

NECA - 기획과제

우울증, 자살 그리고 한국사회 Round-table Conference

2010. 12. 31

주의

1. 이 보고서는 한국보건의료연구원에서 수행한 연구사업의 결과보고서입니다.
2. 이 보고서 내용을 인용할 때에는 반드시 한국보건의료연구원에서 시행한 연구사업의 결과임을 밝혀야 합니다.

우울증, 자살 그리고 한국사회 Round-table conference

연구진

연구책임자	참여연구원
안 정 훈 한국보건의료연구원 보건의료분석실 연구위원	지 선 미 한국보건의료연구원, 성과확산팀 책임연구원
	남 미 희 한국보건의료연구원, 성과확산팀 연구사
	추 여 진 한국보건의료연구원, 성과확산팀 연구사
	이 윤 희 한국보건의료연구원, 성과확산팀 과제지원연구원

목차

요약문	i
Executive summary	xi
1. 서론	1
1.1. 연구배경	2
1.2. 연구의 필요성	7
1.3. 연구목적	8
2. 방법	9
2.1. 기획	10
2.2. RTC 운영	11
3. Round-table Conference (RTC)	14
3.1. RTC 운영결과	15
3.2. 발표내용	17
3.3. 토론내용	59
4. 고찰	68
4.1. 의의	69
4.2. 한계점	70
4.3. 후속연구제안	71
5. 결론 및 정책제언	73
6. 참고문헌	76

표 차례

표 1. 성별 자살자 및 자살사망률 추이 비교	3
표 2. 연령별 자살률 추이 (1999-2009)	4
표 3. 청소년 분야 RTC 프로그램	16
표 4. 성인분야 RTC 프로그램	16
표 5. 노인분야 RTC 프로그램	17
표 6. 한국 청소년 우울증 및 자살사고 여부	21
표 7. Family Clustering	22
표 8. 세브란스 병원 응급실에 자살을 주소로 내원한 15-24세 환자 특성 비교	23
표 9. 우울증 유병률	37
표 10. 자살기도자의 응급실 도착 시 상태	38
표 11. 자살에 대한 태도와 자살생각 간의 관계	41
표 12. 통계청 자료와 경찰청 자료의 비교 - 1	45
표 13. 통계청 자료와 경찰청 자료의 비교 - 2	45
표 14. 우울증 유병률	50
표 15. 우울증 중증도에 따른 관련 요인	51
표 16. 연령별 자살률 추이	51
표 17. 연령별 자살동기 순위	52
표 18. 우울증과 자살사고	52
표 19. SIGN 근거 수준	54
표 20. SIGN 등급체계	54
표 21. 권고에 사용된 근거수준의 정의	55

그림 차례

그림 1. 주요우울증장애 발병연령에 따른 분포	1
그림 2. 주요우울장애 일년유병률의 성별 및 연령에 따른 분포	2
그림 3. Round-table Conference 모식도	11
그림 4. 청소년 우울감 경험률 추이	18
그림 5. 가족 중심 자살예방프로그램 효과	20
그림 6. 변화 단계 모델	26
그림 7. 학생관리체계도	30
그림 8. 소아청소년기 정신질환에 있어서의 낙인 문제	32
그림 9. 낙인 축소 전략	33
그림 10. 자살기도자 연령별 분포	38
그림 11. 자살기도 직전의 직접적인 동기	39
그림 12. 자살기도 방법(전체)	39
그림 13. 자살기도 방법 (60세 이상)	39
그림 14. OECD 국가의 자살률 비교	40
그림 15. 자살관련 행동과 우울증과의 관계	41
그림 16. 최초 우울증에 대한 증상 인지도	43
그림 17. 정신과 방문까지 경과 (경유기관 숫자)	44
그림 18. 임상진료지침 개발 흐름도	56
그림 19. 임상진료지침 구상 모형	57
그림 20. 한국형 임상진료지침 모형	58
그림 21. 통합연구 예시	59

요약문

1. 연구배경

정신질환실태 역학조사(2006)에 의하면 다른 정신질환은 감소하는 반면 우울증 평생유병률은 2001년 4.0%에서 5.6%로 증가하였다. 일년 유병률은 남자(1.7%)에 비하여 여자(3.2%)가 약 2배정도로 남녀 성별 차이를 보였으며, 남녀 모두 50대 연령에서 주요우울장애 일년 유병률이 가장 높아 연령대별로 차이를 보였다. 2009년 사망원인 통계(통계청)에 의하면 자살사망자수는 15,413명, 자살률(인구 10만명당)은 31.0명으로 전년도 대비 19.3% 증가하고 있다. 연령대별로 살펴보면 자살률은 80대 이상은 20대 보다 5배 이상 높았으며, 10~30대까지의 사망원인 1위, 40~50대의 사망원인 2위로 나타나 심각한 사회문제가 되고 있다.

우울증과 자살이 사회의 문제로 대두되고 있는 현 시점에 연령대별로 유병률과 자살률이 다르고 문제점과 해결방안도 연령대별로 차이를 보여 이에 대한 합리적 대책 모색과 함께 사회적 편견을 최소화할 수 있는 방안을 마련하고자 한다.

2. 방법

청소년, 성인, 노인 등 연령대별로 임상전문가 대상으로 참여 인원수를 제한한 비공개회의(closed meeting)로 진행하며, 주요 내용은 우울증, 자살에 대한 문제점과 편견을 없애는 방안을 모색기로 하였다. 추후 비공개회의를 통해 나온 내용을 바탕으로 일반인 대상으로 한 공개회의(open meeting)을 진행 할 예정이다. RTC는 발표와 토론으로 나누어서 이루어졌으며, 10~15분 씩 각 연자들이 발표하고, 발표 내용에 대해 패널들의 토론으로 진행하였다.

3. Round-table Conference (RTC)

1) RTC 운영결과

“우울증, 자살 그리고 한국사회 Round-table Conference”의 청소년 분야는 2010년 12월 10일(금), 성인 분야는 2010년 12월 17일(금), 노인분야는 2011년 1월

22일(토)에 각각 개최하였으며 각 행사에는 관련 임상전문가, 의학전문기자 등이 참석하여 토론을 함께 하였다.

청소년, 성인 분야는 우울증과 자살에 대한 문제점과 사회적 편견 극복방안의 주제로 진행되었으며, 노인 분야는 노인 우울증 및 자살 관리 지침 개발을 위한 근거 구축 전략의 주제로 진행하였다.

2) 발표내용

(1) 청소년 분야

가. 청소년 우울증, 자살 예방사업의 국내외 연구동향

서울시 소아청소년 정신질환 유병률(2005) 조사 결과 부모면접을 통해 살펴본 결과는 우울관련장애는 약 2%로 나타났으며, 학생의 자가보고는 7.37%로 나타나 조사 대상 간의 차이를 보였다. 국내외에서 수행된 연구를 살펴본 결과 자살의 위험요인, 방지요인 등에 대한 분석에 대한 연구가 필요하며, 청소년 자살의 현황에 대한 기관별, 지역별 등 통합적인 자료구축 미비하다는 점을 알았다. 이에 청소년 정신건강에 관련된 여러 기관의 협조가 필요하다.

나. 청소년 자살 요인 및 현황

급증하는 청소년자살을 예방하기 위해서는 언론과 교육현장, 정신건강 전문가 및 단체의 폭넓은 공공활동 및 대국민 대상 인식확대 캠페인을 통해 정신장애에 대한 편견이 최소화 되는 사회적 분위기를 수립하고 이를 기반으로 자살시도자의 정신과 치료에 대한 낙인을 최소화함으로써 우울증 및 자살시도력 있는 청소년들이 적극적인 정신과적 치료를 받을 수 있는 환경의 조성이 무엇보다도 필요하다고 본다.

다. 게임중독과 자살

인터넷 중독으로 진단받거나 고위험군 또는 잠재적 위험군으로 분류된 청소년을 대상으로 연구한 결과에 의하면, 주의력결핍 과잉행동 장애를 가진 청소년이 31.3%, 우울장애 28.7%로 나타났다. 잠재적 위험군으로 분류된 군에서는 주의력결핍 과잉행동 장애를 가진 청소년이 43.2%, 우울장애 40.5%이며, 고위험군으로 분류된 군에서는 우울장애 이외의 기분장애(기분부전장애, 양극성 장애) 50%, 주의력결핍 과잉행동 장애 40%로 나타났다. 인터넷 중독에 대한 치료는 인지행동치료(cognitive behavior therapy, CBT), 약물치료, 동기강화치료(motivational enhancement therapy, MET) 등이 있다.

라. 학교정신건강증진사업 I : 선별적도의 개발 및 사용

정신건강에 문제가 있는 청소년의 학생, 학부모, 교사 등의 사회적 편견을 없애야 하며, 학생정신건강의 중요성에 대한 인식 향상을 위해 대국민 교육 및 홍보가 필요하다. 관련 부처인 교육과학부와 보건복지부의 명확한 역할분담이 필요하고 검진사업을 담당할 인력을 충원과 보조인력 확보를 위한 예산확보가 필요하다. 학생정신건강 검진사업도 체계적으로 진행하여 2차 검진의 일원화 및 3차 검진과 진료시 의뢰체계정립이 마련할 필요가 있다.

마. 학교정신건강증진사업 II

정신건강증진을 통한 자살예방으로 우울증, 시험불안, 스트레스 등 정신건강문제와 가족이나 친구관계 등의 사회성 문제 등을 청소년 및 부모대상으로 정신건강증진이 필요하다. 그리고 학교 중심의 정신건강서비스가 보다 효율적인 사업이 되기 위해서는 현실적인 방안이 필요하다. 그리고 선별 및 의뢰체계의 전문화가 필요하다.

바. 사회적 편견 극복과 향후 연구방향

국내·외에서 시행되고 있는 낙인 축소 전략에 대해서 살펴보면, 첫째로 영국의 경우 관련 유관기관 및 단체가 협력하여 ‘time to change’ 슬로건 하에 전국 28개 지역 참여활동을 진행하고 있다. 또한 인식개선사업을 위해 END(Education Not Discrimination- Rethinking Mental Health) 프로그램을 개발하고 교육한다. 두 번째로 국내에서 시행되고 있는 낙인 축소 전략을 살펴보면, ‘중앙정신보건사업지원단’에서 관련 기관 및 단체 간담회 및 지역사회 정신보건사업 관계자 워크숍을 진행과 함께 낙인 축소를 위한 슬로건 공모와 이미지를 제작하여 배포하고 있다.

청소년 자살에 대한 앞으로의 연구에서 우선되어야 할 점은 청소년 자살관련 통계 분석을 통한 청소년 자살실태파악이다. 또한 자살 고위험군에 대한 약물적 치료, 비약물적 치료에 대한 치료적 접근방법에 대한 연구도 이루어져야 할 것이다.

2) 성인 분야

가. 우울증과 자살은 왜 일어날까?

자살과 관련하여 논쟁의 여지가 없는 사실은 바로 ‘자신을 죽이고자 의도하고 있는 환자는 결국에는 그렇게 하고야 만다’는 것이다.

자살의도를 갖고 있는 환자에게 억제대를 사용하고, 주의 깊은 관찰과 임상적 기술을 투입하여도 어느 것도 진실로 죽기를 결심한 환자를 막을 수 없다. 즉 입원실 내에서 일어나는 모든 자살을 방지할 수는 없게 된다.

따라서 치료자는 인간의 마음을 읽을 수 없고 자살을 인지하지 못하였다고 스스로를 비난하여도 안 된다.

나. 우울증과 자살 역학 연구

우리나라에서 주요우울장애의 평생유병률은 5.6%(남자 3.6%, 여자 7.6%)이고 1년 유병률은 2.5%(남자 1.7%, 여자 3.2%)이다. 2001년에 비해 2006년의 주요우울장애의 1년 유병률이 1.8%에서 2.5%로 증가하였다. 서구에 비해 기분장애의 유병률이 낮고 일본, 중국과 비슷하지만, 역치가 미국에 비해 매우 높다. 자살기도는 평생 동안 국내 18세 이상 65세 인구의 3.2%에서 일어나는데 다른 나라에 비해 매우 높다. 또한 응급실을 방문한 자살기도자 관련 연구에서 우울증 등 기분장애의 비율이 높고, 자살을 향후 시도하려는 생각을 가지고 있지만 정신과적인 평가, 치료, 관리가 제대로 이루어지고 있지 않다는 사실을 알 수 있었다. 자살기도자가 미국, 일본처럼 보건 의료 정책을 통해 정신과적 치료를 받도록 해서 자살에 이르지 못하도록 하는 방안이 시급히 요구된다.

다. 자살과 위기중재

자살예방을 위해서는 자살생각을 먼저 평가해야 한다. 자살생각 평가는 직접적으로(단계적으로) 죽고 싶다는 생각이 들 때가 있는지, 자살에 대해 생각을 하는지, 구체적인 자살 방법에 대해 생각을 하는지 등을 질문한다. 자살에 대한 방어요인은 삶을 긍정적으로 바라보고 가정이 화목하고 인간관계가 원만하여 의사소통이 원활하며, 매사에 적극적이며 안정된 직업, 취미, 종교, 규칙적 생활과 충분한 운동 등이며 자살을 줄이기 위해서는 위험요인은 줄이고 예방요인을 증가시켜야 할 것이다.

라. 우울증 편견 해소 방안

우울증과 자살을 극복하기 위해서는 1차적으로 정신과 질환과 치료에 대한 객관적인 정보의 충분한 제공이 필요하고, 2차적으로 사회적 차별 철폐를 위한 제도적 보완을 통해 최종적으로 정신과 질환과 치료에 대한 낙인과 전반적 인식 개선을 이루어야 할 것이다.

3) 노인 분야

가. 노년기 우울증 및 자살개입을 위한 필요한 근거

노년기 우울증의 정확한 역학조사를 위해서는 보다 구체적인 세부 그룹별 분석이 필요하며, 현실의 이차적 자료 해석도 중요하다. 진단분야에서는 대규모 선별검사를 위해 효과적인 도구가 무엇인지에 대한 근거도 필요하며 우울증의 예후는 신체 질환 등 대부분 우울증

이외의 인자들이 중요하게 영향을 미치는데 이에 대한 근거도 필요하다. 치료분야에서는 약물치료에서 예방적 약물투여에 대해 예방효과가 있는지, 항우울제의 순응도에 미치는 영향은 무엇인지에 대한 근거도 필요하다. 예방분야에서는 일차예방과 이차예방에 대한 근거도 필요하다.

또한 노인의 자살개입을 위해 필요한 근거는 노년층의 자살률에 대한 추이분석도 필요하며, 자살의 위험인자 규명과 예방을 위한 근거도 필요하다.

나. 한국 노인의 우울증과 자살 : 역학적 근거

한국 노인의 우울증은 차원적 분류로 보면 유병률이 17.9 %이나 범주적 분류로 볼 때 유병률은 27.8%이며, 경도 우울장애도 삶의 질, 인지에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 우울장애의 위험 인자는 학력이 낮거나, 문맹, 낮은 경제적 수준, 인지기능 저하, 치매, 뇌졸중으로 나타났으며, 여성과 연령은 연관성이 있는 것으로 나타났다. 노인의 자살은 4.6%이었으며, 자살은 우울장애와 연관성이 매우 높았으나 자살에 대한 체계적인 역학연구의 부족한 실정이다.

다. 한국인 우울증 치료를 위한 임상시험 근거수준

한국인 대상의 임상시험 보고가 현저히 부족하며, 한국내 우울증 임상 논문이 실릴만한 저널의 수기검색이 필요하다. 또한 한국인 증상 특성 분석에 따른 신체증상, 불면증 등 우울증 증상 개선효과 평가 필요하며 신체질환자의 우울증상 개선효과를 판단하기 위한 임상시험 근거 필요한 실정이다.

라. 노인 우울증 및 자살 관리 지침 개발을 위한 근거구축 전략

부족한 근거를 마련하기 위해서는 기존 임상진료지침을 분석과 전문가 자문을 통해 근거구축 가능성을 확인한다. 기존 진료지침은 지침 사용자가 정신과 전문의, 비정신과 전문의, 비의사 의료인인지 진단영역인지 치료영역인지 또는 우울증 전반에 대한 내용인지 특정 우울증에 관련된 영역인지 평가가 필요하다. 부족한 근거를 위해서는 근거창출연구가 필요하다. 이를 위해서는 부가연구(add-on), 독립연구(independent), 연장연구(extension), 통합연구(integration) 등이 필요하다.

3) 토의내용

(1) 역학

가. 우울증

현재 5년 간격으로 수행하고 있는 정신건강실태조사를 2-3년으로 바꿀 필요가 있다. 짧은 간격으로 실태조사를 시행하게 되면 정확한 현황파악으로 효과적인 정책결정을 위한 올바른 정보제공을 제공할 수 있을 것이다.

청소년 우울증은 주요 질환인 주의력결핍과잉행동장애 유병률인 4.5%에 비해 높아 우울증의 심각성이 우려된다. 노인 우울증은 무의욕, 집중력저하, 인지기능저하 등의 증세가 매우 흔하게 보여 일반 성인과 동일한 진단기준으로 노인 우울증 유병률을 조사하게 되면 유병률이 낮게 나온다. 따라서 노인 우울증을 감별진단 할 수 있는 진단기준 마련이 필요하다.

나. 자살

자살은 자살생각, 자살기도, 자살의 단계로 이루어지는데 현재 국내 자살관련 역학자료는 경찰청과 통계청 자료로 자살 사망자에 대한 자료이다. 각 단계 역학자료는 통계청에서 일부 청소년 대상으로 연구한 자료가 있으나 성인, 노인에 대한 자료는 거의 없는 실정이다. 자살 예방을 위해 단계별 개입방법이 다르고 효율적인 관리를 위해서는 단계별 역학연구가 필요하다.

(2) 우울증, 자살에 대한 사회적 편견 감소와 올바른 정보제공을 위한 사회적 노력 필요

일반적으로 많은 사람들은 정신과 질환 및 약에 대해 많은 편견을 가지고 있다. 정신과 질환은 자신의 정신적 나약성과 결부하거나 미친 사람 등으로 생각하는 경우가 많으며, 정신과약은 평생 복용해야 되며, 정신 이상자들이 먹는 약 등의 편견을 가지고 있어 정신과 약에 대한 거부감이 외국에 비해 많다. 그리고 언론에서 조장하는 정신과 약에 대한 선입견, 편견 등도 있어 이를 개선하기 위해서는 정신과 질환, 약에 대해서 인터넷 등에 난무하는 잘 못된 정보가 아닌 일반인들이 이해하기 쉬운 올바른 정보제공이 필요하다. 이러한 정보제공을 위해서는 정부, 언론, 관련 전문가, 관련 단체 등의 세심한 노력이 필요할 것이다.

(3) 자살 관련 요인 파악

가. 위험요인

자살의 위험요인 중 지속적 유발요인은 우울증, 어린 시절 경험 등이 있다. 국내연구에 의하면 어린 시절 부모의 무관심, 폭력 등 상처 등이 있다. 특히 우리나라에서는 육아를 대부분 담당하는 어머니가 육아스트레스 등으로 우울증에 걸리게 되면 어머니와 아기의 애착형성 미약, 발달 지연, 아기를 학대하는 경우가 많으며, 우울증을 가진 어머니에게서 태어난 어린

이는 자살률이 더 높다는 보고도 있다. 그리고 요즘 인터넷의 발달로 인해 자살사이트 등을 통해 동반 자살하는 경우가 많아졌으며, 경제불황이 계속되면서 생활고를 비관해 자살하는 이른바 ‘생계형 자살’이 늘어나 사회적 문제로 대두되고 있다.

나. 보호요인

보호요인들에는 가정의 화목, 원만한 인간관계, 안정된 직업, 취미, 종교, 규칙적인 생활, 운동, 수면 등이 있는데 이러한 보호요인을 강화시켜주는 지지체계가 필요하다. 자살 직전의 청소년은 고립감, 외로움, 절망 등이 있는데 이러한 청소년에게 희망을 가질 수 있도록 가족뿐만 아니라 교사, 친구, 지역사회 지지단체 등이 도와주어 보호요인을 갖게 하는 등 사회적인 접근이 중요하다.

(4) 자살 예방을 위한 국가 차원의 개입 필요

일본, 호주, 미국, 핀란드 등 외국에서는 자살 예방을 위해 범 국가적 차원에서 노력을 하고 있어 우리나라에서도 자살률을 줄이기 위해 국가적 차원에서 적극적인 노력을 기울일 필요가 있다.

가. 효율적인 자살예방프로그램 활성화

자살 예방프로그램으로 gatekeeper training이 효과적이라는 연구가 많다. Gatekeeper training은 학교기반 프로그램으로 교사, 상담교사 등을 교육하여 위험에 처한 학생들을 도와주는 것이다. 포레지프프로그램은 선별검사로 의심되는 청소년을 확인할 수 있지만, 그 청소년이 위험한 상태에 있다는 전조증상을 보일 때 친구를 통해 주위에서 도움을 줄 수 있도록 연결망을 구축하도록 하는 것으로 이렇듯 주위 사람을 체계적으로 교육하여 상담전문가, 임상전문가로 연계할 수 있는 시스템을 활성화한다면 자살예방에 많은 도움이 될 것이다.

나. 자살예방대책을 위한 제도적, 법적 측면 보완 필요

자살예방을 위해서는 자살기도방법을 차단할 필요가 있다. 자살기도방법 중 상위권에 속하는 농약에 대해 경고문구와 함께 농촌 등에서 손에 쉽게 닿지 않는 곳에 보관하도록 하는 등 제도적 측면에서 관리할 수 있는 방안 마련이 필요하다.

다. 심리학적 부검의 필요성

자살을 예방하기 위해서는 자살원인파악이 중요하며 이를 위해서는 심리학적 부검이 필

요하다. 축적된 데이터는 다른 자살을 예방하기 위한 자료로 활용되며 사망 전 망자가 경험한 주요 심리사회적 스트레스, 성격적 특징과 심리행동 특성, 사망 전 상황 및 정신의학 적 진단 등이 평가 대상이다. 이를 활성화하기 위해서는 우리나라의 문화를 반영하여 심리학적 부검 방법을 변형시킬 필요가 있다. 자살사건이 발생하는 경우 경찰조사가 이루어지는데 경찰조사 시 심리학적 부검에 대한 내용을 함께 조사를 한다면 자살 원인을 파악하는데 많은 도움이 될 것이다.

라. 생명존중에 대한 사회적 가치 정립 필요

한국사회의 빠른 경제성장, 도시화, 핵가족화, 개인화가 되어가면서 인간존중, 생명의 소중함에 대한 가정과 학교교육이 점점 줄어들고 성적위주의 학교교육과 생명경시 풍조, 폭력성이 난무하는 청소년 게임과 사회적 가치 혼란 등이 자살을 점점 부추기고 있어 우선 생명존중에 대한 사회적 가치 정립이 이루어져야 할 필요가 있다.

(5) 기타 연령대별 논의사항

가. 청소년

- 원활한 의뢰와 연계 시스템의 필요성

청소년의 우울증과 자살에 대한 교사, 학부모들의 무지, 편견이 많아 이들에 대한 교육을 통해 위험에 처한 청소년을 발견하면 상담교사와 연계 또는 병원에 의뢰하여 효과적인 치료를 받을 수 있도록 원활한 의뢰, 연계 시스템을 마련하는 것이 필요하다.

- 정부 부처 간의 원활한 업무 연계가 필요

청소년의 우울증, 자살의 문제는 여성가족부, 교육과학부, 보건복지부 등 정부의 여러 부처가 나누어서 진행하고 있어 주요 정책에 대한 일관적이고 체계적인 관리가 되지 않는 점이 있다. 각 소관 부처의 사업목적, 예산, 전문인력 문제 등으로 부처 간 사업 연계가 잘 되지 않는 측면이 있어 정부 각 부처 간의 원활한 업무 연계가 필요하며 이에 대한 개선이 필요한 실정이다.

나. 노인

- 기타 우울증의 조기치료 필요

노인 우울증 중 기타 우울증(경도, 아임상 등)은 무의욕, 집중력저하, 인지기능저하 등의 증세가 매우 흔하게 보여 정확한 진단이 어렵고 자살로 이어지는 경우가 있기 때문에 기타 우울증이라고 해서 간과할 것이 아니라 치료를 반드시 받아야 한다.

- 임상진료지침의 적절한 목표사용자 선정 중요성

주요 우울증과 증상 다른 아임상 우울증의 경우 정신과 의사보다는 내과, 일반의, 치매 센터 등에서 치료를 하는 경우가 많다. 이에 이들을 gatekeeper 역할을 할 수 있도록 비정신과 의사들이 이용할 수 있는 임상진료지침 마련이 필요할 것이다. 자살기도자의 경우 의료보호환자가 더 많으며 이들은 경제적 부담으로 인해 정신보건센터 이용을 선호하기 때문에 정신보건센터나 가정방문요원의 교육과 이들을 위한 진료지침이 필요할 것으로 여겨진다.

- 근거마련을 위해 필요한 연구

근거마련을 위해 노인 우울증의 특징적인 증상, 자살의 고위험군 규명, 독거 문제 등 사회적 문제와 자살과의 관계 등 현상이해에 대한 연구가 필요하다. 그리고 근거 마련을 위해 현재 알고 있는 근거, 모르고 있는 근거, 불확실한 근거에 대해 정리할 필요가 하며, 그런 작업을 위해서는 우선 전문가 집단에서 기존 연구 검토 및 통합하는 작업이 이루어져야 한다.

4. 고찰

청소년, 성인, 노인의 우울증과 자살에 대해 관련 전문가들이 모여 각 연령대만 집중하여 문제점과 대책 등에 대해 전문적이고 심도깊게 논의하여 전문가 의견을 한 곳에 모아 올바른 정보를 제공과 대책을 마련할 수 있는 발판을 마련했다는 점에 의의가 있다. 비공개로 진행된 RTC는 논의 내용을 일반인, 사회에 이해하기 쉽게 알려주며 그들의 인식을 변화할 수 있는 확산 방안 마련에 대한 심도있는 논의가 부족하였으며, 논의된 내용도 바로 정책화 되지 못한다는 한계점이 있다. 우울증과 자살기도자들은 다른 질환과 달리 치료율이 낮아 재발, 자살 등의 문제를 초래할 수 있어 지속적인 치료의 장애요인에 대해 경제적, 사회적, 환경적 요인을 파악하고 이를 감소할 수 있는 방안을 모색하는 연구와 우울증과 자살에 대한 사회적 편견의 효과적인 해소 방안을 마련하기 위해 다학제적 접근을 통한 연구가 필요하다. 국내의 근거 마련을 위해 현재 알고 있는 근거, 모르고 있는 근거, 불확실한 근거에 대해 정리가 필요하다.

5. 결론 및 정책제언

청소년 우울증은 주의력결핍과잉행동장애 유병률 4.5%에 비해 더 높은 것으로 나타나 심각성이 우려되며, 노인 우울증 증상은 성인과 달라 성인과 동일한 진단기준으로 조사하게 되면 과소추계될 위험이 있어 노인 우울증을 감별진단 할 수 있는 진단기준 마련이 필요하다. 자살의 경우 위험요인과 보호요인이 있는데 위험요인이 증가했을 때는 보호요인들을 증가

시켜 자살에 이르지 않도록 하는 사회적 노력이 필요하다.

현재 5년 간격으로 수행하고 있는 정신건강실태조사를 2-3년 간격으로 실태조사를 시행할 수 있도록 정책적 변화가 필요하며, 자살 직전의 사람들에게 희망을 가질 수 있도록 사회적 지지체계를 강화시킬 수 있는 정책 마련이 필요할 것이다. 생명존중에 대한 사회적 가치 정립을 위해 우선적으로 학교에서의 지속적인 생명존중 교육을 할 수 있도록 하며, 자살에 대한 편견이 심한 우리나라에서 자살원인을 파악하기 위한 심리적 부검을 활성화위해 우리나라의 문화적 특성을 반영하여 변형된 방법을 강구할 필요가 있으며 관련 정부기관, 경찰 등의 관련기관의 협조와 예산과 전문가 양성을 위한 정책적 지원방안을 마련해야 할 것이다.

Executive Summary

1. Background

According to the Epidemiological Survey of Psychiatric Illnesses in Korea (2006), the lifetime prevalence of depression increased from 4.0% to 5.6% in 2011, while that of other psychiatric illnesses decreased. In terms of gender, the annual prevalence of depression in females (3.2%) was twice as high as that in males (1.7%). The 2009 Causes of Death Statistics (Statistics Korea) reported that the number of deaths caused by suicide was 15,413, and the suicide rate was 31.0 per 100,000, an increase of 19.3% from the previous year. In particular, the suicide rate for those over 80 was over five times higher than the rate for those in their twenties. Moreover, suicide was ranked as the number one cause of death among individuals aged between 10 and 39 and the number two cause among those aged between 40 and 59.

In response to the recent emergence of depression and suicide as a huge social issue, this report aims to seek countermeasures by gender and age group, thereby minimizing social prejudices toward depression and suicide.

2. Method

A closed meeting between clinical professionals and a limited number of adolescents, adults, and elderly people of each age group was conducted with the purpose of finding solutions to the problems of and reducing social prejudices toward depression and suicide issues.

The RTC (round-table conference) was composed of a presentation part, in which each speaker gave a 10- to 15-minute presentation, and a discussion part, in which the panel members discussed the presentations.

3. Round-Table Conference (RTC)

1) Results of the RTC

The Round-Table Conference on Depression, Suicide, and Korean Society was divided into adolescent, adult, and elderly sectors and held on Friday, December 10, 2010, Friday, December 17, 2010, and Saturday, January 22, 2011, respectively. Clinical professionals and medical reporters participated in the discussions with each group. While the adolescent and adult sectors focused on measures to solve the problems of and overcome social prejudices toward depression and suicide, the elderly sector was aimed at establishing evidence for developing guidelines for elderly depression and suicide management.

2) Presentation Content

(1) Adolescent

a. Internal and External Research Trends in Adolescent Depression and Suicide Prevention Efforts

According to a survey of the prevalence of psychiatric illnesses in children and adolescents in Seoul (2005), interviews with the parents of the subjects revealed about a 2% prevalence of depression-related illnesses, whereas self-reports by the subjects showed a 7.37% prevalence. Moreover, examinations of relevant studies conducted both internally and externally have demonstrated the necessity for further studies regarding suicide risk and prevention factors and have revealed the inadequacy of integrated data by institution and region on the present status of adolescent suicide, which indicates a need for cooperation among various institutions that deal with adolescent mental health.

b. Factors and Present Condition of Adolescent Suicide

In order to prevent the rapidly increasing adolescent suicide rate, a social atmosphere that minimizes prejudice toward psychiatric illnesses

should be created through wide-ranging public efforts by the press, the educational arena, mental health experts, and other relevant organizations, along with campaigns to increase public awareness. Furthermore, supportive environments should be established that are based on that type of social atmosphere so that depressed or suicidal adolescents can actively engage in psychiatric treatment.

c. Online Game Addiction and Suicide

According to recent research on certain adolescents who have been diagnosed with high-level or latent Internet addiction, 31.3% had attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), 28.7% had depressive disorders. Among those classified as latent addicts, 43.2% had ADHD and 40.5% had a depressive disorder. On the other hand, among those diagnosed as high-risk addicts, 50% had other mood disorders such as dysthymic disorder and bipolar disorder and 40% had ADHD. Internet addiction treatments include cognitive behavior therapy (CBT), medication, and motivational enhancement therapy (MET).

d. School Mental Health Promotion Service I : Development and Use of a Screening Scale

There need to be efforts to decrease social prejudices toward students with psychiatric illnesses, as well as nationwide educational campaigns to improve awareness of the importance of the mental health of adolescent students. There is also a need for relevant governmental departments such as the Ministry of Education, Science and Technology and the Ministry of Health and Welfare to share their roles and secure a budget for recruiting appropriate personnel to be responsible for mental health examination. In addition, a systematic student mental health examination program is required, in which the process of the second examination is unified and the referral system in the third examination and subsequent treatment is established.

e. School Mental Health Promotion Service II

To prevent adolescent suicide, a mental health promotion program should be aimed at dealing with the mental health issues of students and their parents, such as depression, anxiety, and stress, as well as other social issues, including personal relationships. In addition, in order for mental health services in the schools to be more effective, practical measures such as specialization of screening scales and referral systems are needed.

f. Eradication of Social Stigma and Future Research Direction

There are various strategies for eradicating social stigma toward mental illnesses. In England, for example, relevant institutions and organizations conduct efforts in 28 regions nationwide in cooperation with one another under the slogan “Time to Change.” Their public awareness promotion efforts also include Education Not Discrimination-Rethinking Mental Health (END) programs. Similarly, in Korea, the Central Mental Health Supporting Committee holds discussions with relevant institutions and organizations and presents workshops conducted by individuals engaged in mental health service in local communities. The committee also runs a slogan contest and distributes promotional materials.

Future studies of adolescent suicide need to focus on understanding the present situation through statistical analysis of relevant data. Furthermore, therapeutic methods that include both medication and non-medication should be studied, focusing on high-risk groups.

2) Adult

a. Causes of Depression and Suicide

One of the uncontroversial facts about suicide is that patients with suicidal intentions eventually follow through in some way. It is very hard to stop patients with strong intentions from killing themselves, even with the application of restraints, careful observation, or clinical technology. Goldstein et al. (1991) examined risk factors in 1,906 patients by

multiple regression analysis and suggested a statistical model for suicide prediction. This model, however, never succeeded in detecting in advance a single patient who eventually committed suicide. Again, not all suicides can be prevented, so those responsible for providing treatment should not be blamed for not being able to predict their patients' suicides.

b. Epidemiologic Studies of Depression and Suicide

In Korea, the lifetime prevalence of main depressive disorders is 5.6% (3.6% in males and 7.6% in females), and the annual prevalence is 2.5% (1.7% in males and 3.2% in females). The annual prevalence in 2006, for example, increased from 1.8% to 2.5% compared to 2001. The prevalence of mood disorders in Korea is rather lower than in Western countries and similar to Japan and China, but its threshold value is much higher than in the US. In addition, 3.2% of the population between the ages of 18 and 65 in Korea has made a suicide attempt, which is a very high rate compared to many other countries. These facts indicate that suicide attempters who visit emergency rooms are not managed properly in terms of psychiatric diagnosis and treatment, even when they show high rates of mood disorders and intend to commit suicide in the near future. There is an urgent need for measures to prevent suicide attempters from ultimately committing suicide by providing them with appropriate psychiatric treatments through health policies, as the US and Japan do.

c. Suicide and Crisis Intervention

To prevent suicide, suicidal thoughts should be measured first. They are usually measured by directly asking suicidal patients the following questions, by stages: if they feel suicidal, if they think about suicide, if they think about suicidal methods in detail.

In addition, suicidal people should reduce risk factors while increasing protection factors, which include optimistic views of life, harmonious family and personal relationships and smooth

communication with them, active attitudes toward things, stable occupations, pastimes, and religion.

d. Ways to Overcome Social Stigma toward Depression

To reduce depression and suicide rates, adequate and practical information about psychiatric illnesses and treatments should be provided. Then, institutional improvements should be made in order to abolish social discrimination toward mental illness, thereby promoting a better perception of psychiatric disorders and treatments.

3) Elder

a. Elderly Depression and Necessary Grounds for Suicide Intervention

From the epidemiologic perspective, accurate epidemiologic examinations require detailed group analysis and practical interpretation of secondary data. From the diagnostic perspective, there is a need for evidence for the determination of effective tools for large-scale screening and for the importance of non-depression-related factors, such as physical illnesses, in depression prognoses. From the therapeutic perspective, there is a need for evidence for the preventive effects of medication and its effect on compliance rates of antidepressants. From the preventive perspective, there is a necessity for primary and secondary prevention.

The evidence for elderly suicide intervention should include an analysis of changes in elderly suicide and evidence for the determination and prevention of risk factors for suicide.

b. Depression and Suicide of Korean Elderly People: Epidemiologic Evidence

The prevalence of depression in elderly Koreans is 17.9% in terms of dimensional classification and 27.8% in terms of categorical classification. In addition, it has been discovered that even minor depressive disorders affect the quality of life and perceptions of patients. Risk factors for

depressive disorders are: low-level educational background, illiteracy, low income, declining cognitive function, dementia, and stroke, regardless of gender and age. Because the elderly suicide rate was 4.6%, there has proven to be a close relationship between suicide and depressive disorders, but systematic epidemiologic studies of suicide are lacking.

c. The Level of Evidence for Clinical Tests to Treat Depression in Korea
Clinical tests aimed at Korean people have been extremely lacking, and suitable journals for publication of clinical studies on depression in Korea should be searched. Furthermore, improvement patterns of depression symptoms, such as insomnia and other physical signs, should be examined through analysis of the characteristics of common symptoms among the Korean population. In addition, there is a need for evidence for clinical tests to evaluate improvements of depression symptoms in patients with physical illnesses.

d. Strategies to Build Evidence for Developing Guidelines on
Management of Elderly Depression and Suicide

To supplement insufficient evidence, the possibility of establishing evidence should be examined through analysis of existing clinical guidelines and consultation with experts. The existing guidelines should be determined by their targets and perspectives—whether they are aimed at psychiatrists, non-psychiatric doctors, or non-doctor medical professionals; whether they come from a diagnostic or therapeutic perspective; and whether they deal with overall depression or specific types of depression. To supplement insufficient evidence, evidence should be created through add-on, independent, extension, and integration studies.

3) Discussion Content

(1) Epidemiology

a. Depression

Current 5-year interval between the Epidemiological Survey of Psychiatric Illnesses, there is a need to replace with a 2-3 years. Survey conducted at frequent intervals to determine if the correct status for effective policy-decisions will be able to provide the correct information.

Significant symptoms of depression among young adults include changes in sleep patterns and fatigue. For this reason, if the same diagnostic criteria used for adults are applied to measure the prevalence of elderly depression, it appears to be lower than it actually is. Thus, separate diagnostic criteria for elderly depression should be established.

b. Suicide

The process of suicide is composed of three stages: suicidal ideation, suicide attempts, and commitment. However, the current epidemiologic data regarding suicide in Korea, provided by the National Police and the Statistics Korea, focuses only on deaths by suicide. The Statistics Korea data partially handles each stage of suicide in adolescents, but does not deal with adult and elderly suicide with the same approach. As suicide intervention varies depending on the stage, epidemiologic studies of each stage are needed.

(2) The Necessity of social efforts for reducing stigma and provision of correct information about depression and suicide

Many people have stigma against psychiatric medicines; they tend to believe that such medicines are for insane people only and have to be taken for the rest of one's life, and that they are the only way to cure mental illnesses. Moreover, hostility toward psychiatric medication in Korea is higher than in many other countries. These stigma and hostility are mostly due to incorrect information. Therefore, clinical experts and relevant institutions and organizations should make efforts to provide the public with correct information about psychiatric medication.

(3) Suicide factors

a. Risk factors

Continuous risk factors for suicide include depression and traumatic childhood experiences. According to a domestic study of suicide attempters, parents' indifference, violence lead to changes in children's value systems and a distorted way of thinking. In Korea, mothers are responsible for the majority of child care in most homes. Some studies have reported that mothers with depression are likely to abuse their children, who are in turn apt to become emotionally unstable and have low self-esteem, negatively affecting their socialization. Studies further suggest that children whose mothers suffer from depression are likely to commit suicide. In recent Internet events, there have been numerous cases in which people commit suicide together through online suicide communities. Moreover, along with continuous economic depression, so-called "livelihood suicide," which is committed due to hardships in life, is emerging as a social issue.

b. Protective factors

While there are suicide-causing factors, there are protective factors as well, which include a harmonious family, smooth personal relationships, a secure job, pastimes, religion, regular routine, exercise, and sleep. There should be a support system and efforts to strengthen such protective factors when risk factors increase.

(4) For suicide prevention requires the nationwide intervention

Japan, Australia, USA, Finland, etc. in foreign countries for suicide prevention efforts at the national level, and plan it to reduce the suicide rate in Korea, an active effort at the national level is necessary.

a. Vitalization of Effective Suicide Prevention Programs

Many studies have indicated the effectiveness of "gatekeeper"

training for the prevention of suicide and the importance of teachers' roles as gate keepers.

Most adolescents talk about their problems to their friends; therefore, a peer support program can help friends to build networks when there are signs of dangerous psychological states. Similarly, a system that can help people surrounding such adolescents in need to refer them to experts should be vitalized in order to prevent suicide.

b. The Necessity of Institutional, Legal Improvements for Suicide Prevention

How a suicide attempt to suicide prevention needs to block. Methods belong to the top of the suicide warning labels on pesticides with the rural, etc. Keep away easily to hand, including measures designed to manage the institutional aspects are needed.

c. The Necessity of Psychological Autopsy

Understanding the causes of suicide is crucial in preventing suicide, and conducting psychological autopsies is one way to do this. Other accumulated data used as input for the prevention of suicide and death, all the major psychological and social stress experienced by the deceased, personality characteristics and psychological behaviors, and psychiatric diagnosis before death and the situation is assessed. To activate it, reflecting the culture of the country how to transform the psychological autopsy is necessary. In the case of the suicide case, the police investigation was done at the police report, along with information about the psychological autopsy study to determine the cause of suicide, if you will help a lot.

d. Social values need to establish respect for life

The Korea society's fast economic growth, urbanization, human respect, nuclear family, personalization is ever about the importance of life, home and in school education is becoming increasingly violent and

sexually-oriented school education and youth games are rife, life is a slight wave and social value, and I'm getting encouraging suicide, confusion prevails and establishment of social value for respect life, it is necessary to be done.

(5) Others

a. Adolescent

- The Necessity of a Smooth Referral System

There are many adolescents who cannot receive early detection of and proper treatment for depression because of ignorance and prejudice on the part of teachers and parents. Therefore, there is a need for educating teachers and parents, as well as a smooth referral system that can lead to early effective treatment for adolescents in need. Youth counselors should also be trained to determine whether a student needs a referral to receive professional treatment.

- The Necessity of Coordination between Governmental Offices

Because various ministries, including the Ministry of Gender Equality and Family; Ministry of Education, Science and Technology; and Ministry of Health and Welfare are responsible for adolescent depression and suicide, consistent and systematic operation of relevant policies through coordination among them is required.

b. Elder

- The Necessity for early treatment of Elderly Depression

Among elderly patients with depression, sub-clinical patients are hard to diagnose based on physical illnesses or other common symptoms for elderly people likely to commit suicide. Therefore, even minor depressive disorders should be diagnosed early and treated.

- The Importance of Determining Target Users of Clinical Guidelines

Unlike many other countries, depression in Korea is dealt with in psychiatric clinics, while sub-clinical depression is treated by internal medicine or general practitioners or Alzheimer's centers. Therefore,

guidelines for these non-psychiatric professionals should be established so that they can play their roles as gatekeepers. A majority of suicide attempters are medical aid beneficiaries, so they prefer mental health centers to psychiatric clinics for financial reasons. Thus, guidelines for mental health center personnel or home-visiting personnel are also needed.

- Research Required to Develop Evidence

Studies should be conducted that focus on determining distinguishing characteristics of elderly depression and high-risk groups and understanding the current condition, including the relationship between suicide and social issues, such as solitary lifestyles of the elderly. To establish evidence, it should be classified into evidence we know of, evidence we do not know of, and uncertain evidence. For this, professionals first review and integrate previous studies.

4. Discussion

Adolescents, adults, elderly depression and suicide, experts gathered for each age-related problems and how to protect Taiwan by focusing in-depth discussion about the professional and the expert opinion provided the correct information in one place and measures that can arrange scaffolding has established that there is significant. RTC conducted in closed meeting with the public, easy to understand society tells you that you can change their perception of the spread of established measures was the lack of an in-depth discussion, nonuindoen jeongchaekhwa content that would not just have limitations. Depression and suicide, prayers, unlike other diseases and cure rate, low recurrence, and suicide can lead to problems such as barriers to continued treatment for the economic, social and environmental factors that can identify and looking for ways to reduce the research and about depression and suicide, ways to eliminate social prejudice and effective multi-disciplinary

approach in order to lay over the research is needed.

5. Conclusion

Adolescent depression prevalence of ADHD appears to be higher than 4.5% are concerned about the severity, depressive symptoms, elderly and dependent adults and adults with the same diagnostic criteria when the polls run the risk of underestimated to the differential diagnosis of elderly depression the preparation of the diagnostic criteria are needed.

Current 5-year interval between the mental health survey for 2-3 year intervals so that they can enforce the policy changes needed to survey and hope to the people on the verge of suicide, to ensure that we have to strengthen the social support system, it will be necessary to raise the policy. Respect life and social value for the first formulation can respect life at school, and serious stigma to suicide in South Korea to determine the cause of suicide, psychological autopsies to enable the country to reflect the cultural characteristics of variations need to seek ways and the relevant government authorities, police agencies, including the budget and professional development assistance and policy support measures will need to prepare for the will.

1. 서론

1.1. 연구배경

1.1.1. 우울증

1.1.1.1. 연령별 역학

우울증은 흔한 정신질환 중 하나로 세계보건기구(WHO)에서 사망률과 유병률을 고려한 질병부담이 2020년에는 허혈성심질환에 이어 두 번째가 되고 2030년에는 첫 번째가 될 것이라고 예측하였다.

미국 등 서양에서는 여성은 10~25%, 남성은 5~12% 정도가 평생에 한 번 이상 우울증에 걸리는 것으로 나타난 반면, 국내에서는 2006년 정신질환실태 역학조사에 의하면 5.6%가 평생에 한 번 이상 우울증에 걸리는 것으로 나타났다.

평생 유병률은 서구권 국가에 비하여 낮은 수준이나 비서구권 국가들과는 비슷한 수준이거나 다소 높은 수준으로 남녀 모두 20대에 발병의 최고점을 이루면서 이후 나이가 들어감에 따라 점차 감소하는 경향을 보였다. 30대에 58.0%의 환자가 발병하였다(그림1).

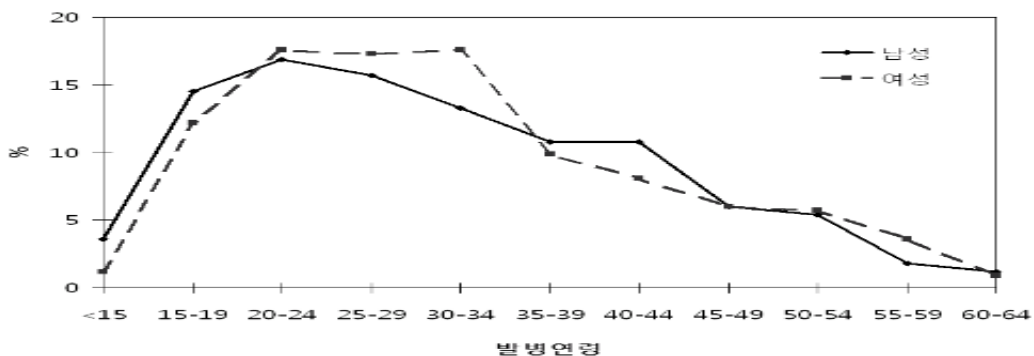


그림1. 주요우울증장애 발병연령에 따른 분포 (자료원: 2006년 정신질환실태조사)

일년 유병률은 남자(1.7%)에 비하여 여자(3.2%)가 약 2배정도에 이르며, 남녀 모두 50대 연령에서 주요우울장애 일년 유병률이 가장 높았다(그림2).

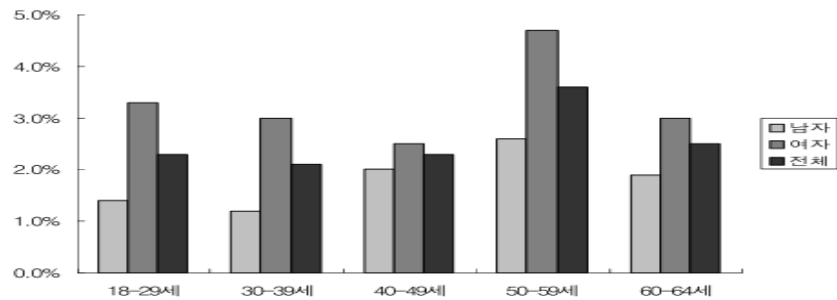


그림2. 주요우울장애 일년유병률의 성별 및 연령에 따른 분포

특히 정신질환에 대한 편견이 심한 국내에서 일반인을 대상으로 한 연구에서 이 정도의 유병률을 보인 것을 볼 때, 실제로는 이보다 더 많은 사람이 우울증으로 고통받고 있을 것으로 추정된다.

1.1.2. 자살

1.1.2.1. 역학

2009년 사망원인 통계(통계청)에 의하면 자살사망자수는 15,413명으로 2008년에 비해 2,555명(19.9%)이 증가하였으며, 1일 평균 42.2명꼴로 발생하며, 자살률(인구 10만명당)은 31.0명으로 전년도 대비 19.3% 증가하였다.

자살사망률은 작년대비 가장 큰 증가폭을 보였으며, 1999년 대비 16.1명(107.5%)이 증가하여 이 또한 가장 큰 증가폭을 보였다. 2009년 월별 자살자 구성비를 보면 5월과 6월에 자살자의 20.8%가 발생, 2004-2008년 5개년 평균 대비 5월과 6월의 구성비가 11.8% 증가하였다.

표1. 성별 자살자 및 자살사망률 추이 비교 (1998-2008)

(단위: 명, 10만 명당)

구분	남자					여자				
	1999년	2008년	2009년	99년대비 증감률	08년대비 증감률	1999년	2008년	2009년	99년대비 증감률	08년대비 증감률
자살자(명)	4,953	8,260	9,936	100.6	20.3	2,103	4,598	5,477	160.4	19.1
자살사망률*	20.9	33.4	39.9	91.0	19.7	9.0	18.7	22.1	146.8	18.5

* 자살사망률 : 인구 10만 명당 자살자수

남녀 사망원인 순위는 4대 사인(암, 뇌혈관 질환, 심장 질환, 자살)까지 동일하였으나, 성별로 살펴보면 남자의 자살률 39.9명, 여자는 22.1명으로 평균 1.81배 이상 높았으며, 50~60대 남자는 여자보다 3배 이상 높았다.

자살을 연령대별로 살펴보면 10~30대까지의 사망원인 1위로 나타났으며, 40~50대의 사망원인 2위로 나타나 심각한 문제가 되고 있다.

자살률은 연령이 높아질수록 증가, 80대 이상은 20대 보다 5배 이상 높았으며, 전년대비 10대 이후 전 연령층에서 자살률이 증가하는 것으로 나타났다(표2).

표 2. 연령별 자살률 추이 (1999-2009)

(단위: 인구 10만명당, %)

연 령	남녀전체				남 자				여 자			
	1999	2008	2009	08년대비 증감률	1999	2008	2009	08년대비 증감률	1999	2008	2009	08년대비 증감률
계	15.0	26.0	31.0	19.3	20.9	33.4	39.9	19.7	9.0	18.7	22.1	18.5
10-19세	5.1	4.6	6.5	40.7	5.6	4.9	6.9	39.6	4.4	4.4	6.2	42.0
20-29세	13.1	22.6	25.4	12.2	16.5	22.2	25.3	14.1	9.6	23.0	25.4	10.3
30-39세	17.3	24.7	31.4	26.9	24.1	28.3	35.6	25.8	10.3	21.0	27.0	28.4
40-49세	21.3	28.4	32.8	15.5	32.2	38.1	45.4	19.2	9.8	18.4	19.8	7.7
50-59세	23.2	32.9	41.1	24.9	36.4	50.5	62.0	22.7	10.3	15.2	20.0	31.9
60-69세	28.9	47.2	51.8	9.7	47.4	74.1	80.8	8.9	14.3	23.3	25.8	10.6
70-79세	38.8	72.0	79.0	9.7	66.5	115.0	123.9	7.7	22.8	44.0	49.0	11.5
80세이상	47.3	112.9	127.7	13.1	81.9	194.4	213.8	10.0	34.1	79.7	92.7	16.3

(자료원 : 2009년 사망원인통계 결과, 통계청)

1.1.2.2. 한국형 우울증의 특징

한국의 전통적인 개념에서는 우울증을 질병으로 보기 보다는 정상적으로 보아 넘기거나 문제가 있다고 보더라도 그것은 한 삶의 과정으로 보는 우리의 태도 때문에, 그리고 우울증을 신체허약 또는 영양실조로 보는 등 강한 신체화 경향으로 우울증상이 가려져서 신체 질환으로 오인될 가능성이 있다.

그러나 이제는 비서구권에서 신체증상이 많은 것이 심리적인 갈등을 신체의 부조화로 투사하는 전통적인 질병개념, 마음의 괴로움을 노출시키기보다는 신체적인 언어로 표현하는 전통적인 대인관계 양상 때문이라는 견해가 지배적이다.

2004년에 발표된 국내 우울증 환자의 신체증상에 관한 연구에서는 우울장애 환자군이 신체적 증상에 대한 호소가 많았으며, 특히 두통, 위장계통 장애, 근육통, 신경통에서 유의한 차이가 있었다. 이중에서 두통의 호소가 가장 많았다.

김광일(1977)은 한국의 우울증 환자에서 신체증상이 많다는 사실을 문화정신의학의 입장에서 다음의 네 가지로 설명하였다. 첫째, 심리적인 현상의 신체에 투사하는 한방(韓方)의 질병개념, 둘째, 감정표현, 특히 불쾌한 감정의 표현을 바람직하지 않게 여기는 전통적인 가정 분위기, 셋째, 비언어적인 의사소통의 전통, 넷째, 한의사는 물론이고 신경정신과 의사들이 우울증을 신체의 장애로 진단하는 경향도 한 원인이라고 하였다. 또한, 우울증에 대한 일반인들의 인식과 태도를 조사한 연구에서 보면, 우울증을 정신과적 질환으로 보는 사람 가운데에서도 그에 대한 대책을 묻는 질문에는 현대의학적인 치료를 권한 경우는 35%에 불과하였고, 나머지는 휴양, 보신, 영양섭취, 수양, 심리적 안정 등 민간상식에 근거한 대책을 권장하고 있었다. 이렇게 우울증에 대한 한국인의 전통적인 개념은 우울증을 심리적인 혹은 정신적인 문제로 보기보다는 신체의 문제로 보고 신체를 보강하는 대책을 세우고 있는 현상이 두드러진다는 점을 알 수 있다.

1.1.3. 우울증, 자살의 문제점 및 사회적 편견

1.1.3.1. 사회적 편견(낙인)

영국의 정치인 윈스턴 처칠이나 미국 대통령 에이브러햄 링컨, 소설가 버지니아 울프 등도 우울증을 앓았을 정도로 정신질환은 ‘특별한 사람에게만 걸리는 특별한 병’이 아니다. 무엇보다 정신 질환은 마음의 병이 아닌 뇌에 이상이 생긴 ‘뇌 질환’이란 인식 전환도 필요하다. 실제로 우울감이나 불안, 초조함은 뇌의 물질변화가 원인이다. 따라서 마음을 굳게 다져 먹는다고 극복되는 게 아니라 적절한 치료를 받아야 낫는다. 그러나 실제 우울증 등으로 정신과 치료를 받는 사람들에게 주변인들이 ‘정신력이 약하다’, ‘마음이 건강하지 못해서 그런다’ 등의 사회적 편견(낙인)을 가지게 된다.

낙인의 힘은 낙인된 사람에 대한 사회적인 반응으로부터 기인한다. 부분적으로는 환자 자신의 낙인에 대한 반응이다.

현재 정신질환에 대한 업무적합성평가가 질환별 직종별 업무적합성에 대한 뚜렷한 판단 기준도 없이 단지 정신질환이 있다는 이유만으로 사회적 낙인으로 인해 거의 모든 업무에

부적합하다고 판단되거나 취업이 되었다 하더라도 고용유지가 힘든 것이 현실이며 노동관련 법규의 보호도 제대로 받지 못하는 실정이다. 그러나 이충렬(2003) 등에 의하면 적절한 배치, 직장동료의 이해와 배려 및 보호고용을 통한 관리를 적절히 하는 경우 비정상적인 정신 증상에도 불구하고 작업장 내에서 잘 근무할 수 있는 것으로 나타났다. 이렇듯 사회적 낙인에 의해 정신질환자들은 많은 손해를 보거나 정신과 치료를 제대로 받지 못하는 경우가 많다.

고대안암병원 신경정신과 이민수·한강성심병원 함병주 교수팀은 지난 7~8월 정신과를 찾은 204명의 우울증 환자를 대상으로 우울증에 대해 환자 자신이 갖고 있는 인식과 '낙인'에 대해 조사했다. 조사 결과, 우울증 환자의 나이가 어릴수록, 미혼일수록, 직업이 없는 상태일수록, 우울증 증세가 심각할수록 환자 자신이 우울증에 대해 사회적 냉대와 소외, 고립감 등이 심각한 질병으로 인식하는 것으로 나타났다.

또한 담배를 피우는 환자일수록 우울증으로 인한 '고립감'을 더 많이 느끼고, 사회적으로 소외되어 있다고 느꼈다.

1.1.3.2. 노인과 자살

오늘날 노인들은 젊은 연령층에 비하여 보다 사회적으로 고립되어 있고 만성적인 노환으로 시달리고 있으며 또한 퇴직과 배우자의 죽음 등 여러 가지 상실을 경험하고 있으며 게다가 노후의 소득원의 상실 혹은 감소로 인한 경제적 난관에 봉착하여 있다. 역사적으로 볼 때 노인이 이전의 생애주기(life cycle)때 경험하지 못했던 견디기 힘든 삶의 문제들(stressful life events)에 직면한 노인층은 타 연령층에 비해 높은 자살율을 보여 왔다(Kwan, 1994).

노인들은 경제적 불안정(빈곤), 육체적 병(만성질환), 사회적 역할의 상실(일역할과 관계 역할의 상실), 사회지원망의 약화(가족관계의 불화), 외로움 등과 같은 문제들로 고통을 당하고 있는 노인들이 이들 문제들에 적절하게 대처하지 못하고 스스로 목숨을 끊는 극단적 행동을 취할 수 있는 현실에 방치되어 있다¹⁾. 이러한 의미에서는 노인자살은 노인이 당면한 생활문제의 일종의 마지막 해결대안이다. 더욱이 우리 사회는 경제상황의 악화와 고용구조의 불안정으로 노인부양가족의 생활위기와 노인자신의 강제퇴직과 경제적 불안정 등으로 그 어느 때 보다 노인자살의 위험성이 높다고 말할 수 있다.

1) 타 연령층의 자살과 비교한 기존의 노인자살연구에 의하면 노인문제가 노인들로 하여금 자살기도(suicidal attempt) 혹은 자살행위(suicidal behavior)의 위협에 처하게 한다고 보고하고 있다(Osgood, N.J., 1992).

아울러 노인 우울증을 유발하는 가장 큰 요인 중의 하나는 신체적 질병과 상실을 들 수 있다.

우리나라에서는 우울증상이 전체 노인의 15% 정도로 추정하고 있으며(대한신경정신의학회 편, 1997), 한국 노인의 우울 요인으로 신체적 건강문제, 자녀와의 문제, 경제적 어려움 등이 가장 결정적으로 작용하는 것으로 조사 결과 판명되었다(박인옥 외, 1998).

1.2. 연구의 필요성

정신질환실태 역학조사(2006)에 의하면 다른 정신질환은 감소하는 반면 우울증 평생유병률은 5.6%로 2001년에 비해 증가하였으며, 평생 유병률은 서구권 국가에 비하여 낮은 수준이나 비서구권 국가들과는 비슷한 수준이거나 다소 높은 수준으로 남녀 모두 20대에 발병의 최고점을 이루면서 이후 나이가 들어감에 따라 점차 감소하는 경향을 보였다.

일년 유병률은 남자(1.7%)에 비하여 여자(3.2%)가 약 2배정도로 남녀 성별 차이를 보였으며, 남녀 모두 50대 연령에서 주요우울장애 일년 유병률이 가장 높아 연령대별로 차이를 보였다.

2009년 사망원인 통계(통계청)에 의하면 자살사망자수는 15,413명, 자살률(인구 10만명당)은 31.0명으로 전년도 대비 19.3% 증가하고 있다. 연령대별로 살펴보면 자살률은 80대 이상은 20대 보다 5배 이상 높았으며, 10~30대까지의 사망원인 1위, 40~50대의 사망원인 2위로 나타나 심각한 사회문제가 되고 있다. 그리고 청소년(10-19세)의 전년도 대비 자살률 증가율이 40.7%로 전체 연령 중에서 가장 높았다.

또한 낙인에 대한 연구결과에 의하면 우울증 환자의 나이가 어릴수록, 미혼일수록, 직업이 없는 상태일수록, 우울증 증세가 심각할수록 환자 자신이 우울증에 대해 사회적 냉대와 소외, 고립감 등이 심각한 질병으로 인식하는 것으로 나타났다. 또한 담배를 피우는 환자들일수록 우울증으로 인한 '고립감'을 더 많이 느끼고, 사회적으로 소외되어 있다고 느꼈다.

이렇듯 우울증과 자살이 사회의 문제로 대두되고 있는 현 시점에 연령대별로 유병률과 자살률이 다르고 문제점과 해결방안도 연령대별로 차이를 보여 이에 대한 합리적 대책 모색과 함께 사회적 편견을 최소화할 수 있는 방안 마련에 도움이 될 것이다.

1.3. 연구목적

- 1) 청소년, 성인, 노인에서 우울증과 자살의 문제점을 파악하여 문제점 해결을 위한 합리적 대책을 모색
- 2) 청소년, 성인, 노인의 우울증과 자살에 대한 사회적 편견을 살펴보고 사회적 편견을 극복할 수 있는 방안 모색

2. 방법

청소년, 성인 등 각 연령에서 우울증, 자살에 대한 현황 및 발생원인 등을 파악하고 사회적 편견을 없애는 방안을 모색하기 위한 Round-table Conference (RTC)를 연령 대별로 각각 개최하였다.

2.1. 기획

2.1.1. 주제 선정

주제선정을 위한 1차 RTC에 참석한 연자, 패널 및 참석자들 대상으로 주제 수요조사를 시행하였다. 수요조사 결과 편견(stigma)을 없애는 방안에 대한 내용이 선정되었다. 연령 대별로 우울증과 자살 원인의 차이가 다양하고 우울증, 자살에 대한 편견도 다르므로 연령 별로 편견을 없애는 방안을 모색하기로 하였다.

2.1.2. 진행방법

청소년, 성인, 노인 등 연령대별로 임상전문가 대상으로 참여 인원수를 제한한 비공개회의(closed meeting)로 진행한 후 임상전문가 및 정부기관, 상담전문가 및 기타 관련 전문가 등이 참여하는 공개회의(open meeting)로 진행하기로 하였다.

비공개회의에서는 우울증, 자살에 대한 문제점과 편견을 없애는 방안을 모색한 후 공개 회의에서 도출된 결과를 사회에 확산시킬 수 있는 방안을 여러 전문가가 모여 다각도 방면에서 모색기로 하였다.

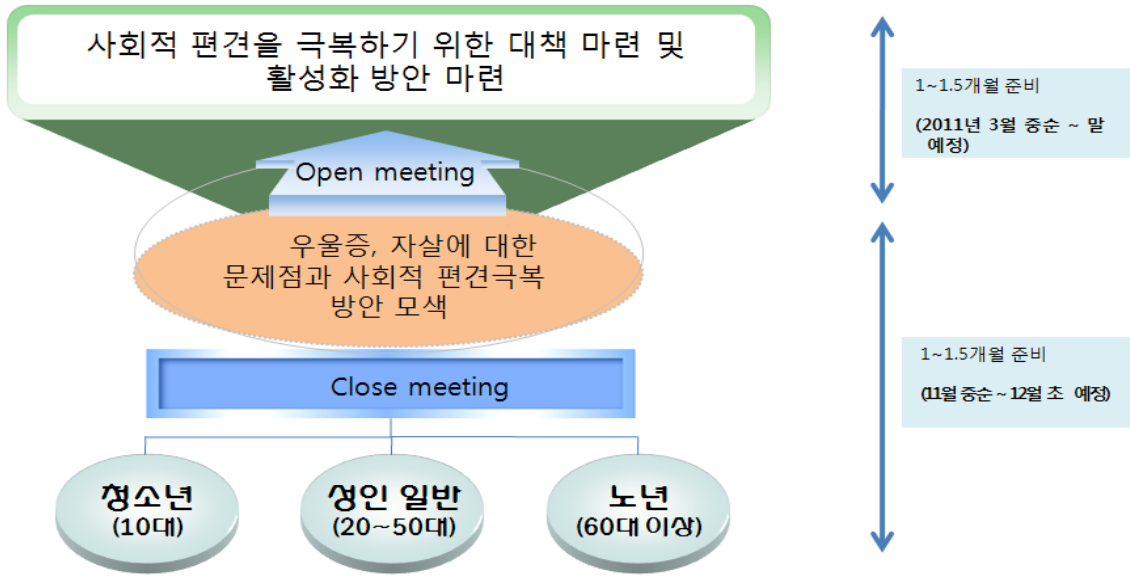


그림 3. Round-table Conference 모식도

2.2. RTC 운영

청소년, 성인, 노인 등 3 연령대별로 각각 진행한 conference는 발표와 토론으로 나누어서 이루어졌으며, 10~15분 씩 각 연자들이 발표하고, 발표 내용에 대해 패널들의 토론으로 진행하였다.

2.2.1. 청소년 분야 RTC

1) 발표 내용 선정

주요 발표내용은 신경정신과 청소년분야 교수와 회의를 통해 다음과 같이 선정하였다.

청소년의 우울증과 자살의 현재 국내외 연구동향, 자살을 기도하는 청소년의 특징, 게임 중독과 자살과의 관계, 현재 진행하고 있는 학교정신건강증진사업과 우울증과 자살 기도 청소년의 사회적 편견 극복 방안과 향후 관련 연구 방향에 대해 알아보기로 하였다.

2) 연자, 패널 등 섭외

연자는 관련 전문가의 추천과 관련 연구를 한 전문가를 검색하여 임상전문가 위주로 섭외하였다. 그리고 패널은 관련 임상전문가와 현재 청소년 정신건강과 관련된 정부기관인 교

육과학부 학교지원국 학생건강안전과와 보건복지부 건강정책국 정신건강정책과를 비롯한 청소년 상담을 하고 있는 관련 전문가를 섭외하였다.

3) RTC

참석자를 제한하여 closed meeting 형식으로 진행하였다. 초청장은 일부 관련 전문가 위주로 제한하여 발송하였으며, 이전부터 청소년 정신건강문제에 관심을 보인 일부 국회의 원실에도 발송하였다. 연구원 홈페이지에 행사관련 공지문과 함께 참석자는 사전등록을 받았으며, 대한신경정신의학회 전체 회원에게도 공지하여 임상전문가의 참석을 유도하였다.

2.2.2. 성인 분야 RTC

1) 발표 내용 선정

주요 발표내용은 신경정신과 성인분야 교수와 회의를 통해 다음과 같이 선정하였다.

우울증과 자살이 일어나는 원인, 성인에서의 우울증과 자살 역학, 자살과 위기 중재방법, 우울증과 자살의 편견을 없애는 방안에 대해 살펴보기로 하였다.

2) 연자, 패널 등 섭외

연자는 관련 전문가의 추천과 관련 주제에 대한 연구를 진행한 전문가를 위주로 검색하여 섭외하였다.

패널은 관련 임상전문가와 현재 정신보건센터 등에서 활발하게 활동하는 정신보건간호사와 우울증에 관심이 많은 의학전문기자를 추천받아 섭외를 하였다.

3) RTC

참석자를 제한하는 closed meeting 형식으로 초청장은 일부 관련 전문가 위주로 제한하여 발송하였다. 또한 연구원 홈페이지에 행사관련 공지문과 함께 참석자는 사전등록을 받았으며, 대한신경정신의학회 전체 회원에게도 공지하여 임상전문가의 참석토록 하였다.

2.2.3. 노인 분야 RTC

1) 발표 내용 선정

발표주제는 신경정신과 노인분야 교수와 회의를 통해 노인 우울증 및 자살관리 지침 개

발을 위한 근거구축 전략으로 정하였으며, 발표내용도 다음과 같이 선정하였다.

노인 우울증 및 자살관리 지침을 위해서 필요한 근거의 종류와 지금 구축된 근거 중 역학적 근거와 임상적 근거 현황 및 현재 부족한 근거를 어떻게 구축할 것인지에 대한 방안에 대해 논의기로 하였다.

2) 연자, 패널 등 섭외

연자는 관련 전문가의 추천으로 구성하였으며, 패널은 주제의 특성을 고려하여 노인 우울증과 자살에 대해 잘 알고 있는 임상전문가들로 제한하여 섭외하였다.

3) RTC

참석자를 일부 제한하는 closed meeting형식으로 초청장은 일부 관련 전문가 위주로 제한하여 발송하였으며, 연구원 홈페이지에 행사관련 공지문과 함께 참석자는 사전등록을 받도록 하는 한편, 대한신경정신의학회 전체 회원에게도 공지하여 임상전문가의 참석토록 하였다.

3. Round-table Conference (RTC)

3.1. RTC 운영결과

“우울증, 자살 그리고 한국사회 Round-table Conference”의 청소년 분야는 2010년 12월 10일(금) 보령빌딩 제 1회의실에서 개최하였으며, 성인 분야는 2010년 12월 17일(금) 서울대학교 의과대학 암연구소 대회의실, 노인분야는 2011년 1월 22일(토) 한국보건의료연구원 11층 대회의실에서 개최하였다.

각 행사에는 관련 임상전문가, 의학전문기자 등이 참석하여 토론을 함께 하였다.

청소년 분야는 조수철 서울의대교수의 주도로 6명의 연자가 주제발표를 하였으며 패널로 반건호 경희의대교수, 민영신 보건복지부 건강정책국 사무관, 배주미 한국청소년상담원 상담조교수가 참석하여 토론을 하였다.

주제발표는 청소년 우울증, 자살예방사업의 국내외 연구동향, 어떤 청소년이 자살하는가, 게임중독과 자살, 학교정신건강증진사업 중 정신건강 선별척도의 개발 및 사용과 자살예방 대책, 사회적 편견 극복과 향후 연구방향의 순으로 진행하였다.

성인 분야는 전태연 가톨릭의대교수의 주도로 4명의 연자가 우울증과 자살의 원인, 역학과 자살과 위기중재, 우울증의 편견해소 방안 및 자살관련 통계의 문제점에 대해 주제발표를 하였으며 패널로 이민수 고려의대교수, 오강섭 성균관의대교수, 고문희 초당대교수가 참석하였다.

노인 분야에서 주제발표의 좌장은 조맹제 서울의대교수가 맡았고 4명의 연자가 노인 우울증과 자살 관리 지침을 위해 필요한 근거와 현재 역학적 근거와 임상시험근거의 수준 및 부족한 근거를 구축하는 방안에 대해 발표를 하였으며, 토론의 좌장은 오병훈 연세의대교수가 맡았으며 조맹제 서울의대교수, 오강섭 성균관의대교수, 백종우 경희의대교수, 김정란 충남의대교수가 참석하여 열띤 토론을 벌였다.

표 3. 청소년 분야 RTC 프로그램

주요 내용	연자
청소년 우울증, 자살 예방사업의 국내외 연구동향	김경미 (인제대학교 교수)
어떤 청소년이 자살을 하나?	천근아 (연세대학교 교수)
게임중독과 자살	김대진 (가톨릭대학교 교수)
학교정신건강증진사업 I	김지훈 (부산대학교 교수)
학교정신건강증진사업 II	김재원 (서울대학교 교수)
사회적 편견 극복과 향후 연구 방향	우종민 (인제대학교 교수)
패널토론	반건호 (경희대학교 교수)
좌장: 조수철 (서울대학교 교수)	민영신 (보건복지부 건강정책국 정신건강정책과 사무관)
	배주미 (한국청소년상담원 프로그램개발팀 상담조교수)

표 4. 성인분야 RTC 프로그램

주요 내용	연자
우울증과 자살은 왜 일어날까?	박용천 (한양대학교 교수)
우울증, 자살 역학연구	전홍진 (성균관대학교 교수)
자살과 위기중재	김재민 (전남대학교 교수)
우울증 편견을 없애는 방안	임세원 (성균관대학교 교수)
패널 토론	이민수 (고려대학교 교수)
- 좌장 : 전태연 (가톨릭대학교 교수)	오강섭 (성균관대학교 교수)
	고문희 (초당대학 교수)

표 5. 노인분야 RTC 프로그램

인사말	허대석 한국보건의료연구원장
발표	좌장 : 조맹제 서울대학교 교수
어떤 의학적 근거들이 필요한가?	김어수 연세대학교 교수
우리는 어떤 의학적 근거들을 가지고 있는가?	
- 역학적 근거	박준혁 제주대학교 교수
- 임상시험적 근거	한창수 고려대학교 교수
부족한 의학적 근거들을 어떻게 구축해야 하는가?	김기웅 서울대학교 교수
패널토론	조맹제 서울대학교 교수
- 좌장 : 오병훈 연세대학교 교수	오강섭 성균관대학교 교수
	백종우 경희대학교 교수
	김정란 충남대학교 교수

3.2. 발표내용

3.2.1. 청소년 분야

3.2.1.1. 청소년 우울증, 자살 예방사업의 국내외 연구동향

1) 국내 현황

청소년의 우울증 현황에 대한 연구는 많지 않은 실정이다. 서울시 소아청소년 정신질환 유병률(2005) 조사 결과를 살펴보면 부모 면접을 통한 살펴본 결과, 우울관련장애는 약 2%로 이중 주요우울장애는 0.52%, 기분부전장애 0.34%, 조울증 1.09%로 나타났으며, 학생의 자가보고를 통해 살펴본 결과, 우울증 7.37%로 나타나 조사 대상 간의 차이를 보였다.

청소년 우울감 경험률 추이를 살펴보면 2005년 29.9%에서 2009년 37.5%로 증가하였으며, 여학생의 경우, 2005년 34.7%에서 2009년 43.3%로 8.6%p 증가한 것에 비해 남학생이 25.6%(2005)에서 32.1%(2009)로 6.5%p 증가해 여학생이 남학생보다 우울증 경험이 더 많은 것으로 나타났다.

우울증, 자살 그리고 한국사회 Round-table conference

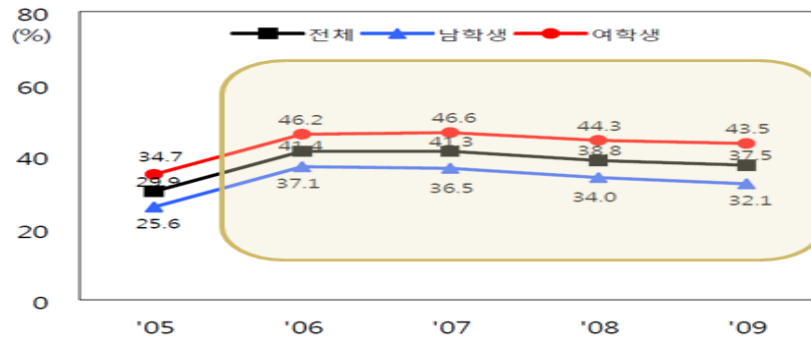


그림 4. 청소년 우울감 경험률 추이

(자료원 : 제5차 청소년 건강행태 온라인조사 통계, 통계청 2009)

청소년 자살에 대한 현황은 통계청 자료(2009)에 의하면 운수사고에 이어 자살이 2위로 나타났으며, 사망률이 22.1%로 인구 십만명당 4.6명으로 나타났다. 한 조사에 의하면, 청소년의 자살생각률은 19.1%, 자살시도률은 4.6%로 나타났다.

2) 자살예방정책에 관한 국내연구

자살예방정책개발연구(전우택 등, 2004)에 의하면 외국의 국가자살예방전략을 살펴보면 우리나라 자살예방 전략을 위한 단기, 중장기 과제 제시 및 국가 자살예방 전략 10대 과제 제안하였다. 이 연구에 의하면 핀란드(The Finnish Target and Action Strategy for Suicide Prevention)에서는 1987년부터 1988년까지 자살 사례 중 약 1400여건을 조사 및 실태 분석하는 심리적 부검조사를 시행하였으며, 미국(national Strategy For Suicide Prevention, NSSP)에서는 학교를 기반으로 학생에 대한 예방정책인 gate keeper/ CAST/CARE를 시행하였다. 이 연구의 한계점은 자살예방 관련 사업을 수행하고 있는 기관(광역 및 지역정신보건센터들, hotline, 자살예방협회 및 기타 민간 기관 등)들이 현실적으로 실현하기 위한 제도적, 법적 체계가 미비하다는 점이다.

3) 청소년 자살예방프로그램

청소년 자살예방프로그램으로 일반적인 자살 교육(General Suicide Education), 또래 지지 프로그램(Peer Support Program), 학교 지킴이 훈련(School Gatekeeper Training), 선별 프로그램(Screening Program), 위기센터와 긴급전화(Crisis Centers & Hotlines), 사후예방과 집단 예방(Intervention After a Suicide) 등이 있다.

(1) 일반적인 자살 교육(General Suicide Education)

이 프로그램들은 학생들에게 자살의 경고 신호와 도움을 받을 수 있는 곳에 대해 더 많이 알게 하는 것이다. 이용 가능한 지역사회자원들, 도움 찾기와 문제해결기술, 스트레스 관리기술의 증진, 의사소통, 사회적 대처능력과 관련한다.

(2) 또래 지지 프로그램(Peer Support Program)

이 프로그램들은 학교나 혹은 지역사회에 기초한 또래 지지 프로그램은 위험에 처한 청소년 사이에 사قم과 대처능력과 또래 관계와 연결망을 구성하는 것을 목표로 한다.

(3) 학교 지킴이 훈련(School Gatekeeper Training)

이 프로그램들은 학교 교사, 상담교사 등의 스텝들을 교육하여 학생들의 신상을 민감하게 반응하도록 하여, 위험에 처한 학생들을 인지하고, 전문 정신 건강 서비스 기관에 의뢰하도록 돕는 것이다.

(4) 선별 프로그램(Screening Program)

이 프로그램은 고위험 집단을 확인하는데 도움이 되는 도구를 활용하여 잠재적인 자살 행동에 대한 조기 경고 신호를 발견하고 도움을 준다. 기준점 이상의 점수를 받은 학생들은 학교나 외부의 전문 상담가에게 의뢰한다.

(5) 위기센터와 긴급전화(Crisis Centers & Hotlines)

이 프로그램은 자살 생각을 갖고 있는 사람들이 쉽게 접근할 수 있는 상담 전화를 설치하고 언제든지 즉각적으로 상담에 응하는 것을 청소년들이 선호한다. 현재는 준전문가인 자원봉사자로 구성된 전화 위기 서비스를 운영하고 있다.

(6) 사후예방과 집단 예방(Intervention After a Suicide)

이 프로그램은 자살에 실패한 생존자나 자살 후 남아 있는 생존가족 및 친구 또는 또래 집단에 대한 사후 서비스를 실시하여 상실감과 정신적 공황의 문제를 돕는다. 또한 그들을 직접적으로 접촉할 수 있는 교사, 의료기관 직원, 경찰 등을 대상으로 사전 경고신호를 민감하게 인지하고 여러 지원체계를 활용하여 위기 개입을 할 수 있도록 교육훈련을 할 필요가 있다. 자살 후에 모방 자살의 가능성을 예방하기 위한 학교와 지역사회가 팀 적인 접근을 해나간다.

4) 자살예방프로그램에 대한 국내외 연구

외국의 연구를 살펴보면 현황분석자료로는 약물치료, 정신과 치료효과 및 주변 도움의 필요성에 관한 연구, 학교 중심의 자살예방프로그램의 효과에 대한 연구, 가족 중심의 자살예방프로그램의 효과(Diamond, 2010)에 대한 연구들이 있다. 이 중 가족 중심의 자살예방 프로그램(attached based family therapy)은 가족 구성원간의 관계를 돈독

이 하는 과정, 청소년 단독 또는 자살과 관련된 핵심적인 가족 갈등 파악 및 청소년이 이를 부모님과 상의할 준비 과정, 부모 단독 또는 부모의 사랑과 공감을 증대시키기 및 emotionally focused parenting skill 교육으로 affective attunement 증진시키는 과정, 가족이 함께 확인된 문제에 대해 상의하고 새로운 대화기술, 문제해결, 감정조절 기술 등을 훈련 과정, family connection을 유지하는 동안 청소년의 자율성 증진(학교 적응 향상, 즐거운 활동 증가 등)시키는 과정 등을 포함하고 있었다. 자살생각에 대한 자가 보고를 통해 가족 중심 프로그램의 효과를 살펴본 결과, 일반적인 치료를 받은 그룹보다 효과적인 것으로 나타났다.

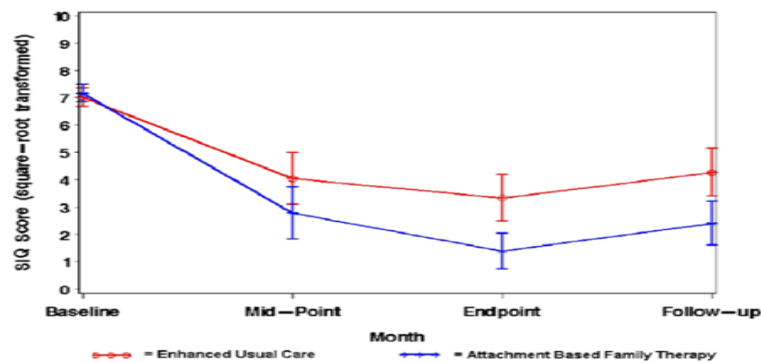


그림 5. 가족 중심 자살예방프로그램 효과

국내 연구는 자살의 원인에 관한 연구와 역학에 관한 연구로 구분할 수 있다. 원인적 측면을 조사한 연구는 우울증 등이 자살에 미치는 영향(박광배 등., 1991, 송동호 등., 2003), 정신의학적 특성(송동호 등., 1996), 자살에 대한 태도 및 자아상에 관한 연구(장동원 등., 1999) 등이 있으며, 역학 연구는 중고등학교 학생(조성진 등 2002), 대학생(노명선 등. 2006, 2007) 대상으로 한 연구들이 있다.

5) 소결

지금까지 국내외에서 수행된 연구를 살펴본 결과 자살의 위험요인, 방지요인 등에 대한 분석에 대한 연구가 필요하며, 청소년 자살의 현황에 대한 기관별, 지역별 등 통합적인 자료구축 미비하다는 점을 알았다. 이에 청소년 정신건강에 관련된 여러 기관의 협조가 필요하다. 아울러, 자살을 ‘치료를 통한 예방’이 가능할까하는 의구심을 줄일 필요가 있겠다.

3.2.1.2. 청소년 자살 요인 및 현황

국가발전의 주요 원동력인 청소년의 자살률 증가는 새로운 사회적 문제로 대두되고 있다. 교육과학기술부 조사결과 한국 청소년의 자살은 2008년도 기준 202명으로 전년 대비 57% 증가하였으며, 주요 자살원인으로는 가정불화, 우울증, 이성문제, 성적 부담 및 비관 등으로 조사되었다. 청소년의 자살률 증가는 새로운 사회적 문제로 대두되고 있어 이에 대한 원인 발견과 대책마련이 시급한 상황이다. 따라서 본 발표에서는 청소년 자살이 급증하는 원인과 이에 대한 대책 논의를 위해 청소년 자살의 위험요인 및 예측인자를 구체적으로 살펴보고자 한다.

1) 인용 자료

청소년의 우울증과 자살률이 비단 최근에 급증하고 있는 것이 아니라는 점에서 우리는 현 상황에 대한 심각성을 인식할 필요가 있다. 2005년도에 보건복지부가 발표한 ‘국민건강, 영양조사-총괄편’에서 청소년 우울증 및 자살 통계자료를 확인해보면, 12~14세 연령층에서는 우울증이 9.83%로 자살사고율인 8.61%보다 낮게 조사되었다. 하지만 15~18세 연령층에서는 우울증 경험을 보다 자살사고율이 높고 자살사고율 또한 12~14세 대비 2.5배 이상 급증하고 있다.

표 6. 한국 청소년 우울증 및 자살사고 여부

(단위:%)

	연간 우울증 경험*	연간 자살 사고**
12-14세	9.83	8.61
남	6.31	7.22
여	11.64	15.55
15-18세	14.77	18.41
남	12.83	9.80
여	17.39	20.84
19-29세	12.35	12.47

자료원 : 보건복지부, [국민건강, 영양조사-총괄편] 2005년도

* : 지난 1년동안 연속 2주 이상 일상생활에 지장이 있을 정도로 슬프거나 절망감을 느낀 사람

** : 지난 1년동안 죽고싶다는 생각을 해본적이 있는 사람

2) 청소년 자살 예측인자 및 자살의 경고 징후

청소년 자살을 예측할 수 있는 특정한 인자로는 이전 자살 시도력, 자살의 가족력, 기분장애

(주요 우울 장애), 알코올 남용 및 물질남용장애, 혼자 사는 16세 이상의 남자청소년, 신체 및 성 학대의 과거력 등을 들 수 있다.

청소년 자살의 경고 징후가 되는 상태는 청소년의 최근 급격한 성격적 변화, 가족 및 친구와의 갈등, 죽음에 대한 글·생각·언급, 정신상태의 변화(agitation, hallucination, delusion, violence, intoxication)등을 들 수 있다.

즉 청소년 자살과 관련된 Psychosocial stressors 요인으로는 대인관계갈등이 70%를 차지하며, 이 외에도 이별, 법적 문제, 학업 실패 및 학업능력저하, 따돌림 및 고립(왕따) 등으로 알려져 있다. 우리가 청소년 자살의 특징에서 주목해야할 점은 일상생활에서 흔히 접할 수 있는 event에 의해서 자살이 촉발된다는 것이다. 또한 청소년의 가족 구성원이나 친구 집단 내 자살이 발생되었을 때, 청소년은 자살에 대한 금기가 약해지는 집단에 속하게 되고 결과적으로 해당 집단 내의 취약한 청소년들에게 자살은 하나의 대안이 될 수도 있다. 그러나 친구나 가족구성원의 자살에 대한 경험이 직접적으로 자살위험도를 증가시키는지에 대해서는 여전히 논란이 많지만 자살에 따른 주변인 손실로 인한 우울증, PTSD의 발생을 높여 장기적으로 영향을 줄 가능성이 존재한다고 본다.

3) 생물학적 관점에서의 자살

청소년 자살에 영향을 미치는 요인을 생물학적 관점으로 조사한 1996년 Brent et al.의 연구는 유병율과 상관없이 자살청소년 가족의 자살률이 유의하게 높은 것을 발견했다. 아래 표에서 보여주는 바와 같이 자살희생자의 가족에서는 대조군 가족에 비해 자살률이 2배 높게 조사되었다. 이는 자살과 정신질환이 각각 독립적으로 유전될 수 있는 가능성을 보여주는 결과였다.

표 7. Family Clustering

Characteristic	Deceased Subjects Born in 1949–1969 Who Died in 1963–1997				Relatives				Difference
	Suicide Victims (N=8,396)		Comparison Subjects (N=7,568)*		Of Suicide Victims (N=33,173)		Of Comparison Subjects (N=28,945)		
	Mean	Range	Mean	Range	Mean	Range	Mean	Range	
Age (years)	30.0	7–48	29.8	13–48	—	—	—	—	
	N	%	N	%	N	%	N	%	χ^2 (df=1)
Gender									
Male	6,074	72.3	5,050	66.7	—	—	—	—	
Female	2,322	27.7	2,518	33.3	—	—	—	—	
History of inpatient psychiatric care	2,671	31.8	1,012	13.4	2,971	9.0	1,857	6.4	138.8**
Deaths among relatives									
Total					3,062	9.2	2,606	9.0	0.9
Certain suicides					287	0.9	120	0.4	47.5**
Uncertain suicides					89	0.3	49	0.2	6.4*

* Excludes certain and uncertain suicides.

*p<0.01. **p<0.001.

4) 청소년 자살의 정신과적 개입

청소년 자살치료에 대해서 정신과적 치료측면에 있어서 딜레마는 첫째로 청소년들이 대체로

정신과적 치료에 대해 협조적이지 않다는 점이다.

이러한 딜레마가 발생하는 배경으로는 환자와 보호자 모두 정신과 치료로 발생하는 사회적 낙인에 대한 두려움이 생기는 경우, 한 번의 자살 시도가 향후 반복되는 자살시도의 위험요인으로 인식하지 못하는 경우, 그리고 자살의 계기가 사소한 사건이라는 이유로 자살시도를 일회적인 삽화로 과소평가할 때 발생하는 것으로 본다.

표 8. 세브란스 병원 응급실에 자살을 주소로 내원한 15-24세 환자 특성 비교

구 분	1998년	2002년
1. 전체 자살 환자수 (15-24세 환자 수)	55 (17)	107(23)
2. 남:여 (%)	18 (82%)	22 (78%)
3. 진단		
우울증	14 (82.4%)	15 (65.2%)
조울병	1 (5.9%)	0 (0%)
기타	2 (11.8%)	8 (34%)
4. 과거 자살 시도 경험		
있음	3 (17.6%)	7 (30.4%)
없음	12 (70.6%)	11 (47.8%)
미상	2 (11.8%)	5 (21.7%)
5. 정신과 치료에 권유에 대한 반응		
치료 동의	3 (18.8%)	2 (8.7%)
치료 거부	13 (81.3%)	17 (73.9%)

자살 시도 청소년의 급성기 치료방법으로 ①자발적 또는 반 강제적 입원, ②자기 파괴행동을 할 수 있는 수단 또는 물건을 제한, ③항우울제 처방, ④행동계약 등이 있으며 이러한 방법으로 모든 위험 물건 및 요인을 제거할 수는 없으나 이러한 노력을 하는 것은 필수적이다.

이 외에도 약물 치료, 다른 전문가(예. 학교 상담교사 또는 담임 선생님)과의 긴밀한 협조, 부모와 가족의 개입 등을 통해 청소년의 우울증을 치료하는 방안을 시도해 볼 수 있다.

5) 소결

급증하는 청소년자살을 예방하기 위해서는 언론과 교육현장, 정신건강 전문가 및 단체의 폭넓은 공공활동 및 대국민 대상 인식확대 캠페인을 통해 정신장애에 대한 편견이 최소화되는 사회적 분위기를 수립하고 이를 기반으로 자살시도자의 정신과 치료에 대한 낙인을 최소화함으로써 우울증 및 자살시도력 있는 청소년들이 적극적인 정신과적 치료를 받을 수

있는 환경의 조성이 무엇보다도 필요하다고 본다.

3.2.1.3. 게임중독과 자살

1) 중독이란

중독이란 사고, 감정(갈망), 행동(사회적 기능의 저하)과 기분의 변화가 생기며 내성으로 중단하게 되면 금단증상과 대인관계, 사회적, 직업적 그리고 내면이 갈등이 발생하고 만성적으로 재발하게 되는 특징이 있으며, 한 번 이환되면 완치는 되지 않으나 당뇨병이나 고혈압 등의 만성질환처럼 조절이 가능한 뇌 질환이다.

중독은 행동중독(behavioral addiction)과 물질중독(chemical addiction)으로 나눌 수 있으며, 행동중독에는 도박, 경마, 인터넷, 섹스중독이 해당되며 물질중독에는 알코올, 니코틴, 필로핀, 아편, 코카인중독이 해당된다.

2) 인터넷 중독의 진단

인터넷 중독은 단순히 인터넷 사용시간이 많다는 것을 의미하는 것이 아니라 개인의 삶이 인터넷에 완전히 몰두되는 것으로 결국 개인의 현격한 기능저하를 나타내는 것으로 인터넷 사용에 있어 자율적 통제가 불가능할 뿐만 아니라 병적으로 집착하여 인터넷을 사용하는 증상이다. 과도한 게임으로 인해 학업(직장)과 가정 및 대인관계에 지대한 영향을 끼치고 현실과 가상공간을 구분하지 못하게 되는 등의 심각한 문제를 야기하게 된다.

(1) 인터넷 중독의 원인

인터넷 중독의 원인은 인터넷 자체의 속성으로 인해 욕구를 충족시켜 주는 보상능력이 있어 중독상태에 이르게 하고, 의사소통의 장애의 한 형태로 모르는 사람과의 접촉이 용이하며 자유롭게 자신을 표현하고 다양한 사람들을 만날 수 있게 됨으로서 결국 자기와 타인의 관계가 이전보다 잘 유지되고 있다고 믿고 이를 추구함으로써 인터넷 중독이 생길 수 있는 원인이 된다. 또한 신체 접촉의 위험부담없이 자유롭게 성을 표현할 수 있어 성적인 만족을 얻을 수 있으며, 현실에서 수줍음을 타는 사람들이 적극적으로 공격적이지 않았던 사람의 공격성을 표출되는 숨은 성격이 발현될 수 있기 때문이다. 그리고 같은집단의 사람들로부터 심리적 유대감 및 인정과 영향력을 행사할 수 있고 타인을 관찰하고 탐색함으로써 대리만족을 얻을 수 있기 때문에 인터넷 중독으로 빠질 수 있다.

(2) 인터넷 중독의 유형

인터넷 중독의 유형으로는 사이버관계중독, 네트워크강박증, 게임중독, 정보과몰입, 사이버섹스 중독 등이 있다.

3) 청소년 게임중독

게임중독증상은 ① 대부분 시간을 게임을 하는 데 보내는 강박적 집착과 사용 ② 만족하기 위해 더 많은 시간을 인터넷 사용에 보내고 인터넷 접속하면 마음이 편해지는 내성과 금단 ③ 수면시간 축소, 가출, 부부 갈등, 학업 취소 등 일상생활 장애 ④ 만성피로감, 심장마비, 돌연사 등 신체적 증상이 있다.

현재 우리나라에서는 인터넷 중독에 대한 K척도, 게임중독에 G척도가 개발되어 활용되고 있으며, 중독 정도에 따라 잠재적 위험군과 고위험군으로 구분한다.

청소년 인터넷 중독의 요인으로는 우울, 높은 감각추구 성향, 낮은 자존감, 충동조절장애, 분노조절, 대인관계, 부모와의 의사소통, 외로움, TV 중독, 게임중독, 도박행동 등이 있다.

인터넷에 더 잘 빠질 수 있는 아이는 부정적인 생각, 정서적으로 불안한 아이, 자존감, 자신감 결여, 자기표현을 못 하는 경우, 주의력결핍 과잉행동장애, 승부욕, 경쟁심이 높은 자년, 자신의 정체감에 불만이 있는 아이, 학업에 흥미를 잃는 경우, 부모요인, 환상적 사고에 취약한 아이가 잘 빠진다.

게임중독의 문제점은 초기에는 정신적 문제를 시작하여 신체적으로 옮겨가며, 폭력성이 강화된다. 무의식적으로 폭력에 대한 거부감이 사라지고 현실과 가상을 혼동해 현실에서 폭력적인 행동을 보이고 실생활 리듬 붕괴, 대리만족, 현실도피, 금전적 손해, 인간관계 악화 등 현실 생활 붕괴된다.

4) 청소년 인터넷 중독의 공존질환

인터넷 중독으로 진단받거나 고위험군 또는 잠재적 위험군으로 분류된 청소년을 대상으로 연구한 결과에 의하면, 주의력결핍 과잉행동 장애를 가진 청소년이 31.3%, 우울장애 28.7%, 우울장애 이외의 기분장애(기분부전장애, 양극성 장애) 13.9%로 나타났다. 잠재적 위험군으로 분류된 군에서는 주의력결핍 과잉행동 장애를 가진 청소년이 43.2%, 우울장애 40.5%이며, 고위험군으로 분류된 군에서는 우울장애 이외의 기분장애(기분부전장애, 양극성 장애) 50%, 주의력결핍 과잉행동 장애 40%로 나타났다.

청소년 인터넷 중독과 정신과적으로 공존된 질환들의 선후관계에 대해서는 아직 불명확하나 전문가들은 이들 중 하나를 소홀히 하게 되면 다른 문제가 더욱 악화된다는 의견이다.

5) 청소년 인터넷 중독의 치료적 개입

인터넷 중독에 대한 치료는 인지행동치료(cognitive behavior therapy, CBT), 약

물치료, 동기강화치료(motivational enhancement therapy, MET) 등이 있다.

(1) 인지행동치료(CBT)

인지행동치료는 부적응의 원인이 되는 잘못된 생각을 직접 교정하는 인지치료와 부적응적 행동을 교정함으로써 증상을 없애버리는 행동치료를 합쳐서 일컫는 말이다.

우선 잃어가고 있는 소중한 것을 파악하고 생활일지를 작성하게 한다. 시간관리 기법을 활용하며 정서적 원인 찾고 장단점 비교하여 구체적 대안 행동 설정하도록 하여 치료하는 방법이다.

(2) 약물치료

약물치료는 주로 항우울제나 항갈망제로 치료를 하는데 전세적으로 명확한 근거와 대규모 연구는 부족한 실정이다.

(3) 동기강화치료(MET)

동기강화치료는 내담자 변화동기를 향상시키기 위해 설계된 임상 전략으로 “변화단계 모델(stages of change model)”에 근거로 하였다. 변화단계모델은 ‘전숙고(precontemplation) → 숙고(contemplation) → 준비(preparation) → 실행(action) → 유지(maintenance) → 재발(relapse)’이라는 순환적 변화과정을 거친다.

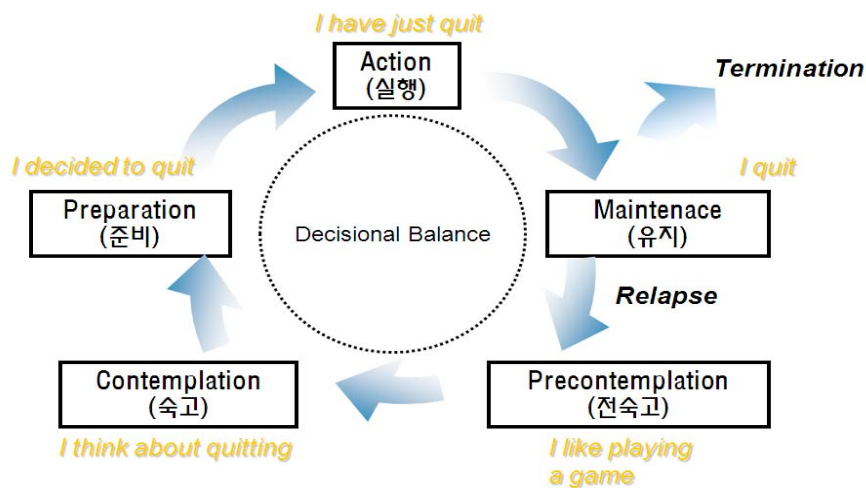


그림 6. 변화 단계 모델

중독 치료는 한 순간의 행동이 아니라 여러 단계를 거치면서 이루어지는 일련의 행동 과정으로 모든 환자들이 똑같이 중독에 대한 생각이 같지 않기 때문에 환자가 어느 단계에 있는지를 파악하고 그 시점에서 가장 적절하게 개입하는 것이 가장 효과적이다.

(1) 치료방법

공감을 바탕으로 한 면담으로 치료에 대한 저항을 낮추고 자기 효능감을 지지하여 변화에 대한 자기 책임감 증진과 자발적 동기를 유발하도록 한다. 이는 빠르고 공고한 치료적 동맹 형성에 도움을 주고 자유로운 형식과 다른 치료법과의 유연한 연계성을 갖게 해주며, 반드시 많은 회기와 면담 시간이 필요치 않고 협진, 외래, 입원, 집단 등에 응용 가능한 장점이 있다.

(2) 동기강화상담기법

- ① Rapport 관계 형성
- ② Open ended questioning 누가, 무엇을, 언제, 어디서, 왜
- ③ Attending skills 주의를 기울이며 언어적/비언어적 의사소통
- ④ Offer options, not directives 지시적이 아닌 기회를 제공
- ⑤ Give information simply 정보의 단순화와 명료화
- ⑥ Summarizing and closure 요약 혹은 계획 세움

3.2.1.4. 학교정신건강증진사업 : 선별척도의 개발 및 사용

학업문제, 문제행동 및 폭력, 또래집단에서의 적응, 자살 등이 점점 증가함에 따라 청소년 정신건강의 중요성에 대한 인식이 필요하게 되어 선별(screening)을 통한 조기발견 및 치료가 필요하게 되었다.

1) 학교보건정책의 변화

2006년 1월 학교보건법 개정 후 정신건강에 대한 내용이 강조되었으며, 2007년 정신질환의 조기발견 및 조기개입의 목적으로 전국 96개교 학생건강증진사업을 시작하였다. 2008년에 전국 245개교 75,000명 초중고 학생들을 대상으로 확대하였다.

2) 선별검사**(1) 청소년 문제행동 선별검사(Adolescent Mental Health & Problem-behavior Questionnaire, AMPQ)**

안동현 등(2007)에 의해 개발된 선별검사로 총 34문항이며, 정신의학적 문제, 비행, 성욕구 등 8개 하위요인으로 구성된 자기 보고식 검사이다. 이 검사는 2009년까지 사용되어왔으나, 성(性, sex)과 관련된 문항에 대한 일부 언론, 인권단체 및 교사들의 우려와 명백한 문제가 있는 학생이 불성실 하게 응답하여 위험군에 포함되지 않는 자기보고 방식

의 한계, 우울 및 불안과 같은 내적인 문제를 선별하는데 유용하나, 문제행동, 공격성과 같은 외현화 문제는 저평가가 되어 있으며, 과도한 선별 등의 문제점이 제기되어 왔다.

2) AMPQ II

AMPQ의 문제점을 보완한 선별검사로 청소년심리발달검사로 명명하고 외현화 문제와 학습 문제를 포함한 8개의 교사용 문항을 추가하고 불안, 우울, 주의력 등 일반적인 정신건강 관련 문항 뿐 아니라 성, 비행, 가족관계, 학업 등 광범위한 영역이 포함하였으며, 청소년기의 정신장애에 대한 조기발견과 개입에서 중요한 역할을 담당하는 학교, 상담센터, 정신보건센터 등 청소년 관련 현장에서 정신건강 및 문제행동의 일차 선별도구로 사용될 수 있도록 개발하였다.

이 도구는 학생용과 교사용으로 구분되어 있으며, 학생용은 38문항으로 13개 정신건강과 1개 경련성 질환으로 하위그룹이 구성되어 있다. 교사용은 8개 문항으로 5개 정신건강 하위그룹으로 구성되어 있다.

(1) 2차 검진 대상군

2차 검진 대상 학생수 및 판별 분석 결과를 고려하였을 때 학생 총점의 표준점수 65점 이상 (7.5%), 자살 및 경련 문항 점수 2점 이상(4.3%), 교사 평정의 총점의 표준점수 70점 이상(4.1%)로 전체 13.6%가 2차 검진 대상으로 예상된다.

(2) 2010년 현황

2010년 1,126개 학교를 대상으로 실시한 결과 중학생의 경우 검진학생의 15.0%가 정밀검진이 필요하였으며, 고등학생의 경우 12.6%가 정밀검진이 필요한 것으로 나타났다.

3) 학생정신건강 선별검사(AMPQ-II) 기대효과

학생정신건강 선별검사는 청소년의 정신 건강 문제를 조기 발견하고 조기 개입하게 함으로써 학생 정신건강 보건 향상에 기여할 수 있으며, 중고등학교 학생 정신건강 상태에 대한 전국적 규모의 자료를 확보할 수 있고, 고위험 청소년의 조기 발견과 조기 개입을 담당할 일선 교사의 역량을 강화하기 위한 실용적인 교육 체계를 마련할 수 있다. 아울러 학생들의 문제를 조기에 해결 함으로써 해당 학생과 학부모의 삶의 질 향상을 가져올 수 있고 학생 정신건강 문제로 인한 학교 및 사회적 문제 발생을 줄일 수 있는 효과가 있다.

4) 문제점

학부모, 교사 등 관련 당사자들의 이해 및 훈련 부족으로 실제 청소년이 문제가 있어도 3차 검진 및 진료까지 잘 연계가 되지 않고 관련 부처 간의 협력 및 연계가 미흡하다. 관련 시행기관(교육청, 학교, 지역 정신보건센터, 정신과 병의원 등) 간의 효율적 연계체계가 미흡하다.

5) 소결

정신건강에 문제가 있는 청소년의 학생, 학부모, 교사 등의 사회적 편견을 없애야 하며, 학생정신건강의 중요성에 대한 인식 향상을 위해 대국민 교육 및 홍보가 필요하다. 관련 부처인 교육과학기술부와 보건복지부의 명확한 역할분담이 필요하고 검진사업을 담당할 인력을 충원과 보조인력 확보를 위한 예산확보가 필요하다. 학생정신건강 검진사업도 체계적으로 진행하여 2차 검진의 일원화 및 3차 검진과 진료시 의뢰체계정립이 마련할 필요가 있다.

3.2.1.5. 학교정신건강보건사업 II

1) 현황

2009년 정신건강선별사업에 의하면 102,053명의 학생의 설문조사를 분석한 결과 중학생의 경우 우울증 고위험군은 15.1%로 나타났으며 이중 남학생은 12.3%, 여학생은 18.1%로 나타나 여학생이 우울증 고위험군이 더 많은 것으로 나타났다. 고등학생의 경우 우울증 고위험군은 19.7%로 중학생보다 더 높게 나타났으며 남학생은 15.7%, 여학생은 24.8%로 역시 여학생의 우울증 고위험군이 높은 것으로 나타났다.

2) 정책

청소년의 정신건강정책은 교육과학기술부, 보건복지부, 지방자치단체인 서울시 등에서 관련 하여 시행하고 있다. 교육과학기술부는 학교의 역량강화 및 예방, 지원시스템 구축으로 학생정서행동문제 예방하고 학생정서행동선별검사체계 구축으로 정신건강문제 조기발견 및 악화방지, 관련 부처와의 협력강화로 학생정서행동 발달지원의 효율성제고를 위해 학생정서행동선별검사 및 추구관리를 시행하고 있다.

(1) 역할

교육청에서는 지역 내 학생건강관리협의회 구성하여 운영하고 사업결과 평가 및 분석, 시범운영학교 선정 및 지도, 담당교사 연수 등 학교 관리역량 강화하는 역할을 하며, 학교에서는 학교 내 추진기반 조성, 전문기관 담당자 협의체 구성, 선별검사 실시 및 결과분

석, 학생 심층평가 및 치료협력을 하는 역할을 한다. 정신보건센터와 Wee센터는 학교와의 긴밀한 협력체계 구축하고 관심군(주의군)학생 심층평가, 심층평가에 따른 관리 및 전문병의원에 연계하는 치료지원, 학교 담당자 전문성 지원 및 자문의 역할을 한다.

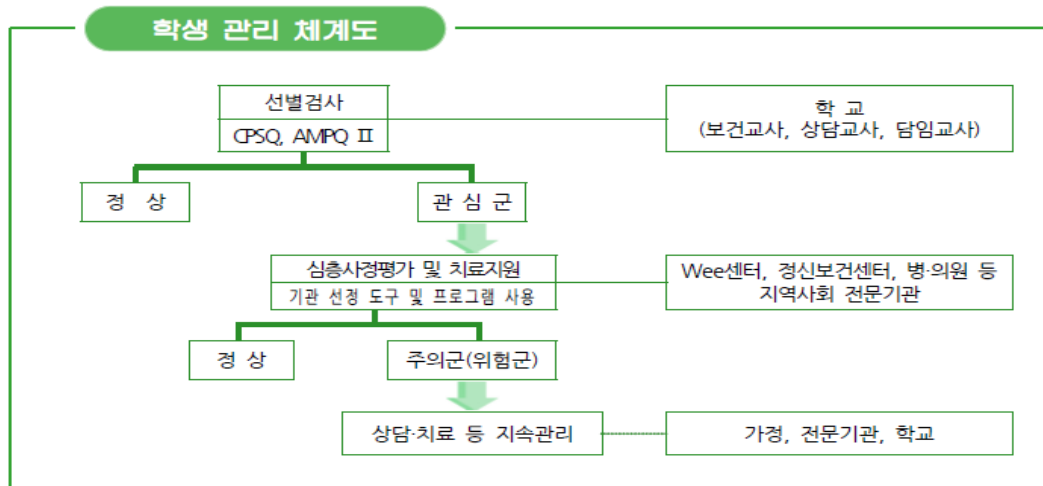


그림 7. 학생관리체계도

(2) 학교중심 정신건강 서비스의 장점

문제가 발생한 곳에서 서비스를 받게 되면, 서비스 효과의 일반화 가능성을 높일 수 있으며, 심리사회적, 교육적 치료 및 도움에 대한 접근성을 최대화시킬 수 있다. 그리고 교사에 대한 훈련이 가능하고, 장기적으로 교사가 책임지는 시스템으로 갈 수 있고 학교가 정신건강 증진과 문제 해결의 주체로 서도록 도울 수 있다.

3) 정신보건사업

(1) 집단 프로그램 1

청소년이 우울증 인식개선 프로그램으로 보건복지부 우울증 임상연구센터와 영등포구 정신보건센터가 고등학생 대상으로 개발하였다. 프로그램 내용은 우울증이 뇌질환의 일종인 것을 이해하고 우울증의 다양한 증상을 알고 치료와 도움이 필요한 질환임을 알게 한다.

(2) 집단 프로그램 2

청소년 우울증 및 시험불안 인지행동치료프로그램으로 서울대병원과 서초구 정신보건센터에서 중학생을 대상으로 개발하였다. 이 프로그램에서는 인지적 측면과 심리사회적 측면, 행동적 측면에서 접근한 것으로 인지적 측면에서는 사고, 감정의 관련성 알기와 자동적 사고 및 부정적인 자기 진술 찾아보기, 자동적 사고의 타당성 검토하기, 대안적 사고 및 긍

정적인 자기진술 찾기, 건강한 자기감 가지는 내용으로 구성되어 있다. 심리사회적 개입은 문제나 갈등 상황에서의 긍정적인 접근 방식 찾아보기(사회적 상황)와 좌절 상황에서의 대처 방식 찾아보는 방법이며, 행동적 개입은 우울/불안에서 활용할 수 있는 활동 목록 찾기(tool kit), 시험불안 상황 실제 노출 시연하는 방법 등이 있다.

(3) 집단 프로그램 3

서울대병원과 서초구 정신보건센터에서 우울증상 청소년과 일반 청소년을 위한 교육프로그램을 중학생 대상으로 개발하였다. 프로그램 내용은 나의 기분과 스트레스 다루기, 불안과 시험불안 다루기, 고위험군을 초점으로 청소년의 자살, 청소년의 우울, 불안과 부모님과 함께 이해하기(가족관계), 사회기술훈련 및 친구도와주기, 부모님과 바람직한 대화하기 등으로 총 6회로 구성되어 있다.

(4) 집단프로그램 4

지역사회와 함께하는 청소년 우울증 집단프로그램으로 자신에 대해 이해하는 여러 가지 유익한 대인관계능력을 향상시켜 성공적인 대인관계유지를 통해 자존감을 증진시켜 건강한 사회구성원으로 성장할 수 있도록 돕는 것이 목적이다. 이 프로그램은 전체 3단계로 이루어져있으며, 1단계는 나에 대해 이해하고 나의 감정을 파악, 이해하여 나에 대해 알아보는 단계이며, 2단계는 감정파악, 의사소통, 마음이해하는 단계, 3단계는 친구 만들기, 좋은 친구되기, 감사 표현하기, 우정편지쓰기 등으로 구성되어 있다.

(5) 부모교육프로그램

청소년기 정신건강과 우울에 대해 이해하는 시간을 갖고 부모와 자식간의 효율적인 의사소통 방법을 연습하게 된다. 이 때 문제 상황시 대화하는 방법, 반영적 경청과 경청 자세, 나 전달법과 선택이론으로 전행동, 이완훈련 등의 과정을 거치는 부모 교육프로그램이 있다.

6) 논의사항

정신건강증진을 통한 자살예방으로 우울증, 시험불안, 스트레스 등 정신건강문제와 가족이나 친구관계 등의 사회성 문제 등을 청소년 및 부모대상으로 정신건강증진이 필요하다. 그리고 학교 중심의 정신건강서비스가 보다 효율적인 사업이 되기 위해서는 현실적인 방안이 필요하다. 그리고 선별 및 의뢰체계의 전문화가 필요하다.

3.2.1.6. 사회적 편견 극복과 향후 연구방향

1) 낙인(stigma)

낙인(stigma)이라는 용어는 고대 그리스에서 정상적이지 않거나 도덕적 지위가 낮은 사람을 표시(signs)하거나 몸에 칼로 상처를 내거나 불로 태워서 만든 표시 또는 노예, 범죄자, 반역자, 특별히 공공장소에서 배제되어야 할 사람 등을 뜻하는데서 비롯되었다.

정신과에서의 낙인 이론(Labeling theory)²⁾은 사회제도나 규범을 근거로 특정인을 일탈자로 인식하기 시작하면, 그 사람은 결국 범죄인이 되고 만다는 이론을 말한다. 수정된 낙인이론(Modified labeling theory)은 낙인의 사회문화적 측면 강조하는 관점에서 그 사회에서 힘 있는 집단이 바람직하지 않다고 여기는 사람들에게 대해 부정적인 고정관념을 갖게 하는 낙인을 찍음으로서, 결국 그런 사람은 평가절하되고 차별받게 된다는 것을 말한다.

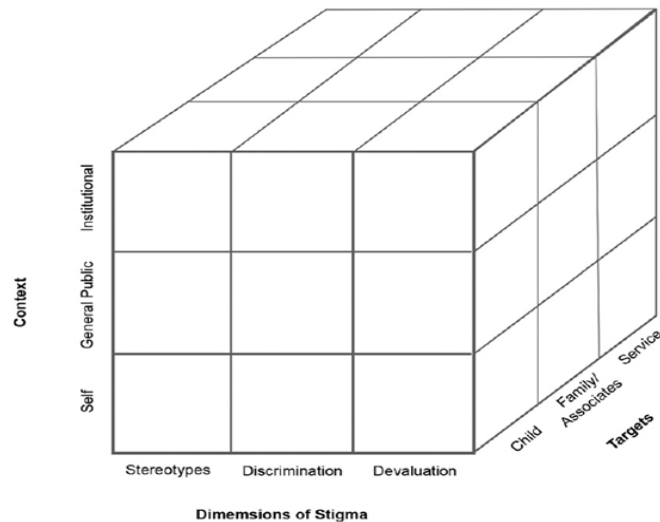


그림 8. 소아청소년기 정신질환에 있어서의 낙인 문제

(자료원: Mukolo et al. J Am Acad Child Adolesc Psychiatr, 2010)

2) 낙인의 맥락과 대상

(1) 낙인의 맥락

낙인의 맥락은 크게 3분류로 나눌 수 있는데 ①대중에 의한 낙인(The public as

2) Erving Goffman(1922~1982) and Thomas Scheff(1929~)

stigmatizers), ② 스스로에 의한 낙인(The self as stigmatizer), ③기관에 의한 낙인(Institutions and service providers as stigmatizer)으로 나누어진다.

(2) 낙인의 대상 (Target of Stigma)

소아정신질환에 대한 낙인은 12세 이하의 어린 소아 일수록³⁾, 환자의 발병 연령이 어릴수록⁴⁾, 가족의 상태뿐만 아니라 가족 및 상태에 대한 주변의 반응⁵⁾에 영향을 받는다.

특히 12세 이하 어린 소아의 경우, 엄마가 더 낙인에 대해 민감하고 공동체 구성원의 반응에 더 민감한 점이 정신과적 치료에 대한 장애물로 작용하게 된다. 그리고 가족과 친구들이 소아에 대해 생각하는 것에 대한 두려움과 소아가 낙인 환자로 분류되는 것에 대한 두려움이 소아정신질환의 낙인에 영향을 미치게 된다.

환자에 대한 낙인뿐만 아니라 정신건강 서비스 기관(Stigma toward mental health services)⁶⁾에 대한 낙인은 1차적인 정신건강 서비스 이용에 강력한 장애물로 작용하고 있다.

3) 낙인(stigma) 축소 전략

낙인을 줄이기 위해서는 사람들이 처해있는 환경에 따라 개입 전략도 개인, 대인, 조직, 지역사회 등의 수준에 맞게 차별적으로 마련되어야 한다. 각 수준의 전략과 개입들은 그 자체적으로도 낙인 전략으로서 의미를 가질 뿐만 아니라 다른 수준의 전략 간에도 상호 연계를 가짐으로써 효과가 커지는 것으로 나타난다.



그림 9. 낙인 축소 전략

3) Gray DE. Sociol Health Illness. (1993)

4) Gonzalez et al. Psychiatr Serv. (2007)

5) Brannan and Heflinger J Behav Health Serv Res. (2006)

6) Gonzalez et al. Psychiatr Serv. (2007)

국내·외에서 시행되고 있는 낙인 축소 전략에 대해서 살펴보면, 첫째로 영국의 경우 관련 유관기관 및 단체가 협력하여 ‘time to change’ 슬로건 하에 전국 28개 지역 참여활동을 진행하고 있다.

구체적인 인식개선사업으로 축구 토너먼트, 세계정신건강의 날 행사 등을 시행하고 있으며, TV, 라디오, 지하철광고, 브로셔등을 통한 전방위적 홍보자료를 배포한다. 또한 인식개선사업을 위해 END(Education Not Discrimination-Rethinking Mental Health) 프로그램을 개발하고 교육한다.

두 번째로 국내에서 시행되고 있는 낙인 축소 전략을 살펴보면, ‘중양정신보건사업지원단’에서 관련 기관 및 단체 간담회 및 지역사회 정신보건사업 관계자 워크숍을 진행과 함께 낙인 축소를 위한 슬로건 공모와 이미지를 제작하여 배포하고 있다.

또한 ‘정신질환태도조사’를 통해 일반 국민의 정신질환에 대한 태도, 인식, 지식, 인지형태를 매년 조사하여 낙인축소전략 수립에 기여한다.

4) 청소년 자살관련 향후 연구 방향

청소년 자살에 대한 앞으로의 연구에서 우선되어야 할 점은 청소년 자살관련 통계 분석을 통한 청소년 자살실태파악이다. 청소년 자살자, 자살행동, 자살시도, 자살 사고에 대한 통계를 구축하여 인구사회적 특징, 자살과 정신과적 질환의 연관성에 대한 조사가 필요하다. 또한 자살 고위험군에 대한 약물적 치료, 비약물적 치료에 대한 치료적 접근방법에 대한 연구도 이루어져야 할 것이다.

구체적인 연구방향으로 제안하는 바는 첫째 실태확인연구이다. 자살위험자에 대한 전국 규모 추적 연구를 시행함으로써 인구 통계학적 특성, 질환 특성(정신과적/ 내과적 질환), 치료서비스 이용, 치료 방법·효과 등을 조사하는 것이다. 두 번째로 기관종사자에 관한 설문 연구이다. 청소년과 관련된 기관의 정신과전문의, 소아청소년 정신과전문의, 소아청소년과 전문의, 가정의학과 전문의, 청소년 상담소 등에 종사하는 기관종사자들에게 자살위험자에 대한 접근 방법과 치료 패턴 등에 대한 조사를 수행하여 청소년에게 적절한 치료방안에 대해 알아보는 것이다.

3.2.2. 성인 분야

3.2.2.1. 우울증과 자살은 왜 일어날까?

1) 우울증의 발생

(1) 우울증 원인

우울증은 유전자와 환경의 상호작용으로 발생한다고 한다. 유전적 위험성이 낮은 환자에서 스트레스가 (-)의 값을 가질 경우 우울증 발병률은 0.5% 정도이지만, 스트레스가 (+)값을 가질 경우 6.2%로 증가한다. 반면에 유전적 위험성이 높은 환자에서는 스트레스가 (-)의 값을 가질 경우 우울증 발병률은 1.1%, 스트레스가 (+)값을 가질 경우 14.6%로 나타난다. 즉 유전적 위험성과 스트레스와 같은 환경적 요인은 우울증의 발병률을 높이는 것으로 나타난다.

(2) 우울증 소인

어린 시절의 학대, 방임, 이별의 경험 등이 우울증에 대한 민감성을 높여 성인기에 스트레스인자가 존재하면 우울증 발생확률이 10배로 증가하게 된다. 우울증에 영향을 주는 강력한 스트레스 인자로써 가까운 사람의 죽음, 폭행이나 강간, 심각한 부부문제, 이별이나 이혼 등이 있다.

2) 우울증의 정신역동적 특징

(1) 가벼운 우울증

가벼운 우울증은 건강한 사람에게 스트레스가 가해질 때 나타나기도 하며, 가벼운 우울증 환자의 경우 DSM의 주요우울장애나 기분부전장애환자보다 일을 하지 못하는 날이 더 많다. 치료방법으로는 약물적 치료보다 비약물적 치료가 필요하다.

(2) 우울증의 정신역동적 특징

우울증의 정신역동적 특징으로는 ①가족 내 우울증의 병력이 있는 경우, ② 높은 가치기준, ③어린시절 부모와의 이별이나 사별, ④삶에 재미가 없다, ⑤비대한 양심, ⑥낮은 자기 존중감 등이 있다.

(3) 우울증 이론

우울증 이론에서는 우울증의 발병이 대인관계의 실패로 자존심에 대한 손상이 일어나서 우울증이 발병하게 된다고 보았다. 즉 자신의 욕구를 충족시키지 못했을 때의 좌절감을 우울증 발병의 원인으로 보는 것이다.

따라서 우울증을 예방하기 위해서는 친밀한 대인 간 상호관계를 긴밀하게 유지하고 자 존심을 지켜주는 것이 중요하다.

3) 자살의 정신역동

자살사고와 자살행동은 중복결정(overdetermination)과 다중기능(multiple function)의 최종산물로서 자살의 동기는 매우 다양하고 모호하다.

자살에 기여하는 상태는 죽이고 싶은 소망, 죽임을 당하고 싶은 소망, 죽고 싶은 소망이 등이다.

‘전치된 살해충동’으로 나타나는 자살은 부모나 배우자와 같은 가까운 상대를 향한 파괴적 소망이 자기를 향하는 것이며, 반대로 상실한 대상에 대한 강한 의존적 열망이나 병적인 애도과정에서 발생하는 ‘재결합의 희망’형태로 나타나며 사랑하는 사람의 기일에 자살이 행하여진다.

4) 자살의 심리적 상태와 위험요인

자살 충동을 가진 환자가 할 수 있는 유일한 반응은 ‘공격’으로 나타나며, 환자가 누군가를 미워하는 것은 자살 충동의 배출구이다. 또한 환자가 우울증을 벗어날 때 오히려 자살 위험이 높아지는 것으로 나타났다.

자살의 장기적인 위험요인은 절망감(hopelessness)로 이는 자살위험의 지표가 된다. 또한 자살에 대해 생각하는 ‘자살 상념’, 그리고 자살에 대한 본인의 의지인 ‘자살 의지’와 환자가 이전에 자살을 시도했던 ‘자살 과거력’ 등은 장기적인 자살의 위험요인이다.

5) 소결

자살과 관련하여 논쟁의 여지가 없는 사실은 바로 ‘자신을 죽이고자 의도하고 있는 환자는 결국에는 그렇게 하고야 만다’는 것이다.

자살의도를 갖고 있는 환자에게 억제대를 사용하고, 주의 깊은 관찰과 임상적 기술을 투입하여도 어느 것도 진실로 죽기를 결심한 환자를 막을 수 없다. 즉 입원실 내에서 일어나는 모든 자살을 방지할 수는 없게 된다.

Goldstein등(1991)이 1,906명의 환자를 대상으로 자살예측 통계모델을 제시하기 위해 다중회귀법으로 위험인자를 조사하였는데, 이 모델은 자살을 수행한 단 한명의 환자도 찾아 내지 못하였다. 전술한 바와 같이 모든 자살을 방지할 수는 없는 것이다. 따라서 치료자는 인간의 마음을 읽을 수 없고 자살을 인지하지 못하였다고 스스로를 비난하여도 안 된다.

3.2.2.2. 우울증과 자살 역학 연구

1) 정의

(1) 우울증

기분장애(mood disorder)의 한 종류로 주요우울장애(major depressive disorder)가 의학적으로 정확한 표현이며, DSM-IV의 진단기준을 따른다. Screening questionnaire로 한 1차 선별(cutoff)은 우울증을 과대 평가할 수 있으며, 우울증 보다는 우울증상 (depressive symptom)이 정확한 표현이다.

(2) 자살행동의 정의

자살(suicide)은 죽음을 스스로 원해서 치명적인 행동을 통해 사망에 이른 것을 말하며, 자살행동(suicidal behavior)은 자살생각, 계획, 시도를 일컫는다.

자살생각(suicidal ideation)은 자살에 대한 심각한 고민을 한 것이며, 자살계획(suicidal planning)은 자살에 대한 구체적인 계획을 세운 것이다.

자살시도(suicidal attempt)는 죽음에 이를 목적으로 치명적일 수 있는 행동을 시도한 것을 말하며 자해(self-injury or self-harm)는 자살 의도를 가지지 않고 의도적으로 신체 조직을 직접적으로 손상시키는 행동을 한 것을 말한다.

2) 역학

2006년 전국 정신질환실태 역학연구 결과에서 국내 주요우울장애의 평생 유병률은 5.6%이며, 1년 유병률은 2.5%이며 남성에 비해 여성의 우울증 유병률이 더 높았다.

표 9. 우울증 유병률

구분	평생유병률	1년 유병률
남성	3.6%	1.7%
여성	7.6%	3.2%
전체	5.6%	2.5%

3) 자살기도자의 자살시도 원인 및 유발요인

자살예방협회에서는 자살기도 후 응급실을 방문한 모든 환자를 대상으로 2010년 9월까지 응급실을 내원한 자살기도자의 자살기도 원인 및 유발요인에 관한 연구를 시행하였다. 총 1,170명 대상자 가운데 138명이 3개월 뒤 전화 추적에 동의하였다.

응급실 내원 자살기도자 평균 연령은 44.04세 $\pm$ 18.91세로 나타났으며, 가장 어린 나이는 11세였으며, 최고령자는 93세이며, 구간별로 보면 60세 이상이 가장 많았다.

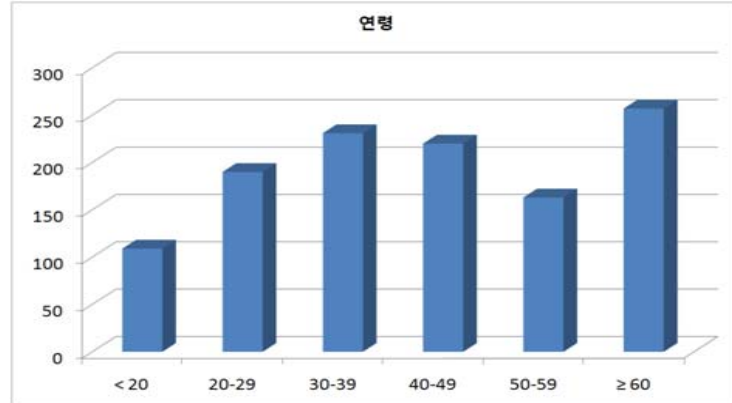


그림 10. 자살기도자 연령별 분포

응급실 도착시의 상태는 의식이 있으며 대화가 가능한 상태 58.8%, 의식은 있으나 대화가 불가능한 상태 27.2%, 의식이 없는 상태 11.0%, 사망 2.9%였다.

표 10. 자살기도자의 응급실 도착 시 상태

도착 시 상태	인원수	(%)
의식이 있으며 대화가 가능하다	680	(58.8%)
의식은 있으나 대화가 불가능하다	315	(27.2%)
무의식	127	(11.0%)
사망	34	(2.9%)

자살시도자의 69.6%는 정신과 진료를 받고 있지 않았으나 전체의 84.5%가 정신과적 문제를 가지고 있었다. 정신과적 문제를 가지고 있는 경우 중에서 현재 정신과 진료를 받고 있는 경우는 36.0%로 나타났다.

자살기도 직전의 직접적인 동기는 스트레스와 직접 관련 있는 경우가 가장 많았으며 정신장애 혹은 증상과 관련이 있는 경우가 두 번째로 많았다.

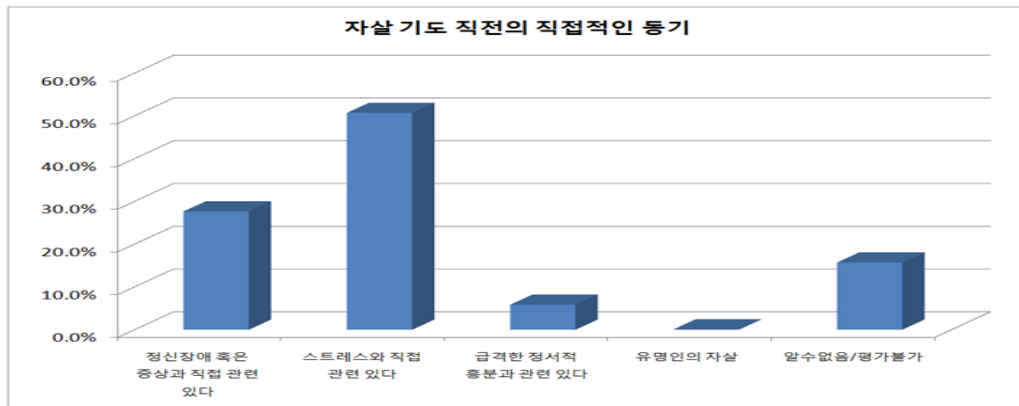


그림 11. 자살기도 직전의 직접적인 동기

자살시도자의 응급실 내원 시 40.4%인 419명이 음주상태였으며, 59.6%인 617명은 음주상태가 아니었다.

자살기도자의 정신질환의 최종 진단명은 우울장애가 497명(50.9%)로 가장 많았으며, 양극성 장애 84명(8.6%), 정신분열병 혹은 다른 정신병적 장애 50명(5.1%), 물질장애 42명(4.3%) 순으로 나타났다.

자살기도 방법으로 약물복용이 가장 많았으며, 농약(화학약품, 가스), 질식 순이었으나 60세 이상에서는 농약(화학약품, 가스)가 가장 많아 연령대별 차이를 보였다.

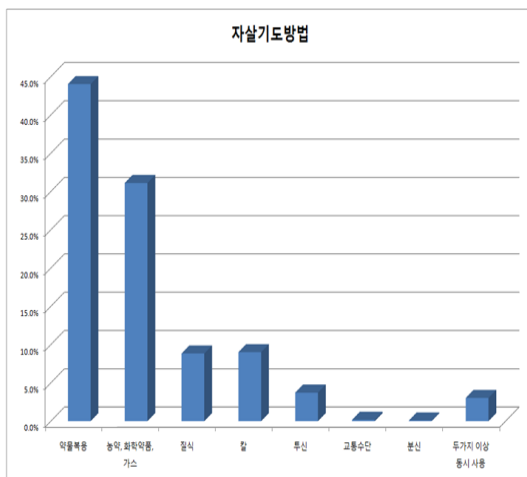


그림 12. 자살기도 방법(전체)

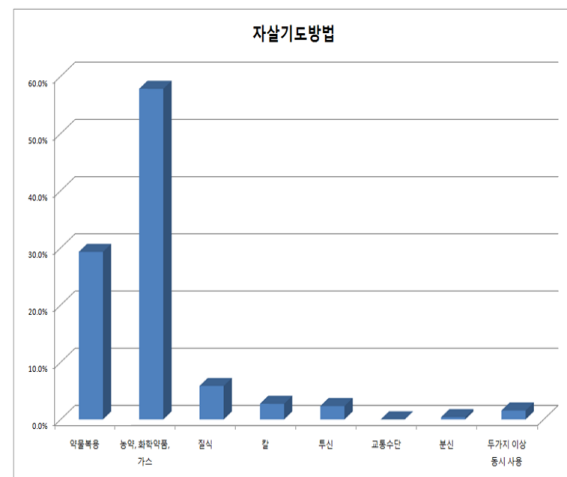


그림 13. 자살기도 방법 (60세 이상)

지난 3개월 간 자살 재시도 및 자살사고에 대해 알아본 결과, 자살할 생각이 없다라고 응답한 경우 70.2%, 다시 자살을 시도할 생각이나 아직 시도하지는 않았다고 응답한 경우 4.0%, 다시 시도하였다 4.8%, 알 수 없다 21.0%로 나타났다. 또한, 지난 3개월

간 정신과 치료를 받은 사람은 49.1%였으며, 진료는 받았으나 중단한 경우가 3.4%, 예약하고 방문하지 않은 경우 2.6%, 치료를 거부한 경우가 44.8%에 달했다.

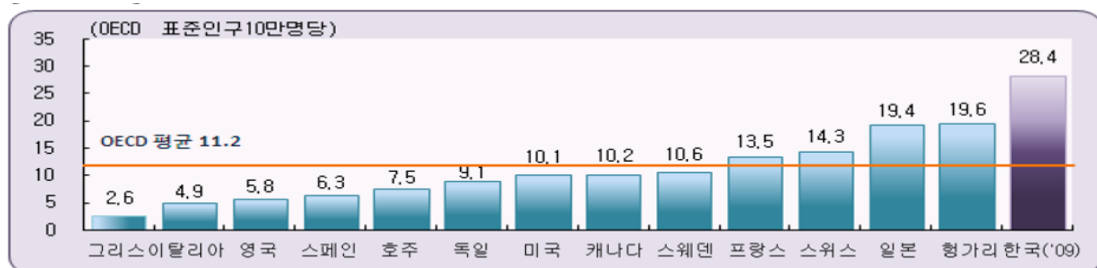
4) 소결

우리나라에서 주요우울장애의 평생유병률은 5.6%(남자 3.6%, 여자 7.6%)이고 1년 유병률은 2.5%(남자 1.7%, 여자 3.2%)이다. 2001년에 비해 2006년의 주요우울장애의 1년 유병률이 1.8%에서 2.5%로 증가하였다. 서구에 비해 기분장애의 유병률이 낮고 일본, 중국과 비슷하지만, 역치가 미국에 비해 매우 높다. 자살시도는 평생 동안 국내 18세 이상 65세 인구의 3.2%에서 일어나는데 다른 나라에 비해 매우 높다. 이상의 결과에서 국내에서 응급실을 방문한 자살시도자는 우울증 등 기분장애의 비율이 높고, 자살을 향후 시도하려는 생각을 가지고 있지만 정신과적인 평가, 치료, 관리가 제대로 이루어지고 있지 않다는 사실을 알 수 있었다. 자살기도자가 미국, 일본처럼 보건의료 정책을 통해 정신과적 치료를 받도록 해서 자살에 이르지 못하도록 하는 방안이 시급히 요구된다.

3.2.2.3. 자살과 위기중재

1) 국내 자살 현황

2009년 통계청 자료에 의하면, 자살자 15,413명으로 평균 42명/일 자살하며, 34분마다 1명이 자살로 사망하는 것으로 나타났다. 사망원인으로는 암, 뇌혈관질환, 심장 질환에 이어 자살이 4위를 차지하였으며, OECD 국가 중에서 자살률이 1위로 나타났다.



* 자료: OECD(2010) OECD Health Data 2010: Statistics and Indicators for 34 Countries

* OECD 평균은 자료 이용이 가능한 33개 국가의 가장 최근자료를 이용하여 계산

* 한국 2009년: OECD 표준인구로 자체 계산한 결과임.

그림 14. OECD 국가의 자살률 비교

2) 자살과 관련된 요인들

알코올 중독자의 자살률은 일반인보다 50배가 높으며, 전체 자살 환자의 4명 중 1명이

알코올 중독 환자로 나타났으며 미국에서 술 판매를 가장 엄격하게 규제하는 주의 자살률이 가장 낮았다(Gould, 1998).

자살에 대한 태도 및 자살행동 연구(김성완, 2008)에 의하면 과거자살관련행동은 현재의 우울증상과 밀접한 관련을 나타냈고, 현재 자살생각이 빈번할수록 우울증상이 심하였다.

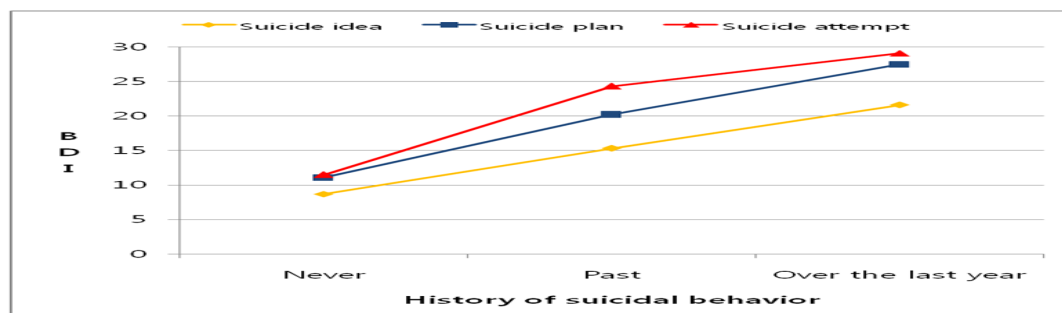


그림 15. 자살관련 행동과 우울증과의 관계

과거 자살시도경험이 있는 경우 현재도 자살생각을 갖는 경우가 유의하게 많았지만, 자살시도 후 정신의학적 치료를 받지 않은 경우가 적지 않았고 자살생각이 빈번한 사람들이 오히려 치료에 대해 부정적이었다. 자살에 대해 허용적 태도를 갖는 경우 자살생각이 빈번한 것으로 나타나 자살에 대한 태도와 가치관을 바꿀 수 있는 교육과 계몽을 펼쳐가는 것이 자살 예방을 위해 필요할 것이다.

표 11. 자살에 대한 태도와 자살생각 간의 관계

Attitude toward suicide	Total (n=605) %	Suicide idea			p-value
		None (n=408) %	Occasional (n=154) %	Frequent (n=43) %	
어떤 사람이든 자살할 가능성이 있다.	44.0	37.0	55.8	67.4	<0.001
사람들은 자살할 권리가 있다.	23.6	18.1	31.6	48.7	<0.001
자살이 유일한 해결책인 상황이 있다.	16.8	12.9	18.7	47.6	<0.001
만일 불치병에 걸린 사람이 자살한다면, 이해할 수 있다.	52.1	46.8	60.5	72.1	<0.001
자살사건에 대한 매스컴의 보도는 너무 자극적이다.	51.7	52.6	52.3	40.5	0.322
자살은 매우 심각한 윤리적 죄악이다.	49.0	54.4	41.3	23.8	<0.001
자살은 개인보다 사회에 그 책임이 있다.	51.9	52.0	55.6	36.6	0.096

자살하는 사람은 우울증과 같은 정신적인 문제가 있다.	73.1	74.2	72.8	62.8	0.274
이타적인 자살(다른 사람을 위한 자살)은 오히려 존경 받아야 한다.	11.1	11.4	10.0	11.	0.888
정치인, 연예인 등 유명인의 자살이 일반인의 자살에 영향을 미친다.	65.5	65.9	65.4	61.9	0.872
자살충동이 있는 사람이 상담이나 치료를 받으면 자살이 예방될 수 있다.	77.9	82.2	74.7	47.6	<0.001

3) 자살 예방

자살예방을 위해서는 자살생각을 먼저 평가해야한다.

자살생각 평가는 직접적으로 (단계적으로) 죽고 싶다는 생각이 들 때가 있는지, 자살에 대해 생각을 하는지, 구체적인 자살 방법에 대해 생각을 하는지, 자살을 준비하는지, 현재 자살 의도가 있는지, 자살 충동을 조절할 수 있는지, 다시 자살 시도할 생각이 있는지를 질문한다.

자살에 대한 방어요인은 삶을 긍정적으로 바라보고 가정이 화목하고 인간관계가 원만하여 의사소통이 원활하며, 매사에 적극적이며 안정된 직업, 취미, 종교, 규칙적 생활과 충분한 운동, 수면, 식사와 금연을 하는 것이며 자살을 줄이기 위해서는 위험요인은 줄이고 예방요인을 증가시켜야 할 것이다.

3.2.2.4. 우울증 편견 해소 방안

1) 우울증 관련 언어와 인식

(1) 우울증 관련 언어

우울증의 의학적 의미는 ‘진단 기준에 의한 우울장애(depressive disorder)범주 에 포함되는 여러 가지 질환의 총칭’으로서 우울증은 우울감과 의욕저하 및 죄책감, 식욕저하, 수명장애, 자살사고 등으로 이루어진다.

일반인이 우울증을 인식하는 언어로는 침하, 함몰, 불경기, 우울을 나타내는 ‘Depression’, ‘Blue’이 있으며 일반인들이 많이 찾는 네이버 국어사전에서는 우울에 대해 ‘근심스럽거나 답답하여 활기가 없음, 반성과 공상이 따르는 가벼운 슬픔’으로 정의되어 있다. 이와 같이 일반인이 우울증을 제대로 인식하는 것이 어려운 상황이다.

환자들이 표현하는 우울감에 대한 언어로는 ‘귀찮다, 외롭다, 재미없다, 쓸쓸하다, 답답하다, 짜증난다, 화가 난다’ 등이다.

(2) 우울증에 대한 인식

2006년 한양대 정신건강연구소에서 ‘우울증 극복수기에 나타난 일반인의 우울증에 대한 인식’ 연구에서 환자들이 경험한 우울증이 무엇인지 조사해본 결과는 다음과 같다. 일반인들이 우울증으로 꼽는 첫 번째는 자살사고로 64.7%의 응답률을 보였으며 다음으로 흥미나 즐거움의 상실에 대해 52.9%, 신체 증상의 변화 35.2%였고 마지막으로 우울감이 17.6%로 조사되었다.

또한 환자들이 우울증에 대한 증상을 인지 자체에도 어려움이 있는 것으로 나타났는데, 2006년 ‘한국 우울증 진료현황 조사’를 살펴보면 우울증이 아니라 수면증상의 문제이거나 생산성 저하, 불안으로 인한 문제로 인지하고 있었다.

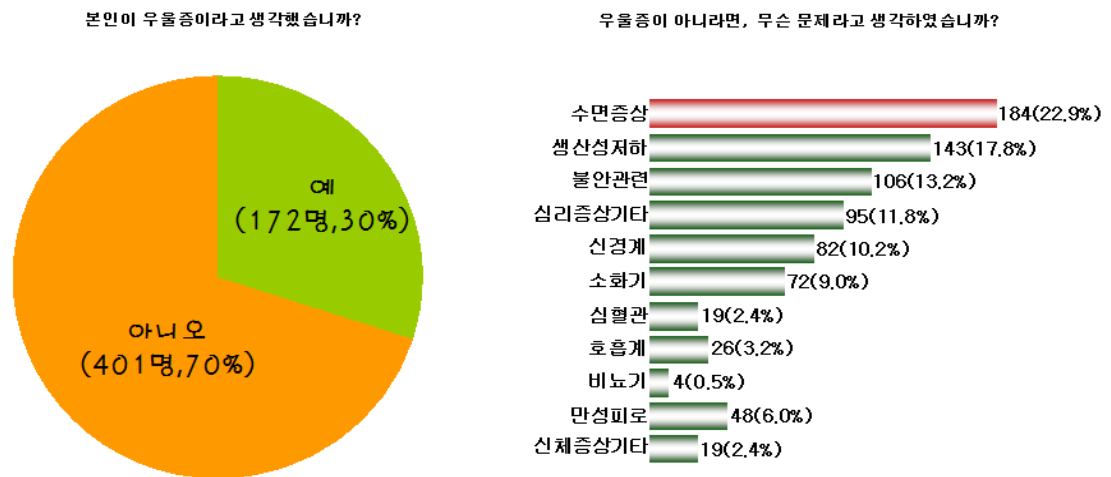


그림 16. 최초 우울증에 대한 증상 인지도

(자료원 : 한국 우울증 진료현황 조사, 2006)

2) 우울증 치료의 어려움

(1) 낙인

우울증 치료에 있어서 어려움은 ‘낙인’이다. 낙인에 대한 두려움 때문에 우울증환자와 보호자 모두 질환을 숨기고 치료를 받지 않아 우울증이 만성화되고, 치료가 어려워지는 수준에 도달하여 결국 치료가 안 된다는 선입견을 사실로 만들게 되는 악순환이 발생하는 것이다.

일반인들에게 낙인이 발생하는 이유로는 주변에 정신질환이 흔해 보이지 않는 착시 효과와 언론, TV, 영화를 통한 간접경험의 일반화

우울증, 자살 그리고 한국사회 Round-table conference

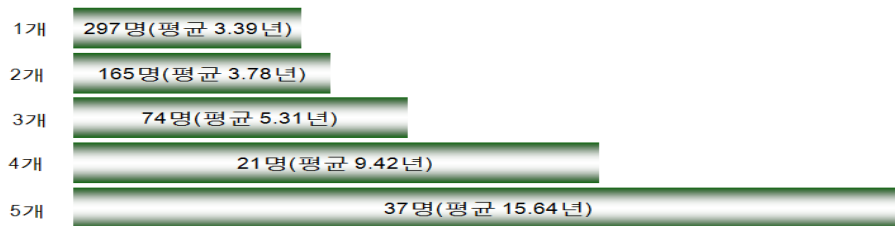


그림 17. 정신과 방문까지 경과 (경유기관 숫자)

(자료: 백중우 등 2007 대한신경정신의학회추계 포스터)

(2) 약에 대한 편견

우울증의 약물 치료에 대한 편견 등은 우울증 치료를 어렵게 하는 요인 중 하나이다. 환자들이 다음과 같은 질문을 직접 하기도 한다. ‘정신병을 어떻게 약으로 치료 하나요?, 정신과 약은 중독된다던데, 정신과 약 먹으면 치매 생긴다던데, 빨리 죽는다던데, 더 이상해진다고 하던데...’ 등이다.

위와 같은 약물치료에 대한 편견이 약물의 순은도를 저하시키고 결국 치료성공률 저하와 재발률을 증가시켜 결국 정신질환에 대한 편견을 강화시키는 악순환을 낳게 된다.

(3) 사회적 차별의 존재

우울증 및 정신과 치료에 대한 사회의 암묵적 차별은 우울증 치료를 어렵게 한다. 보험가입이 거절된 환자나 건강보험으로 치료를 받지 않으려는 환자, 외래진료기록을 남기지 말아달라는 환자, 행정적으로는 신경과 혹은 내과로 입원수속한 후 정신과 치료를 받게 해달라는 환자 등이 발생하는 것은 이러한 사회적 차별을 거부하는 환자들의 태도를 보여준다.

가장 주목해야할 점은 직장 내에서 발생하는 차별이다. 직장 내 건강검진에서 자가보고 질문지 응답형태를 통해 정신과 치료에 대해 응답을 요하는 것 또한 사회적 차별의 행태이다.

3) 국내 자살통계자료 현황 및 발전 방향

국내 자살관련 통계는 경찰에서 조사되는 자료와 통계청에서 조사되는 자료 등으로 이원화 되어있다.

경찰에서 조사되는 내용은 경찰의 상부 보고사항 및 검시 시 조사사항 으로 이루어져 있으며, 변사자의 발견일시, 장소와 발견자의 주거, 직업, 성명, 연령, 발견경위, 발견자의 신고일시, 변사자의 주거, 직업, 성명, 연령과 성별

사망의 추정 년·월·일 등을 담고 있다. 그러나 경찰의 관계자 진술 조사 시 별도 지정된 양식 없이, 관련자들에게 가족관계, 병력, 이전 자살에 대한 암시 등이 있었는지 전반적으

로 조사한다. 따라서 경찰청 자살 통계자료는 통계청의 자료 보다 구체적이므로 자살관련 데이터를 구축하는데 유리하다.

또한 변사자의 사망진단서, 사체검안서, 목격자의 진술내용, 주변 가족들의 진술, 부검결과 등이 포함되어 있어 사망원인 추정 가능한 장점이 있다. 그러나 텍스트파일로 입력되어 있어 통계자료로 활용하기 힘들고, 자살방법, 자살 이유 등 분류기준이 표준화되지 못한 자체기준 사용으로 다른 기관 자료와 비교가 어려운 단점이 존재한다.

표 12. 통계청 자료와 경찰청 자료의 비교 - 1

기관	통계청	경찰청
자료	사망원인 통계자료	범죄정보관리시스템 (Crime Information Management System, CIMS) 변사사건 자료
자료 근거	통계법 및 호적법에 의하여 국민이 제출한 사망신고서	경찰수사
분류 기준	한국표준질병사인분류	자체기준
자살 분류	고의적 자해	변사자 중 자살자
자살 소분류	살충제에 의한 자의의 중독 및 노출, 목매, 압박 및 질식에 의한 의도적 자해, 높은 곳에서 뛰어내림에 의한 의도적 자해, 나머지 수단에 의한 자해	교사, 의사, 익사, 도검, 총포, 폭발물, 음독, 기차, 자동차, 비행기, 가스중독사, 추락, 소사(불에 타 죽음), 전기, 기타
자살 원인	없음	정신 이상, 병고, 염세, 빈곤, 비관, 낙망, 치정, 실연, 가정불화, 사업실패, 부정

(자료원 : 국내 자살 원인 실태조사 및 자살예방체계 구축에 관한 연구, 2008)

표 13. 통계청 자료와 경찰청 자료의 비교 - 2

경찰청 자료 예	성	생년 월일	성별	발견 장소	발견 일시	사망 구분	사망 수단	자살 형태	사건개요
	김**	740105	남	병원	2006-06 - 17 3:30:00 PM	가정 불화 (자살)	음독	홀로 자살	가정불화 주거지 방화 후 음독자살

통계청 자료 예	주민번호	사망_년	사망_월	사망_일	사망_시각	사망장소
	000000	2005	03	01	06	의료기관
	사망구분	사망원인 1	사망원인 2	사망원인2_2	사망원인2_3	성별
	자살	T659	X699	X69	X6	여

자살 통계구축을 위해 앞으로 극복해야할 사안은 다음과 같다.

첫째로 문화적 특성으로 인해 고인에 대한 심리적 부검(psychological autopsy) 시행의 어려움을 극복하는 것이다. 이는 자살자 신고 시 자살예방을 위한 정보가 수집될 수 있는 시스템을 마련함으로써 어느 정도 극복할 수 있을 것이다. 두 번째로는 자살관련 데이터베이스를 표준화함으로써 현재의 이원화된 자료를 일원화하고 보다 신뢰성 있는 데이터베이스를 구축하는 것이다. 마지막으로 앞으로 자살관련 통계는 단순히 통계적 관점뿐만 아니라 형사적·의학적 관점까지 포괄한 데이터베이스로의 진화를 모색해야할 것이다.

4) 소결

우울증과 자살을 극복하기 위해서는 1차적으로 정신과 질환과 치료에 대한 객관적인 정보의 충분한 제공이 필요하고, 2차적으로 사회적 차별 철폐를 위한 제도적 보완을 통해 최종적으로 정신과 질환과 치료에 대한 낙인과 전반적 인식 개선을 이루어야 할 것이다.

3.2.3. 노인 분야

3.2.3.1. 노년기 우울증 및 자살개입을 위한 필요한 근거

3.2.3.1.1. 노년기 우울증을 위한 필요한 근거

1) 노년기 우울증을 위해 필요한 역학적 필요근거

우울증상은 유병률이 10-15%로 우울삽화 유병률은 1-4%로 (Kay, 1964; Blazer, 1988 (ECA); Copeland, 1999) 나타났으나, 이는 신체질환의 배제한 영향으로 기인하는 것으로 여겨진다. 그러나 현실에서는 신체질환으로 인한 발생한 우울증이 있기 때문에 현실을 반영한 유병률이 필요하다. 우울증의 고위험군은 연령 또는 질병의 동반 질환(Robert, 1997), 과거의 생활습관(Vaillant, 2003), 요양원 환자 등이다. 이에 정확한 역학조사를 위해서는 보다 구체적인 세부 그룹별 분석이 필요하며, 현실의 이차적 자료 해석도 중요하다.

2) 진단을 위해 필요한 근거

우울증 삽화와 우울증상 진단은 근거 창출에 있어 매우 중요한 점으로 DSM 진단을 bottom up 방식과 top down 방식으로 진단이 필요하며, 조사 이전에 전문가 합의가 필요하다.

신체질환의 동반에 따른 진단적 특정도 고려해야 한다. 치매에서의 우울증상과 신체 질환이나 장애로 인한 무기력감 등 특징적 그룹 내의 적절한 진단기준의 근거가 필요하다.

또한 대규모 선별검사를 위해 Beck Depression Inventory, Geriatric Depression Scale, Cornell Scale for Depression in Dementia 등의 도구를 사용하고 있는 데 효과적인 도구가 무엇인지에 대한 근거도 필요하다. 그리고 노인 우울증의 예후는 신체 질환 등 대부분 우울증 이외의 인자들이 중요하게 영향을 미치는데 이에 대한 근거도 필요하다.

3) 치료를 위해 필요한 근거

(1) 약물치료

약물치료의 선택을 위해서는 노인대상의 새로운 항우울제들에 대해 2001년 Cochrane 에서 RCT를 검토하였으나(Wilson et al. 2001), 그 이후로 나온 새로운 항우울제에 대한 RCT가 없으므로 이에 대한 근거가 필요하다.

또한 혈관성 우울증, 치매에서의 우울증, 관상동맥질환, 뇌졸중, 파킨스질환, 시력 또는 영양원에 있는 우울증과 관련된 우울증 등 특정 그룹에 대한 약물치료에 있어 각 그룹의 효과가 어떠한지, 그룹 내에서 어떤 약물이 좋은지, 약동학/약물역학이 나이, 다제투여로 인해 변하는지, 약물유전학, 약물대사 근거도 필요하다.

예방적 약물투여에 대해 예방효과가 있는지, 어떤 약물의 종류가 있는지 그리고 각 그룹 내의 위험그룹이 있는지에 대한 근거가 필요하다.

노인우울증의 적절한 약물용량은 얼마인지, 여러 신체 질환 자체와 그 질환의 약물들과의 상호작용, 부작용들이 일으키는 이차적 질환의 특징, 노인의 약제내성이 어떠한지, 새로운 약물의 안전성 및 효과성 등 노인에게서 약물 부작용에 대한 concern은 어떻게 다른지에 대한 근거와 노인에게서 항우울제의 순응도에 미치는 영향은 무엇인지에 대한 근거도 필요하다.

(2) 비약물치료

▪ 생물학적 치료

생물학적 치료는 전기경련요법(electroconvulsive therapy, ECT), 반복적 경두개 자기자극술(repeated Transcranial Magnetic Stimulation, rTMS), 운동을 포함한 생활양식 수정등이 있다.

전기경련은 효과, 적절한 대상, 양측자극 또는 단측자극 등에 대한 근거도 필요하다.

▪ 심리학적 치료

심리학적 치료에는 인지행동치료(cognitive-behavior therapy, CBT), 대인관계정

신치료(interpersonal psychotherapy, IPT), 정신역동적 정신치료(psychodynammic psychotherapy) 등이 있다.

약물치료와 비약물적 치료의 병합치료가 각각의 치료보다 더 좋은지에 대한 근거가 필요하다.

4) 예방개입을 위해 필요한 근거

(1) 일차예방

식이, 운동(Sjosten and Kievla, 2006), 체중관리 등 생활양식 또는 어떤 생활양식이 우울증을 예방할 수 있는지 그리고 있다면 몇 세 이전에 시작되어야 하는지, 우울증을 예방할 것인가, 행복증진을 할 것인지에 대한 근거도 필요하다(Vailant, 2003).

가족의 죽음, 수면 문제, 장애, 여성 등의 고위험군이 있는지에 대한 근거도 필요하다(Cole and Dendukuri, 2003). 그리고 노인 우울증의 선별검사에 대한 요양원의 간호사들, 일차의료진(GP)의 교육 효과가 어떠한 지에 대한 근거도 필요하다.

(2) 이차예방

적절한 지속적인 치료 기간이 얼마인지에 대한 근거도 필요하다. 다른 연구에서 노인의 경우 재발의 위험기간은 2년 정도로 조사되었으며(Flint, 1992), 임상전문가의 임상진료 지침에서는 ‘삽화수 × 1년’이라는 공식을 제시하였다(Alexopoulos et al, 2001).

어떤 약물이 지속적 치료로서 악화, 재발 예방에 효과적인지, 완화 후 필요한 항우울제의 적절한 용량과 비약물적 방법의 예방효과에 대한 근거도 필요하다(Reynolds et al, 1999).

(3) 삼차예방

Intractible cases (신체질환 포함)를 위한 관리 방법은 무엇인가에 대한 근거가 필요하다.

3.2.3.1.2. 노년기 자살개입을 위해 필요한 근거

1) 역학적 근거

WHO(2002)에 의하면 노년층에서 자살률이 가장 높은데, 국내에서도 노년층의 자살률에 대한 추이분석이 필요하다. 그리고 노년기 자살율에 미치는 사회적 요소들로 국내생산, 여성일자리, 항우울제 처방 증가라는 외국의 연구결과가 있어 이에 대한 국내 근거도 필요하다 (Gunnell, 2003).

2) 노년기 자살의 위험인자 규명

자살의 위험인자는 인구학적, 신경학적, 신체질환, 정신과적 질환, 제한된 대인관계, 지지체계, 대인관계상의 문제들 등과 같은 사회적 그리고 생활의 문제 등에 대한 근거가 필요하다.

3) 예방을 위한 필요한 근거

영국에서는 자살 예방전략(2002)으로 6가지 영역의 특정 활동을 제시하였는데, 자살 방법의 가용성 및 치명성과 고위험 집단, 행복 증진, 대중매체의 보도방식 개선, 연구의 증진, 진전의 모니터링이다.

자살의 위험성을 평가가 필요하나 개별적인 상세한 평가를 대처할 것이 없으며, 어떻게, 무엇을 평가할 것인가에 대한 근거가 필요하다.

3.2.3.2. 한국 노인의 우울증과 자살 : 역학적 근거

1) 노년기 우울증

노년기 우울증은 심각한 건강문제를 일으키는 중요한 요인으로 이환율, 사망률, 신체질환, 치매의 증가와 관련되어 있으나 복잡한 원인과 노년기 우울증의 아임상 양상, 나이 문제로 오해 등으로 저평가되고 치료를 적게 받고 있다.

우울증은 주요 우울증 이외 기타 우울증이 있으며, 기타 우울증은 경도 우울장애, 아임상 우울증 등이 속한다.

아임상 우울증은 gold standard가 없으나 사회적 부적응, 장애가 증가하며, 추후 기분부전의 위험이 증가, 노년층의 의학적, 정신요양원 입원 증가 등 임상적으로 중요한 질환이다 (Judd et al, 1997; Johnson, 1992; Wagner, 2000). 일반적으로 우울증의 임계점수를 주로 사용한다.

2) 노년기 우울증 역학

국내 노년기 역학연구에 의하면 주요 우울증은 5.0-7.5%로 나타났으며(조 2000, 김 2010), 기타 우울증은 4.8%로 나타났다(김 2010).

표 14. 우울증 유병률

	MDD	MnDD	SSD	CES-D $\geq$ 16	SGDS $\geq$ 8
Age (years)					
65-69	5.5 (3.3-8.7)	3.6 (1.8-6.3)	6.5 (4.0-9.9)	22.8 (18.1-27.5)	30.6 (25.5-35.8)
70-74	3.2 (1.3-6.5)	4.6 (2.2-8.3)	8.8 (5.4-13.3)	27.7 (21.7-33.7)	25.8 (20.0-31.6)
75-79	9.3 (4.8-16.1)	5.9 (2.1-11.8)	9.3 (4.8-16.1)	34.5 (25.8-43.1)	36.4 (27.8-45.1)
$\geq$ 80	1.4 (0.03-7.5)	6.9 (2.3-15.5)	11.1 (4.9-20.7)	35.4 (23.8-47.0)	41.7 (30.3-53.1)
Gender					
Men	2.3 (0.9-4.7)	2.7 (1.2-5.2)	5.0 (2.8-8.1)	17.3 (13.0-21.7)	22.4 (17.7-27.1)
Women	7.0 (4.8-9.9)	6.1 (4.0-8.8)	10.4 (7.6-13.8)	34.7 (30.1-39.4)	37.6 (29.5-38.8)
Age-standardized†	4.9 (3.6-6.8)	4.8 (3.4-6.6)	8.4 (6.5-10.5)	28.2 (24.8-31.5)	31.9 (28.5-35.4)
Age- and gender -standardized†	5.0 (3.6-6.8)	4.8 (3.4-6.6)	8.4 (6.5-10.5)	28.3 (24.9-31.6)	37.1 (33.5-40.6)

(자료원: Korean Longitudinal Study on Health and Aging, KLoSHA)

KLoSHA 연구에 의하면 국내 노년층 주요 우울증 유병률은 5.0%, 경도 우울증은 4.8%, 아임상 우울증은 8.4% 등으로 나타났다.

주요우울증은 이전 주요 우울증 경험, 여성, 뇌졸중 또는 일과성 뇌허혈 발작, 무학, 낮은 경제적 수준, 청각 장애가 연관이 있는 것으로 나타났으며, 경도 우울증은 이전 주요 우울증 경험, 여성, 뇌졸중 또는 일과성 뇌허혈 발작과 연관이 있으며, 아임상 우울증은 여성, 뇌졸중 또는 일과성 뇌허혈 발작이 관련이 있는 것으로 나타났다.

주요 우울증은 나이가 들어갈수록 유병률이 감소하는 것으로 나타났다(Blazer & Williams, 1980; Ernst & Angst, 1995; Mulsant & Ganguli, 1999).

표 15. 우울증 중증도에 따른 관련 요인

Factor	Odds ratios (95% confidence interval)		
	MDD	MnDD	SSD
Women	3.55 (1.53-8.24)*	2.68 (1.19-6.04)*	2.46 (1.34-4.52)**
Socioeconomic status			
Not educated	2.75 (1.30-5.85)*	1.39 (0.60-3.20)	1.48 (0.77-2.83)
Low income (≤\$12,000/year)	2.83 (1.02-7.88)*	1.75 (0.68-4.47)	0.69 (0.37-1.30)
Sensory disturbance			
Hearing disturbance (HHIE≥8)	2.29 (1.12-4.68)*	0.88 (0.37-2.12)	1.24 (0.68-2.26)
Prior major depressive episode	3.08 (1.37-6.89)**	3.45 (1.49-8.01)**	1.04 (0.42-2.57)
Cerebral vascular disease			
Stroke or transient ischemic attack	3.45 (1.62-7.35)**	2.95 (1.34-6.52) **	2.12 (1.12-4.19)*
Dementia			
Alzheimer's disease	7.00 (2.07-23.62)**	—	2.14 (0.62-7.32)

3) 노년기 자살 역학

노년기 자살은 통계청 보고(2009)에 의하면 자살률이 80세 이상이 십만 명당 127.7 명으로 가장 높았으며, 여자보다 남자의 자살률이 높은 것으로 나타났다.

표 16. 연령별 자살률 추이

연령	남녀전체				남자				여자				성비
	1999	2008	2009	08년대비 증감률	1999	2008	2009	08년대비 증감률	1999	2008	2009	08년대비 증감률	
계	15.0	26.0	31.0	19.3	20.9	33.4	39.9	19.7	9.0	18.7	22.1	18.5	1.81
10-19세	5.1	4.6	6.5	40.7	5.6	4.9	6.9	39.6	4.4	4.4	6.2	42.0	1.11
20-29세	13.1	22.6	25.4	12.2	16.5	22.2	25.3	14.1	9.6	23.0	25.4	10.3	1.00
30-39세	17.3	24.7	31.4	26.9	24.1	28.3	35.6	25.8	10.3	21.0	27.0	28.4	1.32
40-49세	21.3	28.4	32.8	15.5	32.2	38.1	45.4	19.2	9.8	18.4	19.8	7.7	2.30
50-59세	23.2	32.9	41.1	24.9	36.4	50.5	62.0	22.7	10.3	15.2	20.0	31.9	3.09
60-69세	28.9	47.2	51.8	9.7	47.4	74.1	80.8	8.9	14.3	23.3	25.8	10.6	3.13
70-79세	38.8	72.0	79.0	9.7	66.5	115.0	123.9	7.7	22.8	44.0	49.0	11.5	2.53
80세이상	47.3	112.9	127.7	13.1	81.9	194.4	213.8	10.0	34.1	79.7	92.7	16.3	2.31

노인자살의 원인은 경제적 빈곤 (26.5%), 정신건강 (20.4%), 신체적 건강 (18.4%), 결혼불화(16.3%) 등으로 알려져 있으며(배지연, 2004), 자살사고에 영향

을 미치는 인자로는 주요우울장애가 42.2배, 신체질환이 27.0배, 우울증상 12.8배, 낮은 경제 수준 7.2배 등인 것으로 나타났다(전진숙, 2005).

응급실 손상환자 표본심층조사에 의하면, 노인자살 원인은 본인의 질병, 우울증, 자녀와의 갈등 순으로 나타났으며, 자살성공률이 31.8%로 다른 연령층에 비해 4배 높았으며 노인은 충동성 자살보다는 계획된 자살이 많았다.

표 17. 연령별 자살동기 순위

구분	1순위	2순위	3순위
10-19	부모와의 갈등(29.5%)	친구와의 갈등(14.8%)	직장 또는 학교 문제(11.5%)
20-29	연인과의 갈등(34.3%)	우울증(15.3%)	부모와의 갈등(14.8%)
30-39	배우자와의 갈등(32.1%)	우울증(19.9%)	연인과의 갈등(7.7%)
40-49	배우자와의 갈등(44.1%)	우울증(9.9%)	채무(8.1%)
50-64	배우자와의 갈등(23.6%)	우울증(16.9%)	본인의 질병(15.7%)
65세 이상	본인의 질병(35.9%)	우울증(19.6%)	자녀와의 갈등(9.8%)
전체	배우자와의 갈등(22.2%)	우울증(15.5%)	연인과의 갈등(12.0%)

(자료원 : 응급실 손상환자 표본심층조사, 질병관리본부)

노인의 최근 2주 동안 1차례 이상 자살 사고를 한 경험을 살펴보면 정상인에 비해 주요 우울장애인 경우 72.4배, 경도 우울장애인 경우 18.3배, 아임상 우울증인 경우 7.3배 더 많이 하는 것으로 나타났으며, 노인 자살의 76%는 노인우울증과 연관이 있었다.

반복적으로 자살 사고를 하는 경험은 주요우울장애의 경우 167배, 경도 우울장애는 23.9배, 아임상 우울증은 5.2배 더 많이 하였으며, 78%가 노인우울증과 연관이 있었다.

표 18. 우울증과 자살사고

구분	자살사고			반복적인 자살사고	
주요우울장애	36	18	50.0%	14	38.9%
경도우울장애	33	4	12.1%	2	6.1%
아임상 우울증	58	3	5.2%	2	3.4%
비 우울증군	587	8	1.4%	5	0.9%
전체	714	33	4.6%	23	3.2%

4) 결론

한국 노인의 우울증은 차원적 분류로 보면 유병률이 17.9 %이나 범주적 분류로 볼 때 유병률은 27.8%이며, 경도 우울장애도 삶의 질, 인지에 영향을 미치는 것으로 나타났다.

우울장애의 위험 인자는 학력이 낮거나, 문맹, 낮은 경제적 수준, 인지기능 저하, 치매, 뇌졸중으로 나타났으며, 여성과 연령은 연관성이 있는 것으로 나타났다.

노인의 자살은 4.6%이었으며, 자살은 우울장애와 연관성이 매우 높았으나 자살에 대한 체계적인 역학연구의 부족한 실정이다.

3.2.3.3. 한국인 우울증 치료를 위한 임상시험 근거수준

임상진료지침은 특정한 상황에서 임상 의사와 환자의 의사결정을 돕기 위해 체계적으로 개발된 진술을 일컫는다(Department of Health Clinical Guidelines: Using Clinical Guidelines to Improve Patient Care Within the NHS. Leeds: NHS Executive, 1996).

1) 우울증 임상진료지침 현황

우울증의 임상진료지침에 대해 영국, 캐나다, 미국, 호주, 국내의 현황을 살펴보기로 하였다.

영국에서 Scottish Intercollegiate Guidelines Network(SIGN)과 National Institute for Health and Clinical Excellence(NICE)에서 만든 임상진료지침을 알아보았다.

- Scottish Intercollegiate Guidelines Network(SIGN)

임상진료지침의 대상은 임상전문가이며 대상 환자는 경도에서 중등도 우울증 환자이며 체계적 문헌 고찰을 통해 임상진료지침을 만들었다.

임상진료지침의 주요내용은 성인의 비약물적 관리로 정신치료, 자기 관리, 운동과 생활습관 변경, 허브와 건강보조식품, 대안치료 등에 대한 내용이 있으며 약물치료에 대한 부분은 언급이 없다.

임상진료지침의 근거수준과 등급체계는 다음과 같다.

표 19. SIGN 근거 수준

1++	높은 질의 메타분석, RCT에 대한 체계적 문헌고찰, 매우 비뚤림이 적은 RCT
1+	잘 수행된 메타분석 또는 체계적 문헌고찰, 비뚤림이 적은 RCT
1-	메타분석, 체계적 문헌고찰, 비뚤림 위험이 높은 RCT
2++	높은 질의 환자대조군 연구, 코호트 연구의 체계적 문헌고찰, 교란이나 비뚤림의 위험이 매우 낮고 원인 관계 가능성이 많은 높은 질의 환자대조군 연구, 코호트 연구
2+	교란이나 비뚤림의 위험이 적고 원인 관계 가능성이 중간인 잘 수행된 환자대조군, 코호트 연구
2-	교란이나 비뚤림의 위험이 높고 원인 관계 가능성이 없는 환자대조군 혹은 코호트 연구
3	비 분석적 연구 (사례보고 등)
4	전문가 의견

표 20. SIGN 등급체계

등급	유형
A	· 최소 1개 이상 1++로 평가된 메타분석, 체계적 문헌고찰, RCT가 있고, 대상집단에 직접적으로 적용할 수 있음. · 1+ 평가된 연구가 있고 대상집단에 직접적으로 적용할 수 있으며, 결과에 일관성이 있음
B	· 2++로 평가된 연구가 포함, 대상집단에 직접적으로 적용가능, 결과에 일관성이 있음 · 1++, 1+로 평가된 연구에서 외삽된 경우
C	· 2+로 평가된 연구가 포함, 대상집단에 직접적으로 적용가능, 결과에 일관성이 있음 · 2++로 평가된 연구에서 외삽된 경우
D	· 근거수준 3, 4인 경우 · 2+로 평가된 연구에서 외삽된 경우

- National Institute for Health and Clinical Excellence(NICE)

임상진료지침의 대상은 일반의이며 대상 환자는 신체적 질환을 포함한 우울증 성인 환자이며 체계적 문헌 고찰을 통해 임상진료지침을 만들었다.

임상진료지침의 주요내용은 서론, Narrative reviews or Meta-analysis, 임상 근거 요약, 경제적 근거, 권고 순으로 이루어져있다. 근거수준, 질평가는 GRADE evidence profile 사용한다.

캐나다에서는 임상전문가와 기타 정신건강전문가를 대상으로 주요 우울증 환자가 대상 환자이체계적 문헌 고찰을 통해 임상진료지침을 만들었다. 임상진료지침의 주요지침은 정신치료 단독 또는 항우울제와 병용요법, 약물치료, 신경자극치료, 대안치료에 대한 내용이 있다.

호주에서는 성인 우울증 환자에 대한 임상진료지침이 있으며, 정신치료, 항우울제 요법과 다른 중재와 신경자극치료에 대한 내용을 다루고 있다. 임상진료지침의 근거수준은 level I~V까지 나누어져 있으며 정의는 다음과 같다.

표 21. 권고에 사용된 근거수준의 정의

Level	National Health and Medical Research Council(NHMRC) 근거 수준
Level I	RCT의 체계적 문헌고찰
Level II	1개 이상의 잘 고안된 RCT
Level III	잘 고안된 전향적 연구(non-RCT); 비 무작위로 할당된 대조군이 있는 비교 연구; 환자대조군 또는 대조군이 있는 개입시계열분석 (interrupted time series with a control group)
Level IV	사례보고, 사후 또는 사전/사후 시험
Level V	전문가 의견

국내에서는 우울증임상연구센터가 개발한 임상진료지침이 있으며, 대상은 정신과 의사이며, 성인 우울증환자의 약물적 치료와 비약물적 치료에 대한 내용을 담고 있으며, 질평가와 권고안 작성은 SIGN의 방식을 따르고 있다.

이상으로 각 나라의 우울증 임상진료지침을 간략하게 살펴본바 현재 임상진료지침은 단순 알고리즘보다는 근거중심적 방법으로 제작되는 추세이며, 대부분은 임상현장에서 정보를 제공하는 차원에서 제작하나 영국의 경우는 치료의 표준(standard)으로 임상진료지침을 제공하였다. 근거중심적 방법으로 제작되는 진료지침은 임상적 결정에 많은 도움을 줄 수 있으며, 체계적 문헌고찰과 수용개작의 방법을 동시에 진행하는 것이 임상 현장에서 보다 폭 넓은 정보를 제공할 수 있을 것이다.

2) 국내 우울증 임상진료지침

(1) 우울증 약물치료 임상진료지침

지침의 목표 사용자는 정신과의사이며 대상 환자는 중등도-중증 우울증 환자이다. 개발 방법은 체계적 문헌고찰과 수용개작을 통해 진료지침을 개발하였으며 개발 흐름도는 다음과 같다.

우울증, 자살 그리고 한국사회 Round-table conference

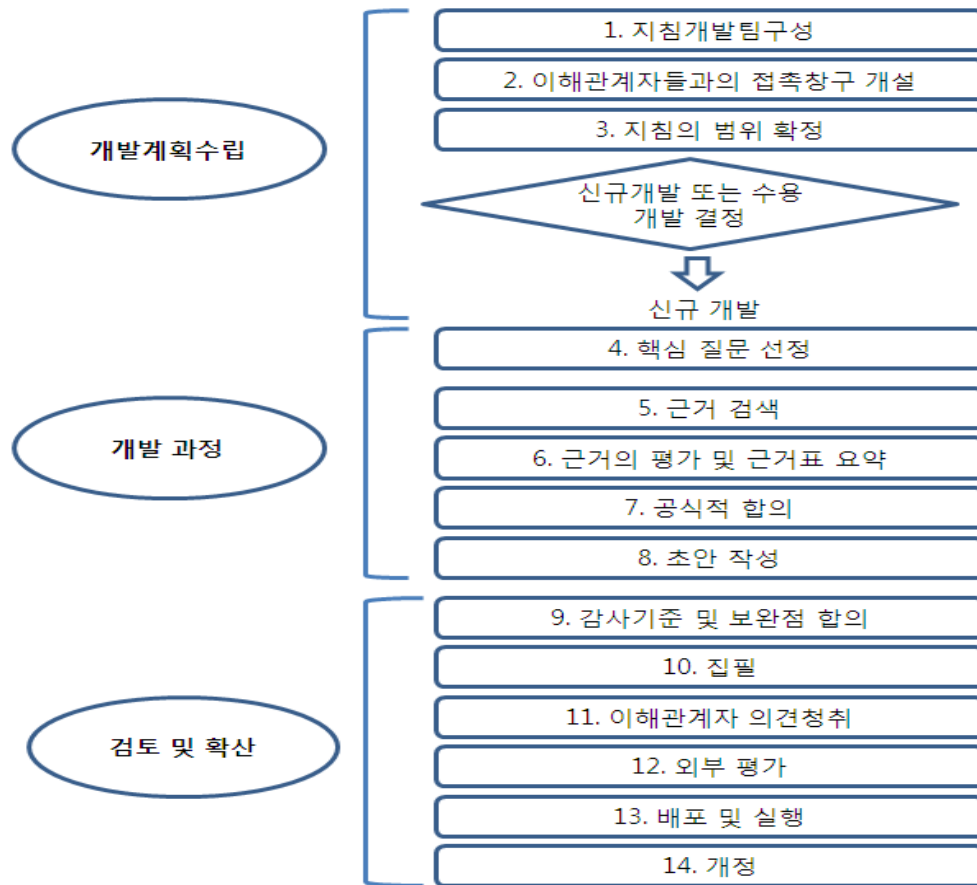


그림 18. 임상진료지침 개발 흐름도

임상진료지침의 주요내용은 환자가 정신과 외래에 내원한 시점부터 치료를 종료할 때까지 급성치료, 치료저항성 우울증, Special issue와 임상적으로 중요한 사항과 한국에서의 특수한 상황을 고려하여 선정 관련된 내용을 포함하였으며, 현재 우울증 진료가 이루어지고 있는 대학병원, 만성병원, 개인병원의 상황을 모두 고려하여 권고안을 도출하였다.

(2) 비약물학적 치료 임상진료지침의 작성과정

한국인 우울증의 특징은 마음의 갈등을 신체증상으로 호소하는 경향이 강하며, 우울증 환자의 증상에서도 신체증상이 단연 많다는 사실은 이미 정설화 되어 있다.

우울증의 비약물치료 중 자가관리와 대체요법에 대해 체계적 문헌고찰을 수행하였으며, 근거수준은 모두 RCT인 경우 level I, 최소한 하나의 RCT가 있는 경우 level II, 잘 고안된 준 RCT의 경우 level III, 사례보고만 있는 경우 level IV, 근거가 없거나 최소한의 근거가 있는 경우를 level V로 정의하였다.

근거 확인한 결과 운동, 독서치료, CBT, IPT, SPSP에 대한 검증이 이루어져 권고

가능하나 운동의 임상실험, 독서치료의 교본개발, CBT와 IPT의 보급을 지원, SPSP의 소개 등이 필요하며 국민건강을 위한 대응적 협력이 필요하다.

3) 결론

한국인 대상의 임상시험 보고가 현저히 부족하며, 한국내 우울증 임상 논문이 실릴만한 저널의 수기검색이 필요하다. 또한 한국인 증상 특성 분석에 따른 신체증상, 불면증 등 우울증 증상 개선효과 평가 필요하며 신체질환자의 우울증상 개선효과를 판단하기 위한 임상 시험 근거 필요한 실정이다.

3.2.3.4. 노인 우울증 및 자살 관리 지침 개발을 위한 근거구축 전략

부족한 근거를 마련하기 위해서는 기존 임상진료지침을 분석과 전문가 자문을 통해 근거 구축 가능성을 확인한다.

기존 진료지침은 지침 사용자가 정신과 전문의, 비정신과 전문의, 비의사 의료인인지 진단영역인지 치료영역인지 또는 우울증 전반에 대한 내용인지 특정 우울증에 관련된 영역인지 평가가 필요하다. 전문가 자문은 open meeting으로 할지 closed meeting으로 할지 그리고 개인차원 또는 학회차원으로 접근할지, 설문조사, 워크숍, 또는 병행할 지도 결정해야 한다. 근거 구축 가능성에 대해서도 새로 개발해야 하는 지 또는 준용 불가항목이 있는 지도 평가해야 한다.

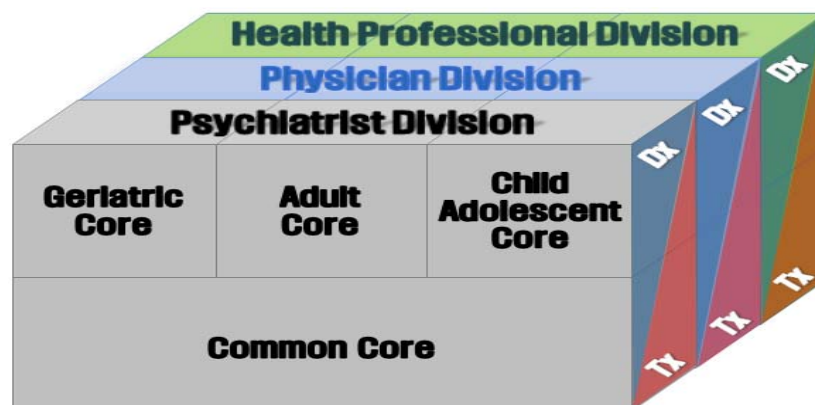


그림 19. 임상진료지침 구상 모형

지침 시 비교해야 할 사항은 발표일, 개발자, 연구비 출처, 이해상충, 질병/상태, 임상적 특성, 목표 사용자, 목표, 목표 대상, 주요 결과, 비용 분석, 근거를 선택하기 위해 사용한

방법, 근거의 질과 강도를 평가 방법, 근거의 강도를 등급화 방법, 근거를 분석하기 위한 방법, 권고 방법, 권고의 강도를 등급화 방법, 임상진료지침 타당성을 확보하기 위한 방법, 임상적 알고리즘(?), 확산방법 등이다.

기존 지침을 비교하여 일치하는 내용이 있는 경우와 불일치하나 해결가능한 다른 연구가 있는 경우에는 전문가 자문을 통해 통합지침을 구축하여 근거에 대한 등급을 판정 후 국내 지침화한다. 그러나 기존 지침과 비교하여 불일치하며 해결가능한 다른 연구가 없으나 문화 또는 인종의 특이성이 없는 경우 전문가 자문을 통해서 지침에 포함할 수도 있으며 문화적, 인종적 특이성이 있는 경우에는 국내에 근거가 있는 경우에는 지침에 포함시키며 근거가 없는 경우에는 전문가 자문을 통해 지침에 포함할지 여부를 판단하여야 한다.

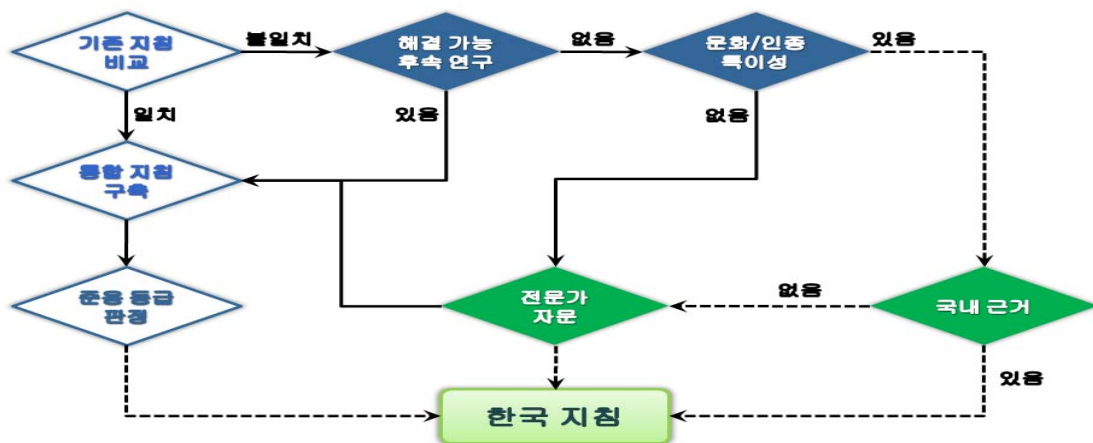


그림 20. 한국형 임상진료지침 모형

부족한 근거를 위해서는 근거창출연구가 필요하다. 이를 위해서는 부가연구(add-on), 독립연구(independent), 연장연구(extension), 통합연구(integration) 등이 필요하다.

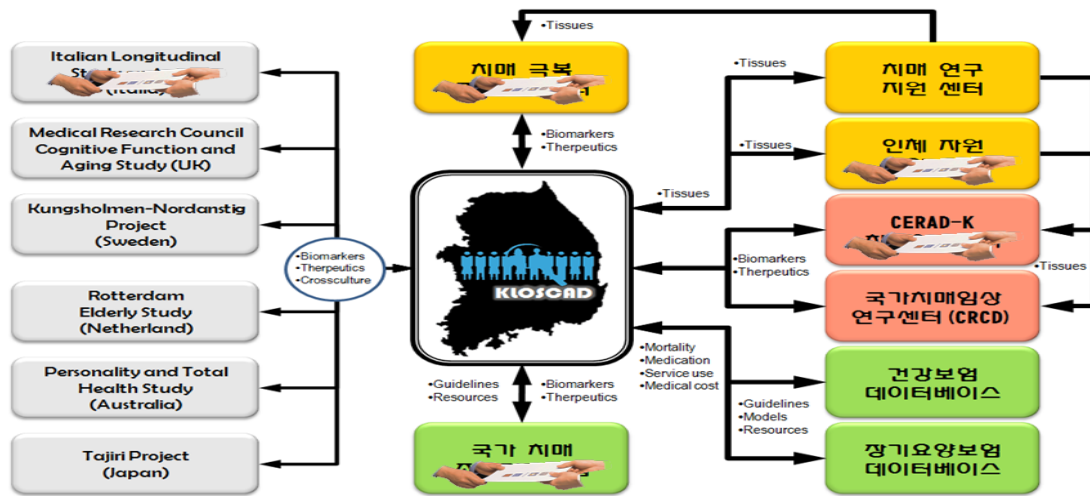


그림 21. 통합연구 예시

3.3. 토론내용

3.3.1. 역학

1) 우울증

우울증을 포함한 정신건강실태조사는 현재 5년 간격으로 수행하고 있다. 다른 정신과 질환과는 달리 지속적으로 증가하고 있는 우울증은 자살, 생산성 감소 등 심각한 사회적 문제를 초래하고 있다는 감안한다면 실태조사 간격을 2-3년으로 바꿀 필요가 있다. 잦은 간격으로 실태조사를 시행하게 되면 정확한 현황파악으로 효과적인 정책결정을 위한 올바른 정보제공을 제공할 수 있을 것이다.

청소년 우울증은 성인과는 달리 실태조사가 되어 있지 않아 유병률 등 정확한 현황파악이 되어 있지 않다. 청소년 우울증 유병률 연구를 살펴보면 중학생은 9.8%, 고등학생은 14.7%로 미국 (2010)의 통계자료에서 발표된 13, 14세의 우울증 유병률 8.4%와 유사하였다. 소아청소년정신과의 주요 질환인 주의력결핍과잉행동장애(attention deficit hyperactivity disorders, ADHD)의 유병률이 4.5%에 비해 우울증의 유병률이 더 높아 우울증의 심각성이 우려된다.

우울증의 증상 중 수면의 변화, 피로 같은 신체증상은 젊은 성인에서는 중요한 증상이나 노인의 경우에는 우울하지 않아도 정상 노화의 과정이나 내과적인 질환의 결과로 인해 이

런 반응이 일어나며 우울증 증상으로 건강염려적인 호소와 잠들기 어려움, 초조 등의 증세를 더 많이 호소한다. 그리고 노인 우울증 중 기타 우울증(경도, 아임상 등)은 주요 우울증과는 달리 무의욕, 집중력저하, 인지기능저하 등의 증세가 매우 흔하게 보이므로 일반 성인과 동일한 진단기준으로 노인 우울증 유병률을 조사하게 되면 유병률이 낮게 나온다. 따라서 노인 우울증을 감별진단 할 수 있는 진단기준 마련이 필요하다.

또한 치매와 관련된 우울증은 비교적 체계적으로 역학조사를 진행하고 있으나 그 이외 우울증은 역학연구가 많이 진행되고 있지 않다.

더불어 노인 우울증 환자가 다른 연령대에 비해 치료율이 떨어지는 데 그 장애요인이 경제적인 문제인지 지역적으로 접근성의 문제인지 편견으로 인한 것인지 일반의나 가족들의 우울증에 대한 이해부족 등이 원인인지 파악하여 장애요인을 없앨 방안을 모색할 필요가 있다.

2) 자살

자살은 자살생각, 자살기도, 자살의 단계로 이루어지는데 현재 국내 자살관련 역학자료는 경찰청과 통계청 자료로 자살 사망자에 대한 자료이다. 각 단계 역학자료는 통계청에서 일부 청소년 대상으로 연구한 자료가 있으나 성인, 노인에 대한 자료는 거의 없는 실정이다. 자살 예방을 위해 단계별 개입방법이 다르고 효율적인 관리를 위해서는 단계별 역학연구가 필요하다.

청소년 자살률의 경우 선진국처럼 계속 낮았으나 2009년에는 2008년 대비 47%로 증가하여 이전에 비해 증가율이 많이 상승하였다. 이는 전체 자살률이 19% 증가한 반면 청소년 자살률이 크게 증가한 것은 2009년 연예인 자살이 증가해 베르테르효과로 인한 것으로 여겨진다. 그러나 이러한 통계자료의 수치가 기관마다 다르며 청소년의 우울증 조사의 경우 부모를 대상으로 하거나 학생 대상의 경우라도 정확하게 측정하지 않는 경우가 많아 유병률이 과소추계될 가능성이 높다. 따라서 우울증, 자살 등 정확한 현황조사를 파악하는 것이 중요하며 이를 위한 대책마련이 필요하다.

3.3.2. 우울증, 자살에 대한 사회적 편견 감소와 올바른 정보제공을 위한 사회적 노력 필요

일반적으로 많은 사람들은 정신과 질환 및 약에 대해 많은 편견을 가지고 있다. 정신과 질환은 내과 질환, 부인과 질환 등 다른 진료과 질환에 비해 자연스럽게 받아들이지 못하

고 자신이 낙약해서 생기는 질환, 정신력이 강하지 못해서 생기는 질환, 미친 사람 등으로 생각하는 경우가 많다. 또한 정신과약은 평생 복용해야 되며, 정신 이상자들이 먹는 약, 정신질환은 정신과약을 먹어야지 나을 수 있다는 등의 편견을 가지고 있어 정신과약에 대한 거부감이 외국에 비해 많다.

우울증의 경우 중증 우울증이 아닌 경우 비약물적 치료로도 치료가 가능하며, 이러한 비약물적 치료가 보편적으로 이루어져야 하나 현재 건강보험체계, 병원 시스템상 이는 힘든 실정이며 약물치료가 필요한 환자의 경우 환자나 보호자들에게 의사가 직접 약물치료에 대해 설명과 상담이 필요하나 여러 가지 현실적인 상황으로 충분한 설명과 상담을 하기 힘든 상황이 많다.

그리고 언론에서 조장하는 정신과 약에 대한 선입견, 편견 등도 있다. 실제로 2011년에 한 언론매체에서 수면제가 자살을 조장한다는 보도가 있었다. 이를 본 환자들이 병원 진료 시 치료에 필요한 약 중 수면제 성분의 약제 복용을 거부하는 사태가 발생하였다. 임상 전문가들은 실제로 병원에서 처방하는 수면제 성분의 약은 자살에 이를 정도의 양이 아닐뿐더러 환자의 상태에 따라 처방을 하기 때문에 죽음에 이르지 않으나 개인적으로 약국에서 구입하는 경우 다른 목적으로 개발된 약을 수면제로 오용하는 경우가 많으며 이러한 약제는 과다복용을 하게 되면 부작용으로 사망할 가능성이 높다고 말하고 있어 언론보도와는 차이를 보이고 있다.

이를 개선하기 위해서는 정신과 질환, 약에 대해서 인터넷 등에 난무하는 잘 못된 정보가 아닌 일반인들이 이해하기 쉬운 올바른 정보제공이 필요하다. 이러한 정보제공을 위해서는 정부, 언론, 관련 전문가, 관련 단체 등의 세심한 노력이 필요할 것이다.

우울증과 자살의 사회적 인식과 편견을 개선하기 위해서는 범 국민대상으로 일회성이 아닌 지속적으로 올바른 정보를 제공할 수 있도록 하는 캠페인 사업이 필요하다. 캠페인은 여러 매체를 통해 다각적으로 접근할 수 있도록 하며, 학생과 유아의 교육을 통해 가족 내 구성원들에게 영향을 미칠 수 있도록 다양한 방법의 캠페인을 기획할 필요가 있다.

그리고 신경정신과 이외 다른 진료과에서도 수면제 처방하는 경우가 많은데 이런 경우 전공분야인 신경정신과에 의뢰하여 처방할 수 있도록 병원 체계의 변경을 통해 수면제의 오남용을 막을 수 있도록 할 필요가 있다.

3.3.3. 자살 관련 요인 파악

1) 위험요인

자살의 위험요인 중 지속적 유발요인은 우울증, 어린 시절 경험 등이 있다. 자살기도자 관련 국내연구에 의하면 어린 시절 부모의 무관심, 폭력 등 상처, '죽음'에 친숙한 상황 즉 '죽으면 그만이다' 부모의 언어를 통해 가치체계의 변화가 와서 자신의 삶에 왜곡, 뒤틀어서 생각을 하게 한다.

이렇듯 부모의 양육태도가 청소년, 성인이 되어서도 영향을 미친다. 특히 우리나라에서는 육아의 대부분을 어머니인 여성이 담당하고 있다. 육아는 육체적인 피로와 함께 정신적인 피해의식까지 겹쳐 육아스트레스가 생기며 이런 상태가 쌓이게 되면 우울증이 생기게 된다. 우울증에 빠진 어머니는 아기의 언어 및 인지 발달에 관심이 적을 뿐 아니라, 단조롭고 낮은 목소리를 내게 되어 아기가 집중하고 말을 배우는데 적합하지 않아 아기의 언어 및 인지 발달의 동기를 부여하지 못하는 것으로 알려져 있다. 그리고 어머니와 아기의 애착형성이 미약하고 발달이 지연되는 경향을 보이게 되며 우울증을 겪는 어머니는 아기를 학대하는 경우가 많은데 학대를 당하는 아기는 정서적으로 불안해지고 자신감이 없는 어린이가 되기 쉽고 사회성을 형성하는데도 지장을 초래할 수 있다. 아울러, 우울증을 가진 어머니에게서 태어난 어린이는 자살률이 더 높다는 보고도 있다. 이렇듯 육아스트레스로 인해 우울증에 걸리지 않도록 가족과 사회적 지지체계 마련이 필요하며 사회적 지원을 위해 제도적인 보완도 필요하다. 그리고 가정주부에 대한 자부심을 갖도록 하는 것이 필요하다.

또한, 요즘 인터넷의 발달로 인해 자살사이트 등을 통해 동반 자살하는 경우가 많아졌으며, 경제불황이 계속되면서 생활고를 비판해 자살하는 이른바 '생계형 자살'이 늘어나 사회적 문제로 대두되고 있다. 이러한 생계형 자살은 실직, 비정규직 증가 등으로 인해 사회안전망의 사각지대에 놓인 실질 빈곤층에서 일어나는 데 이를 위해 사회복지를 강화하고 이러한 실질 빈곤층에서 실제로 도움이 될 수 있는 방안모색과 함께 사회에서 관심과 배려가 필요하다고 여겨진다.

노인자살의 경우 연구에 의하면 남성, 지지기반이 취약한 사람, 신체질환이 있는 사람 등이 고위험군으로 분류되며 이 중 신체질환이 자살과 가장 많은 관련이 있는 것으로 나타났다. 그리고 자살예방협회의 연구에 의하면 자살기도로 응급실로 온 환자들의 연령분포를 보면 60대 이상이 가장 많았으며, 자살방법은 다른 연령대와는 달리 농약, 화학약품 등을 많이 사용하는 것으로 나타났다. 그리고 자살을 한 번 기도한 사람들은 이후에도 자살기도를 많이 하며 자살기도 후 정신과 치료를 받는 경우는 50%도 되지 않아 추후관리가 제대로 안

되는 것으로 나타났다.

(2) 보호요인

자살을 촉발시키는 요인이 있는 반면 보호요인들이 있다. 이러한 보호요인들에는 가정의 화목, 원만한 인간관계, 안정된 직업, 취미, 종교, 규칙적인 생활, 운동, 수면 등이 있는데 이러한 보호요인을 강화시켜주는 지지체계가 필요하다.

자살 직전의 청소년은 고립감, 외로움, 절망 등이 있는데 이러한 청소년에게 희망을 가질 수 있도록 가족뿐만 아니라 교사, 친구, 지역사회 지지단체 등이 도와주어 보호요인을 갖게 하는 등 사회적인 접근이 중요하다.

그리고 위험요인이 증가했을 때는 보호요인들을 증가시켜 자살에 이르지 않도록 하는 노력이 필요하다.

3.3.4. 자살 예방을 위한 국가 차원의 개입 필요

일본, 호주, 미국, 핀란드 등 외국에서는 자살 예방을 위해 범 국가적 차원에서 노력을 하고 있다. OECD 국가 중 자살률 1위인 우리나라에서도 자살률을 줄이고 자살을 예방하기 위해서는 이들처럼 국가적 차원에서 적극적인 노력을 기울일 필요가 있다.

1) 효율적인 자살예방프로그램 활성화

자살을 기도하는 청소년 10명 중 2명은 전조증상을 보이므로 자살은 예측이 가능하다. 우선 자살 가족력이 있는 아이는 향후 자살기도가 높아 전문가의 확인이 필요하며, 지속적으로 관심을 기울여야 할 필요가 있다. 이러한 전조증상이 있는 청소년을 잘 발견하기 위한 효율적인 방법이 필요하며 이러한 청소년은 지속적인 전문가의 치료를 받음으로서 효과적으로 자살을 예방할 수 있을 것이다.

우선 자살 예방프로그램으로 gatekeeper training이 효과적이라는 연구가 많다. Gatekeeper training은 학교기반 프로그램으로 교사, 상담교사 등을 교육하여 위험에 처한 학생들을 인지하고, 전문 정신 건강 서비스 기관에 의뢰하도록 돕는 것 역할에 포함시키는 것이 중요하다.

청소년들은 자신의 문제를 주로 친구와 상담을 한다. 자살예방프로그램 중 토레지지프로그램은 선별검사로 의심되는 청소년을 확인할 수 있지만, 그 청소년이 위험한 상태에 있다는 전조증상을 보일 때 친구를 통해 주위에서 도움을 줄 수 있도록 연결망을 구축하도록 하는 것으로 이렇듯 주위 사람을 체계적으로 교육하여 상담전문가, 임상전문가로 연계할 수

있는 시스템을 활성화한다면 자살예방에 많은 도움이 될 것이다.

2) 자살예방대책을 위한 제도적, 법적 측면 보완 필요

자살기도방법에는 약물복용, 농약/화학약품/가스, 질식, 투신 등의 방법을 사용한다. 이중 농약/화학약품/가스는 전체 자살기도방법의 2위, 60세 이상 노년자살 방법 1위로 나타났다. 자살예방을 위해서는 자살기도방법을 차단할 필요가 있다. 자살기도방법 중 상위권에 속하는 농약에 대해 경고문구와 함께 농촌 등에서 손에 쉽게 닿지 않는 곳에 보관하도록 하는 등 제도적 측면에서 관리할 수 있는 방안 마련이 필요하다. 아울러 ‘자살예방법’을 통해 자살예방에 대해 통합대책을 마련할 수 있는 법적 보완도 시급히 필요하다.

3) 심리학적 부검의 필요성

자살을 예방하기 위해서는 자살원인파악이 중요하며 이를 위해서는 심리학적 부검이 필요하다. 자살원인에 대해 연구를 살펴보면 청소년 자살의 가장 큰 원인은 가정불화로 나타났다. 실제로 청소년과 직접적인 상담하여도 많은 원인은 가정불화로 나타났다.

그러나 하나의 원인으로 자살하지 않기 때문에 자살원인이 될 수 있는 개인, 가족, 사회, 학교 등 여러 가지 상호작용에 대한 연구가 필요하다. 청소년의 자살충동은 술, 담배, 게임중독 등의 공통적인 고통회피기전을 이용하는 경우가 많기 때문에 이를 잘 파악하기 위해서는 핀란드가 국가적 차원에서 자살예방대책 마련을 위해 시행한 심리학적 부검의 활성화가 필요하다.

심리학적 부검은 사망 전 일정 기간의 심리행동 양상 및 변화 상태를 주변인들의 진술을 들어 심리를 재구성해 가능성 높은 자살 원인을 추정해 보는 것으로 핀란드, 미국, 영국 등에서 실시하고 있다. 축적된 데이터는 다른 자살을 예방하기 위한 자료로 활용된다. 심리학적 부검은 사망자 가족 및 지인을 포함 수 명 이상의 진술을 수렴하게 되는데 사망 전 사망자가 경험한 주요 심리사회적 스트레스, 성격적 특징과 심리행동 특성, 사망 전 상황 및 정신의학적 진단 등이 평가 대상이다.

이를 활성화하기 위해서는 우리나라의 문화를 반영하여 심리학적 부검 방법을 변형시킬 필요가 있다. 우리나라의 경우 죽은 사람에 대한 예의, 자살에 대한 편견 등의 이유로 자살사망자의 주변 사람들을 대상으로 심리적 부검을 수행하기가 힘들다. 이에 자살사건이 발생하는 경우 경찰조사가 이루어지는데 경찰조사 시 심리학적 부검에 대한 내용인 사망 전 일정 기간의 심리행동 양상 및 변화 상태를 함께 조사를 한다면 자살 원인을 파악하는 데 많은 도움이 될 것이다. 이를 위해서는 관련 정부기관, 경찰 등의 관련기관의 협조가 필요하며, 예산과 전문가 양성을 위한 정책적 지원을 마련할 수 있는 방안을 강구해야 한다.

4) 생명존중에 대한 사회적 가치 정립 필요

한국사회의 빠른 경제성장, 도시화, 핵가족화, 개인화가 되어가면서 인간존중, 생명의 소중함에 대한 가정과 학교교육이 점점 줄어들고 성적위주의 학교교육과 생명경시 풍조, 폭력성이 난무하는 청소년 게임과 사회적 가치 혼란 등이 자살을 점점 부추기고 있어 우선 생명존중에 대한 사회적 가치 정립이 이루어져야 할 필요가 있다.

5) 책임성 있는 자살보도 권장

연예인이나 유명인들이 자살을 하게 되면 언론에서는 자살방법 등을 자세하게 보도하여 좋아하는 연예인을 따라서 자살을 기도하는 베르테르효과를 가져온다. 일본, 캐나다, 독일, 호주, 스위스 등 국가와 WHO에서는 자살관련 보도지침을 공식화하여 잘 따르고 있으나 우리나라에서는 보건복지부, 한국자살예방협회에서 권고하는 보도지침을 따르지 않고 있다. 유명인의 자살을 보도 시 자살방법 등 자살에 대한 자세한 보도하지 않고 언론의 책임성 있는 보도를 촉진할 필요가 있다.

3.3.5. 기타 연령대별 논의사항

1) 청소년

(1) 원활한 의뢰와 연계 시스템의 필요성

청소년의 우울증과 자살에 대한 교사, 학부모들의 무지, 편견이 많아 우울증의 조기 발견과 치료를 받지 못하는 청소년이 많다. 따라서 교사, 학부모에게 교육이 필요하며 이러한 청소년을 발견하면 상담교사와 연계 또는 병원에 의뢰하여 효과적인 치료를 받을 수 있도록 원활한 의뢰, 연계 시스템을 마련하는 것이 필요하다.

그리고 청소년 상담원의 체계적인 교육으로 상담학생을 전문적인 치료를 받기 위해 의뢰가 필요한 지 여부에 대한 올바른 판단이 이루어질 수 있도록 하는 것이 필요하다.

(2) 정부 부처 간의 원활한 업무 연계가 필요

청소년의 우울증, 자살의 문제는 여성가족부, 교육과학부, 보건복지부 등 정부의 여러 부처가 나누어서 진행하고 있어 주요 정책에 대한 일관적이고 체계적인 관리가 되지 않는 점이 있다. 현재 청소년의 정신건강과 관련된 사업은 여성가족부에서 진행하고 있으며, 청소년들의 학교위주의 청소년 정신보건사업은 교육과학부에서 진행하며, 청소년 정신질환과 관련된 사업은 보건복지부에서 담당하고 있다. 청소년의 우울증과 자살 예방이라는 큰 목적은

같으나 각 소관 부처의 사업목적, 예산, 전문인력 문제 등으로 부처 간 사업 연계가 잘 되지 않는 측면이 있어 정부 각 부처 간의 원활한 업무 연계가 필요하며 이에 대한 개선이 필요한 실정이다.

2) 노인

(1) 기타 우울증의 조기치료 필요

노인 우울증 중 기타 우울증(경도, 아임상 등)은 주요 우울증과는 달리 무의욕, 집중력 저하, 인지기능저하 등의 증세가 매우 흔하게 보이므로 정확한 진단이 어렵고 자살로 이어지는 경우가 있기 때문에 기타 우울증이라고 해서 간과할 것이 아니라 치료를 반드시 받아야 한다.

모병원에서 노인 우울증 환자 대상으로 긍정사고 증진프로그램을 진행하고 있는데 긍정적인 효과가 나타나고 있다. 이렇듯 우울증 초기에 환자 치료에 관심을 보이면 자살로 이어지는 것을 막을 수 있을 것이다.

(2) 임상진료지침의 적절한 목표사용자 선정 중요성

우울증 임상진료지침의 경우 목표 사용자가 임상전문가인 정신과 의사를 위한 진료지침은 많다. 우울증의 경우 우리나라는 외국과는 달리 대부분 정신과에서 진료를 받는다. 그러나 오랜 기간동안 관련 교육을 받은 정신과 의사를 위한 임상진료지침이 필요한 지에 대해서는 고려해야 할 필요가 있다. 하지만 정신과 의사는 주요 우울증 환자에 대해서 잘 알고 있으나 주요 우울증과 증상 다른 아임상 우울증의 경우 정신과 의사보다는 내과, 일반의, 치매센터 등에서 치료를 하는 경우가 많다. 이에 이들을 gatekeeper 역할을 할 수 있도록 비정신과 의사들이 이용할 수 있는 임상진료지침 마련이 필요할 것이다.

자살률의 경우 수도권과 지방의 노인 자살률 차이가 크다. 수도권은 자살률이 십만 명당 19-20명인데 반해 태백, 정선 등지에서는 60명 이상으로 나타나 지역적 차이를 보이므로 자살률을 고려하여 자살예방 등의 예산 지원 시 지역적 배려를 감안하는 것이 필요하다. 그리고, 자살기도자의 경우 건강보험환자보다 의료보호환자가 더 많은데 이들은 경제적 부담으로 인해 정신과 진료보다 정신보건센터를 이용을 선호한다. 이렇기 때문에 정신보건센터나 가정방문요원의 교육과 이들을 위한 진료지침이 필요할 것으로 여겨진다.

(3) 근거마련을 위해 필요한 연구

노인 우울증의 특징적인 증상, 노인 자살의 고위험군 규명, 독거 문제 등 사회적 문제와 자살과의 관계 등 현상이해에 대한 연구가 필요하다. 임상연구의 질을 평가할 수 있는 기

준을 마련해야 하며 국내 연구의 DB를 잘 구축하여 열람이 가능할 수 있게 할 필요가 있다. 그리고 현 시점에서 활용 가능한 연구를 통합하여 근거수준에 맞게 권고하여야 한다. 경증 우울증의 비약물적 치료에 대해 국내 연구는 거의 없어 외국 연구에 의존하고 있는 실정이다. 국내 우울증 환자의 특성을 반영한 비약물적 치료 연구의 활성화가 필요하다.

국내 연구 중 특히 부족한 연구는 RCT가 부족하다. RCT를 하기 위해서는 재원이 필요한데 국내의 경우 대부분 제약회사 등 이해집단에서 지원을 하나 외국의 경우 정부 등에서 지원하여 정책결정의 근거로 이용한다. 국내에서도 우울증임상연구센터나 한국보건 의료연구원 등과 같은 유관기관에서 재원을 지원하고 학회에서 기관과 협업을 통해 연구로 국가 정책에 결정에 기여할 수 있는 근거 생성의 일환으로 고려할 수 있겠다.

그리고 근거 마련을 위해 현재 알고 있는 근거, 모르고 있는 근거, 불확실한 근거에 대해 정리할 필요가 있다. 그런 작업을 위해서는 우선 전문가 집단에서 기존 연구 검토 및 통합하는 작업이 이루어져야 하며, 더불어 노인 우울증 증상의 한국적 특성, 인구사회학적 특성, 위험인자 규명을 위한 코호트연구가 동시에 이루어져야 한다. 그리고 노인 우울증 진단에 적합한 진단기준 개발이 필요하며, 목표 사용자가 일반의, 대상 환자군도 신체질환으로 병원에 입원한 환자, 치매와 동반된 우울증 환자, 시설에 입소한 우울증 환자 등 다양한 대상을 포함한 임상진료지침 개발도 필요할 것으로 여겨진다. 노인의 경우 우울증, 독거, 경제 문제와 같은 사회적, 환경적 문제로 인한 경우가 많기 때문에 이러한 문제를 다룰 수 있는 관련 전문가 참여가 필요하다.

자살기도와 자살성공은 정신병리가 다르다. 즉, 자살기도를 많이 하다고 하여 자살을 성공하지는 않는다. 자살기도는 남성에 비해 여성이 2배 많이 기도하나 자살 성공률은 남성이 여성에 비해 2배 많다. 이러한 연구를 올바르게 하기 위해서는 심리적 부검이 필요하다. 스웨덴의 경우 자살에 대한 편견이 적어 심리적 부검이 원활히 이루어져 이를 바탕으로 정책에 반영할 수 있지만 우리나라의 경우에는 고인에 대한 예우, 자살에 대한 편견 등으로 심리적 부검이 쉽지 않다. 이를 해결하기 위해서는 경찰 조사 시에 심리적 부검 내용을 포함하도록 할 필요가 있다. 또한 4-8개월 후 유가족들이 이러한 내용에 대해 언급하고 싶어하는 경향이 있기 때문에 이 시기에 심리적 부검을 시도하는 것도 하나의 방법이라 할 수 있겠다.

4. 고찰

4.1. 의의

청소년, 성인, 노인의 우울증과 자살에 대해 임상전문가와 상담관련 전문가, 담당 공무원 등 관련 전문가들이 한 자리에 모여 다각적인 논의하고 생각을 공유할 수 있었던 시간을 가졌다는 의의를 가질 수 있다.

청소년 분야의 경우 상담전문가와 일차 의료기관에서 소아청소년을 직접 진료하는 임상전문가가 참여하여 실제 현장의 이야기를 전해들을 수 있는 좋은 기회가 되었다. 그리고 교사, 부모, 친구가 체계적인 교육을 통해 gate keeper가 되어 위험에 빠진 청소년을 도와줄 수 있는 자살예방프로그램의 활성화의 필요성을 재인식하였고 우울증, 자살기도를 한 청소년에 대한 교사, 부모, 사회에서의 편견을 없애기 위해 지속적인 관심과 인식변화가 시급하다는 것에 의견을 모으는 중요한 자리가 되었다.

성인 분야에서는 우울증의 심각성을 고려할 때 실태조사의 시행간격을 줄이는 방안에 대한 의견이 모아졌다. 현 시점을 반영한 우울증관련 자료가 정책결정 시 도움을 주기 때문에 5년 간격으로 시행하고 있는 실태조사를 2~3년 간격으로 줄일 필요가 있다. 그리고 정신과 약물치료에 대해 우리사회에서 만연해 있는 편견을 줄이기 위해서는 올바른 정보제공이 필요하며 이를 위해 임상전문가, 언론 등에서도 협조가 필요하다는 의견을 있었다. 우울증, 자살에 대해 개인의 문제가 아닌 사회문제로 인식하여 해결방안을 모색하는 사회적 접근이 필요하며 사회적 캠페인 운동을 펼쳐 사회적 관심을 유도하는 방안이 제시되었다.

노인 분야에서는 임상진료지침이 신경정신과 임상전문가가 아닌 일반의나 다른 진료과 의사 대상으로 지침 개발을 하는 것이 필요하다는 것에 일치된 의견을 보였다. 외국과 마찬가지로 중증 우울증이 아닌 경우 일반의, 다른 진료과 의사가 우울증 환자들을 진료하는 경우가 많기 때문에 이들에게 필요한 진료지침이 필요하다는 것이 공통된 의견이었다. 임상진료지침을 개발하기 위해서는 현재까지의 근거 현황을 파악하는 것이 중요하며 이를 위해 국내 임상연구, 역학연구 등 모든 근거를 정리하는 과정이 필요성을 인식하는 계기가 되었다.

연령대별로 각각 진행한 RTC는 각 연령대만 집중하여 논의할 수 있어 문제점과 대책 등에 대해 전문적이고 심도깊게 논의하는 자리가 되었으며, 우울증과 자살에 대해 전문가의

의견을 한 곳에 모아 올바른 정보를 제공과 대책을 마련할 수 있는 발판을 마련할 수 있는 계기가 되었다.

4.2. 한계점

청소년, 성인, 노인 등 연령대별로 임상전문가 대상으로 참여 인원수를 제한한 비공개회의 (closed meeting)로 진행된 Round-table Conference(RTC)로 연령대 별로 다양한 분야의 전문가들이 참여하지 못하고 대부분 임상전문가로 이루어져 진행하여 폭넓은 의견교환이 활발히 이루어지지 못했다.

그리고 RTC에서 발표하고 논의되었던 내용 중 우울증과 자살에 대한 편견을 해소할 수 있는 방안을 모색하였으나 실제적으로 일반인과 사회에 적용하여 효과를 평가할 수 있는 방안에 대해 논의가 제대로 이루어지지 않은 한계점이 있다. 또한 논의 내용을 일반인, 사회에 이해하기 쉽게 알려주며 그들의 인식을 변화할 수 있는 확산 방안 마련에 대한 심도있는 논의가 부족하였다.

RTC에서 논의된 정책적인 내용이 우울증, 자살예방을 위한 바로 정책화되어 시행되지 못한 다는 한계점이 있다. 이러한 한계점을 극복하기 위해서는 보건복지부 등 관계 부처에 적극적으로 정책을 제안할 필요가 있겠다.

4.3. 후속연구제안

우울증은 다른 질환과 달리 치료율이 20-30% 정도로 떨어져 있으며 지속적인 치료를 받는 사람은 더 적다. 이에 치료를 받지 않는 장애요인에 대해 경제적, 사회적, 환경적 요인을 파악하고 이를 감소할 수 있는 방안을 모색하는 연구가 필요하다.

자살기도자들은 한 번 자살을 기도하면 반복적으로 시도하는 경향이 있으며 우울증, 알코올중독 등과 같은 정신과질환을 앓고 있는 경우가 많아 정신과 치료가 필요하다. 그러나 국내 연구에 의하면 자살기도자들의 정신과 치료를 받는 경우가 적어 문제가 되고 있다. 이러한 문제에 대한 해결방안을 연구해야 한다.

우울증과 자살에 대한 사회적 편견의 효과적인 해소 방안을 마련하기 위해 임상전문가, 상담전문가, 사회복지사 등 다양한 분야의 전문가들을 포함하여 다학제적 접근을 통한 연구가 필요하다. 이 연구를 통해 효과적이고 실효성이 있는 정책으로 연결될 수 있도록 관련 정부 부처의 협조도 필요하다.

국내의 근거 마련을 위해 현재 알고 있는 근거, 모르고 있는 근거, 불확실한 근거에 대해 정리가 필요하다. 그런 작업을 위해서는 우선 전문가 집단에서 기존 연구 검토 및 통합하는 작업이 이루어져야 하며, 더불어 우울증 증상의 한국적 특성, 인구사회학적 특성, 위험인자 규명을 위한 코호트연구가 동시에 이루어져야 한다.

그리고 노인 우울증의 경우 일반 성인과 우울증의 증상이 달라 성인과 동일한 진단기준으로 유병률 조사를 시행 시 성인에 비해 과소 추정될 수 있다. 이에 노인 우울증 유병률을 정확하게 알기 위해서는 진단에 적합한 진단기준 개발이 필요하다.

자살기도와 자살성공은 정신병리가 달라 자살기도를 많이 하다고 하여 자살을 성공하지는 않는다. 자살기도는 남성에 비해 여성이 2배 많이 기도하나 자살 성공률은 남성이 여성에 비해 2배 많다. 이러한 연구를 올바르게 하기 위해서는 심리적 부검이 필요하다. 외국의 경우 자살에 대한 편견이 적어 심리적 부검이 원활히 이루어지지만 우리나라의 경우에는 고인에 대한 예우, 자살에 대한 편견 등으로 심리적 부검이 쉽지 않다. 이를 해결하기 위해서는 경찰 조사 시에 심리적 부검 내용을 포함하도록 하거나 4-8개월 후 유가족들이 이러한 내용에 대해 언급하고 싶어하는 경향이 있기 때문에 이 시기에 심리적 부검을 시도

우울증, 자살 그리고 한국사회 Round-table conference

하는 등 심리적 부검이 원활하게 이루어질 수 있는 방법을 모색하는 연구가 절실히 필요하다. 이 연구를 통해 자살예방정책 수립 시 기초자료로 사용될 수 있는 발판을 마련할 수 있을 것이다.

5. 결론 및 정책제언

우울증과 자살이 우리사회에 심각한 사회문제로 대두되고 있어 2010년에 우울증과 자살에 대해 개별적으로 이루어진 질병부담연구를 통합하여 임상전문가, 관련 단체 등과 함께 다각적인 논의를 통해 사회에 필요한 정보를 제공하기 위한 Round-table Conference(RTC) 개최에 이어 우울증, 자살의 현황과 사회적 편견을 없애는 방안을 모색과 노인 우울증 및 자살관리 지침 개발을 위한 근거구축 전략을 마련하기 위한 RTC를 청소년, 성인, 노인 연령대별로 각각 개최하여 관련전문가들과 심도있는 논의를 하였다.

청소년 우울증 유병률은 중학생은 9.8%, 고등학생은 14.7%로 미국 (2010)의 통계자료에서 발표된 13, 14세의 우울증 유병률 8.4%와 유사하며, 주의력결핍과잉행동장애(ADHD) 유병률 4.5%에 비해 더 높은 것으로 나타나 우울증의 심각성이 우려된다.

노인 우울증의 경우 무의욕, 집중력저하, 인지기능저하 등의 증세가 흔하게 보여 일반성인과 동일한 진단기준으로 노인 우울증 유병률을 조사하게 되면 유병률이 낮게 나와 노인 우울증을 감별진단 할 수 있는 진단기준 마련이 필요하다.

자살은 우울증, 어린 시절 부모의 무관심, 폭력 등 상처 등이 위험요인이 되는 반면 가정의 화목, 원만한 인간관계, 안정된 직업, 취미, 종교, 규칙적인 생활, 운동, 수면 등이 보호요인이 된다. 자살 직전의 청소년은 고립감, 외로움, 절망 등이 있는데 이러한 청소년에게 희망을 가질 수 있도록 가족뿐만 아니라 교사, 친구, 지역사회 지지단체 등이 도와주어 보호요인을 갖게 하는 등 사회적인 접근이 중요하며 위험요인이 증가했을 때는 보호요인들을 증가시켜 자살에 이르지 않도록 하는 노력이 필요하다. 우울증과 자살을 예방, 관리를 위해서는 국가적인 차원에서 범 국민대상으로 개입이 필요하다.

현재 5년 간격으로 수행하고 있는 정신건강실태조사를 2-3년 간격으로 실태조사를 시행할 수 있도록 정책적 변화가 필요하다. 우울증은 다른 정신과 질환과는 달리 계속 증가하고 있으며 자살, 생산성 감소 등 심각한 사회적 문제를 초래하고 있어 하게 되면 정확한 현황파악으로 효과적인 정책결정을 위한 올바른 정보제공을 제공할 수 있을 것이다.

자살 직전의 청소년은 고립감, 외로움, 절망 등을 느끼는데 이러한 청소년에게 희망을 가질 수 있도록 가족뿐만 아니라 교사, 친구, 지역사회 지지단체 등이 도와주는 등의 사회적인 접근이 중요하다. 이러한 사회적 지지체계를 강화시킬 수 있는 정책 마련이 필요할 것이다.

한국사회의 빠른 경제성장, 도시화, 핵가족화, 개인화가 되어가면서 인간존중, 생명의 소중함에 대한 가정과 학교교육이 점점 줄어들고 성적위주의 학교교육과 생명경시 풍조, 폭력

성이 난무하는 청소년 게임과 사회적 가치 혼란 등이 자살을 점점 부추기고 있어 우선 생명존중에 대한 사회적 가치 정립이 이루어져야 할 필요가 있다. 이를 위해서는 우선적으로 학교에서의 지속적인 생명존중 교육을 할 수 있도록 정책마련이 필요하며 가정과 사회에서도 인간존중에 대한 가치를 두는 사회분위기 조성이 필요하다.

자살을 예방하기 위해서는 자살원인파악이 중요하며 이를 위해서는 외국과 같이 심리학적 부검이 필요하다. 자살에 대한 편견이 심한 우리나라에서는 이를 활성화위해 심리학적 부검 방법을 변형시킬 필요가 있다. 자살사건이 발생하는 경우 경찰이 조사가 이루어지는데 경찰조사지에 심리학적 부검의 내용을 포함시킨다면 자살 원인을 파악하는 데 많은 도움이 될 것이다. 이를 위해서는 관련 정부기관, 경찰 등의 관련기관의 협조가 필요하며, 예산과 전문가 양성을 위한 정책적 지원방안을 강구해야 할 것이다.

6. 참고문헌

- 김성완, 김선영, 김재민, 윤진상 등. 자살에 대한 태도 및 자살행동 연구. 생물치료정신의학. 2008;14(1): 43-48.
- 김준형, 김봉준, 장동원. 청소년기 여학생들의 자살에 대한 태도 및 자아상에 관한 연구. 소아 청소년정신의학. 1999;10(2):220-235.
- 김효진, 조수철, 김재원, 강제욱, 신민섭, 김봉년 등. 소아 청소년 정신건강 선별검사 및 치료 연계 효율성에 대한 연구: 지역사회 중심 연구. 소아청소년정신의학. 2009;20(3):129-139.
- 노명선, 전홍진, 이해우, 이효정, 한성구, 함봉진. 대학생들의 우울장애에 관한 연구 :유병율, 위험요인, 자살행동 및 기능장애. 신경정신의학. 2006;45(5):432-437.
- 노명선, 전홍진, 이해우, 이효정, 한성구, 함봉진. 대학생들의 자살관련행동에 관한 연구. 신경정신의학. 2007;46(1):35-40.
- 배지연. 노인자살에 관한 사례 분석: 신문기사내용을 중심으로. 노인복지연구. 2004;24:65-82.
- 보건복지부(2005). 국민건강영양조사.
- 서울시 소아청소년 광역정신보건센터(2005) 정신질환 유병률 조사.
- 송동호, 이홍식, 전여숙, 정유숙. 청소년 자살기도자의 정신의학적 특성. 신경정신의학회. 1996;35(6):1366-1367.
- 송동호, 진용탁, 하은혜, 송정은, 박은영, 최태규. 청소년의 자살사고와 관련된 우울-불안 성향. 소아청소년정신의학. 2003;14(1):95-102.
- 임정수, 홍진표, 김주한 등(2008). 국내 자살원인 실태조사 및 자살 예방체계 구축에 관한 연구. 가천의과학대학교, 보건복지부.
- 신민섭, 박광배, 오경자. 우울증과 충동성이 청소년들의 자살 행위에 미치는 영향. 한국심리학 회지임상. 1991;10(1):286-297.
- 전우택 등(2007년). 자살예방전략개발연구. 보건복지부, 한국자살예방협회.
- 조성진, 전홍진, 김장규, 서동우, 조맹제 등. 중고등학교 청소년의 자살사고 및 자살시도의 유 병률과 자살시도의 위험요인에 관한 연구. 신경정신의학. 2002;41(6): 1142-1155.
- 통계청(2009). 제5차 청소년 건강행태 온라인조사 통계.
- 통계청(2010) 2009년 사망원인분류.
- Abraham Mukolo, Heflinger CA, Wallston KA. The Stigma of Childhood Mental Disorders: A Conceptual Framework. J Am Acad Child Adolesc Psychiatr. 2010;49(2):92-103.
- Alexopoulos GS, Sirey JA, Bruce ML, Perlick DA, Friedman SJ, Meyers BS.

- Stigma as a Barrier to Recovery: Perceived Stigma and Patient-Rated Severity of Illness as Predictors of Antidepressant Drug Adherence. *Psychiatr Serv.* 2001;52:1615-1620.
- Blazer D, Williams CD. Epidemiology of dysphoria and depression in an elderly population. *Am J Psychiatry.* 1980;137:439-444.
- Blazer DG, Weissman MM, Leaf PJ, Tischler GL, Marvin Karno, Martha Livingston Bruce, Florio LP. Affective disorders in five United States communities. *Psychological Medicine.* 1988;18:141-153.
- Brent DA, Jeff Bridge, Johnson BA, John Connolly. Suicidal Behavior Runs in Families: A Controlled Family Study of Adolescent Suicide Victims. *Arch Gen Psychiatry.* 1996;53(12):1145-1152.
- Cole MG, Dendukuri Nandini. Risk Factors for Depression Among Elderly Community Subjects: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Psychiatry.* 2003;160:1147-1156.
- Copeland JR, Beekman AT, Dewey ME, Hooijer C, Jordan A, Lawlor BA, deVries MW, Wilson KC et al. Depression in Europe. Geographical distribution among older people. *British Journal of Psychiatry.* 1999;174:312 - 21.
- Diamond GS, Wintersteen MB, Brown GK, Diamond GM, Robert Gallop, Karni Shelef et al. Attachment-Based Family Therapy for Adolescents with Suicidal Ideation. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2010;49(2):122-131.
- Flint AJ, Black SE, Irene Campbell-Taylor, Gailey GF, Carey Levinton. Acoustic analysis in the differentiation of Parkinson's disease and major depression. *Journal of Psycholinguistic Research.* 1992;21(5):383-399.
- Gould MS, Robert King, Steven Greenwald, Prudence Fisher, Rachel Kramer et al.
- Psychopathology Associated With Suicidal Ideation and Attempts Among Children and Adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr.* 1998;37(9):915-923.
- Judd LL. The Clinical Course of Unipolar Major Depressive Disorders. *Arch*

- Gen Psychiatry. 1997;54(11):989-991.
- Kay DKW, Beamish P, Martin Roth. Old Age Mental Disorders in Newcastle upon Tyne Part I: A Study of Prevalence. The British Journal of Psychiatry. 1964;110:146-158.
- Mary Ganguli, Mulsant BH, Peijun Chen, DeKosky ST. The Temporal Relationship Between Depressive Symptoms and Dementia: A Community-Based Prospective Study. Arch Gen Psychiatry. 1999;56:261-266.
- Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. J Consult Clin Psychol. 1983;51(3):390-395.
- Reynolds CF, Ellen Frank, Perel JM, Imber SD, Cleon Cornes, Miller MD et al. Nortriptyline and Interpersonal Psychotherapy as Maintenance Therapies for Recurrent Major Depression. JAMA. 1999;281(1):39-45.
- Rupert Jackson, Bob Baldwin. Detecting Depression in Elderly Medically III Patients: The Use of the Geriatric Depression Scale compared with Medical and Nursing Observations. Age and ageing. 1993;22(5):349-353.
- The Committee on Pathophysiology and Prevention of Adolescent and Adult Suicide. Reducing Suicide: A National Imperative. 2002. The Institute of Medicine of the National Academies- Gunnell, 2003
- WHO worldwide initiative for the prevention of suicide (SUPRE), 2010. WHO Suicide Prevention. WHO, Geneva, Switzerland.

발행일

발행인 허대석

발행처 한국보건의료연구원

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