

우울 발생요인에 관한 이론적 고찰

김수지* · 고성희**

I. 서론

우울(depression)은 기원전 1500년경부터 인식되고 기술되어져 친숙하면서도 아직 대다수의 사람들에게는 불가사의한 인간상태의 한 정서이다(Stuart & Sundeen, 1987).

우울이라는 단어의 어원은 라틴어의 'deprivere'라는 동사에서 찾아볼 수 있는데, 그것은 '무겁게 내리누르다(to press down)' 또는 '밑으로 가라앉은 상태를 일으키는 것(to cause to sink to a lower position)'을 의미한다. 이러한 어원으로부터 유래된 우울은 의기소침(dejection)의 상태와 활동저하(lowered activity)를 나타내는 표현이기도 하며, (Haber 등 1982), 따라서 증상(sign), 증후(symptom), 증후군(syndrome), 정서상태(emotional state), 반응(reaction), 질환(disease) 등 여러가지 양상으로 사용되고 있다(Sturat & Sundeen, 1987).

그러나 정신과 영역에서 흔히 사용하는 우울에 관련되는 용어는 단극성 우울과 양극성 우울(unipolar vs. bipolar)로서, 이 구분은 DSM III-R에서도 그대로 반영되고 있다. 전자는 조증삽화 발생없이 우울증만 1회 이상 발병하며, 후자는 1회 또는 그 이상의 조증삽화가 나타나는 경우이다. 또한 정신병적 양상을 동반하고 있느냐 신경증적 수준이냐에 따라 정신병적 우울과 신경증적 우울(psychotic vs. neurotic)로 구분하기도 한다. 그

리고 우울의 발병이 외적 환경요인에 의한 것일때 반응성 우울로, 외적 환경요인과 무관하게 내적 생물학적 요인에 의한 것일때 내인성 우울(endogenous vs. reactive)로 구분한다. 우울에서 정신운동의 양상이 심한 지체로 나타나느냐 또는 초조와 흥분이 표면에 두드러지느냐에 따라 지체성 우울과 초조성 우울(retarded vs. agitated)로도 구분한다. 우울이 이전에 아무런 질병없이 본래적으로 나타난 것이냐 아니면 다른 선행질환의 부수 증상 혹은 후유증으로 나타난 것이냐에 따라 전자의 경우를 일차적 우울, 후자의 경우를 이차적 우울(primary vs. secondary)로 부르기도 한다. 그의 Leo Hollister는 우울을 약물치료에 대한 반응효과에 따라 지체성, 적대성, 불안성 우울(retarded-hostile-anxious)의 셋으로 나누었는데 이러한 구분법은 우울증 자체의 분류로는 잘 받아들여지지 않고 있다(이정균, 1988). 또한 증상의 발생(occurrence), 강도(intensity), 범위(pervasiveness) 및 기간(duration)에 따라 경중, 중중, 심한 우울(mild-moderate-severe)로 나누기도 한다(Haber 등, 1984). DSM III에서는 정동장애(Affective disorders)에, DSM III-R에서는 기분장애(Mood Disorders)에 포함시켜 '우울'이 언급되고 있다(이정균, 1988).

우울증에 대한 유병률은 조사자에 따라 다소의 차이는 있으나, 시대나 민족, 사회를 망라하여 나타나는 인류전체의 질환이고 그 발생빈도도 대체로 일정하다는 것이 정설이다(이정균, 1988). 우리나라의 경우 주요우

* 이화여자대학교 간호대학

**전북대학교 의과대학 간호학과

울증(단극성)의 유병률을 보면, 남자가 2~3%, 여자가 5~9%, 양극성 장애는 남녀 모두 0.6~0.9%이다. 그러나 빈도는 주요우울증에서 남자가 0.2%, 여자가 0.6%, 양극성 장애는 남자 0.01%, 여자 0.03%이다. 주요우울증의 평생발병률은 남자 10%, 여자 23%이나 양극성 장애에서는 1%정도이다. 연령적으로는 20대에 가장 많고 30대가 다음인데, 특히 여성의 단극성 장애는 4,50대에 가장 많다(민성길, 1988).

우울은 이와같이 보편적이고 또한 심신을 고통스럽게 하여 허약화시키므로 그 원인을 규명하기 위한 많은 노력이 경주되어 왔다(Atkinson RL, Atkinson RC, & Hilgard ER 1984). 간호사가 우울을 예방하고 간호하기 위하여 이에대한 원인과 그 근원을 확인하는 것은 중요하다(Lego, 1984). 본 고에서는 현재까지 이루어진 실증적, 실험적 연구로부터 나온 우울의 발생요인에 대한 이론을 고찰하여 각 이론의 관점을 조명하고자 한다. 그러므로써 앞으로 우울에 대한 간호중재의 개발 및 평가에 있어서 이론적인 토대로 삼고자 한다.

II. 우울의 이론

우울은 그 발달역동을 규명한 여러 이론에 의해 각기 다르게 설명되고 있다.

다음에 그중 11가지 이론을 선택하여 고찰하고자 한다.

A 공격심 내재화 이론(Aggression-Turned-Inward Theory)

K. Abraham과 S. Freud의 공격심 내재화 이론(Abraham-Freud Model이라고도 불리움)에서는 우울이란 죄의식과 함께 몇 가지 이유때문에 적당한 대상으로 향하지 못한 공격적 본능이 내재화된 것으로 본다. 이 과정은 양가감정을 가진 대상을 상실한 후에 일어나며(Jasmin 등 1979; Akiskal 등 1975), 이때 상실된 대상에 대한 강한 부정적 감정과 긍정적 감정이 공존한다. 지각된 상실은 강한 부정적 감정과 후회로 귀결되는데, 그러한 과정은 그들에게 받아들여지기 어렵다. 이 수용불가능성: 부정적 감정은 그의 내부로 향하게 되어 자신의 부분으로서 경험되는 것이다(Jasmin 등 1979).

Abraham은 우울한 사람에 있어서 정서의 정체(停滯)는 사랑과 미움의 정서가 균등해서 모든 정서의 이동을

방해하는데서 야기된다고 믿었다. 즉 미워하는 대상은 억압되고, 그때 표현될 수 없는 사랑의 정서에 대해 부정적 층(negative layer)이 형성되어 자신의 내부로 향하게 된다. 자기중요 역시 그것을 초래한 사람을 파괴하려는 소망(wish)을 포함하고 있다고 보며 만약 인간이 자살을 수행하는데까지 간다면, 이 자기파괴적 행위는 자신에 대해서 뿐만아니라 중요하고 사랑하는 대상에 대한 비난(lashing out) 또는 그를 해치고 싶은 의도라고 Freud는 믿었다(Haber, 1987). 이 이론에서는 우울을 억압된 공격심에서 파생된 것으로 간주하고 있다.

B. 대상상실 이론(Object Loss Theory)

대상상실이란 중요한 대상에 대한 애착으로부터의 외상적인 분리(traumatic separation)를 의미한다. 이때 분리는 사실일 수도 상상일 수도 있으며, 신체적 정신적, 또는 둘 모두의 상실(예: 사랑, 사람, 신체기능, 지위 혹은 자존심, 희망의 상실등)일 수 있다(Jasmin 등 1979). 우울의 대상상실 이론이란 아동기동안 중요한 대상의 상실이 성인기에서의 우울발생의 소인(predisposing factor) 이 된다는 것이다(Haber 등, 1987).

사랑했던 대상, 특히 양가감정을 가지고 사랑했던 사람으로부터의 분리가 우울을 생성하는 결과(depressionogenic consequences)를 가져올 수 있다는 것은 Freud에 의해 「애도와 우울」(Mourning and Melancholia, 1917)에서 처음 강조된바 있다. 그러나 Freud는 아동기의 대상상실을 성인의 우울에 연관시키지는 않았다(Akiskal 등, 1975). 그후 이 둘간의 관계를 다룬 많은 연구가 이루어졌는데 이 이론은 특히 Bowlby, Robertson, Spitz에 의해 발달되었다(Stuant & Sundeen, 1987).

Bowlby에 의하면, 영아는 6개월까지 어머니의 모습과 유대를 형성하는데, 만약 그 유대가 지나칠 경우 어린이는 사랑하는 대상의 상실에 대한 분리불안과 깊은 슬픔을 경험한다는 것이다. 더우기 이 초기의 어린시절 동안 경험한 상실과 그에 따르는 애도과정은 어린이가 후기의 생에서 일어나는 상실에 장애를 초래하는 반응을 하도록 하는 경향이 있다고 생각하였다(Haber 등, 1987).

Spitz는 생후 7개월에서 1년사이에 어머니와 분리된 아이에게서 일어나는 박탈반응(deprivational reaction)을 설명하여 이 이론을 증명하였다. 이 박탈반응은 염려, 울음, 위축, 정신운동의 지연, 낙담, 혼미, 불면, 식욕상

실, 체중감소, 성장발달의 현저한 지연 등이 나타나는 것으로 특징지어졌다. 이 증후는 '의존성 우울(anacletic depression)'이라고 명명되었는데, '의존성'이라는 용어는 사랑과 안정을 위해 영아가 어머니에게 의존하는 것을 의미한다(Carter, 1976).

Robertson과 Bowlby는 후기 아동기에 나타나는 어머니로부터의 분리와 유사한 반응을 다음의 3단계로 구분하여 설명하였다. 즉, 아이가 안절부절 못하고 울고 어머니를 찾는 저항단계(A 'protest' stage), 무감동하게 위축되는 절망단계(A 'despair' stage) 및 어머니와 재결합을 거부하는 일부 아이에서 볼 수 있는 초월단계(A 'detachment' stage)이다(Stuart & Sundeen, 1987).

이들 연구는 모두 생의 초기의 대상상실을 성인기의 우울과 연결시키고 있다.

C. 자아기능 이론(Ego Functioning Theory)

자아의 중요한 기능은 자아정체감과 현실감을 제공하고 방어기제를 적응적으로 사용하는 것인데, 자아 강도(ego strengths)와 외적 요인(external factors) 간에 일어나는 역동적 상호작용은 우울의 정도를 결정하는데 관련이 된다(Haber 등 1987).

Bellak과 그 동료들(1973)은 12가지의 자아기능을 규명하였는데, 그중 i) 현실검증, ii) 판단력, iii) 세계와 자신에 대한 현실감, iv) 본능·정서·충동의 조절과 통제, v) 대상관계, vi) 사고과정, vii) 자극강박은 <표 1>에서와 같이 우울의 수준과 관련 행동을 위한 모델로 사용될 수 있다. 자아기능이 비교적 손상되지 않았을 때 우울은 경증이고 일시적인데 반해, 자아가 집행기능을 수행할 수 없을 때 우울은 더 심해지기 쉽다(Haber 등, 1987).

D. 성격구조 이론(Personality Organization Theory)

Arieti와 Bemporad(1980)는 40명의 우울환자를 대상으로 20년간에 걸쳐 집중적인 정신치료를 실시한 것들을 토대로 하여 우울을 초래할 수 있는 성격구조의 세가지 유형을 규명하였다(Arieti & Bemporad, 1980).

첫번째는 '타인 지배적(dominant other)'인 유형으로, 환자는 의미를 부여하고 만족을 얻고 자존감을 유지하기 위해 존경받는 타인(an esteemed other)에게 의존한다. 이 유형에 속하는 사람은 노력을 통해 직접 만족을

얻지 못하고 오로지 중재자(intermediary)를 통해서만 만족을 경험한다. 그래서 그들은 스스로 얻는 만족은 무시하고 그 대신 존경받는 타인으로부터 지속적인 양육과 지지를 받기 위해 '계약 관계(bargain relationship)'를 형성한다. 그리고 그 관계를 지속시키고 원했던 타인으로부터 끊임없는 지지를 획득하기 위하여 매달리고 수동적이 되며 남을 조종(manipulativeness)하고 분노를 피하는 것이 이 유형을 지닌 우울환자의 또 다른 특징이다. 이 성격특질은 개인이 지속적인 관계를 보장받고 원하는 타인으로부터 지지를 얻어내려고 시도하는 수단으로 보여진다.

두번째 우울의 성격구조는 '목표 지배적(dominant goal)'인 유형으로, 원하기는 하지만 비현실적인 목표라서 도달할 수 없음을 인식할 때 생긴다. 그들은 어떤 아주 높은 목표달성을 위해서만 자존심을 쏟으며, 가능한 그러한 추구에 어긋나는 그 이외의 모든 활동을 피하고자 한다. 원래 목표의 성취는 부모에 의해 보상되었고, 높은 평점이나 뛰어난 업무수행은 지지와 수용을 확실하게 하기 위한 방법으로 추구되었다. "타인 지배적"인 유형이 가치감을 얻기 위해 관계에 대해 환상을 가졌던 것처럼, 이 유형은 자신의 목표달성에 대한 환상을 가짐으로써 의미와 자존감을 획득한다. 이 유형에 속하는 사람은 '타인 지배적'인 유형과는 반대로 보통 교제를 싫어하고 거만하며 종종 강박적이다.

세번째는 '감정의 불변 유형(constant mode of feeling)'이다. 이 유형의 사람은 그들의 가족과 문화에 의해 주입되어 강하게 뿌리박힌 금기때문에 어떤 형태의 만족도 억제한다. 그들은 일상활동에 관여하지 않기 때문에 무가치감과 절망감으로 고통받는다. 그리고 착취당하거나 거부당할 것같은 공포때문에 타인과 깊은 관계를 발달시키지 못하므로 공허감이 있다. 이 유형의 또 다른 특성으로는 건강염려증, 대인관계의 편협함, 자신과 타인에 대해 엄격하게 비판적인 태도를 갖는 것들을 들 수 있다. 이 유형에 속하는 사람은 자신의 존재양식(mode of existence)을 재평가하도록 하는 계기가 되는 사건을 경험할 때 우울을 경험한다. 그때 그들은 삶을 쓸모없거나 만족이 없는 것으로 지각할 뿐 아니라 변화 불가능하다고 믿는다. 그들은 또한 무의미하게 보이는 생활방식에 빠져 있다.

이 세가지 우울의 성격구조는 외관상으로는 다르지만 공통되는 기본특성을 가지고 있다. 즉 그들은 자신과 타인에 대해 유사한 왜곡된 신념을 공유하고 있다.

〈표〉 우울의 수준과 자아기능

자아기능	우울의 수준			
	정상 상태	경증 우울	중도 우울	심한 우울
현실경중	내·외적 자극이 잘 구별된다. 적응시 외적 현실에 대해 때로 부정(denial) 한다.	대개 깨어나자마자 또는 잠들려 할 때 내·외적 상태에 대해 혼돈한다.	환각이나 망상이 공공연하게 나타나기 보다는 오히려 내적상태를 외부현실로 투사하기 쉽다.	환각과 망상이 일어날 수 있다. 망상이 환각보다 더 많이 발생한다.
판단력	결과 예측에 있어 실수가 극히 적다. 모든 면에서 좋은 판단력을 나타내는 행동을 한다.	결과에 대한 인식이 상황에 따라 변동 된다. 잘못 판단된 영역이 감추어 진다.	잠정적인 결과에 대한 인식이 부족해 서, 생명에 대해 중경도의 위험을 초래 하는 부적절한 판단을 한다.	행동의 결과에 대해 거의 또는 전혀 인식하지 못한다. 종종 결과에 대해 잘 못 예측하여 매우 위험한 행동을 하게 된다.
세계와 자신에 대한 현실감	오로지 환경의 극심한 변화하에서란 비현실감과 이인증이 일어난다. 안정 된 자아정체감, 자신에 대한 분별력 및 현실적인 자존감이 내재화 된다.	급격한 환경변화나 빈번된 자아상태에 서 이따금 비현실감과 이인증의 중후 가 나타난다. 자아정체감은 다소 안정 되어 있다 할지라도 신체에 대해서는 비현실감을 가질 수 있다.	현저하지만 부분적인 비현실감과 이인 증을 나타낸다. 신체부분이 영상시보 다 더 크게 느껴진다. 자아정체감은 산 신했다. 자아정체감이 없으며 외부 의 회환(external feedback)에 의존한 다.	세계는 완전히 낯설고 이질적인 것으 로 느껴진다. 환경, 사람 및 사물이 비 현실적으로(신재하지 않는 것처럼) 느 껴지며 외모에 있어서도 변화된듯 느 껴진다. 자신과 외부세계간의 경계선 이 거의 전적으로 상실되어, 정체감과 자존감의 예감이 초래된다.
본능·정서· 충동의 조절-통제	본능, 정서, 충동을 효과적으로 조절하 거나 지연시킨다.	본능은 보통 수준보다 다소 많거나 적 게 경험되고 표현된다. 갈등이 없는 영 역을 제외하고는 자동적인 형태(auto- matic fashion)로 통제가 발휘되지 않 는다. 충동성(impulsivity), 불안정성 (irritability), 각성능력(arousality)은 갈등에 지배당한 영역, 상황적 스트레 스 및 외부자극에 대한 반응시에 나타 난다.	강한 충동이 흔히 경험되고 작용한다. 지나치거나 비효율적으로 통제한다.	공격, 우울, 성적본능 또는 이 셋 모두 에 대한 통제가 매우결여되어 있다. 충 동지배적인 행동을 억제하기 어렵다. 좌절을 거의 견디지 못한다.

우울의 수준

자아기능	경증 우울			중등도 우울		심한 우울
	경상상태	경증우울	중등도우울	심한우울		
대상관계	친밀감 또는 거리감을 의식적이고 자동적으로 적절히 유지한다. 대상관계가 성숙된 경향이 있고, 타인을 분리된 개인으로 간주한다. 감정이입이 잘 형성된다. 상실(loss)은 거의 긴장을 느끼지 않고 극복된다.	오로지 소수의 사람과의 상호작용시 장기적이 아닌 산발적인 장애가 있다. 타인은 자신과 별개의, 잘 분화된 존재로 지각한다. 스트레스가 있을 때를 제외하고 대상에 대한 내재화(internalization)가 있다. 대상의 부재와 상실에 때로 과잉반응 한다.	친밀감과 거리감 간의 적절한 균형을 유지하는데 어려움이 있다. 매우 깊은 관계든지 아니면 매우 냉담한 관계를 좋아한다. 상실 또는 분리에 대한 과잉반응으로 중요한 사람의 상실(respresentation)이 잘 내재화되지 못한다.	前공생(presymbiotic)관계 또는 자체적 관계로 증오한 대상관계가 결여되고 있다. 남에게 의지하지 않고 다른사람을 지각할 수 있는 능력이 적다. 면전에 있지 않은 사람은 존재하지 않는 것으로 간주하며, 대상상실에 대한 반응에 있어서 무감동한 위축(bland withdrawal)이 있다.		
사고과정	주의산만 혹은 아프거나 당황한 때를 제외하고 기억, 집중이나 주의력에 있어서 실제적인 일탈이 없다. 항상 논리적이고 질서정연한 사고와 함께 개념화가 만족스럽게 일어난다. 의사소통이 명백하고 정확하고 융통성이 있다.	보통 정서적으로 부담이 되는 상황이거나 주의산만시에 기억, 주의, 집중력이 간헐적인 일탈을 보인다. 개념화에 있어서 다소 융통성이 있으나 스트레스하에서 사고는 왜곡되거나 비논리적이 될 수 있다. 때때로 단어를 다소 부정확하게 선택하며, 말하는데 있어서 중정도의 산만함과 모호함을 나타낸다.	기억에 결함이 있다. 집중하려고 할 때 쉽게 산만해진다. 과거 및 현재의 기억에 대한 다소의 어려움이 있다. 추상적인 추론과 개념화에 있어서 간헐적으로 실패한다. 애매한 논리와 함께 "양극사고"(All-or-none)를 한다. 때때로 사고는 혼란되어 있고 이해하기 어렵다.	이름, 색깔과 같이 오토지 고식적인 내용(stereotyped content)에 대해서만 기억한다. 주의력과 집중력이 부족하다. 사고는 매우 비논리적이다. 언어표현에 있어서 흔히 두점과 기괴함(deculiarities)을 볼 수 있다.		
자극정벽	꽤 높은 범주내에 있는 자극에 대한 역치에 있어서 자동적이고 유연한 변동(fluctuations)을 한다. 대적양상이 꽤 융통성이 있고, 수면을 자극에 대한 방어적 철회로서 사용하지 않는다.	감각자극에 대한 역치는 매우 낮은 것으로부터 중간정도에 걸쳐 있으며, 소수만이 역치 보다 높다. 어떤 공통된 자극에 의해 가끔 불안정하고 신경과민이 되고 화를 내지만, 인간은 자극에 대한 반응을 매우 적응적으로 수용할 수 있다. 그러나 지나친 소모시에는 피로나 빈약한 적응 회복력(poor adaptive resilience) 또는 이 둘 모두가 초래될 수 있다.	대다수의 감각자극에 대한 역치가 아주 낮다. 말초자극이나 우발적인 자극에 대해 보통 이상의 민감성을 나타낸다. 운동수행양상은 혼돈되기 보다는 오히려 일반적인 불안정성을 나타낸다. 자극을 여과시키는 시도는 비교적 비효율적이다. 수면행태는 불규칙하다.	대다수의 감각자극에 대한 역치가 매우 낮다. 흔히 운동수행양상이 혼돈되어 있다. 신체의 적은 변화를 예민하게 인식한다. 자극에 대해서 놀라서 펼쳐 펼칠 것'처럼 느낀다. 적응하려는 시도가 빈약한데, 그 이유는 과잉자극이 되는 경험에 대해 주의력과 노력이 집중되기 때문이다. 흔히 심한 수면장애가 일어난다.		

예를 들어, 그들 모두가 쾌락(pleasure)의 직접적인 달성에 대해 불안해 하고, 자발적인 활동이 타인으로부터의 거부나 비판으로 귀결될 것에 대해 두려워 하며, 타인의 의견에 지나치게 가치를 두고, 타인의 내적 삶에 매달리려는 자신의 노력을 과대평가한다. 특히 지나친 억제제가 이루어져, 의미가 있는 대안적인 활동양상을 발달시키지 못한다(Arieti & Bemporad, 1980).

위의 세가지 성격유형을 지닌 사람에서 우울이 초래되기 쉽다는 것이 성격구조 이론이다.

E. 행동 이론(Behavioral Theory)

행동이론에서는 우울을 '부적절한 또는 불충분한 강화'에 의해 기인된 것으로 간주하고 있어(Williams, 1984), 이것을 "강화감소 모델"이라고도 부른다(이현수, 1985). 우울에 관한 주요한 행동이론들은 사회학습의 영역에 들어가는데, 사회학습이론은 Rotter(1954)에 의

해서 처음 소개된 이래 Bandura(1977)에 의해 더욱 확충되었다. 사회학습이론에서 심리 기능(Psychological functioning)은 서로간에 상호의존적 결정인자로 작용하는 개인적 요인(예: 인지과정, 기대), 행동적 요인 및 환경적 요인간의 지속적인 호혜적 상호작용에 비추어 볼 때 가장 잘 이해될 수 있는 것으로 본다. 이 관점에서 보면, 인간은 외적 영향에 대한 반응자(reactors)가 아니라 자신의 행동에 대해 상당한 통제를 할 수 있는 존재이다. 인간은 들어오는 자극을 선택하고 조직하고 변형시킨다. 따라서 인간과 그 환경은 서로간의 호혜적 결정인자(reciprocal determinants)로 간주된다(Hoberman & Lewinsohn, 1985).

그런데 우울에 대한 이 행동이론은 <표2>과 같이 네 종류로 대별되기도 한다(Williams, 1984). 그중 가장 대표적인 학자는 Lewinsohn으로, 여기서는 그의 견해를 중심으로 우울을 설명하고자 한다.

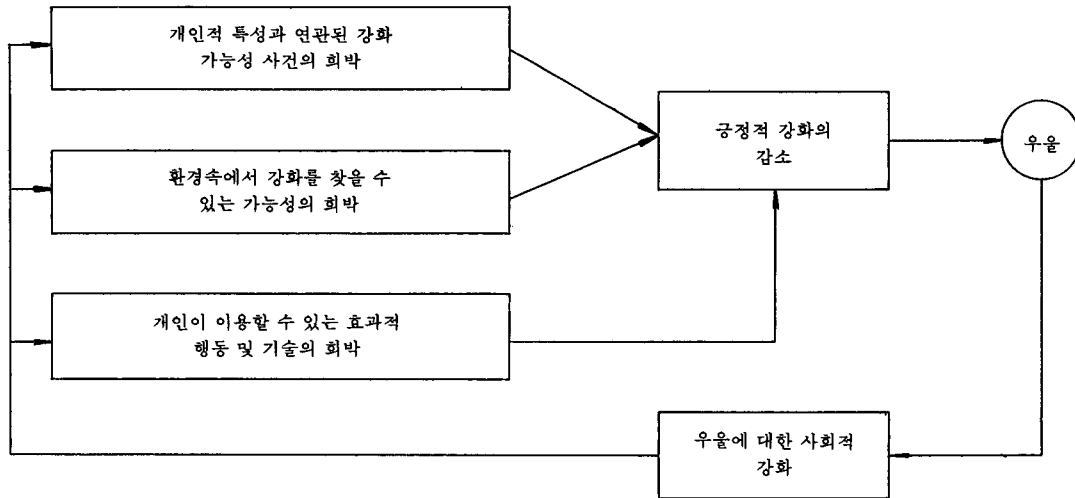
<표2> 우울에 대한 행동 이론

행동이론	우울의 발생요인
1. 사회적 강화의 빈도 감소 (Reduced Frequency of Social Reinforcement) : Lewinsohn PM 등	반응에 부수되는 정적 강화의 빈도감소
2. 강화 가능한 행동의 상실 (Loss of Reinforcible Behavior) :Ferster CB	목록내에 포함된 강화가능한 행동의 감소
3. 혐오적 통제 (Aversive Control) : Eastman C에 의해 다소 관심이 주어짐	처벌의 결과에 의해 또는 곧 처벌이 일어날 것을 알리는 자극에 의해 기인된 행동의 감소
4. 강화자의 효율성 상실 (Loss of Reinforcer Effectiveness) :Costello CG	충분한 강화자가 환경내에 있지만 어떤 이유로 그 강화자의 상실

Lewinsohn과 그의 동료들은 우울과 강화는 관련된 현상이라고 주장하였다. 따라서 이 이론에서는 강화(reinforcement)가 매우 중요하다. 강화는 환경에 대한 인간의 상호작용의 질(quality of interactions)이라고 정의된다. 긍정적인 결과를 가지는 인간-환경 상호작용은 긍정적인 강화를 구성한다. 그러한 상호작용은 인간의 행동을 강화한다. 환경과의 이득이 되는 상호작용을 전혀 혹은 거의 경험하지 못하게 되면 인간은 우울을 느끼게 된다. 따라서 이 이론에서의 주요가정은 우울이란 낮은 비율의 긍정적 강화(low rate of positive reinforcement)와 높은 비율의 혐오 경험(high rate of aver-

sive experience)에 의해 유발된다는 것이다(Stuart & Sundeen, 1987; Hoberman & Lewinsohn, 1985). Lewinsohn 등은 i) 우울 정서나 기타 다른 임상적 증후는 강화를 받지 못하면 뚜렷하게 나타나고 ii) 빈약한 정적 강화는 결과적으로 행동을 감소시키며, iii) 긍정적 강화는 그의 개인적 특성(나이, 성별, 신체적 매력), 환경적 특성 및 보상을 획득할 수 있는 행동목록(특수한 재능, 직업적 및 사회적 기술)에 의해서 결정될 것이라고 주장하였다. 이 우울에 대한 이론을 도식으로 표시하면 <그림1>과 같다(Atkinson 등, 1984; 이현수, 1985).

그런데 최근(1985) Lewinsohn은 그의 동료들과 함께



〈그림1〉 우울의 축소된 강화 모델

역학 연구(epidemiological studies) 및 사회심리학 분야의 연구를 이용한 자기인식(self-awareness) 현상에 대한 치료효과연구(treatment outcome studies)를 통합하려고 시도한 결과, 가설 수준이기는 하지만 우울의 원인과 발달에 관한 새로운 이론모델을 제시함으로써 행동이론의 발달을 꾀하고 있다. 이 새 이론모델의 강점은 우울의 발생에 영향을 미칠 수 있는 여러가지 특성과 과정을 통합시킨 것이다(Hoberman & Lewinsohn, 1985).

F. 학습된 무기력 이론(Learned Helplessness Theory)

이 이론에 따르면 사람들은 자신의 행위가 기쁨이나 고통을 초래하는데 아무런 영향을 주지 못한다고 믿을 때 우울해진다는 것이다(Atkinson & Hilgard, 1984).

Seligman과 그의 동료들은 개를 대상으로 공포조건형성과 도구적 학습간의 관계를 연구하던 실험을 토대로 학습된 무기력 이론을 제안하였다. 이 실험동안 개가 전기충격을 반복적으로 피할 수 없었을 때, 그들은 도피하기 위한 시도없이 수동적으로 충격을 받아들였다. 시간이 지남에 따라, 개는 충격을 통제할 수 없다는 것과 도피반응을 할 수 없다는 것을 학습하였으며 이러한 현상은 '학습된 무기력'이라고 명명되었다(Harber 등, 1987

; 김연, 1985).

이 학습된 무기력 현상을 확인하기 위해서 또다시 개, 흰쥐와 고양이 등을 대상으로 일련의 실험을 한 결과 그와 유사한 현상을 발견하였다. 연구자들은 이를 인간의 행동을 이해하는데 적용하기 위해 인간 피험자를 대상으로 연구를 실시한 결과, 실험실내에서 유도된 학습된 무기력 행동과 인간의 자연 발생적인 우울증상과의 유사성을 발견하고 이를 우울증의 모형으로 제안하였다(김연, 1985).

Seligman의 정의에 의하면, 무기력(helplessness)이란 인간이 자신을 도울 어떤 것도 할 수 없을 것이라는 신념이다. 우울은 충격적 경험(trauma) 그 자체로부터 발생하는 것이 아니라 인간이 자신의 생의 중요한 결과에 대해 통제를 할 수 없다는 신념에서, 그리고 그러한 신념을 가진 사람은 적응반응을 하지 못한다는데서 기인한다. 그들은 환경내에 있는 강화자(reinforcers)에 대해 통제력의 결여를 느낀다. 그리고 그들의 어린시절의 경험은 고통과 만족의 근원에 영향을 주는데 무기력했거나 또는 그들은 너무 많은 강화자를 통제해서 실패에 대한 대처반응을 발달시켜 사용하지 못하도록 허용되지 못하였음이 입증되었다. 따라서 그들이 가진 이 부정적인 기대는 절망감, 수동성, 자기 주장을 할 수 없는 상태를 초래한다. 반대로 우울을 경험하지 않은 사람은 삶에서

통제력(mastery)을 경험한다. 그들의 어린시절의 경험을 보면 그들의 행동이 만족을 얻고 피로움을 없애는데 효과적이었음이 입증되었다(Stuart & Sundeern, 1987 Haber등, 1987).

Seligman이 체계화한 이 이론은 몇 가지 문제를 안고 있다. 첫째 통제불가능성(uncontrollability)에 대한 기대만으로는 우울을 일으키기에 충분하지가 않다는 것, 둘째 우울의 주요 증상으로 간주되는 자존감 저하에 대해 설명되고 있지 않다는 것, 셋째 우울한 사람이 실패에 대해 내적으로 귀인하는 경향이 있는 것을 설명하지 못한다는 것, 넷째 우울의 일반성(generality)과 만성성

(chronicity)의 한계를 설정하지 못했다는 것 등이다 (Abramson 등, 1978). 이러한 부적합성때문에 원래의 이론에 대한 수정이 불가피하게 되었다.

Seligman은 1978년 Abramson, Teasdale과 함께 귀인이론(attribution theory)을 도입하여 학습된 무기력 이론을 수정하였다. 무기력과 우울에 대한 설명에 필수적인 귀인의 3차원은 내적-외적 요인(internal-external factors), 안정-불안정 요인(stable-unstable factors), 총체적-특정적 요인(global-specific factors) 이다. <표 3>은 무기력의 증후와 귀인의 각 차원간의 관계를 보여 준다(Haber등, 1987).

<표3> 귀인의 차원과 무기력의 증후

귀인의 차원	무기력의 증후
내적-외적요인 (Internal-external factors)	내적요인에 대한 귀인의 통제 기여는 낮은 자존감에 이르게 하고 무기력을 초래하는 한편, 외적 요인에 대한 귀인의 통제 기여는 무기력을 초래하지 않는다.
안정-불안정요인 (Stable-unstable factors)	안정요인에 대한 귀인의 통제 기여는 미래상황을 통제할 수 없다는 기대에 이르게 하며, 그래서 시간이 경과함에 따라 무기력한 행동이 확대된다. 반대로 불안정 요인에 관련된 통제 기여는 일시적으로 특정상황에 대한 무기력을 초래한다.
총체적-특정적요인 (Global-specific factors)	총체적요인에 대한 귀인의 통제 기여는 다른 상황이었을 때의 결과를 통제할 수 없다는 기대를 하게 하며, 그래서 무기력이 상황을 초월하여 일반화된다. 반대로 특정 요인에 관련하여 지각된 통제 기여는 일시적으로 특정 상황에 대한 무기력을 초래한다.

“학습된 무기력의 수정된 귀인이론(Reformulated Attributional Learned Helplessness Theory)”은 다음과 같이 요약될 수 있다. 첫째 우울은 동기, 인지, 자존감, 정서의 4영역에서 손상을 보인다. 둘째 매우 바람직하지 않은 결과가 일어날 확률이 적고 매우 회피적인 결과가 일어나리라고 믿어지면서, 개인의 반응목록안에 있는 어떠한 반응도 그러한 가능성을 변화시키지 못할 것이라고 기대할 때, (무기력)우울이 발생된다. 셋째 우울손상(depressive deficits)의 일반성(generality)은 무기력에 대한 총체성 귀인(globality)에, 우울손상의 만성성(chronicity)은 무기력에 대한 안정성 귀인(stability)에 달려 있을 것이며, 자존감의 저하 여부는 무기력에 대한 내적 귀인(internality)에 달려 있을 것이다. 넷째 우울손상의 강도(intensity)는 통제 불가능성에 대한 기대의 강도 또는 확실성에 달려 있으며, 정서 및 자존감이 손상된 경우에는 그 결과의 중요도에 달려 있다(Abramson 등, 1978).

G. 인지 이론(Cognitive Theory)

Beck는 인지 성향이 우울의 발달과 지속에 중요한 역할을 한다는 것을 임상관찰을 통해 발견하고 이를 이론화시켰다(Sacco & Beek, 1985). 이 이론에서는 인지적 삼요소(cognitie triad), 인지적 圖式(schemas) 및 인지적 오류(cognitive errors) 즉 왜곡된 정보 처리(faulty information processing) 등의 개념으로 우울을 설명한다.

1. 인지적 삼요소(Cognitive Triad)

인지적 삼요소는 우울한 사람으로 하여금 그들 자신이나 자신의 세계, 그리고 자신의 미래를 독특한 방식(idiosyncratic manner)으로 생각하도록 하는 3개의 주요한 인지유형(cognitive patterns)으로 구성된다(Haber 등, 1987).

첫번째 요소는 자기 자신에 대한 부정적인 개념으로, 우울한 사람은 자신을 불완전한, 부적절한, 불건전한 또

는 곤궁한 존재로 본다. 그들은 불쾌한 경험을 자신의 심리적, 도덕적, 신체적 결합의 탓으로 돌리는 경향이 있다. 이 결합때문에 자신을 탐탁치 않고 무가치하게 생각하며 자신을 과소평가하거나 비판하는 경향이 있다. 더 나아가 우울한 사람은 자신이 행복과 만족을 달성하는데 필요한 속성을 가지고 있지 않다고 믿는다(Haber 등, 1987).

두번째 요소는 그들의 현재의 경험세계를 부정적으로 해석하는 경향이다. 우울한 사람은 세계를 자신에게 과도한 요구를 하는 것으로 또는 인생의 목표에 도달하는데 참을 수 없는 장애가 되는 것으로 간주한다. 그들은 환경과의 상호작용을 결함(defect) 또는 박탈(deprivation)의 표현으로 오해한다. 그들은 그럴듯한 대안적 해석이 가능한 상황에서 더욱 부정적으로 해석하며, 부정적인 결론에 맞추기 위해 사실을 수정한다(Haber 등, 1987).

세번째 요소는 미래에 대한 부정적인 견해이다. 그들은 미래를 현재의 확장으로 보기 때문에 실패가 무한히 계속되리라고 본다. 그들은 끝없는 고난, 좌절 및 박탈을 예상한다. 그들은 가까운 장래에 특정한 업무를 맡는다고 생각할 때 미리 실패를 예상한다(Haber 등, 1987).

Beck는 우울의 주요 증상(정서적, 행동적, 신체적, 동기적)을 이 부정적인인지셋(negative cognitive set)의 직접적인 결과라고 생각하였다(Sacco & Belk, 1985).

2. 인지적 圖式(Schemas)

개인에게 특유한 인지적 도식(idiosyncratic cognitive schemas)은 우울 경향적인(depressogenic) 인지적 삼요소를 유지하는데 기여하는 가설적인 구조(hypothetical structure)로 제안되고 있다(Mendlewicz, 1985). Beck은 이것을 정의하기를 '들어온 자극을 선별하고(screening), 부호화하며(coding), 평가하는데(evaluating) 사용되는 구조'라고 하였다(Williams, 1984). 즉, 인지적 도식이란 안정성이 있는 인지유형(stable cognitive patterns)으로 이를 통해 사건이 처리된다(Sacco & Back, 1985).

부적응적 도식은 잘못된 정보나 부적절한 평가에 기초를 둔 인과관계에 대한 결론으로 이는 몹시 해로운 영향력을 가질 수 있다(Wright & Beck, 1983).

이 인지적 도식은 발달단계를 거쳐 형성되는데, Kelly H.H와 Piaget J는 어린시절의 '단순한'도식이 성장함에 따라 점차 복잡한 도식으로 성숙된다고 주장하였다

(Wright & Beck, 1983).

우울에서는, 생의 과거경험으로부터 나온 단순한 인지적 도식이 지배하게 되는데, 이 미발달된 인지적 도식(primitive schemas)은 흔히 절대적이고 판단적이다(Wright & Beck, 1983). 우울에서 이 도식-특히 자아 개념과 개인적 기대에 관련된 것-은 총체적이고, 굳어져 있으며, 부정적인 경향이 있다. 이것이 일단 활성화되면 우울한 사람에게서 흔히 발견되는 인지적 왜곡을 일으켜서 결국 외적 자극을 해석하는 방식에 영향을 미친다(Sacco & Beck, 1985).

3. 인지적 오류(Cognitive Errors)

이 인지적 오류는 우울 경향적인 인지적 도식(depressogenic cognitive schemas)의 활동을 반영한다(Sacco & Beck, 1985). 왜곡된 정보처리와 사고에 있어서 오류는 정반대 되는 증거가 있음에도 불구하고 부정적인 개념을 타당화시킨 상태로 우울환자의 신념을 유지시킨다. 특수한 오류로는 임의적 추론, 선택적 추상화, 과일반화, 확대와 축소, 개인화, 양극적 사고 등을 들 수 있다(Haber 등, 1987).

우울의 인지이론을 요약하면 우울은 경험을 해석하는데 있어서 선택적인 부정적 편견으로 이끄는 미발달된 부정적인 인지적 도식(primitive negative schemas)의 활성화로 특징지워진다(Wright & Beck, 1983).

H. 유전적 요인(Genetic Factors)

최근 많은 나라에서 정동장애에 대한 유전적 요인의 관계가 연구되었다.

유전적 연구에는 다음의 4가지 기본기법(basic techniques)이 사용되었다. 즉, i) 특정 가족과 특정 가족이 속하는 세대간의 이환율을 비교하는 가족집단연구(familial aggregation studies), ii) 일란성 쌍생아와 이란성 쌍생아의 이환율을 비교하는 쌍생아연구(twin studies), iii) 우울환자의 친척과 일반인의 친척의 이환율을 비교하는 전체인구조사(general population surveys), iv) 혈액형이나 색맹같이 알려진 유전적 지표(genetic markers)를 이용한 연계연구(linkage studies)이다(Stuart & Sundeen, 1987).

Cadore(1978)의 연구에서 정동장애를 가진 부모의 자식을 다른 부모에게 입양한 경우가 건강하거나 또는 다른 정신과적 상태를 가진 부모로부터 입양한 아이보

나 성인기에 유의하게 더 많이 우울장애(주로 단극성)를 나타냈으며(한창환, 1987), 이는 우울이 유전적인 요인에 의해서도 영향을 받고 있음을 지적하는 것이다(Haber 등, 1987).

대부분의 쌍생아연구를 종합하면, 일란성 쌍생아에 있어서 정동장애의 일치율은 50~92.5%(평균 69.3%)로 다양한 반면 이란성 쌍생아는 0~38.5%(평균 20%)로, 일란성 쌍생아에서 이란성보다 질병에 대한 일치율이 유의하게 더 높은 것으로 나타났다(Mendlewicz, 1985). 일란성 쌍생아의 일치율이 69%로 100%가 아닌 것은 유전 이외에 다른 요인도 정동장애의 발생요인이 될 가능성을 제시해 주는 것이되지만 일란성과 이란성 사이에 차이가 큰 것은 유전의 영향이 상당히 있음을 시사해 준다(이정균, 1988).

유전 현상에 근거를 두고 정동장애의 양극성과 단극성의 임상적 구분을 행한 첫 연구자중 한 사람인 베를린의 Leonhard(1959)에 의하면 양극성환자가 단극성환자보다 더 유전적 경향을 보이며, 이 두 장애는 각기 다른 유전적 요인에 의해 유발된다고 한다(Mendlewicz, 1985). 또한 Perris(1966) 및 Winokur 등(1969)은 양극성 장애와 단극성장애의 발병위험을 연구한 논문에서 양극성 우울의 가족에는 양극성 우울이 주로 발생하고 주요우울증(단극성)의 가족에는 단극성 우울이 주로 발생한다고 보고하면서 이는 양자가 유전적으로 별개의 기전에 의해 발생한다는 것을 시사해 준다고 하였다(이정균, 1988; Mendlewicz, 1985).

유전적 지표를 이용한 여러 연계연구에 의하면 O형 집단이 조울증의 발생빈도가 가장 높은 것으로 보고되고 있으며, 이는 ABO 유전자형이 정동장애에 素因(predisposition)으로 작용하고 있기 때문이다. 최근에 색맹(color blindness; an X-linked recessive marker)과 양극성 장애간의 관계가 연구되었는데, 이 둘간에는 연관성이 있음이 보고되고 있다. 다른 한편으로 양극성 장애와 Xg 혈액형(Xg blood group; a dominant X-linked marker)간의 연관성을 밝힌 연구도 있다(Mendlewicz, 1985).

이들 연구를 종합해 보면, 양극성 장애는 Xg 혈액형보다 색맹유전자좌(Color vision loci)와 더 밀접한 연관성이 있으며, 이는 Xg 혈액형과 색맹의 유전자좌(loci)가 독립적으로 위치하고 있다는 사실에 비추어 해석되어야 한다. 그러므로 양극성 장애에 대한 유전자좌는 Xg와 색맹 유전자좌 사이에 위치해 있는 듯한데 아마

도 후자에 더 가깝게 있는 것으로 보인다. 그러나 단극성 우울은 Xg 혈액형이든 색맹이든 X염색체와 연계된 유전을 하지 않는 것으로 나타나, 양극성과 단극성 우울의 유전양식은 다르다고 할 수 있다(Mendlewicz, 1985).

I. 생물학적 이론(Biological Theory)

이 이론은 생물학적 체계(biological systems)내의 비정상적 변화를 통해 우울을 정상상태 또는 다른 정신병리상태와 구분하는 입장을 취한다(Thase 등, 1985). 여기에는 신경화학적, 신경내분비대사, 신경생리학적 그리고 생체리듬의 장애등이 포함된다.

1. 신경화학적 장애

a. 단가아미노산(Monoamine; MA)

항우울제의 작용기전에 대한 연구와 더불어 정동장애의 생화학적 양상이 최근 많은 발전을 가져왔다. 그중에서 가장 잘 알려진 것이 이 단가아미노산학설로서, 다음과 같이 크게 두 계열로 나눌 수 있다.

1) Catecholamine: 우울은 뇌의 카테콜라민중 NE이 주로 결핍되어서 일어나고 반대로 조증은 NE의 과다때문에 일어난다고 보는 이론이다. 카테콜라민 가운데서 epinephrine과 DA 자체는 정동장애와 직접적인 관련이 적고 NE가 중요한 역할을 한다. 내인성 우울로 사망한 사람의 뇌에서 카테콜라민 특히 NE의 함량이 감소되어 있음을 볼 수 있다. NE의 amino 基가 떨어져 나가 비활성화된 3-methoxy-4-hydroxyphenylethylglycol(NHPG), 그리고 DA에서 amino 基가 떨어져 나가 비활성화된 homovanillic acid(HVA)가 지체성 우울때 척수액이나 뇌에서 그 양이 감소되고 조증때 증가한다. 한편 이들 카테콜라민을 산화시켜 비활성화시키는 monoamine oxidase(MAO)의 활동성이 우울에서 증가하고 조증에서 감소된다(이정균, 1988).

2) Indolamine: 우울은 뇌에서 인돌라민계의 5-HT(serotonin)가 감소된 것과 관련되고 반대로 조증은 5-HT가 증가된 것과 관련된다. 우울로 사망한 사람의 뇌에서 5-HT의 함량이 거의 없었다는 보고가 있는가 하면 내인성 우울과 꼭같은 우울을 야기할 수 있는 reserpine을 사용한 경우 뇌의 5-HT가 감소되고 5-HT의 대사산물인 5-hydroxyindoleacetic acid(5-HIAA)가 뇌에서 증가한다는 보고도 있다. 또 내인성 우울일때 5-HIAA의 척수액내 함량이 정상인에서보다 훨씬 낮는데, 이

역시 5-HT에서 amine基를 산화분해시켜 그것을 비활성화시키는 MAO의 활동성이 우울에서 증가하고 조증에서 감소되기 때문이다(이정균, 1988).

b. 아세틸콜린(Acetylcholine, ACH)

Janowsky와 그의 동료들은 카테콜라민에 비해 아세틸콜린의 기능이 상대적으로 강할 때 우울이 생긴다는 가설을 제시하였다(민성길, 1988).

c. 기타 신경화학적 변화

우울환자에서 amphetamine과 구조적인 유사성을 가지고 있는 물질인 trace amine 2-phenylethylamine(PEA)의 뇨중 함량 저하, 나트륨(Sodium)과 칼슘(calcium)의 세포내 농도 증가, enzyme adenosine triphosphatase [ATP ase]의 활동증가, 및 Prostaglandins의 뇌척수액 내 함량 저하 등이 최근 보고되고 있다(Thase등, 1985).

2. 신경내분비대사의 기능장애

우울의 원인으로서 호르몬장애의 가능성이 수년동안 고려되었다.

우선 부신피질호르몬을 들 수 있는데 우울환자에서 시상하부-뇌하수체-부신피질 축(hypothalamic-pituitary-adrenal cortex Axis; HYPAC or HPA Axis)의 활동이 증가하여 cortisol의 과다분비가 일어난다(한창환 1987). Cortisol의 분비과다는 흔히 양극성 우울환자에서 보다는 단극성 우울환자에게서 더 흔히 나타난다(민성길, 1988).

또한 몇 연구자들은 우울환자에서 포도당 이용도의 감소와 상대적인 인슐린 저항(insulin resistance) 현상을 보고하였다. 그러나 혈장내의 cortisol 증가가 세포의 인슐린 수용체(cellular insulin receptors)의 감수성을 감소시키는 것으로 알려졌다으므로, 우울환자에 있어서 비정상적인 인슐린 저항은 시상하부-뇌하수체-부신피질 축의 장애에 부수적인 것일수도 있다는 주장도 있다(Thase등, 1985).

성장호르몬(Growth hormone; GH)도 우울과 관계가 있다. 정상적으로는 저혈당·스트레스·에스트로젠 등에 의해 뇌하수체의 성장호르몬 분비가 촉진되는데, 단극성 우울에서 인슐린으로 저혈당을 유발하여도 이런 분비촉진반응이 저하되었다는 것이 증명되고 있다. 그러나 양극성 우울에서는 정상반응 또는 증가된 반응을 나타낸다(이정균, 1988; 한창환, 1987).

갑상선분비 호르몬(Thyrotropin-releasing hormone; TRH)에 대한 갑상성자극 호르몬(Thyroid-stimulating hormone; TSH)의 반응이 우울에서 저하되거나

소실된 경우가 관찰되었다(이정균, 1988). TRH Stimulation test에 대한 반응이 내인성 우울의 여부와 관계가 있다고 시사되며, TRH에 대한 TSH반응이 지속적으로 떨어지는 경우 차후의 재발 가능성이 높다는 주장도 있다(민성길, 1988).

프로락틴(Prolaction; PRL)의 분비가 우울환자에서 낮은 수준을 나타낸다고 지적된 바 있는데 Mendlewicz 등(1983)은 이를 양극성 우울의 특징이라고 주장하였다. 또한 우울에서 프로락틴의 분비·리듬의 교란이 있다는 보고와 우울이 endorphin의 결핍에 관련된다는 견해도 있다(Thase등, 1985).

황체형성 호르몬(Luteinizing hormone; LH)에 관한 최근 연구는 일차성 단극성 우울환자는 폐경기후에 정상대조군보다 유의하게 혈청 LH농도가 낮음을 규명하였다. 여기에는 뇌의 카테콜라민이 관여하고 있다는 증거가 있지만 이 분야의 연구가 더 필요하다(민성길, 1988). 우울이 남성보다 여성에서 더 높은 발생률(여:남=2:1)을 나타낸다는(Thase등, 1985) 현상에 근거하여 수행된 여성 호르몬과 우울간의 관계에 관한 연구에 의하면, 임상적인 우울(clinical depression)이 월경주기, 구강피임약의 사용, 산욕기와 폐경기를 포함한 생식주기에 있는 사건(event)과 관련하여 발생하는 경향이 있다는 사실이 관찰되었다. 그러나 연구결과는 아직도 우울과 어떤 특정 여성 호르몬간의 연관성을 명확히 입증하지 못하고 있다(Haber등, 1987).

3. 신경생리학적 장애

여기서는 근전도와 뇌파소견이 문제가 된다.

우울의 근전도 소견으로는 근육의 가성긴장(dysponesis)이 나타난다는 점을 들 수 있는데, 이 상태는 좋지 못한 감정이나 사고, 그리고 어떤 사태에 직면해서 일어나는 중추신경계의 생리학적 반응으로 이해되고 있다. 다른 소견으로는 과다긴장(hyperponesis)을 볼 수 있는데, 이는 정신분열증에서도 나타난다. 이 과다긴장은 우울이 회복되면서 곧 일시적으로 소실되나 그 후에는 지속적으로 나타나며 그 정도는 우울의 정도와 정비례한다. 이 근전도 소견 역시 우울의 결과로 일어나는 근육의 이상으로 이해되고 있다(이정균, 1988).

뇌파소견의 경우 단순뇌파는 정상인이나 우울한 사람에서 차이가 없음이 밝혀졌으며, 최근에는 여러 자극(예: 광선, 전기, 시각, 청각자극등)에 대한 뇌세포의 반응양상을 뇌파로 알아보는 연구들이 진행되고 있다

(이정균, 1988).

4. 생체리듬의 장애

몇몇 연구들은 우울환자에서 circadian rhythms이 교란됨을 발견하였는데, 특히 양극성 장애환자에게서 명백하다고 지적하고 있다. 인체의 circadian rhythms은 cortisol 분비, 수면-각성주기, 체온, REM 수면 등을 들 수 있는데, 이중 가장 쉽게 연구되는 circadian rhythm은 수면-각성주기이다(Thase 등, 1985).

우울에서의 수면주기에 대한 연구를 보면, 내인성 우울에서는 전체 수면시간이 짧고徐波수면(slow wave sleep) 그 중에서도 제4단계 수면시간이 감소하며 잠들기 시작하는 시간과 rapid eye movement(REM)가 출현하기 시작하는 시간사이의 시간, 즉 REM잠재기(latency)가 짧고 REM시간이 증가되며 REM간의 간격이 짧다는 사실이 알려져 있다. 이런 현상을 REM압력(pressure)이라고 하는데 이것은 우울의 심한 정도와 정비례한다. 이와같은 사실은 우울환자가 꿈이 많고 깊은 잠을 못자는 임상양상과 일치되는 것이며 이론적으로는 REM압력이 NE의 수용체가 약해지는 현상과 직접 관련된다는 사실을 입증해준다(이정균, 1988).

J. 생활 스트레스원(Life Stressors)

이 이론은 우울을 스트레스에 대한 특수한 반응으로 보는 견해이다. 우울을 유발할 수 있는 생활 스트레스원으로는 여러가지가 지적될 수 있지만(Stuart & Sundeen, 1987), 성인기의 애착 상실(loss of attachment)과 주요 생활사건(major life events)이 대표적인 것이라 생각된다. 따라서 이 두 요인에 대해서만 간략히 설명하고자 한다.

1. 애착의 상실(Loss of Attachment)

성인의 생활에 있어서 상실은 우울을 유발시키는 스트레스원이 될 수 있다. 특히 사랑했던 사람의 상실은 슬픔반응에 대한 주요한 유발 스트레스원(major precipitating stressor)으로 확인되었다. 대다수의 사람은 이 상실을 단순한 사별(simple bereavement)로 해결하고 병리적 슬픔이나 우울을 경험하지는 않는다. 그러나 애도과정을 억제하는 외적 및 내적요인이 많을 때 우울이 발생할 수 있다(Ctuart & Sundeen, 1987).

상실과 우울간의 관계를 다룬 여러 연구결과를 요약

하면 다음과 같다. 첫째, 상실과 분리사건은 우울의 가능한 유발요인중에서 가장 중요한 요인이다. 둘째, 상실과 분리는 모든 우울에 보편적이지 않다. 셋째, 상실과 분리를 경험하는 모든 사람이 우울로 발전되는 것은 아니다. 넷째, 상실과 분리는 우울에만 국한된 것(specific)은 아니고 다양한 정신질환과 내과질환의 유발요인으로 제시될 수 있다. 다섯째, 상실과 분리는 우울로부터 초래될 수 있다(Sturat & Sundeen, 1975 ; Akiskal 등, 1975).

2. 주요 생활사건(Major Life Events)

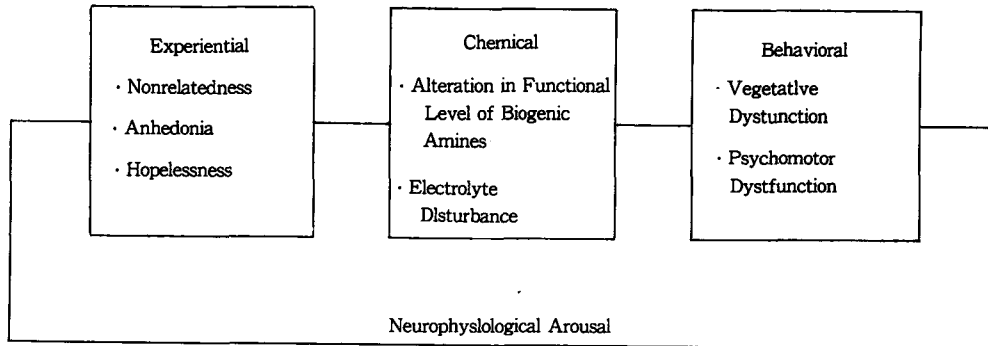
생활사건과 우울에 대한 연구들을 살펴보면, 평균적으로 우울환자가 정상인보다 우울이 발생하기 전 6개월 동안 중요한 생활사건을 거의 3배정도 많이 경험한 것으로 나타났다. 또한 바람직한(desirable) 것으로 지각된 생활사건보다 바람직하지 않은(undesirable) 것으로 지각된 사건이 우울의 가장 잦은 유발요인이었음이 밝혀졌다. 나아가서 「결혼」이나 「어린이의 출생」 등과 같이 사회場[*social field*]으로 들어가는 「유입」 사건('entrance' events) 보다 「이혼」이나 「배우자 사망」 등과 같이 사회場으로부터 나가는 「유출」 사건('exit' events)에서 특히 우울이 더 자주 발생하는 것으로 나타났다(Stuart & Sundeen, 1987 ; 고성희, 1982 ; 고성희, 1984).

K. 통합 모델(Integrative Model)

이는 우울의 원인으로 일원론은 있을 수 없고 통합된 이론이 제시되어야 한다는 관점이다.

이러한 관점에서 나온 대표적인 것으로는 Akiskal과 McKinney의 “우울의 통합모델(An Integrative Model of Depression)”을 들 수 있다. 그들은 실증적 및 실험 연구에 의해 지지되었던 우울에 대한 10개의 모델을 고찰한후, 다양한 학파로부터 나온 연구결과를 통합하여 새로운 모델을 제시하였다. 그들은 간뇌 활동으로 인한 화학적, 경험적 그리고 행동적 수준의 세 변수간에 일어나는 회환상호작용(feedback interaction)을 우울이라고 주장하였다(그림2 참조).

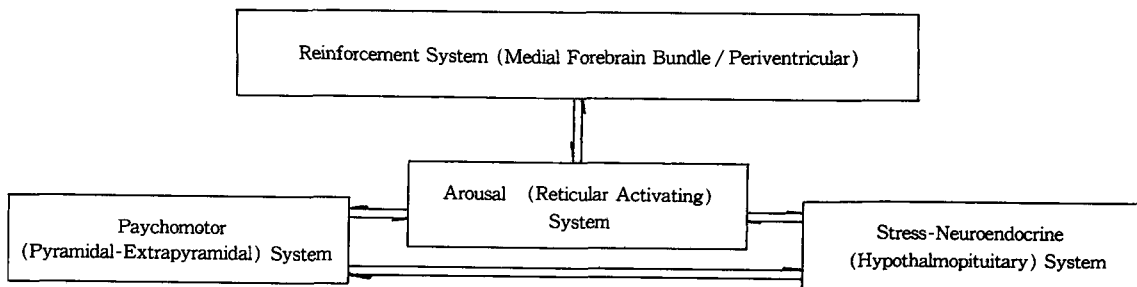
강화에 관여하는 해부학적인 기질(anatomical substrates)은 MFB(Medial forebrain bundle)와 PVS(Periventricular)이며, 뇌내에서 다른 체제와 회환연결(feedback connections)을 형성하고 있다. 이때 한 체제에서



<그림2> 우울에 대한 경험적, 화학적, 행동수준에서의 정의

의 기능적 손상은 이들 체제중 하나 또는 그 이상의 기능적 변화를 유발할 수 있다. '강화'(MFB-PVS)체제는 '스트레스'(hypothalamopituitary)체제, '각성'(reticular activating) 체제 및 '정신운동'(pyramidal-extrapyrami-

dal) 체제의 세 체제와 밀접하게 관련되어 있다. 회환연결을 형성하고 있는 이 네 체제는 <그림3>에 제시되고 있다.



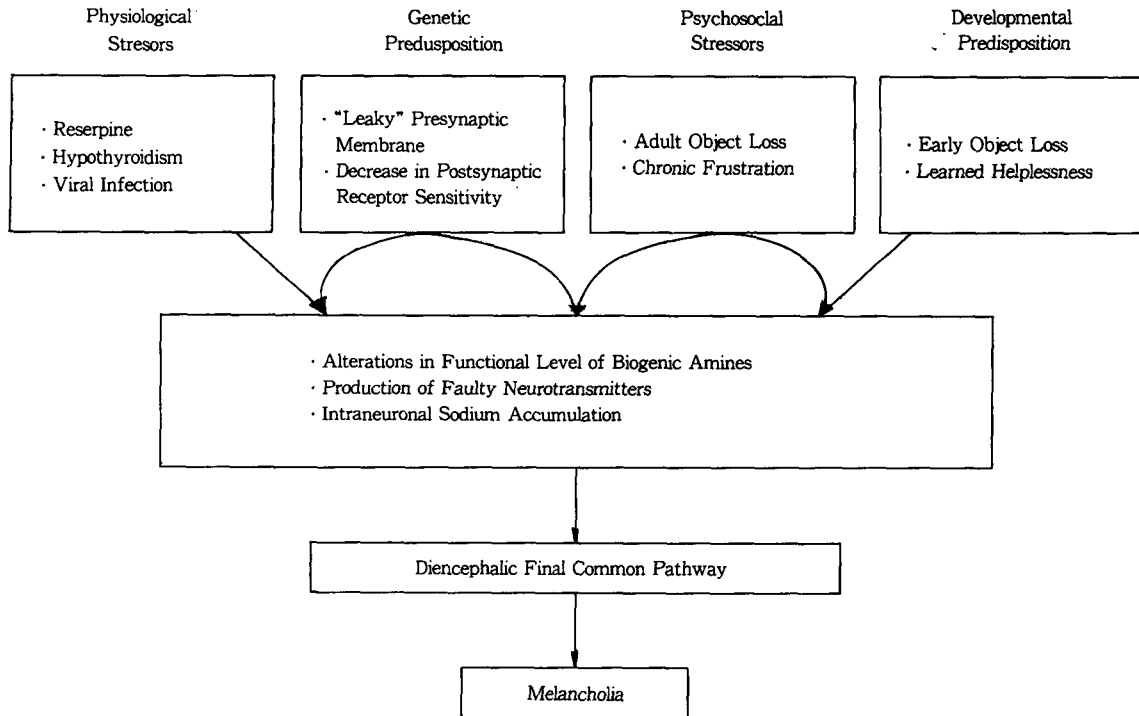
<그림3> 우울에 관련된 신경생리학적 체제.

이 도해에 따르면, 우울은 이들 체제의 음성적 회환기전이 소실됨으로써 평형이 깨져서 초래된다. 다시말해서, 우울은 화학적, 경험적, 행동적 수준에서 서로 맞물린 과정(interlocking process)으로 이루어진 최종공통회로(final common pathway)로 개념화되어질 수 있는데<그림4 참조>, 그것을 신경생리학적 용어로 설명하러 강화에 대한 간뇌센터(diencephalic centers)의 기능 손상이라고 할 수 있다(Akiskal & McKinney, 1975).

또한 우울은 다음의 네 요소들의 상호작용에 달려있다. 즉, i) 유전적 취약성(genetic vulnerability) - 특히 양극성 우울에서 중요하다. ii) 발달 사건(developmental events) - 그것은 유기체로 하여금 어떤 종류의 사회적 심리적 스트레스원에 취약성을 갖도록 한다. 부정적인

인지, 어린시절의 대상상실, 환경내의 강화자를 통제하는데 있어서 지속적인 실패는 간뇌의 평형기전을 약화시킬 수 있다. iii) 생리적 스트레스원(physiological stress) - Reserpine과 같이 간뇌기능에 영향을 미치는 약물, 바이러스 감염, 출산 및 갑상선기능저하증, iv) 사회 심리적 스트레스원(psychosocial stressors) - 개인의 대처기전을 압도하는 스트레스가 많은 생활사건 등이다 (Stuart & Sundeen, 1987 ; Akiskal & McKinney, 1975).

우울을 총체적으로 보는 또 다른 접근방법은 체제이론적 접근이다. Blaker K에 따르면, 이 접근방법은 체제이론에 가깝다. 따라서 이것은 환경(가족, 경제, 지역사회 등), 입력(개인에 영향미치는 자극), 출력(개인에 의해 전달된 에너지나 정보), 경계선(환경을 고려하여 입



〈그림4〉 Akiskal과 McKinney가 제시한 우울발생 모형.

력과 출력을 선택적으로 허용하는 장벽)의 개념으로 우울을 설명하고 있다. 개인이 우울을 경험하는 것은 이 요인들이 어떤 수준에서 특정 시간에 상호작용할 때이다(Adams 등, 1983). Senay E 역시 우울이란 인간뿐 아니라 개, 원숭이 등에서도 출현되며 인간에게만 한정되지 않는 유일한 정신병리 현상이라고 주장하면서, 이를 일반체제이론의 용어로 설명하였다(Akiskal & McKinney, 1975).

그의 부분적인 통합을 시도한 이론으로는 Rehm L에 의해 제시된 자기통제 이론(Self-Control Model)을 들 수 있다. Rehm은 Lewinsohn, Seligman 및 Beck의 이론을 행동연구(behavioral research)와 임상적용(clinical application)에 있어서 가장 탁월하고 영향력이 있는 것으로 평가하면서, 이 세 이론에 내포된 개념들을 발달시키고자 하였다. 그래서 개인이 자신의 행동에 대해 가지는 통제를 세단계-자기측정(self-monitoring), 자기평가(self-evaluation), 및 자기강화(self-reinforcement)-로 나누었던 Kanfer FH의 자기조절 모델(Self-Regulation Model)을 근거로, 그는 행동 및 인지이론의 요소들

을 결합한 모델을 제시하였다(Rehm, 1977). 그러나 이 모델은 우울에 대한 유전적 및 생화학적 요인을 포함시키지 않음으로써 Akiskal과 McKinney의 모델과 비교할 때 우울을 설명하는 통합모델로서는 다소의 제한점을 가지고 있다.

이와같이 통합모델의 입장을 취하고 있는 이론들은 모두 우울에 대해 다양한 측면을 고려하고자 하였다.

III. 이론 고찰에 따른 논의

우울 발생요인에 관한 많은 이론 중 대표적인 11가지 입장을 선택하여 고찰한 것을 간략히 논의하면 다음과 같다.

공격심 내재화 이론은 우울이론중 가장 많이 언급되는 이론인 만큼 이를 검토하기 위한 연구도 여러 측면에서 이루어졌지만 상반되는 결과가 제시되었다. 예를 들어, 몇몇 연구자들은 우울의 기전을 파헤칠 목적으로 꿈을 분석하기도 하고, 투사적 방법을 써서 우울환자의 심리적 특성을 검사하기도 하였다. 우울 환자의 꿈을

분석해 본 결과, 손실과 실패의 경험이 주가 되고 있다는 사실은 확인 할 수가 있으나 분노와 적대감의 경험은 전혀 찾아 볼 수가 없었다. 우울환자를 피험자로 한 투사검사의 결과를 보면 자신이 희생자가 되고 있다는 주제가 두드러지게 나타나고 있으며 이와 같은 사실은 Freud 나 Abraham의 주장과는 오히려 대조를 이루고 있다(이현수, 1985). Friedman은 우울환자를 정상인과 비교한 임상연구에서 외부로 분노를 덜 표현한다는 것을 발견하였다(Akiskal & McKinney, 1975). 만일 분노가 내재화되어 나타난 것이 우울이라면, 우울 환자는 남에게 적대감을 노출시키지 않을 것이지만 사실상 자신과 가까운 사람에 대해서 강한 분노와, 적대감을 나타낸다는 연구보고도 있다(이현수, 1985). 또한 몇몇 연구자들은 분노와 적대감을 외부로 표현하는 우울 때문에 고통받는 환자를 확인하였는데(이들을 적대적 우울환자[hostile depressives]라고 함), 적대감을 외부 대상에게 다시 향하게 하는 것만이 항상 임상적 호전을 가져 오지 않았음을 주장하였다(Stuart & Sundeen, 1987). 아동은 공격심 내재화 이론은 오로지 우울에 대한 하나의 가능한 설명으로(Haber 등, 1987), 자아보다는 이드에 그리고 죽음본능의 에너지(thanatotic energy)의 내재화에 초점을 두었다. 이 이론은 우울에 대해 가장 널리 인용되는 이론중 하나이기는 하지만, 이를 입증하는 증거가 거의 없어(Stuart & Sundeen, 1987), 경험적 실증적인 타당성을 인정받지 못하였다.

아동기동안에 중요한 대상을 상실한 경험이 있는 사람이 나중 성인기에 우울이 발생하기 쉽다고 주장한 대상상실 이론에 대한 검정연구 결과를 보면, 우울환자들이 정상집단이나 다른 진단을 받은 집단보다 죽음, 분리 그리고 다른 이유로 인한 부모의 상실을 더 많이 경험하였다고 밝히고 있다(Stuart & Sundeen, 1987). 그러나, 우울환자중에는 생의 초기에 중요한 대상을 상실한 경험이 없는 경우도 있으므로 이 관점은 우울을 설명하는 이론으로 일반화되기 어렵다고 본다. 또한 이 이론을 검정하기 위한 연구 수행시 후향적 연구(retrospective studies)를 선택하는 경우 외부변수를 통제하지 못하기 때문에 설명력이 약하다. 그래서 연구자가 분리반응의 본질에 영향을 미칠 수 있는 변수들을 통제하고 분리의 중요성을 연구하는 원숭이 모델(monkey model)이 제시되기도 하였다. 영장목(primates)을 대상으로 한 이들 연구에서는 어미 원숭이로부터 새끼 원숭이를 분리 시킴에 의해 Robertson과 Bowlby에 의해 서술되었던

것과 매우 유사한 저항-절망의 두 단계 반응을 관찰할 수 있었다. 동료(peers)로부터의 분리에 대한 연구에서도 또한 모-자 분리와 유사한 행동반응을 일으키는 것으로 나타났다. 다시 말해 여러 연구자들은 어미로부터 든지 동료로부터든지 외상적 분리를 경험한 새끼 원숭이의 행동이 '의존성 우울'을 경험한 인간의 영아와 유사하다고 주장하였다(Akiskal & Mckinney, 1975). 또한 모-자 관계의 본질, 시각적 접촉(visual contact), 대리 어머니의 유무가 분리반응을 약화시킬 수 있는 요인이 밝혀졌다. 따라서 대상상실 우울에 대한 이 원숭이 모델은 분리반응의 기본 기전에 대한 우리의 이해에 중요한 실마리를 제공하는 것으로 간주되고 있다(Haber 등, 1987; Akiskal & Mckinney, 1975). 그러나 이 원숭이 모델 역시 그 결과를 인간 대상자에게까지 연결시켜 해석하는 것에는 무리가 있다고 본다.

자아기능이론에서는 자아란 인간의 본능적 충동을 조절하고 통제하는 기능이 주가 된다고 주장한 Freud의 견해에 비추어볼때 자아의 개념을 확대, 강조하고 있다. 일반적으로 심리학에서 자아를 성격구조의 한 부분으로 간주하고 있고, 또한 여러 학자들이 자아라는 개념을 인간이 자신의 행동을 조절하는데 사용하는 과정으로 언급함을 볼때 자아기능 이론 역시 우울행동을 설명할 수 있는 하나의 관점으로 제시될 수 있다고 생각한다.

성격구조 이론은 자존감 저하라는 주요 심리사회적 변수에 초점을 두고 있다. 자존감에 대한 위협은 불충분한 역할수행, 지각된 일상생활의 기능저하 및 불명확한 자기 정체성의 결핍에서 비롯된다(Stuart & Sundeen, 1987). 그러므로 이 이론에서는 우울이 뚜렷한 유발요인적 스트레스원이 없음에도 자존감에 대한 큰 충격에 의해 선행되어지는 것으로 보인다. 또한 적응이나 부적응을 결정하는데 있어서 자아개념의 중요한 위치와 생활상태에 대한 환자의 평가의 중요성이 강조되고 있다(Stuart & Sundeen, 1987), 이같은 입장은 성격구조자체를 우울에 작용하는 독립변수로 간주하고 있지만, 중재변수로 역할할 가능성도 있다고 본다.

행동이론은 최근 Lewinsohn등이 이론을 수정하는 과정에서 자기인식과 같은 현상을 통합시키고자 시도하였지만 여전히 인간의 주관적 내면세계나 신념 및 가치체제등을 무시하고 있음은 부인할 수 없다. 이 이론은 인간에 대한 수동적인 접근보다는 오히려 능동적인 접근을 강조하며 주로 성격의 상호작용적 관점에 의존하

고 있는 것으로 평가되기도 하지만(Stuart & Sundeen, 1987), 대상자와 치료자 관계를 생각해 볼때 인본주의적 견지에서 전인적 접근을 하기 보다는 행동과 강화에 초점을 두는 다소 엄격하고 권위적인 접근방법이라 할 수 있고, 행동의 밑에 깔린 갈등을 간과하기 때문에 근본적인 문제까지를 다룬다고 말할 수 없다.

학습된 무기력 이론은 학습을 바탕으로 한 점에서 행동적 접근에 포함시키기도 하지만, 귀인개념을 포함시킴으로써 우울에 대한 Beck의 인지 이론과 인지의 역할을 강조한다는 점에서 상당한 유사점을 지니 인지적 접근으로 분류되기도 한다. 그러나 이 이론은 귀인이라는 변수 자체의 측정도 어려운데, 통제위 성격, 자존감 등의 변수와도 깊은 관련이 있어 측정을 더욱 어렵게 하고 있는 것으로 생각된다. 따라서 학습된 무기력 이론은 아직 실증적 타당성이 입증되지 못하였다.

인지 이론에서는 우울 정서가 일차적이고 부정적 인지 실태이 이차적이라고 제시한 다른 이론들과는 정반대의 입장을 취하고 있다(Stuart & Sundeen, 1987). 그런데 Beck은 우울을 특징짓는 이들 부정적 사고가 사람들이 우울하게 될 때까지 비교적 잠복된 상태로 있게 된다고 말하였다. 우울한 기분에 있지 않거나 단지 경하게 우울할 때 그들은 논리적인 자기평가를 할 수 있다. 우울이 발전되고 심해지면 부정적 특질의 사고가 점차 객관적 사고를 대신하게 된다(Stuart & Sundeen, 1987). 그렇다면 부정적 인지 실태를 가진 사람이 언제 우울하게 될 것인가 하는 문제가 제기되지 않을 수 없다. 최근에 구발요인으로서 스트레스원에 대한 관심이 증가하고 있으며, 인지이론과 스트레스원을 접목시키는 연구들이 나오고 있다. 그러나 Beck 자신은 성격변수를 포함시키는 방향으로 연구를 전개하고 있다. 아롱든 인지 이론은 정신분석 이론과 행동 이론을 통합하여 이들의 문제점을 극복하기 위한 대안적인 접근이라고 평가할 수 있다.

유전적 그리고 생물학적 이론 분야는 과학기술과 의학의 발전으로 인해 연구방법론적인 진전과 함께 최근 비교적 많은 성과를 나타내었다. 본 고에서 제시된 견해들은 아직 대부분이 연구단계에 있다고 할 수 있지만, 이 분야에서 계속적으로 이루어지고 있는 연구를 통해 우울에서 유전적 그리고 생물학적 요인의 역할에 대한 좋은 증거가 제시될 것으로 본다.

생활 스트레스원에 관심을 둔 많은 연구는 생활사건과 우울간에 상관관계가 있다고 보고하였다. 이에 반하여 상관관계가 없거나 또는 부분적인 관계만 있다고 지

적한 연구들도 다수가 있다(고성희, 1984). 그것은 우울의 발생에 있어서생활사건 이외의 요인도 작용할 수 있다는 것을 암시하는 것으로 해석할 수도 있지만(Stuart & Sundeen, 1987), 이 둘간의 상관관계의 결여는 연구의 방법론적인 차이에서 기인된다고도 볼 수 있다(고성희, 1984). 따라서 이론적인 틀의 명료화, 측정도구의 개선 내지는 발달, 연구설계의 보완 및 생활사건과 우울간의 관계에 영향을 미치는 변수들에 대한 연구등이 이루어진다면, 이 둘간의 관계의 본질이 더욱 명확히 규명될 수 있다고 본다(고성희, 1984).

끝으로 우울의 원인으로서는 통합된 이론을 제시한 이론자들 중에서는 Akiskal과 McKinney의 이론이 가장 다차원적인 관점을 제시하고 있다고 평가할 수 있다. 실제 우울한 대상자를 중재할 때는 대상자의 특성이나 그가 가지고 있는 문제의 본질, 치료기관의 철학이나 치료방침, 간호사 개개인의 철학과 경험 그리고 교육배경 등에 따라 각기 다른 이론모델을 선택할 수도 있지만, 우울이라는 현상을 보다 포괄적으로 이해할 수 있다는 것이 이 통합모델의 강점이라고 생각된다.

이상에서 논의된 우울 발생요인에 관한 11가지 이론은 어떤 한 이론이 다른 이론보다 우월하거나 열등하다고 평가할 수는 없고 단지 우울현상을 바라보는 시각의 차이로서 다양하게 서로의 보완점을 제시하고 있다고 생각한다.

IV. 결 론

본 고에서는 우울의 발생요인을 설명하는 11가지의 이론을 살펴보았다. 이 이론들은 각기 우울의 중요한 특성을 반영하고 있는 것으로 보인다.

이론들중 공격심 내재화 이론, 대상상실 이론, 자아기능 이론, 성격구조 이론, 행동 이론, 학습된 무기력 이론, 인지 이론, 유전적 요인, 생물학적 이론 등은 우울발생의 素因(predisposing factors)에 관련된 이론으로 간주되고 있고, 생활 스트레스원만이 우울을 유발시키는 誘因(precipitating factors)으로 작용한다고 지적되고 있다.

이 생활 스트레스원은 과거에 대상상실 이론 속에 포함시켜 다루었던 것을(Stuart & Sundeen, 1983), 최근 독립적으로 취급하는 경향이 두드러지고 있는데(Stuart & Sundeen, 1987), 이것은 스트레스에 대한 주의와 관심의 급증으로 많은 연구가 이루어짐에 따라 그 역할

의 중요성이 강조되고 있기 때문으로 보인다. 그리고 인지과학 및 인지심리학의 출현으로 인지 이론 역시 생활 스트레스원에 관한 연구와 함께 새롭게 각광을 받고 있는 접근방법이다.

전술한 이론들은 각기 우울을 이해하는데 도움을 주지만 많은 부분이 중복되고 상호관련됨이 분명하다. 따라서 우울의 원인으로 일원론보다는 다원론이어야 하며 생물학적이고 심리사회적인 소인과 유인이 상호작용한다는 데 다수의 의견이 일치하고 있으므로 앞으로 보다 우울의 다양한 측면이 고려된 광범위한 이론의 개발과 검증이 이루어져야 하겠다.

참 고 문 헌

고성희 "스트레스가 질병에 미치는 영향에 관한 고찰 : I. 생활사건과 질병에 대한 선행연구", 전북대의 부속간호논문집, 8집, 1982, 90~103.

고성희, "생활사건 연구에 대한 비평적 분석-최근의 연구논문 100편을 중심으로", 대한간호, 23권2호, 1984, 56~75.

김연, 우울증의 귀인 모형에 관한 연구, 고려대학교대학원, 박사학위논문, 1985.

민성길, 최신정신의학, 일조각, 1988.

이정균, 정신의학, 일조각, 1988.

이현수, 이상행동의 심리학, 대왕사, 1985.

한창환, "우울증에 있어서의 생물학적 지표(I)", 인간과학, 11권7호, 1987, 451~460.

Abramson LY, Seligman MEP, & Teasdale JD, "Learned Helplessness in Humans : Critique and Reformulation", J Abnor Psychol, 87, 1978, 49~74.

Adams C & Macione AR, Handbook of psychoiatric / Mental Health Nursing, John Wiley & Sons, 1983.

Akiskal H & McKinney W, "Overview of Recent Research in Depression", Arch Gen Psychiat, 32, 1975, 285~305.

Arieti S & Bemporad JR, "The Psychological Organization of Depression", Am J Psychiat, 137, 1980, 1360~1365.

Atkinson RL, Atkinson RC, & Hilgard ER, 이훈구(역),

현대심리학개론, 정민사, 1984.

Bellak L, Harvich M. & Gediman HK, Ego Functions in Schizophrenics, Neurotics, and Normals, John Wiley & Sons, 1973.

Carter FM, Psychosocial Nursing, 2nd ed., Macmillan, 1976.

Haber J et al, Comprehensive Psychiatric Nursing, 2nd ed., McGraw-Hill, 1982.

Haber J et al, Comprehensive Psychiatric Nursing, 3rd ed., McGraw-Hill, 1987.

Hoberman HM & Lewinsohn PM, The Behavioral Treatment of Depression, In Beckham EE & Leber WR(eds), Handbook of Depression, Dorsey Press, 1985, 39~81.

Jasmin S & Trygstad LN, Behavioral Concepts and the Nursing Process, Mosby, 1979.

Lego S, The American Handbook of Psychiatric Nursing, Lippincott Co., 1984.

Mendlewicz J, Genetic Research in Depressive Disorders, In Beckham EE & Leber WR(eds), Handbook of Depression, Dorsey Press, 1985, 795~815.

Rehm LP, "A Self-Control Model of Depression", Behavior Therapy, 8, 1977, 787~804.

Sacco WP & Beck AT, Cognitive Therapy of Depression, In Beckham EE & Leber WR(eds), Handbook of Depression, Dorsey Press, 1985, 3~38.

Stuart GW & Sundeen SJ, Principles and Practice of Psychiatric Nursing, 2nd ed., Mosby, 1983.

Stuart GW & Sundeen SJ, Principles and Practice of Psychiatric Nursing, 3rd ed., Mosby, 1987.

Thase ME, Frank E, & Kupfer DJ, Biological Processes in Major Depression, In Beckham EE & Leber WR(eds), Handbook of Depression, Dorsey Press, 1985, 816~913.

Williams JMG, The Psychological Treatment of Depression, Croom Helm, 1984.

Wright JH & Beck AT, "Cognitive Therapy of Depression : Theory and practice", Hospital & Community Psychiatry, 34, 1983, 1119~1127.

–Abstract–

Theoretical Models of Causative Factors in Depression : A Review of the Literature for Nursing

*Kim, Susie**

*Ko, Sung Hee***

This literature review was undertaken to explore theoretical models of depression for their potential usefulness in nursing research and practice.

Depression has been accounted for by numerous theories or models of causation : 11 theories selected from psychology, medicine and psychoanalysis and supported by empirical or experimental research were reviewed. These theories identify a variety of precipitating and predisposing factors that may affect the individual's

depression. Aggression-turned-inward theory, object loss theory, ego functioning theory, personality organization theory, behavioral theory, learned helplessness theory, cognitive theory, genetic factors, and biological theories conceptualize predisposing factors. Only life stressors theory identifies precipitating factors.

Each of these theories contributes to an understanding of depression, but many of them use overlapping and interrelated factors. It is also evident from recent research that there are multiple causes for depression involving an interactive effect among predisposing and precipitating factors that are both biological and psychological in origin. That is, a single theory is not useful, but perhaps a unified theory could be developed that would be helpful to nursing. This review points to the need for continuing development and testing of theories that would integrate the multiple conceptualizations of depression.

* Ewha Womans Univ., College of Nursing

** Chonbuk National Univ., Dept. of Nursing