

정신건강 증진을 위한 접근책

-우울증 실태분석을 중심으로-

南貞子 / 한국보건사회연구원 부연구위원
趙孟濟 / 서울대 의과대 신경정신과 부교수

1. 문제제기

우리나라는 지난 30여 년간 사상 유래가 드문 경제발전을 이룩해 왔다. 그러나 짧은 기간 동안에 전형적인 산업사회로 접어들어 우리사회는 적자생존과 치열한 경쟁에 따른 스트레스가 엄청나게 증가하고 있어서 이에 따른 각종 정신질환들이 점점 증가하는 추세이다.

중·고생의 자살이 1994년에 비해 1995년과 1996년에는 각각 두배 가량 늘어나는 등 최근 몇년사이에 급증하고 있어 사회문제로 대두되고 있다. 정확한 통계자료는 없으나 상당수의 국민이 심각한 우울증 상태에 있으면서도 전문적 치료를 제대로 받지 못하고 있다. 자살의 경우도 그 원인의 50%는 우울증으로 밝혀지고 있다.

특히 최근 세계보건기구(WHO)와 하바드대 보건대학원, 전세계 100여 명의 학자들은 1990년부터 5여 년간에 걸친 공동 연구를 통해 2020년에는 ‘우울증’으로 인한 사망이 심장병에 이어 두 번째가 될

것으로 전망하고 있어 매우 주목된다.

우울증은 환자가 호소하지 않는 한 일반의사들에 의해 간과되기 쉽고 흔히 신체적 증상으로 나타나므로 근본적인 원인의 규명없이 신체적 처치만을 받게되는 경우가 매우 많다. 또한 환자는 물론 가족들도 이것이 의학적 치료를 요하는 질병상태라는 점을 모르는 경향이 많다. 미국의 경우 우울증 환자의 1/3만이 정신과적인 진단을 받아 적절한 치료를 받는 것으로 보고 되고 있다.

의료전달체계나 정신보건에 대한 계몽이 선진국에 미치지 못하는 우리나라의 경우 증상이 있는 환자의 발견이나 적절한 치료의 비율은 더 적을 것으로 예상된다.

2. 정책의 중요성

우울증이 정신보건이나 사회정신의학의 영역에서 정책적으로 중요시되는 까닭은 다음과 같다. 첫째, 우울증으로 인한 신체 증상에 대한 정확한 진단이 늦어짐에 따라 환자들의 불필요한 의료이용으로 의료

비용이 상승한다. 둘째, 자기보고형 척도로 일차적 선별진단이 가능하다. 셋째, 자살, 알코올장애, 약물남용 등과 함께 나타나는 경우 예후와 경과가 나빠서 조기발견과 치료가 절실히 필요하다. 넷째, 최근 우울증에 대한 보다 효과적이고 경제적인 치료방법들, 특히 효과적인 약물요법이 개발되었기 때문이다.

3. 우울증의 측정

우울증의 측정에 대한 연구는 지속적으로 발전해 왔다. 자기보고형 척도, 구조화된 진단면접법, 관찰자 평가척도들이 매우 많은데, 그중 CES-D(The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale)는 우울증의 유무와 정도를 측정하는 매우 간단한 비진단적 선별검사도구로써 일반인을 대상으로 우울증 환자를 선별하는 조사도구로 널리 사용되고 있다. 특히 이 도구는 경제적이고 대상자에게 적용이 용이하며 측정자들의 훈련을 필요로 하지 않으므로 측정자에 의한 측정오차를 피할 수 있다는 장점이 있다.

4. 우울증 실태와 관련요인

『1995년도 국민건강 및 보건 의식행태 조사』의 일환으로 한국보건사회연구원이 CES-D 도구를 사용하여 우울증을 측정한 조사결과에 근거하여 우리나라 국민(15~69세 이하)의 우울증 실태를 제시하고자 한다.

가. 우울증(CES-D)의 사례성 유병률¹⁾

경증 이상의 우울증상을 갖는 사람의 사례성 유병률(CES-D 16점 이상)이 전체의 25.3%로 미국의 백인, 일본 등의 선진국의 10%내외보다 많은 편이다. 그러나, 그리스의 24%나 미국의 흑인 또는 히스패닉계의 27.9%와는 유사했다.

성인(20~59세)의 경우 중등증 우울증(CES-D 점수 21점 이상)은 14.4%, 중증 우울증(CES-D 점수 25점 이상)은 8.6%로 나타났다. 연령군별로 보면 청소년의 유병률이 성인이나 노인보다 높게 나타난 점이 특히 주목된다. 즉, 청소년기(15~22세)의 중증 우울증의 사례성 유병률은 14%로 청소년 100명중 14명은 임상적인 평가와 치료가 필요하다고 할 수 있다.

나. 우울증에 영향을 미치는

사회·인구학적 요인

중증 우울증상의 사례성 유병률은 지역별로는 그리 유의한 차이가 없으나, 성별에서는 여자가 훨씬 유병률이 높다. 이는 연령군과 상관없이 나타나는 현상이고, 많은 선행 연구에서도 같은 결과가 제시되었다. 결혼상태별로 보면 기혼, 미혼, 사별, 별거, 이혼의 순서로 유병률이 높아진다. 특히 이혼, 별거, 사별 등 결혼상태

1) 사례성 유병률이란 정신과 역학연구의 2단계 사례확인방법중 일차 비진단적 선별검사결과 인위적으로 정해진 절단점을 기준으로 설정하여 선별한 사례를 인구 100명당 사례수로 나타낸 것이다.

가 깨어지는 경우 유병률은 기혼에 비해 급격히 높아진다.

교육수준에서는 무학이나 국민학교, 중학교까지가 최종학력인 경우 우울증상이 더 많다. 연령군별로는 청소년에서 특히 교육수준이 낮을수록 유병률이 높아진다. 직업에서는 육체노동을 하는 사람과 직업이 없는 사람에서 유병률이 높다. 주관적인 생활수준에서는 대개 추측하기로는 못

경증 이상의 우울증상을 갖는 사례성 유병률(CES-D 16점 이상)이 전체의 25.3%로 미국의 백인, 일본 등의 선진국의 10%내외보다 많은 편이다.

사는 쪽으로 갈수록 유병률이 높을 것이나, 매우 잘 산다는 층도 유병률이 높아

표 1. 연령집단별 우울증의 사례성 유병률

(단위: %)

| 구분 | 사례수 | 경증 ¹⁾ | 중등증 ²⁾ | 중증 ³⁾ |
|--------------|-------|------------------|-------------------|------------------|
| 청소년기(15~22세) | 684 | 34.45 | 21.27 | 13.91 |
| 성인기(20~59세) | 3,711 | 25.31 | 14.49 | 8.68 |
| 노년기(60~69세) | 336 | 21.48 | 13.76 | 9.40 |

주: 1) CES-D 점수 16점 이상

2) CES-D 점수 21점 이상

3) CES-D 점수 25점 이상

표 2. 인구학적 변수별 중증 우울증¹⁾의 사례성 유병률

(단위: %)

| | | 청소년기(15~22세) | 성인기(20~59세) | 노인기(60~69세) |
|------|------------|--------------|--------------|-------------|
| 지 역 | 도 시 | 13.9 | 8.7 | 8.8 |
| | 농 촌 | 13.9 | 8.6 | 11.0 |
| 성 별 | 남 자 | 10.8 | 6.8 | 8.6 |
| | 여 자 | 16.5 | 10.4 | 10.6 |
| 결혼상태 | 미 혼 | 14.0 | 11.1 | - |
| | 기 혼 | 9.7 | 6.9 | 10.1 |
| | 사 별 | - | 23.0 | 9.5 |
| | 이 혼 별 거 | - | 39.5 25.0 | 0.0 0.0 |

주: CES-D 점수 25점 이상

표 3. 사회경제적 변수별 중증 우울증상¹⁾의 사례성 유병률

(단위: %)

| | | 청소년기(15~22세) | 성인기(20~59세) | 노년기(60~69세) |
|------------------|----------|--------------|-------------|-------------|
| 교육수준 | 무학 | - | 15.1 | 14.4 |
| | 초등학교 | 42.8 | 12.7 | 8.0 |
| | 중학교 | 21.2 | 10.7 | 7.3 |
| | 고등학교 | 14.6 | 8.4 | 2.7 |
| | 전문대학 | 7.0 | 5.7 | 18.7 |
| | 대학교 | 6.6 | 5.4 | 0.0 |
| 직업 | 고위관리자 | - | 6.9 | 0.0 |
| | 전문가 | 0.0 | 5.0 | 0.0 |
| | 준전문가 | 9.5 | 4.1 | 0.0 |
| | 사무직 | 16.8 | 5.6 | 0.0 |
| | 판매서비스직 | 13.9 | 9.3 | 7.1 |
| | 농어업 | 0.0 | 7.2 | 11.7 |
| | 기능근로자 | 9.6 | 7.0 | 20.0 |
| | 기계조작원 | 18.1 | 10.2 | 0.0 |
| | 단순노무자 | 17.6 | 11.3 | 13.6 |
| | 군인 | 0.0 | 4.3 | - |
| | 학생 | 13.3 | 9.4 | - |
| | 주부 | 11.1 | 8.9 | 14.8 |
| | 무직 | 5.5 | 17.6 | 6.0 |
| 생활수준 (주관적 평가) | 매우 못사는 편 | 18.9 | 25.7 | 19.2 |
| | 못사는 편 | 14.4 | 11.1 | 9.6 |
| | 보통 | 13.8 | 7.0 | 5.8 |
| | 잘사는 편 | 8.5 | 5.6 | 28.5 |
| | 매우 잘사는 편 | 33.3 | 22.7 | - |

주: CES-D 점수 25점 이상

양극단 모두에서 유병률이 높다.

다. 자살과 우울증

자살사고의 경우, 조사대상자의 27% (1463/5417)가 ‘지난 1년 중에 죽고 싶다는 생각을 해 본 적이 있었다’고 응답하였다. 이들의 중증 우울증 유병률은 23.1로 ‘자살사고가 없다’고 답한 집단의 4.5

보다 훨씬 높아 우울증상으로서의 자살사고가 가지는 유의성을 짐작할 수 있다. 자살사고를 가진 집단의 연령군별 분포를 보면, 15세에서 19세군의 45.8%가 자살사고가 있고, 20대가 32.6%, 30대가 29.9%로 젊은층에 자살사고가 많음을 알 수 있다. 또 15세에서 29세 사이의 젊은층이 자살사고를 가진 집단의 44.5%를 차지한다.

자살기도의 경우, 지난 1년 중에 자살 사고가 있었던 사람중, 지난 해에 실제로 자살기도를 한 적이 있는 사람이 7.0% (83/1224)이다. 전체중에서 자살기도를 한 적이 있는 사람의 비율은 1.7%(83/4658)이다. 자살기도를 한 적이 있는 사람의 중증 우울증 유병률이 44.5%이다. 즉, 자살기도를 한 적이 있는 사람 100명 중 45명이 중증 우울증상이 있다. 특히 이들 자살기도자 중 40.2%는 작년에 2번 이상 자살을 기도했던 사람들인데, 이들은 즉각적인 치료 및 면밀한 관찰이 없다면, 자살로 인생을 마감할 사람들이라고 볼 수 있다. 이런 연유로 자살기도를 한 적이 있는 사람의 경우 정신의학적인 면밀한 관찰과 지속적인 치료의 필요성을 다시 확인할 수 있다. 이는 우울증이 자신의 의지와는 관계없이 생물학적인 원인에 의하여 발생하는 주요 우울증이 있을 가

조사대상자의 27%가 '지난 1년 중에 죽고 싶다는 생각을 해 본 적이 있었다'고 응답하였고, 이들중 7.0%가 실제로 자살을 기도한 적이 있었다.

능성을 시사한다.

라. 의료추구행태와 우울증

만성질환에의 이환이나 입원치료여부 등은 전체의 9.5%보다 높은 13.4%와 14.6%로 중증 우울증상과 연관이 있는 것으로 나타났다. 병의원 외래이용 빈도와 우울증상간에도 연관이 있는 것으로 나타났다. 즉, 외래를 이용하는 횟수가 많은 사람일수록 우울증상의 유병률이 높았다. 이는 우울증 증상의 일부로 신체적 증상이 나타나기 때문에 환자들이 이 병원 저

표 4. 자살사고 및 자살기도와 중증 우울증¹⁾과의 관련성

| | 사례수 | 우울증(CES-D) 점수 | | | 중증 ¹⁾ 우울증의 사례성 유병률(%) |
|---------|-------|---------------|------|------|----------------------------------|
| | | 평균 | 표준편차 | 표준오차 | |
| 자살사고 여부 | | | | | |
| 예 | 1,463 | 17.0 | 11.0 | 0.2 | 23.1 |
| 아니오 | 3,954 | 8.5 | 7.6 | 0.1 | 4.5 |
| 계 | 5,418 | 10.8 | 9.4 | 0.1 | 9.5 |
| 자살기도 여부 | | | | | |
| 예 | 92 | 23.0 | 12.2 | 1.2 | 44.5 |
| 아니오 | 1,369 | 16.6 | 10.8 | 0.2 | 21.6 |
| 계 | 1,462 | 17.0 | 11.0 | 0.2 | 23.1 |

주: CES-D 점수 25점 이상

표 5. 우울증상의 사례성 유병률과 의료추구행위간 관련성

| | 사례수 | 우울증(CES-D)점수 | | | 사례성 유병률(%) | | |
|-----------------|-------|--------------|------|------|------------------|-------------------|------------------|
| | | 평균 | 표준편차 | 표준오차 | 경증 ¹⁾ | 중등증 ²⁾ | 중증 ³⁾ |
| 주관적 건강인식 | | | | | | | |
| 매우 건강 | 578 | 8.5 | 8.6 | 0.3 | 17.6 | 10.7 | 7.4 |
| 건강한 편 | 2,136 | 9.6 | 8.5 | 0.1 | 21.5 | 11.9 | 6.1 |
| 보통 | 1,962 | 11.2 | 9.2 | 0.2 | 27.6 | 15.4 | 9.8 |
| 건강하지 못함 | 683 | 14.5 | 11.0 | 0.4 | 38.9 | 26.7 | 18.1 |
| 매우 불건강 | 67 | 22.0 | 13.9 | 1.7 | 62.6 | 47.6 | 38.8 |
| 만성질환: 이환 | 1,216 | 12.0 | 10.8 | 0.2 | 28.9 | 17.5 | 13.4 |
| 지난 2주간 외래이용 | 1,228 | 11.3 | 10.4 | 0.2 | 26.7 | 16.7 | 11.5 |
| 입원치료여부 | 328 | 11.8 | 10.4 | 0.5 | 28.0 | 18.2 | 14.6 |
| 연간 병의원 외래이용여부 | | | | | | | |
| 없다 | 2,479 | 10.5 | 9.0 | 0.1 | 24.6 | 14.7 | 8.3 |
| 1회 | 992 | 10.1 | 8.9 | 0.2 | 23.9 | 12.9 | 8.1 |
| 1~20회 | 1,773 | 11.3 | 9.7 | 0.2 | 28.3 | 16.8 | 11.3 |
| 21회 이상 | 156 | 13.5 | 12.8 | 1.0 | 31.4 | 19.2 | 17.9 |
| 연간 한방병의원 외래이용여부 | 976 | 11.0 | 10.1 | 0.3 | 26.0 | 14.7 | 10.0 |
| 연간 치과진료 이용여부 | 1,052 | 10.9 | 9.8 | 0.2 | 26.1 | 16.2 | 10.2 |
| 전 체 | 5,427 | 10.8 | 9.4 | 0.1 | 26.0 | 15.3 | 9.5 |

주: 1) CES-D 점수 16점 이상
 2) CES-D 점수 21점 이상
 3) CES-D 점수 25점 이상

병원을 전전하는 경향이 있음을 시사한다. 하지만, 이 환자들이 다른 질병이 같이 있어 병원이용이 잦고, 이로 인해 우울한 증상이 이차적으로 발생하였을 가능성도 간과할 수 없다. 어떤 경우이든 국민보건의 차원에서 우울증을 조기에 발견하여 치료하고 재발을 방지하기 위한 적극적인 노력을 기울여야만 우울증 환자들이 의료기관을 전전함으로써 인해 생기는 불필요한 의료비용을 절약할 수 있을 것

이다. 우울증상과 한방병의원 외래나 치과진료와의 관련성은 보이지 않는다.

마. 우울증의 위험요인

우울증의 위험요인을 파악하기 위해 다변량 로지스틱 회귀분석을 실시하여 상대적인 위험도(odds ratio)를 산출하였다. 15세에서 22세군에서는 ‘여성’이 유의한 위험요인으로 나타났는데 위험도는 1.8배였다. 그 외에 중고등학생이 대학생 보다

우울증에 걸릴 위험이 1.7배나 되었고, 근로청소년이 2.1배의 위험도를 나타내었다. 도시지역 거주자는 군지역 거주자보다 1.3배의 위험도를 보였다. 20세에서 59세군에서는 세 가지의 위험요인이 유의하게 나타났다. 첫째, 여성이 1.5배의 위험도, 둘째, 교육수준으로 국졸 이하가 2.4배의 위험도, 셋째, 결혼상태로서 사별, 이혼, 별거 등의 문제있는 결혼상태가 2.9배의 위험도를 나타냈다. 60세에서 69세군에서는 도시지역 거주자가 군지역 거주자보다 1.2배의 위험도를 보여주었고, 여성이 1.6배, 무학력이 1.3배, 월 50만원 이하의 소득이 2.5배의 위험도를 나타내었다.

국민보건의 차원에서
우울증을 조기에 발견하여 치료하고
재발을 방지하기 위한 적극적인 노력을
기울여야만 한다.

치료를 함으로써 유병률을 상당히 감소시킬 수 있다. 우리가 관심을 갖고 대책을 수립해야 할 부분을 다음과 같이 제시하고자 한다.

가. 청소년기의 대책

1) 심각한 학업 스트레스에 대한 대책

성적만을 위한 과당경쟁을 없애고, 학업이 뒤지는 학생들이 열등감을 갖지 않도록 하기 위해 현행 입시위주 교육제도

5. 우울증 조기발견 및 관리대책
우울증은 조기발견과 고위험군 관리 등을 통하여 병의 경과를 완화시키고 조기

표 6. 연령군별 우울증의 위험요인과 상대위험도

| | 위험요인 | 상대위험도 |
|------------------|------------------|-------|
| 청소년기 (15~22세) | 여성(남성) | 1.8 |
| | 중·고등학생(대학생) | 1.7 |
| | 근로청소년(비근로청소년) | 2.1 |
| | 도시 거주(농촌거주) | 1.3 |
| 성인기 (20~59세) | 여성(남성) | 1.5 |
| | 국졸 이하(국졸 이상) | 2.4 |
| | 사별, 이혼, 별거(유배우) | 2.9 |
| 노년기 (60~69세) | 도시 거주(농촌거주) | 1.2 |
| | 여성(남성) | 1.6 |
| | 무학(국졸 이상) | 1.3 |
| | 월 50만원 이하 소득(이상) | 2.5 |

주: ()는 준거집단

를 획기적으로 개선한다.

2) 우울증 및 자살의도 청소년의 조기 발견 및 대책

우울증 유병률이 가장 높게 나타난 청소년기는 감정적인 혼란이 빈번한 시기이다. 따라서 학교교사들에게 우울증 및 자살의도 청소년을 조기발견할 수 있는 각종 스크리닝 도구들을 개발 보급하고, 충분한 교육을 통하여 적절한 치료를 주선할 수 있도록 한다.

나. 성인기의 대책

1) 고위험군 관리

저소득 계층에 대한 사회복지 프로그램의 확대에 가난에 의한 정신질환의 취약성을 예방하고, 결혼위기 및 이혼상담을 통하여 행복한 부부관계와 건강한 가정의 유지를 돕도록 한다.

2) 위기개입 센터 설립

각 직장과 지역보건센터 등 접근이 용이한 곳에 위기상담을 받을 수 있는 상담

요원과 응급 상담시설이 마련되어야 한다. 24시간 위기상담전화의 설치를 장려하고, 각 종합병원급의 응급실에는 반드시 정신과 면접 상담소를 설치할 것을 의무화한다.

다. 노년기의 대책

1) 갭·노년기 우울장애 및 자살률 줄이기

노년기는 각종 개인적 상실과 뇌의 생물학적 요인에 의한 우울증의 호발시기이며 가장 자살률이 높은 시기이다. 일반노인들에게 우울증의 증상과 자살의 무모함에 대해 교육·홍보할 수 있는 실행기관을 정하고 관련 자료들을 제작 배포한다.

2) 직업 은퇴자에 대한 사회보장 확대

노년기의 가장 큰 정신질환의 위험인자들중의 하나가 경제적 어려움이다. 사회연금제도를 확립하여 은퇴 이후의 생계를 보장하도록 하며, 노인들의 주택 및 직장 알선, 건강관리등에 대한 체계적 제도를 마련하여야 한다.