



우울증 및 자살 고위험군 관리의 과학적 근거

임 현 우^{1*} · 정 현 숙¹ · 정 영 은² · 왕 희 령² · 김 수 영³ | 가톨릭대학교 의과대학 ¹예방의학교실, ²정신과, ³한림대학교 의과대학 가정의학과

Management of depression and suicide

Hyeon Woo Yim, MD^{1*} · Hyunsuk Jeong, MA¹ · Young-Eun Jung, MD² · Hee Ryung Wang, MD² · Soo Young Kim, MD³
Departments of ¹Preventive Medicine and ²Psychiatry, The Catholic University of Korea School of Medicine, ³Department of Family Medicine, Hallym University College of Medicine, Seoul, Korea

*Corresponding author: Hyeon Woo Yim, E-mail: y1693@catholic.ac.kr

Received December 17, 2010 · Accepted February 3, 2011

Depression is a highly prevalent mental health disease that, fortunately, can easily be treated. However, depression is often inadequately managed because only some depressive patients seek professional help, and even when they do, they often discontinue their treatments. Research has shown that there is a high association between suicide and depression. Proper depression management plans help depressive patients adhere to treatment medication and support them in continuing treatment. These efforts for treating depression may reduce suicidal ideation and behavior. Simply giving screening results to clinicians was not enough to have treatment outcomes. Besides informing clinicians of patients' screening results, staff-assisted care, including educating patients, following-up on assessments and treatment schedules, helping patients adhere to prescribed antidepressant medications, and referring to mental health care professionals would be critical to achieving successful treatment outcomes. A higher level of staff-assisted care has been reported to have higher treatment outcomes. Future studies in Korea are needed to establish a depression screening system, including post-screening management programs in primary care or community care settings, and to assess the effectiveness of this system. Attaining a higher depression diagnosis rate through screening and running post-screening management programs with sufficient staffing for treatment adherence will reduce depression relapse and suicidal attempts.

Keywords: Depression; Suicide; Screening; Staff-assisted care

서 론

우울증은 매우 흔한 질환으로 모든 연령, 인종, 사회 경제 계층에서 발병한다. 다행히도 이 질환은 치료가 잘 되는 정신질환으로서 약 80-90% 정도는 현재의 치료방법에

잘 반응한다. 그러나 질환자 중 일부만이 전문적인 도움을 찾을 뿐 전문병원을 찾지 않는 비율이 약 65-75%에 달하며 치료도중 치료를 중단하는 경우도 높아 치료가 제대로 되지 않고 있다[1].

보통 사람들은 상실을 경험하였을 때, 실패하였을 때, 불

© 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.

행한 사건을 경험하였을 때, 직업상 또는 인간관계상의 어려움이 있는 경우에 누구나 일시적인 슬픈 감정을 경험할 수 있다. 이러한 감정은 시간이 지남에 따라 치유되게 된다. 이러한 자연적인 슬픈 감정 속에서도 사람들은 사회적, 직업적으로 계속 기능을 수행한다. 반면, 우울증환자의 경우에는 수주, 수개월, 수년간 기분 증상과 어려움을 지속적으로 경험한다. 우울증은 감정, 생각, 활동의 전 영역에 영향을 주어 의미 있는 일상 활동을 수행하기 어렵게 한다. 우울증으로 인한 경제적 손실의 크기는 15세 이상 성인에게 있어서 장애에 따르는 건강년수의 상실(years of life lived with a disability)을 이끄는 원인에서 1위를 차지하고 있고[2] 노인에게 있어서 삶의 질이 보정된 수명(quality-adjusted life years)의 상실 원인 중 3위에 해당한다[3].

주요우울증의 유병률은 다양하게 보고되는데 6개월 기간에서 3% 혹은 생애 유병률이 5-8% 등으로 보고되고 있다. 2006년 우리나라에서 종합국제진단면담(Composite International Diagnostic Interview)으로 측정된 주요우울장애의 1년 유병률은 2.5%, 평생 유병률은 5.6%이었다[4]. 인구의 30% 정도가 일생에 한번 우울증을 경험하게 되며, 이 중 50%는 자연 치유 되나, 50%는 반복되는 재발로 만성적인 상태를 경험하게 되고 이는 자살의 위협으로 이어진다. 자살자의 30-70%가 이전에 주요 우울장애로 진단 받은 경우로 알려져 있다[5].

우울증이 모든 사람에서 전 생애동안 발병 가능하다는 점, 높은 우울증 유병률, 우울증 치료에 효과적이라고 알려진 치료방법이 존재하는 점, 질환 발견율이 낮은 점, 자살자에서 우울증과의 높은 연관성은 우울증을 조기에 발견하고, 적절한 치료를 하기 위한 노력이 이루어졌고, 또한 이에 대한 효과를 증명하고자 하는 연구가 있어왔다[6-8]. 우울증 선별검사가 효과적인지에 대해 현재까지의 근거를 알아보고자 한다.

일차의료기관에서 우울증 선별검사의 효과에 대한 근거

지역사회에서 12개월 우울증 유병률은 5-7% 인데, 일차

진료의사를 방문하는 성인환자에서 우울증의 유병률은 5-13%로 높게 보고되고 있다[6,9]. 우울증을 관리하고 치료하는데 있어 발견이 안되거나 진단이 늦어지는 것이 문제이기 때문에 미국 U.S. Preventive Services Task Force에서는 일차의료기관에서 우울증에 대한 선별검사를 통상적으로 실시하여 우울증환자의 발견율을 높여야 한다고 하였다.

그러나 우울증에 대한 선별검사를 통상적으로 실시하는 것에 대한 반대 의견도 있다[10]. 반대의 근거로는 첫째, 일차의료기관에 내원한 환자들이 우울증 선별검사에 대한 거부율이 높다(30-60%). 둘째, 우울증 선별검사 도구의 양성 예측도가 낮으며 불필요한 추적검사를 받아야 할 환자들의 비율이 높다. 셋째, 선별검사로 발견되는 우울증은 경한 우울증이 포함될 가능성이 높으며 이 경우 적극적인 개입보다는 일단 관찰이 우선되어야 한다. 넷째, 선별검사로 진단된 우울증환자의 경우 치료효과 미만의 용량투여 혹은 재발을 방지할 수 있도록 충분한 기간 치료하지 않는 경향이 있다. 마지막으로 우울증에 대한 효과평가 연구에서 단지 우울증 선별검사만으로는 우울증에 대한 효과를 기대할 수 없다는 점이었다. 영국에서는 국가선별검사위원회의 선별검사를 실시하기 위한 기준에 근거하여 일차의료기관에서 통상적인 우울증 선별검사 실시는 반대하고, 우울증 선별검사는 우울증 고위험군을 대상으로 실시할 것을 권고하여 진료에서 우울증 고위험군이 파악되는 경우 우울증에 대한 선별검사를 실시하여 단계적 의료를 행하도록 하였다. 그러나 고위험군을 대상으로 우울증 선별검사를 실시해야한다는 전략에 대한 평가연구는 아직 보고된 바 없다.

일차의료기관에서 우울증 선별검사를 실시하고 선별검사 이후에 사후조치 프로그램이 없이 단순히 진료의사에게 결과만을 알려주는 우울증 선별검사에 대한 효과 연구는 1976년부터 1990년 사이에 11개의 연구가 있었고, 그 결과는 효과가 없거나 미미하였다[11-21]. 일차의료기관에서의 우울증 선별검사는 우울증 발견율은 높였으나 우울증으로 선별된 환자들의 많은 수에서 효과적이고 충분한 치료로 이어지지 못하였다. 그 이유는 선별검사로 진단된 경우 중증도 측면에서 경도 내지는 중증도의 우울증인 경우가 대부분이며, 이들의 경우 치료에 대한 동기 유발이 어렵고 결과적으로 낮은

약물 순응도를 보이기 때문이다. 또 다른 이유로는 일차의료기관에서 통상적으로 우울증 선별검사를 실시하는 경우에 기존에 우울증으로 진단받은 환자이지만 치료하고 있지 않은 환자, 혹은 치료를 받고는 있으나 제대로 치료받고 있지 않은 환자들이 40-80%를 차지하고 있기 때문이었다.

일차의료기관에서의 우울증 선별검사만을 실시하는 것이 효과적이지 못했던 이유가 선택적 세로토닌 재흡수 차단제(selective serotonin reuptake inhibitor, SSRI) 계열의 우울증 약제가 보편적으로 사용되기 이전에 연구되었기 때문이라는 가설이 제시되었고, 2005년 Bergus 등[22]이 SSRI를 처방하는 일차의료기관에서 단순 우울증 선별검사의 효과를 검증하였으나 음성의 결과를 보고하였다.

그러나 사후조치를 담당할 전담인력을 포함하는 선별검사 프로그램은 우울증상을 감소 시켰다[23,24]. Wells 등[23]이 실시한 군집 무작위 임상시험연구에서는 기관에서 참여하는 질개선 프로그램으로 의사에 대한 교육을 실시하였고, 전문간호사 교육을 통해 환자교육, 약물복용 순응도 관리, 지속적인 우울증 관리를 하도록 함으로써 6개월 추적 검사에서 상담이나 적절한 용량의 항우울제 복용이 집단 간의 차이를 보였다(개입군 50.9% vs. 대조군 39.7%). 정신건강 전문가를 만난 비율도 중재 집단에서 더 높았다(개입군 39.8% vs. 대조군 27.2%). 그리고 이 차이는 12개월 시점에서도 유의미했다. Jarjoura 등[24]은 무작위 임상시험을 통해 우울증 선별검사 실시 이후에 사후조치를 전담하는 간호사의 역할 유무에 따른 차이를 검증하였다. 간호사는 담당의사에게 양성 환자의 선별 검사 결과를 알려주었고, 추적 관찰 계획표와 환자 교육 자료가 포함된 표준화된 프로토콜을 제공했고, 필요에 따라 행동치료 전문가에게 의뢰할 수 있도록 했다. 12개월 추적관찰에서 항우울제로 우울증 치료를 받은 비율이 중재집단에서 더 높았다(70% vs. 15%).

일차의료기관에서 선별검사를 통하여 진단된 우울증환자에서 사례관리자에 의한 사후조치 개입이 어떤 특성을 가진 군에서 가장 효과적인지에 대한 연구가 Rost 등[25]에 의해 이루어졌다. 선별검사로 진단된 환자 대상으로 새로운 우울증 삽화에 대해 아직 치료를 받지 않은 신규환자인지 혹은 이미 치료를 받고 있으나 치료반응이 좋지 않은 기존환자인

지로 구분하였고, 항우울제 치료를 권고했을 때 항우울제 투약을 받아들이는지 여부에 따라 또다시 이들을 구분하였다. 사후조치 개입의 효과는 새로 우울증을 진단받은 경우 그리고 항우울제 치료에 거부감이 없는 경우에 더 효과가 좋은 것으로 나타났다. 미국의 일차의료기관에서 실시된 Rost 등[25]의 연구에서 선별검사를 통하여 진단된 우울증환자 중 새로 우울증을 진단 받은 환자의 비율은 24% 이었고, 그 중 80%가 항우울제 치료를 권고했을 때 받아들였다. 따라서 이들에 대해 사례관리자에 의한 사후조치 개입이 집중될 필요성이 있다.

2000년에 발표된 미국의 Healthy people 2010의 중간 평가에 의하면 일차의료기관에서 현재 정신건강 선별률은 74%에 달한다[26]. 일단 일차진료의사가 우울한 환자를 발견하면 거의 90%의 일차진료의사는 항우울제를 복용하거나 정신치료적 개입을 함께 받도록 권고하고 있다[27].

노인을 대상으로 우울증 선별검사의 효과를 확인한 연구에서는 성인과 같은 결과를 얻지 못하였다[28-30]. 노인 우울증은 동반질환을 동반하는 경우가 높고 만성질환에 의해 우울증을 유발하는 약물복용 가능성이 있고 생활사건과 연관되어 우울증상이 발생될 가능성이 있기 때문에 성인과는 달리 접근할 필요가 있다. 노인에게 발생하기 쉬운 5가지 질병 즉 우울, 인지적 손상, 요실금, 낙상, 기능장애에 대한 선별검사를 동시에 실시하고 사례관리자가 지속적인 전화사례관리를 통해 이 질환들에 대한 사후 조치를 조정하고, 교육함으로써 우울증 선별검사가 1년 시점에 우울증상의 호전과 기능 손상의 호전을 보고 한 바 있다[31].

우울증 선별검사의 방법

우울증 선별검사로 몇 가지 설문지가 사용되고 있다. 환자가 자가보고하는 설문지로 Patient Health Questionnaire (PHQ)-9 [32], PHQ-2 [33], Beck 등의 우울척도(Beck Depression Inventory, BDI) [34], Zung의 자가 평가 우울척도(Zung Self-Rating Depression Scale, SDS) [35], 역학 연구센터 우울척도(Center for Epidemiology Studies Depression Scale, CES-D) [36], 노인우울척도(Geriatric

Table 1. Screening measures for depression for adults and the elderly

| Measure | Items | Target population (yr) | Validated in Korean |
|---|-------|------------------------|-----------------------|
| Beck Depression Inventory | 21 | 13 or older | Hahn 등 (1986) [40] |
| Zung Self-rated Depression Scale | 20 | Adults and elderly | Shin 등 (2000) [44] |
| Center for Epidemiologic Studies Depression Scale | 20 | 18-65 | Cho 와 Kim (1993) [42] |
| State-Trait Depression Scale | 20/50 | Adult | Lee 등 (1999) [62] |
| Patient Health Questionnaire-9 | 9 | 18 or older | Lim 등 (2009) [43] |
| Geriatric Depression Scale | 15/30 | Elderly | Cho 등 (1999) [41] |
| Patient Health Questionnaire-2 | 2 | 18 or older | Myung 등 (2000) [46] |

Depression Scale, GDS) [37] 등이 있다. 역학적 연구를 위한 선별도구로서는 CES-D가 널리 사용되고 있고, 선별검사를 시행하는 경우에 외래에서 많은 문항을 물어보기 어려운 점을 고려하여 영국, 뉴질랜드에서는 PHQ-2가 선별도구로 권고되고 있다. 노인의 경우에는 신체질환 및 신체기능 쇠퇴가 동반되는 경우가 흔하며, 기억력 감퇴 및 인지기능장애에 대한 호소가 많아 이를 고려하여 GDS가 유용하게 사용되고 있다.

U.S. Preventive Services Task Force [38]에서는 수행 시간이 5분 이내고 민감도와 특이도가 높은 도구가 우울증 선별도구로 적절하다고 보고 있다. 영국의 National Institute for Health and Clinical Excellence [39]에서 문헌검토를 통해 우울증 선별도구의 민감도와 특이도를 알아보기 위하여 메타분석을 수행하였다. 충분한 자료가 모아져서 메타분석이 가능하였던 척도는 BDI와 GDS였다. BDI는 이질성이 있었고($I^2=84.6\%$) 높은 민감도 (0.84%; 95% confidence interval [CI], 0.78-0.89)와 특이도(0.74%; 95% CI, 0.65-0.81)를 보였다. 노인 집단에서도 민감도(0.81%; 95% CI, 0.74-0.87)와 특이도(0.79%; 95% CI, 0.67-0.87)가 성인과 비슷해서 선별도구로서 적절했다. GDS의 경우, 15문항으로 구성된 GDS-15의 메타분석이 가능하였고 민감도 (0.87%; 95% CI, 0.80-0.91), 특이도(0.75%; 95% CI, 0.69-0.80)로 선별도구로서 적절함을 보여주었고 이질성 또한 상대적으로 수용 가능한 정도였다($I^2=71.0\%$).

국내에서도 BDI, CES-D, GDS, SDS, PHQ-9 등의 우울증 선별도구 타당성에 관한 연구들이 있어 왔다[40-46] (Table 1). 한국어로 번역되고 타당도 연구가 수행된 선별

검사도구들은 민감도와 특이도가 비슷하여 어느 특정 도구가 더 선별에 우월한 효과가 있음이 증명되지는 않았기 때문에 일차의료기관에서 우울증 선별 도구를 사용할 때는 환자의 특성이나 선호도에 따라서 적절한 도구를 사용하는 것이 바람직하다.

우울증 선별검사 이후 사후조치

사후관리 프로그램은 제공되는 프로그램의 종류에 따라 그 수준이 달라지고 더 높은 수준의 프로그램을 제공할 경우 우울증에 대한 치료효과가 더 높게 나타나는 것으로 보고되었다[23-25]. 우울증 선별검사에서 가장 낮은 수준의 사후관리조치는 선별검사를 실시한 후 그 결과를 진료의사에게 알려주고 우울증 치료 프로토콜에 따라 환자를 치료하도록 권고하고 필요에 따라 정신과의사에게 의뢰하도록 권고하는 것이다. 이 경우에는 치료효과가 음성이거나 미미하였다. 가장 높은 수준의 사후관리조치는 우울증 선별을 포함하여 의사와 병원직원을 대상으로 워크숍을 실시하고 일차 진료의사에게 우울증 치료 매뉴얼을 제공하며 의사와 환자에게 우울증과 관련된 여러 가지 정보를 제공한다. 또한 환자가 선호하는 치료법이 무엇인지 그리고 환자가 정하고 있는 치료적 목표가 무엇인지에 대해 환자와 논의하고, 훈련된 간호사나 직원이 지속적으로 환자를 추적관찰하여 약물순응도를 확인하여 필요에 따라 정신치료를 받을 수 있도록 의뢰하는 적극적인 노력 등이 포함된 프로그램이다. 우울증 선별검사 이후 지속적인 추적관찰을 통해 환자의 상태를 모니터링하고 필요에 따라 정신건강전문가에게 의뢰하는 추가적인 노력 등의 사후조치 노력으로 선별검사로 발견된 우울증환자의 치료 효과를 높일 수 있다[47].

자살 고위험군의 발견과 관리

자살 시도는 정신질환이 없는 사람들에서는 1%이지만,

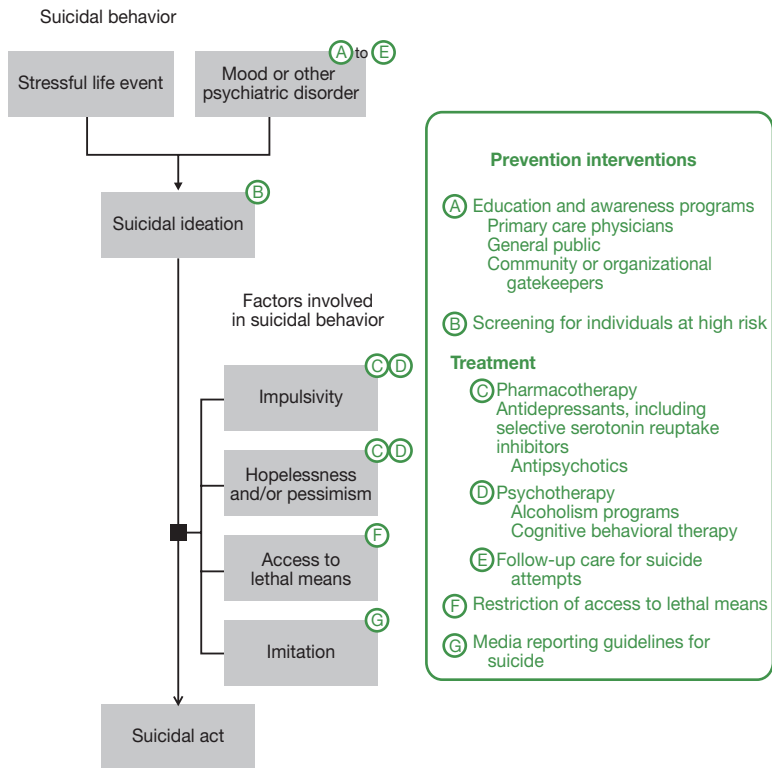


Figure 1. Targets of suicide prevention interventions (From Mann JJ et al. JAMA 2005;294: 2064-2074, with permission from American Medical Association) [57].

감정부전장애환자에서는 17%, 주요우울증환자 18%, 조울증환자 24%에서 자살시도가 이루어지고 있다. 자살은 우울증의 합병증이며, 우울증환자의 15%가 자살에 이르게 된다. 자살자의 60%가 우울증과 연관되어 있는 것으로 알려져 있으며, 자살 희생자의 90% 이상이 진단 가능한 정신과적 질병을 앓고 있다[48-54].

자살한 사람의 83%가 죽기 1년 전에 일차의료의사를 만나며, 이후 1개월 내에 66%가 사망한다고 알려져 있어 자살은 예방 가능한 것으로 보고 있다[55,56]. 그들의 호소는 주로 우울증과 연관된 신체증상으로 오게 되지만 의사들은 자살의 가능성을 예견하여 정신과적인 도움을 받을 수 있도록 조치해야 한다. 따라서 핵심적인 예방전략은 일차의료에서 우울증환자를 선별하고 주요 우울증에 대한 더 나은 치료를 받게 하는 것이다. 포괄적인 정신과적 치료를 받은 기분장애 환자들은 다른 정신과적 질환을 가진 환자들보다 낮은 자

살률을 보인다.

자살 가능성이 의심되는 환자에게는 환자의 생각에 대해서 직접적으로 그리고 구체적으로 물어봐야 한다. “죽고 싶은 생각이 있습니까?”라고 직설적으로 질문을 해야 한다. 환자는 의사에게 자기과괴적인 느낌을 표현함으로써 도리어 마음이 편안해지고, 의사의 흔들리지 않는 태도를 보면서 오히려 안심하게 된다. 자살의 위험요인을 평가하고, 자살의도를 평가해야 한다. 자살위험에 대한 평가는 예방과 직결되는 것이므로 연령, 자살기도 경험, 이별, 정신병, 신체질병, 경제·사회·개인관계 등의 문제점을 항상 유의해야 한다. 심각한 자살 의도를 가진 환자들은 정신과적 상담과 치료를 위해 의뢰되어야 한다. 특히 스트레스 없는 상황에서 자살위험이 있는 경우는 정신질환을 앓는 경우가 많으므로 정신과의사에게 맡겨야 한다.

자살을 예방하여 자살률을 낮추기 위

해서는 자살의 원인이 다양하므로 다요인적인 접근을 해야 한다. Figure 1은 자살 행동과 관련되는 다양한 요인을 설명하고 그에 따른 예방적 중재를 나타내준다[57].

70% 이상의 자살은 우울증에 의한 인지적 왜곡으로 인해 현실적 판단을 할 수 없고 자유 의지나 정신적인 자율성이 손상된 상태에서 감행된다[58]. 따라서 자살예방에서 가장 중요한 것은 우울증환자의 발견을 최대한 높이고, 자살 행동 예방을 위해 항우울제를 적절히 사용하는 것이다. 항우울제가 우울증상을 호전시킬 뿐만 아니라 우울증과 관련된 자살 확률도 줄인다는 임상적 가정은 항우울제 치료에 의해 우울증 증상이 감소함에 따라 자살사고 역시 감소한다는 연구들에 의해 입증되었다[59]. 자살의 예방에 있어서 또 한 가지 간과하지 않아야 할 부분으로 미진한 치료가 우울증환자 자살의 상당한 부분을 차지하고 있다는 것이다[60].

자살예방에서 취약 집단을 상대하는 지역사회나 조직의

문지기 역할이 중요하다. 그들은 자살 위험에 처해있는 사람들을 찾아내고 직접적으로 그들에게 적절한 평가 및 대처를 할 수 있다. 문지기는 성직자, 긴급구조요원, 약사, 노인요양 복지사, 응급실 근무자, 그리고 학교, 교도소, 군대 등의 기관에 근무하는 사람들이다. 이들에게 자살 위험요인, 도움을 요청하도록 고무시키는 전략, 이용 가능한 자원, 도움을 요청했을 때 낙인문제를 줄이는 방법에 대해 교육해야 한다. 자살예방의 또 다른 방법은 선별검사를 실시하는 것이다. 선별검사의 목적은 고위험군을 찾아내고 치료를 받도록 하게 하는 것이다. 선별검사는 자살행동이나 우울증이나 물질 남용과 같은 자살 위험 인자에 초점을 맞추어 실시하게 된다. 세 번째 방법은 자살문제의 중요성에 대한 인식과 교육이다. 자살위험에 대한 인식과 도움 요청을 잘 하게 하기 위한 것이다. 일반인들에 대한 보건교육 및 캠페인은 자살행동의 원인과 위험요인에 대한 이해와 특별히 정신질환에 대한 이해를 높인다. 보건교육은 정신질환과 자살에 대한 낙인찍기를 감소시키며 중한 질병과 마찬가지로 삶에서 적절하게 해결해야 할 문제로 수용하도록 한다. 그 외에 자살예방을 위한 방법으로는 자살방법 통제와 미디어에 대한 관리이다. 총기 사용의 법적 제한뿐만 아니라, 치명적인 살충제 사용의 제한, 도시가스의 해독, 특정 약물의 판매 및 처방의 제한, 투신 가능한 건물 벽의 방벽설치, 독성이 적은 항우울제 사용 등의 방법은 자살을 감소시킨다. 방송매체는 대중에 대한 교육 등으로 자살예방 노력을 돕기도 하고 자살을 조장하기도 한다. 미디어는 자살에 대한 자세한 묘사로 취약한 사람이 자살을 쉽게 하도록 조장할 수 있다.

한국인 대상 과학적 근거 생성방안 제시

국외의 무작위화 임상시험을 통하여 일차의료기관에서 통상적인 우울증 선별검사의 효과에 대한 근거가 제시되었다. 우울증 선별검사의 효과에 대한 근거는 있으나 국내에 이를 수용할 수 있는지에 대해서는 추가적인 연구가 필요하다. 사후관리를 전담할 인력을 배치하는 것이 비용효과적인지에 대한 연구에서 국내 일차의료기관에서 우울증환자 유병률에 대한 조사, 한국판 우울증 선별도구에 대한 타당도

검사, 우울증 선별검사 이후 사후조치 프로그램을 어느 정도 수준에서 가지고 갈 것이며, 이에 대한 효과 평가 연구가 필요하다.

결론

우울증의 조기 진단과 치료는 증상을 경감시키고 회복 속도를 높여 유병률과 유병기간을 줄인다. 우울증에 대한 위험인자를 가진 사람은 평생 동안 우울증에 대한 고위험군으로 남아 있으며, 이들에 대한 선별검사가 우울증을 조기에 발견할 수 있다. 우울증에 대한 선별검사는 낙인을 가져올 수 있고, 우울증으로 진단된 경우에 지속적인 치료가 필요하지만 치료 순응도가 낮은 점을 고려할 때 선별검사에서도 양성으로 나온 사람에 대한 진단, 치료, 사후관리에 대한 체계를 구축하여야 선별검사의 목적인 우울증환자를 치료하고 재발을 방지하고 자살률을 낮추는 효과를 얻을 수 있을 것이다. 최근 우울증의 선별검사의 효과를 높이는 요인 중에 사후조치를 담당할 전문인력의 중요성이 크게 부각되고 있다[47]. 자살예방에서 가장 중요한 것은 기분장애환자를 조기에 진단하는 것이며, 자살 가능성이 의심되는 환자에게는 환자의 생각에 대해서 직접적으로 그리고 구체적으로 물어보아야 한다. 기분장애환자에서 포괄적인 정신과 치료를 받는 경우 자살률이 낮았다[61].

Acknowledgement

This study was supported by a grant of the Korean Healthcare Technology R&D Project, Ministry of Health and Welfare, Republic of Korea (A102065).

핵심용어: 우울; 자살; 선별검사; 사례관리자

REFERENCES

1. Lang RS. Depression and suicide: recognition and early intervention. In: Lang RS, Hensrud DD, editors. Clinical preventive medicine. Chicago: American Medical Association; 2004.
2. Mathers CD, Bernard C, Iberg KM, Inoue M, Fat DM, Shibuya K, Stein C, Tomijima N, Xu H. Global burden of disease in 2002: data sources, methods and results. Geneva: World

- Health Organization; 2003.
3. Unutzer J, Patrick DL, Diehr P, Simon G, Grembowski D, Katon W. Quality adjusted life years in older adults with depressive symptoms and chronic medical disorders. *Int Psychogeriatr* 2000;12:15-33.
 4. Cho MJ. A prevalence and correlates of major mental disorders among Korean adults: 2006 national epidemiologic survey. Seoul: Ministry of Health & Welfare; 2008.
 5. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. The Canadian guide to clinical preventive health care. Ottawa: Health Canada; 1994.
 6. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:617-627.
 7. Hasin DS, Goodwin RD, Stinson FS, Grant BF. Epidemiology of major depressive disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:1097-1106.
 8. Narrow WE, Rae DS, Robins LN, Regier DA. Revised prevalence estimates of mental disorders in the United States: using a clinical significance criterion to reconcile 2 surveys' estimates. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:115-123.
 9. Beekman AT, Copeland JR, Prince MJ. Review of community prevalence of depression in later life. *Br J Psychiatry* 1999; 174:307-311.
 10. Gilbody S, Sheldon T, Wessely S. Should we screen for depression? *BMJ* 2006;332:1027-1030.
 11. Johnstone A, Goldberg D. Psychiatric screening in general practice. A controlled trial. *Lancet* 1976;1:605-608.
 12. Moore JT, Silimperi DR, Bobula JA. Recognition of depression by family medicine residents: the impact of screening. *J Fam Pract* 1978;7:509-513.
 13. Linn LS, Yager J. The effect of screening, sensitization, and feedback on notation of depression. *J Med Educ* 1980;55: 942-949.
 14. Zung WW, Magill M, Moore JT, George DT. Recognition and treatment of depression in a family medicine practice. *J Clin Psychiatry* 1983;44:3-6.
 15. Zung WW, King RE. Identification and treatment of masked depression in a general medical practice. *J Clin Psychiatry* 1983;44:365-368.
 16. Hoepfer EW, Nycz GR, Kessler LG, Burke JD Jr, Pierce WE. The usefulness of screening for mental illness. *Lancet* 1984; 1:33-35.
 17. Rucker L, Frye EB, Cygan RW. Feasibility and usefulness of depression screening in medical outpatients. *Arch Intern Med* 1986;146:729-731.
 18. Shapiro S, German PS, Skinner EA, VonKorff M, Turner RW, Klein LE, Teitelbaum ML, Kramer M, Burke JD Jr, Burns BJ. An experiment to change detection and management of mental morbidity in primary care. *Med Care* 1987;25:327-339.
 19. Rand EH, Badger LW, Coggins DR. Toward a resolution of contradictions. Utility of feedback from the GHQ. *Gen Hosp Psychiatry* 1988;10:189-196.
 20. Magruder-Habib K, Zung WW, Feussner JR. Improving physicians' recognition and treatment of depression in general medical care. Results from a randomized clinical trial. *Med Care* 1990;28:239-250.
 21. Brody DS, Lerman CE, Wolfson HG, Caputo GC. Improvement in physicians' counseling of patients with mental health problems. *Arch Intern Med* 1990;150:993-998.
 22. Bergus GR, Hartz AJ, Noyes R Jr, Ward MM, James PA, Vaughn T, Kelley PL, Sinift SD, Bentler S, Tilman E. The limited effect of screening for depressive symptoms with the PHQ-9 in rural family practices. *J Rural Health* 2005;21:303-309.
 23. Wells KB, Sherbourne C, Schoenbaum M, Duan N, Meredith L, Unutzer J, Miranda J, Carney MF, Rubenstein LV. Impact of disseminating quality improvement programs for depression in managed primary care: a randomized controlled trial. *JAMA* 2000;283:212-220.
 24. Jarjoura D, Polen A, Baum E, Kropp D, Hetrick S, Rutecki G. Effectiveness of screening and treatment for depression in ambulatory indigent patients. *J Gen Intern Med* 2004;19:78-84.
 25. Rost K, Nutting P, Smith J, Werner J, Duan N. Improving depression outcomes in community primary care practice: a randomized trial of the quEST intervention. *Quality Enhancement by Strategic Teaming. J Gen Intern Med* 2001;16:143-149.
 26. U.S. Department of Health and Human Services. Mental health and mental health disorder. 2nd ed. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office; 2000.
 27. Robinson WD, Geske JA, Prest LA, Barnacle R. Depression treatment in primary care. *J Am Board Fam Pract* 2005;18: 79-86.
 28. Callahan CM, Hendrie HC, Dittus RS, Brater DC, Hui SL, Tierney WM. Improving treatment of late life depression in primary care: a randomized clinical trial. *J Am Geriatr Soc* 1994;42:839-846.
 29. Bosmans J, de Bruijne M, van Hout H, van Marwijk H, Beekman A, Bouter L, Stalman W, van Tulder M. Cost-effectiveness of a disease management program for major depression in elderly primary care patients. *J Gen Intern Med* 2006; 21:1020-1026.
 30. Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS. Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. *J Gen Intern Med* 1997;12:439-445.
 31. Rubenstein LZ, Alessi CA, Josephson KR, Trinidad Hoyl M, Harker JO, Pietruszka FM. A randomized trial of a screening,

- case finding, and referral system for older veterans in primary care. *J Am Geriatr Soc* 2007;55:166-174.
32. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. *Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. JAMA* 1999;282:1737-1744.
 33. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Med Care* 2003;41:1284-1292.
 34. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4:561-571.
 35. Sartorius N, Ban T, editors. *Assessment of depression*. New York: Springer-Verlag; 1986.
 36. Radloff LS. The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Meas* 1977; 1:385-401.
 37. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, Leirer VO. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res* 1982;17:37-49.
 38. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for depression: recommendations and rationale. *Ann Intern Med* 2002; 136:760-764.
 39. National Institute for Health and Clinical Excellence; National Collaborating Centre for Mental Health. *Depression: management of depression in primary and secondary care*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2009.
 40. Hahn HM, Yum TH, Shin YW, Kim KH, Yoon DJ, Chung KJ. A standardization study of beck depression inventory in Korea. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 1986;25:487-502.
 41. Cho MJ, Bae JB, Suh GH, Hahn BJ, Kim HK, Lee DW, Kang MH. Validation of geriatric depression scale, Korean version (GDS) in the assessment of DSM-III-R major depression. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 1999;38:48-63.
 42. Cho MJ, Kim KH. Diagnostic validity of the CES-D (Korean version) in the assessment of DSM-III-R major depression. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 1993;32:381-399.
 43. Lim KH, Park YN, Kim DH, Shin IH, Lee WS, Kim JB. A preliminary study of the standardization of the Korean version of the patient health questionnaire-9. *Korean J Health Promot Dis Prev* 2009;9:275-280.
 44. Shin HC, Kim CH, Park YW, Cho BL, Song SW, Yun YH, Ou SW. Validation of zung's self-rating depression scale: detection of depression in primary care. *J Korean Acad Fam Med* 2000;21:1317-1329.
 45. Choi HS, Choi JH, Park KH, Joo KJ, Ga H, Ko HJ, Kim SR. Standardization of Korean version of patient health questionnaire-9 as a screening instrument for major depressive disorder. *J Korean Acad Fam Med* 2007;28:114-119.
 46. Myung SK, Jeong B, Lee WJ, Koh HJ, Suh SY, Yoo T, Sik HH. Standardization of the two-question case finding instrument as a screening instrument for the adolescent's depression. *J Korean Acad Fam Med* 2000;21:100-106.
 47. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for depression in adults: U.S. preventive services task force recommendation statement. *Ann Intern Med* 2009;151:784-792.
 48. Barraclough B, Bunch J, Nelson B, Sainsbury P. A hundred cases of suicide: clinical aspects. *Br J Psychiatry* 1974;125: 355-373.
 49. Dorpat TL, Ripley HS. A study of suicide in the Seattle area. *Compr Psychiatry* 1960;1:349-359.
 50. Rich CL, Fowler RC, Fogarty LA, Young D. San Diego Suicide Study. III. Relationships between diagnoses and stressors. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:589-592.
 51. Robins E, Murphy GE, Wilkinson RH Jr, Gassner S, Kayes J. Some clinical considerations in the prevention of suicide based on a study of 134 successful suicides. *Am J Public Health Nations Health* 1959;49:888-899.
 52. Shaffer D, Gould MS, Fisher P, Trautman P, Moreau D, Kleinman M, Flory M. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry* 1996;53:339-348.
 53. Drake RE, Bartels SJ, Torrey WC. Suicide in schizophrenia: clinical approaches. In: Williams R, Dalby JT, editors. *Depression in schizophrenics*. New York: Plenum Press; 1989. p. 171-186.
 54. Brent DA, Johnson BA, Perper J, Connolly J, Bridge J, Bartle S, Rather C. Personality disorder, personality traits, impulsive violence, and completed suicide in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994;33:1080-1086.
 55. Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am J Psychiatry* 2002;159:909-916.
 56. Andersen UA, Andersen M, Rosholm JU, Gram LF. Contacts to the health care system prior to suicide: a comprehensive analysis using registers for general and psychiatric hospital admissions, contacts to general practitioners and practising specialists and drug prescriptions. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 102:126-134.
 57. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, Hegerl U, Lonnqvist J, Malone K, Marusic A, Mehlum L, Patton G, Phillips M, Rutz W, Rihmer Z, Schmidtke A, Shaffer D, Silverman M, Takahashi Y, Varnik A, Wasserman D, Yip P, Hendin H. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA* 2005;294:2064-2074.
 58. Robins E. *The final months: a study of the lives of 134 persons who committed suicide*. New York: Oxford University Press; 1981.
 59. Bottlender R, Jager M, Strauss A, Moller HJ. Suicidality in bipolar compared to unipolar depressed inpatients. *Eur Arch*

Psychiatry Clin Neurosci 2000;250:257-261.

60. Schou M, Weeke A. Did manic-depressive patients who committed suicide receive prophylactic or continuation treatment at the time? Br J Psychiatry 1988;153:324-327.
61. Martin RL, Cloninger CR, Guze SB, Clayton PJ. Mortality in a

follow-up of 500 psychiatric outpatients. II. Cause-specific mortality. Arch Gen Psychiatry 1985;42:58-66.

62. Lee CH, Chon KK, Hahn DW, Kim KH. The Korean adaptation of the State-Trait Depression Inventory: STDI-K. Korean J Health Psychol 1999;4:1-14.



Peer Reviewers' Commentary

본 논문은 지역사회 및 일차의료에서 우울증과 자살을 선별하는 방법과 선별 후 조치방안에 대해 기술하였다. 국내에서 치료를 받는 우울증 환자가 많아지고 있고 자살률이 지속적으로 증가하고 있는 현실을 고려하면, 본 논문의 내용은 매우 시의 적절하다. 특히 일차의료인들이 우울증 환자를 선별하고 적절한 대책을 세우는데 좋은 지침이 될 것으로 기대된다.

[정리:편집위원회]