

주요 우울장애와 준임상적 우울증에서의 감정표현불능증

김석주* · 유승희* · 김성연* · 김동욱* · 조인희* · 조성진*[†]

Alexithymia in Major Depressive Disorder and Subclinical Depression

SeoG Ju Kim, M.D., Ph.D.,* Seung-Hee Yu, BA,* Seong-Youn Kim, M.D.,*
Dong Wook Kim, M.D.,* In Hee Cho, M.D., Ph.D.,* Seong-Jin Cho, M.D., Ph.D.*[†]

국문초록

연구목적 :

본 연구는 주요 우울장애 환자와 준임상적 우울증 환자의 감정표현불능증 정도를 조사하기 위해 시행되었다.

방법 :

지역사회에 거주하는 386명(남/여=148/238, 평균 연령 : 43.0±13.9, 연령 범위 : 19~79)이 연구에 참여했다. 구조화된 임상면담(Structured Clinical Interview for DSM-IV, SCID)를 이용하여 주요 우울장애 및 기타 1축 정신질환을 진단했다. 우울증상을 평가하기 위해 역학연구센터 우울척도(the center for epidemiologic studies-depression scale, CES-D)를 자가 작성하게 했다. 감정표현불능증은 토론토 감정표현불능증 척도(Toronto alexithymia scale, TAS)로 평가했다. 주요 우울장애의 병력이 없는 이 중 SCID에서 경도 우울장애가 있거나, CES-D 점수가 16점 이상인 경우를 준임상적 우울증으로 정의했다. 주요 우울장애군, 준임상적 우울증군, 정상 대조군 세군으로 나누어 TAS 총점과 각 요인별 점수를 비교했다.

결과 :

전체 386명 중, 38명(9.8%)이 DSM-IV 주요 우울장애의 진단 기준에 부합하는 병력이 있었고, 57명(14.8%)이 준임상적 우울증군으로 분류되었다. 각 군간 TAS 총점($F_{2,383}=14.0, p<0.01$), 요인 1(감정인식의 장애) ($F_{2,383}=23.4, p<0.01$), 요인 2(감정표현의 장애) ($F_{2,383}=7.8, p<0.01$)에 차이가 있었다. TAS 요인 3(외부지향적 사고)는 유의한 차이가 없었다($F_{2,383}=1.8, p=0.16$). 주요 우울장애군과 준임상적 우울증군은 모두 대조군에 비해 TAS 총점, 요인 1, 요인 2의 점수가 높았다(모두 $p<0.01$). 반면, 주요 우울장애군과 준임상적 우울증군은 TAS 총점 및 각 요인 점수에서 유의한 차이가 없었다.

결론 :

준임상적 우울증 환자는 우울증상이 없는 대조군에 비해 감정표현불능증이 더 심했다. 한편, 주요 우울장애와 준임상적 우울증은 감정표현불능증에서 유의한 차이가 없었다. 이러한 결과는 감정표현 불능증이 주요 우울장애 뿐 아니라 준임상적 우울증과도 관계있음을 시사한다.

중심 단어 : 주요 우울장애 · 준임상적 우울증 · 감정표현불능증.

서론

감정표현불능증(alexithymia)이란 자신의 감정을 적절히

표현하지 못하고 주로 신체적인 느낌으로 감정을 표현하는 현상 혹은 장애이다.¹⁾ 감정표현불능증이 있는 경우 자신의 감정을 인지하고 묘사하기 어려워하며, 신체적인 느낌과 정서적인 느낌을 구별하기 어려우며, 상상을 잘 하지 못하며, 인

*가천의과대학교 정신과학교실 Department of Psychiatry, Gachon University of Medicine and Science, Incheon, Korea

[†]Corresponding author

지적으로 외부 지향적이 된다.¹⁾ 이러한 감정표현불능증은 국내에서도 다양한 정신신체장애와 관련이 있는 것으로 보고되었다.²⁻⁵⁾

이 중 감정표현불능증과 가장 관련이 큰 정신장애가 우울증이다. 우울증상과 감정표현불능증은 강력한 상관관계가 보고되었으며,⁶⁻⁸⁾ 주요 우울장애(major depressive disorder) 환자의 감정표현불능증이 더 심하다고도 보고되었다.^{9,10)} 다른 연구에서는 우울증과 감정표현불능증의 상관관계가 너무 높기 때문에 서로 중복된 개념일 수 있다고까지 주장하였다.^{6,11)} 그러나, 요인분석 연구들은 비록 우울증과 감정표현불능증의 상관관계가 높지만, 감정표현불능증은 우울증과 다른 구조를 가지고 있으므로 우울증과는 독립적인 개념이라고 하였다.¹²⁻¹⁴⁾

근래 주요 우울장애의 DSM-IV 진단 기준에는 못 미치지만 유의미한 우울증상이 있는 준임상적 우울증(subclinical depression)이 주목을 받고 있다. DSM-IV의 연구용 기준(research criteria)에서도 경도 우울증(minor depression)을 제안하였다. 또한 여러 선행 연구들은 경도 우울증 기준에도 못 미치는 준중후군 우울증(subsyndromal symptomatic depression)을 제안하였다.¹⁵⁻¹⁷⁾ 준임상적 우울증은 흔하고 장기간 지속되며 삶의 질 저하가 주요 우울장애와 비슷하다고 보고되었다.¹⁷⁻²⁰⁾ 그러나, 아직 준중후군 우울증이나 준임상적 우울증의 합의된 기준도 없는 실정이다.¹⁶⁾

만약 감정표현불능증이 우울증상과 일차원적인 상관관계가 있다면 준임상적 우울증의 감정표현불능증은 우울증이 없을 때보다 심하나 주요 우울장애 발병시보다는 약할 것이다. 반면, 주요 우울장애만이 감정표현불능증과 관련이 있을 수도 있으며, 주요 우울장애와 준임상적 우울증의 감정표현불능증 정도가 비슷할 수도 있다. 이의 확인을 위해서는 주요 우울장애와 준임상적 우울증 각각의 감정표현불능증을 대조군과 비교하는 연구가 필요하다. 그러나, 준임상적 우울증의 감정표현불능증과의 관련성에 대한 연구는 현재까지 그리 많지 않다.

따라서, 본 연구에서는 지역사회 대상군을 주요 우울장애의 병력이 있는 군(주요 우울장애군), 주요 우울장애의 병력은 없으나 우울증상이 있는 군(준임상적 우울증군), 우울증상이 없는 대조군으로 나누어서 각각의 감정표현불능증 정도를 보기로 하였다. 이를 바탕으로 주요 우울장애 혹은 준임상적 우울증이 있는 사람들은 우울증이 없는 이들보다 감정표현불능증이 더 심할 것이라는 가설을 검증하려고 하였다. 추가적으로 주요 우울장애 환자와 준임상적 우울증 환자 사이에 감정표현불능증 정도가 유의한 차이가 있는 지도 보려 하였다.

연구대상 및 방법

1. 연구대상 및 모집

인천 지역의 지역사회 인원을 대상으로 광고를 통해 모집하였다. 최종적으로 386명의 면담 및 설문 결과를 최종분석에 이용하였다. 연구 과정은 가천의과대학교 길병원 기관 심의위원회의 심의를 통과하였다. 연구에 참가한 386명의 평균연령은 43.0±13.9세(범위 19~79세)였다. 이 중 148명(38.3%)이 남자, 238명(61.7%)이 여자였다. 남자가 여자에 비해 나이가 어렸다(남자 : 39.8±15.2세, 여자 : 45.0±12.6세, t=3.64, p<0.01).

2. 주요 우울장애 및 1축 정신질환의 진단

정신과적 진단은 '정신장애의 진단 및 통계연람 4판'(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder-IV ; DSM-IV)에 기초하였다. 진단을 위해 대상군에게 한국판 제 1축 장애의 구조화된 임상면담(Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorder ; SCID)²¹⁾를 실시하였다. SCID는 정신과 전문의 혹은 전공의가 실시하였으며, 모호한 경우 토론을 거쳐 최종 진단을 합의하였다. SCID 상 주요 우울삽화가 과거 혹은 현재에 있었던 경우 주요 우울장애군으로 분류하였다. 다른 1축 정신장애도 SCID를 통해 진단하였다.

3. 우울 증상의 측정 및 준임상적 우울증의 진단

한국판 역학연구센터 우울척도(the center for epidemiologic studies-depression scale ; CES-D)²²⁾를 이용하여 우울증상을 측정하였다. CES-D는 지난 1주간의 우울증상을 평가하며 지역 사회에서 우울증의 선별에 이용하도록 개발되었다.²³⁾ CES-D는 20문항으로 구성된 4점 척도 자기보고형 설문지이다. 총점 16점 이상인 경우 유의한 우울증상이 있는 것으로 정의할 수 있다.²³⁻²⁵⁾

준임상적 우울증은 다음 기준을 만족하는 경우 준임상적 우울증으로 진단하였다. 주요 우울장애의 과거/현재 병력은 없으면서 1) SCID 상 경도 우울장애의 DSM-IV 연구용 기준(research criteria)을 만족시키거나, 2) CES-D 점수가 16점 이상인 경우를 준임상적 우울증이 있는 군으로 정의하였다. 그러나, 경도 우울장애에 해당하면서 CES-D 점수가 16점 미만인 사람은 없었다.

4. 감정표현불능증 측정

자기보고형 Toronto 감정표현불능증 척도 개정판(Toronto alexithymia scale-revised ; TAS)을 이용하여 감정표현불능증 정도를 측정하였다. TAS는 최초에는 26항목으로 구성되었으나,²⁶⁾ 신뢰도와 타당도에 문제가 제기된 후 23항목

의 개정판이 나오게 되었으며,²⁷⁾ 이후 20항목의 TAS도 개발되었다.²⁸⁾ 본 연구에서는 20항목 TAS를 기본으로 한국 실정에 맞게 번안한 TAS 한국어판을 사용하였다.²⁹⁾ 5점 척도로 직접 설문에 답변하도록 구성되어 있다.

과거 연구에 따르면 TAS는 세가지 하부 요인으로 나눌 수 있다.²⁸⁾ 요인 1은 감정인식의 장애(difficulty in identifying feeling)이고, 요인 2는 감정표현의 장애(difficulty in describing feeling)이며, 요인 3은 외부지향적 사고(external oriented thinking)다. 본 연구에서는 세 가지 요인 각각에 대한 분석도 실시하였다.

5. 통계 분석

독립변수의 비교에는 Fischer's exact test를 사용했다. 두 구간 연속 변수의 비교에는 독립 t-검정을 사용하고, 세 구간간의 비교에는 분산분석(ANOVA)을 사용했다. 연령, 성별 등의 교란변수를 통제하기 위해서는 공변인분석(ANCOVA)을 이용하였다. 연속 변수간의 상관관계는 Pearson 상관분석으로 구하였고, 교란변수 통제에는 부분상관분석(partial correlation)을 이용하였다. 우울증상과 관련이 있는 요인을 추출하기 위해 다중회귀분석을 시행했다(독립변수 : 연령, 성별, TAS의 3개 하부요인, 종속변수 : CES-D 점수). 통계적 유의성은 양측검정, p-value 0.05 미만으로 정의하였다.

결 과

1. 주요 우울장애 및 준임상적 우울증 진단

연구 대상군 386명 중 38명(9.8%)이 DSM-IV 진단에 부합하는 주요 우울장애의 병력이 있었다. 이중 21명은 현재 주요 우울삽화 중이었으며, 17명은 과거 주요 우울삽화가 있었으나 현재는 주요 우울삽화의 기준에 해당하지 않았다. 주요 우울장애의 진단 기준에 해당하지 않은 이 중, 57명(14.8%)을 준임상적 우울증군으로 분류하였고 나머지 291명을 대조군으로 분류하였다. 각군의 나이와 성별에는 유의한 차이가 없었다(Table 1).

2. 우울증 외의 제 1축 정신과적 진단

구조화된 면담 도구(SCID)를 이용하여 진단한 결과, 총 연구 대상 386명 중 24명(6.2%)이 주요 우울장애를 제외한 1축 정신질환의 과거 혹은 현재 병력이 있었다(Table 1). 알코올 의존/남용이 12명, 불안장애가 15명(공포증 5명, 공황장애 4명, 외상후 스트레스장애 5명, 범불안장애 3명), 양극성 기분장애 2명이었다. 주요 우울장애, 공황장애, 외상후 스트레스 장애, 공포증을 모두 가진 경우가 1명, 주요 우울장애, 알코올 의존, 공포증을 모두 가진 경우가 1명, 주요 우울장애, 알코올 의존, 범불안장애를 모두 가진 경우가 1명, 주요 우

Table 1. Comparison of demographic findings, depressive symptoms, alexithymia and psychiatric comorbidities between MDD, SCD and control

	MDD, current (n=21)	MDD, past (not current) (n=17)	MDD, lifetime (n=38)	SCD (n=57)	Non-depressive control (n=291)
	Mean±SD n(%)	Mean±SD n(%)	Mean±SD n(%)	Mean±SD n(%)	Mean±SD n(%)
Demographic variables					
Age (year)	49.5±15.8	41.0±13.2	45.7±15.1	43.0±13.6	42.6±13.7
Gender (male)	6 (28.5%)	4 (23.5%)	10 (26.3%)	24 (42.1%)	114 (39.1%)
CES-D score ^a	31.2± 8.5	17.6± 6.1	25.1±10.1	20.7± 5.0	5.3± 4.1
TAS score					
Factor I ^b	12.4± 6.7	9.6± 4.1	11.2± 5.7	12.0± 5.1	7.5± 5.1
Factor II ^b	13.0± 5.5	13.9± 5.9	13.4± 5.6	13.0± 4.8	10.8± 5.0
Factor III	15.8± 4.2	15.5± 3.9	15.6± 4.0	16.8± 4.4	15.6± 4.4
Total ^b	38.4±12.9	36.3± 8.8	37.5±11.2	39.0±10.0	31.6±11.0
Psychiatric comorbidity					
Alcohol abuse/dependence ^c	5 (23.8%)	1 (5.9%)	6 (15.8%)	2 (3.5%)	4 (1.4%)
Phobia ^d	2 (9.5%)	2 (11.8%)	4 (10.5%)	0 (0.0%)	1 (0.3%)
Panic disorder ^d	2 (9.5%)	1 (5.9%)	3 (7.9%)	0 (0.0%)	1 (0.3%)
PTSD	4 (19.0%)	1 (5.9%)	5 (13.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
GAD	1 (4.8%)	0 (0.0%)	1 (2.6%)	0 (0.0%)	1 (0.3%)
Bipolar disorder	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (0.7%)
Total ^d	10 (47.6%)	3 (17.6%)	13 (34.2%)	2 (3.5%)	9 (3.1%)

MDD : major depressive disorder, SCD : subclinical depression, CES-D : the center for epidemiologic studies-depression scale, TAS : Toronto alexithymia scale, PTSD : posttraumatic stress disorder, GAD : generalized anxiety disorder. ^asignificant difference between MDD, SCD and control (ANOVA, p<0.01 ; post-hoc : MDD>SCD>control). ^bsignificant difference between MDD, SCD and control (ANOVA, p<0.01 ; post-hoc : MDD=SCD>control). ^csignificant difference between MDD and control (Fischer's exact test, p<0.01). ^dsignificant difference between MDD, SCD and control (Fischer's exact test, p<0.01 ; post-hoc : MDD>SCD=control)

울장애, 알코올 의존과 외상후 스트레스 장애를 모두 같이 가지고 있는 경우가 2명이었다.

주요 우울장애군 38명 중에서 13명(34.2%)이 DSM 진단 기준에 부합하는 제 1축 정신질환의 병력이 있었다. 알코올 의존/남용이 6명, 불안장애가 11명(공포증 4명, 공황장애 3명, 외상후 스트레스 장애 5명, 범불안장애 1명)이었다. 준임상적 우울증 군 57명 중에서는 2명(3.5%)만이 알코올 남용이 있었으며 그 외 DSM 진단 기준에 해당하는 1축 정신질환을 가진 이는 없었다. 우울증이 없는 대조군 291명 중에서는 9명(3.1%)이 1축 정신질환의 병력이 있었다. 알코올 의존/남용이 4명, 불안장애가 3명(공포증 1명, 공황장애 1명, 범불안장애 1명), 양극성 기분장애 2명이었다.

주요 우울장애군은 준임상적 우울증군이나 대조군에 비해 우울증 외의 1축 정신질환을 가지고 있는 경우가 흔하였다(Fischer's exact test, $p < 0.01$). 준임상적 우울증군이나 대조군에 비해 주요 우울장애군에서 유의하게 흔한 1축 정신질환은 공포증($p < 0.01$), 공황장애($p < 0.01$), 외상후 스트레스 장애($p < 0.01$)였다. 알코올 의존/남용은 대조군보다 주요 우울장애군에서 흔했으나($p < 0.01$), 준임상적 우울증군과 주요 우울장애군 사이에서는 통계적으로 유의한 차이가 없었다.

3. 각 군의 감정표현불능증 정도 비교

분산분석을 실시한 결과 세 군간의 CES-D 점수에 유의한 차이가 있었다(ANOVA, $F_{2,383} = 410.9$, $p < 0.001$) (Table 1). 주요 우울장애군은 준임상적 우울증군이나 대조군에 비해 CES-D 점수가 높았으며(사후비교(post-hoc), 모두 $p < 0.001$), 준임상적 우울증군은 대조군에 비해 CES-D 점수가 높았다($p < 0.001$).

TAS 총점도 각 군간에 유의한 차이가 있었다($F_{2,383} = 14.0$, $p < 0.001$) (Table 1). TAS 각 요인 중 요인 1($F_{2,383} = 23.4$, $p < 0.001$)과 요인 2($F_{2,383} = 7.8$, $p < 0.001$)는 각 군 간의 유의한 차이가 있었으나, 요인 3($F_{2,383} = 1.8$, $p = 0.16$)은 각 군 간의 유의한 차이가 없었다. 사후 비교에서 주요 우울장애군은 대조군에 비해 TAS 총점($p < 0.01$), 요인 1($p < 0.001$), 요인 2($p < 0.01$)가 모두 높았다. 준임상적 우울증군도 대조군

에 비해 TAS 총점($p < 0.001$), 요인 1($p < 0.01$), 요인 2($p < 0.001$)가 모두 높았다. 반면, 주요 우울장애군과 준임상적 우울증군은 TAS 총점($p = 0.51$), 요인 1($p = 0.43$), 요인 2($p = 0.75$)가 모두 유의한 차이가 없었다. 연령과 성별을 통제하여 공변인 분산분석(ANCOVA)을 한 경우도 결과는 동일하였다.

현재 주요 우울삽화 중인 21명과 과거 주요 우울장애가 있었으나 현재는 주요 우울삽화에 해당하지 않는 17명을 비교하였다. 현재 주요 우울삽화 중인 이들의 CES-D 점수는 유의하게 높았으나(독립 t-검정, $df = 36$, $t = 5.52$, $p < 0.001$), TAS 총점($t = 0.58$, $p = 0.12$), 요인 1($t = 1.51$, $p = 0.14$), 요인 2($t = 0.50$, $p = 0.62$), 요인 3($t = 0.22$, $p = 0.83$)에는 유의한 차이가 없었다.

4. 우울증상 정도와 감정표현불능증과의 상관관계

CES-D 점수가 높을수록 TAS 총점이 높았다(Pearson 상관분석, $n = 386$, $r = 0.29$, $p < 0.001$). CES-D 점수는 TAS 3가지 요인 모두와 각각 양의 상관관계가 있었다(요인 1 : $r = 0.38$, $p < 0.001$, 요인 2 : $r = 0.21$, $p < 0.001$, 요인 3 : $r = 0.10$, $p < 0.05$) (Table 2).

연령과 성별을 보정한 후 부분 상관분석을 시행한 후에도 CES-D 점수는 TAS 총점($r = 0.29$, $p < 0.001$), 요인 1($r = 0.38$, $p < 0.001$), 요인 2($r = 0.20$, $p < 0.001$)와 양의 상관관계가 있었다. 그러나, 연령과 성별을 보정한 후에는 CES-D 점수와 TAS 요인 3과의 상관관계는 통계적 유의성이 없었다($r = 0.09$, $p = 0.06$).

우울증상과 관련이 있는 요인을 추출하기 위해 CES-D 점수를 종속변인으로 하고 연령, 성별, TAS의 3개 요인을 독립변수로 하여 다중회귀분석을 시행하였다. 다섯가지 독립변수 중 TAS 요인 1은 매우 강력한 CES-D 점수의 예측인자였다($\beta = 0.41$, $p < 0.001$). 연령($\beta = 0.04$, $p = 0.39$), 성별($\beta = 0.01$, $p = 0.80$), TAS 요인 2($\beta = 0.05$, $p = 0.44$), TAS 요인 3($\beta = 0.01$, $p = 0.78$)은 CES-D 점수와 유의한 관계가 없었다.

고 찰

본 연구에서는 우울증상과 감정표현불능증 간의 상관관계가 있었으며 주요 우울장애 환자와 준임상적 우울증 환자 모두 대조군에 비해 감정표현불능증이 심했다. 준임상적 우울증의 감정표현불능증과 주요 우울장애의 감정표현불능증 정도에는 유의한 차이가 없었다. 또한, 현재 주요 우울삽화 중인 환자와 과거 주요 우울삽화의 병력이 있으나 현재 주요 우울삽화의 진단기준을 만족하지 못 하는 이들의 감정표현불능증 정도에도 유의한 차이가 없었다. 감정표현불능증의 하

Table 2. Correlation between depressive symptom and alexithymia

Variables	Age	Sex	CES-D	TAS Factor I	TAS Factor II	TAS Factor III
Sex	-0.18 [†]					
CES-D	0.07	0.00				
TAS factor I	0.10	0.07	0.38 [†]			
TAS factor II	0.15 [†]	0.04	0.21 [†]	0.63 [†]		
TAS factor III	0.06	0.13	0.10*	0.32 [†]	0.38 [†]	
TAS total	0.13*	0.09	0.29 [†]	0.83 [†]	0.85 [†]	0.70 [†]

CES-D : the center for epidemiologic studies-depression scale, TAS : Toronto alexithymia scale. * : $p < 0.05$, † : $p < 0.01$

부 요인 중 가장 관련이 깊은 것은 감정인식의 장애(요인 1)이었으며 외부지향적 사고(요인 3)는 주요 우울장애 및 준임상적 우울증 여부와 관계가 없었다.

주요 우울장애 환자는 감정표현불능증이 심하며, 우울증상 정도와 감정표현불능증 정도가 비례한다는 결과는 본 연구 가설에 부합한다. 또한, 이러한 결과는 주요 우울장애나 우울증상이 감정표현불능증과 밀접한 관계가 있다고 한 과거 연구 결과⁷⁻¹¹⁾와도 일치한다. 준임상적 우울증이 있는 경우에도 대조군에 비해 감정표현불능증이 심했다. 반면, 주요 우울장애와 준임상적 우울증은 감정표현불능증 정도에서 차이가 없었다. 이러한 결과들은 감정표현불능증이 주요 우울장애와 같은 진단적 범주보다는 우울증상 존재 여부와 더 관련이 있음을 시사한다.

준임상적 우울증은 삶의 질이나 기능에 상당한 악영향을 미침에도 불구하고,¹⁷⁻²⁰⁾ 임상에서 진단이나 치료가 잘 이루어지지 않고 있다.³⁰⁾ 주요 우울장애에서는 감정표현불능증이 있는 경우 환경적 지지(social support)에 반응이 적어 예후가 나쁠 수 있다고 하였다.³¹⁾ 따라서 준임상적 우울증에서도 감정표현불능증이 나쁜 예후 인자나 추후 주요 우울장애 발생의 위험인자가 될 수 있다. 따라서, 주요 우울장애의 진단 기준에 부합하지 않더라도 임상적으로 유의미한 우울증상이 존재하는 경우에는 감정표현불능증에 대한 평가가 필요할 수 있다.

주요 우울장애와 준임상적 우울증의 감정표현불능증 정도에 차이가 없는 것은 감정표현불능증이 있는 경우 주요 우울장애의 유병율이 과소 평가되기 때문일 수도 있다. 감정표현불능증에서는 감정을 적극적으로 표현하지 않아 진단기준을 만족시키지 못하고 준임상적 우울증에 그치는 경우가 많다는 주장이 있다.³²⁾ 그러나, 본 연구에서 주요 우울장애와 준임상적 우울증 간의 자가작성 우울척도 점수는 유의한 차이가 있었고 감정표현불능증 정도에만 차이가 없었다. 또한, 주관적인 보고가 아니라 임상이 면담을 통해서 주요 우울장애의 진단이 이루어졌다. 따라서 우울증상의 표현이 적어서 감정표현불능증이 있는 이들의 주요 우울장애의 진단율이 낮았을 가능성은 그리 높지 않다.

주요 우울장애와 준임상적 우울증의 감정표현불능증 정도에 차이가 없는 이유에 대한 또 다른 설명은 감정표현불능증이 증상이라기 보다는 우울증상을 잘 동반하는 성격구조에 가깝기 때문이라는 것이다. 감정표현불능증을 가지고 있는 경우 우울증상이 준임상적 우울증에 그치고 있다가 유발인자가 있는 경우 주요 우울장애로 발전할 수 있다. 실제로 준임상적 우울증은 향후 주요 우울장애로 발병에 대한 강력한 예측인자이다. 감정표현불능증이 지속적 성격 성향(personality trait)이라면 주요 우울장애가 발병해도 크게 변하지 않을 것이다.

주요 우울장애 환자의 감정표현불능증을 5년간 추적한 과거 연구에서도 감정표현불능증이 지속적 성격 성향이라고 보고 하였다.³³⁾ 본 연구에서도 주요 우울장애군을 현재 우울삽화를 겪고 있는 군과 현재 우울삽화를 겪고 있지 않는 군으로 나누었을 때 감정표현불능증 정도에 차이가 없었다. 이 역시 감정표현불능증이 지속적 성격 성향에 가까움을 시사하는 소견이다.

감정표현불능증의 하부요인 중 감정인식의 장애(요인 1)가 우울증에 대한 가장 강력한 예측인자였다. 반면 외부지향적 사고(요인 3)의 경우 주요 우울장애나 준임상적 우울증 모두와 관계가 없었다. 이는 감정인식의 장애(요인 1)와 감정표현의 장애(요인 2)는 주요 우울장애와 관련이 있으나 외부지향적 사고(요인 3)는 관련이 없다고 보고한 과거 연구들^{8,34)}과 일치하는 소견이다. 특히 주요 우울장애와 강력한 상관관계를 가졌던 감정인식의 장애(요인 1)는 불량한 예후인자 중 하나이므로 임상적으로 주의가 필요하다.¹⁶⁾

본 연구의 제한점은 다음과 같다. 우선 주요 우울장애나 준임상적 우울증을 가지고 있는 환자의 수가 각각 38명과 57명으로 대조군에 비해 적었다. 또한, 주요 우울장애군은 현재 증상이 없어도 과거 주요 우울장애 병력이 있는 경우를 포함시켰으나 준임상적 우울증 군에서는 준임상적 우울증의 과거 병력을 모두 포함시킬 수 없었다. 그러나, 과거 주요 우울장애의 병력이 있는 준임상적 우울증의 경우 향후 주요 우울장애의 발병율이 더 높으므로³⁵⁾ 과거 병력을 고려하는 것이 더욱 중요하다고 판단하였다. 또한, 주요 우울장애군을 현재 주요 우울삽화 중인 환자로 국한시킨 경우에도 연구 결과는 다르지 않았다. 마지막 제한점은 아직 준임상적 우울증에 확립된 진단기준이 없다는 것이다.³⁶⁾ CES-D를 이용한 준임상적 우울증의 기준은 공인된 것은 아니다. 그러나 지역사회 우울증 선별 도구인 CES-D의 높은 민감도와 특이도^{24,25)}를 고려하고, DSM-IV 기준의 경도 우울증 환자가 모두 CES-D 점수가 높았던 연구 결과를 고려할 때, 준임상적 우울증의 선별에 CES-D는 유용했던 것으로 생각된다.

결론적으로, 본 연구에서는 준임상적 우울증에서도 감정표현불능증이 심하며 그 정도가 주요 우울장애의 감정표현불능증 정도와 유의한 차이가 없다는 것을 보고하였다. 본 연구 결과는 감정표현불능증이 우울증상의 정도보다는 우울성향과 연관됨을 시사한다.

REFERENCES

- (1) Taylor GJ, Bagby RM, Parker JD. The alexithymia construct. A potential paradigm for psychosomatic medicine. *Psychosomatics* 1991;32:153-164.
- (2) 고경봉. 정신신체장애, 불안장애 및 우울장애 환자들 간의

- alexithymia의 비교. 정신신체의학 1994;2:59-68.
- (3) 오상미, 이홍범, 이용철, 이양근, 정애자. 천식환자에서의 감정표현불능증. 천식 및 알레르기 1998;18:434-440.
 - (4) 이상빈, 김성용, 김상현, 임효덕. 케양성대장염 환자와 과민성대장증후군 환자의 감정표현불능증 비교 연구. 정신신체의학 2003;11:69-76.
 - (5) 최영희, 장혁진, 김진숙. 공황장애환자에서 감정표현불능증에 대한 연구. 정신신체의학 2006;14:53-61.
 - (6) Honkalampi K, Hintikka J, Tanskanen A, Lehtonen J, Viinamaki H. Depression is strongly associated with alexithymia in the general population. J Psychosom Res 2000;48:99-104.
 - (7) De Gennaro L, Martina M, Curcio G, Ferrara M. The relationship between alexithymia, depression, and sleep complaints. Psychiatry Res 2004;128:253-258.
 - (8) Bankier B, Aigner M, Bach M. Alexithymia in DSM-IV disorder: comparative evaluation of somatoform disorder, panic disorder, obsessive-compulsive disorder, and depression. Psychosomatics 2001;42:235-240.
 - (9) Honkalampi K, Saarinen P, Hintikka J, Virtanen V, Viinamaki H. Factors associated with alexithymia in patients suffering from depression. Psychother Psychosom 1999;68:270-275.
 - (10) Luminet O, Bagby RM, Taylor GJ. An evaluation of the absolute and relative stability of alexithymia in patients with major depression. Psychother Psychosom 2001;70:254-260.
 - (11) Hintikka J, Honkalampi K, Lehtonen J, Viinamaki H. Are alexithymia and depression distinct or overlapping constructs?: a study in a general population. Compr Psychiatry 2001;42:234-239.
 - (12) Parker JD, Bagby RM, Taylor GJ. Alexithymia and depression: distinct or overlapping constructs? Compr Psychiatry 1991; 32:387-394.
 - (13) Muller J, Buhner M, Ellgring H. Relationship and differential validity of alexithymia and depression: a comparison of the Toronto Alexithymia and Self-Rating Depression Scales. Psychopathology 2003;36:71-77.
 - (14) Lipsanen T, Saarijarvi S, Lauerma H. Exploring the relations between depression, somatization, dissociation and alexithymia-overlapping or independent constructs? Psychopathology 2004; 37:200-206.
 - (15) Judd LL, Rapaport MH, Paulus MP, Brown JL. Subsyndromal symptomatic depression: a new mood disorder? J Clin Psychiatry 1994;55 Suppl:18-28.
 - (16) Speranza M, Loas G, Wallier J, Corcos M. Predictive value of alexithymia in patients with eating disorders: A 3-year prospective study. J Psychosom Res 2007;63:365-371.
 - (17) Sadek N, Bona J. Subsyndromal symptomatic depression: a new concept. Depress Anxiety 2000;12:30-39.
 - (18) Judd LL, Paulus MP, Wells KB, Rapaport MH. Socioeconomic burden of subsyndromal depressive symptoms and major depression in a sample of the general population. Am J Psychiatry 1996;153:1411-1417.
 - (19) Forsell Y. A three-year follow-up of major depression, dysthymia, minor depression and subsyndromal depression: results from a population-based study. Depress Anxiety 2007;24:62-65.
 - (20) da Silva Lima AF, de Almeida Fleck MP. Subsyndromal depression: an impact on quality of life? J Affect Disord 2007; 100:163-169.
 - (21) 한오수, 홍진표. DSM-IV 1축 장애 진단을 위한 구조화된 임상적 면담 SCID-I. 서울: 하나의학사;2000.
 - (22) 조맹제, 김계희. 주요우울증환자 예비평가에서 the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale(CES-D)의 진단적 타당성 연구. 신경정신의학 1993;32:381-399.
 - (23) Radloff LS. The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. Applied Psychological Measurement 1977;1:385-401.
 - (24) Myers JK, Weissman MM. Use of a self-report symptom scale to detect depression in a community sample. Am J Psychiatry 1980;137:1081-1084.
 - (25) Schulberg H, Saul M, McClelland M, Ganguli M, Christy W, Frank R. Assessing depression in primary medical and psychiatric practice. Archives of General Psychiatry 1985;42:1164-1170.
 - (26) Taylor GJ, Ryan D, Bagby RM. Toward the development of a new self-report alexithymia scale. Psychother Psychosom 1985; 44:191-199.
 - (27) Taylor GJ, Bagby RM, Parker JD. The Revised Toronto Alexithymia Scale: some reliability, validity, and normative data. Psychother Psychosom 1992;57:34-41.
 - (28) Bagby RM, Parker JD, Taylor GJ. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale--I. Item selection and cross-validation of the factor structure. J Psychosom Res 1994;38:23-32.
 - (29) 신현균, 원호택. 한국판 감정표현 불능증 척도 개발연구. 한국심리학회지 임상 1997;16:219-231.
 - (30) VanItallie TB. Subsyndromal depression in the elderly: underdiagnosed and undertreated. Metabolism 2005;54:39-44.
 - (31) Kojima M, Senda Y, Nagaya T, Tokudome S, Furukawa TA. Alexithymia, depression and social support among Japanese workers. Psychother Psychosom 2003;72:307-314.
 - (32) Tannoek C, Katona C. Minor depression in the aged. Concepts, prevalence and optimal management. Drugs Aging 1995; 6:278-292.
 - (33) Saarijarvi S, Salminen JK, Toikka T. Temporal stability of alexithymia over a five-year period in outpatients with major depression. Psychother Psychosom 2006;75:107-112.
 - (34) Marchesi C, Brusamonti E, Maggini C. Are alexithymia, depression, and anxiety distinct constructs in affective disorders? J Psychosom Res 2000;49:43-49.
 - (35) Chopra MP, Zubritsky C, Knott K, Have TT, Hadley T, Coyne JC, Oslin DW. Importance of subsyndromal symptoms of depression in elderly patients. Am J Geriatr Psychiatry 2005;13: 597-606.
 - (36) Lyness JM, Kim J, Tang W, Tu X, Conwell Y, King DA, Caine ED. The clinical significance of subsyndromal depression in older primary care patients. Am J Geriatr Psychiatry 2007;15:214-223.

Alexithymia in Major Depressive Disorder and Subclinical Depression

Seoğ Ju Kim, M.D., Ph.D., Seung-Hee Yu, BA, Seong-Youn Kim, M.D.,
Dong Wook Kim, M.D., In Hee Cho, M.D., Ph.D., Seong-Jin Cho, M.D., Ph.D.

Department of Psychiatry, Gachon University of Medicine and Science, Incheon, Korea

Objectives : The objective of the present study was to investigate alexithymia in major depressive disorder(MDD) and subclinical depression(SCD).

Methods : Three hundred eighty-six community-dwelling adults(238 females and 148 males, age 19-79 ; mean age 43.0 ± 13.9) were recruited. Structured clinical Interview for DSM-IV(SCID) was conducted for the diagnosis of MDD or other Axis I psychiatric disorders. The Center for Epidemiological Studies for Depression Scale(CES-D) and the Totonto Alexithymia Scale(TAS) were administered to assess depressive symptom and alexithymia, respectively. Among subjects without MDD, those who had minor depressive disorder on the SCID or high scores(i.e. over 16) on the CES-D were defined as subjects with SCD. TAS total score and factor I, II, III scores of TAS in MDD, SCD, and non-depressive controls were compared.

Results : Among 386 subjects, 38 subjects(9.8%) were diagnosed as MDD by DSM-IV criteria, while 57 subjects(14.8%) were classified into SCD group. There were significant differences between 3 groups(MDD, SCD and non-depressive controls) in total score($F_{2,383}=14.0$, $p<0.01$), factor I(difficulty in identifying feeling)($F_{2,383}=23.4$, $p<0.01$) and factor II(difficulty in describing feeling)($F_{2,383}=7.8$, $p<0.01$), but not factor III(external oriented thinking)($F_{2,383}=1.8$, $p=0.16$) of TAS. In post-hoc analysis, both MDD subjects and SCD subjects had higher scores in TAS total, factor I and factor II, compared to non-depressive controls(all $p<0.01$). In contrast, there were no significant differences between MDD subjects and SCD subjects in any TAS factor.

Conclusion : In this study, both MDD subjects and SCD subjects were more alexithymic than non-depressive control subjects. These findings suggest that SCD, as well as MDD, is also related to alexithymia.

KEY WORDS : Major depressive disorder · Subclinical depression · Alexithymia.