

## 주의력결핍 과잉행동장애 부모에서 MMPI 특성

김민권<sup>1)</sup> · 홍종우<sup>1)</sup> · 임명호<sup>1)</sup> · 도진아<sup>2)</sup> · 오은영<sup>3)</sup> · 이경규<sup>1)</sup> · 백기청<sup>1)</sup>단국대학교 의과대학 정신과학교실,<sup>1)</sup> 단국대학교 의료원 임상심리실,<sup>2)</sup> 오은영 소아청소년클리닉<sup>3)</sup>

## MMPI Characteristics of Parents of Children with ADHD

Min Kwon Kim, M.D.<sup>1)</sup>, Jong Woo Hong, M.D.<sup>1)</sup>, Myung Ho Lim, M.D.<sup>1)</sup>, Jin A Do, M.A.<sup>2)</sup>, Eun Yong Oh, M.D.<sup>3)</sup>, Kyung Kyu Lee, M.D.<sup>1)</sup> and Ki Chung Paik, M.D.<sup>1)</sup><sup>1)</sup>Department of Psychiatry, College of Medicine, Dankook University, Cheonan, Korea<sup>2)</sup>Clinical Psychology Laboratory, Dankook Medical Center, Cheonan, Korea<sup>3)</sup>Oh Eun Yong Child Adolescent Clinics, Suwon, Korea

**Objectives** : The current study investigated the personality characteristics of parents of children with attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) using the Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), which is commonly used in clinical medicine.

**Methods** : Participants were 117 parents of children with ADHD (96 boys and 21 girls) and 77 parents of comparison children (50 boys and 27 girls), who completed the Korean version of the MMPI.

**Results** : The MMPI scores of the fathers of ADHD children were significantly higher on the Psychopathic Deviate (Pd), Masculinity-Femininity (Mf), Paranoia (Pa), and Psychasthenia (Pt) scales than the comparison group's were. In addition, the mothers of ADHD children had higher MMPI scores on the traits of Hypochondriasis (Hs), Psychopathic Deviate (Pd), and Schizophrenia (Sc) than the comparison group had, but were not significantly higher.

**Conclusion** : The fathers of ADHD children might be antisocial, irresolute, passive, paranoid, and anxious. In addition, mothers of ADHD children might have hypochondriacal, antisocial, and/or psychological confusional traits, but these were not be significantly high. These results suggest that the psychopathology of parents of ADHD children might correlate with their children's ADHD.

**KEY WORDS** : Attention-deficit Hyperactive Disorder · Parental MMPI · Parental Psychopathology.

## 서론

주의력결핍 과잉행동장애(attention-deficit hyperactivity disorder, ADHD)는 소아정신과의 임상에서 가장 많은 비중을 차지하는 매우 빈번한 질환으로 주의력결핍, 과다한 행동 그리고 충동성의 특징을 보인다.<sup>1)</sup> ADHD는 주로 6~7세에 호발하며 국내의 학동기 아동에서 2~7.6% 정도의 유병률을 보고하였다.<sup>2-4)</sup>

ADHD의 정확한 원인은 아직 충분히 밝혀져 있지 않다. 뇌의 신경 생물학적인 요인에 관한 연구와 더불어, 부모들의 자녀 관리방법, 부모의 정신병리 혹은 심리적 문제 등의 사회 심리적 요인에 대한 연구가 꾸준히 있어왔으며, ADHD 아동의 부모에게 인격장애 혹은 정신병리가 증가되어 있다는 사실은 과거 연구에서 보고된 바 있다.<sup>5-7)</sup>

ADHD 아동의 가족에 대한 선행연구를 살펴보면 주로 손상된 부모-아동관계를 보고하고 있다. Barkley 등<sup>8)</sup>은 ADHD 아동의 모에서 대조군에 비해 아동과의 토론 중에 보다 부정적인 반응을 보이며 극단적인 믿음과 비합리적인 믿음을 잘 나타내고 또한 개인적인 어려움을 호소하며 결혼생활에 대해서도 불만족감을 자주 나타내는 것으로 보고하였다. Mash 등<sup>9)</sup>은 ADHD 아동의 모가 대조군에 비해서 놀이상황에서 더 지시적이고 부정적이며 상호작용에서도 덜 반응한다고 보

접수완료 : 2011년 3월 7일 / 심사완료 : 2011년 5월 2일

Address for correspondence: Myung Ho Lim, M.D., Department of Psychiatry, College of Medicine, Dankook University, 359 Manghyang-ro, Dongnam-gu, Cheonan 300-715, Korea

Tel : +82.41-550-3945, Fax : +82.41-561-3007

E-mail : paperose@dku.edu

고하였다. 또한 학령전기 ADHD 아동의 모는 학령기 ADHD 아동의 모보다 더욱 부정적인 상호관계를 보이며, 학령전기 ADHD 아동의 모가 상대적으로 학령기 ADHD 아동보다 더 스트레스를 많이 받고 있다고 보고하였다. 이는 ADHD를 주소로 의뢰된 어린 아동의 가족들이 자주 심한 가족 고통을 경험한다는 것을 의미한다. ADHD 아동은 대조군에 비해 행동, 정서 및 불안장애를 가질 가능성이 높고, 가족들이 ADHD 아동을 통제하는 데 어려움이 있으며 이로 인해 부모-자녀 관계의 질이 손상될 위험이 높음을 알 수 있다.<sup>10)</sup>

또한 부모는 ADHD의 약물, 행동치료에 중요한 역할을 한다. Conners 등<sup>11)</sup>은 MTA 연구결과에서 부모의 낮은 자존감이 행동, 약물, 복합적인 치료에서 부정적 치료반응과 관련이 있음을 제시하였다. 이는 ADHD 아동의 치료에 있어서 아동의 가족 기능에 대한 이해를 넓힐 필요가 있다는 것을 의미한다. 그러므로 ADHD의 치료적 개입시에 부모의 특성, 양육스트레스, 양육 기술 등에 대한 이해가 필요하다. 몇몇의 이전 연구들은 ADHD를 가진 아동의 부모의 성격을 평가하기 위해 Minnesota Multiphasic Personality Inventory(MMPI)도구를 사용하였다.

Firestone 등<sup>12)</sup>은 ADHD 아동의 모에서 MMPI의 우울증, 히스테리, 반사회성 척도에서 각각 대조군에 비해 유의하게 높은 점수를 나타내었다고 보고하였다. 또한 Subotnik 등<sup>13)</sup>은 ADHD 아동의 부모에서 대조군과 비교하여 반사회성 척도에서 높은 점수를 나타내었다고 보고하였다. 그러나 ADHD 모의 정신병리와 ADHD는 상호연관성이 없었다는 연구보고도 있었다. Lahey 등<sup>14)</sup>은 6~13세의 외래 ADHD 아동 100명의 모를 대상으로 MMPI를 시행하였는데 DSM-III 상 품행장애로 진단받은 아동의 모 13명에서 반사회성 척도, 조울증 척도, 히스테리 척도, 분열성 척도가 증가된 것으로 나타났지만 ADHD로 진단받은 아동의 모 22명에서는 대조군과 비교하여 MMPI에 유의한 차이가 없다고 보고하였다. 또한 ADHD와 품행장애의 상호연관성을 나타내지 않았다. 최근 국내연구에서 Lee 등<sup>15)</sup>은 공존 질환이 없는 ADHD 아동의 모 50명과 대조군 아동의 모 59명을 대상으로 MMPI를 평가하였다. 이 연구 결과에서 모의 연령, 교육수준, 아동의 성별, 연령, 지능에 대한 변인을 교정한 후에도 ADHD 아동의 모는 우울증, 히스테리, 강박증 척도에서 대조군보다 유의하게 높은 점수를 나타내었다고 보고하였다.

임상적으로 ADHD 아동을 치료하기 위해서 부모의 역할은 매우 중요하며 ADHD를 가진 아동의 부모에 대한 적절한 정신과적 개입은 ADHD 아동의 치료에 필수적인 과정이다. 그러므로 부모의 정신 병리 특징에 대한 이해는 ADHD 아동의 예후를 향상시키는 것에 많은 도움을 줄 것이다. 현재까지

ADHD 아동의 부모 정신병리에 대한 연구는 주로 모에 대한 연구가 대부분이었다. 본 연구는 ADHD 아동의 모뿐만 아니라 부까지 연구 대상에 포함시켜 ADHD 아동의 부모의 정신병리적 특성을 MMPI 검사를 통해서 알아보려고 하였다.

## 방 법

### 1. 대 상

인구 50만 정도의 중소도시인 A시의 대학병원 외래에 내원한 ADHD 아동 117명을 대상으로 부모의 MMPI를 내원 초기에 평가하였다. 이 중에서 ADHD 아동의 부는 13명에서 MMPI 기록이 누락되었고 모는 2명에서 MMPI 기록이 누락되어 최종 평가대상은 ADHD 아동의 부 104명과 모 115명이었다. 또한 부모와 병원에 내원하였으나 정신과적 질환이 있다고 판단되지 않았던 아동 77명의 부모를 대조군으로 하였으며, 내원 초기에 부모의 MMPI를 평가하였다. 이 중에서도 대조군 아동의 부는 3명에서 MMPI 기록이 누락되었고 모는 1명에서 MMPI 기록이 누락되어 최종평가대상은 대조군 아동의 부 74명과 모 76명이었다.

ADHD 아동군은 모두 약물을 복용 중이었으며, 대조군은 약물을 복용하지 않았다. 연구대상군은 DSM-IV 진단상에서 불안장애 및 우울장애, 품행장애의 진단기준에 해당되는 경우와 간질, 정신지체(지능검사상 지능지수 70 미만) 등 뇌 기질성 장애에 속하는 아동은 각각 연구대상에서 제외하였으며 신체검사 및 이학적 검사상 특별한 이상소견이 발견되지 않았다. 아동의 1차적인 진단은 소아정신과 전문의의 임상적인 면담을 통하여 DSM-IV 진단기준으로 하였다. 또한 ADHD로 진단된 대상군은 모두 검사가 시행되어진 6개월 이후에도 DSM-IV진단기준에서 동일한 진단하에 외래에 내원하여 치료를 받고 있는 아동이었다.

### 2. 방 법

모든 대상 환자와 보호자들에게는 본 연구의 취지에 대해서 설명을 하였으며 사전 동의를 받은 경우를 대상으로 하였고, 연구방법에 대하여 병원 의료윤리위원회의 심사 및 승인을 받았다.

### 3. 도 구

#### 1) 역학 질문지

아동의 기본 설문문항은 성별, 연령, 학년, 과거 병력, 발달력 등에 관한 문항으로 이루어져 있다. 부모의 기본 설문문항은 성별, 연령 등에 관한 문항으로 이루어져 있다.

#### 2) 미네소타 다면적 인성검사(Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MMPI)<sup>16)</sup>

MMPI는 세계적으로 가장 널리 쓰이고 가장 많이 연구되

어 있는 객관적 성격검사이다. 원래 MMPI는 1940년대 미국 미네소타대학의 임상심리학자인 Hathaway와 정신과 의사인 Mckinley에 의하여 비정상적인 행동을 객관적으로 측정하기 위한 한 가지 수단으로 만들어졌다. 따라서 MMPI의 일차적인 목적은 정신과적 진단분류를 위한 측정이며, 소위 일반적 성격특성을 측정하기 위한 것은 아니다. 그러나 병리적 분류의 개념이 정상인의 행동설명에도 어느 정도 적용 가능하다는 전제하에서 MMPI를 통하여 일반적 성격특성에 관한 유추도 어느 정도 가능할 수 있다. 이와 같은 반응은 주요 비정상행동의 종류를 측정하는 10가지 임상척도와 그 사람의 검사태도를 측정하는 4가지 타당도척도에 따라 채점된다.<sup>17)</sup> 우리나라에서는 1963년 처음으로 표준화된 이후, 1989년 한국심리학회 산하의 임상심리 분과에서 재표준화한 검사가 병원과 학교 등 임상 및 상담 장면에서 널리 사용하고 있다. MMPI는 566문항 버전과 단축형인 383문항 버전으로 구성되어 있으며 피검사자는 각 문항에 대해 ‘그렇다’, ‘아니다’의 두 가지 답변 중 하나를 선택하도록 되어있다. 본 연구에서는 단축형인 383문항을 사용하였으며 환아가 첫 내원한 당시 심리평가 과정의 일환으로 부모 검사를 함께 실시하였다.

4. 자료 분석

자료는 한글판 SPSS 15.0을 이용하여 처리하였으며, 통계 분석에는 필요에 따라 역학 설문 평가에는 교차분석을 시행하였고, 양 군 간의 MMPI 분석에는 연령, 성에 따른 보정을 시행한 ANCOVA test를 사용하였으며, 또한 60점 이상의 점수를 나타낸 빈도를 비교하기 위하여 chi-square test를 사용하였다. 각각 p 값이 .05 미만인 경우를 유의성이 있으므로 그리고 p 값이 .1 미만인 경우를 통계적으로 유의하지 않은 성향 (trait)이 있으므로 판단하였다.

결 과

1. 연구 대상자의 인구사회학적 특성

ADHD 아동은 남아가 96명(82.1%), 여아가 21명(17.9%)이었고 정상군 아동은 남아가 50명(64.9%), 여아가 27명(35.1%)로 양

군 간의 유의한 빈도 차이가 있었다(F=7.30, p=.07). ADHD 아동군의 평균 연령은 8.27±2.94세였고, 대조군 아동의 평균 연령은 11.30±3.56세로 양 군 간의 유의한 차이가 있었다(F=37.82, p<.001)(Table 1). ADHD 아동의 부 나이의 평균 연령은 39.27±5.73세였고, 대조군 아동의 부 나이의 평균 연령은 43.55±7.92세로 양 군 간의 유의한 차이가 있었다(F=19.24, p<.001). 또한 ADHD 아동 모의 평균 연령은 34.83±4.40세였으며 대조군 아동 모의 평균 연령은 40.32±8.07세로 역시 양 군 간의 유의한 차이가 나타났다(F=20.44, p<.001).

2. 연구대상자의 부모의 MMPI

연구 대상자의 부 MMPI 비교에서 ADHD 아동의 부는 Lie 척도(F=6.99, p=.009), 반사회성 척도(F=6.58, p=.011), 남성특성-여성특성 척도(F=5.34, p=.022), 편집증 척도(F=8.46, p=.004), 강박증 척도(F=3.97, p=.048)에서 대조군과 통계적으로 유의한 차이를 나타내었다(Table 2).

연구 대상자의 모 MMPI 비교에서 ADHD 아동의 모는 Infrequency 척도(F=4.89, p=.028), 건강염려증 척도(F=3.51, p=.062), 반사회성 척도(F=3.58, p=.060), 정신분열증 척도(F=3.51, p=.063)에서 통계적으로 유의하지 않은 성향(trait)을 나타내었다(Table 3).

ADHD 집단과 대조군 부모의 각 척도에서 임상적으로 유의한 경향성을 가지는 것으로 생각되는 점수의 비율에 차이가 있는지를 알아보기 위하여, 60T를 절단점으로 하여 각 집단에서 높은 점수를 가지는 인원에 차이가 있는지 chi-square 분석을 시행하였다.<sup>17)</sup> 그 결과로서 부의 경우에는 타당도척도와 임상척도 모두에서 양 군 간의 통계적으로 유의한 차이는 나타나지 않았다. 다만 강박증 척도에서 60T 이상의 높은 점수를 보이는 비율이 대조군은 4%(3명)인데 비해 ADHD 집단은 12%(12명)로 양 군 간에 통계적으로 유의하지 않은 성향(trait)을 보였다( $\chi^2=3.052, p=.067$ ). 모의 경우에는는 타당도척도에서는 높은 점수를 보이는 비율에 차이를 보이지 않았으나, 반사회성 척도에서 60T 이상의 높은 점수를 보이는 비율이 대조군은 17%(13명)에 그친 반면에 ADHD 집단에서는 29%(33명)로 나타나 통계적으로 유의한 차이를 보였다

Table 1. Epidemiological characteristics between ADHD group and control group

Rating scale	ADHD group (n=117)	Control group (n=77)	F or $\chi^2$	p value
	Mean±SD	Mean±SD		
Age	8.27±2.94	11.30±3.56	37.82	<.001*
Sex (N, %)				
Female	21 (17.9%)	27 (35.1%)	7.30	.007*
Male	96 (82.1%)	50 (64.9%)		

These data represent mean±SD, by independent t-test, or N (%), by chi-square test. \* : p<.05. ADHD : attention-deficit hyperactivity disorder

**Table 2.** MMPI profile of father between ADHD group and control group

Rating scale	ADHD group (n=117)	Control group (n=77)	F	p value
	Mean±SD	Mean±SD		
MMPI of father				
L	49.53±10.09	53.55± 9.91	6.99	.009*
F	46.61± 6.46	45.08± 7.24	2.18	.142
K	55.04± 9.95	56.00±10.64	.38	.538
Hs	51.88± 8.89	50.64± 8.49	.89	.348
D	52.70± 9.15	51.04± 8.88	1.46	.229
Hy	51.20± 8.89	50.04± 9.24	.71	.399
Pd	52.54± 9.82	48.89± 8.64	6.58	.011*
Mf	48.92± 8.85	45.78± 9.05	5.34	.022*
Pa	47.85± 7.45	44.49± 7.80	8.46	.004*
Pt	48.78± 8.87	46.23± 7.58	3.97	.048*
Sc	46.12± 8.12	44.77± 7.77	1.23	.269
Ma	44.60± 8.90	42.39± 9.73	2.45	.119
Si	50.13±10.50	49.34± 9.31	.27	.602

These data represent mean ±SD, ANCOVA adjusted for age, sex by general linear model. \* : p<.05, MMPI : minnesota Multiphasic Personality Inventory. ADHD : attention deficit hyperactivity disorder, L : lie, F : infrequency, K : defensiveness, Hs : hypochondriasis, D : depression, Hy : hysteria, Pd : psychopathic deviate, Mf : masculinity-femininity, Pa : paranoia, Pt : psychasthenia, Sc : schizophrenia, Ma : hypomania, Si : social introversion

**Table 3.** MMPI profile of mother between ADHD group and control group

Rating Scale	ADHD group (n=117)	Control group (n=77)	F	p value
	Mean±SD	Mean±SD		
MMPI of mother				
L	50.59±10.54	51.43±11.34	.28	.600
F	46.18± 9.41	43.42± 6.73	4.89	.028*
K	57.03±10.88	57.61± 9.82	.14	.709
Hs	52.18± 8.70	49.79± 8.54	3.51	.062*
D	52.17± 9.52	51.33± 8.47	.39	.536
Hy	51.11± 8.95	50.39± 9.02	.29	.589
Pd	53.55±10.02	50.83± 9.23	3.58	.060*
Mf	48.86± 9.31	46.76± 8.65	2.46	.119
Pa	47.51± 8.83	46.08± 8.37	1.26	.263
Pt	49.55± 8.22	49.20± 9.71	.07	.789
Sc	47.72± 8.46	45.38± 8.44	3.51	.063*
Ma	44.55± 8.89	44.12± 8.34	.11	.738
Si	48.89±10.95	49.59±11.40	.18	.669

These data represent mean ±SD, ANCOVA adjusted for age, sex by general linear model. \* : p<.1. MMPI : minnesota Multiphasic Personality Inventory, ADHD : attention deficit hyperactivity disorder, L : lie, F : infrequency, K : defensiveness, Hs : hypochondriasis, D : depression, Hy : hysteria, Pd : psychopathic deviate, Mf : masculinity-femininity, Pa : paranoia, Pt : psychasthenia, Sc : schizophrenia, Ma : hypomania, Si : social introversion

다( $\chi^2=3.362$ ,  $p=.047$ ).

## 고 찰

본 연구에서는 ADHD 아동의 부모의 MMPI 특성을 대조군과 비교하여 살펴보았다. 먼저 부의 MMPI 비교에 있어서 반사회성 척도, 남성특성-여성특성 척도, 편집증 척도, 강박

증 척도에서 대조군과 통계적으로 유의한 차이를 나타내었다. 각각의 척도는 비사회적이며 비도덕적인형, 심미적 취향 및 대인 감수성, 대인관계에서의 민감성 및 의심성, 만성적 불안이 높은 상태를 의미한다.<sup>18)</sup> 이는 ADHD 아동의 부모가 대조군에 비해 여러 가지 정신병리적인 문제를 나타낼 가능성이 있는 것으로 생각된다. 본 연구에서 MMPI의 척도 점수는 실제적으로 임상 범위에 해당되지 않는 T점수 내에서의 차

이므로 이는 성격적인 경향성을 좀 더 반영한다고 생각할 수 있겠는데, ADHD 아동의 부가 대조군의 부에 비해 정서적 자극에 영향을 많이 받고 민감하며, 욕구가 좌절되는 것에 대한 인내심이 적어서 이에 쉽게 반응하게 될 가능성을 시사한다. 또한, 스트레스 상황에서 행동화 가능성을 나타내는 반사회성 척도와 억제하고 만추하며 자기비판적인 태도를 취하게 되는 강박증 척도가 동시에 상승했다는 점은 ADHD 아동의 부가 자기 문제에 대한 정확한 비판적 인식이 부족하거나 이에 대한 방어적인 태도로서 분노를 표현하는 것일 수 있고, 이와 더불어 양육 과정에서의 스트레스를 접하게 되었을 때, 상황에 따라 충동적으로 분노를 표현했다가 이에 대해 후회하고 의기소침해져 과도하게 억제하기도 하는 등의 비일관적인 행동 패턴을 보일 소지를 시사하는 것일 수도 있어, 추가적인 탐색이 필요하다. 이러한 점들은 아동이 부의 훈육에 어떠한 반응을 보여야 할지 혼돈하게 만드는 요인이 되기도 할 것으로 예상된다.

또한 본 연구에서는 남성특성-여성특성 척도에서 ADHD 아동의 부가 대조군의 부에 비해서 통계적으로 유의하게 높은 것으로 나타났다. 이러한 결과는 선행연구결과에서는 나타나지 않았던 결과인데 ADHD 아동의 부가 자신의 아동의 외적인 문제행동에 대해서 좀 더 수동적이고 모호하게 반응할 수 있음을 시사한다. 또한, 행동화 가능성과 자기비판을 시사하는 척도가 동시에 상승하여 있다는 점에서 ADHD의 아동의 부의 훈육이 다소 비일관될 수 있을 가능성을 시사하며 이에 ADHD 아동은 아버지의 엄격한 측면을 동일시하고 자신의 규범으로 내재화하는 것이 상대적으로 부족하고, 다소 비일관된 방식의 통제에 대해서도 수동-공격적인(passive-aggressive)방식으로 반응하게 될 것으로 해석할 수 있다.

모의 MMPI 비교에 있어서는 건강염려증 척도, 반사회성 척도, 정신분열증 척도에서 통계적으로 유의하지 않은 성향(trait)을 나타내었다. 또한 60T 이상의 MMPI 빈도 비교에서 ADHD 아동의 모가 반사회성 척도에서 유의하지 않은 성향을 나타내었다. 선행연구인 Lee 등의 연구결과에서는 우울증 척도, 히스테리척도, 강박증 척도에서 통계적으로 유의한 차이를 보였으며 Firestone 등<sup>12)</sup>은 우울증 척도, 히스테리척도, 반사회성 척도에서 유의한 차이를 보였으나 본 연구에서는 반사회성 척도에서 유의하지 않은 성향을 나타낸 점을 제외하고는 선행연구와 일치하지 않았다. ADHD 아동의 모에서 반사회성 척도가 높은 성향을 보인 결과는 ADHD 아동의 모가 행동중심적이고 활발하며 직접적인 방식으로 자신의 의견을 표현하고, 한편 아동의 양육과정에서도 내성이 부족하고 때론 즉각적으로 행동에 대한 처벌이나 공격을 할 수 있는 면을 반영하는 것일 수 있겠다.

본 연구에서는 F척도가 유의하게 높을 뿐 어떤 임상척도에서도 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았는데 타당도 척도의 형태가 V자형을 이루고 있다는 점에서 이러한 결과는 ADHD 아동의 모가 생활에서의 불편감을 대조군에 비해 더 많이 느끼고 있다는 점을 시사하는 것으로 보인다. 임상척도에서 ADHD 아동의 모는 건강염려증 척도, 반사회성 척도, 정신분열증 척도에서 통계적으로 유의하지는 않지만 경향성을 나타내고 있는데 이는 ADHD 모의 양육 스트레스를 반영하는 것으로 생각되며 척도 점수의 범위가 임상 범위가 아닌 정상 척도 범위 내에서 상대적으로 상승한 패턴을 보이고 있다는 점에서 ADHD 아동의 모는 조금 더 피로하게 느끼고, 생활에서의 불만족감이나 분노감이 조금 더 많으며, 문제 상황에서 주변 상황과 상호작용하여 해결하기보다 공상이나 내적 사고를 더 많이 사용하고 있다는 점을 반영하는 것으로 보인다.

본 연구에서 ADHD의 아동의 모에서 통계적으로 유의한 척도 점수의 증가가 없었던 결과는 Lahey 등<sup>14)</sup>의 연구결과와는 일치하지만 Lee 등<sup>15)</sup>의 국내 연구결과나 Firestone 등<sup>12)</sup>의 연구결과와는 다소 다른 결과이다. 본 연구에서 ADHD 아동의 부에서 나타난 결과는 과거의 선행연구에서 ADHD 아동의 부모를 함께 평가한 적은 있지만 부모를 나누어서 평가한 적이 없기 때문에 처음으로 보고되는 것이라고 생각된다. Connell과 Goodman<sup>19)</sup>은 소아정신과 질환과 부모의 정신병리에 대한 종설에서 아동에서 외현화 문제는 모와 부의 정신병리와 연관성이 있으며 아동의 내재화된 문제는 모의 정신병리와 연관성이 있는 것으로 추정된다고 보고하였는데 본 연구에서도 ADHD와 같은 외현화 문제가 주된 장애에서는 부에서 나타난 결과가 아동의 ADHD와 연관성을 가질 것으로 생각된다.

일차적인 ADHD 아동의 병리가 부모에게 영향을 주어 MMPI의 이상소견이 관찰된 것이냐? 혹은 이와 반대로 부모의 일차적인 정신병리가 아동에게 영향을 주어서 ADHD와 같은 장애를 유발한 것이냐? 아니면 서로 관련 없이 독립적으로 나타난 것이냐? 하는 문제의 결론은 오랜 기간 동안 논란이 되었다.

ADHD는 유전적 경향이 높은 질환으로 알려져 있으며<sup>20)</sup> 아동의 성격은 유전적 영향을 받는다고 보고된 바 있다. Di-Lalla 등<sup>21)</sup>은 서로 떨어져서 살고 있는 54쌍의 일란성 쌍둥이를 대상으로 MMPI를 시행한 결과 신뢰도 및 임상 척도의 유전성이 26~62%로 나타났다고 보고하였다.

또한 정신병리를 지닌 부모, 갈등이 있는 부모가 있는 가정에서 ADHD 발병이 높은 것으로 보고된 바 있다.<sup>22)</sup> Biederman 등<sup>22)</sup>은 140명의 ADHD 부모와 120명의 대조군을 대상

으로 부모의 정신병리, 부모 갈등요인과 아동의 ADHD 관련 병리의 연관성을 보고하였으며 이러한 결과로서 가정환경의 문제가 아동의 병리를 유발할 수 있다는 점을 추론하였다.

ADHD 아동은 과다행동, 충동성 등의 외현화 문제 외에도 불안과 우울, 정신적 혼란, 내향적이고 위축된 성격으로 인해 고통을 겪을 가능성이 더 높다.<sup>23)</sup> 한편 MMPI는 개인의 일생에 있어서 지속적인 성향을 평가하는 특성-의존적인 척도라기보다는 한 시점을 평가하는 상태-의존적인 척도에 가깝다고 알려져 있다.<sup>13)</sup> 그러므로 본 연구에서 ADHD 아동의 부모의 MMPI 상 나타난 차이들은 일차적인 부모의 정신병리를 나타내는 결과로 생각될 수도 있지만 한편으로는 지속적으로 행동 문제를 가지고 있는 아이를 기르는 것에 대한 부모의 부담을 반영하는 결과로도 볼 수 있을 것이다.

결과적으로 이러한 논쟁은 아동과 모의 상호관계라는 측면에서 이해를 해본다면 선후관계가 중요하기보다는 상호작용이 더 중요한 의미를 가진다고 할 수 있을 것이다.

본 연구의 제한점으로는 첫째로, 자기보고식 설문지이기 때문에 부모의 인지적 능력 차이가 결과에 영향을 줄 수 있다. 이에 대한 영향을 줄이기 위해 분석시에 교육연한을 통제요인으로 설정할 필요가 있었으나, 충분한 대상을 수집하지 못했다. 둘째로, MMPI 척도의 평균점수에 대한 양적인 비교를 한 점이다. MMPI는 정신병리를 감별하기 위한 목적을 가지고 만들어진 검사로서 국내의 임상에서 60점 혹은 65점 이상을 임상적 절단점으로 삼고 있으며 임상적 절단점 이하에 해당되는 점수들의 해석에 있어서는 해석의 제한점이 있다.<sup>17)</sup> 본 연구에서 평가된 부모집단의 경우는 정신병리를 가지고 있을 가능성이 낮고, 대부분 정상적인 적응을 유지하고 있는 일반 집단에 가까우며 실제 분석에서도 대체적으로 40~55점 사이의 평균 점수를 나타냈다. 따라서 이들 간의 점수 차이가 의미하는 바를 해석하는데 있어서는 제한점이 있을 수밖에 없다. 하지만, 단순한 척도 점수의 차이 비교라 하더라도 유의미한 차이를 보이는 척도의 특성들이 이전의 연구들에서 보고된 부모의 특징과는 다소 다른 패턴을 보인다는 점은 추후의 연구에서 논의되어야 할 것이다. 이는 ADHD를 가진 아동의 부모 성격이 특정한 유형이 있을 가능성에 대해서도 시사하는 결과로 본 연구에서는 MMPI 척도의 점수를 단순 비교하였으나 추후 연구에서는 좀 더 많은 자료를 대상으로 한 추가 분석을 통하여 ADHD를 가진 아동의 부모의 MMPI의 특정 패턴을 찾아보는 것이 필요할 것으로 생각된다. 셋째로, 본 연구는 임상적으로 의뢰된 아동만을 대상으로 하였다. 본 연구에서 평가한 ADHD 아동은 모두 일 지역에 소재하고 있는 대학병원 외래로 의뢰된 아동이므로 일반적인 ADHD 아동을 대표하기에는 무리가 있을 것이다. 본 연구대상군은 대조군에 비해서

환아군에 저연령층이 많았고 남성이 많은 분포를 나타내었다. 이러한 환아군에 분포성향은 외래 환아를 대상으로 하였기 때문으로 보인다. 본 연구에서 대조군으로 포함된 아동은 정신과적 질환이 확인되지는 않았지만 대학병원외래로 의뢰된 아동이란 점에서 일반 인구 내에서의 정상 아동과 부모를 대표하기에는 무리가 있을 수 있다. 비록 결과적으로 아동이 정신과적 질환이 확인되지 않았더라도, 병원을 방문할 만한 특징적 행동양상을 가지고 있었을 수도 있다. 한편 부모가 아동의 정상적인 행동양상을 병적인 증상으로 의심하여 병원을 방문하였다고 본다면 부모의 특징적인 성격양상을 반영한 측면일 수도 있을 것이며 결국 아동이 임상적으로 의뢰된 이유와 관련된 아동 혹은 부모의 요인이 대조군 부모의 MMPI 특성에 영향을 미쳤을 가능성을 배제하기는 어렵다. 또한 환자군과 대조군의 자료를 얻은 지역은 각각 인구 50만과 20만 정도의 신흥 도시로서 인구 유입률이 매우 높으며 젊은 세대가 많이 거주하는 도시이므로 인구가 점차 감소하며 노인인구가 많은 농촌 지역의 특징을 반영한다고 보기는 어렵다. 또한 병원으로 의뢰된 경우이므로 ADHD에 있어서도 좀 더 뚜렷한 증상을 가지고 있는 군으로 생각된다. Biederman 등<sup>24)</sup>은 정신사회적 부진, 낮은 사회상태, 모의 정신병리, 가족갈등 등과 함께 낮은 사회적 상태가 독립적으로 ADHD의 유병율에 영향을 미친다고 보고한 바 있다. 향후 성과 연령 그리고 지역분포 등을 보정한 보다 잘 구조화된 대조군 연구를 기대한다. 넷째로 본 연구는 2/3 이상 아동에서 부모가 함께 평가받은 triad로 평가하였지만 일부에서는 편부모 혹은 참여 누락으로 diad로 평가된 경우가 상당 수 있었다. 이러한 triad 혹은 diad로 구성된 가족의 구조는 각각 ADHD 아동과의 상호작용에 다른 영향을 미칠 것으로 생각된다. 다섯째로 이번 연구에서는 환아군에서 ADHD 임상형에 따른 구분을 시행하지 않았는데 이는 ADHD 아동 내에서 혼합형, 부주의형, 과잉행동-충동성형 등의 세분화된 ADHD 아동 부모 MMPI의 비교를 통해서 ADHD 아동 부모의 정신병리를 보다 잘 이해하는데 제한점이 있다.

ADHD는 임상적으로 공존질환이 매우 많은 것으로 알려져 있으며, 불안증과 우울증은 국내에서도 ADHD에서 50% 이상에서 동반되는 질환이며 증상군이다.<sup>25)</sup> 본 연구에서는 초기의 연구대상에서 DSM-IV상 불안장애 및 우울장애, 품행장애 등이 동반되어 있는 경우는 배제하였다. 또한 본 연구에서 평가한 ADHD 범주적 진단군은 비록 구조화된 면접이 이루어지지 않은 제한점은 있지만, 소아정신과 의사에 의해서 최초 진단 이후 6개월 이상 외래에서 치료를 받았던 군으로 진단적인 안정성을 갖고 있다고 생각된다. 본 연구에서 우울장애 및 불안장애가 동반된 경우를 배제한 것은 과거 연구와

달리 ADHD 아동의 부모 모두 우울척도에서 유의한 차이가 관찰되지 않았던 점과 연관성이 있을 것으로 추정되었다.<sup>23)</sup> 추후 연구에서 우울장애가 동반된 ADHD와 우울장애가 동반되지 않은 ADHD 그리고 ADHD가 동반되지 않은 우울장애의 부모에 대한 정신병리 연구를 기대한다. 임상적으로 ADHD 아동을 치료하기 위해서 부모의 역할은 매우 중요하다. 그러므로 ADHD를 가진 아동의 부모에 대한 적절한 정신과적 개입은 ADHD 아동의 치료에 중요한 과정이다. 따라서 부모의 정신 병리 특징에 대한 이해는 ADHD 아동의 예후를 향상시키는 것에 많은 도움을 줄 것이다.

## 결 론

소아정신과의 대표적인 질환인 ADHD 아동의 부모에서 임상에서 많이 사용되고 있는 검사인 MMPI를 이용하여 정신병리 특성을 알아보려고 하였다. ADHD 아동의 부모는 대조군보다 비사회적이며 비도덕적인형, 심미적 취향 및 대인감수성, 대인관계에서의 민감성 및 의심성, 만성적 불안상태에서 높은 특성을 보여 주었다. ADHD 아동의 부모는 대조군보다 더욱 호소하는 신체적 증상의 수, 비사회적이며 비도덕적인형, 정신적 혼란상태에서 높은 통계적으로 유의하지 않은 성향(trait)을 가지고 있는 것으로 나타났다. 이는 ADHD 아동의 치료시에 부모의 정신병리를 분석하는 것이 차후 아동의 평가에 도움이 될 수 있으며, 이에 적절한 정신과적 개입이 필요할 수 있음을 시사하는 것이다.

**중심 단어:** 주의력결핍 과잉행동장애 · 부모 다면적 인성검사 · 부모 정신병리.

## References

- 1) **American Psychiatric Association.** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Text Revision 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association;2000.
- 2) **Cho SC, Shin YO.** Prevalence of disruptive behavior disorders. J Korean Acad Child Adolesc Psychiatry 1994;5:141-149.
- 3) **Pyo KS, Park SH, Kim SH, Cho YR, Kim HR, Moon KR.** The Prevalence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Urban Elementary School Children. Gwangju: Department of Psychiatry, Chosun University;2001.
- 4) **Kim JY, Ahn DH, Shin YJ.** An epidemiological study of attention-deficits hyperactivity disorder and learning disabilities in a rural area. J Korean Neuropsychiatr Assoc 1999;38:784-793.
- 5) **Chronis AM, Lahey BB, Pelham WE Jr, Kipp HL, Baumann BL, Lee SS.** Psychopathology and substance abuse in parents of young children with attention-deficit/hyperactivity disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2003;42:1424-1432.
- 6) **Pfiffner LJ, McBurnett K, Rathouz PJ, Justice S.** Family correlates of oppositional and conduct disorders in children with attention deficit/hyperactivity disorder. J Abnorm Child Psychol 2005;33:551-563.
- 7) **Johnston C, Mash EJ.** Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: review and recommendations for future research. Clin Child Fam Psychol Rev 2001;4:183-207.
- 8) **Barkley RA, Anastopoulos AD, Guevremont DC, Fletcher KE.** Adolescents with attention deficit hyperactivity disorder: mother-adolescent interactions, family beliefs and conflicts, and maternal psychopathology. J Abnorm Child Psychol 1992;20:263-288.
- 9) **Mash EJ, Johnston C.** A comparison of the mother-child interactions of younger and older hyperactive and normal children. Child Dev 1982;53:1371-1381.
- 10) **Biederman J, Faraone S, Milberger S, Guite J, Mick E, Chen L, et al.** A prospective 4-year follow-up study of attention-deficit hyperactivity and related disorders. Arch Gen Psychiatry 1996;53:437-446.
- 11) **Conners CK, Epstein JN, March JS, Angold A, Wells KC, Klaric J, et al.** Multimodal treatment of ADHD in the MTA: an alternative outcome analysis. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2001;40:159-167.
- 12) **Firestone P, Witt JE.** Characteristics of families completing and prematurely discontinuing a behavioral parent-training program. J Pediatr Psychol 1982;7:209-222.
- 13) **Subotnik KL, Asarnow RF, Nuechterlein KH, Fogelson DL, Thorpe TI, Payne DL, et al.** MMPI vulnerability indicators for schizophrenia and attention deficit disorder: UCLA family study of biological parents of offspring with childhood-onset schizophrenia or ADHD. Behav Genet 2005;35:159-175.
- 14) **Lahey BB, Russo MF, Walker JL, Piacentini JC.** Personality characteristics of the mothers of children with disruptive behavior disorders. J Consult Clin Psychol 1989;57:512-515.
- 15) **Lee SJ, Kwon JH, Lee YJ.** Personality characteristics of mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder as assessed by the Minnesota multiphasic personality inventory. Psychiatry Investig 2008;5:228-231.
- 16) **Kim JS.** Clinical interpretation of Minnesota Multiphasic Personality Inventory. Seoul: Seoul National University Press;1998.
- 17) **Kim YH, Kim JS, No MR, Shin DK, Yeom TH, Oh SW.** Practice outline of Minnesota Multiphasic Personality Inventory. Seoul: Korean Guidance;1994.
- 18) **Park YS.** Practice of New Psychological Evaluation for Clinical Expert. Seoul: Hana Medical Press;1994. p.216-254.
- 19) **Connell AM, Goodman SH.** The association between psychopathology in fathers versus mothers and children's internalizing and externalizing behavior problems: a meta-analysis. Psychol Bull 2002;128:746-773.
- 20) **Elia J, Devoto M.** ADHD genetics: 2007 update. Curr Psychiatry Rep 2007;9:434-439.
- 21) **DiLalla DL, Carey G, Gottesman II, Bouchard TJ Jr.** Heritability of MMPI personality indicators of psychopathology in twins reared apart. J Abnorm Psychol 1996;105:491-499.
- 22) **Biederman J, Milberger S, Faraone SV, Kiely K, Guite J, Mick E, et al.** Impact of adversity on functioning and comorbidity in children with attention-deficit hyperactivity disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1995;34:1495-1503.
- 23) **Pliszka SR.** Psychiatric comorbidities in children with attention deficit hyperactivity disorder: implications for management. Paediatr Drugs 2003;5:741-750.
- 24) **Biederman J, Faraone SV, Monuteaux MC.** Differential effect of environmental adversity by gender: Rutter's index of adversity in a group of boys and girls with and without ADHD. Am J Psychiatry 2002;159:1556-1562.
- 25) **Hong KE, Kim JH, Shin MS, Ahn DH.** Diagnostic classification and assessment of psychiatrically referred children with inattention or hyperactivity. J Korean Acad Child Adolesc Psychiatry 1996;7:190-202.