

불안장애에 동반된 우울증상에 대한 Psychotherapies의 효과비교 : 체계적 문헌고찰

이화여자대학교 의과대학 이대서울병원 정신건강의학과,¹ 성균관대학교 의과대학 강북삼성병원 정신건강의학과,² 강북삼성병원 기업정신건강연구소³

김선영¹ · 김은진^{2,3} · 전상원² · 신동원² · 신영철^{2,3} · 오강섭²

Comparison of Effectiveness of Psychotherapies for Relieving Depressive Symptoms in Anxiety Disorders : A Systematic Review

Sun-Young Kim, MD, PhD¹, Eun-Jin Kim, MD^{2,3}, Sang-Won Jeon, MD², Dong-Won Shin, MD, PhD², Young-Chul Shin, MD, PhD^{2,3}, and Kang-Seob Oh, MD, PhD²

Department of Psychiatry¹, Ewha Woman's University Seoul Hospital, Ewha Women's University College of Medicine, Seoul, Department of Psychiatry², Kangbuk Samsung Hospital, Sungkyunkwan University School of Medicine, Seoul, Workplace Mental Health Institute³, Kangbuk Samsung Hospital, Seoul, Korea

ABSTRACT

Objective : The purpose of this study was to compare and analyze effectiveness of various psychotherapies of depressive symptoms in patients with anxiety disorders by means of a systemic review.

Methods : A systematic search using key words was conducted using EMBASE, MEDLINE and CENTRAL.

Results : Five studies were included in this systematic review. The Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) was used for quality assessment. Diagnostic-specific cognitive behavioral therapies for various anxiety disorders (ds CBT) were also effective in reducing comorbid depression. Transdiagnostic cognitive behavioral therapies targeting anxiety and depression (tCBT-AD) were not superior than ds CBT for anxiety disorders. Mindfulness-based stress reduction (MBSR) was more effective than traditional cognitive behavioral therapy.

Conclusion : ds CBT relieves anxiety symptoms as well as depressive symptoms comorbid with anxiety disorders effectively. In addition, MBSR is more successful for anxiety disorders with co-occurring depression by focusing broadly on the shifting relationship to internal experience rather than focusing narrowly on specific symptoms. (Anxiety and Mood 2019;15(1):20-28)

KEY WORDS : Depression · Anxiety disorders · Comorbidity · Psychotherapy.

서 론

다양한 불안장애의 치료에 있어 특별히 고려해야 하는 사항은 다른 정신장애와의 공존률이 75%에 이른다는 점이다.^{1,2} 불안장애와 가장 흔하게 동반되는 질환은 우울장애로, 연구에 따라 다르지만 공존율은 28~63%에 이르며, 아임상적 우

울증상이 동반된 경우까지 고려한다면 불안장애 환자의 대부분은 정도의 차이는 있지만 불안증상과 함께 우울증상을 동시에 경험한다고 볼 수 있다.^{3,4} 우울증상은 불안장애의 경과를 만성화시키고, 재발률을 높인다고 보고되고 있으며, 환자의 기능을 저하시키고 자살의 위험성까지 높인다고 알려져 있다.⁴⁻⁶ 그러므로 불안장애 환자에게서 보이는 우울증상을 확인하여 이에 대한 적극적인 치료를 하는 것은 매우 중요한 문제이다.

불안장애의 치료에서 약물치료를 제외한다면, 불안장애의 종류별 진단 특이적 인지행동치료가 가장 효과적이고, 비용 대비 효율적인 것으로 알려져 있다.^{7,8} 그러나 공존질환이 없는 불안장애 환자에게 적용하는 진단 특이적 인지행동치료를 통해 불안장애에 동반된 우울증상까지 효과적으로 경감

Received : August 29, 2018 / Revised : October 19, 2018

Accepted : January 22, 2019

Address for correspondence

Kang-Seob, Oh M.D., Ph.D., Department of Psychiatry, Kangbuk Samsung Hospital, Sungkyunkwan University School of Medicine, 29 Saemunan-ro, Jongno-gu, Seoul 03181, Korea

Tel : +82-2-2001-2214, Fax : +82-2-2001-2211

E-mail : ks2485@empal.com

저자들은 본 연구에 기여한 故 임세원 교수님의 열정과 정신을 기립니다.

시킬 수 있는지에 대해서는 의문시 되어왔다. 이에 따라 최근 10년간 여러 연구들에서 정신질환의 진단 및 통계 편람(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, DSM)에 의한 진단분류의 한계에서 벗어나 우울장애와 불안장애를 모두 치료할 수 있는 방법을 찾기 시작하였다.³ 이후 우울장애와 불안장애로 분류되기 전, 선행하는 공통적 병리(부정적인 정서, 신경증)를 치료목표로 설정하거나 우울장애와 불안장애에서 사용하는 인지행동치료를 적절히 조합하여 범진단적 인지행동치료를 고안하였다.⁹⁻¹¹ 이외에도 잘못된 생각과 행동을 변화시키려는 기존의 인지행동적 접근을 뛰어 넘어, 의식에 떠오르는 생각, 감정, 느낌을 비 판단적인 방식으로 수용하고, 지금-여기의 관점에서 알아차리는 수용전념치료와 마음챙김에 기반한 스트레스 완화기법도 새로운 범진단적 치료전략으로 대두되었다.^{12,13} 하지만 앞서 나열한 치료들이 불안장애에 동반된 우울증상에 어느 정도 효과가 있는지에 대해서는 아직도 미지수이며, 무엇보다도 불안장애의 일차 치료로 확립된 진단 특이적 인지행동치료와 비교했을 때 치료적 우월성이 있는지도 명확하지 않다.¹⁴⁻¹⁶

이에 본 연구에서는 불안장애의 우울증상을 완화할 수 있는 근거기반 psychotherapy를 확인하고, 이러한 치료의 효과 크기를 기존의 진단특이적 인지행동치료와 비교한 연구들을 체계적 문헌고찰방법으로 검색하면서 향후 근거기반 임상에서 적용할 수 있는 효과적인 psychotherapy는 무엇인지 고찰하였다.

대상 및 방법

문헌검색

문헌검색 전략

본 연구는 한국보건의료 연구원이 제시한 체계적 문헌고찰 매뉴얼 및 코크란 연합(Cochrane Collaboration)의 Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)의 방법에 따라 시행되었다.¹⁷

핵심질문

체계적 문헌고찰의 일반적인 기술 형식인 PICOTS-SD에 따라 대상논문을 선정하였다. 본 연구에 사용한 PICOTS-SD는 다음과 같다.

연구대상(Participants) : 18세 이상 75세 미만의 불안장애 환자, 중재(Interventions) : 우울증상을 경감시키는 psychotherapy, 비교중재(Comparisons) : 비중재나 전통적 방법의 중재, 중재결과(Outcomes) : 우울증상의 경감, 시점(Time) :

중재 전과 후, 세팅(Setting) : 병원 또는 웹기반의 치료를 제공할 수 있는 장소, 연구설계(Study Designs) : 무작위 대조군 실험 설계 및 유사 실험 설계.

데이터베이스 및 검색어

본 연구는 2018년 7월 6일을 기준으로 최근 5년 내에 출간된, 불안장애에 동반된 우울증상에 대한 psychotherapy를 연구한 문헌 중 학술지 논문만을 검토하였다. 단행본, 석·박사 논문, 학회 발표문 등은 연구에서 제외하였다. 학술지 논문은 Core, Standard, Ideal(COSI)모델을 근거로 Core 데이터베이스에 해당하는 EMBASE, MEDLINE(PubMed), Cochrane Central Register of Controlled Trials(CENTRAL)를 통하여 검색하였다.¹⁷

데이터베이스는 민감도를 높이기 위해 MeSH 구조를 기본으로 하였으며, 불안장애의 우울증상을 호전시키는 치료가 표현되는 주요 검색어와 유의어 및 대안어를 확인하였다. 이후 각각의 데이터 베이스 특성에 따라 MeSH 및 Emtree용어 구조를 통해 불리언 연산자(Boolean operators)를 활용하여 관련 문헌이 누락되지 않도록 하였다. 불안장애에 우울증상이 공존되어 있는 상태에 대해서는 “Anxiety disorders”와 “Depression”을 통합하여 검색하였고, 치료에 대해서는 “Therapeutics”, “Therapy”, “Treatment”를 조합하였다(Appendix 1).

문헌선정 및 제외기준

18세 이상, 75세 미만의 우울증상을 동반한 불안장애 환자를 대상으로 치료를 시행한 무작위 대조군 실험설계나 유사 실험설계 가운데 연구 전문(full-text)을 확보할 수 있고, 영어로 출판되었으며 연구결과를 포함한 문헌을 선정하였다. 중재효과를 확인하기 위해 실험연구가 아닌 문헌은 제외하였고, 자료의 수량적 통합을 위해 질적연구(사례연구, 질적 연구 방법을 사용한 연구)는 포함시키지 않았다.

문헌선택과정

3개의 데이터 베이스를 통해서 최근 5년내 출간된 문헌들을 검색하였고, EMBASE 112편, MEDLINE 195편, CENTRAL 368편으로 총 675편을 확인할 수 있었다. 해당 데이터 베이스에서 검색된 전체 675편의 문헌을 EndNote(ver. X8) 프로그램에 등록 후 중복검사를 실시한 결과 146편의 중복문헌이 제거되었다. 이후 529편의 논문에 대하여 제목과 초록을 확인하여 주제와 관련된 논문을 선정한 후 전문을 확보할 수 있는 69편의 논문에 대하여 문헌선정 및 제외기준을 적용하였다. 실험연구설계가 아닌 문헌 9편, 중재결과를 제시하지 않은 경우가 6편, 표본의 크기가 너무 적은 문헌이 3편, 18세

미만75세 초과환자를 대상으로 한 경우 4편, 불안장애를 대상으로 하지 않은 연구가 12편, 우울과 불안의 공존을 대상으로 하지 않은 연구가 13편, 생물학적인 치료에 대한 연구 6편, 컴퓨터 기반 치료프로그램(Computer based therapy)의 효과를 확인하는 연구가 11편이었고, 최종적으로 총 64편의 문헌이 제외되어 최종 5편의 문헌만이 선정되었다(Figure 1).

문헌평가

최종 선정된 논문의 질 평가는 Scottish Intercollegiate Guidelines Network(SIGN)에서 제시한 점검표(check list)를 토대로 평가하였다.¹⁸ 점검표의 항목은 10가지로 '연구 질문의 명확성', '무작위 할당', '적절한 은폐', '이중맹검', '중재군과 대조군 간의 동질성 여부', '실험군과 대조군 사이의 실험중재 여부에 의한 차이만 존재', '신뢰성과 타당성을 확보한 도구', '중도 탈락률', '결과 분석 시 대상자의 누락여부', '연구가 다른 장소에서 시행되었을 때 유사한 결과 도출의 유무를 점검하였다.

결 과

문헌의 일반적 특성

불안장애에 동반된 우울증상을 완화시키기 위한 psychotherapy에 대하여 평가하기 위해 최근 5편의 문헌에 대하여

체계적 문헌고찰을 실시하였다(Table 1). 2013년부터 2015년까지 출간된 논문은 3편이었고,¹⁹⁻²¹ 2016년부터 2018년 7월 6일 이전까지 출간된 논문은 2편이었다.^{22,23} 연구가 진행된 국가는 미국^{19,20,23}이 3편으로 가장 많았고, 호주^{21,22}가 2편이었으며, 유럽과 아시아에서 진행된 연구는 없었다. 연구 설계는 무작위 대조군 설계가 2편으로 모두 통제집단 사전 사후 검사설계였고,^{21,22} 유사실험 설계는 3편으로 1편은 이질 집단 사전 사후 검사설계였으며,¹⁹ 2편은 단일집단 사전 사후 실험설계였다.^{20,23} 연구 대상자 수는 200명 이상^{20,21}과 101명에서 200명 사이^{22,23}는 각각 2편이었으며, 100명 이하는 1편이었다.¹⁹ 치료세팅은 병원이 3편으로 제일 많았고,^{19,20,23} 2편은 컴퓨터화된 치료 프로그램에 대한 연구로,^{21,22} 의료가 아닌 지역사회 내에서 치료 개입이 가능한 세팅이었다. 5편 가운데 4편의 문헌이 윤리적 고려사항을 준수하였다.²⁰⁻²³

문헌의 질 평가

Table 2와 같이 첫 번째 문헌 평가 항목에서는 대상문헌 모두가 연구질문을 명확하게 제시하였다. 연구 설계 측면에서 무작위 할당방법 적용여부를 평가할 때 1편의 문헌은 블록을 통하여 생성된 무작위 번호를 사용하였고,²¹ 1편은 무작위 할당 원칙을 지켰다고 했으나 구체적인 방법을 기술하지 않았다.²² 중재군에 대한 적절한 은폐방법을 언급한 논문은 1편

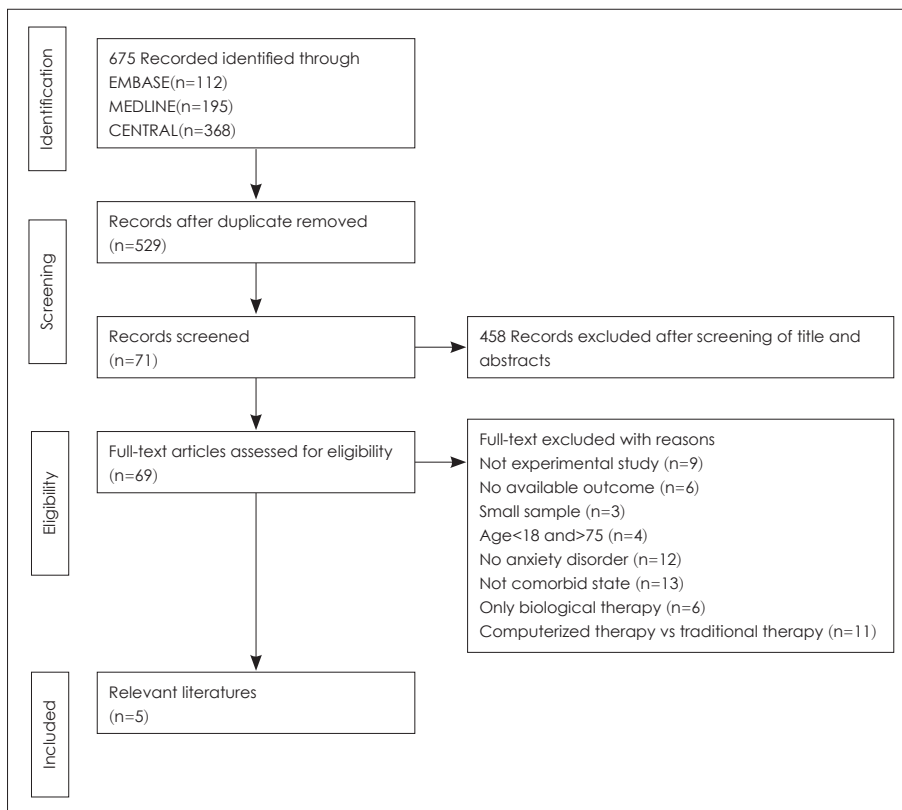


Figure 1. PRISMA flow chart of study selection.

이었고,²¹ 나머지 4편은 은폐 여부를 기술하지 않았다. 이중맹검을 실시했다고 보고한 논문은 1편이었으며,²¹ 1편은 이중맹검을 하지 않았다고 보고하였고,²² 나머지 3편에서는 이중맹검이 실시되었는지 여부를 확인할 수 없었다.^{19,20,23} 단일집단 사전 사후 설계에 해당하는 2편의 논문을 제외한 3편의 논문에서는 증재군과 대조군 간의 동질성을 통계적 방법을 통해 평가하였다.^{19,21,22} 모든 문헌들은 분명하게 기술된 도구를 통해 주요 결과 변수에 대하여 증재 전·후의 변화를 측정하였으나, 1편에서는 도구에 대한 타당도 및 신뢰도를 기술하지 않았다.²⁰

Table 1. General characteristics and methodology of included studies

Variables	N (%)
Type of studies	
Published journal	5 (100.0)
Publication year	
2013–2015	3 (60.0)
2016–2018	2 (40.0)
Country	
USA	3 (60.0)
Australia	2 (40.0)
Study design	
Randomized controlled trial	2 (40.0)
Quasi experimental design	3 (60.0)
Sample Size	
≤ 100	1 (20.0)
101–200	2 (40.0)
>200	2 (40.0)
Setting	
Community	2 (40.0)
Hospital	3 (60.0)
Ethical consideration	
Yes	4 (80.0)
No	1 (20.0)

대조군 없이 증재군의 사전 사후 결과를 확인한 Bomyea 등²⁰의 연구와 Talkovsky 등²³의 연구는 증재군이 모두 치료를 완료하였다. Arch 등¹⁹의 연구는 두 치료에 표본을 무작위로 배정한 후 치료를 완료한 사람만을 가지고 분석하여 증재군과 대조군을 분리하여 증도 탈락률을 계산할 수 없었다. 또한 증재 이후 반복적으로 추적검사를 시행한 연구들은 최종 평가시점을 기준으로 탈락률을 계산하였다. 증도 탈락률이 없었던 문헌은 2편이었고,^{20,23} 그 외의 문헌에서 증도 탈락률은 20.2%에서 35.6%였다.

각 항목에서 ‘그렇다’(탈락률은 20% 미만일 때를 ‘그렇다’로 평가함)로 언급된 수가 7개 이상일 때 ‘높은 질’, 6개 이상일 때 ‘용인되는 수준’, 4개 이상일 때 ‘낮은 질’, 3개 이하의 ‘용인할 수 없는 수준’으로 간주하였다.

우울증상 완화에 대한 치료적 증재의 특성

5편의 문헌에서 불안장애 환자들의 우울증상을 완화시키기 위한 증재가 시행되었다. 각 문헌의 대상자와 증재방법, 측정도구, 주요 결과 변수 등은 Table 3와 같다. 대상자는 모두 18세 이상의 성인이었으며, 1편의 연구는 재향군인만을 대상으로 하였다.¹⁹ 공황장애,²² 범불안장애²¹ 환자만을 대상으로 한 연구가 각각 1편씩 있어, 하나의 불안장애만을 대상으로 연구한 문헌은 총 2편이었다. 공황장애, 범불안장애, 사회불안장애, 외상 후 스트레스 장애 등 다양한 불안장애 환자들을 포함한 표본을 가지고 연구한 문헌은 총 3편이었다.^{19,20,23}

증재방법으로는 범 진단적 인지행동치료(Transdiagnostic Cognitive Behavioural Therapy, tCBT),²⁰⁻²³ 마음 챙김에 기반한 스트레스 완화 치료(Mindfulness Based Stress Reduction, MBSR)¹⁹가 있었다. tCBT에 대해서는 문헌에 따라 동시에 치료할 수 있는 진단들의 범위가 상이했는데, 1편은 tCBT를 다양한 불안장애를 아우르기 위한 인지행동치료(tCBT for

Table 2. Results of the quality assessment of the studies according to SIGN method

First author (year)	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8(%)		1.9	1.10	Overall
								Exp.	Cont.			
Bomyea (2015) ²⁰	Y	-	Can't say	Can't say	Can't say	Can't say	Y	0		Can't say	Does not apply	-
Arch (2013) ¹⁹	Y	-	Can't say	Can't say	Y	Y	Y	32.4		N	Does not apply	-
Dear (2015) ²¹	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	25.9	20.2	Y	Does not apply	++
Fogliati (2016) ²²	Y	Y	Can't say	N	Y	Y	Y	23.6	23.3	Y	Does not apply	+
Talkovsky (2017) ²³	Y	-	Can't say	Can't say	Can't say	Can't say	Y	0		Can't say	Does not apply	-

SIGN : Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 1.1 : The study addresses an appropriate and clearly focused question, 1.2 : The assignment of subjects to treatment groups is randomised, 1.3 : An adequate concealment method is used, 1.4 : The design keeps subjects and investigators 'blind' about treatment allocation, 1.5 : The treatment and control groups are similar at the start of the trial, 1.6 : The only difference between groups is the treatment under investigation, 1.7 : All relevant outcomes are measured in a standard, valid and reliable way, 1.8 : What percentage of the individuals or clusters recruited into each treatment arm of the study dropped out before the study was completed?, 1.9 : All the subjects are analysed in the groups to which they were randomly allocated (often referred to as intention to treat analysis), 1.10 : Where the study is carried out at more than one site, results are comparable for all sites, ++ : High quality, + : Acceptable, - : Low quality.

Table 3. Effectiveness of intervention for relieving depressive symptoms in anxiety disorders

First author (year)	Country	Study design	Recruit setting	Subjects(N)		Intervention	Control	Measurement period	Measurement tools	Outcome
				Exp. (n)	Cont. (n)					
Bomyea (2015) ²⁰	USA	Quasi experimental design	17 primary care clinics	≥ 1 GAD, PD, SAD, PTSD on MINI (503) ≥ 8 on OASIS	-	Coordinated anxiety learning and management program	-	Pre-post	OASIS, PHQ-3, PHQ-8	Depression*, anxiety*
Arch (2013) ¹⁹	USA	Quasi experimental design	Anxiety disorders clinic	≥ 1 anxiety disorders on MINI Veterans (71)	-	Mindfulness based stress reduction	Cognitive behavioral therapy	Pre-post	CSR, BDI	Principal diagnosis severity* depression*
Dear (2015) ²¹	Australia	Randomized controlled study	Individuals applied for the wellbeing program	Principal complaint of GAD symptoms ≥ 5 on the GAD-7 (338)	-	tCBT-AD	dsCBT	Pre-post	PHQ-9	Depressive symptoms
Fogliati (2016) ²²	Australia	Randomized controlled study	Individuals applied for the wellbeing program	Principal complaint of PD symptoms ≥ 1 on ANSQ (145)	-	tCBT-AD	dsCBT	Pre-post	PHQ-9	Depressive symptoms
Talkovsky (2017) ²³	USA	Quasi experimental design	Individuals receiving treatment at the anxiety disorder clinic	A primary DSM-IV-TR diagnosis of an anxiety disorder (120)	-	tCBT-A	-	Pre-post	Dep CSR	Depressive symptom*

* : Significant. ANSQ : anxiety sensitivity questionnaire, BDI : beck depression inventory, CSR : clinical severity rating, Dep CSR : clinician severity rating of the individual's depressive diagnosis, dsCBT : diagnostic-specific cognitive behavior therapy, GAD : generalized anxiety disorder, GAD-7 : 7-item measure of the symptoms and severity of general anxiety, MINI : MINI international neuropsychiatric interview, MINI-SPIN : Mini-social phobia inventory, OASIS : overall anxiety severity and impairment scale, PD : panic disorder, PD/A : panic disorder with agoraphobia, PHQ-3 : three-item version of the patient health questionnaire, PHQ-8 : patient health questionnaire-8, PHQ-9 : patient health questionnaire-9, PTSD : post traumatic stress disorder, SAD : social anxiety disorder, tCBT-A : transdiagnostic cognitive behavioural therapy for anxiety disorders and depressive disorders, tCBT-AD : transdiagnostic cognitive behavioural therapy for anxiety disorders

anxiety disorders, tCBT-A)²³로 정의하였고, 2편은 불안장애 및 기분장애 전반을 치료를 치료할 수 있는 인지행동치료(tCBT for anxiety disorders and depressive disorders, tCBT-AD)로 정의하였다.^{21,22} Bomyea 등²⁰의 연구에서는 불안에 대한 학습과 관리의 통합적 프로그램(Coordinated Anxiety Learning and Management, CALM)이라는 치료를 제시하였는데, 이는 불안장애 모두를 치료할 수 있는 tCBT와 진단 특이적 인지행동치료(Diagnostic-specific Cognitive Behavioural Therapy, dsCBT)를 적절히 조합하여 시행하는 통합적 프로그램이었다. MBSR은 마음챙김, 명상, 요가에 대한 회기로 구성되어 있었고, 후반부에 배치된 3시간 동안의 정좌명상이 이전 회기를 정리하는 일종의 핵심 회기였다.¹⁹

한 회기당 치료 시간은 50분부터 2시간까지 다양하였고, 웹 기반의 치료는 한 슬라이드당 50개의 단어로 구성하여 60장 정도의 슬라이드로 구성하였다고 보고하였다.^{21,22} 중재 간격은 3편의 문헌에서 1주에 한번으로 치료하였고,^{19,20,23} 2편은 1~2주 사이의 간격으로 치료를 시행하였다.^{21,22} 전체 치료 회기 수는 최소 5번에서 최대 12번이었는데, CALM 프로그램에서는 일반적으로 6~8회기로 이루어진다고 하였으나, 숙련된 임상적 전문가가 회기마다 불안 정도를 측정하여 일정수준 이하로 내려갈 때까지 치료 회기를 지속하는 방법을 사용하였다.²⁰ 중재방법으로는 3편의 문헌에서 숙련된 전문가가 제공하는 그룹치료로 시행하였고,^{19,20,23} 2편의 문헌에서는 웹 기반의 치료로 제공하였다.^{21,22}

중재효과를 평가한 시기에 관하여 모든 문헌은 중재 전·후로 결과변수의 변화를 측정하였으며, 3개월, 12개월, 24개월에 3회 추적평가를 실시한 문헌 2편,^{21,22} 6개월, 12개월, 18개월에 3회 추적평가를 실시한 문헌 1편,²⁰ 3개월 후 1회 추적평가를 시행한 문헌 1편이 있었다.¹⁹

결과변수 및 효과

Talkovsky 등²³의 연구와 Bomyea 등²⁰의 연구에서는 다양한 불안장애 환자가 혼재되어 있는 그룹에게 tCBT-A를 시행한 후 우울증상의 변화를 관찰하였다. Talkovsky 등²³은 우울장애를 동반하는 불안장애 환자에게 tCBT-A를 시행하여 우울증의 임상 중증도 평가 척도(Clinical Severity Rating for Depression, Dep CSR)로 치료 전후 우울증상을 측정하였다. 치료 전과 비교하여 치료 후의 우울증상이 경감됨을 확인하였고($p < 0.001$) 효과 크기는 한 종류의 불안장애 환자를 대상으로 tCBT-A의 효과를 분석한 연구들과 비슷하였다. Bomyea 등²⁰은 CALM 프로그램의 시행 전후로 우울증상과 불안증상이 어떻게 상호작용을 하며 감소하는지에 대해 매개 연구를 하였다. 회기당 우울증상은 환자건강질문지-3(The three-

item version of the Patient Health Questionnaire, PHQ-3)로, 불안증상은 불안 정도 평가(Overall Anxiety Severity and Impairment Scale, OASIS)로 측정하였으며, CALM으로 치료했을 때, 회기가 진행 됨에 따라 불안장애 환자들의 우울증상은 유의하게 감소하였다($B = -0.23, p < 0.001$). 우울 및 불안증상은 상호작용하면서 감소하였는데, 불안증상 감소가 우울증상의 경감에 영향을 미치는 효과(39.1%)가 그 반대의 경우(18.6%)보다 컸다. 다양한 불안장애가 혼재된 그룹이 아닌 단일 질환만으로 구성된 표본(각각 공황장애, 범불안장애)을 가지고 연구한 2개의 연구에서는, 우울증상 경감 효과에 대해 환자건강질문지-9(Patient Health Questionnaire, PHQ-9)를 사용하여 tCBT-AD와 dsCBT를 비교하였다.^{21,22} 공황장애에 대한 연구에서는 치료 전후, 3개월, 12개월, 24개월 후 두 치료의 효과크기에 유의한 차이가 없음을 보고하였고[PD cohen's d 치료 전후 0.02(-0.64, 0.68), 3개월 후 0.63(-0.06, 1.29), 12개월 후 0.38(-0.03, 1.03), 24개월 후 0.56(-0.13, 1.21)]^{22,23} 범불안장애에서는 12개월 이후에 tCBT의 효과가 우월했지만, 효과 크기 정도는 크지 않았다[GAD cohen's d 치료 전후 0.38 (0.06, 0.70), 3개월 후 0.13(-0.19, 0.44), 12개월 후 0.40(0.08, 0.72), 24개월 후 0.56(0.24, 0.88)].²¹

Arch 등¹⁹의 연구에서는 불안장애에 동반된 우울증상의 정도에 따라 MBSR과 tCBT-A의 치료 효과가 달라진다고 하였다. Beck Depression Inventory(BDI)를 통하여 확인된 우울증상의 정도가 경미한 환자는 치료 직후($p < 0.05$)와 3개월 추적관찰 후의 시점($p < 0.05$)에서 tCBT-A의 효과가 더 우수하였고, 중등도 이상의 우울증상이 있는 환자는 비록 치료 직후에 MBSR과 tCBT-A의 치료효과의 차이가 없었으나, 3개월 추적관찰 후의 시점에서는 MBSR의 치료효과가 더 우수했다($p < 0.01$).

고 찰

불안 완화를 목표로 한 인지행동치료의 우울 완화 효과

2016년에 발표된 메타 분석 논문에서는 사회불안장애, 범불안장애, 공황장애에 대한 각각의 dsCBT를 했을 때 불안장애에 공존하는 우울증상이 함께 경감된다고 보고하였으며, 효과크기는 우울장애에서 우울증상을 완화시키는 인지행동 치료를 했을 때의 효과크기와 유의한 차이가 없다고 하였다(anxiety disorder Hedges' g : 0.64, MDD Hedges' g : 0.81, $p = 0.09$).¹⁴ Bomyea 등²⁰의 연구에서도 불안장애 환자에게 CALM 프로그램을 통하여 불안을 완화시키는 인지행동 치료만을 했을 때 우울증상과 불안증상은 서로 치료적 매개관계를 가지며 한 증상의 호전이 다른 증상의 호전에 영향을 미치

는 것을 확인하였는데, 특이하게도 불안증상의 경감이 우울증상을 완화시키는 정도가 반대의 경우보다 더 크다고 하였다. 이는 불안 완화를 위한 인지행동치료가 동반된 우울증상에도 직, 간접적으로 치료효과를 보인다는 것을 입증하는 것이다. Moscovitch 등²⁴과 Aderka 등²⁵은 불안증상의 완화가 선행되었을 때, 우울증상을 경감시키는 긍정적인 영향에 대해서 보고하였다. 이에 따르면 환자가 불안이 경감됨에 따라 회피를 하지 않게 되면, 긍정적 상황에 노출 되거나 사회적 관계를 맺을 기회가 증대되고, 자연히 행동활성화 치료가 되면서 우울증상이 경감된다고 하였다. 또한 Bomyea 등²⁰은 불안증상의 완화를 위한 치료가 우울증상에 대한 직접적인 치료효과가 있다고 하였는데, 불안을 일으키는 자동사고에 도전하는 인지치료를 통하여 자기효능감과 자기통제감이 상승되면서 우울감도 함께 감소할 수 있다고 하였다.

결론적으로 우울증상이 있는 불안장애 환자에서 불안증상의 감소를 위해 고안된 인지행동치료를 적극적으로 시행하게 되면 동반된 우울증상의 감소도 기대할 수 있을 것으로 보인다.

우울 및 불안 증상을 아우르는 tCBT-AD와 dsCBT의 우울증상 경감 효과 비교

범불안장애 및 공황장애 각각을 대상으로 한 2개의 무작위 대조군 연구에서 dsCBT와의 직접비교연구를 시행한 결과, tCBT-AD를 통한 우울증상의 경감효과는 dsCBT의 효과와 별 차이가 없었다.^{21,22} 불안장애의 높은 공존율을 고려하여 고안해낸 tCBT-AD가 기존의 dsCBT와 치료효과가 비슷하다는 결과는 임상연구 측면에서는 기대에 미치지 못한 결과이다. 그러나 McHugh 등²⁶은 tCBT-AD가 우울장애와 불안장애 진단을 받은 환자들을 모두 포함시킨 이질적인 그룹에 대해 한번에 일괄적으로 치료를 적용할 수 있다는 점과 치료를 시작하기 전에 공존질환에 대해 정확한 감별진단을 할 필요가 없다는 점을 들며 실용적 측면에서 dsCBT보다 우월할 수 있다고 하였다.

인지행동치료 이외의 근거기반 psychotherapy

최근에는 인지행동치료에 이어 제 3세대 psychotherapy라고 일컫는 수용전념치료(acceptance commitment therapy, ACT)와 마음챙김에 기반한 스트레스 완화 치료(Mindfulness based stress reduction, MBSR)가 주목받고 있다. ACT는 부정적인 내적경험을 회피하는 것이 아니라 기꺼이 수용하며 가치에 전념하도록 돕는 치료이며,¹³ MBSR은 마음챙김 명상을 훈련하여 내면에서 일어나는 변화를 알아차리는 능력을 키움으로서 스트레스를 감소시키는 치료이다.¹² 최근 다양한 불

안장애 환자들을 대상으로 전통적인 인지행동치료와 ACT 및 MBSR의 치료효과를 비교한 연구에서는 공존질환이 없는 불안장애 환자에서는 인지행동치료가 더 좋은 효과를 나타냈고, 우울증상을 가진 불안장애 환자에서는 ACT와 MBSR이 더 좋은 효과를 나타낸다고 보고하였다.^{13,19} 이는 불안장애 치료에 있어 중간자로 작용하는 우울증상에 기존의 인지행동치료보다 수용 및 마음챙김 기반 치료가 더 좋은 효과가 있음을 보여주는 것이다.¹⁹ 우울증상 경감에 ACT 및 MBSR이 더 우월한 효과를 보이는 이유는 첫째로 수용 및 마음챙김을 기반으로 한 치료가 인지행동치료와 같이 특정 우울 및 불안 증상에만 국한하여 치료를 진행하는 것이 아니라 부정적인 내적경험 전반에 대해 다루기 때문이며 둘째로 이러한 부정적서에 거리두기를 하는 훈련을 통하여 우울증상을 경감할 수 있는 인지적 탈 융합화(cognitive defusion) 또는 탈 중심화(de-centering)를 익힐 수 있기 때문이라고 하였다.^{27,28}

제한점

본 논문은 몇 가지 제한점이 있다. 첫째, 불안장애에 동반된 우울증상의 심각도에 대해 고려하지 않았다. 즉, 불안장애에 동반된 우울증상이 아임상적인 수준의 경미한 우울증상일 경우에 필요한 psychotherapy와 주요우울장애에 준하는 중등도 이상의 우울증 경우에 필요한 psychotherapy는 상이할 수도 있다. 둘째, 문헌검색과정에서 치료에 대한 검색어를 “psychotherapy”로 특정하지 않고 “Therapeutics”, “Therapy”, “Treatment”로 보다 폭 넓게 설정하였다. 저자들은 문헌 검색 범위를 넓게 하여 보다 많은 문헌을 확보한 후 다양한 psychotherapy에 대한 정보를 얻고자 하였다. 그러나 검색어를 “psychotherapy”로 특정하지는 않았기에 “Therapy”, “Therapeutics” 혹은 “Treatment”로 검색되지 않는 “psychotherapy”가 있다면 누락되었을 가능성이 있다.

결 론

본 연구는 불안장애에 동반된 우울증상을 치료하기 위한 psychotherapy의 현황과 특성 및 효과를 분석한 체계적 문헌고찰연구이다. 기존의 진단특이적 인지행동치료는 동반된 우울증상을 치료하는데도 효과적이며, 우울과 불안증상을 아우르는 인지행동치료는 기존의 진단특이적 인지행동치료에 비해 우울증상 경감에 대한 치료적 우월성이 없었다. ACT 및 MBSR은 우울증상을 동반한 불안장애 환자를 치료하는데 특히 효과적이었다. 따라서 불안장애에 동반된 우울증상이 심한 경우에는 ACT 및 MBSR을 우선 고려할 수 있으며, 그렇지 않은 경우엔 불안장애 종류별 진단특이적 인지행

동치료를 시행하는 것으로 충분하겠다. 추후 불안장애에 동반된 우울증상의 증중도를 고려한 연구가 시행되어야 할 것이며, psychotherapy에 대한 보다 다양한 검색어들을 포함하여 검색단계에서부터 정확성을 기한 연구를 할 필요가 있겠다.

중심 단어: 우울증상 · 불안장애 · 공존상태 · Psychotherapy.

REFERENCES

- Kessler RC, Ruxcio AM, Shear K, Wittchen HU. Epidemiology of anxiety disorders. In: Stein MB, Steckler T, editors. Behavioral neurobiology of anxiety and its treatments. New York: Springer;2010. p.21-35.
- Merikangas KR, Swanson SA. Comorbidity in anxiety disorders. In: Stein MB, Steckler T, editors. Behavioral neurobiology of anxiety and its treatments. New York: Springer;2010. p.36-59.
- Brown TA, Campbell LA, Lehman CL, Grisham JR, Mancill RB. Current and lifetime comorbidity of the dsm-iv anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *J Abnorm Psychol* 2001;110:585-599.
- Lamers F, van Oppen P, Comijs HC, Smit JH, Spinhoven P, van Balkom AJ, et al. Comorbidity patterns of anxiety and depressive disorders in a large cohort study: The netherlands study of depression and anxiety (nesda). *J Clin Psychiatry* 2011;72:341-348.
- Wittchen HU, Essau CA, Krieg JC. Anxiety disorders: Similarities and differences of comorbidity in treated and untreated groups. *Br J Psychiatry Suppl* 1991;23-33.
- Dolnak DR. Treating patients for comorbid depression, anxiety disorders, and somatic illnesses. *J Am Osteopath Assoc* 2006;106:S1-8.
- Heuzenroeder L, Donnelly M, Haby MM, Mihalopoulos C, Rossell R, Carter R, et al. Cost-effectiveness of psychological and pharmacological interventions for generalized anxiety disorder and panic disorder. *Aust N Z J Psychiatry* 2004;38:602-612.
- Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJ, Sawyer AT, Fang A. The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognit Ther Res* 2012;36:427-440.
- Clark LA, Watson D. Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *J Abnorm Psychol* 1991;100:316-336.
- Mineka S, Watson D, Clark LA. Comorbidity of anxiety and unipolar mood disorders. *Annu Rev Psychol* 1998;49:377-412.
- Ellard KK, Fairholme CP, Boisseau CL, Farchione TJ, Barlow DH. Unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: Protocol development and initial outcome data. *Cogn Behav Pract* 2010;17:88-101.
- Kabat-Zinn J. Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness. New York: Delta trade paperback;1990.
- Wolitzky-Taylor KB, Arch JJ, Rosenfield D, Craske MG. Moderators and non-specific predictors of treatment outcome for anxiety disorders: A comparison of cognitive behavioral therapy to acceptance and commitment therapy. *J Consult Clin Psychol* 2012;80:786-799.
- Cuijpers P, Cristea IA, Weitz E, Gentili C, Berking M. The effects of cognitive and behavioural therapies for anxiety disorders on depression: A meta-analysis. *Psychol Med* 2016;46:3451-3462.
- Newby JM, McKinnon A, Kuyken W, Gilbody S, Dalgleish T. Systematic review and meta-analysis of transdiagnostic psychological treatments for anxiety and depressive disorders in adulthood. *Clin Psychol Rev* 2015;40:91-110.
- Pearl SB, Norton PJ. Transdiagnostic versus diagnosis specific cognitive behavioural therapies for anxiety: A meta-analysis. *J Anxiety Disord* 2017;46:11-24.
- Kim SY, Park JE, Seo HJ, Lee YJ, Jang BH, Son HJ, et al. Neca's guidance for undertaking systematic reviews and meta-analyses for intervention. Seoul: National Evidence-Based Healthcare Collaborating Agency;2011.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Methodology checklist 2: Randomized controlled trials. 2018; Available from: <http://www.sign.ac.uk/checklists-and-notes.html>.
- Arch JJ, Ayers CR. Which treatment worked better for whom? Moderators of group cognitive behavioral therapy versus adapted mindfulness based stress reduction for anxiety disorders. *Behav Res Ther* 2013;51:434-442.
- Bomyea J, Lang A, Craske MG, Chavira DA, Sherbourne CD, Rose RD, et al. Course of symptom change during anxiety treatment: Reductions in anxiety and depression in patients completing the coordinated anxiety learning and management program. *Psychiatry Res* 2015;229:133-142.
- Dear BF, Staples LG, Terides MD, Karin E, Zou J, Johnston L, et al. Transdiagnostic versus disorder-specific and clinician-guided versus self-guided internet-delivered treatment for generalized anxiety disorder and comorbid disorders: A randomized controlled trial. *J Anxiety Disord* 2015;36:63-77.
- Fogliati VJ, Dear BF, Staples LG, Terides MD, Sheehan J, Johnston L, et al. Disorder-specific versus transdiagnostic and clinician-guided versus self-guided internet-delivered treatment for panic disorder and comorbid disorders: A randomized controlled trial. *J Anxiety Disord* 2016;39:88-102.
- Talkovsky AM, Green KL, Osegueda A, Norton PJ. Secondary depression in transdiagnostic group cognitive behavioral therapy among individuals diagnosed with anxiety disorders. *J Anxiety Disord* 2017;46:56-64.
- Moscovitch DA, Hofmann SG, Suvak MK, In-Albon T. Mediation of changes in anxiety and depression during treatment of social phobia. *J Consult Clin Psychol* 2005;73:945-952.
- Aderka IM, Foa EB, Applebaum E, Shafran N, Gilboa-Schechtman E. Direction of influence between posttraumatic and depressive symptoms during prolonged exposure therapy among children and adolescents. *J Consult Clin Psychol* 2011;79:421-425.
- McHugh RK, Murray HW, Barlow DH. Balancing fidelity and adaptation in the dissemination of empirically-supported treatments: The promise of transdiagnostic interventions. *Behav Res Ther* 2009;47:946-953.
- Teasdale JD, Moore RG, Hayhurst H, Pope M, Williams S, Segal ZV. Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: Empirical evidence. *J Consult Clin Psychol* 2002;70:275-287.
- Teasdale JD, Segal ZV, Williams JM, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *J Consult Clin Psychol* 2000;68:615-623.

□ Appendix □

Detailed Search Strategy

MEDLINE

((depression[Title/Abstract]) AND "anxiety disorder"[Title/Abstract]) AND treatment[Title/Abstract]

Filters : published in the last 5 years; Humans ; English

EMBASE

'depression':ab,ti AND 'anxiety disorder':ab,ti AND 'therapy':ab,ti AND ([systematic review]/lim OR [randomized controlled trial]/lim) AND [2013–2018]/py

CENTRAL

depression : ab and "anxiety disorder":ab and therapy:ab Publication Year from 2013 to 2018 (Word variations have been searched)

depression : ti and "anxiety disorder":ti and "treatment":ti Publication Year from 2013 to 2018 (Word variations have been searched)

depression : ab and "anxiety disorder":ab and treatment:ab Publication Year from 2013 to 2018 (Word variations have been searched)