

NECA - 기획과제

국내 우울증의 질병부담과 치료현황

2010. 12. 31

주의

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

연구진

연구책임자

허대석

한국보건의료연구원 원장

참여연구원

이상무

한국보건의료연구원, 연구기획단 연구위원

안정훈

한국보건의료연구원, 보건의료분석실 연구위원

지선미

한국보건의료연구원, 성과확산팀 책임연구원

남미희

한국보건의료연구원, 성과확산팀 선임연구사

강세나

한국보건의료연구원, 성과확산팀 선임연구사

곽수진

한국보건의료연구원, 성과확산팀 연구사

이윤희

한국보건의료연구원, 성과확산팀 과제지원연구원

목차

요약문	i
Executive Summary	vi
1. 서론	1
1.1 연구배경	2
1.2 연구의 필요성	5
1.3 연구 목적	6
2. 방법	7
2.1 Round-table Conference (RTC) 운영	8
3. Round-table Conference (RTC)	14
3.1 RTC 운영결과	15
3.2 발표내용	17
3.3 토의내용	55
4. 성과 확산	60
4.1 리플렛	61
4.2 학술지 논문 게재 등	67
4.3 기타	69
5. 고찰	70
5.1 의의	71
5.2 한계점	71
5.3 후속연구 제안	72
6. 결론 및 정책제언	73
7. 참고문헌	75

표 차례

표 1. 성별 자살자 및 자살사망률 추이 비교 (1998-2008)	3
표 2. 검색 데이터베이스	10
표 3. 우울증, 자살 그리고 한국사회 RTC 프로그램	16
표 4. 역학 연구 수준 평가 기준	18
표 5. 한국 성인(18-64세)의 우울장애 유병률	19
표 6. 기분장애의 종류	22
표 7. 통계청 사망원인 순위 추이, 1999-2009	23
표 8. NIMH의 자살예방에 대한 fact sheet (NIMH, 2010)	25
표 9. 국내에서 평생 동안 자살행동의 빈도	26
표 10. 계획자살기도군과 충동자살기도군에서 자살 생각에서 자살기도까지 걸린 기간	27
표 11. 자살기도를 한 군을 자살기도가 없는 군과 비교해 각각의 정신질환과의 관련성	28
표 12. 자살기도자에서 정신질환을 가진 비율	29
표 13. 자살기도자에서 기도 방법	29
표 14. 자살기도자에서 촉매가 되는 원인	30
표 15. 항우울제에 대한 FDA의 public health advisories	35
표 16. 비약물적 치료법	44
표 17. 상담기관 전화번호	63
표 18. 배포대상 병원명	66

그림 차례

그림 1. RTC 과정	9
그림 2. RTC 개척 모습	15
그림 3. OECD 국가 자살률의 변화	24
그림 4. WHO의 세계 자살률 지도	24
그림 5. 자살행동에서 자살로 이어지는 과정	26
그림 6. 평생 자살기도율의 국가간 비교	27
그림 7. Regions of interest (ROIs) generated in high-compared with low-lethality depressed suicide attempters by increasing the height threshold (z) to shrink the regions of significant difference	31
그림 8. 자살 사망자와 정상 대조군에서 전두엽의 세로토닌 활동 비교	31
그림 9. All suicides ascertained for 100 year period in the Old Order Amish (mood disorder & suicide)	32
그림 10. Changes in Child Symptoms According to Maternal Remission Status	32
그림 11. 정서적인 학대경험과 자살기도	33
그림 12. Swedish national register based cohort study	34
그림 13. Finland national register cohort study: MDD after serious suicide attempt	34
그림 14. Large case-control study for antidepressant use and risk of suicide attempt	36
그림 15. 자살에 이르는 경로	37
그림 16. 비약물치료법의 처방건수	45
그림 17. 비약물치료법의 치료횟수에 따른 항우울제 투약순응도	46
그림 18. 리플렛 앞면	65
그림 19. 리플렛 뒷면	65
그림 20. 연구원 홈페이지 게시된 리플렛	67
그림 21. 연구원 홈페이지 게시된 리플렛 요청란	677
그림 22. '근거와 가치' 게재	69

요약문

1. 연구배경

국내 정신질환실태역학조사에 의하면, 우울증의 평생유병률은 2001년 4.0%에서 2006년 5.6%로 증가하였으며, 일년유병률도 2001년 1.8%에서 2006년 3.2%로 증가하였다. 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% 증가하고 있다.

우울증과 자살의 증가로 사회적 문제가 된 우울증과 자살의 질병부담에 대한 개별 연구가 이루어지고 있으나 국민이나 사회에 정확하고 필요한 정보를 제공하는데 한계가 있어 이러한 개별연구의 통합과 임상전문가 등과의 다각적인 논의를 통해 사회에 필요한 정보를 국민과 사회에 제공하여 우울증과 자살에 대한 사회적 인식을 개선하고자 한다.

2. 방법

우울증과 자살에 대한 질병부담과 치료현황에 대해 지금까지 연구된 성과들 중 활용가능한 연구들을 통합하여 국민들에게 필요한 정보를 제공하기 위한 방법으로 Round-table Conference(RTC)를하기로 하였다.

RTC의 역할은 사회에 필요한 정보를 국민과 사회에 제공, 필요한 후속연구 제시 및 정책 제안이다. RTC 과정은 기획, RTC 개최, 후속관리로 크게 나누어지며, 참석자 모두가 다각적인 논의과정을 거쳐 합의된 주요 메시지를 도출하는 방식으로 운영한다.

3. Round-table Conference (RTC)

1) RTC 운영결과

한국보건 의료연구원과 우울증임상연구센터 공동 주최하여 보건복지부, 근거창출임상연구 국가사업단과 대한신경정신의학회의 후원으로 “우울증, 자살 그리고 한국사회 Round-table Conference”가 8월 26일 서울대학교 의과대학 암연구소 이견희홀에서 개최하였다. 이 날 행사에는 정신보건센터 종사자, 청소년자살예방협회장, 관련 임상전문가 등이 참석하였다.

2) 발표내용

(1) 우리나라의 우울증 현황

현재 의학적 치료를 요하는 심각한 우울 장애를 앓고 있는 사람이 2백만 명을 상회할 것으로 추정된다. 그러나 적극적으로 의학적 치료를 받고 있는 환자는 이들의 10% 수준에 불과하며 자살률 증가, 의료비 상승, 삶의 질 저하 등과 같은 사회 경제적 지표로 반영되고 있다. 우울증에 대한 합리적 대책 수립을 위해 한국인의 우울증에 대한 보다 정확한 실태 조사를 더 이상 늦추어서는 안 될 상황이다.

(2) 우울증과 자살

자살이나 자살행동은 스트레스에 의한 정상적인 반응이 아니며, 우울증과 밀접하게 연관되어 있다. WHO에서는 우울증과 알코올, 약물남용에 대한 치료와 예방, 자살기도자에 대한 향후 치료와 관리를 통해서 자살률을 낮출 수 있다고 강조하였다. 계획자살기도군의 60%, 충동자살기도군의 72%에서 정신질환에 이환된 적이 있는데, 이중에서 주요우울증과 알코올 의존·남용이 관련성이 가장 높은 것으로 나타났다. 따라서, 자살기도자의 주요 우울증을 조기에 발견하고 치료하는 것이 자살예방에 중요한 점이라 할 수 있겠다.

(3) 우울증의 비약물학적 치료

우울증을 치료하기 위해 항우울제과 더불어 비약물학적 치료를 시행한다. 비약물학적 치료로 현재 임상적용이 가능한 방법으로는 운동, 독서치료, 인지행동치료, 대인관계치료, 단기 정신역동적 지지정신치료가 있다. 우울증에서 권고할 수 있는 자기관리 방법을 체계적 고찰에 의해 평가한 결과 근거 있는 것으로는 성요한 초(St. John's wort), 운동, 독서치료, 광선치료이며, 제한된 근거로는 침, 광선치료, 마사지, 음이온, 요가, 이완요법, SAME, 엽산 등이다.

(4) 비약물적 치료와 항우울제 약물순응도의 관계

국내 실제 임상에서 사용되고 있는 비약물치료법의 현황과 항우울제 약물투약순응도와와의 관련성을 건강보험심사평가원 청구자료를 이용하여 2006년에서 2008년 사이 일정 기준에 해당하는 환자를 대상으로 분석하였다.

비약물치료법의 연도별 처방양상을 확인한 결과 2006년과 2007년에 비해 2008년에는 크게 감소한 양상이 나타났다. 이는 3년간 항우울제 처방건수는 지속적으로 증가하는 양상과 대조적인 결과이다. 비약물치료의 치료횟수에 따른 항우울제 투약순응도를 살펴본 결과 남성은 비약물치료를 4회 이상 받은 경우 투약순응도가 비약물치료를 받지 않은 군에 비해 높아지는 경향성을 보였고, 여성은 3회 이상이면 투약순응도가 높아지는 경향을 보였다.

(5) 외국의 우울증으로 인한 자살 방지 대책

우리사회에서는 자살이 선택 가능한 하나의 대안인 것으로 인식되고 있으나 자살은 끝이 아니라 이후에 수많은 문제를 낳고 사회에 심리적인 충격과 함께 사회 경제적인 부담을 지운다. 실제로 자살은 치료 가능한, 치료를 해야 할 의학적인 문제이나 우리나라는 그에 대한 체계적인 역학 연구나 그에 바탕을 둔 구체적인 예방 프로그램은 존재 하지 않는다. 미국 학술위원회 의학연구소 (Institute of Medicine; IOM)의 권고는 자살을 예방가능한 의학적인 상태로 보고 구체적인 권고를 제시하는 것으로 현재 자살 예방에 대한 관심이 커지고 있는 우리 사회에 던지는 의미가 크다고 할 수 있다.

3) 토의 내용

(1) 국내 우울증 현황

국내 우울증 환자는 국내 인구수를 바탕으로 추정 시 평생 우울장애를 한 번이라도 앓는 사람은 약 2백만 명으로 추정되고 있으나 현재 국내에서는 정확한 우울증 환자의 현황을 파악할 수 없어 이에 대한 대책마련이 필요하다. 또한 우울증 치료 중 비약물적 치료는 2007년까지 증가하였으나 2008년 이후로는 급격한 감소한 반면 항우울제는 매년 지속적으로 증가하는 양상을 나타냈다. 이에 우울증 환자에 대한 정확한 치료현황과 함께 환자들이 치료를 받는데 장애요인을 파악 및 이를 방안을 마련하여 지속적인 치료로 우울증을 줄일 수 있도록 해야 할 것이다.

(2) 한국형 우울증 진단기준의 필요성

우리나라의 우울증 환자는 '우울하다'는 표현대신 '외롭다, 쓸쓸하다, 짜증난다, 참을 수가 없다' 등의 표현과 더불어 신체증상이 많이 나타나는 반면 '우울하다'라는 표현을 하며 신체증상이 많지 않은 서구 환자와는 차이를 보인다. 국내에서 사용하고 있는 우울증 진단 도구는 미국, 영국에서 개발한 도구로 우리나라의 문화적 특성을 반영하지 못하고 있다. 실제로 자살과 관련이 많은 우울증의 경우, 국내 유병률이 미국보다 2.5배 낮음에도 불구하고 자살률은 OECD에서 1위로 우울증과 자살의 관련성이 낮아 보인다. 이는 우울증이 과소 추계된 것으로 여겨지며, 따라서 국내 현실에 부합하는 한국형 우울증 진단기준을 마련하여 정확한 우울증 유병률을 파악하는 것이 필요하다.

(3) 자살에 대한 사회적 인식 변화 필요

자살은 통계청 등에서 공식적으로 사용하는 명칭이 '고의적 자해'이다. 이는 자살이 힘든 현실에서 도피하기 위한 개인의 선택인 고의성을 지닌 자해행동으로 사회에서 인식하기 때

문에 자살을 기도하면 건강보험뿐만 아니라 사보험의 혜택도 볼 수 없는 실정이다.

이에 대해 사회적으로 자살이 치료가 필요한 의학적 문제라는 것에 공감대를 형성하여 치료를 받을 수 있는 분위기 조성이 필요하다. 아울러, 건강보험과 사보험의 문제에 있어서도 의학적 문제라는 점을 인식하여 자살기도자를 범죄자가 아닌 환자로 보험혜택을 받을 수 있도록 제도적 개선이 필요할 것으로 여겨진다.

(4) 자살 예방을 위한 사회적 개입 필요

자살예방을 위해 정부에서 시행하고 있는 지하철 스크린도어 확대설치, 한강 교각 정비 등의 여러 가지 정책에 대해 자살예방효과평가에 대한 연구를 통해 효과적인 정책이 지속적으로 시행될 수 있도록 근거를 마련하여 하여야 할 것이다. 자살사망자가 발생 시 핀란드의 예처럼 심리적 부검을 통해 자살 예방 대책이 사회나 국가차원에서 마련될 필요가 있다.

아울러, 우울증과 자살에 대한 정확한 현황자료가 없는 현 시점에서 건강보험심사평가원의 청구자료, 통계청 사망자료, 각 병원의 EMR 등 활용가능한 자료를 연계하여 현황파악 및 좀 더 구체적이고 폭넓은 자료를 생성할 수 있는 정책적 방안 마련이 조속히 이루어질 필요가 있다. 그리고 우울증, 자살기도는 사회적으로 낙인이 됨으로 이를 없애는 방안 모색이 시급하다.

4. 성과 확산

RTC에서 합의된 주요 메시지를 일반인과 임상전문가와 정책결정자들에게 확산하기 위해 대상별 접근방법을 달리하는 확산전략을 세웠다.

일반인과 사회에 주요 메시지를 전달하기 위해서 리플렛을 제작하여 배포하였으며, 임상전문가와 정책결정자를 위해 학술지 논문게재, 연구원 소식지인 근거와 가치에 원고를 게재하였으며 자료집을 요청하는 개인 또는 단체에게 개별적으로 우편 또는 이메일로 송부하였다.

5. 고찰

우울증과 자살의 질병부담에 대해 현재 활용 가능한 연구성과를 통합하여 임상전문가 등 관련 전문가들과의 다각적인 논의를 통해 사회에 필요한 정보를 도출했으며, 이러한 토론의 장을 앞으로 지속적으로 가질 수 있는 발판을 마련했다는 점에 의의가 있다. 그리고 자살을 개인적인 문제가 아닌 사회문제로 인식하여 해결방안을 모색하는 사회적 접근을 시도하였으며 이를 공론화하여 추후 이에 대한 사회적 관심을 유도할 수 있는 계기가 되었다.

우울증 치료에 제시된 자료가 건강보험심사평가원의 청구자료로 자료의 신뢰성 등이 문

제가 되며 환자의 조작적 정의로 추정되었으며, 보험급여의 기준에 따라 청구의 형태가 바뀌는 등의 자료의 한계점으로 해석 시에 한계를 가지고 있다.

국내 현실에 부합하며 문화적 특성을 감안한 한국형 우울증 진단 기준 마련을 위한 연구와 청소년 등을 포함한 전 국민 대상 실태조사가 필요하다. 그리고 현 시점에서 활용가능하고 구체적인 정보를 알기 위해서는 건강보험심사평가원의 청구자료, 통계청 사망자료, 각 병원의 진료정보 등을 연계하여 연구에 활용할 수 있는 방안을 마련하는 정책연구가 필요할 것이다. 또한 정부에서 시행하고 있는 자살예방정책에 대한 자살예방효과평가 연구를 통해 효과성과 효율성 등을 파악하고 실효성 있는 정책이 지속적으로 유지될 수 있도록 근거를 마련할 필요가 있다.

6. 결론 및 정책제언

RTC를 통해 현재 의학적 치료를 요하는 심각한 우울 장애를 앓고 있는 우리 국민이 2백만 명을 상회할 것으로 추정되나 적극적으로 의학적 치료를 받고 있는 환자는 이들의 10% 수준에 불과하여 자살률 증가, 의료비 상승 등으로 이어지고 있다. 또한 자살기도자의 60~72%가 정신질환을 가지고 있어 자살은 고의적 자해가 아니라 치료가 필요한 의학적 문제인 것으로 나타났다. 따라서 자살은 의학적 관점과 사회적 관점에서 접근해야 하며, 효과적인 자살예방을 위해서는 의학적 접근이 중요하다는 점에 대해 사회적 인식변화가 동반되어야 한다.

우울증의 합리적인 대책 수립을 위해서는 한국의 문화적 특성을 반영한 진단도구 개발, 정기적 대규모 실태조사 시행과 이에 대한 감시체계를 마련할 수 있는 정책적 방안을 마련이 시급하다. 우울증과 자살 관련하여 현재 활용가능한 건강보험심사평가원, 통계청 등 많은 자료가 있으나 각 기관의 자료 연계가 용이하지 않다. 이에 우리나라에서도 공익적 목적을 위한 연구의 경우, 각 기관의 자료를 연계할 수 있는 방안을 정책적으로 마련해야 할 필요가 있다. 그리고 자살예방을 위해서는 지속적이고 광범위한 범국가적 자살예방정책에 대한 연구가 절실히 필요하다.

Executive Summary

1. Background

According to the epidemiological survey of psychiatric illnesses in Korea, the lifetime prevalence of depression increased from 4.0% in 2001 to 5.6% in 2006 and the 12-month prevalence also increased from 1.8% in 2001 to 3.2% in 2006. According to the 2009 statistics of the causes of death(Statistics Korea), the number of deaths by suicide was 15,413 which was an increase by 2,555(19.9%) compared to 2008.

Although individual studies of the disease burdens of depression and suicide are being conducted but they have limitations in providing accurate and necessary information to the people or society and thus we plan to integrate these individual studies and conduct multilateral discussion with clinical experts to provide the people and society with information necessary to society in order to improve social perceptions of depression and suicide.

2. Method

We decided to hold a Round-table Conference(RTC) as a method to integrate those pieces of information that are the most available among the outcomes of studies conducted thus far on the disease burdens of depression and suicide and the states of treatment of depression and suicide. The roles of the RTC are providing the people and society with information necessary to society, suggesting further research and proposing policies. The processes of the RTC are largely divided into planning, RTC holding and follow-up management and the RTC was operated to derive key messages agreed through comprehensive discussion among all attendees.

3. Round-table Conference (RTC)

1) Results of the RTC operation

The "Round-table Conference on depression, suicide and Korean society" was held on August 26 in Lee Kun-Hee Hall, in the Seoul National University Cancer Research Institute under the joint auspices of National Evidence-based Healthcare Collaborating Agency and the Clinical Research Center for Depression Clinical Study Center sponsored by the Ministry of Health and Welfare, National Strategic Coordinating Center for Clinical Research (NSCR) and Korean Neuropsychiatric Association. In the event, professionals from mental health centers, the president of the Association for Preventing Youth Suicide and related clinical experts participated.

2) Presentation

(1) Present state of depression in Korea

It is estimated that the number of Korean people suffering from serious depressive disorders that require medical treatment is over 2 million. However, patients who are actively receiving medical treatment are only around 10% of them and the results are being reflected on socioeconomic indexes such as increasing rates of suicide, increasing medical expenses and deteriorating quality of life. To establish reasonable countermeasures against depression, we should not further delay more accurate surveys of the present state of Korean people's depression.

(2) Depression and suicide

Suicide and suicidal behaviors are not normal responses to stress but are closely related with depression. WHO emphasized that the rates of suicide could be reduced by the treatment and prevention of depression and alcohol or drug abuse and follow-up treatment and management of suicide attempters. Around 60% of planned suicide

attempters and 72% of unplanned suicide attempters had mental disorders and attempts were associated with major depression, alcohol use disorders. Therefore, in order to prevent of suicide, it is important to the early detection and treatment of depression in suicide attempters.

(3) Non-pharmacological treatment of depression

To treat depression, non-pharmacological treatment is also conducted in addition to antidepressants. Non-pharmacological treatment methods that can be currently applied to clinics include exercises, reading therapy, cognitive behavioral therapy, human relation therapy and short-term dynamic supportive psychotherapy. Based on the results of evaluation by systematic review of self-control methods that can be recommended for depression, evidence based ones are St. John's wort, exercise, reading therapy and light therapy, those with limited evidence are acupuncture, light therapy, massage therapy, negative air ionization, yoga, relaxation therapy, SAMe, folate and standard treatment include antidepressants and cognitive behavioral therapy(CBT).

(4) Relationship of non-pharmacological treatment and the adherence to antidepressants

The present state of non-pharmacological therapies actually used in clinics in Korea and the relationship between non-pharmacological therapies and compliance to the administration of antidepressant were analyzed using billing data from the Health Insurance Review & Assessment Service(HIRA) with patients that met certain criteria between 2006 and 2008. The states of the prescription of non-pharmacological therapies by year were checked and based on the results, the prescriptions decreased greatly in 2008 compared to 2006 and 2007. This is in contrast with the state of the prescriptions of antidepressants that continuously increased for the three years.

(5) Measures to prevent suicide resulting from depression in foreign countries

In our society, suicide is perceived as one of alternatives that may be selected. However, suicide is not the end but brings about numerous serious problems later and gives socioeconomic burdens to society along with psychological shocks. Suicide is indeed a medical problem that can be must be treated but no systematic epidemiological studies of suicide or concrete prevention programs based on the studies exist in Korea. A recommendation by an academic committee in the USA, the Institute of Medicine (IOM) presents concrete recommendations considering suicide as a preventable medical condition and it can be said to quite meaningful to our society where attention to suicide prevention is currently increasing.

3) Discussion

(1) Present state of depression in Korea

Based on domestic population, the number of patients who have suffered from depression at least once during their lifetime is estimated to be around two millions. However, it is not possible to grasp the present state of depression patients in Korea accurately and therefore, countermeasures against this are necessary. Of depression therapies, non-drug therapies had increased by 2007 but drastically decreased since 2008 while antidepressant treatment showed a pattern of continuous increases every year. Along with accurate states of treatment of depression patients, hindering factors against patients' treatment should be grasped to prepare measure to remove the hindering factors in order to reduce depression patients through continuous treatment.

(2) Necessity of Korean style criteria for depression diagnoses

Depression patients in Korea frequently show bodily symptoms

along expressions such as 'lonely, solitary, annoyed or unbearable' instead of an expression, 'depressed' while Western patients express 'depressed' and do not frequently show bodily symptoms. The depression diagnosis tools used in Korea have been developed in the USA or in the UK and they do not reflect the cultural characteristics of Korea. For instance, the prevalence of depression which is closely related with suicide in Korea is as low as to be only 1/2.5 of that in the USA but the rate of suicide in Korea is the highest among OECD countries and thus it seems like that depression and suicide are not closely related because depression was underestimated. Therefore, it is necessary to prepare Korean style criteria for depression diagnoses that coincide with the reality in Korea in order to grasp the accurate prevalence of depression.

(3) Social perceptions on suicide should be changed

A term of suicide officially used by Statistics Korea is 'intentional self-injury'. As such, suicide is perceived in society as self-injuring behaviors based on intentions which are individuals' choices to escape from hard reality and thus those who attempt suicide can benefit neither from the national health insurance nor from private insurance.

In relation to this, a bond of sympathy should be formed in society on the fact that suicide is a medical problem that must be treated in order to form an atmosphere where suicide attempters can be treated.

(4) Social intervention is necessary to prevent suicide

Evidence should be prepared so that effective policies can be continuously implemented through studies of the effects of various policies implemented by the government to prevent suicide such as increased installations of screen doors in subways and the rearrangement of bridges in the Han River. It is necessary to prepare measures to prevent suicide at the level of society or the country through conducting psychological autopsy of suicide deaths as in the case of Finland.

Furthermore, at the present time point where there is no accurate data on the present state of depression and suicide, it is necessary to grasp the present situations by linking utilizable data such as the billing data of the Health Insurance Review & Assessment Service, death data from Statistics Korea and EMR from individual hospitals and prepare policy measures to create more concrete and wide ranged data as soon as possible.

4. Implementation

We produced and distributed leaflets in order to deliver the major messages to the general public and society, published papers on journals for clinical experts and policy decision makers, published manuscripts on the 'Evidence and Value' which is a newsletter for researchers and sent data collections to individuals or groups requesting them individually by mail or e-mail.

5. Discussion

The RTC is meaningful in that the outcomes of studies on the disease burdens of depression and suicide that can be utilized now were integrated to draw information necessary to society through multilateral discussion with related experts including clinical experts and that a foothold to have this stage of discussion continuously in future has been prepared. In addition, a social approach to perceive suicide as a social problem instead of a personal problem has been attempted and it was made into a public opinion to prepare an opportunity to induce social attention to it in future.

The data presented for depression treatment are billing data from the HIRA and thus the reliability of the data was doubted and the data were assumed to be manipulated definitions by patients. The data also have limitations in interpretation due to limitations in the data such as changes in the form of billing depending on the criteria

for insurance benefits. Actual state surveys on the entire people including youths are necessary to prepare Korean style criteria for depression diagnoses that conform to the reality in Korea and consider cultural characteristics. To obtain information that can be utilized at this moment and is concrete, studies of policies will be necessary to prepare measures to link the billing data of the HIRA, death data from Statistics Korea and EMR from individual hospitals together and utilize them in research.

6. Conclusions

Through the RTC, the number of Korean people who are currently suffering from serious depressive disorders that require medical treatment is assumed to be larger than four millions but those who are actively receiving medical treatment are only around 10% of the 2 million patients and this leads to increasing rates of suicide and increasing medical expenses. Therefore, suicide should be approached from medical viewpoints and social viewpoints and changes on social perceptions should accompany in relation to the fact that medical approaches are important to effectively prevent suicide.

To establish reasonable countermeasures against depression, we should urgently develop diagnostic tools reflecting Korean cultural characteristics, conduct periodic large scaled surveys of actual states and prepare policy measures to prepare related monitoring systems. Although there are large amounts of data related to depression and suicide that can be utilized now such as those in the HIRA and Statistics Korea, it is not easy to link data from each institution with each other. Therefore, it is necessary to prepare measures to link data from various institutions in the case of studies for public good by policy in Korea too. To prevent suicide, studies of continuous and wide ranged pan-national measures to prevent suicide are urgently needed.

1. 서론

1.1. 연구배경

우울증은 선진국의 연구에 의하면 정신질환에 의한 사회적 비용은 모든 암으로 인한 비용의 1.5배나 되며 알코올 중독이나 약물중독을 포함한 정신질환에 의한 사회적 부담은 GDP의 5.7%에 이르고 있다. 정신질환의 평생유병률은 48.0%로 주요우울장애와 불안장애의 경우 각각 17.1%와 24.9%로 나타났다(Kessler 등, 1994).

이 중 우울증은 기분이 우울해질 뿐만 아니라 피로, 일상생활 제한, 집중력 소실, 행동이 느려지는 등 전반적으로 정신기능과 신체기능이 떨어지는 상태로 정의되며 이들 증상은 사회적 역할을 하는데 있어 중요한 방해물이고 일반의료 이용을 하게 하는 원인이 되며 극단적으로는 자살에 이르게 할 수도 있는 정신질환이다.

이러한 우울증의 평생유병률과 일년유병률은 국내 연구에 의하면 지속적으로 증가하고 있으며, 특히 남자의 증가폭이 큰 것으로 나타났다(2001년, 2006년 정신질환실태 역학조사).

- 평생유병률 : 4.0%(2001년, 정신질환실태 역학조사) → 5.6%(2006년)
- 일년유병률 : 1.8%(2001년, 정신질환실태 역학조사) → 2.5%(2006년)
 - 남자 일년유병률 : 0.7% (2001년) → 1.7% (2006년) ▲ 1.0%p
 - 여자 일년유병률 : 2.9% (2001년) → 3.2% (2006년) ▲ 0.3%p

평생유병률은 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.

우울장애의 위험요소는 기혼자에 비해 이혼, 별거, 사별이 기혼자에 비해 3.6배 위험을 보였으며, 무직이 전일제 취업자에 비해 2.7배의 위험을 보였다. 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.

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.

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

자살을 연령대별로 살펴보면 10대 ~ 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.

1) 우울증의 치료방법

(1) 우울증의 경과

급성기(acute phase), 지속기(continuation phase), 유지기(maintenance phase)로 나누어 생각하는 것이 편리함. 급성기는 관해(remission)를 이룰 때까지의 시기를 말하고, 지속기는 관해 이후에 바로 치료를 중단하지 않고 병전의 정상적인 생활에서의 기능을 다시 회복하는 상태에 이를 때까지(recovery) 관해 상태를 유지하여 증상이 다시 나타나는 것(relapse)을 막기 위해 치료를 지속하는 시기를 말하며 통상 16-20주 정도 임. 유지기는 재발(recurrence)을 예방하기 위하여 치료를 유지하는 시기를 말함 (Level I). 우울증의 경과에 따라 약물의 용량이나 치료기간, 치료 전략이 다를 수 있음.

(2) 급성기 치료

① 치료 목적

우울 증상을 조절하여 가능한 빠른 증상의 관해를 얻고 병전의 정상 생활로 되돌리는 것임.

② 초기전략 선택

약물치료 또는 정신치료, 병합 치료, 전기충격요법(ECT) 등 초기의 치료 전략을 결정함. 정신병적 양상을 보이지 않는 경도-중등도의 우울증은 약물치료 또는 정신치료 모두 선택 가능하지만 환자의 연령과 증상의 심각도, 경제적 여건 등 전반적인 상황을 고려하여 초기 전략을 결정하는 것이 적절함. 이때 생물학적 치료뿐만 아니라 정신치료도 고려되어야 함.

(3) 지속 치료와 유지 치료

① 치료기간

급성기 치료 이후 첫 삽화인 우울증은 5-13주 치료 후, 두 번째 삽화인 경우에는 11~21주 치료 후 종결을 하며 3회 이상인 경우에는 부정 장기간 유지하도록 권장함 (Level IV).

② 치료 전략

유지 치료의 시기는 증상 및 삽화 수에 따라 다를 수 있으며 재발방지 효과를 최대화하기 위하여 약물치료와 심리적 치료(역동적 정신치료, 인지 행동치료, 대인관계치료 등을 포함)의 단독 치료와 병합치료를 고려할 수 있음. 단독치료보다 병합치료가 더욱 효과적임 (Level I). 약물치료의 용량은 급성기 용량을 그대로 유지하거나(Level I) 환자의 상태에 따라 급성기 용량보다 감량하여 유지할 수도 있음(Level IV).

(4) 재발 예방과 치료 종결

치료를 언제 종결해야 한다는 고유의 진료지침은 없지만 환자의 현재 상태와 과거 병력, 병발 질환, 치료 반응 등 다양한 요인을 고려하여 치료 종결을 결정해야 하며 특히 종결 시에 재발 가능성에 대한 교육을 시행 하여야 함.

2) 항우울제 투약순응도

항우울제의 순응도의 영향요인에 대한 기존 결과물들은 주로 사회 인구학적 요인과 임상적 요인들에 대해 이루어졌으며 이러한 결과는 일관적이지 않기도 하였다. 동반질환 (comorbid medical condition)은 일반적으로 낮은 순응도와 관련이 있지만 연령, 성별의 차이에 대한 결과는 혼재되어 있다. 신약의 사용과 정신과 전문의 진료는 일반적으로 항우울제 투약순응도에 긍정적인 영향을 주는 것으로 알려져 있다. 경제적 지위는 항우울제의 투약순응도를 설명하는 설명변수로 포함된 경우가 많지 않았다. Busch 등(2004)은 퇴역장군을 대상으로 하는 연구에서 소득이 높을수록 항우울제의 투약순응도가 높은 것으로 보고하였다.

Frank 등(1992)과 Peveler 등(1999), 김영식 등(2002)은 성별에 따른 순응도의 차이를 발견할 수 없다고 하였다. 하지만 한편 성별에 따라 항우울제의 순응도, 투약 지속성에 차이가 있다고 보고하는 연구도 있다. Isaccson 등(1999)과 van Dijk 등(2007)은 여성이 남성보다 투약순응도가 높은 것으로 보고 한 것과 달리 김남순 등(2008)과 Sawada 등(2009)의 연구에서는 남성이 여성에 비해 순응도가 높다고 보고하였다. Demyttenaere 등(2001b)은 남성의 경우 직업, 사회계층, 가족 기능의 개선

으로 통해 순응도를 높일 수 있는 반면 여성은 가족 기능을 통해 이를 달성할 수 있음을 보고하였다.

Cramer(1998)은 나이가 많을수록 젊은 사람에 비해 순응도가 낮다고 일반적으로 알려져 있지만 이러한 관계는 일관되지는 않는다고 보고하였다. 김영식 등(2002), 김남순 등(2008)의 연구에서는 연령이 증가함에 따라 순응도가 증가하는 것으로 보고하였다. Sawada 등(2009)은 특별히 60세 이상의 환자들에서의 순응도가 높다고 하였다. 이와 반대로 Isaccson 등(1999)의 연구에서는 연령이 항우울제 투약순응도에 영향을 미치지 않았다.

Olfson 등(2006)은 829명의 우울증 환자에 대한 설문조사자료를 분석한 결과 교육 혹은 소득수준이 낮은 사람이 항우울제를 조기에 중단하는 경향을 보인다고 하였다. 하지만 김영식 등(2002)의 연구에서는 Olfson 등(2006)과 달리 학력수준이 높을수록, 월수입이 많을수록 항우울제 순응도가 낮은 것으로 나타났다.

1.2. 연구의 필요성

우울증 유병률은 보건복지부에서 시행하는 정신건강실태조사와 우울증임상연구센터 등에서 지역별 우울증 유병률을 보고하고 있으나 이러한 자료들이 통합되지 못하고 산재되어 있으며, 일부 지역에 국한된 자료가 대부분이고 전국을 대표하는 자료라 하더라도 표본수가 적은 한계가 있다.

그리고 자살자 통계도 통계청과 경찰청에서 각각 매년 발표하고 있으나 자살자 수치도 각 기관마다 상이하고, 경찰청에서 매년 발표하는 자살 원인도 '정신 이상, 병고, 염세, 빈곤, 비관, 낙망, 치정, 실연, 가정불화, 사업실패, 부정' 등 경찰청 자체 분류기준을 이용하여 분석하고 있다. 그러나 자살 원인에 대한 개별 연구에서는 다른 기준을 이용하고 있어 이에 대한 통합도 필요하다.

우울증과 자살의 유병률 이외 질병부담에 대한 개별 연구가 이루어지고 있으나 국민이나 사회에 정확하고 필요한 정보를 제공하는데 한계가 있어 이러한 연구들을 통합하여 임상전문가, 관련 시민단체 등 다각적인 논의를 통한 정보가 필요하다.

이에 개별 연구를 통합하여 다각적인 논의를 통해 사회에 필요한 정보를 국민과 사회에 제공하며 이를 확산시킬 수 있는 연구가 우울증과 자살의 합리적 대책 마련에 도움이 될 것이다.

1.3. 연구 목적

- 1) 국내 우울증, 자살 관련 연구성과를 통합하여 다각적인 논의를 통해 사회가 필요로 하는 통합된 정보 제공하고자 한다.
- 2) 질병 및 치료현황을 살펴보고 치료의 장애요인을 파악하여 근거에 기반한 합리적인 대책 모색하고자 한다.
- 3) 우울증, 자살에 대한 통합된 정보를 국민에게 제공하여 우울증과 자살에 대한 사회적 인식을 개선하고자 한다.

2. 방법

2.1. Round-table Conference (RTC) 운영

우울증과 자살에 대한 질병부담과 치료현황에 대해 지금까지 연구된 성과들 중 활용가능한 성과들을 통합하여 국민들에게 필요한 정보를 제공하기 위한 방법으로 Round-table Conference를 하기로 하였다.

2.1.1. RTC 운영모형

RTC의 역할은 개별 연구성과의 정보를 통합하여 다각적인 논의를 통해 사회에 필요한 정보를 국민과 사회에 제공하며, 필요한 후속연구를 제시하고 정책을 제안한다.

RTC 대상 연구주제는 연구원의 단일 연구성과보다 관련 연구성과를 통합하면 사회에 미치는 영향이 클 것으로 예상되는 주제로 근거의 질과 양이 충분하거나 근거와 실제의 간극이 큰 주제를 대상으로 한다.

RTC는 주제와 관련이 있는 여러 연구결과들을 연구자들이 발표를 한 후 패널과 연구자 등 참석자 모두가 종합적인 논의과정을 거쳐 합의된 주요 메시지를 도출하는 방식으로 운영하며, RTC 운영에 필요한 구성원은 좌장(modulator), 연구자(발표자), 패널, 청중(선택사항) 등이다.

RTC 구성원별 세부 역할은 다음과 같다.

1) 좌장

- RTC의 진행 및 나온 의견을 정리하는 좌장의 역할을 수행한다.
- 사전회의와 본회의에서 연구자와 패널들이 합의된 주요 메시지를 도출할 수 있도록 진행해야 한다.
- 좌장은 원장으로 정하고 연구주제에 따라 바뀔 수도 있다.

2) 연자

- 주어진 양식에 맞게 연구결과를 자료를 준비한다.
- 사전 모임에서 나온 의견을 반영하여 본회의에서 발표한다.
- 패널과 함께 주요 메시지 산출을 위해 논의한다.

국내 우울증의 질병부담과 치료현황

3) 패널

- 정책전문가, 방법론전문가, 언론기관, 시민단체 대표 등 다양한 분야의 전문가들이 패널로 위촉될 수 있다.
- 연구자들의 발표를 듣고 연구자들과 함께 주요 메시지 산출을 위해 논의한다.

4) 청중

- 사회적인 합의가 필요한 주제의 경우 청중을 섭외할 수 있다.
- 질의, 응답을 통해 의견을 제시할 수 있다.

RTC 과정은 기획, RTC 개최, 후속관리로 크게 나눌 수 있다. 기획과정은 주제선정, 관련연구검색 등이 포함되며, RTC 당일은 연자발표와 주요 메시지 논의 과정이 포함되며 후속관리는 보고서 작성 과정 등이 포함된다.

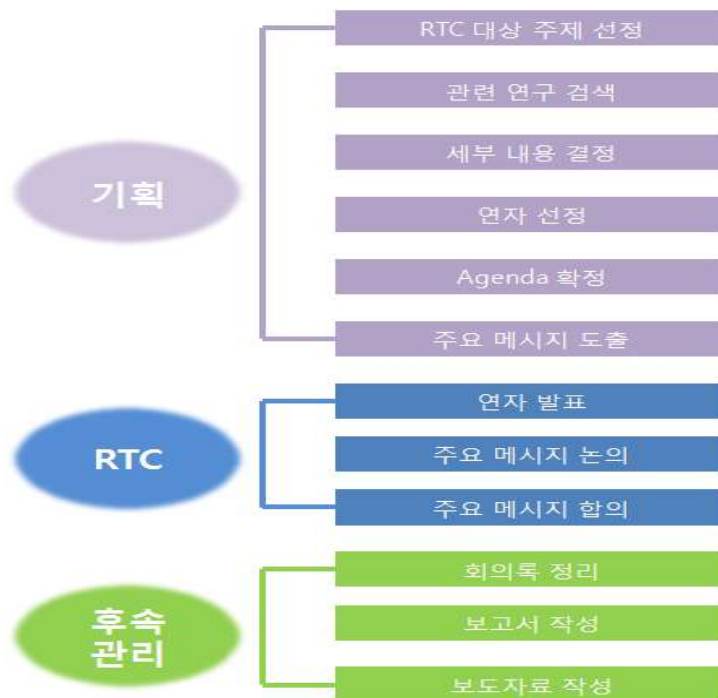


그림 1. RTC 과정

2.1.2. RTC 운영

2.1.2.1. 기획

1) 대상 주제 선정

RTC 대상 주제는 연구원에서 현재 진행 중인 `항우울제 투약순응도에 영향을 미치는 요인 분석 및 경제성 평가` 연구의 과학적 타당성을 검토하는 과정에서 우울증과 자살의 유병률 등 질병부담에 대한 국내 자료가 보건복지부에서 시행하는 정신건강실태조사, 각 임상연구센터에서 보유하고 있는 지역별 유병률 등이 통합되지 못하고 산재되어 있어 현 시점에 한국 사회에 올바른 정보가 제공되고 있지 못하다는 문제점이 제기되었다. 이에 문제점을 해결하기 위해 현재 활용 가능한 우울증과 자살의 질병부담에 대한 연구성과를 통합하여 사회에 필요한 주요 메시지를 도출하여 이를 관련 전문가와 시민단체 등과 합의하여 확산하기로 하였다.

2) 관련 연구검색

관련 연구검색은 우울증과 자살의 역학, (사회적) 질병부담 등에 대한 주제어를 이용하여 6개의 검색 데이터베이스에서 국내 문헌을 검색하였다.

표 2. 검색 데이터베이스

검색원	검색원 site 주소
코리아메드	http://www.koreamed.org
한국의학논문데이터베이스	http://kmbase.medic.or.kr
학술데이터베이스 검색	http://kiss.kstudy.com
의학학술지종합정보시스템	http://medlis.riss4u.net
구글 학술검색	http://scholar.google.co.kr

3) 세부 내용 결정과 연자 및 패널 선정

RTC 세부 내용은 연구원의 우울증 연구팀과 임상전문의와 협의하여 우울증과 자살의 질병부담 관련된 세부 내용의 일차 안을 선정하였다. 선정된 일차 안에 대해 연구원 내부적인 검토과정을 거쳐서 구체적인 세부 내용을 결정하였다.

국내 우울증의 질병부담과 치료현황

연자와 패널 선정도 또한 우울증 연구팀과 임상전문의 협의로 일차 안이 선정이 되면 이차적으로 연구원 내부회의를 통해 결정하였다. 연자와 패널은 이메일과 전화로 섭외를 하였으며 개인사정 상 참여하지 못한 경우 관련 연구를 검색하여 연구자에게 연락하여 섭외하였다.

4) Agenda 확정 및 주요 메시지 도출

확정된 연자들과의 사전회의를 통해 agenda를 확정하였으며 주요 메시지 도출과정은 좌장을 비롯한 연자들과 함께 발표내용을 사전에 논의하여 도출하였다.

우울증과 자살에 대해 의료적 관점뿐만 아니라 사회적 관점을 부각시키기 위해 RTC의 주제를 '국내 우울증의 질병부담과 치료현황'에서 '우울증, 자살 그리고 한국 사회'로 변경하였다.

또한 도출된 주요 메시지 내용은 우울증 유병률이 과소 추계된 점, 자살 원인 중 우울증 이외의 질환관련, 우울증 치료방법 중 항우울제 처방은 증가하는 반면 비약물적 치료가 감소하는 현상, 우울증과 자살기도 환자에 대한 공보험 및 사보험에서의 불이익관련, 우울증과 자살의 감시체계 등을 이용한 정기실태조사의 필요성 부분이었다.

2.1.2.2. RTC

Conference는 발표와 토론으로 나누어서 진행하였으며, 10~15분 씩 5명의 연자들이 발표하고, 발표 내용에 대한 패널 5명이 지정토론을 하였으며, 이 후 자유토론으로 진행하였다.

발표순서는 국내의 우울증 현황, 우울증과 자살, 우울증의 비약물적 치료, 비약물적 치료와 항우울제 약물순응도의 관계, 외국의 우울증으로 인한 자살방지 대책 순이었다.

RTC는 2010년 8월 26일 오후 6시 30분부터 9시 30분까지 서울대학교 의과대학 암연구소 이견희홀에서 개최하였다.

2.1.2.3. 후속관리

RTC 개최 이후 10월 1일 회의에서 합의된 주요 메시지 중 "자살이 고의적 자해가 아니라 치료가 가능한 의학적 문제"에 중점을 두기로 하였으며 국민과 사회에 확산 방향 설정도 이에 맞추기로 하였다.

확산방법과 도구는 대상 집단별로 확산전략을 세워 진행하기로 하였다. 우선 대상 집단은 일반인과 임상전문가 및 정책결정자로 나뉘 일반인은 RTC에서 합의된 주요 내용을 이해하기

쉽고 일상생활에 도움이 될 수 있도록 내용을 구성한 리플렛을 제작하여 배포하기로 하였으며, 임상전문가 및 정책결정자는 보도자료 또는 연구원 내 소식지인 '근거와 가치'를 통해 관련된 내용을 알리기로 하였다.

1) 일반인 대상 : 리플렛 제작 및 배포

RTC에서 합의된 주요 메시지를 아래의 9개 주제로 구성된 4단 리플렛을 제작하였다.

- 우울증 정의
- 한국인의 특징적인 우울증 증상
- 우울증 유병률
- 자살행동의 정의
- 자살에 영향을 미치는 요인
- 우울증 자가진단 도구
- 우울증 치료방법 (약물치료, 비약물적 치료)
- 도움을 받을 수 있는 기관 전화번호
- 자살예방을 위한 수칙
- 우울증과 자살에 대한 인식 개선 관련 내용

각 주제에 대해 쉬운 말로 설명을 하였으며 삽화 등을 이용하여 쉽게 이해할 수 있도록 하였다.

내용은 RTC에 참석한 임상전문가(연자, 패널)의 도움을 받아 내용의 전문성과 정확성을 높였으며, 일반인들이 알기 쉽고 설득력을 높이기 위한 문장을 만들기 위해 전문 카피라이터의 교정을 받았다.

리플렛의 시각적인 효과를 위해 전문 디자인업체에 디자인 의뢰를 하여 리플렛의 완성도를 높이고자 하였다.

완성된 리플렛은 서울 및 수도권 정신보건센터, 전국 주요 병원과 한국자살예방협회에 약 7만 5천부를 배포하였으며 연구원 소식지인 '근거와 가치'의 별첨으로 함께 배포하였다. 연구원 홈페이지에 리플렛을 게시하여 리플렛을 요청하는 개인 또는 단체에게는 발송하고 있다.

2) 임상전문가, 정책결정자 대상 : '근거와 가치' 원고 게재 등

연구원 소식지인 '근거와 가치'에 RTC 주요 발표내용과 토론내용에 대해 원고를 작성하여 게재하였다.

국내 우울증의 질병부담과 치료현황

근거와 가치는 국회의원, 보건복지부, 건강보험심사평가원 등 유관기관을 비롯하여 관련 대학, 임상전문의 등에 배포되며 한글판과 영문판이 연구원 홈페이지에 상시 게재되어 있음으로 국내외에서 접속 가능하여 확산에 유용한 수단이 될 수 있다.

아울러, 발표내용을 기반으로 논문을 국내 학술지에 게재할 예정이다.

2.1.2.4. 홍보

RTC의 효과적인 홍보를 위해 관련 학회와 시민단체 및 서울·수도권 정신보건센터에 conference 개최 안내 공문과 함께 포스터를 송부하였다.

또한 RTC 개최에 대한 보도자료를 일간지 및 전문지 언론사 대상으로 대언론홍보를 하여 파급력을 높이고자 하였다.

그리고 연구원과 우울증임상연구센터, 한국자살예방협회 등의 홈페이지에 개최 안내문을 게재하여 관심을 유도하고자 하였다.

3. Round-table Conference

3.1. RTC 운영결과

한국보건의료연구원과 우울증임상연구센터가 공동 주최하고 보건복지부, 근거창출임상연구 국가사업단과 대한신경정신의학회의 후원으로 “우울증, 자살 그리고 한국사회 Round-table Conference”를 8월 26일 서울대학교 의과대학 암연구소 이견희홀에서 개최하였다.



그림 2. RTC 개최 모습

이 날 행사에는 정신보건센터 종사자, 청소년자살예방협회장, 관련 임상전문가 등이 참석하였다.

허대석 한국보건의료연구원장과 전태연 우울증 임상연구센터장의 인사말을 시작으로 5명의 연자가 주제 발표를 하였고, 토론은 좌장을 맡은 허대석 원장의 주도로 6명의 패널과 연자들이 토론을 하였다.

청중들의 질의응답 시간이 있었으며 마지막으로 좌장의 토론 내용을 정리하는 시간을 가졌다.

표 3. 우울증, 자살 그리고 한국사회 RTC 프로그램

프로그램	내용
인사말	허대석 한국보건 의료연구원장 겸 근거창출임상연구국가사업단장 전태연 우울증 임상연구센터장, 가톨릭대의과대학 교수
	우리나라의 우울증 현황 김기웅 서울대의과대학 교수
	우울증과 자살 전홍진 성균관대의과대학 교수
발표	우울증의 비약물적 치료 박용천 한양대의과대학 교수
	비약물적 치료와 항우울제 약물순응도의 관계 안정훈 한국보건 의료연구원 실장
	외국의 우울증으로 인한 자살 방지 대책 우종민 인제대의과대학 교수
토론	좌장 : 허대석 원장 패널 : 전태연 가톨릭대의과대학 교수 이민수 고려대의과대학 교수 조맹제 서울대의과대학 교수 한창수 고려대의과대학 교수 고종관 중앙일보 헬스미디어 대표 김민경 중앙대학교병원 연구교수

3.2. 발표내용

3.2.1. 우리나라의 우울증 현황

김기웅

서울대학교 의과대학 정신과학교실/분당서울대학교병원 신경정신과

우리나라의 경제 수준은 괄목할만한 성장을 거듭하여 전 세계의 귀감이 되고 있으나, 우리 국민의 삶의 질은 경제적 성장을 훨씬 밑돌고 있다. 물론 삶의 질 개선은 경제 성장에 비해 후행하는 것이 통례라고는 하나, 급격한 성장과 변화 속에 던져진 우리 국민의 삶을 세월에만 맡겨둘 순 없는 일이다. 특히 OECD 국가 중 자살률 1위라는 명예스럽지 못한 우리의 성적표는 정부와 우리 사회가 우울증과 이로 인해 파생되는 상당수의 자살에 보다 적극적으로 맞서야 함을 웅변하고 있다. 이에 현재 우리나라의 우울증 유병률, 발병율, 위험인자, 경과 및 건강추구 행태 등 전반적 우울증 현황을 점검하여, 우리 사회에서 우울증에 대해 보다 효율적인 대책을 수립하는 근거를 제시하고자 한다.

3.2.1.1. 인용 자료

2010년 8월 1일 PUBMED와 KOREAMED에서 제목 또는 초록에 'depression' or 'depressive', 'Korea' or 'Korean', 'prevalence' or 'incidence' or 'risk' or 'outcome' or 'mortality' or 'help-seeking'를 포함한 원저를 검색하였으며, 역학 연구의 경우 표 4에 제시한 기준에 따라 연구 수준 평점이 6점 이상인 연구만 인용하였다.

표 4. 역학 연구 수준 평가 기준

Area	Criteria	Points
Representativeness	Regional sample	0
	Nationwide sample	1
Design	2 phase without sampling of screen negatives	0
	2 phase with sampling of screen negatives but no weighting back	1
	1 phase or 2 phase with appropriate sampling and weighting	2
Sample size	<500	0.5
	<1500	1
	<3000	1.5
	≥3000	2
Response	<60%	1
	<80%	2
	≥80%	3
Diagnostic assessment	Self-questionnaire	1
	Structured interview by trained health personnel	2
	Structured interview by clinicians	3

3.2.1.2. 유병률

우울증은 연령대에 따라 발현되는 증상과 유발 요인에 차이가 있을 뿐만 아니라, 건강 추구 행태가 다르고 생활 패턴에도 큰 차이가 나기 때문에, 역학 연구 또한 성인, 노인, 소아 청소년의 세 연령층으로 나뉘어 시행되었다.

1) 성인

2006년 시행한 Korean Epidemiologic Catchment Area Study (KECAS)에서 18-64세 사이의 한국 성인 중 평생 한차례 이상 우울증을 앓은 병력이 있는 사람은 6.2%로 2001년 조사에 비해 1.4%가 증가한 것으로 보고되었다(Cho et al., 2007; 조맹제 등, 2009). 이는 2010년 현재 18-64세 우리나라민 중 약 100만 명이 당장 의학적 치료가 필요한 우울증을 앓고 있으며, 약 5만 명이 현증은 없더라도 우울증에 대한 의학적 유지치료(2년 기준)를 요함을 의미한다. 또 이와 같이 의학적 치료를 요하는 우울증을 64세 이전에 한번이라도 경험하는 우리나라민은 약 200만 명에 이르는 셈이다. 그러나 서양인에 비해 우울증 유병률 추정치가 낮다는 점(Demyttenaere et al., 2004), 우울감에 대한 지각 및 표현이 서양과는 다르다는 점(Chang et al., 2008;

국내 우울증의 질병부담과 치료현황

Lee et al., 2010), 우울의 심각도는 덜하지만 의학적 치료를 요하는 경우우울장애의 유병률이 주요우울장애의 유병률과 비슷하다는 점(Park et al., 2010)을 고려한다면, 국내에 당장 의학적 치료를 요하는 우울증 환자는 약 200만에 이를 것으로 추정된다.

표 5. 한국 성인(18-64세)의 우울장애 유병률

연도	질환	1년 유병률			평생유병률		
		남	여	전체	남	여	전체
2006 ^a	전체	2.1 (0.4)	3.9 (0.4)	3.0(0.3)	4.0 (0.6)	8.4(0.7)	6.2(0.6)
	주요우울장애	1.7 (0.4)	3.2 (0.4)	2.5(0.3)	3.6 (0.5)	7.6(0.7)	5.6(0.5)
	기분부전장애	0.1 (0.1)	0.5 (0.1)	0.3(0.1)	0.2 (0.1)	0.8(0.2)	0.5(0.1)
	양극성장애	0.4 (0.1)	0.3 (0.1)	0.3(0.1)	0.4 (0.1)	0.3(0.1)	0.3(0.1)
2001 ^{b,c}	전체	0.9 (0.3)	3.2 (0.4)	2.1(0.2)	2.7 (0.6)	6.9(0.4)	4.8(0.4)
	주요우울장애	0.8 (0.3)	2.5 (0.4)	1.7(0.2)	2.6 (0.6)	5.9(0.5)	4.3(0.4)
	기분부전장애	0.1 (0)	0.6 (0.2)	0.4(0.1)	0.1 (0)	0.9(0.2)	0.5(0.1)
	양극성장애	0 (0)	0.3 (0.1)	0.1(0.1)	0 (0)	0.3(0.1)	0.2(0.1)
변화	전체	1.2	0.7	0.9	1.3	1.5	1.4
	주요우울장애	0.9	0.7	0.8	1	1.7	1.3
	기분부전장애	0	0.1	-0.1	0.1	-0.1	0
	양극성장애	0.4	0	0.2	0.4	0	0.1

a. 조맹제 등. 신경정신의학 2009;48:143-152

b. Cho et al. J Nerv Ment Dis 2007;195(3):203-210

c. 조맹제 등. 신경정신의학 2004;43(4):470-480

2) 노인

우울증은 치매와 함께 노인에서 가장 흔한 정신질환이며, 자살뿐만 아니라 통증, 인지 등 다른 공존 질환의 증상을 악화시켜 삶의 질 저하와 의료비 상승을 초래하는 주범이다. 특히 노년의 우울증의 성년의 우울증에 비해 우울한 기분에 대한 호소보다는 기력저하나 인지저하, 통증 등의 신체증상이 훨씬 많아 경우우울장애와 같이 아증후우울장애에 대한 적극적인 진단을 하지 않으면 치료의 적기를 놓치기 쉽다. 특히 노인의 경우 자살 원인의 대부분이 우울이라는 점에서 더욱 관심을 가질 필요가 있다.

주요우울장애의 경우 노인에서 유병률이 줄어든다는 보고들도 있었지만, 우리나라 65세 이상 노인의 경우 유병률이 5.37%로 성년보다 높았고, 경우우울장애도 5.52%에 이르러 전체 노인의 약 11%가 의학적 치료를 요하는 우울장애 환자로 추정되었다(Park et al., 2010). 특히 경우우울장애나(Park et al., 2010), 우울 증상(Kim et al.,

2005)은 65세 이후에도 가령에 따라 유병률이 증가하는 경향을 보여 급속한 고령화와 함께 환자수가 지속적으로 증가할 것으로 추정된다.

그러나 전체 주요우울장애 환자 중 의학적 치료를 받은 경우는 13%에 불과했고, 경우 우울장애의 경우에는 6%에 불과하여, 의학적 치료를 요하는 우울장애 환자의 약 90% 정도가 적절한 치료에 접근하지 못하고 있는 것으로 파악되었다(김기웅 등, 2006).

3) 소아청소년

도시 지역 중고등학생 중 21.2%가 심각한 수준의 우울 증상을 앓고 있는 것으로 보고되었다(조성진 등, 2001). 특히 이런 심각한 우울 증상이 청소년 자살의 주요 위험인자로 확인되었다. 이 연구에서 중고등학생의 29.6%가 자살을 생각한 적이 있었고, 5.31%가 자살을 기도한 적이 있다고 보고하였다(조성진 등, 2002). 특히 소아청소년의 우울 증상을 지각하는 부모는 9명 중 1명에 불과해 소아청소년의 우울 증상 발견을 위한 학교와 사회의 체계적 접근이 요구된다(조수철 등, 2005).

3.2.1.3. 발병률 및 위험인자

국내에서는 아직까지 지역사회 코호트를 기반으로 한 전향적 연구가 요구되는 발병을 조사가 거의 이루어지지 않고 있다. 우울장애에 대한 연구는 아직까지 전무하며, 연천 지역에서 65세 이상 노인을 대상으로 한 전향적 연구에서 우울 증상의 발병률만 5.1%로 보고된 바 있다(조맹제 등, 1999).

위험인자의 경우 또한 유병률 조사를 위한 횡단적 연구에서 연관성을 추정하는 수준의 보고만 있을 뿐, 전향적 연구를 통해 한국인에서 우울장애의 위험인자를 확인한 연구는 전무하다. 위험인자와 발병률은 국가가 우울장애에 대한 관리 대책을 수립하는데 없어서는 안 될 핵심 지표인 만큼, 성인, 노인, 소아청소년에 대한 지역사회 기반 코호트 연구 지원을 통해 조속히 관련 지표를 규명할 필요가 있다. 우수한 연구 방법론을 기반으로 진행된 기존 역학 연구 코호트를 적극 전향적 연구 코호트로 활용할 경우, 발병률 및 위험인자에 대한 연구를 비용효율적으로 진행할 수 있으리라 기대된다. 우수한 연구 방법론을 가진 우울 증 역학 연구 코호트로는 성인의 경우는 KECAS(Korean Epidemiologic Catchment Area Study, Cho et al., 2007)와 AGE(Ansan Geriatric study, Kim et al, 2005), 노인은 KLOSHA(Korean Longitudinal Study on Health and Aging study, Park et al., 2007)와 NDESK(Nationalwide

Dementia Epidemiology study, Kim et al., 2011), 소아청소년은 서울시 소아 청소년 정신장애 유병률조사(조수철 등, 2005)가 있다.

3.2.1.4. 소결

성인, 노인, 소아청소년의 역학 연구 결과를 종합하면, 현재 의학적 치료를 요하는 심각한 우울 장애를 앓고 있는 우리 국민이 400만을 상회할 것으로 추정된다. 그러나 적극적으로 의학적 치료를 받고 있는 환자는 이들의 10% 수준에 불과하여 자살률 증가, 의료비 상승, 삶의 질 저하 등과 같은 사회 경제적 지표로 반영되고 있다. 우울증에 대한 합리적 대책 수립을 위해 한국인의 우울증에 대한 보다 정확한 실태 조사를 더 이상 늦추어서는 안 될 상황이다.

3.2.2. 우울증과 자살

전홍진

성균관대 삼성서울병원 정신과

3.2.2.1. 정의

1) 우울증의 정의

우울증은 기분의 저하나 의욕상실이 지속되어 일상생활이나 사회생활에 심각한 지장을 주는 상태로 정의할 수 있다. 우울증은 정도의 우울증상도 포함하는 경우가 있기 때문에, 우울증의 보다 정확한 표현은 미국정신의학회 진단기준 4판(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV)의 주요우울증 또는 주요우울장애라고 할 수 있다(American Psychiatric Association, 1994). DSM-IV는 기분의 조절에 대한 통제가 이루어지지 않는 임상적인 상태를 기분장애(mood disorder)로 정의하고, 주요우울장애, 양극성장애, 기분부전증, 기분순환장애의 4가지 질환을 포함시켰다(표 6). 기분 장애는 모두 우울증 시기를 나타낼 수 있다는 특징을 가지고 있다.

표 6. 기분장애의 종류

	기분장애			
	주요우울증 (Major depression or major depressive disorder)	양극성장애 (Bipolar disorder or manic depressive disorder)	기분부전증 (Dysthymia)	기분순환장애 (Cyclothymia)
임상적 특징	기분의 저하와 의욕 상실, 체중변화, 불면, 초조, 피로감, 죄책감, 집중력 저하 등의 증상이 2주 이상 지속되는 우울증삽화를 경험함. 임상적으로 심각한 우울증을 의미.	기분이 고양되는 조증(1형)이나 경조증 삽화(2형)와 함께 우울증삽화를 경험함. 우울증 삽화의 증상은 주요우울증과 유사함. 대부분에서 우울증 삽화를 더 오래 경험함.	주요우울증과 같이 심한 우울증삽화를 경험하지는 않고 2년 이상 오래 지속되는 만성적인 우울증상을 경험함.	경조증과 우울증시기를 2년 이상 오래 겪지만 주요우울증이나 양극성장애의 진단기준을 만족하지 않음.
국내 평생 유병률	전체 5.6% 남 3.6%, 여 7.6%	전체 0.3% 남 0.4%, 여 0.3%	전체 0.5% 남 0.2% 여 0.8%	-

2) 자살 및 자살행동의 정의

자살(suicide)은 죽음을 스스로 원해서 치명적인 행동을 통해 사망에 이른 것으로 정의할 수 있다. 자살행동(suicidal behavior)은 자살생각, 계획, 기도로 나눌 수 있으며 자살생각(suicidal ideation)은 자살에 대한 심각한 고민을 한 것, 자살계획(suicidal planning)은 자살에 대한 구체적인 계획은 세운 것, 자살기도(suicidal attempt)는 죽음에 이를 목적으로 치명적일 수 있는 행동을 기도한 것으로 정의할 수 있다(Lee et al., 2007). 자해(self-injury or self-harm)는 자살기도와 다르며 자살 의도를 가지지 않고 의도적으로 신체 조직을 직접적으로 손상시키는 행동을 한 것을 의미한다. 하지만, 심각한 자살기도를 한 경우에도 직후에는 자살 의도에 대해서 부인하는 경우가 많으므로 주의가 필요하다. 따라서, 의도를 부인하더라도 생명에 위험을 야기할 수 있는 치명적인 경우(예, 투신, 목매달기 등)의 경우에는 자살기도로 간주하고 있다.

3.2.2.2. 한국 및 외국의 자살 현황

1) 국내

통계청에서 발표한 2009년 사망원인통계결과에 의하면 국내 자살 사망자 수는 2009년 한 해 15,413명으로 2008년 대비 19.3%가 증가하였다. 이는 10년 전에 비해서 2배 이상 증가한 것으로 자살은 10년 간 전체 사망원인의 7위에서 4위로 상승하였다(표 7, Statistics Korea, 2010).

표 7. 통계청 사망원인 순위 추이, 1999-2009

(단위: 인구 10만명당, 명, %)

순위	1999		2009			
	사망원인	사망률	사망원인	사망자수	구성비	사망률
1	악성신생물(암)	114.2	악성신생물(암)	69,780	28.3	140.5
2	뇌혈관 질환	72.9	뇌혈관 질환	25,838	10.5	52.0
3	심장 질환	38.9	심장 질환	22,347	9.0	45.0
4	운수사고	26.2	고의적 자해(자살)	15,413	6.2	31.0
5	간 질환	23.4	당뇨병	9,757	4.0	19.6
6	당뇨병	21.8	운수사고	7,147	2.9	14.4
7	고의적 자해(자살)	15.0	만성하기도 질환	6,914	2.8	13.9
8	만성하기도 질환	13.7	간 질환	6,868	2.8	13.8
9	고혈압성 질환	7.5	폐렴	6,324	2.6	12.7
10	폐렴	6.7	고혈압성 질환	4,749	1.9	9.6

2) 세계

경제협력개발기구(Organisation for Economic Cooperation and Development, OECD)의 보고에 의하면 2009년 현재 한국의 자살률은 OECD 국가 가운데 가장 높고, 자살률이 감소하고 있는 서구 국가들과 비교해서 반대로 빠른 증가세를 보이고 있다(그림 3, OECD, 2010).

WHO에서도 아시아의 자살률이 타 국가와 비교해서 월등히 높다고 보고하였다(그림 4). WHO에서는 우울증과 알코올, 약물남용에 대한 치료와 예방, 자살기도자에 대한 향후 치료와 관리를 통해서 자살률을 낮출 수 있다고 강조하였다(WHO worldwide initiative for the prevention of suicide (SUPRE, 2010).

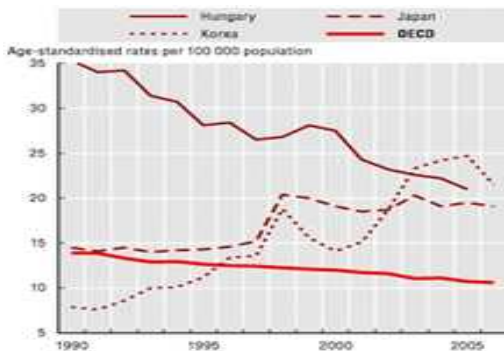


그림 3. OECD 국가 자살률의 변화

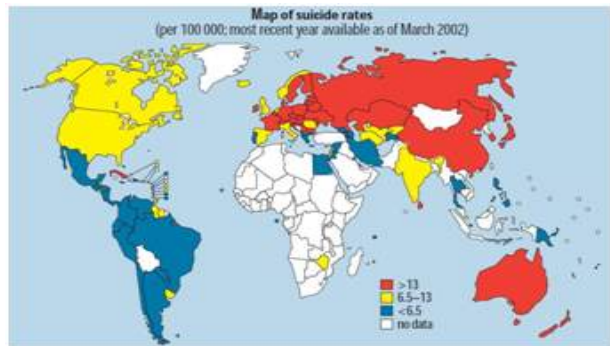


그림 4. WHO의 세계 자살률 지도

3) 미국국립정신건강협회(National Institute of Mental Health, NIMH)

미국국립정신건강협회(National Institute of Mental Health, NIMH)에 의하면 자살의 위험요인은 여러 가지가 있지만, “자살이나 자살행동은 스트레스에 의한 정상적인 반응이 아니다.”고 명시하고 있다(표 8). 자살은 세로토닌을 포함하여 신경전달물질 (neurotransmitter)이라고 불리는 뇌 내 화학물질의 변화와 관련이 있으며, 세로토닌의 저하는 우울증, 충동조절장애, 자살기도자, 자살사망자의 뇌에서 관찰된다고 하였다 (NIMH, 2010).

표 8. NIMH의 자살예방에 대한 fact sheet (NIMH, 2010)

What are the risk factors for suicide?

Research shows that risk factors for suicide include:

- **Depression** and other mental disorders, or a substance-abuse disorder (often in combination with other mental disorders). More than 90 percent of people who die by suicide have these risk factors
- **Prior suicide attempt**
- Family history of mental disorder or substance abuse
- Family history of suicide
- Family violence, including physical or sexual abuse
- Firearms in the home, the method used in more than half of suicides
- Incarceration
- Exposure to the suicidal behavior of others, such as family members, peers, or media figures.

However, **suicide and suicidal behavior are not normal responses to stress**: many people have these risk factors, but are not suicidal. Research also shows that the risk for suicide is associated with changes in brain chemicals called neurotransmitters, including serotonin. Decreased levels of serotonin have been found in people with depression, impulsive disorders, and a history of suicide attempts, and in the brains of suicide victims.

3.2.2.3. 자살행동과 우울증에 대한 일반인 조사 결과**1) 자살행동과 자살**

WHO에 의하면 최소한 20번의 자살기도가 있으면 한 번의 자살이 발생하게 된다고 보고하였다(WHO worldwide initiative for the prevention of suicide (SUPRE, 2010). 또한, 자살기도는 자살의 주요 위험요소 가운데 하나가 된다(NIMH, 2010).

자살생각과 계획을 거쳐 첫 번째 자살기도가 일어나고 자살기도가 반복되면서 결국 사망에 이르는 순서를 밟게 된다(그림 5). 자살자는 이미 사망에 이른 상태이기 때문에 자살기도를 조기에 발견하고 자살에 이르지 않게 하는 것이 자살 예방에 있어 중요하다. 계획이 없이 바로 자살기도가 이루어지거나 첫 자살기도가 자살로 이어지는 경우도 있다.

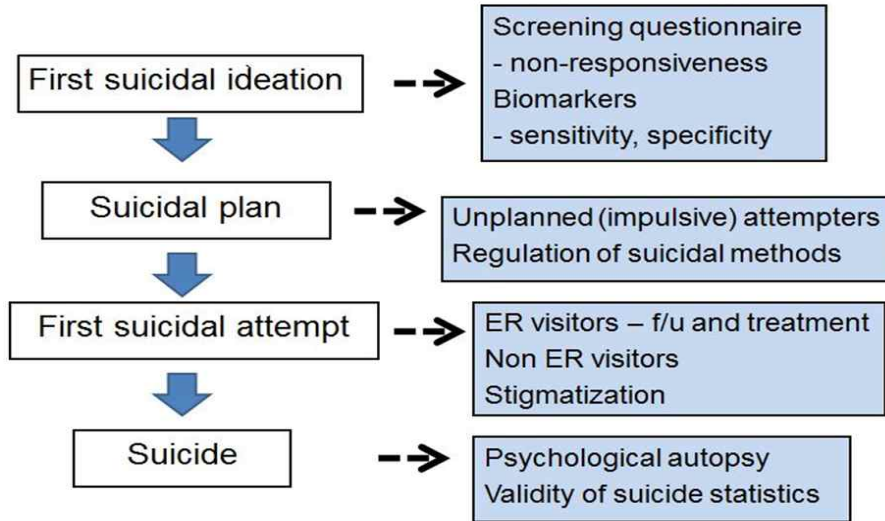


그림 5. 자살행동에서 자살로 이어지는 과정

2) 국내 자살행동 현황

국내에서 전국 6,510명의 일반인을 대상으로 한 연구에 의하면 15.2%가 평생 자살을 심각하게 고려해 본 적이 있으며, 3.3%는 구체적인 계획을 세워 본 적이 있고, 3.2%는 자살기도를 한 적이 있는데, 남자가 2.5%인데 반해서 여자는 4.0%로 여자에서 자살기도의 비율이 약 2배 가량 높은 것으로 나타났다(표 9, Jeon et al., 2010a). 자살기도자 중에서 2.1%는 한 번 자살기도를 한 적이 있었고 1.1%는 2번 이상 자살 기도를 한 적이 있었다. 자살기도자 가운데에서 이전에 자살계획을 세워 본 적이 있는 경우(계획 자살기도)가 2.0%이고, 세워 본 적이 없는 경우(충동자살기도)가 1.2%로 나타났다 (Jeon et al., 2010b).

표 9. 국내에서 평생 동안 자살행동의 빈도

구 분	남자 (N=3,281)		여자 (N=3,229)		계 (N=6,510)	
자살 심각 고려	419명	12.9%	563명	17.6%	982명	15.2%
자살계획	70명	2.2%	144명	4.5%	214명	3.3%
자살기도	81명	2.5%	127명	4.0%	208명	3.2%
- 계획자살기도	46명	2.7%	87명	1.4%	133명	2.0%
- 충동자살기도	35명	1.1%	40명	1.2%	75명	1.2%

국내 우울증의 질병부담과 치료현황

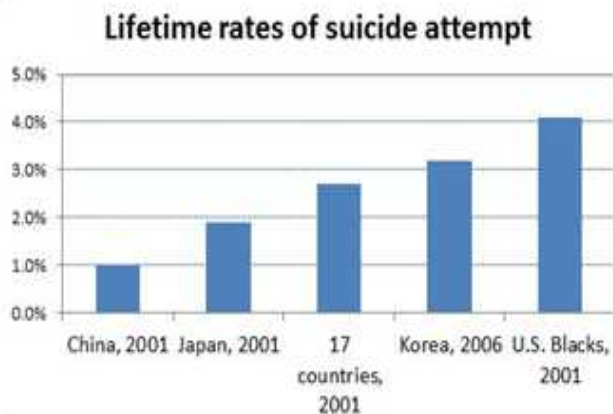
심각한 자살생각이 시작된 후에 평균 1-2년 정도 뒤에 첫 자살 기도가 일어나는 것으로 나타났는데, 이전에 자살생각이 있었던 비율이 계획자살기도는 98.5%, 충동자살기도는 84.0%에 이르는 것으로 나타났다(표 10). 따라서, 대부분의 경우에 자살기도가 이전에 생각한 적 없이 우발적으로 일어나기 보다는 심각한 고려 후에 나타나는 것을 알 수 있다.

표 10. 계획자살기도군과 충동자살기도군에서 자살 생각에서 자살기도까지 걸린 기간

구 분	계획자살기도 (N=133)	충동자살기도 (N=75)
첫 번째 자살기도 연령	24.6세	25.9세
첫 번째 자살생각 후 자살기도까지 기간(개월)	12.8개월	22.8개월
자살기도	1.9회	1.4회
이전에 자살생각이 있었던 비율	98.5%	84.0%

3) 자살기도율의 국가 간 비교

우리나라의 자살기도율은 외국에 비해 매우 높은 편으로, 중국의 1.0%, 일본의 1.9%, 아메리카, 아프리카, 뉴질랜드, 유럽, 중동, 아시아를 포함한 17개국의 2.7%과 비교하여 높다(그림 6)(Lee et al., 2008; Nock et al., 2008; Ono et al., 2008). 단, 미국 흑인의 4.1% 보다는 낮다(Joe et al., 2006). 자살기도가 남자보다는 여자에서 높은 것도 전 세계적으로 동일한 현상인데 실제 자살 사망자는 남자에서 더 높게 나타난다.



17개국 - Africa (Nigeria, South Africa); the Americas (Colombia, Mexico, USA); Asia and the Pacific (Japan, New Zealand, Beijing and Shanghai in the People's Republic of China); Europe (Belgium, France, Germany, Italy, The Netherlands, Spain, Ukraine); and the Middle East (Israel, Lebanon)

그림 6. 평생 자살기도율의 국가간 비교

4) 자살기도와 우울증

일반인에서 자살기도를 한 적이 있는 경우에 정신질환을 경험한 비율이 높게 나타났다(표 11). 자살기도를 한 경우에 그렇지 않는 일반인보다 평생 동안 주요우울증을 경험할 위험이 자살기도를 1회 한 경우에는 경우 6.5배, 2번 이상 한 경우에는 7.9배 더 높은 것으로 나타났다. 자살기도를 1회 한 경우에는 양극성장애, 주요우울증이 가장 관련성이 높은 것으로 나타났고, 2번 이상 한 경우에는 양극성장애, 외상후 스트레스장애, 주요우울증 순으로 나타났다. 국내에서 주요우울증의 평생유병률이 5.6%로 매우 높은데 반해서, 양극성장애는 0.3%로 낮으므로 자살기도에 대해서는 주요우울증이 더 밀접하게 관련되어 있다고 언급할 수 있다(Cho MJ, 2009).

표 11. 자살기도를 한 군을 자살기도가 없는 군과 비교해 각각의 정신질환과의 관련성

진단	자살기도(1회)	자살기도(여러 번)
	Odds ratio (95% CI)	Odds ratio (95% CI)
알코올의존	2.6 (1.5-4.5)***	1.7 (0.8-4.0)
알코올남용	2.2 (1.2-3.9)**	1.9 (0.7-4.7)
주요우울증	6.5 (4.0-10.6)***	7.9 (4.1-15.0)***
기분부전증	0.7 (0.1-5.0)	0.5 (0.0-5.9)
양극성장애	15.7 (3.6-69.0)***	30.6 (6.1-153.5)***
강박증	3.5 (0.8-15.9)	2.9 (0.5-16.9)
외상후 스트레스장애	4.5 (1.8-11.4)**	17.6 (7.4-41.9)***
공황장애	2.8 (0.2-35.6)	2.2 (0.1-53.2)
사회공포증	3.2 (0.7-14.8)	4.2 (0.8-22.8)
범불안장애	2.0 (0.8-4.8)	5.7 (2.3-14.0)***
특정공포증	1.2 (0.5-2.5)	2.5 (1.1-5.7)*
정신병적장애	2.8 (0.5-15.1)	2.7 (0.4-19.5)
신체화장애	2.4 (0.9-6.7)	0.5 (0.0-6.5)
Any mental disorders	5.6 (3.9-8.0)***	13.3 (7.7-23.2)***

Adjusted for all variables listed above, *p<0.05,**p<0.01,***p<0.001

계획자살기도군의 60%, 충동자살기도군의 72%에서 정신질환에 이환된 적이 있는데. 이중에서 주요우울증과 알코올 의존·남용이 가장 높은 것으로 나타났다(표 12)(Jeon et al., 2010b). 기분장애 가운데에서 우울증 시기를 나타낼 수 있는 양극성장애에서는 계획자살기도보다 충동자살기도가 3.5배 더 많이 나타나는 것으로 나타났다.

표 12. 자살기도자에서 정신질환을 가진 비율

구 분	계획자살기도 (N=133)	총동자살기도 (N=75)	비 고
정신질환을 가진 비율	59.7%	72.0%	
기분장애			
우울증	25.6%	33.3%	
양극성장애	2.3%	8.0%	3.5배
물질사용장애			
알코올 의존·남용	22.6%	37.3%	
불안장애			
외상후스트레스증후군	12.0%	17.3%	
범불안장애	10.8%	10.8%	

자살기도자에서 자살 방법 가운데 수면제와 진정제가 많았다(표 13). 수면제와 진정제를 사용했다는 것으로 미루어 평소에 불면과 불안, 우울 증상을 가지고 있었을 것으로 생각할 수 있다(Jeon et al., 2010b).

표 13. 자살기도자에서 기도 방법

구 분	계획자살기도 (N=133)	총동자살기도 (N=75)
약물	60.2%	36.8%
-수면제/진정제 등	52.2%	31.6%
-기타전문의약품	6.1%	2.6%
-일반의약품	4.3%	2.6%
자상	25.5%	31.7%
질식	23.7%	25.0%
투신	12.1%	32.4%
화공약품 (농약 등)	11.6%	34.2%
교통사고	7.1%	9.8%
기타	10.6%	14.8%

대부분인 94%의 대상자는 자살기도에 대한 촉매요인(precipitant)이 있는 것으로 조사됐다(표 14). 즉, 자살 직전 어떠한 원인이 폭발하여 자살을 일으키는 것으로 나타났는데, 계획자살기도와 총동자살기도군 모두 가장 큰 원인은 가족 간 갈등이었다(Jeon et al., 2010b). 다음으로는 경제적 문제, 별거 및 이혼, 질병 등의 순으로 나타났다. 하지만, 촉매요인이 있기 이전에 우울증 등의 정신적인 문제가 있었던 경우가 절반 이상에 달하기 때문에 촉매요인을 피하는 방법만으로는 자살기도를 막는데 한계가 있을 것으로 생각된다.

표 14. 자살기도자에서 촉매가 되는 원인

구 분	계획자살기도 (N=133)	충동자살기도 (N=75)
가족갈등	36.1%	38.7%
경제적 문제	15.8%	17.3%
별거 및 이혼	15.0%	10.7%
질병	3.8%	10.7%
기타	32.3%	26.7%
합 계	94.7%	94.4%

3.2.2.4. 자살과 우울증의 생물학적 연관성

1) 뇌 영상학적 연구

자살기도자는 세로토닌 기능이 정신질환을 가지고 있지만 자살기도를 하지 않은 경우에 비해서 뇌 내 세로토닌의 기능이 저하되어 있다. 이는 fenfluramine hydrochloride에 대한 prolactin 반응과 5-hydroxyindoleacetic acid (5-HIAA)의 뇌척수액 내 농도가 낮은 것으로 평가할 수 있다. Oquendo 등 (2003)은 우울증이 있는 환자에서 사망률이 높은 심각한 자살기도를 한 경우와 사망률이 낮은 자살기도를 한 경우를 FDG-PET로 비교하였을 때, 심각한 자살기도를 한 경우에 전전두엽(prefrontal cortex)에 국한된 기능저하와 자살 기도의 치명률에 비례하는 세로토닌 반응성의 저하를 보고하였다(그림 7, Oquendo et al., 2003).

국내 우울증의 질병부담과 치료현황

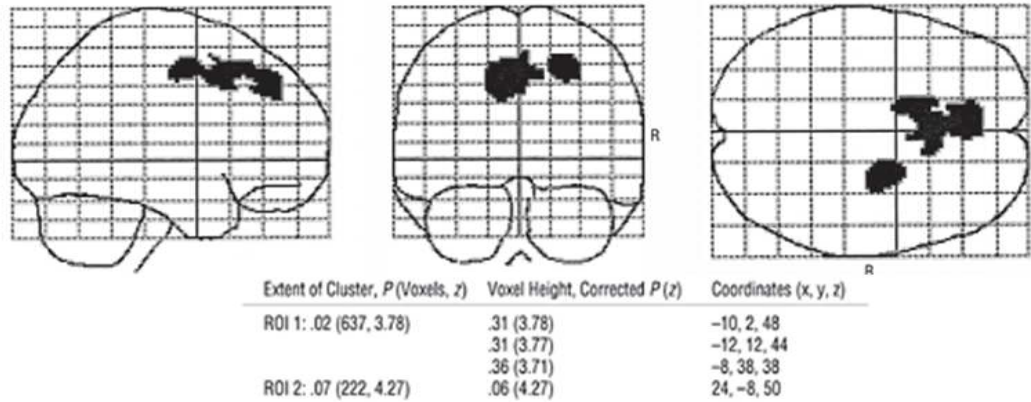
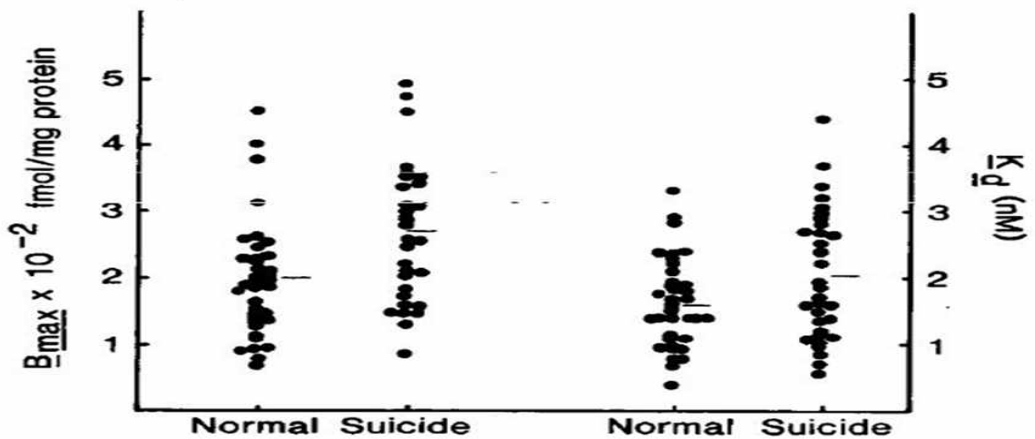


그림 7. Regions of interest (ROIs) generated in high-compared with low-lethality depressed suicide attempters by increasing the height threshold (z) to shrink the regions of significant difference. Shown at bottom are the corrected P values for extent of the cluster and voxel height and respective (x, y, z) coordinates.

2) 사후 부검 연구

Arora 등 (1989)은 자살 사망자 32명과 심혈관 질환이나 사고로 사망한 37명에 대한 부검을 통해서 전두엽의 5-HT₂ binding이 증가되어 있다는 것을 보고하였고, 이것이 세로토닌의 활동 저하를 의미하는 것으로 우울증에서 보이는 소견과 동일하다고 보고하였다 (그림 8, Arora and Meltzer, 1989).

B_{\max} and K_d of [³H]Spiperone Binding in the Frontal Cortex of 37 Normal Control Subjects and 32 Suicide Victims^a

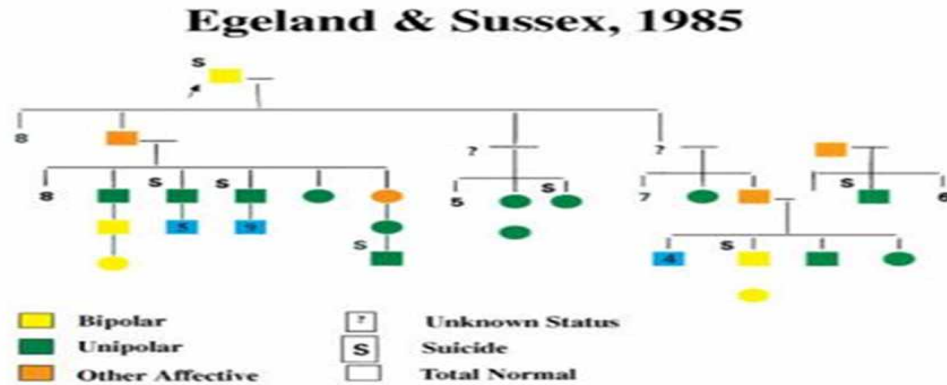


^aHorizontal lines represent mean values.

그림 8. 자살 사망자와 정상 대조군에서 전두엽의 세로토닌 활동 비교

3) 가족 연구

Egeland 등 (1985)의 암만파 가계도에 대한 연구에 의하면 자살이 4개의 1차 페디그리에 집중되어 발생하는데, 유전적으로 볼 때 이들 친족 내의 기분장애의 분포를 따라 발생하는 것으로 파악되었다(그림 9) (Egeland and Sussex, 1985).



* abstracted from Egeland & Sussex, *Journal of the American Medical Association*, 254:914-917, 1985

그림 9. All suicides ascertained for 100 year period in the Old Order Amish (mood disorder & suicide)

Pilowsky 등 (2008)의 연구에 의하면 151명의 우울증을 가진 어머니를 1년간 추적 관찰 하였을 때, 어머니의 우울증의 심각도와 아이의 정신적 증상이 연관성이 있음을 보고하였다(그림 10). 우울증을 치료하면 아이의 증상이 호전되고 어머니의 우울증이 빨리 호전 될수록 아이의 예후가 좋다고 보고하였다(Pilowsky et al., 2008).

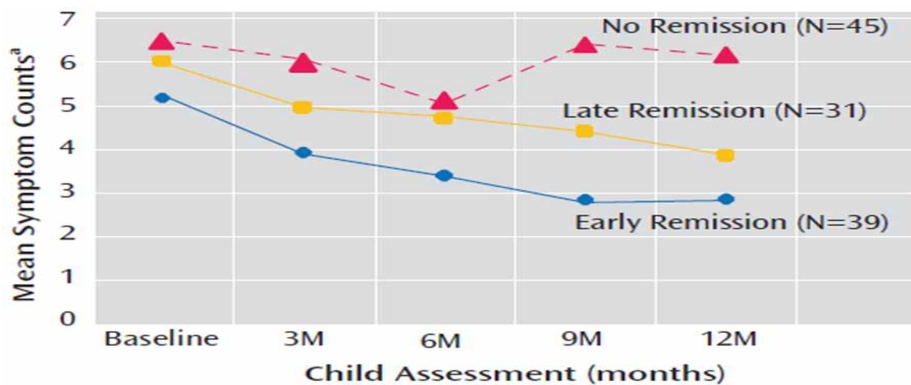


그림 10. Changes in Child Symptoms According to Maternal Remission Status

국내 우울증의 질병부담과 치료현황

또한, 전홍진 등(2009)에 의하면 의과대학생 7000명을 대상으로 한 연구에서 어린 시절에 부모에게 정서적인 학대(emotional abuse)를 경험한 경우에 평생 동안에 걸쳐 자살기도를 할 위험이 그렇지 않은 경우에 비해서 4.5 배 증가하는 것으로 보고하였다(그림 11). 부모의 정서적인 학대는 아이에 대해서 차갑고 정서적인 교류가 없는 것으로 부모가 우울증, 알코올 중독 등을 경험할 때 발생할 수 있는 것으로 나타났다(Jeon et al., 2009).

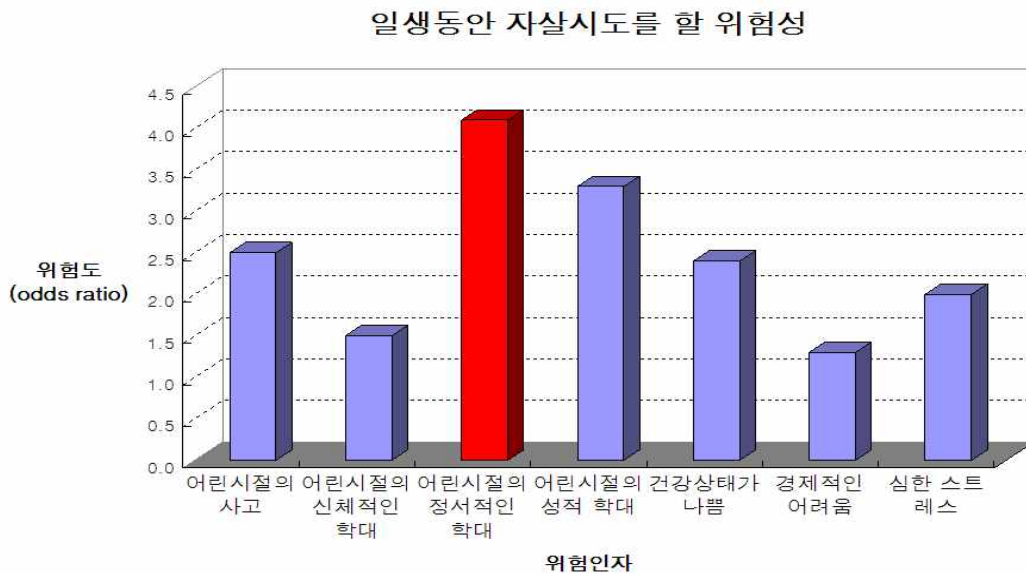


그림 11. 정서적인 학대경험과 자살기도

3.2.2.5. 자살 기도자의 예후

Tidemalm 등 (2008)이 스웨덴의 국가 코호트에서 1973년에서 82년 사이에 자살 기도로 입원했던 경우를 2003년까지 약 30년간 추적 관찰한 연구에 의하면 우울증이나 양극성 장애가 있는 경우에 30년 뒤에 남자의 약 40%, 여자의 20%가 자살로 결국 사망하는 것으로 나타났다 (Tidemalm et al., 2008).

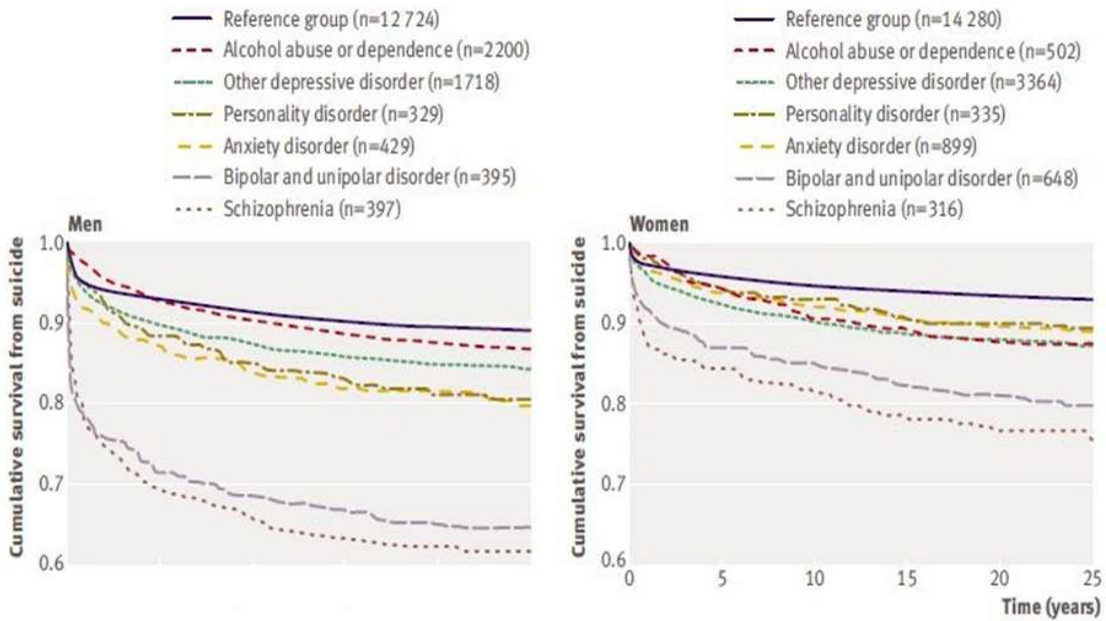


그림 12. Swedish national register based cohort study (suicide attempters n=39,685, f/u for 30 years) Reference subjects had attempted suicide but had no coexistent mental disorder within one year after the attempt.

Suominen 등 (2009)이 핀란드 국가 코호트에서 진행한 연구에 의하면 주요우울증과 심각한 자살기도로 입원한 1,820명을 4년간 추적관찰한 결과 6%가 자살로 결국 사망하였고 31%에서는 자살을 재기도하였다고 보고하였다(그림 13, Suominen et al., 2009).

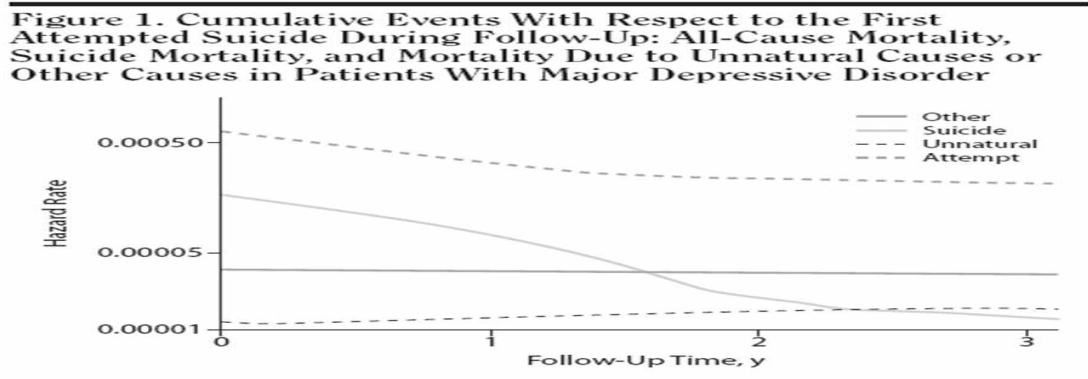


그림 13. Finland national register cohort study: MDD after serious suicide attempt

3.2.2.6. 항우울제와 자살

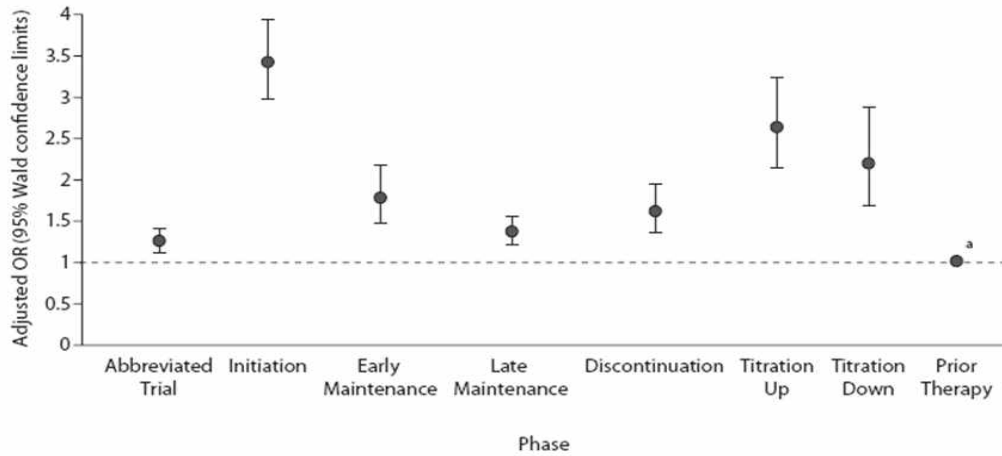
우울증의 치료에 주로 사용되는 항우울제가 오히려 자살률을 증가시킬 수 있다는 점에 대해서 많은 논란이 있었다. 미국 식품의약품안전청(U.S. Food and Drug Administration (FDA))은 2004년 항우울제를 처방 받는 2,200명의 소아 청소년을 평가한 결과, 4%에서 자살사고 또는 실제 자살기도를 포함하는 행동이 증가하였는데 이는 대조군의 2배에 달한다고 경고하였다. 2007년에는 경고를 24세까지 확대하였다(표 15).

표 15. 항우울제에 대한 FDA의 public health advisories

<p>U.S. Food and Drug Administration</p> <p>Worsening Depression and Suicidality in Patients Being Treated With Antidepressants [3/22/2004] Today the Food and Drug Administration (FDA) asked manufacturers of the following antidepressant drugs to include in their labeling a Warning statement that recommends close observation of adult and pediatric patients treated with these agents for worsening depression or the emergence of suicidality. The drugs that are the focus of this new Warning are: Prozac (fluoxetine); Zoloft (sertraline); Paxil (paroxetine); Luvox (fluvoxamine); Celexa (citalopram); Lexapro (escitalopram); Wellbutrin (bupropion); Effexor (venlafaxine); Serzone (nefazodone); and Remeron (mirtazapine).</p> <p>Antidepressant Use in Children, Adolescents, and Adults[5/2/2007] The U.S. Food and Drug Administration (FDA) today proposed that makers of all antidepressant medications update the existing black box warning on their products' labeling to include warnings about increased risks of suicidal thinking and behavior, known as suicidality, in young adults ages 18 to 24 during initial treatment (generally the first one to two months).</p>
--

Valuck 등 (2009)은 미국 의료보험 수급 대상자 47,000,000명의 의료보험 자료를 대상으로 하여 항우울제를 투여 받는 10,456명과 대조군 41,815명에서 자살기도의 위험을 비교하였다 (Valuck et al., 2009). 항우울제가 자살기도 위험을 1.74배 높이는 것으로 나타났지만, 우울증의 심각도나 공존질환, 약물 사용 등의 변인을 통제하였을 때 항우울제 사용으로 인한 자살기도의 위험도는 0.62로 낮아지는 것으로 나타났다. 하지만, 항우울제의 사용 시작 시에 자살기도의 위험이 3.5배 증가하고 용량을 증가하거나 낮추는 경우에도 각각 2.5배와 2배 정도 자살기도의 위험이 증가한다고 보고하였다(그림 14).

Figure 3. Adjusted Odds Ratios for Phases of Antidepressant Treatment^a



^aThe dotted line at OR = 1.0 indicates the value of “equal risk” (equal odds of prior exposure to antidepressants for indicated group vs referent group); OR values higher than 1.0 indicate elevated risk, OR values lower than 1.0 indicate reduced risk.

그림 14. Large case-control study for antidepressant use and risk of suicide attempt

3.2.2.7. 결론

자살이나 자살행동은 스트레스에 의한 정상적인 반응이 아니고, 우울증과 밀접하게 연관되어 있다. WHO에서는 우울증과 알코올, 약물남용에 대한 치료와 예방, 자살기도자에 대한 향후 치료와 관리를 통해서 자살률을 낮출 수 있다고 강조하였고, 최소한 20번의 자살기도가 있으면 한 번의 자살이 발생하게 된다고 보고하였다. 자살자는 이미 사망에 이른 상태이기 때문에 자살기도자를 조기에 발견하고 자살에 이르지 않게 하는 것이 자살 예방에 있어 중요하다(그림 15). 계획자살기도군의 60%, 충동자살기도군의 72%에서 정신 질환에 이환된 적이 있는데, 이 중에서 주요우울증과 알코올 의존·남용이 관련성이 가장 높은 것으로 나타났다. 따라서, 자살기도자에 있어 주요우울증을 조기에 발견하고 치료하는 것이 자살예방에 중요하다.

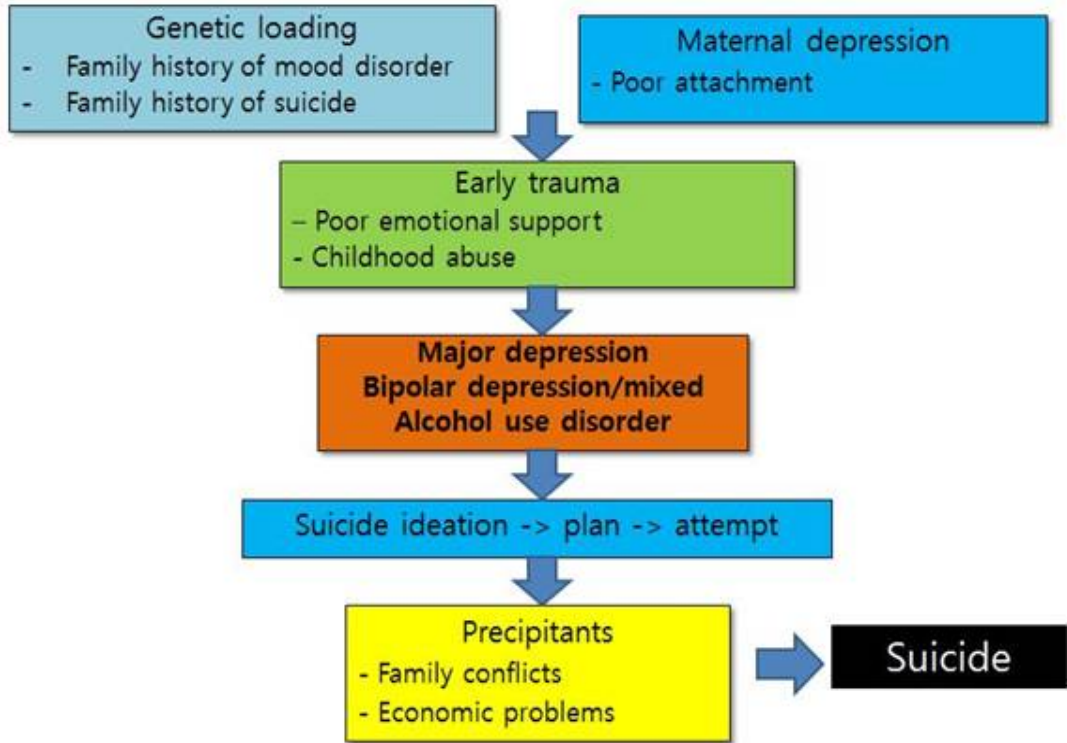


그림 15. 자살에 이르는 경로

3.2.3. 우울증의 비약물학적 치료: 문제점과 대책

박용천

한양의대 신경정신과

3.2.3.1. 현재 우리나라 우울증상의 현황과 문제점

문화적 차이

한국인 우울증의 특징은 문화적 요소를 감안해야 이해할 수 있다. 예를 들면 한국의 정신과 환자들은 마음의 갈등을 신체증상으로 호소하는 경향이 강하다. 우울증 환자의 증상에서도 신체증상이 단연 많다는 사실은 이미 정설화되어 있다. 우울증의 정신증상으로 죄책감과 자살사고가 있는데 조사자에 따라 차이가 있지만 자살사고의 출현률이 비교적 낮게 보고된 것만은 공통적이다. 입원한 각종 우울증 환자의 자살사고는 우울증의 종류, 교육 정도와는 관계가 없고 연령이 높을수록 많다. 우울증 극복 수기에 나타난 일반인의 우울증에 대한 인식을 보면 우리나라 우울증 환자들의 경우에는 '우울하다'라고 직접적으로 표현하는 경우가 드물었다. 그보다는 '외롭다, 쓸쓸하다, 짜증난다, 참을 수가 없다'는 민감한 정서상태의 호소가 많았다. 다양한 신체 증상의 호소가 많았고 전반적인 흥미나 의욕의 상실, 피로감, 사고력 저하 등 전체적인 기능의 저하를 호소하였으며 슬픔, 무가치함, 죄책감과 같은 정서의 표현은 상대적으로 적게 나타났다.

3.2.3.2. 한국에서 우울증의 비약물학적 치료의 현황과 요구도

환자의 요구도에 비해 우울증 관련 심리적 치료가 현재 만족스럽게 제공되지 못하고 있다. 2006년 1월 한 달 전국 8개 의료기관 우울증 치료환자 570명을 대상으로 20여 문항의 설문지법을 사용하여 치료 현황, 치료의 만족도, 환자들의 요구와 기대 등을 조사하였더니 상당수 환자들이 현재의 정신과 면담에 대해 양과 질 모두 만족스러워하지 않았다. 환자들은 우울증에 대한 정보를 얻기 위해 대부분 전문가 상담과 대중매체를 이용한다고 답하였다. 우울증에 대한 유용한 정보에 대해 80% 정도의 환자가 주치의로부터 직접 설명듣기를 가장 선호하였다. 결론적으로 환자들은 정신과 진료에 대한 믿음이 있고, 정신과 의사를 의지하며, 우울증의 원인으로 스트레스 및 환경적 요인을 이해하고 있었고, 치료에는 약물 및 심리적 치료의 중요성을 인식하고 있었다. 하지만 실제 관심은 증상의 해소에 머무르고 있었다.

3.2.3.3. 우울증에서 권고할 수 있는 자기관리 방법

왜 자기 관리방법(self care, self help)인가? 우울증에 대한 전문적인 치료는 많이 알려졌지만 우울환자의 50%만이 전문적인 치료를 받는 것이 현실이다(호주의 경우). 환자들은 대체요법 CAM(Complementary Alternative Medicine)과 자기 관리방법(self help, self care)을 선호하기 때문이다. 따라서 환자들이 원하는 것에 대한 올바른 정보를 제공해야 할 필요가 있다. 호주의 경우를 보더라도 비타민, 한약(57%) 항우울제(29%) 등이 우울증에 효능이 있다고 믿고, 미국도 우울증 환자들이 대체요법을 많이 찾는다. 이러한 상황에서 근거를 바탕으로 한 자가치료를 제공하는 것이 일반인이나 환자들에게는 시급하다. 그래서 근거중심으로 이들에 대한 조사를 하였는데 결과는 다음과 같다.

체계적 고찰에 의한 평가

근거 수준(Evidence Level)은 I - 모든 타당한 RCT(randomized controlled trial), II - 최소 하나의 RCT, III - 잘 구성된 유사 RCT, IV - 사례보고들, V - 전혀 없거나 최소의 근거 등의 기준으로 분류하였다.

1) 약품(Medicine)

Ginkgo Biloba, 동종요법(Homeopathy). 자연 프로게스테론(Natural progesterone), SAME, 성요한 초(St. John's wort), Selenium, 비타민(엽산) 등이 효과가 있다고 알려졌는데 성요한 초 이외에는 아직 근거 자료들이 부족한 상태이다.

2) 침(Acupuncture)

전기 침이 삼환계 항우울제(TCA)만큼 효과가 있다. Norepinephrine, Serotonin을 자극한다, 근거수준은 Level II이고 결론은 유망(Promising)이며 추후 연구를 필요로 한다.

3) 공기 이온화(Air ionization)

공기 중 음이온을 증가시켜 겨울철 우울증(winter depression)을 치료한다. 음이온이 serotonin을 증가시킬 것으로 추정된다. 근거수준은 Level II - 겨울철 우울증(winter depression), Level V - 기타 우울증(other depression)이다. 결론은 유망(Promising)이고 겨울철 우울증에 근거가 있다고 할 수 있다.

4) 광선치료(Light Therapy)

일주기리듬(Circadian rhythm)을 활성화 시킨다. 근거수준은 Level I – 겨울철 우울증(winter depression), Level II – 비 계절성 우울증(non seasonal depression)이다. 결론은 효과적(Effective) – 겨울철 우울증(winter depression), 도움(Helpful) – 비 계절성 우울증(non seasonal depression)이다.

5) 마사지(Massage)

뇌파(EEG) 상 우측 전두엽에서 좌측 전두엽으로 활성화의 이동이 일어난다. 근거수준은 Level II이다. 결론은 단기적으로는 효과 있고, 장기적으로는 평가 유보이다.

6) 향기요법(Aromatherapy)

과학적 근거가 없다. 근거수준은 Level V이다. 결론은 근거 없음인데. 마사지와 함께하면 효과가 있다고 한다.

7) 독서요법(Bibliotherapy)

대부분 인지행동치료(CBT)모델을 사용한다(예: “Feeling good”, “Control your depression”). 책의 지시사항을 따라하며 부정적 감정을 조절한다. 근거수준은 Level I이다. 결론은 유망(Promising)이고, 표준치료와 비교가 필요하다. 심한 우울증에서는 시험되지 않았다.

8) 운동(Exercise)

Endorphin을 분비시킨다. 근거수준은 Level I이다. 결론은 어느 운동이든 효과 있는데 기간이 길면 더 유리하다.

9) 명상(Meditation)

우울증보다는 스트레스, 불안에 추천된다 영성적인 목표 없이 이완방법으로 쓰일 수 있다. 근거수준은 Level II이다. 결론은 더 충분히 평가되어야 함이다.

10) 이완요법(Relaxation therapy)

대부분 점진적 근육이완(progressive muscle relaxation)이다. 삼환계항우울제(TCA)나 인지행동치료(CBT)만큼 효과 있다. 근거수준은 Level II이다. 결론은 유망(Promising)이며, 대규모 연구가 필요하고 장기간 추적조사가 필요하다.

11) 요가(Yoga)

신체와 정신적 조절과 안녕을 이루기 위한 운동이다. 스트레스와 불안 해소를 위해서도 사용한다. 근거수준은 Level II이다. 결론은 유망(Promising)이며 좀 더 연구가 필요하다.

요약하면 가장 근거 있는 것으로는 성요한 초(St. John's wort), 운동, 독서치료, 광선치료이다. 제한된 근거로는 침(acupuncture), 광선치료(light therapy), 마사지(massage therapy), 음이온(negative air ionization), 요가(yoga), 이완요법(relaxation therapy), SAME, 엽산(folate) 등이고 표준치료로는 항우울제와 인지행동치료(CBT)가 있다.

3.2.3.4. 비약물학적 치료 지침

현 상황에서 임상적용 가능성

1) 운동

이번 지침서 작성 중 가장 구체적인 결과를 보였다. 100여 년 전부터 운동의 효과는 알려졌다(예: 매일 30분 이상 약간 숨이 차는 정도로 걷기), 개선방향으로는 실제 한국인에게 적용 연구가 필요하고, 좀 더 다양한 운동방법을 소개할 필요가 있다.

2) 독서치료

우울증상의 유의미한 감소가 나타난다 아직 우리나라는 독서치료용 도서가 없다. 교양 도서가 아니라 자기치료 서적(self-help book)을 말한다. 우울증 치료라는 특수 목적을 위하여 제작된 도서라야 한다. 개선방향으로는 번역, 창작, 검증 과정이 필요하다. 인터넷과의 연계 가능성이 있다.

3) 인지행동치료

이미 검증된 치료법이다. 단독 약물치료와 동등한 수준의 효과를 보인다. 최근의 연구 결과물의 숫자는 다소 미흡하다. 치료자가 되려면 반드시 체계적인 훈련을 받아야 한다. 개선방향으로는 인지행동치료 보급의 활성화와 우리나라의 임상자료 확보가 필요하고 인터넷을 활용한 인지행동치료의 보급이 필요하다.

4) 대인관계치료

이미 검증된 치료법이다. 단독 약물치료와 동등한 수준의 효과를 보이나 아직 우리나라에 교육프로그램이 없다. 개선방향으로는 정신과 전문의라면 이해가능하기 때문에 각자 또

는 집단으로 적용연구 기도가 가능하다. 외국의 교육프로그램을 도입, 또는 자체 개발하는 방법도 있다.

5) 단기 정신역동적 지지정신치료(Short-term Psychodynamic Supportive Psychotherapy: SPSP)

왜 SPSP 인가? 약물치료 단독과 비슷한 수준의 효과를 보인다. 우리나라 정신과 전문의 고시에서 역동정신치료에 대한 구두시험이 있어 우리가 가장 쉽게 접근할 수 있는 치료법이다. 16회로, 단기 지지정신치료에 대한 새로운 평가가 가능하며 전체적인 정신치료의 기술 향상에 도움이 된다. 아직 한국에 도입되지 않은 상태이다. 개선방향으로는 교범(Manual)의 확보 및 한국어 번역 보급이 필요하다. 한국에서 임상적 적용 및 평가도 시행되어야 한다.

요약하면

- A. 우리나라 우울증은 문화적 특성을 고려해야 한다.
- B. 치료현황에 대한 불만과 비약물학적 치료의 요구가 있으나 부응하지 못하고 있다.
- C. 비약물학적 자가치료법에 대한 소개가 필요하다.
- D. 운동, 정신치료 등 비약물학적 치료에 대한 추가연구 및 지원이 필요하다.

3.2.4. 비약물적 치료와 항우울제 약물순응도의 관계

안정훈

한국보건 의료연구원

선행연구들(근거중심한국형 우울증 비약물적 치료지침서, 2010)에 따르면 단기정신역동적 지지치료(Short-term psychodynamic supportive psychotherapy)와 대인관계치료와 같은 비약물치료법과 약물요법을 병행하는 병합치료가 치료중도탈락율을 낮추고 더 효과적인 치료결과를 기대할 수 있다고 알려져 있다. 하지만 비약물치료에 대한 관심은 여전히 부족한 실정이라 본 분석에서는 한국의 실제 임상에서 사용되고 있는 비약물치료법의 현황과 항우울제 약물투약순응도와와의 관련성을 검토하였다.

본 분석에서는 건강보험심사평가원 청구자료를 이용하여 2006년에서 2008년 사이 전국 의료기관을 방문하여 한번 이상 우울증¹⁾ 진단을 받은 환자 중 최소 1년 이내 우울증으로 1회 이상 입원을 하거나 2회 이상 외래를 방문한 사람(290,188명)으로 한정하여 분석을 시행하였다. 비약물치료법은 크게 개인정신치료, 집단정신치료, 가족치료, 지속적 수면요법, 정신의학적 사회사업으로 분류하였다(표 16).

개인정신치료 중 지지요법은 정기적인 진료로 이루어지는 것으로 판단되어 이를 제외하고 분석을 시행하였다²⁾. 항우울제의 투약순응도는 180일 이내에 항우울제를 처방받은 총 투여일수³⁾로 정의하였으며 180일 중 75% 이상 즉 135일 이상 항우울제를 처방받은 경우 항우울제 투약에 순응했다고 정의하였다.

1) 주상병명 또는 1-9부상병명에 F32.X(우울증 에피소드), F33.X(재발성 우울증), F34.1(기분부전증), F41.2(혼합형 불안우울장애), F38.1(기타 재발성 기분장애)이 포함되면 우울증으로 정의함
2) 개인정신치료에서 지지요법을 포함한 경우에 대해서도 분석을 시행하였으나 결과에서 큰 차이를 보이지 않아 이를 제외하고 분석함
3) Medication Possession Ratio(MPR) = 실제로 처방받은 일수 / 약물을 투약받아야 할 것으로 기대되는 일수

표 16. 비약물적 치료법

개인정신치료	
NN011	가. 지지요법
NN013	나. 집중요법
NN012	다. 심층분석요법
집단정신치료	
NN021	가. 일반집단정신치료
NN022	나. 분석집단정신치료
NN023	다. 정신치료극
가족치료	
NN031	가. 개인
NN032	나. 집단
NN040	작업 및 오락요법 [음악, 서화, 조각, 운동, 작업 등]
NN050	약물이용면담
지속적 수면요법	
NN081	가. 전기
NN082	나. 약물
NN083	다. 마취
NN090	정신과적재활요법
NN100	정신과적응급처치
정신의학적사회사업	
NN111	가. 개인력조사
NN112	나. 사회사업지도
NN113	다. 사회조사
NN114	라. 가정방문

비약물치료법의 연도별 처방양상을 확인할 결과 2006년 593,465건, 2007년 596,589건이던 것이 2008년 450,567건으로 크게 감소한 양상이 나타났다. 이는 개인정신치료 중 지지요법을 포함하여 분석한 경우에서도 크게 다르지 않았는데 오히려 이 경우에는 비약물치료법의 처방건수가 2006년에 비해 2007년도에 증가하던 추세가 2008년에 급격한 감소를 보였다. 이는 3년간 항우울제 처방건수는 지속적으로 증가하는 양상과 대조적인 결과이다(그림 16).

국내 우울증의 질병부담과 치료현황

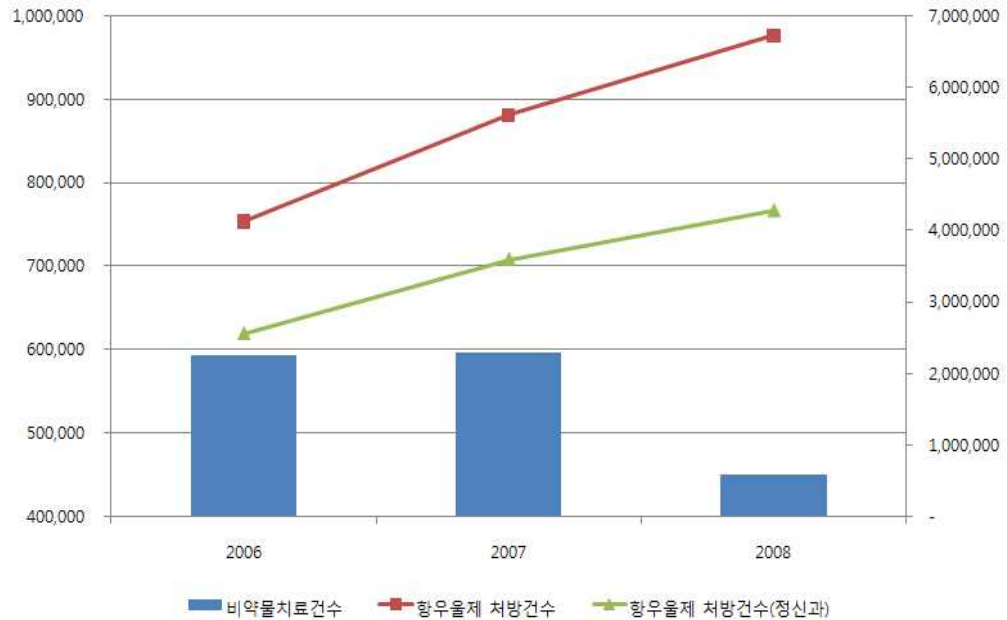


그림 16. 비약물치료법의 처방건수

비약물치료법의 세부분류별로 추이를 확인할 결과 개인정신치료의 처방건수가 전체 비약물 치료법의 75%를 차지하였고 그 다음으로 가족치료, 집단정신치료, 정신의학적 사회사업, 지속적 수면요법 순으로 나타났다. 비약물치료법 내에서의 각 치료법의 비중은 연도별로 큰 차이가 없었으며 2008년에 모든 비약물치료법의 처방빈도가 낮아지는 경향을 보였다.

성별에 따라 비약물치료법의 빈도를 비교한 결과 여성에서의 비약물치료법의 처방빈도가 남성에 비해 높았다. 세부 치료법 중에서는 집단정신치료, 지속적 수면요법, 정신의학적 사회사업에서는 남성의 빈도가 높았고 여성에서는 개인정신치료, 가족치료의 빈도가 높은 것으로 나타났다. 의료기관종별로 비약물치료의 처방분포를 살펴본 경우에는 개인정신치료의 처방빈도는 종합전문병원, 병원, 의원, 종합병원 순으로 나타났으나 집단정신치료, 지속적 수면요법, 정신의학적 사회사업에서는 종합병원에서의 처방빈도가 가장 높았다.

전체 환자 290,188명 중 비약물치료를 1회 이상 받은 환자는 87,380명으로 30.1%를 차지하였다(개인정신치료 중 지지요법을 포함한 경우는 203,037명(70.0%) 이 비약물치료를 1회 이상 받은 것으로 나타났다). 비약물치료를 받은 환자 중 환자당 치료횟수는 평균 4회 정도인 것으로 분석되었다(개인정신치료 중 지지요법을 포함한 경우 평균 5.5회).

비약물치료의 치료횟수에 따른 항우울제 투약순응도를 살펴본 결과 남성에서는 비약물치료를 4회 이상 받은 경우 투약순응도가 비약물치료를 받지 않은 군에 비해 높아지는 경향

성을 보였고, 여성의 경우는 3회 이상이면 투약순응도가 높아지는 경향을 보였다⁴⁾(그림 17). 다시 말해 일정 횟수 이상 비약물치료를 항우울제 치료와 병행할 경우 항우울제 투약순응도를 높이는 효과를 보이는 것으로 나타났다.

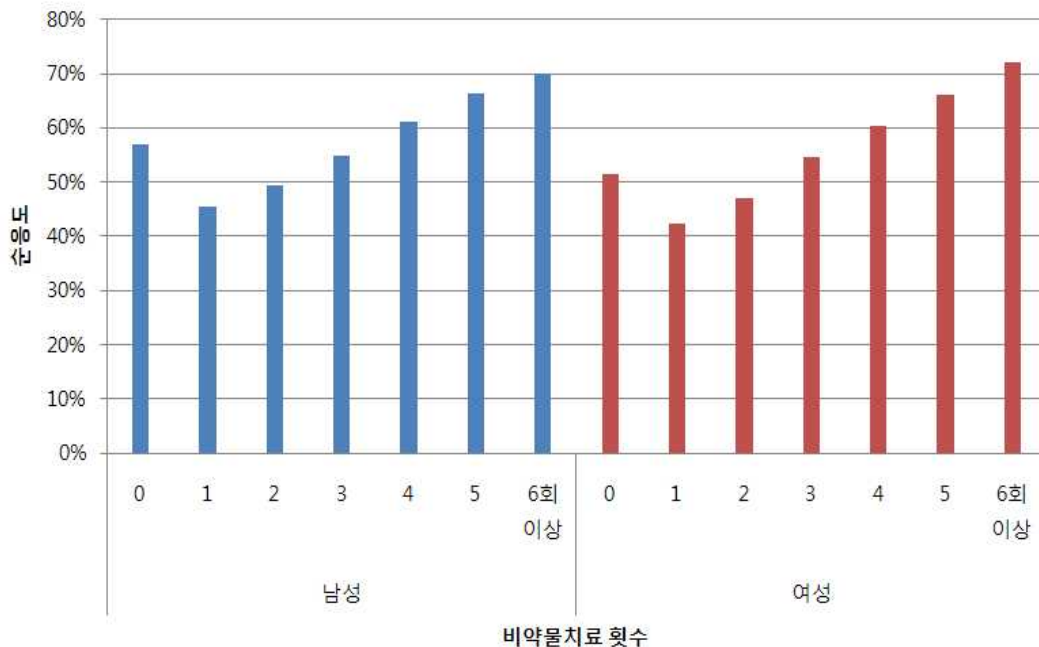


그림 17. 비약물치료법의 치료횟수에 따른 항우울제 투약순응도

항우울제 투약순응 여부와 우울증의 재발⁵⁾ 추정변수들간의 관련성을 살펴보았다. 항우울제 투약에 순응한 군에서 우울증 재발 변수 중 정신질환입원과 우울증 및 기타 정신질환으로 인한 응급실방문이 높게 나타났다. 이와 반대로 투약순응군에서 자살기도와 항우울제를 6개월 이후 재사용의 빈도는 낮았다. 항우울제 투약순응군에서 1,000명당 약 1건의 자살기도 감소효과를 보였다.

비약물치료법과 자살기도간의 관련성을 살펴본 경우에는 30세 미만 연령군에서는 비약물치료법을 받지 않은 군에서 자살기도 횟수가 높았고, 30-60세, 60세 이상군에서 비약물치료를 받은 군에서 자살기도가 높게 나타났다. 이 분석은 비약물치료법을 1회 이상 받은 경우와 그렇지 않은 군으로만 분석한 결과로 앞서 분석결과에서 언급하였듯이 항우울제

4) 개인정신치료 중 지지요법을 제외한 분석결과

5) 본 분석에서는 첫째 우울증 혹은 다른 정신과적 질환으로 인해 정신과에 입원하여 치료를 받은 경우, 둘째 우울증으로 인한 응급실 방문 혹은 항우울제를 처방받은 경우, 셋째 자살을 기도한 경우 넷째, 우울 삽화 시작부터 6개월 이후 마지막 항우울제를 처방받은 이후 다시 항우울제 치료를 시작한 경우 중 한 가지 경우라도 발생하면 우울증이 재발한 것으로 조작적 정의하였음

국내 우울증의 질병부담과 치료현황

투약순응도가 높아지는 경향을 보인 3-4회 이상 비약물치료법을 받은 군으로 분류하여 재 분석이 필요할 것으로 판단된다.

위의 분석결과들은 제한된 자료를 이용한 분석들로 한계점을 가진다. 특히 비약물치료법의 청구자료가 부족하고, 타당도 문제 등으로 인해 자료 해석에 주의를 기울여야 한다. 자료의 한계로 인과관계로 해석하기에는 어려움이 있지만 일정횟수 이상의 비약물치료를 받는 것은 항우울제 투약순응도를 높이는 효과가 있는 것으로 나타났고 항우울제 투약순응군에서 자살기도의 횟수가 낮아지는 경향성을 보였다. 즉, 항우울제 치료시 비약물치료의 병행치료로 투약순응도가 높일 수 있으면 자살기도를 낮출 수 있을 것까지 기대할 수 있다는 것이다. 하지만 항우울제 사용은 증가하고 있는 반면 비약물치료법은 2008년에 급격히 줄어들고 있는 점을 확인할 수 있어 우울증 치료에서 비약물치료를 활성화할 수 있는 개선책이 필요할 것으로 판단된다.

3.2.5. 외국의 우울증으로 인한 자살 방지 대책

우종민

인제대학교 서울백병원 신경정신과

3.2.5.1. 자살에 대한 사회적 인식 제고

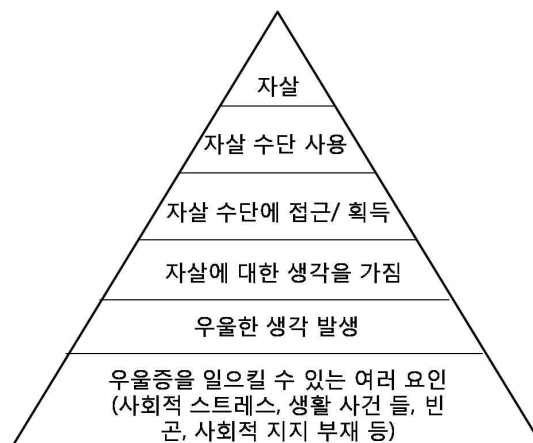
우리는 웰빙(Well-being)의 시대에 살고 있다. 하지만 동시대 같은 사회의 한편에는 스스로 목숨을 끊는 행위가 반복 되고 만연하고 있다. 문제는 사회적 인식이다. 자살이 문제를 정면으로 해결하지 않고 은폐하거나 회피하는 '바람직하지 못한' 방법이라는 데에는 많은 사람이 동의하지만, 그래도 자살이 '선택 가능한' 하나의 행동방식인 것처럼 받아들이는 태도가 날로 증가하는 자살의 저변에 깔려있다.

소설가 김영하 씨의 작품 중 '나는 나를 파괴할 권리가 있다'라는 소설이 있다. 프랑수아즈 사강(Francoise Sagan)이라는 프랑스의 유명한 작가가 한 말을 제목으로 지은 소설로 주인공인 자살 도우미가 고립된 일상에서 무미 건조해하는 등장인물들의 자살을 도와주는 역할을 한다. 이 소설에서 자살은 일상의 반복에서 벗어나기 위해 일상에서 완전히 벗어나는 것, 즉 죽음이 일상을 벗어 날 수 있는 유일한 비상구로 그려지고 있다. 마지막 자유 의지로서 죽음을 택하는 인간의 모습을 묘사하면서 삭막하고 안타까운 현대 한국 사회에 대한 비판이 묻어 있는 소설이다. 이 소설을 사회정신의학적인 관점에서 본다면 우울 증상을 앓고 있는 일반인이 우울의 늪을 벗어나기 위해 마지막 자기 의지의 표시로 자살을 택한다고 생각해 볼 수 있다. 그러나 정말 자살이 '자유 의지'로 선택할 수 있는 것인지, 아니면 대뇌에 문제가 생겨서 자유 의지와 무관하게 진행된 질병 행동인지 과학적 근거에 기반하여 검토할 필요가 있다. 자살이 자살자를 기억하는 많은 가족과 친지들에게 큰 정신적 상처를 주는 이상, 자살을 개인적 행위로 치부할 수만도 없다. 만약 소설 속의 자살 도우미 대신 주인공이 정신과 의사나 심리학자, 사회 보건 요원을 만났다면 어떻게 되었을까? 우울증 환자가 마지막으로 자신의 자유 의지를 표현 할 수 있는 방법이 정신과 병원이나 정신보건 센터를 방문하는 것이었다면, 자살은 많이 줄어들지 않았을까? 자신을 그토록 자책하게 만들었던 무기력감, 업무능력 저하, 불안과 초조, 무미건조한 나날이 우울증의 증상이라는 것을 알았더라면, 그리고 그에 대한 적절한 치료가 가능함을 알았다면, 고귀한 인간의 생명이 세상에서 사라져 버리는 일은 크게 줄어들 것이다.

3.2.5.2. 자살에 대한 새로운 규정

자살을 한 마디로 정의한다면, '예방 가능한 의학적 상태'이다. 적절한 정신건강 체계와 자원을 가지고 적절한 행동을 취할 수 있다면 예방 가능한 의학적 보건학적 문제이다. 자살 예방이란 자살률과 그 치명성 그리고 자살 행동의 결과를 줄일 수 있는 모든 관련 활동을 의미한다. 따라서 자살 예방 활동은 자살 행동과 자살의 선행 조건을 중심으로 해야 한다. 생물학적, 심리학적, 사회학적 관점에서도 자살행동을 조명하고 그에 대한 대응책을 준비하는 것이 필요하다. 지난 2008년 우리나라 자살사망자 수는 1만 2858명, 자살사망률은 인구 10만 명당 26명으로 자살은 우리나라 주요 사망원인 중 암, 뇌혈관질환, 심장질환 다음으로 4위를 차지했다. 특히, OECD(경제협력개발기구)국가들의 평균자살사망률이 최근에 11.2명인 것을 감안하면, 2배 이상 높은 수치로서 자살이 우리가 생각하는 것보다 더 심각한 수준임을 알 수 있으며 더 이상 개인에만 책임을 미룰 수 없는 사회적인 개입이 필요한 상태이다.

어떤 사람이 스트레스 등의 자살 위험 인자의 영향을 받아 우울증, 알코올 중독이 생기고 이 질환들이 점점 진행 되면서 위험한 수준에 이르러 결국 자살이라는 최후의 행동을 하게 된다는 '자살의 경로'라는 개념적인 틀이 있다. 이 개념은 자살의 약 90% 이상이 우울증이나 다른 정신건강상의 문제가 일시적으로 또는 계속 되면서 만들어 지지만 치료나 조절은 가능하다는 지금까지의 조사 연구 결과를 토대로 하고 있다. 이러한 개념에서 자살 예방이란 낮은 수준의 자살 위험이 더 위험한 수준으로 진행하지 못하도록 단계별로 개인, 사회환경 등을 대상으로 예방적인 개입을 하는 것을 말한다.



1996년 UN과 WHO는 '자살 예방을 위한 국가전략 개발' 이라는 보고서에서 자살행동에 정부가 관심을 두고 자살 행동을 줄일 수 있도록 권고 한 바 있다. 그리고 자살 예방을 위해 우울증과 같은 정신질환 대책 수립은 물론 자살 예방에 대한 사회적 연대와 책임감을 강조하면서 포괄적인 정책을 강조 하였다. 국가 차원의 자살 예방 전략을 수립한 대부분의 국가는 자국의 특성과 특수한 문제점에 초점을 두어 주제를 선정하고 예방전략을 수정 하고 있다.

3.2.5.3. 자살예방에 대한 미국 학술위원회 의학연구소(Institute of Medicine, IOM)의 권고

국가 자살 예방 전략에 대해 미국 학술위원회 의학 연구소(Institute of Medicine; IOM) 에서 권고한 내용에 필자의 경험을 반영하여 정리해보았다.

가. 권고 사항 1

미 국립 정신건강 연구소(The National Institute of Mental health)에서는 다학제 연구를 위해 자살 연구를 위한 전국적인 네트워크 구축 및 생애 전 주기의 추적 관찰이 필요하다고 언급하고 있다. 이를 위한 구체적인 접근 방식은

1. 자살은 일반 인구에서 발생 빈도가 낮기 때문에 적어도 100,000명 이상의 표본이 필요하며, 자살에 영향을 줄 수 있는 인구학적 정보가 필요하다. 자살 예방을 위한 정확한 데이터는 예방 계획을 세우는 데 가장 필수적인 부분 중 하나이다. 네트워크는 미국인들의 다양한 문화, 인종, 종교적인 부분을 모두 고려할 수 있도록 구축되어야 하며 자살 고위험군 환자에 대해서는 통시적으로 정기적인 관찰과 위기 개입을 할 수 있도록 설계해야 한다. 또한 등록된 자살 고위험군 환자에 대해 전향적(prospective)인 자살 발생에 대한 연구를 시행해서 생물학적, 사회심리적, 인종적 요인이 구체적으로 자살 기도에 어떤 영향을 미치는지 파악하는 것이 필요하다.

2. 데이터 수집과 동시에 이미 개발된 자살 예방 프로그램에 대해서도 각 병원 및 센터에서 실제 사용함으로써 실제 프로그램의 효용성, 치료 연속성, 자살 기도 후 퇴원 환자의 자살 재기도 시 병원에 대한 접근성을 평가하는 것이 필요하다. 또한 이를 통해 자살 기도 환자의 데이터 수집을 추가적으로 할 수도 있다.

3. 자살 기도 및 자살 환자가 의료 기관으로 왔을 때 환자의 모든 데이터를 의무적으로 수집해서 추적 관찰 하는 것이 필요하다. 임상시험에서 자살 위험성이 높은 사람이 있으면 시험에서 배제되는 것 역시 데이터 수집을 방해하는 중요한 문제로 자살의 위험성이 있는 사람의 데이터가 적절한 평가 도구를 이용해 전문적으로 훈련된 사람들에 의해서 평가하고 분석함으로써 자살 예방을 위한 중요한 정보를 얻을 수 있다.

한편 심리학자의 가이드라인 등에 의하면 자살 위험이 있는 사람들은 자살 기도 이후의 책임에 대해 부담을 느껴 더 이상 상담을 하지 않고 중단시키도록 되어 있어 그 이후 환자 들의 자살 행위에 대한 평가가 이루어 지지 않는 경향이 있다. 또한 일차 진료의의 자살환자 회피 역시 자살 연구에 필요한 데이터 수집에 악영향을 주는데 이런 부분들에 대한 제도적인 개입이 필요하다.

나. 권고 사항 2

국가적인 자살 환자에 대한 추적 관찰 시스템의 개선이 필요하다. 이를 위해서는 정부 기관들의 자살기도자 등록, 위기 개입, 유전 연구 등에 대한 관심이 필요하고 장기적인 재정 지원이 필요 하다. 또한 자살 기도에 대한 구체적인 위험 요소들에 대해 연구가 필요하다.

다. 권고 사항 3

일차 의료 담당자가 자살 환자들이 접근 할 수 있는 유일한 의학적인 창구일 수 있기 때문에 이들이 자살 위험 환자를 발견할 수 있는 검진 도구와 조기 발견 프로그램이 필요하다. 일차 진료의는 이런 도구를 통해 자살 위험도가 높은 환자를 정신과 전문의에게 환자를 의뢰 할 수 있다. 따라서 정신과 전문의는 일차 진료의나 정신보건 센터 요원이 적절히 자살 환자를 평가 할 수 있도록 교육해야 하며 정부에서는 이를 제도적으로 마련하는 것이 필요하다.

1. 이를 위해 미국에서는 1차 진료에서 정형화된 toolkit 체크리스트를 이용하여 자살을 기도한 사람에게 해야 할 질문과 제공해야 할 정보를 제공한다. 또한 자살 환자를 일차적으로 대면하는 응급실에서는 내원 환자 중 10%가 자살을 하나 모든 환자가 의료진에게 자살에 대한 이야기를 하지 않기 때문에 환자가 자살의도가 있는지 직접적으로 물어보는 것이 필요하다. 이를 위해서도 정형화된 Toolkit을 제공 하여 자살 의도가 징후를 확인할 수 있도록 하고 각 징후마다의 대처법에 대해 정보 제공을 하고 있다. 아울러 응급실에 온

자살 기도자 중에서 10명 중 1명이 2달 이내에 자살한다는 보고가 있으며 환자의 퇴원 시 확인해야 하는 것, 고지해야 하는 것 등을 체계화한 Toolkit 역시 제공 된다.

2. 다층적인 자살 예방 프로그램은 자살률을 줄이는 데 효과적인데, 이를 효과적으로 활용하기 위해서는 고위험군 환자들이 프로그램에 접근하는데 방해가 되는 장애물을 제거하는 것이 우선되어야 하며 지역사회와 다양한 계층에서 광범위하게 접근하는 것이 필요하다. 미 공군의 universal program미 육군의 Military One 프로그램이 예가 될 수 있는데 참전용사나 가족들의 우울이나 어떤 문제, 자살 사고 등에 대해 단순한 상담뿐만 아니라 적극적으로 미디어나 지역 사회, 학교 교육을 이용하여 다루어 주는 프로그램으로 운영되고 있다.

3. 환자 자신에게는 평상시나 병원에서 퇴원 시 safety plan을 미리 작성 하는 것이 도움이 된다. Safety plan은 어떤 사람이 위험하고 될 위험할 때 하는 위기 관리방법으로 계약서 양식으로 warning sign에 대한 안내, 대처방법에 대한 안내, 내가 도움을 받을 수 있는 사람 등을 미리 예상하게 하여 자살 위기가 있을 때 참조하도록 하는 구조화된 교육 방식이다.

최근 연구결과에 의하면 응급실에서 인지치료, safety planning을 함으로써 자살률이 많이 하였다는 결과가 제시되었으며 자살을 기도한 사람들을 1시간 30분간 위기 개입을 한 뒤 1년 6개월 이후 추적 관찰한 결과 자살한 확률이 감소했다는 연구결과도 있다.

라. 권고사항 4

우리나라의 경우 자살 환자의 경우 보험 적용이 되지 않는다. 미국의 예에서 보듯 비약물적 치료에서 상담에 대해 보험혜택을 받지 못한 사람들에서 자살이 21.7% 증가했다는 자료가 있으므로, 심리사회적인 치료에 대해서도 보험 재정의 지원이 필요하다. 비용을 절감하기 위해 심리사회적 치료를 줄였을 때 자살률이 4배 이상 증가한 연구 결과 역시 이를 방증 한다. 또한 학교 교육에서 긍정주의 또는 스트레스 대처 방법에 대한 교육이 필요하고 이에 대한 국가 기관에 의한 재정적인 지원이 필요하다.

미 식약청의 노력

최근 광범위하게 사용되고 있는 항우울제 SSRIs의 자살관련성이 제기된 후, 미 식약청(FDA)에서는 pre-post marketing data에서 자살 사례가 보고된 모든 약제에 black box warning을 발동했고, 이후 하나하나 역학 조사를 통해 위험성 여부를 규명하고 있다.

자살에 대해 용어 정의가 서로 달라서 혼동이 있는 바, FDA는 Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA)가 제안한 용어를 승인함으로써 연구자와 제약업체가 표준적인 용어를 사용하도록 노력하고 있다. 임상적으로 유용하지 않은 '자살위험성(suicidality)'란 말은 더 이상 권장하지 않으며, 자살 사고(ideation), 자살 행동(behavior), 자살 기도(attempts), 자살(suicide)로 구체화하여 용어를 제시하고 있다.

최근에는 모든 약제의 임상시험에서 자살 관련 위험성을 평가하도록 권장하고 있고, 특히 신경계 (부)작용기전이 있는 약제에 대해서는 이를 의무화하고 있다. 이를 위해 임상시험 과정에서 자살 위험성을 평가하는 표준화된 도구가 필요한데, FDA에서는 이를 Columbia대학 Kelly Posner 교수팀에 위탁하였다. Posner교수는 FDA-commissioned study examining the relationship between antidepressants and suicidality in children의 책임연구자로서 자살 위험성 평가 척도인 C-CASA(후향적 평가도구)와 C-SSRS를 개발하였고 이것이 다른 약 연구에도 적용되고 있다. 위약대조군 연구에서 reporting bias를 줄이기 위해 - 즉 placebo복용자에게 부작용이 과소 보고되는 것을 막기 위해 - 모든 임상시험의 rater를 교육하며, 모든 CNS 약물의 임상시험에서 C-SSRS등 C-CASA compatible screening instrument를 사용하여 치료 중 발생한 자살사고와 행동(treatment-emergent suicidal ideation and behavior)을 평가하고 문서로 기록하도록 요구하고 있다. 아울러 자살 위험성이 높은 환자를 임상시험에 포함하여 자살 관련 변인이 약물 치료로 어떤 추가적 위험성이나 이익을 얻는 지 시판 전(premarket) 평가를 하도록 하고 있다.

(참고1. http://www.mentalhelp.net/poc/view_index.php?idx=119&d=1&w=6&e=354)

참고2. <http://www.newscientist.com/article/mg19826524.900-suicide-risks-from-drugs-may-be-exaggerated.html>)

3.2.5.4. 소결

우리사회에서는 자살이 선택 가능한 하나의 대안인 것으로 인식되고 있으며, 사람들은 자신의 체면을 손상하는 것보다는 자살을 선택할 수 있는 하나의 방법으로 생각하고 있는 경향이 많다. 자살은 이루어짐으로써 끝나는 것이 아니라 이후에 수많은 무거운 문제를 낳고 사회에 심리적인 충격과 함께 사회 경제적인 부담을 지운다. 실제로 자살은 치료 가능

한, 치료를 해야 할 의학적인 문제이나 우리나라는 그에 대한 체계적인 역학 연구나 그에 바탕을 둔 구체적인 예방 프로그램은 존재하지 않는다. 미국 학술위원회 의학연구소 (Institute of Medicine; IOM)의 권고는 자살을 예방가능한 의학적인 상태로 보고 구체적인 권고를 제시하는 것으로 현재 자살 예방에 대한 관심이 커지고 있는 우리 사회에 던지는 의미가 크다고 할 수 있다.

3.3. 토의 내용

3.3.1. 국내 우울증 현황

1) 우울증 현황

국내 우울증 현황은 2006년 정신건강실태조사에 의하면 평생유병률은 5.6%, 일년유병률은 2.5%로 나타났다. 이를 국내 인구수를 바탕으로 추정 시 평생 우울장애를 한 번이라도 앓는 사람은 약 2백만 명이며, 2010년 현재 우울장애를 앓고 있는 사람은 약 1백만 명으로 추정된다.

앞서 추정된 2백만 명은 의학적으로 지속적인 관심을 받아야 하는 상태이며, 현재 우울증을 앓고 있는 1백만 명은 의학적으로 현재 치료가 필요한 아주 위험한 병적인 상태이다.

2) 우울증 치료 현황

건강보험심사평가원의 자료에 의하면 정신과 등에서 우울증 치료를 받고 있는 환자 수는 29만 명이며, 이 중 우울증 치료를 위해 지속적인 치료를 받은 환자는 15만 명에 불과하며, 나머지는 지속적인 치료를 받지 않는 것으로 나타났다.

현재 우울증을 앓고 있는 환자 수가 비록 추정된 수치라는 한계점이 있지만 치료받고 있는 환자는 약 30%이며, 지속적인 치료를 받고 있는 환자는 15%인 점은 우리에게 시사하는 바가 크다.

또한, 우울증 치료는 초기의 경우 상담, 운동 등 비약물적 치료를 하며 중증의 우울증에서는 비약물학적 치료와 함께 항우울제 복용을 하여 약물순응도를 높여 우울증의 치료효과를 높일 수 있다.

이에 우울증 치료 현황을 파악하기 위해 건강보험심사평가원의 자료를 분석한 결과 비약물학적 치료는 2007년까지 증가하였으나 2008년 이후로는 급격한 감소하는 형태를 보이고 항우울제 처방은 매년 지속적으로 증가하는 양상을 나타냈다. 이는 비약물학적 치료에 대해 요양급여 청구 시 시간당 시행횟수 제한과 개인정신치료나 집단정신치료 등 상담에 대한 수가가 현실을 반영하지 못한 점 등으로 비약물학적 치료를 시행하는 데 있어 많은 장애요인으로 작용하였다. 이로 인해 비약물적 치료의 형태가 바뀌면서 비약물학적 치료의 질과 양이 감소하는 현상으로 미국의 예에서 비약물학적 치료에서 상담에 대해 보험혜택을 받지 못한 사람들의 자살이 21.7% 증가했으며, 비용을 절감하기 위해 심리사회적 치료를 줄였을 때 자살률이 4배 이상 증가한 것을 비추어 볼 때 우리나라에서도 비약물학적 치료

에 대한 수가 인상 등 제도적인 대책을 마련하여 비약물학적 치료의 활성화로 자살을 줄일 필요가 있다.

위에서 살펴본 바와 같이 현재 국내에서는 정확한 우울증 환자의 현황을 파악할 수 없기에 대한 대책마련이 필요하며, 우울증 환자에 대한 치료현황을 비롯한 환자들이 치료를 받는데 장애요인을 파악하여 지속적인 치료로 우울증을 줄일 수 있는 방안을 강구해야 할 것이다.

3.3.2. 한국형 우울증 진단기준의 필요성

우리나라의 우울증 환자는 '우울하다'는 표현대신 '외롭다, 쓸쓸하다, 짜증난다, 참을 수가 없다' 등의 표현과 더불어 신체증상이 많이 나타나는 반면 '우울하다'라는 표현을 하며 신체증상이 많지 않은 서구 환자와는 차이를 보인다.

현재 국내에서 사용하고 있는 우울증 진단기준은 미국의 DSM-4와 영국의 ICD-10으로 미국의 우울증 유병률은 국내에 비해 2.5배 더 많다.

그러나 국내 자살률이 OECD 1위로 높음에도 불구하고 우울증 유병률이 낮은 이유도 진단기준의 문제에서 기인하는 것으로 여겨진다.

따라서 국내 현실에 부합하지 않은 현 진단기준 대신 문화적 특성이 반영된 한국형 우울증 진단기준을 마련하여 정확한 우울증 유병률을 파악하는 것이 필요하다.

3.3.3. 자살에 대한 사회적 인식 변화 필요

통계청 등에서 자살의 공식적 용어는 '고의적 자해'이다. 이는 자살을 힘든 현실에서 도피하기 위한 개인의 선택적 행동으로 고의성을 지닌 자해행동이라고 사회에서 인식하기 때문에 자살을 기도하면 건강보험뿐만 아니라 사보험의 혜택도 볼 수 없는 실정이다.

그러나 국내 6,510명의 일반인을 대상으로 한 연구에 의하면, 자살기도자의 60-72%가 정신질환을 가지고 있으며 이중 우울증 및 알코올 남용 환자가 대부분인 것으로 나타나 자살은 개인의 선택 즉 고의적 자해가 아닌 치료가 필요한 의학적 문제인 것으로 나타났다.

이에 대해 사회적으로 자살이 치료가 필요한 의학적 문제라는 것에 공감대를 형성하여 자살을 기도하는 사람이 의지가 약하거나 개인의 선택 문제로 간과할 것이 아니라 치료를 받을 수 있는 사회적 분위기 조성이 필요하다. 아울러, 건강보험과 사보험의 문제에 있어

서도 의학적 문제라는 점을 인식하여 자살기도자를 범죄자가 아닌 환자로 보험혜택을 받을 수 있도록 제도적 개선이 필요할 것으로 여겨진다.

3.3.4. 자살 예방을 위한 사회적 개입 필요

2009년 우리나라에서 인구 10만 명당 26명이 자살하며 이는 OECD국가의 평균자살 사망률이 11.2명인 것을 감안하면 2배 이상 높은 수치로 더 이상 개인에게만 책임을 미룰 수 없으며 사회적개입이 필요한 상태이다.

1) 자살예방 정책에 대한 효과 평가 필요

우선 자살은 개인이 현실도피를 위해 선택할 수 있는 선택사항이 아니라 치료와 예방이 필요하다는 사회적 인식변화와 함께 현재 자살예방을 위해 정부에서 시행하고 있는 여러 정책에 대해 평가가 필요하다. 현재 자살예방을 위해 시행하고 있는 지하철 스크린도어 확대설치, 한강 교각 정비, 자살사이트와 같은 정신유해사이트 차단책 등의 여러 가지 정책에 대해 자살예방효과평가에 대한 연구를 통해 효과적인 정책이 지속적으로 시행될 수 있도록 근거를 마련할 필요가 있다.

2) 자살사망자에 대한 정확한 심리적 부검 시행 필요

자살사망자가 발생 시 자살 이유를 찾기 위해 자살한 사람의 성장 과정, 의학적 병력, 사회적 과거력, 최근 상황 등을 중심으로 자살자의 심리에 대해 자세한 조사와 검토를 하는 심리적 부검을 통해 자살의 원인을 제대로 찾아내어 다른 사람의 자살을 예방할 수 있도록 심리적 부검이 철저히 이루어져야 한다.

심리적 부검을 국가 차원에서 가장 적극적으로 도입한 나라는 핀란드이다. 핀란드는 1980년대 중반까지만 해도 인구 10만명당 자살률이 30명이 넘는 국가였다. 하지만 1988년 전체 자살 사례를 대상으로 한 심리적 부검 연구를 시작한 이래로 자살로 인한 사망이 줄어들기 시작하여 2008년 현재 10만명당 18명 수준으로 낮춰졌다.

핀란드의 예처럼 심리적 부검을 통해 자살 예방 대책이 사회나 국가차원에서 마련될 필요가 있다.

3) 자살에 대한 폭넓은 대책마련을 위한 database 구축과 활용 가능한 각 기관간의 자료의 연계 필요

우리나라의 자살에 대한 효율적인 대책을 마련하기 위해서는 우울증과 자살에 대한 현황 파악이 중요하다. 그러나 이에 대한 현황자료가 없는 현 시점에서 건강보험심사평가원의 청구자료, 통계청 사망자료, 각 병원의 진료정보 등 활용가능한 자료 연계를 통해 현황파악과 구체적이고 폭넓은 자료를 확보할 수 있다. 그러나 이는 개인정보보호 등으로 현재는 불가능한 실정이나 호주, 핀란드, 스웨덴 등에서는 개인정보를 보호하면서 연구목적에 위한 각 기관의 자료 연계할 수 있는 정책적 방안 마련이 되어 있다. 우리나라에서도 외국 사례를 참고하여 이런 정책적 방안이 조속히 마련되어야 할 것이다.

또한 자살관련 감시 및 모니터링 체계구축을 위해 database 구축마련이 필요하다.

4) 자살에 대한 연구투자의 필요

자살 예방을 위해 지속적이고 광범위한 연구가 이루어져야 한다. 이를 위해서는 연구투자가 필요하나 기업 등에서는 주요 관심사가 아니므로 이에 대한 연구투자가 활발히 이루어지고 있지 않다. OECD의 자살률 1위라는 불명예를 없애고 자살률을 감소하기 위해서는 국가적인 투자가 필요한 시점이다.

5) 자살의 효과적인 치료를 위한 다학제적 접근 필요

자살은 의학적 문제뿐만 아니라 사회 심리적 문제 등 복합적인 문제로 의사, 임상상담전문가, 사회복지사 등 여러 계층의 다학제적인 접근을 한 통합적인 치료가 필요하다.

외국 연구에 의하면 자살기도자는 1주 이내 재 시행할 확률이 5~10%, 1년 이내 재 시행할 확률이 9~32%로 나타났으며, WHO에서는 최소한 20번의 자살기도가 있으면 한 번의 자살이 발생한다고 하여 자살기도는 반복적으로 시행하기 때문에 자살기도자를 조기에 발견하고 자살에 이르지 않게 하는 것이 자살 예방에 있어 중요하다고 하였다.

국내에서도 자살을 기도하여 응급실 등 병원으로 온 사람들은 정신과 등 병원 치료를 받도록 연계 시스템을 마련하는 것도 자살예방을 위한 하나의 방법이 될 수 있을 것이다.

3.3.5. 기타

- 1) 자살을 하려는 사람은 항상 주위에 알리므로 이를 잘 감지하도록 하고, 자살 의도에 대해서 직접적인 질문을 하도록 하며, 자살기도자의 이야기를 경청하고 가족 또는 중요한 사람에게 연락하는 것이 중요하다. 또한 막연한 희망이나 술을 사주는 것은 자살 촉진 요인으로 절대해서는 안 된다.

국내 우울증의 질병부담과 치료현황

- 2) 우울증, 자살기도는 사회적으로 낙인이 됨으로 이를 없애는 방안 모색이 시급하다.
- 3) 한국보건의료연구원에서 '우울증 임상연구 제안 및 관리팀'을 운영하여 통계적 측면, 방법론적 측면을 지원하는 방안 모색도 강구할 필요가 있다.

4. 성과 확산

RTC에서 합의된 주요 메시지를 일반인과 임상전문가와 정책결정자들에게 확산하기 위해 대상별 접근방법을 달리하는 확산전략을 세웠다.

우선, 일반인과 사회에 주요 메시지를 전달하기 위해서 리플렛을 제작하여 배포하였으며, 임상전문가와 정책결정자를 위해 학술지 논문게재를 진행 중이며, 연구원 소식지인 근거와 가치에 원고를 게재하였다. 또한 자료집을 요청하는 개인 또는 단체에게 우편 또는 이메일로 송부하였다.

4.1. 리플렛

일반인과 환자 등 비전문가들에게 배포하여 우울증과 자살에 대한 인식을 개선시키고 우울증과 자살에 대한 치료 및 예방에 도움을 주고자 리플렛을 제작하였다.

제작된 리플렛은 일반인과 환자를 직접 대면하여 리플렛을 전달할 수 있는 서울과 수도권 지역 소재 정신보건센터와 전국 주요 병원에 배포를 하였으며, 연구원 홈페이지에 게시토록 하여 홍보의 효과를 더욱 높일 수 있도록 하였다.

리플렛 제목은 '헬로우! 예방과 치료 굿바이! 우울증과 자살'로 친근한 느낌의 용어로 우울증과 자살이 예방과 치료가 필요하다는 의미를 전달하였으며, '두 글자의 마법! 치료는 우울증, 자살도 이깁니다'는 조금 더 구체적으로 표현하여 우울증과 자살을 의학적 접근이 필요하다는 것을 부각시켰다.

4.1.1. 리플렛 주요 내용

주요 내용은 RTC에서 합의된 주요 메시지를 토대로 이해하기 쉽고 일상생활에 도움이 될 수 있도록 내용을 구성하였다.

내용은 우울증 개요(정의, 증상, 유병률), 자살행동의 정의 및 자살에 영향을 미치는 요인, 우울증 자가진단 도구, 우울증 치료방법(약물치료, 비약물적 치료), 도움을 받을 수 있는 기관 전화번호, 자살예방을 위한 수칙, 우울증과 자살에 대한 인식 개선 관련 사항 등이다.

1) 우울증 개요

우울증의 정의와 한국인의 특징적인 우울증 증상 그리고 유병률에 대한 내용이 포함되어 있다.

우울증은 2주 이상 우울증상이 지속되어 일상생활이나 사회생활에 심각한 지장을 주는 질환이다.

서양인들은 '우울하다'라는 표현을 많이 하는 반면, 우리나라 우울증 환자들은 '우울하다'라는 표현 대신 주로 '외로워요, 쓸쓸해요, 화가 나서 참을 수가 없어요, 피곤해요, 머리가 잘 안 돌아가요, 잠이 안 와요, 모든 일에 흥미가 없어요, 짜증나요, 자살하고 싶다'라는 표현을 하였다.

우울증 유병률은 18~65세 성인 기준으로 평생 한 번 이상 우울증에 시달리는 사람이 전 국민 대비 약 2백만 명으로 추정되며 현재 우울증을 앓고 있어 치료가 필요한 사람이 약 1백만 명으로 추정된다. 건강보험심사평가원 자료에 의하면 2008년 우울증으로 현재 치료를 받고 있는 환자수는 약 29만 명으로 추정된 환자수보다 작은 수의 환자가 치료를 받고 있었다.

2) 자살행동의 정의 및 자살에 영향을 미치는 요인

자살행동은 자살생각, 자살계획, 자살기도, 자살까지 포함하는 용어이다. 자살생각은 자살에 대해 심각하게 고민하는 것을 말하며, 자살계획은 자살하기 위해 구체적인 계획을 세우는 것이고, 자살기도는 죽음에 이를 목적으로 치명적인 행동을 기도하는 것을 말 한다.

일반인 6,510명 대상으로 일생동안 이런 자살행동을 한 사람에 대한 비율을 조사한 연구에서 자살생각 15.2%, 자살계획 3.3%, 자살기도 3.2% 인 것으로 나타났다.

그리고 이전에 자살기도를 한 적이 있는 사람이 자살기도 위험이 높으며, 어린 시절 무관심, 정을 받지 못하는 등 정서적 학대를 겪은 경우나 암, 만성통증을 동반하는 질환을 앓고 있는 사람인 경우 자살기도 위험이 높은 것으로 나타났다.

3) 우울증 자가진단 도구

우울증 자가진단 도구는 여러 가지가 있으나 우울증의 역학연구에 가장 널리 사용되는 CES-D (Center for Epidemiological Studies-Depression Scale)를 소개하였다.

이 도구는 일반인들이 경험하는 우울증의 증상을 보다 용이하게 측정하기 위하여 Radloff(1977)가 개발한 도구로 문항들이 간결하고 증상의 존재기간을 기준으로 정도를 측정하며, 총 20개 항목으로 이루어져 있고 각 항목은 각각 0점에서 3점까지 구성되어 있다. 총 점수는 0점에서 60점이며 점수가 높을수록 우울증의 정도가 심하다.

16~24점이면 경도 우울감으로 상담이 필요할 수 있으며, 25점 이상이면 우울증으로 전문가와 상담이 필요하다.

국내 우울증의 질병부담과 치료현황

4) 우울증 치료방법 (약물치료, 비약물적 치료)

경도 우울감은 비약물적 치료인 운동, 햇빛, 독서 등의 치료가 효과적이며 우울증인 경우 항우울제와 비약물적 치료를 병행하는 것이 항우울제만 치료하는 것보다 치료 효과를 높일 수 있다. 아울러 술은 삼가는 것이 중요하다.

비약물적 치료 중 운동은 엔도르핀 분비를 증가시켜 우울감을 낮춰주며 약간 숨이 찰 정도의 걷기나 뛰기를 하루 30분, 매일 지속적으로 하는 것이 효과적이다. 햇빛은 햇빛 감소로 우울증을 유발하는 겨울철 우울증에 효과적이며, 눈을 통해 들어와야 하므로 아침에 일어나 방 안의 불빛을 아주 밝게 하고 낮 동안 커튼을 걷고 눈이 창문 쪽을 향하도록 하는 것이 도움이 된다.

독서는 일반적인 독서가 아니라 우울증 환자의 자가치료 서적을 읽는 것으로 인지행동치료기법을 활용한 책이다.

약물치료는 우울증의 중요한 치료방법으로 치료 중 자의적으로 항우울제 복용을 중단하면 재발되거나 악화될 수 있다. 치료과정은 급성기 치료, 지속기 치료, 유지기 치료, 치료의 종결로 이어진다. 급성기 치료는 증상의 완화기간으로 치료 1~2개월 후면 증상 호전이 된다. 지속기 치료는 재발 방지를 위한 치료로 증상 호전 후 16~20주간 유지한다. 유지기 치료가 중요하며 완치와 재발 방지를 위한 치료이며 이후 치료가 끝나게 된다.

5) 도움을 받을 수 있는 기관 전화번호

우울증, 자살문제로 주위의 도움이 필요할 때 상담할 수 있는 기관의 전화번호이다. 자살상담 관련 기관은 자살예방 핫라인, 생명의 전화가 있고, 청소년을 자살상담 관련 기관으로 한마음한몸 자살예방센터가 있으며, 보건복지부가 운영하는 상담기관으로 보건복지콜센터, 한국청소년상담원이 있다.

표 17. 상담기관 전화번호

기관명	대표전화	설명	운영시간
자살예방핫라인	1577-0199	정신보건센터 자살상담 대표전화	24시간
생명의 전화	1588-9191	자살상담 대표전화	24시간
보건복지콜센터	129	보건복지부 운영 상담전화	24시간
한국청소년상담원	1388	보건복지부 운영 상담전화	24시간
한마음한몸자살예방센터	1599-3079	청소년 자살상담	10:00 ~ 21:30

6) 자살예방을 위한 수칙

자살예방을 위해 주변에서 할 수 있는 일은 자살을 생각하고 있는 사람들의 이야기에 귀를 기울여 주고, 자살 의사가 있는지에 대해 '너 정말 자살을 생각하고 있니?'와 같이 직접적인 질문을 하여 확인하도록 한다. 그리고 자살기도자는 빨리 우울증 치료를 받을 수 있도록 설득하며, 가족 및 주위 사람들에게 따뜻한 관심과 도움을 요청하도록 한다.

그리고 해서는 안 되는 행동으로는 희망적인 말로 막연하게 설득하는 것은 도움이 되지 않으며, 술은 자살을 부추길 수 있으므로 술을 권하지 않도록 하며, 농약병과 같이 위험한 물건을 잘 보관하도록 한다. 또한 우울한 주변사람들에게 무관심하거나 냉정한 시선을 보내지 않도록 한다.

7) 우울증과 자살에 대한 인식 개선

우리나라에서는 대부분 우울증을 정신력이 나약해서 생기는 질병으로, 자살은 고의적 자해로 인식하고 있다. 우울증과 자살을 의학적, 사회적 문제가 아닌 개인적 문제라고 간주하는 사회적 인식에 대한 개선이 절실히 필요한 상태로 이러한 인식이 개선되어야 우울증과 자살을 줄일 수 있을 것이다.

인식 개선이 필요한 부분은 우울증은 건강한 사람도 걸릴 수 있는 감기와 같은 병으로 감기도 방치하면 폐렴이 되는 것처럼 우울증도 방치하면 심각한 문제를 초래할 수 있다는 것이다. 그리고 우울증 상담 및 치료를 위해서는 정신과 치료에 편견을 갖지 않은 것이 중요하다. 자살을 생각하는 순간부터 치료가 필요하며, 자살은 끝이 아니라 남은 주변 사람들을 힘들게 할 고통의 시작이라는 점이다.

국내 우울증의 질병부담과 치료현황



그림 18. 리플렛 앞면



그림 19. 리플렛 뒷면

4.1.2. 확산 방법

리플렛을 확산방법은 서울과 수도권 소재 정신보건센터, 전국 주요 병원, 한국자살예방협회 등에 약 7만 5천부를 직접 배포하였으며, 연구원 홈페이지에 게재하여 리플렛을 필요로 하는 개인 및 단체에 배포하고 있다.

1) 정신보건센터

서울과 수도권 소재 정신보건센터는 70개소로 각 센터에 직접 전화하여 리플렛에 대한 설명 후 리플렛 수령여부와 필요부수를 확인하였다. 이 중 6개 센터는 사용하고 있는 리플렛이 있거나 지부 센터 등의 이유로 거절하였으며, 이 외 65개 센터에 500~1,000부를 공문과 함께 배포하였다.

2) 주요 병원

RTC에 연자, 패널로 참석한 임상전문가가 소속된 병원과 2차 RTC에 참여할 예정인 임상전문가가 소속된 병원 등 18개 병원을 대상으로 리플렛 견본과 함께 수령여부와 필요부수를 이메일로 확인하였다. 각 병원에 300~1,000부를 배포하였다.

표 19. 배포 대상 병원명

분당서울대학병원	고려대안암병원	연세대세브란스병원
삼성서울병원	중앙대학병원	제주대학병원
서울백병원	여의도성모병원	전남대학병원
한양대구리병원	서울성모병원	강북삼성병원
서울대학병원	해운대백병원	경희대학병원
고려대안산병원	부산대학병원	한림대춘천성심병원

3) 리플렛을 요청한 개인 또는 단체

연구원 홈페이지에 첫 화면에 리플렛을 게재하여 언제든지 확인가능하며, 개인 또는 단체에서 필요 시 요청하면 송부하고 있다. 연구원에 소장하고 있는 1만 부가 소진될 때까지 송부할 예정이다.

국내 우울증의 질병부담과 치료현황



그림 20. 연구원 홈페이지 게시된 리플렛



그림 21. 연구원 홈페이지 게시된 리플렛 요청란

4.2. 학술지 논문 게재 등

임상전문가와 정책결정자를 위해 RTC에서 발표 및 토론 내용을 바탕으로 학술지에 논문 게재를 진행 중이며 연구원의 소식지인 '근거와 가치'에 원고를 게재하였다.

1) 학술지 논문 게재

학술지 논문 게재를 위해서 대상 학술지 선정 작업을 우선 진행하였다. 자살을 개인적 접근이 아닌 의학적 접근이 필요하다는 인식은 임상전문가에게도 필요하기 때문에 많은 자살과 관련된 정신과, 응급의학과 등 임상전문가가 볼 수 있는 학술지인 대한의사협회지로 선택하였다.

논문은 RTC의 발표내용과 토론내용을 중심으로 '우울증, 자살 그리고 한국사회'라는 대 주제 하에 개요와 5개 소주제별로 각각 2011년에 게재할 예정이다.

- 개요
- 우리나라의 우울증 현황
- 우울증과 자살
- 우울증의 비약물적 치료
- 비약물적 치료와 항우울제 약물순응도와와의 관계
- 외국의 우울증으로 인한 자살방지 대책

2) '근거와 가치' 원고 게재

연구원 소식지인 '근거와 가치' 10월 호에 관련된 원고를 게재하였다. 근거와 가치는 국회, 보건복지부, 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단 등 정책결정자와 주요 병원과 의과 대학 등 전문가, 언론기관 및 일반인 등에게 약 3천부가 배송되며, 이메일 등으로 배포가 된다.

또한 한글판과 영문판이 홈페이지에 상시 게시되어 있어 원고에 대한 확산은 많이 이루어질 수 있다.

우울증과 자살에 대한 현황, 자살은 고의적 자해인가, 우울증과 자살은 치료와 예방이 가능하다, 자살 예방을 위한 사회적 개입 필요 등이 주된 내용이었다.

국내 우울증의 질병부담과 치료현황



그림 22. '근거와 가치' 게재

4.3. 기타

RTC 개최 이후 발표내용을 담은 자료집을 요청하는 언론사, 기관 그리고 개인에게 우편 또는 이메일로 자료집을 발송하고 있다.

또한 RTC에서 논의된 주요 내용과 리플렛의 내용을 참고하여 중앙일보, 헬스조선 등에 9월과 11월에 몇 차례 기사화되어 많은 일반인들이 관련 내용에 관심을 갖고 블로그에 올리는 등의 확산 효과를 볼 수 있었다.

5. 고찰

5.1. 의의

우울증과 자살에 대한 유병률 등 질병부담에 대한 국내 자료가 보건복지부의 정신건강실태조사와 임상연구센터의 지역별 우울증 유병률 자료 등이 통합되지 못하고 산재되어 있어 현재 한국 사회에 우울증 등에 대한 올바른 정보가 제공되고 있지 못하다는 문제점이 제기되어왔다. 이에 우울증과 자살의 질병부담에 대해 현재 활용 가능한 연구성과를 통합하여 임상전문가와 임상심리사 등 관련 전문가들과의 다각적인 논의를 통해 사회에 필요한 정보를 도출했으며, 이러한 토론의 장을 앞으로 지속적으로 가질 수 있는 발판을 마련했다는 점에 의의가 있다.

그리고 자살을 개인적인 문제가 아닌 사회문제로 인식하여 해결방안을 모색하는 사회적 접근을 시도하였으며 이를 공론화하여 추후 이에 대한 사회적 관심을 유도할 수 있는 계기가 되었다.

또한 자살에 대한 통계청 정의는 '고의적 자해'로 개인의 선택 문제로 인한 것으로 정의를 하고 있다. 그러나 이번 RTC에서 자살기도자의 60 ~ 72%가 정신질환을 가지고 있는 것으로 밝혀져 자살은 치료가 필요한 의학적 문제로 나타났다. 이로 인해 자살을 '고의적 자해'가 아닌 '의학적 치료가 필요한 상태'로 의학적 접근을 필요하다는 공감대를 형성하였다.

5.2. 한계점

우울증 치료에 제시된 자료가 건강보험심사평가원의 청구자료로 자료의 신뢰성 등이 문제가 되며 환자의 조작적 정의로 추정되었으며, 보험급여의 기준에 따라 청구의 형태가 바뀌는 등의 자료의 한계점으로 해석 시에 한계를 가지고 있다.

우울증 환자수는 정신건강실태조사에서 조사된 유병률을 기초로 국내 인구수를 이용하여 산출한 추정치로 실제 국내 우울증 환자수가 아니기 때문에 해석 시에 한계를 가지고 있다.

RTC는 발표와 토론을 통해 주요 메시지를 합의하여 도출하는 방법으로 토론을 이끄는 좌장과 토론에 참여하는 패널, 발표자, 청중의 역량에 따라 영향을 받는다. 토론의 질과 방향 등이 기획의도와 달리 진행될 수 있어 RTC는 예측하지 못한 변수로 인해 예상치 않은 결론에 도달할 수 있다는 한계가 있다.

5.3. 후속연구 제안

우울증과 자살률이 관련성이 높으나 이번 RTC를 통해 국내 우울증에 대한 유병률이 미국보다 2.5배 적음에도 불구하고 2009년 자살률이 1일 평균 42.2명으로 경제개발협력기구(OECD)에서 1위로 관련성이 낮은 것으로 보인다. 이는 현재 우울증 유병률조사에 사용되고 있는 진단기준이 미국 또는 영국 기준으로 만들어져 국내 우울증 환자의 특성을 반영하지 못하여 과소추정된 것으로 여겨진다. 따라서 국내 현실에 부합하며 문화적 특성을 감안한 한국형 우울증 진단 기준 마련을 위한 연구가 시급하게 이루어져야 할 것이다.

국내 우울증 유병률은 보건복지부에서 5년 간격으로 정신건강실태조사와 지역 우울증임상연구센터에서 시행하는 유병률 조사로 이루어지고 있다. 이들 자료는 대부분 성인과 노인 대상으로 이루어졌으며, 대규모 조사가 아니라 제한된 대상으로 이루어진 조사이다. 이에 청소년 등을 포함한 전 국민 대상의 실태조사로 정확한 유병률 파악이 필요하며, 최근 우울증 환자의 증가가 문제로 대두되고 있는 점을 감안한다면 실태조사 간격을 줄이는 방안을 고려할 수 있을 것이다.

우울증과 자살의 효율적인 관리를 위해서는 사회의 공동책임이라는 인식개선과 함께 사회적 개입이 필요한 상황이다. 국내에서는 우울증과 자살에 대한 정확한 현황파악이 필요하나 아직 자료가 미흡한 상태로 실태조사를 시행하여 파악하기에는 시간적, 인적 자원이 부족하다. 현 시점에서 활용가능하고 구체적인 정보를 알기 위해서는 건강보험심사평가원의 청구자료, 통계청 사망자료, 각 병원의 진료정보 등을 연계하여 연구에 활용할 수 있는 방안을 마련하는 정책연구가 필요할 것이다.

아울러, 최근 자살이 사회적 문제로 대두되면서 자살예방을 위해 정부에서는 지하철 스크린도어 확대설치, 한강 교각 정비, 정신유해사이트 차단책 등 여러 가지 정책을 시행하고 있다. 이러한 정책에 대한 자살예방효과평가 연구를 통해 효과성과 효율성 등을 파악하고 실효성 있는 정책이 지속적으로 유지될 수 있도록 근거를 마련할 필요가 있다.

6. 결론 및 정책제언

국내 정신질환실태조사(2006)에 의하면 정신분열증, 알코올 의존 등 정신질환은 유병률이 감소하는 반면 우울증은 증가하고 있으며, 자살률 또한 2009년에 OECD 국가 중 1위로 우울증과 자살이 사회적으로 문제가 되고 있다. 이런 우울증과 자살에 대해 개별적으로 이루어진 질병부담연구를 통합하여 임상전문가, 관련 단체 등과 함께 다각적인 논의를 통해 사회에 필요한 정보를 제공하기 위해 Round-table Conference (RTC)를 개최하였다.

RTC를 통해 현재 의학적 치료를 요하는 심각한 우울 장애를 앓고 있는 우리 국민이 400만을 상회할 것으로 추정되나 적극적으로 의학적 치료를 받고 있는 환자는 이들의 10% 수준에 불과하여 자살률 증가, 의료비 상승 등으로 이어지고 있다. 또한 자살기도자의 60~72%가 정신질환을 가지고 있으며 이 중 우울증과 알코올 남용 환자가 대부분으로 나타나 자살은 고의적 자해가 아니라 치료가 필요한 의학적 문제인 것으로 나타났다. 따라서 자살은 개인의 선택으로 이루어진 고의적 자해가 아니라 의학적 관점과 사회적 관점에서 접근해야 하며, 효과적인 자살예방을 위해서는 의학적 접근이 중요하다는 점에 대해 사회적 인식변화가 동반되어야 한다.

우울증의 합리적인 대책 수립을 위해서는 유병률 등 현황이 정확하게 파악되어야 하나 현재 그렇지 못한 실정으로 이를 위해서 한국의 문화적 특성을 반영한 진단도구 개발, 정기적 대규모 실태조사 시행과 이에 대한 감시체계를 마련할 수 있는 정책적 방안을 마련이 시급하다.

아울러, 현재 활용가능한 우울증과 자살 관련 자료는 건강보험심사평가원의 청구자료, 통계청의 사망원인 통계자료, 경찰청 변사사건 자료, 각 병원의 전자의무기록자료, 각 지역 임상연구센터의 자료 등 많은 자료들이 있어 이들 자료를 연계하여 많은 정보를 알아낼 수 있으나 현재 '개인정보보호법' 등으로 자료 연계가 용이하지 않다. 그러나 미국, 호주 등 '개인정보보호법'이 엄격한 나라에서도 연구를 위한 자료연계가 이루어지고 있어 우리나라에서도 공익적 목적을 위한 연구의 경우, 각 기관의 자료를 연계할 수 있는 방안을 정책적으로 마련해야 할 필요가 있다.

그리고 한 때 자살대국이라고 일컫던 핀란드가 종합적인 자살예방프로그램을 통해 1990년 자살인구수가 30.3명(인구 10만 명당)에서 2008년에는 16.7명으로 감소하였다. 핀란드는 종합적인 자살예방프로그램을 개발하기 위해 자살사망자 발생 시 자살 원인을 찾아내는 심리적 부검을 시행하였으며, 이를 바탕으로 의료진 교육, 약물 등 자살 수단을 제한하는 방법 등을 통해 효과적으로 자살을 예방할 수 있었다. 이렇듯 자살예방을 위해서는 지속적이고 광범위한 범국가적 자살예방정책에 대한 연구가 절실히 필요하다.

7. 참고문헌

- 김기웅(2006). 성남시 노인건강 실태 조사 보고서.
- 임정수, 홍진표, 김주한 등(2008). 국내 자살원인 실태조사 및 자살 예방체계 구축에 관한 연구. 가천의과학대학교, 건강증진사업지원단.
- 조맹제, 함봉진, 김장규. 지역사회 노인들의 치매와 우울장애의 유병률, 발병률 및 위험인자 분석 : 2단계 1년 추적연구. 신경정신의학지 1999;3:140-148.
- 조맹제, 장성만, 함봉진 등. 한국 주요정신장애의 유병률 및 관련요인 : 2006 전국정신질환역학 조사. 신경정신의학지 2009;48:143-152.
- 조성진, 전홍진, 김무진 등. 한국 일 도시지역 청소년의 우울 증상 유병률과 관련요인에 대한 연구. 신경정신의학지 2001;40:627-639.
- 조성진, 전홍진, 김장규 등. 중·고등학교 청소년의 자살사고 및 자살기도의 유병률과 자살기도의 위험요인에 관한 연구. 신경정신의학지 2002;41(6):1142-1155.
- 조수철, 고복자, 김봉석 등(2005). 서울시 소아청소년 정신장애 유병률 조사
- 한국자살예방협회(2007). 자살의 이해와 예방.
- American Psychiatric Association(1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edn. American Psychiatric Press, Washington (DC).
- Arora R C, Meltzer H Y. Serotonergic measures in the brains of suicide victims: 5-HT₂ binding sites in the frontal cortex of suicide victims and control subjects. Am J Psychiatry. 1989;146:730-736.
- Chang S M, Hahm B J, Lee J Y et al. Cross-national difference in the prevalence of depression caused by the diagnostic threshold. J Affect Disord. 2008;106:159-167.
- Cho M J, Hahm B J, Chung I W, Bae A, Lee Y M et al. Prevalence and Correlates of Major Mental Disorders among Korean Adults : A 2006 National Epidemiologic Survey. J Korean Neuropsychiatr Assoc. 2009;48:143-152.
- Cho M J, Kim J K, Jeon H J et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-IV psychiatric disorders among Korean adults, J Nerv Ment Dis. 2007;195:203-210.
- Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa, J. et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. JAMA. 2004;291:2581-2590.

국내 우울증의 질병부담과 치료현황

- Egeland J A, Sussex J N. Suicide and family loading for affective disorders. JAMA. 1985;254:915-918.
- Jeon H J, Lee J Y, Lee Y M, Hong J P, Cho M J et al. Lifetime prevalence and correlates of suicidal ideation, plan, and single and multiple attempts in a Korean nationwide study. J Nerv Ment Dis. 2010;198:643-646.
- Jeon H J, Lee J Y, Lee Y M, Hong J P, Won SH, Cho M J et al. 2010b. Unplanned versus planned suicide attempters, precipitants, methods, and an association with mental disorders in a Korea-based community sample. J Affect Disord.
- Jeon, H.J., Roh, M.S., Kim, K.H., Lee, J.R., Lee, D., Yoon, S.C., Hahm, B.J., 2009. Early trauma and lifetime suicidal behavior in a nationwide sample of Korean medical students. J Affect Disord 119, 210-214.
- Joe S, Baser R E, Breeden G, Neighbors H W, Jackson J S. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts among blacks in the United States. JAMA. 2006;296:2112-2123.
- Kim E, Jo S A, Hwang J Y et al. A survey of depressive symptoms among South Korean adults after the Korean financial crisis of late 1997: prevalence and correlates. Ann Epidemiol. 2005;15:145-152.
- Kim K W, Park J H, Kim M H, Kim M D, Kim B J et al. A nationwide survey on the prevalence of dementia and mild cognitive impairment (MCI) in South Korea. J Alzheimers Dis. 2011;23(2):281-291.
- Lee J J, Kim K W, Kim T H et al. Cross-Cultural Considerations in Administering the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale. Gerontology. 2010 Aug;18
- Lee S, Fung S C, Tsang A, Liu Z R, Huang Y Q, He Y L et al. Lifetime prevalence of suicide ideation, plan, and attempt in metropolitan China. Acta Psychiatr Scand. 2007;116:429-437.
- Lee S, Tsang A, Huang Y Q, He Y L, Liu Z R et al. The epidemiology of depression in metropolitan China. Psychol Med. 2009;39(5):735-747.
- Meyer R E, Salzman C, Youngstrom E A, Clayton P J, Goodwin F K et al.

- Suicidality and risk of suicide-definition, drug safety concerns, and a necessary target for drug development: a consensus statement. *J Clin Psychiatry*. 2010;71(8):e1-e21.
- NIMH (2010). A fact sheet of statistics on suicide with information on treatments and suicide prevention, NIH Publication No. 06-4594. Washington, DC.
- Nock M K, Borges G, Bromet E J, Alonso J, Angermeyer M et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *Br J Psychiatry*. 2008;192:98-105.
- OECD (2010). OECD Health Data 2009. The raw mortality data have been extracted from the WHO Mortality Database, and age-standardised to the 1980 OECD population. OECD, Paris, France.
- Ono Y, Kawakami N, Nakane Y, Nakamura Y, Tachimori H et al. Prevalence of and risk factors for suicide-related outcomes in the World Health Organization World Mental Health Surveys Japan. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2008;62:442-449.
- Oquendo M A, Placidi G P, Malone K M, Campbell C, Keilp J et al. Positron emission tomography of regional brain metabolic responses to a serotonergic challenge and lethality of suicide attempts in major depression. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60:14-22.
- Park J, Lim S, Lim J et al. An Overview of the Korean Longitudinal Study on Health and Aging(KLoSHA). *Psychiatr Invest*. 2007;4:80-91.
- Park J H, Lee J J, Lee S B et al. Prevalence of major depressive disorder and minor depressive disorder in an elderly Korean population: results from the Korean Longitudinal Study on Health and Aging (KLoSHA). *J Affect Disord*. 2010;125:234-240.
- Pilowsky D J, Wickramaratne P, Talati A, Tang M, Hughes C W et al. Children of depressed mothers 1 year after the initiation of maternal treatment: findings from the STAR*D-Child Study. *Am J Psychiatry*. 2008;165:1136-1147.
- Statistics Korea(2010). Death Statistics in 2009
- Suominen K, Haukka J, Valtonen H M, Lonnqvist J. Outcome of patients

국내 우울증의 질병부담과 치료현황

with major depressive disorder after serious suicide attempt. *J Clin Psychiatry*. 2009;70:1372-1378.

Tidemalm D, Langstrom N, Lichtenstein P, Runeson B. Risk of suicide after suicide attempt according to coexisting psychiatric disorder: Swedish cohort study with long term follow-up. *BMJ*. 2008;337:a2205.

Valuck R J, Orton H D, Libby A M. Antidepressant discontinuation and risk of suicide attempt: a retrospective, nested case-control study. *J Clin Psychiatry*. 2009;70:1069-1077.

WHO worldwide initiative for the prevention of suicide (SUPRE), 2010. WHO Suicide Prevention. WHO, Geneva, Switzerland.

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

발행일 2011. 6. 22
발행인 허대석
발행처 한국보건의료연구원

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