Korean Journal of Clinical Psychology
2019. Vol. 38, No. 4, 388-399

Review Article
© 2019 Korean Clinical Psychology Association
https://doi.org/10.15842/kjcp.2019.38.4.005
eISSN 2733-4538

Evidence-Based Treatments of Depression

Ji In Kim Ho In Kwon†

Departement of Counseling Psychology, Jeonju University, Jeonju, Korea

Depression is of great individual and social importance because of its devastating course and risk for future suicide attempts. Researchers globally have recognized the seriousness of depressive disorder and thus have participated in the development and evaluation of treatments. In this study, we reviewed the basic assumptions, treatment factors, and efficacy trials of cognitive therapy, behavior activation therapy, interpersonal therapy, and problem-solving therapy. In addition, the results of psychological treatment of depression in Korea are summarized, based on which recommendations for evidence-based treatment for depression are suggested. In this study, based on the results of a domestic study, cognitive behavioral therapy, acceptance commitment therapy, and mindfulness-based cognitive therapy are proposed as treatments that might be effective. Finally, this article highlights future directions for evidence-based depression treatment research in Korea.

Keywords: evidence-based psychotherapy, cognitive therapy, behavior activation therapy, interpersonal therapy, problem-solving therapy

우울증은 전세계 인구의 삶을 고통스럽게 만드는 정신 장애이다. 세계보건기구는 우울증을 전세계적으로 질병부담율이 가장 큰 장애로 공표한바 있으며(World Health Organization, 2017), 현재 우울증에 의한 사회 경제적 부담은 암, 에이즈, 심혈관 질환 등의 주요 질환과 대등한 것으로 여겨지고 있다(Murray & Lopez, 1996). DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013)에 따르면 주요우울장애(Major depressive disorder)는 가장 대표적인 우울증의 진단 범주로, 일반적으로 우울증이라는 용어는 주요우울장애를 지칭한다. 본 논문에서 역시 우울증은 주요우울장애를 지칭하는 것으로 사용하였다. 주요우울장애의 진단기준을 충족시키기 위해서는 우울한 기분이나 일상생활에서의 흥미나 즐거움 저하라는 두 가지 주 증상 중 적어도 한 가지 증상이 존재해야 하며, 체중 저하 혹은 증가, 불면증이나 과다 수면, 정신운동성 지체나 초조, 에너지 저하 혹은 피로감, 무가치감 혹은 과도한 죄책감, 집중력 저하, 우유부단 혹은 사고력 저하, 자살 사고나 자살 시도, 혹은 반복적인 죽음에 대한 생각이라는 증상 중 총 다섯 가지 이상의 증상이 2주 이상 기간 동안 나타나야 한다(American Psychiatric Association, 2013).

†Correspondence to Ho In Kwon, Department of Counseling Psychology, JeonJu University, 303 Cheonjam-ro, Wansan-gu, Jeonju, Korea; E-mail: hikwon14@jj.ac.kr

Received Sep 3, 2019; Revised Nov 27, 2019; Accepted Nov 27, 2019

보건 복지부 조사 통계에 따르면 국내 우울증의 평생 유병률은 3.3%에서 5.6% 정도로 전세계 유병율에 비해서는 다소 낮은 편으로 보고되나(Park & Kim, 2011), 점차 증가 추세를 보이고 있으며, 현재 국내의 우울증 진료비는 1,300억 원에 이르고 있다(Health Insurance Review & Assessment Service, 2007). 더구나 우울증은 치료비용 뿐 아니라 가족의 부담, 실직이나 직장에서의 기능 저하와 같은 손실을 야기시켜 2차적 사회 경제적 비용이 더 크게 발생하는 문제를 안고 있다.

그동안 전세계적으로 심리치료에 대한 광범위한 연구가 이루어져왔다. 다양한 심리치료가 개발되어 우울증치료에 도입되었으며, 심리치료의 효과를 과학적으로 입증해야 한다는 요구가 증대되면서 근거기반실무 운동으로 이어졌다. 근거기반실무(Evidence Based Practice, EBP)란 경험적으로 지지된 심리치료를 숙련된 치료자가 환자의 요구 및 가치, 선호를 고려하여 적용하는 의사결정의 과정이다(American Psychological Association Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006). 경험적으로 지지되는 치료(Empirically Supported Therapy, EST)는 통제된 상황이나 여러 임상 현장에서 특정 심리치료가 특정 장애나 문제를 해결하는데 그 효과, 임상적 유용성을 가진다는 의미이다(Lee, Jang, Jaekal, Koo, & Choi, 2017). 경험적으로 지지되는 치료의 주된 기준은 효능(efficacy)과 효과(effectiveness), 임상적 유용성(clinical

utility)으로 나누어진다. 효능(efficacy)은 통제된 연구에서 비교적 동질적인 내담자들을 대상으로 분명하게 정의된 개입을 실시하고 그 결과를 검증하는 것으로, 유의미한 결과를 산출할 가능성이 상대적으로 높다. 반면 효과성(effectiveness)이란 실제 임상 장면에서 복합적인 문제를 가진 내담자를 대상으로 치료 효과가 나타나는지를 검증하며, 보다 실제적인 함의를 보여줄 수 있다. 임상적 유용성(clinical utility)이란 비용과 효율성을 감안한 치료의 효과성을 평가한다(Yim, Lee, Lee, Kim, & Choi, 2013; Chambless & Hollon, 1998). 현재 치료연구는 효능연구를 중심으로 발표되어 있으며, 소수의 효과성과 유용성 연구가 시도되고 있다.

심리치료의 효과를 검증하기 위해 미국심리학회 12분과 근거기반치료 대책위원회에서는 장애 별로 경험적으로 지지된 치료에 대한 지침을 제공하였다(Chambless & Hollon, 1998). 이 지침은 근거기반치료를 선정하는 데 있어서 무선통제와 반복검증을 강조하였다(American Psychological Association Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006). 무선통제연구란 심리치료의 효과를 연구할 때 내담자를 무선적으로 표집하고 치료집단 및 대조집단에 무선적으로 할당하여 결과에 영향을 줄 수 있는 변수를 통제하는 연구설계방법이다(Lee et al., 2017). 무선통제연구의 장점은 우연이나 시간의 흐름, 심리 평가의 영향, 내담자의 유형 차이와 같은 다른 가외 변인의 차이를 배제하고 내담자의 변화를 치료의 효과라고 합리적으로 결론 내릴 수 있다는 점이다(Chambless & Hollon, 1998). 반복검증의 조건은 독특한 단일연구 결과에 기반하여 잘못된 결론을 내리는 것을 방지하는 것이다. 즉 서로 독립된 복수 연구팀의 반복 검증은 연구자 편향, 특정 환경이나 일단의 치료자들에 독특하게 나타나는 결과에 의존하여 치료의 효과를 판단하지 않도록 하는 방법이라고 할 수 있다. 이에 따라 '강한/잘 확립된(Strong/well-established)' 치료란 독립된 연구자가 진행한 적어도 두 개의 엄격하게 설계된 연구를 통해 그 효과가 입증된 치료라고 정의된다(American Psychological Association Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006). 만일 치료의 효과를 지지하는 한 개의 연구만이 있거나, 모든 연구가 한 팀에 의해 수행되었다면, 이러한 치료를 '어느 정도인/효과가 있음직한(Modest/probably efficacious) 치료'로 구분되었다. "실험적(experimental) 치료'는 치료 연구 결과가 혼재되어 있는 치료를 의미한다. 국내에서는 Cho (2017)가 미국심리학회가 제안한 기준을 일부 보완한 근거기반치료 기준을 제시하였다. 이 기준을 Table 1에 제시하였다.

이후 수많은 심리치료 연구가 출판되었다. 더불어 연구방법이 발전됨에 따라 여러 연구를 양적으로 조합할 수 있는 메타분석이 등장하였다(Kazdin, 2003). 메타분석은 특정한 개입과 비교 조건 간의 표준화된 차이를 나타내는 효과 크기를 산출하는 것이다. 메타분석의 가장 큰 장점은 각 연구에서 비교된 개입의 효과 크기와 표본의 크기를 모두 고려할 수 있다는 점이다. American Psychological Association은 지난 10여 년간의 임상연구의 양적 팽창과 함께

Table 1. *Criteria for empirically supported treatments*

Strong research support – Chambless et al.'s (1998) "Well-established treatments"
I. At least two good between-group design experiments must demonstrate efficacy in one or more of the following ways:
A. Superiority to pill or psychotherapy placebo, or to other treatment
B. Equivalence to already established treatment with adequate sample sizes
OR
II. A large series of single-case design experiments must demonstrate efficacy with
A. Use of good experimental design and
B. Comparison of intervention to another treatment
III. Experiments must be conducted with treatment manuals or equivalent clear description of treatment
IV. Characteristics of samples must be specified
V. Effects must be demonstrated by at least two different investigators or teams
Modest research support – Chambless et al.'s (1998) "Probably efficacious treatments"
I. Two experiments must show that the treatment is superior to waiting-list control group
OR
II. One or more experiments must meet well-established criteria IA or IB, III, and IV above but V is not met
OR
III. A small series of single-case design experiments must meet well-established-treatment criteria
Controversial – Chambless et al.'s (1998) "Experimental treatments"
Treatment of which results are mixed in clinical trials or not yet tested in trials meeting task force criteria for methodology

Note. Source: Cho (2017), Chambless et al. (1998), Chambless & Ollendick (2001), and Tolin et al. (2015).

Table 2. *Modified GRADE recommendations for psychological treatments based on systematic reviews (adapted from Guyatt et al., 2008)*

Recommendations	
Very strong recommendation	All of the following: • There is high-quality evidence that the treatment produces a clinically meaningful effect on symptoms of the disorder being treated. • There is high-quality evidence that the treatment produces a clinically meaningful effect on functional outcomes. • There is high-quality evidence that the treatment produces and/or functional outcomes at least 3 months after treatment discontinuation. • At least one well-conducted study has demonstrated effectiveness in nonresearch settings.
Strong recommendation	At least one of the following: • There is moderate- to high-quality evidence that the treatment produces a clinically meaningful effect on symptoms of the disorder being treated. • There is moderate-to high-quality evidence that the treatment produces a clinically meaningful effect on functional outcomes.
Weak recommendation	Any of the following: • There is only low or very low-quality evidence that the treatment produces a clinically meaningful effect on symptoms of the disorder being treated. • There is only low- or very low-quality evidence that the treatment produces a clinically meaningful effect on symptoms of the disorder being treated as well as on functional outcomes. • There is moderate- to high-quality evidence that the effect of the treatment, although statistically significant, may not be a magnitude that is clinically meaningful.

메타분석과 같은 보다 복합적인 분석방법을 반영하면서 심리치료 가이드라인을 다시 제안하였다(Tolin, McKay, Forman, Klonsky, & Thombs, 2015). 이 제안은 세 가지 단계로 이루어지며, Table 2에 제시하였다. 이 가이드라인에 따른 치료 목록 평가는 현재 진행 중에 있다(Tolin et al., 2015).

본 연구에서는 미국심리학회 12분과 근거기반치료 대책위원회에서 제시한 우울증에 대해 '강한/잘 확립된(Strong/well-established)' 치료로 제안된 인지치료, 행동활성화치료, 대인관계치료, 문제해결치료를 소개하고, 그에 대한 효능 연구를 고찰하고자 한다. 이와 함께 국내 우울증에 대한 심리치료 효능연구를 탐색한 후, 권고안을 제안하고자 한다. 이를 통해 향후 국내 우울증의 근거기반 치료 프로의 확산을 촉진하고자 한다.

인지치료(Cognitive Therapy)

인지치료는 우울증에 대한 심리치료 중 가장 널리 사용되는 치료 방법이다(Hollon & Dimidjian, 2009). Aron T. Beck이 1960년대에 처음 개발한 후 그 영향력이 꾸준히 성장했으며, 정신장애에 대한 근거기반치료를 필요로 하는 사회복지, 간호, 정신의학 및 기타 전문분야에서 다양하게 활용되고 있다(Dobson, 2014).

Aron T. Beck의 인지이론에 따르면 우울에 취약한 사람은 자신, 세상, 미래에 대한 역기능적인 믿음을 가지고 있어서 긍정적인 경험으로부터 도움을 받지 못하고 부정적인 측면에만 초점을 두면서 우울감을 심화시킨다. 우울증환자의 생각은 부정적 인지 도식이 특징인데, 이는 일종의 조직화된 지식체계로서, 평상시에는 잠복되어 있다가 대인관계와 관련된 상실과 같은 스트레스 사건에 의해 활성화되어 우울증을 유발할 수 있다. 또한 자동적 사고는 특정 상황하에서 빠르게 떠오르는 생각으로, 우울증환자는 빈번하게 자동적 사고의 왜곡과 오류를 보인다(Dobson, 2014).

인지치료의 목표는 내담자가 인지와 행동 기술을 배워서 보다 정확하고 도움이 되는 신념을 발달시킴으로써 결국 스스로가 치료자가 되는 것이다. 치료자의 주요 역할은 내담자가 자신의 생각의 정확성을 점검하고, 행동을 변화시키는 방법을 학습시키는 것이다. 이러한 기술은 우울증상 완화뿐 아니라 미래에 우울증의 재발 가능성을 줄이는 데 있어서 중요하다. 인지치료의 과정은 세 부분을 협력적으로 성취하는 것이라고 할 수 있다(Hollon & Dimidjian, 2009). 첫번째 과정은 내담자의 역기능적 믿음, 즉 내담자의 개인적인 의미체계를 철저하게 탐색하는 것이다. 두 번째 과정은 분명하게 파악된 신념체계를 신중하게 검토하는 것이다. 이 과정에서 믿음을 지지하거나 지지하지 않는 증거를 검토하고, 대안적 설명이나 해석을 고려하고, 믿음이 사실이라면 생길 수 있는 결과가 검토되며, 보다 현실적이고 타당한 관점을 도입하게 된다. 마지막으로 세 번째 과정은 적극적 실험으로 역기능적 신념체계의 타당성을 구체적으로 "검증"하는 것이다. 이 세 가지는 순서대로 도입될 필요는 없으며, 내담자는 자신이 갖고 있는 믿음의 정확성을 탐색하기 전에 믿음에 따른 예측을 검증하기 위한 행동 실험을 미리 시도해 볼

https://doi.org/10.15842/kjcp.2019.38.4.005

수 있다(Hollon & Dimidjian, 2009).

대개 우울증의 인지치료는 8–16회기로 도입되고 있다. 경도에서 중등도의 우울증을 가진 내담자는 8회기나 16회기에서 모두 좋은 효과를 보인 반면, 심한 우울증을 가진 내담자는 8회기에 비해 16회기에서 유의하게 좋은 반응율을 보인 것으로 나타났다(Shapiro et al., 1994). American Psychological Association에서 치료자는 (1) 내담자 우울의 심각도와 만성화 정도, (2) 공병 장애, (3) 내담자의 우울 회복을 방해하는 다른 심리적, 신체적, 심리 사회적 요인들에 따라 회기 수를 증가시킬 것을 권유하고 있다(American Psychological Association Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006; see https://www.div12.org/treatment/cognitive-therapy-for-depression/).

수많은 연구를 통해 우울증에 대한 인지치료의 효능은 지지되었다. 인지치료는 심리치료 중에 가장 광범위하게 연구된 개입 중 하나이며, 대개 최소 치료의 통제집단과 다른 심리사회적 개입과 비교해서 더 나은 효과를 보고한 바 있다(DeRubeis & Crits-Christoph, 1998). 한 예로 Jarrett와 동료들은(1999)은 비전형 우울증 환자를 대상으로 인지치료의 효과가 약물치료와 유사하고 위약 통제군보다 우수하다고 보고하였다. DeRubeis와 동료들(2005)은 중증 우울증 외래환자를 대상으로 인지치료가 약물치료와 효과가 유사하고 위약통제군보다 우수하다고 보고하였다. 두 연구 모두, 약물치료와 인지치료가 모두 경험 있고, 고도의 훈련을 받으며, 수퍼 비전을 받은 치료자에게 시행되었다. 여러 연구에서 인지치료는 우울증의 재발방지에 있어서 약물치료보다 효과적인 것으로 보고되고 있다(Simons, Murphy, Levine, & Wetzel, 1986). 우울증 환자의 높은 재발 위험성을 고려할 때 인지치료의 이러한 효과는 중요한 성취라고 할 수 있다. DeRubeis와 동료들은 중등도에서 중증의 우울증 환자를 대상으로 한 인지치료 집단이 약물치료나 위약집단에 비해 유의하게 낮은 재발률을 보였다고 하였다(DeRubeis et al., 2005). 더욱이 인지치료는 현재 우울하지 않은 고위험 집단의 우울증상 시작을 예방하는데도 효과가 있는 것으로 보고된 바 있다(Seligman, Schulman, Derubies, & Hollon, 1999). 또한 Hollon 등(2014)은 인지치료와 약물치료의 병합이 약물치료 단독에 비해 재발을 유의하게 감소시켰다고 보고하였다. 최근 메타분석연구는 대부분 인지적 요소와 함께 행동적 요소를 도입한 인지행동치료의 효과에 대한 연구들로 수행되었다. 한 예로, Cuijpers 등(2013)은 115개의 우울증 인지행동 치료연구를 분석한 결과 인지행동치료가 우울증치료에 분명 효과적이기는 하나 효과크기는 과대 추정되었으며, 다른 심리치료나 약물치료와 비교할 때 효과차이는 없다고 하였다.

행동활성화치료(Behavioral Activation Therapy)

행동활성화치료는 실생활에서 보상 경험을 증가시키도록 행동을 활성화하는 것을 목표로 하는 우울증에 대한 체계화된 단기 치료법 중 하나이다(Martell, Dimidjian, & Herman-Dunn, 2012). 행동활성화치료는 대규모 효과성 검증 연구와 메타분석을 통해 우울증에 대한 단독 치료로 인정받고 있다. 행동활성화치료는 적어도 약물치료만큼의 효과를 나타내며 심각한 우울 증세를 보이는 환자에게는 인지치료보다 효과가 더 좋다고 보고되고 있다(Cuijpers, Van Straten, & Warmerdam, 2007; Mazzucchelli, Kane, & Rees, 2009).

행동활성화치료의 일반적인 목표는, 환자의 행동을 긍정적인 강화의 가능성이 큰 방향으로 활성화시키는 데 있다. 이를 위해 환자로 하여금 즐거움을 주거나 생산적인 행동, 또는 삶에서 더 나은 보상을 얻을 수 있는 행동에 참여하도록 한다. 행동활성화치료의 회기들은 행동 중심적이며, 문제 해결에 초점을 맞춘다(Lee, Cha, Seo, & Choi, 2016). 치료 초기에는 치료자와 환자가 우울증과 관련된 행동 양식을 함께 파악하는 작업을 하며, 분석을 통해 치료목표를 설정하고 행동 변화 과정에 집중한다. 환자가 본인의 활동을 모니터링하고 활동계획을 세우도록 하며(Cha, Seo, & Choi, 2016), 행동 활성화에 방해되는 회피나 도피 행동들을 다룬다. 치료자는 코치 역할을 하며 강력하면서도 밀접한 치료적 관계 형성은 행동활성화치료의 본질이자 핵심이다 (Martell et al., 2012).

서구에서는 우울증 치료에 대한 행동활성화의 효능연구가 다수 진행되었다(Dobson et al., 2008; Gawrysiak, Nicholas, & Hopko, 2009). 메타 분석 연구에 따르면 행동활성화 치료는 중등도 이상의 효능을 보고하였다(Eker, Dikmen, Cambazoğlu, Düzgün, & Akgün 2014; Mazzucchelli et al., 2009). 워싱턴대학교에서 실시한 시애틀 연구(Seattle Study)에서, 행동활성화치료는 우울증의 급성기에서 약물 치료군과 대등한 효과를 보였고, 심각도가 높은 환자군에게도 동등한 결과가 나타났다(Elkin et al., 1989). 행동활성화치료 집단의 환자는 약물 치료를 받은 환자에 비해 치료효과가 더 오랫동안 유지되었으며 인지치료만큼 행동활성화치료의 우울 재발방지 효과도 오랜 시간 동안 지속되는 것으로 보고되었다. 약물치료군에 포함된 치료제가 다양했다는 점, 표본 수가 적다는 제한점들이 있지만, 시애틀 연구에서 우울증에 대한 행동활성화치료의 효능이 매우 고무적임을 보여주었다.

대인관계치료(Interpersonal Psychotherapy)

대인관계치료는 대인관계에서 겪는 환자의 고통을 해소하고 대인

관계 기능을 개선하기 위해, 1980년대 Klerman과 Weissman이 애착 이론을 기반으로 개발한 구조화된 단기적인 심리치료이다(Klerman & Weissman, 1986; Stuart & Robertson, 2016). 대인관계치료의 목표는 현재 대인관계에 초점을 맞추어 환자에게 필요한 정서적 혹은 실질적 지원을 요청하는 방법을 배울 수 있도록 돕는 것이다(Stuart & Robertson, 2016).

대인관계치료는 심리적 고통과 정신과적 증상이 대인관계 문제와 연결되어 있다는 가정에 기반을 두며(Stuart & Robertson, 2016), 우울증상이 대인관계의 어려움으로 인하여 악화되거나 지속된다고 본다(Shin, 2018). 대인관계치료는 현재 환자의 대인 관계의 맥락 속에서 의사소통 패턴과 사회적지지 체계 개선에 집중적으로 주목한다. 대인관계치료의 주된 초점은 애도와 상실, 대인관계 갈등, 역할 전환, 역할 논쟁과 같은 대인관계 문제이다. 환자가 설명하는 '지금-여기'에서 즉각적으로 도움이 필요한 대인관계의 갈등을 단순하고 직설적으로 이야기하는 것이다(Stuart & Robertson, 2016).

대인관계치료는 두가지 요인으로 구성되어 있다. 첫 번째는 환자의 대인관계에서의 갈등, 변화와 상실에 대하여 다루고 관계 내에서 의사소통능력의 향상이나 현실적인 기대를 하도록 돕는 것이다. 두 번째는 현재 겪고 있는 고통을 유발한 상황을 다루는데 필요한 사회적 지지자원을 새로 개발하거나 잘 활용하도록 하는 것이다(Stuart & Robertson, 2016). 대인관계치료의 일반적인 과정은 환자의 우울증상과 대인관계 문제를 탐색하는 진단 및 평가로 시작한다. 그 다음 환자가 치료에서 기대하는 점과 현재 환자의 지각에 초점을 맞춰 환자가 속해 있는 문제 영역의 주제를 함께 찾아본다. 후에 문제 해결을 위한 대처 방법에 대해 함께 분석하며 새로운 행동을 시도하는 과정으로 이루어진다. 대인관계치료는 단기적 치료로서, 초기에 환자와 치료자가 맺었던 치료적 계약을 유지하는 것이 매우 중요하다. 치료의 종결 시에는 환자가 치료적 관계의 종결을 직면하고 치료자의 도움 없이도 대인관계의 어려움을 해결해낼 수 있다는 자신감을 가져야 한다. 치료 초기에는 치료자가 환자에 대한 중요한 지지자의 역할을 해주지만, 환자가 실질적·정서적 지지를 받을 수 있는 다른 사람을 점차 만나게 되면 치료자의 일차적 역할은 철수하도록 권고된다. 대인관계치료가 단기간에 시행되어야 하지만, 점차 시간을 두고 회기 간격을 늘려 나가면서 종결하는 것이 좀 더 효과적이다(Stuart & Robertson, 2016).

그동안 대인관계치료가 우울증의 호전과 재발 방지에 효과적임을 증명하는 많은 연구가 진행되어 왔다(Klerman, Weissman, Rounsaville, & Chevron, 1984). 한 메타분석연구에서는 13개의 연구를 검토한 결과 대인관계치료가 위약보다 더 나은 효능을 보였으며, 인지행동치료보다 그 효과가 우수하다고 하였다(De Mello, de Jesus, Bacaltchuk, Verdeli, & Neugebauer, 2005). 또 다른 메타분석연구에서는 38개의 무선통제연구를 검토한 결과 대인관계치료가 우울증의 급성기 치료에 있어서 통제집단에 비해 중등도 이상의 효과크기를 보였으며, 대인관계치료와 약물치료의 병합치료가 약물치료만 실시하는 것에 비해 재발을 유의하게 줄인다고 하였다(Cuijpers et al., 2011).

문제해결치료(Problem-Solving Therapy)

문제해결치료는 1970년대에 D'Zurilla와 Goldfried (1971)에 의해 우울증에 대한 치료로 개발되었고 이후 수년 동안 D'Zurilla, Nezu와 Maydeu-Olivares뿐만 아니라 많은 연구자들이 그 효과를 검증하였다(Cuijpers, deWit, Kleiboer, Karyotaki, & Ebert, 2018; D'Zurilla, Nezu, & Maydeu-Olivares, 2004). 문제해결치료는 적응적인 문제 해결적 태도와 기술을 훈련함으로써 우울증상을 감소시키는 것을 목표로 한다. 문제란 적응적 요구와 효과적 대처 간에 불균형이나 불일치로 정의된다(Dobson, 2014). 만일 어떤 사람이 문제를 안녕감에 위협적이거나 해로운 것으로 평가하거나 효율적으로 대처할 수 있는 자신의 능력을 의심하거나, 대처 반응이 비효과적이거나 부적응적이거나 혹은 자기패배적일 때, 부정 정서가 우세해질 가능성이 높아진다. 반대로 문제가 중요한 '도전'이거나 좋은 기회인 것으로 평가하거나, 자신이 문제를 효과적으로 다룰 수 있는 능력이 있다고 믿거나, 대처반응이 적응적이거나 자기 고양적이라면 긍정 정서가 부정 정서를 상쇄시킬 수 있다.

이 치료 과정은 두 가지로 구분될 수 있다. 첫째는 삶에 문제해결적 지향을 적용하는 것, 둘째는 합리적인 문제해결 기술을 사용하는 것이다(Malouff, Thorsteinsson & Schutte, 2007). 문제해결 지향을 도입하는 것은 대개 문제가 일종의 도전이자 해결될 수 있는 것으로 보며, 효과적인 문제해결에 시간과 체계적 노력이 요구됨을 인식하는 것이다(Nezu, 2004). 즉 문제를 피하는 대신 해결하는 것에 몰두하는 건설적인 문제해결적 인지 요소이다(Dobson, 2014). 합리적 문제해결 기술에는 (1) 문제의 정의와 공식화, (2) 대안적 해결책의 생성, (3) 의사 결정, (4) 해결책 시행과 검증이 포함된다(Bell & D'Zurilla, 2009). 여기서는 문제에 대한 사실과 정보를 수집하고 환경적 압력이나 장애물을 확인한 후에, 현실적인 문제해결 목표를 세우고, 가능한 여러 가지 해결책을 생성한 후, 각각의 결과를 예상하고 평가한 후에 최적의 해결책을 선택한 후에 그에 따른 결과를 평가하는 것이다. 만일 문제를 해결하려는 노력이 실패했다면 각 단계로 다시 돌아가서 시도한다. 문제해결치료는 치료자가 각 단계를 구두와 서면으로 교육하고, 실행하며 과제를 제시한다. 치료

https://doi.org/10.15842/kjcp.2019.38.4.005

개발자들은 1시간 30분에서 2시간 동안의 8–16회기를 권고하고 있다(D'Zurilla & Nezu, 1999). 대략적으로 12회기가 도입되며, 4회기로도 변화 효과가 관찰될 수 있고, 장기적이고 문제해결의 경직성이 부족하거나 높은 수준의 정서조절의 어려움을 갖고 있는 경우 회기가 늘어날 수 있다(American Psychological Association Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006; see https://www.div12.org/treatment/problem-solving-therapy-for-depression/).

선행연구들은 문제해결치료가 우울증 감소에 효과적이라고 제안하고 있다. 한 예로 Alexopoulos Raue와 Arean (2003)은 실행기능의 손상을 보이는 성인 우울증 집단을 대상으로 문제해결치료와 지지치료를 비교 한 후, 문제해결치료가 지지 치료에 비해 더 효과적이라고 하였다. Malouff 등(2007)은 32개 연구, 2,895명의 참여자를 포함하여 메타분석 한 후, 문제해결치료가 다른 심리사회적 치료와 유사한 정도의 효과를, 치료 없음, 관심통제 집단보다 유의하게 높은 효과를 보인다고 하였다. 또한 문제해결치료가 문제해결기술에만 초점을 둘 때보다 문제지향요소를 포함할 때 더 효과적이라고 보고했다. 한편 Cuijpers 등(2007)은 13개의 무선통제연구에 기반하여 메타분석 한 후, 문제해결치료가 대기집단, 위약통제집단에 비해 우울증 치료에 더 효과적이라고 결론 내렸다. Bell과 D'Zurilla (2009)는 21개의 연구를 메타분석한 결과 문제해결치료가 다른 심리사회적 치료 및 약물치료와 유사한 정도의 효과가 있으며, 비치료 및 지지/관심 통제 조건보다 유의한 효과가 있었다고 하였다. 또한 치료 요인 분석 결과에서는 치료프로그램에 문제해결기술 단독보다 긍정적 문제지향훈련을 포함하는 것이 더 효과적이라고 하였다.

기타 근거기반치료

앞서 서술한 치료 이외에도 마음챙김을 기반으로 한 인지치료(Mindfulness-based cognitive therapy, MBCT), 수용 및 전념치료(Acceptance and commitment therapy, ACT) 등 다양한 개입이 우울증 치료에 시도된 바 있다. MBCT는 인지행동치료와 마음챙김을 접근으로 개발되었다(Segal, Williams, & Teasdale, 2001). 이 치료에서는 강렬한 생각과 감정, 신체감각을 다루는 방식과 이에 대한 자각을 변화시키는데 초점을 둔다. MBCT는 특히 우울증 재발에 효과적이라는 결과를 보고하고 있다. Kuyken 등(2016)은 MBCT의 치료효과를 다룬 대규모 논문을 메타분석 한 후, MBCT가 우울증 재발방지에 유의한 효과가 있었다고 보고하였다. 또 다른 치료에서는 MBCT와 항우울제 유지치료가 유사한 정도의 재발방지 효과가 있다고 하였으며 (Kuyken et al., 2015), MBCT가 우울삽화가 빈번한 우울증 환자의 재발에 효과적이며, 항우울제유지 치료보다 효과가 뛰어났다고 보고하였다(Zhang, Zhang, Zhang, Jin, & Zheng, 2018).

ACT는 개인 내에서 일어나는 감정들을 기꺼이 경험하게 함으로 삶에서의 균형감각을 유지하게 돕는 치료(Hayes, 2004)이며 American Psychological Association에서 '아마도 효능 있는 치료'로 구분된 바 있다(Chambless & Hollon, 1998). Twohig와 Levin (2017)은 ACT에 대한 무선통제연구연구들을 메타분석한 후, ACT가 대기자집단이나 일반치료에 비해 효과적이며, 전통적인 인지행동치료와 유사한 정도의 효과를 보인다고 하였다. 이외에도 단기 정신역동치료, 자기체계치료(Self-System Therapy) 등이 '아마도 효능 있는 치료'로 제안되었다(Chambless & Hollon, 1998).

우울증의 근거기반치료: 국내

국내에서도 우울증의 심리치료에 대한 여러 연구가 진행되었다. 본 연구에서는 앞서 논의한 인지치료, 행동활성화치료, 대인관계치료, 문제해결치료를 포함해서 여러 심리치료의 국내 효능연구를 탐색하고자 하였다. 이를 위해 2019년 7월까지 최근 20년간 출간된 논문을 한국교육학술정보원(KERIS)에서 제공하는 학술연구정보서비스(RISS), Google Scholar에서 검색하였다. 검색어로는 '우울증', '주요우울장애', '우울장애' '치료', '심리치료', '상담' '개입'을 투입하였다. 이 중 치료 매뉴얼을 사용하였거나, 치료의 내용을 자세히 기술한 논문으로 제한하였고, 성인을 대상으로 한 논문에 한정하였다. 또한 대기집단, 약물, 심리적 위약조건 또는 다른 치료조건을 포함한 대조집단이 있는지의 여부, 무선통제 여부를 확인하였다. 또한 우울증 진단을 받거나 임상면담을 통해 진단을 확인한 환자표본인지, 우울증상의 자기보고척도를 통해 연구대상을 선별한 지역사회 표본인지 여부를 확인하였다. 이러한 결과는 Table 3에 제시되어 있다.

국내에서 인지치료의 효과를 검증한 연구는 Park과 Son (2007)이 우울 수준이 높은 대학생을 대상으로 집단 인지치료와 심리극의 효과를 비교한 연구가 유일하였다. 이 연구에 따르면 인지치료와 심리극 치료 후, 두 집단 모두에서 우울 증상의 수준이 감소했으며 추적 조사에서도 효과가 유지되었다. 그 외 인지적 요소를 포함하는 치료연구 대부분은 인지치료에 행동요소를 통합한 인지행동치료의 효과를 검증하였다. 예를 들어 인지행동치료는 우울증상을 호소하는 일반 대학생 집단의 우울증상감소에 효과적이었으며 (Jo & Son, 2016), 일반 노인의 우울증상감소에서도 효과적이었다

Table 3. *Studies of evidence-based psychotherapies for depression in South Korea*

Author	Year	Types of therapy	*N*	Problem treated	Ages	Subjects	Type	Session	Conditions	Results and group difference
Kim & Park	2014	ACT	ACT: 16 Cont: 15	Depression	Adult (women)	Comm	Group	10	(Randomized control) 1. ACT 2. Waitlist Cont	Effects shown more in ACT than Cont
Lee et al.	2016	BAT	BAT: 4	Depression	Adult	Clinic	Group	10	No Cont	Pre-post change shown in BAT only for 2 of participants.
Park & Son	2007	1. CT 2. PD	CT: 12 PD: 14 Cont: 13	Depression	Adult (university student)	Comm	Group	8	1. CT 2. PD 3. Non-Tx Cont	Pre-post change shown both in CT & PD; effects maintained at FU No pre-post change shown in Cont
Bae & Yeum	2015	CBT (using Telephone)	CBT: 23 Cont: 19	Depression Anxiety Chronic illness	Adult	Parkinson's disease patient	Group	8	(Randomized control) 1. CBT 2. Non-Tx Cont	Decrease in depressive symptoms; Effects not maintained at FU
Jo & Son	2016	CBT	CBT: 8 Cont: 8	Depression	Adult (university student)	Comm	Group	8	(Randomized control) 1. CBT 2. Waitlist Cont	Pre-post change shown in CBT; effects maintained at FU No pre-post change shown in Cont
Kim & Jeong	2003	CBT	CBT: 12 Cont: 12	Depression Loneliness Dysfunctional-attitude	Elderly	Comm	Group	9	(Randomized control) 1. CBT 2. Waitlist Cont	Pre-post change shown in CBT; effects maintained at FU No pre-post change shown in Cont
Lee	2017	CBT ACT	CBT: 13 ACT: 13	Depression Anxiety	Adult	High risk Comm	Group	CBT: 8 ACT: 8	(Randomized control) 1. CBT 2. ACT	Pre-post change shown both in CBT & ACT
Na	2012	CBT	CBT: 10 Cont: 10	Depression	Adult	Clinic	Group	10	1. CBT 2. Non-Tx Cont	Pre-post change shown in CBT; No pre-post change shown in Cont
Choi & Byun	2017	MBCT	MBCT: 8	Depression	Adult	Clinic	Group	8	No Cont	Pre-post change shown in MBCT; effects maintained at FU
Choi & Kim	2019	MBCT	MBCT: 18 Cont: 20	Depression Stress Self-esteem	Adult (nursing students)	Comm	Group	8	1. MBCT 2. Non-Tx Cont	Pre-post change shown in MBCT; pre-post increase shown in Cont
Cho & Son	2013	MBCT	MBCT: 11 Cont: 11	Depression Impulsiveness Self-efficacy	Adult	Drug addict	Group	9	(Randomized control) 1. MBCT 2. Waitlist Cont	Pre-post change shown in MBCT; No pre-post change shown in Cont
Kim & Hyun	2016	RT	RT: 26 Cont: 22	Depression Self-esteem Internal control	Elderly	Clinic	Group	10	1. RT 2. Non-Tx Cont	Pre-post change shown in RT No pre-post change shown in Cont
Yoon et al.	2010	PST	PST: 23 Cont: 19	Depression	Eelderly	Comm	Individual	6	(Randomized control) 1. PST 2.Waitlist Cont	Decrease in depressive symptoms; Effects not maintained at FU No pre-post change shown in Cont

Note. Cont = control group; Comm = depressive sample recruited from Community; Clinic = Clinical depressive sample recruited from psychiatric hospitals; Pre = Pretest; Post = Post-test; FU = Follow Up; Tx = Treatment / ACT = Acceptance Commitment Therapy; CBT = Cognitive Behavioral Therapy; CT = Cognitive Therapy; MBCT = Mindfulness Based Cognitive Therapy; PD = Psychodrama; PE = Psychoeducation; PST = Problem Solving Therapy; RT = Reality Therapy.

(Kim & Jeong, 2003). 도서를 활용한 인지행동 치료도 우울 감소에 효과적이었으며(Ko & Kim, 2011), 거동이 불편한 파킨슨병 환자에게 전화를 사용한 인지행동치료가 보통의 간호 방법보다 우울과 불안의 감소효과가 더 지속되고 증상이 호전되는 결과를 보여, 접근성이 떨어지고 소외된 사람들에게 새로운 방법으로 심리치료를 적용할 수 있음을 보여주었다(Bae & Yeum, 2015). 다만 대부분의 연구가 우울증 환자 집단이 아니라 우울증상을 호소하는 일반 집단을 대상으로 하여 치료 효과를 검증했다는 제한점이 있었다. 환자를 대상으로 한 연구는 Na (2012)의 연구가 유일한데, 이 연구에서는 우울증을 진단받고 약물치료중인 환자를 대상으로 인지행동치료 프로그램을 실시하고 치료에 동의하지 않은 환자집단을 대조집단으로 하여 비교한 결과, 치료집단에서 대조집단에 비해 우울증상이 감소하고 역기능적 사고가 완화되었다고 보고하였다.

국내에서 이루어진 문제해결치료 연구는 노인을 대상으로 한 Yoon, Koo, Lee와 Lee의 연구가 있었다(Yoon, Koo, Lee, & Lee, 2010). 이 연구에서는 우울증 스크리닝 검사를 통해 선별된 42명의 노인을 대상으로 치료집단 23명, 통제집단 19명을 무작위로 나누어 프로그램을 실행하였다. 총 6회기에 걸쳐 진행되었으며, 1회기 당 약 60분 동안 연구자와 훈련된 면접관이 직접 가정 방문하여 개인치료를 진행하였다. 그 결과 문제해결치료가 노인의 우울수준을 유의하게 감소시켰다고 보고하였다.

Kim과 Park (2014)은 성인 여성을 대상으로 수용전념치료 후, 치료집단이 대조집단에 비해 우울 수준이 현저하게 감소하였으며 4개월 후 추적 조사에서도 효과가 안정적으로 유지되었다고 보고하였다. Lee (2017)는 우울증과 불안장애의 취약성 요인을 검증하기 위하여 수용전념치료와 인지행동치료의 효과를 비교하였다. 그 결과 수용전념치료와 인지행동치료 두 집단 모두에서 우울과 불안의 취약 요인인 반추와 걱정을 감소시키는 것을 확인하였다.

우울증 치료와 재발 방지에 큰 효과를 보이는 국내의 마음챙김기반 인지치료 연구로는 만성 우울증 환자를 대상으로 한 Choi와 Byun (2017)의 연구가 있다. 마음챙김기반 인지치료 프로그램을 실시 후에 마음챙김과 우울증상에서 유의미한 변화를 검증하였고, 6개월 후에도 그 결과가 유지됨을 확인하였다. 간호대학생을 대상으로 한 Choi와 Kim (2019)의 연구에서는 마음챙김기반 인지치료 프로그램이 우울 증상과 스트레스를 감소시켰다고 보고하였다. Cho와 Son (2013)의 연구에서는 마약류 중독자를 대상으로 마음챙김기반 인지치료 프로그램 실시 후, 우울, 충동성 및 단약 자기효능감에 미치는 효과를 알아보았는데 치료집단이 대조집단보다 우울과 충동성 수준이 유의하게 감소하는 것을 확인하였다.

국내에서 성인 우울증을 대상으로 한 행동활성화치료 연구 결과는 최근에 한 연구진들에 의해 발표되었다(Lee et al., 2016). 이 연구에서는 지역사회 정신건강증진센터에서 의뢰된 우울증 환자 5명을 대상으로 행동활성화치료 프로그램을 실시한 결과, 2명이 우울 수준의 감소와 활동 수준의 증가를 보였고, 효과 크기는 중간에서 큰 수준으로 나타났다. 이 연구에서는 환자가 자신의 환경에서 충분한 강화를 받는 것이 우울 수준의 감소로 이어지며, 일상에서 이루어지는 활동을 객관적으로 살펴보는 것만으로도 치료적 요소가 될 수 있다고 보고하였다. 또한 목표를 세우는 것만으로도 활동 증가의 동기를 발생시킬 수 있으며 치료자와의 동맹과 집단원들과의 지지가 매우 중요한 역할을 하는 것으로 나타났다. 충분한 사례수의 확보가 어려웠으므로 추후 무선할당한 실험통제 연구를 통해 재검증하고 타당화가 필요하다는 한계점이 있지만, 우울증 환자를 대상으로 국내 지역사회에서 행동활성화치료를 적용할 수 있다는 가능성을 보여주었다(Lee et al., 2016).

Kim과 Hyun (2016)은 우울증 진단을 받은 노인을 대상으로 비판하지 않고 자신의 욕구를 충족하기 위한 효과적 대처법을 학습하는데 초점을 둔 현실치료 집단 프로그램을 개발하여 실시한 결과, 우울증상의 유의한 감소와 자존감의 유의한 증가를 보고하였다.

이러한 결과를 반영하여 성인 우울증에 대한 근거기반치료의 권고안을 Table 4에 제시하였다.

Table 4. *Level of evidence of adjunct psychological treatment for depression*

Levels of evidence	Treatment (Korea)	Treatment (Other countries)
Strong/Well-established		CBT, BAT, IPT, PST
Modest/Probably-efficacious	CBT, ACT, MBCT	ACT, EFT
Controversial/Experimental	-	-

Note. CBT = cognitive behavioral therapy; BAT = behavior activation therapy; IPT = interpersonal therapy; PST = problem-solving therapy; ACT = acceptance and commitment therapy; EFT = emotion focused therapy.
Based on the criteria proposed by Cho (2017) and Chambless et al. (1998).

근거기반치료 권고안 및 제언

본 연구에서는 우울증에 대해 경험적으로 그 효과가 입증된 인지치료, 행동활성화치료, 대인관계치료, 문제해결치료의 치료요인과 과정, 효능연구를 소개하고 국내 연구결과를 탐색하였다. 국내 연구결과에 근거한 경우, 우울증상을 보이는 지역사회표본에 대해 '대기집단보다 우월한 효과를 보인 두 개 이상의 치료효과 연구'의 기준을 충족하여 인지행동치료와 수용전념치료, 마음챙김에 기반한 인지치료가 "어느 정도인/효과가 있음직한(modest/probably ef-

ficacious) 치료"로 평가되었다. 문제해결치료는 비교적 잘 설계된 무선통제통제연구가 존재하였으나 단일연구에 한정되었으며, 행동활성화치료는 대조집단 없는 단일연구에 한정되어서 "논쟁의 여지가 있는/실험적(controversial/experimental) 치료"로 평가되었다. 국내연구는 약물치료 및 위약효과, 혹은 다른 치료와 비교한 연구는 매우 드물었을 뿐 아니라 적은 표본수로 인해 신뢰도 높은 치료연구는 찾기 어려웠다. 따라서 "강한/잘 확립된(strong/well-established)" 치료의 기준을 충족하는 연구결과는 부족하였다.

이상의 결과를 고려할 때 성인 우울증에 대해 인지행동치료, 수용전념치료, 마음챙김에 기반한 인지치료를 우선적으로 고려할 수 있을 것으로 보인다. 행동활성화치료와 문제해결치료, 현실치료는 긍정적 치료결과가 단일연구를 통해 보고된 만큼, 추가적 연구가 기대된다. 또한 아동청소년 우울증에 대한 국내 연구에서 대인관계치료가 '근거기반이 어느 정도인 치료'로 권고되었던 점(Shin, 2018), 대인관계치료가 성인 우울증 환자 대상의 치료로 개발되었다는 점을 감안할 때, 대인관계치료 역시도 2차적으로 고려할 수 있을 것으로 보인다. 국내 우울증치료 결과는 서구권에서 그 효과가 분명하게 입증된 인지행동치료와 함께 수용전념치료와 마음챙김에 기반한 인지치료의 성장을 반영한다. 이들 두 치료는 현실의 수용, 비판단적 자각, 현재 순간에 머무르기, 경험을 받아들이기 등의 공통점을 가지면서 인지행동치료의 '제3의 물결'로 평가받고 있다(Fruzzetti, McLean, & Erikson, 2019).

이러한 결과를 통해 향후 우울증 치료 연구에 대한 제언을 하고자 한다. 첫째 서구권의 근거기반연구들이 메타분석을 통해 심리치료의 효과를 보다 분명하게 규명하고 있다는 점을 감안할 때, 향후 국내 메타분석 연구가 더욱 활성화되어야 할 것으로 보인다. 또한 단일 기관에 한정하지 않고 다중 기관에서 여러 치료를 비교하는 연구설계가 요구된다. 이러한 연구는 비용과 시간 면에 있어서 개별 연구자들이 시행하기 어렵다는 점을 감안할 때, 정부차원의 연구 및 비용 지원이 필요할 것으로 보인다. 둘째, 국내 우울증 심리치료 효능에 대한 연구는 대부분 우울증 진단검사를 통해 선별된 임상 집단을 대상으로 하지 않고, 우울증상을 측정하는 자기보고식 척도를 활용하여 대상자를 선정하였다는 제한점이 있었다. 국내 심리치료 무선통제연구에서 다루고 있는 대상자 중 환자군이 21.3%밖에 되지 않는다는 것(Jaekal, Jang, Lee, & Choi, 2014)은 치료를 환자군을 대상으로 적용할 때 중요한 한계점으로 작용할 것으로 보인다. 셋째, 서론에서 언급한 바와 같이 American Psychological Association에서는 심리치료 평가를 위한 새로운 가이드라인을 도입한바 있으며, 평가기준으로서 증상 감소 뿐 아니라 기능의 유의미한 향상 및 비연구 장면에서의 효과성을 추가하였다(Tolin et al., 2015). 이는 심리치료가 광범위한 결과를 가져올 수 있는지, 실제 환자의 삶에 유의한 효과를 가져오는가에 대한 기준이라고 할 수 있다. 추후 심리치료의 효과연구 설계에서는 환자의 적응기능을 고려해야 할 것이다. 또한 이들 치료가 통제조건이 아닌 임상장면에서 잘 적용될 수 있는지에 대한 효과성 연구가 필요하다. 넷째, 국내 선행연구들이 대부분 심리치료 직후 우울증상 감소에 집중하고 있으므로 재발방지 효과에 대한 연구가 요구된다. 또한 치료의 이점에 대한 경제적 측면을 감안한 비용 효과에 대한 평가가 필요하다. 특히 우울증에 대해 널리 사용되는 항우울제의 이득 및 비용과 근거기반치료의 이득 및 비용을 비교하는 것이 필요할 것으로 보인다. 한 예로 인지 치료는 단기적으로 항우울제보다 더 비싸지만, 재발에 대한 저항력이라는 잠재적 효과를 고려한다면 치료 종결 후 단기간 내에 그만큼의 비용이 절감된다고 보고된 바 있다(Dobson et al., 2008; Hollon et al., 2005). 더불어 특정 치료의 효과 크기에 영향을 미치는 치료와 상호작용하는 내담자의 특성을 고려해야 할 것이다. 한 예로 Hamilton과 Dobson (2001)에 따르면 내담자 문제의 심각성은 더 좋은 치료 효과를 예측했으나 동시에 우울 삽화가 더 많을수록(만성적인 경우), 치료 효과는 좋지 않았다고 하였다. Saatsi, Hardy와 Cahill (2007)은 안정 애착을 가진 내담자가 우울증의 인지치료에서 더 나은 효과를 보인다고 하였다. 분명 어떤 환자의 특성은 특정 치료와 상호작용하여 더 나은 결과를 보일 수 있을 것이며, 이러한 연구는 내담자에게 맞춘 최적의 개입을 제안하는 데 기여할 수 있을 것이다. 마지막으로 근거기반치료의 보급과 실행을 위한 노력이 요구된다. 근거기반치료가 확산되기 위해서는 효능이 어느 정도 입증된 심리치료에 대한 치료 프로토콜을 제작하고, 지역사회 정신건강 전문가에게 이에 대해 교육하고 관리하는 것과 함께 근거기반치료에 대한 효과적 훈련과 보급, 실행방법에 대한 연구가 필요할 것으로 보인다.

References

Alexopoulos, G. S., Raue, R., & Arean, P. (2003). Problem-solving therapy versus supportive therapy in geriatric major depression with executive dysfunction. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 11*, 46-52.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric.

American Psychological Association Presidential Task force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist, 61*, 271-285.

Bae, E. S., & Yeum, D. M. (2015). Effects of a telephone-adminis-

https://doi.org/10.15842/kjcp.2019.38.4.005

tered cognitive behavioral therapy for the management of depression, anxiety, and chronic illness anticipated stigma in Parkinson's disease. *Korean Journal of Adult Nursing, 27*, 223-232.

Bell, A. C., & D'Zurilla, T. J. (2009). Problem-solving therapy for depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 29*, 348-353.

Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. M., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crits-Chritoph, P., . . . Woody, S. (1998). Update on empirically validated therapies. II. *The Clinical psychologist, 51*, 3-16.

Chambless, D., & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 7-18.

Chambless, D. L., & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology, 52*, 658-716.

Cho, J. H., & Son, C. N. (2013). Effects of the mindfulness-based cognitive therapy(MBCT) program on depression, impulsivity, and drug abstinence self-efficacy of drug addicts. *Korean Journal of Clinical Psychology, 32*, 13-31.

Cho, Y. R. (2017). Evidence-based treatments of anxiety and anxiety-related disorders: Criteria, research issues, comments, and suggestions. *Korean Journal of Clinical Psychology, 36*, 449-457.

Choi, Y. H., & Byun, S. H. (2017). Therapeutic mechanism of MBCT and clinical application of MBCT(mindfulness-based cognitive therapy) program on chronic depression. *Korea Academy Industrial Cooperation Society, 7*, 237-248.

Choi, Y. S., & Kim, M. A. (2019). The effects of mindfulness-based cognitive therapy program on stress, self-esteem and depression of nursing students. *Journal of the Korea Contents Association, 19*, 210-222.

Cuijpers, P., Berking, M., Andersson, G., Quigley, L., Kleiboer, A., & Dobson, K. S. (2013). A meta-analysis of cognitive behavioral therapy for adult depression, alone in comparison with other treatments. *Canadian Journal of Psychiatry, 58*, 376-385.

Cuijpers, P., Geraedts, A. S., van Oppen, P., Andersson, G., Markowitz, J. C., & van Straten, A. (2011) Interpersonal psychotherapy for depression: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry, 168*, 581-592.

Cuijpers, P., deWit, L., Kleiboer, A., Karyotaki, E., & Ebert, D. D. (2018). Problem-solving therapy for adult depression: An updated meta-analysis. *European Psychiatry, 48*, 27-37.

Cuijpers, P., Van Straten, A., & Warmerdam, L. (2007). Behavioral activation treatments of depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 27*, 318-326.

De Mello, M. F., de Jesus, M. J., Bacaltchuk, J., Verdeli, H., & Neugebauer, R. (2005). A systematic review of research findings on the efficacy of interpersonal therapy for depressive disorders. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 255*, 75-82.

DeRubeis, R. J., & Crits-Christoph, P. (1998). Empirically supported individual and group psychological treatments for adult mental disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 37-52.

DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., Young, P. R., Salomon, R. M., . . . Gallop, R. (2005). Cognitive therapy vs medications in the treatment of moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry, 62*, 409-416.

Dobson, K. S. (2014). *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (E. J. Kim & S. D. Won, Trans). New York, NY: Guilford Press. (Original work published in 2012).

Dobson, K. S., Hollon, S. D., Dimidjian, S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Gallop, R., . . . Jacobson, N. S. (2008). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the prevention of relapse and recurrence in major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*, 468-477.

D'Zurilla, T. J., & Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology, 78*, 107-126.

D'Zurilla, T. J., & Nezu, A. M. (1999). *Problem-solving therapy: A social competence approach to clinical intervention* (2nd ed.). New York, NY: Springer.

D'Zurilla, T. J., Nezu, A. M., & Maydeu-Olivares, A. (2004). Social problem solving: Theory and assessment. In E. C. Chang, T. J. D'Zurilla, & L. J. Sanna (Eds.), *Social problem solving: Theory, research, and training* (pp. 11-27). Washington, DC: American Psychological Association.

Eker, A. M., Dikmen, M., Cambazoğlu, S., Düzgün, Ş. H., & Akgün, H. (2014). Evaluation and comparison of landslide susceptibility mapping methods: A case study for the Ulus district, Bartin, northern Turkey. *International Journal of Geographical Information Science, 29*, 132-158.

Elkin, I., Shea, M. T., Watkins, J. T., Imber, S. D., Sotsky, S. M., Collins, J. F., . . . Parloff, M. B. (1989). NIMH Treatment of depression collaborative research program. *Archives of General Psychiatry, 46*, 971-982.

Fruzzetti, A. E., McLean, C., & Erikson, K. M. (2019). Mindfulness and acceptance interventions. In K. S. Dobson & D. J. A. Dozois (Eds.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (4th ed., pp. 271-296). New York, NY: Guilford Press.

Gawrysiak, M., Nicholas, C., & Hopko, D. R. (2009). Behavioral activation for moderately depressed university students: Randomized controlled trial. *Journal of Counseling Psychology, 56*, 468-475.

Guyatt, G. H., Oxman, A. D., Vist, G. E., Kunz, R., Falck-Ytter, Y., Alonso-Coello, P., & Schünemann, H. J. (2008). GRADE: An emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *British Medical Journal, 336*, 924-926.

Hamilton, K. E., & Dobson, K. S. (2001). Empirically supported treatments in psychology: Implications for international promo-

tion and dissemination. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 1*, 35-51.

Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy and the new behavior therapies: mindfulness, acceptance and relationship. In S. C. Hayes, V. M. Follette, & M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition* (pp.1-29). New York, NY: Guilford.

Health Insurance Review & Assessment Service. (2007, June 17). Retrieved from https://www.hira.or.kr/bbsDummy.do?pgmid=HIRAA020045020000&brdScnBltNo=4&brdBltNo=2300#none

Hollen, S. D., DeRubies, R. J., Fawcett, J., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., Zajecka, J., . . . Gallop, R. (2014). Effective of cognitive therapy with antidepressant medications vs antidepressants alone on the rate of recovery in major depressive disorder. *JAMA Psychiatry, 71*, 1157-1164.

Hollen, S. D., & Dimidjian, S. (2009). Cognitive and behavioral treatment of depression. In I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (pp. 586-603). New York, NY: The Guilford Press.

Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Shelton, R. C., Amsterdam, J. D., Salomon, R. M., O'Reardom, J. P., . . . Gallop, R. (2005). Prevention of relapse following cognitive therapy vs medications in moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry, 62*, 417-422.

Jaekal, E. J., Jang, S. K., Lee, G. Y., & Choi, K. H. (2014). Systematic review of randomized controlled trials of psychotherapy in Korea. *Korean Journal of Clinical Psychology, 33*, 943-961.

Jarrett, R. B., Schaffer, M., Mclntire, D., Witt-Browder, A., Kraft, D., & Risser, R. C. (1999). Treatment of atypical depression with cognitive therapy or phenelzine: A double-blind, placebo-controlled trial. *Archives of General Psychiatry, 56*, 431-437.

Jo, E. J., & Son, C. N. (2016). Effects of cognitive behavioral group therapy (CBT) on employment stress, dysfunctional attitude, and depression of college students. *Korean Journal of Clinical Psychology, 35*, 121-138.

Kazdin, A. E. (2003). *Research design in clinical psychology* (4th ed.). Boston, MA: Allyn & Bacon.

Kim, H. E., & Park, K. (2014). The effects of process variables in acceptance commitment therapy for women's depression. *Korean Journal of Clinical psychology, 33*, 429-460.

Kim, J. J., & Hyun, M. S. (2016). The effects of a reality therapy program for the elderly with depressive disorder. *Journal of East-West Nursing Research, 22*, 96-103.

Kim, M. Y., & Jeong, H. H. (2003). The effects of cognitive-behavioral group counseling on elderly depression, loneliness, and dysfunctional attitude. *The Korean Journal of Counseling and Psychotherapy, 15*, 477-490.

Klerman, G. L., & Weissman, M. M. (1986). The interpersonal approach to understanding depression. In T. E. Millon & G. L. Klerman (Eds.), *Contemporary directions in psychopathology: Toward the DSM-IV* (pp. 429-456). New York, NY: Guilford Press.

Kleman, G. L., Weissman, M. M., Rounsaville, B. J., & Chevron, E. S. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression*. New York, NY: Basic Books.

Ko, Y. J., & Kim, J. M. (2011). The effects of cognitive behavioral therapy using books on depression and social skills of adolescents from single-parent low-income families. *The Journal of Play Therapy, 15*, 35-51.

Kuyken, W., Hayes, R., Barrett, B., Byng, R., Dalgleish, T., Kessler, D., . . . Byford, S. (2015). The effectiveness and cost-effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy compare with maintenance antidepressant treatment in the prevention of depressive relapse/recurrence: results of a randomized controlled trial (the PREVENT study). *Health Technology Assessment, 19*, 1-124.

Kuyken, W., Warren, F. C., Taylor, R. S., Whalley, B., Crane, C., Bondolfi, G., . . . Dalgleish, T. (2016). Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in prevention of depressive relapse an individual patient data meta-analysis from randomized trials. *JAMA Psychiatry, 73*, 565-574.

Lee, K. H. (2017). Vulnerability, depression, and anxiety: A preliminary comparison of CBT and ACT interventions. *The Korean Journal of Counseling and Psychotherapy, 29*, 33-53.

Lee, G. Y., Cha, Y. J., Seo, H. J., & Choi, K. H. (2016). Feasibility of behavioral activation therapy for depression in Korea: A case study. *Cognitive Behavior Therapy in Korea, 16*, 299-322.

Lee, G. Y., Jang, S. K., Jaekal, E. J., Koo, H. J., & Choi, K. H. (2017). Randomized controlled trials of psychological treatment in Korea: A systematic analysis by journals and periods. *Korean Journal of Clinical Psychology, 36*, 434-447.

Malouff, J. M., Thorsteinsson, E. B., & Schutte, N. S. (2007). The efficacy of problem-solving therapy in reducing mental and physical health problems: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 27*, 46-57.

Martell, C. R., Dimidjian, S., & Herman-Dunn, R. (2012). Behavioral activation for depression: A clinician's guide (B. S. Kim & H. J. Seo, Trans). New York, NY: Guilford Press. (Original work published in 2010).

Mazzucchlli, T., Kane, R., & Rees, C. (2009). Behavioral activation treatments for depression in adults: A meta analysis and review. *Clinical Psychology: Science and Practice, 16*, 383-411.

Murray, C. J. L., & Lopez, A. D. (1996). *The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Na, J. Y. (2012). *The effect of cognitive behavioral therapy program on the automatic thoughts, depression and stress coping style in depressive patients* (unpublished master's thesis). Chonnam National University, Korea.

https://doi.org/10.15842/kjcp.2019.38.4.005

Nezu, A. M. (2004). Problem solving and behavior therapy revisited. *Behavior Therapy, 35*, 1-33.

Park, H. S., & Son, C. (2007). The effect of cognitive therapy and psychodrama for depressed group. *The Korean Journal of Health Psychology, 12*, 411-437.

Park, J. H., & Kim, K. W. (2011). A review of the epidemiology of depression in Korea. *Journal of Korean Medical Association, 54*, 362-369.

Saatsi, S., Hardy, G. E., & Cahill, J. (2007). Predictors of outcome and completion status in cognitive therapy for depression. *Psychotherapy Research, 17*, 185-195.

Segal, Z. V., Williams, M. G., & Teasdale, J. D. (2001). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York, NY: The Guilford Press.

Selligman, M. E. P., Schulman, P., DeRubies, R. J., & Hollon, S. D. (1999). The prevention of depression and anxiety. *Prevention & Treatment, 2*, Article ID 8a. http://dx.doi.org/10.1037/1522-3736.2.1.28a.

Shapiro, D. A., Barkham, M., Rees, A., Hardy, G. E., Reynolds, S., & Startup, M. (1994). Effects of treatment duration and severity of depression on the effectiveness of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, 522-534.

Shin, K. M. (2018). Evidence-based treatments for depression in children and adolescents. *Korean Journal of Clinical Psychology, 37*, 595-604.

Simons, A. D., Murphy, G. E., Levine, J. L., & Wetzel, R. D. (1986). Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression: Sustained improvement over one year. *Archives of General Psychiatry, 43*, 43-48.

Stuart, S., & Robertson, M. (2016). *Interpersonal psychotherapy: A clinician's guide* (K. Y. Im & J. H. Kim, Trans). London, UK: Edward Arnold (Original work published in 2003).

Tolin, D. F., Mckay, D., Forman, E. M., Klonsky, E. D., & Thombs, B. D. (2015). Empirically supported treatment: Recommendations for a new model. *Clinical Psychology: Science and Practice, 22*, 317-338.

Twohig, M. P., & Levin, M. E. (2017). Acceptance and commitment therapy as a treatment for anxiety and depression: a review. *Psychiatry Clinics of North America, 40*, 751-770.

World Health Organization. (2017). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates*. Geneva: World Health Organization.

Yim, M. K., Lee, J. H., Lee, H. N., Kim, T. D., & Choi, K. H. (2013). Evidence-based practice in psychotherapy. *The Korean Journal of Psychology: General, 32*, 251-270.

Yoon, H. S., Koo, B. M., Lee, K., & Lee, J. Y. (2010). The effectiveness of problem-solving treatment on geriatric depression. *Journal of the Korean Gerontological Society, 30*, 871-894.

Zhang, Z., Zhang, L., Zhang, G., Jin, J., & Zheng, Z. (2018). The effect of CBT and tis modifications for relapse prevention in major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry, 18*, 50. Doi:10.1186/s12888-018-1610-5

국문초록

우울증의 근거기반치료에 대한 고찰

김지인·권호인

전주대학교 상담심리학과

우울증은 만성적이고 재발적인 경과뿐 아니라 자살의 영향력과 관련하여 중요한 사회적 문제로 간주되고 있다. 전 세계의 여러 연구자들은 우울증의 심각성을 인식하고, 다양한 치료의 개발과 그 효과 검증에 관심을 집중하고 있다. 본 연구에서는 그동안의 연구를 통해 우울증 치료에 있어서 그 효과가 강력하게 지지된 인지치료, 행동활성화치료, 대인관계치료, 문제해결치료의 치료 요인과 과정, 국내 치료효능 연구를 개관하였다. 또한 국내 우울증의 심리치료 결과를 요약하여, 이를 바탕으로 우울증에 대한 근거기반치료의 권고안을 제시하였다. 본 연구에서는 국내 연구결과를 기반으로 인지행동치료와 수용전념치료, 마음챙김에 기반한 인지치료를 효과가 있음직한 치료로 제안하였다. 이를 통해 향후 심리치료 연구에 대한 제언을 하였으며, 국내의 근거기반 우울증 치료의 연구 및 보급을 촉진하고자 하였다.

주요어: 근거기반치료, 인지치료, 행동활성화치료, 대인관계치료, 문제해결치료