

우울장애와 불안장애 환자들에서 자살관련 행동의 비교

성균관대학교 의과대학 강북삼성병원 정신과학교실

신호철 · 임세원 · 오강섭

Comparison of Suicide-Related Behaviors between Depressive Disorder Patients and Anxiety Disorder Patients

Ho-Chul Shin, MD, Se-Won Lim, MD and Kang-Seob Oh, MD, PhD

Department of Psychiatry, Sungkyunkwan University School of Medicine, Kangbuk Samsung Hospital, Seoul, Korea

ABSTRACT

Objectives : By comparing the prevalence rates of suicide-related behaviors (suicide ideation, plan and attempt) between depressive disorder and anxiety disorder patients, we tried to find the characteristics of suicide-related behaviors in these patients.

Methods : Four hundred-three patients participated in the study and the prevalence rates of suicide-related behaviors were investigated using Korean version of Mini International Neuropsychiatric Interview plus. Pearson Chi-Square test was used to find the association between depressive or anxiety disorders and suicide-related behaviors.

Results : Statistically significant differences were found between depressive disorder group and anxiety disorder group in terms of suicide ideation ($\chi^2=6.173$, $df=1$, $p=0.013$) and suicide attempt ($\chi^2=8.008$, $df=1$, $p=0.005$). We also found that patients in depressive disorder group were more likely to have suicide ideation (Odds Ratio=2.049, 95% Confidence Interval=1.155-3.635), and attempt suicide (Odds Ratio=4.970, 95% Confidence Interval=1.466-16.845) than patients in anxiety disorder group.

Conclusion : These findings suggest that suicide ideation and suicide attempt rates are higher in depressive disorders than in anxiety disorders. (Anxiety and Mood 2007;3 (1):46-51)

KEY WORDS : Depressive disorder · Anxiety disorder · Suicide ideation · Suicide plan · Suicide attempt.

서 론

자살은 전 세계적으로 매우 흔하고 중요한 사망 원인 중 하나다. 통계청에서 발표한 자료에 의하면 2005년 한 해 동안 국내에서는 12,006명이 자살로 생을 마감했으며,¹ 이를 자살률로 환산하면 1995년 인구 10만 명당 11.8명에서 2005년에는 26.1명으로 10년 동안 무려 2배 이상 증가한 것이다. 자살은 전체 한국인 10대 사망 원인 중 4위에 해당되며, 이러한 우리나라의 자살률은 OECD 국가 중 가

장 높은 수준이다. Suominen 등의 연구에 의하면 자살은 많은 경우 첫 번째 자살시도에서 이루어지기 때문에 자살시도로 인한 사망을 예방하기 위해선 자살시도가 이루어지기 전에 적극적으로 개입하는 것이 중요하다.^{2,3} 이를 위해서는 자살을 예측할 수 있는 임상적 혹은 생물학적 예측인자를 찾아내는 것이 필수적이다.

지금까지 알려진 자살의 임상적 위험 인자들로는 우울증을 비롯한 기분장애,⁴ 약물 남용,⁵ 정신분열병⁶과 같은 정신과 질환의 이환 그리고 이혼이나 사별, 무직과 같은 개인의 사회경제적 상황 등이 있다. 또한 자살의 생물학적 예측인자로 혈청 콜레스테롤의 저하를 제시한 연구가 있으나,⁷ Tanskanen 등은 오히려 높은 혈청 콜레스테롤 수치가 자살과 연관이 있다고 주장하였으며,⁸ Muldoon 등⁹도 콜레스테롤을 낮추는 것은 자살에 의한 사망을 현저하게 높이지 않는다고 밝히는 등 자살에 대한 생물학적 예측인자는 아직까지

접수일자 : 2007년 4월 8일 / 심사완료 : 2007년 4월 27일

Address for correspondence

Kang-Seob Oh, M.D., Ph.D., Department of Psychiatry, Sungkyunkwan University School of Medicine, Kangbuk Samsung Hospital, 108 Pyeong-dong, Jongno-gu, Seoul 110-746, Korea

Tel : +82.2-2001-2214, Fax : +82.2-2001-2211

E-mail : ks2485@empal.com

는 정립되어 있지 않은 상태이다.

현재까지의 연구 수준으로 볼 때 실제 임상 상황에서 자살을 예측할 수 있는 가장 강력한 임상적 예측인자는 이전 자살시도이다.¹⁰ 하지만 전술한 바와 같이 자살로 인한 사망이 첫 번째 자살시도에서 일어나는 경우가 많다는 점을 고려한다면,^{2,3} 이전의 자살시도 여부를 확인하여 이에 대비한다는 것은 첫 번째 자살시도로 인한 사망자에 대해선 아무 대책이 없다는 것을 의미하는 것과 다르지 않다. 따라서 실제 자살을 예방하기 위해선 자살시도가 일어나기 전인 자살사고 혹은 자살계획의 단계에서 조기 개입을 하는 것이 필수적일 것이다.

우울장애가 자살과 연관이 있다는 것은 잘 알려져 있지만, 우울장애가 동반되지 않은 불안장애 단독과 자살 행동의 연관성에 대해서는 여전히 논란이 많으며 명확하지 않은 상태이다.¹¹ 불안장애 환자에서의 자살성에 대한 연구는 공황장애에서 가장 많이 이루어졌다.¹² Epidemiologic Catchment Area(ECA) 연구 데이터를 분석한 Weissman 등은 공황장애와 자살성은 연관이 있다고 밝혔으나,¹³ Hornig와 McNally¹⁴는 동반질환을 개별적이 아닌 전체적으로 통제하고 ECA 자료를 다시 분석한 결과 공황장애와 자살사고 및 자살시도 사이에는 관련이 없다는 결론을 내리는 등 불안장애와 자살의 관계는 아직 불분명하다.

본 연구는 정신과 임상현장에서 가장 높은 비율을 차지하는 우울장애와 불안장애 환자에서 자살관련 행동인 자살사고, 자살계획, 자살시도의 빈도를 조사하여 질환별로 자살 위험성을 비교하여 자살시도가 일어나기 전인 자살사고와 자살계획의 단계에서 치료적 개입의 가능성에 대한 기초 자료를 얻고자 하였다.

방 법

강북삼성병원 정신과 불안기분장애 클리닉을 방문한 환자들 중 구조화된 면담 도구인 한국어판 Mini International Neuropsychiatric Interview plus(M.I.N.I. plus)^{15,16}를 통하여 우울장애 혹은 불안장애가 진단되었으며, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition(DSM-IV)¹⁷ 진단기준에 근거한 정신과 전문의의 전문적 면담에 의하여 해당 질환이 확인된 환자들을 연구 대상으로 하였다. 정신분열병을 포함한 정신병적 장애가 있거나, 간질, 치매 및 기질성 뇌질환 등의 질환이 있는 환자들은 배제하였다. 모든 환자들에게 연구의 목적과 방법에 대한 설명 후 서면 동의서를 받았다.

자살사고, 자살계획, 자살시도는 MINI의 모듈 C 자살경향

성에 포함된 6개 문항에 대한 답변여부에 따라 평가하였으며, MINI는 MINI 시행에 대해 미리 교육을 받은 2년차 이상의 정신과 전공의 혹은 1년 이상의 MINI 시행 경험이 있는 연구 간호사가 시행하였다. 자살사고는 MINI의 모듈 C 자살경향성에 대한 질문 중 C1 문항인 '차라리 죽는 것이 낫다고 생각하든지 죽었으면 하고 바란 적이 있습니까?' 혹은 C3 문항인 '자살에 대하여 생각했습니까?'에 대해 '예'라고 응답한 경우로 규정하였다. 자살계획은 C4 문항인 '자살을 계획했습니까?'에 대해 '예'라고 응답한 경우로 평가하였으며, 자살시도는 C5 문항인 '자살 시도를 했습니까?'라는 질문에 '예'라고 답하거나 C6 문항인 '평생 동안 자살시도를 한 번이라도 한 적이 있습니까?'라는 질문에 '예'로 답한 경우로 정의하였다.

연령, 성별, 교육 수준 등에 따라서 평가된 자살관련 행동의 차이가 있는지 Pearson Chi-Square로 검증하였다. 또한 우울장애와 불안장애간 자살사고 및 자살시도의 위험성을 평가하기 위해서 교차비(odds ratio)를 구하였다. 또한, 모듈 C에서 '예'라고 답한 항목의 점수를 모두 합하여 자살위험성 총점을 구한 뒤 우울장애와 불안장애 간 총점 차이를 independent-samples t-test를 통해서 비교하였다. 통계처리는 SPSS version 13.0 for Windows를 이용하였고, 유의수준은 0.05를 선택하였다.

결 과

인구학적 특성 비교

연구에 참여한 403명의 환자들 중 남자는 219명(54.3%), 여자는 184명(45.7%)이었다. 평균 나이는 40.4 ± 13.6 세였다. 우울장애 환자들 중 남자는 28명(46.7%), 여자는 32명(53.3%)이었으며, 불안장애 환자들 중 남자는 189명(46.9%), 여자는 148명(53.1%)으로 두 그룹 간에 성별 차이가 있었다($p=0.037$). 우울장애 환자들의 평균 나이는 46.7 ± 15.6 세로 불안장애 환자들의 평균인 39.3 ± 12.9 세보다 평균 7.4세 많았다. 양극성 우울증, 사회공포증, 강박장애 환자들은 각각 15.3 ± 3.06 년, 14.2 ± 2.96 년, 13.9 ± 3.04 년의 교육 연한으로 타 질환의 환자들보다 높은 학력을 소지하였다. 각각의 질환에 따른 인구학적 특성은 Table 1에 나타나 있다.

나이에 따른 차이

자살사고는 10대와 20대의 젊은 층에서 각각 36.8%, 40.5%로 가장 높게 나타났으며, 자살시도도 각각 5.3%, 3.8%로 높게 나타났다(Table 2). 60세 이상 그룹에서도 자

살 시도율이 5%로 높게 나타났다. Chi-Square test를 시행하였을 때, 세대 간 자살사고에 차이가 있음을 확인할 수 있었다($\chi^2=12.699$, $df=4$, $p=0.013$). 하지만 자살시도에서는 차이를 보이지 않았다($p=0.701$ by Fisher's exact test).

성별에 따른 차이

자살사고($\chi^2=2.282$, $df=1$, $p=0.131$)와 자살시도($\chi^2=0$, $df=1$, $p=0.989$)에 있어서 남자와 여자의 차이는 관찰되지 않았다(Table 2).

교육 수준에 따른 차이

403명 중 최종 학력을 기입하지 않은 12명을 제외한 391명을 대상으로 하였다. 중학교 졸업의 학력을 가진 그룹이 가장 높은 퍼센트의 자살사고(38.5%)를 가졌다. 학력이 높아짐에 따라서 자살사고를 가지고 있는 환자의 비율이 낮아지는 경향을 보였다. 자살시도의 경우는 초등학교 졸업 그룹이 가장 높았으며(12.5%), 학력이 높아질수록 비율이 감소하였다(Table 2). 자살사고는 Fisher's exact test 결과 $p=0.011$, 자살시도는 $p=0.050$ 으로 나타났다.

Table 1. Demographic characteristics of patients

	%	Sex (male/female)	Age (mean±SD)	Education (mean±SD)
Anxiety disorders (n=334)	100			
Panic disorder (n=125)	37.4	68/ 57	40.7±10.6	12.6±3.70
OCD (n=8)	2.4	3/ 8	37.0±13.9	13.9±3.04
GAD (n=38)	11.4	15/ 23	47.3±15.2	12.2±4.84
Social phobia (n=143)	42.8	92/ 51	35.0±11.8	14.2±2.96
PTSD (n=2)	0.6	1/ 1	26.5± 9.2	13.0±1.41
Specific phobia (n=2)	0.6	1/ 1	51.5± 3.5	Data not available
Anxiety disorder, NOS (n=16)	4.8	5/ 11	41.9±14.2	11.5±5.46
Depressive disorders (n=60)	100			
MDD (n=34)	56.7	13/ 21	46.7±16.3	12.8±4.92
Dysthymic disorder (n=23)	38.3	14/ 9	48.2±14.8	13.0±4.02
Bipolar depression (n=3)	5	1/ 2	34.3±12.1	15.3±3.06
Others (n=9)	100			
(adjunct disorder, hypochondriasis)		6/ 3	39.4±12.7	15.1±2.54
Total (n=403)	100	219/184	40.4±13.6	13.3±3.83

OCD : obsessive-compulsive disorder, GAD : generalized anxiety disorder, PTSD : posttraumatic stress disorder, MDD : major depressive disorder

Table 2. Suicidal behaviors among different age, sex, and education groups

	Ideation (%)	Statistics	Plan (%)	Statistics	Attempt (%)	Statistics
Age, years						
16-19 (n=19)	7 (36.8%)	$\chi^2=12.699$, $df=4$, $p=0.013^*$	0 (0%)	$p=0.870^\dagger$	1 (5.3%)	$p=0.701^\dagger$
20-29 (n=79)	32 (40.5%)		2 (2.5%)		3 (3.8%)	
30-39 (n=105)	22 (21%)		1 (1%)		2 (1.9%)	
40-49 (n=99)	23 (23.2%)		2 (2%)		2 (2.0%)	
50-59 (n=61)	12 (19.7%)		2 (3.3%)		1 (1.6%)	
Over 60 (n=40)	12 (30%)		1 (2.5%)		2 (5%)	
Sex						
Male (n=219)	52 (23.7%)	$\chi^2=2.282$, $df=1$, $p=0.131$	4 (1.8%)	$p=1.000^\dagger$	6 (2.7%)	$\chi^2=0$, $df=1$, $p=0.989$
Female (n=184)	56 (30.4%)		4 (2.2%)		5 (2.7%)	
Education						
Elementary school or lower (n=30)	10 (33.3%)	$p=0.011^*^\dagger$	1 (4.2%)	$p=0.389^\dagger$	3 (12.5%)	$p=0.050^\dagger$
Middle school (n=26)	10 (38.5%)		1 (3.8%)		2 (7.7%)	
High school (n=156)	50 (32.1%)		5 (3.2%)		3 (1.9%)	
College (n=51)	12 (23.5%)		1 (2%)		0 (0%)	
University or higher (n=128)	20 (15.6%)		0 (0%)		2 (1.6%)	

Comparisons made by Pearson Chi-Square, * : Statistically significant at $p<.05$, † : Fisher's exact test

질환에 따른 차이

자살사고의 유무를 평가하였을 때, 주요우울장애 환자들 중 44.1%가 자살사고를 가진다고 보고하였으며, 실제로 자살 시도를 했는지에 대한 질문에 대해서는 기분저하증 환자의 8.7%가 '그렇다'고 대답하여 가장 높은 자살 시도률을 보였다. 주요우울장애에서의 자살 시도률은 5.9%로 나타났다.

불안장애와 우울장애 범주 내 각각의 질환 간 자살관련 행동 빈도의 차이를 비교하였을 때, 불안장애 내 질환 간에는 자살계획에서 통계적으로 의미 있는 결과가 나왔다(Fisher's exact test 결과 $p=0.047$) (Table 3). 우울장애 전체와 불안장애 전체 간에 자살행동의 차이가 있는지를 검증해 보았을 때, 자살사고($\chi^2=6.173, df=1, p=0.013$)와 자살시도($\chi^2=8.008, df=1, p=0.005$)에서 통계학적으로 유의미한 결과를 얻었다. 우울장애가 불안장애에 비해서 자살사고를 가질 가능성은 2배가량 높았고(Odds Ratio=2.049, 95% Confidence Interval=1.155~3.635), 자살을 시도할 가능성은 4.97배 높았다(Odds Ratio=4.970, 95% Confidence Interval=1.466~16.845) (Table 4).

우울장애와 불안장애 간에 MINI^{15,16}의 자살경향성 모듈을 통해 측정된 자살위험성 총점에 차이가 있는지를 비교하였을 때에도, $t=-2.592, df=64.135, p=0.012$ 로 우울장애의 자살경향성이 더 높게 나타났다(Table 4).

고 찰

본 연구는 우울장애, 불안장애에서의 자살사고, 자살계획,

자살시도 등의 자살관련 행동을 알아보기 위한 연구이다. 미국에서 4,320명을 대상으로 실시한 질환별 자살사고와 자살 시도의 비율을 살펴보면, 주요우울장애는 각각 38.9%, 38.9%, 기분저하증은 8.0%, 7.4%, 양극성 우울증은 22.1%, 31.0%, 사회공포증은 33.7%, 41.5%, 범불안장애는 12.1%, 15.5%, 공황장애는 19.7%, 35.1%, 강박장애는 8.0%, 27.8%, 외상후 스트레스 장애는 20.1%, 30.0%로 나타났다.¹⁸ 미국과 본 연구에 참여한 환자 수의 크기와 나이 범위에 있어서 차이가 있기는 하지만, 본 연구에 비해서 미국 우울장애, 불안장애 환자들의 자살 시도률이 전반적으로 높게 나왔다.

자살사고는 10대와 20대의 젊은 층에서 각각 36.8%, 40.5%로 가장 높게 나타났으며, 자살시도도 각각 5.3%, 3.8%로 높게 나타났다. 이러한 소견은 한국에서 자살이 20대 인구의 사망원인 1위를 차지하고 있는 것과 일치한다.¹⁹ 남윤영에 의한 우리나라 자살의 경향과 특징에 대한 연구결과를 보면, 25~44세가 전체 자살의 40% 이상을 차지하고 있다.²⁰ 본 연구에서는 자살성공에 대한 데이터가 포함되지 않아서 직접 비교는 어렵지만, 자살시도를 잠재적 자살성공이라고 가정한다면 우울장애 또는 불안장애가 있는 같은 연령 그룹에서의 자살 시도률이 45.5%와 일치한다고 볼 수 있다.

본 연구에서는 우울장애와 불안장애 사이의 자살사고, 자살계획, 자살시도 등의 위험성 비교도 하였다. 우울장애가 불안장애보다 자살사고나 자살시도의 위험성이 더욱 높음을 알 수가 있다. 이는 Beautrais 등의 의한 연구 결과와도 일치하는데, 그들은 자살 시도를 한 302명을 분석한 결과 이

Table 3. Comparison of suicidal behaviors among disorders in anxiety disorder group and depressive disorder group

	Ideation (%)	Statistics	Plan (%)	Statistics	Attempt (%)	Statistics
Anxiety disorder						
Panic disorder	30 (24%)		2 (1.6%)		2 (1.6%)	
OCD	3 (37.5%)	$p=0.489^\dagger$	1 (12.5%)	$p=0.042^\dagger$	0 (0%)	$p=0.536^\dagger$
GAD	12 (31.6%)		1 (2.6%)		0 (0%)	
SP	31 (21.7%)		0 (0%)		3 (2.1%)	
Anxiety disorder NOS	5 (31.3%)		0 (0%)		1 (6.3%)	
Depressive disorder						
MDD	15 (44.1%)	$\chi^2=0.497, df=1, p=0.481$	1 (2.9%)	$p=1.000^\dagger$	2 (5.9%)	$p=1.000^\dagger$
Dysthymic disorder	8 (34.8%)		1 (4.3%)		2 (8.7%)	

OCD : obsessive-compulsive disorder, GAD : generalized anxiety disorder, SP : social phobia, MDD : major depressive disorder. Comparisons made by Pearson Chi-Square. * : Statistically significant at $p<.05$, † : Fisher's exact test

Table 4. Comparison of suicidal behaviors and scores between anxiety disorder and depressive disorder

	Ideation (%)	Statistics	Plan (%)	Statistics	Attempt (%)	Statistics	Scores
Anxiety dis (n=334)	82 (24.6%)	$\chi^2=6.173, df=1, p=0.013^*$ OR=2.049	4 (1.2%)	$p=0.075^\S$ OR=not calculated	6 (1.8%)	$\chi^2=8.008, df=1, p=0.005^*$ OR=4.970 [†]	$t=-2.592, df=64.135, p=0.012^*$
Depressive dis (n=60)	24 (40%)		3 (5%)		5 (8.3%)		

Comparisons made by Pearson Chi-Square. * : Statistically significant at $p<.05$, † : 95% Confidence Interval=1.155-3.635, ‡ : 95% Confidence Interval=1.466-16.845, § : Fisher's exact test

들 중 77%에서 우울증이 있음을 확인하였으며, 24%는 공황장애와 외상후 스트레스 장애 등과 같은 불안장애를 가지고 있다고 밝혔다.²¹ 따라서 우울장애가 있는 경우에는 자살 예방을 위한 보다 강력하고 적극적인 개입이 필요하다고 볼 수 있다.

연구 결과 중 특이한 점은 자살계획의 비율이 실제 자살 시도의 비율보다 낮게 나타났다는 것이다. 이는 자살시도가 계획 없이 충동적으로 행해졌다는 의미로 받아들일 수 있다. 실제로 자살은 충동성과도 많은 관련이 있는 것으로 알려져 있으며,²² 본 연구 결과는 이를 다시 한 번 확인한 것이라고 할 수 있다.

Ronald 등에 의한 미국 통계에 의하면 자살사고, 자살계획, 자살시도 등의 자살 관련 행동이 15~24세 그룹에서 가장 높았으며, 이는 나이가 증가함에 따라서 감소하였다.¹⁸ 이러한 경향은 본 연구 결과와도 일치한다. 본 연구에서는 60세 이상의 그룹에서 자살 행동이 다시 증가하는 모습을 보였다. Ronald 등의 연구에서는 조사 대상자를 18세부터 54세로 한정했기 때문에 60세 이상 그룹 간 비교는 어렵지만, 본 연구에서 얻은 결과는 노년기에서 자살시도를 비롯한 자살행동이 증가한다는 사실과도 부합한다. 또한 Ronald 등은 대학 졸업자에 비해서 학력이 낮은 사람들에서 자살사고가 더 많았다고 밝혔으며, 이 또한 본 연구의 결과와 일치하는 부분이다.

본 연구는 자살관련 행동에 대해서 구조화된 면담 도구인 MINI를 이용하여 평가한 연구로서 다음과 같은 장점을 가지고 있다. 첫째, 본 연구에서는 MINI 교육을 받은 정신과 전공의 또는 연구 간호사가 모든 환자들을 대상으로 자살 경향성을 직접 평가하였기 때문에 상대적으로 객관적인 결과를 얻을 수 있었다. 둘째, 400명 이상의 비교적 많은 수의 환자들이 본 연구에 참여하였다.

하지만, 본 연구의 제한점으로는 첫째, 우울장애 그룹과 불안장애 그룹 간에 성별과 연령의 분포가 짝지어지지 않았다. 이는 본 연구에서 불안장애의 대부분을 차지하는 공황장애와 사회공포증이 10대에서 30대 사이에 호발 하는 반면, 우울장애의 반 이상을 차지하고 있는 주요우울장애의 경우 평균 40세에 발병 하는 것과 관련이 있다고 볼 수 있다.²³ 불안장애가 남성보다 여성에서 더 많이 발생하는 것으로 알려져 있으나, 본 연구에서는 오히려 남성의 비율이 더욱 높았으며 이는 남성이 여성에 비해 치료를 위해 병원을 찾는 비율이 더 높기 때문이라고 생각된다. 둘째, 본 연구의 불안장애 군에 포함된 사회공포증 환자와 공황장애 환자의 비율은 각각 37.4%와 42.8%로 전체의 80.2%를 차지한다. 사회공포증과 공황장애의 평생 유병률이 각각 3~13%와 1.7%

정도²³인 것을 고려하면 이는 매우 높은 비율이라고 할 수 있다. 이는 본원 정신과에서 사회공포증 클리닉과 공황장애 클리닉을 운영하여 많은 수의 환자를 확보하였기 때문이다. 이러한 불균형적인 분포에도 불구하고 불안장애보다 우울장애에서 자살사고 및 자살시도가 많다는 결과를 얻었다는 것은 이러한 분포가 본 연구 결과에 미치는 영향이 미미하였다고 판단할 수 있을 것이다. 셋째, 성격 문제와 관련된 DSM-IV 다축진단체계의 II축 질환이 평가되지 않았다는 점이다. 실제로 경계성 인격 장애의 경우 자살 행동의 위험 인자가 되기 때문에²⁴ 자살사고, 자살시도 등이 성격 장애에 의해서 영향을 받을 수 있다. 넷째, 본 연구에서는 우울장애와 불안장애가 동반된 경우는 배제하였는데 본 연구가 우울장애와 불안장애 간 자살행동을 비교하기 위한 연구였기 때문이다. 하지만, 우울장애와 불안장애가 동반된 경우와 우울장애 또는 불안장애 단독의 자살 행동에는 차이가 있다. McDermut 등은 1,000명의 정신과 외래 환자들을 분석한 결과, 이들 중 373명이 주요우울장애를 앓고 있음을 확인하였으며, 불안 장애를 포함한 동반 질환의 존재는 이들 주요우울장애 환자들의 평생 자살 시도율을 14%에서 28.7%로 2배 이상 증가시켰다고 보고했다.²⁵ 따라서, 향후에는 우울장애와 불안장애가 동반된 경우의 자살관련 행동에 대해서도 조사해 보는 것이 필요하다고 본다. 마지막으로 MINI 인터뷰를 시행하던 전공의가 연차가 진행하면서 바뀌었기 때문에 검사자간 신뢰도에 문제가 있을 수 있다. 하지만, MINI 자체가 구조화된 면담 도구로서 면담자에 따른 차이가 가능한 결과에 영향을 끼치지 않도록 개발되었다는 점을 고려한다면 이러한 문제가 본 연구 결과에 미치는 영향은 매우 적을 것이라고 생각된다.

이러한 제한점에도 불구하고 본 연구는 정신과 임상현장에서 가장 많이 접하게 되는 우울장애와 불안장애 환자에서 자살관련 행동인 자살사고, 자살계획, 자살시도의 빈도를 조사하여 자살 위험성을 비교함으로써 자살시도가 일어나기 전인 자살사고와 자살계획의 단계에서의 적극적인 치료적 개입을 위한 기초 자료를 얻었다는 데 그 의의가 있다고 할 수 있다.

중심 단어 : 우울장애 · 불안장애 · 자살사고 · 자살계획 · 자살시도.

REFERENCES

1. Korean National Statistical Office. Annual Report on the Cause of Death Statistics 2005. Daejeon, Korean National Statistical Office; 2006.
2. Suominen K, Isometsa E, Suokas J, Haukka J, Achte K, Lonnqvist J. Completed suicide after a suicide attempt: a 37-year follow-up study. *Am J Psychiatry* 2004;161:562-563.

3. Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med* 2003;33:395-405.
4. Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:617-626.
5. Veroca E, Sachs-Ericsson N, Joiner TE Jr. Suicide attempts associated with externalizing psychopathology in an epidemiological sample. *Am J Psychiatry* 2004;161:444-451.
6. Phillips MR, Yang G, Li S, Li Y. Suicide and the unique prevalence pattern of schizophrenia in mainland China: a retrospective observational study. *Lancet* 2004;364:1062-1068.
7. Kim YK, Lee HJ, Kim JY, Yoon DK, Choi SH, Lee MS. Low serum cholesterol is correlated to suicidality in a Korean sample. *Acta Psychiatr Scand* 2002;105:141-148.
8. Tanskanen A, Vartiainen E, Tuomilehto J, Viinamaki H, Lehtonen J, Puska P. High serum cholesterol and risk of suicide. *Am J Psychiatry* 2000;157:648-650.
9. Muldoon MF, Manuck SB, Mendelsohn AB, Kaplan JR, Belle SH. Cholesterol reduction and non-illness mortality: meta-analysis of randomised clinical trials. *BMJ* 2001;322:11-15.
10. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders: a meta-analysis. *Br J Psychiatry* 1997;170:205-228.
11. Khan A, Leventhal RM, Khan S, Brown WA. Suicide risk in patients with anxiety disorders: a meta-analysis of the FDA database. *J Affective Dis* 2002;68:183-190.
12. Sareen J, Houlahan T, Cox BJ, Asmundson GJG. Anxiety Disorders Associated With Suicidal Ideation and Suicide Attempts in the National Comorbidity Survey. *J Nerv Ment Dis* 2005;193:450-454.
13. Weissman MM, Klerman GL, Markowitz JS, Ouellette R. Suicidal ideation and suicide attempts in panic disorder and attacks. *N Engl J Med* 1989;321:1209-1214.
14. Hornig CD, McNally RJ. Panic disorder and suicide attempt. A reanalysis of data from the Epidemiologic Catchment Area study. *Br J Psychiatry* 1995;167:76-79.
15. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The mini-international neuropsychiatric interview (M.I.N.I.): the development and validation of structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998;59(suppl):2-33.
16. Yoo SW. Recent update in anxiety disorders and introduction of M.I.N.I. GSK satellite symposium, Lotte hotel, Cheju, Korea;2001.
17. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edition. Washington DC: American Psychiatric Press;1994.
18. Kessler RC, Berglund P, Borges G, Nock M, Wang PS. Trends in suicide ideation, plans, gestures, and attempts in the United States, 1990-1992 to 2001-2003. *JAMA* 2005;293:2487-2495.
19. Korean National Statistical Office. *Annual Report on the Cause of Death Statistics 2004*. Daejeon, Korean National Statistical Office; 2005.
20. 남윤영. 우리나라 자살의 경향과 특징. 2005 한국자살예방협회 심포지움;2005.
21. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT, Fergusson DM, Deavoll BJ, Nightingale SK. Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: a case-control study. *Am J Psychiatry* 1996;153:1009-1014.
22. Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, Malone KM. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am J Psychiatry* 1999; 156:181-189.
23. 대한신경정신의학회. *신경정신의학* 2nd edition;2005. p.204-214.
24. Suominen KH, Isometsa ET, Henriksson MM, Ostamo AI, Lonnqvist JK. Suicide attempts and personality disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2000;102:118-125.
25. McDermut W, Mattia J, Zimmerman M. Brief report. Comorbidity burden and its impact on psychosocial morbidity in depressed outpatients. *J Affect Disord* 2001;65:289-295.