韓國心理學會誌 : 臨床
Korean Journal of Clinical Psychology
1996. Vol. 15, No. 1, 33-43

임신중 우울에 대한 스트레스-취약성 모델 검증

권 정 혜

고려대학교

산후우울증은 산모 자신에게 뿐만 아니라 아이의 발달에도 지대한 영향을 미친다. 그러나, 국내에서는 이에 대한 연구가 거의 전무한 상태이다. 본 연구는 산후우울증에 대한 예측적 연구의 일부로서, 산후우울증의 주요 위험요인으로 알려져 있는 임신중 우울의 빈도를 조사하고, 임신중 우울이 스트레스-취약성모델로 잘 설명될 수 있는지 살펴보았다. 이와 함께 임신중 우울에 대한 취약성 요인으로 작용하는 심리사회적 변인들이 무엇인지 밝히는 것을 주요 목적으로 하였다. 우울증에 대한 취약성요인으로는 크게 개인내 변인과 개인간 변인을 포함하였는데, 우울중 병력과 성격특성, 자기 존중감은 개인내 취약성요인으로 부부관계만족도, 사회적 지지는 개인간 취약성요인으로 가정하였다. 연구대상은 서울시내와 인근지역에 있는 대학병원과 종합병원, 개인산부인과등 6개 산부인과를 방문한 임산부중 임신 제 2삼분기이전에 속하는 임산부 275명을 대상으로 하였다. 연구 결과, BDI 16점을 기준으로 했을 때 275명의 임산부 중 12.0%가 우울증을 보였다. 위계적 중다회귀분석결과 인구통계학적 변인, 개인내 취약성변인(성격특성, 자기존중감)과 개인간 취약성변인(부부관계 만족도, 사회적 지지), 취약성-스트레스 상호작용변인이 임신중 우울을 유의미하게 설명하였으며, 이들 변인들이 합쳐서 임신중 우울 변량의 46.7%를 설명하였다. 이 결과는 우울에 대한 스트레스-취약성 모델을 지지하며, 앞으로 임신중 우울증에 걸릴 위험이 높은 임산부를 조기에 발견하여 치료하는데 활용될 수 있을 것이다.

많은 산모들은 출산 직후에 허무하고 슬픈 기분이 들고, 눈물이 자주 나며, 짜증이 나고, 잠을 못 잔다. 출산 직후에 나타나는 이러한 경미한 우울 상태(postpartum blues)는 일시적으로 괴로움을 주지만 출산 첫주가 지나면 대개 사라지며, 지속적인 악영향을 미치지는 않는다. 이에 반해 산후우울증(postpartum depression)은 임상 장면에서 보게 되는 주요 우울증과 비슷한 양상으로 나타나며, 때로는 상당히 오랜 기간 지속되는 것으로 알려져 있다. 산후우울증이 있는 산모들은 슬픔이 깊고 만사에 의욕이 없으며, 비관적이고, 자책감을 가지며, 불면증이 있고, 입맛을 잃고 체중이 감소한다. 외국 문헌에 의하면 산후 우울증은 적어도 산모의 8-15%가 걸리며 산모 자신에게나 가족들, 특히 아기의 정상적 발달에 미치는 피해가 막

대한 것으로 알려져 있다(Fleming, Ruble, Flett, & Shaul, 1988; Gotlib, Whiffen, Wallace, & Mount, 1991; O'Hara & Zekoski, 1988). 산후우울증의 원인을 밝히고 이를 예방하기 위해 미국이나 유럽에서는 1980년대 초부터 이미 산후우울증에 대한 예측적 연구가 시작되었다. 이 연구들에 의하면 산후 우울증을 예측하는 데 우울증 병력, 임신중 우울수준, 스트레스 사건요인등이 주요한 역할을 하는 것으로 밝혀졌다(O'Hara, Schlechte, Lewis, & Varner, 1991).

산후우울증은 여성의 정신건강을 해치는 주요 정신장애일 뿐 아니라 그 가족들에게 끼치는 손실도 적지 않은 사회적 문제임에도 불구하고 국내의 산후우울증 연구는 매우 초보적인 단계에 머물러 있다(나용진, 1991; 전지아, 1990). 본 연구는 산후우울증에 대한 예측적 연구의 일부로, 산후우울증에 주요 위험요인으로 알려져 있는 임신중 우울을 보다 체계적으로 조사하기 위해 수행되었다. O'Hara와 그의 동료들(1984)연구에서 정동장애와 정신분열증진단을 위한 면담표(SADS)를 통해 우울증을 진단한 경우 전체 임산부의 9%가 임신중 우울증을 보인 것으로 나타났다. Gotlib, Whiffen 및 Mount(1989)의 연구에서는 자기보고검사(BDI)를 통해 임신중 우울증을 측정한 경우 전체 임산부의 21.5%-25.8%가, 정신과진단을 위한 면담표(SADS)를 통해 평가한 경우 10.2%가 우울증을 보이는 것으로 보고하였다. 흥미로운 결과는 산후우울증을 보인 산모의 50%가 임신중에도 우울증을 보였던 것으로 나타나 임신중 우울증이 산후우울증에 대한 중요한 위험요인이 된다는 것을 말해준다. 그들 연구에 따르면 산후우울증과는 달리 임신중 우울증은 임산부의 나이, 교육연한, 아이의 수와 같은 인구통계학적변인들과 관련되어 있다. 즉, 임신중에 우울한 산모는 그렇지 않은 다른 산모들에 비해 나이가 더 어리고, 교육수준이 낮고, 가정에 아이들이 많은 것으로 보고되었다. 그러나 위 두 연구에서 아쉬운 점은 임신중 우울증과 관련된 심리사회적 요인을 체계적으로 다루지 않았다는 점이다.

본 연구는 임신중 우울에 대해 스트레스-취약성 모델을 가정하고, 특히 임신중 우울에 취약성요인으로 작용하는 심리사회적 특성이 무엇인지 밝히는 것을 주요 목적으로 하였다. 우울증을 연구하는 많은 심리학자들과 임상가들은 우울증의 원인을 스트레스-취약성모델로 설명하고 있다(Beck, 1967; Brown, Bifulco, & Andrews, 1990; Holahan & Moos, 1991). 즉 우울증에 취약한 개인이 스트레스사건을 만날 때 우울증이 발병하게 된다고 가정한다. 이 모델은 취약성요인을 도입함으로써 스트레스사건요인만 가지고 우울증을 설명하려고 할 때 생기는 여러 문제점을 잘 보완해 주고 있다. 예컨대, 스트레스사건과 우울증간에 유의미한 상관이 있지만 통계적으로는 상관계수가 낮다는 점이나, 일상생활에서 큰 스트레스사건을 만난 사람들이 반드시 우울증을 보이지 않는다는 점등이다. 이와 같이 임상적 함의가 풍부하고도 발견교육적인 이 모델이 앞으로 발전시켜 나가야 할 부분은 스트레스사건과 상호작용하여 우울증을 발병시키는 취약성요인을 세부적으로 기술하는 작업이다. 선행연구자들은 우울증에 대한 취약성요인을 밝히는 데 많은 노력을 기울여 왔으며, 우울증적인 자기도식, 역기능적인 태도 및 귀인양식, 성격유형, 자기 존중감 등이 주요한 취약성요인으로 가정되어 왔다(Abramson, Seligman, & Teasdale, 1978; Beck, 1967; Brown & Harris, 1978). 본 연구에서는 우울증에 대한 취약성 요인을 개인내 변인과 개인간 변인으로 나누어 가정하였다. 개인내 취약성변인으로 가장 먼저 들 수 있는 것은 과거 우울증 병력과 가족 병력이다. 우울증 연구에서 이 두 요인은 가장 많은 연구에서 경험적으로 확립된 취약성 요인으로서, 산후우울증에 대한 예측적 연구에서도 임산부의 과거 우울증 병력은 산후우울증을 예측하는 가장 중요한 변인으로 밝혀진 바 있다(O'Hara et al., 1991). 본 연구에서 임신중 우울증과 산후우울증에 대한 취약성으로 가정한 두 번째 변인은 임산부의 성격 특성이다. 성격 특성은 우울증의 취약성 요인으로 최근에야 연구되기 시작한 변인이다. Holahan과 Moos(1991)는 지역주민을 대상으로 약 4년에 걸쳐 우울증의 발병 및 지속과 관련된 심리적 변인과 환경적 변인을 연구하였다. 그 결과, 느긋함(easy-goingness)과 자신감(self-confidence)의 성격 특

성은 피험자의 최초의 우울수준을 통제한 후에도 4년후의 우울 수준을 예측하는데 기여한 주요 변인으로 부상하였다. 본 연구에서는 이들 성격특성이 자존감이나 부부관계만족도와 같은 다른 취약성변인과 비교했을 때 여전히 그 설명력을 가지는지 여부를 살펴보고자 하였다. 본 연구에서 취약성요인으로 포함한 인지적변인은 자기존중감(self-esteem)변인이다. 자기존중감은 귀인양식이나 무망감, 자기조절신념등에 비해 우울증의 인지적 취약성 연구에서 많이 다루어지지 않았다. 그러나 최근에는 자기(self)와 관련된 인지, 즉 자기쉐마, 자기평가, 자기존중감등이 개인의 인지중 가장 중심적 인지로서 우울증의 발병 및 재발과 밀접한 관계가 있는 것으로 가정되고 있다. 자기존중감은 자기가치평가와 관련된 인지로서 Brown과 그 동료들의 연구(1990)에서 여성들의 우울증 발병 및 회복을 예측하는 중요한 변인으로 밝혀진 바 있다. 본 연구에서 우울증의 취약성 요인으로 가정한 마지막 요인은 부부관계만족도과 사회적 지지변인이다. 부부관계만족도는 많은 연구에서 우울증과 상관관계가 높은 것으로 보고되었다(O'Leary, Christian, & Mendell, 1994). 그러나 부부관계만족도변인 역시 다른 여러 취약성요인에 비해 그 상대적 중요도가 얼마나 큰지 잘 밝혀져 있지 않다. 사회적 지지변인은 많은 선행연구에서 우울증의 발병 및 지속과 관련이 높다고 보고된 바 있다(Cohen & Wills, 1985). 앞에서 언급한 Holahan & Moos(1991)연구에서도 개인의 성격적 특성과 함께 4년후의 우울수준은 예언한 또 다른 변인은 가족의 지지였다. 본 연구에서는 임산부에게 사회적 지지를 제공하리라고 가정되는 남편, 시댁식구, 친정식구, 친구들의 사회적 지지를 독립적으로 측정하여 이 각각의 사회적 지지변인이 임산부의 우울을 설명하는데 얼마나 기여하는지 살펴보았다.

우울증에 관한 스트레스-취약성모델에서 연구자들은 스트레스와 이에 대한 대처방식이 우울에 미치는 영향에 관한 문제에 관심을 기울여 왔다.(Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis, & Gruen, 1986; Holahan & Moos, 1991). 즉, 개인내 취약성변인과 개인간 취약성변인이 스트레스와 상호작용하여 우울을 야기시키지만 스트레스에 대한 효율적인 대처방안을 지니고 있다면, 이는 취약성 변인과 스트레스와의 상호작용이 우울에 미치는 영향을 조정할 것이다. 스트레스대처에 대한 명확한 정의를 내리는 것은 아직 어렵지만, 일반적으로 이는 개인의 자원을 초과한다고 평가되는 내부 및 외부의 요구를 조정하려는 인지적, 정서적, 행동적 노력이라고 할 수 있다. Holahan과 Moos(1991)는 스트레스의 정도가 낮은 경우에는 개인이 지니고 있는 개인내 자원과 사회적 자원이 심리적 건강에 직접적으로 영향을 미치지만, 스트레스가 심한 경우에는 이러한 자원들이 스트레스 대처방식에 의해 간접적으로만 영향을 미친다는 연구결과를 보고하였다. 이러한 결과는 스트레스가 개인이 지니고 있는 자원으로 해결되지 않을 때에 이에 대한 대처가 중요한 역할을 함을 의미한다.

본 연구에서는 우울증에 대한 스트레스-취약성모델을 기초로 하여 다음과 같은 가설을 검증하고자 하였다. 첫째, 우울증에 대한 과거 병력, 성격 특성(느긋함, 자신감), 자기 존중감의 개인내 변인들은 임신중 우울에 대한 취약성요인으로 작용할 것이다. 둘째, 개인간 변인인 부부관계 만족도, 사회적 지지는 임신중 우울에 대한 취약성으로 작용할 것이다. 셋째, 스트레스는 우울증에 대한 취약성요인과 상호작용하여 임신중우울에 영향을 미칠 것이다. 넷째, 대처 양식은 스트레스가 임신중 우울에 미치는 효과를 조정할 것이다.

방 법

연구대상

서울 시내와 인근 지역에 있는 대학병원과 종합병원, 그리고 개인 산부인과 의사의 협조를 얻어 이들 5개 산부인과를 방문한 임산부 중에서 임신 제 2삼분기(the second trimester) 이전에 속하는 만 18세 이상의 임산부 중에서 연구에 참여하기를 희망하는 임산부 275명을 표집하여 본 연구의 대상으로 삼았다.

연구절차

연구에 참여하기를 희망하는 임산부에게 연구 보조원이 질문지에 답하는 방법을 간단히 설명한 후 가능한 한 진찰 대기 중에 질문지를 끝내도록 격려하였다. 질문지를 완성하는데 걸리는 시간은 대개 30여분으로 만일 진찰대기중 끝나지 않는 경우는 양해를 얻어 진찰 후 남은 부분을 끝내고 가도록 협조를 요청하였다.

측정도구

임신중 우울. 임산부의 우울정도를 평가하는 도구로서 Beck Depression Inventory(BDI)의 한국판(이영호와 송종용, 1991)을 사용하였다. BDI는 우울증의 행동적, 정서적, 인지적, 생리적 측면을 알아보는 총 21개 문항으로 이루어진 자기보고식 질문지로서, 산후우울증의 우울 정도를 재는 척도로 가장 빈번하게 사용되는 척도이다. 신민섭, 김중술, 박광배(1993)에 의하면 BDI 16점을 분할점으로 잡았을 때 우울증 집단의 71.6%와 정상인 집단의 77.3%를 정확히 분류할 수 있어 우울증 집단을 판별하는데 타당한 지표가 될 수 있음을 보여주었다. 이와 함께 질문지에 임산부의 과거 우울증 병력여부, 가족력여부, 약물 치료의 경험여부를 물어 보는 문항을 포함하였다.

성격특성. Holahan과 Moos(1991)가 우울증과 관련있는 것으로 밝힌 성격 특성인 느긋함(easy-goingness)과 자신감(self-confidence)을 형용사 체크리스트로 평가하였는데, 이는 Holahan과 Moos(1991)가 사용한 형용사 체크리스트를 번안, 수정하여 느긋함과 자신감을 재는 각각 6개의 형용사 문항을 만든 것이다. 이는 5점 척도상에 자신의 성격을 평정하도록 되어 있으며, 이에 대한 신뢰도 계수는 느긋함의 경우 .76, 자신감의 경우 .80이다.

자기존중감. Kim(1988)이 번역한 Rosenberg의 자기 존중감(self-esteem)척도를 사용하였다. 총 10개의 문항(문항 예: 대체로 나 자신에 만족하고 있다, 때때로 내가 아무 쓸모 없는 사람이라는 생각이 든다)으로 되어있으며, 각 문항에 얼마나 동의하는가를 Likert 5점 척도상에 표시하도록 되어 있다. 자기 존중감 척도의 검사-재검사 신뢰도는 .80 이상인 것으로 보고되었다(Rosenberg, 1965). 본 연구에서 자기존중감에 대한 신뢰도 계수는 .78로 나타났다.

대처방식. 본 연구에서는 전겸구, 김교헌(1994)등이 개발한 다차원적 대처척도 중에서 접근적 대처 전략과 회피적 대처 전략에 해당하는 각 8문항씩을 발췌하여 사용하였다. 접근적 대처 전략은 긍정적 해석(4문항), 적극적 대처(4문항)의 두가지 하위 척도로 구성되고, 회피적 대처전략은 적극적 망각(5문항), 소극적 철수(3문항)의 하위 척도들로 구성되었다. 접근적 대처 전략에 해당되는 문항으로는 '나는 문제 상황에서 가능하면 긍정적인 면을 보려한다'(긍정적 해석) 등이 있고, 회피적 대처 전략에 해당되는 문항으로는 '나는 가능하면 그 일은 잊어버리려고 애쓴다'(적극적 망각) 등이 있다. 본 연구에서 접근적 대처전략의 신뢰도 계수는 .90, 회피적 대처전략의 신뢰도 계수는 .75로 나타났다.

부부관계만족도. 피험자들이 얼마나 원활하게 결혼생활을 하고 있는지 알아보기 위하여 Spanier(1976)가 만든 Dyadic Adjustment Scale(DAS)의 우리말 번역판인 '부부관계 적응 척도'를 사용하였다(이민식, 김중술, 1995). DAS는 가중치가 서로 다른 32개 문항으로 구성되어 있고 총 0점에서부터 151점까지 받을 수 있다. 높은 점수를 얻을수록 부부관계가 좋은 것을 의미한다. DAS는 전반적인 결혼 적응도를 평가하고 부적응 집단을 변별하는데 그 효용성이 우수하다고 알려져 있다(Margolin, 1978). 본 연구에서 부부관계만족도의 신뢰도 계수는 .90으로 나타났다.

사회적 지지. 피험자들의 사회적 지지 차원을 측정하기 위해 UCLA Social Support Inventory(UCLA-SSI)를 수정, 번안한 것을 사용하였다. 이는 정보제공(information), 물질적 지지(material support), 정서적 지지(emotional support) 등의 세가지 긍정적 지지측면과 사회적 관계에 있어서의 부정적인 측면의 4가지 하위 척도들로 구성되어 있으며 각 문항에 대해 남편, 시댁식구, 친정식구, 친구 및 이웃이 어떻게 지

지해 주는지를 Likert 5점 척도(1: 전혀 그렇지 않다 5: 매우 그렇다)로 평정하도록 되어 있다. 본 연구에서는 세 긍정적 지지척도들의 점수를 합하고, 부정적 지지척도의 점수를 감하여, 사회적 지지 총점을 남편, 시댁, 친정, 친구 각각에 대해 산출하여 사용하였다. 본 연구에서 신뢰도 계수는 남편의 지지가 .88, 시댁 식구의 지지가 .91, 친정식구의 지지가 .89, 친구의 지지가 .89인 것으로 나타났다.

스트레스. 임산부가 경험한 스트레스사건을 측정하기 위하여 Sarason, Johnson 및 Siegel(1978)이 제작하였던 Life Experience Survey(LES)를 이영호(1993)가 번안한 것을 사용하였다. 이는 생활에 변화와 영향을 줄 수 있는 57가지 생활 경험들로 구성되어 있는데 이 중에서 임산부들에게 해당되지 않는 문항을 제외한 37가지 생활경험들이 최근 6개월 동안 일어났는지의 여부와 그 영향의 정도를 -3에서 +3까지 7점 척도로 표시하게 되어 있다.

결 과

임신중 우울의 빈도

임산부들의 BDI점수 10점이상을 기준으로 우울집단과 비우울집단을 분류했을 경우 전체 임산부의 41.1%가 우울한 것으로 나타났다. 이는 Gotlib등(1989)연구에서 BDI점수가 10점 이상인 임산부가 21.5%- 25.8%인 결과에 비해 상당히 높은 비율이다. 본 연구에서는 신민섭, 김중술, 박광배(1993)를 기초로 BDI점수 16점 이상을 임신중 우울의 기준으로 결정하였다. 그 결과, 우울한 임산부가 전체 275명중 33명으로 12.0%를 차지하였다. 이는 Gotlib등(1989)의 연구에서 RDC기준을 적용하여 임신중 우울을 보고한 10.2%보다도 높은 것이다. BDI점수별 빈도분포를 살펴보면 0점에서 9점사이가 전체 임산부의 58.9%(n=162)로 가장 높은 비율을 차지하고 있고 10점에서 15점사이의 약한 우울을 보인 임산부가 29.1%(n=80), 16점 이상의 높은 우울을 보인 임산부가 12.0%(n=33)으로 나타났다.

임신중 우울집단과 비우울집단의 비교

임신중에 우울을 경험한 임산부집단과 우울을 경험하지 않은 임산부집단의 여러 특성들을 비교해보기 위해 연구에 포함된 모든 변인들에 대한 두 집단간 차이검증(T-TEST 및 카이검증)을 실시하였다. 우울증상을 보인 집단과 보이지 않은 집단의 보다 명확한 비교를 위해 BDI점수가 10점에서 15점사이의 약한 우울을 보인 임산부들은 분석에서 제외하였고, 16점 이상인 임산부들을 우울집단으로, BDI점수가 10점 미만인 임산부들을 비우울집단으로 보고 차이검증을 실시하였다. 그 결과, 인구통계학적 변인중 사회경제적 지위(χ^2=14.61, p<.05)에서만 유의미한 차이를 나타내었다. 즉 사회경제적 지위가 낮은 임산부가 더 우울을 많이 보고하였다. 임산부의 과거 우울력(t=2.73, p<.01)변인과 자신감(t=-2.66, p<.01), 느긋함(t=-4.57, p<.001)의 성격변인, 자기존중감(t=-7.19, p<.001)과 같은 개인내 변인에 있어 유의미한 차이가 있었고, 부부관계만족도(t=-6.46, p<.001), 남편의 지지(t=-4.25, p<.001), 시댁식구의 지지(t=-5.79, p<.001)등과 같은 개인간 변인에서 유의미한 집단간 차이를 나타냈다. 또한, 지각된 스트레스(t=-3.23, p<.01)변인에서도 유의미한 차이를 보였다(표 1 참조).

임신중 우울에 대한 위계적 중다회귀분석결과

본 연구에서 가정한 여러 취약성변인들과 스트레스 변인이 임신중 우울을 설명하는 정도를 알아보기 위해 BDI점수를 종속변인으로 하여 여섯 개의 독립변인군이 위계적 중다회귀분석에 포함되었다. 먼저, 인구통계학적변인들이 우울집단과 비우울집단에 미치는 영향을 통제하기 위해 가장 첫 단계로 회기 분석에 포함되었다. 이 변인군에는 사회경제적지위(SES), 산모의 나이와 직업유무(주부인지 아닌지)등이 포함되었는데, 이 중 SES변인은 산모 자신의 교육연한, 가정의 수입, 남편의 직업 등으로서 평가하였다. 다음

표 1. 인구통계학적변인과 취약성변인, 스트레스변인에 대한 우울집단과 비우울집단의 차이검증

	우울집단 (n=33)		비우울집단 (n=162)		t
	평균	표준편차	평균	표준편차	
인구통계학적변인					
사회경제적변인[a]	5.419	1.232	6.072	1.362	(χ^2= 14.61*)
직업[b]	18.8%		34.2%		(χ^2=2.93)
나이	28.242	4.161	27.907	3.106	.44
우울병력					
과거우울력	.303	.467	.074	.263	2.73**
개인내 취약성					
자신감	19.788	3.533	21.685	3.779	-2.66**
느긋함	18.394	4.750	21.765	3.665	-4.57***
자기존중감	30.091	5.997	37.482	5.255	-7.19***
개인간 취약성					
부부관계 만족도	99.242	15.205	115.547	12.757	-6.46***
사회적지지 남편	71.167	12.140	81.306	11.737	-4.25***
시댁식구 가족	54.655	13.944	71.636	14.417	-5.79***
친구	77.379	13.558	82.752	12.691	-3.04*
	71.233	12.019	75.932	13.325	-1.77
스트레스					
지각된 스트레스	-1.690	6.393	2.310	4.315	-3.23
대처 방식					
접근적 대처	20.000	4.779	21.781	5.080	1.79
회피적 대처	15.875	4.279	14.719	4.093	-1.42

주. a 사회경제적 변인은 학력, 남편의 직업, 수입을 각각 2,3,4 등급으로 점수화하여 합산하였음.
b. 직업을 가지고 있는 임산부의 비율
* p<.05, ** p<.01, *** p<.001

단계로 분석에 포함된 변인은 개인내 취약성변인인 우울증 병력변인이다. 이 변인은 선행연구들에서 현재 우울을 예측해 주는 강력한 변인으로 보고되어, 이 변인을 우선적으로 중다회귀분석에 포함한후 다른 개인내 취약성변인의 영향력을 검증하기 위해 두 번째 단계로 회귀분석에 포함하였다. 이 변인의 측정을 위하여 임산부의 과거 우울력과 가족력이 측정되었으나 가족력은 보고한 사례수가 너무 적어 분석에서 제외되었다. 다음 단계로 본 연구의 핵심이 되는 자신감(confidence), 느긋함(easy-goingness)등의 성격변인과 자기존중감(self-esteem)변인이 개인내 취약성요인으로 중다회귀분석에 들어갔다. 그 다음 단계로는 개인간 취약성요인으로 부부관계만족도와 남편, 시댁식구, 친정식구, 친구 및 이웃으로부터 받은 사회적 지지 등이 분석에 포함되었다. 다음으로, 스트레스와 관련된 변인으로 지난 6개월간 있었던 생활사건에 대해 지각된 스트레스정도가 분석에 포함되었다. 마지막으로, 스트레스와 취약성요인들의 상호작용이 중다회귀분석에 포함되었다. 상호작용변인은 앞에서 언급한 총 9개의 취약성요인과 스트레스요인의 일원 상호작용이 분석에 포함되었다. 대처방식변인은 우울집단과 비우울집단간에 통계적으로 유의미한 차이가 나오지 않아

중다회귀분석에서는 제외하였다. 중다회귀분석결과는
표 2에 나와 있다.

표 2. 임신중 우울에 대한 취약성요인과 스트레스요인의 위계적 중다회귀 결과

	r	R	R^2	ΔR^2	standardized β	F	df	t
인구통계학적변인		.190	.036	.036		3.14*	3,252	
사회경제적지위	-.18**				-.145			-1.94
직업	-.13**				-.069			-.98
나이	-.02				-.013			-.19
우울병력		.248	.061	.025		6.68	1,251	
과거 우울력	.17**				.160			
개인내 취약성		.524	.275	.213		24.19*	3,247	
자신감	-.26***				-.073			-1.20
느긋함	-.33***				-.189			-3.27*
자기존중감	-.45***				-.354			-5.91***
개인간 취약성		.599	.359	.085		6.47*	4,195	
부부관계만족도	-.47***				-.222			-3.06*
사회적지지 남편	-.32***				.057			.68
시댁식구	-.33***				-.273			-3.68**
가족	-.17*				.029			.36
친구	-.15*				.017			.22
스트레스		.620	.384	.025		7.47	1,184	
지각된 스트레스	-.32***				-.149			
스트레스×취약성		.683	.467	.083		3.03*	9,175	

* p<.05, ** p<.01, *** p<.001
스트레스와 9개의 취약성변인과의 상호작용에 관한 t값은 지면관계상 생략하였다. 이들 상호작용 중 스트레스×느긋함(t=-2.592, p<.05), 스트레스×자기존중감(t=2.451, p<.05), 스트레스×시댁식구의 지지(t=2.025, p<.05) 등의 상호작용에 대한 t값이 유의미하였다.

위계적 중다회귀분석 결과, 9개 취약성변인, 스트레스변인, 취약성과 스트레스 상호작용변인이 합쳐서 임신중 우울증 변량의 46.7%을 설명하였다. 인구통계학적 변인, F(3,252)=3.14, p<.05과 개인내 취약성, F(3,247)=24.19, p<.05 및 개인간 취약성변인, F(4.195)=6.47, p<.05, 그리고 스트레스와 취약성과의 상호작용변인, F(9,175)=3.03, p<.05,이 임신중 우울의 유의미한 설명량을 보였고, 우울 병력과 지각된 스트레스의 설명량은 유의미하지 않은 것으로 나타났다.

논 의

본 연구결과 산후우울증에 대한 가장 강력한 위험요인인 임신중 우울이 전체 임산부의 12.0%에서 나타났다. 이는 BDI 16점을 기준으로 정하여 얻은 결과로서, BDI점수가 10점 이상인 임산부는 전체의 41.1%나 되어 BDI로 측정된 우울수준이 외국연구결과에 비해 상당히 높다고 볼 수 있다. 한 예로 Gotlib 등(1989)에서는 BDI점수가 10점 이상인 임산부는 전체임산부의 25.8%였으며, RDC기준을 사용했을 때 우

울진단을 받은 임산부는 10.2%인 것으로 보고하였다. 우리나라에서 우울증집단을 판별하는데 BDI 16점을 분할점으로 잡으면 정상인의 77.3%를 정확히 분류할 수 있다는 연구 보고가 있어(신민섭, 김중술, 박광배, 1993), 이를 기초로 계산해 본다면 전체 임산부의 9 - 10% 정도가 우울증집단이라고 예상해 볼 수 있다. 물론 후속연구에서는 BDI 외에 구조화된 정신과적 면접을 함께 실시하여 이를 확인해 보는 작업이 뒤따라야 할 것이다. 본 연구결과에서도 나타난 바와 같이 한국의 경우 일반적으로 BDI의 평균치가 높게 나온다는 다른 연구결과도 보고되고 있어(한홍무, 염태호, 신영우, 김교헌, 윤도준, 정근재, 1986), 앞으로의 연구에서 이 결과가 측정에서 비롯된 것인지 아니면 우울증상을 경험하는 개인이 실제로 더 많은지 밝힐 필요가 있다.

본 연구의 목적은 임신중 우울에 대한 스트레스-취약성모델을 검증하고, 이와 함께 임신중 우울의 취약성요인으로 작용하는 변인을 밝히는 것이었다. 위계적 중다회귀분석결과 인구통계학적 변인, 개인내 취약성변인(느긋함, 자기존중감), 개인간 취약성변인(부부관계만족도, 시댁식구의 사회적지지), 스트레스와 취약성의 상호작용변인이 임신중 우울 전체변량의 46.7%를 설명하고 있어 스트레스-취약성모델이 임신중 우울을 설명하는데 적합한 것으로 나타났다. 본 연구의 주요 관심사였던 임신중 우울의 취약성요인으로는 임산부의 인구통계학적 특성과 함께, 느긋함의 성격특성, 자기존중감, 부부관계만족도, 시댁식구의 사회적 지지의 결여로 나타났다. 예상과는 달리 임산부의 사회경제적 지위, 직업유무, 나이변인이 합쳐진 인구통계학적 특성은 임신중 우울에 대한 취약성요인으로 작용할 수 있다는 결과를 얻었다. 비슷한 결과가 Gotlib와 그 동료들의 연구(1989)에서도 보고된 바 있다. 즉 임신중 우울을 보이는 임산부는 나이가 어리고 교육수준이 낮고 직업이 없는 경우가 많았다. 그러나 본 연구에서 인구통계학적 특성을 구성하고 있는 세 변인 단독으로는 임신중 우울에 대한 설명력이 통계적으로 유의미하지 않아 임신중 우울에 미치는 영향력이 제한되어 있다고 볼 수 있다.

그런데 흥미로운 것은 선행연구들에서 경험적으로 강하게 지지되어 온 과거 우울력 변인이 임신중 우울에 대한 취약성변인으로 작용하지 않았다는 점이다. 이러한 결과는 과거 우울력 여부를 한 개 문항으로 물어 본 취약한 측정에서 비롯되었을 가능성이 있으며, 이와 함께 우울증의 여부가 이분변인으로 포함되어 설명력이 떨어졌을 가능성을 생각해 볼 수 있다. 과거 우울력 변인이 임신중 우울 집단과 비우울 집단의 비교에서 유의미한 차이를 보였다는 점은 이 변인의 영향력이 결코 무시될 수 없으리라는 점을 시사한다. 본 연구는 임신중 우울만을 다루고 있기 때문에 이 결과는 산후우울증 자료까지 검토된 후에 보다 본격적으로 논의될 필요가 있을 것으로 보인다.

본 연구의 제한점은 다음과 같다. 첫째, 우울 및 기타 다른 변인들이 자기보고식으로 측정되었다는 점이다. 앞에서도 언급되었듯이 우울증의 판정 여부는 BDI를 이용한 것이므로, 앞으로의 연구에서는 구조적 면담을 통한 정신과적 진단을 같이 사용할 필요가 있을 것이다. 그러나 높은 수준의 우울증상을 보고하는 임산부들이 이후에 산후우울증에 걸릴 위험이 높다는 것을 고려해 본다면 우울증의 진단과는 별도로 우울증상의 수준도 중요한 변인이라고 볼 수 있다. 둘째, 예측적 연구가 아니라 공시적으로 측정한 자료를 가지고 스트레스-취약성 모델을 검증한 점이다. 따라서 우울증의 취약성변인이 우울증의 원인으로 작용했는지 아니면 우울증의 결과로 나타났는지 관계를 정확히 파악할 수 없다는 문제가 발생한다. 예를 들어 높은 수준의 우울증상을 보고한 사람이 자기존중감을 낮게 평가할 때 낮은 자기 존중감이 우울에 취약성으로 작용했는지 아니면 반대로 우울이 낮은 자기 존중감을 불러 일으켰는지 구분해 내기 어렵다. 따라서 본 연구의 결과는 예측적으로 수집된 산후우울증자료를 통해 확증되어야 할 것이다.

그러나 이런 제한점에도 불구하고 본 연구의 결과는 임신중 우울증, 더 나아가면 산후우울증에 걸릴 위험이 높은 임산부를 조기에 발견하여 치료하는데 큰 도움이 되리라고 본다. 특히 우리나라 여성의 경우 우울증이 있어도 전문가에게 치료받는 비율이 낮다는

점을 고려한다면 임신으로 정기검진을 받는 의료장면에서 임신중 우울에 취약한 임산부들에게 예방적 치료를 제공한다면 여성의 우울증을 효과적으로 예방할 수 있을 것이다.

참고문헌

나용진 (1991). 산후 우울증의 임상적 고찰. 부산대학교 석사학위 논문.

신민섭, 김중술, 박광배 (1993). 한국판 BECK 우울척도의 분할점과 분류 오류. 한국 심리학회지: 임상, 12, 71-81.

이민식, 김중술 (1995). 부부관계 적응 척도(Dyadic Adjustment Scale)의 표준화 예비 연구. 한국심리학회 '95 연차 대회 학술발표 논문집, 291-299.

이영호 (1993). 귀인양식, 생활사건, 사건귀인 및 무망감과 우울의 관계 : 공변량 구조모형을 통한 분석. 서울대학교 박사학위 논문.

이영호, 송종용 (1991). BDI, SDS, MMPI-D 척도의 신뢰도 및 타당도에 대한 연구. 한국 심리학회지: 임상, 10, 98-113.

전겸구, 김교헌, 조신웅, 노명래, 손정락 (1994). 다차원적 대처 척도의 개발. 한국 심리학회지: 임상, 13, 114-135.

전지아 (1990). 산후 스트레스와 사회적 관계망이 산후 우울에 미치는 영향. 고려대학교 석사학위 논문.

한홍무, 염태호, 신영우, 김교헌, 윤도준, 정근재 (1986). Beck Depression Inventory의 한국판 표준화연구: 정상집단을 중심으로. 신경정신의학, 25, 487-500.

Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Crititique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology, 87,* 49-74.

Atkinson, A. K., & Rickel, A. U. (1984). Postpartum depression in primiparous parents. *Journal of Abnormal Psychology, 93,* 115-119.

Beck, A. T. (1967). Original 21-ITEM scale. *Depression: Cause and treatment.* Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Brown, G. W., & Harris, T. (1978). *Social origins of depression: A study of psychiatric disorder in woman.* New York: Free Press.

Brown, G. W., Bifulco, A., & Andrews, B. (1990). Self-esteem and depression. III. Aetiological issues. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 25,* 235-243.

Campbell, S. B., & Cohn, J. F. (1991). Prevalence and correlates of postpartum depression in first-time mothers. *Journal of Abnormal Psychology, 100,* 594-599.

Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin, 98, 310-357.*

Cutrona, C. E. (1983). Causal attribution and perinatal depression. *Journal of Abnormal Psychology, 92,* 161-172.

Fleming, A. S., Ruble, D. N., Flett, G. L., & Shaul, D. L. (1988). Postpartum adjustment in first-time mothers: Relations between mood, maternal attitudes, and mother-infant interactions. *Developmental Psychology, 24,* 71-81.

Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A. & Gruen, R. J. (1986). Dynamic of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology, 50,* 992-1003.

Gotlib, I. H., Whiffen, V. E., & Mount, J. H. (1989). Prevalence rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy and the postpartum. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57,* 269-274.

Gotlib. I. H., Whiffen, V. E., & Wallace, P. M. (1991). Prospective investigation of postpartum

depression: Factors involved in onset and recovery. *Journal of Abnormal Psychology, 100*, 122-132.

Holahan. C. J., & Moos, R. H. (1991). Life stressors, personal and social resources, and depression: A 4-year structural model. *Journal of Abnormal Psychology, 100*, 31-38.

Kim, M. J. (1988). *Pruefungsangst und andere psychosoziale Merkmale: ein Beitrag zur interkulturellen Diagnostik.* Dissertation der Philosophischen Fatultaet der Universitaet Duesseldorf.

Margolin, G., & Weiss, R. L. (1978). Comparative evaluation of therapeutic components associated with behavioral marital treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46*, 1476-1486.

O'Hara, M. W., Neunaber, D. J., & Zekoski, E. M. (1984). Prospective study of Postpartum depression: Prevalence, courses, and predictive factors. *Journal of Abnormal Psychology, 93*, 158-171.

O'Hara, M. W., Schelechte, J. A., Lewis, D. A., & Varner, M. W. (1991). Controlled prospective study of postpartum mood disorders: Psychological, environmental, and hormonal variables. *Journal of Abnormal Psychology, 100*, 63-73.

O'Leary, K. D., Christian, J. L., & Mendell, N. R. (1994). A closer look at the link between marital discord and depressive symptomatology. *Journal of Social and Clinical Psychology, 14*, 1-9.

Parker, G., Tupling, H., & Brown, L. B. (1979). A parental bonding instrument. *British Journal of Medical Psychology, 52*, 1-10.

Phillips, L. H. C., & O'Hara, M. W. (1991). Prospective study of postpartum depression: 4 1/2-year follow-up women and children. *Journal of Abnormal Psychology, 100*, 151-155.

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Ruble, D. N., Brooks-Gunn, J., Fleming, A. S., Fitzmaurice, G., Stangor, C., & Deutsch, F. (1990). Transition to motherhood and the self: Measurement, stability, and change. *Journal of Personality and Social Psychology, 58*, 450-463.

Sarason, I. G., Johnson, J. H., & Siegel, J. M. (1978). Assessing the impact of life changes: Development of the life experiences survey. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46*, 932-946.

Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Family Psychology, 2*, 92-94.

A Test of a Vulnerability-stress Model of Prepartum Depression

Kwon, Jung-Hye

Department of Psychology, Korea University

Research has shown that an elevated level of depressive symptomatology serves as a strong predictor of postpartum depression. As part of a prospective study of postpartum depression, we examined the prevalence of prepartum depression and on the basis of stress-vulnerability model, various intrapersonal and interpersonal vulnerability factors were examined in explaining prepartum depression. Two hundred and seventy-five women were recruited both through the obstetrics department of a large hospital and private practices. They were assessed on sociodemographic variables and on measures of depressive symptomatology, stress factors and intrapersonal vulnerability factors(depression history, personality characteristics, self-esteem) and interpersonal vulnerability factors(marital adjustment, social support). As a result, 12.0% of subject(N=275) had prepartum depression. we found out that sociodemographic variables, intrapersonal(personality characteristics and self-esteem) and interpersonal(marital adjustment and social support) vulnerability factors, and interaction of stress and vulnerability accounted for 47% of the variance in depressive symptomatology during pregnancy. Overall, results supported the stress-vulnerability model and implications for identification and preventive intervention of high-risk pregnant women for depression were discussed.