

만성 내과질환자의 불안과 우울에 관한 연구

고신대학 의학부 신경정신과학교실

오동원

Anxiety and Depression of the Hospitalized Chronic Medical Patients

Dong Won Oh

*Department of Neuropsychiatry
Kosin Medical College, Pusan 602-702, Korea*

= Abstract =

The author studied the emotional status, especially, anxiety and depression and their influential factors of the hospitalized chronic medical patients by means of the semistructured interview and psychological tests(SAS, BDI, MMPI)

The results were as follows .

1. Among the total 88 inpatients, considerable anxiety was noticed in 47.7% of them by SAS and depression in 47.7% by BDI and 50% by MMPI
2. There were statistically no differences of emotional status in the sex, age and educational level.
- 3 The anxiety and depression scores of the protestant, the catholic and the other religious group were lower than that of the buddist($p < 0.05$).
- 4 The divorced were more anxious and depressed than the married and unmarried($p < 0.05$)
5. The chronic renal failure patients were more anxious and depressed than the other chronic medical patients($p < 0.05$)
- 6 The patients who had been recurred, and had positive family history, and had other physical disease were more anxious and depressed than those who had not($p < 0.01$, $p < 0.01$, $p < 0.05$).

7. Anxiety and depression of the chronic medical patients were positively correlated each other : the more anxious the patients, the more depressed and vice versa.

I. 서 론

불안과 우울은 정신과영역에서 가장 흔한 증상중의 하나이며, 비정신과의 신체적 질환이 있는 경우에도 흔히 발견되는 것으로 알려져 있다.

Shepherd 등(1966)²⁶⁾은 신체질환과 정신질환사이의 관계성을 보고하였고, Finn과 Huston(1966)¹²⁾은 내과환자 중 18.5%가 그들의 신체질환의 중요한 요인들 중 하나가 정서적 요인이라고 보고하였다.

신체적 질환자들의 정서장애의 결과는 아직도 명확히 밝혀져 있지 않으나, 대부분의 경우는 그 정도가 경미한 것으로 신체질환이 회복되거나 혹은 정신사회적 스트레스가 줄어들거나, 환자에 의하여 스트레스가 통정되어지면 해결된다(Goldberg와 Blackwell, 1970)¹³⁾고 한다. 그러나 일부 신체질환자들은 만성적인 정신과질환을 일으켜 그들의 사회적 기능회복에 장애를 초래하기도 한다(Stern 등, 1977)²⁸⁾.

신체질환과 동반되어 나타나거나 혹은 신체질환에 의하여 이차적으로 발생하는 정서장애들에 대한 보고가 많다.

Shevitz등(1976)²⁷⁾과 Schwab등(1967)²⁵⁾은 내과환자에서의 우울증상의 발현빈도를 20%부터 50%까지로 보고하면서 내과환자에서의 우울에 대한 치료를 강조하였다.

Cavanaugh(1983)⁹⁾은 내과에 입원 중인 환자 중 Beck Depression Inventory(BDI)점수가 14점 이상인 중정도 이상의 우울증상을 보이는 빈도를 14%로 보고하면서, 사회계층상 중류이상의 여성과 젊은 흑인남자에서 더 많은 우울증상을 보인다고 하였다. 그리고 질환별로는 암, 위장관질환, 신부전증, 자가면역질환을 가진 환자에서 더 많은 우울증상이 있다

고 보고하였다.

Kaufman등(1959)¹⁵⁾은 내과입원환자에서의 불안장애의 빈도를 6%로 보고하면서 불안증상은 남자보다는 여자에서 더 많으며, 과거입원횟수가 많을수록 그리고 나이가 어릴수록 적게 나타났다고 하였다. 국내의 보고들에서도 불안과 우울증상은 신체질환과 밀접한 연관성이 있는 것으로 나타났다(김미영과 황익근, 1987; 민성길과 조강주, 1977; 방승규, 1977; 신정호, 1978; 이성민과 방승규, 1978; 이 철, 1984; 하혜경, 1982; 한상의 등, 1985)¹⁻⁸⁾. 그러므로 내과환자에 있어서 불안과 우울의 정도를 측정, 평가하는 것은 임상에서 중요한 부분을 차지하고 있으며, 이를 객관적으로 측정할 수 있는 몇가지 방법들이 제안되어 왔다. 국내외의 선행연구들은 특정한 내과적 질환에서의 우울 혹은 불안의 정도를 조사하였거나, 타과에서 자문의뢰된 사례들만을 대상으로 한 조사들이었다. 그래서 일반의나 타과 전문의에 의하여 불안과 우울증상이 발견된 환자만을 대상으로 하여 전체적인 빈도를 보기에는 미흡한 점이 있다.

이상과 같은 선행연구들을 참고로 하여 저자는 타과에서 의뢰된 경우가 아니고, 비교적 만성내과질환을 가지고 입원 중인 환자들을 무작위로 선정하여, 객관적인 심리검사와 면담을 병행하여 그들의 불안 및 우울의 정도를 알아보았으며, 그리고 불안 및 우울을 보이는 환자들과 그렇지 않은 환자들 사이의 차이점 및 불안 및 우울을 야기하는데 영향을 미칠 수 있는 인자들(성별, 연령, 종교, 학력, 진단, 가족력 등)을 검토하였다.

이 연구는 최근 자문조정정신의학분야에 대한 관심이 고조되어 가는 가운데 만성내과질환자들의 심리적 변화과정을 정확히 파악함으

로써, 심리적 변화에 대한 치료대책을 세우기 위한 목적의 일환으로 시행되었다.

II. 연구대상 및 방법

1. 연구대상

조사대상은 1988년 12월부터 1989년 2월까지 비교적 예후가 불량한 내과적 만성질환을 치료하기 위하여 고신의료원에 입원 중인 환자 88명을 대상으로 하였다.

이때 임종이 임박한 말기환자와 암환자, 그리고 의식장애가 있어서 면담 및 심리검사에 협조가 어려운 환자는 제외하였다. 전체대상환자들의 진단별 분포를 보면 신장질환 44명(만성신부전증 41, 만성사구체염 2, 신장결핵 1), 간질환 8명(간경변증 3, 만성활동성간염 5), 폐질환 12명(폐결핵 9, 결핵성늑막염 2, 폐농양 1), 소화기계질환 8명(담석증 5, 위궤양 3), 심장질환 2명, 혈액질환 2명, 내분비계질환 3명, 기타 9명 이었다.

대상환자들을 성별로 보면 남자가 52명, 여자가 36명이었으며, 나이는 20세에서 71세까지 분포되어 있었고, 평균나이는 37.4 ± 12.4 세였다 (Table 1).

2. 연구방법

인구학적 자료와 병황의 통고여부 및 그 시기, 다른 신체질환유무, 동통여부 등을 알아보기 위하여 개별면담을 시행하였으며, 현재 질병상황, 예후, 치료방법 및 계획에 대해서는 수시로 병록지와 담당의의 의견을 참조하였다.

심리검사로는 Zung의 자가평가불안척도(Self-Rating Anxiety Scale, SAS)와 MMPI의 우울문항, Beck의 우울척도(Beck Depression Inventory, BDI)들을 사용하였으며 본문에서는 왕성근의 번역판(1978)을 인용했고, 40점 이하의 비불안군, 그이상은 불안군으로 보았다. MMPI는 우울증척도 60문항만 발췌해 사

용하였으며, 60점이하는 비우울군, 61점 이상은 우울군으로 구별하였다. BDI는 1961년에 Beck가 자신의 임상경험을 기초로 정신과적 진단에 상관없이 우울의 정도를 측정하기 위하여 고안한 21문항이며, 비신체적 우울이 13문항, 신체적 우울증상이 8문항으로 구성되어 있다.

Beck는 이척도의 점수에 따라 17점이하는 비우울군, 18점 이상은 우울군으로 구분하였다. 본 연구에서는 국내에서 표준화되어 있지 않다는 단점이 있기는 하나 선별하는데 편리하여서, MMPI측정의 보조적 수단으로 사용하였으며, 고신의대 신경정신과학교실에서 번역한 자료를 사용하였다. 우선 대상환자들을 ① 불안과 우울의 정도에 따라 불안군, 비불안군, 우울군, 비우울군으로 대별해 보았고 ② 성별, 교육정도, 연령, 종교에 따른 불안과 우울의 정도를 보았고, ③ 치료방법에 따라 화학요법군, 대증요법군, 수술요법군으로 나누어 불안과 우울의 정도를 보았고, ④ 병황인지군과 미인지군으로 나누어 불안과 우울의 정도를 보았고 ⑤ 다른 신체질환 동반여부, 자식유무, 가족력, 동통정도, 재발여부 등에 따른 불안과 우울의 정도를 보고, ⑥ SAS, BDI, MMPI 각 척도 간의 상관관계 여부를 조사하였다. 이때 자료는 백분율과 변량분석방법으로 집단간의 차이를 분석하였다.

III. 연구결과

1. 전체질환자의 불안과 우울의 정도

전체환자를 3개척도로 구분하여 불안과 우울의 유무를 보았다.

1) SAS는 전체환자 88명 중 비불안군 46명(52.3%), 불안군 42명(47.7%)이었고, 남자는 52명 중 비불안군 29명, 불안군이 23명, 여자는 36명 중 비불안군 17명, 불안군 19명이었다. 본 결과는 전체질환자 중 약 48%가 불안군에 속했고, 남자보다 여자가 불안군에 속

Table 1. Demographic data

Sex	20 - 29	Male 52 (59.1%)	Female 36 (40.9%)	Total 88 (100%)
Age	20 - 29	18	11	29
	30 - 39	18	8	26
	40 - 49	10	8	18
	50 - 59	5	4	9
	60 - 69	1	4	5
	70 - 79	0	1	1
Education	Unschoolled	1	4	5
	Primary	1	6	7
	Junior	6	5	11
	Senior	36	14	50
	College	8	7	15
Religion	Buddist	13	16	29
	catholic	5	2	7
	protestant	10	5	15
	None	24	13	37
Marital status				
	married	31	20	51
	Divorced	1	1	2
	Bereaved	1	4	5
	Unmarried	19	11	30

Table 2. Distribution of anxiety & depression in total patients

	S A S		B D I		M M P I	
	Non-anxiety group 46 (52.3%)	Anxiety group 42 (47.7%)	Non-depres sion group 46 (52.3%)	Depression group 42 (47.7%)	Non- depres sion group 44 (50.0%)	Depression group 44 (50.0%)
Male	29	23	27	25	26	26
Female	17	19	19	17	18	18

하는 환자가 많은 경향을 보여주고 있다.

2) MMPI는 전체환자 88명 중 비우울군 44명, 우울군 44명이었고, 남자는 52명 중 비우울군 26명, 우울군 26명 그리고 여자는 36명 중 비우울군 18명, 우울군 18명이었다.

본 결과는 전체환자 중 50%가 우울군에 속

했고, 남녀차이는 없음을 보여주고 있다.

3) BDI는 총 88명 중 비우울군 46명, 우울군 42명이었고, 남자 52명 중 우울군이 25명이었고, 여자는 36명 중 17명이 우울군에 속했다. 그래서 전체 환자 중 약 48%가 우울증상을 보였다 (Table 2).

2. 성별, 교육정도, 연령별로 본 불안과 우울의 정도

1) 성별로 보면 SAS의 평균점수가 남자 39.63, 여자 41.03으로 여자가 약간 더 불안한 경향을 보이나 통계적인 의의는 없었고, BDI에서는 남자 17.31, 여자 17.08, MMPI에서는 남자 55.87, 여자 55.25로 비슷한 경향을 보여 성별에 따른 불안과 우울의 차이는 없는 것으로 나타났다.

2) 연령별로 보면 SAS의 평균점수가 20대 38.28, 30대 38.65, 40대 43.11, 50대 46.78, 60대 38.40, 70대 34.00으로 40대와 50대군이 다른 군에 비해서 다소 더 불안한 경향을 보였으나 통계적인 차이는 없었다. MMPI에서는 40대가 59.50, 50대가 60.11로, BDI에서는 50대가 21.56, 60대가 20.40으로 다른 나이군에 비해서 다소 더 우울한 경향을 보였으나 통계적인 차이는 없었다. 따라서 연령에 따른 불안과 우울의 차이는 없는 것으로 나타났다.

3) 학력별로 보면 SAS의 평균점수가 무학 39.80, 국졸 37.43, 중졸 43.18, 고졸 39.16, 대졸 42.93으로 학력에 따른 불안정도의 의미 있는 차이를 보이고 있지 않으며, MMPI에서는 무학 56.20, 국졸 49.29, 중졸 63.00, 고졸 53.52, 대졸 59.93으로 학력에 따른 우울정도의 의미 있는 차이는 없었으며, BDI에서도 무학 17.00, 국졸 14.71, 중졸 22.36, 고졸 16.90, 대졸 15.73으로 MMPI와 비슷한 양상을 보이고 있다. 중졸학력군에서 다른군보다 SAS BDI, MMPI 평균점수가 다소 높게 나타났으나 통계적인 의의가 없었으므로 학력에 따른 불안과 우울의 정도 차이는 없는 것으로 나타났다.

3. 종교에 따른 불안과 우울의 정도

연구대상자를 종교별로 분류해 보면 불교신자가 29명, 개신교신자 15명, 천주교신자 7명, 무교가 37명이었다.

SAS척도에 의하면 불교신자(44.34)가 개신교(39.73)와 천주교신자(38.14) 및 무교(37.54)보다 평균점수가 높았으며 통계적으로도 유의한 차이($P<0.05$)가 있었으며, BDI와 MMPI에서도 불교신자가 각각 59.03, 21.17로 다른 집단에 비해서 평균점수가 약간 높았으나 통계적인 의의는 없었다. 따라서 불교신자가 다른 종교인에 비하여 불안이 더 심하고, 우울한 경향(BDI, $P=0.08$)을 보였다 (Table 3).

4. 결혼상태에 따른 불안과 우울의 정도

대상자들을 결혼상태별로 분류해 보면 결혼한군(51명), 이혼(2명), 사별(5명), 미혼(30명)이었다. SAS에서는 이혼한군(58.50)이 결혼(40.98), 사별(38.80), 미혼(37.90)군보다 평균점수가 매우 높았으며 통계적으로도 의미 있는 차이($P<0.05$)를 보였고, BDI에서는 이혼군(38.00)이 결혼(17.41), 사별(18.40), 미혼(15.30)군보다 평균점수가 높았으며 통계적으로도 유의한 차이($P<0.05$)를 보였다. MMPI에서도 이혼군(65.00)이 다른 군에 비해서 평균점수가 높았으며 더 우울한 경향을 보였다. 따라서 이혼한 군이 다른 군에 비해서 통계적으로도 유의하게 더 불안하고, 더 우울한 양상을 보였다 (Table 4).

5. 치료방법에 따른 불안 및 우울정도

대상환자를 치료방법에 따라 분류하면 화학요법군(66명), 대증요법군(12명), 수술요법군(10명)이었다. SAS에서는 대증요법군(45.27)이 화학요법군(39.47), 수술요법군(37.50)보다 다소 평균점수가 높았으나 통계학적인 차이는 없었다. BDI에서도 대증요법군(19.18)이 화학요법군(17.81), 수술요법군(13.50)보다 평균점수가 높았으나 통계적인 의의는 없었다. MMPI에서는 화학요법군(56.29)이 다른 군보다 평균점수가 높았으나 역시 통계적인 차이는 없었다. 따라서 치료방법에 따른 불안과 우울의 정도차이는 없는 것으로 나타

Table 3. Level of anxiety & depression by religion

		Buddist (29)	Catholic (7)	Protestant (15)	None (37)
SAS	Mean	44.34	38.14	39.73	37.54
	SD	10.21	7.99	9.15	8.52
	F-value=3.1346* (Signi=0.0297)				
BDI	Mean	21.17	13.57	14.67	15.84
	SD	11.42	13.25	8.55	9.28
	F-value=2.2678 (Signi=0.0865)				
MMPI	Mean	59.03	53.29	53.20	54.35
	SD	12.79	12.24	14.54	12.10
	F-value=1.0693				

* $0.01 < P < 0.05$

Table 4. Level of anxiety & depression by marital status

		Married (51)	Divorced (2)	Bereaved (5)	Unmarried (3 0)
SAS	Mean	40.98	58.50	38.80	37.90
	SD	10.24	9.19	6.72	7.17
	F-value=3.4749* (Signi=0.0196)				
BDI	Mean	17.41	38.00	18.40	15.30
	SD	10.59	15.56	13.03	8.35
	F-value=3.2171* (Signi=0.0269)				
MMPI	Mean	56.76	65.00	55.60	53.03
	SD	12.41	28.28	9.91	12.99
	F-value=0.9005				

* $0.01 < P < 0.05$

났다.

6. 동통정도에 따른 불안과 우울의 정도

대상환자들을 동통정도에 따라 분류하면, 무동통군이 32명, 경한 동통군(26명), 중간정도 동통군(22명), 심한정도 동통군이 8명이었다. SAS, BDI, MMPI모두에서 동통이 심할수록 불안 및 우울척도의 평균점수가 높게 나타났다. 그러나 통계적인 차이는 없었다. 따라서 동통에 따른 불안과 우울의 정도차이는 없는 것으

로 나타났다.

7. 자식유무에 따른 불안과 우울정도

대상환자들을 자식유무에 따라 분류하면 딸만 있는 경우가 7명, 아들만 있는 경우가 14명, 딸·아들 모두 있는 경우가 35명, 자식이 없는 경우가 32명이었다. 딸·아들 모두 있는 경우가 SAS(42.83), BDI(19.3), MMPI(58.94)로 다른군에 비해서 다소 높게 나타났다. 그러나 통계적인 의미는 없었다. 따라서 자식유무에

따라서 불안과 우울의 정도가 영향을 받지 않음을 보여주고 있다.

8. 병황인지와 인지기간에 따른 불안과 우울의 정도

자신의 진단명을 알고 있는 환자가 83명, 모르고 있는 환자가 5명이었다. 진단을 알고 있는 군이 모르는 군에 비해서 SAS(40.52, 35.00), BDI(17.06, 9.80), MMPI(56.00, 49.20) 모두 평균점수가 높았으나 통계적인 의의

는 없었다.

자신의 병을 알고 있는 환자들은 인지기간 별로 나누면, 3개월 이내가 24명, 4~6개월이 18명, 7~12개월이 5명, 13개월 이상이 31명이었다. 4~6개월군이 SAS(43.17), BDI(21.00)으로 다른군에 비해서 평균점수가 다소 높게 나왔으나 통계적인 차이는 없었고, MMPI에서는 13개월 이상군의 평균점수(59.55)가 다른군에 비해서 약간 높게 나타났으나 역시 통계적인 의미는 없었다. 따라서 병황인지 여

Table 5. Level of anxiety & depression by diagnosis

		CRF (51)	Other (47)
SAS	Mean	41.80	38.81
	SD	9.96	9.86
	T-score=2.2022		
BDI	Mean	19.71	15.04
	SD	10.18	10.34
	T-score=4.5218* (Signi=0.0363)		
MMPI	Mean	61.02	50.89
	SD	10.78	12.63
	T-score=16.1234** (Signi=0.0001)		

* $0.01 < p < 0.05$

** $P < 0.01$

Table 6. Level of anxiety and depression by other disease

		No (66)	Yes (22)
SAS	Mean	39.42	42.55
	SD	8.93	10.98
	T-score=1.34		
BDI	Mean	15.88	21.23
	SD	9.14	13.17
	T-score=1.77 (Signi=0.088)		
MMPI	Mean	53.35	62.41
	SD	12.40	11.71
	T-score=3.01* (Signi=0.003)		

* $P < 0.01$

부와 인지기간에 따른 불안과 우울의 정도차이는 없는 것으로 나타났다.

9. 진단에 따른 불안과 우울의 정도

본 연구의 대상환자 중 만성신부전증환자가 반 이상을 차지하여 만성신부전증과 그 이외의 질환군으로 양분해서 비교해 보면, 만성신부전증이 기타질환에 비해서 SAS(41.80, 38.81), BDI(19.71, 15.04), MMPI(61.02, 50.89)의 평균점수가 높게 나타났으며, BDI($P < 0.05$)와 MMPI($P < 0.01$)에서는 통계적으로도 유의한 차이를 보여 만성신부전증환자가 다른 만성내과적 질환자에 비해서 더 우울하며, 또 더 불안한 경향을 보인다고 할 수 있겠다 (Table 5).

10. 다른 신체질환 유무에 따른 불안과 우울의 정도

다른 신체질환이 같이 있는 환자가 22명이었고, 없는 환자가 66명이었다.

다른 신체질환을 같이 앓고 있는 환자가 다른 신체질환이 없는 환자에 비해서 SAS(42.55, 39.42), BDI(21.23, 15.88), MMPI(62.44, 53.55)의 평균점수가 더 높게 나타나 더 불안한 경향을 보였으며 MMPI에서는 통계적

으로도 유의한 차이($P < 0.01$)를 보여 더 우울한 것으로 나타났다 (Table 6).

11. 가족력에 따른 불안과 우울의 정도

자신의 질환과 동일한 질환을 앓은 가족력이 있는 환자가 11명, 없는 환자가 77명이었다. 가족력이 있는 환자군이 없는 군에 비해서 SAS(45.64, 39.43), BDI(22.27, 16.49), MMPI(59.73, 55.03)의 평균점수가 높게 나타났으며 SAS에서는 통계적으로도 유의한 차이($P < 0.05$)를 보여 가족력이 있는 군이 없는 군보다 더 불안한 양상을 보였다 (Table 7).

12. 입원기간에 따른 불안과 우울의 정도

대상환자들을 입원기간별로 나누면, 1개월 미만이 51명, 2개월에서 3개월이 24명, 3개월 이상이 13명이었다. 3개월 이상 입원한 군이 그 이하 군보다 SAS(43.54), BDI(21.23), MMPI(62.31)의 평균점수가 높게 나타나 더 불안하고 우울한 경향을 보였으나 통계적인 의미는 없었다($P = 0.09$).

13. 재발유무에 따른 불안과 우울정도

재발한 군이 39명, 초발한 군이 49명이었으나, 재발군이 초발군에 비해서 SAS(42.05,

Table 7. Level of anxiety and depression by family history

		Unrecurred (49)	Recurred (39)
SAS	Mean	38.73	42.05
	SD	8.86	10.09
	T-score=1.64		
BDI	Mean	15.65	19.18
	SD	9.19	11.71
	T-score=1.58		
MMPI	Mean	51.67	60.56
	SD	12.01	12.14
	T-score=3.43* (Signi=0.001)		

* $P < 0.01$

38.73), BDI(19.18, 15.65), MMPI(60.56, 51.67)의 평균점수가 더 높게 나타나 더 불안하고 더 우울한 경향을 보였으며 MMPI에서는 통계적으로 유의한 차이($P < 0.01$)를 보였다 (Table 8).

14. 각 척도 간의 상관관계

SAS는 비불안군과 불안군, BDI와 MMPI는 각각 비우울군과 우울군으로 구별했으며 3개 척도별로 각 척도는 통계적으로 유의성이 높게($P < 0.001$) 상관관계가 있어, 불안이 심하면 우울도 심해지고, 우울이 심한 환자 역시 불안이 심한 것을 알 수 있었다 (Table 9).

IV. 고 찰

신체질환과 정서장애의 관계에 대한 현행의

연구들은 두 질환이 같이 발생하는 경향이 있고^{7,16,19)} (Eastwood, 1975; Lipowski, 1975, Kessler 등, 1983), 신체질환의 발병에 Stress가 주요하게 작용하고 있으며^{10,24)} (Rahe와 Arther, 1978; Cohen, 1981), 정서장애가 신체질환의 이환과 사망률을 증가시키며¹⁷⁾ (Kimball, 1969) 정서장애나 정신과 질환이 있는 사람들이 없는 사람보다 더 흔히 신체적 치료를 이용하여²⁸⁾ (Widmer와 Cadoret, 1978), 이런 환자들에게 심리적인 중재를하면 질환의 이환 및 사망, 치료이용률을 감소시킬 수 있다¹⁴⁾ (Jones와 Vischi, 1979)고 제시하고 있다.

Schwab(1976)²⁵⁾는 내과병동에 입원한 암이 아닌 환자 153명을 대상으로 BDI, Hamilton Depression Rating Scale, 병록지 등을 참조

Table 8. Level of anxiety and depression by recurrence

		No (77)	Yes (11)
SAS	Mean	39.43	45.64
	SD	8.99	11.66
	T-score=2.06* (Sign=0.042)		
BDI	Mean	16.49	22.27
	SD	10.06	12.39
	T-score=1.73 (Sign=0.087)		
MMPI	Mean	55.03	59.73
	SD	12.81	12.48
	T-score=1.14		

* $0.01 < P < 0.05$

Table 9. Correlation of SAS with MMPI and BDI

		SAS		BDI		MMPI	
		Non-anxiety	Anxiety	Non-depre.	Depression	Non-depre.	Depression
MMPI	Mean	49.22	62.62	48.89	62.98	SAS Mean	36.61 43.80
	SD	11.72	10.01	11.44	9.86	SD	8.05 9.59
	T-score	5.74**		6.16**			3.81**

** $P < 0.001$

하여 20%정도에서 우울증상이 있다고 보고하였다.

본 논문은 비교적 예후가 불량한 만성 내과 질환을 가진 환자 88명을 대상으로 하여 면담과 심리도구 (SAS, BDI, MMPI)를 사용하여 조사한 결과 약 48%가 불안증이었고, 약 50%가 우울이 있었다. 외국논문과 비교해보면 우울척도는 비록 다양하지만, 최소 Maguire 등(1974)²⁰⁾의 15%, 최고 Poe 등²³⁾(1966)의 52%의 우울정도에 비해 비교적 높은 수준이었고, 국내의 연구들과 비교하면 방승규(1971)와 이성민과 방승규(1978)들의 39.3%~50%와 비슷한 양상을 보였다.

특히 선행연구들^{3, 5, 20, 23)}은 내과에서 정신과로 자문의뢰된 사례들을 조사하였고, 본 연구는 의뢰없이 무작위로 대상환자를 선정한 차이점이 있다.

우선 본 조사의 한계점을 살펴보면, 첫째, 대상환자의 숫자가 많지는 않다는 점과 각 개인에 대한 지속적인 추적조사가 병행되지 못해 시기적인 정서반응의 차이를 통계적으로 처리하는데 있어 개인차를 제거할 수 없었으며 둘째로, 단 일회의 면담으로 환자의 전체적인 과거력조사에 한계에 있었고, 셋째, 진단별 분포가 고르지 못해서 진단별로 불안과 우울의 정도를 비교하는 것에 무리가 있었다는 점이다.

본 조사의 결과 불안과 우울의 정도가 선행 연구들에 비해서 비슷하거나, 다소 높게 나타난 것은, 검사도구의 차이도 있겠지만, 무엇보다도 비교적 예후가 불량한 만성신부전증이 반을 차지한 때문으로 생각되어 진다.

본 조사에서 성별, 연령별, 교육정도에 따른 불안과 우울의 정도는 통계적으로 차이가 없으나, 여자에서 그리고 40대에서 약간 더 우울하고 불안한 경향을 보였다. 암환자를 대상으로 한 하혜경(1982)⁷⁾의 연구에서 여자가 더 우울하다는 보고와 대조를 이루는데 이는 물론 조사대상의 차이로서 설명이 될 수도 있

지만 일반인구집단에서 35세에서 55세 사이의 여성이 정서적인 장애를 보이는 경향이 많다는 것과 일치하고 있다.

Pattison(1974)²²⁾은 죽음에 직면한 인간의 태도에는 죽음을 부정하거나 도전하는 태도와 죽음을 용납하고 수용하는 태도가 있다고 하면서, 기독교문화권에서는 죽음을 부정 혹은 도전하는 특성을 갖는다고 했다. 반면 Lester(1970)¹⁸⁾는 종교적 믿음이 죽음 그 자체의 공포에 큰 영향을 미치지 못하며, 단지 그 공포를 해결하기 위한 적절한 방법만을 제시한다고 하였다. 본 논문의 결과에서 보면 개신교, 천주교 및 무교인 사람이 불교신자에 비하여 불안과 우울의 정도가 낮아($P < 0.05$), 죽음이냐 예후에 대하여 도전 혹은 부정하는 태도를 가져서, 부정의 정신기제를 많이 사용해 불안과 우울이 적게 나온 것으로 추정해 볼 수는 있으나, 이러한 통계적 차이를 일반화할 수 있는지는 것은 문제가 있으므로 추후 더 많은 연구가 필요할 것 같다.

결혼상태에서 미혼군이 미혼, 결혼, 사별군에 비해서 불안과 우울이 통계적으로 유의있게 높게 나타났는데, 이는 미혼에 따른 정서적인 갈등이 가중되어 나타난 것으로 추정되며, 미혼군이 결혼군이나 사별군에 비해서 낮게 나타났는데, 이는 대상환자의 평균나이가 38세로, 미혼군이 가족부양이나 향후 생활대책에 따른 부담이 없고, 다른 가족구성원들로부터 지지를 받을 수 있는 점이 작용하지 않았나 생각되어 진다.

치료방법이나 동통의 정도에 따라서는 대증요법군과 동통이 심한 군이 불안과 우울이 높게 나타났으나, 통계적으로는 유의가 없게 나타났는데, 이는 동통시 환자의 대부분이 진통제를 복용하고 있었고 가시적인 치료법을 받고 있는 군이 대증요법군보다 심리적으로 안정이 될 수 있음을 간접적으로 시사한다고 보겠다.

대상환자를 만성신부전증과 기타질환으로

나누어 보았을 때, 만성신부전증이 통계적으로 유의하게 더 불안하고 우울한 결과를 보였는데, 이는 반복적인 혈액투석을 받고 있고, 신장이식 이외는 다른 치료방법이 없다는 점으로 수궁이 가는 것이다.

자식유무에 따른 불안과 우울의 정도는 통계적으로 모두 있는 군이 다른 군에 비해서 다소 불안하고 우울한 경향을 보였다. 이는 대상환자들이 대부분 40대 이하이기 때문에 그들이 맡고 있는 가족부양책임, 사회적으로 일할 나이에 질환을 앓고 있는데 대한 낙담 및 좌절 등이 작용하였으리라고 추정되어 진다. 그러나 여기에 대해서는 향후 추적연구가 필요하리라 생각된다.

자신이 앓고 있는 질환이 재발한 군과 가족력이 있는 군에서 그렇지 않는 군보다 불안과 우울이 통계적으로 유의하게 높았는데 이는 재발에 따른 질병치료과정이나 예후에 대한 실망과 불안이 작용하지 않았나 생각되어지고, 다른 가족이 투병하는 것을 간접으로 체험한 것에 따른 예기불안 및 낙담이 같이 작용했을 것이라 추정되어 진다.

본 연구에서는 조사하지 못했지만, 환자의 질병에 대한 가족들의 반응도 영향을 미칠 수 있으므로 이에 대한 향후연구가 필요하다고 생각되어진다.

환자의 정서반응은 서로 상관관계가 있어, 불안이 심한 환자는 우울도 심함을 나타내어, 앞으로 이 방면에 연구가 활발히 진행되어, 자문조정정신의학의 분야에서 만성내과질환을 가진 환자의 정서적 문제에 좀 더 적극적인 치료대책을 세우는데 본 연구가 도움이 되기를 기대한다.

V. 결 론

저자는 1988년 12월부터 1989년 2월까지 고신의료원에 입원치료중인 만성내과질환자 88명을 무작위로 선정하여 면접과 심리검사(SAS, BDI, MMPI)를 통해 불안과 우울의 정

도를 측정해 보았고, 이것에 영향을 주는 여러 요소들을 아울러 고찰해 보았다. 그 결과는 다음과 같다.

1. 총 88명의 환자 중 SAS로는 47.7%의 환자가 불안을 호소했고, BDI의 결과 47.7%의 환자가 우울증상을 가졌으며, MMPI의 결과 50%의 환자가 우울한 것으로 나타났으나, 이는 불안 및 우울의 증상이 만성내과 질환의 증상과 중복되어 나타난 결과라 고려된다.

2. 성별, 교육별, 연령에 따른 불안과 우울의 정도차이는 통계적으로 의의가 없었다.

3. 종교별로 보면, 무교, 천주교, 개신교 신자가 불교신자보다 불안과 우울이 낮았고, 통계적 유의성($P < 0.05$)이 있었다.

4. 결혼상태에 따른 불안과 우울은 이혼한 군에서 결혼, 미혼, 사별군보다 더 불안하고 우울한 양상을 보였으며, 통계적으로도 유의성($P < 0.05$)이 있었다.

5. 진단별로 보면 만성신부전증환자들이 다른 질환자에 비해서 통계적으로 유의하게 더 우울하였다. ($P < 0.05$).

6. 재발을 경험한 군과 다른 질환이 동반된 군 및 가족력이 있는 군이 그렇지 않는 군보다 통계적으로 유의하게($P < 0.01$, $P < 0.01$, $P < 0.05$) 더 불안하고 우울하였다.

7. 각척도 간에는 유의한 상관관계가 있어 불안이 심하면 우울도 심했고, 우울이 심하면 불안도 심한 것으로 나타났다.

REFERENCES

1. 김미영, 황익근 : 소화성궤양환자의 다면적 인성검사 반응. 신경정신의학, 26 : 495, 1987
2. 민성길, 조강주 : 정신과 의뢰에 대한 임상적 연구. 신경정신의학, 16 : 223, 1977
3. 방승규 : 타과에서 의뢰된 환자에 대한 정신과적 고찰. 최신의학, 20 : 515, 1977

4. 신정호 : Hemodialysis에 관한 정신의학
적 연구. 신경정신의학, 17 : 364,
1978
5. 이성민, 방승규 : 내과에 입원 중 의뢰된
환자에 대한 정신과적 고찰. 최신의학,
21 : 214, 1978
6. 이 철 : 폐결핵 환자의 우울성향. 신경정
신의학, 23 : 425, 1984
7. 하혜경 : 암환자의 불안과 우울에 관한 연
구. 신경정신의학, 21 : 665, 1982
8. 한상익, 이정표, 유태열 : 내과에 입원하
여 정신과에 자문의뢰된 우울증환자의
임상양상. 신경정신의학, 24 : 490,
1985
9. Cabanaugh S : The prevalence of emo-
tional and cognitive dysfunction in a
general medical population ; Using the
HMSE, CHQ, AND BDI, Gen Hosp
Psychiatry 5 : 15, 1983
10. Cohen F : Stress and bodily illness.
Psychiatr. Clinical north Am. 4 : 269,
1981
11. Eastwood MR : The relation between
physical and medical illness. Tronto,
University of Tronto Press, 1975
12. Finn R, Huston PE : Emotional and
mental symptoms in private medical
practice. Iowa Med. Soc. 56 : 138,
1966
13. Goldberg DP, Blacwell B : Psychiatric
Illness in general practice. Br.Med.J.
2 : 439, 1970
14. Jones KR, Vischi TR : Impact of alcohol,
drug abuse and mental health treat-
ment on medical care utilization. Med.
Care 17 : 1, 1979
15. Kaufman, MR, Lehrman S, Franzblau
AN, Tabbat S, Weinroth L and Fried-
man S : Psychiatric findings in admis-
sion to a medical service in a general
hospital. J. Mt Sinai Hosp. NY,
26 : 160, 1959
16. Kessler LG, Tessler RC and Nycz
GR : co-occurrence of psychiatric and
medical morbidity in primary care.
J.fam.Pract. 16 : 319, 1983
17. Kimball CP : Psychological responses to
the experience of open heart surgery.
Am J Psychiatry 126 : 96, 1969
18. Lester D : Religious behavior and their
fear of death. Geriatric Psychiatry.
Grune and Strattun, NY, 1970, pp
257-267
19. Lipowski ZU : Psychiatry of somatic
disease : epidemiology, pathogenesis,
Classification. Compri. Psychiatry,
16 : 105, 1975
20. Maguire GP, Jilier DL, Hawton KE and
Bancroft JHJ : Psychiatric morbidity
and referral on two general medical
wards. Br Med J. 1 : 268, 1974
21. Mumford E, Schlesinger HJ and Glass
GV : The effects of psychological in-
tervention on recovery from surgery
and heart attack. Am J public health
71 : 141, 1982
22. Pattison EM : Help in the dying process.
American handbook of Psychiatry. vo.
2nd ed. 1974, pp 685-702
23. Poe Ro : Depression. JAMA : 345, 1966
24. Rahe RM, Arthur RJ : Life change and
illness Studies : past history and future
directions. J Human stress 4 ; 3, 1978
25. Schwab JJ, Bialow M, Brown M and
Melzer CE : Diagnosing depression in
Medical inpatients. Ann Int Med.
67 : 695, 1967
26. Shepherd M, Cooper B, Brown AC and

- Kalton G : Psychiatric illness in general practice. London, Oxford University press 1966
27. Shevitz SA, Silberfarb PM and Liprwski : Psychiatric consultation in a general hospital and reports on 1000 referrals. Dis Nerv Syst. 37 : 295, 1976
28. Stern MJ, Pascale L and Ackerman A : Life adjustments postmyocardial infraction Arch Inter Med. 137 : 1080, 1977
29. Widmer, RB, Cadoret RJ : Depression in primary care. J Fam Pract. 7 : 293, 1978
-