

한국형 역기능 우울 척도의 문항개발 및 문항분석[†]

김종남 이순목 최승원 채정민 서동기[‡] 최윤경 조철현
서울여대 성균관대 덕성여대 서울사이버대 한림대 계명대 고려대

본 연구는 우울 증상을 경험하고 있어 전문적 치료나 개입을 필요로 하는 사람들을 선별하기 위해 한국인의 정서와 문화가 반영된 우울척도의 문항을 개발하고 분석한 것이다. 기존의 임상적 우울에만 초점을 맞추게 되면 배제될 수 있는 사람들을 포함하기 위해 임상적 우울 개념보다 좀 더 포괄적인 역기능 우울(dysfunctional depression)에 초점을 맞췄다. 본 연구는 5단계로 진행되었는데, 제 1단계에서는 이론적 접근으로서 문헌고찰과 논의를 통해 역기능 우울의 특성집합을 구성하였다. 제 2단계에서는 이 특성집합을 지침으로 하면서, 경험적 접근으로 전문가와 환자를 대상으로 한 개별 심층면담 자료를 참조하여 436개의 예비문항을 개발하였다. 제 3단계에서는 문항에 대한 적절성 평가와 논의를 통해 184개 문항의 역기능 우울 예비검사(기본 79개, 하위모듈 105개)를 구성하였다. 제 4단계에서는 전문가와 준전문가를 대상으로 예비검사를 실시한 후, 예비 문항(기본)을 79개에서 50개로 줄였다. 제 5단계에서는 척도의 내적 구조를 파악하기 위해 전문가 자료와 준전문가 자료에 대해 각각 요인분석을 실시하였다. 결론적으로 본 연구에서는 전문가 자료 분석을 통해 얻은 40개 문항을 본검사용 문항으로 선정하였다.

주요어: 역기능 우울, 우울척도, 한국문화, 요인분석, 쌍요인 분석

[†] 이 논문은 2014년도 정부(교육부)의 재원으로 한국연구재단의 지원을 받아 수행된 연구임(NRF-2014S1A5A2A03064999). 본 연구의 일부는 2016년 심리학회 연차대회 융합심포지움에서 구술발표되었음. 연구진행에 도움을 준 서울여대 이한경, 안지영, 박새봄, 김다운 조교와 덕성여대 전은경, 엄정연 조교, 성균관대 이민형, 김현서 조교, 한림대 조성경 조교에게 감사드리며, 결과 분석과정에서 정선호 교수에게 REFA 분석법의 도움을 받았음을 밝힙니다.

[‡] 교신저자(Corresponding author) : 서동기, (24252) 강원도 춘천시 한림대학길 1 한림대학교 심리학과, Tel: 033-248-1728, E-mail: wmotive@hallym.ac.kr

본 연구의 목적은 한국인이 경험하는 우울현상을 깊이 있게 이해하고 이를 바탕으로 임상 및 상담 장면에서 사용할 수 있는 우울척도를 개발하기 위한 것이다. 본 연구에서의 ‘우울’은 행동과학에서 다루는 정서개념으로서 ‘기분이 저조한 상태’를 의미한다(Carlson & Hatfield, 1992). 따라서 기준에 임상/상담 장면에서 익숙한 용어로서의 우울증은 우울 개념의 연속선상에서 정도가 높은 극단 영역이다(Nettle, 2004). 본 연구는 우울장애와 그에 근접한 사람들을 중심으로 사용가능한 척도를 개발하기 위한 준비단계에 해당되는 것으로서, 먼저 임상적 함의가 있는 영역을 전통적인 임상 우울에서 그 아래의 준임상 우울수준까지로 설정하고, 이 두 영역을 포괄하는 개념으로 ‘역기능 우울’(김종남 외, 2015)을 정의하였으며 그에 초점을 맞추어 문항을 개발하고 분석하였다. 이것은 행동과학적 관점에서 볼 때 어떠한 증상이 있을 경우를 우울장애라고 규정을 내리는 현재의 범주적 접근은 한계를 가지고 있기 때문이며 (American Psychiatric Association, 2013, pp.12-13; Cantor, Smith, French, & Mezzich, 1980), 미국 진단 및 통계 교본(DSM: Diagnostic and Statistical Manual)에서 4판(American Psychiatric Association, 2000)과 5판(American Psychiatric Association, 2013)에 걸쳐 강조되고 있는 차원적 접근과도 일관성이 있다.

최근 주요우울장애 유병률을 보면 미국에서는 1년 유병률이 약 7%로 보고되고 있고(APA, 2013), 한국에서는 성인의 주요우울장애 평생유병률이 3.3~5.6%(이민수, 2013)로 나타나고 있다. 그렇다면 그 인접 영역인 준임상 우울까지 포함할 때, 우울 문제 호소영역에 있는 잠재 집단은 우울장애 집단

보다 훨씬 크다. 본 연구에서는 이 영역을 일상 기능이 잘 유지되는 일상우울(normal depression; Carlson & Hatfield, 1992)에 대비하여 ‘역기능 우울’이라고 칭하였다. 일상우울과 역기능 우울의 개념적 대비에 대해서는 이순목 등(2017, 표 1 참조)에서 상세히 다루고 있으며 여기서는 역기능 우울을 중심으로 서술하였다.

역기능 우울을 경험하고 있는 집단에 전문적 서비스를 제공하기 위해서는 먼저 이들의 문제를 정확히 측정, 진단하는 것이 매우 중요하다. 그 이유는 측정을 통한 정확한 진단은 해당 문제를 가지고 있는 사람들이 서비스를 받을 수 있는 근거가 되고 해당 문제가 전문가들을 통해 연구될 수 있는 기반이 되기 때문이다(Pometantz, 2017). 신뢰로운 진단의 결과로 치료 권고안이 제시되고 중요한 공중건강 정보가 기록되므로(APA, 2013), 진단은 전문적 서비스와 연구에서 중요한 위치를 차지한다. 또한 심리검사나 척도를 사용하여 자신의 위험도를 측정하는 경험만으로도 위험행동의 비율을 줄일 수 있으므로(Kurtz, Surratt, Buttram, Levi-Minzi, & Chen, 2013), 문제의 정확한 측정은 중요하다고 할 수 있다.

본 연구에서 개발한 역기능 우울 척도에 대해 소개하기에 앞서 기존의 우울척도에 대해 소개하고 한계점도 지적하고자 한다. 먼저 우울증 진단이나 우울기분 측정을 위해 연구장면이나 임상상담면에서 가장 널리 사용되는 척도는 역시 Beck의 우울척도(BDI)이다. 현재는 BDI-II(Beck, Steer, & Brown, 1996)가 사용되고 있는데, 문항내용은 주로 주요우울장애의 진단 기준을 반영하고 있다. BDI에서는 평가기간이 ‘지난 1주일’이었으나, BDI-II에서는 평가기간이 ‘지난 2주일’로 늘어났

며, 수면이나 식욕의 저하뿐만 아니라 증가도 평가할 수 있도록 되어 있다(김지혜, 이은호, 황순택, 홍상황, 2015). BDI-II의 개발 목적은 주요우울장애 환자군의 우울 수준을 측정, 판별하기 위한 것이다. 그러나 실제로는 일반인에게도 널리 사용되고 있으며 BDI-II에서 환자군을 대상으로 정해진 기준점수(최소 0~13, 경도 14~19, 중등도 20~28, 중증도 29~63)가 일반인에게도 그대로 사용되고 있다. 이는 BDI-II에서 추구하는 주요우울장애(major depression) 선별 도구로서의 범위(Beck et al., 1996, p.11)를 넘어 사용되고 있어서 타당하지 않은 사용이다. 한편 그러한 사용은 '우울장애'에는 미치지 않지만, 평가 및 진단의 대상이 될 수 있는 영역에 대한 파악에 대한 수요가 있음을 의미한다. 그러한 파악을 위해서는 영역 정의와 척도 개발이 필요하다. 본 연구에서는 이러한 잠재영역을 명시적으로 역기능 우울의 영역에 포함하고, 그에 따른 척도를 개발하고자 문항을 개발하고 분석하였다.

일반 인구에서의 우울문제 선별용 척도로 대표적인 것은 CES-D(Center for Epidemiologic Studies Depression Scale: 이하 CES-D; Radloff, 1977)라고 할 수 있다. CES-D는 지역사회에서 우울증상의 역학을 연구하기 위해 개발된 것으로, 현재 우울증상의 수준을 측정하기 위해 정동적 요소, 즉 우울기분에 강조점을 두고 있다(Radloff, 1977). 우리나라에서는 신승철 등(1991), 전점구와 이민규(1992), 조맹제와 김계희(1993)가 타당화 연구를 실시한 바 있으며, 현재까지도 연구와 임상 현장에서 많이 활용되고 있다. 이 척도가 개발될 때 일반화 대상 모집단은 일반인이었으며 임상군이 아니었다. 따라서 CES-D가 역학연구 목적이

긴 하나 명시적으로 임상군을 대상으로 하는 것은 아니라는 점에서 임상적 함의가 부족하다고 할 수 있다.

그 밖에도 우울장애의 진단 혹은 우울증상의 심각도를 측정하기 위해 PHQ-9, CUDOS, SCL-90-R의 우울척도 등이 사용되고 있다. PHQ-9(Kroenke, Spitzer, & Williams, 2001)는 주요우울장애 진단에 필요한 9문항으로 구성되어 있어 사용하기에 간편하며, 우울의 심각도를 5개 수준으로 구분할 수 있게 해준다. PHQ-9의 단축형인 2문항으로 이루어진 PHQ-2(Whooley, Avins, Miranda, & Browner, 1997)도 개발되어 있다. CUDOS(Zimmerman, Chelminski, McGlinchey, & Posternak, 2008)는 DSM-IV의 주요우울장애와 기분부전장애의 진단기준과 함께 심리사회적 손상과 삶의 질을 평가하기 위한 18개 항목으로 구성되어 있으며, 간단하게 실시할 수 있고 빠르게 채점가능하며 임상적으로도 유용한 도구이다.

그런데 지금까지 소개한 척도들은 모두 외국에서 개발된 것이다. Marsella와 Yamada(2007)는 우울경험과 우울장애에 대한 연구에서 문화적 특성을 고려해야 한다고 주장하였다. 이와 유사한 문제는 동서양의 문화 차이 연구에서 적지 않게 제기되었다. Tsai, Knutson과 Fung(2006)는 유럽계 미국인과 아시아계 미국인, 중국인을 대상으로 문화적 요인이 현실적 감정(actual affect)보다 이상적 감정(ideal affect)에 더 영향을 미치며, 이상적 감정과 현실적 감정의 차이가 우울증과 같은 정신건강에 중요한 역할을 할 수 있음을 밝혔다. 이러한 결과는 긍정 정서와 관련하여 동서양의 문화 차이(중국, 대만, 미국, 호주인을 대상으로 함)를 연구하여, 정서 경험에서 강력한 국가 간

차이가 나타난다고 밝힌 Eid와 Diener(2001)의 결과와도 연결된다. 따라서 한국문화에서의 우울경험과 우울장애가 미국을 중심으로 한 서구권에서의 그것들과 관점과 내용이 다를 가능성이 시사된다. 그리고 서구에서 개발된 척도들은 서구라는 특정 장면에서 타당화 과정을 거친 것이므로 그들의 문화적 특성이 반영된 것이지 한국문화적인 특성이 반영된 것은 아니라고 볼 수 있다.

그렇다면 한국문화적인 특성을 지닌 우울장애는 어떠할까? 이민수(2013)는 한국인은 우울증이 있을 때 우울 기분보다는 신체증상을 호소하는 빈도가 높다고 하였으며, 대표적인 신체증상은 두통, 가슴답답함, 복부 불편감, 식은땀, 오한, 온몸이 화끈거림, 입마름 등이라고 하였다. 이민수(2013)의 연구만으로 한국문화적인 특성을 지닌 우울장애의 실체를 규정하기는 쉽지 않으며 그보다는 국내에서 개발되는 척도의 문항들 가운데 기존의 서구 척도에는 없는 문항들을 기반으로 한국문화 특유의 해석을 하는 연구가 필요할 것이다.

이제까지 한국문화를 반영하여 개발된 우울척도는 이민수와 이민규(2003)의 한국우울증척도와 정인파, 곽동일, 조숙행, 이현수의 한국형 노인우울검사 표준화 연구(1997)가 전부라고 할 수 있다. 이 중 정인파 등의 연구는 노인을 대상으로 하였으므로 본 연구와는 거리가 있어 자세히 소개하지 않았다. 이민수와 이민규(2003)는 외국에서 개발된 우울증 척도의 문항들과 한국의 우울증 환자들이 호소하는 증상들, 우리나라 전문가들의 견해를 중심으로 예비문항을 구성하여 요인분석과 신뢰도 분석을 통하여 30문항으로 된 한국우울증 척도를 개발하였다. 서구에서 개발된 우울 척도들

과 달리 이 척도에는 ‘머리가 아프고 무겁다, 가슴이 답답하다, 식은땀 및 오한이 난다, 온몸에 열이 치민다, 입안이 마르고 쓰다.’와 같은 문항이 포함되어 있다. 그러나 이 척도는 현재 연구나 임상 현장에서 크게 활용되고 있지 못한 실정이다. 그 주된 이유는 한국우울증 척도가 임상장면에 맞추어 문항이 개발되기는 했으나, 실제로 척도 타당화는 임상장면이 아닌 일반 인구에서 실시된 점과 관련이 있다고 생각된다. 임상장면에서 사용할 목적이라면 환자를 중심으로 타당화가 이루어져야 하는데, 그렇지 못하여서 그 결과로 실제 최종척도에는 우울증 환자들의 특성보다는 일반인들의 우울개념이나 심리상태가 반영되었을 가능성이 크고, 따라서 이 척도의 성격을 규정하기에는 모호한 측면을 담고 있다.

이상의 내용을 토대로 본 연구에서는 외국에서 개발된 기존의 우울척도와 달리 한국인의 경험이 반영된 우울척도를 개발하고자 하며, 문항개발과 타당화 과정에서 표적이 되는 역기능 우울 집단을 일관성 있게 활용하였다. 즉 본 연구는 한국인이 경험하는 우울현상을 깊이 있게 이해하고 이를 바탕으로 우울척도를 개발하는 과정에서 실시된 문항개발 및 문항분석에 대한 것으로, 특히 역기능 우울에 초점을 맞추고 있다. 이러한 과정을 거쳐 개발된 신뢰롭고 타당한 우울척도를 통한 선별은 역기능 우울을 겪고 있는 사람을 정확하게 확인하는데 도움을 주고, 궁극적으로 이러한 성인을 치료하는 것은 임상적 이환을 감소시킬 수 있을 것이다(U.S. Prevention Services Task Force, 2002). 본 연구를 통해 개발되는 척도는 치료나 상담 등의 전문적 개입이 필요한 정도로 심각한 우울을 경험하고 있는 사람들을 선별하는

것을 목적으로 하며, 서구의 우울척도에는 포함되지 않은 한국문화 반영적 문항들이 제시하는 의미를 파악하여 한국인들의 우울현상을 측정하는데 최적화된 우울척도를 개발하고자 한다. 또한 본 연구에서는 문항분석과 선정 과정에서 새로운 연구방법론(예, 쌍요인분석과 준쌍요인분석, 정형화된 탐색적 요인분석, 기대프로파일-실제프로파일 간 차이 산출 등)을 적용하여 척도개발 및 우울연구 분야에서 연구 지평을 확대하는데 기여하고자 한다.

역기능 우울 예비문항 개발 및 역기능 우울의 특성집합

본 연구에서는 일반인이 일시적이거나 가벼운 생활상의 스트레스로 경험하는 정상적인 우울 수준을 넘어서 전문가와의 상담, 심리치료, 또는 약물치료 등의 전문적 개입을 필요로 하는 심각한 우울상태를 ‘역기능 우울’이라고 정의하고 역기능 우울척도를 개발하고자 한다. 일반적으로 우울척도 연구에서 ‘우울’이라는 표현 안에 역기능적, 부적응적, 심하면 병적 우울이란 의미가 내포되어 있으며, 내용적으로 주요우울장애의 주요 증상을 측정하는 질문들로 구성되어 있는 경우가 많다(예, BDI-II). 본 연구에서는 정상적인 일반인이 쉽게 경험하는 일상우울(normal depression; Carlson & Hatfield, 1992)과 대비되는 개념으로 역기능 우울이란 용어를 사용하였다.

일반적으로 임상우울(clinical depression), 준임상 우울(subclinical depression), 역치하 우울(subthreshold depression)과 같은 용어가 사용되고 있으나(예, 오경자, 김은정, 하은혜, 1999;

Angst & Merikangas, 1997), 본 연구에서 역기능 우울이라는 새로운 개념을 사용한 이유는 준임상 우울 이상의 환자나 내담자 모두에게 전문적 개입이 필요하고 실제로 임상현장에서 이들이 모두 치료를 받고 있기 때문에 준임상 우울 이상을 하나로 묶어서 ‘역기능 우울’로 명명하고 이 영역을 포괄하여 측정하는 도구를 개발하기 위해서이다. 여기서 임상 우울은 정신과적 진단기준을 충족시키는 우울증을 뜻하며(오경자 외, 1999) 대표적인 예로 주요우울장애를 들 수 있다. 준임상 우울은 주관적 불편감이 커지면서 임상가를 찾지만 증상의 정도나 수, 지속기간 등이 진단기준에 미치지 못하여 공식적인 우울장애로 진단이 되지 않는 경우를 뜻한다(이순목 외, 2017, 표 5 참조). 역치하 우울은 지난 20여 년 간 연구자들의 관심을 가졌던 개념으로, 우울장애의 진단기준을 충족시키지 않는 우울증을 말하며 준임상 우울과 혼용하여 사용가능한 개념이다. 이러한 역치하 우울이 DSM-5(APA, 2013)에서는 달리 명시된 우울장애(other specified depressive disorders)에 포함되었다. 이에 반박성 단기 우울증, 단기 우울 삽화, 불충분한 증상 동반 우울 삽화가 포함되어 있다(Vandeleur et al., 2017).

역기능 우울의 개념을 명확히 하고자 문헌조사와 연구팀 논의를 통해 역기능 우울의 특성집합을 구성하여 표 1에 제시하였다. 본 척도는 성인용이므로 역기능 우울 특성집합 구성 시 DSM-5의 우울장애(APA, 2013) 중 파괴적 기분조절관련 장애를 제외하고 주요우울장애와 지속성 우울장애, 월경전 불쾌감 장애를 기초로 하였으며, 전문가와 환자 면담 자료를 참조하여 준임상 혹은 역치하 우울이 포함될 수 있도록 내용을 수정, 보완

표 1. 역기능 우울의 내용적 출처와 특성집합

	내용적 출처 (DSM-5의 우울장애를 참조함)	역기능 우울의 특성집합 (본 연구에서 수정 및 보완한 부분)
개념	- 인지적·신체적 변화에 의해 동반되는 슬픔, 공허함, 과민한 기분이 있으며 개인의 기능에 유의하게 영향을 주는 장애(APA, 2013, p.155, 7~10줄)	- 일반적으로 쉽게 경험할 수 있는 우울감의 수준을 벗어나 심각한 기능 손상 및 부적응을 초래하는 우울상태
위험/촉발요인	- 기질, 유전 및 생물학적 요인 - 환경: 불운한 아동기 경험, 스트레스 사건	- 유전, 가족력 등 생물학적 원인 - 환경으로부터의 만성적이거나 강도가 높은(심각한) 요구 및 스트레스 사건
양상	① 우울한 기분-슬픔, 공허감, 절망감, 눈물 ② 흥미나 즐거움의 현저한 저하 ③ 유의한 체중감소 혹은 체중 증가, 식욕감소 또는 증가 ④ 불면증이나 과수면 ⑤ 정신운동성 초조나 지체 ⑥ 피로감이나 에너지 상실 ⑦ 무가치감이나 과도하고 부적절한 죄책감 ⑧ 주의집중력의 감소 또는 우유부단함 ⑨ 반복적인 죽음에 대한 생각, 반복적인 자살 사고, 자살시도, 자살계획 ⑩ 낮은 자존감 ⑪ 현저한 기분 불안정 ⑫ 현저한 과민성 또는 분노 또는 증가된 대인 갈등 ⑬ 현저한 불안, 긴장, 신경이 날카롭고 예민해짐 ⑭ 압도된 느낌 또는 통제 상실감 ⑮ 가슴통증 혹은 관절통, 근육통, 부은 느낌 등 신체 증상	① 정서 - 깊은 우울감, 허무감/공허감, 절망감(희망의 상실), 무가치감, 죄책감, 수치심 등의 부적 정서를 보임. 즐거운 사건이 발생해도 기분이 쉽게 밝아지지 않음. 우울한 기분의 지배를 받는 듯 보임. 불안과 과민성, 흥분이 동반되기도 함. ② 흥미와 동기 - 무의욕, 무기력, 무흥미를 보임. 쉽게 동기화되지 않음(만사 귀찮음) ③ 신체생리적 측면 - 식욕변화, 수면변화, 체중변화, 호르몬 변화 등이 일어나함. 두통, 근육통, 팔다리가 무거움, 손발이 저림, 숨쉬기가 곤란함 등 다양한 신체적 증상을 호소함 ④ 인지 - 회의적/비관적/부정적 사고가 팽배함. 내적통제소재 상실. 인지기능(집중력, 기억력 등)의 저하/손상을 보임 ⑤ 행동 - 둔화된 행동, 사회적 철수 등을 보임 ⑥ 대인관계 - 대인관계 어려움을 보임. ⑦ 자살 - 자살사고, 자살계획, 자살충동, 자살시도가 나타남 ⇒ 다양한 심각한 우울 증상이 나타남
기능수준	- 증상이 사회적, 직업적, 기타 중요한 기능영역에서 임상적으로 유의한 고통이나 손상을 일으킴	- 직장, 학교, 가정생활 등에서 상당한 기능 손상이 나타남 - 스스로 일상생활을 영위하기 어려우며, 주위의 도움을 필요로 함
지속기간	- 2주일 이상 지속	- 1주일 이상 지속(준임상 수준의 우울을 포함하기 위해 수정) - 기분변동성 없이 우울상태 지속됨
회복가능성	- 병원 등 전문적 치료 필요(암묵적 가정)	- 심리치료, 약물치료, 입원치료 등 전문적 치료가 선행되어야 하며 스스로 회복하기 어려움 - 개인의 노력이나 사회적 지지가 부가적인 도움이 될 수 있음 - 환경의 개선이나 스트레스 사건(당면과제나 문제) 종결 이후에도 쉽게 완화되지 않을 수 있음 - 뚜렷한 이유 없이도 재발될 수 있음

주. 출처: 김종남 등(2015)의 표 5를 수정·보완한 것임

하였다. 본 연구에서 척도개발에 참조한 역기능 우울의 특징을 간략히 설명하면, 다음과 같다. 역기능 우울을 겪고 있는 사람은 신체생리적 증상, 정서적, 동기적, 인지적, 행동적 증상, 자살이나 대인관계 문제를 보이는 등 다양하고 심각한 우울 증상을 나타낸다. 증상은 적어도 1주일 이상의 지속되며 긍정적 사건의 발생에 따른 기분변동성이 나타나지 않고 일상생활에서 뚜렷한 기능저하가 나타난다.

방 법

연구참여자

본 연구 참가자들은 충분한 자료 확보를 위해 전문가와 준전문가를 포함하였다. 즉 정신과 전문의, 정신과 레지던트, 임상심리전문가, 임상심리준전문가로 구성되었다. 정신과 전문의와 임상심리전문가로 구성된 전문가는 100명으로 전체의 36.3%이었고, 정신과 레지던트와 임상심리준전문가(임상심리전공 대학원생과 졸업생, 수련생)로 구성된 준전문가는 175명으로 63.7%를 차지하였다. 본 연구에서 참여자를 우울장애 환자나 우울증상으로 겪고 있는 내담자로 하지 않고 전문가와 준전문가로 선정한 이유는 다음과 같다. 첫째, 본 연구는 문항개발을 통해 예비검사를 제작한 후 그 문항들이 역기능을 경험하는 사람들에게 적절한지의 정도를 파악하기 위해서 전문가들에게 설문 조사를 실시하고, 그 결과를 가지고 문항분석을 실시하여 본검사에 사용할 문항들을 선정하는 것을 목적으로 하였기 때문이다. 즉 예비검사를 실시(예비조사)하는 단계에서는 예서는 전문가들의

견해를 중심으로 하여 검사문항을 선별하는 것이 목적이었다. 따라서 예비조사에서는 역기능 우울에 대한 정의와 관련 내용을 제공하고 참조점을 본인이 아니라 정의에 맞는 사람(역기능 우울을 경험하고 있는 사람)으로 하여 전문가들이 응답을 한다면 적절한 분포가 나올 것으로 예상하였다. 실제 예비조사에서 전문가와 준전문가에게 역기능 우울에 대한 정의를 제시하고, 그 정의에 맞는 사람들을 참조점으로 하여 각 문항에 응답하도록 하여 조사를 실시하였다. 본 연구 참가자들의 분포는 표 2와 같다.

표 2. 연구 참여자

분류	빈도 (%)
정신과 전문의	18 (6.5)
임상심리 전문가	82 (29.8)
정신과 레지던트	6 (2.2)
임상심리 준전문가	169 (61.5)
합계	275 (100.0)

예비검사용 문항개발

기존 검사문항들에 대한 저작권을 감안할 때, 그 문항들을 일부 포함하기보다는 표 1의 이론적 접근과, 현장에서 전문가 및 환자들을 면담하여 수집된 자료를 기반으로 하는 경험적 접근에 따라 문항을 개발하고자 하였다. 경험적 접근을 위해 먼저 전문가와 환자의 개별심층면접을 실시하였다. 현재 정신건강의학과 외래에서 치료 중인 우울증 환자 19명과 정신과 전문의 10명, 임상심리전문가 10명의 심층면접을 하였다. 심층면접 자료를 전사하여 질적 연구에서 사용되는 줄단위 미시분석(Corbin & Strauss, 2015)을 하여 사실

에 충실한 개념화를 한 다음, 표 1의 특성 집합을 참조하여 10개의 검사용 개념을 도출하였다. 이들 검사용 개념은 역기능 우울이라는 내용 영역을 표상하는 소주제들로서 다음과 같다. 즉, 수면 문제, 신체 증상, 과민성, 사회적 철수, 무가치감/허무감, 울음, 식욕, 의욕저하/무기력, 인지기능 저하, 자살사고, 기타(외로움, 수치심, 죄의식 등)로 범주화 되었다. 끝으로 표 1의 역기능 우울의 특성집합을 지침으로 하여 문항에 대한 적절성 평가를 함으로써 내용 타당한 문항들이 되도록 하였다. 결과로 역기능 우울 예비검사 184 문항(기본 79문항, 하위모듈 105문항)을 구성하였다. 이것은 Burisch(1984)와 Garb, Wood와 Fiedler(2011)가 이야기하는 검사문항 개발의 세 가지 접근(내용판단, 준거중심, 내적 구조 중심) 중 내용판단 접근으로서 문항들의 내용타당도를 확보하게 해준다. 본 연구에서는 184문항(기본 79문항, 하위모듈 105문항) 중 역기능 우울의 기본문항 79개를 중심으로 분석하였다. 하위모듈은 다양한 형태의 특수한 우울을 반영하기 위하여 구성하였으며(105개 문항), 화병, 기분조절곤란, 여성우울, 불안, 배우자 갈등의 5가지 영역으로 이루어졌으나 구체적인 내용은 다른 논문에서 소개하고자 한다.

예비검사 실시

역기능 우울의 예비문항 외에도 그 문항들을 비교 평가하기 위한 준거로서 사용될 5개의 척도, 즉 한국우울증검사(이민수, 이민규, 2003), CUDOS(남우현, 2008), PHQ-9(안제용, 서은란, 임경희, 신재현, 김정범, 2013), SCL-90-R(김광일,

김재환, 원호택, 1984), 화병 척도(권정혜 외, 2008)를 함께 실시하였다. 역기능 우울 예비검사 단계에서는 ‘역기능 우울’에 대한 우울의 명시적 이론(표 1에 제시)뿐 아니라 현장에서 경험을 축적한 전문가들의 암묵적 이론을 최대한 반영하는 것을 목적으로 하였기 때문에, 이를 위해 전문가와 준 전문가에게 역기능 우울의 개념에 대한 설명문을 제시하고 이러한 우울을 경험하고 있는 사람이라면, 본 연구팀이 개발한 예비문항에 어떻게 반응할 것으로 판단되는지를 평정하도록 하였다.

역기능 우울 예비검사. 역기능 우울 예비검사(기본)는 본 연구팀에서 개발한 79개 문항으로, 수면문제, 신체증상, 과민성, 사회적 철수, 무가치감/허무감, 울음, 식욕문제, 의욕저하/무기력, 인지기능 저하, 자살, 기타(불행감, 죄책감, 정신력 약화, 걱정, 심리적 통증, 행동둔화, 의사결정곤란, 성욕 저하, 지속적 우울감, 위축감, 소외감, 비참함, 자신감 상실, 성격변화, 대인관계문제 등)의 내용이 포함되어 있다. 각 문항은 5점 리커트 척도로 되어 있으며, 0점 ‘전혀 아니다’, 1점 ‘아니다’, 2점 ‘약간 그렇다’, 3점 ‘많이 그렇다’, 4점 ‘매우 그렇다’로 반응하게 되어 있다. 본 연구에서 예비검사(기본)의 내적 일치도 α 는 .992이었다.

한국우울증검사. 한국우울증 검사는 이민수와 이민규(2003)가 한국인의 우울 양상을 반영하여 자기보고식 척도를 개발한 것으로, 총 30문항이며 6개 하위요인으로 이루어져 있다. 임상군을 대상으로 개발한 문항을 일반인에게 실시하여 문항분석을 한 결과로 도출된 하위영역은 미래에 대한 부정적 생각 차원, 자기에 대한 부정적 생각 차원,

걱정 및 초조 차원, 우울 기분차원, 신체화증상 차원, 의욕상실 차원이며, 각 영역별로 5개 문항으로 구성되어 있다. 이 척도는 Likert 5점 척도로 '전혀 아니다(0점)', '아니다(1점)', '그저 그렇다(2점)', '그렇다(3점)', '매우 그렇다(4점)'로 반응하도록 되어 있으며, 총점 범위는 0~120점 사이이며 점수가 높을수록 더 우울함을 나타낸다. T점수 65점을 절단점으로 하여 65점 이상을 우울증을 보이는 사람, 65점 미만을 우울증을 보이지 않는 사람으로 분류한다. 이민수와 이민규 연구에서 하위요인의 내적 일치도 α 는 .74~.84였으며, 전체의 내적 일치도 α 는 .95였다.

CUDOS(Clinically Useful Depression Outcome Scale). CUDOS는 우울증 환자의 치료 경과를 평가하는 임상 척도로서, Zimmerman 등(2008)이 개발하였고 국내에서 남우현(2008)이 타당화하였다. CUDOS는 지난 1주간 동안에 우울감, 의욕 및 흥미 상실, 식욕과 수면의 변화, 무기력과 기운 없음, 죄책감과 절망감, 인지기능 저하, 자살 사고 등 DSM-IV에서의 우울장애 증상들(16항목), 이로 인한 일상생활의 기능장애(1항목) 및 삶의 질(1항목)을 포함하여 총 18개 항목으로 구성된다. 주요우울장애 진단을 위해 DSM-IV에서는 2주 동안의 우울증상을 제시하고 있지만 CUDOS에서는 평가기간을 1주로 설정하였다. 그 이유는 1주 기간의 설정이 DSM-IV 진단 알고리즘에는 어긋나지만, 매주 평가할 수 있는 측정도구를 개발하는 것이 더 중요하기 때문이다. Zimmerman 등(2008)의 연구에서 내적 일치도 α 는 .90이었으며, 남우현(2008)의 연구에서는 내적 일치도 α 가 .91이었다.

PHQ-9(The Patient Health Questionnaire-9). PHQ는 Spitzer 등(1999)이 건강문제를 다루는 일반적인 진료장면에서 접하기 쉬운 정신질환자들의 진단에 도움을 주기 위해 개발한 것으로, PHQ-9은 주요우울장애의 진단을 위해 9문항으로 이루어진 자기보고식 검사이다. 문항은 DSM-IV의 주요우울장애의 진단기준에 해당하는 9가지 항목으로 구성되어 있으며, 흥미상실, 우울, 수면장애, 피로감, 식욕 장애, 절망감, 집중장애, 언어장애, 자살(자해) 사고의 9가지 항목에 대해 지난 2주간 이러한 문제를 얼마나 자주 겪었는지를 알아보는 검사이다. 반응은 '전혀 없음(0점)', '며칠 동안(1점)', '1주일 이상(2점)', '거의 매일(3점)'의 4점 척도로 평가되며, 점수의 범위는 0~27점이다.

Kroenke 등(2001)이 6,000명의 일차 의료 환자를 대상으로 타당도 검증을 하여 절단점을 10점으로 하였을 때 민감도와 특이도가 모두 88%라고 보고하였다. 이들은 우울의 심각도를 5개 수준으로 나누었는데, 0~4점은 최소(minimal), 5~9점은 경도(mild), 10~14점은 중등도(moderate), 15~19점은 중간 정도로 심각함(moderately severe), 10~27점은 심각함(severe)이라고 하였다. 국내에서 안제용 등(2013)이 표준화하였는데, 이들의 연구에서 내적 일치도 α 는 .95였으며 2주 간격 검사-재검사 신뢰도도 .907로 높게 나타났다.

SCL-90-R 우울척도. SCL-90-R은 Derogatis(1977)가 개발하고 김광일 등(1984)이 한국판으로 표준화하였다. 이 척도는 신체화, 강박증, 대인예민성, 우울, 불안, 적대감, 공포불안, 편집증, 정신증의 9가지 증상차원으로 구성되어 있다. 이 중

‘우울(depression)’ 척도는 삶에 대한 관심의 감소, 동기의 저하, 활력의 상실, 절망감 및 자살에 대한 생각 등으로 나타나는 기분이나 감정의 저조 등 임상적 우울증의 증상과 일치되는 증상들을 측정한다. 지난 일주일 동안의 자신의 행동이나 생각과 일치하는 정도에 따라 ‘전혀 없다(1점)’, ‘약간 있다(1점)’, ‘웬만큼 있다(2점)’, ‘꽤 심하다(3점)’, ‘아주 심하다(5점)’의 5점 Likert 척도로 측정되며, 각 항목에서 얻은 점수가 높을수록 정신건강이 좋지 않음을 의미한다. 원호택(1978)의 연구에서 내적 일치도 α 는 우울 .89로 나타났으며 1주일 간격으로 실시한 검사-재검사 신뢰도는 우울 .76으로 나타났다(김재환, 윤여홍, 1984).

화병 척도. 권정혜 등(2008)이 개발한 화병 척도 31문항 중 화병증상 척도 15문항만 사용하였다. 화병 척도는 화병성격과 화병증상의 2개 하위 차원으로 이루어져 있는데, 권정혜 등의 연구에서 화병성격 척도의 경우 우울증 집단과 화병 집단 간 유의한 차이가 없었던 반면, 화병증상 척도는 우울증 집단과 화병 집단 간 유의한 차이를 보여 화병증상 척도가 1차 선별도구로 사용될 수 있다고 밝힌 바 있다. 각 문항에 대해 응답은 ‘전혀 그렇지 않다(0점)’, ‘그렇지 않은 편이다(1점)’, ‘중간 정도 그렇다(2점)’, ‘상당히 그렇다(3점)’, ‘완전히 그렇다(4점)’의 5점 Likert 척도로 측정되며, 점수가 높을수록 화병 증상이 심각한 것을 의미한다. 화병증상 척도는 ‘나는 억울하게 느낀다.’, ‘얼굴에 열이 자주 달아오른다.’ 등 화병의 신체증상과 정서증상을 반영하는 내용으로 구성되어 있으며, 권정혜 등의 연구에서 화병증상 척도의 내적 일치도 α 는 .93이었다.

연구절차

예비조사 설문지는 역기능 우울 예비검사 184 문항, 한국우울증검사 30문항, PHQ-9 9문항, CUDOS 16문항, SCL-90-R 우울척도 13문항, 화병증상 척도 15문항 등 275문항이 사용되었다. 예비조사에 사용된 모든 척도의 선택지는 ‘전혀 아니다(0점)’, ‘아니다(1점)’, ‘약간 그렇다(2점)’, ‘많이 그렇다(3점)’, ‘매우 그렇다(4점)’으로 통일하였다. 그 이유는 각 척도들이 모두 우울이라고 하는 개념을 측정하는데 척도마다 다른 점수체계를 사용하는 경우 응답자들에게 혼란을 야기할 수 있기 때문이다. 또한 설문지의 순서효과를 통제하기 위해 척도들의 배치순서를 반대로 하여 설문지를 A형과 B형으로 만들어 실시하였다. 본 연구는 서울여대 IRB 승인(IRB-2014A-18)을 받았다.

자료 수집은 2015년 10~11월까지 정신과 전문의, 정신과 레지던트, 임상심리전문가, 임상심리전공 대학원재학생과 졸업생, 임상심리수련생을 대상으로 이루어졌다(표 2 참조). 총 407부를 회수하였고, 회수된 자료 중 불성실한 응답, 응답의 오류가 있는 것으로 판단되는 132부가 자료 분석에서 제외되었다. 여기서 응답의 오류는 설명문 내용을 잘못 이해하여 역기능 우울을 경험하고 있는 사람에게서 예상되는 반응이 아닌 전문가/준전문가 자신의 현재 상태에 대해 반응한 것으로 여겨지는 경우를 뜻한다. 결과적으로 275부의 자료가 분석에 사용되었다.

예비척도의 내적 구조를 확인하기 위한 요인분석에서는 전문가 100명과 준전문가 175명을 분리하여 따로 분석을 실시하였다. 실험연구가 아닌

조사연구 자료에서, 명시적으로 구분되는 집단들(예: 남/여, 내국인/외국인, 지필응답자/온라인응답자, 중학생/고등학생/대학생 등)이 포함되면 통계 분석 시에 자료의 통합 분석 여부를 판단하기 위해 집단 간 일반화 또는 차별화의 정도를 파악하는 다집단 분석이 요구된다(이순목, 김한조, 2011; Vandenberg & Lance, 2000) 본 연구에서의 전문가 집단과 준전문가 집단은 자격의 유무가 명시적으로 집단구분을 해주는 것은 물론, 발달적 관점에서도 경험 및 이해의 깊이가 질적인 구분을 가능하게 할 것이다. 따라서 두 집단을 통합해서 요인분석을 하기 전에 개별적으로 요인구조를 추정하고 집단 간의 양적·질적 비교를 하여야 한다. 그 결과로 문항분석을 위해 자료를 통합하여 사용가능한지 결정할 수가 있다. 그런데 전문가 자료는 100명밖에 안되어, 집단별로 비교적 대량 자료를 가정하는 일반적인 요인분석이 어렵고 그에 따라 집단 간에 양적인 다집단 분석을 하기도 어려움이 있다. 따라서 전문가 집단에는 표본 크기가 작을 때의 요인분석 방식을 사용하였고, 준전문가 집단과 요인구조를 비교하는 다집단 분석을 질적으로 실시하였다.

분석방법

자료분석을 위한 통계패키지는 Mplus 7.4 (Muthén & Muthén, 2012)와 SPSS 20.0을 사용하였다. Mplus 7.4를 사용하여 탐색적 요인 분석(회전은 사각 GEOMIN 기준)을 실시하고 모형 합치도, 문항정보함수를 구하였으며, SPSS 20.0을 사용하여 척도 간 상관, 문항-전체 상관, 내적일치도, 준거척도 간 상관 등을

구하였다.

전문가 100명의 자료에 대한 요인분석에서는 표본 크기가 작을 때의 모수추정 과정에서 안정성과 정확도를 높이기 위해서 제안된 통계방법인 ‘정형화된 탐색적 요인분석(Regularized Exploratory Factor Analysis: REFA; Jung & Takane, 2008)’을 이용하였다. 준전문가 175명의 자료에 대한 분석에서는 Factor 10.3(Lorenzo-Seva & Ferrando, 2015)을 사용하여 요인분석 가능성을 검토하였고, R 프로그램의 ‘psych’ 패키지(Revelle, 2015) 함수를 사용해서 $SMC(R^2)$ 를 계산하였다. 또한 Mplus를 사용하여 전통적으로 사용되고 있는 상관모형의 탐색적 요인분석뿐만 아니라 쌍요인분석(Holzinger & Swineford, 1937), 준쌍요인분석(Cai, Yang, & Hansen, 2011)과 목표회전(Brown, 2001) 및 정보함수를 분석하였다. 자료의 분석은 결측이 있는 응답자를 자료에서 제거하거나(deletion) 결측치를 다른 값으로 대체(imputation)하는 것보다는 모든 응답자료를 사용해서 모형에 기반하여 추정하는(model-based estimation; Little & Rubin, 2002) 방식(Mplus에서 MLR 또는 WLSMV로 추정)으로 진행하였다.

모형 설정(specification)은 이론적 판단과 전문가의 의견을 통해 간단한 모형(1요인 모형)으로부터 복잡한 모형(준쌍요인 모형)으로 진행하였다. 모형의 모수를 추정(estimation)하기 위해 내성 있는 최대우도(MLR)와 범주형 데이터 추정을 위해 평균 및 분산 조정 최소제곱(mean-adjusted weighted least squares, WLSMV)방법을 이용하였다. 간단한 모형에서 이상적인 모형으로 발전시키기 위한 모형 평가(evaluation)를 위해서 χ^2 검정, CFI, RMSEA, SRMR(West, Taylor, & Wu,

2012)을 보고하였다.

결 과

역기능 우울 예비검사의 분석을 시작하기에 앞서 예비문항들을 비교평가 하기 위한 준거의 용도로 실시한 준거척도에 대한 요인분석을 통해 문항선별 및 차원의 정리를 하였다. 여기서 준거척도의 사용은 Burisch(1984)와 Garb 등(2011)이 제시한 검사개발의 세 가지 접근(내용판단, 준거중심, 내적구조 중심) 중 준거중심 접근으로서 문항들의 준거타당도를 확보해준다. 준거척도들은 개발 과정에서 원저자들에 의해서 일차로 타당화되었으나 본 연구의 목적을 위해서는 그 척도의 문항들이 역기능 우울 척도 개발을 위한 준거로서 어떻게 기능하는지를 판단해야 하기 때문이다.

역기능 우울 예비검사의 준거척도 정리

예비검사에서 수집된 자료를 기초로 양호한 문항들을 선별하기 위하여 준거로 사용될 기존의 5개 우울 척도들을 예비검사와 함께 실시하였다. 각 기존 척도에 대하여 요인분석을 실시하였고, 문항을 선별한 후 준거로 사용할 척도를 새롭게 정의하였다. Mplus 7.4를 이용한 탐색적 요인분석(요인수효는 척도별로 다르며 회전은 사각 GEOMIN 기준)의 결과에 기초하여 문항을 선정하였다.

한국우울증검사에서의 문항선별

한국우울증검사(이민수, 이민규, 2003)에 대해 탐색적 요인분석을 실시한 결과, 합치도와 요인

간 상관을 고려하여 4요인 모형으로 결정하였다, RMSEA=0.054, CFI=0.970, TLI=0.960. 그런데 4요인 모형에서 요인에 대한 지표(indicator)들이 하나의 의미로 수렴하지 않아 해석이 어려운 요인3과 역문항으로만 구성된 요인4를 해석에서 제외하고 요인1과 요인2에 포함되는 문항들만을 준거에 포함시키기로 하였다.

내용적으로 요인1(1, 2, 3, 4, 7, 8, 10, 13, 16, 18, 19, 20, 22, 24, 26, 28번)은 우울정서와 비관적 사고의 문항들로 구성되어 있고, 요인2(9, 11, 15, 17, 21, 23, 27, 29번)는 불안 및 신체증상의 문항들로 구성되어 있었다. 요인1의 문항들을 평균하여 한국우울증측정치1, 요인2의 문항들을 평균하여 한국우울증측정치2로 하였다. 신뢰도 α 계수는 각각 .91과 .79였다.

화병증상 척도에서의 문항선별

화병 척도(권정혜 외, 2008)에서 화병 증상 15문항만을 사용하였다. 화병 증상 요인은 신체 증상과 정서 증상으로 이루어져 있다. 탐색적 요인분석 결과, 합치도와 요인 간 상관을 고려하여 2요인 모형을 채택하였다, RMSEA=0.093, CFI=0.956, TLI=0.939, $r(1, 2)=0.224^*$. 내용적으로 요인1(1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 14, 15번)은 불행감, 억울함 등 우울정서의 문항들로 구성되어 있고, 요인2(7, 9, 10, 11, 12, 13번)는 신체증상과 초조함의 문항들로 구성되어 있었다. 각 하위요인의 문항들을 평균하여 화병측정치1, 화병측정치2라고 하였다. 신뢰도 α 계수는 각각 .87과 .82였다.

PHQ-9에서의 문항선별

안재용 등(2013)이 타당화한 PHQ-9에 대해 탐

색적 요인분석을 실시한 후, 합치도와 요인 간 상관, 내용적 해석을 고려하여 2요인 모형을 채택하였다. RMSEA=0.064, CFI=0.984, TLI=0.970, $r(1, 2)=0.528^*$. 내용적으로 요인1(1, 2, 4, 6번)은 우울 정서와 비판적 사고로 구성되어 있었고, 요인2(3, 5, 7, 8번)는 수면곤란, 식욕문제, 집중력 저하 등 생리적 변화와 일상생활기능의 저하를 나타내는 문항들이었다. 9번 문항은 특정 요인에 포함시키기 곤란하여 제외하였다. 요인1의 문항들을 평균하여 PHQ9-측정치1, 요인2의 문항들을 평균하여 PHQ9-측정치2라고 하였다. 신뢰도 α 계수는 각각 .65와 .70이었다.

CUDOS에서의 문항선별

남우현(2008)이 타당화한 18개 문항의 원척도에서 의문문으로 구성된 2개 문항을 제외하고 16개 문항만을 분석에 사용하였다. 탐색적 요인분석을 실시하여 합치도와 요인 간 상관, 내용적 해석을 고려하여 2요인 모형을 채택하였다. RMSEA= 0.073, CFI=0.967, TLI=0.955. 내용적으로 요인1(2, 3, 5, 6, 8, 9, 12, 13번)은 수면문제, 식욕저하, 집중력 저하 등 생리적 변화와 일상생활 기능저하의 문항들로 구성되어 있었고, 요인 2(1, 10, 11, 14, 15, 16번)는 자살가능성의 문항들로 구성되어 있었다. 요인1의 문항들을 평균하여 CUDOS측정치1, 요인2의 문항들을 평균하여 CUDOS측정치2로 하였다. 신뢰도 α 계수는 각각 .82와 .78이었다.

SCL-90-R 우울척도에서의 문항선별

김광일 등(1984)이 표준화한 SCL-90-R의 우울 척도에 대해 탐색적 요인분석을 실시한 후 합치

도를 고려하여 2요인 모형이 적절하였으나, RMSEA=0.071, CFI=0.980, TLI=0.970, 요인2에는 해석가능한 지표가 하나의 문항(9번)밖에 없어서 1요인 모형을 선택하였다. 요인1에 속하는 문항 중 요인계수가 0.5 이상인 것만 준거척도 구성용으로 선택하였고(2, 4, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13번), 이 문항들을 평균하여 SCL-D측정치라고 명명하였다. 신뢰도 α 계수는 .88이었다.

본 연구용 준거척도들 간의 관계에 기반한 종합 준거척도의 정의

예비문항들을 기존 척도와 비교 검토할 때, 기존 5개 척도의 70개 문항들 간 이질성을 최대한 감안하는 개별적 접근과, 그것들을 하나로 묶어서 사용하는 전반적 접근은 모두가 한계가 있다. 전자는 시간과 노력의 측면에서 실용적이지 못하고, 후자는 문항들에서 측정되는 개념들 간 변별을 인위적으로 무시함으로써 정교한 분석을 할 수가 없게 한다. 절충적 관점에서 예비문항들을 비교검토하기 위한 간명한(parsimonious) 준거를 확보하기 위하여 개별적 척도들을 종합할 필요가 있다. 그 결과로 신뢰도가 향상되고 문항 집단들 간에 해석을 위한 개념의 크기(grain size)가 향상된다. 본 연구에서는 역기능 우울에 대한 명시적 이론(표 1 참조)과 경험 자료를 나타내는 척도 간 상관(표 3)을 참조하여 네 가지 개념 범주를 중심으로 종합 척도를 구성하였다. 그 네 가지 범주는 우울정서 및 비판적 사고, 불안 및 신체 증상, 생리적 변화와 일상기능 저하, 그리고 자살 가능성이다.

표 3. 준거척도 요약자료

(N=275)

	Mean	SD	한국 우울증검 사1	화병1	PHQ 9-1	SCL-D	한국 우울증검 사2	화병2	PHQ 9-2	CUDOS1	CUDOS2
한국우울증1	3.294	.447	1								
화병1	3.061	.538	.823**	1							
PHQ9-1	3.369	.484	.747**	.618**	1						
SCL-D	3.313	.491	.863**	.817**	.713**	1					
한국우울증2	2.214	.590	.315**	.467**	.209**	.295**	1				
화병2	2.105	.659	.191**	.330**	.166**	.179**	.812**	1			
PHQ9-2	3.028	.561	.578**	.559**	.502**	.537**	.399**	.289**	1		
CUDOS1	3.093	.498	.777**	.762**	.654**	.775**	.413**	.342**	.728**	1	
CUDOS2	3.402	.455	.807**	.633**	.667**	.707**	.240**	.134*	.509**	.623**	1
문항 수			16	9	4	9	8	6	4	8	6
신뢰도(α)			.911	.865	.654	.879	.790	.815	.699	.821	.780

주. 한국우울증1: 우울정서와 비관적 사고, 한국우울증2: 불안 및 신체증상, 화병1: 우울정서, 화병2: 신체증상과 초조함, PHQ9-1: 우울정서와 비관적 사고, PHQ9-2: 생리적 변화와 일상생활기능 저하, SCL-D: 우울정서, CUDOS1: 생리적 변화와 일상생활 기능저하, CUDOS2: 자살가능성

** $p < .01$ (양측검정).

우울정서 및 비관적 사고 종합척도

한국우울증1과 화병1, PHQ9-1, SCL-D는 공통적으로 우울관련 정서와 비관적 사고 내용을 포함하고 있었다. 한국우울증1과 화병1은 .82의 상관을, 한국우울증1과 PHQ9-1은 .75, 한국우울증1과 SCL-D는 .86의 상관을 나타내었다. 화병1과 PHQ9-1은 .62, 화병1과 SCL-D는 .82, PHQ9-1과 SCL-D는 .71의 비교적 높은 상관을 나타내었다. 이 정도의 상관 값들은, 각 척도의 신뢰도를 복원하여 진점수 간 상관으로 나타내면 척도간 변별이 어려운 상태가 된다. 예로서 위의 상관 값 중에서 가장 작은 값인 .62(화병1, PHQ9-1)을 각 척도의 신뢰도인 .87과 .65의 제곱근(root 씩은 값)으로 나누어 구해진 진점수 상관은 .82가 된다. 두 척도가 변별된다고 보기 어렵다. 이에 따라 4개 측정치를 하나로 묶어 ‘우울정서 및 비관적 사고

종합척도’라고 정의하고 본 연구용 준거로 사용하였다. 이후의 척도 종합에서도 같은 논리가 사용되었다.

불안 및 신체증상 종합척도

한국우울증2와 화병2는 대부분 불안과 초조, 과민성, 공포, 억울함과 서러움 등의 부적 정서와 다양한 신체증상을 포함하고 있었다. 이 두 측정치 간에 .81의 높은 상관이 있으므로 하나로 묶어 ‘불안 및 신체증상 종합척도’로 정의하고 본 연구용 준거로 사용하였다.

생리적 변화와 일상기능저하 종합척도

PHQ9-2와 CUDOS1은 수면 및 식욕의 변화와 기운 없음, 집중 및 의사결정의 어려움 등 주로 생리적 변화와 일상기능 저하의 내용을 포함하고

있었다. 이 두 측정치 간에 .73의 상관을 나타내었다. PHQ9-2와 CUDOS1을 하나로 묶어 '생리적 변화와 일상기능저하 종합척도'로 정의하고 본 연구용 준거로 사용하였다.

자살 가능성 척도

CUDOS2는 내용적으로 자살가능성에 대한 문항으로 구성되어 있고, CUDOS2에 해당하는 1, 10, 11, 14, 15, 16문항을 종합한 측정치를 '자살가능성 척도'라고 정의하고 본 연구용 준거로 사용하였다.

표 4에는 4개 종합 척도의 평균과 표준편차, 문항 수효, 신뢰도 α 계수와 종합 척도 간 상관계수를 제시하였다.

역기능 우울 예비척도 문항 평가: 준거중심 접근

예비문항의 평가를 위해서는 Burisch(1984)가 주장하는 검사개발의 3개 접근 중 내용판단 접근(예비문항개발 시 취한 접근)을 제외한 나머지 두 접근을 취하였다. 우선 기존 척도들과의 관계를 검증하는 준거중심 접근을 실시하여 50개 문항으

로 축소하였다(내적구조 접근은 다음 단계에서 제시되었음). 준거중심 접근은 문항집단 밖의 준거에 비교하여 문항의 양호도를 검토하는 접근으로서(Burisch, 1984), 문항들의 준거타당도를 확보하게 해준다. 이 연구에서는 예비문항들을 비교평가하기 위한 준거로서 앞서 정의된 4개 종합준거척도가 사용되었다.

역기능 우울과 관련이 높을 것으로 예상되는 적절한 예비 문항이라면 앞서 정의한 4개 종합준거척도들과 일정한 수준의 상관관계를 가질 것으로 기대된다. 역기능 우울의 예비문항들을 평가하기 위한 준거로서 그 종합척도들을 사용하기 위하여 2가지의 방략을 택하였다. 첫째는 각 예비문항들이 종합척도들과 어느 정도의 상관을 가질 것인지에 대하여 전문가적 입장에서 범위를 설정하고, 예비문항이 각 종합척도와 가지는 상관이 그 범위를 벗어나면 제거 대상으로 검토하였다. 둘째, 4개 종합척도와 예비문항 간 기대되는 상관범위의 중간값을 구하여 예비문항-종합척도 상관의 기대프로파일로 사용하였다. 다음은 각 예비문항들이 각각의 종합척도와 가지는 실제 상관의 프로파일(실제

표 4. 종합준거척도 간 요약 자료

종합준거척도	Mean	SD	우울정서 및 비관적 사고	불안 및 신체증상	생리적 변화와 일상기능저하	자살가능성
우울정서 및 비관적 사고	13.04	1.78	1			
불안 및 신체증상	4.32	1.19	.31**	1		
생리적 변화와 일상기능저하	6.12	0.96	.76**	.40**	1	
자살가능성	3.40	0.46	.77**	.19**	.61**	1
문항 수효			38	14	12	6
신뢰도(α)			.96	.89	.87	.78

** $p < 0.01$ (양측검정).

프로파일로 명명)을 앞서 구한 기대 프로파일과 비교하였다. 즉, 실제 프로파일과 기대 프로파일 간에 거리를 계산하여 거리가 가까운 순서로 문항을 선별하기로 하였다. 역기능 우울 예비문항들과 종합 준거척도간의 상관을 구한 다음 두 방략을 함께 고려하면서 판단적으로 사용하였다.

방략1 적용

먼저 역기능 우울 예비문항들이 종합척도들과 가질 것으로 기대되는 상관 범위를 설정하였다. 예비검사의 문항들이 준거로서의 우울정서 종합척도, 불안 및 신체증상 종합척도, 일상생활저하 종합척도, 자살가능성 종합척도와 바람직하게는 모두 .30~.70까지의 상관을 보여야 할 것이다(방략1). 이 상관이 너무 낮아도 수렴타당도(convergent validity)가 없는 문항인 것이고, 너무 높아도 변별타당도(discriminant validity)가 없는 문항이라고 할 수 있다.

4개 종합 준거척도와 역기능 우울 79개의 예비 문항 간 상관계수를 구한 후, 4개의 종합척도 중 1개의 종합척도와만 상관이 높고 나머지 3개의 종합척도와는 상관이 낮은 경우(상관의 높고 낮음의 기준은 상관계수 .30으로 하였음), 그 문항을 제외하였다. 그 결과, 불안 및 신체증상 종합척도와만 상관이 높은 10개 문항(8, 9, 10, 12, 16, 17, 18, 61, 73, 77번)과 자살가능성 종합척도와만 상관이 높은 3개 문항(40, 41, 44번), 총 13개의 문항을 제거 대상으로 검토하였다.

방략2 적용

준거척도와 역기능 우울 예비문항(기본 79개)

간 상관계수와 동시에 고려한 것은 실제 프로파일과 기대 프로파일 간 거리였다. 이를 위해 기대되는 프로파일 간 거리를 측정하기 위하여 아래에 제시한 공식을 사용하였다. 내용을 구체적으로 설명하자면 다음과 같다. 역기능 우울문항들이라면 4개의 종합 준거척도와의 사이에 상관이 어느 정도일지 기대되는 값들의 프로파일이 표 5 맨 아래 ‘mean’으로 제시되었다. 다음은 각 문항과 각 종합척도 간 상관을 계산하여 실제 프로파일을 표 5에 제시하였고, 실제 프로파일과 기대 프로파일 간 상이한 정도를 산출하였다. 이 상이한 정도 또는 프로파일 간 거리가 작을수록 좋은 문항으로 간주된다(방략2). 상이한 정도를 산출하기 위해서 ‘차이제곱평균의 제곱근(standardized root mean square residual)’을 구했고, 공식은 아래와 같다.

$$\text{문항 } i \text{의 프로파일 상이도} = \sqrt{\frac{\sum_{j=1}^4 (r_{ij} - \rho_j)^2}{s_j}} / 4$$

여기서 i 는 예비검사 문항, j 는 종합준거척도, r_{ij} 는 예비검사 문항과 종합 준거척도 간 실제 상관, ρ_j 는 표 5의 맨 아래에 기재된 ‘예비검사 문항과 종합준거척도 간 기대되는’ 평균상관(mean), s_j 는 각 종합척도 j 의 세로줄에서 79개 문항들의 상관 값들에 대한 표준편차이다. 79개 문항의 내용은 부록에 제시되어 있다.

표 5. 역기능 우울 예비문항(79개)과 종합준거척도 간 상관(r_{ij}) 및 프로파일 상이도(거리계산)

역기능 우울 예비문항	우울정서 및 비관적 사고	불안 및 신체증상	생리적 변화와 일상생활 저하	자살가능성	각 문항에서 프로파일 상이도	Rank
basic27	.47**	.36**	.53**	.44**	0.57	1
basic71	.54**	.35**	.45**	.43**	0.65	2
basic11	.50**	.52**	.49**	.34**	0.67	3
basic59	.59**	.34**	.49**	.43**	0.69	4
basic64	.60**	.32**	.48**	.49**	0.71	5
basic6	.53**	.41**	.50**	.34**	0.72	6
basic39	.54**	.31**	.57**	.45**	0.76	7
basic3	.43**	.41**	.39**	.37**	0.81	8
basic14	.47**	.50**	.51**	.29**	0.84	9
basic13	.56**	.38**	.56**	.34**	0.84	10
basic51	.62**	.31**	.52**	.38**	0.92	11
basic4	.54**	.35**	.66**	.41**	0.93	12
basic33	.66**	.29**	.55**	.50**	0.94	13
basic21	.61**	.30**	.49**	.37**	0.95	14
basic76	.54**	.29**	.35**	.48**	0.95	15
basic48	.60**	.30**	.58**	.39**	0.99	16
basic19	.58**	.23**	.52**	.49**	0.99	17
basic56	.54**	.24**	.42**	.50**	1.00	18
basic67	.62**	.24**	.45**	.50**	1.01	19
basic45	.67**	.29**	.60**	.49**	1.02	20
basic53	.52**	.23**	.43**	.42**	1.03	21
basic24	.65**	.25**	.54**	.50**	1.03	22
basic66	.59**	.33**	.49**	.31**	1.04	23
basic26	.38**	.35**	.48**	.30**	1.04	24
basic70	.60**	.24**	.41**	.45**	1.05	25
basic28	.68**	.25**	.54**	.49**	1.08	26
basic63	.63**	.22**	.48**	.50**	1.08	27
basic58	.45**	.43**	.44**	.25**	1.08	28
basic65	.61**	.22**	.45**	.57**	1.10	29
basic57	.54**	.23**	.53**	.37**	1.10	30
basic7	.40**	.56**	.46**	.24**	1.11	31
basic2	.32**	.33**	.44**	.32**	1.13	32
basic1	.32**	.33**	.40**	.35**	1.13	33
basic62	.57**	.20**	.44**	.51**	1.13	34
basic54	.65**	.26**	.53**	.37**	1.13	35
basic68	.71**	.25**	.57**	.48**	1.15	36
basic34	.67**	.22**	.53**	.48**	1.15	37
basic32	.61**	.19**	.47**	.48**	1.16	38
basic60	.46**	.25**	.54**	.32**	1.16	39
basic79	.55**	.20**	.41**	.45**	1.16	40
basic36	.60**	.21**	.52**	.39**	1.17	41

basic74	.60**	.21**	.49**	.39**	1.18	42
basic25	.42**	.22**	.57**	.37**	1.18	43
basic30	.60**	.20**	.59**	.41**	1.19	44
basic37	.64**	.28**	.65**	.38**	1.20	45
basic50	.49**	.34**	.32**	.31**	1.20	46
basic38	.54**	.24**	.58**	.33**	1.20	47
basic75	.69**	.21**	.51**	.53**	1.21	48
basic20	.47**	.17**	.46**	.41**	1.22	49
basic78	.46**	.17**	.49**	.41**	1.23	50
basic55	.65**	.20**	.50**	.40**	1.24	51
basic42	.35**	.22**	.37**	.58**	1.25	52
basic52	.50**	.41**	.39**	.22**	1.25	53
basic46	.70**	.22**	.54**	.60**	1.25	54
basic72	.37**	.40**	.33**	.26**	1.29	55
basic35	.50**	.16**	.38**	.56**	1.31	56
basic15	.34**	.59**	.45**	.21**	1.32	57
basic23	.60**	.15*	.43**	.45**	1.34	58
basic5	.42**	.15*	.55**	.40**	1.35	59
basic69	.49**	.14*	.38**	.55**	1.37	60
basic49	.62**	.23**	.63**	.31**	1.37	61
basic31	.63**	.13*	.49**	.41**	1.43	62
basic29	.66**	.16**	.64**	.52**	1.43	63
basic22	.68**	.14*	.52**	.59**	1.44	64
basic43	.44**	.13*	.37**	.55**	1.45	65
basic47	.46**	.10	.35**	.49**	1.57	66
basic61	.28**	.46**	.25**	.23**	1.64	67
basic18	.27**	.44**	.25**	.21**	1.73	68
basic16	.25**	.54**	.23**	.20**	1.82	69
basic73	.25**	.47**	.27**	.16**	1.84	70
basic40	.26**	.08	.28**	.51**	1.91	71
basic8	.23**	.59**	.20**	.20**	1.93	72
basic9	.21**	.64**	.28**	.16**	1.95	73
basic77	.26**	.48**	.18**	.16**	2.04	74
basic17	.24**	.53**	.19**	.15**	2.05	75
basic44	.15*	.13*	.18**	.40**	2.20	76
basic41	.12*	.10	.20**	.46**	2.24	77
basic12	.18**	.65**	.23**	.06	2.37	78
basic10	.08	.68**	.13*	.07	2.72	79
max	0.7	0.7	0.7	0.7		
min	0.3	0.3	0.3	0.3		
mean	0.5	0.5	0.5	0.5		

주. 번호 음영 표시(basic 67, 53, 78, 42, 69, 43)는 자살관련 문항

** $p < .01$ (양측검정), * $p < .05$ (양측검정).

위 공식을 사용하여 각 문항에서의 프로파일 간 거리를 계산하여 작은 값부터 순서를 매겼다(표 5 참조). 거리가 작은 것, 즉 순서가 빠를수록 좋은 문항이다. 79개 문항들 가운데 맨 우측의 프로파일 상이도가 비교적 현저하게 차이나는 경우는 48번과 49번 사이였다. 따라서 계량적으로 rank 1~48까지 48개의 문항을 선별하였고, 이후의 문항들 중에서 질적으로 검토하여 역기능 우울을 측정하는데 필요한 것으로 판단되는 문항 8개(basic 5, 29, 31, 35, 42, 43, 69, 78)를 추가하였다(표 5에서 rank 의 세로줄에 음영 표시). 따라서 총 56개 문항이 선별되었다. 그런 다음 자살관련 6개 문항(basic 42, 43, 53, 67, 69, 78, 표 5에서 예비문항 번호에 음영 표시)은 이 문항들끼리 독립적으로 움직이는 경향이 있어서 특별히 하위 모듈로 다루기 위해서 제외하여 50개 문항을 역기능 우울의 예비척도에 포함하기로 하였다.

역기능 우울 예비척도 문항 평가: 내적 구조 접근

이 접근은 준거중심 접근에 의해서 어느 정도 축소된 문항들에 대하여 요인분석을 통해 요인구조를 파악하고 요인의 수렴과 변별을 검토하는 요인타당도 확인의 단계이다. 요인타당도는 구성개념 타당도의 일부로서 보다 포괄적인 구성개념 타당화를 위한 예비단계로 볼 수도 있다.

준거중심 접근을 거쳐 남은 50개 문항을 가지고 요인분석을 실시하였다. 50개 문항의 내용은 부록에서 확인할 수 있다. 전문가와 준전문가의 경험과 식견의 차이를 고려하여 전문가(정신과전문의, 임상심리전문가)와 준전문가(정신과 레지던트, 임상심리준전문가) 자료를 분리하여 요인구조

를 탐색하였다. 전문가와 준전문가의 요인구조의 차이를 확인한 후, 본검사용 문항을 선정하기로 하였다.

전문가 자료(100명)의 요인분석

작은 표본(100명을 크게 초과하지 못하는 경우)에서는 기존의 큰 표본을 기반으로 한 추정 방식들(예: 이순목, 윤창영, 이민형, 정선호, 2016의 표 1에 소개)의 사용이 제한된다. 이런 경우 Jung과 Takane(2008)가 개발한 정형화된 탐색적 요인분석(REFA: Regularized Exploratory Factor Analysis)을 사용할 수가 있다(이순목 외, 2016). 이 방법은 소표본에 사용할 수 있도록 만들어져 있으며, 여기서 정형화(regularization)는 표본크기가 작을 때의 모수 추정 과정에서 안정성과 정확도를 높이기 위해서 제안된 통계방법이다. 이미 회귀분석에서 능형회귀(ridge regression)란 명칭으로 사용되어 왔고 탐색적 요인분석에서도 상관요인 모형을 추정하는 방식으로 사용되고 있다.

이 연구에서는 탐색적 요인분석에서 상관요인 모형뿐만 아니라 쌍요인 모형도 사용할 것인데, 정선호와 서동기(2017)가 쌍요인 모형에도 정형화를 적용하는 방식을 개발하였기 때문에 이 방법을 100명밖에 안 되는 전문가 집단의 자료분석에 적용할 수 있었다. 즉, Jung과 Takane(2008)의 정형화 탐색적요인분석의 논리에 Jennrich와 Bentler(2012)의 탐색적 쌍요인모형의 논리를 접목하여 REBFA(Regularized Exploratory Bi-Factor Analysis)로 확대하여 전문가 자료분석에 적용하였다.

분석되는 50개 문항들은 모두 4점 척도였으므로 R 패키지에서 다분상관을 구하였고, 각 문항

의 신뢰도라고 할 수 있는 공통분(communality)은 상관요인 분석후 소프트웨어인 REFA에서 구하였다. 이 값은 최종적으로 추정된 쌍요인 3요인 모형에서 각 문항의 분산 가운데 요인에 의해서 설명되는 비율을 나타내는 계산된 공통분이다. 50개 문항의 공통분을 표 6에 제시하였다. 공통분(SMC)은 모두가 .32~.54 사이에 있어 너무 작거나 너무 큰 문항은 없으므로 요인분석에서 제외될 대상은 없다고 보고 전체 50개 문항에 대하여 탐색적 요인분석을 실시하

였다.

상관요인 모형: 50개 문항의 원자료에서 구한 상관행렬의 대각선에 정형화(regularization) 값을 더하여, 소프트웨어 REFA에 포함된 평행성 분석을 해본 결과 3요인 모형이 적절한 것으로 나왔다. 그러나 검토의 폭을 충실히 하기 위해서 3±1 즉 2, 3, 4요인의 상관요인 모형을 구하여 사각회전(REFA에서는 사각 Quartimin 기준 사용)을 한 결과를 해석하여 최종요인 수효를 결정

표 6. 50개 문항의 공통분

문항번호 ^a	1	2	3	4	5	6	7	11	13	14	19
공통분 ^a	.34	.37	.49	.52	.47	.51	.44	.48	.49	.49	.53
일반요인과 상관 ^b	.31	.36	.65	.71	.64	.69	.53	.63	.64	.69	.72
문항번호	21	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33
공통분	.49	.50	.50	.39	.41	.52	.48	.47	.45	.43	.49
일반요인과 상관	.70	.72	.66	.45	.53	.76	.67	.69	.60	.61	.70
문항번호	34	35	36	37	38	39	45	48	50	51	54
공통분	.51	.32	.40	.54	.52	.46	.49	.51	.43	.51	.50
일반요인과 상관	.69	.37	.51	.77	.72	.63	.67	.64	.62	.69	.72
문항번호	56	57	58	59	60	62	63	64	65	66	68
공통분	.46	.36	.48	.47	.45	.43	.47	.44	.50	.48	.54
일반요인과 상관	.58	.52	.54	.61	.55	.55	.63	.60	.69	.61	.75
문항번호	70	71	74	75	76	79					
공통분	.50	.43	.47	.47	.39	.42					
일반요인과 상관	.71	.52	.60	.62	.50	.59					

주. a 문항번호와 공통분에 대한 음영은 공통분이 .40(측정치 분산의 40%)이하인 문항.

b 일반요인과 상관은 최종모형(표 7 참조)인 3요인의 쌍요인 모형(일반요인 1개, 특수요인 2개)에서 일반요인과 문항간 상관(구조계수)을 의미함.

c □ 또는 □ 표시를 한 문항은 공통분이 40%를 초과하지만 크게 초과하지 못하여 검토 대상인 문항들이다. 그 중에서 일반요인과의 상관(표 6의 구조계수)이 상대적으로 낮은 3개 문항이 □ 표시되었음.

하기로 하였다.

2요인, 3요인, 4요인 모형을 모두 검토한 결과, 요인 간 상관은 높고 요인 간에 여러 개념의 문항들이 뒤섞여 있거나 어떤 요인에는 독자적인 의미를 표상시켜 줄 수 있는 문항이 전무한 상태로 나타나서 내용상 1요인으로 볼 수 있다고 판단하였다. 이러한 검토를 통해 상관요인 모형에서의 각 요인을 개별적으로 해석하기 보다는 쌍요인 모형(bi-factor model)을 분석하여 일반요인(general factor)에서 주요 의미를 도출하고 개별요인의 방법효과 내지 문항집단 특유의 의미를 특수요인(specific factors)에서 해석하는 것이 바람직할 것으로 판단하였다.

쌍요인 모형: 쌍요인 모형으로 변환하기 위하여 일반요인 1개와 특수요인 2개를 설정하였다. 이때 사각구조를 추구하고 회전 기준은 Bi-Quartimin을 사용하였다. 탐색적 쌍요인 모형(Holzinger & Swineford, 1937)으로 분석하였는데, 이 모형에서는 모든 문항은 일반요인의 지표가 되는 동시에 특수요인 중 하나에 지표가 될 것이 기대된다. 분석 결과의 형태계수와 구조계수가 표 7에 제시되었다.

표 7의 요인구조계수 행렬 부분에서 첫 번째 세로줄은 일반요인과 문항 간 상관인데, 문항 선정에 위해서 공통분(표 6에 제시)과 함께 참조할 것이다. 특수요인의 형태계수가 양수이면서 크기가 .30에 가깝거나 그 이상인 지표들을 중심으로 해석하면 특수요인1(basic31, 34, 45, 58, 68, 74번)은 기분이 처지고, 사는 게 재미없고, 사소한 일에도 걱정을 하고, 노력해도 안 되는 것이 있

음을 알게 되고, 성격이 어두워졌다는 등 ‘의욕 저하와 비관주의’가 주된 내용이었다. 특수요인 2(basic2, 4, 7, 11, 13, 14, 66번)는 머리가 아프거나 어지럽고, 가슴이 답답하고, 팔다리가 무겁고, 잠들지가 쉽지 않거나 평소보다 많이 자는 등의 내용으로 ‘신체생리적 증상’으로 해석이 가능하였다.

그러나 표 7에서 표준오차를 보면 일반요인의 요인계수에 대한 표준오차는 값이 작은 반면에 특수요인들의 경우 2~3배에 달하는 큰 값이다. 이는 일반요인의 추정치가 더 정확하고 특수요인의 추정은 크게 안정된 의미를 부여하기 어려울 수 있다는 것을 뜻한다. 따라서 특수요인에 문항집단 특유의 의미를 부여하는 노력에 치중하기보다는 일반요인으로부터 본검사를 위한 문항선정에 힘써야 할 것이다.

본검사를 위한 문항들을 선정하기 위하여 두 가지 정보를 참조하였다. 첫째는 각 문항의 공통분인데 이것은 3요인 구조의 쌍요인 모형에서 요인에 의해 설명된 분산비율이므로 문항의 신뢰도가 된다. 이 값이 .40 이하인 문항들은 신뢰도가 너무 낮으므로 그것만으로도 제거 이유가 된다고 판단하여 7개 문항을 삭제하였다. 표 6에 음영 표시한 1, 2, 26, 35, 36, 57, 76번 문항이 이에 해당된다. 이들을 제거하고 남는 43개 문항 가운데 공통분이 .40을 초과하지만 높지 않은 문항들 중 일반요인과 낮은 상관을 가지는 3개 문항(27, 62, 71번)을 더 제외하여 40개 문항으로 줄였다.

표 7. 쌍요인 모형의 형태계수와 구조계수

문항번호	형태계수						구조계수		
	일반요인		특수요인1		특수요인2		일반요인	특수요인1	특수요인2
	계수	표준오차	계수	표준오차	계수	표준오차			
basic1	0.31	0.10	-0.39	0.23	0.07	0.22	0.31	-0.38	0.03
basic2	0.36	0.12	-0.24	0.24	0.27	0.26	0.36	-0.22	0.25
basic3	0.65	0.07	0.02	0.22	0.15	0.2	0.65	0.04	0.15
basic4	0.71	0.05	-0.12	0.16	0.26	0.16	0.71	-0.1	0.25
basic5	0.64	0.08	-0.32	0.19	-0.09	0.17	0.64	-0.33	-0.12
basic6	0.69	0.05	-0.09	0.21	0.17	0.21	0.69	-0.07	0.17
basic7	0.53	0.09	0	0.19	0.43	0.20	0.53	0.04	0.43
basic11	0.63	0.07	0.17	0.18	0.30	0.19	0.63	0.20	0.32
basic13	0.64	0.09	-0.03	0.23	0.28	0.23	0.64	0	0.28
basic14	0.69	0.07	-0.03	0.16	0.25	0.17	0.69	-0.01	0.25
basic19	0.72	0.06	-0.16	0.21	-0.06	0.21	0.72	-0.16	-0.07
basic21	0.7	0.05	0.22	0.16	-0.05	0.15	0.7	0.22	-0.03
basic24	0.72	0.05	0.02	0.17	0.02	0.16	0.72	0.02	0.03
basic25	0.66	0.06	-0.09	0.22	0.17	0.21	0.66	-0.07	0.16
basic26	0.45	0.08	-0.04	0.24	0.03	0.27	0.45	-0.03	0.03
basic27	0.53	0.09	-0.26	0.21	0.17	0.19	0.53	-0.25	0.14
basic28	0.76	0.05	0.10	0.14	-0.12	0.13	0.76	0.09	-0.12
basic29	0.67	0.05	-0.12	0.2	-0.2	0.19	0.67	-0.13	-0.21
basic30	0.69	0.05	-0.07	0.14	-0.12	0.14	0.69	-0.08	-0.13
basic31	0.6	0.07	0.25	0.18	-0.13	0.16	0.6	0.24	-0.11
basic32	0.61	0.08	0.19	0.15	-0.29	0.14	0.61	0.17	-0.28
basic33	0.7	0.06	0.22	0.16	-0.06	0.16	0.7	0.21	-0.04
basic34	0.69	0.06	0.34	0.17	-0.07	0.15	0.69	0.33	-0.05
basic35	0.37	0.09	-0.32	0.16	-0.11	0.17	0.37	-0.33	-0.14
basic36	0.51	0.15	0.14	0.26	0.08	0.27	0.51	0.15	0.09
basic37	0.77	0.05	0	0.14	0.07	0.15	0.77	0	0.07
basic38	0.72	0.07	-0.13	0.17	0.19	0.19	0.72	-0.11	0.18
basic39	0.63	0.1	-0.33	0.18	-0.12	0.17	0.63	-0.34	-0.15
basic45	0.67	0.05	0.26	0.16	0.1	0.15	0.67	0.27	0.12
basic48	0.64	0.12	-0.1	0.28	0.14	0.32	0.64	-0.09	0.13
basic50	0.62	0.07	0.01	0.18	0.05	0.17	0.62	0.02	0.05
basic51	0.69	0.05	0.2	0.18	-0.07	0.19	0.69	0.19	-0.05
basic54	0.72	0.05	0.22	0.14	-0.01	0.13	0.72	0.22	0.01
basic56	0.58	0.08	-0.1	0.21	-0.28	0.2	0.58	-0.13	-0.29
basic57	0.52	0.14	0.05	0.15	0.01	0.14	0.52	0.05	0.01
basic58	0.54	0.08	0.38	0.22	0.23	0.25	0.54	0.40	0.26
basic59	0.61	0.07	0.23	0.2	0.09	0.21	0.61	0.24	0.11
basic60	0.55	0.11	-0.11	0.27	0.19	0.3	0.55	-0.09	0.18
basic62	0.55	0.08	-0.09	0.19	-0.3	0.19	0.55	-0.11	-0.31
basic63	0.63	0.05	0.04	0.2	-0.13	0.19	0.63	0.03	-0.13
basic64	0.6	0.07	-0.05	0.22	-0.05	0.2	0.6	-0.05	-0.06
basic65	0.69	0.06	-0.09	0.18	-0.32	0.18	0.69	-0.12	-0.33
basic66	0.61	0.11	0.16	0.23	0.26	0.23	0.61	0.19	0.27
basic68	0.75	0.04	0.32	0.13	0.01	0.13	0.75	0.32	0.04
basic70	0.71	0.06	0.05	0.18	-0.16	0.17	0.71	0.04	-0.16
basic71	0.52	0.07	-0.02	0.20	-0.34	0.18	0.52	-0.05	-0.34
basic74	0.60	0.06	0.41	0.17	-0.09	0.16	0.60	0.40	-0.06
basic75	0.62	0.07	0.08	0.19	-0.31	0.19	0.62	0.05	-0.30
basic76	0.50	0.09	0.04	0.19	-0.16	0.18	0.50	0.03	-0.16
basic79	0.59	0.06	0.12	0.17	0.01	0.17	0.59	0.12	0.02

주. 특수요인 측정치(형태계수)에서 해석가능한 문항들을 진하게 표시(0.25 이상), 일반요인과 문항 간 상관도 진하게 표시

준전문가 자료(175명)의 요인분석

준전문가 자료에 대해 먼저 Factor10.3 (Lorenzo-Seva & Ferrando, 2015)을 사용하여 요인분석 가능성을 검토하였다. Factor 10.3에서 제공하는 Bartlett 검증(Bartlett's statistic=4592.9, $df=1225$, $p<.000$)과 표집적절성 지수, KMO=0.918(very good),을 참조한 결과, 요인분석에 적절한 자료로 판단되었다. 각 문항의 SMC, 즉 R^2 를 계산한 결과, SMC 값은 .474~.757 사이에 있어서 다중공선성의 문제는 우려할 정도가 아니라고 판단되어 50개 문항을 모두 분석에 사용하였다. 대략적 요인의 수효를 결정하기 위해 고유치검사, 누적분산비율 검정 그리고 평행분석(Timmerman & Lorenzo-Seva, 2011)을 실시하였다. 고유치검사에서 고유치가 1이상인 요인에서 요인수를 결정할 경우 4개의 요인이 결정되었고, 요인이 설명하는 누적분산비율이 75%이상의 기준으로 요인수를 결정할 경우 검토 가능한 요인의 수는 4개였다. 평행분석을 통해 무선자료를 이용하여 구한 고유치를 순서대로 실제 자료에서 구한 고유치와 비교하여 실제 자료에서 더 큰 고유치를 보이는 요인의 개수를 요인의 수로 결정할 경우 1개 요인이 적당한 것으로 나왔다. 따라서

대략적 요인의 수효를 1~4개로 잠정적으로 결정하고 Mplus 7.4를 사용하여 탐색적 요인분석을 실시하였다.

탐색적 요인분석: 탐색적 요인분석으로 1~4요인 모형에 대한 합치도를 분석한 결과(표 8 참조), 2요인 혹은 3요인 모형이 충분히 좋은 값이었으므로 2요인 모형과 3요인 모형의 해석가능성을 검토하기로 하였다.

2요인 모형과 3요인 모형의 요인형태계수 행렬을 보고 요인의 의미를 해석하였다. 먼저 2요인 모형에서는 요인1에 대부분의 문항이 지표가 되고 있어 '역기능 우울 일반요인'으로 해석이 가능하였으며, 요인2는 '신체생리적 증상(수면곤란, 두통, 팔다리 무거움, 식욕문제, 성욕저하 등)'이라고 할 수 있었다. 3요인 모형의 경우, 요인3에 독자적으로 기여할 수 있는 문항이 너무 부족하여 해석이 곤란하였다. 따라서 2요인 모형이 더 적절한 것으로 판단하였다.

그런데 표 8을 보면 2요인, 3요인 모형 모두에서 1요인과 2요인 간 상관이 .55, .66으로 높으며, 대다수의 문항들이 요인 1의 지표가 되는 것을 알 수 있다. 이는 요인 1 하나의 일반요인

표 8. 탐색적 요인분석 결과의 합치도

요인 수효	χ^2	df	p	$\Delta\chi^2$	Δdf	p	RMSEA	CFI	TLI	SRMR
1	1729.825	1175	.000				.052	.934	.932	.076
2	1543.049	1126	.000	182.901	49	.000	.046	.951	.946	.065
3	1402.349	1078	.000	154.386	48	.000	.041	.962	.956	.057
4	1293.622	1031	.000	116.744	47	.000	.038	.969	.963	.051

요인 간 상관

- 2요인 모형 : (1,2) = .55*

- 3요인 모형 : (1,2) = .66* (1,3) = .26 (2,3) = .23

* $p < .05$ (양측검정).

이 존재할 가능성을 시사하므로 쌍요인 모형(Holzinger & Swineford, 1937)이 더 적절할 수 있다. 따라서 앞서의 준거척도와와의 관계를 참조하여 얻은 50개 문항을 바탕으로, 쌍요인 모형 분석을 실시하였다.

쌍요인(bifactor) 모형에서 요인구조 파악: 먼저 일반적인 쌍요인 모형 분석(Holzinger & Swineford, 1937)을 실시하였다. 본 연구에서는 탐색적인 차원에서 쌍요인 모형을 2~4요인 모형까지 분석하였다. 각 모형들의 검증적 합치도는 2요인 모형과 3요인 모형만으로도 충분히 좋았으며 특수요인에 대한 해석도 가능하였다. 그런데 결과에서 어떠한 특수요인에도 지표가 되지 않고 일반요인에만 지표가 되는 문항들이 많았다. 즉 일반적인 쌍요인 모형의 분석 결과, 모든 50개 문항이 일반요인에서 유의한 지표가 되었으나 이중 28개의 문항은 특수요인의 지표가 되지 않고 일반요인에만 지표가 되는 문항들이었다. 이런 경우 적용가능한 준쌍요인 모형(bifactor-like model; Cai et al., 2011)으로 탐색적 회전을 실시하였다.

준쌍요인 모형의 탐색적 회전: 50개 문항 중 일반요인에만 지표가 되는 문항들을 제외하고 나머지 22개의 문항들에서만 특수요인 2요인 모형을 추정하는 준쌍요인 모형(탐색적 회전)을 분석하였다. 그 결과, 합치도는 다소 저하되었으나 큰 차이는 없었다, $\chi^2(1132)=1603.974^*$, $p=.000$, RMSEA=.049, CFI=.944, TLI=.940. 이 모형에서 제공한 정보함수의 그래프를 기준으로 하여, 정보가 낮은 12개 문항을 제외하고 남은 38개 문항만

을 가지고 2차 준쌍요인 모형을 분석하였다. 그 결과 모형의 합치도는 향상되었으나 정보가 낮은 3개 문항이 발견되어, 이를 제외하고 남은 35개 문항을 가지고 3차 준쌍요인 모형을 분석하였다. 35개 문항에 대한 최종 준쌍요인 모형의 분석 결과를 표 9에 제시하였다. 최종모형의 합치도는 좀 더 좋아졌으며, $\chi^2(523)=725.263^*$, $p=.000$, RMSEA=.048, CFI=.973, TLI=.969, 정보량이 낮은 문항은 존재하지 않았다.

준쌍요인 모형의 목표회전: 3차 준쌍요인 분석을 토대로 목표회전까지 실시하여 요인구조가 연구자가 본래 의도한 가설에 맞게 나옴을 확인하였다. 이로써 준전문가를 대상으로 한 자료에서는 최종 35개 문항이 선정되었으며 일반요인과 특수요인 2개의 구조로 마무리되었다. 특수요인1(표 8에서 음영표시: basic24, 31, 34, 45, 68)은 자신도 모르게 눈물이 쏟아지고, 기분이 처지고, 재미가 없고, 전보다 웃지 않고, 성격이 어두워졌다는 내용으로 '우울감과 의욕저하'로 해석이 가능하였고, 특수요인2(표 8에서 음영표시: basic59, 64, 70, 75, 76)는 이해받지 못하는 느낌, 내 편은 하나도 없는 것 같고, 자신에 대해 실망스럽고 현실에 불만족한다는 등의 내용으로 '소외감과 불만족감'으로 해석이 가능하였다.

표 9. 35개 문항에 대한 준쌍요인 모형(3차 분석)에서의 형태계수

문항	요인계수		
	일반요인	특수요인1	특수요인2
basic4	0.63*		
basic11	0.64*		
basic13	0.68*		
basic19	0.66*		
basic21	0.72*	-0.10	0.00
basic24	0.64*	0.17*	-0.07
basic28	0.79*	-0.01	0.01
basic29	0.81*	0.04	-0.32*
basic30	0.74*	-0.05	-0.36*
basic31	0.70*	0.58*	-0.01
basic32	0.64*		
basic33	0.77*		
basic34	0.71*	0.48*	0.07
basic35	0.68*		
basic36	0.76*	-0.01	-0.11
basic37	0.75*		
basic38	0.66*		
basic39	0.69*		
basic45	0.73*	0.24*	-0.04
basic48	0.73*	0.08	-0.12
basic51	0.74*	-0.17	0.06
basic54	0.74*		
basic57	0.70*		
basic59	0.72*	0.06	0.34*
basic62	0.63*		
basic63	0.78*	0.02	-0.19
basic64	0.76*	0.06	0.22*
basic65	0.66*	0.03	0.10
basic66	0.69*		
basic68	0.77*	0.33*	0.02
basic70	0.67*	-0.10	0.19*
basic71	0.67*		
basic74	0.69*		
basic75	0.78*	0.06	0.26*
basic76	0.59*	-0.01	0.57*

주. 특수요인 측정치에서의 음영은 해석가능한 문항들을 표시
* $p < .05$ (양측검정).

전문가와 준전문가의 차이

전문가와 준전문가의 자료를 구분하여 요인분석을 실시한 결과, 두 집단 간 차이가 발견되었다. 첫째, 전문가의 자료분석 결과에서는 50문항 중 40문항이 선정되었고, 준전문가의 자료분석 결과에서는 35문항이 선정되었다. 두 집단에서 선정된 문항 내용을 비교한 결과, 준전문가의 35개 문항은 모두 전문가의 40문항에 포함되었다. 이에 중요한 문항이 빠지는 실수를 예방하는 차원에서 전문가의 40문항을 사용하는 것이 타당해 보인다. 둘째, 요인구조의 차이가 나타났다. 전문가 자료의 쌍요인 모형 결과에서 일반요인과 함께 특수요인1은 ‘의욕저하와 비관주의’이었고, 특수요인2는 ‘신체생리적 증상’이었던 반면, 준전문가 자료에서 최종 35문항에 대한 준쌍요인 모형 분석결과에서는 일반요인과 함께 특수요인1은 ‘우울감과 의욕저하’, 특수요인2는 ‘소외감과 불만족감’으로 나타났다. 전문가와 준전문가의 결과를 비교해보면, 특수요인1에서는 의욕저하 부분이 유사하게 나타났으나, 특수요인2에서는 개념의 차이가 나타난다. 이러한 요인구조의 차이가 나타난 이유는 전문가의 경우 실제 우울환자나 내담자들을 만나 면담과 치료를 수행한 임상경험이 많으므로 이를 바탕으로 판단을 내린 반면, 준전문가는 우울장애에 대한 교과서적인 지식과 상식적 이해에 기반하여 판단을 내린 탓으로 생각된다. 즉 전문가는 환자와의 치료경험을 통해 한국인의 경우 신체생리적 증상이 두드러짐을 인식하고 있는 반면, 준전문가는 일반적으로 우울장애 환자들에게서 기대되는 내용에 초점을 맞추고 있는 것으로 해석된다. 한국인의 경우 우울감 보다는 신체적 증상 호소가 많은 것(이민수, 2013; 이민수, 이민규, 2003)을 감

안할 때 전문가의 자료가 우리 문화에 더 잘 맞는 것으로 판단되었다. 셋째, 준전문가와 전문가의 임상경험과 우울장애에 대한 식견에서의 차이를 고려할 때, 전문가의 의견을 존중하기로 하였다. 이러한 질적인 다집단 비교분석을 바탕으로 이후 연구에서는 전문가 100명의 자료에서 나온 결과를 바탕으로 진행하기로 하였다. 즉 전문가 자료 분석결과 추출된 40개의 문항을 본검사용 문항으로 결정하였다.

논 의

본 연구에서는 ‘역기능 우울’이라는 새로운 개념을 정의하고, 이를 측정하기 위한 척도를 개발하였다. 역기능 우울은 준임상 우울과 임상우울을 포괄하는 개념으로, 일반적으로 흔히 경험하는 우울하고 불쾌한 기분보다 심각하며 자연스럽게 회복되기 어려워서 전문적 개입을 필요로 하는 우울 상태를 말한다. 역기능 우울을 측정하는 척도를 개발하기 위해 전문가와 환자를 대상으로 개별심층면담을 실시하였으며, 전사한 면담내용을 기반으로 하여 예비문항을 개발하고 연구팀 논의와 적절성 평가 등을 통해 184개의 예비검사용 문항을 개발하였다(우울기본 79문항, 5개 하위모듈 105문항). 자료수집은 407명의 전문가와 준전문가를 대상으로 완료되었으나, 이 중 응답의 오류가 시사되는 132부를 분석에서 제외하여 총 275명의 자료로 분석을 실시하였다.

본 연구에서는 척도개발을 위해서 사용되는 세 가지 접근(Burisch, 1984; Garb et al., 2011), 즉 내용판단적 접근과 준거중심 접근, 내적 구조 접근을 모두 활용하였다. 역기능 우울의 특성집합을

지침으로 하여 우울 환자와 전문가의 면담자료에서 문항을 개발하는 내용판단적 접근 외에도, 개별 문항들에 대한 평가를 위한 준거중심 접근을 하기 위해 기존 우울척도 중 한국우울증 검사, 화병검사, PHQ-9, CUDOS, SCL-90-R-우울척도를 준거로 삼았다. 각 준거척도를 요인분석한 후 내용적으로 유사한 하위요인을 묶어 종합준거척도를 구성하였다. 그 결과 우울정서 및 비관적 사고, 불안 및 신체증상, 일상기능저하, 자살가능성의 4개 종합준거척도를 얻을 수 있었다. 79개의 우울기본 예비문항과 4개 종합준거척도와의 상관이었다고 판단된 문항을 삭제하였고, 준거척도와 예비문항 간 기대 프로파일과 실제 프로파일 간 거리를 계산하여 거리가 먼 문항들을 제외하였다. 또한 자살관련 요인은 일관성 있게 독립적으로 묶이면서 다른 요인과 유의한 상관을 보이지 않아서 이 요인은 하위모듈로 분리하기로 하고 자살관련 문항 6개를 우울기본에서 제외하였다. 자살위험성이나 자살가능성은 우울장애를 이해하고 진단하는데 중요한 변인이나, 자살은 우울장애로 인해 발생할 수 있는 부정적 결과로도 이해할 수 있다. 자살과 우울은 구분되는 개념인 동시에 함께 나타나기도 하므로 자살관련 문항을 역기능 우울척도와 병행하여 사용하는 방안을 고려하고 있다.

다음으로는 이런 절차를 통해 선정된 50개 문항을 사용하여 내적 구조 접근을 위해 요인분석을 실시하였다. 그런데 전문가와 준전문가는 임상경험이나 전문적 식견에서 차이를 나타낼 수 있으므로 두 집단을 분리 분석하여 개념의 차이를 확인하기로 하였다. 100명의 전문가, 즉 정신건강 의학과 전문의와 임상심리전문의의 자료만을 가

지고 소표본에 적합한 정형화된 탐색적 요인분석(REFA)을 실시한 결과, 상관요인 모형에서 요인간 상관이 높아서 쌍요인 모형을 실시하였다. 쌍요인 모형에서는 일반요인 1개와 특수요인 2개를 설정하였는데, 일반요인에는 다양한 우울증상이 포함되었으며, 특수요인1은 '의욕저하와 비관주의' 이었고, 특수요인2는 '신체생리적 증상'으로 명명할 수 있었다. 50개 문항 중 각 문항의 공통분이 작은 7개 문항을 삭제하고, 공통분이 높지 않으면서 일반요인과의 상관이 낮은 3개 문항을 추가로 삭제하여 40문항이 되었다.

그 다음으로 준전문가 175명의 자료에 대해 탐색적 요인분석과 쌍요인분석, 준쌍요인분석, 문항정보함수, 목표행렬분석을 실시하였다. 그 결과 35개 문항으로 줄었으며, 요인구조는 일반요인과 특수요인1 '우울감과 의욕저하', 특수요인2 '소외감과 불만족감'으로 나타났다. 특수요인1은 전문가와 준전문가의 결과에서 유사한 부분이 있었으나, 특수요인2는 내용적으로 차이가 있었는데, 전문가의 자료에서 나온 신체생리적 증상이 보다 한국 문화적 특징이 잘 반영된 것으로 판단되었고 전문가의 경험과 식견을 존중하는 의미에서 전문가 자료 분석에서 나온 40문항을 역기능 우울의 본 검사용 척도로 결정하였다.

본 연구의 의의는 다음과 같다. 첫째, 국내에서 개발된 우울척도는 이민수와 이민규(2003)가 유일하다. 본 연구 또한 한국인에 맞는 우울척도를 개발하기 위한 것으로 한국 문화적 요소를 고려하였다. 즉 한국문화에서는 관계중심적 사고방식으로 인하여 부정적 감정 표현을 억제하는 경향이 있으며(최상진, 이요행, 1995), 정신적 갈등을 신체 기관에 투사한다(김광일, 1972). 동양 문화권에서

자신의 고통이나 정서적 어려움을 심리증상을 통해 표현하는 방식은 여러 가지 부정적인 영향을 받을 수 있기 때문에 정서적 어려움을 신체증상을 통해 간접적으로 표현할 가능성이 높으며, 따라서 신체화 경향성도 높을 수 있다(김윤주, 2002). 이러한 문화적 배경에서 우울한 기분보다는 신체증상 호소 빈도가 높은 것으로 보이며(이민수, 2013), 이와 관련하여 본 척도에도 다양한 신체증상이 문항 개발 시 중요한 소주제가 되었다. 또한 한국인의 우울현상을 보다 정확하고 생생하게 이해하기 위하여 정신과 전문의 및 임상심리전문가 20명과 우울장애 환자 19명을 대상으로 개별심층면담을 실시하고 이들에 대한 면담자료를 전사한 다음, 역기능 우울의 특성집합이 제시하는 이론적 틀을 참조하는 가운데 경험적 접근으로 예비문항을 개발하였다. 이를 통해 한국인이 경험하고 있는 우울현상을 보다 깊이 있게 이해하고 척도에 반영할 수 있었다. 이러한 개발 방식은 인류학자들이 특정한 문화에 대한 연구를 할 때 다른 문화에 대해서는 전혀 고려하지 않고, 오로지 해당 문화와 그 구성원들의 사고방식과 행동양식 등에만 집중하는 방식이어서 본 연구를 통해 한국인이 경험하고 있는 우울현상을 보다 깊이 있게 이해하고 척도에 반영할 수 있었다고 볼 수 있다.

둘째, 척도개발 과정에서 내용타당도를 확보하기 위한 내용판단적 접근, 준거타당도를 확보하기 위한 준거중심 접근, 구성개념과 판단의 일부인 요인타당도를 확보하기 위한 내적 구조 접근의 다양한 방법을 통합적으로 활용하여 더욱 견고한(robust) 척도가 될 것으로 기대한다.

셋째, 요인분석에서 전통적으로 사용되어 온 상

관요인 모형을 넘어 최근 발전되고 있는 쌍요인 분석과 정형화된 탐색적 요인분석이라는 새로운 연구방법을 사용하였으며, 내용적으로도 타당한 요인을 얻을 수 있었다.

마지막으로, 본 연구에서 개발하고자 하는 척도는 진단용이 아닌 선별용(screening)으로 조기개입이 필요한 심각한 우울을 경험하고 있는 사람을 신속하게 확인하고자 하는 것이다. 선별용 척도의 개발을 통해서 우울한 사람에 대한 보다 빠른 개입과 치료가 이루어질 수 있을 것이며, 이를 통해 우울장애의 발병률과 치료비를 줄이는데 기여할 것으로 기대된다.

본 연구의 제한점은 다음과 같다. 첫째, 자료수집과 관련하여 전문가와 준전문가를 대상으로 하였는데, 준전문가의 참여가 더 많았다. 자료의 정확성과 양질의 응답을 확보하기 위해서는 경험이 풍부한 정신과 전문의나 임상심리전문가 등 전문가의 자료 수집에 더 노력을 기울일 필요가 있다. 둘째, 자료조사 시 역기능 우울에 대한 개념을 제시하고 참조점을 역기능 우울을 겪고 있는 사람으로 명시하였으나, 응답하면서 자신의 경험으로 혼란을 일으켜 자료분석에서 제외된 사례가 130부 이상으로 상당히 많았다. 이후 연구에서는 참조점을 제 3자로 하는 경우, 이를 보다 분명하게 인식할 수 있도록 하는 장치가 필요해 보인다.

앞으로 남은 과제는 다음과 같다. 첫째, 본검사용 문항이 선정되었으므로 우울장애 환자나 우울 문제로 전문적 도움을 받고 있는 사람들을 대상으로 하여 자료조사 및 문항분석을 실시하여 최종 척도를 구성하고 요인구조를 밝힌다. 둘째, 기준점수 설정을 위한 전문가 워크숍을 개최하고 이를 통해 각 우울 수준에 대한 기준점수를 설정

한다. 셋째, 척도의 임상적 타당화를 위해 전문가가 다양한 수준의 우울을 경험하고 있는 사람들을 대상으로 면담을 실시하고 그들의 우울 수준을 측정된 후, 자기보고식 척도에서 나온 점수와 전문가가 설정한 기준점수 간의 관계 분석과 ROC curve 분석 등을 통해 적절한 기준점수를 최종 결정한다. 넷째, 우울장애의 다양한 양상을 가능한 폭넓게 측정하기 위하여 기본문항 외에도 화병, 기분조절곤란, 불안, 여성, 배우자 갈등 등의 하위모듈 개발과 타당화 연구가 필요하다. 마지막으로, 자살 문항을 역기능 우울척도의 기본에 포함시킬 것인지, 하위모듈로 사용할 것인지에 대한 논의와 의사결정이 필요하다.

참 고 문 헌

- 권정혜, 김중우, 박동건, 이민수, 민성길, 권호인 (2008). 화병척도의 개발과 타당도 연구. *한국심리학회: 임상*, 27(1), 237-252.
- 김광일 (1972). 한국인의 신체화에 관한 논고. *최신의학*, 15(12), 1440-1443.
- 김광일, 김재환, 원호택 (1984). *간이정신진단검사 실시요강*. 서울: 중앙적성연구소.
- 김윤주 (2002). 신체화에 있어 문화심리학적 변인의 매개효과에 관한 연구. *고려대학교 일반대학원 박사학위 청구논문*.
- 김재환, 윤여홍 (1984). *간이정신진단검사(SCL-90-R)의 신뢰도 및 요인불변성*. 미발표 논문.
- 김중남, 이순목, 채정민, 최승원, 서동기, 조철현, 최윤경 (2015). 문화반영적 우울모형 개발 및 그에 기반한 선별용 우울척도의 제작과 타당화: 역기능-부적응 우울 예비문항 개발 보고서. *서울여자대학교 산학협력단*.
- 김지혜, 이은호, 황순택, 홍상황 (2015). K-BDI-II: 한국판

- 백우울척도 2판 지침서. 대구: 한국심리주식회사.
- 남우현 (2008). 한국판 우울증 전구 척도(Clinically Useful Depression Outcome Scale; CUDOS)의 표준화 연구: 신뢰도와 타당도 검증. 계명대학교 석사학위 청구논문.
- 신승철, 김만권, 윤관수, 김진학, 이명선, 문수재, ... 유계준 (1991). 한국에서의 the Center for Epidemiological Studies-Depression Scale(CES-D)의 사용: 표준화 및 요인구조에 대한 횡문화적 검토. *신경정신의학*, 31, 752-765.
- 안재용, 서은란, 임경희, 신재현, 김정범 (2013). 한국어판 우울증 선별도구(Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9)의 표준화 연구. *생물치료정신의학*, 19(1), 47-56.
- 오경자, 김은정, 하은혜 (1999). 임상적 우울집단과 준임상 우울집단의 심리사회적 특성 비교. *한국심리학회지: 임상*, 18(1), 95-104.
- 원호택 (1978). 간이정신진단검사(SCL-90-R)의 한국판 표준화 연구II. *한양대학교 논문집*, 12, 457-474.
- 이민수 (2013). 최근 우울증의 현황 및 진단. *병원약사회지*, 30(6), 505-511.
- 이민수, 이민규 (2003). 한국우울증척도의 개발. *신경정신의학*, 42(4), 492-506.
- 이순묵, 김종남, 최승원, 채정민, 최윤경, 서동기, 권호인 (2017). 우울 연구를 위한 새로운 방향: 행동과학적 접근의 도입. *한국심리학회지: 일반*, 36(3), 293-323.
- 이순묵, 김한조 (2011). 구조방정식 모형의 일반화 및 또는 집단차 연구를 위한 다집단 분석의 관행과 문제점. *사회과학*, 43(1), 63-112. 성균관대학교.
- 이순묵, 윤창영, 이민형, 정선호 (2016). 탐색적 요인분석: 어떻게 달라지나? *한국심리학회지: 일반*, 35(1), 217-255.
- 전점규, 이민규 (1992). 한국판 CES-D 개발연구 I. *한국심리학회지: 임상*, 11(1), 65-76.
- 정선호, 서동기 (2017). *Exploratory Bifactor Analysis with Small Sample Sizes*. 심사중.
- 정인과, 곽동일, 조숙행, 이현수 (1997). 한국형 노인우울검사(Korean form of geriatric depression scale, KGDS) 표준화 연구. *노인정신의학*, 1, 61-72.
- 조맹제, 김계희 (1993). 주요우울증환자 예비평가에서 the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale(CES-D)의 진단적 타당성 연구. *신경정신의학*, 32(3), 381-399.
- 최상진, 이요행 (1995). 한국인 환병의 심리학적 개념화 시도. *한국심리학회 학술대회 자료집*, 1995(1), 327-338.
- American Psychiatric Association. (2000). *DSM-IV-TR*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Angst, J., & Merikangas, K. (1997). The depressive spectrum: Diagnostic classification and course. *Journal of Affective Disorders*, 45, 31-40.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Brown, M. V. (2001). An overview of analytic rotation in exploratory factor analysis. *Multivariate Behavioral Research*, 36(1), 111-150.
- Burisch, M. (1984). Approaches to personality inventory construction: A comparison of merits. *American Psychologist*, 39(3), 214-227.
- Bühler, J., Keller, F., & Läge, D. (2014). Activation as an Overlooked Factor in the BDI-II: A Factor Model Based on Core Symptoms and Qualitative Aspects of Depression. *Psychological Assessment*, 970-979. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1037/a0036755>.
- Cai, L., Yang, J. S., & Hansen, M. (2011). Generalized full-information item bifactor analysis. *Psychological methods*, 16(3), 221-248.
- Carlson, J. G., & Hatfield, E. (1992). *Psychology of Emotion*. Orlando, FL: Holt, Rinehart, and Winston, Inc.
- Corbin, J., & Strauss, A. (2015). *Basics of Qualitative*

- Research* (4th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications Inc.
- Derogatis, L. R. (1977). *SCL-90(Revised) Manual I*. Clinical Psychometrics Research Unit, Baltimore, Johns Hopkins University School of Medicine.
- Eid, M., & Diener, E. (2001). Norms for experiencing emotions in different cultures: Inter- and intranational differences. *Journal of Personality and Social Psychology, 81*(5), 869-885.
- Garb, H. N., Wood, J. M., & Fiedler, E. R. (2011). A comparison of three strategies for scale construction to predict a specific behavioral outcome. *Assessment, 18*(4), 399-411.
- Holzinger, K. J., & Swineford, F. (1937). The bi-factor method. *Psychometrika, 2*, 41-54.
- Jennrich, R. I., & Bentler, P. M. (2012). Exploratory bi-factor analysis: The oblique case. *Psychometrika, 77*(3), 442-454.
- Jung, S., & Takane, Y. (2008). Regularized common factor analysis. In K. Shigemasa, A. Okada, T. Imaizumi, & T. Hoshino (Eds.), *New Trends in Psychometrics* (pp. 151-160). Tokyo: University Academic Press.
- Kroenke, K., Spitzer R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine, 16*(9), 606-613.
- Kurtz, S. P., Surratt, H. L., Buttram, M. E., Levi-Minzi, M. A., & Chen, M. (2013). Interview as intervention: The case of young adult multidrug users in the club scene. *Journal of Substance Abuse Treatment, 44*(3), 301-308.
- Little, R. T. A., & Rubin, D. B. (2002). *Statistical analysis with missing data*. Hoboken, NJ: Wiley & Sons.
- Lorenzo-Seva, U., & Ferrando, P. J. (2015). Factor 10.3 [Computer Software]. Spain: University of Rovira I Virgili.
- Marsella, A. J., & Yamada, A. M. (2007). Culture and Psychopathology: Foundations, issues, and directions. In S. Kitayama & D. Cohen. (Eds.), *Handbook of cultural psychology* (ch. 33, pp. 797-818). New York, NY: Guilford Press.
- Muthén, L. K., & Muthén, B. O. (2012). *Mplus User's Guide* (7th ed.). Los Angeles, CA: Muthén & Muthén.
- Nettle, D. (2004). Evolutionary origins of depression: a review and reformulation. *Journal of Affective Disorders, 81*, 91 - 102.
- Pometantz, A. M. (2017). *Clinical Psychology: science, practice and culture* (4th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage publications Inc.
- Radloff, L. S. (1977). A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement, 1*(3), 385-401.
- Revelle, W. (2015). *Psych: Procedures for Personality and Psychological Research* Northwestern University, Evanston, Illinois, USA. Retrieved from <http://CRAN.R-project.org/package=psych> Version = 1.5.8.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Patient Health Questionnaire Primary Care Study Group (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME-ME: the PHQ primary care study. *JAMA (Journal of American Medical Association), 282*(18), 1737-1744.
- Timmerman, M. E., & Lorenzo-Seva, U. (2011). Dimensionality assessment of ordered polytomous items with parallel analysis. *Psychological Methods, 16*(2), 209-220.
- Tsai, J. L., Knutson, B., & Fung, H. H. (2006). Cultural variation in affect valuation. *Journal of Personality and Social Psychology, 90*(2), 288-307.
- U. S. Prevention Services Task Force. (2002). Screening for Depression: Recommendations and

- rationale. *Annals of Internal Medicine*, 139(10), 760-764.
- Vandeleur, C. L., Fassassi, S., Castelao, E., Glaus, J., Strippoli, M. P. F., Lasserre, A. M., ... Preisig, M. (2017). Prevalence and correlates of DSM-5 major depressive and related disorders in the community. *Psychiatry Research*, 250, 50-58.
- Vandenberg, R. L., & Lance, C. E. (2000). A review and synthesis of the measurement invariance literature: Suggestions, practices, and recommendations for organizational research. *Organizational Research Methods*, 3(1), 4-70.
- West, S. G., Taylor, A. B., & Wu, W. (2012). Model fit and model selection in structural equation modeling. In R. Hoyle (Ed.), *Handbook of Structural Equation Modeling* (pp. 209-231). New York, NY: The Guildford Press.
- Whooley, M. A., Avins, A. L., Miranda, J. & Browner, W. S. (1997). Case-finding instruments for depression: Two questions are as good as many. *Journal of General Internal Medicine*, 12, 439-445.
- Zimmerman, M., Chelminski, I., McGlinchey, J. B., & Posternak, M. A. (2008). A clinically useful depression outcome scale. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 131-140.

원고접수일: 2017년 4월 24일

논문심사일: 2017년 5월 4일

게재결정일: 2017년 10월 2일

Development and Analysis of a Dysfunctional Depression Scale based on Korean Culture

Jongnam, Kim
Seoul Women's Univ.

Soonmook, Lee
Sunkyunkwon Univ.

Seungwon, Choi
Duksung Women' Univ.

Jungmin, Chae
Seoul Cyber Univ.

Dong Gi, Seo
Hallym Univ.

Yun Kyeong, Choi
Keimyung Univ.

Chul-Hyun Cho
Korea Univ.

The purpose of this study is to develop a dysfunctional depression scale based on Korean culture. We tried to develop a depression screening scale extending the scope of interest from clinical depression to dysfunctional depression(including clinical depression and subclinical depression). At first, as a theoretical approach, we composed of characteristics of dysfunctional depression. Second, as an experiential approach, 436 preliminary items were developed based on individual interviews with depressive disorder patients, psychiatrists, and clinical psychologists. Third, through appropriateness evaluations of items, 184 items(basic 79 and submodules 105) were decided as a preliminary scale. Fourth, the preliminary scale was administered to professionals and para-professionals, and then 79 basic items were reduced to 50 items based on results. Lastly, factor analyses were performed to identify internal structure of the scale. We decided to use total 40 items extracted from experts' data for main study.

Keywords: dysfunctional depression, depression scale, Korean culture, factor analysis, bifactor analysis

부록. 역기능 우울 예비문항(기본 79개)과 본검사용 문항(40개)

문항 고유번호	소주제/문항	요인분석 50개 문항	본검사용 40개 문항
	기본(수면문제)		
Basic1	오늘도 뜯눈으로 밤을 지낼까봐 걱정된다.		
Basic2	잠들기가 쉽지 않아서 수면제를 복용해야 한다.		
Basic3	악몽을 자주 꾀다.		1
Basic4	밤에 잠을 깊게 못 잔다.		2
Basic5	평소보다 잠을 많이 잔다.		3
	기본(신체증상)		
Basic6	머리가 항상 무겁다.		4
Basic7	머리가 아프거나 어지럽다.		5
Basic8	늘 열감이 있다.		
Basic9	진땀/식은땀이 난다.		
Basic10	두근거림 때문에 아무것도 할 수가 없다.		
Basic11	가슴이 답답하다.		6
Basic12	손발이 자주 저린다.		
Basic13*	안색이 안 좋다는 말을 듣는다. (분석 후 문항수정→ 얼굴빛이 어두워졌다는 말을 듣는다.)		7
Basic1	팔다리가 무겁다.		8
Basic15	온 몸이 여기저기 아프다.		
	기본(과민성)		
Basic16	평소보다 쉽게 화를 낸다.		
Basic17	평소보다 과민한 반응을 보인다.		
Basic18	쉽게 짜증이나 신경질적인 반응을 하게 된다.		
	기본(사회적 철수)		
Basic19	친구들과 만나고 싶지 않다.		9
Basic20	집 밖에 나가지 않는다.		
	기본(무가치감/허무감)		
Basic21	사람들 속에서 내 존재가 작아진 것 같다.		10
Basic22	내 인생이 아무 의미가 없는 것처럼 느껴진다.		
Basic23	하루하루를 무의미하게 보낸다.		
	기본(울음)		
Basic24	나도 모르게 눈물이 쏟아진다.		11
	기본(식욕)		
Basic25	전에 비해 식욕이 떨어졌다.		12
Basic26	나도 모르게 폭식을 할 때가 있다.		
Basic27	밥을 먹어도 밥맛을 모르겠다.		
	기본(의욕저하/무기력)		
Basic28	문제 상황에 적절하게 대처할 수 없다는 생각이 든다.		13
Basic29*	만사가 귀찮고 아무것도 하고 싶지 않다. (분석 후 문항수정→ 아무런 의욕이 없다.)		14
Basic30	하루종일 누워만 있고 싶다.		15
Basic31	별일이 없어도 기분이 처진다.		16
Basic32	쉽게 자포자기하는 심정이 된다.		17
Basic33	예전에 비해 의욕이 떨어졌다.		18
Basic34	사는 게 재미가 없다.		19
Basic35	하루하루 마지못해 살아가고 있다.		

Basic36	기운이 하나도 없다.		
	기본(인지기능 저하)		
Basic37	일이나 공부에 집중이 안 된다.		20
Basic38	평상시와 달리 기억력이 떨어진다.		21
Basic39	넋을 잃고 멍하니 앉아 있다.		22
	기본(자살)		
Basic40	자살계획을 구체적으로 세운 적이 있다.		
Basic41	스스로 죽으려는 결심을 실행에 옮긴 적이 있다.		
Basic42	자살 충동이 든다.		
Basic43	죽으면 모든 것이 끝나고 편안할 것 같다.		
Basic44	시도 때도 없이 자살 생각이 난다.		
	기본(기타)		
Basic45	전보다 잘 웃지 않는다.		23
Basic46	나만 행복하지 않은 것 같다.		
Basic47	부정적인 생각이 끊임없이 떠오른다.		
Basic48	요즘 따라 행동이 둔해졌다.		24
Basic49	쉽게 피로를 느낀다.		
Basic50	외로움을 많이 탄다.		25
Basic51	대인관계가 어렵다.		26
Basic52	다른 사람들의 말(행동)에 쉽게 마음이 상한다.		
Basic53	현재 상황이 고통스럽고 견디기 힘들다.		
Basic54	자꾸 한숨이 쉬어진다.		27
Basic55	‘내가 이것 밖에 안 되나’ 하는 생각이 든다.		
Basic56	현재 상황에 대해 죄책감을 느낀다.		28
Basic57	스스로 의사결정을 하는 것이 어렵다.		
Basic58	사소한 일에도 걱정을 하게 된다.		29
Basic59	누구에게도 이해받지 못하는 느낌이 든다.		30
Basic60	보통 때보다 성욕이 저하된다.		31
Basic61	주변 사람들을 믿을 수 없다는 생각이 든다.		
Basic62	문제가 해결되어도 여전히 우울하다.		
Basic63	우울한 기분에서 회복이 잘 안된다.		32
Basic64	세상에 내 편은 하나도 없다는 생각이 든다.		33
Basic65	나 스스로에 대해 비참한 생각(기분)이 든다.		34
Basic66	이전에 비해 정신력이 많이 약해진 것 같다.		35
Basic67	내 삶은 고난의 연속인 것 같다.		
Basic68	예전에 비해 성격이 어두워졌다.		36
Basic69	우울한 생각(혹은 감정)이 내 머리를 지배하는 것 같다.		
Basic70	무슨 일이든 자신이 없다.		37
Basic71	위축되고 소심해져서 아무 일도 할 수 없을 것 같다.		
Basic72	누가 나에게 무슨 말을 하면 혼나는 것 같다.		
Basic73	머릿속이 복잡해서 터질 것 같다.		
Basic74	노력해도 안되는 게 있다는 것을 깨달았다.		38
Basic75*	내 자신에 대해 실망스럽고 현실이 불만스럽다. (분석 후 문항수정→ 내가 처한 현실이 불만스럽다.)		39
Basic76	내가 무슨 죄가 있어서 이런 안 좋은 일들이 생기나 싶다.		
Basic77	누가 조금만 무시해도 민감하게 반응한다.		
Basic78	(심적으로 힘들어서) 일상생활을 제대로 영위하지 못한다.		
Basic79	마음이 아프고 고통스럽다.		40