

## 성인 남녀의 우울감 특징과 전문적 도움추구에서의 차이

조 현 주    임 현 우<sup>†</sup>    조 선 진    방 명 희

가톨릭대학교 의과대학 예방의학과

영등포정신보건센터

본 연구는 성인남녀의 우울증상의 특징과 전문적 도움추구, 정신질환자에 대한 태도에 차이가 있는지를 알아보고자 실시하였다. 더불어 전문적 도움추구에 미치는 심리사회적 변인과 이 과정에 성차가 있는지 알아보고자 한다. 연구대상은 지역주민 964명이며 남성 383명, 여성 583명이다. 연구결과, 여성이 남성에 비해 우울비율과 우울 총점에서 유의하게 높게 나타났다. 우울증상에서, 여성은 남성에 비해 우울기분, 대인관계 소외 증상이 많았으며 통계적으로 유의하지 않았으나 남성은 행동척수를 더 많이 경험하였다. 남성은 여성에 비해 정신질환자태도 중 지역정신보건개념에서 긍정적인 태도를 보였으나, 실제 도움추구행동은 소극적일 가능성이 시사되었다. 남녀모두 우울증이 있을 때 도움추구행동에 소극적이었으며, 여성은 월수입과 연령이 남성은 정신질환자태도가 전문적 도움추구에 영향을 주는 것으로 나타났다. 즉 우울증을 경험하는 당사자는 장애에 대한 어려움과 정신장애에 대한 편견 때문에 치료에 소극적일 수 있음이 시사되었다. 따라서 범국민을 대상으로 우울증에 대해 교육하고 나아가 정신질환의 인식개선을 위한 다양한 서비스가 제공되어야, 일반인들의 전문적 도움행동이 증진되어 우울증을 예방하고 치료율을 높이는데 도움을 줄 수 있으리라 기대된다.

주요어 : 성차, 우울증상, 전문적 도움추구, 정신질환자태도, 우울증 예방

\* 본 연구는 보건복지부 보건의료기술진흥사업의 지원에 의하여 이루어진 것임(A05-0047).

† 교신저자 : 임현우, 가톨릭대학교 의과대학 예방의학과, 서울시 서포구 반포동 505호

Tel: 02-590-2511, Fax: 532-3820, E-mail: y1693@catholic.ac.kr

우울증은 임상 장면에서 평생 유병율이 10-25%로 알려져 있지만, 지역사회 연구에서는 일생 동안 한 번 이상의 우울 삽화를 경험하는 사람이 30%까지 이를 정도로, 매우 흔한 정신장애이다(Cassem, 1995). 우울증은 조기에 발견하여 적극적으로 치료하면 치료 효과가 좋은 것으로 알려져 있지만, 그렇지 못한 경우 잦은 재발과 만성화로 인해 일상생활 기능 손상이 심각해져 사회, 경제적인 부담이 큰 질환이다(Malone & Larney, 2004). 그러나 지역사회 현실은 우울증이나 불안장애와 같은 정신질환자들의 약 30%가 그리고 우울증을 경험하는 사람의 절반 이상이 전문적인 도움을 받지 않는 것으로 보고되고 있다(Bebbibgyon et al., 2000; Henderson, Pollard, Jacobi & Merkel, 1992). 우울증은 조기에 치료하지 않으면 증상이 악화되어 잦은 재발과 만성화로 이어지기 때문에, 낮은 치료율이 문제가 된다. 그러나 우울증의 전문적인 치료율이 낮은 이유를 체계적으로 살핀 연구는 부족한 편이다.

몇몇 연구들은 우울증의 치료율이 낮은 것은 일반인들이 신체 증상만을 호소하여 우울증이 잘 인식되지 않거나(Malone & Larney, 2005), 우울증을 스스로 극복하겠다고 여기고 치료를 찾지 않고(Meltzer et al., 2000), 정신건강에 대한 서비스 욕구가 달라서 그렇다고 지적하고 있지만(Mitjabai, Olfson & Mechanic, 2002), 그 이유는 아직 불분명하다. 우울증의 전문적인 도움행동은 매우 복잡하기 때문에 어느 한 요소로 설명될 수 없으며 다양한 측면을 고려할 필요가 있다.

우선은 우울증 질병 자체가 동기나 정신운동성 에너지, 사회적 활동성이 떨어지기 때문에, 우울증을 경험한다고 하더라도 해결할 의지가 부족하여 전문적인 도움을 찾지 않을 가

능성이 있다. 게다가 우울증에 대한 이해까지 부족하다면 전문적인 도움을 찾는 시기가 늦어질 수 밖에 없다. 실제로 우리나라의 한 보고에 따르면, 우울증으로 치료 중인 환자 1425명 중 64.4%가 자신의 증상이 우울증인지 몰랐다고 대답하였고 이로 인해 병이 발생한 시점에서 정신과 병원으로 내원하는데 3.2년의 시간이 소요된 것으로 나타났다(이민수, 2007). 심지어는 정신과 전문병원의 간호사와 같은 준치료사들도, 우울증을 정상적인 현상으로 보거나 우울증의 증상이나 증후에 대한 정확한 확신이 부족한 것으로 나타났다(Ayalon, Arean, Bornfeld, 2008). 이러한 결과는 우울증이 워낙 이질적이고 다양하게 나타나기 때문에 실무를 담당하는 전문가들조차도 우울증을 진단하는 것이 쉽지 않음을 나타낸다.

특히 일차 진료기관에서 우울증 진단은 선별 도구의 절단 점수만으로 이루어지기 때문에, 다양한 우울 증상을 반영하고 있는 각 문항의 고유한 의미를 간과하거나 놓일 수 있다. 더욱이 절단 점수만으로 우울증 유무만을 판단하게 되면, 남녀에 따라 우울증 양상이 다르다는 지적을 간과하게 된다(Hart, 2006). 최근 지역사회의 연구 결과에 따르면, 우울한 사회적 사건에 대해 여성은 정서적으로 불안정성을 많이 보인 반면에 남성은 경직되고 무딘 정서를 많이 보이는 것처럼 우울 정서 표현에 성차가 나타난다고 보고하였다(Winkler et al., 2004). 또한 남성 우울장애 환자는 여성에 비해 화 발작(anger attack)을 3배나 많이 경험하는데 비해(Winkler, Pjrek & Kasper, 2005), 여성은 남성 보다 식욕, 수면 장애, 피로와 같은 신체 증상을 더 많이 경험하는 것으로 나타났다(Koh, Kim & Park, 2002). 이처럼 남녀에 따라 우울 양상이 다르게 나타나므로, 우울증

문항들이 반영하는 고유한 특성의 차이를 이해할 필요가 있다.

또한 우울증의 치료율이 낮은 것은 우울증 치료에 대해 그릇된 이해와 정신질환자에 대한 부정적인 태도와 관련될 수 있다. 일반인들은 우울증이 전문적인 도움 없이도 저절로 낫거나 자신의 의지로만 극복될 수 있다고 치료에 대한 잘못된 통념을 가지고 있다(Meltzer et al., 2000). 또한 우울증을 일반인 60%가 우울증으로 진료를 받는 것에 대해 당황스러워했고(Sims, 1993), 특히 전통적으로 남성들은 우울증을 나약하다는 신호로 받아들여 자신의 감정을 잘 숨기고 정신과적 전문적인 도움을 꺼리는 것으로 나타났다(Möller-Leimkühler, 2002; Komiya, Good, & Sherrod, 2000; Fischer & Turner, 1970). 더불어 일반인들은 우울증에 걸린 사람은 타인에게 의존적이고 무기력하며 예측할 수 없는 행동을 보이고, 심지어는 자기통제가 부족하고 공격적이며 위험하다고 여기며(Angermeyer & Matschinger, 2003), 일반인의 33%가 우울증이 있는 사람이 타인에게 난폭할 수 있다고 응답한 것으로 조사되었다(NORC, 1996).

일반인들이 우울증에 걸린 사람들을 부정적으로 지각하고 전체적으로 범주화하는 것은 정신질환자에 대한 낙인이나 차별과 직결되는 문제이다(Weiner, 2000). 정신질환자에 대한 낙인은 정신질환을 앓는 사람들이 대인관계를 형성하고 직업적인 기능을 수행하거나 자존감을 유지하는데 어려움을 주게 되어, 결과적으로 지역사회에 일원으로 수용되고 통합되는데 큰 장애가 된다(Mayville & Penn, 1998). 나아가 사람들은 사회 속에서 정신과 환자로 낙인찍히는 것이 얼마나 두려운 것인가를 다른 사람의 행동을 통해 배우기 때문에, 자신이 정신

질환을 경험해도 숨기게 되고 전문적인 도움을 꺼리게 만든다(Hirschfeld, Keller & Panico, 1997). 이러한 경향은 우울증을 앓는 여성에 비해 남성에게 더 많이 나타나는 것으로 보고되고 있다(Möller-Leimkühler, 2002). 그 외 전문적인 도움 행동에 영향을 주는 요인으로 사회인구학적 변인을 고려해 볼 수 있다. 호주의 한 연구에 따르면 여성이 남성보다, 도시 지역이 시골 지역보다, 젊은 층이 노인층 보다, 전문적인 도움을 많이 찾는 것으로 나타났다(Parslow & Jorm, 2000).

이처럼 우울증의 전문적인 도움추구행동은 다양한 심리사회적 요인들이 작용하고 있으나, 선행 연구들은 주로 연구자들이 관심 있어 하는 특정 영역을 중심으로 부분적으로만 조사되었기 때문에 그 이유를 만족스럽게 설명하지 못한 제한점이 있다. 우울증의 전문적인 치료율이 낮은 것에 대한 일반적인 함의가 부족한 상태에서는, 다양한 심리사회적 요인들을 총체적으로 고려할 필요가 있다.

이와 같은 선행 연구에 기초하여, 본 연구는 우울증의 전문적인 도움추구행동을 이해하기 위해 먼저 성인 남녀의 우울 증상의 차이를 이해하고자 한다. 또한 전문적인 도움추구와 정신질환자에 대한 태도에서 남녀 간에 차이가 있는지 알아보하고자 한다. 다음으로 어떠한 심리사회적인 변인이 전문적인 도움추구행동을 잘 설명해 줄 수 있는지를 조사하고, 이것이 남녀에 따라 차이가 있는지도 알아보하고자 한다.

## 방 법

## 연구대상

서울 Y지역에서 지역주민의 정신건강 조사의 일환으로 정신보건센터와 통반장의 협조를 얻어 가가호호 방문하여 자료를 수집하였다. 연구대상은 층화군집 무작위 추출(stratified clustered random sampling)방법을 통해 6개 동을 추출, 선정된 각 동의 통반 명부를 중심으로 계통추출법을 이용하여 조사 대상 가구를 선정하였다. 조사 대상 가구에 거주하는 만 18세 이상의 성인 가구원 중 생년월일자가 가장 빠른 주민을 대상으로 선정하였다. 조사대상 자수는 총 1005명이었으나 미회수(31명)를 제외하고, 총 974명의 자료가 분석에 사용되었다. 이 중 남성 383명, 여성 583명이며, 평균 연령은 45.2세(표준편차:14.6)이다.

## 측정도구

### 지역조사 우울증 척도(Center for Epidemiologic Studies Depression scale; CES-D)

일반인들의 우울증을 평가하기 위해 미국 국립정신보건원(National Institute of Mental Health; NIMH)이 개발한 CES-D를 우리나라에서 조맹제와 김계희(1993)이 타당화한 것을 사용하였다. CES-D는 총 20문항으로 구성되어 있으며 각 문항에 대해 극히 드물다(1점)에서 대부분 그랬다(4점)으로 평가하도록 되어 있다. 5, 10, 15번은 긍정 문항으로 역채점한다. 우울증을 선별할 때, CES-D 21점을 기준으로 삼으면 우울증으로 분류할 확률이 95% 이상이라고 보고됨에 따라(조맹제, 김계희, 1993), 본 연구에서도 우울증을 CES-D 21점을 기준으로 삼았다. 우울증의 심각성은 CES-D 21점으로 기준으로 선정된 집단의

CES-D 총합을 이용하였다. 본 연구에서 내적 신뢰도는 Chronbach  $\alpha=.89$ 로 나타났다.

### 전문적인 도움추구 척도(Attitude toward Seeking Professional Psychological Help Scale; ASPPH)

Fisher와 Turner가 개발한 전문적인 심리학적 도움추구태도척도(ASPPH)를 사용하였다. ASPPH는 본 연구진(심리학박사 1인, 예방의학박사 2인)이 각자 원문에 충실하되 한국 실정에 맞는 의미를 살리는 방식으로 번역한 뒤, 교차 비교를 통하여 최종적인 합의를 거쳤다. ASPPH는 총 29개 문항이며 각 문항에 대해 전혀 아니다(1점)에서 매우 그렇다(4점)로 응답하도록 구성되어 있다. 총점이 높을수록 심리적 문제가 있을 때 전문적인 도움을 추구하고자 하는데 긍정적임을 나타낸다. 본 연구에서 내적 신뢰도는 Chronbach  $\alpha=.80$ 이었다.

### 정신질환자에 대한 태도(Community Attitudes toward the Mentally ill; CAMI)

일반주민의 정신질환자에 대한 태도를 측정하기 위해, Taylor와 Dear(1981)가 개발한 CAMI를 우리나라에서 이주훈, 이충순, 황태연, 한광수 및 이영문(1996)이 타당화한 척도를 사용하였다. CAMI는 4개 하위 영역에 총 40문항으로 구성되어 있으며, 각 문항에 대해 전적으로 동의한다(1점)에서 전적으로 동의하지 않는다(5점)로 응답하도록 구성되어 있다. 이들 하위 요인은 권위주의(authoritarianism), 자비심(benevolence), 사회생활제한(social restrictiveness), 지역정신보건개념(community mental health ideology)이다. 각 하위 요인은 각각 10문항씩(5개의 긍정문항과 5개의 부정문항)구성되어 있으며, 각 요인의 6번-10번 문항을 역산하도록

되어 있다. 따라서 권위주의와 사회생활제한은 점수가 낮을수록 부정적인 태도를 의미하고, 자비심과 지역정신보건개념은 점수가 낮을수록 긍정적인 태도를 의미한다. 본 연구에서 내적 신뢰도는 각각 Chronbach  $\alpha=.64$ ,  $\alpha=.79$ ,  $\alpha=.80$ ,  $\alpha=.88$ 으로 나타났다.

## 결 과

### 남녀의 우울증 비율, 심각성, 문항 총점, 우울 증상

CES-D 21점을 기준으로 우울증을 판별하였을 때, 여성이 18.5%, 남성이 12.8%로, 여성이 남성에 비해 높은 편이었고, 우울의 심각성에서도 여성이 높게 나타났다(표 1). 남녀가 경험하는 우울 증상의 차이를 알기 위해 우울 문항을 분석하였다. 그 결과, 여성은 남성에 비해 ‘우울정서’나 ‘대인관계 소외’와 관련한 문항에서 더 많이 응답한 것으로 나타났다. 예를 들어, ‘울적한 기분을 떨쳐 버릴 수 없을 것 같다’, ‘상당히 우울했다’, ‘갑자기 울음이 나왔다’, ‘마음이 슬펐다’, ‘세상에 홀로 있는 듯한 외로움을 느꼈다’에서 높게 응답하였다. 그리고 통계적으로 유의하지는 않았으나 ‘사람들이 나를 싫어하는 것 같았다’와 같이 ‘대인관계 소외’문항이 다소 높았다. 이에 비해 남성은 통계적으로 유의하지는 않았지만 여성에 비해 ‘평소에 비해 말수가 적었다’와 같이 행동 철수 문항에서 다소 높은 것으로 나타났다.

### 남녀의 전문적 도움추구

남녀의 전문적 도움추구 간의 차이는 표 2

에 제시되어 있다. 전문적 도움추구에서 남녀의 차이는 나타나지 않았으나, 여성이 남성에 비해 다소 높은 점수를 보였다.

### 남녀의 정신질환자 태도

남녀의 정신질환자 태도의 차이는 표 3에 제시되어 있다. 정신질환자 태도 중 지역정신보건개념에서 남녀 모두 평균보다 높은 점수를 보이거나, 남성이 여성에 비해 더 긍정적인 것으로 나타났다( $F=9.817$ ,  $p<.01$ ).

### 인구학적 변인간의 전문적 도움추구에서의 차이

연령, 학력, 월수입에 따라 전문적 도움추구에 차이가 있는지 알아보기 위해, 일원변량분석 후 사후검증을 실시하였다(표 4-5). 도움추구 행동은 노인( $M: 52.75$ ), 중년( $M: 43.36$ ), 성인( $M: 50.48$ )이 20대 이하 보다 많은 것으로 나타났다,  $F(4, 961)=7.639$ ,  $p<.001$ . 학력에서는 대졸 이상( $M: 52.53$ ), 중-고졸( $M: 52.22$ )이 초졸 이하( $M: 48.12$ )보다 전문적 도움추구를 많이 하는 것으로 나타났다,  $F(2, 963)=11.963$ ,  $p<.001$ . 그리고 월수입은 500만원 이상( $M: 53.37$ ), 300-499만원( $M: 52.67$ ), 100-299만원( $M: 52.20$ )이 저소득층인 99만원 이하( $M: 49.20$ )보다 전문적 도움추구를 많이 보이는 것으로 나타났다,  $F(3, 962)=8.492$ ,  $p<.001$ .

### 전문적인 도움추구와 우울, 정신질환자 태도

전문적인 도움추구와 우울, 정신질환자 태도와의 관계성을 알기 위해 상관분석을 실시하였다(표 6). 그 결과, 도움추구 행동은 우울( $r=-.24$ ,  $p<.01$ )과 정신질환자 태도( $r=-.10$ ,

표 1. 남녀 우울증 비율과 우울 증상의 차이

변 인	남성 %, M(SD)	여성 %, M(SD)	$\chi^2$
우울증 비율(CES-D 21점 이상)	49명 (12.8%)	108명 (18.5%)	5.578*
우울증 심각성	26.73 (±5.08)	28.32 (± 6.88)	2.708
우울 문항 총점	10.45 (± 8.21)	12.21 (± 9.63)	2.940**
변 인	N=383 M(SD)	N=583 M(SD)	t df =964
1. 평소에는 아무렇지도 않던 일들이 괴롭고 귀찮게 느껴졌다.	1.51 (±.01)	1.63 (±.73)	2.659**
2. 먹소 싶지 않고 식욕이 없었다.	1.48 (±.69)	1.52 (±.72)	1.017
3. 어느 누가 도와준다 하더라도 나의 울적한 기분을 떨쳐 버릴 수 없을 것 같았다	1.38 (±.66)	1.56 (±.84)	3.642***
4. 무슨 일을 하든 정신을 집중하기가 힘들었다	1.48 (±.69)	1.59 (±.83)	2.410*
5. 비교적 잘 지냈다.	1.93 (±1.29)	1.87 (±1.16)	.712
6. 상당히 우울했다.	1.31 (±.63)	1.46 (±.74)	3.437**
7. 모든 일들이 힘들게 느껴졌다.	1.67 (±.80)	1.75 (±.84)	1.555
8. 앞일이 암담하게 느껴졌다.	1.58 (±.76)	1.62 (±.81)	.637
9. 지금까지의 내 인생은 실패작이라는 생각이 들었다.	1.44 (±.71)	1.40 (±.70)	.797
10. 적어도 보통 사람들 만큼의 능력은 있었다고 생각한다.	2.08 (±1.10)	2.20 (±1.12)	1.569
11. 잠을 설쳤다.	1.65 (±.84)	1.77 (±.86)	2.052*
12. 두려움을 느꼈다.	1.39 (±.64)	1.47 (±.72)	1.787
13. 평소에 비해 말수가 적었다.	1.61 (±.81)	1.56 (±.81)	.953
14. 세상에 홀로 있는 듯한 외로움을 느꼈다.	1.45 (±.70)	1.58 (±.86)	2.743**
15. 큰 불만없이 생활했다.	2.11 (±1.02)	2.26 (±1.24)	1.847
16. 사람들이 나에게 차갑게 대하는 것 같았다.	1.30 (±.59)	1.31 (±.61)	.150
17. 갑자기 울음이 나왔다.	1.15 (±.46)	1.40 (±.69)	6.572***
18. 마음이 슬펐다.	1.33 (±.58)	1.51 (±.73)	4.237***
19. 사람들이 나를 싫어하는 것 같았다.	1.19 (±.47)	1.23 (±.53)	1.125
20. 도무지 뭘 해 나갈 엄두가 나지 않았다.	1.42 (±.70)	1.52 (±.80)	2.087*

\*p<.05. \*\*p<.01. \*\*\*p<.001.

표 2. 남녀의 전문적 도움추구

변인	남성 (n=383) M(SD)	여성 (n=583) M(SD)	변량원	자승합	df	평균자승	F
전문적 도움 추구	51.58 (7.38)	52.36 (7.47)	집단간	141.160	1	141.160	2.554
			집단내	53277.553	964	55.267	
			전체	53418.713	965		

표 3. 남녀의 정신질환자 태도에 대한 차이

변인	남성 (n=383) M(SD)	여성 (n=583) M(SD)	변량원	자승합	df	평균자승	F
정신질환자 태도: 권위주의	34.47 (4.32)	34.43 (4.43)	집단간	.376	1	.376	.020
			집단내	18566.536	964	19.260	
			전체	18566.912	965		
자비심	22.44 (4.90)	22.85 (4.85)	집단간	39.610	1	39.610	1.670
			집단내	22859.228	964	23.713	
			전체	22898.838	965		
사회생활제한	31.98 (4.740)	31.73 (5.39)	집단간	15.071	1	15.071	.569
			집단내	25515.086	964	26.468	
			전체	25530.157	965		
지역사회 정신보건	27.75 (6.01)	28.99 (6.03)	집단간	356.090	1	356.090	9.817**
			집단내	34967.409	964	36.273	
			전체	35323.499	965		

\*\*p<.01.

표 4. 연령, 학력, 월수입에 따른 전문적 도움추구의 평균과 표준편차

변인	N	전문적 도움추구		F
		%	평균(표준편차)	
연령	20세이하: 11명	1.1%	43.36(±10.80)	7.639***
	21-30세: 51명	5.3%	49.57(±7.70)	
	31-40세: 112명	11.6%	50.48(±7.42)	
	41-60세: 407명	42.1%	52.37(±7.11)	
	61세이상: 385명	39.9%	52.75(±7.44)	
교육수준	초졸이하: 76명	7.9%	48.12(±9.32)	11.962***
	중-고졸: 424명	43.9%	52.22(±7.22)	
	대졸이상: 466명	48.2%	52.53(±7.12)	
월수입	99만원이하: 130명	13.5%	49.20(±8.28)	8.492***
	100-299만원: 499명	51.7%	52.20(±7.47)	
	300-499만원: 242명	25.1%	52.67(±7.47)	
	500만원이상: 95명	9.8%	53.57(±7.19)	

\*\*\* $p < .001$ .

표 5. 도움추구 행동에 대한 연령, 학력, 월수입의 차이

변인	변량원	자승합	자유도	평균자승	F	Tukey
연령	집단간	1646.187	4	411.547	7.639***	4>3>2
	집단내	51772.526	961	53.874		
	전체	53418.713	965			
학력	집단간	1294.985	2	647.493	11.963***	3>2>1
	집단내	52123.728	963	54.126		
	전체	53418.713	965			
월수입	집단간	1378.162	3	459.387	8.492***	4>3>2>1
	집단내	52040.551	962	54.096		
	전체	53418.713	965			

\*\*\* $p < .001$ .



표 6. 전문적 도움추구와 우울, 정신질환자 태도의 상관

변인	1	2
1 도움추구	-	
2 우울	-.24**	
3 정신질환자태도	-.10**	.00

\*\*p<.01.

p<.01)와 부적 상관을 나타냈다.

남녀의 전문적 도움추구에 영향을 주는 변인들

전문적 도움추구에 미치는 심리적 변인들의 효과를 알아보기 위해, 단계적 회귀분석을 실시하였다. 먼저 인구학적 변인을 투입하였고 다음으로 우울, 정신질환자 태도 순으로 투입하여 그 결과를 표 7에 제시하였다. 여성의 경우, 전문적 도움추구행동을 유의하게 설명하는 변인은 우울,  $\beta=-.20, p<.001$ , 월수입,  $\beta=.12, p<.01$ , 연령,  $\beta=.10, p<.05$  순이었으며

총 설명량은 9%이었다. 남성의 경우, 전문적 도움추구를 유의하게 설명하는 변인은 우울  $\beta=-.25, p<.001$ , 정신질환자태도,  $\beta=-.18, p<.001$  순이었으며 총 설명량은 9%이었다.

## 논 의

본 연구는 우울증의 전문적인 도움추구와 관련 있는 심리사회적 변인을 알아보려고 하였다. 이를 위해 먼저 성인 남녀의 우울감 특징, 전문적 도움추구, 정신질환자에 태도 간에 차이가 있는지 알아보았다. 다음으로 전문적인 도움추구와 가장 관련이 높은 심리사회적 요인이 무엇인지, 이것이 남녀에 따라 차이가 있는지도 알아보았다. 연구결과는 다음과 같다.

본 연구에서 일반인의 우울증은 지역사회에서 우울증을 선별할 때 널리 사용하는 CES-D 21점을 기준으로 삼았다(조맹제, 김계희, 1993). 이를 토대로 볼 때, 일반인의 우울증은 여성

표 7. 남녀 전문적 도움추구에 미치는 심리사회적 변인들의 단계적 회귀분석

	투입단계	변인	$\beta$	t	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> 변화량
여성	1단계	월수입	.207	5.108***	.043	.043
		우울	-.246	-4.952***	.060	.060
	2단계	월수입	.173	4.087***	.055	.012
		연령	.116	2.753**	.091	.036
	3단계	월수입	.124	2.904**		
		우울	-.198	-4.795***		
남성	1단계	우울	-.246	-4.952***	.060	.060
	2단계	우울	-.245	-5.016***	.091	.031
		정신질환자태도	-.175	-3.573***		

\*p<.05. \*\*p<.01. \*\*\*p<.001.

이 18.5%, 남성이 12.8%로, 여성이 남성에 비해 다소 높은 것으로 나타났다. 이러한 결과는 기존 연구들이 여성이 남성에 비해 두 배나 많은 우울증을 보인다는 설명(Kessler, et al., 1994; Lynn & Martin, 1997; Nolen-Hoeksema, 1999)과 다소 다른 양상으로, 남성도 여성만큼 우울증을 경험할 가능성을 시사한다. 또한 우울증의 심각성에서 성차가 나타나지 않았으나 우울 총점에서 여성이 남성에 비해 유의하게 높은 것으로 나타났다. 이는 우울증을 경험할 때 여성이든 남성이든 증상의 심각성에는 차이가 없었으나, 일반적으로 여성이 남성에 비해 증상 호소를 많이 할 가능성을 나타내는 것이다. 따라서 일반적으로 남성이 여성에 비해 증상 호소를 덜하기 때문에 우울증을 축소하거나 저평가할 가능성을 간접적으로 시사한 결과라 볼 수 있는 것이다.

구체적으로 우울 증상의 특징을 살펴보면 다음과 같다. 여성은 남성에 비해 ‘상당히 우울했다’, ‘갑자기 울음이 나왔다’, ‘마음이 슬펐다’와 같이 우울정서 문항에서 높게 반응하였다. 또한 여성은 ‘세상에 홀로 있는 듯한 외로움을 느꼈다’ 문항과 통계적으로 유의하지는 않았으나 ‘사람들이 나를 싫어하는 것 같았다’와 같은 ‘대인관계 소외’ 문항에서 높게 반응하고 있다. 즉 여성은 타인으로부터 소외되거나 거부되는 느낌을 받을 때, 우울하고 주로 우울기분으로 경험할 가능성이 있다. 그러나 남성은 우울할 때 행동화 양상을 보이고 철수하는 행동을 보인다는 기존의 연구 결과(Hart, 2006)와 달리, 각 문항에서 통계적으로 유의한 차이를 나타내지 않았다. 이러한 이유는 기존의 우울증상 평가 질문지가 여성의 우울증상 양상은 잘 탐지해 주지만, 남성의 우울 증상을 탐지하는데 민감하지 못하여 남성

의 우울 증상이 저평가될 가능성과 관련될 수 있다. 따라서 지역사회에서 우울증을 정확하게 진단하려면, 기존의 우울 증상 평가 도구 이외에 남성 특징적인 우울 증상까지 잘 탐지할 수 있는 도구를 개발할 필요성이 있다.

나아가 남성들은 우울증을 경험해도 감정표현을 꺼리는 전통적인 남성적 성 역할 태도가 강하여 정신과적 도움요청에 대해 부정적인 것으로 보고되어 있다(Blazina & Watkins, 1996). 남성들은 우울증의 원인을 성격적으로 파악한 것으로 여기고 낙인에 대해 부정적인 태도가 강하며, 따라서 정신과 전문의 보다는 가족이나 친구들에게 도움을 요청하거나 심지어 누구에게 도움을 요청해야 할지 모르기도 한다(Wang, Fick, Adair & Lai, 2007). 본 연구에서도 통계적으로 유의하지 않았으나 여성이 남성에 비해 전문적인 도움추구를 더 많이 하는 것으로 나타나 남성이 정신과적 도움요청에 소극적일 가능성을 시사하였다.

그러나 흥미로운 것은 남성이 여성에 비해 정신질환자에 대한 태도 중 지역정신보건에 대해 더 긍정적인 것으로 나타났다. 즉 남성은 여성에 비해 정신질환자들이 지역사회에서 일반인과 더불어 살아야 하고 지역 사회 내에서 정신보건서비스를 제공하여 지역 사회적으로 치료적인 역할을 해야 한다는 긍정적인 입장을 보인 것이다. 이러한 결과는 우리나라 남성들이 공적으로는 정신질환자를 사회적으로 수용해야 한다는 긍정적인 태도를 보이지만, 사적으로는 정신과적 도움 추구에 소극적일 가능성이 제기된다. 이는 우리나라 남성들이 정신질환에 대해 이중적인 태도를 보일 가능성을 시사하는 것으로, 남성들의 정신과적 도움추구행동을 이해하는 것은 더욱 복잡한 것 같다.

다음으로 전문적인 도움추구에 가장 많은 영향을 주는 심리사회적 변인이 무엇인지를 조사하였다. 그 결과, 나이가 많고, 학력이 높을수록 또 월수입이 많을수록 전문적인 도움추구에 더 적극적인 것으로 나타났다. 이는 연령이 증가할수록 여러 정신질환에 대한 이환율도 높아지기 때문에 당연히 전문적인 도움을 요청하는데 긍정적일 수 있음을 나타낸다. 또한 학력이 높을수록 정신질환에 대해 올바른 이해가 있을 수 있으며 여기에 경제적 여유가 있을 때 전문적인 도움을 요청할 수 있을 것이다. 그러므로 이른 나이에서부터 우울증 같은 정신질환에 대해 올바른 교육과 홍보를 제공해 주면, 전문적 도움추구에 긍정적으로 되어 조기에 질병을 발견하고 예방하는데 도움을 줄 수 있을 것으로 기대된다.

한편 전문적 도움추구는 우울증과 정신질환자 태도와는 부적 상관을 보였다. 즉 우울증이 심각하고 정신질환자에 대해 부정적인 태도를 지니고 있는 사람은 정신과적 도움추구에 소극적인 것으로 나타났다. 이러한 정신과적 도움추구의 행보는 남녀 간에 차이가 있었다. 여성은 경제적 형편이 좋고 나이가 많으며 우울증이 심하지 않을 때 전문적인 도움을 추구하는 것으로 나타났다. 이에 비해 남성의 전문적인 도움추구행동에 결정적인 요인은 우울증 정도와 정신질환자에 대한 태도가 중요한 변수로 나타났다. 남성들을 우울증이 심각하고 정신질환자에 대한 태도가 부정적이면 정신과적 도움을 추구하지 않을 수 있음을 나타낸다.

더불어 남녀 모두 우울증이 있을 때에는 전문적 도움추구에 소극적인 것으로 나타났다. 이는 우울증을 경험하는 당사자는 동기나 에너지 저하로 인해, 스스로 정신과적 도움을

요청하기 어려울 수 있음을 시사한다. 따라서 우울증을 경험하는 당사자 주변에 있는 가족이나 친구들이 조기에 우울증을 발견하고 적극적으로 치료받을 수 있도록 도우는 것이 우울증 치료에 매우 중요한 변수라고 볼 수 있다. 나아가 정신질환자에 대한 부정적인 태도가 도움추구를 방해하는 요인이므로, 일반인들을 대상으로 정신질환에 대한 편견과 낙인을 극복하는 교육이 제공되어야 필요성이 있다. 실제로 호주, 영국, 미국 등은 1990년대 이후부터 우울증에 대한 인식 개선 캠페인이나 교육을 대대적으로 실시하고 그 효과성을 검증한 바 있다(Parslow & Jorm, 2002). 이러한 정신질환 편견이나 우울증 인식개선을 위한 노력은 정신질환의 증상을 조기에 발견하여 전문적인 도움을 추구하게 함으로, 질병을 예방하거나 치료하는데 큰 기여를 할 수 있을 것이다.

본 연구의 제한점은 다음과 같다. 첫째 남성들은 우울증을 행동으로 표현되는 경향이 있으므로 기존의 우울증 척도(CES-D)만으로는 우울증상의 성차를 이해하는 것은 부족하다. 둘째 전문적 도움추구를 설명하는 심리사회적 변인의 설명력이 적은 편으로, 전문적 도움추구를 설명하는데 제한이 있다. 셋째 일반인의 우울증에 대한 이해나 전문적인 도움추구 행동과 실제 우울증을 경험하는 환자들이 정신과적 도움추구행동으로 이어지기까지의 사회적 경로나 관련된 심리사회적 변인은 다를 수 있다. 넷째 본 연구는 우울증에 대한 부정적인 태도를 이해하는데 정신질환자에 대한 태도 척도(CAMI)를 사용했기 때문에, 우울증에 대한 태도를 설명하는데 제한점이 있을 수 있다. 따라서 향후에는 우울증의 위험성이 높은 일반인들을 대상으로 우울증에 대한 지

식 및 태도가 전문적인 도움추구행동으로 이어지는 경로를 탐색할 필요가 있을 것이다.

위와 같은 제한점에도 불구하고, 본 연구는 우울증이 남녀에 따라 다르게 표현되거나 보고될 수 있다는 점을 인식한데 의의가 있다. 이는 흔히 우울증은 여성이 남성에 비해 2배나 많다고 보고되는 기존의 입장에 대해 의문을 제기하는 것으로, 남성 우울증에 대한 저평가 가능성을 제기하는 것이다. 또한 우울증은 다른 질환과 달리 조기에 발견하여 치료하는 것이 치료효과를 높이고 재발을 막는데 매우 중요하다. 그러나 정작 우울증을 경험하는 당사자는 우울증으로 인해 전문적 도움추구에 소극적일 수 있는 것으로 나타났다. 따라서 앞으로는 우울증 치료에 당사자의 가족들이나 친구와 같은 사회적 지지원의 도움을 적극적으로 활용하는 방안에 대해 다양한 모색이 필요할 것으로 보인다. 더불어 과거에 비해 정신질환자에 대한 태도나 인식이 많이 좋아졌다고는 하나, 여전히 부정적인 태도가 남아있어 전문적 도움추구를 방해하는 요인인 것으로 확인되었다. 그러므로 범국민을 대상으로 우울증에 대한 올바른 교육이 이루어질 필요가 있다. 나아가 정신질환에 대한 인식개선을 위한 프로그램이 제공되어야, 우울증으로 인한 직간접적인 사회경제적인 막대한 손실과 피해를 줄일 수 있을 것으로 기대된다.

### 참고문헌

이민수. (2007). 우울증 환자들의 정신과병원 내원에 소요되는 시간. 보건복지부 지정 우울증 임 상연구 3세부 연차 보고서.  
이주훈, 이충순, 황태연, 한광수, 이영문. (1996).

수서 일원지역 주민의 정신질환자에 대한 태도. *용인정신의학보*, 3, 188-202.  
조맹제, 김계희. (1993). 주요 우울증환자 예비 평가에서 CES-D의 진단적 타당성 연구. *신경정신의학*, 32, 381-399.  
Angermeyer, M. C., & Matschinger, H. (2003). The stigma of mental illness: effects of labeling on public attitudes towards people with mental disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 304-309.  
Bebbington, P., Meltzer, H., Brugha, T., Farrell, M., Jenkins, R., Ceresa, C., & Lewis, G. (2000). Unequal access and unmet needs: neurotic disorders and the use of primary care services. *Psychological Medicine*, 30, 1359-1369.  
Blazina, C., & Watkins, J. E. (1996). Masculine gender role conflict: effects on college men's psychological well-being, chemical substance usage and attitudes toward help-seeking. *Journal of Counseling Psychology*, 43, 461-465.  
Cassem, E. H. (1995). Depressive disorders in the medically ill: an overview. *Psychosomatics*, 36, 2-10.  
Eagly, A. H., & Steffan, V. J. (1984). Gender stereotypes of nationalities applied to both women and men. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 451-462.  
Fischer, E. H., & Turner, J. L. (1970). Orientations to seeking professional help: development and research utility of an attitude scale. *Journal of Counseling Psychology*, 35, 79-90.  
Halter, M. J. (2004). The stigma of seeking care and depression. *Archives of Psychiatric Nursing*,

- 5, 178-184.
- Hart, A. (2006). Unmaking male depression; 남성 우울증. 조현주, 현명호, 김정미 공역. 2006. **학지사**.
- Henderson, J. G., Pollard, C. A., Jacobi, K. A., & Merkel, W. T. (1992). Help-seeking patterns of community residents with depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 26, 157-162.
- Hirschfeld, R. M., Keller, M. B., & Panico, S. (1997). The national depressive and manic-depressive association consensus statement on the undertreatment of depression. *Journal of the American Medical Association*, 277, 333-340.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Nelson, C. B., Hughes, M., Swartz, M., & Blazer, D. G. (1994). Sex and depression in the national comorbidity survey II: cohort effects. *Journal of Affective Disorders* 30, 15-26.
- Koh, K. B., Kim, C. H., & Park, J. K. (2002). Prevalence of anger in depressive disorders compared with anxiety disorders and somatoform disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 486-492.
- Komiya, N., Good, G. E., & Sherrod, N. B. (2000). Emotional openness as a predictor of college student's toward seeking psychological help. *Journal of Counseling Psychology*, 47, 138-143.
- Lynn, R., & Martin, T. (1997). Gender differences in extraversion, neuroticism and psychoticism in 37 nations. *Journal of Social Psychology*, 137, 369-373.
- Malone, D. A., & Lartey, P. (2004). Depression and suicide. In R. S. Lang & D. D. Hensrud(Eds.). *Clinical preventive medicine II* (pp 69-80). American Medical Association.
- Mayville, E., & Penn, D. L. (1998). Changing societal attitudes toward persons with severe mental illness. *Cognitive and Behavioral Practice*, 5, 241-253.
- Meltzer, H., Bebbington, P., Brugha, T., Farrell, M., Jenkins, R., & Lewis, G. (2002). The reluctance to seek treatment for neurotic disorders. *Journal of Mental Health*, 9, 319-327.
- Möller-Leimkühler, A. M. (2002). Barriers to help-seeking by men: a review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression. *Journal of Affect Disorder*, 71, 1-9.
- Motjabai, R., Olfson, M., & Mechanic, D. (2002). Perceived need and help-seeking in adults with mood, anxiety or substance use disorders. *Archives of General Psychiatry*, 59, 77-84.
- Murray, C. J. L., & Lopez, A. D. (1997). Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: global burden of disease study. *The Lancet*, 349, 1439-1442.
- National Opinion Research Center (1996). Mental health module: problems in modern living. *General Social Survey*. University of Chicago.
- Nolen-Hoeksema, S., Larson, J., & Grayson, C. (1999). Explaining the gender difference in depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 1061-1072.
- Parslow, R. A., & Jorm, A. F. (2000). Who uses mental health services in Australia? an

- analysis of data from the national survey of mental health and wellbeing. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 997-1008.
- Parslow, R. A., & Jorm, A. F. (2002). Prevention depression: improving australian's depression literacy. *The Medical Journal of Australia*, 177, 117-121.
- Sims, A. (1993). The scar that is more than skin deep: the stigma of depression. *British Journal of General Practice*, 43, 30-31.
- Taylor, S. M., & Dear, M. J. (1981). Scaling community attitudes toward the mentally ill. *Schizophrenia Bulletin*, 7, 225-240.
- Wang, J. L., Fich, G., Adair, C., & Lai, D. (2007). Gender specific correlates of stigma toward depression in a Canadian general population sample. *Journal of Affective Disorder*, 103, 91-97.
- Weiner, B. (2000). Intrapersonal and interpersonal theories of motivation from an attributional perspective. *Educational Psychology Review*, 12, 1-14.
- Winkler, D, Pjrek, E., & Kasper, S. (2005). Anger attacks in depression evidence for a male depressive syndrome. *Psychotherapy Psychosomatization*, 74, 1159-1160.
- Winkler, D, Pjrek, E., Heiden, A., Wiesegger, G., Klein, N., & Konstantinidis, A.(2004). Gender differences in the psychopathology of depressed inpatients. *European Archive Psychiatry Clinical Neuroscience*, 254, 209-214.
- 1 차원고접수 : 2008. 6. 25.  
심사통과접수 : 2008. 8. 27.  
최종원고접수 : 2008. 9. 24.

## Gender differences in depressive symptoms and reluctance to seek help

Hyun-Ju Cho<sup>1</sup>   Hyeon-Woo Yim<sup>1</sup>   Sun-Jin Jo<sup>1</sup>   Myeung-Hee Bang<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Department of Preventive Medicine, the Catholic University

<sup>2</sup>Yeongdeungpo Gu Mental Health Center

The purposes of this study were to investigate the gender differences in the relationship of depressive symptoms and professional help-seeking. Specifically, it was examined that what the psychological factors were influenced on professional help-seeking, and whether gender differences existed or not in its process. Data were collected from the total of 946 adults including 383 male and 583 female in general population. The results of this study were followed: female had got higher than male on the ratio of depression and response of depressive items. Female were reported more depressive mood and interpersonal alienation than male on depressive items. On the contrary, though it was not significant, male were reported more withdrawal behavior than female on depressive item. Male had more a positive attitude toward community mental health ideology than female, but they were showed the negative attitude to seek help for depression. All of adults with depressive symptom did not active to seek help. The income and age were contributed to seek help in female but the attitude toward mental illness was influenced on it in male. Therefore, to increase people's professional help-seeking are needed to draw support system of depressive person and should give them to the psycho-education for depression including mental illness.

*Key words* : gender differences, depressive symptoms, professional help-seeking, attitude toward mental illness, psycho-education for depression