한국심리학회지 : 임상
The Korean Journal of Clinical Psychology
2014, Vol. 33, No. 2, 395-411

한국판 기분 및 불안 증상 질문지(K-MASQ)의 타당화*

이 현 김 근 향†

CHA 의과학대학교 분당차병원 정신건강의학과

본 연구의 목적은 한국판 기분 및 불안 증상 질문지(Mood and Anxiety Symptom Questionnaire; MASQ)의 요인구조, 신뢰도 및 타당도를 살펴보는 것이다. 이를 위해 일반 성인 553명(남자 113명, 여자 440명)에게 K-MASQ, BDI-Ⅱ, BAI 설문지를 실시하였다. 335명의 자료에 대해 탐색적 요인분석을 시행한 결과, 기존 연구와 동일한 3개의 하위요인을 가진 요인구조가 확인되었는데 각 요인을 "일반적 고통", "신체적 불안", "낮은 긍정정서" 요인으로 명명하였다. 설명력이 낮고 요인 간 변별력이 낮았던 문항들을 제외하여 최종적으로 총 77문항을 선택하였으며 최종 문항들에 대한 내적 합치도(cronbach's α)가 .92로 높게 나타났다. 218명의 자료를 대상으로 확인적 요인분석을 실시한 결과, 적합도 지수는 NNFI=.80, CFI=.80, RMSEA=.06으로 나타나 K-MASQ의 3요인 구조가 비교적 적절한 모델임이 입증되었다. 또한 K-MASQ는 BDI-Ⅱ와 BAI와 유의미한 상관을 보여 공존타당도가 양호한 것으로 나타났다. 이와 같은 결과에 기초하여 연구의 의의와 제한점이 논의되었다.

주요어 : 기분, 불안, 우울, K-MASQ, 신뢰도, 타당도, 요인구조

---

* 본 연구는 MASQ의 원 저자인 David Watson의 허락 하에 이루어졌다. 원 저자의 요청에 따라, 추후에 MASQ를 사용하여 연구를 진행할 경우, 원 저자에게 별도의 허락이 필요함을 명시하는 바이다.

† 교신저자(Corresponding Author) : 김근향 / CHA 의과학대학교 분당차병원 정신건강의학과 / 경기도 성남시 분당구 야탑동 351번지
Tel : 031-780-5863 / Fax : 031-780-5846 / E-mail : khyang25@hanmail.net

www.kci.go.kr

우울과 불안은 임상장면의 환자들에게 뿐만 아니라 일반인에게도 빈번하게 나타나는 기분 상태이며, 둘은 흔하게 공병(co-occur)하는 상태이다(Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler, & Angold, 2003). 우울은 죄책감, 후회, 무기력 및 자살사고 등의 심리적 증상 뿐 아니라 긴장감, 불면증, 식욕상실 및 에너지 저하 등의 신체적 증상을 의미하며(Hamilton, 1982), 일상생활에 대한 과도한 불안과 걱정, 안절부절못함, 긴장감 및 여러 신체 생리적 반응은 불안의 증상이 될 수 있다(Sarason & Sarason, 2001). Moras와 Barlows(1991)는 우울장애 환자들은 우울감 및 무망감을 주 증상으로 보고하는 반면, 불안장애 환자들은 자율신경계와 관련된 신체생리적인 증상들을 주로 많이 보고한다고 하였다. 아울러 우울과 불안은 개념적으로도 서로 차이를 보이는데, 우울은 과거에 대한 후회 및 반추와 연관이 있는 반면, 불안은 미래에 대한 예기와 걱정과 연관되어 있다는 점에서 서로 간의 차이를 확인할 수 있다(Sarason & Sarason, 2001). 이렇듯 우울과 불안은 이론적 개념이 서로 다르다고 제안되어 왔지만, 임상적으로 자주 중복되어 나타나고, 우울장애와 불안장애의 동반이환율도 높다고 보고되고 있다(Fava et al. 2000). 우울과 불안의 높은 공병률로 인해 DSM-Ⅳ 체계에서는 혼재성 불안-우울장애(mixed anxiety-depressive disorder)의 진단이 추가되어야 한다는 제안이 나오기도 하였고(Clark & Watson, 1991), 이후 일부 학자들은 우울장애나 불안장애의 진단 기준을 모두 충족하지는 못하지만, 우울과 불안이 공존하는 불안-우울 혼합형을 하나의 장애로 간주할 수 있다고 주장하기도 하였다(Barlow & Campell, 2000).

실제로 임상장면에서 우울장애 환자들은 우울 증상 이외에 정신운동성 초조나 주관적인 좌불안석 등의 불안 증상을 자주 호소하기도 하며, 불안장애 환자 또한 주된 불안증상 외에 활력 상실, 식욕저하 및 수면의 어려움 등의 다양한 증상들을 호소한다(조수철 & 남민, 1994). 우울 및 불안장애 자체가 다양한 이질적인 증상을 포함하기 때문에 환자들이 주관적으로 호소하는 증상에만 초점을 맞추게 된다면, 정확하게 진단하지 못하거나 환자의 핵심문제를 파악하지 못할 위험성이 있다. 따라서 환자의 문제에 대한 정확한 이해와 변별을 위해 공통적으로 나타나는 증상 이외에 각 장애의 특정 증상들을 파악하고, 변별하는 것이 중요하다. 그러나 우울과 불안에 대한 측정치들은 서로 높은 상관을 보이는 등 명확히 구별되지 않는 경우가 많았다. Gotlib과 Cane(1989)은 수면장해, 피로, 집중 곤란 및 과민성과 같은 증상들은 범불안장애와 주요우울장애 모두에 해당하는 진단기준이라고 하였고, 우울과 불안에 중첩되는 증상들이 있어 두 증상의 상관이 높게 측정되는 것이라고 설명하였다. Watson과 Kendall(1989a, 1989b)은 대부분의 우울 및 불안 척도들은 서로 높은 상관을 나타내고 있어, 각각의 고유한 상태를 측정하기보다 우울과 불안이 공유하는 일반적인 고통(general distress)을 측정한다고 보았다. 예를 들어, BDI(Beck Depression Inventory)나 STAI(State-Trait Anxiety Inventory)와 같은 척도들은 전반적인 심리적 고통이 높은 상태에서는 우울과 불안의 변별 없이 모두 높게 산출되는 경향이 있어 우울과 불안에 특징적인 요소를 민감하게 평가하지 못할 것이라는 것이다(Roemer & Medaglia, 2001).

Clark과 Watson(1991)은 우울과 불안의 공통부분과 특정 부분 모두의 존재를 고려하여 우

www.kci.go.kr

울과 불안의 증상이 세 개의 증상군(symptom group)으로 분류될 수 있다는 3요인 모델(tripartite model)을 제안하였다. 3요인 모델에 의하면, 우울과 불안이 긍정 정서와 부정 정서로 구성된다는 2요인 모델에서의 부정 정서(negative affect; NA)요인, 즉 '일반적인 고통(general distress)' 요인은 우울장애와 불안장애 환자들 모두가 흔히 경험할 수 있는 증상이다. 반면 우울-특정 요인은 우울한 기분과 같은 증상들 보다는 '낮은 긍정 정서(low positive emotion)' 및 '흥미 저하(loss of interest)'와 보다 더 관련되어 있다는 것이다. 아울러 불안-특정 요인으로는 떨림, 숨가쁨, 발한과 같은 '자율적 각성 증상'이 제안되었다. 이와 같은 정서 3요인 모델은 여러 연구들을 통해 검증되어 현재 널리 받아들여지고 있다(Camp, & Hays, 2003; Chorpita & Daleiden, 2002; Joiner et al., 1999; Keogh & Reidy, 2000; Marshall, Sherbourne, Meredith, de Beurs & Zitman, 2007).

Watson과 Clark(1991)은 3요인 모델을 검증하기 위해 기분 및 불안 증상 질문지(Mood and Anxiety Symptom Questionnaire(이하 MASQ; Watson & Clark, 1991))를 개발하였다. MASQ는 5점 척도, 90문항의 설문지이며 일반적인 고통(general distress; GD), 무쾌감성 우울(anhedonic depression; AD), 불안 각성(anxiety arousal; AA)의 3 요인으로 이루어져 있다. 대학생과 일반 성인 대상 타당화 연구에서 MASQ의 3요인 구조는 적절한 수렴·변별 타당도를 가지는 것으로 보고되었다(Watson, Clark, et al., 1995; Watson, Weber, et al., 1995). 이와 같은 결과는 정서의 3요인 모델을 지지할 뿐만 아니라, MASQ가 BDI, STAI 등과 같은 자기보고식 척도들과는 달리 심리적 고통이라는 공통 특징과 함께 우울과 불안의 개별적인 특정 증상까지 측정해 낼 수 있을 것이라는 기대를 이끌어냈다.

MASQ의 요인구조에 대한 후속 연구에서는 소척도와 하위 문항의 구성에 대해 예상과는 다른 부분들도 나타났다. 예를 들어, 일반적인 고통 요인에 속할 것이라고 예상했던 일반적인 신체적 증상은 불안-특정 요인에 더 잘 부합하였다(Watson, Clark, et al., 1995). 이에 Watson 등(1995)은 불안-특정 증상을 과각성보다는 일반적인 신체적 고통이라고 정의하는 것이 적합하며 동시에 방법론상으로 절대값 .30 이상의 요인 부하량을 가지는 문항들을 선택하는 엄격한 문항선택 기준을 적용하는 것이 적절하다고 제안하였다. Bedford(1997) 또한 MASQ의 문항 구조에 대해 의문을 제기하면서 문항 선택 시 .30 이상의 요인 부하량 절대값 기준 외에 최소 .20의 부하량 간 차이 기준이 적용되어야 한다고 제안하였다. 이와 같은 엄격한 기준을 적용했을 때 MASQ는 일반적 고통(GD), 낮은 긍정정서(PA), 신체적 불안(SA)의 3 요인으로 나누어졌고 기준에 따른 문항만을 선별한 결과, 우울-특정 요인이 낮은 긍정 정서와는 관련성을 보이지만 흥미 저하와는 관련성을 보이지 않았다(Bedford, 1997). Bedford(1997)와 동일한 기준을 적용한 Keogh와 Reidy(2000)와 de Beurs, Hollander-Gijsman, Helmich와 Zitman(2007)의 요인분석 연구 결과 또한 3요인 구조는 지지하였으나, 신체증상 관련 문항은 불안-특정 증상과 같은 요인으로 분류되는 양상이었으며, 우울-특정 증상은 낮은 긍정 정서와만 관련되는 것으로 나타나 MASQ 척도의 개발자들이 제시한 요인 분류와는 다소 차이를 보였다. 하지만 이와 같은 결과는 Bedford(1997)의 결과와는 동일하였다.

MASQ 타당화 연구들(Watson, Clark, et al.,

www.kci.go.kr

1995; Watson, Weber, et al., 1995)은 일관되게 3요인 구조를 지지하는 결과를 보였으며, 문항의 구체적인 구성과 요인의 이름에는 차이가 있었지만 MASQ는 성인뿐만 아니라 청소년 집단에서도 정서 증상 및 특징을 파악하는 데 널리 사용되어 왔다(Hankin, 2008; Heinza, Kassela, Berbaumb & Mermelsteinb, 2010; Lumley & Harkness, 2007). MASQ는 국내에서 정서연구에 사용된 적이 있었으나(이영호, 이기련, 1998) 성인을 대상으로 타당화된 바 없었으며 최근에 청소년을 대상으로 K-MASQ의 타당화 연구가 진행되었다(이슬아, 김근향, 조선미, 출판 중). 청소년의 경우, 그들에게 특화된 척도가 제한적이어서 소아용(CDI, RCMAS 등)이나 성인용(BDI, BAI, STAI 등)을 적용하는 경우가 많다. 정서의 3요인 모델을 파악한다는 점 외에 MASQ는 문항이 제시되는 방식이 일반적인 질문형태가 아니라 정서 상태를 나타내는 단일 형용사 단어 또는 몇 가지 형용사의 조합으로 된 목록으로 제시되고 그 문항이 90여개로 많다는 점에서 개인의 다양한 정서 상태를 파악하는데 유용성이 클 것으로 기대된다. 이는 청소년뿐만 아니라 성인에게서도 마찬가지이며 자신의 정서에 대한 인식과 표현이 서양 문화권에 비해 부족한 것으로 흔히 알려져 있는 한국에서는 더욱 필요한 것으로 생각된다. 따라서 MASQ의 문항 수가 90개로 많다는 점은 오히려 한국인의 정서 파악에는 더 유용할 것으로 기대된다.

이러한 점들에서 본 연구는 MASQ를 국내에서 유용하게 사용하고자 우선 일반 성인을 대상으로 요인구조를 파악한 뒤, 선행 연구들에서 보고된 요인구조와 비교하고자 한다. 최종 문항을 선정한 뒤, 이를 또 다른 성인표본을 대상으로 확인적 요인분석하여 요인구조의 적합성을 평가하고자 한다. 아울러 K-MASQ와 이론적으로 관련 있는 증상들을 측정하는 척도들간의 상관관계를 구함으로써 수렴 및 변별 타당도를 검토할 것이다.

방 법

연구대상

본 연구는 일반인을 대상으로 한 심리학 관련 세미나 참석자를 대상으로, 연구에 서면 동의한 사람들에게 실시하였으며, 검사결과에 대한 피드백은 이메일로 전달되었다. K-MASQ의 타당화를 위해 표집된 연구 참여자는 일반 성인 총 572명이었으며, BDI-Ⅱ 및 BAI 전체 문항을 무성의한 응답으로 답한 자료는 무성의 응답으로 간주하고 분석에서 제외하여, 최종 553명(남자 113명, 여자 440명)의 자료가 분석에 포함되었다. 553명의 자료를 두 집단으로 무선 할당하여 집단 1(335명; 남 69명, 여 266명)에게 SPSS 12.0를 이용하여 탐색적 요인분석을 실시하였고, 집단 2(218명; 남 44명, 여 174명)는 AMOS 8.0을 이용해 확인적 요인분석을 실시하였다. 대상의 연령은 19세에서 67세까지 분포하였으며, 남자(113명)의 평균 연령은 38.69세(SD=19.99), 여자(440명)의 평균 연령은 39.08세(SD=8.41)였다. 연령별 남녀분포는 20대 남 13명, 여 62명, 30대 남 37명, 여 156명, 40대 남 41명, 여 179명, 50대 남 19명, 여 37명, 60대 남 3명, 여 6명이었으며, 남녀 비율은 4:1의 비율을 보였다.

측정 도구

www.kci.go.kr

한국판 기분 및 증상 질문지(Mood and Anxiety Symptom Questionnaire: K-MASQ)

MASQ는 Watson과 Clark(1991)이 개발하였으며, 1-5 범위의 likert 평정 방식으로 응답하는 자기보고식 척도이다. 총 90 문항으로 구성되어 있으며 3요인 모델의 개념적 분류에 따라 초기에는 6개 하위 척도로 분류하였다. 그러나 긍정 정서와 흥미 저하 척도는 개발자들에 의해 타당도가 의심되는 문항을 제외한 뒤 긍정정서 14문항과 흥미저하와 관련된 8문항으로 구성된 무쾌감성 우울로 통합되었고, 3개 하위 척도로 나눠져 있던 38개 문항의 일반적 고통 또한 Watson et al.(1995a)의 요인 분석 연구 결과 하나의 척도로 통합하도록 제안되었다. 마지막으로 신체적 긴장 및 과각성과 관련된 17개 문항으로 구성된 불안 각성이 포함되며, 본 연구에서는 3개의 하위 척도 분류를 기준으로 하여 본 연구의 요인 분석 결과와 비교하였다.

아울러 본 연구는 한국 성인을 대상으로 MASQ의 요인구조를 밝히고 타당화하는데 목적이 있으므로 제외되었던 문항을 모두 포함하여 90개 문항으로 분석을 실시하였다. 번안 과정은 다음과 같다. 원저자로부터 척도의 한국어 번안과 연구에 대한 허락을 받은 뒤, 심리학 박사학위 소지자로서 임상현장에서 10년 이상 활동한 임상심리전문가 2명이 MASQ를 한국어로 번역하였다. 한국어 번역본을 의학영역에서 활동하는 영어와 한국어 이중 사용자가 역 번역하여 원 문항과 비교하였고, 그 과정에서 발견된 차이를 참고로 하여 약간의 재수정을 거쳐 최종 문항을 완성하였다.

벡 우울증 검사 2판(Beck Depression Inventory-Second Edition; BDI-Ⅱ)

우울증상의 자기보고형 검사 중 우울증상의 심각도를 평가하는 데 가장 널리 사용되는 검사이며, 이는 13세 이상의 청소년 및 성인 대상으로 우울증상의 심각도 평가를 위해 Beck 등에 의해 1961년도에 처음 개발되었다.

미국 정신의학회의 우울장애 진단기준인 DSM-Ⅳ가 1996년에 발표된 후, DSM-Ⅳ의 우울장애 진단기준에 따라 기존의 BDI를 수정 및 보완하여 BDI-Ⅱ가 개발되었다(Beck, Steer, Brown, 1996).

BDI의 경우 지난 일주일간의 증상을 평가하는 반면 BDI-Ⅱ는 "오늘을 포함해, 최근 2주간의 증상"을 질문해, DSM-Ⅳ의 주요 우울증의 준거와 일치시키려 했다. 또한 BDI에서 수면과 식욕을 평가하는 항목(16번, 18번 문항)은 과거의 수면과 식욕의 저하만을 평가하는 반면 BDI-Ⅱ에서는 수면과 식욕의 저하 및 증가를 모두 평가할 수 있도록 되어있다. BDI-Ⅱ에서는 체중감소, 신체상 변화, 작업곤란 그리고 신체 몰입 등을 제외했으며, 그 대신 심한 우울로 인한 입원 시에 흔히 나타나는 증상인 초조(17번 문항), 집중 곤란(19번 문항), 무가치감(14번), 그리고 의욕 상실(15번 문항) 등 4가지를 추가했다.

BDI-Ⅱ는 0-3점의 4점 척도이며, 21문항의 합산 점수를 사용해 0-63까지의 점수분포를 나타낸다. Beck 등(1996)에 의하면 미국인의 경우 BDI-Ⅱ의 점수가 0-13인 경우'정상', 14-19인 경우 '가벼운 우울'(mild depression), 29-63인 경우 '심한 우울'(severe depression)에 속한다고 본다. 본 연구에서는 김명식, 이인순, 이창선(2007)이 번안한 한국어판을 사용하였으며, 내적 일치도는 .93으로 높게 나타났다.

www.kci.go.kr

벡 불안 검사(Beck Anxiety Inventory)

Beck, Epstein, Brown과 Steer(1998)에 의해 개발되었으며 총 21문항으로 구성된 자기보고형 검사이다. 피검자는 오늘을 포함해서 지난 한 주 동안 불안을 경험한 정도를 4점 리커트 척도(0점-3점) 상에서 평정하며, 불안과 관련된 정서적, 신체적, 인지적 증상을 측정함으로써 불안 증상의 강도와 심각성을 평가할 수 있다. 본 연구에서는 Kwon(1992)이 번안한 한국어판을 사용하였으며, 내적 일치도는 .91로 높게 나타났다.

절 차

한국인 성인집단을 대상으로 한 MASQ의 요인구조를 탐색하기 위해 SPSS 12.0을 사용하여 집단 1의 자료에 대한 탐색적 요인분석을 실시하였다. 먼저 주축 요인분석(principal axis factoring)을 실시하였고, 요인회전은 사교회전(oblique rotation) 중 하나인 프로멕스(promax: 카파(kappa)=4) 방식을 적용하였다. 그 다음, 여기에서 파생된 요인 구조의 적합성을 확인하기 위해 확인적 요인분석을 실시하였다. 확인적 요인분석은 집단 2를 대상으로 AMOS 8.0을 사용하여 이루어졌다. 마지막으로 MASQ의 신뢰도를 검증하고자, 총점과 하위 요인의 상관과 전체 문항과 각 하위요인 별 Cronbach's α를 산출하였고, 수렴 및 변별 타당도를 살펴보고자 MASQ와 BDI-Ⅱ, BAI 측정치들 간에 상관분석을 실시하였다.

결 과

한국판 MASQ의 탐색적 요인분석

표본 상관행렬의 적절성을 검정하기 위해 KMO(Kaiser-Meyer-Olkin)와 Bartlett의 구형성 검증(sphericity test)을 살펴보았다. 요인분석을 위한 자료의 적합성을 보여주는 KMO의 값은 .95로서, .80이상이므로 요인분석에 적합한 것으로 나타났고, Bartlett의 유의도 검증 역시 유의한 수준이어서 요인분석하기에 양호한 자료로 판단된다(χ^2=4667.92, p<.001).

본 연구에서는 먼저 요인 수를 지정하지 않고 주축요인분석(principal axis factoring)을 실시한 결과, 고유값(eigen value)이 1보다 큰 요인은 총 16개로 나타났다. 그러나 세 번째 요인부터는 요인 간 고유값의 차이가 근소하였다: 29.207, 6.994, 3.301, 2.267, 1.966, 1.715(이하 생략). 이러한 고유 값 차이를 참고하여 요인 수를 2-3개로 지정한 뒤 고유값, 스크리 테스트 결과 및 해석 가능성을 고려하여 가장 적합한 요인구조를 살펴보고자 하였다. 요인 수를 2개로 지정하였을 때와 3개로 지정하였을 때 모두 각 요인에 문항들이 골고루 묶였으나, 3개로 지정하였을 때에 총 설명 변량이 더 높았다. 아울러 3요인 구조는 선행연구(Clark & Watson, 1991; Watson, Clark, et al., 1995; Watson, Weber, et al., 1995)에서 제안한 바와 일치하는 결과임을 고려할 때 2요인 구조보다는 3요인 구조가 적절한 것으로 생각된다.

이 과정에서 Bedford(1997)가 제시한 바에 따라, 요인 부하값(factor loading)이 .30을 넘지 못하거나, 다른 요인에 대한 요인부하계수의 차이가 .20을 넘지 못하는 문항은 최종 문항 선정에서 제외되었다. 최종 선정된 문항 77개는 요인 부하계수와 함께 표 1에 제시하였다. 첫 번째 요인은 주로 Watson과 Clark(1991)이 초기

www.kci.go.kr

표 1. 한국판 MASQ의 탐색적 요인분석 결과

문항		요인부하량		
		1	2	3
8.	의기소침한 느낌	.78	-.12	-.003
29.	불만족스러움	.78	-.08	-.13
2.	두려움	.77	-.04	.08
16.	우울한 느낌	.77	-.07	-.12
6.	슬픈 느낌	.77	-.06	.001
74.	내 자신에 대한 실망감	.76	-.13	-.12
15.	초조함	.75	.07	.12
4.	혼란스러움	.74	-.04	.02
10.	울고 싶은 느낌	.74	-.03	-.003
47.	실패할 것 같은 느낌	.71	-.11	-.09
24.	많은 일에 대해 나를 탓함	.68	-.04	.06
50.	매우 안절부절 못하는 느낌	.68	.24	.16
20.	편치 않은 느낌	.65	.15	-.03
17.	짜증스러움	.64	-.02	-.10
22.	희망이 없다는 느낌	.62	-.12	-.24
28.	통제력을 잃을까 봐 두려움	.61	.14	.12
64.	다른 사람에 비해 열등한 것 같은 느낌	.61	-.05	-.19
77.	긴장감을 느낌	.60	.24	.16
26.	다른 사람들로부터 위축된 느낌	.60	.10	-.09
7.	정신이 번쩍 드는 느낌	.60	.01	.46
13.	무가치하다는 느낌	.60	-.09	-.25
60.	혼자 있고 싶은 느낌	.58	-.03	.07
84.	걱정이 너무 많음	.55	.16	-.07
39.	어떤 일을 시작하는데 더 많은 노력이 필요한 느낌	.54	-.006	.19
82.	몹시 초조함	.52	.33	.06
59.	긴장이 풀리지 않는 느낌	.52	.23	.16
76.	집중하는 게 어려움	.51	.18	-.04
42.	미래에 대해 비관적인 느낌	.49	-.06	-.29
44.	뭔가 흥미롭거나 재미있는 일이 없는 것 같은 느낌	.48	.006	-.23

www.kci.go.kr

(계속 1)

문항		요인부하량		
		1	2	3
3.	쉽게 놀람	.48	.16	.18
34.	무언가 좋지 않은 일이 일어날 것 같은 느낌	.47	.18	-.06
66.	아주 천천히 가라앉는 느낌	.44	.25	-.04
90.	쉽게 지치거나 피로해짐	.40	.25	-.08
70.	결정을 쉽게 내리지 못함	.40	.08	-.12
52.	현기증 또는 어질어질한 느낌	-.08	.78	.02
69.	근육이 실룩거리거나 떨림	-.19	.76	-.06
55.	숨이 참	.03	.72	.04
57.	손이 떨림	-.07	.71	.008
79.	몸이 떨리거나 흔들리는 느낌	.11	.71	.09
45.	가슴 통증이 있음	-.007	.68	-.004
51.	잠드는 데 어려움을 느낌	-.04	.63	.02
83.	수면 유지가 어려움	.02	.63	.03
67.	입 마름이 심함	-.02	.63	-.05
63.	속이 불편함	-.03	.63	-.14
25.	몸이 찌릿하거나 마비되는 느낌	-.02	.62	.03
65.	목에 무언가 걸린 느낌	-.02	.62	-.02
87.	삼키는 것이 어려움	-.10	.60	-.04
75.	가슴이 두근거리거나 쿵쾅거림	.28	.55	.06
5.	잠을 잘 잠	.13	-.55	.11
61.	질식할 것 같은 느낌	.13	.54	-.08
9.	메스꺼움	.06	.54	-.07
81.	근육이 긴장되거나 아픔	.12	.53	-.01
88.	삼키는 것이 어려움	-.03	.53	.004
31.	기억하는 데 어려움	.01	.49	-.03
73.	죽을 것 같아 두려움	.06	.45	.45
40.	앞으로 기대할 일이 많다는 느낌	.22	-.10	.76
35.	많은 것을 성취한 느낌	.01	.003	.74
58.	기분이 정말 고조되고 활기 넘치는 느낌	.002	.08	.73

www.kci.go.kr

(계속 2)

문항		요인부하량		
		1	2	3
49.	스스로에 대한 자부심을 느낌	-.008	.010	.71
68.	나에 대해 자신 있게 느낌	-.10	-.007	.71
30.	즐거운 마음으로 기대함	-.06	.02	.69
36.	재미있는 일이 많았던 것 같은 느낌	-.04	.03	.68
86.	내 자신에 대해 정말 좋게 느낌	-.13	.06	.67
78.	미래에 대해 희망적으로 느낌	-.09	-.02	.67
43.	해야 할 일들을 모두 할 수 있을 것 같은 느낌	-.05	.001	.66
23.	아주 즐거운 느낌	-.20	.13	.66
72.	에너지가 넘치는 느낌	-.06	-.11	.64
18.	낙천적인 느낌	-.11	.08	.63
14.	정말 행복한 느낌	-.17	.03	.61
1.	쾌활한 느낌	-.10	-.01	.60
41.	생각과 아이디어가 매우 쉽게 떠오름	.05	.03	.59
54.	두뇌가 명석해진 느낌	.18	-.01	.59
27.	빠르고 가볍게 움직이는 듯한 느낌	.10	-.20	.58
11.	크게 성공한 느낌	-.07	.06	.57
62.	쉽게 웃을 수 있음	.21	-.32	.55
	고유치	29.21	6.99	3.30
	설명량(%)	32.45	7.77	3.67

에 제시한 '일반적 고통' 요인의 문항들로 이루어져 있어, 이 요인이 일반적 고통과 관련되어 있음을 시사한다. 그러나 일반적 고통 요인에는 무쾌감성(anhedonic) 우울 요인의 '흥미 저하' 문항들(예: "어떤 일을 시작하는데 더 많은 노력이 필요한 느낌", "다른 사람들로부터 위축된 느낌")도 일부 포함되어 있었다. 즉 본 연구의 일반적 고통 요인에는 걱정, 근심, 우울과 같은 정서적 스트레스뿐만 아니라 '흥미 저하'의 개념도 포함되어 있었으며, Watson과 Clark(1991)이 제안한 요인의 '쉽게 놀람' 또한 포함되어 있었다. Bedford(1997), Clark과 Watson(1991)의 연구에서는 두 번째 요인이 우울-특정 요인인 반면, 본 연구에서 나타난 두 번째 요인은 불안-특정 요인이었다. Clark과 Watson(1991)의 연구에서는 불안 각성만이 위주가 되었던 반면, 본 연구의 불안-특정 요인에는 과각성(hyperarousal)을 반영하는 불안 각성 요인의 문항들이 주로 포함되어 있기도 하지만, 일반적 고통 요인의 신체적 증

www.kci.go.kr

상관련 문항과 수면 및 소화 불량에 대한 문항 또한 포함되어 있었다. 이와 같은 신체적 증상들은 일반적 고통 요인보다는 신체적 각성(somatic arousal) 관련 문항들과 더 동질적인 것으로 나타났다. Clark과 Watson(1991)의 연구에서 세 번째 요인은 불안-특정 요인이었으나, 본 연구에서의 세 번째 요인은 우울-특정 요인으로 낮은 긍정 정서 요인의 문항들로 이루어져 있었다. Clark과 Watson(1991)은 우울-특정 요인이 낮은 긍정 정서와 흥미 저하 관련 문항들을 포함한다고 주장했으나, 본 연구의 요인분석 결과, 낮은 긍정 정서 요인의 문항만으로 구성되었으며, 이는 Bedford(1997), Keogh와 Reidy (2000)의 이전 연구와 일치하였다. 즉 우울-특정 요인이 낮은 긍정 정서와 흥미 저하 관련 문항들로 구성되었다는 Watson과 Clark(1991)의 결과와는 달리 본 연구에서의 우울-특정 요인은 낮은 긍정 정서만으로 구성되었다는 Keogh와 Reidy(2000)의 결과와 일치하였으며, 불안-특정 요인 또한 과각성(hyperarousal)을 반영하는 문항만을 포함한다고 주장한 Watson과 Clark(1991)의 결과와는 달리 신체적 증상관련 문항들도 포함되어 있다고 주장한 Keogh와 Reidy(2000)의 결과와 보다 일치하였다. 상기와 같은 결과를 고려할 때, 요인 별 지정된 문항은 차이가 있었으나, 요인을 구성하는 문항의 구성은 이전 연구와 일치한 바, 각 요인들은 Bedford(1997) 그리고 Keogh와 Reidy(2000)가 제시한 바와 같이 일반적 고통, 신체적 불안, 그리고 낮은 긍정정서로 명명하는 것이 적합할 것으로 여겨진다.

한국판 MASQ의 확인적 요인분석

3개의 하위요인으로 구성된 한국판 MASQ의 요인구조의 적합성을 검증하기 위해 일반성인(남자 44명, 여자 174명)으로부터 얻은 자료에 대해 AMOS 8.0을 이용하여 확인적 요인분석을 실시하였고, 3개의 하위요인 간에 상관이 있다고 가정하였다. 그 결과 전체적인 모형 적합도는 유의하였다, χ^2 =4667.92, p=.00. 아울러 χ^2를 df로 나눈 값, 즉 CMIN/DF 값이 3보다 적어 적합도를 만족한다고 할 수 있다(김계수, 2004). 또한 그 외 적합도 지수는 NNFI=.80, CFI=.80, RMSEA=.06으로 나타났다(표 2 참조).

홍세희(2000)에 의하면, NNFI와 CFI는 .90 이상이면 모형의 적합도가 좋은 것으로 간주되고, RMSEA값이 .05 이하이면 좋은 적합도(close fit), .08 이하이면 괜찮은 적합도(reasonable fit), .10 이상이면 나쁜 적합도(unacceptable fit)로 간주된다. 아울러 홍세희(2000)는 RMSEA의 신뢰구간의 간격이 좁으면 추정된 RMSEA 값은 정확하며, 추정된 RMSEA 값을 바탕으로 이론모형을 평가할 수 있다고 하였다. 본 연구에서 RMSEA의 90% 신뢰구간은 (.057, .063)으로 구간의 간격이 좁아 오차가 적고, 신뢰할 수 있다고 결론지을 수 있다. 이에 근거하여 탐색적 요인분석에 의해 밝혀진 한국판 MASQ의 요인구조 역시 적절한 모

표 2. 적합도 지수

적합도 지수	χ^2(p)	df	CMIN/DF	NNFI	CFI	RMSEA
K-MASQ 77 문항	4667.92(.000)	2371	1.819	.80	.80	.06

www.kci.go.kr

델임이 입증되었다.

수렴 및 변별타당도

K-MASQ의 전체 척도 및 세 가지 각 하위 척도들과 우울 및 불안 증상 관련 측정 도구들 간의 상관계수를 검토하고자 Pearson 상관계수를 구하였다. 표 3에서 보듯이, K-MASQ의 일반적고통 요인은 신체적 불안 요인과는 높은 상관 (r=.71, p<0.01)을, 낮은 긍정정서 요인과는 중간 수준의 상관(r=.59, p<0.01)을 보였다. 신체적 불안 요인과 낮은 긍정정서 요인간은 비교적 낮은 상관(r=.36, p<0.01)을 보였는데, 이는 이전의 연구(Keogh와 Reidy, 2000)와 유사한 결과이다. 한편 일반적 고통 요인은 우울과 불안을 측정하는 BDI-Ⅱ와 BAI와 매우 높은 수준의 상관을 보였다. 따라서 일반적 고통 요인이 우울 및 불안을 적절히 측정하는 것으로 볼 수 있겠다. 신체적 불안 요인은 BDI-Ⅱ와는 중간 수준의 상관(r=.65, p<0.01)을 보인 반면, BAI와 매우 높은 상관(r=.82, p<0.01)을 보였다. 아울러 낮은 긍정정서 요인 또한 불안을 측정하는 BAI와의 상관(r=.40, p<0.01)보다 우울을 측정하는 BDI-Ⅱ와 더 높은 상관을 보였다(r=.58, p<0.01).

논 의

본 연구에서는 Clark과 Watson(1991)의 3요인 모델에 기초하여 우울과 불안을 측정하고자 개발한 MASQ를 한국어로 번안하여 일반 성인 집단을 대상으로 K-MASQ의 요인구조, 신뢰도 및 타당도를 살펴보았다. 더불어 일반 성인집단을 대상으로 K-MASQ에 대한 확인적 요인분석을 실시하여 요인구조의 적합성을 검증하였다.

K-MASQ의 요인구조를 조사하기 위해 성인 집단의 자료에 대해 탐색적 요인분석을 실시한 결과, 기존 연구들에서 제안된 3요인이 확인되었다. 그러나 각 요인을 구성하는 문항은 개발자들이 제시한 것과는 차이가 있었다. 즉 불안과 우울의 공통요인을 측정하는 일반적 고통 요인은 Clark과 Watson(1991)이 제시한 것과 크게 다르지 않았으나, 불안-특정 요인은 과각성과 관련된 문항 뿐 아니라 피로감 및 불면과 같은 일반적 신체적 고통(general somatic distress) 또한 포함되었으며, 우울-특정

표 3. K-MASQ와 우울, 불안과의 상관계수

	요인 1	요인 2	요인 3	총점
일반적 고통 (요인 1)	1	.71**	.59**	.96**
신체적 불안 (요인 2)	.71**	1	.36**	.86**
낮은 긍정정서 (요인 3)	.59**	.36**	1	.64**
총점	.96**	.86**	.64**	1
BAI	.78**	.82**	.40**	.81**
BDI-Ⅱ	.75**	.65**	.58**	.82**

** p<.01

www.kci.go.kr

요인에는 이전 연구에서 낮은 긍정정서와 흥미 저하 문항으로 구성되었던 것과는 달리 낮은 긍정정서 문항으로만 구성되었다. 이러한 결과에 대해 자세히 살펴보면 첫째, 먼저 불안-특정 요인은 여전히 자율적 각성(automatic arousal)과 관련된 문항들을 포함하고 있으나, 기존 척도 구성과 달리 일반적 신체적 증상과 관련된 문항들까지도 포함하는 요인으로 변화되었다. 이는 불안과 같은 정서를 신체증상으로 드러내는 경향이 있다는 것을 의미하며, 성인을 대상으로 요인분석을 실시하였던 이전 연구(Keogh &Reidy, 2000)와도 일치하는 결과이다. 본 연구의 이러한 결과는 심리 상태를 심리적 용어가 아닌 신체적 용어로 표현하고, 신체증상으로 드러내는 우리 문화적 특성과 연관되었을 가능성이 있다. DSM-IV(APA, 1994)에서도 두통, 화끈거림, 소화 장애 등의 신체적 증상 뿐 아니라 우울 및 불안 등의 정신증상까지 포함하는 화병을 한국 고유의 사회문화적 배경을 바탕으로 생겨난 문화관련 증후군으로 언급하고 있으며, 이를 볼 때 신체적 고통에 대한 호소는 서양 문화권에 비해 한국 사회와 높은 연관성이 있음을 생각해볼 수 있다.

둘째, Clark과 Watson(1991)의 제안과는 달리 본 연구에서 우울-특정 요인은 낮은 긍정정서와 관련된 문항들만 포함하고 있었으며, 흥미 저하 문항은 일반적 고통 요인에 포함되는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 본 연구에서와 같이, 요인분석 과정에서 요인 부하량이 절대값 .30 이하이고, 다른 문항과의 부하량 차이가 .20 이하인 문항은 제외한 뒤에 각 요인에 포함된 문항을 살펴보았던 이전 연구(Keogh & Reidy, 2000)의 결과와 일치한다. 이렇듯 이전 연구 결과와 본 연구 결과들을 고려할 때 우울 특정 요인은 흥미 저하보다는 낮은 긍정정서와 더 관련되는 것으로 여겨진다.

아울러 요인분석 과정에서 삭제된 문항들을 살펴보면, 일반적 고통 요인에서는 “지루한 느낌”, “식욕을 느끼지 못함” 그리고 “내가 매력이 없다는 느낌” 문항이 절대값 .30 미만의 부하량으로 삭제되었고, “굼뜨거나 피곤한 느낌”, “죽음 또는 자살에 대한 생각” 문항은 신체적 각성 요인과 .20 미만의 부하량 차이로 삭제되었다. 신체적 각성 요인에서는, “설사한 적이 있음” 문항이 낮은 부하량으로 삭제되었고, “몸에 열기 또는 냉기를 느낌”, “미쳐가고 있는 것 같은 느낌” 그리고 “주의를 기울이는데 어려움” 문항이 일반적 고통 요인과의 적은 부하량 차이로 인해 삭제되었다. 낮은 긍정정서 요인 또한 유사한 양상으로, “많이 자지 않아도 될 것 같은 느낌”은 낮은 부하량 값으로 삭제되었으며, “즐거운 일이 하나도 없는 것 같은 느낌”, “다른 사람들과 함께 하고 싶은 느낌”, 그리고 “말이 아주 많아진 느낌”은 일반적 고통 요인과의 적은 부하량 차이로 인해 삭제되었다. 이로 볼 때, 최종적으로 우울과 불안과의 관련성이 적거나 우울과 불안의 공통증상과의 변별력 저하로 삭제된 것으로 생각해볼 수 있겠다. 또한 삭제된 ‘일반적 고통’ 문항들은 우울의 인지 및 신체 증상들을 반영하는 문항들에 가까워 주로 낮은 긍정정서를 측정하는 MASQ의 우울-특정 요인에 포함되지 못한 것으로 생각되며, 신체적 각성 요인의 설사 또는 몸의 발한 및 냉기 등은 매우 낮은 빈도로 경험되는 증상으로 최종적으로 삭제된 것으로 생각해볼 수 있겠다.

신뢰도를 살펴보면, 성인을 대상으로 한 K-MASQ의 내적 합치도 계수는 .92로 높게 나타났고, 각 하위 요인의 내적 합치도 또한 일

www.kci.go.kr

반적 고통 요인은 .96, 신체적 불안 요인은 .91, 낮은 긍정정서 요인은 .94로 모두 우수한 수준이었다. 이런 결과를 볼 때, K-MASQ는 성인의 우울 및 불안을 안정적으로 측정할 수 있는 도구로 생각되며, 각 요인 또한 개별적으로 사용될 수 있을 것으로 보인다.

다음으로 K-MASQ의 수렴 타당도와 변별 타당도를 확인하기 위해 K-MASQ 하위 요인 간의 상관과, BDI-Ⅱ, BAI의 총점 및 하위 척도와의 상관을 살펴보았다. 그 결과 일반적 고통 요인과 신체적 불안 간의 상관은 .71로 높은 편이고, 낮은 긍정정서 요인과의 상관 또한 .59로 양호한 편이었다. 이는 성인을 대상으로 한 이전 연구에서 일반적 고통 요인이 다른 두 요인 모두와 .5 이상의 높은 상관을 보였던 것과 동일한 결과이다(Watson et al, 1995b; Keogh & Reidy, 2000). 신체적 불안 요인은 불안관련 척도인 BAI와 .82의 매우 높은 상관을 나타내는 반면, 우울 관련 척도인 BDI-Ⅱ와는 .65의 상관만을 나타내, 타당한 불안 특정 척도로 판단된다. 아울러 일반적 고통 요인과도 .71의 높은 상관을 보이고 있다. 우울 특정 요인 또한 BAI와의 상관(r=.40, p<0.01)보다 BDI-Ⅱ와 더 높은 상관(r=.58, p<0.01)을 나타내는 것을 볼 때, 타당한 우울 특정 척도로 판단되며, 일반적 고통 요인과도 .60의 높은 상관을 보이고 있다. 전반적으로 볼 때, 신체적 불안은 불안척도 점수와, 낮은 긍정정서는 우울척도 점수와 상대적으로 가장 높은 상관을 보이고 있는 것으로 나타나 K-MASQ의 하위 요인들이 비교적 타당한 구인들인 것으로 확인되었다.

독일에서 시행된 de Beurs, Hollander-Gijsman, Helmich와 Zitman(2007)의 연구에서 또한 우울-특정적 요인이 낮은 긍정정서 관련 문항들만 포함하고 있고, 흥미저하 문항은 일반적 고통 요인에 포함된다고 본 연구의 요인 구조와 일치하는 결과를 보고하였다. de Beurs, Hollander-Gijsman, Helmich, & Zitman(2007)는 이와 같은 요인 구조가 미국에서 시행된 MASQ의 원 저자인 Clark과 Watson의 연구와 차이가 있었고 영국에서 시행된 Bedford(1997) 및 Keogh와 Reidy(2000)의 연구와는 일치하는 것에 대한 이유로 문화간(cross-cultural) 차이를 제안하였다. 그러나 본 연구 또한 유럽권 지역 연구와 유사한 요인구조를 보이는 것을 감안할 때, 이러한 차이를 단지 문화간 차이로 국한하는 것은 제한적이며, 이에 대한 보다 정확한 탐색을 위해 아시아 국가에서의 MASQ 관련 후속 연구가 필요할 것으로 생각된다.

마지막으로 본 연구의 한계점과 추후 연구 방향에 대해 논의하고자 한다. 첫째, 본 연구는 남녀를 대상으로 한 연구이나, 남성의 피험자 수가 매우 적어 성비에서 불균형을 보였다. 앞으로 균등한 성비를 갖는 피험자 집단을 대상으로 타당화 작업이 이루어져야 할 것이다. 둘째, 탐색적 요인분석의 결과, 요인 3(낮은 긍정정서)의 설명량이 다소 낮은 경향이 있는데, 이는 원상관행렬로 분석한 통계기법에 기인했을 수 있겠다. 셋째, 본 연구는 일반 성인을 대상으로 연구가 진행되었다. 추후 연구에서는 임상집단을 대상으로 한 타당화 연구를 비롯한 포괄적인 연구가 필요할 것으로 여겨지며, 보다 많은 피검자를 대상으로 다양한 인구통계학적 변인을 통해 준거 타당도를 검증함으로써 K-MASQ의 임상적 활용 가능성을 높여야 할 것으로 생각된다.

이러한 제한점에도 불구하고 본 연구는 한국 성인을 대상으로 K-MASQ를 한국어로 번안하여 타당화하는 작업을 시도하였다는데 의의

www.kci.go.kr

를 둘 수 있을 것이다. K-MASQ는 임상가들이 우울 및 불안 증상을 호소하는 사람들에게 치료적으로 개입하기 전에, 증상을 보다 정확히 변별하고 평가하는데 도움을 줄 수 있을 것으로 보인다. 또한 BDI-Ⅱ및 BAI 등과 같은 기존의 우울과 불안을 측정하는 척도는 불안과 우울의 공유하는 증상(집중력 저하, 수면 및 식욕 저하 등)을 함께 측정하여 우울과 불안을 변별하는 것에 어려움이 있었으나, K-MASQ는 불안 및 우울 특정 요인의 신뢰도 및 타당도가 양호한 것으로 나타났으므로 하위 척도를 개별적으로 사용하는 것이 가능할 것으로 보이며, 각 척도의 상승 패턴에 따라 피검자가 경험하는 우울 및 불안의 개별적인 양상을 파악하는 데 도움이 될 것으로 생각된다.

참고문헌

김계수 (2004). AMOS 구조방정식 모형분석. 서울: 데이터솔루션.

김명식, 이임순, 이창선 (2007). 한국판 BDI-Ⅱ의 타당화 연구 I: 여대생을 대상으로. 한국심리학회지, 임상, 26(4), 997-1014.

이슬아, 김근향, 조선미 (출판 중). A validation study of K-MASQ for adolescents in Korea. *Psychiatry Investigation*.

이영호, 이기련 (1998). 정동성과 스트레스 유형이 우울과 불안의 공통 증상과 특정 증상에 미치는 영향. 한국심리학회지: 임상, 17(2), 69-86.

조수철, 남 민 (1994). 소아와 청소년의 행동장애와 우울, 불안증상과의 상호관계. 대한신경정신의학회, 33(6), 1273-1283.

홍세희 (2000). 구조방정식의 모형의 적합도 지수 선정기 준과 그 근거. 한국심리학회지: 임상, 19(2), 161-178.

Barlow, D. H., & Campbell, L. A. (2000). Mixed anxiety-depression and its implications for models of mood and anxiety disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 41, 55-60

Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1998). An Inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory-Second Edition manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

Bedford, A. (1997). On Clark-Watson's tripartite model of anxiety and depression. *Psychological Reports, 80,* 125-126.

Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology, 100,* 316-336.

Chorpita, B. F. (2002). Tripartite model and dimensions of anxiety and depression: an examination of structure in a large school sample. *Journal of Abnormal Child Psychology, 30*, 177-190.

Costello, E., Mustillo, S., Erkanli, S., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry, 60*(8), 837-844.

de Beurs, E., Hollander-Gijsman, M. E., Helmich, S., Zitman, F. G. (2007). The Tripartite model for assessing symptoms of anxiety and

www.kci.go.kr

depression: *psychometrics of the Dutch version of the mood and anxiety symptoms questionnaire. Behavior Research and Therapy 45*, 1609-1617.

Fava, M., Rankin, M. A., Wrighy, E. C., Alpert, J. E., & Nierenberg, A. A., et al. (2000). Anxiety disorders in major depression. Comprehensive Psychiatry, 41, 97-102.

Gotlib, I. H. & Cane, D. B. (1989). Self-report assessment of depression and anxiety. In P. C. Kendall & D. Watson (Eds)., *Anxiety and depression: Distinctive and overlapping features* (pp.131-169). London: Academic.

Hamilton M. (1982). *Symptoms and assessment of depression*. In Handbook of Affective Disorders. Ed by Paykel E. S, New York: Guilford Press.

Hankin, B. L. (2008). Cognitive Vulnerability-Stress Model of Depression During Adolescence: Investigating Depressive Symptom Specificity in a Multi-Wave Prospective Study, *Journal of Abnormal Child Psychology, 36,* 999-1014.

Heinza, A. J., Kassela J. D., Berbaumb M., & Mermelstein R. (2010). Adolescents' expectancies for smoking to regulate affect predict smoking behavior and nicotine dependence over time. *Drug and Alcohol Dependence, 111,* 128-135.

Joiner, T. E., Jr., Steer, R. A., Beck, A. T., Schmidt, N. B., Rudd, M. D., & Catanzaro, S. J. (1999). Physiological hyperarousal: Construct validity of a central aspect of the tripartite model of depression and anxiety. *Journal of Abnormal Psychology, 108,* 290-298.

Keogh, E., & Reidy, J. (2000). Exploring the factor structure of the mood and anxiety symptom questionnaire (MASQ). *Journal of Personality Assessment, 74*, 106-125.

Kwon, S (1992). *Differential roles of dysfunctional attitudes and automanic thoughts in depression: An integrated cognitive model of depression.* Unpublished doctoral dissertation, Queensland University, Australia.

Lumley, M. N., & Harkness, K. L., (2007). Early Maladaptive Schemas, and Symptom Profiles in Adolescent Depression. *Cognitive Therapy and Research, 31,* 639-657.

Marshall, G. N., Sherbourne, C. D., Meredith, L. S., Camp, P., & Hays, R. D. (2003). The tripartite model of anxiety and depression: Symptom structure in depressive and hypertensive patient groups. *Journal of Personality Assessment, 80,* 139-153.

Moras, K., & Barlows, D. H. (1991). *Dimensional approaches to diagnosis and the problem of anxiety and depression*. In A. Ehlers, W, Fiegenbaum, I. Florin, & J. Margarf. (Eds). Perspectives and promise of clinical psychology. New York: Plenum Press.

Roemer L, Medaglia E. Generalized anxiety disorder: a brief overview and guide to assessment. In: Antorny MM, Orsillo SM, Roemer L, editors. *Practitioner's guide to empirically based measures of anxiety*. New York: Kluwer Academic Publisher; 2001. p.189-195.

Sarason, I. G., & Sarason. B. R(김은정, 김향구, 황은태 역, 2001). *Abnormal Psychology*. 서울: 학지사.

Watson, D., & Clark, L. A. (1991). The mood and anxiety symptoms questionnaire (MASQ). Unpublished manuscript. Iowa City: University

www.kci.go.kr

of Iowa: Department of Psychology.

Watson, D., Clark, L. A., Weber, K., Assenheimer, J. S., Strauss, M. E., & McCormick, R. A. (1995). Testing a tripartite model: Ⅱ. Exploring the symptom structure of anxiety and depression in student, adult, and patient samples. *Journal of Abnormal Psychology, 104,* 15-25.

Watson, D., & Kendall, P. C. (1989a). Common and differentiating features of anxiety and depression: Current findings and future directions. In P. C. Kendall & D. Watson(Eds.), *Anxiety and depression: Distinctive and overlapping features* (pp.493-508). London: Academic.

Watson, D., & Kenddal, P. C. (1989b). Understanding anxiety and depression: Their relation to negative and positive affective states. In P. C. Kendall & D. Watson(Eds.), *Anxiety and depression: Distinctive and overlapping features*(pp.3-26). London: Academic.

Watson, D., Weber, K., Assenheimer, J. S., Clark, L. A., Strauss, M. E., & McCormick, R. A. (1995). Testing a tripartite model: I. Evaluating the convergent and discriminant validity of anxiety and depression symptom scales. *Journal of Abnormal Psychology*, *104,* 3-14.

원고접수일 : 2013. 12. 31.
수정원고접수일 : 2014. 01. 24.
게재결정일 : 2014. 05. 07.

www.kci.go.kr

한국심리학회지 : 임상
The Korean Journal of Clinical Psychology
2014, Vol. 33, No. 2, 395-411

Validation of the Korean Version of the Mood and Anxiety Symptom Questionnaire(K-MASQ)

Hyun Lee **Keun-Hyang Kim**

Department of Psychiatry, CHA Bundang Medical Center, CHA University

The current study examined the factor structure, reliability and validity of the Korean Version of the Mood and Anxiety Symptom Questionnaire(K-MASQ). K-MASQ, BDI-Ⅱ and BAI were administered to 553 adults in the general population. The results of explanatory factor analysis showed that a 3 factor model was adequately supported by omission of 13 items: "general distress", "somatic anxiety" and "positive affect". Based on the results, the goodness of fit-index of the confirmatory factor analysis is as follows: NNFI=.80, CFI=.80, RMSEA=.06. The reliability and validity of the K-MASQ was evaluated. Internal consistency was high, and the convergent and discriminant validity of the K-MASQ were acceptable. In conclusion, these results suggest that the K-MASQ is a reliable, valid tool for assessment of mood and anxiety symptoms. Finally, the implication and limitations of the current study and suggestions for the future research were discussed.

Key words : Mood, Anxiety, Depression, K-MASQ, reliability, validity, factor structure

www.kci.go.kr