



한국의 우울증 역학에 대한 고찰

박 준 혁¹ · 김 기 웅² | ¹제주대학교 의학전문대학원 정신과, ²서울대학교 의과대학 신경정신과

A review of the epidemiology of depression in Korea

Joon Hyuk Park, MD¹ · Ki Woong Kim, MD^{2*}

Department of Psychiatry, ¹Jeju National University School of Medicine, Jeju, ²Seoul National University College of Medicine, Seoul, Korea

*Corresponding author: Ki Woong Kim, E-mail: kwkimmd@snu.ac.kr

Received February 28, 2011 · Accepted March 10, 2011

Depression is one of the most significant public health problems in Korea. The lifetime prevalence rates of major depressive disorder (MDD) in Korean adults have ranged from 3.3% to 5.6%, which are lower than those of western countries. Point prevalence rates of MDD in Korean elders from 4.6% to 7.5%, which are relatively higher than those of Western countries and other Eastern countries, have been reported. The prevalence rate of probable depression (depressive symptoms defined by the cutoff point of 16 on the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale was lowest in the age group of 40 to 49 years at 7.6%, and highest in the age group of 15 to 18 years at 46.8%. The prevalence of probable depression in Korean elders increased with age and was highest in the group aged 80 years and over, at 35.4%. There is relatively consistent evidence that being female, having low income, no education, prior MDD, dementia and history of cerebrovascular attack increased the risk of depression. Although it is difficult to come to consistent conclusions on the epidemiology of depression in Korea due to methodological differences between studies, depression is already common and will become more common in Korea. Tremendous sociocultural, economic, and political changes along with rapid population aging have contributed and will contribute to the prevalence and impacts of depression in Korea.

Keywords: Depression; Epidemiology; Prevalence; Risk factors; Korea

서론

세계보건기구(World Health Organization, WHO)는 인류에게 가장 큰 부담을 초래하는 10대 질환 중 우울증을 3위로 보고하였고, 2030년이 되면 1위가 될 것으로 예측하였다. 현재 우울증은 크게 주요우울장애, 경도우울장애(minor depressive disorder), 아중후군적 우울증(subsyn-

dromal depression), 우울증상(depressive symptoms) 등으로 분류하고, 증상의 심각도는 주요우울장애 쪽으로 갈수록 심하고, 반대로 유병률은 우울증상 쪽으로 갈수록 높다. 임상 또는 연구에서 차원적으로 우울증을 정의할 때 현재 주요우울장애는 주로 정신장애의 진단 및 통계 편람 4판(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV)의 진단기준으로, 경도우울장애는 DSM-IV의 연구

© 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.

진단기준 범주 B의 기준으로 진단한다. 최근 DSM-IV의 주요우울장애, 경도우울장애의 진단적 역치에는 미치지 못하지만 임상적으로 중요한 우울증에 대한 논의가 활발하고 그에 대한 연구가 많아지고 있다. 이러한 역치 하 우울증은 DSM-IV 진단기준에 근거한 변형된 진단기준을 이용하여 차원적으로 정의한 이증후군적 우울증과 다양한 우울증상척도 점수를 이용하여 범주적으로 정의한 우울증상군으로 나눌 수 있다.

우울증은 범세계적으로 유병률이 매우 높고, 다양한 기능장애를 동반하며, 사회문화적 요인이 우울증의 증상발현과 건강추구형태에 미치는 영향이 크기때문에 국가별로 최적화된 정신보건정책을 비롯한 대책 수립 필요하며, 이를 위해서는 무엇보다도 정확하고 신뢰도 높은 역학조사 자료가 필수적이다. 우리나라는 핵가족화, 개인화, 급속한 경제성장, 빠른 고령화 등 많은 변화를 겪고 있고 자살률은 이미 OECD 국가에서 2010년 현재 1위로서 우울증의 중요성이 어느 때보다 강조되는 시점이다. 이에 본 고찰에서는 국내 우울장애 역학연구 결과에 대한 체계적으로 분석을 통해 국내 우울증의 역학적 특성과 영향을 통합 정리하여 향후 국내 우울증에 대한 보건정책 수립의 기반을 마련하고, 향후 정책 수립에 요구되는 근거 구축의 방향을 제시하고자 하였다. 본 고찰에 인용된 국내 역학연구는 연구 표본의 대표성, 연구 디자인의 적합성, 표본 크기 및 반응률을 통한 연구 수행의 우수성, 우울증에 대한 진단적 평가의 전문성 등을 고려하여 선택되었다.

우울장애의 유병률

우울장애를 DSM-IV를 기준으로 진단한 우리나라의 역학 조사는 소수이고, DSM 진단 기준이라고 하더라도 대상자의 연령, 평가도구의 종류, 유병률 측정 방법에 따라서 다양한 유병률을 보이고 있다. 성인의 경우에는 주요우울장애 평생 유병률은 3.3-5.6%, 시점 유병률은 2% 안팎이었고, 노인의 경우에는 주요우울장애 시점 유병률이 5.4-7.5% [1,2]로 성인보다 높았다. 성인부터 노인까지 전 연령층을 동시에 조사한 연구에서도 주요우울장애의 유병률이 전 연령층은

3.6%, 65세 이상 노인은 4.6%로 고령자에서 높게 보고되었다 [3]. 그러나 아직까지 국내 청소년의 주요우울장애 유병률은 보고된 바 없다 (Table 1).

완전히 구조화되어 비전문가가 사용할 수 있는 정신장애 진단도구인 Diagnostic Interview Schedule (DIS)를 이용한 미국의 Epidemiologic Catchment Area 연구가 성공적으로 마무리되면서, 국내에서도 1984년 한글판 DIS-III를 이용한 전국 단위 역학연구가 진행되었다 [4]. 이 연구에서 우리나라 성인의 주요우울장애 평생 유병률은 도시 3.3% 농촌 3.5%, 기분부전장애의 유병률은 도시 2.4%, 농촌 1.9%로 추정되었다.

국가별 역학조사 결과를 비교할 수 있는 국제 공용 평가도구의 개발이 강조되면서 WHO와 미국의 Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration은 1990년에 횡문화적 역학연구에 적합한 진단평가도구인 Composite International Diagnostic Interview (CIDI)를 개발하였다. 국내에서도 Cho 등에 의해 한글판 CIDI를 이용한 Korean Epidemiologic Catchment Area 연구가 2001년 [5]과 2006년 [6]에 걸쳐 2회 진행되었다. 2006년 연구에서 주요우울장애의 평생 유병률은 5.6%, 1년 유병률은 2.5%로 2001년의 평생 유병률 4.3%, 1년 유병률 1.7%보다 증가된 소견을 보였다. 급변하는 국내 환경으로 인한 사회적 스트레스의 증가가 우울장애의 유병률을 실제로 증가시켰을 가능성과, 우울증에 대한 사회적 인식의 변화로 우울증상을 인정하는 한국인의 역치가 낮아졌을 가능성이 두 연구 간 유병률 차이의 원인으로 제시되었다.

CIDI를 이용해 진단한 주요우울장애가 미국은 평생 유병률 16.6%, 1년 유병률 6.7%, 유럽은 평생 유병률 12.8%, 1년 유병률 3.9%로 우리나라보다 현저히 높게 보고된 반면, 우리와 비슷한 문화권인 중국은 평생 유병률이 3.5%, 일본은 6개월 유병률이 2.9%로 우리와 비슷하거나 다소 낮은 수준을 보였다. 그러나 단순한 우울증상에 대한 설문지로 유병률을 조사한 연구들에서는 우리나라의 우울증상 유병률이 미국이나 유럽보다 높은 수준으로 보고된 바 있어 [7], 설문지를 통한 우울장애 진단은 사회문화적 특성의 영향을 크게 받는 것으로 추정된다. CIDI를 시행하는 검사자가 일정

Table 1. Representative studies of the prevalence of depressive disorders in Korean

Author	Age	No. of sample (response rate, %)	Area	Assessment	Diagnostic criteria	Prevalence rate (%)		
						Point	1 yr	Lifetime
<i>Major depressive disorder</i>								
Lee et al. (1985) [4]	18-64	3,134 (79.4)	Urban	DIS-III	DSM-III			3.3
		1,966 (85.9)	Rural	DIS-III	DSM-III			3.5
Suh et al. (2000) [1]	≥65	1,037 (85.2)	Rural	DIS for depression	DSM-III-R	7.5		
Cho et al. (2004) [5]	18-64	6,275 (79.8)	Nationwide	K-CIDI	DSM-IV		1.7	4.3
Ohayon & Hong (2006) [3]	15-90	3,719 (91.4)	Nationwide	Sleep-EVAL system	DSM-IV	3.6		
Cho et al. (2009) [6]	18-64	6,510 (81.7)	Nationwide	K-CIDI	DSM-IV		2.5	5.6
Park et al. (2010) [2]	≥65	714 (63.9)	Urban	MINI	DSM-IV	5.4		
<i>Dysthymic disorder</i>								
Lee et al. (1985) [4]	18-64	3,134 (79.4)	Urban	DIS-III	DSM-III			2.4
		1,966 (85.9)	Rural	DIS-III	DSM-III			1.9
Cho et al. (2004) [5]	18-64	6,275 (79.8)	Nationwide	K-CIDI	DSM-IV		0.4	0.5
Cho et al. (2009) [6]	18-64	6,510 (81.7)	Nationwide	K-CIDI	DSM-IV		0.3	0.5
<i>Minor depressive disorder</i>								
Park et al. (2010) [2]	≥65	714 (63.9)	Urban	MINI	DSM-IV	5.5		

DIS, Diagnostic Interview Schedule; K-CIDI, the Korean version of Composite International Diagnostic Interview; MINI, Mini International Neuropsychiatric Interview; DSM, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

교육은 받았지만 정신과 의사가 아니기 때문에 최종진단은 한정된 면담시간 시행된 피검사의 응답에 전적으로 의존하게 된다. 최근의 한 횡문화적 연구[8]에서 우리나라 사람들이 미국사람보다 DSM-IV에 진단기준에서 요구하는 우울장애 문항에 대해 “증상이 있다”고 응답하는 역치가 높았고, 사회적으로 바람직한 대답을 택하는 경향이 있어 우리나라에서 미국보다 주요우울장애가 덜 발견되는 경향이 있음을 밝혔다. 이러한 현상은 우리나라와 같은 아시아 문화권에서 서구의 DSM-IV 진단기준을 적용하는 경우 서구권에 비하여 우울증의 유병률이 공통적으로 낮게 나타나는 현상과도 일치하고 있다.

우리나라 노인의 주요우울장애 유병률은 다른 아시아권 국가들이나 서구의 2-4% 보다 높았다. 우리나라의 성인 대상 연구에서 DSM-IV 진단기준을 주요우울장애를 진단할 때 진단적 역치가 높아서 유병률이 서양에 비해서 낮게 나온다는 점까지 고려한다면, 우리나라 노인의 주요우울장애 유병률은 다른 나라보다 훨씬 더 높을 가능성이 있다. 우리나라의 급속한 고령화를 고려한다면 향후 우울장애 환자의 지

속적 증가가 예상되며, 공공의료 및 사회경제적 측면에서 심각한 현안으로 부각될 가능성이 높다. DSM으로 진단한 경도우울장애에 대한 역학 연구는 2010년 Park 등[2]이 한국인의 건강과 노화에 대한 전향적 연구(Korean Longitudinal Study on Health and Aging, KLOSHA)에서 조사한 결과가 유일한데, 1년 유병률이 5.5%로 같은 연령대의 주요우울장애 유병률과 비슷한 수준이었다.

우울증상의 유병률

역학조사에서 모든 연령층에 가장 많이 사용하는 우울증상 평가도구는 Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)이다. CES-D는 자기보고형 우울증상 척도로, 문항들이 매우 간결하고 증상의 존재 기간을 기준으로 심각도를 측정하기 때문에 역학 연구에 사용하기 쉽다. CES-D는 임상적인 우울증 진단도구는 아니지만 지역사회 연구에서 우울증상의 정도를 잘 반영하여, 국가간, 민족간, 연령군별, 남녀간의 우울증상의 유병률을 비교하는데 폭넓

Table 2. Representative studies of the prevalence of depressive disorders in Korean

Author	Age	No. of sample (response rate, %)	Area	Assessment	Cutoff point	Depressive symptoms	Point prevalence (%)
Cho et al. (1998) [7]	20-59	3,711 (81.3)	Nationwide	CES-D	≥16	Probable depression	25.3
					≥25	Definite depression	8.7
Cho et al. (1998) [14]	≥65	447 (>70)	Urban	CES-D	≥16	Probable depression	30.9
					≥25	Definite depression	18.1
Cho et al. (1998) [15]	≥60	169 (90.5)	Institution	CES-D	≥16	Probable depression	51.6
					≥25	Definite depression	23.5
Cho et al. (2001) [12]	13-18	1,972 (89.5)	Urban	CES-D	≥16	Probable depression	38.9
					≥25	Definite depression	21.2
Kim et al. (2005) [16]	18-92	4,897 (97.7)	Urban	CES-D	≥16	Probable depression	38.3
					≥24	Definite depression	10.0
Kwak et al. (2008) [11]	7-13	2,305 (76.8)	Regional	K-CDI	≥21	Mild depressive symptoms	17.3
					≥29	Severe depressive symptoms	5.2
Kim et al. (2007) [17]	≥20	981 (93.4)	Regional	CES-D	≥21	Depressive symptoms	15.9
					≥25	Depression	9.9
Park et al. (2007) [13]	≥65	714 (63.9)	Urban	CES-D	≥16	Probable depression	28.8
					≥25	Definite depression	13.8

CES-D, the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale; K-CDI, the Korean form of the Kovac's children's depression inventory.

게 사용되고 있다. 노인에 대한 역학조사에서는 노인우울척도(Geriatric Depression Scale, GDS)도 많이 사용되지만, 연령층별로 비교하기 위해서 CES-D를 중심으로 한 우리나라의 역학 연구 결과를 정리하였다(Table 2).

CES-D는 20문항으로 총점은 60점으로 점수가 높을수록 우울증상이 심한 상태를 의미한다. 우리나라에서도 CES-D가 이미 1993년 표준화가 이루어졌다[9]. CES-D의 절단점은 대체적으로 16점과 25점을 많이 이용하는데, 16점은 유력우울증(probable depression), 25점은 확실우울증(definite depression)을 의미한다. CES-D 점수로 정의된 우울증의 유병률은 연령에 따라서 유력우울증의 유병률은 25.3-38.9%, 확실우울증은 8.7-21.2%로 다양한 편차를 보인다. 시설에 입소된 노인을 대상으로 한 연구에서는 유력우울증이 51.6%, 확실우울증이 23.6%로 매우 높은 유병률을 보였다. 외국의 연구에서도 일반적으로 65세 이상 노인들에서 우울증상의 유병률은 대상인구의 특성에 따라서 많은

차이가 보이는데 지역사회거주자의 15%, 외래환자의 20%, 입원환자의 40%, 그리고 수용시설거주자의 50%이었다[10]. 초등학생을 대상으로 Korean form of the Kovac's children's depression inventory를 이용한 Kwak 등[11]의 역학연구에서, 우리나라 초등학생들 중 17.3%가 경한 우울증상군, 5.2%가 심한 우울증상군으로 추정되었다.

Figure 1은 13-18세의 중고등학생을 대상으로 한 Cho 등[12]의 연구, 20-69세 사이의 성인을 대상으로 한 Cho 등[7]의 연구, 65세 이상 노인을 대상으로 Park 등의 KLOSHA 연구[2,13]의 연령별 유병률을 비교 정리한 것이다. 유력우울증과 확실우울증이 모두 고등학교 시절인 16-18세에서 46.8%, 22.7%로 가장 높았고, 이후 40대까지 감소하다가 다시 증가되는 양상을 보였다. CES-D의 연령별 평균점수도 유병률의 양상과 똑 같은 양상을 보여서 13-18세에서 16.2점, 20-59세에서 10.6점 65세 이상에서 13.2점으로 청장년층에 가장 낮은 점수를 보였다.

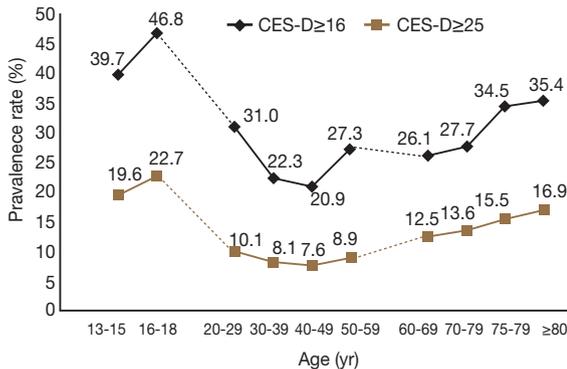


Figure 1. Comparison of the Prevalence rates of depressive symptoms between age groups. CES-D, the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale.

노인의 경우에는 연령이 증가하면서 그 우울증상의 유병률도 완만하게 증가하였는데, 노인에서 많이 사용하는 GDS를 이용한 여러 조사에서도 노인에서 연령이 증가되면 우울증상의 유병률이 증가하는 조건과 일치한다. 노년기에는 신체적 질환, 배우자나 친지의 상실, 역할의 상실 등으로 인하여 우울증상의 유병률이 증가하는 경향이 많고, 주요우울장애와 마찬가지로 청장년층보다 노인에서 높은 우울증상 유병률을 보였다. 청장년층을 대상으로 한 Cho 등[7] 연구에서 CES-D의 평균 점수는 일본과 중국과는 비슷하였지만, 다른 서구에 비해서 높았고, 절단점 16점으로 기준으로 우울증상 유병률은 25.3%은 대부분의 서구의 유병률보다 10-28%보다 높은 편이었다. 노인에서 CES-D 16점 이상의 우울증상의 유병률은 30% 내외로 같은 동양권인 일본의 5.3%에 비해서 매우 높았고, 서양의 9.0-27.1%에 비해서도 높은 편이었다. 그러나 동양의 경우에 서구와는 달리 긍정적인 정동(positive affect)을 숨기고 억제하는 경우 또는 정동과 신체적인 문제의 구별이 안 되는 경우가 많아서 CES-D로 측정된 우울 증상의 유병률이 높다는 연구도 있기 때문에 정확한 횡문화간 유병률 비교를 위해서 문화적인 영향을 덜 받는 설문도구를 개발이 필요할 것이다. 우울증의 발병률의 연구는 1999년도에 노인을 대상으로 Hahm 등[18]에 의한 연구가 유일하데, Korean version of Psychogeriatric Assessment Scale를 이용하여 우울증을 정의할 때 시점유병률은 8.4%였고, 1년 우울증상 발병률은 5.1%였다.

우울증의 위험인자

많은 역학연구를 통해서 우울증의 연관된 인구사회학적 생활습관, 질병력 위험인자들이 보고되었다. 비교적 일관되게 여성, 낮은 경제수준, 이전의 주요우울장애 과거력, 뇌졸중, 치매 등이 우울장애, 우울증상의 위험인자로 밝혀졌다 [1,2,7,19]. 고령, 낮은 교육수준, 이혼·별거·사별, 미혼, 낮은 사회적 지지체계, 만성질환, 흡연 또한 많은 연구들에서 우울장애 및 우울증상의 위험인자로 보고된 바 있지만, 그렇지 않은 연구들도 일부 있었다. 2006년 정신질환실태 역학조사에 의하면 여자가 남자에 비하여 1.7배, 기혼자에 비하여 이혼·별거·사별은 3.6배, 미혼자는 2.4배, 전일제 취업자에 비하여 학생·주부는 1.7배, 무직은 2.7배, 상대적으로 저소득 집단이 그렇지 않은 집단에 비해서 2.3배 주요우울장애의 위험이 높았다.

청소년을 대상으로 한 Cho 등[12]의 연구에서는 성적 불만족(8.9배), 낮은 생활수준(2.0배), 여학생(1.3배)이 우울증의 위험과 관계 있는 것으로 보고되었고, 특히 고등학생의 경우 남녀 간 우울증 유병률의 차이가 없어지는 것으로 보아 고등학교에 진학하면서 학업이나 입시 부담으로 인한 우울증상의 발생이 남학생에서 좀 더 많아지는 것으로 추정되었다. 초등학생을 대상으로 한 Kwak 등[11]의 연구에서는 연령이 높을수록, 어머니와 관계 형성을 위한 시간이 적을수록, 신체상의 만족도가 낮을수록 우울증의 위험이 높았다.

노인을 대상으로 한 Park 등[13]의 연구에서는 여성, 무학, 낮은 교육수준, 주요우울장애 과거력, 뇌졸중, 치매 등이 주요우울장애의 위험인자로 평가되었고, 신체적인 질환인 고혈압, 당뇨, 심장병은 주요우울장애와 유의한 연관성이 없었다. 서구의 경우, 신체 질환이 노인 우울증의 주요한 위험인자로 보고된 바 있지만[19], 한국 노인을 대상으로 한 Cho 등[14]의 연구에서도 Park 등[13]의 연구에서와 마찬가지로 신체질환과 우울증 간의 연관성을 발견하지 못했다.

우울증의 영향 및 결과

우울장애는 세계정신건강역학연구(World Health Or-

ganization World Mental Health Surveys)를 촉발시킬 만큼 인류 건강에 큰 부담을 초래하는 질환이다[20]. 우울증은 사회적 기능수행과 삶의 질을 저하하고, 신체적 건강, 정신적 건강 상태에 악영향을 끼쳐서 신체질환이나 사망률이 증가하는 원인이 되기도 한다[21]. 인지적 측면에서도 우울증은 청소년의 학업수행능력 저하, 청장년층의 직업수행능력 저하, 노인의 인지저하 및 치매위험 증가와 높은 연관성을 보인다. 또한 우울증의 질병 행동에도 영향을 주어 노인에서 내과 및 정신과 건강서비스 사용을 증가시켜서 국가적으로 의료비 증가에도 영향을 준다[22]. 이러한 우울증의 반건강적 영향은 주요우울장애에만 국한되는 것이 아니라, 경우울장애나 우울증상군 또한 심각한 기능저하를 유발할 수 있다[23].

국내 우울증 역학연구의 경우, 주로 유병률과 위험인자에 초점을 맞춰서 실제 우울증에 미치는 영향에 관한 연구는 많지 않다. 최근 한국 노인을 대상으로 한 Park 등[2]의 연구에서는 주요우울장애뿐만 아니라 경우울장애도 노인의 인지 기능 저하와 건강관련 삶의 질 저하와 연관이 있는 것으로 확인되었다. 또한 우울장애는 지속 기간이 길고 반복적으로 재발이 되는 질환으로 과거의 우울증의 경험이 향후의 우울증의 발병의 위험 인자로 작용하고, 현재의 경도우울장애, 우울증상들은 모두 향후 더 심한 우울장애의 위험인자가 된다.

우리나라 자살률은 이미 OECD 국가에서 2010년 현재 1위일 뿐만 아니라 자살률도 지속적으로 증가 추세이다. 자살과 우울증과 연관성은 이미 널리 알려진 사실로서 우리나라의 연구에서도 주요우울장애가 있는 군이 자살사고가 42.2배 높았고[24], KLOSHA의 연구에서는 자살사고 노인의 68.8%가 주요우울장애 또는 경도우울장애와 연관이 있다. 세계 최고의 자살률을 높은 나라의 오명을 씻기 위해서는 무엇보다도 사회적으로, 의학적으로 우울증 환자의 발견, 치료, 지속적 관리에 더 많은 관심이 필요하다.

우울증의 관리 및 치료 실태

2006년 정신질환 실태 역학조사에서 정신과 전문의, 정

신건강전문가 및 전문의 이외의 의사를 포함한 정신의료서비스 이용비율은 기분장애 환자에서 33.2%였고, 2006년 성남시 건강실태조사에서 노인 주요우울장애의 환자의 7.6%만이 항우울제 처방을 받았고 5.7%는 불면증에 대한 치료를 받고 있었다. Ohayon과 Hong [3]의 연구에서도 주요우울장애의 7.4%만 항우울제 처방을 받고 있어, 우울장애에 대한 치료율이 매우 낮았다. 외국의 연구에서도 지역마다 많은 우울증 환자가 항우울제를 처방을 받는 비율이 0-38% 편차가 매우 컸지만, 우리나라와 비해서는 높은 수준이었다[25]. 미국에서 대대적인 캠페인으로 일반인구에서 우울증을 치료 받는 비율을 1987년에서 1997년까지 10년 동안 3배까지 높인 결과[26]도 있듯이 우리나라도 정신과 의사뿐만 아니라 일반의도 우울증 치료에 지속적 관심을 가져야 하고 국가도 지속적인 정책적 지원과 홍보를 통해서 우울증의 치료비율을 높이는 일이 시급하다.

결론

지금까지 국내 우울장애에 대한 역학연구 결과를 통해 우리는 현재 국내 우울증 환자의 수가 증가하는 추세에 있음을 조심스럽게 예측할 수 있었고, 이런 우울증의 증가에는 연령대별로 특징적인 사회문화적 위험인자들이 기여하고 있음을 알 수 있었다. 그러나 우울증은 완치 가능한 질환인 만큼, 조기 진단 및 치료 등 적절한 정신보건정책을 통해 우울장애의 유병률을 낮추고 우울장애로 인한 사회경제적 부담을 경감시킬 수 있다. 향후 주요우울장애뿐만 아니라 이증후군적 우울증에 대한 전향적 추적 연구를 통해 우울증에 대한 합리적 대책 수립을 위한 근거 창출이 이루어져야 할 것이다.

핵심용어: 우울증; 역학; 유병률; 위험요소; 한국

REFERENCES

1. Suh GH, Kim JK, Yeon BK, Park SK, Yoo KY, Yang BK, Kim YS, Cho MJ. Prevalence and risk factors of dementia and depression in the elderly. J Korean Neuropsychiatr Assoc 2000; 39:809-824.
2. Park JH, Lee JJ, Lee SB, Huh Y, Choi EA, Youn JC, Jhoo JH, Kim JS, Woo JI, Kim KW. 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.
3. Ohayon MM, Hong SC. Prevalence of major depressive disorder in the general population of South Korea. *J Psychiatr Res* 2006;40:30-36.
 4. Lee CK, Kwak YS, Rhee H, Kim YS, Han JH, Choi JO, Lee YH. The epidemiological study of mental disorders in Korea: life-time prevalence of urban and rural area. *J Korean Med Assoc* 1985;28:1223-1244.
 5. Cho MJ, Hahm BJ, Kim JK, Park KK, Chung EK, Suh TW, Kim SU, Cho SJ, Lee JY, Hong JP, Choi YS, Park JI, Lee DW, Lee GC, Bae JN, Shin JH, Chung IW, Park JH, Bae A, Lee CK. Korean Epidemiologic Catchment Area (KECA) Study for psychiatric disorders: prevalence of specific psychiatric disorders. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 2004;43:470-480.
 6. 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.
 7. Cho MJ, Nam JJ, Suh GH. Prevalence of symptoms of depression in a nationwide sample of Korean adults. *Psychiatry Res* 1998;81:341-352.
 8. 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.
 9. 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.
 10. Koenig HG, Blazer DG. Epidemiology of geriatric affective disorders. *Clin Geriatr Med* 1992;8:235-251.
 11. Kwak YS, Lee CI, Hong SC, Song YJ, Kim IC, Moon SH, Moon JH, Seok EM, Jang YH, Park MJ, Hong JY, Kim YB, Lee SH, Kim HJ, Kim MD. Depressive symptoms in elementary school children in Jeju Island, Korea: prevalence and correlates. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2008;17:343-351.
 12. Cho SJ, Jeon HJ, Kim MJ, Kim JK, Kim US, Lyoo IK, Cho MJ. Prevalence and correlates of depressive symptoms among the adolescents in an urban area in Korea. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 2001;40:627-639.
 13. Park JH, Lim S, Lim JY, Kim KI, Han MK, Yoon IY, Kim JM, Chang YS, Chang CB, Chin HJ, Choi EA, Lee SB, Park YJ, Paik NJ, Kim TK, Jang HC, Kim KW. An overview of the Korean longitudinal study on health and aging. *Psychiatry Invest* 2007;4:84-95.
 14. Cho MJ, Hahm BJ, Jhoo JH, Bae JN, Kwon JS. Prevalence of cognitive impairment and depressive symptoms among the elderly in an urban community. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 1998;37:352-362.
 15. Cho MJ, Hahm BJ, Rhi BY, Kim SY, Shin YM, Lee CI. Prevalence of cognitive impairment and depressive symptomatology of the elderly in a long-term institution. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 1998;37:913-920.
 16. Kim E, Jo SA, Hwang JY, Shin C, Kim DK, Woo EK, Kim SS, Shin KR, Jo I. 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.
 17. Kim MD, Hong SC, Lee CI, Kwak YS, Shin TK, Jang YH, Oh EH, Lee JW, Jeon BH, Hwang SE. Prevalence of depression and correlates of depressive symptoms for residents in the urban part of Jeju Island, Korea. *Int J Soc Psychiatry* 2007; 53:123-134.
 18. Hahm BJ, Kim JK, Cho MJ. Prevalence, incidence, and risk factors of dementia and depressive disorders of the elderly residing in the community: a two stage one-year follow-up study. *J Korean Geriatr Psychiatry* 1999;3:140-148.
 19. Djernes JK. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatr Scand* 2006; 113:372-387.
 20. Murray CJ, Lopez AD; Harvard School of Public Health; World Health Organization; World Bank. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge: Harvard School of Public Health; 1996.
 21. Frasure-Smith N, Lesperance F, Talajic M. Depression following myocardial infarction. Impact on 6-month survival. *JAMA* 1993;270:1819-1825.
 22. Langa KM, Valenstein MA, Fendrick AM, Kabeto MU, Vijan S. Extent and cost of informal caregiving for older Americans with symptoms of depression. *Am J Psychiatry* 2004;161: 857-863.
 23. Lyness JM, Kim J, Tang W, Tu X, Conwell Y, King DA, Caine ED. The clinical significance of subsyndromal depression in older primary care patients. *Am J Geriatr Psychiatry* 2007; 15:214-223.
 24. Cheon JS, Lee SS, Roh JR, Oh BH. Psychosocial factors associated with suicidal idea among Korean elderly. *J Korean Geriatr Psychiatry* 2005;9:132-139.
 25. Simon GE, Fleck M, Lucas R, Bushnell DM; LIDO Group. Prevalence and predictors of depression treatment in an international primary care study. *Am J Psychiatry* 2004;161: 1626-1634.
 26. Olfson M, Marcus SC, Druss B, Elinson L, Tanielian T, Pincus HA. National trends in the outpatient treatment of depression. *JAMA* 2002;287:203-209.

 Peer Reviewers' Commentary

본 논문은 종설로서 한국인 우울장애에 대한 실태와 유병률에 관한 역학 고찰이다. 우울증은 현재 세계 보건기구(WHO)에서 인류에게 가장 큰 부담을 초래하는 10대 질환 중 우울증을 3위로 보고하였고, 2030년이 되면 1위가 될 것으로 예측하고 있는 아주 중요한 질환이다. 연구 결과를 통해 현재 국내 우울증 환자의 수가 증가하는 추세에 있음을 예측할 수 있었고, 우울증의 증가요인으로 연령대에 따른 특징적인 사회문화적 위험인자들을 제시하였다. 필자들은 우울증은 완치 가능한 질환인 만큼, 조기 진단 및 치료 등 적절한 정신보건정책을 통해 우울장애의 유병률을 낮추고 우울장애로 인한 사회경제적 부담을 경감시킬 수 있음을 제시하였다. 아울러 향후 우울증의 합리적 대책수립을 위해서는 주요우울장애뿐만 아니라 이증후군적 우울증에 대한 전향적 추적 연구의 중요성을 강조하였다. 전반적으로 체계적인 역학 고찰 논문으로 판단된다.

[정리:편집위원회]