

불면증환자의 정신장애 공존에 관한 연구

이화여자대학교 의과대학 정신과학교실, 의과학연구소
연 규 월

= Abstract =

A Study on the Mental Comorbidity of Insomnia in Psychiatric Outpatients

Kyu Wol Yun

*Department of Psychiatry, College of Medicine, Ewha Medical Research Center,
Ewha Womans University*

Objective : The aim of this study was to investigate the frequency of psychiatric diagnoses (Axis I, II and III) using DSM-IV as well as the significances of personality traits and social or occupational functioning in a group of psychiatric outpatient insomniacs.

Method : 62 subjects who complained of insomnia over a 2-week period were evaluated for psychiatric and personality disorders and medical conditions by a comprehensive psychiatric diagnostic interview. Each patient also completed the MMPI test and was evaluated on GAF score.

Results : The higher prevalence of insomnia has been reported in the age group of 21 to 50 years, married, and unemployed patients in this study.

95.2% of the subjects had a principal diagnosis on Axis I and the most prevalent diagnoses were mood disorders and accompanying diagnoses were anxiety and somatoform disorders(in frequency order). 51.6% of the subjects had a principal diagnosis on Axis II and the most prevalent diagnoses were compulsive personality disorders and accompanying diagnoses were others(avoidant, dependent, and passive-aggressive) and histrionic personality disorders. 50% of the subjects had Axis III diagnoses and the most prevalent diagnoses were gastrointestinal disorders. 72.6% of the subjects had elevated scores on one or more MMPI scales(T score of 70 or greater) and the most frequently elevated scale was the depression and accompanying scales were hysteria and hypochondriasis. The mean GAF score value of the patients was 61.65 ± 5.64 and showed significant differences in each Axis I principal diagnoses.

Conclusions : In summary, strong associations between insomnia and psychiatric disorders were confirmed by this investigation.

KEY WORDS : Insomnia · Psychiatric disorders · Psychopathology · Social functioning.

서 론

불면증은 일반인구 집단에서 자기보고형식의 건강문제 조사에서 흔히 호소되는 증상으로 일반인구의 약 35~52%가 불면증을 호소한다¹⁻³⁾.

수면의 전제조건으로는 정신적인 안정감 및 신체적 이완상태가 필요하다. 따라서 정신장애, 정신사회적 스트레스, 수면무호흡증, 여러 내과질환, 그리고 작업능률의 감소와 같은 사소한 기능적인 장애까지도 불면증과 관계가 있다⁴⁾.

불충분한 수면은 신체적으로는 심혈관계질환과 사망률의 증가와 관련이 많다고 보고되어 왔으나⁵⁾ 불면증과 신체질환 사이의 연관성이 원인 또는 결과인지에 대한 정확한 기전은 분명치 않다.

불면증은 정신과 환자에서는 아주 흔한 호소 증상이다. 불면증은 정신적인 상태에 깊은 영향을 받으며 많은 정신질환자들에서 쉽게 발견되어지는 증상이다. 특히 우울, 불안, 강박 및 신체증상에서 많이 나타날 수 있으며 객관적인 심리검사에서도 불면증이 있는 정신과 환자는 그렇지 않은 환자보다 성격검사에서 조중척도 외의 모든 척도에서 유의하게 높아 있음이 보고되고 있다⁶⁾.

Kales등⁷⁾은 일차성 불면증 호소자 집단의 85%가 성격검사 척도에서 한개 또는 두개 이상의 척도가 정신병적 정도까지 상승되어 있다고 보고하였다. 상승된 척도는 대개 우울증, 정신쇠약, 히스테리 척도의 순이었고, 이들이 지니는 주요 성격 양상은 감정의 내재화가 높은 감정적인 각성을 불러 일으켜, 생리적 활동을 초래하게 되어 결국에는 불면증이 된다는 것이다⁶⁻⁷⁾.

불면증의 병리기전에서 심리학적으로인 역할은 조사한 연구⁸⁾에 의하면 스트레스 생활사건이 개인적인 취약성을 갖는 어떤 소인자에 의해 불면증이 시작된다는 것이다. 그러나 이와는 다르게 일차적 불면증을 호소하는 환자에서 정신과적 병리현상의 발생이 비교적 낮다고 보고하는 조사들도 있다. 즉 이들 보고에 의하면 정신장애는 불면증을 호소하는 환자에서 단지 14%⁹⁾, 35%¹⁰⁾ 정도일 뿐이다.

이와같이 불면증을 일차적으로 호소하는 환자의 집단에서 정신병리의 발생빈도에서 차이가 있는 것은 이런 모든 조사 결과들이 증상 척도 설문지에 의존한 것이고 아직까지 정신과적 진단에 합당한 표준화된 진단 기준을

사용하지 않았기 때문이다. 이런 논쟁을 해결하는 수단의 하나는 일차성 불면증 호소 환자들을 대상으로 포괄적인 정신과적 진단을 위한 면담을 행하는 것이고, 특히 정신병리의 유병율과 유형뿐 아니라 어떤 신체적 장애의 유무를 결정하기 위해서는 정신장애 진단의 다축 체계 진단을 이용하는 것이다.

최근에 정신장애의 진단 및 통계편람 제3판(이하 DSM-III)이나 3판 수정판(이하 DSM-III-R)¹¹⁾의 진단 기준에 따라 만성 불면증과 정신병리 사이의 연결을 체계적으로 조사한 연구가 있고¹²⁻¹³⁾ 특히 Tan등¹²⁾은 DSM-III진단에서 축 1과 축 2의 주요 그리고 부가적 진단이 만성 불면증 환자에서 많이 내려진다고 보고하였다.

본 연구의 목적은 가장 최근에 개정된 DSM-IV¹⁴⁾의 진단 기준을 적용하여 정신과 외래로 내원한 환자중 불면증을 주로 호소하는 환자만을 대상으로 이들이 공유하고 있는 정신장애의 빈도를 임상진단(Axis I), 성격(Axis II), 신체질환(Axis III)의 축으로 나누어 조사하고 각 주요진단별 성격검사 척도 및 사회적, 직업적 기능 수준을 비교 분석하여 불면증 호소 환자의 정신장애 진단 및 치료에 도움이 되고자 함이다.

대상 및 방법

1. 조사 대상

대상자는 1995년 7월 1일부터 1996년 6월 30일까지 이화여대 부속 동대문병원 정신과 외래로 내원한 환자중, 만 16세 이상 65세 미만의 불면증을 주소로한 환자 62명이었다. 임상적으로 불면의 양상은 잠에 쉽게 들지 못하거나, 너무 일찍 깨어나는 경우, 수면중 자주 깨어나거나 꿈이 많아 충분한 수면을 취하지 못했다고 호소하는 경우에 해당되고 최소 2주 이상 지속적으로 불면을 경험한 환자만을 대상으로 하였다.

2. 조사 방법

불면증을 주소로 내원한 환자에게 포괄적인 정신의학 적 면담을 실시하였다. 면담 내용은 불면증 이외의 주 증상, 현병력, 과거력, 가족력이며 동시에 정신상태검사를 하였다.

DSM-IV 진단기준에 따라 임상적 장애(이하 Axis I)와 인격장애(이하 Axis II)로 나누어 주요 진단과 부가적 진단을 내리고, 일반 의학적 상태는 신체적 장애(이

하 Axis III)에 포함시켰다.

부가적으로 임상진단과 성격특성을 찾아내는데 도움이 되는 다면적 인성검사(이하 MMPI; 건강염려증, 우울증, 전환장애(히스테리아), 정신병질적 장애, 남성, 여성성향, 편집성, 정신쇠약(강박성), 정신분열병, 조증, 사회적대항성 척도)와 과거 1년간 사회적, 직업적 기능 상태를 알아내는 전반적 기능평가척도(이하 GAF; 가장 기능이 나쁜 상태에서 1점부터 가장 기능이 우수한 상태인 100점까지로 구분되어 있음)를 이용하였다.

통계는 SPSS(Version 6.0)를 이용하여 일반적 요인 및 진단별 백분율과 MMPI, GAF 평균 점수를 구하고, 주요 임상진단별 MMPI와 GAF 평균 점수는 ANOVA를 실시하여 비교하였으며 유의한 결과가 나온 경우 다시 각 진단별 점수 차이는 t-검증을 실시하였다. 유의수준은 $P < 0.05$ 로 정하였다.

결 과

1. 일반적 배경

대상자 62명중 남자가 34명(54.8%), 여자는 28명(45.2%)이었고 전체 평균 연령은 37.2 ± 12.3 세이며, 남자의 평균연령은 34.9 ± 11.3 세, 여자는 39.9 ± 13.2 세로 여자의 평균연령이 다소 높았다. 연령은 대상자 수가 적어 편의상 성인기 이전(20세 이전), 성인기에서 중년기(21세에서 50세까지), 장년기 이후(51세 이상)의 세 집단으로 나누었으며 남녀 모두 21세에서 50세 사이가 47명(75.8%)으로 가장 많았고 다음이 51세 이상 11명(17.7%), 20세 미만은 4명(6.5%)이었다.

결혼상태는 기혼이 33명(53.2%), 미혼이 25명(40.3%), 사별 또는 별거, 이혼이 4명(6.5%)이었고 직업은 있는 경우가 28명(45.2%), 없는 경우가 34명(54.8%)이었다(Table 1).

2. Axis I 진단분포

대상자 62명중 59명(95.2%)이 Axis I의 주요 정신장애 진단을 가졌다 가장 많은 주요 진단은 기분장애로 20명(32.3%)이었고 불안장애 17명(27.4%), 신체형장애 10명(16.1%), 알콜 및 물질사용장애 4명(6.5%), 정신분열증 4명(6.5%), 적응장애 2명(3.2%), 기질성 정신장애 1명(1.6%), 정신성장애 1명(1.6%)의 순이었다.

41명(66.1%)이 Axis I의 부가적 정신장애 진단을 가졌

고 가장 많은 부가적 진단은 기분장애로 21명(33.9%), 다음은 신체형장애 8명(12.9%), 불안장애 5명(8.1%), 기질성 정신장애 3명(4.8%), 알콜 및 물질사용장애 2명(3.2%), 적응장애 2명(3.2%)의 순이었고 정신분열증과 정신성장애의 진단은 한명도 없었다(Table 2).

3. Axis II 진단분포

대상자 62명중 32명(51.6%)이 Axis II의 주요 인격장애 진단을 가졌다. 가장 많은 주요 인격장애는 강박성 인격장애로 10명(16.1%)이었고, 기타 인격장애(의존성, 회피성, 수동공격성)가 8명(12.9%), 히스테리성 인격장애 5명(8.1%), 경계성 인격장애 4명(6.5%), 정신분열형 인격장애 4명(6.5%), 혼합형 인격장애 1명(1.6%)이었다.

9명(14.5%)이 Axis II의 부가적 인격장애 진단을 가졌고 가장 많은 부가적 진단은 강박성 인격장애로 4명(6.5%), 경계성 3명(4.8%), 기타가 2명(3.2%)의 순이었고 히스테리성, 정신분열형, 혼합형 인격장애는 한명도 없었다(Table 2).

4. Axis III 진단분포

31명(50.0%)이 Axis III의 신체적 진단을 가졌다. 가장 많은 진단은 소화기계통으로 9명(14.5%)이었고 다

Table 1. Demographic characteristics of subjects with insomnia(N=62)

variables	
Sex	
Male	34(54.8)
Female	28(45.2)
Mean of age(yrs)	
Male	34.9 ± 11.3
Female	39.9 ± 13.2
Age distribution(yrs)	
below 20	4(6.5)
21 - 50	47(75.8)
above 51	11(17.7)
Marital status	
Married	33(53.2)
Unmarried	25(40.3)
Bereavement/separated or divorce	4(6.5)
Occupation	
Present	28(45.2)
Absent	34(54.8)

() : percentages

Table 2. DSM-IV Axis I and Axis II diagnoses in 62 subjects with insomnia

Diagnostic classification	Principal diagnosis N(%)	Additional diagnosis N(%)
Axis I		
Mood disorders(N=41)	20(32.3)	21(33.9)
Anxiety disorders(N=25) ^a	17(27.4)	5(8.1)
Somatoform disorders(N=18)	10(16.1)	8(12.9)
Substance use disorders(N=8) ^a	4(6.5)	2(3.2)
Schizophrenia(N=4)	4(6.5)	0(0.0)
Adjustment disorders(N=4)	2(3.2)	2(3.2)
Organic mental disorders(N=4)	1(1.6)	3(4.8)
Psychosexual disorders(N=1)	1(1.6)	1(0.0)
No Axis I diagnoses(N=3)	0(0.0)	0(0.0)
Axis II(Personality disorders & traits)^b		
Compulsive(N=14)	10(16.1)	4(6.5)
Other(N=10)	8(12.9)	2(3.2)
Histrionic(N=5)	5(8.1)	0(0.0)
Borderline(N=7)	4(6.5)	3(4.8)
Schizoid/Schizotypal(N=4)	4(6.5)	0(0.0)
Mixed(N=1)	1(1.6)	0(0.0)
No Axis II diagnoses(N=30)	0(0.0)	0(0.0)

^a Some patients with this principal diagnosis had additional diagnosis within the same class, so number of diagnoses is higher than number of patients.

^b Each patient had only one personality disorder or trait diagnosis.

음이 근육골격계 7명(11.3%), 신경계 5명(8.1%), 심혈관계 4명(6.5%), 폐기능계 3명(4.8%), 내분비 및 대사장애 2명(3.2%), 비뇨생식계 1명(1.6%)이었다.

5. 다면적 인성검사(MMPI)결과

대상자 62명중 45명(72.6%)에서 MMPI 척도중 한개 또는 두개 이상의 T-점수가 정신병적 점수인 70점 이상이었다. 환자 한명당 70점 이상의 MMPI척도 점수의 평균은 1.66 ± 1.43 개이었고 가장 많은 척도 수는 우울증 척도로 25명(40.3%)의 환자에서 상승되었다. 다음은 히스테리아 척도 14명(22.6%), 건강염려증 척도 13명(21.0%), 편집성 척도 13명(21.0%), 사회적 내향성 척도 8명(12.9%), 정신쇠약증 척도 6명(9.7%), 정신분열병 척도 4명(6.5%), 정신병질적 척도 2명(3.2%), 조증 척도 2명(3.2%), 남성 및 여성성향 척도 1명(1.6%)의 순이었다.

Axis I의 주요 진단별로 환자 한명당 70점 이상 상승된 MMPI 척도 수의 평균을 비교하였다. 정신성장애가 3.0개로 가장 많은 척도 수를 가졌고 기분장애 2.35±1.69개, Axis I의 주요 정신장애 진단이 없는 경우 1.67±1.15개, 알콜 및 물질사용장애 1.50±1.29개, 정신분열병 1.50±1.00, 불안장애 1.41±1.37개, 신체형장애 1.

Table 3. Mean number of MMPI elevations^a of subjects for each Axis I principal diagnosis

Diagnosis	Number of MMPI elevations*
	Mean ± SD
Mood disorders(N=20)	2.35 ± 1.69
Anxiety disorders(N=17)	1.41 ± 1.37
Somatoform disorders(N=10)	1.20 ± 0.79
Substance use disorders(N=4)	1.50 ± 1.29
Schizophrenia(N=4)	1.50 ± 1.00
Adjustment disorders(N=2)	0
Organic mental disorders(N=1)	0
Psychosexual disorders(N=1)	3.00 ± 0.00
No Axis I diagnoses(N=3)	1.67 ± 1.15

* Not significant number of MMPI elevations by ANOVA

^a T scores of 70 or greater

N=Number of patients

20 ± 0.79 개이었고 적응장애와 기질성정신장애 환자에서는 상승된 MMPI 척도가 한 개도 없었다. ANOVA를 적용한 진단별 70점 이상 상승된 MMPI척도 점수 수의 평균 비교분석에서는 유의한 차이가 없었다($F=1.51$, $df=8$, $P>0.05$)(Table 3).

6. 전반적 기능 평가(GAF) 척도 점수 결과

대상자들의 과거 1년간 사회적, 직업적 기능상태 점수는 61.65 ± 5.64 로 DSM-IV의 Axis V GAF 수준에서

Table 4. Mean GAF scores of subjects for each Axis I principal diagnosis

Diagnosis	GAF score*
	Mean±SD
Mood disorders(N=20)	59.50±6.19 ^a
Anxiety disorders(N=17)	63.06±5.38 ^b
Somatoform disorders(N=10)	63.50±3.37
Substance use disorders(N=4)	60.00±4.08
Schizophrenia(N=4)	57.50±5.00
Adjustment disorders(N=2)	62.50±3.54
Organic mental disorders(N=1)	55.00±0.00
Psychosexual disorders(N=1)	65.00±0.00
No Axis I diagnoses(N=3)	70.00±0.00

*Significant mean GAF scores by ANOVA($p < 0.05$)

^a Mean GAF scores of mood disorders were significantly lower than those of somatoform disorders($p < 0.05$) and those of No Axis I diagnoses($p < 0.05$).

^b Mean GAF scores of anxiety disorders were significantly lower than those of No Axis I diagnoses($p < 0.05$).

GAF : Global Assessment of Functioning

N=Number of patients

‘일반적으로 기능상태는 양호하나 때때로 의미있는 대인 관계장애가 있는 경우’에 속한다.

Axis I의 주요 각 진단별로 살펴본 GAF 평균 점수는 다음과 같다. 가장 기능 수준이 낮은 점수를 나타낸 진단은 기질적 정신장애로 55 ± 0 , 다음이 정신분열병 57.5 ± 5.0 , 기분장애 59.50 ± 6.19 , 알콜 및 물질사용장애 60.00 ± 4.08 , 적응장애 62.50 ± 3.54 , 불안장애 63.06 ± 5.38 , 신체형장애 63.50 ± 3.37 , 정신정장애 65 ± 0 , Axis I의 주요 정신장애가 없는 경우 70 ± 0 점으로 가장 기능 상태가 양호하였다.

ANOVA를 적용한 진단별 GAF 평균점수 비교에서는 유의한 차이가 있었다($F=2.34$, $df=8$, $P < 0.05$). 각 진단별 GAF 평균 점수 유의성을 t-검증을 적용하여 본 결과는 다음과 같다. 기분장애 환자의 평균 GAF 점수는 신체형장애 환자의 평균 점수($t = -2.29$, $df=28$, $P < 0.05$)와 Axis I의 주요 정신장애 진단이 없는 경우의 평균 점수($t = -7.58$, $df=21$, $P < 0.05$)보다 유의하게 낮았고 불안장애 환자의 평균 GAF점수는 Axis I의 주요 정신장애 진단이 없는 경우의 평균 점수보다 유의하게 낮았다($t = -5.32$, $df=18$, $P < 0.05$)(Table 4).

고 안

본 연구는 불면증과 정신장애 사이의 연관에 초점을 두고 DSM-IV 진단기준을 적용하여 Axis I, II 그리고 III로

나누어 불면증 환자가 지니는 정신장애 유병율을 조사한 첫번째 보고이다. 그러나 다원수면검사(Polysomnography)를 이용하지 않아 기질적 원인을 연구대상에 포함시킬 수 없었고 부가적으로 다면적 인성검사와 사회적, 직업적 기능상태만을 조사하여 불면증과 정신병리의 관계를 뒷받침한 임상연구이다.

일시적 또는 상황에 따른 불면은 사랑하는 사람과의 사별이나, 이별, 직업상의 압박감, 시험에 대한 지나친 불안, 결혼, 이혼과 같이 일상생활에서의 주요한 변화를 일으키는 감정적 또는 신체적 자극에 대한 반응으로 나타나는 보편적인 현상이다¹⁶⁾. 그러나 오랜기간 지속되는 불면증은 어떤 정신장애의 초기 징후이거나 또는 원인이 될 수가 있고 초기에 치료한다면 정신장애의 만발한 양상의 진행을 멈추어 줄 수 있는데, 예를 들어 불면증 환자가 기분장애로 진단받은 경우엔 기존의 항불안제 계통의 수면제 치료에서 삼환계 항우울제로 변경시킬 수 있고, 알콜이나 물질사용장애의 진단이 있다면 항불안제 수면제의 과용이나 중독증상의 증가를 미리 막을 수 있다는 이점이 있다.

기존의 역학적 조사들은¹⁻³⁾¹⁶⁾ 불면증은 여자, 연령이 많을수록, 불안과 우울의 증상이 있을수록 많이 호소한다고 보고하였다. 그러나 최근 미국 정신건강 연구소(NIMH)에서 실시한 역학조사보고¹⁷⁾에 의하면 젊은 연령과 비교해서 노인의 정신질환의 빈도가 낮았음을 볼 때 반드시 나이가 많다고 해서 불면증의 빈도도 더 높은 것은 아니라고 하였다. 노인의 경우는 수면 시작의 어려움이 있는 것이 아니라 수면유지의 어려움이 더 많은데 이것은 신체질환이나 비만증과 관련이 있다는 것이다¹⁸⁾.

본 연구에서 일반 인구학적 배경은 정신과 외래 환자만을 대상으로 실시한 제한된 연구이므로 위의 역학적 조사와 빈도를 비교하기에는 통계학적으로 무리가 있겠으나 남자, 결혼한 경우에 불면증의 빈도가 더 많았던 점이 차이가 있었다.

불면증의 시작은 대개 20대 후반에서 30대초부터 시작되는 것으로 나타나고 그 기간은 1년 이상의 만성적 상태를 지닌다. 또한 불면증의 원인도 젊은층에서는 정신내적 긴장이 많고 연령이 많은 층에서는 환경적 이유가 더 많은 것으로 나타난다. 40~50대는 연령이 증가하면서 수반되는 생리적 및 정신적 기능 및 사회적 기능에서의 제한성이라는 현실적 문제에 의해 불면이 야기된다. 따라서 본 연구 대상자들의 경우 20대에서 50대 사

이의 연령층에서 불면증이 많았다는 결과는 매우 타당성이 있겠다.

역학조사에서 불면증과 사회경제상태와 정신장애 사이의 관련성을 주장한 연구¹⁹⁾에 의하면, 직업이 없는 경우 즉 일을 하지 못한다는 것은 오히려 불규칙적인 수면 양상을 만들어 점차 불면증을 초래한다고 하였는데 본 연구 대상자들의 경우에서도 직업이 없는 환자에서 불면증을 더 많이 호소하였다는 점에서 일치되었다.

Tan등¹²⁾이 가장 처음 DSM-III를 이용하여 불면증 환자의 정신장애 비율을 조사한 연구에 의하면, 상당히 많은 수가 Axis I과 II의 주요 그리고 부가적 정신장애 진단을 가졌으나 Axis III에서는 그 비율이 아주 적었다. 가장 많은 진단은 Axis I에서는 우울증, 불안증, 신체형 장애 그리고 물질사용장애였고 Axis II에서는 강박성 인격장애가 가장 많았다. 이 연구에서는 만성 불면증 환자들이 높은 정신병리의 특징을 지니고 있었으며 대개 불안, 우울, 강박성, 충동성, 공포 그리고 과도한 신체적 관심을 지니는 내재화된 양상을 지니고 있었다.

가장 최근에 Schram등²⁰⁾은 DSM-III-R을 이용해 만성 불면증 환자의 정신장애 공유율을 조사하였는데 대상자중 적어도 50%가 Axis I 또는 II 진단을 가졌고 가장 많은 진단은 역시 정동장애였고 다음이 물질사용장애, 불안장애순이었고 Axis II에서는 강박성, 회피성, 히스테리성, 기타 인격장애의 순으로 역시 불안-우울성 반응이 혼합된 내재화된 양상을 나타냈다.

본 연구 결과에서는 불면증 환자가 지니는 Axis I 주요장애의 비율은 위의 연구 결과보다 상당히 높았는데 (95.2%) 대상자가 정신증상을 주소로 정신과 외래로 내원한 제한된 환자이었던 때문에 정신장애 유병율이 높았을 것으로 사료된다. 이 가운데 가장 빈도가 많은 진단은 역시 기분장애였고 다음이 불안장애, 신체형장애, 알콜 및 물질사용장애의 순이었고 기분장애진단 집단에는 기분변조성장애, 비전형우울증, 주요우울장애, 순환형장애 그리고 양극성 정동장애 5개의 진단이 포함되어 있으며 가장 많았던 진단은 기분변조성장애로 Tan등¹²⁾의 연구결과와 같았다.

Axis II에서도 역시 강박성 인격장애가 가장 많았고 다음이 기타 인격장애, 히스테리성 인격장애의 순이었으며, 기타 인격장애에는 의존성, 회피성, 수동공격성의 인격장애가 포함되어 있기 때문에 역시 내재화된 양상의 성격장애를 지니고 있다고 할 수 있겠다.

DSM-IV에서는 성격장애 집단을 3개의 군으로 나누어 A군은 편집성, 분열성, 분열형으로 괴상하거나 엉뚱해 보이는 성격, B군은 반사회성, 경계성, 히스테리성, 자기애성으로 극적이고 감정적이며 변덕스러운 성격, C군은 회피성, 의존성, 강박성으로 불안해 보이고 두려워하는 성격으로 구분하고 있는데, 본 대상자들의 성격 양상은 C군에 속하는 경우가 많았다. 따라서 위의 연구들과 마찬가지로 본 연구대상자들이 지니는 가장 많은 성격유형은 심리학적 장애를 행동화나 공격성에 의하기 보다는 내재화하는 성격이 특징이었다. 또한 Axis I에서 우울증의 진단비율이 높고 Axis II에서 C군에 해당되는 성격비율이 높았던 점은 불면증의 원인에 정신병리적 기전이 강하게 연결되어 있음을 지지하고 있다.

한편 환자의 50%에서 Axis III 진단 분포를 나타냈는데 여러 계통의 질환이 끌고루 분포되어 불면증 환자들이 정상인들보다 신체적 건강에 대한 호소가 많다는 결과⁴⁾와 일치하였다. Bixler등²⁰⁾에 의하면 불면증 환자들이 알레르기, 천식, 대장염, 편두통, 궤양등과 같은 정신 신체 질환이 대조군에 비해 2배 정도 많고 더 자주 지속적이고 반복되는 건강문제를 호소한다고 하였는데, 본 연구 대상자들의 신체적 질환은 그 중상의 성질이 정신 신체형일 가능성이 높은 것 같다.

본 연구에서 불면증의 원인에 대한 가장 강력한 정신 병리적 기여는 MMPI 척도에서 적어도 1개 또는 2개 이상의 높은 척도(T점수 70 이상)로 추정할 수 있겠다. 상승된 MMPI 척도 평균 숫자는 1.66 ± 1.45 개로 Tan등¹²⁾, Zorick등²⁰⁾등의 결과에서 보다는 작았으나 우울척도가 가장 많았고 히스테리아, 건강염려 척도가 높았던 점은 같은 결과이었다. 단, 정신쇠약증 척도의 빈도가 본 연구에서는 비교적 낮은 점에서 차이가 있었다.

김 등²¹⁾이 MMPI 대신 DSM-III-R의 진단기준에서 대표적인 증상을 중심으로 신체증상, 강박증상, 우울증상과 불안증상들의 설문지 항목을 작성하여 불면증 환자들에게 질문하여 조사한 바로도 불면증 환자군이 비불면증 환자군보다 신체증상, 강박증상, 우울증상 및 불안증상이 높았음을 보고하여 불면증 환자들의 정신과적 문제가 높음을 강하게 제시하였다.

불면증과 정신병리의 강한 연관성을 지지해 주는 GAF 척도 점수는 평균 61.65 ± 5.64 로 '때때로 사회적, 직업적 기능에서 어려움은 있으나 일반적 기능은 양호한 수준'에 속하는 것으로 Schramm 등²⁰⁾의 보고와 거의

일치하였다. 또한 정신병리의 심각도가 높은 정신장애일 수록 GAF평균 점수가 유의하게 더 낮았는데 이와같은 사실은 불면증과 정신병리의 연관성을 뒷받침해주는 중요한 결과로 생각된다.

결과적으로 본 연구에서는 불면증 환자, 정신과적 장애, 정신병리와 사회적기능장애 사이에는 밀접한 관계가 있음을 알 수 있겠고 이런 높은 상관관계는 정신장애와 불면증 사이의 인과 관계를 암시해 주고 있다. 따라서 불면증을 호소하는 환자의 경우 타당성 있는 감별진단과 치료 계획을 위해서라도 DSM-IV를 적용한 완전한 정신의학적 평가뿐 아니라 수면장애의 기왕력, 신체질환, 사회적 그리고 심리학적 요인등을 자세히 질문할 필요가 있다고 생각되는 바이다.

요 약

목 적 :

DSM-IV 진단기준을 적용하여 정신과로 내원한 외래 환자중 불면증을 호소하는 환자만을 대상으로 이들이 공유하고 있는 정신장애의 빈도를 조사하고 각 주요 진단별 다면적인성검사 척도 및 사회적, 직업적 기능 수준을 비교 분석하여 불면증 환자의 정신장애 진단 및 치료에 이용하고자 본 연구를 실시하였다.

방 법 :

1995년 7월 1일부터 1996년 6월 30일까지 이화여대 부속 동대문 병원 정신과 외래로 내원한 초진환자중 만 16세 이상 65세 미만의 불면증을 주소로 하는 환자 62명을 대상으로 포괄적인 정신의학적 면담을 실시하여 DSM-IV 진단기준에 따라 임상적장애(Axis I), 인격장애(Axis II)로 나누어 주요진단 및 부가적 진단의 비율을 조사하고 일반 의학적 상태는 Axis III에 포함시켰다. 부가적으로 정신병리를 찾아내는데 도움이되는 MMPI와 GAF 척도 검사를 실시하였다.

결 과 :

1) 일반 인구학적 분포에서는 남자, 연령분포가 21세에서 50세 사이, 결혼한 경우, 직업이 없는 경우의 환자들에서 불면증 호소가 많았다.

2) 대상자의 95.2%가 Axis I의 주요정신장애 진단을 가졌고 66.1%가 부가적 진단을 가졌으며 가장 많은 정신장애는 기분장애, 불안장애, 신체화장애의 순이었다.

3) 대상자의 51.6%가 Axis II의 주요 인격장애 진단

을 가졌고 14.5%가 부가적 진단을 가졌으며 가장 많은 진단은 강박성, 기타(회피성, 의존성, 수동 공격성), 히스테리성 인격장애의 순이었다.

4) 대상자의 50%가 Axis III의 신체적 진단을 가졌고 가장 많은 진단은 소화기계통의 질환이었다.

5) 대상자의 72.6%에서 MMPI 척도중 1개 또는 2 이상의 정신병리적 상승척도(T점수 70 이상)를 나타냈고 평균 숫자는 1.66 ± 1.43 개이었다. 가장 많은 척도는 우울증이었고 히스테리성, 건강염려증의 순이었다.

6) 대상자들의 평균 GAF 점수는 61.65 ± 5.64 로 '때때로 사회적, 직업적 기능에서 어려움은 있으나 일반적 기능은 양호한 수준'에 속하였고, Axis I 각 주요진단별 GAF 평균점수에서 유의한 차이가 있었고 정신병리가 심할수록 GAF 점수가 낮았다.

결 론 :

이상의 결과로 불면 정신과외래로 내원한 환자의 불면증은 정신장애, 정신병리, 사회적 기능상태와 매우 밀접한 연관이 있다고 사료된다.

중심 단어 : 불면증 · 정신장애 · 정신병리 · 사회적기능.

References

- 1) Karacan I, Thornby JL, Anch M : *Prevalence of sleep disturbances in a primarily urban Florida county. Soc Sci Med* 1976 ; 10 : 239-244
- 2) Bixler EO, Kales A, Slodatos CR, Kales JD, Healey S : *Prevalence of sleep disorders in the Los Angeles metropolitan area. Am J Psychiat* 1979 ; 136 : 1257-1262
- 3) Mellinger GD, Balter MB, Uhlenhutch EN : *Insomnia and its treatment : Prevalence and correlate. Arch Gen Psychiat* 1985 ; 42 : 225-232
- 4) Kales JD, Kales A, Bixler EO, Soldatos CR, Cadioux RJ, Kashurba GJ, et al : *Biopsychobehavioral correlates of insomnia, V : Clinical characteristics and behavioral correlates. Am J Psychiat* 1984 ; 141 : 1371-1376
- 5) Wingard DL, Berkman LF : *Mortality risk associated with sleeping patterns among adults. Sleep* 1983 ; 6 : 102-107
- 6) Kales A, Cadwell AB, Soldatos CR, Bixler EO, Kales JD : *Psychobehavioral correlates of insomnia, II. pattern specificity and consistency with the Minnesota*

- Multiphasic Personality Inventory. Psychosom Med* 1983 ; 45 : 341-356
- 7) Kales A, Caldwell AB, Preston TA, Healey S, Kales JD : *Personality patterns in insomnia : Theoretical implications. Arch Gen Psychiat* 1976 ; 33 : 1128-1134
 - 8) Healey ES, Kales A, Monroe LJ, Bixer EO, Chamberlin K, Soldatos CR : *Onset of insomnia : Role of life-stress events. Psychosom Med* 1981 ; 43 : 439-451
 - 9) Zorick FJ, Roth T, Hartzel KM, Piccione PM, Stepanski EJ : *Evaluation and diagnosis of persistent insomnia. Am J Psychiat* 1981 ; 138 : 769-773
 - 10) Coleman RM, Roffwang HP, Kennedy SJ, Guilleminault C, Cinque J, Cohn MA, et al : *Sleep-wake disorders based on a polysomnographic diagnosis. JAMA* 1982 ; 247 : 997-1003
 - 11) American Psychiatric Association : *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd ed revised, Washington DC, American Psychiatric Association* 1987
 - 12) Tan TL, Kales JD, Kales A, Soldatos CR, Bixer EO : *Biopsychobehavioral correlates of insomnia, IV. diagnosis based on DSM-III. Am J Psychiat* 1984 ; 141 : 337-352
 - 13) Ford DE, Douglas B, Kameroy DB : *Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders : An opportunity for prevention? JAMA* 1989 ; 262 : 1479-1484
 - 14) American Psychiatric Association : *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed, Washington DC, American Psychiatric Association* 1994
 - 15) Robins LN, Helzer JE, Croughan J, Ratcliff KS : *National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule : Its history, characteristics and validity. Arch Gen Psychiat* 1981 ; 38 : 381-389
 - 16) Raybin JB, Detre TP : *Sleep disorder and symptomatology among medical and nursing student. Compr Psychiat* 1969 ; 10 : 452
 - 17) Kramer M, German PS, Anthony JC, Von Korff M, Skinner EA : *Patterns of mental disorders among elderly residents of eastern Baltimore. J Am Geriatr Soc* 1985 ; 33 : 236-245
 - 18) Gislason T, Almquist M : *Somatic disorders and sleep complaints. Acta Med Scand* 1983 ; 221 : 477-481
 - 19) Holzer CE, Shea BM, Swanson JW : *The increased risk for specific psychiatric disorders among persons of low socioeconomic status. Am J Soc Psychiat* 1986 ; 6 : 259-271
 - 20) Schramm E, Holagen F, Kappler C, Grasshoff U, Berger M : *Mental comorbidity of chronic insomnia in general practice attenders using DSM-III-R. Acta Psychiatr Scand* 1995 ; 91 : 10-17
 - 21) 김소희 · 이성훈 · 유계준 : 불면증환자의 정신병리 및 행태적 특징. *신경정신의학* 1990 ; 29 : 154-161