

## 우울증의 ‘생의학적 의료화’ 형성 과정<sup>†</sup>

박 혜 경\*

이 글은 최근 국내에 크게 증가하고 있는 우울증(depression)이 생의학적(biomedical) 차원에서 의료화(medicalization)되는 과정을, 질병의 진료 메커니즘을 통해 고찰한 것이다. 우울증은 근래까지 병원(病原)의 실체가 명확히 규명되지 못함에 따라 다양한 요인들이 복합되어 발병하는 정신질환으로 인식되어왔다. 따라서 우울증에 대한 치료 역시 약물과 ·심리적·사회적 처치를 병행해왔다. 그러다 1990년대 들어 서구를 중심으로 뇌과학이 출현하고 최첨단 뇌 진단장비 및 정신질환 치료 신약의 개발 등이 급속히 진전되면서, 우울증은 일상적 관리와 완치가 가능할 뿐만 아니라 누구나 걸릴 수 있는 ‘뇌 신경계 질환’으로 급속히 재정의되었다. 이러한 질병 개념 및 인식과 치료법의 영향으로 최근 국내에서는, 해마다 평균 8% 이상의 우울증 환자가 정신의학계의 적극적인 치료 대상으로 ‘출현하고(emergent)’ 있다. 그러나 정신의학계는 현재의 우울증 치료율은 10%선에 불과하며, 치료 범주에서 벗어나 있는 우울증 환자가 전체의 80% 이상이라고 추산한다. 그렇다면 이러한 추정치는 어떠한 의미를 갖는 것일까? 이 논문은 이러한 의문을 가지고 우울증의 생의학적 의료화 과정을 비판적으로 탐색하였다.

**【주제어】** 우울증 , 뇌과학, 생의학 모델, 의료화

<sup>†</sup> 본 논문의 이론적 준거와 논리적 오류, 논거의 불충분 등을 꼼꼼하게 지적해 주신 익명의 논평자들에게 깊이 감사드립니다.

\* 충남대학교 사회학과 강사 · KAIST 박사 후 연수연구원.  
전자메일: hkpark333@hanmail.net

## 1. 연구 목적 및 배경

이 연구는 1990년대 중반 이후 한국 사회에 크게 증가한<sup>1)</sup> 우울증(depression)이, 생의학적(biomedical) 차원에서 의료화(medicalization)되는 과정을 탐색하려는 것이다. 우울증이 어떻게 뇌질환(brain disease)의 일종으로 정의되어 약물과 수술이라는 생의학적 치료가 강조되는 의료화 과정에 편입되었는가를 질병의 진료메커니즘 속에서 고찰하려는 데 목적이 있다. 우울증(憂鬱症)은 근래까지 “정신과(科) 질환 중 비교적 빈번히 발견되며 전 연령대에서 고루 발병하는 흔한 증세”(남윤영·전우택, 2002: 169)로 이해되어 왔다. 그러나 우울증의 발병에는 다양한 요인들<sup>2)</sup>이 복합적으로 개입·작용하며, 특히 병소(病巢)의 물리적 실체가 명확하고도 단일하게 규명되지 못함(간바 시게노부, 2012: 75)에 따라 우울증 치료에 약물치료와 심리·사회적 치료 등 다양한 방법들이 병행되어 왔다(김해련·신혜섭, 2001: 148-151; 박정애·최상은, 2010). 그러다 1990년대 이후 서구를 중심으로 뇌과학(brain science)이 출현<sup>3)</sup>하고, “20세기 말에 뇌 영상기술의

- 
- 1) 국내 우울증 환자 수에 대한 정부의 공식 집계는 건강보험심사평가원 등의 발표자료 등으로 볼 때, 2000년대 초반부터 진행된 것으로 보인다. 그 이전까지는 우울증에 대한 공식적인 통계가 산출되지 않았고, 다만 언론 보도 자료 등을 통해 1997년을 전후로 우울증이 증가하기 시작한 것으로 파악되고 있다.
  - 2) 정신병과 마찬가지로, 우울증의 발병 원인으로는 고대의 초자연적(악마나 귀신들림 등) 귀인에서 18세기 이후 등장한 유전적(집안 내력 등), 심리적(심약성 등), 사회환경적(빈곤, 실직 등), 생물학적(질병, 뇌의 이상 등) 귀인에 이르는 다양한 요인들이 거론되어 왔다(박선환 외, 2007: 36-39; 이영호, 2005: 20-28).
  - 3) ‘뇌’에 대한 관심은 1990년 미국이 ‘뇌의 10년(Decade of the Brain)’을 선언하고, 1993년부터 미국립보건원(NIH)이 ‘인간두뇌과제’를 지원하면서 본격 등장하였다. 이후 일본이 ‘뇌의 세기’라는 모토 아래 1997년부터 ‘뇌과학 프로젝트(Brain Science Project)’를 추진 중이며 영국, 프랑스, 독일, 스웨덴 등 유럽 주요 국가들도 국책연구기관들을 중심으로 뇌 관련 연구를 적극 지원하고 있다. 우리나라는 1997년 ‘뇌연구촉진기본계획’을 수립하고, 2003년부터 21세기 프론티어사업의 일환으로 ‘뇌기능 활용 및 뇌질환 치료기술 개발연구사업단’을 출범하였다(뇌기능활용 및 뇌질환 치료기술개발연구사업단, 2005).

비약적 발전과 정신약물학의 성장으로 인해 뇌에 대한 탐구가 신경과학의 대세를 이루는”(장대익, 2010: 344) 것을 배경으로 우울증이 ‘뇌의 질병’으로 급속히 정의되기 시작하였다(가토 다다후미, 2012: 110).

뇌 관련 과학기술의 발달로 현재 규명된 우울증의 특징은 뇌 속의 특정 신경 전달물질의 양적 과다 혹은 과소 분비, 뇌기능 및 구조의 변화 등으로 요약된다(김희철, 1999; 최은미·구성자, 2001; 정규희 외, 2008; 최승원 외, 2008). 신경정신의학계에서 우울증의 직접적이고도 주요한 원인을 뇌에서 찾는 이유는 검진 대상자의 뇌 속에서 이러한 병적 징후가 수치적·물질적으로 관찰되며, 이러한 관찰 데이터들은 검진 대상자를 우울증 환자로 확진(確診)할 수 있는 명백한 증거들로 채택될 수 있기 때문이다. 특히, fMRI(기능성 자기공명영상)와 같은 최첨단 뇌 영상 장비들은 우울증 환자의 특정 뇌 부위가 지나치게 활성화되는 모습을 역동적 이미지로 노출시켜 질병의 객관성을 확보해준다.

그러나 우울증을 뇌의 질병으로 정의하는 데 마침표를 찍게 해 준 요인은 항우울제 등 부작용이 개선된 새로운 정신약물 개발에 있다. 부작용을 개선한 우울증치료제의 개발은, 우울증을 얼마든지 ‘완치’하거나 ‘관리’할 수 있는 신체(뇌)의 질병이라는 약리학적 범주로 편입하였다. 현재 치료제로 사용 중인 주요 항우울제들은 대부분 1990년 전후로 개발된 신약이다(코넬리우스 카토나메리로버트슨, 2008: 33; 박정애·최상은, 2010). 이들 약제들은 우울증의 원인 물질을 제어하는 방식의 약리효과를 가지고 있지만 대개 높은 치료 효과가 강조되면서, 의료진은 물론 우울증 환자의 약물 의존도를 2006년 이후 매년 20% 안팎 크게 고조시키고 있다(안정훈, 2010: 44-45). 특히 “약물치료를 효과를 얻지 못한 만성 우울증 환자에게는 문제가 있는 뇌 부위를 수술로 제거(고주파 응고)하는 시술”(조선일보, 1998b)까지 적용되고 있어, 이제 우울증은 ‘물리적 치료가 보다 효과적인 뇌의 질병’이라는 생물병리학적 정의가 한층 신뢰를 얻게 되었다.

우울증과 관련한 이러한 이해는 생물학적 관점의 정신의학(생물정신의학)<sup>4)</sup>에 입각한 인식이다. 생물정신의학은 “정신장애에 대한 기질적이고, 생물학적

인 접근을 강조하는 생의학적 모델에서 기원”(김혜련·신혜섭, 2001: 17)하고 있는데, 1980년대부터 정신질환과 관련하여 지배적인 의료모델로 수용되고 있다(남상희, 2004: 105).<sup>5)</sup> 그렇다면 우울증에 대한 이러한 질병 개념의 변화와 치료법의 개선은 어떠한 결과를 가져왔을까? 한마디로, 우울증 환자가 크게 늘어나는 변화를 가져왔다. 세계보건기구(WHO)는 1990년도 기준으로 우울증이 여러 질환 중에서 질병부담이 4번째로 높은 질환이었으며, 오는 2020년에는 2번째가 될 것으로 예측하였다(박정애·최상은, 2010: 58). 건강보험심사평가원이 집계한 국내 ‘건강보험 우울증 환자 수 및 진료 현황(2003-2007년)’에 따르면 “우울증으로 진료를 받은 우리나라의 환자 수도 2007년 현재 52만 5466명”(동아일보, 2008a)으로, 해마다 평균 8% 이상 늘어났다.

하지만 국내 신경정신의학계는, 현재의 우울증 진료율은 30-40%에 불과하며 치료율도 15%에 못 미친다고 밝히고 있다. 그 결과 치료 범주에서 벗어나 있는 우울증 환자가 전체의 80%를 넘는다고 추산한다(정성원 외, 2009: 21; 김기용, 2010). 그렇다면 정신의학계가 적절한 치료를 받지 못하고 있다고 추정하는 80% 이상의 대상자는 어떠한 의미로 이해되어야 할까? 2007년의 실제 진료 환자 수 50여만 명과 진료율 30~40%를 고려할 때 전체 진료 대상자는 120~150만 명 정도로 추계된다. 그런데 한국보건의료연구원이 제시한 자료(2010)에 따르면 최근 국내의 연간 우울증 유병률은 6.4%로, 인구대비 추정 환자는 320만 명에 달한다. 배 이상에 달하는 이러한 계수 차이는 무엇을 의미하는 것일까?

- 
- 4) 정신건강 및 정신질환에 대한 정신건강론의 관점으로는 생물학적 관점, 심리학적 관점, 사회환경적 관점, 생태체계적 관점이 있다(이영호, 2005: 20-28).
  - 5) 과거 질병 인식의 주된 모델은 17세기 임상-병리적(clinico-pathological) 모델이었다. 여기에 19세기 세균병인론(germ theory)이 더해진 후 현대의 생의학적 모델이 정립되었다. 생의학적 모델은 이후 지배적인 의료모델로 활용되었는데, 1977년 로체스터대학의 정신과 의사였던 조지 앵겔(Engel)이 생의학적 모델의 세포 환원주의를 비판하며 주장하였던 생물정신사회적 모델(biopsychosocial model)이 등장하면서 비판대에 놓이게 되었다. 이후 1980년대부터 앵겔(Engel)의 이 모델을 토대로 정신과 신체, 마음과 뇌의 상호작용에 관한 많은 과학적 연구가 이루어졌으나 실제 의료계에서는 이러한 패러다임 전환이 잘 이루어지지 않고 있다(이상열, 2012: 3; Alonso, 2004: 239-243).

이 논문은 “1990년대 중반 이후 우리 사회에서 우울증에 대한 질병 프레임이 ‘생의학적 의료화(biomedical medicalization)’<sup>6)</sup> 과정에 놓여 새롭게 구성되고 있다”고 전제한다. 이에 따라 국내에서 우울증이 생의학적 의료 모델에 맞추어 의료화하는 과정을 ① 질병 (재)정의 → ② 진단 → ③ 확진 → ④ 치료의 진료 메커니즘 속에서 고찰하고자 한다. 여기서 각 단계가 이행하는 과정에는 상호 중첩이 있다. 따라서 세부 탐색 내용은 첫째, 우울증에 대한 새로운 정의와 인식의 확산 둘째, 우울증의 현장 검증 (진단~확진) 셋째, 우울증의 질병 관리(치료) 등 세 부분으로 나누었다.

## 2. 우울증에 대한 새로운 정의와 인식의 확산

### 1) 우울증의 생의학적 재정의 작업: 뇌 질병化 협의

우울증(depression)은 “우울한 기분으로, 이로 인하여 거의 모든 활동에 있어서 흥미나 즐거움이 감소하며, 매사 부정적으로만 생각하는 경향을 갖는 상태”(김

---

6) 의료화란, “일상적인 상태(예를 들면 임신과 분만 등)를 치료의 대상으로 보고 의료 영역으로 끌어들이는 것”(에드워드 쇼터, 2009: 127)으로 과거 정신의학이 신경성 증상을 의료 영역에 편입한 사례가 대표적인 예이다. 의료화가 진행되면 국가와 의료계가 특정 질병에 대한 대중의 부정적인 시각을 없애고 질병의 조기 발견과 치료의 중요성을 알리고자 노력함에 따라 대개 인구 1인당 의료비 지출이 증가하는 결과로 이어진다(남상희, 2004: 102-103). 그러나 결국 “질병의 범주를 무제한적으로 확대하려는 이데올로기가 작용하여 특정 질병에 대한 관심이 비등해지게”(토마스 자즈, 1991; 이반 일리히, 2004) 되어 유행병이다 싶을 정도로 환자가 많아지게 되면 의료화의 개념은 사라지고 탈(脫)의료화 현상이 발생하게 된다. 이러한 점에서 의료화-탈의료화 개념은 매우 논쟁적이며 그 개념과 범주, 경계를 정하는 것이 쉽지 않다. 이와 관련해 Halfmann(2011)은 사회문제의 ‘과정’을 분석함으로써 의료화와 탈의료화의 요인을 찾고, 다양한 변수들 간의 힘의 불균형(예를 들면, 남녀 혹은 의사-환자 간)을 분석함으로써 둘의 개념 차이를 찾아 상호 보완하는 방법 등 담론과 분석방법을 포괄하는 ‘(탈)의료화 유형론’이 필요하다고 제안하고 있다.

혜련·신혜섭, 2001: 145; 코넬리우스 카토나·메리 로버트슨, 2008: 16)로 개념이 정리되어 있지만 그 증상과 심각 정도는 매우 다양하다. 일반적으로 양극성, 단극성 등으로 분류하거나 기분장해, 정신병적 장애 등으로 분류하는데 기분장애의 대다수가 우울증이고, 정신병적 장애의 대다수가 정신분열병에 속한다(이선혜·서진환, 2010: 128). 미국 인구의 거의 10%가 걸릴 정도로 흔하며, 한 사람이 평생 동안 우울증을 앓을 확률도 15%에 이른다(남윤영·전우택, 2002: 169). 우리나라의 우울증 평생 유병률도 5.6%(2006년 현재) 정도로, 해마다 증가하고 있으며, 근래에는 매년 320만 명(6.4%) 정도 발병하는 것으로 추정되고 있다(한국보건 의료연구원, 2010). 우울증으로 인한 사회경제적 비용은 2조 153억 원이 추산되어 사회적 부담이 갈수록 커지고 있는 질병으로 변모되고 있다(정상혁, 2005).

그렇다면 우울증은 최근 들어 이처럼 증가한 질병일까? 우울증은 본래 기원 전부터 다양한 원인과 가설이 제기되어온 역사적으로 오래된 질병으로, 그 기원과 관련해서는 이견이 없다. 그러나 우울증의 질병원이 어디에서 비롯되느냐와 관련한 논란은 고대사회에서부터 줄곧 끊이지 않았다. 정신병이 악마나 귀신의 장난이라고 여겼던 고대 이집트, 인도 등에서도 정신질환을 뇌의 병으로 보았음을 암시하는 흔적(구멍이 뚫린 두개골)이 있었으며(박선환 외, 2007: 36) 사회환경이 인간의 건강을 결정짓는 중요한 변수라는 입장을 취했던 히포크라테스(이영호, 2005: 25)도 정신질환을 두뇌의 장애로 규정하고 약물 사용을 권장했는데, 특히 “우울증은 흑담즙의 축적에서 생기는 병”(재컬린 더핀, 2011: 406)이라고 보았다. 정신질환에 대한 인식은 18세기 후반 계몽주의 사조가 등장하면서 미신으로부터 벗어나 과학의 차원에서 연구되기 시작하였다. 특히 “우울증에 대한 개념과 분류가 현대적인 체계로 이루어지기 시작한 것은 19세기 크라에펠린(Kraepelin)이 우울증의 개념들을 정리하고 우울증과 조증을 분류하면서부터”(남윤영·전우택, 2002: 170)인데 당시 임상병리학, 해부학 등의 발달로 정신질환도 신체질환처럼 정의되고 기술되었다.

20세기 초에 이르자 정신의학 연구는 정신분석학(psychoanalysis)과 심신의학

(psychosomatics), 정신생물학(psychobiology) 혹은 생물정신의학(biological psychiatry)이라는 3개의 서로 다른 방향으로 발전하기 시작했으며, 이 같은 흐름은 현재에도 계속되고 있다(재컬린 더핀, 2011: 418). 이 가운데 20세기 정신역동적 모델(psychodynamic model)의 대표적인 정신분석학의 주창자 프로이트는 연구 초기인 19세기 말 신체적·신경학적 질병에 잠시 관심을 기울였지만, 이후 정신병리학으로 관심 분야를 바꾼 뒤 방대한 정신분석이론을 정립하였다. 우울증의 발병 기전에 대해서도 초기에 환자의 '신경계 장애'가 원인이 되어 발생하는 질병으로 인식하였다가 그 후 줄곧 심리사회적·정신역동적 원인에 의해 발생하는 것으로 보았으며, 이러한 정신역동 모델은 현재까지 정신질환 연구의 주요한 한 흐름을 차지하고 있다(박선환 외, 2007: 38; 에드워드 쇼터, 2009).

반면 생물정신의학은 신체적 성격의 근본 치료를 정신의학에 도입한 흐름이다. 당시 스피로헤타의 발견으로 신경 매독의 해부 임상적 원인이 완전히 규명되었고, 1917년에는 바이러스성 뇌염의 여러 원인 중 하나가 밝혀지면서 '정신'의 장애로 여겨지던 질병들의 원인균과 조직 변화에 대한 탐색이 고조되었다. 그 결과 1930년대에는 간질 환자에게 전기충격요법을 시행하거나 강박증 환자에게 전두엽 절제술을 실시하는 등 생물정신의학의 신체 중심적 처치가 활발하게 진행되었다(재컬린 더핀, 2011: 422-429). 요컨대 이 시기에는 '정신치료' 위주의 정신의학이 중심적인 의료모델이었지만, 정신질환에 임상-해부학적 연구와 '신체치료' 방식도 활발하게 시도되었다.

그러던 중 국내 정신의학계에, 우울증이 뇌 신경계 질환으로 전격 재정의되고 약물 중심의 신체치료가 획기적으로 확대되는 계기가 1990년대 들어 찾아왔다. 이 시기에 신경전달물질과 우울증 간의 상관관계에 대한 국내 정신의학계의 관심이 크게 증대되기 시작하였으며(백인호, 1993; 김영훈, 1995),<sup>7)</sup> 주요 선진국들을 중심으로 신경전달물질의 불균형을 야기하는 뇌 해부학적 원인들이

7) 이러한 흐름을 반영하듯 우리나라의 뇌·신경과학 관련 논문 편수는 1991년 42편에서, 1995년 219편, 2000년 823편, 2004년 1470편으로 13년간 무려 3500%의 증가를 보였다(뇌기능활용 및 뇌질환 치료기술개발연구사업단, 2005: 16-17).

뇌영상으로 목격(발견)되면서(이상혁 외, 2008) 우울증을 ‘뇌의 질병’으로 정의하는 근거들이 제공되었다. 결정적으로는, 우울증의 확인된 병소와 징후들을 효과적으로 치료할 수 있는 신약이 쏟아져 나왔기 때문이다. 프로작(1987년 출시)에서 시작해 1990년 전후 등장한 “SSRI(선택적 세로토닌 재흡수 억제제) 계열의 항우울제는 1960년대 이후 개발된 TCA(삼환계 항우울제) 계열에 비해 내성이 좋고 부작용이 적으며 치료 중단율이 낮고 과다 용량을 복용하였을 때에도 환자가 사망하는 일이 거의 없어”(박정애·최상은, 2010: 58) 현재에도 대부분 권장되고 있다. 이러한 일련의 흐름은, 우울증에 대한 관점을 정신치료를 강조하는 심리사회적·정신역동적 모델에서 신체(뇌)치료를 강조하는 생의학적 모델의 ‘생물정신의학’으로 전환한 것이다.<sup>8)</sup>

현대의학이 채택하고 있는 ‘생의학적 모델’은 질병의 사회적 구성을 전문가 집단의 권위에 부차함으로써 의사들이 질병에 대해 막강한 권력을 행사할 수 있는 근거를 제공하고 있다(앤서니 기든스, 2006: 162-189). 이것은 특정한 질병과 관련해 해당 의료집단이 내부적으로 질병의 정의, 범위, 규정, 치료법 등을 사회적으로 ‘합의(negotiation)’할 수 있음을 시사한다. 현재 대한의학회, 대한신경정신의학회가 작성·감수하고 보건복지부가 네이버 국가건강정보포털에 제공하고 있는 ‘우울증’ 관련 자료(네이버, 2012)에 따르면 “우울증은 흔한 정신질환으로 마음의 감기라고도 불리고 ... 심한 경우 자살이라는 심각한 결과에 이를 수 있는 뇌질환이며 ... 초기 완쾌율이 2개월 내에 70~80%에 이르는 ... 상담과 정신과 치료가 필수적이며 ...”라고 정의되어 있다. 우울증의 원인에 대해서도 “우울증은 뇌의 신경전달물질의 불균형으로 인해 초래되며 ... 항우울제는 이러

---

8) Healy(2003)는 “화학적으로 뇌가 분비하는 신경전달물질인 세로토닌 부족에 의해 우울증이 생긴다는 주장은 우울증같이 매우 특별한 병에 대한 하나의 관점일 뿐이며 그것은 질병의 원인을 매우 단순화한 것으로 시대에 뒤쳐진 관점이다”라고 비판하고 있다(레이 모이니헌·앨런 커셀스, 2006: 118). 앞서 살펴본 바와 같이 정신의학계에서 생의학적 모델에 입각한 정신의학은 70년대 후반 등장한 생물정신사회적 모델보다 뒤쳐진 관점으로 이해되고 있지만, 뇌 관련 과학기술의 발전에 힘입어 다시 팽창하고 있다. 에드워드 쇼터(2009)는 이러한 상황을 ‘생물정신의학의 부활’이라고 꼬집었다.

한 신경전달물질을 조절하여 우울증의 원인을 치료한다.”며 생물학적 원인을 ‘뇌’에서 찾고 있다. 일본 이화학연구소 뇌과학종합연구센터의 리더인 가토 다다후미박사(2012: 110)도 “우울증은 뇌 안에 있는 물질의 균형이 무너져 있으므로 약을 복용하지 않으면 여간해서 낫지 않는다. 결국 우울증은 마음에 증상이 나타나지만 뇌의 병”이라고 정의하고 있다.

정신의학계의 우울증에 대한 이러한 질병 개념 재정의는, 학계를 넘어 대내외적으로도 광범위하게 공유된 것으로 확인된다. 1991~2010년 사이 국내 주요 일간지에 나타난 우울증 기사를 분석한 이현정(2012: 58-61)에 따르면 생의학적·유전적 등의 생물학적 원인을 언급한 기사는 1991년에 한 건도 없다가 2010년에는 14건(우울증을 다룬 전체 77건의 기사 중 18.2% 차지)으로 증가했으며 20년 동안 평균 20.4%의 비중을 차지했다.<sup>9)</sup> 특히 이 연구(이현정, 2012: 61)는 1993년부터 단순한 우울증 사건기사보다 의학 정보를 알려주는 정보중심 우울증 기사가 2~4배 이상 많아지면서, 정신과 의사나 정신의학자들이 정보 중심 기사에 우울증에 대한 생의학적 연구 결과와 우울증의 유전적·생물학적 원인을 강조하는 의견을 제시하는 예가 증가했다고 밝혔다.

세계보건기구(WHO)도 2001년 말 “정신질환에 대한 새로운 이해가 마련되었다”는 내용을 핵심으로 하는 『정신건강: 새로운 이해, 새로운 희망』이라는 제목의 연차 보고서를 발표한 바 있다(WHO, 2001). 우울증에 대한 국제사회의 관점도 이 시기에 ‘뇌 신경계의 질병’으로 분명하게 전환된 것이다. 요컨대, 국내의 정신의학계는 1990년대 이후 ‘우울증은 ‘뇌의 질병’이며, 정신과 치료와 상담 및 약물 치료가 반드시 필요하고, 누구나 걸릴 수 있는 ‘마음의 감기’로 완치율이 높은 질병’이라는 생의학적 입장을 분명하게 명시하고 있다. 나아가 이러한 우울증 질병 프레임은 사회 전반에 걸쳐 빠르게 확산·공유되었다.

9) 같은 자료에 따르면 동시기 사회적 원인을 언급한 기사의 비중은 1991년 이후 2010년까지 20.0%에서 최고 60.6%, 평균 44.4%의 비중을 차지하고 있었다.

## 2) ‘우울증 용의자’ 구성: 질병 예비군 창출하기

우울증의 개념 정의가 변화된 것과 함께 ‘우울증의 범위를 어디까지로 정할 것인가’라는 문제는 치료대상인 환자의 규모를 확보하는 일과 관련해 중요한 쟁점이 된다. 세계 여러 나라에서 우울증과 관련한 질병 범주는 뇌과학을 선도하고 있는 미국 정신의학협회(American Psychological Association)의 『정신질환을 위한 진단과 통계 편람(DSM-IV-TR)』<sup>10)</sup>의 진단 기준에 따라 결정되고 있다. 우리나라는 1995년 정신보건법이 제정되었지만, 현재는 1994년의 DSM-IV를 기준으로 정신장애를 진단하고 분류한다. 세계 각 나라들은 이 통계 편람에 나온 우울증 개념과 진단 기준 등을 중심으로 자국의 현실에 맞게 진단 평가표를 만들어 활용하고 있다. 국내 한 일간신문이 질병에 대한 경각심 제고 차원에서 미국 국립정신건강연구소(NIMH)의 우울증 척도표를 국내 현실에 맞게 개량하여 게재한 보도내용(조선일보, 1998a)은 다음과 같다.

지난 1주일간 다음 20개 항목의 일을 경험했는지 체크해 전혀 없었으면 1점, 1~2회 있었으면 2점, 3~4회 있었으면 3점, 5~7회 있었으면 4점을 부과한다. 각 항목별 점수를 더해 24점 이상이면 우울증이다.

① 평상시 아무렇지 않던 일들이 귀찮게 여겨졌다. ② 입맛이 없어졌다.

---

10) DSM- I 은 1952년 미국 정신의학협회가 정신질환과 관련하여 최초로 만든 독립적 분류체계 요람이다. DSM- I 이 등장하던 1950년대와 1960년대는 정신분석이 미국 정신의학의 지배권을 장악하고 있던 시대로, 1968년에 나온 개정판 DSM-II에도 정신분석학파의 입장이 그대로 반영되어 있었다. 그러나 정신분석보다 증상에 맞추어 진단하기를 원했던 임상사들의 요구 등에 힘입어 1970년대 후반 개정된 DSM-III에는 환자들을 대상으로 실시한 진단검사를 토대로 (생물정신사회적 모델을 경시하는 대신) 생물정신의학 모델에 기반하여 DSM-II의 180개보다 크게 늘어난 265개의 정신병명을 열거했다. 또 이후 DSM-III는 개정판과 함께 세계 20여개 이상의 언어로 번역되었고, 이러한 의료모델을 계승하여 1994년 발표된 DSM-IV에는 무려 297개의 정신질환 관련 병명이 열거되었다(에드워드 쇼터, 2009: 488-499). DSM-IV-TR은 2000년 6월에 출간된 DSM-IV의 개정판이다.

③ 가족·친구를 만나보고 얘기를 했지만 울적한 기분을 떨쳐버릴 수 없었다. ④ 나는 다른 사람들과 마찬가지로 착한 사람이라고 생각했다. ⑤ 내가 하는 일에 마음을 집중시키기 힘들었다. ⑥ 살맛이 나지 않으면서 기분이 불쾌했다. ⑦ 내가 하고자 하는 일 모두가 불쾌했다. ⑧ 미래에 대해 희망적으로 느꼈다. ⑨ 내 인생은 실패였다고 생각했다. ⑩ 두려움을 느꼈다. ⑪ 잠을 시원하게 못 잤다. ⑫ 행복한 편이었다. ⑬ 평상시보다 말을 적게 했다. ⑭ 외로움을 느꼈다. ⑮ 사람들이 다정하지 못하다고 느꼈다. ⑯ 생활을 즐겁게 보냈다. ⑰ 울었던 적이 있었다. ⑱ 슬픔을 느꼈다. ⑲ 주위 사람들이 나를 싫어한다는 생각이 들었다. ⑳ 무슨 일이라도 활발하게 참여할 수 없었다.

위 내용을 통해서도 알 수 있듯이 자가 진단 항목 중 상당수는 반드시 우울증일 경우에 나타날 개연성이 없는 항목들이기도 하다. 신체적인 피로나 일시적으로 개인이 처한 불편한 삶의 상황들이 일주일 이상 지속되는 경우도 다반사이기 때문이다. 또 일상생활에서 흔히 경험할 수 있는 내용들을 제시함으로써, 우울증이 누구나 걸릴 수 있는 '정신적인 감기'라는 의미로 받아들여지기 쉽게 구성하고 있다.<sup>11)</sup>

그렇다면 매스미디어의 이러한 보도는 어떤 기능을 할까? 매스미디어는 대중이 늘 접하는 일상의 여론 확산 및 담론 생산매체이다. 따라서 매스미디어가 국내외 신경정신의학적 전문가 및 전문 기관들이 공표하고 있는 '자가 진단표'를 소개하는 것은 마치 관련 전문의와 상담을 하는 것과 유사한, 예비 검진이나 문진(問診)의 성격을 갖는다. 결국 매스미디어의 이러한 보도는 우울증의 자가

11) 이현정(2012: 56)에 따르면 1991년에 총 2건에 불과했던 우울증 관련 기사는 2010년 현재 총 957건으로 폭증했으며, 1997년을 기점으로 우울증 관련 기사가 사건 보도에서 정보제공 중심으로 역전되었다. 정보제공 중심의 기사는 우울증의 증상, 판별기준, 효과적인 치료법, 개인 극복 사례, 예방 및 교육프로그램 등을 소개하는 기사로, 조사 기간 중에 사건 보도 기사보다 평균 2~4배 이상 많았다. 2000년대부터는 사회면이 아닌 과학이나 건강 지면에서 다루어지는 비중이 더 높아졌다.

진단 테스트를 ‘일상화’하게 된다. 특히 ‘누구라도 우울증에 걸릴 수 있다’는 점이 자연스럽게 수용되면서 탈(脫)낙인화와 같은 긍정적 효과가 나타나고, 그 결과 우울증에 대한 인식 전환이 이루어지면서 ‘스스로’병원을 찾는 예비 환자와 우울증 확진자 규모가 증가하고 있는 것이다. 이처럼 ‘사회적으로 질병의 부정적 시각을 없애고, 그 결과 환자가 증가하게 되는 현상’은 ‘의료화(madicalization)’의 전형적인 특징(남상희, 2004: 102-103) 중 하나이다.

건강보험심사평가원(2010)에 따르면 우울증으로 진료를 받은 우리나라의 환자 수는 2005년(43만 5366명), 2006년(45만 4292명), 2007년(49만 3563명), 2008년(48만 4990명), 2009년(50만 8500명)으로 꾸준히 늘어나고 있다(<표 4-1> 참조). 한림대성심병원 정신과 전덕인 교수는 “최근 몇 년 사이에 우울증 환자가 지속적으로 증가한 것은 사회적 인식의 변화로 정신과 진료실 문턱이 낮아졌기 때문”(아시아투데이, 2008)이라고 분석하였다. 요컨대, 우울증이 누구나 걸릴 수 있는 ‘마음의 감기’로 인식되면서 ‘우울증 환자 = 정신이상자’라는 “낙인과 편견의 문화”(이영호, 2005: 25)가 희석된 결과로 판단된다.

〈표 4-1〉 국내 우울증 환자 현황(2005-2009년)

구 분		2005년	2006년	2007년	2008년	2009년
진료 인원 (명)	계	435,366	454,292	493,563	484,990	508,500
	남	139,024	143,280	150,761	147,267	153,586
	여	296,342	311,012	342,802	337,723	354,914
총 진료비 (백만원)	계	121,262	439,578	163,157	166,578	178,829
	남	41,376	46,669	52,145	51,819	55,311
	여	79,886	92,909	111,012	114,759	123,518

출처: 건강보험심사평가원(2010).

하지만 탈낙인화와 같은 배경만으로 우울증 환자가 증가했다고 보기는 어렵다. ‘약으로 쉽게 나올 수 있다’는 기대감과 의존심이 커졌기 때문에 환자 수가 늘어났을 가능성도 높다. 실제로 국내 환자들의 약물 선호도는 외국에 비해 상대적으로 높게 나타나고 있다(이선혜·서진환, 2010: 148) 그러나 우울증 치료제와 같은 약물이 예비 환자의 요구로 광범위하게 처방될 수 없는 현실을 고려한다면 항우울제 등의 소비량 증가는 분명 정신의학계의 ‘의료화’가 진전된 결과로 보는 편이 옳다. 건강보험심사평가원이 발표한 ‘2004~2008년 우울증 환자 진료실적’에 의하면 2008년 현재 국내 우울증 환자에 대한 항우울제 총 투여 횟수는 6821여 만 회로, 2004년(4480여 만 회)보다 52.3%가 늘어났다(경향신문, 2009). 연평균 13.1%에 달하는 증가로, 진료 환자 증가율(8%)을 5% 정도 상회하는 높은 신장세를 나타내고 있다. 요약하면, 우울증이 약물로 효과적인 치료와 관리 가능한 신체(뇌)의 질병으로 자리 잡으면서 우울증 환자와 약물 처방이 크게 늘어나는 결과로 이어진 것이다. 이러한 의료비 지출의 증가 역시 ‘의료화’의 또 다른 특징(남상희, 2004: 102-103) 중 하나이다. 2005년 이후 지속적으로 증가하고 있는 우울증 관련 총 진료비 역시 이러한 ‘의료화 현상’을 잘 반영하고 있다(<그림 4-1> 참조).



〈그림 4-1〉 우울증 환자와 총 진료비 증가 추이(2005-2009년)

출처: 건강보험심사평가원(2010).

그렇지만 더 심각한 결과는 우울증이 ‘흔한 질병이자 관리될 수 있는 질병’으로 인식되면서 일상적 스트레스나 가벼운 우울을 경험하는 사람들, 심지어 정신의학적으로 어떠한 종류의 질환도 가지고 있지 않은 건강한 사람들에게조차 우울증에 대한 ‘염려’가 부추겨지고 있다는 점이다. 이것은 누구나 겪는 일상적 스트레스, 가벼운 우울에 대해서 질병 염려증을 확산하여 정상 범주에 있는 사람들을 ‘우울증 용의자’로 지목함으로써 예비 환자군(群)을 광범위하게 형성하는 결과를 초래할 수 있다.

그러면 신경정신의학계가 우울증 용의자, 즉 예비 환자군(群)의 범위를 넓게 규정하는 것은 어떠한 결과를 가져올까? 클레만(Kleman)과 쉬히처(Schecher)는 정신의학계가 핵심 정신질환 영역(정신분열증, 조울증, 공황장애 등) 외에, 삶의 스트레스 사건과 연관된 감정적 고통 영역(외로운 가정주부, 경영압박을 받고 있는 사업가, 이혼한 사람, 사별한 유가족 등)의 사람들을 환자로 삼아 약을 처방하고 있다고 비판하였다(최은미·구성자, 2001: 63). 이들의 지적은 질병의 범위를 넓게 확장하는 것이 곧 잠재적 질환자에 대한 치료 대상화, 과잉 약물처방으로 직결될 수 있음을 시사한다.<sup>12)</sup>

김기웅(2010)은 “우리나라의 전체 주요 우울장애 환자 중 의학적 치료를 받은 경우는 13%에 불과했고, 가벼운 우울장애의 경우에는 6%만이 치료를 받은 것으로 나타나 의학적 치료를 요하는 우울장애 환자의 약 90% 정도가 적절한 치료에 접근하지 못하고 있는 것으로 파악되었다”고 하였다. 정성원 외(2009: 21)도 “우울증 환자의 단지 30-40%만 정확한 진단을 받으며, 정확한 진단을 받은 환자들의 45%가 약물치료를 받는다”며, 80% 이상이 부적절한 치료 상황에 놓여있다고 밝혔다. 그런데 이러한 계수는 전체 우울장애 환자의 규모를 일정

---

12) 실제로 미국에서는 지난 1990년대 중반부터 “미국 인구의 1/3이 정신질환으로 고통을 받고 있다”는 주장이 광범위하게 유포되면서 논란이 된 바 있다. 이는 1990년대 초반 미국에서 시행된 한 설문조사에서 비롯되었는데, 2002년 윌리엄 내로우(Narrow) 등이 ‘임상적으로 뚜렷한 정신질환을 가진 사람들’을 중심으로 환자 규모를 다시 산출하자, 전체 정신질환 추정치가 20% 미만(위험한 우울증 환자 5%를 포함)으로 감소했다(레이 모이니헌·앨런 커셀스, 2006: 124-125).

하게 책정해놓고 실제 치료율을 산출한 것으로 의심된다. 앞서 살펴본 바와 같이 실제 환자수를 기준으로 볼 때, 기존에 산출하였던 유병률, 추정자 수가 지나치게 부풀려져 있기 때문이다. 이러한 계수는 분명 과잉산출이다. 오랜 관행이자 공공연한 비밀인 의료계와 제약업계의 부적절한 유착, 신약 시장의 새로운 수요 창출을 위한 '의료-산업 복합체(medical-industrial complex)'(Schofferman, 2011)의 합작품일 가능성이 농후하다.

더욱이 보건복지부와 국내 정신의학계가 정신질환의 범위를 좁히고, 2013년부터 전 국민을 대상으로 정신과 진료를 받도록 합의함에 따라(국민일보, 2012; 보건복지부, 2012) 내년부터는 진료를 기피해왔거나 잠재해 있던 우울증 환자가 의료정책적으로 정신의학계의 적극적 치료 대상으로 출현하면서, 우울증 환자 수는 더 늘어날 것으로 예상된다. 정부와 정신의학계가 내세우고 있는 '자살 예방'이라는 방침이 합리적으로 여겨지는 측면도 있지만, 우울증 환자의 과잉 출현이 더 가속될 가능성을 배제할 수 없다. 이렇게 볼 때, 정부와 국내 정신의학계의 이러한 '협약'에는 '우울증으로 병원을 찾는 환자를 정책적으로 출현(emergent)시키겠다'는 의지가 강력하게 담겨 있다.<sup>13)</sup> 그리고 국가와 전문가 집단이 이처럼 질병의 조기 발견에 앞장서는 것 또한 '의료화'과정의 핵심 특징(토마스 자즈, 1991; 남상희, 2004: 102-103; 이반 일리히, 2004) 중 하나이다.

---

13) 우울증 환자의 조기 발견과 예방, 전문가에 의한 적절한 치료는 매우 중요하다. 실제 고려대 의대 안암병원 정신과 이민수 교수와 경희대병원 정신과 백종우 교수팀이 2006~2007년 국내 41개 의원과 17개 대학병원 정신과를 찾은 우울증 환자 1402명을 대상으로 '우울증 환자의 1차 방문기관 과별 분류'를 조사한 바에 따르면, 우울증 지각 후 정신과를 처음으로 방문한 환자는 55%였고 나머지는 내과, 신경과, 이비인후과 등 다른 진료과를 방문한 뒤에 오는 것으로 조사됐다(헬스조선, 2007). 고대 안암병원 이민수 교수의 또 다른 조사(우울증 환자 573명을 대상으로 한 조사)에서도, 국내 우울증 환자들은 증상이 시작된 뒤 평균 4.2년이 지나 정신과 전문의를 찾고 있었다(조선일보, 2006).

### 3. 우울증의 현장 검증: 검진(檢診) ~ 확진(確診)

#### 1) 우울증의 뇌 질환 증거 수집: 면담과 측정<sup>14)</sup>

우울증 용의자가 의료기관에 내방했다 하더라도, 실제 임상에서 내방자를 우울증 환자로 확진하는 것은 쉽지 않은 작업이다. 다양한 증상들, 공존 질환 등이 진단에 어려움을 초래하기 때문인데, 이러한 어려움을 해결해주는 것 중 하나가 ‘우울증 진단 평가도구’의 사용이다. 정성원 외(2009: 21)에 따르면, 우울증의 진단 평가 도구에는 구조적인 진단적 면담을 통해 진단하는 방법, 임상가가 관찰 평가하여 진단하는 방법, 환자 스스로의 자기 보고를 통한 방법 등이 있다. 이 가운데 우리나라 신경정신과 소속 정신과 의사들이 ‘우울증을 진단할 때’ 가장 많이 사용하는 방법은 환자와의 면담<sup>15)</sup>(53%)이며 임상심리사의 경우에도 우울증 진단에 환자와의 면담(34%)을 가장 많이 활용하고 있다. ‘우울증 환자의 중증도 평가’와 ‘우울증 환자의 감별진단’에서도 정신과 의사들은 면담(각각 47.4%, 18.3%)을 가장 많이 사용하고 있다고 꼽았다(정성원 외, 2009: 32-33).<sup>16)</sup> 이러한 결과는 신경정신과에서 외래 내방객을 진료할 때 우울증 관련 진단과 확진의 전(全) 과정에서 우울증 용의자와의 ‘면담(面談)’방식에 가장 많이 의존하고 있음을 확인해주는 것이다. 이는 결국 의료기관의 상담 결과가 우울증 용의자의 자가 진단 테스트와 유사한 결과로 도출될 수 있다는 가능성을 시사한다.

면담의 이러한 문제를 보완하기 위해 진행되는 것으로 ‘환자 스스로의 자기

---

14) 이 과정의 설명에는 필자가 개별적으로 면접한 2명의 40대 우울증 관련 여성 질환자들로부터 확인한 국내 신경정신과 병·의원 이용 과정도 참조되었다.

15) 면담(面談)은 말 그대로 예비 환자와 얼굴을 마주한 의사가 예비 환자로부터 질병에 대한 증상과 관련 정황 등을 확인하는 작업으로, 문진(問診)과 질의응답을 통해 개략적인 질병 상황을 판단하는 과정이다.

16) 정성원 외(2009)에 따르면, 이는 2006년 우울증의 한국형 표준 진단 및 평가지침을 개발하기 위한 기초 조사로, 국내 임상 현장의 정신과 의사, 임상심리사들을 대상으로 실시한 조사 결과이다.

보고를 통한 방법'을 들 수 있다. 인성, 성격, 간이 정신진단은 물론 우울증 여부, 우울 증상의 심각도 등을 측정하는 방법으로, 여기에는 구조화된 자기 보고형 질문지가 우울증 진단 평가도구로 활용된다. 국내 신경정신의학계에서는 표준화된 우울증 진단 평가도구로 광범위한 측정도구(17)와 협소한 측정도구 등 2가지 7종의 도구를 활용하고 있는데(이영호·송종용, 1991: 98)<sup>18)</sup> 평가도구 사용 비율은 11% 정도에 불과했다. 하지만 평가도구 사용자들은 사용방법이 간편하고(50% 내외) 검사 결과를 믿을 수 있으며(30%대) 감별에 도움이 된다(30%대~최고 75.6%)고 응답했으며 평가도구의 전체적인 사용 후 만족도는 65~67%에 달했다(정성원 외, 2009: 32-33). 이러한 결과들로 볼 때, 국내 신경정신과 의료진들이 우울증을 진단하는 과정에서 평가도구를 활용하여 측정하는 비율은 면담에 비해 부수적인 수준에 불과하며 것으로 확인된다.

그러면 구조화된 우울증 진단 평가도구는 면담에 비해 왜 상대적으로 활용도가 낮을까? 여기에는 평가도구의 신뢰도 및 타당도와 관련한 두 가지 문제점이 연관되어 있다. 국내에서는 BDI검사에서 우울증 확진 기준점인 절단점(cut-off score)을 미국과 동일한 기준으로 삼을 수 없으며<sup>19)</sup>, BDI점수가 높아도

- 
- 17) 심리적 고통을 광범위하게 측정하는(broad-band) 도구로는 미네소타 다면적 인성검사(MMPI-2), 성격평가질문지(PAI), 간이정신진단검사(SCL-90-R) 등이 대표적이다. 이 중 MMPI-2는 우울증과 관련한 하위척도를 포함해 총 567개의 문항에 응답하도록 되어 있으며, 우울증 진단을 좀더 명료화하고 감별·진단할 수 있는 척도들(경조증, 건강염려증) 또는 우울증에 영향을 미치는 요인과 관련된 척도들(낮은 자존감 척도, 사회적 불편감 척도, 중독 가능성 척도, 가정문제 척도, 결혼생활 부적응 척도)이 포함되어 있다(이영호·송종용, 1991).
  - 18) 같은 자료에 따르면, 협소한(narrow-band) 평가도구는 주로 우울증상을 측정하는 평가도구인데, 우울증을 선별(screening)하거나 우울 증상의 심각도를 측정하고 치료적 개입에 따른 우울 증상의 변화를 평가하기 위한 목적으로 사용된다. 국내에서 표준화된 대표적 평가도구에는 Beck 우울증 척도(BDI), 한국판 역학용 우울척도(K-CES-D), 한국판 우울증척도(KDS), 한국판 Zung 우울척도(K-SDS) 등이 있다.
  - 19) 한홍무 등(1986)에 따르면 BDI검사의 경우 미국에서는 10점 이상을 우울상태(depression)으로 보고 있지만 국내 검사에서는 일반인의 BDI평균이 13점을 넘는다(이영호·송종용, 1991: 109에서 재인용).

진단할 만한 정신과적 장애가 없거나 우울증이 아닌 다른 장애로 진단되는 비율이 높은 예가 있기 때문이다(이영호·송종용, 1991: 109-110). 이러한 연구 결과는 ‘BDI 척도의 점수가 높으면 반드시 우울증으로 진단되거나 분류된다’는 것을 의미하지 않는다는 점에서 면담이나 다른 질문지 및 심리검사를 보완하여 사용할 필요성이 제기된다.

이렇게 볼 때 우울증 진단 평가도구의 사용은, 신경정신과에 내방한 예비 우울증 환자가 스스로의 보고를 통하여 자신의 질병 상황을 자기 자신과 의료진에게 문서(기록)화하는 의미가 더 커 보인다.<sup>20)</sup> 따라서 우울증 진단에서는 ‘면담’이 상대적으로 높은 신뢰성을 갖는 방법으로 수용되며, 그 결과 우울증 진단과 관련한 높은 면담 의존도는 환자의 주관적 판단에 대한 의존을 내포하고 있다고 여겨진다. 결국, 면담과 측정은 우울증의 정확한 진단과 관련해 환자의 주관에 치우칠 소지를 배제키 어렵다.

## 2) 우울증의 객관화: 뇌 병소의 발견과 목격

‘면담’과 ‘평가도구’를 활용한 측정은, 우울증 진단이 ‘우울증 용의자’의 주관적 판단에 좌우될 가능성을 제공한다. 이러한 한계를 보완할 수 있는 방법으로 등장한 것이 생물학적 방법이나 뇌 영상 이미지를 활용한 우울증 진단이다.<sup>21)</sup> 이 방법들은 실제적인 우울증의 증거를 제공함으로써 정신질환의 진단적 타당도

---

20) 그럼에도 불구하고 푸코(Foucault)는, 환자가 진료실이나 상담실에서 말한 내용(면담, 상담, 설문 등의 결과)이 의사의 전문지식과 언어에 의해 질병의 증상과 징후가 되어 치료활동으로 재편성된다는 점에서 면담과 같은 임상적 차원의 말과 관찰의 의미를 강조하고 있다(미셸 푸코, 2006: 155-217).

21) ‘기분장애’라는 의학적 용어로 분류되는 우울증 중에서 가벼운 우울증으로 분류되는 기분순환장애(cyclothymia)로 진단될 경우에는 과잉진료가 아닌 이상 원칙적으로 이러한 뇌 영상 촬영이 진행되지 않는다. 뇌 영상 촬영이 요구되는 주요우울증(major depression)은 임상적으로 심각한 우울증을 의미하는 데, 현재 우리나라의 주요 우울증 평생 유병률은 전체 5.6%(남자 3.6%, 여자 7.6%)에 이르고 있다(전홍진, 2010: 22).

를 높여준다는 평가를 받으며 상당히 설득력 있게 받아들여지고 있다. 정신질환에 대한 생물학적 연구는 정신 증상을 초래하는 것과 관련된 뇌의 구조적·기능적 특징을 관찰하거나, 정신질환에 동반되어 나타나는 생화학적·생리적·내분비학적·면역학적 이상 소견들을 찾아내는 것, 또 정신질환과 관련된 유전적 소인을 밝혀내는 것으로부터 시작되었다(김희철, 1999; 최은미·구성자, 2001; 남윤영·전우택, 2002). 뇌의 구조적·기능적 변화를 관찰하기 위해서는 뇌 영상 촬영 장비들이 광범위하게 동원되고 있으며, 생물병리학적 이상 소견을 찾아내는 데에는 현재 신경전달물질 및 그 대사물 검사, 호르몬 검사 또는 혈소판 기능 검사 등이 대중적으로 활용되고 있다. “이들은 모두 생물학적 표지(biologic marker)<sup>22)</sup>가 될 수 있으며”(김희철, 1999: 12) 이 표지들은 모두 우울증을 객관적인 질병으로 규정하는 단서(clue)이자 곧 우울증 환자와 정상인을 구분(distinction)하는 근거가 된다.

### (1) 생물병리학적 병소: 증거 불충분

우울증의 원인은 아직 충분히 밝혀지지 못하고 있다. 그러나 지금까지 신경생물학 분야에서 연구된 바에 의하면, 뇌 속의 모노아민 중 특히 노르아드레날린과 세로토닌 양이 감소하면 우울증이 발생한다는 ‘모노아민 가설’이 지지를 받아오고 있다(최은미·구성자, 2001: 53). 그러나 모노아민 결핍이 반드시 모든 사람에게서 우울증을 일으키거나 장시간 동안 우울한 기분을 지속시키지도 못하였다는 보고(남윤영·전우택, 2002: 171; Salomon et al., 1997)도 있어 우울증의 모노아민 가설은 현재까지도 여전히 논란 속에 있다. 세로토닌과 관련해서도 서로 상반되는 연구 결과들이 나오고 있다. 세로토닌 신경세포들은 실제로 세

22) 김희철(1999: 12)은 “생물학적 표지는 어떤 질환과 관련 있는 측정 가능한 해부학적 혹은 생리학적 변인으로, 이러한 표지는 질병의 정확한 진단, 고위험군 환자의 발견, 예후 평가와 치료 계획의 수립, 적절한 치료 및 약물의 선택, 재발의 예견 등에 도움을 줄 수 있다”고 밝혔다.

로토닌의 기능만을 조절하는 것이 아니라 신경전달물질의 공동전달자 역할, 다른 신경세포들에서 신경전달물질의 분비를 상호 조절하는 기능도 담당한다. 때문에, 남윤영·전우택(2002: 172)은 “독립된 신경전달물질에 대한 연구 결과만 가지고 우울증 전반으로 일반화하기는 어렵다”고 밝힌다. 웨일스 대학의 정신과 의사 데이비드 힐리(Healy) 박사도 “세로토닌 불균형이 우울증을 초래한다는 초기 이론이 최근 연구에서는 증명되지 않았다”고 주장한다(레이 모이니한·앨런 커셀스, 2006: 123).

우울증의 또 다른 원인으로 지목되고 있는 아드레날린 수용체(receptor)의 조절 이상과 관련해서는 여러 연구 결과 우울증 환자에게서 혈소판의 알파-2 수용체(연접전 억제성 자가수용체)의 과감작(hyper-sensitivity)이 확인되고 자살을 실행한 환자의 뇌에서 알파-2 수용체의 농도 증가가 발견되었지만, 이와 상반된 연구 결과도 있어(김희철, 1999: 13) 결국 수용체 조절 이상도 우울증을 완전하게 지지하지는 못하고 있다. 이렇게 볼 때, 노르아드레날린이나 세로토닌 같은 신경전달물질의 양적 감소가 반드시 우울증을 발생시킨다는 주장을 전적으로 지지하기는 어려워 보인다. 또 우울증에서 반드시 알파-2 수용체의 농도가 증가한다고 단정하는 데에도 무리가 있다. 하지만 이러한 신경전달물질의 감소나 저하, 혈소판 검사로 나타난 수용체 농도 증가 등은 우울증의 신뢰할만한 생물학적 표지로 수용되어 우울증 확진(確診)의 근거로 활용되고 있다.<sup>23)</sup>

요컨대, 우울증에서 나타나는 여러 생물학적 소견들은 모든 연구들에서 지속적으로 또 일관성 있게 보고되지는 않는다. 이는 우울증이 생물학적으로 하나의 동질적인 질환이라기보다는 신경생화학적·신경내분비학적·신경면역학적 측면에서 다양한 병태생리적 변화가 일어나는 이질적인 질환이기 때문이라는 견해가 지배적이다. 김희철(1999: 21)은 “현재까지는 우울증 환자와 정상인 혹은

---

23) 다만, 우울증 객관화 작업의 또 다른 중요지표로 활용되고 있는 이차전령(second messenger) 체계와 관련한 현재까지의 연구 보고들은 우울증의 발병과 치료에 있어서 중요한 단서를 제공해줄 것으로 기대를 모으고 있다(김희철, 1999: 17-21; 남윤영·전우택, 2002: 174-176).

기타의 다른 정신질환자를 구분시켜 주는 신뢰성 있고 특이한 우울증의 생물학적 표지는 없다”고 강조한다.<sup>24)</sup> 우울증 표지자로 추측되고 있는 생물학적 병소의 발견들은 아직까지 우울증의 확진 증거로 충분치 않다.

## (2) 뇌의 구조적·기능적 병소: 정합성의 한계

최근 들어 우울증은 단순한 신경화학적 질환이 아니라, 신경계의 구조적 변화를 동반하는 질환이라는 증거들이 제시되면서 우울증의 발병 원인을 파악하기 위해서 뇌의 구조적·기능적 특징에 대한 관찰이 필수적으로 수반되고 있다. 현재까지 특정 뇌 영역과 우울증의 관련성에 대해서는 논란이 많다. 그러나 여러 연구 결과를 종합해 볼 때 우울증과 관련이 있을 것으로 추측되는 구조적 영역은 미상핵, 전두엽, 해마체, 뇌실, 백질 부위 등인데, 간바 시계노부(2012: 75)는 “뇌피질과 전두엽의 뇌량 아래 구역, 편도체 등에서 기능적 변화가 고찰된다는 보고가 있다”고 밝힌다.

여기에 ‘언제 우울 증상이 발생하는가’와 관련해 ‘전두엽 활성화도’ 검사도 실시되고 있다. 우울증이 어떤 뇌 영역에서 특징을 보이는가에 대한 구조적·기능적 관찰을 위해서는 근래 fMRI(기능성 자기공명영상), MRI(자기공명영상), PET(양전자방출단층촬영), SPECT(단일양자방출 전산화단층촬영술) 등의 최첨단 뇌 영상 장비들이 동원되고 있으며(데이 리스·스티븐 로즈, 2010: 12; 이상열, 2012: 5) 우울 증상의 시간적 발생 상황과 관련해서는 EEG(뇌전도검사), MEG(뇌자도검사) 기기가 활용되고 있다(Illes & Racine, 2005: 8).

먼저, 뇌 신경계의 어떤 영역에서 우울증의 원인으로 추측되는 구조적 변화가 관찰되고 있는지, 또 그러한 관찰에 활용되고 있는 첨단 뇌영상 장비들이 우울증의 진단과 확진에 어떠한 역할을 하고 있는지 살펴보자. 남윤영·전우택

24) 시상하부-뇌하수체-부신피질축, 시상하부-뇌하수체-갑상선 축, 시상하부-성장호르몬 축 등 신경내분비학 차원의 우울증 원인 규명 연구도 있으나 본고에서는 다루지 않았다.

(2002: 170-171)에 따르면, 우울증을 앓았던 환자들의 뇌에 대한 자기공명영상(MRI) 연구 결과 건강한 대조군보다 우울증 환자의 미상핵과 전두엽, 해마체의 크기가 작아져 있고 뇌실은 오히려 커져 있었고 백질부위에서 신호강도가 증가되어 있으면 우울증 위험이 증가하였다고 한다. 2000년대 들어 국내에 급속히 보급·활용되고 있는 fMRI(기능성 자기공명영상: functional Magnetic Resonance Imaging)<sup>25)</sup>기기는 우울증 원인으로 추측되는 이들 뇌 영역의 뉴런(신경세포)이 정상인과 다르게 ‘활성’ 또는 ‘비활성’되어 있음을 동영상으로 노출시킴으로써 우울증 확진의 가장 강력한 근거를 제공하는 도구가 되고 있다. 뇌는 활성화된 부분에서 혈류가 증가하는 성질을 지닌다. 혈류가 증가한 부분에는 산소를 많이 함유한 동맥혈이 흘러들며, 반대로 이제까지 그 부분에 있던 정맥혈은 밖으로 내보내진다. 즉 뇌가 활성화된 부분에서는 정맥혈과 동맥혈의 교체가 일어난다. fMRI 측정에서는 이 변화를 고속 촬영한다(뉴턴 코리아, 2012: 151). 우울증 환자들의 뇌에 대한 fMRI 측정은 건강한 대조군과 비교해 우울증 환자의 미상핵과 전두엽, 해마체의 크기가 작아져 있고 비활성화되어 있으며, 뇌실은 오히려 커져서 활성화 상태를 드러낸다.

그러나 fMRI 뇌영상 기술과 관련해서는 기술적, 해석적 측면에서 논란이 있다. 돕스(David Dobbs)는 “뇌신경세포인 뉴런의 반응 속도는 1,000분의 1초 단위이지만 fMRI는 수초 간에 걸친 반응을 평균해서 보기 때문에 fMRI가 보여주는 것이 실제 뉴런의 활동과는 무관하며, fMRI를 통해서도 그 강도가 약하지만 중요한 역할을 하는 뉴런의 반응을 검출하지 못하고, 활성화 순서를 고려하지 못한 채 수 초에 걸친 이미지들의 중첩을 만든다”고 fMRI의 기술적 문제를 비

---

25) fMRI는 1990년 미국 벨연구소의 오가와 연구팀이 ‘MRI가 혈중 헤모글로빈 수준에 따라 다른 이미지를 만들어 낸다’는 사실을 발견하면서 획기적으로 등장하게 되었다. 이 발견을 뇌에 적용하면, MRI가 상대적으로 더 많은 산화 헤모글로빈을 소모중인, 즉 동맥혈이 많이 흐르는 뇌 속의 ‘활성화된 뉴런’을 촬영할 수 있는 것이다. BOLD(Blood-Oxygen Level Dependent)라는 이 방법은 두개골을 절개하지 않고도 뇌 속에 혈액이 많이 흐르는 부위와 그렇지 않은 부위 각각을 ‘활성화 뇌 영역’과 ‘비활성화 뇌 영역’으로 등치시키는 것이다(홍성욱, 2010: 312-313).

판했다(홍성욱, 2010: 331-332). fMRI 상의 뇌 활성화 부위가 뇌신경의 활동이 일어난 부위에 정확히 일치하는 것은 아닐 수 있다는 논쟁도 있다. fMRI는 뇌신경의 활동성을 자기공명의 신호변화로 나타내어 이를 시각화하여 보여주는 영상 방법인데, 이 때 뇌신경의 활동성은 국소적인 뇌 혈류량의 변화에 의해 간접적으로 파악되기 때문이다. 특히 현재 국내의 대부분 대형병원들이 사용하고 있는 1.5T, 3T 수준의 fMRI(서울신문, 2009)로는 기술상의 한계로 mm단위 미만의 미세한 변화나 msec 미만 단위의 기능 변화를 측정하지 못하기 때문이다(남윤영·전우택, 2002: 171).<sup>26)</sup> fMRI 검사 결과에 대한 해석적 측면의 비판도 있다. 로고테티스(Logothetis)는 “fMRI를 통해 보이는 활성화된 뇌의 영역이 그 부분에서 더 많은 신호를 보냄으로써 활성화된 경우도 있지만, 신호를 적게 보내려고 하거나 균형을 유지하려고 활성화된 경우도 있다”며 “이러한 뇌 작용은 뉴런의 (전체적인) 네트워크에 일종의 조절을 하는 뇌변조(neuromodulation) 작용”<sup>27)</sup>이라고 지적했다(홍성욱, 2010: 332).

다음으로, 우울증을 짐작할 수 있는 뇌 신경계의 기능적 변화는 어느 영역에서 어떻게 나타나고 있을까? 뇌의 기능적인 변화는 PET(양전자 방출단층 촬영기기: Position Emission Tomography)나 SPECT(단일양자방출 전산화단층촬영술: Single Photon Emission Computed Tomography) 등의 검사를 통하여 간접적으로 측정된다. SPECT로 측정한 건강한 사람과 우울증 환자의 뇌 사진을 보면, 우울증 환자는 건강한 사람에 비해 전반적으로 뇌 혈류량이 적고 중증 우울증 환자의 경우에는 전두엽 아래쪽, 측두엽 앞쪽 등에서 혈류량 저하가 관찰되었다(간바 시게노부, 2012: 74-75). 또, 우울증 환자의 대뇌피질에서 혈류나 대사활성도

26) 국내에는 2001년 KAIST에 연구전용 fMRI가 처음 설치된 이래 국내 대형병원들이 거의 fMRI를 갖추고 있으나 대부분 1.5T에서 3T정도의 해상도 수준이며, 현재 한국 뇌과학연구소에 7T fMRI가 구비되어 있고, 가천뇌건강센터가 지난 2009년 7T MRI에 PET를 결합한 ‘MRI-PET결합 촬영시설’을 갖추었다(서울신문, 2009).

27) 뇌 전문가들에 따르면, 현재까지 뇌가 활성화한 부분의 혈류가 왜 증가하는지, 그 메커니즘은 아직 알려지지 않았다(뉴턴코리아, 2012: 151).

등이 감소되어 있고 편도체에서는 증가하였다는 보고도 있다(남윤영·전우택, 2002: 171). 그러나 대뇌피질 및 전두엽의 뇌 혈류량 및 대사활성 감소가 우울증과 반드시 정합되는 뇌 기능적 변화인지 아닌지에 대해서는 역시 논란이 많다. 앞서 언급한 뇌영상 진단도구들의 기술적 한계 때문이다.

마지막으로 우울증이 발생하는 시간적 상황을 고찰하기 위해 EEG(뇌전도검사)기기를 활용해 우울증 환자의 전두엽을 관찰한 결과들을 살펴보기로 하자. 전두엽의 좌반구와 우반구에서 나타나는 알파파워 비대칭성은 우울증의 대표적인 대뇌 활성화 패턴으로 알려져 있다(Coan & Allen, 2004). 최승원 외(2008)의 연구에 따르면, “국내 우울증 환자 59명과 정상인 29명 등을 대상으로 우울증 환자의 전두엽 알파파 비대칭 현상을 확인한 결과 우울증 환자들은 우울증상의 변화 정도나 경중에 관계없이 정상인에 비해 좌반구의 상대적 활동이 약한 전두엽 비대칭 상태”를 보였다. 우리나라 병원에서 우울증 치료를 받고 있는 환자 13명과 정상집단의 10명 등을 대상으로 실시한 다른 연구(정규희 외, 2008)에서도 우울증 환자의 전두부, 두정부, 측두엽 등에서 알파파와 델타파, 세타파의 파워가 크게 나타났다.<sup>28)</sup> 그러나 이러한 연구 결과 역시, 인지기능 감소에 따라 좌우 뇌반구의 뇌파 비대칭이 나타날 수 있다는 연구 보고들(정규희 외, 2008: 589)에 비추어볼 때, 뇌파 비대칭과 우울증과의 정합 관계를 단정하기에는 무리가 있다.

지금까지 살펴본 결과, 우울증 환자에게서 나타나는 것으로 알려져 있는 생물병리학적 지표나 뇌 구조 및 기능적 병소는 다양한 측정 도구와 최첨단 영상 장비의 동원에도 불구하고 ‘산출한 관찰 데이터 및 이미지가 곧 우울증의 표식’이라고 등식화하기는 어려운 점들이 있다.

---

28) 같은 자료에 따르면, 어떤 한 영역에서 특정 파장의 세기가 크다는 것은 곧 그 영역이 덜 활성화되어 있다는 것을 의미한다.

#### 4. 우울증의 질병적 관리: 병자 역할과 약물 치료<sup>29)</sup>

##### 1) 우울증 ‘병자 역할’의 수행

우울증 용의자가 의료진으로부터 확진을 받고 환자로서 질병을 수용하게 되면 이제 치료 단계로 이행하게 된다. 치료의 수행은 의사와 환자의 ‘합의(negotiation)’가 완료됨과 동시에 시작되는데, 합의 시점을 통과하면서 환자의 우울증과 관련한 모든 권한은 의사의 손으로 넘어가게 된다.<sup>30)</sup> 그것은 의사와 환자의 관계에서 발생하게 되는 상이한 지위상의 위계 때문이다(이동인, 1989: 129). 확진을 통해 우울증 용의자는 환자의 지위(status)를 부여받게 된다. 환자의 지위를 부여 받는다는 것은 환자가 갖게 되는 권리와 의무, 그에 걸맞은 규범(norm)을 요구받는다는 것을 의미한다. 환자로서 지켜야할 대표적인 규범 중

---

29) 생의학적 모델에서 질병은 특정한 신체적 기능의 장애나 손상으로 이해된다. 질병에 대한 치료 역시, 의사가 투약이나 수술 등 다양한 방법으로 신체의 이상 상태를 개선하는 데 초점을 두어 시행된다. 따라서 생의학적 모델에서는 환자의 ‘의학적 병력’ 즉, 질병의 증상과 원인, 가능한 치료법 등을 중요하게 받아들인다. 반면 생의학 모델을 비판하는 생물정신사회적 모델에서는 질병을 단순한 신체의 이상이 아니라 환자의 삶의 붕괴로 경험하고자 하며, 따라서 환자의 ‘입상적 서술(예를 들어, 관절염 환자의 경우 통증 때문에 계단을 오르기가 어렵다와 같은 서술)’을 매우 중시한다(이상열, 2012: 5-6). 정신의학에서도 생의학적 모델을 수용하는 경우에는 약물치료와 수술을 중심에 두고, 생물정신사회적 모델을 수용하는 입장에서는 정신치료를 강조하는 경향이 있다(에드워드 쇼터, 2009). 이 장의 논의는, 생의학적 모델을 중심으로 의료화되고 있는 우울증을 고찰한다는 본 논문의 관점에 따라 우울증 치료에서 약물치료와 수술이 어떠한 상황에 놓여있는가에 초점을 두었다.

30) 르네이 파스(Fox)는 “파슨스가 모든 사회에서 진료자-환자 사이의 역할 관계를 본질적으로 ‘비대칭적인’ 것으로, 즉 다양할 수도 있고 변할 수도 있지만 완전히 사라질 수 없는 일정 정도의 제도화된 ‘서열’을 수반하는 것으로 특징 지웠다”며 또 진료자-환자 관계의 본질적 불평등의 원인을 진료자-환자 사이의 ‘능력 격차(competence gap)’, 의료보호 요원의 ‘수탁자적 책임(fiduciary responsibility)’에 두었다고 하였다(르네이 파스, 1993: 70-74). 이렇게 볼 때 이 두 요인은 의사의 치료 행위에 권한을 부여한다. 그러나 환자의 의견과 경험, 능동성을 강조하는 최근의 비판적 입장도 있다(앤서니 기든스, 2006: 176).

하나를 들자면, ‘환자는 치료가 종료되기 전까지 의사의 처방에 철저히 순종해야만 한다’는 것을 꼽을 수 있다. 이는 곧 ‘우울증 환자로서 특정한 역할’을 수행해야 한다(이동인, 1989: 129-137; 앤서니 기든스, 2006: 179)는 의미이기도 하다 .

파슨스(Parsons)의 ‘아픈 역할 모델(sick role model)’<sup>31)</sup>을 계승·발전시킨 프라이드슨(Freidson)은 상이한 질병의 유형과 정도에 상응하는 세 가지 ‘병자 역할(patients role)’을 다음과 같이 제시하였다.

첫째, 조건부(conditional) 병자 역할은 회복 가능한 일시적 증상을 앓고 있는 사람들에게 적용된다. 병자는 다시 ‘건강’해지리라 예상되며 질병의 심각성 여부에 따라 모종의 권한과 특권을 누린다. 예컨대 기관지염을 앓고 있는 환자는 감기 환자보다 더 많은 혜택을 누린다. 둘째, 무조건 정당성을 갖는(unconditionally legitimate) 병자 역할은 불치병을 앓고 있는 사람들에게 적용된다. 병자는 회복되기 위해 ‘할 수 있는 일이 아무 것도 없기 때문에’ 자동적으로 병자 역할의 자격을 갖게 된다. 암이나 파킨슨씨병을 앓고 있는 사람들에게 적용된다. 마지막으로, 정당성 없는(illegitimate) 병자 역할이다. 정당성 없는 병자 역할은 타인들이 경멸하여 낙인찍는 질환을 앓고 있는 사람들에게 적용된다. 이런 경우, 병자가 해당 질병을 앓는데 일말의 책임이 있다는 진술의 의미를 갖는다. 따라서 부가적 권한이나 특권들이 반드시 수반되지 않는다. AIDS가 대표적인데, 이 경우 병자 역할을 차지할 당사자의 권한이 제약을 받는다(앤서니 기든스, 2006: 179-180).

---

31) 파슨스는 ‘질병이란 단지 생리적 혹은 심리적 상태 또는 구조화되지 않은 사회적 상태의 것이 아니라, 특정의 면제사항, 권리, 의무로 특징 지워지고 아픈 사람이 속한 사회, 집단, 문화 전통에 의해 형성된 사회적 역할이기도 하다’고 하였다(르네이 팩스, 1993: 56). 또 ‘사람들은 사회화 과정을 통해 병자 역할을 학습하고 실제로 병이 났을 때 그것을 실천한다’고 한다(앤서니 기든스, 2006: 179).

이 모델에 비추어 볼 때, 우리나라의 우울증 환자는 두 차원의 새로운 병자 역할을 획득하게 된 것으로 보인다. 먼저, 국내의 우울증 환자는 무조건적 정당성을 갖는 병자에서 조건부 병자로 새로운 역할을 획득하게 된 것으로 판단된다. 마음의 병을 앓고 있다고 지각했던 과거의 우울증 환자들은 '회복되기 위해 할 수 있는 일이 아무것도 없는' 사람들이었다. 그런데 뇌과학의 진전과 최첨단 뇌 진단장비 및 정신질환약물의 개발 등, 우울증을 둘러싼 과학기술의 급속한 발달은 우울증 환자의 '질병 지위(status of disease)'를 바꾸어 놓았다. 앞서 언급하였듯이, 우리나라의 근래 우울증 환자는 연간 300만 명 이상이 발병하고 있으며 이 중 심각한 우울장애자도 200만 명을 웃도는 것으로 추산되고 있다. 이러한 추정치는 통계조차 잡히지 않았던 우울증 의심자 규모가 구체적인 수치로 산출된 셈인데, 그것은 바로 회복 가능성을 기대하지 못했던 무조건적 병자들이 조건부 병자로 '출현하는(emergent)' 의미를 갖는다. 우울증이 현대 과학기술로 얼마든지 '관리'될 수 있는 뇌의 질병으로 재정의되면서 우울증 환자는 '회복 가능성'을 충분히 가지고 있는 조건부 병자의 지위와 권한을 성취하게 되었으며, 특정한 역할 수행을 요구받게 된 것이다.

다음으로, 국내의 우울증 환자는 정당성 없는(illegitimate) 병자 역할에서 조건부 병자로의 새로운 역할도 획득하게 된 것으로 이해된다. 앞서 살펴본 것처럼 정당성 없는 병자 역할은 타인들이 경멸하여 낙인찍는 질환을 앓고 있는 사람들에게 적용되며 이런 경우, 병자가 해당 질병을 앓는데 일말의 책임이 있다고 진술된다. 전통적인 한국사회에서, 그리고 현재까지도 우울증은 정당성 없는 질병으로 은폐되어 있는 경우가 적지 않다. 현재 국내 우울증 환자 중에서 적절한 치료 상황에 놓여있지 못한 것으로 추정되는 80% 이상의 우울증 용의자 중에는 바로 이런 '사회적 낙인(social labeling)과 편견의 대상화'를 두려워하는 경우가 상당 규모에 이른다고 판단된다. 이선훈·서진환의 연구(2010: 141-143)에 따르면 우리나라 성인들이 우울증의 원인을 어떤 요인으로 지각하고 있는지 조사한 결과, 유전(14.2%)이나 조상/신벌(3.9%), 팔자소관(14.3%), 귀신(6.9%), 죄스런 행동/부도덕(31.1%) 등 편견에 내몰릴 소지가 있는 지각 요인

이 적지 않았다. 아울러 뇌의 병(17.0%), 사고두뇌손상(11.5%) 등으로 지각하는 비율도 낮게 나타났다. 따라서 우울증을 뇌의 질병으로 재정의하여 정신진료의 문을 확대하고 있는 국내 상황에서는, 우울증 환자에게 정당성 없는 병자 역할 대신 조건부 병자 역할이 부여되고 있는 것으로 보인다.

요약하면, 우리나라의 최근 우울증 환자들은 ‘조건부 병자’로서의 지위를 부여받고 그에 따른 역할 수행의 의무를 요구받는 과정에 있다. 우울증 환자로서 수행해야할 병자 역할 중 가장 중요한 의무는 의사가 요구하는 상담과 치료에 지속적으로 응해야 한다는 점이다. 반대로 의사는 우울증 환자를 ‘치료의 종결’이라는 목표점에 도달할 때까지 지속적으로 관리해야 할 의무와 권한을 갖는다.

## 2) 우울증의 약물 치료<sup>32)</sup>와 수술: 신약 처방 과잉

우울증 치료는 대개 다음과 같은 형태로 진행된다. “초기에는 외래 통원치료를 받게 된다. 대부분 약물치료와 함께 정신치료를 받으면 정상적인 일상생활을 계속할 수 있다. 증세가 심한 환자나 자살 가능성이 높은 환자, 신체적 질환이 있는 환자 등은 입원치료가 필요하다”(이영호, 2005: 239). 이처럼 정신질환에는 정신치료와 약물치료라는 두 가지 주요 치료 방식이 병행된다. 그러나 근래에는 약물치료가 한층 강조되고 있다. 우울증과 같은 정신질환이 이처럼 정신치료 영역에서 신체치료 영역으로 이동하게 된 배경에는, 과거 정신질환이 신체(뇌)의 질병으로 밝혀진 역사적 사례들이 있다. 재킷린 더핀(2011: 12)에 따르면 “과거와는 달리 이제 더 이상 정신의 질병이라고 간주하기 어려워진 상태들, 즉 간질, 제3기 매독, 혈관염, 알레르기, 뇌졸중 같은 질병들이 신체 기관의 변화와 어떤 관련이 있는지가 밝혀졌기” 때문이다. 또, 알츠하이머 치매는 20세기

---

32) 우울증의 치료에는 인지행동요법, 자기치료법, 대기관찰요법, 심리적 중재, 약물치료, 전기충격요법 등이 있다. 우울증 환자의 치료 시에는 이러한 치료법들이 병행되는데(박정애·최상은, 2010: 58), 이미 언급한 바와 같이 근래에는 약물 치료가 크게 증가하고 있다. 본고에서는 약물치료와 수술 이외의 치료법에 대해서는 논하지 않는다.

후반에 들어 정신의학 영역을 벗어나 신경학, 유전학, 약학의 영역으로 편입되었으며 이 결과 “오늘날 정신병 치료는 거의 약물 요법에 의존하며 심리 요법은 보조적인 수단”(재컬린 더핀, 2011: 426)으로만 쓰이고 있다.

20세기 정신의학계의 최대 변화 중 하나는 인간의 정신증상과 정신병리에 대하여 효과적인 치료약물을 가지게 되었다는 점이다. 더욱이, “약물치료는 진단의 타당성을 지향하도록 만드는 원동력”(에드워드 쇼터, 2009: 487)이다. 최근 미구성자(2001: 54)에 따르면 “정신병리에 대한 최초의 치료약물은 1952년에 개발된 정신분열증 치료제 Chlorpromazine이었으며 이후 1957년에 항불안제로 chlordiavepoxide가, 1958년에는 항우울제로 imipramine이, 그리고 약물 부작용에 대한 두려움으로 1960년대에 가서야 사용된 litium이 1949년에 발견”된 바 있다. 정신치료 약물은 이전의 삼환계 항우울제(TCA), 모노아민산화효소 억제제(MAOI)와 1987년에 출시된 프로작을 포함하는 선택적 세로토닌 재흡수 억제제(SSRI) 및 기타 약물 등 4가지로 구분된다(박정애 최상은, 2010: 58-59)(<표 4-2> 참조).

〈표 4-2〉 우울증 치료제의 분류

분 류	약물명
삼환계 항우울제 (Tricyclic antidepressant, TCA)	amitriptyline, trimipramine, doxepine, desipramine, dothiepine, nortriptyline, imipramine, domipramine
모노아민산화효소 억제제 (Monoamine oxidase inhibitors, MAOI)	iproniazid, isocarboxazid, phenelzine, modobemide, tranylcypromine
선택적 세로토닌 재흡수 억제제 (Selective serotonin reuptake inhibitors, SSRI)	paroxetine, citalopram, escitalopram, fluoxetine, fluvoxamine, sertraline
기타(selective norepinephrine / serotonin reuptake inhibitors, etc)	venlafaxine, duloxetine, mirtazapine, reboxetine, bupropion, trazodone

출처: 박정애 최상은(2010).

이 중 1990년대 전후부터 2000년 전후에 개발되어 최근 10여 년 사이에 급속한 시장 확대에 돌입한 SSRI계 우울증 약물(프로작, 파실, 졸로프트 등)은 기존 TCA계에 비해 부작용과 사망위험이 거의 없어 권장되고 있으며 2세대 항우울제 중 mirtazapine, venlafaxine은 SSRI계보다 빠른 반응시간이 필요한 경우 추천되고 있다.<sup>33)</sup> 국내에 프로작, 졸로프트, 세로자트, 키노프릴 등의 우울증 치료제가 수입·시판되기 시작한 시점은 1990년대 중반으로 이 시기 연매출액은 60억 원 규모였으며 연간 30% 정도씩 신장한 것으로 추산되었고, 2000년부터는 해마다 10~15%의 매출 신장이 이루어져왔다(문화일보, 1997; 문화일보, 2003).<sup>34)</sup> 2002년 현재 약 350억 원 규모의 매출고를 올렸다(고은지, 2003: 39).

<그림 4-2>에 따르면 국내 병·의원이 우울증 관련 내방자에게 약물치료를 실시한 규모는 2006년 13만 5천여 건에서 2008년 17만 5천여 건으로 30% 가까운 신장세를 나타냈다(안정훈, 2010: 45).

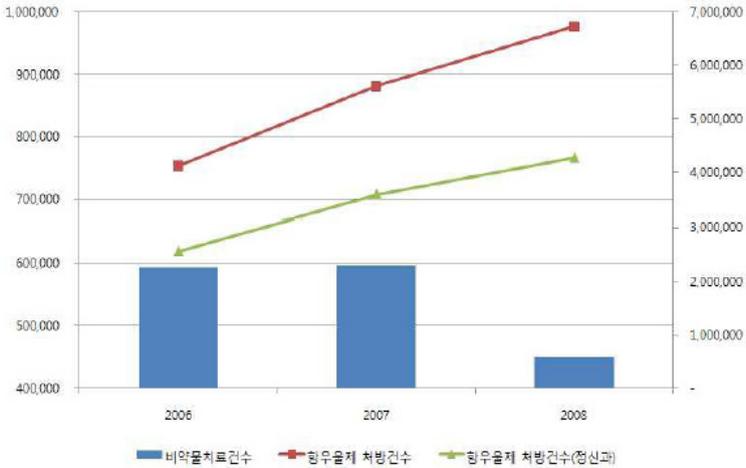
국내 우울증 진료 환자 전체에 대한 항우울제 투여횟수도 크게 늘어나고 있다. 건강보험심사평가원의 ‘2004~2008년 우울증 환자 진료실적’에 따르면 우울증 진료 환자에 대한 항우울제 투여횟수는 2004년(4480여 만 회), 2005년(5198만 회), 2006년(5778만 회), 2007년(6558만 회), 2008년(6821여 만 회)로 4년 동안 52.3%, 연간 13.1%씩 증가하였다(경향신문, 2009). 국내 우울증 환자의 의료이용에 관한 청구 자료를 분석한 결과에서도 병·의원의 73.1%가 항우울제를 처방하는 것으로 나타나(김남순, 2009) 국내 우울증 환자와 신경정신의료계의 약물 의존도는 갈수록 높아지는 추세로 분석된다. 이러한 정신질환 약물의 급속한 증가는, 특별히 우울증이 ‘완치 가능성이 매우 높은 질환’으로 분류되면서 약물

---

33) 치료약물에는 항우울제, 항불안제, 갑상선호르몬 제제, 기분안정제, 항정신병 약물 등이 있는데, 이 중 “우울증 치료에 주로 사용되는 약물은 항우울제”(박정애·최상은, 2010: 58; 전홍진, 2010: 35)이다.

34) 2000년 이후에 항우울제 판매 신장률이 낮아진 이유는 2000년 7월을 기해 의약품이 시행되면서 항우울제가 의사의 직접 처방 대상이 됨에 따라 약국 등을 통해 손쉽게 구매하기가 어려워졌기 때문이다.

치료에 대한 기대감이 높아지고 있는 데 따른 것으로 보인다.<sup>35)</sup>



〈그림 4-2〉 국내 병·의원의 2006년~2008년 우울증 약물/비약물치료 처방 건수  
출처: 안정훈(2010).

게다가 우울증은 일단 치료되었다가도 다시 재발하는 비율이 높아 대개 장기간의 치료가 필요하다는 신경정신의학계의 판단에서 약물 의존이 높아지는 것으로 판단된다. 박정애·최상은(2010: 59-60)에 따르면, 우울증의 치료는 급성기 치료에서 약물요법이나 정신요법을 시작한 후 4~8주 동안 반응의 적절성을 평가하여 추가적인 치료 방식을 정하며, 급성기 증상이 관해된 후에도 약 4~5개월 동안 항우울제를 사용해야 한다. 따라서 우울증치료약을 처방받은 환자의 경우 평균적으로 6개월 이상 약 처방을 받고 있는 것으로 분석되고 있다.<sup>36)</sup>

35) 그러나 약물 효과 홍보와 달리 실제 우울증의 완치율은 70~80% 정도이며 6개월 이상 약을 꾸준히 복용하지 않으면 재발 가능성이 높다(한국일보, 2001)고 한다.

36) 그러나 건강보험심사평가원이 2005-2009년의 국내 우울증 환자 6만 6838명을 분석한 결과, 이들 중 3개월(90일) 동안 꾸준히 약을 복용한 환자는 29%에 불과했다(아시아 투데이, 2011). 또 경희대 의대 박종우교수팀이 2002년부터 2004년까지 항우울제 처

그러나 우울증 재발 예방이라는 표면적 이유의 근저에는 제약회사와 연계된 병·의원의 치료 시스템이 자리하고 있다. 특히, 신약 시장의 확대와 관련한 의료계와 제약업계의 부적절한 유착은 오래된 관행이자 공공연한 비밀이다. 실제로 호주에서는 씨존이라는 항우울제를 만드는 BMS社가 의사들과 대중들에게 우울증 관련 교육세미나 프로젝트를 지원한 후 항우울제 처방 건수(1990년부터 2000년대 사이)가 이전보다 3배나 증가했는데, 특히 15세에서 24세의 젊은 층에서는 무려 10배나 증가했다(레이 모이니헌·앨런 커셀스, 2006: 128). 또, 영국의 제약회사 글락소스미스클라인(GSK)는 지난 2000년 신약인 항우울제 월부트린을 홍보하면서 의사들에게 공짜 마사지, 미국 콜로라도 스키여행, 마돈나 콘서트 표까지 뿌렸다가 미국 정부에 총 30억 달러(3조4125억 원)를 배상키로 합의했다(한겨레, 2012).<sup>37)</sup>

이 회사의 항우울제 ‘팍실’은 지난 2006년 국내에서도 문제가 된 바 있다. 당시 국회 보건복지위원회 전제희 의원은 “정부가 자살 충동 등 부작용 때문에 영국, 미국 및 일본 등에서 청소년 및 소아에게 처방이 금지한 팍실을 이들 국가보다 1년 정도 늦은 2005년 11월 8일에야 사용을 금지했다”며 “그 결과 2005년 12월부터 2006년 6월 사이에 1387명에게 479건이 처방되었다”고 밝혔다(팍뉴스, 2006).<sup>38)</sup> 항우울제와 관련한 문제점은 저연령층의 자살 충동 증대(약물 복용으로 2~4%의 증가 추정) 외에도 위약에 비해 크지 않은 치료 효과, 약물 중단 시 발생하는 심각한 금단 현상 등이 지속적으로 지적되고 있다(레이 모이니헌·앨런 커셀스, 2006: 119-121). 이렇게 볼 때, 결국 “획기적인 우울증 치료약의 등장”과 같은 광고는 새로운 신약시장의 개척에 내몰린 제약업계가 수요 확

---

방을 받은 11만7087명의 환자를 추적 조사한 결과 전체의 52.9%가 한 달 이내에 의사와 상담 없이 항우울제 투약을 중단한 것으로 나타났다(동아일보, 2008b).

37) 같은 자료에 따르면, 이런 탈법행위는 1990년대부터 2000년대 초반까지 거의 대부분의 제약회사에서 동시다발적으로 진행된 것으로 밝혀졌다.

38) 미국에서는 2002년에 가장 잘 팔리는 3종의 우울증제가 18세미만 청소년들에게 1천만 건 넘게 처방되었다(레이 모이니헌·앨런 커셀스, 2006: 130).

대의 필요성에 따라 약물의 효능과 처방을 기만적으로 과장하고 부작용과 위험을 은폐한 결과로 판단할 수 있다.

우울증 등 정신 관련 질환들이 뇌의 질병으로 규정되면서 나타난 또 다른 치료 방법은 뇌 수술법이다. 약물로 치료되지 않는 난치성 강박증이나 만성 우울증 등의 정신과 질환이 그 대상인데, 국내의료진에 의한 이러한 외과수술도 확산되고 있다.<sup>39)</sup> 하버드 의대가 1996년 머리에 5~8mm의 구멍을 뚫고 들어가 우울증 환자의 뇌 일부를 3~4mm 정도 고주파로 응고시키는 수술법의 효과와 안전성을 학회에 보고한 이후 미국과 유럽을 중심으로 널리 시행되고 있다(조선일보, 1998b). 수술을 이용한 정신질환 치료가 가능해진 것은 뇌의 기능을 촬영하는 MRI 개발로 감정을 지배하는 뇌 부위를 비교적 정확하게 추정할 수 있게 됐기 때문이다.

## 5. 맺음말: '사회적 실재'로서의 우울증

본고는 지금까지 1990년 중반 이후 한국 사회에서 우울증 환자가 왜 크게 늘어났으며, 어떻게 약물치료와 수술 대상으로 구성되었는가를 '생의학적 의료화' 차원에서 고찰하였다. 연구 결과, 우리나라에서 우울증은 뇌과학, 첨단 의료영상장비, 제약업계의 신약 개발과 시장 확대의 필요성 등을 배경으로 '생의학적 의료화 과정'속으로 급속히 편입되었다고 결론지을 수 있다. 생의학적 의료화

---

39) 가톨릭의대 강남성모병원 김문찬(신경외과), 이철(정신과) 교수팀은 1997년 초 강박증을 8년 정도 앓아온 30대 남성을 비롯해 지금까지 5건의 수술을 시행했고, 연세 의대도 같은 시기 장진우(신경외과) 교수가 정상섭(신경외과), 이홍식(정신과) 교수 등과 함께 전문 수술팀을 꾸린 바 있다. 장 교수는 “하버드 의대서 1천 건 이상 수술 했지만 불구가 되거나 사망한 사람이 1명도 없었으며, 수술 성공률은 30~50% 정도로 부작용이 생길 가능성도 극히 적다”고 밝혔다. 이홍식 교수는 “5년 이상 약물로 치료했지만 차도가 없어 심각한 고통을 당하는 환자들만 이 수술의 대상이 된다”고 말했다(조선일보, 1998b).

과정이란, 심리적·사회환경적·유전적 요인을 고려한 정신치료, 인지치료 외에 생물학적 요인(신경전달물질, 뇌의 구조와 기능의 문제)으로 나타난 ‘증상’을 중심으로 우울증을 진단하고 치료하는 의료적 과정이 강조되는 상황을 말한다. 그러면 이러한 변화는 어떠한 결과를 가져왔으며, 또 그러한 결과의 함의는 무엇일까? 다음 몇 가지로 요약할 수 있다.

첫째, 1990년 전후 국내에서 우울증이 ‘생의학적 의료화 과정’에 편입되는 과정에서 나타난 가장 두드러진 변화는 우울증 환자가 크게 늘어났다는 점이다. 이미 언급한 바와 같이, 우울증 확진자로 진료를 받은 환자 수는 2003년 이후 2007년까지 총 32.9%, 연평균 8% 이상 증가하였는데, 이러한 변화는 이전까지 유례가 없는 증가였다. 그렇다면 우울증이 근래 우리 사회에 이처럼 급증한 이유는 무엇일까? 우선, 우울증이 효과적인 약물로 치료와 관리가 가능한 ‘신체(뇌)의 질병’이라는 인식이 확산되었기 때문으로 보인다. 이전까지 우울증에 대한 인식은 원인 규명이 어려워 치료가 잘 안 되는 난치병이라는 인식이 많았다. 그러나 뇌 영상기술의 발달에 힘입어 상대적으로 뚜렷한 물질적 병소가 확인되고, 그에 맞는 효과적인 치료 신약이 개발됨에 따라 의료진과 환자의 치료에 대한 성취 기대가 높아진 것이다. 하지만 더 중요한 이유는, ‘우울증 환자=정신이 상자’라는 한국 사회에 깊게 자리 잡고 있는 ‘낙인과 편견의 문화’가 빠르게 희석되었기 때문이라고 판단된다. 이러한 편견이 해소된 데에는 우울증이 뇌의 질병일 뿐만 아니라, 더 이상 유전적, 초자연적 소인에 강하게 결부되어 있는 질병이 아니라는 점이 의학적으로 재정의되고, 그러한 질병 개념이 매스미디어 등을 통해 확산·공유되었기 때문이다. 그 결과 우울증은 누구나 걸릴 수 있는 ‘마음의 감기’, ‘정신적 감기’라는 별칭으로 불리면서, 우울증 진단을 받으려는 예비 환자들이 스스로 정신과 진료실을 찾는 비율이 높아지고, 자연스럽게 우울증 환자의 증가를 가져온 것이다. 요컨대, 우울증이 생의학적 의료화 과정에 편입되는 과정에서 ‘우울증 환자의 탈(脫)낙인화’라는 긍정적인 변화가 나타났다고 하겠다.

둘째, 우울증의 ‘생의학적 의료화 과정’이 진행되면서 나타난 또 다른 변화

는 정신의학계가 숨어있거나 잠재되어 있다고 추정하는 우울증 환자 수를 너무 많이 산출한다는 점이다. 의료 대상자의 '과잉산출'이 나타나고 있는 것이다. 이미 확인하였듯이 2007년을 기준으로 국내 진료 환자수, 진료율, 전체 추정 환자수를 비교해보면 추정 환자 규모가 배이상 부풀려져 있음이 확인된다. 이렇게 볼 때 추정치가 이처럼 크게 과장된 이유는 의학적 진단의 결과라기보다 의료시장의 특정한 필요나 목적에 의해 과잉산출된 것으로 판단된다. 에드워드 쇼터(2009: 473)가 지적한 것처럼 “사람들이 질환이라고 간주하기 시작하는 질병 역치(illness threshold)를 (정신의학계가) 낮춤으로써 심리적으로 불편을 호소하는 사람들이 늘어나게 된” 것이다. 또, 가벼운 우울증에 대해서도 반드시 전문가의 진단을 권장함으로써 의료 대상을 확대하고, 그 결과 약물 처방을 늘리는 방식으로 '의료-계약시장의 몫을 일정하게 유지'하고 있는 것이다.

셋째, 우울증의 '생의학적 의료화 과정'이 진행되면서 나타난 결과 중 빼놓을 수 없는 현상은 바로 갈수록 높아지는 약물 의존도이다. 이미 살펴본 김남순(2009)에 따르면 국내 병의원의 항우울제 처방률은 73.1%에 달한다. 건강보험심사평가원이 발표한 자료(경향신문, 2009)에 따르면 2004년부터 2008년 사이 항우울제 소비량은 모두 50%가 증가해, 연간 12.5%의 신장률을 보였는데, 이는 우울증 진료 환자 수 연평균 증가율 8% 선과 비교해 훨씬 가파른 상승이다. 이러한 결과는 “우리나라 사람들의 약물에 대한 유용도 및 선호도가 외국에 비해 높은 편”(이선혜·서진환, 2010: 148)인데다 앞의 국내외 사례를 통해 확인한 바와 같이, 의료계에 의료-산업 복합체에 의한 약물시장 개척, 질병 판매와 같은 상업적 의료화 관행이 광범위하게 확산되어 있기 때문이다.

넷째, 뇌과학과 관련 기술의 진전은 우울증의 주요 원인 중 하나를 직접적인 병소로 확인시켜 주고 비교적 효과적인 치료의 길을 확장해 주었다. 이러한 성과는 현재, 우울증의 다면적 특성상 '우울증 발병의 단일하고도 유일한 원인과 해결책'이라고 인정되지는 않는다. 그러나 복잡적이고 뚜렷하지 않은 원인들 대신 '증상'에 근거해 처치할 수 있는 물리적 진료의 길을 확대해주었다는 의미를 갖는다.

다섯째, 현재의 우울증에 대한 진료 및 치료 방식은 우울증 자체를 뇌 속 신경전달물질과 기능의 변화로 과도하게 경도하는 경향이 있다. 우울증에 대한 이러한 인식은 ‘뇌구조와 기능, 신경계 및 신경전달물질의 이상 때문에 우울증이 발생한다’라는 변인관계를 설정하고 있는 것이다. 그러나 이미 여러 연구 자료에서 살펴본 바와 같이, ‘우울증은 유전적·사회환경적 요인이 조합되어 뇌에 병의 원인(뇌의 구조나 기능, 신경계 및 신경전달물질의 이상 등)이 생기고 심리적인 스트레스가 방아쇠가 되어 일어나는 다면적 정신질환’이라는 의견이 지배적이다. 이렇게 볼 때, 유전적·사회환경적 요인이 우울증의 선행 요인이 되고, 뇌의 병소는 그 결과에 해당하는 동시에 우울증을 유발하는 원인인 매개변수라고 볼 수 있다. 따라서 유전적·환경적 요인을 통제한 채 매개변수인 뇌의 병소만을 독립변수로 놓고 우울증을 (종속변수로) 이해하는 것은 적절하지 않다.

우울증은 전적으로 사회적으로 구성되는 질병이라고 말할 수 없다. 분명 뇌 병소에 원인 물질의 이상이 발견되고 기능과 구조의 변화가 관찰되기 때문이다. 그렇다고 우울증을 전적으로 실제의 병이라고 보아 뇌의 질병으로만 처치하려고 하는 것도 분명 잘못이다. 우울증이 뇌의 이상으로 발병하는 것은 맞다. ‘뇌’가 인지·행동·마음·몸을 관장하는 중추이기 때문에 마음에 병을 출현시키는 원인임에 틀림없다. 하지만 그런 뇌와 상호작용하는 요인은 너무나 다양하다. 뇌는 가소성이 뛰어나 도무지 단일한 요인으로 규정되거나 정체될 수 없는 역동적인 기관이다. 더욱이 뇌를 담고 있는 몸은 다양한 개인적·심리적·사회적 변인들 속에서 끊임없이 구성되는 사회적 실체이다. 우울증을 ‘다면적 장애’로 부르는 이유가 바로 여기에 있다. 이렇게 볼 때 ‘우울증’은 사회적으로 구성되지만 동시에 실재인, 즉 ‘사회적 실재(social reality)’의 질병으로 이해되는 것이 바람직하다. 이는 곧 우울증과 같은 정신질환이 어떠한 의료적 관점에서 정의되고 진단·치료되어야 하는지에 대한 답이기도 하다.

□ 참고 문헌 □

- 가토 다다후미 (2009), 「우울증은 ‘마음의 병’이 아니라 ‘뇌의 병’», 일본 뉴스프레스 엮음, 『뇌와 마음의 구조: 여기까지 밝혀졌다』(개정판), pp. 110-111, 뉴턴코리아.
- 간바 시게노부 (2009), 「일생 동안 6명 중 1명이 우울증에 걸린다」, 일본 뉴스프레스 엮음, 『뇌와 마음의 구조: 여기까지 밝혀졌다』(개정판), pp. 74-75, 뉴턴코리아.
- 건강보험심사평가원 (2010. 4. 6), 「2005-2009년 우울증 심사결과 보도자료」.
- 경향신문 (2009. 7. 27), 「우울증에 빠진 한국-최근 5년 새 항우울제 소비량 52% 나 증가」.
- 고은지 (2003. 7. 23), 「국내의약시장 QOL이 이끈다.」, 『LG주간경제』, pp. 37-41.
- 국민일보 (2012, 6. 25), 「전 국민 정신건강 증진 대책/가벼운 우울증-공황장애 정신병 아니다... 2013년부터 전국민 정신건강 검진」.
- 김기웅 (2010), 「우리나라의 우울증 현황」, 『국내 우울증의 질병부담과 치료현황』, pp. 17-21, 한국보건의료연구원.
- 김남순 (2009), 『우울증 환자의 의료 이용 및 질 수준』, 건강보험심사평가원.
- 김영훈 (1995), 「우울증 치료제들의 작용기전에 대한 신경생물학적 소견」, 『생물치료정신의학』, 제1권 2호, pp. 174-180.
- 김혜련·신혜섭 (2001), 『정신건강론』, 학지사.
- 김희철 (1999), 「생물학적 방법을 이용한 우울증의 진단 및 평가」, 『생물치료정신의학』, 제5권 제1호, pp. 11-28.
- 남상희 (2004), 「정신질환의 생산과 만성화에 대한 의료사회학적 접근-자전적 내러티브를 중심으로」, 『한국사회학』, 제38권 2호, pp. 101-134.
- 남윤영·전우택 (2002), 「우울증의 신경생물학적인 최신지견」, 『KSBMB News(생화학분자생물학회 소식지)』, 제22권 제5호, pp. 169-180.
- 네이버 (2012), 「우울증」, <http://health.naver.com/medical/disease>.

- 뇌기능활용 및 뇌질환 치료기술개발연구사업단 (2005), 『국제 뇌연구 개발과 산업화 관련 해외기술 및 시장동향 조사』.
- 데이 리스·스티븐 로즈 엮음, 김재홍·박재홍 번역 (2010), 『새로운 뇌과학-위험성과 전망』, 한울아카데미. [Rees, D. & Rose, S. (2004), *The New Brain Sciences-Perils and Prospects*, Cambridge: University Press.]
- 동아일보 (2008a. 10. 7), 「우울증 환자, 2명 중 1명 치료 못 받아」.
- \_\_\_\_\_ (2008b. 11. 1), 「우울증 치료, 우울한 악순환」.
- 레이 모이니한·앨런 커셀스, 홍혜걸 번역 (2006), 『질병판매학』, 알마. [Moynihan, R.·Cassels, A. (1997), *Selling Sickness*, Allen & Unwin Ptd Ltd.]
- 르네이 팩스, 조혜인 번역 (1993), 『의료사회학』, 나남. [Fox, R. C. (1989), *The Sociology of Medicine: a Participant Observer's View*, Prentice Hall, Inc.]
- 문화일보 (1997. 5. 23), 「우울증 치료제 연 60억대 불티-사회불안 환자 급증... 오·남용 우려」.
- \_\_\_\_\_ (2003. 1. 14), 「경기침체 계속되자 항우울제 소비 늘어」.
- 미셸 푸코, 홍성민 번역 (2006), 『임상의학의 탄생』, 이매진. [Foucault, M. (1963), *Naissance de la clinique*, Presses Universitaires de France.]
- 박선환·박숙희·신은영·이주희·정미경·김혜숙 (2007), 『정신건강론』, 양서원.
- 박정애·최상은 (2010), 「우울증 치료 시 항우울제 선택에 관한 비용-효과분석」, 『보건경제와 정책연구』, 제16권 제2호, pp. 57-77.
- 백인호 (1993), 「우울증과 Serotonin」, 『대한정신약물학회지』, 제4권 2호, pp. 81-89.
- 보건복지부 (2012. 6. 22), 「정신건강증진종합대책 보도자료」.
- 서울신문 (2009. 3. 30), 「세계서 가장 선명한 뇌영상 얻는다」.
- 아시아투데이 (2008. 11. 17), 「정신과 치료 23%가 ‘우울증’ 환자」.
- \_\_\_\_\_ (2011. 11. 9), 「우울증 환자 29%만 꾸준히 약물 복용」.
- 안정훈 (2010), 「비약물적 치료와 항우울제 약물순응도의 관계」, 『국내우울증의

- 질병부담과 치료현황』, pp. 43-47, 한국보건의료연구원.
- 앤서니 기든스, 김미숙 외 번역 (2006), 『사회학』, 을유문화사. [Giddens, A. (2001), *Sociology*, Blackwell Publishers Ltd.]
- 에드워드 쇼터, 최보문 번역 (2009), 『정신의학의 역사』, 바다출판사. [Shorter, E. (1997), *A History of Psychiatry-From the Era of the Asylum to Age of Prozac*, John Wiley & Sons, NJ, U.S.A.]
- 이동인 (1989), 「사회학」, 김선건 외, 『새사회학통론』, pp. 118-137, 형설출판사.
- 이반 일리히, 박홍규 번역 (2004), 『병원이 병을 만든다』, 미토. [Illich, I. (1976), *Limits of Medicine*, Marion Boyars LID.]
- 이상열 (2012), 「우리나라 의료의 생의학적 모델 어떻게 할 것인가? - 생의학적 모델에서 생물정신사회적 모델로-」, 『정신신체의학』, Vol. 20(1), pp. 3-8.
- 이상혁·김보라·김찬형 (2008), 「현대 정신의학은 어떻게 우울증을 이해하고 있나?」, 『Journal of Neuropsychiatry Association』, 제47권 1호, pp. 3-10.
- 이선혜·서진환 (2010), 「한국 성인의 정신건강역량: 우울증과 정신분열병을 중심으로」, 『사회복지연구』, Vol. 4(2), pp. 127-158.
- 이영호 (2005), 『정신건강론』, 학현사.
- 이영호·송종용 (1991), 「BDI, SDS, MMPI-D 척도의 신뢰도 및 타당도에 대한 연구」, 『한국심리학회지: 임상』, 제10권 제1호, pp. 98-113.
- 이현정 (2012), 「1991~2010년 신문기사 분석을 통해 살펴본 한국 우울증담론의 변화와 그 문화적 함의」, 『한국문화인류학』, 제45권 제1호, pp. 43-88.
- 일본 뉴스프레스 엮음 (2012), 『여기까지 밝혀졌다. 뇌와 마음의 구조』, 뉴턴코리아.
- 장대익 (2010), 「뇌를 넘어서?」, 홍성욱·장대익 엮음 · 신경인문학연구회 옮김, 『뇌 속의 인간 인간 속의 뇌』, pp. 339-367, 바다출판사.
- 재컬린 더핀, 신좌섭 번역 (2011), 『의학의 역사』, 사이언스북스. [Duffin, J. (1999), *History of Medicine*, University of Toronto Press.]
- 전홍진 (2010), 「우울증과 자살」, 『국내 우울증의 질병부담과 치료현황』, pp.

22-37, 한국보건의료연구원.

정규희·이준석·이장한 (2008), 「주요 우울증 환자의 정량적 뇌파특징 분석연구」, 『한국심리학회지: 임상』, 제27권 제3호, pp. 581-593.

정상혁 (2005), 『우리나라 자살의 사회경제적 비용부담에 관한 연구』, 국립서울병원·보건복지부.

정성원·이은정·최윤경·성형모·김대현·최정식·김정범 (2009), 「우울증의 진단평가 지침-우울증 평가도구를 중심으로」, 『정신병리학』, 제18권 제1, 2호, pp. 21-38.

조선일보 (1998a. 2. 16), 「우울증 자가 진단법-난 괜찮을까?」.

\_\_\_\_\_ (1998b. 10. 4), 「불안-초조-우울증 수술로 치료가능, 강남성모병원, 약물치료 힘든 환자 첫시술, 뇌의 「감정부위」 고주파로 응고시켜」.

\_\_\_\_\_ (2006. 5. 24), 「우울증 환자, 정신과 가는 데 4년 걸려」.

최승원·제갈은주·안창일 (2008), 「우울증 환자와 정상인의 전두엽 알파파 비대칭 현상 연구」, 『한국심리학회지: 임상』, 제27권 제4호, pp. 1053-1069.

최은미·구성자 (2001), 「기분 장애 및 우울증에 있어서 식품에 의한 조절가능성」, 『식품과학과 산업』, 제34권 제4호, pp. 53-69.

코넬리우스 카토나·메리 로버트슨, 송후림 번역 (2008), 『한눈에 알 수 있는 정신의학』, [Katona, C. & Robertson, M. (2008), *Psychiatry at a Glance-Third Edition*, Blackwell Publishing Ltd.]

토마스 자즈, 이남표 번역 (1991), 『고통과 쾌락』, 원탑문화. [Szasz, T. (1957), *Pain and Pleasure*, Syracuse University Press.]

팜뉴스 (2006. 10. 23), 「우울증 치료제 ‘팍실’ 처방 오남용-처방금지 소아·청소년에게 투약」.

한겨레 (2012. 7. 4), 「약장수 뺀친 글락소, 사상 최대 30억 달러 배상, 신약 홍보 위해 의사에 각종 로비, 거짓실험 신도록 의뢰지에 뒷돈, 부작용 감추는 등 탈법행위 덤미」.

한국보건의료연구원 (2010), 『국내 우울증의 질병부담과 치료현황』, 한국보건

의료연구원.

- 한국일보 (2001. 9. 3), 「[약과 세상](9) 항우울제」.
- 헬스조선 (2007. 9. 4), 「우울증 환자 절반, 첫 진료는 다른 과에서」.
- 홍성욱 (2010), 「보는 것이 믿는 것이다」, 홍성욱·장대익 엮음·신경인문학연구회 옮김, 『뇌 속의 인간, 인간 속의 뇌』, pp. 307-337, 바다출판사.
- Alonso, Y. (2004), “The biopsychosocial model in medical research: the evolution of the health concept over the last two decades”, *Patient Education and Counseling*, Vol. 53, pp. 239-244.
- Coan, J. & Allen, J. (2004), “Frontal EEG asymmetry as a moderator and mediator of emotion”, *Biological Psychology*, Vol. 67(1-2), pp. 7-49.
- Halfmann, D. (2011), “Recognizing medicalization and demedicalization: Discourses, practices, and identities”, *Health*, Vol. 16(2), pp. 186-207.
- Illes, J. & Racine, E. (2005), “Imaging or Imagining? A Neuroethics Challenge Informed by Genetics”, *The American Journal of Bioethics*, Vol. 5(2), pp. 5-18.
- Salomon, M., Miller, L. & Crystal, H. (1997), “Lack of behavior effects of monoamine depletion in healthy subjects”, *Biological Psychiatry*, Vol. 41, pp. 58-64.
- Schofferman, J. (2011), “The Medical-Industrial Complex, Professional Medical Associations, and Continuing Medical Education”, *Pain Medicine*, Vol. 12, pp. 1713-1719.
- WHO (2001), *The world Health Report 2001-Mental Health: New understanding*, New Hope, Geneva: World Health Organization.

논문 투고일            2012년 11월 1일  
논문 수정일            2012년 12월 17일  
논문 게재 확정일       2012년 12월 23일

## The Biomedical Medicalization of Depression in Korea

Park, Hye Kyung

This paper investigated the biomedical medicalization of “depression” which is growing fast in Korea in terms of the treatment mechanism. Depression has been regarded as a mental disease that occurs with mixing various causations because what was the cause of this disease was not clarified until a recent date. Thus, as depression treatment, the medicine and the psycho-socio therapy have been used. However, from 1990s, as the brain science was introduced in the western society, and the high-tech diagnostic equipment of the brain disease and new drugs for the mental disease were developed, depression was rapidly redefined as ‘the brain nerve system illness’ that is easy to be taken and is able to obtain the permanent relief with the regular care. Under the influence of the redefinition of depression and the new treatment of it, recently, 8% of depression patients per year emerge as the aggressive cure subjects in the Korean psychiatric circle. However, according to the Korean psychiatric circle’s unofficial calculation, it is estimated that only 10% of depression patients are receiving the accurate treatment but over 80% of the patients are not. If so, what does this estimation mean? Based on this question, this paper critically investigated the biomedical medicalization of depression.

### Key Terms

Depression, Brain Science, Biomedical Model, Medicalization