

Evidence-Based Treatments of Bipolar Disorder

Bin-Na Kim[†]

Department of Psychology, Seoul National University, Seoul, Korea

Bipolar disorder (BD) is a chronic mental disorder characterized by bidirectional mood episodes and associated with diverse functional impairments and suicidal risk. Firstly, this narrative review emphasized the necessity and utility of adjunct psychosocial interventions for BD. Next, the author attempted to provide up-to-date guidelines on which particular psychosocial interventions could be recommended as evidence-based treatment (EBT) of BD by reviewing treatment studies conducted in Korea as well as other countries. As a result, four psychosocial interventions (psychoeducation, family-focused therapy, cognitive behavioral therapy, and interpersonal and social rhythm therapy) were identified as EBTs with strong levels of evidence, based on randomized controlled trials conducted overseas. In general, adjunct psychosocial treatments showed effectiveness in relapse prevention and acute treatment during depressive episodes. Additionally, mindfulness-based cognitive therapy and dialectical behavioral therapy began to demonstrate promising outcomes. However, although several preliminary studies have been published, there was a shortage of empirical evidence for effective EBT of BD within Korea. Lastly, the author discussed how to promote and disseminate EBT of BD within Korea.

Keywords: bipolar disorder, evidence-based practice, evidence-based treatment, randomized controlled trial

양극성 장애(bipolar disorder)는 우울증부터 경조증, 조증에 이르기까지 양방향의 기분삽화가 주기적으로 반복되는 만성적인 정신 장애이다(American Psychiatric Association, 2013). 일반 대중들에게는 조울증이라는 이름으로 더 잘 알려져 있는 양극성 장애는 대인관계적 및 직업적 기능에 심각한 장애를 초래할 뿐만 아니라, 중독, 자살 등과의 관련성도 높아 사회적으로 중대한 정신건강 부담 요인이 된다(Miklowitz & Johnson, 2006; Woods, 2000). 그러나 다른 한편으로 양극성 장애가 높은 성취 수준, 창의성에도 연결되어 있다는 점이 다양한 연구 방법론에 걸쳐 입증되는 등 정신장애의 취약성이 적응적 차원에서 다양한 양상으로 발현될 수 있다는 점을 보여주는 독특한 정신장애이기도 하다(Johnson et al., 2012; Kim & Kwon, 2017).

본고에서는 주로 양극성 장애의 '치료'라는 주제에 집중하고자 한다. 특히 기존에 약물치료가 주를 이루었던 양극성 장애의 치료에서 추가적인 심리사회적 개입이 어떠한 역할을 할 수 있는지를 조

명하고, 해외 및 국내의 문헌들을 종합적으로 검토하여 임상 현장에서 최신 근거에 기반하여 활용할 수 있는 심리사회적 개입들을 소개하려고 한다.

양극성 장애의 진단, 유형별 및 경과

양극성 장애의 진단

DSM-IV에서 기분장애(mood disorder) 아래 양극성 장애와 우울 장애가 포함되어 있었던 것과 달리, DSM-5에서 양극성 장애는 '양극성 및 관련 장애(bipolar and related disorders)'라는 별도의 장으로 독립되었다(American Psychiatric Association, 2013). 양극성 및 관련 장애에는 제1형 양극성 장애(bipolar I disorder), 제2형 양극성 장애(bipolar II disorder), 순환감정 장애(cyclothymic disorder), 양극성 장애의 특징을 가지고 있으나 기간이나 증상 개수 등을 완전히 충족하지는 않는 달리 명시된 양극성 및 관련 장애(other specified bipolar and related disorder), 그 외에 명시되지 않는 양극성 및 관련 장애(unspecified bipolar and related disorder) 등이 포함되어 있다. 이 중에서 대표적인 양극성 장애의 진단은 제1형 양극성 장애와 제2형 양극성 장애라고 할 수 있다.

[†]Correspondence to Bin-Na Kim, Department of Psychology, Seoul National University, 1 Gwanak-ro, Gwanak-gu, Seoul, Korea; E-mail: shine-binna@hanmail.net

Received Sep 4, 2019; Revised Nov 3, 2019; Accepted Nov 7, 2019

제1형 양극성 장애의 진단에는 1회 이상의 조증 삽화가 필수적으로 요구된다. 대개 우울 삽화가 동반되기는 하지만, 우울 삽화의 존재가 제1형 양극성 장애의 진단에 필수적인 것은 아니며, 일부 환자들은 조증만을 경험하기도 한다. 조증 삽화에서는 대개 약 1주 동안(단, 입원이 필요할 시 1주 미만) 기분이 고양되면서 목표 지향적 활동 및 에너지의 비정상적 증가가 나타나는 것이 주요 특징이다. 더불어 심리운동성 향진에 일관되는 변화들로 수면 욕구의 감소, 자존감의 팽창, 사고와 언어의 속도 및 양의 증가, 주의 산만, 장기적으로는 자기 패배적일 수 있는 쾌락적 활동에의 몰두(과소비, 위험한 운전, 무분별한 성관계 등)가 조증 삽화의 대표적인 증상들이다.

그에 비하여 제2형 양극성 장애로 진단하려면, 경조증 삽화가 있으면서 주요우울삽화가 동반되어야 하며, 전체 경과상 조증 삽화를 경험한 적이 없어야 한다. 경조증 삽화는 평상시와 뚜렷하게 구분되는 기능상의 변화가 타인에 의해 관찰되는 정도로 나타나지만, 최소 지속 기간이 4일 이상으로 짧고 정신증적 양상이나 입원 필요성이 없다는 점에서 조증 삽화에 비하여 심각도가 경미한 상태라고 볼 수 있다.

비록 명시적인 조작적 진단 기준이 마련되어 있기는 하지만, 현실에서 양극성 장애의 진단은 그리 간단한 일은 아닌 것으로 보인다. 일례로 미국의 대규모 설문조사에서는 양극성 장애 환자들이 양극성 장애로 정확히 진단받기까지 평균적으로 약 10년이 소요되었다고 한다(Hirschfeld, Lewis, & Vornik, 2003). 특히 제2형 양극성 장애 환자들은 경조증 기간을 주관적으로는 긍정적 상태로 지각 또는 기억하는 경우가 많으며, 주로 우울 시기에 임상 장면에 찾아오기 때문에, 병력을 주의 깊게 탐색하지 않을 시 과거 경조증 삽화가 제대로 탐지되지 않아 단극성 우울증으로 오진되는 문제가 발생할 수 있다(Ghaemi, Ko, & Goodwin, 2002). 이와 같이 양극성 장애의 진단은 현재의 기분삽화와 중단적인 기분력에 대한 종합적인 평가를 요한다. 예를 들어 만약 제2형 양극성 장애로 진단된 환자에서 조증이 발생하면, 진단은 제1형 양극성 장애로 변경되고 이 환자가 다시금 경조증 삽화를 겪게 된다 하더라도 여전히 진단은 현재 경조증 삽화를 경험 중인 제1형 양극성 장애이다.

양극성 장애의 유병률과 임상적 특징

우선 DSM-5 (2013)를 참조하면, 미국에서 12개월 유병률은 제1형 양극성 장애가 0.6%, 제2형 양극성 장애가 0.8%이며, 미국 및 미국 외 지역사회 연구에서 제1형 양극성 장애, 제2형 양극성 장애, 달리 분류되지 않는 양극성 장애를 모두 합한 유병률은 1.8%로 집계되었다(이상 DSM-IV 진단기준이 적용됨). 또한 유병률의 성비는 하

위 유형에 따라 다르게 나타났는데, 제1형 양극성 장애의 경우 남녀 비율이 1:1.1로 성차가 두드러지지 않았으나, 제2형 양극성 장애는 여성에게서 더 호발하는 것으로 나타났으며 출산 등이 유전적 소인을 가진 여성에게서 (경)조증 촉발요인이다. 아울러 근래의 역학 연구들을 종합해 보면, 일반 인구에서 제1형 양극성 장애의 평생 유병률은 약 1% 미만으로 여겨지며, 11개국을 대상으로 한 대규모 연구에서 유병률은 제1형 양극성 장애가 0.6%, 제2형 양극성 장애가 0.4%로 조사되었다(Bebbington & Ramana, 1995; Merikangas et al., 2011; Pini et al., 2005). 또한 25개 연구에 대한 메타분석에서는 제1형 양극성 장애가 1.06%, 제2형 양극성 장애가 1.57%의 유병률을 나타내는 것으로 추산되기도 하였다(Clemente et al., 2015).

한편 양극성 장애의 유병률은 ‘양극성 장애를 어떻게 정의하느냐’와 ‘어느 지역에서 조사하였는가’에 따라서 다르게 나타난다(Ferrari, Baxter, & Whiteford, 2011; Rowland & Marwaha, 2018). DSM과 같은 전통적인 진단 분류체계에서 양극성 장애를 제1형, 제2형과 같은 서로 독립된 배타적 범주로 진단해 온 것과는 달리, 최근에는 양극성 장애를 심각도 연속선상의 양극성 스펙트럼(bipolar spectrum)으로 간주하기도 한다. 순환감정 장애까지 포함하는 보다 넓은 양극성 스펙트럼의 관점에서는 양극성 장애의 유병률을 4-5%로 더 높게 보기도 한다(Akiskal et al., 2000; Merikangas et al., 2007). 또한 아직 확정적인 결론이 내려진 것은 아니지만, 미국, 유럽 등에 비하여 아시아권에서 낮은 유병률이 보고되는 경향이 있다(Ferrari et al., 2011). 이와 일치되게 한국에서 실시된 전국 규모 정신질환 실태 역학조사 결과를 보면, 양극성 장애의 평생 유병률이 0.1-0.2%로 다른 나라들과 비교해 매우 낮게 나타나고 있으며(Ministry of Health and Welfare, 2011, 2016), 조사 방법 외에도 유병률의 지역적 차이를 유발하는 요인이 존재하는가에 대해서 분석이 필요해 보인다.

양극성 장애의 경과와 치료에 갖는 함의

양극성 장애는 재발성의 만성적 경과를 가지고 있으며, 본질적으로 기분장애의 삽화적 속성을 지니고 있기 때문에 치료의 목표도 그에 맞추어 세분되어야 한다(Frank, Swartz, & Kupfer, 2000; Malhi et al., 2015; Figure 1). 먼저 기분삽화 기간 중에는 급성기 치료(acute treatment)로서 우울 또는 (경)조증 삽화의 증상을 경감시키는 목적의 치료가 시행된다. 치료에 의해 증상이 일부 호전된 후에도 현재 기분삽화의 증상이 재발(relapse)되지 않도록 지속치료(continuation treatment)를 한다. 아울러 양극성 장애의 성공적인 치료를 위해서는 증상의 완전한 관해 이후에도 새로운 기분삽화의 재발

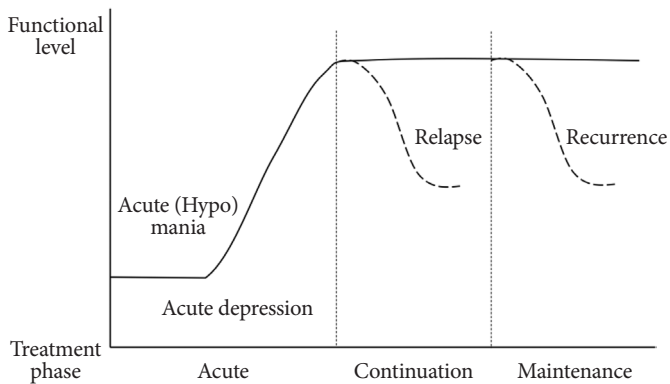


Figure 1. Acute and Maintenance Treatment Phases of Bipolar Disorder.

Note. Adapted from Frank, Swartz, & Kupfer (2000), Malhi et al. (2015).

(recurrence)을 방지하고 기분 증상 없이 지내는 정상기간을 늘리는 유지치료(maintenance treatment)가 병행되어야 한다. 특히 최근에는 양극성 장애 환자들이 삽화 간(inter-episodic) 기간에도 완전한 기능을 회복하지 못하고 역치 미만의 기분변동이나 기타 기능장애가 지속되어 삶의 질이 하락하는 문제들에 관심이 늘어나고 있으며(Henry et al., 2008), 이러한 부분도 유지치료의 중요한 타겟이 될 수 있다.

따라서 약물치료를 비롯한 양극성 장애의 치료는 여러 복잡한 치료적 목표를 동시에 충족시켜야 하는 특수한 상황에 처해 있다고 볼 수 있다. 즉, 양극성 장애의 치료는 현재의 기분삽화 증상을 경감시키면서 동시에 다른 방향의 기분삽화를 촉발하지 않아야 하며(예: 우울 삽화의 치료가 반대 방향의 [경]조증 삽화를 촉발하지 않아야 함), 장기적으로 기분을 안정된 범위 내에 유지하여 양방향으로 기분삽화의 재발을 방지할 수 있어야 한다.

생물심리사회적 관점에서 양극성 장애의 치료

양극성 장애는 유전적이며, 약물치료만으로도 완치될 수 있는가 기준에 양극성 장애는 유전성이 강한 정신장애로 약물치료만으로도 소기의 치료 성과를 달성할 수 있다는 인식이 존재해왔다(Benson, 1975; Goodwin & Jamison, 2007). 그러나 이는 최근 수십 년간 축적된 새로운 연구 결과들에 의하여 일부 반박되고 수정되고 있다. 첫째, 양극성 장애의 발병에 유전적 취약성이 강력한 영향을 미치는 것은 쌍둥이 연구 등을 통해 입증된 사실이나(Goodwin & Jamison, 2007), 유전만으로 양극성 장애의 발병을 전적으로 설명할 수 없으며, 심리사회적 요인들이 양극성 장애의 경과와 예후에 영향을 미친다는 점이 차츰 밝혀져 왔다(Alloy et al., 2005; John-

son, 2005a, 2005b).

둘째, 양극성 장애에서 약물치료가 여전히 주요한 치료 방법이기 는 하지만, 약물치료만으로 양극성 장애의 만성적인 재발성 경과를 조절하는 데에는 상당한 한계가 있다는 점이다. 양극성 장애, 특히 제1형 양극성 장애에서 기분조절제(mood stabilizer), 항경련제(anticonvulsant), 항정신약물(antipsychotic) 등을 사용한 약물치료가 핵심적인 역할을 하는 것은 주지의 사실이다(Geddes & Miklowitz, 2013). 역사적으로는 Cade (1949)가 기분조절제로서 리튬의 효과를 발견한 후 이루어진 초기 연구들에서는 이상적인 치료 반응이 보고되어 양극성 장애 정복에 대한 상당히 고무적인 분위기가 형성되기도 하였다. 그러나 이후 광범위하게 진행된 약물치료 효과 연구들은 상당수의 환자가 약물치료만으로 증상 관해에 이르지 못한다는 점을 밝혔고, 특히 유지치료의 재발 방지 측면에서 약물치료의 한계점이 노출되기 시작하였다(Geddes, Burgess, Hawton, Jamison, & Goodwin, 2004). 즉, 혈중 농도로 약물 복용을 확인 가능한 경우일지라도 약물치료만으로는 양극성 장애 환자의 재발을 충분히 방지할 수 없다는 보고들이 있어 왔다(Keller, Lavori, Coryell, Endicott, & Mueller, 1993; Markar & Mander, 1989; Prien et al., 1984). 더욱이 양극성 장애 환자군에서 두드러지는 약물치료 불순응(noncompliance)과 부작용 문제, 저하된 삶의 질에 대한 관심이 증가하였다(Michalak, Yatham, & Lam, 2005). 그 결과 양극성 장애를 이해하고 치료하는 데 있어, 기존의 생물의학적 관점에서 벗어나 통합적인 생물심리사회적 관점을 취하는 것의 타당성과 유용성에 대한 강조점이 증가하고 있다.

보조적 요법으로서 심리사회적 개입의 효과

이러한 배경에서 1980년대 후반부터 미국의 National Institute for Mental Health (NIMH)를 중심으로 양극성 장애에서 활용 가능한 심리사회적 개입에 대한 관심이 생겨나기 시작하였다(Miklowitz et al., 2007a; Prien & Rush, 1996). 이후 양극성 장애에서 심리사회적 개입이 환자들이 새로운 기분 삽화 재발 없이 지내는 기간을 늘리고, 기분삽화의 기간과 심각도, 입원 일수를 감소시키며, 약물 순응도 및 일상생활 기능의 향상 등의 치료적 이점을 가져온다는 증거들이 점차 축적되어 왔다(Miklowitz, 2008).

2000년대에 접어들며 미국에서는 NIMH 지원하에 현재까지 가장 큰 규모로 이루어진 양극성 장애의 전향적 설계 치료 효과 연구인 Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD)가 진행되었다(<https://www.nimh.nih.gov>). STEP-BD는 1998년부터 2005년까지 미국 내 22개 장소에서 4,360명의 참가자를 모집하여, 양극성 장애에서 어떤 치료 또는 치료의

조합이 효과적이지를 장기적으로 연구하였다(Sachs et al., 2003). 약물치료 외에 심리치료로는 인지행동치료, 대인관계 및 사회적 리듬치료, 가족중심치료가 포함되었으며, STEP-BD에 참여한 양극성 장애 환자 중 293명을 3가지 심리치료 중 하나에 무선 할당하여 collaborative care (CC)를 받는 통제집단과 비교하였다(Sylvia, Tilly, Lund, & Sachs, 2008). 이들은 제1형 또는 제2형 양극성 장애로 진단받은 환자들로서, 당시 우울 삽화 중에 있으면서 기분조절제 약물치료를 받는 중이었다. 연구 결과 3개 심리치료 집단은 CC에 비하여 높은 회복률, 회복까지의 짧은 기간을 나타냈으며, 대인관계 등 일상생활 기능 측정치에서 더 나은 향상을 보였다(Miklowitz et al., 2007a, 2007b). 단, 3개 심리치료 집단 간 차이는 유의하지 않았다.

근거기반치료의 정의 및 기준

근거기반치료(evidence-based treatment, EBT)는 임상적 의사결정이 최선의 과학적 근거에 따라 이루어져야 한다는 의료보건 분야의 근거기반 운동(evidence-based movement)의 영향을 받아 출현한 개념이다(American Psychological Association, 2006; Guyatt et al., 2000). 근거기반치료와 유사한 용어로 ‘경험적으로 타당화된 치료(empirically validated treatment, EVT)’, ‘경험적으로 지지된 치료(empirically supported treatment, EST)’가 사용되기도 하였으며, 미국심리학회 임상심리 분과(Division 12)에서는 장애별로 경험적으로 지지된 치료 목록을 요약 정리하여 보급하려는 노력을 꾸준히 해 왔다(American Psychological Association, 1995; Chambless & Hollon, 1998).

본고에서는 양극성 장애의 근거기반치료를 논함에 있어 한국임상심리학회 학술위원회 기준에 따라, 근거기반이 강한(strong) 치료, 근거기반이 어느 정도 있는(modest) 치료, 논쟁의 여지가 있는(controversial) 치료로 나누어 평가하였다(Cho, 2017). 이 기준은 미국심리학회 임상심리 분과에서 제안한 기준을 일부 보완한 것이며, 대략적으로 Chambless 등(1998)이 정의한 잘 확립된(well-established), 효과가 있음직한(probably efficacious), 실험적(experimental) 치료의 기준에 각기 대응된다. ‘근거기반이 강한 치료’로 평가되려면, 최소 2편 이상의 집단 간 비교 설계 연구들에서 약물이나 심리적 위약조건 또는 다른 치료조건에 비하여 우월한 치료 효과를 보이거나(IA) 충분한 표본 크기를 갖춘 연구를 통해 확립된 다른 기준 치료법과 동등한 효과를 보이면서(IB), 명확한 치료 매뉴얼을 적용하고(III) 표본 특성이 상세히 기술되어 있으며(IV) 최소한 다른 2개 이상의 연구진에 의해 치료효과가 입증(V)되어야 한

다. ‘근거기반이 어느 정도 있는 치료’는 최소 2편 이상의 실험 연구에서 대기 통제집단보다 우월한 치료 효과가 입증되거나 근거기반이 강한 치료 기준의 IA 또는 IB, 그리고 III, IV를 충족시키거나 V를 만족시키지 못하는 경우에 해당된다. ‘논쟁의 여지가 있는 치료’는 임상시험에서 결과가 혼재되거나 방법론적으로 근거기반치료의 기준을 충족시키는 연구가 아직 실시되지 못한 경우이다.

양극성 장애의 근거기반치료: 해외

양극성 장애에서 치료 효과를 입증해 온 대표적인 심리사회적 개입으로 크게 4가지 종류가 있다 - 심리교육(psyoeducation, PE), 가족중심치료(family-focused therapy, FFT), 인지행동치료(cognitive behavioral therapy, CBT), 대인관계 및 사회적 리듬 치료(interpersonal and social rhythm therapy, IPSRT). 여기에서는 4가지 치료를 중심으로 최근까지의 해외 문헌을 고찰한 뒤, 잠정적인 치료 성과를 보고하는 기타 치료(마음챙김 인지치료, 변증법적 행동 치료 등)에 대해서도 부가적으로 살펴보도록 하겠다.

4가지 치료법은 서로 각기 다른 배경에서 배태되었다(Frank, 2005). 심리교육은 탈이론적(atheoretical) 관점에서 양극성 장애의 치료에서 특히 방해요인이 되는 약물치료 불순응 문제에 대처하기 위하여 고안되었다. 치료 순응도(treatment compliance)는 환자가 치료 계획에 따르는 정도를 가리키며, 양극성 장애와 같이 만성적인 병을 장기간 효과적으로 관리하기 위해서는 치료 순응도를 향상시키는 것이 성공적인 치료를 위하여 필수적이지만, 양극성 장애 환자군의 약물 및 치료계획 전반에 대한 순응도는 특히 저조한 수준으로 치료의 방해요인이 되는 것으로 알려져 있다(Colom et al., 2000). 심리교육은 엄밀한 의미에서는 심리학적 이론에 근거한 치료법은 아니지만, 편의성과 효과성을 고려하여 넓은 의미의 심리사회적 개입으로서 포함시켰다. 후자의 3개 치료법은 각기 다른 정신 장애에서 성공적이었던 집단 또는 개인치료를 변용한 결과로 개발되었다. 먼저 가족중심치료는 정신분열증(조현병, schizophrenia)에서 효과적이었던 가족치료 전통으로부터 시작되어, 또 다른 정신증(psychosis)인 양극성 장애로 확장된 것이다. 다음으로 살펴볼 2개의 심리치료는 개인치료로서 고안되었으며, 또 다른 기분장애인 단극성 우울증에서 효과가 있던 치료(인지행동치료, 대인관계 치료)가 양극성 장애의 맥락으로 수정 또는 확장된 것으로 볼 수 있다. 인지행동치료는 단극성 우울증에서의 성공에 힘입어 양극성 장애에 적용될 수 있도록 수정되었다. 마지막으로 살펴볼 대인관계 및 사회적 리듬 치료는 기존의 대인관계치료(interpersonal psychotherapy, IPT; Klerman, Weissman, Rounsaville, & Chevron,

1984)에 양극성 장애 특정적 요소로서 사회적 리듬 안정화 전략을 결합한 것이다.

방법

문헌 고찰을 위해 2019년 7월까지 최근 20년간 출간된 논문을 PubMed, PsychInfo, Google Scholar에서 다음의 주요어를 사용하여 검색하였다: bipolar disorder, psychotherapy, psychosocial intervention, psychoeducation, family-focused therapy, cognitive behavior therapy, interpersonal and social rhythm therapy. 검색 결과 개별 연구들에 더하여, 무선택당 통제연구(randomized controlled trial, RCT) 결과를 종합한 고찰 및 메타분석 연구들이 있었다. 이 중에서 방법론적 질(무선택당, 통제집단, 표본 크기 등)을 고려하여 주요 RCT 결과를 정리한 서술적 고찰 연구(Dean et al., 2018; Salcedo et al., 2016; Sylvia et al., 2008), 체계적 고찰 및 메타분석 연구(Miziou et al., 2015; Oud et al., 2016)를 중심으로 4개 근거기반 치료 및 기타 치료들에 관하여 보고된 주요 결과를 정리하였다.

결과: 심리교육(PE)

양극성 장애의 PE는 환자들에게 병의 생물학적 측면과 약물치료에 대한 정보를 주로 제공하며, 병식(insight), 증상에 대한 인식, 치료 순응, 자기관리 등을 강조한다(Colom, 2014). 이를 통하여 환자가 자신의 병을 더 객관적으로 이해하고, 약물치료를 비롯한 치료 과정에 순응함으로써 효과적인 관리자의 입장에 서게 하는 것이 목표이다. 일찍이 Perry, Tarrrier, Morriss, McCarthy와 Limb (1999)는 통상적 치료(treatment as usual, TAU)에 7-12회기의 단기 개인 PE를 추가하여 환자들이 재발의 초기 경고신호를 조기에 발견하여 대처하도록 교육할 때, 18개월 기간에 걸쳐 더 적은 조증 재발, (27% vs. 57%), 더 적은 입원 일수, 사회적 기능의 향상 등의 이득이 있다는 점을 보고하였으나, 이 연구에서 단기 개인 PE가 우울 재발에는 효과가 없었다.

집단 형태로 실시되는 대표적인 PE로 스페인의 Colom과 Vieta가 개발한 바르셀로나 프로그램이 있으며, 8-12명의 환자로 집단을 구성하고, 매 회기 90분, 전체 21회기로 진행된다(Colom & Vieta, 2006). 이 구조화된 심리교육적 개입에서는 4가지 이슈를 다루는데, 장애에 대한 인식, 치료 순응, 전구기 증상과 재발의 조기 발견, 일상생활의 규칙성이다. Colom 등(2003, 2005)은 표준적인 치료를 받고 있는 정상 기분 상태(euthymic)인 양극성 장애 환자(N=120)를 21회기의 구조화된 집단 PE 또는 21회기의 비구조화된 지지 집단으로 나누어 치료효과를 비교하였는데, 여기에서 PE 집단은 지지 집단과 비교해 낮은 재발률, 38% vs. 60%, $\chi^2 = 5.63, p < .05$ dur-

ing treatment phase, 67% vs. 92%, $\chi^2 = 11.36, p < .001$ during follow-up phase, 과 입원률, Mann-Whitney $U = -2.24, p < .05$, 높은 혈중 리튬 농도로 나타난 향상된 치료 순응도를 나타냈다. 이러한 PE와 대조적으로 약물의 필요성만을 강조하는 정보 지향적 교육이 치료 순응도를 향상시킬 수 없었다는 다른 연구 결과를 고려하면(Mueser et al., 2002), 구조화된 PE에서 이루어지는 것이 단순한 정보제공 이상으로 병에 대한 환자의 태도와 인지를 다루는 것이라는 점이 시사된다고 하겠다.

전반적으로 심리교육은 유지치료 시 재발 방지 및 급성기 우울 증상 완화에서 효과가 입증되었다(Miziou et al., 2015; Salcedo et al., 2016). 또한 일부 연구에서는 환자나 환자 가족에 대한 PE가 (경)조증의 전구 증상을 더 빨리 파악해서 적극적으로 치료적 개입을 받는 것을 촉진하여, (경)조증 재발 감소에도 효과적이었다는 보고가 있다(Perry et al., 1999; Reinares et al., 2008). 더불어 제1형과 제2형 양극성 장애 환자군에 걸쳐, 약물치료 및 기타 치료에의 순응도 향상, 유병 기간 및 재입원 감소, 양극성 장애 진단에 대한 자기 낙인의 완화 등 광범위한 치료 성과 변인에서도 효과를 보였다(Dean et al., 2018; Salcedo et al., 2016). 한편 일부 연구에서는 심리교육이 통제집단에 비하여 더 우월한 효과가 있지 않은 것으로 나타난 연구들도 있었다(Cardoso et al., 2014; de Barros Pellegrinelli et al., 2013; Faria et al., 2014). 또한 기분삽화의 횟수가 증가할수록 심리교육의 효과가 줄어드는 경향이 있으므로, 가급적 치료 초반에 시작되는 것이 바람직하며, 환자들이 정보를 이해하기에 용이한 삽화 간 정상 기분 상태에서 시작하는 것이 이상적이나 경미한 우울 삽화 시기에도 적용될 수 있다는 점이 보고되었다(Colom et al., 2010; Vieta, 2005).

심리교육의 치료적 기제는 아직 정확히 밝혀지지 않았다(Dean et al., 2018). 그러나 환자들이 임박한 기분 삽화의 초기 징후를 알아차리고 그에 따른 적절한 행동적 조치를 취하여 완전한 삽화로 악화되지 않도록 교육하는 점, 또는 집단 심리교육이 개인 심리교육에 비교해 효과적일 수 있다는 보고에서 유추할 수 있듯 지지적인 환경 내에서 동료 환자와 경험을 나눌 수 있다는 점 등이 심리교육을 통해 얻을 수 있는 치료적 이점으로 언급되고 있다(Bond & Anderson, 2015; Stafford & Colom, 2013). PE가 기분삽화 재발을 감소시키는 효과는 약물치료 순응도 향상만으로 설명되지 않으며, 그 외 심리사회적 요인들에 의한 것이라는 주장은 이와 일관되는 것이다(Colom et al., 2003).

결과: 가족중심치료(FFT)

일반적으로 가족치료는 양극성 장애 환자의 가족들이 장애 경과

에 영향을 미칠 수 있다는 점에 착안하여, 심리교육, 의사소통 증진, 문제해결 훈련을 통하여 가정환경에서의 스트레스를 줄이려는 목표를 가지고 있다(Miklowitz & Goldstein, 1997). 현재까지 양극성 장애를 겪는 성인과 청소년을 위한 다양한 형식의 가족치료가 개발되었으며, 가장 심도 있게 연구된 가족치료는 미국 UCLA와 콜로라도 대학을 중심으로 Miklowitz와 Goldstein (1997)에 의해 개발된 21회기의 FFT이다. FFT는 9개월에 걸쳐 진행되는데, 첫 3개월간은 매주 12회기를 실시하고, 그 다음 9회기는 유지치료로서 2주에 1번, 1달에 1번 정도로 빈도를 점차 감소시켜 나간다. FFT는 3개 모듈을 가지고 있는데, 양극성 장애에 대한 정보와 증상 대처법을 제공하는 심리 교육적 개입, 의사소통 증진 훈련, 문제해결 기술 훈련이다.

FFT의 치료 효과에 대해서는 다수의 RCT 연구들이 진행되었으며, 전반적으로 유지치료 시 재발방지와 급성기 우울 증상 완화에 효과가 있는 것으로 보인다(Miklowitz & Chung, 2016). 또한 치료가 고안된 이론적 배경과 일치되게 가족 내의 표현된 정서(expressed emotion) 수준이 높은 경우 특히 도움이 되는 것으로 나타났다(Fredman, Baucom, Boeding, & Miklowitz, 2015; Miklowitz et al., 2009).

FFT의 RCT에서는 치료효과를 주로 PE와 비교하였는데, 대표적으로 Miklowitz, George, Richard, Simoneau와 Suddath (2003)는 약물치료 중인 제1형 양극성 장애 환자 101명을 FFT ($n=31$) 대 위기관리(crisis management, $n=70$) 집단으로 나누어 9개월 동안 치료한 뒤 비교하였다. 위기관리 집단은 기본적으로 2회의 PE를 받았고 필요시 응급상담을 제공받았다. 이 연구에서 FFT 집단은 위기관리 집단에 비하여 더 적은 재발(35% vs. 54%), 더 긴 재발 간격(73.5 ± 28.8 vs. 53.2 ± 39.6 weeks), 우울 증상의 호전을 나타냈다. 나아가 치료 종료 후 2년 시점에서 이러한 성과들이 대체로 유지되었을 뿐만 아니라 향상된 약물치료 순응도, 기분 안정성 등의 긍정적인 측면도 보고되었다.

또한 조증 삽화로 입원치료를 받고 퇴원한 제1형 양극성 장애 환자($N=53$)를 대상으로 FFT의 효과를 21회기의 개인 PE와 비교한 연구에서는 첫 1년간은 유의한 집단 차가 발견되지 않았으나, 치료 종료 후 1년에서 2년 사이의 기간에 FFT 집단의 재입원률(12% vs. 60%)과 증상 재발(28% vs. 60%)이 감소하는 것으로 보고되었다(Rea et al., 2003). 이러한 시간적 지연 효과는 청소년을 대상으로 한 다른 FFT 연구에서도 나타났다. 보다 최근에 Miklowitz 등 (2014)은 제1형 또는 제2형 양극성 장애로 진단된 청소년 145명을 모집하여 약물치료를 하면서 청소년용 FFT (FFT-A)를 받는 집단($n=72$) 또는 일종의 가족 PE를 받는 집단($n=73$)으로 나누어 9개월 동안 치료하고 15개월 후 추후 관찰을 하였다. 여기서는 회복까

지 걸리는 기간, 유병기간(주)에 있어서는 유의한 집단 차가 관찰되지 않았으나, FFT-A 집단에서 1년차에서 2년차로 넘어가는 기간에 (경)조증 삽화 없이 지낸 기간이 더 늘어나는 것으로 나타났다.

한편 FFT가 PE보다 더 우월한 치료효과를 나타내지는 못한 연구도 있었다. 일례로 Solomon, Keitner, Ryan, Kelly와 Miller (2008)는 양극성 장애 환자들의 기분삽화 재발, 재입원을 감소시키는 데 가족치료가 효과적인지를 조사하였다. 이 연구에서는 Miklowitz의 FFT보다 단기적인 가족치료법을 사용했다. 제1형 양극성 장애 환자 92명을 3개 집단으로 나누어, 1번째 집단은 약물치료와 함께 McMaster Model of Family Functioning에 기초한 개인 가족치료(6-12회기, 각 50분)를 하였다. 2번째 집단은 약물치료와 주로 PE를 실시하는 다가족(multi-family) 집단치료(6회기, 각 90분)였으며, 3번째 집단은 약물치료만 받았다. 28개월까지 추적 관찰하였을 시, 전체 환자 중 약 58%가 치료시작 당시의 기분삽화에서 회복하였으며, 다가족 집단치료를 받은 환자들의 재입원률이 가장 낮게 나타났으나, 기분삽화 재발률이나 재입원까지의 시간에 있어서는 세 집단 간 차이는 유의하지 않았다.

결과: 인지행동치료(CBT)

양극성 장애의 CBT는 기존의 단극성 우울증 CBT에 양극성 장애 특정적 요소로서 다음의 내용을 추가하여 확장된 것이다 - 약물치료와 심리치료의 병행 필요성을 강조하는 취약성-스트레스 모델, 전주기 증상을 감지하고 완전한 기분삽화로 발전하지 않도록 행동 수정 기술을 사용, 규칙적인 수면과 일상 유지의 중요성을 강조, 과도한 목표추구 태도나 행동을 치료 표적으로 삼음(Lam, Jones, Hayward, & Bright, 1999). 양극성 장애의 표준적인 CBT는 대개 20-25회기 동안 개인 심리치료로 진행된다(Lam et al., 1999).

양극성 장애의 CBT에서도 환자의 인지적 왜곡이나 역기능적인 사고-감정-행동의 상호작용에 대해 다루지만, 양극성 우울증의 특성 및 양방향으로의 기분변동이 문제가 될 수 있는 독특한 조건 때문에 인지적 기법에 덜 의존하고 행동적 측면과 생활 관리를 더 강조하는 측면이 있다. 더욱이 기분에 인지가 선행한다는 CBT의 인지우선가설이 양극성 장애의 (경)조증 상태에도 적용 가능한지에 대해서는 이전의 여지가 있기도 하다. 지금까지 적어도 3편 이상의 양극성 장애 CBT의 매뉴얼이 출간된 바 있으며(Basco & Rush, 2005; Lam et al., 1999; Scott, Garland, & Moorhead, 2001), 이 중에서 Lam 등(1999)과 Scott 등(2001)의 매뉴얼화된 양극성 장애 CBT에 대한 경험적 검증이 RCT로 이루어져 결과가 발표되었다(Lam et al., 2003; Lam, Hayward, Watkins, Wright, & Sham, 2005; Scott et al., 2006).

CBT는 다른 심리치료에 비해 더 많은 RCT에 의해 다각적으로

치료효과가 검증되어 왔으며(Miklowitz & Scott, 2009), 전반적으로 볼 때 CBT는 급성기 우울 증상 감소와 유지치료 시 재발방지에 효과가 있는 것으로 보인다(Salcedo et al., 2016; Sylvia et al., 2008). 우선 약물치료만 받은 집단과 약물치료와 CBT를 함께 실시한 집단에 대한 비교가 이루어졌다. Lam 등(2003)과 Lam, Hayward 등(2005)은 정상 기분 상태인 제1형 양극성 장애 환자(N=103)를 약물치료(n=52) 대 약물치료와 12-18회기(평균 13.9회기)의 CBT를 병행하는 집단(n=51)으로 나누어 장기적으로 비교하였다. CBT 집단에서는 첫 6개월간 정규 회기가, 그 다음 6개월 동안 2회의 추가 회기(booster session)가 진행되었다. 치료종료 1년 시점에서 CBT를 추가적으로 받은 환자에서 약물치료만 받은 환자에 비해 재발률이 낮아지고(43.8% vs. 85%), 경증중 삽화를 제외한 우울 및 조증 삽화의 횟수, Wald $\chi^2_1 = 5.89$, odds ratio = 0.26, $p < .01$, 와 기간, mean difference -49.0, $t = -2.50$, $p < .01$, 양극성 장애로 인한 입원 빈도, $z = -2.18$, $p < .05$, 가 감소하였다(Lam et al., 2003). 그로부터 18개월이 지난 30개월 시점까지 추적 관찰 시, CBT의 재발방지 효과는 첫 1년간, 특히 우울 삽화에서 두드러지는 것으로 나타났으며, hazard ratio = 0.38, 95% confidence interval (CI) = 0.19-0.75, $p < .001$, 기분삽화의 기간, 사회적 기능, 전기기 증상에 대한 대처, 역기능적 목표 추구 관련 인지 등 다양한 결과 변인에서 CBT 집단이 더 양호한 결과를 나타냈다(Lam, Hayward et al., 2005). 이와 같이 CBT를 받은 집단에서 무증상 기간이 더 길어지고 사회적 능력이 향상됨에 따라, 결과적으로 다른 의료 자원을 이용하는 데 드는 비용이 감소하기 때문에 집중적인 CBT 실시 비용이 장기적으로는 상쇄된다는 추가적인 분석도 제시되었다(Lam, McCrone, Wright, & Kerr, 2005).

Scott 등(2006)은 253명의 양극성 장애 환자들을 약물치료 대 약물치료에 20회기의 CBT를 병행하는 집단으로 할당하였는데, 두 집단에서 재발률의 차이가 유의미하지는 않았으나, 사후분석에서 기분삽화 횟수가 12회 미만인 환자들에게 CBT가 더 효과적인 것으로 나타났다. 이 연구에서 집단 차가 유의하지 않았던 것에 대하여, Lam (2006)은 연구 당시 환자들의 기분 상태, 약물치료 여부 등이 혼재된 표본이 사용되어, 연구 결과를 해석하는 데 어려움을 초래한다고 논평하기도 하였다. Castle 등(2010)은 84명의 양극성 장애 환자들을 약물치료 또는 12주 집단 CBT (스트레스 취약성 모델의 일종인 Collaborative Therapy Framework)에 할당하였고, 연구 결과 CBT를 받은 환자들의 재발률이 더 낮아짐을 보고하였다.

좀 더 적극적인 치료 통제집단과의 비교를 위하여 CBT의 효과를 PE와 비교한 연구들도 있었다. Zaretsky, Lancee, Miller, Harris와 Parikh (2008)는 79명의 양극성 장애 환자들을 7회기의 개인 심리

교육을 받는 집단과 개인 심리교육에 부가적으로 13회기의 CBT가 추가되는 집단으로 나누었다. 연구 결과 재발률, 입원율, 치료 순응도, 조증 증상에 있어서는 집단 차가 유의하지 않았으나, CBT 집단에서 역기능적 태도, 12개월간 우울하게 보낸 일수에 있어서는 더 큰 감소가 관찰되었다. 뒤이어 Parikh 등(2012)은 보다 큰 표본에서 204명의 양극성 장애 환자들을 개인 CBT (20회기) 대 단기 집단 PE (6회기)를 받는 집단으로 나누었다. 이 연구에서 두 치료집단에서 재발률과 증상 부담이 감소되었으나, 집단 차는 유의하지 않았다. Lauder 등(2015)은 156명의 양극성 장애 환자들에게 CBT와 PE를 온라인 형식으로 실시한 결과를 보고하였다. 환자들은 온라인 PE 프로그램(MoodSwings) 또는 CBT와 PE가 결합된 온라인 프로그램(MoodSwings-Plus)에 참여하였는데, 12개월 시점에 두 집단 모두 기분, 삶의 질, 약물치료 순응도가 향상되었으며, MoodSwings-Plus 참여자들이 자기 보고된 조증 증상에서 더 나은 결과를 나타냈다.

결과: 대인관계 및 사회적 리듬 치료(IPSRT)

IPSRT는 양극성 장애에 특화된 심리치료로서 개발되었다는 특색이 있다(Frank, 2005). 앞서 기술하였듯 IPSRT는 단극성 우울증에서 경험적으로 지지된 치료인 대인관계치료(IPT)에 양극성 장애의 사회적 차이체계 가설(social Zeitgeber hypothesis)을 결합한 것이다. 사회적 차이체계 가설이란 양극성 장애에 취약한 사람들이 일주기 리듬(circadian rhythm)을 비롯하여 생물학적 리듬의 규칙성을 유지하는 데 어려움이 있기 때문에, 이러한 리듬을 조율하는 기능을 하는 사회적 일과에서의 이탈이 기분삽화를 촉발한다는 것을 골자로 한다. 따라서 IPSRT에서는 양극성 장애 환자들이 사회적 리듬 차트(social rhythm metric) 기록 및 자기 모니터링을 통하여 일과의 규칙성을 유지하는 것이 재발방지 효과를 가질 것이라고 예상한다. 이에 근거하여 사회적 리듬 안정화 전략과 함께 기존 IPT에서의 대인관계 영역별 문제해결 접근을 활용하는 것이 IPSRT의 요체이다. IPSRT도 CBT와 마찬가지로 개인 심리치료로서 실시되며, 매주 회기를 가지는 초기, 중기에 이어 회기 빈도를 점차 감소시키는 유지기, 종결기까지 장기간 진행된다.

PE, FFT, CBT에 비해 IPSRT의 치료 효과를 검증한 RCT는 상대적으로 소수이다(Frank et al., 1999, 2005; Inder et al., 2015; Swartz, Frank, & Cheng, 2012). 전반적으로 IPSRT는 급성기 우울 증상과 유지치료 시 기분삽화 재발 예방에 효과적인 것으로 나타났다. 대표적으로 미국 피츠버그대학교 병원의 Frank 등(1999, 2005)은 STEP-BD에서 우울 삽화에 있는 제1형 양극성 장애 환자(N=175)를 4개 조건 중 하나에 할당하였다. (1) 급성기에 IPSRT를 받은 후 유지치료기에 ICM (intensive clinical management)를 받음, (2) 급

성기에 ICM을 받고, 유지치료기에 IPSRT를 받음, (3) 급성기와 유지치료기에 모두 IPSRT를 받음, (4) 급성기와 유지치료기에 모두 ICM을 받음. 통계집단으로 설정된 ICM은 심리사회적 모델에 기초하지 않은 환자 교육으로 증상 관리, 약물 순응도 향상을 주 내용으로 하였다. 2년간의 유지치료 후 비교 시 급성기에 IPSRT를 시작한 환자들은 ICM을 받은 환자에 비하여 기분삽화 없이 지낸 기간, hazard ratio = .34, $z = -2.58$, $p < .05$, 이 더 길었다(Frank et al., 2005). 또한 치료의 이론적 근거와 일치되게, 이러한 결과는 IPSRT를 받은 환자들의 사회적 리듬 규칙성이 향상된 것과 관련이 있었다, $p = .05$. 그러나 IPSRT 집단이 ICM 집단에 비하여 시간적으로 더 빨리 안정된 무증상 상태에 이르는 것은 아닌 것으로 나타났다. 다른 심리치료들이 대개 기분 증상이 부분 관해되거나 정상 기분인 상태에 시작된 것과 달리 IPSRT는 우울 급성기에 시작되어 치료효과를 나타냈다는 점이 특기할 만하다. 또한 다른 의학적 질환이나 불안장애의 공병은 급성기에 IPSRT를 시작하는 것의 효과를 저하시키는 조절변인이었다.

Frank와 동일한 연구진에 속한 Swartz 등(2012)은 제2형 양극성 장애의 우울증에서 IPSRT와 약물치료의 효과를 비교한 예비연구를 발표하기도 하였다. 이 연구에서는 연구 참여 이전 약물치료를 받지 않은, 당시 우울 상태에 있던 제2형 양극성 장애 환자($N = 25$)를 12주간 매주 IPSRT만을 받는 집단($n = 14$)과 약물치료(quetiapine)만 실시한 집단($n = 11$)으로 무선 할당하였다. 연구 결과 두 집단에서 모두 우울 증상과 조증 증상의 감소가 있었다, $F(1,21) = 44$, $p < .0001$; $F(1,21) = 20$, $p < .001$. 또한 증상 측정치 외에도 치료가 현실적으로 적용 가능한지의 측면을 나타낼 수 있는 탈락률, 치료 만족도 등 치료의 실행 가능성(feasibility)과 관련된 지표에서도 집단 간 차가 유의하지 않았다. 비록 표본 크기가 작은 예비연구이나, 이는 IPSRT가 제2형 양극성 장애의 우울 삽화의 치료에서 적어도 약물치료와 대등한 효과를 보일 수 있음을 시사한다.

또한 Inder 등(2015)은 최근 IPSRT 또는 지지치료의 일종인 specialist supportive care (SSC)를 받은 양극성 장애 집단(제1형, 제2형, 달리 분류되지 않는 양극성 장애, $N = 100$)을 치료 종료 후 78주간 추적 관찰하였다. 결과 변인으로 우울, 조증 증상, 재발까지의 기간에서 차이가 나는지 검증한 결과, 두 치료 모두 증상의 전반적 감소를 가져왔으나 치료 간 차이는 유의하지 않다는 결과를 보고하기도 하였다.

한편 개관 및 메타분석과 체계적 고찰 연구에서 IPSRT의 효과에 대해서는 혼재된 평가가 있다. Sylvia 등(2008)은 IPSRT가 우울 증상의 치료와 새로운 삽화 방지에 효과적이었다고 평가하였으며, Miziou 등(2015)도 아직 연구결과가 더 필요하기는 하지만 IPSRT

가 CBT와 더불어 급성기 동안 유용성을 가질 수 있다고 하였다. 반면 Oud 등(2016)은 IPSRT의 효과에 대하여 다소 비판적으로 평가하기도 하였다.

결과: 기타 치료

마음챙김에 기반한 인지치료(mindfulness-based cognitive therapy, MBCT)는 현재에 대한 비판단적 주의와 수용을 강조하는 마음챙김 흐름을 접목한 3세대 인지행동치료의 하나이다(Segal, Williams, & Teasdale, 2002). MBCT는 우울장애의 재발 문제에 대처하기 위하여 개발된 이래 불안장애 등 다른 정신장애의 치료에 폭넓게 활용되고 있으며, 최근에는 양극성 장애에도 적용되기 시작하였다(Lovas & Schuman-Olivier, 2018). 현재까지의 연구 결과들은 대체로 MBCT가 양극성 장애 환자의 우울, 불안 증상을 감소시키는 데 도움이 된다는 것을 시사한다(Perich, Manicavasagar, Mitchell, & Ball, 2013; Williams et al., 2008). 최근의 체계적 고찰에서 Lovas와 Schuman-Olivier (2018)는 양극성 장애에서 MBCT의 치료효과에 대하여 당시까지 발표된 13개의 연구들이 방법론적 질이 다양하고 대부분의 연구가 통계적 검정력이 부족한 한계가 있지만, 불안, 우울, 기분조절, 주의 및 실행 기능에 긍정적 효과를 시사하는 예비 증거들이 있다는 결론을 내리기도 하였다. 반면 Miziou 등(2015)은 또 다른 체계적 고찰에서 MBCT가 양극성 장애 환자의 불안 증상만을 감소시키며, 그 외 치료적 효과에 대해서는 아직 불명확하다고 평가하기도 하였다.

본래 변증법적 행동치료(dialectical behavior therapy, DBT)는 경계선 성격장애 환자의 극단적인 정서적 불안정성과 자해, 자살 행동을 조절하기 위하여 개발되어, 다른 복합적이고 치료가 어려운 임상적 문제들에 적용 범위가 확대되어 왔다(Dimeff & Linehan, 2001). 지금까지 발표된 양극성 장애 환자 대상 DBT 치료효과 연구들은 표본 크기가 작고 예비연구 성격을 띠고 있다. Goldstein, Axelson, Birmaher와 Brent (2007) 및 Goldstein 등(2015)은 양극성 장애를 겪는 청소년들에게 DBT가 우울 증상, 자살사고 등을 경감시키는 데 도움이 될 가능성이 있다는 것을 보여주었다. 아울러 DBT가 PE와 결합하여 제1형 그리고 제2형 양극성 장애 환자의 기분 증상을 호전시키는 데 효과적으로 사용될 수 있거나 집단 DBT가 양극성 장애에서 삶의 질 향상에 도움을 될 수 있음을 입증한 예비연구들도 있었다(Eisner et al., 2017; Van Dijk, Jeffrey, & Katz, 2013).

논의

양극성 장애에서 4가지 대표적인 근거기반치료(PE, FFT, CBT, IP-

Table 1. Level of Evidence of Adjunct Psychological Treatments for Bipolar Disorders

Level of Evidence	Treatment (Korea)	Treatment (Other countries)
Strong/Well-established	-	PE, FFT, CBT, IPSRT
Modest/Probably-efficacious	-	-
Controversial/Experimental	CBT, PE, MBCT	MBCT, DBT

Note. PE = psychoeducation; FFT = family-focused therapy; CBT = cognitive behavioral therapy; IPSRT = interpersonal and social rhythm therapy; MBCT = mindfulness-based cognitive therapy; DBT = dialectical behavioral therapy. Based on the criteria proposed by Cho (2017) and Chambless et al. (1998).

SRT)와 잠정적인 치료 성과를 보고하는 기타치료(MBCT, DBT)의 치료효과를 검증한 해외 RCT 연구들을 살펴보았다. 방법론적으로 잘 설계된 RCT가 최소 2편 이상 기준을 훨씬 상회하여 존재하는 PE, FFT, CBT는 ‘근거기반이 강한 치료’로 판단내리는 데 무리가 없었다(Table 1). IPSRT의 경우에는 다른 근거기반치료에 비하여 RCT의 개수는 적었지만, 최소한 다른 2개 이상 연구진에 의해 기존 치료법과 적어도 동등한 효과를 보인 충분한 표본 크기의 RCT가 존재하기 때문에 ‘근거기반이 강한 치료’에 해당되었다(Frank et al., 2005; Inder et al., 2015). MBCT, DBT의 경우에는 몇몇 소규모 예비연구들이 존재하는 것으로 파악되어, 아직은 ‘논쟁의 여지가 있는 치료’ 범주에 속하는 것으로 여겨진다.

치료 단계에 따라 주요 결과를 다시금 종합해 보면, 양극성 장애에서 심리사회적 개입은 유지치료 시 새로운 기분삽화 재발방지에서 효과가 가장 일관되게 입증되어 왔다(Table 2). 급성기 증상 감소 효과는 삽화의 극성(polarity)에 따라 다소 다른 결과를 보였는데, 보조적 요법으로서 심리사회적 개입은 (경)조증 증상에 비하여 우울 증상 감소에 효과적이었다. 일부 연구에서 PE나 CBT가 (경)조증 삽화 재발에 효과를 보였으나, 엄밀한 의미에서 (경)조증 삽화의 급성기 치료로서 추천될만한 근거 수준을 갖춘 심리치료법은 아직 없었다. 아울러 이러한 심리치료 효과는 주로 제1형 양극성 장애 환자에서 약물치료를 하면서 보조적 요법으로 추가된 상황에서 검증한 것이며, 약물치료 없이 심리치료 단독 실시 효과를 비교하여 보고한 것은 제2형 양극성 장애 환자를 대상으로 한 예비연구가 예외적이었다(Swartz et al., 2012).

양극성 장애에서 심리사회적 개입의 공통요인

비록 각 치료가 공식적으로 지향하는 목표와 방법에 있어서 차이점이 있지만, 양극성 장애를 위한 심리사회적 개입은 일정한 공통요인을 공유하고 있는 것으로도 생각될 수 있다. Miklowitz (2008)는 이를 심리교육, (경)조증에 대한 대처, 우울에 대한 대처로 나누

Table 2. Level of Evidence of Adjunct Psychological Treatments for Bipolar Disorders by Treatment Phase

Level of Evidence	Acute Depression	Acute Mania	Maintenance
Strong/Well-established			√
Modest/Probably-efficacious	√		
Controversial/Experimental		√	

Note. Based on the criteria proposed by Cho (2017) and Chambless et al. (1998).

어 논평한 바 있다. 우선 양극성 장애의 심리사회적 개입들은 심리교육적 요소를 가지고 있다. 양극성 장애의 진단, 증상, 경과, 질병 관리에 대한 지식을 환자 또는 가족들에게 교육하며, 약물 복용과 관련된 이슈들(약물 효과의 기전, 부작용, 약물 복용에 대한 양가 감정 등)을 다룬다. 다음으로 (경)조증에 대한 대처에 있어 규칙적 일상 유지의 필요성을 강조하고, 감정조절 기술을 습득(정서적 목표의 수정, 술, 흥분제의 절제)하도록 하는 데 있어 치료 간 상당한 공통점이 있다. 특히 (경)조증의 초기 경고증상을 환자가 알아차리고, 이때 기분을 점증시키는 대신 안정화시킬 수 있는 대처 행동을 취하도록 하는 것이 중요하게 다루어진다. 마지막으로 우울에 대한 대처에는 단극성 우울증에서 효과적이었던 치료적 개입들(행동 활성화, 인지적 재구성 등 인지 행동적 기술 습득, 사회적 지지체계의 구축)이 활용된다.

해외 임상진료지침

최근 20년 동안 해외에서 양극성 장애 근거기반치료의 효과에 대한 연구 결과가 축적되면서 이에 발맞추어 임상진료지침에 심리사회적 개입과 관련된 권고 사항이 포함되어 왔다(Goodwin et al., 2016; Malhi et al., 2015; National Collaborating Centre for Mental Health, UK, 2014). 현재 외국의 양극성 장애 임상진료지침들은 대체로 재발방지, 삶의 질 향상을 위하여 유지치료 시기에, 우울 증상을 조절하는 데 도움이 되기 위하여 우울 급성기 치료 시기에 약물 치료에 보조적인 심리사회적 개입을 추가할 것을 권고하고 있다(Murray, 2018).

양극성 장애의 심리사회적 개입과 관련된 해외 임상진료지침 중 가장 최근 자료가 바로 2018년 발표된 Canadian Network for Mood and Anxiety Treatment (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 가이드라인이다(Yatham et al., 2018). 이 가이드라인에서는 효과성에 대한 증거(수준 1-4), 경험에 근거한 임상적 지지, 안전성, 실행 가능성 등을 고려하여 1차, 2차, 3차 치료를 제안하였다. 여기에서도 양극성 장애에서 약물치료에 보조적인 심리사회적 개입이 재발방지와 환자 및 가족의 삶의 질 회복을 위

해서 뿐만 아니라 우울 삽화의 급성기 치료에 유용할 수 있음이 명시되었다. 다만 조증의 급성기 치료에 대해서는 충분한 증거가 없기 때문에 추천되지 않았다. 유지치료에 있어서는 비용 대비 효과를 고려하여 PE (수준 2)가 1차 치료로, CBT, FFT (모두 수준 2)가 2차 치료로, IPSRT (수준 2)가 3차 치료로 권고되었다. 우울 삽화 치료에는 CBT, FFT (모두 수준 2)가 2차 치료로, IPSRT (수준 2)가 3차 치료로 권고되었으며, PE에 대해서는 증거 불충분으로 평가하였다. 반면, MBCT, DBT, 온라인 개입 등에 대해서는 증거 불충분으로 결론을 내리기 전에 추가적 연구가 필요하다고 판단하였다. 이 가이드라인에서는 심리사회적 개입의 추가가 평균적으로 약 15%의 재발감소 효과를 가져왔다는 결과를 들어, 유지치료 시 보조적인 심리사회적 개입이 모든 환자들에게 제공되어야 함을 강조하였다.

양극성 장애의 근거기반치료: 국내

방법

2019년 7월까지 최근 20년간 출간된 논문을 해외 문헌 고찰에서와

동일한 주요어를 사용하여 Google Scholar, RISS에서 검색하였다: 양극성 장애, 심리치료, 심리사회적 개입, 심리교육, 가족중심치료, 인지행동치료, 대인관계 및 사회적 리듬 치료. 그러나 이러한 방법에 의해 검색된 논문의 개수가 매우 부족하여 차선책으로 양극성 장애의 심리치료와 관련된 모든 연구들을 검색하였다. 단, 동료 평가(peer review)를 거친 학술지 발표 논문들로 범위를 한정하였으며, 학위논문의 경우 이후 별도의 심사를 거쳐 학술지에 발표된 경우 포함시키고자 하였다. 이와 같이 검색 범위를 확대하였을 시에도 엄격한 RCT 기준을 충족시키는 양극성 장애 환자 집단에 대한 국내 치료효과 연구는 없었다.

해외에서 근거기반치료로 검증된 치료법 중에서는 CBT 관련 연구 2편(Kim, Lee, & Choi, 2019; Lee, Kim, & Choi, 2017), 집단 PE 연구 1편(Jo et al., 2010)이 있었다(Table 3). 그 외에 양극성 장애 환자만을 대상으로 한 것은 아니지만 양극성 장애 환자가 상당수 포함된 기분장애 환자군에서 집단 MBCT를 적용한 연구 1편(Kim, Kim, Cho, & Ahn, 2017), 질적 연구로 사례 연구 2편(Han, 2005; Park & Kim, 2013)이 있었다.

Table 3. Summary of Korean Treatment Studies for Bipolar Disorders

	Investigators	Year	N	Eligibility Summary	Intervention	Control/Comparison	Duration of Treatment (Follow-up)	Main findings
CBT	Lee et al.	2017	23	BP high-risk with depressive symptoms, screened by the BSDS and the CES-D	16 sessions, 30–40-min self-help therapy based on CBT	Wait list control	8 weeks (1 month)	Decrease in depressive symptoms, but no group difference in QoL
	Kim et al.	2019	22	BP high-risk with asyndromal manic symptoms, screened by the BSDS and the HCL-32	16 sessions, 30–40-min self-help therapy based on CBT	Wait list control	8 weeks (1 month)	Tendency of decreased impulsivity, but no group difference in QoL
PE	Jo et al.	2010	69	BP I or II	10 sessions, 120-min weekly group PE	TAU	10 weeks (1 year)	Enhanced insight at treatment termination and higher treatment compliance at follow-up
MBCT	Kim et al.	2017	19	BP I or II ($n = 14$) or unipolar depression ($n = 5$)	8, 2-hour weekly group sessions	-	8 weeks (None)	Decrease in depressive symptoms and suicidal idea in patients with moderate depressive symptom severity
Case study	Han	2005	1	BP adolescent	17, 50-min weekly sessions	-	5 months (None)	Reduced irritability and lability, improved regularity in daily routines
	Park & Kim	2013	1	A family with a daughter with BP	14 sessions, individual and family therapy based on MRI and Bowen's theory	-	4 months (None)	Increased functional interaction styles between family members

Note. CBT = cognitive behavioral therapy; PE = psychoeducation; MBCT = mindfulness-based cognitive therapy; BP = bipolar disorder; MRI = Mental Research Institute; TAU = treatment as usual (e.g., standard pharmacological treatment); QoL = quality of life.

결과

우선 양극성 장애의 CBT 관련 국내 연구들을 살펴보면, 동일 연구팀에 의해 진행된 인지행동치료 기반 양극성 장애 자가치료 프로그램의 예비연구들이 있었다(Kim et al., 2019; Lee et al., 2017). 이들은 공통적으로 Bipolar Spectrum Diagnostic Scale (BSDS; Ghaemi et al., 2005)에 근거하여 양극성 장애 위험군을 참여 대상으로 선별하였고, CBT를 기초로 한 *The bipolar workbook: Tools for controlling your mood swings* (Basco, 2006)를 연구 목적에 맞게 총 16회기로 재구성하여 주 2회씩 8주간 자가치료 형태로 실시하였다. Lee 등(2017)에서는 양극성 장애 위험군을 치료집단($n=12$)과 대기 통제집단($n=11$)으로 무선 할당하였고, 우울 수준과 전반적인 삶의 질(수면, 스트레스, 대인관계, 합리적 의사결정)에 대한 치료효과를 검증하였다. 연구 결과 치료집단에서 우울 수준이 사전 시점과 비교하여 사후 시점에 유의미하게 감소하였으며, $t=4.234$, $p<.001$, $d=-1.291$, 이는 치료 종료 후 1개월 시점에서도 유지되었다. 반면, 삶의 질 변인에서는 자가치료가 뚜렷한 향상을 가져오지 못했다.

Lee 등(2017)에서 우울 증상을 경험하는 양극성 장애 위험군을 연구대상으로 한 것과 달리, Kim 등(2019)에서는 아중후군적(subsyndromal) 조증 증상을 경험하는 양극성 장애 위험군을 대상으로 하여, 동일한 자가치료 프로그램이 충동성과 삶의 질에 효과적 인지를 검증하였다. 사전-사후 비교 시 치료집단($n=11$)에서 비록 통계적으로 유의한 수준은 아니었으나 충동성이 감소되는 경향이 관찰되었고, $t=2.106$, $p=.061$, $d=.48$, 사전에 동등한 수준이었던 치료집단과 통제집단($n=11$)의 충동성 점수가 사후 시점에서는 유의한 집단 차를 나타냈다, $t=-2.239$, $p<.05$. 전반적인 삶의 질 수준에 있어서는 Lee 등(2017)에서와 일관되게 치료 전후의 유의한 변화가 나타나지 않았다.

다음으로 양극성 장애의 PE 국내 치료효과 연구로 Jo 등(2010)이 있다. 이는 경북대학교병원 정신과에서 이루어진 연구로, 환자 등록의 어려움, 시간과 비용 등 현실적 여건으로 인하여 Colom의 바르셀로나 프로그램을 주 1회, 120분의 10회기로 단축하여 실시하였다. DSM-IV에 근거하여 제1형, 제2형 양극성 장애로 진단받은 환자 23명이 약물치료에 집단 PE를 추가하여 받았고, 유사한 표본 특성을 가진 양극성 장애 환자 46명이 약물치료만을 받는 통제집단이었다. 두 집단의 치료 순응도를 종료 1년 후에 비교하였을 때, PE를 받은 집단의 외래치료 순응도가 87%로 통제집단(48%)보다 높게 나타났다, $\chi^2=16.73$, $p<.01$. 더불어 PE 집단은 통제집단에 비하여 교육 후 병식도 향상된 것으로 나타나, 집단 PE가 국내 양극성 장애 환자의 병식을 증진하고 치료 순응도를 개선하는 데 효과

가 있음을 보여 주었다.

더불어 양극성 장애의 MBCT 관련 국내 연구로 Kim 등(2017)이 있다. 연구대상은 서울대학교병원에서 진행된 8주 MBCT 프로그램에 1회 이상 참여했던 환자들로, DSM-5에 따라 주요우울장애 또는 양극성 장애 진단을 받고, 프로그램 참여 당시 우울 증상을 다양한 심각도로 경험 중이었다. 후향적 진료 기록 검토로 이루어진 이 연구는 비록 양극성 장애 환자만을 대상으로 한 것이 아니지만, 연구에 참여한 19명의 기본장애 환자 중 14명(74%)이 제1형 또는 제2형 양극성 장애 환자들이었다. 그렇기 때문에 양극성 장애 환자 집단만을 대상으로 한 별도의 분석은 이루어지지 않았으며, 대신 우울 증상의 심각도(경도, 중도)에 따라 MBCT가 치료 전후 우울 증상을 어떻게 감소시키는지 살펴보았다. 연구 결과 MBCT는 중도 이상의 우울 증상을 호소하는 기본장애 환자에서 우울 증상과 자살 사고를 유의미하게 감소시켰으며, 전후 우울 증상 변화율은 마음챙김 중 '관찰' 및 '반응하지 않기' 요인의 변화율과 관련이 있었다. 반면 경도 이하의 우울 증상이 있는 환자들에게서는 이러한 변화가 관찰되지 않아, 우울의 심각도가 MBCT의 치료효과에서 조절변인이 될 수 있음이 시사되었다.

마지막으로 RCT와는 방법론적으로 거리가 있으나, 양극성 장애의 치료와 관련된 사례연구 2편이 발표된 바 있다. 먼저 Han (2005)은 양극성 장애 청소년에게 총 17회기의 심리치료를 실시한 단일 사례연구를 하였으며, 치료과정 분석과 함께 Korean-Chid Behavior Checklist (K-CBCL)를 치료 전후에 비교하였다. 연구 결과 크게 3가지 측면에서의 긍정적 성과가 보고되었는데, 첫째, 기분변화, 공격적 행위가 감소되었고, 둘째, 부정적 사고에서 벗어나 문제 해결을 도모하게 되었으며, 셋째, 수면, 섭식을 비롯한 일상생활의 규칙성이 향상되었다는 것이었다. 2번째 사례연구는 Park과 Kim (2013)의 가족치료 연구이다. 이들은 양극성 장애를 겪는 딸이 있는 가족에서 Mental Research Institute (MRI)의 상호작용적 모델과 Bowen의 가족체계이론을 적용하여 총 14회기의 가족치료를 실시하였다. 연구자들은 내담자 가족의 역기능적 교류방식, 부부갈등을 핵심적인 문제로 파악하였고, 기능적인 상호작용에 의해 내담자의 양극성 장애 증상을 호전시킬 수 있음을 질적 분석을 통하여 보여주고자 하였다. 다만 딸의 양극성 장애 진단 및 임상적 상태, 증상의 호전 여부를 판단할 수 있는 양적 지표 등을 세부적으로 제시하지는 못했으며, FFT와 같은 치료 매뉴얼을 적용한 것은 아니었다.

논의

국내에서는 양극성 장애의 심리치료 효과 연구 자체가 양적으로 부족한 실정이며, 근거기반치료로서의 효과성을 검증하기 위한 업

격한 방법론적 기준을 충족하는 RCT 연구는 찾아보기 어려웠다. 현재 발표된 소수의 연구 중에는 사례연구(2편)를 제외하고는 해외에서 근거기반치료로 검증된 치료법 중 CBT (2건), PE (1건) 치료효과 연구가 있으며, 잠정적으로 치료효과가 있을 것으로 생각되는 치료법인 MBCT 치료효과 연구가 1건 있었다. 양적 연구 4편을 방법론적으로 볼 때 모두 사전에 확립된 치료 매뉴얼을 사용하여 치료효과를 검증하려 하였다라는 장점이 있었다. 그러나 집단 간 비교를 위해 대개의 연구들이 대기 통제집단을 사용하였고(Kim et al., 2019; Lee et al., 2017), 다른 심리치료 조건 등의 적극적인 통제집단이 활용된 사례는 아직 없었다. 또한 전반적으로 표본 크기가 작아 통계적 검정력이 충분치 않은 것으로 여겨진다. 더불어 일부 연구는 양극성 장애 환자가 아닌 위험군을 대상으로 한 예비연구였으며(Kim et al., 2019; Lee et al., 2017), 환자군을 대상으로 한 경우에도 DSM 진단 기준에 근거하여 모집했다고 기술되어 있을 뿐 Structured Clinical Interview for DSM (SCID)과 같은 구조화된 진단적 면접을 거쳐 모집하였다는 명시적인 언급을 찾아볼 수 없었다.

이와 같은 결과에 근거하여, 양적 연구가 존재하는 CBT, PE, MBCT에 대해 국내 근거기반 수준을 평가하면 다음과 같다(Table 1). CBT의 경우 1개 연구진에 의한 총 2편의 집단 간 연구가 있었으며, 대기 통제집단에 비해 우울 증상의 감소(Lee et al., 2017)가 보고되었으나, 2편 모두 예비연구로서 표본 크기가 평균 약 20으로 작으며, (비록 자가치료이지만) 연구자가 치료과정에 참여하는 등 RCT로 볼 수 없는 연구 설계상의 문제점으로 인하여 '논쟁의 여지가 있는 치료'의 기준에 해당하였다. PE와 MBCT는 양극성 장애 환자 집단에서 각기 우울 증상과 자살사고 감소(Kim et al., 2017), 병식과 치료 순응도 향상(Jo et al., 2010) 등 치료적 이점이 있다는 결과를 보고하였으나, 모두 최소한 2편의 기준을 충족시키지 못하여 아직은 '논쟁의 여지가 있는 치료'에 해당된다고 판단내렸다.

양극성 장애의 근거기반치료 권고안 및 제언

지금까지 양극성 장애의 근거기반치료로 간주할 수 있는 주요 치료법과 그 경험적 치료효과 연구 결과들을 개관하였다. 해외에서는 최근 20여 년간 양극성 장애의 심리사회적 개입 효과에 대한 연구들이 꾸준히 발표되어 왔다. 그 결과 PE, FFT, CBT, IPSRT가 양극성 장애에서 대표적인 근거기반치료로 간주되고 있으며, 이 중에서 PE, FFT, CBT에 대해서는 다수의 RCT 결과가 존재하였다. 이러한 심리치료들이 약물치료에 보조적 요법으로서 추가될 때, 특히 재발 방지 효과가 일관되게 입증되었고 우울 증상의 감소에도 효과가 있는 것으로 나타났다. 이에 최근 10년간 발표된 해외 임상진료지침

들에서는 유지치료와 우울 급성기 치료에서 보조적인 심리사회적 개입을 제공할 것을 권고하고 있었다. 반면 (경)조증 급성기 치료로 추천할 만한 근거 수준을 갖춘 심리사회적 개입은 아직 없는 것으로 여겨진다. 단극성 우울증과 차별화되는 양극성 장애의 정의적(defining) 특성이 (경)조증이기는 하지만, 환자 개인의 단위로 볼 때 (특히 제2형 양극성 장애의 경우) 전체 경과상 상당 부분을 우울 삽화가 차지하며 장기화된 또는 잔존하는 우울 증상이 환자들의 기능 수준과 삶의 질을 저하시키는 주요한 요인임을 고려할 때 (Judd et al., 2002, 2003), 양극성 장애의 우울 증상에 심리치료가 효과적이라는 결과의 중요성을 과소평가할 필요는 없을 것이다. 그 외에도 MBCT, DBT 등이 양극성 장애의 치료에 적용되기 시작하였고, 향후 그 치료효과가 어느 정도의 근거 수준을 충족시킬 수 있을지에 대하여 주목할 만하다.

이에 비하여 국내에서는 아직 양극성 장애의 심리사회적 개입에 대한 연구 자체가 드문 상황이며, 아직 '근거기반이 어느 정도 있는 치료/효과가 있음직한 치료' 이상 수준에 해당되는 근거기반치료는 없었다. 그럼에도 불구하고 최근 10년간 관련 연구가 출현하기 시작하였으며, 아직은 충분한 경험적 근거가 축적되지는 못하였으나 CBT, PE, MBCT 관련 연구에서 잠정적으로 긍정적 결과들이 일부 보고되었다는 점은 약간의 희망을 보여 준다고 할 수 있겠다.

부가적으로 경험적 연구 외에 양극성 장애 심리사회적 개입에 대한 개관 연구들을 살펴보면, 국내에서는 2000년대에 2편이 검색되었고 모두 의학 계열 학술지였다(Jung & Kim, 2016; Kim, 2011). Kim (2011)에서 '양극성 장애에 약물치료 외에 심리사회적 개입이 필요한가'를 근본적으로 질문하며 시작하였던 것에 비하여, 몇 년 뒤 Jung과 Kim (2016)에서는 심리사회적 개입의 효과성의 근거에 대하여 다소 신중한 입장을 취하면서도 필요성 자체에 대해서는 의문을 표시하지 않는 등 양극성 장애의 치료에서 심리사회적 개입의 역할에 대한 공감대는 증가하는 추세로 생각된다.

이러한 상황에서 제언하고자 하는 바는 다음과 같다. 해외에서 강한 근거기반 수준을 갖춘 것으로 입증된 주요 심리치료(PE, FFT, CBT, IPSRT)를 국내 현장에서도 적극 활용하고, 그 치료 결과를 경험적 연구로 환류하여 향후 국내의 근거기반 수준을 평가하고 확립할 수 있는 자료로 삼아야 한다. 국내에서 학위논문까지 범위를 확장해 보면, 연구자마다 관심을 가지고 있는 변인에 따라 구성된 치료 프로그램을 적용한 연구를 일부 찾을 수 있었다(e.g., Park, 2013). 이러한 새로운 치료 프로그램 개발 연구들도 의미가 있으나, 기본적으로 과학은 수렴 증거를 공동으로 찾아가는 협력적 과정이기 때문에, 치료의 효과성을 입증하기 위해서는 유력한 가설 또는 프로그램을 중심으로 노력이 집중될 필요가 있겠다.

이를 위하여 치료자의 이론적 지향이나 현실적 여건에 따라 4개의 근거기반 치료 중 하나를 선택하여 우선 실행해 볼 수 있을 것이다. 저자가 아는 한도 내에서 FFT와 IPSRT의 임상이 가이드는 한국어로 번역되어 있으며, CBT의 경우에는 임상이 가이드 자체가 번역된 것은 아직 없지만 Basco와 Rush의 CBT 매뉴얼 일부 내용이 포함되어 있는 양극성 장애 관련 서적이 있다(Bark, Jon, Kim, & Song, 2013; Cho & Kim, 2016; Kim, 2018). 비록 PE가 비용 대비 효과의 측면에서 임상진료지침에서 선호되기도 하였으나(Yatham et al., 2018), 아직까지 4개 근거기반치료 중 특정 치료가 더 강한 경험적 근거를 가지고 있다는 확실한 증거는 없으며, 이는 본질적으로 치료 간 공통요인에 의한 것일 가능성도 있다. 그러나 이러한 측면이 양극성 장애에서 무엇이든 도움이 될 만한 치료 요소나 기법을 차용하는 “순진한 절충적 접근(naively eclectic approach)”을 장려하는 것은 아니며, 일반적으로 치료자들이 일관된 체계와 흐름을 가진 근거기반치료 중 하나를 연속성 있게 실행하고 그 결과를 경험적으로 평가해 나갈 때 최선의 서비스를 제공하며 전문성을 강화할 수 있다는 의견이 있다(Murray, 2018).

경험적 연구의 양적 증가 외에 방법론적으로 치료효과 연구의 질적 측면을 향상시켜 나가는 것도 중요한 과제이다. 심리치료 연구에서 엄격한 RCT를 적용하기 어려운 점이 있으나(Murray, 2018), 사전에 확립된 명확한 치료 매뉴얼 적용과 표본 특성에 대한 상세한 기술, 적극적인 치료 비교집단의 설정, 사전-사후 시점 외에도 장기적 효과를 검증하기 위한 추후 측정 등이 이루어지는 것이 필요하다. 이러한 연구 설계의 질적 측면이 향상되기 위해서는 현실적으로 연구비와 인력, 양극성 장애 환자들이 약물치료를 받는 병원 현장과의 연계 및 협력이 필요하기도 하다.

아울러 건설적인 연구 설계를 위해서는 기본적으로 양극성 장애의 병리에 대한 보다 면밀한 이해가 선행되어야 한다. 양극성 장애에는 우울, (경)조증, 삽화 간 기간의 정상 기분에 이르기까지 다양한 기분 상태가 존재할 수 있고, 그에 따라 서로 다른 다양한 적응 문제가 동반될 수 있기 때문에, 한 환자 내에서도 치료의 목표가 유연하게 변화되어야 할 수 있다. 어떤 기분 상태에 있는 환자 또는 위험군을 모집하여, 어떠한 결과 변인(재발방지, 증상 감소, 기능 및 삶의 질 향상 등)에서의 효과를 입증하고자 하는지를 명확히 해야 한다. 일단 이러한 치료효과 연구에 의해 특정 심리치료의 효과가 검증되고 나면, 어떠한 특성을 가진 사람들에게, 언제, 어떠한 메커니즘에 의하여 치료효과가 나타날 수 있는지와 비용 대비 효과와 같은 그 다음 단계의 연구문제들을 심층적으로 탐색해 나갈 수 있을 것이다(Miklowitz & Scott, 2009; Reinares, Sanchez-Moreno, & Fountoulakis, 2014).

본고는 주요 치료효과 연구에 대한 선택적인 서술적 고찰(narrative review)로서, 양극성 장애의 근거기반치료를 위한 모든 RCT를 포괄적으로 개괄하지는 못하였다는 제한점이 있다. 그럼에도 불구하고 국내 심리학 학술지에서 양극성 장애의 근거기반치료라는 주제에 대하여 고찰하는 최초의 개관 논문이라는 의의를 가지고 있다. 또한 과거 국내 의학 학술지에 발표된 개관 논문(Jung & Kim, 2016; Kim, 2011)과 비교하여, 본고에서는 해외 연구 외에 비록 충분하지는 않으나 현존하는 국내 관련 연구를 포함하여 논의하였다는 차이점이 있다. 양극성 장애에서 심리사회적 개입 내지 심리치료는, 특히 국내에서는 새로이 진화하고 있는 분야이다. 따라서 특정 치료의 효과에 대하여 확정적인 결론을 내리기에는 아직 증거가 부족하며, 현재 정리된 내용들은 향후 새로운 연구결과들이 유입되어 감에 따라 필연적으로 갱신되어 갈, 잠정적인 것으로 간주하는 것이 합당할 것이다. 비록 줄고이나, 이 개관 논문이 국내 심리학자들에게 양극성 장애에서 심리사회적 개입의 필요성을 환기시키고 함께 어떠한 치료법이 우선 활용 가능한가를 안내할 수 있는 역할을 할 수 있길 바란다.

References

- Akiskal, H. S., Bourgeois, M. L., Angst, J., Post, R., Möller, H. J., & Hirschfeld, R. (2000). Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders. *Journal of Affective Disorders*, 59, S5-S30.
- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Urosevic, S., Walshaw, P. D., Nusslock, R., & Neeren, A. M. (2005). The psychosocial context of bipolar disorder: Environmental, cognitive, and developmental risk factors. *Clinical Psychology Review*, 25, 1043-1075.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th edition). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- American Psychological Association. (1995). *Template for developing guidelines: Interventions for mental disorders and psychological aspects of physical disorders*. Washington, DC: APA.
- American Psychological Association. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271-285.
- Bark, W. M., Jon, D. I., Kim, W., & Song, H. R. (2013). *The bipolar disorder survival guide: What you and your family need to know* (2nd ed.). Seoul, Korea: Sigma Press.
- Basco, M. R. (2006). *The bipolar workbook: Tools for controlling your mood swings*. New York, NY: The Guilford Press.
- Basco, M. R., & Rush, A. J. (2005). *Cognitive-behavioral therapy for bipolar disorder*. New York, NY: Guilford Press.
- Bebbington, P., & Ramana, R. (1995). The epidemiology of bipolar affective disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*,

- 30, 279-292.
- Benson, R. (1975). The forgotten treatment modality in bipolar illness: Psychotherapy. *Diseases of the Nervous System*, 36, 634-638.
- Bond, K., & Anderson, I. M. (2015). Psychoeducation for relapse prevention in bipolar disorder: A systematic review of efficacy in randomized controlled trials. *Bipolar Disorders*, 17, 349-362.
- Cade, J. F. (1949). Lithium salts in the treatment of psychotic excitement. *Medical Journal of Australia*, 2, 349-352.
- Castle, D., White, C., Chamberlain, J., Berk, M., Berk, L., Lauder, S., . . . Gilbert, M. (2010). Group-based psychosocial intervention for bipolar disorder: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 196, 383-388.
- Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crits-Christoph, P., . . . Woody, S. R. (1998). Update on empirically validated therapies, II. *The Clinical Psychologist*, 51, 3-16.
- Chambless, D. L., & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7-18.
- Cho, Y. (2017). Evidence-based treatments of anxiety and anxiety-related disorders: Criteria, research issues, comments, and suggestions. *Korean Journal of Clinical Psychology*, 36, 449-457.
- Cho, Y., & Kim, B. N. (2016). *Bipolar disorder* (2nd ed.). Seoul, Korea: Hakjisa.
- Clemente, A. S., Diniz, B. S., Nicolato, R., Kapczinski, F. P., Soares, J. C., Firmo, J. O., & Castro-Costa, É. (2015). Bipolar disorder prevalence: A systematic review and meta-analysis of the literature. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 37, 155-161.
- Colom, F. (2014). The evolution of psychoeducation for bipolar disorder: From lithium clinics to integrative psychoeducation. *World Psychiatry*, 13, 90-92.
- Colom, F., Reinares, M., Pacchiarotti, I., Popovic, D., Mazarini, L., Martínez-Arán, A., . . . Vieta, E. (2010). Has number of previous episodes any effect on response to group psychoeducation in bipolar patients? A 5-year follow-up post hoc analysis. *Acta Neuropsychiatrica*, 22, 50-53.
- Colom, F., Vieta, E., Martínez-Arán, A., Reinares, M., Benabarre, A., & Gastó, C. (2000). Clinical factors associated with treatment noncompliance in euthymic bipolar patients. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 549-555.
- Colom, F., Vieta, E., Martínez-Arán, A., Reinares, M., Goikolea, J. M., Benabarre, A., . . . Corominas, J. (2003). A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Archives of General Psychiatry*, 60, 402-407.
- Colom, F., Vieta, E., Sánchez-Moreno, J., Martínez-Arán, A., Reinares, M., Goikolea, J. M., & Scott, J. (2005). Stabilizing the stabilizer: Group psychoeducation enhances the stability of serum lithium levels. *Bipolar Disorders*, 7, 32-36.
- Colom, F., & Vieta, E. (2006). *Psychoeducation manual for bipolar disorder*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- de Barros Pellegrinelli, K., de O. Costa, L. F., Silval, K. I. D., Dias, V. V., Roso, M. C., Bandeira, M., . . . Moreno, R. A. (2013). Efficacy of psychoeducation on symptomatic and functional recovery in bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127, 153-158.
- de Azevedo Cardoso, T., de Azambuja Farias, C., Mondin, T. C., Da Silva, G. D. G., de Mattos Souza, L. D., da Silva, R. A., . . . Jansen, K. (2014). Brief psychoeducation for bipolar disorder: Impact on quality of life in young adults in a 6-month follow-up of a randomized controlled trial. *Psychiatry Research*, 220, 896-902.
- Dean, O. M., Gliddon, E., Van Rheenen, T. E., Giorlando, F., Davidson, S. K., Kaur, M., . . . Williams, L. J. (2018). An update on adjunctive treatment options for bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 20, 87-96.
- Dimeff, L., & Linehan, M. M. (2001). Dialectical behavior therapy in a nutshell. *The California Psychologist*, 34, 10-13.
- Eisner, L., Eddie, D., Harley, R., Jacobo, M., Nierenberg, A. A., & Deckersbach, T. (2017). Dialectical behavior therapy group skills training for bipolar disorder. *Behavior Therapy*, 48, 557-566.
- Faria, A. D., de Mattos Souza, L. D., de Azevedo Cardoso, T., Pinheiro, K. A. T., Pinheiro, R. T., da Silva, R. A., & Jansen, K. (2014). The influence of psychoeducation on regulating biological rhythm in a sample of patients with bipolar II disorder: A randomized clinical trial. *Psychology Research and Behavior Management*, 7, 167-174.
- Ferrari, A. J., Baxter, A. J., & Whiteford, H. A. (2011). A systematic review of the global distribution and availability of prevalence data for bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 134, 1-13.
- Frank, E. (2005). *Treating bipolar disorder: A clinician's guide to interpersonal and social rhythm therapy*. New York: Guilford Press.
- Frank, E., Swartz, H. A., Mallinger, A. G., Thase, M. E., Weaver, E. V., & Kupfer, D. J. (1999). Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder: Effects of changing treatment modality. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 579-587.
- Frank, E., Kupfer, D. J., Thase, M. E., Mallinger, A. G., Swartz, H. A., Fagiolini, A. M., . . . Monk, T. (2005). Two-year outcomes for interpersonal and social rhythm therapy in individuals with bipolar I disorder. *Archives of General Psychiatry*, 62, 996-1004.
- Frank, E., Swartz, H. A., & Kupfer, D. J. (2000). Interpersonal and social rhythm therapy: Managing the chaos of bipolar disorder. *Biological Psychiatry*, 48, 593-604.
- Fredman, S. J., Baucom, D. H., Boeding, S. E., & Miklowitz, D. J. (2015). Relatives' emotional involvement moderates the effects of family therapy for bipolar disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83, 81-91.
- Geddes, J. R., Burgess, S., Hawton, K., Jamison, K., & Goodwin, G. M. (2004). Long-term lithium therapy for bipolar disorder: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled tri-

- als. *American Journal of Psychiatry*, 161, 217-222.
- Geddes, J. R., & Miklowitz, D. J. (2013). Treatment of bipolar disorder. *The Lancet*, 381, 1672-1682.
- Ghaemi, S. N., Ko, J. Y., & Goodwin, F. E. I. K. (2002). "Cade's disease" and beyond: Misdiagnosis, antidepressant use, and a proposed definition for bipolar spectrum disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 47, 125-134.
- Ghaemi, S. N., Miller, C. J., Berv, D. A., Klugman, J., Rosenquist, K. J., & Pies, R. W. (2005). Sensitivity and specificity of a new bipolar spectrum diagnostic scale. *Journal of Affective Disorders*, 84, 273-277.
- Goldstein, T. R., Axelson, D. A., Birmaher, B., & Brent, D. A. (2007). Dialectical behavior therapy for adolescents with bipolar disorder: A 1-year open trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46, 820-830.
- Goldstein, T. R., Fersch-Podrat, R. K., Rivera, M., Axelson, D. A., Merranko, J., Yu, H., . . . Birmaher, B. (2015). Dialectical behavior therapy for adolescents with bipolar disorder: Results from a pilot randomized trial. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 25, 140-149.
- Goodwin, F. K., & Jamison, K. R. (2007). *Manic-depressive illness: Bipolar disorders and recurrent depression*. New York, NY: Oxford University Press.
- Goodwin, G. M., Haddad, P. M., Ferrier, I. N., Aronson, J. K., Barnes, T. R. H., Cipriani, A., . . . Young, A. H. (2016). Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: Revised third edition recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology*, 30, 495-553.
- Guyatt, G. H., Haynes, R. B., Jaeschke, R. Z., Cook, D. J., Green, L., Naylor, C. D., . . . Richardson, W. S. (2000). Users' guides to the medical literature: XXV. Evidence-based medicine: Principles for applying the users' guides to patient care. *JAMA*, 284, 1290-1296.
- Han, M. R. (2005). A case study on brief psychotherapy for adolescent with bipolar disorder. *Journal of Emotional & Behavioral Disorders*, 21, 279-302.
- Henry, C., Van den Bulke, D., Bellivier, F., Roy, I., Swendsen, J., M'Bailara, K., . . . Leboyer, M. (2008). Affective lability and affect intensity as core dimensions of bipolar disorders during euthymic period. *Psychiatry Research*, 159, 1-6.
- Hirschfeld, R., Lewis, L., & Vornik, L. A. (2003). 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. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 161-174.
- Inder, M. L., Crowe, M. T., Luty, S. E., Carter, J. D., Moor, S., Framp-ton, C. M., & Joyce, P. R. (2015). Randomized, controlled trial of interpersonal and social rhythm therapy for young people with bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 17, 128-138.
- Jo, H., Rim, H. D., Won, S. H., Lee, S. J., Chang, S. M., Chung, U. S., . . . Jeong, S. (2010). The effect of group psychoeducation on the patients with bipolar disorder in Korea. *Journal of Korean Society for Depression and Bipolar Disorders*, 8, 31-36.
- Johnson, S. L. (2005a). Mania and dysregulation in goal pursuit: A review. *Clinical Psychology Review*, 25, 241-262.
- Johnson, S. L. (2005b). Life events in bipolar disorder: Towards more specific models. *Clinical Psychology Review*, 25, 1008-1027.
- Johnson, S. L., Murray, G., Fredrickson, B., Youngstrom, E. A., Hinshaw, S., Bass, J. M., . . . Salloum, I. (2012). Creativity and bipolar disorder: Touched by fire or burning with questions? *Clinical Psychology Review*, 32, 1-12.
- Judd, L. L., Akiskal, H. S., Schettler, P. J., Coryell, W., Endicott, J., Maser, J. D., . . . Keller, M. B. (2003). A prospective investigation of the natural history of the long-term weekly symptomatic status of bipolar II disorder. *Archives of General Psychiatry*, 60, 261-269.
- Judd, L. L., Akiskal, H. S., Schettler, P. J., Endicott, J., Maser, J., Solomon, D. A., . . . Keller, M. B. (2002). The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. *Archives of General Psychiatry*, 59, 530-537.
- Jung, Y. E., & Kim, M. D. (2016). Psychosocial treatment for bipolar disorder. *Mood and Emotion*, 14, 19-24.
- Keller, M. B., Lavori, P. W., Coryell, W., Endicott, J., & Mueller, T. I. (1993). Bipolar I: A five-year prospective follow-up. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 238-245.
- Kim, B. N. (2018). *Treating bipolar disorder: A clinician's guide to interpersonal and social rhythm therapy*. Seoul, Korea: Hakjisa.
- Kim, B. N., & Kwon, S. M. (2017). The link between hypomania risk and creativity: The role of heightened behavioral activation system (BAS) sensitivity. *Journal of Affective Disorders*, 215, 9-14.
- Kim, N., Kim, H., Cho, S. J., & Ahn, Y. M. (2017). The relationship between depressive symptoms and the five facets of mindfulness in patients with mood disorders through mindfulness-based cognitive therapy. *Korean Journal of Biological Psychiatry*, 24, 212-218.
- Kim, S. H., Lee, S. Y., & Choi, S. (2019). A pilot study of the development of self-help therapy for bipolar disorder: For subsyndromal group with mania symptom. *Ewha Journal of Social Sciences*, 35, 85-119.
- Kim, W. (2011). Is psychotherapy necessary for patients with bipolar disorders?: The overview and prospect of the psychotherapy of bipolar disorder. *Journal of Korean Society for Depression and Bipolar Disorders*, 9, 154-161.
- Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounsaville, B. J., & Chevron, E. S. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Lam, D. H. (2006). What can we conclude from studies on psychotherapy in bipolar disorders? *British Journal of Psychiatry*, 188,

- 321-322.
- Lam, D. H., Hayward, P., Watkins, E. R., Wright, K., & Sham, P. (2005). Relapse prevention in patients with bipolar disorder: Cognitive therapy outcome after 2 years. *American Journal of Psychiatry*, *162*, 324-329.
- Lam, D. H., Jones, S. H., Hayward, P., & Bright, J. A. (1999). *Cognitive therapy for bipolar disorder: A therapist's guide to concepts, methods and practice*. Chichester, UK: Wiley.
- Lam, D. H., McCrone, P., Wright, K., & Kerr, N. (2005). Cost-effectiveness of relapse-prevention cognitive therapy for bipolar disorder: 30-month study. *British Journal of Psychiatry*, *186*, 500-506.
- Lam, D. H., Watkins, E. R., Hayward, P., Bright, J., Wright, K., Kerr, N., . . . Sham, P. (2003). A randomized controlled study of cognitive therapy for relapse prevention for bipolar affective disorder: Outcome of the first year. *Archives of General Psychiatry*, *60*, 145-152.
- Lauder, S., Chester, A., Castle, D., Dodd, S., Gliddon, E., Berk, L., . . . Berk, M. (2015). A randomized head to head trial of MoodSwings.net.au: An Internet based self-help program for bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, *171*, 13-21.
- Lee, S. Y., Kim, S. H., & Choi, S. (2017). A pilot study for the development of self-help therapy based on cognitive-behavioral therapy for depression episode in bipolar disorder: For high risk group with bipolar spectrum disorder. *Cognitive Behavior Therapy in Korea*, *17*, 469-487.
- Lovas, D. A., & Schuman-Olivier, Z. (2018). Mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, *240*, 247-261.
- Malhi, G. S., Bassett, D., Boyce, P., Bryant, R., Fitzgerald, P. B., Fritz, K., . . . Singh, A. B. (2015). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *49*, 1087-1206.
- Markar, H. R., & Mander, A. J. (1989). Efficacy of lithium prophylaxis in clinical practice. *British Journal of Psychiatry*, *155*, 496-500.
- Merikangas, K. R., Akiskal, H. S., Angst, J., Greenberg, P. E., Hirschfeld, R. M., Petukhova, M., & Kessler, R. C. (2007). Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Archives of General Psychiatry*, *64*, 543-552.
- Merikangas, K. R., Jin, R., He, J. P., Kessler, R. C., Lee, S., Sampson, N. A., . . . Zarkov, Z. (2011). Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Archives of General Psychiatry*, *68*, 241-251.
- Michalak, E. E., Yatham, L. N., & Lam, R. W. (2005). Quality of life in bipolar disorder: A review of the literature. *Health and Quality of Life Outcomes*, *3*, 72.
- Miklowitz, D. J. (2008). Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder: State of the evidence. *American Journal of Psychiatry*, *165*, 1408-1419.
- Miklowitz, D. J., Axelson, D. A., George, E. L., Taylor, D. O., Schneck, C. D., Sullivan, A. E., . . . Birmaher, B. (2009). Expressed emotion moderates the effects of family-focused treatment for bipolar adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *48*, 643-651.
- Miklowitz, D. J., & Chung, B. (2016). Family-focused therapy for bipolar disorder: Reflections on 30 years of research. *Family Process*, *55*, 483-499.
- Miklowitz, D. J., George, E. L., Richards, J. A., Simoneau, T. L., & Suddath, R. L. (2003). A randomized study of family-focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder. *Archives of General Psychiatry*, *60*, 904-912.
- Miklowitz, D. J., & Goldstein, M. J. (1997). *Bipolar disorder: A family-focused treatment approach*. New York, NY: Guilford Press.
- Miklowitz, D. J., & Johnson, S. L. (2006). The psychopathology and treatment of bipolar disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, *2*, 199-235.
- Miklowitz, D. J., Otto, M. W., Frank, E., Reilly-Harrington, N. A., Wisniewski, S. R., Kogan, J. N., . . . Sachs, G. S. (2007a). Psychosocial treatments for bipolar depression: A 1-year randomized trial from the systematic treatment enhancement program. *Archives of General Psychiatry*, *64*, 419-426.
- Miklowitz, D. J., Otto, M. W., Frank, E., Reilly-Harrington, N. A., Kogan, J. N., Sachs, G. S., . . . Wisniewski, S. R. (2007b). Intensive psychosocial intervention enhances functioning in patients with bipolar depression: Results from a 9-month randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, *164*, 1340-1347.
- Miklowitz, D. J., Schneck, C. D., George, E. L., Taylor, D. O., Sugar, C. A., Birmaher, B., . . . Axelson, D. A. (2014). Pharmacotherapy and family-focused treatment for adolescents with bipolar I and II disorders: A 2-year randomized trial. *American Journal of Psychiatry*, *171*, 658-667.
- Miklowitz, D. J., & Scott, J. (2009). Psychosocial treatments for bipolar disorder: Cost-effectiveness, mediating mechanisms, and future directions. *Bipolar Disorders*, *11*, 110-122.
- Ministry of Health and Welfare. (2011). *The epidemiological survey of mental disorder in Korea*. Seoul, Korea: Author.
- Ministry of Health and Welfare. (2016). *The survey of mental disorder in Korea*. Seoul, Korea: Author.
- Miziou, S., Tsitsipa, E., Moysidou, S., Karavelas, V., Dimelis, D., Polyzoidou, V., & Fountoulakis, K. N. (2015). Psychosocial treatment and interventions for bipolar disorder: A systematic review. *Annals of General Psychiatry*, *14*, 19.
- Mueser, K. T., Corrigan, P. W., Hilton, D. W., Tanzman, B., Schaub, A., Gingerich, S., . . . Herz, M. I. (2002). Illness management and recovery: A review of the research. *Psychiatric Services*, *53*, 1272-

- 1284.
- Murray, G. (2018). Adjuvative psychosocial interventions for bipolar disorder: Some psychotherapeutic context for the Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) & International Society for Bipolar Disorders (ISBD) guidelines. *Bipolar Disorders*, 20, 494-495.
- National Collaborating Centre for Mental Health, UK. (2014). *Bipolar disorder: The NICE guideline on the assessment and management of bipolar disorder in adults, children and young people in primary and secondary care*. Updated ed., London: British Psychological Society and the Royal College of Psychiatrists, 389.
- Oud, M., Mayo-Wilson, E., Braidwood, R., Schulte, P., Jones, S. H., Morriss, R., . . . Kendall, T. (2016). Psychological interventions for adults with bipolar disorder: Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 208, 213-222.
- Parikh, S. V., Zaretsky, A., Beaulieu, S., Yatham, L. N., Young, L. T., Patelis-Siotis, I., . . . Streiner, D. L. (2012). A randomized controlled trial of psychoeducation or cognitive-behavioral therapy in bipolar disorder: A Canadian Network for Mood and Anxiety treatments (CANMAT) study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 73, 803-810.
- Park, J. W. (2013). *The development and efficacy of the cognitive behavioral therapy for bipolar disorder based on psychological behaviorism theory* (Unpublished doctoral dissertation). Catholic University, Bucheon, Korea.
- Park, T. Y., & Kim, S. H. (2013). Family therapy for bipolar disorder: A case study examination of family interaction methods. *Korean Journal of Family Therapy*, 21, 147-176.
- Perich, T., Manicavasagar, V., Mitchell, P. B., & Ball, J. R. (2013). The association between meditation practice and treatment outcome in mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 338-343.
- Perry, A., Tarrier, N., Morriss, R., McCarthy, E., & Limb, K. (1999). Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. *Bmj*, 318, 149-153.
- Pini, S., de Queiroz, V., Pagnin, D., Pezawas, L., Angst, J., Cassano, G. B., & Wittchen, H. U. (2005). Prevalence and burden of bipolar disorders in European countries. *European Neuropsychopharmacology*, 15, 425-434.
- Prien, R. F., Kupfer, D. J., Mansky, P. A., Small, J. G., Tuason, V. B., Voss, C. B., & Johnson, W. E. (1984). Drug therapy in the prevention of recurrences in unipolar and bipolar affective disorders: Report of the NIMH Collaborative Study Group comparing lithium carbonate, imipramine, and a lithium carbonate-imipramine combination. *Archives of General Psychiatry*, 41, 1096-1104.
- Prien, R. F., & Rush, A. J. (1996). National Institute of Mental Health workshop report on the treatment of bipolar disorder. *Biological Psychiatry*, 40, 215-220.
- Rea, M. M., Tompson, M. C., Miklowitz, D. J., Goldstein, M. J., Hwang, S., & Mintz, J. (2003). Family-focused treatment versus individual treatment for bipolar disorder: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 482.
- Reinares, M., Colom, F., Sánchez-Moreno, J., Torrent, C., Martínez-Arán, A., Comes, M., . . . Vieta, E. (2008). Impact of caregiver group psychoeducation on the course and outcome of bipolar patients in remission: A randomized controlled trial. *Bipolar Disorders*, 10, 511-519.
- Reinares, M., Sanchez-Moreno, J., & Fountoulakis, K. N. (2014). Psychosocial interventions in bipolar disorder: What, for whom, and when. *Journal of Affective Disorders*, 156, 46-55.
- Rowland, T. A., & Marwaha, S. (2018). Epidemiology and risk factors for bipolar disorder. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, 8, 251-269.
- Sachs, G. S., Thase, M. E., Otto, M. W., Bauer, M., Miklowitz, D., Wisniewski, S. R., . . . Rosenbaum, J. F. (2003). Rationale, design, and methods of the systematic treatment enhancement program for bipolar disorder (STEP-BD). *Biological Psychiatry*, 53, 1028-1042.
- Salcedo, S., Gold, A. K., Sheikh, S., Marcus, P. H., Nierenberg, A. A., Deckersbach, T., & Sylvia, L. G. (2016). Empirically supported psychosocial interventions for bipolar disorder: Current state of the research. *Journal of Affective Disorders*, 201, 203-214.
- Scott, J., Garland, A., & Moorhead, S. (2001). A pilot study of cognitive therapy in bipolar disorders. *Psychological Medicine*, 31, 459-467.
- Scott, J. A. N., Paykel, E., Morriss, R., Bentall, R., Kinderman, P., Johnson, T., . . . Hayhurst, H. (2006). Cognitive-behavioural therapy for severe and recurrent bipolar disorders: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 188, 313-320.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York, NY: Guilford Press.
- Solomon, D. A., Keitner, G. I., Ryan, C. E., Kelley, J., & Miller, I. W. (2008). Preventing recurrence of bipolar I mood episodes and hospitalizations: Family psychotherapy plus pharmacotherapy versus pharmacotherapy alone. *Bipolar Disorders*, 10, 798-805.
- Stafford, N., & Colom, F. (2013). Purpose and effectiveness of psychoeducation in patients with bipolar disorder in a bipolar clinic setting. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127, 11-18.
- Swartz, H. A., Frank, E., & Cheng, Y. (2012). A randomized pilot study of psychotherapy and quetiapine for the acute treatment of bipolar II depression. *Bipolar Disorders*, 14, 211-216.
- Sylvia, L. G., Tilley, C. A., Lund, H. G., & Sachs, G. S. (2008). Psychosocial interventions: Empirically-derived treatments for bipolar disorder. *Current Psychiatry Reviews*, 4, 108-113.
- Van Dijk, S., Jeffrey, J., & Katz, M. R. (2013). A randomized, con-

- trolled, pilot study of dialectical behavior therapy skills in a psychoeducational group for individuals with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 145, 386-393.
- Vieta, E. (2005). Improving treatment adherence in bipolar disorder through psychoeducation. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 24-29.
- Williams, J. M. G., Alatiq, Y., Crane, C., Barnhofer, T., Fennell, M. J., Duggan, D. S., . . . Goodwin, G. M. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in bipolar disorder: Preliminary evaluation of immediate effects on between-episode functioning. *Journal of Affective Disorders*, 107, 275-279.
- Woods, S. W. (2000). The economic burden of bipolar disease. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 38-41.
- Yatham, L. N., Kennedy, S. H., Parikh, S. V., Schaffer, A., Bond, D. J., Frey, B. N., . . . Berk, M. (2018). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 20, 97-170.
- Zaretsky, A., Lancee, W., Miller, C., Harris, A., & Parikh, S. V. (2008). Is cognitive-behavioural therapy more effective than psychoeducation in bipolar disorder? *The Canadian Journal of Psychiatry*, 53, 441-448.

국문초록

양극성 장애의 근거기반치료

김빛나

서울대학교 심리학과

양극성 장애는 양방향의 기분삽화가 주기적으로 반복되며, 다양한 범위의 기능장애 및 자살 위험성과 관련성이 높은 만성적인 정신장애이다. 본고에서는 양극성 장애의 치료에서 심리사회적 개입의 필요성과 유용성을 논의하고, 해외 및 국내 치료효과 연구를 검토함으로써 양극성 장애의 근거기반치료로서 어떠한 심리치료가 우선 활용 가능한지에 대한 최신지견을 제공하고자 하였다. 무선행당 통제연구를 중심으로 관련 연구들을 고찰한 결과, 해외에서는 대표적으로 4가지 근거기반치료(심리교육, 가족중심치료, 인지행동치료, 대인관계 및 사회적 리듬 치료)가 양극성 장애의 유지치료 및 우울 급성기 치료에 효과가 입증되어 있는 것으로 나타났다. 부가적으로 마음챙김 인지치료, 변증법적 행동치료의 잠정적인 치료 효과가 보고되기 시작하였다. 반면, 국내에서는 일부 예비연구들이 존재하기는 하지만, 확실한 경험적 근거를 갖춘 근거기반치료는 아직 없었다. 마지막으로 향후 국내에서 양극성 장애의 근거기반치료를 활성화시키기 위한 방안에 대하여 논의하였다.

주요어: 양극성 장애, 근거기반실무, 근거기반치료, 무선행당통제연구