

임상적 우울집단과 준 임상 우울집단의 심리 사회적 특성 비교*

오경자[†] · 김은정 · 하은혜

연세대학교 심리학과

본 연구에서는 기혼여성들을 대상으로 주요 우울장애의 임상적 진단기준을 충족시키는 임상적 우울 집단과 CES-D 에서 높은 우울증상을 보고하지만 임상적 진단기준을 충족시키지 않는 준 임상 우울집단을 비교하여 심리 사회적 특성 및 우울증상의 지속성에서의 차이를 알아보았다. 서울 및 서울근교에 거주하는 20세 이상 60세 미만 기혼 여성을 대상으로 우울증상(CES-D), 사회적응정도(SAS), DSM-IV의 진단기준, 생활사건 스트레스, 스트레스 대처행동, 사회적 지지, 그리고 자기효능감을 평가하는 척도들로 구성된 설문용 3개월의 간격을 두고 2차례 실시하여, 1차 설문에서는 591명, 그리고 2차 설문에서는 150명의 자료가 회수되었다. CES-D 24점과 DSM-IV의 진단기준을 이용하여 두 가지 기준을 모두 충족시키는 임상적 우울집단과 CES-D 24점의 기준만을 충족시키는 준 임상 우울집단, 그리고 비우울집단으로 구분하였을 때, 1차 설문에 응답한 총 591명중 8.1%가 임상적 우울집단, 15.4%가 준 임상 우울집단으로 분류되었다. 준 임상 우울집단은 임상적 우울집단과 비교하였을 때 주관적으로 보고하는 스트레스 정도, 자기효능감 수준, 사회적 지지, 그리고 사회적 관계에 대한 주관적 만족도에서 임상적 우울집단과 다른 것은 기능의 저하를 나타냈으나, 회피적 대처방식이나 기능적 측면에서 평가한 사회적응수준에서는 임상적 우울집단이 준 임상 우울집단보다 더 심각한 문제를 보였으며 3개월 후의 2차 조사에서도 심각한 우울증상이 지속될 가능성이 현저하게 높았다. 이상의 결과가 준 임상 우울집단과 임상적 우울집단의 임상적 증세에 대하여 가지는 시사점이 논의되었다.

우울증은 가벼운 우울한 기분과 의욕의 저하 등을 경험하는 경미한 상태에서부터 일상생활에서의 기능

상실을 가져오는 심각한 장애에 이르기까지 다양한 임상적 양상으로 나타날 수 있다. 경미한 수준의 우

* 이 논문은 1998 성곡 학술문화재단의 연구지원비에 의하여 연구되었음

† 교신저자(Corresponding Author) : 오 경 자 / 연세대학교 문과대학 심리학과 서울 서대문구 신촌동 134 120-749 /

Fax : (02) 365-4354 / E-mail : kjoh@bubble.yonsei.ac.kr

울증상은 지역사회 일반인들 중에서도 상당히 높은 빈도로 나타나고 있는데, 이를 보다 심각한 수준의 장애를 동반하는 소위 임상적 우울증과 동일한 연장선상에서 보아야 할 것인가, 아니면 질적으로 서로 다른 문제로 보는 것이 타당한가는 논란의 대상이 되고 있다. 증상의 심각도와 다양성에 따른 진단범주내의 이질성은 정신병리연구에서 흔히 부딪치게 되는 문제이나, 우울증의 경우 정신의료기관에 내원하여 진단 받는 소위 임상집단 이외에도 전문기관을 찾지는 않으나 임상집단에 못지 않은 수준의 우울증상을 보고하는 집단이 지역사회 내에서 상당히 높은 빈도로 나타나고 있어 이들에게 어떠한 임상적 의미를 부여하는가는 이론적으로 뿐만 아니라 실제적으로 매우 중요한 문제가 된다.

우울증상의 정도는 일반적으로 CES-D(Center for Epidemiological Studies Depression Scale; Radloff, 1977), BDI(Beck Depression Inventory; Beck, Ward, Mendelsohn, Mock & Erbaugh, 1961)와 같은 자기보고식 척도를 사용하여 평가되고 있다. 이와 같이 자기보고식 척도로 평가된 우울증상은 Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia(SADS; Endicott & Spitzer, 1978)나 Diagnostic Interview Schedule(DIS; Robins, Helzer, Croughan & Ratcliff, 1981) 등의 구조화된 면담의 결과와 어느 정도 일치하고 있어 우울증 진단의 가능성이 높은 집단을 선별하기 위한 방안으로 널리 사용되고 있다. CES-D의 경우, 일정 수준 이상의 우울증상 점수(16점; Weissman, Scholomaskas, Pottenger, Prusoff, & Locke, 1977)를 보인 고우울증상 사례들이 구조화된 면담을 통하여 궁극적으로 우울장애로 진단되는 확률, 즉 민감도(sensitivity)는 70%(Radloff, 1977)에서 99%(Weissman et al., 1977), 그리고 CES-D 점수가 일정 수준 이하인 사례들이 구조화된 면담에서도 우울증이 아닌 것으로 진단될 확률, 즉 비우울집단을 정확히 판별해 내는 특정성 정도(specificity)는 56%(Weissman et al., 1977)에서 94%(Boyd, Weissman, Thompson, & Myers, 1982)로 보고되어 있다.

위와 같은 방법을 사용하여 지역사회에서 우울장애

집단을 선정한 연구들에서는 대부분 우울증의 임상적 진단을 궁극적 기준으로 삼고 있어 자기보고식 우울증 척도에서 높은 점수를 얻었지만 정신과적 진단기준을 충족시키지 못하는 경우를 잘못 분류된 경우(false positive)로 간주하고 있다. 이와 같은 견해는 높은 수준의 우울증상을 보고하지만 정신과적 진단기준을 충족시키지는 않는 집단은 정신과적 진단기준을 충족시키는 소위 진정한 임상집단과는 동질적인 집단으로 볼 수 없다는 가정에 토대를 두고 있다. 그러나 근래 두 집단이 임상적인 특징이나 심리 사회적 특성에서 의미 있는 차이가 없었다는 연구결과들이 보고되고 있어 이러한 가정에 의문을 제기하고 있다. 예컨대 Vredenburg(1993)는 일반 대학생들 중에서 자기보고 척도를 통하여 선정된 우울집단과 임상적으로 진단된 우울집단에 대한 연구결과들을 비교한 결과 두 집단이 심리 사회적 기능에서 매우 유사한 양상을 보였음을 보고하였다. Gotlib, Lewinsohn과 Seeley(1995) 또한 높은 CES-D점수를 보였으나 면접 결과 주요우울증 진단기준을 충족시키지 않았던 청소년들과 주요우울증 진단기준을 충족시킨 임상집단을 비교하였을 때, 심리 사회적 기능에서 유의한 차이를 발견할 수 없었음을 보고하였다.

자기보고척도에서 높은 수준의 우울 증상을 보고하는 사람들은 상당히 많은 반면, 임상적 우울장애의 유병율은 대략 2% 내지 4%로 추정되고 있으므로, 높은 우울증상을 보고하는 사람들 중 상당수는 정신과적 진단에서는 우울장애의 진단을 받지 않게 된다. Boyd 등(1982)은 CES-D에서 높은 우울증상을 보고하는 사람들 중 1/3만이 우울장애로 정신과적 진단을 받았으며, Breslau(1985)는 CES-D 고득점자 중 임상적 우울증의 진단기준을 충족시킨 사람은 18%였다고 보고하였다. 또한 Roberts와 Vernon(1983)은 CES-D에서 높은 수치를 보인 청소년들 중 면담에서 우울증으로 진단된 사례는 10.3%에 불과하였다고 보고하였다. 이와 같이 높은 우울증상을 보고하지만 우울증 진단기준에는 미치지 못하는 사례들은 일반적으로 잘못 분류된 사례(false positive)로 간주되어 특별한 관심의 대상이 되지 않으나, 이들이 임상적 우울증 진단

단을 받은 집단과 비슷한 수준의 심리 사회적 기능의 장애를 보인다는 위의 연구결과들을 받아들인다면 이들에 대한 보다 적극적인 관심과 조치가 필요할 것이다.

이 연구에서는 지역사회 기혼여성들을 대상으로 높은 우울증상을 보이지만 임상적 우울증의 진단기준에 미치지 못하는 준 임상 우울집단의 심리 사회적 기능을 우울장애 진단기준을 충족시키는 임상적 우울 집단 및 비우울집단과 비교하고 아울러 이들의 우울 증상이 일시적인 현상인지 아니면 지속적인 만성적 우울 상태를 반영하는 것인지를 3개월 추적조사를 통하여 알아보았다. Gotlib 등(1995)은 청소년 집단을 대상으로 위와 같은 비교를 한 바 있고 Aneshensel (1995)는 미국 L.A.지역의 성인들을 대상으로 우울증상의 변화과정을 장기적으로 추적 연구하였으나, 국내에서는 지역사회의 성인들을 대상으로 높은 수준의 우울증상을 보이는 집단의 심리 사회적 특성을 체계적으로 조사한 연구는 드물다. 구체적으로 우울증상의 정도를 측정하는 CES-D점수와 DSM-IV의 주요 우울장애의 진단기준에 포함되는 증상의 수를 기준으로 집단을 구분하여 CES-D점수가 높고 DSM-IV의 주요 우울장애 진단기준을 충족시키는 임상적 우울집단(Clinical Depression Group)과 CES-D점수는 높으나 DSM-IV진단기준을 충족시키지는 못하는 준 임상 우울집단(Sub-clinical Depression Group), 그리고 비우울집단(Non-depressed Group)의 세 집단으로 구분하여, 주관적으로 지각하는 생활스트레스 정도, 스트레스에 대한 대처방식, 자기효능감, 주관적으로 지각된 사회적 지지, 그리고 전반적인 사회적응정도에서의 집단간 차이를 알아보았다. 또한 동일한 집단의 우울증상을 3개월 후 재평가하여, 세 집단의 우울증상이 어떻게 변화하였는지를 확인하였다. Vredenburg 등(1993)과 Aneschendel(1985)의 연구에서 보고된 바로 미루어 볼 때, 임상적 우울집단과 준 임상 우울집단은 위에서 언급된 심리 사회적 특성에서 유의한 차이를 보이지 않을 것으로 예측된다. 그러나 3개월 후 추적조사에서는 임상적 우울집단이 준 임상 우울집단에 비하여 우울증상이 지속될 가능성이 더 높을 가

능성이 있을 것으로 보고 이를 확인하고자 하였다.

방 법

연구대상

본 연구에서는 서울시내 및 근교에 거주하는 20세 이상 60세 미만의 기혼 여성을 대상으로, 3개월의 간격을 두고 2차에 걸쳐 설문을 실시하였다. 이 연구에서는 우울증의 전국적인 유행을 추정이 주목적이 아니었으므로, 서울 시내 및 근교에 거주하는 여성들에 국한하여 표집하였다. 1차 설문조사는 유치원, 초등학교, 중학교 및 고등학교 교사들의 협조를 얻어, 담임교사들을 통하여 '가족 스트레스에 관한 연구'라는 제목의 설문지를 배포한 뒤, 학생들의 어머니로 하여금 설문을 작성하도록 하여 담임교사를 통하여 설문을 수거하였다. 아울러 학교를 통하여 접근이 가능한 여성들은 대부분 20대 후반 이상의 연령층에 국한되므로, 20대 초반의 기혼 여성들의 자료를 추가적으로 수집하기 위해서 D기업체의 기혼여성 사원을 무선으로 표집하여 설문을 실시하였다. 완성된 설문지는 미리 제공된 봉투에 넣어 직접 봉하도록 하였고 1차 설문에 응한 여성 총 591명에게는 작은 선물이 제공되었다.

1차 설문을 시행하고 약 3개월이 경과된 후에 1차 조사에 응한 여성들 중 추가우편설문이 가능하도록 주소를 기입한 430명을 대상으로 우편으로 2차 설문을 실시하였다. 2차 설문 대상이 된 430명중, 설문지를 회송한 사람은 150명으로 전체 회수율은 34.8%이었다. 1차 조사와 2차 조사 사이에 3개월간의 간격이 있으므로 조사 대상자들과의 접촉을 유지하여 2차 조사에의 참여율을 높이기 위하여 모두 세 번에 걸쳐 "정신건강 소식지"라는 제목의 소책자를 제작하여 발송하였다.

본 연구의 설문조사에 응해 준 여성들은 대다수가 고졸이상의 학력(89.8%)에 평균 200만원 이상의 월 수입(62.1%)을 가진 중류층 이상의 생활을 하는 사람

들로서, 전체의 69.6%가 전업주부이었다. 2차 조사에서는 1차 조사집단 590명중 약 1/4에 해당되는 150명 자료만이 포함되었으므로, 2차 설문에 응한 여성들과 그 나머지 여성들간에 유의한 차이가 있는가를 검토하였다. 그 결과 1차 조사에서 측정된 모든 심리 사회적 변인들 가운데 우울감 점수인 CES-D와 월수입에서만 집단간 차이가 유의하였고, 그밖의 모든 평가치에서 집단간 차이가 유의하지 않았다. 구체적으로 2차 우편설문에 응한 집단이 그렇지 않은 집단에 비하여 우울감 점수가 유의하게 높았으며, $F(1,589)=5.926$, $p<.05$, 상대적으로 월수입이 많았다, $\chi^2(2)=6.14$, $p<.05$.

연구도구

CES-D(Center for Epidemiological Studies - Depression Scale). 일반인을 대상으로 우울 중후군의 역학적 연구를 위해 미국 정신보건 연구원에서 개발한 도구로서 본 연구에서는 신승철, 김만권, 윤관수, 김진학, 이명선, 문수재, 이민준, 이호영과 유계준(1991)이 번안한 것을 사용하였다. 이 척도는 모두 20개의 문항의 자기보고형 질문지이며, 지난 일주일 동안 경험한 빈도에 따라 각 문항에 대해 0(전혀 없었다)-3(매일 있었다)까지로 평정하게 되어 있어 가능한 점수 범위는 0-60점이다. 신승철 등(1991)의 연구에서 반분 신뢰도는 $r=.84$ 로 나타났고, 우울증 환자들을 대상으로 한 타당화 연구에서 24점을 분할점으로 할 때 우울 집단과 비우울 집단의 분류에서 kappa 값이 .92로 가장 높게 나타났다. 따라서 본 연구에서도 24점을 기준으로 하였다. 본 연구에서 전체 문항에 대한 내적 일관성의 신뢰도는 $\alpha=.88$ 이었다.

사회적 적응 척도(Social Adjustment Scale: SAS). Weissman과 Paykel(1974)이 제작한 것으로 전반적인 사회적 영역에서의 개인의 적응에 대한 평가를 목적으로 하는 개인 면담용 도구이다. 본 연구에서는 이를 자기보고식 평가도구로 변형하여 사용하였으며, 평가영역을 가사 및 직장생활, 부부관계, 부모 자녀관계, 부모 및 친지관계, 친구관계 등 5개 영역으로 세

분화하여, 각 영역별로 기능적인 측면과 주관적인 만족도 측면을 평가하는 항목들로 구성하였다. 각 항목에 대해 1점부터 4점 혹은 5점까지 그 정도를 평가하게 되어 있으며, 점수가 높을수록 사회적인 적응상 어려움이 많음을 나타낸다. 본 연구에서는 '사회적 지지-기능(11문항)과 사회적 지지-주관적 만족도(8문항)의 두 하위척도로 나누어 사용하였으며, 각 하위척도의 내적 일관성의 신뢰도를 산출한 결과, 각각 $\alpha=.60$ 과 $\alpha=.70$ 을 얻었다.

주요 우울증 진단 기준에 근거한 평가. DSM-IV의 주요 우울장애(Major Depressive Disorder)의 진단 기준 9개 항목을 자기보고식 척도로 제작하여 각 항목에 대해 2주일 이상 지속적으로 경험했는지 여부에 따라 표시하도록 하였다. 9개 진단 기준 항목에 대해, 우울한 기분 혹은 일상생활에서의 흥미 저하 항목 중 하나 이상에 표시하고 표시한 총 항목의 수가 5개 이상인 경우에 주요 우울장애 진단기준에 충족되는 것으로 보았다.

생활사건 스트레스. 유완상, 백기청, 양병환과 김광일(1994)이 제작한 주부 생활사건 스트레스 척도(52개의 생활사건 문항)에 기초하여 스트레스 항목을 총 8개 유형(자신과 관련된 스트레스, 남편과 관련된 스트레스, 자녀와 관련된 스트레스, 남편과의 관계에 관련된 스트레스, 부모 및 친지들과의 관계와 관련된 스트레스, 경제적 문제, 가족 및 주위사람들의 질병, 가족 및 주위 사람들의 사망)으로 나누고 관련된 스트레스 문항들을 포함시켰다. 각 스트레스 문항에 대해 과거 6개월 이내에 경험했는지 여부를 예, 아니오로 대답하게 하고, 예라고 대답한 경우에는 이로 인해 스트레스를 얼마나 받았는지를 1점(전혀 받지 않았다)부터 5점(아주 많이 받았다)까지 평가하도록 하였다. 따라서 점수가 높을수록 스트레스로 인한 주관적인 어려움의 정도가 높음을 의미한다. 본 연구에서는 전 영역을 포괄한 총 스트레스점수를 사용하였으며, 내적 일관성의 신뢰도지수는 $\alpha=.85$ 로 나타났다.

스트레스에 대한 대처 행동. 다양한 스트레스에 대한 개인의 대처 방식은 Holahan과 Moos(1987)의 대처양식 척도에 기초하여 유성은(1997)이 제작한 척도

결 과

를 사용하였다. 이 척도는 총 29문항으로 구성되어 있으며, 본 연구 결과에 기초하여 요인 분석한 결과, 세 개의 하위척도(문제해결적 접근, 회피적인 행동, 정서조절적 접근)로 나뉘어졌으며, 각 하위 척도의 내적 일관성의 신뢰도는 각각 $\alpha = .85$, $\alpha = .62$, $\alpha = .55$ 인 것으로 나타났다.

사회적 지지도의 평가. 개인이 지니고 있는 사회적 지지체계 내에서 자신이 받고 있다고 지각하는 사회적 지지의 정도를 자기 보고를 통해 평가하였다. 사회적 지지의 제공자를 남편, 자녀, 시댁식구, 친정식구 및 친구로 나누고 각각의 대상에 대해 세 가지 내용(정보의 제공, 존중의 정도 및 이해의 정도)의 지지 제공을 확인하였다. 각 항목에 대해 1점부터 5점까지 평정을 하게 되어 있어 점수가 높을수록 지각된 지지의 정도가 높다. 본 연구에서 전 하위영역을 포함한 총 사회적지지 점수를 사용하였으며, 신뢰도 지수는 $\alpha = .89$ 이었다.

자기 효능감 평가. 자신에 대한 긍정적 지각 정도 및 대인관계 상황에서의 자기 주장 행동, 자존감 그리고 사회적 상황에 대한 대처 능력 등에 관해 평가하고자 자기 효능감 척도(Self-Efficacy Scale: Sherer, Maddox, Mercandante, Prentice-Dunn, Jacobs & Rogers, 1982)를 사용하였다. 이 척도는 총 23문항으로 구성되어 있으며, 일반적인 자기 효능감(예: 나는 실패하면 더 열심히 노력한다, 나는 자립심이 강한 사람이다)과 대인관계 상황에서의 효능감(예: 나는 내 스스로 쉽게 친구를 사귄 수 있는 능력이 있다)의 두 하위척도로 나뉘어져 있다. 각 문항에 대해 1점(전혀 그렇지 않다)에서부터 5점(아주 그렇다)까지 평정하게 되어 있어 점수가 높을수록 자기 효능감이 높음을 의미한다. 본 연구에서는 두 개 하위 요인 점수를 합한 총점을 분석에 사용하였으며, 전체 문항에 대한 내적 일관성의 신뢰도는 $\alpha = .84$ 이었다.

1차조사시 임상적 우울집단, 준임상 우울집단 비우울 집단의 심리 사회적 특징비교

CES-D 24점 이상을 얻고, 동시에 DSM-IV의 주요 우울장애 진단기준을 충족시키는 임상적 우울집단, CES-D 점수는 24점 이상이지만 DSM IV 진단기준을 충족시키지 못하는 준임상 우울집단, 그리고 CES-D 점수가 24점 미만인 비우울집단의 세 집단으로 나누었을 때, 1차 조사에 참여한 총 591명의 여성중 임상적 우울집단에 속하는 사람은 48명(8.1%), 준임상 우울집단에 속하는 사람은 91명(15.4%), 그리고 나머지 452명(76.5%)은 비우울집단에 해당되었다. 각 집단의 스트레스, 스트레스대처방식, 자기 효능감, 사회적 지지, 그리고 사회적 적응수준을 비교한 결과가 표 1에 제시되어 있다.

CES-D점수에 대한 세 집단간의 차이가 유의하였으며 ($F(2,588) = 428.18, p < .001$), 사후검증결과 임상적 우울집단과 준임상 우울집단은 비우울집단에 비하여 유의하게 높은 CES-D 점수를 보였으나 ($p < .01$), DSM-IV의 진단기준을 충족시킨 임상적 우울집단과 준임상 우울집단의 차이는 통계적으로 유의하지 않았다. 또한 주관적으로 경험한 스트레스 정도를 비롯하여 자기 효능감, 회피적 대처방식, 사회적응 평가치 등에서도 집단간 차이가 유의한 것으로 나타났으나, Scheffé 검증 결과, 스트레스정도, 자기 효능감, 그리고 사회적응(주관적 만족도)에서는 비우울집단이 임상적 우울집단이나 준 임상 우울집단과 유의한 차이를 보이는 것으로 나타난 반면 ($p < .01$), 준임상 우울집단과 임상적 우울집단 간에는 의미 있는 점수 차이를 보이지 않았다. 이러한 결과는 임상적으로 우울증 진단을 받지 않더라도 중등도 이상의 우울증상을 보이는 사람들은 임상적 수준의 우울 집단만큼 심리 사회적 기능의 저하와 대인관계 및 생활에 대한 불만족감이 심각할 가능성을 시사하고 있다. 다만 Scheffe검증을 통한 사후비교에서 회피적인 대처행동 ($p < .05$), 사회적응 총점 ($p < .01$), 그리고 사회적응-기

표 1. 1차 조사시 임상적 우울집단, 준임상 우울집단, 비우울집단의 심리 사회적 특징

변인	집단 I 임상적 우울집단 (n=48)	집단 II 준임상 우울집단 (n=91)	집단 III 비우울집단 (n=452)	F	사후검증
1차 CES-D	32.2 (6.3)	28.1 (3.6)	14.3 (5.6)	428.18***	1/3,2/3
스트레스 총점	58.46(32.84) ^a	55.11(37.48)	32.49(25.63)	37.53***	1/3,2/3
스트레스대처방식					
문제해결적 대처	24.40(7.85)	24.69(6.01)	23.80(7.78)	.58	
회피적 대처	12.36(4.68)	10.67(3.43)	7.94(3.55)	45.37**	
정서조절적 대처	6.80(2.63)	6.90(2.38)	6.47(2.79)	1.09	1/2,1/3,2/3
자기 효능감	68.66(10.98)	71.53(11.10)	77.34(15.35)	12.17***	1/3,2/3
사회적 지지	46.04(9.30)	48.87(11.36)	54.85(12.57)	17.72***	1/3,2/3
사회적응:기능	16.52(3.75)	14.40(3.19)	13.08(3.21)	27.85***	1/2,1/3,2/3
사회적응:주관	30.73(6.56)	28.11(6.56)	23.30(6.31)	45.41***	1/3,2/3

^a 평균(표준편차)

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

능적 측면 ($p < .01$)에서는 임상적 우울집단과 준임상 우울집단 간에 통계적으로 유의한 차이를 보여, 우울증의 임상적 진단기준을 충족시키는 집단은 준임상 우울집단에 비하여 더 심각한 부정적 스트레스 대처방식과 실제적인 사회적기능에서의 장애를 보일 가능성이 시사하고 있다.

우울증의 지속성에서의 집단간 비교

주요 우울장애의 진단기준을 충족시키는 임상적 우울집단은 준임상 우울집단에 비하여 우울증상이 지속될 가능성이 높은지를 검증하기 위하여, 두 집단의 3개월 후 실시된 2차 조사에서 평가된 우울증상의 정도를 비교하였다. 1차 조사에 참여한 여성 591명중 150명만이 2차 조사에 참여하였으며 이들의 자료가 분석되었다. 1차 조사시 평균 CES-D점수가 임상적 우울집단은 32.2(SD 6.3), 준임상 우울집단은 28.1(SD 3.6)이었고, 2차 조사시 평균 CES-D점수는 임상적 우울집단이 32.8 (SD 6.6), 준임상 우울집단은 29.1(SD 4.1), 1차 조사와 2차 조사에서의 우울점수의 수준이 거의 차이가 없었다. 그리고 1차 조사와 2차 조사에

모두 참여한 여성 150명의 CES-D 점수들간의 상관관계는 $r = .448$, $p < .01$ 로 나타나, 본 연구에 참여한 여성들의 우울증상이 시간의 흐름에 따라 상당히 변할 수 있음을 보여준다. 1, 2차 조사에서의 이들의 집단 소속의 변동을 살펴보면 표 2와 같다.

1차 조사에서 임상적 우울집단으로 분류된 여성 13명중 2차 조사에서도 임상적 우울집단으로분류된 비율은 61.5%, 준 임상 우울집단은 30.8%, 그리고 비우울집단으로 분류된 비율은 7.7%로 나타나, 전체의 92.3%에서 상당한 수준의 우울증상이 지속되는 것으로 나타났다. 이에 반하여 1차 조사에서 준 임상 우울집단으로 분류된 31명중 2차 조사에서 임상적 우울집단으로 분류된 경우는 25.8%, 준 임상 우울집단은 22.6%, 그리고 비우울집단으로 분류된 경우는 51.6%로, 3개월 동안에 약 반수 정도는 우울수준이 비우울집단으로 분류될 정도로 호전되었다. 이러한 결과로 볼 때, 임상적 우울집단과 준임상 우울집단은 비슷한 수준의 우울증상을 보고하지만 DSM-IV의 진단기준을 충족시키는 임상적 우울집단이 보다 더 지속적인 장애를 보인다고 할 수 있다. 1차 조사시 분류된 임상적 우울집단과 준임상 우울집단, 그리고 비우울

표 2. 1, 2차 조사에서의 집단 소속의 변화

2차 조사	1차 조사		
	임상적 우울집단 (n=13)	준임상 우울집단 (n=31)	비우울집단 (n=100)
임상적 우울집단(n=25)	8	8	9
준임상 우울집단(n=28)	4	7	17
비우울집단(n=91)	1	16	74

$\chi^2(4)=30.078, p<.001$

주: 1, 2차 조사에 모두 참여한 150명중 6명은 CES-D점수와 DSM-IV 진단기준자료가 상충되어 집단분류에서 제외되었음.

울집단의 1, 2차 조사시의 CES-D 점수의 상관관계는 각각 $r=.55, r=-.19$ 와 $r=.37$ 로 나타나, 임상적 우울집단과 비우울집단에 비하여 준임상 우울집단의 우울증상의 변동가능성이 현저하게 높음을 시사하고 있다.

논 의

우울증은 지역사회 일반 사람들도 상당히 높은 빈도로 보고하고 있는 것으로 우울증상을 보고하는 사람들 중에 정신과 전문기관에 내원하여 치료를 받게되는 사람들은 실제로 우울증상을 경험하는 사람들 중 일부분에 지나지 않는다. 따라서 정신과 전문의외 기관에 내원하여 주요우울증의 진단을 받은 집단을 대상으로 한 연구는 우울증 자체이외에 우울증상을 인지하고 이에 대한 전문적 도움을 구하게 되는 과정에 관련되는 편파를 내포하게 되므로(Aneshensel, 1995), 정신과 전문진료기관의 임상집단 이외의 지역 사회의 일반 사람들을 대상으로 한 우울증 연구는 매우 중요한 정보를 제공할 수 있다.

본 연구에서는 높은 수준의 우울증상을 보고하지만 주요 우울장애의 진단기준을 충족시키지는 않는 소위 준임상 우울집단에 어떠한 임상적 의미를 부여할 수 있는가를 알아보고자 서울지역의 기혼여성 591명을 대상으로 2차에 걸쳐서 우울증상과 다양한 심리 사회적 특성을 조사하였다. 그 결과를 요약하면 아래와 같다. 첫째, 본 연구대상이 된 591명의 여성중 1차 조

사에서 CES-D 24점 이상의 우울증상을 보고하는 여성 139명 중 DSM-IV의 주요우울장애의 임상적 진단기준을 충족시키는 임상적 우울집단은 48명이었고, 주요 우울장애의 진단기준을 충족시키지 못하는 소위 준 임상 우울집단이 91명으로 임상적 우울집단의 약 2배에 달하였다. CES-D에서의 고득점자가 우울장애의 진단기준을 충족시킬 확률은 CES-D의 절단점에 따라 달라지겠으나, 본 연구의 1차 조사에서 139명중 48명이 주요 우울장애의 진단기준을 충족시켰다는 결과는 Boyd 등(1982)의 연구에서 고득점자의 약 1/3이 우울장애의 정신과적 진단을 받았다는 결과와 대략 일치하는 결과이다. 2차 조사에서는 CES-D 24점 이상의 고우울집단 53명의 여성 중에서 DSM-IV의 진단기준을 충족시키는 경우가 25명으로 1차 조사에 비하여 임상적 우울집단의 비율이 높았다. 이러한 결과는 준임상 우울집단에 비하여 임상적 우울집단이 보다 적극적으로 2차 조사에 참여하였음을 시사하고 있다. 이는 1차 조사후 3회에 걸쳐 “정신건강소식지”를 통하여 주요우울장애에 관한 정보를 제공한 결과일 가능성을 생각할 수 있다.

둘째, 준임상 우울집단은 임상적 우울집단과 비교하여 볼 때 주관적으로 보고하는 스트레스의 정도, 자기 효능감의 정도, 사회적 지지의 정도 등에서는 유의한 차이가 없어, 임상적으로 주요 우울장애의 진단기준을 충족시키지 않더라도 중등도 이상의 우울증상을 호소하는 집단은 임상적으로 우울증의 진단을 받은 집단에 못지 않게 대인관계 및 자신의 생활에

대한 부적절감을 느끼는 것으로 보인다. 이는 Vredenburg 등(1993)이 대학생들을 대상으로 조사한 바와 일치하는 결과이다. 그러나 회피적 대처행동이나 기능적인 측면에서 평가한 사회적응 수준 등 실생활에서의 행동적인 측면이 반영된 평가에서는 임상적 우울집단이 준 임상 우울집단보다 더 심각한 어려움을 겪고 있어 이들은 단순한 주관적인 부적절감을 넘어서 실질적인 행동이나 사회적인 기능에서 보다 더 심각한 장애를 보일 가능성이 있다. 셋째, 1차조사후 3개월이 경과된 시점에서 다시 CES-D를 실시하여 우울증을 평가하였을 때, 1차 조사에서 임상적 우울집단으로 분류된 여성들이 2차 조사에서도 CES-D 24점 이상을 보일 가능성이 준임상 우울집단보다 현저히 높은 것으로 나타났다. 이와 같이 임상적 우울집단에서 우울증상의 지속가능성이 더 높은 것으로 나타난 것은 이들이 보다 심각한 수준의 부적응적 행동방식 및 기능장애를 지니고 있어 외부로부터의 개입 없이 단시일 내에 자연적으로 우울증상이 호전될 가능성이 적음을 의미한다.

이상과 같은 결과들을 종합하여 볼 때, 준임상 우울집단은 본인의 주관적 경험으로는 임상적 우울집단에 못지 않은 수준의 심리적 불편함을 경험하지만, 실제 일상생활에서의 기능에서의 손상의 정도는 임상집단에 비하여 낮으며, 우울증상이 지속될 가능성도 임상적 우울집단보다는 상대적으로 낮은 집단으로 파악하는 것이 타당할 것으로 보인다. 그러나 이들 준임상 우울집단의 여성들도 상당한 수준의 주관적 불편감을 경험하고 있고 이들의 절반 정도는 CES-D 24점 이상의 우울증상을 3개월 후의 2차 조사에서도 보고하고 있어 임상적 개입의 대상으로 고려할 필요가 있을 것이다. 본 연구에 참여한 여성들이 1차 조사와 2차 조사 사이의 기간 중에 실제로 우울증에 대한 치료를 받았는지 여부는 조사하지 못하였으나, 지역사회내의 우울증 집단 중 치료를 받는 비율이 매우 낮다는 점을 감안할 때, 대다수가 치료를 받지 않았을 가능성이 크다고 볼 수 있다.

본 연구에서는 지역사회내의 여성들을 대상으로 주로 자기보고식 설문용을 이용하여 그 우울증상의 정도

및 임상적 증상여부, 그리고 심리 사회적 기능저하정도를 평가하였다. 이들이 자기보고를 통하여 보고한 자료들의 신뢰성 및 타당성을 확인하기 위하여 1차 조사시의 CES-D 24점 이상의 고 우울집단을 대상으로 총 139명중 74명의 여성들과는 전화면접을 시행하였다. 그러나 실제 면담과 달리 전화면접으로 얻을 수 있는 정보는 상당히 제한적일 수밖에 없었고, 대부분의 경우 이미 설문으로 보고된 내용의 확인에 그치게 되었고 신뢰로운 임상적 진단에 필요한 정보를 얻지 못하였다. 따라서 후속 연구에서는 보다 체계적인 구조화된 면담을 통하여 임상적 진단을 내릴 필요가 있을 것이다. 아울러 본 연구에서는 심리사회적 기능 및 사회적 지지의 평가가 주로 자기보고식 척도에 의존하여 그 타당성이 제한되었을 가능성이 있으므로 추후의 연구에서는 보다 객관적인 평가방법으로 이를 보완할 필요가 있을 것이다.

참고문헌

- 신승철, 김만권, 윤관수, 김진학, 이명선, 문수재, 이민준, 이호영, 유계준(1991). 한국에서의 the Center for Epidemiological Studies-Depression Scale(CES-D)의 사용. *신경정신의학*, 30(4), 752-767.
- 유성은(1997). 완벽주의성향, 사회적 지지, 스트레스에 대한 대처방식이 중년여성의 우울에 미치는 영향. *고려대학교 석사학위논문*.
- 유완상, 백기청, 양병환, 김광일(1994). 서울시 가정주부의 생활사건 스트레스 척도제작. *정신건강 연구*, 13, 225-243.
- Aneschensel, C.S.(1985). The natural history of depressive symptoms: Implications for psychiatric epidemiology. *Research in Community and Mental Health*, 5, 45-75.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelsohn, M., Mock, J. E., & Erbaugh, J.K. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General*

- Psychiatry*, 4, 561-571.
- Boyd, J.H., Weissman, M.M., Thompson, D., & Myers, J.K. (1982). Screening for depression in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, 39, 1195.
- Breslau, N. (1985). Depressive symptoms, major depression, and generalized anxiety: A comparison of self-reports on CES-D and results from diagnostic interviews. *Psychiatry Research*, 15, 219-229.
- Endicott, J., & Spitzer, R.L. (1978). A diagnostic interview schedule for affective disorders and schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 35, 837-844.
- Holahan, C.J., & Moos, R.H. (1987). Personal and contextual determinants of coping strategies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 946-955.
- Klerman, G.L. (1980). Overview of affective disorders. In A.M. Freedman, & B.J. Sadock (eds.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 3rd edition. Baltimore: Williams & Williams Co.
- Sherer, M., Maddox, J. E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B., & Rogers, R. W.(1982). The Self-Efficacy Scale; Construction and validation. *Psychological Reports*, 51, 663-671.
- Gotlib, I.H., Lewinsohn, P.M., & Seeley, J.R. (1995). Symptoms vs diagnosis of depression: Differences in psychosocial functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 90-100.
- Radloff, L.S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Roberts, R.E., & Vernon, S.W. (1983). The Center for Epidemiological Studies Depression Scale: Its use in a community sample. *American Journal of Psychiatry*, 140, 41.
- Robins, L.N., Helzer, J.E., Croughan, J., & Ratliff, K.S. (1981). The NIMH Diagnostic Interview Schedule: Its history, characteristics and validity. *Archives of General Psychiatry*, 38, 381-389.
- Vredenburg, K., Flett, G.L., Krames, L. (1993). Analogue versus clinical depression: A critical reappraisal. *Psychological Bulletin*, 113, 327-344.
- Weissman, M.M., & Paykel, E.S. (1974). *The depressed woman: A study of social relationships*. Chicago: University of Chicago Press.
- Weissman, M.M., Scholomaskas, D., Pottenger, M., Prusoff, B.A., & Locke, B.Z.(1977). Assessing depressive symptoms in five psychiatric populations: A validation study. *American Journal of Epidemiology*, 106, 203-214.

원고접수일 1999. 2. 4

수정원고접수일 1999. 5. 18

게재결정일 1999. 5. 28 ■

Psychosocial Characteristics of Women with Clinical and Subclinical Depression

Kyung Ja Oh, Eun Jung Kim & Eun Hye Ha

Department of Psychology, Yonsei University

The present study compared women who scored above 24 on CES-D and met the DSM-IV criteria of Major Depressive Disorder(Clinical Depression Group) and women who scored above 24 on CES-D but did not meet the DSM-IV criteria of Major Depressive Disorder(Subclinical Depression Group) on psychosocial characteristics and persistence of depressive symptoms. 591 women between the ages of 20 and 60 who live in the metropolitan Seoul area responded to the questionnaire consisting of CES-D, Social Adjustment Scale-self report form, questions concerning DSM-IV MDD criteria, life stress, coping style, perceived social support, and self efficacy; of the 591, 150 women responded to the second wave of questionnaire at the 3 month follow-up. At the initial assessment, 8.1% of the 591 women were categorized as Clinical Depression Group, and another 15.4%, Subclinical Depression Group. The Subclinical Depression Group did not differ significantly from the Clinical Depression Group on the level of self reported life stress, perceived social support, social adjustment-subjective satisfaction and self-efficacy. However, the two groups differed significantly on the style of coping behaviors and functional aspect of social adjustment with the Clinical Depression Group showing more severe impairment. Furthermore, the Clinical Depression Group were more likely to remain depressed at the 3 month follow-up than the Subclinical Depression Group. The results were discussed in terms of implications for clinical management of women with clinical and subclinical depression.