

## 우울 연구를 위한 새로운 방향: 행동과학적 접근의 도입\*

이순목	김종남 <sup>†</sup>	최승원	채정민	최윤경	서동기	권호인
성균관대	서울여대	덕성여대	서울사이버대	계명대	한림대	전주대

본 연구의 목적은 행동과학적 관점에서 우울 연구를 위한 새로운 방향을 제시하기 위한 것이다. Salman (1995)은 우울에 대하여 '개인의 사고, 행동, 느낌 및 안녕감에 영향을 줄 수 있는 저조한 기분 및 행동기피 상태'로 정의하고 있다. 여기서 사고, 행동, 느낌, 안녕감에 주는 영향은 경미한 수준에서 극심한 수준까지 가능할 것이다. 본 연구에서는 이러한 우울의 개념을 행동과학의 개념으로 보고 세 가지 방향으로 확대하여 새로운 연구의 방향을 제시하였다. 첫째 방향은 범주화의 관점으로 하나의 연속선상에서 일상우울(normal depression)과 그 범위를 초과하는 역기능 우울(dysfunctional depression; 임상우울과 준임상 우울 포함)을 질적으로 구분하는 것이다. 둘째, 문화에 따라 우울에 대한 개념, 이해, 대처가 다를 수 있음을 인식하고 우울 개념화에서 문화 간 차이, 하위문화 간 차이를 고려함이 필요함을 제시하였다. 셋째, 우울의 기본적 개념화에서 인간의 인지나 정서에서 부적인 것과 정적인 것이 서로 비교적 독립적인 것이라고 보고, 우울에서도 부정 인지와 정서만이 아니라 정적 인지와 정서의 측면에도 주목하였다. 이와 함께 개념에 대한 연구는 경험적 측정을 위해 척도가 필요하므로 위 세 가지 연구방향이 척도개발에 대하여 가지는 함의도 논의하였다.

주요어 : 일상우울, 역기능 우울, 행동과학적 개념화, 흐린 집합, 범주화

\* 이 논문은 2014년도 정부(교육부)의 재원으로 한국연구재단의 지원을 받아 수행된 연구임 (NRF-2014S1A5A2A03064999).

이 글은 학회 발표원고인 이순목(2014) 및 한국연구재단 연구보고서의 일부인 이순목, 김종남, 최승원, 채정민(2015)을 수정·보완한 것임을 밝힌다.

<sup>†</sup> 교신저자: 김종남, (01797) 서울시 노원구 화랑로 621 서울여대 교육심리학과  
Tel: 02-970-5569, Email: kimjn@swu.ac.kr

본 연구에서는 우울이라는 기분상태의 전 범위를 연구하고 조명하는 행동과학적 접근의 필요성과 연구방향을 제시하였다. 이를 위해 세 가지 방향을 제시하였는데, 첫째는 일상우울과 역기능 우울의 범주화와 개념화이다. 이는 본 연구에서 가장 중심이 되는 내용이다. 둘째는 우울현상 가운데 우울증에 대하여 한국문화적 개념화에 포함될 수 있는 내용에 관한 것이다. 마지막으로 우울 연구에서 부적 정서와 인지뿐만 아니라 정적 정서와 인지를 포함하려는 노력이 지속적으로 필요함을 강조하고자 하였다.

우선 우울(depression)이라고 하면 행동과학의 관점에서 저조한 기분상태를 가리키지만(예: Carlson & Hatfield, 1992; Wikipedia, 2014), 임상과학에서는 증상(예: 슬픔, 흥미나 즐거움 상실, 낮은 가치감, 피로감, 식욕/수면 장애)과 기능손상을 가리킨다(예: Counseling and Psychological Services, 2014; MedicineNet. com, 2014). 그에 따라 일반적으로 우울기분과 우울증은 이원적으로 취급되고 있고(이민수, 2013), 두 개념 간에 학술적 소통은 크지 않은 상태이다. 즉, 우울증을 아는 것이 우울기분 전체를 아는 것은 아니며, 우울기분 연구에서 우울증은 한 부분일 뿐이다. 우울기분이라고 하면 감정이나 정서에 대한 행동과학적 관점에 근거하여 양화(quantify)시킬 수 있는, 하나 또는 복수의 차원을 가진 개념이 된다. 즉, 기분상태는 양적 연속선상에서 정도를 파악하는 차원적 접근(dimensional approach)에서의 개념이다. 그러나 우울증이라는 용어는 증상이나 그 결과로 인한 기능 손상을 가리키며, 차원적 접근의 개념이 아니라 차원상의 극단적 부분을 범주화하는 접근(categorical approach)에서의 개념이다. 이 범주 역시, 우울이라는 기분이 가

지는 분포 상에서의 극단으로 보면(예, Nettle, 2004), 범주적 접근은 차원적 접근에서 다루는 영역 중 한 부분을 중심으로 하는 것에 불과하다.

미국정신의학회의 진단기준편람인 DSM (diagnostic and statistical manual)에서 정신장애를 분류하는 체계는 범주적 접근이라고 할 수 있는데, 범주적 접근은 어떤 증상이나 기능손상도 범주에 대한 필요충분조건에 의해서 정확히 정의되기 어렵다는 점에서 치명적 결함이 있다. 어떤 증상도 그 발생의 실재를 보면 평균적으로 많이 보이는 양상과, 드물지만 관찰될 수 있는 양상을 포함하여 하나의 분포를 이루게 마련이다. 이러한 실재에 보다 근접하기 위해서 DSM의 미래 방향은 범주적 접근을 넘어 차원적 접근으로 가야 함을 4판을 거쳐 5판에서 명확하게 인식하고 있다(American Psychiatric Association, 2013, pp.12-13 참조).

우울증상에 대한 논의가 차원적 접근을 수용하기 위해서, 우울연구는 기분상태의 전 범위를 연구하고 조명하는 행동과학적 접근을 필요로 한다. 그 결과로서 우울증에 대한 치료적 목적이라는 제한을 넘어 예방 및 공중보건 영역으로까지 연구의 범위가 확대되는 것이 가능해질 것이다. 물론 연구자에 따라 차원상의 한 영역에 집중하는 것이 일반적이겠지만, 적어도 우울 연구라고 할 때 우울증만을 중심으로 하는 제한된 접근을 탈피할 수 있을 것이다.

차원적 접근에서 우울은 하나의 연속선상에 있는 양적 개념이지만, 그 연속선상에서의 범주화를 통해 구분하여 연구할 수가 있다. 이런 접근은 심리학의 다른 분야에서도 관찰된다. 예로서, 인지발달 분야에서는 지적 능력이 영·유아기부터 일정한 시기까지 계속 발달한

다고 보기 때문에, 처리역량의 양적 변화에 기반한 정보처리적 관점에서는 인지발달을 하나의 연속선상에 있는 개념으로 볼 수 있다. 그러나 그 연속선상에서 발달단계를 감각운동기, 전조작기, 구체적 조작기, 형식적 조작기와 같이 질적으로 구분하였다. 그에 따라 유아용, 아동용, 성인용 지능검사는 모두 지능이라는 연속변수의 측정을 목적으로 하지만 지능의 발달수준에 따라 구조와 내용을 달리하게 되었다.

본 연구의 관심사인 행동과학에 기반한 우울 연구에서도 역시 인지발달에서와 같은 접근이 적용될 수 있다. 우울의 정도가 낮으면서 높은 곳으로 변해가는 연속선상에서 넓은 구간에 걸친 일상적 우울(normal depression)과 극단의 영역을 포괄하는 임상적 우울(clinical depression, 우울증)로 나눌 수 있다(이 두 용어의 동시 사용은 Carlson과 Hatfield(1992)의 책에서부터 사용). 또한 전문가를 찾지 않는 일상(적) 우울과 우울증으로 불리는 임상(적) 우울 사이에 전문가의 도움을 구하기는 하나 우울증으로 진단되지 않는 과도적인 구간으로서 준임상(적) 우울을 생각할 수 있다. 개인들은 주관적 불편감이 커지면서 준임상 우울의 상태가 되면 임상가를 찾지만 증상의 정도나 수, 지속기간 등이 진단기준에 못 미치면 공식적인 우울장애로 진단되지 않을 수 있다. 그러나 이 중간적인 구간에 대한 규정은 예방 및

관리차원의 접근을 고무할 수 있다(Marsella & Yamada, 2007).

일상우울이 기분의 정상적인 균형 상태를 유지하는 기능을 가지는 의미에서 ‘기능적’ 우울이라면, 준임상 우울부터는 전문가를 찾는 수준의 문제성을 띄게 되므로 역기능(적인) 우울의 범주로 들어간다(그림 1 참조). 즉, 우울이라는 하나의 연속선상에서도 우울개념의 내용과 구조가 질적으로 다른 범주화가 가능한 것이다. 그에 따라 우울을 평가하는 척도 역시 범주에 따라 질적으로 상이한 척도가 필요할 수 있다. 이러한 척도화의 방향은 기존의 의학모형 중심의 척도가 아닌 행동과학 모형에 따른 다양한 척도의 개발을 가져올 것이다.

한편 우울의 정의를 부적 인지나 정서 중심으로 내리는 것은 정적 인지나 정서(예: 행복감)에 대해서 아무런 함의를 제시하지 않는 것이다. 인지의 경우 긍정적 사고와 부정적 사고 간 균형이 정신질환의 정도를 설명할 수 있다는 견해가 있다(예: Schwartz, 1986; Schwartz & Garamoni, 1989). 정서의 경우 부적 정서와 정적 정서는 비교적 독립적 개념으로서(Watson, Clark, & Telgan, 1988) 인간에게 이 두 정서가 공존하는 것이 현실이므로, 우울이라는 기분 상태를 이야기할 때 독립적인 이 두 가지 정서를 균형 있게 언급해야 한다. 따라서 우울이라는 기분을 정의할 때 저조한 기분상태로 정의하기보다는 기분이 저조하며 행복감이 낮



그림 1. 우울의 연속선상에서의 범주화

은 상태로 보는 것이 더 정확하다는 관점이 가능하다. Clark와 Watson(1991)의 불안·우울 3요소 모형(tripartite model)에서도 우울을 높은 부정 정서와 낮은 긍정 정서로 설명하고 있다. 이런 관점을 적용하면, 일상우울은 기분의 저조한 정도가 크지 않고 행복감도 아주 낮지는 않은 상태이며, 역기능 우울은 기분의 저조한 정도가 크고 행복감이 많이 낮은 상태일 것이다. 따라서 우울에 대한 행동과학적 개념화에 충실하려면 부정적인 개념 일반도를 벗어나서 정적인 인지와 정서와의 균형을 맞춘 관점에서 우울을 정의하고 척도화에도 이를 반영하는 노력이 지속적으로 필요하다.

끝으로, 우울이라고 할 때 문화에 따라 다르게 이해할 가능성도 고려해야 한다. 서구에서 발전된 우울 연구의 내용이 전 세계의 다양한 문화를 적절하게 반영하기는 어려울 것이다. 이미 1980년대에 심리학에 불어 닥친 사회문화적 혁명은 미국에서 발전된 심리학이 미국인의 토착심리학이지, 그것이 아시아 또는 다른 문화를 잘 반영하는 심리학은 아니라는 인식을 가져왔다. 그러한 추세에 편승하여 1994년의 DSM-IV에서는 25개의 문화배경적(culture-bound) 증상의 목록과 사례의 문화적 개념화 지침을 포함하게 되었다. 그 중에서 한국문화 배경의 장애로서 우울증과 함께 자주 논의되어온 화병(Hwa-Byung)이 포함되어 있고, DSM-IV에서는 화병을 '불면, 피로, 곤죽을 것 같은 공포, 불쾌감, 소화불량, 식사거부, 호흡곤란, 심계항진, 일반화된 통증, 상복부의 뭉침'으로 정의하였다.

Marsella와 Yamada(2007)는 서양문화 특유의 우울은 죄의식, 개인주의, 자기통제, 및 개인적 책임 등에 대한 경험들에 기반한 것임을 제시하고 있다. 반면에 동양문화에서의 우울

경험은 '신체와 마음이 하나로 통합되어 슬픔의 느낌보다는 신체증상을 특징으로 가진다'(pp.811-812)는 주장을 하고 있다. 따라서 우울의 연구를 문화심리적 관점에서 고찰할 필요가 있다. 즉, 우울증의 보편적인 형태를 가정할 수 없으며(Marsella, 1980), 중국에서 우울증 진단과 치료에서 DSM 중심의 패러다임과 중의학 중심의 전통적 중국의학을 절충하는 시도는 우리에게도 시사하는 바가 많다(채정민, 2014). 국내에서도 이민수(2013)는 한국인의 우울증상에는 신체화가 유난히 두드러짐을 분명히 하였고, 우울증과 공유되는 부분이 있는 화병에 대해서도 여러 연구가 이루어졌다(예: 권정혜 등, 2008; 권호인, 김종우, 권정혜, 2008; 최민경, 서혜희, 2014; 최상진, 이요행, 1995).

또한 하나의 국가나 민족 내에서도 하위문화에 따라 우울의 개념이나 양상이 다를 수 있다. 상이한 하위문화 속에서 구성원들이 우울에 대해서 알게 되는 방식이나 경험하는 방식은 자기개념, 주관성, 정서, 그리고 그것들의 복합적 영향으로 인해 달라지고 우울의 개념 또한 달라질 수 있다. 예로서, 사회계층이 낮을수록 우울한 인구의 비율이 높을 수 있고, 청소년들이나 노인들은 물론, 노숙자, 재난 피해자들의 경우에도 그러할 것이다(Marsella & Yamada, 2007).

결론적으로 우울에 대한 이해는 임상과학적인 우울증의 범주를 벗어나 행동과학이 포괄하는 우울기분 전 영역의 연구를 필요로 한다. 세부적 연구방향으로서는 새로운 관점과 용도를 수용할 수 있는 행동과학적 연속선상에서의 범주화(역기능 우울, 일상우울)를 필요로 하고 있으며, 부적 측면 일반도를 벗어나 정적 측면이 균형 있게 수용될 필요가 있고, 하위 문화적인 우울 개념도 보다 구체적으로 수

용되어야 한다. 또한 실제 경험연구를 위해서는 이러한 세 가지 방향에 일관성 있는 척도 개발이 이루어져야 할 것이다. 다음은 첫 번째 방향에 대한 구체적 논의로서 우울의 연속선상에서 일상우울과 역기능 우울의 개념화에 대해서 소개하고자 한다.

### 일상우울 개념의 구체화

#### 연속선상에서의 범주화

앞서 제시된 그림 1에서 우울의 세 범주(일상우울, 준임상 우울, 임상우울)는 정의용 특성의 집합(Cantor, Smith, French, & Mezzich, 1980)을 정확하게 충족시키는가 아닌가에 의해서 정의되는 범주가 아니다. 오히려, 한 범주의 구성원이 가지는 특징은 전적으로 그 범주에 대한 것만이 아니고 다른 범주에 대한 특징도 어느 정도는 가지고 있음을 수용하는 관점에서의 범주화이다.

범주화의 역사에서 아주 오래 전부터 사용되어온 고전적 방식에서는 어떤 대상을 특정 범주에 분류하는 것을 결정함에 있어 실무율(all-or-none)을 적용한다(이순목, 김종남, 최삼욱, 현명호, 김수진, 2009). 즉, 어떤 대상이 어떤 범주의 특성들을 온전하게 충족할 때(명백집합에 의한 범주 정의) 그 범주에 속하는 것으로 분류된다. 그러나 학술의 발전과 더불어 수많은 개념과 범주화가 개발되면서 고전적 방식만으로는 범주화가 어려워지고, 1970년대 인지심리학자인 로쉬(Rosch)를 중심으로 하여 흐린 집합(fuzzy set)에 의한 범주화가 설득력 있게 제시되었다(예: Rosch, 1973, 1983). 범주에 대한 개념으로서 흐린 집합은, 어떤 범주의 분

류는 그 범주의 핵심적 특성이 되는 원형적 특성(prototypical feature)을 중심으로 조직화되지만 각 대상은 그 원형에의 근접 정도에 따라 분포를 이루며 관찰되므로 원형에서 가까운 대상은 분포의 중심에, 먼 대상은 분포의 가장자리에 위치하게 되어 범주 간에 중복영역을 인정하는 관점을 취한다.

따라서 한 범주의 원형에 가까운 대상은 다른 범주와 멀기 때문에 다른 범주의 원형적 특성을 미약하게 가질 뿐이다. 반면 두 개의 범주 사이에는, 두 범주의 원형적 특성들을 일부 가지면서 그 중간 범주의 원형을 보다 충실하게 가지는 대상들이 위치할 수 있다. 따라서 기존의 임상장면에서 우울증 진단을 받는 임상우울 범주와 그에서 아주 거리가 먼 일상우울 범주가 상이한 명백집합으로 나누어지기보다는 어느 정도는 서로의 원형 특성을 약한 정도로 공유하는 중간 구간이 있고, 이 구간에서 가능한 원형적 특성을 정의할 수 있다면 또 하나의 중간 범주로서 ‘준임상 우울’이 흐린 집합에 의한 범주화 방식으로 정의될 수 있는 것이다.

‘일상우울’은 스트레스적인 생활사건(예: 대인관계 상실, 외상/학대/별시, 경제문제, 문화관련문제)이나 신체적/정신적 스트레스 요인 때문에 나타나는 일상적이고 정상적인 우울 반응을 의미한다. 스트레스 사건이나 건강상의 문제로 인하여 일시적인 신경생리적 불균형이 나타날 수 있으나, 이러한 불균형은 특별한 약물치료 없이도 상황이 바뀌면 쉽게 회복될 수 있다. 이와 비슷한 현상을 다른 문헌들에서는 ‘슬픔’, ‘상황적 우울증’ 등의 용어로 표현하기도 한다(최승원, 2014).

일상우울의 원인으로는 생활의 모든 스트레스 요인이 포함되지만 특히 심각하거나 만성

적인 질환에 의한 신체적 스트레스, 약하지만 만성적인 스트레스, 생활에서 고통스러운 사건, 건강하지 않은 생각 유형이나 감정적 태도, 다양한 신체질환 등이 포함된다(Free from

depression, 2014). 일상우울은 스트레스 상황이 끝나면 해소되는 경향이 있으며 치료가 필요한 수준은 아니다. 주로 약한 우울감과 불편감을 경험하며 우울의 발생 기간 중에 거의

표 1. 일상우울과 역기능 우울에 연관된 특성 집합

일상우울	역기능 우울
<b>원형</b> - 울적함	<b>원형</b> - 우울증
<b>전반적 특징</b> - 일반인들이 일상생활에서 자주 경험하는 우울 상태 - 정상인이 스트레스의 기간 및 심각도에 의해 예측 가능한 합리적인 수준의 스트레스 반응의 총합으로, 신체, 인지, 감정 등 모든 영역에서 복합적인 형태를 띠	<b>전반적 특징</b> - 일반적으로 쉽게 경험할 수 있는 우울감의 수준을 벗어나 심각한 기능 손상 및 부적응을 초래하는 우울상태
<b>촉발/위험요인</b> - 환경으로부터의 일시적이거나 강도가 낮은 요구 및 스트레스 사건(예: 사별, 실직, 이혼, 건강문제, 경제문제, 목표달성의 실패/좌절) - 자신과 연관된 사건이 아닌 사회적 사건도 촉발요인이 될 수 있음(예, 세월호, 9.11) - 신체질환과 간접적으로 연관되어 발생 가능(생물학적 요인에 의해 유발된 경우는 제외함)	<b>촉발/위험요인</b> - 환경으로부터의 만성적이거나 강도가 높은(심각한) 요구 및 스트레스 사건 - 생물학적 요인
<b>양상</b> ① 신체생리적 측면 - 식욕저하와 불면이 약하게 관찰됨. 외견상 표정이나 활력, 어투 등에서 평상시와 다른 모습 관찰됨. 입맛의 감소, 수면문제 등 스트레스성 반응과 신체적 불편감을 보임 ② 정서 - 다양한 부정적 감정으로 인하여 심리적으로 괴롭고 불편감을 경험함. 슬픔, 낙담, 실망, 분노 등 기분증상이 주를 이룸. 그러나 만성적이지 않고 산발적이며 비일관적임. 동시에 기분반응성 나타남. 즉 긍정적 기분을 경험할 수 있는 능력이 유지되며, 우울한 기분이 생활 전반을 점철하지 못함	<b>양상</b> ① 신체생리적 측면 - 식욕변화, 수면변화, 체중변화, 호르몬 변화 등이 일어나남. 두통, 근육통, 팔다리가 무거움, 손발이 저림, 숨쉬기가 곤란함 등 다양한 신체적 증상을 호소함 ② 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

표 1. 일상우울과 역기능 우울에 연관된 특성 집합

(계속)

일상우울	역기능 우울
<ul style="list-style-type: none"> <li>③ 흥미와 동기 - 평상시에 비해 흥미/동기가 저하됨.</li> <li>④ 인지 - 뚜렷한 인지왜곡은 없고, 죄의식이나 무가치감은 두드러지지 않음</li> <li>⑤ 행동 - 정신운동성의 지연이 약하게 관찰될 수 있음</li> <li>⑥ 자아 - 전반적이고 심각한 자아의 손상은 나타나지 않고 약하게 관찰됨. 자신의 대처능력에 대한 의구심을 보임</li> <li>⑦ 자살 - 자살사고나 자살시도 또한 보이지 않음</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>③ 흥미와 동기 - 무의욕, 무기력, 무흥미를 보임. 쉽게 동기화되지 않음(만사 귀찮음)</li> <li>④ 인지 - 회의적/비관적/부정적 사고가 팽배하며 인지왜곡을 보임. 내적통제소재 약화/상실. 인지기능(집중력, 기억력 등)의 저하/손상을 보임</li> <li>⑤ 행동 - 둔화된 행동, 사회적 철수 등을 보임</li> <li>⑥ 대인관계 - 대인관계 어려움을 보임</li> <li>⑦ 자살 - 자살사고, 자살계획, 자살충동, 자살시도가 나타남</li> </ul>
⇒ 주로 약한 우울감 수준이고 드물게는 심한 우울감을 나타내기도 함	⇒ 다양한 심각한 우울 증상이 나타남
<p><b>기능수준</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 직장, 학교, 가정생활 등에서 뚜렷한 기능손상은 나타나지 않음</li> <li>- 일상생활 영위 가능하나, 피로감, 기력 저하, 집중력 약화, 작업능력의 저하로 잠재력(기본능력)을 충분히 발휘하지는 못함</li> <li>- 일시적으로 높은 수준의 기능 장애를 보일 수 있음</li> </ul>	<p><b>기능수준</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 직장, 학교, 가정생활 등에서 상당한 기능 손상이 나타남</li> <li>- 스스로 일상생활을 영위하기 어려우며, 주위의 도움을 필요로 함</li> </ul>
<p><b>지속기간</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 일반적으로 1주일 이내이며, 1~2일 정도로 길지 않은 경우가 많음</li> <li>- 우울상태가 경우에 따라서는 1개월 이상도 가능하나, 기분변동성이 존재함</li> </ul>	<p><b>지속기간</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 일반적으로 1주일 이상의 만성적인 증상 지속</li> <li>- 기분변동성 없이 우울상태 지속됨</li> </ul>
<p><b>회복가능성</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 전문적 치료 없이도 비교적 쉽게 회복됨</li> <li>- 본인의 노력(주의전환, 운동 등)이나 주위 사람들의 관심과 배려, 격려로 상당 부분 회복됨</li> <li>- 환경의 개선, 스트레스 사건의 종결로 증상이 완화됨</li> <li>- 증상 회복을 통해 현실 적응력이 증대되고 성장함</li> </ul>	<p><b>회복가능성</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 심리치료, 약물치료, 입원치료 등 전문적 치료가 선행되어야 함. 스스로 회복하기 어려움.</li> <li>- 개인의 노력이나 사회적 지지가 부가적인 도움이 됨</li> <li>- 환경의 개선, 스트레스 사건(당면과제나 문제)이 종결된 이후에도 쉽게 완화되지 않을 수 있음</li> <li>- 뚜렷한 이유 없이도 재발이 잘 일어남</li> </ul>

매일 지속적으로 나타나기보다는 다양한 변동  
을 보이고 긍정 정서를 경험할 수 있는 능력  
은 유지된다. 뚜렷한 인지 왜곡은 없으며 자살  
사고를 유발하는 경우는 드물다. 또한 신체적  
측면에서 체중이나 수면양상에서 급격한 변화  
를 경험하지는 않는다. 개인의 주관적 불편감  
이 커지면서 전문가의 도움을 찾게 되면 역기  
능 우울의 초기 즉, 준임상 우울일 수도 있고  
급격히 진행되면 임상우울이 될 수도 있다.

흐린 집합(fuzzy set)의 관점(Rosch, 1973, 1983)  
에서 우울을 범주화하자면 원형적 특성들의  
집합을 제시해야 한다. 임상우울을 역기능 우  
울에 대비되는 관점에서 보고자, 임상우울과  
역기능 우울을 대비하여 원형과 그에 대한 다  
양한 특성집합을 표 1에 제시하였다. 역기능  
우울 내에서는 원형인 우울증(이민수, 2013)  
에 대하여 DSM의 기준(American Psychiatric  
Association, 2013)이 있고 그에 못 미치는 경우  
를 준임상 수준(김종남, 최승원, 이순묵, 최민  
경, 2016)으로 이해할 수 있다. 임상우울을 포  
합하는 역기능 우울의 특성들에 대해서는 기  
존의 문헌들이 많이 있으나, 임상우울에 대해  
서는 그런 수준의 연구가 되어 있지 않으므로  
다양한 원천(Carlson & Hatfield, 1992; Marsella  
& Yamada, 2007; Nettle, 2004; Wikipedia, 2014)  
으로부터 아이디어를 수집하고 저자들 간의  
수차례 회의와 역기능 우울에 대비한 관점  
에서의 사고를 통해서 표 1을 작성하였다. 표 1  
에는 임상우울과 역기능 우울의 원형인 ‘울적  
함과 ‘우울증에 대하여 크게 6가지로 나누어  
특성들을 제시하였다. 각 우울의 특성들은 해  
당 우울의 원형에서 전형적으로 관찰되며, 다  
른 우울에서도 관찰될 수 있는 확률이 높지는  
않으나 0은 아니다. 그런 의미에서 이런 접근  
은 Rosch가 제시하는 흐린 집합에 의한 범주

화라 할 수 있다.

다음으로 임상우울이 현재의 임상적 우울연  
구 체계 속에 어떻게 내재되어 있는가를 살펴  
보았다. 그 결과, 임상우울은 이미 암묵적으로  
수용되고 있는 개념인 것을 알 수 있었다.

BDI(Beck, Steer, & Brown, 1996)의 차  
원에서 추론되는 임상우울

현재 우울에 대한 1차 선별도구로 가장 널  
리 사용되는 BDI-II 역시 우울의 연속선상에서  
범주화를 시도하고 있다. 즉, 0-13점이 최소  
범위(minimal), 14-19점이 경도 수준(mild), 20-28  
점이 중등도 수준(moderate), 29-63점이 고도 수  
준(severe)인 것으로 제시하고 있는데, 14-19점  
사이의 경도 수준에 있는 집단이 임상우울의  
원형인 울적함을 경험할 것이다. 전체 21문항  
(0, 1, 2, 3 척도체계)에서 19점 이하가 되려면  
대부분의 문항에서 1(통상적인 경우에 비해  
변화 감지) 그리고 일부 문항에서 0(증상이 없  
다)으로 응답하는 경우이다. 문항들 간에 정적  
상관이 있어서, 어떤 응답자가 대체로 문항  
에서 1이하의 수준인데, 어느 한 문항에서 극  
도로 높은 수준이 되는 것이 확률적으로 0은  
아니지만 드문 일이다. 즉, BDI의 개념적 범주  
(Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979)인 신체생리,  
행동, 인지, 정서, 동기 및 인지왜곡에서 통상  
보다 부정 방향으로의 변화가 감지되는 수준  
이 ‘임상우울’이라 할 수 있다.

DSM에서의 우울개념에 내재하는 임상우울

미국정신의학회의 정신장애 진단용 기준서  
인 DSM에서는 우울의 영역(domain)에 대한 차  
원적 접근을 잘 제시하고 있다(APA, 2013,

pp.735-748 참조). 즉, 우울을 측정하는 수준1, 수준2 도구 모두에서, 우울의 정도를 없거나 미약한 수준에서 시작하여 심각한 수준에 이르기까지 하나의 연속선상에서 분류하고 있으며, 우울개념이 하나의 연속선상에서 양화될 수 있는 차원적 개념임을 보여주고 있다. 특히 미약한 우울이나 경도우울이 일상우울로 시사된다.

DSM-5의 성인 우울 자가평정용 수준1 도구(Adult DSM-5 self-rated level 1 cross-cutting symptom measure)를 보면 아래와 같다.

지난 2주 동안에 다음 문제로 얼마나(또는 얼마나 자주) 힘들었습니까?

- ① 흥미 또는 즐거움 상실(Little interest or pleasure in doing things)
- ② 기분저하, 우울, 또는 절망감(Feeling down, depressed, or hopeless)

측정체계는 0=전혀 아니다 [None(not at all)], 1=드물게 [Slight(rare, less than a day or two)], 2=경도 [Mild(several days)], 3=중등도 [Moderate(More than half the days)], 4=심도 [Severe(Nearly every day)]로 되어 있다. 여기서 경도(Mild) 또는 그보다 높은 점수이면 수준2 도구 사용을 권한다.

DSM-5의 성인 우울 자가평정용 수준2 도구(Adult DSM-5 level 2 cross-cutting symptom measure)는 [www.psychiatry.org/dsm5](http://www.psychiatry.org/dsm5)에 공개되어 있다. 8개 문항(무가치감/무기대감/무력감/슬픔/실패감/우울/불행감/절망감)으로 된 이 척도의 측정체계 및 채점기준은 다음과 같다. 즉, 5점 척도(1=결코 아니다; 2=드물게; 3=가끔; 4=자주; 5=항상)이고, 총점의 범위는 8~40점이며 T점수(평균 50, 표준편차 10)로 환산된다.

여기서 T점수가 55점 미만이면 우울이 없거나 미약한 우울(None to slight), 55.0~59.9점이면 경도 우울(Mild), 60.0~69.9점이면 중등도 우울(Moderate), 70 이상이면 심도 우울(Severe)로 간주된다.

수준1과 수준2 도구를 비교해 보면, 우선 2개 문항으로 구성된 수준1 도구에서 경도 수준(Mild)부터는 수준2 도구를 사용해서 재검토를 하도록 되어 있다. 이것을 DSM-5의 우울증 진단기준과 비교하면 일상우울의 범주가 보다 확연히 드러난다. 우선 DSM-5의 우울장애들 가운데 주요우울장애로 진단하려면 진단기준 A에서 9개 항목 가운데 1번과 2번 중 적어도 하나를 반드시 포함해서 최소 5개를 충족시키고, 진단기준 B에서 이들 증상으로 인해 사회/직업/기타 장면에서 **임상적으로 유의한 고통**이 있어야 한다. 진단기준 A의 1번 준거는 **‘거의 매일, 하루의 대부분’** 우울기분이 있어야 하고, 2번 준거는 **‘거의 매일, 하루의 대부분’** 감소된 흥미/즐거움이 있어야 한다. 따라서 주요 우울장애로 진단되는 정도는 **거의 매일** (Nearly everyday)이라는 점에서 수준1 도구에서의 심도수준 [Severe (nearly every day)]에 해당하고, 임상적으로 유의한 고통이 있어야 하므로 수준2 도구에서도 심도우울(Severe)로 진단)에 해당되며 이 글에서의 용어로는 임상우울이 될 것이다.

지속적 우울장애(Persistent Depressive Disorder)의 경우 ‘우울하지 않은 날보다 우울한 날이 더 많아야 하며, 하루 대부분 동안 우울기분으로 정의되므로 수준1의 척도 표시에서 중등도 [Moderate(more than half the days)] 이상에 해당되고, 수준2 척도에서도 중등도 우울(‘Moderate’로 진단) 이상에 해당된다.

DSM-5의 우울장애에서 더 낮은 수준의 우

울에 대해서는 기술하지 않는다. 그렇다면 미약한 우울이나 경도 우울이 DSM에서 암묵적으로 인식되는 일상우울이 될 것이다. 즉, 동기저하(흥미감소), 정서적 위축(즐거움 상실, 기분저하, 슬픔, 우울, 불행감), 인지적 위축(무기대, 실패감, 무가치, 허무), 행동적 기력상실(무력감) 등이 낮은 수준에서 감지되는 수준이 일상우울의 영역이 될 것이다.

DSM의 우울준거에서 추정되는 신체 변화와 일상우울

다양하게 감지되는 신체적 증상(한국인의 우울증에서 자주 언급, 이민수, 2013)은 DSM-5에서도 임상적 우울의 주요 증상으로 포함되어 있다. 한편 우울기분의 연속선상에서 신체적 증상 또는 변화를 볼 때 역시 낮은 수준에서 높은 수준까지 다양한 정도가 있을 것이고,

표 2. 일상우울의 개념과 대표문항

구분 <sup>a</sup>	개념	문항 예
1. DSM-5의 우울개념에 내재하는 일상우울	드물게 또는 가끔 경험하는 동기저하(흥미감소), 정서적 위축(즐거움 상실, 기분저하, 슬픔, 우울, 불행감), 인지적 위축(무기대, 실패감, 무가치, 허무), 행동적 위축(무기력), 신체변화	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 나를 슬프게 하는 일들이 (가끔) 있다</li> <li>• 나를 가치 없게 만드는 일들이 (가끔) 있다</li> <li>• 기력, 식욕, 수면, 체중의 변화</li> </ul>
2. BDI-II의 차원에서 추천되는 일상우울	슬픔, 흥미상실, 즐거움 상실, 기력상실, 우유부단 [DSM-5에 내재하는 내용과 유사]	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 나는 하고 있는 일에 흥미를 상실하는 때가 (가끔) 있다</li> <li>• 나는 (가끔씩) 일에 대한 의사결정을 하지 못할 때가 있다</li> </ul>
3. 긍정/부정 정서 (Watson, Clark, 및 Telgen, 1988)	긍정 정서 부정 정서 (위 1에서 반영-슬픔, 우울, 불행감)+외로움 <sup>b</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 지난 일주일 동안 흥미진진한 느낌을 가진 정도</li> <li>• 쓸쓸한 기분이다</li> </ul>
4. 긍정적 사고(Ingram & Wisnicki, 1988)	긍정적 일상기능 긍정적 자기평가 자기에 대한 타인의 평가 미래에 대한 긍정적 기대	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 나는 요즈음 기분이 편안하다</li> <li>• 나의 인생은 점점 나아지고 있다</li> <li>• 나를 지지해주는 친구들이 많다</li> <li>• 나는 잘 될 것이다</li> </ul>
5. 부정 사고	위 1에서 반영(무가치, 무기대, 실패감)	
6. 임상우울과 차별화	척도 제작 시, 정도(severity)가 중등도보다 약함 지속기간(duration)이 더 짧음	

<sup>a</sup> 3, 4, 5항은 이 글의 뒷부분인 '우울 개념화에서 정적·부적 개념의 균형'의 장에 근거하였음

<sup>b</sup> '외로움'은 이 글의 뒷부분인 '역기능 우울의 개념화'의 장에서 'BDI에는 없으나 다른 선별도구에서 평가되는 우울개념'의 절에서 일상우울 관련 정서로 논의되었음

일상우울의 범주에도 약한 또는 감지되기 시작하는 수준의 식욕, 수면, 체중, 기타 증상(소화불량, 통증, 몸이 부은 느낌, 탈모)의 변화를 생각해볼 수 있다. DSM의 우울준거에서도 신체변화를 포함하므로, 우울 연속선의 낮은 영역을 포괄하는 일상우울에서도 낮은 정도의 신체증상 또는 변화를 관찰하게 될 것임을 추론할 수 있다.

이상에서의 논의에 기초해서 표 2의 1항과 2항에 DSM-5의 우울개념에 내재하는 일상우울과 BDI-II의 차원에서 추론되는 일상우울의 개념들을 정리하였다.

### 역기능 우울의 개념화

역기능 우울(dysfunctional depression)의 영역인 준임상 우울과 임상우울 가운데 DSM에서는 후자를 중심으로 정의가 되어 있으므로 우선 임상우울 중심으로 기존의 개념을 고찰하는 가운데 준임상 우울을 포함한 역기능 우울의 개념화를 시도하였다. 그리고 DSM을 최대한 반영하는 선별도구로서 널리 알려진 BDI-II를 재분석하여 최근에 도출된 활성화(activation) 차원(Bühler, Keller, & Läge, 2014)을 역기능 우울연구의 범위에 포함하였다. 또한 DSM과 BDI에 반영되어 있지는 않으나 다른 선별도구들에서 발견되는 문항들에 참조하여 역기능 우울의 개념화를 보완하였다.

#### DSM에서의 임상우울 개념

임상적 우울은 일상우울과 달리 우울장애 또는 우울증으로 불린다. 미국정신의학회에서 의 정신장애 진단 기준서인 DSM-5의 우울장

애(APA, 2013, pp.155-188) 부분에서 제시하는 내용이 임상적 우울을 대표한다고 볼 수 있다. 또한 DSM을 최대한 반영하는 관점에서 개발된 BDI에서 제시하는 6개의 개념 범주(Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979)가 DSM의 우울준거들에 대한 개념화의 출발이 될 수 있다. 신체생리, 행동, 인지, 기분조절, 동기, 인지왜곡.

본 연구는 역기능 우울의 전형적 부분에 대한 개념화를 목표로 하므로 DSM-5의 우울장애 중 파괴적 기분조절장애(7-18세 집단과 유사한 연령에 제한)는 제외하고 주요우울장애, 지속적 우울장애, 월경전 불쾌감 장애, 물질/약물 유도 우울장애, 다른 의학 상태에 따른 우울장애에 걸쳐서 제시된 16개의 증상들이(표 3 참조) 전형적으로 임상적 우울을 묘사하는 것으로 파악하였고, 일부 우울장애 세부명시자(불안증, 멜랑콜리아 양상, 비전형적 양상)의 내용도 고려하여 5개 증상을 추가하였다. 우울장애 세부명시자(specifier) 중 혼재된 양상, 정신병적 양상, 긴장증, 출산기 발병, 계절성 패턴은 보다 특수한 우울장애에만 해당되는 것으로 판단하여 제외하였다.

DSM에서는 이들 증상들을 잘 열거하고 있으나 행동과학적 관점에서 이해하기 쉬운 차원적 제시는 없다. 이들 준거에 대한 차원적 이해는 오히려 선별척도인 BDI(Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979)에서 6개의 개념 범주로 잘 제시되고 있다(표 4의 1항 참조). 따라서 역기능 우울의 개념화를 위해 BDI의 개념들을 중심으로 하고 보완될 필요가 있는 개념들을 추가하는 방향으로 하였다. 표 3의 1번 준거에서 21번 준거까지를 보면 대체로 BDI-II의 개념 범주에 잘 반영되어 있으나 일부는 그렇지 않으므로 앞으로의 역기능 우울 개념화에 포함될 필요가 있다(표 4의 2항 참조). 예로서,

표 3. DSM-5에서 제시된 임상우울의 준거

우울장애 진단기준	
1.	거의 매일 하루의 대부분동안 우울한 기분(depressed mood)(아동, 청소년에게는 짜증나는 기분)
2.	거의 매일 현저하게 감소된 흥미나 즐거움(markedly diminished interest or pleasure)
3.	상당한 체중감소 또는 체중 증가(1달 내 체중의 5% 이상 변화), 거의 매일 식욕 감소 또는 증가
4.	거의 매일 불면증 혹은 과다수면(insomnia or hypersomnia)
5.	거의 매일 정신운동성 초조(고조) 혹은 지체(psychomotor agitation or retardation)
6.	거의 매일 피로감 혹은 기력 상실(fatigue or loss of energy)
7.	거의 매일 무가치감이나 과도한 혹은 부적절한 죄책감(feelings of worthlessness or excessive or inappropriate guilt)
8.	거의 매일 사고능력이나 집중력의 저하 혹은 우유부단함(diminished ability to think or concentrate, or indecisiveness)
9.	죽음에 대한 반복적인 생각, 반복적인 자살사고나 자살시도, 자살계획(recurrent thoughts of death, recurrent suicidal ideation, suicide attempt, suicide plan)
10.	낮은 자존감
11.	절망감
12.	(월경 전) 현저한 기분 불안정(marked affective lability)
13.	(월경 전) 현저한 과민성 또는 분노 또는 증가된 대인 갈등
14.	(월경 전) 현저한 불안, 긴장, 신경이 날카롭고 예민해진 느낌(keyed up or on edge)
15.	압도된 느낌 혹은 통제상실감
16.	가슴통증 혹은 중기, 관절통 혹은 근육통, 부은 느낌 또는 체중증가와 같은 신체 증상
우울장애 명시자에서 추가된 내용	
17.	두려운 일이 일어날 것에 대한 공포(불안증)
18.	즐거운 자극에 대한 반응 결여(멜랑콜리아 양상)
19.	오전에 악화되는 우울감(멜랑콜리아 양상)
20.	연마비(팔이나 다리의 무거운 느낌; 비전형적 양상)
21.	오래 지속되는 대인관계 거절민감성 패턴(비전형적 양상)

15번(통제상실감), 16번(가슴통증, 근육통, 부은 느낌과 같은 신체증상), 20번(연마비) 준거는 그 동안 BDI는 물론 다른 선별용 척도들에 반영된 적이 없다. 예외적으로 한국우울증 척도(이민수, 이민규, 2003)에서만 두통이나 가슴답답함, 오한, 열이 치밀 등의 신체증상을 측정하고 있다. 또한 17번(공포) 준거는 한국우울증척도에 포함되어 있으나 BDI를 포함한 대부

분의 척도에는 포함되어 있지 않다. 21번(대인관계 거절민감성)과 관련하여 CES-D에는 대인관계에 대한 문항이 있으나, 다른 척도에서는 찾아볼 수 없다. 이상의 내용들은 새로운 역기능 우울의 개념화에 따른 선별용 척도개발 시 기본척도 또는 병렬적 척도(하위모듈)를 위한 개념화에 포함될 수 있을 것이다(척도화를 위한 제안의 장에서 기술).

표 4. 역기능 우울의 확대개념화

구분	개념	대표 핵심어 또는 문항
<b>&lt;기존 개념&gt;</b>		
1. BDI의 6개 범주	신체생리(Bühler, Keller, 및 Läge(2014)가 활성화 차원으로 확대) 행동 인지 기분조절 동기(동기적 결핍) 인지왜곡	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 식욕저하, 수면부족, 성에 대한 흥미</li> <li>• 초조, 짜증, 피로, 기력상실</li> <li>• 집중곤란, 흥미상실</li> <li>• 슬픔, 즐거움 상실, 우유부단</li> <li>• 비관주의, 자살사고</li> <li>• 죄의식, 자기비판, 무가치감</li> </ul>
2. DSM의 21개 준거(이 글의 표 3 참조) 중 척도에 반영 안 된 개념	통제상실감 통증 및 체중관련 신체증상	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 내가 마음대로 할 수 있는 일이 없다</li> <li>• 가슴통증/근육통/부은 느낌, 체중변화</li> </ul>
3. BDI-II 재분석에서의 활성화 차원(Bühler, Keller, & Läge(2014))	저각성, 고각성뿐만 아니라 과대각성(분노, 공포, 불안)도 평가 필요	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 공감 부족, 과민한 기분</li> <li>• 무서워함, 심한 공포</li> <li>• 불안이 멈추지 않음</li> </ul>
4. BDI에는 없으나 다른 선별척도들에 있는 개념	허무감 두려움	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 문화적 개념화에서 기술</li> <li>• 활성화 차원에서 기술하였음</li> </ul>
5. 추가되는 차원	대인관계문제	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 대인관계가 어렵다</li> <li>• 다른 사람들의 말에 쉽게 마음이 상한다</li> </ul>
<b>&lt;문화적 개념화&gt;</b>		
6. 다양한 신체적 증상	한국문화에서의 신체화 경향	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 두통</li> <li>• 가슴 답답</li> <li>• 식은 땀</li> <li>• 입안이 마름</li> </ul>
7. '화'가 수반되는 우울	과대각성	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 가슴/얼굴에 열기</li> <li>• 소화불량</li> <li>• 부들부들 떨림</li> <li>• 가슴 속 덩어리 뭉침</li> </ul>
8. 인생 허무감이 있는 우울	부적 사고의 극단	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 인생이 허무하고 의미 없다</li> <li>• 인생에서 실패했다</li> </ul>
9. 수치심	최근에는 서구에서도 연구가 되고 있으나 한국문화에서 부각되는 개념	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 나는 남보다 못하다</li> <li>• 남들에게 내 모습을 보이고 싶지 않다</li> <li>• 심한 말을 들으면 수치스럽다는 생각이 든다</li> <li>• 우울을 드러내는 것은 수치스러운 일이다(남성)</li> </ul>

### BDI-II 재분석에서 관찰된 활성화 차원

Bühler 등(2012)의 다차원 척도법에 의한 BDI-II 분석 결과에서는 인지요인과 신체화 요인 외에 불안정 구조를 보이는 정동(affective) 요인보다는 '활성화(activation)' 요인에 관련된 해석을 제안하였다. 활성화 차원에 대한 발상은, 많은 요인분석적 선행연구들에서 정동(affective) 차원이 독립적으로 하나의 차원으로 제시된 적이 거의 없고(예외: Buckley, Parker, & Heggie, 2001에서 인지, 정동, 신체화의 3요인 제시) 대체로 인지요인과 함께 제시되거나(예: Beck, Steer, & Brown, 1996의 학생표본; Brouwer, Meijer, & Zevalkink, 2013의 모형D; Dozois, Dobson, & Ahnberg, 1998; Osman, Kopper, Barrios, Gutierrez, & Bagge, 2004), 신체화 요인과 함께 제시되어(예: Arnau, Meagher, Norris, & Bramson, 2001; Beck, Steer, & Brown, 1996의 임상표본; Keller, Hautzinger, & Kühner, 2008; Steer, Ball, Ranieri, & Beck, 1999) 불안정한 요인으로 판단된 것에 착안한 것이다.

이 활성화 차원은 Cohen(2007)이 BDI-II(Beck, et. al., 1996) 자료에 다차원 척도법을 적용시켜 밝혀낸 각성(arousal) 차원을 확장시킨 것이다. 그런데 이미 오래 전에 Kraepelin(1904, 1968)이 우울의 특징으로 '저각성(low arousal)'을 제시한 바 있고 Hamilton(1960), Klein과 Davis(1969)도 지체된(retarded) 우울, 초조한(agitated) 우울을 제시하면서 '저각성'을 세분화하였는데, 이것이 Bühler 등(2012)이 활성화 차원을 개념화하는데 기초가 되었다. Shorter (2007)에서도 우울의 하위 유형에 활성화를 포함시켰다. 최근에 출간된 DSM-5(APA, 2013)에서도 몇 가지 진단 준거들이 활성화에 대한 부분으로 보인다. 예로서, 본 연구에서 정리한 표 3의 짜증나는

기분(1번), 정신운동성 초조(5번), 자살사고나 시도(9번) 및 (월경 전) 현저한 과민성, 분노(13번), 또는 공포(17번)가 있다. 따라서 '활성화'를 우울의 양상을 나타내는 개념으로 가설화할 수 있다. 통상 우울이라고 하면 기분이나 행동이 늘어지는(retarded) 경우가 강조되지만 반대로 초조 또는 고조되는(agitation) 경우도 생각할 수 있으므로 Bühler 등(2014)은 저각성과 상대적 고각성을 통합하여 활성화 요인을 BDI-II에 내재하는 하나의 요인으로 파악한 것이다.

현재의 척도들로서는 환자가 저각성의 정도가 클 때만이 분명하게 우울증으로 판단가능하다. 따라서 고각성 내지 과대각성을 깊이 있게 평가하는 활성화 차원이 추가되고 척도화 되어야 전형적인 우울증과 과대각성이 있는 우울증을 구분할 수 있을 것이다. 임상우울을 포함한 역기능 우울 연구에서 각성 또는 활성화를 세분화하여 저각성(hypo-arousal), 고각성(hyper-arousal), 그리고 과대각성(excessive-arousal)으로 나눈다면(표 4의 3항) 우울 척도들에서 측정되는 지체된(retarded) 각성은 저각성이고, 초조한/고조된(agitated) 각성은 고각성이며, 전형적 불안증에서의 높은 공포감이나 한국인의 환병에서 관찰되는 높은 분노는 과대각성이라고 할 수 있다.

BDI에는 없으나 다른 선별도구에서 평가되는 우울개념

BDI-II에 비해 비교적 오래된 우울 선별 척도인 Zung(1965)의 자가평정 우울척도(SDS: Self-rating Depression Scale), Radloff(1977)의 역학연구용 우울척도(CES-D: Center for Epidemiological Studies Depression Scale), 1973년

에 나온 1판의 개정판인 Derogatis(1994)의 간이 정신진단검사의 우울척도(SCL-D)를 검토해 보면 BDI-II에는 없는 예외적 문항들을 다음과 같이 찾아볼 수가 있다(괄호 안은 해당 척도 내 문항번호임). SDS에는 이성과 이야기하고 함께 있기를 좋아한다(6), 변비가 있다(8), 심장이 두근거린다(9)와 같은 문항이 있다. CES-D에서는, 생활이 즐거웠다(16), 다른 사람들만큼 능력이 있다고 느꼈다(4), 두려움을 느꼈다(10), 사람들이 나를 싫어하는 것 같았다(19)의 문항이 있다. 끝으로 SCL-D에서는 외롭다(29), 허무한 느낌이 든다(79)와 같은 문항이 있다. 이들 예외적 문항들을 종합해 보면, 허무감, 효능감 저하, 대인관계 어려움, 두려움, 외로움, 변비, 심장 두근거림, 이성에 대한 흥미로 볼 수 있다. 이 중에서 이성에 대한 흥미는 '성에 대한 흥미'(예: BDI-II의 21번, SDS의 6번, SCL-D의 5번)와 일관성 있는 내용으로 파악된다.

허무감과 효능감 저하는 임상우울의 내용이 되는 인지왜곡(자기, 세상, 미래에 대한 왜곡) 가운데 자신에 대한 부정적 사고에 추가될 수 있는 내용이다. 특히 한국 문화에서 허무감이 자주 언급되고 SCL뿐만 아니라 한국우울증척도(이민수, 이민규, 2003)에도 관련 문항들이 포함되어 있어 '우울의 문화적 개념화'의 장에서 서술하는 세부 차원으로 개념화되었다(표 4의 8항). 두려움(공포)은 Bühler 등(2014)이 제시하는 활성화 차원에서의 고각성 내지 과각성의 방향으로 개념화되었다(표 4의 3항).

한편 외로움은 DSM에는 우울증상으로 포함되어 있지 않으나, 일반인 대상 역학연구용의 CES-D와 일반인을 표준집단으로 작성된 SCL-D에는 포함되어 있어 외로움을 일상우울 장면에서의 개념화에 포함하였다(표 2의 3항). 변비나 심장 두근거림은 한국우울증척도(이민수,

이민규, 2003)에서도 언급이 없을 정도이므로 본 연구의 개념화에서 제외되었다.

#### 우울증과 관계 있는 것으로 밝혀진 대인관계 차원

대인관계의 기술 결함이 우울증과 연관된다는 것은 주지의 사실이며, 우울증 연구에서 가장 일관성 있게 밝혀진 결과 중 하나이다 (Joiner & Coyne, 1999). Petty, Sachs-Ericsson과 Joiner Jr.(2004)에 따르면, 우울증과 대인관계 기술 부족의 관계성을 설명하기 위한 다양한 이론이 있다. 그 중 '상처' 가설('scar hypothesis)에서는 우울삽화 경험이 심리적/대인관계적 상처를 남겨서 이후 우울장애 경과에 영향을 미친다고 설명한다. 반면 대인관계 기술 부족이 우울증 발병 이전부터 존재하며 병전 취약성 요인으로 작용한다는 주장도 있으며, 또 다른 관점으로 대인관계 기술부족이나 대인관계 어려움이 우울환자의 취약성이나 안정된 특성이라기보다는 우울장애의 일시적인 증상이며 결과로 보아야 한다는 주장도 있다. 이렇듯 대인관계 문제와 우울증 간의 관계를 설명하기 위해 각기 다른 이론이 존재하나, 대인관계 문제와 우울장애가 밀접한 관계에 있음은 분명하다.

Cheung과 Power(2012) 또한 다차원적인 우울 평가척도를 개발하기 위한 연구에서 대인관계의 중요성을 강조하고 있다. 이들은 우울 증상이 네 가지 주요 영역에 걸쳐서 발생한다고 보고, 정서, 인지, 신체, 대인관계 영역을 포함하는 우울척도를 개발하였다. 즉 이미 오래 전부터 밝혀진 우울한 사람들의 대인관계 특성을 우울척도에 포함시킨 것인데, 우울한 사람들은 친밀한 친구가 적고(Brim, Witcoff &

Wetzel, 1982), 사회적 접촉이 적고 대인관계에서 여러 문제를 보이기 때문이다(Youngren & Lewinsohn, 1980). 이러한 우울환자의 여러 대인관계 문제가 밝혀졌음에도 불구하고 BDI나 한국우울증 척도, 병원불안우울 척도(HADS), 해밀톤 우울평정척도(HAMD), 환자건강질문지(PHQ-9)와 DSM-5에서는 대인관계 차원을 측정하지 않고 있다. 그런 가운데, DSM-5(APA, 2013)에서 우울장애 명시자 중 비전형적 양상(atypical features)의 진단기준 B항목의 4번에서, ‘인간관계에 있어서 오랫동안 지속되는 거절민감성이 심각한 사회적 또는 직업적 손상을 초래한다’는 내용이 포함되어 있음에 주목할 필요가 있다. 따라서 역기능 우울의 전체적인 양상을 파악하려면 대인관계 차원이 개념화 및 척도화에 추가되어야 한다(표 4의 5항).

#### 준임상 우울

간단히 보자면 우울의 불편감이 높아지면서 전문가의 도움을 구하게 되는 시점이 준임상 우울이고, 진단기준을 충족시켜 우울장애로 진단받는 경우 임상우울의 범주로 볼 수 있다. 역기능 우울이 시작하는 수준인 준임상 우울은 심화 수준인 임상우울과 차별이 되어야 하고, 한편 역기능 우울의 초기단계라는 측면에서 일상우울과도 차별이 되어야 한다. DSM-5(APA, 2013)에서 준임상 우울에 해당되는 내용

을 찾아보면, 달리 명시된 우울장애가 이에 해당될 수 있다. 즉 우울장애의 기준을 모두 충족시키지는 못하나 임상적으로 유의한 고통이나 손상을 초래하는 상태로, 이에 반복성 단기 우울증, 단기우울삽화, 불충분한 증상을 동반하는 우울삽화가 포함된다.

김종남, 최승원, 이순목, 최민경(2016)에서는 준임상우울의 핵심적 특성들을 표 5와 같이 제시하였다. 표 5에서와 같이 준임상 우울이 일상우울 및 임상우울과 구분되는 측면은 그림 1에 있는 우울의 연속선상에서 흐린 집합에 의한 범주화로 이해할 수 있다.

### 우울의 문화적 개념화

일상우울은 아직 문화적 개념화를 논의할 정도로 개념화가 성숙된 영역이 아니므로, 여기서는 임상우울 즉, 우울증의 문화적 개념화로 한정한다. 정신병리에 관한 참조체계는 보편적이 아니고 상대적 내지 절충적이므로(채정민, 2014) 문화반영적 임상우울의 개념화가 필요하고 나아가서 우울증의 한국문화적 특성에 대한 개념화도 논의되어야 한다. 이미 DSM에서도 문화적 가설구성(cultural formulation)을 제시하면서 문화적 차이를 고려하는 것을 표방하고 있으며(American Psychiatric Association, 2013, pp.749-759), 미국의 참조체계는 미국의

표 5. 준임상 우울의 핵심적 특성 집합

- 
- 우울장애의 진단기준을 충족시키지 못함(임상우울과 구분)
  - 주호소 문제인 우울기분과 불행감의 자연스러운 감소 없음(일상우울과 구분)
  - 상당한 기능의 손상 또는 저하가 나타나나 간신히 일상생활을 유지함(임상우울과 구분)
  - 예방적 조기 개입이 필요(일상우울과 구분)
  - 약물처방이 필수는 아니나(임상우울과 구분), 약물처방이 가능함(일상우울과 구분)
-

문화적 증상으로 구성된 것임을 인지하고 있다. 따라서 동일한 환자를 놓고 특정 문화에서의 진단과 미국문화 기반의 DSM 기준에 따른 진단명이 다르다면, 그것은 진단용 참조체계가 문화 간에 상이한 때문일 수 있다. 중국 정신과 의사들이 진단한 100명의 신경쇠약 환자를 Kleinman(1980)이 중국 정신과 의사의 도움을 받아 면접했을 때는 93명이 우울장애에 해당하는 것으로 나타났다. 동일한 문제를 놓고 중국문화에서는 신경쇠약으로, Kleinman은 우울장애로 진단한 것이다. 그렇다면 한국문화에서 우울과 관련되어 많이 진단되는 울화병 또는 화병 환자의 일부가 서구적 관점에서는 우울증으로 진단될 것인가? 권호인, 김중우, 권정혜(2008)의 연구에서는 상당 부분 그러한 것으로 나타났다. 특정 문화에서의 누적된 경험과 진단 관행이 있음을 인식한다면, DSM의 우울 진단 준거에는 중국문화적 신경쇠약에 대한 평가가 충분하지 않았기 때문이고, 한국문화적 화병이라는 과대각성을 평가할 수 있는 준거가 없기 때문이라고 볼 수 있다. 따라서 한국문화에서의 우울증 참조체계를 정확히 이해하고 미국문화 기반인 DSM에서의 '우울증과 소통이 되는 한국 문화반영적인 세부적 개념화가 필요하다.

#### 한국문화에서의 우울증 참조체계

조선왕조실록에 나오는 전광증이 오늘날의 정신병이고 '울읍'이 오늘날의 우울이다(채정민, 2014). 울읍에 대한 기록은 세종때까지로 거슬러간다. 당시의 의학은 한의학이었으므로, 한국문화에서 이해하는 우울의 내용을 전통 한의학적 접근에서 찾아볼 수 있다. 즉, 한국문화에서 표상된 우울은 '심리적 불만이 축적

되어 울체(鬱滯)되어 제대로 통하지 못하다가 발생'하며, '심리적 측면과 신체적 측면이 서로 영향을 주면서 증세'로 나타난다고 할 수 있다(채정민, 2014, p.11). 이렇게 한국문화에서 구성된 우울의 참조체계는 심리적 불만을 중심으로 이루어졌으나, 서구의 참조체계는 유전 및 생물학적 측면과 환경으로부터의 안 좋은 경험에서 비롯된 심리적 취약성을 중심으로 우울성향을 설명한다(예: 김중남, 2014, 그림 1). 한국 문화에서 심리적 불만의 원인은 역시 환경(예: 윗사람과 관계, 불만 표시를 할 수 없는 상대방과의 관계)에서 찾을 수 있겠으나, 서구적 참조체계에서 우울성향을 설명하는데 중요한 위치를 차지하는 '유전 및 생물학적 측면'은 심리적 불만의 원인으로서 고려되지 않았다. 우울의 내용 역시 심리적 측면과 신체적 측면이 영향을 주는 증상으로 제시되었을 뿐이므로 심리적 측면과 신체적 측면에서 한국문화 특유의 상세한 내용이 어떻게 서구의 우울개념과 대응될 것인지는 한국문화반영적인 우울 연구에서 개념화의 대상이다.

한국 문화에서 독특하게 나타나는 울화병(화병)에서의 '울'은 우울증과 유사하나, 화병에서의 '화'는 고각성 내지 과대각성의 정서로서 우울증의 서구 참조체계에서는 진단 준거에 들어있지 않다. 따라서 서구 참조체계에서는 한국인의 심적 불만에 기인한 '울'만을 평가할 수 있다는 문제가 있고, 화병환자의 고각성/과대각성 개념은 평가에 포함되지 않아 화병 환자가 대체로 우울증으로 진단될 것이다. 권호인 등(2008)의 연구 결과는 이러한 어려움을 보여주었다. 권호인 등의 연구에 참여한 화병 환자의 70% 정도는 DSM의 우울장애와 기분부전 장애 진단기준을 충족시켰다.

한국문화에서의 화병, 우울에 따른 신체증상이나 심리적 특징들이 DSM의 참조체계만으로 온전히 평가될 수 없으므로, 한국 문화반영적 우울의 개념화에서는 다양한 신체증상, '화', 수치심, 및 허무감에 대한 개념화가 필요할 것이다(표 4의 '문화적 개념화' 참조).

#### 다양한 신체적 증상을 보이는 우울

몸과 마음을 이원적으로 보는 서양문화의 우울 배경에는 개인주의, 개인적 책임, 자기통제, 죄의식 등이 있어서 BDI에서도 신체생리적 증상(식욕문제, 수면문제, 성 흥미, 통증이나 다양한 신체적 불편감)보다는 인지왜곡이 제일 많은 비중을 차지하고 그 다음이 정서나 행동에 대한 문항들이다. 그러나 동양문화에서는 '신체와 마음이 일원적으로 이해되고 있으며, 슬픔의 정서보다는 신체증상을 특징으로 가진다'(Marsella & Yamada, 2007, pp.811-812). 동양문화를 구성하는 한국문화 역시 우울증상에서 신체화가 유난히 두드러진다(이민수, 2013). 서양문화의 우울증에서 신체화 개념(본 연구, 표 3의 16번)에는 포함되지 않는 두통, 가슴답답, 식은 땀, 오한, 온 몸에 열기, 입안이 마름 등이 한국문화에서 관찰된다(이민수, 이민규, 2003). 이 외에 복부 불편(채정민, 2014), 소화불량, 만성피로(김종남, 2014) 등이 관찰된다. 이들을 통괄해서 신체화 반응이라 할 수 있으나 이것은 보편론적(etic) 관점이고, 한국문화를 반영하는(emic) 개념화로서는 '다양한 신체증상'(김종남, 2014, 그림 2)이라고 해야 할 것이다. 이처럼 우울증상으로서 '다양한 신체증상'이 나타나게 되는 이유는 한국문화에서는 우울의 근원인 '심적 불만'을 개인이 공개적으로 언급하지 못하는 윤리적 전통 때

문으로 볼 수 있다. 즉, 언어표현을 하지 않고도 우회적으로 신체적 증상을 통해서 표현하는 것이다. 이러한 문화적 내용이 역기능 우울의 확대 개념화에 포함되어야 한다(표 4의 6항).

#### '화'가 수반되는 우울

한국문화에서는 화병처럼 억울과 분노로 과대각성된 정서상태와 우울이 혼동되는 경우가 많이 있다(권정혜 등, 2008; 권호인 등, 2008; 정선용 등, 2004). 이것은 DSM의 우울 참조체계에 억울이나 분노와 같은 과대각성이 포함되어 있지 않기 때문이다. 서양문화에서의 화가 적대감을 의미한다면 한국인이 화를 낼 때는 싸우자는 것이 아니라 '화해하자'는 뜻이 담겨있는 경우가 많다(최상진, 이요행, 1995, p.332). 한국인의 화는 화내기 그 자체보다는 화를 토로하는 것에 더 의미를 둔다. 따라서 화병은 이런 의미의 화를 풀어내기(토로)가 어려운 경우(예: 화를 유발한 상대가 경쟁상대, 이해가 상충하는 상대, 공적인 상사인 경우), 화를 참아야 하는 고통을 넘어 화의 통제능력이 약화되고 격한 흥분상태가 조성된 것으로 볼 수 있다(최상진, 이요행, 1995). 한국문화에서 이러한 화가 수반되는 우울을 화병이라고 한다. 그러나 한편 이러한 화가 토로되면 억울함과 분노가 해소되는 기능성을 발휘하게 되므로 한국문화에서는 토로하는 화가 잘 수용되고 발달하게 되었다. 물론 상대를 힐책할 심정으로 화를 내는 것은 토로가 아니고, 상대방과의 화해에 대한 기대를 가지고 토로되는 화일 때 기능성을 가진다.

Lin(1983)과 Lin 등(1992)의 연구에서 화병이 한국문화적 증후군이 아니라 동양문화권에서

두드러진 신체증상을 특징으로 하는 우울증의 한 형태라고 한 것은, 한국에서 환자들이 보이는 신체증상들이 동양문화권에 있는 다른 나라들에서 관찰되는 신체증상과 대동소이하다는 견해인데, 이것은 환병 특징의 일부만을 평가한 결과이다. Lin 등이 그런 견해를 가지게 된 것은 DSM-IV에서의 문화증상 목록에 포함된 환병의 정의에서 신체증상만을 포함하는데 원인이 있을 것이다. 또한 한국에서 사용되는 환병의 의미가 동양의 다른 문화(예: 중국)에서는 신체증상만을 가리키는 것일 수도 있다. 그러나 한국문화에서의 환병에서 과대각성을 특징으로 하는 측면은 문화 고유의 역기능 우울 개념화에 포함되어야 할 것이다(표 4의 7항). 실제로 권정혜 등(2008)이 개발한 환병 증상 척도의 15개 문항에서 과대각성을 나타내는 6개 문항(5번, 9번~13번)을 제외하면 대체로 DSM의 우울진단준거(표 3 참조) 즉 역기능 우울에 어느 정도 대응이 된다. 따라서 과대각성을 평가할 수 있다면 우울의 진단 앞에 “과대각성이 있는”이라는 세부적 명시자(specifier)를 추가하는 것이 가능할 것이다.

#### 수치심

문헌들에 의하면, 수치심과 죄책감은 우울과 강력하게 연관되어 있다고 보고되어 왔다. Bybee와 Quiles(1998)는 심한 우울증상을 보이는 집단에서 수치심을 통제했을 때에도 죄책감이 우울증상과 유의미한 상관이 있다고 보고하였는데, 이는 그만큼 수치심과 죄책감은 서로 공유하는 분산이 있다는 의미이다. 이러한 연구와 같은 맥락에서 수치심과 우울의 정적 상관관계를 밝힌 연구가 국내, 국외로 다수 축적되어 왔다(남기숙, 2008; Andrews, &

Hunter, 1997; Andrews, Qian, & Valentine, 2002). 반면 Power와 Tarsia(2007)의 연구에서는 수치심을 통제했을 때 죄책감은 우울증상에 유의미한 영향을 미치지 않는 것으로 나타났으며, 일부 연구자들은 수치심이 제거된 죄책감은 우울을 거의 1%도 설명하지 못함을 지적하면서 수치심의 독자적인 효과에 주목하고 있다(Fontaine, Luyten, De Boeck, & Corveleyn, 2001; Tangney, Wanger, & Gramzow, 1991). 이러한 연구들로 인해 수치심은 죄책감보다 우울과 관계가 있는 정서로 고려되고 있는 추세이다(Jorgensen et al., 2011). 또한 한국문화를 포함한 동양문화에서의 우울증상에는 죄책감이 잘 나타나지 않고 오히려 수치심이 더 잘 나타난다(World Health Organization, 1983)는 보고가 있다. 따라서 한국 문화반영적 역기능 우울의 개념화에서 수치심은 또 하나의 중요한 개념으로 추가된다(표 4의 9항).

#### 인생 허무감이 있는 우울

우울 참조체계에서 허무감의 개념은 DSM-5 (APA, 2013)의 우울장애 중 대표적인 4개 우울장애(파괴적 기분조절 우울장애, 주요우울장애, 지속성 우울장애, 월경전 불쾌장애)의 진단기준에는 포함되어 있지 않으나, 우울장애의 세부적 명시자(specifiers) 중 멜랑콜리아 양상에서 유사한 내용을 찾아볼 수 있다. 즉 멜랑콜리아 양상 B항목의 1번에 제시된 ‘현저한 낙담, 절망, 시무룩함 또는 소위 말하는 공허감을 특징적으로 보이는 질적으로 뚜렷한 우울 기분이 이에 해당된다. 우울척도에서는 허무감과 관련된 문항이 가끔 나타난다. 예로서, SCL-D의 ‘허무한 느낌이 든다(79번)가 있으며, BDI(3번)에는 허무감과 관련하여 ‘과거의 실

패' 문항이 있다. 한국문화에서 개발된 유일한 척도인 한국우울증척도(이민수, 이민규, 2003, Table 2)에서는 다수의 허무관련 문항들이 있는데, '나의 삶은 허무하고 무의미하다'(A58), '내 인생은 실패라고 생각한다'(A6), '아직까지 인생이란 살만한 가치가 있다고 생각한다'(역문항, A24)와 같은 문항들이 포함되어 있다. 최상진과 이요행(1995)이 제시한 '울'의 상태에서도 '삶의 의미 상실'이 포함되어 있다. 인생의 의미를 잃고 허무하다고 생각하는 것은 무가치감(표 3의 7번)이나 절망감(표 3의 11번)의 한국문화적 표현으로 볼 수 있다. 한국인은 지대한 노력에도 불구하고 극도의 실패를 했을 때 효능감 상실, 허무감이라는 부정적 사고를 경험하게 되며, 울화병의 '울기'에 인생 허무감을 느끼게 된다(최상진, 이요행, 1995). 즉, 인생 허무감이 DSM의 우울준거에서는 부각되지 않으나, 한국문화에서는 우울경험을 가리키는 문화적 관용어(cultural idiom)가 될 수 있고, 역기능 우울의 한국 문화적 가설구성에 포함될 수 있다(표 4의 8항).

### 우울의 개념화에서 정적·부적 개념의 균형

#### 긍정 정서와 부정 정서

우울은 저조한 기분상태만으로 정의할 수 없고 인간의 정서에 부정 정서와 함께 비교적 독립적으로 공존하는 긍정 정서 상태(Watson, Clark, & Telgen, 1988)를 가지고 보완할 수 있다. 즉 Watson, Clark, 및 Telgen이 제작한 긍정 정서/부정 정서 척도(PANAS)에서 비교적 독립적인 2개 요인인 긍정 정서와 부정 정서는 일

상우울의 구성개념의 일부가 될 수 있다(표 2의 3항). PANAS에 포함된 과민한, 괴로운, 부끄러운, 마음이 상한, 신경질적인, 죄책감 드는, 겁에 질린, 적대적인, 조바심 나는, 두려운 등과 같은 부정적 정서 문항이 일상우울의 저조한 기분상태를 일부 나타낼 수 있을 것이고, 흥미진진한, 기민한, 흥분된, 원기왕성한, 강한, 단호한, 주의깊은, 열정적인, 한가한, 자랑스런의 긍정 정서 문항들은 일상우울에서 유지되고 있는 행복감의 정도를 어느 정도 파악하게 해줄 것이다.

그런데 한국인은 긍정 정서를 표현하는 것이 잘 훈련되어 있지 않으므로 척도화에서 반응을 끌어낼 수 있는 문항개발이 필요하다. 또한 많은 우울척도들에서 행복감과 같은 긍정적 기분의 문항들을 일부 포함하고 있으나 현재는 그 문항들이 하나의 정적 개념 차원으로 인식되기보다는 우울기분을 정방향으로 할 때의 역문항으로 간주되는 정도이다. 그렇게 되면 내용이 희석되고 그만큼 방법효과의 분산(variance)으로 이해될 수가 있다. 즉, 우울기분과 반대되는 긍정적 기분의 척도로서 독자적인 위치를 가지고 있지는 못하다. 그만큼 우울연구에서 긍정 정서가 이론적 위치를 확보하지 못한 상태지만, 앞으로 행동과학의 틀에서 우울연구를 하자면 개념화에 반영해야 한다.

#### 긍정 사고와 부정 사고

Beck(2011)의 우울증에 대한 인지이론에서 '핵심신념 → 역기능적 신념 → 부정적 자동적 사고 → 우울증'의 도식을 생각할 만큼 부정적 자동적 사고의 중요성이 인식되었고, BDI-II에서도 21개 문항 중 8개 문항을 통해

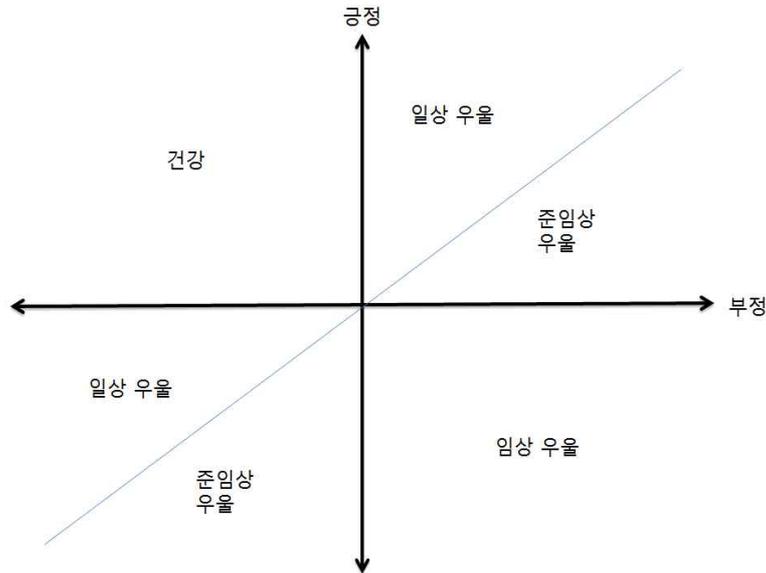


그림 2. 긍정 및 부정 차원과 우울 간의 관계

부정적 사고를 측정하고 있다. 그러나 부정적 자동적 사고 만큼이나 긍정적 사고의 결핍도 우울증의 유발에 역할을 할 수가 있으며, 긍정적 사고와 부정적 사고의 비율과 균형의 정도가 우울증을 포함한 정신질환의 유발을 설명할 수가 있다(Schwartz, 1986; Schwartz & Garamoni, 1989). 즉, 우울한 사람들은 자신이 가지고 있는 부정적인 자동적 사고로 인하여 긍정적 사고가 무시되거나 억제되는 경향이 있고, 거꾸로 긍정적 사고가 높은 경우 '부정적 생활사건의 영향으로부터 개인을 보호해주는 적응기제로 기능할 가능성'이 있다(이주용, 김지혜, 2002, p.649).

따라서 우울은 긍정적 사고가 충분히 높지 않고 부정적 사고가 많이 존재하는 불균형적 인지상태에 있을 때 경험하는 것으로 볼 수 있으며, 우울의 개념화에 긍정 인지도 사용이 가능할 것이다. 단지 척도화에서는 한국문화에서 자신에 대한 긍정적 평가를 하는 것이

억제될 수 있는 측면(예: 겸손 덕목)이 있어서 반응을 끌어낼 수 있는 문항개발이 필요하다. 또한 긍정 정서에 대한 언급에서와 같이, 많은 우울척도들에서 흥미, 자신감과 같은 긍정 사고의 문항들을 일부 포함하고 있으나, 아직은 긍정 사고의 척도로서 독자적 위치를 가지고 있지 못하고 단지 우울기분을 정방향으로 할 때의 역문항으로 간주되는 정도이다. 따라서 행동과학의 관점에서는 이론적 위상이 확보되려면 향후 우울의 개념화에 긍정 사고를 적극적으로 반영되어야 할 것이다.

이와 관련하여 임상우울과 준임상 우울, 일상우울, 건강이 긍정 및 부정 정서·인지 차원과 어떤 관계에 있는지를 그림 2와 같이 표현하였다. 그림 2를 보면, 부정 정서와 인지가 증가하고 긍정 정서와 인지가 낮은 부분이 임상우울에 해당된다. 건강은 이와 반대로 긍정 정서와 인지가 증가하고 부정 정서와 인지가 감소되어 있는 부분을 의미한다. 준임상 우울

과 일상 우울은 임상우울과 건강, 이 둘의 사이에 존재하는데 준임상 우울은 임상우울에 가까운 영역에, 일상우울은 건강에 더욱 가까운 영역에 위치해 있다. 준임상 우울은 상대적으로 부정적인 정서와 인지는 많으나 긍정적인 정서와 인지는 적고, 일상우울은 상대적으로 긍정적 정서와 인지는 많으나 부정적 정서와 인지는 적음을 알 수 있다(표 2의 4항, 5항).

### 척도화를 위한 제안

이제껏 우울연구의 이론적 방향을 제시하였다. 그러한 방향이 검증되기 위해서 우울의 큰 범주인 일상우울과 역기능 우울을 측정함으로써 이론적 제안을 확인하는 노력이 필요하다. 측정을 위해서 척도가 필요하므로 여기서는 일상우울 척도 및 역기능 우울 척도를 개발하기 위한 제안하고자 한다. 문헌고찰과 담론을 통해서 일상우울과 역기능 우울에 대한 개념화를 각기 표 2와 4에 제시한 것(구분과 '개념'의 칸)이 1차 선별용 우울검사의 내용이 될 차원 내지 요소가 된다. 정리하는 과정에서 부적 인지/정서 뿐만 아니라 정적 인지/정서도 균형 있게 포함시키려고 노력하였고 역기능 우울의 경우 한국문화적 개념을 별도로 정리하였다. 이러한 방식은 척도개발에서 연역적 또는 내용판단 중심의 접근이다(Burish, 1984; Garb, Wood, & Fiedler, 2011). 이것은 자료수집 후에 취하는 접근과 대비된다. 자료수집 후에는 두 가지 접근을 취하게 되는데 그 중에서 준거중심 접근은 상이한 집단 간에 차이(예: 임상우울집단과 준임상 우울집단, 역기능 우울집단과 일상우울 집단)를 예측

하거나 결과를 예측해 주는 척도를 개발하는 것이다. 자료수집 후의 또 하나의 접근인 내적 구조 접근에서는 요인분석을 통해서 내용차원들 간의 수렴과 변별을 보이는 척도의 개발을 목표로 한다. 연역적 접근은 자료수집 이전의 단계이므로, 각 내용적 개념의 성질을 경험적으로 조사하기 이전이지만, 척도의 내용타당도를 확보하는데 필수적인 절차이다. 다음은 내용타당한 개념들에 기초하여 문항개발 내지 척도개발을 위한 제안이다.

### 일상우울의 척도화

일상우울의 양상은 앞서의 표 1에서 상세하게 제시되었다. 또한 담론을 통해 도출된 5가지 개념들을 표 2에 제시하였다. 그런데 우울이라고 할 때 국가와 민족에 따라서 다르게 이해하는 암묵적 이론이 존재할 수 있다. 따라서 본 연구에서도 일반 인구를 대상으로 '우울'을 무엇이라고 생각하는지, 어떤 경우에 우울을 느끼는지 등의 암묵적 이론을 수집하고 정교화 하여 표 2의 내용을 보완해야 할 것이다.

개념화가 보완되면 문항개발을 해야 할 것이다. 표 2의 맨 우측에 있는 문항들이 기본적인 예시가 된다. 그러나 문화반영적인 척도화에서 중요한 것은 척도를 타당화 하고자 하는 장면에 있는 사람들로부터 얻은 응답과 표현을 참조해야 한다. 즉, 해당 개념을 경험하는 사람들이 제공하는 자료가 중요함을 의미한다. 따라서 일상우울의 척도화를 위해서는 일상장면의 응답자들로부터 '울적함'에 대하여 수집한 질적 자료 속에서 일상우울을 표현하는 구체적 핵심어 및 표현들에 대한 미시적 분석(Corbin & Strauss, 2015)을 통하여 문항화

하는 과정이 필요할 것이다. 미시적 분석은 자료속의 현상을 파악하기 위해 자료를 가급적 훼손하지 않으면서 핵심적 내용을 채취하는 것인데, 채취를 하는 기준으로서 외부적 기준이 아닌 자료 그 자체에의 충실함을 기준으로 한다. 그 결과로 한국문화에 내용타당한 일상우울 문항들을 구할 수 있게 될 것이다. 또한 일상우울 척도는 역기능 우울 척도와 차별화되어야 하므로 차별적인 틀(예: 표 2의 6항)을 갖추는 것 역시 누락되어서는 안 될 것이다.

#### 역기능 우울의 척도화

역기능 우울에는 기존의 문헌들에서 정착된 개념에 문화적 개념화가 포함되었다. 표 4의 내용은 전반적으로 DSM을 중심으로 한 문헌과 그에 준해서 개발된 척도들에서 정착된 우울증의 개념들을 제시하고 있다(표 4의 '구분' 및 '개념' 칸). 또한 그 개념들을 포착하는 대표적 핵심어나 문항들을 표 4의 맨 우측에 제시하였다. 역기능 우울 척도는 실제에서 다수 존재하므로 일상우울의 경우에 비해 척도화가 용이할 것이다. 그러나 역기능 우울은 일상우울과 달리 매우 이질적인 현상들(예: 불안, 합병, 여성 특유의 문제 등)이 조합되어 발생할 수 있으므로 단순히 역기능 우울 척도만으로 현장에서의 필요를 충족하기 어려운 점이 있다. 따라서 역기능 우울 중심의 문항집합을 기본척도라고 할 때 그와 병행하여 관련 현상들을 파악하기 위한 병렬적 척도들이 필요한 것이다. 그런 관점에서 불안, 합병, 기분조절 곤란, 여성우울, 배우자 갈등, 자살가능성과 같은 개념들을 측정하는 소척도들이 병행적으로 척도화의 대상이 될 수 있다. 소척도들이

병행적으로 사용되는 것이 내담자에 대하여 처음부터 전체 그림을 그리기에 적당하다. 예로서 서구 연구(Mineka, Watson, & Clark, 1998)에서는 우울과 불안의 구분이 어려움을 제시한 바 있다. 즉, 우울하면서 불안한 사람과, 우울하되 불안이 두드러지지 않는 사람의 감별이 어려운 것이다(Sloan et al., 2002). 따라서 우울증에 관련된 다수의 개념을 측정하여 그 개념들의 조합에 따라 우울증의 다양한 하위 집단을 변별할 필요가 있다.

#### 집단연구용 척도와 개인추론용 척도

척도 제작은 개념을 경험자료에 비추어 타당화하기 위한 필수적 과정이다. 그런데 척도가 사용되는 장면이 집단연구 장면도 있고 현장에서 개인에 대한 추론용으로 사용되는 장면도 있다. 흔히 척도라고 하면 충분한 차원과 문항수를 확보하는 집단연구용 척도를 떠올리지만 임상/상담 현장에서 내담자를 대하는 상황에서는 소수의 문항만으로 구성된 단일 차원의 단축형 척도를 개인에게 실시하고 임상가/상담가의 경험을 가미하여 판단을 내리는데 도움이 되는 개인추론용 척도도 필요하다. 이때의 개인추론은 곧 '선별(screening)'이 될 것이다. 선별용 척도는 짧을 때 반복적으로 사용이 가능하고 활용률을 높일 수 있다. 또한 집단연구와 선별용 모두 실생활에서 응답자들이 사용하는 언어에 기반하여 친밀한 용어를 사용함으로써 안면타당도 및 수집되는 자료의 신뢰도를 높여야 할 것이다.

집단연구용 척도는 개인에 대한 판단을 하기보다는 집단을 대상으로 학술적 개념의 정교화, 이론 구축, 모형검증에 사용되므로 충분한 차원과 문항수를 확보하는 것이 중요하다.

그러나 선별용 척도는 임상/상담 현장에서 개인의 상태에 대하여 신속하게 역기능 우울 여부를 선별하는데 사용될 것이므로 의사결정을 하기 위한 기준표나 기준점수가 필요하다. 그런데 우울척도를 임상/상담 현장에서 사용할 때는 상대평가(기준참조검사)보다는 절대평가(준거/영역 참조검사)를 하게 될 것이므로 선별용 척도개발에서 적절한 기준점수를 설정하는 것이 중요한 과제가 된다.

## 논 의

우울은 저조한 기분 상태에서 우울증상에 이르는 복합적 개념임에도 불구하고 기존 우울 연구는 주로 우울증상에 국한하여 우울을 연구해 왔다는 제한점이 있다. 본 연구는 행동과학적 접근을 통해 우울 연구의 관점을 확장하고자 하였다. 본 연구에서 주장하는 일상적 우울은 우울이라고 하는 행동과학의 개념을 공유하지만, 그림 1에서와 같이 구분하는 것은 중요하다. 우선 역기능 우울의 오른쪽 극단인 우울증과의 구분을 분명히 해야 할 것이다. 예로서, 일상적 우울상태인 사람을 우울증이 있는 것으로 진단하지 않아야 한다 (Spitzer & Wakefield, 1999). 한편 보다 넓은 범위의 역기능 우울 상태에 있는 사람은 조기에 정확한 진단을 받아야 적절한 치료시기를 놓치지 않게 될 것이다. 기존 연구에서는 우울을 범주적 임상 우울로 개념화하고 이분법적으로 제한함으로써 우울의 연속적 차원을 간과하였다. 우울을 차원으로 이해하는 것은 여러 수준의 우울에 대한 개입을 보다 정교화할 수 있으며, 역치하 우울상태에 대한 탐지를 보다 정교화 할 수 있을 것이다.

한편, 일상적 우울의 정도가 진행되고 장기간 지속되면 개인적, 사회적 비용이 증가하므로 개인의 복지차원은 물론 공중보건의 차원에서도 관리가 필요하다. 물론 관리는 우울의 연속선상에 있는 모든 개인들에게 필요하다. 우울의 문제는 개인복지 목적과 사회복지의 목적이 병행하는 영역이기 때문이다. 따라서 일상적 우울이 역기능 수준이 아니라고 해서 소홀히 다루어서는 안 될 것이며, 의학적 연구의 대상에 포함되지는 않을 수 있어도 의학의 범위를 넘어 행동과학적 관점에서는 그 내용을 이해하고, 정도의 진행에 대하여 대안을 세워야 하는 연구 대상인 것이다.

이러한 관점에서 본 연구가 갖는 의의는 다음과 같다. 첫째, 지금까지의 우울연구가 증상과 진단을 중심으로 하는 의학적 관점에서 이루어졌다면, 본 연구는 행동과학적 관점에서 낮은 수준의 우울에서 높은 수준의 우울까지 우울의 전범위로 우울연구의 영역을 확장할 수 있는 토대를 마련하였다는 점에서 의의를 찾을 수 있다.

둘째, 본 연구에서는 특히 ‘일상우울’이라는 새로운 영역의 존재와 연구 필요성에 대해 강조하고 있다. 일상우울의 개념은 이미 Calson과 Hatfield(1992)가 “normal depression”이라는 용어로 지칭한 바 있으나 임상이나 상담 분야에서 거의 주목을 받지 못하였다. 본 연구에서 BDI와 DSM 속에 내재되어 있는 일상우울의 개념을 추출하여 설명하였으며 역기능 우울과 대비하여 일상우울의 보다 정교한 개념화를 시도하였다.

셋째, 임상우울과 준임상 우울을 합하여 ‘역기능 우울’이라는 새로운 개념을 소개하였다. 일상우울과 대비되는 역기능 우울의 개념화를 통하여 우울 연구의 새로운 영역을 제시하였

으며, 임상우울에만 국한된 우울증 연구가 확대될 수 있을 것으로 기대된다. 즉 우울증 진단을 받지 않았어도 조기 개입이 필요한 준임상 수준의 우울을 경험하고 있는 집단에 대한 연구와 치료적 관심이 증가될 것으로 기대된다.

넷째, 본 연구에서는 우울의 개념화에서 부정 정서와 인지만을 강조하는 부정적 측면 중심의 접근에서 벗어나 긍정 정서와 인지의 감소까지 포함하는 보다 포괄적인 접근에 대해 제안하였다. 또한 부정적 측면과 긍정적 측면이 정서와 인지 연구에서 각기 독립적인 차원으로 이해되고 있음에 주목하였다. 이제까지 우울장애를 이해하기 위해 범주적 접근이 주로 사용되었으며 DSM-5에서는 범주적 접근과 차원적 접근을 접목하기 위해 장애별로 정도(mild), 중등도(moderate), 심도(severe)로 수준을 구분하는 기준을 함께 제시하고 있다(APA, 2013). 이전보다는 발전된 형식이기는 하나, 수준 구분이 주로 증상의 개수로 이루어져 있어 진정한 차원적 접근이라 보기에는 한계가 있다. 본 연구에서는 부정 정서와 인지의 증가뿐만 아니라 긍정 정서와 인지의 감소라는 두 차원에서 임상우울과 준임상 우울, 일상우울, 건강을 구분하는 새로운 혼합모형(그림 2)을 제안하는 바이다. 이러한 모형을 통해 유형 구분에만 초점을 맞추고 있는 범주적 접근의 한계를 극복하고 연속선상에서의 범주화를 통해 다양한 우울 현상을 밝히는 데 보다 포괄적이며 실제적인 이해가 가능할 것으로 기대된다.

다섯째, 구체적인 여러 제안을 통해 우울연구와 관련하여 실제적인 아이디어를 제공하였다. 특히 다양한 신체증상, 화가 수반되는 우울, 허무감이 있는 우울, 수치심이 한국문화적

특징이 될 가능성을 제시하였다. 또한 역기능 우울 연구에서 이제까지 간과되었던 부분(예, 긍정 정서와 인지, 대인관계문제 등)을 밝히고 이에 대한 연구 필요성을 강조하였다.

마지막으로, 우울척도 개발과 관련하여 기준이 될 수 있는 바람직한 방향을 제시하였다. 역기능 우울을 측정하는 척도라면 우울증 관련 일반적 내용뿐만 아니라 그와 함께 사용될 수 있는 하위모듈 척도(예, 불안, 화병, 기분조절곤란, 여성 등)의 필요성에 대해 밝혔다. 또한 집단연구용과 함께 현장에서 보다 간단하게 사용될 수 있는 개인 선별용 척도의 개발 필요성과 기준점수 설정의 필요성을 제안함으로써 이후 임상이나 상담분야에서 개발되는 척도들의 새로운 기준을 마련하였다. 특히 임상 척도들이 주로 규준을 사용하는 현실에서, 기준점수의 개념은 익숙하지 않을 수 있으나 연속선상에서 우울의 범주화에 매우 중요하다. 우울을 차원적으로 접근할 때, 그 연속선 상에서 실용적으로는 어떤 분할점이 있어야 각각의 범주적 활용을 실제화 할 수가 있기 때문이다. 그러한 용도의 기준점수 외에도 역기능 우울 증상의 지속기간이나 심각도가 어느 지점에서 임상우울로 규정될수 있는지 등에 대한 보다 정교한 기준이 수반되는 것이 필요하다.

이러한 의의에도 불구하고 본 연구의 제한점은 다음과 같다. 첫째, 본 연구에서 역기능 우울을 준임상 우울과 임상우울을 포괄하는 것으로 정의하고 있는데, 아직까지 준임상 우울의 개념과 특성집합에 대한 설명이 부족한 실정이다. 이후 전문가들의 의견수렴을 통해 보다 준임상 우울의 실체를 보다 분명히 할 필요가 있다. 이를 통해 역기능 우울의 개념도 보다 명확해질 것으로 생각된다. 둘째, 긍

정 정서와 인지를 어떻게 우울연구에 포함시킬 것인가에 대한 구체적 제안이 좀 더 필요하다. 현재 병원 불안-우울척도(민경준, 오세만, 박두명, 1999), Zung의 우울척도(이중훈, 1995), 한국우울증척도(이민수, 이민규, 2003)와 같은 우울척도에서 긍정 정서와 인지가 일부 역문항의 형태로 포함되어 있는 경우가 있으나, 한국인 자료를 요인분석 해보면 이러한 문항들이 우울을 적절히 측정하지 못하며 유의한 요인으로 묶이지 않는 경우가 많다. 낮은 긍정 정서와 인지를 측정하기 위한 보다 깊이 있는 전략이 필요해 보이며 추후 연구가 필요한 부분이라 할 수 있다.

### 참고문헌

- 권정혜, 김종우, 박동건, 이민수, 민성길, 권호인 (2008). 화병척도의 개발과 타당도 연구. 한국심리학회지: 임상, 27(1), 237-252.
- 권호인, 김종우, 권정혜 (2008). 화병환자의 MMPI-2 프로파일 특성. 한국심리학회지: 여성, 13(3), 379-395.
- 김종남 (2014). 한국문화를 반영하는 우울이론의 모형 개발. 2014년 한국심리학회 연차대회 발표논문원고. 8월 30일 이화여대. 서울: 한국심리학회.
- 김종남, 최승원, 이순목, 최민경 (2016). 우울척도개발 연구팀 회의록 5월 20일.
- 남기숙 (2008). 수치심, 죄책감 경험과 대처가 심리 증상에 미치는 영향. 서울대학교 대학원 박사학위 청구논문.
- 민경준, 오세만, 박두명 (1999). 병원 불안-우울 척도에 관한 표준화 연구. 신경정신의학, 38(2), 289-296.
- 이민수 (2013). 최근 우울증의 현황 및 진단. 병원약사회지, 30(6), 505-511.
- 이민수, 이민규 (2003). 한국 우울증 척도의 개발. 한국신경의학, 42(4), 492-506.
- 이순목 (2014). 문화반영적 행동과학 모형에 따른 우울척도 제안. 2014년 한국심리학회 연차대회 발표논문원고. 8월 30일 이화여자 대학교.
- 이순목, 김종남, 최승원, 채정민 (2015). 우울 연구를 위한 행동과학적 접근. 일상우울 척도 예비문항 개발보고서, 부록1. 서울: 서울여대 산학협력단.
- 이순목, 김종남, 최삼욱, 현명호, 김수진 (2009). 도박의 정의와 범주화에 대한 개념의 명확화. 한국심리학회지: 일반, 28(1), 1-27.
- 이주용, 김지혜 (2002). 긍정적 사고의 평가와 활용: 한국판 긍정적 자동적 사고 질문지 (Automatic Thought Questionnaire-Positive: ATQ-P)의 표준화 연구. 한국심리학회지: 임상, 21(3), 647-664.
- 이중훈 (1995). 한국형 자가평가 우울척도의 개발. 영남의대학술지, 12(2), 292-305.
- 정선용, 김종우, 박중훈, 김상호, 황의완, 권정혜 (2004). SCL-90-R을 이용한 화병과 주요 우울장애의 비교. 동의신경정신과 학회지, 15(2), 45-51.
- 채정민 (2014). 우울 연구를 위한 문화심리학적 고찰과 방향 모색. 2014년 한국심리학회 연차대회 발표논문원고. 8월 30일 이화여대. 서울: 한국심리학회.
- 최민경, 서혜희 (2014). MMPI-II와 로샤검사에 서 나타나는 신체화 장애와 화병 장애 환자의 분노표현 양상. 한국심리치료학회지, 6(1), 75-90.
- 최상진, 이요행 (1995). 한국인 화병의 심리학

- 적 개념화 시도. 1995년 한국심리학회 연차대회 학술발표논문집, 327-338.
- 최승원 (2014). 임상적 우울증과 일반인이 생각하는 우울증. 2014년 한국심리학회 연차대회 발표논문원고. 8월 30일 이화여대. 서울: 한국심리학회.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Andrews, B., & Hunter, E. (1997). Shame, Early Abuse, and Course of Depression in a Clinical Sample: A Preliminary Study. *Cognition and Emotion, 11*(4), 373-381.
- Andrews, B., Qian, M., & Valentine, J. D. (2002). Predicting depressive symptoms with a new measure of shame: The Experience of Shame Scale. *British Journal of Clinical Psychology, 41*(1), 29-42.
- Arnau, R. C., Meagher, M. W., Norris, M. P., & Bramson, R. (2001). Psychometric evaluation of the Beck Depression Inventory-II with primary care medical patients. *Health Psychology, 20*, 112-119.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond. (2nd ed.)*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Brim, J. A., Witcoff, C., & Wetzell, R. D. (1982). Social network characteristics of hospitalization depressed patients. *Psychological Reports, 50*, 423-433.
- Brouwer, D., Meijer, R. R., & Zevalkink, J. (2013). On the factor structure of the Beck Depression Inventory-II: G is the key. *Psychological Assessment, 25*, 136-145.
- Buckley, T. C., Parker, J. D., & Heggie, J. (2001). A psychometric evaluation of the BDI-II in treatment seeking substance abusers. *Journal of Substance Abuse Treatment, 20*, 197-204.
- Bühler, J., Keller, F., & Läge, D. (2012). Die Symptomstruktur des BDI-II: Kernsymptome und qualitative Facetten [The symptom structure of the BDI-II: Core symptoms and qualitative facets]. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie: Forschung und Praxis, 41*, 231-242.
- 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, 26*(3), 970-979.
- Burish, M. (1984). Approaches to personality inventory construction. *American Psychologist, 39*, 214-227.
- Bybee, J., & Quilles, Z. N. (1998). Guilt and mental health. In J. Bybee (Eds.), *Guilt and Children*(pp. 270-292). San Diego, CA: Academic Press.
- Cantor, N., Smith, E. E., French, R. D., & Mezzich, J. (1980). Psychiatric diagnosis as prototype categorization. *Journal of Abnormal*

- Psychology*, 89(2), 181-193.
- Carlson, J. G., & Hatfield, E. (1992). *Psychology of Emotion*. Orlando, FL: Holt, Rinehart, and Winston, Inc.
- Cheung, H. N., & Power, M. J. (2012). The development of a new multidimensional depression assessment scale: Preliminary results. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 19, 170-178.
- Clark, L. A. & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 316-336.
- Cohen, A. (2008). The underlying structure of the Beck Depression Inventory: A multidimensional scaling approach. *Journal of Research in Personality*, 42, 779-786.
- Corbin, J. & Strauss, A. (2015). *Basics of Quantitative Research (4th Ed.)*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications Inc.
- Counseling and Psychological Services (2014). *Depression*. <http://caps.gmu.edu/educationalprograms/pamphlets/CopingWithDepression.pdf> 에서 2014, 5, 21 자료 얻음.
- Derogatis, L. R. (1994). *SCL-90-R: Administration, scoring, and procedures manual*. Minneapolis, MN: National Computer Systems, Inc.
- Dozois, D. J., Dobson, K. S., & Ahnberg, J. L. (1998). A psychometric evaluation of the Beck Depression Inventory-II. *Psychological Assessment*, 10, 83-89.
- Fontaine, J. R. J., Luyten, P., De Boeck, P., & Corveleyn, J. (2001). The test of self-conscious affect: Internal structure, differential scales and relationships with long-term affects. *European Journal of Personality*, 15, 449 - 464.
- Free from depression (2014). *Non-clinical depression*. <http://www.depressionfree.com/non-clinical.html> 에서 2014, 8, 5 자료 얻음.
- 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.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 23, 56-62.
- Ingram, R. E. & Wisnicki, K. S. (1988). Assessment of positive automatic cognition. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 898-902.
- Joiner, Jr., T. E., & Coyne, J. C. (1999). *The interactional nature of depression: Advances in interpersonal approaches*. American Psychological Association, Washington, DC.
- Keller, F., Hautzinger, M., & Kühner, C. (2008). Zur faktoriellen Struktur des deutschsprachigen BDI-II. [Factor structure of the German Beck Depression Inventory-2nd Edition(BDI-II)]. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie: Forschung and Praxis*, 37, 245-254.
- Kim, S., Thibodeau, R., & Jorgensen, R. S. (2011). Shame, guilt, and depressive symptoms: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 137(1), 68-96.
- Klein, D. F., & Davis, J. M. (1969). *Diagnosis and drug treatment of psychiatric disorders*. Baltimore, MD: Williams & Wilkins.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: University of

- California Press.
- Kosslyn, S. M., & Rosenberg, R. S. (2011). *Introducing Psychology (4th ed)*. New York: Pearson.
- Kraepelin, E. (1904/1968). *Lectures on clinical psychiatry*. New York: Hafner.
- Lin, K. M. (1983). Hwa-Byung: A Korean culture-bound syndrome? *American Journal of Psychiatry*, 140(1), 105-107.
- Lin, K. M., Lau J. K., Yamamoto, J., Zheung, Y. P., Kim, H. S., Cho, K. H., et al. (1992). Hwa-Byung: A community study of Korean Americans. *Journal of Nerve Mental Disorders*, 180(6), 386-391.
- Marsella, A. (1980). Depressive experience and disorder across cultures. In H. Triandis & J. Draguns, (Eds.), *Handbook of cross-cultural psychology, Vol. V.(Psychopathology)*. Boston: Allyn and Bacon.
- Marsella, A. J., & Yamada, A. M. (2007). Culture and Psychopathology: Foundations, Issues, and Directions. In *Handbook of Cultural Psychology*, Kitayama, S. & Cohen, D. (Eds.), pp.797-818. NY, NY: Guilford Press.
- MedicineNet.com(2014). *Depression*. <http://www.medterms.com/script/main/art.asp?articlekey=2947> 에서 2014, 5, 21 자료 얻음.
- Minaka, S., Watson, D., & Clark, L. A. (1998). Comorbidity of Anxiety and unipolar mood disorders. *Annual Review of Psychology*, 49, 377-412.
- Nettle, D. (2004). Evolutionary origins of depression: a review and reformulation. *Journal of Affective Disorders*, 81, 91 - 102.
- Osman, A., Kopper, B. A., Barrios, F., Gutierrez, P. M., & Bagge, C. L. (2004). Reliability and validity of the Beck Depression Inventory-II with adolescent psychiatric inpatients. *Psychological Assessment*, 16, 120-132.
- Petty, S. C., Sachs-Ericsson, N., & Joiner Jr., T. E. (2004). Interpersonal functioning deficits: Temporary or stable characteristics of depressed individuals? *Journal of Affective Disorders*, 81, 115-122.
- Power, M. J. & Tarsia, M. (2007). Basic and Complex Emotions in depression and Anxiety. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14, 19-31.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Rende, R., & Plomin, R. (1992). Diathesis-stress models of psychopathology: A quantitative genetic perspective. *Applied and Preventive Psychology*, 1, 177-182.
- Rosch, E. (1973). On the internal structure of perceptual and semantic categories. In T. E. Moore (Ed.), *Cognitive development and acquisition of language* (pp.111-144). New York: Academic Press.
- Rosch, E. (1983). Prototype classification and logical classification: The two systems. In E. K. Scholnick (Ed.). *New Trends in Conceptual Representation* (pp.73-86). NJ: LEA.
- Salman, S. (1995). *Depression: Questions you have-answers you need*. Allentown, Pa: People's Medical Society.
- Schwartz, R. M. (1986). The internal dialogue: On the asymmetry between positive and negative coping thoughts. *Cognitive Therapy and Research*,

- 10, 591-605.
- Schwartz, R. M. & Garamoni, G. L. (1989). Cognitive balance and psychopathology: Evaluation of an information processing model of positive and negative states of mind. *Clinical Psychology Review, 9*, 271-294.
- Shorter, E. (2007). The doctrine of the two depressions in historical perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 115*(Suppl. s433), 5-13.
- Sloan, D. M., Marx, B. P., Bradley, M. M., Strauss, C. C., Lang, P. J., & Cuthbert, B. C. (2002). Examining the high-end specificity of the Beck Depression Inventory using an anxiety sample. *Cognitive Therapy and Research, 26*, 719-727.
- Spitzer, R. L., & Wakefield, J. C. (1999). DSM-IV diagnostic criterion for clinical significance: Does it help solve the false positives problem? *American Journal of Psychiatry, 156*(12), 1856-1864.
- Steer, R. A., Ball, R., Ranieri, W. F., & Beck, A. T. (1999). Dimensions of the Beck Depression Inventory-II in clinically depressed outpatients. *Journal of Clinical Psychology, 55*, 117-128.
- Tangney, J. P., Wagner, P., & Gramzow, R. (1992). Proneness to shame, proneness to guilt, and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology, 101*(3), 469-478.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology, 54*(6), 1063-1070.
- Wikipedia (2014). *Depression*. [http://en.wikipedia.org/wiki/Depression\\_\(mood\)](http://en.wikipedia.org/wiki/Depression_(mood))에서 2014, 5, 21 자료 얻음.
- World Health Organization (1983). Depressive disorders in different cultures. *Report of the WHO collaborative study of standardized assessment of Depressive disorders*. Geneva: WHO.
- Youngren, M. A., & Lewinsohn, P. M. (1980). The functional relation between depression and problematic interpersonal behavior. *Journal of Abnormal Psychology, 89*, 333-341.
- Zung, W. W. K. (1965). A self-rating depression scale, *Archives of General psychiatry, 12*, 65-70.

1차원고접수 : 2017. 05. 16.

수정원고접수 : 2017. 09. 04.

최종게재결정 : 2017. 09. 04.

## New Directions for Depression Studies: Introduction of Behavioral Science Approach

**Soonmook, Lee**

Sunkyunkwan Univ.

**Jongnam, Kim**

Seoul Women's Univ.

**Seungwon, Choi**

Duksung Women' Univ.

**Jungmin, Chae**

Seoul Cyber Univ.

**Yoonkyung, Choi**

Keimyung Univ.

**Dong Gi, Seo**

Hallym Univ.

**Hoin, Kwon**

Chunjuo Univ.

The purpose of this study is to propose new directions for depression research. We regarded depression as a behavioral scientific concept and presented new research directions in three ways. As Salman(1995) mentioned, depression is defined as a state of unhappy mood and avoidance of doing behaviors. From the behavioral science point of view, depression is a quantifiable concept on a continuum from lower levels to higher levels. Based on the perspective, we proposed three new directions for research. First, it is necessary to discriminate between normal depression and dysfunctional depression(including clinical depression and subclinical depression) existing on a continuum. Second, it is desirable to reflect subtle differences among various cultures and subcultures in the depression conceptualization, because it is possible to find differences in conceptualization of depression, coping strategies, and so on depending on cultures. Lastly, we proposed that not only negative cognition and affect but also positive cognition and affect are considered in the basic conceptualization of depression, because negative cognition/affect and positive cognition/affect are independent at large. And then we discussed implications for scale development implementing the new directions, because a scale is imperative to measure depression concepts experientially in the future.

*Key words* : normal depression, dysfunctional depression, behavioral scientific conceptualization, fuzzy set, categorization