

우울증 및 불안장애 환자에서 특성불안 차이에 따른 긍정심리요인의 특징

가톨릭대학교 의과대학 정신과학교실,¹ 가톨릭대학교 의과대학연구소²

안희영¹ · 민정아¹ · 김선영² · 채정호¹

Characteristic of Trait Anxiety and Positive Psychological Factors in Patients with Depression and/or Anxiety Disorders

Hee-Young An, MD¹, Jung-Ah Min, MD¹, Sun-Young Kim, MA² and Jeong-Ho Chae, MD, PhD¹

Department of Psychiatry¹, College of Medicine, The Catholic University of Korea, Seoul, Catholic Emotion Laboratory², Catholic Medical Science Institute, Seoul, Korea

ABSTRACT

Objective : The aim of this study was to investigate the relationship between trait anxiety and positive psychological factors.

Methods : A total of 429 outpatients diagnosed with depression and/or anxiety disorders surveyed with questionnaires measuring socio-demographic, clinical, and positive psychological factors. The relationships of trait anxiety with clinical symptoms and positive psychological factors were evaluated.

Results : Patients with low trait anxiety showed high optimism, gratitude, hope, spirituality and purpose in life. After adjusting age, scores of BDI and STAI-S, the results showed low trait anxiety was associated with high spirituality and purpose in life.

Conclusion : The result revealed that trait anxiety had negative-relationship with spirituality and purpose in life in patients with depressive and/or anxiety disorders. Although trait anxiety was known as a general tendency which is stable, approach to trait anxiety by modulating these associated positive psychological factors would be newer approach of treatment to patients with depressive and/or anxiety disorders. (Anxiety and Mood 2013;9(1):61-67)

KEY WORDS : Trait anxiety · Positive psychological factors · Spirituality · Purpose in life.

서 론

개인의 단점이나 약점을 보완하는 것에 초점을 맞춘 기존의 접근법과는 다르게 개인의 정신적, 신체적 그리고 사회적 기능을 강화시키는데 도움이 되는 지식과 체계를 제공하려는 긍정심리학적 접근이 최근 각광을 받고 있다. 또한 삶의 가치, 삶의 질, 평안, 행복 등의 요인들이 일상 삶뿐만 아니라 의

학이나 심리적 측면에서 건강의 긍정적 요인으로 작용하며 이러한 강점을 강화시켜 기존 의학과 상보적 상승작용을 일으켜 균형된 치료에 도달할 수 있다고 여겨지고 있다.²

실제로 여러 연구들에서 긍정심리요인들이 정신장애의 발생이나 증상의 정도와 관련이 있는 것으로 확인되고 있다. 공황장애를 포함한 불안장애의 유발과 중증도 및 예후에 정신병리 및 생리적 요인 외에도 삶의 목표, 감사, 희망과 같은 긍정심리요인의 중요성이 강조되고 있으며³ 희망이나 영성적 의미가 외상 후 우울증상과 역상관관계를 가지고 있는 것 등이 보고되고 있다.⁴

긍정심리요인에는 여러 가지 요소가 있을 수 있는데 그 중에서도 낙관성, 감사, 유머, 희망, 영성 그리고 삶의 목적 등은 비교적 연구가 많이 이루어진 영역들이다.

낙관성(optimism)은 어떠한 어려움에 닥쳤을 경우 긍정적인 결과를 예상하는 경향성을 말하는 것으로 이러한 경향성은 적

Received : March 6, 2013 / Revised : April 19, 2013

Accepted : April 19, 2013

Address for correspondence

Jeong-Ho Chae, M.D., Ph.D., Department of Psychiatry, Seoul St. Mary's Hospital, The Catholic University of Korea, 222 Banpo-daero, Seocho-gu, Seoul 137-701, Korea

Tel : +82-2-2258-6083, Fax : +82-2-594-3870

E-mail : alberto@catholic.ac.kr

본 논문은 한국연구재단 원천기술사업(2006-200515) 및 기초연구사업(2012-001314)의 지원에 의하여 이루어졌음.

응력을 향상시키며 결과적으로 긍정적인 정서를 경험할 경우가 많으며 높은 안녕수준을 유지하기 쉽다. 많은 연구에서 이러한 낙관성은 우울이나 불안과 같은 증상과 역상관관계를 가지며 주관적인 안녕과 긍정적인 정서와 관련이 있는 것으로 되어 있다.⁵

감사란 선물에 대해 감사하고 기뻐할 수 있는 능력으로 정의되는데 여기서 말하는 선물이란 실질적인 이득뿐만 아니라 아름다운 자연경관에서 느낄 수 있는 평화로운 축복감 등도 포함된다.⁶ 이러한 감사 성향은 시간에 따라 변화가 크지 않은 비교적 안정적인 특성으로 알려지고 있다. 감사 성향이 높을수록 불안이나 우울 같은 다양한 심리적 문제를 적게 경험하며 이러한 정서에 취약성 요소로 알려져 있는 부정적 정서성과 정서적 민감성 역시 낮고, 삶에 대한 만족이나 안녕감이 높다고 알려져 있다.⁷

유머는 성숙한 방어기제 중 하나로 스스로를 보호하고 사람들과 잘 어울릴 수 있도록 해 주며 삶의 역경과 같은 어려운 상황을 해결할 수 있도록 한다.⁸ 유머와 우울증의 역상관관계와 유머가 우울증 증상을 경감시키고 스트레스로 인한 우울증의 발생 역시 감소시킨다는 것 역시 널리 알려진 사실이다.⁹

희망은 일반적으로 미래에 대한 기대감이라고 할 수 있으며, 이러한 기대감은 생존에 대한 의지나 목표 성취를 위한 노력의 원동력이 된다. 희망은 신체적 질병이 있는 환자에서 우울 증상 및 기능적 측면에 있어서 영향을 주며, 희망의 정도가 자연재해나 질병 이후 생존율 증가 및 신체적 정신적 안녕에 기여한다고 한다.⁴

영성에는 매우 다양한 정의가 있을 수 있으나 '인생의 의미에 대해 이해하고자 하는 강한 관심'으로 표현할 수 있으며 개인의 주관적인 내적 경험과 관련이 있다. 영성은 종교 뿐 아니라 삶의 목적이나 의미, 사랑, 열정과 같은 것들을 다루는 능력과 관련된 것이며 이들에 대한 경험과 지식을 얻고자 하는 동기가 되는 것으로¹⁰ 종교 및 그와 연관된 활동과는 구분되는 의미이다.¹¹ 낮은 영성은 우울 증상과 유의한 관련이 있으며¹² 종교와 영성은 내외과적인 질병이 있는 사람에게서 신체적 및 감정적 건강에 도움이 되며⁹ 우울증의 관해까지 걸리는 기간을 단축시킨다. 또한 개인의 영성 수준은 죽음에 대한 생각에까지 영향을 미쳐 자살 충동을 줄이고 죽음에 대한 절망감의 보호요인으로 작용한다.¹²

삶의 목적은 삶의 방향성에 대한 감각으로 현재와 자신의 삶에 의미를 찾는 것이라고 볼 수 있다. 삶의 목적은 스스로를 조절하고 책임지는 자기책임감과 관련되어 있으며 심리적 안녕과 연관되는 중요한 요소이다.¹³ 높은 삶의 목적성이 자살 충동을 완화시키고¹² 삶의 목적의 정도가 술이나 기타 약물의 사용 수준 및 우울 및 자살 등과 관련된 정신 건강과도 연관

된다.¹⁴ 이처럼 여러 긍정심리요인은 심리적, 신체적 질병의 발생이나 경과에 영향을 미칠 수 있다.

한 개인의 정서적 안녕에 영향을 주는 요인으로 특성불안이 있다. 불안은 크게 특성불안과 상태불안으로 나눌 수가 있는데 상태불안은 개인이 처한 상황에 따라 일시적으로 나타나는 불안의 정도로 상황에 따라 변화하는 것이라고 본다면 특성불안은 한 개인이 보이는 불안의 일반적 정도로 개인이 인지된 위협이나 환경에 대한 반응에 영향을 줄 수 있는 일반적 성향이라고 볼 수 있으며 상황에 따라 크게 변하지 않는 특성이 있다.¹⁵

특성불안이 높은 사람은 같은 상황에서도 더 위험하다고 지각할 가능성이 높으며 불안과 관련된 자극이 있는 상황에서 관심 이동(attention shifting), 과제 간섭(task interference), 관심 철회(attention disengagement) 등을 통하여 일의 수행에 영향을 끼친다고 알려져 있다.¹⁶ 실례로 선수들의 득점 수행 능력에 대한 한 연구에서는 특성불안이 높은 선수들이 특성불안이 낮은 선수들에 비해 긴장 상황에서 득점 수행능력이 떨어진다고 하였다.¹⁷

이러한 특성불안은 스트레스로 인한 우울증 발병 및 그 심각도, 예후 등과 관련하여 취약요인으로 알려져 있으며¹⁸ 특성불안이 낮은 군에서 높은 군에 비해 치료 반응성이 높게 나타나기도 하였다.¹⁹

이처럼 특성불안과 긍정심리요인은 심리적 안녕 뿐 아니라 신체적 안녕과 관련이 있으며 병의 발생 및 경과에 영향을 주나 실제로 이들간의 연관성에 대한 연구는 거의 행해진 바가 없었다. 본 연구에서는 우울증 및 불안장애 환자들 중에서 특성불안의 차이와 그 정도에 따라 각각의 긍정심리요인이 어떤 관련성을 보이는지 조사하였다.

방 법

대 상

본 연구는 가톨릭대학교 서울성모병원 정신건강의학과 우울 및 불안장애 클리닉에 처음으로 내원한 만 18세 이상 65세 이하의 성인 환자 중 DSM-IV-TR²⁰에 의거하여 우울장애 및 불안장애로 진단된 환자 429명을 대상으로 하였다. 우울장애는 주요우울장애, 기분부전장애 및 달리 분류되지 않는 우울장애가 포함되었으며 불안장애에는 공황장애, 외상 후 스트레스 장애, 사회불안장애, 범 불안장애, 강박장애, 특정 불안장애와 달리 분류되지 않는 불안장애가 포함되었다. 이 중 정신병적 증상이 있는 경우와 양극성장애, 정신지체, 인격장애, 의학적 상태로 인한 환자의 경우는 제외하였다. 환자들은 연구 참여에 대해 충분히 설명을 들은 뒤 동의를 하였으며 가

톨릭대학교 성의교정 및 서울성모병원 임상연구 윤리심의위원회의 승인(IRB No. KC09FZZZ0211)을 받았다.

측정 도구

특성불안 및 상태불안의 평가를 위해 상태-특성 불안척도(State-Trait Anxiety Inventory ; STAI)를 사용하였다.²¹ STAI는 각각 20문항으로 이루어진 상태불안을 측정하는 STAI-S 및 특성불안을 측정하는 STAI-T로 구성되어 있다. 상태불안 항목은 특정 상황과 관련하여 어떻게 느끼는 지에 대해 평가하는 것으로 개인의 당시 환경에 따라 변할 수 있는데 반해 특성불안 항목은 전반적인 자신의 상태에 대해 어떻게 느끼는지를 보고하게 되며 시간과 상황에 비교적 안정적이다. 각각의 항목은 1~4점까지의 점수로 평가되며 총점은 20점에서 최대 40점이고 점수가 높을수록 불안의 정도가 심함을 나타낸다.

우울 증상의 정도를 평가하기 위해 벡 우울 척도(Beck depression inventory ; BDI)를 이용하였으며, 이 척도는 우울 증상에 대해 정서적, 인지적, 동기적, 생리적 영역에 대한 21개의 문항으로 구성되어 있다. 각 항목은 0에서 3점까지 점수를 매기며 총점이 높을 수록 우울 증상의 심각도가 높은 것으로 평가할 수 있다.²²

긍정심리요인은 낙관성, 감사, 유머, 희망, 영성 그리고 삶의 목적 대해 다음과 같은 자가 평가도구를 이용하여 측정하였다: 삶의 지향 검사(the Life Orientation Test-Revised ; LOT-R),²³ 감사질문지-6(the Gratitude Questionnaire ; GQ-6),²⁴ 유머질문지(the Sense of Humor Questionnaire ; SHQ-6),²⁵ 상태희망척도(the State Hope Scale ; SHS),²⁶ 만성질환치료의 기능 평가-영성-12(the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spirituality-12 ; FACIT-Sp-12),¹¹ 그리고 삶의 목적 검사(the Purpose in Life test ; PIL).²⁷

LOT-R는 낙관성을 측정하기 위한 자가보고 평가로 거짓 문항 4개를 포함하여 총 10문항으로 구성되어 있다. 각 문항에 동의하는 정도에 따라 0~4점으로 채점하여 거짓 항목을 제외한 6개의 문항의 총점을 합산하게 되는데 점수가 높을수록 더욱 긍정적인 것으로 볼 수 있다.²³

GQ-6는 총 6문항으로 구성된 7점 Likert 척도이다. 6항목 중 2항목은 반응교란을 막기 위해 역채점을 한다. 감사 설문 척도에서 높은 점수가 나올수록 같은 이익이나 선물 등에 대하여 더욱 감사하다고 인지하는 것으로 삶의 목적 및 낙관성과 희망 같은 긍정적인 정서도 높다.²⁴

SHQ-6는 6개의 항목으로 구성된 4점 Likert 척도이다. 총점은 친화력과 자기 가치 추구 등과 관련성이 높고 더 나은 대처능력도 연관이 있으며 우울증과 불안장애와는 음의 상관

관계를 가진다.²⁵

SHS는 6개의 항목으로 구성된 자가평가표로 각 항목에 대해 1~8까지의 점수로 평가하게 된다. 이 척도는 목표에 대한 실행력과 이를 위해 방법을 찾아가는 능력과 같은 목표지향적 생각에 대한 평가라고 할 수 있다. 총점은 최저 6점에서 최대 48점이며 높은 상태 희망 척도 점수는 자신감과 긍정적 정서와 정상관계를 보이며 부정적 정서와는 역상관계를 가진다.²⁶

영성의 평가를 위해 사용한 FACIT-Sp-12는 삶의 질에 영향을 미치는 영성과 믿음의 측면을 평가하는 것으로 인생의 의미, 어울림, 평화로움, 믿음과 관련된 힘과 평안감 등에 대한 12개의 문항으로 이루어져 있다. 각 항목은 0~4점까지로 측정되어 최저 0점에서 최대 48점으로 평가되며 내적 항상성과 및 삶의 질과 관련성을 가진다.¹¹

PIL는 20항목으로 구성되어 있으며 삶의 목적과 의미에 대해 측정하기 위해 고안되었다. 각 항목은 1점에서 7점까지 점수를 매기며 총점이 최소 20점에서 최대 140점으로 점수가 높을수록 높은 삶의 목적성을 가지는 것으로 평가할 수 있다.²⁷

자료분석

자료의 통계분석은 SAS version 9.1(SAS Institute Inc, Cary, NC)을 사용하였다.

각기 다른 특성불안 수준에 따른 환자군의 특성과 긍정심리요인과의 관련성 평가를 위하여 STAI-S 점수에 따라 세 집단으로 분류하여 STAI-S 점수가 75 percentile 이상인 높은 특성불안군, STAI-S 점수가 25 percentile에서 75 percentile 사이의 중등도 특성불안군 및 STAI-S 점수 하위 25 percentile의 낮은 특성불안군으로 정의하였다. 이 중 높은 특성불안군과 낮은 특성불안군 간의 차이를 비교하였으며 이를 위해 연속 변수는 분산분석을, 범주형 변수는 카이제곱검정을 실시하였다.

특성불안과 긍정심리요인과의 관계에 영향을 줄 수 있는 인구학적 요인 및 정신 증상과 관련된 요소들은 공분산분석을 이용하여 그 영향력을 통제하고자 하였으며 이를 통해 특성불안과 긍정심리요인과의 연관성을 알아보았다.

결 과

총 연구 대상자 429명 중 남자는 200명(46.6%), 여자는 229명(53.4%)이었으며, 평균연령은 36.3±13.3세였다. 결측치를 제외한 직업 유무는 직업이 없는 사람이 84명(21.0%)이었으며 학생 또는 직업이 있는 사람이 306명(78.0%)이었다. 종교가 있는 사람은 280명(68.6%)이었으며 종교가 없는 사람은 128명(31.4%)

특성불안 차이에 따른 긍정심리요인의 특징

이었다. 진단적으로는 우울장애가 229명(53.4%), 불안장애가 159명(37.1%)이었으며 우울장애와 불안장애의 공존하는 경우가 41명(9.5%)이었다(Table 1).

Table 2에서는 높은 특성불안 군과 낮은 특성불안 군 간의 차이를 나타내고 있다. 평균 연령은 높은 특성불안 군에서

32.9±13.1세로 낮은 특성불안 군의 39.2±12.7세 보다 낮았으며 BDI로 측정된 우울 증상의 심각도와 STAI-S 측정된 상태불안 역시 각각 33.9±9.1, 14.9±10.2 및 68.5±7.7, 39.8±8.6으로 높은 특성불안군에서 우울 증상의 심각도와 상태불안의 정도가 유의하게 높았다.

높은 특성불안 수준을 가진 군과 낮은 특성불안 수준을 보인 군 간에 성별은 여성이 각각 53.3%, 47.3%로 특성불안이 높은 군의 여성 비율이 높았으나 통계학적으로 유의한 수준은 아니었으며, 종교가 있는 사람 역시 각각 66.4%, 67.3%로 유의미한 차이는 없었다. 취업 여부에 있어서는 직업이 없는 비율이 각각 28.3%, 20.8%, 정신과 가족력을 가진 비율이 각각 34.2%, 25.7%, 내외과적 병력을 가진 비율이 각각 45.3%, 40.2%였으며 모두 다 유의한 차이를 보이지 않았다.

또한 긍정심리요인과 관련된 척도들에서는 유머($p=0.051$)와 관련된 척도를 제외한 낙관성, 감사, 희망, 영성, 삶의 목적과 관련된 척도($p<0.001$) 모두 낮은 특성불안 군에서 유의하게 높았다.

Table 1. Sociodemographic and clinical factors in in patients with depressive and anxiety disorders

Sociodemographic and clinical factors	N=429
Age, y, mean ± SD	36.3 ± 13.3
Gender (female), N (%)	229 (53.4)
Employment status (no), N (%)	84 (21.5)
Having religion (yes), N (%)	280 (68.6)
Medical illness (yes), N (%)	191 (45.8)
Psychiatric family history (yes), N (%)	113 (27.2)
Principal diagnosis	
Depressive disorder	229 (53.4)
Anxiety disorder	159 (37.1)
Comorbid depressive and anxiety disorder	41 (9.5)

Table 2. Demographic and clinical characteristics of the Low and High trait anxiety group in patients with depressive and anxiety disorders

	Low trait anxiety (N=112)	High trait anxiety (N=121)	p value
Trait anxiety (TAI)	35.6 ± 4.7	63.5 ± 3.9	<0.001
Demographic and illness-related variables			
Age (years)	39.2 ± 12.7	32.9 ± 13.1	<0.001
Gender (female)	53 (47.3)	64 (53.3)	0.36
Employment status (unemployed)	21 (20.8)	32 (28.3)	0.203
Religion (yes)	74 (67.3)	75 (66.4)	0.886
Medical illness (yes)	43 (40.2)	53 (45.3)	0.440
Psychiatric family history (yes)	27 (25.7)	40 (34.2)	0.170
Psychiatric symptoms			
Depression (BDI)	14.9 ± 10.2	33.9 ± 9.1	<0.001
State anxiety (SAI)	39.8 ± 8.6	68.5 ± 7.7	<0.001
Positive psychological factors			
Optimism (LOT-R)	18.9 ± 3.0	13.0 ± 4.3	<0.001
Gratitude (GQ-6)	29.9 ± 6.1	24.6 ± 6.4	<0.001
Sense of humor (SHQ)	18.4 ± 2.7	17.2 ± 2.8	0.051
Hope (SHS)	32.5 ± 9.7	19.8 ± 8.9	<0.001
Spirituality (FACIT-sp)	26.7 ± 9.5	13.1 ± 7.4	<0.001
Purpose in life (PIL)	90.3 ± 19.2	64.8 ± 15.2	<0.001

Table 3. Age, BDI, SAI - adjusted means of various positive psychological factors between Low and High trait anxiety group in patients with depressive and anxiety disorders

	Low trait anxiety (N=112)	High trait anxiety (N=121)	p-value
Optimism	16.6 ± 0.9	14.4 ± 0.6	0.100
Gratitude	27.0 ± 0.9	27.6 ± 0.9	0.700
Hope	27.3 ± 1.2	24.2 ± 1.1	0.148
Spirituality	22.0 ± 1.2	17.6 ± 1.1	0.039
Purpose in life	86.5 ± 2.5	69.5 ± 2.7	<0.001

Table 3에서는 높은 특성불안과 낮은 특성불안간에서 유의한 차이가 있었던 연령과 우울 증상의 심각도를 반영하는 BDI 점수 및 상태불안점수를 공변량으로 보정한 후 특성불안과 관련성이 높은 긍정심리요인을 탐색하였다. 보정 전에 양 군에서 유의한 차이를 보였던 5가지 긍정심리요인(낙관성, 감사, 희망, 영성, 삶의 목적) 중 영성과 삶의 목적만이 낮은 특성불안 군에서 각각 22.0 ± 1.2 , 86.5 ± 2.5 , 높은 특성불안 군에서 각각 17.6 ± 1.1 , 69.5 ± 2.7 로 낮은 특성불안 군에서 유의하게 높았다.

고 찰

본 연구는 우울증 및 불안장애 환자 집단 중 특성불안의 차이에 따라 개인이 가지고 있는 긍정심리요인에는 어떠한 차이가 있는지를 알아보았다.

우선 높은 특성불안 수준을 가진 군과 낮은 특성불안 수준을 보인 군 간에 성별 및 종교 유무, 취업 여부, 정신과 가족력 및 내외과적 병력 여부 등은 유의한 차이가 없었다. 높은 특성불안군에서 낮은 특성불안군에 비해 평균 나이가 더 적었으며, BDI 점수가 유의하게 높았다. 상태불안도 높은 특성불안군에서 높았다.

특성불안의 정도에 따른 긍정심리요인의 차이에 있어서는 낮은 특성불안을 가진 군이 낙관성, 유머, 감사, 희망, 영성 그리고 삶의 목적 등의 긍정심리요인이 높은 특성불안을 가진 군보다 높았으며 이 중 유머를 제외한 모든 항목이 유의한 수준으로 차이가 있었다.

일반적으로 연령이 증가할수록 수용하는 삶의 태도를 가지게 되며 이로 인해 분노 및 불안 수준이 낮아지고, 감정적 안정과 함께 부정적인 정서의 감소를 보이는 것으로 알려져 있다.²⁸ 이러한 변화는 STAI로 측정된 불안 수준에도 영향을 주게 되며 이 때문에 실제로 연령이 증가함에 따라 STAI로 측정된 불안수준의 감소를 보인 연구결과도 있다.²⁹ 이 연구에서 나타난 특성불안 고저에 따른 연령의 차이도 이와 관련하여 설명될 수 있을 것이다.

또한 STAI 척도는 우울증 정도를 측정하는 척도들과 정상관관계가 있음이 알려져 있고 BDI로 측정된 우울증의 심각도와도 관련성이 높다.³⁰ 특히, 특성불안의 정도는 우울증 심각도와 강한 상관관계가 있음이 밝혀져 있다.³⁰ 이 연구에서 보이는 특성불안의 정도와 우울증의 심각도사이의 관련성도 같은 맥락에서 이해할 수 있을 것이다.

그리고 본 연구결과 특성불안의 정도가 상태불안의 정도와 통계학적으로 의미있는 수준으로 정상관관계가 있었다. 이러한 결과는 스스로 설문을 통해 평가하는 과정에서 특성불안과 상태불안의 항목을 구분하기가 어려울 수가 있다는 점과

감정적인 고통 속에 있는 환자들의 경우 이러한 어려움으로 인해 특성과 상태를 분별할 수 있는 능력이 더욱 떨어지고 그 결과 특성불안과 상태불안 척도간의 분별이 더욱 힘들어진 결과로도 해석할 수 있겠다.³¹

특성불안의 정도에 따라 구분한 각 군 간의 나이 및 우울의 정도, 그리고 STAI-S로 측정된 상태불안의 정도에서 차이가 있었다는 점에서 이러한 요소를 보정하여 특성불안과 더욱 관련이 있는 긍정심리요인을 확인해 보고자 하였다. 그 결과 특성불안의 정도와 최종적으로 관련이 있는 긍정심리요인은 영성 및 삶의 목적이었으며 유의하게 특성불안과 부적상관관계가 있었다.

영성과 삶의 목적이 신체적 그리고 정신적 건강에 미치는 영향의 중요성에 대해서는 많은 연구들이 있어왔다. 영성과 우울 증상 간의 부적상관관계가 있음이 밝혀졌으며 조현병 환자들에서도 높은 영성을 보인 환자에서 음성증상이 적고 사회적 기능 및 삶의 질이 낫다는 결과가 있었다.³² 또한 높은 삶의 목적성을 가질수록 자살 충동을 완화시키는 요인으로 작용한다는 것과¹² 술과 기타 약물의 사용이 적다는 연구도 있었다.¹⁴ 본 연구진에서도 영성과 삶의 목적이 우울증 및 불안장애를 가진 환자들에서 리질리언스를 높이는 요인으로 작용한다는 결과를 보고한 바 있다.³ 이러한 영성과 삶의 목적이 특성불안과 부적상관관계가 있다는 점과 높은 특성불안이 낮은 리질리언스와 관련이 있고 우울증이나 불안장애의 취약요인으로 알려져 있다는 점에서 이제까지의 많은 연구들과 맥락을 함께 한다고 볼 수 있겠다. 또한 본 결과에서 우울증상과 상태불안을 보정한 이 후 긍정성, 감사 그리고 희망의 유의성이 사라졌다는 점에서 이들 요소가 우울증상이나 불안증상과 더욱 밀접한 관련이 있을 것임을 유추해 볼 수 있을 것이다.

본 연구의 제한점으로는 다음과 같은 것들이 있겠다. 첫째, 본 연구에서는 우울 및 불안 등의 정도를 측정하기 위해 자기 보고형 설문지를 사용하였는데, 이로 인해 증상의 정도를 평가하는데 있어서 객관성이 떨어질 수 있다. 실제로 환자들은 일반적으로 임상 의사가 평가하는 것 보다 자신의 증상을 더 심각하게 표현하는 경향이 있다.³³ 둘째로 본 연구는 우울증 및 불안장애 환자를 대상으로 한 연구로 이러한 결과를 일반 인구를 대상으로 일반화하기 어렵다는 점이다. 마지막으로 본 연구에서 특성불안의 정도와 관련된 긍정심리요인 간의 연관성에 대해 알아보려고 하였지만 이 결과는 관련성에 대한 단서만 제공할 뿐 이들 간의 인과관계나 전후 관계를 설명해 주지 않는다는 점이다. 따라서 이러한 요인 분석을 위한 추후 연구가 필요할 것이다.

하지만 이러한 제한점에도 불구하고 본 연구는 긍정심리요인의 연구가 활발히 이루어지지 않았던 우울증 및 불안장애

환자군을 대상으로 했다는 점과 이러한 환자군에서 특성불안 수준의 차이가 어떤 긍정심리요인의 차이를 보이는지에 대해 조사해보고자 했다는 점에서 그 의미를 찾을 수 있다. 또한 일반적으로 변하지 않는 개인의 성향이라 알려져 있는 특성불안 역시 개인이 느끼는 사회적 지지의 정도³⁴ 및 인지적 왜곡의 수정에 초점을 둔 치료법을 통해 영향을 줄 수 있다는 연구들이 있어 왔다는 것³⁵ 염두에 둔다면 본 연구에서 나타난 특성불안과 긍정심리요인과의 관련성은 상당히 고무적일 수 있겠다. 따라서 본 연구결과에서 제시한 것처럼 낮은 특성불안과 관련이 있는 영성 및 삶의 목적을 강화시키는 접근법을 통해 그 효과를 확인해 볼 수 있게 된다면 더 의미 있는 작업이 될 것이다.

결론

본 연구는 우울증 및 불안장애 환자들이 가지는 특성불안의 정도에 따라 차이가 나는 긍정심리요인을 확인해 보았다. 낮은 특성불안을 보이는 환자에서 유의한 차이를 보인 긍정심리요인은 영성과 삶의 목적이었다. 비록 특성불안은 불변하는 요인으로 정의되어 있기는 하지만 여러 접근법 및 사회적 요인으로 변화될 수 있는 부분이 있다는 점에서 낮은 특성불안과 의미 있는 관련성을 보인 영성 및 삶의 목적과 같은 긍정심리요인을 강화시키는 방법이 환자들의 질병 치료에 있어서 새로운 접근 방법이 될 것으로 생각된다.

중심 단어: 특성불안· 긍정심리요인· 영성· 삶의 목적.

REFERENCES

1. Park JE, Kang EH, Park YM, Choi SW, Chae JH. Happiness and Positive Psychology in Mental Health. *Korean J Str Res* 2008;16:107-114.
2. Chae JH. Newer Paradigm in Psychiatry Implicating Positive Psychology and Hapiology. *Korean J Str Res* 2007;15:177-186.
3. Min JA, Jung YE, Kim DJ, Yim HW, Kim JJ, Kim TS, et al. Characteristics associated with low resilience in patients with depression and/or anxiety disorders. *Qual Life Res* 2012; Apr 7. Epub ahead.
4. Ai AL, Cascio T, Santangelo LK, Evans-Campbell T. Hope, meaning, and growth following the September 11, 2001, terrorist attacks. *J Interpers Violence* 2005;20:523-548.
5. Efklides A, Moraitou D, Karademas E, Frokkai E-F, Tsotra E, Papazachariou R. The Relation of Optimism to Cardiac Patients' Subjective Health Through Illness Representations: Does the Level of Optimism Matter? *A Positive Psychology Perspective on Quality of Life: Springer Netherlands*;2013. p.175-188.
6. Martinez-Marti ML, Avia MD, Hernandez-Lloreda MJ. The effects of counting blessings on subjective well-being: a gratitude intervention in a Spanish sample. *Span J Psychol* 2010;13:886-896.
7. Park YM, Choi SW, Kang EH, Park JE, Chae JH. Effect of Gratitude and Application of Gratitude Technique. *Korean J Str Res* 2008;16:115-122.
8. Thorson JA, Powell FC. Development and validation of a Multidimensional Sense of Humor Scale. *J Clin Psychol* 1993;49:13-23.
9. Southwick SM, Vythilingam M, Charney DS. The psychobiology of depression and resilience to stress: implications for prevention and treatment. *Annu Rev Clin Psychol* 2005;1:255-291.
10. Ivtzan I, Chan CP, Gardner HE, Prashar K. Linking Religion and Spirituality with Psychological Well-being: Examining Self-actualisation, Meaning in Life, and Personal Growth Initiative. *J Relig Health* 2011.
11. Peterman AH, Fitchett G, Brady MJ, Hernandez L, Cella D. Measuring spiritual well-being in people with cancer: The functional assessment of chronic illness therapy-spiritual well-being scale (FACIT-Sp). *Ann Behav Med* 2002;24:49-58.
12. Song JM, Min JA, Lee NB, Chae JH. Effects of spirituality on the positive and negative affect in patients with depressive disorders. *J Kor Soc Dep Bip Disorders* 2012;10:159-164.
13. Makola S, Berg HVd. Values systems: What differentiates students with a "high" from those with a "low" sense of meaning? *Int J Existent Psychol Psychother* 2008;2.
14. Marsh A, Smith L, Piek J, Saunders B. The Purpose in Life Scale: Psychometric Properties for Social Drinkers and Drinkers in Alcohol Treatment. *Educ Psychol Meas* 2003;63:859-871.
15. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene R, Vagg PR, Jacobs GA. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press;1983.
16. Barrett J, Armony JL. The influence of trait anxiety on autonomic response and cognitive performance during an anticipatory anxiety task. *Depress Anxiety* 2006;23:210-219.
17. Horikawa M, Yagi A. The relationships among trait anxiety, state anxiety and the goal performance of penalty shoot-out by university soccer players. *PLoS One* 2012;7:e35727.
18. Sandi C, Richter-Levin G. From high anxiety trait to depression: a neurocognitive hypothesis. *Trends Neurosci* 2009;32:312-320.
19. Min JA, Lee NB, Lee CU, Lee C, Chae JH. Low trait anxiety, high resilience, and their interaction as possible predictors for treatment response in patients with depression. *J Affect Disord* 2012;137:61-69.
20. Association AP. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition, text revision (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing Inc.;2000.
21. Spielberger CD, Gorsuch RL. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, Inc.;1970.
22. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4:561-571.
23. Scheier MF, Carver CS, Bridges MW. Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): a re-evaluation of the Life Orientation Test. *J Pers Soc Psychol* 1994;67:1063-1078.
24. McCullough ME, Emmons RA, Tsang JA. The grateful disposition: a conceptual and empirical topography. *J Pers Soc Psychol* 2002;82:112-127.
25. Svebak S. The development of the sense of humor questionnaire: From SHQ to SHQ-6. *Humor: Int J Humor Res* 1996;9:341-361.
26. Snyder CR, Simpson SC, Ybasco FC, Borders TF, Babyak MA, Higgins RL. Development and validation of the state hope scale. *J Personal Soc Psychol* 1996;70:321-335.
27. Crumbaugh JC, Maholick LT. An experimental study in existentialism: The psychometric approach to Frankl's concept of neogenic neurosis. *J Clin Psychol* 1964;20:200-207.
28. Shallcross AJ, Ford BQ, Floerke VA, Mauss IB. Getting Better With Age: The Relationship Between Age, Acceptance, and Negative Affect. *J Pers Soc Psychol* 2012.
29. Nakazato K, Shimonaka Y. The Japanese State-Trait Anxiety Inventory: age and sex differences. *Percept Mot Skills* 1989;69:611-617.
30. Julian LJ. Measures of anxiety: State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Beck Anxiety Inventory (BAI), and Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety (HADS-A). *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2011; 63 Suppl 11:S467-472.
31. Kennedy BL, Schwab JJ, Morris RL, Beldia G. Assessment of state and trait anxiety in subjects with anxiety and depressive disorders.

- Psychiatr Q 2001;72:263-276.
32. Dein S, Cook CC, Koenig H. Religion, spirituality, and mental health: current controversies and future directions. *J Nerv Ment Dis* 2012; 200:852-855.
 33. Clark LA, Watson D. Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. *J Abnorm Psychol* 1991;100:316-336.
 34. Hyde LW, Gorka A, Manuck SB, Hariri AR. Perceived social support moderates the link between threat-related amygdala reactivity and trait anxiety. *Neuropsychologia* 2011;49:651-656.
 35. Brosan L, Hoppitt L, Shelfer L, Silence A, Mackintosh B. Cognitive bias modification for attention and interpretation reduces trait and state anxiety in anxious patients referred to an out-patient service: results from a pilot study. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2011;42:258-264.