

양극성 장애

Bipolar Disorder

곽 경 필 | 동국대의대 정신과 | **Kyung-Phil Kwak, MD**

Department of Psychiatry, Dongguk University College of Medicine

E-mail : drnomade@gmail.com

J Korean Med Assoc 2007; 50(4): 348 - 356

Abstract

Bipolar disorder is one of the most distinct syndromes in psychiatry. Bipolar I disorder affects approximately 1 percent of the population worldwide. About 50 percent of patients with bipolar illness have a family history of the disorder. Studies of twins suggest that the concordance rate of bipolar illness is between 40 percent and 80 percent in monozygotic twins. Although researchers have proposed myriad subtypes of depression, there are two major subtypes of disorder according to DSM-IV-TR: bipolar I and bipolar II. Bipolar I disorder is diagnosed on the basis of a single lifetime manic or mixed episode. Indeed, in one follow-up survey of tertiary care patients, depressive symptoms were more than three times as frequent as manic symptoms. Antidepressant monotherapy in an undiagnosed bipolar disorder patient can have devastating effects. So, clinical evaluation of a patient presenting with depression should always include the assessment for bipolar disorder. In addition to major episodes, it is important to pay attention to the course of subsyndromal and prodromal symptoms. Treatment options for bipolar disorder have rapidly expanded over the last decade. The literature supports the efficacy of a list of agents for the management of bipolar disorder, including lithium, valproate, lamotrigine, and carbamazepine, as well as the atypical antipsychotics olanzapine, risperidone, quetiapine, ziprasidone, and aripiprazole.

Keywords : Bipolar disorder; Manic depression; Bipolar depression; Bipolar spectrum disorder

핵심용어 : 양극성 장애; 조울병; 양극성우울증; 양극성범주장애

기분이란 그 순간 사람의 감정 상태를 말하는 것으로 즐거운 일이 있을 때 즐거워하고 슬픈 일이 있을 때 슬퍼하는 것은 자연스러운 것이며 적절히 좋은 기분은 사람에게 활력을 제공하고 일상을 행복하게 살아갈 수 있도록 도와준다. 하지만 장시간 자신의 생활에 지장을 줄 만큼 부적절하게 기분이 고조되거나 우울하다면 기분을 경험하고 표현하는데 장애가 있다고 할 수 있다. 이러한 기분장애에는 흔히 우울증이라고 불리는 주요 우울장애와 이전에 조울병

이라고 불리던 양극성 장애가 대표적이다.

본 의학강좌에서 살펴볼 양극성 장애는 주요 우울장애에 비해 낮은 일반인의 관심과 인식으로 사례 발견에 지장을 초래하여 진단과 치료시기를 지연시키고 실제 임상에서 양극성 장애의 일부가 우울장애로 진단되어 적절한 치료를 받지 못하는 경우도 있다. 실제로 양극성 장애는 흔한 재발, 증상의 다양성, 높은 자살 위험성 등의 임상적인 심각성을 지니면서도 드물지 않은 만성적인 정신장애라 할 수 있다.

최근 양극성 장애의 임상에서는 양극성 스펙트럼 장애 개념이 대두되고 양극성 우울증의 진단이 증가함과 더불어 정신약물학의 비약적인 발전으로 정신분열병 뿐만 아니라 조증이나 양극성 우울증에 대해서도 비정형 항정신병약물들이 효과가 입증됨에 따라 새로운 기분조절제로서의 처방이 증가하는 추세이다. 이에 본 의학강좌는 양극성 장애에 대한 관심과 이해를 돕고자 한다.

역 학

전형적인 양극성 장애 I형의 유병률은 1% 내외로 알려져 있으나 양극성 장애 II형, 기분순환장애, 달리 분류되지 않는 양극성 장애 등까지 모두 포함하는 양극성 범주 장애의 평생 유병률은 4% 내외로 이보다 훨씬 높아서 이에 대한 관심이 점차 증대되고 있다. 양극성 장애 I형은 남녀의 유병률이 같으며 평균 발병연령은 30세, 혹은 이전으로 주요 우울 장애의 평균 발병연령 40세보다 조기에 시작한다(1).

원 인

현재까지 명확하게 양극성 장애의 병태생리와 원인이라고 단정할 수 있는 소견은 밝혀지지 않았다. 다만 유전적 요인, 생물학적 요인, 심리사회적 요인 등이 복합적으로 작용하여 발병을 유발하는 것으로 이해하고 있다.

양극성 장애의 유전적 소인은 강하다. 가족 연구와 쌍생아 연구결과에 의하면 양극성 장애 I형의 약 50%는 기분장애의 가족력이 있으며 일란성 쌍생아의 일치율은 40~80%로 주요 우울장애보다 높다(2). 이란성 쌍생아의 경우 10~20% 정도이다(2). 그러나 유전방식은 멘델유전법칙을 따르지 않는 복잡한 유전방식을 따르며 여러가지 유전자들이 관여하고 있는 것으로 생각된다. 분자유전학적 연구방법의 도입으로 유전표지자는 18, 21, X 염색체에서 보고되고 있으나 현재까지 일관되게 관련되는 특정 유전자는 밝혀지지 않았다(2).

양극성 장애의 원인 및 병태생리 가설로서 노르에피네프린, 도파민, 세로토닌과 같은 신경전달물질의 불균형 등의 신경생화학적 이상소견이 관찰된다. 구조적, 기능적 뇌영상

연구에서는 뇌실의 확장소견과 뇌실 주변의 회백질 영상신호 증가이상, 전전두엽-변연계-피질하 구조의 이상, 신경세포막 화학성분의 이상소견 등이 보고되고 있다(2, 3).

Lithium이 주로 시냅스의 순차적인 신호전달체계에 작용을 한다고 알려지면서 세포신호전달경로에 있어서의 여러 과정에서의 이상 소견도 관찰되고 있다. 특히 cAMP 신호가 증가되어 있고 protein kinase C(PKC)의 활성화 증가, 세포내 Ca²⁺의 증가 등이 보고되고 있다. 신경내분비 연구에서는 갑상선 호르몬의 역할이 주목받고 있다(2).

증 상

1. 조증 삽화

비정상적으로 고양되고 과대하거나 과민한 기분이 최소 1주 이상 지속되는 상태를 말한다. 특징적인 조증 환자들은 외관상 보아도 표시가 나는 수가 많다. 유난히 기분이 좋아 보이고 짙은 화장을 하고 있는 경우가 많고 옷차림도 화려한 경우가 많으며 말이 많아서 중단시키기가 어려운 경우도 흔하다(Table 1)(1). 초기의 조증 상태가 시간이 지나면서 변화하는 경우가 많고 다른 증상이 동반되는 경우가 많아 특정 시점의 환자 상태만으로 진단을 할 경우 부정확한 진단이 될 가능성이 많다(2). 임상에서는 다양한 양상을 보이는 경우가 많다(2, 3).

윤택성 조증의 경우 전통적인 조증의 유형으로 외관상 기분이 좋다는 사실이 느껴진다. 말이 많고 빠르며 행동도 부산스럽다. 힘과 의욕이 넘치고 지나치게 기분이 올라가 엄청난 돈을 낭비하기도 하는데 병적 도박에 몰입해 돈을 잃거나 엄청난 사업 구상과 계약 등으로 큰 손해를 보는 환자들도 있다. 혼재성 또는 불쾌성 조증의 환자들처럼 때로는 고양된 기분과 함께 짜증이 많고 화를 폭발해 쉽게 주변 사람들과 다툼을 일으키는 유형도 있다. 주변 사람이 자신에게 동조하지 않거나 방해가 된다고 생각하면 화를 내고 때로는 난폭해 지기도 한다.

망상이나 환각과 같은 정신병적 증상이 동반되는 조증 상태도 있다. 망상은 자신이 위대한 인물이라든가 초능력을 가지고 있다는 등의 과대망상 외에도 피해망상이나 색정망

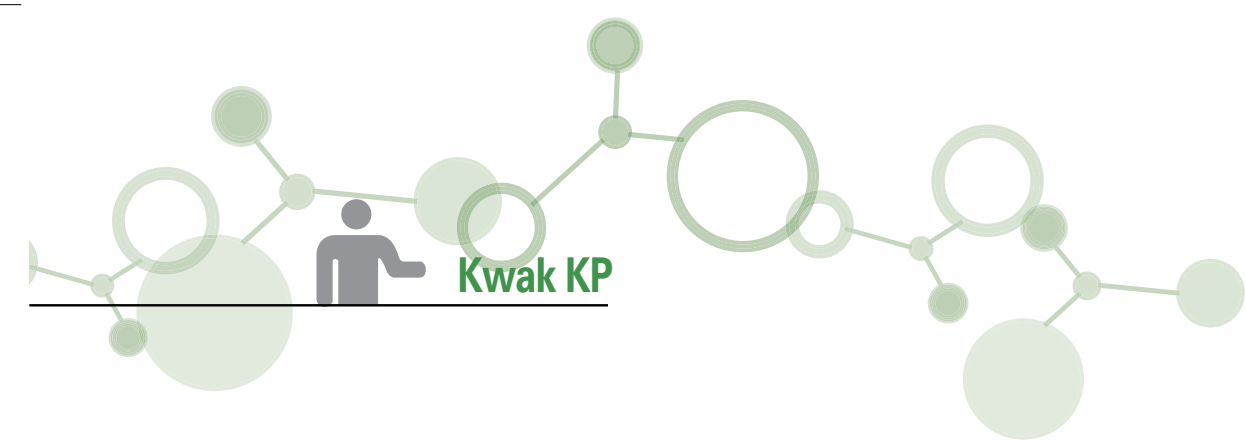
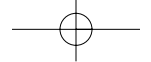


Table 1. Manic episode: DSM–IV–TR criteria

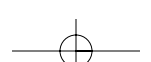
1. A distinct period of abnormally and persistently elevated, expansive, or irritable mood, lasting at least 1 week (or any duration if hospitalization is necessary).
2. During the period of mood disturbance, three (or more) of the following symptoms have persisted (four if the mood is only irritable) and have been present to a significant degree: <div><div>(1) inflated self–esteem or grandiosity</div><div>(2) decreased need for sleep (e.g., feels rested after only 3 hours of sleep)</div><div>(3) more talkative than usual or pressure to keep talking</div><div>(4) flight of ideas or subjective experience that thoughts are racing</div><div>(5) distractibility</div><div>(6) increase in goal-directed activity or psychomotor agitation</div><div>(7) excessive involvement in pleasurable activities that have a high potential for painful consequences(e.g., engaging in unrestrained buying sprees, sexual indiscretions, or foolish business investments)</div></div>
3. The symptoms do not meet the criteria for a Mixed Episode.
4. The mood disturbance is sufficiently severe to cause marked impairment in occupational functioning or in usual social activities or relationships with others, or to necessitate hospitalization to prevent harm to self or others, or there are psychotic features.
5. The symptoms are not due to the direct physiological effects of a substance (e.g. a drug of abuse, a medication or other treatment) or a general medical condition (e.g., hyperthyroidism).
Note: Manic–like episodes that are clearly caused by somatic antidepressant treatment (e.g., medication, electroconvulsive therapy, light therapy) should not count toward a diagnosis of Bipolar I Disorder.

Table 2. Major depressive episode : DSM–IV–TR criteria

1. Five (or more) of the following symptoms have been present during the same 2–week period and represent a change from previous functioning; at least one of the symptoms is either (1) depressed mood or (2) loss of interest or pleasure. <div><div>(1) depressed mood most of the day, nearly every day</div><div>(2) markedly diminished interest or pleasure in all, or almost all, activities most of the day</div><div>(3) significant weight loss when not dieting or weight gain or decrease or increase in appetite</div><div>(4) insomnia or hypersomnia</div><div>(5) psychomotor agitation or retardation</div><div>(6) fatigue or loss of energy</div><div>(7) feelings of worthlessness or excessive or inappropriate guilt</div><div>(8) diminished ability to think or concentrate, or indecisiveness</div><div>(9) recurrent thoughts of death, recurrent suicidal ideation without a specific plan, or a suicide attempt or a specific plan for committing suicide</div></div>
2. The symptoms do not meet criteria for a Mixed Episode.
3. The symptoms cause clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning.
4. The symptoms are not due to the direct physiological effects of a substance a general medical condition
5. The symptoms are not better accounted for by Bereavement

상이 동반되는 경우도 많다. 환각 중에서는 환청이 가장 흔한데 자신이 예수님이라는 소리가 들린다는 등 과대망상과 연관된 환청을 경험하는 경우가 많다. 경조증은 경미한 형태의 조증 상태를 말한다. 즉 고양되고 과대하거나 과민한 기분이 지속되는 뚜렷한 시기가 4일 간 지속되고 기분의 장

애와 기능의 변화를 타인이 관찰 가능할 수 있을 정도이어야 하며 일상생활이나 사회적 기능영역에서 장애가 심하지 않는 경우이다. 급속 순환성 장애 환자는 삽화 사이에 정상 기분 상태가 없이 1년에 4회 이상의 조증이나 우울증 삽화가 빠르게 재발한다(3).



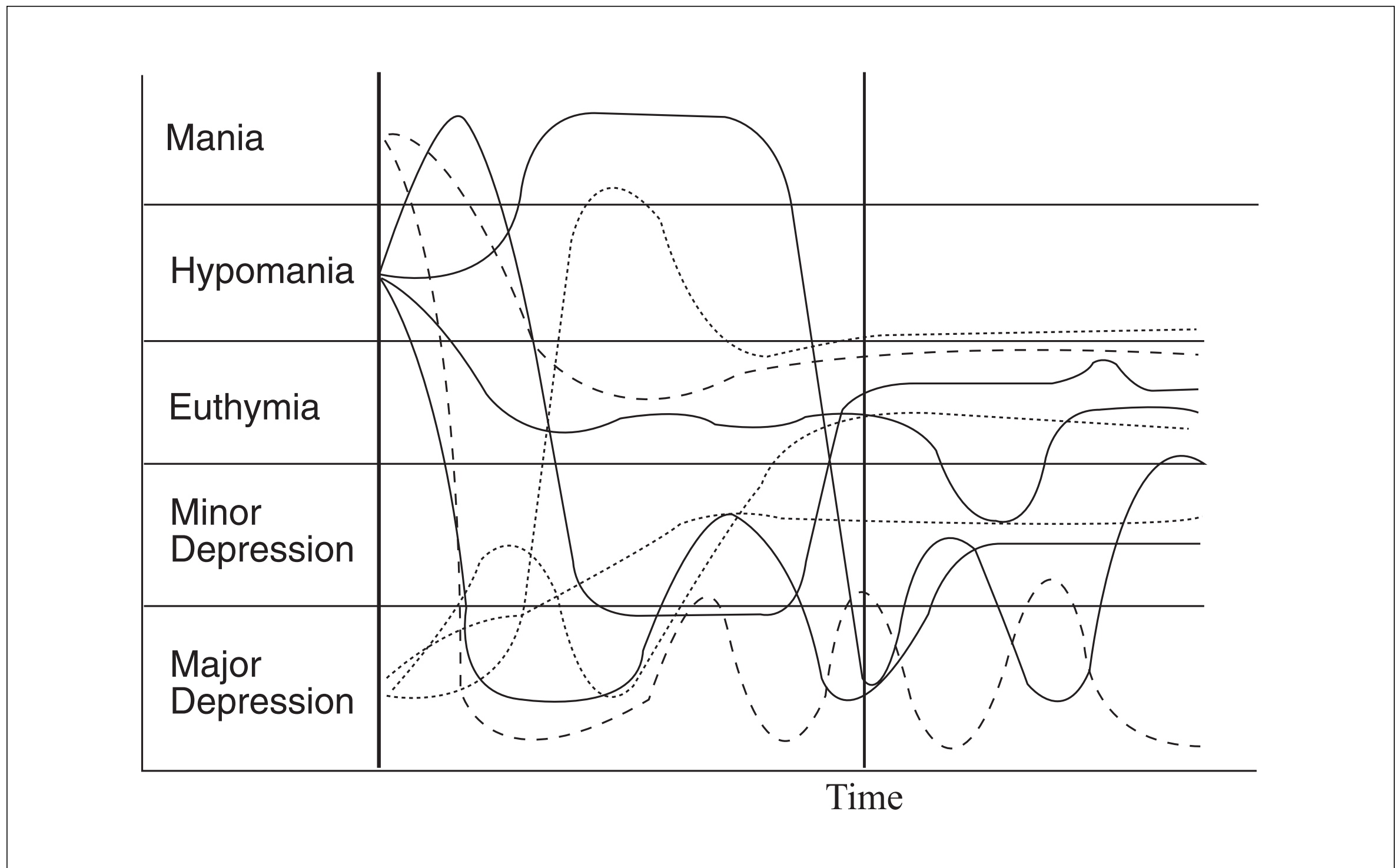


Figure 1. Real course of bipolar disorder.

2. 우울 삽화

현재 흔히 사용하는 DSM-IV 진단기준으로는 조증 삽화의 병력이 없이 초기에 우울증으로 시작되는 경우는 양극성 장애로 진단할 수 없다. 또한 양극성 우울증은 주요 우울장애의 주요 우울삽화의 진단기준(Table 2)과 동일하다. 주요 우울장애로 진단받고 치료 도중 또는 치료 종결 이후에 조증 증상이 나타나고서야 양극성 장애로 진단을 받게 되는 경우도 흔하다(4). 비록 양극성 우울증과 단극성 우울증이 서로 다른 양상을 보인다는 보고들은 있으나 정립된 것은 없다. 초기에 우울 증상만을 가지고 양극성 우울증(양극성 장애)인지, 단극성 우울증(주요우울장애)인지 예측하는 명확한 기준은 없지만 다음의 사항들은 양극성 장애의 가능성을 염두하고 추후 조증이나 경조증으로 이행되는지 지속적인 추적관찰이 필요한 경우들이다. 일차 친족의 양극성 장애 병력, 약물에 의해 유발된 조증 또는 경조증, 평상시 남보다 지나치게 밝고 명랑한 기질, 3회 이상 반복되는 주요 우

울 삽화(3개월 이내), 저절로 회복되는 비교적 짧은 주요 우울 삽화, 비전형적 우울 증상(과식, 과수면), 정신병적 증상이 동반된 주요 우울 삽화, 25세 이전에 발병한 주요 우울삽화, 산후우울증, 항우울제를 사용하였을 때 급격히 증상이 호전되나 이후 예방효과가 부족한 경우, 3가지 이상의 항우울제를 충분히 사용하였으나 치료에 반응이 없는 경우 등이다(5).

진 단

DSM-IV에서는 양극성 장애를 양극성 장애 I형, 양극성 장애 II형, 기분순환장애, 달리 분류되지 않는 양극성 장애 등으로 분류하고 있다. DSM-IV에서는 한번 이상의 조증 삽화(Table 1)를 가지거나 주요 우울 삽화와 조증 삽화 혹은 혼재성 삽화를 경험한 경우 양극성 장애 I형으로 진단한다. 양극성 장애 II형은 1회 이상의 주요 우울 삽화의 병력에 더해

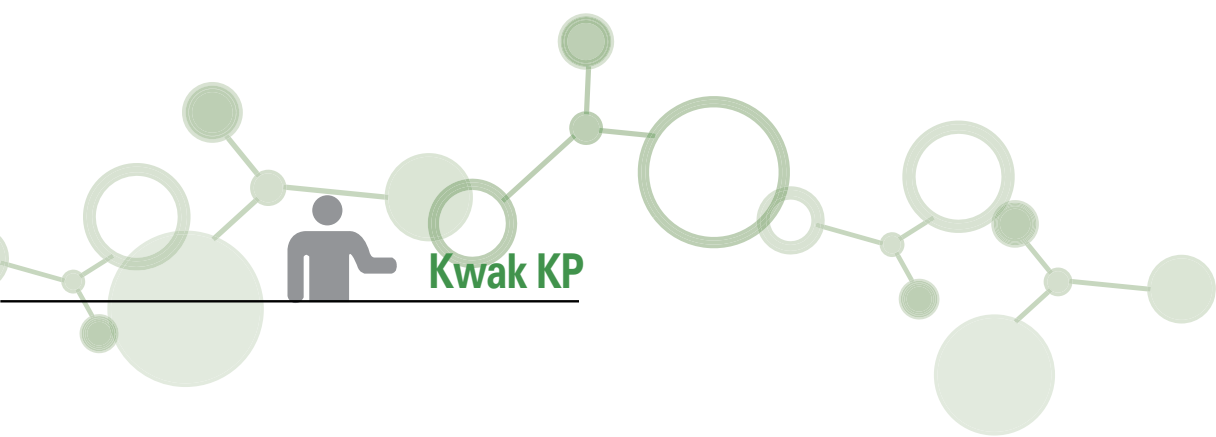


Table 3. Mood disorders questionnaire

1. Has there ever been a period of time when you were not your usual self and ...		
... you felt so good or so hyper that other people thought you were not your normal self, or you were so hyper that you got into trouble?	Yes	No
... you were so irritable that you shouted at people or started fights or arguments?	Yes	No
... you felt much more self-confident than usual?	Yes	No
... you got much less sleep than usual and found you didn't really miss it?	Yes	No
... you were much more talkative or spoke faster than usual?	Yes	No
... thoughts raced through your head or you couldn't slow you mind down?	Yes	No
... you were so easily distracted by things around you that you had trouble concentrating or staying on track?	Yes	No
... you had much more energy than usual?	Yes	No
... you were much more active or did many more things than usual?	Yes	No
... you were much more social or outgoing than usual; for example, you telephoned friends in the middle of the night?	Yes	No
... you were much more interested in sex than usual?	Yes	No
... you did things that were unusual for you or that other people might have thought were excessive, foolish, or risky?	Yes	No
... spending money got you or your family into trouble?	Yes	No
2. If you checked YES to more than one of the above, have several of these ever happened during the same period of time? Please circle one response only.	Yes	No
3. How much of a problem did any of these cause you-like being unable to work; having family, money, or legal troubles; getting into arguments or fights? Please circle one response only.		
No Problem	Minor Problem	Moderate Problem
		Serious Problem

적어도 1회의 경조증 삽화가 있는 경우를 말한다(1).

양극성 장애는 실제로는 진단이 어려운 경우가 많으며 다른 정신장애로 진단되는 경우가 드물지 않다. 발현되는 증상이 다양할 뿐만 아니라 병의 시기와 유형에 따라 양상이 크게 달라지기 때문이다(Figure 1)(6). 모든 양극성 장애가 뚜렷한 조증을 나타내면 진단상 어려움이 없지만 뚜렷한 조증을 보이지 않는 양극성 장애 환자가 많기 때문이다. 경조증, 급속 순환형, 기분순환장애 등은 증상이 때로는 애매하고 우울 증상이 자주 나타나서 우울증, 인격장애, 불안장애 등의 다른 질병으로 진단되는 경향이 있어 놓치기 쉽다. 최근의 연구는 30%가 넘는 양극성 장애 환자가 10년이 넘어서야 제대로 진단된다고 보고하였다(7). 이러한 진단의 어려움은 여러가지 임상적 문제를 야기한다. 환자가 치료를 받지 못하고 방치될 수 있으며 기분조절제가 아닌 다른 약물을 투여받을 수 있다(8).

Judd 등은 평균 12.8년간 양극성 장애 코호트를 추적 관찰한 연구에서 관찰 기간중에 우울증과 조증(경조증)의 점유비율이 양극성 장애 I형은 3:1, II형은 37:1로서, 우울증삽

화가 훨씬 더 자주 발병하고 오랜 기간 지속되며 사회기능에 더 심각한 장애를 유발한다. 즉, 대부분의 증상이 우울 증상으로 나타나기 때문에 우울장애와 구분하는 것이 더욱 어려워지게 된다(9, 10).

Akiskal 등은 양극성 장애 환자들의 자손들을 대상으로, 경조증 등의 역치 이하 증상들과 순환성 및 과활성 기질 등으로 표현되는 다양한 양극성 범주를 밝혀내어 기존의 순수 조증의 범위를 벗어나 양극성 장애에 대한 개념 확대를 주장하고 있다(11). 양극성 I형, II형 이외에도 항우울제 등으로 유발되는 경조증 삽화(양극성 III형), 가면성 양극성(양극성 III1/2형), 과활성 우울증(양극성 IV형)을 포함하여 7개의 아형을 구분한 바 있다(11). 그러나 DSM-IV나 ICD-10에서는 단극성과 양극성 진단기준을 구분하여 설정해 놓음으로써 양극성 장애의 진단영역을 매우 협소한 범위로 한정시켰다. 양극성 범주에 속하는 질환에 대한 인식의 부족은 정확한 진단이 내려지기까지 시간을 지연시키고 결국 환자로 하여금 적절한 치료를 받지 못하게 한다. 항우울제 등을 투여함으로써 조증을 촉발시키거나 급속 순환성 양상으로

의 이행과 같은 현 증상을 악화시킬 수 있는 치료를 받는 경우도 있어 질병의 경과에 악영향을 미치게 된다(12). 잠재된 양극성을 인지하기 위한 방안으로는 우울증을 호소하는 환자들을 면담할 때 반드시 양극성 장애의 가족력 여부를 확인하고 친밀한 주위 사람들에게 과거 조증이나 경조증 시기의 존재 여부를 확인해야 한다. 다음으로 선별검사 도구를 이용해 볼 수 있다(13). Table 3은 조증 증상을 스스로 체크해 볼 수 있는 기분장애 평가 설문지(The Mood Disorder Questionnaire)이다(13). 13항목 중에서 7개 이상 “예”라고 답했으면 조증 삽화를 의심할 수 있으므로 전문의와 면담이 필요하다.

감 별 진 단

조증 상태가 심각한 경우나 정신병적 증상이 동반된 경우 정신분열병과 구별이 힘든 경우가 많다. 양극성 장애의 경우 기분상태에 따라 사고의 내용이 바뀌는 경우가 많고 정신분열병의 경우 사고의 내용에 따라 기분장애가 이차적으로 나타나는 경우가 많다(1). 양극성 장애는 때로는 더 어린 나이에 발병하는 경우도 있는데, 이때는 주의력 결핍증-과잉행동장애와 반사회성 인격장애 등과 감별이 어려운 경우가 있어 주의를 요한다. 또한 중년기 이후에 처음으로 조증이 발생하는 경우도 있는데 이 때는 뇌의 기질적 이상이나 다른 신체적 질환에 의한 증상일 가능성에 대해 정밀한 조사가 필요하다(1, 3).

경 과

장기적인 추적 관찰연구 결과 양극성 장애 I형 환자들이 거의 일생의 절반 가량을 증상을 가진 채 지내고 증상기간 중에서는 우울 증상의 기간이 조증과 혼재성 증상보다 길다(10). 또한 역치 이하(subsyndromal)의 우울 증상과 조증 증상이 주요 우울 삽화나 조증 삽화에 비해 세 배 이상 빈번하다(9, 10). 따라서 양극성 우울 삽화에 대한 관심과 삽화 기간 이외에 관찰되는 역치 이하의 조증, 우울 증상에 대한 지속적인 감시가 필요하다. 조증 삽화를 한 차례 보인 환자

의 90%가 재발하며 70%의 조증, 경조증 삽화의 발생은 주요 우울증 삽화의 전후에 연달아 존재한다(1). 지속적으로 lithium 예방 치료를 받는 경우에도 회복 후 5년 이내에 최소 한번 이상 재발한 확률은 70%를 넘었다(15). 양극성 장애 I형 환자의 자살률은 일반인에 비해 30배 이상 높다. 자살 위험성은 질환의 초기에 가장 높다(1).

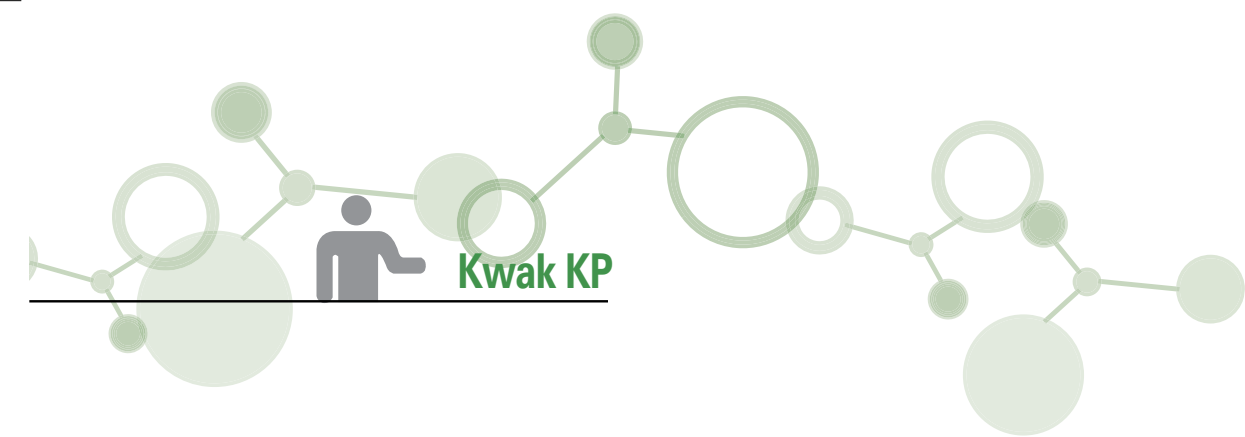
양극성 장애 II형은 I형에 비하여 더욱 만성적인 경향을 보이며 우울증을 자주 나타내고 10% 이상의 높은 자살 성공률을 보이며 사회공포와 단순 공포증의 높은 유병률을 보인다(16).

치 료

최근 기존의 기분조절제 외에 lamotrigine과 같은 새로운 항정신병제와 olanzapine, risperidone, quetiapine, aripiprazole, ziprasidone과 같은 비정형 항정신병약물이 대규모 대조군 연구들을 통해 양극성 장애에 효과가 있는 것으로 알려지면서 양극성 장애를 치료할 수 있는 선택의 폭은 과거에 비해 매우 넓어졌다(17). 그러나 양극성 장애는 질병 경과에서 보이는 조증, 우울증, 혼재성 삽화 등 다면적 양상을 보일 뿐만 아니라 다차원적인 임상양상의 특성상 치료 약물 선택이 용이하지 않다(18). 그래서 임상의가 적절한 약물치료 전략을 결정하거나 변경할 수 있도록 국내외의 약물치료 지침이나 알고리즘이 계속적으로 발표되고 있는 실정이다(17, 19). 국내에서도 2002년, 2006년 국내 실정에 적합한 한국형 약물치료 알고리즘의 개발이 발표되었다(14).

1. 급성 조증 삽화의 치료

약물을 복용하지 않은 급성 조증에서 일차 치료전략으로는 lithium, valproate, carbamazepine 또는 비정형 항정신병약물을 단독 투여하거나 두 약물을 병합 투여하는 것을 권장하고 있다(18, 20). 비정형 항정신병약물이 조증 삽화에 대한 2003년 이후 미식약청과 국내에서 사용 승인을 받으면서 점차 양극성 조증의 단독치료제로도 인정받고 있다(14). 비정형 항정신병약물의 기분 조절 작용기전으로는 도파민 길항작용이 항조증 효과를 세로토닌 길항작용이 항우



울 효과를 가지기 때문이라는 설이 유력하다(21). 그러나 비정형 항정신병약물 사용시 가장 문제가 되는 부작용은 역시 체중 증가와 대사성 증후군으로 정신분열병보다 양극성 장애에서 더욱 문제가 된다(17).

2. 급성 우울 삽화의 치료

조증 삽화 못지 않게 우울 삽화도 양극성 장애의 중요한 부분이며 전체적인 임상경과 중에서 우울 삽화의 기간이 조증 삽화보다 더 길고 양극성 우울증과 단극성 우울증이 서로 다른 양상을 보인다. 그러나 현재에도 동일한 항우울제를 사용하는 등 치료 전략의 근거나 기준이 모호한 상태이다. 대체로 국내외에서 권고되는 지침으로는 첫 우울 삽화의 일차 선택약물에 lithium, valproate가 추천되고 있다(20). 최근 양극성 우울증 치료에 단독요법으로 주목을 받는 것은 lamotrigine, quetiapine, olanzapine-fluoxetine 병합 제제 등이 있다(19). Lamotrigine의 경우 lithium, valproate와 달리 정기적인 혈중농도 확인이 필요하지 않고 체중 증가와 진전 등의 부작용이 적다(22). Olanzapine과 fluoxetine을 병합한 제제와 quetiapine 등은 항우울 효능이 lithium에 비교해 임상시험 1주째부터 나타나는 이점이 있다(23~25).

급성기 우울증이 아주 심하거나 적정용량의 일차 약물에 반응하지 않는 경우에는 bupropion과 선택적 세로토닌 재흡수 차단제와 같은 항우울제 약물을 사용할 수 있으나 가장 주의해야 할 것은 적절한 용량의 항우울제를 반드시 기분조절제와 병용하여 투여하여야 한다는 점이다(4). 우울 증상이 있다고 무분별하게 항우울제만을 투여하면 오히려 증상이 악화되거나 갑자기 조증 상태로 전환되는 사례가 흔하게 발생되기 때문이다. 항우울제마다 조증 전환의 위험도는 다르나 모든 항우울제가 조증 전환의 증례 보고를 보이기 때문에 임상가는 항우울제 사용에 앞서 조증 유발의 위험성과 치료되지 않은 우울증의 위험성을 신중하게 판단해야 한다(17).

3. 유지기 치료

일반적으로 2번 이상의 삽화가 있는 경우 유지치료를 권고하고 있으며 양극성 장애의 높은 자살의 위험성, 높은 재

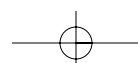
발률, 재발시 전반적인 기능상의 악화 등의 이유로 유지치료의 중요성이 강조된다(17). 그러나 지난 30년 넘게 유지치료에서 일차 치료약제의 역할을 담당한 lithium은 효능 부족, 부작용에 의한 비순응 같은 문제로 치료 목표를 충족시키지 못하고 있다(11~49). 최근 lamotrigine, olanzapine, aripiprazole 등이 유지 치료약제로 미 식약청에서 승인받아 단독 혹은 병합요법으로 점차 적용비율이 높아지고 있으나 유지치료 효과에 대한 충분한 검증이 필요하다(26).

4. 정신사회적 치료

양극성 장애는 약물치료가 필수적이나 정신치료 역시 질병의 전 기간에 걸쳐 중요한 역할을 한다. 정신사회적 개입과 환자 교육의 목표는 우선 질병과 치료에 대해 환자와 가족을 교육시켜 질병의 병식을 높이고 질병 상태를 수용하도록 하는 것이다. 둘째로는 환자 스스로 재발의 조기 징후를 파악할 수 있는 능력을 향상시키고 스트레스 대처기법을 교육함으로써 대처 능력을 향상시킨다. 다음으로 질병으로 인한 대인관계 장애를 파악하고 사회 기술훈련을 통해 대인관계 능력을 향상시킨다. 아울러 장기간의 약물치료에 대한 순응도를 높이는 데 있다(17). 현재까지 인지행동치료, 정신 교육 진단, 가족중심 치료, 대인관계치료, 사회적 리듬치료 등이 대규모 연구가 아울러 비약물 요법으로 권장되고 있다(20).

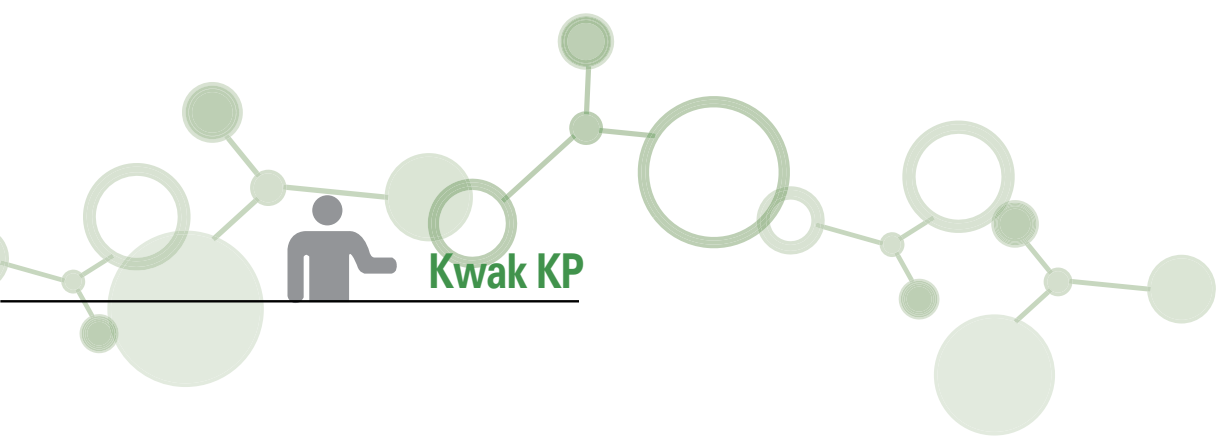
결론

양극성 장애는 흔한 재발, 증상의 다양성, 높은 자살의 위험성 등을 보이면서도 드물지 않는 만성 정신장애이다. 최근 조증 삽화 이외에도 경조증 삽화와 양극성 우울증에 대한 관심이 커지고 진단도 증가되는 추세이며 정신약물학적 발전에 기대어 새로운 기분조절제로서 최신 항정련제와 비정형 정신병약물들이 많은 관심을 받고 있다. 양극성 장애는 전반적인 사회적 기능 손상과 높은 자살 성공률을 고려할 때 조기 진단과 적절한 치료가 절실하며 지속적인 기분 안정을 돕기 위해 약물치료를 포함한 다각적인 접근이 필요하다.



참고문헌

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed Text revision, ed. Washington DC: American Psychiatric Association, 2000.
2. Belmaker RH. Bipolar disorder. N Engl J Med 2004;351:476-486.
3. Sadock, Benjamin J, Sadock VA, eds. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000:2.
4. Thase ME. Bipolar depression: issues in diagnosis and treatment. Harv Rev Psychiatry 2005;13:257-271.
5. Ghaemi SN, Ko JY, Goodwin FK. "Cade's disease" and beyond: misdiagnosis, antidepressant use, and a proposed definition for bipolar spectrum disorder. Can J Psychiatry 2002;47:125-134.
6. Frank E, Swartz HA, Kupfer DJ. Interpersonal and social rhythm therapy: managing the chaos of bipolar disorder. Biol Psychiatry 2000;48:593-604.
7. Hirschfeld RM, Lewis L, Vornik LA. Perceptions and impact of bipolar disorder: how far have we really come? Results of the national depressive and manic-depressive association 2000 survey of individuals with bipolar disorder. J Clin Psychiatry 2003;64:161-174.
8. Boerlin HL, Gitlin MJ, Zoellner LA, Hammen CL. Bipolar depression and antidepressant-induced mania: a naturalistic study. J Clin Psychiatry 1998;59:374-379.
9. Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, Coryell W, Endicott J, Maser JD, Solomon DA, Leon AC, Keller MB. A prospective investigation of the natural history of the long-term weekly symptomatic status of bipolar II disorder. Arch Gen Psychiatry 2003;60:261-269.
10. Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, Endicott J, Maser J, Solomon DA, Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, Endicott J, Maser J, Solomon DA, Leon AC, Rice JA, Keller MB. The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. Arch Gen Psychiatry 2002;59:530-537.
11. Akiskal HS, Bourgeois ML, Angst J, Post R, Moller H, Hirschfeld R. Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders. J Affect Disord 2000;59 (S1):S5-S30.
12. Hirschfeld RM. Bipolar spectrum disorder: improving its recognition and diagnosis. J Clin Psychiatry 2001;62 (S14):5-9.
13. Hirschfeld RM, Williams JB, Spitzer RL, Calabrese JR, Flynn L, Keck PE Jr, Hirschfeld RM, Williams JB, Spitzer RL, Calabrese JR, Flynn L, Keck PE Jr, Lewis L, McElroy SL, Post RM, Rapport DJ, Russell JM, Sachs GS, Zajecka J. Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: the Mood Disorder Questionnaire. Am J Psychiatry 2000;157:1873-1875.
14. Jon DI, W-MB, Min KJ, Shin YC, Yoon BH, Cho HS, Chung SK, Ha KS. Korean Medication Algorithm for Bipolar Disorder 2006(I). Korean J Psychopharmacol 2006;17:349-361.
15. Coryell W, Endicott J, Maser JD, Mueller T, Lavori P, Keller M. The likelihood of recurrence in bipolar affective disorder: the importance of episode recency. J Affect Disord 1995;33:201-206.
16. Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, Coryell W, Maser J, Rice JA, Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, Coryell W, Maser J, Rice JA, Solomon DA, Keller MB. The comparative clinical phenotype and long term longitudinal episode course of bipolar I and II: a clinical spectrum or distinct disorders? J Affect Disord 2003;73:19-32.
17. Ketter TA. Advances in Treatment of Bipolar Disorder. Washington DC: American Psychiatric Publishing, 2005:280.
18. Suppes T, Dennehy EB, Swann AC, Bowden CL, Calabrese JR, Hirschfeld RM, Suppes T, Dennehy EB, Swann AC, Bowden CL, Calabrese JR, Hirschfeld RM, Keck PE Jr, Sachs GS, Crismon ML, Toprac MG, Shon SP. Texas Consensus Conference Panel on Medication Treatment of Bipolar Disorder. Report of the Texas Consensus Conference Panel on medication treatment of bipolar disorder 2000. J Clin Psychiatry 2002;63:288-299.
19. Yatham LN, Kennedy SH, O'Donovan C, Parikh SV, MacQueen G, McIntyre RS, Yatham LN, Kennedy SH, O'Donovan C, Parikh SV, MacQueen G, McIntyre RS, Sharma V, Beaulieu S; Guidelines Group, CANMAT. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2007. Bipolar Disord 2006;8:721-739.
20. Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder (revision). Am J Psychiatry. 2002;159(S4):1-50.
21. Ghaemi SN. New treatments for bipolar disorder: the role of atypical neuroleptic agents. J Clin Psychiatry 2000;14:33-42.
22. Calabrese JR, Bowden CL, Sachs GS, Ascher JA, Monaghan E, Rudd GD. A double-blind placebo-controlled study of lamotrigine monotherapy in outpatients with bipolar I depression. Lamictal 602 Study Group. J Clin Psychiatry 1999;60:79-88.
23. Thase ME, Macfadden W, Weisler RH, Chang W, Paulsson B, Khan A, Thase ME, Macfadden W, Weisler RH, Chang W, Paulsson B, Khan A, Calabrese JR; BOLDER II Study Group. Efficacy of quetiapine monotherapy in bipolar I and II depression: a double-blind, placebo-controlled study (the BOLDER II study). J Clin Psychopharmacol 2006;26:600-609.
24. Tohen M, Vieta E, Calabrese J, Ketter TA, Sachs G, Bowden C, Tohen M, Vieta E, Calabrese J, Ketter TA, Sachs G, Bowden C, Mitchell PB, Centorrino F, Risser R, Baker RW, Evans AR, Beymer K, Dube S, Tollefson GD, Breier A. Efficacy of olanzapine and olanzapine-fluoxetine combination in the treatment of bipolar I depression. Arch Gen Psychiatry 2003; 1079-1088.



25. Calabrese JR, Keck PE Jr, Macfadden W, Minkwitz M, Ketter TA, Weisler RH, Calabrese JR, Keck PE Jr, Macfadden W, Minkwitz M, Ketter TA, Weisler RH, Cutler AJ, McCoy R, Wilson E, Mullen J. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of quetiapine in the treatment of bipolar I or II depression. Am J Psychiatry 2005;162:1351-1360.

26. Bowden CL, Calabrese JR, Sachs G, Yatham LN, Asghar SA,

Hompland M, Bowden CL, Calabrese JR, Sachs G, Yatham LN, Asghar SA, Hompland M, Montgomery P, Earl N, Smoot TM, DeVeaugh-Geiss J; Lamictal 606 Study Group. A placebo-controlled 18-month trial of lamotrigine and lithium maintenance treatment in recently manic or hypomanic patients with bipolar I disorder. Arch Gen Psychiatry 2003; 60:392-400.



Peer Reviewer Commentary

박 원 명 (가톨릭의대 정신과)

본 논문은 주요 우울 장애에 비해 상대적으로 인식도가 낮았던 양극성 장애의 개념과 중요성을 타 과의 의료인이 이해 하기 쉽도록 적절히 쓰여진 것으로 생각된다. 특히 최근 정신과 의사와 연구자들 사이에서도 특별한 관심이 되고 있는 양극성 장애에서 관찰되는 우울삽화의 특징에 대해 기술하고 있으며 임상적으로 매우 어려운 일이지만 현재까지 알려진 주요 우울 장애에서 나타나는 우울 삽화와 구별할 수 있는 차이점을 기술한 것은 추후 임상 의들에게 많은 도움이 될 것으로 생각된다. 이 외에도 이 논문에서는 새로이 개발된 약제의 소개와 국내 및 해외에서 개발된 약물치료 알고리즘 등 정신과에서 시행되고 있는 최신의 치료에 대해 포괄적으로 언급하고 있다고 생각된다.

자율학습 2007. 3월호 (학교 근시의 예방과 치료) 정답

- | | |
|------|-------|
| 1. ③ | 6. ② |
| 2. ④ | 7. ④ |
| 3. ① | 8. ① |
| 4. ② | 9. ④ |
| 5. ② | 10. ③ |