

## 근거 중심 정신 의학

연세대학교 의과대학 정신과학교실 및 의학행동과학연구소

차 경렬 · 김 찬형

### Evidence-Based Psychiatry

Kyung Ryeol Cha, MD, MPH and Chan-Hyung Kim, MD, PhD

*Department of Psychiatry and Institute of Behavioral Science in Medicine, Yonsei University College of Medicine, Seoul, Korea*

Evidence-based medicine (EBM) has been defined as the conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients. EBM could be a meme in medicine that is transferred from one clinical field to another. The knowledge base that informs clinical decision has been growing with a very rapid pace making it a difficult challenge for the busy clinician to keep up with this growing and high volume of research findings. To keep up to date with the best research evidence, clinicians need a set of strategies. EBM may be the solution of this challenge. The term, Evidence-Based Psychiatry (EBP) was introduced by Elliot Goldner and Dan Bilsker in 1995. The purposes of this review are to introduce EBP and to find the best way to adopt the evidence-based approach to the practice of psychiatry in Korea. For these purposes, we reviewed the practice of EBM and discussed the application of EBP in Korean psychiatric field of medicine. (J Korean Neuropsychiatr Assoc 2007;46(2):103-109)

**KEY WORDS :** Evidence-Based medicine · Psychiatry · Clinical medicine.

## 서 론

근거-중심 의학은 최근에 소개 되었음에도 불구하고 의료, 보건 및 간호 분야에 많은 영향을 끼치고 있다. 이미 개념의 전파 단계를 넘어선 근거-중심 의학적 접근 방법은 임상 각과의 전문가들에 의해 분석되어 해당 임상과에서 구현 방법들이 마련되고 있다. 이러한 강력한 전파력 및 구현가능성은 근거-중심 의학이 이 시대 의료의 새로운 meme(사람들 마음속에 지속적으로 전파되며 진화하여 결국 행동양식을 변화시키는 단위 사상)이라는 것을 뒷받침하는 근거가 된다. 근거-중심 의학은 현대의학을 근대의학 및 한의학과 구별시키는 핵심 개념이기도 하다. 한국의 의료도 이 새로운 패러다임을 적극적으로 받아들여 이미 여러 임상 과에서 근거-중심 의학을 적용하는 실

례를 제시하고 있다. 서구의 정신 의학은 이러한 근거-중심 의학의 선도적 역할을 해온 임상과 중의 하나이다. 그러나, 한국의 정신 의학에서는 근거-중심 의학에 대한 고민은 있었지만 그것이 가시화되지는 않고 있다. 따라서 저자들은 근거-중심 의학을 한국의 정신과 임상에 발전적으로 적용하는 것을 목표로 근거-중심 정신 의학의 개념을 소개하고 구체적 적용의 방향을 제시하고자 한다.

## 근거-중심 의학

근거-중심 의학은 각 환자에 대한 의학적 결정을 내리고자 할 때 현시점에서 입수 가능한 최선의 근거들을 솔직하고 협명하게 이용하자는 것이고, 근거-중심 의학을 한다는 것은 각 개인 의사의 임상 경험을 체계적 연구로부터 얻어진 입수 가능한 최선의 외부 임상 근거와 통합시키는 것을 의미한다.<sup>1)</sup> 근거-중심 의학은 1991년 캐나다의 역학자들에 의해 소개되었지만, 서양의학의 뿌리인 히포크라테스까지 거슬러 올라가도 그 근거를 발견할 수 있다. 2500년 전 히포크라테스는 "To help or at least to do no harm"이라는 대원칙을 세웠는데 이것은 아주 특

접수일자 : 2007년 2월 28일 / 심사완료 : 2007년 3월 15일

Address for correspondence

Chan-Hyung Kim, M.D. Department of Psychiatry, College of Medicine, Yonsei University, 146-92 Dogok-dong, Gangnam-gu, Seoul 135-720, Korea  
Tel : +82-2-2019-3340, Fax : +82-2-3462-4304

E-mail : spr88@yumc.yonsei.ac.kr

본 논문의 요지는 2006년 7월 7일 서울에서 개최된 대한정신약물학회 연수 교육 및 2007년 1월 6일 대전에서 개최된 대한정신약물학회 동계 심포지엄에서 발표되었음.

별한 경우를 제외하고는 의사는 환자에게 도움이 되는 서비스를 제공해야지 해가 되는 서비스를 제공하면 안된다는 매우 단순하면서 명확한 원칙이다. 그러나 흔히 그렇듯이 단순함은 왜곡될 여지를 내포하고 있다. 그렇다면 의사는 어떻게 그가 제공하는 서비스가 환자에게 이롭거나 해로운지를 알 수 있을까? 지난 수세기 동안 이에 대한 판단은 의사의 윤리성과 치료의 유효성에 의존해 왔다. 여기서 치료의 유효성의 판단은 주로 의사 개인의 경험을 통해 얻어졌던 것인데, 한 개인의 경험만으로는 그러한 판단에 충분한 근거를 제공할 수 있을 지에 대한 의문이 제기 될 수 있다. 미생물학과 역학의 발전으로 병의 원인을 알 수 있게 되었고, 이어서 병리 기전 및 합리적인 치료를 발견하기 위한 노력들은 다양한 과학적 방법론의 발전을 가져 왔다. 이러한 일련의 과학적 활동들을 통해 의사들은 선한 의도만으로는 환자에게 실제적 도움이 되지 못할 수도 있다는 것을 깨닫게 되었다. 나이팅게일은 이 과정에서 중요한 역할을 했다. 즉, 그녀는 임상 자료를 근거로 군 병원에서 비위생적인 환경이 사망률에 영향을 미친다고 주장했었다.<sup>2)</sup> 이후 역학의 발전으로 20세기 중반에는 담배와 폐암과의 인과 관계가 밝혀지게 되면서 병의 원인에 대한 많은 역학적 연구가 진행되었다. 그러나, 치료의 효과에 대한 객관적 접근은 하버드 의대 졸업생인 Codman에 의해서 비로서 시작되었다.<sup>3)</sup> 각종 자료에 대한 수집왕이었던 그는 수술의 결과는 명백히 문서화되어 보고되어야 한다는 신념을 갖고 있었다. 그는 1911년 보스턴에 20병상 규모의 병원을 열어서 그의 결과 보고 및 추적 시스템을 적용시켰다. 그는 이 시스템을 통해 의료과실 및 부작용 등을 감별하여 보고하는 한편 환자들에게 이러한 내용을 치료 전에 고지했었다. 그러나, 이러한 진보적 시도는 동료 의사들의 반발을 샀고 결국 그는 병원 문을 닫아야 했다. Codman 사후 32년이 지나서야 근거-중심 치료는 빛을 보게 되었다. 즉, 저명한 역학자인 Cochrane은 1972년 출간된 영국의료보험제도에 대한 보고서에서 근거-중심 치료를 주장했다.<sup>4)</sup> 그로부터 20년 후 캐나다의 맥매스터 (McMaster) 대학에 재직하고 있는 Guyatt 등의 연구진들을 중심으로 구성된 근거-중심 의학 작업 팀은 기존 의학의 문제점을 비판하고 환자 진료에 최선의 근거를 토대로 진료하는 방법으로서 근거-중심 의학을 주창했다.<sup>5)</sup> 이 문헌에서 근거-중심 의학이라고 명명하게 된 것이 학문적 기초가 되어, 이후 근거-중심 의학 관련 문헌의 수는 기하급수적으로 증가하고 있다. 근거-중심 의학의 철학과 일맥 상통하는 것으로 문제-중심 학습(Problem-Based Learning)을 들 수 있다. 문제-중

심 학습은 교수자가 학습자들에게 일방적으로 지식을 전달하는 방식에서 탈피하여 실제 환자를 진료하면서 접할 수 있는 문제점을 학습자에게 제시하고 학습자가 다양한 자료들을 활용하여 스스로 문제를 해결할 수 있게 하는 것으로 의과대학에서 기존의 교수 학습 방법에 대한 반성으로부터 출발한 수업 방법 중 하나이다.<sup>6)</sup> 의과 대학에서 이러한 문제-중심 학습을 받았던 임상 의사들은 전통적인 학습을 받았던 임상 의사들보다 임상 의사 결정에 있어서 우수했다는 연구 결과가 있었다.<sup>7)</sup> 또한 의학 보수 교육(Continuing Medical Education)에서도 전통적 강의식 교육 방법은 임상 수행 능력의 향상을 가져오지 못했지만 근거-중심 의학적 접근법은 성공적인 효과를 보이기도 했다.<sup>8)</sup>

## 근거-중심 정신 의학

### 개념 및 적용

근거-중심 정신 의학(Evidence-Based Psychiatry)은 1995년 Goldner와 Bilsker에 의해 문헌상 처음으로 소개되었다.<sup>9)</sup> 정신과 진단 기준인 DSM이 정신과 질환 분류에 있어 이론에 얹매이지 않는 것처럼 근거-중심 정신 의학도 정신과 전문의가 진단, 치료 및 예후 결정에 있어 양질의 연구 결과들에 비중을 둘 것을 요구하고 있다. 그렇다면 근거-중심 정신 의학은 구체적으로 어떠한 형태로 적용되는지 다음과 같은 경우를 가정해보자. 정신과 전공의 A는 최근 건망증을 호소하며 “치매가 오는 것이 아니냐?”는 불안때문에 인지 기능을 포함한 뇌 평가를 위해 입원한 63세 남자 환자 B씨의 담당의사이다. B씨는 3년 전까지는 특별한 이상 없이 지냈으나 정년퇴직을 한 후부터 말수가 적어지고 신경질을 자주 내기 시작했다고 한다. 2년 전부터는 종종 물건을 둔 곳을 잊어버리고 간혹 친구들의 이름이 떠오르지 않아 곤란한 경우가 있었다고 하며 6개월 전에는 지하철에서 출구를 찾지 못해 고생한 적도 있었다고 한다. 환자는 우울함을 전혀 보고하지 않았고 친구들과 여유 있는 시간을 보내게 되어 기분은 좋다고 보고 했다. 그러나, 자주 약속을 잊어버리고 이제는 꼼꼼히 메모를 해두지 않으면 불안할 정도로 건망증이 심해졌다고 한다. 환자는 자신의 어머니가 치매로 고생하다가 돌아가셔서 자신도 그렇게 비참한 말년을 맞게 될까봐 두렵다며 심한 불안감을 감추지 못했다. 환자의 신경인지검사 결과 기억과 관련된 인지 영역에서 비정상적인 결과가 보고되었으나 일상 생활 수행 능력에는 이상이 없는 것으로 판단되었다. 환자의 최종 진단은 경도 인

지 장애였다. B씨와 그의 자녀들은 경도인지장애라는 말을 듣고 처음 들어 보는 병이라며 자세한 내용을 알고 싶어 했다. 전공의 A는 의과 대학 때부터 지금까지 배우고 공부한 문헌의 지식을 이용해보려고 하였으나 실제 적용할 수 있는 방법이 별로 없다는 것을 깨달으면서 경도 인지장애에 대해 생소함을 느끼고 4년차 전공의에게 질문하였다. 4년 차 전공의는 노인정신의학 강좌에서 들었던 몇 가지 단편적인 지식들을 A에게 알려주었다. 즉, 치매로 갈 수도 있고 안 갈 수도 있는 단계라는 내용이었다. 이러한 내용을 들은 환자와 보호자는 치매로 갈 것 같은 불안감과 해석하기 힘든 신경인지 검사 보고서를 들고 퇴원할 수 밖에 없었다. 이상의 내용을 근거-중심 의학적 접근 방법으로 다시 그려보자. 과학적인 근거에 기초하여 환자 진료에 임하고 싶은 전공의 A는 경도 인지장애라는 진단명이 생소하여 Cochrane library에 접속해 “mild cognitive impairment”라는 검색어로 검색을 시도했다. 결과로 나온 5~6개 정도의 요약 문서를 읽고 이 분야에 대한 지식과 근거를 확보한 전공의 A는 환자와 보호자에게 경도인지장애에 대한 설명과 함께, 기억, 집중력, 언어 능력에 대한 인지 훈련이 인지 기능 향상에 도움이 된다는 내용을 관련 연구 자료를 근거로 환자와 보호자에게 설명해 주었다. 또한 치매로 갈 가능성은 최근의 연구 결과를 바탕으로 정확한 수치를 제공하고, 외래에서 지속적인 평가를 받을 것을 권유했다. 또한 치매 예방에 도움이 되는 생활 환경에 대해 관련 자료를 근거로 설명해 주었다. 이상은 근거-중심 정신 의학을 설명하기 위해 설정해 본 가상의 시나리오이지만, 정신과 영역에서는 쉽지 않을 수 있다. 권위자가 제시하는 권고를 맹목적으로 받아들이고 적용하는 것, 즉 그들의 경험을 답습함으로써 권위자의 권위를 물려 받으려는 성향은 근거-중심 정신의학과 대치된다. 정신 치료의 전문가로부터 받은 권고가 타당한 것인지 아니면 단지 권위자의 오만과 편견으로부터 나온 의견일 뿐인지에 대한 평가가 필요한 것이다. 정신 치료 영역에서 근거-중심 의학을 한다는 것은 기존의 의견-중심 치료에서 근거-중심 치료로 이행하는 것을 의미한다. 권위자의 의견에 대해 타당성을 검증하기 위한 의문의 제기와 관련 연구 결과의 조사 및 분석 활동이 이상하게 여겨지거나 권위에 대한 도전으로 오해된다면 이런 환경에서는 근거-중심 정신치료는 불가능하다.

### 실행의 5단계

근거-중심 의학의 실행은 다섯 단계로 구성되며 진행 순서에 따라 기술하면 다음과 같다. 이러한 과정을 통해서

임상 의사들은 해당 질환을 갖고 있는 환자들에게 근거-중심 의료를 제공할 수 있다는 확신을 가질 수 있을 것이다.

### 1단계 : 궁금한 것을 답변 가능한 질문으로 전환

이 단계에서는 출발점의 질문들을 잘 만들어졌다고 평가될 만한 구체적인 질문으로 바꾸는 과정이다. 환자의 문제와 이를 해결하기 위해 필요한 정보가 무엇인지 파악할 수 있는 기술은 구체적인 답변 가능한 임상적 질문을 만드는 능력을 말한다. 이 질문들은 네 가지 특성을 포함하고 있는데, 환자, 치료방법, 비교되는 치료방법, 예상되는 결과 등의 요소를 포함하게 된다. 이러한 네 가지 요소들에 대해 질문을 명료화 하게 되면, 필요한 근거 습득에 들이는 시간을 줄일 수 있게 된다. 명료하지 않은 질문은 막연하고 포괄적이어서 그러한 질문으로는 임상적으로 유용한 정보를 얻기가 힘들다. 즉, 명료한 질문은 효율성 높은 검색 전략을 제시해주고, 필요로 하는 답변의 유용한 형식을 제시하며, 다른 의사와의 정확한 의사소통을 가능하게 한다. 또한 환자 및 보호자에게 교육을 시행할 때 내용을 더 잘 이해할 수 있도록 해주며, 개인적으로 질문과 답변의 인지적 일치감을 경험해서 임상적 경험을 내제화 하는데 도움이 된다.<sup>10)</sup>

### 2단계 : 답을 찾기 위해 최신의 근거를 수집

이 단계에서 최신이며 최선인 근거를 찾는 전통적인 방법으로 교과서를 선택한다면, 그 교과서는 몇 가지 조건을 만족해야 한다. 즉, 적어도 일년에 한 번 이상 개정되어 최신의 지식을 반영하고 있어야 하고, 각 질환의 진단과 치료에 있어서 사용된 참고 문헌을 정확히 달아서 그 주장의 시기와 출처를 알 수 있도록 해야 하며, 기술된 내용에 대한 근거가 명백한 원칙에 따라 제시되어야 한다. 그러나, 이러한 조건에 맞는 정신의학 교과서를 찾아 보기是很 어렵다. 그렇기 때문에 현실적으로 최신 및 최선의 근거를 수집하는 방법은 온라인 서비스를 통해 근거-중심 의학을 지원하는 검색 서비스와 근거-중심 저널을 이용하는 방법이 있다. 이에 대해서는 근거-중심 정신 의학의 자원들에 그 내용을 기술하였다. 이 단계에서의 검색은 최단기간 내에 효율적이어야 하며, 이를 위해서는 훈련이 필요하다. 이러한 훈련 시간의 단축을 위해 근거-중심 정신 의학의 경험이 있는 전문의의 교육이 효과적일 수 있다.

### 3단계 : 수집된 근거의 타당성, 효과의 정도, 임상 적용 가능성 평가

2단계에서 찾아낸 정보의 신뢰성을 가려낼 수 있는 비

평 기술이 3단계에서는 필요하다. 근거가 되는 논문이 논문으로서의 기본을 갖추고 있는지, 연구 설계상의 문제는 없는지, 방법은 적절한지, 사용한 통계방법은 적절한지, 토론 및 결론은 합리적인지 등을 꼼꼼히 살펴보아야 한다. 임상 시험의 경우 무작위 할당 방법을 사용했는지, 시험 참가자들의 모든 종료 시점이 제시되었는지, 시험자와 피험자 사이에 이중 맹검은 지켜졌는지, 비교가 되는 동일한 치료가 적용되었는지, 유사한 비교 집단이 있는지 등을 살펴보아야 한다. 진단 연구에 있어서는 맹검법에 기초한 새로운 진단 평가 방법과 독립적인 비교 결과의 유무, 대상 환자들의 적정성, 새로운 진단 평가 방법과 관계 없는 진단 평가 기준의 적용 여부 등을 평가해야 한다. 예후 연구에 있어서는 모집단 표본의 대표성, 충분한 추적 관찰 기간, 객관적 예후 판정 기준, 다른 예후 인자들을 혼란 변수로 보정했는지 등을 면밀히 평가해야 한다. 근거로 사용되는 연구의 설계에 따라 보면, 가장 좋은 근거는 무작위 임상 시험의 결과에 대해 하나 이상의 체계적 고찰에서 얻어진 것인데, 이것은 Cochrane library나 근거-중심 의학 관련 저널 및 주제와 관련된 전문 저널의 종설에서 찾아볼 수 있다. 그 다음으로는 결과값의 신뢰 구간이 서로 중첩되지 않는 유의한 결과를 보이는 무작위 임상 시험, 결과값의 신뢰구간이 특정 유의 수준에서 서로 중첩되는 결과를 보이는 무작위 임상 시험, 코호트 연구, 환자-대조군 연구, 단면조사 연구, 증례보고 등의 순으로 그 수준을 나눌 수 있다.

#### 4단계 : 분석 결과를 의사의 경험 및 환자의 신체적 조건, 가치, 상황에 접목

근거-중심 의학적 분석 결과 자체가 임상 의사에게 어떤 것을 해야 할지를 선택해 줄 수는 없다. 각 환자에 대한 임상 의사의 결정은 근거에 대한 분석 결과 외에도 환자의 상황, 환자의 가치, 취향, 권리 등을 종합적으로 고려하여 판단하여야 한다. 이 때 임상의사의 경험은 보다 빠르고 직감적인 판단과 환자의 상황, 권리, 취향 등의 특수성에 대한 종합적 판단에 기여하게 되고, 근거에 대한 분석 결과는 급속하게 변화하는 의학 지식 속에서 최신이면서도 최선의 진료를 가능하게 한다.

#### 5단계 : 1~4단계를 실행하는 과정의 효과와 효율성을 평가하고 이를 향상시키기 위한 방법을 모색

앞의 1~4단계의 과정은 단번에 습득될 수 있는 성질의 것이 아니다. 지속적인 시행 착오를 거쳐 훈련되는 것이다. 5단계에서는 이러한 훈련과 학습의 효율성을 높이기 위

해 임상 의사 자신이 행한 근거-중심 의료를 되돌아보고 스스로 평가함으로써 근거-중심 의료의 질을 향상시키기 위해 준비하는 과정이다. 이 단계는 임상 의사가 근거-중심 의학의 방법론을 습득하는데 있어 매우 중요하다.

#### 근거-중심 정신 의학의 자원들

컴퓨터를 이용한 웹 자원의 검색은 근거-중심 의학의 핵심적 과정이다. 중요한 두 가지 검색 엔진이 있는데, Cochrane library와 PubMed(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/>)이다. 이 둘 중 어느 검색 엔진을 사용할지는 무엇을 찾고 있는가에 따라 결정된다. 즉, 치료적 개입에 관한 것이 주된 질문이면 무작위 임상 실험의 결과들을 체계적으로 정리해둔 Cochrane 데이터베이스를 먼저 검색해야 한다. 영국에 본부를 두고 있는 Cochrane collaboration은 세계 각국에서 활동하고 있는 임상 역학자들의 도움을 받아 보건의학 분야의 무작위 임상 실험 자료를 수집하여 메타 분석한 결과를 지속적으로 데이터베이스화 하고 있다. 이렇게 정리된 자료가 Cochrane library이며 인터넷을 통해 공개되어(<http://www.thecochranelibrary.com>) 전 세계 의사들의 임상 지침 역할을 하고 있다. 부연하면 Cochrane library는 엄격한 기준을 기초로 수행된 비평적 분석 자료원이다. 그 외의 질문에 대해서는 PubMed를 이용하면 된다. 앞서 근거-중심 정신 의학의 적용에서 예로 들었던 경도 인지 장애의 치료에 대해 최근까지 시행된 무작위 임상 실험의 체계적인 요약을 보고 싶다면, Cochrane library에 “mild cognitive impairment”라는 검색어를 입력하면 된다(그림 1). 검색 결과를 보면 이와 관련된 114개의 임상 실험이 있었으며 이를 해당 분야의 전문가가 요약한 다섯 개의 Cochrane review가 있음을 알 수 있다. 대표적인 치매치료제인 Donepezil과 Galantamine의 경도 인지 장애에 대한 효과 및 적용의 타당성 및 인지 치료적 접근 방법의 효용성 등이 그 동안 진행된 임상 실험을 바탕으로 잘 정리되어 있음을 볼 수 있다. 실제 임상에서 경도 인지 장애는 최근에 소개되었기 때문에 그 진단 및 치료의 근거를 찾기가 쉽지 않다. 그러나 위에서 소개한 Cochrane library를 이용하면 이 분야의 전문가들이 객관적인 자료를 토대로 작업한 최신 지식을 간편하고 신속하게 얻을 수 있다. 아직 Cochrane review가 실행되지 못한 분야에 대해서는 PubMed를 통해 검색해야 하는데, 이 때는 그 동안의 연구 결과들을 종합해야 하는 어려움이 있게 된다. 근거-중심 정신 의학을 위한 자원으로는 이차저널로서 evidence-based mental health(<http://ebmh.bmjjournals.org/>)가 있는데, 이 저널에서는 정신 의학 분

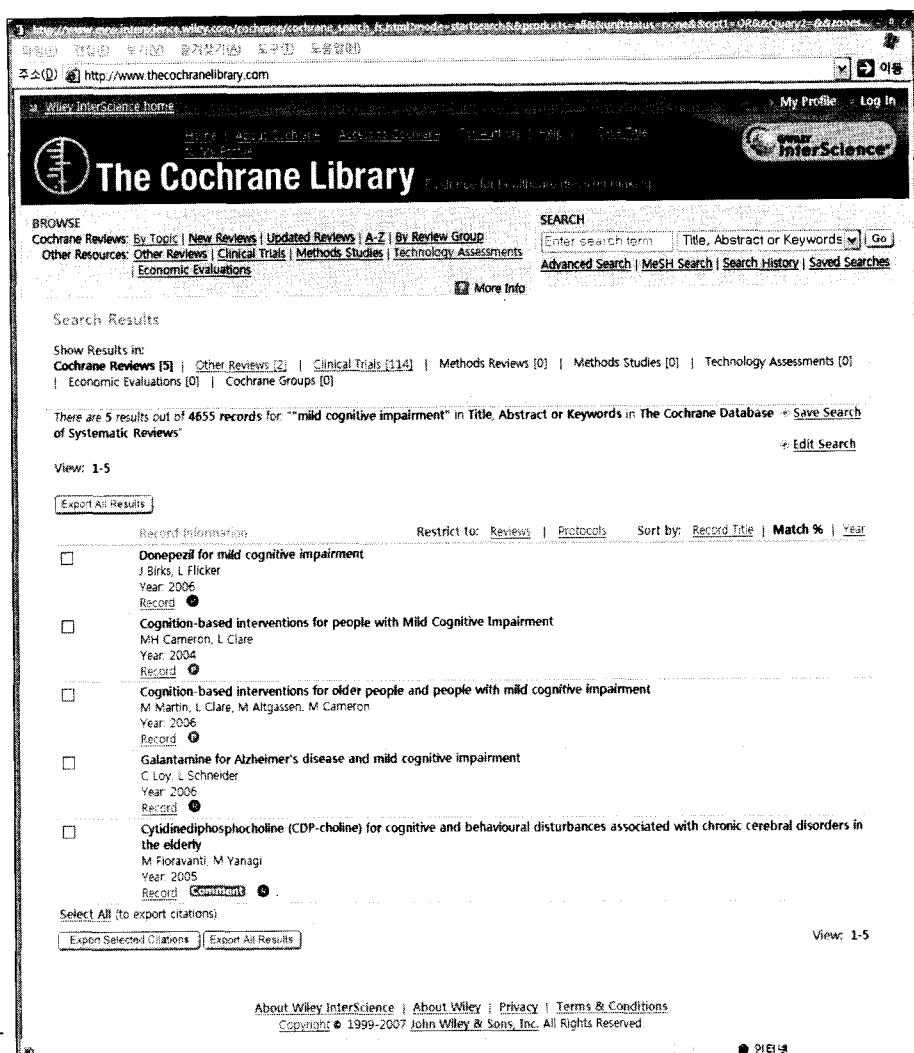


Fig. 1. An example of on-line searching of the Cochrane library.

야의 최근 무작위 임상 시험의 과정 및 결과를 매우 간략한 형태로 요약, 정리해서 제공하고 있다. 하루 하루 쌓여가는 전 세계의 정신의학 연구 결과들을 임상의사들이 매일 매일 쉽게 쓸 수 있도록 만드는 것이 이 저널의 목표이어서 그 제공되는 형태 또한 매우 간결하고 이해하기 쉽게 되어 있다.

### 근거-중심 정신약물학(Evidence-Based Psychopharmacology)

정신약물에 관한 연구 결과는 날마다 늘어가고 있다. 바쁜 정신과 의사들은 이렇게 빠른 속도로 축적되는 연구 결과들을 따라가는 데 현실적인 어려움에 직면하고 있다. 그러나, 환자를 친료하는데 있어 최근의 연구 결과들을 바탕으로 한 타당한 결정 또한 필요불가결 한것도 현실이다. 이러한 딜레마에서 정신과 의사가 전통적인 참고 자료를 선택한다면, 교과서나 전문가의 견해 또는 연수교육

등이 될 것이다. 하지만, 교과서의 지식은 이미 낡은 것일 수 있고, 전문가의 견해는 틀릴 수도 있고, 판에 박힌 연수 교육은 별로 효과적이지 않을 수 있다. 반대로, 정신과 의사가 관련 저널을 통해 최신의 정신 의학적 지식을 얻으려 한다면, 일단 양이 너무 많아 엄두가 나지 않을 수 있으며, 만약 그 많은 양을 다 읽는다 해도 임상현장에 적용하는 것은 또 다른 난제가 될 것이다. 그렇다면, 날로 늘어나는 소중한 지식을 임상 현장에 실시간으로 적용할 수 있는 방법은 없는 것일까? 누군가 그 역할을 해준다면 가능할 수 있다. 이러한 역할은 근거-중심 정신약물학 분야의 연구자들의 몫이다. 현실적으로 근거-중심 정신약물 치료가 가능 하려면 임상 현장에 필요한 가장 적절한 연구 결과들을 찾아내서 요약, 제공하는 작업들을 필요로 한다. 어떤 주제들에 있어서는 신뢰할만하고 유용한 연구 결과를 찾는 것이 쉽지 않겠지만, 최근 들어 더욱 활발해지고 있는 정신약물학 연구의 증가 추세로 볼 때 적

절한 연구는 예상보다 많을 수 있다. 근거-중심 정신약물학의 목표는 정신과 전문의들이 임상현장에 쉽게 적용할 수 있는 가장 최신의 정신 약물 연구 결과를 요약해서 제공하는 것이다. 정신과 전문의에게 있어 최신의 정신 약물 정보는 다른 치료 방법에 대한 정보보다 더욱 필요할 수 있다. 그러나, 정신과 의사가 근거-중심 의학을 실제 임상에서 실행하는 데 가장 큰 걸림돌이 되는 것은 수많은 문헌을 검색하고 평가하는 데 들어가는 시간이다.<sup>11)</sup> 설령 많은 시간을 투자해서 문헌을 평가할 수 있다고 해도, 정신 약물에 관한 많은 연구 결과들이 일관된 것은 아니고 서로 상반되는 연구 결과들이 있어, 오히려 임상 현장의 결정에 혼란을 가져 올 수도 있다. 더불어 임상 치료의 기준을 제시할 만한 교과서적인 연구 설계를 갖추는 것은 쉬운 일이 아니다. 실제로 근거-중심 의학 저널의 선택결과 그 질적 기준을 통과한 연구 논문은 400편 중 한 편 정도였다고 한다.<sup>12)</sup> 많은 수의 논문들 중 양질의 무작위 임상 시험 결과를 선택해서 요약, 제시 하는 것 외에도 근거-중심 정신 약물학은 그 요약된 결과의 임상적 해석을 위한 적절한 설명도 제시해야 한다.

### 제기된 문제점들

근거-중심 의학의 환원론적 성격이 지나친 단순화가 아니냐는 비판은 근거-중심 의학 자체에 대한 가장 중요한 논쟁 중 하나이다.<sup>13)</sup> 즉, 일반화된 질문에 대한 경험적이고 통계적인 근거를 마련하기 위해서 고유한 각 환자들의 임상적인 복잡성이 지나치게 단순화 될 수 있다는 문제 제기이다. 일반화를 위해 각 환자의 고유한 정보들이 사라질 경우 근거-중심 의학은 매우 일반적이 될 위험을 가질 수 있다는 것이다. 또 하나의 반대론자들의 논거는 근거-중심 의학에서 근거로 사용하는 양질의 통계적 결과들은 대개 이상적인 환자를 대상으로 한 임상 실험이라는 점이다. 하지만, 실제의 임상에서는 이러한 이상적인 환자들 보다는 여러 질병이 복잡하게 얹혀 있는 경우가 대부분이다.<sup>14)</sup> 결국, 근거-중심 의학이 통계적으로 유의미한 결과들에 관한 기술이기 때문에 그 임상적 유용성에는 한계가 있다는 점은 인정되고 있다.<sup>15)</sup> 근거-중심 의학은 원칙적으로 훌륭하지만 임상 현장에 적용되기 위해서는 분명한 이득이 있어야 한다. 이러한 적용에 있어 주된 장애물은 1) 정보 요구의 필요성에 대한 의문 2) 실제 외래와 입원 환자 치료에 유용한 믿을 만한 정보를 전달할 수 있는지에 대한 의문 3) 그 정보가 정기적으로 갱신되는지에 대한 의문 등이다. 근거-중심 정신 의학은 매우 중요하고 의미 있는 방법론임엔 틀림 없다. 그

러나, 이 방법론으로부터 실제 정신과 의사나 정신 치료 전문가들이 일상의 임상 현장에서 도움을 받을 수 있는 범위에는 한계가 있는 것이 현실이다. 이것은 진단과 치료 과정에서 정신 질환이 갖고 있는 몇 가지 특성에 기인한다. 즉, 정신 질환의 진단 자체가 타당성의 한계가 있다는 것이다. 근거-중심 정신 의학은 전적으로 진단에 의존하고 있는데, 그 진단 자체에 대한 타당성이 결여 된다면 시작부터 문제가 생길 수 있기 때문이다. 정신 치료의 효과 판정에 있어서도 다른 질환과 달리 매우 복잡한데, 치료 효과의 범위를 좁혀야 하는 근거-중심 정신 의학에 있어서는 큰 도전일 수 밖에 없다. 게다가 어떤 증상들은 변화하기도 하고 다른 정신 질환으로 바뀌기도 하는 어려움도 있다. 실제로 정신과 의사들은 이러한 현실적 요구에 의해 진단과 치료의 과정을 지속적으로 반복하며 재평가하고 있는데, 근거-중심 정신 의학은 의사 결정을 강조하기 때문에 정신과 임상 현실에 맞추는데 어려움이 존재한다.

### 결 론

근거-중심 의학은 최신이면서 최선인 근거를 환자 진료에 보다 잘 적용할 수 있도록 노력하는 과정이며 그 적용 분야가 정신의학일 때 근거-중심 정신의학이 된다. 과학적인 근거에 기반한 의료는 현대 서양 의학의 가장 뚜렷한 전통이며, 근거-중심 의학은 그러한 전통의 단절이기 보다는 근거에 기반하여 과학적인 의학의 활용도를 향상시킬 수 있는 도구라고 볼 수 있다. 이러한 근거-중심 의학의 빠른 적용을 위해서는 교육과 훈련이 필요하다. 즉, 의과대학 과정에서의 학생 교육, 전공의 과정에서 진단 및 중례 회의, 저널 집담회, 그랜드라운드 등에서의 근거-중심 의학적 접근 방법에 대한 교육, 의학보수교육에서의 교육 등이 필요하다. 특히 전공의 교육 과정에서 이미 그 효율성을 상실한 저널 집담회의 경우에는 기존의 최신 논문의 요약 발표 형식을 버리고, 근거-중심 의학적 접근법을 적용시키는 것이 중요하다. 최선의 진단 및 치료가 불확실한 중례를 선택해서 그 문제를 해결하기 위한 근거를 수집하는 과정으로서 저널 집담회를 이용하면 효과를 높일 수 있다. 이 과정은 진단 및 중례 회의와 연결될 수 있어 전공의 교육 과정의 통합성을 제고하는 길이기도 하다. 일단 근거-중심 의학의 방법론을 교육 받은 임상 의사는 실제 임상 현장에서 이를 적용해보고 되돌아 보는 반복적 과정을 통한 습득이 필요하다. 국가적 차원에서 보면, 근거-중심 정신 의학은 정신 보건

정책에도 필요하다. 즉, 제한된 자원을 가장 효율적으로 분배해야 하는 보건 정책의 특성상 근거가 명확한 최선의 자원 배분 정책이 필수적이기 때문이다.<sup>16)</sup> 정신 의학은 근거-중심 의학을 선도해오고 있는 임상전문분야의 하나 이지만, 이제까지 이러한 접근은 주로 정신치료 보다는 약물치료 분야에 더 많이 적용되고 있다. 그러나, 정신질환의 치료에 있어 정신치료는 약물치료만큼 중요한 비중을 차지하고 있다. 최근 미국정신 의학회는 이러한 취지로 정신치료에 대한 전문위원회를 구성하고 그 경험적 치료의 특성을 분석하였다.<sup>17)</sup> 정신치료에 근거-중심 의학을 적용하는데 있어 방법론적인 한계가 있는 것은 사실이다. 즉, 정신치료와 같은 질적인 치료 방법을 양적인 연구 방법론에 의해 분석한 결과를 고유한 개개의 환자에게 적용해야 하는 한계이다.<sup>18)</sup> 이러한 현실적 한계에 대한 꾸준한 도전과 개선이 이루어진다면, 근거-중심 정신 의학은 전세계의 정신 의학 연구자들이 연구를 통해 찾은 근거들이 실제 진료 상황에서 의사나 환자들에게 적당한 시간을 들여 적절한 방법으로 보급되지 않는 현실에 대한 해법이 될 것이다.

**중심 단어 :** 근거 중심 의학 · 정신 의학 · 임상 의학.

## REFERENCES

- 1) Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ 1996;312:71-72.
- 2) Small H. Florence Nightingale: avenging angel. New York, St. Martin's Press;1999.
- 3) Brauer CM. Champions of quality in health care: a history of the joint commission on accreditation of healthcare organizations. Lyme, Conn., Greenwich Pub. Group;2001.
- 4) Cochrane AL. Effectiveness and efficiency: random reflections on health services. London, Nuffield Provincial Hospitals Trust;1972.
- 5) Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine: a new approach to teaching the practice of medicine. JAMA 1992; 268:2420-2425.
- 6) Maudsley G. Roles and responsibilities of the problem based learning tutor in the undergraduate medical curriculum. BMJ 1999;318:657-661.
- 7) Shin JH, Haynes RB, Johnston ME. Effect of problem-based, self-directed undergraduate education on life-long learning. CMAJ 1993; 148:969-976.
- 8) Davis D. Does CME work? An analysis of the effect of educational activities on physician performance or health care outcomes. Int J Psychiatry Med 1998;28:21-39.
- 9) Goldner EM, Bilsker D. Evidence-based psychiatry. Can J Psychiatry 1995;40:97-101.
- 10) Oxman AD, Sackett DL, Guyatt GH. Users' guides to the medical literature. I. How to get started. JAMA 1993;270:2093-2095.
- 11) Lawrie SM, Scott AI, Sharpe MC. Evidence-based psychiatry: do psychiatrists want it and can they do it. Health Bull 2000;58:25-33.
- 12) Glasziou P. The EBM journal selection process: how to find the 1 in 400 valid and highly relevant new research articles. Evid Based Med 2006;11:101.
- 13) Welsby PD. Reductionism in medicine: some thoughts on medical education from the clinical front line. J Eval Clin Pract 1999;5:125-131.
- 14) Williams DDR, Garner J. The case against 'the evidence': a different perspective on evidence-based medicine. Br J Psychiatry 2002;180:8-12.
- 15) Green J, Britten N. Qualitative research and evidence based medicine. BMJ 1998;316:1230-1232.
- 16) Frati P. Evidence-based medicine between explicit rationing, medical deontology and rights of patients. Forum (Genova) 1998;8:383-394.
- 17) O'Donohue W, Buchanan JA, Fisher JE. Characteristics of Empirically Supported Treatments. J Psychother Pract Res 2000;9:69-74.
- 18) Beutler LE. David and Goliath: when empirical and clinical standards of practice meet. Am Psychol 2000;55:997-1007.