

## 우울성 성격장애 진단의 임상적 타당성 및 유용성\*

김 영 미 †  
인제대학교 의과대학  
정신의학 교실

오 경 자  
연세대학교  
심리학과

조 아 라  
인제대학교 의과대학  
정신의학 교실

이 정 호  
인제대학교 의과대학  
정신의학 교실

최 영 민  
인제대학교 의과대학  
정신의학 교실

이 기 철  
인제대학교 의과대학  
정신의학 교실

본 연구는 임상군을 대상으로 우울성 성격장애 진단의 임상적 타당성과 유용성을 경험적으로 확인해 본 것이다. 구체적으로, 우울성 성격장애의 임상적 타당성을 입증하기 위해서는 우울성 성격장애 진단을 받은 집단에서 부정적인 인지특성이 두드러지는지를 경험적으로 검증하고, 재평가를 통해 진단의 안정성을 검증하였다. 또한 우울성 성격장애 진단이 갖는 임상적 유용성을 입증하기 위해서는 우울성 성격장애 평가 점수가 환자의 다양한 임상양상에 미치는 영향력을 검증하였다. 우울 증세로 내원한 89명의 환자들에게 우울성 성격 진단 면접도구(DID)로 우울성 성격장애를 평가하였다. 우울 정도는 Beck 우울증 척도(BDI)로, 부정적인 인지패턴은 인지 삼요소 척도(CTI)와 역기능적 태도척도(DAS)로, 사회부적응 양상은 사회 적응척도(SAS)로 평가하였다. 우울 증세의 유병 기간, 재발률, 입원률, 약물치료 반응과 같은 임상 양상에 대한 평가는 병록지를 통해서 이루어졌다. 3개월 이후부터 동일한 척도들로 재평가를 시행하였으며 평가된 인원은 37명이었다. 연구결과, 우울성 성격장애 점수는 우울 정도를 통계적으로 통제한 상태에서도 부정적인 인지특성이 두드러졌다. 또한 재평가에서 우울성 성격장애가 매우 안정적인 진단임을 입증하였다. 우울성 성격장애 점수는 환자들이 호소하는 우울 증세의 만성화 정도와 재발률에 독자적인 영향력을 갖는 반면, 입원률과 약물 반응에는 영향력을 갖지 않는 것으로 나타났다. 본 연구 결과는 우울성 성격 장애 진단이 임상적으로 타당할 뿐 아니라 환자들의 병력과 예후를 짐작하는데 유용한 정보가 된다는 점을 시사해 주었다. 아울러, 임상군에 대한 평가시 고려해야 할 방법론적인 문제점들에 대해서 논의하였다.

\* 본 논문은 1998년도 인제대학교 학술연구조성비 보조에 의한 것임.

† 교신저자(Corresponding Author) 김 영 미 / 인제대학교 부속 상계 백병원 서울 노원구 상계 7동 761-1 139-707/ Fax : (02) 936-8069 / E-mail : cecillkym@sanggyepaik.or.kr

우울 증세를 호소하는 사람들 중에는 치료과정이 효과적이지 않고 증상이 쉽게 재발하면서 만성적인 병력을 가지고 있는 사람들이 있다. 이들은 오래 전부터 부정적인 사고방식에 젖은 채 사회 적응 수준이 저하된 상태로 살아가는 사람들인 경우가 많다. 임상 장면에서 이런 환자들을 접하게 될 때 치료자들은 이러한 환자들에게 성격장애가 내재해 있을 가능성을 생각하게 된다. 이러한 환자들은 그동안 만성 우울증의 아류나 기분 저하장애, 혹은 비전형적인 성격장애로 분류되어 왔으나 실제로는 어느 진단 군에도 잘 부합하지 않는다고 인식되어왔다.

우울성 성격장애는 이러한 맥락 하에 미국 정신의 학회의 정신장애 진단 및 통계 편람 4판(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Edition; DSM-IV, American Psychiatric Association, 1994)에서 진단유목으로 구체화된 장애로, 초기 성인기에 다양한 상황에서 시작되는 우울한 인지와 행동패턴이 광범위하게 나타나는 것이 핵심 특성이다. 우울성 성격장애는 기분저하장애(dysthymic disorder)나 주요 우울 장애(major depressive disorder)발현의 전조가 되기도 한다. 그러나 우울성 성격장애는 인지적, 대인관계적, 정신내적인 성격특성을 더 강조한다는 점에서 기분저하장애 및 주요 우울 장애와 구분된다.

우울성 성격은 그동안 우울성 기질(melancholic temperament) 혹은 우울성/피학성 성격 (depressive/masochistic personality)로 알려져 왔고, 꾸준히 이어온 임상적인 전통과, 기분장애와 스펙트럼 상에 있는 개념이라는 점이 설득력 있게 받아들여져 현재 DSM-IV의 “앞으로의 연구를 위해 필요한 진단” 부분에 포함되어 있다. 우울성 장애의 변형으로 오랜 기간 지속되어온 성격특성이 있고 이러한 성격특성은 한 개인의 태도, 대인관계, 기능, 자아상을 특징지어준다는 것에 대해서 이전부터 많은 임상가들이 동의하고 있었다(Arieti & Bemporad, 1980; Kenberg, 1987; Kraepelin, 1921; Schneider, 1958; Winokur, 1972). DSM-IV에서 우울성 성격장애를 포함시키지는 제안은, 1축의 정신분열증과 스펙트럼상에 있다고 간주되면서 DSM-III에서 성격장애에 포함된 분열형 성격장애

(Schizotypal Personality Disorder)의 예를 따른 것이다. 우울성 성격장애의 경우는 오랜 임상적인 전통을 가지고 있으며 공식 진단유목인 국제질병 분류체계 9판(International Classification of Disease and Health Problems 9th Edition; ICD-9, World Health Organization, 1978)에 포함되었다는 사실로 봐서 DSM의 진단 유목에 포함될 가능성이 매우 높다고 할 수 있다.

우울성 성격장애가 공식적인 진단 체계에 포함되기 위해서는 경험적인 자료들을 통해 우울성 성격장애 진단의 임상적 타당성과 유용성이 입증되어야 한다. 그러나 우울성 성격개념에 대한 오랜 임상적인 전통에도 불구하고 우울성 성격장애에 대한 연구들은 초기단계에 있는 실정이다. 지금까지 이루어진 연구들은 현장조사를 통한 유병률에 대한 연구들(Hirschfeld, 1994; Keller, Hanks, & Klein, 1996; Klein & Miller, 1993; Phillips, Gunderson, Triebwasser, Kimble, Faedda, Lyoo, & Renn, 1998), 우울성 성격장애 진단 도구 개발에 대한 연구들(Davis & Hays, 1997; ; Gunderson, Phillips, Triebwasser, Robert, & Hirschfeld, 1994; Huprich, Margrett, Barthelemy, & Fine, 1996). 기분장애(특히 기분저하장애)와의 동반 이환률에 대한 연구들(Hirschfeld & Holzer, 1994; Keller et al., 1996; Phillips et al., 1998; Shea & Hirschfeld, 1996)이었다. 연구의 주관심사는 우울성 성격장애로 진단 내려지는 사람들이 얼마나 되느냐 하는 것과 그 진단이 기분 저하 장애와 얼마나 구분되느냐 하는 것이었다. 이 연구들은 주로 Gunderson 등(1994)이 개발한 우울성 성격 진단 면접 도구(Diagnostic Interview for Depressive Personality)를 통해 이루어졌다. 이 진단 도구의 개발은 Akiskal 등(1983)이 규정한 진단기준을 그대로 적용하던 연구들(Klein, 1990; Klein & Miller, 1993)이 받아오던 비판을 감안하여 새롭게 구성되었으며, DSM-IV 현장 연구들(Hirschfeld, 1994; Keller et al., 1995)을 통해 척도의 신뢰도와 타당도가 속속 검증되고 있다는 점에서 우울성 성격장애 연구 한 단계 끌어올렸다고 할 수 있겠다.

그러나 국내에서는 우울성 성격 혹은 우울성 성격 장애라는 진단이 심리학 분야나 정신의학 분야에서

아직까지도 생소한 개념이다. 또한 잘 정비된 진단 도구를 통해 우울성 성격 장애를 진단하고 이 진단이 갖는 임상적 유용성을 검증한 연구도 찾아볼 수 없는 실정이다. 따라서 본 연구에서는 Gunderson 등 (1994)의 우울성 성격 진단 면접도구로 평가된 우울성 성격장애 진단이 임상적으로 얼마나 타당성을 가지고 있는지, 또한 우울성 성격장애 진단이 얼마나 임상적으로 유용한 것인지를 검증하려고 한다. 우울성 성격장애 진단이 임상적 타당성을 인정받기 위해서는 우울성 성격장애 진단을 받은 집단이 그렇지 않은 집단에 비해 부정적인 인지특성이 두드러진다는 점이 경험적으로 확인되어야 할 것이다. 또한 우울성 성격장애 진단이 시간 흐름의 변화에도 안정적임을 보여 줄 수 있어야 할 것이다. 우울성 성격장애가 임상적인 유용성을 갖기 위해서는 우울성 성격장애가 우울증의 치료경과를 예측하는 변인들에 대해서 독자적인 설명력을 갖는다는 점이 확인되어야 할 것이다.

구체적으로 본 연구의 목적은 첫째, Gunderson 등 (1994)이 개발한 우울성 성격 진단 면접도구(DID)를 통해 우울성 성격장애로 진단 받은 집단이 우울성 성격장애 진단을 받지 않은 집단에 비해 부정적인 인지와 사회 적응의 어려움이 두드러지는지를 확인하는 것이다. 본 연구에서 말하는 부정적인 인지는 자신과 타인에 대한 비판적인 태도와 높은 자기 기준 설정과 연관된 가혹한 자기 평가로 구체화 될 수 있으며, 사회 적응의 어려움은 직장 생활을 비롯한 전반적인 사회 생활의 부적응을 말하는 것이다. 둘째, 우울성 성격장애가 성격장애로서 타당성을 확보하기 위하여, 시간이 흘러도 우울성 성격 특성이 안정적으로 유지된다는 점을 확인하는 것이다. 우울성 성격장애는 성격장애로서 분류되면서도 아직까지 기분장애인지 성격장애인지에 대한 논란이 끊이지 않는 상태이므로, 우울성 성격이 시간 흐름에도 불구하고 안정된 성격 특성임을 밝힐 수 있다면 이는 우울성 성격장애가 기본적으로 성격장애에 해당하는 진단임을 확고히 해주는 자료가 될 것이다. 셋째, 임상군에서 우울성 성격장애 진단을 내리는 것이 실제 환자들의 치료와 예후 평가에 어떠한 도움이 되는지를 알아보기 위하여,

우울성 성격진단 면접 도구(DID)로 평가된 우울성 성격장애 평가 점수가 우울 증세의 만성화 정도와 재발률, 약물 반응 및 입원률에 미치는 영향력을 확인해 보는 것이다. 이는 우울성 성격장애 진단이 임상적으로 유용한 것인가를 검증하는 절차로, 우울성 성격장애 진단을 내림으로 인하여 환자들의 임상적인 결과들을 예측할 수 있다면 우울 증세를 호소하는 사람들 중에서도 우울성 성격장애 진단을 받는 경우와 그렇지 않은 경우에 따라서 향후 치료 계획이 조금씩 달라지게 될 것이다.

## 방 법

### 대 상

1차 조사는 '97년 10월 28일부터 '98년 7월 15일에 걸쳐 서울에 위치한 대학부속 병원 정신과에 내원한 환자들 중에서 우울증 증세를 호소하는 사람들 89명을 대상으로 하였다. 대상 연령은 18세에서 65세로 한정하였다. 연구대상의 연령을 18세 이상으로 한정하는 이유는 현행 DSM-IV 진단체계에서 성격장애 진단이 가능한 연령이 18세이기 때문이며, 연령을 65세 이하로 한정하는 이유는 65세 이상의 환자들에서는 강박적 성격장애를 제외하고는 성격장애 진단률이 현저히 감소한다는 연구결과(Fogel & Westlake, 1990)를 따랐기 때문이다.

우울증 증세를 호소하는 사람들 중에서 정신병(정신 분열병, 조울증, 분열 정동증, 단기 정신병적 장애, 정신병적 증상을 동반한 우울증), 기질적 정신증, 정신지체, 그리고 약물남용으로 인해 기질적 문제를 보이는 사례는 연구대상에서 제외하였다. 연구 대상 중에서 우울성 성격장애 이외의 성격장애를 보이는 사람들은 병록지를 참조하여 확인한 후 제외하였다. 2차 조사는 1차 조사를 받은 시점으로부터 3개월 후인 '98년 2월 9일부터 '98년 10월 15일 사이에 이루어졌다. 재평가를 받은 사람들은 37명이었다.

## 도 구

**우울성 성격장애 척도(Diagnostic Interview for Depressive Personality; DID)** : 우울성 성격장애를 평가하기 위하여 Gunderson 등(1994)이 제작한 우울성 성격장애 진단적 면접 도구(Diagnostic Interview for Depressive Personality; DID)이다. 총 71문항으로 이루어져 있으며 총 71 문항에 대해서는 부정적인 면, 내향적 성향/긴장감, 수동적인 면/우유부단함, 자아부정의 4가지 차원을 중심으로 임상가가 총 30개의 유목을 평가하게 되어 있다. 문항은 “대체로 최악의 상태를 예상하는 편입니까?” “다른 사람들이 해놓은 일을 보면, 내색은 안해도 그 사람들이 더 잘 할 수 있었고 또 더 잘 했어야 마땅하다고 생각하십니까?” 등으로 이루어져 있다. 임상가가 평가하는 30개의 유목은 우울성향, 부정적 반응을 보이는 성격, 자존심이 낮은 성향, 종종 다른 사람들을 비판하는 성향 등으로 이루어져 있다. 71개 각각의 문항은 “그렇다”와 “아니다”로 대답하게 되어 있으며 30개의 유목은 2점(그 특성이 있다) 1점(가능성이 있거나 중간정도로, 때때로 있다) 0점(그 특성이 없다)으로 평가하게 되어 있다. 총 71개 문항에 응답자가 대답한 것을 가지고 30개의 유목에 대해 임상가가 점수를 주게 되며 그 점수들이 합산되어 최종 점수가 산출된다. 따라서 가능한 점수 범위는 0점에서 60점이다.

Gunderson 등(1994)에 의하면 총 점수 37점 이상을 받게 되면 우울성 성격장애를 고려하라고 되어 있어서 구조화된 면접인 경우 37점이 절단점이 된다. Gunderson 등(1994)에 의하면 총점에 대한 평정자간 신뢰도는 집단 내 상관 계수(Intraclass Correlation Coefficient; ICC) .97로 높았고 1년 후의 검사-재검사 신뢰도는 평균 kappa 점수 .41로 중등도였다. 이후 Phillip 등(1994)의 연구에서는 평정자간 신뢰도가 .62였고 1년 후의 검사-재검사 신뢰도는 .55였다. 본 연구에서는 임상심리 전문가와 임상심리 전문가 수련 과정 레지던트로 구성된 평정자들이 실제 면담상황을 녹음한 것을 서로 바꿔서 체크한 결과, 총점에 대한 평정자간 신뢰도는 집단 내 상관 계수 .98이었으며

평균 5개월에 해당하는 검사-재검사 신뢰도는 집단 내 상관 계수 .92로 높았다.

**Beck 우울증 척도(Beck Depression Inventory; BDI)** : 우울 정도를 측정하기 위하여 사용하였다. 본 연구에서는 Beck 등(1961)이 제작한 것을 이영호, 송종용(1991)이 번안하여 표준화한 것을 사용하였다. 총 21문항으로 구성되어 있고 각 문항 당 0점에서 3점의 범위를 가진 3점 척도로, 가능한 점수범위는 0점에서 63점까지이고 점수가 높을수록 우울감 수준이 높은 것을 나타낸다. 본 연구에서 전체 문항의 내적 일관성의 신뢰도는 각각  $\alpha = .8679$ 이었다.

**인지 삼요소 척도(Cognitive Triad Inventory; CTI)** : 부정적인 인지특성을 측정하기 위해서 사용되었다. Beckham, Leber, Watkins, Boyer 및 Cook(1986)이 제작한 도구를 본 연구자가 번안하여 사용하였다. CTI는 36문항으로 Beck의 인지 삼요소(Beck et al., 1979)에 맞추어 자신에 대한 관점(예-나는 실패자다), 세상에 대한 관점(예-나쁜 일들은 꼭 나에게 많이 생긴다), 미래에 대한 관점(예-내 인생에는 기대할 만한 게 남아 있지 않다)을 각각 10문항씩 평가할 수 있게 되어 있으며 7점 척도로 평정하게 되어있다. 36문항 중 6문항은 채점에서 제외된다. 본 연구에서 전체 문항의 내적 일관성의 신뢰도는  $\alpha = .9229$ 이었다.

**역기능적 태도 척도(Dysfunctional Attitude Scale; DAS)** : Beck(1976)의 우울증에 관한 인지적 모델에 기초하여 만들어진 자기 보고형 질문지이다. 이 질문지는 개인이 가지고 있는 부정적인 생각을 측정하는 40문항으로 구성되어 있다. 본 연구에서는 Weissman과 Beck(1978)이 제작한 것을 김은정과 권정혜(1997)가 번안한 것을 사용하였다. 각 문항에 대해서 자신이 동의하는 정도에 따라 “전적으로 동의한다(1)”에서 “전적으로 반대한다(7)”까지 7점 척도로 평정하게 되어 있다. 점수의 범위는 40점에서 280점까지이고 점수가 높을수록 자신에 대해 부정적인 생각을 더 많이 갖고 있음을 의미한다. 본 연구에서 전체 문항에

대한 내적 일관성의 신뢰도는  $\alpha = .8350$ 이었다.

**사회적응 척도(Social Adjustment Scale; SAS) :** Weissman과 Psykel (1974)이 제작한 것으로 전반적인 사회적 영역에서의 개인의 적응에 대한 평가를 목적으로 하는 개인 면담용 도구이다. 본 연구에서는 김은정, 하은혜, 배성운 및 오경자(1997)가 자기 보고형으로 수정한 것을 사용하였으며 학생, 주부, 직장인을 모두 평가하는 총 21문항으로 구성되었다. 가능한 점수의 범위는 0점에서 69점으로 총점이 높을수록 사회적응 수준이 낮은 부적응 상태를 의미하며 총점이 낮을수록 사회 적응 양상이 양호한 것을 의미한다. 본 연구에서 전체 문항에 대한 내적 일관성의 신뢰도는  $\alpha = .8530$ 이었다.

#### 임상양상에 대한 평가

우울증 증세를 호소하는 사람들의 증상의 만성화 정도(유병기간), 재발빈도, 입원 횟수 그리고 제반 약물반응을 평가하기 위하여 정신과 전문의 3명이 직접 기록한 환자들의 병록지를 검토한 후 각 영역별로 얻은 정보를 수치화하였다.

**우울 증상의 만성화 정도 :** 우울증상의 만성화 정도를 수치화 하기 위해 환자들이 우울 증상을 처음 경험했다고 보고한 시점을 참조로 하여 정신과 전문의가 면담을 통해 최종 결정을 내린 발병 시점에서 현 시점까지를 연 단위로 유병기간을 산출하였다.

**재발빈도 :** 재발 빈도에 대한 평가는 2년 이상 내원한 환자들을 대상으로 하였으며, 병록지에 "안정된 상태" "호전상태" 라고 기록된 시점에서 치료가 종결된 후 6개월 이상 지난 뒤에 다시 우울증 증상을 가지고 내원한 경우를 1번 재발 한 것으로 하여 재발 빈도를 평가하였다.

**입원 횟수 :** 입원 횟수는 병록지에 기록된 과거 입원 횟수와 퇴원 요약지에 기록된 최근 입원 횟수를 합산하여 산출하였다.

**제반 약물 반응 :** 제반 약물 반응에 대한 평가는 "좋다(1점)"에서 "좋지 않다(5점)"에 이르기까지 연구자가 규정한 5점 척도로 이루어졌다. 1점(좋다)은

"안정된 상태" "호전된 상태"라고 표시된 기록이 3개월 이상 지속되는 경우이며, 2점(좋은 편이다)은 "안정된 상태" "호전된 상태"라고 표시된 상태에서 가끔씩 증상 호소가 있는 경우이다. 3점(보통이다)은 병록지에 wax and wane이라고 표현된 경우로 증상의 호전과 악화가 주기적으로 반복되는 경우이다. 4점(좋지 않은 편이다)은 외래 통원 치료 중에 응급실을 방문한 기록이 2회 이상 되는 경우이거나 입원 고려증이라고 표시된 경우이다. 5점(좋지 않다)은 2회 이상의 입원 치료에도 불구하고 증상 호전이 거의 없는 경우이거나 발병 후 안정된 상태로 호전된 시기가 없이 계속 치료중인 경우이다.

한편, 환자들 중에서 내원한 지 6개월이 채 되지 않은 경우나 내원한 지 6개월 이내에 다시 병원을 찾지 않은 경우, 병록 기록이 충분하지 않을 경우에는 임상양상에 대한 평가는 공란으로 남겼다.

#### 절 차

서울시내 소재 대학병원 정신과에 내원한 환자들 중에서 우울증 증세를 호소하는 89명을 대상으로 개별면담을 통해 우울성 성격장애를 평가한 후 우울감 수준, 인지특성, 사회적응 양상을 평가하는 질문지를 작성하게 하였다. 우울증 증세를 호소하는 사람들의 유병 기간, 재발빈도, 입원 횟수 그리고 제반 약물반응을 평가하기 위하여 환자들의 병록지를 검토하였다. 3개월 후부터 동일 방식으로 재평가를 실시하였다. 1차 평가에서의 개별 면담은 임상심리 전문가가 실시하였으며 2차 평가에서는 임상심리 전문가 수련과정에 있는 2년차 레지던트가 개별 면담을 실시하였다.

#### 자료 분석

우울성 성격장애 진단에 해당하는 집단과 그렇지 않은 집단이 우울 정도와 부정적인 인지패턴, 사회 적응양상에서 차이를 보이는지를 알아보기 위하여 각각의 종속변인들에 대해서 평균의 차이검증을 실시하였다.

우울 증세의 유병 기간, 재발률, 우울 증세로 인한

입원률 및 약물 치료반응과 같은 임상양상에 우울 정도와 우울성 성격장애 점수가 어떠한 영향력을 갖는지를 알아보기 위해 임상 양상 변인들을 종속변인으로, 우울 정도와 우울성 성격장애 점수를 독립 변인으로 한 단계적 회귀분석을 실시하였다.

인지 삼요소 총점과 역기능적 태도척도 총점 및 사회적응 척도 총점 각각에 대해서 우울성 성격장애 진단 집단과 우울성 성격장애 진단을 받지 않은 집단이 차이를 보이는지를 알아보기 위해 BDI 로 평가된 우울감 수준을 공변인으로 한 공변량 분석을 실시하였다. Klein(1990)은 우울성 성격장애 점수가 우울감 수준의 변화에 크게 영향을 받지 않는다고 하였다. 그러나 또 다른 연구들은 급성 우울증 기간동안에는 성격평가를 보류하는 것이 좋다거나(Stuart, Simons, Thase & Pilkonis, 1992), DSM-IV 성격장애 유목중 B군을 제외하고는 급성 우울증 기간과 회복 후의 성격평가가 차이를 보인다(Peselow, Sanfilippo & Fieve, 1994)고 하였다. 이는 결국 우울감 수준이 성격평가 점수에 영향을 미칠 수 있음을 의미하는 것이다. 본 연구에서는 입원을 요할 정도로 급성기에 해당하는 사람들은 포함되지 않았으나 개인의 우울감 수준이 그 사람의 제반 심리적 특성들에 미치는 효과를 고려해 볼 때, 우울성 성격장애 진단을 받은 집단이 우울성 성격장애 진단을 받지 않은 집단에 비해 우울감 수준이 미치는 영향력을 통제하고서도 제반 심리적 변인들에서 차이를 보이는지 확인해 볼 필요가 있었기 때문이다. 우울성 성격장애 점수가 시간 흐름의 변화에도 안정적인 양상을 띠는지 알아보기 위해서는 집단 내 상관분석(intracorrelation analysis) 방법을 사용하였다.

## 결 과

### 1차 조사 결과

1차 조사 대상자들의 인구학적 변인들과 진단 분류  
1차 조사에 포함된 환자들은 모두 89명이었다. 우

울 증상을 호소하는 이 환자들을 우울성 성격장애 면담 점수로 우울성 성격장애 집단과 그렇지 않은 집단으로 구분한 후 두 집단의 인구학적 변인들에 대한  $\chi^2$  검증을 실시한 결과 표 1에서와 같이 어느 변인에서도 통계적으로 유의미한 차이를 보이지 않았다. 우울성 성격장애 면담 점수로 구분된 두 집단이 주 진단에서 어떤 분포를 나타내는가를 알아본 결과, 표 2에서와 같이 우울성 성격장애로 분류된 집단에서 우울증 진단을 받는 비율(70%)이 우울성 성격장애로 분류되지 않은 집단에서 우울증 진단을 받는 비율(30%)보다 월등히 높았다. 반면 우울증 증상을 호소해도 우울증 관련 진단이 아닌 신체형 장애 진단을 받는 비율은 우울성 성격장애로 분류되지 않은 집단이 73%로 우울성 성격장애로 분류된 집단(27%)에 비해 그 비율이 월등히 높았다. 이는 우울성 성격장애가 우울증과 가장 관련이 높은 성격장애일 가능성을 시사하는 결과이다. 한편, 우울성 성격장애로 진단 받은 집단의 우울성 성격장애 점수는 37점에서 56점 사이에 분포하고 있으며 평균점수는 44.83점(표준편차 5.47)이었고 우울성 성격장애로 진단받지 않은 집단의 우울성 성격장애 점수는 15점에서 36점 사이에 분포하고 있으며 평균점수는 25.60점(표준편차 6.46점)이었다.

환자들의 임상양상에 DID와 BDI가 미치는 영향  
우울 증세의 유병 기간, 재발률, 우울 증세로 인한 입원률 및 약물 치료반응과 같은 임상양상에 우울 정도와 우울성 성격장애 점수가 어떠한 영향력을 갖는지를 알아보기 위해 임상 양상 변인들을 종속변인으로, 우울 정도와 우울성 성격장애 점수를 독립 변인으로 한 단계적 회귀분석을 실시하였다.

먼저 우울 증세의 유병 기간에 대한 단계적 회귀 분석을 실시한 결과, 표 3에서와 같이 우울성 성격장애 점수 단독으로 유병 기간을 설명하는 양이 14%인 반면, 우울 정도는 유병 기간에 대해서 거의 영향력을 갖지 못해 회귀 분석 모델에서 제외되었다. 이 결과는 우울성 성격장애가 우울 증세의 만성화 정도를 설명해 줄 수 있음을 보여주는 결과이다.

표 1. 우울성 성격장애 점수로 분류된 두 집단의 인구학적 특성 분포

		우울성 성격장애 집단(48명)	우울성 성격장애 아닌 집단(41명)	전체	$\chi^2$
		빈도(비율)	빈도(비율)	빈도(비율)	
성별	남	11(12.4)	12(13.5)	23(25.8)	.46
	여	37(41.6)	29(32.6)	66(74.2)	
연령	10대	1( 1.1)	1(1.1)	2( 2.2)	6.35
	20대	10(11.2)	6(6.7)	16(18.0)	
	30대	17(19.1)	13(14.6)	30(33.7)	
	40대	15(16.9)	12(13.5)	27(30.3)	
	50대	3( 3.4)	9(10.1)	12(13.5)	
	60대	2( 2.2)		2(2.2)	
교육수준	대졸	17(20.0)	10(11.8)	27(31.8)	6.13
	고졸	18(21.2)	16(18.8)	34(40.0)	
	중졸	4( 4.7)	7( 8.2)	11(12.9)	
	초등졸	8( 9.4)	3( 3.5)	11(12.9)	
	대학원졸		2( 2.4)	2( 2.4)	
직업	주부	24(27.0)	19(21.3)	43(48.3)	1.17
	직장인	7( 7.9)	8( 9.0)	15(16.9)	
	학생	3( 3.4)	1( 1.1)	4( 4.5)	
	자유업	8( 9.0)	7( 7.9)	15(16.9)	
	무직	6( 6.7)	6( 6.7)	12(13.5)	
결혼상태	기혼	10(11.2)	6( 6.7)	16(18.0)	1.68
	미혼	38(42.7)	34(38.2)	72(80.9)	
	이혼		1(1.1)	1( 1.1)	

표 2. 우울성 성격장애 점수로 분류된 두 집단의 진단 특성 분포

진단	우울성 성격장애 집단(48명) 사례수(비율)	우울성 성격장애 아닌 집단(41명) 사례수(비율)	전체 사례수
우울증	23( 70)	10( 30)	33
혼재성 불안 우울병	10( 50)	10( 50)	20
신체화장애 동반한 우울증	3(100)		3
신체형 장애	4( 27)	11( 73)	15
심인성 불면증	2( 40)	3( 60)	5
기분 저하증	1( 50)	1( 50)	2
가면 우울증/비정형 우울증	3(100)		3
기타*	2( 25)	6( 75)	8
전체	48( 54)	41( 46)	89

\* 기타 - 우울증이 의심되는 알콜 남용, 우울증 동반된 말더듬, 우울증이 동반된 두통, 긴장성 두통, 기분저하증이 동반된 사회 공포증, 공황장애 의심, 우울증이 동반된 적응장애, 우울증 의심.

표 3. 유병 기간에 대한 DID와 BDI의 단계적 회귀 분석

	R	R <sup>2</sup>	ΔR <sup>2</sup>	Beta	F	df	t
DID	.37	.14	.12	.37	11.36**	1,72	3.37**

\*\*  $p < .01$ .

표 4. 재발률에 대한 DID와 BDI의 단계적 회귀 분석

	R	R <sup>2</sup>	ΔR <sup>2</sup>	Beta	F	df	t
DID	.36	.13	.11	.36	6.88*	1,46	2.62*

\*  $p < .05$ .

우울 증세의 재발률에 대한 단계적 회귀 분석 결과, 표 4에서와 같이 우울성 성격 장애 점수 단독으로 재발률을 설명하는 양이 13%인 반면, 우울 정도는 유병 기간에 대해서 거의 영향력을 갖지 못해 회귀 분석 모델에서 제외되었다. 이 결과도 역시 우울성 성격장애가 우울 증세의 재발률을 설명해 줄 수 있음을 보여주는 결과이다.

우울 증세로 인한 입원률에 대한 단계적 회귀 분석 결과, 표 5에서와 같이 우울 정도 단독으로 입원률을 설명하는 양이 9%인 반면, 우울성 성격 장애 점수는 입원률에 대해서 거의 영향력을 갖지 못해 회귀 분석 모델에서 제외되었다. 이 결과는 우울 정도에 비해서 우울성 성격 장애는 입원률에 영향력을 갖지 못함을 보여주는 것이다. 한편, 우울 증세의 약물 반응에 대한 단계적 회귀 분석 결과, 표 6에서와 같이 우울 정도 단독으로 약물 반응을 설명하는 양이 18%인 반면, 우울성 성격장애 점수는 약물 반응에 대해서 거의 영향력을 갖지 못해 회귀 분석 모델에서 제외되었다.

결국 약물 반응에 영향을 주는 변인은 우울 정도

이며 우울성 성격장애는 약물 반응에는 별다른 영향 을 미치지 않음을 보여주었다.

#### 우울성 성격장애 진단 여부에 따른 심리적 특성 분석

우울 증세를 호소하는 환자들 중에서 DID로 우울성 성격장애 진단을 받은 환자들과 우울성 성격장애 진단을 받지 않은 환자들의 심리적 특성이 차이를 보이는지를 알아보기 위하여, 우울성 성격장애 진단을 받은 집단과 그렇지 않은 집단의 우울 정도와 부정적인 인지패턴, 사회 적응 양상을  $t$  검정으로 분석하였다.

그 결과, 표 7에서와 같이 우울 증세를 호소하는 사람들 중에서 DID로 우울성 성격장애 진단을 받은 집단이 우울성 성격장애 진단을 받지 않은 집단에 비해서 우울 정도가 더 심했으며,  $t(80)=4.02, p < .001$ , 부정적인 인지패턴,  $t(73)=4.34, p < .001$ ,과 역기능적 태도,  $t(78)=3.81, p < .001$ ,가 더 강했고, 사회 부적응,  $t(73)=2.08, p < .05$ , 양상이 더 심각하였다. 그러나 우울성 성격장애 진단을 받은 집단에서 우울증 진단이

표 5. 입원률에 대한 DID와 BDI의 단계적 회귀 분석

	R	R <sup>2</sup>	ΔR <sup>2</sup>	Beta	F	df	t
BDI	.30	.09	.08	.30	6.49*	1,64	2.55*

\*  $p < .05$ .

표 6. 악물 반응에 대한 단계적 DID와 BDI의 단계적 회귀 분석

	R	R <sup>2</sup>	ΔR <sup>2</sup>	Beta	F	df	t
BDI	.42	.18	.16	.42	13.23**	1	3.63**

\*\*  $p < .01$ .

표 7. 우울성 성격장애 진단 여부에 따른 우울정도, 부정적인 인지, 역기능적 태도 및 사회부적응척도 평균

	우울성 성격장애 집단(n=48)	우울성 성격장애 아닌 집단(n=41)	t
우울 정도	21.79( 8.50)	13.73( 9.65)	4.02***
부정적인 인지	141.26(34.17)	106.43(35.28)	4.34***
역기능적 태도	162.42(28.22)	136.50(32.60)	3.81***
사회 부적응	40.97(15.18)	34.00(13.73)	2.08*

( ) 안에는 표준편차.

\*  $p < .05$ . \*\*\*  $p < .001$ .

더 많았고 우울 정도를 평가한 BDI 점수도 더 높았으므로 두 집단의 차이가 우울성 성격장애 점수로 인한 것인지, 우울 정도의 차이에서 오는 것인지 명확히 밝히기는 어렵다.

따라서 우울 정도를 통계적으로 통제된 상태에서 우울성 성격장애 진단을 받은 집단과 그렇지 않은 집단이 부정적인 인지패턴, 사회 적응 양상에서 차이를 보이는지 알아보기 위해 우울 정도를 공변인으로 한 공변량 분석을 실시하였다. 그 결과 표 8에서와 같이 우울 정도를 통제된 경우에도 우울성 성격장애 집단은 우울성 성격장애 진단을 받지 않은 집단에 비해

서 부정적인 인지패턴,  $F(1, 68)=7.57, p < .01$ ,과 역기능적인 태도,  $F(1, 68)=5.08, p < .05$ ,가 더 강했다. 그러나 사회 부적응 양상의 경우 우울 정도를 통제된 후에는 두 집단간에 유의미한 차이를 보이지 않았다.

#### 변인들간의 상관관계

본 연구에 포함된 변인들 간의 상관관계는 표 9과 같다. 우울성 성격장애와 우울 정도간의 상관관계는  $r=.39(p < .001)$ 로 통계적으로 유의미하였으나 상관계수가 그리 높지는 않았다. 이는 우울성 성격장애가 임상적인 우울 정도와 의미 있는 상관을 보이기는 하나 꼭

표 8. 우울성 성격장애 진단 여부에 따른 부정적인 인지, 역기능적 태도 및 사회부적응척도 평균

	우울성 성격장애 집단(n=48)	우울성 성격장애 아닌 집단(n=41)	F
부정적인 인지	141.09(36.64)	100.29(34.99)	7.57**
역기능적 태도	162.50(27.49)	132.71(34.50)	5.08*
사회 부적응	40.77(16.09)	32.70(14.43)	1.32

( ) 안에는 표준편차.

\*  $p < .05$ . \*\*  $p < .01$ .

일치하는 현상이 아님을 시사하는 결과이다. 우울성 성격장애와 부정적인 인지, 우울성 성격장애와 역기능적 태도간의 상관은 각각  $r=.47(p<.001)$ ,  $r=.46(p<.001)$ 으로 우울성 성격 장애와 우울 정도와의 상관에 비해 좀 더 높은 상관을 나타내어, 우울성 성격장애는 부정적인 생각 및 태도들과 더 많은 관련성이 있을 가능성이 있음을 보여주었다. 그러나 상관계수의 차이검증(rates and proportion test) 결과 비율들간에 유의미한 차이를 보이지는 않았다.

부정적인 인지패턴의 경우 우울성 성격장애와의 연관성보다는 우울 정도와의 연관성이 더 높았던 반면,  $Z=2.131$ ,  $p<.01$ , 역기능적인 태도의 경우 우울성 성격장애와의 연관성과 우울 정도와의 연관성에서 차이를 보이지 않았다. 사회 부적응 양상의 경우 두 인지 척도들에 비해 우울성 성격장애와의 상관이 낮았으며, 이는 우울 정도와의 상관에서도 마찬가지로 양상을 나타내었다.

## 2차 조사 결과

2차 조사는 1차 조사를 받은 사람들을 대상으로 하였고, 1차 조사를 받은 시점으로부터 3개월 후에 재평가를 실시하였다. 1차 조사에서 평가를 받은 89명 중에서 재평가를 받은 사람은 37명으로 재평가율은 약 41%였다. 재평가 시점은 1차 조사를 실시한 후 3개월에서 9개월 사이로 평균은 약 5개월(5.16개월)이었으며 반도 분포로 보면 재평가 시점이 5개월 후인 경우가 13명(35.1)으로 가장 많은 수를 차지했고 그

다음에 4개월 후로 전체의 27%를 차지했다.

1,2차 조사에서 면담과 설문에 응한 사람들의 인구학적 변인들의 분포와 1차 조사 당시의 우울감 수준이 1차 조사에만 응했던 사람들의 인구학적 변인들의 분포와 1차 조사 당시의 우울감 수준과 의미 있는 차이를 보이는지를 알아보기 위하여 1,2차 조사에 모두 응한 사람들을 한 군으로 묶고 1차 조사에만 응했던 사람들을 다른 한 군으로 묶어 이 두 군의 인구학적 변인들의 분포차이를 각각  $\chi^2$ 검증으로 분석하였고 t검정으로 우울감 수준에 대한 점수차이를 분석하였다. 그 결과 연령,  $\chi^2(5,80)=7.53$ ,  $p=.184$ , 성별,  $\chi^2(1,80)=.151$ ,  $p=.798$ , 교육수준,  $\chi^2(4,76)=2.83$ ,  $p=.586$ , 결혼상태,  $\chi^2(1,80)=.29$ ,  $p=.775$ , 직업,  $\chi^2(4,80)=.86$ ,  $p=.930$ , 에서 모두 두 군에서 의미 있는 차이를 보이지 않았다. 또한 BDI점수로 평가한 우울감 수준도 두 군에서 의미 있는 차이를 보이지 않았다,  $t(71)=.72$ ,  $p=.469$ . 이는 2차 조사에 응한 사람들이 어떤 체계적인 방식으로 선택된 것이 아님을 입증하는 결과이다.

### 1-2차 조사 변인들간의 안정성에 대한 분석

1차 조사와 2차 조사를 통해 우울성 성격장애를 비롯한 각 변인들의 시간에 따른 안정성을 확인해 보기 위한 방법으로 집단 내 상관 분석(Intraclass Correlation Analysis)을 실시하였다.

그 결과 표 10에서와 같이 각 변인들에 대해서 1차 조사 점수와 2차 조사 점수간의 상관관계를 분석한 결과, 우울성 성격장애 척도로 평가한 우울성 성격 변인이 가장 높은 상관,  $r=.92$ ,  $p<.001$ , 을 나타내어

표 9. 1차 조사 변인들간의 상관관계

	1	2	3	4	5
1. 우울성 성격장애	1.00				
2. 우울 정도	.39**	1.00			
3. 부정적 인지	.47**	.64**	1.00		
4. 역기능적 태도	.46**	.53**	.65**	1.00	
5. 사회 부적응	.28*	.30*	.28*	.28*	1.00

\*  $p<.05$ . \*\*  $p<.01$ .

표 10. 1-2차 조사 변인들간의 안정성에 대한 분석

변 인	r
우울성 성격	.92**
우울 정도	.85**
부정적 인지	.88**
역기능적 태도	.82**
사회 부적응	.85**

\*\*  $p<.001$ .

가장 안정성이 높은 변인임을 확인할 수 있었다. 사회 부적응 변인,  $r=.85, p<.001$ , 도 안정성이 높았고 인지 삼요소 척도로 평가한 부정적 인지 변인,  $r=.88, p<.001$ , 과 역기능적 태도 척도로 평가한 역기능적 태도 변인,  $r=.82, p<.001$ , 도 각각 높은 상관을 나타내어 부정적인 사고패턴을 위주로 하는 세 변인들이 3개월의 시간 간격에도 불구하고 안정성이 높은 변인임을 입증하였다.

한편, BDI로 측정된 우울 정도 변인도 높은 상관,  $r=.85, p<.001$ , 을 나타내어, 평균 5개월 정도(3개월에서 9개월 사이)까지 계속해서 정신과 치료를 받고 있거나 다시 재발하여 정신과 치료를 받고 있는 경우 이들의 우울 정도는 상당히 안정된 패턴으로 지속됨을 시사하였다.

## 논 의

본 연구는 임상군을 대상으로 우울성 성격장애의 임상적 타당성과 유용성을 알아보고자 하였다. 구체적으로, 우울성 성격장애가 기분장애와는 달리 시간이 흘러도 안정적인 양상을 띄는 것인지를 알아보고자 하였고 우울 정도를 통제된 상태에서도 우울성 성격장애 진단을 받은 집단이 그렇지 않은 집단에 비해 부정적인 인지특성이 두드러지는지를 확인해 보고자 하였다. 또한 우울증에 우울성 성격장애가 공존한다는 사실이 환자들의 치료에 도움이 되는 정보인지를 확인해 보고자 하였다.

연구에 포함된 변인들간의 상관관계를 알아본 결과, 역기능적인 태도 척도의 경우 우울성 성격장애 척도와 통계적으로 유의미한 상관을 보였으며, 상관의 정도는 우울 정도를 측정하는 BDI 점수와의 상관과 통계적으로 차이를 보이지 않았다. 이는 우울성 성격장애가 부정적인 사고방식과 태도가 강조되는 진단이라는 기존의 연구결과들(Hirschfeld, 1994; Hirschfeld & Holzer, 1994; Klein & Miller, 1993)을 지지하는 결과이다. 부정적인 인지패턴의 경우 역시 우울성 성격장애 척도와 통계적으로 유의미한 상관을 보였다.

나, BDI 점수와 부정적인 인지패턴을 측정하는 인지 삼요소 척도 점수간의 상관인 인지 삼요소 척도와 우울성 성격장애 점수와의 상관보다 높았다. 이는 우울 증상들을 주소로 내원한 환자들의 경우 우울증이 우울성 성격장애에 비해 제반 심리적 변인에 미치는 영향력이 더 클 가능성이 있음을 의미하는 결과이다. 그러나 우울 정도가 미치는 영향력을 통계적으로 통제된 상태에서도 우울성 성격장애 진단은 우울성 성격장애 진단을 받지 않은 집단에 비해 자신과 미래와 세상에 대해서 더 부정적인 사고패턴을 보였고 역기능적인 태도가 더 강했다. 따라서 우울증 환자 집단에서도 우울성 성격장애는 우울증의 영향력을 배제하더라도 상당히 부정적인 인지패턴을 보임을 확인하였다.

한편, 우울성 성격장애 점수와 사회 부적응 양상을 평가하는 척도와의 상관관계는 부정적인 인지 특성을 평가하는 두 척도들과의 상관에 비해 낮았고 이러한 양상은 우울 정도와의 상관에서도 마찬가지로 양상을 나타내었다. 이는 우울성 성격장애가 우울한 행동패턴을 광범위하게 나타낸다는 이전의 주장들(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Edition; DSM-IV, American Psychiatric Association, 1994; Klein & Miller, 1993)과는 맞지 않는 결과이다. 그러나 우울 정도와의 연관성도 역시 미미했던 점을 감안한다면 이는 정신과에 내원하는 환자들이 대부분 자기노출을 꺼리는 특성이 있다는 점과 연관된 보고 상의 문제일 가능성이 있다. 즉, 사회 적응 척도와 같이 직접적인 생활 패턴을 자기 보고식으로 드러내게 하는 경우, 임상군에서 유난히 두드러지는 자기 방어성으로 인해 일관성 있는 보고를 하지 못했을 가능성이 있다. 따라서 우울성 성격장애가 사회 부적응과 별다른 연관을 갖지 않는다고 결론을 내리기에 앞서, 차후 연구에서 자기 보고식이 아닌 면담 형식으로 사회 부적응 양상을 평가해 볼 필요가 있겠다.

우울성 성격장애 진단의 안정성을 확인하기 위해 행한 집단 내 상관 분석 결과 우울성 성격장애 척도로 평가한 우울성 성격변인이 매우 안정적인 특성을

보였다는 것은, 우울성 성격장애 개념이 단순히 부정적인 인지패턴만을 강조하는 것이 아니라 거의 변함없이 지속되는 성격장애라는 점을 확인시켜 주는 결과이다.

임상군을 대상으로 우울성 성격장애 진단의 유용성을 검증한 결과들은 대부분 우울성 성격장애의 임상적 특성들을 지지하였다. 일반적으로 성격장애가 공존하는 우울 장애 환자들의 경우 우울감 자체는 그리 심하지 않으나 이전에도 우울 장애를 경험했을 가능성이 더 높고, 치료받으러 오기 전에 우울 장애를 앓은 기간이 더 길며, 우울 장애만을 앓고 있는 사람들보다 발병시기가 더 빠르다고 알려져 있다(Black et al., 1988; Mellman et al., 1992; Shea et al., 1987). 본 연구에서 우울 증세의 유병 기간과 재발률에 우울성 성격장애가 영향을 미치는 것은 이들의 연구결과와 일치하는 결과이다. 즉, 증상의 만성화 정도와 재발빈도를 좌우하는 것은 평가 당시의 우울 정도보다는 우울성 성격장애가 같이 있느냐 하는 요인인 것이다.

성격장애가 공존하는 환자들은 항우울제 치료에 대한 반응이 극적이지 않고(Charney et al., 1981; Pilkonis & Frank, 1988) 전반적인 치료가 성공적이지 않다고 한다(Reich & Vasile, 1993). 본 연구에서는 약물치료의 효과를 좌우하는 요인은 우울 정도인 것으로 나타났으며 우울성 성격장애는 약물치료의 효과에 영향력을 갖지 않는 것으로 나타났다. 이는 선행연구 결과와 정확히 일치하지는 않는 결과로 선행연구결과는 성격장애가 공존하는 경우 약물치료 결과에 부정적인 영향을 준다는 의미를 내포하고 있는 반면, 본 연구에서는 우울성 성격장애가 약물치료에 아무런 영향력을 행사하지 않을 가능성이 있음이 시사되었다. 실제로 Phillips 등(1998)의 최근 연구결과에 따르면 우울성 성격장애 진단을 받은 집단과 우울성 성격장애 진단을 받지 않은 집단의 치료반응에는 차이가 없음을 보고하고 있어, 우울성 성격장애가 공존하는 우울 장애의 경우 약물치료 반응 효과에 대해서는 앞으로도 더 많은 논의가 필요할 것이다.

한편, 우울 증세로 인한 입원률의 경우 우울 정도

가 영향력을 가지고 있는 반면, 우울성 성격장애는 영향력이 없는 것으로 나타나, 우울성 성격장애가 만성화 정도와 재발률에 영향력을 행사하는 데 비해서 심한 우울 증세가 관건이 되는 입원률에는 영향을 미치지 않음을 알 수 있었다. 기존의 연구자(Klein, 1990; Hirschfeld, 1994)들은 우울성 성격장애가 우울 증상이 그리 심하지 않으면서 기분저하 장애나 주요 우울증에서 요구되는 기간보다 더 오래 지속되는 우울한 성격구조를 가지고 있다고 보았다. 따라서 심한 우울 증상이 관건이 되는 입원률에 우울성 성격장애가 영향력을 가지지 못한다는 본 연구의 결과는 우울성 성격장애의 진단적 타당성을 더욱 확고히 하는 것이다.

이상의 결과로 볼 때 임상군에서 우울성 성격장애 진단이 내려지게 되면 우울 증세가 이전부터 만성화 되어 왔거나 잦은 재발이 있어왔을 가능성에 주목해야 할 것이며, 앞으로도 경미한 우울 증세가 만성화 할 가능성과 잦은 재발 가능성을 고려해야 할 것이다.

본 연구의 의의는 다음과 같다. 첫째, 우울성 성격장애 진단이 임상군에서는 환자들이 호소하는 우울 증세의 예후를 짐작케 하는 중요한 정보가 됨을 검증하였다. 한 진단이 임상적인 가치를 갖기 위해서는 그 진단이 내려짐으로써 해서 임상가들이 환자들을 치료할 때 어떤 임상적인 정보를 얻게 되느냐 하는 것이 중요하다. 본 연구에 따르면 임상군에서 우울성 성격장애 진단이 내려지게 되면 우울 증세가 이전부터 만성화되어 왔거나 잦은 재발이 있어 왔을 가능성이 있으므로 이점에 주목해야 할 것이며, 앞으로도 경미한 우울 증세가 만성화 할 가능성과 잦은 재발 가능성을 고려해야 할 것이다.

둘째, 우울성 성격장애에 대한 연구에서 척도의 신뢰성과 타당성이 확보된 평가도구를 사용하였다는 점이다. 본 연구에서 사용한 우울성 성격장애 평가도구는 Gunderson 등(1994)이 제작한 우울성 성격 진단 면접도구(DID)로 DSM-IV 현장연구(Hirschfeld, 1994; Keller 등, 1995)를 비롯한 많은 연구들에서 척도의 신뢰성과 타당성을 인정받고 있어 DSM-우울성 성격장애

애를 연구하는데 가장 많이 쓰이고 있다. 국내에서 아직까지 우울성 성격장애에 대한 경험적 연구가 보고된 적이 없는 이 시점에서, 본 연구는 우울성 성격 진단 면접도구의 신뢰도와 타당도 뿐 아니라 임상적 유용성을 보여주었다. 따라서 앞으로 국내에서 우울성 성격장애를 연구하는데 이 척도가 유용하게 쓰일 수 있는 기초를 마련했다고 할 수 있겠다.

셋째, 우울성 성격장애가 범 문화적인 현상일 가능성을 시사하였다. 오랜 연구들을 통해 우울증이 문화권에 관계없이 공통적인 임상 증상과 경과, 치료반응, 예후 등을 보인다는 점에 이의를 제기할 사람은 없을 것이다. 그러나 우울성 성격장애의 경우 우울성 성격에 대한 오랜 역사적 전통에도 불구하고 경험적인 연구가 시작된 것은 비교적 최근이다. 그러므로 우울성 성격장애에서 보이는 임상증상과 경과, 치료반응, 예후 등이 문화권을 초월한 공통 현상이라고 단정짓기에는 이른 면이 있다.

특히 우울성 성격장애의 기본 특성이 인지적인 특성과 대인 관계적인 특성이라는 점을 감안할 때 우울성 성격장애의 인지적인 특성들에 대한 질문들을 피검사자가 받아들이는 의미가 문화권에 따라서 조금씩 다를 수 있고, 대인관계를 비롯한 사회적 패턴에도 문화적인 차이가 있을 수 있다. 그러나 본 연구에서 밝혀진 중요한 결과들(우울증의 영향을 통제 한 상태에서 우울성 성격장애에서 부정적인 인지특성이 두드러진 점, 진단의 안정성, 우울성 성격장애 진단이 임상양상에 미치는 영향 등)이 외국의 연구결과들과 상당부분 일치하고 있으므로 본 연구결과가 한국 문화에만 국한된 현상이 아닌 범 문화적인 현상을 대변하는 것일 가능성이 크다.

그러나, 추적조사 기간 및 시점 차이 문제, 임상군의 대표성 문제, 그리고 환자들의 약물반응에 대한 평가를 병록지에 의존했다는 점들은 본 연구가 안고 있는 제한점들이다. 임상군을 대상으로 한 연구들의 경우 성격장애 진단의 안정성을 평가하기 위해서는 6개월에서 1년 정도 이후를 추적조사 시점으로 잡는 추세(Gunderson et al., 1994; Keller et al., 1996; Phillips et al., 1998)이므로 본 연구의 추적조사 시점

이 결과적으로 평균 5개월이 되었으나 당초 추적 조사 시점을 3개월 이후로 잡은 것은 성격장애 진단의 안정성을 평가하기에는 미흡했다고 할 수 있겠다. 따라서 본 연구에서 검증한 우울성 성격장애 진단의 안정성은 잠정적인 결론으로 받아들여야 하겠으며, 최종 결론을 위해서는 좀더 장기적인 추적조사가 반드시 필요하겠다.

집단의 대표성 문제는 임상군이 한 대학병원의 환자들로 이루어졌다는 점이다. 물론 모든 환자들에 대해서 평균 30-40분이 소요되는 구조화된 면담을 1차 조사와 2차 조사에 걸쳐 실시해야 했으므로 본 연구자가 소속된 병원에 오는 환자들을 대상으로 연구를 시행할 수밖에 없었던 현실적인 어려움이 있었다. 그러나 지역 특수성으로 인해 임상군의 대표성에 제약이 따를 수 있으므로 연구 결과에 미칠 수 있는 가능한 변산을 최대한 줄이기 위해서, 앞으로의 연구에서는 가능하면 여러 병원이나 치료 센터의 자료들을 통합하는 것이 바람직하겠다. 마지막으로, 환자들의 약물 반응은 세 명의 정신과 전문의의 병록지를 참고하였다. 따라서 약물반응의 효과를 기록하는데 있어서 동일한 표현을 썼다고 하더라도 각 의사가 내린 주관적인 평가에는 조금씩 차이가 있을 가능성이 있다. 그러므로 앞으로의 연구에서는 약물 반응에 대한 평가를 내리기 전에 평가를 내리는 사람들이 최대한 동일한 기준을 적용할 수 있도록 논의된 기준에 따른 척도를 마련해야 할 것이다.

## 참고문헌

- 김은정, 권정혜(1997). 우울 증상과 관련된 대인관계 특성. **한국 심리학회 1997년도 연차 학술대회 학술발표 논문집**, 73-84.
- 김은정, 하은혜, 배성운, 오경자(1997). 기혼 여성의 우울증상과 심리사회적 기능. **한국 심리학회 1997년도 연차 학술대회 학술발표 논문집**, 101-114.
- 이영호, 송종용(1991). BDI, SDS, MMPI-D척도의 신

- 회도 및 타당도에 대한 연구. 한국 심리학회지 : 임상, 10(1), 98-113.
- American Psychiatric Association.(1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (Rev. 4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Akiskal, H.S., Hirschfeld, R.M.A., & Yerevanian, B. I.(1983). The relationship of personality to affective disorders. *Archives of General Psychiatry*, 40, 801-810.
- Arieti, S., & Bemporad, J.R.(1980). The psychological organization of depression. *American Journal of Psychiatry*, 137, 1360-1365.
- Beck, A., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G.(1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J.(1961) An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry* 4, 561-591.
- Beckham, E.E., Leber, W.R., Watkins, J.T., Boyer, J. L., & Cook, J.B.(1986). Development of an instrument to measure Beck's cognitive triad: The cognitive triad inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 566-567.
- Black, D.W., Bell, S., Hullbert, J., & Nasrallah, A. (1988). The importance of axis II in patients with major depression:A controlled study. *Journal of Affective Disorders*, 14, 115-122.
- Charney, D.S., Nelson, J.C., & Quinlan, D.M.(1981). Personality traits and disorder in depression. *American Journal of Psychiatry*, 17, 33-40.
- Davis, S.E., & Hays, L.W.(1997). An examination of the clinical validity of the MCMI-III depressive personality scale. *Journal of Clinical Psychology*, 53, 15-23.
- Fogel, B.S., & Westlake, R.(1990). Personality disorder diagnoses and age in inpatients with major depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51, 232-235.
- Gunderson, J.G., Phillips, K.A., Triebwasser, J., Robert, M.A., & Hirschfeld, M.D.(1994). The diagnostic interview for depressive personality. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1300-1304.
- Hirschfeld, R.M.A.(1994). Major depression, dysthymia and depressive personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 165(suppl.26), 23-30.
- Hirschfeld, R.M.A., & Holzer, C.E.(1994). Depressive personality disorder: Clinical implications. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 10-17.
- Huprich, S.K., Margrett, J., Barthelemy, K.J., & Fine, M.A.(1996). The depressive personality disorder inventory: An initial examination of its psychometric properties. *Journal of Clinical Psychology*, 52, 153-159.
- Keller, M.B., Hanks, D.L., & Klein, D.N.(1996). Summary of the DSM-IV mood disorders field trial and issue overview. *Psychiatric Clinics of North America*, 19, 1-27.
- Kernberg, O.(1987). *Clinical dimensions of masochism, in masochism: current and psychotherapeutic contributions*. Edited by Glick, R.A., Meyers, D.I., & Hillsdale, N.J., Analytic Press.
- Klein, D.N.(1990). Depressive personality: Reliability, validity, and relation to dysthymia. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 412-421.
- Klein, D.N., & Miller, G.A.(1993). Depressive personality in nonclinical subjects. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1718-1724.
- Kraepelin, E.(1921). *Manic-depressive insanity and paranoia*. Translated by Barclay, R.M., edited by Robertson, G.M. Edinburgh, E & S Livingstone.
- Mellman, T.A., Leverich, G.S., Hauser, P., Kramlinger, K., Post, R.M., & Uhde, T.W.(1992). Axis II pathology in panic and affective

- disorders: Relationship to diagnosis, course of illness, and treatment response. *Journal of Personality Disorders*, 6, 53-63.
- Peselow, E.D., Sanfilippo, M.P., & Fieve, R.R.(1994). Patients' and informants' reports of personality traits during and after major depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 819-824.
- Phillips, K.A., Gunderson, J.G., Hirschfeld, R., & Smith, L.E.(1990). A review of the depressive personality. *American Journal of Psychiatry*, 147, 830-837.
- Phillips, K.A., Gunderson, J.G., Triebwasser, J., Kimble, C.R., Faedda, G., Lyoo, I., & Renn, J.(1998). Reliability and validity of depressive personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1044-1048.
- Pilkonis, P.A., & Frank, E.(1988). Personality pathology in recurrent depression:Nature, prevalence and relationship to treatment response. *American Journal of Psychiatry*, 145, 435-441.
- Reich, J.H., & Vasile, R.G.(1993). Effects of personality disorders on the treatment outcome of Axis I conditions: an update. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 475-484.
- Schneider, K.(1958). *Psychopathic personalities*. Springfield, Ill, Charles C Thomas.
- Shea, M.T., Glass, D.R., Pilkonis, P.A., Watkins, J. and Docherty, J.P.(1987). Frequency and implications of personality disorders in a sample of depressed outpatients. *Journal of Personality Disorders*, 1, 27-42.
- Shea, M.T., & Hirschfeld, R.M.A(1996). Chronic mood disorder and depressive personality. *Psychiatric Clinics of North America*, 19, 103-119.
- Stuart, S., Simons, A.D., Thase, M.E., & Pilkonis, P. (1992). Are personality assessments valid in acute depression? *Journal of Affective Disorders*, 24, 281-290.
- Weissman, A.N., & Beck, A.T.(1978). *Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale: A preliminary investigation*. Paper presented at the Annual Meeting of the American Educational Research Association, Toronto, Canada.
- Weissman, A.N., & Paykel, E.S.(1974). *Instructions for administration of the social adjustment scale*. Unpublished paper.
- Winokur, G(1972). Depression spectrum disease: Description and family study. *Comprehensive Psychiatry*, 13, 3-8.

원고접수일 1999. 11. 19

수정원고접수일 2000. 4. 3

게재결정일 2000. 4. 21 ■

## **Clinical Validity and Utility of the Depressive Personality Disorder Diagnosis**

**Young Mee Kim**

Department of Psychiatry  
College of Medicine  
Inje University

**Kyung Ja Oh**

Yonsei University

**Ara, Cho**

Department of Psychiatry  
College of Medicine  
Inje University

**Jung Ho Lee**

Department of Psychiatry  
College of Medicine  
Inje University

**Young Min Choi**

Department of Psychiatry  
College of Medicine  
Inje University

**Gi Chul, Lee**

Department of Psychiatry  
College of Medicine  
Inje University

Clinical validity and utility of depressive personality disorder (DPD) diagnosis were empirically studied in the present study. In specific, comorbid diagnosis of depression and depressive personality disorder was evaluated on clinical sample at the start-up and the three months follow-up, which in turn, provided information regarding its diagnostic stability. The influence of DPD score, as assessed by DID, on the duration of illness, recurrence rate, admission rate due to depression, and treatment response was tapped to explore its clinical utility. Diagnostic interview for Depressive Personality was administered to 89 patients with depressive symptoms. Severity of depression was evaluated with Beck Depression Inventory(BDI), negative cognitive patterns with Cognitive Triad Inventory(CTI) and Dysfunctional Attitude Scale(DAS). Social Adjustment Scale(SAS) was used to assess impairment in social functioning. Data on clinical variables including duration of illness, recurrence rates, admission rate due to depression, and treatment response were obtained from medical records. Follow-up study was done with the same instruments on 37 of the 89 subjects.

The results indicated DPD had significant effects on various psychological variables even after the effect of depression was statistically controlled, and the effects remained unchanged at the follow-up. Results from the follow-up study also demonstrated strong diagnostic stability of DPD. The results also showed that DPD score had significant relationship with the chronicity of depressive symptoms and recurrence rate but not with admission rate or treatment response. The present study demonstrated that DPD is a clinically valid diagnosis and is useful for predicting the prognosis. Methodological limitations in evaluating the clinically depressive sample, were discussed.