

## 우울증 환자에서 D형 인격과 신체 증상 호소와의 관련성

을지대학교 의과대학 정신건강의학교실

박 우 리 · 정 성 훈

### Association between Type D Personality and the Somatic Symptom Complaints in Depressive Patients

Wu-Ri Park, M.D., Seong-Hoon Jeong, M.D., Ph.D.

Department of Psychiatry, Eulji University School of Medicine, Daejeon, Korea

#### ABSTRACT

**Objectives** : Type D personality was originally introduced to study the role of personality in predicting outcomes of heart disease. However, researches showed that other medical conditions are also affected by this personality. The purpose of this study was to evaluate the relationship between type D personality and somatic symptom complaints in depressive patients.

**Methods** : Eighty-two individuals diagnosed with depressive disorder were included. Type D personality was measured with DS14. Patient Health Questionnaire(PHQ) 9 and 15 were used to measure depression severity and somatization tendencies. For alexithymia, TAS-20 was used. Student T-test and linear regression analysis were performed. The best regression model was determined by stepwise variable selection.

**Results** : More than half of the subjects(56%) complained at least medium degree somatic symptoms according to PHQ-15 criteria. Two-thirds of the subjects were classified as Type D personality(63.4%). The mean PHQ-15 score of the Type D individuals was significantly higher than the remaining subjects(PHQ-15 mean=12.7,  $p=8.2 \times 10^{-7}$ ). The best regression model included age, PHQ-9 score and NA subscale score as predictor variables. Among these, only the coefficients of age( $p=1.5 \times 10^{-3}$ ) and NA score( $p=1.5 \times 10^{-7}$ ) were found to be statistically significant.

**Conclusions** : The result showed that Type D personality was one of the strong predictors of somatic complaints among depressive individuals. The finding that negative affectivity rather than social inhibition was more closely associated with somatization tendencies does not fully agree with the traditional explanation that inability to express negative emotion predispose the individuals to somatic symptoms. The finding that alexithymia was not shown to be a significant predictors also substantiated this discrepancy. However, it might be possible that the high correlation between NA and SI subscore( $r=0.65$ ) and between NA and TAS-20 score( $r=0.44$ ) hid the additional effects of social inhibition and alexithymia.

Further research with a larger sample would be needed to investigate the effects of the latter two components over and above the effect of negative affectivity on the somatic complaints in depressive patients.

**KEY WORDS** : Type D personality · Physical complaint · Depressive disorder.

Received: February 5, 2013 / Revised: April 22, 2013 / Accepted: April 23, 2013

Corresponding author: Seong-Hoon Jeong, Department of Psychiatry, Eulji University School of Medicine, 1306 Dunsan 2-dong, Seogu, Daejeon 302-799, Korea

Tel: 042) 611-3443 · Fax: 042) 611-3445 · E-mail: anselmjeong@gmail.com

## 서 론

우울증은 다양한 심리적, 신체적, 행동적 증상들을 포함하는 정신질환이다. 전통적으로 정신장애의 진단 및 통계 편람(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 이하 DSM)에서는 주요우울장애에 대해 신체적 증상보다는 우울한 기분, 흥미나 즐거움의 상실, 과도한 죄책감, 자살 사고, 무가치감, 우유부단함 등의 심리적 증상을 중심으로 분류하였다.<sup>1)</sup> 하지만 WHO에서 시행한 다국적 연구<sup>2)</sup> 보고에 의하면, 우울증 진단을 받은 환자의 69%가 단지 신체 증상만을 주소로 일차 진료를 받았고, 반수 이상은 다발성의 의학적으로 설명되지 않는 신체 증상을 호소하였다. 이처럼 우울증은 흔히 다양한 신체 증상을 동반하는데,<sup>3)</sup> DSM-IV-TR에 명시된 식욕 및 체중의 변화, 수면장애, 집중력 감소, 피로감 외에도 다수의 연구들에서 우울증은 두통 및 허리통증, 전신 근육통, 소화기계 증상과 같은 신체 증상을 자주 동반한다고 보고한다.<sup>4-7)</sup> 신체증상은 우울증의 경과 및 예후와 밀접한 관련이 있는 것으로 보고되고 있는데, 기존 연구들에서 신체 증상의 개수와 우울증의 발생률 사이에 직접적인 양의 상관관계가 있는 것으로 나타났고,<sup>8)</sup> 중등도 이상의 통증을 호소하는 우울증 환자의 경우 통증이 심할수록 우울 증상이 더 심하고 불량한 치료 반응을 보이며,<sup>9)</sup> 다수의 신체 증상은 우울증의 이환 기간을 연장시키고 심각한 기능의 장애를 초래한다.<sup>10)</sup>

한편 우울증에서 신체 증상이 빈번히 발생하는 원인 또는 우울증 환자들 중에서 특히 신체 증상의 호소가 많은 환자들의 특성에 대한 관심이 주목되었다. 기존의 견해에 따르면, 우울증 환자의 부정적인 인지 구조는 질병관련 경험의 기억을 자주 회상하게 하고, 건강에 대한 부정적인 태도를 갖게 하며, 신체 내, 외부로부터 오는 사소한 자극에 민감하게 반응하게끔 한다. 결과적으로 동일한 신체 증상도 더욱 불편한 경험으로 증폭해서 지각하는 셈이다.<sup>11,12)</sup> 이와 다른 기전으로 신체증상과 주로 연관되는 성격유형으로 Sifneos가 소개한 감정표현불능증(Alexithymia)을 들 수 있다. 감정표현 불능은 내면의 감정이나 느낌을 적절하게 외부로 표현하지 못하는 인지-정동장애(cognitive-affective disturbance)를 뜻하며, 이에 억압된 정서는 신체 증상으로 주로 표현된다.<sup>13)</sup> 우울증 환자들에서도 감정표현불능증이 다수 관찰되며, 이는 우울증상을 심화시키고 다수의 신체 증상을 유발하여 삶의 질을 저하시킨다고 알려져 있다.<sup>14,15)</sup>

최근에는 주로 심혈관 질환 관련 연구를 통해서, 우울증 혹은 신체화 경향과 관련된 또 다른 심리적 인자로서 D형 인격(Type D personality)이 소개되었다. 일찍이 심장 질환의 위험인자로 A형 행동유형(type A behavioral pattern, TABP)

이 제안되기도 했으나, 연구가 진행되면서 A형 행동유형 자체보다는 그 요소인 적개심(hostility), 분노(anger), 공격성(aggression) 등이 주목을 받게 되었다.<sup>16)</sup> 이를 토대로 1995년에 Denollet 등<sup>17)</sup>은 관상동맥질환을 가진 환자들의 특정한 스트레스 대응 패턴을 탐색하여 이를 “D형 인격”이라고 명명하였다. D는 “Distressed”의 약어로, D형 인격은 개념적으로 부정적 정서 성향(negative affectivity, 이하 NA)과 사회적 억제성향(social inhibition, 이하 SI)으로 나뉘어진다.<sup>18)</sup> 부정적 정서 성향(NA)은 주위 자극에 대하여 우울, 불안, 분노와 같은 부정적인 정서를 좀더 자주 경험하는 성향을 의미하고, 사회적 억제 성향(SI)은 사회적 상호작용에 있어서 타인들로부터의 거부와 같은 잠재적 위험 상황을 회피하기 위해 부정적인 감정표현을 최대한 억제하는 성향을 의미한다.<sup>18,19)</sup>

D형 인격은 생물학적, 심리사회적 경로를 통해 심혈관 질환 및 다양한 신체 질환과 같은 다양한 신체 질환을 유발하며 회복을 방해한다. 부정적 정서성향과 사회적 억제성향은 스트레스 상황에서의 코티졸 반응성을 증가시켜 자율신경기능의 이상을 일으키고 TNF- $\alpha$ 와 같은 pro-inflammatory cytokine을 증가시켜 신경면역체계의 이상을 초래한다.<sup>20,21)</sup> 심리사회적 요인으로는 D형 인격이 미치는 건강증진행위 및 사회적 지지의 수준에의 악영향을 들 수 있다. D형 인격의 사람들은 그렇지 않은 사람들에 비해 식이조절, 충분한 수면, 정기적 운동 및 활동, 등의 건강증진 행위의 이행율이 낮고, 적절한 의료서비스를 찾아 이용하는 것을 꺼리며, 동시에 사회적으로 고립되고 정서적, 사회적 지지도가 낮아 동일한 신체 질환에 대해서도 불량한 예후를 보인다.<sup>22,23)</sup>

D형 인격의 비율은 예상외로 높게 나타난다. 유럽국가에서 시행한 연구에서는 D형 인격이 21~38%에 이르는 것으로 보고되었으며<sup>23-25)</sup> 국내에서는 일반 인구의 27.8%, 관상동맥질환자의 26.1% 정도로 나타났다.<sup>26)</sup> 또한 두 군 모두 D형 인격으로 판정된 군은 그렇지 않은 군에 비해 우울 및 불안 증상 척도에서 높은 점수를 보였다. Lee 등<sup>27)</sup>이 일반 청소년을 대상으로 시행한 연구에서는 참여자의 18.2%가 D형 인격으로 분류되었고, 이들은 우울, 정신증 및 알코올관련질환 등의 척도에서 대조군에 비해 유의하게 높은 점수를 나타냈다.

D형 인격은 주로 심혈관 질환에서 연구되었기 때문에 상대적으로 D형 인격과 정신질환과의 관련성에 대한 연구는 미흡한 편이다. 그러나 D형 인격이 일반 인구에서 흔히 관찰되는 성격특성이며, 우울 및 불안 증상과 관련이 있고,<sup>28)</sup> 다양한 신체 질환의 위험인자이자 불량한 예후를 동반하는 요인이라는 점에서, 동일한 우울증 환자라도 D형 인격 여부에 따라 정서적 어려움을 신체 증상으로 표현하는 비율이 달라질 것이라는 가설을 세워볼 수 있다. 단, 앞에서 언급한 D형 인격과 신체 증상의 관계가 실제로는 감정표현불능증과 신체 증

상의 관계 때문일 가능성이 있기 때문에 이에 대한 고려가 필요하다.

D형 인격이 시간에 따른 변화가 가능한 것인지에 대한 의문과 더불어 D형 인격에 대한 전문적인 개입의 방법과 그 효과에 대해서는 아직 연구된 바가 거의 없는 실정이지만,<sup>29)</sup> 다수의 신체 증상을 동반한 우울증 환자들의 D형 인격에 대한 파악과 증재가 이들 질환에 대한 이해를 높이고 향후 치료 전략을 설정하는데 도움이 될 것이라고 생각된다. 이에 본 연구는 우울증의 신체 증상과 D형 인격과의 관련성에 대하여 살펴보았다.

## 방 법

### 1. 대 상

본 연구는 2012년 5월부터 10월까지 을지대학병원 정신건강의학과 외래를 방문한 20세 이상의 환자 중 DSM-IV-TR과 Mini-International Neuropsychiatric Interview(이하 MINI)에 근거하여 정신건강의학과 의사로부터 주요우울장애, 기분부전장애, 달리 분류되지 않는 우울장애로 진단을 받은 남녀 환자를 대상으로 하였다. 연구대상자 중 조증 삽화 혹은 조현병 및 기타 정신증의 과거력이나 현재력이 있는 환자와, 신체 검사 및 활력징후에서 임상적으로 유의미한 이상을 보이는 자는 대상에서 제외하였고, 최종적으로 연구에 참여한 대상자 수는 82명(남자 : 38명, 여자 : 44명)이었다. 본 연구는 사전에 을지대학병원의 임상시험위원회(Institutional review board, 이하 IRB)에서 승인을 받았으며, 대상환자들에게 연구의 목적과 방법에 대해 사전에 충분히 설명을 하고 참여에 서면 동의를 받아 연구를 진행하였다.

### 2. 측정도구

#### 1) PHQ-9(Patient health questionnaire-9)

환자 건강 설문지(Patient health questionnaire, PHQ)는 DSM-IV에 기반한 자가보고척도로서 Spitzer 등<sup>30)</sup>이 개발하였다. 그 중 Patient health questionnaire-9(PHQ-9)<sup>31)</sup>는 일차의료 상황에서 손쉽게 주요우울장애를 진단하고 그 심각성을 평가할 수 있도록 설계되었으며, 총 9개의 문항으로 구성되어 있다. 본 연구에서는 Choi 등<sup>32)</sup>이 번안한 한국판 PHQ-9를 사용하였다.

#### 2) PHQ-15(Patient health questionnaire-15)

이 척도는 Patient health questionnaire(PHQ) 중 신체 증상과 관련된 항목을 추려낸 것으로 Kroenke 등<sup>33)</sup>이 고안하고 검증한 것이다. 총 15문항으로 구성되어 있고 주관적 신체 증상의 정도를 파악하는데 사용된다. 선행 연구들에서는 0~4점

은 최소, 5~9점의 경우 중등도, 10점 이상은 중증 신체 증상으로 분류하였다.

#### 3) D형 인격척도(Type D personality scale 14)

D형 인격 도구는 Denollet<sup>25)</sup>이 개발하였다. 시간과 상황에 따라 부정적 정서를 경험하는 경향을 나타내는 '부정적 정서 영역(negative affectivity)' 7문항과 다른 사람으로부터 비난을 피하기 위해 사회적 상호작용에서 감정이나 행동 등의 표출을 억제하려는 경향을 나타내는 '사회적 제한 영역(social inhibition)' 7문항으로 구성되어 있다. 각 문항은 0점 '아니다'에서부터 4점 '그렇다'까지의 리커트 척도이며, 부정적 정서 영역의 점수(최소 0점, 최대 28점)가 10점 이상인 동시에, 사회적 제한 영역(최소 0점, 최대 28점)의 점수도 10점 이상인 경우를 D형 성격이라고 판정한다. 본 연구에서는 Lee 등<sup>16)</sup>에 의해 번안되고 신뢰도와 타당도 검증을 거친 한국판 Type D personality scale-14(DS-14)를 사용하였다.

#### 4) 한국판 토론토 감정표현불능증 척도(The Korean version of 20-item Toronto alexithymia scale)

Barby 등<sup>34)</sup>이 개발한 토론토(Toronto) 감정표현불능증 척도는 정서적 느낌을 잘 알아차리지 못하고(difficulty identifying feelings 이하 DIF), 느낌을 잘 묘사하지 못하며(difficulty describing feelings, 이하 DDF), 외부 지향적인 사고 유형(externally oriented thinking, 이하 EOT)으로 구성된다. 본 연구에서는 Lee 등<sup>35)</sup>이 번안한 20항목 한국판 TAS-20을 사용하였다.

### 3. 통계분석

참가자들의 인구학적 특성과 기타 임상적 변인들에 대해, 성별 및 D형 인격여부에 따른 차이를 Student t-test를 통해 살펴보았다. 각 변수들간의 관계는 상관계수 분석을 통해 조사하였다. 신체화 증상의 정도에 미치는 D형 인격의 영향력을 살펴보기 위해, PHQ-15점수를 결과변수로, D형 성격척도 점수를 설명변수로 하는 선형 회귀 분석(linear regression analysis)을 시행하였다. 결과변수에 영향을 미칠 가능성이 있는 연령, 교육 정도, 투병기간, 우울증 정도(PHQ-9 점수) 그리고 감정표현불능 정도(TAS-20 점수)<sup>2,14,15,36)</sup>를 공변량으로 삼아 회귀모형을 세웠다. 모든 변수를 집어넣은 초기 모델에서 단계적 변수추출(stepwise variable selection) 과정을 거쳐 가장 설명력이 높은 모델을 선정하였고, 최종 모델에서 각 설명변수의 회귀계수를 살펴봄으로써 각 변수의 유의성 여부를 결정하였다. 모든 통계학적 분석은 R-statistics version 2.15.2를 이용하여 시행하였고 유의 수준은 0.05로 하였다.

## 결 과

### 1. 대상자들의 인구학적 특성 및 각 척도들의 평균

연구에 참여한 대상자들의 인구학적 특성 및 임상적 변인은 Table 1에 기술되어 있다. 남녀 각각 38명(46.3%), 44명(53.7%)이었고 평균 연령은 51.5세였다. 평균 유병기간은 6.11년이었고, 연령과 유병기간 모두 남녀의 유의한 차이는 보이지 않았다. 학력은 남성이 평균 11.9년, 여성은 평균 9.6년으로 남성이 유의하게 높은 학력을 보였다( $t=-3.29, p=0.001$ ). 전체 대상자들의 척도의 평균은 우울증 정도(PHQ-9)는 14.6,

신체 증상(PHQ-15)은 10.7, D형 인격(DS-14, NA와 SI)은 25.8, 감정표현불능증(TAS-20)은 45.5였고, 성별에 따른 차이는 없었다. PHQ-15점수의 평균은 10.7이었으며, 전체 대상자 중 46명(56%)이 10점 이상의 중증 신체 증상을 호소하였다.

### 2. D형 인격에 따른 사회인구학적 변인 및 우울, 신체 증상, 감정표현불능증에 관련된 변인들의 차이

D형 인격척도(DS-14) 총점의 평균은 25.8이었으며, 그 하위 항목인 NA와 SI의 평균은 각각 13.28, 12.51이었다. 두 항목 모두 10점 이상으로 D형 인격으로 판정된 군은 52명(남 : 26명, 여 : 26명, 63.4%)이었다. D형 인격으로 측정된 각 임상

**Table 1.** Summary of demographic characteristics and measured variables in male and female subjects

	Total mean	Female (n=44)	Male (n=38)	t	p
		Mean(±SD)	Mean(±SD)		
Age(years)	51.5±17.3	53.3±16.6	49.4±18.2	1.02	0.3105
Education(years)	10.6± 3.9	9.6± 3.8	11.9± 3.6	-3.29	0.001
Duration(years)	6.1± 6.1	7.0± 7.2	5.1± 4.5	1.39	0.1672
PHQ-9	14.7± 4.8	15.5± 3.9	13.6± 7.5	1.82	0.0725
PHQ-15	10.7± 5.6	11.5± 5.7	9.7± 5.4	1.39	0.1688
DS14	25.8± 8.5	27.3± 8.6	24.0± 8.0	1.78	0.0785
TAS-20	45.5± 9.8	46.7± 7.6	44.1±11.9	1.20	0.2336

Each variable was compared between male and female subjects using student t-test. Duration : duration of illness, SD : Standard deviation

**Table 2.** Comparison of total scores of demographic characteristics, PHQ, TAS-20K and DS-14 between type-D and non type-D subjects using student t-test

	Type D	Non type-D	t	p
	n=52(63.4%)	n=30(36.6%)		
Mean±SD				
Age(years)	49.2±18.5	55.5±14.6	-1.613	0.076
Education(years)	10.3± 3.4	11.2± 4.5	-1.023	0.170
Duration(years)	6.7± 6.9	5.1± 4.3	-1.023	0.194
PHQ-9	16.1± 4.2	12.1± 4.6	-4.007	0.000
PHQ-15	12.7± 5.5	7.2± 3.9	-5.203	0.000
TAS-20	48.5± 8.8	40.1± 9.4	-4.060	0.000
DIF	11.6± 2.9	9.0± 3.3	-3.753	0.000
DDF	12.0± 5.4	7.6± 4.6	-3.755	0.000
EOT	24.9± 3.0	23.6± 3.7	-1.794	0.077
DS-14	30.9± 5.5	16.9± 4.1	-13.108	0.000
NA	16.3± 3.6	8.0± 3.7	-10.076	0.000
SI	14.6± 2.7	8.9± 2.9	-9.033	0.000

PHQ-9 : Patient health questionnaire-9, PHQ-15 : Patient health questionnaire-15, TAS-20 : Toronto alexithymia scale-20, DIF : difficulty identifying feelings, DDF : difficulty describing feelings, EOT : externally oriented thinking, DS-14 : Type D personality scale-14, NA : negative affectivity, SI : social inhibition

**Table 3.** Pearson's correlation coefficients between demographic variables and measured variables

	PHQ-9	PHQ-15	NA	SI	DIF	DDF	EOT
Age	-0.19	0.23	-0.03	0.02	0.05	0.05	-0.11
Education	-0.02	-0.14	0.19	0.03	-0.24	-0.16	-0.22
Duration of illness	-0.02	0.13	0.19	0.03	0.29*	0.28**	0.13

\* :  $p < .05$ , \*\* :  $p < 0.01$ , \*\*\* :  $p < 0.001$ . PHQ-9 : Patient health questionnaire-9, PHQ-15 : Patient health questionnaire-15, NA : negative affectivity, SI : social inhibition, DIF : difficulty identifying feelings, DDF : difficulty describing feelings, EOT : externally oriented thinking



**Table 4.** Pearson's correlation coefficients among PHQ, DS14 and TAS-20

		PHQ-9	PHQ-15	NA	SI	DIF	DDF	EOT
PHQ-9		-						
PHQ-15		0.35***	-					
DS-14	NA	0.41***	0.60***	-				
	SI	0.33**	0.48***	0.65	-			
TAS-20	DIF	0.44***	0.27***	0.46***	0.45***	-		
	DDF	0.33**	0.33**	0.47***	0.42***	0.8	-	
	EOT	0.16	0.10	0.10	0.24	0.27	0.24	-

\* :  $p < .05$ , \*\* :  $p < 0.01$ , \*\*\* :  $p < 0.001$ . PHQ-9 : Patient health questionnaire-9, PHQ-15 : Patient health questionnaire-15, DS-14 : Type D personality scale-14, NA : negative affectivity, SI : social inhibition, TAS-20 : Toronto alexithymia scale-20, DIF : difficulty identifying feelings, DDF : difficulty describing feelings, EOT : externally oriented thinking

**Table 5.** Significance of each demographic and measured variable as a predictor of PHQ-15 total score in linear regression models

	B	Estimate Std. error	T	p
Age	0.0916	0.0278	3.30	0.0015
PHQ-9	0.2190	0.1109	1.97	0.0518
NA	0.5543	0.0960	5.78	1.50E-07

\* :  $p < .05$ , \*\* :  $p < 0.01$ , \*\*\* :  $p < 0.001$ . Final model obtained after stepwise variable selection process, adjusted  $R^2=0.427$ ,  $F=21.1$ ,  $p=4.16 \times 10^{-10}$

척도에 대하여 D형 인격으로 분류된 그룹과 그렇지 않은 그룹 간의 차이를 Table 2에 기술하였다.

감정표현불능증(TAS-20)의 하위척도(EOT)를 제외한 모든 임상 척도 점수들이 두 군간에서 유의한 차이를 보였고, 특히 D형 인격으로 판정된 군은 그렇지 않은 군에 비해 두드러지게 높은 신체 증상 호소를 보였다(PHQ-15 mean=12.7 vs. 7.2,  $p=8.2 \times 10^{-7}$ ).

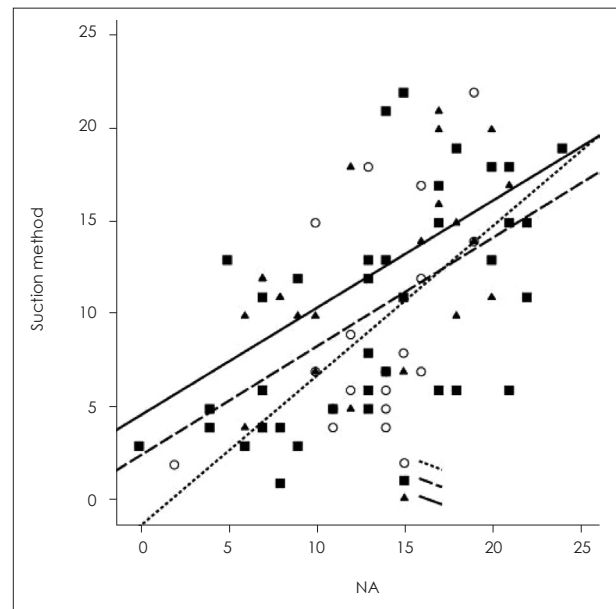
### 3. 인구학적 특징과 우울 및 신체 증상 호소, D형 인격 및 감정표현불능증의 상관관계

대상자들의 인구학적 특징과 각 척도 간의 상관 관계를 Table 3에 제시하였다. 유병 기간은 TAS-20의 하위척도 중 difficulty identifying feelings(DIF) 및 difficulty describing feelings(DDF) 척도와 유의한 상관관계에 있는 것으로 나타났다. 연령과 학력은 각 척도들과 의미 있는 상관 관계를 보이지 않았다.

측정한 모든 임상 척도들의 상호 상관관계를 살펴보았다. D형 인격척도의 하위 영역인 부정적 정서성과 사회적 제한성은 모두 PHQ-15, PHQ-9, TAS-20 중 DIF, DDF와 의미 있는 정적 상관 관계에 있었다. 한편 감정표현불능증 역시 PHQ-9, PHQ-15와 유의한 정적 상관관계를 보였다. PHQ-9, PHQ-15와 유의한 정적 상관관계를 보였다. PHQ-9와 PHQ-15 간에도 유의한 상관 관계가 있음을 확인하였다(Table 4).

### 4. 신체 증상 호소에 영향을 주는 변인

연구의 일차적 목적인 신체적 증상의 호소에 영향을 주는 변인을 찾고자 단계적(Stepwise) 회귀 분석을 실시하였다. 결과 변수는 PHQ-15였고, 인구학적 특징 및 PHQ-9, DS-14



**Fig. 1.** Scatter plots between PHQ-15 total score and Negative affectivity scale. PHQ-15 : Patient health questionnaire-15, NA : negative affectivity, 20-39 :  $r^2=0.332$   $p < 0.001$ , 40-59 :  $r^2=0.373$   $p < 0.001$ , 60 :  $r^2=0.397$   $p < 0.001$ .

및 TAS-20의 각 하위 영역들을 설명 변수로 하여 분석하였다. 단계적 변수추출 과정에서 최종적으로 선택된 모형은 연령, PHQ-9, 그리고 DS-14 중 NA가 포함된 모형이었으며, 이들 중 연령( $p=0.0015$ )과 NA( $p=1.5E-7$ )가 신체 증상에 가장 큰 영향을 주는 변인으로 분석되었다(Table 5). NA가 포함된 상태에서 TAS-20의 각 하위 영역(DIF, DDF, EOT)들의 상관계수는 유의하지 않은 것으로 나타났으며, 따라서 최종모델에 이들 변수들은 포함되지 않았다. 연령별로 세 그룹 군으로 나누어 신체 증상 호소와 부정적 정서성향의 상관관계

분석 시 각 그룹 모두 두 변수 사이에 양의 상관 관계가 있는 것으로 나타났다(20~39세 :  $r^2=0.332$ ,  $p<0.001$ , 40~59세 :  $r^2=0.373$ ,  $p<0.001$ , 60세 이상:  $r^2=0.397$ ,  $p<0.001$ )(Fig. 1).

## 고 찰

본 연구에서는 외래에 내원하는 우울장애 환자들을 대상으로 D형 인격을 파악하고, D형 인격에 따른 신체적 증상 호소의 차이 및 신체적 증상에 영향을 주는 요인들에 대하여 조사하였다.

기존의 연구에서 우울증 환자의 약 2/3가량이 신체적 증상을 호소한다고 보고한 것과 마찬가지로,<sup>37)</sup> 본 연구에서도 전체 대상자 중 56%가 중증의 소화기계 증상, 통증 및 피로감 등의 신체 증상을 호소하였다. 만약 중증도의 신체 증상까지 포함한다면 이 비율은 무려 84%까지 높아지며, 우울증 환자들의 절대 다수가 신체적 증상으로 고통 받고 있음을 확인할 수 있었다. 일반적으로 신체 증상 동반과 관련된 변수로 여성, 고령, 내과 질환의 동반 등이 있는데,<sup>38)</sup> 본 연구에서는 특이하게도 남성 환자 역시 여성만큼이나 다수의 신체 증상을 호소하였다.

본 연구대상에서 D형 인격으로 판정된 환자는 전체 대상자의 63.4%로 나타났다. 이는 일반 인구에서보다 훨씬 높은 비율이다. 본 연구의 케이스의 숫자가 적다는 제한점이 있어 결과를 일반화하기는 어렵지만 우울증 환자들에서 D형 인격의 비율이 높게 나타난 이유에 대해 생각해본다면 우울증상의 정서적 측면인 초조감, 짜증, 걱정 등이 곧 D형 인격의 부정적 정서 성향을 반영한다는 것이다. 또한 Beck<sup>39)</sup>이 제안한 우울증 환자의 부정적 인지 구조는 경험에 대한 부정적 해석, 타인에 대한 과장된 자기 비하, 자기 비난 등과 관련되며 이러한 것들로 인해 환자들은 정서를 표현하였을 때 타인으로부터 거부당할 것에 대한 두려움을 갖게 되어 이에 대한 대응으로 감정 표현을 억제하게 된다. 이러한 억제는 부정적인 의사소통 패턴으로 이어지고 이는 타인으로부터 정서적 지지를 받기 어렵게 만들어 대인 관계의 어려움으로 이어지게 된다. 또한 이들 군은 D형이 아닌 군에 비해 우울증상 및 신체 증상 호소의 정도가 유의하게 더 높은 것으로 나타났다. 이는 D형 인격이 우울증상의 심각도가 더 높다는 기존 연구 결과와 일치한다.<sup>27,40)</sup> 결과를 미루어볼 때 D형 인격을 가진 환자들은 부정적 정서를 유발하는 내/외적 스트레스에 취약하며 이는 다양한 정신 질환을 유발하는 요인이 되고 있음을 짐작할 수 있다.

우울증 환자의 신체 증상 호소에 영향을 주는 변인들을 찾아보고자 실시한 단계적 회귀분석의 결과, 연령과 부정적 정서가 가장 강력한 예측 요인으로 나타났다. 이는 우울증의

심각도(PHQ-9) 및 감정표현불능 정도(TAS-20)를 통제할 후에도 여전히 유효하였다. 특히 사회적 억제 성향보다 부정적 정서 성향이 신체 증상의 가장 강력한 예측인자로 나타난 것( $p=1.5 \times 10^{-7}$ )은 매우 흥미롭다.

기존의 이해에 따르면 이해의 상층에서 비롯되거나 심리 내적 갈등에서 비롯되는 부정적인 정서를 충분히 인지하고 표현해내는 능력이 결여되면, 갈등이 적절히 처리되지 못하고 대신 신체 증상으로 표출된다. 또는 부정적인 정서를 어느 정도 의식하고 있더라도, 표현을 허락하지 않는 주변 상황이나 개인적 성향 때문에 이를 억압하는 일이 반복될수록 신체화라는 미성숙한 방어기제를 사용하는 것으로 이해되었다.<sup>41)</sup> Jung 등<sup>42)</sup>은 D형 인격에서 보이는 사회적 억제 성향은 사회적 상황에 대해 적응할 때 적극적으로 위험에 대처하기 보다는 회피하거나 수동적인 방식으로 대응하는 내향적 성향을 의미한다고 설명하였다. 감정표현불능증 환자들 이 '인지와 표현능력의 부재' 때문에 감정 표현을 못하고 사회적 상황을 회피하는 것과는 차이가 있지만, 부정적 정서를 제대로 처리하지 못한다는 결과적인 면에서는 사회적 억제와 감정표현불능은 유사한 면모를 띤다.

적지 않은 연구들은 우울증 환자에서, 감정표현불능증과 신체 증상 호소 사이에 연관성이 있음을 보고하였다.<sup>12,43)</sup> 본 연구에서도 감정표현불능증 정도 특히 DIF는 우울증 및 신체 증상 호소 정도와 유의한 상관관계를 보이는 것으로 나타났다. 그러나 D형 인격의 한 요소인 부정적 정서와 함께 회귀식에 포함되었을 때는 TAS의 어떤 요인도 유의한 설명요인이 되지 못하는 것으로 보아, 설령 신체화 증상과 연관이 있더라도 부정적 정서보다는 훨씬 미약한 요인임을 알 수 있었다. 전체적 윤곽에서 보았을 때 D형 인격의 부정적 정서를 스트레스의 절대량 즉 정신건강의 항상성 유지에 대한 공격요인이라고 간주한다면, D형 인격의 또 다른 요인인 사회적 억제와 함께 감정표현불능은 부정적 정서를 처리하는 방어요인이라고 생각해볼 수 있다. 이렇게 본다면, 본 연구결과는 방어요인의 부족보다는 공격요인의 과다가 우울증에 동반되는 신체 증상 발현에 더 비중이 크다는 것을 시사하는 것처럼 보인다.

그러나 이러한 단순한 해석에 문제점이 없는 것은 아니다. 본 연구에서도 부정적 정서와 사회적 억제는 서로 높은 상관관계( $r=0.65$ )를 보이고 있었으며, 개념적으로는 뚜렷하게 구분될 수 있어도 현실적으로는 구분이 쉽지 않을 만큼 서로 긴밀하게 연결되어 있다. 개인이 쉽게 부정적 감정에 노출되는 것은 성숙한 방어전략의 부재 때문일 수 있으며, 역으로 사회적 억제 성향은 반복적으로 부정적 정서에 노출된 결과를 생겨난 것일 수 있다. Ogrodniczuk 등<sup>44)</sup>은 D형 인격과 불량한 예후의 관계를 설명하면서, 부적응적인 감정 처리를

더욱 강조하였다. 즉, D형 인격을 가진 사람들은 부정적 감정을 초래한 경험 자체 때문이 아니라, 부정적인 감정을 억누르면서 유발된 만성적인 심리적 고통(Distress)때문에 건강에 악영향을 받는다는 것이다. 비록 본 연구에서, 감정표현 불능증이 신체 증상의 호소 정도를 설명하는데 별반 도움이 되지 않는다는 것을 확인할 수 있었지만, 사회적 억제 성향 등 부정적 정서를 건강하게 처리하는 능력의 부재가 신체 증상 호소를 유발할 것이라는 가설은 여전히 높은 가능성으로 남아있다.

본 연구의 제한점 및 향후 연구를 위한 제언은 다음과 같다. 첫째, 단일 대학병원에서 통원 치료 중인 우울증 환자를 대상으로 진행하였고 대상 환자수가 적어 본 연구의 결과를 일반화하기에는 주의가 필요하다. 둘째, 단면적으로 D형 인격 여부와 인구학적, 임상적 정보를 얻었기 때문에 D형 인격과 주요 요인들 간의 인과성에 대해 파악하는데 어려움이 있다. 셋째, 우울증의 유병 기간에 대해서는 조사를 하였지만 삼화의 기간이나 횟수 같은 우울증의 특성, 다른 정신과적 질환의 공존 등에 대한 고려가 충분히 이루어지지 않았다. 마지막으로 자가 보고형 설문지를 통해 D형 인격 및 감정표현불능증을 평가하였는데, 이를 보다 면밀하게 파악하기 위해서는 면담과 질적 연구도 고려할 필요가 있다. 특히, TAS-20의 경우, 감정표현불능증이 매우 심한 환자들의 경우 환자 자신이 감정을 확인하고 표현할 수 있는지를 정확하게 알 수 없을 가능성이 높기 때문에<sup>45)</sup> 이를 고려한 평가 도구의 사용이 필요하겠다. 이러한 제한점에도 불구하고 본 연구는 정신 질환에서의 D형 인격에 대한 국내 자료가 충분하지 않은 상황에서 우울증 환자들에서의 D형 인격의 여부를 확인하고 신체적 증상 호소에 영향을 주는 요인들을 평가하였다는 데에 의의가 있다. 향후 이러한 점들을 보완한 대규모 환자를 대상으로 한 종단 연구가 필요할 것이다.

## REFERENCES

- (1) Fava M. Somatic symptoms, depression, and antidepressant treatment. *J Clin Psychiatry* 2002;63:305-307.
- (2) Simon GE, VonKorff M, Piccinelli M, Fullerton C, Ormel J. An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *N Engl J Med* 1999;341:1329-1335.
- (3) Nelson JC, Charney DS. The symptoms of major depressive illness. *Am J Psychiatry* 1981;138:1-13.
- (4) Breslau N, Schultz LR, Stewart WF, Lipton RB, Lucia VC, Welch KM. Headache and major depression: is the association specific to migraine? *Neurology* 2000;54:308-313.
- (5) Currie SR, Wang J. Chronic back pain and major depression in the general Canadian population. *Pain* 2004;107:54-60.
- (6) Corruble E, Guelfi JD. Pain complaints in depressed inpatients. *Psychopathology* 2000;33:307-309.
- (7) Kroenke K, Price RK. Symptoms in the community. Prevalence, classification, and psychiatric comorbidity. *Arch Intern Med* 1993;153:2474-2480.
- (8) Nakao M, Yano E. Reporting of somatic symptoms as a screening marker for detecting major depression in a population of Japanese white-collar workers. *J Clin Epidemiol* 2003;56:1021-1026.
- (9) Hilderink PH, Burger H, Deeg DJ, Beekman AT, Oude Voshaar RC. The temporal relation between pain and depression: results from the longitudinal aging study amsterdam. *Psychosom Med* 2012;74:945-951.
- (10) Fritzsche K, Sandholzer H, Brucks U, Cierpka M, Deter HC, Härter M, Höger C, Richter R, Schmidt B, Larisch A, Wirsching M. Psychosocial care by general practitioners--where are the problems? Results of a demonstration project on quality management in psychosocial primary care. *Int J Psychiatry Med* 1999;29:395-409.
- (11) Barsky AJ, Wyshak G. Hypochondriasis and somatosensory amplification. *Br J Psychiatry* 1990;157:404-409.
- (12) Sayar K, Kirmayer LJ, Taillefer SS. Predictors of somatic symptoms in depressive disorder. *Gen Hosp Psychiatry* 2003; 25:108-114.
- (13) Sifneos PE. The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychother Psychosom* 1973;22:255-262.
- (14) Ryu SH. Quality of Life of Patients with Depressive Disorder Receiving Antidepressants: Relationship between Quality of Life and Alexithymia. *Korean J Psychopharmacol* 2009;20:316-324.
- (15) Duddu V, Isaac MK, Chaturvedi SK. Alexithymia in somatoform and depressive disorders. *J Psychosom Res* 2003;54:435-438.
- (16) Lee MS, Park YM, Lim HE, Song WH, Ahn JC, Kim SH, Lee BH, Han CS, Kim YK, Joe SH, Ko YH. Preliminary Study on the Standardization of Korean Version of Type D Personality Scale 14: Internal Consistency and Construct Validity. *Korean J Psychosomatic Medicine* 2007;15:81-87.
- (17) Denollet J, Sys SU, Brutsaert DL. Personality and mortality after myocardial infarction. *Psychosom Med* 1995;57:582-591.
- (18) Denollet J. Personality and coronary heart disease: the type-D scale-16(DS16). *Ann Behav Med* 1998;20:209-215.
- (19) Denollet J. Type D personality. A potential risk factor refined. *J Psychosom Res* 2000;49:255-266.
- (20) Habra ME, Linden W, Anderson JC, Weinberg J. Type D personality is related to cardiovascular and neuroendocrine reactivity to acute stress. *J Psychosom Res* 2003;55:235-245.
- (21) Denollet J, Vrints CJ, Conraads VM. Comparing Type D personality and older age as correlates of tumor necrosis factor-alpha dysregulation in chronic heart failure. *Brain Behavior and Immunity* 2008;22:736-743.
- (22) Mols F, Denollet J. Type D personality among noncardiovascular patient populations: a systematic review. *Gen Hosp Psychiatry* 2010;32:66-72.
- (23) Williams L, O'Connor RC, Howard S, Hughes BM, Johnston DW, Hay JL, O'Connor DB, Lewis CA, Ferguson E, Sheehy

- N, Grealy MA, O'Carroll RE. Type-D personality mechanisms of effect: the role of health-related behavior and social support. *J Psychosom Res* 2008;64:63-69.
- (24) Romppel M, Herrmann-Lingen C, Vesper JM, Grande G. Type D personality and persistence of depressive symptoms in a German cohort of cardiac patients. *J Affect Disord* 2012; 136:1183-1187.
- (25) Denollet J. DS14: standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and Type D personality. *Psychosom Med* 2005;67:89-97.
- (26) Lim HE, Lee MS, Ko YH, Park YM, Joe SH, Kim YK, Han C, Lee HY, Pedersen SS, Denollet J. Assessment of the type D personality construct in the Korean population: a validation study of the Korean DS14. *J Korean Med Sci* 2011;26:116-123.
- (27) Lee MS, Lim HE, Ko YH, Han C, Kim YK, Yang J, Kim JJ, Lee JE, Cha JY, Lee H. Characteristics of Type D personality in Korean adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2012; 21:699-706.
- (28) Grande G, Jordan J, Kümmel M, Struwe C, Schubmann R, Schulze F, Unterberg C, von Känel R, Kudielka BM, Fischer J, Herrmann-Lingen C. [Evaluation of the German Type D Scale(DS14) and prevalence of the Type D personality pattern in cardiological and psychosomatic patients and healthy subjects]. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2004;54:413-422.
- (29) Pedersen SS, Denollet J. Type D personality, cardiac events, and impaired quality of life: a review. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2003;10:241-248.
- (30) Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. *Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. JAMA* 1999;282:1737-1744.
- (31) Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med* 2001;16: 606-613.
- (32) Choi HS CJ, Park KH, Joo KJ. Standardization of the Korean version of patient health questionnaire-9 as a screening instrument for major depressive disorder. *J Korean Acad Fam Med* 2007;28:114-119.
- (33) Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosom Med* 2002;64:258-266.
- (34) 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.
- (35) Lee YH, Lim HD, Lee JY. Development and validation of the 20-item Toronto Alexithymia Scale(TAS-20K). *J Korean Neuropsychiatr assoc* 1996;35:888-899.
- (36) Kelly RH, Russo J, Katon W. Somatic complaints among pregnant women cared for in obstetrics: normal pregnancy or depressive and anxiety symptom amplification revisited? *Gen Hosp Psychiatry* 2001;23:107-113.
- (37) Chakraborty K, Avasthi A, Grover S, Kumar S. Functional somatic complaints in depression: An overview. *Asian J Psychiatr* 2010;3:99-107.
- (38) Stewart DE. Physical symptoms of depression: unmet needs in special populations. *J Clin Psychiatry* 2003;64:12-16.
- (39) Beck AT. *Depression. Clinical, experimental and theoretical.* New York: Harper&Row;1967.
- (40) Zhang Y, Li H, Zou S. Association between Cognitive Distortion, Type D Personality, Family Environment, and Depression in Chinese Adolescents. *Depress Res Treat* 2011;2011, article id:143045.
- (41) Ford CV. *The somatizing disorders.* Psychosomatics 1986; 27:327-331, 335-327.
- (42) Jung S, Oh DH, Lee S, Kim SH. The Study about the Construct Validity of Type D Personality Scale: With Normal College Students Group as a Data Base. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 2010;49:628-633.
- (43) Taylor GJ, Parker JD, Bagby RM, Acklin MW. Alexithymia and somatic complaints in psychiatric out-patients. *J Psychosom Res* 1992;36:417-424.
- (44) Ogrodniczuk JS, Sierra Hernandez C, Sochting I, Joyce AS, Piper WE. Type D personality and Alexithymia among psychiatric outpatients. *Psychother Psychosom* 2012;81:118-120.
- (45) Subic-Wrana C, Bruder S, Thomas W, Lane RD, Kohle K. Emotional awareness deficits in inpatients of a psychosomatic ward: a comparison of two different measures of alexithymia. *Psychosom Med* 2005;67:483-489.



**연구목적**

D형 인격(Type D personality)은 본래 심장 질환의 예후와 관련되는 성격 인자에 관한 연구에서 처음 제안되었고 이후 연구들에서는 다양한 내과적 질환들에서 D형 인격이 관련된다는 것을 보고하였다. 본 연구에서는 우울증 환자의 신체화 증상과 D형 인격의 관련성을 알아보려고 하였다.

**방 법**

우울 장애로 진단 받은 82명의 환자를 대상으로 D형 인격척도인 DS-14(Type D personality scale 14)를 사용하여 D형 인격 여부를 조사하였다. PHQ-9, PHQ-15(환자 건강 설문지, Patient health questionnaire-9,15)를 사용하여 우울증의 심각도와 신체화 경향에 대하여 평가하였고, TAS-20(한국판 토론토 감정표현불능증 척도, The Korean version of 20-item Toronto alexithymia scale)으로 감정표현불능증의 정도를 측정하였다. Student t-test와 선형 회귀분석을 시행하였고, 단계적(stepwise) 변수 추출을 통해 가장 설명력이 높은 모형을 선정하여 신체 증상에 영향을 미치는 요인을 확인하였다.

**결 과**

전체 대상자의 절반 이상(56%)이 PHQ-15에서 중증의 신체 증상을 호소하였고, 63.4%가 D형 인격으로 판정되었다. D형 인격군은 대조군에 비하여 PHQ-15 점수가 유의하게 높았다(PHQ-15 mean=12.7,  $p=8.2 \times 10^{-7}$ ). 회귀 분석에서 최종적으로 선정된 모형은 연령, PHQ-9, 그리고 DS-14의 하위영역인 NA가 포함된 모형이었으며, 이들 중 연령( $p=1.5 \times 10^{-3}$ )과 NA( $p=1.5 \times 10^{-7}$ )가 신체 증상에 가장 큰 영향을 주는 변인으로 분석되었다.

**결 론**

본 연구 결과는 D형 인격이 우울증 환자의 신체 증상 호소의 강력한 예측 인자임을 시사한다. 특히 사회적 억제 성향보다 부정적 정서 성향이 신체화 경향과 더 관련성이 깊었다는 결과는 기존의 신체화에 대한 이해, 즉 부정적 정서를 표현해내는 능력이 결여된 경우 이를 신체 증상으로 표출한다는 설명과는 다소 차이가 있는 것으로 보인다. 감정표현불능증이 유의한 예측인자가 아닌 것으로 나타났다는 결과 또한 이러한 차이와 관련된다. 그러나 사회적 억제 성향과 부정적 정서 성향( $r=0.65$ ), 감정표현불능증( $r=0.44$ ) 간에는 높은 상관 관계를 보였기 때문에 이를 고려한 대규모 연구가 필요할 것으로 생각된다.

**중심 단어** : D형 인격 · 신체 증상 · 우울증.