한국심리학회지 : 임상
The Korean Journal of Clinical Psychology
2011, Vol. 30, No. 1, 325-336

〈Brief report〉

양극성 우울과 단극성 우울: MMPI-2를 중심으로*

구 민 정
분당서울대학교병원
신경정신과

최 승 원†
대전대학교
산업광고심리학과

지 연 경
분당서울대학교병원
신경정신과

본 연구에서는 양극성 우울증과 단극성 우울증의 임상 양상과 성격 특성에 대한 탐색을 위하여 양극성 장애 환자군(n=29)과 주요 우울 장애 환자군(n=31)을 대상으로 실시된 MMPI-2를 분석하였다. 두 집단에서 모두 임상척도의 D, Pt 척도가 가장 높게 상승하여 두 장애에서 우울 증상의 표현형이 중첩되는 것으로 관찰되었으며, 양극성 장애 환자들도 우울 상태에서 단극성 우울 환자와 유사하게 부정적인 인지 양식을 경험하는 것으로 보인다. 일부 소척도에서 보여지는 차이점(RC8, FAM1)들은 단극성 우울증과 구분되는 양극성 장애만의 인지적·유전적 취약성으로 판단된다. 이러한 결과들을 토대로 본 연구의 시사점과 제한점에 관하여 논하였다.

주요어 : 양극성 우울증, 단극성 우울증, 양극성 장애, 주요 우울 장애, 양극성 장애 성격, MMPI-2

---

* 이 논문은 2010년도 대전대학교 학술연구조성비 지원에 의한 것임.
† 교신저자(Corresponding Author) : 최승원 / 대전대학교 경영대학 산업광고심리학과 / 대전광역시 동구 용운동 96-3 / Fax : 042-280-2388 / E-mail : karatt@dju.kr

www.kci.go.kr

양극성 장애는 삽화에 따라 임상 양상이 다양하여, 초기 내원 시 정확한 진단이 어려운 경우가 있다. 특히 장애의 경과 상 우울 삽화로 발병하는 경우가 많고(Goldberg, Harrow, & Whiteside, 2001) 과거력 탐색 시에도 뚜렷한 경조증/조증 삽화를 구분하는 것이 쉽지 않아 단극성 우울로 오진단되는 경우가 많다(R. M. Hirschfeld, Lewis, & Vornik, 2003). 따라서 정확한 진단과 치료를 위해서 양극성 우울증과 단극성 우울증을 구분할 수 있는 임상적 특성을 찾는 것은 매우 중요하다.

이에 많은 연구들에서 두 장애 우울삽화의 차이점에 대해 기술하였는데, 양극성 장애의 경우 비전형적인 우울 증상(예. 과수면, 식욕증가, 정신운동 지체 등) 및 유전적인 요소(예. 가족력)와 관련성이 높다고 보고되고 있다. 또한 장애의 경과를 비교할 때, 양극성 우울증의 경우 단극성 우울증에 비해 발병 연령이 낮고, 재발률이 높으며, 경험하는 삽화의 횟수가 많고, 삽화 사이의 기간이 짧은 특징을 나타낸다(Fukuda, Etoh, Iwadate, & Ishii, 1983; Kessing, Hansen, & Andersen, 2004). 때문에 최근 Gahemi 등(2008)은 달리 분류되지 않는 양극성 장애(Bipolar disorder, NOS)의 진단 준거에 '양극성(bipolarity)'을 시사하는 가족력, 증상 양상, 경과 등의 특성을 추가하기도 하였다.

두 장애가 임상양상 및 유전적 요소에서 차이를 나타낸다는 사실이 알려지면서 이들의 기질 및 성격 등 심리학적 변인들에서도 차이를 보일 가능성에 대해 관심이 커지고 있다. 기질 및 성격의 연구는 두 장애가 임상적으로 다른 증상들을 보이는 이유를 설명해 줄 수 있을 것으로 기대된다. 또한 기질 및 성격을 평가할 수 있다면 첫 우울삽화로 내원한 환자들의 예후를 예측하는데 큰 도움이 될 것으로 보인다. 실제로 병력 조사와 성격평가도구를 이용한 여러 연구들에서 양극성 장애 환자들의 기질적 특성이 발견되었는데, 양극성 장애 환자들은 정상 대조군에 비해 충동 조절의 문제와 자극 추구 성향이 높았고, 순환성 기질(cyclothymic temperament), 과활성 기질(hyperthymic temperament) 등을 더 많이 나타내었다(Cassano, Akiskal, Savino, Musetti, & Perugi, 1992; Savitz, van der Merwe, & Ramesar, 2008 Strong et al., 2007).

이러한 발견에도 불구하고, 상기된 기질적 특성들이 양극성 우울증을 단극성 우울증과 구별되게 만드는 특징인지에 대해서는 아직 합의된 결론이 도출되지 못하고 있다. 기존의 TEMPS(the Affective Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego), TCI (Temperament and Character Inventory), NEO (Neuroticism, Extraversion, Opennes Experience Personality Inventory) 등을 이용한 일부 연구들에서 양극성 장애 환자들의 경우 단극성 우울 환자에 비해 순환성 기질, 외향성, 자극추구 성향이 높다고 보고되었다(Bagby et al., 1997; Nowakowska, Strong, Santosa, Wang, & Ketter, 2005). 더불어 Nillson 등(2010)의 연구에서, 관해 상태의 양극성 장애 환자들의 자존감은 정상 대조군에 비해 낮지만, 주요 우울 장애 환자들 보다는 높은 것으로 나타났다. 하지만 같은 성격적 차원을 평가할 때도 사용되는 연구도구에 따라 결과들의 차이를 나타내었고(R. M. A. Hirschfeld & Klerman, 1979; Jain, Blais, Otto, Hirshfeld, & Sachs, 1999), 다른 연구자들은 두 집단을 구분해주는 유의미한 기질적 차이성을 발견할 수 없다고 보고했다(Roy, 1990; Hirschfeld, 1997).

이러한 두 장애 간 성격 측정치들의 불일치

www.kci.go.kr

는 임상 현장에서 폭넓게 이용되는 MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory)를 이용한 연구들에서도 나타나고 있다. 초기 원판 MMPI를 사용한 연구들에서 양극성 우울증에서 단극성 우울증에 비해 K, 자아강도(ego strength) 점수가 높고 D, Si가 더 낮은 경향성을 들어 양극성 장애 환자들이 우울증상과 정신병리를 덜 보고하고 사회적인 바람직성을 더 추구한다는 주장이 있었다(Donnelly & Murphy, 1973). Wetzler 등(1995)은 MMPI-2를 이용하였을 때 임상척도에서는 유의한 차이를 보이지 않았으나, 내용 척도의 ASP(반사회적 특성), TPA(Type A)척도가 상승한다는 결과를 보고하면서 양극성 우울증 집단이 반사회적 행동에 더 참여하고 주도적인 면이 강함을 주장하였다. 하지만 상기 연구에서 기분 삽화를 엄격히 통제하지 않아 이러한 차이점이 조증의 잔류 증상일 가능성도 배제할 수 없었다.

양극성 장애는 이질적인 두 가지 기분삽화가 번갈아 나타나는 질환이므로, 단극성 우울증과의 비교 시에는 어떤 삽화상태의 검사결과를 비교하는지가 중요한 변수가 된다. 실제로 한 연구(Lumry, Gottesman, & Tuason, 1982)에서 단극성 우울증 환자들은 관해 상태에도 병리적인 프로파일 형태가 유지되는 반면, 양극성 장애 환자들의 경우 우울 삽화와 조증 삽화에서 다른 상승 프로파일을 나타내며 관해 기간에는 정상범위 내로 돌아가는 것으로 나타났다. 이 연구결과는 MMPI를 통해 양극성 우울증과 단극성 우울증을 비교할 때, 진단적 명확성 뿐 아니라 연구 시점의 삽화 상태가 우울 삽화인지를 고려하는 것이 매우 중요함을 시사한다. 구조화된 진단절차를 이용하여 검사 당시의 삽화상태를 통제한 Bagby 등(2005)의 연구에서 양극성 우울 장애, 주요 우울 장애, 정신분열증 환자들을 유의한 수준에서 구분하는 MMPI-2 임상척도 및 내용척도가 없었다는 사실은 삽화 통제의 중요성을 반증하는 중요한 예라고 볼 수 있다.

양극성 우울과 단극성 우울을 조기에 진단하는 것은 임상적으로 매우 중요하다. 하지만 정신과 현장에서 진단도구로 가장 널리 사용되는 MMPI를 이용해 두 집단을 감별하려는 시도들이 부족할 뿐 아니라 그 결과 또한 일관되지 못해 어떤 신뢰로운 결론을 얻기 어려운 상태이다.

본 연구는 기존 연구들의 한계를 극복하기 위해 두 집단에 속한 환자들의 임상상태가 모두 우울 삽화의 기준을 충족하는지에 주의를 기울였다. 또한 기존 연구들이 임상척도 등 제한된 척도만을 사용한 것과 달리 다양한 소척도를 이용해 두 장애에 관해 보다 풍부한 임상적, 성격적 정보를 분석하였다. 본 논문의 주제와 가설은 다음과 같다.

앞에서 살펴 보았 듯 기존 연구들은 양극성, 단극성 우울 모두에서 유사한 상승 척도가 나타나며 주요 척도 점수의 유의한 차이도 발견되지 않음을 지적한다. 주요 척도에서 차이가 나타나지 않은 이유는 이들이 급성의 우울 삽화 환자들에게서 공통적으로 발견되는 고통 및 불행감을 함께 반영하기 때문일 것이다 (Graham et al, 1993). 하지만 양극성 장애의 특징적 증상으로 간주되는 과활동성, 순환성 등의 기질 특성과 임상 양상을 반영할 수 있는 하위 척도(예. RC9, PSYC, DISC, ASP, TPA 등)에서는 단극성 장애와 차이를 나타낼 것으로 기대하였다. 일례로 재구성 임상척도 (Restructured Clinical Scale: RC)는 정신병리를 경험할 때 함께 보고하게 되는 일반요인을 제거하여 보다 순수한 각 병리의 핵심적 구성 개

www.kci.go.kr

념을 측정하도록 고안되었으므로(Graham et al, 1993) 두 장애의 세부적인 특성을 파악하는데 민감할 것으로 예상한 것이다. 따라서 여러 가지 특성이 함께 포함되는 임상척도와 달리 재구성 척도 및 내용척도 등에서는 단극성 우울과 양극성 우울의 유의한 차이가 발견될 것이 기대된다.

방 법

연구대상

2008년 3월부터 2010년 5월까지 경기도 B병원 신경정신과를 내원한 만 18세 이상 65세 이하의 성인 환자 의무기록을 바탕으로 신경정신과 전문의가 주요 우울 장애 또는 양극성 장애로 진단한 기분 장애 환자 중 MMPI-2를 실시한 환자를 1차 대상자로 선정하였다. 입원 기록, 퇴원기록, 외래 경과 등의 의무기록을 이용하여 임상심리 전문가, 임상심리 전문가 수련생 2인이 사전에 협의한 chart review form에 따라 주요 진단 준거와 수검 당시의 상태에 대해 리뷰하였다. 이러한 검토 과정에서 DSM-IV의 '주요 우울 삽화'와 '(경)조증 삽화' 진단 준거를 이용하여 환자의 병력이 기분 삽화 기준을 충족하였는지를 평가하였다. 또한 본 검토 양식에는 이전 연구들(Arbisi, Ben-Porath, & McNulty, 2003; Sayin, Kuruoglu, Gulec, & Aslan, 2007)을 참고하여 환자의 인구통계학적 변인(예. 성, 연령, 교육연수, 결혼상태 등)과 우울 증상의 임상적 특성(예. 발병연령, 삽화 수, 자살 시도력, 가족력 등) 관련 항목을 포함시켰다. 연구 포함기준은 DSM-IV의 '양극성 장애(1형/2형/NOS), 가장 최근의 우울증삽화' 혹은 '주요우울장애'의 진단을 충족하고, MMPI-2를 작성할 당시가 '현재삽화' 혹은 '부분관해'에 해당하는 경우이다. 환자들이 일정한 수준의 우울 삽화를 경험하고 있다는 것을 명확히 하기 위해 Beck(1985), Shaw 등(1985)이 우울증 판정의 절단점으로 설정한 BDI 10점 기준에 미치지 못하는 대상은 연구에서 배제하였다. 1차 대상자 141명 중 상기 기준을 충족하지 않은 환자 77명이 제외되었다.

다음으로 Greene(2000)이 제안한 기준에 따라 비일관적인 반응과 수검태도에 대한 신뢰도를 탐색하기 위해 TRIN 척도가 5미만이거나 13이상인 경우, VRIN 척도가 13이상인 경우, 무응답 문항이 30문항 이상인 경우, F 및 Fp 척도의 T 점수가 100 이상이고, Fb척도의 T 점수가 110 이상인 경우는 제외 기준으로 삼았다. 이에 따라 4명이 다시 배제되었고, 총 60명이 최종 연구 대상자로 선정되었다.

연구도구

다면적 인성검사(MMPI-2)

MMPI(Minnesota Multiphasic Personality Inventory)는 전세계적으로 가장 널리 이용되는 심리검사의 하나이다. 본 연구에서 사용된 MMPI-2는 Butcher, Dahlstrom, Grahm, Tellegen 및 Kaemmer (1989)가 초판 문항의 문제점을 수정하여 개정한 것이다. 본 연구에서는 국내 표준화 버전(김중술, 한경희, 임지영, 이정흠, 민병배, 문경주, 2005)을 이용하였다.

자료 분석

양극성 우울 집단과 단극성 우울 집단의 임

www.kci.go.kr

상 특성 및 MMPI 프로파일의 차이를 알아보기 위해 t-검증을 실시하였다. 또한 두 집단에서 MMPI T 점수 70 이상을 받은 사례의 비율 차이를 비교하기 위하여 chi square검증을 실시하였고, 기대빈도가 5보다 작은 셀이 있는 경우에는 Fisher's exact test를 이용하였다. 자료 분석은 SPSS for Window 17.0 통계 분석 프로그램을 이용하였다.

결 과

두 집단의 인구통계학적 특성 및 임상 특성

양극성 우울증 집단은 총 29명(남자 14명, 여자 15명)으로 평균 연령은 28.2세(SD=9.2)였고, 평균 14년의 교육을 받았다. 단극성 우울증 집단은 31명(남자 12명, 여자 19명)으로 평균 연령은 32.2세(SD=11.2)였고, 평균 13.6년의 교육을 받았다. 인구통계학적 변인에 있어, 두 집단 간에 유의한 차이는 없었다.

두 집단의 임상 특성과 관련된 변인에 대해 t-검증을 실시한 결과, 양극성 우울 집단은 단극성 우울 집단에 비해 발병연령이 유의하게 낮았고(t=-2.158, p<.05) 경험한 우울 삽화 횟수가 많았으며(t=2.583, p<.05), 정신증적 증상을 보고하는 경우가 많았다(t=2.46, p<.05). 이외 자살 시도력, 정신과적 장애의 가족력 변인과 BDI, STAI 점수 등에서는 유의한 차이를 나타내지 않았다.

두 집단의 MMPI 프로파일 양상

양극성 우울과 단극성 우울 집단의 MMPI-2 프로파일 양상을 알아보기 위해 차이 분석을 실시하였다. 각 타당도 척도와 임상척도에서 두 집단 간의 유의한 차이가 나타나지 않았다. 임상척도의 상승패턴을 구체적으로 살펴보면, 양극성 우울 집단에서 Hs, D, Hy, Pd, Pa, Pt, Sc 척도가 60T 이상으로 나타났으며 단극성 우울증 집단의 경우에는 D, Pt, Si 척도가 60T 이상으로 나타났다. 이외 재구성 임상척도, PSY-5 척도, 내용 및 보충 척도 등에서 두 집단 간에 통계적으로 유의미한 차이는 없었다. 반면, 내용 소척도 중 하나인 FAM 1(가정 불화) 척도에서 양극성 우울 집단이 단극성 우울 집단에 비해 높은 점수를 나타내었다(t=2.1, p<.05).

다음으로 각 척도에서 유의한 수준의 점수(T점수 70이상)를 받은 사례 수를 chi square 검

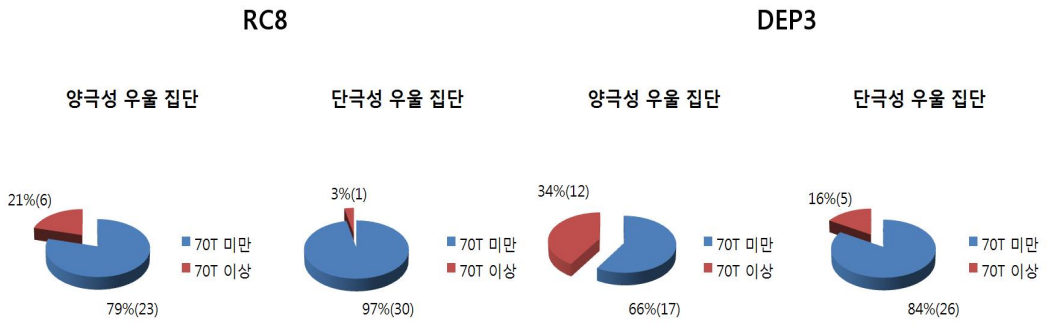

그림 1. MMPI-2 척도별 유의한 점수를 받은 사례의 비율 및 빈도

www.kci.go.kr

증 한 결과와 이들의 odd ratio를 분석하였다. 분석 결과, RC8(기태적 경험), DEP3(자기 비하) 척도에서 70 점 이상을 받은 사람의 빈도가 양극성 우울 집단이 단극성 우울 집단에 비해 유의하게 높았다(그림 1 참조, 각각, $\chi^2(1, N=60) = 4.434$, $p<.05$, odd ratio=7.83, $\chi^2(1, N=60) = 4.705$, $p<.05$, odd ratio=3.67). 즉 양극성 우울 집단일 경우 RC8 척도에서 70점 이상을 나타낼 가능성이 단극성 우울 집단에 비해 7.83배 높았고, DEP3 척도에서는 3.67배 더 높은 것으로 해석 할 수 있겠다.

논 의

본 연구에서는 양극성 우울증과 단극성 우울증에서 보이는 임상적 특성 및 성격적 측면에 대한 탐색을 위하여, 두 집단 간 임상관련 변인과 MMPI-2 척도 점수의 차이를 알아보았다.

먼저 양극성 우울 집단은 단극성 우울 집단에 비해 5년 정도 빠른 발병 시기를 나타내었는데, 이는 양극성 우울증이 단극성 우울증보다 6년 정도 발병 연령이 빠르다는(Weissman et al., 1996; Weissman et al., 1988) 연구들과 유사한 결과이다. 또한 연구 참여 당시 삽화 수에 대한 비교에서 단극성 우울 집단은 첫 우울 삽화를 경험한 사례가 많았던데 비해 양극성 우울 집단에서는 두 번 이상의 우울 삽화를 경험한 것이 흔하였다. 이는 양극성 우울증에서 더 많은 우울 삽화와 짧고 잦은 삽화를 나타낸다는 보고와 일치하는 결과이다(Cuellar, Johnson, & Winters, 2005; Goodwin et al., 2007). 양극성 우울증 집단이 정신증적 증상을 보고하는 경우가 더 많았던 점을 함께 고려하면 양극성 우울에서 더 심각하고 만성적인 경과를 나타내는 것으로 해석 가능하다.

다음으로 두 집단 간 유의한 차이를 보이지는 않았으나 장애의 임상 양상을 이해하는데 도움이 될 수 있는 변인들을 살펴보려 한다. 우선 인구학적 특성 중 성별의 경우는 통계적으로 유의한 수준은 아니나 양극성 우울 집단과 달리 단극성 우울 집단에서의 여성 비율이 높았다. 이는 두 장애의 역학을 연구한 기존 연구(Weissman et al., 1996)와 유사한 양상이어서 양극성 우울장애의 발병에 성차가 존재하지 않음을 시사하고 있다.

임상 특성에서는 이전 자살 시도력과 가족력에서 집단 간 차이가 유의하지 않았다. 이는 기존에 양극성 우울이 단극성 우울에 비해 자살과 관련성이 높다고 주장한 견해와는 일치하지 않으나(Bottlender et al, 2000), 자살사고, 자살 위험성, 평생 발병률의 경우 두 장애 간 차이가 없거나 오히려 주요 우울 장애에서 높다는 연구 결과를 함께 고려한다면(Post et al, 2004; Kilbourne et al, 2004) 이해 가능할 것으로 보인다. 즉 본 연구에서는 이전 자살 시도의 유무만을 평가했기 때문에 두 장애간 자살의 임상 양상에 관한 세부적인 평가에는 제한이 있었을 것으로 사료된다. 더불어 자살력은 양극성 장애 아형인 1형과 2형에 따라서도 다른 결과를 나타낼 수 있으므로(Rihemer et al, 1990), 추후 자살에 대한 보다 구체화되고 조작적으로 유사한 항목을 선정한 연구가 필요해 보인다. 한편 가족력 항목에서도 두 장애간 차이가 유의하지 않았는데, 양극성 장애의 경우 양극성 장애의 가족력이 높고 주요 우울 장애에서는 두 장애의 가족력이 모두 높다는 앞선 연구들을 볼 때(Winokur et al, 1995; Tsung et al, 1980) 이 역시 가족력 자체의 유

www.kci.go.kr

무보다는 가계에 나타나는 기분 장애의 세부 종류가 더 고려되어야할 것으로 생각된다.

다음으로 MMPI-2 척도 점수를 비교한 결과를 살펴보면, 임상척도 및 재구성 임상척도, 내용 척도, PSY-5 척도 등에서 두 장애 간 유의한 차이를 보이지 않았다. 유일한 차이를 보인 척도는 내용 소척도 중 하나인 FAM 1 (가정 불화) 척도인데, 양극성 우울 집단이 단극성 우울 집단보다 유의하게 높은 점수를 받은 것으로 나타났다. 이는 양극성 장애 환자들의 가족이 더 많은 갈등을 나타낸다는 연구들(Chang, Blasey, Ketter, & Steiner, 2001; Miklowitz & Johnson, 2009)과 일맥 상통한다. 그러나 가족갈등은 다른 요인에 의해 나타나는 결과적 변수이므로, 이를 감별진단에 적극 활용하는데는 무리가 따를 것으로 사료된다.

결국 두 장애의 차이를 MMPI-2 척도점수를 통해 발견하는 것은 어려운 것으로 나타났다. 이는 두 장애의 우울삽화 시기에서 차이를 보이는 척도를 찾지 못한 기존 연구들과도 일치하는 결과이며(Bagby et al., 2005; Egger, Delsing, & De Mey, 2003), 우울 성향이 'periodic melancholia'와 'manic-depressive illness' 환자들 모두에서 관찰된다는 Kraepelin(1921)의 고전적인 언급과도 맥락을 같이 한다. 본 연구에서 가장 높게 상승한 척도들을 비교해 보면, 두 집단 모두 D, Pt 척도가 가장 높게 상승하였는데 이는 두 장애의 우울 증상의 표현형이 상당히 중첩됨을 지지하는 것으로 보인다.

그러나 본 연구의 결과는 두 장애 간 일부 척도점수의 차이를 보고한 연구들(Wetzler et al, 1995; Savitz et al. 2008)과는 불일치한다. 이런 불일치가 나타나는 기본적인 원인은 이들 연구들이 기분 삽화를 제한하지 않거나 관해된 상태(remission or euthymic state)의 환자군을 대상으로 했던 영향으로 해석 가능하다. 본 연구는 이전 연구들의 혼란된 결과에 대한 답을 얻고자 두 비교집단의 삽화상태를 우울기분이 존재하는 상태로 통일하였으며, 그 결과 임상척도 및 주요 하위척도에서 두 집단간의 차이가 나타나지 않음을 확인하였다. 본 연구의 강점은 기존 연구들에서 지적된 기분상태의 혼입효과를 통제하였다는데 있다.

두 기분장애의 MMPI-2 척도 점수들이 우울 삽화 시에 뚜렷한 차이를 보이지 않는다는 것은 두 가지 가능성을 고려할 수 있다. 한 가지 가능성은 MMPI-2 척도들 중 두 장애만의 고유특성을 재는 항목은 없는 경우이며, 또 다른 가능성은 우울 삽화기에만 두 장애의 MMPI-2 점수가 유사하게 나올 가능성이다.

첫 번째 가능성의 경우 기분 장애 환자들이 보이는 신경증적 경향(neuroticism)이 양극성 우울인지 단극성 우울인지에 따른 차이보다는 우울 증상의 증가에 따라 나타난다는 주장과 맥락을 같이 할 수 있겠다(Cuellar, et al., 2005). 즉, 두 장애 모두 우울삽화 때는 같은 척도들이 상승하는 경우로, 이 경우 MMPI-2를 이용한 변별은 사실상 어렵다고 보아야 하겠다.

두 번째 가능성은 단극성 우울 환자들의 MMPI 프로파일이 시간적 안정성을 갖는데 비해 양극성 장애 환자들의 MMPI 결과가 삽화상태에 민감하다는 보고와 마찬가지로(Lumry, et al., 1982), 우울 삽화 시기에는 양극성 장애 환자들도 부정적 귀인이나 낮은 자존감과 같은 부정적 인지 양식이 두드러지는 등 단극성 우울증과 유사한 모습을 일시적으로 보이는 것으로 해석할 수 있겠다(Alloy, Abramson, Walshaw, Keyser, & Gerstein, 2006; Scott & Pope, 2003; Seligman et al., 1988). 이런 경우라면 관해기 때 측정한 자료에서는 두 장애가 다른

www.kci.go.kr

MMPI-2 프로파일을 보일 수도 있을 것이다.

두 가지 가능성 중 어느 것을 취하더라도 우울삽화 상태에서 MMPI-2를 통해 두 장애의 심리적 차이를 확인하는 것은 어려울 것으로 보인다. 이 문제의 해결점을 찾기 위해서는 두 장애 각각에 특이하게 나타나는 인지체계 등 장애 특이적 심리현상에 집중해야 할 필요성이 있다. 한 가지 대안적 연구방향은 긍정적 인지도식에 대한 것이 될 수 있을 것이다. 예를 들어 긍정적 사건에 대한 영향을 크게 받지 않는 단극성 우울증 집단과는 달리, 양극성 장애 환자들은 긍정적 사건의 경험에 자신의 긍정적 도식과 태도가 큰 영향을 받는 것으로 알려져 있다(Alloy, et al., 2006 Beck, 1976; Johnson & Roberts, 1995). 따라서, 우울증과 연관된 정서나 인지에 대한 측정보다는 긍정적 자기도식 및 긍정편향 가능성 등 양극성 우울증의 특성과 보다 밀접한 심리영역을 측정할 수 있는 임상심리평가도구의 개발이 대안이 될 수 있겠다.

본 연구에서 차이 검증을 통해 두 우울증 집단 전체가 일정한 차이를 보이는 척도는 발견되지 않았다. 하지만 분석의 관점을 바꾸어 임상적으로 유의미한 척도상승을 보인 사례수의 분석에서는 흥미로운 결과들이 발견되었다. 바로 재구성 임상척도인 RC8(기태적 경험)과 내용척도인 DEP3(자기비하) 척도에서 임상적으로 유의미한 상승을 보인 사례비율이 양극성 우울증에서 높게 나타난 것이다. 이는 양극성 우울증과 단극성 우울증 사이에 구분되는 특성이 존재함을 주장한 Angst와 Marneros (2001)의 주장을 지지하는 것으로 볼 수 있다.

양 우울증 집단에서 임상적으로 유의미한 수준(T 점수 70이상)의 점수를 받은 사례 비율을 살펴보았을 때 RC8 척도에서 양극성 우울 집단이 높은 비율을 보였는데, 이는 양극성 우울에서 정신증적 증상이 더 자주 동반되는 임상 특성과 관련되어 보인다(Akiskal et al., 1983; Coryell et al., 1995). 이런 특징은 MMPI-2 외의 검사에서도 발견되는데, 양극성 장애 집단이 단극성 우울 장애 집단에 비해 더 높은 사고 장애 경향성을 나타낸다는 연구(Osher & Bersudsky, 2007)가 대표적인 경우이다. 결국 양극성 우울증 집단의 경우 단극성 우울집단에 비해 정신증적 특성이 나타나는 환자들이 많을 수 있다.

양극성 우울증에서 자기비하적 태도를 보이는 환자의 비율이 높다는 것은 본 연구의 새로운 발견 중 하나이다. 물론 우울삽화가 존재하는 혼재성 삽화 상태의 환자가 관해 및 (경)조증 삽화 때의 환자에 비해 높은 자기비하적 태도를 보인다는 결과(Reilly-harrington, et al., 2010)가 보고된 바 있으나, 그 정도가 단극성 우울증에서 나타나는 비율보다 높다는 것은 흥미로운 발견으로, 다양한 후속 연구를 통한 검증이 필요할 것으로 보인다.

종합할 때, 전체적인 관점에서는 두 우울증의 차이를 MMPI-2 척도를 통해 확인하는 것은 어려워 보이며, 실제 우울삽화 시 두 집단의 검사반응은 상당히 유사한 것으로 나타났다. 하지만 정상에서 이탈한 증상을 보이는 환자들의 비율에 대한 개별 사례적 관점에서는 양 집단의 미묘한 차이를 발견할 수 있었다. 따라서, 향후 연구에서는 기태적인 경험이나 자기비하 등이 비정상적으로 상승된 환자들을 양극성 우울증으로 예측할 수 있는지에 대한 타당성 조사가 진행되어야 할 것이다.

본 연구결과를 논의하는데 있어 MMPI 라는 도구적 특성에 대해 마지막으로 다루어 보려 한다. MMPI의 주요척도가 안정된 성격특성뿐

www.kci.go.kr

아니라 현재의 적응 수준이나 드러나는 정신병리 증상에도 민감하다는 점은 잘 알려져 있다(Graham, Barthlow, Stein, Ben-Porath, & McNulty, 2002). 따라서 두 장애의 안정된 성격적/기질적 차이점을 감지하는 데는 MMPI-2 보다 시간적 안정성이 높은 측정도구들이 사용될 필요가 있는 것이다. 최근 속속 밝혀지고 있는 양극성 우울증과 단극성 우울증의 유전적, 생물학적인 차이를 고려해 볼 때, 두 장애의 감별을 위해서는 외부로 드러나는 증상 중심의 평가보다는 순수한 기질 및 성격평가 도구의 사용이 권장된다.

마지막으로 본 연구의 제한점은 다음과 같다. 첫째, 연구 대상 선정 시 구조화된 면접 도구를 사용하여 양극성 장애의 아형을 구분하지 않은 점이다. 양극성 장애 환자의 경우 삽화 상태와 함께 1형, 2형, NOS로 구분되는 아형에 따라 연구 결과의 차이를 가져올 수 있으므로 후속 연구에서는 구조화되고 다차원적인 평가 도구를 이용하여 이를 세분화하는 시도가 필요하다. 둘째, 본 연구는 한 지역 병원에 내원한 기분 장애 환자들만을 대상으로 하여 표본 수가 충분치 않고 전체 모집단에 대한 대표성이 부족하므로 추후 연구에서는 보다 많은 크기의 표본을 연구대상으로 하여 결과의 일반화 가능성을 높일 필요가 있겠다. 마지막 제한점은 본 연구가 기존 자료를 분석한 회고적인 연구라는 방법적 특성으로 인해 의학연구윤리심의위원회(Institutional review board, IRB) 심사에 주의를 기울이지 못한 점이다. 환자에게 직접적으로 처치를 가하는 임상실험설계 뿐 아니라 기록 분석에 의한 연구에도 추후에는 이러한 절차를 통해 연구의 윤리성을 검토받는 과정이 선행되어야겠다.

참고문헌

김중술, 한경희, 임지영, 이정흠, 민병배, 문경주 (2005). 다면적 인성검사- 매뉴얼. 마음사랑

Akiskal, H. S., Walker, P., Puzantian, V. R., King, D., Rosenthal, T. L., & Dranon, M. (1983). Bipolar outcome in the course of depressive illness. Phenomenologic, familial, and pharmacologic predictors. *Journal of Affective Disorders*, 5(2), 115-128.

Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Walshaw, P. D., Keyser, J., & Gerstein, R. K. (2006). A cognitive vulnerability-stress perspective on bipolar spectrum disorders in a normative adolescent brain, cognitive, and emotional development context. *Development and psychopathology*, 18(4), 1055-1103.

Arbisi, P. A., Ben-Porath, Y. S., & McNulty, J. L. (2003). Empirical correlates of common MMPI-2 two-point codes in male psychiatric inpatients. *Assessment*, 10(3), 237-247.

Bagby, R. M., Bindseil, K. D., Schuller, D. R., Rector, N. A., Young, L. T., Cooke,R. G., et al. (1997). Relationship between the five-factor model of personality and unipolar, bipolar and schizophrenic patients. *Psychiatry research*, 70(2), 83-94.

Bagby, R. M., Marshall, M. B., Basso, M. R., Nicholson, R. A., Bacchiochi, J., & Miller, L. S. (2005). Distinguishing bipolar depression, major depression, and schizophrenia with the MMPI-2 clinical and content scales. *Journal of Personality Assessment*, 84(1), 89-95.

Berrettini, W. (2002). Review of bipolar molecular

www.kci.go.kr

linkage and association studies. *Current psychiatry reports*, 4(2), 124-129.

Chang, K. D., Blasey, C., Ketter, T. A., & Steiner, H. (2001). Family environment of children and adolescents with bipolar parents. *Bipolar Disorders*, 3(2), 73-78.

Coryell, W., Endicott, J., Maser, J. D., Keller, M. B., Leon, A. C., & Akiskal, H. S. (1995). Long-term stability of polarity distinctions in the affective disorders. *The American journal of psychiatry*, 152(3), 385-390.

Cuellar, A. K., Johnson, S. L., & Winters, R. (2005). Distinctions between bipolar and unipolar depression. *Clinical psychology review*, 25(3), 307-339.

Donnelly, E. F., & Murphy, D. L. (1973). Social desirability and bipolar affective disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 41(3), 469.

Egger, J. I., Delsing, P. A., & De Mey, H. R. (2003). Differential diagnosis using the MMPI-2: Goldberg's index revisited. *European psychiatry*, 18(8), 409-411.

Fukuda, K., Etoh, T., Iwadate, T., & Ishii, A. (1983). The Course and Prognosis of Manic-Depressive Psychosis- a Quantitative -Analysis of Episodes and Intervals. *Tohoku Journal of Experimental Medicine,* 139(3), 299-307.

Ghaemi, S. N., Sachs, G. S., Chiou, A. M., Pandurangi, A. K., & Goodwin, K. (1999). Is bipolar disorder still underdiagnosed? Are antidepressants overutilized? *Journal of Affective Disorders*, 52(1-3), 135-144.

Goldberg, J. F., Harrow, M., & Whiteside, J. E. (2001). Risk for bipolar illness in patients initially hospitalized for unipolar depression. *The American journal of psychiatry*, 158(8), 1265-1270.

Goodwin, F. K., Jamison, K. R., & Ghaemi, S. N. (2007). *Manic-depressive illness.* New York, N.Y.: Oxford University Press.

Graham, J. R., Barthlow, D. L., Stein, L. A., Ben-Porath, Y. S., & McNulty, J. L. (2002). Assessing general maladjustment with the MMPI-2. *Journal of personality assessment*, 78(2), 334-347.

Hirschfeld, R. M., Lewis, L., & Vornik, L. A. (2003). Perceptions and impact of bipolar disorder: how far have we really come? Results of the national depressive and manic-depressive association 2000 survey of individuals with bipolar disorder. *The Journal of clinical psychiatry*, 64(2), 161-174.

Hirschfeld, R. M. A., & Klerman, G. L. (1979). Personality Attributes and Affective-Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 136(1), 67-70.

Jain, U., Blais, M. A., Otto, M. W., Hirshfeld, D. R., & Sachs, G. S. (1999). Five-factor personality traits in patients with seasonal depression: treatment effects and comparisons with bipolar patients. *Journal of Affective Disorders*, 55(1), 51-54.

Johnson, S. L., & Roberts, J. E. (1995). Life Events and Bipolar Disorder-Implications from Biological Theories. *Psychological Bulletin*, 117(3), 434-449.

Kessing, L. V., Hansen, M. G., & Andersen, P. K. (2004). Course of illness in depressive and bipolar disorders-Naturalistic study, 1994-1999.

www.kci.go.kr

British Journal of Psychiatry, 185, 372-377.

Lumry, A. E., Gottesman, I. I., & Tuason, V. B. (1982). Mmpi State Dependency during the Course of Bipolar Psychosis. *Psychiatry Research,* 7(1), 59-67.

Miklowitz, D. J., & Johnson, S. L. (2009). Social and Familial Factors in the Course of Bipolar Disorder: Basic Processes and Relevant Interventions. *Clinical psychology,* 16(2), 281-296.

Nowakowska, C., Strong, C. M., Santosa, C. M., Wang, P. W., & Ketter, T. A. (2005). Temperamental commonalities and differences in euthymic mood disorder patients, creative controls, and healthy controls. *Journal of Affective Disorder*s, 85(1-2), 207-215.

Osher, Y., & Bersudsky, Y. (2007). Thought disorder in euthymic bipolar patients - A possible endophenotype of bipolar affective disorder? *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(10), 857-860.

Reilly-harrington, N., Miklowitz, D., Otto, M., Fra nk, E., Wisniewski, S., Thase, M., & Sachs, G.. (2010). Dysfunctional Attitudes, Attributional Styles, and Phase of Illness in Bipolar Disorder. Cognitive Therapy and Research, 34(1), 24-34

Savitz, J., van der Merwe, L., & Ramesar, R. (2008). Hypomanic, cyclothymic and hostile personality traits in bipolar spectrum illness: A family-based study. *Journal of Psychiatric Research,* 42(11), 920-929.

Sayin, A., Kuruoglu, A. C., Gulec, M. Y., & Aslan, S. (2007). Relation of temperament and character properties with clinical presentation of bipolar disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 48(5), 446-451.

Scott, J., & Pope, M. (2003). Cognitive styles in individuals with bipolar disorders. *Psychological Medicine*, 33(6), 1081-1088.

Seligman, M. E. P., Castellon,C., Cacciola, J., Schulman, P., Luborsky, L., Ollove, M., et al. (1988). Explanatory Style Change during Cognitive Therapy for Unipolar Depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 97(1), 13-18.

Strong, C. M., Nowakowska, C., Santosa, C. M., Wang, P. W., Kraemer, H. C., & Ketter, T. A. (2007). Temperament-creativity relationships in mood disorder patients, healthy controls and highly creative individuals. *Journal of Affective Disorders,* 100(1-3), 41-48.

Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., Faravelli, C., Greenwald, S., Hwu, H. G., et al. (1996). Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *Journal of the American Medical Association*, 276(4), 293-299.

Weissman, M. M., Leaf, P. J., Tischler, G. L., Blazer, D. G., Karno, M., Bruce, M. L., et al. (1988). Affective disorders in five United States communities. *Psychological medicine,* 18(1), 141-153.

원고접수일 : 2010. 9. 17.
1차 수정 원고접수일 : 2010. 12. 6.
게재결정일 : 2010. 12. 7.

www.kci.go.kr

한국심리학회지 : 임상
The Korean Journal of Clinical Psychology
2011, Vol. 30, No. 1, 325-336

〈Brief report〉

Bipolar and Unipolar Depression: Based on MMPI-2

Min Jung Koo
Seoul National University
Bundang Hospital

Sung Won Choi
DaeJeon University

Yeon Kyoung Chi
Seoul National University
Bundang Hospital

In this study, we investigated MMPI-2(Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2) profiles to explore clinical characters and personalities of those with bipolar and unipolar depression. MMPI-2 were completed by bipolar(n=29) and unipolar(n=31) depressive patients. Both groups showed elevated scores on the D(Depression), Pt(Psychasthenia) scales, demonstrating that two disorders shared similar depressive symptoms. iIt also may have suggested that bipolar patients, like unipolar patients, suffer from negative cognitive styles during depressive episode. The subtle differences between the two groups with respect to scores on subscales RC8(Aberrant Experiences) and, FAM1(Family Discord) may reflect cognitive and biogenetic vulnerability of bipolar depression. Based on these results, the implications and limitations of this study were discussed.

Key words : Bipolar depression, Unipolar depression, Bipolar disorder, Major depressive disorder, Personality, MMPI-2

www.kci.go.kr