NECA-의료기술재평가사업
NECA-R-25-001-54

의료기술재평가보고서 2025

정신분석적 정신치료

NECA
한국보건의료연구원

의료기술재평가사업 총괄

김민정 한국보건의료연구원 보건의료평가연구본부 본부장

전미혜 한국보건의료연구원 보건의료평가연구본부 재평가사업팀 팀장

연 구 진

담당연구원

이승희 한국보건의료연구원 보건의료평가연구본부 부연구위원

부담당연구원

정자혜 한국보건의료연구원 보건의료평가연구본부 연구원

주 의

1. 이 보고서는 한국보건의료연구원에서 수행한 의료기술재평가사업(NECA-R-25-001)의 결과보고서입니다.
2. 이 보고서 내용을 신문, 방송, 참고문헌, 세미나 등에 인용할 때에는 반드시 한국보건의료연구원에서 수행한 평가사업의 결과임을 밝혀야 하며, 평가내용 중 문의사항이 있을 경우에는 주관부서에 문의하여 주시기 바랍니다.

차 례

요약문(국문) ····· i
알기 쉬운 의료기술재평가 ····· I

Ⅰ. 서론 ····· 1
1. 평가배경 ····· 1
1.1 평가대상 의료기술 개요 ····· 1
1.2 국내외 보험 및 행위등재 현황 ····· 2
1.3 질병 특성 및 현존하는 의료기술 ····· 10
2. 평가목적 ····· 12

Ⅱ. 평가방법 ····· 13
1. 신속검토 ····· 13
1.1 개요 ····· 13
1.2 연구검색 ····· 13
1.3 자료정리 및 제시 ····· 14

Ⅲ. 평가결과 ····· 15
1. 평가결과 ····· 15
1.1 개요 ····· 15
1.2 검토 결과 ····· 17

Ⅳ. 결과 요약 및 결론 ····· 28
1. 평가결과 요약 ····· 28
2. 결론 ····· 28

Ⅴ. 참고문헌 ····· 30

Ⅵ. 부록 ····· 33
1. 위원회 운영 ····· 33
2. 소위원회 ····· 34

표 차례

표 1.1 건강보험 요양 급여·비급여 비용 목록 등재 현황 ····· 2
표 1.2 건강보험심사평가원 고시항목상세(1) ····· 4
표 1.2 건강보험심사평가원 고시항목상세(2) ····· 6
표 1.3 비교기술의 이용현황 ····· 8
표 1.4 유사기술의 수가정보 ····· 9
표 1.5 관련 환자의 연도별 환자 수 및 요양급여비용 총액 ····· 9
표 1.6 국외 보험 및 행위 등재 현황 ····· 10
표 2.1 평가범위 ····· 13
표 2.2 국내/외 전자 데이터베이스 ····· 14
표 2.3 국내/외 관련 교과서 ····· 14
표 3.1 검토문헌 목록 ····· 15
표 3.2 정신분석적 정신치료의 교과서 분류 ····· 17
표 3.3 교과서 ····· 18
표 3.4 가이드라인 ····· 19
표 3.5 선행 의료기술평가(NICE 가이드라인) ····· 20
표 3.6 연구 현황 ····· 22
표 3.7 연구의 제한점 ····· 26

요약문(국문)

평가배경

정신분석적 정신치료(Psychoanalytic Psychotherapy)는 정상-신경증 그룹을 위한 것으로 장애까지는 아니지만 일차적으로 성격적 어려움을 가진 사람들이 자신의 삶의 목표를 달성하기 위한 성격변화, 잠재력을 극대화하는 기능개선, 그리고 기본적으로 만족스러운 삶을 사는 데 방해받는 만성적인 문제들을 극복하여 삶의 질을 향상시키기 위한 기술이다. 동 기술은 2018년도 정신치료 건강보험 수가 개편을 통해 비급여로 등재된 기술이다.

해당 기술은 의료기술 재평가 대상 선정을 위한 수요조사 과정에서 유관기관으로부터 제안되었으며, 재평가 대상 선정 절차를 거쳐 재평가 대상기술로 선정되었다. 2025년 제5차 의료기술재평가위원회(2025.5.16.)에서 신속검토 대상으로 선정되었으며, 소위원회 논의를 거쳐 관련 문헌을 검토하고 임상 활용에 필요한 정보를 제공하고자 재평가를 수행하였다.

평가목적

본 평가는 정신분석적 정신치료와 관련된 문헌을 검토하고, 그 결과를 바탕으로 전문가 논의를 거쳐 임상 현장에서의 활용에 참고가 될 수 있는 정보를 제공하고자 수행하였다.

평가방법

본 평가는 정신분석적 정신치료에 대하여 신속검토 방법으로 수행하였다. 이를 위하여 국내외 교과서, 임상진료지침, 선행 의료기술평가, 이차연구 및 관련 종설 등을 검색·검토하였으며, 검토 결과는 교과서, 가이드라인, 선행의료기술평가, 연구 현황 및 연구의 제한점을 중심으로 정리하였다. 또한 문헌 검토 결과에 대해서는 소위원회 전문가의 검토와 논의를 거쳐 임상적 활용에 참고할 수 있는 정보로 제시하였다.

평가결과

교과서 검토 결과, 최신정신의학 제7판(민성길, 김찬형, 2023)과 신경정신의학 제3판(대한신경정신의학회, 2019)에서 정신분석적 정신치료는 정신사회적 치료 또는 정신역동적 정신치료의 한 유형으로 제시되고 있음을 확인하였다. 가이드라인(American Psychiatric Association, European

Psychiatric Association, Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists) 및 선행 의료기술평가(NICE) 검토 결과, 정신분석적 또는 정신역동적 정신치료는 우울장애, 공황장애, 사회불안장애, 범불안장애, 양극성장애, 강박장애 등을 포함한 다양한 정신질환에서 환자의 특성, 기존 치료의 적합성 및 반응 여부를 고려하여 선택적으로 활용할 수 있는 치료 옵션으로 제시되고 있었다.

이차연구 검토 결과, 연구대상은 양극성장애, 일반 정신질환, 우울장애, 복합정신장애, 자살·자해, 성적 학대 경험군 등으로 다양하였으며, 중재의 정의와 범위 또한 연구마다 다양하였다. 전반적으로는 정신분석적 또는 정신역동적 치료 전반을 포괄하고 있었고, 일부 연구에서는 치료 빈도와 치료 세팅(couch 사용 여부, 의자에 마주 앉는 방식 등)을 기준으로 정신분석과 정신분석적 정신치료를 구분하여 제시하였다.

관련 종설에서는 정신분석적 정신치료 연구의 제한점도 함께 제시하고 있었다. 장기 치료의 특성상 무작위배정비교연구 설계에 현실적인 제약이 크고, 치료방법의 표준화가 어려우며, 결과 중심의 연구만으로는 자기이해, 성숙, 관계 변화 등 치료의 내면적·과정적 변화를 충분히 반영하거나 정밀하게 측정하기 어렵다는 점이 지적되었다. 또한 일부에서는 측정 과정 자체가 치료적 과정을 방해할 가능성도 제시하였다.

본 평가의 최종 검토 문헌은 총 31편(교과서 2편, 가이드라인 11편, 선행 의료기술평가 5편, 이차 연구 10편, 기타 문헌 3편)이었다.

결론

의료기술재평가 소위원회에서는 현재 평가결과에 근거하여 다음과 같은 의견을 제시하였다.

정신분석적 정신치료는 백 년 이상의 역사를 가진 정신의학의 근간이 되는 전통적인 치료법으로, 수년간 전문 훈련을 받은 전문의에 의해 시행되는 기술이다. 동 기술은 성격적 어려움이 있는 환자(ICD-11 personality difficulty)가 적용 대상이며, 다양한 정신질환에서 선택적 치료법으로 권고되고 있다. 치료방법과 기간은 환자의 특성과 치료자의 접근에 따라 수개월에서 수년까지 다양하다. 동 기술은 정량적인 비교를 통한 평가보다는 치료의 고유한 과정적 특성을 고려하여 신중히 평가할 필요가 있다는 의견이었다.

2026년 제1차 재평가전문위원회*(2026.1.9.)는 소위원회 검토 결과에 근거하여 다음과 같이 심의하였다.

정신분석적 정신치료는 백 년 이상의 역사를 가진 정신의학의 근간이 되는 전통적인 치료법으로, 전문 훈련을 받은 전문의에 의해 시행되는 기술이다. 동 기술은 성격적 어려움이 있는 환자(ICD-11 personality difficulty)가 적용 대상이며, 다양한 정신질환에서 선택적 치료법으로 권고되고 있다. 환자의 특성과 치료자의 접근에 따라 치료 방법과 기간은 수개월에서 수년까지 다양하다. 동 기술은 정량적 비교 중심의 접근보다는 치료가 진행되는 고유한 과정적 특성과 임상적 맥락을 충분히 고려하

여 신중히 검토할 필요가 있다.

*「신의료기술평가에 관한 규칙」(보건복지부령 제1098호, 일부개정, 2025.9.7. 시행) 개정으로 재평가전문위원회가 새로 구성되어 2025년 9월부터 운영되고 있다.

주요어

성격적 어려움, 정신분석적 정신치료

Personality Difficulty, Psychoanalytic Psychotherapy

알기 쉬운 의료기술재평가

정신분석적 정신치료는 어떤 치료인가요?

대상자 및 의료기술

정신분석적 정신치료는 성격 때문에 일상생활이나 대인관계에서 어려움을 겪는 사람을 돕기 위한 정신치료이다. 이런 어려움은 성격장애처럼 매우 심한 상태는 아니지만, 오랫동안 이어질 수 있다. 특히 스트레스나 갈등 상황에서 더 두드러질 수 있다.

이 치료는 자신의 생각과 감정을 자유롭게 이야기하면서, 마음속 갈등과 반복되는 행동이나 감정을 이해하도록 돕는 치료이다. 치료자는 환자와의 대화를 통해 환자가 자신을 더 잘 이해하고, 감정을 조절하며, 대인관계를 개선할 수 있도록 돕는다. 이 치료는 정신건강의학과 전문의가 시행하며, 치료 기간은 수개월에서 수년까지 다양할 수 있다.

검토 결과

이번 평가는 정신분석적 정신치료와 관련된 교과서, 가이드라인, 연구문헌 등을 검토하여 수행하였다.

검토 결과, 정신분석적 정신치료는 여러 정신질환에서 선택적으로 사용할 수 있는 치료로 제시되고 있다. 우울장애, 불안장애, 공황장애, 사회불안장애, 강박장애, 양극성장애 등에서 환자의 상태와 기존 치료 반응에 따라 활용될 수 있다.

또한 연구마다 치료 대상, 치료 기간, 치료 방법이 다양하였다. 또한 이 치료는 장기간 이루어지는 경우가 많아 일반적인 비교연구로 효과를 확인하는 데 어려움이 있으며, 자기이해나 관계 변화 같은 치료의 중요한 변화를 수치로 정확히 측정하는 데에도 한계가 있다.

결론

재평가전문위원회는 정신분석적 정신치료가 오랜 역사와 임상 경험이 있는 전통적인 정신치료라고 보았다. 또한 성격적 어려움이 있는 사람이나 일부 정신질환 환자에게 선택적으로 활용될 수 있는 치

료라고 판단하였다. 다만 치료의 특성상 단순한 수치 비교만으로 판단하기보다, 환자의 상태와 치료 과정 등을 함께 고려하여 신중하게 이해하고 활용할 필요가 있다.

I 서론

1. 평가배경

정신분석적 정신치료는 정상-신경증 그룹을 대상으로 하는 기술로, 장애 수준에는 이르지 않으나 일차적으로 성격적 어려움을 가진 사람들이 자신의 삶의 목표를 달성할 수 있도록 성격 변화를 도모하고, 잠재력을 극대화하는 기능 개선과 만성적인 문제의 극복을 통해 삶의 질 향상을 목적으로 시행된다. 동 기술은 신의료기술평가를 거치지 않고 2018년도 정신치료 건강보험 수가 개편을 통해 비급여로 등재되었으며, 비급여 관리를 위한 국민건강보험공단 비급여 보고제도 대상항목에 해당한다. 해당 기술은 의료기술 재평가 대상 선정을 위한 수요조사 과정에서 유관기관으로부터 제안되었으며, 재평가 대상 선정 절차를 거쳐 재평가 대상기술로 선정되었다.

2025년 제5차 의료기술재평가위원회(2025.5.16.)에서는 정신분석적 정신치료를 신속검토 방식으로 평가하기로 결정하였으며, 정신건강의학과 전문의 3인으로 구성된 소위원회에서 평가를 수행하는 것으로 심의하였다.

본 평가는 정신분석적 정신치료 관련 근거를 검토하여 임상 현장에서의 활용에 참고할 수 있는 정보를 제공하고자 수행하였다.

1.1 평가대상 의료기술 개요

1.1.1 정신분석적 정신치료

정신분석적 정신치료는 통합적 심리치료, 분석적 심리치료, 통찰적 심리치료라고 불리기도 하고 상담과 면담을 통해 자아 기능을 강화시켜 심리적으로 충족된 삶을 이끄는 치료이다(국민건강보험 비급여 정보포털 홈페이지).

정신분석적 정신치료는 정신분석과 동일한 이론 및 기법적인 배경을 갖고 있으나 정신분석에 비해 치료 목적, 치료 기법, 치료 세팅(치료 횟수나 치료 기간)에서 상대적으로 덜 집중적인 치료법이다. 정신분석적 정신치료에서도 전이와 저항을 다루며 중립성을 지키지만 자유연상, 전이와 저항의 해석 등 치료 기법에서 강조되는 부분이 정신분석과 차이가 있다. 또한 일반적으로 주 4~5회 정도의 치료 횟수로 시행되는 정신분석과는 달리 정신분석적 정신치료는 주 1~3회 정도로 이루어진다. 다른 한편으로 정신분석적 정신치료는 무의식의 방어를 분석하고 억압된 갈등에 대한 통찰을 강조한다는 측면에서 증상 해소에 주된

초점을 맞추는 지지적 정신치료와도 분명히 구분되는 치료법이다. 정신분석적 정신치료는 정신분석 과정에서 일어나는 자아의 일시적 퇴행이나 강력한 전이 현상을 감내하기에 충분한 자아의 힘을 갖고 있지 않다고 평가되는 환자나 만성적으로 심각한 자기파괴적 행동을 보이는 환자에게 정신분석보다 우선적으로 권장되는 치료법이다. 또한 정신분석을 받고자 하지만 그를 위한 경제적, 지리적, 시간적인 여건이 허락되지 않는 환자의 경우에도 정신분석적 정신치료가 대안이 되기도 한다(한국정신분석학회 홈페이지).

1.1.2 정신분석적 정신치료 관련 소요장비

정신분석적 정신치료는 시행에 있어 별도의 소요장비가 필요하지 않은 기술이다.

1.2 국내외 보험 및 행위등재 현황

1.2.1 국내 보험 및 행위등재 현황

동 기술은 2018년도 정신치료 건강보험 수가 개편을 통해 비급여(오-8)로 등재되었다(보건복지부 고시 제2018-123호, 2018.6.27.).

표 1.1 건강보험 요양 급여·비급여 비용 목록 등재 현황(2025년 1월판)

분류번호	코드	분류
		제1편 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제2부 행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침 제8장 정신요법료 [산정지침] ⑴ 정신요법료는 정신건강의학과 전문의가 정신건강의학과 환자에게 행한 경우에 산정하되, 반드시 분류항목별 치료행위에 관한 내용을 진료기록부 등에 기록한 경우에 산정할 수 있다. ⑵ 위 "⑴"의 규정에도 불구하고 다음의 분류항목은 정신건강의학과 전문의 지도하에 정신건강의학과 전공의가 실시한 경우에도 산정할 수 있다. 다만, "㈎"는 3년차 이상 전공의가 실시한 경우에 산정할 수 있다. ㈎ 개인정신치료Ⅴ(아-1-마), 역동상호작용적 집단정신치료(아-2-나), 약물이용 면담(아-5), 인지행동치료 개인(아-6-가) ㈏ 개인정신치료Ⅰ(아-1-가), 개인정신치료Ⅱ(아-1-나), 개인정신치료Ⅲ(아-1-다), 개인정신치료Ⅳ(아-1-라), 가족치료(아-3), 전기충격요법(아-7), 지속적 수면 요법(아-8) ⑶ 위 "⑵"에서 규정한 분류항목 이외는 정신건강의학과 전문의 지도하에 정신건강의학과 전공의 또는 상근하는 정신건강전문요원이 실시한 경우에도 산정할 수 있다. 다만, 정신의학적 사회사업(아-11)은 사회복지사가 직접 실시한 경우에만 산정한다. (※ 부칙 [산정지침]⑶의 개정규정은 2021년 7월 1일부터 시행)
아-1		개인정신치료 Individual Psychotherapy 주: 정신의학적 평가하에 치료자와의 관계를 통해 환자의 기능과 심리를 지지함으로써 정신건강과 관련된 질병치료 및 증상개선 목적의 정신치료를 시행한 경우에 산정한다.

분류번호	코드	분류
	NN001	가. 개인정신치료 Ⅰ(10분 이하)
	NN002	나. 개인정신치료 Ⅱ(10분 초과 20분 이하)
	NN003	다. 개인정신치료 Ⅲ (20분 초과 30분 이하)
	NN004	라. 개인정신치료 Ⅳ (30분 초과 40분 이하)
	NN005	마. 개인정신치료 Ⅴ (40분 초과)
아-2		집단정신치료 Group Psychotherapy
		주 : 1. 정신의학적 평가하에 환자가 집단을 형성하여 치료자 및 집단 간 대인관계 상호작용을 통해 증상해소, 경감, 성격변화 등을 목적으로 시행한 경우에 산정한다.
		2.「가」,「나」,「다」각각 주 2회 이내만 산정한다.
	NN021	가. 지지표현적 집단정신치료 Supportive Expressive Group Psychotherapy
	NN022	나. 역동상호작용적 집단정신치료 Supportive Expressive Group Psychotherapy
	NN023	다. 정신치료극 Psychodrama
아-3		가족치료 Family Therapy
	NN031	가. 개인 Individual
		주 : 한 환자의 가족을 대상으로 치료를 행하는 경우에 산정한다.
	NN032	나. 집단
		주 : 두 환자 이상의 가족을 대상으로 45분 이상 치료를 행하는 경우에 환자가족단위별로 소정점수를 각각 산정한다.
아-4	NN040	작업 및 오락요법 [음악, 서화, 조각, 운동, 작업 등] Occupational or Recreation Therapy
		주 : 1. 실시종목수에 관계없이 소정점수를 산정한다.
		2. 외래의 경우 주 1회, 입원의 경우 주 5회 이내만 산정한다.
		3. 각종 소모재료 비용은 별도 산정하지 아니한다.
아-6		인지행동치료 Cognitive Behavioral Therapy
		주 : 왜곡된 사고와 비논리적 추론을 환자 스스로 발견하고 수정하도록 인지구조와 행동, 반응을 다루며 현재의 문제와 해결점에 초점을 맞추어 치료적 목표를 달성할 수 있도록 돕는 치료를 시행한 경우에 산정한다.
	NN061	가. 개인 Individual
		주 : 1. 30분 이상 치료를 시행한 경우 산정한다.
		2. 신경과 전문의 지도하에 신경과 3년차 이상 전공의가 실시한 경우에도 산정할 수 있다.
	NN062	나. 집단 Group
		주 : 1. 8명 이내 집단을 대상으로 치료를 시행한 경우에 산정한다.
		2. 신경과 전문의 지도하에 신경과 전공의 또는 상근하는 정신건강전문요원이 실시한 경우에도 산정할 수 있다.
		제3부 행위 비급여 목록
		제8장 정신요법료
오-1	NZ001	광치료
오-2	NZ002	성치료
오-4	NZ004	최면요법
오-5	NZ005	안구운동 민감소실 및 재처리요법 Eye Movement Desensitization & Reprocessing Therapy
오-6		기타 행동치료 Others Behavioral Therapies
	NZ008	가. 정신신체적 생체되먹이기 치료 Psychophysiological Biofeedback
	NZ009	나. 신경발달중재치료 Neurodevelopmental Intervention Therapy
	NZ010	다. 심리적 재활중재치료 Psychological Rehabilitative Intervention Therapy
오-8	NZ011	정신분석적 정신치료 Psychoanalytic Psychotherapy

표 1.2 건강보험심사평가원 고시항목상세(1)

구분	평가기술	비교기술		
기술명	정신분석적 정신치료	개인정신치료 I	지지표현적 집단정신치료	역동상호작용적 집단정신치료
정의	치료대상자에게 마음속에 떠오르는 생각을 아무 여과 없이 얘기하도록 하는 자유연상을 통해 인간의 마음이 어떻게 작동하는지를 이해하게 도우면서 치료자와 치료대상자 사이에서 발생하는 전이와 저항을 분석하며, 초자아나 이드 또는 외부세계와의 관계에서 상대적으로 자아 기능을 강화시켜 인격의 성숙을 돕고 잠재력을 극대화하며 삶의 질을 향상시켜가기 위한 정신치료	정신역동적 준거의 틀에 따라 무의식적인 정신활동이 우리의 의식적인 생각, 느낌, 행동에 영향을 미친다는 기초하에 진행되는 정신치료임. 정신의학적 평가하에 치료자와의 관계라는 배경에서 치료를 받는 사람이 자신의 마음이 어떻게 움직이는지 배우도록 돕는 치료. 이와 함께 치료를 받는 사람의 기능을 지지함으로써 자신의 질병을 치료하고 증상을 개선하는 데 도움이 되는 방향으로 변화하도록 돕는 치료임	자아기능의 미성숙한 영역이나 결핍이 뚜렷한 환자에서 증상해소 및 경감, 사회화기술 향상 등을 목적으로 시행	자아기능의 미성숙한 영역이나 결핍이 뚜렷한 환자에서 증상해소 및 경감, 사회화기술 향상 등을 목적으로 시행
적응증	정신분석은 기본적으로 정상-신경증 그룹을 위한 것으로 장애까지는 아니지만 일차적으로 성격적 어려움을 가진 사람들이 자신의 삶의 목표를 달성하기 위한 성격변화, 잠재력을 극대화하는 기능개선, 그리고 기본적으로 만족스러운 삶을 사는 데 방해받는 만성적인 문제들을 극복하여 삶의 질을 향상시키기를 원하는 사람들에게 제공함	(적응증) 신경증적 증상 혹은 정신병적 증상을 보이는 환자 또는 상담이 필요한 환자		
실시 방법	1. 정신분석치료를 받으려는 동기를 파악하고 면담주기, 면담비용, 면담의 초기목표 등을 수립하기 위한 계약면담을 진행함 2. 정신분석치료 계획수립을 위한 초기평가면담을 통해 사례개념화를 진행함 3. 자유연상기법을 이용한 면담을 진행함 4. 전이와 저항을 다루고 분석하면서 대상관계를 분석하고 해석하며 훈습을 도움 5. 분석치료의 마무리 면담을 계획하고 진행함	1. 진료실 혹은 면담실에서 정신건강의학과 의사와 일대일로 면담한다. 2. 환자는 자유롭게 표현하도록 하면서 정신건강의학과 의사는 공감적으로 경청하고 반응한다. 3. 환자의 증상 또는 병적 자아 기능을 경감시키고 건강한 자아 기능을 강화시키는 방향으로 돕는다.	1. 개별 환자들이 집단정신치료에 적합한 상태인지 매번 정서 상태와 안정 상태를 평가한다. 2. 정신과의사와 협동치료자 및 환자 4~15명이 집단원을 구성한다. 일반적으로 5~10명이 시행하며, 효과적이다. 3. 환자들로 하여금 자유롭게 말하게 하고 환기적, 공감적 경청을 한다. 환자들의 정서를 이완시키며, 제시한 문제들을 풀어 나가고 상호작용을 통하여 치료한다. 4. 보조자는 내용을 기록한다.	1. 개별 환자들이 집단정신치료에 적합한 상태인지 매번 정서 상태와 안정 상태를 평가한다. 2. 정신과의사와 협동치료자 및 환자 4~15명이 집단원을 구성한다. 일반적으로 5~10명이 시행하며, 효과적이다. 3. 환자들로 하여금 자유롭게 말하게 하고 환기적, 공감적 경청을 한다. 환자들의 정서를 이완시키며, 제시한 문제들을 풀어 나가고 상호작용을 통하여 치료한다. 4. 보조자는 내용을 기록한다.

구분	평가기술	비교기술		
기술명	정신분석적 정신치료	개인정신치료 I	지지표현적 집단정신치료	역동상호작용적 집단정신치료
			5. 정신과의사와 협동치료자는 치료 직후 피드백모임으로 점검한다.	5. 정신과의사와 협동치료자는 치료 직후 피드백모임으로 점검한다.
주사항	-	주 : 정신의학적 평가하에 치료자와의 관계를 통해 환자의 기능과 심리를 지지함으로써 정신건강과 관련된 질병치료 및 증상개선 목적의 정신치료를 시행한 경우에 산정한다.	1. 정신의학적 평가하에 환자가 집단을 형성하여 치료자 및 집단 간 대인관계 상호작용을 통해 증상해소, 경감, 성격변화 등을 목적으로 시행한 경우에 산정한다. 2. 가, 나, 다 각각 주 2회 이내만 산정한다.	
보험 분류번호	오8	아1가	아2가	아2나
보험 EDI코드	NZ011	NN001	NN021	NN022
급여 여부	비급여	급여	급여	급여

출처: 건강보험심사평가원 홈페이지〈의료기준관리〈행위평가신청〈고시항목 조회, 검색일: 2025년 9월

표 1.2 건강보험심사평가원 고시항목상세(2)

구분	비교기술		
기술명	정신치료극	인지행동치료 개인	인지행동치료 집단
정의	환자의 성격구조 대인관계, 갈등, 감정문제 및 정신적 증상과 관련된 문제를 연극을 통해 치료하는 집단치료. 정신과 의사가 연출을 맡고 주인공, 관객, 보조자아 역할 인물배정을 통해 개요에 기술한 방식으로 진행함	환자의 왜곡된 사고와 비논리적 추론을 스스로 발견하고 수정하도록 가르치며 돕고, 환자의 잘못 학습된 비적응적 행동을 학습이론에 따라 변화시키고 다시 체계적으로 학습시켜서 증상을 경감시키고 기능저하를 줄이기 위한 치료법. 개인에게서 의식적 수준에서 객관적으로 관찰할 수 있는 인지구조와 행동, 반응을 다루며 현재의 문제와 해결점에 초점을 맞추어 치료적 목표를 달성할 수 있게 도움. 전체적으로 구조화되어 있고 정신역동적 인과론에 의한 무의식적 갈등의 규명은 배제하고 항상 현재에서 작업함 (사용 기법) * 제6판 최신정신의학 (일조각, 2015) 참조 ① 이완훈련 ⑥ Flooding ② 위계작성과 체계적 탈감작법 ⑦ Implosion ③ 행동수정기법 ⑧ 자기주장훈련 ④ 혐오자극법 ⑨ 사회기술훈련 ⑤ 노출치료	비교적 공통적인 인지구조의 왜곡과 행동문제를 갖고 있는 환자집단을 대상으로 집단 상호작용을 통하여 인지구조의 변화와 행동문제 감소를 통해 심리적, 신체적 증상을 경감시키고 기능저하를 줄이기 위한 치료법. 집단 상호작용 안에서 환자 개개인별 인지구조와 행동, 반응을 다루며 교정을 시도함. 의식적 수준에서 객관적으로 관찰할 수 있는 현재의 문제와 해결점을 서로에게 알려주거나 스스로 발견해 가도록 돕는데 초점을 맞추어 치료적 목표를 달성할 수 있게 도움. 전체적으로 구조화되어 있고 정신역동적 인과론에 의한 무의식적 갈등의 규명은 배제하고 항상 현재에서 작업함 (사용 기법) * 제6판 최신정신의학 (일조각, 2015) 참조 ① 이완훈련 ⑥ Flooding ② 위계작성과 체계적 탈감작법 ⑦ Implosion ③ 행동수정기법 ⑧ 자기주장훈련 ④ 혐오자극법 ⑨ 사회기술훈련 ⑤ 노출치료
적응증	-	(적응증) 알콜사용에 의한 정신 및 행동 장애, 게임중독 및 인터넷 과몰입(여러 약물 사용 및 기타 정신활성물질탐닉), 조현병, 조현병 스펙트럼 장애, 기분[정동]장애(불안장애, 사회공포증, 공황장애[우발적 발작성 불안], 외상후 스트레스 장애, 강박장애, 범불안 장애, 건강염려증, 식사장애 포함), 수면장애(비기질성 및 기질성 불면증, 야경증(夜痙症) 포함), 특정 인격 장애, 습관 및 충동 장애, 자폐증, 과다활동성 주의력결핍 장애, 틱장애, 비기질성 유뇨증, 유분증 등	(적응증) 알콜사용에 의한 정신 및 행동 장애, 게임중독 및 인터넷 과몰입(여러 약물 사용 및 기타 정신활성물질탐닉), 조현병, 조현병 스펙트럼 장애, 기분[정동]장애(불안장애, 사회공포증, 공황장애[우발적 발작성 불안], 외상후 스트레스 장애, 강박장애, 범불안 장애, 건강염려증, 식사장애 포함), 수면장애(비기질성 및 기질성 불면증, 야경증(夜痙症) 포함), 특정 인격 장애, 습관 및 충동 장애, 자폐증, 과다활동성 주의력결핍 장애, 틱장애, 비기질성 유뇨증, 유분증 등
실시 방법	1. 주인공(protagonist) : 자발적인 표현능력을 가진 환자, 자신의 갈등이나 문제를 상황으로 선택	1. 정신건강의학과 의사가 환자의 진단 및 인지구조와 행동반응에 대한 평가를 시행한다.	1. 정신건강의학과 의사와 협동치료자 및 환자 8명 내외가 집단원을 구성한다.

구분	비교기술		
기술명	정신치료극	인지행동치료 개인	인지행동치료 집단
	2. 다른 등장인물 : 갈등이나 문제 상황의 상대역 및 관련 인물, 보조자아 역할 (2-5인 등장)(주인공 외의 환자가 배역을 맡을 수도 있고, 보조 치료자가 배역을 맡을 수도 있음) 3. 관객 : 다른 환자들은 관객으로 참여하여 자신의 생각이나 감정을 표현하도록 격려받음 4. 감독 : 환자들이 자발적으로 참여하여 자연스럽게 자신을 표현하도록 격려하는 촉매자로 전체 연극의 방향을 이끌어가는 연출자. (정신과 의사가 담당) 5. 연극이 끝나고 나면 주인공, 등장인물, 관객 등이 감독을 포함한 치료진과 함께 토론으로 마무리	2. 구체적인 인지구조와 행동, 반응에 대하여 현실적으로 성취 가능한 목표를 설정한다. 3. 치료사이 기간에 환자가 실행할 수 있는 과제를 부여한다. 4. 증상 및 인지구조, 행동, 반응에 대하여 주기적으로 평가한다. 5. 치료자는 환자와 적절한 치료동맹을 유지하면서 환자가 자기관찰을 통해 문제점을 변화시켜가도록 돕는다.	2. 집단치료에 참여하는 개별 환자의 진단 및 인지구조와 행동반응에 대하여 초기평가를 시행한다. 3. 구체적인 인지구조와 행동, 반응에 대하여 현실적으로 성취 가능한 목표를 설정한다. 4. 치료사이 기간에 환자집단에서 개인별로 실행할 수 있는 과제를 부여한다. 5. 치료팀은 집단인지행동치료 실천과제 수행여부에 대한 개인별 평가를 시행한다. 6. 증상 및 인지구조, 행동, 반응에 대하여 주기적으로 평가한다. 7. 치료자는 환자집단과 적절한 치료동맹을 유지하면서 집단 상호작용 속에서 환자가 서로간의 특징을 관찰해 치료진과 함께 의견을 교환하면서 개개인이 자기관찰을 통해 문제점을 객관화할 수 있는 태도를 유지해가면서 변화해 나가도록 돕는다.
주사항	1. 정신의학적 평가하에 환자가 집단을 형성하여 치료자 및 집단 간 대인관계 상호작용을 통해 증상해소, 경감, 성격변화 등을 목적으로 시행한 경우에 산정한다. 2. 가, 나, 다 각각 주 2회 이내만 산정한다.	1. 30분 이상 치료를 시행한 경우 산정한다. 2. 신경과 전문의 지도하에 신경과 3년차 이상 전공의가 실시한 경우에도 산정할 수 있다.	1. 8명 이내 집단을 대상으로 치료를 시행한 경우에 산정한다. 2. 신경과 전문의 지도하에 신경과 전공의 또는 정신건강전문요원이 실시한 경우에도 산정할 수 있다.
보험 분류번호	아2다	아6가	아6나
보험 EDI코드	NN023	NN061	NN062
급여 여부	급여	선별급여(80%)	선별급여(80%)

출처: 건강보험심사평가원 홈페이지〈의료기준관리〈행위평가신청〈고시항목 조회, 검색일: 2025년 9월

1.2.2 국내 의료기술 이용 현황

정신분석적 정신치료는 비급여 기술로 사용되고 있어 이용현황은 확인할 수 없었다. 국민건강보험 비급여 정보포털에 따르면, 수가정보는 전국 중앙가격 130,000원, 평균가격 136,595원, 최저가격 5,000원, 최고가격 500,000원으로 확인되었다. 주요 적용 질환 상위 5개는 기타, 건강 상태 및 보건서비스 접촉에 영향을 주는 요인, 정신 및 행동장애, 신경계통의 질환, 달리 분류되지 않은 증상·징후와 임상 및 검사의 이상소견이었다. 비교기술의 이용현황은 〈표 1.3〉에 제시하였다.

표 1.3 비교기술의 이용현황

구분	2020	2021	2022	2023	2024
개인정신치료 I (10분이하)(NN001)					
환자수(명)	1,585,948	1,753,086	1,920,210	2,059,472	2,184,998
총사용량(회)	13,742,065	14,957,258	15,727,042	16,747,906	17,552,063
진료금액(천원)	192,243,945	213,493,439	230,121,347	250,146,908	267,818,410
개인정신치료II (10분 초과 20분 이하)(NN002)					
환자수(명)	1,161,115	1,303,848	1,406,384	1,516,728	1,593,790
총사용량(회)	5,949,584	6,345,874	6,369,160	6,852,909	7,124,516
진료금액(천원)	166,775,117	181,788,696	187,303,828	205,829,158	218,404,719
개인정신치료III (20분 초과 30분 이하)(NN003)					
환자수(명)	531,023	601,967	662,536	721,183	747,457
총사용량(회)	1,544,166	1,676,893	1,748,711	1,888,263	1,902,810
진료금액(천원)	71,095,230	78,999,214	84,741,043	93,436,078	96,044,906
개인정신치료IV (30분 초과 40분 이하)(NN004)					
환자수(명)	209,364	239,984	270,342	295,558	298,986
총사용량(회)	449,521	494,304	514,623	565,073	543,176
진료금액(천원)	29,585,913	33,246,989	35,556,313	39,845,693	39,077,398
개인정신치료V (40분 초과)(NN005)					
환자수(명)	140,130	164,767	195,826	213,292	223,749
총사용량(회)	327,487	370,716	414,741	451,722	461,477
진료금액(천원)	28,691,295	33,173,096	38,115,170	42,345,422	44,072,803
집단정신치료-지지표현적 집단정신치료(NN021)					
환자수(명)	45,296	42,848	41,841	45,554	45,190
총사용량(회)	1,204,774	1,125,410	961,994	1,033,481	1,059,014
진료금액(천원)	11,880,237	11,259,589	9,764,297	10,654,878	11,161,616
집단정신치료-역동상호작용적 집단정신치료(NN022)					
환자수(명)	14,008	12,536	11,642	13,145	12,665
총사용량(회)	211,371	191,091	160,313	174,193	174,865
진료금액(천원)	3.116,322	2,865,394	2,449,017	2,707,964	2,775,021
집단치료-정신치료극(NN023)					
환자수(명)	7,282	6,918	7,461	9,856	11,837
총사용량(회)	90,038	87,549	95,163	124,949	156,786
진료금액(천원)	1,773,490	1,749,071	1,930,820	2,573,318	3,301,683
인지행동치료-개인(NN061)					
환자수(명)	1,990	1,946	1,835	2,163	2,095
총사용량(회)	5,114	5,336	4,636	5,472	4,474
진료금액(천원)	233,830	247,825	220,796	265,828	223,910

구분	2020	2021	2022	2023	2024
인지행동치료-그룹(NN062)					
환자수(명)	4,229	4,087	3,833	4,594	4,414
총사용량(회)	33,221	29,416	23,312	26,411	23,509
진료금액(천원)	437,035	391,427	315,121	362,930	330,421

출처: 보건의료빅데이터개방시스템_진료행위통계 (검색일: 2025.09.15.)

표 1.4 유사기술의 수가정보

코드	명칭	상대가치점수	진료비용(원)	
			의원	병원
NN001	개인정신치료 Ⅰ	167.35	15,750	13,760
NN002	개인정신치료 Ⅱ	334.44	31,470	27,490
NN003	개인정신치료 Ⅲ	546.69	51,440	44,940
NN004	개인정신치료 Ⅳ	776.86	73,100	63,860
NN005	개인정신치료 Ⅴ	1030.2	96,940	84,680
NN021	집단정신치료-지지표현적 집단정신치료	122.94	11,570	10,110
NN022	집단정신치료-역동상호작용적 집단정신치료	184.35	17,350	15,150
NN023	집단치료-정신치료극	245.87	23,140	20,210
NN061	인지행동치료-개인	543,82	51,170	44,700
NN062	인지행동치료-집단	163.15	15,350	13,410

출처: 건강보험심사평가원 홈페이지 수가정보(검색일: 2025.9.15.)

보건의료빅데이터개방시스템에서 'F3, F4'로 검색한 관련 주요 질병의 최근 3년 연도별 환자 수 및 요양급여비용 총액을 확인한 결과, 우울에피소드(F32)와 양극성 정동장애(F31)는 환자 수와 요양급여비용 총액이 증가하는 경향을 보였다. 반면, 지속성 기분장애(F34)와 특정 인격장애(F60)는 환자 수가 감소하는 경향을 보였으며, 특정 인격장애(F60)는 요양급여비용 총액도 함께 감소하였다. 조증에피소드(F30)와 공포성 불안장애(F40)는 환자 수와 요양급여비용 총액이 연도별로 큰 변동 없이 유사한 수준을 보였다.

표 1.5 관련 환자의 연도별 환자 수 및 요양급여비용 총액

구분		2022년	2023년	2024년
조증에피소드(F30)	환자수, 명	2,830	3,172	2,914
	요양급여비용 총액, 천원	2,114,564	2,286,797	2,232,880
양극성 정동장애(F31)	환자수, 명	129,663	138,068	140,546
	요양급여비용 총액, 천원	135,488,317	152,733,323	155,937,827
우울에피소드(F32)	환자수, 명	931,292	977,760	1,038,888
	요양급여비용 총액, 천원	483,959,715	551,445,458	617,097,512
지속성 기분[정동]장애(F34)	환자수, 명	90,067	88,983	88,252
	요양급여비용 총액, 천원	41,230,809	48,579,258	47,310,467
공포성 불안장애(F40)	환자수, 명	62,345	65,452	63,555
	요양급여비용 총액, 천원	20,136,904	22,950,266	22,913,247
특정 인격장애(F60)	환자수, 명	4,546	4,400	4,048
	요양급여비용 총액, 천원	4,193,910	4,088,919	3,943,433

출처: 보건의료빅데이터개방시스템 홈페이지(검색일: 2025.9.15.)

1.2.3 국외 보험 및 등재 현황

동 기술과 관련된 미국 행위분류 코드(current procedural terminology, CPT)로 '90845'에서 psychoanalysis가 확인되었으며, 일본 진료보수점수표에서 관련 행위는 확인되지 않았다.

표 1.6 국외 보험 및 행위 등재 현황

국가	분류	내용
미국	CPT*	90845 Psychoanalysis
일본	진료보수점수표†	해당없음

*CPT 2025 Professional edition
†일본 후생노동성 홈페이지, 2024년판

1.3 질병 특성 및 현존하는 의료기술

경계성 성격장애(borderline personality disorder)

'경계성'이라는 용어는 과거 정신질환을 신경증과 정신증으로 구분하던 시기에 형성되었다. 당시 일부 환자들이 두 범주 어느 한쪽으로 명확히 분류되지 않고 양쪽의 특징을 모두 보이는 것으로 관찰되면서, 두 진단 영역의 중간 지점에 위치한 상태라는 의미에서 해당 명칭이 사용되었다. 초기에는 조현병과 유사한 정신증적 스펙트럼의 변형으로 이해되기도 했으며, 이후에는 비전형적 기분장애 등 신경증적 범주 안에서 해석되기도 했다. 그러나 이후의 임상 연구와 경험적 검증을 통해 하나의 독립적인 진단 체계로서 정립되었고, 현재는 성격장애의 한 유형으로 분류된다(보건복지부 국가정신건강정보포털 홈페이지). 경계성 성격장애는 정서와 대인관계, 자아정체감이 매우 불안정하게 나타나는 성격장애이다. 감정 기복이 심하고 충동 조절이 어려우며, 만성적인 공허감과 우울감, 반복적인 자해 행동이나 자살 사고가 특징적으로 동반된다. 타인과의 관계에서는 이상화와 평가절하를 오가는 극단적인 양가감정을 보이며, 사고방식 또한 흑백논리처럼 이분법적으로 나타나는 경우가 많다. 일시적인 현실 왜곡이나 지각 이상이 동반될 수 있어 조현병이나 양극성장애 등 다른 정신질환과 감별이 필요한 경우도 있다. 과거에는 치료가 어렵다는 인식이 강했으나, 최근에는 사회인지 기능과 관련된 신경생물학적 연구가 축적되면서 병태생리에 대한 이해가 확장되고 있다. 이에 따라 보다 체계화된 치료 접근이 발전하고 있으며 임상적 편견도 점차 감소하는 추세이다(대한신경정신의학회, 2019).

미국에서의 역학연구 결과에서는 경계성 성격장애의 유병률은 일반인구의 0.5%에서 5.9%까지 다양하게 보고되고 있으며, 유병률의 중앙값은 1.35%로 보고되었다. 경계성 성격장애는 정신과 환자집단에서 가장 높은 유병률을 보이는 성격장애로 알려져 있으며, 외래환자에서는 약 10%, 입원환자에서는 약 20% 내외의 유병률이 보고되었다. 또한 남성보다 여성에서 더 흔하게 관찰되며, 주요우울장애, 알코올 사용장애, 약물 사용장애 등은 경계성 성격장애 환자의 직계가족에서 높은 유병률을 보이는 것으로 알려져 있다(대한신경정신의학회, 2019).

주요우울장애

주요우울장애는 우울장애 중 가장 전형적인 형태로, 일정 기간 지속되는 심한 기분 저하가 핵심 특징이다. 일반적으로 최소 2주 이상 거의 매일 우울한 기분이 지속되거나 즐거움과 관심이 현저히 감소하며, 이와 함께 식욕이나 체중의 변화, 수면 문제, 피로감, 무가치감, 집중력 저하, 자살 사고 등이 복합적으로 나타날 때 진단을 고려한다. 이러한 우울 삽화는 한 번 발생하고 끝나기도 하지만, 생애 동안 반복되는 양상을 보이기도 한다. 역학적으로 보면 주요우울장애는 비교적 흔한 정신질환으로 분류된다. 서구권에서는 남성의 약 5~10%, 여성의 약 10~25%가 일생에 한 번 이상 경험하는 것으로 보고되며, 국내의 경우 평생 유병률은 대략 3~5% 수준으로 추정된다(보건복지부 국가정신건강정보포털 홈페이지).

조증 또는 경조증 삽화 없이 우울 삽화가 반복되거나 단독으로 발생하는 경우를 주요우울장애라 한다. 이 질환은 생물학적, 심리적, 사회적 요인이 복합적으로 작용하며, 증상의 강도와 양상은 개인과 시기에 따라 달라질 수 있다(대한신경정신의학회, 2019).

지지적 정신치료(supportive psychotherapy)

지지적 정신치료는 임상에서 매우 널리 활용되는 접근으로, 성격 구조의 변화보다는 현재의 증상 완화와 기능 유지에 초점을 둔다. 자아 기능을 보강하고 자존감을 회복하도록 돕는 것이 주요 목표이다. 적응증으로는 현실검증력 저하, 미성숙한 방어기제, 심각한 대인관계 손상, 감정 및 충동 조절의 어려움, 압도적 불안 등이 있다. 또한 비교적 건강한 개인이 외상적 사건을 경험한 경우에도 적용될 수 있다(대한신경정신의학회, 2019).

인지행동치료

인지행동치료는 개인의 사고방식이 감정과 행동을 결정한다는 이론에 근거한다. 왜곡된 인지와 비합리적 신념을 수정함으로써 정서적 고통을 줄이고 행동 변화를 유도한다. 행동치료 요소는 학습이론(고전적 조건화, 조작적 조건화 등)에 기반하여 부적응 행동을 수정한다(대한신경정신의학회, 2019).

집단정신치료

집단치료는 구성원 상호 간의 상호작용을 치료 자원으로 활용하는 방법이다. 타인의 피드백을 즉각적으로 받을 수 있고, 대인관계 패턴을 실제 상황 속에서 관찰할 수 있다는 장점이 있다. 표현적, 분석적, 지지적, 행동적 집단 등 다양한 형태가 존재한다(대한신경정신의학회, 2019).

가족치료

가족치료는 개인을 독립적 존재가 아닌 가족체계의 일부로 이해한다. 가족 전체를 치료 단위로 보고 상호작용의 균형과 역동을 조정하는 것이 목표이다. 특히 아동·청소년 문제행동이나 부부 갈등 상황에서

효과적으로 활용된다(대한신경정신의학회, 2019).

2. 평가목적

본 평가는 정신분석적 정신치료와 관련된 문헌을 검토하고, 그 결과를 바탕으로 전문가 논의를 거쳐 임상 현장에서의 활용에 참고가 될 수 있는 정보를 제공하고자 수행하였다.

II 평가방법

1. 신속검토

본 평가는 정신분석적 정신치료에 대하여 신속검토 방법으로 수행하였다. 평가방법은 평가목적을 고려하여 소위원회의 논의를 거쳐 확정하였으며, 관련 문헌을 체계적으로 검색·검토하고 그 결과에 대한 전문가 논의를 통해 임상 현장에서의 활용에 참고할 수 있는 정보를 제시하고자 하였다.

1.1 개요

본 평가는 '정신분석적 정신치료'를 대상으로 신속검토를 시행하였다. 검토 범위는 교과서, 임상진료지침, 선행 의료기술평가, 체계적 문헌고찰 등의 이차연구, 종설 등으로 관련 근거를 정리하였다.

표 2.1 평가범위

대상 환자	성격적 어려움을 가진 사람
중재시술	정신분석적 정신치료
연구 유형	교과서, 가이드라인, 체계적 문헌고찰, 종설 등

1.2 연구검색

국외 문헌 검색은 Ovid-MEDLINE, APA PsycInfo, EBM Reviews-Cochrane Central Register of Controlled Trials를 이용하였고, 정신분석 관련 학회 및 전문 데이터베이스(International Psychoanalytical Association, American Psychoanalytic Association, European Psychoanalytical Federation, 한국정신분석학회, Psychoanalytic Electronic Publishing)를 추가로 확인하였다. 국내 문헌 검색은 KoreaMed를 이용하였으며, 국내외 관련 교과서 및 전문서적도 함께 검토하였다. 검색어는 'psychoanalytic psychotherapy', '정신분석' 등을 활용하였고, 검색 결과는 최근 10년 이내의 연구를 중심으로 정리하였다. 다만, 평가대상 기술의 개념과 임상적 위치를 파악하기 위하여 필요한 경우 교과서, 가이드라인 및 주요 참고문헌은 발간 시점과 관계없이 함께 검토하였다.

표 2.2 국내/외 전자 데이터베이스

국외 연구 검색원	URL 주소
Ovid MEDLINE(R) In-Process & Other Non-Indexed Citations and Ovid MEDLINE(R)	http://ovidsp.tx.ovid.com
APA PsycInfo	http://ovidsp.tx.ovid.com
EBM Reviews – Cochrane Central Register of Controlled Trials	http://ovidsp.tx.ovid.com
정신분석학회 관련 사이트	
International Psychoanalytical Association	http://www.ipa.world
American Psychoanalytic Association	http://www.apsa.org/
European Psychoanalytical Federation	http://www.epf-fep.eu/
Psychoanalysis	http://www.jkapa.org
Psychoanalytic electronic publishing	http://www.pep-web.org/
국내 연구 검색원	
KoreaMed	http://www.koreamed.org/

표 2.3 국내/외 관련 교과서

제목	서지정보
최신정신의학 Modern Psychiatry 제7판	민성길, 김찬형. 최신정신의학(Modern Psychiatry). 제7판. 서울: 일조각; 2023.
신경정신의학 3rd Edition	신경정신의학 3rd Edition. 대한신경정신의학회편. 서울: (주)아이엠이즈컴퍼니; 2019.

1.3 자료정리 및 제시

검색 및 검토를 통해 확인된 문헌은 문헌 유형별로 분류한 후, 정신분석적 정신치료의 개념과 특성, 관련 권고 현황, 연구 현황 및 연구의 제한점의 측면에서 정리하였다. 또한 문헌 검토 결과에 대해서는 소위원회 전문가의 검토와 논의를 거쳐 제시하였다.

III 평가결과

1. 평가결과

1.1 개요

정신분석적 정신치료에 대한 신속검토 결과는 교과서, 가이드라인, 선행 의료기술평가, 연구 현황, 연구의 제한점으로 구분하여 제시하였다. 검토에 포함된 문헌은 교과서 2편, 가이드라인 11편, 선행 의료기술평가 5편, 이차연구(체계적 문헌고찰, 메타분석 등) 10편, 기타 문헌(종설 등) 3편으로, 전체 목록은 〈표 3.1〉에 제시하였다.

표 3.1 검토문헌 목록

연번	서지정보
교과서	
1	민성길, 김찬형. 최신정신의학(Modern Psychiatry). 제7판. 서울: 일조각; 2023.
2	대한신경정신의학회. 신경정신의학 3rd Edition. 서울:㈜아이엠이즈컴퍼니; 2019.
가이드라인	
3	American Psychological Association. Clinical practice guideline for the treatment of depression across three age cohorts. 2019.
4	Andrews G, Bell C, Boyce P, Gale C, Lampe L, Marwat O, Rapee R, Wilkins G. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of panic disorder, social anxiety disorder and generalised anxiety disorder. Aust N Z J Psychiatry. 2018;52(12):1109-1172.
5	Jobst, A., Brakemeier, E. L., Buchheim, A., Caspar, F., Cuijpers, P., Ebmeier, K. P, et al. European Psychiatric Association Guidance on psychotherapy in chronic depression across Europe. European Psychiatry. 2016;33(1):18-36.
6	Gelenberg AJ, Freeman MP, Markowitz JC, Rosenbaum JF, Thase ME, Trivedi MH, Van Rhoads RS. Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder. 3rd ed. Arlington (VA): American Psychiatric Association; 2010.
7	Benedek DM, Friedman MJ, Zatzick D, Ursano RJ. Guideline watch (March 2009): practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. Arlington (VA): American Psychiatric Association; 2009.
8	Stein MB, Goin MK, Pollack MH, Roy-Byrne P, Sareen J, Simon NM, Campbell-Sills L. Practice guideline for the treatment of patients with panic disorder. 2nd ed. Arlington (VA): American Psychiatric Association; 2009.

연번	서지정보
9	Koran LM, Hanna GL, Hollander E, Nestadt G, Simpson HB. Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. Arlington (VA): American Psychiatric Association; 2007.
10	Kleber HD, Weiss RD, Anton RF Jr, George TP, Greenfield SF, Kosten TR, O'Brien CP, Rounsaville BJ, Strain EC, Ziedonis DM, Hennessy G, Connery HS. Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders. 2nd ed. Arlington (VA): American Psychiatric Association; 2006
11	American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder.2004.
12	Jacobs DG, Baldessarini RJ, Conwell Y, Fawcett JA, Horton L, Meltzer H, Pfeffer CR, Simon RI. Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. Arlington (VA): American Psychiatric Association; 2003.
13	Hirschfeld RMA, Bowden CL, Gitlin MJ, Keck PE, Suppes T, Thase ME, Wagner KD, Perlis RH. Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder. 2nd ed. Arlington (VA): American Psychiatric Association; 2002.
선행 의료기술평가	
14	National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Depression in adults: Treatment and management. NICE; 2022.
15	National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Depression in children and young people: identification and management. London: NICE; 2019. (NICE guideline NG134).
16	National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Child abuse and neglect. NICE guideline [NG76]. NICE; 2017.
17	National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Eating disorders: recognition and treatment. NICE; 2017. (NICE guideline NG69).
18	National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Social anxiety disorder: recognition, assessment and treatment. NICE; 2013. (Clinical guideline CG159).
이차 연구(체계적 문헌고찰, 메타분석 등)	
19	Seiler N, Rosella S, Ziegeler B, Newham B. Psychodynamic and psychoanalytic psychotherapy in the older population: a systematic review. J Contemp Psychother. 2025;55:229-37.
20	Fiori G, Westlake M, Chokhani R, Javed M, Norcop H, Midgley N. Children and young people's experience of psychoanalytic psychotherapy: a qualitative meta-synthesis. J Child Psychother. 2024;50(2):278-305.
21	Stefana A, D'Imperio D, Dakanalis A, Vieta E, Fusar-Poli P, Youngstrom E. Probing the impact of psychoanalytic therapy for bipolar disorders: A scoping review. Int Forum Psychoanal. 2024;33(1):51-62.
22	Trotta A, A, Gerber AJ, Rost F, Robertson S, Shmueli A, Perelberg RJ. The efficacy of psychodynamic psychotherapy for young adults: a systematic review and meta-analysis. Front Psychol. 2024;15:1366032.
23	Leichsenring F, Abbas A, Heim N, Keefe JR, Kisely S, Luyten P, Rabung S, Steiner C. The status of psychodynamic psychotherapy as an empirically supported treatment for common mental disorders – an umbrella review based on updated criteria. Psychol Med. 2023;53(15):6903-6916.
24	McPherson S, Senra H. Psychological treatments for persistent depression: a systematic review and meta-analysis of quality of life and functioning outcomes. Psychotherapy. 2022;59(3):447-459.
25	Woll CFI, Schönbrodt FD. A series of meta-analytic tests of the efficacy of long-term psychoanalytic psychotherapy. European Psychologist. 2020;25(1):51-72.

연번	서지정보
26	Briggs S, Netuveli G, Gould N, Gkaravella A, Gluckman NS, Kangooyere P, et al. The effectiveness of psychoanalytic/psychodynamic psychotherapy for reducing suicide attempts and self-harm: systematic review and meta-analysis. Br J Psychiatry. 2019;214(6):320-8.
27	Parker B, Turner W. Psychoanalytic/psychodynamic psychotherapy for children and adolescents who have been sexually abused: a systematic review. Campbell Syst Rev. 2013;13:1-58.
28	de Maat S, de Jonghe F, Schoevers RA, Dekker JJM. The effectiveness of long-term psychoanalytic therapy: A systematic review of empirical studies. Harv Rev Psychiatry. 2009;17(1):1-23.
기타 문헌 (종설 등)	
29	Sharma NP, Spiro PM. Psychoanalytic therapy. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan 1.
30	Bandelow B, Allgulander C, Baldwin DS, Lucas da Conceição Costa D, Denys D, Dilbaz N, Domschke K, Eriksson E, Fineberg NA, Hättenschwiler J, Hollander E, Kajio H, Karaeva T, Kasper S, Katzman MA, Kim YK, Inoue T, Lim L, Masdrakis V, Menchón JM, Miguel EC, Möller HJ, Nardi AE, Pallanti S, Perna G, Rujescu D, Starcevic V, Stein DJ, Tsai SJ, van Ameringen M, Vasilescu A, Wang Z, Zohar J. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for treatment of anxiety, obsessive-compulsive and posttraumatic stress disorders - Version 3. Part I: Anxiety disorders. World J Biol Psychiatry. 2023;24(2):79-117.
31	김혜금, 천은진, 구본훈. 정신분석적 정신치료의 효과는 검증될 수 있는가?: 정신분석 및 정신분석적 정신치료의 효과. Psychoanalysis. 2016;27(3):81-91.

1.2 검토 결과

1.2.1 교과서

최신정신의학(2023)에서는 정신분석적 정신치료를 정신사회적 치료의 하위 범주인 정신역동적 정신치료의 한 유형으로 제시하고 있었으며, 신경정신의학(2019)에서는 정신사회적 치료 내의 치료 방법 중 하나로 설명하고 있었다. 두 교과서 모두 정신분석적 정신치료가 정신분석 이론에 기반한다는 점을 공통적으로 제시하고 있었고, 전통적 정신분석이 무의식적 갈등을 보다 심층적으로 탐색하고 과거 경험 및 성격구조의 근본적 변화를 지향하는 데 비해, 정신분석적 정신치료는 현재의 갈등과 현실 문제에 보다 초점을 두며, 치료 목표 역시 성격 및 방어기제의 부분적 변화와 적응적 기능 향상에 두는 것으로 제시하였다. 또한 치료 설정 측면에서도 전통적 정신분석의 장기간·고빈도 치료 및 couch 사용과 달리, 상대적으로 낮은 빈도로 시행되고 couch를 사용하지 않는 보다 완화된 형태의 치료로 설명하고 있었다.

표 3.2 정신분석적 정신치료의 교과서 분류

구분	최신정식의학 제7판(민성길&김찬형, 2023)	신경정신의학 제3판(대한정신의학회편, 2019)
내용	34. 정신사회적 치료 Ⅱ. 정신역동적 정신치료 1. 정신분석 2. 정신분석적 정신치료 표현형 정신치료	Chapter 30. 정신사회적 치료 - 정신분석 - 정신분석적 정신치료 - 지지적 정신치료 - 단기 정신치료

구분	최신정식의학 제7판(민성길&김찬형, 2023)	신경정신의학 제3판(대한정신의학회편, 2019)
	지지적 정신치료	- 인지행동치료
	3. 단기 정신역동적 치료	- 집단정신치료
	4. 대인관계치료	- 가족치료
	5. 정신화 기법	- 기타 정신사회적 치료

표 3.3 교과서

최신정신의학(Modern Psychiatry) 제7판(민성길 & 김찬형, 일조각)		
정의	정신분석 이론 기반이나 전통적 정신분석에 비해 무의식 갈등을 덜 철저하게 다루며, 현재 문제(here and now)를 더 비중 있게 다룸	
하위유형	표현형 정신치료와 지지적 정신치료	
정신분석과 비교	정신분석	정신분석적 정신치료
초점	소아적 갈등/무의식 중심	현재 갈등 중심
치료목표	심층 갈등의 근본적 해결	성격·방어기제의 부분적 변화 중심
치료 설정	주 3~5회, couch 사용, 주 3~5회 3년 이상	couch 없음, 치료자·환자 마주보고 진행
신경정신의학 3rd Edition(대한신경정신의학회, 아이엠이즈컴퍼니)		
기본 개념	정신분석 이론을 기반으로 하며 실제 치료에서도 정신분석과 유사한 점이 많음 일반적으로 자유연상을 규칙으로 사용하지 않는 것으로 알려져 있으나, 일부에서는 치료규칙의 근간으로 활용 가능함	
공통 요소	정신분석 및 정신분석적 정신치료 모두 전이·저항을 다루는 것을 핵심으로 함	
대상 환자	보다 심한 정신병리를 가진 환자를 대상으로 하며, 유아기 갈등보다 현재 대인관계 문제를 상대적으로 더 다룸	
치료 설정	주당 2~4회 시행하며, 전통적 정신분석에서 사용하는 couch를 사용하지 않음	
정신분석과 비교	정신분석	정신분석적 정신치료
문제 초점	과거 경험과 문제에 더 비중	현재 문제 해석 중심
역동 해석 방식	전이 중심으로 관계를 해석	보다 원초적 방어기제(예: splitting)를 일상 관계 맥락에서 해석
치료적 태도(중립성)	중립성과 분석 상황을 강조	행동화(acting out), 한계설정(limit setting) 과정에서 중립성 파괴를 다루는 과정 자체가 치료 핵심
치료 목표	중요한 갈등의 완전한 해결	방어기제와 성격의 부분적 변형

1.2.2 가이드라인

여러 임상진료지침(American Psychiatric Association, European Psychiatric Association, Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists 등)에서는 정신분석적 정신치료 또는 정신역동적 정신치료를 우울장애, 불안장애, 공황장애, 강박장애, 외상 및 스트레스 관련 장애, 물질사용장애 등 다양한 정신질환에서 활용 가능한 치료적 접근으로 제시하고 있었다. 다만 권고 수준과 근거 수준은 질환별로 차이가 있었으며, 대체로 제한적이거나 중등도 수준의 근거를 바탕으로 일부 환자에서 선택적으로 고려할 수 있는 치료 옵션으로 언급되고 있었다. 주요 내용은 〈표 3.4〉에 제시하였다.

표 3.4 가이드라인

학회명(연도)	대상	권고내용	권고강도/근거수준
American Psychology Association (2019)	소아 우울증	초기 치료에서 권고하기에 근거 부족	권고를 위한 근거 불충분
	청소년 우울증	권고/비권고 판단할 근거 부족	권고를 위한 근거 불충분
	성인 우울증	초기 항우울제 부분반응/비반응 시 항우울제 치료에 병합 조건부 권고	사용을 위한 조건부 권고
APA(2010)	주요우울장애	초기 치료 옵션 중 하나로 사용 가능	II
EPA(2016)	만성 우울증	효과 가능성 있으나 연구 부족함. 3차 치료로 권장	근거수준 III-IV/ 권고등급 D
RANZCP (2018)	범불안장애	단기 및 인터넷 기반 정신역동치료가 효과	II
APA(2009)	공황장애	PFPP(공황-초점 정신역동치료) 초기 치료 가능 제한된 근거이나 단기 개입(12주)으로 효과 있음	II
		광범위하게 정서·대인관계 문제를 다루는 **정신역동적** 치료 공식 연구 부족, 일부 사례에서 유용	III
APA(2007)	강박장애	권장 치료 수용에 저항하는 심리적 이유(예: 최적 적응, 이차적 이득 등)를 진단해 변화에 도움	III
		강박장애 증상의 대인관계적 결과에 도움	II
APA(2004)	ASD/PTSD	ASD와 PTSD의 특성, 중증도, 증상 또는 치료와 관련된 발달적, 대인관계적, 혹은 개인 내적 문제를 다루는 데 유용할 수 있으며, 이러한 문제들은 사회적, 직업적, 그리고 대인관계적 기능에 특히 중요	II
APA Guideline Watch(2009)	PTSD	핵심 증상 완화에 유효	전문가 합의
APA(2003)	자살행동	경계성 성격장애 환자의 자살 행동 치료에 적합한 치료 중 하나로 자살 시도 등 자기손상 행동 감소와 연관	II
APA(2006)	알코올 사용장애	알코올 사용장애 환자에게 효과가 입증된 정신사회적 치료 중 하나로 제시	III
	오피오이드 사용장애	정신사회적 치료 옵션 중 하나로 일부 환자에서 효과 있음	III
APA(2002)	양극성장애	양극성 우울삽화에서 약물과 병행하여 사용	III

APA, American Psychiatric Association; ASD, Acute Stress Disorder; EPA, European Psychiatric Association; PFPP, Panic-Focused Psychodynamic Psychotherapy; PTSD, Post-Traumatic Stress Disorder; RANZCP, Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists

APA(American Psychiatric Association) 분류 체계 (Coding System): 각 권고사항은 진술문 뒤에 대괄호로 표시된 로마 숫자로 구분되는 세 가지 등급으로 분류되며 해당 권고에 대한 임상적 신뢰 수준을 반영함

[I] 상당한 임상적 신뢰를 바탕으로 권장됨

[II] 중등도의 임상적 신뢰를 바탕으로 권장됨

[III] 개인별 상황에 따라 권장될 수 있음

1.2.3 선행 의료기술평가

NICE(National Institute for Health and Care Excellence)에서는 정신분석적/정신역동적 정신치료를 우울증, 아동 학대 및 방임, 섭식장애, 사회불안장애 등에서 일부 환자군을 대상으로 고려할 수 있는 치료 옵션으로 제시하고 있었다. 구체적으로는 우울증에서 관계적·정서적 어려움이 증상에 영향을 미치는 경우, 아동·청소년 우울증에서 발달수준이나 기존 치료 반응을 고려한 경우, 성적 학대 경험이 있는 아동, 다른 표준치료가 부적합하거나 효과가 없는 섭식장애 환자, 그리고 인지행동치료나 약물치료를 원하지 않는 사회불안장애 환자 등에서 선택적으로 적용할 수 있는 치료로 언급하고 있었다. 주요 내용은 〈표 3.5〉와 같다.

표 3.5 선행 의료기술평가(NICE 가이드라인)

연도	대상	권고내용
2022	성인 우울증	less severe depression • 단기 정신역동적 정신치료가 관계적·정서적 발달 어려움에 기여하는 우울증에서 유용 • 자신의 감정에 초점을 맞추거나 가까운 관계(가족·친밀한 사람들)에 대해 이야기할 준비가 안 된 사람에게는 덜 적합할 수 있음 • 집단 환경에서 자신의 우울에 대해 이야기하는 것을 선호하지 않는 사람에게 적합 • 가까운 관계에서의 고통스러운 경험을 다루는 과정은 초기에 정서적으로 힘들 수 있음 • 약물치료의 잠재적 부작용을 피할 수 있음
		more severe depression • 대인관계와 정서 발달상의 어려움이 우울증에 영향을 주는 사람에게 특히 유용 • 자신의 감정에 초점을 맞추는 것이 어렵거나, 가까운 관계(예: 가족, 연인)에 대해 이야기할 준비가 안 된 사람에게는 덜 적합할 수 있음 • 집단에서 우울감에 대해 이야기하는 것을 선호하지 않는 사람에게 적합할 수 있음 • 가족·친밀한 관계에서의 고통스러운 경험을 다루는 과정이 초기에 정서적으로 힘들 수 있음 • 약물의 잠재적인 부작용을 피할 수 있음
2019	아동·청소년 우울증	5~11세 아동의 중등도에서 중증 우울증: 발달수준에 맞게 조정하여 정신역동적 정신치료를 치료 옵션으로 고려
		12~18세 청소년에서 중등도에서 중증 우울증: 개별 CBT가 적합하지 않거나 반응이 부족한 경우 정신역동적 치료를 치료 옵션으로 고려
2017	아동 학대 및 방임	6세에서 14세 사이의 성적 학대 여아: 개인 중심 정신분석적 치료(최대 30회)를 치료 선택지로 고려
2017	섭식장애	성인 신경성 식욕부진: CBT-ED, MANTRA, SSCM이 부적합하거나 효과 없을 때 섭식장애에 초점을 둔 국소적 정신역동치료(FPT) 고려
2013	사회불안장애	성인 사회불안장애 초기치료: CBT·약물치료를 거부하는 경우 사회불안장애 치료를 위해 특별히 개발된 단기 심리역동적 심리치료 고려. 다만 효과 및 비용효과성은 CBT, 자기관리(self-help), 그리고 약물치료보다 제한적임 사회불안장애에 대한 단기 심리역동적 심리치료는 일반적으로 6~8개월 동안 회기당 50분, 총 25~30회 정도로 구성되어야 하며, 다음과 같은 요소들을 포함한다: • 사회불안장애에 대한 교육 • 불안정한 애착을 수정하기 위한 안정적이고 긍정적인 치료적 동맹 형성 • 사회불안 증상과 관련된 핵심적 관계갈등 주제(core conflictual relationship theme)

연도	대상	권고내용
		에 대한 초점 • 수치심에 대한 초점 • 치료 세션 외에서 두려운 사회적 상황에 노출하도록 격려 • 자기 긍정적 내적 대화(self-affirming inner dialogue)를 확립하도록 지원 • 사회적 기술 향상을 위한 도움

CBT, Cognitive Behavioural Therapy; CBT-ED, Cognitive Behavioural Therapy – Eating Disorders; FPT, Focal Psychodynamic Therapy; MANTRA, Maudsley Anorexia Nervosa Treatment for Adults; SSCM, Specialist Supportive Clinical Management for Eating Disorders

1.2.4 연구 현황

정신분석적 정신치료와 관련하여 최근 10년 이내 발표된 이차연구(체계적 문헌고찰, 메타분석, scoping review, umbrella review)를 검토한 결과, 연구대상은 아동·청소년부터 성인, 노인까지 다양한 연령층을 포함하고 있었으며, 대상 질환 또한 양극성장애, 우울장애, 복합정신장애, 자살·자해, 성적 학대 경험군, 일반 성인 정신질환 등으로 다양하였다. 중재는 연구마다 정의와 범위에 차이가 있었으나, 전반적으로 정신분석적 또는 정신역동적 치료를 포괄하고 있었으며, 단기 치료부터 장기 치료, 1년 이상의 치료까지 포함하였다. 일부 연구에서는 주당 치료 빈도나 치료 세팅(couch 사용 여부, 의자에 마주 앉는 방식 등)을 기준으로 정신분석과 정신분석적 정신치료를 구분하여 제시하였다. 비교군은 무치료 또는 대기자군, 통상치료, 약물치료, 위약, 기타 심리치료 등으로 다양하게 구성되어 있었다. 결과지표는 우울·불안 등 증상 변화, 자살·자해, 사회심리적 기능 및 대인관계, 성격 기능, 삶의 질, 입원, 재발, 약물 순응도 및 질병 수용 등으로 평가되었다. 주요 내용은 〈표 3.6〉과 같다.

표 3.6 연구 현황

저자 (연도)	연구목적	연구대상	연구 방법	연구 결과	결론
Seiler (2025)	노인에서의 정신역동적 혹은 정신분석적 정신치료 원칙을 평가	노인	체계적 문헌고찰 - 노인에서 정신역동적 또는 정신분석적 치료 원칙의 적용을 평가한 논문	- 총 35편(증례보고 15편, 사례연구 11편, 전향적 연구 5편, 집단치료 4편) - 전향적 연구에서는 노인에서 임상적 호전을 보였으나, 행동치료나 인지치료가 더 우수한 결과를 보이는 경우가 많았음 - 대부분의 집단 정신역동적 정신치료 연구는 기술적인 성격이었으나, 노인에게 집단 정신역동 치료가 유익한 치료로 권고되었음 - 사례연구와 증례보고 또한 주로 정신역동적 또는 정신분석적 치료를 잠재적으로 효과적인 치료로 제시했으며, 자기 성찰, 우울·불안 증상, 대인관계 및 전반적 기능 향상에 도움이 될 수 있다고 보고하였음	정신역동적 및 정신분석적 치료는 대인관계 및 통찰 발달을 개선할 수 있으며, 우울이나 불안과 같은 정신건강 문제를 가진 노인에게 유익한 중재가 될 수 있음
Fiorini (2024)	정신분석적 정신치료를 경험한 아동과 청소년의 경험에 관한 질적 연구 결과를 종합하고 평가	아동·청소년 (5~18세)	체계적 문헌고찰 - 아동 및/또는 청소년의 정신분석적 또는 정신역동적 심리치료 경험을 질적 방법으로 탐구한 연구	- 총 11편의 연구 선택됨(전체 103명) - 연구대상: 우울장애 7편, 그 외 섭식장애, 자해, 품행문제, 사회공포증, 정신병적 문제 - 주요 치료내용: 5편에서 단기 정신분석치료(주1회, 28회)를 제공, 2편의 회상 연구에서 주 1회 또는 주 4~5회로 치료 기간은 9개월~4년 6개월이었음 - 4가지 통합 주제가 도출 • 주제 1: 아동·청소년은 치료 과정에서 자신의 역할을 배움 • 주제 2: 치료적 관계의 중요성 • 주제 3: 정신분석적 치료는 '고통스러운 과정'으로 경험됨 • 주제 4: 치료 효과에 대한 인식은 다양하고 측정하기 어려움	분석을 통해 통합된 4가지 주요 주제는 다른 유형의 심리치료를 받은 아동·청소년의 경험 연구나, 성인의 정신분석적 정신치료 경험 연구와 분명한 차이점을 보임. 연구자들은 향후 연구에서 더 어린 아동의 목소리, 다양한 문화적 배경을 가진 참여자의 경험, 치료 중단자나 치료 효과가 낮았던 사례의 목소리까지 포함시켜야 함
Stefana (2024)	양극성장애에 대한 정신분석 또는 장기 정신분석적 심리치료의 효과성에 관한 기존 연구들을 비판적으로 검토	양극성장애	scoping review - 주요 진단이 양극성장애, 개별 정신분석 또는 정신분석적 심리치료가 시행된 연구 - 중재정의: 언급 없음 - 결과지표: 기분 증상, 자살 경향, 입원 여부, 질병 재발, 전반적 기능	- 단일 사례연구 21편(26명)이 포함됨 - 치료 기간: 평균 4.7~5.6년, 주 1~6회 등 매우 장기·고빈도 - 다양한 변형(기분기록표, 가족·환경 지지 동원 등)을 포함 - 약 42%에서 기분 증상 호전, 상당수에서 기능 향상·입원 감소·약물순응도 개선 보고 - 일부에서 자살사고·시도, 자기파괴적 행동 감소 및 질병 수용 증가	이 예비적 연구 결과들은 정신분석 혹은 정신분석적 심리치료가 양극성장애 환자에게 효과적인 치료법이라는 확실한 근거를 제공하지 못함. 우리의 결과는 전적으로 소수의 정신분석적 서사 사례 연구에 근거하고 있으며, 이는 근거기반의학 관점에서 볼 때 과학적 근거 수준이 매우 낮음 따라서 본 연구에서는 양극성장애에 대한 정신분석의 효과성에 대해 결론을 도출할 수 없음

저자 (연도)	연구목적	연구대상	연구 방법	연구 결과	결론
Trotta (2024)	청년층의 정신분석적 치료의 효과	청년층 (18~27세)	체계적 문헌고찰 - 중재: 정신분석적 또는 정신역동적 치료로 정의함. 단기 치료(12~24회)부터 장기 치료(최대 8년)까지 포함 - 비교: CBT, 상담치료, 인지분석치료, 가족치료, DBT, 약물 등 - 결과지표: ① 임상 증상, ② 회복/재발, ③ 사회심리적 기능, ④ 성격 구조, ⑤ 대인관계	- RCT 14편, naturalistic 연구 8편 총 22편 연구 포함됨(총 2649명, 치료군 2,063명, 대조군 586명) - 대부분 개인치료, 일부 집단·정신분석(주 5회) 포함 - 다수 연구에서 증상 감소, 완화, 사회·대인관계 기능 및 성격 발달 개선 등 긍정적 효과 보고 - 메타분석: 다른 치료와 비교 시 전반적으로 유사하거나 다소 우수, 대기군/일반치료 대비에서는 뚜렷한 우월성	이번 체계적 문헌고찰의 결과는 청년층의 정신건강 및 사회심리적 기능에 일정한 긍정적 영향을 보였으며, 이는 청년이 성인기로 이행하는 복잡한 전환 과정을 지원하기 위한 정신분석적 정신치료의 활용에 이론적·임상적 함의를 가짐
Leichsenring (2023)	흔한 성인 정신질환에 대한 정신역동치료 메타분석들을 umbrella review로 통합하고, 개정된 근거기반치료 기준으로 평가	성인 정신질환	umbrella review - 중재 정의: 반복되는 관계·정서·방어 패턴과 과거 경험을 탐색하는 치료 계열로 정신역동치료를 정의 - 대조군: 전체 대조군, 활성 대조군(통상 치료, 강화된 통상 치료, 저강도 치료 등), 활성 치료(약물치료, 기타 심리치료 등)으로 나누어 평가 - 결과지표: 주요 증상	- 11편의 메타분석 포함됨 - 우울·불안·인격·신체증상장애 등에서 비활성 대조군 대비 중간~큰 효과, 활성 대조군·기타 심리치료와는 대체로 유사한 효과 - 많은 연구에서 매뉴얼화·숙련 치료자·높은 충실도 보고, 부작용은 드묾	최신 모델 기준 정신역동치료는 여러 흔한 정신질환에서 근거 기반 심리치료에 해당하며, 다수 영역에서 '강한 권고' 수준의 근거를 충족. 모든 환자에게 단일 치료만 적합하지 않다는 점을 고려할 때 중요한 치료 옵션으로 위치함
McPherson (2022)	지속적인 주요우울장애 환자를 대상으로 한 심리치료에서 삶의 질과 기능적 결과를 다룬 체계적 문헌고찰과 메타분석 결과를 제시	성인 지속·재발·치료저항성 지속형 주요우울장애환자(만성 경과 ≥2년 또는 치료 실패 ≥2회, MDD 비율 ≥80%	체계적 문헌고찰 - 비교군: 무치료 또는 대기자, 통상치료, 항우울제 단독, 위약, 심리치료를 포함하지 않는 적극적 대조군 - 중재치료: MBCT, CBT, CBASP, IPT, DBT, LTPP, BPT, BSP, MPS, 협진 모델 등 - 결과지표: 삶의 질, 기능	- 14편의 연구 선택됨(1,898명) - 전체적으로 심리치료는 치료 종료 및 추적 시점 모두에서 삶의 질·기능을 유의하게 향상 - LTPP는 기능 향상에서 중등도 효과, 삶의 질에서도 긍정적 경향	증상 감소뿐 아니라 삶의 질·기능 관점에서, MBCT·IPT+약물, LTPP 등 여러 심리치료가 근거 기반 치료 옵션이 될 수 있음을 시사. 특히 선택지가 제한된 만성·치료저항성 우울증 환자에게 치료 옵션을 넓혀줄 수 있음

저자 (연도)	연구목적	연구대상	연구 방법	연구 결과	결론
Woll (2020)	Leichsenring 등 (2013)의 LTPP 메타분석을 재현하고, 복합정신장애에서 LTPP 효과에 대한 업데이트 메타분석 수행	복합정신장애 (만성·다중 진단, 인격장애 등)를 가진 성인	메타분석연구 - LTPP 정의: 최소 1년·40회 이상, 의자에 마주 앉아 진행되는 장기 정신분석적 치료 - 결과지표: 일반 증상, 성격 기능, 사회 기능, 목표 문제, 전반적 효과	- 재현 분석 12편, 업데이트 메타분석 14편(중재 658명, 비교 564명) - 재현 분석에서 LTPP는 모든 결과 영역에서 비교군보다 통계적으로 유의한, 작은 효과 - 업데이트 분석에서도 성격 기능을 제외한 주요 결과에서 작은 긍정적 효과 확인. 이질성과 넓은 신뢰구간으로 해석 시 주의 필요	LTPP는 복합정신장애에서 다른 장기 심리치료보다 추가적인 작은 이득을 제공할 가능성이 있음. 복잡한 환자군 특성상 큰 효과크기를 기대하기는 어려우며, 편향 위험을 줄인 고품질 연구가 더 필요함
Briggs (2019)	정신분석 및 역동정신치료가 자살 시도·자해 감소에 효과가 있는지 RCT를 체계적으로 검토	소아·청소년·성인을 포함한 자살행동, 자해, 자상 환자	체계적 문헌고찰 - 중재: 정신분석·역동정신치료로 정의된 모든 개입(기간 불문), 자살 의도·사고·충동 감소를 목표로 한 치료 - 주요 결과지표: 반복 자해(자살 시도 포함) - 이차 결과: 우울, 불안, 사회심리 기능, 입원율	- 총 12개의 Trials(17편의 논문)이 메타분석에 포함(모두 RCT) - 일부 분석에서 자살 시도를 한 환자 수, 단기 자해 반복률, 입원 횟수 감소에 유의한 효과 - 자해 '횟수', 장기 추적, 우울·불안에서는 일관된 유의 효과 없음 - 사회심리 기능 일부 척도에서 중등도 효과	정신분석·역동정신치료는 자살 행동과 단기 자해를 줄이고, 일부에서 사회심리적 안녕과 입원 감소에 기여할 수 있음. 그러나 연구 수와 질이 제한적이므로, 효과 구성요소를 규명할 고품질 RCT가 필요함
Parker (2013)	성적 학대를 경험한 아동과 청소년을 대상으로 하는 정신분석적/역동적 심리치료의 효과성을 평가	성적 학대를 경험한 18세 이하 아동과 청소년	체계적 문헌고찰 - 성적 학대를 경험한 18세 이하 아동과 청소년을 대상으로 정신분석적/역동적 심리치료를 일반 치료(treatment as usual) 또는 무처치/대기자 명단 대조군과 비교한 (준)무작위 배정 임상시험	- 포함 기준에 부합하는 연구는 확인되지 않았음	이 집단에서 정신분석/역동치료 효과를 평가한 RCT·준RCT가 없어 효과성에 대해 어떠한 결론도 낼 수 없으며, 고품질 대규모 RCT가 시급함
de Maat (2009)	1970년 이후 장기 정신분석치료(LPT)의 효과를 체계적으로 검토	18-65세 성인 외래환자 (DSM 진단 또는 명확한 증상·성격 문제)	체계적 문헌고찰 - LPT 정의: 최소 50회·1년 이상, 정신분석과 장기 정신분석·역동치료 포함 - 정신분석: 소파, 주 ≥3회 / 정신치료: 마주 앉아, 주 ≤ 2회 - LPT 목표: 증상·재발·사회	- 총 27편의 연구(n = 5,063). RCT는 1편, 설문조사 5편, 코호트 연구 21편 - 정신치료는 중등도/혼합 병리에서 큰 평균 효과 크기(치료 종료 시 = 0.78; 추적관찰 시 = 0.94)와 높은 평균 전체 성공률(치료 종료 시 64%; 추적관찰 시 55%)을 보였음 - 평균 효과 크기는 증상 감소(1.03)에서 더 컸으며, 성격 변화(0.54)에서는 더 작았음 - 중증 병리에서도 결과는 유사하였음 - 정신분석은 중등도 병리에서 큰 평균 효과 크기(치료 종료 시 ES = 0.87;	LPT가 광범위한 병리에 대해 중등도에서 큰 효과를 보이는 효과적인 치료임을 시사함

저자 (연도)	연구목적	연구대상	연구 방법	연구 결과	결론
			기능·삶의 질 개선과 성격구조 변화(구조적 변화)	추적관찰 시 ES = 1.18)와 높은 평균 전체 성공률(치료 종료 시 71%; 추적관찰 시 54%)을 나타냄 - 평균 효과 크기는 증상 감소(1.38)에서 더 컸으며, 성격 변화(0.76)에서는 상대적으로 작았음	

BPT, Body Psychotherapy; BSP, Brief Supportive Psychotherapy; CBASP, Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy; CBT, Cognitive Behavioral Therapy; DBT, Dialectical Behavior Therapy; DSM, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; IPT, Interpersonal Therapy; LPT/LTPP, Long-Term Psychoanalytic (Psychodynamic) Psychotherapy; MDD, Major Depressive Disorder; MBCT, Mindfulness-Based Cognitive Therapy; MPS, Mutual Peer Support; RCT, Randomized Controlled Trial

1.2.5 정신분석적 정신치료 연구의 제한점

관련 종설의 주요내용은 다음과 같다.

관련 종설에서 제시한 정신분석적 정신치료 연구의 주요 제한점은 다음과 같다. 첫째, 정신치료 연구는 일반적으로 약물치료 연구에 비해 연구의 질이 낮은 경향이 있는 것으로 지적된다. 그 이유로는 연구비 및 제도적 지원의 부족, 대기자군 연구에서 눈가림이 불가능하다는 점, 연구대상자의 평균 증상 중증도가 상대적으로 낮다는 점, 약물 병행치료가 빈번하다는 점, ITT(Intention-to-treat) 분석이 충분하지 않다는 점, 장기 연구로 인해 자연 회복의 영향을 받을 가능성 등이 제시되었다. 둘째, 정신분석적 정신치료는 무작위배정비교연구 설계에 현실적인 제약이 크다. 장기간 대조군을 유지하기 어렵고, 환자의 치료 선호와 적합성이 달라 무작위 배정이 치료 효과를 왜곡할 가능성이 있으며, 환자 맞춤형 치료과정은 매뉴얼화와 표준화를 어렵게 한다. 셋째, 결과 중심의 연구설계만으로는 정신분석적 정신치료의 변화 과정과 작용기전을 충분히 설명하기 어렵다. 정신분석적 정신치료는 증상 개선뿐 아니라 자기이해, 성숙, 대인관계 및 성격구조의 변화와 같은 다층적 목표를 포함하므로, 전통적인 RCT 설계만으로는 이를 충분히 반영하기 어렵다. 또한 자기보고식 설문이나 정량적 평가는 정신분석이 중시하는 내면적 변화와 치료과정을 정밀하게 포착하는 데 한계가 있는 것으로 제시되었다. 이에 따라 정신분석적 정신치료의 근거를 평가할 때에는 양적 결과연구뿐 아니라 질적 연구와 치료과정 연구를 함께 고려할 필요가 있는 것으로 논의되었다. 관련 종설의 주요 내용은 〈표 3.7〉과 같다.

표 3.7 연구의 제한점

제1저자(연도)	주요 내용
Sharma NP (2024)	근거 기반 의학과 정신역동적 심리치료 앞서 언급했듯이, 정신역동적 심리치료는 종종 증거 기반이 제한적이라는 비판을 받는다. 역사적으로 정신역동적 심리치료는 고립된 사고 학파 내에서 발전했으며 종종 사례 연구와 분석을 통한 이론적 개발을 선호하여 과학적 과정을 회피했다.
Bandelow (2023) ※ 세계생물정신의학회(WFSBP) 불안장애, 강박장애, 외상후스트레스 장애 치료 가이드라인 – 제3판, 제1부: 불안장애	정신치료에서의 연구의 질 심리치료 연구는 일반적으로 약물 연구보다 연구 질이 낮은 경향이 있다. 이는 자금 지원 부족과, 약물 연구와 달리 공식 허가 기관의 감독이 없기 때문이다. 심리치료의 효과가 과대평가되는 이유는 다음과 같다. • 대기자(waitlist) 연구에서는 눈가림이 불가능하다. • 심리치료 연구의 환자는 약물 연구 환자보다 평균적으로 증상이 덜 심각하다. • 많은 연구에서 환자가 동시에 약물치료를 받고 있었다. • 결측치 처리에서 ITT를 사용한 연구는 절반 수준이다. • 정신치료 연구는 약물 연구보다 기간이 길며, 자연 회복 영향을 받을 가능성 높다. • 표본 크기가 작고 상업적 자금이 부족하여 출판편향 위험이 높다. • 전문가 기관에서 수행된 연구 결과가 실제 임상현장에서 동일한 효과를 보장하지 않는다.
김혜금(2016)	정신분석 및 정신분석적 정신치료가 현대 근거 중심 의학의 주류에서 검증을 받지 못하는 이유 • 무작위 대조군 연구가 부족한 이유 – 연구 설계의 현실적 어려움: RCT는 치료효과를 비교하기 위해 대상자를 무작위로 배정하지만, 정신분석처럼 수년간 지속되는 치료에서는 대조군(치료 대기군, 위약군 등)을 오랫동안 유지하기 어려움. 따라서 장기 분석이 필요한 정신분석에서는 동등하고 신뢰 가능한 대조군 확보가 거의 불가능함 – 환자 특성과 치료 적합성 문제: 정신분석 치료를 원하는 환자와 단기 치료를 선호하는 환자는 성격적 특성이 다름. 이들을 무작위로 배정하면 환자–치료의 적합성이 깨져, 치료효과 결과가 왜곡될 수 있음 – 매뉴얼화 불가능성 및 개별화된 치료 특성: RCT는 표준화된 치료 매뉴얼이 필요하지만, 정신분석은

제1저자(연도)	주요 내용
	각 환자에 맞춘 고도로 개별화된 치료로 매뉴얼화가 불가능함. 핵심 도구인 자유연상, 전이·역전이 등은 개인마다 달라 객관적 측정이 거의 불가능함 - 정신치료의 목표 다양성과 내과적 모델의 부적합성: CBT나 약물치료처럼 증상 개선이 명확한 목표가 아닌, 정신분석은 개인의 자기이해와 성숙 등 목표가 다양함. 따라서 내과 질환에 맞춘 RCT 설계는 복잡한 정신과적 치료에는 부적합함 - 효능보다 효과 연구의 적합성: RCT는 이상적 상황에서의 효능을 검증하지만, 정신분석은 실제 임상 현장의 효과를 살피는 자연관찰 연구가 더 타당하다고 봄. 실제 연구에서도 이러한 접근이 효과를 과대평가하지 않는다는 결과가 있음 • 정신치료 효과 연구에 대한 기타 연구 이슈들 - 결과 중심 RCT의 한계와 '과정 연구'의 중요성: 기존의 무작위대조연구(RCT) 등은 치료 결과(효과)에만 초점을 맞추기 때문에, 정신치료가 실제로 어떤 과정으로 변화가 일어나는지는 설명하지 못함. 따라서 치료 효과의 '기전'을 이해하려면 정신치료 과정을 연구해야 함 - 치료 과정의 정량적 평가 시도: Ablon & Jones (2005)은 정신분석적 과정을 정량적으로 측정할 수 있다고 주장. Psychotherapy Process Q-set (PQS) 도구를 개발해 실제 치료 비디오나 대화 기록을 분석함. 결과 치료 과정은 치료자와 환자마다 고유한 상호작용 패턴을 가짐. 이 상호작용의 패턴이 치료 결과와 연관됨. 치료는 치료자에서 환자 한 방향이 아니라, 두 사람의 상호작용으로 이루어짐 - 환자 유형에 따른 치료 반응 차이: Blatt & Auerbach (2003)는 정신치료 연구는 환자 특성에 따라 개별화되어야 하며, 환자와 치료자 간 상호작용을 체계적으로 평가해야 함. 환자 유형별 차이로 의존적(anaclitic) 환자는 정신치료(psychotherapy)가 더 효과적이고 내사적(introjective) 환자는 정신분석(psychoanalysis)이 더 효과적임 - 치료자의 기술과 능숙함: 치료 효과는 치료자의 능숙함과 관련됨. 해석의 정확성, 치료 계획에 대한 치료자 개입의 일관성, 표현적 기법의 능숙한 전달 등이 보고됨. 하지만 단순히 기법의 빈도가 높다고 효과가 커지는 것은 아님 - 전이 양상의 변화: 전이 해석은 정신분석의 핵심이지만, 잘못된 타이밍이나 과도한 해석은 오히려 부정적 결과를 초래할 수 있음. 환자의 대상 관계 수준에 따라 효과가 다른데 성숙한 관계를 가진 환자는 낮은 수준의 전이 해석은 도움되며 미성숙한 관계 환자는 전이 해석이 오히려 해로울 수 있음. 전이 해석은 타이밍과 치료적 동맹이 핵심. 공감, 지지, 타당화가 먼저 형성되어야 안전하게 해석 가능. - 치료적 동맹의 중요성: 여러 연구에서 치료적 동맹이 치료 결과의 핵심 예측 요인으로 밝혀짐. 강한 치료적 동맹은 정확한 해석, 긍정적 치료 효과와 관련 - 용량-반응 관계: 치료 횟수와 기간이 길수록 효과가 커지는 경향. 인격적 문제가 있는 환자는 장기치료일수록 결과가 좋음. 주 4-5회 정신분석이 주 1-2회 정신분석적 정신치료보다 나은 것으로 보고됨

CBT, Cognitive Behavioral Therapy; RCT, Randomized Controlled Trial

Ⅳ 결과 요약 및 결론

1. 평가결과 요약

본 평가는 신속검토 방법으로 수행되었으며, 교과서, 가이드라인, 선행 의료기술평가, 이차연구 및 관련 종설 등을 종합적으로 검토하였다. 교과서 검토 결과, 최신정신의학 제7판(민성길, 김찬형, 2023)과 신경정신의학 제3판(대한신경정신의학회, 2019)에서 정신분석적 정신치료는 정신사회적 치료 또는 정신역동적 정신치료의 한 유형으로 제시되고 있음을 확인하였다. 가이드라인(American Psychiatric Association, European Psychiatric Association, Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists) 및 선행 의료기술평가(NICE) 검토 결과, 정신분석적 또는 정신역동적 정신치료는 우울장애, 공황장애, 사회불안장애, 범불안장애, 양극성장애, 강박장애 등을 포함한 다양한 정신질환에서 환자의 특성, 기존 치료의 적합성 및 반응 여부를 고려하여 선택적으로 활용할 수 있는 치료 옵션으로 제시되고 있었다.

이차연구 검토 결과, 연구대상은 양극성장애, 일반 정신질환, 우울장애, 복합정신장애, 자살·자해, 성적 학대 경험군 등으로 다양하였으며, 중재의 정의와 범위 또한 연구마다 다양하였다. 전반적으로는 정신분석적 또는 정신역동적 치료 전반을 포괄하고 있었고, 일부 연구에서는 치료 빈도와 치료 세팅(couch 사용 여부, 의자에 마주 앉는 방식 등)을 기준으로 정신분석과 정신분석적 정신치료를 구분하여 제시하였다.

관련 종설에서는 정신분석적 정신치료 연구의 제한점도 함께 제시하고 있었다. 장기 치료의 특성상 무작위배정비교연구 설계에 현실적인 제약이 크고, 치료방법의 표준화가 어려우며, 결과 중심의 연구만으로는 자기이해, 성숙, 관계 변화 등 치료의 내면적·과정적 변화를 충분히 반영하거나 정밀하게 측정하기 어렵다는 점이 지적되었다. 또한 일부에서는 측정 과정 자체가 치료적 과정을 방해할 가능성도 제시하였다.

2. 결론

의료기술재평가 소위원회에서는 현재 평가결과에 근거하여 다음과 같은 의견을 제시하였다.

정신분석적 정신치료는 백 년 이상의 역사를 가진 정신의학의 근간이 되는 전통적인 치료법으로, 수년간 전문 훈련을 받은 전문의에 의해 시행되는 기술이다. 동 기술은 성격적 어려움이 있는 환자(ICD-11 personality difficulty)가 적용 대상이며, 다양한 정신질환에서 선택적 치료법으로 권고되

고 있다. 치료방법과 기간은 환자의 특성과 치료자의 접근에 따라 수개월에서 수년까지 다양하다. 동 기술은 정량적인 비교를 통한 평가보다는 치료의 고유한 과정적 특성을 고려하여 신중히 평가할 필요가 있다는 의견이었다.

2026년 제1차 재평가전문위원회*(2026.1.9.)는 소위원회 검토 결과에 근거하여 다음과 같이 심의하였다.

정신분석적 정신치료는 백 년 이상의 역사를 가진 정신의학의 근간이 되는 전통적인 치료법으로, 전문 훈련을 받은 전문의에 의해 시행되는 기술이다. 동 기술은 성격적 어려움이 있는 환자(ICD-11 personality difficulty)가 적용 대상이며, 다양한 정신질환에서 선택적 치료법으로 권고되고 있다. 환자의 특성과 치료자의 접근에 따라 치료 방법과 기간은 수개월에서 수년까지 다양하다. 동 기술은 정량적 비교 중심의 접근보다는 치료가 진행되는 고유한 과정적 특성과 임상적 맥락을 충분히 고려하여 신중히 검토할 필요가 있다.

*「신의료기술평가에 관한 규칙」(보건복지부령 제1098호, 일부개정, 2025.9.7. 시행) 개정으로 재평가전문위원회가 새로 구성되어 2025년 9월부터 운영되고 있다.

V

참고문헌

1. 건강보험심사평가원. 건강보험요양급여비용 2025년 1월판.
2. 건강보험심사평가원, 요양기관업무포털〈심사기준종합서비스〈수가정보[인터넷][2025년 9월 인용]. Available from: https://biz.hira.or.kr/index.do?sso=ok
3. 건강보험심사평가원, 요양기관업무포털 홈페이지〈의료기준관리〈행위평가신청〈고시항목조회. [2025년 9월 인용]. Available from: https://biz.hira.or.kr/index.do?sso=ok
4. 국민건강보험 비급여 정보포탈 홈페이지[2025년 9월 인용]. Available from: http://www.nhis.or.kr/
5. 김혜금, 천은진, 구본훈. 정신분석적 정신치료의 효과는 검증될 수 있는가?: 정신분석 및 정신분석적 정신치료의 효과. Psychoanalysis. 2016;27(3):81-91.
6. 대한신경정신의학회. 신경정신의학 3rd Edition. 서울:㈜아이엠이즈컴퍼니; 2019.
7. 미국 CPT, American medical association. CPT 2025. Professional edition.
8. 민성길, 김찬형. 최신정신의학(Modern Psychiatry). 제7판. 서울:일조각; 2023.
9. 보건복지부 국가정신건강정보포털[2025년 9월 인용]. Available from: https://www.mentalhealth.go.kr/portal/disease/diseaseList.do
10. 보건의료빅데이터개방시스템〈진료행위통계 [2025년 9월 인용]. Available from: https://opendata.hira.or.kr/op/opc/olapDiagBhvInfoTab1.do
11. 요양기관업무포털 홈페이지〈업무안내〈정보방〈상대가치점수〈상대가치점수조회. [2025년 9월 인용]. Available from: https://biz.hira.or.kr/index.do?sso=ok
12. 일본 후생노동성 홈페이지, Available from: https://www.mhlw.go.jp/index.html , https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000196290.pdf
13. 한국정신분석학회 홈페이지[2025년 10월 인용]. Available from: https://www.freud.or.kr/
14. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. 2004.
15. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder. 3rd ed. Arlington (VA): American Psychiatric Association. 2010.
16. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder. 2nd ed. Arlington (VA): American Psychiatric Association. 2002.
17. American Psychiatric Association. Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. Arlington (VA): American Psychiatric Association. 2003.
18. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders. 2nd ed. Arlington (VA): American Psychiatric Association. 2006.
19. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. Arlington (VA): American Psychiatric Association. 2007.
20. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with panic disorder. 2nd ed. Arlington (VA): American Psychiatric Association. 2009.

21. American Psychological Association. Clinical practice guideline for the treatment of depression across three age cohorts. 2019.

22. American Psychological Association. Guideline watch (March 2009): practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. Arlington (VA): American Psychiatric Association. 2009.

23. Bandelow B, Allgulander C, Baldwin DS, Lucas da Conceição Costa D, Denys D, Dilbaz N, et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for treatment of anxiety, obsessive-compulsive and posttraumatic stress disorders – Version 3. Part I: Anxiety disorders. World J Biol Psychiatry. 2023;24(2):79–117.

24. Briggs S, Netuveli G, Gould N, Gkaravella A, Gluckman NS, Kangooyere P, et al. The effectiveness of psychoanalytic/psychodynamic psychotherapy for reducing suicide attempts and self-harm: systematic review and meta-analysis. Br J Psychiatry. 2019;214(6):320-8.

25. de Maat S, de Jonghe F, Schoevers RA, Dekker JJM. The effectiveness of long-term psychoanalytic therapy: A systematic review of empirical studies. Harv Rev Psychiatry. 2009;17(1):1-23.

26. European Psychiatric Association. European Psychiatric Association Guidance on psychotherapy in chronic depression across Europe. European Psychiatry. 2016;33(1):18-36.

27. Fiori G, Westlake M, Chokhani R, Javed M, Norcop H, Midgley N. Children and young people's experience of psychoanalytic psychotherapy: a qualitative meta-synthesis. J Child Psychother. 2024;50(2):278–305.

28. Leichsenring F, Abbas A, Heim N, Keefe JR, Kisely S, Luyten P, Rabung S, Steiner C. The status of psychodynamic psychotherapy as an empirically supported treatment for common mental disor ders – an umbrella review based on updated criteria. Psychol Med. 2023;53(15):6903-6916.

29. McPherson S, Senra H. Psychological treatments for persistent depression: a systematic review and meta-analysis of quality of life and functioning outcomes. Psychotherapy. 2022;59(3):447–459.

30. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Child abuse and neglect. NICE guideline [NG76]. NICE; 2017 Oct 9.

31. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Depression in adults: Treatment and management. NICE; 2022.

32. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Depression in children and young people: identification and management. NICE; 2019. (NICE guideline NG134).

33. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Eating disorders: recognition and treatme nt. NICE; 2017. (NICE guideline NG69).

34. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Social anxiety disorder: recognition, assessment and treatment. NICE; 2013. (Clinical guideline CG159).

35. Parker B, Turner W. Psychoanalytic/psychodynamic psychotherapy for children and adolescents who have been sexually abused: a systematic review. Campbell Syst Rev. 2013;13:1-58.

36. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists. Royal Australian and New Zealand Colle ge of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of panic disorder, social anxiety disorder and generalised anxiety disorder. Aust N Z J Psychiatry. 2018;52(12):1109–117

37. Seiler N, Rosella S, Ziegeler B, Newham B. Psychodynamic and psychoanalytic psychotherapy in the older population: a systematic review. J Contemp Psychother. 2025;55:229-37.

38. Sharma NP, Spiro PM. Psychoanalytic therapy. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. 2024 Jan 1.

39. Stefana A, D'Imperio D, Dakanalis A, Vieta E, Fusar-Poli P, Youngstrom E. Probing the impact of psychoanalytic therapy for bipolar disorders: A scoping review. Int Forum Psychoanal. 2024;33

(1):51-62.

40. Trotta A, A, Gerber AJ, Rost F, Robertson S, Shmueli A, Perelberg RJ. The efficacy of psychodynamic psychotherapy for young adults: a systematic review and meta-analysis. Front Psychol. 2024;15:1366032.

41. Woll CFI, Schönbrodt FD. A series of meta-analytic tests of the efficacy of long-term psychoanalytic psychotherapy. European Psychologist. 2020;25(1):51-72.

VI 부록

1. 위원회 운영

정신분석적 정신치료 재평가를 위해 기존 의료기술재평가위원회(19명) 및 관련 법령 개정에 따라 새로 구성된 재평가전문위원회(20명)*가 총 2회 개최되었다.

*「신의료기술평가에 관한 규칙」(보건복지부령 제1098호, 일부개정, 2025.9.7. 시행) 개정으로 재평가전문위원회가 새로 구성되어 2025년 9월부터 운영됨

1.1 2025년 제5차 의료기술재평가위원회

- 회의일시: 2025년 5월 16일
- 회의내용: 소위원회 구성안 심의

1.2 2026년 제1차 재평가전문위원회

- 회의일시: 2026년 1월 9일
- 회의내용: 최종심의 및 권고 결정

2. 소위원회

정신분석적 정신치료의 소위원회는 정신건강의학과 3인의 전문의로 구성하였으며, 소위원회 활동은 총 2회 진행하였다.

2.1 제1차 소위원회

- 회의일시: 2025년 9월 9일
- 회의내용: 평가계획서 논의

2.2 제2차 소위원회

- 회의일시: 2025년 11월 18일
- 회의내용: 문헌 결과 및 결론 논의

NECA 한국보건의료연구원
National Evidence-based Healthcare Collaborating Agency

발행일 2026. 5. 31.
발행인 이 재 태
발행처 한국보건의료연구원

이 책은 한국보건의료연구원에 소유권이 있습니다.
한국보건의료연구원의 승인 없이 상업적인 목적으로
사용하거나 판매할 수 없습니다.

ISBN : **979-11-7337-191-2**