

한국에서 우울증의 특징과 비약물학적 치료*

노 성 원** · 박 용 천**†

Characteristics of Depression in Korea and Non-Pharmacological Treatment*

Sungwon Roh, M.D., Ph.D.,** Yong Chon Park, M.D., Ph.D.**†

ABSTRACT

Depression is one of the most common mental disorders. Some characteristics of depression in Korea were elucidated. The tendency to express depressive feeling through somatic complaints is more prominent in Korea than in Western countries. Careful studies on depressive symptoms suggest that guilt and suicidal idea are apparent among Korean depressive patients as well as among Western subjects. But most depressive patients in Korea are reluctant to express suicidal idea, which is hidden under the somatic complaints. We should remember the possibility of research artifacts or cultural bias with regard to the evaluation of depressive symptoms of a country in comparison with other countries.

Non-pharmacological treatment of depression includes dynamic psychotherapy, cognitive behavioral therapy, interpersonal psychotherapy, self-care treatment, etc. Some kinds of Korean culture relevant psychotherapies are introduced: Tea therapy, Imago therapy, Tao psychotherapy, and combined approach. Interest in the aged people is growing recently, and the research about the factors which affect the depressive disorders in older patients and treatment strategy for them is ongoing.

KEY WORDS : Depression · Korea · Culture · Non-pharmacological treatment.

서 론

우울증은 흔한 정신장애 중의 하나이다. 세계보건기구

*본 연구는 보건복지부 보건의료기술진흥사업의 지원에 의하여 이루어진 것임(과제번호 : A050047).

**한양대학교 의과대학 신경정신과학교실

Department of Neuropsychiatry, College of Medicine, Hanyang University, Seoul, Korea

†교신저자 : 박용천, 471-701 경기도 구리시 교문동 249-1 전화) (031) 560-2273, 전승) (031) 554-2599 E-mail) hypyc@hanyang.ac.kr

에서 사망률과 유병률을 같이 고려하여 발표한 질병의 전반적 부담(global burden of disease)에 의하면 우울증은 1990년에는 모든 질환 중 4위이며, 2020년에는 허혈성 심장질환에 이어 2위가 될 것임을 예고한 바 있다.¹⁾ 일반적으로 미국 등 서양에서는 여자의 경우 10~25%, 남자의 경우 5~12% 정도가 평생에 한번 이상 주요우울장애에 걸릴 위험이 있다고 알려져 있다.²⁾ 우리나라에서 전국적으로 조사된 주요우울장애의 평생유병률은 이보다 적은 4.3%로 나타났다.³⁾ 대체로 성인 인구의 5%가 일생에 어느 시기엔가 분명한 우울증에 빠진다는 것이 공통된 견해이다.⁴⁾

우울증은 문화권에 따라 유병률에 있어서도 다르게 보고된다. 같은 환자를 두고 영국과 미국의 정신과 의사들이 내린 실험적 연구⁵⁾에서 보면, 영국의 정신과 의사들은 미국 정신과 의사들에 비해 우울증으로 진단하는 경향이 현저히 많다. 우울증이 최근 서구사회 그리고 라틴 아메리카 사회에서 실질적으로 증가하고 있다는 보고도 있는데, 그 이유는 평균 수명의 연장, 도시화, 치료시설의 확충 때문이라고 보고 있다.⁴⁾⁶⁾ 우리나라에서는 1985년에 전국을 대상으로 조사한 보고⁷⁾를 보면 각종 정서장애의 평생유병률은 5.35%인데, 주요우울증이 2.22%, 감정부전장애가 2.32%이었다. 같은 방법(한국어판 Diagnostic Interview Scale-III(DIS-III))으로 강화도 지역 주민을 상대로 조사한 보고⁸⁾에서는 주요우울증이 1.28%, 감정부전장애가 1.79%였다. 같은 방법으로 조사한 St. Louis와 New Haven의 경우,⁹⁾ 모든 정서장애의 평생 유병률이 8~9.3%였는데, 이들에 비하면 한국의 경우가 다소 낮다. 또한 사회문화적 배경이 다른 한국과 러시아, 두 나라의 한국인 청소년을 대상으로 비교 조사한 연구¹⁰⁾에서는 한국 청소년 집단에서 우울증의 유병률은 26.5%인데 반하여, 한국계 러시아 청소년에서는 7.4%의 유병률을 보였다. 이렇게 유병률의 차이가 나는 이유는 문화적 요소가 작용했을 가능성이 있기 때문이다.

한편 우울증상의 표현에 대한 한국인의 특징을 보면, 김진영 등¹¹⁾은 The Center for Epidemiological Studies Depression Scale(이하 CES-D)¹²⁾의 요인구조 분석을 통한 한국인 우울증상표현 연구에서 대인관계와 그에 관련된 정서적 고통이 한국인의 우울증상에 있어서 중요함을 암시하였는데, 이것은 우울정서 자체의 호소나 신체증상의 호소의 밀바탕에 깔려 있는 전통적인 한국인의 정서와 관련되는 것으로 보였다. 즉 개인보다는 전체가 중요시되고, 핵가족보다는 감정표현이 억압되는 대가족적인 사회 환경 속에서 살아온 한국인은 대인관계를 중요시하는 생활태도가 나타날 수밖에 없고, 결국 이러한 대인관계의 갈등으로부터 기인되는 외로움, 고립감 등이 한국인의 정신세계에서는 우울감정과는 또 다른 차원에서 존재하는 것으로 여겨진다고 하였다. 조맹제 등¹³⁾도 농촌지역을 대상으로 한 우울증상 역학연구에서 CES-D 결과를 요인분석한 결과 우울증상 및 신체증상이 한 개의 요인으로, 다른 나라에서는 보고되지 않은 정서적 고통이 별도의 요인으로 추출되었다고 하였다. 정서적 고통요인에 대해서 한국인의 독특한 정서표현 패턴이 원인인 것으로 생각하였는데, 유교적 문화에서는 울거나 슬픔, 외로움 등의 강한 부정적인 정서를 함부로 표현하는 것은 금기로 여겨졌기 때문에 한국인들이 우울증으로 고통 받고 있다고 하더라도 '그래도 나는 울거나 슬프거나 외롭지 않습니다'라고 자신을 표현하는 경향이 있다고 말할 수 있다고 하였다. 이렇듯 한국인에 있어서의 우울증의 증상표현이나 빈도가 독특할 수 있다는 가능성이 제시되어왔다.

저자들은 한국에서 보이는 우울증의 특징들을 여러 문헌고찰을 통해 요약정리하고, 아울러 한국인 우울증을 치료하기 위해 국내에 소개된 비약물학적 방법들에 대한 내용을 고찰해 보고자 한다.

저자들은 한국에서 보이는 우울증의 특징들을 여러 문헌고찰을 통해 요약정리하고, 아울러 한국인 우울증을 치료하기 위해 국내에 소개된 비약물학적 방법들에 대한 내용을 고찰해 보고자 한다.

본 론

1. 한국인 우울증의 특징

횡문화적 정신의학의 관점에서 정서적 고통의 표현이 문화적 신념과 규범을 포함하는 사회문화적 요인들과 연관이 있음이 잘 알려져 왔다. 각 나라에 따라 우울 증상의 호소가 달라진다. Zola¹⁴⁾는 증상 호소의 양상이 민족에 따라 차이가 있음을 시사하였는데, 예를 들면, 이탈리아인은 아일랜드인에 비해 증상의 호소가 다양하다고 하였고, 한국인과 일본인의 우울 증상을 횡문화적으로 비교한 최미경과 김광일의 연구¹⁵⁾에서는 증상 호소의 수가 한국인 우울증 환자에서 다양하고 많았다. 한국인 우울증에서는 소화기와 심장 계통 증상을 위주로 한 신체 증상 그리고 건강염려증이 많았으며, 일본인 우울증 환자에서는 죄책감을 비롯한 정신증상이 많았다. 이렇듯 국가와 민족 등 문화권에 따라 우울 증상은 다르다. 이를 좀더 상세하게 신체증상과 정신증상으로 구분하여 한국인의 특징을 살펴보았다.

1) 한국인 우울증의 특징 : 신체증상

한국의 전통적인 개념에서는 우울증을 질병으로 보기보다는 정상적으로 보아 넘기거나 문제가 있다고 보더라도 그것은 한 삶의 과정으로 보는 우리의 태도¹⁶⁻¹⁹⁾ 때문에, 그리고 우울증을 신체허약 또는 영양실조로 보는 등 강한 신체화 경향으로 우울증상이 가려져서 신체질환으로 오인될 가능성이 있다.¹⁶⁾²⁰⁾

우울 증상들이 문화권에 따라 다르다는 견해는 Kraepelin 이전에도 있었다. 17세기 이전 영국에서는 우울증이 신

체적인 증상을 위주로 나타나고 있었다. 17세기 이후에 와서 정신적인 증상으로 바뀌기 시작하였고 이러한 경향은 그 후 현재까지 지속되고 있다. 그 이유는 증상 자체가 변한 것도 있겠으나 우울증에 대한 그 시대 의사들의 개념과 그에 따른 일반인들의 개념이 신체적인 것에서 정신적인 것으로 바뀐 데 있을 것이라고 Murphy²¹⁾는 지적하고 있다. 한편 유럽대륙에서는 19세기까지도 우울증 환자들이 신체증상을 주로 나타내고 있었는데 이 시기에 영국 우울증 환자의 증상과 비교하면 상당한 차이를 드러내고 있었다. 우울증 개념이 신체적인 것이냐, 심리적인 것이냐에 따라 의사들의 관심사가 달라지고 그 관심의 방향으로 증상 평가를 하게 되는 것이다. 이에 따라 환자들도 자기 증상 중에서 그 관심의 방향에 맞는 증상을 문제시하고 그렇지 않은 증상들은 있어도 무시하는 경향을 나타낼 것이다. 예를 들면, 17세기 영국에서는 Burton이 우울증에 관한 저서를 펴냈는데 정신적인 증상을 중요시하고 있었다.²²⁾ 아프리카에는 우울증도 적고 죄책감과 자살의욕이 적으며 그 대신 혼미와 신체증상으로 우울증 증상이 가려져 있어 진단이 애매하다는 점을 Binete,²³⁾ Olatawura²⁴⁾ 등은 지적하였다. 한편 아시아에서는 Pfeiffer²⁵⁾가 인도네시아와 독일의 입원환자를 대상으로 상세히 비교하였는데, 인도네시아에서는 정신운동지체, 초조, 자살사고가 적고, 그 대신 일반적인 신체증상이 많다고 하였다. 이처럼 서구 사회와 비서구 사회 간에 우울증 증상의 차이도 있다.

과거 한때 우울증에서 신체증상은 문명이 발달하지 못한 사회에서 현저하다는 이론이 있었다. 유아기의 감정은 정서적 경험과 신체적 반응이 밀접하게 연결되어 있으나 성숙해가면서 점차 그 두 가지가 분리되어 간다는 Werner²⁶⁾의 가설에 기반을 둔 논리전개다. 그래서 정신과 신체가 분명히 분리된 것이 성숙한 인간이고 그렇지 못한 것은 미숙한 사람이라고 하는 결론에 도달하고, 그렇다면 서구인은 성숙한 인격을 가졌고 비서구인은 미숙한 인격을 가지고 있다는 데까지 이른다. 그러나 이제는 비서구권에서 신체증상이 많은 것이 심리적인 갈등을 신체의 부조화로 투사하는 전통적인 질병개념, 마음의 괴로움을 노출시키기보다는 신체적인 언어로 표현하는 전통적인 대인관계 양상 때문이라는 견해가 지배적이다.²⁷⁾²⁸⁾

한편, 이러한 신체증상의 문제에 관해서는 다른 측면에서 좀더 고려해야 할 문제가 있다. 비서구 사회의 우

울증에서 신체증상이 정말 많은가하는 점이다. 지금까지의 연구보고들을 총괄해보면 서구사회에 비해 비서구 사회에서 신체증상이 많은 것은 사실이나²⁷⁾ 어느 범위까지 우울증으로 진단했는가, 신체증상에 대한 환자들이나 의사들의 관심사가 어느 정도인가, 증상조사 항목에 신체증상이 얼마나 들어있는가, 비교에 사용한 조사도구는 같은가, 입원한 환자만 대상으로 조사한 것인가 등에 대해서는 좀더 철저히 검토할 필요가 있다.

우울증 뿐 아니라 한국의 정신과 환자들은 마음의 갈등을 신체증상으로 호소하는 경향이 강하다.²⁰⁾ 우울증 환자의 증상에서도 신체증상이 단연 많다는 사실은 이미 정설화되어 있다.²⁷⁻³⁴⁾ 김광일³¹⁾은 Hamilton³⁵⁾의 우울증 척도를 이용한 연구에서 우울 증상을 요인분석한 결과 5개의 요인 중에서 불면증 요인, 신체화 요인, 신체망상 요인 등 3개의 요인이 신체증상에 관한 것이었다고 보고하면서 한국인의 우울증에서 신체증상이 얼마나 중요한 것인지를 지적하고 있다. 이 연구의 후속 연구³²⁾에서는 같은 방법으로 연구한 영국, 미국, 인도 등의 경우와 비교하였는데 인도의 우울증에 비하면 한국의 경우는 위장관계 신체증상, 전반적인 신체증상의 점수가 높고, 미국의 경우에 비하면 불면증, 전반적인 신체증상이 높다. 영국의 우울증과 비교할 때, 한국 여자의 우울증에서는 자살, 정신적 불안, 초조, 흥미상실, 지체 등 심리적 증상도 높았으나, 특히 불면증, 신체적 불안, 위장관계 신체증상, 전반적 신체증상, 성적 증상, 건강염려증, 체중감소 등 신체증상이 뚜렷하게 높았다. 한국 남자의 경우 초조, 정신적 불안 등도 높았지만, 불면증, 신체적 불안, 위장관계 신체증상, 전반적 신체증상, 성적 증상, 건강염려증, 체중감소 등 신체증상의 점수가 상당히 높았다. 또 다른 연구들²⁸⁾³⁶⁾에서는 한국인 우울증에서 소화기 계통의 호소가 가장 많았고 다음이 두통, 수면장애 등의 순으로 나타나고 있는데, 이런 경향은 남성보다 여성에서, 나이가 많을수록 현저했다. 그리고 신체증상으로 위장된 가면성 우울증도 많았는데 남성에서는 두통, 여성에서는 순환기 및 호흡기 계통의 증상이 가장 많았다.³⁷⁾ 2004년에 발표된 국내 우울증 환자의 신체증상에 관한 연구에서는 우울장애 환자군이 신체적 증상에 대한 호소가 많았으며, 특히 두통, 위장계통 장애, 근육통, 신경통에서 유의한 차이가 있었다. 이중에서 두통의 호소가 가장 많았다.³⁸⁾

김광일³⁹⁾은 한국의 우울증 환자에서 신체증상이 많다

는 사실을 문화정신의학의 입장에서 다음의 네 가지로 설명하였다. 첫째, 심리적인 현상의 신체에 투사하는 한방(韓方)의 질병개념, 둘째, 감정표현, 특히 불쾌한 감정의 표현을 바람직하지 않게 여기는 전통적인 가정 분위기, 셋째, 비언어적인 의사소통의 전통, 넷째, 한의사는 물론이고 신경정신과 의사들이 우울증을 신체의 장애로 진단하는 경향도 한 원인이라고 하였다. 또한, 우울증에 대한 일반인들의 인식과 태도를 조사한 연구⁴⁰⁾에서 보면, 우울증을 정신과적 질환으로 보는 사람 가운데에서도 그에 대한 대책을 묻는 질문에는 현대의학적인 치료를 권한 경우는 35%에 불과하였고, 나머지는 휴양, 보신, 영양섭취, 수양, 심리적 안정 등 민간상식에 근거한 대책을 권장하고 있었다. 이렇게 우울증에 대한 한국인의 전통적인 개념은 우울증을 심리적인 혹은 정신적인 문제로 보기보다는 신체의 문제로 보고 신체를 보강하는 대책을 세우고 있는 현상이 두드러진다는 점을 알 수 있다.

하지만 비교적 최근에 전국의 대학부속병원에서 치료를 받고 있는 우울증 환자를 대상으로 한국인의 증상특성에 관한 연구가 2004년에 있었는데, 가장 흔한 10가지 증상에 신체증상은 포함되지 않았고 기분증상이나 인지증상과 같은 정신증상이 가장 흔하게 나타났다.⁴¹⁾ 다만 여성에서 신체증상의 빈도가 남성에 비해 더 흔했다. 대학병원의 우울증 환자가 전체 한국인 우울증 환자를 대표할 수는 없지만, 이러한 결과를 보았을 때, 연구가 신체증상에 초점을 맞추었느냐에 따라 결과의 차이가 있을 수도 있고, 시대의 흐름에 따라 우울증의 증상 특성은 달라질 수도 있다는 점을 생각할 수 있다.

2) 한국인 우울증의 특징 : 정신증상

죄책감과 자살사고에 대해서도 각 문화권별로 차이를 보인다. Murphy 등⁴²⁾은 비서구 문화에서 죄책감과 자살사고가 적은 것은 기독교의 원죄개념의 결여, 그리고 상위자아 형성의 결여 때문이라고 일률적으로 해석해 왔다. 그러나 이러한 논리는 서구문화의 입장에서 일방적으로 본 것으로 서구 우월주의의 소산이라는 비판을 면할 길이 없다. 더군다나 반드시 그런 것만은 아니라는 증거도 있다. 영국의 런던에 있는 이슬람교도 학생을 조사한 결과 오히려 죄책감이 많았고, 기독교 지역에서 죄책감이 결여되어 있기도 했다.³⁹⁾⁴³⁾ 이 문제는 죄책감이나 자살사고를 어떻게 정의하느냐에 따라 달라질 수 있다.

서구 사회에서는 죄책감이 신에 대한 수직적인 죄의식

을 뜻하지만, 비서구 사회에서는 가족이나 이웃 혹은 사회에 대한 수평적인 죄의식으로 나타난다.²⁷⁾⁴⁴⁾ Kimura⁴⁵⁾는 독일과 일본의 우울증 입원환자를 비교한 결과 죄책감 자체는 양국이 같은 비율로 나타났으나 그 죄책감의 방향이 다르다고 했다. 즉 독일의 경우 신에 대한 죄책감이 주로 나타나고 있으나 일본의 경우는 가족과 사회에 대한 죄책감이 주된 것이라고 했다. 한편 Kato⁴⁶⁾는 일본인 우울증의 죄책감은 숨기는 경향이 많고 가족이나 직장 등 집단의 불운을 걱정하는 것으로 그리고 수치심으로 표면에 나타난다고 했다. 우울증의 증상을 문화권간에 혹은 시대 간격으로 비교할 때 주의할 점이 있는데, 같은 진단체계를 사용했다 해도 증상을 평가하는 도구가 같은 것인가 그리고 그 도구가 어떤 것인지 문제가 된다. 증상평가 도구가 서로 다르거나 별도의 도구를 사용하지 않고 평가한 것이라면 정확한 비교가 불가능해진다. 같은 도구를 사용했다 하더라도 Marsella 등⁴⁷⁾이 지적한대로 그 도구에 포함되어 있는 문항이 얼마나 광범위한 것인가, 그리고 그 문항들이 문화권에 관계없이 통용될 수 있는 것인가가 문제가 된다. 또 그 도구의 내용에 따라 평가의 신빙성이 달라지는데 예를 들면 죄책감의 범위를 넓게 잡은 Hamilton³⁵⁾의 우울증 척도와 좁게 잡은 다른 척도와는 죄책감 빈도가 서로 달라질 수밖에 없는 것이다.

한국인 우울증 증상 중 죄책감의 빈도는 조사자에 따라 상당한 차이가 있다. 모든 종류의 우울증 환자에서 죄책감은 2.5%에 불과하다는 보고³⁰⁾가 있는가 하면, 죄책감과 자책감을 합쳐 18.3%라는 보고²⁹⁾도 있다. 입원한 내인성 우울증 환자에서 죄책망상과 자책감이 있는 경우가 35%,⁴⁸⁾ 38.6%,⁴⁹⁾ 68.4%⁵⁰⁾라고 각각 보고하였다. 김광일과 남정현⁴⁴⁾은 입원한 각종 우울증 환자를 조사하는 과정에서 죄책감의 정의와 범위를 문제시했는데, 신에 대한 죄책감만 따졌을 때에는 2.4%에 불과하지만, 이웃, 사회, 가정에 대한 자책감까지 죄책감으로 포함시킨다면 죄책감의 빈도는 80%가 된다고 하였다. 이 죄책감의 빈도는 서구 환자의 경우와 같은 비율이었다. 한편 김광일²⁷⁾³¹⁾³²⁾은 Hamilton³⁵⁾의 우울증 척도를 이용하여 입원환자와 외래환자의 우울증 증상을 조사하였는데, 85%에서 죄책감이 있음을 확인하였다. 물론 이 척도는 후회까지도 경한 죄책감으로 평가하는 방침을 지니고 있다. 같은 방법으로 조사한 인도의 경우와 비교하면 죄책감의 출현률이 월등하게 높고, 영국과 미국에 비하면 비슷한

수준이었다.³²⁾ 송동호 등¹⁰⁾이 연구한 한국과 한국계 러시아 청소년 우울증의 비교연구에서 한국인 청소년들은 염세주의, 실폐감, 죄책감, 자살사고, 절망감 등과 관련된 증상들이 유의하게 많이 나타났다고 하였다. 역시 다른 나라에 사는 우리민족과 국내거주 한국인을 대상으로 비교한 연구들이 있는데, 한국인과 중국 길림성 조선족의 우울증에 대한 비교연구⁵¹⁾에서 CES-D 평균점수의 차이가 없었고, 그 원인은 CES-D 문항내용에 대한 문화적인 반응 양상이 같은 언어를 쓰는 민족에게는 유사하기 때문이라고 설명하였다. 또한 서울의 한국인, 중국 연변의 조선족과 한족(漢族)의 우울증 증상을 비교한 연구⁵²⁾결과, 한국인 우울증에서는 우울감정, 불만, 죄책감, 흥미상실 등의 심리적인 증상이, 한족 우울증에서는 성욕감퇴, 불면증, 초조, 지연 등의 신체적인 증상이 주로 나타났으며, 조선족 우울증의 증상들은 이 두 집단의 중간에 위치하고 있었다. 따라서 죄책감이 한국인 우울증에서 우세한 정신증상임을 짐작할 수 있다.

한국인 우울증의 자살사고 역시 조사자에 따라 상당한 차이를 드러내고 있으나 자살사고의 출현률이 비교적 낮게 보고된 것만은 공통적이다. 자살사고가 모든 종류의 우울증 환자에서 28.7%,²⁹⁾ 내인성 우울증에서 23.1%,⁵⁰⁾ 28.1%,⁴⁹⁾ 27~46%,⁵³⁾ 35.1%⁴⁸⁾로, 갱년기 우울증에서 9.5%⁵⁴⁾로 각각 보고되었다. 이 문제 역시 죄책감의 경우와 마찬가지로 평가방법 상의 문제가 대두된다. 즉 어디까지를 자살사고로 보는가, 증상평가의 깊이가 어느 정도인가가 문제가 된다. 자살사고를 ‘꼭 죽어야겠다’는 협의의 것만으로 국한시키면 한국의 경우 자살사고는 적을 수밖에 없다. 그러나 Hamilton³⁵⁾ 우울증 척도의 방침에서 보듯이 ‘죽었으면 좋겠다’, 혹은 ‘사는 의미가 없다’는 사고까지 자살사고에 포함시킨다면 훨씬 그 비율이 높아질 것이다. 비서구 문화에서는 간접적인 표현을 많이 사용한다. 이를테면 ‘사는 재미가 없다’거나 ‘죽었으면 좋겠는데 차마 그럴 순 없다’는 식으로 표현한다.²⁷⁾ Waziri⁵⁵⁾는 이런 표현을 자살사고로 간주할 때 아프가니스탄의 우울증에서 자살사고는 54%나 된다고 하였다. 또한 우리나라 사람들은 자살의욕을 표현하기 꺼리는 경향이 있는데, 통상적인 면담이나 주소(主訴)만을 가지고서는 자살사고 여부를 가려내기가 힘들 것이다. 이러한 문제점들을 극복했다고 할 수 있는 연구결과들이 있는데, 김광일²⁷⁾은 Hamilton³⁵⁾의 우울증 척도를 이용하여 각종 우울증의 자살사고는 85%라고 하였고,

남정현 등²⁸⁾은 입원한 각종 우울증 환자의 자살사고는 우울증의 종류, 교육정도와는 관계가 없고 연령이 높을수록 많다고 하였다. 우울증에서 자살사고가 자살로 이어지는 경우 돌이킬 수 없는 결과를 낳는데, 최근에 특히 자살은 우리나라에서 사회적으로 큰 반향을 불러일으키고 있다. 실제로 우리나라의 2004년 자살률이 경제협력개발기구(Organization for Economic Cooperation and Development : OECD) 회원국가 30개국 중에서 1위라고 하는 사실은 염두에 둘 필요가 있다.⁵⁶⁾ 그러므로 한국인의 우울증에서 자살사고는 더 이상 간과해서는 안 될 중요한 증상이라고 볼 수 있다.

2. 한국인 우울증의 비약물학적 치료

우울증의 치료에는 크게 약물치료와 비약물학적 치료가 있다. 특히 약물을 복용할 수 없는 임신부나 수유중인 우울증 환자, 그리고 약물치료를 순응이 낮거나 다른 약물과의 상호작용 또는 내과적 질환으로 인해 약물치료가 어려운 노인 우울증 환자에게 비약물학적 치료는 가장 중요한 치료법이다. 우울증의 비약물학적 치료에는 역동정신치료, 인지행동치료, 대인관계정신치료, 문제해결치료, 집단치료, 가족치료, 자기관리(self-care)요법 등 여러 가지가 있다. 여기에서는 지면 관계상 정신치료에 대해 알아보겠다. 이죽내⁵⁷⁾는 우울증의 역동정신치료는 다음의 다섯 가지 치료원칙을 따른다고 소개하였다. 첫째, 치료적 동맹의 수립, 둘째, 우울증의 정신역동의 이해, 셋째, 우울증의 정신역동에 관한 해석이다. 주로 환자에게 많은 고통을 일으켜 왔던 지배적 타인과의 관계 속에서 형성되어온 환자의 삶의 패턴을 해석해준다. 저항과 전이에 대한 적절하고 지속적인 해석은 환자로 하여금 자신의 정신역동을 이해하게 한다. 넷째, 우울증 환자의 새로운 삶의 방식의 모색이며 이는 혼잡의 과정을 통해 이루어진다. 이러한 역동정신치료는 우울증의 치료에 매우 효과적이었으며 면담의 횟수가 많을수록 그 효과는 좋았다고 하였다.⁵⁸⁾ 인지행동치료는 치료자가 환자들이 자신을 우울증에 빠지게 했던 믿음과 비판적인 사고를 확인하고 변화시키도록 도와준다. 대인관계정신치료는 치료자가 환자의 우울증을 조장했던 대인관계간의 문제를 해결하도록 도와준다. 이러한 대인관계정신치료의 네 가지 문제영역인 병적 애도, 대인관계분쟁, 역할변화, 그리고 대인관계결핍 모두 한국인 우울증 환자들에게 많이 나타나고 우울증의 발병에 영향을 미치는 대인관계문제

라고 하였다.⁵⁹⁾ 문제해결치료는 치료자가 환자로 하여금 문제를 조절하는 가장 효과적인 방법을 가지고 문제를 해결하도록 해주는 방법을 배우게 도와준다.

이러한 서구의 정신치료가 한국문화권에 적응하는 과정에서 여러 문화적 저항을 받게 되었으며, 이를 극복하기 위해서 한국 문화에 적합한 정신치료적 접근이 시도되어왔다. 김광일⁶⁰⁾은 서구정신치료가 한국전통에서 저항을 불러일으키는 이유에 대해 다음과 같이 논하였다. 즉, 대립적인 관계에서 외계를 인식하는 서구인의 정신상황과, 조화의 관계에서 외계를 인식하는 동양인의 정신상황의 차이, 인과론적 접근을 시도하는 서구의 정신상황과, 정서적 측면을 중요시하는 동양의 무속적 정신상황 간의 차이 등을 들었다. 서구 정신치료에 대한 문화적 저항으로 전통적인 질병개념과 의료행동을 들 수 있는데 혼잡적 질병개념, 다원적 의료추구행동, 의료불순종, 심리적 상황에 대한 신체화 경향, 수술적 질병개념 및 치료법 선호, 건강식품에 대한 지나친 신뢰, 비의료인의 권장에 대한 신뢰 등이 있다고 하였다. 이런 질병개념 및 질병행동에 영향을 미친 문화적 틀로서 무속, 한방, 그리고 도의 전통을 들 수 있는데, 우리나라에서는 서구의 정신치료를 우리의 문화에 맞게 적용시켜서 성공적인 정신치료를 한 사람들이 있다. 즉 투사적인 무속적 개념과 신체화하는 한방의 개념에 맞게 치료적 접근을 시도해 온 이세중⁶¹⁾의 방법, 불교적인 차례(茶禮)로 불상 앞에서의 명상을 정신분석과 병합한 김종해의 차례요법,⁶²⁾ 명상요법,⁶³⁾ 그리고 도와 정신치료를 접목한 이동식의 도정신치료⁶⁴⁾⁶⁵⁾ 등이 그 대표적인 예이다.

최근에는 우리문화에 적합한 정신치료의 탐구 이외에도 노인에 대한 연구도 있다. 노인은 노화로 인한 신체질환의 증가로 기능상실을 겪게 됨에 따라 자존심의 저하로 인해 우울증에 취약하게 되는 점을 주목하여 노년기 우울증에는 상황적 요소나 질병인자가 중요한 역할을 하며 생물학적 요인보다는 반응성으로 이해하는 것이 바람직하다고 하였다.⁶⁶⁾ 이민수 등⁶⁷⁾은 도시노인인구의 우울증상의 심각도에 영향을 주는 요인으로서 배우자의 사망, 경제적 문제, 신체적 질환 등을 들었다. 정신치료도 일종의 경험이고 교육이고 훈련에 속한다면 노인의 경우 기억력의 한계, 생각의 경직성, 행동의 한계 등이 문제가 될 수 있기에 노인 우울증의 정신치료는 보다 더 간단하고 짧은 방법이 필요하다고 하였다.⁶⁸⁾ 오히려 재

활의 방향에 역점을 두어서 노인을 개개인으로서 취급하기 보다는 집단으로 구성시켜서 함께 흥미를 살려내고 의욕을 북돋는 것이 필요하다고 한다. 가장 중요한 치료의 목적은 노인으로서 하여금 정신적, 육체적, 사회적 기능을 최대한 활성화시키는 데에 있기 때문이라는 것이다.

그런데 문제는 우리나라의 현재 상황에서 권고할만한 치료가 무엇이나는 것이다. 인지행동치료와 대인관계정신치료가 효과가 있다는 것이 이미 근거를 바탕으로 증명되었으나, 이것은 어디까지나 서양에서의 상황이다. 물론 우리나라에도 이제 인지행동치료와 대인관계정신치료가 보급중이나, 아직 현재 우리나라에서 진료지침으로 권할 수 있는 것은 역동정신치료이다. 현재 대다수의 정신과의사들이 수련과정에서 역동정신치료에 대한 교육과 수련을 철저히 받고 수련실태조사를 통해 점검받고, 정신과 전문의시험에서도 엄격한 심사를 거쳐 전문의 자격을 부여하고 있다. 즉, 역동정신치료의 수련을 가장 철저히 받은 집단이 정신과의사 집단인 것이다. 그러므로 이러한 현실을 감안하면 다른 정신치료의 기법들이 확산되는 것도 물론 바람직하지만, 단기화되고 한국화된 역동정신치료의 교범을 만들어 보급하는 것이 급선무라고 할 수 있다.

결론

한국인 우울증의 특징과 비약물학적 치료에 대하여 살펴본다. 한국인 우울증의 특징은 신체증상을 많이 호소한다는 점, 죄책감이나 자살사고가 서구사회에 비해 적지 않다는 점이다. 다만 외국과는 다른 한 문화권의 특징적인 양상이라고 보고된 많은 연구들이 연구방법의 한계와 문화적인 편견으로 왜곡되었을 가능성을 염두에 두어야 하며, 최근의 연구결과를 보면 앞으로 이러한 결과는 변화할 수 있을 것이다.

우울증의 비약물학적 치료에는 역동정신치료, 인지행동치료, 대인관계정신치료, 문제해결치료, 자기관리요법, 전기경련요법 등이 있으며, 한국문화에 적응시킨 차례요법, 명상요법, 도정신치료 등이 있다. 향후 한국형 우울증 진료지침을 개발해 나아가기 위해서는 우리나라 우울증 환자들만의 특성과 그에 적합한 치료에 대한 보다 광범위한 연구가 필요하겠다.

중심 단어 : 우울증 · 한국 · 문화 · 비약물학적 치료.

참고문헌

1. Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997;349:1498-1504.
2. Sadock BJ, Sadock VA. *Synopsis of Psychiatry* 9th ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins;2003. p. 534-590.
3. Lee JY, Kim JK, Hahm BJ, Hong JP, Kim SU, Kim JH, et al. Prevalence and correlates of depressive disorders. *J Korean Assoc Soc Psychiatry* 2004;9:48-55.
4. Gastpar M. Epidemiology of depression. *Psychopathology* 1986;19:17-21.
5. Cooper JE, Kendell RE, Gurland BJ, Sartorius N, Farkas T. Cross-national study of diagnoses of the mental disorders: some results from the first comparative investigation. *Am J Psychiatry* 1969;125:21-29.
6. Garcia-Alvarez R. Epidemiology of depression in Latin America. *Psychopathology* 1986;19:22-25.
7. Lee CK, Kwak YS, Rhee H, Kim YS, Han JH, Choi JO, et al. The epidemiological study of mental disorders in Korea: Lifetime prevalence of urban and rural area. *J Korean Med Assoc* 1985;28:1223-1244.
8. Lee HY, Namkoong K, Lee MH, Min SK, Kim SY, Song DH, et al. Kangwha psychiatric epidemiologic survey (III): Lifetime prevalence of psychiatric disorders. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 1989;28:984-999.
9. Robins LN, Helzer JE, Weissman M, Orvaschel H, Gruenberg E, Burke JD, et al. Life time prevalence of special psychiatric disorders in three sites. *Arch Gen Psychiatry* 1984;41:949-958.
10. Song DH, Lee HS, Kim L, Kim CH, Kim JW, Min SK. A cross-cultural study on psychosocial risk factor of adolescent depression between Koreans and Korean-Russians. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 1999;38:944-955.
11. Kim JY, Choi SM, Seo GH, Cho SJ, Kim JK, Cho MJ. Trans-cultural difference in expressing depressive symptoms in Koreans: Factor structure of the center for epidemiologic studies depression scale (CES-D). *Korean J Psychopathol* 2000;9:78-87.
12. Radloff LS. The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *J Appl Psychol Meas* 1977;1:385-401.
13. Cho MJ, Ha YS, Han KJ, Park SA, Song MS, Kim YI, et al. Depressive symptoms in a Korean rural sample risk factor and factor structure. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 1999;38:266-277.
14. Zola IK. Pathways to the doctor: From person to patient. *Soc Sci Med* 1973;7:677-689.
15. Choi MK, Kim KI. Symptoms of depression in Koreans and Japanese: A cross-cultural study. *Ment Health Res* 1996;15:104-114.
16. Kim KI. Traditional concept of disease in Korean culture. *The New Medical Journal* 1972;15:49-51.
17. Kim KI. Korean attitude and concept of mental illness. *J Korean Med Assoc* 1974;17:31-34.
18. Won HT, Kim MJ, Kim KI. Knowledge and attitude toward mental illness in a Korean rural community. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 1977;16:113-123.
19. Kim KI, Rhi BY. A review of Korean cultural psychiatry. *Trans-cultural Psychiatr Res* 1976;13:101-114.
20. Kim KI. Problema of somatization in Korea. *The New Medical Journal* 1972;15:34-37.
21. Murphy HB. Comparative psychiatry: The international and intercultural distribution of mental illness. *Monogr Gesamtgeb Psychiatr Psychiatry Ser* 1982;28:1-327.
22. Brink A. Depression and loss: a theme in Robert Burton's "Anatomy of melancholy" (1621). *Can J Psychiatry* 1979; 24:767-772.
23. Binitie A. A factor analytical study of depression across cultures (African and European). *Brit J Psychiatry* 1975; 127:559-563.
24. Olatawura MO. The problem of diagnosing depression in two African villages. *Psychopathologie Africaine* 1973; 9:389-403.
25. Pfeiffer WM. *Transkulturelle Psychiatrie*. Stuttgart, Georg Thieme Verlag, Pilcz A (1919): Beitrag zur vergleichenden Rassenpsychiatrie. *Psychiatr Neurol Wochenschr* 1971;23:157-162.
26. Werner H. The concept of development from a comparative and organismic point of view. In: *The concept of development*. ed. by Harris DB. Minneapolis, University of Minnesota Press;1957.
27. Kim KI. Clinical study of primary depressive symptom. Part II: Symptom pattern of Korean depressive. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 1977;16:46-52.
28. Nam JH, Pae YC, Kim KI. Clinical study of primary depressive symptom. Part V: Some characteristics of 251 depressive inpatients. *Mental Health Res* 1984;2:173-185.
29. Suh KY. The phenomenological study on the complaints of the depression in Korea. *Woo Sok Univ Med J* 1968; 5:491-501.
30. Paak JH. The characteristic complaints of depression according to their socio-economical status in Korea. *Woo Sok Univ Med J* 1971;8:331-347.
31. Kim KI. Clinical study of primary depressive symptom. Part I: Adjustment of Hamilton's rating scale for depression. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 1977;16:36-45.
32. Kim KI. Clinical study of primary depressive symptom. Part III: A cross cultural comparison. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 1977;16:53-60.
33. Jung HS. Somatic complaints of the depressives. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 1977;16:358-365.
34. Min SK, Kim KH. Somatic symptoms in depression. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 1978;17:149-154.
35. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol*

- Neurosurg Psychiatry 1960;23:56-62.
36. **Lee JH.** A clinical study on the neurotic cases in Korean urban community. *Korean Central J Med* 1977;33:447-455.
 37. **Kim SB.** Clinical studies on depressive equivalents. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 1978;17:139-148.
 38. **Choi YK, Kang RH, Ham BJ, Hwang TY, Lee MS.** An investigation of somatic symptoms in depressive patients. *J Korean Soc Dep Bip Disorders* 2004;2:245-251.
 39. **Kim KI.** Depressive disorders in Korea: A cultural psychiatric overview. *Mental Health Res* 1992;11:21-50.
 40. **Lee YS, Nam JH, Kim E.** Public knowledge and attitudes toward depressive illness. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 1992;31:716-734.
 41. **Kim KS, Lee KU, Na YM, Kang BJ, Kim YK, Bahk WM, et al.** The symptom profiles of Korean patients with major depressive disorders. *J Korean Soc Dep Bip Disorders* 2004;2:230-236.
 42. **Murphy HB, Wittkower ED, Chance NA.** Cross-cultural inquiry into the symptomatology of depression: a preliminary report. *Intern J Psychiatry* 1967;3:6-15.
 43. **Rwegellera GG.** Psychiatric morbidity among West Africans and West Indians living in London. *Psychol Med* 1977;7:317-329.
 44. **Kim KI, Nam JH.** Clinical study of primary depressive symptom. Part VI: Pattern of guilt. *Mental Health Res* 1984;2:186-197.
 45. **Kimura B.** Vergleichende untersuchungen ueber depressive erkrankungen in Japan und in Deutschland. *Fortschr Neurol Psychiat* 1967;33:202-215.
 46. **Kato S.** Transcultural perspectives of delusions of depression. Presented paper to The Third Pacific Congress of Psychiatry, Seoul, Korea, May;1984. p.14-18.
 47. **Marsella AJ, Sartorius N, Jablensky A, Fenton FR.** Cross-cultural studies of depressive disorders: An overview. In: *Culture and Depression: Studies in Anthropology and Cross-cultural Psychiatry of Affective Disorder*. ed. by Kleinman A. & Good B. Berkley, University of California Press;1985.
 48. **Hahn DS.** Clinical observation on manic depressive illness. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 1969;8:53-60.
 49. **Lee KH, Lee BY.** The clinical study of manic-depressive illness. *Korea Univ Med J* 1972;9:139-151.
 50. **Ko JB.** A sociopsychiatric study of severe depression: Especially the situation as the precipitation factor. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 1978;17:295-302.
 51. **Shin SC, Lee DG, Kim MK, Yoo KJ, Lee HY.** A cross-cultural study of depression in Koreans in Republic of Korea and in Gilin Province of People's Republic of China: On factor structure of CES-D. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 1991;30:907-919.
 52. **Kim KI, Li D, Kim DH.** Transcultural study of depressive symptom: A comparison among Chinese, Korean-Chinese in Yanbien and Korean in Seoul. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 1995;34:1039-1049.
 53. **Kim HN, Kim KS, Paik IH.** Comparative clinical evaluation between delusional and nondelusional depression. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 1983;22:290-293.
 54. **Song BR.** A clinical study of the precipitation factor in involuntal depression. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 1979;18:302-311.
 55. **Waziri R.** Symptomatology of depressive illness in Afghanistan. *Am J Psychiatry* 1973;130:213-217.
 56. **National statistical office.** Statistical result of cause of death in 2004. 2005 Sep.
 57. **Lee ZN.** Dynamically oriented psychotherapy of atypical depression. *J Korean Soc Biol Ther Psychiatry* 1997;3:48-53.
 58. **Lee MS.** Dynamic psychotherapy of depression. *J Korean Psychoanal Soc* 2003;14:160-166.
 59. **Hyun YH, Nam YY, Kim SH, Se SY, Yook KH, Lee MH.** The study on interpersonal problem areas of the Korean depressed patients. *Korean J Psychopathol* 2001;10:63-70.
 60. **Kim KI.** Culture relevant psychotherapy: Korean experience. *Korean J Psychother* 2004;18:74-83.
 61. **Lee SJ.** Yin-Yang theory of brain function. Joongang Moonhwa Co.;1993.
 62. **Kim JH, Rhee KK.** Theoretical foundation of tea therapy. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 1975;14:75-78.
 63. **Kim JH.** Research about imagogeny, revelation of uroimaga and image therapy (I). *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 1972;11:25-30.
 64. **Rhee DS.** The Tao, psychosanalysis and existential thought. *Psychother Psychosom* 1990;53:21-27.
 65. **Rhee DS.** The Tao and empathy: East Asian interpretation. *Korean J Psychother* 1993;7:7-19.
 66. **Lee MS.** Clinical features and prognosis of elderly mood disorder. *J Korean Geriatr Psychiatry* 1998;2:14-19.
 67. **Lee MS, Nam JW, Cha JH, Kwak DI.** Factors affecting the severity of depressive symptoms in the elderly. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 1999;38:1063-1070.
 68. **Kim CK.** The therapeutic approach of the senile depression. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 1983;22:327-332.