



Pharmacotherapy Today

2022 우울증 임상진료지침

저자 이향란
대한약사회 소통이사
약학정보원 학술자문위원

개요

우울증은 국민 건강을 해치는 흔한 질환으로 적절한 진료를 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, 임산부우울증, 소아/청소년 우울증에 대해 다루도록 하겠다. 더불어 항우울제 선택과 주의가 필요한 약제 등 약물 정보 역시 표로 첨부해두었다.

키워드

우울증임상지침, 우울증치료, 삼환계 항우울제, Tricyclic Antidepressant, TCA, 선택적 세로토닌 재흡수 억제제, Selective Serotonin Reuptake Inhibitor, SSRI, SNRI, mirtazapine, agomelatine, bupropion, vortioxetine

우울증 환자 찾기 및 확진하기

1. 발생원인 및 위험인자

우울증의 원인 및 위험인자는 다양하다. 하지만 사람마다 각 위험인자의 영향이 다르고, 위험인자 간의 상호작용에 따른 결과도 다르기 때문에 신중하게 판단해야 한다. 우울증의 발생에 관한 다양한 이론들이 있으나, 스트레스취약성 모델로 설명하는 것이 가장 일반적이다. 즉, 우울에 취약한 특성을 지닌 사람이 스트레스생활사건을 경험하게 되면 우울삽화가 발현된다고 볼 수 있다. 여기서 말하는 취약성과 스트레스생활사건을 우울증의 위험인자로 고려할 수 있다.

- 우울증의 위험인자로 가장 잘 알려진 요인은 우울증의 과거력 또는 과거 우울삽화이다. 과거 우울삽화가 많을수록 우울삽화의 발생위험은 더 높아진다.
- 가족들 중에서 우울증을 앓는 사람이 있으면 우울증을 경험할 위험이 크다. 우울증의 가족력이 남녀 모두의 우울증 발생에 있어서 39% 정도의 설명력을 갖는다는 보고도 있다.
- 생애 초기 경험, 예를 들면 방임 또는 학대, 부모와의 불안정한 애착, 부모의 불화 등도 성인기의 우울증 위험을 높인다.
- 어릴 적 까다로운 기질이었거나 ‘신경증’적인 성격 특성이 있으면 스트레스생활사건을 경험할 때 우울증을 경험할 확률이 더 높아진다.
- 빈곤, 노숙, 무직, 신뢰관계결핍 등과 같은 사회적 환경 역시 우울증의 위험을 높이는 요인으로 작용한다.

2. 우울증 치료시 고려해야 할 동반질환 및 의학적 평가

1) 정신건강의학과 공존질환

- 우울증은 여러 정신과적 질환의 위험인자이며, 우울증과 동반된 정신과적 질환은 우울증의 치료 경과에 영향을 미치므로 평가가 필요하다. 특히, 물질사용장애의 공존은 우울증의 치료 경과에 나쁜 영향을 미치며, 주요우울 장애 환자들을 10년간 추적 조사한 연구에서 알코올 의존증 상태에 있는 환자들이 알코올 중독이 아닌 환자들에 비해 주요우울장애 회복가능성이 절반이었다.
- 우울증 환자에서 물질사용장애, 불안장애, 인격장애, 식이장애, 조현병, 주의력결핍 과잉행동장애, 치매 등의 다양한 공존질환이 동반되기 때문에 정신건강의학과 공존질환에 대한 평가가 필요하다.
- 양극성장애(조울증) 환자에서 우울증 치료 시, 항우울제 치료로 조증이나 경조증 삽화가 발생할 수 있기 때문에 우울증을 치료하기 전에 양극성장애(조울증)의 병력을 확인하는 것이 필요하다. 조증이나 경조증 삽화가 없었던 환자라도 치료 시 조증이나 경조증 삽화를 경험하게 되면 양극성장애(조울증)으로 진단을 바꾸고 항우울제가 아닌 다른 약물로 치료한다.

2) 신체질환 동반유무

- 우울증 환자에서 신체질환의 동반은 우울증의 발병 위험을 증가시키고 우울증상을 더 심각하게 만든다. 동반 신체질환의 수가 증가할수록 발생위험도가 높아지며, 동반된 신체질환은 항우울제 선택에 영향을 미친다.

주요우울장애는 당뇨병 환자에서 심혈관질환의 발생을 높이는 것으로 알려져 있다.

- 당뇨병은 우울증의 상대위험도를 2-3배 증가시키고, 역으로 우울증도 당뇨병의 발병을 증가시킨다. 당뇨병 이외에 동반된 신체질환도 우울증의 발생위험도를 증가시키는데 한 가지 질환이 있으면 1.3배, 두 가지 질환이 있으며 2.1배, 세 가지 이상의 질환이 있으면 4.1배로 우울증의 발생위험도가 증가한다.
- 신체질환이 있는 환자에게 우울증이 동반되면 환자의 자기관리능력과 약물 순응도가 떨어져 건강과 연관된 비용이 올라갈 수밖에 없다. 결국 환자의 신체적 삶의 질과 정신적 삶의 질 모두 감소하게 된다.
- 심혈관질환이 동반된 우울증 환자에서 항우울제를 선택할 경우에는 심혈관계 부작용을 고려하여 삼환계 항우울제 (Tricyclic Antidepressant, TCA)보다는 선택적 세로토닌 재흡수 억제제(Selective Serotonin Reuptake Inhibitor, SSRI)를 우선적으로 고려해야 한다.

3) 자살평가

- 자살에 대한 평가는 우울증의 치료 과정에서 반드시 필요하다. 자살과 우울증과의 관련성은 많은 연구에서 확인되었다. 우울증을 적절하게 치료하지 않고 방치하게 되면 자살의 위험성이 증가하게 되고, 자살시도가 있는 우울증 환자의 경우에는 자살의 재시도 위험성이 더 높다. 자살시도력이 있는 우울증 환자는 그렇지 않은 환자에 비해 조기발병, 병의 심각도, 장기 이환, 재발, 낮은 치료반응, 낮은 관해율과 밀접한 연관관계가 있다. 특히 자살위험도 평가는 그 결과에 따라 치료 전략이 달라질 수 있으므로 중요하다.
- 자살 위험도 평가는 자살 위험요인과 현재 자살생각 및 행동의 중증도를 파악해야 한다. 자살의 위험인자로 자살시도의 과거력과 주요 정신의학적 질병에 먼저 주목해야 한다. 자살시도의 과거력은 자살의 재시도와 미래의 자살사망의 가장 강력한 예측 인자이다. 특히, 이전 자살시도의 의도, 유발요인, 시도방법의 치명도 등을 파악해야 하며, 친구나 가족, 지인의 자살시도나 자살에 노출경험이 있는지도 확인할 필요가 있다. 주요 정신의학적 질병으로는 주요우울장애 뿐 아니라 양극성 장애, 물질사용장애, 품행장애, 지시하는 환청과 같은 정신병적 증상 등을 점검해야 한다. 또한 공격성, 충동성, 무망감 등의 심리적 특성도 자살위험을 높일 수 있다. 또한 소아/청소년기의 성적/신체적 학대경험이나 최근의 신체적 질병도 위험요인으로 작용할 수 있다. 인구통계학적 요인으로는 고령인 남성, 이혼 등의 사회적 고립 등을 고려할 수 있다.
- 양극성장애(조울증) 환자에서 우울증 치료 시, 항우울제 치료로 조증이나 경조증 삽화가 발생 할 수 있기 때문에 우울증을 치료하기 전에 양극성장애(조울증)의 병력을 확인하는 것이 필요하다. 조증이나 경조증 삽화가 없었던 환자라도 치료 시 조증이나 경조증 삽화를 경험하게 되면 양극성장애(조울증)으로 진단을 바꾸고 항우울제가 아닌 다른 약물로 치료한다.

우울증 치료 및 관리

1. 비약물적 요법

1) 정신사회적 치료

- 정신사회적 치료 중에서 대인관계정신치료 (Interpersonal Therapy), 정신역동정신치료 (Psychodynamic

Psychotherapy), 인지행동치료(Cognitive Behavioral Therapy), 행동활성화기법(Behavioral Activation), 문제해결정신치료(Problem Solving Therapy), 마음챙김인지치료(Mindfulness-Based Cognitive Therapy), 단기정신치료(Brief Psychotherapy), 수용전념치료(Acceptance and Commitment Therapy) 등이 우울증 증상을 경감시키는데 효과적이다.

- 정신사회적 치료의 경우 환자의 선호도에 따라 개인 혹은 집단형식으로 시행할 수 있다.
- 지속적인 역치하 우울증상을 호소하는 경우나 경증 혹은 중등도의 우울증의 경우 환자의 선호도에 따라 인지행동치료에 기반한 치료자의 가이드에 따른 자조기법(Self-help), 인터넷 기반 인지행동치료, 구조화된 집단 신체활동 프로그램 등을 적용해 볼 수 있다.
- 약물치료와 정신사회적 치료를 병행하는 것이 약물치료 단독 혹은 정신사회적 치료 단독인 경우보다 효과적이다.

2) 생활습관개선

: 우울증예방, 우울증상 완화, 재발률 감소, 삶의 질 향상의 이익을 위한 권고내용

- 우울증 진단이 되지 않는 지속적인 우울증상을 가진 사람 혹은 경도 및 중등도 수준의 우울증 환자가 만성 신체질환이 동반되지 않는 경우
 - 중강도 수준의 구조화된 신체활동을 운동전문가의 지도 아래 집단 치료 방식으로 제공하는 것을 고려한다.(권고등급 IIa, 근거수준 A)
 - 우울증 진단이 되지 않는 지속적인 우울증상을 가진 사람 혹은 경도 및 중등도 수준의 우울증 환자가 만성 신체질환이 동반된 경우
 - 신체질환을 치료하는 임상과의 협진을 통해 동반된 신체질환의 상태에 맞추어 운동량 변경을 고려한다.(권고등급 IIa, 근거수준 A)
- 우울증 환자에서 고강도의 신체활동이나 근력운동은 항우울제 치료의 보조요법으로 고려할 수 있다.(권고등급 IIb, 근거수준 C)

3) 환자교육

: 환자의 치료순응도 증가, 환자의 재발위험성 감소, 환자 및 가족의 우울증에 대한 이해도 증가 등의 이익을 위한 권고내용

- 치료를 시작하기 전에 환자와 치료자간의 치료적 동맹 형성을 고려 할 수 있다(권고등급 IIb, 근거수준 C)
- 치료계획에는 현재의 상태와 치료방법에 따른 위험과 이득을 포함 하여 환자교육을 함께하는 것을 권고한다.(권고등급 I, 근거수준 A)
- 환자에게 악화의 가능성 및 자살사고가 생길 가능성, 약물치료의 부작용과 이득, 예상치료기간, 약물치료를 중단 할 경우 예상되는 부작용, 우울증의 특징 및 경과, 치료, 예후에 대한 교육 시행을 고려할 수 있다.(권고등급 IIb, 근거수준 Guideline)

2. 약물요법

1) 주요 약물

우울증 치료에 사용하는 주요 항우울제는 SSRI, SNRI, mirtazapine, agomelatine, bupropion, vortioxetine 등이 있다.

Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRI)

- escitalopram, fluoxetine, paroxetine, sertraline 등이 있다.
- 선택적으로 세로토닌 수송체의 재흡수를 방해해 항우울 효과를 나타낸다.
- TCA에 비해 항콜린성 부작용, 진정 효과 등의 부작용이 적다.
- 흔히 나타나는 부작용에는 위장관계 부작용, 성기능장애, 두통, 발한, 불면, 체중 변화 등이 있다.

Serotonin Norepinephrine Reuptake Inhibitor (SNRI)

- desvenlafaxine, duloxetine, milnacipran, venlafaxine 등이 있다.
- 세로토닌과 노르에피네프린의 재흡수를 방해해 항우울 효과를 나타낸다.
- 통증 및 신체 증상 감소에 효과가 있다.
- 흔히 나타나는 부작용으로는 위장관계 부작용, 성기능장애, 체중 증가 등이 있다.

Mirtazapine

- 노르아드레날린-세로토닌 자가수용체 길항제 및 세로토닌 2, 3 수용체 길항제로 작용한다.
- 식욕 및 체중을 증가시키고, 불면과 불안 증상에 효과가 있다.
- 흔히 나타나는 부작용으로는 진정 혹은 졸림, 체중 증가, 어지러움 등이 있다.

Agomelatine

- 멜라토닌 수용체에 대한 효현 작용과 세로토닌 수용체 길항작용으로 항우울 효과를 나타낸다.
- 수면시간 및 질의 향상에 효과가 있다.
- 흔히 나타나는 부작용으로는 어지러움, 위장관계 부작용 등이 있다.

Bupropion

- 도파민과 노르에피네프린의 재흡수를 방해해 항우울 효과를 나타낸다.
- 정신운동 지체, 피로감, 집중력 저하를 개선하는 효과가 있다.
- 고용량을 사용하는 경우 경련의 위험성이 증가하기 때문에 경련성 질환이 있는 경우 사용을 금하는 것이 좋다.

Vortioxetine

- 다양한 세로토닌 수용체를 조절해 항우울 효과를 나타낸다.
- 인지 기능 보존 및 향상에 효과가 있다. **Tri or tetracyclic antidepressants (이하 TCA)**
- amitriptyline, imipramine, nortriptyline 등이 있다.
- 노르아드레날린, 세로토닌 혹은 도파민 수송체를 차단해 항우울효과를 나타낸다.
- 우울 증상의 치료에 효과가 있으나, 심혈관계 부작용 및 과다 복용 시 사망에 이르는 심각한 약물 부작용으로 인해 낮은 선호도를 가진다.

2) 우울증 약물치료

권 고 내 용	권 등 급	근 거 준
주요우울삽화를 갖는 환자에게 약물치료를 권고한다.	I	A
약물치료 뿐만 아니라 정신사회적 중재법(정신치료, 인지행동치료, 대인관계치료, 운동 등)과 병합하여 포괄적인 치료계획을 세울 것을 권고한다.	I	A
항우울제는 임상양상, 공존질환, 이전의 약물치료 병력, 부작용, 약물 상호작용, 환자의 기호 등을 종합하여 선택할 것을 권고한다.	I	A
1차 치료 항우울제는 SSRI(escitalopram, sertraline, fluoxetine, paroxetine 등), SNRI(duloxetine, milnacipran, venlafaxine, desvenlafaxine 등), mirtazapine, agomelatine, bupropion, vortioxetine에서 선택할 것을 권고한다.	I	A
급성기 치료에서 관해에 이르면 재발방지를 위해 유지치료 시행을 고려할 수 있다.	IIb	B

이 익	불 이 익
-의료자원 활용 효율성 증가 -치료 기간, 치료 결과의 긍정적 가능성 증가 -초기 치료에 반응이 부적절한 환자의 정신건강의학과로의 전원을 증가	-

3) 진료시 고려할 점

- 첫 진료 시에 환자에게 치료시기에 따라 급성기 치료목표는 증상에 관해, 유지기 치료 목표는 재발방지를 목표로 함을 설명한다.
- 가임기의 여성인 경우에는 치료 중간에도 임신계획에 대한 평가를 반드시 해야 한다.
- 자살 등의 응급상황이 예상되면 대처방법(응급실 방문 등)을 설명하거나 비상연락처를 공유하는 것이 유용하다.
- 2차 항우울제로는 TCA(amitriptyline, imipramine, nortriptyline 등), moclobemide, tianeptine 등에서 선택할 것을 고려한다.
- 비정형 항정신병약물(quetiapine, aripiprazole)은 초기 약물치료에 반응이 부족한 경우에 추가 약물로 권고한다.
- 1차, 2차 약물치료에 반응이 부족하면 리튬, 갑상선호르몬, 정신자극제 등의 사용을 고려해 볼 수 있다.
- 자신이나 타인을 해칠 위험성이 높은 급박한 위험상황에서는 전기경련요법(Electroconvulsive Therapy, ECT) 적용을 고려한다.
- 임신부처럼 약물치료를 못할 경우에는 경두개자기자극법(Transcranial Magnetic Stimulation, TMS) 등의 비약물적 생물학적 치료를 고려한다.

특수상황에서의 우울증

1. 치료저항성 우울증

치료저항성 우울증은 다른 질환일 가능성에 대한 평가와 보다 전문적인 치료를 위해 정신건강의학과 전문의에게 의뢰하는 것을 권고한다.

2. 노인과 우울증

노인 우울증을 치료할 때는 노화의 과정, 다른 내과 질환 공존, 기억력 장애나 치매 초기증상의 가능성을 고려해서 치료해야 한다.

3. 임신부 우울증

- 임신부 우울증은 산모와 신생아의 애착을 손상시킬 수 있으며 신생아의 인지, 정서, 행동에 영향을 미칠 수 있다.
- 임신부 우울증 치료에 대한 의사결정은 치료가 적절하지 못할 경우 발생할 수 있는 부정적인 산과적 결과와 신생아에 대한 항우울제의 잠재적인 부작용 등의 위험성 사이에서 균형을 고려해야 한다. 그러므로 정신건강의학과 전문의와 산부인과 전문의에게 자문을 구하는 것을 권고한다.

4. 소아/청소년 우울증

- 소아/청소년 우울증 환자는 연령대에 따라 수면의 정도, 식욕 및 체중변화, 정신병적 증상 등 우울증 증상이 전형적인 증상과는 달리 나타날 수 있다.
- 우울증 증상에 대한 약물치료의 효과에도 불구하고 소아/청소년 우울증 환자에게서 치료 중 자살사고/자해의

위험에 대한 보고가 있으며, 약물의 과용으로 인한 부작용도 보고되고 있다. 이런 사항들을 고려하여 소아/청소년 우울증 환자가 의심되는 경우 정신건강의학과 전문의에게 자문을 권고한다.

항우울제 선택

- 항우울제를 선택함에 있어 환자가 발기부전이나 성욕감퇴 등의 성기능 장애를 부작용으로 호소하는 경우 부프로피온(bupropion), 멀타자핀(mirtazapine), 티아넵틴(tianeptine)을 항우울제로 쓰는 것을 고려한다.
- 졸음 및 진정작용 등의 부작용이 있는 경우 부프로피온(bupropion), 플루옥세틴(flouxetine), 설트랄린(sertraline)을 권고한다.
- 체중증가를 고려하면 플루옥세틴(flouxetine), 부프로피온(bupropion), 티아넵틴(tianeptine)이 적절하고, 불면증 등의 수면장애가 있을 때는 멀타자핀(mirtazapine), 파록세틴(paroxetine), 삼환계우울증약(TCA)을 선택한다.
- 오심 및 구토 등의 소화기 장애가 있을 경우 멀타자핀(mirtazapine), 티아넵틴(tianeptine), 부프로피온(bupropion)을 권고하고, 항콜린성 부작용이 있을 경우 에스시탈로프람(escitalopram), 설트랄린(sertraline), 부프로피온(bupropion)을 우선적으로 고려할 수 있다.
- 혈압 또는 혈압 상승 등을 고려하면 에스시탈로프람(escitalopram), 설트랄린(sertraline), 티아넵틴(tianeptine)을, 저혈압과 혈압 하강이 염려되는 상황에서는 에스시탈로프람(escitalopram), 설트랄린(sertraline), 부프로피온(bupropion)을 권고한다.
- 세로토닌증후군이 의심되는 경우 부프로피온(bupropion), 티아넵틴(tianeptine), 아고멜라틴(agomelatine)이 보다 적합하다.
- 뇌전증이 있는 환자의 경우와 심장 부정맥이 있는 경우에는 에스시탈로프람(escitalopram), 설트랄린(sertraline), 티아넵틴(tianeptine)을 고려한다.
- 자살사고의 증가가 있을 경우 멀타자핀(mirtazapine), 부프로피온(bupropion), 티아넵틴(tianeptine)을 고려한다.
 - 당뇨병, 갑상선질환, 간질환, 신장질환과 같은 신체 질환이 동반된 경우에는 에스시탈로프람(escitalopram)과 설트랄린(sertraline)을 사용하는 것을 고려한다.

표 4. 부작용을 고려한 항우울제 선택

	1차 선택 약물	2차 선택 약물	3차 선택 약물
성기능 장애	Bupropion	Mirtazapine	Tianeptine
졸 리움, 진정작용	Bupropion	Fluoxetine	Sertraline
체중 증가	Fluoxetine	Bupropion	Tianeptine
수면장애 (불면)	Mirtazapine	Paroxetine	TCA
소화기장애 (오심 / 구토)	Mirtazapine	Tianeptine	Bupropion
항콜린성 부작용	Escitalopram	Sertraline	Bupropion

[출처. 대한우울조울병학회, 대한정신약물학회. 한국형 우울장애 약물치료 지침서. 2017.]

표 5. 안정성을 고려한 항우울제 선택

	1차 선택 약물	2차 선택 약물	3차 선택 약물
고혈압	Escitalopram	Sertraline	Tianeptine
저혈압	Escitalopram	Sertraline	Tianeptine/Bupropion
세로토닌 증후군	Bupropion	Tianeptine	Agomelatine
뇌전증	Escitalopram	Sertraline	Tianeptine
심장부정맥	Escitalopram	Sertraline	Tianeptine
자살사고증가	Mirtazapine	Bupropion	Tianeptine

[출처. 대한우울조울병학회, 대한정신약물학회. 한국형 우울장애 약물치료 지침서. 2017.]

표 6. 공존 신체질환을 고려한 항우울제 선택

	1차 선택 약물	2차 선택 약물	3차 선택 약물
당뇨병	Escitalopram	Sertraline	-
갑상선질환	Escitalopram	Sertraline	Fluoxetine/Bupropion
간질환	Escitalopram	Sertraline	Tianeptine
신장질환	Escitalopram	Sertraline	Tianeptine

[출처. 대한우울조울병학회, 대한정신약물학회. 한국형 우울장애 약물치료 지침서. 2017.]

표 7. 항우울제 권고 요약표

항우울증 약	기전	용량
제 1 차 약 제		
아고멜라틴(agomelatine)	MT ₁ and MT ₂ agonist; 5-HT ₂ antagonist	25-50mg
부프로피온(bupropion)	NDRI	150-300mg
시탈로프람(citalopram)	SSRI	20-40mg
데스벤라팍신(desvenlafaxine)	SNRI	50-100mg
듀록세틴(duloxetine)	SNRI	60mg
에스시탈로프람(escitalopram)	SSRI	10-20mg
플루옥세틴(floxetine)	SSRI	20-60mg
플루복사민(flvoxamine)	SSRI	100-300mg
밀나시프란(milnacipran)	SNRI	100mg
멀타자핀(mirtazapine)	α ₂ -Adrenergic agonist; 5-HT ₂ antagonist	15-45mg
파록세틴(paroxetine)	SSRI	20-50mg
설트랄린(sertraline)	SSRI	50-200mg
벤라팍신(venlafaxine)	SNRI	75-225mg
보티오섹틴(vortioxetine)	Serotonin reuptake inhibitor; 5-HT _{1A} agonist; 5-HT _{1B} partial agonist; 5-HT _{1D} ,5-HT _{3A} ,and 5-HT ₇ antagonist	10-20mg
제 2 차 약 제		
아미트립틸린(amitriptyline)	TCA	30-300mg
이미프라민(imipramine)	TCA	25-200mg
노르트립틸린(nortriptyline)	TCA	10-150mg
트라조돈(trazodone)	Serotonin reuptake inhibitor; 5-HT ₂ antagonist	150-300mg
모노클로베미드(monoclobemide)	Reversible inhibitor of MAO-A	300-600mg

[출처. Kennedy SH, Lam RW, McIntyre RS, et al. CANMAT 2016 clinical guideline for the management of adults with major depressive disorder: section 3. pharmacological treatments. Can J Psychiatry 2016;61(9):540-560.]

약사 Point

- 우울장애는 일단 치료가 되었다가도 다시 재발하는 비율이 높지만, 항우울제를 이용하여 적절히 치료하면 완치가 가능한 질환이다.
- 주요우울장애의 치료에 있어서 가장 먼저 고려되는 약물은 selective serotonin reuptake inhibitor(SSRI)로 약효를 나타내기까지 4주 이상 걸리므로 약물치료를 최소한 1개월 정도 실시한 다음에 약효가 있는지 판단한다.
- 치료불감성 주요우울장애는 일반적으로 항우울제 두 가지를 상용량으로 각 단독요법으로 실시했는데도 치료적 반응이 전혀 없는 경우를 가리키며, 치료를 위해 비약물적요법을 적극적으로 실천하고 약물요법으로는 병용요법을 시행한다.

참고문헌

1. 일차의료용근거기반 우울증임상진료지침, 대한의학회, 질병관리청
2. 약물치료학 제3권, 16단원 주요우울장애
3. 약사공론, 대한약사저널 ETC최신가이드핵심 우울증최신가이드라인 핵심(2022년 02개정)