상황에서 정하며 충동적인 태도를 보일 수 있겠음. 사고내용상 충동 조절의 어려움과 관련된 자신에 능력감, 남편에 대한 미안함, 양육에 대한 부담감, 미래에 대한 불안감을 나타내는 것으로 에서 약간의 우울감 및 불안감이 내재되어 있고 정서적 불안정성을 나타내며 스트레스에 화되어 있는 상태로 보이는바 사소한 정서적 자극하에서 anxious, unstable, nerve irritable해질 수 있겠음.

Diagnostic Impression : Bipolar disorder NOS
R/O Attention deficit hyperactivity disorder

임상심리사 1급
임상심리전문가(108호)/정신건강임상심리사 1급(89호)

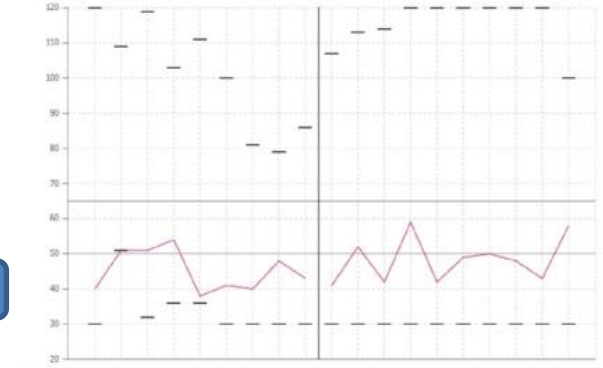
전문의

처방명	보험		일반
	급여구분	단가합	일반단가합
성인 Full battery	급여	253,981	584,133

MMPI-2 다면적 인성검사 II 결과표

· 개인고유번호 : · 이름 : 이우미 · 나이 : 26 · 성별 : 여자
· 소속기관 1 : · 소속기관 2 :

타당도 척도와 임상 척도



NR	VRIN	TRIN	F	F(B)	F(P)	FBS	L	K	S	Pd	D	Hy	Pt	Sc	Ma	Si
평균	6	9	11	1	12	5	14	20	6	26	33	38	34	12	20	22
한계	40	51	51	54	38	41	40	48	43	41	52	42	59	42	49	50

* VR 척도의 T점수는 상행곡선에 의한 것임.

재구성 임상 척도와 성격병리 5요인 척도

NR	RC4	RC1	RC2	RC3	RC4	RC5	RC7	RC8	RC9	AGGR	PSYC	D-SC	NEGE	INTR
평균	20	2	8	7	6	1	6	0	12	10	6	14	15	23
한계	75	27	31	48	30	44	45	35	48	55	49	55	50	66

내용 척도

NR	ANK	PTD	ORR	DEF	HEA	BIZ	ANG	CYN	ASF	TPA	LSC	SOO	FAM	WRK	TOT
평균	8	7	8	20	5	0	8	11	10	9	17	15	11	23	21
한계	47	44	51	68	40	34	52	49	49	49	73	61	57	71	79

보충 척도

NR	A	B	Es	Do	Se	Mt	Pk	MOS	Hs	CH	MAC	B	AAS	APS	GM	GF
평균	25	20	34	14	17	81	19	5	22	12	23	9	17	32	85	
한계	62	52	56	51	46	72	55	50	52	46	53	48	48	58	51	

Conclusion

- Depression is very common
- Depression is treatable!

What is to be done?

- Clinician's attention – Somatic Sx
- Reduce Stigma
- **Appropriate Rating Scale**
- Educate Physician and Health professional

Conclusion _ 우울증 평가도구의 한계

- 대다수의 우울증 평가도구가 주요우울장애의 핵심 증상을 측정하지만, 그 진단기준을 모두 포함하는 경우는 드물
- DSM-5의 주 요우울장애의 핵심 진단기준 9개를 모두 충족하는 경우는 주요우울장애 환자의 3%에 불과하고, 대부분 진단 기준의 세부적인 조합이 다양하게 분포
- 주요우울장애의 진단이 관련 증상의 조합으로 이루어진다는 점을 고려하면, 우울증 환자의 집단 내 이질성을 극복하기 위해서 **주요우울장애의 핵심 진단기준을 고루 질문할 수 있는 평가도구**가 필요
- 주요우울장애의 핵심 진단기준에 더해 조증, 불안 증상, 신체증상 영역을 보완하여 양극성 장애, 불안 장애와 감별할 수 있는 평가 도구가 필요함

THANK YOU



가톨릭대학교
가톨릭중앙의료원



가톨릭대학교 성빈센트병원
THE CATHOLIC UNIV. OF KOREA ST. VINCENT'S HOSPITAL



당신은 소중한 사람입니다
Patient First

다양한 신체 증상으로 나타날 수 있다

- 소화기 – 목에 걸린 느낌, 소화불량, 연하곤란, 오심, 구토, 변비, 설사
- 심혈관 – 가슴이 막히거나 조이는 느낌, 흉통, 호흡곤란
- 통증 – 두통, 요통, 근육통
- 기타 – 어지러움, 손발 저림

구체적 증상은?

일반적	근육통, 무기력감, 땀, 입 마름, 얼굴의 화끈거림 등
소화기계	구토, 메스꺼움, 속쓰림, 복부 팽만감 등
신경계	두통, 어지럼증, 손발의 저림이나 떨림 등
심장 및 호흡기계	가슴 두근거림, 답답함, 숨막힘, 가슴 열감 등
비뇨생식기계	생리불순, 생리통, 하복부통, 성기능 이상 등

머리가 아파..

가슴이 답답해..



노인우울척도

(Revised Korean Version of the Geriatric Depression Scale, **GDS-K-R**)

1. 당신의 삶에 대체로 만족하십니까?
2. 활동이나 관심거리가 많이 줄었습니까?
3. 삶이 공허하다고 느끼십니까?
4. 지루하거나 따분할 때가 많습니까?
5. 앞날이 희망적이라고 생각하십니까?
6. 떨쳐버릴 수 없는 생각들 때문에 괴롭습니까?
7. 대체로 활기차게 사시는 편입니까?
8. 당신에게 좋지 않은 일이 생길 것 같아 걱정스럽습니까?
9. 대체로 행복하다고 느끼십니까?
10. 아무것도 할 수 없을 것 같은 무력감이 자주 듭니까?
11. 불안해지거나 안절부절 못할 때가 자주 있습니까?
12. 바깥에 나가는 것보다 그냥 집에 있는 것이 더 좋습니까?
13. 앞날에 대한 걱정을 자주하십니까?
14. 다른 사람들보다 기억력에 문제가 더 많다고 생각하십니까?
15. 살아있다는 사실이 기쁘고 즐겁습니까?
16. 기분이 가라앉거나 우울해 질 때가 자주 있습니까?
17. 요즘 자신이 아무 쓸모 없는 사람처럼 느껴지십니까?
18. 지난 일에 대해 걱정을 많이 하십니까?
19. 산다는 것이 매우 신나고 즐겁습니까?
20. 새로운 일을 시작하는 것이 어렵습니까?
21. 생활에 활력이 넘치십니까?
22. 당신의 처지가 절망적이라고 느끼십니까?
23. 다른 사람들이 대체로 당신보다 낫다고 느끼십니까?
24. 사소한 일에도 속상할 때가 많습니까?
25. 울고 싶을 때가 자주 있습니까?
26. 집중하기가 어렵습니까?
27. 아침에 기분 좋게 일어나십니까?
28. 사람들과 어울리는 자리를 피하는 편이십니까?
29. 쉽게 결정하는 편이십니까?
30. 예전처럼 정신이 맑습니까?

0~10점	11~20점	21~30점
정상	가벼운 우울증	심한 우울증

단축형 노인우울척도 (SGDS-K)

1. 현재의 생활에 대체적으로 만족하십니까	예	아니오
2. 요즈음 들어 활동량이나 의욕이 많이 떨어지셨습니까?	예	아니오
3. 자신이 헛되이 살고 있다고 느끼십니까?	예	아니오
4. 생활이 지루하게 느껴질 때가 많습니까?	예	아니오
5. 평소에 기분은 상쾌한 편이십니까?	예	아니오
6. 자신에게 불길한 일이 닥칠 것 같아 불안하십니까?	예	아니오
7. 대체로 마음이 즐거운 편이십니까?	예	아니오
8. 절망적이라는 느낌이 자주 드십니까?	예	아니오
9. 바깥에 나가기가 싫고 집에만 있고 싶습니까?	예	아니오
10. 비슷한 나이의 다른 노인들보다 기억력이 더 나쁘다고 느끼십니까?	예	아니오
11. 현재 살아 있다는 것이 즐겁게 생각되십니까?	예	아니오
12. 지금의 내 자신이 아무 쓸모 없는 사람이라고 느끼십니까?	예	아니오
13. 기력이 좋은 편이십니까?	예	아니오
14. 지금 자신의 처지가 아무런 희망도 없다고 느끼십니까?	예	아니오
15. 자신이 다른 사람들의 처지보다 더 못하다고 느끼십니까?	예	아니오

0~5점	6~9점	10~15점
정상	가벼운 우울증	심한 우울증