

청소년기 우울 성향과 관련된 요인

김미영*, 강윤주**

*한림의대 한강성심병원 가정의학과, **서울특별시 학교보건원

Depression and Related Factors for Adolescents

Mee Young Kim*, Yun Ju Kang**

*Dept. of Family Medicine, Hangeang Sacred Heart Hospital, Hallym University,

**Seoul School Health Center

ABSTRACT

Background : Adolescence is the transitional period between childhood and adulthood. We have to pay attention to their psycho-social problems as well as their physical symptoms. In this context, we need to investigate the adolescent depression tendency and its related factors.

Method : From May to June in 1998, we chose one elementary school, one middle school and one high school in Seoul and surveyed for all students who were above the 4th grade of elementary school and their parents. We analyzed the data for 3,685 students.

Result : From the 6th grade of elementary school to the 1st grade of high school, the girls' DSRS(Depression self-rating scale) score was significantly higher than the boys'. The DSRS score was increased from the 2nd grade of high school for boys and from the 1st grade of high school for girls. The Pearson correlation coefficient between age and DSRS score was 0.16($p < 0.01$) and that between APGAR and DSRS score was -0.45($p < 0.01$). The median number of psychosomatic symptoms of the past month was 6, and when students complained for more psychosomatic symptoms, the DSRS scores were higher. Those who drank or smoked ranked significantly higher in DSRS score; and, those who exercised regularly, had leisure activity, and had a faithful person for counselling ranked significantly lower in DSRS score.

Conclusion : Adolescents who complained of many psychosomatic symptoms needed to be screened for depression. A primary physician have to intervene about health related behavior such as family function, smoking, exercise, and relieving stress.

I. 서 론

청소년기는 소아에서 성인으로의 이행기로서 급격한 신체적 성장 뿐 아니라, 정신 사회적 성장과 발달이 이루어지는 시기이다. 이 기간 동안에는 심각한 의학적 질환에 의한 이환율이나 사망률은 낮지만 정서적으로 기분의 변화가 잦고, 심리적으로 불안하며, 감정의 기복이 뚜렷하여 불안, 우울 등의 정서 장애를 초래하기 쉽다(김윤진, 1997).

소아 및 청소년기에 우울증이 존재하느냐에 대하여는 1960년대 중반까지 많은 논란이 있어왔으나 1980년대에 이르러 정식 병명으로 기술되기 시작하였고(조수철과 최진숙, 1989) 청소년의 5%가 주요 우울증이며 기분 저하증(dysthymia)의 발생빈도도 3.3%로 이들은 어느 시점에선가 주요 우울 장애로 이행할 가능성이 높다(대한신경정신의학회, 1998).

그러나 청소년기 우울증은 성인과 달리 우울 감정이 감추어진 형태로 나타나서 매사에 부정적이거

나 반항적이 되고, 무단결석, 가출, 신체 증상 호소, 성적 저하로 위장되어 나타나므로 발견에 어려움이 있고, 이러한 우울증을 방치할 경우 학습장애, 자살, 약물남용, 비행, 행실장애 등의 문제를 초래할 수 있다(대한신경정신의학회, 1998). 그러므로 청소년 우울증은 단순히 발달과정 중에 일시적으로 보이는 현상이 아니며, 많은 수에서 성인까지 지속될 가능성이 있으므로 되도록 빨리 발견하여 적절한 조기대처를 하는 것이 필요하고 이러한 일은 일차진료 의사의 역할이라고 할 수 있겠다.

이에 이 연구는 우울 성향을 갖는 청소년들이 주로 호소하는 정신신체증상, 건강관련 행위 실천 및 정신 사회적 문제들의 특성 등을 알아봄으로써 이들을 보다 조기에 보다 효과적으로 파악하는데 도움이 되고자 실행되었으며, 그 구체적인 목적은 다음과 같다.

첫째, 성별, 연령(학년)별, 가족기능과 우울 성향(Depression Self-Rating Scale; 이하 DSRS)과의 관련성을 알아본다.

둘째, 지난 1달간 경험한 정신신체증상 수와 우울 성향(DSRS)과의 관계를 분석한다.

셋째, 흡연, 음주, 운동, 스트레스 대처 등의 건강 관련 행위 실천 여부에 따른 우울 성향(DSRS)의 차이를 파악한다.

II. 방 법

1. 연구 대상

서울시내 중산층 거주지역에 위치한 초, 중, 고등학교 각각 1개교씩 총 3개교를 임의로 선정하여 각 학교에서 초등학교 5학년 이상에 해당되는 전체 학생 총 3,771명(초등학교 414명, 중학교 1,435명, 고등학교 1,922명) 및 학부모를 연구대상으로 하였다.

2. 연구 도구 및 방법

1998년 5월부터 6월까지 연구대상자들에게 자기 기입식 설문조사를 실시하였다. 연구대상 학생들에게는 우울 척도, 지난 한 달간 경험한 정신신체증상, 가족기능지수(APGAR), 정신 사회적 문제, 건강 관련 행위 실천도 등이 포함된 조사지를 담임선생님을 통해 학교에서 기입하게 한 후 바로 수거하게

하였고, 학부모들에게는 자녀의 주요 정신 사회적 문제점 등이 포함된 설문지를 학생들을 통해 각 가정으로 배포한 후 다음날 학교로 가져오게 하여 수거하였다.

3. 연구에 사용된 변수

1) 학 생

친구관계, 가정, 학업 성적, 자살충동, 약물 등 문헌고찰을 통해(Neinstein과 Schubiner, 1996) 선정한 19가지 정신 사회적 문제에 대해 청소년 자신이 이상이나 문제가 있다고 생각되는지 여부를 조사하였다. 보통, 흥통, 두통, 어지러움, 피로감, 식욕감퇴, 불면증, 오심 및 구토, 식은 땀, 호흡곤란, 가슴 두근거림, 요통, 근육통, 변비 등의 증상을 포함하여(Wortman 등, 1986; Aro 등, 1989; Poikolainen 등, 1995; Porter 등, 1997) 청소년 연령층에 적합하게 보완된 계통적 증상 44문항에 대해 최근 1달간 경험한 적이 있는지 여부에 대해 조사하였다. 건강관련 행위 실천 정도로는 체육시간 이외의 규칙적인 운동 실천, 음주 및 흡연, 스트레스 해소 활동 및 고민상담 상대 등의 항목에 대해서 조사하였다(남정자 등, 1995). 음주상태는 1주일에 한번 미만인 가끔 음주자 이상을 현재 음주자로 분류하였고 흡연상태는 1주일에 한번 미만인 가끔 흡연자 이상을 현재 흡연자로 정의하였다(Hunter 등, 1986).

우울 척도로는 18개 문항의 자기기입식 우울 척도(Depression Self-Rating Scale)를 번안하여 사용하였다(Birleson, 1981). 각 문항 당 0점에서 2점까지로 총점은 0점에서 36점까지이며 점수가 높을수록 우울 성향이 강하다고 할 수 있고 심재용 등(1998)은 13점을 절단값으로 하였으나 이 연구에서는 따로 절단값을 사용하지 않고 DSRS 점수가 높은 경우 우울 성향이 강한 것으로 해석하였다. 이 연구에서 18문항에 대한 내적일치도 계수는 0.78이었고, 8주간격으로 검사-재검사를 시행한 결과 0.76의 일치도를 보였다.

가족기능지수(APGAR)는 Smilkstein(1987)이 고안한 5개 문항으로 구성된 가족기능 측정방법을 번안하여 사용하였으며 각 항목에 대해 0점(전혀 그렇지 않다)에서 2점(매우 그렇다)씩 총 10점 만점으로 측정하였다.

2) 학부모

자녀와 동일한 19가지 정신 사회적 문제에 대해 청소년 자녀에게 이상이나 문제가 있다고 생각되는지 여부를 조사하였다.

4. 분석 방법

각 학년별로 DSRS 평균점수의 성별 차이가 있는지를 t 검정하였다. DSRS 점수와 학년, 가족기능지수와의 상관관계는 Pearson 상관분석을 통해 상관계수를 구하였다. 지난 1달간 경험한 정신신체증상수는 4분위수를 기준으로 4개의 군으로 나눈 후, 각 군의 DSRS 평균 점수에 차이가 있는지 알아보기 위해 분산분석을 한 후 투기방법으로 다중비교를 실시하였다. 흡연, 음주, 운동, 스트레스 대처 등 건강 관련 행위의 실천 여부에 따라 DSRS 평균점수의 차이가 있는지를 t 검정하였다.

III. 결 과

1. 대상 인원의 성별 연령별 분포

설문지에 성실히 답한 학생은 모두 3,685명(97.7%)이었고 이 중 남학생은 1,881명, 여학생 1,804명이었고, 초등학교생이 407명, 중학생 1,397명, 고등학교생 1,881명이었다(Table 1).

2. 성, 학년, 가족기능에 따른 우울 성향

전체적으로 여학생(12.4±5.0)에서 남학생(11.5±4.9)보다 우울 성향이 더 높았고, 특히 초등학교 6학년부터 고등학교 1학년까지의 연령층에서는 남녀간의 차이가 통계적으로 유의하였다(Table 2). 학년별로는 남학생의 경우 고등학교 2학년부터, 여학생의 경우 고등학교 1학년부턴 각각 높아지는 경향을 보였으며, 연령과 우울 성향과의 상관계수는 0.16(p<0.01)으로 통계적으로 유의한 양의 상관관계를 보였다. 가족기능지수와의 상관계수는 -0.45(p<0.01)로 통계적으로 유의한 음의 상관관계를 보였다.

3. 지난 1달간 경험한 정신신체증상 수와 우울 성향(DSRS)

지난 한 달간 호소한 증상 수의 중위수는 6이었으며(남자 5, 여자 7), 4분위수를 기준으로 나눈 4군 각

각의 DSRS 평균 점수는 통계적으로 유의한 차이를 보였다(P<0.05). 10개 이상의 증상호소군의 경우 2개 이하 증상호소군 보다 5점, 3~5개 증상 호소군 보다 약 4점, 6~9개 증상호소군 보다는 약 2.5점 DSRS 평균점수가 각각 높아서 많은 수의 증상을 호소한 경우에 우울 성향도 더 높은 경향을 보였다(Figure 1).

남학생의 경우 자살사고(17.5±4.6), 우울 및 불안 증상(15.1±4.8), 불면(14.5±4.8) 등의 순으로, 그리고 여학생의 경우 자살사고(17.5±4.6), 식은땀(16.1±5.6), 기절(15.8±5.3) 등의 순으로 높은 DSRS 평균 점수를 보였다(Table 3).

4. 건강관련 행위와 우울 성향

남녀 공히 흡연, 음주를 하는 경우에 DSRS 평균 점수가 유의하게 높았고, 규칙적으로 하는 운동이 있는 경우, 스트레스를 해소할 수 있는 여가활동이 있는 경우, 그리고 고민을 상담할 수 있는 상대가 있는 경우에 각각 DSRS 평균 점수가 유의하게 낮았다(Table 4).

5. 정신 사회적 문제와 우울 성향

학생들의 경우 조사된 19가지 정신 사회적 문제들 가운데 자살사고(150명; 17.6±5.0), 폭력(21명; 17.3±5.4), 우울(309명; 17.3±5.0) 등의 순으로 DSRS 평균 점수가 높았는데, 특히 여학생의 경우, 폭력(19.5±7.6)의 문제가 있는 경우 가장 높은 점수를 보였다. 학부모들의 경우 자녀들이 자살사고(7명; 20.6±7.1), 우울(32명; 18.5±5.9), 가정문제(15명; 17.1±5.9)가 있다고 한 순으로 그 학생들의 DSRS 평균 점수가 높았다(Table 5).

IV. 논 의

청소년기는 사춘기의 신체적 변화, 심리 사회적 스트레스의 증가, 독립하려는 과정에서 겪는 불안과 좌절, 가족으로부터 받아오던 정서적 지지의 감소, 자기 성찰능력이 생기면서 발생하는 자신에 대한 부정적 평가 등에 수반되어 우울증의 유병률이 높아지는 시기이다.

미국의 도심 청소년의 경우 우울증의 유병률이 13%라는 보고(Barlett 등, 1991)가 있으며, 우리 나라

Table 1. The score of depression self rating scale(DSRS)

	Grade	Males No(%)	Females No(%)	Total No(%)
Elementary school	5th.	105(2.8)	81(2.2)	
	6th.	107(2.9)	114(3.1)	407(11.1)
Middle school	1st.	217(5.9)	222(6.0)	
	2nd.	229(6.2)	230(6.3)	
	3rd.	251(6.8)	248(6.7)	1,397(37.9)
High school	1st.	330(9.0)	322(8.8)	
	2nd.	304(8.2)	317(8.6)	
	3rd.	338(9.2)	270(7.3)	1,881(51.0)
Total		1,881(51.0)	1,804(49.0)	3,685(100.0)

Table 2. The score of depression self rating scale(DSRS)

	Grade	Males (Mean±SD)	Females (Mean±SD)	Total (Mean±SD)
Elementary school	5th.	10.7±4.3	10.5±4.8	10.6±4.5
	6th.	9.5±4.8	11.9±5.2**	10.7±5.1
Middle school	1st.	10.6±4.7	11.6±5.1*	11.1±5.0
	2nd.	11.0±4.4	12.2±5.1**	11.6±4.8
	3rd.	10.2±4.3	11.9±5.1**	11.1±4.8
High school	1st.	11.7±5.1	13.3±4.9**	12.5±5.1
	2nd.	13.1±4.9	12.7±4.8	12.9±4.9
	3rd.	12.9±5.0	13.0±4.5	12.9±4.8
Total		11.5±4.9	12.4±5.0**	12.0±4.9

* p<0.05, ** p<0.01 in sex difference

Table 3. Symptoms related with high DSRS score

	Symptom	Yes* (Mean ±SD)	No (Mean ±SD)
Males	Suicidal idea	17.5±4.6	11.1±4.6
	Depressed or nervous	15.1±4.8	10.7±4.5
	Insomnia	14.5±4.8	11.2±4.8
	Anorexia	14.4±5.2	11.0±4.7
	Hearing difficulty	14.4±4.8	11.4±4.9
	Palpitation	14.4±5.1	11.2±4.8
	Dyspnea	14.3±5.3	11.3±4.8
	Faintness	14.2±4.9	11.5±4.9
Females	Suicidal idea	17.5±4.6	11.6±4.6
	Cold sweating	16.1±5.6	12.2±4.9
	Faintness	15.8±5.3	12.3±4.9
	Hearing difficulty	15.5±6.0	12.2±4.8
	Palpitation	15.3±5.0	11.9±4.8
	Depressed or nervous	15.2±4.8	10.9±4.4
	Dyspnea	15.2±5.2	12.1±4.8
	Dysuria	15.2±5.5	12.4±4.9
Total	Suicidal idea	17.5±4.6	11.3±4.6
	Depressed or nervous	15.2±4.8	10.8±4.5
	Faintness	15.1±5.2	11.9±4.9
	Cold sweating	15.0±5.5	11.8±4.9
	Palpitation	14.9±5.1	11.5±4.8
	Hearing difficulty	14.9±5.5	11.8±4.9
	Dyspnea	14.8±5.3	11.7±4.8
	Insomnia	14.7±4.8	11.6±4.9

* p<0.01 for all items Z

Table 4. Health related behaviors and the DSRS score

	Health related behavior	Yes (Mean ±SD)	No (Mean ±SD)
Males	Cigarette smoking**	13.8±5.3	11.2±4.8
	Alcohol drinking**	13.2±5.3	11.2±4.7
	Regular exercise**	10.7±4.9	12.1±4.8
	Leisure activity**	10.8±4.7	13.6±4.8
	Counsel with faithfults**	10.9±4.7	14.1±5.1
Females	Cigarette smoking*	15.0±5.6	12.4±4.9
	Alcohol drinking*	13.3±5.1	12.3±4.9
	Regular exercise**	11.3±5.0	12.6±4.9
	Leisure activity**	11.2±4.7	13.7±4.9
	Counsel with faithfults**	12.1±4.8	15.1±5.2
Total	Cigarette smoking**	14.0±5.3	11.8±4.9
	Alcohol drinking**	13.3±5.3	11.8±4.9
	Regular exercise**	10.8±4.9	12.4±4.9
	Leisure activity**	11.0±4.7	13.6±4.9
	Counsel with faithfults**	11.5±4.8	14.4±5.1

Z * P<0.05, ** P<0.01

Table 5. Psychosocial problems and the DSRS score

Psychosocial problem		Yes* (Mean ±SD)	No (Mean ±SD)
Students			
Males	Depression	17.3±5.3	11.2±4.6
	Suicidal idea	17.2±4.8	11.4±4.8
	Parents	16.7±5.0	11.3±4.8
Females	Violence	19.5±7.6	12.4±4.9
	Suicidal idea	17.8±5.1	12.1±4.8
	Depression	17.3±4.8	11.8±4.6
Total	Suicidal idea	17.6±5.0	11.7±4.8
	Violence	17.3±5.4	11.9±4.9
	Depression	17.3±5.0	11.5±4.6
Parents			
Males	Suicidal idea	20.3±6.3	11.3±4.8
	Depression	18.9±5.6	11.3±4.8
	Family	17.1±5.7	11.3±4.8
Females	Suicidal idea	21.0±9.5	12.3±4.9
	Parents	18.6±6.8	12.2±4.9
	Depression	18.0±6.3	12.2±4.9
Total	Suicidal idea	20.6±7.1	11.8±4.9
	Depression	18.5±5.9	11.7±4.9
	Family	17.1±5.9	11.8±4.9

* p<0.01 for all items

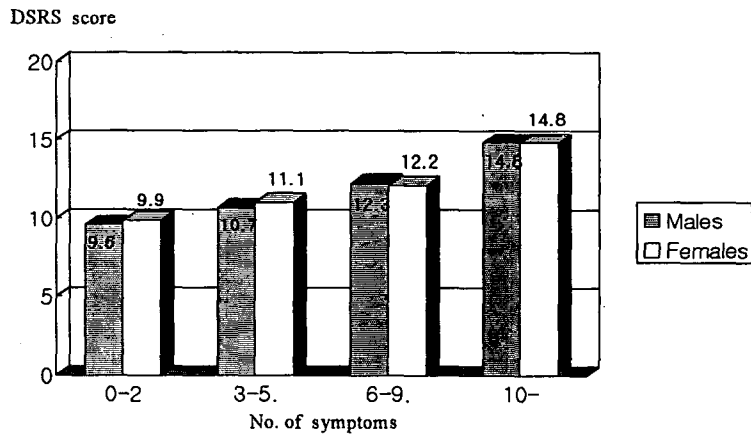


Figure 1. Number of symptoms and the DSRS score

의 경우 고등학교 3학년 학생들을 대상으로 한 이민창 등(1992)의 연구에서 우울증의 유병률을 9.2%로 보고한 바 있고, 15-19세 청소년들을 대상으로 한 서국희와 조맹제(1997)의 연구에서는 우울 증상의 유병률을 32.74%로 보고하였다. 이렇게 유병률이 보고자마다 다르게 나타나는 것은 아직도 청소년을 대상으로 한 우울증의 선별도구나 진단 기준이 확실하게 결정되지 않아 조사자마다 서로 다른 도구로 다른 기준에 의해 우울증을 진단하기 때문인 것으로 보인다.

이 연구에서는 DSRS를 이용하여 우울 성향의 정도를 보았는데, 외국의 경우 DSRS로 선별한 대상에 대해 구체적 임상 진단을 통해 우울증을 진단할 수 있는 절단값을 제시하였으나(Birleson, 1981) 우리나라에서는 아직까지 이러한 2차적 연구가 이루어지지 않아 DSRS를 일차 선별도구로 사용하여 값이 높으면 우울 성향이 높은 것으로 해석하였다.

연령이나 성별에 따른 우울증의 유병률은 일반적으로 초등학생의 경우 성별에 따른 우울증 유병률에 차이가 없다가 청소년기에 들면서 우울증의 유병률이 급속히 증가하여 성인보다 높은 유병률을 보이고(Rutter 등, 1988), 특히 이 때 여학생의 우울증 유병률이 더 많이 높아져 이후 성인기까지 여성의 우울증 유병률이 높게 유지된다(Reynolds, 1985).

우리 나라에서도 중고등학생이 대학생 보다 우울증에 걸릴 위험이 1.7배 높다는 보고가 있고(남정자와 조맹제, 1997) 초등학교 4-6학년 학생들을 대상으로 한 연구에서는(조수철과 이영식, 1990) 학년별, 남녀별 차이가 통계적으로 의미가 없었으나 15-19세 청소년들을 대상으로 한 연구에서는(서국희와 조맹제, 1997) 32.74%로 성인군의 25.31% 보다 높고, 여자가 남자보다 높았다.

이 연구에서도 연령이 증가하면서 우울 성향이 높아졌고 특히 남학생은 고등학교 2학년부턴, 여학생은 고등학교 1학년부턴 각각 우울 성향이 높아지는 경향을 보였다. 또, 초등학교 5학년은 남녀간 차이가 없었으나 초등학교 6학년부턴 고등학교 1학년까지 여학생의 우울 성향이 더 높게 나타났다. 그러나 고등학교 2, 3학년 학생들은 남녀간 차이가 없었고 이는 이민창 등(1992)의 연구와도 일치하는 결과이다. 이와 같이 고등학생이 되면서 급격히 우울 성향이 높아지고 2, 3학년이 되어서는 성별간 차이가

없어지는 원인에 대해서는 더 연구가 필요하겠지만 우선 대학 입시라는 우리 나라 특유의 상황이 영향을 주었을 가능성이 있겠다.

청소년기 발달 과정에는 비록 친구들의 영향이 점차 커지기는 하지만 가장 중요한 자리를 유지하는 것은 가족이며 이러한 가족과 친구관계가 스트레스 생활사건에 대한 완충작용을 한다(Aro 등, 1989). 가족의 지지도가 높은 경우에 스트레스 생활사건이 청소년의 건강에 미치는 영향이 적고(Hotaling 등, 1979), 부모나 친구들의 지지가 없는 경우 일반적으로 정신신체증상(psychosomatic symptoms)을 경험할 위험이 크고 특히 스트레스 생활사건을 직면했을 때 그 위험이 크다(Aro 등, 1989).

이 연구에서도 가족기능도 지수와 우울 성향과의 상관관계수는 -0.45로 유의한 상관관계를 보였고, 이는 이민창 등(1992)의 연구 결과와도 일치했다. 그러나 가족 기능이 개인의 우울증을 발생시키는 인자로 작용했을 수도 있으나 우울증의 증상으로 나타난 가족 내에서의 소외감이 낮은 가족기능지수로 나타났을 수도 있으므로 해석에는 어려움이 있다.

청소년기에는 신체질환의 유병률은 낮으나 여러 가지 정신신체증상들을 흔히 호소한다. 이는 청소년기 발달과정 중 정상적으로 있을 수 있는 신체의 변화에 의한 것일 수도 있으나 특정한 질병에 의한 것일 수도 있고 또, 우울증으로 인한 것일 수도 있다. 이 연구에서도 외국의 보고(Wortman, 1986; Smith, 1990; Poikolainen, 1995)와 같이 많은 수의 정신신체 증상을 호소한 경우에 우울 성향이 더 높았다.

그런데 청소년이 병원을 방문하는 것은 질병 자체보다는 주관적인 증상에 의한 것이 더 많고(Smith, 1990) 이민창 등(1992)의 보고에서도 우울증으로 보이는 113명의 학생들 중 단 한 명도 이러한 이유로 병원을 찾은 과거력이 없으며 대부분 신체적 증상으로 병원을 방문한 것이었다고 보고하고있어, 일차진료 의사는 청소년 우울증의 높은 유병률을 항상 인지하고 비록 다른 정신신체 증상을 주소로 내원한 청소년에 대해서도 우울증에 대한 가능성을 고려해야 되겠다.

남녀 모두 자살 사고가 있는 경우에 특히 DSRS 점수가 높았고 여학생의 경우 식은땀이 난다거나 기절할 적이 있다, 가슴이 두근거린다 등의 불안 증상

이 있는 경우 우울 성향이 높아서 이들의 경우 불안과 우울이 같이 있을 것으로 추정할 수 있고, 남학생의 경우에는 잠들기 어렵거나 입맛이 없다 등 우울증 진단(대한신경정신의학회, 1998)에 사용되는 증상이 있는 경우에 역시 우울 성향도 높았다. 한편 남녀 모두 '귀가 잘 안 들린다'가 높은 DSRS 점수를 보였는데 실제로 청각에 이상에 생겼다기보다는 우울 성향에 의한 집중력 장애로 인한 것이나 듣고 싶지 않다는 의지에 의한 것일 가능성이 있겠다.

음주 및 흡연에 대해서 남녀 고등학교 3학년 학생들을 대상으로 한 연구(이민창 등, 1992)에서 우울증과 통계적으로 유의한 관계가 없었다고 하였으나 남자 고등학생만을 대상으로 한 연구(정태흠 등, 1998)에서는 우울 성향이 흡연여부와 관련성이 있었다. 성인 흡연자에서도 니코틴 의존도를 예상할 수 있는 요인들 중에서 우울 성향이 가장 큰 연관성을 가지고 있었으며(오순영 등, 1993) 외국의 보고(Ralph와 Carol, 1981; Flanagan과 Maany, 1982; Hughes, 1988; Robert와 David, 1990)에서도 흡연자의 우울 성향이 비흡연자보다 높았다. 비록 그 인과관계는 알 수 없지만 이 연구에서도 흡연이나 음주를 하는 경우가 우울 성향이 높았고, 규칙적으로 하는 운동이 없고 여가활동이나 비밀을 털어놓고 이야기할 사람이 없는 경우에 우울 성향이 높았다.

여러 가지 정신건강 질환 중에서도 우울증이 특히 중요성을 갖는 것은 자살과의 연관성 때문이다. 청소년 사망원인의 3위를 차지하는 것이 자살이고(통계청, 1998), 자살에 이르기 전에 의식적이건 무의식적이건 도움을 구하는 행위(help-seeking gesture)를 한다는 보고들이 있다는 것을 고려한다면(Slap 등, 1989) 이러한 위험을 조기에 파악하여 예방하는 것이 일차진료 의사의 역할이라고 하겠다. 중고등학생의 21.5%는 일시적인 자살 충동을 느낀 적이 있고, 5.1%에서 자살을 시도한 경험이 있다고 하며 이들의 자살기도 동기로 가장 많은 것이 우울 감정이라고 한다(민병근 등, 1986). 자살을 하는 청소년의 병원 이용률이 낮고 실제로 자살을 시도하지 않더라도 자살하는 사람의 2-4배 정도는 자살에 대해서 심각하게 고려하고 있는데 이들은 대부분 환자군에 포함되지 않기 때문에 발견이 곤란하다(Porter 등, 1997). 이 연구에서 청소년들은 자살 충동을 느끼고 있는 경우에

특히 우울 성향이 높아서 이들에 대한 주의가 필요하다. 그러나 청소년들은 150명이 자살 충동을 느끼고 있으나 학부모 중에는 7명만이 자녀의 자살충동을 파악하고 있어 실제로 청소년 주변에서 그들에 대한 이해의 폭을 넓혀나가야 할 것이며, 일차 진료의는 다양한 증상을 호소하는 청소년에게 정신 사회적 정보를 얻도록 하는 한편, 비록 포괄적인 우울증 검사를 실시하지는 못하더라도 현재의 감정상태, 좌절감, 자살의도 등은 확인하여야 하겠다.

우울증 선별검사를 위한 설문지로 현재 우리나라에서는 한국형 소아 우울 척도(Children's Depression Inventory)(조수철과 이영식, 1990), The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale(CES-D)(서국희와 조맹제, 1997), Beck Depression Inventory(한홍무 등, 1986) 등이 사용되고 있으며, 진단적 타당성이 있다는 보고는 있으나 소아 및 청소년에게 적용하였을 경우 절단점을 어떻게 정할 지에 대해서는 뚜렷이 제시해 주지 못하고 있어 광범위한 인구집단을 대상으로 한 적용에 한계가 있다. 이 연구에서는 비교적 청소년들이 이해하기 쉬운 문장으로 되어있으면서 문항 수도 적은 DSRS를 적용해 보았다. DSRS는 본 연구에 앞서 초등학교 5학년, 중학교 2학년, 고등학교 2학년생 총 133명(남자 72명, 여자 61명)에 대해 8주 간격으로 검사-재검사를 시행한 결과 0.76의 일치도를 보였고, 내적 일치도 계수 또한 0.78로 높았을 뿐 아니라, 우울증의 증상 및 진단에 필요한 요소들을 문항에 고루 포함되어 있어서, 비록 국내에서 임상적 타당도 검증은 아직 거치지 못하였으나, 청소년에 대한 우울증 선별도구로 사용하기에 적절하다고 사료된다. 다만 외국의 연구에서는 13점을 절단값으로 제안하고 있지만 이 연구에서 중위값이 12점이었고 75백분위수가 15점, 90백분위수가 18점, 95백분위수가 20점이어서 향후 절단점에 대한 연구가 더 진행되어야 할 것으로 보인다. 한편 이와 같은 절단값 및 분포에 있어서 서구와의 차이는 성인을 대상으로 한 CES-D 연구나(조맹제와 김제희, 1993) 소아를 대상으로 한 연구에서(조수철과 이영식, 1990) 공히 나타나는 현상인데, 동서양의 문화적 차이로 인한 것일 수도 있겠고 실제로 서양보다 우울증이 많기 때문일 수도 있을 것이다.

이 연구의 제한점은 직접 면담을 통한 우울증의

진단을 내리지 못하고 전반적인 우울 성향만을 측정하였기 때문에 임상적 우울증의 유병률을 확인할 수 없었다는 점과, 청소년들이 호소하는 증상들이 진정한 신체질환에 의한 것인지의 여부를 감별진단 할 수 없었다는 점 등이다.

결론적으로 청소년들은 우울증을 주소로 병원을 방문하는 경우가 거의 없고 의료인들은 종종 청소년들의 정신건강 문제들을 간과하는 경향이 있어 (Hodgman과 Roberts, 1982; Fine 등, 1986; Slap 등, 1992) 쉽게 발견하여 치료하기가 곤란하다. 그러나 우울증을 가지고 있던 청소년들을 추적관찰 하면 반사회적 인격장애나 주정중독 등을 갖게 될 확률이 높고(Harrington 등, 1990), 사회나 가정에서 자신의 역할을 다할 수 없는 경우가 많아서(Rourke와 Leenaars, 1989) 주의가 요구된다. 특히 다양한 정신신체증상을 호소하는 청소년은 우울 성향이 높을 가능성이 있으므로 우울증에 대한 좀더 구체적인 선별검사 및 면담을 실시하는 것이 바람직하겠고, 금주, 금연, 운동 등의 건강행위 실천 유도과 함께 자살 충동, 폭력, 우울 등의 문제에 대해서도 적절히 상담할 수 있는 능력이 요구된다.

V. 결론 및 제언

청소년기는 소아에서 성인으로의 이행기로서 신체적 성장 뿐 아니라, 정신 사회적 성장과 발달이 이루어지는 시기이다. 그러므로 이 시기의 환자를 대할 때에는 환자의 신체적 증상 뿐 아니라 정신 사회적 면에 대한 특별한 관심을 갖는 것이 필요하다. 이 연구는 청소년을 대상으로 대표적인 정신 사회적 문제 중 하나인 우울증 측정도구를 이용하여 우울 성향 및 관련 요인을 알아보려 하였다.

이 연구에서는 1998년 5월부터 6월까지 서울시내 초, 중, 고등학교 각각 1개교씩을 선정하여 초등학교 5학년 이상의 전체 학생 및 학부모를 대상으로 자기 기입식 설문조사를 시행하였고 설문지에 답한 3,685 명을 분석대상으로 하였다.

전체적으로 여학생에서 우울 성향이 더 높았고, 특히 초등학교 6학년부터 고등학교 1학년까지의 연령층에서는 남녀간의 차이가 통계적으로 유의하였다. 학년별로는 남학생의 경우 고등학교 2학년부턴, 여학

생의 경우 고등학교 1학년부턴 각각 높아지는 경향을 보였으며, 연령과 우울 성향과의 상관계수는 0.16(p<0.01)으로 통계적으로 유의한 양의 상관관계를 보였다. 가족기능지수와 의 상관계수는 -0.45(p<0.01)로 통계학으로 유의한 음의 상관관계를 보였다. 지난 한 달간 호소한 정신신체증상 수의 중위수는 6이었으며, 4분위수를 기준으로 나눈 4군 각각의 DSRS (Depression Self-Rating Scale) 평균 점수는 통계적으로 유의한 차이를 보였는데(P<0.01), 더 많은 수의 증상을 호소한 경우에 우울 성향도 더 높은 경향을 보였다. 남학생의 경우 자살사고, 우울 및 불안 증상, 불면 등의 순으로, 그리고 여학생의 경우 자살사고, 식은땀, 기절 등의 순으로 높은 DSRS 평균 점수를 보였다. 남녀 공히 흡연, 음주를 하는 경우에 DSRS 평균 점수가 유의하게 높았고, 규칙적으로 하는 운동이 있는 경우, 스트레스를 해소할 수 있는 여가활동이 있는 경우, 그리고 고민을 상담할 수 있는 상대방이 있는 경우에 각각 DSRS 평균 점수가 유의하게 낮았다. 청소년 본인의 경우 조사된 19가지 정신 사회적 문제들 가운데 자살사고, 폭력, 우울 등의 순으로 DSRS 평균 점수가 높았고, 학부모들의 경우 자살사고, 우울, 가정 등의 순으로 DSRS 평균 점수가 높았다.

결론적으로 다수의 정신신체증상을 호소하는 청소년에 대해서는 우울 성향을 평가하기 위한 선별검사를 고려할 필요가 있다. 청소년의 우울 성향과 높은 관련성을 갖는 가족기능 및 흡연, 운동, 스트레스 해소 등의 건강 행위 그리고 자살 사고, 폭력, 우울 등의 정신 사회적 문제들에 대해서도 지역사회 자원을 동원한 적절한 개입이 있어야 할 것으로 사료된다.

참 고 문 헌

1. 김윤진 : 청소년 건강 관리, 대한가정의학회, 가정의학, 서울, 계축문화사, pp.167-184, 1997.
2. 남정자, 최정수, 김태정, 계훈방 : 한국인의 보건인식행태, 한국보건사회연구원(연구보고서 95-26), 1995.
3. 남정자, 조맹제, 정신건강 증진을 위한 접근책, 보건복지포럼, 8, 59-66, 1997.
4. 대한신경정신의학회 : 신경정신과학, 서울, 한의학사, 1998.
5. 민병근, 이길홍, 이재광, 김현수, 박두병, 나철 등, 학생

- 청소년과 비행청소년의 자살양상에 관한 사회정신의학 적 연구, *한국의과학*, 18(1), 20-29, 1986.
6. 서국희, 조맹제, 지역사회거주 청소년의 우울 증상 유병률, *정신의학*, 22(2), 11-24, 1997.
 7. 심재용, 강윤주, 이혜리, 오희철, 비만 청소년의 정신사회학적 특성, *가정의학회지*, 19(4), 337-352, 1998.
 8. 오순영, 김세인, 윤방부, 흡연자의 우울 성향과 니코틴 의존도, *가정의학회지*, 14(2), 79-87, 1993.
 9. 이민창, 오미경, 최종태, 서울지역 인문계 고등학교 3학년 학생들의 우울증, *가정의학회지*, 13(12), 927-934, 1992.
 10. 정태홍, 박성민, 배무경, 이근미, 정승필, 백승호, 대구 지역 일부 인문계 고교생들의 흡연에 관련된 요인, *가정의학회지*, 19(1), 58-66, 1998.
 11. 조맹제, 김계희, 주요우울증환자 예비평가에서 the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale(CES-D)의 진단적 타당성 연구, *신경정신의학*, 32(3), 381-397, 1993.
 12. 조수철, 최진숙, 소아, 청소년의 우울 장애, *신경정신의학*, 28(3), 422-436, 1989.
 13. 조수철, 이영식, 한국형 소아 우울 척도의 개발, *신경정신의학*, 29(4), 943-955, 1990.
 14. 통계청 : 사망원인 통계연보, 1998.
 15. 한홍무, 염태호, 신영우, 김교현, 윤도준, 정근재, Beck Depression Inventory의 한국판 표준화 연구, *신경정신의학*, 25, 487-502, 1986.
 16. Aro, H., Hanninen, V., Paronen, O. : Social support, life events and psychosomatic symptoms among 14-16 year old adolescents, *Soc Sci Med* 29, 1051-1066, 1989.
 17. Barlett, J.A., Svhleifer, S.J., John, R.L., Keller, S.E. : Depression in inner city adolescent medicine clinic, *J Adolesc Health* 12(4), 316-318, 1991.
 18. Birlson, P. : The validity of depressive disorder in childhood and the development of a self-rating scale: a research report, *J Child Psychol Psychiat* 22, 73-88, 1981.
 19. Fine, P., McIntire, M.S., Fain, P.R. : Early Indicators of Self-Destruction in Childhood and Adolescence: A Survey of Pediatricians and Psychiatrists, *Pediatrics* 77(4), 557-568, 1986.
 20. Flanagan, J.A., Maany, I.R. : Smoking and depression, *Am J Psychiatry*, 139(4), 541, 1982.
 21. Harrington, R., Fuge, H., Rutter, M., Pickles, A., Hill, J. : Adult outcomes of childhood and adolescent depression, *Arch Gen Psychiatry* 47(5), 465-473, 1990.
 22. Hodgman, C.H., Roberts, F.N. : Adolescent suicide and the pediatrician, *J Pediat* 101(1), 118-123, 1982.
 23. Hotaling, G.T., Atwell, S.G., Linsky, A.S. : Adolescent life changes and illness : a comparison of three models, *J Youth Adolesc* 7, 393-403, 1979.
 24. Hughes, J.R. : Clonidine : depression, and smoking cessation, *JAMA* 259, 2901-2, 1988.
 25. Berenson, G.S. : Causation of cardiovascular risk factors in children, New Your, Raven Press, 1986.
 26. Neinstein, L.S. : Adolescent health care, 3rd ed., Baltimore, Williams & Wilkins, 1996.
 27. Poikolainen, K., Kanerva, R., Lonnqvist, J. : Life events and other risk factors for somatic symptoms in adolescence, *Pediatrics* 96, 59-63, 1995.
 28. Porter, S.C., Fein, J.A., Ginsburg, K.R. : Depression screening in adolescents with somatic complaints presenting to the emergency department, *Pediatrics* 29(1), 141-145, 1997.
 29. Ralph, R.F., Carol, S.A. : Smoking and Depression : A community survey, *Am J Public Health* 71, 637-40, 1981.
 30. Reynolds, W.M. : Depression in childhood and adolescence: diagnosis, assessment, intervention strategies and research, In Kratochwill, T.R.(Ed), *Advances in school psychology* Hillsdale, NJ, Lawrence Earlbaum, pp.133-189, 1985.
 31. Robert, F.A., David, F.W. : Depression and the dynamics of smoking, *JAMA* 264, 1541-1545, 1990.
 32. Rourke, B.P., Leenaars, A.A. : A childhood learning disability that predispose those afflicted to adolescent and adult depression and suicide risk, *J Learn Disabil* 22(3), 169-175, 1989.
 33. Rutter, M., Tuma, A.J., Lann, S. : Assessment and Diagnosis in Child Psychopathology, New York, Guilford Press, 1988.
 34. Slap, G.B., Vorters, D.F., Chaudhuri, S., Centor, R.M. : Risk Factors for Attempted Suicide During Adolescence, *Pediatrics* 84(5), 762-772, 1989.
 35. Slap, G.B., Vorters, D.F., Khalid, N., Margulies, S.R., Forke, C.M. : Adolescent Suicide Attempters: Do Physicians Recognize Them?, *J Adole Health* 13, 286-292, 1992.
 36. Smilkstein, G. : The Family APGAR : a proposal for a family function test and its use by physicians, *J Fam Pract* 6(6), 1231-1239, 1987.
 37. Smith, M.S. : Psychosomatic symptoms in adolescence, *Med Clin North Am* 74, 1121-1134, 1990.
 38. Wortman, R.N., Donovan, D.S., Woodburn, K.E., et al : Depression and its relationship to somatic complaints in adolescent patients, *J Adole Health Care* 7, 295, 1986.