

기혼 여성의 우울증상에 따른 양육 스트레스 및 부부 관계 적응*

하은혜[†] · 오경자 · 김은정

연세대학교 심리학과

본 연구에서는 우울증이 가족관계에 심각한 부정적 영향을 미치며 이와 같이 악화된 가족관계가 증상의 악화와 재발에 작용한다는 문제제기에 따라 우울증과 관련된 가족관계 양상을 조사하였다. 서울 및 근교에 거주하는 20세 이상 60세 미만 기혼 여성 150명을 대상으로 우울증상(CES-D), 자녀 양육 스트레스(PSI/SF), 부모로서의 역할 효능감(PSOC), 그리고 부부만족도(DAS)와의 관계를 조사한 결과 우울증상 수준과 양육스트레스는 $r = .40$, 부모역할 불안감과는 $r = .41$, 부부 적응과는 $r = -.51$ 의 유의한 상관을 나타내었다. 이들 가족관계 변인이 현재 우울증상에 미치는 영향력을 확인하기 위해 위계적 중다회귀분석을 실시한 결과 양육스트레스, 부모역할 지각, 부부관계 적응 등 자녀와의 관계 및 부부관계의 어려움이 현재 우울증상 전체변량의 45.7%로 상당히 높은 설명량을 보였다. 또한 우울증상 수준과 DSM-IV의 진단준거를 기준으로 임상적 우울집단과 준 임상 우울집단, 비 우울집단으로 구분하여 집단간 차이를 비교한 결과 양육스트레스와 부모역할 효능감, 부부적응 등 모든 가족관계에서 임상적 우울집단과 준 임상우울 집단간에 유의한 차이를 보이지 않았다. 본 연구 결과는 우울증 준 임상 집단에 대한 치료적 개입이 필요하며 이들의 치료에 있어 가족관계중심의 접근이 중요하다는 점을 시사하고 있다.

우울증은 전반적인 대인관계상의 문제들뿐만 아니라, 개인의 사회적 네트워크 가운데 가장 일차적이고

기본적인 관계인 가족관계에 특히 심각한 부정적 영향을 미치게 된다. 즉 가족 중 한 사람이 우울하게 되

* 이 연구는 1998 성곡학술문화재단의 연구지원비에 의해 연구되었음

† 교신저자(Corresponding Author): 하 은 혜 / 연세대학교 문과대학 심리학과 서울 서대문구 신촌동 134 120-749 / Fax: 02) 365-4354 / E-mail: kjoh@bubble.yonsei.ac.kr

면 이것이 다른 가족들에게 부정적 영향을 끼칠 가능성이 높으며, 이런 영향이 결과적으로 우울한 사람의 증상을 악화시키고 회복 가능성을 낮출 수 있다. 이와 같은 우울증상에 미치는 가족관계의 중요성 따라 최근에는 가족내 우울을 다루는데 있어 사회적 맥락과 환경적 위험 요인의 측면을 강조하는 체계관점(systems perspectives)이 점차 중요한 위치를 차지하게 되었으며 특히 우울한 사람의 부모-자녀간 상호행동 및 부부관계 등 가족역동에 대한 논의와 연구들이 활발히 수행되고 있다.

부모의 우울증이 자녀들의 적응에 미치는 영향을 조사한 최근 연구들에 따르면 우울한 부모의 자녀는 일반 통제집단에 비해 정신장애 진단 확률이 2배에서 5배까지 높은 것으로 나타나고 있다(Welsh-Allis & Ye, 1988). 부모가 단극성 장애로 진단 받은 경우, 자녀들의 정서장애 진단비율이 통제집단에 비해 3배나 높았고, 부모가 양극성 장애로 진단 받은 경우 자녀들이 정서장애로 진단 받는 비율은 1.75배 높았다. 특히 부모가 단극성 장애로 진단 받은 경우 자녀가 주요우울장애로 진단 받는 가능성이 통제집단에 비해 6배 높은 것으로 나타나, 자녀들의 정서장애 발병 위험이 매우 높은 것을 알 수 있다(Downey & Coyne, 1990). 우울한 부모를 둔 자녀들은 정서장애이외의 정신 장애 발생 가능성 또한 높아 품행장애진단과(Beardslee, Schultz & Selman, 1987), 주의력결핍 장애가 높은 빈도로 나타났으며(Orvaschel, Welsh-Allis & Weijai, 1988), 물질사용 장애(Weissman, Gammon, John, Merikangas, Warner, Prusoff & Sholomskas, 1987), 그리고 여러 가지 장애의 복합진단도 많았다(Decina, Kestenbaum, Farber, Kron, Gargan, Saekeim & Fieve, 1983). 우울한 부모의 자녀들은 정신과적 진단의 비율이 높을 뿐 아니라 학교에서의 사회적, 학업적 기능의 손상에서부터 우울이나 불안 같은 내재화된 문제, 공격적 행동, 주의력 결핍, 과잉활동 문제 등에 이르기까지 매우 다양한 영역에서 적응의 문제를 나타내었다(Beardslee, Bemporad, Keller & Klerman, 1983).

지금까지 우울한 부모의 자녀들이 적응에 어려움을

겪게 되는 이유를 밝히기 위한 다양한 시도들이 있어 왔다. 그 중 초기의 연구들은 유전적, 생물학적 원인을 규명하는데 초점을 두었다. 쌍생아 및 입양아 연구들을 통하여 유전적 요인의 위험성에 대한 증거가 제시되었으며(Akiskal & McKinney, 1975; Cadoret, 1978), 다른 한편으로 우울한 부모의 자녀들이 나타내는 기질적 문제가 주요한 원인이 될 수 있다는 것이 밝혀졌다(Weissman, John, Merikangas, Prusoff, Wickramaratne, Gammon, Angold & Warner, 1986). 그러나 생물학적 모델은 부모의 우울증과 자녀의 부적응간의 관계에 대해 부분적인 설명을 제공할 수밖에 없다는 한계에 따라(Cadoret, O'Gorman, Heywood, & Troughten, 1985) 최근에는 가족구성원의 우울증을 사회적 맥락과 환경적 위험요인의 측면에서 다루려는 체계관점(systems perspective: Bell, 1970; Belsky, Taylor, & Rovine, 1984)이 새롭게 관심을 끌고 있으며 구체적으로 부모의 우울증과 관련된 상호작용적, 대인관계적 기제를 규명하려는 연구들이 이루어지고 있다.

체계관점에서 볼 때 어머니가 우울증인 경우 증상과 관련한 아동의 처벌, 학대와 같은 부정적 행동과 정서적 반응의 부족, 우울한 사고과정, 자녀에 대한 부정적 평가 및 낮은 통제감 등으로 인해 직접적으로 아동의 적응에 영향을 미칠 수 있고, 간접적으로는 우울감으로 인해 부모-자녀의 상호행동의 질과 양육행동이 변화되고 부부불화와 같은 더 넓은 가족체계 내에서의 붕괴가 발생하여 아동의 적응에 영향을 미칠 수 있다. Downey 와 Coyne(1990)은 우울한 어머니들의 훈육 및 통제기술의 부족과 불안정한 애착형성이 자녀의 적응에 부정적 영향을 주는 중요한 요인이라고 지적하였다. 가족상호작용에 관한 직접관찰 결과 우울한 여성들이 우울하지 않은 여성들에 비해 배우자나 자녀들에게 더 부정적이고(Biglan, Hops, Sherman, Friedman, Arthur, & Osteen, 1985; Field, Healy, Goldstein, & Guthertz, 1990), 자녀들에게 반응을 더 적게 하는 것으로 나타났다(Cox, Puckering, Pound, & Mills, 1987). Gordon, Burge, Hammen, Adrian, Jaenick와 Hiroto(1989)는 우울한 부모의 자

녀들은 흔히 부모로부터 거부당하거나, 무관심, 적대감, 비판의 대상이 되고 애정육구를 충족시킬 기회가 부족하게 된다고 지적하였다. 또한 우울증으로 인해 어머니는 여러 가지 아동통제기술의 손상을 경험하여, 자녀통제 및 훈육에서 일관성이 부족하고 비효율적이며, 더 직접적이고 강압적인 통제방법을 사용하는 경향이 있다(Fendrich, Warner & Weissman, 1990). 정상부모와 비교했을 때 우울한 부모는 자녀가 순종하지 않아도 그대로 넘어감으로서 갈등을 회피하거나 그 반대로 아동이 요구하는 바를 그냥 들어주거나 혹은 적절한 타협을 보지 못하고 갈등상황을 끝내버리는 경우가 많았다(Kochanska, Kuczynski, Radke-Yarrow & Welsh, 1987). 이처럼 우울한 어머니의 강압적이면서도 동시에 비밀관적 양육행동은 결국 자녀의 저항과 공격성을 증가시키고 부모는 다시 그런 자녀를 통제하는데 더욱더 강압적이고 비효율적으로 대응하게 되는 등, 부모와 자녀간의 부정적인 상호작용이 악순환하는 과정을 거치면서 아동의 적응문제에 영향을 준다는 것이다(Patterson, 1980).

다른 한편으로 부부갈등 혹은 부부문제가 우울증과 상관이 상당히 높다는 사실이 경험적으로 규명되고 있다. 부부갈등을 겪고 있는 부부가운데 적어도 한쪽 배우자가 임상적으로 우울한 경우가 30%라는 결과(Rush, Shaw & Khatami, 1980)나 지역사회 내에서 부부갈등을 겪는 아내들에서 주요 우울증의 6개월간 유병율이 45.5%로 나타난 결과(Weissman, 1987) 등이 그 예이다. 또한, 부부불화를 겪는 경우 치료효과가 제한될 뿐 아니라 불행한 결혼관계로 되돌아간 경우 재발될 가능성이 매우 높았으며(Hooley, 1986), 우울증 치료 후 퇴원한 뒤 2년 이내에 이혼율은 일반 집단보다 9배나 높았다(Merikamgas, 1984). 이와 같이 배우자의 우울증과 부부불화간의 상관이 매우 높은 것에 대해서는 우울증 삽화가 부부관계에 부정적 영향을 미친다는 원인론과 부부갈등이 우울증 발병 및 지속과 관련된 주요한 스트레스 원이 된다는 결과론 등 상반된 설명이 제기되었다.

우울한 사람들은 일반적 대인관계 보다는 친밀한 관계에서 더 많은 문제를 겪고 특히 부부간 상호작

용에서 적대감이 매우 높으며(Arkowitz, Holiday & Hutter, 1982), 부부 상호작용을 직접 관찰했을 때 우울증 환자가 배우자에 비해 갈등, 긴장, 부정적 표현을 많이 하였고 대화를 중단하거나 침묵하는 경우가 많으며, 낮은 사람보다도 배우자와 상호작용이 더 부정적이었다는 결과(Hinchliffe, Hooper & Roberts, 1978), 그리고 우울증에서 회복되면 전반적 부부관계가 호전된다는 결과(Hinchliffe 등, 1978) 등은 원인론을 지지하는 증거가 된다. 반면에 친밀하고 신뢰로운 관계가 결핍되고 배우자나 애인이 없는 것이 우울증 발병과 관련된 4가지 주요 스트레스 가운데 하나이고(Brown & Harris, 1978), 부부갈등이 우울증의 경과에 중요한 영향을 주며(Sims, 1977) 특히 부부갈등이 심한 경우 치료에 잘 반응하지 않지만 부부갈등이 완화되거나 해결되면 치료효과가 커진다는 결과 등은 모두 결과론을 지지하는 예가 된다. 그러나 이와 같은 일방적 인과론에 의한 설명은 모두 한계를 가지므로 우울증이 부부불화를 야기할 수 있으며 이와 동시에 부부불화가 우울증상의 발병, 지속, 예후에 영향을 줄 수 있다는 양방향적 설명이 설득력을 얻고 있다(Ulrich-Jakubowski, Russell, & O'Hara, 1988).

우리 나라에서는 우울증과 관련한 가족관계는 물론 부부관계에 대한 연구들이 매우 제한된 가운데 임신 중 우울에 대한 스트레스 취약성 모델을 검증한 권정혜(1996)의 연구에서 임신부의 부부관계 만족도는 인구통계학적 특성, 느긋함의 성격특성, 자기존중감, 시대식구와의 사회적 지지의 결여 등과 함께 중요한 취약성 요인으로 규명되었으며, 산후우울에 대한 취약성요인들을 규명한 결과에서는 임신 중에 부부관계 만족도가 낮은 여성이 출산 후 양육스트레스가 심할 때 산후우울에 빠질 위험이 높은 것으로 지적되었다(권정혜, 1997).

최근에 결혼 만족도가 떨어질 경우 특히 더 우울에 취약해지는 집단을 규명해 내거나 결혼생활과 우울을 중개(moderate)해주는 변인을 알아보려는 연구들이 이루어지고 있는 가운데 자아존중감이 결혼생활과 우울을 중개해주는 중요한 인지변인으로 규명되고

있다. 이와 관련하여 임신 6개월 미만의 우리 나라 여성들을 대상으로 한 Ro와 Kwon(1997)의 연구에서는 부부간의 의견일치가 어느 정도로 잘 이루어지고 있는지의 측면을 고려할 때 자아존중감이 우울증상에 매개변인으로 작용하지만 부부관계에 대한 만족이라는 정서적인 측면을 고려해 보면 자아존중감이 중개변인으로 작용한다는 점을 밝히고 있다. 또한, 지역사회 일반 여성들을 대상으로 한 노은여와 권정혜(1997)의 연구에서는 부부관계 및 자아존중감이 우울에 미치는 효과에 있어 남성과 여성의 패턴이 다름을 지적하였는데 남자의 경우 유희적 활동(오락, 성관계, 친구문제)에 대한 의견의 일치와 자아존중감의 상호작용이 가장 중요했는데 비해 여성들에게는 의견일치라는 단일 요인이 독립적으로 우울을 유의미하게 예측해 주는 것으로 나타났다. 즉 여성들은 실질적인 결혼생활에서 겪게되는 여러 가지 일들에 대해 배우자와 뜻이 맞지 않을수록 결혼생활 만족도가 떨어지고 우울해지는 것이라고 볼 수 있다.

이와 같이 우울한 기혼여성의 자녀관계와 부부관계 등 가족관계에 대한 관심과 문제제기에 따라 본 연구에서는 지역사회의 기혼여성들을 대상으로 우울증과 관련된 가족관계 양상을 알아보고자 하였다. 선행 연구들에서는 우울증상으로 인해 부부불화 및 자녀와의 관계가 악화될 수 있으며, 이와 동시에 부부불화 및 자녀와의 문제가 우울증상의 발병, 지속, 예후에 영향을 줄 수 있다는 양방향적 설명들이 설득력을 얻고있다. 본 연구에서도 기혼 여성들의 우울증상이 본인에게 국한되지 않고 가족내의 다른 구성원들에게 영향을 미칠 수 있고 동시에 가족관계의 문제가 우울증상의 발병, 지속, 예후에 영향을 줄 수 있다는 점을 전제로 일차적으로 기혼여성의 우울감과 자녀양육과 관련된 스트레스, 부모로서의 역할 효능감 그리고 부부 만족도와와의 관계를 조사하였다. 이들의 가족관계 양상이 현재 우울증상을 설명하는 정도를 알아보기 위해 CES-D점수를 중측변인으로 하여 위계적 중다회귀 분석을 실시하였다. 그리고 기혼여성들을 우울감 수준과 DSM-IV의 진단기준에 근거하여 이 두 기준을 모두 충족시키는 임상집단과 진단기준은 충족

하지 못하고 우울감 수준만 높은 준 임상집단 그리고 우울감이 높지 않은 비우울 집단으로 구분한 뒤 이 세 집단간에 자녀 양육과 관련한 스트레스, 부모로서의 역할 효능감, 부부만족도 등에서 차이가 있는지 비교하였다. 이와 같이 단지 우울감만을 기준으로 집단을 구분하지 않고 임상적 진단을 포함한 것은 최근 역치 이하의 우울증상 혹은 우울진단 기준에 미치지 못하는 경미한 우울증상(subclinical syndrome)에 대한 연구결과(Gotlib, Lewinsohn & Seeley, 1995; Vredenburg, Flett & Krames, 1993)들에서 임상적으로 주요 우울증 진단을 받지는 않더라도 중등도 이상의 우울증상을 호소하는 집단은 임상적으로 우울증 진단을 받는 집단 못지 않게 가족관계가 악화되어 있으며 특히 부부관계상 문제가 심각한 것으로 지적된 데 따른 것이다. 이와 같은 임상집단과 준 임상집단간의 구분을 통해 심각한 우울감과 더불어 임상적 진단기준을 충족시키는 집단과 우울감만 높은 집단에 차이가 있는지를 살펴봄으로써 우울감과 관련된 가족관계에 대해 보다 명확한 관련요인들을 규명해낼 수 있을 것이다.

연구방법

연구대상

조사대상은 서울시내 및 근교에 거주하는 20세부터 60세 미만의 기혼여성 150명으로 하였다. 본 연구는 오경자와 김은정(1998)의 지역사회 여성들을 대상으로 한 대규모 조사연구 가운데 2차조사에 해당하는 시기에 실시한 것으로, 1차 설문조사는 유치원, 초등학교, 중학교 및 고등학교 교사들을 중심으로 학년별로 설문지를 배포한 뒤 학생들의 어머니로 하여금 설문을 작성하는 방법을 이용하였다. 본 연구가 실시된 2차 조사는 1차 조사에 응답한 여성들에게 3개월 후 추후조사를 우편으로 발송하여 우편으로 회수하는 가운데 본 연구에 사용된 질문지를 포함시켰다. 1차 조사 대상자 430명 가운데 우편으로 실시된 2차

조사에 응한 사람은 150명으로 전체 회수율은 34.8%였으며 20대가 10.8%, 30대가 51.4%, 40대가 17.6%, 50대가 30.3%였다. 2차조사 응답자와 비응답자는 1차조사에서 측정한 모든 심리사회적 변인들 가운데 우울감 점수인 CES-D와 월수입에서만 집단간 차이가 유의하였다. 즉 2차 우편설문에 응한 집단이 그렇지 않은 집단에 비하여 우울감 점수가 유의하게 높았으며, $F(1,589) = 5.926, p < .05$, 월수입이 많았다, $\chi^2(2) = 6.14, p < .05$.

연구도구

우울감에 대한 평가. 지역사회에 거주하는 일반 인구집단을 조사대상으로 하였으므로 일반인을 대상으로 우울 증후군의 역학적 연구를 위해 미국 정신보건 연구원에서 개발한 도구인 CES-D (Center for Epidemiological Studies - Depression Scale)를 사용하였다. 본 연구에서는 신승철, 김만권, 윤관수, 김진학, 이명선, 문수재, 이민준, 이호영, 유계준(1991)이 변안한 것을 사용하였는데 모두 20개의 문항의 자기보고형 질문지이며, 지난 일주일 동안 경험한 빈도에 따라 각 문항에 대해 0(전혀 없었다)-3(매일 있었다)까지로 평정하게 되어 있어 가능한 점수 범위는 0-60점이다. 신승철 등(1991)의 연구에서 반분 신뢰도는 $r = .84$ 로 나타났고 임상우울증 환자들을 대상으로 한 타당화 연구에서는 24점을 분할점으로 할 때 우울 집단과 비 우울 집단의 분류시 kappa 값이 .92로 가장 높게 나타났다. 따라서 본 연구에서도 우울 집단을 구분할 때 24점을 기준으로 하였으며, 본 연구에서 전체 문항에 대한 내적 일관성의 신뢰도는 $\alpha = .88$ 였다.

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

5개 이상인 경우에 주요 우울증상에 진단기준에 해당되는 것으로 보았다.

양육스트레스 척도. Abidin(1990)이 제작한 Parenting Stress Index/Short Form(PSI/SF)를 신숙재(1997)가 번역한 것을 사용하였다. PSI/SF는 부모-자녀체제의 역기능적인 측면이나 부모에게 스트레스를 가져오는 요인을 밝히고자 단축형으로 개발된 부모용 자기보고식 질문지로 부모영역과 자녀영역 두 가지 요인으로 구성되어 있는데 본 연구에서는 부모영역만을 사용하였다. 부모영역은 36문항으로 구성되어 있으나 신숙재(1997)는 우리 나라 어머니들을 대상으로 한 사전 조사를 통해 적절하지 못한 문항과 중복되는 문항을 제외하고 모두 30문항으로 구성하였다. 이 연구에서 실시한 요인분석 결과 제1요인은 자녀의 까다로운 기질과 관련된 스트레스, 제2요인은 자녀와의 관계로 인한 스트레스, 제3요인은 학습기대와 관련한 스트레스로 나타났고 본 연구의 분석에는 이 세 가지 하위요인과 총점을 사용하였다. 5점 척도로 구성되어 있고 가능한 점수 범위는 30~150이며 점수가 높을수록 양육스트레스가 높은 것을 의미한다. 신숙재(1997)의 연구에서 전체문항에 대한 내적 합치도는 $\alpha = .85$ 였으며 하위요인들에 대해서는 $\alpha = .74 \sim .81$ 로 나타났다.

부모효능감 척도. Gibaud-Wallston과 Wandersman(1978)이 개발한 16문항으로 된 Parenting Sense of Competence(PSOC)를 신숙재(1997)가 번역한 것을 사용하였다. PSOC는 인지적 차원으로서의 효능감과 정서적 차원인 부모로서의 좌절감과 불안을 측정하는 자기보고식 질문지인데 5점 척도로 평가하게 되어 있으므로 가능한 점수의 범위는 16~80점이다. 본 연구에서는 두 가지 하위요인인 효능감과 불안감 각각의 점수를 분석에 사용하였으며 신숙재(1997)의 연구에서 부모 효능감 척도의 내적합치도는 $\alpha = .78$, 부모 불안감 척도의 내적합치도는 $\alpha = .67$ 로 나타났다.

부부관계적응 척도, DAS(Dyadic Adjustment Scale)는 결혼생활의 전반적인 적응 수준을 평가하기 위한 자기보고식 척도로서 Spanier(1976)가 제작하였는데 국내에서는 이민식과 김중술(1996)이 번역하여 예비 연구를 실시한 바 있다. 모두 32개 문항으로 이민식과 김중술(1996)의 연구에서 실시된 요인분석 결과는 사례수가 136명으로 비교적 적을 뿐 아니라 남성과 여성을 모두 합하였기 때문에 여성들만으로 구성된 본 연구에 적용하기 적절치 않은 부분이 있었다. 이에 따라 기혼여성들만을 대상으로 한 본 연구대상자들의 자료로 요인분석을 다시 실시하여 만족도 9문항, 응집도/애정표현 8문항, 관습 및 태도 일치도 8문항, 여가일치 및 시간공유 5문항으로 하위척도를 구성하여 사용하였다. 본 연구에서 각 하위척도들의 내적 합치도는 만족도 $\alpha = .87$, 응집도/애정표현 $\alpha = .88$, 관습 및 태도 일치도 $\alpha = .86$, 여가 일치 및 시간 공유 $\alpha = .84$ 로 나타났다.

결 과

우울증상과 가족관계 변인간 상관관계

총 150명을 대상으로 가족관계 변인들간의 단순상관관계를 분석한 결과는 표1과 같다. 구체적으로 우울증상 수준과 양육스트레스(자녀기질과 관련한 스트레스, 자녀와의 관계 스트레스, 학습기대로 인한 스트레스), 부모 효능감(역할 효능감, 역할불안감) 그리고 부부관계 적응양상(만족도, 응집도/애정표현, 관습 및 태도 일치도, 여가일치 및 시간공유 일치도)간의 단순상관 관계를 분석하였다. 그 결과 현재의 우울증상 수준과 양육스트레스 총점간에는 $r = .40$, $p < .01$ 의 상관을 나타내었고 하위척도인 자녀기질과 관련한 스트레스와는 $r = .28$, $p < .01$, 자녀와의 관계 스트레스와는 $r = .32$, $p < .01$, 그리고 학습기대 관련 스트레스와는 $r = .22$, $p < .05$ 의 상관을 나타내었다. 현재의 우울증상 수준과 부모역할 불안감은 $r = .41$, $p < .01$ 로 유의한 상관을 나타낸 반면, 부모역할 효능감은 $r = -.17$, ns로 상관이 유의하지 않았다. 또한, 현재의 우울증상 수준과 부부적응 총점과는 $r = -.51$, $p < .01$, 응집도/애정표현과는 $r = -.41$, $p < .01$, 관습 및 태도 일치도와는 $r = -.42$, $p < .01$, 여가일치 및 시간공유와는 $r = -.33$, $p < .01$ 의 상관을 나타내었다.

17, ns로 상관이 유의하지 않았다. 또한, 현재의 우울증상 수준과 부부적응 총점과는 $r = -.51$, $p < .01$, 응집도/애정표현과는 $r = -.41$, $p < .01$, 관습 및 태도 일치도와는 $r = -.42$, $p < .01$, 여가일치 및 시간공유와는 $r = -.33$, $p < .01$ 의 상관을 나타내었다.

우울증상에 대한 위계적 중다회귀분석 결과

기혼여성의 가족관계 양상이 현재 우울증상을 설명하는 정도를 알아보기 위해 CES-D점수를 종속변인으로 하여 네 개의 독립 변인군을 포함시켜 위계적 중다회귀 분석을 실시한 결과가 표2에 제시되어 있다. 먼저 첫 단계로 인구통계학적 변인들이 우울증상에 미치는 영향을 통제하기 위해 가장 첫 단계로 회귀분석에 포함되었는데 구체적으로 나이와 학력, 월수입 정도 등의 사회경제적 지위 변인이 포함되었다. 다음으로 포함된 변인군은 양육스트레스로 자녀와의 관계 스트레스, 자녀기질로 인한 스트레스, 학습관련 스트레스 등의 하위변인들이 포함되었고, 그 다음으로 부모역할에 따른 불안감과 효능감 등 부모역할 지각에 관한 변인군이 포함되었다. 끝으로 부부관계 적응에 관한 변인군이 포함되었는데 여기에는 만족도, 응집도/애정표현, 관습 및 태도 일치도, 여가일치 및 시간공유 변인이 포함되었다. 그 결과 인구통계학적 변인과 9개의 가족관계 변인이 합쳐져서 현재 우울증상의 45.7%를 설명하였다. 양육스트레스, $F(6,102) = 3.148$, $p < .01$, 부모 역할 지각, $F(8,100) = 4.511$, $p < .001$, 그리고 부부관계 적응, $F(12,96) = 6.729$, $p < .001$ 이 현재의 우울증상에 대해 유의미한 설명량을 보였고 인구통계학적 변인의 설명량은 유의하지 않은 것으로 나타났다, $F(3,105) = 1.445$, ns. 각 변인군에서 통계적으로 독립적인 영향력을 보여준 것은 부모 역할에 대한 불안감, $\beta = .453$, $t = 3.802$, $p < .001$, 부부관계 만족도, $\beta = .460$, $t = 4.041$, $p < .001$ 이었다.

표 1. 우울증상과 가족관계 변인간 상관관계

변인	CES-D	PS	PS1	PS2	PS3	PE	PA	DAS	DAS1	DAS2	DAS3	DAS4
CES-D	1.00											
PS	.40**	1.00										
PS1	.28**	.83**	1.00									
PS2	.32**	.82**	.54**	1.00								
PS3	.22**	.57**	.43**	.38**	1.00							
PE	-.17*	-.51**	-.33**	-.47**	-.14	1.00						
PA	.41**	.57**	.38**	.53**	.47**	-.28**	1.00					
DAS	-.51**	-.42**	-.27**	-.35**	-.16	.16	-.23**	1.00				
DAS1	-.53**	-.36**	-.25**	-.23**	-.13	.08	-.19*	.86**	1.00			
DAS2	-.41**	-.40**	-.24**	-.38**	-.19*	.21*	-.23**	.87**	.64**	1.00		
DAS3	-.42**	-.33**	-.19*	-.29**	-.14	.13	-.20*	.85**	.68**	.66**	1.00	
DAS4	-.33**	-.33**	-.19*	-.28**	-.02	.16	-.16	.82**	.57**	.65**	.66**	1.00

CES-D: 우울감 점수
 PS: 양육 스트레스 총점
 PS1: 자녀기질 스트레스
 PS2: 자녀와의 관계 스트레스
 PS3: 학습기대 관련 스트레스
 PE: 부모 역할 효능감
 PA: 부모 역할 불안감
 DAS: 부부적응 총점
 DAS1: 부부적응 만족도
 DAS2: 만족도 응집도/애정표현
 DAS3: 부부적응 관습·태도일치도
 DAS4: 부부적응 여가일치·시간공유

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

표 2. CES-D에 대한 위계적 중다회귀분석 결과

변인	standardized β	t	R^2	ΔR^2	F	df
인구통계학적 변인						
나이	-.027	-.260	.040	.040	1.445	3,105
학력	-.071	-.695				
월수입	-.149	-1.339				
양육스트레스			.156	.116	3.148**	6,102
자녀기질	.036	.311				
자녀와의 관계	.197	1.717				
학습기대	.187	1.747				
부모역할지각			.265	.109	4.511***	8,100
부모역할 불안감	.453	3.802***				
부모역할 효능감	-.051	-.474				
부부관계 적응			.457	.192	6.729***	12,96
만족도	-.460	-4.041***				
응집도/애정표현	-.040	-.365				
관습·태도일치	.048	.388				
여가일치/시간공유	-.054	-.501				

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

임상적 우울집단과 준임상 우울집단, 비우울집단의 가족관계 비교

기혼여성들을 우울감 수준과 자기보고식으로 변환한 DSM-IV의 진단기준에 근거하여 임상집단과 준임상집단, 그리고 비우울 집단으로 구분한 뒤 이 세 집단간에 자녀 양육과 관련한 스트레스, 부모로서의 역할 효능감, 부부만족도 등에서 차이가 있는지 비교하였다. 집단 구분은 CES-D 총점 24점을 기준으로 하여 우울증상 집단과 비우울증상 집단을 구분한 뒤, 우울증상을 보이는 집단을 DSM-IV에 근거하여 자기보고식으로 평가하도록 만든 진단적 평가 척도에서 주요 우울증 진단기준에 근거하여(우울한 기분 혹은 일상생활에서의 흥미 저하 둘 중 어느 하나에 해당되고 이를 포함하여 총 5개 이상의 증상에 해당되는 경우), 이 기준에 해당하는 집단과 그렇지 않은 두 집단으로 구분하였다. 따라서 집단 I 은 CES-D 분류점인 24점 이상이고 동시에 DSM-IV의 진단기준에 해당하는 것으로 보고한 집단으로서 임상적으로 우울증 진단을 받을 가능성이 높은 '임상적 우울집단'이며 전

체의 16.7%인 25명이 해당되었다. 집단 II 는 CES-D 점수는 24점 이상이지만 진단적 기준에는 미치지 못하는 수준의 우울증상을 경험하고 있는 집단인 '준임상 우울집단'으로 전체의 18.7%인 28명이 해당되었다. 마지막으로 집단 III 은 CES-D 점수가 24점 미만 집단으로 우울증상을 의미 있게 보이고 있지 않은 '비 우울 집단'으로 전체의 64.7%인 91명이 해당되었다.

이 세 집단에 대해 양육스트레스, 부모 효능감, 부모불안감, 부부관계 적응점수를 일원변량분석한 결과는 표 3과 같다.

첫째, 양육스트레스 영역에서는 양육스트레스 총점, $F(2,122)=6.561, p<.01$ 과 자녀기질관련 스트레스, $F(2,131)=4.664, p<.05$, 그리고 자녀와의 관계 스트레스, $F(2,134)=4.166, p<.05$ 등에서 집단간 차이가 유의하였다. Scheffé검증을 통해 집단간 사후비교를 실시한 결과 양육스트레스 총점과 자녀기질관련 스트레스에서 비우울집단에 비해 임상집단이 유의하게 높았다.

둘째, 부모효능감 영역에서는 하위척도인 부모 역할 불안감에서만 집단간 차이가 유의하였는데, ($F(2,137)=$

표 3. 임상적 우울집단, 준 임상우울집단, 그리고 비우울집단의 양육스트레스, 부모역할 효능감, 부모역할 불안감과 부부적응

집단	I. 임상적 우울집단 (n=25)	II. 준 임상우울집단 (n=28)	III. 비우울집단 (n=91)	F	사후비교
	CES-D≥24 & DSM-IV기준 해당	CES-D≥24 & DSM-IV기준 해당않음	CES-D<24		
양육스트레스 총점	84.00(15.76)	81.71(10.76)	73.79(13.60)	6.561**	I / III
1. 자녀기질	21.40(6.70)	18.96(6.43)	17.42(5.35)	4.664*	I / III
2. 자녀와의 관계	24.25(5.46)	24.11(5.25)	21.28(5.87)	4.166*	
3. 학습기대	8.88(3.33)	7.77(2.76)	7.74(2.80)	1.497	
부모역할 효능감	28.92(3.91)	28.19(4.88)	29.20(3.54)	.667	
부모역할 불안감	13.60(2.93)	12.63(3.53)	10.57(3.07)	11.237***	I / III II / III
부부적응 총점	78.72(25.40)	81.64(19.55)	101.52(19.03)	18.397***	I / III II / III
1. 만족도	26.71(7.48)	27.41(6.90)	34.25(5.68)	21.349***	I / III II / III
2. 응집도/애정표현	15.76(8.20)	17.08(5.59)	21.23(5.81)	9.746***	I / III II / III
3. 관습·태도일치	24.08(6.88)	24.04(6.55)	29.31(5.45)	12.172***	I / III II / III
4. 여가일치/시간공유	10.72(5.61)	10.20(4.37)	13.64(5.01)	6.422 **	I / III II / III

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

11.237, $p < .001$, Scheffé검증을 통해 집단간 사후비교를 실시한 결과 임상집단과 준임상집단이 비우울집단에 비해 유의하게 높았다.

셋째, 부부관계 적응영역에서는 부부관계적응 총점, $F(2,141) = 18.397$, $p < .001$, 만족도, $F(2,137) = 21.349$, $p < .001$, 응집도/애정표현, $F(2,136) = 9.746$, $p < .001$, 관습·태도일치, $F(2,130) = 12.172$, $p < .001$, 여가일치/시간공유, $F(2,133) = 6.422$, $p < .01$ 등 모든 영역에서 집단간 차이가 유의하였다. Scheffé검증을 통해 집단간 사후비교를 실시한 결과 모든 영역에서 임상집단과 준임상집단은 비우울집단에 비해 유의하게 높았으며, 임상집단과 준임상집단간의 차이는 유의하지 않았다.

논 의

본 연구에서는 기혼 여성들의 우울증상이 본인에게 국한되지 않고 가족내의 다른 구성원들에게 영향을 미칠 수 있고 이와 동시에 가족관계의 문제가 우울증상의 발병, 지속, 예후에 영향을 줄 수 있다는 점을 전제로 중요한 대인관계인 가족들과의 관계, 특히 자녀 양육과 관련된 스트레스와 부부관계 양상을 조사하였으며 그 결과는 다음과 같다.

첫째, 기존의 외국 연구들에서 반복 검증된 바와 같이 자녀 양육과 관련하여 경험하는 양육 스트레스는 우울수준과 유의한 정적상관이 있었고, 부모 역할과 관련된 불안감과는 유의한 정적 상관을, 그리고 부모로서 자신의 능력에 대한 자신감을 측정하는 부모 효능감과는 유의한 부적 상관관계가 있었다. 즉 우울한 여성들은 자녀 양육에서 실제적으로 느끼는 스트레스가 많으며 이와 함께 스스로 부모로서의 역할 수행에 대한 자신감이 상당히 저하되고 부정적인 측면인 불안감이 매우 높은 것으로 나타났다. 우울증상의 수준과 양육스트레스 사이의 정적 상관관계와 부모로서의 효능감 사이의 부적 상관관계만을 가지고 두 변인간 인과관계를 밝히기는 어렵지만 기혼여성들의 우울증상은 부모 역할에 대한 부정적감과 불안감을 증가시켜 자녀에게 부정적인 영향을 줄 수 있으며 이

것이 결과적으로 부모의 우울증상을 악화시키는 악순환의 가능성을 시사하고 있다. 또한 부부관계 적응 총점은 물론 부부관계 만족도, 응집도/애정표현, 관습·태도 일치도, 여가일치/시간 공유 등 모든 하위영역과 우울수준간에 $r = -.33$ 에서 $r = -.53$ 사이의 유의한 상관관계를 나타내어 우울한 여성들이 부부관계에서 경험하는 문제와 스트레스가 많고 불만족이 큰 것으로 나타났다. 이와 같은 결과는 지역사회에서 일반 기혼여성들의 우울수준과 결혼관계 문제들이 $r = .35$ 부터 $r = .40$ 의 상관관계를 보인 것으로 보고한 O'Leary와 Beach(1990)의 연구 결과와 비슷한 수준으로 볼 수 있다.

둘째, 가족관계 양상이 현재의 우울증상을 예측하는 정도를 확인하기 위해 위계적 중다회귀분석을 실시한 결과 양육스트레스, 부모역할 지각, 부부관계 적응 등 자녀와의 관계 및 부부관계의 어려움이 현재 우울증상 전체변량의 45.7%로 상당히 높은 설명량을 보였다. 특히 부모 역할에 대한 불안감과 부부관계 만족도가 다른 변인에 비해 현재 우울증상과 깊은 관계가 있음을 보여주고 있다. 기혼 여성의 경우, 자녀 및 남편과의 관계양상이 현재 우울증상에 매우 중요한 영향을 미친다는 이와 같은 결과는 이들의 치료 시 가족관계 중심의 개입이 매우 필요함을 시사하고 있다.

셋째, DSM-IV의 진단기준에 근거하여 임상집단과 준 임상집단, 비 우울집단 등 세 집단으로 구분하여 이들 집단의 가족관계 양상을 비교한 결과 우울점수가 유의하게 높고 DSM-IV의 진단기준에 해당하는 것으로 보고한 임상집단이 비 우울집단에 비해 양육스트레스 총점과 자녀기질관련 스트레스가 유의하게 높은 것으로 나타났다. 본 연구에서 특히 20대 및 30대 초반의 여성들의 양육스트레스가 다른 연령 대에 비해 가장 높은 것으로 나타났고 우울수준 역시 30대가 가장 높은 것으로 조사되었는데 이와 같은 결과는 어린 자녀들을 둔 젊은 여성들이 자녀양육에 많은 부담을 느끼고 있기 때문으로, 어린 자녀 양육시기에 있는 여성들의 경우 양육과 관련한 과중한 부담이 우울수준과 직접 관련이 있음을 시사한다. 또한,

부모역할의 측면에서 부모역할에 대한 불안감은 임상 집단과 준임상집단이 비우울집단에 비해 유의하게 높았다. 한가지 흥미로운 것은 부모로서의 역할수행, 능력에 대한 평가 등 인지적 측면을 평가하는 효능감에서는 세 집단간에 차이가 유의하지 않은 반면 정서적 측면 특히 부정적 정서를 반영하는 부모역할에 대한 불안감에서만 임상집단, 준 임상집단이 비 우울집단에 비해 유의하게 높은 점수를 나타내었다는 점이다. 이와 같은 결과는 부모역할 효능감에 비해 부모역할 불안감이 우울수준은 물론 양육스트레스, 부부관계 적응척도 등 다른 가족관계 변인들과의 상관성이 일관되게 높은 점과도 일치한다. 우선 정동장애로서 우울증상의 다양한 특징들 가운데 핵심 증상이라 볼 수 있는 부정적 정서의 강한 역할에 기인한 것으로 해석할 수 있겠으나 부모역할 불안감과 우울감간의 상관성이 비교적 높으므로 우울과 불안이라는 부정적 정서간의 높은 상관관계에서 비롯된 점을 배제하기 어렵다.

부부관계 적응의 측면에서도 부부관계 총점은 물론 부부관계 만족도, 응집도/애정표현, 관습·태도 일치도, 여가일치/시간 공유 등 모든 하위영역에서 임상집단과 준 임상집단이 비 우울집단에 비해 유의하게 낮았다. 즉 우울수준이 유의하게 높은 집단이 그렇지 않은 일반집단에 비해 부부관계 만족도가 낮고, 응집도/애정표현, 관습태도 일치도, 여가일치/시간공유 등이 상당히 부족하여 전반적인 결혼관계 적응 양상이 매우 나쁜 것으로 나타났다.

중요한 결과는 본 연구에서 가정한 바와 같이 임상집단과 준 임상집단간에 가족관계 양상, 특히 부부관계 적응 측면에서 유의미한 차이를 나타내지 않았다는 점이다. 즉 임상적으로 주요 우울증 진단을 받는 않더라도 중등도 이상의 우울증상을 호소하는 집단은 임상적으로 우울증 진단을 받는 집단 못지 않게 가족관계가 악화되어 있으며 특히 부부관계상 문제가 심각한 것으로 보인다. 이 결과는 최근 이와 같은 역치 이하의 우울증상 혹은 우울진단 기준에 미치지 못하는 경미한 우울증상(subclinical syndrome)에 대한 연구결과(Gotlib et al, 1995; Vredenburg et

al, 1993)와 일치하는 것으로, 이들의 가족관계가 악화되어 있고 우울증상이 만성적으로 지속됨으로 인해 사회적 기능 및 대인관계 상의 부적응 양상을 보일 수 있다는 점을 보여주는 예가 될 것이다.

네째, 본 연구에서 지역사회에서 표집된 20대에서 60세미만의 기혼 여성들 중 임상적으로 우울진단을 받을 가능성이 있는 집단이 17.4%, 임상적 진단을 받지 않지만 우울수준이 높은 준 임상집단이 18.7%로서 미국의 연구에 비해 우리 나라에서 지역사회 내에서 우울감이 높은 사람들의 비율이 일관되게 높았던 선행연구의 결과(신승철 등, 1991)와 일치하였다. CES-D로 평가된 우울감 수준만으로 볼 때 신승철 등(1991)의 연구에서 나타난 일반 여성들의 평균인 16.2점(SD 7.3)보다 상당히 높으며(평균 = 19.8, SD = 8.9), 전체의 35%가 우울감이 높은 집단으로 분류되었다. 이러한 결과는 우리 나라 여성 특히 기혼 여성들의 전반적인 우울수준이 상대적으로 높은 것으로 해석될 수 있다. 그러나 조사대상자들의 CES-D평균은 이들이 참여했던 1차 조사시 CES-D평균보다 높고(1차 평균 17.8, SD = 8.5) 이 차이가 유의한 결과($F(1,589) = 5.926, p < .05$)를 감안할 때 추후조사시 우편설문에 반응한 사람들의 특성이 영향을 주었을 가능성도 있으므로 보다 체계적인 검토가 필요할 것이다.

이와 같은 결과들에도 불구하고 본 연구는 다음과 같은 제한점을 가지고 있다. 첫째, 본 연구는 대규모 조사연구에서 2차 조사시기에 조사내용을 포함시켜 이루어졌으므로 우편으로 제시된 2차 설문에 응답한 사람들에게 조사대상이 한정되어 있다는 점이다. 이에 따라 우편설문에 응하는 사람들의 경향성, 혹은 점화효과(priming)가 반영될 수 있는 우려도 간과할 수 없다. 그러므로 우편 설문이 아닌 대면 설문조사나 직접 관찰과 같은 다른 구체적인 방법을 사용한 후속연구가 필요할 것이다. 둘째, 본 연구에서 우울 및 기타 가족관계 변인들에 대한 측정이 모두 자기보고식으로 측정되었으며 특히 DSM-IV에 따른 집단구분 역시 자기보고식으로 변환하여 사용하였다는 점이다. 본 연구에서는 이들이 자기보고를 통하여 보고한 자료들의 신뢰성 및 타당성을 확인하기 위하여 1차 조사시의

CES-D 24점 이상의 고 우울집단을 대상으로 총 139 명중 74명의 여성들과는 전화면접을 시행하였다. 그러나 실제 면담과 달리 전화면접으로 얻을 수 있는 정보는 상당히 제한적일 수밖에 없었고, 대부분의 경우 이미 설문으로 보고된 내용의 확인에 그치게 되었고 신뢰로운 임상적 진단에 필요한 정보를 얻지 못하였다. 따라서 후속 연구에서는 보다 체계적인 구조화된 면담을 통하여 임상적 진단을 내릴 필요가 있을 것이다. 아울러 본 연구에서는 심리사회적 기능 및 사회적 지지의 평가가 주로 자기보고식 척도에 의존하여 그 타당성이 제한되었을 가능성이 있으므로 추후의 연구에서는 보다 객관적인 평가방법으로 이를 보완할 필요가 있을 것이다. 셋째, 여성의 우울감 수준을 기준변인으로 하여 우울증이 가족관계에 미치는 영향력을 조사하였고 다른 한편으로 가족관계 변인이 현재 우울수준을 예측하는 정도를 조사하였으나 본 연구 결과만으로는 인과관계를 단정하기 어렵다. 이에 따라 후속연구에서는 기존의 많은 대인관계적 관점의 이론들에서 논쟁이 되고 있는 우울증의 원인론 혹은 결과론에 대한 이론적 검증 역시 가능한 접근을 시도하는 것이 의의가 있을 것이다.

이와 같은 한계들에도 불구하고 본 연구 결과를 통해 우울증 연구와 치료면에서 여러가지 의의와 시사점을 얻을 수 있다. 우선 우울증에 가장 취약한 집단으로서 기혼 여성들의 적응과 이들의 가족관계에 대한 연구가 갖는 의의가 클 것이다. 본 연구의 결과는 최근에 활발히 진행되고 있는 역치 이하의 우울증상에 대한 연구결과와 일치되는 것으로 이들의 적응이 실제 임상진단을 받을 수 있는 수준의 임상집단 못지 않게 가족관계가 악화되어 있으며 이들의 우울증이 만성적으로 지속되고 이로 인해 사회적 기능 및 대인관계 상의 부적응 양상을 보일 수 있다는 점을 확인시켜 주었으며 치료적 차원에서 이들에게도 관심을 기울여야함을 시사한다. 본 연구에서 조사된 바와 같이 실제로 정신과적 진단을 받지는 않더라도 중등도 이상의 높은 우울증상을 호소하는 여성들이 지역사회 내에 상당수 있다는 사실이 드러났는데 이들은 우울증 진단을 받을 만큼 심각한 수준의 증상들을 보

이지 않기 때문에 치료를 받을 가능성이 적으며 집중적인 관심을 받지 못하고 오랜 기간 방치되어 증상이 지속될 우려가 높다. 이에 따라 지역사회에서 이들에 대한 개입이 필요하다는 점이 강하게 시사되고 있다. 끝으로 우울증상이 개인의 대인관계의 질과 역동을 변화시킬 수 있다는 점은 우울증 연구에서 개인뿐만 아니라 주위사람들과의 관계 및 적응에 대한 정보가 중요하며 아울러 우울증의 치료에 있어 개인적 적응수준의 향상뿐만 아니라 가족들의 적응증진을 도와주는 작업도 필수적으로 포함되어야 함을 보여준다. 즉 기존의 우울증에 대한 치료들은 주로 개인에 초점을 둔 것이었지만 앞으로는 가족체계에 기초하거나 대인관계에 초점을 둔 치료적 접근들이 개발될 필요가 있다. 이러한 접근은 개인의 우울증상이 다른 가족구성원들에게 미치는 부정적인 영향을 막을 수 있는 예방적 효과 뿐 아니라 우울증상이 더 악화되지 않도록 가족 구성원들의 지지체제를 강화시키고 보다 안전한 생활환경을 제공함으로써 치료효과를 높일 수 있을 것이다.

참고문헌

- 권정혜(1996). 임신중 우울에 대한 스트레스-취약성 모델검증. **한국심리학회지: 임상**, 15, 33-43.
- 권정혜(1997). 심리사회적 요인이 산후 우울에 미치는 영향: 산후 우울에 대한 스트레스-취약성 모델 검증. **한국심리학회지: 임상**, 16(2), 55-66.
- 노은여, 권정혜(1997). 결혼생활 만족도와 자아존중감이 기혼여성의 우울에 미치는 영향Ⅱ- 자아존중감의 변동성과 남녀의 차이를 중심으로-. **한국심리학회지: 임상**, 16(2), 41-54.
- 신숙재(1997). 어머니의 양육 스트레스, 사회적 지원과 부모효능감이 양육행동에 미치는 영향. 연세대학교 박사학위 청구논문.
- 신승철, 김만권, 윤관수, 김진학, 이명선, 문수재, 이민준, 이호영, 유계준(1991). 한국에서의 the Center for Epidemiologic Studies-Depression

- Scale(CES-D)의 사용: 표준화 및 요인구조에 대한 횡문화적 검토. *신경정신의학*, 30, 752-765.
- 오경자, 김은정(1998). 기혼여성의 우울증상과 심리사회적 특성: 3개월간 추적연구. 성곡 학술문화재단 연구과제 보고서.
- 이민식, 김중술(1996). 부부관계적응 척도의 표준화 예비연구. *임상심리학회지*, 15(1), 129-140.
- Abidin, R. R. (1990). *Parenting Stress Index Short Form*. Charlottesville, VA: Pediatric Psychology
- Akiskal, H. & McKinney, W. (1975). Overview of recent research in depression: integration of ten conceptual models into a comprehensive clinical framework. *Archives of General Psychiatry*, 32, 285-305.
- Arkowitz, H., Holiday, S., & Hutter, M.(1982). Depressed women and their husbands; A study of marital interaction and adjustment. Paper presented at the Annual Meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, Los Angeles.
- Bachrach, L. L.(1975). *Marital status and mental disorder: An analyticl review*. National Institute of Mental Health DHEW Publication No. (ADM) 72-217. Washington, DC: US Government Printing Office.
- Beardslee, W., Schultz, L., & Selman, R.(1987). Level of social cognitive development, adaptive functioning, and DSM-III diagnosis in adolescent offspring of parents with affective disorders: Implications of the development of the capacity for mutuality. *Developmental Psychology*, 23, 807-815.
- Beardslee, W., Bemporad, J., Keller, M. B., & Klerman, G. L. (1983). children of parents with a major affective disorder: A review. *American Journal of Psychiatry*, 140, 825-832.
- Bell, S. M. (1970). The development of the concept of objects as related to infant-mother attachment. *Child Development*, 41, 291-311.
- Belsky, J., Talyor, D. G., & Rovine, M. (1984). The Pennsylvania infant and family development project, III: the origins of individual differences in infant-mother attachment: Maternal and infant contributions. *Child Development*, 55, 718-728.
- Biglan, A., Hops, H., Sherman, L., Freedman, L., Arthur, J. & Osteen, V.(1985). Problem solving interactions of depressed mothers and their spouses. *Behavior Therapy*, 16, 431-451.
- Brown, G. W., & Harris, T.(1978). *Social origins of depression*. London; Free Press.
- Cadoret, R. J.(1978). Evidence for genetic inheritance of primary affective disorder in adoptees. *American Journal of Psychiatry*, 135, 463-46.
- Cadoret, R., O'Gorman, T., Heywood, E., & Troughton, E. (1985). Genetic and environmental factors in major depression. *Journal of affective Disorders*, 9, 155-164.
- Cleary, P. D., & Mechanic, D.(1983). Sex differences in psychological distress among married people. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 111-121.
- Cox, A. D., Puckering, C., Pound, A. & Mills, M. (1987). The impact of maternal depression in young people. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 28, 917-928.
- Decina, P., Kestenbaum, C. J., Farber, S., Kron, L., Gargan, M., Sackeim, H. A., & Fieve, R. R. (1983). Clinical and psychological assessment of children of bipolar probands, *American Journal of Psychiatry*, 140, 548-553.
- Downey, G., & Coyne, J. C. (1990). Children of depressed parents: An integrative review. *Psychological Bulletin*, 108, 50-76.
- Fendrich, M., Warner, V. & Weissman, M. M.

- (1990). Family risk factors, parental depression, and psychopathology in offspring. *Developmental psychology*, 26, 40-50.
- Field, T., Healy, B., Goldstein, S., & Gutherts, M. (1990). Behavior-state matching and synchrony in mother-infant interactions of nondepressed vs. depressed dyads. *Developmental psychology*, 26, 7-14.
- Gibaud-Wallston, J., & Wandersman, L. P. (1978). Development and utility of the parental sense of competence scale. Paper presented at the meeting of the American Psychological Association, Toronto.
- Gotlib, I. H., Lewinsohn, P. M., Seeley, J. R.(1995). Symptoms vs diagnosis of depression: Differences in psychosocial functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 63, 1, 90-100.
- Gordon, D., Burge, D., Hammen, C., Adrian, C., Jaenicke, C., & Hiroto, D. (1989). Observations of interactions of depressed women with their children. *American Journal of Psychiatry*, 146, 50-55.
- Hinchliffe, M., Hooper, D., & Roberts, F. J.(1978). *The melancholy marriage*. New York: John Wiley.
- Hooley, J. M. (1986). Expressed emotion and depression: Interactions between patients and high versus low-expressed emotion spouses. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 237-246.
- Kochanska, G., Kuczynski, L., Radke-Yarrow, M. & Welsh, J. D. (1987). Resolution of control episodes between affectively ill mothers and their young child. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 15, 441-456.
- Merikangas, K. R.(1984). Divorce and assortative mating among depressed patients. *American Journal of Psychiatry*, 141, 74-76.
- O'Leary, K. D. & Beach, S. R. H. (1990). Marital therapy: A viable treatment for depression and marital discord. *American Journal of Psychiatry*, 147, 183-186.
- Orvaschel, H., Welsh-Allis, G., & Weijai, Y.(1988). Psychopathology in children of parents with recurrent depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16, 17-28.
- Patterson, G. R. (1980). Mothers: the unacknowledged victims. *Monographs of the society for Research in Child Development* 45, (5, Serial No. 186), 1-64.
- Ro & Kwon(1997). The Role of self-esteem and marital relationship on women's depression I. *The Korean Journal of Clinical Psychology*, 16(2), 29-40.
- Rush, A. J., Shaw, B. F., & Khatami, M. (1980). Cognitive therapy depression: Utilizing the couples system. *Cognitive Therapy and Research*, 4, 103-113.
- Rushing, W. (1979). Marital status and mental disorder; Evidence in favor of a behavioral model. *Social Forces*, 58, 540-556.
- Sims, A.(1977). Prognosis in the neurosis. *American Journal of Psychoanalysis*, 37, 155-161.
- Spanier, G. B.(1976). *Intimate Stranger: Men and women together*. New York: Harper & Row.
- Ulrich-Jakubowski, D., Russell, D. W., & O'Hara, M. W. (1988). Marital adjustment difficulties: Cause or consequence of depressive symptomatology? *Journal of Social and Clinical Psychology*, 7, 312-318
- Weissman, M. M.(1987). Advances in psychiatric epidemiology: Rates and risk for depression. *American journal of Public Health*, 77, 445-451.
- Weissman, M., Gammon, D., John, K., Merikangas, K., Warner, V., Prusoff, B., & Sholomskas, D. (1987). Children of depressed parents. *Ar-*

chives of General Psychiatry, 44, 747-753.,
Weissman, M., John, K., Merikangas, K., Prusoff, B.,
Wickramaratne, P., Gammon, D., Angold, A.,
& Waxner, V.(1986). Depressed parents and
their children. *American Journal of Disease of
Childhood*, 140, 801-805.
Welsh-Allis, G. & Ye, W.(1988). Psychopathology in

children of parents with recurrent depression.
Journal of Abnormal Child Psychology, 16,
17-28.

원고접수일 1999. 2. 4

수정원고 접수일 1999. 5. 18

게재결정일 1999. 6. 1 ■

Depressive Symptoms and Family Relationship of Married Women : Focused on Parenting Stress and Marital Dissatisfaction

Eun Hye Ha, Kyung Ja Oh & Eun Jung Kim

Department of Psychology, Yonsei University

The present study focused on the interaction between women's depressive symptoms and the quality of their family relationship. 150 women between 20 and 60 of ages who live in the metropolitan Seoul area responded to the questionnaire consisting of Center for Epidemiological studies for Depression(CES-D), Parenting Stress Index, Parenting Sense of Competence, and Dyadic Adjustment Scale. The results showed that depressive symptoms significantly correlated with parenting stress($r = .40$), parenting sense of anxiety($r = .41$) and marital dissatisfaction($r = -.51$). Also, parenting stress, parental sense of competence, and marital dissatisfaction accounted for 45.7% of the variance in concurrent depressive symptoms. Women who scored above 24 on CES-D were divided into two subgroups; Clinical Depression Group consisting of women who meet the DSM-IV criteria for major Depressive Disorder and Subclinical Depression Group consisting of women who do not. The Subclinical Depression Group did not differ significantly from the Clinical Depression Group on the levels of parenting stress, parental sense of competence, and marital dissatisfaction. No significant differences between the two subgroups suggested that intervention for subclinically depressed women is needed and the therapeutic approach based on the family for women's depression would be helpful.