

다면적 인성검사 II 재구성판(MMPI-2-RF)으로 살펴본 노인 우울장애의 임상적 특성[†]

장한아 박은희[‡] 전덕인 홍나래 김근향 최지영
한림대학교 성심병원 대구대학교 인제대학교 상계백병원

본 연구에서는 노인 우울장애의 임상적 특성을 확인하기 위하여 143명의 노인 우울장애 집단과 142명의 MMPI-2의 노인 표준화 집단을 대상으로 MMPI-2-RF의 척도들을 비교 분석하였다. 집단 간 차이 검증 결과, 정서적/내재화 문제(EID), 의기소침(RCd), 신체증상 호소(RC1), 낮은 긍정 정서(RC2), 역기능적 부정 정서(RC7), 신체적 불편감(MLS), 소화기 증상 호소(GIC), 두통 호소(HPC), 인지적 증상 호소(COG), 자살/죽음 사고(SUI), 무력감/무망감(HLP), 자기회피(SFD), 스트레스/걱정(STW), 불안(AXY), 분노 경향성(ANP), 행동 제약 공포(BRF), 다중 특정 공포(MSF), 수줍음(SHY), 관계단절(DSF), 부정적 정서성/신경증(NEGE-r), 내향성/낮은 긍정 정서성(INTR-r) 척도에서 노인 우울장애 집단이 유의미하게 더 높은 점수를 보였다. 반면, 경조증적 상태(RC9) 척도에서는 노인 우울장애 집단이 유의미하게 낮은 것으로 나타났다. 위와 같은 변인들을 대상으로 어떠한 변인이 가장 강력하게 두 집단을 구별하여 주는지 살펴보기 위해 로지스틱 회귀 분석을 시행하였다. 집단 간 차이를 보인 MMPI-2-RF 변인 중 정서적/내재화 문제(EID), 의기소침(RCd), 경조증적 상태(RC9), 신체적 불편감(MLS), 부정적 정서성/신경증(NEGE-r), 내향성/낮은 긍정적 정서성(INTR-r)이 나이, 교육수준을 통제된 이후에도 두 집단을 유의미하게 구별하여 줄 수 있는 척도로 확인되었다. 본 연구 결과를 바탕으로 연구의 의의와 제한점이 논의되었다.

주요어: 노인, 우울장애, 다면적 인성검사 II 재구성판

[†] 이 논문은 (주)마음사랑의 연구지원을 받아 수행된 연구임.

[‡] 교신저자(Corresponding author) : 박은희, (431-796) 경기도 안양시 동안구 관평로 170번길 22 한림대 성심병원, Tel : 031-380-1854, E-mail : psypeh@hanmail.net

세계적으로 평균 수명이 연장되는 추세로, 우리나라도 2026년에는 65세 이상의 고령 인구가 총 인구의 20% 이상을 차지하는 초고령 사회로 진입할 것이라는 예측들이 있으며, 2060년경에는 인구 10명 중 4명(40.1%)이 65세 이상일 것이라는 보고도 있다(통계청, 2011). 이처럼 고령화 사회에 접어들면서 노인의 정신건강 문제는 현대사회가 당면한 심각한 문제 중 하나로 대두되고 있다. 특히, 우울장애는 노인에서 가장 흔한 정신장애이며, 임상 장면에서 치매 다음으로 노인들에게 자주 보고되는 장애에 속한다(B. J. Sadock, Sadock, & Ruiz, 2000). 그러나 노인 우울장애는 “슬픔이 없는 우울(Depression without sadness)”로 불릴 정도로 다른 연령층에 비해 우울증의 핵심적인 특징인 슬픔, 불유쾌한 감정은 잘 표현하지 않는 것이 특징적이다(Chan, 1996; Cheng & Chan, 2007; Ludvigsson, Milberg, Marcusson, & Wressle, 2014). 아울러, 노인들의 많은 수가 우울장애를 치료해야 할 질병으로 생각하지 못하고 우울 증상 그 자체보다는 우울 증상에 동반되는 불안, 신체 증상, 집중력의 어려움, 기억력 장애를 먼저 보고하는 경우가 많아, 우울장애를 노화에 의한 자연스러운 현상으로 오인하거나 다른 정신장애 혹은 인지장애로 잘못 분류하여 조기 개입이 어렵게 되는 경우도 빈번하다(Li, Li, Liu, Qiu, & Zeng, 2003; Mehrotra, 2014; T. A. Cheng, 1989). 앞서 언급한 이유들로 노인 환자에서 우울 증상을 감별하는 일은 쉽지 않은 일이지만 노인 우울증에 대한 적절한 치료적 개입이 이루어지지 않을 경우 신체 질환의 발생 및 사망률을 높이고 노인 자살의 주요한 이유가 된다는 기존문헌들의 보고가 지속적으로 있어왔던 점을 고려하면 노인 우

울장애에 대한 평가 및 조기개입은 매우 중요한 문제이다(Alves, Maia, & Nardi, 2014; Sadock, 2000; Saz & Dewey, 2001; Schulz, Drayer, & Rollman, 2002; Strohle, 2009; Waern, Rubenowitz, & Wilhelmson, 2003). 이 때문에 노인 우울평가 도구에 대한 요구와 중요성 역시 지속해서 증가하고 있는 추세이다(한준수, 이현수, 이성근, & 정인파, 1997).

현재 임상현장에서 흔히 사용하고 있는 노인 우울 평가 도구는 30개의 문항으로 구성된 노인 우울 검사(Geriatric Depression Rating Scale; GDS, Yesavage et al., 1983)와 한국형 노인 우울 검사(Korean Form of Geriatric Depression Rating Scale; KGDS, 정인파, 곽동일, 조숙행, & 이현수, 1997) 등이 있다. 선행 연구들에서 GDS의 신뢰도와 타당도는 만족스러운 것으로 입증되어 왔으며(Chan, 1996; Dunn & Sacco, 1989; Ertan & Eker, 2000), KGDS는 신체질환이 있는 노인 우울장애에 대해 높은 진단 변별력이 확인되었다(김재민, 신일선, 윤진상, & 이형영, 2001; 한준수 등 1997). 그러나 이러한 척도들은 주로 우울 증상을 선별하기 위해 개발된 척도들로 우울 증상의 발생과 유지, 치료에 영향을 미칠 수 있는 다양한 성격적 특성이나 약물남용, 불안 등의 다른 광범위한 문제들을 포괄하는 데는 한계가 있다.

다면적 인성검사 II(Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2(이하 MMPI-2; Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen, & Kaemmer, 1990)는 개인이 가지고 있는 정신 병리와 성격 특성, 다양한 심리적 문제들을 포괄적으로 평가할 수 있도록 하여 임상현장에서 널리 사용되어왔으며, 국내외의 많은 경험적 연구들을 통해, 병원과

상담센터, 학교 등의 다양한 장면에서도 임상적 유용성이 반복 검증되었다(Arbisi, Ben-Porath, & McNulty, 2003; Archer, Griffin, & Aiduk, 1995; Sellbom, Graham, & Schenk, 2005). 우울장애 집단을 대상으로 한 선행 연구들을 살펴보면, 연구마다 약간씩의 차이는 있으나 우울증의 특징적인 MMPI-2 프로파일은 임상척도 2-7 코드로 보고되었다(Graham, 1990). 우울 증상과 관련된 임상척도로는 임상척도 2번(D), 4번(Pd), 7번(Pt), 8번(Sc), 0번(Si)이 보고된 바 있으며, 재구성 임상척도 중에서는 의기소침(RCd), 낮은 긍정정서(RC2), 냉소적 태도(RC3)가 우울장애 환자 집단에서 유의미하게 높게 나타났다는 결과들이 있다(전은영, 이동혁, 이정림, 김석현, 2013; 정윤경, 박은희, 전덕인, 석정호, 홍나래, 2009; Bagby et al., 2005; Ben-Porath, Butcher, & Graham, 1990). 아울러, 우울증이 있는 사람들에게서 성격병리 5요인 척도 중 부정적 정서성(NEGE), 내향성(INTR) 척도가 상승하는 양상이 보고되기도 하였다(Moras & Barlow, 1992). 이러한 결과들을 종합해보면, 우울장애 집단이 정상군에 비해 정서적으로 우울, 불안, 두려움 등의 부정적인 감정에 대한 소인을 많이 가지고 있으며, 사회적인 상황에서 회피적이고 위축된 특징을 지님을 알 수 있다(전은영 등, 2013; 최정윤, 정진복, 1991). 노인 우울장애 환자군을 대상으로 한 MMPI-2 연구는 많지 않으나, 국내 선행연구에서는 노인 우울장애 집단이 성인 우울장애 집단과 비교하여 주관적인 우울감(D1), 정신운동 지체(D2), 둔감성(D4), 깊은 근심(D5)과 같은 정서적 불편감과 관련된 척도에서는 상대적으로 낮은 점수를 보였지만, 신체적인 증상의 호소와 관련된 임상척도 1번(Hs), 재구성

임상척도 신체증상 호소(RC1), 신체적 기능장애(D3), 소화기 증상(HEA1), 신경학적 증상(HEA2), 일반적인 건강염려(HEA3)에서 유의한 상승을 보였다. 이는 노인 우울장애에서 신체적인 증상 호소가 특징적이라는 기존 문헌과도 일치하는 결과이다. MMPI-2가 우울 증상뿐만 아니라 개인의 다양한 특성에 대하여 다차원적으로 평가를 가능하게 하여 준다는 이점이 있음에도 불구하고 노인 환자들에게 지나치게 많은 문항 수로 인해 복잡하고 실사가 어렵다고 여겨 다소 보수적으로 사용됐다.

최근 출판된 다면적 인성검사 II 재구성판(Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 Restructured Form(이하 MMPI-2-RF; Ben-Porath & Tellegen, 2008)은 문항 수를 기존 MMPI-2의 567문항에서 338문항으로 축소하여 검사의 간결성을 높이고, MMPI-2의 문제점으로 지적받아온 표집 오차와 이질적인 문항 내용 등을 보완하고 심리측정적인 안정성을 높이고자 하는 목적으로 개발되었다(한경희, 문경주, 이주영, 김지혜, 2011). MMPI-2와 비교하여 MMPI-2-RF의 달라진 점은 척도 간 높은 상관으로 변별 타당도가 저하된다는 지적을 받아온 MMPI-2의 임상 척도를 제외하고 구성개념 방식으로 개발된 재구성 임상 척도를 활용하였다는 것이다(Tellegen, 2003). 또한, 재구성 임상 척도에서 측정하는 특성을 보다 세분화하여 파악할 수 있도록 위계적 구조로 이루어진 23개의 특정 문제 척도를 포함하였다는 점 역시 새롭게 변화된 측면이다. 아울러, MMPI-2-RF는 MMPI-2의 타당도 척도 문항을 일부 수정하고 비전형 신체적 반응(Fs) 척도를 추

가하여 검사의 타당도를 높이고자 하였다. 이외에도 MMPI-2-RF는 3개의 상위차원 척도, 2개의 흥미 척도를 포함하고 있어 정신 병리뿐 아니라 다양한 심리특성 및 행동 양상을 파악하는 데 임상적 활용도가 높을 것으로 생각된다. MMPI-2-RF에 대한 신뢰도 및 타당도 연구에서 정신과 입원 및 외래, 범죄자, 대학생 등의 다양한 집단을 대상으로 MMPI-2-RF를 실시하여 정신과적 진단, 환자에 대한 기술, 정신상태 변인, 여러 자기 보고식 설문지 등과 비교해보았을 때 MMPI-2-RF의 타당도가 입증되었으며, MMPI-2에 견주어도 유사한 변별력을 갖거나 오히려 더 높다는 결과들도 보고되었다(Forbey & Ben-Porath, 2007; Handel & Archer, 2008; Sellbom & Ben-Porath, 2005; Simms, Casillas, Clark, Watson, & Doebbeling, 2005; Wygant et al., 2007).

국외에서는 우울장애 집단에 대한 MMPI-2-RF 연구들이 비교적 활발히 진행되었다. 연구 결과들을 종합해보면, 상위차원 척도 중 정서적/내재화 문제(EID)와 재구성 임상 척도의 의기소침(RCd), 낮은 긍정 정서(RC2)가 우울감과 자살사고로 입원한 환자와 관련성이 높았으며, 이 척도들에서 점수가 높을 경우, 우울장애에 대한 예측력이 높다는 보고들이 있었다(Brown, Chorpita, & Barlow, 1998; Sellbom, Bagby, Kushner, Quilty, & Ayearst, 2011; Sellbom, Ben-Porath, & Bagby, 2008). 또한, 특정 문제 척도 중 자기회의(SFD) 척도가 우울장애와 관련성이 높다는 결과도 보고된 바 있다(Haber & Baum, 2014). 그러나 국내에서는 MMPI-2-RF에 관한 연구가 많지 않은 상황이다. 기존 국내 연구들을 살펴보면, 정선훈, 이은호, 김지혜, 한경희, 문경주(2013)가 주요

우울장애와 양극성 장애 환자들을 대상으로 두 군의 감별에 유용한 MMPI-2-RF 척도들을 확인한 연구가 있다. 연구 결과에서 양극성 장애 집단 환자들이 흥분 성향(ACT) 척도를 비롯한 11개의 척도에서 주요우울장애 집단보다 높은 점수를 보였으나, 주요우울장애 환자들의 경우 양극성 장애 집단보다 유의미하게 더 높은 점수를 보인 척도는 확인되지 않았다. 또 다른 국내 연구에서는 주요우울장애, 양극성장애, 조현병 집단의 감별에 MMPI-2-RF 척도의 유용성을 확인하였다. 그 결과, 주요우울장애 집단은 의기소침(RCd)척도와 낮은 긍정 정서(RC2) 척도가 다른 두 집단에 비해 높은 경향을 보였으나 유의미한 수준으로 주요우울장애 집단을 다른 두 집단과 변별해주는 척도는 아니었다. 이 연구에서는 상위차원 척도 중 정서적/내재화 문제(EID) 척도만 유일하게 주요우울장애 집단을 양극성 장애 및 조현병 집단과 유의미하게 변별해주는 척도로 나타났다(문경주, 육근영, 한경희, 김지혜, 2015).

MMPI-2-RF는 정서적/내재화 문제(EID) 척도, 의기소침(RCd), 낮은 긍정 정서(RC2), 내재화 척도의 자살/죽음 사고(SUI), 무력감/무망감(HLP), 자기회의(SFD) 등의 정서적 문제를 측정할 수 있는 척도 외에도 신체적 불편감(MLS), 소화기 증상 호소(GIC), 두통 호소(HPC), 신경학적 증상 호소(NUC), 인지적 증상 호소(COG) 등의 5개 척도로 구성된 신체/인지 증상 척도와 같이 노인 우울장애 환자의 특성을 파악하기에 유용한 척도들을 포함하고 있다. 또한, 이전보다 상대적으로 적은 문항 수로 인해 실시의 간편성이 증가하였다는 점에서 노인에게 사용하는 데 더욱 효용성이 있을 것으로 기대된다. 그러나 MMPI-2-RF가 출판

된 것이 비교적 최근이기 때문에 국외에서도 노인 우울장애에 대한 MMPI-2-RF 연구는 거의 이루어지지 않았으며, 국내의 경우에는 전무한 상황으로 노인 우울장애 집단에서 MMPI-2-RF가 어떤 임상적 유용성을 지니는지에 대한 연구가 필요함을 알 수 있다. 따라서 본 연구에서는 MMPI-2-RF를 통하여 노인 우울장애를 확진 받은 임상 집단이 노인 표준화 집단에 비해 어떤 차별적인 특성이 있는지 확인하고자 한다. 이를 통해 임상 장면에서 노인 우울장애에 대한 평가와 진단, 치료에 있어 MMPI-2-RF의 유용성을 찾고자 한다.

방 법

연구대상

본 연구는 2011년 1월부터 2013년 12월까지 서울 및 경기도 소재의 3개의 대학병원에 내원한 만 60세 이상의 외래 및 입원환자를 대상으로 하였다. 연구에 포함된 환자들은 정신과 전문의들의 의학적 면담과 DSM-IV(APA, 1994) 진단 기준에 의해 우울장애 진단을 만족시키는 환자들을 대상으로 하였다. 연구 대상으로 선택된 환자의 의무기록 및 MMPI-2-RF 자료는 후향적으로 검토하였다. 이 중 주요 우울장애 환자가 15명(10.5%), 달리 분류되지 않는 우울장애가 128명(89.5%)이었다. 우울장애 진단 이외에 치매를 비롯한 뇌 손상 등의 인지장애가 있는 경우 대상에서 제외하였으며, 정신증적 장애, 양극성 장애, 지적장애가 있는 경우, 무학인 경우도 대상에서 제외하였다. 또한, MMPI-2-RF 매뉴얼의 기준점(CNS-r > 18,

VRIN-r > 79T, TRIN-r > 79T, F-r > 119T, Fp-r > 99T, L-r > 79T, or K-r > 69T)을 참고하여 증상 응답의 타당성이 떨어진다고 판단되는 환자들은 제외하였다. 그 결과 최종적으로 143명의 환자가 참여자로 선별되었다. 이들은 남성 44명, 여성 99명으로 구성되었으며, 평균 연령은 68.13세, 평균 교육연수는 9.36년이었다. 이 중 공병이 없는 환자는 83명이었으며, 공병이 있는 환자는 60명이었다. 공병이 있는 경우를 보면 불안장애가 가장 많았으며, 그 뒤로 신체형 장애, 물질 관련 장애 순이었다. 통제 집단으로는 MMPI-2 표준화 자료 중 나이가 만 60세 이상인 총 142명의 자료를 마음사랑에서 제공받아 사용하였다. 변인에 따른 기준 집단의 특성을 살펴보면, 남성 58명, 여성 84명으로 구성되었으며, 평균 연령은 64.75세, 평균 교육연수는 6.94년이었다. 본 연구는 상기 3개 기관의 임상심사심의위원회(Institutional Review Board)의 승인을 거쳐 시행되었다.

측정도구

다면적 인성검사 II 재구성판(Minnesota Multiphastic Personality Inventory-2 Restructured Form; MMPI-2-RF). MMPI-2 RF(Ben-Porath & Tellegen, 2008)는 미네소타 대학의 Hathaway와 Mckinley가 정신 병리 척도를 개발하기 위하여 경험적 방식으로 만든 성격검사(MMPI, 1942)의 최신 개정판으로 338문항으로 구성된 자기 보고식 측정치이다. MMPI-2-RF가 기존 MMPI, MMPI-2와 구별되는 점은 기존 척도가 비판받아온 높은 척도 간 상관과 이질적인 문항 구성의 문제점을 개선하기 위해 구성개념 중

심의 방식으로 개발되었다는 것이다. MMPI-2-RF는 8개의 타당도 척도와 9개의 재구성 임상 척도(Restructured Clinical Scales), 3개의 상위차원 척도(Higher-Order Scales), 23개의 특정 문제 척도(Specific Problems Scales), 2개의 흥미 척도(Interest Scales), 개정된 성격병리 5요인 척도(Personality Psychopathology Five Scales)의 총 50개 척도를 포함하고 있다.

자료분석

본 연구에서는 MMPI-2-RF의 T점수를 이용하여 분석한 결과를 제시하였으며, 통계적 유의도 수준을 1% 수준으로 설정하여 분석하였다. 우선 두 집단 간에 참여자들의 인구통계학적인 특성들을 확인하였다. 이후 MMPI-2-RF에서 집단별로 유의미한 차이를 보이는 척도들이 있는지를 알아보기 위하여 노인 우울장애 집단과 노인 기준 집단을 독립변인으로 하여 MMPI-2-RF의 3개의 상위차원 척도, 9개의 재구성 임상 척도, 23개의 특정 문제 척도, 2개의 흥미 척도, 5개의 성격병리 5요인 척도를 종속 변인으로 하는 t 검정을 시행하였다. 이후 노인 우울장애와 노인 기준집단 간에

유의미한 차이를 보였던 인구통계학적인 특성의 영향력을 통제된 후에도 MMPI-2-RF 척도들의 차이가 나타나는지를 확인하기 위해 유의미한 집단 간 차이가 있는 척도들을 대상으로 위계적 로지스틱 회귀분석을 하여 설명 변량의 크기를 확인하고자 하였다. 상위차원 척도, 재구성 임상 척도, 특정 문제 척도들은 위계적 구조로 이루어져 있어서 문항 중복이 있어서 다중공선성(multicollinearity)의 문제가 발생할 수 있어 본 연구에서는 각 척도에 대해 나누어 위계적 로지스틱 회귀분석을 수행하였다. 통계 분석은 SPSS 18.0을 사용하였다.

결 과

인구통계학적 특성

연구에 포함된 노인 우울장애 환자 143명과 노인 기준집단 142명의 인구통계학적 변인에서의 차이를 확인하였다. 두 집단 사이에 성별 차이는 통계적으로 유의미하지 않았다, $\chi^2(1, N = 285) = 3.15, ns$. 그러나 나이는 노인 우울장애 집단이

표 1. 노인 우울장애 집단과 노인 기준집단의 인구통계학적 변인에 대한 차이 검증

	노인 우울장애 (n=143) M(SD)	노인 기준집단 (n=142) M(SD)	t	χ^2	p
성별(명) ^a				3.15	.076
남자	44(31%)	58(41%)			
여자	99(69%)	84(59%)			
나이(세) ^b	68.13	64.75	5.98		.000***
교육수준(년) ^b	9.36	6.94	4.40		.000***

p<.01. *p<.001.

주. a빈도(퍼센트). b평균(표준편차).

더 많은 것으로 확인되었고, $t(282) = 5.98, p < .001$, 교육수준도 노인 우울장애 집단이 노인 기준 집단보다 더 높았다, $t(282) = 4.40, p < .001$. 집단 간 차이 검증을 한 결과는 표 1에 제시하였다.

집단 간 MMPI-2-RF 척도 비교

노인 우울장애 집단과 노인 기준집단의 MMPI-2-RF 척도들의 평균과 표준편차, 집단 간 차이 검증 결과는 표 2에 제시되어 있다. 집단 간 차이검증에서 노인 우울장애 환자 집단은 상위차원척도에서 정서적/내재화 문제(EID)에서 유의하게 높은 점수를 보였다, $t(283) = 8.50, p < .001$. 재구성 임상척도에서는 노인 우울장애 환자 집단이 의기소침(RCd) 척도와, $t(283) = 6.69, p < .001$, 신체증상 호소(RC1) 척도, $t(283) = 3.54, p < .001$, 낮은 긍정 정서(RC2) 척도, $t(283) = 3.84, p < .001$, 역기능적 부정 정서(RC7) 척도, $t(283) = 3.91, p < .001$, 에서 노인 기준집단보다 유의미하게 더 높은 점수를 보였다. 한편, 경조증적 상태(RC9) 척도는 노인 우울장애 환자 집단이 노인 기준집단 보다 유의미하게 낮은 점수를 보였다, $t(283) = -3.08, p < .01$. 신체/인지 증상 척도에서는 노인 우울장애 환자 집단이 신체적 불편감(MLS) 척도, $t(283) = 7.26, p < .001$, 소화기 증상 호소(GIC) 척도, $t(283) = 6.30, p < .001$, 두통 호소(HPC) 척도, $t(283) = 3.13, p < .01$, 인지적 증상 호소(COG) 척도가, $t(283) = 3.01, p < .01$,에서 노인 기준집단보다 유의미하게 더 높은 점수를 보였다. 내재화 척도에서 노인 우울장애 환자 집단이 자살/죽음 사고(SUI) 척도, $t(283) = 5.07, p < .001$, 무력감/무망감(HLP) 척도, $t(283) = 4.05, p$

$< .001$, 자기회의(SFD) 척도, $t(283) = 5.36, p < .001$, 스트레스/걱정(STW) 척도, $t(283) = 5.66, p < .001$, 불안(AXY) 척도, $t(283) = 2.30, p < .01$, 분노 경향성(ANP) 척도, $t(283) = 3.54, p < .001$, 행동 제약 공포(BRF) 척도, $t(283) = 5.20, p < .001$, 다중 특정 공포(MSF) 척도, $t(283) = 5.04, p < .001$,에서 노인 기준집단보다 유의미하게 더 높은 점수를 보였다. 대인관계 척도에서는 노인 우울장애 환자 집단이 수줍음(SHY) 척도, $t(283) = 4.21, p < .001$, 관계단절(DSF) 척도가, $t(283) = 3.10, p < .01$, 에서 노인 기준집단보다 유의미하게 더 높은 점수를 보였으며, 성격병리 5요인 척도에서는 노인 우울장애 환자 집단이 부정적 정서성/신경증(NEGE-r) 척도와, $t(283) = 6.57, p < .001$, 내향성/낮은 긍정적 정서성(INTR-r) 척도가, $t(283) = 3.11, p < .01$, 에서 노인 기준집단보다 유의미하게 더 높은 점수를 보였다. 한편, 외현화 척도와 흥미 척도에서는 통계적으로 유의미한 수준으로 나타난 척도가 없었다.

효과 크기를 측정하여 해석하는 데에는 Cohen (Cohen, 2013)의 d 값의 기준을 사용하였다. d 값이 0.2~0.5에 해당하면 효과 크기가 작은 것으로 해석할 수 있으며 0.5~0.8이면 효과 크기는 보통으로, 0.8 이상이면 효과 크기가 크다고 볼 수 있다(권대훈, 2011). 본 연구에서 정서적/내재화 문제, 의기소침, 신체적 불편감 척도는 효과 크기가 큰 것으로 나타났으며, 소화기 증상 호소, 자살/죽음 사고, 자기회의, 스트레스/걱정, 행동 제약 공포, 다중 특정 공포, 수줍음, 부정적 정서성/신경증은 효과 크기가 보통인 것으로 나타났다. 이 외의 사고문제, 행동적/외현화 문제, 신체증상 호소, 낮은 긍정 정서, 냉소적 태도, 반사회적 행동, 피해

표 2. 노인 우울장애 집단과 노인 기준집단에 대한 MMPI-2-RF 척도의 집단 간 차이 검증

MMPI-2-RF 척도	노인 우울장애	노인 기준집단	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	(n=143) <i>M</i> (<i>SD</i>)	(n=142) <i>M</i> (<i>SD</i>)			
상위차원 척도					
정서적/내재화 문제(EID)	61.15 (11.72)	50.48 (9.23)	8.50	.000***	1.01
사고문제(THD)	54.28 (11.43)	51.80 (10.37)	1.91	.057	.23
행동적/외현화 문제(BXD)	46.95 (10.19)	47.44 (10.83)	-.39	.698	.05
재구성 임상 척도					
의기소침 (RCd)	58.06 (11.56)	50.03 (8.40)	6.69	.000***	.80
신체증상 호소(RC1)	56.35 (10.72)	51.92 (10.36)	3.54	.000***	.42
낮은 긍정 정서 (RC2)	57.65 (11.01)	52.43 (11.83)	3.84	.000***	.46
냉소적 태도(RC3)	50.15 (9.80)	50.13 (10.02)	.02	.985	<.01
반사회적 행동(RC4)	46.04 (8.89)	47.63 (9.30)	-1.47	.142	.17
피해의식(RC6)	51.00 (12.29)	50.94 (10.69)	.04	.967	<.01
역기능적 부정 정서(RC7)	54.80 (11.82)	49.70 (10.08)	3.91	.000***	.46
기태적 경험(RC8)	50.91 (10.50)	52.02 (10.95)	-.87	.384	.10
경조증적 상태(RC9)	44.33 (8.12)	47.81 (10.72)	-3.08	.002**	.37
특정 문제 척도					
신체/인지 증상 척도					
신체적 불편감 (MLS)	62.02 (11.37)	52.14 (11.53)	7.26	.000***	.86
소화기 증상 호소(GIC)	57.99 (10.16)	50.26 (10.47)	6.30	.000***	.56
두통 호소(HPC)	55.75 (9.92)	52.05 (9.98)	3.13	.002**	.39
신경학적 증상 호소(NUC)	53.69 (11.97)	52.94 (10.78)	.55	.583	.07
인지적 증상 호소(COG)	56.28 (11.22)	52.40 (10.47)	3.01	.003*	.36
내재화 척도					
자살/죽음 사고(SUI)	58.28 (12.67)	51.51 (9.58)	5.07	.000***	.60
무력감/무망감(HLP)	58.31 (11.93)	53.06 (9.78)	4.05	.000***	.48
자기회피(SFD)	55.52 (9.88)	49.30 (9.66)	5.36	.000***	.64
효능감 결여(NFC)	53.08 (10.82)	49.88 (9.92)	2.59	.010	.31
스트레스/걱정(STW)	57.07 (11.44)	50.13 (9.03)	5.66	.000***	.67
불안(AXY)	54.38 (12.17)	51.24 (10.75)	2.30	.002**	.27
분노 경향성(ANP)	53.65 (10.21)	49.34 (10.25)	3.54	.000***	.42
행동 제약 공포(BRF)	57.80 (11.50)	51.06 (10.25)	5.20	.000***	.62
다중 특정 공포(MSF)	55.46 (10.46)	49.39 (9.82)	5.04	.000***	.60
외현화 척도					
청소년기 품행 문제(JCP)	50.02 (10.21)	49.11 (9.83)	.76	.446	.09
약물 남용(SUB)	50.28 (12.15)	48.58 (7.85)	1.41	.161	.17
공격 성향(AGG)	47.72 (8.12)	47.99(10.75)	-.24	.812	.03
흥분 성향(ACT)	49.59 (9.62)	48.68(10.43)	.76	.448	.09

대인관계 척도						
가족 문제(FML)	51.79 (11.02)	49.35(10.70)	1.89	.060	.22	
대인관계 수동성(IPP)	51.82 (9.46)	51.26(10.80)	.46	.646	.06	
사회적 회피(SAV)	53.96 (10.57)	50.76(10.12)	2.60	.010	.31	
수줍음(SHY)	53.89 (11.19)	48.78 (9.14)	4.21	.000***	.50	
관계단절(DSF)	54.70 (10.93)	50.86 (9.83)	3.10	.002**	.37	
흥미 척도						
심미적-문화적 흥미(AES)	49.18 (9.60)	47.37 (9.31)	1.62	.107	.19	
기계적-신체적 흥미(MEC)	46.77 (7.96)	47.44 (9.41)	-.65	.513	.08	
성격병리 5요인 척도						
공격성(AGGR-r)	46.99 (8.38)	48.74(10.83)	-1.52	.130	.18	
정신증(PSYC-r)	53.44 (11.02)	51.75(10.56)	1.32	.188	.16	
통제 결여(DISC-r)	47.10 (10.77)	46.77(10.26)	.27	.791	.03	
부정적 정서성/신경증(NEGE-r)	57.13 (10.05)	49.67 (9.05)	6.57	.000***	.78	
내향성 / 낮은 긍정적 정서성(INTR-r)	56.64 (10.01)	52.71(11.17)	3.11	.002**	.37	

** $p < .01$. *** $p < .001$.

의식, 역기능적 부정 정서, 기대적 경험, 경조증적 상태, 두통 호소, 신경학적 증상 호소, 인지적 증상 호소, 무력감/ 무망감, 효능감 결여, 불안, 분노 경향성, 청소년기品行 문제, 약물 남용, 공격 성향, 흥분 성향, 가족 문제, 대인관계 수동성, 사회적 회피, 관계단절, 심미적-문화적 흥미, 기계적-신체적 흥미, 공격성, 정신증, 통제 결여, 내향성/ 낮은 긍정적 정서성 척도는 효과 크기가 작은 것으로 나타났다.

위계적 로지스틱 회귀분석 결과표

노인 우울장애 집단을 구분하는 데 영향력 있는 변인을 찾아내기 위하여 MMPI-2-RF 척도 중 유의미한 집단 간 차이가 있는 척도들을 위계적 로지스틱 회귀분석을 통해 탐색하였다. 우선 인구통계학적 변인들인 나이, 교육 수준이 1단계에서 입력되었고 이후 MMPI-2-RF 척도들이 입력되었

다. 상위차원 척도, 재구성 임상 척도, 특정 문제 척도들은 위계적 구조로 이루어져 있어서 문항 중복이 있어서 다중공선성(multicollinearity)의 문제가 발생할 수 있어 본 연구에서는 각 척도에 대해 위계적 로지스틱 회귀분석을 수행하였다.

상위차원 척도에 대한 위계적 회귀분석 결과, 전체 분류에 대한 정확도는 74.9%로 나타났다. 또한, 기준집단의 예측 정확도는 78.9%, 노인 우울장애 집단의 예측 정확도는 70.9%로 나타났다. 1단계에 투입한 인구통계학적 변인들의 효과를 통제 한 후에도 2단계에 투입한 MMPI-2-RF의 상위차원 척도는 두 집단을 변별하는데 통계적으로 유의한 것으로 나타났다. 1단계에 투입한 인구통계학적 변인들의 효과를 통제 한 후에도 2단계에 투입한 MMPI-2-RF의 상위차원 척도는 두 집단을 변별하는 데 통계적으로 유의한 것으로 나타났다. 노인 기준집단에 비해 노인 우울장애 집단에서 정서적/내재화 문제(EID), $B = .97, p <$

.001,에 대한 오즈비는 1.1로 높았다. 재구성 임상 척도에 대한 위계적 회귀분석 결과에서는 전체 분류에 대한 정확도는 79.9%였으며, 기준집단의 예측 정확도는 81.7%, 노인 우울장애 집단의 예측 정확도는 78%로 나타났다. 1단계에 투입한 인구통계학적 변인들의 효과를 통제한 후에도 2단계에 투입한 MMPI-2-RF의 재구성 임상 척도는 두 집단을 변별하는 데 통계적으로 유의한 것으로 나타났다. 노인 기준집단에 비해 노인 우울장애 집단에서 의기소침(RCd), $B = .12, p < .001$,에 대한 오즈비는 1.13으로 높았으며, 경조증적 상태(RC9), $B = -.14, p < .001$,에 대한 오즈비는 .87 낮았다. 특정 문제 척도에 대한 위계적 회귀분석 결과, 전체 분류에 대한 정확도는 79.5%로 나타났다. 또한, 기준집단의 예측 정확도는 82.4%, 노인 우울장애 집단의 예측 정확도는 76.6%로 나타났다. 1단계에 투입한 인구통계학적 변인들의 효과를 통제한 후에도 2단계에 투입한 MMPI-2-RF의 특정 문제 척도는 두 집단을 변별하는데 통계적으로 유의한 것으로 나타났다. 노인 기준집단에 비해 노인 우울장애 집단에서 신체적 불편감(MLS), $B = .05, p < .01$,에 대한 오즈비는 1.05로 높았다. 마지막으로 성격병리 5요인 척도에 대한 위계적 회귀분석을 하였을 때, 전체 분류에 대한 정확도는 72.1%로 나타났다. 또한, 기준집단의 예측 정확도는 74.6%, 노인 우울장애 집단의 예측 정확도는 69.5%로 나타났다. 1단계에 투입한 인구통계학적 변인들의 효과를 통제한 후에도 2단계에 투입한 MMPI-2-RF의 성격병리 5요인 척도는 두 집단을 변별하는 데 통계적으로 유의한 것으로 나타났다. 노인 기준집단에 비해 노인 우울장애 집단에서 부정적 정서성/신경증(NEGE-r), B

$= .09, p < .001$,에 대한 오즈비는 1.10로 높았으며, 내향성/낮은 긍정적 정서성(INTR-r), $B = .04, p < .01$,에 대한 오즈비는 1.04로 높았다. 분석 결과는 표 3에 제시하였다.

추가 분석에서 공병의 영향을 배제한 후에 노인 우울장애 집단을 구분하는데 영향력 있는 변인을 확인하기 위하여 공병이 없는 노인 우울장애 집단과 기준집단에 대한 위계적 로지스틱 회귀분석을 하였다. 우선 인구통계학적 변인들인 나이, 교육 수준이 1단계에서 입력되었고 이후 MMPI-2-RF 척도들이 입력되었다. 상위차원 척도를 살펴보면, 전체 분류에 대한 정확도는 77%로 나타났다. 또한, 기준집단의 예측 정확도는 92.3%, 노인 우울장애 집단의 예측 정확도는 44.8%로 나타났다. 1단계에 투입한 인구통계학적 변인들의 효과를 통제한 후에도 2단계에 투입한 MMPI-2-RF의 상위차원 척도는 두 집단을 변별하는 데 통계적으로 유의한 것으로 나타났다. 노인 기준집단에 비해 노인 우울장애 집단에서 정서적/내재화 문제(EID), $B = .07, p < .001$,에 대한 오즈비는 1.08로 높았다. 재구성 임상 척도에 대한 분석 결과에서는 전체 분류에 대한 정확도는 83%였으며, 기준집단의 예측 정확도는 91.5%, 노인 우울장애 집단의 예측 정확도는 67.9%로 나타났다. 1단계에 투입한 인구통계학적 변인들의 효과를 통제한 후에도 2단계에 투입한 MMPI-2-RF의 재구성 임상 척도는 두 집단을 변별하는 데 통계적으로 유의한 것으로 나타났다. 노인 기준집단에 비해 노인 우울장애 집단에서 의기소침(RCd), $B = .18, p < .001$,에 대한 오즈비는 1.19로 높았으며, 경조증적 상태(RC9), $B = -.17, p < .001$,에 대한 오즈비는 .84 낮았다. 특정

문제 척도를 살펴보면 전체 분류에 대한 정확도는 83.4%로 나타났다. 또한, 기준집단의 예측 정확도는 90.1%, 노인 우울장애 집단의 예측 정확도는 71.6%로 나타났다. 1단계에 투입한 인구통계학적 변인들의 효과를 통제된 후에도 2단계에 투입한 MMPI-2-RF의 특정 문제 척도는 두 집단을 변별하는데 통계적으로 유의한 것으로 나타났다.

노인 기준집단에 비해 노인 우울장애 집단에서 신체적 불편감(MLS), $B = .07, p < .01$,에 대한 오즈비는 1.07로 높았으며, 자살/죽음 사고(SUI), $B = .06, p < .01$,에 대한 오즈비는 1.06으로 높았다. 마지막으로 성격병리 5요인 척도에 대한 위계적 회귀분석을 하였을 때, 전체 분류에 대한 정확도는 73.1%로 나타났다. 또한, 기준집단의 예측

표 3. 공병을 포함한 전체 노인 우울장애집단과 노인 기준집단에 대한 위계적 로지스틱 회귀분석

독립변인	B	SE(B)	Wald	p	OR	95% CI
상위차원 척도						
1단계						
나이	.15	.03	21.91	.000***	1.17	[1.10, 1.25]
교육년수	.23	.06	12.92	.000***	1.25	[1.11, 1.42]
2단계						
정서적/내재화 문제(EID)	.97	.02	39.06	.001**	1.10	[1.07, 1.14]
재구성 임상척도						
1단계						
나이	.17	.04	24.46	.000***	1.19	[1.11, 1.28]
교육년수	.25	.07	14.91	.000***	1.29	[1.13, 1.46]
2단계						
의기소침 (RCd)	.12	.03	17.09	.000***	1.13	[1.06, 1.19]
경조증적 상태(RC9)	-.14	.03	27.70	.000***	.87	[.83, .92]
특정 문제 척도						
1단계						
나이	.15	.04	17.44	.000***	1.17	[1.09, 1.25]
교육년수	.28	.07	14.54	.000***	1.33	[1.15, 1.53]
2단계						
신체적 불편감 (MLS)	.05	.02	10.03	.002**	1.05	[1.02, 1.09]
성격병리 5요인 척도						
1단계						
나이	.16	.03	23.95	.000***	1.17	[1.10, 1.25]
교육년수	.25	.06	16.27	.000***	1.29	[1.14, 1.46]
2단계						
부정적 정서성/신경증(NEGE-r)	.09	.02	32.05	.000**	1.10	[1.06, 1.13]
내향성/낮은 긍정적 정서성(INTR-r)	.04	.01	8.36	.004**	1.04	[1.01, 1.07]

** $p < .01$. *** $p < .001$.

주. 집단 : 우울장애(1), 기준집단(0).

정확도는 88.7%, 노인 우울장애 집단의 예측 정확도는 45.7%로 나타났다. 1단계에 투입한 인구통계학적 변인들의 효과를 통제된 후에도 2단계에 투입한 MMPI-2-RF의 성격병리 5요인 척도는 두 집단을 변별하는 데 통계적으로 유의한 것으로 나타났다. 노인 기준집단에 비해 노인 우울장애

집단에서 부정적 정서성/신경증(NEGE-r), $B = .10$, $p < .001$,에 대한 오즈비는 1.1로 높았으며, 내향성/낮은 긍정적 정서성(INTR-r), $B = .05$, $p < .01$,에 대한 오즈비는 1.05로 높았다. 분석 결과는 표 4에 제시하였다.

표 4. 공병이 없는 노인 우울장애 집단과 노인 기준집단에 대한 위계적 로지스틱 회귀분석

독립변인	B	SE(B)	Wald	p	OR	95% CI
상위차원 척도						
1단계						
나이	.15	.04	15.95	.000***	1.16	[1.08, 1.25]
교육년수	.17	.08	5.32	.021	1.18	[1.03, 1.38]
2단계						
정서적/내재화 문제(EID)	.07	.02	18.24	.000***	1.08	[1.04, 1.11]
재구성 임상척도						
1단계						
나이	.17	.05	15.37	.000***	1.20	[1.09, 1.31]
교육년수	.33	.08	16.30	.000***	1.40	[1.19, 1.64]
2단계						
의기소침 (RCd)	.18	.04	18.82	.000***	1.19	[1.10, 1.29]
경조증적 상태(RC9)	-.17	.04	23.02	.000***	.84	[.78, .90]
특정 문제 척도						
1단계						
나이	.16	.05	11.12	.001**	1.17	[1.07, 1.29]
교육년수	.29	.09	10.80	.001**	1.34	[1.13, 1.59]
2단계						
신체적 불편감 (MLS)	.07	.02	11.45	.001**	1.07	[1.03, 1.12]
자살/죽음 사고(SUI)	.06	.02	6.92	.009**	1.06	[1.01, 1.10]
성격병리 5요인 척도						
1단계						
나이	.17	.04	20.70	.000***	1.19	[1.10, 1.28]
교육년수	.30	.07	17.06	.000***	1.35	[1.17, 1.56]
2단계						
부정적 정서성/신경증(NEGE-r)	.10	.02	25.61	.000**	1.10	[1.06, 1.15]
내향성/낮은 긍정적 정서성(INTR-r)	.05	.02	8.34	.004**	1.05	[1.02, 1.09]

** $p < .01$. *** $p < .001$.

주. 집단 : 공병이 없는 우울장애(1), 기준집단(0).

논 의

본 연구는 MMPI-2-RF를 통하여 노인 우울장애의 특징을 확인하고, 노인 우울장애 집단을 변별하는 데 예측력 있는 척도를 선별하고자 하는 목적으로 노인 우울장애 집단과 MMPI-2의 노인 표준화 집단을 비교 분석하였다. 연구 결과를 제시하면 다음과 같다.

본 연구 결과, 정서적/내재화 문제(EID), 의기소침(RCd), 신체증상 호소(RC1), 낮은 긍정 정서(RC2), 역기능적 부정 정서(RC7), 신체적 불편감(MLS), 소화기 증상 호소(GIC), 두통호소(HPC), 인지적 증상 호소(COG), 자살/죽음 사고(SUI), 무력감/무망감(HLP), 자기회의(SFD), 스트레스/걱정(STW), 불안(AXY), 분노 경향성(ANP), 행동 제약 공포(BRF), 다중 특정 공포(MSF), 수줍음(SHY), 관계단절(DSF), 부정적 정서성/신경증(NEGE-r), 내향성/낮은 긍정적 정서성(INTR-r) 척도가 노인 우울장애 환자들에서 유의미하게 더 높은 것으로 나타났다. 반면, 경조증적 상태(RC9) 척도는 노인 우울장애 환자들에서 유의미하게 더 낮았다. 이러한 결과는 노인 우울장애 환자들 전반적으로 삶에 대한 불만족감, 불행감을 느끼며, 불안, 짜증을 비롯한 다양한 부정적인 정서와 자살사고를 경험할 소지가 많다는 점을 반영한 것으로 보인다. 이는 안소정 등(2011)의 연구에서 성인 우울장애와 유사하게 노인 우울장애 환자들에서도 특징적인 MMPI-2 프로파일이 2-7-0 코드였다는 결과와 동일한 맥락에서 이해해볼 수 있겠다.

본 연구 결과 중 노인 우울장애 집단이 신체적인 쇠약, 식욕부진 등의 소화기 문제, 만성적인 통

증 등의 신체적 불편감과 기억력 문제와 집중곤란 등의 인지적 문제를 더 높게 호소하는 경향이 있었던 점은 주목할 만한 점이다. 선행 연구들에서도 노인 우울증이 우울한 기분을 직접 호소하기보다는 건강에 대한 과도한 염려나 통증 등의 신체적 증상을 먼저 호소하는 경향이 있으며(R. P. Brown, Sweeney, Loutsch, Kocsis, & Frances, 1984; Gurland, 1976; Husain et al., 2005), 기억력 및 집중력 장애를 빈번히 보고하고, 심지어는 ‘가성치매(pseudodementia)’나 ‘집행기능의 역기능 증후군(executive dysfunction syndrome)’ 등의 임상 양상으로 표현되기도 한다는 보고들이 있어왔다(Elderkin-Thompson, Mintz, Haroon, Lavretsky, & Kumar, 2007; Herrmann, Goodwin, & Ebmeier, 2007; Sheline et al., 2006). 본 연구의 결과도 노인 우울장애 환자들이 신체적, 인지적인 문제들을 호소하는 경향이 있다는 선행 연구들과 일치한 것으로 볼 수 있다.

아울러, 선행 연구들에서 노인 우울장애 환자들이 전반적으로 타인이나 자신에 대한 불만족감, 정서적 불편감으로 인해 사회적으로 위축되며 소극적이 된다는 보고처럼 본 연구에서도 노인 우울장애 환자들이 더 높은 사회적 내향성과 억제력을 보였다(Bagby et al., 2005; Ben-Porath, Butcher, & Graham, 1991).

로지스틱 회귀분석 결과, 상위차원 척도 중 정서적/내재화 문제(EID) 척도가 노인우울장애 집단과 노인 기준집단을 변별하는 데 예측력 있는 척도로 나타났다. 이러한 결과는 문경주 등(2015)이 성인 주요우울장애 집단을 대상으로 한 연구에서 정서적/내재화 문제(EID) 척도가 유일하게 우울장애 집단을 양극성 장애 및 조현병 집단과 구별해

주는 척도로 보고되었던 결과와도 일치한다. 이는 노인 우울장애 환자들도 성인 우울장애 환자와 유사하게 외현화 문제나 사고 문제보다는 전반적인 정서기능 및 내현화 문제와 관련된 특성을 보인다라는 점을 반영하는 결과로 해석해 볼 수 있겠다. 그런데 흥미롭게도 상위차원 척도의 하위 위계구조인 재구성 임상 척도에 대한 분석 결과에서 MMPI-2-RF에서 전형적인 우울장애 증상인 슬프고 우울한 기분, 긍정적 정서 경험의 결여 등을 평가하기 위해 개발된 낮은 긍정 정서(RC2) 척도는 노인 우울장애 집단을 변별하는 데 유의미한 척도는 아니었다. 대신 의기소침(RCd) 척도와 경조증적 상태(RC9) 척도가 노인 우울장애 집단을 성공적으로 예측할 수 있는 척도로 나타났다. 기존 연구들에서 의기소침(RCd) 척도 역시 우울증이 있는 경우에 상승할 수 있다는 보고가 있었지만, 이 척도의 상승이 우울장애의 고유한 특성인 슬픔, 우울한 기분과 같은 증상을 반영한 것이라기보다는 정신장애가 있는 사람들이 공통으로 경험할 수 있는 정서적 불편감을 보다 더 반영한 것으로 볼 수 있다(한경희 등, 2011). 또한, 기존문헌에 따르면 경조증적 상태(RC9) 척도의 점수가 낮을수록 에너지가 저하되어 있고, 주변 환경으로부터 철회되어 있는 경향성과 관련이 높다는 보고들이 있었다(한경희 등, 2011). 본 연구 결과를 종합해보면, 노인 우울장애 환자들은 전반적인 불편감과 불만족감은 경험하지만 다른 연령층에서 관찰되는 슬픈 기분이나 우울감에 대한 호소보다는 낮은 에너지 수준과 사회적으로 고립되어 있는 경향이 더욱 두드러진다고 볼 수 있겠다. 이는 선행 연구들과도 흐름을 같이하는 결과로, 노인 우울장애 집단의 감별을 위해서는 사회

적 고립 및 낮은 에너지 수준과 관련된 증상들을 확인하는 것이 필요하다는 시사점이 있겠다(M. F. Chan & Zeng, 2009).

특정 문제 척도 중에서는 피로감, 신체적 쇠약에 대한 호소와 관련된 문항들로 구성된 신체적 불편감(MLS) 척도가 노인 우울장애를 확인하는데 예측력이 있는 척도로 나타났다. 노인 우울장애 환자들이 기분보다는 신체적 문제에 더 집중하는 경향이 있다는 선행 연구 결과를 고려할 때, 신체적 불편감(MLS) 척도 역시 노인 우울장애의 변별에 유용성이 클 것으로 생각된다. 성격병리 5요인 척도의 경우, 부정적 정서성/신경증(NEGE-r) 척도와 내향성/낮은 긍정적 정서성(INTR-r) 척도가 노인 우울장애 집단을 노인 기준집단으로부터 유의하게 변별해 주었다. 이는 노인 우울장애 환자들이 기준집단보다 더 부정적인 방향으로 감정이 기울고 사회적 상황 및 상호작용을 회피하는 경향을 보인다는 기존 문헌과 잘 부합하는 결과로 보인다(Barua, Ghosh, Kar, & Basilio, 2012).

공병의 영향을 배제하기 위해 노인 우울장애 집단 중에서도 우울장애만 단독으로 진단받은 집단을 대상으로 추가 분석을 실시하였다. 그 결과, 앞서 기술한 결과와 동일하게 정서적/내재화 문제(EID), 의기소침(RCd), 경조증적 상태(RC9), 신체적 불편감(MLS), 부정적 정서성/신경증(NEGE-r) 척도와 내향성/낮은 긍정적 정서성(INTR-r) 척도가 노인 우울장애 집단을 변별해주는 유의미한 척도로 나타났다. 다만, 추가 분석에서는 자살/죽음사고(SUI) 역시 노인 우울장애 집단을 유의미하게 예측해줄 수 있는 척도라는 결과가 나왔다. 전체 노인 우울장애 집단을 대상으로 한 분석에

서 자살/죽음사고(SUI) 척도가 비록 본 연구에서 설정한 1%의 유의도 수준에는 미치지 못하였지만 유의도 수준 5%에서는 유의미한 예측력을 지니는 것으로 나타났던 점을 미루어보면, 자살/죽음사고(SUI) 척도를 노인 우울장애 진단을 선별하는 데 활용하는 것은 유용성이 있을 것으로 생각된다. 특히, 기존 연구들에서 노인은 성인에 비해 자살 사고를 실제로 실행에 옮기는 비율이 훨씬 더 높고, 주요 우울장애가 노인 자살의 원인이 되는 경우가 최대 90%까지도 보고된다는 결과들을 고려하면 노인 우울장애에서 자살/죽음사고(SUI) 척도를 확인하는 것은 진단에 대한 변별에 도움이 되는 것에 더하여 노인 우울장애 환자들의 자살을 예방하는 데도 상당한 이점이 있을 것으로 사료된다.

본 연구의 결과를 중심으로 연구의 의의를 논의하면 다음과 같다. 첫째, 본 연구에서는 노인 우울장애를 다차원적으로 평가하는 데 있어 MMPI-2-RF의 유용성에 대하여 확인하였다. 지금까지 국내 노인의 우울을 측정할 때는 실시가 간편하고 문항의 수가 적다는 점 때문에 선별 목적의 20~30문항의 자기 보고식 질문지를 주로 사용해왔다. 그러나 이는 노인 우울장애의 유발과 지속에 영향을 미치는 요인들로 알려진 자기 효능감, 은퇴나 상실로 인한 급격한 사회적 지지체계의 감소 등을 확인하는 데는 제한점이 있으며(Fry, 1989; George, 1989; Husaini et al., 1991), 경과나 치료에 영향을 줄 수 있는 성격적인 특성과 약물남용, 음주 문제 등의 동반되는 행동 문제들에 대한 내용을 평가하는 데 어려움이 있었다. 최근 개발된 MMPI-2-RF는 기존 MMPI-2보다 문항 수를 대폭 축소하여 지나치게 긴 문항 및

검사 시간으로 인한 노인들의 집중 곤란이나 동기 저하를 최소화하는 동시에 포괄적이고 다차원적인 평가를 가능하게 하여 노인 우울장애 진단에 유용성이 있을 것으로 생각된다. 또한, MMPI-2-RF에 포함된 재구성 임상(RC) 척도는 우울 증상들뿐만 아니라 동반될 수 있는 다양한 정신과적 증상들을 확인하는 데 유용하며, 특정 문제(SP) 척도를 통해 재구성 임상(RC) 척도에서 시사된 문제를 세분화하여 확인할 수 있다는 이점이 있다. 예컨대, 특정 문제 척도 중 내재화 척도에 포함된 자살/죽음 사고(SUI), 무력감/무망감(HLP), 자기 회의(SFD), 효능감 결여(NFC) 척도들은 재구성 임상(RC) 척도와 관련된 다양한 속성들을 구체적으로 확인하는 것이 가능하여 증상의 평가나 진단뿐 아니라 치료 계획을 수립하는 데도 상당한 유용성이 있을 것으로 기대된다. 다만, 한 가지 고려해야 될 사항은 MMPI-2-RF는 MMPI-2와 달리 성별 기준을 제외하고 전체 기준만을 포함하고 있다는 점이다. MMPI-2-RF는 개발 당시 성차별 가능성에 대한 우려 등의 이유로 남성성/여성성을 측정하는 5번 척도와 남성적 성역할(GM), 여성적 성역할(GF) 척도를 제외한 모든 척도에서 성별 기준이 아닌 전체 기준을 사용하였다. 그러나 주요우울장애의 경우 초기 청소년기부터 여성이 남성보다 유병률이 1.5~3배 정도 높아진다고 보고된 것처럼 성별에 따른 유병률 차이가 있는 정신장애이다. 성별 기준을 제공하지 못하는 점이 척도의 민감도에 영향을 줄 소지가 있으므로 척도를 사용할 때 반드시 이 점에 대해 고려가 필요해 보인다.

둘째, 본 연구에서는 임상 장면에서 실제 활용 역사가 짧았던 MMPI-2-RF를 노인 우울장애 집

단과 일반 노인 집단에 적용해봄으로써, 두 집단의 감별에 유용한 척도들을 확인하였다는 데 의의가 있다. 노인들의 많은 수가 우울장애를 치료해야 할 필요가 있는 질병으로 여기지 않으며 구분보다는 신체적인 어려움이나 통증에만 집착하는 경향이 두드러진다(M. F. Chan & Zeng, 2009). 또한, 노년기에 축소된 지지체계나 사회적 관계망으로 인해 이러한 정서 문제가 잘 보고되지 않는 경우가 많아(Alves et al., 2014; Jacoby, Oppenheimer, Dening, & Thomas, 2008), 감별이 어렵고 인지적/신체적 문제로 오진단 되는 경우가 빈번하다(Jacoby et al., 2008). 이처럼 노인 우울장애에 대한 감별 평가는 쉽지 않지만 오진단으로 인한 결과의 치명성이 다른 연령 집단에 비해 높다는 점에서 정확한 평가가 매우 중요하다고 할 수 있겠다. 본 연구에서는 MMPI-2-RF를 활용하여 정상 노인과 노인 우울장애 환자들을 구별해 줄 수 있는 예측력 있는 여러 척도들을 확인하였다. 본 연구 결과에 따르면, 선행 연구에서 노인 우울증의 특징으로 보고된 측면들, 즉 다양한 신체적 증상에 대한 호소, 사회적 철수 등을 측정할 수 있는 문항들로 구성된 의기소침(RCd), 경조증적 상태(RC9), 신체적 불편감(MLS) 척도가 노인 우울장애와 일반 노인을 가장 민감하게 변별하는 것으로 나타났다(전은영 등, 2013; Covinsky, Cenzler, Yaffe, O'Brien, & Blazer, 2014; Ludvigsson et al., 2014).

그러나 본 연구에서는 구조화된 면담 도구를 활용하여 진단적 정확성을 충분히 확보하지 못하였다는 아쉬움이 있다. 비록 연구 분석에는 정신과 전문가가 DSM-IV 진단체계에 근거하여 우울

장애가 있다고 판단한 대상자들의 자료만을 포함하였다고는 하나, 연구를 할 때는 임상적인 판단에 더하여 보다 명확한 기준에 따라 분류를 하는 것이 연구에서의 혼입을 줄이고 정확성을 높여주므로 본 연구에서 구조화된 면담 도구를 사용하지 못하여 제한점이 될 것으로 사료된다. 추후 전향적인 연구를 통해 이런 측면에 대한 보완이 필요할 것으로 사료된다.

두 번째 제한점 역시 후향적 연구의 한계점으로 생각되는 부분으로, 연구에 포함된 대상자들의 신체적 질병에 대한 정보를 확인하지 못하여 신체 질환이 결과에 미치는 영향을 고려하기 어렵다는 점이다. 선행 연구들에서는 신체적인 질병이 우울증에 영향을 미칠 수 있다는 결과들이 보고되어왔으며, 노인들의 주관적인 건강 인식이나, 통증, 신체적인 건강 및 만성질환의 수가 우울 증상을 경험하는 데 관련될 수 있다는 제안도 있었다(Rodin & Voshart, 1986; Seo, Kim, & Kim, 2006). 실제 노인을 대상으로 한 조사에서 65세 이상의 노인들은 대부분 한 가지 이상의 만성적인 신체 질환이 있으며, 70세 이상 노인의 80% 이상에서 신체 질환이 있다는 보고가 있을 정도로 노년기는 질병에 대한 취약성이 증가하는 시기이다(Rogers, Rogers, & Belanger, 1990). 이러한 측면들은 본 연구의 결과를 해석하는 데 있어 다소 어려움으로 작용하는 면이 있겠다. 따라서 추후 연구에서는 만성질환의 수나 통증의 정도 등의 실제 신체적인 질환의 유무와 정도에 관해서 확인하고 신체적인 질병의 여부에 따른 차이를 확인하여 이러한 점을 보완한다면 더 나은 결과를 얻을 수 있을 것으로 생각된다.

마지막으로 본 연구에서는 노인 우울장애에서

공병할 수 있는 장애에 대해 충분한 고려를 하지 못하였다는 제한점이 있겠다. Paterniti 외 (2002)의 연구에서는 기저선 평가에서의 우울 증상의 심각도가 이후 인지적 감퇴를 예측해주었다는 보고가 있었으며, Teng과 Cummings(2007)의 연구에서도 우울증은 알츠하이머 치매로 진행되는 가장 잘 알려진 예측 요인 중 하나라고 제안하는 등 최근 연구들에서는 노년기의 우울 증상들이 치매와 같은 인지장애의 초기 징후라고 보는 관점들이 제기되어 왔다. 본 연구에서는 정신과 전문의의 의학적 진단을 통해 치매나 경도 인지장애에 대한 배제 진단을 하였지만, 연구에 포함된 일부 노인 우울장애 환자들의 우울 양상들은 이러한 인지장애의 전조 증상 혹은 초기 증상의 하나였을 가능성에 대해 고려할 필요가 있겠다.

앞서 언급한 몇 가지 제한점이 있지만 본 연구는 비교적 많은 연구 대상을 포함한 다기관 연구였다는 점에서 단일 기관 연구보다 일반화의 측면에서 이점이 있을 것으로 생각된다. 추후에는 보다 광범위한 지역의 노인 우울장애 환자들을 대상으로 하는 대규모 연구를 통해 결과를 반복 검증할 필요가 있겠다.

참 고 문 헌

- 권대훈 (2011). 사회과학 연구를 위한 통계학. 서울 학지사
- 김재민, 신일선, 윤진상, 이형영 (2001). 지역사회 거주 노인의 인지기능에 따른 한국형 노인우울검사의 타당도. *정신의학*, 10(2), 126-131.
- 대한노인정신의학회 (2015). 노인 정신의학. (주)엠엘커뮤니케이션
- 문경주, 육근영, 한경희, 김지혜 (2015). MMPI-2-RF 척도의 진단적 유용성: 양극성장애, 주요우울장애, 조현병 집단의 비교. *한국심리학회지: 임상*, 34(1), 103-125.
- 안소정, 박은희, 홍나래 (2011). MMPI-2로 살펴본 노인 우울증의 임상적 특성. *한국심리학회 추계 학술대회*.
- 전은영, 이동혁, 이정림, 김석현 (2013). 우울장애와 불안장애 환자군의 MMPI-2 특성. *상담학연구*, 14(1), 555-572.
- 정선훈, 이은호, 김지혜, 한경희, 문경주 (2013). MMPI-2-RF 척도의 진단적 유용성: 주요우울장애 환자와 양극성 장애 환자들의 감별. *한국심리학회지: 일반*, 32(2), 371-394.
- 정윤경, 박은희, 전덕인, 석정호, 홍나래 (2009). 임상현장에서 MMPI-2 진단적 유용성: 우울증 환자군과 정신분열증 환자군의 비교. *한국심리학회지: 임상*, 28(2), 339-362.
- 정인과, 곽동일, 조숙행, 이현수 (1997). 한국형 노인우울검사(Korean Form of Geriatric Depression Scale, KGDS) 표준화 연구. *노인정신의학*, 1(1), 61-72.
- 최정윤, 정진복 (1991). 우울증 환자의 MMPI 프로파일. *한국심리학회지: 임상*, 10(1), 34-41.
- 통계청(2011. 12. 7). 장래인구추계: 2010년~2060년
- 한경희, 문경주, 이주영, 김지혜 (2011). 다면적 인성검사 2 재구성판 매뉴얼. 마음사랑.
- 한준수, 이현수, 이성근, 정인과 (1997). 신체질환이 있는 노인 환자의 우울증상. *노인정신의학*, 1(1), 100-111.
- Alves, V. d. M., Maia, A. C. C., & Nardi, A. E. (2014). Suicide among elderly: a systematic review. *MedicalExpress*, 1(1), 9-13.
- Arbisi, P. A., Ben-Porath, Y. S., & McNulty, J. L. (2003). Empirical correlates of common MMPI-2 two-point codes in male psychiatric inpatients. *Assessment*, 10(3), 237-247.

- Archer, R. P., Griffin, R., & Aiduk, R. (1995). MMPI-2 clinical correlates for ten common codes. *Journal of Personality Assessment, 63*(3), 391-407.
- Association, A. P. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edn Washington. *DC: American Psychiatric Association.*
- Bagby, R. M., Marshall, M. B., Basso, M. R., Nicholson, R. A., Bacchioni, J., & Miller, L. S. (2005). Distinguishing bipolar depression, major depression, and schizophrenia with the MMPI-2 clinical and content scales. *Journal of Personality Assessment, 84*(1), 89-95.
- Barua, A., Ghosh, M. K., Kar, N., & Basilio, M. A. (2012). Chronic co-morbidities associated with depression in elderly. *Annals of Tropical Medicine and Public Health, 5*(2), 145-148.
- Ben-Porath, Y. S., Butcher, J. N., & Graham, J. R. (1991). Contribution of the MMPI-2 content scales to the differential diagnosis of schizophrenia and major depression. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology, 3*(4), 634-640.
- Ben-Porath, Y. S., & Tellegen, A. (2008). *MMPI-2-RF, Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 Restructured Form: Manual for Administration, Scoring and Interpretation*. University of Minnesota Press.
- Brown, R. P., Sweeney, J., Loutsch, E., Kocsis, J., & Frances, A. (1984). Involitional melancholia revisited. *The American Journal of Psychiatry, 141*(1), 24-28
- Brown, T. A., Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (1998). Structural relationships among dimensions of the DSM-IV anxiety and mood disorders and dimensions of negative affect, positive affect, and autonomic arousal. *Journal of Abnormal Psychology, 107*(2), 179-192.
- Butcher, J. N., Dahlstrom, W., Graham, J., Tellegen, A., & Kaemmer, B. (1990). Minnesota multiphasic personality inventory-2. *Manual for Administration and, 8*, 491-499.
- Chan, A. C.-M. (1996). Clinical validation of the geriatric depression scale (GDS) Chinese version. *Journal of Aging and Health, 8*(2), 238-253.
- Chan, M. F., & Zeng, W. (2009). Investigating factors associated with depression of older women in Macau. *Journal of Clinical Nursing, 18*(21), 2969-2977.
- Cheng, S.-T., & Chan, A. C. (2007). Withdrawal, apathy and lack of vigor in late life depression: Factorial validity and relationship to diagnosis. *Aging and Mental Health, 11*(5), 532-537.
- Cheng, T. A. (1989). Symptomatology of minor psychiatric morbidity: a crosscultural comparison. *Psychological Medicine, 19*(3), 697-708.
- Cohen, J. (2013). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Routledge Academic.
- Covinsky, K. E., Cenzer, I. S., Yaffe, K., O'Brien, S., & Blazer, D. G. (2014). Dysphoria and anhedonia as risk factors for disability or death in older persons: implications for the assessment of geriatric depression. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 22*(6), 606-613.
- Dunn, V. K., & Sacco, W. P. (1989). Psychometric evaluation of the Geriatric Depression Scale and the Zung Self-Rating Depression Scale using an elderly community sample. *Psychology and Aging, 4*(1), 125-126.
- Elderkin-Thompson, V., Mintz, J., Haroon, E., Lavretsky, H., & Kumar, A. (2007). Executive dysfunction and memory in older patients with major and minor depression. *Archives of Clinical Neuropsychology, 22*(2), 261-270.
- Ertan, T., & Eker, E. (2000). Reliability, validity, and factor structure of the geriatric depression scale

- in Turkish elderly: are there different factor structures for different cultures? *International Psychogeriatrics*, 12(2), 163-172.
- Forbey, J. D., & Ben-Porath, Y. S. (2007). A comparison of the MMPI-2 restructured clinical (RC) and clinical scales in a substance abuse treatment sample. *Psychological Services*, 4(1), 46-58.
- Fry, P. (1989). Mediators of perceptions of stress among community-based elders. *Psychological Reports*, 63(1), 307-314.
- George, L. K. (1989). Stress, social support, and depression over the life-course.
- Graham, J. R. (1990). *MMPI-2: Assessing personality and psychopathology*. Oxford University Press New York.
- Gurland, B. J. (1976). The comparative frequency of depression in various adult age groups. *Journal of Gerontology*, 31(3), 283-292.
- Haber, J. C., & Baum, L. J. (2014). Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 Restructured Form (MMPI-2-RF) Scales as predictors of psychiatric diagnoses. *South African Journal of Psychology*, 44(4), 439-453.
- Handel, R. W., & Archer, R. P. (2008). An investigation of the psychometric properties of the MMPI2 Restructured Clinical (RC) scales with mental health inpatients. *Journal of Personality Assessment*, 90(3), 239-249.
- Herrmann, L. L., Goodwin, G. M., & Ebmeier, K. P. (2007). The cognitive neuropsychology of depression in the elderly. *Psychological Medicine*, 37(12), 1693-1702.
- Husain, M. M., Rush, A. J., Sackeim, H. A., Wisniewski, S. R., McClintock, S. M., Craven, N., & Hauger, R. (2005). Age-related characteristics of depression: a preliminary STAR* D report. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(10), 852-860.
- Husaini, B. A., Moore, S. T., Castor, R. S., Nesor, W., Griffin, D., Linn, J. G., & Whitten-stovall, R. (1991). Social density, stressors, and depression: Gender differences among the black elderly. *Journal of Gerontology*, 46(5), 236-242.
- Jacoby, R., Oppenheimer, C., Dening, T., & Thomas, A. (2008). Oxford Textbook of old age psychiatry. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50(12), 807-808.
- Li, D., Li, X., Liu, W., Qiu, S., & Zeng, W. (2003). The depressive states of the aged population in the elderly centers of Macau. *Macau Journal of Nursing*, 2(1), 21-23.
- Ludvigsson, M., Milberg, A., Marcusson, J., & Wressle, E. (2014). Normal aging or depression? A qualitative study on the differences between subsyndromal depression and depression in very old people. *The Gerontologist*, Advance online publication. doi:10.1093/geront/gnt162
- Mehrotra, S. (2014). Late Life Depression-An Overview. *Annals of Geriatric Education and Medical Sciences*, 1(1), 16-19.
- Moras, K., & Barlow, D. H. (1992). Dimensional approaches to diagnosis and the problem of anxiety and depression. In Anke (Ed); Fiegenbaum, Wolfgang (Ed); Florin, Irmela (Ed); Margraf, Jürgen (Ed), *Perspective and promises of clinical psychology*(pp. 23-37). New York, NY, US: Plenum Press
- Paterniti, S., Verdier-Taillefer, M.-H., Dufouil, C., & Alperovitch, A. (2002). Depressive symptoms and cognitive decline in elderly people Longitudinal study. *The British Journal of Psychiatry*, 181(5), 406-410.
- Rodin, G., & Voshart, K. (1986). Depression in the medically ill: an overview. *Am J Psychiatry*, 143(6), 696-705.

- Rogers, A., Rogers, R. G., & Belanger, A. (1990). Longer life but worse health? Measurement and dynamics. *The Gerontologist*, 30(5), 640-649.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2000). Comprehensive textbook of psychiatry 7th ed. Philadelphia: Williams and Wilkins.
- Sadock, B. J. (2000). *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry (2 Volume Set)*: Lippincott Williams & Wilkins.
- Saz, P., & Dewey, M. E. (2001). Depression, depressive symptoms and mortality in persons aged 65 and over living in the community: a systematic review of the literature. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(6), 622-630.
- Schulz, R., Drayer, R. A., & Rollman, B. L. (2002). Depression as a risk factor for non-suicide mortality in the elderly. *Biological psychiatry*, 52(3), 205-225.
- Sellbom, M., Bagby, R. M., Kushner, S., Quilty, L. C., & Ayearst, L. E. (2011). Diagnostic construct validity of MMPI-2 restructured form (MMPI-2-RF) scale scores. *Assessment*, 19, 176-186.
- Sellbom, M., & Ben-Porath, Y. S. (2005). Mapping the MMPI2 Restructured Clinical scales onto normal personality traits: Evidence of construct validity. *Journal of Personality Assessment*, 85(2), 179-187.
- Sellbom, M., Ben-Porath, Y. S., & Bagby, R. M. (2008). On the hierarchical structure of mood and anxiety disorders: confirmatory evidence and elaboration of a model of temperament markers. *Journal of Abnormal Psychology*, 117(3), 576-590.
- Sellbom, M., Graham, J. R., & Schenk, P. W. (2005). Symptom correlates of MMPI-2 scales and code types in a private-practice setting. *Journal of Personality Assessment*, 84(2), 163-171.
- Seo, J., Kim, M., & Kim, J. (2006). Discriminating power of depression of elderly women by arthralgia, physical function and physical self-efficacy. *J Korean Acad Psychiatr Ment Health Nurs*, 15(3), 237-245.
- Sheline, Y. I., Barch, D. M., Garcia, K., Gersing, K., Pieper, C., Welsh-Bohmer, K., & Doraiswamy, P. M. (2006). Cognitive function in late life depression: relationships to depression severity, cerebrovascular risk factors and processing speed. *Biological Psychiatry*, 60(1), 58-65.
- Simms, L. J., Casillas, A., Clark, L. A., Watson, D., & Doebbeling, B. N. (2005). Psychometric evaluation of the restructured clinical scales of the MMPI-2. *Psychological Assessment*, 17(3), 345-358.
- Strohle, A. (2009). Physical activity, exercise, depression and anxiety disorders. *Journal of Neural Transmission*, 116(6), 777-784.
- Tellegen, A. (2003). *The MMPI-2 restructured clinical (RC) scales: Development, validation, and interpretation*: University of Minnesota Press.
- Teng, E., Lu, P. H., & Cummings, J. L. (2007). Neuropsychiatric symptoms are associated with progression from mild cognitive impairment to Alzheimer's disease. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 24(4), 253-259.
- Waern, M., Rubenowitz, E., & Wilhelmson, K. (2003). Predictors of suicide in the old elderly. *Gerontology*, 49(5), 328-334.
- Wygant, D. B., Boutacoff, L. I., Arbisi, P. A., Ben-Porath, Y. S., Kelly, P. H., & Rupp, W. M. (2007). Examination of the MMPI-2 restructured clinical (RC) scales in a sample of bariatric surgery candidates. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 14(3), 197-205.
- Yesavage, J. A., Brink, T., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1983).

Development and validation of a geriatric
depression screening scale: a preliminary report.
Journal of Psychiatric Research, 171), 37-49.

원고접수일: 2015년 1월 23일
논문심사일: 2015년 2월 25일
게재결정일: 2015년 7월 24일

Clinical Characteristics of Elderly Depression Using MMPI-2-RF

Han-A Jang Eun-Hee Park Duk-in Jon Narei Hong
Hallym University Sacred Heart Hospital

Keun Hyang Kim
Daegu University

Ji Young Choi
Sanggye Paik Hospital, Inje University

The purpose of this study was to investigate the clinical characteristics of elderly depression using MMPI-2-RF. A total of 143 elderly patients with depression and 142 elderly people from MMPI-2 normal population of Korea as controls were used in this study. Our results showed that the followings were significantly higher in the elderly depressed patients compared to normal elderly people: emotional/internalizing dysfunction, demoralization, somatic complaints, low positive emotions, dysfunctional negative emotions, malaise, gastrointestinal complaints, head pain complaints, cognitive complaints, suicidal/death ideation, helplessness/hopelessness, self-doubt, stress/worry, anxiety, anger proneness, behavior restricting fears, multiple specific fears, shyness, disaffiliativeness, negative emotionality/neuroticism-revised, and the introversion/low positive emotionality revised scale. However hypomanic activation scale was significantly lower in elderly controls. Emotional/internalizing dysfunction, demoralization, hypomanic activation, malaise, negative emotionality/neuroticism-revised, and introversion/low positive emotionality-revised were proved to be the most significant predictors for distinguishing elderly depressed patients from normal elderly controls. Limitations of this study and directions for future research are also discussed.

Keywords: Elderly, Depression, MMPI-2-RF