

REVIEW ARTICLE

J Korean
Neuropsychiatr Assoc
2014;53(5):259-292
Print ISSN 1015-4817
Online ISSN 2289-0963
www.jknpa.org

정신과 진단체계에 대한 역사적 고찰 : 우울증 개념을 중심으로

서울대학교병원 정신건강의학과,¹ 서울대학교 의과대학 정신건강의학교실,²
서울대학교병원 의생명연구원³

강 옹 구^{1,2,3} · 김 혜 수¹

A Historical Consideration of Psychiatric Diagnostic Systems : Focusing on the Concept of Depression

Unggu Kang, MD, PhD^{1,2,3} and Hyesoo Kim, MD¹

¹Department of Neuropsychiatry, Seoul National University Hospital, Seoul, Korea

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

³Clinical Research Institute, Seoul National University Hospital, Seoul, Korea

Today's diagnostic criteria are based on consensus, however, they are still incomplete and being changed. These unstable but temporarily dogmatic criteria have been constraining the thinking of individual psychiatrists, and invalidating painful scientific achievements based on previous ones. The limitation of the criteria system appears especially clear concerning depression due to the ambiguity of its definition. Therefore, the aim of this article was to review the history of various concepts of depression and to compare this to today's tendency, which attempts to consolidate diversity. In addition to all Diagnostic and Statistical Manual (DSM), Internal Classification of Diseases (ICD)-9, ICD-9-CM, and ICD-10 were centrally discussed. Classic descriptions of depression were extracted from reviews of classic literature, and some salient concepts and the process by which they had been integrated, divided, and newly proposed was traced. The descriptions of depression whose prototype had been melancholia have experienced significant conceptual changes through DSM-IV and the most recent DSM-V ; they impose tasks that are yet to be resolved. Among them, whether various depressive syndromes are diverse phenotypes of one disorder or they all represent different disorders could be regarded as the most fundamental problem. In order to conduct fruitful studies and to ensure proper treatment of every patient, more precise nosologic understanding of depression must be pursued.

J Korean Neuropsychiatr Assoc 2014;53(5):259-292

KEY WORDS Depression · Melancholia · Diagnostic criteria · DSM · ICD · Nosology · Spectrum.

Received May 2, 2014
Revised June 14, 2014
Accepted August 2, 2014

Address for correspondence
Unggu Kang, MD, PhD
Department of Psychiatry and
Behavioral Science,
Seoul National University
College of Medicine,
101 Daehak-ro, Jongno-gu,
Seoul 110-744, Korea
Tel +82-2-2072-2296
Fax +82-2-744-7241
E-mail kangug@plaza.snu.ac.kr

서 론

근대적인 임상정신의학이 태동할 때에 학자들은 “기존의 분류체계”에 얽매이지 않고 자신의 독자적 관점에서 임상적 관찰을 할 수 있었다. 그 결과들은 체계적이지 못하고 연구자간에 합의의 이룰 수 없어 혼란스러웠지만, 현대 정신의학의 근간이 되는 임상적 관찰들은 이 시기에 이루어졌다. 현재 우리는 많은 사람들이 합의한 정밀한 분류체계를 가지게 되었지만, 정기적으로 개정되는 것을 당연하게 받아들일 정도로 우리의 분류체계는 불완전하다. 그러나 잠정적일 수 밖에 없는 분류체계는 당대의 임상가와 학자들에게 “주어진 사실”로 받아들여져서, 관찰하는 관점과 생각하는 틀을 제한

하기도 한다. 틀의 제한 아래에서 과학이 새로운 것을 발견하기는 어렵다. 가설을 수립하고 연구를 수행하는 방법론들이 모두 기존에 주어진 것에 근거할 수밖에 없기 때문이다. 그래서 Diagnostic and Statistical Manual(이하 DSM) 진단체계가 개정되면 수많은 연구들이 난관에 부딪히는 상황이 벌어진다. 뿐만 아니라 과거 연구자들의 업적들이 현재 주류 분류체계와 상충하지 않는다는 이유로 잊혀지거나 무시되기도 한다. 한 시대의 과학적 업적이 충분히 검증 받지 못한 상태로 역사가 되어버리는 것이다.

우울증(depression)과 관련된 질병분류학(nosology)은 시대가 지나면서 많은 변화를 겪어 오늘날에 이르렀다. 우울증은 정신과에서 매우 흔히 보는 질환이어서 정신의학 전공자

면 누구나 잘 알고 있는 것 같지만, 우울증이라는 용어는 정신의학의 맥락과 관계없이 일상 언어로도 흔히 사용될 만큼 의미가 불분명하고 그 임상양상은 한 마디로 정의하기 어려울 정도로 다양하다. 증상의 종류, 심한 정도 및 경과, 유발 요인, 유전성, 병발하는 증상들, 치료 반응 등에서 다양한 우울증들은 큰 차이가 있지만, 현재의 분류체계는 이런 다양성을 반영하지 못하고 있다. 다양성을 구분하지 않는 것은 질병분류라는 이론적 측면을 떠나서 개별 환자별 맞춤 치료계획을 수립하는 데에도 문제가 된다.^{1,2)} 우리가 현재 우울증이라고 부르는 큰 카테고리 안에는 고전적 개념 중 (1) 멜랑콜리아, (2) 조울증, (3) 단극성 우울증, (4) 우울신경증, (5) 우울성(정동성) 인격 등이 모두 포함되어 있다. 본고에서는 이들을 포괄하는 우울증에 대한 다양한 개념의 역사를 살펴보고자 한다. 주 초점은 우울증을 독립적인 몇 가지의 증후군으로 나누어보려 했던 과거의 입장과, 차원적 관점에서 다양성을 통합하려는 오늘날의 추세를 비교하는 것이다. 우울증의 역사를 탐색하다 보면 조증의 역사에 대해서도 공부하지 않을 수 없지만, 조증에 대한 논의는 꼭 필요한 부분에만 국한할 것이다. 또한 이 논문의 논의에 대한 보조 자료로서 DSM 및 Internal Classification of Diseases(이하 ICD) 시스템에서 우울증 분류 변천과정을 별첨하였다.

방 법

논의를 위해 먼저 역사적 고찰로서 멜랑콜리아라는 질병의 개념적 변화를 추적하여, 오늘날 우울증의 개념 하에 어떠한 임상적 상태들이 포함되게 되었는지에 대해 살펴보았다. 이를 바탕으로 제1~5판의 미국 DSM 매뉴얼 및 ICD-9, ICD-9-CM, ICD-10 매뉴얼에 수록된 각종 우울증 관련 질환들에 대해 살펴보고 각 질환들을 개념적으로 구분하려 하였다. DSM 및 ICD 체계의 판 개정과 함께 각 질환 단위들의 개념이 변천, 통합되고 분리되며 새롭게 제시되는 과정들을 진단 코드의 변화를 중심으로 추적하였다. 이러한 과정을 통해 질병분류학적으로 “독립적인” 질병 단위로 거론되는 우울증 증후군들에 대해서는 자세한 문헌고찰을 하여 이들이 독립적 질환으로 인정받기에 타당한지, 각 질병들 간의 관계에 대해 어떤 논의가 이루어지고 있는지를 살펴보았다. 마지막으로 이러한 질병분류학 상의 혼란을 타개하기 위해 어떠한 접근이 필요할지에 대한 저자의 의견을 첨부하였다. 본문의 뒤에는 논의의 기점이 되었던 DSM(1~5) 및 ICD(9~10) 매뉴얼의 우울증 관련 부분들만 추려서 간단한 표와 해설로 제시하였다.

결 과

우울증과 관계된 주요 정신병리들

멜랑콜리아(Melancholia)와 우울증

히포크라테스(460~370 BC) 학파는 성격(character) 또는 기질(temperament)을 네 체액의 균형 관계로 설명하려 하였다. 체액설이 함의하는 바는 정신질환의 바탕에 신체적 조건인 개인의 소인(predisposition)이 관여한다는 것이었다. 체액 균형의 이상으로 발생하는 질병으로는 mania, melancholia, phrenitis 및 paranoia의 네 질환을 기술하였다.³⁾ Mania 및 paranoia는 현대 정신의학에서도 사용되는 용어이며, phrenitis는 기질성(organic) 원인의 급성 혼란-섬망에 가까운 질환을 의미하였다.⁴⁾ 멜랑콜리아(melancholia)에 대해서는 “지속되는 슬픔”이라고 기술되어 있다.⁵⁾ 멜랑콜리아라는 용어는 중세를 거치면서도 계속 사용되어서, 1652년 출간된 Robert Burton의 <The anatomy of melancholy>⁶⁾는 당시 통용되던 멜랑콜리아에 대해 다양한 관점에서 기술하고 있다. 근대에 와서는, 1809년 John Haslam이 멜랑콜리아를 “어떤 일련의 사고에 쉽게 고정되거나 자주 되돌아가게 되는 광증”이라 기술하였는데, 슬픔이나 침울한 기분은 결정적 증상으로 간주되지 않았다.⁷⁾

인간의 마음을 특정 정신기능들의 집합체로 이해하려는 능력심리학(faculty psychology)은 인지(cognition), 정동(affect), 의욕(volition)을 마음의 기본적인 능력으로 보았는데, 이 중 근대 정신의학에서 가장 먼저 관심을 가진 것은 이성의 근거가 되는 인지였다. 계몽주의 시대를 거치면서 이성은 정신기능의 핵심이었기 때문이다. 오늘날 정신병리학의 기반이 된 연상주의(associationism)와 고전 심리학도 이성을 강조하였다. 정동과 관계된 증후학은 19세기 중반 이후에야 발전하였다. 다양한 정동에 대한 정의 자체가 쉽지 않다는 것도 정동과 관련된 정신병리학의 발전을 어렵게 하였다.⁷⁾ 이 시기 정동장애는 (1) 정동의 일차적 장애로서 (2) 일정한 정신병리 및 (3) 뇌내 표현을 가지고 있다는 임상양상과 함께, (4) 주기적이다, (5) 유전적이다, (6) 특정 인격적 소인을 가지고 있는 사람에게서 나타난다, (7) 내인성(內因性)이다 등의 특성이 지적되었다.⁷⁾ 이런 요소는 오늘날까지도 정동장애(기분장애)의 개념과 진단분류를 논할 때의 주요 논점들을 포괄하고 있다. 정동에 대한 증후학이 발전하면서 멜랑콜리아는 인지가 아닌 정동 영역에 일차적 장애가 있는 부분광증(partial insanity)으로 간주되었다.

그런데 멜랑콜리아의 중심적 양상은 “슬픈 정동”보다는 “정신기능의 상실, 억제, 감소 및 저하”였다. 당시 심혈관 기능이

저하된 상태를 “depression”이라 지칭하였는데, 이 용어가 정신의학에 차용되어 멜랑콜리아를 “mental depression”으로 부르게 되었다. Esquirol이 심한 슬픔과 애도반응을 기술하기 위해 제시한 “lypemanie”라는 개념은 멜랑콜리아를 슬픈 정동을 핵심으로 하는 질환인 우울증(depression)으로 변환시키는 데 기여했다. 멜랑콜리아 대신에 우울증이라는 용어가 널리 사용되게 된 사실은 우울증 역사에서 중요하다. 우울이라는 용어는 신경쇠약(neurasthenia)이나 단순한 슬픔까지도 함축하고 있었으므로, 우울증이라는 용어는 정동 증상을 갖는 정신질환의 진단적 문턱을 낮추는 역할을 했다.⁷⁾ 멜랑콜리아는 뚜렷한 증후군이었던 반면, 우울증은 멜랑콜리아 이외의 다양한 상태도 포함하는 비특이적인 개념이기 때문이었다. 멜랑콜리아가 주요우울증(major depression)에 편입된 DSM-III 이후 정동장애 질병분류학의 혼란이 초래되었다는 비판이 제기되는 것은⁸⁾ 이런 배경을 담고 있다.

우울삽화(Depressive episode)

Diagnostic and Statistical Manual-IV 및 DSM-5에서 주요우울삽화(major depressive episode) 진단기준으로 제시되는 항목은 (1) 우울한 기분, (2) 관심과 즐거움 감소, (3) 체중 변화, (4) 수면 변화, (5) 정신운동성 변화, (6) 피로 및 에너지 상실, (7) 부정적 자기인지, (8) 집중력 장애 또는 우유부단함, (9) 자살사고로서, 정동(1, 2), 생리적 기능(3, 4), 정신운동성(5), 의욕 또는 에너지(2, 6, 8) 및 인지(7, 9) 등으로 구성된다.⁹⁾ 이 중 (1) 또는 (2)는 필수적이며, 이들을 포함하여 다섯 항목 이상이 나타나면 주요우울삽화의 증상적 진단기준이 만족된다.¹⁰⁾ 이 중 어느 것이 우울증의 핵심적 증상인지를 논하기는 어렵다. 제시된 증상들 중 어떤 것은 신경생물학적 과정의 직접 결과이고 다른 것은 부수적인 것, 또는 다른 질환과의 감별을 위해 도입된 것일 수도 있다. 단, DSM 체계는 (1), (2) 항목을 핵심적 증상으로 간주한다고 볼 수 있다. 그런데 우울한 기분은 핵심적인 항목의 하나이지만 이것 없이도 관심과 즐거움의 감소가 있으면 주요우울삽화 진단이 가능하다. “우울감 없는 우울증(depressio sine depressione)”인 것이다. 역으로 우울한 기분이 있다고 곧 우울증인 것은 아니다. 우울한 기분은 규정된 심각도 이상이어야 하며, 그 이외의 다른 증상들도 존재해야 주요우울삽화가 진단된다. 따라서 도구적 체계에서 중요한 것은 “우울한 기분이 있는가”가 아니라 “진단기준에 부합하는가”이다.

Internal Classification of Diseases-10 가이드라인은 우울삽화의 전형적 증상을 (1) 우울한 기분, (2) 관심과 즐거움의 상실, (3) 에너지 감소 또는 피로감 증가로 요약하고 있다. 기타 흔한 증상으로는 (a) 집중력과 주의력 감소, (b) 자존감과

자기확신 감소, (c) 죄책감 및 무가치감, (d) 황폐(bleak)하고 비관적인 미래관, (e) 자해 또는 자살 사고 및 행위, (f) 수면장애, (g) 식욕감소가 등재되어 있다. 심한 우울삽화는 전형적 증상 세 가지가 모두 나타날 때 진단하지만 심하지 않은 우울삽화는 두 가지만 있어도 진단 가능하다.¹¹⁾ DSM-IV와 마찬가지로 우울한 기분 없는 우울삽화도 가능하지만, 심한 우울삽화에는 우울한 기분이 필수적이다.

우울한 기분(Depressed mood)

그런데 “우울한 기분을 어떻게 정의하는가”라는 문제는 단순하지 않다. 우울한 기분을 슬픔(sadness)뿐만 아니라 의기소침(low morale), 비참함(misery), 낙담(discouragement), 희망 없음(hopelessness), 공허함(emptiness), 불행감(unhappiness), 고통(distress), 비관(pessimism) 및 기타 관계된 정서를 포함한다고 넓게 정의한다면 depressio sine depressione란 없겠지만,³⁾ 우울한 기분을 이렇게 넓게 정의하는 것은 일상적 언어가 아닌 우울증이라는 병의 개념을 따르는 것으로 일종의 순환정의일 수 있다. 범위를 좁혀본다면, 우울한 기분과 가장 관계 깊은 정서는 슬픔인데, 슬픔이 곧 우울은 아니다. 정서 신경과학에서 흔히 채용되는 Ekman과 Friesen¹²⁾의 기본 정서에는 슬픔은 있지만 우울은 없다. 슬픔은 슬픈 영화를 보면 들 수 있는 느낌이지만 그런 영화를 본다고 우울해지는 것은 아니다. 즉 우울상태에서 슬픔이라는 기본 정서가 느껴질 수는 있지만 슬픔이 곧 우울한 기분은 아니다. 더구나 멜랑콜리아의 기분은 통상적인 슬픔과 다른 특별한 느낌으로 기술되고 있다[예컨대 Research Diagnostic Criteria (이하 RDC) 및 DSM-IV 기준](표 1). 이것을 객관적으로 구분해내기 어려워서 그 타당도가 의심받기도 하지만, 고전적 멜랑콜리아의 기분은 대상 상실 후의 슬픈 느낌과는 다른 것이다. 통상적으로 감정반응을 일으키는 사건을 접해도 감정을 느끼지 못하는 상태(ICD-10 및 DSM-IV의 멜랑콜리아 진단기준 항목 (2)가 멜랑콜리아의 정서와 더 관계 깊다.

우울삽화를 구성하는 주요 증상들과 멜랑콜리아

관심과 즐거움의 상실(무쾌감증, Anhedonia)

이 증상은 DSM-IV의 멜랑콜리아 및 ICD-10에서 멜랑콜리아에 해당하는 “신체 증후군(somatic syndrome)”¹⁶⁾을 정의하는 첫 번째 항목이다. 무쾌감증은 내인성 우울증의 특징으로 지목된 바도 있다.¹⁸⁾ 무쾌감증이 슬픈 기분과 관계 깊다고 주장되기도 하지만,³⁾ 무쾌감증은 어떤 기분의 존재가 아닌 감정 반응성의 감소 또는 부재에 가깝다. 슬픈 기분은 멜랑콜리아를 정의하는 기준에 속하지 않는다.

Table 1. Diagnostic criteria for melancholia and related conditions

1.1. RDC "endogenous" depression ¹³⁾
At least 1 from A ; 4 (probable) or 6 (definite) from A+B
A1. Distinct quality to depressed mood (different from the feeling for a deceased loved person)
A2. Lack of reactivity to environmental changes
A3. Mood is regularly worse in the morning
A4. Pervasive loss of interest or pleasure
B1. Feelings of self-reproach or excessive or inappropriate guilt
B2. Early morning awakening or middle insomnia
B3. Psychomotor retardation or agitation (requires observed behavior)
B4. Poor appetite
B5. Weight loss (>2 lb per week for a few weeks, >20 lb per year)
B6. Loss of interest or pleasure (may or may not be pervasive) in usual activities or decreased sexual drive
1.2. DSM-III ¹⁴⁾
Both A and B plus 3 or more from C
A. Loss of pleasure in all or almost all activities
B. Lack of reactivity to usually pleasurable stimuli
C1. Distinct quality of depressed mood
C2. Depression regularly worse in the morning
C3. Early morning awakening
C4. Marked psychomotor agitation or retardation
C5. Significant anorexia or weight loss
C6. Excessive or inappropriate guilt
1.3. DSM-III-R ¹⁵⁾
5 or more
1. Loss of pleasure in all or almost all activities
2. Lack of reactivity to usually pleasurable stimuli
3. Depression regularly worse in the morning
4. Early morning awakening
5. Marked psychomotor agitation or retardation
6. Significant anorexia or weight loss
7. No significant personality disturbance before first major depressive episode
8. One or more previous major depressive episodes followed by complete or nearly complete recovery
9. Previously good response to specific & adequate somatic antidepressant treatment
1.4. DSM-IV ¹⁰⁾
#1 or #2 plus 3 or more from #3 to #8
1. Loss of pleasure in all or almost all activities
2. Lack of reactivity to usually pleasurable stimuli
3. Distinct quality of depressed mood
4. Depression regularly worse in the morning
5. Early morning awakening
6. Marked psychomotor agitation or retardation
7. Significant anorexia or weight loss
8. Excessive or inappropriate guilt
1.5. ICD-10 Somatic syndrome ¹⁶⁾
4 or more/2-3 if symptoms are unusually severe
1. Marked loss of interest of pleasure in activities that are normally pleasurable
2. Lack of emotional reactions to events or activities that normally produce an emotional response
3. Waking in the morning 2 hr or more before the usual time
4. Depression worse in the morning
5. Objective evidence of marked psychomotor retardation or agitation (remarked on or reported by other people)

Table 1. Continued

6. Marked loss of appetite	
7. Weight loss (5% or more of body weight in the past month)	
8. Marked loss of libido	
1.6. Newcastle scale-1 ¹⁷⁾	
Cutoff : 6 points	
Adequate personality	+1
No adequate psychogenesis	+2
Distinct quality	+1
Weight loss	+2
Previous episode	+1
Depressive psychomotor activity	+2
Anxiety	-1
Nihilistic delusion	+2
Blame others	-1
Guilt	+1

RDC : Research Diagnostic Criteria, DSM : Diagnostic and Statistical Manual, ICD : Internal Classification of Diseases

식물(Vegetative)기능 증상

에너지 수준, 식욕, 수면, 성욕, 정신운동성 변화 등을 포함하는 식물기능 증상은 우울증의 신경생물학적 기저와 관계된다고 볼 수 있다. DSM-IV의 주요우울삽화 기준 및 ICD-10의 우울삽화 기준의 여러 항목들이 여기에 속할 뿐만 아니라, 멜랑콜리아 기준에도 이들 중 다수가 해당된다. 즉, 이 증상들은 전반적인 (주요)우울삽화보다는 더 특이적으로 멜랑콜리아/신체증후군과 관계된다. 신경생물학적 기반(내인성)을 보여준다는 점에서도 멜랑콜리아와 관계있다고 볼 수 있다.

에너지 감소 및 피로감 증가

생기(vitality ; Oxford 영어사전에 의하면 “state of being strong and active, energy”)의 감소를 의미하며, 이것은 감정 반응성 감소와 함께 식물기능 증상에 속한다고 본다.³⁾

정신운동성(Psychomotor)

초조 또는 지체가 나타난다. 초조는 조증의 과활성인 목적 지향적 행위 증가와는 달리, 불안, 이자극성, 안절부절 못함 등과 관계된다. 우울증에 더 특징적인 것은 지체이다. 정신운동성 변화는 DSM-IV 주요우울삽화 기준에는 있으나 ICD-10 우울삽화 기준에는 없다. 단, ICD-10의 신체증후군에는 속한다. 즉 우울증 일반보다는 멜랑콜리아와 더 관계된다.

인지증상

Diagnostic and Statistical Manual-IV 및 ICD-10 모두에서, 인지기능 효율성의 감소 또는 에너지 감소를 시사하는 집중력 장애가 제시된다. DSM-IV의 항목 (7)과 (9), ICD-10의 항목 (b)~(e)는 인지내용에 대한 항목들인데, 이들은 인지이

론에서¹⁹⁾ 우울증의 인지적 특성으로 거론되는 문제들이다. 인지이론은 내인성-신체적 과정으로서의 우울증보다는 환경 자극에 대한 반응으로서의 우울증을 더 잘 설명하므로, 이들 증상은 반응성 우울증(reactive depression)과 더 관계있다고 볼 수 있다.

요약하면, DSM-IV 및 ICD-10에서 우울삽화를 정의하는 주요 증상들은 인지내용에 대한 것 외에는 반응성 우울증보다는 내인성 멜랑콜리아의 특성을 더 잘 기술하는 것으로 볼 수 있다.

불안과 우울

불안과 우울은 사전적 정의에서 서로 다르다. 그러나 불안은 어떤 우울증과는 밀접한 관계가 있다. 기분장애를 반응성과 내인성으로 나누었던 DSM-II까지의 분류체계에서 우울 신경증(depressive neurosis, 또는 반응성 우울증, 300.4)은 다른 불안장애와 합쳐져 신경증(neurosis)이라는 카테고리로 묶이지만, 내인성 우울증[멜랑콜리아+조울증(manic depressive illness), 296.x]은 정신병(psychosis) 카테고리에 속하였다. 정신역동적으로 신경증은 불안 또는 그에 대한 반응으로 나타나는 질환이므로, 우울신경증 역시 불안의 한 표현형이다.²⁰⁾ 불안을 유발하는 자극에 대해 우울 반응을 보이는 것이기 때문에 반응성 우울증이기도 하다. DSM-III 이후 기분장애와 불안장애는 독립적인 카테고리로 취급되어서, 한 환자에게서 불안과 우울이 동시에 관찰될 때 기분장애와 불안장애의 두 독립적 질환이 병발하는 것으로 간주한다. 불안 우울 혼합장애(mixed anxiety and depressive disorder)라는 병명이 제안되기도 하였다. 그러나 두 증상은 단일 질병과정에 의한다고 볼 수 있으므로, 불안해하는 우울신경증 환자를

두 가지 병을 가진 것으로 보는 것은 질병분류체계가 만들어 낸 가공물(artifact)이라 할 수 있을 것이다.

정상적 슬픔

상실에 대한 부정적 정서반응은 우선 슬픔으로 나타나며, 정신역동적으로는 방어기제를 거쳐 우울이 된다. 차원론자(dimensionalist)들은 우울증과 정상 슬픔 사이에 느낌 자체의 질적인 차이는 없다고 본다.³⁾ 사망한 친지에 대한 애도반응(bereavement)은 정상 슬픔의 심한 예인데, 20~50%에서 주요우울장애로 진행하게 된다.²¹⁾ 주요우울삽화 기준에는 못미치더라도 고통이 심하면 우울기분을 가진 적응장애(adjustment disorder with depressed mood, 309.0)로 분류될 수도 있다. DSM 체계의 경우 4판까지는 정상적 슬픔을 병으로 취급하지 않았지만(bereavement, V62.82-질병 코드가 아님), DSM-5에서는 이를 “uncomplicated” bereavement로 제한함으로써 임상 질환으로 간주되는 범위가 넓어졌다. 그러나 멜랑콜리아에서 보듯이 병으로서의 우울증과 정상적 슬픔 사이의 기분 차이가 양적인 것만은 아닐 수도 있다. (1) 정상적 슬픔과 병적 슬픔(우울)을 구분하고, (2) 우울장애와 우울감이 동반된 비정동(nonaffective) 장애의 경계를 찾는 것은 우울증 질병분류학(nosology)의 주요 과제이다.²²⁾

항우울제에 반응하는 우울증상

정신약물학의 시대에 치료에 잘 반응하는 증상을 찾는 것은 질환의 핵심 증상을 찾는 것과는 별도로 중요한 문제가 된다. 급성 우울증의 약물반응을 평가하기 위해서는 10개 정도의 증상으로 충분하다고 생각된다.²³⁾ 이 증상 목록은 초기 항우울제 임상연구²⁴⁾부터 해밀턴 우울증 척도의 항목 및 DSM-IV 진단기준에까지 일관성 있게 제시된다. 가장 중요한 다섯 가지를 뽑으면 생기, 사회적 능력(social ability), 불안, 우울한 기분, 신체 증상이다.²⁵⁾ 이 증상들 중 일부는 멜랑콜리아를 대변하며, 멜랑콜리아 증상은 약물치료에 잘 반응한다고 알려져 있다. 우울신경증과 관계 깊은 증상인 불안도 치료에 잘 반응한다. 전통적으로 항우울제는 불안장애 치료에도 효과적으로 사용되어 왔다.

신경증적 우울증과 정신병적 우울증

신경증(Neurosis)과 정신병(psychosis)

신경의 질환[νεῦρον(nerve)+νόσος(disease)]이라는 어원을 갖는 neurosis라는 용어는 19세기 중반까지는 신경병리학적(neuropathologic), 즉 기질성(organic) 질환을 의미하였으나 이후 심인성(psychogenic) 질환 쪽으로 의미가 바뀌었다. 그

러면서 기질성 질환에 대해서는 psychosis라는 용어가 사용되었다. 이 용어는 1841년 Canstatt가 처음 사용하였는데, psychic neurosis, 즉 증상은 심리적으로 발현되지만(psychic) 원인은 신경병리적인(neurosis) 질환을 의미하였다.²⁶⁾ 따라서 신경증-정신병의 구분은 원래 병인(病因)론적인 것이다. Jaspers²⁷⁾에 의하면, 정신병은 신체적 변화의 결과인 내인성 질병 과정에 의하며 인과적 설명(explanation)을 추구해야 하는 질환인 데 반해, 신경증은 정상 상태와 연속적인 발달과정상의 문제로, 심리적 이해(understanding)를 추구해야 한다는 접근법 상의 기본적 차이가 있다.²⁸⁾ 정신병은 정상적 발달 과정을 거친 신체에 생기는 질환이므로 병전 인격에 문제가 없고, 다른 내과적 질환과 마찬가지로 신체적(약물) 치료가 가능하다. 그러나 신경증은 개인의 인격이 형성되는 초기 발달단계의 체험과 관련된 뿌리 깊은 문제로서, 건강한 발달과정을 재체험하여 인격의 변화가 일어나야 치료가 가능하다. 정동 정신병(affective psychosis)으로 분류되는 멜랑콜리아는 내인성이며 병전 성격에 문제가 없고²⁹⁾ 약물 및 전기경련 치료 반응이 좋은 반면,^{17,30)} 우울신경증은 반응성이며 약물 보다는 정신분석치료의 대상이라 생각되어 왔다.

그러나 실질적으로 두 상태는, 규명하기 어려운 질병의 기원보다는 관찰되는 현상에 의해 구분되었다. 정신병 연구가 수용소(asylum) 환자들을 통해 발전된 것에 비해 신경증 연구는 사무실을 방문하는 환자들을 통해 이루어졌기 때문에, 신경증은 정신병에 비해 심각도 또는 장애가 약한 질환이 되었다. 정신병을 주로 연구한 Emil Kraepelin(1856~1926)과 신경증을 정신역동적으로 이해하려 한 Sigmund Freud(1856~1923)는 동시대 사람이다.

Diagnostic and Statistical Manual-I에서 신경증(psychoneurotic reaction)은 외부 현실을 왜곡하지 않고 인격의 왜해가 없으나 부적응 상태가 생애 초기부터 보이는 수가 많으며, 스트레스가 급성으로 증상을 일으킬 수 있는 질환이다. 신경증은 “내외적인 스트레스에 적응하려 노력하는 인격이 불안을 다루기 위해 우울, 전환(conversion), 해리(dissociation), 대치(displacement), 공포증(phobia), 반복사고 및 행위를 사용하는 것”으로 정의될 수 있다.²⁰⁾ 한편 정신병(psychotic reaction)은 다양한 정도로 인격이 붕괴되며, 다양한 영역에서 외부 현실을 옳게 검증하고 평가하는 것이 실패하는 상태이다. 정신병은 “내외적인 스트레스에 적응하려 노력하는 인격이 심한 정동장애, 심한 자폐 및 현실로부터의 위축, 또는 망상이나 환각을 사용하는 것”으로 정의될 수 있다.²⁰⁾ 따라서 환각과 망상이 정신병에 필수적 요소는 아니었다. DSM-II에서도 망상이나 환각이 있어서 현실 검증이 어려운 경우뿐만 아니라 기분 변화가 심해서 환경에 적절하게

반응하기 어려운 경우도 정신병이라 정의되었다.³¹⁾

정신병적 우울증

단일정신병(unitary psychosis) 주장자들은 신경증-정신병 양분법을 비판하였으나, 이 분류는 ICD-9 및 DSM-II까지 유지되었다. 오늘날에도 많은 정신과의사들은 이 구분을 임상적으로 유용하다고 본다. ICD-10 및 DSM-III 이후 이 구분은 철폐되었으나 그 흔적은 찾아볼 수 있다. 단, 정신병이 의미하는 범위는 이전보다 한정되었다. DSM-IV에서 정신병적이라는 용어는 환각, 망상, 와해된 언어 및 행동 등을 의미하는 것으로 사용된다.¹⁰⁾ 따라서 정신병적 우울증은 망상, 환각이나 와해를 동반해야만 진단할 수 있다. 반면 DSM-II에서 멜랑콜리아나 조울증(manic-depressive illness)은 환각이나 망상이 없어도 정동 정신병으로 분류되었다.³¹⁾ 물론 Lange가 수용소 밖의 환자들에서 관찰한 주기적 우울증(periodical depression)에서 보듯이, 멜랑콜리아 환자들이 그 당시의 넓은 의미로 보아도 반드시 정신병적 상태였던 것은 아니었다.³²⁾

정신병적 vs. 신경증적 우울증

정신병을 넓게 정의하면 심한 우울증은 곧 정신병적 우울증이 되므로, 비정신병적(신경증적) 우울증과 정신병적 우울증은 심각도라는 단일 차원 상에 배치할 수 있다. 이것이 단일정신병론자들의 주장으로, 정신병적-신경증적 우울증은 연속체를 이루기 때문에 구분을 할 필요가 없다는 것이다. 1930년대의 고전적 통계기법을 사용한 우울증의 정신병리학적 특징에 대한 연구들은 연속체 가설을 지지하는 측면이 있다. 내인성 우울증(정동정신병)과 반응성 우울증(우울신경증)이 섞여있는 환자군에서 측정된 임상변인들은 쌍봉(bimodal) 분포하지 않았고, 요인 분석을 하여도 두 군으로 분리되지는 않았다³³⁾(Parker³⁴⁾에서 재인용). 단일우울증 가설은 현대 연구자들에 의해 지지되기도 한다.^{35,36)} 그러나 “몇 종류의 우울증이 있는가?”라는 문제에 대한 현대의 해답은 질병 개념보다는 통계 기법에 더 의존하는 양상을 띠는데,³⁴⁾ 통계 속에 진실이 담겨있는 것은 아니다.

한편, 좁은 의미로 정의된 정신병, 즉 환각과 망상을 지각 및 인지의 장애라 본다면, 정동 및 의욕의 변화인 우울증과 정신병은 서로 독립적인 정신능력의 장애라 할 수 있다. 즉, 우울증이 심하다고 곧 정신병적 우울증은 아닐 것이다. 미국 Epidemiologic Catchment Area 연구 결과는, 망상성 우울증이 비망상성 우울증과 다르며 그 차이가 단순히 증상 양상이나 심각도의 차이는 아니라고 하였다.³⁷⁾ 그러나 더 많은 연구들이 정신병적 우울증을 특징 짓는 결정적인 요인을 찾

아내지 못하고 있어서, 좁은 의미로 정신병을 정의하더라도 정신병적-비정신병적 우울증의 차이는 질이 아닌 양적 차이라는 주장도 있다.³⁸⁾

이 문제에 대한 혼합형 모델도 있다. Parker와 Hadzi-Pavlovic³⁹⁾은 정신병적 우울증에서 비정신병적 멜랑콜리아(정신병을 좁게 정의하면 비정신병적 멜랑콜리아가 가능함)보다 멜랑콜리아 척도인 CORE(표 2) 점수가 높다고 하였으나, 정신병 증상 자체는 우울증의 심각도와는 독립적이었다. 이를 토대로 그들은 우울신경증-멜랑콜리아-정신병적 우울증을 스펙트럼보다는 서열적(hierarchical) 관계에 있는 것으로 보고자 하였다. 범주적으로 세 종류의 우울증이 있는데 이들 간에는 서열이 있어서 정신병적 우울증은 심각도가 매우 높은 경우에만 가능하며, 멜랑콜리아는 심각도가 중등도 이상일 때만 가능하다는 모델이다(그림 1).³⁴⁾

물론 우울증과 관계된 질환을 담고 있는 정신질환 카테고리인 신경증 및 정신병에만 국한되지는 않는다. DSM-I은 기질성이 아닌 질환을 크게 (1) psychotic disorder, (2) psychophysiological autonomic and visceral disorder, (3) psychoneurotic disorder, (4) personality disorder 및 (5) transient situational personality disorder로 크게 분류하였는데, 정신 신체 질환(2) 이외의 다른 카테고리 모두에 현대적 개념의 우울증이 있다. 즉 정신병(1)이나 신경증(3) 외에도 인격장애(4) 및 적응장애(5)에 우울증 관련 질환이 등재되어 있다(보론 참조).³⁴⁾ 인격장애는 넓은 의미로 신경증의 일종(character neurosis)으로 분류되기도 한다. 이들 중 적응장애를 제외한 다른 질환들은 DSM-III에서 정동장애로 통합되었다.

Table 2. Items from CORE scale³⁹⁾

1. Non-interactiveness
2. Facial immobility
3. Postural slumping
4. Non-reactivity
5. Facial apprehension
6. Delay in responding verbally
7. Length of verbal responses
8. Inattentiveness
9. Facial agitation
10. Body immobility (amount, not speed)
11. Motor agitation
12. Poverty of associations
13. Slowed movement (speed, not amount)
14. Verbal stereotypy
15. Delay in motor activity
16. Impaired spontaneity of talk
17. Slowing of speech rate
18. Stereotyped movements

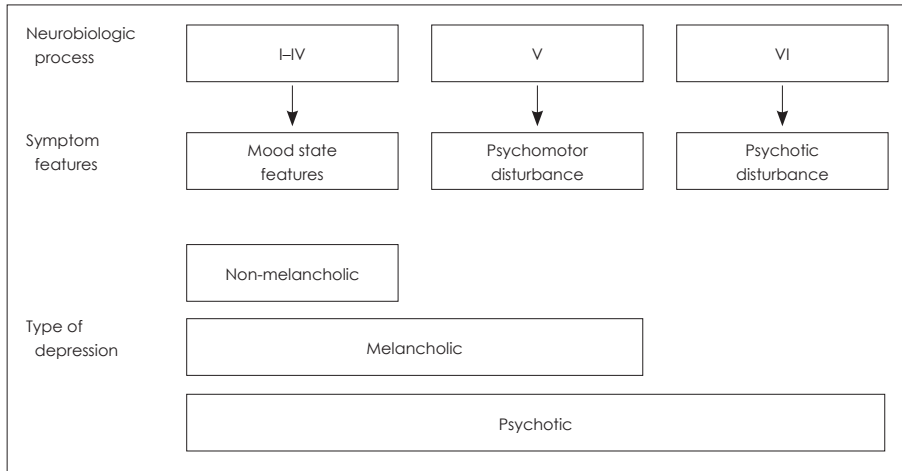


Fig. 1. A hierarchical model of depression syndromes. There are multiple processes and multiple markers but they have a common pathway to phenomenologic depression. However, depression syndromes on the lower hierarchy cannot manifest themselves in a severe pathology, while those on the higher hierarchy can have a mild pathology [Modified from Parker (2000)³⁴⁾].

우울증의 연속 모델(스펙트럼 개념)

단일정신병 주장에서 보았듯이 기분장애들을 이해하려는 큰 흐름 중 하나는 Mapother 등 Maudsley 학파에서 기원한 연속 모델로, 불안장애-가벼운 신경증성 우울증-심한 내인성 우울증-정신병적 우울증까지를 하나의 스펙트럼 상에 있다고 보는 것이다. 다양한 우울 상태들을 증상이 심한 정도에 따라 서로 다른 질병으로 구분한다면 겹쳐지는 부분에서 이중 우울증(double depression, 주요우울장애와 기분부전증이 병발)이 생기는데 이는 진단적인 가공물을 만들어 내는 것에 불과하므로, 이들을 한 차원의 연속체로 보는 것이 타당하다는 것이다.^{35,36)} 미국 National Comorbidity Survey 연구 결과는 minor와 major 우울이 삽화 심각도 차원에서 연속선 상에 있다고 함으로써⁴⁰⁾ 스펙트럼 가설을 지지하는 것처럼 보인다.

차원적 대 카테고리적

그러나 다양한 우울상태 사이의 차이를 정의하는 차원이 증상의 심각도 한 가지인 것은 아니므로 다양한 질환을 단일 스펙트럼 상에 배치하는 것은 무리가 있다는 주장도 있다. 다른 특성들을 차원으로 도입한다면 축의 개수는 더 늘어날 것이다. 이런 다차원적 접근법은 현 진단체계의 인위적 구분이 가지는 문제점(중복이나 빈틈)을 해결해 주고, 정상-질병 간의 연속체를 이해하는 데에도 도움이 될 것이다.⁴¹⁾ 신경증 대 정신병의 분류뿐만 아니라 원인(유발요인)에 따른 내인성 대 반응성의 분류도 현실적으로는 카테고리가 아닌 차원적인 문제로 볼 수도 있다. 현대의 카테고리적 진단체계 하에서는 하나의 진단 안에 너무 다양한 증후군이 포함되어 있으므로, 증상의 유사성이 거의 없는 상태가 진단기준에 맞추다 보면 한 질환으로 묶이거나, 반대로 매우 유사한 질환이 증상 개수나 기간 차이만으로 다른 질환으로 분류되

는 문제점들이 드러난다.⁴²⁾ 그런데 다양한 우울 증후군들을 이러한 다차원 공간에 배치해 보면 빈틈 없이 분포하지는 않을 것이므로, 차원적 접근과 카테고리적 접근 간에는 어느 정도 타협이 필요할 수도 있다. 예컨대, DSM-IV 우울장애는 심각도와 지속기간의 두 차원에 따라 질환을 구분하지만, 잔류적 질환(not otherwise specified, 이하 NOS)을 제외하면 주요우울장애(major depressive disorder)와 기분부전장애(dysthymic disorder)의 두 진단만이 카테고리적으로 제시되어 있다.⁴¹⁾ 이런 분류는 현실적 제약 때문에 생긴 것이겠지만, 혼란의 요소를 포함한다.

애도와 우울증의 예

애도(mourning, V62.82)는 DSM-IV 분류체계에서 그 자체로서 질환으로 취급하지는 않는다. 그러나 정신적으로 건강하게 살던 사람이 사랑하는 사람의 죽음 등 심한 상실 후 우울증상을 겪는 경우, 애도반응의 심각도에 따라 다양한 상태로 진단분류가 가능하다. (1) 정상적 애도, (2) 적응장애 : 애도에 의한 우울 반응이 임상적으로 의미 있지만 주요우울 삽화에 미치지 못할 때, (3) 주요우울장애 : 애도에 의한 우울 반응이 주요우울삽화에 속할 때이다. 이들은 차원적 입장에서 한 차원에 연속적으로 놓일 수 있는 조건이겠지만, DSM-IV 체계 하에서는 카테고리적으로 전혀 다른 진단 군들에 나뉘어져 있다. 차원적 현상을 카테고리적으로 분류하는 과정에서 만들어진 가공물의 예로 볼 수 있다.

우울증 스펙트럼에서 양극성 스펙트럼으로

우울증의 차원적 모델은 DSM-III 이후 정신의학계의 주류가 되었다. DSM-III-R은 주요우울장애와 기분부전장애를 우울장애의 카테고리로 묶음으로써 이 개념을 더 명백하게 표방하였다. 모든 기분장애들은 먼저 양극성 장애 군과

(단극성)우울장애 군으로 나누고 그 안에서 심각도에 따라 스펙트럼을 이루는, 매우 직관적이고 검소한(parsimonious) 분류가 가능하다는 매력에 있다. 물론 우울장애를 구분할 수 있는 축이 심각도라는 한 차원만 있는 것은 아니므로 우울증후군들을 한 줄로 배열하는 것이 만족스럽지는 못하다. 한편 “단극성” 우울증 중 양극성 장애의 특성을 갖는 아형이 존재한다고 알려지면서, 양극성-단극성 간의 구분도 카테고리적이 아니라 양극성향(bipolarity) 자체가 스펙트럼이라고

주장되기도 한다.⁴³⁾ 그렇게 된다면 단극성 우울증과 양극성 장애를 서로 다른 카테고리로서 구분하려는 시도들은, 과거 멜랑콜리아와 조울증을 구분하려는 시도와 마찬가지로 정신병리학 과제로서의 가치를 잃을 수도 있다(그림 2). 그러나 기분장애들을 특징지을 수 있는 차원들이 심각도 및 극성만은 아니다. 예컨대, 다음과 같은 축을 생각할 수 있다(표 3, 4).

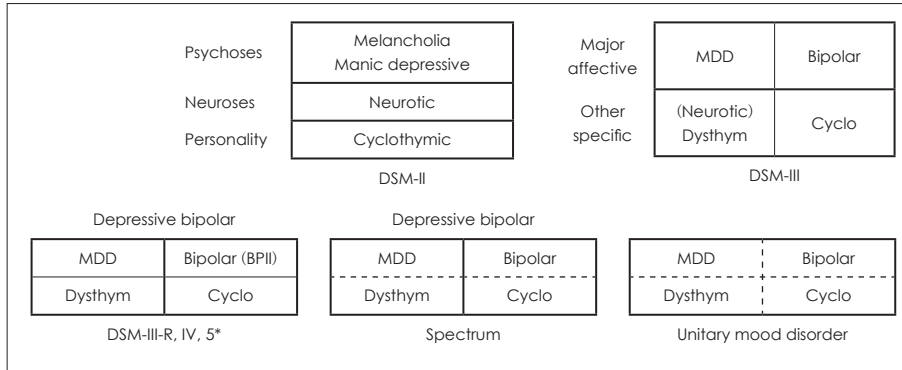


Fig. 2. A Schematic representation of the relationship between various depressive syndromes implicated in the DSM system. * : In DSM-5, the chapter “Mood disorders” is not used anymore and depressive and bipolar disorders became totally separated. MDD : Major depressive disorder, BP : Bipolar, DSM : Diagnostic and Statistical Manual.

Table 3. Course and outcome patterns of depression [Modified from Akiskal (2002)⁴⁴⁾]

	Bipolar (bipolar I)	Unipolar
History of mania/hypomania	Yes	No
Sex ratio	Male=female	Female>male
Age at onset	Teen to 30s	30s to 50s
Postpartum episode	More common	Less common
Mode of onset	Often abrupt	More insidious
Number of episodes	Numerous	Fewer
Duration of episodes	3 to 6 months	3 to 12 months
Psychomotor activity	Retardation>agitation	Agitation>retardation
Sleep	Hypersomnia>insomnia	Insomnia>hypersomnia
Family history of bipolar disorder	High	Low
Family history of unipolar depression	High	High
(Hypo)mania to antidepressants	Often	Rare
Response to lithium	Effective	Generally ineffective

Table 4. A proposed “probabilistic” approach to the diagnosis of bipolar I depression in a person experiencing a major depressive episode with no clear prior episodes of mania [Modified from Mitchell et al.(2008)⁴⁵⁾]

	Favors bipolar depression*	Favors unipolar depression*
Symptoms and signs	Hypersomnia/increased daytime napping	Initial insomnia/reduced sleep
	Hyperphagia/increased weight	Anorexia/decreased weight
	Other “atypical” features (leaden paralysis...)	
	Psychomotor retardation	Normal or increased activity levels
	Psychotic features/pathological guilt	Somatic complaints
Course of illness	Lability of mood/manic symptoms	
	Early onset (<25 y) [†]	Late onset (>25 y) [†]
Family history of bipolar disorder	Multiple episodes (≥5) [†]	Long duration of episode (>6 m) [†]
Family history of bipolar disorder	+	-

* : The specific number of items needed for diagnostic consideration requires further studies, † : Confirmation of these specific numbers requires further studies

극성 : 조증 대 우울
 변이성 : 단극성 대 양극성
 지속기간 : 삽화성 대 지속적
 삽화의 수 : 반복성 대 단일
 심한 정도 : 주요(major) 대 가벼운(minor)(또는 정신병적 vs. 신경증적)
 유발요인 : 내인성 대 반응성
 병전성격 : 장애 대 정상

이들 차원이 모두 독립적인 것은 아니지만, 현재 각 질환의 정의에 이들 중 일부만이 적용되고 있음은 스펙트럼 접근방식의 한계라 할 것이다.

우울증 분류 상의 이런 움직임들은 복잡한 현상의 배후에 있는 공통점을 찾아서 단순화한다는 과학적 진보일 수도 있지만, 실제로 존재하는 차이를 보지 못하거나 존재하지 않는 차이를 만들어냄으로써 결과적으로 비합리성을 초래할 수도 있다. 도구적 합리성을 위해서 과거의 임상가들과 학자들의 업적을 폐기하는 것이 될 수도 있다. 이런 추세 하에서 다양한 우울증에 대한 배경지식 없이 수련을 받게 되는 젊은 정신과의사들은 임상에서 마주치는 다양한 우울증 환자들의 특성을 구분하지 못하거나 구분하지 않게 될 수도 있다. 다음 장부터는 주로 역사적인 관점에서 기술되거나 서로 구분되어 왔던 다양한 우울증후군들을 설명하고 현대의 입장에서 재조명해보려 한다.

멜랑콜리아(Melancholia)

멜랑콜리아의 개념

멜랑콜리아는 내인성 우울증(endogenous depression)과 거의 같은 의미로 사용되었던 용어이며, 정동정신병(affective psychoses)에 속하는 질환이었다.⁴⁶⁾ 멜랑콜리아는 현대 진단 체계에서 진단명으로 사용하지는 않지만, 주요우울삽화의 멜랑콜리아 양상(melancholic feature)이라는 특정자로 DSM 체계 내에 남아있다. ICD-10의 “신체증후군(somatic syndrome)을 갖는 우울삽화” 역시 멜랑콜리아에 가까운 개념이다. 주요우울장애라는 진단명을 사용하게 된 뒤에도 멜랑콜리아의 개념을 완전히 버리지 못하는 것은 멜랑콜리아에 몇 가지 특징들이 있기 때문이다. 중요한 것은 신경생물학적 특징으로, 멜랑콜리아가 내인성(신체인성) 질환이라는 개념과 잘 맞는다. 이런 소견으로 텍사메타손 억제검사의 이상 및 REM 수면 압박의 증가,^{47,48)} 삼환계 항우울제(tricyclic antidepressants, 이하 TCA)나 전기경련치료(electroconvulsive therapy, 이하 ECT) 등 생물학적 치료에 대한 반응이 좋

만^{17,30)} 위약이나 정신치료에 잘 반응하지 않는다는 것⁴⁹⁾ 등이 있다. Klein¹⁸⁾은 치료적 반응에 따라 우울증을 (1) TCA 치료가 잘 되지만 위약반응이 적은 내인성 우울증(endogenous depression), (2) TCA 및 위약 모두에 반응이 좋지 않은 만성적인 신경증적 우울증(chronic neurotic depression) 및 (3) TCA와 위약 모두에 반응하는 반응성 우울증(reactive depression)으로 구분하였다. 각각 멜랑콜리아, 우울성 인격장애(depressive personality disorder), 우울신경증(depressive neurosis)에 해당한다. 정신병리적 특성에 대해 Klein¹⁸⁾은 멜랑콜리아의 특징은 “즐거움을 체험할 능력의 장애”이며, 이는 자존감이 낮고, 좌절에 대한 반응이 심하고, 무력감을 느끼고, 짜증내고, 화내고 불행하면서 다른 사람을 탓하는 신경증적 우울증과 대비된다고 하였다.

멜랑콜리아에서 주요우울장애로

Diagnostic and Statistical Manual-I은 갱년기 정신병적 반응(involutional psychotic reaction)을 조울 반응(manic depressive reaction)과는 별개의 질환으로 구분하였다. 구분의 근거는 전자가 신체인성(갱년기라는 신체적 변화에 기인하는 기질성) 질환인 데 비해 후자는 심인성(비기질성)이라는 병인론적 차이점이었다. 그러나 우울증상이 주된 갱년기 정신병적 반응(멜랑콜리아)이 우울형 조울증(manic depressive illness, depressed type)과 다른 질환인가에 대해서는 일찍부터 의문이 제기되었다.⁵⁰⁾ Kraepelin은 초기에 두 질환이 다르다고 보았지만, 나중에는 두 가지를 같은 것으로 보았다. 갱년기에 초발한 우울증은 더 이른 나이에 발병한 경우와 비교해서 신체화 및 건강염려증이 많고 성욕 감소, 죄책감, 자살 욕구, 낮은 우울증 가족력 등 특징이 보고되었지만, 이 특징 중 일부는 초발 연령에 관계 없는 갱년기 환자의 특징이었다.⁵¹⁾ 따라서 멜랑콜리아의 특이적 양상이 있다고 하더라도, 이 병이 더 일찍 발병하는 우울증(조울증)과 다른 병이라기보다는 같은 병이 갱년기에 발생하면서 임상적 특이성을 갖게 된 것이라 보게 되었다. DSM-II에서 갱년기 멜랑콜리아는 우울형 조울증과 구분되고 있지만 두 질환이 같은 것인지 별개의 것인지에 대해서는 논란이 있다고 기술되고 있으며,³¹⁾ 단극성 우울증의 개념이 받아들여진 DSM-III 이후에 두 질환은 주요우울장애로 통합되고 말았다.

그러나 DSM-III 이후 멜랑콜리아가 진단명에서 사라진 것은 역사적으로 비정상이라 할 정도로,⁸⁾ 앞선 시기의 수많은 관찰과 연구결과를 무효화하는 결과를 가져왔다. 이런 뒤섞임과 혼란의 예로 멜랑콜리아를 따로 구분하지 않게 된 이후 항우울제의 임상성적이 많이 떨어진다는 지적이 있는데,²⁾ 주요우울장애에 편입된 비멜랑콜리아성 우울증들 중에

는 위약반응이 높은 질환이 있어서 치료제와 위약 간의 성적 차이를 줄이는 데 기여하기 때문이다. 향후 분류체계에서는 주요우울장애를 없애고, 멜랑콜리아와 비멜랑콜리아를 구분해야 한다는 주장도 나타나고 있다.⁶⁾

물론 임상가의 직관에도 불구하고 현실적으로 멜랑콜리아와 비멜랑콜리아의 구분이 어려운 경우가 많으며,^{52,53)} 한 개인에서도 시간이 지나면서 증상 양상이 변하기도 한다. 멜랑콜리아가 내인성이라는, 발병요인에 의한 구분도 쉽지 않다. 많은 연구들이 멜랑콜리아에도 선행하는 심리적 스트레스가 있다고 보고한다.⁵⁴⁾ 따라서 증상양상 및 발병요인을 조합해도 멜랑콜리아 및 비멜랑콜리아를 구분하는 것이 항상 가능한 것은 아니다. 극단적인 예에서는 이 구분이 뚜렷하지만, 실제 환자들은 다양한 중간단계일 수 있다.⁵³⁾ 이런 논란의 와중에는 멜랑콜리아의 개념이 뚜렷하지 않다는 문제도 있다. 갱년기 멜랑콜리아는 발병연령을 중요 특징으로 본 개념이며, 내인성 우울증은 신경생리학적 소견이나 유발요인을 특징으로 본 개념이다. 현대의 도구적 진단체계들에서는 단면적 정신병리 양상을 주된 근거로 멜랑콜리아를 정의하려 한다.

도구적 진단체계에서 멜랑콜리아(표 1)

멜랑콜리아(및 멜랑콜리아 양상) 또는 내인성 우울증의 진단기준은 체계에 따라 다르다. RDC(1972)¹³⁾ 내인성 우울증의 진단기준은 필수적 요소로 (1) 특유(distinct quality)의 기분, (2) 기분 반응성이 없음(좋은 일이 생겨도 즐겁지 않음), (3) 아침에 악화, (4) 흥미나 즐거움이 심하게 상실됨 중 하나를 꼽았다.

Diagnostic and Statistical Manual-III는 RDC 기준 중 (2), (4) 두 가지를 필수적이라고 함으로써 멜랑콜리아에 엄격한 기준을 적용하였다. 그러나 (1)은 빠져있다. 멜랑콜리아의 기분은 단순한 슬픔(친지의 죽음 등에 따르는 반응성의 슬픔)과 분명히 구분되는 특유의 기분상태라고 이전부터 기술되고 있지만, 이 기분은 도구적으로 정의하기 힘들다. 따라서 DSM-III 멜랑콜리아는 이전의 멜랑콜리아와 다른 질환이 되었으며, 고전적 멜랑콜리아를 특징 짓던 신경생물학적 특징도 갖지 않게 되었다.³⁴⁾ DSM-III-R에서는 기준이 대폭 완화되면서 신경생물학적 연구 결과(치료반응)가 진단기준에 추가되었지만, 역시 고전적 멜랑콜리아와는 많이 달랐다. DSM-IV는 거의 DSM-III로 복귀하였으나 요구되는 필수증상이 둘에서 하나로 줄었다. 그러나 이 역시 고전적 멜랑콜리아를 잘 반영하지 못한다. 그래서 DSM-IV 기준을 적용한 한 연구에서, 멜랑콜리아는 비멜랑콜리아와 구분되기는 하였지만 그 차이는 질적인 것이 아니라 멜랑콜리아가 더 심한 상태라는 양적인 차이에 불과하였다.³⁷⁾

Internal Classification of Diseases-10은 멜랑콜리아라는 용어를 사용하지는 않지만 이에 가까운 개념으로 신체증후군을 갖는 우울삽화를 기술하고 있으며, 생물학적, 멜랑콜리아성, 내인성(endogenomorphic) 등의 수식어도 비슷한 의미라고 주석을 달았다. 이 상태는 특별한 임상적 중요성이 있는 일군의 증상들로 구성되는데, 진단기준 중 일부는 우울삽화 진단기준인 주요 3증상에 속하며 일부는 다른 중요증상에 속하고, 어떤 것은 우울삽화 진단기준 자체에는 속하지 않는다. 그 대표적인 것이 정신운동성 변화이다.

현대의 멜랑콜리아 : 특징적인 우울 증후군인가?

Copolov 등⁵⁵⁾은 멜랑콜리아를 정의하는 몇 가지 기준들을 비교하여 식욕부진, 체중감소, 조기기상, 기분의 일중변화(아침에 심함), 정신운동성 변화(초조 또는 지체), 죄책감, 정신병적 양상 등이 멜랑콜리아의 특징이라 하였다. Zimmerman은 고전문헌과 이후의 연구 보고를 검색하여 내인성-비내인성을 구분하는 14개의 변인을 찾고, 이를 네 가지 도구적 정의(Feinberg and Carroll, DSM-III, RDC, Newcastle)로 진단한 내인성 우울증 환자들에게 적용시켜 보았다. 그 결과 각 진단체계가 진단하는 내인성 우울증이 서로 달랐지만 나름대로 어느 정도의 타당성은 가지며, Newcastle 기준(표 1.6)^{17,56)}이 고전적 멜랑콜리아를 가장 잘 반영한다고 하였다.⁵⁷⁾

Fink와 Taylor⁵⁸⁾는 멜랑콜리아를 지속되는 우울감, 식물(vegetative) 기능 장애, 정신운동성 장애, 신경내분비적 검사 이상, 전기경련치료 및 삼환계 항우울제에 좋은 반응 등으로 정리하고 있으며, 오늘날 정신병적 우울증, 노인성 우울증, 산후 우울증, 약물치료에 듣지 않는 우울증 등이 멜랑콜리아의 양상을 띤다고 하였다.

멜랑콜리아가 특이적 증후군임을 강력하게 주장하는 Parker 그룹은 다양한 우울증들에서 멜랑콜리아를 감별하기 위한 CORE 스케일을 개발하였는데, 감별적 가치가 가장 큰 증상은 정신운동성 변화라고 보았다(표 2).³⁹⁾ 이들에 의하면 멜랑콜리아의 주요 임상양상은 다음과 같다. 그러나 이들의 멜랑콜리아 역시 고전적 멜랑콜리아와는 다르다고 볼 수 있다.

(1) 정동(affect) 및 의욕(volition) : 단순한 불쾌감(dysphoria)보다는 걱정(apprehension)에 가까우며, 아침에 악화된다. 둔마(blunting), 무반응성(nonreactivity), 무쾌감증(anhedonia) 등도 나타난다.

(2) 정신운동성 : 생각, 말, 행위가 느려진다. 그러나 안절부절 못함, 상동증 등 과활성-초조가 나타날 수도 있다.

(3) 인지 : 집중력 및 작업기억에 장애가 있다.

(4) 신체기능 : 수면 및 식사가 양적-질적으로 감소한다.

(5) 정신증 : 가끔 나타나는데, 주제는 죄책감, 황폐해짐, 질병, 허무 등과 관련된다.

현대의 멜랑콜리아 : 심한 주요우울삽화인가?

멜랑콜리아는 신체 증상이 두드러진 우울상태로서 그렇지 않은 주요우울삽화와 질적인 차이가 있다고 상정되지만, DSM-IV 기준에 의한 멜랑콜리아가 진단적으로 안정적이지 않다는 사실⁵⁹⁾은 멜랑콜리아와 비멜랑콜리아의 차이가 질적인 것은 아닐 가능성을 보여준다. DSM-IV 멜랑콜리아는 비멜랑콜리아에 비해 단순히 증상이 심한 상태라 주장되기도 하였다.³⁷⁾ 이 심각도의 스펙트럼은 정신병적 우울삽화까지 이어지는 것으로, 해밀턴 우울척도상 18점 이상이 주요우울삽화이며 멜랑콜리아는 25~29점에 해당하고, 30점 이상은 정신병적 양상을 갖는 주요우울삽화라 볼 수 있다고 주장되었다.²⁵⁾ DSM-III에서 주요우울삽화 5단위 코드도 2=비멜랑콜리아, 3=멜랑콜리아, 4=정신병적 양상으로, 명시적이지는 않지만 세 상태 간의 서열을 시사하였다. 그러나 도구적 진단체계 하의 멜랑콜리아는 고전적 멜랑콜리아와 다르므로, 이런 스펙트럼은 진단체계가 만들어낸 가공물일 수도 있다. 멜랑콜리아를 규정하는 특성들이 한 환자에서 공존하는 경우가 많다는 것은 멜랑콜리아의 구성 타당성에 대한 증거가 된다.⁵²⁾ 우울증 증상에 대한 요인분석 연구들의 많은 수에서 추출된 요인의 개수에 상관없이 멜랑콜리아가 독립된 요인으로 추출되며, 카테고리적 분석들은 질적으로 뚜렷한 멜랑콜리아 아형의 존재를 시사한다.⁵⁴⁾ 이런 근거들에서 멜랑콜리아를 다시 독립된 증후군으로 보아야 한다는 주장이 나타나는데,⁸⁾ 이 멜랑콜리아는 DSM-IV에서 정의된 멜랑콜리아 양상과는 다를 것이다.

멜랑콜리아가 아닌 우울증

그런데 멜랑콜리아라는 구성개념을 인정한다면, 멜랑콜리아가 아닌 우울증은 어떤 상태에 해당하는지 알아볼 필요가 있다. DSM-II에서 우울증이 주된 질환은 (1) 우울형 조울증, (2) 갱년기 멜랑콜리아, (3) 우울신경증, (4) 순환성 인격, (5) 적응장애 등이 있다. (1), (2)는 DSM-III 이후 주요우울장애가 되었다. (3)은 반응성 우울증으로 DSM-III 이후 기분부전증(dysthymia)이 되었지만, 기분부전증과 주요우울증을 구분하는 것은 증상의 심각도이므로 반응성 우울증도 증상만 심하다면[DSM-II 진단명으로 psychotic depressive reaction(298.1)] 주요우울증에 속할 수도 있다. (4)는 정의 상 증상의 심각도에서 주요우울장애에 속하지 못한다. (5)는 반응성 질환인데, 증상이 심한 경우에는 주요우울증

로 진단되어야 한다. 따라서 주요우울증에는 과거 분류 상 내인성 질환(1, 2) 및 반응성 질환(psychotic depressive reaction)이 포함된다. 한편, 이보다 후에 등장하는 단극성 우울증(다음 장 참조)⁶⁰⁻⁶³⁾은 멜랑콜리아 및 조울증과는 별개의 상태라 주장되는 것인데, 이 역시 주요우울증에 속할 것이다. 따라서, 멜랑콜리아를 제외한 우울증도 개념적으로 단일하지 않다.

현상적 측면에서, Parker 그룹은 비멜랑콜리아 주요우울삽화를 불안군과 이자극성(적대성) 군으로 구분하였다. 전자는 유병기간이 길고 삽화가 심하며, 불안장애가 동반되고, 특성(trait) 불안이 있고, 알코올의존 및 자해 성향이 높다. 후자는 다소 덜 분명하지만 이자극성 및 분노가 특징이다. 두 군 모두 인격장애의 기반이 있다. 즉, 비멜랑콜리아 주요우울장애는 인격장애 기반의 우울증으로 임상양상 및 대처반응은 기저의 인격 특성에 따라 달라진다.^{1,64)} 그런데 성격적 기반이 있으며 상황에 대한 대처로서 증상이 나타난다는 것은 우울신경증에 대한 전통적 개념과 비슷하다. 서열 상으로 보면, 멜랑콜리아는 비멜랑콜리아보다 더 높은 서열의 질환이다(그림 1). 따라서 이런 방식으로 우울증을 멜랑콜리아 대 비멜랑콜리아로 분류한다면, 크게 보아 1970년대 이전의 내인성 질환인 정동정신병(affective psychosis) 대 반응성 질환인 우울신경증(depressive neurosis)의 구분으로 환원된다. 정동정신병에 속하는 멜랑콜리아와 조울증이 같은 질환인지는 이와는 별개의 문제이다. 이 주제는 다음 장에서 논한다.

조울증 또는 양극성장애

조울증에서 양극성장애로

조울증(manic-depressive illness, 이하 MDI)에 대한 최초의 근대적 언급은 1850년대에 보인다. 1854년 Baillarger는 조증과 우울증 사이에서 반복적으로 순환하는 이상성(biphasic) 정신장애를 보고하고 “folie à double forme”라 명명하였다. 비슷한 시기에 Falret 역시 거의 동일한 질환인 “folie circulaire”를 보고하였다.⁶⁵⁾ 한편 Kraepelin은 조울증과 조기치매(dementia praecox)를 구분하였고, 조울증은 조증 이든 우울증이든 급성기 뒤에 비교적 증상이 적고 정상 기능을 보이는 주기적 경과를 갖는다고 하였다. 조증-우울증이 교대하는 순환성이 있는 경우가 있지만 그것이 이 병의 특징적 소견은 아니라고 보았다.⁶⁶⁾ 즉 반복적인 조증, 반복적 우울증 및 교대로 나타나는 형 모두 한 가지 병으로 간주되었는데, 이런 개념은 DSM-II 및 ICD-9CM까지 유지되었다. 그러나 DSM-III 및 ICD-10에서 양극성 장애라는 진단명이 도입되면서 분류의 근본적 변화가 생겨 조증형 조울증

과 순환형 조울증은 합쳐져서 양극성 장애가 된 반면, 우울형 조울증은 양극성 장애가 아닌 주요우울증으로 독립하게 된다(보론의 DSM-III 부분 참조). 즉, 조울증의 일종이었던 특정 타입의 우울증이 조울증과 전혀 다른 병으로 간주되는 것이며, 주요우울삽화를 일으킬 수 있는 병은 멜랑콜리아를 제외하고도 최소한 두 가지가 되었다. 조울증을 양극성 장애와 주요우울장애로 구분한 역사가 30년이 지나면서 이 구분은 너무 당연한 것처럼 되어 버렸지만, 아직도 이의 타당성에 대한 반론은 있으며, 최근의 양극성 스펙트럼 가설은 두 가지를 다시 통합하려는 시도와 관계될 수도 있다.

멜랑콜리아 vs. 조울증

갱년기 멜랑콜리아는 우울증상을 보이지만, 갱년기라는 특이적 발병조건이 있고 관해-재발이 반복되는 경과가 아니라는 특성 때문에 Kraepelin의 교과서 7판까지는 우울형 조울증과 다른 질환으로 기술되었다(주기성향의 우울증과 조증을 단일 질환으로 본 것은 6판에서 확립된 견해였음). 임상양상 측면에서도 우울형 조울증은 갱년기 멜랑콜리아와 달리 의욕의 장애가 심하고 초조감이 없다고 하였다. 그러나 8판 및 이후 문헌에서 조울증은 다양한 우울증과 조증 상태를 포함하는 포괄적인 개념으로 주기적 경과, 좋은 예후, 내인성을 특징으로 하였는데, 여기에는 갱년기 멜랑콜리아가 포함되었을 뿐만 아니라 일부 편집증(paranoia), 신경쇠약증(neurasthenia) 등도 포함되었다.^{7,32,67,68)}

그러나 멜랑콜리아와 조울증 간의 관계에 대한 논란은 해결되지 않았다. 1970년대 Rafaelsen⁶⁹⁾은 우울형 조울증의 증상이 단순한 “우울”보다는 멜랑콜리아에 가까우므로 manic-depressive가 아닌 manic-melancholic이라는 병명이 더 적절하다고 주장하였다. 두 상태 간의 유사성은 1800년대 후반 환자들에 대한 기록과 2000년대 환자들을 비교한 연구에서도 제기된 바 있다.³²⁾ Fink와 Taylor⁵⁸⁾가 과거 200년간의 문헌을 고찰한 결과 역시, 멜랑콜리아는 우울증뿐만 아니라 조증이 되기도 하는 상태로 이해되고 있어왔음을 보고하였다. 최근의 연구에서도 멜랑콜리아 환자에서 경조증이 나타나기도 하며 멜랑콜리아의 반수에서 추적관찰 중 비정형(atypical) 양상의 주요우울삽화가 나타나는 등,⁷⁰⁾ 멜랑콜리아는 과거의 우울형 조울증뿐만 아니라 오늘날 양극성 장애의 우울기(순환형 조울증의 우울기) 혹은 혼재기와도 가깝다고 보는 견해가 나타났다.^{71,72)} 그런데 전술하였듯이, 현대의 연구에서 사용된 멜랑콜리아의 개념은 고전적 멜랑콜리아와 다르다는 점을 유의해야 한다.

단극성 우울증(Unipolar depression 또는 monopolar depression)

1950년대 말~1960년대에 걸쳐 Leonhard,⁶⁰⁾ Angst,⁶¹⁾ Peris,⁶²⁾ Winokur 등⁶³⁾ 각자 독립적으로 일하던 연구자들은, 과거 조울증이라 통칭되던 조건들 중에서 (경)조증 에피소드가 없는 우울증(단극성 우울증)은 젊은 나이에 발병하며 조증과 우울증이 교대되는 질환(양극성 장애)과 다르다고 하였다. 주된 차이점은 가족력이다. 이들의 주장은 주요우울증을 배제하는 현대 양극성 장애의 개념 형성에 기여하였는데, 우울삽화가 없는 조증(단극성 조증)은 따로 분리시키지 않고 양극성 장애에 포함시키게 되었다. 그러나 우울증 없이 조증만 있는 상태를 양극성에 포함시켜야 하는지는 아직 논란이 있다.⁷³⁾

단극성 우울증이라는 용어는 도구적 진단체계에 사용되지 않았지만, 비양극성을 넓게 지칭하게 됨으로써⁷³⁾ DSM-III의 주요우울증이라는 진단명과 거의 같은 것으로 받아들여졌다. 그러나 주요우울증은 이런 단극성 우울증뿐만 아니라 조울증의 특성을 일부 지닌 우울증(가성단극성, pseudo-unipolar), 멜랑콜리아 및 심한 우울신경증 등을 모두 포함하였으므로, 이들 “단극성 우울증들”을 단일한 질환으로 볼 수 있는지, 또는 어떤 것을 진정한 단극성 우울증이라 보아야 할지에 대한 논란이 있어왔다. 예컨대 불안-강박의 성격 바탕이 있고 삼환계 항우울제에 반응하는 그룹과, 순환형 조울증의 우울기와 비슷하며 리튬에 반응하는 그룹이 다르다는 주장이 있었다.⁷⁴⁾ 오늘날은 이 문제가 단순화되어 단극성/양극성 우울증의 구분으로 축소된 느낌이지만,⁴⁴⁾ 근본적인 질문은 순환형 조울증의 우울기(오늘날의 양극성 장애 우울삽화), 우울형 조울증(오늘날의 주요우울증), Winokur 등의 단극성 우울증(오늘날의 주요우울증) 및 멜랑콜리아(오늘날의 주요우울증) 등 사이에 어떤 관계가 있는가이다.

단극성 vs. 양극성 우울증

“단극성”이라는 비공식 용어는 “양극성”이라는 개념과의 대조를 위해 여전히 사용된다. DSM-IV 정의 상, 단극성 우울증(unipolar depression, 이하 UD : 공식 용어로 주요우울증)과 양극성 우울증(bipolar depression, 이하 BD : 공식 용어로 양극성 장애의 우울삽화)의 구분은 우울삽화 자체의 정신병리적 특성이 아닌 질환 경과 중 (경)조증 양상이 존재했는가에 의존한다. 그런데 경조증의 진단기준은 상당히 자의적이기 때문에 많게 보면 주요우울증 환자의 절반까지에서도 기분고양을 찾아낼 수 있다.^{75,76)} 개념적으로도 문제가 있다. DSM-IV 양극성 장애와 주요우울증은 별개 차원의 독립적 질환이다. 그러나 양극성 장애 내에서 조증삽화 및 우울

삽화는 단일 질환과정의 부분들로 간주된다.^{68,77} 그런데 우울삽화 자체는 양극성 장애와 주요우울증 간에 차이가 없다고 본다. 다소 일관성 없는 설명이다(그림 3). 이런 이유에서 (경)조증의 존재에 따라 진단적인 구분을 하는 것의 타당성은 의심해볼 필요가 있다.

“양극성향”의 핵심적 요소를 (경)조증의 존재가 아닌 주기성이라고 본다면(Kraepelin부터 DSM-II 및 ICD-9-CM까지의 개념), 과거의 조울증처럼 반복성 UD는 BD와 같은 병으로 볼 수 있을 것이며,⁷⁸ 비주기성 UD는 BD와 구분되는 우울질환으로 고전적 멜랑콜리아나 Winokur 등의 UD를 포함할 것이다. BD가 UD보다 조기 발병한다는 사실에 착안하여 우울증 환자군(UD+양극성 II의 우울기)을 조기와 후기 발병군으로 나누었을 때, 조기 발병군에서 BD의 특징이 더 많았다.⁷⁹ 젊어서 발병하는 우울증은 주기성 있는 조울증이며, 주기성이 적은 멜랑콜리아는 나이 들어 발병한다는 과거의 개념을 떠올리게 한다. 주기성을 분류의 근거로 삼고 이것을 조증에 대해서도 적용한다면, 한 번 조증삽화가 있으면 양극성 장애로 분류되는 현 체제에도 변화가 필요할 것이다.

그러나 더 많은 연구는 여전히 경조증의 존재여부에 따라 UD와 BD를 구분하고 있다. 예컨대, Perris⁶²가 정의한 UD는 숨어있는 BD를 배제하기 위한 시도였지만 BD에 가까운 특징인 반복성을 요구하고 있다. 경조증 여부에 따라 구분하면, 조기 발병, 양극성 장애의 가족력, 항우울제 유발 조증, 산후우울증 등이 BD를 UD와 구분 짓는 병력 상의 특징이라 보고된다.⁸⁰ 삽화시 증상 자체의 차이는 뚜렷하지는 않다는 주장과,⁸¹⁻⁸³ BD는 과수면, 기면, 무감동증(apathy) 등의 행동적 증상이 많고 UD는 비판적 사고, 무가치감 등 인지적 증상이 많다,⁸⁴ BD는 자살기도, 정신운동성 지체, 과수면, 정신병적 증상이 많다,⁷⁷ BD는 증상이 심하고 비정형성(atypicality)과 정신증이 많다,⁸⁵ BD는 초조, 불안 및 신체화가 적다⁸⁶ 등 차이가 있다는 주장이 혼재한다. 이런 주장들에서

어떤 일관성을 찾기는 쉽지 않다.

단극성-양극성의 정체가 무엇이든 둘을 구분하는 것이 발견적(heuristic) 가치를 갖는 것은 분명하지만, 학자마다 개념이 조금씩 다르기도 하며 한쪽으로 뚜렷이 분류할 수 없는 증례들이 있는 등 실제 적용 상에는 어려움이 있다. 두 상태가 유전학적, 병태생리학적, 정신병리적으로 연속성을 갖는다는 몇 가지 발견들에 힘입어서, UD와 BD를 범주적으로 뚜렷이 구분되는 것이 아닌 스펙트럼으로 보아야 한다는 견해도 나타났다(연성 양극성 스펙트럼, soft bipolar spectrum).⁸⁷ 이 가설은 일부 우울증은 현상적으로는 경조증이 뚜렷하지 않더라도 양극성 장애의 일종(가성 단극성 우울증)으로 보아야 한다는 주장이므로, Angst, Perris, Winokur 등이 기술한 UD(진성 단극성 우울증)가 별도로 존재함을 배제하는 가설은 아니다. 단, 진성 단극성 우울증은 현재의 주요우울증보다는 더 좁은 범위가 되며, 이 질환과 가상 단극성을 포함하는 양극성 스펙트럼에 속하는 우울증 간의 차이가 중요한 이슈가 될 것이다.

양극성 우울증

Bipolar depression은 조증삽화를 겪은 환자의 우울증을 의미하였지만, 연성 양극성 스펙트럼 가설에 근거하면 뚜렷한 (경)조증삽화가 없이도 어떤 우울증(전 인구의 4~5%에 해당)은 BD에 속하는 것으로 간주된다. 이 환자들에서는 후일 조증삽화가 발생할 수도 있으며, 양극성의 가족력도 강하고, 양극성 장애 치료약제에 반응한다.⁴⁴

Mitchell 등⁴⁵은 조증 병력이 없는 주요우울삽화가 BD일 가능성을 높이는 요인으로 비정형성, 정신운동성 지체, 정신병적 우울증 또는 병적 죄책감, 기분변성 또는 조증 증상, 조기 발병, 잦은 삽화, 양극성의 가족력 등을 들었다(표 4). 그러나 Parker 등⁸⁸은 BD의 특징이 멜랑콜리아라 하였고, 이에 근거해서 멜랑콜리아를 정의하려는 역방향의 전략도 제시하였다. 즉, BD에서 더 흔하게 관찰되는 망상, 환각, 병적인 죄책감, 반응성 없는 기분, 흥미 상실, 사고 지체, 식욕 상실, 정신운동성 장애 등을 멜랑콜리아의 특성으로 보자는 것이다.

요약하면 BD는 비정형 또는 멜랑콜리아 양상을 갖는다고 주장되는데,^{85,88-90} 비정형 우울증은 임상양상이 멜랑콜리아(“정형” 우울증)와 반대가 되는 우울증이다. 즉, 멜랑콜리아와 역-멜랑콜리아가 모두 BD의 지표로 지목되고 있다. 종단적 연구는 멜랑콜리아의 약 반수에서 후일 비정형 우울증을 겪는다고 보고하기도 하므로,⁷⁰ 멜랑콜리아와 비정형 우울증은 BD 내에 있는 또 다른 극성일 수도 있다. 그러나 고전적 멜랑콜리아는 나이 들어 발병하는 질환이므로, BD가 멜랑콜리아성이라는 주장과 배치된다. 이런 문제는 멜랑콜리아의

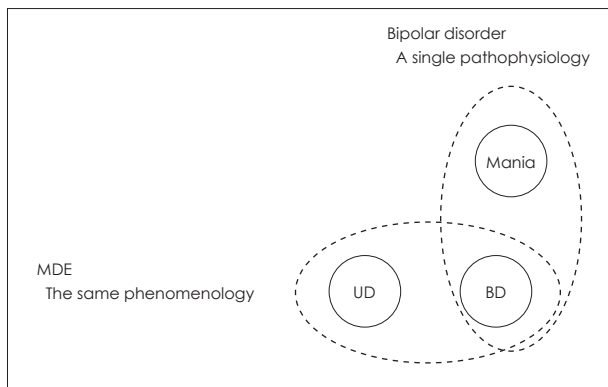


Fig. 3. Unipolar depression vs. bipolar depression. UD : Unipolar depression, BD : Bipolar depression, MDE : Major depressive episode.

정의가 달라져서 “심한” 우울증을 멜랑콜리아로 간주하게 된 때문일 수도 있고, 경조증 여부에 의해 UD와 BD를 분류하는 문제 때문일 수도 있을 것이다. 제I형 양극성 장애와 제II형 양극성 장애의 관계에 대한 이해가 부족하다는 것도 문제를 더 복잡하게 만든다.

제III형 양극성 장애 vs. 가성 단극성 우울증

연성 스펙트럼 가설에 의하면, 상당 수의 주요우울증은 양극성 양상을 갖지만 조증삽화를 겪지는 않는다. 그런데 이 스펙트럼에서 경조증을 보이지만 조증삽화를 겪지 않는 병은 DSM-IV에서 제II형 양극성 장애라는 질환으로 정의되어 있다. 양극성 스펙트럼의 한 끝이 가성 단극성 주요우울증이고 반대쪽 끝이 제I형 양극성 장애라면, 그 중간에 위치한 제II형 양극성 장애는 주요우울증에 가까운 질환인지 제I형 양극성 장애에 가까운 질환인지의 문제가 대두된다. Dunner 등⁹¹⁾이 처음 제시한 제II형 양극성 장애의 개념은 “우울증으로 입원치료가 필요했던 환자 중 입원이 필요 없었을 정도의 경조증을 겪은” 환자들에 적용되는 것이지 “조울증으로 치료받는데, 조증 증상이 덜 심한” 환자에 적용되는 것이 아니었다. 오늘날에도 제II형 양극성 장애 환자는 경조증이 아닌 우울증에 의해 경과가 결정된다고 본다. 이렇게 보면, 제II형 양극성 장애라는 질환은 조울증 특성을 일부 갖는 주요우울증, 즉 가성 단극성 우울증에 더 가까워 보인다.

Diagnostic and Statistical Manual-IV에서 경조증삽화는 조증삽화보다 장애(disturbance)가 크지 않은 상태라 정의되어 있지만, 진단기준이 되는 항목들은 조증과 큰 차이 없다. ICD-10의 경조증은 DSM-IV 경조증보다 더 심한 경우도 포함하지만, 조증과는 질적인 것이 아닌 양적인 차이이다. 양적인 차이는 정상-조증까지 큰 범위를 오갈 수 있는데, 경조증은 기능상 조증보다는 정상에 가까운 상태이다. 또한 DSM-IV는 행동양상이 “평소 상태로부터의 변화”인 경우에만 경조증으로 간주한다. 원래 성격이 그렇다면 경조증이라 할 수 없다. 대개의 경조증삽화는 시간적으로도 길지 않기 때문에 병력청취 상 얻기 어렵고 치료받을 기회도 없다. 주요우울증과 제II형 양극성 장애를 구분하는 유일한 변인은 이렇듯 취약하다.

제I형 양극성 장애(양극성 I)와 제II형 양극성 장애(양극성 II)의 우울증

제I형 양극성 장애와 제II형 양극성 장애가 같은 병의 스펙트럼인지에 대한 논란과는 별도로, 두 질환의 우울기에 증상적 차이가 있으므로 UD와 BD의 구분뿐만 아니라 BD 중 제II형 양극성 장애와 제II형 양극성 장애의 구분이 필요하다

는 주장이 있다.⁹²⁾ 제II형 양극성 장애의 우울증이 제I형 양극성 장애의 우울증보다 더 심한 경향이 있으며, 비정형 양상이 더 흔하고, 정신병적 양상은 적다.⁸⁵⁾ 제I형 양극성 장애의 우울증은 정신병 증상의 평생 병력 및 멜랑콜리아의 현증상을 가진 경우가 많고, 제II형 양극성 장애의 우울증은 비정형 증상의 평생 병력 및 급속순환형인 경우가 많다.⁹³⁾ 제I형 양극성 장애 및 제II형 양극성 장애의 우울증을 UD와 비교하였을 때, 비정형 양상(수면과다 및 과식) 및 비쾌감성 경조증 양상(주의산만, 사고 도약, 이자극성과 말 많음)은 UD와 비교되는 제II형 양극성 장애의 우울삽화의 특징이다. 정신운동성 지체는 제I형 양극성 장애의 우울증에서 더 많다.^{92,94,95)} 요약하면 제I형 양극성 장애와 제II형 양극성 장애의 우울기는 다른데, 정신운동성 지체를 동반한 멜랑콜리아는 제I형 양극성 장애의 우울기, 비정형 우울증 양상은 제II형 양극성 장애의 우울기와 더 관계된다. 그렇다면 제I형 양극성 장애와 제II형 양극성 장애는 조증기 심각도뿐만 아니라 우울기 증상에서도 다른 병이 된다. 물론 Parker와 Fletcher⁹⁶⁾는 제II형 양극성 장애에서도 멜랑콜리아 양상이 중요하다고 보는 등 논란의 여지가 많다. 그러나 이렇게 되면 주요우울삽화를 보이는 상태 중 심한 반응성 우울증을 제외하더라도, 진성 단극성 우울증(멜랑콜리아 포함), 가성단극성 및 제II형 양극성 장애 우울증(연성 스펙트럼), 제I형 양극성 장애의 우울삽화 간의 특징 차이를 규명할 과제가 생긴다.

초조성 우울증(Agitated depression)

초조성 우울증은 뚜렷한 기분증후군으로 체중 감소, 정신운동성 항진, 발화 압박, 사고 도약, 자살사고 등이 주된 임상 양상이다. 우울상태이지만, 비쾌감성 경조증 양상을 보이며 양극성 장애의 가족력이 있어서 양극성 혼합 상태의 일종으로 보아야 한다는 주장이 있다.⁹⁷⁾ 이런 양상은 전술한 제II형 양극성 장애 또는 연성 스펙트럼의 우울기 양상에 가깝다. 공식 진단체계에서 우울 삽화의 특정자(specifier)로 지정되어 있지는 않다.

Disruptive mood dysregulation disorder

소아청소년기의 초조성 기분(irritable mood) 및 감정폭발(temper outburst) 등을 특징으로 하는 질환이 DSM-5에서 disruptive mood dysregulation disorder(이하 DMDD)라는 진단명으로 새로 제시되었다. 이들은 제I형 양극성 장애의 뚜렷한 조증삽화를 갖지는 않지만 현재 임상적 추세로는 양극성 장애 범주로 진단될 수 있기 때문에, 과잉 진단과 과잉 치료를 막기 위해서 별도의 진단으로 만들어 우울장애에 소속시켰다.⁹⁸⁾ 그러나 초기 연구 결과는 양극성 스펙트럼이나

우울증보다는 반항성 장애나 품행장애, 주의력결핍 과잉행동장애의 특성이 DMDD 환자에서 DMDD가 아닌 경우보다 더 많이 나타났다고 보고된다.⁹⁹⁾ 즉, 기분장애와 관계 깊은 질환은 아닐 수도 있는 것이다.

비정형 우울증(Atypical depression)

우울증의 비정형 양상(atypical feature)이 도구적으로 정의된 것은 DSM-IV에 이르러서이다. 따라서 비교적 새로운 개념이라 볼 수 있다. 진단기준은 아래와 같다.

- A. 기분 반응성(mood reactivity)
- B. 다음 중 둘 이상
 - (1) 체중 또는 식욕 증가
 - (2) 과수면
 - (3) 납덩이 같은 무거운 느낌(leaden paralysis)
 - (4) MDE 기간에 국한되지 않는 대인관계상 거절과민성(interpersonal rejection sensitivity)

이 기준은 우울증에 대한 다양한 기술에서 차용한 것으로, 비정형 우울증이 무엇인지에 대한 합의는 아직 부족하다. 아래와 같은 다양한 입장이 존재한다.

멜랑콜리아를 정형(Typical) 우울증이라고 할 때, 멜랑콜리아와 반대되는 양상으로서의 비정형성 우울증

아무리 좋은 일이 있어도 기분이 밝아지지 않는(DSM-IV 기준 2) 멜랑콜리아와 달리 즐거운 자극이 있으면 일시적으로 기분이 완화되며, 불면-조기 기상 및 식욕부진(DSM-IV 기준 4, 6)이 나타나는 멜랑콜리아와 신체증상도 반대이다. 따라서 비정형 우울증은 멜랑콜리아와 뚜렷이 구분되는 특정 타입이다. 그러나 종적으로는 멜랑콜리아와 주요우울삽화를 겪은 환자의 약 반수에서 비정형 주요우울삽화를 겪는다는 보고도 있으므로,⁷⁰⁾ 멜랑콜리아와 비정형은 우울증 내에 존재하는 일종의 극성일 수도 있다.

조증삽화 때의 신체증상과 반대가 되는 우울증

체중-식욕 증가 및 과수면은 멜랑콜리아 반대 증상이기도 하지만 조증삽화와도 반대되는 증상이다. 납덩이 같은 무거움도 조증삽화의 체험과는 반대된다. 이 관점에서 비정형 우울증은 단극성보다는 양극성 우울증과 관계된다. 연성 양극성 스펙트럼 상, 비정형 우울증은 양극성 우울기로 취급되는 것이다.⁹⁰⁾

특정 성격특성과 관련된 우울증

비정형 우울증의 주된 양상의 하나인 거절 과민성(rejection sensitivity)은 우울삽화 기간의 증상이 아니라 환자의 평소 성격특성으로, 기분불안정 특성(trait mood lability) 또

는 순환성 기질 매트릭스(cyclothymic temperamental matrix)와 관계된다.⁹⁰⁾ 가볍지만 젊은 나이에 생겨 만성화되며, 여성에 많고, 기분불안정 성격 및 대인관계 상의 거절민감성이 특징적이라는 점에서 우울성 인격(depressive personality)과 통한다.^{100,101)} 이 관점에서 보면, 멜랑콜리아와 비정형이 한 환자에서 교대로 나타난다는 보고에 의문이 든다. 멜랑콜리아는 병전 성격에 특별한 문제가 없는 경우가 많기 때문이다.²⁹⁾ 이는 우울증 분류학의 혼란을 보여주는 사례이다. 한편, 비정형 우울증을 성격병리 하에서 유발요인에 의해 발생하는 우울로 본다면, 멜랑콜리아와는 달리 반응성 우울증으로 볼 수도 있다.

비정형은 잘못된 구성개념(Construct)이라는 견해

비정형 우울증이 멜랑콜리아와 공존하고, 양극성 장애 조증기의 반대이며, 인격장애의 일종으로도 볼 수 있는 등 다양한 개념에서 나왔으므로, 이것은 구성타당도가 불충분하다고 볼 수도 있다.¹⁰²⁾ 그러나 임상적 타당성에 대한 Kendell의 기준(표 5)¹⁰³⁾을 적용하면, 여섯 항목 중 두 항목(임상적 기술 및 차별적 치료반응)을 통과하므로 독립적 질환으로서의 자격이 있다고 보고된 바 있다.¹⁰⁴⁾ 이후의 연구들에서도 비정형 진단기준이 멜랑콜리아나 둘 다 아닌 우울증과 감별적 타당성(discriminant validity)이 있다고 보고한다.¹⁰⁵⁾ DSM-IV 비정형 양상을 띠는 주요우울삽화는 그렇지 않은 주요우울삽화에 비해 알코올 남용, 약물 의존, 사회불안장애, 특정 공포증의 병발률이 높았으며, 기분부전장애 병발도 더 흔했고, 반사회성을 제외한 모든 인격장애의 병발도 높았다. 삽화가 더 잦고, 심각도와 장애가 더 컸다. 인구학적으로는 여성이 더 많고, 발병연령이 어리고, 가족력 상에는 우울증, 제I형 양극성 장애, 자살기도, 정신과 치료력 등이 높았다.¹⁰⁶⁾

반응성 우울증(Reactive depression) 또는 우울신경증(depressive neurosis)

반응성 vs. 내인성

반응성 우울증은 우울신경증(또는 신경증성 우울증, neurotic depression)에 포함되는 개념이다.³¹⁾ 정신분석에서 신경증

Table 5. Kendell's criteria for validating clinical syndromes¹⁰³⁾

1. Identification and description
2. Demonstration of boundaries or 'point of rarity' between related syndromes
3. Establish a distinct course or outcome
4. Establish a distinct treatment response
5. Establish the syndrome 'breeds true'
6. Association with more fundamental abnormality

의 핵심은 불안인데, 불안은 내적-외적 갈등 때문에 발생한다. 불안은 직접 견디기에는 힘든 정서이므로 드러나지 않도록 위장하게 되는데, 불안을 위장하기 위해 개인이 취하는 반응이 신경증이며, 신경증적 반응의 하나로 우울증이 나타날 수 있다.²⁰⁾ 그런데 병적 불안 또는 그런 불안에 대해 신경증적 반응을 보인다는 사실은, 그의 마음에 기본적인 취약성이 있음을 시사한다. 이것은 환자의 타고난 기질(temperament)이거나, 어린 시절의 부모 상실과 같은 외상체험¹⁰⁷⁾일 수도 있다. Freud¹⁰⁸⁾는 외상으로 인해 특정 발달단계에 정신적 고착이 일어나는 기본 병리를 주장하였다. 이 기본병리는 생물학적인 기전을 갖는 것은 아니지만, 장기 지속하는 개인의 성격 특성이므로 내인성 요소에 가깝다(물론 정신분석으로 치료할 수는 있다). 이 지속적 요소는 우울증의 원인은 아니더라도 우울반응을 일으키는 자극의 역치를 낮추는 조건이다. 이렇게 보면, 우울신경증도 정동정신병과 마찬가지로 내인성의 요소가 있다. 우울신경증으로 분류된 환자에서도 최근 생활 상의 문제가 우울증을 일으키는 “원인”인 것으로 보기는 어렵다는 보고가 있다.¹⁰⁹⁾ 이런 내인성 요소는 환경적 변화에 관계 없이 질병을 만성화시킨다. DSM-I 및 II의 용어집에도 이런 관점이 적시되어 있으며,^{20,31)} DSM-III 이후의 기분부전증의 정의에도 이런 개념이 반영되어 있다. 즉 만성적 우울상태인 기분부전증의 발병에는 내인적 요소가 많아서, 환경의 역할은 적응장애에서처럼 절대적인 것은 아니다. 기분부전증의 적어도 일부는 우울증상을 주로 하는 인격장애라고 봐야 할 수도 있다(보론 DSM-III 부분 참조). 이렇게 보면 어떤 우울증이 반응성이고 어떤 우울증은 내인성인지 구분하는 것은 어렵고, 많은 우울증에는 유전적-내인적 요소와 반응성 요소가 섞여있다고 생각된다.⁵³⁾

증상의 측면에서, 우울신경증 또는 반응성 우울증은 (1) 지속적이며, (2) 중등도의 심각도이고, (3) 정신병적 증상은 없다. 증상이 심하지 않다고는 하지만 우울신경증의 일부는 멜랑콜리아와 증상적으로 감별하기 어려우며, 일부 우울신경증은 조증으로 전환되기도 한다.^{110,111)} DSM-II에는 반응성이면서 정동정신병에 속하는 상태가 psychotic depressive reaction이라는 병명으로 등재되어 있다. 즉, 증상학의 측면에서 내인성과 반응성이 구분되지 않을 수도 있는 것이다.

우울신경증과 적응장애

우울신경증의 경과와 결과는 다양하다. 한 보고에서는 우울신경증(ICD-9 300.4)이지만 RDC의 주요우울증 기준을 만족하는 경우는 예후가 좋지 않아 20%만이 7년 경과 후 만족스러운 관해를 보인다고 한 반면,¹¹¹⁾ 같은 저자가 ICD-9 기준에 따른 단기 혹은 지속적 우울반응 환자(오늘날의 개념으로

우울증보다 적응장애에 가까운 환자)를 5년 추적하였을 때에는 17%만이 만성화되거나 심한 일차성 우울증상을 가지고 있었다.¹¹²⁾ 우울신경증 내에서 보이는 이런 이질성은, 우울신경증 중에도 기질(temperament)적 기반이 있는 환자와 기질적 취약성 없이 환경에 대한 반응으로서 우울반응이 나타나는 경우(우울기분의 적응장애)가 있음을 시사한다. 그러나 전자의 경우 기질이라는 내인성에 가까운 요소가 시사되더라도 내인성 우울증(멜랑콜리아)과도 달라서, 항불안제에 잘 반응하며¹¹³⁾ 삼환계 항우울제에는 저용량에서도 반응한다.¹¹⁴⁾

우울증 병인으로서의 내인성과 반응성

반응성 우울증의 인지 모델은 환경 자극의 결과인 “학습된 고립무원감(learned helplessness)”을 우울증의 원인으로 제시하며,¹⁹⁾ 이 가설에 근거하여 정신치료(인지 교정)로써 우울증을 치료할 수 있다고 본다. 그런데 내인성 우울증인 멜랑콜리아는 정신치료를 잘 반응하지 않는다.⁴⁹⁾ 반응성 우울증에 대한 이해와 내인성 우울증에 대한 이해는 첫 단계부터 크게 다를 수 있음을 시사한다.

질병에 대한 이해는 궁극적으로는 병의 원인에 대한 것인데, 뚜렷한 유발인자가 없는 내인성 질환은 병인론에 입각한 모델을 만들기 어렵다. 따라서 우울증 전임상 연구는, 흔히 환경 자극에 대한 반응으로 우울 행동이 발생하는 모델을 채택한다. 즉, 전임상 모델은 내인성 우울증보다는 반응성 우울증과 관계가 깊다. 이런 가설 하에 강제 수영,¹¹⁵⁾ 학습된 고립무원감¹¹⁶⁾ 등의 스트레스 패러다임이 우울증의 동물모델로 개발되었다. 이런 모델에서 우울증의 병태생리에 대한 연구 및 항우울제의 선별 실험이 진행된다. 그런데 이런 모델을 통해 이해하게 된 우울증이 임상적인 우울증을 이해하는 데 어느 정도의 타당도가 있는지는 의문이다. 단기 약물치료 후 우울증의 관해가 일어나더라도 재발 예방을 위한 장기 유지요법이 필요하다는 주장(Kupfer의 도식¹¹⁷⁾처럼)에서 보듯이, 정신약물학의 주류는 주요우울증을 스트레스 반응이 아닌 자연경과 상 재발하는 내인성 질환으로 보기 때문이다. 이런 모델을 통해 선별되는 항우울제가 내인성 우울증을 치료하는데 효과적이므로 이 모델들이 예측타당도(predictive validity)를 갖는다고 할 수 있겠지만, 병태생리를 연구하는 데 필수적인 구성타당도(construct validity)를 충분히 갖지는 않는다고 볼 수 있다.

우울성 인격

정신신경증 vs. 성격신경증

신경증(neurosis)에는 정신신경증(psychoneurosis 또는

symptom neurosis)과 성격신경증(character neurosis 또는 personality disorder)이 있다. DSM-I 및 DSM-II의 신경증이라는 용어는 정신신경증을 의미한다. DSM-I은 psychoneurotic disorder라는 용어를 사용하며, DSM-II에 정의된 우울신경증은 “내적인 갈등 또는 애정대상이나 소중한 소유물의 상실 등 뚜렷한 사건 때문에 생긴 우울반응”이라 정의되어 있어서³¹⁾ 고정된 성격이라기보다는 자극에 대한 반응으로서 신경증을 정의한다. 우울증과 관계된 성격신경증(301.x)은 신경증(300.x)으로 분류되지 않는다.

기분부전장애

Diagnostic and Statistical Manual-III에서 새로 정의된 기분부전장애(dysthymic disorder, 300.4)는, 과거의 우울신경증(depressive neurosis, 300.4)으로부터 만성적이고 가벼운 우울증이라는 정의와 질병코드를 물려받았다. 우울신경증은 분류상 신경증(정신신경증)이며, 기분부전장애는 정동장애에 속하는 1축 질환이다.¹⁴⁾ 그런데 명시적이지는 않지만, 만성적이면서 증상이 가볍다는 임상양상 때문에 기분부전장애에 포함되는 또 한 가지 상태는 순환성(정동성) 인격(cyclothymic(affective) personality, 301.1)의 일부, 경조증을 겪지 않는 타입이다.^{118,119)} 경조증을 겪는 타입은 DSM-III에서 기분순환장애(cyclothymic disorder, 301.13)가 되는데, 이것 역시 정동장애에 속하는 1축 질환이다. 그런데 DSM-II의 순환성 인격은 인격장애의 일종으로, 환경 요소와 큰 관계 없이 지속되는 개인의 특성에 가깝다. 성격신경증이 DSM-III에서 2축 인격장애가 아닌 1축 정동장애에 속하게 된 것이다. 따라서 DSM의 기분장애(우울장애)는 정동정신병, 정신신경증, 성격신경증을 모두 포함하게 되었다.

우울성 인격(Depressive personality)의 역사

고전적 용어로서 dysthymia는 멜랑콜리아의 일종으로 간주되기도 하였으나, 19세기 독일 정신의학에서는 만성 경과를 밟지만 증상 자체는 심각하지 않은 우울상태를 지칭하게 되었다. Kraepelin은 “우울 상태의 기질적(constitutional, temperamental) 기저로 평생 지속되는 우울적 성향”에 대해 기술하였다. 조울증 환자의 우울성 기질은 사춘기에 시작되며, 발병 초기 양상으로 보이기도 하고, 어떤 재발성 환자에서는 멜랑콜리아와 기질 자체와의 구분이 뚜렷하지 않다고 하였다. 그는 조울증 환자들의 친척에서 관찰되는 가볍고 지속적인 기분장애에 대해서도 조울증의 기질적 기저라 기술하였다. 그러나 Kurt Schneider는 가볍지만 만성적인 우울증을 정신병질(psychopathy), 즉 성격 발달이상의 하나로 보되 조울증과 관계된 현상은 아니라 하였다.^{120,121)} Kretschmer¹²²⁾가 기

술한 연성 멜랑콜리아성(soft melancholics) 체질은 “유머 없는 건조함, 세계 및 인류에 대한 건강염려증적이고 적대적인 태도, 날카로움, 신경질적, 갑작스럽고 침착하지 못한 변덕스러움... 음산한 비관론... 수줍어하고 짜증냄”을 특징으로 한다(Huprich¹²³⁾에서 재인용). 이렇듯 많은 사람들이, 오늘날 기분부전장애에 해당할 상태를 임상질환보다는 질환의 기저 또는 성격 특성에 가깝다고 보았다. 기분순환장애 역시, 환자의 생활기능에 문제를 일으키더라도 질병으로 인식되기보다는 개인의 특성 내지 성격으로 간주되는 수가 많다.¹²⁴⁾

우울성 인격의 기원은 역동정신의학에서도 찾아볼 수 있다. 프로이트는 애도와 멜랑콜리아(1917)에서, 멜랑콜리아는 대상 상실에 대한 반응이라는 면에서 일반적인 애도 반응과 기원이 같지만, 멜랑콜리아의 경우 상실된 대상에 대한 분노가 방어기제를 통해 자신에 대한 분노로 치환되고 이 분노에 대해 병적 방어기제를 동원함으로써 만성적이고 병적인 상태에 이른다고 하였다.¹⁰⁸⁾ 그런데 개인이 즐겨 사용하는 방어기제의 유형은 성격과 관계된다. 이러한 성격 특성은 어린 시절의 외상 체험에 의한 발달단계 고착 때문에 생기는데, 구강성 혹은 의존성 성격이 조울증(DSM-II 개념)을 잘 일으킨다고 주장된다.¹²⁵⁾ 즉, 외부 자극에 대해 우울증으로 반응하는 성향이 강한 성격이 있다는 주장이다. 왜곡된 체험 때문에 우울과 관계된 인지적 성향이 지속된다는 것은 인지이론에서도 주장되는데, Beck은 우울을 일으키는 스키마(depressogenic schemata)에 대해 논하고 있다.¹²⁶⁾ 이런 논의는 기본적으로는 우울신경증에 대한 논의이지만, 우울신경증의 배경에 우울과 관계 깊은 성격 특성이 있음도 보여주는 것이다. 또한 DSM-IV의 연구용 진단기준인 우울성 인격장애는 이러한 인지적 특성을 강조하고 있다.

현대적 맥락에서 우울성 인격

우울신경증 환자들을 장기 추적하면 일부에서 성격적(characterological) 요소가 발견된다는 것은 현대에도 꾸준히 주장되고 있다. 이 성격은 Akiskal 등¹¹⁰⁾의 기술에 의하면, 병적으로 의존적임, 끊임 없이 대상을 요구함, 타인을 조작(manipulation)함, 수동공격성, 충동성, 불안정, 미성숙, 좌절을 잘 못 참음, 자살 제스처, 알코올 및 약물남용 등의 특성을 가져 B군 인격장애에 합당한 측면이 있으며, 그는 이 성격을 “우울형의 성격신경증”이라 하였다. 이런 성격적 우울 환자를 항우울제 및 ECT 치료에 반응하는 군과 반응하지 않는 군으로 나누어, 전자는 역시하 기분부전(subaffective dysthymic)이라 하였고 후자는 성격 스펙트럼 우울(character spectrum depressive)이라 하였다. 전자는 관해되기도 하므로 인격장애보다는 임상질환으로 간주하였고, 후자는 변동이 없

는 인격장애로 본 것이다. 후자의 우울상태는 매우 어린 나이(9세)에 시작되는 특징이 있으므로, 어린 나이에 발생한 기분부전증은 우울성 인격장애로 보아야 한다고 주장되기도 하였다.¹²⁷⁾ Winokur¹²⁸⁾도 신경증성-반응성 우울증 환자의 일부가 이런 성격 스펙트럼 우울에 해당한다고 하였다.

DSM-III 이후 기분부전증과 우울성 인격

Diagnostic and Statistical Manual-III의 기분부전증은 우울신경증과 정동성 인격 둘 다 포함하게 되었지만, 우울신경증은 환경에 대한 반응으로 나타나는 질환인 반면 정동성 인격은 반응성이 아닌 개인의 내적 특성이다. 이런 혼란을 반영하여 DSM-III-R은 기분부전증 진단기준을 수정하였고, 발병연령 및 일차성-이차성에 따른 구분을 도입하였다. 어려서 발병한 일차성 기분부전증은 인격장애 또는 Akiskal의 성격 스펙트럼 우울에 가깝고, 나이 들어 발병한 이차성 기분부전증은 우울신경증에 가까울 것이다. 그러나 젊어서 발생하는 일차성의 기분부전증을 인격장애로 보아야 할지에 대한 논란은 해결되지 않았다.¹¹⁸⁾ 기분부전증이 무엇인냐가 아니라 어떤 상태를 기분부전증이라고 정의할 것인가가 문제일 수도 있다.³⁾

Diagnostic and Statistical Manual-IV는 우울성 인격장애(depressive personality disorder, 이하 DPD)를 연구용 진단 기준으로 도입하였다. 질병 개념은 우울한 기분보다는 우울성 인지 및 행동에 중점을 두고 있어서, 진단기준 항목 일곱

가지 중 우울한 기분에 대한 항목 1번을 제외한 나머지 여섯 항목은 인지-행동적 증상으로, 걱정과 자기 및 주위에 대한 부정적인 태도가 주된 내용을 구성한다. 한편 같은 체계에서 기분부전장애 진단기준 여섯 개 항목 중 부정적 인지에 대한 항목은 둘이며, 나머지는 에너지부족 또는 식물기능 증상에 가깝다(표 6). 이런 면에서 두 상태에는 개념적 차이가 있다. 실제 연구결과에서 DSM-IV DPD는 기분부전장애 및 MDD와는 구분되는 구성개념으로 보고되기도 한다.¹²⁹⁾ 다만, DPD에 해당하는 인지적 특성을 가진 사람은 몇 개의 식물기능-에너지 관련 증상만 보이면 기분부전장애로도 진단이 가능할 것이며, 상당 수의 기분부전장애 환자들에서 인지적 특성을 자세히 살펴보면 추가적으로 DPD의 진단을 내릴 수 있을 것이다. 이런 경우 이중 우울증을 넘어 삼중 우울증(DPD+dysthymic disorder+MDD)도 가능하다.

만성성(chronicity)을 스펙트럼으로 본다면 두 질환의 감별이 큰 의의를 갖지 않을 수도 있지만, 다축체계 상 두 질환은 다른 축에 속하기 때문에 스펙트럼 개념을 적용하기가 애매하다. 1축-2축 구분이 유용하지 못한 상황을 보여주는데, 비슷한 문제는 조현병과 분열형 인격장애 사이에서도 보인다.¹³⁰⁾

요약하자면, 가볍지만 지속적인 우울상태를 인격장애로 보느냐, 임상질환으로 보느냐의 문제에 대해서도 아직 합의가 이루어진 것은 아니라고 볼 수 있다. 단, 최근 발표된 DSM-5에서 우울성 인격장애라는 진단은 제외되었다.

Table 6. DSM-IV-TR criteria for depressive personality and dysthymic disorder

Depressive personality disorder (Appendix B, research criteria)

- A. A pervasive pattern of depressive cognitions and behaviors beginning by early adulthood and present in a variety of contexts, as indicated by five (or more) of the following :
- (1) Usual mood is dominated by dejection, gloominess, cheerlessness, joylessness, unhappiness
 - (2) Self-concept centers around belief of inadequacy, worthlessness, and low self-esteem
 - (3) Is critical, blaming, and derogatory towards self
 - (4) Is brooding and given to worry
 - (5) Is negativistic, critical, and judgmental towards others
 - (6) Is pessimistic
 - (7) Is prone to feeling guilty or remorseful
- B. Does not occur exclusively during major depressive episodes and is not better accounted for by dysthymic disorder

Dysthymic disorder

- A. Depressed mood for most of the day ... for at least 2 years
- B. Presence, while depressed, of two (or more) of the following :
- (1) Poor appetite or overeating
 - (2) Insomnia or hypersomnia
 - (3) Low energy or fatigue
 - (4) Low self-esteem
 - (5) Poor concentration or difficulty making decisions
 - (6) Feelings of hopelessness

DSM : Diagnostic and Statistical Manual

토 론

이상에서 우울증 개념의 역사를 살펴보았다. 멜랑콜리아에서 시작된 우울상태에 대한 기술이 DSM-IV 및 최근의 DSM-5 체계로 오면서 많은 개념적 변화를 겪었지만, 아직까지 해결되지 않은 문제들도 많다. 현대의 새로운 견해가 연구자들의 개인적 관찰과 직관에 의한 100년 전의 분류체계에 귀결되기도 한다.

기본적 문제 중 하나는 다양한 우울 증후군들이 병태생리적으로 같은 질환의 다양한 표현형인가, 아니면 서로 다른 질환인가 하는 점이다. 스펙트럼 개념은 양극성 장애와 단극성 우울증까지도 한 스펙트럼 안으로 포함하려 시도하고 있지만, 같은 양극성 장애 내에서 양극성 I과 양극성 II와의 관계조차도 논란이 있다. 이런 문제들은 각 상태에 대한 유전학적 및 신경생물학적 특성이 제대로 파악되지 않았기 때문이기도 하지만, 역으로 표현형에 따른 구분이 명확치 않은 것이 신경생물학적 연구를 어렵게 하는 요소이기도 하다. 앞서의 논의를 정리하여 향후 우울증의 질병분류학적 이해를 위해 추구되어야 할 과제를 몇 가지 정리해 본다.

- 1) 우울증을 특징지을 수 있는 정신병리는 무엇인가?
- 2) 다양한 우울장애들 또는 기분장애들은 기본적으로 스펙트럼 상에서 연속성을 가진 질환으로 이해할 수 있는가? 아니면 연속성은 제한적인가?
- 3) 기분장애들을 구분할 수 있는 축으로는 어떤 것이 적당한가? 특히 경조증 여부에 의한 질환 분류가 타당한가?
- 4) 주요우울증을 구성하는 “질병”들은 어떤 것들이 있는가?
- 5) 내인성(멜랑콜리아)과 반응성 우울증은 구분 가능한가?
- 6) 조울증과 양극성 장애 중 어느 것이 더 좋은 구성개념인가?
- 7) 우울성(정동성) 성격과 임상적 우울증 간의 관계는?
- 8) 정상 우울감과 병적 우울증 사이의 경계를 구분할 수 있는가?

그리고 무엇보다 이런 문제들이 치료현장에서 어떤 함의를 갖는지가 우리가 고민해야 할 문제들이다.

보론 ; DSM 및 ICD 체계에서 우울증 분류의 역사

인용되는 구절은 원본 문서를 직역한 것이 아니라 독자가 더 쉽게 이해하도록 저자가 요약한 것일 수 있다. 본문 중의 공식 진단명은 이탤릭으로 표시하였다.

DSM-I(1952)

미국 정신의학계에서 표준화된 질병분류를 도입하려는 시도는 의학의 다른 분야보다 빨라, “Statistical Manual for the Use of Hospitals for Mental Diseases”가 1917년 발행되었다. 미국 의학계 전반으로는 1933년 “Standard Classified Nomenclature of Disease”가 첫 출판되었는데 1935년 제2판에 정신과 질환이 포함되었다. 이 편람에는 주로 정신병원에 입원한 만성 환자들에게서 진단 가능한 질환들이 등재되어 있었다. 그런데 2차 대전시 병력 동원과 관계되어 일반인에서 대규모로 정신질환을 평가하게 되면서 이 체계의 문제점이 드러났다. 이 체계로 진단될 수 없는 병적 인원이 90%나 되었던 것이다. 종전 후 군진 정신의학계의 몇 그룹들이 각자의 새로운 분류체계를 발표하기 시작하였다. 다양한 체계가 병행하면서 혼란이 오기도 했지만 이들의 영향은 점점 커져, 1948년의 “International Statistical Classification”은 미 육군 분류체계를 반영하였다. 그러나 군진 의학계에도 한계가 있었으며 이 무렵 정신질환을 처음 등재한 ICD-6(1948)도 미국의 환경에 맞지 않아 미국정신의학회(American Psychiatric Association) 공인 체계를 만들게 되었는데, 그 결과가 “Standard Nomenclature of Disease and Operations” 제4판(1952)에 적용되었고, 정신의학의 독립적 분류체계인 “DSM”의 첫 판으로도 출판되었다.²⁰⁾ DSM-I에서 정신질환을 총칭하는 용어로 사용된 “Disease of the Psychobiological Unit”이라는 명칭은 Standard Nomenclature 제4판의 정신질환 섹션 제목에서 따온 것이며, 정신생물학적(psychobiological)이라는 용어 자체는 Adolf Meyer에서 기원한다. 대부분의 질환을 반응(reaction)이라 명명한 것 역시 당시 미국 정신의학계의 주류였던 Meyer 및 정신분석의 영향을 반영한다.^{131,132)}

임상진단 카테고리는 크게 뇌조직 기능의 장애가 원인이 되거나 그와 관련된 질환(disorders caused by or associated with impairment of brain tissue function), 정신박약(mental deficiency) 및 분명히 정의되는 신체적 원인이나 뇌의 구조적 변화가 없는 심인성 질환(disorders of psychogenic origin or without clearly defined physical cause of structural change in the brain)으로 나뉜다. 정신지체를 별도로 두고 기질성(organic)과 심인성(psychogenic)으로 나누는 것이다. 심인성질환은 표와 같은 하부 카테고리를 갖는다. 우울증 또는 우울증상이 주된 양상이 되는 질환들은 이 중 여러 곳에 나누어져 있다(표 7).

한편, 진단명에 관계없이 질환의 부가적 특징을 기술할 때 사용될 수 있는 특정구(qualifying phrase)가 있는데, psychotic reaction(x1), neurotic reaction(x2), behavioral reac-

tion(x3)의 세 가지이다. 이는 DSM-I이 기질성-심인성의 기본 분류와는 독립적으로, 정신장애를 정신병(psychosis), 신경증(neurosis, psychoneurosis), 성격장애(personality disorder, character neurosis)로 삼분하고 있음을 보여준다.

Psychotic disorders

다양한 정도의 인격 붕괴 및 현실검증력 장애가 특징적이며, 업무나 대인관계 능력이 손상되지만, 환청이나 망상이 필수적은 아니라고 기술되어 있다. 현재보다 범위가 넓어서 증상이 심하면 정신병적(psychotic)이라 간주된다. 여기에는 속하는 우울증에는 다음과 같은 질환이 있다.

Involuntal psychotic reaction(000-796)

이 질환은 심인성의 대분류 아래에 있지만, 대사, 성장, 영양 또는 내분비기능의 장애와 관계된 질환으로 간주된다. 즉, 신체인성이지만 뇌조직 기능 장애에 의한(기질성) 질환으로 분류되지는 않는다. 주로 강박적 성격의 사람에서 갱년기에 첫 발병한다. 우울증상이 두드러진 경우와 편집사고가 두드러진 경우가 있다. 경과는 길고, 걱정, 심한 불면, 죄책감, 불안, 초조, 망상, 신체 걱정(망상) 등이 흔하다고 기술되어 있다.

Affective reactions(000-x10)

일차적이며 심한 기분의 장애로 그 기분에 합당한 사고 및

행동 장애가 동반된다. *Manic depressive reaction*(이하 *MDR*)은 심한 기분 기복과 관해-재발하는 경향이 있으며, 착각, 망상, 환각 등이 동반되기도 한다. 하위 분류인 x11~x13은 MDR의 각 타입들이다. x14 *Psychotic depressive reaction*은 환경적 유발요인이 있는 질환이다. MDR이 내인성(endogenous)이라고 명시되지는 않았지만, 환경적 유발요인에 의한 질환을 별도로 구분함으로써 MDR이 내인성임을 함축하고 있다.

MDR, manic type(000-x11) : 기분 고양, 이차극성, 말 많음, 사고비약, 운동활성 증가 등이 특징이며, 일시적 우울 에 피소드가 있어도 이 진단은 유지된다.

MDR, depressed type(000-x12) : 뚜렷한 우울기분, 정신운동성 지체 및 억제 특이적이며, 불편감과 걱정, 당혹감(perplexity), 혼미 및 초조 등이 두드러질 수도 있다.

MDR, others(000-x13) : 혼합형(mixed type), 순환형(circular type) 및 다른 특이적 변이형(manic stupor, unproductive mania)이 여기 포함된다.

Manic type은 분명한 우울기를 겪어보지 않은 경우이며, depressed type은 조증기를 겪지 않은 경우이다. 두 삽화를 다 겪은 경우인 circular type은 *MDR, others*에 속한다.

Psychotic depressive reaction(000-x14) : 현실에 대한 총체적 오해가 있는 심한 우울상태로, 환각, 망상도 가능하지만

Table 7. Depressive disorders in DSM-I

Disorders of psychogenic origin or without clearly defined physical cause or structural change in the brain	
Psychotic disorders	
-7	Disorder due to or associated with disturbance of metabolism, growth or nutrition or endocrine function 000-796 Involuntal psychotic reaction
-x	Disorders of psychogenic origin or without clearly defined tangible cause or structural change 000-x10 Affective reactions 000-x11 Manic depressive reaction, manic type 000-x12 Manic depressive reaction, depressive type 000-x13 Manic depressive reaction, others 000-x14 Psychotic depressive reaction
Psychoneurotic disorders	
-x	Disorders of psychogenic origin or without clearly defined tangible cause or structural change 000-x00 Psychoneurotic reactions 000-x06 Depressive reaction
Personality disorders	
-x	Disorders of psychogenic origin or without clearly defined tangible cause or structural change 000-x40 Personality pattern disturbance 000-x43 Cyclothymic personality
Transient situational personality disorders	
000-x80	Transient situational personality disturbance
000-x82 (-6)	Adjustment reaction

MDR, *depressed type*과 다른 점은 (1) 반복적 우울증이나 심한 순환성(cyclothymic) 기분변화의 과거력이 없고, (2) 환경적 유발요인이 흔히 있다는 점이다. *Depressive reaction(000-x06)*이 심해서 정신병적 수준의 기능 손상이 있는 경우 여기 속한다.

Psychoneurotic disorders

신경증이 정신병과 구분되는 점은 현실의 총체적 왜곡(망상, 환각, 착각) 및 인격의 총체적 와해가 없다는 점이다. 주된 특징이 불안이며, 이것은 직접 표현되거나 다양한 심리적 방어기제를 일으킨다. 방어기제의 종류에 따라 나타나는 반응(질환)이 다르다. 인생 초기부터 다양한 정도의 주기적 혹은 지속적 부적응이 있었던 경우가 흔하다. 불안은 성격의 의식적 부분이 느끼는 위험신호로 성격 내부에서 만들어지며, 외부 자극의 영향은 있을 수도 없을 수도 있다. 이런 설명은 정신분석의 영향을 많이 받은 것인데, 건강한 개체에서 외부 자극이 원인이 되어 신경증이 발생한다기보다는 발달단계 초기부터의 성격적-내적 문제가 일차적이라는 기술에 주목할 필요가 있다.

Depressive reaction(000-x06)

우울과 자기비하라는 방어를 통해서 불안을 감소시킨다. 이 반응은 상실에 의해 유발되며 흔히 자신이 과거에 한 것에 대한 죄책감을 동반한다. 반응의 심각도는 상실에 대한 환자의 양가감정의 크기 및 상실의 현실적 상황 등과 관계된다. 이 질환은 반응성 우울증(reactive depression)과 같은 것이며, 정신병적 우울상태와 감별해야 한다. 감별점으로는 (1) 병력 상의 기분기복(정신병) 대 인격구조(신경증 또는 인격장애) 및 유발인자의 존재, (2) 정신병적 악성증상이 없다는 것이다.

Personality disorders

발달기 결함 또는 인격 구조 상의 병적 경향이 특징이며, 주관적 불안이나 괴로움은 적다. 지적 혹은 정서적 증상보다는 평생 지속되는 행동 패턴으로 나타난다. *Personality pattern disturbance* 및 *Personality trait disturbance*로 구분하는데 전자는 근원이 깊은 장애로 변화나 퇴행의 여지가 적으며, 후자는 스트레스를 받으면 더 퇴행할 수도 있는 조건이다. 우울증과 관련되어 아래와 같은 질환을 들 수 있다.

Cyclothymic personality(000-x43)

*Personality pattern disturbance*의 하나로 고양과 슬픔 사이에서 자주 변하는 기분이 특징적이다. 외적 사건보다는 내

적인 요인에 의해 자극되는 것으로 보인다. 지속적으로 들뜨거나 우울하기도 하지만, 현실 왜곡은 없다. 경조증, 우울, 교대형을 특징하는 것이 권장되지만, 이에 따라 진단적 구분을 하지는 않는다. 내인성, 지속성, 비정신병적 특징을 가지며, *Depressive reaction(000-x06)*이 성격구조와 환경의 합작품이라면, *Cyclothymic personality*는 환경요소의 개입이 별로 없이 성격구조의 일차적 문제로 본다.

Transient situational personality disorders

이 질환은 인격 문제가 배후에 없이 외부 자극에 의해 유발되는 대개 일시적인 급성 반응이다. 증상은 압도적 상황에서 대처하는 수단이 된다. 상황이 종료되어도 증상이 지속되면 다른 질환으로 분류되어야 한다. 우울증은 정신병, 신경증 및 인격장애의 3대 카테고리 모두에 있지만, 이들과 별도로 이 카테고리 안에 있는 *Adjustment reaction(000-x82-x86)*도 우울증상을 가질 수 있다.

각 우울증의 특징은 표 8에 비교하였다.

DSM-II(1968)³¹⁾

Diagnostic and Statistical Manual-II는 전판의 개정되면서 세계보건기구의 ICD-8(1966)과 협조 하에 제작되었다. 질병코드는 ICD-8과 공유하지만 다소 차이도 있다. 기질성-비기질성 및 신경증-정신병 구분은 유지되었다. 정신분석의 쇠퇴가 반영되어 이전 버전의 reaction이라는 용어는 disorder로 바뀌었다. 소아정신과 질환이 새로 추가되었으며, “special symptoms”라는 카테고리에는 다른 데에 분류하기 애매한 이질적 질환들이 포함되어 있다. DSM-I과 비교하여 우울증 질환들의 카테고리 이동 및 명칭 변화는 있지만 개별 질환의 개념은 큰 변화가 없다(표 9).

III. Psychoses not attributed to physical conditions listed previously(295-298)

(“Previous”란 기질성 정신병을 의미함.) 정신병에 대한 정의는 DSM-I과 크게 다르지 않지만, 용어에 혼란이 있어서 일부 질환은 당시 의미로 정신병이 아님에도 불구하고 역사적 이유로 정신병으로 분류된다고 밝히고 있다. 따라서 심한 우울증은 환청이나 망상이 없어도 여전히 affective psychosis로 분류된다. 단, 환청, 망상이 있는 협의의 정신병적 여부는 질환 코드에 5단위 숫자로 표시한다.

Major affective disorder(affective psychoses, 296)

기분의 일차적 장애가 특징이며, 이것이 정신생활을 지배하고 환경과의 접촉 상실의 원인이 된다. 유발요인이 없다는

점에서 다른 질환(298.0 및 300.4)과 구분된다.

Involuntal melancholia(296.0)

Diagnostic and Statistical Manual-I의 *Involuntal psychosis*에 대한 기술은 이미 멜랑콜리아를 잘 반영하고 있었지만, DSM-II는 *Involuntal melancholia*라는 용어로 범위를 더 한정시켰다. DSM-I에서는 이 질환이 대사성 질환으로 심인성 정동장애인 MDR과 원인적으로 다른 것으로 취급하였지만, DSM-II에서는 두 질환의 정체성은 유지된 채 상

위 카테고리는 정동장애로 통합되었다. 두 질환이 같은 질환인지 별개인지에 대해서는 논란이 있다고 기술하고 있다.

Manic-depressive illness(MDI, 또는 *Manic-depressive psychosis*, 296.1-3)

Manic(296.1), depressed(296.2), circular(296.3) 타입으로 나눈다. DSM-I의 MDR과 비교하면, circular 타입이 별도의 아형으로 분리되었고 이것은 현재 에피소드의 종류에 따라 다시 두 가지로 세분된다. 기타 잔류성 아형들이 296.8(혼

Table 8. Characteristics of DSM-I depressive disorders

Diagnosis	Endogenous	Personality	External stress	Psychotic	Severity	Episode duration	Current diagnosis
Manic depressive reaction	+	-	-	+	Severe	Short	Bipolar/MDD
Involuntal psychotic reaction	+	-	-	+	Severe	Long	MDD
Depressive reaction	-	+	+	-	Mild	Long	MDD/dysthymia/MnDD
Cyclothymic personality	+	+	-	-	Mild	Persistent	Dysthymia/depressive PD
Adjustment disorder (Atypical depression)	-	-	+	-	Mild	Short	Adjustment disorder
	?	+	-	?	Severe	Short	MDD

MDD : Major depressive disorder, MnDD : Minor depressive disorder, PD : Personality disorder, DSM : Diagnostic and Statistical Manual

Table 9. Depressive disorders in DSM-II

III. Psychoses not attributed to physical conditions listed previously (295-298)

296	Major affective disorders (affective psychoses)
296.0	Involuntal melancholia
296.1	Manic-depressive illness, manic type (manic-depressive psychosis, manic type)
296.2	Manic-depressive illness, depressed type (manic-depressive psychosis, depressed type)
296.3	Manic-depressive illness, circular type (manic-depressive psychosis, circular type)
296.33	Manic-depressive illness, circular type, manic
296.34	Manic-depressive illness, circular type, depressed
296.8	Other major affective disorder (affective psychoses, other)
296.9	Unspecified major affective disorder
	Affective disorder not otherwise specified
	Manic-depressive illness not otherwise specified
298	Other psychoses
298.0	Psychotic depressive reaction (reactive depressive psychosis)
298.1	Reactive excitation

IV. Neuroses (300)

300	Neuroses
300.4	Depressive neurosis
300.5	Neurasthenic neurosis (neurasthenia)

V. Personality disorders and certain other non-psychotic mental disorders (301-304)

301	Personality disorders
301.1	Cyclothymic personality (affective personality)
301.6	Asthenic personality

VIII. Transient situational disturbances (307)

307	Transient situational disturbances
307.x	Adjustment reaction

DSM : Diagnostic and Statistical Manual

합형을 포함) 및 296.9로 제시된다.

Other psychoses

Psychotic depressive reaction(또는 *Reactive depressive psychosis, 298.0*)

병전에 반복적 우울증이나 우울성격(*Cyclothymic personality*)이 없으며, 어떤 체험에 의해 발생한다. DSM-I에서와 같은 개념이나 분류 상 affective reaction에서 other psychoses로 소속이 바뀌었다.

IV. Neuroses(300)

신경증에 대한 설명에서 정신분석의 영향은 많이 약해져, 인생 초반부터의 발달 상 문제는 강조되지 않는다. 그러나 핵심적 이해가 달라진 것은 아니다.

Depressive neurosis(300.4)

내적 갈등이나 확인 가능한 사건에 의한 우울반응이 지나친 경우라고 정의된다. 296.x에 속하는 질환들과 감별해야 한다. DSM-I의 *Depressive reaction*은 여기에 분류하라고 권장된다.

Neurasthenic neurosis(또는 *Neurasthenia, 300.5*)

신경쇠약(neurasthenia)은 만성적인 위약-탈진 상태인데, *Depressive neurosis(300.4)*와는 우울증상이 심하지 않고 경과가 더 만성적인 것으로 구분한다.

V. Personality disorders and certain other non-psychotic mental disorders(301-304)

Cyclothymic personality(또는 *Affective personality, 301.1*)

용어는 유지되었는데, DSM-I이 경조증 상태에 대한 기술에 더 중점을 두었던 데 비해 DSM-II에서는 우울증과 경조증의 비중을 같이 취급하고 있으며 타입이 주로 우울인지, 경조증인지, 교대되는지 특정하도록 권장된다. 외부 환경에 의한 기분변화가 아니라는 점은 여전히 강조된다. 인격장애 중 *Asthenic personality(301.6)*가 정의되어 만성 우울상태의 일부가 여기 분류될 수 있으나 실제로 잘 사용되지 않았다.

VIII. Transient situational disturbances(307)

*Adjustment reaction(307.x)*은 큰 변화 없이 유지되었다.

DSM-III(1980)¹⁴⁾

역동정신의학의 시대가 지나고 정신의학의 의학화(medi-

calization)가 되면서 질환에 대한 정확한 정의가 필요하게 되었고, DSM-III는 도구적인 진단기준을 제공한다. 이외에도 다축체계, 원인이 아닌 기술적(descriptive) 분류 원칙에 충실함 등 매우 큰 변화가 DSM-III에서 나타났다. 5단위 숫자 코드도 이전 판과 호환성이 보장되지 않는다. 신경증-정신병의 구분은 폐지되었다. 그러나 정신병적(psychotic)이라는 용어는 여전히 사용되며, 이 용어의 의미는 “현실검증의 총체적 장애”이다. 정신병적 상태의 직접적 증거로 병식이 없는 환청이나 망상을 들고 있으며, 정신병적이라고 합리적 추론을 할 수 있는 경우로는 전반적으로 와해된 행동을 들고 있어서 정신병의 범위는 많이 좁아져 있다. 그러나 정신병적 행동이 과거 정신병으로 분류되었던 질환에 국한되어 나타나는 것은 아니라고 본다. 신경증적(neurotic)이라는 용어도 공식 진단명에 등장하지는 않지만 그 흔적은 남아있다. 단, 불안에 대한 반응으로 나타나는 증상이라는 역동정신의학적 설명은 없어지고 “개인에게 고통을 주며 스스로 받아들이기 힘들고 이질적(alien, ego-dystonic)으로 인지되는 증상(군)”이라 정의되어 있다. 증상이 지속되거나 반복된다고 함으로써, 신경증적 질환들이 환경 자극에 의한 일시적 반응은 아니라고 보는 점은 이전 판들과 같다.

우울증 분류에서 가장 큰 변화는 과거 여러 카테고리(정신병, 신경증, 인격장애)에 나누어져 있던 우울증들을 모두 정동장애(affective disorder)라는 카테고리 안에 모은 것이다. 그럼으로써 분류가 단순해졌다. 예외가 되는 것은 *adjustment disorder(309.0)*인데, 이 카테고리는 원인적 분류를 반영하는 것이므로 DSM-III의 기본 분류 원칙에서 벗어난다. 신경증적-정신병적 구분뿐만 아니라 반응성(reactive)이라는 용어도 사라졌으며, 하부 카테고리는 증상의 심각도에 따라 구성되었다(표 10).

우울 및 조증삽화의 개념이 도입된 것도 정동장애 분류 상의 큰 변화이다. 시기별로 증상이 전혀 다를 수 있는 정동장애의 특성을 반영한 것이다. 질환은 삽화의 조합으로 진단된다. 삽화는 진단명도 아니며 별도의 코드를 갖지 않지만, 특정자(specifier)는 갖는다. 이 특정자는 그 삽화로서 진단되는 질환의 5단위 숫자 코드가 된다. *Major depressive episode*(이하 *MDE*)에는 in remission, with psychotic feature, with melancholia, without melancholia의 특정자가 있다.

Affective disorders

Major depressive episode(MDE)

2주 이상 지속되는 불쾌한 기분 또는 관심과 흥미의 상실 이 필수적이며 다음의 8항목 중 넷 이상이 해당될 때 진단된

다. (1) 식욕 및 체중 변화, (2) 불면 또는 과수면, (3) 정신은 동성 초조 또는 지체, (4) 일상생활에서 관심과 흥미의 상실, 성욕 저하(소아의 경우 무감동증), (5) 에너지 상실 및 피로감, (6) 부정적 자기인지, (7) 집중력장애 또는 우유부단, (8) 자살 사고

Manic episode : (내용 생략)

Major affective disorders

이전에 affective psychoses로 분류되었던 질환들에 해당하는 부분이 많으며, 특징은 증상이 심하다는 것이다. 정신병의 개념이 좁아지면서 psychosis라는 명칭이 제거되었고, 환청 또는 망상이 동반된 경우에 한해 진단명 뒤에 with psychotic feature라는 특징자를 붙이게 되었다.

Bipolar disorder(296.4x, 296.5x, 296.6x)

양극성 장애(*Bipolar disorder*)가 진단명으로 도입되면서 MDI라는 병명은 폐지되었다. 그러나 DSM-II MDI와 DSM-III 양극성 장애는 전혀 다른 개념이다. MDI는 심한(광의의 정신병적) 내인성 기분장애에 대한 통칭인 데 비해, 양극성 장애는 MDI 중 조증 및 우울삽화를 모두 겪은 상태[*MDI, circular type*(296.3)] 또는 조증만 겪은 상태[*MDI, manic type*(296.1)]만을 포함한다. 양극성 장애 진단 내에서 두 타입은 구분하지 않는다.

Table 10. Depressive disorders in DSM-III

Affective disorders	
Major affective disorders	
Bipolar disorder	
296.6x	Bipolar disorder, mixed
296.4x	Bipolar disorder, manic
296.5x	Bipolar disorder, depressed (requires prev. manic episode)
Major depression	
296.2x	Major depression, single episode
296.3x	Major depression, recurrent
Other specific affective disorders	
301.13	Cyclothymic disorder
300.40	Dysthymic disorder [depressive neurosis]
Atypical affective disorders	
296.70	Atypical bipolar disorder
296.82	Atypical depression
Adjustment disorder	
309.00	Adjustment disorder with depressed mood
V codes	
V62.82	Uncomplicated bereavement

DSM : Diagnostic and Statistical Manual

Major depression(296.2x, 296.3x)

(경)조증삽화를 겪은 바 없이 우울삽화만 겪은 상태로 DSM-II MDI, *depressed type*(296.2)과 *Involutional melancholia*(296.0)가 여기 포함된다. 별개의 단위질환으로 취급되었던 두 질환이 DSM-III에서는 하나로 합쳐졌다. 또한 반응성의 개념을 폐기하면서 반응성 우울증도 증상이 심하면[DSM-II *Psychotic depressive reaction*(298.0)] 여기 포함된다. 따라서 MDI-멜랑콜리아 및 내인성-반응성을 구분하려 했던 과거의 시도들은 일거에 폐기되었다.

Other specific affective disorders

“Major”보다 증상이 약하면서 이른 나이에 발병하여 에피소드가 장기 지속되는 질환들이다. DSM-II의 *Depressive neurosis*(300.4) 및 *Cyclothymic personality*(301.1)가 여기 속하게 된다. 후자는 다른 인격장애와 달리 1축에 분류되며, personality라는 용어도 병명에 들어가지 않게 되었다.

Cyclothymic disorder(301.13)

Diagnostic and Statistical Manual-II *Cyclothymic personality*(301.1)는 경조증 없이 경우울 상태만 지속되는 경우도 포함하지만, *Cyclothymic disorder*는 경조증 상태를 겪은 환자에서만 진단이 가능하다. MDI가 양극성 장애로 바뀌면서 생긴 변화와 비슷하다.

Dysthymic disorder(또는 *Depressive neurosis*, 300.40)

Major depressive episode 기준을 만족시키지 못하는 만성적 우울상태로, 경조증은 없어야 한다. DSM-II *Depressive neurosis*(300.4) 및 *Cyclothymic personality*(301.1)의 일부가 여기 포함된다. 두 질환 모두 젊은 나이에 시작되며 오래 지속되는 질환이라는 공통점이 있지만, 순환형 인격은 환경의 변화와 큰 관계 없는 내인성 과정으로 간주되는 데 비해 우울신경증은 내인성(취약성) 배경이 있더라도 질환 자체는 스트레스에 의해 유발되는 반응성 과정으로 간주되므로 개념적으로 차이가 있다. 하지만 이전의 학자들이 고민해 오던 우울신경증과 우울성 인격 간의 구분은 이제 필요가 없어졌다. 그러나 DSM-II *Depressive neurosis*와 DSM-III *Dysthymic disorder*는 같은 질환으로 보기에는 너무 달라서 혼란스럽다고 주장된다.¹³³⁾

Atypical affective disorders

Atypical bipolar disorder(296.70)는 DSM-IV에서 *Bipolar II disorder*로 정의되는 질환을 포함한다. 그러나 *Atypical depression*(296.82)은 DSM-IV의 *MDD with atypical feature*

가 아니다.

Adjustment disorder

정동장애와 다른 카테고리이지만 임상적으로 유의한 우울 증상은 *Adjustment disorder with depressed mood(309.00)* 에서도 나타난다. 이 질환은 뚜렷한 심리사회적 스트레스에 대한 과도한 부적응 반응으로, 스트레스원이 사라지거나 새로운 적응이 이루어지면 회복된다. DSM-II의 *Adjustment reaction(307.x)*과 비슷하게, 발병 원인을 고려한 분류이다. 진단 서열은 낮아서, 정동장애의 진단기준에 맞는 경우는 그 쪽으로 진단한다.

V-code

Uncomplicated bereavement(V62.82)

사랑하는 사람의 죽음에 대한 정상적 반응으로, 다양한 우울 증상이 가능하지만 심하지 않으면 정상 반응으로 본다. 따라서 이 명칭은 병에 대한 진단명은 아니다. 임상적 관심의 대상이 되면 *adjustment disorder*로 진단할 수 있으나, 증상이 심해서 MDE에 해당된다고 보면 *major depression*으로 분류된다.

Diagnostic and Statistical Manual-III의 도입은 혁명적 사건으로, 많은 정신질환을 다른 질환 및 정상과 구분되는 카테고리로 정립하는 데 큰 역할을 하였다. 우울증의 진단분류 및 임상가가 우울증이라는 병을 생각하는 틀도 DSM-III에 의해 완전히 바뀌었다. DSM-III의 옹호자들은 이런 변화가 축적된 과학적 지식의 승리를 반영한다고 하였지만, 그보다는 진단 표준화에 대한 시대적 요구를 반영한 것이라 보는 시각도 있으니만큼 이 변화가 곧 과학적 진보를 의미하는 것은 아닐 수도 있다. 진단 표준화는 정치, 행정, 정책, 제약산업 등 다양한 분야에서 요구하던 문제였다.¹³⁴⁾ 과학적 방법에 의거한 분류였지만, 우울증 진단분류의 기본적 방향은 “단순화”였다. 우울증의 다양한 병리에 대한 고전 정신병리학적 관찰을 통해 분류되었던 다양한 질환들은 심각도에 의한 단차원 분류에 편입되면서 차이점들이 무시되게 되었다.¹⁸⁾ 이 과정에서 표면 상의 객관성은 이를 수 있었고, 이 흐름은 오늘까지 이른다.

DSM-III-R(1987)¹⁵⁾

기분장애에서 DSM-III와 III-R 간의 기본적 차이는 질환들을 그룹 짓는 카테고리의 변화에서 보인다. 기분장애의 최상위 카테고리 명칭은 Affective disorder에서 Mood disorder로 바뀌었다. 중요한 변화는, 심각도에 따라 구분하던 하부 카테고리를 극성(polarity)에 따라 구분한 것이다. 개별 질환

들 간의 관계를 어떻게 보느냐 하는 관점이 변화한 것인데, DSM-III-R의 입장은 양극성(bipolar)과 단극성(unipolar : 공식적 용어는 아님)은 카테고리적으로 다른 질환이며 각 카테고리 안에서 개별 질환들은 심각도에 따른 스펙트럼 상에 분포한다고 보는 것이다(그림 2).¹²¹⁾ 이제 기분장애는 두 가지만 남게 되어 분류표는 매우 단순해졌다. 개별 질환의 개념은 DSM-III와 차이가 없다. 예컨대, 주요우울삽화의 정의는 달라진 듯 보이지만 기술방식이 달라진 것에 불과하며 내용은 달라지지 않았다(표 11).

*Dysthymia*는 진단기준이 많이 단순화 되었으며, 일차성-이차성 구분 및 조기-후기 발병의 구분이 도입되었다. 일차성이란 다른 비기분장애 및 정신/신체 질환과 관계되지 않은 것을 말하며, 조기 발병이란 21세 이전을 말한다. 이 구분은 DSM-III에서 무리하게 통합해버렸던 *Affective personality*와 *Depressive neurosis*를 다시 구분하려는 시도로 보인다. 전자는 후자에 비해 일차성-조기 발병의 특성을 더 많이 띠는 것이다.

DSM-IV(DSM-IV-TR, 2000)¹⁰⁾

Diagnostic and Statistical Manual-III-R과 달라진 것은 거의 없다. 양극성 장애의 잔류적 분류에 속했던 *Bipolar II disorder*를 독립적 진단명으로 한 것 정도다. 양극성 장애의 최근 에피소드에도 경조증(hypomanic)이 따로 분류되었다. 따라서 세부 진단명이 늘어났다. 이전부터 극성에 따른 카테고리 분류, 심각도에 따른 차원적 분류가 시도되고 있었으며

Table 11. Depressive disorders in DSM-III-R

Mood disorders	
Bipolar disorders	
	Bipolar disorder
296.6x	Mixed
296.4x	Manic
296.5x	Depressed
301.13	Cyclothymia
296.70	Bipolar disorder NOS
Depressive disorders	
	Major depression
296.2x	Single episode
296.3x	Recurrent
300.40	Dysthymia (or depressive neurosis)
311.00	Depressive disorder NOS
Adjustment disorder	
309.00	Adjustment disorder with depressed mood
V codes	
V62.82	Uncomplicated bereavement

DSM : Diagnostic and Statistical Manual, NOS : Not otherwise specified

로 경조증을 부각시킨 것이 새로운 추세를 보여주는 것은 아니다. 한편 *Dysthymia*와는 별도로, 연구용 진단으로 *Depressive personality*가 다시 등장하였다. 특정 타입의 주요 우울삽화를 구분해 내는 특징자들이 더 강조된 것도 특징이다.¹³⁵⁾ 즉, 비정형(atypical)이 새로 추가되었다. 친지의 죽음에 대한 반응은 우울증상을 보이더라도 주요우울삽화가 아니면 우울장애라는 질병이 아닌 애도반응으로 분류한다. 질병코드는 이전 판에서 채용하였던 ICD-9CM을 그대로 사용한다(표 12).

DSM-V(2013)⁹⁶⁾

이전 판으로부터의 가장 큰 변화는 기분장애라는 상위 챗터를 없애고 양극성 장애(*Bipolar and Related Disorders*)와 우울 장애(*Depressive Disorders*)를 별개의 챗터로 나눈 것이다. 또한 우울증 챗터 안에는 청소년기의 *Disruptive mood dysregulation disorder(296.99, F34.8)*가 새로 정의되었는데, 양극성 장애로 과잉 진단-치료되는 것을 막기 위해서라고 하였다. *Premenstrual dysphoric disorder(625.4, N94.3)*도 정식 질환으로 등재되었다(N은 비노생식기계 질환 코드임). *Persistent depressive disorder(Dysthymia, 300.4, F34.1)*라는 새로운 이름을 가진 질병이 제시되었는데, 이 질환은 만성적인 주요우울삽화(이전 판에서 *Major depressive disorder*로 진단되었던)도 포함하므로 이전의 *Dysthymia*와는 전혀 다른 질환이 되었다. 이 질환은 우울성격부터 주요우울장애까지를 모두 포괄하는 매우 이질적 집합이 된 것인데, 다양한 특징자로서 이러한 이질성들을 구분하고 있다. 주요우울삽화의 특징자에는 *anxious distress* 및 *mixed features*가 새롭게 추가되었다. 또한 애도반응을 우울삽화에서 제외하던 제한은 없어졌다. 이전에 연구용 진단이던 *Depressive personality disorder*는 정식 질환으로 채택되지 않았다. 질병코드는 ICD-9CM 및 ICD-10CM 둘 다 제공한다(표 13).

ICD-9(1975)¹³⁶⁾

정신질환은 ICD-6(1948)부터 본격적으로 등재되었다. 그 전까지 ICD는 사망원인에 국한된 분류체계였으나, 6판부터 질병, 손상 및 사망원인에 대한 분류로 확장되었다. ICD-6에는 정신병, 신경증, 성격-행동-지능장애의 세 가지 대분류 하에 26개의 질병 카테고리가 제시되어 있다. 그러나 내용적으로 만족스럽지 못하여서 널리 사용되지는 않았다. 이후 가설적 병인론을 떠나 도구적 정의를 채용한 분류체계에 대한 요구가 있어왔지만, ICD-8(1968)까지는 이런 요구가 수용되지 않다가 ICD-9(1975)부터 용어집(glossary)이 추가되었다. ICD-9의 발표 시기는 DSM-III보다 앞서며 개념 및

Table 12. Depressive disorders in DSM-IV

Mood disorders	
Depressive disorders	
296.xx	Major depressive disorder
296.2x	Single episode
296.3x	Recurrent
300.4	Dysthymic disorder
311	Depressive disorder NOS
Bipolar disorders	
296.xx	Bipolar I disorder
296.0x	Single manic episode
296.40	MRE hypomanic
296.4x	MRE manic
296.6x	MRE mixed
296.5x	MRE depressed
296.7	MRE unspecified
296.89	Bipolar II disorder
301.13	Cyclothymic disorder
296.80	Bipolar disorder NOS
296.83	Mood disorder due to...
296.90	Mood disorder NOS
Adjustment disorders	
309.0	Adjustment disorder with depressed mood
V codes	
V62.82	Bereavement
Appendix B	
Depressive personality disorder	

MRE : Most recent episode, NOS : Not otherwise specified, DSM : Diagnostic and Statistical Manual

내용은 DSM-III보다는 DSM-II에 가깝다. ICD-9은 정신 질환에 290-319까지의 30가지 코드만 적용할 수 있도록 배분하였으므로 4단위의 세분류가 필요하였다. 이 코드의 형식은 DSM-II와 같지만 ICD-9 코드는 DSM-II 코드와 호환되지 않는다. 보조적인 코드로 E 및 V code가 있다.¹⁴⁾ ICD-9의 용어집에서 정신병(290-299)은 “병식, 생활상 일상적 요구를 따를 능력, 현실과 적절한 접촉을 유지할 능력이 총체적으로 방해 받는” 질환이며, 분명히 정의될 수는 없다고 하였다. DSM-II와 마찬가지로 환각이나 망상이 진단에 필수적인 것은 아니다. 기분장애에 해당하는 질환들은 표 14와 같다.

Affective psychoses(296)

기분의 심한 장애로 망상, 당혹감(perplexity), 자신에 대한 태도의 혼란, 지각과 행동의 장애, 자살성향 등이 수반된다. 이런 기술에 부합하는 가벼운 질환도 실질적인 이유로 여기 포함되지만(예 : 경조증), 반응성 질환인 *Reactive depressive psychosis(298.0)*, *Reactive excitement(298.1)* 및 *Neurotic depression(300.4)*은 제외된다.

Table 13. Depressive disorders in DSM-V

Bipolar and related disorders		
ICD-9	ICD-10	Bipolar I disorder
296.4x	F31.1x, 2, 7x	Current or most recent episode manic
296.4x	F31.0, 7x	Current or most recent episode hypomanic
296.5x	F31.3x, 4, 5, 7x	Current or most recent episode depressed
296.7	F31.9	Current or most recent episode unspecified
296.89	F31.81	Bipolar II disorder
301.13	F34.0	Cyclothymic disorder
		Substance/medication-induced bipolar and related disorder
293.83	F06.3x	Bipolar and related disorder due to another medical condition
296.89	F31.89	Other specified bipolar and related disorder
296.80	F31.9	Unspecified bipolar and related disorder
Depressive disorders		
296.99	F34.8	Disruptive mood dysregulation disorder
		Major depressive disorder, single and recurrent episodes
296.2x	F32.x	Single episode
296.3x	F33.x	Recurrent episode
300.4	F34.1	Persistent depressive disorder (dysthymia)*
625.4	N94.3	Premenstrual dysphoric disorder
		Substance/medication-induced depressive disorder
293.83	F06.3x	Depressive disorder due to another medical condition
311	F32.8	Other specified depressive disorder
311	F32.9	Unspecified depressive disorder
Trauma- and stressor-related disorders		
309.0	F34.21	Adjustment disorders with depressed mood
Other conditions that may be a focus of clinical attention		
V62.82	Z63.4	Uncomplicated bereavement†

* : Includes chronic major depressive disorder, † : Diagnose with depressive disorder if complicated. DSM : Diagnostic and Statistical Manual, ICD : Internal Classification of Diseases

Manic-Depressive Psychosis(MDP)

Manic type(296.0) : DSM-II에서와 같이, 과거 우울 병력이 있는 경우는 *circular type(296.2)*으로 분류한다. 여기에 해당하는 이전 진단명으로는 hypomania NOS, hypomanic psychosis, mania(monopolar) NOS, manic disorder, manic psychosis, MDR manic(or hypomanic) type 등이 있다.

Depressed type(296.1) : 미만성의 우울한 기분이 주된 양상으로, 어느 정도 불안을 동반한다. DSM-II와 달리 ICD-9은 *involutional melancholia*를 별도의 질환으로 보지 않지만, 멜랑콜리아를 시사하는 정신운동성 지체 및 초조는 우울증상 중 특별히 언급하고 있다. 과거 조증 병력이 있으면 *circular type(296.2)*으로 분류한다. 여기 해당하는 이전 진단명으로는 depressive psychosis, endogenous depression, involutional melancholia, MDR depressed, monopolar depression, psychotic depression 등이 있다.

Circular type(296.2-296.5) : 우울 및 조증 두 상태를 모두 겪은 경우이며, 현재 상태에 따라 세분류한다.

Other and unspecified(296.6) : MDP NOS, MDP mixed type, MDR NOS, manic-depressive syndrome NOS 등이 포함된다.

Other nonorganic psychoses(298)

크게 혹은 전적으로 최근의 생활체험에 기인하는 일부 정신병적 조건에 국한하여 적용한다. 환경요소가 주된 역할을 한 경우가 아니면 일부 역할이 있어도 여기 포함되지 않는다.

Depressive type(298.0)

증상은 *MDP depressed type(206.1)*과 비슷하지만 우울을 일으키는 명백한 스트레스에 의해 유발된다. 일중변동이 적고, 망상이 이해 가능한 점 등이 MDP와 감별점이다. Reactive depressive psychosis, psychogenic depressive psychosis 등이 포함된다. 그러나 같은 반응성 조건인 *Neurotic depression(300.4)*과는 구분한다.

Excitative type(298.1) : (생략)

Table 14. Depressive disorders in ICD-9

Affective psychoses (296)	
296.0	Manic depressive psychosis, manic type
296.1	Manic depressive psychosis, depressed type
296.2	Manic-depressive psychosis, circular type but currently depressed
296.3	Manic-depressive psychosis, circular type but currently manic
296.4	Manic-depressive psychosis, circular type, mixed
296.5	Manic-depressive psychosis, circular type, current condition not specified
296.6	Manic-depressive psychosis, other and unspecified
296.8	Other
296.9	Unspecified
Other nonorganic psychoses (298)	
298.0	Other nonorganic psychosis, depressive type
298.1	Other nonorganic psychosis, excitative type
Neurotic disorders (300)	
300.4	Neurotic depression
300.5	Neurasthenia
Personality disorders (301)	
301.1	Affective personality disorder
301.6	Asthenic personality disorder
Adjustment reaction (309)	
309.0	Brief depressive reaction (adjustment reaction)
309.1	Prolonged depressive reaction (adjustment reaction)
Depressive disorder not elsewhere classified (311)	
ICD : Internal Classification of Diseases	

Neurotic disorders(300)

정신병과 신경증의 구분이 어렵지만 실질적 이유로 이 용어를 사용한다고 기술하고 있다. 현실검증력, 와해되지 않은 인격구조 등이 정신병과의 감별점이고, 불안은 여기 속하는 질환들의 증상적 공통점이다.

Neurotic depression(300.4)

우울증상이 심한 신경증성 질환으로 대개 고통스런 체험 후에 나타난다. 정신병적 양상이 없고 발병에 선행한 심리적 외상에 대한 집착이 흔하며 불안이 섞여 있는 경우가 많다. 정신병적 상태(298.1)와 구분하기 위해서는 우울증상의 심각도 및 정신병적 특성, 환자 행동장애의 심각도 등을 고려한다. 이전 진단명인 anxiety depression, depressive reaction, neurotic depressive state, reactive depression 등이 여기 포함되나 *Adjustment disorder(309.x)*는 포함되지 않는다.

Neurasthenia(300.5)

신체증상이 주가 되며, 정신집중 장애, 즐기는 능력 상실(anhedonia) 등 우울 관련 증상이 많다.

Table 15. Depressive disorders in ICD-9-CM

Affective psychoses (296)	
296.0	Manic disorder, single episode
296.1	Manic disorder, recurrent episode
296.2	Major depressive disorder, single episode
296.3	Major depressive disorder, recurrent episode
296.4	Bipolar affective disorder, manic
296.5	Bipolar affective disorder, depressed
296.6	Bipolar affective disorder, mixed
296.7	Bipolar affective disorder, unspecified
296.8	Manic-depressive psychosis, other and unspecified (5th digit subclass)
296.9	Other and unspecified affective psychoses (5th digit subclass)
Other nonorganic psychoses (298)	
298.0	Depressive type psychoses
298.1	Excitative type psychoses
Anxiety, dissociative and somatoform disorders (300)	
300.4	Neurotic depression
300.5	Neurasthenia
Personality disorders (301)	
301.1	Affective personality disorder
301.10	Affective personality disorder, unspecified
301.11	Chronic hypomanic personality disorder
301.12	Chronic depressive personality disorder
301.13	Cyclothymic disorder
Adjustment reaction (309)	
309.0	Brief depressive reaction
309.1	Prolonged depressive reaction
Depressive disorder NEC (311)	
NEC : Not elsewhere classified, ICD : Internal Classification of Diseases	

Personality disorders(301)

근원이 깊은 부적응적 행동양상으로 대개 청소년기 이전에 보이며, 성년기 이후에 지속된다. 성격신경증(character neuroses)이라고도 한다.

Affective personality disorder(301.1)

인격장애 중 우울, 들뜸 혹은 변화하는 기분이 뚜렷한 것이다. Cycloid personality, cyclothymic personality, depressive personality 등이 포함되며 *Affective psychosis(296)*, *Neurasthenia(300.5)*, *Neurotic depression(300.4)*은 제외된다.

Asthenic personality disorder(301.6)

Neurasthenia(300.5) 양상이 지속된다.

Adjustment reaction(309)

스트레스와 관련되고, 증상은 가볍고 일시적이며 병전 정

Table 16. Depressive disorders in ICD-10

Mood [affective] disorders (F30–39)	
F30	Manic episode
F30.0	Hypomania
F30.1	Mania without psychotic symptoms
F30.2	Mania with psychotic symptoms
F30.8	Other
F30.9	Unspecified
F31	Bipolar affective disorder
F31.0	Bipolar affective disorder, current episode hypomanic
F31.1	Bipolar affective disorder, current episode manic without psychotic symptoms
F31.2	Bipolar affective disorder, current episode manic with psychotic symptoms
F31.3	Bipolar affective disorder, current episode mild or moderate depression
F31.4	Bipolar affective disorder, current episode severe depression without psychotic symptoms
F31.5	Bipolar affective disorder, current episode severe depression with psychotic symptoms
F31.6	Bipolar affective disorder, current episode mixed
F31.7	Bipolar affective disorder, currently in remission
F31.8	Other
F31.9	Unspecified
F32	Depressive episode
F32.0	Mild depressive episode
F32.1	Moderate depressive episode
F32.2	Severe depressive episode without psychotic symptoms
F32.3	Severe depressive episode with psychotic symptoms
F32.8	Other
F32.9	Unspecified
F33	Recurrent depressive disorder
F33.0	Recurrent depressive disorder, current episode mild
F33.1	Recurrent depressive disorder, current episode moderate
F33.2	Recurrent depressive disorder, current episode severe without psychotic symptoms
F33.3	Recurrent depressive disorder, current episode severe with psychotic symptoms
F33.4	Recurrent depressive disorder, currently in remission
F33.8	Other
F33.9	Unspecified
F34	Persistent mood [affective] disorder
F34.0	Cyclothymia

Table 16. Continued

F34.1	Dysthymia
F34.8	Other
F34.9	Unspecified
F38	Other mood [affective] disorder
F38.0	Other single mood [affective] disorder
F38.1	Other recurrent mood [affective] disorder
F38.9	Other specified mood [affective] disorder
F39	Unspecified mood [affective] disorder
Neurotic stress-related and somatoform disorders [F40–48]	
F41	Other anxiety disorders
F41.2	Mixed anxiety and depressive disorder
F43	Reaction to severe stress, and adjustment disorders
F43.20	Brief depressive reaction (adjustment disorder)
F43.21	Prolonged depressive reaction (adjustment disorder)
F43.22	Mixed anxiety and depressive reaction (adjustment disorder)
F48	Other neurotic disorders
F48.0	Neurasthenia

신장애가 뚜렷하지 않다. 비교적 국한적이거나 상황에 특이적이고, 가역적이며 수개월 이내 회복된다. *Acute reaction to major stress(308)*나 Neurotic disorder들은 제외된다.

Brief depressive reaction(309.0)

심하지 않은 우울로 대개 일시적이며, 증상은 스트레스 사건과 시간적 및 내용적으로 밀접하게 관계된다. 애도반응도 여기 포함된다. *Affective psychosis(296)*, *Neurotic depression(300.4)*, *Prolonged depressive reaction(309.1)*, *psychogenic depressive psychosis(298.0)*는 제외된다.

Prolonged depressive reaction(309.1)

심하지 않은 우울로 대개 지속적이며, 스트레스 상황에 장기적으로 노출되면서 생긴다. *Affective psychosis(296)*, *Brief depressive reaction(309.0)*, *Neurotic depression(300.4)*, *Psychogenic depressive psychosis(298.0)*는 제외된다.

ICD–9–CM(1979)

Internal Classification of Diseases–9–CM은 ICD–9에 대한 임상적 변형이지만 부분적 수정이상의 작업을 거친 것이다. ICD–9과의 호환성을 위해 상위 3단위 코드는 새로 만들지 않았지만 몇 개의 4단위 코드는 새로 만들어졌으며, 더 세부적 분류를 위해 5단위 숫자를 사용하였다. 기존의 코드에 새로운 질환을 배정하기도 하였다. ICD–9 발표 당시에 완성

되지 않았던 DSM-III의 진단들은 ICD-9-CM에는 포함되었지만,¹⁵⁾ 큰 틀은 여전히 DSM-III보다는 DSM-II에 가깝다. 즉, 정신병-신경증의 구분은 여전히 사용되며, 신경증에 속하는 우울증의 분류는 ICD-9과 차이가 없다. 질환의 명칭이 바뀌어 *MDP, manic type*은 *Manic disorder*로, *MDP, depressed type*은 *Major depressive disorder*로, *MDP, circular type*은 *Bipolar disorder*로 명명되었다. 따라서 DSM-III의 *Bipolar disorder*는 ICD-9-CM에서 *Manic disorder* 및 *Bipolar disorder*로 나누어져 있다. *Affective personality*는 5단위 코드로서 hypomanic, depressive, cyclothymic 타입을 세분류하였다(표 15).

ICD-10(1992)¹⁶⁾

Internal Classification of Diseases-10에서는 질환코드가 완전히 새로 작성되었다. 동시대의 DSM-IV는 ICD-9 코드를 유지하고 있다(DSM-IV 코드는 ICD-10 코드로 변환할 수 있으며, DSM-5는 처음부터 ICD-10을 도입하였다). 정신병-신경증 구분은 없어졌다. 신경증적이라는 명칭의 카테고리리는 남아있으나 잔류적이다. 기분장애의 삽화 개념이 도입되었다. 그러나 DSM-IV의 기분삽화가 조증, 경조증 및 주요우울증뿐인 데 비해, ICD-10은 조증 및 우울증 모두 심각도에 따라 복수의 에피소드가 제시되어 있으며 각각은 질환 명으로서의 코드를 갖는다. *Depressive episode(F32.x)*를 한 번 겪은 경우는 그 자체가 독립적 진단명이 된다. *Recurrent depressive disorder(F33.x)*는 이것이 반복되는 경우 진단된다. *Manic episode(F30.x)*와 *Bipolar affective disorder(F31.x)*의 관계도 마찬가지다. 우울삽화의 존재와 관계 없이 조증 삽화만 있으면 *Bipolar affective disorder*로 진단하는 것은 DSM-IV와 같다. 그러나 DSM-IV와 달리, *Bipolar II disorder*를 별도의 질환으로 구분하지 않는다. 심하지 않은 지속적-반복적 기분 에피소드는 과거의 인격장애에서 기분장애로 옮겨와 *Persistent mood disorder(F34.x)*로 분류되며, 여기에 *Cyclothymia(F34.0)* 및 *Dysthymia(F34.1)*가 포함된다. *Dysthymia*에는 ICD-9-CM의 *Neurotic depression(300.4)* 및 *Chronic depressive personality(301.12)*가 포함되며, *Cyclothymia*에는 *Cyclothymic disorder(301.13)* 및 *Chronic hypomanic personality(301.11)*가 포함된다. Neurotic stress-related(F40-48) 카테고리에 있어야 할 *Neurotic depression*은 기분장애로 옮겨졌지만, 이 카테고리에 *Adjustment disorder(F43.2x)* 및 *Neurasthenia(F48.0)*는 그대로 남았으며 *Mixed anxiety and depressive disorder(F41.2)*가 새로 도입되었다(표 16).

Internal Classification of Diseases-9에서 ICD-10으로의

변화는 DSM-II에서 DSM-III로의 변화와 닮아서, 대부분의 우울증이 기분장애 카테고리 통합되었다. 그러나 기분장애 카테고리 안에서 DSM-III보다 더 세분하고 있으며, cyclothymia 및 dysthymia의 상위 카테고리 분류는 DSM-III-R에 가깝다.

중심 단어 : 우울증 · 멜랑콜리아 · 진단 기준 · DSM · ICD · 질병 분류학 · 스펙트럼.

Conflicts of Interest

The authors have no financial conflicts of interest.

REFERENCES

- 1) Parker GB, Malhi GS, Crawford JG, Thase ME. Identifying "paradigm failures" contributing to treatment-resistant depression. *J Affect Disord* 2005;87:185-191.
- 2) Carroll BJ. Bringing back melancholia. *Bipolar Disord* 2012;14:1-5.
- 3) Stefanis CN, Stefanis NC. Diagnosis of depressive disorders: a review. In: Maj M, Sartorius N, editors. *Depressive Disorders*. New York: John Wiley & Sons;1999. p.1-51.
- 4) Villarino Herreria H. [Phrenitis in Greco-Latin medicine]. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines* 1997;25:128-134.
- 5) Hippocrates G, Adams F, Brock AJ. *Hippocratic Writings*. Chicago: Encyclopedia Britannica Inc;1952.
- 6) Burton R. *The Anatomy of Melancholy* [eBook]. Project Gutenberg;2004.
- 7) Berrios GE. The history of mental symptoms/descriptive psychopathology since the nineteenth century. Cambridge: Cambridge University Press;1996.
- 8) Shorter E. The doctrine of the two depressions in historical perspective. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2007;5:13.
- 9) Kang UG. Understanding the dopaminergic system and the action of antipsychotics. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 2011;50:251-272.
- 10) American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association;2000.
- 11) World Health Organization. *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: The Organization;1993.
- 12) Ekman P, Friesen WV. The repertoire of nonverbal behavior: categories, origins, usage, and coding. *Semiotica* 1969;1:49-98.
- 13) Spitzer RL, Endicott J, Robins E. Research diagnostic criteria: rationale and reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1978;35:773-782.
- 14) American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-III*. Washington, DC: American Psychiatric Association;1980.
- 15) American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-III-R*. 3rd ed., rev. Washington, DC: American Psychiatric Association;1987.
- 16) World Health Organization. *ICD-10, the ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research*. Geneva: World Health Organization;1993.
- 17) Carney MW, Roth M, Garside RF. The diagnosis of depressive syndromes and the prediction of E.C.T. response. *Br J Psychiatry* 1965;111:659-674.
- 18) Klein DF. Endogenomorphic depression. A conceptual and terminological revision. *Arch Gen Psychiatry* 1974;31:447-454.
- 19) Beck AT, Alford BA. *Depression: causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press;2009.
- 20) American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual*:

- mental disorders. Washington, DC: American Psychiatric Association;1952.
- 21) Zisook S, Paulus M, Shuchter SR, Judd LL. The many faces of depression following spousal bereavement. *J Affect Disord* 1997;45:85-94; discussion 94-95.
 - 22) Coryell W. Depression: the complexity of its interface with soft bipolarity. In: Maj M, Sartorius N, editors. *Depressive disorders*. 2nd ed. New York: John Wiley & Sons;1999. p.65-68.
 - 23) Bech P. Rating scales for affective disorders: their validity and consistency. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1981;295:1-101.
 - 24) Kuhn R. [Treatment of depressive states with an iminodibenzyl derivative (G 22355)]. *Schweiz Med Wochenschr* 1957;87:1135-1140.
 - 25) Bech P. Pharmacological treatment of depressive disorders: a review. In: Maj M, Sartorius N, editors. *Depressive disorders*. 2nd ed. New York: John Wiley & Sons;1999. p.89-159.
 - 26) Bürgy M. The concept of psychosis: historical and phenomenological aspects. *Schizophr Bull* 2008;34:1200-1210.
 - 27) Jaspers K. *Allgemeine Psychopathologie*. Berlin: Springer-Verlag;1913.
 - 28) Paek MJ, Kang UG. Phenomenological psychopathology. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 2011;50:97-115.
 - 29) Rubino IA, Zanasì M, Robone C, Siracusano A. Personality differences between depressed melancholic and non-melancholic inpatients. *Aust N Z J Psychiatry* 2009;43:145-148.
 - 30) Paykel ES. Depressive typologies and response to amitriptyline. *Br J Psychiatry* 1972;120:147-156.
 - 31) American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 2nd ed. Washington, DC: American Psychiatric Association;1968.
 - 32) Farquhar F, Le Noury J, Tschinkel S, Harris M, Kurien R, Healy D. The incidence and prevalence of manic-melancholic syndromes in North West Wales: 1875-2005. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2007:37-43.
 - 33) Lewis AJ. Melancholia: a clinical survey of depressive states. *British J Psychiatry* 1934;80:277-378.
 - 34) Parker G. Classifying depression: should paradigms lost be regained? *Am J Psychiatry* 2000;157:1195-1203.
 - 35) Akiskal HS. Mood disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA, editors. *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins;2005. p.1559-1717.
 - 36) Angst J. Categorical and dimensional perspectives of depression. In: Maj M, Sartorius N, editors. *Depressive disorders*. 2nd ed. New York: John Wiley & Sons;1999. p.54-56.
 - 37) Kendler KS. The diagnostic validity of melancholic major depression in a population-based sample of female twins. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54:299-304.
 - 38) Maj M, Pirozzi R, Di Caprio EL. Major depression with mood-congruent psychotic features: a distinct diagnostic entity or a more severe subtype of depression? *Acta Psychiatr Scand* 1990;82:439-444.
 - 39) Parker G, Hadzi-Pavlovic D. *Melancholia: a disorder of movement and mood: a phenomenological and neurobiological review*. New York: Cambridge University Press;1996.
 - 40) Kessler RC, Zhao S, Blazer DG, Swartz M. Prevalence, correlates, and course of minor depression and major depression in the National Comorbidity Survey. *J Affect Disord* 1997;45:19-30.
 - 41) Pichot P. Models of classification of depressive disorders. In: Maj M, Sartorius N, editors. *Depressive disorders*. 2nd ed. New York: John Wiley & Sons;1999. p.57-59.
 - 42) van Praag HM. Inflationary tendencies in judging the yield of depression research. *Neuropsychobiology* 1998;37:130-141.
 - 43) Vieta E, Phillips ML. Deconstructing bipolar disorder: a critical review of its diagnostic validity and a proposal for DSM-V and ICD-11. *Schizophr Bull* 2007;33:886-892.
 - 44) Akiskal HS. Classification, diagnosis and boundaries of bipolar disorders: a review. In: Maj M, Akiskal H, Lopez-Ibor JJ, Sartorius N, editors. *Bipolar disorder*. Chichester: John Wiley & Sons;2002.
 - 45) Mitchell PB, Goodwin GM, Johnson GF, Hirschfeld RM. Diagnostic guidelines for bipolar depression: a probabilistic approach. *Bipolar Disord* 2008;10(1 Pt 2):144-152.
 - 46) Shorter E. *A historical dictionary of psychiatry*. Oxford: Oxford University Press;2005.
 - 47) Taylor MA, Fink M. *Melancholia: the diagnosis, pathophysiology, and treatment of depressive illness*. Cambridge: Cambridge University Press;2006.
 - 48) Armitage R. Sleep and circadian rhythms in mood disorders. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2007:104-115.
 - 49) Brown WA. Treatment response in melancholia. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2007:125-129.
 - 50) Rosenthal SH. The involuntal depressive syndrome. *Am J Psychiatry* 1968;124 Suppl:21-35.
 - 51) Brown RP, Sweeney J, Loutsch E, Kocsis J, Frances A. Involuntal melancholia revisited. *Am J Psychiatry* 1984;141:24-28.
 - 52) Coryell W. The facets of melancholia. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2007:31-36.
 - 53) Kessing LV. Epidemiology of subtypes of depression. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2007:85-89.
 - 54) Leventhal AM, Rehm LP. The empirical status of melancholia: implications for psychology. *Clin Psychol Rev* 2005;25:25-44.
 - 55) Copolov DL, Rubin RT, Mander AJ, Sashidharan SP, Whitehouse AM, Blackburn IM, et al. DSM-III melancholia: do the criteria accurately and reliably distinguish endogenous pattern depression? *J Affect Disord* 1986;10:191-202.
 - 56) Davidson J, Strickland R, Turnbull C, Belyea M, Miller RD. The Newcastle Endogenous Depression Diagnostic Index: validity and reliability. *Acta Psychiatr Scand* 1984;69:220-230.
 - 57) Zimmerman M, Coryell W, Pföhl B, Stangl D. The validity of four definitions of endogenous depression. II. Clinical, demographic, familial, and psychosocial correlates. *Arch Gen Psychiatry* 1986;43:234-244.
 - 58) Fink M, Taylor MA. Resurrecting melancholia. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2007:14-20.
 - 59) Melartin T, Leskelä U, Rytsälä H, Sokero P, Lestelä-Mielonen P, Isometsä E. Co-morbidity and stability of melancholic features in DSM-IV major depressive disorder. *Psychol Med* 2004;34:1443-1452.
 - 60) Leonhard K. *The classification of endogenous psychoses*. 5th ed. New York: Irvington;1979.
 - 61) Angst J. The etiology and nosology of endogenous depressive psychoses. *Foreign Psychiatry* 1973;2:1-108.
 - 62) Perris C. A study of bipolar (manic-depressive) and unipolar recurrent depressive psychoses. I. Genetic investigation. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1966;194:15-44.
 - 63) Winokur G, Clayton PJ, Reich T. *Manic-depressive illness*. St. Louis: Mosby;1969.
 - 64) Parker G, Roy K, Wilhelm K, Mitchell P, Austin MP, Hadzi-Pavlovic D, et al. Sub-grouping non-melancholic depression from manifest clinical features. *J Affect Disord* 1999;53:1-13.
 - 65) Pichot P. [Circular insanity, 150 years on]. *Bull Acad Natl Med* 2004;188:275-284.
 - 66) Million T, Davis RD. *Disorders of personality: DSM-IV-TM and beyond*. New York: John Wiley & Sons;1996.
 - 67) Berrios G, Hauser R, Kraepelin. In: Berrios G, Porter R, editors. *A history of clinical psychiatry: The Origin and History of Psychiatric Disorders*. London: Athlone Press;1995. p.280-291.
 - 68) Goodwin GM, Anderson I, Arango C, Bowden CL, Henry C, Mitchell PB, et al. ECNP consensus meeting. Bipolar depression. Nice, March 2007. *Eur Neuropsychopharmacol* 2008;18:535-549.
 - 69) Rafaelsen OJ. Manic-depressive psychosis or manic-melancholic mode. *Dan Med Bull* 1974;21:81-87.
 - 70) Angst J, Gamma A, Benazzi F, Ajdacic V, Rössler W. Melancholia

- and atypical depression in the Zurich study: epidemiology, clinical characteristics, course, comorbidity and personality. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2007;72:84.
- 71) Akiskal HS, Akiskal KK. A mixed state core for melancholia: an exploration in history, art and clinical science. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2007;44-49.
 - 72) Koukopoulos A, Sani G, Koukopoulos AE, Manfredi G, Pacchiarotti I, Girardi P. Melancholia agitata and mixed depression. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2007;50-57.
 - 73) Angst J. Commentaries (on classification, diagnosis and boundaries of bipolar disorders: a review). In: Maj M, Akiskal H, Lopez-Ibor JJ, Sartorius N, editors. *Bipolar disorder*. Chichester: John Wiley & Sons; 2002. p.53-55.
 - 74) Kupfer DJ, Pickar D, Himmelhoch JM, Detre TP. Are there two types of unipolar depression? *Arch Gen Psychiatry* 1975;32:866-871.
 - 75) Angst J, Gamma A, Benazzi F, Ajdacic V, Eich D, Rössler W. Toward a re-definition of subthreshold bipolarity: epidemiology and proposed criteria for bipolar-II, minor bipolar disorders and hypomania. *J Affect Disord* 2003;73:133-146.
 - 76) Cassano GB, Rucci P, Frank E, Fagiolini A, Dell'Osso L, Shear MK, et al. The mood spectrum in unipolar and bipolar disorder: arguments for a unitary approach. *Am J Psychiatry* 2004;161:1264-1269.
 - 77) Goodwin FK, Jamison KR. *Manic-depressive illness: bipolar disorders and recurrent depression*. Oxford: Oxford University Press;2007.
 - 78) Birmaher B, Axelson D, Strober M, Gill MK, Valeri S, Chiappetta L, et al. Clinical course of children and adolescents with bipolar spectrum disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:175-183.
 - 79) Benazzi F. Classifying mood disorders by age-at-onset instead of polarity. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2009;33:86-93.
 - 80) Angst J, Preisig M. Course of a clinical cohort of unipolar, bipolar and schizoaffective patients. Results of a prospective study from 1959 to 1985. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr* 1995;146:5-16.
 - 81) Benazzi F. The Montgomery Asberg Depression Rating Scale in bipolar II and unipolar out-patients: a 405-patient case study. *Psychiatry Clin Neurosci* 1999;53:429-431.
 - 82) Dorz S, Borgherini G, Conforti D, Scarso C, Magni G. Depression in inpatients: bipolar vs unipolar. *Psychol Rep* 2003;92(3 Pt 1): 1031-1039.
 - 83) Wetzler S, Khadivi A, Oppenheim S. The psychological assessment of depression: unipolars versus bipolars. *J Pers Assess* 1995;65:557-566.
 - 84) Potter WZ. Bipolar depression: specific treatments. *J Clin Psychiatry* 1998;59 Suppl 18:30-36.
 - 85) Pfennig A, Kunzel HE, Kern N, Ising M, Majer M, Fuchs B, et al. Hypothalamus-pituitary-adrenal system regulation and suicidal behavior in depression. *Biol Psychiatry* 2005;57:336-342.
 - 86) Beigel A, Murphy DL. Unipolar and bipolar affective illness. Differences in clinical characteristics accompanying depression. *Arch Gen Psychiatry* 1971;24:215-220.
 - 87) Perugi G, Akiskal HS. The soft bipolar spectrum redefined: focus on the cyclothymic, anxious-sensitive, impulse-dyscontrol, and binge-eating connection in bipolar II and related conditions. *Psychiatr Clin North Am* 2002;25:713-737.
 - 88) Parker G, Roy K, Wilhelm K, Mitchell P, Hadzi-Pavlovic D. The nature of bipolar depression: implications for the definition of melancholia. *J Affect Disord* 2000;59:217-224.
 - 89) 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.
 - 90) Perugi G, Fornaro M, Akiskal HS. Are atypical depression, borderline personality disorder and bipolar II disorder overlapping manifestations of a common cyclothymic diathesis? *World Psychiatry* 2011; 10:45-51.
 - 91) Dunner DL, Fleiss JL, Fieve RR. The course of development of mania in patients with recurrent depression. *Am J Psychiatry* 1976;133: 905-908.
 - 92) Benazzi F. Bipolar depression and melancholia. Comments on Parker et al. 'The nature of bipolar depression: implications for the definition of melancholia'. *J Affect Disord*. 59 #2000# 217-224. *J Affect Disord* 2002;72:201-202; author reply 203-204.
 - 93) Brugue E, Colom F, Sanchez-Moreno J, Cruz N, Vieta E. Depression subtypes in bipolar I and II disorders. *Psychopathology* 2008; 41:111-114.
 - 94) Goel N, Terman M, Terman JS. Depressive symptomatology differentiates subgroups of patients with seasonal affective disorder. *Depress Anxiety* 2002;15:34-41.
 - 95) Benazzi F. Clinical differences between bipolar II depression and unipolar major depressive disorder: lack of an effect of age. *J Affect Disord* 2003;75:191-195.
 - 96) Parker GB, Fletcher K. Is bipolar II depression phenotypically distinctive? *Acta Psychiatr Scand* 2009;120:446-455.
 - 97) Akiskal HS, Benazzi F, Perugi G, Rihmer Z. Agitated "unipolar" depression re-conceptualized as a depressive mixed state: implications for the antidepressant-suicide controversy. *J Affect Disord* 2005;85: 245-258.
 - 98) American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM)*. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association;2013.
 - 99) Axelson D, Findling RL, Fristad MA, Kowatch RA, Youngstrom EA, Horwitz SM, et al. Examining the proposed disruptive mood dysregulation disorder diagnosis in children in the Longitudinal Assessment of Manic Symptoms study. *J Clin Psychiatry* 2012;73:1342-1350.
 - 100) Parker GB, Thase ME. Atypical depression: a valid subtype? *J Clin Psychiatry* 2007;68:e08.
 - 101) Davidson JR. A history of the concept of atypical depression. *J Clin Psychiatry* 2007;68 Suppl 3:10-15.
 - 102) Ohmae S. [The modern concept of atypical depression: four definitions]. *Seishin Shinkeigaku Zasshi* 2010;112:3-22.
 - 103) Kendell RE. Clinical validity. *Psychol Med* 1989;19:45-55.
 - 104) Lam RW, Stewart JN. The validity of atypical depression in DSM-IV. *Compr Psychiatry* 1996;37:375-383.
 - 105) Stewart JW, McGrath PJ, Quitkin FM, Klein DF. Atypical depression: current status and relevance to melancholia. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2007;58-71.
 - 106) Blanco C, Vesga-López O, Stewart JW, Liu SM, Grant BF, Hasin DS. Epidemiology of major depression with atypical features: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *J Clin Psychiatry* 2012;73:224-232.
 - 107) Roy A. Early parental loss in depressive neurosis compared with other neuroses. *Can J Psychiatry* 1980;25:503-505.
 - 108) Freud S. On the history of the psycho-analytic movement: papers on metapsychology and other works. Richmond: Hogarth Press; 1962.
 - 109) Leff J, Vaughn C. The interaction of life events and relatives' expressed emotion in schizophrenia and depressive neurosis. *Br J Psychiatry* 1980;136:146-153.
 - 110) Akiskal HS, Bitar AH, Puzantian VR, Rosenthal TL, Walker PW. The nosological status of neurotic depression: a prospective three-to four-year follow-up examination in light of the primary-secondary and unipolar-bipolar dichotomies. *Arch Gen Psychiatry* 1978; 35:756-766.
 - 111) Bronisch T, Wittchen HU, Krieg C, Rupp HU, von Zerssen D. Depressive neurosis. A long-term prospective and retrospective follow-up study of former inpatients. *Acta Psychiatr Scand* 1985;71:237-248.
 - 112) Bronisch T. Adjustment reactions: a long-term prospective and retrospective follow-up of former patients in a crisis intervention ward. *Acta Psychiatr Scand* 1991;84:86-93.
 - 113) Shamas E. Controlled comparison of bromazepam, amitriptyline, and placebo in anxiety-depressive neurosis. *Dis Nerv Syst* 1977;38:

- 201-207.
- 114) Linnoila M, Seppala T, Mattila MJ, Vihko R, Pakarinen A, Skinner T 3rd. Clomipramine and doxepin in depressive neurosis. Plasma levels and therapeutic response. *Arch Gen Psychiatry* 1980;37:1295-1299.
- 115) Porsolt RD, Anton G, Blavet N, Jalife M. Behavioural despair in rats: a new model sensitive to antidepressant treatments. *Eur J Pharmacol* 1978;47:379-391.
- 116) Maier SF. Learned helplessness and animal models of depression. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 1984;8:435-446.
- 117) Kupfer DJ. Long-term treatment of depression. *J Clin Psychiatry* 1991;52 Suppl:28-34.
- 118) Frances A, Kocsis J, Marin D, Manning D, Markowitz J, Mason B, et al. Diagnostic criteria for dysthymic disorder. *Psychopharmacol Bull* 1989;25:325-329.
- 119) Akiskal HS. Dysthymic disorder: psychopathology of proposed chronic depressive subtypes. *Am J Psychiatry* 1983;140:11-20.
- 120) Arieti S, Bemporad J. Severe and mild depression: the psychotherapeutic approach. New York: Basic Books;1978.
- 121) Akiskal HS. Dysthymia and cyclothymia in psychiatric practice a century after Kraepelin. *J Affect Disord* 2001;62:17-31.
- 122) Kretchmer E. *Physique and character*. New York: Harcourt and Brace;1925.
- 123) Huprich SK. Depressive personality disorder: theoretical issues, clinical findings, and future research questions. *Clin Psychol Rev* 1998;18:477-500.
- 124) Brieger P, Marneros A. [What is cyclothymia?]. *Nervenarzt* 1997; 68:531-544.
- 125) Chodoff P. The depressive personality. A critical review. *Arch Gen Psychiatry* 1972;27:666-673.
- 126) Kovacs M, Beck AT. Maladaptive cognitive structures in depression. *Am J Psychiatry* 1978;135:525-533.
- 127) Yerevanian BI, Akiskal HS. Neurotic, characterological, and dysthymic depressions. *Psychiatr Clin North Am* 1979;2:595-617.
- 128) Winokur G. The validity of neurotic-reactive depression. New data and reappraisal. *Arch Gen Psychiatry* 1985;42:1116-1122.
- 129) Phillips KA, Gunderson JG, Triebwasser J, Kimble CR, Faedda G, Lyoo IK, et al. Reliability and validity of depressive personality disorder. *Am J Psychiatry* 1998;155:1044-1048.
- 130) Widiger TA. The categorical distinction between personality and affective disorders. *J Pers Disord* 1989;3:77-91.
- 131) Wang RP. Adolf Meyer and psychobiology. *Am J Psychiatry* 1973; 130:824.
- 132) Grob GN. Origins of DSM-I: a study in appearance and reality. *Am J Psychiatry* 1991;148:421-431.
- 133) Goldstein WN, Anthony RN. The diagnosis of depression and the DSMs. *Am J Psychother* 1988;42:180-196.
- 134) Mayes R, Horwitz AV. DSM-III and the revolution in the classification of mental illness. *J Hist Behav Sci* 2005;41:249-267.
- 135) Guelfi JD. [Classification of mood disorders in adults]. *Encephale* 1995;21 Spec No 5:21-29.
- 136) World Health Organization. ICD-9. Geneva: The Organization; 1975.