creative commons
COMMONS DEED

저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:

저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.

비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.

변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 이용허락규약(Legal Code)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

Disclaimer

dCollection

이학석사 학위논문

선별검사 도구 개발 과정을 중심으로 살펴본 우울을 측정하는 지식의 형성, 1993~2011 한국

2020년 8월

서울대학교 대학원

과학사 및 과학철학 협동과정

김 민 아

선별검사 도구 개발 과정을 중심으로 살펴본 우울을 측정하는 지식의 형성, 1993~2011 한국

지도교수 이 두 갑
이 논문을 이학석사 학위논문으로 제출함

2020년 5월

서울대학교 대학원
과학사 및 과학철학 협동과정
김 민 아

김민아의 석사 학위논문을 인준함
2020년 7월

위 원 장 황 승 식 (인)
부 위 원 장 정 연 보 (인)
위 원 이 두 갑 (인)

국문 초록

본 논문은 1993년부터 2011년 사이 한국 사회에서 우울을 측정하는 지식이 형성된 과정을 분석하였다. 이를 위해 본 논문은 대규모 정신질환 역학조사를 위해 우울증 선별검사 도구가 개발된 배경과 적용 과정을 살펴봄으로써 언론 기사를 비롯해 다양한 우울증 연구에 자주 인용되는 우울증 유병률 값의 형성 과정을 비판적으로 분석하였다.

본 논문에서는 우울증 선별검사 도구가 개발되는 데에 두 가지 맥락이 있었다고 보았다. 첫 번째는 1995년 정신보건법 제정 이후 한국의 정신보건정책이 수용 중심의 정책에서 지역사회 정신보건 정책으로 전향한 것이다. 지역사회 정신보건정책은 탈원화(deinstitutionalization)와 함께 정신질환을 홍보하고 조기에 발견하여 정신 의료 서비스 이용률을 높이는 것을 목표로 둔다. 이에 우울증을 비롯한 정신질환의 실태를 대규모로 조사할 필요성이 대두되었고, 대규모 조사에 앞서서 개발되어야 할 것이 우울증 선별검사 도구였다.

두 번째 맥락은 OECD 자살률 1위 국가라는 오명과 함께 한국 사회에서 자살이 사회적 이슈로 떠오르면서 2000년대 초 두 차례에 걸쳐 실시된 자살예방종합대책의 실시다. 자살예방종합대책은 자살의 원인으로서 우울증을 지목하면서 자살 고위험군으로서 잠재적인 우울증 환자를 선별해내는 일을 중요한 과제로 만들었다.

본 논문은 이러한 시대적 배경을 염두에 두면서 우울증 선별검사 도구의 개발 과정을 분석하였다. 선별검사 도구는

우울증을 진단하는 도구와 우울감의 정도를 측정하는 도구로 나뉜다. 본 논문은 우울감의 정도를 측정하는 도구는 우울증상군을 가려내는 것으로 임상 진단과는 다름에도 불구하고, 우울감의 정도를 측정하는 도구가 우울증을 진단하는 도구보다 상대적으로 간편하고 단순하여 역학조사를 포함해 언론 기사나 지역구 정신건강센터의 자가검진 테스트 문항 등에서 마치 우울증을 진단하는 도구처럼 혼동되어 쓰인다는 점을 보였다. 또한, 진단 도구라고 하더라도 역학조사에서 이루어지는 진단은 어디까지나 잠정적인(tentative) 것으로, 위험군을 가려내 치료로 인도하기 위함이지 임상 의사에 의해 내려지는 정식 진단이라고 볼 수 없다.

더불어 본 논문은 우울증 선별검사 도구가 번역되는 과정이 한국인이 경험하는 방식의 우울이 충분히 고려되었다기보다는 영어로 이루어진 문항이 한국어로 번역되는, 어의적인 차원의 번역에 그쳤다는 점도 보였다. 또 번역 이후 선별검사 결과 점수에서 몇 점까지를 우울증이라고 볼 것인지에 따라, 즉 최적절단점(cut-off score)을 어떻게 둘 것인지에 따라서 우울증 유병률은 크게 달라질 수 있으며, 이 값은 국가마다 달라질 수 있고, 또 같은 국가 안에서도 역학조사의 목적에 따라 달라질 수 있음을 보였다.

이상의 논의를 통해 본 논문은 다양한 글에 문제없이 인용될 만큼 우울을 측정하는 지식이 객관성을 확보한 단단하고 고정된 지식이 아니며, 우울증의 진단과 우울 증상의 측정이 혼동되기도 하고, 유병률 자체가 목적에 맞게 조율되기도 하는 등 특정한 시공간적 배경과 연구 목적에 따라 구성되는 값이라는 점을 보였다.

우울증 유병률 값이 한국 사회에서 어떤 의미인지 해석하기

이전에 해당 수치가 생산된 과정을 들여다보는 것은 기존에 풀기 어려웠던 문제(우울증 치료 환자는 늘어나는데 어째서 자살률은 줄어들지 않는가? 여성이 남성보다 우울증에 취약한데 왜 남성이 더 많이 자살하는가? 등)의 실마리를 우울증 지식의 생산 그 자체에서 찾을 수도 있다는 점에서 의의가 있다고 본다. 이를 통해 그동안 우리가 누구에게 더 주목해왔는지, 또 누구를 잊었는지를 성찰하고 어디서 개입할 수 있을지를 구체적으로 결정할 수 있다는 점에서 의미가 있다.

주요어: 우울증, 측정, 선별검사 도구, 정신질환 역학조사, 자살

학번: 2015-22673

목 차

1. 서론 1

2. 선행연구 검토 및 이론적 자원 10
2.1. 선행연구 검토 10
2.2. 이론적 자원 15

3. 우울증 역학조사와 측정 도구 개발의 맥락 18
3.1. 정신보건체계의 설립 18
3.2. 제 1, 2 차 자살예방종합대책 23

4. 우울증 측정 도구의 개발과 적용 29
4.1. 측정 대상으로서의 우울, 도구로서의 선별검사 29
4.2. 국가간 비교를 위한 최적절단점 설정 54

5. 결론 70

참고문헌 78
Abstract 98

표 목 차

〈표 1〉 우울증상의 정도를 측정한 역학조사 연구 32
〈표 2〉 우울증을 진단한 역학조사 연구 33

그 림 목 차

〈그림 1〉 한국 자살사망률 변화추이 25
〈그림 2〉 자살 영향 요인 모델 26
〈그림 3〉 DIS 의 Criteria 43
〈그림 4〉 DIS 의 탐색흐름도(Probe Flow Chart) 44
〈그림 5〉 관악구 정신보건센터의 우울증 자가검사(CES-D) 51

1. 서론

1998년 3월 31일부터 1998년 4월 3일 사이 한국에서는 국내 최초로 '우울증 선별의 날'이 개최되었다. 우울증 선별의 날 행사는 당시 가톨릭대학교 의과대학 신경정신과학교실 교수였던 김광수의 주도로 열린 것으로서, 가톨릭대학교 의과대학 산하 8개 병원이 참가하여 우울증에 대한 공개강좌, 비디오 상영, 선별검사 및 무료 상담이 시행되었다. 이 행사는 "우울증은 가장 흔한 정신과 질환 중 하나이나 대부분의 환자들이 우울증인줄 모른 채 치료를 받지 않고 지내고"있다는 문제의식 아래에서, "일반 대중에게 우울증에 대하여 간단히 교육하고 간이우울증 선별 검사를 시행하여 이들의 정신건강의 중요성을 인지시키고, 필요하다면 적절한 정신과 치료 상황으로 인도하고자 하는 취지"를 가지고 이루어졌다.[1] 요컨대 우울증 선별의 날은 두 가지 목적을 가지고 시행되었다. 첫째는 우울증이라는 질병을 홍보하여 일반 대중이 무엇이 우울증인지를 구별할 수 있는 우울증 식별력을 기르게 하는 것이었고 둘째로 잠재적인 우울증 환자를 간이 선별 검사 도구를 통해 선별하여 통계 수치를 얻고, 이러한 검사 결과를 통해 우울증 환자로 호명된 사람들에게 우울증 치료를 받도록 권하기 위해서였다.

1998년 우울증 선별의 날 행사는 8개 장소에서 개최되어 861명이 참가하였고, 이 중 619명이 간이 우울증 선별 검사에 응답하였다. 우울증 측정 도구는 '정 우울증 자가 측정 척도(Zung Depression Self Rating Scale)'[2]가 사용되었는데, 그

[1] 중앙일보(2000. 3. 7), 「우울증 선별의 날을 맞아서」.

[2] Zung, W. W. (1965), "A Self-Rating Depression Scale", *Archives of general psychiatry*,

결과 참여자들의 우울증 유병률(prevalence rate)[3]은 69.5%로 대단히 높은 수치를 나타냈다(김광수 외, 1999: 1006-1015). 이 결과는 미국에서 이루어진 우울증 선별의 날 행사에서 실시된 선별 검사 결과 값과 유사했다. 우울증 선별의 날(정식 명칭 '전국 우울증 검진의 날(National Depression Screening Day, NDSD)'은 1991년 미국 매사추세츠에 있는 한 지역병원이 자살예방을 목적으로 시행한 시험 프로그램으로 시작되었는데, 1991년 90개의 장소에서 약 5,000명을 대상으로 이루어졌던 것이 1997년에는 3,000개 이상의 장소에서 85,000명이 넘게 참가하는 큰 규모의 행사로 발전하였다. 또한 참가자 중 약 70%가 우울증 양성으로 판정되어 추후 추적을 권유 받았다(Jacobs, 1999: 42-45). 한국에서 1998년 처음 이루어진 우울증 선별의 날 행사는 미국 NDSD의 주관 기관인 국립정신장애선별기구(The National Mental Illness Screening Project, NMISP)의 도움을 받아 1년여의 준비 기간을 거쳐 이루어졌다. 이듬해 우울증 선별의 날 행사는 규모가 더 확대되어 39개 지역에서 3,907명이 참여하는 성과를 거두었고, 이후 2000년대 초까지 4,000여명의 인원이 참가하는 대규모의 행사가 되면서 우울증을 홍보하고 우울증 환자를 선별하고 식별한다는 목적에 맞는 역할을 해왔다.[4]

Vol. 12, pp. 63-70.

[3] 유병률(prevalence rate)은 특정 인구집단 또는 지역에서 질병을 가지고 있는 인구의 수를 대응되는 전체 인구의 수로 나눈 것을 의미한다. 이중 시점 유병률(point prevalence)은 특정 시점(가령 조사 당시)에서의 질병의 유병률을 말한다. 기간 유병률(period prevalence)은 특정 기간 동안의 유병률을 말하며 일주 유병률(one week prevalence), 일년 유병률(one year prevalence) 등이 있다. 평생 유병률(lifetime prevalence)은 평생 한 번이라도 해당 질병을 앓은 적이 있는지를 나타낸다. Narrow, W. E. and Clarke, D. E. (2017), "5.1 Quantitative and Experimental Methods in Psychiatry: Epidemiology", in Sadock, Sadock and Ruiz. ed., *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*, pp. 810-829, Philadelphia: Wolters Kluwer, p. 819.

[4] 중앙일보(2000. 3. 7), 「우울증 선별의 날을 맞아서」; 메디칼업저버(2004. 10. 25), 「"

우울증 선별의 날 행사에서 상징적으로 드러나듯 흔한 정신질환 중 하나로 우울증을 소개하고 유병률 통계 수치를 제시하며 위험을 강조하는 방식의 서술은 우울증과 관련된 정신건강 정보나 언론 기사 다수에서 발견된다. 예를 들어, 세계보건기구(World Health Organization, 이하 WHO)는 우울증을 흥미와 즐거움이 떨어지고 슬픔이 지속되는 흔한 정신질환으로 특징 지으면서 전세계 2억6400만 명이 우울증을 앓고 있다고 추산한다(World Health Organization, 2020). 우울증의 심각성은 우울증이 주는 사회경제적 부담과 함께 강조된다. WHO는 2000년에 전세계적으로 사망률과 건강한 삶을 누리지 못하고 장애를 가진 채로 살게 되는 기간 등을 종합적으로 고려한 지표인 질병 부담률(Disability-Adjusted Life Years, 이하 DALYs,)을 계산해 발표했는데, 이때 우울증은 4위를 차지했고 2020년에 이르면 남녀불문 모든 연령대에서 2위에 이를 것이라고 전망하였으나 2010년에 우울증은 이미 15-44세 사이 연령대에서 DALYs 2위를 기록했다(Reddy, 2010: 1–2). 이 같은 연구들은 모두 우울증 유병률 수치를 인용하며 우울증의 확산과 그 위험성을 강조한다.

국내에서도 우울증에 대한 관심은 지난 30년간 폭발적으로 증가했다. 일례로 국내 11개 중앙지에서 발간한 신문에서 '우울증'이라는 단어를 포함한 기사는 1990년 39건에서 2019년 3344건으로 80배 이상 증가했다.[5] 상당수의 언론 기사는 2001년

혹시...나도 우울증?"」.

[5] 경향신문, 국민일보, 내일신문, 동아일보, 문화일보, 서울신문, 세계일보, 조선일보, 중앙일보, 한겨레, 한국일보를 대상으로 1990년 1월 1일부터 2019년 12월 31일까지의 뉴스를 키워드 '우울증'으로 검색한 내용이며 한국언론진흥재단(www.kinds.or.kr)이 제공하는 공공 뉴스 아카이브 '빅카인즈'를 이용해 이 같은 결과를 얻었다. (2020년 2월 20일 확인)

이래로 매 5년마다 실시된 정신질환실태 역학조사와 같이 우울증 선별검사 도구를 활용하여 진행한 역학조사 통계 수치를 인용하여 우울증이 만연한 현실을 염려하기도 하고, 때로는 자가보고형 우울 측정 검사 도구의 문항을 기사에 함께 실음으로써 독자가 스스로 우울증을 식별하고 선별할 수 있도록 돕는다.[6]

우울증과 관련한 기사가 증가한 것과 마찬가지로 한국 사회에서의 우울증을 연구 주제로 삼는 연구도 최근 많이 이루어졌다(김환석, 2014; 2015; 박혜경, 2012; 배성신, 2013, 양보람, 2013, 이유림, 2015; 2016, 이진희, 2015). 이러한 연구들은 우울증이라는 대단히 개인적이면서 사회적이고 정치적인 경험이 의료의 영역으로 들어와 질병으로 다루어지기 시작한 과정과, 이 과정의 배경이 된 신자유주의적 질서의 확대 등 한국 사회에서 우울증의 의료화, 생의료화, 약료화 등의 큰 흐름을 파악하는 데 큰 도움을 준다.

동시에 선행연구들은 본 논문의 시작점이 된 두 가지 문제의식을 다듬는 데에 도움을 주었다. 첫째는, 우울증에 대한 연구가 수많은 학문 분과에서 쏟아져 나오고 있는데 반해 이러한 연구의 시작점이 되는 '우울증 유병률 값' 자체가 구체적으로 어떤 상황에서, 어떤 도구를 가지고, 누구를 대상으로 생산되었는지에 대한 논의는 드물다는 문제의식이다. 선행연구의 대다수는 우울을 측정하는 지식의 형성 과정에 관심을 갖기보다는 우울증 유병률 수치가 신뢰할 만하다고 전제한 뒤 이

[6] 코리아데일리(2015. 10. 6), 「가을우울증 예방법 "방심no" 체크리스트로 자가 체크 해보자」; 조선일보(2017. 12. 26), 「'마음의 감기' 우울증, 숨겨진 환자 60만명」; 시사인(2018. 5. 18), 「이제 우울증을 드러낼 때가 됐다」; 뉴스1(2020. 1. 23), 「60세 이상 국내 노인 10명 중 1, 2명 우울증 앓아」; 정신의학신문(2019. 10. 18), 「슬픔과 우울함은 어떻게 다를까-7가지 우울증상 체크리스트」.

값이 의미하는 바가 무엇인지를 논의하거나, 혹은 우울증 유병률이 높아지는 현상 자체가 의료화나 생의료화의 과정이라고 보면서 이 지식의 형성 과정에 대한 설명은 부족한 경향이 있다. 그러나 다른 모든 지식과 마찬가지로 우울증 유병률 값은 특정한 시대적 배경과 목적의식 아래에서 다수의 행위자에 의해 구성되는 값이다.

두 번째는 우울증과 자살의 관계를 좀 더 섬세하게 살펴야 한다는 문제의식이다. 우울증이 자살의 강력한 원인이라는 생각은 오늘날 꽤 당연하게 받아들여져서 이를 의문시하는 데 좀 더 오랜 시간이 필요했고 여전히 조심스럽다. 그러나 자살 시도자의 대부분이 우울증 병력을 가지고 있다고 해서, 혹은 우울증 환자 중 자살로 생을 마감하는 사람의 비율이 높다고 해서 자살과 우울증이 분명한 인과관계에 놓여있다고 말할 수는 없다. 자살예방을 위한 정신질환 역학조사에서 우울증은 자살 위험에 있는 사람들을 찾아내기 위해 사용되는데, 이때 우울증은 자살의 분명한 원인이기 때문에 사용되는 것이 아니라 자살과 자주 공존하는 문제이기 때문에 사용된다. 곧 우울증은 자살이라는 최종 결과의 원인이 아니라 연결고리 역할을 하는 매개변인(mediator variable)으로서 쓰인다. 다시 말해 자살의 원인이 독립변인, 자살이 종속변인이라고 했을 때 우울증은 독립변인에게 영향을 받고, 종속변인에 영향을 주는 변인이다.

일례로 자살과 관련한 행동을 보이는 사람들이 모두 우울증을 경험하는 것은 아니다. 2011년 보건복지부가 서울대학교 의과대학과 협력하여 발표한 보고서에 따르면 자살계획을 한 여성의 49.2%가 기분장애를 경험하지만, 자살계획을 한 남성의 50%는 알코올 사용장애를 경험했다(서울대학교 의과대학, 2011). 그러나 알코올 중독은 우울증과 달리 자살의 원인이라기보다는 동시에 일어나는 현상, 혹은 자살 위험을 높이는 문제로 취급된다.

우울증은 알코올 중독, 물질 남용, 수면 장애와 마찬가지로 자살과 유관하지만 독립적인 문제일 수 있다. 자살 성향이 우울증 진단의 충분 조건이 될 때에만 자살과 우울증이 인과관계에 놓여있다고 말할 수 있다. 우울증 치료가 자살 방지에 도움이 되지만 반드시 그런 것은 아니고, 또 우울증이 해결되었다고 해서 자살 사고나 자살 시도 등 자살 관련 행동을 보이는 환자의 치료를 중단해서도 안 되는 이유다. 실제로 자살관련행동을 보이는 일부 성향 환자들은 진단 가능한 정신 질환을 갖고 있지 않으며, 우울증 환자들의 경우 우울증에서 벗어난 직후나 한참 뒤에 스스로 목숨을 끊는 경우가 많다(Colt, G. H., 2006: 312).

자살과 관련한 행동 역시 그 종류에 따라 다르게 접근할 필요가 있다. 자살이 한국의 심각한 사회 문제로 인식되면서 2011년 세번째로 실시된 보건복지부 정신질환 역학조사에는 2001년 1차 조사, 2006년 2차 조사 때에는 없었던 '자살관련행동' 조사가 포함된다. 이때 자살관련행동이란 자살사고(suicidal idea), 자살에 대한 계획(suicidal plan), 자살시도(suicide attempt)를 의미한다(서울대학교 의과대학, 2011). 미국 정신의학협회의 『정신질환 진단 및 통계 편람(The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 이하 DSM)』 5판에 따르면 우울증을 진단하는 9가지 기준 중 하나는 "반복적인 죽음에 대한 생각 또는 자살사고나 자살기도 및 계획을 세움"으로 자살관련행동이다. 이때 주목할만한 점은 자살관련행동은 실제 성공한 자살을 포함하지는 않는다는 점이다. 자살을 생각하고, 자살을 계획하고, 자살을 시도하는 것과 실제로 자살에 성공하는 것 사이에는 중요한 차이가 있다. 특히 자살관련행동과 자살 성공률에는 성차가 존재한다. 국내에서 전국 6,510명의 일반인을 대상으로 한 연구에 의하면 15.2%가 평생 자살을 심각하게 고려해 본 적이 있으며, 3.3%는 구체적인 계획을 세워 본 적이

있고, 3.2%는 자살기도를 한 적이 있는 것으로 나타났는데, 이중 남자가 2.5%인데 반해서 여자는 4.0%로 여자에서 자살기도의 비율이 약 2배 가량 높은 것으로 나타났다(Jeon, et al., 2010a). 연구에 기반이 된 자료가 무엇인지에 따라, 연구 주체가 누구인지에 따라 구체적인 수치에는 차이가 있지만 그럼에도 불구하고 자살 충동과 자살 시도에 관한 통계는 꾸준히 남성보다 여성에게서 높은 수치를 보인다(서동우, 2001). 자살 충동과 자살 시도에 있어서 여성의 통계 수치가 더 높은 데 비해 실제 자살 사망자 수는 남성이 더 높은 원인으로 여러 이유를 들 수 있겠지만, 그중 하나로 자주 제시되는 것은 여성이 남성에 비해 사망에 이를 만큼 치명적인 자살 수단을 택하지 않는다 점이다(박재영 외, 2007). 자살은 무기력, 에너지 상실, 피로감과 같은 대표적인 우울증의 증상과는 달리 특별한 에너지와 강한 의지, 충동성을 필요로 하는 행동의 결과이다.

한국은 오랜 시간 OECD 자살률 1위 국가를 유지해왔고, 이에 오랫동안 자살예방정책을 실시해왔으나 자살률은 좀체 줄어들지 않고 있다. 3절에서 자세히 살펴볼 것이지만, 2004년 발표된 제1차 ‘자살예방대책 5개년계획’은 자살의 원인의 “80%가 우울증”이라고 말하며 우울증을 주요 사업대상으로 할 것을 강조한다. 그러나 한국은 높은 자살률에 비해 우울증 유병률은 타 국가보다 상대적으로 낮으며, 실제 자살률은 남성에게서 더 높지만 우울증 유병률은 여성에게서 더 흔하다. 자살예방대책으로 우울증 환자를 조기에 선별하고 이들을 치료로 이끄는 시도가 오랫동안 효과를 보지 못했다면 이러한 시도를 다시 비판적으로 성찰해야 할 것이다. 앞서 살펴보았듯 자살관련행동과 실제 자살에는 차이가 존재하며, 따라서 자살관련행동을 주로 보이는 우울증과 자살과의 관계 역시 섬세하게 접근해야 할 필요가 있다. 자살의 원인을 우울증으로만

보게 되면, 자살을 둘러싼 사회경제적 설명과 의미를 이끌어내는 것을 막는 결과를 초래할 수도 있고, 또 정신보건정책이나 자살예방정책이 특정한 종류의 사람들에게만 주목함으로써 실제로 자살 위험에 처한 사람들을 간과하는 결과를 가져올 수 있다. 이에 본 논문은 자살과 우울증의 관계를 단순히 인과관계로 보기보다는 우울증 역학조사 지식의 생성에 자살 예방이라는 사회적 이슈가 역사적 배경이 되었다고 보며 분석을 진행하였다.

요컨대 본 논문은 위에서 소개한 두 가지 문제의식, 첫째 우울을 측정하는 지식의 형성 과정을 살펴야 한다는 것, 둘째 우울은 자살과 공존하는 것이지 꼭 원인이라고 할 수는 없다는 것에서 출발하였다. 우울증 유병률의 증가나 통계 수치가 보여주는 인구사회학적 분포가 한국 사회에서 뜻하는 바가 무엇인지를 논하는 것이 본 논문의 관심사는 아니다. 이보다 본 논문은 이전에는 정신의학 전문가에 의해서 까다롭게 내려졌어야 할 우울증 진단이 어떻게 20개의 문항으로 이루어진, 5분만에 끝나는 자가보고형태 체크리스트나 단지 며칠동안 훈련받은 일반인과의 인터뷰에 의해서 대규모 진단이 내려질 수 있었는지를 정신의학과 정신역학의 역사적 맥락과 함께 살핀다. 역학조사에서 이루어지는 진단은 위험군을 선별하여 치료로 인도하기 위해 내려지는 잠정적인 것으로, 실제 임상 진단과는 차이가 있다. 그러나 우울증 유병률 값이 여러 연구와 언론 기사에서 인용될 때에는 이 같은 차이가 잘 고려되지 않는다. 또한 우울이라는 대단히 주관적인 경험이 어떻게 '측정'의 대상이 되었는지를 살피면서, 우울증 선별검사 도구가 실제로 우울증 환자를 선별한다는 당위를 얻기 위해서 실시한 타당도(validation), 신뢰도(reliability) 검사의 진행 과정을 본다.

나아가 미국에서 시작된 대규모 지역사회 역학조사의 흐름이 한국에도 유입되면서, 이러한 역학조사에 사용되었던 우울 혹은

우울증 선별검사 도구가 한국판으로 번역되는 과정에서 어떤 지점들이 고려되었는지에 주목한다. 이 과정을 통해 소위 '한국인의 우울' 경험이 반영되어 선별검사 도구가 제작되었다기보다는 영어 문항으로 이루어진 체크리스트가 같은 의미를 지닌 한국어 문항으로 즉, 어의적인 차원에서의 번역이 이루어졌음을 드러낸다. 이는 곧 DSM이 정의하는 방식대로 우울 증상을 보이지 않는 사람들을 우울증 유병률 값에 포함시키지 못하는 결과를 가져올 수 있다.

우울증 선별 도구의 개발과 확산은 자살 예방이라는 특정한 정책적 맥락 속에서 이루어져 왔다. 본 논문에서는 자살의 의미가 역사적으로 변화해왔다는 점을 염두에 두면서 특정한 시기 이후 자살의 원인으로 우울증이 부각되면서 자살 고위험군으로서 우울증 환자를 선별하는 일이 더욱 중요해졌으며 우울증 선별검사 도구와 역학조사가 자살 예방이라는 정책적 목적과 결탁하면서 자살과 유관한 맥락에서의 우울증 역학조사 연구가 강화되었다는 점을 보인다.

요컨대 본 논문은 우울증 유병률이 다양한 연구에 문제없이 인용될 만큼 우울을 측정하는 지식이 단단하고 고정된 지식이 아니며, 우울증의 진단과 우울 증상의 측정이 혼동되기도 하고, 유병률 자체가 목적에 맞게 조율되기도 하며 역동적으로 구성되는 값이라는 점을 보이고자 한다. 이처럼 우울증과 관련된 통계 지식이 어떻게 형성되었는지를 봄으로써 이전 선행연구의 문제를 보완하고, 우울과 관련한 앞으로의 연구에 기여할 수 있다고 본다.

이를 보이기 위해 본 논문은 다음과 같이 구성하였다. 먼저 2절에서는 정신의학의 역사적 변화 과정에서 다양한 행위자와 요소들이 합쳐져 우울증이라는 질병 개념이 계속해서 새롭게 정의되어 가는 과정을 기술한 기존 선행연구들을 검토했다. 또 본

논문의 이론적 자원이 된 의료인류학자 안네마리 몰(Annemarie Mol)과 과학사학자이자 과학철학자인 이언 해킹(Ian Hacking)의 연구를 소개한다. 3절에서는 2절에서 논의하였듯 우울증 진단 기준의 변화와 우울을 측정하는 도구의 변화가 맞물려 있음을 염두에 두면서 1990년대 초반부터 2000년대 후반까지 한국 사회에서 우울을 측정하는 지식이 형성되는 배경과 맥락을 살핀다. 1995년 정신보건법 제정 이후로 한국의 정신보건정책이 지역사회 정신보건으로 전향하면서 우울증을 비롯한 정신질환 실태를 대규모로 조사해야한다는 필요성이 대두되었다. 역학조사 자료는 정신질환의 경과, 치료의 효과, 만성적인 경과와 이로 인한 장애의 평가뿐만 아니라 자살예방정책이나 정신보건법 제정과 같이 보건의료와 관련된 국가 정책을 수립하는 근거가 된다. 2000년대 초 두 차례에 걸쳐 실시된 자살예방종합대책 역시 자살의 원인으로서 우울증을 지목하면서 자살 고위험군으로서 잠재적인 우울증 환자를 선별해내는 일을 중요한 과제로 만들었다.

4절에서는 3절에서 소개한 시대적 배경 아래에서 만들어진 우울 혹은 우울증 측정 도구의 개발을 살핀다. 우울을 측정하는 선별검사 도구가 어떤 계기로 누구에 의해 만들어졌고 어떤 과정을 거쳐 번역되었으며 검증은 어떤 방식으로 이루어졌는지를 살피면서 우울을 측정하여 얻은 지식이 흔히 생각하듯 일반적인 인구 집단에서 우울증을 실제로 경험하는 사람들을 드러내는 수치가 아니라는 것을 밝힐 것이다. 우울증 선별검사 도구의 제작과 번역은 실제로 우울을 경험하는 사람들을 가리키도록 만들어졌다기보다는 기존 진단체계와 이전 선별검사 도구와의 내적 일관성을 갖추도록 생산되었다. 동시에 우울 증상의 측정과 우울증을 진단하는 일이 서로 독립적이고 다른 일임에도 불구하고 역학조사 과정에서, 또 이후 언론에 조사 결과가

소개되는 과정에서 이러한 구분이 흐려졌음을 지적할 것이다. 또한 국가간 비교를 위한 정신질환 유병률의 횡문화적 비교를 위해 선별검사 도구가 번역되면서 한국인이 경험하는 방식의 우울이 충분히 고려되었다기 보다는 영어로 이루어진 문항이 한국어로 번역되는, 다소 기계적이고 언어적인 번역에 그쳤다는 점도 보인다. 또한 몇 점까지를 최적절단점(cut-off score)이라고 볼 것인지에 따라 우울증 유병률은 달라질 수 있으며, 이 값은 국가마다 달라질 수 있고, 또 같은 국가 안에서도 역학조사의 목적에 따라 달라질 수 있음을 보인다.

본 논문의 분석을 위해 사용한 자료는 다음과 같다. 우선 1990년대 후반과 2000년대를 거치며 수립된 두 가지 법령, '정신건강 증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률(약칭 정신건강복지법 혹은 정신보건법)과 '자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률(약칭 자살예방법)'을 제1차, 제2차 자살예방종합대책 보고서와 함께 분석했다. 또 이 시기에 해당하는 우울증 관련 신문기사도 함께 참고했다. 선별검사 도구의 개발 과정과 번역, 그리고 적용을 살피기 위해서는 미국 혹은 유럽에서 이루어진 선별검사 도구의 개발을 보여주는 연구 논문들과 이를 한국판으로 번역하는 과정에서 타당도와 신뢰도를 검증하는 한국의 연구 논문들을 살폈다. 이 과정에서 우울 증상을 측정하거나 우울증을 진단하는 데 가장 많이 쓰이는 선별검사 도구를 번역하는 데에 앞장서고, 이 도구를 사용하여 2001년, 2006년, 2011년 정신질환실태 역학조사를 주도하여 실시한 서울대학교 정신의학교실 조맹제 교수의 발자취를 주로 따랐다. 조맹제는 미국에서 정신역학을 배우고 돌아와 한국에서 지역사회 역학조사를 실시하는 데 앞장섰으며 무엇보다 정신질환을 측정하는 지식을 생산한 매우 중요한 행위자다. 더불어 우울증과 자살에 대해 논의하면서 이 둘의 상관관계에 대해 논의하는

정신의학 논문과 학회 자료 등도 함께 살폈다.

2. 선행연구 검토 및 이론적 배경

2.1. 선행연구 검토

현재 우울증 진단 기준과 선별검사 도구가 개발되고 활용되는 방식을 이해하기 위해서는, 정신질환의 분류 체계가 변화해 온 역사적 과정을 먼저 살펴볼 필요가 있다. 우울증이 정신분석학 전통 아래에서 병인학(etiology)적으로 이해되기 보다는 오늘날처럼 증상을 기준으로 정의되고 진단되는 방식은 미국정신의학협회(American Psychiatric Association, 이하 APA)가 1980년 정신질환 진단 및 통계 편람(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 이하 DSM)의 제3판을 펴내면서 본격화되었다. APA는 정신과 의사마다 환자에게 내리는 진단이 달라지지 않고 전 세계적으로 표준화될 수 있도록 증상을 중심으로 진단체계를 개편하였는데 그 변화가 가장 뚜렷하게 반영된 것이 DSM 제3판이다.

여러연구에서 DSM의 정립과 개편을 중심으로 정신의학의 변화를 살피고 이 흐름 안에서 우울증이 계속해서 새롭게 정의되어 가는 과정을 상세히 기술하였다. 특히 1960년대와 1980년대 사이 프로이트의 정신역동학적 전통 하에 정신질환의 원인을 중요시하던 관행에서 정신질환의 증상을 기술하는 쪽으로 변화가 이루어졌다. 많은 연구가 이 시기의 정신의학 분과가 어떻게 진단과 치료 관행을 정립해가며 질병을 ‘표준화’하고

정신의학이라는 분야를 '전문화' 해갔는지를 다루었다. 이러한 연구들은 크게 세 가지로 분류하여 정리할 수 있는데, 첫째는 생물 의학(biomedicine)으로의 변화, 둘째는 탈원화(deinstitutionalization), 그리고 셋째는 신자유주의나 젠더와 같이 더 넓은 맥락에서의 사회적, 문화적 변화를 축으로 둔 연구다.[7]

첫째, 생물 의학으로의 변화를 중심으로 정신의학의 역사를 다룬 연구들은 1950년대와 1960년대에 '향정신성 약품 혁명(Psychopharmacology revolution)'이라고 불릴 정도로 수많은 향정신성 약이 새롭게 도입되면서 정신의학의 관행과 정신질환에 대한 인식이 변화하였고, 또 약을 토대로 우울증이라는 특정한 질병 개념이 탄생했다고 지적한다(Healy, 1997; Hirshbein, 2016). 정신약리학자이자 역사학자인 데이비드 힐리(David Healy)는 1950년대와 1960년대 정신과 환자들을 대상으로 한 연구에서 우울해보이는 환자에게 쓰인 약에 '항우울제'라는 이름이 붙고, 반대로 항우울제에 반응한 환자들은 우울증으로 진단을 받았음에 주목한다(Healy, 1997). 이 시기 정신의학 전문가와 제약회사가 끈끈하게 협력하면서 다양한 임상 시험이 이루어졌는데, 이때 임상 시험을 위해 피험자가 표준화될 필요가 있었고 동시에 임상 시험의 결과를 확인하기 위해 일련의 우울 증상을 나열한 리스트가 만들어져야 했다(Hirshbein, 2016; Harrington, 2019). 시험을 위해 임의로 묶인 우울해보이는 환자 집단, 항우울제를 처방받은 환자 집단, 임상시험의 결과를 확인하기 위해 쓰인 증상의 체크리스트 등이 서로 순환하며 우울증이라는 질병이

[7] 이 같은 분류는 다음의 논문에서 저자가 택한 방식을 참고하여 작성하였다. Gerber, L. and Gaudillière, J.-P. (2016), "Marketing Masked Depression: Physicians, Pharmaceutical Firms, and the Redefinition of Mood Disorders in the 1960s and 1970s", *Bulletin of the history of medicine*, Vol. 90(3), pp. 455-490.

형성되었고 정신의학에서도 통계적인 방식이 중요하게 다루어지기 시작했다(Hirshbein, 2016). 이러한 연구들은 정신의학에서 약이 중요하게 다루어지면서 생물 정신의학이 등장하며 발달하고, 이에 뇌의 생화학적 특성에 좀 더 주목하고 정신역동학적 관심은 감소하게 된 역사를 지적해왔다(Healy, 1997; 2002; Rose and Abi-Rached, 2013; Hirshbein, 2016; Harrington, 2019).

미국 하버드대 과학사학자 앤 해링턴(Anne Harrington)은 1980년대 전세계를 대상으로 WHO가 진행한 우울증 역학조사를 통해 이전보다 훨씬 많은 수의 우울증 환자가 등장한 것이 정신의학 지식이 전문화되면서 우울증을 선별하는 기준이 표준화되었기 때문이라고 지적한다. 예컨대 가장 많이 사용되던 선별 도구 중 하나인 HAM-D(Hamilton Depression Scale)은 환자에게 낙담의 정도, 자살 사고, 죄책감의 유무, 불면증의 유무 등을 물어 환자의 우울증을 판별한다. 그러나 이 기준은 왜 사람들이 이러한 증상을 가지게 되었는지에 대한 통찰을 제공하지는 않는다. 우울을 경험하게 되는 원인은 다양할 수 있지만, HAM-D는 그것에 무관심한채 단지 특정한 증상의 유무만을 가린다. 이러한 이유로 프로이트 전통에서 사용하던 우울증의 구분(내인성 우울증/신경성 우울증)은 붕괴되었고 다양한 배경을 가진 환자 집단이 우울증 스펙트럼 안에 모이게 되었다. 이뿐만이 아니라 HAM-D는 1960년대 우울증 약의 효험과 안전성을 입증하기 위한 임상시험에도 사용되었다. 연구자가 우울증 질환 환자를 모으고, 증상이 나아졌을 때를 판가름하는 기준이 필요했기 때문이다. 곧, HAM-D는 임상시험에 필요한 단일한 '우울증 집단'을 만들어 내기 위해 사용되었다. (Harrington, 2019).

본 논문은 이들의 논의를 통해 진단 기준과 선별검사 도구의

개발이 유기적으로 연결되어 있음을 발견하고, 우울증의 진단과 우울 증상의 측정이 서로 독립적인 것임에도 그 결과 값이 혼동되어 사용된다는 점을 주목하는 데에 도움이 되었다. 우울감의 정도를 측정하는 도구는 우울증상군을 가려내는 것으로 임상 진단과는 다르다. 그러나 우울감의 정도를 측정하는 문항 리스트는 각종 언론 기사나 지역구 정신건강센터 홈페이지의 자가검진 테스트 문항 등에 등장하여 마치 우울증을 진단하는 도구처럼 혼동되어 쓰이곤 한다. 또한 앞서 소개한 연구들은 우울증이라는 질병의 실체가 고정되어 있지 않고 특정한 역사적 배경 아래에서 정신과 전문의, 역학자, 제약회사, 임상 시험 연구자 등이 참여하며 구성된다는 문제의식을 갖게 해주었다.

둘째, 탈원화를 중심으로 본 연구들은 항우울제를 비롯한 향정신성 약물의 발전과 정신의학의 관행 혹은 정책의 변화가 서로 깊은 관련이 있다고 본다. 향정신성 약물이 개발되고 널리 유통되기 시작하면서, 기존에는 장기간, 때로는 평생동안 정신병원이나 시설에 심각한 증상을 보이는 환자가 입원하는 수용 중심의 관행에서 지역사회에 이들을 다루는 기관이 형성되고 통원치료를 받는 환자가 많아지는 지역사회 중심의 관행으로 변화했다는 것이다(에드워드 쇼터, 2009; Henckes, 2011). 과학사학자 루시 거버(Lucie Gerber)와 장 폴 고디예르(Jean-Paul Gaudillière)는 DSM 3판 이전에 우울증은 드물고 심각한 질병이었으나 DSM 3판 이후에는 일반적인 행위자(general practitioners)에 의해서도 다루어지는 만연하고 가벼운 질병으로 변화하였다고 지적하면서, 이 때문에 일상 생활이 가능한 사람들 중 우울증 환자를 찾아내고, 분류하고, 치료하는 돌봄의 문제가 등장하게 되었다고 말한다(Gerber and Gaudillière, 2016).

이러한 연구들은 한국에서도 이루어진 지역사회 중심의 정신보건 정책을 우울증과 관련한 역학 연구의 발달과 도입,

그리고 선별검사 도구의 개발과 연결지어 생각할 수 있도록 도움을 주었다. 또한 통원 치료로 정신의학의 관행이 변화하면서 이것이 가벼운 우울 증상을 가진 (이전 같았다면 병리적이라고 보지 않았을) 환자까지 찾아내고 분류하며 치료해 온 흐름을 이해하는 데 도움이 되었다.

셋째로 우울증의 질병 개념 형성을 더 넓은 맥락에서의 사회적, 문화적 변화와의 관계 속에서 고려하는 연구들이 있다. 20세기 말 정신의학에서 우울증의 질병 개념이 형성된 것은 사회에서 올바르게 받아들여지는 개인의 특성이 무엇인지를 반영하는 것이며, 우울증은 책임감과 무력함의 병으로 신자유주의적 흐름을 반영한다고 지적하는 연구가 있다(Metzl, 2003; Hirshbein, 2009). 특히 미국 정신의학자 로라 허쉬바인(Laura Davidow Hirshbein)의 연구는 흥미롭다. 허쉬바인은 1970년대 이후 여성에게서 남성보다 우울증이 더 흔하다는 사실이 알려지면서 이 시기 여성이 왜 남성보다 더 우울한지를 검토하고 분석하는 연구가 쏟아졌지만 그 와중에 항우울제 임상 시험에 참여한 피험자 중 대다수가 여성이었다는 사실은 질문되지 않은 채 남아있었다고 지적한다(Hirshbein, 2016). 1970년대 우울증에 있어서 성(sex)의 역할이 무엇인지를 묻는 연구가 많아졌고, 우울증이 여성의 질병이라는 인식이 퍼지면서 이것은 여성을 대상으로만 한 임상 시험이 우울증 그 자체에 대한 연구로 보고되기 시작했다는 것이다(Hirshbein, 2016).

이와 같은 연구는 여성이 남성보다 1.5배에서 2배 정도 우울증 유병률이 높다는 통념을 그대로 받아들이고 우울증을 여성의 질환으로 보는 관점에서 벗어나서 우울증이라는 질병이 형성되는 과정 자체에서 성 혹은 젠더가 무슨 역할을 해왔는지를 되돌아보는 데에 도움을 주었다.

한국 사회에서의 우울증을 연구 주제로 삼는 연구도 최근

많이 이루어졌다. 하나의 연구 흐름은 우울증을 다루는 언론 기사의 폭발적인 증가를 의미있는 변화로 보고, 미디어에서 우울증이라는 질병이 어떤 맥락에서 다루어 지는지를 살펴봄으로써 우울증을 통해 한국 사회의 변화를 분석하는 연구다(노수진・윤영민 2013; 이현정 2012). 또 다른 흐름은 우울증에 가해졌던 낙인이 흐려지고 '마음의 감기'로 불리며 일반인도 쉽게 경험할 수 있는 흔한 질환이 된 과정을 우울증의 약료화, 혹은 생의료화의 과정으로 보면서 한국 사회에서 우울증에 관한 담론이 신자유주의적인 질서 아래에서 사회적으로 구성되었음을 지적하는 연구다(김환석 2014; 2015; 박혜경 2012; 배성신 2013; 양보람 2013; 이유림 2015, 2016; 이현정 2014). 또한 OECD 가입국 중 자살률 1위 국가라는 한국의 현실을 반영해 우울증 유병률과 자살률의 관계를 연결해서 보면서 우울에 관한 논의와 함께 자살에 관한 논의를 연결지어 살핀 연구도 있다(김환석 2015; 이현정 2010; 2014). 우울증에 관한 역학조사 결과에서 여성의 우울증 유병률이 거의 언제나 남성보다 1.5배~2배 높다는 사실 역시 사회학, 인류학, 여성학 등 다양한 분야의 연구를 불러왔다. 국내에서는 여성의 높은 우울증 유병률을 문제의식으로 삼아 여성 혹은 모성과 우울증의 관계를 함께 분석하며 사회적으로 가해지는 여성의 고통 혹은 억압을 강조한 연구들도 있다(배성신 2013; 이유림 2015; 이진희 2015; 이현정 2010).

본 연구는 우울증에 관해 서술하는 언론 기사를 비롯하여 우울증과 관련한 기존 연구에서 주목받지 못했던 지점을 다음과 같은 부분에서 살피고 있다. 기존 연구들은 간이 선별검사 도구나 역학조사를 통해 드러난 우울증 유병률 값이 특정한 시공간적 배경과 연구 목적에 따라 구성되는 값으로 보기 보다는 객관성을 확보한, 불편부당한 값이라고 보는 경향이 있다. 이에 우울증

유병률 수치 자체에 의문을 갖거나 우울증 측정 지식의 형성 과정에 관심을 갖기보다는 이 값이 신뢰할 만한 수치라고 전제한 뒤 논의를 진행한다. 본 논문은 우울증 유병률 값이 한국 사회에서 어떤 의미인지 해석하기 이전에 해당 수치가 생산된 과정을 들여다봄으로써 기존에 풀기 어려웠던 문제(우울증 치료 환자는 늘어나는데 어째서 자살률은 줄어들지 않는가? 여성 우울증 환자가 남성 우울증 환자보다 높은데 왜 남성이 더 많이 자살하는가? 등)가 우울증 측정 지식의 생산 그 자체와 관련이 있지는 않은지를 그 시작 단계에서부터 다시금 살펴보는 데에 의의를 둔다. 우울을 측정하는 지식을 통해 만들어진 유병률 값을 그대로 받아들이지 않고 비판적으로 살피는 것은 실제로 우리가 보지 못하고 있는 사람은 없는지, 지금까지 누구에게 더 주목해왔는지를 구체적으로 성찰해보고 어디서 개입할 수 있을지를 결정할 수 있게 해준다는 점에서 의미가 있다고 본다.

2.2. 이론적 자원

의료화 이론은 의료에 대한 대표적인 사회학 이론으로 1970년대 초에 처음 나타나 지금까지 의료의 사회적 의미와 역할을 탐구하는 데 있어 핵심적 역할을 해왔다. 의료화 개념을 다진 초기의 선구적 연구들은 의료적 실천을 질병, 질환, 그리고 상해를 통제하고 규제하기 위한 것으로 보았다. 이처럼 사회적 통제를 위한 제도로서의 의료는 일상생활의 많은 부분을 의료화함으로써 인간의 점점 더 많은 부분을 건강과 질병의 표시로 적용되게 만든다(Zola, 1976). 의료사회학자 피터 콘라드(Peter Conrad)와 같은 연구자들은 이전에는 의료가 다루어야 할 문제라고 간주되지 않았던 질병이나 장애에 이름이

붙고 이것이 의료적 개입이 필요한 문제로 변화하는 과정을 '의료화(medicalization)'라고 정의하였다(Conrad and Schneider, 1992). 예컨대 비만, 외상후 스트레스장애, 폐경, 주의력결핍 과잉행동장애, 그리고 우울증 등이 지난 수십 년 동안 의료화된 대표적인 사례들로 여겨진다. 이러한 연구는 우울증이 탈낙인화되면서 의료서비스에 대한 수요를 창출해 환자를 과잉산출했다고 지적한다. 동시에 우울증을 자신이 처한 상황에 대한 인간의 자연스러운 감정적 반응이 아니라 예외적인 질병 상태, 곧 적극적인 의료적 개입과 처방을 통해 나을 수 있는 '마음의 감기'로 보게 함으로써 슬픔을 초래하는 억압적인 상황을 거부하기보다는 수용하도록 사람들을 유도하였다고 본다(크리스토퍼 레인, 2009).

이처럼 질병의 사회적 구성을 다루는 연구들은 질병 경험이 형성되는 과정에 참여하는 의료 전문가, 환자, 사회문화적 배경이 미친 영향을 살필 수 있도록 도움을 주지만 이러한 논의에서는 질병 자체가 어떻게 형성되는가는 비교적 다루어지지 않는 경향이 있다. 다시 말하면 이러한 논의는 질병을 둘러싼 경험과 의미의 영역과 생물학적 실체로서의 질병 영역을 이분법적으로 구분한 뒤 전자만을 분석의 대상으로 삼는다. 의료인류학자 안네마리 몰(Annemarie Mol)은 지금까지의 의료사회학 연구들이 생물학적 실체로서의 질병을 제외하고, 질병을 둘러싼 경험과 의미에 국한하여 이것만을 연구 대상으로 삼았다고 비판한다. 몰은 이러한 관점으로는 질병을 둘러싼 경험과 그 해석만을 다룰 수 있을뿐 해당 질병이 정말로 무엇이고 어떻게 만들어졌는가에 대해서는 탐구할 수 없다고 지적한다(Mol, 2002). 몰은 질병이 독립적으로 존재하는 것이 아니라 질병을 식별하고 이를 치료하고 또 관리하는 구체적인 실행 속에 존재하는 것이라고 강조한다. 따라서 질병에 대한 탐구는 이러한 실행을 포함하여

구체적으로 살펴야 하는 것이며 이를 통해 질병을 이분법적으로 보지 않으면서 동시에 실제로 질병 자체에 개입할 수 있다고 주장한다. 곧, 질병을 둘러싼 실행을 살펴야지만 어디서 우리가 개입하여야 더 좋은 의료를 실천할 수 있을지를 알 수 있다는 것이다(Mol, 2002).

또한 몰은 리타 스트루캄프와 함께 신체 장애가 있는 환자가 재활 훈련을 하는 과정을 관찰하면서 '독립성(independence)'이라는 가치가 실험실과 진료실에서 어떻게 다르게 수치화 되고, 또 어떻게 다르게 다루어 지는가를 '측정'을 기준으로 살핀 바 있다. 몰은 실험실 지식은 치료 현장에서 생산되는 지식과는 다르게 서로 비교가 가능하고 또 수송이 가능하도록(transportable) 정제된다는 점을 지적한다(Struhkamp, et al., 2009). 이러한 몰의 논의는 우울이라는 경험을 어떤 기준으로 수치화할 것인지를 고찰하는 데 큰 도움이 되었다. 역학조사를 통해 생성된 지식, 즉 정신 질환의 경험을 수치화한 지식 역시 특정한 방식으로 가공되어야 한다. 지역사회를 대상으로 한 대규모 역학조사는 임상 의사를 직접 동원하기에는 비용이 많이 들기 때문에 간단한 자기 보고형 척도를 사용하거나, 아니면 일반인 인터뷰어(lay interviewers)도 짧은 시간 동안 훈련을 받으면 현장에서 사용할 수 있어야 한다. 이런 필요 때문에 역학조사에서 사용되는 선별검사 도구는 환자의 사회문화적 환경이나 병력, 질환을 촉발한 계기, 병인 등보다는 DSM에 기준한 우울 증상의 유무와 존재 기간에 집중하여 측정한다.

과학철학자 이언 해킹은 심리학 혹은 정신의학에서 특정 질환을 측정할 때 이루어지는 이러한 타당도 검사가 '입증하다(validate)'라는 표현보다는 '눈금을 맞추다(calibrate)'는 표현이 더 적절하다고 지적하며, 해리성

장애의 정도를 측정하는 선별검사 도구를 비판적으로 고찰한 바 있다(Hacking, 1998). 왜냐하면 이들 선별검사 도구의 타당도가 입증되는 방식은, 정신의학 전문의와 같이 자격을 갖춘 사람의 진단 그리고 이전 버전의 선별검사 도구, 다른 종류의 선별검사 도구와의 비교를 통해 눈금이 조절되는데(calibrate) 이것은 이들 선별검사 도구끼리의 내적 일관성을 강화하는 과정일뿐 실제로 눈금을 선별검사와 독립적으로 존재하는 특정한 기준을 향해 조율하는 것이 아니기 때문이다. 다시 말해 해킹은 선별검사 도구를 검증하면서 눈금이 조절되는 기준이 전체 인구 집단에서 실제로 해리성 장애를 경험하는 사람의 비율이라고 보지 않는다. 해킹은 해리성 장애가 무엇인지 그 정의부터가 정신의학 안에서도 합의된 바가 없음을 강조하면서, 선별검사 도구를 만들어가면서 눈금을 맞출 때 기준이 되는 것은 정신의학 분야에서의 특정한 흐름과 판단이라는 사실을 강조한다(Hacking, 1998). 해킹의 논의는 본 연구가 우울증이라는 질병을 분석하는 데 있어서 특히 선별검사 도구에 집중하여 살피고, 또 그 과정에서 선별검사 도구의 신뢰도 및 타당도 검사가 지닌 (그러나 일반적으로 잘 알려지지 않았던) 특징을 분석하는 데에 크게 도움이 되었다.

본 논문은 이와 같은 이론적 자원에 기대어 우울증 유병률이 다양한 연구에 문제없이 인용될 만큼 우울을 측정하는 지식이 단단하고 고정된 지식이 아니며, 우울증의 진단과 우울 증상의 측정이 혼동되기도 하고, 유병률 자체가 목적에 맞게 조율되기도 하는, 대단히 가변적인 값이라는 점을 보이고자 한다. 우울을 측정하는 지식의 생산 과정을 자세히 들여다보는 일은 우울증을 의료화・생의료화・약료화・신자유주의화・젠더화와 같이 거대한 흐름 안에 위치시키고 비판하는 것에서 더 나아가, 우리가 실제로 어디서 개입하여야 더 나은 지식을 생산하고, 더 좋은 의료를 할

수 있을지를 판단하는 제공할 수 있다는 점에서 의미가 있다고 본다.

3. 우울증 역학조사와 측정 도구 개발의 맥락

3.1. 정신보건체계의 설립

한 사회에서 정신질환자를 어떻게 대우하고 접근할 것인지는 해당 사회가 갖는 질병관에 의해 좌우된다. 이러한 질병관은 특정한 의학과 과학의 패러다임에 영향을 받고, 이는 나아가 그 시대의 사회경제적 상황에 의해 영향을 받는다. 한국 사회 역시 정신질환자를 다루어 온 방식이 시대에 따라 변화해왔다. 1970년대까지 한국 사회에서는 정신질환에 대해 농경사회에서 흔히 보이는 미신적인 질병관이 우세했다. 대가족 중심의 농촌 지역사회에서는 정신질환자를 돌보아야 하는 가족의 부담 역시 공동의 부담으로 나뉘었고, 평균수명 역시 짧아 정신질환이 심각한 사회적 문제로 발전하지 않을 수 있었다(서동우, 2007: 42-56).

1960년대 한국이 급격한 산업화를 겪으면서 정신질환자가 참여할 수 있는 생산 활동의 범위가 축소되고, 동시에 핵가족화 역시 빠르게 진행되었다. 정신질환자는 지역 공동체나 대가족 제도 같은 보호체계가 무너진 상황에서 적절한 치료와 기초적인 생활보장 없이 방치되곤 했다. 폭력이나 범죄에 연루되는 정신질환자는 일부에 불과하였지만, 언론은 실제의 빈도보다 더욱 더 과장하여 보도하였다. 이에 정신질환자는

위험하다는 편견과 낙인이 심화하였고, 이는 다시 정신질환자의 기본적인 삶의 토대를 악화시키면서 악순환의 고리를 형성했다(대한신경정신의학회, 2009: 360).

이와 같은 상황에서도 정부는 이렇다 할 정신보건 정책을 특별히 마련하지 않았다. 정신보건체계가 부재한 상황에서 가족에게도 돌봄을 받지 못하는 정신질환자를 수용할 미인가 수용소가 전국에 급격하게 증가하였다. 기도원이 대표적인 예이다. 정신질환자의 격리를 필요로 하는 사회적 요구와, 한국의 전통적인 미신적 요소, 정신질환자의 인권을 대가로 경제적 이득을 취하고자 했던 종교의 양적 팽창이 만나 탄생한 것이 바로 기도원 시설이었다. 무허가 기도원에서는 자격을 갖추지 않은 비의료인들이 사회복지사업이라는 명분으로 정신질환자의 치료권을 박탈하고 인권을 유린하는 일이 비일비재하게 일어났다. 1983년 KBS TV '추적 60분'은 이러한 기도원의 실상을 심층 취재하여 보도했고 당시 엄청난 주목을 받으며 정신질환자 문제는 사회의 중심 이슈로 떠올랐다. 쇠사슬에 묶인 채 빵 부스러기를 주워 먹는 정신질환자의 모습은 많은 사람들에게 충격을 주었고 보도 이후 비로소 정신질환자를 종교 문제나 단순 수용의 대상에서 벗어나 치료의 대상으로 여기는 것으로 인식의 전환이 이루어졌다(대한신경정신의학회, 2009: 360).

KBS를 시작으로 1980년대 초반 언론에서 기도원 등 종교단체에서 운영하는 기관에서 만성정신질환자들의 열악한 생활을 고발하는 보도가 이어지면서 정신질환자의 인권에 관한 사회적 관심이 높아졌고 정치적 문제로까지 확장되었다. 이에 정부는 전국에 정신질환자를 수용할 수 있는 시설을 확충하기 시작하면서 전국 정신과 병상수를 1984년 4천 병상에서 1989년 12,863병상으로 3배 이상 늘렸다(김철규, 1991: 3, 정승화, 2012:

225에서 재인용).

이렇듯 정신과 병상수를 늘리는 한편 1987년부터 정신보건정책에서 지역사회 정신보건이라는 개념이 도입되기 시작했다. 1968년부터 대한신경정신의학회에 의해 제기되어 온 정신보건법이 KBS의 보도 이후 본격적으로 추진되었다.[8] 정신보건법이 1995년 12월 19일 국회 본회의를 통과하고, 1996년 12월 31일 시행되면서 이를 기점으로 한국의 정신보건정책은 수용 위주의 정책에서 지역사회 정신보건으로 전환되었다. 곧, 이전까지 만성 정신질환자를 병원이나 시설에서 장기간 격리해 수용해왔다면 정신보건법의 제정과 시행을 계기로 정신보건정책은 지역 사회 안에서 치료와 재활을 통해 정신질환자를 공동체 내에서 돌보는 방식을 지향하게 되었다.

1970~1980년대의 정신보건정책이 장기입원과 장기수용으로 정신질환자를 사회로부터 격리하려는 것이 중심이 되었다면 정신보건법 제정 이후에는 정신질환자를 장기간 입원시키기보다는 지역사회에서 이들을 관리하고 치료화하는 탈원화(deinstitutionalization)의 방식으로 정책의 방향이 바뀌었다. 탈원화는 지역사회 중심의 정신보건 정책의 핵심이기도 했다(Goldman, 1998). 정신보건법 제정을 근거로 지역사회의 주민을 대상으로 하는 정신보건센터가 설립되었다.

가장 먼저 1995년 10월 24일 경기도 연천군 정신보건센터가 국내 최초로 개소한 것을 시작으로 지역주민을

[8] 정신보건법의 제정 과정에 대한 더 자세한 역사는 다음의 글을 참고하라. 서울대학교 의과대학 (2006), 「보건복지부 연구용역사업 보고서: 정신질환실태 역학조사」.7-8쪽; 이창곤・김재경・김이영 (2002), 「정신보건법 적용실태에 관한 연구」, 『신경정신의학』, 제41권 693-705쪽.

대상으로 한 지역사회 정신보건 서비스 인프라가 점차 구축되고 서로 연결되기 시작했다. 연천군에 정신보건센터를 개소한 당시 서울대 정신건강의학과 조맹제 교수는 연천군을 최초의 지역으로 선정한 이유에 대해서 "연천에 (정신질환자를 치료할) 의사가 하나도 없었"기 때문이라고 밝힌 바 있다.[9] 또한 연천군내에는 정신 장애를 가진 사람을 수용할 수 있는 시설이나 병원이 없어서 정신질환 관리 대상 혹은 역학조사의 대상이 (수용시설 내 환자를 굳이 제외하지 않더라도) 전부 지역사회거주민이 된다는 특징도 있었다(서국희 외, 2000: 810).

연천군에 설치된 지역 정신보건센터는 관내의 환자를 모두 파악하여 이들을 등록하고 관리함으로써 정신보건사업을 홍보하면서 동시에 정신보건의료 서비스를 제공하는 것을 그 목적으로 삼았다. 이에 각 읍·면의 보건요원과 이장 등의 보고를 받거나, 정신건강센터 직원이 직접 가정방문을 하거나, 보험청구자료를 입수하여 연천군 내 정신질환자를 '발견' 하고자 했다(연천군 정신건강센터·연천군 보건의료원·서울대학교 지역의료체계 시범사업단, 1997). 또한 조맹제를 포함한 서울대·한림대·국립보건원 연구진은 1996년 12월부터 1997년 8월까지 9개월에 걸쳐 연천군에 거주하는 만 65세이상 노인 1,037명을 대상으로 역학조사를 수행했다(서국희 외, 2000). 이처럼 정신보건법 하에 설치된 지역정신보건센터는 시설 혹은 시설 밖에 있는 중증 정신질환자의 관리를 넘어 각 지역 내에서 (중증 정신질환자보다는) 상대적으로 가벼운 혹은 일상생활이 가능한 인구 중에서 만성적으로 정신질환을 앓고 있는 사람을 찾아내고 가시화하여 그 심각성을 강조하거나

[9] 김민아(2019. 9. 3), 조맹제 조맹제정신건강의학과 원장 인터뷰.

치료를 권장하는 방식으로 정신질환을 홍보하고 환자라 짐작되는 사람들을 관리하고자 했다.

1995년 경기도 연천군에 설치된 지역정신보건센터를 시작으로 지역정신보건센터는 전국 곳곳으로 퍼져나가 2019년 기준으로 총 251개 기관이 운영되고 있다. 지역정신보건센터는 지역사회 내 정신질환을 예방하고 정신질환자를 발견하여 상담, 정신재활훈련 및 사례관리 하는 것을 주요 기능으로 한다. 정신건강증진시설 간에 연계체계를 구축하는 등 지역사회 정신건강사업을 기획하고 조정하는 것 역시 지역정신보건센터의 역할로 여겨진다(보건복지부・국립정신건강센터, 2019).

정신질환을 관리하며 궁극적으로 세울 수 있는 목표는 치료뿐만 아니라 예방에도 있다. 예방정신의학은 크게 3가지 차원으로 나눌 수 있는데 1995년 정신보건법이 제정되면서 진행된 만성 정신질환자의 탈원화 및 다양한 재활프로그램 운영처럼 질병이나 장애가 이미 발생한 환자의 재활을 돕는 것이 3차 예방이다. 반면 2차 예방은 질환이 이미 발생한 개인에게서 질환이 더욱 진행하기 전에 조기에 발견하여 치료하는 예방법이다. 국민 건강검진이 대표적인 예라고 할 수 있다.

국내에서 정신보건법 이후 3차 예방이 활발하게 진행된 반면 2차 예방의 측면에서는 부실한 점이 있었다. 1967부터 대한신경정신의학회 차원에서 시작된 ‘정신건강의 날’이 있었으나 1972년 이후 사라졌다가, 1996년에 일부 정신과 의사의 노력으로 다시 부활하였다. 그러나 1997년까지는 일반인들의 정신질환에 대한 편견을 교정하고 관심과 이해를

도모하는 수준에 머물렀다.[10] 이후 우울증과 관련한 전국적인 2차 예방 행사가 이루어지는데 바로 서론에서 소개한 1998년 가톨릭대학교 의과대학 신경정신과학교실의 주도로 이루어진 '우울증 선별의 날'이다.

입원과 수용 중심의 정신보건 정책에서 지역사회 정신보건으로 정책 방향이 변화하면서 정신질환을 국가적으로 관리하기 위해 기초적인 통계 자료가 필요하다는 목소리 역시 커졌다. 정신보건법 제4조 2항에는 보건복지부 장관에 의해 전국 정신질환실태조사를 매 5년마다 시행해야 한다고 명시되어 있다. 2001년에는 전국 단위 규모로는 최초로 보건복지부 의뢰 하에 국립서울정신병원과 서울대학교 의과대학 정신과학교실이 전국 10개 권역의 7개 의과대학과 3개 국립, 시립정신병원과 함께 만 18세 이상 64세 이하의 성인 6,242명을 대상으로 정신질환실태조사를 시행하였다. 2006년에는 서울대학교 의과대학 정신과학교실에서 전국 12개 지역에서 선정된 만 18세 이상 64세 이하의 성인 6,510명을 대상으로 정신질환실태 역학조사를 시행하였다. 2001년과 2006년의 정신질환실태조사 결과는 국가공인통계로 승인을 받았으며 지역사회의 정신질환 실태를 파악하고 정신보건정책의 목표를 수립하는 데 중요한 역할을 했다. 2000년대 초 시행된 자살예방종합대책이 대표적이다.

정신질환 역학조사를 시행한 연구진들은 "구미 선진국에서는 정신질환을 개인의 문제로 남겨두기보다는 국가적인 차원에서 적극적으로 관리하고 있"음을 강조하면서, "2001년 정신질환 실태조사의 결과 한국에서 정신질환을 가진

[10] 신경정신의학회보(1997. 4. 30), 「정신건강의 날 평가 보고」; 신경정신의학회보(1996. 4. 30), 「정신건강의 날 행사를 마치고」.

경우 의료서비스 이용 비율은 8.9%로 미국의 1990년보다 낮은 실정”이라는 점을 의료기관이 아닌 전국적인 역학조사를 통해 정신질환의 유병률을 평가하여야 하는 근거로 삼는다(서울대학교 의과대학, 2006).

정신보건법 아래에서 실시한 정신질환 역학조사 자료는 국가 공인 통계로서의 대표성을 가질 수 있어야 했고, 또한 타 국가간 비교가 가능하도록 국제적인 진단도구와 조사 방법을 사용해야 했다. 곧, 국제적인 표준에 따라 역학조사를 위한 조사도구의 개발, 조사방법 및 표본추출이 이루어져야 했다(서울대학교 의과대학, 2006). 이에 2001년과 2006년 대규모의 역학조사가 시행되기 전에, 우울을 포함한 여러가지 정신질환을 측정 및 진단할 수 있도록 하는 검사 도구가 개발 및 번역되었다(조맹제 외, 2002; 서울대학교 의과대학, 2001). 이와 관련한 자세한 내용은 4절에서 다루도록 하겠다.

3.2. 제1, 2차 자살예방종합대책

한국에서 정신질환이 주목받게 된 또다른 맥락은 자살이 사회적 이슈로 떠오르면서 자살의 원인으로 정신질환이 지목되면서부터다. 특히 우울증이 자살의 원인으로 호명되면서 자살 고위험군으로서의 우울증 환자를 미리 선별하고 관리하며 치료해야 한다는 문제의식이 점차 대두되었다. 한국의 자살사망률은 1990년대 중반 이후 증가하기 시작하여 1998년 한국 정부가 국제통화기금(IMF)에 구제금융을 신청한 다음해 인구 10만 명당 26.9명으로 급격히 증가하였다. 이후 다소 감소하였으나 2001년 이후 다시 증가하여 소위 ‘신용카드

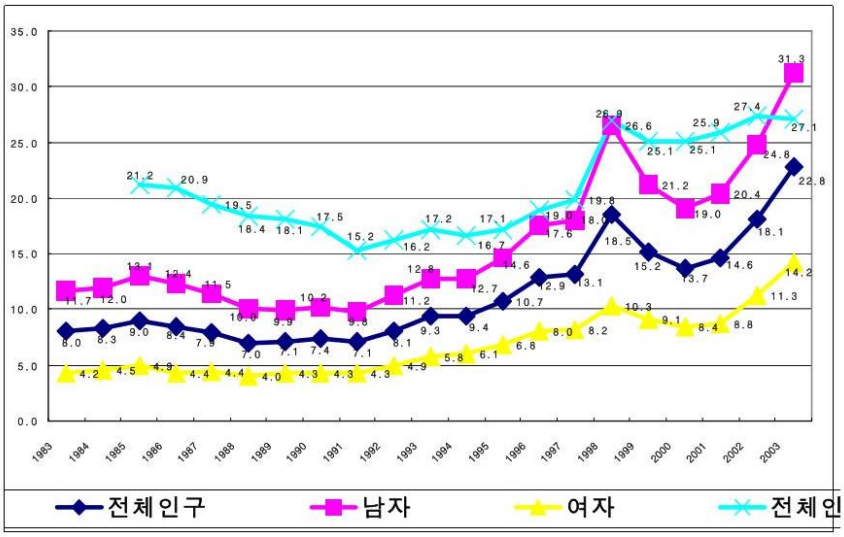
대란’[11]이 일었던 2003년에는 10만 명 당 27.1명으로 IMF 구제금융 당시의 사망률을 상회하였다. 2002년 한국은 경제협력개발기구(OECD) 국가 중 자살사망율 4위, 자살증가율 1위를 기록하였고 다음해인 2003년 자살사망율 1위에 도달한 이후 13년간 자살사망율 1위 국가를 유지한다(OECD).[12]

[11] 1998년 집권한 김대중 정부는 IMF 구제금융 이후 망가진 경제를 되살리면서 탈세를 규제하기 위한 방법으로 소비를 통한 경기부양과 원활한 세금징수를 위해 신용카드를 통한 경기 부양을 시도했다. 이 과정에서 신용카드에 대한 규제가 상당수 완화되었고, 무분별한 신용카드 발급과 사용이 사회에 만연해지면서 결국 2002년부터 채무에 시달리다 파산하는 소비자가 급증했다. IMF 구제금융 이후 경기 침체로 1997년말 신용불량자가 143만 명에서 200만 명으로 50만 명이 증가하였는데, 2003년 한 해 동안은 263만 명에서 372만 명으로 약 108만 명의 신용불량자가 증가했다. 늘어난 108만 명 가운데 84%가 신용카드 사용으로 인해 신용불량자가 되었다. 통계 출처: 재정경제부 (2004), 「신용불량자 현황 및 대응방향」.

[12] 사회학자 김환석은 한국이 근대화 과정에서 귀결된 복합적 원인들 때문에 높은 자살률과 숨은 우울증이라는 특수한 결과가 나타났다고 주장한다. 한국은 OECD 가입 국가 중 높은 자살률을 보이는 국가이지만 상대적으로 우울증 비율은 낮은 편이다. 김환석은 한국이 서구와는 다른 형태의 통치를 경험했다는 점을 지적하면서 생명정치 역시 다른 경로를 따라 전개되어 왔다고 지적한다. 발전주의 통치성 하에서 전개된 인구정책(특히 가족계획사업)과 산업화/도시화는 급속한 계획적 핵가족화를 초래했고 많은 노인 인구가 농촌에 남도록 만들었다. 경제가 성장하고 보건의료정책이 추진되면서 기대수명이 향상되고 건강 수준 역시 높아졌으나 IMF를 겪은 1990년대말 이후 본격적으로 시작한 신자유주의적 발전주의로 통치성이 전환하면서 경제적, 사회적 경쟁이 심화되고 저출산, 노령화가 진행되면서 노인 인구를 중심으로 자살 인구가 증가했다는 것이 김환석의 주장이다. 김환석 (2015), 「한국의 생명정치와 우울증: 예비적 분석」, 『사회과학연구』, 제27권 제2호, 289–313쪽.

OECD 통계가 발표된 이후 언론은 앞다투어 이를 보도하며

<그림 1> 한국 자살사망률 변화추이
(인구 10만명당 자살 사망 수)(통계청, 2004)



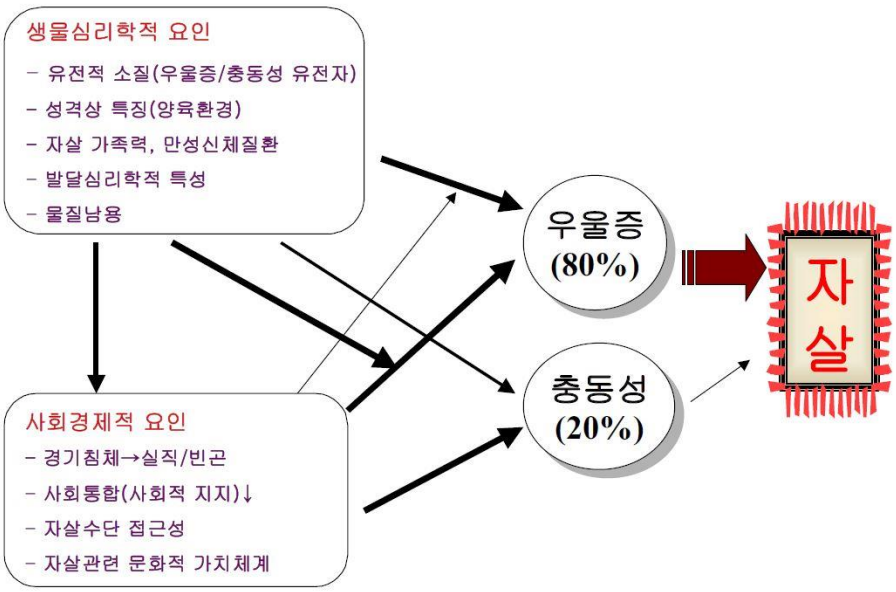
자살을 사회적 의제로 부각하기 시작하였다.[13] 1990년대까지 한국 정부는 자살예방에 대체로 큰 관심을 보이지 않거나 적극적으로 노력을 기울이지 않았다. 이랬던 정부가 자살예방에 국가적 관심을 보이기 시작한 것은 OECD에 가입한 국가 중 최고의 자살률을 기록하게 되면서부터이다. 이현정은 "유교적 전통을 가진 동아시아 국가 속에서, 자살행위는 정신 질환과 같은 개인의 문제보다도 동시에 주변 사람의 홀대나 부당한 대우를 의미할 수 있었기에 종종 가족이나 마을공동체의 불명예로 여겨져 왔다"고 지적한다. 이현정은 이러한 동아시아

[13] 부산일보(2004. 6. 7), 「[부일시론] 자살은 사회적 책임이다」; 경향신문(2004. 6. 7), 「<사설>자살증가율 'OECD 1위' 라니」; 매일신문(2004. 11. 20), 「국내 자살 사망자 하루 30명 꼴」; 서울신문(2003. 9. 26), 「자살, 교통사망 추월/10만명당 19.13명… 癌사망 하루 172명」.

전통 안에서 국가는 가족의 확대된 모습으로 나타나기에 자살 사망자가 많다는 것은 곧 국가의 명예를 실추시키는 것이었다고 본다. 또 여기에는 “1960년대부터 한국 지배 세력이 즐겨 사용해 온 국가 성장 중심주의 및 국가 간 경쟁 논리와 결합되어, 한국이 국가 간 경쟁 속에서 “뒤떨어지고 있다”는 정치적 암시를 내포하기도 한다”고 지적한다(이현정, 2010: 307-324).

이현정의 분석에 따르면 정부는 “국가적 불명예를 벗기 위해” 높은 자살사망율을 줄이고자 정부는 자살예방종합대책을 수립하고 시행하였다. 2004년 1차로 보건복지부는 ‘자살예방대책 5개년계획’ 보고서를 발표했다. 이 보고서는 자살예방사업의 목표를 세 가지로 제시하는데 첫째 자살사망률의 감소, 둘째 자살시도 및 충동률 감소, 그리고 마지막 셋째는 우울증 상담 및 치료율의 증가다.

<그림 2> 자살 영향 요인 모델(보건복지부, 2004: 8)



1차 보고서는 자살 고위험군의 사회경제적 위기 극복을 돕는 지원 대책보다는, 생명존중문화 조성이나 자살 고위험군을 조기 발견하고 치료하는 등 개인 중심의 정신보건사업을 주된 추진 전략으로 삼았다. <그림 2>에서 나타나는 것과 같이, 이 과정에서 우울증이 자살의 가장 강력한 원인으로 지목되면서 일상에서 우울증을 겪는 사람들을 선별하는 일이 중요해졌다. 보고서는 "생물심리학적 요인과 사회경제적 요인 중 80%는 우울증을 거쳐서 자살에 이르게 되며, 나머지 20%는 충동적인 상태에서 자살하는 것으로 알려져 있음"을 지적하면서 "현대 의학이나 경제적 여건상 변화시키기 힘든 생물심리학적 요인이나 사회경제적 요인보다 자살에 이르는 길목에 있으면서 조기발견을 통한 치료가 가능한 우울증을 주요 사업대상으로 하는 것이 자살예방에 효율적임"을 강조한다(보건복지부, 2004: 8).

그러나 1차 자살예방대책이 추진된 이후에도 자살률은 10만명당 25.2명(2004년), 26.1명(2005년), 23명(2006년), 24.8명(2007년)으로 크게 변화하지 않았고 이는 1차 보고서에서 목표치로 제시하였던 18.2명에 턱없이 미치지 못하는 결과였다. 2008년 12월 보건복지가족부(자살예방대책추진위원회)는 '제2차 자살예방종합대책(2009~2013)'을 발표하였다. 2차 보고서는 1차 종합 대책을 실패로 평가하면서, "정책범위를 개인중심의 정신보건사업으로 한정하여 사회, 경제적, 범정부적 지원책 마련이 미흡"하였고 "자살 원인은 정신질환 이외에 급변하는 사회, 경제적 환경과도 밀접한 관련이 있어 개인과 사회의 변화를 위한 지원체계 마련이 절실"하다고 지적했다(자살예방대책추진위원회, 2008). 이에 2차 보고서는 자살의 원인으로 가계파탄, 신용불량, 이혼, 실업, 이성문제, 스트레스 및 고독 등 다양한 요인을 지목하였다. 그러나 이러한

사회경제적 요인에 대처하기 위한 지원 대책은 여전히 부족하였다.

1차, 2차 자살예방대책은 한국의 자살 사망률을 줄이는 데 성공적이지 못했으나, 중증정신질환자에게만 집중되던 정신질환자에 대한 정책적 관심을 일상적, 만성적으로 정신질환을 겪는 환자한테까지 확장하는 데 기여하였다. 우울증은 명시적으로 자살예방정책의 사업대상이었고, 자살 고위험군을 관리한다는 측면에서 우울증을 조기에 검진하고 치료하는 것은 그것의 주요 사업목표였다. 건강진단에 우울증 선별검사가 포함되고 정신건강 자가검진 도구가 개발되고 보급되었다. 곧, 1차・2차 자살예방종합대책을 거치면서 전체 국민 중에서 자살 고위험군으로서 우울증 환자를 골라내는 일이 중요한 정책적 과제가 되었다. 정부는 제1차, 제2차 자살예방종합대책에서 자살 사망자 수를 줄이기 위해 중점 추진과제로서 자살에 대한 국민의 인식 개선과 자살 고위험군에 대한 정신보건서비스의 강화 등 우울증의 예방과 치료에 방점을 둔 대책을 내어 놓았다. 이것은 정부가 자살을 예방하기 위해서는 우울증의 예방과 치료만이 문제해결의 유력한 통로라고 지속적으로 판단하고 있다는 사실을 보여준다.

자살률의 증가는 정신질환과 역학조사 지식의 생성 과정에도 영향을 주었다. 2006년 보건복지부의 <정신질환실태 역학조사 보고서>는 머리말에서 청・장년층에서 자살이 사망원인의 가장 높은 비중을 차지하고 있으며 그 원인이 대부분 정신질환이라고 지적한다(서울대학교 의과대학, 2006). 2006년 실시된 정신질환실태 역학조사는 자살을 일으키는 정신질환의 분포와 위험요인을 산출하여 정신보건정책 수립을 위한 기본적 자료를 제공하기 위함에 그 의미가 있다고 지적한다(서울대학교 의과대학, 2006). 자살이 한국 사회의

심각한 사회 문제로 인식되면서 2011년 세번째로 실시된 보건복지부의 정신질환 역학조사에는 2001년 1차, 2006년 2차에는 없었던 '자살관련행동', 곧 자살사고(suicidal idea), 자살에 대한 계획(suicidal plan), 자살시도(suicide attempt)조사가 포함된다(서울대학교 의과대학, 2011).

요컨대 정신보건법 제정을 계기로 한국에서의 정신보건정책은 기존의 수용 중심의 보건정책에서 지역사회 중심의 보건정책으로 변화하게 되었고, 이 과정에서 정신질환을 식별하고 선별하여 일찌감치 치료와 관리의 대상으로 삼기 위한 역학조사의 필요성이 대두되었다. 여기에 더불어 자살에 관한 사회적 관심의 증가는 자살의 원인으로서 정신질환, 우울증에 대한 관심으로 이어졌다. 이에 2001년과 2006년 두 차례에 걸친 정신질환 역학조사 이후 2011년에는 자살사고, 자살계획, 자살시도 등 자살관련행동 문항이 새롭게 추가되었고, 기존 역학조사 결과와 더불어 자살 위험군을 선별하고 관리하기 위한 지식 역시 생산되기 시작했다. 4절에서는 3절에서 살펴본 배경 아래에서 우울을 측정하는 지식이 어떻게 형성되었는지를 구체적으로 살피고자 한다. 먼저 지역사회 중심의 정신보건정책이 대두되고, DSM 체계의 정립과 더불어 우울증 선별검사 도구가 개발된 과정을 알아보고 이렇게 개발된 선별검사 도구가 번역되어 검증받는 과정을 살펴본다.

4. 우울증 측정 도구의 개발과 적용

정신보건법 아래에서 이루어진 정신질환 역학조사 이전에는, 1948년 최재혁과 유석진이 경기도 파주에서 실시한

역학조사를 시작으로 하여 1980년대 까지 25편 이상 발표된 연구 논문들이 한국에서 이루어진 본격적인 역학조사라고 할 수 있다(이정균 외, 1985: 1223).[14] 이 시기 이루어진 역학조사 연구는 정신보건법 제정 이후의 역학조사 연구들과는 차이가 있다. 이정균(1985)이 논문에서 지적하듯, 이 시기 역학조사 연구들의 특징은 조사 내내 일정한 선별검사를 사용하기 보다는 의사가 직접 지역사회를 방문하여 환자를 보거나 몇몇 주문들에게 물어 간접적으로 정보를 수집한 경우가 많았다. 또 각각의 연구마다 유병률의 구분이 모호해 통계 결과값을 비교하기 어렵고, 조사대상질환이 우울이나 불안과 같이 일상 생활이 가능한 정신질환보다는 조현병이나 조울병, 간질과 같은 중증 정신질환이었다.

우울증을 포함한 다양한 정신질환을 조사대상으로 삼고, 일정한 선별검사 도구를 개발 및 적용하여 체계적으로 조사를 실시한 최초의 연구는 1984년 서울대학교 의학대학 정신과학교실 이정균 등이 실시한 연구다. 이정균 등은 전국에서 오천여 명의 성인을 골라 검사하여 이 같은 연구 결과를 냈다(이정균 외, 1985). 또한 1989년 서울대학교 보건대학원 문옥륜 등과 1994년 서울대학교 의학대학 의료관리학교실 신영수 등의 연구도 있다(문옥륜 외, 1989; 신영수 외, 1994). 그러나 두 연구는 의료보험자료를 이용한 치료 유병률 연구라는 점에서 한계가 있다. 의료보험자료를 이용한 연구는 정신질환이 있지만, 경제적인 어려움이나 정신질환에 대한 낙인 때문에 적절한 치료를 받지 못하는 환자를 배제하게 된다는 문제가 있다.

[14] 이 시기 발표된 역학조사 연구는 다음 논문의 참고문헌 목록 13번에서 39번까지를 참고하라. 이정균・곽영숙・이희・김용식・한진희・최진옥・이영호 (1985), 「한국정신장애의 역학적 조사연구: 도시 및 시골 지역의 평생유병율」, 『대한의학협회지』, 제28권 제12호, 1223-1244쪽.

이 절에서는 1984년 이정균의 연구를 포함하여 1990년부터 2010년까지 이루어진 정신질환 역학조사 중 의료보험자료를 이용하지 않고, 일정 규모의 사람들을 대상으로, 선별도구를 일관적으로 사용하여 결과를 낸 논문을 분석하여 이 시기 우울증 유병률과 관련된 지식이 생성된 과정을 따라가보고자 한다. 본 연구에서 살피고자 하는 것은 일반인구에서 우울증 환자를 골라내기 위해 만들어진 선별검사 도구가 어떤 종류의 지식을 만들게 되었는지이므로, 의료보험자료를 이용하거나 의사가 직접 면담하여 진단을 내리는, 그래서 대규모 역학조사가 불가능한 연구는 분석의 대상으로 포함하지 않았다. 우울증 유병률 수치는 자살과 같이 사회에 만연한 이슈에 대한 문제의식을 키우거나 정책을 수립할 때 그 위험성을 강조하기 위해 종종 인용되는데 이때 그 수치 자체가 어떤 과정을 통해 형성되었는지를 논하는 글은 드물다.

역학조사를 통해 나타난 우울증 유병률 수치가 실제로 우울증을 앓고 있는 사람을 정확히 대표하여 드러낸다고 보기에는 무리가 있다. 왜냐하면 해당 역학조사가 사용한 선별검사 도구의 종류가 무엇인지에 따라서, 검사 결과에서 몇 점까지를 우울증이라고 정의할 것인지에 따라서, 그리고 조사대상의 연령이나 지역에 따라서 우울증의 유병률 값이 크게 달라질 수 있기 때문이다. 아래 <표 1>과 <표 2>는 본 논문에서 분석한 역학조사 연구 결과들을 저자, 조사대상의 나이, 응답자 수, 지역, 절단점(cut-off score), 그리고 결과값인 유병률에 따라 분류해 정리한 표이다. 우울증을 진단하는 도구를 사용했는지, 아니면 우울감의 정도를 측정하는 도구를 사용했는지에 따라 <표 1>과 <표 2>로 나누었다.

선별검사 도구는 우울증을 진단하는 도구와 우울감의 정도를 측정하는 도구로 나뉜다. 우울증을 진단하는 도구는

DSM의 진단 기준에 맞추어 개발된 것으로, 대규모 역학조사에서 훈련된 일반인 인터뷰이에 의해 설문조사가 진행되고 이 결과에 맞추어 진단 결과를 내리는 도구이다. 그러나 진단 도구라도 하더라도 역학조사에서 이루어지는 진단은 어디까지나 잠정적인(tentative) 것으로, 위험군을 가려내 치료로 인도하기 위함이지 임상의사에 의해 내려지는 정식 진단이라고 보기는 어렵다. 우울감의 정도를 측정하는 도구 역시 우울증상군을 가려내기 위해 사용되는 것으로 임상 진단과는 다르다. 우울감의 정도를 측정하는 도구는 그 정도가 연속적인 숫자로 나타난다. 연구자에 따라 우울감의 정도를 측정하는 도구에서 최적절단점을 설정하여 우울증 여부를 결정하기도 한다. 후술하겠지만 우울증상의 측정과 우울증의 진단, 이 구분은 시간이 지날수록 흐려지는 경향이 있다.

또한 분석 대상으로 역학조사 결과와 과정을 보여주는 연구뿐만 아니라 역학조사에 사용하기 위해 특정한 선별검사 도구를 개발하고 번역한 과정을 보여주는 연구 또한 포함했다. 이를 통해 미국이나 유럽을 중심으로 만들어진 선별검사 도구가 한국으로 번역되어 들어온 과정에서 우울 증상을 묻는 각 항목이 사회문화적 특성을 충분히 반영하지 못하고 기계적으로 번역되었다는 점을 보인다. 또 우울증과 우울증 아닌 것을 구분하는 양적인 기준인 절단점을 설정할 때 나타날 수 있는 문제에 대해서도 살펴보고자 한다. 미국을 중심으로 만들어진 선별검사 도구를 번역한 뒤 신뢰도와 타당도를 검사하는 과정은 이미 나와야 하는 결과값이 정해진 채로 진행된다는 점에서 자기실현적인 측면이 있다. 이를 통해 한국에서 우울이라는 감정이 어떤 것이고, 한국인은 우울증을 어떻게 경험하는 지에 대한 충분한 논의없이 미국이나 유럽에서 시작된 우울증의 정의와 증상 기준이 그대로 적용되었다는 점을 보이고자 한다.

저자	나이	응답자 수 (응답 비율, %)	지역	선별검사 도구	절단점	시점 유병률(%)
Cho et al., (1998a)	20-59	3711(81.3%)	전국	CES-D	≥16	25.3
				CES-D	≥25	8.7
조맹제 et al., (1998b)	≥65	447(>70)	서울 노원구 상계 10동	CES-D	≥16	30.9
				CES-D	≥25	18.1
				SGDS	≥10	15.8
조맹제 et al., (1998c)	≥60	169(90.5)	꽃동네	CES-D	≥16	51.6
				CES-D	≥25	23.5
				SGDS	≥8	39.2
				SGDS	≥10	19
조성진 et al. (2001)	13-18	1,972(89.5)	부천시	CES-D	≥16	38.9
					≥25	21.2
Kim et al., (2005)	18-92	4897(97.7)	경기도 안산시	CES-D	≥16	38.3
					≥24	10
Kim et al., (2007)	≥20	981(93.4)	제주도	CES-D	≥21	15.9
					≥25	9.9
Park et al., (2007)	≥65	714(63.9)	경기도 성남시	MINI, DSC of CERAD, Hamilton Depression Rating Scale, GDS-K, CES-D, DSM-4	≥16	28.8
					≥25	13.8
Kwak et al., (2008)	7~13	2305(76.8)	제주도	K-CDI	≥21	17.3
					≥29	5.2

<표 1> 우울증상의 정도를 측정한 역학조사 연구[15]

[15] <표 1>에 등장하는 선별검사 도구는 약어로 나타냈다. 각각의 정식 명칭은 다음과 같다. CES-D, the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale; SGDS, the Short form of Geriatric Depression Scale; MINI, Mini International Neuropsychiatric Interview; DSC of

<표 2> 우울증을 진단한 역학조사 연구[16]

저자	나이	응답자 수(응답 비율, %)	지역	선별검사 도구	진단 기준	유병률(%)		
						시점	1년	평생
이정균 et al., (1985)	18-65	3134(79.4)	서울	DIS-3	DSM-3			3.3
		1966(85.9)	서울 외 지역	DIS-3	DSM-3			3.5
서국희 et al., (2000)	≥65	1037(85.2)	경기도 연천군	일차 선별검사: K-PAS 이차 진단적 면접: DIS, Hamilton Depression Rating Scale	DSM-3-R	7.5		
조맹제 et al., (2004)	18-64	6275(79.8)	전국	K-CIDI	DSM-4		1.65	4.25
Ohayon & Hong(2006)	15-90	3719(91.4)	전국	Sleep-EVAL system	DSM-4	3.6		
조맹제 et al., (2009)	18-64	6510(81.7)	전국	K-CIDI	DSM-4		0.3	0.5
Park et al., (2010)	≥65	714(63.9)	경기도 성남시	MINI, DSC of CERAD, Hamilton Depression Rating Scale, GDS-K, CES-D, DSM-4	DSM-4	5.5		

CERAD, Depressive Symptom Checklist of the Consortium to Establish a Registry of Alzheimer's Disease; GDS-K, the Korean version of Geriatric Depression Scale; DSM, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; K-CDI, the Korean form of the Kovac's children's depression inventory.

[16] <표 2>에 등장하는 선별검사 도구는 약어로 나타냈다. 각각의 정식 명칭은 다음과 같다. DIS, Diagnostic Interview Schedule; K-PAS, the Korean version of Psychogeriatric Assessment Scale; K-CIDI, the Korean version of Composite International Diagnostic Interview; MINI, Mini International Neuropsychiatric Interview; DSC of CERAD, Depressive Symptom Checklist of the Consortium to Establish a Registry of Alzheimer's Disease; GDS-K, the Korean version of Geriatric Depression Scale; CES-D, the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale; DSM, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

4.1. 측정 대상으로서의 우울, 도구로서의 선별검사

정신질환 역학조사가 이루어지기 위해서는 먼저 정신질환을 선별하는 표준화된 선별검사 도구가 개발되어야 한다. 그렇다면 우울이라는 경험을 어떤 기준으로 수치화 할 것인가? 리타 스트루캄프 등은 신체 장애가 있는 환자가 재활 훈련을 하는 과정을 관찰하면서 '독립성(independence)'이라는 가치가 실험실과 진료실에서 어떻게 다르게 수치화 되고, 또 어떻게 다르게 다루어 지는가를 '측정'을 기준으로 살핀 바 있다. 몰은 실험실 지식은 치료 현장에서 생산되는 지식과는 다르게 서로 비교가 가능하고 또 수송이 가능하도록(transportable) 정제된다는 점을 지적한다(Struhkamp, et al., 2009).

마찬가지로 역학조사를 통해 생성된 지식, 즉 정신 질환의 경험을 수치화한 지식 역시 특정한 방식으로 가공되어야 한다. 그 조건은 다음과 같다. 첫째, 지역사회를 대상으로 한 대규모 역학조사는 임상 의사를 직접 동원하기에는 비용이 많이 들기 때문에 간단한 자기 보고형 척도를 사용하거나, 아니면 일반인 인터뷰어(lay interviewers)도 짧은 시간 동안 훈련을 받으면 현장에서 사용할 수 있어야 한다. 이런 필요 때문에 역학조사에서 사용되는 선별검사 도구는 환자의 사회문화적 환경이나 병력, 질환을 촉발한 계기, 병인 등보다는 DSM에 기준한 우울 증상의 유무와 존재 기간에 집중하여 측정한다.

<표 1>과 <표 2>에 정리한 바와 같이, 1984년 실시된 이정균의 연구를 포함하여 1990년~2010년 사이 이루어진 한국의 역학 조사에서 DSM이 직접적인 선별 도구로 사용된 경우는 소수이고, 대부분 DSM을 기반으로 한 특정한 선별검사 도구를

사용하였다. 그러나 같은 버전의 DSM에 기반하였다고 하더라도 대상자의 연령, 선별검사 도구의 종류, 유병률을 측정한 방법에 따라 다양한 유병률을 보인다.

가령 유병률을 묻는 기간을 어떻게 설정할 것인지에 따라 결과값이 달라질 수 있다. 앞서 설명했듯 유병률에는 시점 유병률과 1년 유병률 그리고 평생 유병률이 있다. 이때 평생 유병률에 경우에는 과거에 병을 앓았지만 지금은 완전히 치유된 경우, 혹은 잠시 소강 상태에 있는 경우, 그리고 현재 병을 앓고 있는 경우가 모두 포함되기 때문에 보통 시점 유병률이나 1년 유병률보다 수치가 높고, 여러 수치의 합으로 표현된다. 또 연령이 증가할수록 평생 유병률이 증가하게 되며 노인의 경우 기억력 감퇴로 인해 정확한 수치를 측정하기 어려울 수 있다(이정균 외, 1985: 1230).

둘째로 조사 지역이 어딘지, 해당 지역의 사는 사람들이 누군지에 따라 결과값이 달라진다. 우선 조사 지역이 꽃동네인 조맹제(1998a)의 연구를 제외하면 모든 연구가 정신병원과 수용시설에 입소하고 있는 사람들은 포함하지 않는다. 그렇기에 중증 정신질환자의 수치가 실제보다 낮게 측정되었을 가능성이 있다. 또 시설 밖에 있는 사람들을 조사 대상으로 삼았다고 하더라도 제주도나 안산시, 성남시, 서울시 상계 10동 등 특정 지역을 대상으로 한 경우가 많아 소득수준이나 지역 차 따위가 결과값에 영향을 주었을 수 있다.

셋째로 전 연령층에 적용하는 선별검사 도구가 특정 그룹에 부적합할 수 있다. 예컨대 인지기능 장애가 있는 경우나 글을 읽지 못하는 노인의 경우 일반 성인을 대상으로 만들어진 선별검사 도구인 CES-D와 같은 자가보고형 선별검사 도구를

완성하지 못해 유병률이 실제보다 낮게 측정될 수 있다(조맹제 외, 1998a: 918). 어린이나 청소년의 경우에도 성인을 기준으로 만들어진 선별검사 증상 리스트에 들어맞지 않는 방식으로 우울 증상을 호소할 수 있다. 포즈나스키 등(1976)은 이미 오래전에 우울증을 진단받은 4살에서 11살 사이의 아이들 중 단 50%만이 우울 증상이 있었음을 밝힌 바 있다(Poznanaki, et al., 1976: 491-501).

넷째로 선별검사 도구를 어떻게 사용하느냐에 따라서도 유병률이 달라질 수 있다. 가령 이정균 등(1985)이나 조맹제 등(2004; 2009)과 같이 짧은 시간이나마 훈련을 받은 인터뷰어가 직접 면담하여 조사를 하는 경우도 있지만, Ohayon과 Hong(2006)의 경우에는 전화 통화를 이용해 인터뷰를 진행했고, Kwak et al., (2008)의 경우에는 학교에서 각 반의 담임 선생님이 아이를 통해 설문지를 가정으로 보내 직접 자가보고를 하는 방식으로 조사했다. 또한 CIDI처럼 답을 "예" 혹은 "아니오"로 답할 것인지, 아니면 여러 개의 등급 중 하나를 택하는 방식으로 답할 것인지에 따라서도 결과값이 달라질 수 있다.

이렇듯 다양한 요인으로 인해 역학조사 결과가 보여주는 유병률을 일괄적으로 분석하기 어렵듯이 각각의 역학조사에서 우울증의 위험요인이나 위험군을 분석하는 면에서도 차이가 발생한다. 가령 우울증은 전세계적으로 지역이나 연령에 상관없이 여성이 남성보다 1.5배에서 2배 가량 더 흔하다고 보통 알려져 있다(Nolen-Hoeksema, 2001). 그러나 실제 본 논문에서 분석한 연구에서는 통계적으로 유의미한 성차를 발견하지 못한 연구도 상당했다. 조맹제 등은 "일반적으로 우울증 또는

우울증상은 여자에서 흔한 것으로 알려져 있지만 본 연구에서는 성별 차이가 관찰되지 않았다" 고 보고한다(조맹제 외, 1998b: 360). Ohayon과 Hong 역시 북미나 유럽의 연구에서 흔히 나타나는 성차나 연령차가 자신들의 연구에서는 발견되지 않았다고 지적하였다(Ohayon and Hong, 2006: 34). 대신 이보다는 우울증 유병률의 차이가 주간근무자와 야간/교대 근무자 사이에서 나타났다고 보고한다(Ohayon and Hong, 2006: 32).

이렇듯 여러 요인에 따라 우울증 유병률이 달라질 수 있음을 염두에 두고 앞으로 선별검사 도구 중 가장 많이 사용되는 세 가지 선별검사 도구 DIS, CIDI, CES-D에 대해 각각 간략히 그 내용과 항목, 역사에 대해 설명해보도록 하겠다. 먼저 주의해야할 점은 이 세 가지 도구를 이용해 선별되는 우울증 환자는 임상현장에서 의사에 의해 진단내려진 환자와는 다르다는 점이다. DIS, CIDI, 그리고 CES-D는 우울증을 진단하는 도구인지 우울감의 정도를 측정하는 도구인지에 따라 나뉘는데, 먼저 DIS와 CIDI는 우울증을 '잠정적으로' 진단하는 도구이다. 그러나 이때의 진단은 정신의학 전문의가 직접 환자를 만나 면밀한 면담을 통해 내리는 진단과는 다르다. DIS와 CIDI와 같이 역학조사를 위해 개발된 도구를 이용해 내리는 진단은 예방적인 의료의 차원에서 이루어지는 것으로, 증상이 없는 질병을 초기에 진단하여 환자가 치료를 받을 수 있도록 하기 위해 내리는 잠정적인 것이다(Daly, 1989:100). 따라서 '진단' 도구라는 이름이 붙었다고 하여도 DIS와 CIDI와 같은 대규모 역학조사를 위한 진단도구를 이용해 선별된 우울증 환자는 실제로 의사에 의해 우울증 환자로 명명된 집단과는 차이가 있을 수 있다. 여기서 더 나아가 CES-D는 우울증 진단 도구가 아니라 우울감의 정도를 측정하는 도구이다. 이에 DIS와 CIDI를 이용하면 우울증 유병률 값을 얻을 수 있는데

반해서, CES-D를 이용해 얻을 수 있는 값은 '우울증이다/우울증이 아니다'가 아니라 우울감의 정도를 나타낸다. 연구자들은 CES-D의 값에서 '최적절단점'을 설정하여 '확실 우울증' '가능 우울증' 집단을 나눈다. 이러한 과정에서 나타날 수 있는 문제에 대해서는 4.2절에서 자세히 다룬다.

DIS(Diagnostic Interview Schedule)의 개발

한국판 정신질환 역학조사 선별도구의 개발을 이해하기 위해서는 먼저 정신의학 지식 형성의 역사를 알 필요가 있다. 이전까지 프로이트 전통 아래에서 신경증의 증상으로 여겨지던 우울증은 1970년대를 거치며 화학적 불균형으로 발생하는 '뇌의 질환(brain disease)'으로 다루어지기 시작했다. 1980년대 초 정신의학이 전문화되고 정신질환이 진단분류에 맞추어 표준화되면서 새로운 진단 도구의 개발과 개정 역시 이루어졌다.[17] 이 과정에서 이루어진 정신질환의 '표준화'는 전 세계적으로 이루어진 정신질환 역학조사와 매우 밀접한 관계를

[17] 이와 관련된 더 자세한 정신의학의 역사는 다음의 책을 참고하라. Harrington, A. (2019), *Mind Fixers: Psychiatry's Troubled Search for the Biology of Mental Illness*, New York: W.W. Norton & Company; 레인, 크., 이문희 2009), 『만들어진 우울증: 수줍음은 어떻게 병이 되었나?』, 서울: 한겨레. [Lane, C. (2008), *Shyness: how normal behavior became a sickness*, Yale University Press.]; 에드워드 쇼터, 최보문 번역 (2009), 『정신의학의 역사: 광인의 수용소에서 프로작의 시대까지』, 서울: 바다출판사. [Shorter, E. (1997), *A history of psychiatry: From the era of the asylum to the age of Prozac*, Wiley.].

맺어왔다(Watters, 2010). 대표적으로 미국정신의학회(APA)는 1980년 DSM-Ⅲ(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)를 발간하였는데, 1981년에는 DSM-Ⅲ의 진단분류체계를 포함한 역학조사 도구 DIS(Diagnostic Interview Schedule)가 개발되었다. 이후 DSM-Ⅲ이 1987년 DSM-Ⅲ-R, 1994년 DSM-Ⅳ로 개정되면서 DIS도 이를 반영하여 DSM의 증상 기준을 포함한 DIS-3에서 DIS-3-R과 DIS-4로 개정되었다.

DIS는 대규모의 역학조사 연구 프로젝트인 ECA 프로젝트(the Epidemiological Catchment Area prejects, 이하 ECA)에 사용되기 위해 미국 국립정신건강연구소(NIMH, the National Institute of Mental Health)의 요청에 의해 제작되었다(Robins et al., 1981: 381). ECA 프로젝트는 1977년 '정신건강대통령위원회(the President's Commission on Mental Health)' 보고서에 대한 반응으로 정신질환자를 돕기 위한 서비스를 만들기 위해 정신질환 유병률 자료를 모으려는 목적으로 시작되었다. 미국 예일대, 존스홉킨스대, 워싱턴대, 듀크대, UCLA의 다섯 개 대학의 독립 연구팀과 NIMH가 협력하여 연구를 진행했다. 뉴헤이븐, 코네티컷, 볼티모어 등의 지역에서 20,861명의 응답자를 모았다. ECA에는 DSM-Ⅲ판에 따라 만들어진 진단으로 이루어진 DIS version 3이 이용됐고 이때 우울증뿐만이 아니라 양극성장애, 알코올 남용 혹은 의존, 약물 남용, 조현병 등을 검사하였다(United States Department of Health and Human Services and National Institute of Mental Health, 1994).

DIS는 완전히 구조화된 인터뷰로서 이전에 개발되었던 세 가지 정신질환 진단기준 1) 1980년 APA의 DSM-Ⅲ, 2) 1972년 워싱턴대 정신의학과에서 개발한 파이너 기준(the Feighner

Criteria), 3) 1978년 Spitzer 등에 의해 개발된 RDC(the Research Diagnostic Criteria)를 기반으로 하여 고안되었다(Robins et al., 1981: 381). DIS는 한 번의 인터뷰로 이 세 가지 종류의 진단 체계를 모두 이용해 진단을 내릴 수 있게 설계되었는데, 이는 이 세 가지 진단 체계가 병인적 관점보다는 증상의 기술적인(descriptive) 관점에서 진단 체계를 만들었다는 점에서 같은 뿌리를 두고 있기 때문이었다(Robins et al., 1981: 381). 이렇듯 DIS를 사용하면 정신의학과 의사가 직접 환자를 만나 면담하여 진단을 내리지 않아도 되기 때문에 비용을 절감할 수 있게 되고 이에 더 많은 수의 사람들을 조사 대상으로 설정하는 대규모 역학조사가 가능했다. DIS는 일반인 인터뷰어가 1~2주간 교육을 받으면 의사 대신 조사 현장에 투입할 수 있도록 고안되었다. 일반인 인터뷰어가 가가호호 방문하여 DIS를 통해 정해진 프로토콜에 따라 객관식 질문으로 이루어진 설문조사를 하고 나중에 이를 컴퓨터에 입력하면 정신질환 통계 결과를 알 수 있는 방식이었다(Robins et al., 1981: 383). DIS를 고안한 개발자들은 DIS 자체가 DSM에 따른 해당 진단에 필요한 모든 문항들을 포함하고 있어 이를 정확하게 평가한다면 참 진단에 도달할 수 있다고 보았다.

DIS의 신뢰도와 타당도 검사는 NIMH의 ECA 프로젝트를 수행한 연구자들에 의해 이루어졌다(Burnam, et al., 1983; Canino, et al., 1987; Helzer, et al., 1985; Karno, et al., 1983). 1981년에 원개발자인 미국 워싱턴의대 정신의학과 리 로빈스(Lee N. Robins) 박사가 최초로 검사-재검사(test-retest) 결과를 보고하였으며 이때 정신과 의사와 짧은 시간 동안 훈련된 인터뷰어가 환자를 대상으로 DIS를 사용해 조사하고 그 결과를 비교했다(Robins et al., 1981). 먼저 훈련된 인터뷰어가 검사를 실시하고 그 다음에

정신과 의사가 따로 진단을 하여 둘 사이의 진단적 일치도(concordance)를 평가해 절차 타당도(procedural validity)를 확립하는 방식이었다. Burnam 등은 이와 비슷한 방식으로 연구를 설계하여 미국 LA에서 멕시코계 미국인을 대상으로 스페인어판 DIS 표준화 연구를 진행했으며 연구진들은 두 연구에서 진단적 일치도가 전반적으로 수용할 만하다고 결론지었다(Burnam, et al., 1983). 이외에도 DIS는 스페인, 중국, 광동, 베트남, 일본, 독일, 그리스, 프랑스 등 24개국어로 번역되어 표준화되었다.

미국의 ECA 프로젝트가 성공적으로 마무리되면서 한국에서도 DIS를 이용한 역학 연구가 수행되었다. 1982년 일본계 미국인인 미국 UCLA 정신의학과 교수 조 야마모토(Joe Yamamoto)가 경북대학교 정신의학과 교수 강병조와 함께 대구에서 DIS-Ⅱ를 사용해 예비 역학연구를 부분적으로 수행한 적 있다. 또 1984년 서울대학교 의학대학 정신과학교실 이정균 등은 DIS-Ⅲ의 한국어판을 개발하여 전국 단위 역학연구를 진행하였다. 이 연구에서 한국 성인의 주요우울장애 평생 유병률은 도시 3.3%, 농촌 3.5%이며 기분부전장애의 유병률은 도시 2.4%, 농촌 1.9%이다(이정균 외, 1986). 이후에 1989년 연세대학교 의과대학 정신과학교실 이호영과 신승철이 제약회사 유한 CMB와 WHO의 연구비를 지원받아 강화도에서 노인을 대상으로 DIS-Ⅲ를 이용해 역학조사를 실시하였다.

<그림 3> DIS의 Criteria(Robins, et al., 1981: 384)

61. Have you ever considered yourself a nervous person? 1 5 ____

62. Have you ever had a spell or attack when all of a sudden you felt frightened, anxious, or very uneasy in situations when most people would not be afraid? 12345 ____

IF TOLD DOCTOR (Q.62), CODE 5.
OTHERS CODE 1. ____

IF Q.62 IS CODED 2-5, ASK A-E.
OTHERS SKIP TO Q.63.

A. During one of your worst spells of suddenly feeling frightened or anxious or uneasy, did you ever notice that you had any of the following problems?

ASK AND CODE EACH SYMPTOM, ADDING "DURING THIS SPELL" BEFORE EACH.

During this spell--

(1) were you short of breath--having trouble catching your breath? . . . . . 1 5 ____

(2) did your heart pound? . . . . . 1 5 ____

(3) were you dizzy or light-headed? . . . . . 1 5 ____

(4) did your fingers or face tingle?. . . . . 1 5 ____

(5) did you have tightness or pain in your chest? . . . . . 1 5 ____

(6) did you feel like you were choking or smothering? . . . . . 1 5 ____

(7) did you feel faint? . . . . . 1 5 ____

(8) did you sweat?. . . . . 1 5 ____

(9) did you tremble or shake? . . . . . 1 5 ____

(10) did you feel hot or cold flashes? . . . . . 1 5 ____

(11) did things around you seem unreal?. . . . . 1 5 ____

(12) were you afraid either that you might die or that you might act in a crazy way?. . . . . 1 5 ____

B. How old were you the first time you had one of these sudden spells of feeling frightened or anxious? AGE: ____ ____

WHOLE LIFE = 02
IF DON'T KNOW AND AGE UNDER 40, CODE 01.
IF DON'T KNOW AND AGE 40 OR MORE, ASK: "Would you say it was before or after you were 40?"

BEFORE 40 = 01
40 OR MORE = 88
DON'T KNOW = 99

C. Have you ever had 3 spells like this close together--say within a 3-week period? 1 5 ____

D. Have spells like this occurred during at least 6 different weeks of your life? 1 5 ____

E. Have you had a spell like this within the last two weeks?

IF YES, CODE 1.
IF NO, ASK: When did you last have a spell like this? ____

WITHIN LAST 2 WEEKS 1
WITHIN LAST MONTH 2
WITHIN LAST 6 MONTHS 3
WITHIN LAST YEAR 4
MORE THAN 1 YEAR AGO 5

IF MORE THAN A YEAR:

How old were you then? AGE: ____ ____

Fig 1.—Section of Diagnostic Interview Schedule (DIS) version 3 used to evaluate criteria for panic disorder (anxiety neurosis). Note that questions are precoded and closed ended.

<그림 4> DIS의 탐색흐름도(Probe Flow Chart) (Robins et al. 1981: 385)

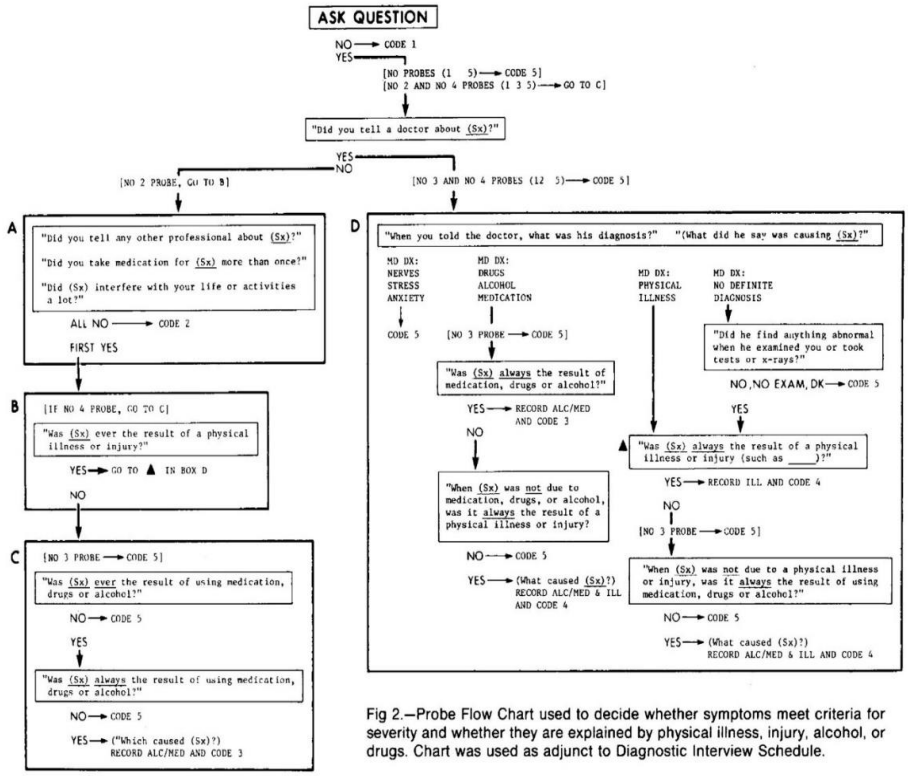


Fig 2.—Probe Flow Chart used to decide whether symptoms meet criteria for severity and whether they are explained by physical illness, injury, alcohol, or drugs. Chart was used as adjunct to Diagnostic Interview Schedule.

CIDI(Composite International Diagnostic Interview)의 개발

ECA를 위해 만들어진 선별검사 도구 DIS는 전 세계 24개국어로 번역되어 신뢰도를 인정받으며 널리 사용된 역학조사 도구였지만, 미국정신의학회의 진단기준인 DSM에 의한 진단만 가능하다는 한계가 있었다. WHO가 1992년 국제질병사인분류(the WHO International Classification Disease, 이하 ICD)를 마련하고 나자, WHO는 DIS의 진단 체계를 확장하여 ICD의 정의와 분류에 기반을 둔 진단을 포함하고자 했다(Kessler, Ronald C. and Ustün, 2004). 이에 1993년 WHO와 미국 알코올-약물남용 정신보건국(Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration, ADAMHA)간 공동 태스크 포스가 구성되어 1993년 국가간 비교 연구가 가능한 DIS 확장버전인 CIDI(Composite International Diagnostic Interview) 첫번째 버전이 개발되었다(World Health Organization, 1993).

CIDI는 미국정신의학회의 진단기준인 DSM과 함께 국제적인 진단기준인 ICD를 포함하고 있어 국가간 횡문화 연구에 적합한 것으로 여겨졌고 또 세계의 많은 나라에서 지역사회 역학조사를 장려하기 위해 고안되었다. 이 목표를 이루기 위해 다국적 CIDI 편집위원은 CIDI를 각국의 언어로 번역하고 많은 나라를 대상으로 현장 검증을 시행하였다(Wittchen, et al., 1994). 이에 1990년대 중반 십여 개 국에서 CIDI를 이용한 대규모 역학연구가 완수되었다. 여러 나라의 역학조사 연구 데이터가 나오자 1997년 WHO는 정신역학국제협력단(the International Consortium in Psychiatric Epidemiology, 이하 ICPE)을 창립하여 연구 결과를 비교하고자 했다(Kessler, R. C., 1999). 이후 ICPE는 정신질환의

유병률과 사회인구학적 상관관계가 국가마다 어떻게 같고 다른지를 기술하는 여러 개의 횡문화적 연구를 펴냈다(Aguilar-Gaxiola, et al., 2000; Alegria, et al., 2000; Dragomirecká, et al., 2000).

그러나 1993년 개발된 첫번째 버전의 CIDI는 각 국가에서 만들어진 역학조사 결과를 비교하는 데 한계가 많았다. 왜냐하면 CIDI에 위험 요인과 결과, 치료의 패턴과 상관 관계, 치료 적절성이 포함되어 있지 않아서 이러한 항목을 포함해 정신질환을 평가하는 데에 제한이 많았기 때문이다. 문제를 해결하기 위해 WHO는 1998년 측정(measurement) 문제를 조정하기 위한 기구인 세계정신건강조사계획(the WHO World Mental Health Survey Initiative, 이하 WMH)을 공식적으로 설립했다. 이후 WMH에 참여하는 나라가 28개국으로 확장되면서 작동이 더 쉽고 비교도 더 수월한, 이전 CIDI의 확장판인 WHO WMH-CIDI가 만들어졌다. 미국 하버드 의학대학 보건정책부 소속의 로널드 C. 케슬러 교수와 WHO의 '보건정책을 위한 증거에 관한 글로벌 프로그램(Global Programme on Evidence for Health Policy)' 소속의 T. Bedirhan ÜSTÜN가 ICPE와 WMH의 공동 책임자이자 WMH-CIDI을 만든 주요 개발자였다((Kessler and Ustün, 2004: 93).

WHO WMH-CIDI는 일반인이 단기간의 표준화된 훈련을 받음으로써 전문가를 대신하여 지역사회 정신질환 역학조사에 이용할 수 있으면서도, 전적으로 구조화된 면담으로 구성되어 면담자의 주관을 배제하고 객관적인 진단을 내릴 수 있도록 하는 목표를 가지고 개발되었다(World Health Organization, 1997). 또 CIDI는 국가간 횡문화적 역학연구와 정신질환의 유병률과 위험 요인 등을 알아보는 데에 그 목적을 두고 비전문가인 일반인

조사원이 일반인구에 적용할 수 있도록 개발되었다. 대규모 역학조사를 위해 만들어졌기 때문에 DIS와 마찬가지로 일반인 조사원도 며칠간 교육을 받으면 적용할 수 있도록 사용법이 쉽고 분명하다. 423개의 기본 문항과 일부 기본 문항에 대한 추가 문항으로 이루어져 있으며 진단 범주별로 15개의 섹션으로 나뉘어있다. 자료입력프로그램이 있어서 이 프로그램에 인터뷰 결과를 입력하면 진단 프로그램을 이용해 DSM-Ⅳ와 ICD-10 기준을 모두 포함한 진단을 내릴 수 있다. 또 증상과 질환의 발병연령과 종료연령을 조사할 수 있으며 시점 유병률, 1년 유병률, 평생 유병률을 모두 측정한다. 또 증상의 심각도 역시 평가하며 가족과 같이 다른 정보 제공자가 필요하지 않다. 한 번의 면담으로 끝나도록 고안되었으며 분량은 120쪽이고 답하기까지 약 75분 정도가 소요된다(국립서울정신병원・서울대의대정신과, 2001: 13)

한국에서는 한국어판 CIDI를 이용한 정신질환실태 역학조사(KECA, Korean Epidemiologic Catchment)가 서울대학교 의과대학 정신과학교실 조맹제를 책임연구자로 하여 2001년과 2006년에 걸쳐 진행되었다(국립서울정신병원・서울대의대정신과, 2001; 서울대학교 의과대학, 2006). [18] 조맹제 연구팀은 정신질환실태 역학조사를 위해 WHO의 지침에 따라 한국어판 CIDI인 K-CIDI를 개발하고, WHO가 정한 훈련센터의 기준을 충족하기 위해 미국 미시건대학 훈련센터에 세 명의 연구원을 보내 연수를 받고 자격을 취득하게 했다. 또 다섯 명의

[18] 한국어판 CIDI의 개발 과정에 대해서는 다음의 논문을 참고하라. 조맹제・함봉진・서동우・홍진표・배재남・김장규・이동우・조성진 (2002), 「한국어판 Composite International Diagnostic Interview(K-CIDI)의 개발」, 『신경정신의학』, 제41권 제1호, 123-137쪽.

전문인력으로 구성된 훈련센터를 서울대학교 의과대학 내에 설립하였다(조맹제 외, 2004: 471). 이곳에서 연구팀은 각 조사지역에서 선발한 조사요원을 5일동안 교육한 뒤 가가호호 방문하게 하여 면담을 하였다. 이때 교육은 WHO가 제공하는 표준에 따라 면담기술, K-CIDI 사용법, 과제 및 풀이, 가상면담, 실제 환자 면담으로 이루어졌다(조맹제 외, 2009: 145).

CES-D(the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale)의 개발

다음으로는 DIS와 CIDI와는 달리 우울 증상을 측정하는 도구인 CES-D(the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale)에 대해서 살펴보겠다. 앞서 설명하였듯이, 우울을 측정하는 도구는 크게 두 가지 종류로 나눌 수 있다. 하나는 DIS와 CIDI와 같이, 대규모 역학조사를 위해 잠정적인 진단을 내리려는 목적으로 일반인 인터뷰어가 훈련을 받고 가가호호 방문하여 면담을 통해 조사를 진행하는 방식이다. 다른 하나는 문항이 훨씬 짧고 간편한 자가보고형으로 우울 증상을 중심으로 이루어진 문항을 통해 우울감의 정도를 측정하는 선별검사다.

우울감의 정도를 측정하는 선별검사는 우울증을 진단하는 선별검사 도구보다 그 역사가 오래되었고, 우울증을 측정하려는 시도에서 진단도구보다 앞선다. 요컨대 우울이라는 감정, 경험, 혹은 정신질환을 측정하려는 도구로서 가장 먼저 등장한 것들이다. 그 종류는 여러가지인데, 서론에서 소개한 우울증 선별의 날에 사용된 '정 우울척도'가 있고(Zung, 1965), 이외에도 '벡의 우울척도'(Beck, et al., 1961), '해밀턴

우울척도’(Hamilton, 1960) 등이 존재하며 한국에서도 1970년대부터 차례로 번역되어 왔다(송옥헌, 1977; 김광일, 1977a; 1977b: 1977c; 한홍무 외, 1986). 본 논문에서는 이 중에서 미국에서 처음 개발되어 오늘날 우울증 간이 검사도구로 가장 대중적으로 쓰이는 CES-D에 집중하여 분석을 해보고자 한다.

CES-D는 일반적인 인구 집단을 대상으로 우울 증후군(depressive symptomatology) 역학조사와 이 결과 값을 이용한 연구를 하기 위하여 1971년 미국의 NIMH에서 개발된 선별검사 도구이다(Weissman, et al., 1977). 20개의 짧은 문항으로 구성되어 있는 자기보고형 도구로 지난 일주일 동안 경험했던 각각의 증상의 빈도를 기록하게 되어있다. 이처럼 CES-D는 간이 선별검사 도구이므로 우울증을 진단하는 도구는 아니고, 우울 증상의 유무나 그 정도를 평가하도록 설계되었다. 20개 항목중 4문항은 긍정적인 감정의 내용을 가진 문항이므로 역으로 점수가 계산되며, 가능한 총 점수의 범위는 0~60점이다. CES-D는 미국에서 우울집단과 비우울집단을 구분하기 위해 최적절단점(cut-off score)를 정해서 사용되었는데 이때 미국에서 사용된 점수는 16점이었다. 그러나 흥미로운 점은 횡문화 연구를 위해 이 도구가 국경을 넘을 때는 최적절단점이 그대로 유지되지 않고 각국의 사정에 맞게 변화할 수 있다는 점이다(이에 대해서는 다음 소절에서 설명한다). 한국판으로 번역된 CES-D는 2020년 오늘날까지도 대중적으로 쓰이는데, 우울증 자가검진 테스트 문항을 소개하는 언론 기사나 아래 <그림 5>에서 보이는 바와 같이 지역구 정신건강센터에서 일반인이 홈페이지에서 미리 자가 검진을 할 수 있도록 그 문항을 공개하여 광범위하게 사용할 수 있게 해두었다.

<그림 5> 관악구 정신보건복지센터의 우울증 자가검사(CES-D)(관악구 정신보건센터 홈페이지)

우울증 자가검사 (CES-D)

아래에 있는 항목들은 지난 일주일 동안의 당신의 상태에 대한 질문입니다. 그와 같은 일들이 지난 일주일 동안 얼마나 자주 일어났었는지 선택해주세요.

문항	전혀 그렇지 않음	조금 그러함	보통 그러함	아주 그러함
1. 평소에는 아무렇지도 않던 일들이 괴롭고 귀찮게 느껴졌다.	○	○	○	○
2. 먹고 싶지 않고 식욕이 없다.	○	○	○	○
3. 어느 누가 도와준다 하더라도 나의 울적한 기분을 떨쳐 버릴 수 없을 것 같다.	○	○	○	○
4. 무슨 일을 하든 정신을 집중하기가 힘들었다.	○	○	○	○
5. 비교적 잘 지냈다.	○	○	○	○
6. 상당히 우울했다.	○	○	○	○
7. 모든 일들이 힘들게 느껴졌다.	○	○	○	○
8. 앞일이 암담하게 느껴졌다.	○	○	○	○
9. 지금까지의 내 인생은 실패작이라는 생각이 들었다.	○	○	○	○
10. 적어도 보통 사람들 만큼의 능력은 있었다고 생각한다.	○	○	○	○
11. 잠을 설쳤다(잠을 잘 이루지 못했다).	○	○	○	○
12. 두려움을 느꼈다.	○	○	○	○
13. 평소에 비해 말수가 적었다.	○	○	○	○
14. 세상에 홀로 있는 듯한 외로움을 느꼈다.	○	○	○	○
15. 큰 불만 없이 생활했다.	○	○	○	○
16. 사람들이 나에게 차갑게 대하는 것 같았다.	○	○	○	○
17. 갑자기 울음이 나왔다.	○	○	○	○
18. 마음이 슬펐다.	○	○	○	○
19. 사람들이 나를 싫어하는 것 같았다.	○	○	○	○
20. 도무지 뭘 해 나갈 엄두가 나지 않았다.	○	○	○	○

총 점수 **0**점

*아직 모든 설문에 답하지 않으셨습니다.

■ 평가기준
20점 이하는 정상범위.
21점 이상은 전문가와의 상담 필요.

■ 본 척도는 조맹제, 김계희(1993)가 신경정신의학회에서 발표한 CES-D 척도를 사용하였음을 알려드립니다.

주지할 점은, CES-D가 DIS나 CIDI와 같이 진단을 위한 도구가 아니라 연구자가 가장 적절하다고 생각되는 최적절단점을 선정해 우울 집단과 비우울 집단을 구분하는데 사용했던 우울 증상 측정 간이 선별검사 도구였음에도 불구하고 때때로 우울 증상의 측정과 우울증 진단이 혼용되어 사용된다는 점이다. 앞서 설명하였듯 원래 우울과 관련된 선별검사 도구는 역학조사를 위해 사용되는 것과 의사가 진단을 위해 사용하는 것이 분명하게 구분되어 있었다. 그러나 정신질환에 관한 역학조사가 이전처럼 소규모로 임상시험을 하듯 이루어지지 않고 지역사회를 대상으로 한 대규모 역학조사로 변화하면서 병인이 제거되고 증상을 기준으로 병을 분류한 DSM을 토대로 만들어진 역학조사 선별검사 도구 DIS와 CIDI가 개발됐다. CES-D는 우울의 정도만을 측정하는 간단한 자가보고형 선별검사 도구였으나 1990~2010년 사이 한국에서 여러 역학조사가 진행되면서 CES-D가 우울증만을 다루고 간단하다는 이유로 우울증을 '진단'하는 역학조사에도 혼용되어 사용되기 시작했다.

1990년대 말까지만 해도 CES-D와 같은 '간이 선별검사도구'들은 우울증상을 발견하는 데 도움을 주지만 임상적 평가에 보조적인 것으로 이해됐다. 이에 선별검사에서 이상으로 나온 경우에 철저한 병력과 검사를 통해 의사가 직접 진단을 내리는 방식으로 우울증 진단이 이루어졌다. 왜냐하면 우울 증상의 척도는 피검사자가 호소하는 주관적인 불편을 평가하는 반면 임상진단은 엄격한 진단기준을 적용하여 장애(disorder)의 유병률을 평가하는 것이기 때문이다. 이런 이유로 우울 증상을 척도로 하여 우울증을 진단하면 그 사례성(caseness)의 유병률이 상대적으로 높아질

수밖에 없다. 1993년 CES-D를 한국어 버전으로 번역한 조맹제는 “원래 CES-D 자체는 임상진단으로서의 우울증을 확인하는 도구는 아니며 어떤 상태에서든 우울증상군을 가려내는 것이므로 임상 진단간의 변별보다는 우울 기분상태의 정도를 측정하는 것”이며 “따라서 본 연구의 결과만으로 이 도구(CES-D)가 주요우울증에 대한 진단 변별력이 있다고 단언하기는 어렵”다고 강조한다(조맹제・김계희, 1993: 392).

그러나 조맹제가 이 구분을 철저히 했던 것과는 대조적으로 시간이 지날수록 DIS나 CIDI보다 훨씬 간편하고 단순화된 도구인 CES-D의 결과값이 마치 임상 의사가 우울증 진단을 내리는 것과 같은 효과를 나타내기 시작했다. 2007년 제주대학교 의과대학 정신의학과 박사 김문두 등에 의해 진행된 우울증 유병률 연구는 우울감을 측정하는 도구인 CES-D를 사용하여 그 점수가 25점인 표본을 우울증 환자라고 보았고, 그 이하는 우울증상이 있는 것으로 보고 역학조사를 실시하였다(Kim, et al., 2007: 123–134).

CES-D는 DIS나 CIDI와는 달리 우울증을 진단하는 것이 아니라 우울 증상의 정도를 측정하는 선별검사 도구인 바, CES-D를 통해 우울증 여부를 결정하기 위해서는 기준점이 필요했다. 김문두 등은 CES-D는 25점을 기준으로 하여 우울증 환자와 우울증 환자가 아닌 사람들을 구별하였다. 이는 본래 CES-D 원본이 16점을 우울증 여부를 결정하는 기준점, 즉 최적절단점으로 설정하는 것과 대조된다. <표 1>에 정리해둔 것과 같이 CES-D를 사용한다고 하더라도 연구자마다 최적절단점을 설정하는 방식에 조금씩 차이가

있다. 한국어판 CES-D의 최적절단점은 영어로 이루어진 CES-D 문항을 한국어로 옮기면서 번역판의 신뢰도와 타당도를 검증하는 과정에서 정해졌다. 때로는 연구자의 목적에 따라(우울증 위험군 집단을 더 폭넓게 선별하기 위해서 등) 최적절단점이 다시 설정되기도 한다. 다음절에서는 횡문화연구를 위해 우울증 선별검사 도구가 번역된 과정을 살펴보면서 한국어판 선별검사 도구 제작에서 무엇이 중요하게 다루어졌는지를 검토하고, 이 과정에서 정해진 최적절단점 수치가 의미하는 바를 이야기해보고자 한다.

4.2. 국가간 비교를 위한 최적절단점 설정

앞서 살펴본 바와 같이 DSM-Ⅲ 제정 이후 국제적으로 사용할 수 있는 "공통언어"로서의 정신질환 진단기준을 개발하고자 하는 국제적인 노력이 세계 곳곳에서 이루어졌고, 이와 더불어 DSM-Ⅲ과 같이 증상을 중심으로 한 새로운 진단기준이 등장하면서 의사가 직접 면담을 하지 않고도 대규모 정신질환 역학조사를 가능하게 하는 표준화되고 구조화된 선별검사 도구들이 개발되었다(Aderibigbe and Adityanjee, 1995). DSM과 같이 "공통언어"로서의 정신질환 진단기준과 DIS와 CIDI와 같이 이를 반영한 선별검사 도구가 등장하고, 세계 곳곳에서 정신질환 역학조사의 횡문화적 비교연구가 활발해지면서 한국에서도 미국 혹은 유럽에서 개발된 선별검사 도구가 한국어로 번역되는 과정을 거치게 되었다.

DIS, CIDI, 그리고 CES-D를 비롯한 정신질환 선별검사 도구를 한국어판으로 만드는 과정은 크게 두 가지 단계를 거쳐 이루어졌다. 첫 번째 과정은 각 선별검사 도구의 체크리스트 문항들을 한국어 문장으로 번역하는 과정이고 두 번째 과정은 이렇게 번역된 선별검사 도구의 신뢰도와 타당도를 검증하는 과정이었다. 이 소절에서는 두 가지 과정을 자세히 살펴봄으로써 이 과정에서 질문되지 않은 채로 남은 지점이 무엇인지를 짚어보고자 한다.

선별검사 도구의 한국어판 제작 과정은 먼저 각 문항을 한국어로 번역하는 과정에서부터 시작했다. 이 과정에는 이중언어를 구사하는 정신과전문의, 국어·국문학자 등이 참여한다. 이들은 각 문항을 한국어로 번역한 뒤에 한국어만을 사용하는 지역주민을 대상으로 해당 문항들이 잘 이해되는지, 단어선정이나 문단구성이 적절한지를 토의했다. 그 다음 한국어로 번역한 문항을 영어로 역번역한 뒤 원본과 비교하여 이것이 개념적으로 동등한 의미를 갖는지를 살폈다(서국희 외, 2001; 조맹제 외, 2002). 곧 선별검사 도구를 한국어판으로 제작한다는 것은 가장 먼저 각 문항의 어의가 최대한 동일할 수 있도록 한국어로 옮긴다는 것을 의미했다.

CIDI의 한국어판 제작의 경우, 2001년 정신질환실태 역학조사를 실시하기 이전에 서울대학교 의과대학 신경정신과 조맹제 교수를 중심으로 한 몇 차례의 예비연구가 이루어졌다(서울대학교 의과대학, 2001; 조맹제 외, 2002; 조맹제·김계희, 1993; 조맹제 외, 1999).

조맹제 등은 WHO의 CIDI 표준 훈련기관인 미국 미시건 대학 CIDI 훈련 센터에서 훈련을 받고 돌아와 한국어판

CIDI(K-CIDI)를 개발하였다(서울대학교 의과대학, 2006: 3). 이렇게 개발된 K-CIDI가 2001년 정신질환실태 역학조사에 사용되었다. 역학조사의 측정 결과는 실제의 우울상태보다도 측정 문항에 대한 반응 태도가 중요한 영향을 미칠 수 있다. 외국의 선별도구를 번역하는 과정에서 연구진들은 "외국에서 제작된 것이므로 언어와 사회문화적 관습이 다른 우리나라에서 사용하기 위해서는 반드시 타당성 연구가 필요하다"고 강조하면서 "민족과 사회문화적 특성에 따라 우울 감정과 우울증의 다양한 증상을 언어로 표현하는 데에는 크게 차이가 있으므로 이를 면밀히 고려"해야 한다고 지적했다(조맹제・김계희, 1993). 이들은 "우리나라 사람들 특히 우울증 환자들이 (…) 대체적으로 감정상태를 언어적으로 표현하는데 미숙하며 정신적 갈등을 신체화하는 경향이 강하다"는 점을 지적했다(조맹제・김계희, 1993).

이러한 지적이 있는 가운데 조맹제 등은 CIDI를 K-CIDI를 번역하는 과정에서 번역된 문장이 복잡하고 길 경우 두 개의 문장으로 분리해 쉽게 표현했고, 성과 관련된 표현도 수정했다. 가령 "-have you felt you could have got along as well without sex?"를 조금 더 적극적인 표현인 "성생활에 관심이 없거나, 성생활을 싫어했습니까?"로 번역하는 식이다. 또 "영어권에서는 적극적인 표현이 정상적인 것이고 한국의 문화에서는 문제가 없다는 정도의 표현이면 정상으로 여겨진다"고 하면서 "I am happy"를 "행복하다" 대신 "괜찮다, 잘지낸다"로 번역하기도 했다(조맹제 외, 2002). 또 영어권보다 한국 문화에서는 긍정 질문에 소극적으로 답한다는 점을 지적하며 긍정 질문을 부정 질문으로 바꾸는 변화도 있었다.

이처럼 연구진들은 K-CIDI를 만드는 과정에서 한국인의 사회문화적 언어 특성을 고려했다고 보았고, 또 생애주기별 증상의 표현 방식도 고려 사항에 포함하여 노인 인구를 위한 노인용 역학조사 도구 역시 따로 개발하였다. 한편 "낮은 사회계층과 여성들에서 정서적 불편을 표현하는데 저항감이 적다"고 지적하면서도 성차에 의한 증상 표현 방식의 차이는 번역 과정에서 고려되지 않았다(조맹제 · 김계희, 1993).

5년 뒤 2006년에 실시된 정신질환 역학조사는 2005년 예비조사 연구를 통하여 개정된 K-CIDI를 사용하였다. 2001년 조사에서 다루지 못한 병적 도박, 자살 행동, 인터넷 중독 등을 추가하고 정신질환의 심각도와 장애의 정도를 평가할 수 있는 방법을 개발하는 등 몇 가지 개정이 이루어졌다. 그러나 K-CIDI를 검사도구로 사용했다는 점에서 2001년 조사와 같으며 특히 우울증 선별도구는 어색한 문장을 수정한 것 정도로 거의 변화 없이 적용되었다. 예를 들어 2001년에는 "지금까지 사는 동안, 거의 매일, 하루 종일 슬프거나, 공허하거나, 우울하게 지낸 적이 있었습니까? *그렇다면 2주 이상 그런 적이 있었습니까?*"로 물은 것을 2006년에는 "지금까지 사는 동안, *2주 이상* 거의 매일 하루 종일 슬프거나, 공허하거나, 우울하게 지낸 적이 있습니까?"로 묻는 식이다.

곧 이러한 번역은 영어로 된 문항을 한국어로 번역하는, 곧 언어적인 맥락에서의 번역이지 정말로 이 문항들이 한국인의 우울증 증상을 가리키고 있는지에 대한 타당도 검사라고 보기는 어렵다. 즉, 영문판 DIS와 CIDI의 우울 증상에 대한 문항들이 실제로 한국인의 우울 증상을 나타내는지를 고려한

번역이라기 보다는 영어로 제작된 문항을 한국어로 옮김으로써 원본의 의미가 번역본에서 최대한 동일한 의미를 지닐 수 있도록 하는 과정이었다.

이렇게 선별검사 도구를 어의적인 차원에서 분석한 뒤에는, 이 선별검사 도구를 이용해 생산한 역학조사 결과를 통해 횡문화적 역학연구가 가능하도록 서로 다른 문화에서 진단이 일치하는 정도, 즉 신뢰도가 확보되어야 했다. 선별검사 도구가 국내에서 한국판으로 번역되는 과정에는 곧 신뢰도(reliability)와 타당도(validality) 검사를 진행하여 이 도구가 한국의 역학조사에서 사용하기에도 적절한 것인지를 다른 도구와의 상관관계를 고려하여 판단하는 절차를 거쳐야만 한다. 이때 신뢰도란 해당 도구가 반복된 실행에서도 얼마나 오차없이 정확하게 같은 결과를 내느냐를 나타낸다. 타당도는 해당 도구가 측정하고자 의도하는 것을 어느 정도 충실하게 측정하고 있느냐를 나타낸다.

DIS, CIDI, CES-D를 번역하는 과정에서 이루어지는 표준화 연구는 번역된 선별검사의 신뢰도와 타당도를 측정하는 방식으로 이루어진다. 이때 평가된 신뢰도는 국가간 같은 질병에 대해 진단이 일치하는 정도를 의미한다. 곧 미국 인구를 대상으로 한 역학조사에서 우울증의 평생 유병률이 10%가 나왔다면, 한국에서도 이와 비슷한 정도의 평생 유병률이 결과값으로 나와야 한다.

CES-D를 통해 산출한 유병률 값은 고정되어 보이며 실제로 특정 집단에서 우울증 환자를 선별해낸 것과 같은 효과를 보이지만, 이러한 현상은 착시일 수 있다. 진단을 내리는 선별검사 도구인 DIS와 CIDI와는 달리 CES-D는 우울 증상의

‘정도’를 측정한다. 따라서 우울 증상의 정도를 파악하여 우울증의 사례성을 결정하기 위해서는 기준점이 존재해야 한다. 이때 기존 선별검사 도구와의 관계와 임상 진단을 실제로 진행하여 나타난 값을 비교하고, 민감도와 특이도를 고려하여 가장 적절하다고 생각하는 기준점을 ‘최적절단점’이라고 부른다. 다시 말하면 최적절단점은 우울 증상이라는 연속적인 수치 속의 미끄러운 경사(slippery slope)에서 기준으로 제시된 임의적 지점으로, 최적절단점 앞뒤로 조사 대상자의 우울증 여부가 결정된다. 최적절단점은 검사도구마다 대개 비슷하게 사용되지만, <표 2>에서 나타낸 것처럼, 같은 종류의 선별검사 도구라고 할지라도 목적에 따라 융통성있게 정해질 수 있다. 따라서 이전 소절에서 지적하였듯이, CES-D를 통해 알아낸 우울증의 유병률은 임상 진단을 거쳐 이루어진 우울증의 유병률과는 차이가 있다(조맹제 외, 1998a: 915).

예를 들어 연구자가 선별검사 도구의 민감도를 높여 경도의 우울증상까지 선별하고 싶다면 최적절단점을 일반적인 기준보다 낮춰서 더 많은 대상을 포함하게 만들 수 있다. <표 2>에서와 같이 연구진이 CES-D의 최적절단점 기준을 두 개(16점 이상 ‘가능 우울증(probable depression)’, 25점 이상 ‘확실 우울증(definite depression)’)으로 지정한 이유다. 이 기준도 연구진마다 다를 수 있는데, 조맹제 외(1998a; 1998b)의 경우에는 SGDS(노인을 위해 제작된 우울증상 선별검사 도구)의 최적절단점을 CES-D의 절단점 유병률과 비교하여 7점, 10점 사이에서 조절하며, Park et al. (2007)의 경우에는 CES-D의 최적절단점을 16점만으로 설정하고, Kim et al. (2007)의 경우에는 ‘가능 우울증’을 16점이 아닌

21점으로 설정하고, Kim et al. (2005)의 경우에는 '확실 우울증'을 25점이 아닌 24점으로 설정한다.

다시 말하면 CES-D를 통해 산출해낸 우울증 유병률 값은 최적절단점 값에 따라 변화할 수 있으며, 이는 연구자가 연구의 목적에 맞게 조절할 수 있다. 이때 우울증 환자 선별의 과정에서 우울증 환자가 아닌 사람을 우울증으로 선별해내게 되는 위양성(false positive)의 오류가 발생할 수 있으나 중요하게 다루어지지 않는다. 곧 CES-D는 DIS나 CIDI에 비해서 아주 간략화된 형태로 나타난 선별검사 도구이고, 이 도구의 목표는 우울증을 가지고 있을 환자를 빠짐없이 골라내는 것을 목표로 하기 때문에 이 과정에서 발생할 수 있는 선별의 오류는 상대적으로 문제시되지 않는다.[19]

그렇다면 미국에서 CES-D의 최적절단점은 16점이었는데, 조맹제는 왜 한국판으로 표준화되면서 최적절단점이 25점으로 설정하였을까? CES-D는 1977년 일반 인구에서 우울 증상이 얼마나 되는지를 측정하기 위해 20개의 짧은 문항으로 5분 안에 끝낼 수 있는 간단한 형태로 개발되었다(Radloff, 1977). 맨 처음 미국에서 16점이 절단점으로 설정되었던 것은 실제로

[19] 선별검사 도구가 위양성의 오류를 상대적으로 문제시하지 않는 점은 우울증을 비롯한 다른 정신질환 장애에도 적용될 수 있다. 장하원(2019)은 자폐증의 위험도를 측정하는 선별 도구를 분석하면서, 선별 도구로서의 민감도를 높이는 과정에서 자폐증이 아닌데도 자폐증으로 판별될 위양성의 오류가 발생하지만 이러한 오류는 자폐증을 조기에 판별하고 개입하여 얻을 이득에 비하면 감수할만한 것으로 여겨진다고 분석했다. 더 자세한 논의는 다음의 글을 참고하라. 장하원 (2019), 「'다른 아이'의 구성: 한국의 자폐증 감지, 진단, 치료의 네트워크」, 서울대학교 과학사 및 과학철학 협동과정 박사학위 논문, 102-103쪽.

우울증의 임상 진단 결과 우울증 환자가 16점을 경계로 나뉘었다기 보다는 전 지역사회 인구의 상위 총점 20%를 기준으로 한 것이었다. 이는 당시 일반적으로 전 인구의 20% 정도가 임상적으로 유의미한 우울증상을 갖고 있다는 연구자료에 기초한 것이었다(Gershon, et al., 1986; Moscicki, et al., 1987; Radloff, 1977).

1980년대 후반부터 2000년대 초반까지 정신질환 유병률을 조사하는 횡문화 연구가 활발했는데, 당시 역학조사 결과에 따르면 북미와 서유럽에 거주하는 성인의 주요우울장애의 일년, 혹은 일개월 유병률은 보통 2~6% 정도였다(Blazer, et al., 1994; Dunlop, et al., 2003; Jonas, et al., 2003; Kessler, R. C., et al., 2003; Meltzer, et al., 1995; Ohayon and Schatzberg, 2003; Regier, et al., 1988; Weissman, et al., 1996). 한편 비슷한 시기 아시아 국가(한국, 홍콩, 대만, 일본)에서 이루어진 역학조사 연구에서는 성인의 주요우울장애의 평생 유병율은 0.9~3.4% 정도였다(Chen, et al., 1993; Hwu, et al., 1989; Kawakami, et al., 2004; Lee, et al., 1990). 평생 유병률이 일년 혹은 일개월 유병률 보다 높게 나타날 수밖에 없다는 점을 염두에 두면 이 수치는 큰 차이를 보이는 결과다.

CES-D 역시 DIS나 CIDI와 함께 앵글로색슨 인구와 히스패닉, 흑인, 중국인과의 비교 등 다양한 국가 및 민족간의 횡문화적 연구에 적용되었다(Vernon and Roberts, 1982; Vega, et al., 1984; Shima, et al., 1985; Gary, 1985; Karno, et al., 1987; Rankin, et al. 1993; Potte, et al., 1995). 이때에도 히스패닉 그룹과 아시아 그룹의 전체 평균 점수가 다른

그룹에 비해 높게 나타났고(점수가 낮을수록 우울 증상이 심하다고 간주됨), 이에 이들 그룹에 CES-D를 적용할 때에는 더 높은 최적절단점을 적용해야 한다고 주장하는 목소리가 커졌다(Husaini, et al., 1980; Weissman, et al., 1986; Parikh, et al., 1988; Chiu, 2004; CHO and Kim, 1998). 이러한 주장을 한 연구진들은 CES-D의 평균 점수가 국가마다, 혹은 민족마다 다른 것은 긍정 문항에 반응하는 정도가 문화마다 다르고, 또 아시아 국가 사람들이 사회적으로 바람직하다고 간주되는 대답을 택하는 경향이 있다는 점을 그 근거로 삼았다(Iwata, et al., 1998; Chang, et al., 2008).

우울증 유병률이 나라마다, 문화마다 다른 이유에 대해서는 다양한 대답이 가능하다. 앞서 연구자들이 지적한대로 한국인이 미국인보다 긍정적인 표현에 인색하기 때문일 수도 있고, 자가보고 형태의 선별검사 체크리스트에 응할 때에도 사회적 시선을 의식하여 '옳은' 답을 택하려 하기 때문일 수도 있다. 이렇게 생각하면, 한국에서 우울증 유병률이 증가하는 현상 역시 실제 한국 사회가 가진 사회적 스트레스가 증가했기 때문이라고 설명할 수도 있지만, 우울증을 진단하는 면담에서 긍정적인 응답에 더 기꺼워져서, 혹은 우울증에 대한 사회적인 인식이 바뀌고 내적 괴로움을 더 잘 호소할 수 있게 되면서, 우울증 여부를 묻는 면담에서 '그렇다'라는 답을 더 쉽게 이끌어내게 되었기 때문일 수도 있다(조맹제 외, 2009: 150).

한편 다른 설명도 가능한데, 국가마다 혹은 문화마다 우울을 경험하는 구체적인 방식, 우울이 드러나는 표현 방식이 다르기 때문에 미국 인구를 기준으로 만들어진 증상

중심의 문항이 각 나라 및 문화에 잘 들어맞지 않기 때문일 수도 있다. 곧 DIS와 CIDI, 그리고 CES-D가 뿌리를 두고 있는 DSM 진단체계가 횡문화적인 보편성을 갖지 않기 때문일 수 있다.

1993년 CES-D의 한국어판을 제작한 조맹제의 경우 한국인에게 최적절단점을 미국인의 그것보다 낮춰야 한다고 보았는데 왜냐하면 미국인과 동일하게 최적절단점을 설정할 경우, 한국과 미국의 우울증의 유병률 값이 크게 차이가 나기 때문이었다. 다시 말하면 횡문화 연구를 한다고 하더라도, 유병률 값이 크게 차이가 나면 안된다는 신뢰도 기준이 있고 이를 조정하는 기준으로 최적절단점을 변경할 수 있기 때문에 우울증에 관한 횡문화적 연구 결과는 자기충족적인 측면이 있다고 말할 수 있다.

또한 타당도(validlity) 검사의 경우, 측정하고자 의도하는 것을 얼마나 충실하게 측정하고 있는 지를 검증하는 것이다. 이때 중요한 것은 '측정하고자 의도하는 것'이 무엇이느냐일 것이다. 따라서 타당도를 검증하기 위해서는 '측정하고자 의도한 것' 곧 최적 표준이 존재해야 한다. 주의해야할 점은, 역학조사 선별검사 도구의 타당도를 검증할 때 연구진이 검증하는 것은 일반 인구 집단에서 누군가가 아플 때, 선별검사 도구가 그 사람을 선별할 수 있는가를 검증하는 것이 아니다. 그보다는 선별검사 도구가 어떤 사람이 아프다고 측정할 때, 그 기준이 '측정하고자 의도한 것', 곧 최적 표준과 일치하는가를 검증하는 것이다. 문제는 정신의학에 있어서 이 최적 표준이 늘 고정되어 있지 않다는 것이다. 현재 널리 쓰이는 기준인 DSM이 최적 표준으로서

기능하지만, DSM 역시 수없이 많은 역사적 변화 과정을 거쳐오며 질병의 정의와 증상 이를 해석하는 방식이 달라져 왔다. 또 한국판으로 번역하는 과정에서는 이 최적 표준으로서의 우울증 참값을 알 수 없기 때문에 결국 타 국가의 우울증 값을 참고하여 이 값과 일관성을 갖추도록 타당도 검증이 이루어진다.

이언 해킹은 심리학 혹은 정신의학에서 특정 질환을 측정할 때 이루어지는 타당도 검사가 '입증하다(validate)'라는 표현보다는 '눈금을 맞추다(calibrate)'는 표현이 더 적절하다고 지적하며, 해리성 장애의 정도를 측정하는 선별검사 도구를 비판적으로 고찰한 바 있다(Hacking, 1998). 왜냐하면 이들 선별검사 도구의 타당도가 입증되는 방식은, 정신의학 전문의와 같이 자격을 갖춘 사람의 진단, 그리고 이전 버전의 선별검사 도구, 다른 종류의 선별검사 도구와의 비교를 통해 눈금이 조절되는데(calibrate) 이것은 이들 선별검사 도구끼리의 내적 일관성을 강화하는 과정일뿐 실제로 눈금을 선별검사와 독립적으로 존재하는 특정한 기준을 향해 조율하는 것이 아니기 때문이다. 해킹은 해리성 장애가 무엇인지 그 정의부터가 정신의학 안에서도 합의된 바가 없음을 강조하면서, 선별검사 도구를 만들어가면서 눈금을 맞출 때 기준이 되는 것은 정신의학 분야에서의 합의된 기준이 아니라, 그저 해당 분야안에서의 특정한 흐름, 판단이라는 사실을 강조한다(Hacking, 1998).

이는 우울증 선별검사 도구의 눈금 맞추기(calibrate)에도 적용해볼 수 있다. 한국판으로 번역된 우울증 선별검사

도구의 신뢰도, 타당도 검사가 어떤 과정을 통해 이루어지는지를 구체적으로 살펴보자. 1993년 조맹제는 CES-D의 신뢰도와 타당도 검증을 다음과 같이 실시한다. 첫째 신뢰도 검증을 위해서 그는 검사-재검사 신뢰도 측정을 두 가지 형태로 나누어 진행했다. 먼저 일반인(의과대학생) 30명에 대해 5일 간격으로 두 번 CES-D를 시행하고, 또 두번째로는 검사-재검사 방법의 한 변형으로 24명의 우울증 환자 집단에 대해 2주에서 4주 간격으로 CES-D를 두번 시행하고 CES-D를 시행할 때 마다 한 명의 정신과 전문의와, 다른 우울증 선별검사 도구를 함께 시행함으로써 CES-D 점수의 변화가 전문의의 진단과 다른 선별검사 도구의 결과 점수와 유사한지를 살폈다. 타당도 검증을 위해서는 CES-D와 다른 우울 증상 선별검사 척도(BDI, DSI, HRSD)를 동시에 임상 환자군에게 실시하여 각 선별검사가 나타내는 점수들간의 상관관계를 조사했다. 0점에서 60점까지 점수를 얻을 수 있는 CES-D 선별검사의 최적절단점을 조맹제는 기존 미국의 기준인 16점보다 높은 25점으로 설정해야 한다고 주장했는데 이는 최적절단점 값을 한국에서 높여야만 미국에서의 우울증 유병률과 한국에서의 우울증 유병률이 어느 정도 가까워지기 때문이고 그래야 선별검사 도구의 신뢰도가 유지된다고 볼 수 있기 때문이었다(조맹제・김계희, 1994).

곧 다시 말하자면 우울을 측정하는 지식이 한국에 소개될 때, 횡문화적 비교라는 전 세계적인 흐름 아래에서 우울을 측정하는 도구가 번역이 되었고 이 과정에서 미국과의 비교를 통해 최적절단점이 설정되었다는 것이다. 최적절단점과 관련한 타당도 검사가 실제로 우울증 환자와 그렇지 않은 사람들을 확실하게 구분하느냐에 대한 검사가 아니다. 타당도

검사는 이보다는 이전 연구 결과들과 내적인 일관성을 유지하면서 이전에 선별검사 도구로 선별했을 때 나타났던 특정 그룹에서의 우울증 환자 비율이 이번 선별검사 도구에서도 그 정도의 비율로 나타나는지를 밝히는 쪽에 가깝다.

이렇게 형성된 정신질환 역학 지식은 정신보건 정책에 있어서 사회적 지지체계를 계획하고 조직하는 데 유용한 도구로 사용된다(조맹제 외, 1998b: 353). 자살에 관한 연구는 자살자가 이미 죽었기 때문에 당사자를 관찰이나 연구 대상으로 삼을 수 없다는 특성이 있다. 이에 자살과 관련된 연구는 그 연구 대상을 '자살자'가 아닌 '자살시도자' 혹은 '자살사고'로 삼게 된다. 사회학자 정승화는 최근 자살에 관한 담론이 특정한 자격이 부여된 전문가들에 의해서만 발화되고 있음을 지적하면서, 정신의학이 자살에 관한 진리 생산의 독점적 지위를 확보하게 된 것은 임상적으로 자살을 연구하기 위해 '자살기도자' 혹은 '자살환자', 그리고 '자살사고'라는 개념을 창조하고 고유의 연구 대상을 발명했기 때문이라고 지적했다. 또 자살의 위험성을 측정하는 도구를 개발함으로써 "자살 예방을 위한 테크놀로지의 질적 발전"을 이루어 자살을 효과적으로 의료화했다고 지적한다(정승화, 2012: 197-198).

한국의 자살률이 계속해서 증가하자 2001년과 2006년 정신건강 역학조사가 실시된 이후 2011년에는 K-CIDI에 포함되어 있지 않았던 자살과 관련한 도구를 추가하여 자살관련행동(자살사고, 자살계획, 자살시도)을 측정하게 된다. 이때 사용된 검사 도구는 WHO에서 자살예방사업의 일환으로

시행한 조사인 ‘자살행동에 대한 자살예방다점개입연구(the WHO Suicide prevention Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviors, the WHO SUPRE-MISS)’에서 자살생각, 자살계획, 자살시도를 ‘측정’하기 위해 사용한 설문 문항을 한국어로 번역한 것이었다(서울대학교 의과대학, 2011).

2011년 역학조사에서부터 K-CIDI와 함께 자살관련행동을 측정하는 검사가 추가되면서, 이 시기부터 CIDI를 통해 생산된 정신질환 역학조사 지식과 자살 행동과의 상관관계를 분석하는 연구 역시 활발하게 진행되었다(Jeon, et al., 2010a; 2010b; 2013; 2014a; 2014b; Park, et al., 2010). K-ECA는 각 정신질환의 유병률뿐만 아니라 성별, 나이, 지역 등 인구통계학적 자료 역시 수집하는 조사였다. 이러한 K-ECA 결과를 활용하여 자살과 관련한 위험요소를 파악하여 자살예방정책에 기여하고자 하는 후속연구들이 증가했다.

이 같은 연구에 크게 기여한 인물은 조맹제의 제자인 성균관의대 삼성서울병원 정신건강의학과 전홍진 교수이다. 전홍진은 K-ECA 연구 결과를 분석하여 자살관련행동과 상관관계가 있는 요인들을 밝히는 연구를 진행했는데, 예를 들어 어린시절 경험한 부모의 죽음, 트라우마를 유발하는 경험, 우울증을 겪는 집단 중에서도 무기력감(worthlessness)을 느끼는 집단 등이 자살시도의 평생유병률과 의미있는 상관관계가 있다는 점을 보이는 식이었다(Jeon, et al., 2013; 2014a). 정신질환 유병률을 측정하기 위해 만들어진 도구가 자살이라는 사회적 이슈와 만나 새로운 도구가 추가되고, 이 두 가지 도구를 활용하여 정신질환과 자살과의 상관관계를

지적하는 지식이 형성되기 시작한 셈이다.[20]

이렇게 형성된 역학조사 결과는 자연스럽게 자살예방정책에 적용되었다. 2014년 4월 보건복지부는 자살예방전략을 수립할 근거를 마련한다는 목적으로 중앙심리부검센터를 설치한다. 중앙심리부검은 자살자의 사망원인을 분석하고 유가족의 심리지원을 수행하기 위해 설립된 기관으로, 심리부검이란 자살시도자 및 자살자 가족의 면담을 통해 자살행위 전후의 심리와 행동 변화를 보고 자살원인을 분석하는 것을 뜻한다.[21] 전홍진은 2017년 중앙심리부검센터의 센터장으로 부임하여 2020년 5월 현재까지 재직중이며, 자살과 관련한 연구를 수행하면서 국회자살예방포럼에 참여하는 등의 방식으로 자살예방정책에 적극적으로 목소리를 내며 참여하고 있다.

5. 결론

[20] 앞서 정신질환 측정 도구의 신뢰도와 타당도 검증에 관해 비판적으로 살펴본 바와 같이, 자살관련행동을 측정하는 척도들에 관해서도 같은 비판이 가능하다. 사회학자 정승화는 자살관련행동을 측정하는 선별검사 도구의 신뢰도와 타당도를 검증하는 테스트가 실제로 이 검사도구들이 자살의 위험성을 측정하는 것이 아니라고 강조한다. 정승화는 척도의 신뢰도와 타당도를 검증하는 연구가 오히려 그 자체로 담론적 효과를 발휘한다고 보는데, 자살행동 척도, 절망감 척도, 우울증 척도 등이 자살위험도를 평가하는 객관적인 기준이라고 암묵적으로 전제하면서 그 전제를 기정사실화해 자살과 우울증의 관련성을 강화하기 때문이다. 정승화는 정신과 의사도 이제 환자의 자살 의도에 대해 임상적인 관찰이나 소견에 기반하기 보다는 통계적 유의성과 상관성에 의지하여 자살 위험성을 측정한다면서, 자살관련행동이 현실에서의 자살위험성과 등치되는 것은 '인식론적인 착시(Optical illusion)'에 불과하다고 지적한다(정승화 2012: 202-205).

[21] 「중앙심리부검센터 센터소개」, http://www.psyauto.or.kr/sub/center_01.asp (2020. 6. 19 최종 확인)

지금까지 본 논문의 내용을 요약해보자면 다음과 같다. 먼저 2절에서는 정신질환의 분류 체계가 변화해 온 역사적 과정과 함께 이 속에서 우울증이 계속해서 새롭게 정의되어 가는 과정을 기술한 선행연구들을 소개했다. 또 본 논문의 이론적 자원이 된 안네마리 몰과 이언 해킹의 연구를 소개하였다. 본 논문은 이들의 논의를 통해 진단 기준과 선별검사 도구의 개발이 유기적으로 연결되어 있음을 발견하고, 우울증의 진단과 우울 증상의 측정이 서로 독립적인 것일 수 있음에도 그 결과 값이 혼동되어 사용된다는 점을 주목하는 데에 도움이 되었다는 점을 밝혔다.

3절에서는 이렇듯 우울증 진단 기준의 변화와 우울을 측정하는 도구의 개발의 변화가 맞물려 있음을 염두에 두면서 1990년대 초반부터 2000년대 후반까지 한국 사회에서 우울을 측정하는 지식이 형성되게 되는 배경과 맥락을 살폈다. 1995년 정신보건법 제정 이후로 한국의 정신보건정책이 지역사회 정신보건으로 전향하면서 우울증을 비롯한 정신질환 실태를 대규모로 조사해야한다는 필요성이 대두되었다. 역학조사 자료는 정신질환의 경과, 치료의 효과, 만성적인 경과와 이로 인한 장애의 평가뿐만 아니라 자살예방정책이나 정신보건법 제정과 같이 보건의료와 관련된 국가 정책을 수립하는 근거가 되었다. 2000년대 초 두 차례에 걸쳐 실시된 자살예방종합대책 역시 자살의 원인으로서 우울증을 지목하면서 자살 고위험군으로서 잠재적인 우울증 환자를 선별해내는 일을 중요한 과제로 만들었다.

4절에서는 3절에서 소개한 시대적 배경 아래에서 만들어진 우울 혹은 우울증 측정 도구의 개발을 살폈다. 우울을 측정하는

선별검사 도구가 어떻게 만들어졌고 어떻게 번역되었으며 그 신뢰도와 타당도가 어떻게 검증되었는지를 살피면서 우울을 측정하여 얻은 지식이 내부적인 일관성을 갖추었을 뿐 실제로 우울증 유병률이 우울증을 앓고 있는 사람들을 가리키는 값이 아니라는 점을 보였다. 이를 위해 우울 증상의 측정과 우울증을 진단하는 일이 서로 독립적이고 다른 일임에도 불구하고 역학조사 과정에서 이러한 구분이 흐려졌음을 지적했다. 또한 국가간 비교를 위한 정신질환 유병률의 횡문화적 비교를 위해 선별검사 도구가 번역되면서 한국인이 경험하는 방식의 우울이 충분히 고려되었다기보다는 영어로 이루어진 문항이 한국어로 번역되는, 다소 기계적이고 언어적인 번역에 그쳤다는 점도 보였다. 또한 몇 점까지를 우울증이라고 볼 것인지에 따라, 즉 최적절단점을 어떻게 둘 것인지에 따라서 우울증 유병률은 크게 달라질 수 있으며, 이 값은 국가마다 달라질 수 있고, 또 같은 국가 안에서도 역학조사의 목적에 따라 달라질 수 있음을 보임으로써 우울증 유병률 값이 대단히 가변적임을 보였다.

마지막으로 본 논문의 한계점을 밝히면서, 이와 함께 본 논문에서 다루고 싶었으나 연구자의 부족으로 미처 다루지 못했던 중요한 문제들을 언급해보고자 한다. 먼저 본 연구는 우울을 측정하는 지식과 그 지식이 유통되는 과정에서 정부의 정책과 법안, 정신의학자와 역학자와 같은 전문가의 이야기를 다루었을 뿐 이외에 행위자를 고려하지 못했다는 한계가 있다. 한 국가 안에서도 우울증과 관련한 언어적 실행이 단일하지 않다. 우울을 측정하는 지식과 관련된 저작에서도 연구자마자 다른 입장과 관점을 가질텐데 본 연구는 연구자의 판단으로 핵심 행위자라고 여겨지는 측정 도구 개발 전문가들의 이야기만을 다루고, 우울을 측정하는 방식에 비판적인 입장을 취하는 다른

목소리를 담지 못했다. 또한 의료와 관련된 저작과 실행들 사이에 놓인 위계에 주목할 필요도 있었다. 가령 측정 도구가 전문가에 의해 개발되고 적용되더라도 실제로 지역정신건강보건센터에서 돌봄 노동을 제공하는 사회복지사와 간호사, 이 도구를 활용해 스스로의 질병 서사를 구성하는 환자들, 혹은 사회적 낙인이나 비용이 걱정되어 병원을 찾지 않고 온라인 상으로 찾은 증상 리스트를 통해 스스로 진단을 내리고 처방하는 환자들에게는 정신의학·역학 전문가와는 다른 실행이 이루어질 수 있다. 앞으로 이와 관련된 연구가 이어지기를 바란다.

두번째 한계점은 한국인의 우울증에 관한 것이다. 4절에서 우울을 측정하는 도구가 한국으로 번역되는 과정에서 각각의 문항이 영어에서 한국어로 어의적인 차원에서의 번역만 이루어졌을 뿐 실제 한국에서의 우울증이 어떻게 나타나는지 고려되지는 않았다고 지적했다. 그러나 본 연구는 고려되지 않았음을 지적했을 뿐 그리하여 한국인의 우울증이 어떤 특성이 있는지를 분명하고 상세하게 밝히지는 않았다. 이는 한계이기도 하지만 중요한 발견이고 그래서 새로이 성찰을 시작해갈 수 있는 지점이라고 생각된다. 한국인이 경험하는 우울증이란 과연 무엇이며 어떤 특징이 있는가? 또 그것은 DSM이 묘사하는 우울증의 증상과 어느 정도 다르고 같은가? DSM에 근거한 선별검사 도구를 비판적으로 검토하며 “문화적 특성”이 반영된 한국형 우울증 진단기준을 마련해 정확한 우울증 유병률을 파악하는 것이 필요하다고 지적하는 목소리가 없었던 것은 아니다(서국희 외, 2001: 786). 그러나 기존 연구들을 살펴보았을 때 한국인의 우울증에 대한 성찰이 정교하게 이루어지지 않았다는 인상을 받았다. 많은 연구에서 한국인의 우울증은 신체 증상에 있다고 언급하기는 하나(서광윤, 1968;

김광일, 1977b; 1977c; 김명정・김광일, 1984; 김정일 외, 1987; 김종주, 1992), 이 같은 지적이 한국인의 우울 증상 표현의 실제를 밝히고 이를 반영하여 새로운 한국형 진단체계 및 선별검사 도구 개발로 이어지지는 않았다.

그러나 한국인의 우울증이라는 것은 본질적인 개념이 아니라는 점을 기억해야 한다. 한국에 DSM에 기반한 우울증 질병 개념이 확산되기 이전에 사람들에게 더 친숙한 정신질환 개념은 '울화병', '화병'이었다. 과학사학자 서소영은 『지역적인 것에 이름 붙이기(Naming the Local, 제목 번역은 연구자의 것)』의 한 챕터에서 화병을 다루면서, 당대의 정신의학 전문의들이 DSM 체계 안의 기분 장애로서 화병을 포섭하려는 시도를 역사적으로 분석한 바 있다.

서소영은 화병을 포함하여 한국의 의료사에서 토착적인 특징을 가진 무엇을 보편과 구분 지으려는 시도가 모두 성공적이지 못했으며, 그러한 시도가 애초에 무척 어렵고 불안정할 수밖에 없다고 지적한다. 서소영은 한국이 중국이나 서구와 같이 더 권위 있는 '보편'으로 구성되는 세계 속에서 스스로의 정체성을 고민해야 하는 상황에서, 인간의 질병 경험이 가지는 특수성과 보편성 사이에 긴장이 필연적으로 존재할 수밖에 없었기 때문이라고 지적한다. 이와 같은 긴장을 바탕으로 하기에, 서소영은 한국 의료사에서 토착적인 것을 구분하고 명명하는 시도는 '토착적인 것'이 어떻게 보편과 얽혀있고 연결되어 있는지를 드러내는 쪽으로 이루어질 수밖에 없었다고 주장한다. 이런 의미에서 서소영은 '지역적인 것에 이름을 붙이는 것(Naming the Local)'이 언제나 인위적일 수밖에 없으며, 행위자들과 무관하게 존재하는 것이 아니라 언제나 발명되고

재구성되는 것이라고 말한다. 나아가 토착적인 것을 명명하려는 시도의 인위성을 인식할 때에야 비로소 스스로에 대해서 깊은 성찰이 시작될 수 있다고 본다(Suh, 2017).

한국에서도 한국의 우울증이 그 자체로 정교하게 성찰되었다기 보다는 기존에 가지고 있던 지역적인 것, 곧 '화병'을 DSM 체계 내의 기분장애 분류에 맞추어 해석하고 보편에 호소하는 방식으로 연구자가 세계 무대에 지역적인 것을 알리는 방식으로 이루어졌다(Suh, 2017). 점차 화병 혹은 울화병이라는 단어는 사라지고 우울증, 분노 조절 장애, 불안 장애 등이 그 이름으로 대체되어 가면서 한국 사회에서의 우울증은 더욱 더 성찰될 필요가 없었던 것으로 보인다. 자살예방정책이 끊임없이 일어나는 데에도 불구하고 자살률 1위 국가를 유지하는 이유가 무엇인가? 우울증을 원인으로 지목했을 때 우리가 침묵시키게 되는 질문은 무엇인가? 우울증 측정 도구로 우리가 주목할 수 없는 사람들은 누구인가? 성소수자, 노인, 청소년, 여성, 우리는 이들의 고통을 선별적으로 인식하는 것은 아닌가? 이러한 질문에 답하기 위해서는 한국 사회에서의 우울증에 대해 진지하게 성찰할 필요가 있다고 생각된다.

이와 연결하여 세번째로 제안하고 싶은 점은 신체화 장애 환자에 주목하자는 것이다. 주요우울장애와 자주 동반되는 신체형 장애는 정신적 갈등이 신체적인 증상으로 표현되어 나타나는 장애로 일컬어진다.[22] 이 장애는 기질적 병리가 없거나

[22] 신체형 장애(somatoform disorder)는 과거 히스테리로 불리던 질환에 뿌리를 두고 있다. 17세기 영국의 의사 토마스 시덴헴이 히스테리의 심리적 원인에 대해 언급한 바 있고, 19세기 중반에는 히스테리의 증상을 특정한 증후군으로 정리하여 브리케 증후군(Briquet's syndrome)이라 하였으며 20세기에 들어와 정신분석 조류에서는 히스테리 신경증이라 부르기도 했다. 1980년 DSM-Ⅲ 진단 분류에서는 히스테리라는 용어가 개념의 혼란이 있다

적절한 신체의학적 설명이 되지 않는 장애로 정의된다. 즉 내적인 불만이나 갈등이 일상적인 정신방어작용으로 해소되지 않을 때, 신체적 증상으로 전환되어 표현되는 것으로 여겨진다(보건복지부, 2001: 233). 신체형 장애 중 한국의 문화권 증후군으로 알려진 화병이 대표적이다.

이러한 신체화 장애는 선별검사 도구 개발 과정에서 조사요원의 진단이 일관되지 않고 가장 큰 편향을 보이는 진단이다(서국희 외, 2001: 786). 여성의 우울증에는 특히 자주 신체형 장애를 동반된다(Hirshbein, 2006). 2001년 보건복지부 역학조사에 따르면 신체화 장애의 일년유병률은 여자 0.7%, 남자 0.2%이고, 2006년 조사 결과는 일년유병률 여자 1.7%, 남자 0.4%로 그 차이가 더 커졌다.

신체화 장애에 주목하는 게 중요하다고 생각하는 지점은 실제 신체질환이 정신질환으로 오인되는 경우가 있을 수 있고, 또 진단명을 제대로 찾지 못하는 여성의 경우 여성이 호소하는 증상이 실제 신체질환이 아니라 정신에서 비롯된 문제라고 오해되면서 정확한 진단을 늦추는 결과를 가져올 수 있기 때문이다. 기분장애가 여성의 질병이라는 편견 때문에 의사들은 가슴 두근거림, 숨이 차는 증상, 피로감, 불면증과 같은 신체 증상을 일으키는 수많은 신체질환을 고려하기보다는 여성의 불안을 불안과 우울증 같은 기분장애에 따르는 것으로 돌릴 가능성이 있다. 우울증이 있어서 신체질환이 있는 것이 아니라 신체질환에 대한 의학적 오진이 여성 환자에게 우울증을

고 하여 새롭게 신체형 장애라고 명명하였고, 신체화 증상 혹은 브리케 증후군, 전환장애, 해리장애, 동통장애로 분화되었다.

유도한다는 지적도 있다(Floyd, 1997).

또 중요한 점은 신체화 장애를 호소하는 환자가 자주 경멸적으로 다루어진다는 점이다. 정신의학 교과서는 신체형 장애가 한국에 흔한 이유가 “상호 의존적이며 퇴행 경향이 높은 동양 문화권의 특성과 한국인이 서구인에 비해 감정적 호소를 신체로 표현하는 경향이 크기 때문”이라고 보면서, 이것이 “병자 역할(sick role)을 얻기 위함일 수 있다고 말한다(대한신경정신의학회, 2007).

이처럼 성차가 두드러지는 신체형 장애에 취약한 사람들은 누구일까. 정신의학 교과서는 여성 환자가 많은 이유가 “신체화장애의 증상 기준에 임신, 월경 등 여성적인 것이 많기 때문”(민성길, 2006)이라고 보면서, 교육수준이나 사회경제적 수준이 낮은 계층에서 많이 발병하는 경향이 있는 것으로 보아 “미숙한 방어기제인 신체화를 많이 사용하기 때문인 것 같다”고 설명한다(대한신경정신의학회, 2007). 전환 장애 역시 여자에 월등히 많아 남자의 2~10배에 이르는데 이 장애가 “일반적으로 사회 하층민, 농촌 거주자, 저학력자, 지능이 낮은 사람에게서 많”고 그 이유는 “이들이 스트레스의 정도가 높고 스트레스 대처 능력이 부족하기 때문”이라고 본다(대한신경정신의학회, 2007).

페미니스트 장애학자인 수전 웬델(Susan Wendell)은 1990년에 “전 세계적으로 서구 선진국의 사회경제적 지위가 높은 남성은 신체화 장애를 거의 겪지 않는다”는 점을 지적한 바 있다(Wendell, 1999). 위의 인용문에서처럼 정신의학 교과서에서는 신체형 장애에 여성, 사회 하층민, 농촌 거주자, 저학력자, 지능이 낮은 사람이 많은 이유가 “스트레스 대처 능력이 부족하기

때문”이라고 보지만, 여성과 사회적 빈곤층이 의학적으로 설명할 수 없는 증상을 더 많이 보인다면 이는 의학이 이들 계층의 증상을 탐색하는 데 더 많은 관심과 자원을 쏟지 않았기 때문일 수도 있다. 앞으로의 우울증 연구에서 여성을 포함하여 아동 청소년, 노인, 빈곤층, 성 소수자 등 한국 사회의 변두리에 있는 다양한 소수자의 정신과 신체 건강을 충분히 고려한 의학 및 역학 연구가 이루어지기를 소망한다.

참 고 문 헌

국립서울정신병원・서울대의대정신과 (2001), 「보건복지부 용역연구보고서: 2001년 정신질환실태 역학조사」.

김광수・장계호・채정호・박원명・이정태・유태열・백인호・방승규・이성필・전태연・한상익・최보문・고효진 (1999), 「1998 한국인 우울증 선별의 날' 참가자들의 사회인구통계학적 특성과 우울증 선별검사 결과」, 『신경정신의학』, 제38권 제5호, 1006-1015쪽.

김광일 (1977a), 「우울증의 증후학적 연구: 제1편: Hamilton 우울증 측정표의 적응을 위한 연구」, 『신경정신의학』, 제16권 36-45쪽.

김광일 (1977b), 「우울증의 증후학적 연구: 제2편: 한국인 우울증 증상의 양상」, 『신경정신의학』, 제16권 46-52쪽.

김광일 (1977c), 「우울증의 증후학적 연구: 제3편: 우울증 증상의 문화정신 의학적 연구」, 『신경정신의학』, 제5권 53-60쪽.

김남순・박은자・전진아・최지희・박금령・김소운・박주영 (2004), 「한국여성의 우울증과 만성통증에 대한 심층분석: 질병관리본부 학술연구개발용역과제 연구결과점검보고서」..

김명정・김광일 (1984), 「신체화 장애의 임상적 연구」, 『정신건강연구』, 제2권 137-158쪽.

김정일・정인과・곽동일 (1987), 「전환장애와 신체화장애의 임상적 비교 연구」, 『신경정신의학』, 제26권 306-319쪽.

김종주・정용균・최일균 (1992), 「신체화 환자의 호소에 관한 언어학적 연구」, 『신경정신의학』, 제31권 924-946쪽.

김환석 (2014), 「'의료화'에서 '생의료화'로: 정신장애의 사례」, 『과학기술학연구』, 제14권 제1호, 3-33쪽.

김환석 (2015), 「한국의 생명정치와 우울증: 예비적 분석」,

『사회과학연구』, 제27권 제2호, 289-313쪽.
노수진・윤영민 (2013), 「우울증에 관한 언론 보도 분석: 온라인 뉴스 미디어를 중심으로」, 『한국언론정보학보』, 제봄권 제61호, 5-27쪽.
대한신경정신의학회 (2007), 『신경정신의학』 서울: 대한신경정신의학회.
대한신경정신의학회 (2009), 『한국정신의학 100년사』 서울: 대한신경정신의학회.
문옥륜・김정순・서동우 (1989), 「정신질환의 이환 상태와 관리방안에 대한 조사연구」.
민성길 (2006), 『최신정신의학』 서울: 일조각.
박재영・정상혁・김진학・채유미 (2007), 「자살 완료자 중 성별과 연령에 따른 자살률, 자살방법 및 동기에 대한 분석」, 『사회정신의학』, 제12권 제2호, 68-77쪽.
박혜경 (2012), 「우울증의 '생의학적 의료화' 형성 과정」, 『과학기술학연구』, 제12권 제2호, 117-157쪽.
배성신 (2013), 「신자유주의시대 감정관리와 '여성'범주의 재구성」, 이화여자대학교 여성학과 석사학위 논문.
보건복지부 (2004), 「자살예방대책 5개년계획」.
보건복지부・국립정신건강센터 (2019), 「2019 전국 정신건강관련 기관 현황집」.
사공정규・이도윤・서호석・성형모・김정범・정영은・이민수・김재민・조선진 (2011), 「우울증 환자에서 불안장애의 동반이환 : 우울증 임상연구센터 코호트연구」, 『우울조울병』, 제9권 제1호, 30-36쪽.
서광윤 (1968), 「한국인 우울증 환자 주소에 관한 임상적 고찰」, 『우석의대잡지』, 제5권 491-501쪽.
서국희・김장규・연병길・박수경・유근영・양병국・김용익・조맹제 (2000), 「노년기 치매와 우울증의 유병률 및 위험인자」,

『신경정신의학』, 제39권 제5호, 809-824쪽.
서국희・손현균・최상섭・이미경・이중서・최인근・방현숙・연병길 (2001), 「한국어판 Dis-Iv의 개발과 표준화」, 『신경정신의학』, 제40권 제5호, 777-788쪽.
서동우 (2001), 「자살에 의한 사망, 자살충동 및 자살시도의 현황과 변화추이」, 『보건사회연구』, 제21권 제1호, 106-125쪽.
서동우 (2007), 「정신보건의 역사적 변화선상에서 본 우리나라 정신보건법의 문제와 개선안」, 『보건복지포럼』, 제1호, 42-56쪽.
서울대학교 의과대학 (2001), 「주요 정신질환의 한국판 진단도구의 개발과 역학적 연구(보건복지부 뇌의약학 연구개발사업 최종보고서)」.
서울대학교 의과대학 (2006), 「보건복지부 연구용역사업 보고서: 정신질환실태 역학조사」.
서울대학교 의과대학 (2011), 「보건복지부 학술연구 용역사업 보고서: 정신질환실태 역학조사」.
송옥헌 (1977), 「정신과 외래환자의 the Self-Rating Depression Scale(Sds)에 관한 연구」, 『신경정신의학』, 제16권 제1호, 84-94쪽.
신영수・김용익・조맹제・김병후・김창엽・홍진표 (1994), 「지역사회 정신보건사업 체계 개발」.
양보람 (2013), 「한국사회의 우울증 담론에 관한 사회학적 연구」, 서울대학교 사회학과 석사학위 논문.
에단 와터스, 김한영 번역 (2011), 『미국처럼 미쳐가는 세계: 그들은 맥도날드만이 아니라 우울증도 팔았다』, 서울: 아카이브. [Watters, E. (2010), *Crazy like us: The globalization of the American psyche,* Free Press.]
에드워드 쇼터, 최보문 번역 (2009), 『정신의학의 역사: 광인의 수용소에서 프로작의 시대까지』, 서울: 바다출판사. [Shorter, E.

(1997), *A history of psychiatry: From the era of the asylum to the age of Prozac*, Wiley.]

연천군 정신건강센터・연천군 보건의료원・서울대학교 지역의료체계 시범사업단 (1997), 「경기도 연천군 지역사회 정신보건사업 실행 보고서」.

이민수 (2013), 「최근 우울증의 현황 및 진단」, 『병원약사회지』, 제30권 제6호, 505-511쪽.

이유림 (2015), 「정서적 고통의 의미와 우울의 사회적 구성」, 연세대학교 문화학협동과정 석사학위 논문.

이유림 (2016), 「정서의 약료화와 우울증 경험의 구성: 20대 여성의 우울 경험을 중심으로」, 『페미니즘 연구』, 제16권 제1호, 81-117쪽.

이정균・곽영숙・이희・김용식・한진희・최진옥・이영호 (1985), 「한국정신장애의 역학적 조사연구: 도시 및 시골 지역의 평생유병율」, 『대한의학협회지』, 제28권 제12호, 1223-1244쪽.

이정균・곽영숙・이희・김용식・한진희・최진옥・이형호 (1986), 「한국정신장애의 역학적 조사연구(Ⅰ): 도시 및 시골지역의 평생 유병율」, 『서울의대정신의학부록』, 제11권 121-141쪽.

이진희 (2015), 「페미니스트 관계적 관점에서 본 '좋은' 어머니되기와 우울증: 마우트너(Mauthner)의 논의를 중심으로」, 『페미니즘 연구』, 제15권 제2호, 107-158쪽.

이창곤・김재경・김이영 (2002), 「정신보건법 적용실태에 관한 연구」, 『신경정신의학』, 제41권 693-705쪽.

이현정 (2010), 「한국 자살 현상의 특징과 인류학적 연구의 가능성」, 『한국문화인류학』, 제43권 제1호, 307-324쪽.

이현정 (2012), 「1991~2010년 신문기사 분석을 통해 살펴본 한국 우울증 담론의 변화와 그 문화적 함의」, 『한국문화인류학』, 제45권 제1호, 43-88쪽.

이현정 (2014), 「무엇이 한국인들을 죽음으로 내모는가: 타인 지향적 삶과 경멸의 문화」, 『지식의 지평』, 제17권 제10호, 69-87쪽.
자살예방대책추진위원회 (2008), 「제2차 자살예방종합대책(2009~2013)」.
장하원 (2019), 「'다른 아이'의 구성: 한국의 자폐증 감지, 진단, 치료의 네트워크」, 서울대학교 과학사 및 과학철학 협동과정 박사학위 논문.
재정경제부 (2004), 「신용불량자 현황 및 대응방향」.
정승화 (2012), 「자살과 통치성: 한국사회 자살 담론의 계보학적 분석」, 연세대학교 사회학과 박사학위 논문.
조맹제・김계희 (1993), 「주요우울증환자 예비평가에서 the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale(Ces-D)의 주요우울증환자 예비평가에서 the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale(Ces-D)의 진단적 타당성 연구」, 『신경정신의학』, 제32권 제3호, 381-399쪽.
조맹제・함봉진・이부영・김성윤・신영민・이창인 (1998a), 「일 장기 수용시설 노인들의 인지기능장애와 우울증상의 유병율」, 『신경정신의학』, 제37권 제5호, 913-920쪽.
조맹제・함봉진・주진형・배재남・권준수 (1998b), 「일 도시 지역사회 노인들의 인지기능장애와 우울증상의 유병율」, 『신경정신의학』, 제37권 제2호, 352-362쪽.
조맹제・배재남・서국희・함봉진・김장규・이동우・강민희 (1999), 「Dsm-3-R 주요우울증에 대한 한국어판 Geriatric Depression Scale(Gds)의 진단적 타당성 연구」, 『신경정신의학』, 제38권 제1호, 48-63쪽.
조맹제・함봉진・서동우・홍진표・배재남・김장규・이동우・조성진 (2002), 「한국어판 Composite International Diagnostic Interview(K-Cidi)의 개발」, 『신경정신의학』, 제41권 제1호, 123-137쪽.

조맹제・함봉진・김장규・박강규・정은기・서동우・김선욱・조성진・이준영・홍진표・최용성・박종익・이동우・이기철・배재남・신정호・정인원・박종한・배안・이충경 (2004), 「한국 정신장애의 역학조사 연구(I) : 각 정신장애의 유병률」, 『신경정신의학』, 제43권 제4호, 470-480쪽.

조맹제・장성만・함봉진・정인원・배안・이영문・안준호・원승희・손정우・홍진표・배재남・이동우・조성진・박종익・이준영・김진영・전홍진・이해우 (2009), 「한국 주요정신장애의 유병률 및 관련요인: 2006 전국정신질환역학조사」, 『신경정신의학』, 제48권 143-152쪽.

크리스토퍼 레인, 이문희 번역 (2009), 『만들어진 우울증: 수줍음은 어떻게 병이 되었나?』, 서울: 한겨레. [Lane, C. (2008), *Shyness: how normal behavior became a sickness*, Yale University Press.]

통계청 (2001), 「사망원인통계결과」.

통계청 (2009), 「자살에 대한 충동 및 이유」.

한홍무・염태호・신영우・김교헌・윤도준・정근재 (1986), 「Beck Depression Inventory 의 한국판 표준화 연구 -정상집단을 중심으로(I)」, 『대한신경정신의학회』, 제25권 제3호, 487-502쪽.

허대석・이상무・안정훈・지선미・남미희・강세나・곽수진・이윤희 (2011), 「한국보건의료연구원 연구결과보고서: 국내 우울증의 질병부담과 치료현황」.

Aderibigbe, Y. A. and Adityanjee, S. K. (1995), "Psychiatric Epidemiology in Cross-Cultural Perspective: A Review", *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, Vol. 246(1), pp. 37-46.

Aguilar-Gaxiola, S., Alegria, M., Andrade, L., Bijl, R. V., Caraveo-Anduaga, J. J., Dewit, D. J., Kolody, B., Kessler, R. C., Þstün, T. B., Vega, W. A. and Wittchen, H. U. (2000), "The International Consortium

in Psychiatric Epidemiology“, in Dragomirecká, Palcová and Papezová ed., *Social psychiatry in changing times*, pp. Prague: Prague Psychiatric Center.

Alegria, M., Kessler, R. C., Bijl, R., Lin, E., Heeringa, S., Takeuchi, D. T. and Kolody, B. (2000), “Comparing Mental Health Service Use Data across Countries“, in Andrew ed., *Unmet Need in Mental Health Service Delivery*, pp. 97–118, Cambridge: Cambridge University Press.

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. and Erbaugh, J. (1961), “An Inventory for Measuring Depression“, *Archives of general psychiatry*, Vol. 4, pp. 561–571.

Blazer, D. G., Kessler, R. C., Mcgonagle, K. A. and Swartz, M. S. (1994), “The Prevalence and Distribution of Major Depression in a National Community Sample: The National Comorbidity Survey“, *The American journal of psychiatry*, Vol. 151(7), pp. 979–986.

Burnam, M. A., Karno, M., Hough, R., Escobar, Ji. and Forsythe, A. B. (1983), “The Spanish Diagnostic Interview Schedule-Reliability and Concordance with Clinical Diagnoses“, *Archives of general psychiatry*, Vol. 40, pp. 1189–1196.

Canino, G. J., Bird, H. R., Shrout, P. E., Rubio-Stipec, M., Bravo, M., Martinez, R., Sesman, M., Guzman, A., Guevara, L. M. and Costas, H. (1987), “The Spanish Diagnostic Interview Schedule-Reliability and Concordance with Clinical Diagnoses in Puerto Rico“, *Archives of general psychiatry*, Vol. 44, pp. 720–726.

Conrad, P. and Schneider, J. W. (1992), *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*, Philadelphia: Temple University Press.

Chang, S. M., Hahm, B.-J., Lee, J.-Y., Shin, M. S., Jeon, H. J., Hong, J.-P., Lee, H. B., Lee, D.-W. and Cho, M. J. (2008), “Cross-National

Difference in the Prevalence of Depression Caused by the Diagnostic Threshold", *Journal of affective disorders*, Vol. 106(1-2), pp. 159-167.

Chen, C. N., Wong, J., Lee, N., Chan-Ho, M. W., Lau, J. T. and Fung, M. (1993), "The Shatin Community Mental Health Survey in Hong Kong. Ii. Major Findings", *Archives of general psychiatry*, Vol. 50(2), pp. 125-133.

Chiu, E. (2004), "Epidemiology of Depression in the Asia Pacific Region", *Australas psychiatry*, Vol. 12, pp. S4-S10.

Cho, M. J. and Kim, K. H. (1998), "Use of the Center for Epidemiologic Studies Depression (Ces-D) Scale in Korea", *The Journal of nervous & mental disease*, Vol. 186(5), pp. 304-310.

Dragomirecká, E., A., P. and Papezová, H. ed (2000), *Social Psychiatry in Changing Times,* Prague: Prague Psychiatric Center.

Dunlop, D. D., Song, J., Lyons, J. S., Manheim, L. M. and Chang, R. W. (2003), "Racial/Ethnic Differences in Rates of Depression among Preretirement Adults", *American journal of public health*, Vol. 93(11), pp. 1945-1952.

Colt, G. H. (2006), *November of the Soul: The Enigma of Suicide*, Simon and Schuster.

Floyd, B. J. (1997), "Problems in Accurate Medical Diagnosis of Depression in Female Patients" , *Social science & Medicine*, Vol. 44(3).

Gary, L. E. (1985), "Correlates of Depressive Symptoms among a Select Population of Black Men", *American journal of public health*, Vol. 75(10), pp. 1220-1222.

Gerber, L. and Gaudillière, J.-P. (2016), "Marketing Masked Depression: Physicians, Pharmaceutical Firms, and the Redefinition of Mood Disorders in the 1960s and 1970s", *Bulletin of the history of medicine*,

Vol. 90(3), pp. 455–490.

Gershon, E. S., Weissman, M. M., Guroff, J. J., Prusoff, B. A. and Leckman, J. F. (1986), "Validation of Criteria for Major Depression through Controlled Family Study", *Journal of affective disorders*, Vol. 11(2), pp. 125–131.

Goldman, H. H. (1998), "Deinstitutionalization and Community Care: Social Welfare Policy as Mental Health Policy", *Harvard review of psychiatry*, Vol. 6(4), pp. 219–222.

Hacking, I. (1998), *Rewriting the Soul: Multiple Personality and the Sciences of Memory*, Princeton University Press.

Hamilton, M. (1960), "A Rating Scale for Depression", *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*, Vol. 23, pp. 56–62.

Harrington, A. (2019), *Mind Fixers: Psychiatry's Troubled Search for the Biology of Mental Illness*, New York: W.W. Norton & Company.

Healy, D. (1997), *The Antidepressant Era*, Cambridge: Harvard University Press.

Healy, D. (2002), The Creation of Psychopharmacology, Cambridge: Harvard University Press.

Helzer, J. E., Stoltzman, R. K., Farmer, A., Brockington, I. F., Plesons, D. and Singerman, B. (1985), "Comparing the DIS with a DIS/DSM-Ⅲ-Based Physician Reevaluation", in Eaton and Kessler ed., *Epidemiologic Field Methods in Psychiatry: The Nimh Epidemiologic Catchment Area Program*, pp. 285–308, New York: Academic Press.

Henckes, N. (2011), "Reforming Psychiatric Institutions in the Mid-Twentieth Century: A Framework for Analysis", *History of Psychiatry*, Vol. 22(2), pp. 164-181.

Hirshbein, L. D. (2006), "Science, Gender, and the Emergence of

Depression in American Psychiatry, 1952-1980", *Journal of the history of medicine and allied sciences*, Vol. 61(2), pp. 187–216.

Hirshbein, L. D. (2009), *American Melancholy: Constructions of Depression in the Twentieth Century*, New Brunswick: Rutgers University Press.

Husaini, B. A., Neff, J. A., Harrington, J. B., Hughes, M. D. and Stone, R. H. (1980), "Depression in Rural Communities: Validating the CES-D Scale", *Journal of community psychology*, Vol. 8(1), pp. 20–27.

Hwu, H. G., Yeh, E. K. and Chang, L. Y. (1989), "Prevalence of Psychiatric Disorders in Taiwan Defined by the Chinese Diagnostic Interview Schedule", *Acta psychiatrica scandinavica*, Vol. 79(2), pp. 136–147.

Iwata, N., Umesue, M., Egashira, K., Hiro, H., Mizoue, T., Mishima, N. and Nagata, S. (1998), "Can Positive Affect Items Be Used to Assess Depressive Disorders in the Japanese Population?", *Psychological medicine*, Vol. 28(1), pp. 153–158.

Jacobs, D. G. (1999), "Depression Screening as an Intervention against Suicide", *The Journal of clinical psychiatry*, Vol. 60 Suppl 2, pp. 42–45.

Jeon, H. J., Lee, J.-Y., Lee, Y. M., Hong, J. P., Won, S.-H., Cho, S.-J., Kim, J.-Y., Chang, S. M., Lee, D., Lee, H. W. and Cho, M. J. (2010a), "Lifetime Prevalence and Correlates of Suicidal Ideation, Plan, and Single and Multiple Attempts in a Korean Nationwide Study", *The Journal of nervous and mental disease*, Vol. 198(9), pp. 643–646.

Jeon, H. J., Lee, J.-Y., Lee, Y. M., Hong, J. P., Won, S.-H., Cho, S.-J., Kim, J.-Y., Chang, S. M., Lee, H. W. and Cho, M. J. (2010b), "Unplanned Versus Planned Suicide Attempters, Precipitants, Methods,

and an Association with Mental Disorders in a Korea-Based Community Sample", *Journal of affective disorders*, Vol. 127(1-3), pp. 274-280.

Jeon, H. J., Hong, J. P., Fava, M., Mischoulon, D., Nyer, M., Inamori, A., Sohn, J. H., Seong, S. and Cho, M. J. (2013), "Childhood Parental Death and Lifetime Suicide Attempt of the Opposite-Gender Offspring in a Nationwide Community Sample of Korea", *Suicide & life-threatening behavior*, Vol. 43(6), pp. 598-610.

Jeon, H. J., Park, J.-I., Fava, M., Mischoulon, D., Sohn, J. H., Seong, S., Park, J. E., Yoo, I. and Cho, M. J. (2014a), "Feelings of Worthlessness, Traumatic Experience, and Their Comorbidity in Relation to Lifetime Suicide Attempt in Community Adults with Major Depressive Disorder", *Journal of affective disorders*, Vol. 166, pp. 206-212.

Jeon, H. J., Walker, R. S., Inamori, A., Hong, J. P., Cho, M. J., Baer, L., Clain, A., Fava, M. and Mischoulon, D. (2014b), "Differences in Depressive Symptoms between Korean and American Outpatients with Major Depressive Disorder", *International clinical psychopharmacology*, Vol. 29(3), pp. 150-156.

Jonas, B. S., Brody, D., Roper, M. and Narrow, W. E. (2003), "Prevalence of Mood Disorders in Anational Sample of Young American Adults", *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, Vol. 38(11), pp. 618-624.

Karno, M., Burnam, A., Escobar, J., Hough, R. and Eaton, W. W. (1983), "Development of the Spanish Language Version of the National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule", *Archives of general psychiatry*, Vol. 40, pp. 1183-1188.

Karno, M., Hough, R. L., Burnam, M. A., Escobar, J. I., Timbers, D. M., Santana, F. and Boyd, J. H. (1987), "Lifetime Prevalence of Specific

Psychiatric Disorders among Mexican Americans and Non-Hispanic Whites in Los Angeles", *Archives of general psychiatry*, Vol. 44(8), pp. 695–701.

Kawakami, N., Shimizu, H., Haratani, T., Iwata, N. and Kitamura, T. (2004), "Lifetime and 6-Month Prevalence of DSM-Ⅲ-R Psychiatric Disorders in an Urban Community in Japan", *Psychiatry research*, Vol. 121(3), pp. 293–301.

Kessler, R. C. (1999), "The World Health Organization International Consortium in Psychiatric Epidemiology (ICPE): Initial Work and Future Directions -- the Nape Lecture 1998. Nordic Association for Psychiatric Epidemiology", *Acta psychiatrica Scandinavica*, Vol. 99(1), pp. 2–9.

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., Rush, A. J., Walters, E. E. and Wang, P. S. (2003), "The Epidemiology of Major Depressive Disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R)", *JAMA*, Vol. 289(23), pp. 3095–3105.

Kessler, R. C. and Ustün, T. B. (2004), "The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI)", *International journal of methods in psychiatric research*, Vol. 13(2), pp. 93–121.

Kim, M.-D., Hong, S.-C., Lee, C.-I., Kwak, Y.-S., Shin, T.-K., Jang, Y.-H., Oh, E.-H., Lee, J.-W., Jeon, B.-H. and Hwang, S.-E. (2007), "Prevalence of Depression and Correlates of Depressive Symptoms for Residents in the Urban Part of Jeju Island, Korea", *The International journal of social psychiatry*, Vol. 53(2), pp. 123–134.

Kitanaka, J. (2011), *Depression in Japan: Psychiatric Cures for a Society*

in Distress, Princeton: Princeton University Press.

Klonoff, E. A. and Landrine, H. (1997), *Preventing Misdiagnosis of Women: A Guide to Physical Disorders That Have Psychiatric Symptoms*, CA: SAGE Publication.

Kwak, Y.-S., Lee, C.-I., Hong, S.-C., Song, Y.-J., Kim, I.-C., Moon, S.-H., Moon, J.-H., Seok, E.-M., Jang, Y.-H., Park, M.-J., Hong, J.-Y., Kim, Y.-B., Lee, S.-H., Kim, H. J. and Kim, M.-D. (2008), "Depressive Symptoms in Elementary School Children in Jeju Island, Korea: Prevalence and Correlates", *European child & adolescent psychiatry*, Vol. 17(6), pp. 343–351.

Lee, C. K., Kwak, Y. S., Yamamoto, J., Rhee, H., Kim, Y. S., Han, J. H., Choi, J. O. and Lee, Y. H. (1990), "Psychiatric Epidemiology in Korea. Part I: Gender and Age Differences in Seoul", *Journal of nervous and mental disease*, Vol. 178. pp. 242–246.

Legato, M. J. (1992), *The Female Heart: The Truth About Women and Coronary Artery Disease*, New York: Simon & Schuster.

Meltzer, H., Gill, B., Petticrew, M. and Hinds, K. (1995), "The Prevalence of Psychiatric Morbidity among Adults Living in Private Households", in ed., *Opcs surveys of psychiatric morbidity in great britain: Report 1*, London: Office of Population Censuses and Surveys.

Metzl, J. M. (2003), *Prozac on the Couch: Prescribing Gender in the Era of Wonder Drugs* Durham: Duke University Press.

Moscicki, E. K., Rae, D. S., Regier, D. A. and Locke, B. Z. (1987), "The Hispanic Health and Nutrition Examination Survey: Depression among Mexican Americans, Cuban Americans, and Puerto Ricans", *Health and behavior: Research agenda for Hispanics*, Vol. pp. 145–159.

Narrow, W. E. and Clarke, D. E. (2017), "5.1 Quantitative and

Experimental Methods in Psychiatry: Epidemiology“, in Sadock, Sadock and Ruiz. ed., *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*, pp. 810–829, Philadelphia: Wolters Kluwer.

Nolen-Hoeksema, S. (2001), “Gender Differences in Depression“, *Current directions in psychological science*, Vol. 10(5), pp. 173–176.

O' dowd, T. C. (1988), “Five Years of Heartsink Patients in General Practice”, *British medical journal*, Vol. 297(6647), pp. 528-530.

Ohayon, M. M. and Schatzberg, A. F. (2003), “Using Chronic Pain to Predict Depressive Morbidity in the General Population“, *Archives of general psychiatry*, Vol. 60(1), pp. 39–47.

Ohayon, M. M. and Hong, S.-C. (2006), “Prevalence of Major Depressive Disorder in the General Population of South Korea“, *Journal of psychiatric research*, Vol. 40(1), pp. 30–36.

World Health Organization, (1993), 「Composite International Diagnostic Interview (CIDI), Version 1.1」.

World Health Organization. (1997), 「Composite International Diagnostic Interview(CIDI), Core Version 2.1 Trainer's Manual」.

Parikh, R. M., Eden, D. T., Price, T. R. and Robinson, R. G. (1988), “The Sensitivity and Specificity of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale in Screening for Post-Stroke Depression“, *International journal of psychiatry in medicine*, Vol. 18(2), pp. 169–181.

Park, S., Cho, M. J., Jeon, H. J., Lee, H. W., Bae, J. N., Park, J. I., Sohn, J. H., Lee, Y. R., Lee, J. Y. and Hong, J. P. (2010), “Prevalence, Clinical Correlations, Comorbidities, and Suicidal Tendencies in Pathological Korean Gamblers: Results from the Korean Epidemiologic Catchment Area Study“, *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*,

Vol. 45(6), pp. 621–629.

Potte, L. B., Rogler, L. H. and Mościcki, E. K. (1995), "Depression among Puerto Ricans in New York City: The Hispanic Health and Nutrition Examination Survey", *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, Vol. 30(4), pp. 185–193.

Poznanaki, E. O., Krahenbuhl, V. and Zrull, J. P. (1976), "Childhood Depression. A Longitudinal Perspective", *Journal of the american academy of child and adolescent psychiatry*, Vol. 15, pp. 491–501.

Radloff, L. S. (1977), "The CES-D Scale", *Applied psychological measurement*, Vol. 1(3), pp. 385–401.

Rankin, S. H., Galbraith, M. E. and Johnson, S. (1993), "Reliability and Validity Data for a Chinese Translation of the Center for Epidemiological Studies-Depression", *Psychological reports*, Vol. 73, pp. 1291–1298.

Reddy, M. S. (2010), "Depression: The Disorder and the Burden", *Indian journal of psychological medicine*, Vol. 32(1), pp. 1–2.

Regier, D. A., Burke, J. D., Manderscheid, R. W. and Burns, B. J. (1985), "The Chronically Mentally Ill in Primary Care", *Psychological medicine*, Vol. 15(2), pp. 265–273.

Regier, D. A., Boyd, J. H., Burke, J. D., Rae, D. S., Myers, J. K., Kramer, M., Robins, L. N., George, L. K., Karno, M. and Locke, B. Z. (1988), "One-Month Prevalence of Mental Disorders in the United States. Based on Five Epidemiologic Catchment Area Sites", *Archives of general psychiatry*, Vol. 45(11), pp. 977–986.

Robins, L. N., Helzer, J. E., Croughan, J. and Ratcliff, K. S. (1981), "National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule: Its History, Characteristics, and Validity", *Archives of general psychiatry*,

Vol. 38, pp. 381–389.

Robins, L. N., Wing, J., Wittchen, H. U., Helzer, J. E., Babor, T. F., Burke, J., Farmer, A., Jablenski, A., Pickens, R. and Regier, D. A. (1988), "The Composite International Diagnostic Interview. An Epidemiologic Instrument Suitable for Use in Conjunction with Different Diagnostic Systems and in Different Cultures", *Archives of general psychiatry*, Vol. 45(12), pp. 1069–1077.

Rose, N. and Abi-Rached, J. M. (2013), 『Neuro: The New Brain Sciences and the Management of the Mind』 Princeton: Princeton University Press.

Shima, S., Shirano, T. and Kitamura, T. (1985), "New Rating Scale for Depression", *Clinical psychiatry*, Vol. 42(pp. 865–873.

Struhkamp, R., Mol, A. and Swierstra, T. (2009), "Dealing with in/Dependence: Doctoring in Physical Rehabilitation Practice", *Science, technology, & human values*, Vol. 34(1), pp. 55–76.

United States Department of Health, Human Services, and National Institute of Mental Health (1994), 「Epidemiologic Catchment Area Study, 1980-1985: [United States]」.

Vega, W., Warheit, G., Buhl-Auth, J. and Meinhardt, K. (1984), "The Prevalence of Depressive Symptoms among Mexican Americans and Anglos", *American journal of epidemiology*, Vol. 120(4), pp. 592–607.

Vernon, S. W. and Roberts, R. E. (1982), "Prevalence of Treated and Untreated Psychiatric Disorders in Three Ethnic Groups", *Social science & medicine*, Vol. 16(17), pp. 1575–1582.

Weissman, M. M., Sholomskas, D., Pottenger, M., Prusoff, B. A. and Locke, B. Z. (1977), "Assessing Depressive Symptoms in Five Psychiatric Populations: A Validation Study", *American journal of*

epidemiology, Vol. 106(3), pp. 203–214.

Weissman, M. M., Myers, J. K. and Ross, C. E. ed (1986), *Community Surveys of Psychiatric Disorders,* New Brunswick: Rutgers University Press.

Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., Faravelli, C., Greenwald, S., Hwu, H. G., Joyce, P. R., Karam, E. G., Lee, C. K., Lellouch, J., Lepine, J. P., Newman, S. C., Rubio-Stipec, M., Wells, J. E., Wickramaratne, P. J., Wittchen, H. and Yeh, E. K. (1996), "Cross-National Epidemiology of Major Depression and Bipolar Disorder", *JAMA*, Vol. 276(4), pp. 293–299.

Wendell, S. (1999), "Old Women Out of Contol: Some Thoughs on Aging, Ethics, and Psychosomatic Medicine", in Walker M. U. ed., *Mother Time: Women, Aging, and Ethics*, Lanham: Rowman and Littlefield

Wilson, M. (1993), "DSM-Ⅲ and the Transformation of American Psychiatry: A History", *The American journal of psychiatry*, Vol. 150(3), pp. 399–410.

Wittchen, H.-U., Knäuper, B. and Kessler, R. C. (1994), "Lifetime Risk of Depression", *The British Journal of Psychiatry*, Vol. S26(165), pp. 16–22.

Zola, I. (1976), "Medicine as an Institution of Social Control", *Sociological Review*, Vol. 20(pp. 487-504.

Zung, W. W. (1965), "A Self-Rating Depression Scale", *Archives of general psychiatry*, Vol. 12, pp. 63–70.

○ 신문기사 및 보도자료

중앙일보(2000. 3. 7), 「우울증 선별의 날을 맞아서」.
연합뉴스(2017. 3. 23), 「서울 양천구 “위기의 50대 독거남 사회 복귀 돕는다“」.
부산일보(2004. 6. 7), 「[부일시론] 자살은 사회적 책임이다」.
신경정신의학회보(1997. 4. 30), 「정신건강의 날 평가 보고」.
경향신문(2004. 6. 7), 「<사설>자살증가율 ‘Oecd 1위’라니」.
메디칼업저버(2004. 10. 25), 「“혹시...나도 우울증?“」.
코리아데일리(2015. 10. 6), 「가을우울증 예방법 “방심no” 체크리스트로 자가 체크 해보자」.
매일신문(2004. 11. 20), 「국내 자살 사망자 하루 30명 꼴」.
보건복지부 보도자료(2006. 8. 29), 「술 중독 치료, 재활에서 예방까지 국가가 나선다! – 보건복지부, 국가알코올종합대책 『파랑새 플랜』 발표」.
조선일보(2017. 12. 26), 「’마음의 감기’ 우울증, 숨겨진 환자 60만명」.
시사인(2018. 5. 18), 「이제 우울증을 드러낼 때가 됐다」.
뉴스1(2020. 1. 23), 「60세 이상 국내 노인 10명 중 1, 2명 우울증 앓아」.
정신의학신문(2019. 10. 18), 「슬픔과 우울함은 어떻게 다를까-7가지 우울증상 체크리스트」.
신경정신의학회보(1996. 4. 30), 「정신건강의 날 행사를 마치고」.
서울신문(2003. 9. 26), 「자살, 교통사망 추월/10만명당 19.13명… 癌사망 하루 172명」.
서울앤(2018. 6. 7), 「복지 사각지대의 중・장년 독거남, 노인 1인가구보다 취약」.

○ 인터넷 문헌

「중앙심리부검센터 센터소개」, http://www.psyauto.or.kr/sub/center_01.asp (2020. 6. 19 최종 확인)
「WHO - Depression」, https://www.who.int/health-topics/depression#tab=tab_1 (2020. 6. 19 최종 확인)
「WHO – Global Health Observatory (GHO) data: Suicide rates」, https://www.who.int/gho/mental_health/suicide_rates/en/ (2020. 6. 19 최종 확인)

○ 인터뷰

김민아(2019. 6. 6), 정여진 서울대학교 보건대학원 보건학과 보정책관리전공 정신과 전문의 인터뷰.
김민아(2019. 7. 15), 김남순 한국보건사회연구원 선임연구원 인터뷰
김민아(2019. 9. 3), 조맹제 조맹제정신건강의학과 원장 인터뷰.

Abstract

The Formation of Knowledge that Measures Depression, 1993~2011 South Korea through Analysis of the Process of Developing Screening Tools

Mina Kim
Program in History and Philosophy of Science
Seoul National University

This paper examines how the knowledge of measuring depression and depressive symptoms was formed in South Korea between 1993 and 2011. This paper critically analyzes the formation process of the value of depression prevalence rate, which is often cited in various depression studies and media articles. To this end, this thesis exames how the depression and depressive symptoms screening tool for large-scale mental disorders epidemiologic study was developed and how this tool was applied in actual studies.

Two contexts played a significant role in the development of

depression and depressive symptoms screening tool in South Korea. First, since the enactment of the Mental Health Act in 1995, the national mental heath policy put more emphasis on community-based mental health services than institutionalization-based psychiatric services. Community-based mental health policies with deinstitutionalization aim to detect mental disorders in the early phase to help people utilize mental health services. This transformation called for the need to survey mental disorder status in a national scale. The screening tool for depression was the first to be developed for this large-scale investigation.

Second, in the early 2000s, South Korea was infamous for the highest suicide rate among the OECD countries. Against this backdrop, the government implemented the the National Suicide Prevention Strategies twice. The National Suicide Prevention Strategies made the task to screen potential depression patients as a high-risk suicide group crucial, pointing to depression as the cause of suicide.

Screening tools are divided into two kinds, one for diagnosing depression and the other for measuring the degree of depressive symptoms. Although the tools to measure the degree of depressive symptoms cannot make clinical diagnosis by itself, its simplicity leads people to use the tool to diagnose depression online and offline in forms of media articles, epidemiologic surveys, and self-examination questions. It is worth noting that the diagnosis in epidemiologic study is tentatively held only to identify risk groups and guide them to be given appropriate treatment. The diagnosis is not a formal diagnosis made by a clinical physician.

This paper also examines the process of translating depression screening tool. In result, this paper shows that depression experienced by

Koreans was not fully considered nor translated, but rather the questions in English were translated into Korean only on a linguistic level. After translation, the prevalence of depression can vary significantly depending on how the cut-off score is placed. The cut-off score may vary from country to country, and even within the same country, it may also vary depending on the purpose of the epidemiologic study.

Combining the discussion above, this paper argues that the knowledge of measuring depression is not solid. The diagnosis of depression and the measurement of depressive symptoms often confused, and the prevalence rate itself can be coordinated contingently on a specific temporal, social, and disciplinary context.

"Why doesn't the suicide rate decrease as the number of patients treated for depression increases?" "Why do men commit suicide more than women, when women are more vulnerable to depression than men?" These questions are hard to answer. I believe that looking into the process of how these figures were produced will give us clues to solve these difficult problems before fully understanding what the value of depression prevalence means in Korean society. It is because the cause of these problems may be linked to the production of depression knowledge itself. In this regard, a critical analysis on the process of producing knowledge of depression is meaningful in that one can reflect on who we have been paying more attention to and who we have forgotten, and decide where to intervene.

Key words: depression, measurement, screening tool, epidemiologic study of mental disorders, suicide

Student number: 2015-22673