

## 청소년의 우울증과 우울 행동 장애에서의 부모 양육 태도에 관한 연구\*

### DIFFERENCES IN THE PATTERNS OF PARENTAL REARING BETWEEN DEPRESSION AND DEPRESSIVE CONDUCT DISORDER IN ADOLESCENCE

전성일\*\* · 이정호\*\* · 이기철\*\* · 최영민\*\*

Seong-Ill Jeon, M.D.,\*\* Jung-Ho Lee, M.D.,\*\*  
Gi-Chul Lee, M.D.,\*\* Young-Min Choi, M.D.\*\*

요 약 : 본 연구의 목적은 청소년에서의 우울증과 우울 행동 장애 환자에서 우울의 정도와 행동 장애 정도에 차이가 있는가를 알아보고 두 환자 집단의 부모 양육 태도에 차이가 있는가를 밝히고 또한 아버지, 어머니의 양육 태도와 우울, 행동 장애의 정도와의 상관 관계를 알아봄으로서 이 두가지 정신 병리의 기전에 부모의 부정적인 양육 태도가 어느 정도 기여하는지를 밝히기 위함이다. 이를 위해 저자들은 우울증 환자군 22명과 우울행동 장애 환자군 16명, 정상 대조군 24명을 대상으로 소아 우울 척도(CDI), DSM-III-R에 의한 부모 평가 행동 장애 척도, 한국판 부모-자녀 결합 형태 검사(PBI)를 시행하였고 결과는 다음과 같았다. (1) 우울증 환자와 우울행동 장애 환자사이에서 우울 정도는 의미있게 차이가 나지 않았다. (2) 어머니의 돌봄이나 과보호는 우울증과 우울행동 장애군 사이에 차이가 없었다. (3) 아버지의 돌봄도 두 환자군간의 차이가 없었지만 아버지의 과보호는 우울행동 환자군에서 우울증 환자군이 나 정상 대조군보다 의미있게 높았다. 세 집단을 전체로 보았을때는 (1) 우울의 정도와 행동 장애의 정도는 정적인 상관 관계가 있었다. (2) 어머니의 과보호나 돌봄은 행동 문제와는 무관하고 우울과 상관 관계가 있었다. (3) 아버지의 돌봄은 우울이나 행동 장애의 정도와 무관하였다. (4) 아버지의 과보호는 우울 정도와는 상관 관계가 없지만 행동 문제와는 상관 관계가 있었다. 따라서 청소년의 우울증에서 아버지의 과도한 간섭과 보호가 행동 장애라는 정신 병리를 유발하는 중요한 한가지 요소가 될 것으로 추정된다.

중심 단어 : 청소년 우울증 · 우울행동장애 · 부모 양육 태도.

## 서 론

청소년에서 우울증과 행동장애는 여러 연구에 의해 공

존한다는 결과(Puig-Antich 1982; Mitchell 등 1988; Dadds 등 1992; Marriage 등 1986; Harrington 등 1994; Sanders 등 1992; Angold와 Costello 1993)를 얻어왔다. 교정 기관에 수용되어 있는 13에서 15세의 청

\*본 연구의 요지는 1995년 10월 13일 개최된 제 38차 신경정신의학 추계학술대회에서 구연되었음.

\*\*본 연구는 1995년도 인제대학교 학술 연구 조성비의 보조로 이루어졌음.

\*\*인제대학교 의과대학 상계 백병원 정신과학교실 Department of Neuropsychiatry, Inje University Medical College, Sanggye Paik Hospital, Seoul

소년에서 약 23%가 주요 우울증의 진단 기준에 해당되었으며(Chiles 등 1980) 그와는 반대로 주요 우울증의 치료를 위해 의뢰된 남자 청소년의 37%가 주요 우울증의 진단 기준과 동시에 행동 장애의 진단 기준도 만족시켰다(Puig-Antich 1982) 이와 같이 두 가지 질환이 동시에 공존하는 환자군이 존재한다는 축척된 연구 결과로 인해 새로 개정된 ICD-10의 진단 기준에 우울증과 행동 장애의 기준을 모두 만족시키는 환자를 우울 행동 장애라는 독립 진단군으로 정의(WHO 1992)하게 되었다. 그러나 공존의 정도에 있어서는 진단의 기준에 따라 차이가 있어 부모의 보고에 의한 8세에서 16세까지의 101명을 대상으로한 연구에서 DSM-III-R의 기준에 해당하는 행동 장애와 우울증이 공존하는 경우가 전체 우울증 환자의 19%, ICD-10의 행동 장애 기준을 적용한 경우에는 우울증 환자의 58%에서 두 질환이 공존하고 있어 연구에 따라서 3배정도의 차이를 보이고 있다(Angold 등 1989).

ICD-10에서 우울 행동 장애가 독립 진단군으로 인정받음에 따라 우울증과 행동 장애와는 다른 독립 진단군으로서의 '우울 행동 장애'의 특징을 파악해야 할 필요성이 더욱 대두되었고 이에 는 원인과 증상, 치료 반응, 예후에서 우울증과 행동 장애중 어떤 것이 먼저 선행 하는지, 이에 따른 차이는 없는지, 우울 증상과 행동 증상의 정도 차이는 없는지, 부모의 양육 태도와 환경에 따른 차이는 없는지등의 내용이 포함된다.

청소년의 우울증과 행동 장애의 공존에는 공통적인 병인론적 과정을 거치지만 증상의 표현 양식의 차이에 따라 특수한 진단으로 나누어진다는 설명과(Costello 1989; William 등 1989) 우울증이 직접 행동 장애의 원인이 될 수도 있고 행동 장애의 영향을 받아 우울증의 양상이 바뀌기도 하며(Angold와 Costello 1992) 만성적이고 반복되는 두 질환의 우연한 중복일 수도 있다는(Harrington 등 1982)등의 여러 가능성이 타진되어왔다.

이 중 소아 청소년의 정신 질환의 공통적인 병인론적 요소중의 하나로 생각된 것이 부모를 포함하는 가족의 요소(Angold와 Costello 1992)이며 청소년의 우울(Burbach와 Borduim 1986; Cole과 Rehm 1986; Goodyer 1990; Sanders 등 1992; Downey와 Coyne 1990; Gelfand와 Teti 1990)과 행동 장애(Patterson 1982; Sander 등 1982)의 부모와 자녀의 부정적 상호 작용에 대한 연구가 있어 왔다. 따라서 단순한 우울증이 있는 환자군과 여기에 행동 문제가 동반된 환자군의 차이에

서도 이런 부모의 양육 태도에 차이가 있을 것이며 이런 차이가 우울 행동 장애의 병인론에 중요한 역할을 할 것이며 이를 단순한 행동 장애의 병인론과도 연결지어 설명할 수 있을 것이다.

또한 우울증과 우울 행동 장애의 어머니, 아버지의 양육 태도를 구별해서 평가하여 부모의 성별에 따라 자녀의 우울과 행동에 서로 어떤 영향을 줄것인가를 알아보는 것도 의미 있는 일로 생각된다. 이에 본 연구를 다음과 같은 기본 목적을 가지고 시행하였다. 첫째, 우울 행동 장애가 우울의 정도에서 우울증과 차이가 있는가, 둘째, 우울증과 우울 행동 장애의 부모 양육 태도의 차이는 무엇인가, 셋째, 우울 정도와 행동 장애는 어떤 상관관계가 있고 부모 양육 태도와는 어떤 상관 관계를 갖는가를 밝힘으로서 두 질환의 특징을 찾아내고 더 나아가서는 행동 장애의 발병 요소를 추론하며 어머니와 아버지의 양육 태도가 자녀의 우울과 행동 문제에 어떤식으로 영향을 줄 것인지를 알아내고 치료와 예방 전략을 수립하는데 기초적 자료를 얻고자 하였다.

## 대상과 방법

### 1. 대 상

우울증 환자군은 소아 정신과 의사 한명과 일반 정신과 전문의 한명이 DSM-IV에 의거한 임상적 진단하에 우울증이라고 진단한 아동중 한국형 소아 우울 척도(Child Depression Inventory, 이하 CDI)의 점수가 16점 이상인 12세에서 19세 사이의 환자 22명으로 구성되었고 우울 행동 장애 환자군은 소아 정신과 의사 한명과 일반 정신과 전문의 한명이 DSM-IV의 진단 기준에 의거한 임상적 진단상 우울증과 행동 장애의 진단 기준을 모두 만족시킨다고 판단되는 13세에서 18세 사이 환자중 CDI점수가 16점 이상 이면서 DSM-III-R에 의한 행동 장애 부모 평가 척도(Parental rating form for conduct disorder based DSM-III-R)에서 2점 이상인 항목이 3개이상인 16명의 환자군이 설정되었다. 정상 비교 집단은 담임교사와 양호 교사 공히 뚜렷이 관찰되는 정신 병리적, 발달학적 이상이 없다고 판단되며 CDI점수가 15점 이하이고 동시에 DSM-III-R에 의한 행동 장애 부모 평가 척도에서 2점 이상인 항목이 2개 이하에 해당하는 12세에서 17세 사이의 청소년군이었다.

## 2. 연구도구

### (1) 한국형 소아 우울 척도(Children's Depression Inventory, 이하 CDI)

Kovac의 소아 우울 척도(Children's Depression Inventory)의 한국형으로 신뢰도 및 타당도의 검증이 이루어진 바있다(조수철과 이영식, 1990). 이 척도는 27문항으로 각 항목에 대하여 0~2점으로 평가되어 총 점수는 0~54점 사이에 분포되고 점수가 높을수록 우울의 정도가 심한 것으로 평가된다. 이 척도는 지난 2주 동안의 자기 자신의 기분 상태를 스스로 평가하도록 고안되었다.

### (2) DSM-III-R에 의한 행동 장애 부모 평가 척도(Parental rating form for conduct disorder based on DSM-III-R, 이하 행동 평가 척도)

이 척도는 파탄적 행동 장애(disruptive behavior disorder)의 범주내에 속하는 3개의 질환들, 즉 주의력 결핍 과잉 운동 장애, 행동 장애 및 반항 장애의 진단 기준을 부모들이 평가할 수 있는 형태로 만들었다. 이중 본 연구에서는 총 13문항으로 이루어져있는 행동 장애에 관한 부분만을 사용하였고 이는 각 문항에 대하여 "전혀 그렇지 않다(0)", "약간 그렇다(1)", "상당히 그렇다(2)", "아주 그렇다(3)"로 답하게되어 있어 전체 점수가 0~39사이에 분포하도록 만들어졌다. 이 척도는 신뢰도 및 타당도가 평가되었다(조수철, 미발표된 자료, 1990, 검사-재검사 신뢰도 0.97,  $p < 0.05$ , 예일 소아 행동 평가 척도와의 공준 타당도 0.90,  $p < 0.05$ ).

### (3) 한국판 부모-자녀 결합 형태 검사(Parental Bonding Instrument, 이하 PBI)

이 척도는 Parker 등이 1979년 개발한 것을 한국판으로 번역하여 신뢰도 및 타당도를 검증하였다(송지영 1992). 이 검사는 자신에 대한 부모의 태도나 행동을 기억하여 검사지의 각 문항에서 '아주 그랬다(3)', '그랬다(2)', '안 그랬다(1)', '전혀 안그랬다(0)'의 4개 평가 척도로 표시하고 아버지와 어머니로 나누어 각각을 과보호, 돌봄의 요소로 나누어 아버지 과보호(Paternal overprotection), 아버지 돌봄(Paternal care), 어머니 과보호(Maternal overprotection), 어머니 돌봄(Maternal care)의 4가지 소척도를 측정하는 것으로 되어 있다.

## 3. 방 법

정상 대조군과 우울증 환자군, 우울행동 장애 환자군

에서 1) CDI의 점수를 평가 비교한다 2) 각 군의 PBI의 4가지 소척도 점수를 평가하여 비교한다. 또 이 세 군을 전체 집단으로하여 3) CDI 점수, DSM-III-R에 의한 행동 장애 부모 평가 척도 점수와 PBI의 각 소 척도와의 상관 관계를 평가한다.

## 4. 통 계

(1) 각 군간의 평균치의 차이에 대하여는 one-way ANOVA를 시행하였고 사후 검증법으로는 Scheffe test를 사용하였다.

(2) PBI 소척도와 CDI 점수, DSM-III-R에 의한 행동 장애 부모 평가 척도 점수와와의 상관 관계를 알아보기 위하여 피어슨 상관 관계 분석법을 사용하였다.

(3)  $p < 0.05$ 를 기준으로 통계적인 의미를 부여하였고 본 연구에 이용된 computer package는 SPSS/PC\* 였다.

## 결 과

### 1. 각군의 나이, 성별, CDI 점수, 행동 평가 척도 점수

평균 연령은 정상 대조군이  $15.17 \pm 1.66$ 세, 우울증 환자군이  $15.05 \pm 1.56$ 세, 우울 행동 장애 환자군은  $15.81 \pm 1.49$ 세로 세군간의 의미 있는 차이는 없었다( $F=1.23$ ,  $df=2$ ,  $p > 0.05$ ). 또한 성별은 대조군이 남자가 87.5%(21명), 우울증 환자군은 86.4%(19명), 우울 행동 장애 환자군은 87.5%(14명)로 세 군간의 의미있는 차이는 없었다( $F=1.35$ ,  $df=2$ ,  $p > 0.05$ ).

우울의 정도를 측정된 CDI 점수는 정상 대조군( $10.134 \pm 4.00$ ), 우울증 환자군( $21.14 \pm 3.86$ ), 우울 행동 장애 환자군( $24.00 \pm 7.57$ )간의 유의한 차이가 있었으며( $F=43.48$ ,  $df=2$ ,  $p < 0.05$ ) Scheffe씨 법에 의한 사후 검증 결과 정상 대조군과 나머지 두 군간의 차이는 유의미하게 있었지만 우울 환자군과 우울 행동 장애군간에는 의미있는 차이를 보이지 않았다.

행동 장애의 정도를 측정된 행동 장애 척도 점수는 정상 대조군( $3.38 \pm 3.24$ ), 우울증 환자군( $4.09 \pm 2.28$ ), 우울 행동 장애환자군( $16.25 \pm 5.66$ )간의 의미있는 차이를 보였고( $F=62.39$ ,  $df=2$ ,  $p < 0.01$ ) Scheffe씨 법에 의한 사후 검증에서는 우울 행동 장애군이 나머지 두군보다 유의미하게 높은 점수를 보였고 정상 대조군과 우울증 환자

군과는 의미 있는 차이를 보이지 않았다(Table 1).

## 2. 각군의 PBI 점수

어머니 돌봄 소척도는 정상 대조군(24.39±3.88), 우울증 환자군(19.18±5.09), 우울 행동 장애 환자군(18.25±6.59) 사이의 의미 있는 차이가 있었다(F=10.73, df=2, p<0.01) Scheffe씨 법에 의한 사후 검증 결과 대조군이 나머지 두 군보다 의미있게 높은 점수를 보였고 우울증 환자군과 우울 행동 장애군간의 차이는 없었다. 어머니 과보호 소척도에서도 정상 대조군(14.54±3.91), 우울증 환자군(17.91±4.33), 우울 행동 환자군(20.73±5.43)간의 의미 있는 차이가 있었다(F=9.64, df=2, p<0.01) Scheffe씨법에 의한 사후 검증 결과 정상 대조군에서는 다른 두군보다 의미 있게 낮았고 우울증 환자군이 우울 행동 장애 환자군에는 의미 있는 차이가 없었다.

아버지 돌봄 소척도는 정상 대조군(23.21±4.21), 우울증 환자군(18.32±6.55), 우울 행동 장애 환자군(15.50±6.90)간의 의미있는 차이가 있었다(F=8.99, df=

**Table 1.** Comparison of means and differences between normal control, depression and depressive conduct groups

	Mean of scores(Mean±S.D)		
	Age	CDI	COND
NC	15.17±1.66 <sup>a</sup>	10.13±4.00 <sup>a</sup>	3.38±3.24 <sup>b</sup>
D	15.05±1.56 <sup>a</sup>	21.14±3.86 <sup>b</sup>	4.09±2.28 <sup>b</sup>
DC	15.81±1.49 <sup>a</sup>	24.00±7.57 <sup>a</sup>	16.25±5.66 <sup>a</sup>
F-score	1.23	43.48	62.39

■ Significant in the level of .05 by Scheffe test : different alphabets represent significant difference

CDI : children's depression inventory

COND : parental rating form for conduct disorder based on DSM-III-R

NC : normal control, D : depression,

DC : depressive conduct group

**Table 2.** Comparison of means and differences in PBI's each subdomain between normal control, depression and depressive conduct disorder groups

	Mean of subdomain(M±S.D)			
	MC	MO	PC	PO
NC	24.92 ± 3.88 <sup>a</sup>	14.54 ± 3.91 <sup>a</sup>	23.21 ± 4.21 <sup>a</sup>	14.13 ± 4.71 <sup>a</sup>
D	19.18 ± 5.09 <sup>b</sup>	17.91 ± 4.33 <sup>b</sup>	18.22 ± 6.55 <sup>b</sup>	15.77 ± 5.63 <sup>b</sup>
DC	18.25 ± 6.59 <sup>b</sup>	20.75 ± 5.43 <sup>b</sup>	15.50 ± 6.90 <sup>a</sup>	20.69 ± 4.71 <sup>a</sup>
F-score	9.46	9.46	8.99	8.32

■ Significant in the level of .05 by Scheffe test : different alphabets represent significant difference

PBI : parental bonding instrument, MC : maternal care, MO : maternal overprotection

PC : Paternal care, PO : paternal overprotection, NC : normal control

D : depression, DC : depressive conduct group

2, p<0.01) Scheffe씨 법에 의한 사후 검증 결과 어머니 돌봄 소척도와 마찬가지로 정상 대조군이 다른 두 환자군보다 의미있게 높았고 두 환자군 사이의 의미있는 차이는 없었다. 아버지 과보호 소척도에서는 정상 대조군(14.13±4.71), 우울 환자군(15.77±5.63), 우울 행동 장애 환자군(20.69±4.71)간의 차이가 있었다(F=8.32, df=2, p<0.01) Scheffe씨 법에 의한 사후 검증 결과 어머니 과보호 소척도와는 달리 우울 행동 장애 환자군에서 다른 두군에 비해 의미있게 높은 점수를 보였고 정상 대조군과 우울증 환자군과는 의미있는 차이가 없었다(Table 2).

## 3. CDI와 행동 평가 척도, PBI의 상관 관계

CDI점수는 행동 평가 점수와 정적 상관 관계를 보였다(r=0.42, p<0.001). 어머니 돌봄 소척도와는 부적 상관 관계를 보였고(r=-0.64, p<0.001) 어머니 과보호 소척도와는 정적 상관 관계를 보였다(r=0.54, p<0.001). 한편 아버지 돌봄 소척도, 아버지 과보호 소척도와는 모두 상관 관계를 보이지 않았다(r=0.25, p>0.05, r=0.30, p>0.05).

행동 평가 척도는 어머니 돌봄, 어머니 과보호, 아버지 과보호 소척도와는 모두 상관 관계를 보이지 않았다(r=-0.02, p>0.05, r=0.29, p>0.05, r=-0.24, p>0.05) 아버지 과보호 소척도에서만 정적 상관 관계를 보였다(r=0.43, p>0.01)(Table 3).

## 고 찰

소아 청소년기의 우울감정은 불안, 자극 과민성, 등교 거부, 공포, 섭식 및 배뇨, 배변 장애, 복통, 강박 증상, 감각 인지의 변화등의 증상과 밀접하게 연관되어 있다는

**Table 3.** Correlation coefficients for CDI, COND and subdomains in PBI

	CDI	COND	MC	MO	PC	PO
CDI	1.00					
COND	.42*	1.00				
MC	-.64*	-.20	1.00			
MO	.54*	-.29	-.68*	1.00		
PC	-.25	-.24	.24	1.21	1.00	
PO	.30	.43*	-.33**	.43*	-.56*	1.00

\*p < .001, \*\*p < .05

CDI : children's depression inventory

COND : parent rating form conduct disorder based on DSM-III-R

MC : maternal care, MO : maternal overprotection,

PC : paternal care, PO : paternal overprotection in parental bonding instrument

특징을 가지고 있다(Peace 1977). 이런 연령적, 발달학적 관점에 의한 증상의 특성은 소아 청소년 정신 질환의 특성인 공존 질환 문제와 연관되어 더욱 복잡한 양상을 띠게 된다. 우울증과 흔히 공존하는 질환은 등교 공포증, 범불안 장애와 상황 특이적 불안, 신체화 장애, 분리 불안 장애, 공포 장애, 행동 장애, 반항 장애(Hers-Chberg 등 1982; Kovac 등 1984; Puig-Antich 등 1986; Berney 등 1981; Bernstein 등 1986; Hersov 1960; Kolvin 등 1984)등이다. 이 중에서 행동 장애는 청소년 우울증 환자의 약 1/3에서 동반되고(Puig-Antich 1982) 주요 우울증의 7% 기본 저조의 11%에서 행동 장애의 증상이 동반되며(Kovac 등 1984) 전사춘기 우울증의 11%, 후사춘기 우울증의 35%에서 역시 행동 장애가 동반된다는 보고(Geller 등 1985)가 있다. 또한 11세의 주요 우울증에서는 79%가 행동 장애 혹은 반항 장애의 진단 기준을 만족시켰고 4~16세의 나이에서는 45%가 이에 해당하였다(Anderson 등 1987). 청소년 감화원에 수용되어 있는 청소년을 대상으로한 연구에서는 대상군의 23%가 명백하게 주요 우울증의 연구 진단 기준에 해당되었고 이에 해당하는 그룹은 다른 청소년들과 반사회적 행동의 패턴에 차이가 없었다(Chiles 등 1980).

이상 여러 문헌에서 두 진단은 흔히 공존하는 질환이고 따라서 우울 행동 장애는 그 내용 타당도가 있다고 할 수 있다(Angold와 Costello 1992; Angold 1993).

청소년에서 두 질환이 공존하는 경우의 연구에서 우울 증상이 먼저 생기고 난 후에 행동 증상이 나타났으며 항우울제로 성공적으로 우울증 치료가 끝난 후에는 행동

증상 역시 감소되었고 이후에 우울 증상이 재발하면서 다시 행동 문제도 재발되었다(Puig-Antich 1982)는 보고나 두 질환이 공존하는 환자에 비해 단지 행동 장애만 있는 환자의 반사회적 행동이 병력도 더 만성적이고 정도 역시 심했다(Carlson 1980)는 연구 결과는 두 질환의 관계를 부분적으로 설명해 주지만 어떤 질환이 선행하는지, 서로 어떤 영향을 주고 받는지에 대한 확실한 이론이 아직은 없다고 볼 수 있다. 본 연구에서는 Puig-Antich의 연구 결과(1982)를 바탕으로 개념적으로 우울 행동 장애는 우울증이 선행하고 그 후에 다른 요인에 의해 행동 장애가 나타난다는 전제로 우울증 환자중에서 어떤 요인이 가해질 때 이차적으로 행동 장애가 동반되는지 그 요인을 찾으려 했다. 이중에서도 특히 부모의 양육 태도의 문제를 보려했고 여기에 차이가 있을 것이라는 가설을 세웠다. 이는 부모의 양육 방식이 성격과 행동(정명교 1983), 그리고 정신 병리에 큰 영향을 준다는 연구(Parker 1979a, 1979b, 1981)가 있고 부모의 양육 태도가 부모 자녀의 상호 작용을 통해 최초의 인간 관계를 형성하고 성격은 물론 자아 개념, 태도, 가치관 및 행동 수행 능력에 이르기까지 많은 영향을 미치기 때문이다(정원식 1975).

각 집단간의 우울과 행동 문제를 살펴본 본 연구에서는 우울증 환자와 우울 행동 장애 환자 집단간에 CDI로 측정된 우울 정도의 차이는 없었다. 이는 우울증과 행동 장애가 동반된 환자군과 우울증만 있는 환자군에서 childhood's depression scale(CDS)로 측정된 우울의 정도에 차이가 나지 않는다는 Marrigge 등의 연구 결과(1986)와 일치한다. 따라서 단지 우울이 심한경우에 행동 장애라는 병리 행동이 나타난다고 말할 수는 없다. 그러나 우울증과 불안 장애가 공존하는 환자가 우울증만 있는 환자보다 우울의 정도가 심하다는 연구(Mitchell 1988)는 우울증과 불안장애, 행동 장애와의 관계에서 흥미롭다 하겠다.

참고로 본 연구에서는 CDI의 기준치(cut-off point)는 우리나라의 기준치가 없는 상황에서 우울증 환자에서 CDS와 CDI를 동시에 사용한 결과 CDS보다 CDI의 점수가 상대적으로 낮았던 사실(Marriage 1988)을 고려하고 높은 특이도를 얻기 위하여(조수철과 이영식 1990) 임의로 16점의 기준치를 설정하였다.

소아 우울증의 발생과 질병의 지속에 가족 상호 작용이 어떤 영향을 미치는가에 대한 연구는 소아 우울의 분

류와 역학적 관심의 증가를 생각한다면 상대적으로 적었다고 하겠다. 소아 우울 환자는 혼란스럽고 거부적이며 비판적, 적대적인(McConville과 Bruce 1985) 가족 환경에 노출되는 경향을 보였고 그들의 부모는 자녀에 대해 상대적으로 높은 성취 기준을 가지고 자녀가 성공했을 때보다는 실패했을 때 더 많은 주의를 기울이므로써 자녀가 부모로부터 재강화된 이 양식을 내재화하여 우울증의 인지 형태를 만들어 나가고 이러한 가족 상호 작용 형태는 다른 정신 병리를 가진 소아의 그것과는 다른 독특한 것이라는 보고(Cole과 Rehm 1986)가 있다. 한편 행동 장애 환자의 부모는 그들의 양육 태도가 혐오스럽고 비 효율적이고 자녀들과의 상호 작용은 공격적이라는 보고(Patterson 1982)도 있다. 행동 장애 환자에서 보이는 적대감의 정도는 가족의 높은 적대감에 상응하며 소아의 행동 문제는 부모로부터 새로운 적대감을 형성하거나 자녀의 문제를 회피하게 함으로써 효과적인 문제 해결을 방해할 수 있다는 보고(Sanders 등 1989)도 있다. 그러나 최근에는 한 가지 정신 질환 환자의 독특한 가족 상호 작용보다는 공존 질환이 있을때의 가족 상호 작용에 대한 관심이 늘어나고 있다. 이중 우울증과 행동 장애를 모두 가지고 있는 가족의 상호 작용에 대한 유용한 자료는 없지만 행동 문제는 우울을 감추는 작용을 하기도 하고 기저에 깔려 있는 우울의 배출구가 될 수 있다는 연구 결과(Cytryn과 McKnew 1974; Malmquist 1977)가 있으며 사회 학습 이론가들(Duma 등 1989; Hops 등 1987; Patterson 1990)은 행동 문제 때문에 사회적 좌절이 반복되어 이에 대한 결과로 우울이 생기고 이는 주위로부터의 적대감을 감소시키는 기능을 한다고 주장하였다.

본 연구에서 먼저 어머니의 양육 태도에 대해서 보면 우울증과 우울 행동 장애 모두에서 정상 대조군에 비하여 어머니의 돌봄이 부족하고 어머니가 과보호하는 양육 태도를 보였다. 이는 일반인을 대상으로한 연구에서 어머니의 돌봄이 부족하고 어머니가 과보호하는 환경에서 자란 아이가 그 반대의 경우에서 자란 아동보다 신체화, 강박증, 대인 예민성, 우울, 불안 적대감, 공포 불안, 편집증, 정신증등의 정신 병리가 높다는 기존의 연구 결과(오동재 등 1993)와도 일치한다.

아버지의 양육 태도를 보면 아버지의 돌봄은 우울증과 우울 행동 장애에서 모두 부족하였다. 그러나 우울증 집단에서는 아버지의 과보호가 정상군과 차이가 없었지만

우울 행동 장애 집단에서는 정상군이나 우울증 집단보다 의미있게 높았다. 따라서 아버지의 과보호가 우울증의 직접적인 원인이되는 것은 아니고 기왕 우울증이 있는 경우에 아버지의 과보호라는 요소가 개입되면 행동 장애를 보여서 우울 행동 장애라는 진단군을 이루고 이 요소가 우울행동 장애 환자군의 균질하고 독특한 특징을 갖게되는 한 요인이 되는 것 같다. 이는 어머니의 양육 태도가 우울 등의 자녀 정신 병리에 영향을 주지만 아버지의 양육 태도는 자녀에 큰 영향이 없다는 과거의 연구 결과(오동재 등 1993)와 상반 된다. 그러나 이 연구는 행동 장애라는 다양한 증상을 가진 환자군을 대상으로한 것이 아니라 정상인을 대상으로 했고 연령적으로 본 연구 대상보다는 높다는 차이가 있고 본 연구와는 우울증에 대한 기준이 다르다는 점에서 차이를 설명할 수 있을 것이다.

이상의 결과에서 어머니의 양육 요소와 아버지의 돌봄은 우울증에서는 공통적으로 영향을 미치지만 행동 문제에는 영향이 적었고 아버지 과보호는 우울증에는 영향을 미치지 못하지만 행동 장애와 관계있다는 것을 알 수 있었다. 여기서 단지 아버지의 과보호라는 양육 태도가 단독으로 행동 문제를 일으킨다고 생각하기는 어렵다는 것은 사실이다. 이는 가족내의 적대감 정도 등의 다른 요소들이 고려되어야 하겠지만 우울증과 행동 장애의 부모 가족 상호 작용에서 어머니와 아버지의 역할이 서로 달랐다는 점을 밝혔다는데 본 연구의 의미가 있다. 그러나 본 연구의 대상이 거의 남자였다는 것이 한계점으로 지적될 수 있어서 이것은 향후 더 자세한 연구가 필요한 부분이라 하겠다.

연구 집단 전체를 대상으로 우울, 행동 문제, 부모 양육 태도의 상관 관계를 살펴본 결과 우울의 정도는 행동 문제 정도와 정적인 상관 관계가 있었다. 이는 우울한 청소년의 부모는 자녀의 행동을 과대 평가하거나 과소 평가하여 자녀가 가지고 있는 정동을 정확히 평가하지 못하는 경향이 있다(Sanders 등 1992)는 한계를 인정하여도 의미있는 결과라할 수 있다. 위에서 언급한 바와 같이 가족내의 적대감에 대한 맞 대응으로서의 행동 문제와 이에 대한 회피로서의 우울, 혹은 반복되는 행동 문제에 대한 반응으로서의 우울이라는 모든 경우에서 우울 증상의 정도와 행동 문제의 정도와의 정적 상관관계의 해석이 가능하다. 그러나 이런 결과만 가지고는 본 연구가 우울증과 행동 문제의 선행여부에 대한 확실한

자료를 제공하지 못한다 하겠다. 또한 본 연구의 앞에서 우울증과 우울행동 장애 환자군을 비교했을 때 양군간의 우울 정도와 행동 장애 정도에 차이가 없었다는 점도 참고가 되어야 할 것이다.

우울증의 정도와 어머니 돌봄과는 부적 상관관계, 어머니 과보호와는 정적 상관관계를 보였고 아버지의 양육 요소와는 모두 상관 관계가 없었다. 여기서 어머니의 부정적인 양육 요소가 우울의 정도와 관계가 있고 아버지의 두 가지 양육 요소는 모두 자녀의 우울과 관계가 적다는 것은 어머니의 부정적 양육 태도는 우울을 비롯한 Symptom Check List 90-R-Revised(SCL-90-R)의 여러 정신 병리(강박증, 대인 예민성, 우울, 불안, 적대감, 공포 불안, 편집증, 정신증 등)와 관계있지만 아버지의 양육 태도는 정신 병리에 그리 큰 영향을 주지 않았다는 결과(오동재 등 1993)와 일치한다.

이와는 대조적으로 행동 문제의 정도와 어머니의 양육 방식과는 관계가 없었다. 소아 청소년의 우울증과 행동 장애 환자의 가족은 그들 상호 관계에서 높은 적대감을 보였다는 과거의 연구 결과(Cytryn과 McKnew 1974; Duma 등 1989; Hops 등 1987; Malmquist 1977; Patterson 1990)는 본 연구의 결과로 미루어 환자와 가족간의 상호 작용에서 어머니와 아버지 혹은 다른 가족 구성원과의 적대감으로 세분하여 파악되어야 할 필요성이 있음을 시사해 준다.

행동 문제의 정도와 아버지 돌봄의 정도는 상관 관계가 없었지만 아버지의 과보호가 심할수록 자녀의 행동 문제는 심하였다. 이는 SCR-90-R의 정신 병리와 아버지의 양육 요소는 관계가 적다는 결과(오동재 등 1993)와 상반된다. 본 연구에서는 아버지의 과보호가 행동 문제에 기여한다고 생각할 수 있겠다. 그러나 아버지의 과보호와 행동 문제와의 관계에서 우울증이 어떤 역할을 하는가는 명확치않다. 아버지의 과보호라는 것은 구체적으로 PBI의 항목을 보면 '내가 하고 싶었던 일을 하게 해주었다', '내가 하는 일은 무엇이든지 간섭하려 했다', '나의 개인 생활을 침범했다', '나를 어리게 취급하였다', '아버지에게 의존심을 갖게 만들었다', '내가 원하는 만큼 자유를 주었다' 등으로 청소년기의 가장 중요한 발달 과제중 하나인 독립의 문제와 갈등을 일으키는 내용으로 앞에서 언급한 가족내의 적대감을 유발하는 양육 태도라고 할 수 있다. 앞서 전제한 바와 같이 우울증이 있는 청소년 환자에서 어떤 요소가 가해져 행동 장애가 생긴다

면 이 중의 하나가 아버지의 과보호-지나치 간섭과 보호-일 것이라는 점을 시사한다. 이는 청소년 우울증 환자가 부모와 예민한 주제에 관해 부모의 언어적, 비언어적 행동을 자신을 비난하거나 슬프게하거나 화나게 만드는 방향으로 선택적으로 인지하거나 잘못 해석하는 경향이 있고 부모도 자녀의 정서를 제대로 인지하지 못하는 경향이 있어서(Sanders 등 1992) 아버지의 간섭을 지나친 통제와 억제로 인식하게되고 부모 또한 이런 행동을 나름대로 해석하여 부정적인 반응을 보이는 악순환이 계속되고 이에 따라 대인 관계에서 문제 해결 기술이 발달할 기회를 잃게 되는 결과(Patterson 1982)를 가져오게 되어 높은 적대감과 함께 행동 문제의 중요한 유발요인으로 작용할 것이다.

그러나 어머니의 과보호는 왜 이런 반응과 관계가 적은지, 아버지 돌봄의 부족이 우울이나 행동 장애에는 왜 영향을 미치지 않는지, 이것이 대상군이 주로 남자라는 점과 어떤 연관이 있는지에 관해서는 향후 더 자세한 연구가 필요할 것으로 생각된다.

## References

- 오동재·전성일·장환일(1993) : 부모의 양육태도가 청년의 정신병리에 미치는 영향에 관한 연구. 신경정신의학 32 : 896-903
- 송지영(1992) : 한국판 부모-자녀 결합 형태 검사 : 신뢰도 및 타당도 검증. 신경정신의학 31 : 979-989
- 조수철·이영식(1990) : 한국형 소아우울척도의 개발. 신경정신의학 29 : 943-956
- 조수철·남민(1994) : 소아와 청소년의 행동 장애와 우울, 불안 증상과의 상호 관계. 신경정신의학 33 : 1273-1283
- Anderson JC, Williams S, McGee R, et al(1987) : DSM-III Disorders in preadolescent children. Arch Gen Psychiatry 44 : 69-76
- Angold A, Rutter M, Winter F, et al(1989) : A comparative field trial of DSM-III, DSM-III-R, and ICD-10. Presented at the society for research in Child and Adolescent Psychopathology, Annual Meeting, Miami.
- Angold A, Costello EJ(1992) : Comorbidity in children and adolescents with depression. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America vol 1 No 1 : 31-51

- Angold A, Costello EJ(1992) : Depressive comorbidity in children and adolescents : Empirical, Theoretical, and Methodological Issues. *Am J Psychiatry* 150 : 1779-1791
- Berney T, Kolvin I, Bahte S, et al(1981) : School phobia : A therapeutic trial with colmipramine and short-term outcome. *Br J Psychiatry* 138 : 110-118
- Bernstein GA, Garfinkel BD(1986) : The overlap with affective and anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolesc* 25 : 235-244
- Burbach DJ, Borduin CM(1986) : Parent-Child relations and the etiology of depression : A review of method and findings. *Clin Psychol Rev* 6 : 133-153
- Carlson G, Cantwell D(1979) : A survey of depressive symptoms in child and adolescent psychiatric populations. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 18 : 587-599
- Carlson G, Cantwell D(1980) : Unmasking masked depression in children and adolescents. *Am J Psychiatry* 37 : 179-183
- Caron C, Rutter M(1991) : Comorbidity in child Psychopathology : concept, issues and research strategies. *J Child Psychol Psychiatry Vol. 32, No 7* : 1063-1080
- Chiles J, Miller M, Cox G(1980) : Depression in an adolescent delinquent population. *Arch Gen Psychiatry* 140 : 124-131
- Cole DA, Rehm LP(1986) : Family interaction patterns and childhood depression. *J Abn Child Psychol* 14 : 297-314
- Costello EJ(1989) : Developments in child psychiatric epidemiology. *J Am Acad Child Adolesc* 28 : 836-841
- Cytryn L, McKnew DH(1974) : Factors influencing the changing clinical expression of the depressive process in children. *Am J Psychol* 131 : 897-881
- Dadds MR, Sanders M, Morrison M and Robetz M (1992) : Childhood depression and conduct disorder : II. an Anylysis of family interaction patterns in the home. *J Abnol Psychol Vol 101, No 3* : 503-513
- Downey G, Coyne JC(1990) : Children of depressed patients : An integrative review. *Psychol Bull* 108 : 50-76
- Dumas JE, Gibson JA, Albin JB(1989) : Behavioral correlates of maternal depressive symptomatology in conduct disorder children. *J Consult Clin Psychol* 57 : 516-521
- Gelfand DM, Teti DM(1990) : The effects depression on children. *Clinic Psychol Rev* 10 : 329-353
- Geller B, Chestnut EC, Miller D, et al(1985) : Preliminary data on DSM-III associated feature of major depressive disorder in child and adolescents. *Am J Psychiatry* 142 : 643-644
- Goodyer IM(1990) : Family relationships. life events and childhood psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry* 31 : 161-192
- Harrington R, Fudge H, Rutter M(1982) : Adult outcomes of childhood and adolescent depression. *Arch Gen Psychiatry* 47 : 465-473
- Harrington R, Bredenkamp D, Groothues C, Rutter M, Fudge H, Pickles A(1994) : Adult outcomes of childhood and adolescent depression. III Links with suicidal behaviours. *J Child Psychol Psychiat vol. 35, No 7* : 1309-1319
- Hershberg SG, Carson G, Cantwell DP, et al(1982) : Anxiety and depressive disorders in Psychiatrically disturbed children. *J Clin Psychiatry* 43 : 358-361
- Hersov LA(1960) : Refusal to go to School. *J Child Psychol Psychiatry* 1 : 137-145
- Hops H, Biglan A, Sherman L, Arthur J, Friedman I, Osteen V(1987) : Home observations of family interactions of depressive women. *J Consult Clin Psychol* 55 : 341-346
- Kolvin I, Berney TB, Bhate SR(1984) : Classification and diagnosis of depression in shcool phobia. *Br J Psychiatry* 145 : 347-357
- Kovacs M, Feninberg TL, Crouse-Novae ML, et al(1984) : Depressive disorders in childhood. *Arch Gen Psychiatry* 41 : 347-357
- Kovacs M, Paulauskas S, Gatsonis C, Richards C(1988) : Depressive diroder in childhood, III. A longitudinal study of comorbidity with and risk for conduct disorders. *J of affective disorders* 15 : 205-217
- Malmquist CP(1977) : Childhood depression : A clinical and behavioral perspective. In J. G.
- Marriage K, Fine S, Moretti M, Haley C(1986) : Relationship between depression and conduct disorder in children and adolescents. *J Am Acad*



- Child Adolesc Psychiatry 25, 5 : 687-691
- McConville BJ, Bruce RT(1985) : Depressive illness in children and adolescents : A review of current concepts. *Can J Psychiatry* 30 : 119-129
- Mitchell J, McCauley E, Burke PM, Moss SJ(1988) : Phenomenology of Depression in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 27 : 12-20
- Parker G(1979a) : Parental characteristics in relation to depressive disorders. *Br J Psychiatry* 134 : 147
- Parker G(1979b) : Reported parental characteristics of agoraphobics and social phobics. *Br J Psychiatry* 135 : 555-560
- Parker G(1981) : Parental representations of patients with anxiety neurosis. *Acta Psychiat Scand* 63 : 33-36
- Patterson GR(1982) : A social learning approach to family intervention Vol 3. Coercive family process. Bugene, OR : Castalia
- Patterson GR(1990) : Depression and aggression in family interaction. Hillsdale NJ : Erlbaum
- Peace J(1977) : Depressive disorder in childhood. *J Child Psychol Psychiatry* 18 : 79-82
- Plomin R, DeFries JC(1985) : Origins of individual differences in infancy San Diago, CA : Academic Press
- Puig-Antich J(1982) : Major depression and conduct disorder in preuberty. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 21 : 118-128
- Puig-Antich J, Ravionvitch H(1986) : Anxiety disorders in childhood. New York, Guilford
- Sanders MR, Bor W, Dadd MR(1989) : A contextual analysis of child oppositional and maternal aversive behaviors in conduct disordered and non-problem families. *J Clin Psychol* 18 : 72-83
- Sanders MR, Dadds MR and Johnston BM(1992) : Childhood depression and conduct disorder : I. behavioral affective, and cognitive aspects of family problem-solving interactions. *J Abnol Psychol* 101 : 495-504
- Schlterbrandt & A RAskin(Eds) : Depression in Children : Diagnosis, treatment and conceptual models(pp33-59). New York : Reaven Press
- William S, Anderson J, McGee R, et al(1989) : Risk factors for behavioral and emotional disorder in preadolescent children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 29 : 413-419
- Woolstone JL, Rosenthal SI, Siddle MA, Sparrow SS, Cicchetti D, Zimmerman LD(1988) : Childhood comorbidity of anxiety/affective disorders and behavior disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 28(5) : 707-713
- World Health Organization(WHO, 1992) : International Classification of Diseases, 10th ed. Geneva

**DIFFERENCES IN THE PATTERNS OF PARENTAL REARING BETWEEN  
DEPRESSION AND DEPRESSIVE CONDUCT  
DISORDER IN ADOLESCENCE**

Seong-Il Jeon, M.D., Jung-Ho Lee, M.D.,  
Gi-Chul Lee, M.D., Young-Min Choi, M.D.

*Department of Psychiatry, Sanggye Paik Hospital, Inje University, Seoul*

In adolescence, the symptoms of depression are more various and different from those of adult. Conduct behaviours are frequently represented in adolescent's depression. The patients who have the depression and conduct disorder are defined as depressive conduct disorder in ICD-10. We hypothesized that there might be different parental rearing patterns between the patients with depression alone and the depressive conduct disorder. We applied children's depression inventory (CDI), parental rating form for conduct disorder based on DSM-III-R, and parental bonding instrument (PBI) to patients and normal control adolescent group. The results were as follows : 1) There were no significant differences in severity of depressive symptoms, maternal care, maternal overprotection, and paternal care. 2) Paternal overprotection showed significant higher scores in depressive conduct disorder group than depression group and normal control group. 3) There were positive correlations in the severity of depressive symptoms and behavior problems in all subjects. 4) There were no correlations in maternal care and overprotection with conduct problems, but with depressive symptoms in all subjects. 4) There were no correlations in paternal care with conduct problems and depressive symptoms in all subjects. 5) There were significant correlations in paternal overprotective, intrusive attitudes with conduct problems, not with depressive symptoms in all subjects.