

우울감

요약문

• 등록일자 : 2020-08-18 • 업데이트 : 2025-02-26 • 조회 : 33816 • 정보신청 : 107

개요

- 우울감이란 기분의 저하와 함께 생각의 형태나 흐름이나 내용, 동기, 의욕, 관심, 행동, 수면, 신체활동 등 전반적인 정신기능이 저하된 상태를 말합니다.
- 우울증의 발생에는 유전, 신경생물학적 요인, 심리사회적 요인, 신체질환에 의한 요인 등으로 생길 수 있습니다.

개요-정의

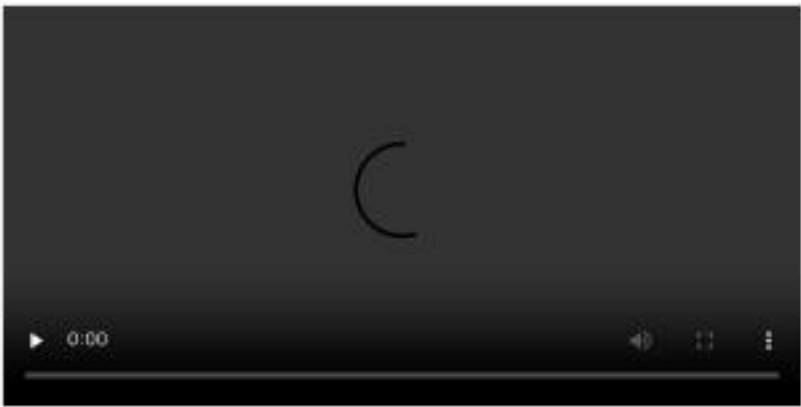
1. 정신의학에서 말하는 우울한 상태란 일시적으로 기분만 저하된 상태를 뜻하는 것은 아닙니다. 기분 저하와 함께 생각의 내용이 우울해지고 생각의 속도도 느려져 아이디어가 떠오르지 않고 대개 식욕, 성욕, 수면에 감소하지만 때로는 수면 과다나 식욕증가가 나타나기도 합니다.

2. 우울 삽화란 기분의 저하와 함께 전반적인 정신 및 행동의 변화가 나타나는 일정 기간을 의미합니다. 삽화(에피소드)라는 용어는 증상이 존재하는 시기와 증상에 없는 시기가 뚜렷하게 구분된다는 의미로, 자연적으로 증상이 사라질 수도 있습니다. 우울 삽화 기간에는 대개 우울한 상태가 매일, 온종일 지속되는데 이러한 특징은 정상과 병적인 상태를 구분하는 데 매우 중요합니다.

3. 우울한 상태가 매우 심해 일상생활을 하기 어려운 경우 주요 우울장애로 진단합니다. 우울한 증상이 그보다 가볍거나, 지속 기간이 짧은 경우를 경도 우울장애라고 합니다. 경한 우울 증상이 2년 이상 장기간 지속되면서 일상생활에 어려움이 있는 경우에는 지속형 우울장애라고 합니다.

개요-원인

- 개인적, 사회적 원인이 스트레스가 되어 뇌 기능 활동을 저하시키고 우울감을 유발합니다. '우울감의 지속이 어느 순간 뇌 속 신경세포 사이에 신경전달물질의 불균형을 초래해서 우울증으로 발전한다'는 게 지금의 정설입니다. 우울 증상의 발현에는 유전학적 요인, 신경생물학적 요인, 심리사회적 요인, 신체질환에 의한 요인 등이 다양하게 작용합니다.



1. 유전학적 요인

지금까지 밝혀진 바로 우울증 발생에는 유전적 요인이 중요한 역할을 합니다. 부모 중 한 쪽에 우울증이 있으면 자녀가 우울증에 걸릴 위험률은 16~21%로 정상군보다 약 2~3배 높습니다. 쌍둥이 연구에서 우울증의 일치율(쌍둥이 중 한 쪽의 특성이 다른 쌍둥이에게 나타나는 비율)은 일란성 쌍둥이에서 34~67%, 이란성 쌍둥이에서 14~43%였습니다.

2. 신경생물학적 요인

스트레스를 비롯한 다양한 요인에 의해 신경전달물질의 저하 및 스트레스 호르몬과 면역 세포 분비 장애로 항상성(일정한 균형을 유지하는 상태)을 잃게 됩니다..

1) 신경전달물질의 저하 - 기분장애에서 중요한 역할을 하는 신경전달물질(세로토닌, 노르에피네프린)의 결핍이 우울 장애를 유발한다는 이론으로 항우울제 개발에 활용되었습니다.

2) 스트레스 호르몬 분비 인자 가설 - 스트레스 호르몬 분비 인자가 활성화되면, 스트레스에 취약해져 우울증이 생긴다는 이론입니다. 개인의 유전적 요소는 스트레스에 취약한 상태에 영향을 줄 수 있습니다.

3) 면역반응을 조절하는 신경화학물질의 장애 - 외상, 감염, 스트레스 등 다양한 요인에 의해 뇌의 항상성이 깨지면 면역계는 면역반응을 조절하는 신경화학물질(사이토카인)을 통해 이런 정보를 중추신경계와 내분비계로 전달합니다. 많은 임상적, 실험적 연구를 통해 내적 혹은 외적 스트레스에 의한 사이토카인 분비 장애가 우울 증상의 발현과 지속에 중요한 역할을 한다는 사실이 밝혀졌습니다.

3. 사회심리적 요인

사랑하는 사람의 죽음, 이별, 외로움, 실직, 경제적인 걱정 등의 생활 사건이 우울감 및 우울증을 일으키는 원인이 되기도 합니다.

4. 신체질환에 의한 요인

감상선 기능 이상, 뇌졸중, 고혈압, 암, 당뇨병 등의 질환은 우울증의 원인이 되기도 합니다. 반대로 우울증이 신체질환을 유발할 수도 있습니다.

역학 및 통계

- 국내 만 19세 이상 성인 인구의 우울감 경험률은 10.2%, 청소년의 우울감 경험률은 26.8%이며, 두 군 모두 여성이 우울감을 더 많이 느끼는 것으로 나타났습니다.

1. 우울감 경험률

1) 2019년 국민건강영양조사 결과, 만 19세 이상 성인 인구의 우울감 경험률은 10.2%이었습니다. 성별로 보면 여성이 12.5%로 남성 8.1%에 비해 우울감을 느끼는 비율이 약 1.5배 이상 높았습니다. 우울감 경험률이란, 최근 1년 내에 연속 2주 이상 일상생활에 자장이 있을 정도로 슬프거나 절망감을 경험한 사람의

비율을 의미합니다. 이는 우울 증상을 경험했다는 뜻일 뿐, 의학적 질환인 우울증 유병률과는 다릅니다.

2) 2021년 청소년건강행태조사에 의하면 청소년의 우울감 경험률은 26.8%였으며, 여학생(31.4%)이 남학생(22.4%)보다 우울감을 더 많이 경험했습니다.

증상

· 우울증은 부정적인 기분 외에도 인지, 정신 운동, 신체 등에 다양하게 나타납니다.

· 소아청소년기 우울은 지속적이고 전반적인 슬픔, 무감동, 파분함, 자극 과민성 등이 주요 증상입니다.

· 노년기 우울은 기분의 저하를 덜 호소하며, 신체적 호소가 많은 것이 특징입니다.

· 산후 우울감은 피로, 무기력, 의욕 상실, 파중, 초조, 수면장애, 인지기능 저하 등으로 나타날 수 있습니다.

· 갱년기 우울증은 불안, 우울감, 심한 기분 변동, 수면장애, 인지기능 저하 등의 증상과 함께 다양한 신체 증상이 동반됩니다.

1. 우울증의 주요 증상

1) 우울증의 가장 핵심적인 증상은 기분의 부정적인 변화입니다. 우울증의 기분 변화는 단순한 우울감으로 나타나지 않는 경우도 많으며 고통스러운 기억의 회상, 불편한 사건에 대한 감수성 증가, 즐거운 사건에 대한 감수성 감소, 무쾌감증, 무감동, 감정적 표현 및 기능 감소 등의 형태로 나타나기도 합니다.

2) 우울증에서 흔히 나타나는 인지 증상은 집중력과 주의력 저하, 부정적 사고, 죄책감, 자살사고 등입니다. 우울 사고가 매우 심하면 망상적 상태에 이를 수 있으며, 증상이 심각한 일부 환자는 망상과 일치하는 불편한 내용의 환청이나 환시를 경험하기도 합니다.

3) 증상은 피로감, 주의력과 기억력 저하, 불편한 주제에 대한 고통스러운 생각을 계속 되풀이하는 등의 양상으로 나타나는 경우가 많지만, 일부 환자에서는 불안, 초조, 분노 폭발 등의 과민성 반응도 나타날 수 있습니다

4) 식사장애(거식증 또는 폭식증), 성기능장애, 동기 및 에너지 저하 등 삶을 유지하는 데 필요한 신체 기능의 교란은 증상의 중증도를 나타내는 지표입니다. 통증, 피로감, 신체적 불편감 등 신체감각 이상과 수면 패턴의 변화로 대표되는 생체리듬의 교란도 여기 포함됩니다.

2. 연령 및 대상별 우울 증상



1) 소아청소년기 우울증 - 지속적이고 전반적인 슬픔, 무감동, 파분함, 자극 과민성 등이 주요 증상입니다. 소아기 우울증은 자극 과민성, 활동 과다, 공격적 행동, 친구 관계의 악화, 무단결석, 등교 거부, 가출, 학교 성적 저하, 신체 증상, 분노발작, 공포증 등으로 위장되어 나타나는 경우가 있으므로 주의 깊게 관찰해야 합니다.

2) 노인 우울증 - 기분 저하보다 신체적 호소가 많은 것이 특징입니다. 우울하냐고 물으면 '우울하지 않다'고 부정하는 경우가 많으며 식욕 저하, 수면장애, 활력 감소 등 신체 증상을 주로 호소합니다. 또한 노인 우울증에서는 인지기능 장애가 흔히 나타나며, 이로 인해 치매로 오인되기 쉬워 가정 치매라고도 합니다.

3) 산후 우울감 및 우울증 - 산모의 약 85%에서 발생하는 산후우울감은 일시적이며 대부분 자연소실 됩니다. 하지만 약 10~20%는 산후 우울증으로 진행해 피로, 무기력함, 의욕 상실, 파중, 초조, 수면장애, 인지기능 저하가 나타날 수 있습니다. 산후 우울증의 독특한 증상은 아기의 건강이나 사고 발생에 대해 과도하고 부적절한 걱정을 하거나, 반대로 아예 관심을 잃는 것입니다. 이로 인해 아기에게 적대적, 폭력적인 행동을 하거나 산모 스스로 아거나 자신에게 해를 끼칠 것 같은 두려움이 나타나기도 합니다.

4) 폐경 여성의 우울 - 완전한 폐경까지는 대략 5~6년이 소요되는데, 난소 기능이 점차 감소하면서 여성 호르몬이 줄어 갱년기 증상이 생깁니다. 갱년기 우울증은 우울감과 더불어 불안, 심한 기분 변동, 수면장애, 인지기능의 장애 등으로 나타나며 홍조와 야간 발한, 질 건조증, 성교통, 요실금 같은 비노생식기 증상을 동반합니다.

5) 기타 - 화병은 '화가 날 만큼 충격적인 일을 경험한 결과'로 생긴 분노로, 행동 및 신체 증상으로 표출되기도 합니다. 한때 진단명으로 사용된 적도 있으나 현재는 정식 진단명으로 인정하지 않습니다. 정신 행동 증상으로 분노, 우울, 불안, 죄책감, 생각이 많음, 피해 의식, 하소연, 눈물과 한숨 등이 나타납니다. 신체 증상으로는 열감, 가슴 답답함, 구갈, 가슴 두근거림, 식욕감퇴, 위장장애, 불면증, 두통, 기타 만성 통증 등이 흔히 나타납니다.

진단 및 검사-자가 평가

· 자가 보고식 설문지를 이용해 간단히 우울증 증상의 심각도를 파악할 수 있습니다.

1. 우울증 여부를 스스로 판단할 수 있는 방법에는 어떤 것이 있나요?

1) 우울 증상을 평가하는 자가 보고식 설문지를 사용해 증상의 정도를 파악할 수 있습니다. 설문 결과가 반드시 우울증 진단을 의미하지는 않으며, 설문 결과에서 우울증이 의심된다면 정확한 진단을 위해 의사를 찾아야 합니다.

(1) CES-D 척도(Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale, CES-D Scale)는 우울증의 선별검사 및 자가진단에 가장 많이 사용되는 척도로 총 20개 문항으로 구성됩니다. 총점 16점 이상이면 경도, 21점 이상이면 중등도, 25점 이상이면 중증 우울 증상을 의심하여 전문가와의 상담이 필요합니다.

〈그림 CES-D척도 : Center for Epidemiologic Studies Depression Scale〉

○ 극히 드물게 (1주 중 1일 이하)

○ 가끔 (1주 중 1~2일)

○ 자주 (1주 중 3일 ~ 4일)

○ 거의 대부분 (1주 중 5일 ~ 7일)

나는 지난 1주일 동안 ...	극히 드물다	가끔	자주	거의 대부분
	1일 이하	1~2일	3~4일	5~7일
▪ 평소에는 아무렇지도 않던 일들이 귀찮게 느껴졌다.	0	1	2	3
▪ 먹고 싶지 않았다 ; 입맛이 없었다.	0	1	2	3
▪ 가족이나 친구가 도와주더라도 움직인 기분을 떨쳐 버릴 수 없었다.	0	1	2	3
▪ 다른 사람들만큼 능력이 있다고 느꼈다.	3	2	1	0
▪ 무슨 일일 하든 정신을 집중하기가 힘들었다.	0	1	2	3
▪ 우울했다.	0	1	2	3
▪ 하는 일마다 힘들게 느껴졌다.	0	1	2	3
▪ 미래에 대하여 희망적이라고 느꼈다.	3	2	1	0
▪ 내 인생은 실패작이라는 생각이 들었다.	0	1	2	3
▪ 두려움을 느꼈다.	0	1	2	3
▪ 잠을 잤다 ; 잠을 잘 이루지 못했다.	0	1	2	3
▪ 행복했다.	3	2	1	0
▪ 평소보다 말을 적게 했다 ; 말수가 줄었다.	0	1	2	3
▪ 세상에 홀로 있는 듯한 외로움을 느꼈다.	0	1	2	3
▪ 사람들이 나에게 차갑게 대하는 것 같았다.	0	1	2	3
▪ 생활이 즐거웠다.	3	2	1	0
▪ 갑자기 울음이 나왔다.	0	1	2	3
▪ 슬픔을 느꼈다.	0	1	2	3
▪ 사람들이 나를 싫어하는 것 같았다.	0	1	2	3
▪ 도무지 무엇을 시작할 기운이 나지 않았다.	0	1	2	3

출처: 전강구, 최상진, 양병창(2001), 통합적 한국판 CES-D 개발, 한국심리학회지건강, 6(1), 59-76.



〈설문요령〉

이 질문지는 여러분이 일상생활에서 경험할 수 있는 내용들로 구성되어 있습니다. 아래에 적혀 있는 문항을 잘 읽으신 후, 오늘날 포함하여 지난 일주일 동안 느끼고 행동한 것을 가장 잘 나타내는 숫자에 '0' 표 해 주십시오. 하나도 빠지 않고 반드시 한가지 선택하시되, 너무 오래 생각 하지 마시고 솔직하게 응답해주시며 됩니다.

(2) PHQ-9(Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9)은 DSM-5의 주요 우울증 진단기준에 해당하는 9항목 자가 보고식 설문지입니다. 총점 9점 이상이면 우울증을 의심해 전문가와의 상담이 필요합니다.

〈표 한국판 우울증 선별도구〉

◆ 지난 2주일 동안 당신은 다음의 문제들로 인해서 얼마나 자주 방해를 받았는지 해당번호에 표시(V)해 주세요.

문 항	전혀 방해 받지 않았다	매일 동안 방해 받았다	7일 이상 방해 받았다	거의 매일 방해 받았다
1. 일 또는 여가 활동을 하는 데 흥미나 즐거움을 느끼지 못함	0	1	2	3
2. 기분이 가라앉거나, 우울하거나, 희망이 없음	0	1	2	3
3. 잠이 들거나 계속 잠을 자는 것이 어려움, 또는 잠을 너무 많이 참	0	1	2	3
4. 피곤하다고 느끼거나 기운이 거의 없음	0	1	2	3
5. 입맛이 없거나 과식을 함	0	1	2	3
6. 자신을 부정적으로 봄, 혹은 자신이 실패자라고 느끼거나 자신 또는 가족을 실망시킴	0	1	2	3
7. 신문을 읽거나 텔레비전 보는 것과 같은 일상적인 일에 집중하는 것이 어려움	0	1	2	3
8. 다른 사람들이 주목할 정도로 너무 느리게 움직이거나 말을 함 또는 반대로 평소시보다 많이 움직여서 너무 안절부절못하거나 떨며 있음	0	1	2	3
9. 자신이 죽는 것이 더 낫다고 생각하거나 어떤 식으로든 자신을 해칠 것이라고 생각함	0	1	2	3
※ 체크한 번호가 점수입니다.	총점		점	

치료

·우울증의 주요 증상이 있거나, 우울 증상으로 인해 일상생활에 장애가 초래될 경우 병원을 방문해 우울증 여부를 확인하는 것이 좋습니다. 자살 위험이 있는 경우 반드시 병원을 찾아야 합니다.

1. 우울증이 의심되어 병원을 방문해야 하는 경우

1) 우울증의 주요 증상이 있다면 병원을 방문해 우울증인지 확인하는 것이 좋습니다. 2주 이상 우울한 기분(슬픔, 공허함, 절망감 등)이 들거나 가꾸 올게 될 때, 거의 모든 일상 활동에 대한 흥미나 즐거움이 뚜렷하게 저하될 때 우울증을 의심할 수 있습니다. 우울증의 자가 진단 설문지를 이용해 우울 증상의 정도를 평가하는 것도 도움이 됩니다.

2) 우울 증상을 자각하지 못해 가벼운 우울감이나 일시적인 스트레스 증상이라고 생각되더라도 증상이 직업, 학업, 대인관계 등 일상생활에 계속 지장을 준다면 전문가와의 상담을 통해 우울증 여부를 판단할 것을 권고합니다.

3) 자살사고가 뚜렷하거나 자살을 반복적으로 상상하거나 자살 방법을 찾아보거나 실제 계획하는 등 자살의 위험이 큰 경우에는 주변의 가까운 보호자에게 도움을 요청하고 즉시 정신건강의학과 진료를 통해 치료와 함께 자살 예방 조치를 취해야 합니다.

4) 표준화된 정부지원 자살예방 교육 프로그램인 '보고듣고말하기 교육', '자살예방 생명지킴이 교육'은 자살 위험에 처한 주변인의 '신호'를 인식해 적절한 도움을 받을 수 있도록 일반인을 교육하는 서비스입니다. ([자살예방 생명지킴이](#)) 자살 예방을 위한 노력은 환자 본인뿐 아니라, 주변인, 사회단체, 국가적 차원의 도움 및

지지가 필요합니다.

2. 병원에서 시행하는 우울증 치료

1) 약물 치료

가벼운 우울감이 아닌 의학적 질환으로서의 우울증이라면 약물 치료를 고려합니다. 항우울제도 많이 개선되어 부작용은 적으면서 효과적인 약물치료가 가능해졌습니다. 우울 증상의 생물학적인 원인은 세로토닌이나 노르에피네프린, 도파민 등 다양한 신경전달물질의 불균형이라고 생각합니다. 항우울제는 이런 신경전달물질의 균형을 맞추어 증상을 개선합니다. 약물 치료는 수일에서 수 주 후 효과를 나타내므로 4~6주가량 꾸준히 약물을 쓰면서 증상 개선에 따라 용량을 조절하거나 약물을 바꿉니다. 꾸준한 치료가 필요한 만큼 주치의와의 신뢰 관계가 중요합니다. 증상이 호전된 후에도 약물을 중단하면 재발 위험이 있으므로 6개월가량의 유지 치료를 권장합니다.

2) 비약물 치료

정신 치료는 정신건강 전문가와 대화해 가며 현재 및 과거의 정서적 어려움이나 갈등 상황 등을 돌아보는 치료 방법으로 상담 치료 또는 면담 치료라고도 합니다. 가벼운 우울증은 정신 치료만으로 증상이 개선될 수 있지만, 심한 우울증에는 정신 치료와 약물 치료를 병행합니다. 정신 치료의 다양한 방식으로 인지행동치료나 대인관계치료 등도 도움이 됩니다.

최근 개발된 반복적 경두개 자기자극법(Repetitive transcranial magnetic stimulation, rTMS)은 머리에 전자기장을 적용해 뇌를 간접 자극하는 비침습적, 비약물 치료법으로 우울증에서 효과가 입증되고 있습니다.

자가 관리

· 근거가 있는 우울감의 자가 관리법에는 아로마테라피, 독서요법, 컴퓨터 기반 자가 관리법, 광선요법, 이완 요법, 운동 등이 있습니다.

1. 우울감의 자가 관리법 - 정말 효과적인가요?

1) 우울감의 자가 관리를 위한 방법으로 건강보조식품, 식습관 관리, 독서 등의 기분 전환요법, 일상생활의 변화 등의 수많은 방법이 제시되지만, 과학적으로 효과가 입증된 자가 관리법은 많지 않습니다. 자가 관리법에만 의존하면 오히려 위험할 수 있습니다. 적절한 치료 시점을 놓쳐 병을 키우거나 적절하지 못한 자가 관리법 자체가 우울증을 비롯한 정신건강에 부정적인 효과를 초래하기도 합니다. 따라서 자가 관리법을 맹신하기보다 스스로 일상생활의 범위 안에서 경제적, 시간적으로 부담이 되지 않는 정도로 활용하고 우울감이 지속되거나 심해지는 경우에는 정신건강 전문가와 상의하는 것이 바람직합니다.

2. 의학적 근거에 기반한 우울감의 자가 관리



1) 아로마테라피(aromatherapy): 아로마테라피란 대표적인 대체의학의 하나로 식물에서 추출한 농축 오일 성분을 이용해 심신의 건강을 증진하는 방법입니다. 오일의 특정 화학 성분이 후각세포를 통해 기분과 불안을 조절하는 뇌 중추에 작용해 심신 이완 및 우울감, 불안함, 불쾌감의 감소 효과를 나타냅니다. 그러나 아로마테라피는 어디까지나 우울증 치료의 보조적인 방법일 뿐 표준적 치료를 대신할 수 없습니다.

2) 독서요법(bibliotherapy): 독서요법은 우울감, 지나친 죄책감, 비판적 사고 등 부정적인 정서를 스스로 조절하기 위한 다양한 전략과 이를 실생활에 적용하는 방법을 알려주는 책(매뉴얼)을 읽는 자가 관리법입니다. 우울감을 자각하고 스스로 인지 치료적 접근, 행동 치료적 접근, 명상과 같은 심신 의학적 방법으로 이를 개선하기 위한 다양한 전략을 제시하고 연습할 수 있도록 쓰인 책이 점차 늘고 있습니다. 독서요법의 궁극적 목적은 독자 스스로 우울증에 도움이 되지 않는 생각이나 행동을 자각하고 변화시키며, 나아가 자기관리 기술이나 대처 기술을 증진하도록 가이드를 제공하고 격려하는 것입니다.

3) 컴퓨터 기반 중재법(computerized intervention): 온라인 프로그램(웹사이트, 모바일 애플리케이션 등)을 이용해 정신 건강을 증진하는 자가 관리법입니다. 독서요법과 비슷하게 인지 치료나 행동 치료적 접근, 심신 의학적 접근(명상, 이완훈련 등)을 기반으로 자신의 감정과 기분, 생각을 체크하고 문제가 되는 생각이나 행동을 수정하거나 조절하는 대처 기술 증진 프로그램으로 구성됩니다. 보건복지부 국립정신건강센터 국가정신건강정보포털에서는 다양한 정신 건강 관련 자가검사와 증상별 정보를 제공합니다. [\(국가정신건강정보포털\)](#) 서울시정신보건센터에서 개발 운영하는 '마인드스파' 프로그램 중 '마음터치'라는 프로그램도 있습니다. [\(마음터치\)](#) 이 프로그램은 인지행동치료를 기반으로 한 온라인 자가 관리 프로그램으로 현재 상황 돌아보기(1단계), 자동적 사고 파악하기(2단계), 인지적 오류 점검하기(3단계), 생각과 감정 바꾸기(4단계), 문제 해결하기(5단계), 정신건강 지키기(6단계)로 구성됩니다. 모바일로 접근 가능한 다양한 명상 어플리케이션도 도움이 될 수 있습니다.

4) 광선요법(light therapy): 겨울처럼 일조량이 줄어드는 시기에는 생체의 24시간 주기 리듬이 지연되어 우울증이 쉽게 발생합니다. 광선요법은 이런 가설을 기반으로 이른 아침에 30분~한 시간 정도 밝은 빛을 쬌어 우울증 개선에 도움이 되고자 하는 방법입니다. 겨울에 반복되는 계절성 우울증뿐 아니라 비계절성 우울증에도 효과가 있다는 연구 결과가 있어 항우울제 등 표준 약물치료에 보조적인 요법으로 권고됩니다.

5) 이완요법(relaxation therapy): 스스로 심신을 이완하는 요령을 익혀 육체적, 정신적 긴장을 감소시키는 방법입니다. 복식호흡, 요가, 점진적 근육 이완법, 마사지, 명상 등이 대표적입니다. 특히 훈련을 통해 복식호흡과 점진적 근육 이완을 익혀 두면 언제 어디서나 필요한 순간에 적용할 수 있습니다. 이완요법은 우울증, 공황장애 등의 불안장애, 불면증 등 다양한 정신질환의 치료에 효과적으로 이용됩니다.

6) 운동(exercise): 운동은 우울증의 위험을 낮추고, 증상을 경감시킬 수 있습니다. 유산소 운동과 무산소 운동 모두 효과적이라고 알려져 있으나 어느 쪽이 더 우수한지에 대해서는 논란이 있습니다. 최근 캐나다의 가이드라인에서는 매주 3회 이상 중등도의 강도로 최소 9주 동안 운동을 지속하는 것이 우울감 감소에 효과적이라고 합니다.

7) 기타

(1) 스트레스 피하기: 우울증을 겪는 사람은 스트레스가 있을 확률이 2.5배 높으며, 우울 장애의 80%가 주요 인생 사건 후에 나타납니다. 직장에서 작업 긴장도가 높은 경우에도 우울증의 위험이 커집니다. 따라서 스트레스 상황을 피하는 것이 우울증 예방에 도움이 됩니다.

(2) 식이: 오메가3 지방산 섭취의 우울감 감소 효과는 아직 논란이 있습니다. 하지만 현재까지의 연구 결과를 종합해 볼 때 도움이 될 수 있으므로 오메가3 지방산이 풍부한 등푸른 생선 등을 섭취합니다. 탄수화물, 단백질, 채소를 골고루 규칙적으로 섭취해 뇌에 규칙적으로 에너지를 공급하고, 통곡물, 신선식품, 과일, 야채를 섭취하면서 가공식품을 피함으로써 충분한 미세영양소를 공급하는 것이 우울증 예방에 도움이 됩니다.

(3) 절주: 알코올 의존은 흔히 우울 증상과 공존하며, 폭음하는 경우 우울증을 겪을 가능성이 2~4배 증가하고, 알코올 중독의 경우 우울증에 걸릴 확률이 약 44%로 알려져 있습니다. 따라서 절주하는 것이 우울증 예방에 도움이 됩니다.

(4) 적정 체중 유지: 비만과 저체중 모두 우울증 위험을 높입니다. 비만인 경우 정상 체중보다 우울증 위험이 13% 높으며, 특히 여성은 우울증 위험이 21%에 달해 남성(3%)에 비해 압도적으로 높습니다. 반대로 우울증이 있어도 비만 발생 위험이 높아집니다. 우울증은 식욕 및 체중, 수면과 활동 패턴의 변화를 동반하므로 비만 및 과체중을 유발할 수 있습니다. 저체중인 경우에도 정상 체중보다 우울증 위험이 약 16% 높습니다. 따라서 적정 체중을 유지하는 것이 우울증 예방에 도움이 됩니다.

동반 질환

· 우울감과 관련된 대표적인 질환은 주요 우울장애, 지속성 우울장애, 월경전 불쾌장애, 물질/약물치료로 유발된 우울장애, 외상후 스트레스 장애, 공황장애 등입니다.

· 신경계 질환, 만성질환, 암 등의 신체 질환도 우울증과의 관련이 있습니다.

1. 우울감과 관련된 정신의학적 질환

우울감이 나타나는 대표적인 정신질환은 주요 우울장애, 지속성 우울장애, 월경전 불쾌장애, 물질/약물치료로 유발된 우울장애 등입니다. 그 밖에 외상후 스트레스장애, 공황장애 등에서도 우울감이 나타날 수 있습니다. 이들 질환에서는 일정 기간 이상 슬프고 우울한 기분, 공허하되 과민한 기분과 함께 개인의 기능 수행 능력에 영향을 주는 신체적, 인지적 변화가 공통적으로 나타납니다. 하지만 우울감의 원인과 지속 기간에는 차이가 있습니다.

1) 주요 우울장애

(1) 정의: 주요 우울장애는 최소 2주 이상 거의 매일 지속되는 우울한 기분 및 흥미 저하와 함께 여러 신체 증상과 이로 인한 심각한 일상적 기능 저하가 동반됩니다.

(2) 진단: 주요 우울장애는 우울장애의 대표격인 질환입니다. 주요 우울장애의 DSM-5(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5) 진단 기준은 다음과 같으며, 하루 종일 우울함, 대부분의 활동에 현저하게 흥미 감소 중 적어도 한 가지 증상을 포함해 다섯 가지 이상의 증상이 2주간 나타나야 합니다.

〈그림 주요 우울장애의 진단 기준(DSM-5)〉

<input type="checkbox"/>	하루 종일 우울함
<input type="checkbox"/>	대부분의 활동에서 현저하게 흥미 감소
<input type="checkbox"/>	체중 감소나 증가
<input type="checkbox"/>	불면증이나 과수면
<input type="checkbox"/>	하루 종일 안절부절 못하거나 일 처리가 지체됨
<input type="checkbox"/>	피로에 빠지고 힘이 없음
<input type="checkbox"/>	자은 자기 비난과 아픈 데 대해 무기치함을 느낌. 또는 과도하고 항상적으로 죄책감을 느낌.
<input type="checkbox"/>	결정에 곤란함을 느끼고, 사고와 집중력이 현저히 감소
<input type="checkbox"/>	죽음에 대해 반복적으로 생각함. 반복적으로 자살 계획하거나 시도

○ 이상의 증상 5가지 이상이 2주일 동안 나타나거나 예전과 기능 차이가 현저히 나타난다면 우울증을 의심해 봐야 합니다.



(3) 경과

① 발병: 2021년 정신건강실태조사에 따르면 주요 우울장애의 1년 유병률(지난 1년 동안의 이환율)은 1.7%였습니다. 유병률은 나이가 들면서 증가하는 양상으로 18~29세 1.4%, 50~59세에 1.8%였고 70~79세에 3.1%로 가장 높았습니다. 다만 연령에 따른 유병률 차이는 그 시기의 다양한 사회문화적 상황이 영향을 미치므로 종합적인 판단이 필요합니다. 우울장애의 회복 기간은 대략 6~9개월로 약 50%의 환자가 6개월 이내, 70%의 환자가 1년 이내에 회복합니다. 반면 10% 이상의 환자에서는 5년까지 지속되기도 합니다.

② 재발: 우울증 환자 중 재발을 경험하지 않는 환자는 15%에 불과합니다. 우울 삽화가 한번 발생할 때마다 재발 위험이 16%씩 증가하고, 재발 간격도 점점 짧아집니다. 보통 주요 우울장애는 일생 동안 평균 4번 정도 우울 삽화를 경험하며, 재발과 관련된 위험인자는 치료 전의 긴 우울 삽화 기간, 이전 발병력, 미혼 등입니다.

(4) 치료

① 우울 증상이 가벼울 경우 정신치료 등의 비약물 치료로도 증상 호전이 가능하나, 증상이 중등도 이상일 경우 항우울제 치료가 가장 효과적입니다.

② 우울증 치료는 급성기, 유지기, 지속기의 세 단계로 이루어집니다.

③ 정신치료는 약물치료와 병행할 때 가장 효과가 좋으며, 어떤 정신치료가 적합한지는 의사와 상담 후 결정합니다.

④ 항우울제 치료는 효과적이고 안전한 세로토닌 재제를 가장 많이 사용합니다. 효과가 나타나기까지 최소 3~4주 이상의 시간이 소요됩니다.

2) 지속성 우울장애(기분 저하증)

지속성 우울장애란 2년 이상 지속되는 만성적 우울감이 있으며(증상이 없는 기간은 2개월 미만), 식욕부진이나 과식, 과다수면, 활력 저하 및 피로감, 자존감 저하, 집중력 감소 및 결정 곤란, 절망감 중 두 가지 이상의 증상이 나타날 경우를 말합니다. 지속적 우울장애가 있으면 주요 우울장애의 위험이 약 5배 증가합니다.

3) 월경전 불쾌장애

월경 시작 전 정서적 불안, 분노, 일상생활에 대한 흥미 감소, 무기력, 집중 곤란 등의 증상이 주기적으로 나타납니다. 원인은 난소호르몬과 신경전달물질의 상호작용 때문으로 추정됩니다. 증상은 월경 시작 후 며칠 이내로 감소하고, 월경 후에는 사라지는 것이 특징입니다.

4) 약물/물질 사용 장애

다양한 심혈관계 약물, 진정제, 항경련제, 항파킨슨 약물, 면역계 약물, 항생제, 항불안제가 우울 증상과 관련될 수 있습니다. 또한 우울증은 알코올 의존이나 물질 사용 장애에 동반되는 경우가 많습니다. 주요 우울 환자의 1/3가량에서 특정 물질 의존과 남용에 관련된 사용 장애(정신적, 신체적, 사회적 기능 장애)가 동반되며, 이때는 자살 위험이 증가합니다.

5) 그 외 정신의학적 질환

(1) 외상후 스트레스장애 - 환자의 45~50%에서 우울 증상이 동반됩니다. 수면 장애, 집중력 저하, 회피와 위축, 활동에 대한 즐거움 및 흥미의 감소, 고립감과 다른 사람에게서 멀어짐 등의 공통 증상이 존재합니다.

(2) 공황장애 - 불안장애의 일종으로 예기치 않은 공황발작(극심한 공포 및 불편과 함께 신체적, 감정적 증상이 나타나는 상태)이 반복적으로 나타납니다. 외부의 위험이 없는데도 가슴이 두근거리거나 어지러움 같은 신체 증상과 심한 불안 및 두려움이 발생합니다. 공황장애를 겪는 사람은 대부분 우울 증상도 경험합니다. 주요 우울장애 환자도 약 10% 정도가 공황장애를 진단받는데, 일반 인구의 공황장애 진단 비율 0.8%에 비하면 매우 높은 수치입니다. 공황장애가 동반되면 우울장애의 경과가 더 나빠집니다.

2. 신경계 질환

신경계 질환 중 파킨슨병, 치매, 간질 등은 우울증과 관련되며, 노인 환자에서는 우울증이 흔히 치매로 오인돼 '가성 치매'로 불립니다. 파킨슨병 환자의 40~50%, 헌팅턴병(유전성, 퇴행성 신경계 질환)의 40%, 다발성경화증(만성 신경면역계 질환)의 10~50%, 알츠하이머의 15~55%, 뇌졸중 환자의 30~50%가 평생 한 번 이상 우울증을 진단받습니다.

3. 만성질환

만성질환자는 우울증이 동반되는 빈도가 높으며, 다른 질환에 비해 우울증이 동반되는 경우 건강 악화 위험이 높아집니다. 당뇨 환자의 우울증 유병률은 28.5%로 일반인보다 2배 정도 높으며, 우울증이 심해질수록 당뇨도 잘 조절되지 않습니다.

4. 암

암 진단을 받으면 지속적인 우울감이나 활력 저하를 경험하고, 자살을 생각하거나 수면 패턴, 식욕, 피로, 인지기능의 변화가 나타나 신체 증상이 악화될 수 있습니다. 우울장애는 암 환자에서 삶의 질에 부정적인 영향을 미치며, 조기 사망률과 증상의 중증도를 높이는 것으로 알려져 있습니다. 특히 주요 우울장애의 증상 중 피로, 식욕 저하, 인지기능 저하, 통증 같은 증상은 암 자체로 인한 증상이나 치료 부작용과 비슷해 감별이 필요합니다. 암으로 유발되는 통증 자체나 마약성 진통제, 진정제, 항간질약 등 중추신경 억제제는 이전에 우울증이나 인지기능 저하를 겪었던 취약한 환자에게 우울 장애를 유발할 수 있습니다.

참고문헌

- 국립정신건강센터 (2017). 국가 정신건강현황 3차 예비조사 결과 보고서.
- 대한신경정신의학회 (2017). 신경정신의학.
- 보건복지부 (2021). 정신건강실태조사.
- 보건복지부·질병관리청 (2021). 국민건강통계-국민건강영양조사 제8기 1차년도(2019).
- 교육부·질병관리청 (2021). 제17차 청소년건강행태조사 통계집(2019).
- 오강섭 (2009). 아임상 및 경증 우울증 자기관리법의 효용성 연구. 한국보건의료연구원.
- 질병관리본부 (2016). 청소년건강행태 온라인조사.
- 최원정, 이병우, 김동욱, 이선구, 홍수정, 강지인, …김민경 (2009). 우리나라 암 환자에서 나타나는 정신질환의 위험도 및 정신과 진료의 특성 연구. 국민건강보험공단 일산병원 연구소.

- American Psychiatric Association (2010). Practice Guideline for the Treatment of Patients with Major depressive Disorder. (3rd edition).
- Anderson, R. J., Freedland, K. E., Clouse, R. E., & Lustman, P. J. (2001). The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. Diabetes Care, 24(6), 1069-1078.
- American Psychiatric Association. (2013). DSM-5.
- Gualano, M. R., Bert, F., Martorana, M., Voglino, G., Andriolo, V., Thomas, R., . . . Siliquini, R. (2017). The long-term effects of bibliotherapy in depression treatment: Systematic review of randomized clinical trials. Clin Psychol Rev, 58, 49-58. doi:10.1016/j.cpr.2017.09.006
- Brady, K. T., Killeen, T. K., Brewerton, T., & Lucerini, S. (2000). Comorbidity of psychiatric disorders and posttraumatic stress disorder. J Clin Psychiatry, 61 Suppl 7, 22-32.
- Barefoot, J. C., & Schroll, M. (1996). Symptoms of depression, acute myocardial infarction, and total mortality in a community sample. Circulation, 93(11), 1976-1980.
- Bonde, J. P. (2008). Psychosocial factors at work and risk of depression: a systematic review of the epidemiological evidence. Occup Environ Med, 65(7), 438-445.
- Chen, Y. W., & Dilsaver, S. C. (1995). Comorbidity of panic disorder in bipolar illness: evidence from the Epidemiologic Catchment Area Survey. Am J Psychiatry, 152(2), 280-282. doi:10.1176/ajp.152.2.280
- Choi, K. W., Chen, C. Y., Stein, M. B., Klimentidis, Y. C., Wang, M. J., Koenen, K. C., . . . Major Depressive Disorder Working Group of the Psychiatric Genomics, C. (2019). Assessment of Bidirectional Relationships Between Physical Activity and Depression Among Adults: A 2-Sample Mendelian Randomization Study. JAMA Psychiatry. doi:10.1001/jamapsychiatry.2018.4175
- Davis, L., Uezato, A., Newell, J. M., & Frazier, E. (2008). Major depression and comorbid substance use disorders. Curr Opin Psychiatry. 21(1), 14-18. doi:10.1097/YCO.0b013e3282f32408
- Frasure-Smith, N., Lesperance, F., & Talajic, M. (1993). Depression following myocardial infarction. Impact on 6-month survival. JAMA, 270(15), 1819-1825.
- Ford, D. E., & Kamerow, D. B. (1989). Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders. An opportunity for prevention?. JAMA, 262(11), 1479-1484.
- Gilman, S. E., & Abraham, H. D. (2001). A longitudinal study of the order of onset of alcohol dependence and major depression. Drug Alcohol Depend, 63(3), 277-286.
- Horwath, E., Johnson, J., Weissman, M. M., & Hornig, C. D. (1992). The validity of major depression with atypical features based on a community study. J Affect Disord, 26(2), 117-125.
- Jung SJ, Woo HT, Cho S, Park K, Jeong S, Lee YJ, … Shin A. (2019). Association between body size, weight change and depression: systematic review and meta-analysis. British Journal of Psychiatry, 211(1), 14-21.
- Katon, W. J. (2003). Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness. Biol Psychiatry, 54(3), 216-226.
- Kennedy, S. H. et al. (2016). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 3. Pharmacological Treatments. Can J Psychiatry, 61(9). 540-60.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Chiu, W. T., Demler, O., Heeringa, S., Hiripi, E., . . . Zheng, H. (2004). The US National Comorbidity Survey Replication (NCS-R): design and field procedures. Int J Methods Psychiatr Res, 13(2), 69-92.
- Klainin-Yobas, P., Oo, W. N., Suzanne Yew, P. Y., & Lau, Y. (2015). Effects of relaxation interventions on depression and anxiety among older adults: a systematic review. Aging Ment Health. 19(12), 1043-1055. doi:10.1080/13607863.2014.997191
- Lai, J. S., Hiles, S., Bisquera, A., Hure, A. J., McEvoy, M., & Attia, J. (2014). A systematic review and meta-analysis of dietary patterns and depression in community-dwelling adults. Am J Clin Nutr, 99(1), 181-197. doi:10.3945/ajcn.113.069880
- Lesperance, F., Frasure-Smith, N., St-Andre, E., Turecki, G., Lesperance, P., & Wisniewski, S. R. (2011). The efficacy of omega-3 supplementation for major depression: a randomized controlled trial. J Clin Psychiatry, 72(8), 1054-1062. doi:10.4088/JCP.10m05966blu

22.Ludman, E. J., Katon, W., Russo, J., Von Korff, M., Simon, G., Ciechanowski, P., ... Young, B. (2004). Depression and diabetes symptom burden. Gen Hosp Psychiatry, 26(6), 430-436. doi:10.1016/j.genhosppsy.2004.08.010

23.Luppino, F. S., de Wit, L. M., Bouvy, P. F., Stijnen, T., Cuijpers, P., Penninx, B. W., & Zitman, F. G. (2010). Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. Arch Gen Psychiatry, 67(3), 220-229.

24.Mammen, G., & Faulkner, G. (2013). Physical activity and the prevention of depression: a systematic review of prospective studies. Am J Prev Med, 45(5), 649-657. doi:10.1016/j.amepre.2013.08.001

25.Martin, C. S., Arria, A. M., Mezzich, A. C., & Bukstein, O. G. (1993). Patterns of polydrug use in adolescent alcohol abusers. Am J Drug Alcohol Abuse, 19(4), 511-521.

26.Mazure, C. M. (1998). Life stressors as risk factors in depression. Clinical Psychology: Science and Practice, 5(3), 291-313.

27.McDaniel, J. S., Musselman, D. L., Porter, M. R., Reed, D. A., & Nemeroff, C. B. (1995). Depression in patients with cancer. Diagnosis, biology, and treatment. Arch Gen Psychiatry, 52(2), 89-99.

28.Mokhber, N., Namjoo, M., Tara, F., Boskabadi, H., Rayman, M. P., Ghayour-Mobarhan, M., . . . Ferns, G. (2011). Effect of supplementation with selenium on postpartum depression: a randomized double-blind placebo-controlled trial. J Matern Fetal Neonatal Med, 24(1), 104-108. doi:10.3109/14767058.2010.482598

29.Penders, T. M., Stanciu, C. N., Schoemann, A. M., Ninan, P. T., Bloch, R., & Saeed, S. A. (2016). Bright Light Therapy as Augmentation of Pharmacotherapy for Treatment of Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis. Prim Care Companion CNS Disord. 18(5). doi:10.4088/PCC.15r01906

30.Pospos, S., Young, I. T., Downs, N., Iglewicz, A., Depp, C., Chen, J. Y., . . . Zisook, S. (2018). Web-Based Tools and Mobile Applications To Mitigate Burnout, Depression, and Suicidality Among Healthcare Students and Professionals: a Systematic Review. Acad Psychiatry, 42(1), 109-120. doi:10.1007/s40596-017-0868-0

31.Quarantini, L. C., Torres, A. R., Sampaio, A. S., Fossaluza, V., Mathis, M. A., do Rosario, M. C., . . . Koenen, K. C. (2011). Comorbid major depression in obsessive-compulsive disorder patients. Compr Psychiatry, 52(4), 386-393. doi:10.1016/j.comppsy.2010.09.006

32.Roy-Byrne, P. P., Stang, P., Wittchen, H. U., Ustun, B., Walters, E. E., & Kessler, R. C. (2000). Lifetime panic-depression comorbidity in the National Comorbidity Survey. Association with symptoms, impairment, course and help-seeking. Br J Psychiatry, 176, 229-235.

33.Ross, H. E. (1995). DSM-III-R alcohol abuse and dependence and psychiatric comorbidity in Ontario: results from the Mental Health Supplement to the Ontario Health Survey. Drug Alcohol Depend, 39(2), 111-128.

34.Rutledge, T., Reis, V. A., Linke, S. E., Greenberg, B. H., & Mills, P. J. (2006). Depression in heart failure a meta-analytic review of prevalence, intervention effects, and associations with clinical outcomes. J Am Coll Cardiol, 48(8), 1527-1537. doi:10.1016/j.jacc.2006.06.055

35.Sanchez-Vidana, D. I., Ngai, S. P., He, W., Chow, J. K., Lau, B. W., & Tsang, H. W. (2017). The Effectiveness of Aromatherapy for Depressive Symptoms: A Systematic Review. Evid Based Complement Alternat Med, 2017, 5869315. doi:10.1155/2017/5869315

36.Sheline, Y. I. (2000). 3D MRI studies of neuroanatomic changes in unipolar major depression: the role of stress and medical comorbidity. Biol Psychiatry, 48(8), 791-800.

37.Solomon, D. A., Keller, M. B., Leon, A. C., Mueller, T. I., Lavori, P. W., Shea, M. T., . . . Endicott, J. (2000). Multiple recurrences of major depressive disorder. Am J Psychiatry, 157(2), 229-233. doi:10.1176/appi.ajp.157.2.229

38.Sullivan, P. F., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2000). Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. Am J Psychiatry, 157(10), 1552-1562. doi:10.1176/appi.ajp.157.10.1552

39.Tuunainen, A., Kripke, D. F., & Endo, T. (2004). Light therapy for non-seasonal depression. Cochrane Database Syst Rev(2), Cd004050. doi:10.1002/14651858.CD004050.pub2.

40.United States. Department of Health and Human Services. (2008). 2008 physical activity guidelines for Americans : be active, healthy, and happy! Washington, DC: U.S. Dept. of Health and Human Services.

41.WHO (2017). Depression and Other Common Mental Disorders.

42.Wilson, S., Vaidyanathan, U., Miller, M. B., McGue, M., & Iacono, W. G. (2014). Premorbid risk factors for major depressive disorder: are they associated with early onset and recurrent course? Dev Psychopathol, 26(4 Pt 2), 1477-1493. doi:10.1017/S0954579414001151

43.Wittchen, H. U., Zhao, S., Kessler, R. C., & Eaton, W. W. (1994). DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry, 51(5), 355-364.



본 공공저작물은 공공누리 "**출처표시+상업적이용금지+변경금지**" 조건에 따라 이용할 수 있습니다.

☰ 목록

