

우울증

한강성심병원

김 미 영

요약

일차진료의사를 방문하는 성인 환자에서 우울증의 유병율은 지역사회 우울증 유병율의 약 2배이며 이들은 정서적인 증상보다는 통증, 기능 저하 등 신체적인 증상을 주로 호소하는 경향이 있다. 본 강좌에서는 우울증 선별검사의 효능, 조기발견의 효과, 다른 단체의 추천 등을 알아보고 평생건강 관리의 일환으로 우울증에 대한 적절한 접근방법을 안내하고자 한다.

역학

2001년 전국의 만 18세 이상 64세 이하 6,242명에 대한 CIDI의 한국어판(Korean Composite International Diagnostic Interview) 조사에서¹⁾ 기분장애(주요 우울장애, 기분부전장애, 양극성장애 포함)의 평생 유병율은 4.6% (남자 2.2%, 여자 7.1%)였고, 1년 유병율은 2.2% (남자 0.9%, 여자 3.6%)로 조사해당 연령의 국민 가운데 71만 여명이 지난 한 해 동안에 기분장애에 이환 되었을 것으로 추정된다. 이 중 우울장애(주요 우울장애 및 기분부전장애)의 1년 유병율은 2.2% (남자 0.8%, 여자 3.5%)였고, 주요 우울장애의 1년 유병율은 1.8%였다.

주요 우울장애의 평생 유병율은 4.0% (남자 2.0%, 여자 6.2%)로 2000년 남양주에서의 보고와는 비슷한 수치를 보였지만, 1986년 이정균 등²⁾의 3.37% 보다는 증가하였다. 남자보다 여자에서 유병율이 4배였고, 연령이 증가하면서 1년 유병율이 증가하였다. 별거, 이혼, 사별 등 결혼생활의 문제가 있는 집단에서 유병율이 높았고, 미취업 상태에서 높았다. 교육과 경제 수준이 낮을수록 1년 유병율이 높았고 남자는 도시지역에서, 여자는 농촌지역에서 유병율이 높

았다. 남녀 모두 20대와 30대에서 58%의 환자가 발병하였다.¹⁾

우울장애는 한 달에 5.92일간 일상생활에 장애가 나타났으나 우울장애 환자의 26.8%만이 의사나 정신과의사, 또는 기타 정신건강 전문가에게 상담을 받았다.¹⁾

세계보건기구는 1990년에 우울증을 세계 질병순위 4번째라고 하였고, 허혈성 심질환이나 뇌혈관 질환보다 더한 장애를 가져온다고 하였다.³⁾ 또, 미국의 경우 우울증의 평생 유병율이 4.9~17.1%⁴⁾이고, 캐나다의 경우 15~30%로 보고되고 있다.⁵⁾

일차진료의사를 방문하는 성인 환자에서 우울증의 유병율은 지역사회의 우울증 유병율의 약 2배인 것으로 보고되고 있다. 또 이들은 정신과 의사를 방문하는 우울증 환자들과는 달리 정서적인 증상보다는 통증, 신체적인 기능 저하 등 신체적인 증상을 주로 호소하는 경향이 있는 것으로 알려져 있다.⁶⁾ 따라서 일차진료의사들은 다른 신체적인 질환이 의심되더라도 우울증의 가능성을 고려해야 한다.

선별검사의 효능

국내에서도 몇몇 우울증 선별 도구들의 타당성이

연구되어 있다.

BDI⁷⁾는 21개 문항의 자기 기입식으로 짧은 시간에 작성할 수 있다. 한홍무 등⁸⁾이 한국어로 번안하였고, 신호철 등⁹⁾이 일차진료의사를 방문하는 우울 성향이 있는 만성 질환 환자들을 대상으로 우울증 선별 검사 및 평가 척도로서의 타당성 연구를 시행하였다. Cronbach α 계수는 항목에 관계없이 0.87 정도로 신뢰도가 높은 편이고, 인자 분석 결과 만족스러운 구성 타당도를 갖고 있으며 13점 혹은 14점이 민감도 77.7%, 특이도 82.4%, 양성 예측도 95.5%, 우울증 선별검사를 위한 적절한 절단 점수로 제시되었다.

Zung의 SDS¹⁰⁾는 20개 문항으로 각 구성 문항이 비교적 짧고 간단하며 자기 기입식으로 작성할 수 있다. 송옥현¹¹⁾이 한국어로 번안하였고, 신호철 등¹²⁾이 일차진료의사를 방문하는 만성 질환 환자들을 대상으로 우울증 선별 검사 및 평가 척도로서 타당성 조사를 시행하였다. Cronbach α 계수는 항목에 관계없이 0.77 정도로 유지되었고 1~2개월의 간격을 둔 재조사에서 중등도 정도의 상관 관계를 보였다($r=0.60$). 인자 분석 결과 만족스러운 구성 타당도를 보였으며 선별 검사를 위해서는 SDS Index 53 정도(민감도 82%, 특이도 67%, 양성예측도 93%)가 적절한 것으로 평가되었다.

보다 간단하게 2가지 문항의 질문만으로도 우울증 선별이 용이하다고도 하지만¹³⁾ 국내에서는 성인을 대상으로한 연구는 없다. 남자고등학교 2학년 학생을 대상으로한 연구¹⁴⁾에서 “지난 한 달 동안 당신은 자주 기분이 처지거나 우울하거나 희망이 없다는 느낌으로 고민하고 있습니까?”, “지난 한 달 동안 당신은 자주 일상적인 활동(공부, 놀기, 친구와 이야기하기 등)에 흥미나 즐거움의 감소 때문에 고민하고 있습니까?”의 ‘두 문항 질문검사’의 Cronbach α 계수는 0.663이었고, 민감도 100%, 특이도 54.6%, 양성 예측도 13.5%였다.

청소년을 대상으로한 다른 연구로 BDI의 신뢰도를 본 박현정 등¹⁵⁾의 연구가 있고, 한국형 소아우울척도를 개발한 조수철 등¹⁶⁾의 연구도 있다.

조맹제 등¹⁷⁾은 55세 이상 연령의 정신과 환자들을 대상으로 GDS (Geriatric Depression Scale)¹⁸⁾에 대해 신뢰도, 타당도를 입증하였고, 17점을 기준으로 했

을 때 민감도 94%, 특이도 75%였다.

선별검사에서 위양성을 보이는 경우로 기분부전 장애나 약간의 우울 성향이 있을 수 있고, 이 때 치료나 주의 깊은 추적 진료가 도움이 될 수 있다. 그러나 일부는 전혀 질환이 없는 경우도 있을 수 있어서 선별검사서 양성반응을 보인 경우에는 적절한 진단과 치료, 추적을 위한 계획이 필요하다.

선별검사의 적절한 시행 간격은 알려진 바가 없다. 우울증의 과거력이 있거나 설명되지 않는 신체 증상들, 다른 정신 질환(공황장애, 불안 등), 물질 남용, 만성 통증 등이 같이 있을 경우에는 반복해서 검사를 하는 것이 더 효과적일 것이다.¹³⁾

조기 발견의 효과

우울증은 유병율이 높고 건강에 미치는 영향이 크지만 일차진료 영역에서 우울증 환자의 30~50%는 발견이 되지 못하고 있으며¹⁹⁾ 발견이 되지 않으면 적절히 치료를 받을 수 없다. 비록 6~12개월 사이에 50%는 자연 관해를 보일 수 있지만 주요 우울증 환자의 50%는 만성적인 경과를 밟고 이는 자살의 위협으로 이어져 자살자의 30~70%는 이전에 주요 우울증으로 진단 받은 경우이다.⁵⁾ 선별검사의 효과는 이를 통해 환자를 빨리 찾아낼 수 있는가와 이렇게 함으로써 치료를 잘 받게 하고 결과적으로 전반적인 임상결과가 개선되는지에 따라 결정된다. 아직까지 국내에서는 우울증 선별검사를 통해 이러한 결과를 볼 수 있는지에 대한 연구가 이루어지지 않았다.

1차 진료에서 우울증 선별검사의 효과에 대한 14개의 randomized, controlled trial을 검토한 외국의 연구⁴⁾에서 선별검사의 효과는 다양하게 나타났다. 8개 연구에서는 선별검사 결과를 의사에게 알려주 기만 했고, 나머지 연구에서는 선별검사 결과 통보와 함께 환자나 의사에게 다른 중재들을 같이 했다. 7개 연구에서 선별검사 결과를 의사에게 알려줌으로써 우울증, 특히 주요 우울증에 대한 진단율을 높였다. 4개의 연구에서 선별검사 결과를 알려준 것만으로는 치료율을 높이지 못했지만 결과를 알려주고 치료를 권고하거나 다른 체계적인 지지를 해 준 5개

연구 중 4개 연구에서 치료율이 높아졌다. 선별검사와 그 결과를 알려주는 것이 1개월 내지 2년 후의 임상결과에 미치는 효과를 본 10개 연구에서 5개 연구는 임상결과가 유의하게 좋았고, 3개 연구에서는 결과가 좋기는 했지만 통계적으로 유의하지는 않았다. 이러한 결과는 연구의 표본 크기가 충분히 크지 않아서 발생했을 가능성이 있어 보였다. 분석이 가능한 7개 연구 결과를 메타 분석한 결과 우울증 선별검사를 한 경우에 우울증이 지속될 상대 위험도가 13% 감소되었고, 우울증이 지속될 환자의 비율이 9% point 감소되었다.

1차 진료영역에서도 우울증이 발견될 경우에 효과적인 치료법들을 사용할 수 있다.²⁰⁾ 삼환계 항우울제나 SSRI 등의 약들이 위약보다 효과적이고 정신 사회적, 정신 치료적 개입은 주요 우울증에서 항우울제 만큼 효과적일 것으로 여겨진다.¹⁹⁾ 그러나 다른 우울 장애에서의 정신치료의 효과는 잘 연구된 것이 없고, 약물치료와 정신치료를 같이 한 것의 효과에 대해서는 연구가 거의 없다.

1차 진료에서 선별검사를 통해 발견된 소아, 청소년의 우울증 치료결과에 대한 연구는 없다. 청소년에 대해 학교나 지역사회에서 SSRI 투약과 인지행동치료를 한 경우에 효과적이라는 증거가 있지만, 이 결과를 1차 진료나 소아 연령층으로 일반화할 수 있는지는 확실치 않다.

선별검사의 손해

선별검사에 따른 위험은 위양성의 결과로 인해 진단을 위한 검사들을 하게되거나, 우울증으로 잘못 진단되어 치료하게 되는 경우의 비용과 부작용, 그리고 우울증이라는 진단 자체로 인한 부가적인 효과 등이 포함되지만 이런 점들에 대한 유용한 연구는 없다.

다른 단체의 추천

U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF)에서는 정확한 진단과 효과적인 치료, 추적진료가 가능한 임상 상황에서는 성인을 대상으로한 우울증 선별

검사를 권고하지만(B) 소아, 청소년에 대해서는 정확하고 신뢰성 있는 선별검사 도구나 치료의 효과에 대한 충분한 증거가 없다(I)¹³⁾고 하였다.

Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC)에서는 1994년에 무증상인 개인에게 우울증 선별검사를 일상적으로 실시하는 것이 우울증의 발견이나 치료를 향상시키지 못한다는 상당한 근거가 있어서 정기 신체 검사에서 제외시키기를 권고하였다. 그러나 의사들은 환자에게 우울증이 의심되는 임상 양상이 있는지 늘 주의해서 보도록 제안하였다.⁵⁾ (CTFPHC에서는 최근 권고안을 재작성 하는 중이다.)

미국 산부인과학회는 의사에게 환자의 우울증 증상에 대해 관심을 두고 질병력 파악 중에 심리, 사회적 스트레스와 우울증의 가족력 등을 질문하도록 권고한다.²¹⁾

미국 소아과학회는 청소년의 질병력 파악 중에 우울증에 대해 질문하도록 권고한다.²²⁾

미국 의학회는 가족문제나 약물, 술 등으로 인해 위험이 있는 청소년에게 우울증 선별을 권고한다.²³⁾

미국 가정의학회는 성인의 경우 직계가족에 우울증이 있었던 경우, 2가지 이상의 만성질환, 비만, 만성 통증, 빈약한 가정환경, 경제적 곤란, 중요한 생활 변화, 임신과 출산, 사회적 고립, 다양한 비특이적 증상, 피로감이나 수면장애, 술이나 약물 중 물질 남용, 성생활에 흥미 상실, 노인 등의 경우에 우울증 선별검사를 하도록 권하고 있다. 또, 소아, 청소년에 대해서는 반사회적 행동, 학업성적 저하, 친구들이나 사회활동에서 제외, 지나친 체중 증가나 감소, 술이나 약물 등 물질 남용, 공격성, 흥분이나 불안 등의 경우에 선별검사를 하도록 권한다.²⁴⁾

위험요인

2001년 역학조사¹⁾에서 주요 우울장애 일년 유병율의 위험요인에 대한 로짓회귀분석 결과가 다음의 표와 같았다.

		P-value	O.R.	C.I.
성별	남자			
	여자	0.000	4.635	2.545~8.440
연령구간	45~64			
	30~44	0.796	0.933	0.551~1.580
	18~29	0.079	0.499	0.229~1.083
결혼상태	현재기혼			
	사별, 별거, 이혼	0.040	1.978	1.031~3.794
	미혼	0.116	1.812	0.864~3.799
교유수준	13년 이상			
	0~12년	0.705	1.120	0.623~2.014
경제수준	월 250만원 이상			
	150~250만원	0.435	1.401	0.601~3.270
	150만원 미만	0.243	1.608	0.725~3.568
직업	사무직			
	농어업, 기능, 노무	0.126	1.569	0.742~3.302
	학생, 주부	0.049	1.898	1.002~3.594
	무직	0.002	3.304	1.560~6.998

위험요인²⁵⁾

- * 우울증의 과거력
- * 우울증의 가족력
- * 자살기도의 과거력
- * 40세 이전(청소년기와 성인기) 주요 질병의 발병
- * 폐경후 여성
- * 사회적지지 결핍
- * 스트레스성 생활사건
- * 성적 학대의 개인력
- * 약물남용의 현병력
- * 수면장애 또는 설명될 수 없는 여러 신체증상을 호소하는 자

권 고

우울증 유병율은 다른 나라에 비해 낮은 상황이나 증가하는 추세이다. 비록 무증상 성인에서의 선별검사에 대해서 아직 우리 나라 연구 결과는 없지만 외

국의 보고에서 적절한 후속 조치가 동반되는 경우라면 선별검사가 해보다는 득이 있을 것으로 추정된다. 타당성 검사가 시행된 적절한 선별도구가 있고 치료제들이 개발된 상태이므로 일차 진료의를 방문한 성인에게 선별검사를 하는 것이 추천되며, 선별검사 이후에 적절한 진단과 치료, 추적진료가 필요하다. 선별검사 실시 간격에 대해서는 보고가 없고 소아 및 청소년에 대해서는 아직 증거가 미흡하다.

참 고 문 헌

1. 이충경. 정신질환실태 역학조사. 보건복지부 용역사업 과제 보고서. 2001.
2. 이정균, 박영숙, 이 희, 김용식, 한진희, 최진욱, 이영호. 한국정신장애의 역학적 조사 연구-도시 및 시골지역의 평생유병률. 대한의학협회지. 1985;28(12):1223-44.
3. Murray CJ, Lopez AD. Global Burden of Disease. Cambridge, MA: Harvard Univ Pr: 1996.
4. Pignone MP, Gaynes BN, Rushton JL, Burchell MC,

- Orleans CT, Mulrow CD, et al. Screening for depression in adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2002;136:765-76.
- The Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. Ottawa, Ontario: Health Canada; 1994: 450-4.
 - Whooley MA, Avins AL, Miranda J, et al. Case finding instruments for depression: two questions are as good as many. *J Gen Intern Med* 1997;12:439-45.
 - Beck AT, Ward CH, Mendelson M, et al. Inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4:561-71.
 - 한홍무, 염태호, 신영우, 김교현, 윤도준, 정근재. Beck Depression Inventory의 한국판 표준화 연구. *신경정신의학* 1986;25(3):487-502.
 - 신호철, 김철환, 박용우, 조비룡, 송상욱, 윤영호, 오상우. 우울증 선별 검사 도구로서 Beck Depression Inventory (BDI)의 타당성. *가정의학회지* 2000;21(11): 1451-65.
 - Zung WWK. A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiatry* 1965;12:63-70.
 - 송옥현. 정신과 외래 환자의 The Self-Rating Depression Scale(SDS)에 관한 연구. *신경정신의학* 1977;16 (1):84-94.
 - 신호철, 김철환, 박용우, 조비룡, 송상욱, 윤영호, 오상우. 우울증 선별 도구로서 Zung's Self-Rating Depression Scale (SDS)의 타당성. *가정의학회지* 2000; 21(10):1317-30.
 - U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Depression: Recommendations and Rationale. *Ann Intern Med.* 2002;136:760-4.
 - 명승권, 정범, 이원준, 고희정, 서상연, 유태우, 황환식. 청소년의 우울성향 선별검사도구로서 '두 문항 질문검사'의 표준화 연구. *가정의학회지* 2000;21(1):100-6.
 - 박현정, 김형남, 김인복, 전승아. 청소년에서 한국판 Beck 우울척도의 신뢰도. *가정의학회지* 2000;21(2): 244-53.
 - 조수철, 이영식. 한국형 소아우울척도의 개발. *신경정신의학.* 1990;29(4):943-55.
 - 조맹제, 배재남, 서국희, 함봉진, 김장규, 이동우, 강민희. DSM-III-R 주요우울증에 대한 한국어판 Geriatric Depression Scale (GDS)의 진단적 타당성 연구. *신경정신의학* 1999;38(1):48-63.
 - Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *J Psychiat Res* 1983;17:37-49.
 - Simon GE, VonKorff M. Recognition, management, and outcomes of depression in primary care. *Arch Fam Med.* 1995;4:99-105.
 - Mulrow CD, Williams JW Jr, Chiquette E, Aguilar C, Hitchcock-Noel P, Lee S, et al. Efficacy of newer medications for treating depression in primary care patients. *am J Med.* 2000;108:54-64.
 - Guidelines for Women's Health Care. American college of Obstetricians and Gynecologists. Washington, DC: 2002:126-33, 235-6, 279.
 - Suicide and suicide attempts in adolescents. Committee on Adolescents. American Academy of Pediatrics. *Pediatrics.* 2000;105:871-4.
 - Guidelines for adolescent Preventive Services (GAPS): Recommendations Monograph. American Medical Association. Chicago: American Medical Assoc; 1997.
 - Sharp LK, Lipsky MS. Screening for Depression Across the Lifespan: A Review of Measures for Use in Primary Care Settings. *AFP* 2002;66:1001-8, 1045-6, 1048, 1051-2.
 - 대한가정의학회. 한국인의 평생건강관리. *고려의학.* 1995:282-6.