

아동기 우울증의 평가

ASSESSMENT OF CHILDHOOD DEPRESSION

신 민 섭* · 김 민 경**

Min-Sup Shin, Ph.D.,* Min-Kyung Kim, M.A.**

요 약 : 성인의 우울증과는 달리 아동기 우울증의 존재와 정의에 대해서는 많은 논란이 있어왔다. DSM-III(1980)에 이르러서야 공식적인 병명으로 인정되었으나, 아직도 아동기 우울증은 다른 정신과적인 장애에 비해 진단 준거 자체가 명확하게 정의되어 있지 못할 뿐만 아니라 발달 단계에 따라 우울 증상은 다른 양상으로 표현되므로, 아동기 우울증의 정확한 진단을 위해서는 다양한 평가 방법을 사용하여 여러 사람들로부터 정보를 얻는 것이 매우 중요하다. 따라서 본 연구에서는 자기보고형 질문지, 면접, 행동 평정 척도, 구조화된 검사, 투사법 검사 등 주요 평가 방법들을 고찰해보았고, 앞으로 아동기 우울증 평가 방법에서 해결되어야 할 신뢰도 및 타당도에 관한 몇가지 문제점들에 대해 논의하였다.

중심 단어 : 아동기 우울증 · 평가 방법.

서 론

아동기에도 우울 장애가 존재하는가? 아동과 청소년들이 우울한 기분이나 성인의 우울 장애에서 보이는 증상들을 보일 수 있다는 데는 의문의 여지가 없으나, 그럼에도 불구하고 진단 분류로서의 아동기 우울증의 존재와 정의에 대해서는 많은 논란이 있어왔다(Rutter 1988 ; Wicks-Nelson & Israel 1992).

우울증이 아동기에는 거의 나타나지 않는다는 지배적인 생각은 아동들은 우울증을 발달시킬 만큼 충분히 정신내적인 성숙(intrapsychic maturity)이 이루어지지 않았다는 이론적 주장(Rie 1966)과 조울증이 사춘기 이전에는 드물다는 관찰(Anthony & Scott 1960)에서 비롯된 것이다. 정신분석적 입장에서는 우울증을 애정 대상의 상실에 대한 반응으로 보고, 애정 대상에 대한 양가 감정의 자각과 그에 대한 초

자아의 처벌적인 영향으로 죄책감을 느끼고 분노가 내부로 향해지게 되어 우울증이 나타나게 된다고 보았다. 따라서 어린 아동들은 슬픈 감정을 나타낼 수는 있으나, 초자아의 미성숙으로 인하여 우울증을 발달시킬 수 없다고 보았다(Mahler 1961 ; Rie 1966 ; Wicks-Nelson & Israel 1992).

1960년대 후반과 70년대 초반에는 아동기에도 우울증이 존재하지만, 그것은 신체 증상이나 야뇨증, 혹은 품행 장애 같은 위장된 형태로 나타난다는 주장과 더불어 그에 대한 많은 논쟁이 있었다(Rutter, Tuma & Lann 1988). Toolan(1962)과 Glaser(1967)는 성인기 우울증의 인지적, 정서적 주요 특징이 아동들에게는 나타나지 않으나, 아동기에는 신체 증상, 짜증, 등교 거부, 무단 결석, 학습 부진, 과잉활동증, 공격적 행동 등 여러 가지 행동적 증상들이 두드러지며, 이러한 행동적 증상들은 성인의 우울 증상과

*서울대학교 의과대학 정신과학교실(소아·청소년 정신분과) Division of Child-Adolescent Psychiatry, College of Medicine, Seoul National University, Seoul

**서울대학병원 소아·청소년 정신과 Division of Child-Adolescent Psychiatry, Seoul National University Children's Hospital, Seoul

등가(depressive equivalent)의 의미를 지닌다고 보았다. 이와 같은 맥락에서 Cytryn과 McKnew(1972), 그리고 Malmquist(1977)는 “위장된 우울증”(masked depression)의 개념을 제시하면서, 아동기에는 여러 가지 문제 행동들이 우울증을 가리는 기능을 한다고 보았다.

그러나 아동에게서도 성인과 유사한 정서적, 인지적, 동기적, 신체적, 정신운동적 증상을 포함하는 우울증이 존재한다는 주장과 연령에 따라 독특한 임상적 특징들이 나타날 수 있다는 견해가 여러 연구자들에 의해 제기되었다(Carlson & Kashani 1988; Cantwell & Calson 1983; Kovac & Beck 1977; Puig-Antich, Blau, Marx, Greenheel & Chamber 1978). 소아정신과에 의뢰된 아동들중 많은 비율이 우울증을 보인다는 임상 보고가 있었으며(Cantwell 1983; Puig-Antich & Gittelman 1982), Carlson과 Kashani(1988)는 체계적인 면접 방법을 통해 주요 우울증으로 진단된 여러 연령 범위의 우울증 환자 집단(학령전기 아동 9명, 사춘기 이전 아동 95명, 청소년 92명, 성인 100명)을 대상으로 각 연령대별 우울 증상의 빈도를 비교하였다. 그 결과, 우울한 기분, 주의집중력 감소, 불면증, 자살 생각은 모든 연령 집단에 걸쳐 비슷한 빈도로 나타났으며, 즐거움 감소, 하루중의 변동(diurnal variation), 절망, 정신운동의 지연, 망상적 생각은 연령에 따라 증가되는 반면, 낮은 자존심, 신체 증상은 연령이 증가함에 따라 감소되는 양상을 보였다. 이러한 결과는 우울 증상의 표현이 연령에 따라 달라지며, 특정 연령에서 더 두드러지게 보이거나 덜 보이는 우울 증상이 있기는 하지만, 우울증의 근본적인 증상은 변화되지 않음을 시사해 주는 것이라 할 수 있다.

현재에는 아동기 우울증의 존재와 우울 증상의 연령에 따른 변화를 인정하기에 이르렀고, 아동기 우울증에 대한 유병율, 생물학적 요인, 그리고 평가 방법들에 대한 연구들(Fremouw, Perczel & Ellis 1990; Kovacs & Gastonis 1989; Kazdin 1988; Poznanski, Mokros & Grossman 1985; Puig-Antich, Lukens & Davis 1985; 조수철과 이영식 1990)이 급증하는 추세이지만, 아직도 근본적인 문제가 해결되지 않은 채 남겨져 있다. 무엇보다도 아동기 우울증의 진단과 치료, 그리고 연구를 위해 해결되어야 할 문제는 아동기 우울증이 아동기의 다른 장애나 성인기의 장애에

비해 진단 증거 자체가 명확히 정의되어 있지 않은 점이라 할 수 있다. Carlson과 Garber(1988)는 아동의 인지, 정서, 사회적 기능 수준을 고려하여 발달적 차이를 반영하도록 현행 진단 증거 체계를 수정할 필요가 있음을 지적하면서, 발달적 조망(developmental perspective)에 입각해서 연령에 따른 가중치를 둔 우울증 진단 증거를 제안한 바 있다. 물론 DSM-III-R(1987)의 주요 우울증 진단 기준에 아동과 청소년들은 우울한 기분 대신에 짜증스러움을 보일 수 있다고 명시해 놓기는 하였지만, 연령에 따른 증상의 변화를 고려한 별도의 진단 증거가 제시되어 있지 않으며, 성인의 진단 기준이 그대로 적용되고 있다. 따라서 아동기 우울증도 기본적으로는 성인기 우울의 임상 증상과 크게 다를 바 없다는 입장(adultomorphism)에 근거한 현재의 진단 증거에 따르면, 많은 진단 오류가 발생할 수 있다.

아동기 우울증의 유병율은 여러 연구들에 걸쳐 2.3%에서 59%까지 다양하게 보고되었으며(Kashani와 Simonds 1979), 이처럼 큰 차이를 보이는 것은 연구자들마다 서로 다른 진단 기준과 평가 방법을 사용한 것에 주된 원인이 있는 것으로 생각된다(Wicks-Nelson과 Israel 1992). 다시 말하면, 아동기 우울증 진단시 중요시하는 우울 증상이 연구자들마다 다를 수 있고, 같은 연구에 포함된 진단자들간에도 동일한 아동에 대한 진단 일치도가 높지 않으며, 연구마다 서로 다른 평가 도구를 사용하는 경우가 많으므로, 아동기 우울증에 대한 유병율이나 연구 결과들을 상호 비교하는데 어려움이 많을 뿐만 아니라, 연구 결과의 내적, 외적 타당도에도 의문이 제기될 수 있다. 따라서 아동기 우울증에 대한 치료나 연구를 위한 피험자 선발시에 우울증을 정확히 진단하고 진단자들간의 진단 일치율을 높이기 위해서는 평가 도구가 매우 중요한 역할을 할 것이라 생각된다.

일반적으로 아동들은 그들이 느끼고 있는 것을 기술하는 능력이 제한되어 있으나, 불안이나 공포와 같은 정서는 얼굴 표정이나 행동, 자율 신경계의 반응으로 나타나기 때문에 어린 아동들에게서도 비교적 쉽게 파악할 수 있다. 그러나 우울증에는 슬픔이나 불행감뿐만 아니라 에너지와 동기의 저하, 거절감, 미래에 대한 부정적인 생각, 그리고 낮은 자아상 등이 포함되므로 이를 객관적으로 평가하는데 더욱 어려움이 있다(Rutter, Izard & Read 1986). 또한 외현

적으로는 행동적인 문제를 보이지만 기저에 우울증이 내재되어 있는 것으로 가정된 “위장된 우울증”의 경우에는 이것과 품행 장애나 기타 다른 행동 장애간을 구분할 수 있는 객관적 진단 준거가 없으므로, 어느 한가지 평가 방법에 의존해서 감별 진단하기는 불가능하다고 생각된다. 따라서 아동기 우울증의 정확한 진단 평가를 위해서는 부모나 아동의 면담, 자기보고형 질문지, 행동 평정 척도, 투사법 검사, 행동 관찰 등 다각적인 측면에서 다양한 양식의 평가 도구를 사용하여 여러 사람으로부터 정보를 얻은 후, 이를 종합하여 최종적인 진단을 내리는 것이 특히 요구된다.

평가방법

아동기 우울증의 진단과 증상의 심각성을 평가하는 방법은 크게 자기보고형 질문지, 면접, 행동 평정 척도, 구조화된 검사, 투사법 검사로 구분될 수 있다.

1. 자기 보고형 질문지(Self-Report Questionnaire)

자기 보고형 질문지는 가장 일반적인 심리학적 평가 방법으로써, 우울증의 진단과 치료 효과의 평가에서 광범위하게 사용되고 있다. 그러나 자기 보고형 질문지는 사회적으로 바람직하게 보이려는 경향성에 의해 영향을 받기 쉬운 뿐만 아니라, 어린 아동들은 언어 능력과 인지 능력이 성인들에 비해 미성숙하므로, 자기 보고형 질문지에서 얻은 자료가 신뢰롭지 않을 가능성이 있으므로, 결과 해석시 항상 이점을 염두에 두어야 한다. 아동용 우울 척도들은 대부분이 성인용 우울 척도를 아동에게 사용하기 위해 변형시킨 것인데, Kovacs등(1977)의 아동용 우울 척도(Children's Depression Inventory), Carlson과 Cantwell(1979)의 단축형 아동 우울 척도(Short Children's Depression Inventory), Lang과 Tisher(1978)의 아동용 우울 척도(Children's Depression Scale), Weissman(1980)의 아동용 역학 조사를 위한 우울 척도(Center for Epidemiological Studies Depression Scale Modified for Children : CESD-C), 그리고 Kazdin등(1986)의 아동용 절망 척도(Hopelessness Scale for Children)가 있다. 가장 널리 사용되는 대표적인 척도로 Kovacs등(1977)이 제작한 “아동용 우울 척도”를 들 수 있으며, 우울증과 관련된 자신이나 미래에 대한 부정적인 생각이나 자살 위험을 평가하는 데는 Kazdin등(1986)의

“아동용 절망척도”가 유용하게 사용되고 있다.

1) 아동용 우울 척도(Children's Depression Inventory : CDI, Kovacs & Beck 1977)

아동용 우울 척도(CDI)는 Kovacs과 Beck(1977)이 아동기 우울증의 인지적, 정서적, 행동적 증상들을 평가하기 위해 개발한 자기 보고형 척도로서, Beck(1967)의 성인용 우울 척도를 아동의 연령에 맞게 변형시킨 것이다. CDI는 7세에서 17세 아동과 청소년들에게 실시할 수 있으며, 총 27문항으로 이루어져 있다. 각 문항들에 대해 지난 2주일 동안의 자신을 가장 잘 기술해주는 정도를 0점에서 2점으로 평정하도록 되어 있으며, 각 문항에 대한 개인의 평정치를 합산한 총점이 우울 정도를 나타낸다. 총점의 범위는 0점에서 54점으로, 점수가 높을수록 우울 정도가 심하고, 다양한 우울 증상을 보이는 것을 나타낸다. CDI에 대한 방대한 심리측정적 연구들은 CDI가 매우 신뢰롭고 타당하며, 정신과 집단과 비정신과 집단을 변별하는데 있어 임상적인 유용성이 있음을 입증해 주었다(Kazdin 1988 ; Fremouw, Perczel & Ellis, 1990). 국내에서는 조수철과 이영식(1990)이 한국형 CDI 개발을 위한 연구를 수행하였는데, 한국형 CDI의 검사-재검사 신뢰도는 .82, 반분 신뢰도는 .71, 그리고 내적 일관성 계수는 .88로, 비교적 신뢰도가 양호한 것으로 나타났다. 또한 우리 나라 국민학교 4, 5, 6학년생 288명을 대상으로 산출한 CDI의 평균치는 14.7점(표준 편차 7.3)이었으며, 이는 외국의 연구들(Green 1980 ; Kline 1982 ; Smucker 1986)에서 보고된 8점에서 10점 범위이내의 평균치보다 상당히 높은 점수이며, Kovacs(1983)의 연구에서 제시된 우울증 진단을 위한 분할점(CDI 13점)보다도 다소 높은 점수이다. 따라서 우리 나라 아동들의 우울증 진단을 위해 외국 연구에서 산출된 분할점을 그대로 적용한다면 실제로는 정상인데 우울증으로 분류될 긍정 오류율(false positive)이 발생할 가능성이 높다. 외국 준거를 적용시 발생할 수 있는 분류 오류의 문제는 비단 CDI뿐만 아니라 BDI나 MMPI등 대부분의 자기보고형 척도들에 대한 한국 피험자들의 평균치가 외국에 비해 더 높은 경향이 있으므로(신민섭, 김중술과 박광배 1993 ; 한홍무, 염태호, 신영우 등 1986 ; Han 1992), 번안된 외국 척도들에 대한 비교문화적인 심리측정적 연구는 반드시 다루어져야 할 과제라 생각된다. CDI 문항의 일부가 표 1에 제시되어

표 1. 아동용 우울 척도(CDI)의 문항 예

1. () 나는 가끔 슬프다.
() 나는 자주 슬프다.
() 나는 항상 슬프다.
2. () 나에겐 제대로 되어가는 일이란 없다.
() 나는 일이 제대로 되어갈 지 확실할 수 없다.
() 나에겐 모든 일이 제대로 되어 갈 것이다.
3. () 나는 대체로 무슨 일이든지 웬만큼 한다.
() 나는 잘못된 일이 많다.
() 나는 모든 일을 잘못한다.
4. () 나에겐 재미있는 일들이 많다.
() 나는 재미있는 일들이 더러 있다.
() 나는 어떤 일도 전혀 재미가 없다.
5. () 나는 언제나 못된 행동을 한다.
() 나는 못된 행동을 할 때가 많다.
() 나는 가끔 못된 행동을 한다.

출처 : Kovacs, M.(1983). The Children's Depression Inventory : A Self-Rated Depression Scale for School-aged Youngsters. Unpublished Manuscript, University of Pittsburgh.(번역 : 조수철과 이영식)

있다.

2) 아동용 절망 척도(Hopelessness Scale for Children : HSC, Kazdin, Rodgers & Colbus 1986)

아동용 절망 척도(HSC)는 우울증의 인지적 증상, 즉 아동들의 미래에 대한 부정적인 기대나 생각 등 절망(hopelessness)과 관련된 인지를 평가하기 위해 Kazdin과 그의 동료들(1986)이 개발한 “예-아니요”로 대답하는 眞-僞형 척도이다. HSC는 총 17문항으로 이루어져 있으며, 만 7세 이상의 아동들에게 사용가능한데, 각 문항에 대한 응답은 0점과 1점으로 채점되므로 총점의 범위는 0점에서 17점이다. 점수가 높을수록 절망적인 생각이 많음을 나타내며, 특히 절망 척도 점수는 자살 위험을 평가하는데 있어 매우 중요하다. 신민섭 등(1990)의 연구에서 산출된 HSC의 신뢰도 계수(Cronbach's α)는 .87로, 내적 일관성이 비교적 높은 편이었으며, CDI와의 상관관계수는 .55로 중등도의 상관 관계를 보였다. HSC 문항은 표 2에 제시되어 있다.

표 2. 아동용 절망 척도

- | | |
|--|-------------|
| 1. 어른이 되면 모든 일들이 더 잘되고 좋아질 것 같기 때문에 나는 어른이 되고 싶다. | 예() 아니오() |
| 2. 내 생활을 더 좋아지도록 할 수 없으므로, 차라리 포기하는 것이 나을 것 같다. | 예() 아니오() |
| 3. 일이 잘 안될 때는 항상 나쁜 일만 생기지는 않을 것이라고 생각한다. | 예() 아니오() |
| 4. 내가 어른이 되었을 때 어떻게 되어 있을 지 상상할 수 있다. | 예() 아니오() |
| 5. 내가 정말로 원하는 일을 할 수 있을 만큼 충분히 시간 여유가 있다. | 예() 아니오() |
| 6. 언젠가 나는 내가 깊이 관심을 가지는 일들을 잘 할 수 있게 될 것이다. | 예() 아니오() |
| 7. 나는 내 인생에서 좋은 것들을 다른 아이들보다 더 많이 갖게 될 것이다. | 예() 아니오() |
| 8. 나는 운이 없다. 성인이 되서도 마찬가지일 것이다. | 예() 아니오() |
| 9. 앞으로 나에게는 나쁜 일만 생길 것이다. | 예() 아니오() |
| 10. 내가 정말로 원하는 것을 얻지 못할 것 같다. | 예() 아니오() |
| 11. 내가 어른이 되면 지금보다 더 행복해질 것 같다. | 예() 아니오() |
| 12. 내가 원하는 대로 일이 잘 풀리지 않을 것이다. | 예() 아니오() |
| 13. 내가 원하는 것을 결코 가질 수 없으므로 무엇을 원하는 것은 바보같은 일이다. | 예() 아니오() |
| 14. 내가 어른이 되어도 정말로 재미있는 일이 있을 것 같지 않다. | 예() 아니오() |
| 15. 내게 있어서 내일이란 확실하지 않고 혼란스럽게 생각된다. | 예() 아니오() |
| 16. 나에게는 나쁜 일보다 좋은 일이 더 많이 생길 것이다. | 예() 아니오() |
| 17. 내가 원하는 것을 얻기위해 노력하는 것은 아무 소용없는 일이다. 왜냐하면 나는 아마 그것을 갖지 못할테니까. | 예() 아니오() |

출처 : Kazdin, A.E., Rodgers, A. & Colbus, D.(1986). The Hopelessness Scale for Children : Psychometric Characteristics and Concurrent Validity. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46, 305-315. (번역 : 신민섭)

2. 면 접

우울증의 경우 주관적으로 느끼는 감정 상태가 중요하다. 성인에서와 마찬가지로 아동들에서도 면접을 통하여 직접적인 정보를 얻고, 외모나 얼굴 표정, 행동 특성 등을 함께 관찰하는 것이 우울증 평가에 필수적이다. 면접시 아동들은 언어적으로 자신의 상태를 표현하는 것 뿐만 아니라 증상과 관련된 개념을 이해하는데 어려움이 있을 수 있으므로, 아동이 알아들을 수 있는 구체적이고 쉬운 말로 면접을 이끌어가는 것이 필요하며, 아동과의 면접 외에 부모나 교사 등 아동과 관련된 성인으로부터 아동에 대한 정보를 얻는 것이 필요하다. 면접 기술이나 숙달 정도에 따라 라포 형성 및 면접 진행 과정이 달라지므로 임상가는 나름대로의 면접 기술을 개발하고 그에 익숙해지도록 해야 한다. 또한 어떤 정보를 얻는데 초점을 두느냐에 따라 면접 내용이 달라지는데, 일반적으로 비구조화된 면접보다는 구조화된 면접(structured interview)이 면접시간의 변산을 줄이고 광범위하고 타당하는 정보를 얻는데 더 적절한 방법이라 할 수 있다.

아동의 우울증을 평가하기 위해 자주 사용되고 있는 구조화되거나 반구조화된 면접 방법(semistructured interview)은 다음과 같다.

1) Bellevue Index of Depression(BID : Petti 1978)

BID는 원래 6세에서 12세 아동을 평정할 수 있도록 개발되었으나 현재는 청소년에게까지 확대하여 사용하고 있는 반구조화된 면접으로, 아동에게 실시할 경우는 직접적인 면접 방식을 이용하여 정보를 얻지만, 부모에게 실시할 경우는 면접이나 지필식 형태로 실시할 수 있다. 면접 내용은 총 40문항으로 이루어져 있으며, 10개의 하위 범주로 구성되어 있다. 각 문항은 “증상이 없음”(0점)에서 “증상이 심각함”(3점)까지 4점 척도로 평정되며, 문제의 有-無에 대한 평정뿐만 아니라 문제의 지속 기간(“1개월 미만”, “1개월에서 6개월”, “6개월에서 2년”, “항상”)도 평가한다. 만일 아동이 문제가 있다고 말하긴 하지만 얼마나 심각한지를 기술하지 못한다면 “아주 작은 문제니?”(Is it a little problem?), “아주 큰 문제니?”(a big problem?) 등과 같이 구체적으로 물어보는 것이 바람직하며, 문제의 지속 기간에 대해서도 이를 보고하지

못하면 중요한 사건을 기점으로 물어보는 것이 좋다(예 : 생일 전후, 개학 후 등). BID의 전 문항은 부록에 제시되어 있다.

2) 학령기 우울 목록 척도(School Age Depression Listed Inventory : SADLI, Petti & Law 1982)

SADLI는 우울한 아동들에게서 나타난다고 보고된 28개의 증상을 기초로 제작된 17문항으로 이루어진 반구조화된 면접이다. 6세에서 12세 아동들에게 사용할 수 있으며, 각 문항은 “증상이 없음”(1점)에서 “극심함”(7점)의 7점 척도로 평정하도록 되어 있다. 평가되어지는 문항 내용은 (1) 짜증, (2) 우울한 모습, (3) 위축된 행동, (4) 과잉활동성, (5) 거부적인 행동, (6) 즐거움의 결여(Anhedonia), (7) 수면 장애, (8) 신체 증상, (9) 사회적 철회 행동, (10) 외로움, (11) 무기력, (12) 거절 혹은 배척 경험, (13) 우울한 기분, (14) 자기로 향해진 공격성-자살, (15) 무가치감, (16) 절망, (17) 전반적인 우울 평가이다. 이때 1번에서 5번까지의 문항은 면접동안에 임상가가 아동의 행동 관찰을 기초로 평가해야 하는 문항이므로 모든 면담이 끝난 후에 평정하도록 되어 있으며, 마지막의 17번 문항은 전반적인 우울증 평정을 위한 것이므로 면담동안의 객관적이거나 주관적인 자료와 평정자의 임상적 판단을 근거로 하여 평정하게 된다. 나머지 6번에서 16번 문항은 면담동안의 아동의 언어적 보고만을 기초로 평정해야 하며, 임상가가 느끼는 아동에 대한 인상을 근거로 추론하여 평정해서는 안된다. SADLI에는 평정의 신뢰도를 높이기 위해 각 문항마다 1점에서 7점으로 평정되는 구체적인 내용들이 명시되어 있는데, 그 예는 다음과 같다.

(1) 짜 증

1점 : 사소한 자극(소음, 면접내용, 이야기를 중단시키는 것)에 짜증을 부리거나 화를 내지 않음.

2점 : 1~2번(5초 이내로) 짜증스러운 모습을 잠깐 보임.

3점 : 3~4번(몇분 이내로) 화난 모습을 잠깐 보이거나, 한번 정도 짜증을 부림.

4점 : 두번 이상 짜증을 부리거나, 네번 이상 짜증스러운 모습을 잠깐 보임.

5점 : 쉽게 마음이 상하며, 여러번 짜증을 부림.

6점 : 면담시간의 25% 정도에서 화를 내거나 짜증

을 부림.

7점 : 면담시간의 25% 이상에서 화를 내거나 짜증을 부림.

(2) 우울한 모습

1점 : 슬프거나 불행해 보이지 않음-잘 웃고 표정이 밝음.

2점 : 1~2번(5초 이내로) 우울한 모습을 보임-흐느낌, 찡그린 얼굴, 눈물, 낮은 목소리.

3점 : 서너번(1분 정도) 우울한 행동을 보임-흐느낌, 눈물, 낮은 목소리.

4점 : 2~3번 우울한 행동을 보이거나, 5~6번 우울한 모습을 보임.

5점 : 4~5번 우울한 모습을 보이거나, 몇분간 지속된 우울한 행동을 한번 보임.

6점 : 몇분간 지속된 우울한 행동을 2~3번 보임.

7점 : 몇분간 지속된 우울한 행동을 4번 이상 보이거나, 2번 이상 오랫동안 우울한 행동을 보임.

3) 아동 우울 평정 척도(Children's Depression Rating Scale-Revised : CDRS-R, Poznanski, Freeman & Mokros 1984)

CDRS-R은 6세에서 12세 아동에게서 우울증의 유무와 심각성을 측정하기 개발된 임상가가 평정하는 반구조화된 면접이다. 이 척도는 17문항으로 구성되어 있는데, 앞의 14문항은 아동의 언어적 보고를 기초로 평정하게 되며 나머지 3문항은 면담동안의 행동 관찰을 기초로 해서 임상가가 평정한다. 또한 아동 뿐만 아니라 부모나 교사 그리고 아동과 관련있는 다른 성인에게도 실시할 수 있으며, 면접에 소요되는 시간은 약 30분이다. 평가되어지는 내용은 (1) 학업, (2) 흥미나 즐거움을 느끼는 능력, (3) 사회적 철회, (4) 수면, (5) 식욕이나 섭식 패턴, (6) 과도한 괴로움, (7) 신체 증상, (8) 짜증, (9) 죄책감, (10) 자존심, (11) 우울한 기분, (12) 불건전한 생각, (13) 자살 생각, (14) 울음, (15) 우울한 정서, (16) 말의 속도, (17) 활동 감소 등이다. 수면, 식욕이나 섭식 패턴, 말의 속도를 평정하는 4, 5, 16번 문항은 5점 척도이며 그의 나머지 문항은 7점 척도로 평정하도록 되어 있다. CDRS-R도 SADLI와 마찬가지로 각 문항마다 평정되는 구체적인 내용들과 질문들이 명시되어 있다. 아동의 언어적 보고를 기초로 평정하는 문항과 행동 관찰을 기초로 평정하는 문항의 예(문항 1, 문항 15)

는 각각 다음과 같다.

(1) 학업(아동의 언어적 보고)

질문 :

“학교가 좋으니, 혹은 싫으니? 어떤 것이 좋고, 어떤 것이 싫어?”(예를 들면, 선생님, 친구, 활동 등)

“각 과목의 성적에 어떠니?, 작년과 비교해서 성적이 달라졌니?”(혹은, 가장 최근에 받았던 성적과 다르니?)

“부모님이나 선생님이 네가 지금보다 훨씬 더 잘해야 한다고 생각하시니? 그분들은 뭐라고 말씀하셨니? 그분들의 의견에 찬성하니?”

만일 아동이 성적에 문제가 있다고 말한다면 수업 시간에 주의집중하는데 어려움이 있는지를 질문하고, “왜 그렇지?” “다른 아이들에 비해서 과제를 끝마치는데 더 오랜시간이 걸리니?” “공상을 많이 하니?” 등을 질문한다.

평정 :

1점 : 능력과 일치되게 학업을 수행함.

2점 :

3점 : 학업 성적이 저하됨.

4점 :

5점 : 모든 과목에서 어려움이 있음.

6점 :

7점 : 학업 수행에 대한 동기가 전혀 없음.

(15) 우울한 정서(행동 관찰)

1점 : 전혀 우울하지 않음-면담동안 얼굴 표정이나 목소리가 생기있음.

2점 : 다소 감정이 억제되어 있음-다소 자발성이 부족함.

3점 : 전반적으로 자발성이 부족하며, 면담동안 확실히 행복해보이지 않음. 그러나 불편하게 느끼지 않는 영역에 대해 이야기할 때는 미소짓기도 함.

4점 :

5점 : 면담동안 내내 중등도의 감정이 억제된 면을 보임. 자주, 그리고 오랫동안 명백하게 행복하지 않은 모습을 보임.

6점 :

7점 : 심하게 슬프고 위축되어 보임. 면담동안 최소한의 언어적 상호작용이 있었으며, 울거나 눈물을 보임.

4) Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children(K-SADS : Puig-Antich & Chambers 1978)

K-SADS는 6세에서 17세 범위의 아동, 청소년들을 평정하기 위해 개발된 반구조화된 면접으로, 성인용 SADS를 기초로 해서 제작된 것이다. K-SADS는 DSM-III-R이나 RDC(Research Diagnostic Criteria)에 익숙한 숙련된 면접자가 실시해야하며 이를 사용하기 위해 많은 면접 훈련을 받아야 한다. 각 문항은 일차적 우울 증상, 우울증과 관련된 임상적 특성, 신체 증상, 신경증적 증상, 품행 장애, 정신병적 장애와 관련된 것이며, “증상이 없음”(1점)에서 “극심함”(6점)의 6점 척도로 평정된다. 또한 행동 관찰을 기초로 평정하는 문항들(예 ; 표정, 감정, 주의집중력, 행동 등)이 포함되어 있다. 표준 실시절차는 아동의 정신과적인 문제에 대해 먼저 부모와 면접을 한 후, 뒤이어서 아동과 면접을 하는 것인데, 아동과의 면접동안에 면접자는 부모와 아동에게서 얻은 자료중에서 불일치가 있는 것을 해결하도록 노력해야 한다.

5) Interview Schedule for Children(ISC : Kovacs 1974, 1982)

ISC는 8세에서 17세 범위의 아동과 청소년의 우울증을 평정하기 위한 반구조화된 면접 방법으로, 현재의 증상에 초점을 두어 평정하도록 되어 있는 48개의 핵심 증상(우울한 기분, 짜증, 자살 생각 등)과 행동 관찰(주의집중의 어려움, 정신운동 속도의 항진)을 기초로 평정하는 12문항으로 구성되어 있다. 이때 기분, 정서적인 행동, 인지 그리고 vegetative symptom등에 관한 것은 면담 2주일전을 기준으로 하여 평정하며, 행동화(acting out)나 주기적인 행동(예 ; 무단 결석)은 지난 6개월을 기준으로 평정한다. 각 문항은 “증상이 없음”(0점)에서 “극심함”(8점)까지 9점 척도로 평정되는데, 1, 2점은 드물거나 일시적으로 보이는 경우에 해당되며, 7, 8점은 증상이 현저하며 지속적으로 보일 경우에 평정된다. ISC는 광범위한 내용을 포괄하고 있는 바, (1) 주요 정신병리적 증상과 그와 관련된 부가 문항(예 ; 자살 시도를 했다면, 부가 문항으로 자살 의도, 치명적인 정도, 자살 시도 방법 등), (2) 망상이나 환각을 포함한 정신 상태 및 그와 관련된 부가 문항, (3) 면담동안에 관찰된 정신병리의 지표들, (4) 두가지 발달 지표(데이트와 성 행동), (5) 임상가의 인상에 근거한 선택적인 측면,

(6) 현재 상태의 심각성이 포함된다. ISC의 장점은 최종적인 평정을 하기 전에 아동이 초기에 한 반응을 확인하기 위하여 “이중 점검(double-check)”을 위한 질문을 하는 것이다. 아동들은 때때로 부적절하게 대답하거나, 면접자가 아동의 대답을 잘못 이해하게 되는 경우가 있으므로, 이 절차는 특히 어린 아동들 면접할 때 유용하다.

6) Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC : Costello, Edelbrock, Kalas & Klaric 1982)

DISC는 6세에서 18세 아동과 청소년의 정신병리에 대한 역학조사 연구를 하기 위해 NIMH에서 개발한 구조화된 진단 면접 방법이다. 부모용(DISC-P)과 아동용(DISC-C)이 있는데, 아동용은 264문항으로 구성되어 있고, 부모용은 302문항으로 구성되어 있다. DISC 문항은 아동의 행동과 증상을 광범위하게 포함할 뿐만 아니라, 발병 시기, 지속 기간, 심각성, 그리고 손상 정도까지 평가한다. 각 문항은 “증상이 없음”(0점)에서 “자주, 많이 보임”(2점)의 3점 척도로 평정되며, DISC는 아동과 청소년기 장애를 모두 포괄하는데, 아동의 보고가 의심스러운 영역에서는(예 ; Pica, Autism) 부모와의 면접에 입각해서 진단을 한다. DISC는 잘 구조화되어 있어서 다른 면접 방법보다 실시하기 용이하므로, 약 2~3일간의 훈련을 거쳐서 초보자도 실시할 수 있다는 장점이 있다.

3. 행동 평정 척도

행동 평정 척도는 부모, 교사, 또래 등 아동을 잘 아는 사람으로부터 비교적 쉽고 객관적으로 아동에 대한 자료를 수집할 수 있으며, 정상 집단의 규준이 산출되어 있는 경우가 많으므로, 아동이 보이는 문제가 정상 범위에서 얼마나 이탈되어 있는 지를 알 수 있다는 장점이 있다. 그러나 평정자의 주관적인 판단이 개입되거나 평정자가 비전문가이기 때문에 평정치가 다소 신뢰되지 않을 가능성이 있으므로 이러한 문제점을 염두에 두어야 한다.

1) 부모용 행동 평정 척도

Child Behavior Checklist(CBCL)은 Achenbach(1983)가 4세부터 16세 아동과 청소년들의 문제 행동을 평가하기 위해 개발한 부모용 행동 평정 척도이다. 총 113개의 문항으로 구성되어 있으며, 각 문항에 대해 “자녀가 그런 문제를 자주 보이거나 정도가 심

하면 2점”, “가끔 보이거나 그 정도가 심하지 않으면 1점”, 그리고 “전혀 그런 문제를 보이지 않으면 0점”으로 평정하도록 되어 있다. 각 문항에 대한 부모의 평정치는 아동의 성별과 연령에 따라 9개 하부 척도 점수로 변환되는데, 9개의 척도는 크게 내면화 증후군(internalizing syndromes)과 외현화 증후군(externalizing syndromes)으로 구분된다. 성별과 연령에 따라 다소 달라지기는 하지만, 내면화 증후군에는 “신체 증상, 강박증, 우울, 불안, 사회적 철회 행동” 등이 포함되며, 외현화 증후군에는 “공격성, 비행, 과잉 행동, 잔인함” 등이 포함된다. 한국형 CBCL은 이해련, 오경자와 홍강의(1991)에 의해 표준화 연구가 이루어진 바 있으며, 소아-청소년 정신과 영역에서 정신병리와 치료 효과 검증을 위한 연구 및 진단을 위해 유용하게 사용되고 있다.

2) 우울증 또래 지명 척도(Peer Nomination Inventory of Depression : PNID, Lefkowitz & Tesiny 1980)

Lefkowitz와 Tesiny(1980)는 사회측정적인 기법(sociometric technique)을 사용하여 아동기 우울증의 빈도의 지속성을 평가하고자, 우울증 또래 지명 척도(Peer Nomination Inventory of Depression : PNID)를 개발하였다. PNID는 20개의 문항으로 구성된 척도로, 아동들에게 문항 내용과 일치한다고 생각되는 친구 이름을 지명하도록 요구하는 검사이다. 문항의 내용은 주로 아동의 “우울”, “행복”, “인기도”를 나타내는 것인데, 아동의 점수는 모든 우울 문항에서 지명받은 점수를 합산한 것이다. Lefkowitz와 Tasiny(1980)가 PNID를 사용하여 8세에서 11세 연령 범위의 3,020명 아동을 대상으로 조사한 결과, 각 연령별로 우울증 준거에 부합되는 아동들이 약 5%인 것으로 나타났으며, 6개월 간격으로 알아본 검사-재검사 신뢰도도 높은 것으로 나타나, PNID로 측정된 우울 증상이 비교적 시간적 안정성이 있음이 시사되었다(Exner & Weiner 1982). PNID 점수는 교사가 평정한 자기 보고형 우울 점수와도 높은 상관을 나타내었다(Wi-

표 3. 우울증 또래 지명 척도

1. 자주 혼자서 노는 친구는 누구입니까? (D)
2. 스스로 나쁘다고 생각하는 친구는 누구입니까? (D)
3. 어떤 게임이나 과제에서 실패했을 때, 다시 시도해보지 않는 친구는 누구입니까? (D)
4. 교실에서 자주 자는 친구는 누구입니까? (D)
5. 외로워 보이는 친구는 누구입니까? (D)
6. 기분이 좋지 않다고 자주 이야기하는 친구는 누구입니까? (D)
7. 무엇을 할 수 없다고 말하는 친구는 누구입니까? (D)
8. 자주 우는 친구는 누구입니까? (D)
9. 늘 행복해 보이는 친구는 누구입니까? (H)
10. 무슨 일이든 하기를 좋아하는 친구는 누구입니까? (H)
11. 걱정이 많은 친구는 누구입니까? (D)
12. 잘 놀지 않는 친구는 누구입니까? (D)
13. 늘 미소짓는 친구는 누구입니까? (H)
14. 어떤 활동에 참여하지 않는 친구는 누구입니까? (D)
15. 별로 즐거워하지 않는 친구는 누구입니까? (D)
16. 늘 명랑한 친구는 누구입니까? (H)
17. 다른 사람이 자신을 좋아하지 않는다고 생각하는 친구는 누구입니까? (D)
18. 자주 슬피보이는 친구는 누구입니까? (D)
19. 교실에서 옆에 앉고 싶은 친구는 누구입니까? (P)
20. 좋은 친구로 제일 사귀고 싶은 사람은 누구입니까? (P)

D=우울증 점수에 포함되는 문항들

H=행복 점수에 포함되는 문항들

P=인기 점수에 포함되는 문항들

출처 : Lefkowitz & Tesiny(1980). Assessment of Childhood Depression. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 87, 43-50.(번역 : 신민섭)

cks-Nelson & Israel 1991). 그러나 또래 지명 척도를 실시하기 위해서는 아동들이 척도를 제대로 완성할 수 있는 안정된 집단이 있어야만 한다는 제한점이 있다. 또래 지명 척도 문항들이 표 3에 제시되어 있다.

4. 심리 검사

1) Wechsler 아동용 지능 검사

Rapaport와 Schafer(1946)가 Wechsler 지능 검사의 정신과적인 진단과 역동적 분석에서의 유용성을 강조한 이래로, Wechsler 지능 검사는 임상 장면에서 다양한 정신과적 장애의 진단에 널리 사용되고 있다. Wechsler 지능 검사에서는 언어성 지능과 동작성 지능의 차이, 소검사 수행 패턴의 양적인 분석(quantitative analysis), 그리고 반응 내용에 대한 질적인 분석(qualitative analysis)을 통해, 인지적 능력, 성격적 특성, 방어 기제, 그리고 사고 및 정서 상태에 대한 정보를 얻을 수 있다. 일반적으로 우울한 아동들은 성인 우울증 환자와 마찬가지로 언어성 검사에서 보다는 시간 제한이 있거나 민첩한 정신-운동 속도를 요하는 동작성 소검사에서 부진한 수행을 보이며, 언어성 검사에서는 긴 언어 표현을 요하는 어휘, 이해 문제, 혹은 적극적인 정신적인 노력이나 주의 집중을 요하는 산수, 숫자문제 점수가 저하되는 경향이 있다. 그러나 Wechsler 지능검사에서 우울한 아동들의 특성을 일관성있게 나타내주는 단일한 지표는 없다고 생각되며, 아동들마다 그들의 지능 수준과 학업 성적, 그리고 우울 증상의 특성에 따라 아동용 Wechsler 지능 검사(KEDI-WISC)의 수행양상이 달라질 수 있으므로, 양적인 점수보다는 검사 수행중에 보인 얼굴 표정, 목소리, 말의 속도와 크기, 자신감, 검사 동기, 수행 속도 및 문제 해결 방식, 그리고 반응 내용 등, 질적인 특성과 행동 관찰이 우울증 진단에 더욱 중요하다고 볼 수 있다.

2) 투사법 검사

우울증 연구에서 투사법 검사는 내면의 우울한 공상(depressive fantasy)을 평가하는데 사용되어져 왔으나(Kazdin 1981), 우울증의 심각성을 평가하는 도구로써 투사법 검사가 연구에서 사용된 경우는 매우 드물며, 대개 임상 장면에서 진단을 위해 주로 사용되고 있다. 자주 사용되는 투사법 검사는 Rorschach, Thematic Apperception Test(TAT), Children's Appercep-

tion Test(CAT), House-Tree-Person Test(HTP), Kinetic Family Drawing(KFD)이 있다.

(1) Rorschach

Rorschach는 무의식적인 갈등이나 욕구, 공상, 그리고 사고장애 여부 등을 알아보는데 임상적으로 매우 가치있는 투사법 검사이지만, 아동의 Rorschach 반응에서 우울증 지표를 보다 철저히 찾기 위한 노력으로 여러가지 객관적인 접근 방법이 고안되었다. 그중에 하나가 병적 내용(morbid content)에 대한 채점으로, 병적 내용에 대한 채점 준거는 ①“대상을 죽거나 파괴된 것”으로 파악하는 것(예; 죽은 사람이나 동물, 시든 꽃, 불타버린 숲, 부패된 뼈, 박살나서 찌부러진 고양이, 죽은 잎 등), ②“대상을 다치거나 부서지거나 손상당한 것”으로 파악하는 것(예; 깨진 거울, 찢어진 코트, 파괴된 도시, 구멍뚫린 나비, 뿌리가 드러난 것, 다친 사람이나 동물, 낡은 신발 등), ③“명백하게 어떤 대상에 우울한 감정이나 특성을 귀인시키는 것”(예; 우울한 집, 외로운 나무, 슬프고 외로워 보인다와 같은 표현)이다(Exner & McCoy 1980). 자살 시도한 성인 우울증 환자 15명의 Rorschach 반응기록에 대해서 10명의 채점자가 병적 내용에 대해 채점한 후 채점자간 일치도를 알아본 결과, 일치율이 95%로 비교적 높게 나타났다. 잉크 반점의 “검고 회색에 대한 무채색 반응과 농담에 입각한 음영 반응”, 그리고 낮은 자기중심성 지표[Egocentricity Index : (3×반사반응수+쌍반응)/전체반응수]도 우울증과 관련된 반응 특성으로 보고되었으므로, Exner와 Weiner(1982)는 5세에서 16세 아동을 대상으로 병적 내용 점수, 무채색 반응과 음영 반응, 그리고 자기중심성 점수가 아동기 우울증을 진단하는데 유용한지를 알아본 결과, 세가지 지표가 모두 우울증과 유의미한 관계가 있는 것으로 나타났다. 입원 치료나 외래 치료를 받은지 2주 이내인 11세에서 15세 범위의 환자 37명(우울증이 수반된 적응장애 11명, dysthymia 10명, 주요 우울증 16명), 이전에 우울증으로 치료 받고 현재는 완쾌된 환자 19명, 그리고 통제 집단 37명을 대상으로 DSM-III 우울증 진단 준거에 부합되는 아동들이 다른 집단의 아동들에 비해 더 많은 병적 내용을 보이는 지를 알아본 연구에서도 역시 만성적이거나 일시적으로 우울 증상을 보이는 아동들이 더 높은 빈도의 병적 내용 반응과 무채색 반응 및 음영 반응, 그리고 낮은 자기중심성 점수를 보이는 것으로

나타났으며, 이는 세가지 지표가 모두 우울증 진단에 유용함을 강하게 시사해주는 결과이다. 그러나 이러한 결과는 대개 10세이상의 아동들을 대상으로 얻은 것이므로, 매우 어린 아동에게 적용하는데는 조심할 필요가 있다.

(2) TAT(or CAT)

TAT에서 우울한 주제(depressive theme)은 “부당하게 대우받는다는 느낌, 비난, 비평, 버림받음, 거절, 실패, 상해, 자살” 등으로 표현된다. Riddle과 Rapaport(1976)는 TAT 카드를 사용하여 아동기 우울증을 평가하는 연구를 수행하였다. 아동들의 반응들은 -9점(심한 우울증)에서 +9점(힘과 우월에 대한 과대망상적 생각)까지 양극적인 척도에 입각하여 평정되었는데, 평정자간 평정의 신뢰도 계수는 .94로 매우 높게 나타났으며, 이 연구는 아동기 우울증 평가를 위한 TAT 검사의 신뢰도와 타당도를 검증한 유일한 연구라 할 수 있다(Kazdin 1981).

(3) 그림 검사(집-나무-사람 검사, 운동성 가족화 검사)

아동의 그림은 아동들이 세상을 어떻게 보고, 느끼고, 생각하고 있는지를 표현하는 세계 공통적인 언어라고 할 수 있다. 언어 표현을 못하는 아동들도 그림을 통해서 자신을 표현할 수 있으며, 아동들의 그림에는 그들의 소망, 감정, 생각이나 관심 등에 대한 비언어적이고, 상징적인 메시지가 내포되어 있으므로, 아동의 그림을 통해서 아동의 내적 갈등이나 두려움, 가족간의 상호작용, 그리고 타인에 대한 지각을 이해하는데 귀중한 단서를 얻을 수 있다. 아동의 그림을 투사적 기법으로써 발전시킨 대표적인 사람은 Buck, 그리고 Burn과 Kaufman으로, Buck(1948)은 집-나무-사람 검사(House-Tree-Person : HTP)를 발전시켰고, Burn과 Kaufman(1970)은 Hulse(1951)의 가족그림 기법을 “운동성 가족화”(Kinetic Family Drawing : KFD) 검사로 발전시켰다. 우울한 아동들은 HTP에서 대개 그림을 작고 단순하게 그리고 필압이 약한 편이며, 종이의 하단이나 왼쪽 상단에 치우쳐서 그리는 경향이 있다. 또한 그림의 선이 강하지 못하고 스케치하듯이 그려서 선이 불안정하고 끊기는 경향이 있다. 가족화에서는 자기를 그리지 않는 경우가 있는데, 이는 자신감이 부족하고 자존심이 낮음을 시사하는 것으로 해석될 수 있다(Di Leo 1973 ; Ogdon

1982). HTP와 KFD에서 가장 중요한 것은 그림을 그린 후 아동에게 그림에 대해 질문하는 절차(post drawing inquiry)인데(Hammer 1975), 아동이 자신이 그린 것을 설명하는 가운데 표현되는 병적 내용(예 : “아무도 살지 않는 집, 분위기가 어두운 집”, “벌레가 파먹은 나무”, “돌봐주는 사람이 없어서 죽은 나무”, 사람에 대한 설명에서 “기분이 나쁘다, 우울하다, 아무것도 안한다, 희망이 없다”는 것과 같은 표현 등)이 아동의 우울한 면을 반영해주는 지표로 생각될 수 있다. 그러나 HTP와 KFD는 엄밀한 의미에서 공식적인 심리 검사는 아니며 단지 아동의 내면 세계나 정서 상태에 대한 가설적인 정보를 제공해주므로, HTP나 KFD에서 얻은 단서에 입각해서 맹목적인 추론을 해서는 안되며, 반드시 다른 검사 반응을 통해 검증해야 할 필요가 있다(Knoff 1986).

맺 는 말

본고에서는 아동기 우울증 평가를 위해 국내외에서 비교적 널리 사용되고 있는 평가 방법들에 대해 간략하게 고찰해보았다. 1980년대에 이르러 아동과 청소년의 우울증 진단을 위한 평가 도구의 개발이 활발히 진행되어온 편이나, 우울증 평가 방법에서 해결되어야 할 몇가지 문제점들이 남아 있다. 하나는 검사-재검사 신뢰도에 대한 연구가 불충분하며, 타당도 연구도 만족스럽지 않은 점이다. 앞에서 살펴본 대다수의 아동기 우울증 평가 방법들에 대한 심리측정적 연구가 외국에서는 비교적 지속적으로 이루어져 왔으나, 국내에서는 우울증 아동을 대상으로 구조화된 면접이나 행동 평정 척도, 지능 검사나 투사법 검사와 같은 평가 도구의 신뢰도와 타당도를 검증한 연구는 전무한 실정이며, 오직 정상 집단을 대상으로 자기 보고형 척도의 신뢰도를 알아본 몇편의 연구가 있을 뿐이다 따라서 임상 장면에서 아동기 우울증의 진단뿐만 아니라, 치료 계획의 설정, 그리고 아동기 우울증에 대한 역학 조사 연구, 생물학적 연구 및 치료 효과의 연구가 활성화되기 위한 토대를 마련하기 위해서는 우선 외국에서 사용되고 있는 다양한 평가 도구들에 대한 번역 및 신뢰도와 타당도, 그리고 우울증 진단을 위한 분할점(cut-off score) 산출을 포함하는 다양한 심리측정적 연구가 선행되어야 하리라 생각된다.

또 다른 문제점은 우울 증상에 대한 부모와 아동의 보고에서 낮은 일치율을 보인다는 점이다(Rutter 1988). 그러한 한가지 이유로는 아동의 연령과 부모의 정신병리에 기인되었을 가능성을 생각해볼 수 있다. 외국에서는 주로母的 우울 정도와 아동의 연령과 관련지어 이에 대한 연구가 진행되었는데, 아동의 나이가 많을수록 아동의 우울 증상에 대한 부모와 아동의 일치율이 증가되는 경향이 있으며, BDI로 측정된 母的 우울 증상이 심할수록 母가 자녀의 우울 증상에 대해 자녀가 보고한 것보다 더 심하게 보고하는 경향이 있는 것으로 나타났다(Renouf & Kovacs 1994). 따라서 부모와 자녀의 평정치나 면담 내용이 불일치하는 경우에는 이 두가지 점을 유념하여 누구의 평정이 더 신뢰롭고 정확한지를 평가하여야 한다. 비단 그러한 경우가 아니더라도 아동기 우울 증상은 성인에 비해 발달적 차이에 따른 증상의 변화가 클 뿐만 아니라, 아직 아동기 우울증의 진단 준거가 확립되어 있지 못한 실정이므로, 정확한 진단 평가를 위해서는 아동과의 직접적인 면접이나 심리 검사뿐만 아니라 여러가지 평가 방법을 사용하여 부모나 교사, 또래 친구 등 아동을 잘 아는 여러 사람으로부터 객관적인 정보를 얻고 이를 종합하여, 임상가가 전문적인 판단에 입각하여 최종적인 진단을 내리는 것이 바람직하리라 생각된다.

References

- 신민섭 · 박광배 · 오경자 · 김중술(1990) : 고등학생의 자살 성향에 대한 연구 : 우울-절망-자살간의 구조적 관계에 대한 분석. 한국심리학회지 임상 9 : 1-19
- 이혜련 · 오경자 · 홍강의 · 하은혜(1991) : 문항 분석을 통한 한국판 CBCL의 임상 유의도 검증. 소아 · 청소년정신의학 2 : 138-149
- 조수철 · 이영식(1990) : 한국형 소아 우울척도의 개발. 신경정신의학 29(4) : 943-955
- Achenbach TM, Edelbrock CS(1983) : Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile. Thomas A Achenbach, Burlington, VT
- American Psychiatric Association(1987) : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Ed. Revised. Washington, DC
- Cantwell DP, Carlson GA(1979) : Unmasking Masked Depression in Children and Adolescents. Am J Psychiatry 137 : 445-449
- Carlson GA, Garber J(1986) : Developmental Issues in the Classification of Depression in Children. In M Rutter, CE Izard, PB Read(Ed.), Depression in Young People : Developmental and Clinical Perspective. Guilford Press, New York
- Costello AJ, Edelbrock C, Kalas R, Kessler MD, Klaric SH(1982) : The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children(DISC). Unpublished Interview Schedule, Department of Psychiatry, University of Pittsburgh. In M Rutter, AH Tuma, IS Lann(Ed.), Assessment and Diagnosis in Child Psychopathology. Guilford Press, New York
- Cytryn L, McKnew DH(1972) : Proposed Classification of Childhood Depression. Am J Psychiat 129 : 149-155
- Di Leo JH(1973) : Children's Drawing as Diagnostic Aids. Brunner/Mazel, Inc., New York
- Exner JE, Weiner IB(1982) : The Rorschach : A Comprehensive System Volume 3 : Assessment of Children and Adolescents. John Wiley & Sons, Inc., New York, pp129-209
- Fremouw WJ, De Perczel M, Ellis TE(1990) : Suicide Risk : Assessment and Response Guideline. Pergamon Press, New York
- Hammer EH(1975) : The Clinical Application of Projective Drawing. Charles C Thomas Publisher, Springfield
- Kazdin AE(1981) : Assessment Techniques for Childhood Depression : A Critical Appraisal. J Am Acad Child Psychiat : 358-375
- Kazdin AE, Rodgers A, Colbus D(1986) : The Hopelessness Scale for Children : Psychometric Characteristics and Concurrent Validity. J Consult Clin Psychol 46 : 305-315
- Knoff HM(1986) : The Assessment of Child and Adolescent Personality. Guilford Press, New York
- Kovacs M(1981) : Rating Scale to Assess Depression in School-aged Children. Acta Paedopsychiat 46 : 305-315
- Kovacs M, Beck AT(1977) : An Empirical-Clinical Approach toward a Definition of Childhood Depression. Depression in Childhood : Diagnosis, Treatment and Conceptual Models. Raven Press, New York
- Malmquist DP(1977) : Childhood Depression : A Clinical and Behavioral Perspective : JG Schulerbrant, A Raskin(Ed.), Depression in Childhood : Diagnosis,

- Treatment and Conceptual Model. Raven Press, New York
- Lefkowitz MM, Tesiny EP(1980) : Assessment of Childhood Depression. *J Consult Clin Psychol* 87 : 43-50
- Ogdon DP(1982) : Psychodiagnostics and Personality Assessment : A Handbook. Western Psychological Service, Los Angeles
- Petti TA(1978) : Depression in Hospitalized Child Psychiatry Patients : Approaches to Measure in Depression. *J Am Acad Child Psychiat* 22(4) : 355-360
- Petti TA, Law W(1982) : Imipramine Treatment of Depressed Children : A Double-Blind Study. *J Clin psychopharmacol* 2 : 107-110
- Poznanski EO, Cook SC, Carroll BJ(1979) : A Depression Rating Scale for Children. *Pediatrics* 64 : 442-450
- Poznanski EO, Grossman JA, Buchsbaum Y, et al(1984) : Preliminary Studies of the Reliability and Validity of the Children's Depression Rating Scale. *J Am Acad Child Psychiat* 23(2) : 191-197
- Puig-Antich J, Blau S, Marx N, et al(1978) : Prepubertal Major Depressive Disorder : A Pilot Study. *J Am Acad Child Psychiat* 17 : 695-707
- Renouf AG, Kovacs M(1994) : Concordance between Mother's Reports and Children's Self-Reports of Depressive Symptoms : A Longitudinal Study. *J Am Acad Child Adolescent Psychiat* 33(2) : 208-216
- Rutter M, Izard CE, Read PB(1986) : Depression in Young People : Developmental and Clinical Perspective. Guilford Press, New York
- Rutter M, Tuma AH, Lann IS(1988) : Assessment and Diagnosis in Child Psychopathology. Guilford Press, New York
- Theodore A, Petti MD(1985) : Scales of Potential Use in the Psychopharmacologic Treatment of Depressed Children and Adolescents. *Psychopharmacol Bull* 21(4) : 995-998
- Toolan JM(1962) : Depression in Children and Adolescents. *Am J Orthopsychiat* 32 : 404-414
- Wicks-Nelson R, Israel AC(1991) : Behavior Disorders of Childhood. 2nd Ed. Prentice Hall, New Jersey

ABSTRACT

Korean J Child & Adol Psychiatr 5 : 12~27, 1994

ASSESSMENT OF CHILDHOOD DEPRESSION

Min-Sup Shin, Ph.D.* Min-Kyung Kim, M.A.**
Seoul National University Children's Hospital, Seoul

Until recently there were arguments on the existence and the definition of childhood depression. In DSM-III(1980) childhood depression was accepted as the formal psychiatric disorder in childhood. As the diagnostic criteria for childhood depression is less clearly defined than those for other psychiatric disorders as well as prominent age-related variations in depression symptomatology, informations from various sources are very important in accurate diagnosis of childhood depression. Present study reviewed various assessment methods such as self-report questionnaires, interviews, behavior rating scales, structured tests and projective techniques with discussion on the merits and limitations of each method. Also several issues on the reliability and the validity of assessment techniques for childhood depression were discussed.

KEY WORD : Childhood Depression · Assessment Method.

□ 부 록 □

BID의 문항 내용

I. 우울감(Dysphoric mood)

1. 슬픔, 외로움, 불행, 절망, 혹은 비관적인 생각을 나타내는 언어 표현이나 모습.
질문 : (a) 얼마나 자주 슬프거나 외롭거나 불행해 보입니까?
 그것이 문제가 됩니까?
 (b) 슬픔, 외로움, 불행감을 얼마나 자주 느낍니까?
 아무 것도 아닌 일이 곧 일어날 것 같은 기분을 얼마나 자주 느끼고, 얼마나 자주 절망적인 생각을 합니까?
2. 기분의 변화와 일시적인 기분
질문 : 즐겁거나 행복한 느낌에서 아무런 이유없이 슬프거나 불행한 느낌이 드는 적이 얼마나 자주 있습니까?
3. 쉽게 화내거나 짜증을 부림
질문 : 때때로 정말로 짜증이 나거나 화가 납니까?
4. 지나치게 민감하며 쉽게 움
질문 : (a) 매사에 실제로 매우 민감하고 과민해집니까?
 (b) 쉽게 울거나, 많이 읍니까?
5. 즐거움을 느끼기 어렵고 부정적임
질문 : (a) 얼마나 선생님이 어떤 일을 시켰을 때에 항상 “네”라고 말하고 즉시 그 일을 하는 편입니까, 아니면 “싫어요! 싫어요! 싫어요!”라고 말합니까?
 (b) 즐거운 기분이 되는 것이 쉬운 편입니까, 어려운 편입니까?

II. 자기 비하적인 생각

6. 무가치하고, 쓸모없고, 추하고 바보같다고 느끼거나, 죄책감을 느낌
질문 : 얼마나 자주 자신이 무가치하고 쓸모없고 바보같다는 생각이 들거나, 얼마나 자주 죄책감을 느낍니까?
7. 피해받는다는 생각
질문 : 누군가가 자신에게 피해를 준다고 생각됩니까?
8. 죽고싶어함
질문 : 모든 일들이 늘 안되기 때문에 너무 화가 나고 속상해서 죽었으면 하고 바랍니다?
9. 자살 생각
질문 : 자살하는 방법에 대하여 생각한 적이 있습니까?
10. 자살 시도
질문 : 자살 시도를 한 적이 있습니까?

III. 공격적 행동(홍분)

11. 다른 사람과 잘 지내기 어려움

질문 : 다른 사람들과 잘 지내는 편입니까, 아니면 잘 지내기가 어렵습니까?

12. 잘 싸움

질문 : 논쟁하거나 싸우기를 좋아하는 편입니까?

13. 권위에 대한 경멸

질문 : 어른을 경멸하거나, 어머니 선생님, 혹은 이웃에 사는 어른들께 건방진 말을 합니까?

14. 호전적, 적대적, 흥분적임

질문 : (a) 다른 사람을 시비조로 툭 치고 지나가고 비우호적이며, 싸움이 일어나기를 기다리는 편입니까?

(b) 쉽게 흥분하고 화를 잘 냅니까?

15. 과도하게 싸우거나 갑작스런 분노

질문 : (a) 갑자기 화가 치밀어 오르거나, 화가 납니까?

(b) 필요이상으로 싸움을 많이 하는 편입니까?

IV. 수면장애

16. 초기 불면

질문 : 밤에 잠드는데 어려움이 있습니까?

17. 깊이 잠들지 못함

질문 : 한번 잠들면 계속 아침까지 잠니까? 아니면 자주 깨는 편입니까?

밤에 잠이 깬 후 다시 잠들기 어려운 때가 있습니까? 그런 일이 얼마나 자주 일어 납니까? 잠을 깬 후 다시 잠들기가 힘든 것이 문제가 됩니까?

그러한 문제가 얼마나 오랫동안 지속되어 왔습니까?

18. 후기 불면

질문 : 아침에 다른 사람들보다 일찍 일어나는 편입니까, 늦게 일어나는 편입니까, 아니면 비슷하게 일어나는 편입니까?

다른 사람보다 일찍 일어나는 경우가 있다면, 얼마나 자주 그런가요?

19. 아침에 일어나는데 어려움.

질문 : 아침에 일어나기 힘든 경우가 있습니까? 그것이 문제가 됩니까?

그것이 심각한 문제가 된 지는 얼마나 오래 됐습니까?

V. 학업수행에서의 변화

20. 교사로부터 지적을 자주 받음(“공상이 많다”, “주의집중을 못한다”, “기억력이 나쁘다” 등)

질문 : 공상을 하거나, 주의집중을 못하거나, 기억을 잘하지 못해서 선생님께 혼난 적이 있습니까?

21. 학과목에 요구되는 통상적인 노력을 기울이지 않음

질문 : 예전처럼 학교에서 열심히 생활합니까? 아니면 예전보다 덜 열심히 생활 합니까?

22. 학업외의 학교 활동에서 일반적인 흥미 상실
질문 : 체육, 음악, 미술 등 예전에 관심을 가졌던 활동들에 대해 여전히 흥미를 느끼니까, 아니면 흥미가 줄었습니까?
23. 학업 수행을 끝마치지 못함
질문 : 늘 학교에서 하는 과제를 다 끝마치는 편입니까?
24. 숙제를 끝마치지 못함.
질문 : 언제나 숙제를 다 합니까? 아니면 숙제를 거의 늘 다 끝마치지 못합니까?
25. 학교 성적의 저하
질문 : 성적이 예전과 같습니까? 아니면 더 좋아진 편입니까, 혹은 나빠진 편입니까?
26. 숙제하는 것이 어려움
질문 : 숙제하는 것이 예전보다 더 쉽거나 어렵다고 느껴집니까, 아니면 변함이 없습니까?
- VI. 감소된 사회적 활동
27. 집단 활동에 참여하는 것이 감소됨
질문 : 예전처럼 다른 아이들과 집단으로 어울려 노니까? 아니면 어울려 노는 것이 더 즐거우나, 늘었습니까?
28. 덜 상냥하고 사교적임
질문 : 예전처럼 친절합니까? 아니면 더 친절하거나 덜 친절합니까?
29. 사회적인 철회
질문 : 다른 사람들과 떨어져 있기를 바라는 경우가 많습니까?
매우 자주 다른 사람들을 피하는 편입니까?
30. 일상적인 사회적 관심의 상실
질문 : 다른 사람들과 함께 있기를 좋아합니까?
영화나 쇼핑같은 것을 가기를 좋아합니까?
- VII. 학교에 대한 태도 변화
31. 학교 생활을 즐기지 않음
질문 : 학교를 좋아합니까? 학교 활동을 좋아합니까?
32. 학교에 가기 싫어하거나, 가지 않음
질문 : 항상 “학교가기 싫다”고 말하거나, 학교가는 것을 거부합니까?
- VIII. 신체 증상
33. 두통
질문 : 두통이 있습니까?
34. 복통
질문 : 복통이 있습니까?

35. 근육통

질문 : 근육통이 있습니까?

36. 위에 제시한 것 외의 신체적인 증상이나 신체적 관심

질문 : (a) 눈이 아프거나, 허리가 아프거나, 다리가 아릅니까?
(b) 밤에 오줌을 쌉니까?

IX. 일상적인 에너지의 상실

37. 개인적 흥미나 일상적인 활동의 상실(예 ; 학업외의 취미나 놀이)

질문 : 자전거를 타거나, 장남감을 가지고 놀거나, 게임을 좋아합니까?
예전처럼 게임하는데 흥미가 있습니까? 아니면 예전처럼 흥미를 갖지 못합니까?

38. 활동 수준의 감소 : 정신적이거나 신체적인 피로

질문 : 때때로 예전처럼 활동적이지 못하고, 생각하고 공부하고 노는데 필요한 에너지가 부족하다는 생각이 듭니까?

X. 여느 때와는 다른 식욕이나 체중의 변화

39. 거식증(anorexia)이나 다식증(polyphagia)

질문 : 예전보다 더 많이 먹거나, 더 적게 먹습니까?

40. 지난 4달동안 체중의 심한 변화

질문 : 지난 달보다 체중이 줄거나, 늘었습니까?

출처 : Petu, T.A.(1978). Depression in Hospitalized Child Psychiatry Patients : Approaches to Measuring Depression. Journal of American Academy of Child Psychiatry, 17, 49-59(번역 : 신민섭과 김민경).