

우울장애의 불안, 신체화, 분노 증상과 정서조절방략과의 관계

조현주^{1,3} 전태연^{2,3} 채정호^{2,3} 우영섭^{2,3} 최정은³ 기백석¹ 임현우^{3,4}

¹중양대학교 병원 정신과

²가톨릭대학교 성모병원 정신과

³보건복지부 지정 우울증 임상연구센터

⁴가톨릭대학교 예방의학과

본 연구는 우울장애가 우울 증상 이외에 불안, 신체화, 분노와 같은 다양한 증상들을 포함하고 있는 장애 인지를 확인하고자 한다. 또한 우울장애 증상의 이질성이 성차와 정서조절방략과 어떻게 관련되는지를 조사하였다. 연구대상은 서울소재 C 대학병원 정신과 외래를 방문한 환자 중 정신과적 면담(DSM-IV)과 구조화된 임상면담(SCID-I)을 통하여, 우울장애로 진단된 56명(남: 22명, 여: 34명)의 환자들이다. 연구결과, 우울 증상은 불안, 신체화, 분노 증상, 부정 정서조절방략과 유의한 상관이 나타났다. 이중 우울 증상은 자기비난, 파국화의 정서조절방략이, 분노 증상은 파국화, 타인비난, 긍정 재평가의 정서조절방략에 의해 잘 예측되는 것으로 나타났다. 신체화는 파국화 정서조절방략에 의해 설명되었으나 통계적으로 유의하지 않았으며, 불안도 특정 정서조절방략과 두드러지게 관련되지 않았다. 성차와 관련하여, 남성은 여성에 비해 객관적 평정에서 우울 증상이 많이 나타난 반면, 주관적 평정에서는 여성이 남성에 비해 다소 높은 것으로 나타났다. 본 연구를 통하여 우울장애가 우울 증상 이외에 다양한 증상을 포괄하고 있으며, 이러한 양상이 정서조절방략 및 성차와 부분적으로 관련될 수 있음을 지지하였다. 마지막으로 본 연구의 의의 및 제한점과 향후 연구방향에 대해 논의하였다.

주요어 : 우울장애, 불안, 분노, 신체화, 정서조절방략, 성차

* 본 연구는 보건복지부 보건의료기술 진흥사업의 지원에 의하여 이루어진 것임(과제번호: A050047)

† 교신저자(Corresponding Author) : 전태연 / 가톨릭대학교 성모병원 정신과 / 서울시 영등포구 여의도동 62
TEL : 02-3779-1250 / FAX : 02-780-6577 / E-mail : tyjun@catholic.ac.kr

우울장애의 기본 증상은 우울한 기분 혹은 흥미나 즐거움의 상실이지만, 그 외에도 수면 장애, 정신성운동장애, 불안, 신체증상, 부정적 사고나 자살사고에 이르기까지 증상이 매우 다양하고 이질적이다(Koenig, et al, 1993; Kirmayer & Robbins, 1991). 우울장애는 연령에 따라 나타나는 증상의 양상도 다양하다. 흔히 소아기는 부모에게 집착하거나 불안 증상으로 나타나고, 청소년기는 성적의 저하, 물질 남용 및 무단가출 등의 행위 장애로 나타나는 경향이 있으며, 노년기는 기력 저하, 변비, 통증과 같은 신체 증상으로 많이 나타난다(Gaber, 2006; Mulsant & Ganguli, 1999). 우울장애에서 보이는 생장 증상(vegetative symptom)은 문화권에 상관없이 유사하게 나타나지만, 부정적 사고, 자기비하와 같은 인지 증상은 서양에서 많이 나타나고, 동양이나 아랍권에서는 인지 증상보다는 변비, 식욕상실, 두통, 복부 통증, 어깨 결림과 같은 신체 증상이 더 많이 나타난다고 설명한다(Marsella, 1979). 이러한 현상은 문화권마다 우울장애가 달라서 그런 것이 아니라, 워낙 우울장애 자체가 다양한 이질적인 증상을 포함하기 때문에 증상 지각이나 증상 표현의 차이에서 비롯된다. 이처럼 우울장애는 다양한 양상으로 나타나기 때문에 환자들이 주관적으로 호소하는 증상에만 초점을 맞추게 된다면, 잘못 진단하거나 우울장애의 핵심을 놓칠 수 있다. 따라서 우울장애를 정확하게 이해하기 위해서는 특징적인 우울 증상 이외에 자주 동반하는 다양한 증상들이 무엇인지 또 사람마다 왜 다르게 나타나는지를 이해할 필요가 있다.

임상장면에서 우울장애 환자들은 우울 증상 이외에 정신성 운동초조나 주관적인 좌불안석 등의 불안 증상을 자주 호소한다. 경험

적 연구에 따르면, 생리전불쾌장애(Premenstrual Dysphoric Disorder; PMDD)나 산후우울장애(postpartum depression) 그리고 비전형우울장애에서 강한 불안, 정신성 운동초조, 공포증이 잘 나타난다고 한다(Halbreich & Kahn, 2006). 전통적으로 우울과 불안은 이론적 개념이 서로 다르다고 제안되어 왔지만, 임상적으로 우울과 불안은 자주 중복되어 나타나고, 우울장애와 불안장애의 동반이환율도 높다고 보고되고 있다(Fava et al, 2000). 따라서 일부 학자들은 우울장애나 불안장애의 진단 기준을 모두 충족하지 못하지만, 우울과 불안이 공존하는 불안-우울 혼합형을 하나의 장애로 간주할 수 있다고 주장하기도 한다(Barlow & Campell, 2000). 그러나 우울장애나 불안장애로 진단되지 않는 불안-우울 혼합형 환자를 1년간 추적 조사한 연구에서, 이들이 불안-우울 혼합형으로 재진단되는 비율(85명중 1명)이 거의 없는 것으로 나타났다(Barkow et al, 2004). 더욱이, 1년 후 이들 대부분이 주요 우울장애로 재진단되는 비율이 높은 것으로 나타났다. 즉 우울장애에서 일시적으로 불안이 강하게 나타날 수 있으며, 이것이 우울장애의 본질적인 특징일 수 있음을 시사하였다. 또한 주요 우울장애 환자들 중, 여성이 남성보다 정신성 운동초조, 신체화와 불안을 더 많이 경험하는 것으로 보고되는 바(Frank, Carpenter, & Kupfer, 1988), 증상 경험에 성차가 있음을 나타내었다.

그리고 우울장애는 우울 증상 이외에 생장 증상을 포함하여 통증, 피로, 허약함 같은 다양한 신체 증상을 동반한다(Clark, Cavanaugh, & Gibbons, 1983). 실제로 우울장애 환자의 27%에서 통증을 호소하고, 지역사회 병원을 방문하는 우울장애 환자의 69%가 신체화를 호소하는 것으로 나타났다(Katon, Kleinman, &

Rosen, 1982; Simon, Korff, & Piccinelli, 1999). 이러한 현상은 우울장애가 가지고 있는 병태생리학적 혹은 정신병리학적 장애의 본질적인 특징이기도 하다. 또한 우울장애에서 신체화 증상을 많이 보고하는 사람은 다양한 우울증상들 중 생장 증상만을 선택적으로 지각하거나, 우울증상을 신체화로 표현하는 개인적인 특성의 차이라는 지적도 있다(Katon et al, 1982). 우울한 사람들이 자기 내부에 주의를 기울이기 때문에 신체 증상에 과도하게 초점을 맞추거나, 신체 감각을 증폭하여 해석하거나 혹은 파국적으로 해석하는 경향이 있다는 것이다(Barsky, Wyshak & Klerman, 1990; 정한용, 박준호, 이소영, 2004). 따라서 우울장애의 신체화는 정서를 처리하고 감정을 표현하는데 어려움이 있는 사람이나 감정표현불능증(alexithymia) 및 분노억제와 관련이 높다고 한다(Sayar, Kirmayer, & Taillerfer, 2003; Koh, 2003). 또한 여성이 남성보다 식욕, 수면 장애, 피로와 같은 신체 증상을 더 많이 경험한다는 보고도 있다(Wenzel, Steer, & Beck, 2005).

우울장애에서 불안이나 신체화가 자주 동반되는 것처럼, 분노 증상도 우울장애와 관련성이 매우 높다. 역사적으로 정신 분석가들은, 우울장애는 애착되었던 대상에게 사랑과 양립할 수 없는 증오 감정을 내사화(introjection)하거나, 그 사람에 대한 분노를 부인, 억제 혹은 억압할 때 일어난다고 설명하였다. 이후 여러 연구에서 우울장애와 분노 증상과의 관련성이 보고되었다. 최근에는 우울장애 환자들의 약 37%에서 심한 짜증스러움을 나타내며(Snaith & Taylor, 1985), 공황 발작과 유사한 생리적 특징을 동반하는 갑작스런 분노 발작을 나타낸다고 보고되고 있다(Fava, Anderson, & Rosenbaum, 1990). 또한 우울 환자들은 정상인에 비해 분

노의 표현을 두려워하고, 분노와 관련한 생각이나 감정을 억제하는 분노억제(anger-in)와 관련이 높은 것으로 보고되고 있다(최성일, 김중술, 신민섭, 조맹제, 2001). 뿐만 아니라 분노가 많은 우울장애 환자들은 그렇지 않은 우울장애 환자들에 비해 분노를 많이 억압하고 두통과 같은 신체화 증상도 더 많이 호소하는 것으로 나타났다. 즉 분노를 억압하면 교감신경계가 활성화되어 억압하지 않는 사람에 비해 더 큰 생리적인 반응을 보이게 되며, 이것이 결국 신체화 증상으로 연계된다고 설명하고 있다(Pennebaker, 1988).

이처럼 우울장애는 우울 증상 이외에 불안, 신체화, 분노 증상과 매우 밀접하게 관련되어 있음을 알 수 있다. 그럼에도 불구하고 기존 연구들은 우울장애 안에서 이들 변인의 관계성을 총체적으로 고려하기 보다는, 우울과 불안, 우울과 신체화 혹은 우울과 분노 증상과의 관계로 각기 분리하여 설명하거나 성별에 따라 나타나는 증상이 다를 수 있음을 간과하였다. 일반적으로 우울, 슬픔, 불안, 분노 등의 개별 정서들은 각 정서마다 감정, 사고, 행동 및 반응경향성을 가지며, 특정 정서를 경험할 때 그 정서를 조절하는 방략에 따라 정서경험이 달라질 수 있다고 한다(Roseman, Wiest, & Swartz, 1994; 박동건, 조현주, 최대정, 2004). 그럼에도 불구하고 그동안 우울과 신체화 혹은 우울과 분노의 관계를 조사한 연구는 주로 분노억제(anger in)와 같은 특정 정서조절방략에 국한하여 설명되어 왔다(Bridewell & Chang, 1997; Pilowsky & Spence, 1976). 그러나 우울장애는 증상이 다양한 만큼 특정 정서조절이 아닌 전반적인 부정 정서(negative emotion)를 조절하는 방략과 관련될 수 있다. Thompson(1991)은 스트레스 상황이나 위협적인 상황에서 생리적

으로 각성되어 정서적인 불편감을 경험하게 되는데, 이때 인지적으로 자신의 정서를 조절하는 전략을 정서조절방략이라고 정의한 바 있다. 최근 Garnefski와 Kraaij 및 Spinhoven (2001)은 정서조절과 관련되는 대처 과정을 폭넓게 포괄하여 인지 정서조절 질문지(The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire; CERQ)를 개발하였다. 정서조절방략은 크게는 긍정 정서조절방략과 부정 정서조절방략으로 나뉘지만, 총 9개의 요인으로 구성되어 있다. 부정 정서조절방략은 어떠한 경험이든 자기 자신을 비난하는 생각들과 관련되는 자기비난(self-blame), 환경 혹은 타인을 비난하는 생각과 관련되는 타인비난(other-blame), 부정적 사건과 연관된 감정과 생각에만 집중하는 반추(rumination), 어떠한 경험이든 두려움에 집중하는 생각들과 관련되는 파국화(catastrophizing)가 해당된다. 긍정 정서조절방략으로는 다른 사건과 비교하면서 현재 사건의 심각한 측면을 간과하는 관점의 전환(putting into perspective), 실제 사건을 생각하는 대신에 즐겁고 유쾌한 생각을 하는 긍정 재초점(positive refocusing), 사건의 긍정적인 의미를 찾아내는 생각과 관련되는 긍정 재평가(positive reappraisal), 어떠한 경험이나 사건이든 자신이 행복해지도록 수용하고 받아들이는 생각과 관련하는 수용(acceptance), 부정적 사건을 앞으로 어떻게 조절하고 다음에 어떤 단계를 밟아갈지를 구체적으로 생각하는 계획 재초점(refocus on planning)으로 구성되어 있다.

정서조절방략과 특정 정서 및 증상과의 관련성을 살펴보면, Garnefski와 Kraaij 및 Spinhoven (2001)이 대학생들을 대상으로 불쾌한 사건에 직면했을 때 어떤 방식으로 정서를 조절하는지를 묻고 5개월 후 그들의 우울과 불안을 측정

한 연구가 있다. 그 결과, 반추와 자기비난, 파국화 정서조절방략은 우울 및 불안과 상관이 있는 것으로 나타났고, 일상생활의 부적응과 관련되었다. 반면, 긍정 재평가, 관점의 전환, 수용의 정서조절방략은 특정 증상과 관련되지 않았으나, 적응적인 방략으로 나타났다. 이후 청소년, 성인 및 노인 정상 집단과 정신과 환자 집단을 대상으로 한 연구에서도, 반추와 파국화 정서조절방략은 우울 증상과 상관이 있었으며, 노인을 제외한 모든 집단에서 자기비난이 우울 증상과 상관이 높은 것으로 나타났다(Garnefski & Kraaij, 2006). 또한 대학생들을 집단으로 한 연구에서 자기비난, 반추, 파국화 정서조절방략은 우울과 불안을 예측하고, 파국화, 반추, 긍정적 재평가 정서조절방략은 분노와 관련되는 것으로 보고되고 있다(Ryan, Martin & Dahlen, 2005). 이들의 연구는 주로 일반인을 대상으로 한 연구결과이지만, 정서조절방략에 따라 다양한 증상이 나타날 수 있음을 제시하는 것이다. 성차와 정서조절방략과의 관계는 뚜렷하지 않지만, 일찍이 Nolen-Hoeksema(1991)은 불쾌한 경험을 할 때 여성이 남성에 비해 반추를 많이 사용하기 때문에 효율적인 문제해결을 방해하여 우울증에 취약하다고 보고한 바 있다. Ryan 등(2005)의 연구도, 남성이 정서조절방략 중 타인비난을 많이 사용하는 것으로 나타난 반면 여성은 반추, 파국화 뿐만 아니라 긍정적 재평가, 계획 재초점 정서조절방략을 많이 사용하는 것으로 나타나, 정서조절방략에 성차가 관련될 수 있음을 시사하였다.

본 연구는 선행 연구에 기초하여 다음과 같은 목적으로 조사되었다. 첫째 구조화된 임상면담을 통해 우울장애로 진단된 환자를 대상으로 우울 증상이 불안, 신체화, 분노 증상 그

리고 정서조절방략과 관련성이 있는지 알아보 고자 하였다. 둘째 정서조절방략 중 어떠한 방략이 우울, 불안, 신체화, 분노 증상을 잘 예측해 줄 수 있는지 알아보고자 하였다. 셋째 우울장애에 동반하는 다양한 증상들과 정서조절방략에서 성차가 존재하는지를 살펴보고자 한다.

연구방법

연구대상 및 절차

본 연구는 2006년 2월부터 12월까지 C 대학 병원 정신과에 내원한 외래 환자를 대상으로 조사하였다. 연구 대상자는 18세 이상의 성인이며, 선정기준 및 배제기준을 만족시키면서 연구의 취지에 동의하고 자발적으로 참여한 분들이다. 선정기준으로는 정신과 전문의가 임상적인 면담(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition; DSM-IV)에 의해, 주요 우울장애(Major Depressive Disorder), 기분 부전장애(Dysthymic Disorder), 달리 분류되지 않은 우울장애(Depressive Disorder, Not Otherwise Specified)로 진단하고, 임상경력 10년 차 정신보건 임상심리사가 정신과적 진단에 대한 구조화된 임상 면담(The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders; SCID-I)으로 동일하게 진단된 환자들이다. 배제기준으로는 정신병적 상태를 동반한 우울장애, 의학적 상태로 인한 우울장애, 기질성 장애, 양극성장애, 그리고 우울장애와 동반이환율이 높은 불안장애, 신체화장애 그리고 불안장애와의 공존장애를 제외하였다.

연구에 참여한 환자는 62명이었으나 누락된

자료 6명을 제외하고, 총 56명의 자료가 분석에 사용되었다. 성별은 남자 22명, 여자 34명이고, 평균 연령은 40.86세이다. 환자들은 신환이 48명, 추적 관찰 중인 환자 8명(치료기간 평균: 4.75년)이었다. 진단적으로는 주요 우울장애 27명, 기분 부전장애 4명, 달리 분류되지 않은 우울장애 25명이다.

측정 도구

한국판 헤밀턴 우울증 척도 17문항(The Hamilton Depression Scale-17 -Korean Version)

Hamilton(1960)이 반구조화된 면담을 통해 우울 증상의 심도를 평가하도록 만든 질문지로, 총 17문항에 5점 척도로 구성되었다. 본 연구에서는 김창윤(2001)이 번역하여 신뢰도 및 타당도를 검증한 것을 사용하였다.

백 우울증 질문지 2판(The Beck Depression Inventory-Second Edition; BDI-II)

Beck과 Steer 및 Brown(1996)이 우울 증상의 정도를 측정하기 위해 개발한 척도를, 보건복지부 지정 우울증 임상연구센터 2세부의 김정범 팀에서 번역(2006)한 것을 사용하였다. 백 우울증 질문지 2판은 우울증의 인지적, 정서적, 동기적, 신체적 증상 영역을 포함하는 21 문항으로 구성되었으며, 여러 연구에서 신뢰도 및 타당도가 검증되었다(Storch, Roberti, & Deborah, 2004; Viljoen, Lverson, Griffiths & Woodward, 2003). 본 연구에서 내적 일치도는 .90으로 매우 높게 나타났다.

인지정서조절 질문지(The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire; CERQ)

Garnefski와 Kraaij 및 Spinhoven(2001)이 정서

조절과 관련한 인지적 대처방략을 측정하기 위해 개발한 질문지로, 총 36문항의 5점 척도로 구성되어 있다. 이를 연구자들(심리학 박사 1명, 정신과 전문의 2명)이 각자 번역한 뒤 토의를 통해 한국 실정에 맞게 문항을 교정한 것으로 사용하였다. CERQ는 9개 요인으로 구성되어 있으며, 요인 별 신뢰도는 .68-.93으로 매우 높고 수렴 및 변별 타당도도 높은 것으로 알려져 있다(Granefski et al, 2001; Kraaij, et al, 2003). 본 연구에서 요인 분석은 단일 주축 분해(Prinical Axis Factoring)를 실시하였고, 총 9요인이 추출되었다. 그러나 ‘관점의 전환’이라고 명명할 수 있는 요인이 한 문항만 추출되어 의미가 유사한 긍정적 재평가 요인에 묶여 총 8요인으로 만들었으며, 이들의 총 설명량은 78%로 매우 높게 나타났다. 각 요인들의 내적 일치도는 자기비난 $\alpha = .79$, 수용 $\alpha = .82$, 파국화 $\alpha = .84$, 긍정 재조점 $\alpha = .84$, 계획 재조점 $\alpha = .90$, 긍정 재평가 $\alpha = .79$, 반추 $\alpha = .60$, 타인비난 $\alpha = .82$ 로 유의하게 나타났다.

한국판 증상 질문지(The Symptoms Questionnaire-Korean Version; SQ-K)

Kellner(1987)가 개발한 증상질문지를 최윤경과 김지연 및 김용구(2002)가 번역하고 신뢰도 및 타당도를 검증한 질문지를 사용하였다. 증상 질문지는 정신과 환자들이 흔히 호소하는 우울, 불안, 분노, 신체화를 측정할 수 있는 것으로, 총 92문항에 예, 아니오로 응답하도록 구성되어 있다. 4개의 각 척도는 23문항으로 되어 있고 이들은 다시 17문항의 각 증상과 6문항의 안녕감 하위 척도로 구성되어 있다. 한국판 증상질문지는 검사-재검사 신뢰도 .51-.65, 내적 일치도 .68-.80이었고, 우울(BDI), 불안(STAI)을 비롯하여 다른 증상들(SCL-90-R)

과 공존 타당도를 보였다. 본 연구에서 우울 증상, 불안 증상, 분노 증상, 신체화 증상의 내적 일치도는 .68 -.83에 해당하였다.

자료 분석

우울 증상이 불안, 신체화, 분노 증상, 정서 조절방략과 관련되는지 알아보기 위해 상관 분석(Correlation)을 실시하였다. 또한 어떠한 정서조절방략이 우울 증상, 불안, 신체화, 분노 증상을 잘 예측하는지를 알아보기 위해, 중다 회귀 분석(Multiple Regression; enter 방식)을 실시하였다. 마지막으로 우울장애의 다양한 증상들과 정서조절방략 간에 성차가 존재하는지를 알아보기 위해, 집단간 차이 검증(Independent Samples T-test)을 실시하였다. 통계분석은 SPSS 12.0 version을 사용하였으며, 유의수준은 $P < .05$ 이하로 기술하였다.

결 과

인구통계학적 특징

우울장애 환자들의 인구통계학적 자료는 표 1과 같다. 환자들은 여자가 34명(60.7%) 그리고 남자가 22명(39.3%)으로 여자가 많았고, 평균 연령은 40.86세(표준편차± 15.48)의 중년기 성인들이다. 결혼상태로는 기혼 27명(48.2%), 미혼 22명(39.3%)이었고, 기타 7명(12.5%)이며, 학력은 대부분 고졸 이상(38명; 67.9%)으로 나타났다. 정신과적 가족력은 없는 경우(39명; 69.6%)가 있는 경우(17명; 30.4%)보다 많았고, 과거 우울삽화도 없는 경우(36명; 64.3%)가 있는 경우(20명; 35.7%)보다 많았으며, 자살 기도

표 1. 인구통계학적 자료

변인	범주	사례수 (빈도%)	평균 (표준편차)
나이			40.86(15.48)
성별	남	22(39.3)	
	여	34(60.7)	
결혼상태	기혼	27(48.2)	
	미혼	22(39.3)	
	배우자	2(3.6)	
	사망	1(1.8)	
	별거	2(3.6)	
	이혼	2(3.6)	
	재혼		
학력	초졸	5(8.9)	
	중졸	7(12.5)	
	고졸	22(39.3)	
	대졸	15(26.8)	
	석사졸	1(1.8)	
정신과적 질병 유무	유	17(30.4)	
	무	39(69.6)	
과거 우울 삽화 유무	유	20(35.7)	최초 진단나이; 40.18(15.60)
	무	39(69.6)	
자살기도 횟수	유	4(7.1)	
	무	52(92.9)	

역시 없는 경우(52명; 92.9%)가 있는 경우(4명; 7.1%)보다 많은 것으로 나타났다.

우울증상과 불안, 신체화, 분노 증상, 정서조절
방략과의 관계

우울증상과 신체화, 분노 증상 그리고 정서

조절방략과의 상관 결과는 표 2와 같다. 우울 증은 우울 증상 $r=.83(p < .01)$ 을 비롯하여 불안 증상 $r=.67(p < .01)$, 신체화 증상 $r=.65(p < .01)$, 분노 증상 $r=.66(p < .01)$ 과 높은 정적 상관을 나타내었다. 다양한 증상들과 정서조절방략과의 관계에서, 우울 증상은 자기비난 $r=.37(p < .01)$, 과국화 $r=.50(p < .01)$ 반추 $r=.37(p < .01)$ 타인비난 $r=.28(p < .01)$ 같은 부정 정서조절과 상관이 높은 것으로 나타났다. 반면 수용 $r=-.09$, 긍정 재초점 $r=-.25$, 계획 초점 $r=-.02$, 긍정 재평가 $r=-.20$ 같은 긍정 정서조절은 통계적으로는 유의하지 않았으나, 부적 상관을 보였다. 불안은 과국화 $r=.43(p < .01)$, 타인비난 $r=.39(p < .01)$, 부정 정서조절 $r=.49(p < .01)$ 과 상관을 보인 반면, 긍정 재초점 $r=-.37(p < .01)$, 긍정 재평가 $r=-.34(p < .01)$, 긍정 정서조절 $r=-.27(p < .01)$ 과는 부적 상관을 나타내었다. 신체화는 과국화 $r=.45(p < .01)$, 반추 $r=.28(p < .05)$, 타인비난 $r=.30(p < .05)$, 부정 정서조절 $r=.46(p < .01)$ 과 유의한 상관이 나타났고, 분노는 과국화 $r=.58(p < .01)$, 긍정 재평가 $r=-.32(p < .05)$, 반추 $r=.28(p < .05)$, 타인비난 $r=.45(p < .01)$ 그리고 부정 정서조절 $r=.55(p < .01)$ 과 상관이 나타났다. 긍정 정서조절은 불안과는 부적 상관 $r=-.27(p < .05)$ 을 보인 반면, 수용 $r=.70(p < .01)$, 긍정 재초점 $r=.70(p < .01)$, 계획 재초점 $r=.71(p < .01)$, 긍정 재평가 $r=.81(p < .05)$ 과 정적 상관을 보였다. 부정 정서조절은 우울 $r=.52(p < .01)$, 불안 $r=.49(p < .01)$, 신체화 $r=.49(p < .01)$, 분노 $r=.55(p < .01)$, 자기비난 $r=.53(p < .01)$, 과국화 $r=.89(p < .01)$, 반추 $r=.75(p < .01)$, 타인비난 $r=.62(p < .01)$ 과 정적 상관을 보였다. 반면 수용 $r=-.39(p < .01)$, 긍정 재초점 $r=-.30(p < .01)$ 과는 부적 상관을 나타내었다.

표 2. 우울증상, 불안, 신체화, 분노 증상, 정서조절방략과의 상관

변인	Mean (SD)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1 BDI 점수	28.16 (11.74)														
2 우울 (Dep)	9.87 (4.58)	.829**													
3 불안 (An)	10.77 (4.83)	.674**	.687**												
4 신체화 (Som)	9.17 (4.92)	.649**	.623**	.569*											
5 분노 (Ang)	7.92 (5.29)	.657**	.637**	.606**	.672**										
6 자기비난 (Sb)	8.51 (3.84)	.367**	.349**	.241	.204	.119									
7 수용 (Acc)	15.50 (5.18)	.085	.220	.020	.223	.070	.466**								
8 파국화 (Cat)	13.53 (5.93)	.497**	.455**	.433**	.445**	.576**	.273*	-.274*							
9 긍정재초점 (Pref)	9.0 (4.55)	-.247	-.271*	-.370**	-.134	-.175	-.196	.154	-.245						
10 계획재초점 (Rep)	11.30 (3.74)	-.019	-.067	.021	-.091	.026	.106	.456**	.162	.357**					
11 긍정재평가 (Pre)	13.98 (4.97)	-.203	-.215	-.344**	-.135	-.320*	.146	.376**	-.064	.569**	.387**				
12 반추 (Rum)	4.35 (2.25)	.366**	.363**	.250	.281*	.278*	.268*	.232	.693**	-.069	.213	.085			
13 타인비난 (Ob)	7.26 (3.98)	.273**	.283*	.386**	.296*	.452**	.005	.128	.403**	-.237	.134	-.162	.287*		
14 긍정조절 (P-Rel)	48.78 (13.53)	-.230	-.204	-.269**	-.134	-.172	.196	.699**	.044	.703**	.714**	.810**	.156	-.053	
15 부정조절 (N-Rel)	33.67 (11.44)	.549**	.523**	.489**	.458**	.550**	.532**	-.389**	.887**	-.289*	.208	-.024	.746**	.616**	.101

* $p < .05$, ** $p < .01$.

BDI(Beck Depression Inventory); Dep(Depression in SQ-K); An(Anxiety in SQ-K); Som(Somatization in SQ-K); Ang(Anger in SQ-K); Sb(Self blame in CERQ); Acc(Acceptance in CERQ); Cat(Catastrophizing in CERQ); Pref(Positive refocusing in CERQ); Rep(Refocus on planning in CERQ); Pre(Positive reappraisal in CERQ); Rum(Rumination in CERQ); Ob(Other blame in CERQ) P-Rel(Positive Cognitive Emotion Regulation in CERQ); N-Rel(Negative Cognitive Emotion Regulation in CERQ).

정서조절방략과 우울, 불안, 신체화, 분노 증상

정서조절방략과 우울, 불안, 신체화 및 분노 증상과의 관계는 몇몇 연구에서 보고되고 있으나, 아직 그 관계가 뚜렷하지는 않다. 따라서 중다 회귀분석은 탐색적인 의미에서 정서조절방략 모든 변인들(자기비난, 수용, 파국화, 긍정 재초점, 계획 재초점, 긍정 재평가, 반추, 타인비난, 긍정 정서조절, 부정 정서조절)을 투입하는 enter 방식을 이용하였으며, 그 결과는 다음과 같다(표 3, 4). 정서조절방략은 우울을 38%나 설명하였으며, 정서조절방략 중 자기비난($\beta=.37, p<.01$)과 파국화($\beta=.38, p<.01$)가 우울증상을 가장 잘 설명하는 것으로 나타났다. 다음으로 정서조절방략은 분노 증상을 51%나 설명하였으며, 이중 파국화 ($\beta=.64, p<.01$), 긍정 재평가 ($\beta=.37, p<.01$), 타인비난 ($\beta=.27, p<.01$) 순으로 분노를 잘 설명하는 것으로 나타났다. 신체화는 정서조절방략의 회귀모델에서 유의하게 설명되지 않았으나 ($R^2=.27, p<.053$), 독립변인의 상대적 설명력으

로는 파국화($\beta=.39$)가 높게 나타나, 신체화를 설명할 수 있음을 시사하였다. 또한 불안은 정서조절방략의 회귀모델로는 설명되나($R^2=.37, p<.001$), 특정 정서조절방략에 의해서는 유의하게 설명되지 않았다.

성차와 우울, 불안, 신체화, 분노 증상 그리고 정서조절방략

우울, 불안, 신체화, 분노 증상 그리고 정서조절방략 간에 성차가 있는지 알아보기 위해 차이검증(t)을 실시하였다(표 5). 아래에 나타난 바와 같이, 객관적인 평가자 평정에 의해 우울증상을 평가한 결과에서는 남성이 여성에 비해 높은 우울 점수($t=2.108, p<.05$)를 보였다. 반면 주관적 보고에 의한 우울 증상 점수는 통계적으로 유의하지는 않지만, 여성이 남성에 비해 다소 높게 나타났다. 그 외 불안, 신체화, 분노 증상 및 정서조절방략 간에 성차는 통계적으로 유의하지 않았다. 그러나 여성이 남성에 비해 불안, 신체화 증상 점수가 다소 높고, 정서조절방략 중에는 반추, 타인비난, 부정 정서조절이 다소 높게 나타났다. 반면 남성은 여성에 비해 정서조절방략 중 긍정 재초점과 긍정 재평가 점수가 다소 높은 것으로 나타났다.

표 3. 정서조절방략이 우울 증상에 미치는 영향

독립변수	R ²	F	SE β	t
자기비난	.377	.3551***	.372**	2.598
파국화			.379**	2.155

** $p<.01$, *** $p<.001$.

표 4. 정서조절방략이 분노 증상에 미치는 영향

독립변수	R ²	F	SE β	t
파국화	.512	6.156***	.637***	4.099
타인비난			.269*	2.302
긍정재평가			-.373**	-2.730

* $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$.

논 의

본 연구는 우울장애가 우울 증상 이외에 불안, 신체화, 분노와 같은 다양한 증상들을 동반하는 장애인지를 확인하고자 하였다. 또한 우울장애에서 보이는 다양한 증상들이 정서조절방략과 성차와 관련될 수 있는지를 조사하

표 5. 성차에 따른 우울, 불안, 신체화, 분노 증상과 정서조절방략의 차이

변인	여성	남성	t
	Mean SD	Mean SD	
평가자 평정 우울(HAMD-17)	14.70(5.31)	18.09(7.28)	2.108*
주관적 평정 우울(Dep)	10.00(4.45)	9.68(4.88)	.251
불안(An)	11.31(5.67)	10.41(4.45)	.668
신체화(Som)	9.68(5.82)	8.85(4.31)	.611
분노(Ang)	7.94(5.05)	7.90(5.75)	.022
자기비난(Sb)	8.50(3.38)	8.55(4.55)	.043
수용(Acc)	15.73(5.58)	15.14(4.61)	.439
과극화(Cat)	13.82(5.86)	13.09(6.14)	.448
긍정재조점(Pref)	8.88(4.62)	9.18(4.54)	.239
계획재조점(Rep)	11.35(4.25)	11.22(2.87)	.132
긍정재평가(Pre)	13.53(4.90)	14.68(5.12)	.844
반추(Rum)	4.59(1.84)	4.20(2.49)	.621
타인비난(Ob)	8.00(4.24)	6.14(3.34)	1.830
긍정정서조절(P-Rel)	49.50(14.71)	50.22(11.80)	.204
부정정서조절(N-Rel)	34.53(10.63)	31.99(12.75)	.688

* $p < .05$.

HAMD-17(Hamilton Depression Scale); Dep(Depression in SQ-K); An(Anxiety in SQ-K); Som(Somatization in SQ-K); Ang(Anger in SQ-K); Sb(Self blame in CERQ); Acc(Acceptance in CERQ); Cat(Catastrophizing in CERQ); Pref(Positive refocusing in CERQ); Rep(Refocus on planning in CERQ); Pre(Positive reappraisal in CERQ); Rum(Rumination in CERQ); Ob(Other blame in CERQ) P-Rel(Positive Cognitive Emotion Regulation in CERQ); N-Rel(Negative Cognitive Emotion Regulation in CERQ).

고자 하였다.

먼저 우울장애의 본질적인 특징을 이해하기 위해, 정신과적 면담과 구조화된 임상 면담을 통해 우울장애로 진단된 환자만을 대상으로 삼았다. 우울장애와 관계가 많은 다른 정신과적 장애, 예를 들면 불안장애, 신체화장애 및 불안장애와의 공존장애는 연구에서 배제하였다. 우울장애 환자에서 우울 증상은 불안, 신

체화, 분노 증상과 높은 상관을 보이며, 우울 증상 이외에 다른 이질적인 증상들을 수반하는 것으로 나타났다. 또한 우울장애에서 나타나는 다양한 증상들이 특정 정서조절방략과 관련성이 있는지를 조사한 결과, 이들 증상 모두가 부정 정서조절방략과 상관이 매우 높은 것으로 나타났다. 사람들은 어떤 상황에서 경험되는 정서를 인지적인 방략으로 조절하게

되는데, 이때 어떠한 방략을 사용하느냐에 따라 경험되는 정서가 다양하다고 보고하고 있다(Folkman & Moskowitz, 2004). 본 연구에서, 자기비난, 반추, 타인비난, 파국화 정서조절방략은 우울과 불안 증상과 상관되어 나타났고, 자기비난을 제외하고 반추나 타인비난, 파국화는 또 신체화나 분노 증상과도 상관성이 높은 것으로 나타났다. 이러한 결과는 우울과 불안이 자기비난, 반추, 파국화와 관련되고(Garnefski, Boon, & Kraaij, 2003), 반추, 파국화, 타인비난이 분노와 관련된다는 다른 연구결과(Beck, 1999)와 일치한다. 그러나 본 연구에서는 반추, 파국화, 타인비난 정서조절방략이 신체화와의 상관성이 높은 것으로 나타나, 이들 정서조절방략이 다양한 증상경험과 관련되고 나아가 부적응적인 정서조절방략일 수 있음을 시사하였다.

나아가 정서조절방략 중 자기비난과 파국화가 우울 증상을 가장 잘 예측하는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 우울 증상이 어떠한 부정적인 사건을 경험하였을 때 문제의 원인을 자기 자신에게로 돌리고 스스로를 탓하거나 사건의 부정적인 측면을 두렵게 지각하는 것과 관련된다는 것을 의미한다. 또한 파국화, 긍정적 재평가, 타인비난 정서조절방략은 분노를 잘 예측하는 것으로 나타났다. 즉 자신의 경험 중 긍정적인 부분은 간과한 채 부정적인 부분을 확대하여 두렵게 지각하거나 이러한 원인을 상황이나 타인의 탓으로 돌리게 되면 분노경험을 많이 하게 되는 것으로 볼 수 있다. 본 연구에서 파국화는 우울 증상 뿐만 아니라 분노 증상을 잘 예측하였으며, 통계적으로 유의하지는 않았으나 신체화와도 관련성이 높은 것으로 나타나, 파국화가 이들 증상을 설명하는 중요한 심리적 기제일 수 있음

을 시사하였다. 즉 기본적으로 우울장애가 핵심으로 깔려 있지만, 파국화와 같은 특정 정서조절방략을 통해 우울 증상 이외에 분노나 신체화와 같은 다양한 증상으로 표현되는 것은 아닌가 생각해 보아야 할 것이다. 여기서 파국화는 불쾌한 부정적 사건에 압도되어 매우 끔찍한 것으로 지각하고 이에 몰두하는 것으로, 정신병리 증상에 취약해질 수 있는 방략이라고 볼 수 있다. 또한 파국화는 분노 경험을 공격적으로 표현하는 것과 관련된다는 보고도 있다(Beck, 1999; Deffenbacher, 1996). 따라서 우울장애 환자들이 분노 경험을 확대해석함으로써 분노감을 강하게 경험하게 되고, 이러한 감정의 부정적인 측면에 과도하게 집착하여 생리적 각성이 높아지게 되면서 결국에 우울 증상뿐만 아니라 신체화 증상까지도 영향을 주는 것은 아닌가 생각해 볼 수 있겠다. 이러한 면은 우울장애 환자들이 분노 증상을 많이 동반하게 되며(Fava et al, 1990), 분노를 억압하면 교감신경계가 활성화되어 신체화 증상을 경험하게 하게 되며(Pennebaker, 1988), 또 분노 억제가 우울증상과 관련된다는 연구(Koh, 2003)들과 일치하는 면이 있다. 한편 불안 증상은 자기비난, 반추, 파국화, 타인비난과 같은 부정 정서조절방략과 상관성이 높게 나타났지만, 특정 정서조절방략에 의해 잘 설명되지 않는 것으로 나타났다. 따라서 불안 증상은 특정 정서조절방략과 관련되는 것이 아니라, 여러 부정적인 정서조절방략을 동시에 사용함으로써 경험되는 증상일 수 있다. 즉 불쾌한 정서 경험을 했을 때 부정적인 측면에 몰두하여 극단적으로 해석하고 그러한 결과에 대해 스스로를 비난하는 동시에 타인을 비난하는 이중적인 태도가 불안 증상과 관련될 수 있는 가능성을 고려해 보아야 할 것

이다.

마지막으로 본 연구는 우울장애에서 나타나는 다양한 증상들이 성차와 관련될 수 있는지도 성차에 따라 자주 사용되는 정서조절방략이 있는지를 조사하였다. 본 연구에서 우울, 불안, 신체화 및 분노 증상과 정서조절방략 간에 성차는 뚜렷하게 나타나지 않았다. 그러나 매우 특징적인 것은, 남성은 여성에 비해 주관적으로는 우울 증상을 많이 호소하지 않았지만 객관적 평가에서 우울 점수가 높은 것으로 나타났다. 이는 남성이 우울 증상을 심각하게 경험하더라도 주관적으로 불편감 호소가 적음을 의미하는 것으로, 남성 우울증이 저평가될 가능성을 시사하는 것이다. 이러한 결과는 그동안 여성이 남성에 비해 우울증을 2배나 많이 경험하는 것으로 받아 들여져 왔으나, 실제로는 남성 우울증이 저평가되었을 뿐 남녀 간의 성별 차이는 없다고 주장하는 것과 일치하는 면이 있다(Hart, 2001). Hart는 대부분 남성들이 우울증은 나약하다는 신호로 받아들이기 때문에 우울하다고 호소하기 보다는 짜증이나 분노 폭발과 같은 행동으로 표현되는 경향이 있으며, 따라서 전통적인 방식의 정신과적 진단(DSM-IV)으로는 남성 우울증이 잘 포착되지 않을 수 있다고 지적한다. 그 외 우울장애에서 여성이 남성에 비해 불안이나 신체화를 더 많이 호소한다고 주장되어 왔다(Frank et al, 1988; Wenzel, Steer, & Beck, 2005). 본 연구에서 통계적으로 유의하지는 않았으나 여성이 남성에 비해 불안, 신체화 증상을 더 많이 경험하는 것으로 나타나는 바, 증상 경험의 성차가 존재할 가능성을 나타내었다. 정서조절방략과 성차와의 관계성은 뚜렷하지는 않지만, 흔히 여성이 남성 보다 반추를 많이 사용하여 우울 증상을 지속시키고, 반추 양식

이 우울증 재발을 촉발하는 중요한 변인이라고 지적되어 왔다(Nolen-Hesksema, 1991). 본 연구에서 정서조절방략과 성차의 관계는 통계적으로 유의하지는 않았으나, 여성은 남성에 비해 반추 뿐만 아니라, 파국화, 타인비난과 같은 부정 정서조절방략을 더 많이 사용하는 것으로 나타났다. 반면, 긍정 재초점이나 긍정 재평가와 같은 긍정 정서조절방략은 덜 사용하는 것으로 나타나, 여성이 잠재적으로 정신 건강에 취약해질 수 있음을 시사하였다.

본 연구의 의의는 다음과 같다. 선행 연구들은 우울 증상과 신체화 또 우울 증상과 분노 증상이 서로 관련성이 높다고 보고해 왔으나, 이들의 관계성을 우울장애의 한 특성으로 이해하지는 않았었다. 그러나 임상장면에서 우울장애 환자들은 순수하게 우울 증상만 있는 것이 아니라 불안, 신체화 및 분노 증상과 같은 다른 증상들이 자주 동반되어 나타나는 것을 볼 수 있다. 따라서 그동안 우울장애는 단일 장애로 이해하기 보다는 증후군으로 이해되어야 한다는 주장이 있었지만(Koenig et al, 1993), 이러한 방향에 대한 연구는 매우 미흡한 실정이었다. 이에 본 연구는 구조화된 임상면담을 통해 우울장애로 진단된 환자에게서 우울 증상 이외에 불안, 신체화 및 분노 증상이 동반되는 것을 확인함으로써 우울장애가 본질적으로 이질적인 증상을 포함하고 있는 증후군에 가깝다는 견해를 밝힌 것에 의의가 있다. 이러한 결과는 우울장애를 단일 장애로 이해하기 보다는, 두드러진 특징에 따라 아형으로 분류될 수 있는 가능성을 제시한다. 우울장애를 이질적인 증상 군으로 이해하고 치료 목표에서 이러한 다양한 증상들을 포괄한다면, 우울장애가 치료 후에도 잔존 증상들로 인해 재발의 위험이 높다는 지적(Paykel et al,

1995)을 극복하는데 도움을 줄 수 있을 것으로 기대한다. 나아가 우울장애에서 나타나는 다양한 증상들은 정서조절방략과 관련되는 것으로 나타났고, 부분적으로 성차와도 관련될 수 있는 것으로 나타났다. 우울장애에서 정서조절방략 및 성차에 따라 표현되는 증상이 다를 수 있다는 가정은, 우울장애의 표현형에 대한 이해를 높이는데 도움을 줄 수 있을 것이다.

본 연구의 제한점과 제언은 다음과 같다. 첫째, 우울장애의 이질적인 특징을 연구하기 위해 구조화된 면담을 통해 우울장애로 진단된 환자를 대상으로 조사하였으나, 사례수가 작아 연구 결과를 일반화하는데 어려움이 있다. 둘째 우울장애와 관련성이 많은 불안장애, 신체화 장애 집단과 비교 통제하지 못함으로써, 우울장애의 정신병리를 밝히는데 제한점이 있을 수 있다. 셋째 본 연구에서 사용한 정서조절방략은 인지적 방략에 국한되고 있어, 다양한 방식의 정서조절방략을 탐색하지 못하였다. 향후에는 우울장애 중 불안 증상이나 신체화 증상 혹은 분노 증상을 더 많이 경험하는 환자 군을 나누어 우울장애의 아형으로 분류될 수 있는지, 또 이들의 독특한 특징 및 원인과 경과 등에 대해서도 밝혀야 할 것이다. 더불어 다양한 증상에 따라 효율적인 정서조절방략이 있는지, 또 정서조절방략이 우울장애의 조절효과로서 유효한지를 이해하는 것이 치료의 효과성을 최적화하는데 도움 될 것이라 생각된다.

참고문헌

김정범. (2006). 백 우울증 질문지 2판. 보건복지

부 지정 우울증 임상연구 2세부 연차 보고서.

김창윤. (2001). 정신장애 평가도구. 하나의학사
박동건, 조현주, 최대정. (2004). 직장에서의 특정 부적 정서경험에 따른 정서조절이 수행 및 정신건강에 미치는 효과. 한국심리학회지: 건강, 9, 831-845.
정한용, 박준호, 이소영. (2004). 우울증상과 성별에 따른 신체화 환자의 인지적 특성. 신경정신의학회지, 43, 165-171.
최성일, 김중술, 신민섭, 조맹제. (2001). 분노 표현방식과 우울 및 신체화 증상과의 관계. 신경정신의학회지, 40, 425-431.
최윤경, 김지연, 김용구. (2002). 한국판 증상질문지의 신뢰도 및 타당도. 신경정신의학회지, 41, 309-321.
한오수, 홍진표. (2000). 제 1축 장애의 구조화된 임상적 면담 SCID-I. 하나의학사.
American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (4th ed.). Washington, DC.
Barkow, K., Heun, R., Wittchen, H-U., Ustun, T. B., Gansicke, M., & Maier, W. (2004). Mixed anxiety-depression in a 1 year follow-up study: shift to other diagnoses or remission?. *Journal of Affective Disorder*, 79, 235-239.
Barlow, D. H., & Campbell, L. A. (2000). Mixed anxiety-depression and its implications for models of mood and anxiety disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 41, 55-60.
Barsky, A. J., Wyshak, G., & Klerman, G. L. (1990). The somatosensory amplification scale and its relationship to hypochondriasis. *Journal of Psychiatric Research*, 24(4), 323-334.

- Beck, A. T. (1999). *Prisoner of hate: The cognitive basis of anger, hostility, and violence*. New York, NY: Harper Collins.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Beck depression inventory-second edition manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Bridewell, W. B., & Chang, E. C. (1997). Distinguishing between anxiety depression and hostility: relations to anger-in, anger-out and anger control. *Personality and Individual Differences, 22*, 587-590.
- Clark, D. C., Cavanaugh, S. V., & Gibbons, R. D. (1983). The core symptoms of depression in medical and psychiatric patients. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 171*, 705-713.
- Deffenbacher, J. L. (1992). Trait anger: theory, finding, and implications. In C. D. Spielberger & J. N. Butcher (Eds.). *Advances in Personality Assessment* (pp. 177-201). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Fava, M., Anderson, K., & Rosenbaum, J. F. (1990). Anger attacks: possible variants of panic and major depressive disorders. *American Journal of Psychiatry, 147*, 867-870.
- Fava, M., Rankin, M. A., Wrigley, E. C., Alpert, J. E., & Nierenberg, A. A., et al. (2000). Anxiety disorders in major depression. *Comprehensive Psychiatry, 41*, 97-102.
- Fawcett, J. (1994). Antidepressants: partial response in chronic depression. *British Journal of Psychiatry Supplement, 165*, 37-41.
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology, 55*, 745-774.
- Frank, E., Carpenter, L. L., & Kupfer, D. J. (1988). Sex differences in recurrent depression: are there any that are significant?. *American Journal of Psychiatry, 145*, 41-45.
- Garber, J. (2006). Depression in children and adolescents. *American Journal of Preventive Medicine, 31*, 104-126.
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies of and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences, 39*, 1-11.
- Garnefski, N., Boon, S., & Kraaij, V. (2003). Relationships between cognitive emotion regulation strategies of adolescents and depressive symptomatology across different types of life events. *Journal of Youth and Adolescence, 32*, 401-408.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P., H. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and depression. *Personality and Individual Differences, 30*, 1311-1327.
- Goldman, L., & Hagg, D. A. K. (1995). Depression and the experience and expression of anger in marital and other relationships. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 183*, 505-509.
- Halbreich, U., & Kahn, L. S. (2006). Atypical depression, somatic depression and anxious depression in women: Are they gender-preferred phenotypes?. *Journal of Affective Disorders, doi:10*, 1016-1030.
- Hamilton, M. A. (1960). Rating Scale for

- Depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 23, 56-62.
- Hart, A. (2001). Unmaking male depression; 남성 우울증. 조현주, 현명호, 김정미 공역. 2006. 학지사.
- Katon, W., Kleinman, A., & Rosen, G. (1982). Depression and somatization: a review. *The American Journal of Medicine*, 72, 127-135.
- Kellner, R. (1987). A symptom questionnaire. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 48, 268-274.
- Kirmayer, L. J., & Robbins, J. (1991). Three forms of somatization in primary care: prevalence, co-occurrence and sociodemographic characteristics. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 647-55.
- Koenig, H. G., Cohen, H. J., Blazer, D. G., Krishnan, K. R., & Sibert, T. E. (1993). Profile of depressive symptoms in younger and older medical inpatients with major depression. *Journal of American Geriatrics Society*, 41, 1169-1176.
- Koh, K. B. (2003). Anger and Somatization. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 111-129.
- Kraaij, V., Garnefski, N., Wilde, E. J., Gebhardt, W., Maes, S., & Doest, L. (2003). Negative life events and depressive symptoms in late adolescence: *Journal of Youth and Adolescence*, 32, 185-193.
- Marsella, A. J. (1979). Cross-cultural studies of mental disorder. In A. J. Marsella & T. R. Ciborowski. (Eds.). *Perspectives on cross-cultural psychology*. New York: Academic Press.
- Mulsant, B. H., & Ganuli, M. (1999). Epidemiology and diagnosis of depression in late life. *Journal of clinical psychology*, 60, 9-15.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Response to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 569-511.
- Paykel, E. S., Ramana, R., Cooper, Z., Hayhurst, H., Kerr, J., & Barocka. A residual symptoms after partial remission: an important outcome in depression. *Psychology of Medicine*. 25, 1171-1180.
- Pennbaker, J. W. (1988). Confiding traumatic experiences and health. In Fisher, S., & Reason, J.(Ed.). *Handbook of Life Stress Cognition and Health*. New York: Wiley.
- Pilowsky, I., & Spence, N. D. (1975). Hostility and depressive illness. *Archive General Psychiatry*, 32, 1154-1159.
- Roseman, I. J., Wiest, C., & Swartz, T. S. (1994). Phenomenology, behaviors and goal differentiate discrete emotions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 206-221.
- Ryan, C., Martin, E. R., & Dahlen. (2005). Cognitive emotion regulation in the prediction of depression, anxiety, stress, and anger. *Personality and Individual Differences* 37, 1-12.
- Sayar, K., Kirmayer, L. J., & Taillerfer, S. (2003). Predictors of somatic symptoms in depressive disorder. *General Hospital Psychiatry*, 25, 108-114.
- Simon, G., VonKorff, M., Piccinelli, M., Fullerton, C., & Ormel, J. (1999). An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *The New England Journal of Medicine*, 341, 1329-1335.
- Snaith, R. P., & Taylor, C. M. (1985). Irritability:

- definition, assessment and associated factors. *The British Journal of Psychiatry*, 147, 127-136.
- Storch, E. A., Roberti, J. W., & Deborah, A. R., (2004). Factor structure concurrent validity and internal consistency of the Beck depression inventory-second edition in a sample of college students. *Depression and Anxiety*, 19, 187-189.
- Thompson, R. A. (1991). Emotional regulation and emotional development. *Educational Psychology Review*, 3, 269-307.
- Viljoen, J. L., Lverson, G. L., Griffiths, S., & Woodward, T. S. (2003). Factor structure of the Beck depression inventory-II in a medical outpatient sample. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 10, 289-291.
- 원고접수일 : 2007. 3. 9.
게재결정일 : 2007. 6. 1.

The Relationship of Heterogenous Symptoms of Depression and Emotional Regulation Strategies in Depressive Disorder

Hyun-Ju Cho^{1,3} Tae-Youn Jun^{2,3} Jeong-Ho Chae^{2,3} Young Sup Woo^{2,3}
Jeong-Eun Choi³ Baik Seok Kee¹ Hyeon-Woo Yim⁴

¹Department of Psychiatry, Chung-Ang Hospital the Chung-Ang University

²Clinical Research Center for Depression, St. Mary's Hospital the Catholic University

³Department of Psychiatry, St. Mary's Hospital the Catholic University

⁴Department of Preventive Medicine, the Catholic University

The purpose of this study was to investigate the heterogenous(depression, anxiety, anger, somatization) symptoms in depressive disorder, and to identify whether there were the symptoms of depressive disorder depending on emotional regulation strategies and gender differences. The participants of this study were 56 patients with depressive disorders(male: 22, female: 34) who were diagnosed by psychiatric interview(DSM-IV) and structured clinical interview(SCID-I). The result demonstrated that the depressive symptoms were correlated to anxiety, anger, somatization and negative emotional regulation strategies. Especially, Self-blame and Catastrophizing were related to depressive symptom. Catastrophizing, Other-blame and Positive reappraisal showed significant correlation with anger symptoms. Somatization related to emotional regulation strategies, which it did not showed significantly. Also, This study showed that anxious symptoms were not related to specific emotional regulation strategies. The gender differences are shown in the raters evaluation, where male patients showed more depressive symptoms than female patients. But in the subjective report, female patients showed more depressive symptoms than male patients. This study not only identified heterogenous symptoms in depressive disorder but it also showed that depressive disorder is partially related to emotional regulation strategies and gender differences. Finally, the clinical implications, limitation of this study and direction for future research were discussed.

Key words : Depressive Disorder, Anxiety, Anger, Somatization, Emotional Regulation Strategies, Gender Differences.