

기분안정기 양극성장애 환자의 수치심과 죄책감 및 기질과의 관련성

연세대학교 의과대학 정신과학교실¹, 서울특별시 북부병원 정신건강의학과², 연세대학교 의과대학 의학행동과학연구소,³ 국립서울병원 정신건강의학과⁴, 서울대학교 의과대학 분당서울대학교병원 정신건강의학과⁵

김지용¹ · 김성화¹ · 하라연² · 이수진³ · 유 빈⁴ · 하규섭⁵ · 조현상^{1,3}

Shame and Guilt in Euthymic Patients with Bipolar Disorder and its Relation to Temperaments

Ji Yong Kim, MD¹, Sung Hwa Kim, MD¹, Ra Yeon Ha, MD², Su Jin Lee, MA³,
Vin Ryu, MD⁴, Kyoo Seob Ha, MD, PhD⁵ and Hyun Sang Cho, MD, PhD^{1,3}

¹Department of Psychiatry, Yonsei University College of Medicine, Seoul, Korea

²Department of Psychiatry, Seoul Bukbu Hospital, Seoul, Korea

³Department of Institute of Behavioral Science in Medicine, Yonsei University College of Medicine, Seoul, Korea

⁴Department of Psychiatry, Seoul National Hospital, Seoul, Korea

⁵Department of Psychiatry, Seoul National University Bundang Hospital, Seongnam, Korea

ABSTRACT

Objectives : The aim of this study was to investigate the level of shame and guilt and its potential relation with affective temperaments in euthymic patients with bipolar I disorder. **Method :** Thirty euthymic bipolar patients and 43 healthy controls were assessed with two questionnaires to measure moral emotions, the Personal Feeling Questionnaire (PFQ) and the Test of Self-Conscious Affect and the Temperament Evaluation of the Memphis, Pisa, Paris, and San Diego Auto-questionnaire. **Results :** Bipolar patients showed significantly higher level of guilt in PFQ than healthy controls ($p=0.02$). The ratings of cyclothymic, irritable, and anxious temperaments were significantly correlated with the scores of shame and guilt in the both groups. In the control group, the levels of guilt and shame were positively correlated with depressive temperament, whereas the levels of moral emotions were negatively correlated with hyperthymic temperament. However, no significant correlations between two emotions and depressive and hyperthymic temperaments were found in the bipolar group. **Conclusion :** These findings suggest that euthymic bipolar patients maintain the high level of internalized shame and guilt despite normal mood status. The relations of moral emotion with temperaments may be helpful in therapeutic intervention for bipolar disorder. (*J of Kor Soc for Dep and Bip Disorders 2014;12:215-221*)

KEY WORDS : Bipolar disorder · Shame · Guilt · Temperament.

서 론

양극성장애는 조증과 우울증의 기분 삽화가 반복적으로 나타나는 특성을 가진 주요 정신과 질환이다. 정신분석학적으로 볼 때, 조증은 낮은 자존감으로 인한 우울감에 대한 무의식적 방어로 알려져 있다.¹⁾ 이러한 낮은 자존감 및 부정적 자아 인식과 관련된 대표적인 자의식적 정서(self-conscious emotion)

로 죄책감과 수치심이 있다.²⁾ 이 정서들은 3살 무렵부터 나타나며, 양육자의 태도 및 문화적 배경 같은 주위 환경과 아동의 기질에 의해 발현 빈도와 강도가 결정된다.³⁾

과도하거나 부적절한 죄책감은 DSM-5의 주요 우울장애 진단 기준 중 하나일 정도로 우울증의 대표적 증상으로 알려져 있다. 우울증 삽화 환자와 우울증에서 회복된 환자, 만성 신체 질환자, 그리고 정상인의 네 군에서 죄책감 특징을 조사하였을 때, 우울증이 회복된 후에도 특질적인 죄책감(trait-guilt)이 변동 없이 높게 유지되는 결과를 보임으로써 죄책감이 단순히 우울증의 증상일 뿐 아니라 지속되는 기질적 특성일 수 있다는 연구 결과도 있다.⁴⁾ 최근 우울을 유발하는 정서로 수치심이 주목 받고 있는데, 이때 수치심과 죄책감은 서로 분명히 구분되지 않으며 많은 부분이 중복되고 동시에 활성화되기도 한다.⁵⁾ 개인의 인지 양식의 차이가 수치심 경향성(shame-pro-

투고일자 : 2014년 9월 1일 / 심사일자 : 2014년 9월 1일

게재확정일자 : 2014년 9월 29일

본 연구는 보건복지부 보건의료기술진흥사업의 지원에 의하여 이루어진 것임(과제고유번호 : A101915).

교신저자 : 조현상, 120-752 서울 서대문구 연세로 50-1

연세대학교 의과대학 정신과학교실

전화 : (02) 2228-1620 · 전송 : (02) 313-0891

E-mail : chs0225@yuhs.ac

ness)과 죄책감 경향성(guilt-proneness)의 차이를 나타내 기도 하는데, 수치심의 경우 부정적 결과에 대한 평가가 전반적 자기(global self)에 초점 맞추어지고, 죄책감의 경우 특정 행동에 초점 맞추어 진다는 점에서 다르다.³⁾

그 동안 우울증 환자의 죄책감 및 수치심 특성에 대한 연구가 다수 있었던 것과 달리, 양극성장애 환자를 대상으로 한 도덕적 감정들을 직접 조사한 연구는 많지 않다. 몇몇 간접적인 연구들에서 양극성장애 환자들은 기분 증상이 호전된 안정기 동안에도 낮은 자존감과 부정적 자아 인식이 관찰되며,^{6,7)} 높은 수준의 내재화된 수치심이 관찰된다고 보고하였다.^{8,9)} 기분 증상이 정상화 되었음에도 불구하고 낮은 자존감과 높은 수치심이 지속된다는 결과들로부터 추정해 볼 때, 주요 도덕 정서의 하나인 죄책감 또한 기분안정기에도 높게 유지될 가능성이 높을 것으로 추정된다. 또한 수치심과 죄책감의 형성 과정에 개인의 기질이 영향을 미치는 것처럼, 양극성장애 환자의 수치심과 죄책감 정도도 그들이 가진 기질적 특성과 연관성이 있을 것이다. Kraepelin에서부터 최근 Akiskal까지 이어져 온 양극성장애와 기질의 관계성에 대한 연구들에 의하면 양극성장애와 기질 모두 생물학적 기분 조절장애로 인한 것이지만, 그 중 기질의 이상이 더 근본적이고 유전되는 핵심적 문제이며, 따라서 기질의 변이가 심한 사람일수록 양극성장애가 발생할 위험성이 커진다고 알려져 있다.¹⁰⁻¹²⁾ 본 연구에서 저자들은 상기 배경을 바탕으로 기분안정기의 1형 양극성장애 환자군에서 대표적인 도덕 정서인 수치심과 죄책감의 정도를 알아보기 위해 정상 대조군과 비교하였고 정동 기질 특성들과의 연관성을 조사하였다.

대상 및 방법

대 상

연세대학교 의과대학 세브란스정신건강병원에서 입원 및 외래 치료중인 환자 중 만 18세 이상 60세 미만으로 DSM-IV-TR 진단 기준에 따라 1형 양극성장애로 진단된 환자를 대상으로 하였다. 유의한 정도의 조증 혹은 우울 증상이 죄책감이거나 수치심들의 도덕적 감정에 영향을 미칠 수 있으므로 영 조증평가척도(Young Mania Rating Scale, 이하 YMRS) 및 한국판 몽고메리-아스버그 우울증 평가척도(Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, 이하 MADRS) 점수가 8점 이하인¹³⁾ 기분안정기 상태의 환자들만을 연구 대상으로 하였다. 다른 정신병적 장애 및 다른 정신과적 공존 질환이 있거나, 정신지체 및 두부외상의 기왕력이 있는 사람은 제외하였다. 정상 대조군은 면담 상 정신과적 장애의 과거력이나 현 병력, 직계 가족 내 유의한 정신과적 질환의 가족력이 없는 신체 건강한 성인으로 광고를 통하여 모집되었다. 본 연구는 세브란스정신

건강병원 임상시험심사위원회의 승인(승인번호 : 연정임 1104 02)을 받아, 피험자들에게 설명을 한 후 서면동의를 받은 후 시행되었다.

측정도구

개인 느낌 질문지(Personal Feeling Questionnaire-2)

국내에서 한국어로 변안된 개인 느낌 질문지(Personal Feeling Questionnaire-2, 이하 PFQ-2)¹⁴⁾로 국내 연구에서 보고한 이 척도의 내적 합치도(Cronbach's α)는 수치심 경향성 하위척도는 0.83, 죄책감 경향성 하위척도는 0.80으로 나타났으며, 본 연구에서는 각각 0.89, 0.87로 조금 높게 나타났으며, 본 연구에서는 각각 0.89, 0.87로 조금 높게 나타났으며, PFQ-2는 기존의 PFQ 문항의 개수를 2배로 늘림으로써 신뢰도와 타당도를 확보한 척도로, 총 16개의 짧은 문장을 피험자에게 제시한 후 이러한 감정을 평소 얼마나 자주 느끼는지 4점 척도에 평정하도록 하는 자가평가 도구이다. 그러한 감정을 거의 항상 느낄 경우 4점, 전혀 느끼지 않을 경우 0점으로 채점하여 각 하위 척도의 점수가 높을수록 해당 정서를 강하게 갖고 있는 것으로 평가한다. 죄책감을 표현하는 문항들에는 '후회', '양심의 가책', '타인에게 피해를 준 것에 대한 걱정' 등이 있으며, 수치심에는 '창피스러움', '다른 사람의 웃음거리가 된 듯한 기분', '당황스러움' 등의 문항들이 포함된다.

자의식적 정서 척도(Test of Self-Conscious Affect-3)

내에서 변안된 자의식적 정서 척도(Test of Self-Conscious Affect-3, 이하 TOSCA-3)¹⁵⁾로 국내 연구에서 보고한 검사의 전체 내적 합치도는 0.81로 나타났으며, 본 연구에서는 수치심 하위척도는 0.83, 죄책감 하위척도는 0.78로 나타났으며, TOSCA-3는 기존의 TOSCA보다 1개 많은 16개의 시나리오를 피험자에게 제시하고, 각 시나리오마다 수치심, 죄책감, 외면화, 분리/무관심, 자부심을 나타내는 문항들이 함께 제시되어 있다. 예를 들어 '당신은 며칠 동안 곤란한 내용의 전화를 하지 않고 피하고 있었다. 그러다 결국 전화를 했는데, 이야기를 잘 해서 모든 일이 잘 되었다.'라는 상황이 제시되고, 이 시나리오에 대한 죄책감 반응은 '전화를 미루었던 것을 후회한다.'이며 수치심 반응은 '자신을 겁쟁이라고 느낀다.'이다. 피험자에게 그 대안들에 대해서 각각 자신이 그렇게 느낄 가능성을 5점 척도로 평정하도록 하며, 매우 그럴 것 같은 경우 5점, 그럴 것 같지 않을 경우 1점으로 채점하여 각 하위 척도의 점수가 높을수록 해당 정서를 강하게 갖고 있는 것으로 평가한다.

Temperament Evaluation of the Memphis, Pisa, Paris, and San Diego Autoquestionnaire

피험자들의 정동기질들을 평가하기 위해 장지인 등의 연구¹⁶⁾

에서 한국어로 번안하여 사용된 Temperament Evaluation of the Memphis, Pisa, Paris, and San Diego Autoquestionnaire(이하 TEMPS-A)를 사용하였다. 이는 전체 110문항(남성의 경우 109문항)이며 '예/아니오' 식으로 답하는 자가평가 도구로, 우울성(depressive), 순환성(cyclothymic), 과활성(hyperthymic), 과민성(irritable), 불안성(anxious)이라는 5개의 하위 척도로 구성되어 있다. '예'는 1점, '아니오'는 0점으로 채점하여 각 하위 척도의 점수가 높을수록 해당 정동기질을 강하게 지닌 것으로 간주된다.

임상적 평가

피험자들을 대상으로 인구학적 정보 조사와 단축형 한국형 웨슬러 성인용 지능검사(Korean Wechsler Adult Intelligence Scale, 이하 K-WAIS)을 시행하였다. 본 연구에서는 K-WAIS의 소검사 중 '기본 지식 문제'와 '빠진 곳 찾기'로 구성된 단축형 검사를 시행하여 지능을 추정하였다. 피험자들의 정서 상태를 평가하기 위하여 YMRS와 MADRS를 사용하였다.

통계분석

두 집단 간의 사회인구학적 특징 및 임상적 특징은 독립표본 t 검정(independent t-test), 카이제곱검정(chi-square test)으로 분석하였다. 두 집단의 수치심, 죄책감 정도는 독립표본 t 검정으로 분석하였다. 기질과 수치심, 죄책감 간의 연관성을 Pearson 상관분석을 이용하여 알아보았으며, 현재의 기분 상태에 따라 수치심, 죄책감이 영향을 받을 수 있으므로 YMRS, MADRS 점수, 그리고 지능 지수를 통제하여 부분상관분석을 추가로 시행하였다. 통계 분석은 SPSS 18.0 (SPSS Inc, Chicago, IL, USA)을 사용하였고 모든 자료에 대한 통계 분석 및 사후 분석의 통계적 유의수준은 $p < 0.05$ 로 하였다.

결 과

피험자들의 사회인구학적 및 임상적 특징은 표 1과 같다. 기분안정기 양극성장애 환자군 30명 및 정상 대조군 43명의 나이, 성별, 결혼, 직업 및 교육 수준 등의 사회인구학적 정보를 비교해 본 결과 두 군 간에 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다. 기분안정기 양극성장애 환자군의 YMRS, MADRS 평균 점수는 각각 2.4 ± 2.7 점, 2.8 ± 2.2 점으로 정상 대조군보다 통계적으로 유의미하게 높았다($p < 0.01$). 또한 환자군에서 정상 대조군에 비해 통계적으로 유의미하게 지능지수가 낮은 것으로 나타났다($p < 0.01$).

피험자들을 대상으로 도덕적 정서를 측정하기 위하여 PFQ-2와 TOSCA-3를, 정동기질을 측정하기 위해 TEMPS-A를 시행한 결과는 표 2와 같다. PFQ-2의 경우 환자군에서 대조군에 비해 죄책감 수준이 통계적으로 유의미하게 높았으며($t=2.36$, $p=0.02$), 수치심 또한 높은 결과를 보였으나 통계적으로 유의하지는 않았다($t=1.72$, $p=0.09$). TOSCA-3의 경우 모든 항목에서 두 군 간에 유의미한 차이를 보이지 않았다. TEMPS-A의 경우 환자군에서 대조군에 비해 우울성 기질과($t=2.08$, $p=0.04$) 불안성 기질이($t=2.13$, $p=0.04$) 통계적으로 유의하게 높은 결과를 보였다.

두 군에서 각각 기질 특성과 수치심, 죄책감 간의 상관 관계를 알아본 결과는 표 3과 같다. 양극성장애 환자들의 경우 순환성 기질이 PFQ-수치심($p < 0.01$), PFQ-죄책감($p=0.01$), TOSCA-수치심($p=0.05$)과, 과민성 기질이 PFQ-수치심($p < 0.01$), PFQ-죄책감($p < 0.01$), TOSCA-수치심($p=0.03$)과, 그리고 불안성 기질 또한 PFQ-수치심($p < 0.001$), PFQ-죄책감($p < 0.001$), TOSCA-수치심($p < 0.01$)과 유의미한 양의 상관 관계를 보였다. 대조군의 경우 순환성 기질이 PFQ-수치심($p=0.04$), PFQ-죄책감($p=0.01$)과, 과민성 기질이 PFQ-수치심($p < 0.001$), PFQ-

Table 1. Sociodemographic and clinical characteristics of subjects

	Euthymia (n=30)	Control (n=43)	F or χ^2	p
	Mean \pm SD			
Age	36.6 \pm 10.2	34.3 \pm 6.6	9.00	0.28
Education (years)	14.5 \pm 2.0	14.8 \pm 2.2	0.25	0.55
IQ	108.0 \pm 10.4	114.9 \pm 10.3	0.02	<0.01
YMRS	2.4 \pm 2.7	0.7 \pm 1.1	19.40	<0.01
MADRS	2.8 \pm 2.2	1.2 \pm 2.0	1.54	<0.01
Duration of illness (years)	11.4 \pm 9.3	-	-	-
Onset age of illness (years)	25.3 \pm 7.3	-	-	-
No. of admission	4.0 \pm 3.8	-	-	-
N				
Gender (male/female)	17/13	23/20	0.07	0.79
Marital status (married/single)	11/19	16/27	<0.01	0.96
Job (employed/unemployed)	11/19	23/20	2.01	0.16

SD : Standard Deviation, YMRS : Young Mania Rating Scale, MADRS : Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale

Table 2. Independent t-test results identifying group differences between participants in the control group and euthymic bipolar disorder group

	Euthymia (n=30)	Control (n=43)	t	p
Personal Feeling Questionnaire-2 (PFQ-2)				
PFQ-shame	9.1± 7.2	6.5± 4.3	1.72	0.09
PFQ-guilt	7.3± 5.1	5.0± 3.4	2.36	0.02
Test of Self Conscious Affect-3 (TOSCA-3)				
TOSCA-shame	40.6± 9.9	36.7± 10.1	1.61	0.11
TOSCA-guilt	61.8± 7.4	62.0± 8.3	-0.12	0.90
TOSCA-externalization	35.6± 10.2	35.4± 9.6	0.24	0.81
TOSCA-unconcern	30.2± 6.5	29.0± 6.9	0.74	0.46
TOSCA-pride	35.3± 7.9	34.5± 5.7	0.55	0.59
Temperament Evaluation of the Memphis, Pisa, Paris, and San Diego Autoquestionnaire (TEMPS-A)				
TEMPS-depressive	9.2± 2.6	7.7± 3.2	2.08	0.04
TEMPS-cyclothymic	6.2± 4.7	5.1± 4.1	1.02	0.31
TEMPS-hyperthymic	9.1± 4.5	9.5± 4.4	-0.43	0.67
TEMPS-irritable	3.6± 4.0	2.0± 2.3	1.92	0.06
TEMPS-anxious	7.1± 5.7	4.5± 4.3	2.13	0.04

Table 3. Pearson's correlation matrix of rating scale scores of participants in euthymic bipolar disorder group and control group

Euthymia (n=30)				
Variable	Personal feeling shame	Questionnaire-2 guilt	Test of self shame	Conscious affect-3 guilt
TEMPS-depressive	0.25	0.34	0.03	-0.21
TEMPS-cyclothymic	0.52**	0.45*	0.37*	-0.09
TEMPS-hyperthymic	0.04	-0.04	0.07	0.14
TEMPS-irritable	0.59**	0.57**	0.39*	-0.13
TEMPS-anxious	0.63**	0.68**	0.58**	0.14
Control (n=43)				
Variable	Personal feeling shame	Questionnaire-2 guilt	Test of self shame	Conscious affect-3 guilt
TEMPS-depressive	0.41**	0.43**	0.52**	-0.08
TEMPS-cyclothymic	0.31*	0.38*	0.26	-0.30
TEMPS-hyperthymic	-0.47**	-0.46**	-0.38*	-0.16
TEMPS-irritable	0.52**	0.55**	0.44**	-0.06
TEMPS-anxious	0.48**	0.45**	0.43**	-0.03

* : $p < 0.05$, ** : $p < 0.01$. TEMPS-A : Temperament Evaluation of the Memphis, Pisa, Paris, and San Diego Autoquestionnaire

죄책감($p < 0.001$), TOSCA-수치심($p < 0.01$)과, 그리고 불안성 기질이 PFQ-수치심($p < 0.001$), PFQ-죄책감($p < 0.01$), TOSCA-수치심($p < 0.01$)과 유의미한 양의 상관 관계를 보임으로써 순환성, 과민성, 그리고 불안성의 세 기질은 양 집단에서 비슷한 경향성을 보였다.

하지만 대조군의 PFQ-수치심, PFQ-죄책감 그리고 TOSCA-수치심 수치가 우울성 기질과 양의 상관 관계를, 과활성 기질과는 음의 상관 관계를 보인 것과는 달리, 양극성장애 환자의 우울성, 과활성 기질은 수치심, 죄책감과 어떠한 유의미한 상관 관계도 보이지 않았다. 또한 TOSCA-죄책감 수치는 양극성장애 환자군과 대조군 두 집단 모두에서 어떠한 기질과도 유의미한 상관 관계가 없는 것으로 나타났다. 환자군의 유병 기간, 발병 연령, 입원 횟수 등의 정신사회적 요인들이 수치심과 죄책감에 영향을 끼쳤을 가능성을 알아보기 위해

Pearson 상관 분석하였을 때 세 변수 모두 수치심, 죄책감과 어떠한 유의미한 상관 관계도 보이지 않았다.

고찰

본 연구는 기분안정기 양극성장애 환자들의 수치심과 죄책감 특성을 정상 대조군과의 비교를 통해 알아보고, 양극성장애의 취약성 요인인 기질 특성과 어떠한 상관관계가 있는지 알아보았다. 첫째로 두 집단 간의 수치심 및 죄책감의 정도를 비교하였을 때, 환자군에서 PFQ-2를 통해 알아본 특질적인 죄책감 수치가 대조군에 비해 유의미하게 높았다. 둘째로 기질 특성과 수치심 및 죄책감간의 관련성을 조사했을 때, 모든 기질 특성에서 특질적인 수치심, 죄책감과 상관관계를 보인 대조군과 달리 환자군에서는 우울성, 과활성 기질과 수치심, 죄책

감 사이에 어떠한 유의미한 상관관계도 보이지 않았다.

첫 번째 결과에서, 환자군은 대조군에 비해 유의하게 높은 수준의 PFQ-죄책감 수치를 보였고 PFQ-수치심 정도는 통계적으로 유의하지는 않지만 환자군에서 더 높은 경향을 보인 것과는 달리, TOSCA-죄책감과 수치심은 두 군 간 차이를 보이지 않았다. 또한 기질 특성들과 수치심, 죄책감의 상관관계를 보았을 때에도 TOSCA-죄책감은 어떠한 기질 특성들과도 통계적으로 유의한 연관성을 보이지 않았다. 이는 수치심과 죄책감 모두 환자군에서 더 높은 정도를 보일 것이며, 높은 수치심과 죄책감 정도는 기질 특성들과 연관성이 있을 것이라는 예측과 일부 배치되는 결과였다. PFQ와 TOSCA의 두 가지 척도를 사용한 기존 정상인 연구들에서도 본 연구결과와 같이 PFQ로 측정된 죄책감과 TOSCA로 측정된 죄책감의 특성이 일치되지 않는 결과를 보였다. 즉, PFQ-죄책감이 정신병리와 관련성이 높은 것과 달리, TOSCA-죄책감은 우울, 불안 등과 상관이 없을 뿐만 아니라 공감이나 타인의 조망 수용 등과 같은 긍정적 변인과 정적 상관관계가 있음이 보고되었다.^{17,18)} 이는 비적응적이고 반추적 특성을 가지는 죄책감의 병적 측면을 주로 반영한 PFQ와 달리 TOSCA는 죄책감의 공감적, 복구적, 적응적인 측면을 반영하기 때문일 수 있다.¹⁹⁾ 즉 부정적이고 병적인 측면의 죄책감이 양극성 환자들에서 더 높지만 비교적 긍정적이고 적응적인 죄책감은 차이가 없었다. 병적 죄책감은 기분 정상화에도 불구하고 양극성 환자에서 잔존하고 유지되는 것으로 생각된다. 이는 양극성장애에서 잔류 우울증 발현 혹은 유지에 영향을 줄 수도 있을 것으로 추정되며, 잔류 우울증상이 양극성장애 환자의 기능저하나²⁰⁾ 재발과²¹⁾ 같은 질병경과의 악화와 관련된다는 점에서 의의가 있을 수 있다. 다른 한편으로 상대적으로 더 괴로운 감정으로 보이는 수치심에 대한 방어로서 이를 죄책감으로 표현하는 경향이 있기 때문에 수치심과 죄책감을 구분해낼 수 없어²²⁾ 나타난 결과일 수도 있을 것이다. 정신분석적 관점으로 볼 때 양극성장애 환자들은 수치심을 부정, 억압하고 자신의 일부 행동 탓으로 투사하여 죄책감으로 표현하기도 하나, 내재화된 수치심에 의해 자기(self)가 계속 손상 받아 열등한 존재로 인식하게 되어²³⁾ 이러한 수치심이 양극성장애의 무의식적인 핵심적 콤플렉스일 수도 있을 것이다.

두 번째 결과에서 모든 기질들과 특질적인 수치심, 죄책감 사이에 유의미한 상관관계를 보인 대조군과 달리, 환자군에서는 과활성 및 우울성 기질과 수치심, 죄책감 사이에 유의한 상관관계가 보이지 않았다. 특히 과활성 기질은 대조군에서는 수치심, 죄책감과 음의 상관관계를 보였지만, 환자군에서는 유의미한 상관관계를 보이지 않았다. 대조군과 다른 결과를 보인 양극성장애의 과활성 기질과 우울성 기질이 가지는 의미에 대해 고찰해 보았다. 과활성 기질은 이전 많은 연구들^{12,24)}에서 1

형 양극성장애와 가장 관련 있는 기질로 제시되었는데, 원래 TEMPS-A의 과활성 척도는 기분장애를 유발시킬 수 있는 정도의 상승된 기분, 에너지, 그리고 자신감 같은 성격적 특성을 측정하기 위해 설계되었으나, 다수의 연구들에서 양극성장애 환자군보다 정상 대조군에서 높게 측정되는 결과를 보였다.¹²⁾ 이러한 결과는 측정 도구가 면접법인 TEMPS-I에서 자가보고식 방법인 TEMPS-A로 바뀌면서 발생하였는데, 과도한 활성을 뜻하는 항목들을 피험자들이 '이상적 정상 상태, 긍정적이고 건강함'의 의미로 받아들이기 때문으로 알려져 있다.¹²⁾ 본 연구의 정상 대조군에서 과활성 기질이 수치심, 죄책감과 음의 상관관계를 보인 것도 이와 유사한 이유 때문일 것으로 생각된다. 또한 기존에 알려진 것과 달리 환자군에서 과활성 기질이 두드러지지 않은 본 연구의 결과도 같은 이유로 설명 가능할 것이다. 그러나 두 군 간에 과활성 기질 정도의 차이가 없었음에도 불구하고 환자군에서만 과활성 기질과 수치심, 죄책감 사이에 상관관계를 보이지 않은 것에 대해서는 위의 설명만으로 완전히 이해되기 어려워 보인다. 최근 양극성장애 환자는 정상인과 달리 과활성 기질과 인지기능 사이에 양의 상관관계가 존재한다는 보고가 있다.²⁶⁾ 따라서 양극성장애에서 과활성 기질이 있는 환자군은 인지 기능을 이용해 수치심 및 죄책감을 보상함으로써 정상인에서 보이는 음의 상관관계가 관찰되지 않을 수 있다고 판단된다.

우울성 기질은 낮은 에너지, 의기 소침, 그리고 부정적 인식 등을 특징으로 하는 기질로 양극성장애보다 단극성 우울증과 큰 연관성이 있다.^{12,27)} 본 연구에서는 환자군의 우울성 기질 정도가 통계적으로 유의하게 높게 나타났으나, 대조군에서와 달리 수치심 및 죄책감과 유의미한 상관관계를 보이지 않았고 다중회귀분석시에도 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다. 이는 수치심과 죄책감이 우울성 기질에 의해 영향 받는 정상 대조군과 달리, 양극성장애 환자들의 수치심과 죄책감은 다른 기질들로부터 영향을 받음을 시사한다. 이렇듯 임상적으로는 같은 진단이 내려진 I형 양극성장애 환자라 할지라도 특정 정동기질의 발현에 따라 내재된 수치심과 죄책감 정도가 다르기 때문에 정신역동학적, 임상적 특징이 달라질 수 있다고 유추해 볼 수 있겠다. 이에 따라 특정 환자의 정동기질 및 그와 관련된 도덕정서를 파악하고 이에 개입함으로써 기분 삽화 재발을 줄이려는 시도가 가능할 것으로 보인다.

마지막으로, 양극성장애 환자들의 수치심, 죄책감을 유발시킬 가능성이 있는 요인들인 유병 기간, 발병 연령, 입원 횟수의 세 가지 변수 모두 수치심, 죄책감과 어떠한 유의미한 상관관계도 보이지 않았다. 따라서 환자군의 수치심, 죄책감은 질병에 의한 이차적 정신사회적 결과물이 아닌 질병의 소인 요인으로 볼 수 있을 것이다. 그러나 이 결과는 주 연구결과가 아니므로 결과의 일반화를 위해서는 추후 잘 디자인된 직접적인 연구가

필요할 것으로 판단된다.

본 연구의 제한점은 다음과 같다. 첫째, 실험대상자들의 수가 비교적 적었는데, 두 군을 비교하였을 때 p value 값이 0.09를 보인 PFQ 수치심 같은 경우 피험자 수가 증가되는 경우 유의한 차이가 나타날 가능성을 완전히 배제할 수 없다. 둘째, 본 연구는 단면적 연구이므로 수치심이나 죄책감등의 도덕적 감정의 종적 변화와 추이에 대한 추적연구가 도움이 될 수 있을 것이다. 셋째로, 내면화된 수치심 척도(Internalized Shame Scale)²⁸⁾나 State Shame and Guilt Scale²⁹⁾ 등의 다양한 도덕적 감정 척도들을 더 사용했다면 본 연구결과에 대한 좀 더 포괄적인 설명이 가능할 수도 있을 것이다. 마지막으로, 환자군과 대조군 사이에 지능지수와 YMRS, MADRS 점수의 유의미한 차이를 보였다. 하지만 지능지수 및 YMRS, MADRS 점수들을 통제하였을 경우에도 차이를 보이지 않았기 때문에, 이러한 요인들이 본 연구 결과에 직접적인 영향을 미치지 않는 것으로 판단된다.

결 론

본 연구는 기분안정기 1형 양극성장애 환자군의 수치심, 죄책감 정도를 평가하고, 두 도덕적 정서 정도와 기질 특성들 간의 연관성을 살펴보았다. 그 결과, 환자군에서 적응적, 반추적 특성의 상대적 죄책감은 정상군과 동일한 수준으로 나타났으나 비적응적, 반추적 특성의 특질적 죄책감은 대조군에 비해 높게 나타났으며, 이는 내재되어 있는 것으로 추정되는 수치심 때문인 것으로 보인다. 이러한 높은 수치심과 죄책감 수준은 기질들과 연관성을 보였으며, 특히 환자군의 경우 과활성 기질과 우울성 기질이 대조군과는 다른 관련성을 시사하는 결과를 보였고, 순환성, 과민성 및 불안성 기질과 강한 상관관계를 보였다. 이 결과는 1형 양극성장애라는 동일한 진단을 받은 환자들일지라도 그 기저에 있는 특정 정동기질의 발현에 따라 정신역동학적, 임상적 도덕정서 양상이 다를 수 있다는 점을 시사하는 것일 수 있다.

중심 단어 : 양극성장애 · 수치심 · 죄책감 · 정동기질.

REFERENCES

- 1) Abraham K. Notes on the psychoanalytical investigation and treatment of manic-depressive insanity and allied conditions. Selected Papers on Psychoanalysis 1911:137-156.
- 2) Fischer KW, Tangney JP. Self-conscious emotions and the affect revolution. In: Tangney JP, Fischer KW, editors. Self-conscious emotions: The psychology of Shame, Guilt, Embarrassment, and Pride. New York: Guilford Press;1995. p.3-22.
- 3) Lewis M. Self-conscious emotions. Handbook of Emotions 2000;2: 623-636.
- 4) Ghatavi K, Nicolson R, MacDonald C, Osher S, Levitt A. Defining guilt in depression: a comparison of subjects with major depression, chronic medical illness and healthy controls. J Affect Disord 2002; 68:307-315.
- 5) Woien SL, Ernst HA, Patock-Peckham JA, Nagoshi CT. Validation of the TOSCA to measure shame and guilt. Pers Individ Dif 2003;35: 313-326.
- 6) Park JY, Ryu V, Ha RY, Lee SJ, Choi WJ, Ha KS, et al. Assessment of implicit self-esteem in bipolar manic and euthymic patients using the implicit association test. Compr Psychiatry 2014;55:557-564.
- 7) Mansell W, Colom F, Scott J. The nature and treatment of depression in bipolar disorder: a review and implications for future psychological investigation. Clin Psychol Rev 2005;25:1076-1100.
- 8) Fowke A, Ross S, Ashcroft K. Childhood maltreatment and internalized shame in adults with a diagnosis of bipolar disorder. Clin Psychol Psychother 2012;19:450-457.
- 9) Winters KC, Neale JM. Mania and low self-esteem. J Abnorm Psychol 1985;94:282-290.
- 10) Kraepelin E. Manic depressive insanity and paranoia. Edinburgh: E. S. Livingstone;1921. p.118-132.
- 11) Akiskal HS. The temperamental foundations of affective disorders. In: Mundt CH, Goldstein MJ, Hahlweg K, Fiedler P, editors. Interpersonal Factors in the Origin and Course of Affective Disorders. London: Gaskell;1996. p.3-30.
- 12) Evans L, Akiskal HS, Keck PE, McElroy SL, Sadovnick AD, Remick RA, et al. Familiarity of temperament in bipolar disorder: support for a genetic spectrum. J Affect Disord 2005;85:153-168.
- 13) Van Rheeunen TE, Rossell SL. Picture sequencing task performance indicates theory of mind deficit in bipolar disorder. J Affect Disord 2013;151:1132-1134.
- 14) Shim JO, Lee YH. The effects of Shame-proneness, Guilt-proneness and event attribution on depression. Korean J Clin Psycho 2000;19: 485-499.
- 15) Song SM. A comparative study between shame-proneness and guilt-proneness by psychological traits. Korean J Couns Psychother 2008; 20:125-144.
- 16) Kang JI, Namkoong K, Kim SJ. The association of 5-HTTLPR and DRD4 VNTR polymorphisms with affective temperamental traits in healthy volunteers. J Affect Disord 2008;109:157-163.
- 17) Harder DH, Zalma A. Two promising shame and guilt scales: a construct validity comparison. J Pers Assess 1990;55:729-745.
- 18) Gilbert P, Pehl J, Allan S. The phenomenology of shame and guilt: An empirical investigation. Br J Med Psychol 1994;67:23-36.
- 19) Ferguson TJ, Crowley SL. Measure for measure: a multitrait-multimethod analysis of guilt and shame. J Pers Assess 1997;69:425-441.
- 20) Altschuler LL, Post RM, Black DO, Keck PE Jr, Nolen WA, Frye MA, et al. Subsyndromal depressive symptoms are associated with functional impairment in patients with bipolar disorder: results of a large, multisite study. J Clin Psychiatry 2006;10:1551-1560.
- 21) Judd LL, Schettler PJ, Akiskal HS, Coryell W, Leon AC, Maser JD, et al. Residual symptom recovery from major affective episodes in bipolar disorders and rapid episode relapse/recurrence. Arch Gen Psychiatry 2008;65:386-394.
- 22) Tangney JP, Dearing RL. Shame and guilt. New York: The Guilford Press;2002. p.26-51.
- 23) Feiring C, Taska LS. The persistence of shame following sexual abuse: a longitudinal look at risk and recovery. Child Maltreat 2005;10:337-349.
- 24) Kesebir S, Vahip S, Akdeniz F, Yüncü Z, Alkan M, Akiskal HS. Affective temperaments as measured by TEMPS-A in patients with bipolar I disorder and their first-degree relatives: a controlled study. J Affect Disord 2005;85:127-133.
- 25) Matsumoto S, Akiyama T, Tsuda H, Miyake Y, Kawamura Y, Noda T, et al. Reliability and validity of TEMPS-A in a Japanese non-clinical population: application to unipolar and bipolar depressives. J Affect Disord 2005;85:85-92.
- 26) Russo M, Mahon K, Shanahan M, Ramjas E, Solon C, Braga RJ, et al. Affective temperaments and neurocognitive functioning in bipo-

- lar disorder. *J Affect Disord* 2014;169:51-56.
- 27) Horwath E, Johnson J, Klerman GL, Weissman MM. Depressive symptoms as relative and attributable risk factors for first-onset major depression. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:817-823.
- 28) Cook DR. *Internalized shame scale: Professional manual*. Wisconsin: Channel Press;1994.
- 29) Marschall D, Sanftner J, Tangney JP. *The state shame and guilt scale*. Fairfax, VA: George Mason University;1994.