

불안 장애와 주요우울장애에서 나타나는 신체 증상과 증상군에 따른 자살 사고, 계획, 행동과의 관계 고찰

인제대학교 의과대학 상계백병원 정신건강의학교실,¹ 서울대학교 의과대학 정신건강의학교실,² 서울대학교병원 정신건강의학과,³ 울산대학교 의과대학 서울아산병원 정신건강의학교실,⁴ 동국대학교 일산병원 정신건강의학과,⁵ 임상정신약물학연구소,⁶ 울산대학교 의과대학 울산대학교병원 정신건강의학교실,⁷ 성균관대학교 의과대학 삼성서울병원 정신건강의학교실,⁸ 삼성융합의과학원,⁹ 분당서울대학교병원 정신건강의학과¹⁰

안준석¹ · 김은영¹ · 조맹제^{2,3} · 홍진표⁴ · 함봉진^{2,3} · 정인원^{5,6}
안준호⁷ · 전홍진^{8,9} · 성수정¹⁰ · 이동우¹

Difference of Somatic Symptoms between Anxiety Disorder and Major Depressive Disorder and Their Domainal Association with Suicidal Idealization, Plan and Attempts

Jun Seok Ahn, M.D.,¹ Eun young, Kim, M.D., Ph.D.,¹ Maeng Je Cho, M.D., Ph.D.,^{2,3} Jin Pyo Hong, M.D., Ph.D.,⁴ Bong-Jin Hahm, M.D., Ph.D.,^{2,3} In-Won Chung, M.D., Ph.D.,^{5,6} Joon-Ho Ahn, M.D., Ph.D.,⁷ Hong Jin Jeon, M.D., Ph.D.,^{8,9} Su Jeong Seong, M.D.,¹⁰ Dong-Woo Lee, M.D., Ph.D.¹

¹Department of Psychiatry, Sanggye Paik Hospital, Inje University College of Medicine, Seoul, Korea

²Department of Psychiatry and Behavioral Science, Seoul National University College of Medicine, Seoul, Korea

³Department of Neuropsychiatry, Seoul National University Hospital, Seoul, Korea

⁴Department of Psychiatry, Asan Medical Center, College of Medicine, University of Ulsan, Seoul, Korea

⁵Department of Neuropsychiatry, ⁶Institute of Clinical Psychopharmacology, Dongguk University Ilsan Hospital, Goyang, Korea

⁷Department of Psychiatry, Ulsan University Hospital, University of Ulsan College of Medicine, Ulsan, Korea

⁸Department of Psychiatry, Samsung Medical Center, Sungkyunkwan University, School of Medicine, Seoul, Korea

⁹Samsung Advanced Institute for Health Sciences & Technology, Seoul, Korea

¹⁰Department of Psychiatry, Seoul National University Bundang Hospital, Seongnam, Korea

ABSTRACT

Objectives : The aim of this study is to evaluate difference of somatic symptoms of anxiety disorder and major depressive disorder and domainal association with suicidal idealization, plan, and attempts.

Methods : A total of 359 adults diagnosed with major depressive disorder and anxiety disorder of last one year participated. Participants interviewed with certain sections of Korean version of Composite International Diagnostic interview of CIDI. Sections of interests includes questionnaires regarding somatic symptoms and suicidal idea, plan and attempts of last one year.

Results : Chest pain shows more prevalence in major depressive disorder. Symptoms of Headache and loose stool are more prevalent in anxiety disorder. Difficulty in equilibrium and fainting spells are more common so-

Received: September 12, 2016 / Revised: October 2, 2016 / Accepted: October 10, 2016

Corresponding author: Dong-Woo Lee, Department of Psychiatry, Sanggye Paik Hospital, 1342 Dongil-ro, Nowon-gu, Seoul 01757, Korea

Tel : (02) 950-1087 · Fax : (02) 936-8069 · E-mail : dwlee@paik.ac.kr

matic complaints of co-diagnosis states of anxiety disorder and major depressive disorder. Comparing 3 domains of pain symptoms, gastrointestinal symptoms and pseudo-neurological symptoms, pain symptom domains, gastrointestinal symptoms domain shows significant statistic difference between diagnosis. Average somatic symptom numbers of each symptom domains increase through suicidal idealization, plan and attempt, accordingly.

Conclusions : Our finding shows some of somatic symptoms are more prevalent at certain diagnosis. Since increasing numbers of somatic complaints of each symptom domains goes with the suicidal idealization to suicidal attempts, proper psychiatric evaluation and consultations are crucial for patients with numerous somatic complaints in non-psychiatric clinical settings.

KEY WORDS : Somatic symptoms · Depression · Anxiety disorder · Psychiatric comorbidity · Suicide.

서 론

2011년 국가적으로 시행한 다기관 역학 조사인 한국 정신건강 실태 역학조사(Korean Epidemiologic Catchment Area Study-2011, KECA-2011)에 따르면 불안 장애와 주요우울장애는 알코올 및 니코틴 사용 장애를 제외하면 가장 흔한 정신과적 진단으로 조사되었다.¹⁾ 2006년에 시행한 역학 조사 연구와 비교하였을 때 불안장애의 평생 유병율은 6.9%에서 8.7%로 약 26.1%가 증가하였고, 주요우울장애 또한 2.5%에서 3.0%로 약 20% 가량 증가하여 두 질환 모두 증가하는 추세에 있다.

DSM을 기반으로 한 주요우울장애와 불안 장애의 진단에서 진단 기준에 이미 신체 증상이 포함되어 있는 경우들이 있다. 하지만 임상 현장에서는 그 외의 통증, 소화기 증상 및 다양한 신경학적 증상을 동반하는 주요우울장애 및 불안장애 환자를 접하게 된다. Vaccarino 등의 연구에 따르면 주요우울장애의 경우 소화기 증상, 식욕 저하, 피로, 다른 신체부위의 비 특이적인 통증 등을 동반 할 수 있는데, 이러한 신체 증상의 동반 비율은 약 70%에 달한다고 보고하였다.²⁾ 이재진 등이 연구한 국내 대학병원 외래의 주요우울장애 초진환자 연구에서도 대상자의 약 68.4%에서 두통, 약 79.8%에서 소화기 증상, 약 91.6%에서 비 특이적인 통증을 호소하였으며 이는 여성, 블루 칼라 노동자, 취업하지 않은 상태 등에서 더욱 명확하였다.³⁾ 불안 장애의 경우 Sherbourne 등에 따르면 1차 의원에서 치료받는 환자들의 14~66%에서 최소 한가지 이상의 불안장애를 갖고 있다고 하였고, 응급실에 내원하는 흉통 환자의 18~25%에서 공황장애를 동반하고 있다는 보고도 있다.⁴⁾ 이처럼 주요우울장애와 불안장애가 매우 흔하고, 각각의 진단에서 신체증상이 흔히 나타나기 때문에, 주요우울장애와 불안장애에서 나타나는 신체 증상의 특징을 구체적으로 알아볼 필요가 있다. 따라서 본 연구에서는 첫 번째로, 주요우울장애와 불안장애 및 두 질환이 동시에 진단된 세가지 경우에서 호소하는 신체

증상의 종류와 유병율의 차이에 대해 연구하고자 한다.

또한 자살은 우리나라에서 지속적이고 심각한 개인적, 사회적 문제를 낳고 있다. 통계에 따르면 우리나라는 2003년 이후 12년간 부동의 OECD 자살률 1위를 기록하고 있다. 2013년 시행된 자살실태조사에 따르면 정신건강 및 음주 문제가 자살의 가장 큰 원인이었으며 20대에서 60대까지 연령 구간 중 30대를 제외한 모든 연령구간에서 자살 전 신체적인 이유로 의사를 만난 것이 흔한 것으로 알려졌다.⁵⁾ KECA-2011에 따르면, 1차 치료 환경에서 DSM-IV/ICD-10에 따른 주요우울 장애를 만족하는 경우 69% 가까이에서 신체 증상을 동반하고 있었으며, 이는 환자들이 1차 치료 기관을 방문하게 되는 가장 흔한 이유로 조사되었다. 한편으로 정신과적 문제가 발생하였을 때 약 15%만이 정신건강 서비스를 이용하며, 최초 치료가 이루어지기 전까지 1.61년 정도가 걸리는 것으로 조사되었다. 더불어 정신과적인 평가가 필요한 환자가 정신과를 방문하지 않고 다른 1차 의료기관을 방문하는 것은 우리나라와 같이 주치의가 없는 국가에서 흔하게 나타나는 바,⁶⁾ 실제 일차 치료 현장에서는 신체 증상을 주증상으로 하는 주요우울장애 및 불안장애가 저평가 될 가능성이 있다. 따라서 본 연구에서는 두 번째로, 주요우울장애와 불안장애 및 두 진단이 공존하는 경우에 따라 신체 증상의 특징이 자살위험도에 어떠한 영향을 미치는지를 연구하고자 한다. 이를 위해 신체 증상들을 범주화하여 통증 증상군, 소화기 증상군, 가성신경학적 증상군의 세 증상군으로 분류하고, 각 증상군과 자살사고, 자살계획 및 자살시도와의 관련성에 대하여 분석하고자 한다.

방 법

1. 연구 대상

본 연구는 지역 거점을 선정 후 다기관에서 시행한 국가적 역학조사연구인 2011년 정신질환 실태 역학 조사 연구(KECA-2011)에 참여한 만 18세 이상에서 74세 이하의 참

여자 6027명을 대상으로 하여 지난 1년 동안 주요우울장애 또는 불안장애의 진단 기준을 만족 하는 대상자 548명을 우선 선별하였다. 그중 같은 시기에 최소 1가지 이상의 신체 증상을 호소한 378명을 분석 대상으로 하였다. 불안 장애의 경우 공황 장애, 광장 공포증, 사회 공포증, 범불안 장애, 특정공포증, 강박장애 또는 외상 후 스트레스 장애를 지난 1년간 진단할 수 있는 경우를 모두 포함하였다. 본 연구는 서울대학교 의과대학 임상연구 윤리위원회의 승인을 받아 진행되었으며 모든 대상자들에게 연구 목적과 방법에 대한 충분한 사전 설명을 한 뒤서면 동의 과정을 거쳤다. 전체 연구 대상과 연구 진행 과정에 대한 구체적인 사항은 2011년 정신질환실태 역학조사 사업보고서에 상술 되어 있다.¹⁾

2. 신체 증상 평가

KECA-2011에서는 한국어판 CIDI(Korean version of Composite International Diagnostic interview, K-CIDI) 및 다양한 보조 도구를 통해 구조화된 면담을 시행하였다.⁷⁾ 이중 본 연구에 사용된 K-CIDI의 C장은 신체화 장애(Somatoform disorder)의 진단에 사용될 수 있고 이들 중 신체 증상의 유무를 평가하기 위해 사용된 질문 중 성별 특이적이지 않으면서 기타로 분류되지 않는 명확한 신체 증상에 대한 질문-C1(배가 아픴), C2(허리가 아픴), C3(관절이 아픴), C4(관절 이외의 팔이나 다리가 아픴), C5(가슴이 아픴, 흉통), C6(두통), C8(소변을 볼 때 통증), C10(이외의 화끈 거리는 서혜부 통증), C11(언급된 곳 이외의 통증), C15(구토), C17(구역), C18(대변이 묽거나 설사를 함), C19(가스가 많이 참), C20(먹으면 탈이 나서 못 먹는 음식이 세가지 이상), C21(보이지 않음), C22(눈이 침침함), C23(들리지 않음), C24(걸거나 서있는데 중심을 잡기 힘들), C25(팔이나 다리의 감각 저하), C26(몸의 마비), C27(30분 이상 목소리가 나오지 않음), C28(경련이나 발작), C29(실신-정신을 잃지 않았으나 몸에 갑자기 힘이 빠지거나 어지러움), C30(그 외 다른 이유의 정신 없음), C31(기억을 완전히 잃음)-을 선정하여 분석하였다. 알려진 신체화 장애의 증상군의 분류에 맞지 않는 C장의 일부 항목들은 분석에서 제외하였다. K-CIDI의 항목 중 DSM-IV-TR의 신체화장애의 증상 분류 기준에 따라 통용되고 있는 분류 기준인 통증 증상군, 소화기 증상군, 가성신경학적 증상군의 세군으로 증상을 나누었다. 첫 번째로 통증 증상군에 해당하는 질문은 C1, C2, C3, C4, C5, C6, C8, C10, C11의 총 9개의 항목을 포함하였다. 두 번째로 소화기 증상군에 해당하는 질문은 C15, C17, C18, C19, C20의 총 5개의 항목을 포함하였다. 마지막으로 가성 신경학적 증상의 경우 C21, C22, C23, C24, C25, C26, C27, C28, C29, C30, C31의 총 11가지의 항목을 포함하였

다. 신체 증상의 해당 기간은 조사 시점으로부터 1년 이내로 하였다.

3. 자살 위험도 평가

자살과 관련된 항목 또한 마찬가지로 KECA-2011에서 시행한 K-CIDI의 S장을 이용하였으며, 이중 자살 사고 항목에 해당하는 S1(자살하는 것에 진지하게 생각한 적이 한 번이라도 있습니까?), 자살 계획에 해당하는 S3(자살하려고 구체적으로 계획을 세운 적이 있습니까?), 자살 시도에 해당하는 S5(자살을 시도한 적이 있습니까?)을 선정하여 분석하였고 해당기간은 신체 증상의 호소 기간과 일치하는 조사 시점으로부터 최근 1년 이내의 기간으로 하였다.

4. 통계 분석

주요우울장애, 불안장애 및 중복진단군 간의 인구학적 변인 및 신체증상 호소의 차이를 분석하기 위해 Student T-test 와 Chi-square test를 시행하였다. 또한 일부 신체증상의 경우 K-CIDI가 기반으로 하는 증상 중 DSM-IV의 신체형장애의 분류와 같은 통증 증상군, 소화기 증상군, 가성신경학적 증상군의 세 군으로 분류하고, 진단에 따른 신체 증상군의 차이를 보기 위해 일원배치 분산분석을 시행하였으며 이후 Scheffe의 사후분석을 시행하였다. 신체증상군에 따른 자살관련항목의 평균 비교는 Mann-Whitney test를 사용하였다. 모든 통계는 Statistical Analysis System (SAS) 9.0을 사용하였으며, 신뢰구간은 $p < 0.05$ 로 하였다.

결 과

1. 인구학적 특성

인구학적 차이에서는 주요우울장애, 불안장애 및 중복진단군간 성별, 결혼 상태, 취업 상태 및 거주지역의 경우 진단군에 따른 유의한 차이를 보이지 않았다. 하지만 나이의 경우 공존진단군에서 유의하게 높았고($F=3.63$, $p=0.027$), 학력($\chi^2=17.808$, $p=0.023$) 및 월수입($\chi^2=13.414$, $p=0.009$)에 따라서 유의한 차이를 보였다. 학력의 경우 불안장애군에서 12년 이상 교육을 받은 비율이 가장 높았으며, 월 수입의 경우 중복 진단군에서 월 200만원 이하의 저소득의 비율이 가장 높았다(Table 1).

2. 신체 증상의 특성

주요우울장애, 불안장애 및 중복진단군간 지난 1년간 호소하는 신체 증상을 세부적으로 비교하였다. 첫 번째로 통증 증상군에서는 흉통의 경우 불안장애의 9%, 주요우울장애의 20.4%, 중복진단군의 15.7%로 유의한 차이를 보였다($p=0.016$). 두통의 경우에는 불안장애의 15.4%, 주요우울장

Table 1. Socio-demographic characteristics of anxiety disorder, depression and depression with comorbid anxiety disorder with at least one somatic symptom

Variables	Total(n=378)	Anxiety disorder(n=234)	Depression(n=93)	Co-diagnosis (n=51)	p-value
Age(years), mean±SD	41.6±15.45	40.4±15.61	41.8±15.62	46.8±16.40	0.027*
Male, N (%)	121(32.0)	75(32.1)	33(35.5)	13(25.5)	0.601
Marital status, N(%)					
Married	206(54.5)	131(56)	46(49.5)	29(56.9)	0.091
Bereaved/Separated/Divorced	56(14.8)	27(11.5)	17(18.3)	12(23.5)	
Unmarried	116(30.7)	76(32.5)	30(32.3)	10(19.6)	
Education, N(%)					
No education	13(3.4)	4(1.7)	5(5.4)	4(7.7)	0.023*
Less than 6 years	54(14.2)	31(13.2)	16(17.2)	7(13.5)	
7 to 9 years	48(12.6)	26(11.1)	10(10.8)	12(23.1)	
10 to 12 years	119(31.3)	72(30.6)	29(31.2)	18(34.6)	
12 years above	146(38.4)	102(43.4)	33(35.5)	11(21.2)	
Employment, N(%)					
Full time	208(55)	137(58.8)	46(49.5)	25(48.1)	0.334
Part time	22(5.8)	14(6.0)	6(6.5)	4(3.8)	
Unemployed	148(39.2)	25(35.2)	2(44.1)	25(48.1)	
Income, N(%)					
Less than 2M won	161(52.1)	93(46.3)	38(55.1)	30(76.9)	0.009*
2M won to 3M won	69(22.3)	49(24.4)	14(20.3)	6(15.4)	
More than 3M won	79(25.6)	59(29.4)	17(24.6)	3(7.7)	
Residential area					
Urban	312(82.5)	198(84.6)	71(76.3)	43(84.3)	0.458
Rural	66(17.5)	36(15.4)	22(23.7)	8(15.7)	

SD : Standard deviation, M : Million

애의 12.9%, 중복진단군의 33.3%로 유의한 차이를 보였다 ($p=0.004$). 두 번째로 소화기 증상군에서는 묽은 변 또는 설사를 나타내는 증상만이 유의한 차이를 보였고, 불안장애의 9.4%, 주요우울장애의 11.8%, 중복진단군의 23.5%의 비율로 호소하였다($p=0.018$). 세 번째로 가성 신경증상군에서는 균형 잡기의 어려움이 불안장애의 5.1%, 주요우울장애의 5.4%, 중복진단군의 17.6%로 유의한 차이를 보였으며 ($p=0.006$), 졸도의 경우 불안장애의 1.3%, 주요우울장애의 4.3%, 중복진단군의 7.8%로 유의한 차이를 보였다 ($p=0.020$). 기억을 잃음의 경우 불안장애의 0.4%, 주요우울장애의 3.2%, 중복진단군의 3.9%로 유의한 차이를 보였다 ($p=0.034$). 흥통의 경우 주요우울장애에서 높은 비율을 보였으며 두통의 경우 불안장애에서 유의미하게 높았다. 묽은 변 또는 설사의 경우에도 불안장애군에서 높게 나타났으며 균형 잡기 어려운 증상, 졸도와 기억을 잃는 증상은 중복진단군에서 호소하는 비율이 높았다(Table 2).

3. 신체 증상군별 증상 정도 차이

진단별 평균 증상 개수를 비교한 결과 전체 증상의 개수 ($F=4.485$, $p=0.012$), 통증 증상군의 개수 ($F=3.275$, $p=0.039$), 소화기 증상군의 개수 ($F=3.270$, $p=0.039$)에서 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. Scheffe의 사후 분석 결

과 전체 증상군에서는 불안 장애와 중복진단군 간에 유의한 차이를 나타내었으나 불안장애군과 주요우울장애군, 주요우울장애군과 중복진단군 간에는 유의한 차이가 없었다 (불안장애 vs 중복진단군, $p=0.013$). 통증증상군의 경우에는 일원배치 분산분석에서는 진단간 평균의 차이가 유의하게 나타났으나, 사후 검증에서는 유의한 차이를 보이지 않았다. 소화기 증상군의 경우에는 불안 장애군과 중복진단군간 유의한 차이를 보였으나, 불안 장애군과 주요우울장애군, 주요우울장애군과 중복진단군간 유의한 차이를 보이지 않았다(불안장애 vs 중복진단군, $p=0.044$). 가성 신경학적 증상군의 경우에는 세 진단군간 유의한 차이를 보이지 않았다(Table 3).

4. 자살 사고, 자살 계획, 자살 시도 유무에 따른 각 신체 증상군의 증상 평균 비교

전체 증상을 한 군으로 하여 증상의 개수를 비교하였을 때는 자살 사고, 자살 계획, 자살 시도의 유무에 따른 증상 개수의 평균은 차이를 보이지 않았다. 통증 증상군에서는 자살 계획의 유무에 대한 응답에 따라 유의한 차이를 보였으며('예' vs '아니오', 1.1899 ± 1.665 vs 0.7092 ± 1.250 , $p=0.026$), 소화기 증상군에서는 자살 시도의 유무에 따라 유의한 차이를 보였다('예' vs '아니오', 1.3577 ± 1.380 vs

Table 2. Characteristics of somatic symptom of anxiety disorder, depression and dual diagnosis

	Total(n=378)	Anxiety disorder(n=234)	Depression(n=93)	Co-diagnosis(n=51)	p-value
Complained somatic symptoms, N(%)					
Pain symptom domain					
Abdominal pain	19(5)	9(3.8)	4(4.3)	6(11.8)	0.079
Backache	45(11.9)	23(9.8)	14(15.1)	8(15.7)	0.285
Arthralgia	39(10.3)	22(9.4)	11(11.8)	6(11.8)	0.754
Pain on extremities [†]	25(6.6)	17(7.3)	5(5.4)	3(5.9)	0.799
Chest pain	48(12.7)	21(9)	19(20.4)	8(15.7)	0.016*
Headache	65(17.2)	36(15.4)	12(12.9)	17(33.3)	0.004*
Dysuria	11(2.9)	4(1.7)	4(4.3)	3(5.9)	0.135
Localized burning pain	12(3.2)	6(2.6)	4(4.3)	2(3.8)	0.622
Other pain	13(3.4)	6(2.6)	5(5.4)	2(3.9)	0.389
Gastrointestinal symptom domain					
Vomiting	10(2.6)	8(3.4)	1(1.1)	1(2.0)	0.718
Nausea	28(7.4)	14(6)	8(8.6)	6(11.8)	0.335
Loose bowels or diarrhea	45(11.9)	22(9.4)	11(11.8)	12(23.5)	0.018*
Excessive gas(bloating)	56(14.8)	35(15)	9(9.7)	12(23.5)	0.082
Food intolerance	17(4.5)	8(3.4)	5(5.4)	4(7.8)	0.334
Pseudo-neurological symptom domain					
Blindness	10(2.6)	7(3)	1(1.1)	2(3.9)	0.413
Blurred vision	51(13.5)	30(12.8)	14(15.1)	7(13.7)	0.755
Deafness	8(2.1)	4(1.7)	2(2.2)	2(3.9)	0.512
Difficulty in keeping balance	26(6.9)	12(5.1)	5(5.4)	9(17.6)	0.006*
Lost feeling on extremities	17(4.5)	10(4.3)	4(4.3)	3(5.9)	0.822
Brief paralysis	11(2.9)	4(1.7)	4(4.3)	3(5.9)	0.135
Lost voices(Aphonia)	5(1.3)	3(1.3)	2(2.2)	0(0)	0.660
Seizures(convulsive)	1(0.3)	0(0)	0(0)	1(2.0)	0.135
Fainting spells	11(2.9)	3(1.3)	4(4.3)	4(7.8)	0.020*
Unconscious	2(0.5)	1(0.4)	1(1.1)	0(0)	0.619
Amnesia	6(1.6)	1(0.4)	3(3.2)	2(3.9)	0.034*

Percentile value of symptom positive individual in each diagnostic criterion. * : p<0.05, † : excludes arthralgia

Table 3. Statistical difference between the symptom number of each symptom domain and diagnoses

Domain	Anxiety disorder (Mean±SD)	Depression (Mean±SD)	Co-diagnosis (Mean±SD)	F	p-value	Post-hoc analysis		
						Anxiety disorder- depression	Depression- Co-diagnosis	Anxiety disorder- Co-diagnosis
Total symptoms	1.32±2.131	1.64±2.704	2.44±3.226	4.485	0.012*	0.551	0.177	0.013**
Pain symptom domain	0.61±1.195	0.84±1.350	1.08±1.436	3.275	0.039*	0.339	0.565	0.061
Gastrointestinal symptom domain	0.37±0.784	0.38±0.822	0.70±1.105	3.270	0.039*	0.997	0.097	0.044**
Pseudo neurological symptom domain	0.33±0.739	0.42±0.994	0.66±1.310	2.934	0.054	0.692	0.313	0.057

*,** : p<0.05

0.3886±0.817, p=0.004). 가상 신경학적 증상군에서도 자살 시도의 유무에 따른 유의한 차이를 보였다(‘예’ vs ‘아니오’, 1.1295±1.180 vs 0.3778±0.890, p=0.013). 전체 및 모든 증상군에서 자살 사고, 자살 계획, 자살 시도로 진행될수록 각 증상군의 증상 개수의 평균 또한 증가하는 양상을 보였다(Table 4, Fig 1).

고 찰

본 연구는 주요우울장애 및 불안장애를 진단받은 사람들을 대상으로 진단군에 따른 신체 증상의 특성에 차이가 있는지를 확인하고, 신체 증상의 정도에 따른 자살 사고, 자살 계획, 자살 시도의 유무와 관련하여 그 경향성을 파악한 연구이다. 본 연구에서는 불안장애와 주요우울장애 및 중복진

Table 4. Statistical difference between the average symptom number of each symptom domain and suicidal ideation, plans and attempts

Domain		Yes(Mean±SD)	No(Mean±SD)	p-value
Total symptoms	Suicidal ideation	1.77±2.684	1.50±2.427	0.209
	Suicidal plan	2.59±3.453	1.49±2.403	0.082
	Suicidal attempts	4.15±4.460	1.48±2.366	0.118
Pain symptom domain	Suicidal ideation	0.81±1.282	0.71±1.276	0.061
	Suicidal plans	1.19±1.665	0.71±1.250	0.026*
	Suicidal attempts	1.68±2.223	0.71±1.235	0.182
Gastrointestinal symptom domain	Suicidal ideation	0.45±0.952	0.41±0.826	0.808
	Suicidal plans	0.64±1.165	0.40±0.828	0.791
	Suicidal attempts	1.36±1.380	0.39±0.817	0.004*
Pseudo neurological symptom domain	Suicidal ideation	0.51±1.040	0.37±0.873	0.281
	Suicidal plans	0.76±1.200	0.38±0.885	0.260
	Suicidal attempts	1.13±1.180	0.38±0.890	0.013*

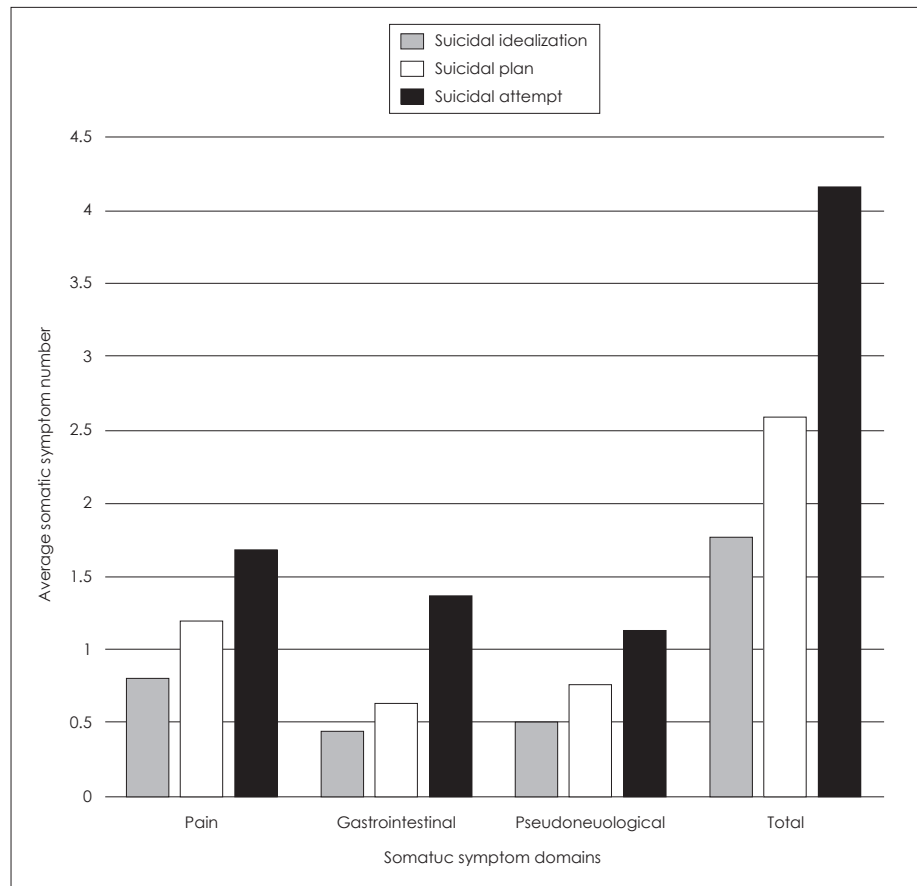


Fig. 1. Average somatic symptom number of the suicidal idealization, plan and attempts of each symptom domain.

단군에서 몇 가지 신체 증상의 경우 그 호소에 있어 유의한 차이를 보였다. 통증 증상군에서는 흉통이 주요우울장애에서, 두통은 중복 진단군에서 호소하는 비율이 높았다. 소화기 증상군에서는 묽은 변 또는 설사를 나타내는 증상의 호소가 중복 진단군에서 높았으며 가성신경학적 증상군에서는 균형 잡기 어려운 증상, 졸도, 기억을 잃는 세가지 증상 모두가 중복 진단군에서 높았다. 신체 증상군을 비교한 결과 통증 증상군과 소화기 증상군에서 진단에 따른 증상의

개수의 유의한 차이가 있었으나, 사후 분석에서는 전체 증상과 소화기 증상군의 두 경우에서만 중복 진단군이 불안장애에 비해 유의하게 높은 모습이 관찰되었다. 증상군에 따른 자살위험도의 차이의 경우, 통증 증상군에서는 자살계획의 유무에 따른 통증 증상 개수의 유의한 차이를 보였으며, 소화기 증상군과 가성신경학적 증상군에서는 자살시도의 유무에 따른 증상 개수의 유의한 차이가 관찰되었다. 또한 자살 사고, 자살 계획, 자살 시도로 자살 위험도가 높

아질수록 모든 증상군에서 신체 증상의 개수가 증가하는 모습을 보였다.

인구학적 결과에서는 나이, 학력, 소득에 따른 유의한 차이를 보였다. 나이의 경우 중복 진단군이 주요우울장애와 불안장애에 비해 높았다. 학력과 소득의 경우에도 중복 진단군은 주요우울장애와 불안장애에 비해 고학력, 고소득의 비율이 낮은 모습을 보였다. 소득의 경우, 중복 진단군에 월 200만원 이하의 저소득군이 상대적으로 많았고 300만원 이상의 고소득군이 다른 군에 비해 상대적으로 적은 것으로 나타났다. 모 연구인 KECA-2011에서도 200만원 미만의 소득이 불안장애와 주요우울장애의 위험 요인으로 확인되었다. 성별의 경우 최소 한가지 이상의 신체 증상을 호소하는 주요우울장애와 불안장애 및 중복 진단 모두에서 진단군 간 유의한 차이는 없었지만 여성의 비율이 높았다. 모 연구인 KECA-2011에서 여성의 불안장애 일년 유병율은 9.8%, 남성의 경우는 3.7%로 나타났으며, 주요우울장애의 경우에는 여성의 경우 4.3%, 남성의 경우 1.8%로 여자의 일년 유병율이 2배 이상 높게 나타났다. 취업 상태의 경우 세 군간 유의한 차이는 없었으나 중복 진단의 경우에서 다른 군에 비해 전일제의 비율은 감소하는 반면 무직인 비율은 48.1%로 다소 증가하는 양상을 보였다.

신체 증상의 경우 진단 특이적인 신체 증상은 없었으나 각 증상 군별로 몇 가지 증상들은 진단간의 유의한 차이를 보였다. 통증 증상군의 경우 전체에서는 두통을 가장 많이 호소하였으며, 다음으로는 흉통이 많았다. Von Korff 등의 연구에 따르면 외래 방문 환자를 대상으로 요통, 두통, 흉통, 복통, 턱관절 통증의 5가지 통증에 대하여 3년간 경과관찰한 결과, 3년 이후 중등도 이상, 만성적으로 지속된 주요우울장애가 있는 경우에 다른 통증에 비해 흉통이나 두통을 호소하는 비율이 유의하게 높았다.⁸⁾ 세부적인 증상 호소로는 흉통이 주요우울장애 진단군에서 20.4%, 두통이 중복 진단군에서 33.3%로 다른 진단군에 비해 유의하게 증상 호소가 많았는데, 주요우울장애 환자를 대상으로 PHQ-15를 이용한 국내의 이전 연구에서도 신체 증상 중 두통이(68.4%) 가장 높은 것으로 나타났다.³⁾ 두통의 경우 Baskin 등의 연구에 따르면 편두통, 긴장형 두통, 만성 일과성 두통이 기분장애 및 불안장애와 강한 연관을 나타내는 두통의 종류로 나타났다.⁹⁾ 편두통의 많은 경우에서 주요우울장애와 불안장애와의 공병을 보이며, 신경생물학적으로 분명하지 않으나 세로토닌과 관련된 신경학적 활성의 이상을 동반 한다는 가설이 있고 일부 편두통은 SSRI에 반응하기도 한다.¹⁰⁾ Breslau의 연구에 따르면 전조가 있는 편두통에 동반된 주요우울장애는 전조가 없는 편두통이나, 주요우울장애 단독에 비해 평생의 자살 사고, 자살 시도 비율을 유의하게 높게 만드는

것으로 조사되었다.¹¹⁾ 또한 Wang 등의 연구에서도 만성 일과성 두통을 가진 청소년에서 주요우울장애가 21%, 공황장애가 19%로 나타났으며, 만성 일과성 두통이 지속되는 것이 자살위험을 높이는 것으로 나타났다.¹²⁾ 주요우울장애의 경우 통증의 만성화와 많은 관련이 있는 것으로 알려져 있는데, 이는 통증을 확대시키고 약에 대한 순응을 감소시키며, 진통제 사용 및 약물 남용의 빈도를 증가시키게 된다.¹³⁾ 따라서 흔한 통증이 지속되는 경우 역치 이하 또는 진단할 수 있는 기분장애나 불안장애를 가지 있지는 않은 지에 대하여 평가가 필요하겠다. 본 연구에 따르면 통증 증상의 개수는 자살 사고, 계획, 시도로 갈수록 증가하는 모습을 보이며, 자살 계획의 유무에 유의한 차이를 가져오는 바, 다양한 통증을 호소하는 경우 통증 자체에 대한 적극적인 치료는 물론 정신과적 진단에 대한 재평가가 중요할 것이다.

소화기 증상의 경우 중복 진단군에서 묶은 변이나 설사를 호소하는 경우가 유의한 차이를 보였으며 구토, 오심, 과도한 가스, 음식을 먹고 탈이 나는 증상은 진단군간 유의한 차이를 보이지 않았다. Mussell 등의 연구에서는 범불안장애, 공황장애, 사회 불안장애를 호소하는 경우 변비와 묶은 변 또는 설사가 유의하게 2배 이상 높았지만, 외상 후 스트레스 장애의 경우는 그렇지 않았고, 복통의 경우는 불안장애와 유의한 연관이 없었다.¹⁴⁾ 또한 우울 척도와 불안 척도가 높을수록 소화기 증상의 개수도 증가하는 모습을 보였다. 내과적으로 기질적 원인이 아닌 위장장애는 60% 이상으로 과민성 대장 증후군과 기능성 위장장애가 대표적이다. Lydiard 등의 연구에 따르면 과민성 대장 증후군으로 내원한 환자 중 34%에서 범불안장애를 동반한다고 하였고,¹⁵⁾ 국내에서도 조현석 등의 연구에 따르면 과민성 대장 증후군으로 내과 외래를 방문한 환자들을 대상으로 단축형 척도로 조사한 결과 환자군은 건강군에 비해 불안과 우울에 관련된 점수가 유의하게 높았다.¹⁶⁾ 노르웨이의 일반 인구를 대상으로 한 역학 조사 연구에서는 주요우울장애와 불안장애가 동등한 비율로 기능성 위장장애와 유의한 관계를 보였으며, 불안장애와 주요우울장애가 공존하는 경우 그 상관관계가 더욱 강한 모습을 보였다.¹⁷⁾ 이상열 등이 조사한 연구에 따르면 우리나라의 기능성 소화장애 환자는 대조군에 비해 우울, 불안, 신체화가 유의하게 높았고, 특히 Beck Depression Inventory 결과 우울장애와 연관성이 높은 것으로 보고하였다.¹⁸⁾ 따라서 소화기 증상을 주 호소하는 환자들의 경우도 마찬가지로 정신과적인 질환이 이환되어 있을 가능성이 높을 수 있음을 염두해야 하겠다. 또한 다른 증상군에 비해 중복 진단의 경우가 불안장애 단독에 비해 유일한 증상 호소의 차이를 보이는 바, 여러 소화기 증상을 나타내는 경우 불안장애 및 우울장애가 공존할 가능성을 염두

해야 하겠다.

가성 신경학적 증상의 경우에는 균형을 잘 잡지 못하는 증상과 기절할 것 같은 느낌이 주요우울장애와 불안장애의 중복 진단군에서 유의하게 높게 나타났다. Alejandro 등의 연구에서는 기존 4개 이상의 가성 신경학적 증상을 가지는 군과 4개 미만인 군을 비교하였을 때, 증상이 4개 이상인 경우에 불안, 우울, 신체증상 호소, 신체 기능의 부전 등과 유의하게 관련이 있었고 주요우울장애, 기분 부전 장애, 공황장애, 범불안장애의 진단을 받을 가능성을 높이는 것으로 나타났다. 또한 4개 이상의 가성 신경학적 증상을 호소하는 경우 주요우울장애, 신체 증상 호소 및 신체 기능의 부전 등이 유의하게 증가하는 것으로 나타났다.¹⁹⁾ 본 연구에서는 자살 시도의 유무에 따른 증상 개수의 평균의 차이가 다른 증상군에서는 유의하지 않았지만, 가성 신경학적증상군의 경우 자살 시도와 관련하여 유의한 차이를 보였다. 또한 다른 군에 비해 증상 개수의 평균이 낮음에도 자살 시도의 유무 따른 유의한 차이를 보이고 있어 향후 가성신경학적 증상이 다른 증상에 비해 불안장애 및 주요우울장애에서 보일 수 있는 신체증상으로서 핵심 증상의 역할을 할 수 있을지에 대한 더욱 자세한 연구가 필요하겠다.

본 연구에 따르면 각 군의 증상의 개수가 많아질수록 자살 사고, 자살 계획 및 자살 시도의 가능성이 증가하는 모습을 보였다. 통증 증상군에서는 자살 계획의 유무가, 소화기 증상 및 가성신경학적 증상에서는 자살 시도의 유무가 증상 개수의 유의한 차이를 보였다. 1차 진료환경에서 신체 증상을 호소하는 환자를 대상으로 한 Kroenke 등의 1994년 연구에 따르면 증상의 개수가 많아질수록 기본장애를 이환 할 수 있는 가능성이 높아지는 모습을 보였다. 하나의 증상에 비해 9개의 증상에서 기본장애의 유병율은 2%에서 60%로 증가하였으며, 불안장애는 1%에서 48%로 증가하였다.²⁰⁾ 또한 신체 증상은 정신질환의 잔류기 증상으로서 남아 질환의 만성화와 재발에 기여하는 면이 있다. 따라서 신체 증상의 개수가 정신질환의 중등도 및 중증 이환 등의 결과와 연관되어 있는 바, 다양하고 많은 신체 증상의 호소가 자살관련 행동으로 이어질 수 있음을 염두해야 하겠다.

우리나라를 포함한 비서구권이나 개발도상 국가의 환자들의 경우 서구권 국가에 비해 심리적인 증상들을 부정하는 경우가 많고, 신체 증상으로 호소하는 경우가 많다고 생각하는 경향이 있다. 이는 서구권에 비해 비서구권이나 사회경제적 지위가 낮은 경우 그들의 감정적인 어려움을 토로하려고 하는 경우나 토로할 수 있는 기회가 적기 때문이라고 하였다.⁶⁾ 현대 한국인들의 정서 표현의 특성이 세대에 따라 다소 변화된 경향이 있으나, 여전히 정서를 표출하는 경향이 낮고, 주요우울장애를 신체적인 이상이나 허약과 관련된

영양학적 문제로 생각하는 경향이 있는 것이 사실이다. 이는 정서적 고통 요인에 대하여 유교적인 문화의 영향으로 인해 우는 것, 슬픔, 외로움 등 부정적으로 생각할 수 있는 정서를 함부로 표현하는 것이 금기시 여겨져 있기 때문이라고 볼 수 있다.²¹⁾ 이에 신체 증상 등 비정신과적 호소를 주 호소로 하는 환자들은 비 정신과 기관을 우선 방문 할 것이며, 정신건강의학과적 개입이 필요한 환자들의 접근성이 아직까지도 떨어진다고 할 수 있다. 이에 최근 정부가 마련한 정신건강 종합대책에서 2017년부터 동네 의원에서도 우울, 불안 등 주요한 정신과적 문제가 있는지 1차적인 진단과 상담 서비스를 받을 수 있도록 한 점은 일면 긍정적이다. 일반적인 정신과적 진단 체계에서 신체 증상을 진단 기준으로 사용하는 경우는 많지 않지만, 본 연구에 따르면 신체 증상 또한 비정신과적인 증상으로 볼 것이 아니라 분명한 정신과적 증상의 일부로 생각해야 할 것이다. 다양한 신체 증상을 호소하거나, 신체 증상의 호소가 장기화 되는 경우 정신과적 질환의 경과와 심각도, 재발 등과 궤를 같이 하게 되므로 신체 증상 자체에 대한 대중적 치료와 함께 공존하는 정신질환에 대한 평가가 이루어 져야 할 것이다. 본 연구의 결과와 같이 일반 신체증상을 주 호소로 하는 환자들에게 정신과적 이환에 대한 평가가 매우 중요한 바, 일차 진료를 하는 의료진들이 적절한 정신과적 평가와 필요한 자문의뢰를 할 수 있도록 구체적인 평가 방안이 마련 되어야 할 것이다.

본 연구의 제한점은 다음과 같다. 첫 번째로, 회상으로 조사가 이루어진 바, 이로 인한 편중의 가능성이 있을 수 있다. KECA-2011의 경우 정신과적 진단에 잘 알려진 도구인 K-CIDI를 사용한 구조화된 면담을 통해 설문이 이루어지지만, 과거 내용의 경우 환자의 회상에 전적으로 의존하는 측면이 있어 한계를 가질 수 밖에 없다. 두 번째로, 기준에 포함된 대상자들의 신체 증상이 나타난 기간이 정신과적 진단의 이환 기관과 시점적으로 완전히 일치하지 않을 수 있다는 점이다. 따라서 신체 증상이 주요 정신과적 진단의 주 호소일수도 있고 이환 중 나타나는 부가적인 증상일 가능성이 있어 이 둘을 구분하기가 어렵다는 점이 제한적이다. 세 번째로, 본 연구는 단면 연구로서 신체 증상과 주요우울장애 및 불안장애간 신체증상군과 자살사고, 자살계획, 자살 시도 간의 분명한 인과관계를 밝혀 낼 수는 없다는 점이다. 마지막으로 본 연구의 일부 증상들은 비모수 검증이 필요할 정도로 그 표본수가 작았으며, 이에 따라 더 많은 표본의 중단 연구 설계를 통한 후속 연구가 필요 할 것으로 생각된다. 네 번째로, 실제 기질적 문제가 있는 신체적 질환으로 인한 신체 증상 호소를 완전히 구분하지 못했다는 점이다. 하지만 이는 결론적으로는 신체 질환의 만성화에 따른 정

신과적 이환의 가능성을 높이기도 하므로 상호간 영향에 대한 세부적인 연구가 보완되어야 할 것이다.

본 연구의 결과는 주요우울장애와 불안장애 및 중복진단에 따라 신체 증상에 차이가 있다는 점과 증상을 도메인화하여 증상군으로 평가한 결과 통증, 소화기, 가성 신경학적 증상군 각각의 증상의 개수에 따라 자살 경향성의 유무에 차이가 존재한다는 것을 밝혔다는 점에서 중요하다. 따라서 환자의 주 증상이 신체 증상을 주소로 하더라도 주요우울장애 및 불안장애의 경우 임상 현장에서 다양한 신체 증상을 주소로 나타날 수 있으므로 정신과적 질환에 대한 평가를 반드시 시행해야 할 것이다. 또한 신체 증상의 각각에 대해 평가하기 보다 증상군으로 분류하여 증상군에 따른 정도를 알아 볼 필요가 있고 이는 기분증상 및 불안 증상에 대한 일반적인 정신과적 병력 청취에 더하여 신체증상 또한 정신과적 증상의 심각도를 평가하는 또 다른 간접적인 방법이 될 수 있을 것으로 기대된다. 따라서 일차의료 현장에서는 신체 증상을 주소로 한 환자들에게서 필요할 경우 정신과적 스크리닝을 실시하고, 필요한 경우 조기에 자문을 요청하여 정신건강의학적인 적극적인 개입이 가능해져야 하겠다. 이를 통해 정신건강의학과적인 평가와 조기 개입의 부재로 인한 개인 및 사회적 손실을 줄일 수 있도록 임상 일선의 모든 의사들이 해안을 가져야 하겠다.

REFERENCES

- (1) 조맹제 등. 2011년도 정신질환실태 역학조사. 보건복지부; 2011.
- (2) Vaccarino AL, Sills TL, Evans KR, Kalali AH. Prevalence and association of somatic symptoms in patients with major depressive disorder. *J Affect Disord* 2008;110:270-276.
- (3) 이재진, 백중우, 김경훈, 송지영. Phq-15를 이용한 우울증의 신체증상에 대한 연구. *노인정신의학* 2012;16:44-51.
- (4) Fleet RP, Dupuis G, Marchand A, Burelle D, Arseneault A, Beitman BD. Panic disorder in emergency department chest pain patients: Prevalence, comorbidity, suicidal ideation, and physician recognition. *Am J Med* 1996;101:371-380.
- (5) 안용민 외. 보건복지부 용역사업 보고서 2013 자살 실태조사;2014.
- (6) Simon GE, VonKorff M, Piccinelli M, Fullerton C, Ormel J. An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *N Engl J Med* 1999;341:1329-1335.
- (7) Cho MJ, Hahm BJ, Suh DW, Hong JP, Bae JN, Kim JK, Lee DW, Cho SJ. Development of a Korean version of the composite international diagnostic interview(K-CIDI). *Journal of Korean Neuropsychiatric Association* 2002;41:123-137.
- (8) Von Korff M, Le Resche L, Dworkin SF. First onset of common pain symptoms: A prospective study of depression as a risk factor. *Pain* 1993;55:251-258.
- (9) Baskin SM, Lipchik GL, Smitherman TA. Mood and anxiety disorders in chronic headache. *Headache: The Journal of Head and Face Pain* 2006;46:S76-S87.
- (10) Hamel E. Serotonin and migraine: Biology and clinical implications. *Cephalgia* 2007;27:1293-1300.
- (11) Breslau N. Migraine, suicidal ideation, and suicide attempts. *Neurology* 1992;42:392-395.
- (12) Wang SJ, Juang KD, Fuh JL, Lu SR. Psychiatric comorbidity and suicide risk in adolescents with chronic daily headache. *Neurology* 2007;68:1468-1473.
- (13) 한국정신신체의학회. 정신신체의학, 제25장 통증;2012. p.742-774.
- (14) Mussell M, Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW, Herzog W, Löwe B. Gastrointestinal symptoms in primary care: Prevalence and association with depression and anxiety. *J Psychosom Res* 2008;64:605-612.
- (15) Lydiard RB, Fossey MD, Marsh W, Ballenger JC. Prevalence of psychiatric disorders in patients with irritable bowel syndrome. *Psychosomatics* 1993;34:229-234.
- (16) Cho HS, Park JM, Lim CH, Cho YK, Lee IS, Kim SW, Choi MG, Chung IS, Chung YK. Anxiety, depression and quality of life in patients with irritable bowel syndrome. *Gut Liver* 2011;5:29-36.
- (17) Haug TT, Mykletun A, Dahl AA. The association between anxiety, depression, and somatic symptoms in a large population: The HUNT-II study. *Psychosom Med* 2004;66:845-851.
- (18) 강상건, 김형준, 이상열, 차만진, 황혜현. 기능성 소화불량증 환자의 분노, 감정표현불능증과 우울. *가정의학회지* 2002;23: 881-889.
- (19) Interian A, Gara MA, Díaz-Martínez AM, Warman MJ, Escobar JI, Allen LA, Manetti-Cusa J. The value of pseudo-neurological symptoms for assessing psychopathology in primary care. *Psychosom Med* 2004;66:141-146.
- (20) Kroenke K, Jackson JL, Chamberlin J. Depressive and anxiety disorders in patients presenting with physical complaints: Clinical predictors and outcome. *Am J Med* 1997;103: 339-347.
- (21) Roh S, Park YC. Characteristics of depression in Korea and non-pharmacological treatment. *Korean Journal of Biological Psychiatry* 2006;13:226-233.

연구목적

본 연구에서는 불안장애와 주요우울장애 및 불안장애와 우울장애가 동반된 중복 진단군의 신체 증상의 빈도와 특성의 차이를 알아보고 여러 신체 증상군과 자살 사고, 자살 계획, 자살 시도와의 관련성에 대해 분석하고자 한다.

방 법

본 연구는 국가적 역학조사연구인 2011년 정신질환 실태 역학 조사 연구(Korean Epidemiologic Catchment Area Study-2011, KECA-2011)에 참여한 만 18세 이상에서 74세 이하의 참여자 6027명 중 지난 1년 동안 주요우울장애 또는 불안장애의 진단 기준을 만족 하면서, 같은 시기에 최소 1가지 이상의 신체증상을 호소한 378명을 대상으로 하였다. 이후 조사된 신체 증상을 통증 증상군, 소화기 증상군, 가성신경학적 증상군의 세 군으로 분류하여, 각 증상군에 따른 자살 사고, 자살 계획 및 자살 시도의 정도를 비교하였다. 면담 도구로는 한국어판 CIDI를 사용하였으며, 이 중 신체 증상에 대한 항목이 포함된 C장과 자살관련 항목이 포함된 S장의 일부 질문을 연구에 사용하였다.

결 과

진단별로 신체 증상의 차이를 비교하였을 때, 주요우울장애에서는 흉통($p=0.016$, 95%CI)이, 불안장애에서는 두통($p=0.004$, 95%CI)과 묶은 변이나 설사를 나타내는 증상($p=0.018$, 95%CI)이, 주요우울장애와 불안 장애의 중복진단군에서는 균형을 잡기 힘든 것($p=0.006$), 기절할 것 같은 느낌($p=0.020$, 95%CI), 기억을 잃음($p=0.034$, 95%CI)의 증상이 유의하게 많았다. 자살 계획의 경우 통증 증상군에서 자살 계획이 있었던 군의 증상의 평균 개수가 계획이 없는 군에 비해 유의하게 높았다($p=0.026$, 95%CI). 자살 시도의 경우 소화기 증상군($p=0.004$, 95%CI) 및 가성신경학적 증상군($p=0.013$, 95%CI) 에서 자살 시도가 있었던 군의 증상의 개수가 시도가 없었던 군에 비해 유의하게 높았다. 자살 사고, 자살 계획, 자살 시도로 갈수록 각 증상군의 신체 증상의 평균의 개수는 증가하는 경향성을 보였다.

결 론

본 연구는 불안장애와 주요우울장애의 신체증상의 특성에 차이가 있음을 보여주었으며, 증상의 개수가 자살 사고에서 자살 계획, 자살 시도로 진행되는 단계로 갈수록 증가하며 일부 증상군에서는 자살 계획과 자살 시도의 유무의 유의한 차이를 보여주는 것으로 나타났다. 이 결과는 비 정신과적 임상 현장에서 다양하고 많은 숫자의 신체 증상을 호소하는 환자의 경우 정신과적인 적극적인 평가 및 자살 위험도에 대한 적극적인 평가가 필요함을 시사한다.

중심 단어 : 주요우울장애 · 불안장애 · 신체증상 · 자살.