



우울증, 자살 그리고 한국사회

남 미 희¹ · 허 대 석^{1*} · 전 태 연² · 이 민 수³ · 조 맹 제⁴ · 한 창 수³ · 김 민 경⁵ | ¹한국보건 의료 연구원, ²가톨릭대학교 의과대학 정신과학교실, ³고려대학교 의과대학 신경정신과학교실, ⁴서울대학교 의과대학 정신과학교실, ⁵중앙대학교병원 정신과

Depression, suicide, and Korean society

Mihee Nam, MPH¹ · Dae Seog Heo, MD^{1*} · Tae Yeon Jun, MD² · Min Soo Lee, MD³ · Maeng Je Cho, MD⁴ · Changsu Han, MD³ · Min Kyung Kim, PhD⁵

¹National Evidence-based Healthcare Collaborating Agency, Department of Psychiatry, ²The Catholic University of Korea School of Medicine, ³Korea University College of Medicine, ⁴Department of Psychiatry and Behavioral Science, Seoul National University College of Medicine, ⁵Department of Psychiatry, Chung-Ang University Hospital, Seoul, Korea

*Corresponding author: Dae Seog Heo, E-mail: heo1013@neca.re.kr

Received February 7, 2011 · Accepted February 21, 2011

The number of Korean people who are currently suffering from depressive disorders that require medical treatment is assumed to be more than 2 million. However, only around 15% of those with depressive disorder are actively receiving medical treatment, and this leads to an increasing suicide rate. Hence, the National Evidence-based Healthcare Collaborating Agency held a round-table conference to provide information on depression and suicide and suggested a reasonable policy through comprehensive discussion with experts. The prevalence of depression, which is closely related to suicide rates, is lower in Korea than in the U.S., but the rate of suicide is the highest among Organisation for Economic Co-operation and Development countries. It is thought that the underestimated prevalence of depression is owing to the inconsistency between the diagnostic criteria of depression and characteristics of depression in Korea. Therefore, it is necessary to develop Korean diagnostic criteria for depression reflecting cultural characteristics and conduct a regular and organized nationwide survey. Moreover, a term related to suicide officially used by Statistics Korea is 'intentional self-injury'. However, in a Korea-based community study, it was found that 60% to 72% of those attempting suicide had mental disorders; thus suicide is not merely an intentional self-injury but a medical condition that should be treated. To reduce suicide, both medical and social approaches are necessary. Furthermore, a strengthening of the public perception that a medical approach is important for suicide prevention is greatly needed. Moreover, it is necessary to prepare an effective national suicide prevention strategy through studies evaluating the suicide prevention policies currently implemented and psychological autopsy of suicide deaths similar to those practiced in Finland.

Keywords: Depression; Suicide; Prevention; Korea

서론

우울증은 2주 이상 우울증상이 지속되어 일상생활이나 사회생활에 심각한 지장을 주는 질환으로 비교적 흔하

며 조기에 적절한 치료를 받는 경우 예후가 좋은 것으로 되어 있다. 그러나 치료를 하지 않고 방치하게 되면 자살 등 심각한 문제를 초래할 수 있는 질환으로 자살기도자의 상당수가 정신질환 특히 우울증과 연관이 있는 것으로 나타났다[1-2].

© Korean Medical Association

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

우울증은 원칙적으로 주요 우울장애(major depressive disorders), 달리 분류되지 않는 우울장애, 그리고 기분부전 장애 등 우울증상을 보이는 다양한 질환들을 통칭하나, 일반적으로는 주요 우울장애를 지칭한다. 국내 정신질환실태조사(2006)에 의하면 정신분열증, 알코올 의존 등 여타 정신질환은 2006년의 평생 유병률이 2001년에 비해 감소한 것으로 나타났으나 우울증의 경우, 평생 유병률은 5.6%로 2001년 4.0%에 비해 증가하였다[3]. 또한 자살사망자 수 역시 증가하여 2009년 통계청 자료에 의하면 15,413명으로 전년에 비해 2,555명(19.9%)이 늘어났으며, 자살률도 31.0명(인구 10만 명당)으로 전년도 대비 19.3% 높아져, 경제협력개발기구(Organization for Economic Co-operation Development, OECD) 국가 중 가장 높았다[4,5]. 이에, 우울증과 자살률의 증가로 인한 생산력 손실, 의료비 증가 등의 사회적 문제가 대두되어 이를 해결하기 위해 근거를 기반으로 한 우울증과 자살의 합리적인 대책 마련이 필요하였다.

Round-Table Conference

우울증과 자살의 증가가 사회문제로 대두되는 현 시점에서 이에 대한 합리적인 대책마련이 필요하다. 이를 위해서는 우울증과 자살의 많은 연구결과들이 우리 사회에 올바른 정책과 정보를 제시하여야 한다. 그러나 국내 우울증과 자살의 연구 현황을 살펴볼 때 개별 연구로는 우리 사회에 올바른 정보와 정책을 제공하는 데에는 한계가 있다. 우울증 유병률의 경우, 보건복지부에서 시행하는 정신건강실태조사와 우울증임상연구센터 등에서 지역별 우울증 유병률을 보고하고 있으나 이러한 자료들이 통합되지 않고 산재되어 있으며, 지역 또는 표본수의 한계를 가지고 있다. 또한 자살 사망자 통계도 통계청과 경찰청에서 각각 매년 발표하고 있으나 자살사망자 수지도 각 기관마다 상이하며 자살 원인의 분류도 경찰청과 개별 연구 간의 차이가 있다. 이외에도 우울증 및 자살관련 다양한 연구가 이루어지고 있으나 국민이나 사회에 정확하고 필요한 정보를 제공하는데 제한이 있다. 이에 개별 연구를 통합하고 여러 전문가와 다각적인 논의를 통해서 사회에 필요한 정보를 제공하고 근거를 기반으

로 한 우울증과 자살의 합리적 대책을 마련하기 위해 ‘우울증, 자살 그리고 한국사회 round-table conference’를 개최하였다.

한국형 우울증 진단기준의 필요성

우리나라 우울증 환자는 ‘우울하다’는 표현 대신 ‘외롭다, 쓸쓸하다, 짜증난다, 참을 수가 없다’ 등의 표현과 더불어 신체증상이 많이 나타나는 반면 서구 환자는 ‘우울하다’라는 표현을 하며 신체증상이 많지 않아 나라 간의 차이를 보인다[6]. 현재 국내에서 사용하고 있는 우울증 진단기준은 미국 정신의학회 진단기준 4판(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)과 영국의 국제질병분류(International Classification of Disease-10)이며, 이러한 기준을 토대로 한 유병률을 살펴보면 미국의 우울증 유병률이 국내에 비해 2.5배 더 많다[7]. 그러나 국내 자살률이 OECD 국가 중 1위로 높음에도 불구하고 우울증 유병률이 낮은 이유는 국내의 문화적, 사회적 특성과 맞지 않는 진단기준이 하나의 원인으로 여겨진다. 따라서 국내 현실에 부합하지 않은 현 진단기준 대신 한국인 우울증 환자의 특성이 반영된 한국형 우울증 진단기준을 마련하여 정확한 우울증 유병률을 파악하는 것이 필요하다.

자살에 대한 사회적 인식 변화 필요

통계청 등에서 자살의 공식적 용어는 ‘고의적 자해’이다. 우리 사회에서는 자살을 의지력 또는 정신력이 약한 사람들의 선택으로 인식하고 있으며, 한편으로는 다양한 갈등과 관련된 사회 고위층의 자살은 명예 회복으로 인식되기도 한다. 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 상태인 것으로 나타났다[2]. 따라서 자살이 치료가 필요한 의학적 상태라는 사회적 인식의 전환이 필요하며, 자살을 기도하는 사람이 의지가 약하거나 개인의 선택 문제로

간과할 것이 아니라 치료를 통해 자살을 예방할 수 있다는 사회적 분위기 조성이 필요하다. 아울러 자살을 기도하는 경우 현재 사회에서 자살을 고의적 자해로 인식하여, 자살기 도자는 국민건강보험과 개인 의료보험의 혜택을 받지 못하고 있다. 따라서 자살을 치료가 필요한 의학적 상태라는 것을 감안하여 자살기도자에 대한 낙인을 없애고, 환자로써 각종 의료 보장을 받을 수 있도록 제도적 개선이 필요할 것으로 여겨진다.

자살예방을 위한 사회적 개입 필요

2009년 우리나라의 자살률은 인구 10만 명당 31명으로 이는 OECD 국가의 평균 자살사망률에 비해 2배 이상 높은 수치이다. 이제 자살을 더 이상 개인의 책임으로만 돌릴 수 없으며, 사회적 개입이 필요한 상태이다[4,8].

1. 자살예방 정책에 대한 효과 평가 필요

현재 자살예방을 위해 정부에서 지하철 스크린도어 확대 설치, 한강교각 정비, 자살사이트와 같은 유해사이트 차단책 등의 여러 가지 정책들을 시행하고 있다. 이러한 자살예방 정책이 시행된 후 자살을 얼마나 효과적으로 예방하고 있는 지에 대한 효과 평가를 통해 효과적인 정책은 지속적으로 시행하고 그렇지 않은 정책들은 보완 및 개선할 필요가 있다. 더불어 투입된 예산을 바탕으로 시행된 정책의 비용효과성을 평가하여 예산 낭비를 줄일 수 있도록 방안을 마련할 필요가 있다. 이러한 평가연구를 통해 근거를 바탕으로 한 효과적인 정책이 지속적으로 시행될 수 있도록 노력을 기울일 필요가 있다.

2. 자살사망자에 대한 정확한 심리적 부검 시행 필요

심리적 부검이란 자살사망자가 발생 시 자살 이유를 찾기 위해 자살한 사람의 성장 과정, 의학적 병력, 사회적 과거력, 최근 상황 등을 중심으로 자살사망자의 심리에 대해 자세한 조사와 검토를 하는 것을 뜻한다. 이러한 심리적 부검을 통해 자살의 원인을 찾아내어 다른 사람의 자살을 예방할 수 있도록 하는 방안 마련이 절실히 필요하다. 심리적 부검을

국가 차원에서 가장 적극적으로 도입한 나라는 핀란드이다. 핀란드는 1980년대 중반까지만 해도 인구 10만 명당 자살률이 30명이 넘는 국가였다. 하지만 1988년 전체 자살 사례를 대상으로 한 심리적 부검 연구를 시작한 이래로 자살로 인한 사망이 줄어들기 시작하여 2008년 현재 10만 명당 18명 수준으로 낮춰졌다[8]. 핀란드의 예처럼 자살사망자 발생 시 심리적 부검을 시행하여 이를 바탕으로 한 자살예방정책을 마련할 수 있도록 사회나 국가차원의 개입이 필요하다.

3. 폭넓은 자살예방 대책마련을 위한 각 기관간의 자료 연계와 감시시스템 구축 필요

우리나라의 자살에 대한 효율적인 대책을 마련하기 위해서는 우울증과 자살에 대한 현황 파악이 중요하다. 그러나 이에 대한 통합적인 현황자료가 없는 현 시점에서 건강보험 심사평가원의 청구자료, 통계청 사망자료, 각 병원의 진료정보 등 활용 가능한 자료 연계를 통해 구체적이고 폭넓은 현황자료를 확보할 수 있다. 현재 국내의 경우, 여러 기관의 자료 연계가 필요한 연구는 개인정보보호 등으로 수행하기 어려운 실정이다. 반면 호주, 핀란드, 스웨덴 등 외국의 경우, 개인정보를 보호하면서 연구를 수행할 수 있도록 각 기관의 자료를 연계할 수 있는 정책적 방안 마련이 되어 있다. 따라서, 우리나라에서도 외국 사례를 참고하여 우울증과 자살을 위한 공익적 차원의 연구를 위해서 여러 기관의 자료를 연계할 수 있는 정책적 방안을 조속히 마련해야 할 것이며, 이와 더불어 자살기도자들을 감시할 수 있는 시스템 구축도 필요하다.

결 론

현재 의학적 치료를 요하는 심각한 우울증을 앓고 있는 우리 국민이 200만 명을 상회할 것으로 추정되나 적극적으로 의학적 치료를 받고 있는 환자는 15% 정도인 약 29만 명 정도로 추산된다[9]. 이와 같이 낮은 우울증 치료율은 자살률 증가, 의료비 상승 등으로 이어지고 있다. 또한 자살기도자의 60-72%가 정신질환, 특히 우울증과 연관이 있는 것으로 나타나 자살은 고의적 자해가 아니라 치료가 필요한 의학

적 문제인 것으로 나타났다. 이에 지속적으로 증가하는 우울증에 대한 합리적인 대책 마련을 위해서는 유병률 등 현황이 정확하게 파악되어야 하나 현재 그렇지 못한 실정이다. 이를 위해 한국의 문화적 특성을 반영한 진단도구 개발과 더불어 청소년, 노인을 포함한 전국민 우울증 실태조사를 정기적으로 시행하는 것이 필요하다. 또한, 현재 활용 가능한 건강보험심사평가원, 통계청 등 각 유관기관과 병원의 우울증과 자살 관련 자료를 연계하여 다양하고 활용 가능한 공익 목적의 연구를 할 수 있도록 정책적 방안을 마련할 필요가 있다. 그리고 현재 우리나라에서 심각한 문제가 되고 있는 자살을 예방하기 위해서는 핀란드 등 외국사례를 통해 알 수 있듯이 지속적이고 광범위한 범국가적 자살예방정책에 대한 연구가 절실히 필요하다고 여겨진다. 앞으로 ‘우울증, 자살 그리고 한국사회 round-table conference’와 같은 다학제적 논의를 지속함으로써 우울증과 자살에 대해 사회적 인식변화와 자살예방을 위한 합리적 대책마련을 할 수 있도록 노력하여야 할 것이다.

핵심용어: 우울증; 자살; 예방; 한국

REFERENCES

1. World Health Organization. Pharmacological treatment of mental disorders in primary health care. Geneva: World Health Organization; 2009.
2. Jeon HJ, Lee JY, Lee YM, Hong JP, Won SH, Cho SJ, Kim JY, Chang SM, Lee D, Lee HW, Cho MJ. 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.
3. Cho MJ, Chang SM, Hahm BJ, Chung IW, Bae A, Lee YM, Ahn JH, Won SH, Son J, Hong JP, Bae JN, Lee DW, Cho SJ, Park JI, Lee JY, Kim JY, Jeon HJ, Lee HW. Prevalence and correlates of major mental disorders among Korean adults: a 2006 National Epidemiologic Survey. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 2009;48:143-152.
4. Statistics Korea. Death statistics in 2009. Daejeon: Statistics Korea; 2010.
5. Organization for Economic Cooperation and Development. OECD health data 2009: statistics and indicators for 30 countries. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development; 2010.
6. Lee HW, Choi JH, Park YC. Public awareness about depression written in the notes on overcoming the depression. *Ment Health Res* 2006;25:33-39.
7. Chang SM, Hahm BJ, Lee JY, Shin MS, Jeon HJ, Hong JP, Lee HB, Lee DW, Cho MJ. Cross-national difference in the prevalence of depression caused by the diagnostic threshold. *J Affect Disord* 2008;106:159-167.
8. World Health Organization. Suicide prevention (SUPRE). Geneva: World Health Organization; 2009.
9. Ahn JH. A study on relationship between non-pharmacological treatments and adherence to antidepressant pharmacotherapies in Korea. Proceedings of the 1st Round-Table Conference on depression, suicide and Korean society; 2010 Aug 26; Seoul, Korea.



Peer Reviewers' Commentary

본 특집은 우울증 및 자살 예방과 관련하여 한국보건 의료연구원이 주최한 집담회에서 제시된 관점과 방안을 보고하고 있다. 큰 흐름은 자살은 치료가 필요한 의학적 상태인데, 한국에서 자살율이 높은 이유는 우울증이 적절히 진단되고 치료되지 않기 때문임을 지적하면서 이와 관련한 해결책을 제시하고 있다. 자살이 심각한 사회 문제임에도 불구하고 아직 한국에서는 그 원인을 밝히고자 하는 근거 중심의 연구가 많지 않으며, 자살에 관하여 의학적 접근과 복지 혹은 사회문제로 접근하려는 시각이 양립하고 있다. 이 문제를 해결하기 위해서는 원인 조사 및 대책 수립과 시행에서 의료와 비의료적 접근을 아우르는 통합적인 접근이 필요할 것이다.

[정리:편집위원회]