

노인 우울 증상 프로파일과 신체 증상 및 삶의 질의 관계*

정 동 회

심 은 정[†]

부산대학교 심리학과

본 연구는 지역사회 노인을 대상으로 우울 증상 프로파일을 탐색하고, 이에 따른 신체 증상 및 삶의 질의 차이를 살펴보았다. 이를 위해 부산 및 경남 지역 노인 219명을 대상으로 역학 연구센터 우울척도(CES-D), Patient Health Questionnaire-15, 그리고 세계보건기구 삶의 질 간편형 척도를 포함한 설문지를 실시하였다. 임상적으로 유의한 수준의 우울 증상을 보인 52명의 우울집단(CES-D \geq 21)을 대상으로 CES-D의 하위요인(부정정서, 긍정정서 부재, 신체·행동둔화, 부정적 대인관계 사고)을 투입한 잠재 프로파일 분석 결과, 우울집단 1(부정적 대인관계 사고 없음), 우울집단 2(부정적 대인관계 사고 경미), 우울집단 3(신체·행동둔화/부정적 대인관계 사고 심각)의 세 집단이 유형화 되었다. 우울 하위집단 간 신체 증상 차이 검증 결과, 우울집단 2, 3이 우울집단 1에 비해 신체 증상의 호소가 많았다. 또한 우울집단 3이 우울집단 1 비해 사회관계 삶의 질이 낮았다. 본 연구의 결과는 부정적 대인관계 사고 증상이 노인 우울 증상 프로파일을 변별하는 주요 특징이며, 주 호소 우울 세부 증상양상에 따라 각기 다른 영역의 삶의 질이 영향을 받을 가능성을 시사한다. 이에 개인의 우울 세부 증상양상을 고려한 맞춤형 심리치료의 필요성을 시사한다.

주요어 : 노인 우울, 잠재 프로파일 분석, 신체 증상, 삶의 질

* 본 논문은 정동회(2018)의 부산대학교 석사학위논문(수정 및 보완하여 작성한 것이며, BK 21 플러스 [고령사회 대비 웰에이징 행복심리디자이너 양성 사업단]의 지원을 받아 수행됨(21B20151813119).

[†] 교신저자 : 심은정, 부산대학교 심리학과, 부산광역시 금정구 부산대학로 63번길 2

Tel : 051-510-2159, Fax : 051-581-1457, E-mail : angelasej@pusan.ac.kr

노년기는 신체 및 인지기능의 저하가 나타나고, 은퇴 및 사별 등으로 인한 빈번한 상실 경험으로 인해 정신건강이 취약해지는 시기이다(박혜옥, 육성필, 2013; 손정락, 2002; 정영숙, 정영주, 2015; Croezen, Avendano, Burdorf, & van Lenthe, 2015). 특히 사회적 관계가 축소되면서 사회적 지지의 감소나 외로움으로 이어지며, 이는 우울증 위험을 증가시킨다(Hatfield, Hirsch, & Lyness, 2013; Golden et al., 2009). 한국 노인의 주요우울장애 유병률은 5.37%로 추정되며 (Park et al., 2010), 보건복지부 조사(2014)에 따르면 국내 노인의 33.1%가 임상적으로 유의한 수준의 우울 증상을 보였다.

노인 우울증 진단과 치료가 적절한 시기에 이루어지지 않을 경우, 여러 심각한 결과를 야기할 수 있다. 예를 들어, 노인 우울증은 신체·인지 및 사회 기능의 저하 그리고 질병이 환율 및 자살 위험의 증가와 관련된다(김현순, 김병석, 2007; Blazer, 2003; Fiske, Wetherell, & Gatz, 2009; Hybels, Blazer, & Piper, 2001). 특히 노인 우울증은 장기 예후가 좋지 않고 만성적 경과를 보이며, 재발률이 높은 것으로 알려져 있다(Mitchell & Subramaniam, 2005). 또한 노인 우울증은 삶의 질에 영향을 미치는 주요한 요인으로, 노인의 높은 우울 심각성과 낮은 삶의 질 간의 유의한 상관관계가 관찰되어 왔다(Sivertsen, Bjørkløf, Engedal, Selbæk & Helvik, 2015; Webb, Blane, McMunn, & Netuveli, 2010). 우울증은 임상적 우울 노인 집단뿐 아니라(Chan, Chiu, Chien, Thompson, & Lam, 2006), 진단 역치하의 우울 증상을 보이는 지역사회 노인에서도 삶의 질의 여러 영역에 영향을 미치는 것으로 나타난다(Chang, Ouyang, Lu, Wang, & Hu, 2016; Naumann & Byrne, 2004). 20개 국가의 60세 이상 노인 4,315명을 대상으로 우울

증상의 심각도와 삶의 질과의 관계를 살펴본 대규모 연구에서 상대적으로 경미한 수준의 우울 증상도 삶의 질의 유의한 감소와 관련이 있었다(Chachamovich, Fleck, Laidlaw & Power, 2008). 또한 노인 우울증은 부양자 부담을 가중시킬 뿐 아니라(Sczufca, Menezes, & Almeida, 2002), 높은 사회적 비용을 초래할 수 있다(Unützer et al., 2009).

이러한 광범위한 건강 관련 변인과의 관련성 및 노인에게서의 높은 우울증 유병률에도 불구하고, 노인 우울증은 진단과 치료가 적절하게 이루어지지 않는 경향이 있다(Klap, Unroe, & Unützer, 2003). 이는 부분적으로 노인 우울증의 독특한 증상양상에서 기인할 가능성이 있다(Hybels, Blazer, Landerman, & Steffens, 2011; Gum, McDougal, McIlvane, & Mingo, 2010). 노인 우울증은 다른 연령대의 우울증에 비해 우울한 기분의 호소가 덜한 반면(Lebowitz et al., 1997), 수면장애, 식욕 저하, 피로와 같은 신체 증상의 호소가 많다(Fiske et al., 2009; Lebowitz et al., 1997; Luppá et al., 2012). 이러한 증상들은 노화의 과정 혹은 다른 신체 질환의 증상으로 여겨질 수 있어 우울증으로 진단되기 어려울 수 있고(Gallo, Ryan, & Ford, 1999), 노인 스스로도 이러한 증상들을 우울증으로 인식할 가능성이 낮다(Gum et al., 2010). 전문가의 도움을 찾는 경우에도 정신건강 영역의 도움을 구하기보다, 신체 증상의 검사 및 치료에 치중하여 우울증의 정확한 진단과 치료적기를 놓치는 경우가 흔히 발생한다(배재남, 2002).

또한 노인 우울증은 동반이환이 흔하고, 여러 생물학적, 심리적, 행동적 및 사회적 위험 요인과 관련되어 다양한 증상양상 및 경과를 보인다(Blazer, 2003; Bruce, 2001; Djernes, 2006).

“슬픔 없는 우울증” (Gallo & Rabins, 1999; Gallo, Rabins, Lyketsos, Tien, & Anthony, 1997), “우울증-집행기능장애 증후군”(Alexopoulos, Kiosses, Klimstra, Kalayam, & Bruce, 2002) 등의 증상 프로파일은 노인 우울 증상양상의 다양성을 시사한다. Kraemer(2007)는 같은 진단 범주에 속하더라도 동질적인 특징을 보이는 것이 아니며, 그 속에서도 병인, 증상의 표현 및 결과에서 차이가 있을 수 있으므로, 이러한 다양성을 연구하는 것이 중요하다고 지적하였다. 예를 들면, Lux와 Kendler(2010)는 DSM-IV의 주요우울장애 9가지 증상을 인지 증상군과 신경생장(neurovegetative) 증상군으로 나눈 뒤, 인구사회학적 요인, 우울 삽화의 특성, 동반이환 패턴 등과의 관계를 살펴보았다. 그 결과, 인지 증상군의 증상 수가 신경생장(neurovegetative) 증상군의 증상 수 보다 낮은 교육기간 및 소득 수준과 같은 인구사회학적 특성과 공황장애, 공포증 등의 동반이환 등을 더 잘 예측하는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 증상양상의 다양성을 고려한 접근의 필요성을 시사하지만, 노인 우울증에서 이러한 접근은 부족한 실정이다(Lee et al., 2012).

이에 다양한 노인 우울 증상양상을 살펴보기 위해 유사한 증상양상을 보이는 대상을 증상 프로파일로 분류하려는 시도가 이루어지고 있다(e.g., Hybels et al., 2011; Hybels, Landerman, & Blazer, 2013). 예를 들어, 지역사회 노인을 대상으로 수면, 피로와 같은 신체 증상을 특징으로 하는 우울 증상 프로파일(Lee et al., 2012; Veltman et al., 2017), 그리고 인지기능 저하를 특징으로 하는 우울 증상 프로파일(Bogner, Richie, de Vries, & Morales, 2009) 등이 제안되었다. 국내에서는 유상미 등(2011)이 11세에서 82세 사이의 우울증 환자의 증상양상을 기준

으로 증상 프로파일을 분류하여, ‘심한 우울’, ‘정서적 고통’, ‘가벼운 우울’의 증상 프로파일을 유형화한 바 있으나, 노인집단을 대상으로 우울 증상 프로파일을 살펴본 국내 연구는 부족한 실정이다.

또한 선행 연구는 증상 프로파일과 우울증과 관련성이 높은 것으로 알려진 변인과의 관계를 확인하여 증상 프로파일의 임상적 유용성과 타당성을 확보하고자 시도하였다. 실제 Hybels 등(2011)은 주요우울장애로 진단된 노인의 증상 프로파일을 분류하고, 인구통계학적 변인과 발병연령, 기능저하 수준 등에서 증상 프로파일에 따른 유의한 차이를 확인하였다. 그리고 지역사회 노인 대상으로 진행된 10년간의 종단 자료를 활용하여 기저선의 우울 증상을 통해 증상 프로파일을 분류했으며, 이러한 증상 프로파일은 10년 후의 우울 증상의 경과를 유의하게 예측하였다(Hybels et al., 2013).

노인 우울증 증상 프로파일 확인은 노인 우울증의 적절한 진단과 치료에 도움이 될 수 있다. 이에 본 연구는 첫째, 우울 증상양상에 따른 한국 노인의 증상 프로파일을 확인하고자 한다. 둘째, 증상 프로파일의 임상적 유용성과 타당성을 확보하기 위해(Hybels et al., 2013), 우울 증상 프로파일에 따라 신체 증상 및 삶의 질에서 차이가 있는지를 살펴보고자 한다.

방 법

연구 참가자 및 절차

본 연구의 참가자는 만 60세 이상의 노인

중 설문 내용을 이해할 수 있으며 의사소통이 가능한 자를 대상으로 하였으며, 편의표집 절차를 사용하여 부산, 경남 소재의 노인 대학, 노인 복지관, 경로당에서 모집하였다. 2017년 9월부터 11월까지 연구 참여에 동의한 총 219명의 노인참가자를 대상으로 한국판 간이정신상태 검사(Korean version of the Mini Mental State Examination, K-MMSE)를 연구자가 실시하였으며, 그 외 설문은 참가자가 작성하도록 하였다. 글을 모르거나 시력 저하 등의 이유로 글을 읽는 데 어려움이 있는 경우 연구자가 문항을 읽어주어 응답하도록 하였다. 설문 작성은 약 20-40분 정도가 소요되었다. 연구 참여는 전적으로 자발적이었으며, 답례로 3500원 상당의 보상이 지급되었다. 본 연구는 부산대학교 기관생명윤리위원회(PNU IRB/2017_96_HR)의 승인을 받아 진행되었다.

219명의 노인 중 의사소통의 어려움으로 설문 실시가 어려웠던 6명, 중도 포기 1명, 불성실한 응답 15명의 자료를 제외한 총 197명의 자료가 분석에 포함되었다. 연구 참가자의 평균 연령은 73.73세($SD=8.43$)이었으며, 대다수가 여성(155명, 78.7%)이며, 종교가 있었다(155명, 79.1%). 교육수준은 평균 7.32년($SD=5.57$)이며, 동반이환된 만성질환 수는 1.86개($SD=1.42$)였다. 대다수가 부부동거(77명, 41.0%)중 이었으며, 독거(69명, 36.7%), 그리고 가족동거(42명, 22.3%) 순이었다. 참가자의 인지 기능 평균은 25.44점($SD=3.85$)으로, 간이정신상태검사의 한국 노인 기준(강연욱, 2006)의 동일 연령대(70-74세) 집단 평균($M=24.29$; $SD=4.65$) 수준을 보였다. 도구적 일상생활활동측정도구로 평가한 신체 기능 평균은 10.93점($SD=2.33$)으로, 한국 정상 노인 집단의 평균($M=10.26$; $SD=0.63$) 수준을 보였다(원장원, 노용균, 선우

덕, 이영수, 2002).

측정 도구

우울

우울은 한국판 역학연구센터 우울척도(the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, CES-D; 조맹제, 김계희, 1993)를 통해 측정하였다. 지난 일주일 동안 경험한 우울 증상의 빈도를 4점 Likert 척도(0="극히 드물다"; "일주일 동안 1일 이하" ~ 3="대부분 그랬다"; "일주일 동안 5일 이상")상에 평정한다. 부정정서, 긍정정서 부재, 신체·행동둔화, 부정적 대인관계 사고의 하위요인으로 구성된다(Radloff, 1977). 총 20문항이며, 5번, 10번, 15번 문항은 역채점한다. 각 하위요인 별 문항의 예로는 "상당히 우울했다", "비교적 잘 지냈다", "먹고 싶지 않고 식욕이 없었다", "사람들이 나에게 차갑게 대하는 것 같았다" 등이 있다. 총점 범위는 0점에서 60점으로, 높을수록 우울 정도가 심한 것을 의미한다. 총점이 21점 이상인 경우 임상적으로 유의한 수준의 우울 증상을 의미한다(조맹제, 김계희, 1993; Cho & Kim, 1998). 조맹제와 김계희(1993)의 연구에서 Cronbach's α 는 .91였으며, 본 연구에서는 .87이었다.

신체 증상

신체 증상은 한국어판 Patient Health Questionnaire-15(PHQ-15)를 통해 측정하였다(Han et al., 2009). 지난 4주 동안 신체 증상을 경험한 정도를 3점 척도(0="전혀 시달리지 않음", 1="약간 시달림", 2="대단히 시달림")상에 평정한다. 총 15문항이며 총점은 0점에서 30점으로, 총점이 5점 이상인 경우 경미한 정

도, 10점 이상인 경우 중간 정도, 15점 이상인 경우 심각한 정도의 신체 증상을 의미한다 (Kroenke, Spitzer, & Williams, 2002). 문항의 예로는 ‘위통’, ‘허리 통증’, ‘팔, 다리, 관절(무릎, 고관절 등)의 통증’ 등이 있다. Han 등(2009)의 연구에서 Cronbach’s α 는 .87이었다. 본 연구에서는 노인의 특성을 고려하여 ‘생리기간동안 생리통 등의 문제[여성만 해당]’ 문항을 삭제한 14문항을 사용하였으며, Cronbach’s α 는 .81이었다.

삶의 질

삶의 질은 한국판 세계보건기구 삶의 질 간편형 척도 (the World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument-BREF; WHOQOL-BREF)로 측정하였다(민성길, 이창일, 김광일, 서신영, 김동기, 2000). 지난 2주 동안 삶의 질, 건강 및 인생의 여러 영역들에서 어떻게 느꼈는지를 5점 Likert 척도 상에 평정하며 5가지의 응답점(anchor point)이 사용된다 (1=“매우 나쁨” ~ 5=“매우 좋음”; 1=“매우 불만족” ~ 5=“매우 만족”; 1=“전혀 아니다” ~ 5=“매우 많이 그렇다”; 1=“전혀 아니다” ~ 5=“전적으로 그렇다”; 1=“전혀 아니다” ~ 5=“항상 그렇다”). 총 26문항으로, 3번, 4번, 26번 문항은 역채점한다. 신체 (e.g., “당신은 얼마나 잘 돌아다닐 수 있습니까?”), 심리 (e.g., “당신은 당신 스스로에게 얼마나 만족하고 있습니까?”), 사회관계(e.g., “당신은 당신의 개인적 대인관계에 대해 얼마나 만족하고 있습니까?”), 그리고 환경적 삶의 질(e.g., “당신은 일상생활에서 얼마나 안전하다고 느끼십니까?”)의 영역으로 구성된다. 각 영역별 점수가 계산되며, 영역 점수는 해당 영역 문항의 평균에 4를 곱하여 계산하며, 점수 범위는 4-20점이다.

영역 점수가 높을수록 해당 영역의 삶의 질이 높은 것을 의미한다. 민성길 등(2000)의 연구에서 Cronbach’s α 는 .89였으며, 본 연구에서는 .86이었다.

인구통계학적 특성

인구통계학적 특성으로 연령, 성별, 종교, 교육수준, 동거형태, 동반이환을 측정하였다. 교육수준은 정규교육을 받은 년수로 측정하였다. 동거형태는 독거, 부부동거 및 가족동거의 범주로 평정하도록 하였다. 동반이환은 노인 실태조사(보건복지부, 2014)를 참고하여 3개월 이상 앓고 있는 만성질환을 응답하도록 하였으며, 만성질환 수를 측정하였다.

인지 기능

인지 기능은 한국판 간이정신상태검사 (Korean-Mini Mental State Examination; K-MMSE; 강연욱, 나덕렬, 한승혜, 1997)를 통해 측정하였다. 시간 및 장소 지남력, 기억등록과 기억 회상, 주의집중과 계산능력, 언어능력 및 시공간구성능력을 측정하며 총점은 0점에서 30점으로, 총점이 낮을수록 인지 기능이 저하되었음을 의미한다. 강연욱 등(1997)의 연구에서 Cronbach’s α 는 .85였으며, 본 연구에서는 .81이었다.

신체 기능

신체 기능은 한국형 도구적 일상생활활동 측정도구(Korean Instrumental Activities of Daily Living; K-IADL; 원장원, 양금렬 등, 2002; 원장원, 노용균 등, 2002)를 통해 측정하였다. 총 10문항 중 7문항(몸단장, 집안 일, 식사 준비, 빨래하기, 근거리 외출, 약 챙겨먹기, 금전관리)은 3점 Likert 척도(1=“완전 자립” ~ 3=“완

전 의존”)로 평정하며, 3문항 (교통수단 이용, 물건사기, 전화 사용)은 4점 Likert 척도(1=“완전 자립” ~ 4=“완전 의존”)로 평정한다. 총점은 10점에서 33점으로, 총점이 높을수록 도구적 일상생활활동에서 의존도가 높은 것을 의미한다. 원장원, 노용균 등(2002)에서 Cronbach's α 는 .94였으며, 본 연구에서는 .83이었다

자료 분석

본 연구는 우울 증상양상에 따른 잠재 프로파일을 분류하기 위하여 CES-D 총점이 21점 이상인 노인을 우울집단으로 정의하고(조맹제, 김계희, 1993; Cho & Kim, 1998), 이 집단을 대상으로 잠재 프로파일 분석을 실시하였다. 잠재 프로파일을 도출하기 위한 우울 증상으로 CES-D의 하위요인(부정정서, 긍정정서 부재, 신체·행동둔화, 부정적 대인관계 사고)을 투입하였으며, 집단 수를 1개부터 하나씩 증가시켜 분석을 시행하였다. 노인 우울 증상 잠재 프로파일 모형은 정보지수, 분류의 질, 모형비교 검증 결과로 평가하였다. 정보지수는 표본의 크기나 추정 모수의 수를 고려하는 지수로, 수치가 작을수록 좋은 모형으로 간주된다(Nylund, Asparouhov, & Muthén, 2007). 본 연구에서는 보편적으로 사용되는(Nylund et al., 2007) 정보지수인 AIC(akaike information criterion; Akaike, 1974), BIC(baysian information criterion; Schwarz, 1978), SABIC (sample-size adjusted BIC; Sclove, 1987)를 이용하였다. 분류의 질 지수는 Entropy 값(Ramaswamy, DeSarbo, Reibstein, & Robinson, 1993)을 사용하였다. Entropy 값은 대상이 하나의 잠재 프로파일에 속할 확률이 1에 가깝고 다른 잠재 프로파일에 속할 확률이

0에 가까울수록 증가한다. 범위는 0에서 1까지이며, 1에 가까울수록 분류가 정확함을 의미한다(Pastor, Barron, Miller, & Davis, 2007). 정해진 절단점은 없으나, .80 이상일 경우 90% 이상 정확히 분류된 것을 의미하여 좋은 분류로 판단한다(Lubke & Muthén, 2007). 모형비교 검증은 조정된 우도비 검증(Lo-Mendell-Rubin adjusted likelihood ratio test: LMRLRT; Lo, Mendell, & Rubin, 2001) 및 모수적 부트스트랩 우도비 검증(parametric bootstrapped likelihood ratio test: BLRT; McLachlan & Peel, 2004)을 이용하였다. 잠재 프로파일이 k 개인 모형을 평가할 때, k 개인 모형을 지지하기 위해 $k-1$ 개인 모형과의 차이를 검증한다. p 값이 통계적으로 유의할 때 $k-1$ 의 잠재 프로파일 모형을 기각하고 k 개인 모형을 선택하며 p 값이 유의하지 않을 때 $k-1$ 개 모형을 선택한다. 잠재 프로파일의 수를 결정하기 위한 최적의 단일 기준에 대한 합의는 부족한 상황으로(Nylund et al., 2007), 본 연구는 정보지수(AIC, BIC, SABIC), Entropy 및 모형비교 검증(LMRLRT, BLRT) 결과 및 집단의 해석 가능성 등을 종합적으로 고려하여 최종 모형을 결정하였다. 잠재 프로파일 분석은 *Mplus* 7.4로 시행하였다.

분류된 우울집단과 통제집단의 인구통계학적 특성과 인지 및 신체 기능의 차이는 카이제곱 검증과 일원변량분석(one-way analysis of variance; one-way ANOVA)으로 검증하였다. 범주변인인 성별, 종교, 동거형태는 각 셀의 기대빈도가 5보다 커야한다는 카이제곱 검증의 기본 가정을 충족하지 못해 Fisher의 정확검증을 실시하였다. 신체 기능의 경우, 왜도와 첨도가 각각 3.42, 12.29로 왜도와 첨도의 절댓값이 각각 2와 7 이내여야 한다는 기준(Curran, West & Finch, 1996)을 초과하여 정상성 가정

을 만족시키지 못하는 것으로 나타났다. ANOVA 대신 비모수 검증인 Kruskal-Wallis 검증을 실시한 뒤, 사후 검증으로 두 집단씩 Mann-Whitney 검증을 실시하였다. 이 때, 유의 수준은 Bonferroni 교정($p=.05/6=.008$)을 적용하였다. 이후 잠재 프로파일 간의 신체 증상과 삶의 질 차이는 공변량분석(analysis of covariance; ANCOVA)을 통해 검증하였으며, 인구통계학적 변인 중 집단 간 차이가 유의하였던 성별, 교육수준, 동거형태, 인지 기능 및 신체 기능을 공변인으로 투입하였다. 자료 분석은 SPSS Statistics 23.0으로 시행하였다.

결 과

잠재 프로파일의 수 결정

적합한 잠재 프로파일 수를 결정하기 위하여 1개 모형에서 출발하여 잠재 프로파일 수를 늘려가며 분석한 결과는 표 1과 같다. 정보지수인 AIC, BIC와 SABIC는 잠재 프로파일 수가 증가할수록 값이 줄어드는 양상을 보였

다. 분류의 질 지표인 Entropy 값은 모든 모형에서 .80이상으로 좋은 분류의 질을 나타냈다. 모형비교 검증의 경우 BLRT는 2개에서 4개 집단 모형까지 모두 유의했는데($p<.001$), 이를 고려할 때 4개 집단 모형이 가장 적합한 것으로 보인다. 그러나 4개 집단 모형은 LMRLRT 결과가 유의하지 않으며, 정보지수(AIC, BIC, SABIC)의 감소폭이 3개 집단 모형에서 최대인 것을 고려하여 3개 집단 모형이 가장 적합한 것으로 판단하고 최종 모형으로 선택하였다. 최종 선택된 3개 집단 모형에서 전체 우울집단 중 우울집단 1은 63.46%, 우울집단 2는 25.00%, 그리고 우울집단 3은 11.54%를 차지하였다.

잠재 프로파일의 형태

도출된 노인 우울집단의 잠재 프로파일 형태는 그림 1에 제시하였고, 우울 하위집단 간 우울 증상의 차이 검증 결과는 표 2와 같다. 세 우울집단은 부정정서와 긍정정서 부재 증상보다는 신체·행동둔화와 부정적 대인관계 사고 증상에서 유의한 차이가 있었다. 사후검

표 1. 노인 우울 증상 잠재 프로파일 분류 기준

모형	AIC	BIC	SABIC	Entropy	LMRLRT ^a	BLRT ^a	분류율(%)			
							1	2	3	4
1개	368.60	388.11	356.71	-	-	-	100.00			
2개	355.10	384.37	337.27	.90	< .05	< .001	84.62	15.39		
3개	329.65	368.68	305.87	.97	< .05	< .001	63.46	25.00	11.54	
4개	310.26	359.04	280.54	1.00	.59	< .001	36.54	26.93	25.00	11.54

주. AIC=Akaike Information Criterion; BIC=Baysian Information Criterion; SABIC=Sample-size Adjusted BIC; LMRLRT=Lo-Mendell-Rubin adjusted Likelihood Ratio Test; BLRT=Parametric Bootstrapped Likelihood Ratio Test

^a LMRLRT와 BLRT는 p 값을 보고함.

증 결과, 신체·행동둔화 증상의 경우 우울집단 3이 우울집단 1, 2에 비하여 높았으며, 우울집단 1과 2사이에는 유의한 차이가 없었다(우울집단 1 vs. 3: $p<.01$; 우울집단 2 vs. 3: $p<.05$). 부정적 대인관계 사고 증상의 경우 우울집단 3이 가장 높고, 우울집단 2, 우울집단 1 순으로 나타났다(우울집단 1 vs. 2: $p<.001$; 우울집단 1 vs. 3: $p<.001$; 우울집단 2 vs. 3: $p<.001$). 우울집단을 변별하는 주요 증상은 부정적 대인관계 사고 증상이었으며, 그 다음은 우울집단 1, 2와 우울집단 3을 변별하는 신

체·행동둔화 증상이었다.

우울 하위집단의 증상 프로파일 형태를 살펴보면 우울집단 1은 세 우울집단 중에 부정적 대인관계 사고 증상이 가장 낮았으며, 비우울 통제집단과 비교해도 차이가 없어 ‘부정적 대인관계 사고 없음’ 집단으로 명명하였다. 우울집단 2는 우울집단 1과 우울집단 3과 비교했을 때 부정적 대인관계 사고 증상이 중간 수준이었는데, 이는 우울집단 2의 다른 우울 증상(부정정서, 긍정정서 부재 및 신체·행동둔화)에 비해서 경미한 수준으로 나타나 ‘부정

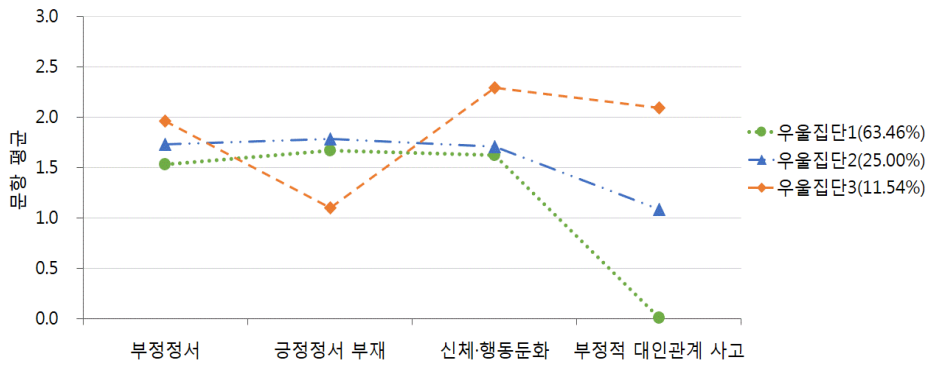


그림 2. 노인 우울 증상 프로파일 형태

표 2. 노인 우울 증상 잠재 프로파일에 따른 우울 증상의 차이

	우울집단1	우울집단2	우울집단3	F	η^2	사후검증 ^a
	(n=33)	(n=11)	(n=6)			
	M(SE)	M(SE)	M(SE)			
부정정서	1.53(.09)	1.73(.14)	1.96(.21)	2.08	.08	
긍정정서 부재	1.67(.12)	1.78(.19)	1.10(.27)	1.96	.07	
신체·행동둔화	1.62(.09)	1.71(.14)	2.28(.20)	4.58*	.16	3 > 1, 2
부정적 대인관계 사고	.09(.03)	1.08(.05)	2.09(.08)	325.00***	.93	3 > 2 > 1

주. 우울집단1: 부정적 대인관계 사고 없음; 우울집단2: 부정적 대인관계 사고 경미; 우울집단3: 신체·행동둔화/부정적 대인관계 사고 심각 집단

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

적 대인관계 사고 경미' 집단으로 명명하였다. 우울집단 3은 두 우울집단에 비해 신체·행동 둔화 증상과 부정적 대인관계 사고 증상이 모두 높아 '신체·행동둔화/부정적 대인관계 사고 심각' 집단으로 명명하였다.

노인 우울 증상의 잠재 프로파일의 특성

인구통계학적 특성과 인지 및 신체 기능
잠재 프로파일에 따른 인구통계학적 특성과 인지 및 신체 기능의 차이 검증 결과는 표 3과 같다. 연령, 종교 및 다른 신체 질병의 동반이환율은 유의한 차이가 없었다($F_{(3, 193)}=1.32, p=.27; \chi^2_{(3)}=1.07, p=.87; F_{(3, 192)}=1.60, p=.19$). 반면, 성별의 경우 집단 간 유의한 차이는 없

표3. 집단 별 인구통계학적 특성과 인지 및 신체 기능

	우울집단1	우울집단2	우울집단3	통제집단	F or χ^2	η^2	사후검증 ^a
	(n=33)	(n=13)	(n=6)	(n=145)			
	M(SD) or n(%)	M(SD) or n(%)	M(SD) or n(%)	M(SD) or n(%)			
연령	75.51(8.63)	71.38(8.15)	77.50(5.01)	73.73(8.48)	1.32	.02	
성별							
여성	31(93.9)	9(69.2)	4(66.7)	111(76.6)	7.17 [†]		
남성	2(6.1)	4(30.8)	2(33.3)	34(23.4)			
교육수준	4.70(4.28)	4.62(5.98)	5.50(3.99)	8.23(5.33)	5.75 ^{**}	.08	1, 2<4
종교							
불교	25(78.1)	11(84.6)	4(66.7)	115(79.3)	1.07		
기타	7(21.9)	2(15.4)	2(33.3)	30(20.7)			
동거형태							
독거	19(59.4)	7(53.8)	3(50.0)	40(29.2)	13.73 [*]		
부부동거	10(31.3)	4(30.8)	2(16.7)	62(45.3)			
가족동거	3(9.4)	2(15.4)	2(33.3)	36(25.5)			
동반이환	2.00(1.19)	2.54(1.39)	2.33(1.03)	1.75(1.47)	1.60	.02	
인지 기능 ^b	23.67(4.27)	22.23(5.47)	22.67(3.50)	26.24(3.25)	9.58 ^{***}	.13	1, 2, 3<4
신체 기능 ^{b, c}	11.55(3.44)	11.69(2.87)	11.67(1.97)	10.70(1.94)	7.86 [*]		n.s.

주. 우울집단1: 부정적 대인관계 사고 없음; 우울집단2: 부정적 대인관계 사고 경미; 우울집단3: 신체·행동둔화/부정적 대인관계 사고 심각 집단.

주. 연령, 교육수준, 동반이환, 인지 기능은 일원변량분석, 성별, 종교, 동거형태는 Fisher의 정확검증을 실시함

^a 4는 통제집단임

^b 인지 기능은 K-MMSE, 신체 기능은 K-IADL 점수임

^c Kruskal-Wallis 검증 후, 사후 검증으로 Mann-Whitney 검증 및 유의 수준은 Bonferroni 교정($p=.008$)을 적용함

[†] $p<.10$, ^{*} $p<.05$, ^{**} $p<.01$, ^{***} $p<.001$

었으나($\chi^2_{(3)}=7.17, p=.05$), 여성의 비율이 우울 집단 1(부정적 대인관계 사고 없음)의 경우 93.9%로 우울집단 2(부정적 대인관계 사고 경미)의 69.2%, 우울집단 3(신체·행동둔화/부정적 대인관계 사고 심각)의 66.7%에 비해 높은 경향이 있었다. 또한 교육수준, 동거형태, 인지 및 신체 기능에서는 유의한 차이가 있었다. 교육 수준의 경우($F_{(3, 193)}=5.75, p<.01, \eta^2=.08$), 사후 검증 결과 우울집단 1(부정적 대인관계 사고 없음)과 우울집단 2(부정적 대인관계 사고 경미)가 비우울 통제집단에 비해 유의하게 낮았다($p<.01; p<.05$). 동거형태의 경우($\chi^2_{(6)}=13.73, p<.05$), 세 우울집단의 독거 비율이 각각 59.4%, 53.8%, 50.0%로 비우울 통제집단의 29.2%에 비해 높았다. 인지 기능의 경우($F_{(3, 193)}=9.58, p<.001, \eta^2=.13$), 사후 검증 결과 세 우울집단이 비우울 통제집단에 비해 인

지 기능이 유의하게 낮았다($p<.001; p<.001; p<.05$). 신체 기능의 경우 Kruskal-Wallis 검증 결과 유의한 차이가 있었으나($\chi^2_{(3)}=7.86, p<.05$), 사후검증에서는 유의한 차이가 확인되지 않았다.

신체 증상 및 삶의 질

잠재 프로파일에 따른 신체 증상 및 삶의 질 차이 검증 결과는 표 4와 같다. 신체 증상에서 집단 간 차이가 유의했는데($F_{(3, 168)}=23.95, p<.001, \eta^2=.30$), 사후 검증 결과 세 우울집단이 비우울 통제집단에 비해 유의하게 높았다($p<.001; p<.001; p<.001$). 또한 우울 하위집단 간 유의한 차이가 있었는데, 우울집단 2(부정적 대인관계 사고 경미)와 우울집단 3(신체·행동둔화/부정적 대인관계 사고 심각)이 우울집단 1(부정적 대인관계 사고 없음)에

표 4. 집단별 신체 증상 및 삶의 질 평균 및 표준오차

	우울집단1	우울집단2	우울집단3	통제집단	F	η^2	사후검증 ^a
	(n=32)	(n=11)	(n=6)	(n=136)			
	M(SE)	M(SE)	M(SE)	M(SE)			
신체 증상 ^b	9.52(.88)	12.51(1.11)	14.84(1.65)	5.21(.37)	23.95***	.30	4<1<2, 3
신체적 삶의 질	9.91(.63)	10.43(.84)	7.82(1.09)	13.53(.26)	17.61***	.24	1, 2, 3<4
심리적 삶의 질	9.72(.65)	10.02(.86)	8.05(1.11)	12.71(.27)	11.57***	.17	1, 2, 3<4
사회관계 삶의 질	12.16(.65)	10.83(.87)	8.36(1.12)	13.43(.27)	8.56***	.13	2, 3<4 3<1
환경적 삶의 질	10.75(.59)	10.43(.78)	9.38(1.01)	12.84(.25)	8.03***	.13	1, 2, 3<4

주. 우울집단 1: 부정적 대인관계 사고 없음; 우울집단 2: 부정적 대인관계 사고 경미; 우울집단 3: 신체·행동둔화/부정적 대인관계 사고 심각 집단

^a. 4는 통제집단임

^b. 신체 증상의 경우 결측치로 인해 표본 수는 우울집단 1: n=32; 우울집단 2: n=13; 우울집단 3: n=5; 통제집단: n=137임.

*** p<.001

비해 신체 증상의 호소가 많은 것으로 나타났다($p < .05$; $p < .01$). Kroenke 등(2002)의 절단점에 따르면, 우울집단 3(신체·행동둔화/부정적 대인관계 사고 심각)의 경우 신체 증상 평균이 14.84점($SE=1.65$)으로 심각한 수준, 우울집단 1(부정적 대인관계 사고 없음)과 우울집단 2(부정적 대인관계 사고 경미)는 평균이 각각 9.52점($SE=.88$), 12.51점($SE=1.11$)으로 중간 수준의 신체 증상을 보였다.

삶의 질의 경우 모든 영역의 삶의 질에서 집단 간 차이가 유의했는데, 사후 검증 결과, 신체적, 심리적 그리고 환경적 삶의 질의 경우 세 우울집단이 비우울 통제집단에 비해 낮았다(신체·심리: $p < .001$; $p < .01$; $p < .001$; 환경: $p < .01$; $p < .01$; $p < .01$). 사회관계 삶의 질의 경우 우울집단 1(부정적 대인관계 사고 없음)을 제외한 나머지 두 우울집단이 비우울 통제집단에 비해 낮았다($p < .01$; $p < .001$). 사회관계 삶의 질에서 우울 하위집단 간 유의한 차이가 있었는데, 우울집단 3(신체·행동둔화/부정적 대인관계 사고 심각)이 우울집단 1(부정적 대인관계 사고 없음)에 비해 유의하게 낮았다($p < .05$).

논 의

본 연구는 임상적으로 유의한 수준의 우울 증상을 보인 노인을 대상으로 우울 증상 프로파일을 분류하고, 이에 따른 신체 증상 및 삶의 질의 차이를 살펴보았으며, 주요 결과는 다음과 같다.

노인 우울 증상에 대한 잠재 프로파일 분석 결과, 우울집단은 ‘부정적 대인관계 사고 없음’ 집단, ‘부정적 대인관계 사고 경미’ 집단,

그리고 ‘신체·행동둔화/부정적 대인관계 사고 심각’ 집단의 세 집단으로 분류되었고, 부정적 대인관계 사고가 세 우울집단을 변별하는 주요 증상이었다. 신체·행동둔화 증상은 우울집단 1(부정적 대인관계 사고 없음), 우울집단 2(부정적 대인관계 사고 경미)와 우울집단 3(신체·행동둔화/부정적 대인관계 사고 심각)을 변별하였다. 반면 부정정서와 긍정정서 부재 증상은 우울집단 간 유의한 차이가 없었다.

부정적 대인관계 사고 증상은 ‘사람들이 나를 차갑게 대하는 것 같았다’와 ‘사람들이 나를 싫어하는 것 같았다’ 문항으로 측정된다. 이러한 부정적 대인관계 사고는 사회적 관계의 축소나 사회적 지지의 감소 또는 만성적 외로움(Loneliness)으로 이어질 수 있다(Cacioppo & Hawkley, 2009; Maher, Mora, & Leventhal, 2006). 외로움은 개인이 지각한 사회적 고립을 반영하는 개념으로(Masi, Chen, Hawkley, & Cacioppo, 2011), 지역사회 노인 집단의 우울증 발병의 61%를 설명하는 주요한 요인이었다(Golden et al., 2009). 이러한 결과들을 고려했을 때 외로움이 노인 우울증의 대안적 진단 기준으로 제안되기도 한다(Saracino, Rosenfeld, & Nelson, 2016). OECD 조사(2016)에 따르면 한국 50대 이상 성인의 59%가 의지할 수 있는 친척, 친구가 없다고 응답하여 약한 사회 관계망을 나타낸 것을 고려하면, 한국 노인의 대인관계 문제 혹은 외로움에 대한 주의가 필요하다. 이러한 대인관계 문제 및 외로움은 자신이 타인과 의미 있게 연결되어 있지 못하다는 인식인 좌절된 소속감과도 관련이 있다. 자살의 대인관계이론에 따르면 좌절된 소속감은 자살생각에 영향을 미치는 결정적 요인으로 간주되며, 특히 노인에게서 두드러진다(Joiner, 2005; Guidry & Cukrowicz, 2016에서 재

인용). 유사한 수준의 우울 증상을 보이더라도 좌절된 소속감이 낮은 노인에게 비해 높은 노인의 경우, 자살 사고 수준이 더 높은 것으로 나타난다(McLaren, Gomez, Bailey, & Van Der Horst, 2007). 대인관계 문제 혹은 외로움과 자살과 높은 관련성을 고려할 때, 부정적 대인관계 사고 증상이 DSM-5의 우울증 진단 기준에는 포함되어 있지 않지만, 이를 노인 우울 증상 평가에서 주요하게 다루어야 할 필요가 있다.

잠재 프로파일에 따른 인구통계학적 특성과 인지 및 신체 기능의 차이 검증 결과 동거형태와 인지 기능에서 우울여부에 따른 차이가 나타났다. 즉, 세 우울집단이 비우울 통제집단에 비해 독거 비율이 높았고(59.4%; 53.8%; 50.0% vs. 29.2%), 인지기능 수준이 낮았다. 이러한 결과는 독거가 노인의 높은 우울 증상과 관련된다는 선행연구(Chan, Malhotra, Malhotra, & Østbye, 2011; Park et al., 2012) 및 노인 우울증과 인지기능 저하가 관련된다는 선행연구(Alexopoulos, 2005; Butters et al., 2004; Fiske et al., 2009; Jorm, 2000; Thomas & O'Brien, 2008)에 부합하는 결과이다. 교육수준의 경우, 우울집단 1(부정적 대인관계 사고 없음)과 2(부정적 대인관계 사고 경미)가 비우울 통제집단에 비해 유의하게 낮은 것으로 나타났다. 우울집단 3(신체·행동둔화/부정적 대인관계 사고 심각)은 통제집단과 차이가 유의하지는 않았으나, 차이의 효과크기가 .58로 Cohen(1988)의 효과크기 기준에 의하면 중간 정도의 효과크기를 보였다. 이러한 결과들은 낮은 교육수준이 노인의 높은 우울 증상과 관련된다는 선행연구와 부분적으로 일치한다(Chang-Quan, Zheng-Rong, Yong-Hong, Yi-Zhou, & Qing-Xiu, 2010; Park et al., 2012).

각 우울집단의 특징을 살펴보면 우울집단 1(부정적 대인관계 사고 없음)은 다른 우울집단에 비해 부정적 대인관계 사고가 없었으며, 비우울 통제집단과도 차이가 없었다. 우울집단 2(부정적 대인관계 사고 경미)는 부정적 대인관계 사고가 경미한 수준이었다. 이 두 우울집단은 우울집단 3(신체·행동둔화/부정적 대인관계 사고 심각)과 비교했을 때, 부정적 대인관계 사고 증상의 심각도가 없거나 낮았다. 부정적 대인관계 사고가 없었던 우울집단 1(부정적 대인관계 사고 없음)의 경우, 대다수가 여성이었다(93.9%). 노인의 사회적 관계망은 친족보다는 친구와 이웃으로 주로 구성되는데(박경순, 박영란, 2016), 여성노인은 남성노인보다 친구나 이웃과의 왕래빈도가 더 높은 것으로 알려져 있다(보건복지부, 2014). 특히 우울집단 1(부정적 대인관계 사고 없음)과 2(부정적 대인관계 사고 경미)의 경우 과반수가 경로당에서 자료가 수집되었다(우울집단 1: 60.6%; 우울집단 2: 76.9%; 우울집단 3: 33.3%). 노인들이 경로당을 이용하는 주된 목적은 친목도모로(보건복지부, 2014; 이재모, 2004), 경로당은 노년기에 사회적 관계를 맺고, 유지할 수 있는 유용한 공간으로 인식된다. 실제 본 연구의 경로당 이용 노인 역시 다른 노인들과 여가활동 및 식사를 함께 하기 위하여 경로당을 찾고 있었으며, 경로당에서 맺어진 사회적 관계에 상당한 만족감을 보고하였다. 즉, 우울집단 1(부정적 대인관계 사고 없음)은 임상적으로 유의한 수준의 우울 증상을 보였지만 친구나 이웃과 잦은 왕래를 통해 사회관계를 잘 보존하고 있었던 것으로 보인다. 노인들 스스로 이러한 사회관계에 만족하고 있었기 때문에, 우울집단 3(신체·행동둔화/부정적 대인관계 사고 심각)에 비해 부정적 대인관계가 사

고의 증상이 부재한 것으로 보인다.

우울집단 3(신체·행동둔화/부정적 대인관계 사고 심각)은 다른 두 우울집단에 비해 신체·행동둔화 및 부정적 대인관계 사고가 심각한 증상양상을 보였다. 기력부족, 식욕저하, 수면의 어려움과 같은 증상들은 우울증의 증상이지만, 동반이환된 질환에서 기인했을 가능성도 있다(Saracino et al., 2016). 하지만 이 집단과 다른 두 우울집단은 동반이환 질환 수에는 유의한 차이가 없어, 이들이 보고하는 신체·행동둔화 증상은 우울증으로 인한 주관적인 신체적 호소일 가능성이 높다.

우울집단 3의 주관적 신체적 호소의 경향은 잠재 프로파일에 따른 신체 증상 차이 검증 결과에서도 확인되었는데, 우울집단 3(신체·행동둔화/부정적 대인관계 사고 심각)은 우울집단 2(부정적 대인관계 사고 경미)와 함께 우울집단 1(부정적 대인관계 사고 없음)이나 비우울 통제집단에 비해 신체 증상의 호소가 유의하게 많았다. Kroenke 등 (2002)의 기준에 의하면 우울집단 3(신체·행동둔화/부정적 대인관계 사고 심각)의 경우, 중간 수준의 신체 증상을 보였던 다른 우울집단과 달리 심각한 수준의 신체 증상을 호소하였다. 자신의 건강상태가 좋지 않다고 인식하는 것은 높은 수준의 노화 불안과 관련된다(김신미, 김순이, 2009). 노화 불안은 짐이 되거나 쓸모없는 존재와 같은 노인에 대한 부정적 고정관념으로부터 유발될 수 있으며, 이미 노인이 된 사람들의 자기이미지에도 부정적 영향을 미치는 것으로 나타난다(McConatha, Schnell, Volkwein, Riley, & Leach, 2003; Harris & Dollinger, 2003; 김숙남, 최순옥, 신경일, 이정희, 2008에서 재인용). 이를 통해, 우울집단 3(신체·행동둔화/부정적 대인관계 사고 심각)은 우울증의 신체·행동

둔화 증상과 함께 자신의 건강에 대한 부정적 인식을 보이며, 이것이 노화를 실감하게 하면서 노화에 대한 불안과 자신에 대한 부정적인 이미지를 촉발해 ‘사람들이 나를 싫어할 것이다’와 같은 부정적인 대인관계 사고를 유발했을 가능성을 추론해 볼 수 있다. 또한 우울집단 3(신체·행동둔화/부정적 대인관계 사고 심각)이 나타내는 우울 증상양상은 우울한 기분의 호소는 적은 반면, 설명되지 않는 신체적 호소와 무망감, 무가치감 등의 인지적 호소가 많은 “슬픔 없는 우울증”(Gallo et al., 1997; Gallo & Rabins, 1999)의 증상양상과 유사한 것으로 보인다. 이러한 증상양상을 보이는 경우 ‘슬픔 있는’ 증상양상에 비해 다른 사람에게 우울한 상태로 식별될 가능성이 낮다(Gum et al., 2010). 또한 전문가의 도움을 찾을 가능성은 낮으며(Gum et al., 2010; Sarkisian, Lee-Henderson, & Mangione, 2003), 전문가의 도움을 구하더라도 정신건강 영역에서 보다 신체 증상의 검사 및 치료에 치중하여 우울증의 적절한 진단과 치료시기를 놓칠 수 있다(배재남, 2002).

한편 잠재 프로파일에 따른 삶의 질 차이 검증 결과, 사회관계 삶의 질에서 우울 하위 집단 간 차이가 유의하였다. 사회관계 삶의 질의 경우, 우울집단 3(신체·행동둔화/부정적 대인관계 사고 심각)은 우울집단 1(부정적 대인관계 사고 없음)에 비해 사회관계 삶의 질이 낮았다. 반면 우울집단 1(부정적 대인관계 사고 없음)은 임상적으로 유의한 수준의 우울 증상을 보였음에도 사회관계 삶의 질의 저하가 나타나지 않았다. 이를 고려할 때, 부정적 대인관계 사고가 사회관계 삶의 질에 차이에 영향을 주었을 가능성을 추론해 볼 수 있다. 사회관계 삶의 질의 하위척도에 사회적 관계,

사회적 지지 및 성적 활동이 포함됨을 고려하면, 이러한 결과는 타인에 대한 부정적 사고가 지각된 사회적 지지를 감소시킬 수 있다는 선행연구(Maher et al., 2006) 결과와 부합한다. CES-D 척도를 사용하여 지역사회 노인의 우울 증상 프로파일을 탐색한 Mora 등(2012)의 연구도 본 연구의 우울집단 3(신체·행동둔화/부정적 대인관계 사고 심각)과 유사하게 부정적 대인관계 사고 증상이 두드러지는 증상 프로파일을 발견하였다. 부정적 대인관계 사고가 특징이었던 증상 프로파일은 그렇지 않은 증상 프로파일에 비해 1년 뒤 측정된 지각된 사회적 지지 수준이 더 낮았다. 우울증의 대인관계 이론에 따르면 우울증 환자들의 우울한 정서 및 부정적 사고가 그들의 대인관계를 왜곡, 문제를 악화시켜 결과적으로 대인관계를 형성하고 유지하는 것을 어렵게 만든다(Henderson, 1981; Klerman, Weissman, Rounsaville, & Chevron, 2002에서 재인용). 이를 통해, 대인관계에 대해 부정적으로 편향된 사고가 친밀한 관계를 형성하고 유지하는 것을 어렵게 만들어 사회관계 삶의 질을 저하시켰을 가능성을 추론할 수 있다.

또한 우울 하위집단 간 사회관계 삶의 질의 차이는 특정 우울 증상이 특정 영역의 삶의 질을 저하시킬 가능성이 있어, 우울한 노인의 삶의 질을 향상을 위해 우울의 세부 증상양상을 고려한 개별화된 개입이 필요함을 시사한다. 노인 우울증에 효과적으로 알려진 심리 사회적 개입으로는 인지행동치료, 대인관계치료, 회상치료 등이 있는데(Blazer, 2003; Scogin, Welsh, Hanson, Stump & Coates, 2006), 증상 프로파일 양상이 적절한 치료 선택에 도움이 될 수 있다. 예를 들면, 우울집단 1(부정적 대인관계 사고 없음)과 2(부정적 대인관계 사고 경

미)의 경우 부정적 대인관계 사고 증상은 없거나 경미하였으나, 전반적으로 임상적으로 유의한 수준의 우울 증상을 보였다. 이들에게는 인지행동치료나 회상치료 등의 적용을 고려해 볼 수 있다. 예를 들면, 노인 우울증 환자를 대상으로 평균 8회기의 인지행동치료를 실시한 결과, 인지행동치료 집단이 일반적 치료(treatment as usual)를 받은 집단에 비해 치료 후 주요우울장애의 유병률이 유의하게 감소하였다(Laidlaw et al., 2008). 그리고 지역사회 노인을 대상으로 8회기의 회상치료를 실시한 결과, 회상치료 집단은 일반적 처치(care as usual)를 받은 통제집단에 비해 우울 증상이 유의하게 감소하였으며, 그 효과가 치료 9개월 뒤까지 지속되었다(Korte, Bohlmeijer, Cappeliez, Smit, & Westerhof, 2012).

우울집단 3(신체·행동둔화/부정적 대인관계 사고 심각)은 우울 증상 중 주로 부정적 대인관계 사고 및 신체·행동둔화를 호소하였고, 주관적 신체 증상 호소의 증가와 사회관계 삶의 질 수준의 저하가 주요하였다. 이들의 주요 우울 증상을 고려할 때, 대인관계치료, 지지치료 및 집단 형태의 운동치료 등이 효과적일 수 있다. 대인관계치료 및 지지치료는 우울집단 3(신체·행동둔화/부정적 대인관계 사고 심각)의 대인관계 문제 및 사회관계 삶의 질 저하 완화에 도움이 될 수 있다. 대인관계 치료는 “우울한 사람의 현재의 대인관계를 강조하는 초점화된, 단기간의, 그리고 시간제한적 치료”(p.5) 로, 노인 우울증에 적합한 것으로 알려져 있다 (Klerman, Weissman, Rounsaville, & Chevron, 1984; Miller et al., 1998에서 재인용). Van Schaik 등(2006)의 연구에서 노인 우울증 환자 대상으로 우울증에 대한 심리교육과 현재의 우울 증상과 관련된 대인관계의 어려

움을 탐색하고 함께 다루는 대인관계치료를 5개월 간 10회기에 걸쳐 실시한 결과, 일반적 처치를 받은 통제집단에 비해 우울증으로 진단되는 환자의 비율이 감소하였다. 특히 모든 회기를 완료한 환자의 경우, 사회적 및 전반적 심리 기능 향상이 나타났다. 그리고 지역 사회 노인을 대상으로 여러 상황에서 야기되는 부정적 감정을 이해하고 이를 적절히 표현할 수 있도록 하는 지지적 집단상담을 90분간 주 2회, 5주 간 실시한 결과, 대기자 통제집단에 비해 우울 증상과 고독감이 효과적으로 감소하였으며, 인지행동 집단상담과 유사한 효과를 보였다. 또한 그 효과가 8주 후까지도 비교적 안정적으로 지속되는 것으로 나타났다(김문영, 정현희, 2004).

운동치료 역시 노인들의 우울 증상 완화에 효과적으로 알려져 있다(Bridle, Spanjers, Patel, Atherton, & Lamb, 2012). Chou 등 (2004)은 임상적으로 유의한 수준의 우울 증상을 보이는 홍콩의 지역사회 노인을 대상으로 45분씩 주 3회, 3개월 간 태극권(Tai Chi) 운동 개입을 실시한 결과, 우울 증상에 변화가 없었던 대기자 통제집단에 비해 우울 증상이 절단점 이하로까지 완화되었다. 또한 Mather 등(2002)은 주 2회, 10주간 운동 개입이 항우울제에 반응이 적었던 노인 우울증 환자에게도 통제 집단(건강 교육)에 비해 효과적임을 보였다. 운동치료는 우울 증상의 완화 뿐 아니라 노인의 삶의 만족도를 증진할 수 있는데(Chou et al., 2004), 특히 “버디 집단(buddy groups)”과 같은 사회적 상호작용을 촉진하는 요소가 통합되는 경우, 치료 효과 향상 및 유지에 도움이 되었다(McAuley et al., 2000). 따라서 집단형태의 운동치료는 우울집단 3(신체·행동둔화/부정적 대인관계 사고 심각)의 우울 증상 및 신체 증상

호소의 완화와 사회관계 삶의 질 증진에 효과적일 수 있다.

본 연구는 몇 가지 한계점을 가진다. 먼저, 본 연구에서 편의 표집에 따른 표집 편향 가능성을 배제할 수 없다. 연구 참가자들은 최대 40분가량이 소요되는 설문을 완료할 정도의 건강하고, 노인대학, 노인복지관 및 경로당에 혼자 찾아올 정도의 독립적 일상생활이 가능한 노인이었다. 또한 참가자 모두 부산, 경남 거주자로 지역 편향 가능성이 있어 연구결과의 일반화에 한계가 있다. 둘째, 본 연구에서 분석된 우울집단이 총 52명으로, 세 집단으로 분류 되었을 때 우울집단 3(신체·행동둔화/부정적 대인관계 사고 심각)의 표본 크기는 총 6명이었다. 본 연구에서 공변량분석에 포함된 표본 수는 총 185명으로 G*power를 통해 산출된 .80의 검증력을 얻기 위해 필요한 179명보다는 크나, 통제집단과 우울집단의 표본 수 차이가 컸고, 우울집단도 세 집단으로 분류되면서 집단 간 표본 크기 차이가 커져, 검증력 약화로 이어졌을 가능성이 있다. 추후 연구에서 적정 표본 수 확보를 통해 증상 프로파일을 재검증할 필요가 있다. 셋째, 본 연구에서 우울 증상 측정을 위해 사용한 CES-D는 DSM 진단 기준상의 우울 증상을 모두 포함하고 있지 않다. DSM 진단 기준에 의하면, 우울증 증상은 9가지로 그 중 세 가지 증상은 정반대의 특성(i.e., 불면 혹은 과다수면, 식욕 및 체중 증가 혹은 감소, 정신운동지체 혹은 초조)을 포괄하고 있다. 그러나 CES-D의 경우 우울증의 기분 증상 및 일부 신체 증상 문항만 포함하여, 추후 연구에서 우울 증상을 포괄적으로 측정하여 증상 프로파일을 재확인할 필요가 있다.

이러한 한계에도 불구하고, 본 연구는 다수

의 선행 연구가 사전에 정해진 임의적 기준에 따라 분류하는 하향식 분류방식을 사용한 것과 달리 주어진 자료 내에 존재하는 다양성을 기반으로 집단을 분류하는 방법인 잠재 프로파일 분석을 통해 국내 노인의 우울 증상 양상을 확인한 데 의의가 있다. 이를 통해 단순히 증상 심각도가 아닌 노인 우울 증상 세부 프로파일 양상을 확인하였으며, 그 결과 “슬픔 없는 우울증”(Gallo & Rabins, 1999; Gallo et al., 1997)과 유사한 증상 프로파일을 발견하였다. 이 과정에서 부정적 대인관계 사고 증상이 증상 프로파일의 차이를 변별하는 주요 증상임을 보여주어, 진단기준에는 포함되어 있지 않더라도 중요하게 평가해야 할 필요성을 시사한다. 또한 본 연구는 Hybels 등(2013)의 제안에 따라, 증상 프로파일 간 주 호소 신체 증상 양상 및 각기 다른 영역에서의 삶의 질 차이를 살펴봄으로써 증상 프로파일의 임상적 유용성을 확보하고자 하였다. 그 결과, 주 호소 우울 세부 증상양상에 따라 각기 다른 영역의 삶의 질이 영향을 받을 가능성을 확인하여, 이를 고려한 개별화된 맞춤형 노인 우울 상담 및 심리치료의 필요성을 시사한다.

참고문헌

- 강연욱 (2006). K-MMSE (Korean-mini mental state examination)의 노인 규준 연구. 한국심리학회지: 일반, 25(2), 1-12.
- 강연욱, 나덕렬, 한승혜 (1997). 치매환자들을 대상으로 한 K-MMSE 의 타당도연구. 대한신경과학회지, 15(2), 300-308.
- 김문영, 정현희 (2003). 인지-행동적 집단상담이 노인의 우울과 고독감, 역기능적 태도에 미치는 효과. 한국심리학회지: 상담 및 심리치료, 15(3), 477-490.
- 김숙남, 최순옥, 신경일, 이정희 (2008). 노화불안 척도의 타당화 연구. 정신간호학회지, 17(3), 292-301.
- 김신미, 김순이 (2009). 노인의 노화불안과 삶의 질. 정신간호학회지, 18(2), 207-218.
- 김현순, 김병석 (2007). 노인의 자살생각에 대한 경로분석. 한국심리학회지: 상담 및 심리치료, 19(3), 801-818.
- 민성길, 이창일, 김광일, 서신영, 김동기 (2000). 한국판 세계보건기구 삶의 질 간편형 척도(WHOQOL-BREF)의 개발. 신경정신의학, 39(3), 571-579.
- 박경순, 박영란 (2016). 농촌 노인의 사회연결망과 건강에 관한 연구: 남녀노인 비교를 중심으로. 노인복지연구, 71(1), 189-213.
- 박혜옥, 육성필 (2013). 부부친밀감에 따른 배우자 사별노인의 사별스트레스가 우울 및 자살생각에 미치는 영향: 중재-매개모형. 한국심리학회지: 상담 및 심리치료, 25(4), 933-951.
- 배재남 (2002). 노년기 우울증. 대한 내과학회지, 63(5), 602-608.
- 보건복지부 (2014). 2014년도 노인실태조사. <http://www.korea.kr/archive/expDocView.do?docId=36342> 에서 검색.
- 손정락 (2002). 노인 스트레스. 한국심리학회 학술대회 자료집, 2002(1), 39-48.
- 원장원, 노용균, 선우덕, 이영수 (2002). 한국형 도구적 일상생활활동 측정도구의 타당도 및 신뢰도. 노인병, 6(4), 273-280.
- 원장원, 양금열, 노용균, 김수영, 이은주, 윤종률, 조경환, 신호철, 조비룡, 오정렬, 윤도경, 이홍순, 이영수 (2002). 한국형 일상생

- 활활동 측정도구(K-ADL)와 한국형 도구적 일상생활활동 측정도구(K-IADL)의 개발. *노인병*, 6(2), 107-120.
- 유상미, 이민수, 전태연, 김희철, 김재민, 임현우, 황선희 (2011). 잠재적 집단 분석(Latent class analysis)을 이용한 우울증의 임상양상 연구. *한국심리학회지: 임상*, 30(2), 553-570.
- 이재모 (2004). 노인의 경로당 이용 특성과 이용만족도에 관한 연구. *노인복지연구*, 25(단일호), 101-120.
- 정영숙, 정영주 (2015). 한국 청소년과 노인의 자살관련 변인들의 고찰. *한국심리학회지: 발달*, 28(3), 227-254.
- 조맹제, 김계희 (1993). 주요우울증환자 예비평가에서 the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale(CES-D)의 진단적 타당성 연구. *신경정신의학*, 32(2), 381-399.
- Akaike, H. (1974). A new look at the statistical model identification. *IEEE Transactions on Automatic Control*, 19(6), 716-723.
- Alexopoulos, G. S. (2005). Depression in the elderly. *The Lancet*, 365(9475), 1961-1970.
- Alexopoulos, G. S., Kiesses, D. N., Klimstra, S., Kalayam, B., & Bruce, M. L. (2002). Clinical presentation of the "depression - executive dysfunction syndrome" of late life. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 10(1), 98-106.
- Blazer, D. G. (2003). Depression in late life: Review and commentary. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 58(3), 249-265.
- Bogner, H. R., Richie, M. B., de Vries, H. F., & Morales, K. H. (2009). Depression, cognition, apolipoprotein e genotype: Latent class approach to identifying subtype. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(4), 344-352.
- Bridle, C., Spanjers, K., Patel, S., Atherton, N. M., & Lamb, S. E. (2012). Effect of exercise on depression severity in older people: Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *The British Journal of Psychiatry*, 201(3), 180-185.
- Bruce, M. L. (2001). Depression and disability in late life: Directions for future research. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 9(2), 102-112.
- Butters, M. A., Bhalla, R. K., Mulsant, B. H., Mazumdar, S., Houck, P. R., Begley, A. E., ... & Reynolds, C. F. (2004). Executive functioning, illness course, and relapse/recurrence in continuation and maintenance treatment of late-life depression: Is there a relationship?. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 12(4), 387-394.
- Cacioppo, J. T., & Hawkey, L. C. (2009). Perceived social isolation and cognition. *Trends in Cognitive Sciences*, 13(10), 447-454.
- Chachamovich, E., Fleck, M., Laidlaw, K., & Power, M. (2008). Impact of major depression and subsyndromal symptoms on quality of life and attitudes toward aging in an international sample of older adults. *The Gerontologist*, 48(5), 593-602.
- Chan, A., Malhotra, C., Malhotra, R., & Østbye, T. (2011). Living arrangements, social networks and depressive symptoms among older men and women in Singapore. *International Journal of Geriatric Psychiatry*,

- 26(6), 630-639.
- Chan, S. W., Chiu, H. F., Chien, W. T., Thompson, D. R., & Lam, L. (2006). Quality of life in Chinese elderly people with depression. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 21*(4), 312-318.
- Chang-Quan, H., Zheng-Rong, W., Yong-Hong, L., Yi-Zhou, X., & Qing-Xiu, L. (2010). Education and risk for late life depression: A meta-analysis of published literature. *The International Journal of Psychiatry in Medicine, 40*(1), 109-124.
- Chang, Y. C., Ouyang, W. C., Lu, M. C., Wang, J. D., & Hu, S. C. (2016). Levels of depressive symptoms may modify the relationship between the WHOQOL-BREF and its determining factors in community-dwelling older adults. *International Psychogeriatrics, 28*(4), 591-601.
- Cho, M. J., & Kim, K. H. (1998). Use of the center for epidemiologic studies depression (CES-D) scale in Korea. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 186*(5), 304-310.
- Chou, K. L., Lee, P. W., Yu, E., Macfarlane, D., Cheng, Y. H., Chan, S. S., & Chi, I. (2004). Effect of Tai Chi on depressive symptoms amongst Chinese older patients with depressive disorders: A randomized clinical trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 19*(11), 1105-1107.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, N.J. : L. Erlbaum Associates.
- Croezen, S., Avendano, M., Burdorf, A., & van Lenthe, F. J. (2015). Social participation and depression in old age: a fixed-effects analysis in 10 European countries. *American Journal of Epidemiology, 182*(2), 168-176.
- Curran, P. J., West, S. G., & Finch, J. F. (1996). The robustness of test statistics to nonnormality and specification error in confirmatory factor analysis. *Psychological Methods, 1*(1), 16-29.
- Djernes, J. K. (2006). Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: A review. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 113*(5), 372-387.
- Fiske, A., Wetherell, J. L., & Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annual Review of Clinical Psychology, 5*(1), 363-389.
- Gallo, J. J., & Rabins, P. V. (1999). Depression without sadness: Alternative presentations of depression in late life. *American Family Physician, 60*(3), 820-826.
- Gallo, J. J., Rabins, P. V., Lyketsos, C. G., Tien, A. Y., & Anthony, J. C. (1997). Depression without sadness: Functional outcomes of nondysphoric depression in later life. *Journal of the American Geriatrics Society, 45*(5), 570-578.
- Gallo, J. J., Ryan, S. D., & Ford, D. E. (1999). Attitudes, knowledge, and behavior of family physicians regarding depression in late life. *Archives of Family Medicine, 8*(3), 249-256.
- Golden, J., Conroy, R. M., Bruce, I., Denihan, A., Greene, E., Kirby, M., & Lawlor, B. A. (2009). Loneliness, social support networks, mood and wellbeing in community dwelling elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 24*(7), 694-700.
- Guidry, E. T., & Cukrowicz, K. C. (2016). Death ideation in older adults: Psychological

- symptoms of depression, thwarted belongingness, and perceived burdensomeness. *Aging & Mental Health*, 20(8), 823-830.
- Gum, A. M., McDougal, S. J., McIlvane, J. M., & Mingo, C. A. (2010). Older adults are less likely to identify depression without sadness. *Journal of Applied Gerontology*, 29(5), 603-621.
- Han, C., Pae, C. U., Patkar, A. A., Masand, P. S., Kim, K. W., Joe, S. H., & Jung, I. K. (2009). Psychometric properties of the Patient Health Questionnaire - 15 (PHQ - 15) for measuring the somatic symptoms of psychiatric outpatients. *Psychosomatics*, 50(6), 580-585.
- Hatfield, J. P., Hirsch, J. K., & Lyness, J. M. (2013). Functional impairment, illness burden, and depressive symptoms in older adults: Does type of social relationship matter?. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(2), 190-198.
- Hybels, C. F., Blazer, D. G., Landerman, L. R., & Steffens, D. C. (2011). Heterogeneity in symptom profiles among older adults diagnosed with major depression. *International Psychogeriatrics*, 23(6), 906-922.
- Hybels, C. F., Blazer, D. G., & Pieper, C. F. (2001). Toward a threshold for subthreshold depression: an analysis of correlates of depression by severity of symptoms using data from an elderly community sample. *The Gerontologist*, 41(3), 357-365.
- Hybels, C. F., Landerman, L. R., & Blazer, D. G. (2013). Latent subtypes of depression in a community sample of older adults: can depression clusters predict future depression trajectories?. *Journal of Psychiatric Research*, 47(10), 1288-1297.
- Jorm, A. F. (2000). Is depression a risk factor for dementia or cognitive decline?. *Gerontology*, 46(4), 219-227.
- Klap, R., Unroe, K. T., & Unützer, J. (2003). Caring for mental illness in the United States: A focus on older adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 11(5), 517-524.
- Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounsaville, B. J., & Chevron, E. (2002). 대인관계치료 [Interpersonal psychotherapy of depression] (이영호 외 역). 서울: 학지사. (원전은 1994에 출판)
- Korte, J., Bohlmeijer, E. T., Cappeliez, P., Smit, F., & Westerhof, G. J. (2012). Life review therapy for older adults with moderate depressive symptomatology: A pragmatic randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 42(6), 1163-1173.
- Kraemer, H. C. (2007). DSM categories and dimensions in clinical and research contexts. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 16(S1), S8-S15.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2002). The PHQ-15: Validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 64(2), 258-266.
- Laidlaw, K., Davidson, K., Toner, H., Jackson, G., Clark, S., Law, J., ... & Cross, S. (2008). A randomised controlled trial of cognitive behaviour therapy vs treatment as usual in the treatment of mild to moderate late life depression. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(8), 843-850.
- Lebowitz, B. D., Pearson, J. L., Schneider, L. S.,

- Reynolds, C. F., Alexopoulos, G. S., Bruce, M. L., & Mossey, J. (1997). Diagnosis and treatment of depression in late life: Consensus statement update. *The Journal of the American Medical Association*, 278(14), 1186-1190.
- Lee, C. T., Leoutsakos, J. M., Lyketsos, C. G., Steffens, D. C., Breitner, J., & Norton, M. C. (2012). Latent class-derived subgroups of depressive symptoms in a community sample of older adults: The Cache County Study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(10), 1061-1069.
- Lo, Y., Mendell, N. R., & Rubin, D. B. (2001). Testing the number of components in a normal mixture. *Biometrika*, 88(3), 767-778.
- Lubke, G., & Muthén, B. O. (2007). Performance of factor mixture models as a function of model size, covariate effects, and class-specific parameters. *Structural Equation Modeling*, 14(1), 26-47.
- Luppa, M., Sikorski, C., Luck, T., Ehreke, L., Konnopka, A., Wiese, B., ... & Riedel-Heller, S. G. (2012). Age-and gender-specific prevalence of depression in latest-life - systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 212-221.
- Lux, V., & Kendler, K. S. (2010). Deconstructing major depression: A validation study of the DSM-IV symptomatic criteria. *Psychological Medicine*, 40(10), 1679-1690.
- Maher, M. J., Mora, P. A., & Leventhal, H. (2006). Depression as a predictor of perceived social support and demand: A componential approach using a prospective sample of older adults. *Emotion*, 6(3), 450-458.
- Masi, C. M., Chen, H. Y., Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2011). A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. *Personality and Social Psychology Review*, 15(3), 219-266.
- Mather, A. S., Rodriguez, C., Guthrie, M. F., McHARG, A. M., Reid, I. C., & McMURDO, M. E. (2002). Effects of exercise on depressive symptoms in older adults with poorly responsive depressive disorder: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 180(5), 411-415.
- McAuley, E., Blissmer, B., Marquez, D. X., Jerome, G. J., Kramer, A. F., & Katula, J. (2000). Social relations, physical activity, and well-being in older adults. *Preventive Medicine*, 31(5), 608-617.
- McLachlan, G., & Peel, D. (2004). *Finite Mixture Models*. NY: John Wiley & Sons.
- McLaren, S., Gomez, R., Bailey, M., & Van Der Horst, R. K. (2007). The association of depression and sense of belonging with suicidal ideation among older adults: Applicability of resiliency models. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(1), 89-102.
- Miller, M. D., Wolfson, L., Frank, E., Cornes, C., Silberman, R., Ehrenpreis, L., ... & Iii, C. F. R. (1998). Using interpersonal psychotherapy (IPT) in a combined psychotherapy/medication research protocol with depressed elders: A descriptive report with case vignettes. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 7(1), 47-55.
- Mitchell, A. J., & Subramaniam, H. (2005). Prognosis of depression in old age compared to middle age: a systematic review of

- comparative studies. *American Journal of Psychiatry*, 162(9), 1588-1601.
- Mora, P. A., Beamon, T., Preuitt, L., DiBonaventura, M., Leventhal, E. A., & Leventhal, H. (2012). Heterogeneity in depression symptoms and health status among older adults. *Journal of Aging and Health*, 24(5), 879-896.
- Naumann, V. J., & Byrne, G. J. (2004). WHOQOL-BREF as a measure of quality of life in older patients with depression. *International Psychogeriatrics*, 16(2), 159-173.
- Nylund, K. L., Asparouhov, T., & Muthén, B. O. (2007). Deciding on the number of classes in latent class analysis and growth mixture modeling: A Monte Carlo simulation study. *Structural Equation Modeling*, 14(4), 535-569.
- OECD. (2016). *Society at a Glance 2016: OECD Social Indicators*. <http://www.oecd.org/social/society-at-a-glance-19991290.htm> 예서 검색.
- Park, J. H., Kim, K. W., Kim, M. H., Kim, M. D., Kim, B. J., Kim, S. K., ... & Ryu, S. H. (2012). A nationwide survey on the prevalence and risk factors of late life depression in South Korea. *Journal of Affective Disorders*, 138(1), 34-40.
- Park, J. H., Lee, J. J., Lee, S. B., Huh, Y., Choi, E. A., Youn, J. C., ... & Kim, K. W. (2010). Prevalence of major depressive disorder and minor depressive disorder in an elderly Korean population: results from the Korean Longitudinal Study on Health and Aging (KLoSHA). *Journal of Affective Disorders*, 125(1), 234-240.
- Pastor, D. A., Barron, K. E., Miller, B. J., & Davis, S. L. (2007). A latent profile analysis of college students' achievement goal orientation. *Contemporary Educational Psychology*, 32(1), 8-47.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-401.
- Ramaswamy, V., DeSarbo, W. S., Reibstein, D. J., & Robinson, W. T. (1993). An empirical pooling approach for estimating marketing mix elasticities with PIMS data. *Marketing Science*, 12(1), 103-124.
- Saracino, R. M., Rosenfeld, B., & Nelson, C. J. (2016). Towards a new conceptualization of depression in older adult cancer patients: A review of the literature. *Aging & Mental Health*, 20(12), 1230-1242.
- Sarkisian, C. A., Lee Henderson, M. H., & Mangione, C. M. (2003). Do depressed older adults who attribute depression to "old age" believe it is important to seek care?. *Journal of General Internal Medicine*, 18(12), 1001-1005.
- Scazufca, M., Menezes, P. R., & Almeida, O. P. (2002). Caregiver burden in an elderly population with depression in Sao Paulo, Brazil. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37(9), 416-422.
- Schwarz, G. (1978). Estimating the dimension of a model. *The Annals of Statistics*, 6(2), 461-464.
- Sclove, S. L. (1987). Application of model-selection criteria to some problems in multivariate analysis. *Psychometrika*, 52(3), 333-343.
- Scogin, F., Welsh, D., Hanson, A., Stump, J., & Coates, A. (2005). Evidence based

- psychotherapies for depression in older adults. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12(3), 222-237.
- Sivertsen, H., Bjørkløf, G. H., Engedal, K., Selbæk, G., & Helvik, A. S. (2015). Depression and quality of life in older persons: a review. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 40(5-6), 311-339.
- Thomas, A. J., & O'Brien, J. T. (2008). Depression and cognition in older adults. *Current Opinion in Psychiatry*, 21(1), 8-13.
- Unützer, J., Schoenbaum, M., Katon, W. J., Fan, M. Y., Pincus, H. A., Hogan, D., & Taylor, J. (2009). Healthcare Costs Associated with Depression in Medically Ill Fee for Service Medicare Participants. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(3), 506-510.
- Van Schaik, A., van Marwijk, H., Adèr, H., van Dyck, R., de Haan, M., Penninx, B., ... & Beekman, A. (2006). Interpersonal psychotherapy for elderly patients in primary care. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(9), 777-786.
- Veltman, E. M., Lamers, F., Comijs, H. C., de Waal, M. W. M., Stek, M. L., van der Mast, R. C., & Rhebergen, D. (2017). Depressive subtypes in an elderly cohort identified using latent class analysis. *Journal of Affective Disorders*, 218(2017), 123-130.
- Webb, E., Blane, D., McMunn, A., & Netuveli, G. (2010). Proximal predictors of change in quality of life at older ages. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 65(6), 542-547.

원 고 접 수 일 : 2018. 03. 07

수정원고접수일 : 2018. 04. 23

게 재 결 정 일 : 2018. 05. 18

Depressive Symptom Profiles of Older Adults: Relationship with Physical Symptoms and Quality of Life

Jeong Donghee

Shim Eun-Jung

Department of Psychology, Pusan National University

This study investigated depressive symptom profiles and their association with physical symptoms and quality of life (QOL) among community-dwelling older adults. Participants (N=219) residing in Busan and Gyeongsangnam-do completed a survey including the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), the Patient Health Questionnaire-15, and the World Health Organization QOL assessment instrument-BREF. A latent profile analysis (LPA) was conducted with 52 participants who showed clinical levels of depression (CES-D ≥ 21). The LPA identified three latent profiles: Depressive group 1, 'no negative interpersonal thoughts,' depressive group 2, 'mild negative interpersonal thoughts,' and depressive group 3, 'severe somatic and retarded activity/negative interpersonal thoughts.' Depressive groups 2 and 3 reported greater physical symptoms than depressive group 1. Depressive group 3 reported fewer social relationships than depressive group 1. These results suggest that negative interpersonal thoughts are the primary distinguishing symptom of depressive symptom profiles, and that these profiles affect domains of QOL differently, warranting tailored psychotherapeutic interventions.

Key words : geriatric depression, latent profile analysis, physical symptom, quality of life