

우울증상에 대한 심리척도의 유용성에 대한 기초연구 -비우울증, 화병과의 비교를 중심으로-

최우창, 김나현*, 최승원*, 정인철

대전대학교 둔산한방병원 한방신경정신과, 덕성여자대학교 심리학과*

Preliminary Study on the Usefulness of Psychological Scale Measurements in Depression Symptoms

Woochang Choi, Nahyun Kim*, Sungwon Choi*, Inchul Jung

Department of Neuropsychiatry, College of Korean Traditional Medicine, Daejeon University, *Department of Psychology, College of Social Science, Duksung Women's University

Received: November 5, 2013

Revised: December 16, 2013

Accepted: December 16, 2013

Correspondence to

Inchul Jung

Department of Neuropsychiatry,
College of Korean Medicine, Daejeon
University, Yongundong, Dong-gu,
Daejeon, Korea

Tel: +82-42-280-2600

Fax: +82-42-280-2881

E-mail: npjeong@dju.kr

Sungwon Choi

Department of Psychology, College of
Social Science, Duksung Women's
University, 33, Samyangro 144-gil,
Dobong-gu, Seoul, Korea

Tel: +82-2-901-8306

Fax: +82-2-901-8301

E-mail: karatt92@duksung.ac.kr

Acknowledgement

This research was supported by Basic
Science Research Program through
the National Research Foundation of
Korea (NRF) funded by the Ministry of
Education (2013R1A1A2011690).

This study was supported by a grant of
the Traditional Korean Medicine R&D
Project, Ministry of Health & Welfare,
Republic of Korea (HI13CO493).

Objectives: The purpose of this study is to investigate the usefulness of psychological measurements in depression symptoms as compared with non-depressions and hwabyung.

Methods: A total of 21 patients, who were diagnosed with depression and hwabyung, were evaluated by using the SCL-90-R, BDI, STAI, STAXI, ISI, HRSD, 20-Item Alexithymia Scale, BSDS and NEO-PI. Thereafter, they were statistically analyzed.

Results: 1) In the results of SCL-90-R, the PST score group of hwa-byung group without depression was significantly higher when compared to the score from the depression group without hwa-byung. 2) In the results of NEO-PI, the NEO-PI-O score of hwa-byung group without depression was significantly higher when compared to the score from the depression group without hwa-byung. 3) In the results of 20-Item Alexithymia Scale, the total score and score of difficulty for identifying feelings scale from the depression group was significantly higher when compared to the score of non depression group.

Conclusions: The results found are expected to serve as a useful resource for future studies when developing the instruments of oriental medical evaluations for hwa-byung.

Key Words: SCL-90-R, BDI, STAI, STAXI, ISI, HRSD, TAS-20, BSDS, NEO-PI, Depression.

I. 서론

우울증은 기분장애의 일종으로써, 우울한 기분, 이로 인한 거의 모든 활동에 있어 흥미나 즐거움의 감소, 매사 부정적으로 생각하는 경향을 갖는 상태로^{1,2)}, 식욕, 체중, 수면, 정신운동 활동 변화, 무가치감, 죄책감, 생각과 집중과 결정에서의 어려움, 죽음에 대한 생각 또는 자살 계획 및 시도 등의 다양한 증상들을 포괄하는 정신장애이다³⁾.

주요우울장애의 유병률은 지속적으로 증가하는 추세로 국내의 경우 2001년 4.6%였던 평생 유병률이, 2006년 6.2%, 2011년은 7.5%로 증가하였고 2011년은 2006년도 대비 21.0%의 증가를 보였다. 남녀 모두에서 증가하는 양상을 보이며 특히 여자의 경우 평생 유병률이 9.1%로 나타나 10명 중 1명 꼴로 평생동안 한 번 이상 우울증에 이환되는 것으로 나타났다⁴⁾. 기분장애(F30-F39)로 진단되어 발생한 진료비 또한 지속적으로 상승하여 2008년 508여 억원에서, 2011년 약732억원, 2012년 약826억원으로 증가하였다⁵⁾.

한편, 우울증은 화병과 유사성이 많은 질환으로 두 질환 모두 七情의 문제에서 기인하며⁶⁾, 민⁷⁾ 등의 연구에서는 화병과 함께 신체화장애와 우울증을 같이 진단 받은 경우가 가장 많았고, 박⁸⁾ 등은 화병과 비화병을 구분하여 판별하는 주요 변수로 주요우울증과 범불안장애를 제시하였다. 이와 같이 화병과 우울증은 밀접한 관련이 있음을 알 수 있다. 하지만 화병은 七情 중 화 또는 분노가 대표적인 원인이며, 일반적 신경증적 증상 이외에 목 가슴의 덩어리 멍침 등의 신체적 증상이 특징적으로 나타나는 고유한 증후군으로 우울증과 차이점이 있다⁷⁾.

우울과 화병에 대한 기존 연구로는 여러 가지 연구⁹⁻¹⁴⁾에서 SCL-90-R, 분노척도(SATXI), 상태-특성불안척도(STAI), 해밀턴 우울척도(HRSD), Beck의 우울척도(BDI) 등의 다양한 심리척도가 화병과 우울 각각의 평가에 이용된 바 있다. 두 질환에 이환된 환자들에 대하여 특정 심리척도의 유용성과 심리척도 간의 상관성에 대해 알아보는 것은 질환의 진단과 치료에 유용할 것으로 사료되나, 기존에 SCL-90-R을 통한 비교 연구¹⁵⁾ 이외에는 연구가 부족한 실정이다. 우울증의 증가 추세에 맞추어 다양한 한의학적 치료 방법의 개발이 필요한 실정이며, 치료 방법의 개발에 앞서 한의학적 진단과 평가방법의 과학성을 확보하는 것이 중요한 선행과제라고 할 수 있다.

이에 본 연구는 우울증 한의평가 도구개발의 일환으로서 현재 많이 쓰이고 있는 심리검사 및 해당 척도의 유용성을 알아보는 기초 연구로 진행되었으며, 대전대학교 둔산한방병원에 내원한 환자들을 대상으로 실시한 SCL-90-R, BDI, STAI, STAXI, ISI, 해밀턴 우울증 평가척도(HRSD), 감정표현불능척도(20-Item Alexithymia Scale; TAS-20), Bipolar Spectrum Diagnostic Scale (BSDS), NEO 성격검사 등의 결과를 토대로 우울집단과 비우울집단, 화병이 없는 우울집단과 우울증이 없는 화병집단으로 나누어 분석한 결과 다소의 지견을 얻었기에 이에 보고하는 바이다.

II. 연구대상 및 방법

1. 연구대상

2012년 12월 1일부터 2013년 6월 30일까지 대전대학교 부속 둔산한방병원 한방신경정신과에 내원한 20세 이상 65세 이하의 남녀환자 중 우울, 불안, 분노 등의 증상을 호소하는 환자를 대상으로 하였다. 문맹, 심신허약, 기타 정신병적 장애 등의 이유로 검사를 실시하기 어렵거나 자의로 검사를 거부한 사람들을 제외하고, 하기 검사의 실시 및 결과자료 제공에 동의한 사람 21명을 대상으로 하였다.

DSM-IV 제1축 장애의 구조화된 임상적 면담(Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorder, SCID-I)을 통해 주요우울증 또는 기분부전장애 진단기준에 부합하는 환자는 우울집단으로, 진단기준에 부합하지 않은 환자는 비우울집단으로 분류하였고, 화병면담검사(Hwa-byung diagnostic interviewschedule, HBDIS)상 화병의 진단에 부합하면서 우울증상이 없는 사람은 우울증이 없는 화병집단으로, 화병의 진단에 부합하지 않으면서 우울증상을 나타내는 사람은 화병이 없는 우울집단으로 분류하였다.

2. 연구방법

첫 진료 후 실시한 Beck 우울 척도, 상태-특성 불안척도, 상태-특성 분노표현척도, Insomnia Severity Index, 간이정신진단검사, 해밀턴 우울척도, Bipolar Spectrum Diagnostic Scale, 정서표현불능척도, NEO 성인성격검사의 결과를 분석하였다.

1) Beck 우울척도(Beck Depression Inventory, BDI)

Beck 우울척도는 임상적인 우울증상을 토대로 만든 것으로 우울증의 유형과 정도를 측정한다. 정서적, 인지적, 동기적, 생리적 증후군 등 21개 영역을 포함하고 있고, 점수 범위는 0점에서 63점 까이다. 점수 해석에 대하여 Beck은 0~9점은 정상 범위, 10~15점은 가벼운 우울상태, 16~23점은 중한 우울상태, 24점 이상은 심한 우울상태로 보았다¹⁶⁾.

2) 상태-특성 불안척도(State-Trait Anxiety Inventory, STAI)

Speilberger의 상태-특성 불안척도를 김¹⁷⁾ 등이 번안한 것을 사용하였다. 이것은 상태 불안과 특성 불안을 함께 측정할 수 있는 장점이 있고, 김정택의 연구에서 상태 불안과 특성 불안 각각의 Cronbach's α 계수는 .87, .86으로 보고하였다. 이 척도는 총 40문항으로 상태 불안을 측정하는 20문항, 특성 불안을 측정하기 위한 20문항으로 구성되어 있다. 각 문항마다 전혀 해당이 없는 경우(1점)에서 매우 해당되는 경우(4점)까지 점수가 주어지게 되며, 상태 불안 척도는 10개 문항, 특성 불안 척도는 7개 문항이 역채점 된다. 따라서 전체 총점 범위는 20점에서 80점까지이며, 점수가 높을수록 불안 수준이 높은 것을 나타낸다.

3) 상태-특성 분노표현척도(State-Trait Anger Expression Inventory, STAXI)

Speilberger의 공격행동을 유발하는 정서와 태도를 측정하기 위해 개발한 것을 전¹⁸⁾ 등이 한국어로 번안하고 표준화한 것을 사용하였다. 상태-특성 분노척도에는 각 10문항씩 현재의 분노상태와 분노의 성격특성을 측정하는 하위척도와 24문항으로 구성된 분노표현을 측정하는 하위척도가 포함되어 있다. 분노 표현 방식은 분노 감정을 누르거나 유보하는 분노억제(anger in), 직접적으로 다른 사람이나 사물에 분노를 표출하는 분노표출(anger out), 분노표현을 통제하는 분노 통제(anger control) 방식으로 세분된다. 각 문항은 4점 척도로 평정한다.

4) Insomnia Severity Index (ISI)

Insomnia Severity Index는 주관적 불면증 척도로 Morin이 개발하였고¹⁹⁾ 2002년 대한수면연구회에서 번안한 것을 이용하였다. 총점의 해석은 0~7점까지는 No clinically significant insomnia, 8~14점까지는 Subthreshold insomnia, 15~21점까지는 Clinical insomnia(Moderate severity), 22~28점까지는 Clinical insomnia (severe)로 해석한다.

5) 간이정신진단검사(Symptom Checklist-90-Revision, SCL-90-R)

간이정신진단검사는 임상면담의 보조수단으로 개발한 자기보고형 평정척도로 정신과 환자들이 일반적으로 경험하는 증상을 90문항으로 만든 척도이다. 소척도의 내용은 불안척도, 우울척도, 신체화척도, 공포불안척도, 강박증척도, 대인예민성척도, 정신증척도, 적대감척도, 편집증척도, 전체심도지수, 표출증상심도지수, 표출증상합계로 구성되어 있다¹⁶⁾.

6) 해밀턴 우울증 평가척도(Hamilton Depression Rating Scale, HDRS)

해밀턴 우울증 평가척도는 우울증상의 심각도를 측정하는 관찰자 평가 척도로서, 1960년 Hamilton에 의해 개발되었다. 처음 개발당시에는 21개 항목으로 이루어졌으나, 현재는 4가지 항목이 삭제된 17개 항목의 수정본이 널리 사용되고 있다. 총점의 범위는 0~52점으로 점수가 높을수록 우울증이 심각하다는 것을 의미한다. 한국어판 HDRS는 이 등에 의해 2005년 표준화 되었으며 검사도구로서의 신뢰도와 타당도가 입증되었다²⁰⁾.

7) Bipolar Spectrum Diagnostic Scale (BSDS)

BSDS는 Ronald Pies 등²¹⁾에 의해 양극성 장애 환자들 중에서도 경한 증상을 가진 집단을 조기 발견하기 위해 고안된 선별검사도구로서, Ghaemi, Miller 등에 의해 개정되었다. 총점은 0점부터 25점까지로 채점되어진다. 원문에서는 채점된 점수에 대해서 4개의 카테고리로 나누어 양극성 장애일 가능성에 대해서 제시하였고(0~6: highlyunlikely, 7~12: low probability, 13~19: moderate probability,

20~25: high probability), 원저자들은 13점을 최적의 절단값으로 제시하였다. 한국어판 BSDS는 왕 등²²⁾에 의해 민감도와 특이도가 검증되었고, 절단값으로 10점을 제시하였다.

8) 한국판 감정표현불능증 척도

이 척도는 Bagby, Parker 및 Taylor가 1994년에 제작한 Toronto 감정표현불능증 척도 개정판(20-Item Alexithymia Scale; TAS-20)을 신 등²³⁾이 수정 보완한 척도로 23문항으로 구성되어 있다. 문항은 5점 Likert척도(0=“전혀 그렇지 않다”에서 4=“매우 그렇다”까지)이다. 척도 점수는 23문항을 더해서 계산되며 요인별로도 계산된다. 이 척도는 3요인으로 이루어져 있는데, 요인 1 (difficulty identifying feelings; DIF)은 정서를 확인하고 정서와 정서 각성에서 오는 신체 감각 간을 구별하는 능력을 측정하고, 요인 2 (externally oriented thinking; EOT)는 외적으로 지향적 사고를 측정하며, 요인 3 (difficulty describing feelings; DDF)은 정서를 타인과 의사소통하고 표현하는 능력을 측정하며 점수가 높을수록 능력의 결함을 의미한다.

9) NEO 성격검사(NEO Personality Inventory)

요인분석을 통해 다양한 인성 특성에서 추출된 보편적인 성격요인을 바탕으로 하는 NEO-PI는, 성격에서의 다양한 특성들을 신경증(neuroticism, NEO-PI-N), 외향성(extraversion, NEO-PI-E), 경험에의 개방성(openness to experience, NEO-PI-O), 친화성 또는 동조성(agreeableness, NEO-PI-A), 성실성(conscientiousness, NEO-PI-C)의 다

섯 가지 안정되고 일반적인 요인(factor)으로 나누어 분석하는 검사도구이다. 검사의 내적일치도는 각각 0.850, 0.766, 0.691, 0.644, 0.720라고 보고되었다²⁴⁾.

3. 통계분석

우울증이 없는 화병 집단과 화병이 없는 우울 집단, 우울 집단과 비우울집단간의 SCL-90-R, BDI, HRSD, ISI, 감정표현불능척도, BSDS, NEO성격검사 결과의 특성 및 차이를 알아보기 위해 독립표본 t검증을 실시하였다. 자료분석은 SPSS for MAC OS X 21 통계 분석 프로그램을 이용하였다.

III. 결과

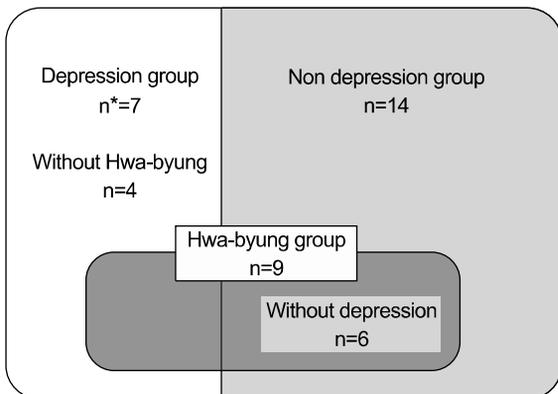
1. 대상 환자의 일반적인 특징

화병이 없는 우울집단과 우울증이 없는 화병집단의 비교에서 화병이 없는 우울집단은 총4명(남자 1명, 여자 3명) 평균 연령은 34.7세 였고, 우울증이 없는 화병집단은 총 6명(남자 2명, 여자 4명)으로 평균 연령은 46.5세 였고, 인구통계학적 변인에 있어 두 집단 간에 유의한 차이는 없었다. 우울집단과 비우울집단 비교에서 우울집단은 총 7명(남자 2명, 여자 5명)으로 평균연령은 38.71세 였고, 비우울 집단은 총 14명(남자 5명, 여자 9명)으로 평균연령은 46.14세였다. 인구통계학적 변인에 있어 두 집단 간에 유의한 차이는 없었다. 각 집단 구성은 다음과 같다(Fig. 1).

Table 1. Comparison of Test Results of SCL-90-R Between Depression Group and Hwabyung Group

	Hwabyung group	Depression group	p*
Depression	64.33±9.05	51.00±9.77	.06
Somatization	61.67±5.96	54.00±11.98	.21
Obsessive-compulsive	64.00±8.08	60.25±11.70	.56
Interpersonal sensitivity	65.17±7.63	61.00±7.53	.42
Anxiety	64.17±12.53	52.75±12.76	.20
Hostility	62.67±13.50	52.25±13.45	.27
Phobic anxiety	62.50±18.35	54.25±8.22	.43
Paranoid ideation	63.00±13.02	50.25±11.90	.16
Psychoticism	61.50±6.16	54.00±7.87	.13
Global severity index	66.17±6.71	55.25±9.95	.07
Positive symptom distress index	66.33±7.31	60.50±10.54	.33
Positive symptom total	59.67±3.88	51.25±7.32	.04 [†]

Values are mean±standard deviation.
*Independent two samples test, [†]p<0.05.
SCL-90-R: Symptom Checklist-90-Revision.



*n=number

Fig. 1. Demographic distribution.

Table 2. Comparison of Test Results of BDI, STAI, STAXI, ISI, HRSD, BSDS and TAS-20-K Between Groups of Depression and Group of Hwabyung

		Hwabyung group	Depression group	p*
STAI	State	65.67±8.62	55.50±8.23	.10
	Trait	65.83±8.93	59.25±8.26	.27
STAXI	State	21.00±6.16	14.75±6.85	.17
	Trait	24.00±6.39	18.50±3.70	.16
	Control	16.50±4.85	20.00±5.23	.31
	Out	14.83±6.71	14.00±2.16	.82
TAS-20	In	18.67±2.34	16.75±2.63	.26
	Total	45.17±8.42	49.00±7.79	.49
	DIF	15.50±5.13	17.50±1.73	.48
	EOT	15.33±4.03	18.00±2.16	.27
DDF		17.33±2.94	16.00±4.55	.59
ISI		16.50±5.86	9.75±5.32	.10
HRSD		19.67±7.03	16.75±8.18	.56
BSDS		8.50±4.14	12.67±6.03	.26
BDI		27.67±13.25	21.75±6.85	.44

Values are mean±standard deviation.

*Independent two samples test.

BDI: Beck Depression Inventory, STAI: State-Trait Anxiety Inventory, STAXI: State-Trait Anger Expression Inventory, ISI: Insomnia Severity Index, HRSD: Hamilton Depression Rating Scale, BSDS: Bipolar Spectrum Diagnostic Scale, TAS-20: 20-Item Alexithymia Scale, DIF: Difficulty Identifying Feelings, EOT: Externally Oriented Thinking, DDF: Difficulty Describing Feelings.

Table 3. Comparison of Test Results of NEO-PI Between Groups of Depression and Group of Hwabyung

	Hwabyung group	Depression group	p*
Extraversion	32.50±8.60	32.25±8.96	.97
Openness to experience	40.83±7.71	27.50±9.82	.04 [†]
Agreeableness	49.17±9.54	39.50±10.08	.16
Conscientiousness	46.50±7.94	43.00±7.70	.51
Neuroticism	61.83±5.67	56.50±9.00	.28

Values are mean±standard deviation.

*Independent two samples test, [†]p<0.05.

NEO-PI: Neuroticism-Extroversion-Openness Personality Inventory.

2. 화병이 없는 우울집단과 우울증이 없는 화병집단

1) SCL-90-R

PST점수가 우울증이 없는 화병집단이 화병이 없는 우울집단에 비해 유의하게 높았다($t=2.40, p<.05$) (Table 1).

2) BDI, STAI, STAXI, ISI, HRSD, BSDS, 감정표현불능증 척도

화병이 없는 우울집단과 우울증이 없는 화병집단간의 유의한 차이가 없었다(Table 2).

Table 4. Comparison of Test Results of SCL-90-R Between Depression Group and Non-depressed Group

	Depression group	Non-depressed group	p*
Depression	67.71±10.80	62.92±11.31	.37
Somatization	59.71±14.02	60.85±13.01	.86
Obsessive-compulsive	60.29±11.83	58.00±9.45	.64
Interpersonal sensitivity	63.29±10.34	59.07±14.66	.51
Anxiety	61.71±14.49	62.00±15.98	.97
Hostility	59.00±13.92	62.71±14.54	.59
Phobic anxiety	61.49±12.04	59.14±18.47	.77
Paranoid ideation	54.57±10.80	59.29±16.83	.51
Psychoticism	61.14±12.19	58.43±11.36	.62
Global severity index	63.86±13.79	62.71±13.43	.86
Positive symptom distress index	66.14±11.39	65.29±13.05	.88
Positive symptom total	56.43±8.36	55.71±7.10	.84

Values are mean±standard deviation.

*Independent two samples test.

SCL-90-R: Symptom Checklist-90-Revision.

3) NEO 성격검사

개방성 척도 점수가 우울증이 없는 화병집단이 화병이 없는 우울집단에 비해 유의하게 높았다($t=2.41, p<.05$) (Table 3). 하위 척도별 집단 간 차이에서는 사려성 척도점수 우울증이 없는 화병집단 46.67±7.12, 화병이 없는 우울집단 34.00±10.23 ($t=2.33, p<.05$), 정서충격 척도점수 우울증이 없는 화병집단 64.83±6.74점, 화병이 없는 우울집단 55.25±3.77 ($t=2.56, p<.05$), 특이성 척도점수 우울증이 없는 화병집단 59.17±8.28점, 화병이 없는 우울집단 44.50±5.74 ($t=3.06, p<.05$)으로 우울증이 없는 화병집단이 화병이 없는 우울집단에 비해 유의하게 높았다.

3. 우울집단과 비우울집단 비교

1) SCL-90-R

우울집단과 비우울집단간의 유의한 차이가 없었다(Table 4).

2) BDI, STAI, STAXI, ISI, HRSD, BSDS, 감정표현 불능척도

감정표현 불능척도와 감정표현척도의 하위척도인 요인1에서 우울집단이 비우울집단에 비해 유의하게 높은 점수를 나타냈다(각각 $t=2.69, p<.05, t=2.52, p<.05$) (Table 5).

Table 5. Comparison of Test Results of BDI, STAI, STAXI, ISI, HRSD, BSDS and TAS-20-K Between Depression Group and Non-depressed Group

		Depression group	Non-depressed group	p*
STAI	State	58.29±9.60	59.29±10.41	.83
	Trait	61.00±9.15	60.71±9.21	.95
STAXI	State	16.86±7.38	19.64±9.26	.50
	Trait	20.29±3.73	23.79±7.75	.28
	Con	19.57±4.04	16.93±5.05	.24
	Out	14.57±4.39	17.14±5.49	.30
TAS-20	In	17.86±3.08	19.00±3.57	.48
	Total	50.14±6.09	39.93±11.27	.04 [†]
	DIF	18.71±3.50	12.93±5.51	.02 [†]
	EOT	17.00±3.74	15.71±4.78	.54
	DDF	17.14±3.93	13.79±4.14	.09
ISI		13.71±7.18	18.64±6.05	.11
HRSD		19.14±6.74	17.29±6.65	.56
BSDS		11.67±5.43	8.62±6.81	.35
BDI		26.86±10.84	21.71±11.57	.34

Values are mean±standard deviation.

*Independent two samples test, [†]p<0.05.

BDI: Beck Depression Inventory, STAI: State-Trait Anxiety Inventory, STAXI: State-Trait Anger Expression Inventory, ISI: Insomnia Severity Index, HRSD: Hamilton Depression Rating Scale, BSDS: Bipolar Spectrum Diagnostic Scale, TAS-20: 20-Item Alexithymia Scale, DIF: Difficulty Identifying Feelings, EOT: Externally Oriented Thinking, DDF: Difficulty Describing Feelings.

3) NEO 성격검사

우울집단과 비우울집단간의 유의한 차이가 없었다(Table 6).

IV. 고찰

우울증은 유병률이 꾸준히 증가하고 있으며, 관련 진료비 지출 역시 꾸준히 상승하고 있다^{4,5)}. 치료와 관련된 직접 비용 이외에도 자살로 인한 조기 사망, 결근, 생산성 저하 등의 간접비용으로 인하여 발생하는 사회경제적 비용의 규모 또한 크기 때문에, 그 중요성은 더욱 부각된다고 볼 수 있다²⁵⁾.

우울증과 관련된 기존연구를 살펴 보면, 한의학적 치료방법에 관한 연구는 활발히 이루어지나²⁶⁻³¹⁾, 과학적인 진단 및 평가방법에 대한 연구는 부족한 실정이다.

기존의 서구에서 개발된 우울증 평가도구들을 한국인에 적용하는 것이 대체로 타당하지만, 반응태도에서 일부 다른 특성이 나타나고 있어서³²⁾ 한국적 상황과 우울증 하위요인에 따른 평가도구의 개발이 제안되는 현 상황³³⁾에서 한의학적인 우울증의 진단 및 평가방법에 대한 개발은 의의가 있을 것으로 사료된다.

Table 6. Comparison of Test Results of NEO-PI Between Depression Group and Non-depressed Group

	Depression group	Non-depressed group	p*
Extraversion	34.57±11.59	37.77±7.17	.45
Openness to experience	33.71±12.27	43.00±7.80	.05
Agreeableness	43.14±12.35	46.46±9.32	.51
Conscientiousness	46.43±7.50	48.46±7.78	.58
Neuroticism	60.14±7.90	59.85±9.59	.95

Values are mean±standard deviation.

*Independent two samples test.

NEO-PI: Neuroticism-Extraversion-Openness Personality Inventory.

본 연구는 우울증의 한의평가 도구 개발의 일환으로써 각각의 심리척도의 유용성을 알아보기 위한 기초 연구로 진행되었으며, 한방병원 신경정신과를 내원한 환자를 대상으로 SCL-90-R, BDI, STAI, STAXI, ISI, HRSD, 감정표현능력 척도, BSDS, NEO성인성격검사를 실시하였다.

1. 화병이 없는 우울집단과 우울증이 없는 화병집단간의 비교

화병이 없는 우울집단과 우울증이 없는 화병집단간의 검사결과를 비교해 본 결과, SCL-90-R 검사의 PST점수가 우울증이 없는 화병집단이 화병이 없는 우울집단에 비해 유의하게 높았다(Table 1). 기존의 주요우울장애와 화병에서 SCL-90-R비교 연구¹⁵⁾에서는 화병군의 신체화 척도, 불안 척도, 적대감척도, GSI척도, PST 척도가 주요우울장애군의 점수보다 더 높은 점수를 보인 것과 일부 동일한 결과이다. 그러나 두 집단의 원점수의 평균이 50점대로 PST점수가 임상적 의미를 갖는다고 보기는 어렵다. 그밖에 실시한 검사에서 유의한 차이를 나타내지 않았다. 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았으나, ISI검사에서도 화병이 없는 우울집단은 역치이하의 결과를 보였으나, 우울증이 없는 화병집단은 중증도의 불면증으로 분류¹⁹⁾되는 점수 차이를 나타내었다(Table 2).

두 집단에 시행된 NEO 성격검사 결과 개방성 척도에서 두 집단간 유의한 차이를 보였으며, 화병이 없는 우울집단이 아주 낮은 원점수를 보였다(Table 3). 이러한 낮은 개방성 점수는 화병이 없는 우울집단이 자신과 타인의 감정에 민감하지 못하고, 한정되고 고정된 생각과 가치에 머물러 자신과 다른 사람들을 이해하거나 수용하지 못하는 경향을 갖는다고 해석할 수 있다³⁴⁾.

그밖에 하위 척도 별 집단 간 차이에서는 사려성 척도($t=2.33, p<.05$), 정서충격 척도($t=2.56, p<.05$), 특이성 척도($t=3.06, p<.05$)에서 두 집단간 유의한 차이를 나타냈다. 정서충격, 특이성 척도는 우울증이 없는 화병집단이 높은 원점수를 나타내며, 사려성 척도에서 화병이 없는 우울집단이 아주 낮은 원점수를 갖는 것으로 나타났다.

우울증이 없는 화병집단에 나타난 높은 정서충격 점수는, 과거에 있었던 충격적 경험이 큰 영향력을 미치고 있으며 그 일과 관련된 요인들에 쉽게 불안을 느끼며 회피하려 하며 공격성을 쉽게 표출하는 특징을 갖는다. 또한 잠을 자기 힘들고 소화불량에 걸릴 수 있다는 특징을 갖는다고 해석할 수 있다. 그리고 우울증이 없는 화병집단에 나타난 높은 특이성 점수는 다른 사람들의 행위와 감정에 무관심하고 친밀한 관계를 맺지 않으며, 의사소통이 제대로 이루어지지 않고 사고가 체계적이지 않다고 해석할 수 있다. 또한 우울증이 없는 화병집단과 비교하여 아주 낮은 사려성 점수를 갖는 화병이 없는 우울집단이 지적인 호기심이 부족하고, 생각이 깊지 못하고 논리적 합리적 사고를 잘하지 못하는 특징을 갖는다고 해석할 수 있다.

그밖에 두 집단 간 차이는 없었으나 자극추구 척도에서 두 집단 모두 아주 낮은 원점수로, 너무 조심스럽고 모험을 하지 않으며, 일상적이고 판에 박힌 일에 안정감을 얻는다는 의미를 갖는 점수라고 해석할 수 있다.

2. 우울집단과 비우울집단간의 비교

우울집단과 비우울집단의 SCL-90-R, BDI, HRSD, STAI, STAXI, ISI, BSDS, 감정표현불능척도, NEO성격검사의 결과를 비교한 결과 감정표현 불능척도에서 두 집단간 유의한 차이를 나타냈다($t=2.69, p<.05$) (Table 5). 감정표현 불능이란 내면의 감정이나 느낌을 외부로 적절하게 표현하지 못하는 인지-정동장애를 뜻하며, 억압된 정서는 신체 증상으로 주로 표현된다³⁵). 우울증 환자들에서도 감정표현불능증이 다수 관찰되며, 이는 우울증상을 심화시키고 다수의 신체 증상을 유발한다고 알려져 있다^{36,37}). 그러므로 우울집단이 비우울집단에 비해 자신의 정서상태를 정확하게 인식하지 못하고 정교화하지 못하며 이를 표현하지 못하는 경향이 더 나타난다고 해석할 수 있다.

또한 감정표현 불능척도의 하위 척도중 요인1에서도 우울집단이 비우울집단 보다 유의하게 높은 점수를 나타냈다

($t=2.52, p<.05$) (Table 5). 비우울집단에 비해 우울집단의 높은 요인1점수는 정서를 확인하고 정서와 정서 각성에 대한 신체 감각 간을 구별하는 능력이 낮다는 것을 의미한다²³). 이러한 요인 1점수는 기존 연구에서도 우울증상과 정적인 상관을 보인다고도 보고하였다³⁸).

그밖에 통계적으로 집단간 유의한 차이는 보이지 않았으나, NEO성격검사에서 우울집단의 외향성과 개방성척도의 점수가 낮은 특징을 볼 수 있다(Table 6). 낮은 외향성 점수로 우울집단은 혼자 지내는 것에 편안함을 느끼며 자신을 잘 드러내지 않고 조용한 성격을 지니는 특징을 갖는다고 볼 수 있다. 또한 낮은 개방성 점수로 우울집단이 자신과 타인의 감정에 민감하지 못하고, 한정되고 고정된 생각과 가치에 머물러 자신과 다른 사람들을 이해하거나 수용하지 못하는 경향을 갖는다고 해석할 수 있다³⁴).

3. 한계점

본 연구의 한계점은 다음과 같다. 전문가의 자문을 통해 해당 검사를 선별했음에도 불구하고 실시한 검사 문항수가 많아 진료 현장에서 해당 검사가 시행가능한 대상을 모집하기 어려웠기에 연구 대상의 수가 적었다. 또한 MMPI, TCI 등의 널리 쓰이는 인성 및 기질검사들이 포함되지 않았다. 따라서 향후 다양한 심리척도의 유용성을 확인하고 보다 큰 집단을 대상으로 하는 추가적 연구를 통해 본 연구결과를 검증할 필요가 있다.

이와 같은 제한점에 불구하고 본 연구결과 향후 이루어질 우울증 한의평가도구 개발 연구에 유용한 기초자료를 제공할 것으로 사료된다.

V. 결론

1. SCL-90-R 결과 우울증이 없는 화병집단의 PST 점수가 화병이 없는 우울집단의 점수에 비해 유의하게 높았으나, 두 집단의 원점수의 평균이 50점대로 임상적 의미를 갖는다고 보기 어렵다.

2. NEO 성격검사 결과 우울증이 없는 화병집단의 개방성 척도 점수가 화병이 없는 우울집단의 점수에 비해 유의하게 높았으며, 이는 화병이 없는 우울집단이 우울증이 없는 화병집단에 비해 자신과 다른 사람들을 이해하거나 수용하지 못하는 경향을 갖는다고 해석할 수 있다.

3. 감정표현 불능척도 검사 결과 우울집단이 비우울집단에 비해 유의하게 높은 점수를 보였고, 하위척도인 요인1에서 우울집단의 점수가 비우울집단보다 유의하게 높았다. 이는 우울집단이 비우울집단에 비해 자신의 정서상태를 정확하게 인식, 표현 하지 못하며, 정서와 정서 각성에 대한 신체 감각 간을 구별하는 능력이 낮다는 것을 의미한다.

REFERENCES

- Katona C, Robertson M. Psychiatry at a Glance-Third Edition. Blackwell Publishing Ltd; 2008.
- Kim HL, Shin HS. Mental Health Problems. Hakjisa; 2001.
- American Psychiatric Association. Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 1994;317-29.
- Ministry for Health, Welfare and Family Affairs. The Epidemiological Survey of Mental Disorders in Korea. 2011. Available from: URL: http://www.mw.go.kr/front_new/jb/sjb030301vw.jsp?PAR_MENU_ID=03&MENU_ID=031604&CONT_SEQ=274852&page=1
- National Health Insurance Service. Medical Insurance Statistics. Available from: URL: http://www.nhis.or.kr/portal/site/main/MENU_WBDDG0203/
- Kang HW, Jang HH, Kang IS, Moon HC, Hwang YJ, Lyu YS. A Study on The Oriental-medical Understanding of Depression. Journal of Oriental Neuropsychiatry. 2011; 12(2):1-15.
- Min SK. A Study of the Concept of Hwabyung. J Korean Neuropsychiatr Assoc. 1989;28(4):604-16.
- Park JH, Min SK, Lee MH. A Study on the Diagnosis of Hwabyung. J Korean Neuropsychiatr Assoc. 1997; 36(3):496-502.
- Lee HY, Kim JW, Park JH, et al. A Study for Diagnosis and Pattern Identification of Hwa Byung. Journal of Oriental Neuropsychiatry. 2005;16(1):1-17.
- Lim HJ, Kim SH, Lee SR, et al. Interim Report about the Effect of Bunsimgi-eum (Fenxingiyin) on the Chest Discomfort of Hwa-byung's Major Symptom. Journal of Oriental Neuropsychiatry. 2009;20(3):169-88.
- Choi WC, Park DM, Lee SR, et al. Interim Report about the Effect of Sihogayonggolmoryeo-tang on the Anxiety of Hwa-byung. Journal of Oriental Neuropsychiatry. 2012; 23(4):133-52.
- Lee GE, Kim NK, Kim HY, et al. The Effects of Acupuncture Treatment on Hwa-byung Patient's Insomnia: Patient-assessor Blind, Randomized, Placebo-controlled Clinical Trial. J of Oriental Neuropsychiatry. 2012;23(1):31-48.
- Park DM, Lee SR, Jung IC. A Case Series of Hwa-Byung Patients Using Instrument of Pattern Identification for Hwa-Byung and Instrument of Oriental Medical Evaluation for Hwa-Byung. Journal of Oriental Neuropsychiatry. 2011;22(1):25-35.
- Park DM, Lee SR, Jung IC. The Correlation of Psychological Scale Measurements in Depression, Anxiety, and Insomnia Patients and its Value. Journal of Oriental Neuropsychiatry. 2012;23(3):63-76.
- Chung SY, Park JH, Kim SH, Kim JW, Whang WW, Kwon JH. Comparison between Major Depressive Disorder & Hwa-byung (Culture Bound Syndrome) Using the SCL-90-R. Journal of Oriental Neuropsychiatry. 2004;15(2):45-51.
- Behavioral Sciences Research Center, Korea University. Handbook of Psychological Scales. Seoul: Hakjisa; 2000:383-7, 419-24, 464-6.
- Kim JT, Shin DK. A Study Based on the Standardization of the STAI for Korea. The New Medical Journal. 1978; 21(11):70-2.
- Chon KK, Kim DY, Yi JS. Development of the STAXI-K: IV. Korean Journal of Art Therapy. 2000;7(1):33-50.
- Jacobs GD, Pace-Schoff EF, Stickgold R, Otto MW. Cognitive Behavior Therapy and Pharmacotherapy for Insomnia. Arch Intern Med. 2004;164:1888-96.
- Yi JS, Bae SO, Ahn YM, Park DB, Noh KS, Shin HK, et al. Validity and Reliability of the Korean Version of the Hamilton Depression Rating Scale (K-HDRS). Journal of the Korean Neuropsychiatric Association. 2005;44(4):456-65.
- Ghaemi NS, Miller CJ, Berv DA, Klugman J, Rosenquist KJ, Pies RW. Sensitivity and Specificity of a New Bipolar Spectrum Diagnostic Scale. J Affect Disord 2005; 84(2-3):273-7.
- Wang HR, Kim SE, Kang SH, Joo YH, Kim CY. A Validation Study of the Korean Version of the Bipolar Spectrum Diagnostic Scale for Detecting Bipolar Disorder. Journal of the Korean Neuropsychiatric Association. 2008;47(6): 533-9.
- Shin HK, Won HT. A Study on the Development of the Korean Alexithymia Scale. The Korean Journal of Clinical Psychology. 1997;16(2):219-31.
- Min BM, Lee KI, Jeong JC. NEO-PI-R: PSI Consulting; 1997.
- Kim NS, Kim KH, Lee SM, Paik JW, Lee BR. Medical Usage and Level of Medical Quality of Depressed Patients. Health Insurance Review & Assessment Service; 2009.
- Lee JW, Hong MC, Shin MK, Bae HS. Comparison of Nelumbinis Semen Extract with Hypericum Perforatum and Fluoxetine in Animal Model of Depression. Korean Journal of Oriental Physiology & Pathology. 2006;20(4):830-43.
- Seok SH, Kim JH, Kim GW, Koo BS. A Case of Insomnia Incurable by Neuropsychiatric Medication Alone, but Made Possible with Sarn-Hwang-Sa-Sim-Tang. Journal of Oriental Neuropsychiatry. 2006;17(3):117-29.
- Kang HS, Lee JH, Kim JY, Sung WY. A Clinical Report of Two Patients with Depression and Menopausal Symptoms Improved by Korean Traditional Treatment and Psychotherapy. Journal of Oriental Neuropsychiatry. 2009;

- 20(2):177-86.
29. Chang MK, Kim GW, Koo BS. Anti-depressant Effect of the Extracts of *Aconitum Carmichaeli*. *Journal of Oriental Neuropsychiatry*. 2009;20(3):49-64.
 30. Lim KW, Jung IC, Lee SR. The Effects of BunSimGiEum-Gami-Bang (Fenxingiyinjameifang) on Serotonin of P815 cell. *Journal of Oriental Neuropsychiatry*. 2011;22(2):147-62.
 31. Sim TK, Jung IC, Lee SR. The Effect of Gamisoyo-san (Jiaweixiaoyaosan) on Serotonin Metabolism. *Journal of Oriental Neuropsychiatry*. 2011;22(1):37-51.
 32. Chang SM, Sohn JH, Lee JY, Choi JH, Cho SJ, Jeon HJ, et al. Characteristics of Diagnostic Criteria for Depression in Korea. *Journal of the Korean Neuropsychiatric Association*. 2007;46(5):447-52.
 33. Cho HJ, Chae JH, Jun TY. The Overview of Clinical Assessment Tools for Depression. *Journal of the Korean Neuropsychiatric Association*. 2007;46(2):110-21.
 34. Ahn HE, Ahn CK. Guidelines of NEO Personality Inventory. Korea Guidance; 1988.
 35. Sifneos PE. The Prevalence of 'Alexithymic' Characteristics in Psychosomatic Patients. *Psychother Psychosom*. 1973;22:255-62.
 36. Ryu SH. Quality of Life of Patients with Depressive Disorder Receiving Antidepressants: Relationship between Quality of Life and Alexithymia. *Korean J Psychopharmacol*. 2009;20:316-24.
 37. Duddu V, Isaac MK, Chaturvedi SK. Alexithymia in Soma-toform and Depressive Disorders. *J Psychosom Res*. 2003;54:435-8.
 38. Kirmayer LJ, Robbins JM. Cognitive and Social Correlates of the Toronto Alexithymia Scale. *Psychosomatics*. 1993;34(1):41-52.

