



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원 저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리와 책임은 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)



2011년 2월

박사학위논문

청소년기 양극성장애 성향과 관련변인들과의 관계

조선대학교 대학원

특수교육학과

황 선 영

청소년기 양극성장애 성향과 관련변인들과의 관계

Relationships of Bipolar Disorder Tendency
with Related Variables in Adolescence

2011년 2월 25일

조선대학교 대학원

특수교육학과

황 선 영

청소년기 양극성장애 성향과 관련변인들과의 관계

지도교수 이승희

공동지도교수 김영일

이 논문을 교육학박사 학위신청 논문으로 제출함

2010년 10월

조선대학교 대학원

특수교육학과

황선영

황선영의 박사학위논문을 인준함

심사위원장 조선대학교 교수 김정연 (인)

심사위원 조선대학교 교수 허유성 (인)

심사위원 조선대학교 교수 배영주 (인)

심사위원 고구려대학 교수 곽수란 (인)

심사위원 조선대학교 교수 이승희 (인)

2010년 12 월

조선대학교 대학원

목 차

표목차	viii
ABSTRACT	ix
I. 서 론	1
1. 연구의 필요성 및 목적	1
2. 연구문제	4
3. 용어의 정의	5
II. 이론적 배경	10
1. 청소년기 양극성장애	10
1) 개념	10
2) 임상양상 및 특징	13
3) 원인	16
4) 진단	19
5) 공존질환	21
2. 청소년기 양극성장애의 관련변인	25
1) 생물학적 변인	26
2) 심리사회적 변인	32
3. 청소년기 양극성장애 관련선행연구	43
1) 국내 관련선행연구	43
2) 국외 관련선행연구	46
III. 연구방법	49

1. 연구설계	49
2. 연구대상	49
3. 연구도구	51
1) 기초사항 질문지	51
2) 기분장애 질문지	51
3) 또래관계척도	52
4) 스트레스척도	52
5) 자살생각척도	53
6) 사회불안척도	54
7) 비행척도	55
4. 연구절차	56
5. 자료분석	56
IV. 연구결과	59
1. 청소년기 양극성장애 성향의 정도와 유형 분석	59
2. 청소년기 양극성장애 성향의 유형에 따른 관련변인들의 차이분석	59
3. 청소년기 양극성장애 성향과 관련변인들의 상관분석	62
4. 양극성장애 정상집단과 위험집단의 판별에 관련변인들이 미치는 영향에 대한 로지스틱회귀분석	63
1) 양극성장애 정상집단과 위험집단의 판별에 생물학적 변인들이 미치는 영향	63
2) 양극성장애 정상집단과 위험집단의 판별에 심리사회적 변인들이 미치는 영향	65
3) 양극성장애 정상집단과 위험집단의 판별에 전체 관련변인들이 미치는 영향	67

5. 양극성장애 위험집단의 양극성장애 성향에 관련변인들이 미치는 영향에 대한 중다회귀분석.....	70
1) 양극성장애 위험집단의 양극성장애 성향에 생물학적 변인들이 미치는 영향	70
2) 양극성장애 위험집단의 양극성장애 성향에 심리사회적 변인들이 미치는 영향	71
3) 양극성장애 위험집단의 양극성장애 성향에 전체 관련변인들이 미치는 영향	72
V. 논의	74
1. 청소년기 양극성장애 성향의 정도와 유형	74
2. 청소년기 양극성장애 성향의 유형에 따른 관련변인들의 차이	75
3. 청소년기 양극성장애 성향과 관련변인들의 상관관계	79
4. 양극성장애 정상집단과 위험집단의 판별에 대한 관련변인들의 예측관계 ..	80
5. 양극성장애 위험집단의 양극성장애 성향에 대한 관련변인들의 예측관계....	86
VI. 결론 및 제언	91
1. 결론	91
2. 제언	92
참 고 문 헌	94
부 록	112

표 목 차

<표 III-1> 연구대상 선정.....	49
<표 III-2> 연구대상의 기초사항.....	50
<표 III-3> 스트레스척도 하위요인 및 신뢰도.....	53
<표 III-4> 자살척도 하위요인 및 신뢰도.....	54
<표 III-5> 사회불안척도 하위요인 및 신뢰도.....	55
<표 III-6> 비행척도 하위요인 및 신뢰도.....	56
<표 III-7> 변인별 자료처리	57
<표 IV-1> 양극성장애 성향의 정도와 유형 분석결과	59
<표 IV-2> 양극성장애 성향의 유형에 따른 관련변인들의 교차분석 결과.....	60
<표 IV-3> 양극성장애 성향의 유형에 따른 관련변인들의 t-검증 결과.....	61
<표 IV-4> 양극성장애 성향과 관련변인들 간의 상관관계.....	63
<표 IV-5> 모형검증 및 집단판별에 대한 분류의 정확도(생물학적 변인).....	64
<표 IV-6> 집단판별에 대한 로지스틱회귀분석 결과(생물학적 변인).....	64
<표 IV-7> 모형검증 및 집단판별에 대한 분류의 정확도(심리사회적 변인)...	66
<표 IV-8> 집단판별에 대한 로지스틱회귀분석 결과(심리사회적 변인).....	66
<표 IV-9> 모형검증 및 집단판별에 대한 분류의 정확도(전체 관련변인).....	68
<표 IV-10> 집단판별에 대한 로지스틱회귀분석 결과(전체 관련변인).....	69
<표 IV-11> 위험집단의 양극성장애 성향과 생물학적 변인들의 중다회귀분석 결과	71
<표 IV-12> 위험집단의 양극성장애 성향과 심리사회적 변인들의 중다회귀분석 결과	72
<표 IV-13> 위험집단의 양극성장애 성향과 전체 관련변인들의 중다회귀분석 결과	73

ABSTRACT

Relationships of Bipolar Disorder Tendency with Related Variables in Adolescence

Hwang, Sun-Young

Advisor : Seunghee Lee, Ph.D.

Co-Advisor : Young-il Kim, Ed.D.

Department of Special Education,

Graduate School of Chosun University

The purpose of this study was to examine the relationships between the degree and types of bipolar disorder tendency in adolescence and eleven variables(gender, age, sleeping time, father age at birth, birth order, numbers of siblings, peer relationship, stress, suicide thinking, social anxiety, delinquency). Participants were 1,052 students attending 2 middle schools for students with normal school in the Gwangju.

Korean-Mood Disorder Questionnaire(K-MDQ) was used to collect date on type and severity of bipolar disorder tendency in adolescence. The data were analyzed by frequency analysis, chi-square tests, t-tests, correlation analysis, logistic regression, and multiple regression.

The results of this study were as follows:

First, using K-MDQ total score of 13, the prevalence of normal group in

participants was 614(58.4%) of 1,052(100%) participants. And the prevalence of risk group in participants was 438(41.6%) of 1,052(100%) participants.

Second, chi-square test was used to analyze the relationships between bipolar disorder tendency in adolescence and gender, age. T-test was used analyze the relationships between bipolar disorder tendency in adolescence and nine related variables(sleeping time, father age at birth, birth order, numbers of siblings, peer relationship, stress, suicide thinking, social anxiety, delinquency). The were statistically significant relationships between bipolar disorder tendency in adolescence and gender, age, sleeping time, stress, suicide thinking, social anxiety, delinquency.

Third, correlation analysis was used to investigate the correlations between the bipolar disorder tendency total score and eleven related variables. The correlations of bipolar disorder tendency total score with seven variables(gender, age, sleeping time, stress, suicide thinking, social anxiety, delinquency) were statistically low significant.

Fourth, logistic regression analysis between distinguishing normal groups and risk groups in bipolar disorder tendency and biological variables revealed a significant predictive relationship with two variables(age, sleeping time). Logistic regression analysis between distinguishing normal groups and risk groups in bipolar disorder tendency and psychosocial variables revealed a significant predictive relationship with three variables(peer relationship, social anxiety, delinquency). And logistic regression analysis between distinguishing normal groups and risk groups in bipolar disorder tendency and eleven related variables revealed a significant predictive relationship with three variables(peer relationship, social anxiety, delinquency).

Fifth, multiple regression analysis between bipolar disorder tendency in risk

group and biological variables revealed a significant predictive relationship with one variables(sleeping time). Multiple regression analysis between bipolar disorder tendency in risk group and psychosocial variables revealed a significant predictive relationship with one variables(delinquency). And multiple regression analysis between bipolar disorder tendency in risk group and eleven related variables revealed a significant predictive relationship with one variables(delinquency).

The results were discussed in relation to previous research, and some considerations for future research were presented.

I . 서 론

1. 연구의 필요성 및 목적

현재 우리나라의 청소년들은 공부, 또래관계, 학교생활, 진학, 건강 등의 많은 걱정속에서 생활하기 때문에 정신건강에 심각한 위협을 받고 있다. 청소년기에는 급격한 신체적·심리적 변화가 일어나 자주 기분이 변하고 예민해진다. 이렇게 아동에서 성인으로 옮겨가는 과도기에 있는 많은 청소년들은 불안과 혼란을 경험하게 된다. 청소년기의 혼한 정신건강 문제는 학습부진, 물질남용, 적응장애, 수면장애, 식이장애, 우울, 불안, 비행, 신체장애 등으로 복잡다단한 양상을 지닌다. 최근 대한우울조울병학회는 고등학생 2,000명을 대상으로 한 연구에서 약 5.2%의 학생들이 양극성장애로 의심된다는 결과를 발표했다(메디컬투데이, 2009. 6. 19). 또한 Perlis와 동료들(2004)은 1,000명의 조기 발병 양극성장애 환자들을 대상으로 한 STEP-BD 연구를 통해 18세 이후 발병은 35%, 13~18 세 사이 조기 발병(early onset) 양극성장애는 37%, 13세 미만 발병한 매우 조기 발병(very early onset) 양극성장애는 28%인 것으로 보고하였다. 이는 최근 양극성장애의 조기 발병률이 높아졌음을 시사한다.

양극성장애의 조기 발병과 관련된 연구들(예: Carter, Mundo, Parikh, & Kennedy, 2003; McGlashan, 1988; Perlis et al., 2004; Schulze et al., 2002)에 의하면 조기 발병한 경우는 후기 발병한 경우에 비하여 더 부정적인 것으로 보인다. 즉, 양극성장애가 일찍 발병한 경우 늦게 발병한 경우에 비하여 임상양상이 비전형적이며 발달연령에 따라 서로 다른 양상을 보일 수 있어 진단이 어렵고 주의력결핍 및 과잉행동장애(ADHD), 품행장애, 물질관련장애의 발병 빈도가 높으며 정신병적 증상이 많이 발생하고 자살 위험이 높다.

또한 양극성장애의 공존질환에 대한 연구들(전덕인 외, 2007; Cassidy,

Ahearn, & Carroll, 1999; McElroy et al., 2001)은 양극성장애를 가진 성인 중 2/3가 다른 공존질환이 있으며 그 예후는 공존질환이 없는 경우보다 더 좋지 않다고 보고하고 있다. 국내의 후향적 의무기록조사 연구(전덕인 외, 2007)에 의하면 양극성장애 환자 중 약 21%에서 신체질환이 공존하고 이 가운데 심혈관계 질환이 5.8%로 나타났고 그 다음으로 갑상선질환 2.4%, 간질환 1.9%, 당뇨 1.0% 순으로 나타났다. 이와 같이 성인 양극성장애에서 신체질환이 공존하는 것과 달리 청소년기 양극성장애에서는 정신질환이 공존하는 경향이 있는데 가장 흔히 공존하는 질환은 ADHD(61~93%)이고, 그 다음이 적대적 반항장애와 품행장애(43~91%), 불안장애(13~59%), 물질사용장애(10~35%)이다 (Lewinsohn, Klein, & Seeley, 1995). 특히 ADHD가 동반되는 경우에는 ADHD가 없는 경우보다 양극성장애가 더 어린 나이에서 발병한다(천근아, 2006).

한편 양극성장애의 관련변인들에 대한 연구들의 결과도 보고되고 있는데 이러한 변인들은 크게 생물학적 변인과 심리사회적 변인으로 나누어 볼 수 있다. 먼저 생물학적 변인들로는 성별, 연령, 수면시간, 출생시 부연령 등이 있다. 한 성희(1983)의 연구에서는 양극성장애에 있어서 남녀 성별의 차이는 없다고 하였다. 그러나 양극성장애는 남자보다는 여자에게서 많이 나타나 성별에 차이가 있다고 밝히는 연구결과도 있다(임명호 외, 2000). 연령과 관련하여서는 성인 양극성장애 환자들의 약 50%에서 17세 이전에, 약 20%는 10~14세에 발병한다고 보고한 연구가 있다(Goodwin & Jamison, 1990; Kupfer et al., 2002). 그리고 Kasper와 Wehr(1992)의 연구에서는 수면시간과 질이 양극성장애의 발병요인이 된다고 말하고 있다. 이들에 의하면 다수면은 양극성장애를, 불면은 우울장애를 유발하며, 수면박탈은 조증을 촉발시키기 때문에 양극성장애와 밀접한 관련이 있다고 밝히고 있다. 또한 Frans(2008)는 출생당시 아버지의 나이가 많을수록 양극성장애 위험이 높아진다고 하였다.

다음으로 심리사회적 변인들로는 출생순위, 형제자매의 수, 또래관계, 스트레스, 자살생각, 사회불안, 비행 등을 들 수 있다. 권재호, 이길홍, 박두병(1994)의

연구에서는 첫째는 우울장애에서, 막내는 양극성장애에서 많이 나타난 것으로 나타났으며, 김창곤(2001)의 연구에서는 형제자매의 수가 4명인 경우에 양극성장애가 가장 많이 나타난 것으로 나타났다. 빈약하고 좁은 또래관계를 경험한 청소년은 사회적 부작용을 초래하며, 불안·우울 등의 정신적 건강에 문제를 일으키며, 우울장애와 양극성장애를 유발할 수 있다고 한다(김주연, 2009; 서완석, 2007). 또한 스트레스로 인하여 절망감에 빠지기 쉬우며, 불안, 신경과민, 초조함 등이 나타나며, 스트레스 사건들은 조증과 우울증의 발현정도에 어느 정도 상관을 미치는 것으로 밝혀졌으며, 심리사회적 스트레스는 양극성장애의 재발 및 악화에도 기여하는 것으로 나타났다(신영철, 2009; APA, 2000). 자살생각은 자살행위의 한 과정으로 불안정한 정서로 인하여 정신장애에 영향을 미치는 것으로 나타났으며(김성희, 2010), 자살은 양극성장애에 있어서 중요한 정신질환중의 하나로 보고되고 있다(Tondo & Baldessarini, 2000). 그리고 사회불안이 높은 청소년들은 정서적 과민경향을 보이며, 사회적 고립으로 인해 우울장애와 양극성장애가 발병할 가능성이 높다(Alloy et al., 1990; Beidel, Tuner, & Morris, 1999). 그리고 청소년의 비행은 정신의학적 장애에 영향을 미치는 것으로 나타났는데(천근아, 2006), 특히 흡연은 양극성장애에 직접적인 영향을 미치는 것으로 나타났으며, 흡연을 하는 청소년들이 흡연을 하지 않은 청소년보다 양극성장애 발병위험이 높은 것으로 나타났다(Diaz et al., 2009; Gonzalez-Pinto et al., 1998).

이상에서 살펴본 바와 같이, 청소년기 양극성장애의 발병률이 높아지고 있으며 관련변인들도 보고되고 있으나 청소년기 양극성장애와 관련된 국내·외 연구들이 대부분 의학적으로 접근하여 양극성장애로 진단받은 환자들을 대상으로 이루어져 교육학적인 접근으로 이루어진 연구는 매우 제한되어 있다. 그러나 높아지는 청소년기 양극성장애의 발병률을 감안할 때 일반 청소년들의 양극성장애 성향과 그 관련변인들을 파악하는 것이 청소년기 양극성장애의 예방, 진단, 및 중재를 위해 필요할 것으로 보인다. 따라서 본 연구에서는 청소년들을

대상으로 양극성장애 성향과 그 관련변인들을 살펴보고자 하였다.

2. 연구문제

이상과 같은 연구의 필요성 및 목적을 토대로 본 연구에서는 다음과 같은 연구문제를 설정하였다.

- 1) 청소년기 양극성장애 성향의 정도와 유형은 어떠한가?
- 2) 청소년기 양극성장애 성향의 유형에 따라 관련변인들에 차이가 있는가?
- 3) 청소년기 양극성장애 성향과 관련변인들의 상관관계는 어떠한가?
- 4) 양극성장애 정상집단과 위험집단의 판별에 관련변인들이 미치는 영향은 어떠한가?
 - 4-1) 양극성장애 정상집단과 위험집단의 판별에 생물학적 변인(성별, 학년, 수면시간, 출생시 부연령)이 미치는 영향은 어떠한가?
 - 4-2) 양극성장애 정상집단과 위험집단의 판별에 심리사회적 변인(출생순위, 형제자매의 수, 또래관계, 스트레스, 자살생각, 사회불안, 비행)이 미치는 영향은 어떠한가?
 - 4-3) 양극성장애 정상집단과 위험집단의 판별에 전체 관련변인이 미치는 영향은 어떠한가?
- 5) 양극성장애 위험집단의 양극성장애 성향에 관련변인들이 미치는 영향은 어떠한가?
 - 5-1) 양극성장애 위험집단의 양극성장애 성향에 생물학적 변인(성별, 학년, 수면시간, 출생시 부연령)이 미치는 영향은 어떠한가?
 - 5-2) 양극성장애 위험집단의 양극성장애 성향에 심리사회적 변인(출생순위, 형제자매의 수, 또래관계, 스트레스, 자살생각, 사회불안, 비행)이 미치는 영향은 어떠한가?
 - 5-3) 양극성장애 위험집단의 양극성장애 성향에 전체 관련변인이 미치는

영향은 어떠한가?

3. 용어의 정의

① 청소년

청소년이란 청소년기본법(법제처, 2010)에서 9세에서 24세 사이의 사람으로 규정되어 있다. 흔히 청소년이라 하면 만 13세에서 만 18세 사이의 사람을 칭하며, 사춘기를 겪고 있는 사람을 칭하기도 한다. 학년으로는 중학교 1학년부터 고등학교 3학년까지이나, 본 연구에서는 청소년을 중학교에 재학중인 1, 2학년 남녀학생을 말한다.

② 양극성장애 성향

양극성장애란 조증(단극)과 우울증(단극)으로 기분상태가 반복되는 순환이나 변화를 말한다(American Psychiatric Association, 2000). 양극성장애는 조증과 우울증으로 기분상태가 변하는 것을 특징으로 하지만 때로는 상반되는 기분상태인 조증과 우울증이 함께 나타나는 경우가 있어 진단에 혼란을 일으킬 수 있으며, DSM-IV-TR(APA, 2000)에서는 아동과 청소년의 양극성장애를 진단하기 사용되는 별도의 범주가 없이 아동, 청소년, 성인이 모두 동일한 범주를 사용한다.

본 연구에서 양극성장애 성향이란 조증과 우울증이 반복 순환되는 기분이 나타나는 경향을 말하며 Hirschfeld과 동료들(2000)이 개발하고 전덕인 등(2005)이 번역한 양극성장애 선별검사인 기분장애 질문지로 측정된 총점으로 판단한다. 총점이 높을수록 양극성장애 성향이 높은 것으로 본다. 또한 기분장애 질문지 점수 총 13점 중에 6점 이하를 받은 청소년을 양극성장애 정상집단으로 명명하고, 7점 이상을 받은 청소년을 양극성장애 위험집단으로 명명한다.

③ 성별

본 연구에서의 남자는 일반 중학교에 재학중인 1, 2학년의 남학생을 말하며, 여자는 일반 중학교에 재학중인 1, 2학년의 여학생을 말한다.

④ 학년

본 연구에서의 1학년은 일반 중학교에 재학중인 1학년의 남녀학생을 말하며, 2학년은 일반 중학교에 재학중인 2학년의 남녀학생을 말한다. 우리나라에서 취학연령을 8살로 기준하였을 때 중학교 1학년에 재학중인 학생의 1996년생으로, 2학년은 1995년생으로 추정할 수 있다. 이는 1학년은 14살, 2학년은 15살로 추정할 수 있으며, 본 연구에서는 학년은 연령과 동일한 개념으로 간주한다.

⑤ 수면시간

수면은 인간의 생활과 건강유지에 필수적인 요소로 신체의 기능을 회복하고 건강을 유지하는 기전으로 신체적·정서적으로 재충전시키며, 가장 중요한 휴식방식으로 적당한 감각이나 자극에 의해 깨어날 수 있는 무의식상태, 즉 적절한 자극에 의해 깨어날 수 있는 자연적인 무의식 상태라고 말할 수 있다(이성일, 2009; 조성희, 2002; Foreman & Wykle, 1995).

본 연구에서의 수면시간이란 자연적인 무의식 상태로 휴식을 취하는 시간을 말한다.

⑥ 출생시 부연령

본 연구에서의 출생시 부연령이란 자녀가 태어났을 때 아버지의 생물학적 나이를 말한다.

⑦ 출생순위

- 첫째: 부모에게서 태어난 순서 중 처음으로 태어난 자녀를 말한다.

- 둘째: 부모에게서 태어난 순서 중 두 번째로 태어난 자녀를 말한다.
- 셋째: 부모에게서 태어난 순서 중 세 번째로 태어난 자녀를 말한다.
- 넷째: 부모에게서 태어난 순서 중 네 번째로 태어난 자녀를 말한다.
- 다섯째: 부모에게서 태어난 순서 중 다섯 번째로 태어난 자녀를 말한다.
- 여섯째: 부모에게서 태어난 순서 중 여섯 번째로 태어난 자녀를 말한다.

⑧ 형제자매의 수

- 0명: 학생의 형제자매가 없이 학생만 있는 경우를 말한다.
- 1명: 학생의 형제나 자매가 1명 있는 경우를 말한다.
- 2명: 학생의 형제나 자매가 2명 있는 경우를 말한다.
- 3명: 학생의 형제나 자매가 3명 있는 경우를 말한다.
- 4명: 학생의 형제나 자매가 4명 있는 경우를 말한다.
- 5명: 학생의 형제나 자매가 5명 있는 경우를 말한다.

⑨ 또래관계

또래란 나이, 성, 학년 등 모든 영역에서 동등한 지위에 있는 동년배를 의미하며 비슷한 연령이나 수준에서 상호작용을 하고 정신적 발달, 신체적 발달, 그리고 행동이 유사한 존재들로 사회적으로 동일시하는 대상을 말한다(Hartup, 1992).

본 연구에서의 또래관계란 또래와의 평등한 위치에서 상호작용하고 친밀감, 신뢰감과 같은 심리적 특성에 기반하여 정서적, 심리적 안정과 지지를 주고받는 관계를 의미하며 또래관계 척도(안수영, 2008)로 측정된 점수를 말한다. 척도의 점수가 높을수록 긍정적인 또래관계를, 점수가 낮을수록 부정적인 또래관계를 보이는 것으로 판단한다.

⑩ 스트레스

스트레스란 개인의 안녕을 위협하고 개인이 가진 자원을 요구하거나 그 한계를 초과하는 것으로 평가되는 상황과 사람 사이의 특정한 관계라고 말한다 (Lazarus & Folkman, 1984). 사춘기를 거쳐 청소년기에 나타나는 신체의 급격한 변화에 반해 정서적·심리적 발달은 아직 미숙한 단계에 머물러 있기 때문에 청소년들에게 스트레스에 매우 취약한 특성을 지니고 있다(민병근, 최상진, 이길홍, 1978).

본 연구에서의 스트레스란 개인과 환경의 상호작용에서 발생하는 문제가 개인의 능력범위를 넘어서는 주관적인 인지상태를 의미하며, 김선희(2006)가 사용한 연구도구로 측정된 점수를 말한다. 점수가 높을수록 스트레스 수준이 높은 것으로 판단한다.

⑪ 자살생각

일반적으로 자살이란 한 개인이 스스로 죽기 위해 행하는 자발적인 행동이라고 할 수 있는데, Reynolds(1991)는 자살생각을 죽음, 자살, 그리고 자해적 행동과 관련된 생각이나 사고라고 정의내리고 있으며, 자살생각을 기점으로 자살기도, 자살위험, 자살시도, 자살로 이어지는 자살행위 중의 한 과정이라고 볼 수 있다(Beck, Kovacs, & Weissman, 1979; Lewinsohn, Klein, & Seeley, 1995).

이에 본 연구에서의 자살생각이란 자살을 행하는 것에 대한 생각이나 사고로 누구나 한번쯤 일시적으로 갖게 되는 죽고 싶다는 생각을 하는 보편적인 현상에서부터 정말 죽으려고 구체적인 계획을 세우는 것까지를 의미한다.

⑫ 사회불안

Schlenker와 Leary(1982)는 사회불안이란 실제 또는 상상의 사회적 상황에서 개인적 평가가 실재하거나 예상되는 결과로 나타나는 불안이라고 하였으며, DSM-IV-TR(APA, 2000)에서는 극단적인 사회불안을 보이는 경우를 사회공포

증이라는 전단 범주로 기술하고 있는데, 사회공포증이란 ‘한 가지 혹은 그 이상의 사회적 상황이나 활동 상황에 대한 현저하고 지속적인 두려움, 즉, 개인이 친숙하지 않은 사람들이나 타인에 의해 주시되는 상황에 대한 두려움, 개인들은 자신들이 수치스럽거나 당혹스러운 방식으로 행동할까(또는 불안증상을 보일까봐) 두려워하는장애’로 정의하고 있다.

이에 본 연구에서의 사회불안이란 또래와 함께 어울려 노는 등의 대인관계에서 불안을 느끼는 대인불안과 사회적 활동과 상황에서 수행하는데 느끼는 불안감인 수행불안까지를 의미한다. 대인불안을 측정하기 위하여 문혜신과 오경자(2002)가 번안한 개정판 청소년용 사회불안척도(SAS-A)를, 수행불안을 측정하기 위하여 문혜신과 오경자(2002)의 한국판 아동 청소년용 수행불안 척도(SPAI-C)에 포함된 수행불안 하위척도를 사용하였으며, 사회불안척도에서 나타난 점수가 높을수록 사회불안정도가 심함을 의미한다.

⑬ 비행

비행이란 대체로 보통범죄라고 불리는 행위를 비롯하여 사회가 합의하는 도덕적, 관습적 기준으로부터 일탈한 행위를 의미하고 자신과 타인의 안녕을 위협하게 되는 일체의 행위를 말한다(최상수, 1999). 비행은 법률을 위반한 행동이나 청소년 시기에 부적절하게 나타날 수 있는 음주, 흡연 및 무단결석 등의 부적절한 행동, 도덕이나 관습에 어긋나는 행동을 의미한다.

이에 본 연구에서의 비행이란 청소년이 여러 가지 규범을 어긋난 행위를 말하고, 법률적으로 보면 청소년이 실정법에 어긋나는 행위를 의미하며, 김귀석(2007)이 개발한 비행척도에서 스스로 평가하여 나타난 점수가 높을수록 비행이 심각하다고 말한다.

II. 이론적 배경

1. 청소년기 양극성장애

1) 개념

청소년은 흔히 어른과 어린이의 중간시기를 가리킨다. 청소년에 대한 연령규정은 법마다 다르나, 청소년 기본법에서는 9~24세 사이의 사람으로 규정되어 있다(법제처, 2010). 청소년기는 아동기에서 성인기로 전환하는 시기이며, 심리·정서·흥미·행동·가치관 등의 변화가 일어나는 변환기·불안기·비현실적인 시기로서 인간의 생애 중 가장 중요한 시기로서 이러한 정서적 불안정과 불균형으로 인해 심한 긴장과 혼란을 경험하게 된다(서영태, 2001; 이정은, 2009). 청소년기는 대체로 12세부터 19세까지를 의미하며, 인생에서 가장 변화가 많은 시기 즉, 신체적·정서적 그리고 심리적 변화가 많은 시기로서 다양한 역할 혼미를 거쳐 성숙한 인격으로서의 정체감을 확립하는 중요한 시기이다(김성희, 2010).

청소년기의 심리적 특성에 대해 좀 더 자세히 살펴보면, 청소년은 내부적인 욕구가 생기며 환경도 넓어지기 때문에 자신과 환경과의 대립 또는 욕구와 상호간에 생기는 갈등으로 정서적으로 불안정하고 심리적인 면에서도 급진적으로 변화한다. 그리고 타인에게 비춰지는 자신의 모습에 대한 평가 때문에 생각이나 행동이 자유롭지 못하고, 작은 일에도 민감하게 반응하는 등 감정의 변화가 심하다(이정은, 2009). 또한 청소년기는 청소년 자신이나 부모에게 있어서 매우 어렵고 복잡한 인생의 주기이며 변화하는 사회적 환경에서 불안과 긴장, 심리적 갈등을 경험하고 그로 인해 인격형성이 달라지는 중요한 시기이다.

DSM-IV-TR에서 울증과 조증은 기분장애(mood disorder)의 범주에 속한다.

기분장애는 때로 단극성(한 가지 기분, 대개 울증) 또는 양극성(두 가지 기분, 울증과 조증)으로 나타난다(정명숙, 손영숙, 정현희 공역, 2004). 공식적으로 조증-우울증으로 알려져 있는 양극성장애('양극'은 둘을 의미함)는 두 반대되는 양극 사이의 기분의 순환 또는 변화를 가리킨다(육기환 역, 2008). 양극성장애는 조증과 우울증으로 기분상태가 변하는 것을 특징으로 하지만 때로는 상반되는 기분상태인 우울증과 조증이 함께 나타는 경우가 있어 진단에 혼란을 일으킬 수 있다. 조증 삽화에서 우울증 삽화로, 혹은 반대로 우울증 삽화에서 조증 삽화로의 이행기에 경조증 증상과 우울 증상이 함께 나타는 경우가 빈번할 뿐 아니라 조증 삽화중에도 우울 증상이 함께 나타나기도 한다(서영록, 정철호, 박영남, 1999). 그리고 임상경과에 따라 조증삽화, 경조증 삽화, 주요 우울증 삽화, 혼재성 삽화를 보일 수 있다.

양극성장애는 I형 양극성장애, II형 양극성장애, 순환기분장애, 달리 분류되지 않는 양극성장애의 4가지로 구분한다(APA, 2000). DSM-IV-TR에서 I형 양극성장애 진단은 전적으로 조증삽화의 유무에 의존한다. 1개 이상의 조증삽화가 확인될 경우에는 주요 우울증 삽화의 발병 혹은 존재여부와 무관하게 I형 양극성장애로 진단된다. II형 양극성장애는 한번 이상의 경조증 삽화와 한번 이상의 주요 우울증 삽화가 확인되면 진단할 수 있다. 순환 기분장애는 다수의 경조증 삽화와 주요우울증 삽화는 아니지만 상당기간동안 우울 증상이 있는 경우에 진단되는데 이때 경조증 증상이나 우울 증상을 가진 기간이 최소한 2년 이상이 되어야 하며, 증상이 있는 기간에 2개월 이상 동안 증상이 없는 시기가 있어서는 안된다. 달리 분류되지 않는 양극성장애는 양극성장애의 특성을 가지지만 양극성장애의 특정한 진단기준을 만족시키지 못하는 경우 진단한다.

기분장애는 소아·청소년기의 중요한 정신과적 질환이지만 소아기에서 조기 발병이 드물다고 알려져 왔다. 그러나 우울증을 포함한 양극성장애는 소아·청소년기의 모든 연령군에서 발병의 가능성이 높으며 진단 빈도가 증가되는 추세에 있다(Akiskal, 1995). 기분장애 유병율은 학령전기 소아에서는 매우 드물게

나타나 약 0.3%로 추정되며 학령기 소아는 2%, 임상상황에서 0.9%로 추정되고 있으나 청소년기가 되면서 증가하고 있다(Faraone, Glatt, & Tsuang, 2003). 아직 우리나라에서는 소아·청소년에서의 양극성장애에 대한 체계적인 유병률 조사가 이루어지지 않았지만(천근아, 송동호, 2009) 외국, 특히 미국에서 최근에 보고되는 연구(육기환 역, 2008; Carlson & Glovinsky, 2009)에서는 그 유병률이 크게 증가되는 추세를 보이고 있다.

DSM-IV-TR에서는 아동과 청소년의 양극성장애를 포함하는 기분장애를 진단을 위해 사용되는 별도의 범주가 없다. 그러므로 진단 기준은 아동, 청소년, 그리고 성인에게서 모두 동일하다(정명숙, 손영숙, 정현희 공역, 2004). 소아·청소년기 양극성장애는 첫 삽화가 우울 중세로 시작하는 경우가 많고, 80% 이상에서 급속 순환형, 혼합형으로 나타나고 있어, 현재의 DSM-IV-TR의 진단기준을 적용할 경우에는 소아·청소년기에 특징적으로 보여주는 임상적 양상을 반영하지 못하여 소아·청소년기 양극성장애를 진단 내리기는 매우 어렵다(천근아, 2006). 또한 소아·청소년의 경우, 연령에 따라 조증삽화나 우울증 삽화를 정의하는데 기본적으로 필요한 증상이나 행동이 다르고 또 다른 질환에서 나타날 수 있는 발달상의 상태와 감별이 어려워 감별이 어렵기 때문에 양극성장애의 성인에 비해 그 개념을 설정하는데 어려움이 크다(Carlson & Glovinsky, 2009).

소아·청소년의 양극성장애의 개념설정이 어려워짐에 따라 Leibenluft 등 (2003)은 소아·청소년 경조증 및 조증의 표현형 체계를 재정립하여 “협의적(narrow)”, “중간적(intermediate)”, “광의적(broad)” 표현형으로 세분화하여 분류하였다. 소아·청소년 조증의 협의적 표현형은 DSM-IV-TR 진단 기준상의 조증 또는 경조증의 진단 기준을 모두 만족시키는 경우에 해당되며, 중간적 표현형은 양극성장애 증상들이 경조증 및 조증의 기준보다 짧은 기간동안(경조증의 경우 3일이내, 조증의 경우 6일 이내)에 나타나며, 고양된 기분이나 과대성 없이 과민성이 삽화적인 양상으로 나타나는 경우로 분류하였고, 광의적 표현형

은 고양된 기분이나 과대성 없이 심한 과민성과 과각성(hyperarousal)증상이 비 삽화적인 경우로 분류하였다.

2) 임상양상 및 특징

양극성장애는 과대성, 목적지향적인 행동의 증가, 언어의 압박 또는 언어 생산성의 증가, 수면욕구의 감소 등과 같은 조증 또는 경조증 삽화와 아울러 의욕의 저하, 자존심의 저하 및 우울감 등과 같은 우울 삽화가 반복되는 질환이며(서완석, 2007) 기분, 사고, 행동, 기력, 수면 등 다양한 증상 차원에서 삽화의 형태, 개인, 시간 경과에 따라 다양하고 특징적인 양상을 나타낸다. 이러한 임상양상과 증상은 개인에 따른 차이뿐 만 아니라 동일한 환자에서도 기간 경과에 따른 차이가 있다. 따라서 모든 양극성 환자의 임상 증상을 획일적으로 표현하는 것은 어려움이 많다. 양극성 우울증 상태는 보통 정서와 행동의 거의 모든 면(사고와 언어의 속도, 기력, 식욕, 체중, 성욕, 즐거움을 느끼는 능력 등)에서 지연되거나 감소하는 특징이 있다. 증상은 경미한 인지와 지각기능의 왜곡을 보이는 경한 신체적·정신적 지체로부터 심각한 우울성 혼미, 망상, 환각, 의식의 혼탁까지 다양한 범위에 걸쳐 있다. 혼재성 조증은 우울증과 조증의 증상이 동시에 공존해 있는 상태로 규정지을 수 있다. 혼재성 상태의 증상은 다양한데, 그 범주는 순수한 조증이나 우울증 증후군 속에서 나타나는 한가지의 정반대 상태(조증 동안의 우울한 기분 또는 우울증 동안의 빠른 사고와 같은) 증상으로부터 기분, 사고, 행동의 더 복합적인 혼재 상태에 걸려 있다(Goodwin & Jamison, 2007). 빠른 정신운동 활동(psychomotor activity)은 조증의 현저한 특징을 구성하는데, 그것은 과도한 에너지와 활동, 말이 많음, 빠른 말투 및 언어 압박(pressed speech)(약 80~90%)과 같은 특징으로 나타난다(Goodwin & Jamison, 2007). 조증의 사고는 지나치게 긍정적이고 낙관적이며 과대적이다. 그들은 팽창된 자존심, 과도한 자신감을 보이며, 자신의 업적에 대해 자랑한다.

또한 조증의 정신병적 특징으로는 과대망상을 비롯한 여러 가지 망상이 나타날 수 있다(Akiskal, 1995).

하지만 청소년 양극성장애의 임상표현형과 관련된 문제는 아직까지 어렵고 논란이 많다. 국내외 소아·청소년 정신과 의사들은 양극성장애의 조기 선별 및 진단을 위해 많은 노력과 논쟁을 해오고 있다(천근아 외, 2008). 청소년기의 양극성장애의 특징은 성인의 양극성장애의 특징과 조금 다르게 나타난다. 조증 양상은 나이가 어린 아동일수록 정서적으로 매우 불안정하고 불안 초조증을 보이는 반면 청소년으로 갈수록 고양된 기분, 편집증, 과대망상이 더 자주 보인다(진혜경, 2003).

김지훈(2007)의 연구에서 조기에 발병한 소아·청소년 양극성장애는 성인의 양극성장애에 비해 비전형적인 양상을 보이며, 발달시기에 따라 증상의 차이가 나타난다고 하였다. 소아·청소년 양극성장애의 증상은 고양된 기분보다는 과민성의 형태로 나타나는 경우가 많으며, 소아·청소년기에 조기 발병한 양극성 장애는 성인기에 발병한 양극성장애에 비해 회복률이 낮고 재발이 더 많으며, 극성의 변화가 더 많았다. 또한 조증 및 우울증의 이환 기간이 더 길고, 공존질환이 많은 것으로 밝혀졌다. 조증환자 증상은 고양된 기분과 함께 과대성, 빠른 정신운동 속도, 아이디어의 쇄도, 주의산만, 그리고 수면욕구 감소등이 나타나며, 위트가 있고, 행동이 대범하며, 농담을 좋아하고, 극적이다(Akiskal, 1995).

Geller 등(2000)이 93명의 소아 양극성장애 아동의 임상특성에 대한 연구에서 는 80%이상의 소아들이 비전형적인 양극성장애의 특성을 가지는 것으로 보고하였다. 소아기 발병 양극성장애의 임상양상을 몇 가지 특성으로 표현할 수 있다. 첫째, 전형적인 양극성장애의 조증삽화의 기준이 비정상적으로 고양되고 과대하거나 과민한 기분이 뚜렷이 지속되는 시기가 최소 일주일 이상 지속되는 것, 주요 우울 삽화의 기준이 우울한 기분이나 과민성 또는 홍미나 쾌락의 상실이 최소 2주 이상 지속되는 것이다(Davis, 1979). 둘째, 급성적, 삽화적이기보다는 만성적, 지속적인 병의 경과를 보이는 것이다(Leibenluft, 1999). 셋째, 급

성순환성, 혼재성적인 특성을 보인다(Wozniak et al., 1995). 넷째, 주의력결핍 과잉행동장애와의 공존율이 높게 보고된 경우 40~90%까지 나타난다(West et al., 1995; Wozniak et al., 1995).

이중 청소년기 양극성장애에서 보이는 증상 중 가장 흔히 관찰되면서 진단에 논란이 되는 것은 자극과민성(irritability)이다. 7~16세의 양극성장애와 ADHD 환자들과의 비교에서 자극과민성은 양극성장애와 ADHD 환자들에게서 공통적으로 보이는 증상이지만, 과대성, 고양된 기분, 성욕의 증가, 사고의 비약, 그리고 수면욕구 감소 등의 증상들은 양극성장애를 가진 환자들에게서 특징적으로 보이는 증상들이므로 고양된 기분이 자극과민성보다 양극성장애의 진단에 있어서 더 중요한 증상이다(Geller, Warner, Williams, & Zimerman, 1998). 하지만 또 다른 연구(Biederman, 1998)에서는 사춘기 이전 양극성장애 환자들의 77%에서 자극과민성을 보이는 반면, 고양된 기분은 14%에서만 보이므로 자극과민성은 청소년기 양극성장애의 특징적인 증상으로 볼 수 있다고 밝히고 있다.

양극성장애의 임상은 나이가 어릴수록 더욱 비전형적인 양상을 보인다고 알려져 있다. 학령기에는 자극과민성이 두드러지며, 갑작스러운 분노의 표현, 충동성, 과잉행동, 집중의 저하 등 ADHD에서 나타나는 증상들과 유사한 양상을 보여 흔히 ADHD로 잘못 진단되기도 한다(Carlson, 1999). 청소년기에 들어서면 성인기에 보이는 양극성장애와 유사한 양상을 보이나 성인에 비해 감정의 유동성과 자극과민성이 심하고, 정동이 일치되지 않는 환각이나 편집 망상 등의 정신병적 양상이 성인에 비해 더 흔히 보인다(Carlson & Strober, 1978).

또한 소아·청소년기 조증 환자의 가장 흔한 기분 증상은 성인기의 조증 환자들과 달리 고양된 기분을 주호소 문제로 나타내지 않으며, 불안정한 정동을 동반한 자극과민성, 지속적이며 공격적인 분노 폭발로 나타난다(Davis, 1979). 청소년의 조증은 반사회성 성격장애 또는 정신분열증으로 오진되는 경우도 있다. 청소년 조증의 증상으로는 정신병, 알코올, 또는 기타 물질남용, 자살시도, 학업문제, 철학적 주제에의 몰입, 강박장애 증상들, 다양한 신체적 호소, 싸움질

로 이어지는 지나치게 화를 내는 과민한 기분 및 기타 반사회적 행동들이 포함될 수 있다. 이러한 증상들의 대부분은 정상 청소년에서도 볼 수 있는 것이기는 하지만 정도가 심하거나 또 지속적 증상들로 나타날 경우는 감별진단 상 양극성장애를 고려해야 한다. 특히 망상이나 환각 등의 정신병적 증상을 가진 양극성 장애가 보이는 망상이 정신분열증보다 더 심할 수 있다(김선무, 송수식, 1990; 이문숙 외, 1993; Young et al., 1993).

3) 원인

(1) 생물학적 원인

양극성장애의 생물학적 원인을 찾으려는 노력은 ‘체액설’을 주장한 Hippocrates때부터 시작되었다고 할 수 있으나, 현대적인 의미에서의 생물학적 원인에 대한 연구가 본격화된 것은 1950년대 말 기분을 조절하는데 있어 실질적인 임상적 효과가 나타나는 약물이 출현하면서부터라고 할 수 있다(안용민, 2009).

우울증 치료에 효과적인 약물이 출현하면서 신경전달물질의 이상과 관련하여 단극성 우울증의 발병기전을 설명하려는 시도가 있었다. 양극성장애 역시 신경전달물질의 이상이 관찰되고 있으며, 떤연계(limbic system)의 생체아민 신경전달물질 시스템의 기능이 훼손되고 있어 이것이 수면이나 식욕, 각성, 성기능, 내분비 기능, 그리고 공포나 분노와 같은 감정상태를 조절하는데 영향을 미친다는 사실은 잘 알려져 있으며 이로 인한 양극성장애의 발병을 의심할 수 있다(Goodwin & Jamison, 1990).

또한, 양극성장애는 가족에서 유전된다. 만약 한쪽 부모가 양극성장애를 가지고 있다면 자녀의 발병 위험은 약 10%로 증가하게 된다. 만약 부모 모두 양극성장애를 가지고 있다면 이 위험도는 60%까지 증가하게 된다(Goodwin &

Jamison, 1990; Faraone, Tsuang, & Tsuang, 1999). 양극성장애가 가족에서 유전된다는 사실은 이 질환이 유전자를 통해 전달된다는 것을 암시한다. 양극성장애가 유전 질환이라는 의견을 밝히기 위해 쌍생아 연구가 이루어졌다 (Faraone, Tsuang, & Tsuang, 1999). 이 연구의 결과 일란성 쌍생아의 한 쪽이 양극성장애를 가지고 있다면 다른 쪽이 양극성장애에 이환될 확률이 70%까지 된다는 결과가 나왔다. 그에 반해, 이란성 쌍생아에서는 한 쪽이 양극성장애에 걸렸을 때 다른 쪽이 이환될 확률은 10~20%정도였다. 이는 양극성장애와 관련된 일부 유전자가 밝혀지기는 했지만 결과는 일관되지 않고, 어떤 유전자 조합이 양극성장애를 유발하는지 찾는 것은 매우 어려운 일이라는 것을 간접적으로 시사한다. 이와 비교하여 소아기 발병 양극성장애는 유전적 기여도의 정도가 발병연령과 상당히 밀접한 관계가 있는데 연령을 나누는 기준은 연구마다 조금씩 차이가 있지만 12세를 기준으로 이 이전에 발병한 양극성장애 환자와 이후에 발병한 양극성장애 환자군을 비교하였을 때 12세 이전에 발병한 양극성장애 환자군의 일촌 친척에서 양극성장애의 일생 발병률이 더 높았으며(Pauls, Morton, & Egeland, 1992), 발병연령이 어릴수록 일촌 친척에서의 양극성장애의 위험도는 더 증가하는 것으로 나타났다(Rice et al., 1987). 이런 결과들을 통해 조기 발병 양극성장애는 성인기 발병 양극성장애에 비해 유전적 성향이 더 강하고 유전적으로 좀 더 동질의 군이라는 가설이 제기되고 있다(정유숙, 2007).

(2) 심리사회적 원인

양극성장애에 관한 가족연구, 쌍생아 연구 등을 통해 양극성장애가 유전적 성향이 많다고 알려지게 되면서(Goodwin & Jamison, 1990; Nurnberger & Gershon, 1992), 양극성장애의 발병 원인에 있어 심리사회적 원인보다는 생물학적 원인에 관심이 집중되어 왔다. 그러나 일란성 쌍생아의 일치율이 100%가

아니므로 양극성장애의 발병은 유전적인 요인만으로 설명할 수는 없다. 그렇기에 생물학적 원인이 양극성장애의 발병에 중요하기는 하지만 심리사회적 원인 역시 중요한 발병요인으로 관심을 받고 있다(민경준, 2009). 또 다른 연구에서도 양극성장애의 원인에 유전적 영향이 70%정도 차지하므로 다른 비유전적 영향이 남은 30%의 원인이라고 보고하고 있다(Birmaher et al., 2008).

양극성장애의 원인은 생물학적, 유전적 요소가 주된 역할을 하지만, 심리사회적 요소도 양극성장애의 발병시기, 유형, 경과를 설명하는데 중요하다(O'Connell, 1986). 양극성장애 환자는 처음 발병하기 직전에 스트레스를 야기하는 생활사건을 더 많이 경험한다(Johnson & Kizer, 2002). 양극성장애 환자와 가족간의 상호작용에 있어서 높은 표출 감정은 양극성장애의 중요한 요인이다. 높은 표출 감정을 보이는 가정의 양극성장애 환자는 표출 감정이 적은 가정의 환자에 비해 더 많은 조증양상을 보이고, 더 많은 우울증상을 보인다(Simoneau, Miklowitz, & Saleem, 1998). 한편 가족이나 친구로부터의 사회적 지지는 스트레스에 의한 악영향으로부터 보호해주는 완충 역할을 할 뿐 아니라 개인의 기능을 직접적으로 증가시킬 수 있다. 반면에 높은 표출 감정(expressed emotion)은 부가적인 스트레스가 될 뿐 아니라 양극성장애의 경과를 악화시킨다. 결론적으로 심리사회적요인들(스트레스, 사회적 지지, 표출 감정)은 양극성장애의 발병뿐 아니라 재발에 일조를 하며, 부정적 사건들은 우울증 삽화를 야기할 뿐 아니라 조증과 경조증 삽화의 위험도 높인다(민경준, 2009).

양극성장애는 구체적인 생물학적인 기제들이 정확하게 밝혀져 있지는 않지만, 생물학적 원인이 있는 심리적 장애로 간주된다(Basco & Rush, 1996). 그러나 양극성장애가 발병한 후에 환자들의 병력을 볼 때, 양극성장애의 발병은 스트레스 자극과 연관되어 있을 가능성이 있다. 특히 양극성장애를 가진 사람들 중 매우 높은 비율이 조증과 우울증 삽화가 발생하기 바로 전에 중요한 심리사회적 스트레스 자극들을 경험한 것으로 밝혀졌다. 또한 양극성장애가 진행됨에 따라 점차로 스트레스 자극의 수가 더 적거나 심각도가 덜하더라도 우울증 또

는 조증을 촉발시킬 수 있다. 따라서 환자들의 심리사회적 스트레스를 효과적으로 다루는 것이 매우 중요하다(원호택, 박현순, 1999; Basco & Rush, 1996).

4) 진단

기분장애는 소아·청소년기의 중요한 정신과적 질환이지만 소아기에서 조기 발병이 드물다고 알려져 왔다. 그러나 Akiskal(1995)의 연구에서 양극성장애의 약 20%가 청소년기에 첫 삽화를 보이고 15세~19세에 절정기에 달할 정도의 높은 빈도의 증상 표출을 보일 뿐 아니라 우울증을 포함한 양극성장애는 소아·청소년기의 모든 연령군에서 발병의 가능성이 높으며 진단 빈도가 증가되는 추세에 있다고 보고하고 있다. 또한 Kupfer와 동료들(2002)은 최근 성인 양극성장애 환자 사례들의 임상양상과 인구학적 특성을 분석한 연구에서 양극성장애의 첫 삽화가 17세 이전에 나타나며, 약 20%는 10~14세에 첫 삽화의 과거력이 존재하고 심지어 약 10% 가량은 5~9세의 매우 어린 연령에서 첫 삽화를 경험했던 것으로 나타났다고 보고한 바 있다. Perlis와 동료들(2004)도 1,000명의 조기발병 양극성장애 환자들을 대상으로 한 STEP-BD의 연구를 통해 18세 이후 발병은 35%, 13~18세 사이의 양극성장애는 37%, 13세 미만 발병한 매우 조기 발병 양극성장애는 28%인 것으로 보고하는데 이는 최근 들어 양극성장애의 조기 발병율이 높아졌음을 시사한다고 볼 수 있다(천근아, 2006). 하지만 조기에 발병한 양극성장애를 진단하기 어려운 것은 소아·청소년기 양극성장애의 임상양상이 심각도 및 유병기간 등에 있어서 비전형적이기 때문이다(Geller et al., 2000). 또한 소아·청소년기 특성상 증상의 표현이 발달의 영향을 받고 사춘기 이전 및 초기 청소년기와 청소년 후기의 양극성장애의 임상양상이 차이가 있다는 것도 이 시기의 진단을 어렵게 만드는 이유이다(천근아, 2006). 유감스럽게도 현재까지는 소아·청소년에 특이적으로 적용할 수 있는 양극성장애의 진단기준은 없다. 현재 정신과적 질환의 진단기준으로 사용되고 있

는 미국정신의학회 진단기준(DSM-IV-TR)에서는 양극성장애 조증 십화에 대한 기술에서 “소아의 경우 고조된 기분 외에 짜증스런 기분으로 나타날 수 있다”는 정도만 기술되어 있을 뿐 소아에 특이적으로 적용할 수 있는 양극성장애 진단기준은 규정되어 있지 않다(Birmacher et al., 2006).

소아·청소년기 혹은 노년기에 발생하는 양극성장애의 경우, 그 임상양상이 성인기에 발생하는 기존의 전형적인 양극성장애와 상당 부분 차이를 보이는 것으로 알려져 있다. 실제 이 시기에 발생하는 양극성장애의 경우 공병장애, 병의 경과 등이 성인기 발생 양극성장애와 차이를 보여 이를 장애를 진단하고 평가하는데 어려움이 많다. 특히 소아·청소년기 양극성장애의 경우 주의력결핍·과잉행동장애, 품행장애 등과 많은 증상들을 공유하고 있어서 병을 조기에 진단하고 적절한 치료적 개입을 시작하는데 상당한 어려움이 있다(조성현, 지연경, 최승원, 2009).

소아·청소년에서 발생하는 양극성장애는 전형적으로 비전형적인 양상을 가지는 경우가 많고, 고전적인 조증의 증상과는 아주 다른 양상을 띠며, 공존질환이 많다. 또한 전문가들 사이에 소아 양극성장애 대한 임상양상, 진단 기준이 되는 증상, 임상경과에 대한 명확한 합의가 없기 때문에 진단이 쉽지 않은 어려움이 있다(서완석, 2007). 이와 같이 진단을 내리기 어렵기 때문에 어떤 질병의 인지율(발견)을 높이는 방법으로 선별검사를 사용한다. 선별검사는 조기 진단이 가능하며 경과를 빠르게 호전시키고 경제적인 절감 효과도 거둘 수 있다. 물론 정확성을 추구하는 구조화된 진단도구를 사용할 수도 있겠으나 대개 많은 시간이 소요되기 때문에 많이 외면당하고 있다. 그러므로 간결하고 쉽게 이용할 수 있으며 민감도와 특이도가 높은 진단적 도구가 요구되고 있다(전덕인 외, 2005).

이러한 선별검사 중 최근 개발되어 타당성이 증명된 기분장애 질문지(Mood Disorder Questionnaire: MDQ)가 양극성장애 진단의 문제들을 해결할 수 있는 하나의 방법으로 간주되고 있다(Hirschfeld et al., 2003). MDQ는 자기보고형이

며 ‘예-아니오’로 대답하는 문항들로 구성되어 있어 매우 손쉽고 짧은 시간에 시행할 수 있다는 장점을 가진다. 민감도와 명확도가 높게 평가되었기 때문에 MDQ는 임상에서 또는 일반대중을 대상으로 한 대규모 조사에서 유용하다고 보고되었다(Hirschfeld et al., 2003). 한국에서는 전덕인 등(2005)이 MDQ를 한글로 번역한 한국형 MDQ(K-MDQ)를 양극성장애를 평가하기 위한 자기보고용 선별검사로 표준화를 시켰으며, 국내 표준화 연구 결과 높은 신뢰도 (Cronbach's $\alpha = 0.88$)와 타당도를 보여주었으며, 증상의 총점(7점 이상)으로 양극성장애 선별기준을 정하였다(하태현, 2009).

5) 공존질환

양극성장애 환자 중 2/3가 다른 정신질환을 가지고 있는 것으로 알려지고 있는데 이런 경우 공존질환이 없는 경우보다 일반적으로 예후가 좋지 않다 (McElroy et al., 2001). 청소년기 양극성장애는 공존질환의 비율이 높으므로 경과 및 과거 병력에 대한 신중한 평가가 요구된다.

(1) 신체적 공존질환

양극성장애 환자에서의 신체적 공존질환은 병의 심각도, 낮은 회복률, 삶의 질 저하, 조기사망의 증가 등과 연관되어 치료경과에 부정적인 영향을 미칠 수 있다(Krishnan, 2005).

국내의 후향적 의무기록조사 연구에 의하면 양극성장애 환자 중 약 21%에서 신체 질환이 동반되었고, 이 중 심혈관계 질환이 5.8%, 갑상선 질환 2.4%, 간질환 1.9%, 당뇨 1.0% 순으로 나타났다(전덕인 외, 2007). Cassidy, Ahearn과 Carroll(1999)의 연구에 따르면 양극성장애에서 당뇨병이 최근 수 배 증가되었고 당뇨의 빈도는 정상인에 비해 약 3배 더 높은 것으로 알려졌다. 이는 당뇨

가 동반된 양극성장애 환자들은 기분의 급속순환과 만성 경과를 더 많이 겪는 것으로 밝혀졌다. 치료받고 있는 양극성 환자의 55%는 과체중으로 보고되었고, 비만의 비율은 30%에 이른다고 한다(Wang et al., 2006). 갑상선 기능 이상은 양극성장애에서 중요한 문제이다. 여성(26.9%)이 남성(5.7%)에 비해 훨씬 더 흔하며, 특히 갑상선 기능 저하증이 가장 심하다(Baldassano et al., 2005). 편두통의 비율은 일반 인구에 비해 2배 이상이며 여성(34.7%)이 남성(14.9%)에 비해 더 높았다(Cole et al., 2002). 또한 국내 연구에 의하면 양극성 환자의 30%에서 체중증가(과체중 25.7%, 비만 4.7%)가 나타났으며(전덕인 외, 2007), 미국연구에서는 양극성 환자의 55%가 과체중(28%)이나 비만(27%)에 해당되는 것으로 보고되었다(Wang et al., 2006).

양극성장애 환자에서 신체적 공존질환이 흔한 이유는 분명하지 않지만 일반적 위험요인으로는 운동량의 부족, 흡연 및 약물 남용, 폭식 및 거식증상과 같은 불규칙적인 식습관 등이 있는데, 이는 신체질환뿐 아니라 우울 증상과도 연관이 있다고 알려져 있다. 양극성장애 환자는 발병이후에 많은 시간을 우울한 시기로 보내게 되면서 우울 증상과 연관된 신체질병 발생의 위험요인을 함께 갖게 되고 다른 정신질환을 함께 동반하게 되어 신체질병이 조기에 발병하고 만성적인 경과를 짧게 될 가능성성이 높다(전덕인 외, 2007). 정신과적 요인을 살펴보면 양극성장애 환자에서는 일반 인구에 비해 어린 시기에 신체적, 정신적 학대 및 부정적 경험이 많은 것으로 보고되고 있고, 이러한 부정적인 경험은 스트레스와 관련이 높은 신체질환의 발생을 간접적으로 매개하여 유병률을 높이게 된다. 양극성장애와 스트레스 관련 신체 질환의 공존은 인생 초기에 경험한 부정적 사건의 장기간에 걸친 유산물일 수 있다(McIntyre et al., 2007).

양극성장애 환자가 신체적 공존질환이 잘 관리되지 못하면 양극성장애의 전체적인 치료 경과와 효과에 부정적인 영향을 미칠 수 있기 때문에, 신체적 공존질환에 대하여 주기적으로 점검하고 관리하는 것은 환자의 삶의 질 향상과 전체적인 치료 결과를 좋게 유지하는데 있어 반드시 고려되어야 할 부분이다

(석정호, 정문용, 2009).

(2) 정신적 공존질환

① 주의력결핍과잉행동장애

청소년기 양극성장애와 가장 흔히 동반되는 질환은 주의력결핍과잉행동장애(attention deficit hyperactivity disorder: ADHD)이지만(Lewinsohn et al., 2003), ADHD와 진단을 구분하는 것은 매우 어렵다. 보통 순수한 ADHD를 양극성장애라고 잘못 진단하는 경우는 적으나, 양극성장애를 ADHD와 반항장애 또는 ADHD와 품행장애로 잘못 진단 내릴 위험성은 높은 편이다(김봉년, 조수철, 2009).

Wozniak 등(1995)은 소아기 양극성장애 환아 중 98%에서 ADHD가 공존한다고 하였으며, West 등(1995)은 청소년기 양극성장애 환아 중 57%에서 ADHD가 공존한다고 하였다. 반면에 ADHD 아동에서 양극성장애가 공존할 확률은 그보다 훨씬 낮은 11~23%로 보고되었다.

ADHD와 양극성장애와의 관계에서 ADHD는 양극성장애의 발병을 미리 알려주는 조기 경고신호로 나타날 수 있으며, 청소년기에 확인가능한 양극성장애의 발달학적 지표일 수 있다. 뿐만 아니라 불안정한 정서, 공격성, 심한 ADHD는 양극성장애의 발병 표식자일 수 있다(Faraone et al., 1997).

소아·청소년 양극성장애 환자의 57~100%에서 ADHD가 공존하는 반면 ADHD의 11~22%에서만 양극성장애가 공존한다고 알려져 있다. 특히 양극성장애를 진단받는 연령이 어릴수록 ADHD가 공존될 가능성이 더욱 많아지는데 ADHD는 아동기에는 가장 많이 동반되다가 성인으로 갈수록 점차 줄어들어 성인 양극성장애 환자의 10~20%에서만 ADHD가 양극성장애와 동반된다. 정동선 등(2006)은 ADHD와 양극성장애 공존 환아군은 ADHD 환아군에 비해 ADHD 증상 발생연령이 이르고, 양극성장애 전구증상이 존재하며 기분장애에

관한 유전적 요인이 크므로, 생물학적으로 구별되는 질환이라는 것을 예상할 수 있는 요인이라고 하였다. 또한 양극성장애 환아 부모들은 환아의 영유아기 특징에 대해서 영아기 때부터 잘 놀래고, 자극과민성이며, 수면이 불규칙하여 양육하는데 어려움이 많았다고 보고하였다. 이렇듯 공존질환이 있는 경우 양극성장애의 발병이 더 빠르며 예후도 더 나쁘다.

따라서 ADHD와 소아·청소년 양극성장애를 감별하고 그에 따라 적절한 치료를 행하는 것은 매우 중요하다. 두 질환의 감별이 매우 까다로우나 양극성장애에서만 나타나는 고유의 증상인 과대성과 고양된 기분을 경험하는 지의 여부를 면밀히 관찰할 필요가 있다. 아울러 양극성장애의 가족력을 조사하는 것도 감별에 도움이 된다(천근아 외, 2008)

② 불안장애

불안과 관련된 증상은 양극성장애의 기본 양상으로 보고되어 왔다. Masi 등 (2001)의 외래 환자 대상연구에서, 양극성장애를 가진 소아·청소년 중 76.5%는 불안장애를 공존질환으로 갖고 있었다고 밝혔다. 이는 소아기 초기의 불안 증상은 양극성장애의 발병에 이르는 또 다른 경로일 가능성을 시사한다. 따라서 불안장애는 양극성장애와 공존하는 질환중 하나로, 불안장애 중에는 공항장애와 사회공포증, 범불안장애 등이 혼하고 이 외에도 외상후 스트레스장애와 강박장애도 적지 않다. 또한 불안장애가 동반되면 그렇지 않은 경우에 비해 자살시도의 가능성이 월등히 높다(52.1% 대 22.1%)(Simon et al., 2004). 또한 불안장애가 동반된 경우에는 양극성장애의 발병이 더 빠르며, 성인기에 이르렀을 때 불안장애가 동반되지 않은 경우보다 조증이나 우울증을 보이는 기간이 더 길고, 자살시도도 더 많이 한다(Simon et al., 2004; Young et al., 1993).

③ 품행장애

양극성장애와 혼히 공존하는 질환 중 세 번째는 품행장애이다. 소아 양극성

장애의 약 20%, 청소년 양극성장애의 약 18%에서 품행장애를 동반하는 것으로 보고되었고, 조증에서 파괴적 행동, 규칙을 따르지 않는 행동 등은 품행장애의 증상과 유사하다(Weller, Weller, & Fristad, 1995). 또한 품행장애가 동반된 경우에는 입원의 빈도가 증가하고, 일상기능의 저하가 심하며, 불안장애가 공존하는 경우에는 양극성장애의 발병이 더 빠르고, 성인기에 이르렀을 때 불안장애가 동반되지 않는 경우보다 조증이나 우울증을 보이는 기간이 더 길며, 자살 시도를 더 많이 한다(김지훈, 2007).

④ 물질사용장애

양극성장애의 마지막 공존질환으로는 물질사용장애가 있다. ADHD는 아동기에는 가장 많이 동반되다가 성인으로 갈수록 점차 줄어들어 성인 양극성장애 환자의 10~20%에서만 ADHD가 양극성장애와 공존되는 반면, 물질사용장애는 청소년기 이후부터 공존하기 시작하여 성인기까지 점차 증가한다(천근아, 송동호, 2009). 조기발병 양극성장애는 ADHD, 품행장애와 무관하게 물질사용장애의 위험을 높이는 요소이며(Wilens et al., 1999), 증상을 조절하기 위해 술이나 기타 약물을 사용한다(Khantzian, 1997). 천근아와 송동호(2009)는 물질사용장애가 지속적으로 관해(겉보기에 나온것 처럼 보이는 상태)되었던 환자는 현재 물질사용장애를 가지고 있는 환자에 비해 사회기능이 더 우수한 결과를 보였으나, 물질사용장애가 없었던 환자들만큼 좋은 사회 기능을 갖지 못했으며 이는 물질사용장애 중에 양극성장애의 경과 및 사회기능에 해로운 영향을 미치고 있을 뿐 아니라 사용중단 후에도 영구적인 결손을 가져다 줄 가능성을 시사한다고 말했다.

2. 청소년기 양극성장애의 관련변인

양극성장애는 소아·청소년기의 중요한 정신과적 질환이지만 조기발병이 드

물다고 알려져 왔으나 우울증을 포함한 양극성장애는 소아·청소년기의 모든 연령군에서 발병의 가능성이 높으며 진단 빈도가 증가되는 추세에 있다 (Akiskal, 1995).

하지만 국내·외의 양극성장애에 관련된 연구들 중에서 청소년을 대상으로 한 연구들을 찾아보기 힘들며, 선행연구도 대부분이 의학 관련 연구들로, 대부분이 양극성장애의 진단 및 약물과 비약물 치료방법 등에 관한 것으로, 교육학 관련 연구는 찾아보기 힘든 실정이다. 따라서 다음에서는 양극성장애와 관련된 변인에 대하여 연령대를 청소년으로 국한하지 않고 유아부터 성인까지를 전 연령을 대상으로 살펴보고자 한다.

1) 생물학적 변인

(1) 성별

Moreno 등(2007)은 National Center for Health Statistics에 의한 National Ambulatory Medical Care Survey(이하 NAMCS)에서 소아·청소년의 양극성장애 진단률을 비교·연구한 결과 양극성장애는 여아보다는 남아에서 더 많이 진단되는 것으로 나타났다고 했지만, Perris(1966)의 연구에서는 양극성장애 있어 남녀 성비는 같다고 하였다. Leivenluft(1996)의 양극성장애 임상경과에 따른 연구에서는 여자가 남자보다 양극성장애 제 II형은 남아보다 여아가 더 흔하며, 혼합성 삽화나 급속순환형도 남아보다 여아가 더 많은 것으로 나타났다. 하지만 Murphy, Goodwin과 Bunney(1975)에 의하면 단극성장애는 양극성장애에 비해 여자가 많이 나타났으며, 양극성장애는 성별에 관계가 없다고 하였다.

국내에서 이루어진 연구를 살펴보면, 정인파(1979)는 양극성장애에 있어 성별에 차이가 있는지를 알아본 결과, 여자가 남자보다 1.5배가 많은 것으로 나타났으며, 단극성장애에서도 역시 여자가 단연 많았으나 남자와 여자가 통계적으로

유의한 차이는 보이지 않았다. 하지만 또한 다른 연구들(임명호 외, 2000; 차보석, 김정현, 하규섭, 2003)에서는 양극성장애 환자의 경우에 남자보다 여자가 상대적으로 더 많이 나타나며, 더 일찍 발병하고 그로 인해 치료도 더 빨리 받는 것으로 나타났다. 이상을 종합해 볼 때 성별에 따른 양극성장애에는 연구마다 다른 것으로 나타나 차이를 밝히는 것이 어렵다.

(2) 연령

양극성장애 발병시점에 대하여 과거에는 양극성장애가 주로 초기 성인기에 발병하는 것으로 인식되어 있는 반면 소아기에는 드물게 나타나며, 특히 10세 이전에 발병하는 경우는 전체의 0.4%에 불과하다고 알려져 있었다(State, Altshuler, & Frye, 2002). 하지만 최근 많은 연구들은 양극성장애의 발병연령이 낮아지고 있다고 밝히고 있다. Loranger와 Levine(1978)은 양극성장애는 20대 초반에 가장 많이 발병하며 환자들의 1/3이 25세 이전에 입원을 경험하고 적어도 환자 중 20%는 청소년기에 증상이 나타났다고 보고하였으며, 양극성장애는 청소년기 또는 때때로 청소년기 이전에 발병하였다고 보고하고 있다. Goodwin와 Jamison(1990)의 연구에서도 양극성장애는 소아기에 흔하지 않은 질환으로 10세 이전에는 약 0.3~0.5%의 유병률을 보이다가 사춘기에 접어들면서 그 빈도가 점차 증가되어 약 1%에 이르게 되고 있다고 밝히고 있으며, Kupfer 등(2002)은 성인 양극성장애 환자들을 대상으로 발병시기를 조사한 연구에서 성인 양극성장애 환자들의 약 50%는 17세 이전에 발병하였으며, 약 20%는 10~14세에, 그리고 10%에서는 5~9세에 발병한다고 한다. 1,000명의 양극성장애 환자를 대상으로 한 발병시점에 대한 연구에서는 전체 환자의 28%에서 13세 미만에 발병한 것으로 보고되었으며, 13세 미만에 발병한 환자 중의 약 10%에서는 9세 이전에 첫 삽화가 시작되었다고 보고하고 있다(Perlis et al., 2004).

그러나 양극성장애의 경우 처음 병원을 찾는 시점보다 훨씬 이전에 질병이 시작된 경우가 많기 때문에 발병연령을 정확히 추정하기 어려운 경우가 많다. Hirschfeld와 동료들(2003)은 종종 양극성장애를 가진 환자들이 장애가 발병한 후에도 상당기간 동안 진단을 받지 못하고 그에 상응하는 충분한 치료를 받지 못하거나 치료를 아예 받지 못하는 경우가 많아 장애가 더 심해지고 부정적 영향을 받는다고 하였다. 보통 15~19세 사이에 양극성장애의 증상을 알아차리게 되는데 19세 이전에 진단을 받는 경우는 많지 않으며 그로 인해 양극성장애의 자연스러운 과정에 대해 모르게 되고 아동기에 힘든 시간을 보내게 된다고 하였다. Simon 등(2004)의 연구에서도 단극성 우울증의 경우 30대 후반이 가장 흔한데 비해 양극성장애의 경우 첫 발병은 대개 25세 이전이 많으며, 특히 15~19세 사이에 발병하는 경우가 가장 흔하다고 보고하고 있다. 불안장애가 동반된 환자와 동반되지 않은 환자들을 비교한 연구를 보면 불안장애가 동반된 경우 발병연령이 평균 15.6세로 그렇지 않은 경우 19.4세에 비해 조기에 발병하는 것으로 나타났다. Geller 등(2008)은 소아기에 양극성장애를 일으킨 환자의 약 44%는 청소년기에도 조증상태의 발작을 일으킨다는 연구결과를 발표하고, 이는 양극성장애가 소아기에서 청소년기로 이어질 가능성을 시사하는 것이라고 설명하였다.

이렇듯 최근의 연구에서는 과거에 생각했던 것보다 훨씬 이른 나이에 발병하는 것으로 보고하고 있으며, 이른 발병시기는 양극성장애의 심각도를 증가시키며 좋지 않은 치료반응과 더 나쁜 경과를 가져오게 된다고 밝히고 있다 (Engstrom et al., 2003; Kupfer et al., 2002).

(3) 수면시간

수면은 기초적인 생리기능으로서 인간의 일생에서 대략 1/3정도를 차지하는 활동이며 인간의 생활과 건강유지에 필수적인 요소이다(이성일, 2009). 또한 신

체의 기능을 회복하고 힘과 건강을 유지하는 기전으로 신체적·정서적으로 재충전시키며, 가장 중요한 휴식방식으로 적당한 감각이나 자극에 의해 깨어날 수 있는 무의식상태, 즉 적절한 자극에 의해 깨어날 수 있는 자연적인 무의식상태라고 말할 수 있다(조성희, 2002; Foreman & Wykle, 1995).

인간은 수면을 통해 낮 동안 써버린 에너지를 보충할 수 있고, 중추신경 발달에도 도움을 준다(이성일, 2009). 충분한 양의 수면은 건강과 안위를 증진시키며, 개인의 안녕과 삶의 질에 긍정적인 영향을 미치기 때문에, 생리적·정신적 항상성을 유지하는데 절대적이며, 건강과 삶의 질에 영향을 미친다(백윤아, 2000; Edell-Gustafsson, Kritz, & Bogren, 2002; Iliescu et al., 2003). 또한 수면은 불쾌하고 불안한 감정들이 꿈과 정보처리를 통해 정화되어 아침에는 상쾌한 기분을 갖도록 해주는 감정조절기능도 하므로, 수면은 정신건강과 밀접한 관련이 있는 것으로 볼 수 있다(민성길, 2000).

반면에 수면의 부족은 피로, 졸음, 기억력과 집중력의 감소, 초조, 긴장 등을 초래하여 주간의 일상생활기능에 영향을 준다(Moul, 2002). 청소년기의 수면감소는 사회적 환경과 관계가 있다고 나타났다. 청소년들은 학년이 올라갈수록 늦게 자는 경향을 보이는데 그 이유로는 청소년기 발달의 생물학적 요인과 부모가 취침시간 양을 적게 하는 것, 수면주기 리듬의 변화, 과다한 학교 스케줄, 취미 등 정규 외 활동, 특히 늘어나는 컴퓨터를 이용한 활동 등이 이유로 나타났다(송형석, 1999). 신만식(1993)의 연구에서 중학생은 학년이 올라갈수록 취침시간이 늦어졌으며, 밤에 잠자는 총수면 시간도 3학년이 짧았으며, 실제 수면시간은 1학년과 3학년이 각각 37.7%와 29.5%가 7~8시간이라고 하여 가장 높은 빈도를 보였으며, 7시간 미만의 경우 1학년이 27.1%인 반면 3학년이 40.6%로 3학년의 수면시간이 보다 더 짧은 것으로 나타났다.

양극성장애와 수면시간과의 관련된 연구들을 살펴보면 Kotin과 Goodwin(1972), Akiskal(1995)은 양극성장애에서 정신운동 지연과 다수면이 많았다고 하였고, 임명호와 동료들(2000)도 양극성장애 환자의 입원시 주요문제와 중상으로는 17명

중 13명(76.5%)이 수면에 문제가 생겼다면 수면장애를 호소하였다고 밝혔다. 또한, 배명옥, 이병욱 그리고 이수일(1997)의 양극성장애와 우울증 환자의 비교 연구에서도 다수면은 양극성장애 환자에서 더 많이 나타났고, 불면은 우울증 환자에게서 많이 나타났다. 또한 Lam과 Wong(1997)은 37명의 환자를 대상으로 한 연구를 통해 수면장애나 목표지향적 활동의 증가 등을 혼한 양극성장애 전구증상으로 보고하였다. Jackson 등(2003)은 기존 조증의 전구증상과 관련된 연구들을 종합하여 증상을 수면장애, 정신병적 증상, 기분변화, 정신운동증상, 식욕변화, 불안감 증가, 기타의 7개의 군으로 나누고 이 가운데 수면장애를 77%에서 호소한다고 보고한 바 있다.

이상의 연구결과에서 알 수 있듯이, 수면 및 각성 사이클의 변화와 24시간 주기 리듬의 방해는 조증 및 경조증의 삽화의 유발요인으로 작용한다. 따라서 양극성장애 환자에서 수면의 기간과 질을 알아보고 관리하는 것은 재발을 막는데 중요한 역할을 하고, 특히 수면각성 주기의 변화는 조증, 혼재성 혹은 경조증 삽화의 원인이 되거나 악화시키는 요인이 된다(Kasper & Wehr, 1992). 수면박탈은 우울증의 일주기 리듬의 위상 변화를 교정해 주는 치료이며, 일부 우울증 치료에 효과적이지만 양극성장애에서는 수면박탈에 의해 조증이 촉발될 수 있다. 그렇기 때문에 양극성장애의 우울삽화를 보이는 경우 수면박탈로 우울증상의 치료효과를 볼 수도 있다(Leibenluft et al., 1996). 따라서 수면시간은 양극성장애와 밀접한 관련이 있는 것으로 나타났다.

(4) 부모

최근 Birmaher 등(2008)은 부모가 양극성장애를 앓고 있으면 그 자녀는 양극성장애를 일찍 일으키거나 기분장애 및 불안장애 위험이 높아진다고 발표했다. 양극성장애 환자의 60%는 21세 이전에 발병하며, 양극성장애 부모의 자녀에서는 양극성스펙트럼장애, 기분장애, 불안장애의 위험이 높은 것으로 나타났다.

부모가 모두 양극성장애인 자녀의 경우 한쪽만 장애인 자녀에 비해 장애 발생 비율(28.6% 대 9.9%)이 높았지만 정신장애 위험은 같았다. 부모가 양극성장애가 있으면 자녀도 양극성장애를 비롯해 기분장애나 불안장애 등이 일찍 나타날 위험이 높다. 부모 모두 양극성장애를 가지고 있는 경우, 자녀가 양극성장애인 비율이 부모 중 한명이 있는 경우보다 양극성장애가 나타날 확률이 3배 정도 높다(Faraone et al., 2005).

또한, 부모의 나이에 대한 연구에서 Frans(2008)는 아버지가 55세 넘어 낳은 자녀는 20~24세 때 낳은 자녀에 비해 양극성장애로 진단되는 비율이 1.37배 높았다고 보고하면서 나이 많은 어머니에서 태어난 자녀도 위험하지만 아버지의 영향이 더 강했다고 하였다. 이는 남성은 나이를 먹어도 생식세포가 계속 복제되어 DNA 복제 에러가 계속 발생하여 새로운 변이가 축적되기 때문이며, 어머니의 영향이 강하지 않는 이유는 여성은 출생 당시 난모세포를 갖고 태어나 그 후 23회 밖에 복제되지 않음으로 인해 이 수는 시간이 흘러도 증가하지 않아 DNA 복제 에러는 어머니의 연령과 비례해 증가하지 않기 때문이라고 밝혔다.

한편, 정서장애 발병에 있어서 조기 부모사별은 중요한 역동학적 요인으로 밝혀졌다. 6~18세 사이의 사춘기 전후에 모친 상실은 양극성장애의 발병과 관련이 있다(권재호, 이길홍, 박두병, 1994). 부모상실 또는 분리장애의 기왕력은 전체 청소년 발병군의 31.4%의 경향을 보였다. 한성희(1983)의 연구에서는 양극성장애 조기발병군에서는 16명(22.5%)이 13세 이전에 부모의 사별, 이혼 및 별거를 경험하였고, 후기 발병군에는 9명(25.0%)이 경험하였다고 하며, 권재호 등(1994)의 연구에서도 우울증, 정신분열증, 양극성장애의 환자 중에서 양극성장애 환자의 35.8%는 부모상실에 영향을 받는 것으로 나타났고, 19세 이전에 조기 부모상실한 경우도 양극성장애가 19.3%로 가장 높았다고 한다. 또한 13세 이전의 부모의 사별, 이혼 및 별거의 기왕력에 있어서 Perris(1966)는 단극성에서는 27%, 양극성에는 28%에서 15세 이전에 이별이나 죽음 때문에 부모상실의 경험을 한 바 있다고 언급하였으며, Brodie와 Leff(1971)는 단극성장애에서는

10%, 양극성장애에서는 43%의 환자가 13세 이전에 사별이나 이혼으로 부모상실을 경험한다고 보고하였다. 이는 정서장애 발병에 있어 조기 부모사별은 중요한 역동적 요인의 하나로 볼 수 있음을 의미한다(홍성국, 1982).

2) 심리사회적 변인

소아·청소년기에 발병하는 양극성장애에 대한 연구가 증가되면서 발견되고 있는 또 다른 흥미로운 사실은 심리사회적 원인이 양극성장애의 발병과 유지에 중요한 역할을 한다는 것이다. 기존에 알려져 있는 성인기 양극성장애의 특징은 양극성장애가 생물학적으로 내재된 소인에 의해 발병하며, 심리사회적 원인의 영향은 비교적 뚜렷하지 않다는 것이었다. 하지만 소아·청소년기 양극성장애의 경우 다른 정신과적 장애와 유사하게 부정적인 생활사건, 사회적 지지체계 등 환경적인 영향에 민감하다는 보고가 계속되고 있어서 심리학자들의 높은 관심을 받고 있다(조성현, 자연경, 최승원, 2009).

(1) 출생순위

기분장애의 출생순위는 막내가 35.1%, 맏이가 32.4%, 기타 31.1%, 외동 1.3%, 우울장애에서는 막내와 맏이, 기타가 모두 33.3%로 같은 분포를 보였고, 양극성장애에서는 막내가 32.8%, 맏이가 32.1%, 기타가 30.2%, 맏이(독자)가 1.9%의 분포를 보여, 모두 막내와 맏이가 비슷한 발병분포를 보였다. 또한 형제자매 중 출생순위를 보면, 첫째가 31.1%, 셋째가 18.9%, 둘째가 16.2%의 순서의 분포를 보였고, 이를 중 우울장애는 첫째가 28.6%, 넷째와 둘째가 19.0%로 동일한 분포를 보였으며, 셋째와 여섯째에서 14.3%의 동일한 분포를 보였다. 양극성장애에서는 첫째가 32.1%, 셋째가 20.8%, 둘째가 15.1% 순서의 분포를 보였다(김창근, 2001).

권재호, 이길홍 그리고 박두병(1994)의 연구에서는 주요 우울장애와 양극성장애에서 막내가 44.0%, 52.9%, 정신분열병에서도 막내가 46.0%로 막내가 모두 가장 높은 분포를 보였다. 이는 Frans(2008)의 연구인 아버지의 나이가 많아서 늦둥이로 태어났을 때 자녀가 양극성장애로 진단받을 비율이 높다는 결과와 일맥상통하는 것이다.

(2) 형제자매의 수

이재연과 한지숙의 연구(2003)의 연구에서 18세 이하 청소년이 있는 1,094 가족을 대상으로 조사한 결과 형제들로부터 지지를 많이 받는다고 느끼는 아동이 그렇지 않은 아동보다 외로움, 우울증을 적게 경험하고 자기 가치는 높게 인식한다는 결과가 나왔다. 그러나 이러한 형제들간 관계적인 부분에서 친밀하거나, 보통이거나, 경제적 갈등이 심했던 환자군과 대조군을 비교했을 때 통계적으로 차이는 없었다(홍성국, 1982).

김창곤(2001)은 양극성장애 환자(평균연령 37.3세) 중 형제자매가 4명인 경우는 20.8%, 2명, 5명, 6명인 경우는 각각 17.0%, 8명과 9명인 경우도 1.9%이었다고 밝히고 있다. 또한, 선행연구에서는 양극성장애 환자들의 형제자매 수가 1명은 1.4%, 2명은 14.9%, 3명은 13.5%, 4명은 24.3%, 5명은 17.6%, 6명은 17.6%로 나타났다.

(3) 또래관계

아동기에서 성인기로 전환하는 과도기적 상태에 있는 청소년기는 급격한 신체 변화와 성적 성숙과 함께 정체감 위기로 인한 좌절과 갈등을 겪으며, 심리적으로 불안정과 혼란을 경험하면서 자율성을 추구하고 싶은 욕구로 인해 다양한 문제를 일으킬 수 있는 시기로, 부모로부터 심리적 독립이 일어나도 또래관

계의 영향은 상대적으로 증가한다(Berndt, 1982; Dusek, 1991). 청소년기에는 자신과 비슷한 변화를 경험하고 서로 이해해 줄 수 있는 또래와 동질감을 형성하게 되며(Hartup, 1992), 좀 더 구조화되고 통합된 동년배 집단을 형성하게 된다. 이런 동년배 집단의 형성은 성인기의 사회적 집단형성을 위한 기초가 되므로 매우 중요하다. 청소년기 동안 동년배 집단의 구성원으로서 획득한 사회적 기술은 성인기의 성숙한 집단 구성원으로서의 역할 수행을 위한 필수적인 요소가 된다. 그리고 청소년기에는 소수의 사람과 친밀한 관계형성을 하려는 욕구가 나타나며, 청소년기 또래집단은 아동기 집단보다 좀 더 자율적으로 기능한다(최윤미, 1998). 이처럼 청소년기의 또래관계는 다양한 영역에서의 발달과 적응을 위해 매우 중요하며, 특히 신체적, 사회적, 인지적 측면에서의 갑작스러운 변화를 겪는 청소년에게 있어 더욱 커다란 영향을 미친다고 할 수 있다(이승연, 2009).

이러한 청소년의 또래관계에 영향을 미치는 심리요인으로 살펴볼 중요한 심리적 현상에 우울삽화가 있으며, 우울은 인간이 성장하면서 건강한 사람들도 흔히 경험할 수 있는 정서인데, 청소년기의 우울은 이들이 경험하는 발달과정상의 큰 변화와 관련이 있어 사춘기로 접어들면서 보편적으로 증가하는 증상이다(이정선, 2006). 빈약한 또래관계의 경험은 사회적 부작용을 초래하며 외로움·불안·우울 등의 정신적 건강에 문제를 일으키는 것으로 나타났으며(김주연, 2009), 양극성장애도 포함된다고 볼 수 있다(서완석, 2007)

임명호와 동료들(2000)의 연구에서는 청소년 양극성장애 환자들을 대상으로 학교 적응문제를 살펴보았는데, 5.9%는 따돌림을 당했다고 호소하였고, 5.9%는 성적이 급격한 저하를 보여 문제를 호소하였으며, 11.2%는 무단결석을 하였다고 보고하였다. 서완석(2007)은 소아·청소년기 양극성장애는 소아기 때 발병하여 만성적으로 진행되며 환자의 학업적, 직업적, 법적 문제를 야기하는 질병이라고 말하고 있다. 또한 소아·청소년기 양극성장애는 학습기능의 부진, 또래관계의 형성 부진 뿐 아니라 법적 문제, 약물 남용 문제, 청소년 자살을 유발하는

중요한 원인으로 성인의 양극성장애에 비해 더 많은 고려가 필요하다고 하였다.

이렇듯 소아·청소년의 우울증을 포함하는 기분장애는 학업성적의 저하, 무단결석, 또래관계와의 문제 등 학업실패 및 중단 등 학교와 사회적응문제 등의 심각한 후유증과 연관되므로 조기 발견 및 치료중재가 요구된다(진혜경, 2003).

(4) 스트레스

Lazarus와 Folkman(1984)은 스트레스란 개인의 안녕을 위협하고 개인이 가진 자원을 요구하거나 그 한계를 초과하는 것으로 평가되는 상황과 사람 사이의 특정한 관계라고 정의하였다. 사춘기를 거쳐 청소년기에 나타나는 신체의 급격한 변화에 반해 정서적·심리적 발달은 아직 미숙한 단계에 머물러 있기 때문에 청소년들에게 심리적 갈등을 야기하며, 급변하는 사회 환경 속에서의 적응을 위해 크고 작은 내·외적 스트레스를 경험한다(손봉희, 2010; 정혜경, 안옥희, 김경희, 2003). 이렇듯, 청소년기는 신체적, 정서적 및 정신적 기능에 많은 변화가 생기며, 동시에 이러한 변화에 따르는 스트레스에 매우 취약한 특성을 지니고 있다(민병근, 최상진, 이길홍, 1978).

스트레스로 인한 증상은 신체, 정신, 감정, 행동적 측면으로 나누어 볼 수 있는데, 신체적 증상으로는 빈번한 두통, 불면증, 속이 메스껍고 불쾌함, 설사 또는 변비, 만성피로 증세 또는 갖가지 질병에 걸리기 쉬운 것 등이 있다. 정신적 증상으로는 절망감에 빠지기 쉬우며, 머리가 흐리멍텅해지는 경험을 하게 되며, 감정적 증상으로는 불안, 신경파민, 초조함 등이 나타난다. 마지막으로 행동적 증상으로는 성질이 급해지고, 차분함을 잃고 조급한 걸음으로 거리를 헤매며, 가만히 앉아 있지를 못하기도 한다(김성희, 2010).

Compas, Forsythe 그리고 Wanger(1988)는 중학생의 스트레스로 친구와 헤어지는 일, 선생님이나 부모님께 꾸중 듣는 일, 학교에서 나쁜 성적을 받는 일,

친구에게 놀림을 당하는 일 등을 들었다. 국내에서도 중학생이 느끼는 스트레스 요인 중 학업문제가 가장 큰 스트레스 요인으로 나타났고(김길자, 2004; 이수경, 2004), 학년별 스트레스 수준은 학년이 올라갈수록 높게 나타났다(송영미, 2002; 황미정, 2004). 한상영(2005)의 연구결과에서도 여학생이 남학생보다 학교 생활과 학생자신의 영역에서 스트레스가 높게 나타난다고 하였다. 또한 청소년에게 있어서 신체적 매력이나 또래의 사회적 수용이 전반적인 자기가치감에 많은 영향을 미치고, 또래집단에서 제외될 때 더욱 가중된 소외와 좌절로 인해 스트레스를 경험한다고 하였다(이경아, 정현희, 1999).

양극성장애 환자는 처음 발병하기 직전에 스트레스를 야기하는 생활사건을 더 많이 경험한다. 여러 가지 생활사건 중에서 특히 일상 사회적 리듬(식사시간, 수면-각성주기 등)이 파괴되는 경우에는 양극성장애가 발생할 수 있다 (Johnson & Kizer, 2002).

한상우, 권명준, 한선흐(1990)의 연구에서 총 62명의 대상환자 중 36명 (58.1%)에서 발병 전 정신사회적 스트레스 요인이 있었고, 남자는 40.7%, 여자는 71.4%가 발병 전 정신사회적 스트레스 요인이 있었는데 여자 환자에서 의미있게 높은 결과가 나타났다. 반면 나이에 따른 정신사회적 스트레스 요인의 유무에는 통계학적으로 유의한 차이가 없었다. 이는 여자들이 대체로 내성적이고 소심하며, 남자에 비해 심리발달이 특이하며, 여자들의 갈등해소가 남자에 비해 원만치 못한 것에 원인이 있다고 주장하였다.

심상호(1982)는 스트레스 정도가 양극성장애와 주요 우울증간에 차이가 없고, 스트레스에 따라 양극성장애와 우울증을 구별하기 어렵다고 했다. 고정인과 동료들(1999)의 연구 결과에 따르면, 우울증 환자는 스트레스를 지각할 때, 우울, 불안, 분노 등의 여러 감정 반응이 나타나고 양극성장애 환자는 분노반응이 두드러짐이 나타난다고 하였다. 또한 신영철(2009)은 생활스트레스 사건들은 비록 미약하지만 조증과 우울증의 발현정도와 어느 정도 상관관계가 있다고 밝혔다. 일상생활 스트레스 사건들은 비록 미약하지만 조증과 우울증의 발현과 어

느 정도 상관관계가 있으며, 심리사회적 스트레스는 양극성장애의 재발 및 악화에 기여한다(APA, 2000).

(5) 자살생각

일반적으로 자살 또는 자살행동이란 한 개인이 스스로 죽기 위해 행하는 자발적인 행동이라고 할 수 있는데, 특히 청소년의 자살은 자살행동(suicide behavior) 그 자체만이 아니라 자살시도(suicide attempt), 자살생각(suicidal ideation)을 포함하는 포괄적 개념으로 이해되고 있다. 자살시도는 정말 죽으려는 의도를 가지지 않고 자살행동을 통해 다른 목적을 달성하려는 것에서부터 죽으려고 하였으나 다른 사람의 개입으로 인해 결과적으로 그 목적을 달성하지 못한 경우를 뜻하며, 자살생각은 인생이 가치있는 삶이 아니라는 잘못된 자기파괴적인 망상을 갖고, 죽기 위한 계획에 대해 구체적으로 생각하는 행동, 사고, 정서를 뜻한다(김동숙, 2010).

Reynolds(1991)는 자살생각을 죽음, 자살, 그리고 자해적 행동과 관련된 생각이나 사고라고 정의내리고 있으며, 자살 생각을 기점으로 자살기도, 자살위험, 자살시도, 자살로 이어지는 자살행위 중의 한과정이라고 볼 수 있다(Beck et al., 1979; Lewinsohn et al., 1995).

이러한 자살생각은 청소년들에게 비교적 자주 볼 수 있는 현상이다. 보건복지부(2002)가 실시한 국민 건강 영양 조사에서 지난 1년간 자살생각을 해보았는지를 조사한 결과, 12~14세(19.0%)보다 15~19세(26.4%)가 죽음에 대한 생각을 더 많이 했으며, 남자(18.5%)보다 여자(28.8%)가 죽음에 대한 생각을 더 많이 한 것으로 나타났다. 자살생각은 자살행위의 연속선상에 있고, 그 출발점이라는 점에서 자살시도의 중요한 예측 지표로 간주되어 온 경험적 연구로 미루어 볼 때, 청소년의 자살행동의 위험성은 크다고 할 수 있다. 김성희(2010)의 연구에서 중학생은 스트레스를 많이 받을수록 자살생각을 많은 하는 것으로 볼

수 있으며, 인지적 왜곡이 심할수록 자살생각을 많은 하는 것으로 나타났다. 또한 자살생각에 학업 스트레스가 가장 큰 영향을 미치는 것으로 나타나, 입시위주의 경쟁으로 학생들에게 학업에 대한 과중한 부담을 지우고 있는 현행 교육 제도 및 교육 환경의 개선을 위한 대책을 마련하는 일이 필요하다. 정영순(2001)의 연구에서는 ‘한 번 이상 자살생각을 해 본적이 있다’고 응답한 청소년이 95.3%로 나타났으며, 이는 청소년들에게 있어 자살생각과 행동은 어느 소수의 학생들에게 국한된 것이 아니라 대부분의 학생들에게 해당되는 것이며, 초등학교 시절의 어린 나이때부터 이미 자살에 대한 생각을 하고 있음을 보여준다. 2009년 통계청 자료에 의하면 우리나라 청소년의 사망원인 중 자살이 1위를 차지하였고, 자살 사망률이 10만명당 37.2명으로 전년대비 1.4명 증가한 것에서도 알 수 있듯이 우리나라에서 청소년 자살의 심각성은 점점 증가하고 있다(통계청, 2009).

그동안 청소년기 자살생각과 관련된 요인을 탐색한 연구들이 국내에서도 다수 이루어졌다. 개인의 특성과 심리사회적 특성, 학교와 가족환경과 관련된 특성과 자살생각과의 연관성을 탐색한 논문들이 많다(조성진 외, 2002; 홍영수, 전선영, 2005). 박은옥(2008)의 연구에서도 자살생각을 한 적이 있는 집단은 자살시도 위험이 30배 이상 높게 나타났다. 자살은 자살생각에서 자살시도, 자살로 이어지는 연속적인 사건으로 이해할 때, 자살생각을 한 경험이 있는 학생이 자살시도 위험이 높다는 것은 당연한 결과이다. 그리고 중학생의 자살시도율이 5.7%로 고등학생이 5.0%인 것에 비해 높게 나타났다. 이렇게 중학생의 자살시도율이 더 높은 것은 청소년기 초반이라고 할 수 있는 중학교 시기가 고등학교 시기보다 더 불안정하고, 급격한 신체적 변화를 겪으며, 자아정체감 형성과 같은 발달과업에 직면하여 위기를 경험하는 경우가 더 많기 때문일 수 있다.

자살의 원인 중 약 90%는 정신질환과 관련이 있으며, 특히 우울장애의 경우 가장 그 관련성이 높다고 알려 있는데, 우울장애에는 양극성장애에서의 우울증 삼화가 포함된 자료로, 자살은 양극성장애 있어 가장 중요한 정신질환 중 하나

라고 할 수 있다(Tondo & Baldessarini, 2000).

청소년기 양극성장애 환자의 약 20%가 적어도 한번 이상 의학적으로 의미 있는 자살시도를 한 적이 있다. 양극성장애는 일반인에 비해 자살하는 비율이 30 배나 높을 정도로 가장 치명적인 정신과 질병이라고 할 수 있다. 조기발병한 경우에는 자살 위험률이 훨씬 높고, 남자보다는 여자에게서의 빈도가 높았다 (Rihmer & Kiss, 2002).

Ruggero, Chelminski, Young 그리고 Zimmerman(2007)은 II형 양극성장애의 심리적 손상에 대해 연구하였다. 이 연구에서 I형 양극성장애는 입원하고 자살시도한 비율이 높은데 비해 II형 양극성장애는 입원비율이 더 적게 나타났다. 하지만 심각한 장애와 자살시도가 심각한 수준에 있다고 보고하며, II형 양극성장애가 I형 양극성장애보다 장애정도가 약하다고 가정하는 것은 오류를 범하는 것이라고 밝히고 있다. 또한 Rihmer와 Kiss(2002)의 연구에서도 양극성장애 환자들이 단극성 우울장애의 환자들에 비해서 자살을 시도하고 성공하는 것이 높다는 것을 보여주고 있다. II형 양극성장애를 가진 환자들이 평생동안 24% 정도 자살을 시도하는데 I형 양극성장애 환자는 17%, 단극성 우울장애는 12% 정도로 나타났다.

청소년 양극성장애 환자의 경우 자살성공율이 높다. 청소년 양극성장애 환자의 약 20%가 적어도 한번이상 의학적으로 의미있는 자살시도를 한 적이 있다 (Wozniak et al., 1995).

(6) 사회불안

청소년기의 사회불안은 사회적 기술의 발달을 저해하고, 사회생활에 심한 부적응을 초래하는 매우 유해한 요인이다. Schlenker와 Leary(1982)는 실제 또는 상상의 사회적 상황에서 개인적 평가가 실재하거나 예상되는 결과로 나타나는 불안을 사회불안으로 정의하였다. 이때 사회적 상황이란 대화에 참여하거나 대중

앞에서 연설하는 경우처럼 자신에게 주의가 집중되는 상황을 말한다. 여기서 알 수 있는 것처럼 사회적 상호작용은 대인 평가적 측면에서 설명이 되는데 이것은 다른 불안장애와 사회불안을 구별하는 요소가 된다. 또한 DSM-IV-TR에서는 극단적인 사회불안을 보이는 경우를 사회공포증이라는 진단 범주로 기술하고 있는데, 이에 따르면, 사회공포증이란 ‘한 가지 혹은 그 이상의 사회적 상황이나 활동 상황에 대한 현저하고 지속적인 두려움, 즉, 개인이 친숙하지 않은 사람들이나 타인에 의해 주시되는 상황에 대한 두려움, 개인들은 자신들이 수치스럽거나 당혹스러운 방식으로 행동할까(또는 불안증상을 보일까봐) 두려워하는 장애’로 정의하고 있다. 즉 사회불안은 친숙하지 않은 사람들 앞에 서게 되거나 혹은 다른 사람들에게 평가받을 가능성이 있는 상황에서 지속적으로 심한 두려움을 경험하는 것을 핵심증상으로 하는 정신장애이다(APA, 2000).

Last 등(1992)의 연구에 따르면 사회공포증의 평균 시작연령이 11.3세~12.3세로 보고되고 있으며, 이러한 사회불안은 일반적으로 청소년기에 시작되어 만성적인 경과를 가지는 것으로, 청소년기는 사회공포증의 발생과정에서 매우 중요한 시기임을 시사하고 있다(이경은, 2008). 강민지(2006)는 사회적 상황에서의 외상경험이 많은 경우 청소년의 사회불안이 높다고 밝혔고, 또래로부터 긍정적 평가를 받고 수용적인 청소년들은 사회불안이 높지 않은 반면, 또래로부터 부정적 평가를 받고 수용되지 못하는 청소년들은 사회불안이 높다고 하였다. 또한 친한 친구와 질적으로 좋은 관계를 경험하고 있다고 지각하고 있는 청소년들은 사회불안이 낮은 반면, 친한친구와 동료애와 친밀감을 느끼지 못하며 질적으로 좋은 관계를 경험하지 못하고 있다고 지각하는 청소년들일수록 사회불안이 높다고 밝혔다.

이러한 사회불안을 느끼는 청소년은 심한 긴장감과 지나친 걱정 등 정신적인 증상과 함께 다양한 신체적 증상도 나타난다(교육과학기술부, 2008). 심혈관계통으로는 두근거림이나 일시적인 혈압 상승, 얼굴이 빨개지거나 창백해지는 증상이 나타날 수 있으며 호흡기 계통에서는 숨이 가빠지고 호흡이 증가하는

현상이 있다. 심리적 증상으로는 공포, 긴장, 신경질, 흥분, 초조, 안절부절, 공황, 비현실감, 악몽이 나타나며 사회행동으로는 의존적이거나 소심하고 위축되며 반응이 느리거나 지나치게 행동하는 경우도 있다(김희수, 2005; Randolph & Conkle, 1993). 또한 사회불안이 높거나 사회공포증 진단을 받은 청소년들은 전반적으로 정서적 과민경향을 보이며 감정 부전증, 고독감 등이 높고(Beidel, Tuner, & Morris, 1999), 사회적 고립으로 인해 우울장애와 양극성장애가 발병할 가능성이 높다는 연구 결과(Alloy et al., 1990)와 아울러 등교거부, 우울증, 신체화 장애, 약물 남용 등의 심각한 문제로 이어질 가능성도 높은 것으로 보고되고 있어, 청소년기 사회불안은 적응뿐만 아니라 정신건강에 매우 유해한 요인이 될 수 있다(김지원, 2009).

Ferrier와 Thompson(2002)의 양극성장애 환자가 관해 상태(continuous complete remission)에서 인지기능의 저하를 보인다는 연구결과와 일치하게 조수현(2005)의 연구에서도 양극성장애 환자의 인지기능 저하는 실제로 임상상황에서 양극성장애 환자가 관해기에 뚜렷한 증상이 없음에도 불구하고 사회생활의 적응과 대인관계에 어려움을 호소하는 경우가 많았다고 한다. 이 연구에서 보인 양극성장애 환자가 경험하는 주관적 증상은 바로 이러한 사회적 기능에 대한 역량 부족과 그로 인한 심리적 고통을 반영하는 것으로 볼 수 있다.

이와 같이 청소년기에 사회불안을 보이는 사람은 사회적 관계로부터 위축되고, 친구관계를 잘 맺지 못하며, 학업수행이 손상을 받거나 학교 거부증, 우울 및 기타 약물 남용의 문제까지 나타내는 경우가 많다(Biedel, 1991).

(7) 비행

일반적으로 비행이란 대체로 보통범죄라고 불리는 행위를 비롯하여 사회가 합의하는 도덕적, 관습적 기준으로부터 일탈한 행위를 의미하고 자신과 타인의 안녕을 위협하게 되는 일체의 행위를 말한다(최상수, 1999). 사회적 의미에서의

비행은 청소년의 여러 가지 규범에 어긋난 행위를 말하고, 법률적으로 보면 청소년의 실정법 어긋난 행위를 말한다. 그리고 도덕적 측면에서의 비행은 도덕적으로 규범을 위반하는 행위이고, 교육적 차원에서는 청소년이 교육기관의 규칙을 위반하는 것을 말한다(조정아, 2010).

청소년기의 취약성과 주체성 및 가치관 정립에의 혼돈은 청소년들이 사회에 적응하는데 많은 문제점을 초래할 뿐만 아니라 적응상 문제점 중에 비행과 폭력행동은 이미 일부 청소년들에게는 일상적인 삶의 방식이 되어 심각한 사회병리현상으로 대두되고 있다(Gibbons & Krohn, 1986). 하지만 이러한 청소년들의 문제를 명확히 정의하기는 어렵다. 청소년 비행을 설명하는 보편적으로 일치된 견해가 없기 때문인데, 비행은 살인, 강도, 강간 등과 같은 강력 범죄에서부터 흡연, 음주와 같은 경미한 이탈행동에 이르기까지 무척 다양한 행동을 가리킨다.

비행이라는 용어는 심리학 용어라기보다는 법률용어이다. 법률용어로서 비행은 중대한 범죄나 지위행위를 범한 18세 이하의 청소년을 의미한다. 중대범죄란 청소년뿐만 아니라 성인에게도 불법에 해당되는 행위(예: 도둑질, 폭력, 강간, 혹은 살인)이다. 지위비행이란 청소년에게만 불법적인 행위(예: 무단결석, 부도덕한 사람들과의 교제, 통행금지의 위반, 혹은 상습성)을 말한다(정명숙 외 공역, 2004). 그러므로 어떠한 행동을 비행으로 규정할 것이냐 하는 것은 그 사회의 교육풍토, 법률, 전통, 도덕, 관습에 따라 다르며, 또한 한 사회 내에서도 집단이나 개인에 따라서 제각각 다른 반응을 보일 수 있다(김귀석, 2007).

하지만, 정신과적으로는 이러한 청소년 비행이 하나의 정신의학적 질병일 가능성이 많다고 보며, 청소년의 비행은 정신의학적 장애에 영향을 미치는 것으로 나타났으며, 비행 청소년의 약 70% 정도에서 정신의학적 질환을 가지고 있는 것으로 나타났다(천근아, 2006). 또한 최근의 여러 연구들(Gonzalez-Pinto et al., 1998; Diaz et al., 2009)에서 흡연이 양극성장애에 직접적인 영향을 미치는 것으로 나타났으며, 흡연을 하는 청소년들이 흡연을 하지 않은 청소년보다 양

극성장애 발병위험이 높은 것으로 나타났다. 또 다른 연구(Birmacher et al., 2006)에서 14~18세에서 7%의 아이들은 매일 흡연을 하는 것으로 나타났다.

3. 청소년기 양극성장애 관련선행연구

선행연구는 다양한 분야의 연구를 종합하여 제시하였다.

1) 국내 관련선행연구

청소년기 양극성장애와 관련된 국내 선행연구를 연도별로 살펴보면 다음과 같다.

홍성국(1982)의 연구에서는 소아 양극성장애 환자의 임상양상 특징을 대조군과 환자군으로 비교 연구하여 섭식양상, 수면양상, 취미, 특기, 가정환경, 부모, 형제관계, 사교성, 학교생활, 신체상태, 특수증상 및 행동장애의 12개 종에서 부모상실의 경험과 학교생활, 행동장애중 비행등 4가지 항목에서 통계적으로 유의한 차이를 보였다고 밝혔다.

한성희(1983)의 연구에서는 양극성장애의 조기발병군과 후기발병군에 대한 비교연구를 실시하여 성별에 있어서 조기발병군에서 여자의 수가 유의하게 높은 것으로 나타났고, 최초의 발병시 질병의 양상은 조기발병군과 후기 발병군 모두에서 조증보다는 우울증의 형태가 더 많았던 것으로 나타났다. 부모상실에 있어서 조기발병군에서는 22.5%, 후기 발병군에는 25.0%가 13세 이전에 부모의 사별, 이혼 및 별거를 경험하였다고 밝히고 있다,

또한 한상우, 권명준, 한선호(1990)의 양극성장애환자의 정신사회적 스트레스에 관한 연구에서 총 62명의 대상환자 중 36명(58.1%)에서 발병전 정신사회적 스트레스 요인이 있었고, 남자는 40.7%, 여자는 71.4%가 발병전 정신사회적 스트레스 요인이 있었는데 여자 환자에서 의미있게 높은 결과가 나타났다. 반면

나이에 따른 정신사회적 스트레스 요인의 유무에는 통계학적으로 유의한 차이가 없었다. 이는 여자가 정신사회적 스트레스와 더 높은 상관을 보이는데 여자들이 대체로 내성적이고 소심하며, 남자에 비해 심리발달이 특이하며, 여자들의 갈등해소가 남자에 비해 원만하지 못한데에 원인이 있다는 주장(조은숙, 오경옥, 1983)과도 일치한다.

권재호, 이길홍, 박두병(1994)의 연구에서는 우울증, 정신분열증, 양극성장애의 환자들의 부모상실에 관한 비교를 하였는데, 연구결과 양극성장애 환자의 35.8%는 부모상실에 영향을 받는 것으로 나타났고, 19세 이전에 조기 부모상실 한 경우도 양극성장애가 19.3%로 가장 높게 나타났다. 또한, 환자의 모계, 부계, 사촌이내의 정신과 질환의 가족력에서 양극성장애가 11.5%로 가장 높게 나타났고, 다음으로 정신분열증이 7.9%, 우울증이 2.8%로 나타났다. 이는 양극성장애는 정신분열증이나 우울증보다 유전적인 요인이 더 크다는 것을 암시한다.

한편, DSM-IV-TR에서 기분장애는 발병시 규칙적인 계절적 변동을 보인다고 기술하고 있으며, 이와 관련하여 김용범(1998)의 연구에서는 기분장애 환자들이 봄에 발병하는 비율이 높았고, 가을에 태어난 경우에는 겨울발병이, 겨울에 태어나는 경우에는 가을발병이 유의하게 적었다고 보고하고 있다.

고정인과 동료들(1999)의 기분장애 환자의 스트레스와 정서반응에 대한 연구 결과에 따르면, 우울증 환자는 스트레스를 지각할 때, 우울, 불안, 분노 등의 여러 감정 반응이 나타나는 반면, 양극성장애 환자는 분노반응이 두드러짐이 나타난다고 하였다.

임명호와 동료들(2000)의 연구에서는 양극성장애에서 여성의 경우가 남성의 경우보다 상대적으로 많은 것으로 나타났지만 통계적으로는 유의한 차이를 보이지 않았다고 보고하고 있는데 이는 청소년이의 성비율의 역전이 이행되는 과도기적 시기로 추정해 볼 수 있다. 또한 양극성장애는 14.1세, 우울증은 12.8세로 우울증이 조금 더 일찍 발병하였고, 공격증상은 양극성장애에서 23.5%, 우울증에서 2.9%로 양극성장애에서 더 많았으며 두 집단 모두 불안장애가 가장

많이 동반했다고 보고하고 있다. 이는 청소년기에 발병하는 모든 질환이 학교 문제를 나타낼 가능성성이 있지만 청소년의 양극성장애 또한 학교생활에 어려움을 초래한다고 볼 수 있다. 그리고 양극성장애로 인하여 병원에 입원시 주요문제 및 증상으로는 양극성장애에서 17명중 13명(76.5%)이 수면장애(다수면)를 9명(52.9%)이 식욕감퇴를 호소하였다. 양극성장애와 우울증 모두에서 언어성 지능에 비해 동작성 지능이 상대적으로 낮은 점수를 보인다고 보고하고 있다. 이와 유사한 결과를 보이는 조수현(2005)의 연구에서도 양극성장애 환자의 인지기능저하는 실제로 임상 상황에서 양극성장애 환자가 관해기에 뚜렷한 증상이 없음에도 불구하고 사회생활의 적응과 대인관계에 어려움을 호소하는 경우가 많았다고 한다. 이 연구에서 보인 양극성장애 환자가 경험하는 주관적 증상은 바로 이러한 사회적 기능에 대한 역량 부족과 그로 인한 심리적 고통을 반영하는 것이라고 볼 수 있다.

청소년기 양극성장애와 공존하는 질환으로 가장 많은 ADHD와의 연구결과, 정동선과 동료들(2006)은 ADHD와 양극성장애 공존 환아군은 ADHD 환아군에 비해 ADHD 증상 발생연령이 이르고, 양극성장애 전구증상이 존재하며 기분장애에 관한 유전적 요인이 크므로, 생물학적으로 구별되는 질환이라는 것을 예상할 수 있는 요인이라고 연구결과를 발표했다.

또한 김지훈(2007)의 연구에서는 조기에 발병한 청소년 양극성장애는 성인의 양극성장애에 비해 비전형적인 양상을 보이며, 발달시기에 따라 증상의 차이가 나타난다고 하였다. 청소년 양극성장애의 증상은 고양된 기분보다는 과민성의 형태로 나타나는 경우가 많으며, 청소년기에 조기 발병한 양극성장애는 성인기에 발병한 양극성장애에 비해 회복률이 낮고 재발이 더 많으며, 극성의 변화가 더 많았다고 한다. 조증 및 우울증의 이환 기간이 더 길고, 공존질환이 많은 것으로 밝혀졌다. 또한 양극성장애 환아부모들은 환아의 영유아기 특징에 대해서 영아기 때부터 잘 놀래고, 자극 과민성이며, 수면이 불규칙하여 양육하는데 어려움이 많았다고 보고하였다. 이렇듯 공존질환이 있는 경우 양극성장애의 발병

이 더 빠르며 예후도 더 나쁘다. 그 중 품행장애가 동반된 경우에는 입원의 빈도가 증가하고, 일상기능의 저하가 심하며, 불안장애가 공존하는 경우에는 양극성장애의 발병이 더 빠르고, 성인기에 이르렀을 때 불안장애가 동반되지 않는 경우보다 조증이나 우울증을 보이는 기간이 더 길며, 자살시도를 더 많이 한다는 연구결과가 나타났다.

서완석(2007)의 연구에서는 소아·청소년기 양극성장애는 소아기 때 발병하여 만성적으로 진행되며 환자의 학업적, 직업적, 법적 문제를 야기하는 질병이라고 말하고 있다. 또한 소아·청소년기 양극성장애는 학습기능의 부진, 또래관계의 형성 부진 뿐 아니라 법적 문제, 약물남용 문제, 청소년 자살을 유발하는 중요한 원인으로 성인의 양극성장애에 비해 더 많은 고려가 필요하다고 주장하고 있다.

2) 국외 관련선행연구

청소년기 양극성장애와 관련된 국외 선행연구를 살펴보면 다음과 같다.

Goodwin과 Jamison(1990)의 연구에서 양극성장애는 소아기에 흔하지 않은 질환으로 10세 이전에는 약 0.3~0.5%의 유병률을 보이다가 사춘기에 접어들면서 그 빈도가 점차 증가되어 약 1%에 이르게 된다는 결과를 밝히고 있다. 성인 양극성장애 환자들을 대상으로 발병의 시기를 조사한 연구(Coryell et al., 1995)에서도 성인 양극성장애 환자들의 약 50%에서 17세 이전에 발병하였으며, 약 20%는 10~14세에, 그리고 10%에서는 5~9세에 발병한다고 한다고 밝히고 있다.

Geller 등(2001)은 평균 나이 10세인 주요 우울장애 사춘기 이전 아동들을 10년후 추적 관찰하여 평가한 결과 평균 나이 20세 성인기에 48.6%가 양극성장애를 진단받았고, 33%는 주요 우울장애를 진단받았고 양극성장애를 예측한 인자는 가족력이었다고 보고하고 있다. 또한 Rihmer와 Kiss(2002)의 연구에서는

양극성장애 환자들이 단극성 우울장애의 환자들에 비해서 자살을 시도하고 성공하는 것이 높다는 것을 보여주고 있다. II형 양극성장애를 가진 환자들이 평생동안 24%정도 자살을 시도하는데 비해, I형 양극성장애 환자는 17%, 단극성 우울장애는 12%정도 자살을 시도하는 것으로 나타났다. 이와 유사하게 Ruggero, Chelminski, Young과 Zimmerman(2007)은 II형 양극성장애의 심리적 손상에 대해 연구하였다. 이 연구에서 I형 양극성장애는 입원하고 자살시도한 비율이 높은데 비해 II형 양극성장애는 입원 비율이 더 적게 나타났다. 하지만 심각한 일장애와 자살시도가 심각한 수준에 있다고 보고하며, II형 양극성장애가 I형 양극성장애보다 장애정도가 약하다고 가정하는 것은 오류를 범하는 것이라고 밝히고 있다.

Danielyan과 동료들(2007)은 유치원 시기의 아이들, 3~7세 아이들의 양극성장애 대한 정보를 제공하는 연구에서, 환자 중의 28%는 하나 이상의 질환을 가지고 있으며, 대부분 공통적으로 화를 잘 내고(84.6%), 공격성(88.5%)을 지니고 있었다. 또한 Hirschfeld와 동료들(2003)은 종종 양극성장애를 가진 환자들이 장애가 발병한 후에도 상당기간 동안 진단을 받지 못하고 그에 상응하는 충분한 치료를 받지 못하거나 아예 받지 못하는 경우가 많아 장애가 더 심해지고 부정적 영향을 받는다고 하였다. 보통 15~19세 사이에 양극성장애의 증상을 알아차리게 되는데 19세 이전에 진단을 받는 경우는 적으며 그렇기 때문에 양극성장애의 자연스러운 과정에 대해 모르게 되고 아동기에 힘든 시간을 보내게 된다고 한다. 또한, Geller 등(2008)은 소아기에 양극성장애를 일으킨 환자의 약 44%는 청년기에도 조증상태의 발작을 일으킨다는 연구를 결과를 발표하고, 이는 양극성장애가 소아기에서 청소년기로 이어질 가능성을 시사하는 것이라고 설명하였다.

한편, Birmaher 등(2008)은 양극성장애 부모 233 사례의 자녀 388 사례를 인구학적 변인으로 일치시킨 건강한 대조군 부모 143 사례의 자녀 251 사례와 비교한 결과 대조부모의 자녀에 비해 양극성장애 부모의 자녀에서는 양극성 스펙

트럼장애, 기분장애, 불안장애 위험이 높은 것으로 나타났다. 부모가 모두 양극성장애인 자녀의 경우 한쪽만 장애인 자녀에 비해 장애 발생비율(28.6% 대 9.9%)이 높았지만, 정신 장애 위험은 같았다고 밝히고 있다.

Frans(2008)는 스웨덴 등록센터에서 양극성장애로 진단된 13,428 사례를 분석하여 성별, 출생년도가 같고 양극성장애가 없는 대조군과 비교한 결과, 출산 횟수, 어머니 연령, 사회경제적 수준, 정신장애 가족력 등의 변인을 조절하자 아버지가 55세가 넘어 낳은 자녀는 아버지가 20~24세 때 낳은 자녀에 비해 양극성장애로 진단되는 비율이 1.37배 높았다고 보고하고 있다. 또한 나이 많은 어머니에게 태어난 자녀보다는 나이 많은 아버지에게서 태어난 자녀가 양극성장애에 더 노출되어 있다고 밝히고 있다.

마지막으로 소아양극성장애와 흡연파의 관련성에 대한 Birmacher 등의 연구(2006)에서 10~11세에서 10% 미만, 12~13세에서는 32% 16~17세에서는 46%가 흡연을 하고 있으며, 14~18세에서 7%의 아이들은 매일 흡연을 하는 것으로 나타났으며, 흡연이 양극성장애에 직접적으로 영향을 미친다고 하였다. 또한 Ruggero와 동료들(2007)의 연구에서 이런 양극성장애 환자들에게서 성적, 신체적 학대는 외상후 스트레스 장애, 정신장애, 품행장애에서 공통적으로 나타났으며, 적절한 치료가 요구된다고 하였다.

III. 연구방법

1. 연구설계

본 연구는 청소년기 양극성장애 성향의 정도와 유형을 파악하고, 양극성장애 성향의 유형에 따라 관련변인들에 차이가 있는지, 양극성장애 성향과 관련변인들의 상관관계는 어떠한지, 양극성장애 정상집단과 위험집단의 판별에 관련변인들이 미치는 영향은 어떠한지, 그리고 양극성장애 위험집단의 양극성장애 성향에 관련변인들이 미치는 영향은 어떠한지를 알아보기 위하여 중학교 1, 2학년 학생들을 대상으로 실시된 조사연구이다.

2. 연구대상

본 연구에서는 광주광역시에 소재한 84개 남녀공학 중학교 중에서 2개 학교를 편의표집을 통하여 선정한 후, 그 학교에 재학하고 있는 1, 2학년 전체학생 1,145명을 대상으로 설문조사를 실시하였다. 연구대상 선정은 <표 III-1>에 제시된 바와 같다.

<표 III-1> 연구대상 선정

n

구 분	A 학교		B학교		전체
	남	여	남	여	
1학년	116	79	106	243	544
2학년	112	110	121	258	601
전체	228	189	227	501	1,145

<표 III-2> 연구대상의 기초사항

변인	구분	사례수	비율
성별	남	408	38.8
	여	644	61.2
	계	1,052	100.0
학년	1학년	519	49.3
	2학년	533	50.7
	계	1,052	100.0
부연령	35세이하	3	0.3
	36세~40세	86	8.2
	41세~45세	460	43.8
	46세~50세	380	36.2
	51세~55세	108	10.3
	55세이상	15	1.5
	계	1,052	100.0
보연령	35세이하	30	2.9
	36세~40세	314	29.7
	41세~45세	492	46.7
	46세~50세	186	17.8
	51세~55세	29	2.8
	55세이상	1	0.1
	계	1,052	100.0
수면시간	5시간미만	6	0.9
	5시간이상~6시간미만	66	6.3
	6시간이상~7시간미만	245	23.2
	7시간이상~8시간미만	383	36.4
	8시간이상~9시간미만	264	25.1
	9시간이상~10시간미만	59	5.6
	10시간이상	26	2.5
	계	1,052	100.0
출생순위	첫째	454	43.2
	둘째	454	43.2
	셋째	128	12.2
	넷째	12	1.1
	다섯째	3	0.3
	여섯째	1	1.0
	계	1,052	100.0
형제자매의 수	0명(외동)	86	8.2
	1명	587	55.8
	2명	338	32.1
	3명	30	2.9
	4명	8	0.8
	5명	3	0.3
	계	1,052	100.0

선정된 1,145명의 중학생을 대상으로 연구자가 제작한 기초사항 질문지와 기분장애 질문지를 비롯한 또래관계, 스트레스, 자살생각, 사회불안, 비행 평가척도가 포함된 설문지를 각 반 담임선생님을 통하여 배부하였다. 담임선생님이 직접 학생들에게 설명하여 설문지를 작성하게 하여 회수한 후에 불성실하게 답변된 93명의 설문지를 제외한 1,052명의 자료를 연구분석에 사용하였다. 최종 연구대상으로 선정된 학생들의 기초사항은 <표 III-2>에 제시하였다.

3. 연구도구

본 연구에서 연구도구로 사용된 설문지에는 연구자가 직접 제작한 기초사항 질문지, 기분장애 질문지, 그리고 관련변인들을 측정하기 위한 또래관계척도, 스트레스척도, 자살생각척도, 청소년용 사회불안척도, 비행척도가 포함되었다. 설문지는 <부록>에 제시되어 있으며 구체적인 내용은 다음과 같다.

1) 기초사항 질문지

청소년기 양극성장애 성향의 유형과 관련변인간의 관계를 알아보기 위하여 성별, 학년, 수면시간, 출생시 부연령, 출생순위, 형제자매의 수에 관한 문항들이 포함되었다.

2) 기분장애 질문지(Korean-Mood Disorder Questionnaire: K-MDQ)

본 연구에서는 청소년들의 양극성장애 성향을 파악하기 위하여 국내·외에서 양극성장애 선별검사로 널리 사용되고 있는 Hirschfeld과 동료들(2000)이 개발한 기분장애 질문지를 전덕인 등(2005)이 번역한 도구를 사용하였다. 기분장애

질문지는 현재 자신의 기분이 아닌 과거(6개월 이전)에 있었던 자신의 기분변화를 조사하는 질문지로서 스스로 대답하여 체크하는 자기보고형이며 ‘예-아니오’로 대답하는 문항들로 구성되어 있다. 전덕인 등(2005)의 연구에서 K-MDQ의 신뢰도는 Cronbach $\alpha=.88$ 로 높게 나타났고 총 13문항으로 구성되어 있으며 각 문항당 1점으로 총 13점 중 6점을 이하를 받으면 양극성장애 정상집단으로 선별하였고 7점을 이상을 받으면 양극성장애 위험집단으로 선별하였다. 본 연구에서 기분장애 질문지의 내적일관성 신뢰도인 Cronbach α 계수는 .72로 나타났다.

3) 또래관계척도

본 연구에서는 청소년의 또래관계를 측정하기 위해서 임수경(2007)이 선행연구들을 통해 또래관계에 대한 기능적 특성을 토대로 18문항으로 재구성한 도구를 안수영(2008)이 15문항으로 수정한 도구를 그대로 사용하였다. 또래관계에 관한 문항은 5점 리커트 척도로 구성되어 있으며, 각 문항에 대해서는 ‘전혀 그렇지 않다’는 1점, ‘거의 그렇지 않다’는 2점, ‘보통이다’는 3점, ‘대체로 그렇다’는 4점, ‘항상 그렇다’의 5점으로 측정하였다. 또래관계 척도의 점수는 최저 15점에서 최고 75점의 점수범위를 가지며 점수가 높을수록 청소년의 또래관계는 긍정적이고 점수가 낮을수록 또래관계는 부정적이라는 것을 의미한다. 본 연구에서 또래관계척도의 내적일관성 신뢰도인 Cronbach α 계수는 .94로 나타났다.

4) 스트레스척도

본 연구에서는 청소년들의 스트레스를 측정하기 위해서 김선희(2006)가 사용한 연구도구를 그대로 사용하였다. 스트레스에 관한 문항은 5점 리커트 척도로

구성되어 있으며, 각 문항은 ‘전혀 받은적 없다’는 1점, ‘거의 받은적 없다’는 2점, ‘보통이다’는 3점, ‘자주 받는다’는 4점, ‘항상 받는다’는 5점으로 측정하였다. 스트레스 척도의 점수는 최저 17점에서 최고 85점의 점수범위를 가지며 점수가 높을수록 스트레스 수준이 높은 것을 의미한다. 스트레스 척도의 하위요인은 가족요인, 학업요인, 친구요인, 외모요인, 물질요인으로 구성되어 있으며, 본 연구에서의 하위요인 문항 수와 내적일관성 신뢰도인 Cronbach α 계수는 <표 III-3>에 제시하였다. 또한 스트레스 전체 척도의 내적일관성 신뢰도인 Cronbach α 계수는 .91로 나타났다.

<표 III-3> 스트레스척도 하위요인 및 신뢰도

하위요인	문항번호	문항 수	Cronbach α 계수
가족요인	1, 2, 3, 4	4	.86
학업요인	5, 6, 7, 8	4	.83
친구요인	9, 10, 11	3	.84
외모요인	12, 13, 14	3	.76
물질요인	15, 16, 17	3	.85
전체	.	17	.91

5) 자살생각척도

본 연구에서는 청소년들이 자살에 대해 어떠한 생각을 가지고 있는지를 측정하기 위하여 Beck의 자살생각척도(Scale for Suicidal Ideation, 1979)를 신민섭 등(1990)이 수정·보안한 것을 두진영(2005)이 재수정하여 만든 도구를 그대로 사용하였다. 자살생각에 관한 문항은 5점 리커트 척도로 구성되어 있으며, ‘전혀 그렇지 않다’는 1점, ‘조금 그렇다’는 2점, ‘가끔 그렇다’는 3점, ‘자주 그렇다’는 4점, ‘항상 그렇다’는 5점으로 측정하였다. 자살생각 척도의 점수는 최저

11점에서 최고 55점의 점수범위를 가지며, 점수가 높을수록 자살에 대한 생각이 많다는 것을 의미한다. 자살생각 척도의 하위요인으로 삶의 의미, 자살생각으로 구성되었으며, 본 연구에서의 각 하위요인 문항 수와 내적일관성 신뢰도인 Cronbach α 계수는 <표 III-4>에 제시하였다. 또한 자살생각 전체 척도의 내적일관성 신뢰도인 Cronbach α 계수는 .89으로 나타났다.

<표 III-4> 자살척도 하위요인 및 신뢰도

하위요인	문항번호	문항수	Cronbach α 계수
삶의 의미	1,2,3,4,10,11	6	.81
자살생각	5,6,7,8,9	5	.83
전체	.	11	.89

6) 사회불안척도

본 연구에서는 청소년의 사회불안을 측정하기 위하여 김지원(2009)이 오경자와 양윤란(2003)의 연구에 근거하여 사회불안을 대인불안(SAS-A)과 수행불안(SPAI-C)으로 구분하여 사용한 것을 그대로 사용하였다. 대인불안에 관한 문항은 5점 리커트 척도로 구성되어 있으며, ‘전혀 그렇지 않다’는 1점, ‘그렇지 않다’는 2점, ‘약간 그렇지 않다’는 3점, ‘약간 그렇다’는 4점, ‘그렇다’는 5점으로 측정하였다. 이 척도는 아동 및 청소년들이 대인관계 상황에서의 불안감을 측정하는 18문항으로 구성되어 있고, 최저 18점에서 최고 90점의 점수범위를 가지며, 점수가 높을수록 사회불안 정도가 심각함을 의미한다. 수행불안에 관한 문항도 5점 리커트 척도로 구성되어 있으며, ‘전혀 그렇지 않다’는 1점, ‘그렇지 않다’는 2점, ‘약간 그렇지 않다’는 3점, ‘약간 그렇다’는 4점, ‘그렇다’는 5점으로 측정하였다. 이 척도는 아동 및 청소년들이 자주 접하게 되는 수행 상황을 기술하는 9문항으로 구성되어 있고, 최저 9점에서 최고 45점의 점수범

위를 가지며, 점수가 높을수록 사회불안이 심각함을 의미한다. 본 연구에서의 사회불안척도 각 하위요인 문항 수와 내적일관성 신뢰도인 Cronbach α 계수는 <표 III-5>에 제시하였다. 또한 사회불안 전체 척도의 내적일관성 신뢰도인 Cronbach α 계수는 .95로 나타났다.

<표 III-5> 사회불안척도 하위요인 및 신뢰도

	문항번호	문항 수	Cronbach α 계수
대인불안	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11, 12,13,14,15,16,17,18	18	.94
수행불안	19,20,21,22,23,24,25,26,27,	9	.92
전체	.	27	.95

7) 비행척도

본 연구에서는 청소년의 비행을 측정하기 위해서 김현수와 김현실(2000)이 개발한 우리나라 청소년의 비행행동 측정도구 31문항 중 김귀석(2007)이 중복 및 조사 대상자의 연령 그리고 내적일치도가 낮은 문항 등을 고려하여 6개 문항을 삭제한 25문항을 비행이라는 척도로 수정하여 사용한 연구도구를 그대로 사용하였다. 비행에 관한 문항은 6점 리커트 척도로 구성되어 있으며, ‘전혀 그렇지 않다’는 1점, ‘그렇지 않다’는 2점, ‘약간 그렇지 않다’는 3점, ‘약간 그렇다’는 4점, ‘그렇다’는 5점, ‘매우 그렇다’는 6점으로 측정하였다. 비행 척도의 점수는 최저 25점에서 최고 150점의 점수범위를 가지며, 점수가 높을수록 비행이 심각하다는 것을 의미한다. 비행의 하위요인으로는 반사회적비행, 공격적비행, 정신병질적비행으로 구성되어 있으며, 본 연구에서의 각 하위요인 문항 수와 내적일관성 신뢰도인 Cronbach α 계수는 <표 III-6>에 제시하였다. 또한 비행척도의 전체 내적일관성 신뢰도인 Cronbach α 계수는 .88로 나타났다.

<표 III-6> 비행척도 하위요인 및 신뢰도

	문항번호	문항수	Cronbach α 계수
반사회적비행	1,6,8,10,12,13,14, 15,19,20,21,22,23,24	14	.84
공격적비행	2,4,7,17,18,25	6	.63
정신병질적비행	3,5,9,11,16	5	.68
전체	.	25	.88

4. 연구절차

본 연구의 조사는 1, 2학년 학생들을 대상으로 <부록>에 제시된 설문지를 사용하여 2009년 11월 3일부터 11월 5일까지 실시하였다. 이 기간 동안 연구자가 편의표집된 2개 학교에 직접 방문하여 1, 2학년 전체 학급의 담임교사를 대상으로 연구의 취지와 설문지 작성방법을 설명하였다. 각 학급의 담임교사는 자신의 반 학생들에게 아침 조회시간에 본 연구의 취지와 설문지 작성방법을 설명하고 실시한 후 바로 회수해서 연구자에게 전달하였다. 본 연구에서는 총 1,145부의 설문지가 배부되었고, 배부된 1,145부(100%)가 회수되었다. 하지만 회수된 설문지 중 누락되거나, 불성실하게 응답한 93부를 제외한 총 1,052부(92%)를 최종적으로 분석에 사용하였다.

5. 자료분석

본 연구에서의 자료분석은 연구문제별로 다음과 같이 실시되었으며, SPSS WIN 17.0 프로그램을 사용하였다. 그리고 각 변인들은 <표 III-7>과 같이 처리하였다.

<표 III-7> 변인별 자료처리

변인	변인종류	구분	부호
양극성장애 성향의 정도	연속적 변인	.	.
양극성장애 성향의 유형	범주적 변인	정상집단	0
		위험집단	1
성별	범주적 변인	남자	0
		여자	1
학년	범주적 변인	1학년	0
		2학년	1
수면시간	연속적 변인	.	.
출생시 부연령	연속적 변인	.	.
출생순위	연속적 변인	.	.
형제자매의 수	연속적 변인	.	.
또래관계	연속적 변인	.	.
스트레스	연속적 변인	.	.
자살생각	연속적 변인	.	.
사회불안	연속적 변인	.	.
비행	연속적 변인	.	.

첫째, 청소년기 양극성장애 성향의 정도와 유형을 알아보기 위하여 양극성장애 성향에 대한 전체집단, 정상집단, 위험집단의 평균과 표준편차, 백분율을 산출하였다.

둘째, 청소년기 양극성장애 성향의 유형에 따라 관련변인들에 차이가 있는지를 알아보기 위하여 범주적 변인인 성별과 학년은 교차분석(χ^2 -검증)을 실시하였고, 연속적 변인인 수면시간, 출생시 부연령, 출생순위, 형제자매의 수, 또래관계, 스트레스, 자살생각, 사회불안, 비행은 t -검증을 실시하였다.

셋째, 청소년기 양극성장애 성향과 관련변인들의 상관관계를 알아보기 위하여 양극성장애 성향 점수와 관련변인들 간의 상관분석을 실시하였다.

넷째, 양극성장애 정상집단과 위험집단의 판별에 관련변인들이 미치는 영향을 알아보기 위하여 로지스틱회귀분석을 실시하였다. 로지스틱회귀분석은 관련변인들을 생물학적 변인, 심리사회적 변인, 전체 관련변인으로 구분하여 실시하였다.

다섯째, 양극성장애 위험집단의 양극성장애 성향에 관련변인들이 미치는 영향을 알아보기 위하여 중다회귀분석을 실시하였다. 중다회귀분석은 관련변인들을 생물학적 변인, 심리사회적 변인, 전체 관련변인으로 구분하여 실시하였다.

본 연구에서 로지스틱회귀분석과 중다회귀분석은 입력(enter)방법을 사용하였다. 입력방법은 연구자가 선택한 독립변인들이 회귀모형에 동시에 투입되는 것으로서, 독립변인이 어떤 순서에 투입되는 것이 아니라 한꺼번에 투입되어 회귀모형을 결정한다.

IV. 연구결과

1. 청소년기 양극성장애 성향의 정도와 유형 분석

청소년기 양극성장애 성향의 정도와 유형을 알아보기 위해 기분장애 질문지의 평균, 표준편차, 백분율을 산출하였고, 정상집단(기분장애 질문지에서 6점 이하의 점수를 받은 학생이 속한 집단)과 위험집단(기분장애 질문지에서 7점 이상의 점수를 받은 학생이 속한 집단)의 평균, 표준편차, 백분율을 산출하였고 그 결과는 <표 IV-1>에 제시하였다.

<표 IV-1> 양극성장애 성향의 정도와 유형 분석결과

구분		n(%)	M	SD
정도	전체집단	1,052(100)	6.06	2.84
유형	정상집단	614(58.4)	4.10	1.61
	위험집단	438(41.6)	8.81	1.67

<표 IV-1>에 제시된 바와 같이 총 연구대상 1,052명(100%) 중에서 정상집단에 속하는 연구대상은 614명(58.4%), 위험집단에 속하는 연구대상은 438명(41.6%)으로 나타났다. 양극성장애 성향의 전체평균은 6.06($SD = 2.84$)으로 나타났고, 정상집단의 평균은 4.10($SD = 1.61$)으로, 위험집단의 평균은 8.81($SD = 1.67$)로 나타났다.

2. 청소년기 양극성장애 성향의 유형에 따른 관련변인들의 차이분석

청소년기 양극성장애 성향의 유형에 따른 관련변인들의 차이를 알아보기 위해 범주적 변인인 성별과 학년은 교차분석을 실시하였고, 연속적 변인인 수면시간, 출생시 부연령, 출생순위, 형제자매의 수, 또래관계, 스트레스, 자살생각, 사회불안, 비행은 t -검증을 실시하였다. 그 결과는 <표 IV-2>와 <표 IV-3>에 제시하였다.

<표 IV-2> 양극성장애 성향의 유형에 따른 관련변인들의 교차분석 결과 n(%)

변인	범주	유형			df	χ^2
		정상집단	위험집단	계		
성별	남	218(53.4)	190(46.6)	408(100)	1	6.676*
	여	396(61.5)	248(38.5)	644(100)		
학년	1학년	280(53.9)	239(46.1)	519(100)	1	8.217*
	2학년	334(62.7)	199(37.3)	533(100)		

* $p < .05$.

<표 IV-2>에 제시된 바와 같이 양극성장애 성향의 유형에 따른 성별과 학년의 교차분석 결과, 성별과 학년 모두에서 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 성별에서 정상집단은 남학생이 218명(53.4%), 여학생이 396명(61.5%)으로 나타났고, 위험집단은 남학생이 190명(46.6%), 여학생이 248명(38.5%)으로 나타났다. 이는 양극성장애 성향의 유형에서 남학생에 비해 여학생이 정상집단일 비율이 더 높다는 것을 보여주고 있다. 그리고 학년에서 정상집단은 1학년이 280명(53.9%), 2학년이 334명(62.7%)으로 나타났고, 위험집단은 1학년이 239명(46.1%), 2학년이 199명(37.3%)으로 나타났다. 이는 1학년에 비해 2학년이 정상집단일 비율이 높다는 것을 보여주고 있다.

또한 <표 IV-3>에 제시된 바와 같이 연속적 변인에서 양극성장애 위험집단과 정상집단 간에 차이가 있는지를 확인하기 위하여 t -검증을 실시한 결과 수면시간, 스트레스, 자살생각, 사회불안, 비행에서 유의한 차이가 있는 것으로 나

타났다.

<표 IV-3> 양극성장애 성향의 유형에 따른 관련변인들의 *t*-검증 결과

변인	유형	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>
수면시간	정상집단	614	7.01	1.21	-4.554*
	위험집단	438	7.34	1.10	
출생시 부연령	정상집단	614	32.24	4.12	0.668
	위험집단	438	32.07	4.10	
출생순위	정상집단	614	1.70	0.72	-1.192
	위험집단	438	1.76	0.79	
형제자매의 수	정상집단	614	1.31	0.69	-1.048
	위험집단	438	1.36	0.76	
또래관계	정상집단	614	55.47	11.97	1.906
	위험집단	438	54.01	12.64	
스트레스	정상집단	614	45.96	13.41	8.694*
	위험집단	438	38.79	12.90	
자살생각	정상집단	614	19.88	8.11	9.015*
	위험집단	438	15.86	5.44	
사회불안	정상집단	614	62.24	23.41	7.955*
	위험집단	438	51.16	20.54	
비행	정상집단	614	47.17	14.90	13.913*
	위험집단	438	35.81	9.91	

**p* < .05.

수면시간에 따른 집단의 평균은 정상집단 $7.01(SD = 1.21)$, 위험집단 $7.34(SD = 1.10)$ 로 위험집단이 정상집단보다 수면시간이 좀 더 많은 것으로 나타났다. 스트레스에 따른 집단의 평균은 정상집단 $45.96(SD = 13.41)$, 위험집단 $38.79(SD = 12.90)$ 로 정상집단이 위험집단보다 더 높은 스트레스 수준을 보였

다. 자살생각에 따른 집단의 평균은 정상집단 19.88($SD = 8.11$), 위험집단 15.86($SD = 5.44$)으로 정상집단이 위험집단에 비해 자살생각이 더 빈번한 것으로 나타났다. 사회불안에 따른 집단의 평균은 정상집단 62.24($SD = 23.41$), 위험집단 51.16($SD = 20.54$)으로 정상집단이 위험집단보다 더 높은 사회불안 수준을 보였다. 비행에 따른 집단의 평균은 정상집단 47.17($SD = 14.90$), 위험집단 35.81($SD = 9.91$)로 정상집단이 위험집단보다 비행문제가 더 있는 것으로 나타났다. 이와 같이 양극성장애 집단 간의 차이를 보이는 5개의 변인 중 수면시간을 제외한 스트레스, 자살생각, 사회불안, 비행은 정상집단의 평균이 위험집단의 평균보다 높게 나타났는데 이는 청소년기의 특성과 관련된 부분으로 논의에서 구체적으로 살펴보도록 하겠다. 반면에 출생시 부연령, 출생순위, 형제자매의 수, 또래관계에서는 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다.

3. 청소년기 양극성장애 성향과 관련변인들의 상관분석

청소년의 양극성장애 성향과 성별, 학년, 수면시간, 출생시 부연령, 출생순위, 형제자매의 수, 또래관계, 스트레스, 자살생각, 사회불안, 비행 11개 관련변인들의 상관관계를 알아보기 위하여 상관분석을 실시하였고 그 결과는 <표 IV-4>에 제시하였다.

<표 IV-4>에 제시된 바와 같이 11개 관련변인 중 7개의 관련변인에서 통계적으로 유의한 상관관계를 보였다. 구체적으로 살펴보면, 양극성장애와 수면시간($r = .18, p < .05$)은 유의한 정적상관을 보이는 것으로 나타났다. 다시 말해 수면시간이 길수록 양극성장애 성향점수가 높게 나타나는 경향이 있었다. 반면에 성별($r = -.08, p < .05$), 학년($r = -.11, p < .05$), 스트레스($r = -.32, p < .05$), 자살생각($r = -.31, p < .05$), 사회불안($r = -.31, p < .05$), 비행($r = -.48, p < .05$)과는 유의한 부적상관이 있는 것으로 나타났다. 즉 여학생보다는 남학생이, 2학년보다는 1학년이 양극성장애 성향점수가 높게 나타나는 경향이 있었

으며, 스트레스, 자살생각, 사회불안, 비행의 점수가 높을수록 양극성장애 성향 점수가 낮게 나타나는 경향이 있었다.

<표 IV-4> 양극성장애 성향과 관련변인들 간의 상관관계

	양극성 장애 성향	성별	학년	수면 시간	출생시 부연령	출생 순위	형제 자매의 수	포래 관계	스트 레스	자살 생각	사회 불안	비행
양극성장애 성향	1.00											
성별	-.08*	1.00										
학년	-.11*	.02	1.00									
수면시간	.18*	-.17*	-.09*	1.00								
출생시 부연령	-.01	-.04	-.05	-.01	1.00							
출생순위	.04	-.11*	-.06	.06*	.43*	1.00						
형제자매의 수	.05	.05	-.02	.08*	.11*	.56*	1.00					
포래관계	-.05	.17*	.10*	-.06	-.03	-.02	.03	1.00				
스트레스	-.32*	.14*	.11*	-.15*	-.01	-.03	-.02	-.05	1.00			
자살생각	-.31*	.13*	.06	-.11*	.03	.01	-.01	-.13*	.55*	1.00		
사회불안	-.31*	.09*	.13*	-.11*	.02	.00	-.01	-.17*	.48*	.50*	1.00	
비행	-.48*	-.06*	.08*	-.11*	-.01	.01	-.07*	-.12*	.38*	.48*	.32*	1.00

* $p < .05$.

4. 양극성장애 정상집단과 위험집단의 판별에 관련변인들이 미치는 영향에 대한 로지스틱회귀분석

1) 양극성장애 정상집단과 위험집단의 판별에 생물학적 변인들이 미치는 영향

양극성장애 집단유형(정상집단과 위험집단)을 종속변인으로, 생물학적 변인들을 독립변인으로 하는 모형에 대한 통계적 유의성 및 집단 분류의 정확도를 로지스틱회귀분석으로 분석하였으며, 그 결과는 <표 IV-5>에 제시하였다.

<표 IV-5> 모형검증 및 집단판별에 대한 분류의 정확도(생물학적 변인)

구분		예측치			정확도
		정상집단	위험집단	전체	
관찰치	정상집단	541	73	614	88.1%
	위험집단	356	82	438	18.7%
	전체	897	155	1,052	59.2%
$-2LL = 1397.72,$ $\chi^2(\text{절편모형-이론모형}) = 31.08(df = 4, p = .00), \text{ Negelkerke } R^2 = .039$					

<표 IV-5>에 제시된 바와 같이 생물학적 변인에 의해 양극성장애 정상집단과 위험집단을 예측하는 모형은 유의수준 .05에서 통계적으로 의미가 있었다($\chi^2 = 31.08, p < .05$). 양극성장애 정상집단과 위험집단에 대한 관찰치와 예측치 간의 차이를 보면 양극성장애 정상집단의 경우 88.1%, 위험집단의 경우 18.7% 가 정확히 분류되어 전체적으로는 59.2%의 정확도를 나타냈다.

정상집단과 위험집단에 대한 개별 독립변인들의 통계적 유의성을 분석하였으며, 그 결과는 <표 IV-6>에 제시하였다.

<표 IV-6> 집단판별에 대한 로지스틱회귀분석 결과(생물학적 변인)

변인	B	SE B	Wald	df	Exp(B)
성별	-.25	.13	3.64	1	.78
학년	-.32	.13	6.41*	1	.72
수면시간	.22	.06	14.94*	1	1.25
출생시 부연령	-.01	.02	.70	1	.99
상수	-1.18	.68	3.06*	1	.31

* $p < .05$.

<표 IV-6>에 제시된 바와 같이 학년비율(Wald = 6.41, $p < .05$)과 수면시간

(Wald = 14.94, $p < .05$)이 정상집단과 위험집단의 판별 여부에 유의하게 영향을 미치고 있는 것으로 분석되었다. 로지스틱회귀분석에 의해 도출된 회귀식은 다음과 같다.

$$\text{Logit(위험집단)} = -1.18 + -.32(\text{학년}) + .22(\text{수면시간})$$

양극성장애의 다른 독립변인들의 비율이 동일하다고 할 때 학년이 낮은 청소년이 위험집단으로 판별될 확률이 판별되지 않을 확률보다 $e^{-.32} = 0.72$ 배 높아진다고 예측할 수 있으며, 수면시간이 높은 청소년이 위험집단으로 판별될 확률이 판별되지 않을 확률보다 $e^{.22} = 1.25$ 배 높아진다고 예측할 수 있다. e 는 자연상수로서 2.718의 값을 가진다.

2) 양극성장애 정상집단과 위험집단의 판별에 심리사회적 변인들이 미치는 영향

양극성장애 집단유형(정상집단과 위험집단)을 종속변인으로, 심리사회적 변인들을 독립변인으로 하는 모형에 대한 통계적 유의성 및 집단 분류의 정확도를 로지스틱회귀분석으로 분석하였으며, 그 결과는 <표 IV-7>에 제시하였다.

<표 IV-7> 모형검증 및 집단판별에 대한 분류의 정확도(심리사회적 변인)

구분		예측치			정확도
		정상집단	위험집단	전체	
관찰치	정상집단	460	154	614	74.9%
	위험집단	167	271	438	61.9%
	전체	627	425	1052	69.5%

$-2LL = 1184.15,$
 $\chi^2(\text{절편모형-이론모형}) = 244.64(df = 7, p = .00), \text{ Negelkerke } R^2 = .279$

<표 IV-7>에 제시된 바와 같이 심리사회적 변인에 의해 양극성장애 정상집단과 위험집단을 예측하는 모형은 통계적으로 의미가 있었다($\chi^2 = 244.64, p < .05$). 양극성장애 정상집단과 위험집단에 대한 관찰치와 예측치 간의 차이를 보면 양극성장애 정상집단의 경우 74.9%, 위험집단의 경우 61.9%가 정확히 분류되어 전체적으로는 69.5%의 높은 정확도를 나타냈다.

정상집단과 위험집단에 대한 개별 독립변인들의 통계적 유의성을 분석하였으며, 그 결과는 <표 IV-8>에 제시하였다.

<표 IV-8> 집단판별에 대한 로지스틱회귀분석 결과(심리사회적 변인)

변인	B	SE B	Wald	df	Exp(B)
출생순위	.14	.11	1.54	1	1.15
형제자매의 수	-.06	.12	.22	1	.95
또래관계	-.02	.01	16.18*	1	.98
스트레스	-.01	.01	2.76	1	.99
자살생각	-.02	.01	1.79	1	.98
사회불안	-.01	.00	6.63*	1	.99
비행	-.07	.01	89.46*	1	.93
상수	5.17	.55	89.33*	1	.31

* $p < .05$.

<표 IV-8>에 제시된 바와 같이 또래관계(Wald = 16.18, $p < .05$), 사회불안(Wald = 6.63, $p < .05$), 비행(Wald = 89.46, $p < .05$)이 정상집단과 위험집단의 판별 여부에 유의하게 영향을 미치고 있는 것으로 분석되었다. 로지스틱회귀분석에 의해 도출된 회귀식은 다음과 같다.

$$\text{Logit(위험집단)} = -1.18 + -.02(\text{또래관계}) + -.01(\text{사회불안}) + -.07(\text{비행})$$

양극성장애의 다른 독립변인들이 동일하다고 할 때 또래관계가 낮은 청소년이 위험집단으로 판별될 확률이 판별되지 않을 확률보다 $e^{-0.02} = 0.98$ 배 높아진다고 예측할 수 있고 사회불안이 낮은 청소년이 위험집단으로 판별될 확률이 판별되지 않을 확률보다 $e^{-0.01} = 0.99$ 배 높아진다고 예측할 수 있으며, 비행이 낮은 청소년이 위험집단으로 판별될 확률이 판별되지 않을 확률보다 $e^{-0.07} = 0.93$ 배 높아진다고 예측할 수 있다. e 는 자연상수로서 2.718의 값을 가진다.

3) 양극성장애 정상집단과 위험집단의 판별에 전체 관련변인들이 미치는 영향

양극성장애 집단유형(정상집단과 위험집단)을 종속변인으로, 전체 관련변인들을 독립변인으로 하는 모형에 대한 통계적 유의성 및 집단 분류의 정확도를 로지스틱회귀분석으로 분석하였으며, 그 결과는 <표 IV-9>에 제시하였다.

<표 IV-9> 모형검증 및 집단판별에 대한 분류의 정확도(전체 관련변인)

구분	예측치			정확도
	정상집단	위험집단	전체	
관찰치	정상집단	275	163	438 62.8%
	위험집단	142	472	614 76.9%
	전체	417	635	1052 71.0%
$-2LL = 1173.24,$ $\chi^2(\text{절편모형-이론모형}) = 255.57(df = 11, p = .00), \text{ Negelkerke } R^2 = .290$				

<표 IV-9>에 제시된 바와 같이 전체 관련변인에 의해 양극성장애 정상집단과 위험집단을 예측하는 모형은 통계적으로 의미가 있었다($\chi^2 = 255.57, p < .05$). 양극성장애 정상집단과 위험집단에 대한 관찰치와 예측치 간의 차이를 보면 양극성장애 정상집단의 경우 62.8%, 위험집단의 경우 76.9%가 정확히 분류되어 전체적으로는 71.0%의 높은 정확도를 나타냈다.

정상집단과 위험집단에 대한 개별 독립변인들의 통계적 유의성을 분석하였으며, 그 결과는 <표 IV-10>에 제시하였다.

<표 IV-10> 집단판별에 대한 로지스틱회귀분석 결과(전체 관련변인)

변인	B	SE B	Wald	df	Exp(B)
성별	-.26	.16	2.76	1	.77
학년	-.11	.14	.61	1	.89
수면시간	.12	.06	3.51	1	1.13
출생시 부연령	-.03	.02	2.51	1	.97
출생순위	.20	.13	2.44	1	1.22
형제자매의 수	-.07	.12	.37	1	.93
또래관계	-.02	.01	11.84*	1	.98
스트레스	-.01	.01	1.78	1	.99
자살생각	-.02	.01	1.20	1	.99
사회불안	-.01	.00	4.90*	1	.99
비행	-.08	.01	89.71*	1	.93
상수	5.14	.95	29.11*	1	170.01

* $p < .05$.

<표 IV-10>에 제시된 바와 같이 또래관계(Wald = 11.84, $p < .05$), 사회불안(Wald = 4.90, $p < .05$), 비행(Wald = 89.71, $p < .05$)이 정상집단과 위험집단의 판별 여부에 유의하게 영향을 미치고 있는 것으로 분석되었다. 로지스틱회귀분석에 의해 도출된 회귀식은 다음과 같다.

$$\text{Logit}(\text{위험집단}) = -1.18 + -.02(\text{또래관계}) + -.01(\text{사회불안}) + -.08(\text{비행})$$

양극성장애의 다른 독립변인들이 동일하다고 할 때 또래관계가 낮은 청소년이 위험집단으로 판별될 확률이 판별되지 않을 확률보다 $e^{-0.02} = 0.98$ 배 높아진다고 예측할 수 있고, 사회불안이 낮은 청소년이 위험집단으로 판별될 확률이 판별되지 않을 확률보다 $e^{-0.01} = 0.99$ 배 높아진다고 예측할 수 있으며, 비행

이 낮은 청소년이 위험집단으로 판별될 확률이 판별되지 않을 확률보다 $e^{-.08} = 0.93$ 배 높아진다고 예측할 수 있다. e 는 자연상수로서 2.718의 값을 가진다.

5. 양극성장애 위험집단의 양극성장애 성향에 관련변인들이 미치는 영향에 대한 중다회귀분석

양극성장애 위험집단의 양극성장애 성향에 관련변인들이 미치는 영향을 예측해보기 위해 위험집단의 양극성장애 성향점수와 관련변인들 간의 중다회귀분석을 실시한 결과는 다음과 같다.

1) 양극성장애 위험집단의 양극성장애 성향에 생물학적 변인들이 미치는 영향

양극성장애 위험집단의 양극성장애 성향에 생물학적 변인이 미치는 영향을 알아보기 위해 중다회귀분석을 실시하였고, 그 결과는 <표 IV-11>에 제시하였다.

<표 IV-11>에 제시된 바와 같이 생물학적 변인을 독립변인으로 양극성장애 위험집단의 양극성장애 성향을 예측하는 모형에 대한 통계적 유의성 검정 결과, F 통계값은 2.81로 생물학적 변인은 유의수준 .05에서 양극성장애 위험집단의 양극성장애 성향을 유의하게 설명하고 있으며, 양극성장애 위험집단의 양극성장애 성향 총 변화량의 3%가 생물학적 변인에 의해 설명되고 있다. 생물학적 변인이 양극성장애 위험집단의 양극성장애 성향에 대한 기여도와 통계적 유의성을 검정한 결과, 양극성장애 위험집단의 양극성장애 성향에 유의하게 영향을 미치는 독립변인은 수면시간으로 나타났다($t = 2.63, p < .05$).

<표 IV-11> 위험집단의 양극성장애 성향과 생물학적 변인들의 중다회귀분석 결과

종속변인	독립변인	B	SE B	β	t
양극성장애	성별	-.14	.16	-.04	-.89
성향	학년	.02	.16	.01	.10
	수면시간	.19	.07	.13	2.63*
	출생시 부연령	.03	.02	.08	1.71
	Constant	6.39			
	R^2	.03			
	F	2.81*			

* $p < .05$.

2) 양극성장애 위험집단의 양극성장애 성향에 심리사회적 변인들이 미치는 영향

양극성장애 위험집단의 양극성장애 성향에 심리사회적 변인이 미치는 영향을 알아보기 위해 중다회귀분석을 실시하였고, 그 결과는 <표 IV-12>에 제시하였다.

<표 IV-12>에 제시된 바와 같이 심리사회적 변인을 독립변인으로 양극성장애 위험집단의 양극성장애 성향을 예측하는 모형에 대한 통계적 유의성 검정 결과, F 통계값은 4.23으로 심리사회적 변인은 유의수준 .05에서 양극성장애 위험집단의 양극성장애 성향을 유의하게 설명하고 있으며, 양극성장애 위험집단의 양극성장애 성향 총 변화량의 7%가 심리사회적 변인에 의해 설명되고 있다. 심리사회적 변인이 양극성장애 위험집단의 양극성장애 성향에 대한 기여도와 통계적 유의성을 검정한 결과 양극성장애 위험집단의 양극성장애 성향에 유의하게 영향을 미치는 독립변인은 비행으로 나타났다($t = -3.17$, $p < .05$).

<표 IV-12> 위험집단의 양극성장애 성향과 심리사회적 변인들의 중다회귀분석 결과

종속변인	독립변인	B	SE B	β	t
양극성장애	출생순위	.09	.13	.04	.74
	형제자매의 수	.01	.13	.01	.11
	또래관계	-.01	.01	-.07	-1.47
	스트레스	-.01	.01	-.11	-1.95
	자살생각	.01	.02	.05	.82
	사회불안	-.01	.01	-.10	-1.74
	비행	-.03	.01	-.16	-3.17*
Constant		10.83			
R^2		.07			
F		4.23*			

* $p < .05$.

3) 양극성장애 위험집단의 양극성장애 성향에 전체 관련변인들이 미치는 영향

양극성장애 위험집단의 양극성장애 성향에 전체 관련변인들이 미치는 영향을 알아보기 위해 중다회귀분석을 실시하였고, 그 결과는 <표 IV-13>에 제시하였다.

<표 IV-13>에 제시된 바와 같이 전체 관련변인을 독립변인으로 양극성장애 위험집단의 양극성장애 성향을 예측하는 모형에 대한 통계적 유의성 검정 결과, F 통계값은 3.33으로 전체 관련변인은 유의수준 .05에서 양극성장애 위험집단의 양극성장애 성향을 유의하게 설명하고 있으며, 양극성장애 위험집단의 양극성장애 성향 총 변화량의 8%가 전체 관련변인에 의해 설명되고 있다. 전체

관련변인이 양극성장애에 위험집단의 양극성장애 성향에 대한 기여도와 통계적 유의성을 검정한 결과 양극성장애 위험집단의 양극성장애 성향에 유의하게 영향을 미치는 독립변인은 비행으로 나타났다($t = -3.16$, $p < .05$).

<표 IV-13> 위험집단의 양극성장애 성향과 전체 관련변인들의 중다회귀분석 결과

종속변인	독립변인	B	SE B	β	t
양극성장애 성향	성별	-.16	.17	-.05	-.95
	학년	.10	.16	.03	.62
	수면시간	.14	.07	.09	1.94
	출생시 부연령	.03	.02	.06	1.20
	출생순위	.01	.14	.00	.07
	형제자매의 수	.03	.13	.01	.22
	또래관계	-.01	.01	-.05	-1.09
	스트레스	-.01	.01	-.10	-1.74
	자살생각	.02	.02	.05	.93
	사회불안	-.01	.01	-.09	-1.63
	비행	-.03	.01	-.16	-3.16*
		Constant	8.97		
		R ²	.08		
		F	3.33*		

* $p < .05$.

V. 논의

본 연구는 청소년기 양극성장애 성향의 정도와 유형에 관련변인들이 어떠한 영향을 미치는지 알아보고자 중학교 1, 2학년 학생들을 대상으로 수행된 조사 연구이다. 다음에서는 본 연구의 결과를 연구문제별로 선행연구와 관련하여 논의하고자 한다.

1. 청소년기 양극성장애 성향의 정도와 유형

본 연구에서 청소년기 양극성장애 성향의 정도를 알아본 결과, 연구대상 총 1,052명의 학생 중 614명(58.4%)의 학생이 양극성장애 정상집단으로, 438명(41.6%)의 학생이 양극성장애 위험집단으로 판별되었다(<표 IV-1> 참조). Kupfer와 동료들(2002)은 양극성장애의 첫 삽화는 17세 이전에 경험하며, 약 20%는 10~14세에, 약 10%는 5~9세에 첫 삽화를 경험한다고 보고하였다. Perlis와 동료들(2004)의 연구에서는 18세 이후 발병한 양극성장애는 35%, 13~18세 사이의 발병한 양극성장애는 37%, 13세미만 발병한 매우 조기발병 양극성장애는 28%로 나타났다. Akiskal(1995)의 연구결과에서도 양극성장애의 약 20%가 청소년기에 첫 삽화를 보이고 15~19세에 절정기에 달할 정도의 높은 빈도의 증상 표출을 보인다고 하였으며 우울증을 포함한 양극성장애는 소아·청소년기의 모든 연령군에서 발병 가능성이 높으며 진단 빈도가 증가되는 추세에 있다고 보고하였다. 위의 선행연구들은 양극성장애로 진단을 받은 환자들 가운데 양극성장애의 첫 삽화를 경험한 시기를 파악한 결과로 본 연구와 비교하는 데는 다소 무리가 있지만 최근 양극성장애가 청소년기에 많이 발병하며 증가한다는 것을 알아볼 수 있는 연구들이다. 본 연구에서는 일반 중학생들을 대상으로 실시한 결과 14~15세 청소년들의 약 42%가 양극성장애 성향을 보이

는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 청소년들의 심리적 특성 중 정서적으로 불안정하며, 작은 일에도 민감하게 반응하는 등 감정변화가 심한 것과 관련이 있어 보인다. 따라서 적절한 교육적 서비스와 관심이 필요할 것으로 보인다.

본 연구에서는 양극성장애의 성향의 유형과 정도를 파악하기 위해서 의학분야에서 진단을 내리기 전에 선별검사로 사용하는 기분장애 질문지를 사용하였다. 기분장애 질문지는 대상연령에 제한을 두고 있지 않으며, 현재 전세계적으로 양극성장애를 선별하는데 널리 사용되고 있을 뿐 아니라 국내에서도 표준화되어 사용되고 있다. 본 연구에서는 정상집단과 위험집단의 비율이 비슷한 것으로 나타났는데 이러한 결과는 기분장애 질문지가 청소년용이 아니라 전체 연령을 대상으로 하는 도구라는 점을 감안할 때 신중하게 해석될 필요가 있겠다. 왜냐하면 기분장애의 다른 유형인 우울장애에 비해 청소년에게 나타나는 양극성장애에 대해 알려진 바가 미비하기 때문이다(정명숙 외, 2004). 그러나 최근 청소년들의 양극성장애가 증가하고 있는 것을 볼 때 검사도구의 개발을 위한 연구들이 계속되어야 할 것으로 보인다.

2. 청소년기 양극성장애 성향의 유형에 따른 관련변인들의 차이

본 연구에서 청소년기 양극성장애 성향의 유형에 따른 관련변인들의 차이를 살펴본 결과, 11개의 변인 중 성별, 학년, 수면시간, 또래관계, 스트레스, 자살생각, 사회불안, 비행에서 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다(<표 IV-2>, <표 IV-3>참조).

성별과 청소년기 양극성장애 성향의 유형과의 교차분석 결과 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 남학생의 경우 408명(100%) 중 218명(53.4%)이 정상집단으로, 190명(46.6%)이 위험집단으로 나타났으며, 여학생의 경우 644명(100%) 중 396명(61.5%)이 정상집단으로, 248명(38.5%)이 위험집단으로 나타났다. 구체적으로 살펴보면 남학생의 경우 정상집단과 위험집단의 비

율이 유사한 것에 비해 여학생의 경우 정상집단이 위험집단에 비해 1.5배 이상 높은 것으로 나타났다. 여러 선행연구(임명호 외, 2000; 차보석, 김정현, 하규섭, 2003; Leivenluft, 1996)에서는 양극성장애는 남자에 비해 여자가 많이 나타나지만 통계학적으로는 유의한 차이가 없다고 밝히고 있는 반면 다른 선행연구 (Moreno et al., 2007; Perris, 1966)에서는 양극성장애는 남자에게 더 많이 나타나거나 성별에 관계가 없다고 밝히고 있다. 앞서 언급한 선행연구들은 양극성장애로 진단받은 연구대상들 가운데 성별을 분류한 것으로 본 연구와의 비교를 하기에는 다소 무리가 있을 뿐 아니라 결과도 다소 다양하게 나타나고 있으므로 성별에 따른 양극성장애의 위험차이는 좀 더 많은 심층적인 연구가 필요한 것으로 보인다.

학년과 청소년기 양극성장애 성향의 유형과의 교차분석 결과 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 1학년의 경우 519명(100%)의 학생 중 280명(53.9%)의 학생이 정상집단으로, 239명(46.1%)의 학생이 위험집단으로 나타났으며, 2학년의 경우 533명(100%)의 학생 중 334명(62.7%)의 학생이 정상집단으로, 199명(37.3%)의 학생이 위험집단으로 나타났다. 1학년의 경우에는 정상집단과 위험집단의 학생 비율이 비슷한 반면에, 2학년의 경우에는 정상집단과 위험집단의 학생 비율이 정상집단이 약 1.7배 이상 높은 것을 알 수 있다. 이는 최근의 연구(Kupfer et al., 2002; Perlis et al., 2004)에서 양극성장애의 발병연령이 낮아지고 있으며, 양극성장애 환자 중 20%는 청소년기에 증상이 나타나며, 약 20%는 10~14세에, 약 10%는 5~9세에 발병한다고 밝히고 있다. 이러한 결과는 본 연구에서 더 낮은 학년의 학생들에게서 양극성장애 성향이 많이 나타난다는 것과 유사한 결과라고 할 수 있다. 본 연구에서 연구대상 학년이 중학교 1학년과 2학년으로 실제적인 연령은 1~2살 정도 밖에 차이가 나지 않음에도 불구하고 학년에 따른 차이가 나타난 것은 이 시기 청소년들은 정서적으로 불안정하고 심리적인 면에서도 급진적으로 변하는 특성을 반영하는 것으로 보인다.

수면시간과 청소년기 양극성장애 성향의 유형과의 t -검증 결과 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 수면시간에서 양극성장애 정상집단 평균은 7.01, 양극성장애 위험집단 평균은 7.34로 위험집단이 정상집단보다 수면시간이 좀 더 많은 것으로 나타났다. 이러한 결과는 양극성장애와 수면시간과의 관계에 대한 선행연구(임명호 외, 2000; Akiskal, 1995)에서 양극성장애로 입원한 환자 중 76.5%가 수면장애를 호소하며, 다수면을 많이 나타냈다고 하는 결과와 유사하다.

출생시 부연령과 청소년기 양극성장애 성향의 유형과의 t -검증 결과 통계적으로 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다. 양극성장애 정상집단의 경우 평균 32.24, 양극성장애 위험집단의 경우 평균 32.07로 나타났다. Frans(2008)의 연구에서는 출생시 부연령이 55세가 이상이었을 때 낳은 자녀가 20~24세 낳은 자녀에 비해 양극성장애로 진단되는 비율이 1.37배 높게 나타났으나 본 연구에서는 양극성장애 정상집단과 위험집단의 출생시 부연령 평균이 거의 비슷하기 때문에 집단 간에 차이는 없는 것으로 보인다.

출생순위와 청소년기 양극성장애 성향의 유형과의 t -검증 결과 통계적으로 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다. 양극성장애 정상집단의 경우 평균 1.70, 양극성장애 위험집단의 경우 평균 1.76으로 나타났다. 이러한 결과는 양극성장애의 발병분포는 첫째와 막내에게 많이 나타난다는 선행연구의 결과(권재호, 이길홍, 박두병, 1994; 김창곤, 2001)와는 다소 차이가 있는 것으로 보인다. 본 연구의 대상의 기초사항을 살펴보면(<표 III-2>참조) 첫째, 둘째가 각각 43.2%로 전체 연구대상의 86.4%를 차지하고 있기 때문에 출생순위로 집단유형의 차이를 검증하는 것에는 무리가 있을 것으로 보여지며, 좀 더 포괄적인 연구대상 표집을 통하여 후속연구를 실시하여 출생순위에 따른 가정내에서의 심리사회적인 문제를 살펴볼 필요가 있을 것으로 보인다.

형제자매의 수와 청소년기 양극성장애 성향의 유형과의 t -검증 결과 통계적으로 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다. 양극성장애 정상집단의 경우 평균

1.31, 양극성장애 위험집단의 경우 평균 1.36으로 나타났지만, 본 연구의 대상의 기초사항을 살펴보면(<표 III-2>참조) 형제자매의 수가 1명, 2명인 학생은 각각 55.8%, 32.1%로, 형제자매의 수가 없는 외동학생 8.2%를 포함하면 전체 연구대상의 97.1%를 차지하게 된다. 따라서 형제자매의 수가 0명에서 9명까지 있는 대상으로 연구를 한 김창곤(2001)의 연구에서 차이가 나타난 결과는 다른 결과가 나타난 것으로 보인다.

또래관계와 청소년기 양극성장애 성향의 유형과의 t -검증 결과 통계적으로 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다. 또래관계에서 양극성장애 정상집단 평균은 55.47, 양극성장애 위험집단 평균은 54.01로 나타났다. 청소년기는 부모로부터 심리적 독립이 일어나고 또래관계의 영향이 상대적으로 증가하는 시기이지만, 그와 동시에 자아정체성과 같은 내면적인 사고들을 많이 하게 되는 시기이다. 본 연구에서 또래관계가 양극성장애 성향의 유형과에 따른 차이를 나타내지 않은 것도 청소년기의 복잡하고 다양한 심리적 양상의 결과로 보인다.

스트레스와 청소년기 양극성장애 성향의 유형과의 t -검증 결과 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 스트레스에서 양극성장애 정상집단은 평균 45.96, 양극성장애 위험집단은 평균 38.76으로 정상집단이 위험집단보다 더 높은 스트레스 수준을 보였다. 청소년기는 발달상 신체적, 정서적 기능에 많은 변화가 생기며 동시에 이러한 변화에 따르는 스트레스에 매우 취약한 특성을 가지는데 양극성장애 정상집단의 청소년들은 정상적인 발달을 거치면서 많은 스트레스를 경험하고 극복하는 것을 반복하게 된다. 위험집단의 청소년들은 자신의 조증과 우울증을 반복 경험하면서 조절을 해나가야 하는 상황에 처함으로써 정상집단의 청소년들보다는 발달상 정상적인 스트레스를 더 적게 받는 것으로 보인다.

자살생각과 청소년기 양극성장애 성향의 유형과의 t -검증 결과 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 자살생각에서 양극성장애 정상집단 평균은 19.88, 양극성장애 위험집단 평균은 15.86으로 정상집단이 위험집단에 비해

자살생각이 더 빈번한 것으로 나타났다. 이러한 결과는 정상집단이 위험집단보다 더 높은 스트레스 수준을 보인 앞의 결과와 상관이 있는 것으로 보이는데 신영철(2009)의 연구에서도 스트레스 사건들은 비록 미약하지만 조증과 우울증의 발현정도와 어느정도 상관관계가 있다고 밝히면서 본 연구의 결과를 뒷받침하는 것으로 보인다.

사회불안과 청소년기 양극성장애 성향의 유형과의 t -검증 결과 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 사회불안에서 양극성장애 정상집단 평균은 62.24로, 양극성장애 위험집단 평균은 51.16으로 정상집단이 위험집단보다 더 높은 사회불안 수준을 보였다. 강민지(2006)의 연구에서 사회적 상황에서 외상경험이 많은 경우에 사회불안이 높으며, 친구와 질적으로 좋은 관계를 경험하고 있는 청소년은 사회불안이 낮은 반면, 그렇지 못한 청소년은 사회불안이 높았다. 이러한 선행연구와 직접적인 비교는 어렵지만 본 연구결과에서 평균값을 살펴보았을 때 정상집단에서 사회불안이 더 높은 것으로 나타났는데 이는 정서적으로 문제가 없는 청소년들이 사회적인 환경에 대하여 좀 더 영향을 많이 받아, 관계적인 부분에 신경을 많이 쓰기 때문에 나타난 결과로 보여진다.

비행과 청소년기 양극성장애 성향의 유형과의 t -검증 결과 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 비행에서 양극성장애 정상집단 평균 47.17, 양극성장애 위험집단 평균 35.81로 정상집단이 위험집단보다 비행문제를 더 보였다. 이러한 결과는 양극성장애 성향을 보이는 청소년들은 비행이나 폭력 등의 곁으로 드러나는 외현화 문제보다는 심리적으로 불안하고 우울함을 느끼는 내면화 문제를 보이는 경우가 더 많기 때문인 것으로 보인다.

3. 청소년기 양극성장애 성향과 관련변인들의 상관관계

양극성장애는 11개의 독립변인 중 4개의 독립변인인 출생시 부연령, 출생순위, 형제자매의 수, 또래관계와 유의한 상관관계를 보이지 않았으나, 나머지 7

개의 독립변인(성별, 학년, 수면시간, 스트레스, 자살생각, 사회불안, 비행)과는 유의한 상관관계를 보였다(<표 IV-4> 참조). 양극성장애는 7개의 독립변인 중에서 수면시간만 정적 상관관계를 보이며, 나머지 성별, 학년, 스트레스, 자살생각, 사회불안, 비행과는 부적 상관관계를 보였다. 즉 수면시간이 길어질수록, 연구대상이 남자일 경우, 1학년일 경우에 양극성장애 성향이 다소 높게 나타나는 경향을 보였으며, 스트레스가 높을수록, 자살생각을 많이 할수록, 사회불안이 높을수록, 비행을 많이 할수록 양극성장애 성향이 다소 낮게 나타나는 경향이 있는 것으로 볼 수 있다. 이와 같은 결과는 앞서 살펴본 양극성장애 성향의 유형에 따른 관련변인들의 차이에서 나타난 결과와 상관된 것으로 보인다.

4. 양극성장애 정상집단과 위험집단의 판별에 대한 관련변인들의 예측관계

먼저, 생물학적 변인이 양극성장애 집단 판별에 미치는 영향에 대하여 살펴보면 다음과 같다(<표 IV-6> 참조). 성별은 양극성장애 집단판별에 통계적으로 유의한 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다. 이는 양극성장애의 경우 여자가 남자보다 상대적으로 많은 것으로 나타난 연구들(임명호 외, 2000; 차보석 외, 2003)과는 상반되는 결과이지만, Perris(1966)의 양극성장애에서 남녀 성비는 같다는 연구결과와는 일관성이 있다. 또한 NAMCS(National Ambulatory Medical Care Survey)(Moreno et al., 2007)연구에서는 남자가 여자보다 양극성장애가 더 많이 발병하였지만, 공존질환인 ADHD를 통제하면 통계적으로 유의하지 않았는데 이러한 결과도 본 연구결과와 유사한 것으로 보인다.

학년은 양극성장애 집단판별에 통계적으로 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이는 양극성장애의 경우 2학년보다 1학년이 양극성장애의 위험집단으로 판별될 가능성성이 높은 것으로 볼 수 있다. 이러한 결과는 양극성장애의 경우 첫 발병은 대개 25세 이전이 많고, 특히 15~19세 사이에 발병하는 경우가

가장 흔하며(Simon et al., 2004), 보통 15~19세 정도 사이에 양극성장애의 증상을 알아차리게 된다(Huser et al., 2007)는 연구결과와 어느정도 일관성이 있는 것으로 보인다. 하지만 본 연구에서의 1학년과 2학년은 통계적으로는 한 학년이라는 차이가 있지만 실제적인 연령 차이는 거의 없을 수도 있다. 그러나 통계적으로 유의가 차이가 있는 것은 1학년은 초등학교에서 상위학교로 올라와서 학교에 적응하고, 사춘기에 접어들면서 스스로의 자아정체감의 혼란이 오는 시기로 정서적으로 불안정하기 때문에 나타난 결과일 수도 있다.

수면시간은 양극성장애 집단판별에 통계적으로 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 즉, 수면시간이 많아질수록 양극성장애의 위험집단으로 판별될 가능성이 높아지는 것으로 나타났다. 선행연구에 의하면, 양극성장애 환자들이 수면과 각성 사이클의 변화가 오고 24시간 주기 리듬이 방해를 받아 수면시간이 줄어들면 조증과 경조증이 촉발될 수 있어서 수면시간이 줄어들면 양극성장애가 나타날 수 있다고 보고하였다(Leibenluft et al., 1996; Kasper & Wehr, 1992). 반면에 다른 선행연구에 의하면 양극성환자에게서는 다수면이 많이 나타났고, 불면은 우울증 환자에게서 더 많이 나타났다고 보고하고 있다(배명옥, 이병욱, 이수일, 1997; 임명호 외, 2000). 이러한 결과는 본 연구에서 수면시간이 길어질수록 양극성장애 성향이 높아진다는 결과와 일맥상통한 것으로 수면시간이 양극성장애에 영향을 미치는 중요한 변인임을 시사한다.

출생시 부연령은 양극성장애 집단판별에 통계적으로 유의한 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다. Frans(2008)는 출생시 부연령이 55세가 넘었을 때 낳은 자녀가 20~24세때 낳은 자녀에 비해 양극성장애로 진단되는 비율이 1.37배 높았으며, 나이 많은 어머니에서 태어난 자녀도 위험하지만 아버지의 영향이 더 강했다고 보고하고 있다. 하지만 본 연구에서는 출생시 부의 연령이 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다. 이는 본 연구대상의 출생시 부의 평균연령이 정상집단 32.24세, 위험집단 32.07세로 집단 간에도 유의한 차이가 없었으며, 선행연구에서와 같이 자녀 출생시 부연령이 55세 이상이었던 연구대상은 없었기 때문

에 본 연구의 결과와 선행연구의 결과에서 일관성을 기대하기는 어려울 것으로 보인다.

다음으로, 심리사회적 변인이 양극성장애 집단 판별에 미치는 영향에 대하여 살펴보면(<표 IV-8> 참조), 출생순위는 양극성장애 집단판별에 통계적으로 유의한 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다. 이는 양극성장애는 막내가 가장 많은 분포를 차지하며 늦둥이로 태어난 자녀가 양극성장애로 진단받을 비율이 높다(Frans, 2008)고 밝힌 선행연구들과는 차이가 있는 결과이다. 반면에 김창곤(2001)의 연구에서는 출생순위에서 보았을 때 양극성장애는 첫째가 32.1%, 셋째가 20.8%, 둘째가 15.1%의 순서를 보였다고 보고하고 있다. 하지만 본 연구에서는 연구대상 학생들의 약 80%이상이 첫째와 둘째에 분포되어 있기 때문에 많은 형제들 사이에서 순위의 차이를 나타내기 어려우며, 좀 더 폭넓은 연구대상으로 후속연구가 필요한 것으로 보인다.

형제자매의 수는 양극성장애 집단판별에 통계적으로 유의한 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다. 이제연과 한지숙(2003)은 형제로부터 지지를 받는 아동들이 그렇지 않는 아동들에 비해 외로움이나 우울증을 적게 경험한다고 보고, 김창곤(2001)은 양극성장애 환자(평균연령 37.3세) 중 형제자매가 4명인 경우는 20.8%, 2명, 5명, 6명인 경우는 각각 17.0%, 8명과 9명인 경우도 1.9%이었다고 밝히고 있다. 이러한 결과는 본 연구결과와 상당한 차이를 보이고 있는데, 이러한 차이는 선행연구에서는 양극성장애 환자들의 형제자매의 수가 1명은 1.4%, 2명은 14.9%, 3명은 13.5%, 4명은 24.3%, 5명은 17.6%, 6명은 17.6%로 나타났는데 비해, 본 연구에서는 1명은 55.8%, 2명은 32.1%, 3명은 2.9%, 4명은 0.8%, 5명은 0.3%로 나타난 것과 관련이 있는 것으로 보인다. 또한 선행연구(김창곤, 2001)에서는 양극성장애 진단을 받은 환자들을 대상으로 연구한 것에 비해, 본 연구에서는 일반학생들을 대상으로 실시하였기 때문에 연구결과에 차이가 나타나는 것으로 보여진다. 그리고 연구대상의 평균연령을 볼 때도, 최근에는 핵가족화로 인하여 한 가정에 자녀가 1~2명인 경우가 많아 형제자매 수가 4명 이

상인 연구대상은 찾아보기 힘들기 때문에 형제자매의 수에 의한 양극성장애의 집단판별은 다소 무리가 있을 것으로 보인다.

또래관계는 양극성장애 집단판별에 통계적으로 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 즉, 또래관계가 빈약할수록 양극성장애 위험집단으로 판별될 가능성 이 높아지는 것으로 나타났다. 서완석(2007)은 소아·청소년기 양극성장애는 학습기능의 부진, 또래관계 형성의 부진을 유발하는 중요한 원인으로 성인의 양극성장애에 비해 더 많은 고려가 필요하다고 밝히고 있으며, 진혜경(2003)도 소아·청소년의 기분장애는 또래관계와의 문제 등 학교와 사회적응문제등의 심각한 후유증과 연관된다고 말하고 있다. 이러한 결과는, 또래관계의 점수가 낮아질수록 양극성장애의 위험집단으로 판별될 가능성이 높다는 결과가 나타난 본 연구의 결과와 유사한 것으로 보인다. 이는 선행연구 결과에서 나타난 바와 같이 또래관계가 빈약하고 부진하거나 부정적인 경우에 양극성장애의 위험집단으로 판별된 가능성이 높다는 것을 시사한다.

스트레스는 양극성장애 집단판별에 통계적으로 유의한 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다. 한상우 등(1990)은 양극성장애 환자 중 발병전 정신사회적 스트레스 요인이 있었다고 하였고, 심리사회적 스트레스는 양극성장애의 재발 및 악화에 기여하는 것으로 보고되고 있으며(APA, 2002), 신영철(2009)은 생활스트레스 사건들은 미약하지만 조증과 우울증의 발현정도와 상관이 있다고 하였다. 이러한 결과는 본 연구의 결과와는 다소 차이가 있지만 청소년기의 스트레스는 정서·심리적인 스트레스보다는 대부분이 학업에 관련된 일상적인 스트레스 부분이 많기 때문에 양극성장애 집단판별에 영향을 미치지 않는 것으로 보인다.

자살생각은 양극성장애 집단판별에 통계적으로 유의한 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다. Rihmer와 Kiss(2002)는 청소년기 양극성장애 환자의 약 20% 가 적어도 한 번 이상 의학적으로 의미있는 자살시도를 한 적이 있다고 하였고, 박은옥(2008)은 자살생각을 한 적이 있는 집단은 자살시도 위험이 30배 이

상 높게 나타났고, 자살생각을 한 경험이 있는 학생이 자살시도 위험이 높다고 보고하고 있다. 본 연구에서는 양극성장애 집단판별에는 자살생각이 영향을 미치지 않는 것으로 나타났는데 이러한 결과는 스트레스가 양극성장애 집단판별에 유의한 영향을 미치지 않은 앞의 결과와 상관이 있는 것으로 보인다. 김성희(2010)의 연구에서도 스트레스를 많이 받은 중학생이 자살생각을 많이 하는 것으로 나타난 결과도 본 연구의 결과와 상관이 있는 것으로 보인다.

사회불안은 양극성장애 집단판별에 통계적으로 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 즉, 사회불안이 낮을수록 양극성장애 위험집단으로 판별될 가능성이 높아지는 것으로 나타났다. 선행연구(김지원, 2009; Beidel, Tuner, & Morris, 1999)에서 사회불안이 높거나 사회공포증 진단을 받은 청소년들은 전반적으로 정서적 과민경향을 보이며 감정 부전증, 고독감 등이 높고, 사회적 고립으로 인해 우울장애와 양극성장애가 발병할 가능성이 높다는 연구 결과가 나타났고, 청소년기 사회불안은 정신건강에 매우 유해한 요인이 될 수 있다고 밝혔다. 이는 사회불안이 양극성장애의 집단판별에도 영향을 끼친다는 본 연구 결과와는 일맥상통하지만, 세부적으로 본 연구에서 사회불안이 낮은 청소년이 양극성장애 위험집단으로 판별될 확률이 낮다는 결과와는 차이가 있다. 이는 정상집단의 청소년들은 자기내적인 정신이 건강하기에 사회·환경적인 관계에 많은 관심을 가지게 되어 더 많은 사회불안을 느끼는 것으로 보여지며, 위험집단의 청소년들은 자신내적인 정신적인 문제에 먼저 관심을 가지게 되다보니 외부와의 관계적인 부분인 사회불안이 좀 더 낮은 것으로 해석할 수 있을 것으로 보인다.

비행은 양극성장애 집단판별에 통계적으로 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 즉, 비행문제가 낮을수록 양극성장애 위험집단으로 판별될 가능성이 높아지는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 양극성장애가 내면적 문제이므로 외현적 문제인 비행이 좀 더 적게 나타날 수 있기 때문인 것으로 보인다.

다음으로, 전체 관련변인들이 양극성장애 집단 판별에 미치는 영향에 대하여 살펴보면 아래와 같다(<표 IV-10> 참조). 이는 전체 관련변인들을 동시에 입력

하여 다른 변인들을 통제하였을 때 각 변인들이 어떠한 영향을 미치는지를 살펴본 것이다. 본 연구결과 양극성장애 집단유형 판별에 대한 전체 관련변인 중 유의수준 .05에서 통계적으로 영향을 미치는 변인은 또래관계, 사회불안, 비행으로 나타났다. 앞서 양극성장애 집단유형 판별에 대한 생물학적 변인의 영향력은 학년과 수면시간에서 유의하게 영향이 있는 것으로 예측되었고, 심리사회적 변인의 영향력은 또래관계, 사회불안, 비행에서 유의하게 영향이 있는 것으로 예측되었다. 하지만 전체 관련변인을 동시에 투입했을 때는 또래관계, 사회불안, 비행에서 영향을 미치는 것으로 예측되었다. 이 3개의 독립변인은 모두 심리사회적 변인으로 생물학적 변인에서만 영향력을 살펴보았을 때 유의하게 나타난 학년과 수면시간은 심리사회적 변인을 동시에 투입하자 집단유형 판별에 영향을 끼치지 않는 것으로 나타났다. 또한 집단판별에 대한 분류의 정확도에서 생물학적 변인은 18.7%(<표 IV-5> 참조)이었지만, 심리사회적 변인에서는 61.5%(<표 IV-7> 참조)로 나타났고, R^2 (Negelkerke)값에서도 생물학적 변인은 3.9%의 설명력을 보이지만 심리사회적 변인에서는 27.9%의 설명력을 보였다. 이는 청소년기 양극성장애의 집단 유형의 판별에는 생물학적 변인보다는 심리사회적 변인이 영향을 많이 끼친다고 예측할 수 있다. 이러한 결과는 내부적인 욕구가 생기며 사회 환경도 넓어지기 때문에 자신과 사회 환경과의 대립 또는 욕구와 상호간에 생기는 갈등으로 정서적으로 불안정하고 심리적인 면에서도 급진적으로 변화하며 타인에게 비춰지는 자신의 모습에 대한 평가 때문에 생각이나 행동이 자유롭지 못하고(서영태, 2001; 이정은, 2009), 작은 일에도 민감하게 반응하는 등 감정의 변화가 심한 청소년들의 심리적 특성과도 관련이 있을 것으로 보여진다. 이러한 심리적 특성이 청소년들의 또래관계와 스트레스, 비행에 영향을 미치며, 심리적 영향을 받은 또래관계와 스트레스, 비행이 양극성장애에 영향을 주는 것으로 보여진다.

양극성장애와 관련된 의학연구들은 생물학적 변인인 신경전달물질의 이상으로 수면이나 식욕, 각성, 성기능, 내분비 기능, 그리고 공포나 분노와 같은 감정

상태를 조절하는데 영향을 미치며, 이로 인해 양극성장애의 발병을 의심할 수 있다(Goodwin & Jamison, 1990)고 보고한다. 또한 유전이 양극성장애에 영향을 미치는 것으로 알려져 있는데 가족연구나 쌍생아연구를 통하여 부모 모두 양극성장애일 경우 자녀의 양극성장애 위험도가 60%까지 증가하고, 일란성 쌍생아의 한쪽이 양극성장애를 가지고 있다면 다른 쪽이 양극성장애에 이환될 확률이 70%까지 되는 것으로 보고되고 있다(Goodwin & Jamison, 1990; Faraone, Tsuang, & Tsuang, 1999). 하지만 본 연구에서는 의학적으로 관련된 신경전달물질이상이나 유전적인 부분은 파악하기 어렵지만, 일반 생물학적 변인인 성별, 학년, 수면시간, 출생시 부연령을 연구해 본 결과, 전체 관련변인 중 생물학적 변인 4가지는 청소년기 양극성장애의 집단유형 판별에 큰 영향을 미치지 못한 것으로 밝혀졌다. 그리고 전체 관련변인 중에서 통계적으로 유의하게 영향을 미치는 변인으로는 또래관계, 스트레스, 비행이 있는데 이 3가지의 변인은 모두 심리사회적 변인의 범주에 속해 있는 걸 알 수 있었다.

본 연구의 결과에서는 전체 관련변인에서 심리사회적 변인에 포함된 변인에서만 영향력을 예측할 수 있었지만, 신경전달물질의 이상체크나 유전전인 문제, 다른 의학적 접근이 필요한 문제들을 알아내는데 한계가 있었기 때문에 생물학적 변인이 양극성장애 집단유형 판별에 영향을 미치는지를 알아보는데는 좀 더 광범위한 접근을 통한 후속연구가 계속되어져야 할 것으로 보인다.

5. 양극성장애 위험집단의 양극성장애 성향에 대한 관련변인들 의 예측관계

먼저, 생물학적 변인이 양극성장애 위험집단의 양극성장애 성향에 미치는 영향에 대하여 살펴보면 아래와 같다(<표 IV-11> 참조). 성별은 양극성장애 위험집단의 양극성장애 성향을 예측하는데 있어 유의하지 않은 것으로 나타났다.

앞서 양극성장애 집단판별을 예측하는데에도 성별은 통계적으로 유의하지 않은 것으로 나타났었다. 이는 의학 관련 선행연구들(Hendrick et al., 2000)에서 이미 양극성장애로 진단받은 환자들을 대상으로 성별 차이를 알아본 결과, 성별에는 차이를 보이지 않았다는 것과 유사한 것으로, 우울증에 경우에는 여성이 남성에 비해 2배정도 많은 것으로 잘 알려져 있지만, 양극성장애에서는 성별의 큰 차이를 보이지 않고 있다는 것과 비슷한 결과임을 알 수 있다.

학년은 양극성장애 위험집단의 양극성장애 성향을 예측하는데 있어 유의하지 않은 것으로 나타났다. 하지만 앞서 양극성장애 집단판별을 예측하는 데에는 학년이 통계적으로 유의한 것으로 나타났었다. 이는 학년 즉 연령이 양극성장애 성향의 집단판별에는 학년이 영향력을 미치지만 위험집단으로 분류된 집단 내에서의 학년은 양극성장애를 예측하는 데는 영향을 미치지 않는 것으로 해석 할 수 있다. 이는 본 연구에서의 대상학년이 중학교 1학년과 2학년으로 현실적으로는 거의 비슷한 연령으로 판단할 수 있기 때문에 양극성장애 성향을 예측하는데 무리가 있는 것으로 보여진다.

수면시간은 양극성장애 위험집단의 양극성장애 성향을 예측하는데 있어 유의한 것으로 나타났다. 앞서 양극성장애 집단판별을 예측하는 데에도 수면시간은 통계적으로 유의한 것으로 나타났었다. 이는 수면시간은 양극성장애의 집단판별 및 위험집단 내에서도 양극성장애 성향을 예측하는데 영향을 끼친다는 것을 의미하는 것으로, 수면시간이 양극성장애 성향에 중요한 변인임을 시사한다. 특히, 수면시간은 생물학적 변인 중 유전적인 영향을 받는 부분이 아닌 조절과 통제가 가능한 변인으로 스스로의 의지와 욕구로 변화가 가능한 것으로 양극성장애 성향의 정도와 유형에도 변화를 가져올 수 있는 변인으로 판단되어진다.

출생시 부연령은 양극성장애 위험집단의 양극성장애 성향을 예측하는데 있어 유의하지 않은 것으로 나타났다. 앞서 양극성장애 집단판별을 예측하는 데에도 출생시 부연령은 통계적으로 유의하지 않은 것으로 나타났었다. 이는 앞서 언급한 대로, 출생시 부의 평균연령이 위험집단 32.07세, 정상집단 32.24세로 집단

간에도 차이가 없었으며, 선행연구에서처럼 자녀 출생시 부연령이 55세 이상이었던 연구대상은 없었기 때문에 좀더 폭넓은 연구대상으로 출생시 부연령이 양극성장애에 영향을 미치는지에 대한 후속적인 연구가 필요할 것으로 보인다.

다음으로, 심리사회적 변인이 양극성장애 위험집단의 양극성장애 성향에 미치는 영향에 대하여 살펴보면(<표 IV-12>참조), 출생순위와 형제자매의 수는 양극성장애 위험집단의 양극성장애 성향을 예측하는데 있어 유의하지 않는 것으로 나타났다. 앞서 양극성장애 집단판별을 예측하는 데에도 출생순위와 형제자매의 수는 통계적으로 유의하지 않는 것으로 나타났었다. 이는 앞서 언급한 바와 같이, 최근 우리나라에서는 저출산으로 인하여 한 가정의 자녀수가 1~2명으로 출생순위와 형제자매의 수를 변인으로 할 정도의 통계량이 나오지 않아, 유의한 결과를 얻기는 힘든 것으로 판단되어진다.

또래관계는 양극성장애 위험집단의 양극성장애 성향을 예측하는데 있어 유의하지 않는 것으로 나타났다. 하지만 또래관계는 양극성장애 집단판별을 예측하는 데에는 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났으며 또래관계가 부정적인 경우에 양극성장애 위험집단으로 판별될 가능성이 높은 것으로 나타났다. 이는 또래관계가 낮은 청소년이 양극성장애 위험집단으로 판별될 가능성이 높다는 것을 의미한다. 그러나 이미 또래관계가 낮다고 판단되어 위험집단으로 분류된 청소년들 사이에서의 또래관계는 양극성장애 성향을 예측하기 힘들다는 것을 의미한다.

스트레스는 양극성장애 위험집단의 양극성장애 성향을 예측하는데 있어 유의하지 않는 것으로 나타났다. 앞서 양극성장애 집단판별을 예측하는 데에도 스트레스는 통계적으로 유의하지 않는 것으로 나타났었다. 이는 선행연구(신영철, 2009; 한상우 외, 1990)에서 스트레스가 조증과 우울증의 발현과 상관관계가 있다고 한 결과와는 차이가 있다. 청소년기의 스트레스는 대부분이 학업에 관련된 스트레스가 많기 때문에 본 연구에서는 스트레스가 양극성장애의 집단판별에도 영향을 미치지 않는 것으로 나타난 것으로 보여지며, 위험집단으로 판별

된 집단내에서도 영향을 미치지 않는 것으로 보여진다.

자살생각은 양극성장애 위험집단의 양극성장애 성향을 예측하는데 있어 유의하지 않는 것으로 나타났다. 앞서 양극성장애 집단판별을 예측하는 데에도 자살생각은 통계적으로 유의하지 않는 것으로 나타났었다. 이는 많은 선행연구(박은옥, 2008; Rihmer & Kiss, 2002; Tondo & Baldessarini, 2000)에서 청소년기의 자살생각이나 자살시도가 양극성장애에 영향을 미치는 중요한 변인으로 밝히고 있지만, 본 연구에서는 자살생각이 양극성장애를 예측하지 못하는 것으로 나타났으며, 이러한 결과는 스트레스 변인과 마찬가지로 청소년기중 초기에 해당하는 연령대에 속하는 중학교 1, 2학년이 극단적인 자살생각까지는 하지 않았던 것으로 판단되어진다.

사회불안은 양극성장애 위험집단의 양극성장애 성향을 예측하는데 있어 유의하지 않는 것으로 나타났다. 하지만 앞서 양극성장애 집단판별을 예측하는 데에는 사회불안이 통계적으로 유의한 것으로 나타났었다. 앞서 나타난 본 연구의 결과는 정상집단으로 판별된 집단이 사회불안이 더 높은 것으로 나타났었으며 이는 청소년들의 사회와 환경의 관계적인 부분에 관심이 많은 특성이 양극성장애 집단판별에 영향을 미치는 것으로 예측되었다. 하지만 이미 위험집단으로 판별된 집단내에서는 사회불안, 즉 사회불안이 높지 않는 청소년들만 모여 있는 집단내에서는 양극성장애 성향을 예측하는데 큰 영향을 미치지 못한 것으로 나타났다.

비행은 양극성장애 위험집단의 양극성장애 성향을 예측하는데 있어 유의한 것으로 나타났다. 앞서 양극성장애 집단판별을 예측하는 데에도 비행은 통계적으로 유의한 것으로 나타났었다. 심리사회적 변인 중에 유일하게 위험집단 내에서 양극성장애 성향을 예측하는 변인으로 나타났는데, 앞서 나타난 결과에서 비행이 낮을수록 양극성장애 위험집단으로 판별될 가능성이 높은 것으로 나타났으며 이러한 위험집단 내에서도 비행이 양극성장애 성향을 통계적으로 유의하게 예측하는 것으로 나타났다. 이러한 양상은 앞서 언급된 바와 같이 양극성

장애가 내면적인 문제이므로 행동으로 보여지는 외현적인 문제인 비행이 좀 더 낮게 나타나기 때문인 것으로 보인다.

마지막으로, 전체 관련변인들이 양극성장애 위험집단의 양극성장애 성향에 미치는 영향에 대하여 살펴본 결과 양극성장애 위험집단의 양극성장애 성향에 대한 전체 관련변인 중 비행에서만 유의수준 .05에서 통계적으로 영향을 미치는 것으로 나타났다. 앞에서 양극성장애 위험집단의 양극성장애 성향에 대한 생물학적 변인에서는 수면시간이 유의하게 영향이 있는 것으로 예측되었고, 심리사회적 변인에서는 비행이 유의하게 영향이 있는 것으로 예측되었다. 하지만 전체 관련변인을 동시에 투입했을 때는 비행만이 영향을 미치는 것으로 예측되었다. 이러한 결과는 생물학적 변인과 심리사회적 변인만의 예측력을 살펴볼 때와 전체 관련변인들로 예측력을 살펴볼 때의 차이가 있는 것으로 나타났는데, 이는 관련변인들끼리의 상관관계로 인하여 통계적으로 양극성장애 성향과의 영향력이 낮게 나타난 것으로 보여지며, 관련변인 중 비행은 다른 관련변인들과의 상관관계보다 양극성장애 성향과 더 큰 상관관계를 보여주는 것으로 판단되어진다. 이는 생물학적 변인보다는 심리사회적 변인이 양극성장애 위험집단의 양극성장애 성향을 예측하는데 더 큰 영향을 주는 것으로 예측된다고 판단할 수 있으며, 양극성장애의 원인을 유전적인 영향과 더불어 심리사회적 영향이 커지고 있다는 것으로도 해석할 수 있을 것이다.

VI. 결론 및 제언

본 연구는 청소년기 양극성장애 성향의 정도와 유형을 분석하고, 그 정도와 유형에 관련변인들(성별, 학년, 수면시간, 출생시 부연령, 출생순위, 형제자매의 수, 또래관계, 스트레스, 자살생각, 사회불안, 비행)이 미치는 영향에 대하여 알아보기 위해 실시되었다. 본 연구의 결과를 바탕으로 결론 및 향후 관련 연구를 위한 몇 가지 제언을 제시하면 다음과 같다.

1. 결론

본 연구의 결과를 바탕으로 연구문제별로 결론을 제시하면 다음과 같다.

첫째, 청소년기 양극성장애 성향의 정도와 유형은 전체 1,052명(100%)의 학생 중에 정상집단은 614명(58.4%), 위험집단은 438명(41.6%)로 나타났다. 이러한 결과는 선행연구들에서 나타난 비율과는 차이를 보이며, 청소년의 양극성장애 성향의 비율이 높다는 것을 의미한다.

둘째, 청소년기 양극성장애 성향의 유형에 따른 차이는 11개의 변인 중 7개의 변인(성별, 학년, 수면시간, 스트레스, 자살생각, 사회불안, 비행)에서 차이가 나타났다.

셋째, 청소년기 양극성장애 성향과 관련변인들의 상관관계를 살펴본 결과 상관이 높지 않은 것으로 나타났다. 또한 양극성장애 성향과 관련변인들간의 상관관계가 높지 않은 것으로 나타났다.

넷째, 양극성장애 정상집단과 위험집단의 판별에 관련변인들이 미치는 영향을 살펴본 결과 생물학적 변인에서는 학년과 수면시간, 심리사회적 변인에서는 또래관계, 사회불안, 비행에서 영향을 미치는 것으로 예측되었다. 또한 전체관련변인에서는 또래관계, 사회불안, 비행에서 영향을 미치는 것으로 예측되었다.

다섯째, 양극성장애 위험집단의 양극성장애 성향에 관련변인들이 미치는 영향

에 대한 분석을 한 결과 생물학적 변인에서는 수면시간, 심리사회적 변인에서는 비행에서 영향을 미치는 것으로 예측되었다. 또한 전체관련변인에서는 비행에서만 영향을 미치는 것으로 예측되었다.

2. 제언

다음에서는 본 연구의 결과를 토대로 향후과제나 후속연구를 위한 몇 가지 제언을 제시하고자 한다.

첫째, 청소년을 대상으로 양극성장애 성향을 검사할 수 있는 도구가 거의 없는 실정으로 대부분이 성인들이 선별검사로 사용하는 것을 청소년에게도 적용하여 사용하고 있기 때문에 검사결과에 대해서 신뢰도가 낮게 나타날 가능성이 많다. 현재 전 세계적으로 소아기에 양극성장애 성향을 보이는 아동들이 늘고 있는 추세라서 소아기 양극성장애를 선별할 수 있는 검사를 부모보고형으로 개발하여 표준화 단계를 거치고 있다. 하지만 청소년을 대상으로 하는 검사도구는 전무한 실정이라서 청소년들을 위한 양극성장애 검사도구를 사용하여 선별하여야 할 것으로 보인다.

둘째, 본 연구에서 연구대상을 중학교 1, 2학년으로 선정하여 연구를 실시하였는데 연령에 대하여 차이를 보고자 하는데는 무리가 있다. 연령에 따라서 양극성장애 성향의 임상양상과 특징이 다르기 때문에 영향을 미치는 변인들도 달라질 가능성이 있기 때문에 좀 더 폭넓은 연구를 위해서는 연구대상의 표집을 넓혀야 할 필요가 있는 것으로 보여진다.

셋째, 연구에서 변인으로 선정한 내용들이 청소년들의 성별이나 학년과 같은 생물학적 원인이나 개인 내적인 문제나 또래와의 관계적인부분의 심리사회적 변인에 관련된 것들이 선정되었다. 그러나 연구결과 양극성장애 성향과 낮은 상관관계나 예측정도를 보였다. 이는 일반적으로 양극성장애 성향과 관련이 있다고 보고된 변인들과는 다소 차이가 있는 것으로 보여지며, 대부분이 성인을 대상으

로 하고, 양극성장애 성향이 아닌 의학적으로 양극성장애 진단을 환자들을 대상으로 한 연구들의 결과를 비교하였기 때문에 나타난 차이로 보여진다. 따라서 다른 생물학적 또는 환경적 변인들을 고려한 후속연구가 이루어져야 할 것으로 보인다.

넷째, 본 연구결과의 변인들이 양극성장애 성향의 유형을 예측하는데 낮은 설명력을 보였다. 이는 독립변인들간의 유의한 상관관계가 종속변인에 대한 낮은 설명력의 요인이었을 수 있으므로 향후 연구에서는 독립변인의 선정에 있어서 독립변인들간의 상관관계에도 관심을 두어야 할 것으로 보인다.

참 고 문 헌

- 강민지 (2006). 사회적 상황에서의 외상경험, 또래 관계와 청소년의 사회불안의 관계. 숙명여자대학교 대학원 석사학위논문.
- 고정인, 피상순, 류미경, 오상우, 박민철 (1999). 기분장애 환자의 스트레스와 정서반응. 생물치료 정신의학, 5(2), 113-121.
- 교육과학기술부 (2008). <http://www.mest.go.kr>
- 권재호, 이길홍, 박두병 (1994). 주요우울증, 정신분열증, 양극성장애 환자들에서의 부모상실에 관한 비교연구. 신경정신의학, 33(6), 1209-1218.
- 김길자 (2004). 중학생의 스트레스 요인과 대처양식 및 학교적응도와의 관계. 경희대학교 대학원 석사학위논문.
- 김귀석 (2007). 청소년 여가의 참여동기 및 만족과 비행간의 관계. 명지대학교 대학원 박사학위논문.
- 김동숙 (2010). 고등학생의 자살생각에 대한 생태체계적 관점의 연구-공주시 지역을 중심으로. 공주대학교 대학원 석사학위논문.
- 김봉년, 조수철 (2009). 소아기 양극성장애와 주의력결핍 과잉행동장애: 어떻게 구별할 수 있나? 박원명, 전덕인 외 공저, 양극성장애 (pp. 423-432). 서울: 시그마프레스.
- 김선무, 송수식 (1990). 망상을 가진 조증환자의 임상적 연구. 신경정신의학, 29(2), 204-211.
- 김선희 (2006). 청소년기 스트레스가 비행에 미치는 영향에 관한 연구-부모 감독 및 자아개념 상호작용효과 중심으로. 이화여자대학교 대학원 석사학위논문.
- 김성희 (2010). 청소년 스트레스 및 인지적 왜곡과 자살생각과의 관련성. 아주대학교 대학원 석사학위논문.
- 김용범 (1998). 기분장애와 출생계절의 관련성. 전남대학교 대학원 석사학위논문.

- 김주연 (2009). 부모의 양육행동, 또래관계의 질 및 청소년의 외로움간의 관계. 이화여자대학교 대학원 석사학위논문.
- 김지원 (2009). 청소년의 행동역제기질과 사회불안의 관계에서 또래관계기술의 중재효과. 숙명여자대학교 대학원 석사학위논문.
- 김지훈 (2007). 첫 삽화 정신분열병 스펙트럼 장애와 주요 우울장애 환자의 치료추구행위. 전북대학교 의학대학원 석사학위논문.
- 김창곤 (2001). 기분장애와 출생순위 및 가족력에 관한 일 연구. 한국정신보건 사회사업학회, 추계학술대회, 279-291.
- 김현수, 김현실 (2000). 청소년 비행행동 측정도구 개발. 소아·청소년정신의학, 11(1), 79-90.
- 김희수 (2005). 청소년이 지각한 가정폭력 수준이 청소년의 불안과 학교적응에 미치는 영향. 한국청소년 연구, 16(1), 109-132.
- 두진영 (2005). 정신건강 집단상담 프로그램이 청소년의 자살요인에 미치는 효과. 영남신학대학교 대학원 석사학위논문.
- 문혜신, 오경자 (2002). 한국판 아동 청소년용 사회불안 척도의 타당화 연구. 한국심리학회지: 임상, 21(2), 429-444.
- 민경준 (2009). 정신사회적 원인. 박원명, 전덕인 외 공저, 양극성장애 (pp. 73-85). 서울: 시그마프레스.
- 민병근, 최상진, 이길홍 (1978). 오늘의 청소년-한국청소년의 의식구조와 행동양식. 한국청소년 연구소, 9-11.
- 민성길 (2000). 최신정신의학. 서울: 일조각.
- 메디컬 투데이 (2009. 6. 19). 고등학생 5.2% 양극성장애 의심. from <http://www.todaykorea.co.kr>
- 박은옥 (2008). 청소년의 자살시도에 영향을 주는 요인. 대한간호학회지, 38(3), 465-473.
- 법제처 (2010). <http://www.law.go.kr>

- 보건복지부 (2002). <http://www.mw.go.kr>
- 배명옥, 이병욱, 이수일 (1997). 양극성장애 및 주요 우울장애의 초발 우울증에 대한 특성 비교. *정신병리학*, 6(1), 86-93.
- 백윤아 (2000). 입원노인 환자의 수면장애 요인들과 그 상대적 중요도에 관한 연구. 서울대학교 대학원 석사학위논문.
- 서영록, 정철호, 박영남 (1999). 양극성장애 아형의 임상적 특성. *정신병리학*, 8(1), 55-65.
- 서영태 (2001). 청소년기의 자아정체감 수준이 신앙생활에 미치는 영향. 계명대학교 교육대학원 석사학위논문.
- 서완석 (2007). 소아청소년 양극성장애의 임상양상 및 약물치료. *영남의대학술지*, 24(2), S252-S261.
- 석정호, 정문용 (2009). 양극성장애 환자에서의 신체 공존질환: 양극성장애 치료의 필수적 고려 영역. 박원명, 전덕인 외 공저, *양극성장애* (pp. 320-332). 서울: 시그마프레스.
- 손봉희 (2010). 중학생의 욕설 사용 실태와 욕설 사용 빈도에 따른 자아존중감, 스트레스, 우울의 차이. 계명대학교 교육대학원 석사학위논문.
- 송영미 (2002). 인문·실업계 보건실 이용 고등학생의 스트레스와 학교 생활 적응 비교 연구. 경희대학교 대학원 석사학위논문.
- 송형석 (1999). 서울거주 중·고등학교 남학생의 학년별 수면 양상. 고려대학교 대학원 석사학위논문.
- 신만식 (1993). 중·고등학생의 수면실태. 전남대학교 대학원 석사학위논문.
- 신민섭, 박광배, 오경자, 김종술 (1990). 고등학생의 자살성향에 관한 연구. *한국심리학회지: 임상*, 9(1), 1-19.
- 신영철 (2009). 양극성장애의 임상과 양상: 경과 및 예후. 박원명, 전덕인 외 공저, *양극성장애* (pp. 139-155). 서울: 시그마프레스.
- 심상호 (1982). 스트레스의 정도와 정동장애. *신경정신의학*, 21, 503-510.

- 안수영 (2008). 청소년의 또래관계에 영향을 미치는 요인에 관한 연구. 중앙 대학교 교육대학원 석사학위논문.
- 안용민 (2009). 신경생물학적 원인. 박원명, 전덕인 외 공저, 양극성장애 (pp. 43-72). 서울: 시그마프레스.
- 오경자, 양윤란 (2003). 청소년기 사회불안의 발생과 유지의 심리적 기제 I: 행동억제기질, 부모양육태도 및 외상경험의 영향. 한국심리학회지: 임상, 22(3), 557-576.
- 원호택, 박현순 (1999). 인간관계와 적응: 삶을 위한 심리학. 서울: 서울대학교 출판부.
- 육기환 역 (2008). 소아·청소년기의 양극성장애(조율증): 양극성장애 아동과 청소년을 위한 새희망. 서울: 시그마프레스.
- 이경아, 정현희 (1999). 스트레스, 자아존중감 및 교사와의 관계가 청소년의 학교적응에 미치는 영향. 한국심리학회: 상담과 심리치료, 11(2), 213-226.
- 이경은 (2008). 청소년의 사회불안에 대한 스트레스-취약성 모델 검증. 숙명 여자대학교 대학원 석사학위논문.
- 이문숙, 한성희, 최종혁 (1993). 조증에서의 정신병적 증상. 신경정신의학, 32(6), 886-895.
- 이성일 (2009). 전남지역 일부 남자 중학생의 수면의 질과 간식섭취의 상관 관계 연구. 동신대학교 교육대학원 석사학위논문.
- 이수경 (2004). 학교스트레스와 사회적 지지가 학교적응에 미치는 영향. 숙명 여자대학교 교육대학원 석사학위논문.
- 이승연 (2009). 어머니의 또래관계 관리전략이 청소년의 또래관계 질과 문제 행동에 미치는 영향: 양육방식의 조절효과를 중심으로. 이화여자대학교 대학원 석사학위논문.
- 이재연, 한지숙 (2003). 아동과 부모, 가족환경 특성에 따른 아동학대 실태 연

- 구. 아동학회지, 24(2), 63-78.
- 이정선 (2006). 청소년의 개인 및 가족요인과 우울간 관련성. 중앙대학교 교육대학원 석사학위논문.
- 이정은 (2009). 한국 청소년 인성교육의 개선방안 연구. 부산대학교 대학원 석사학위논문.
- 임명호, 조수철, 백기청, 이경규, 김현우, 홍강의 (2000). 입원한 기분장애 소아 청소년의 임상특성. 소아·청소년정신의학, 11(2), 209-220.
- 임수경 (2007). 청소년의 자아존중감, 부모와의 관계, 친구관계가 학교생활적 응에 미치는 영향. 중앙대학교 대학원 석사학위논문.
- 전덕인, 석정호, 최강, 윤형준, 조현상, 김세주 외 (2007). 양극성장애 환자의 의학적 공존 질환: 후향적 차트조사. 대한우울조울병학회지, 5(1), 30-33.
- 전덕인, 윤보현, 정한용, 하규섭, 신영철, 박원명 (2005). 한국형 기분장애 질문지의 타당화 연구. 신경정신의학, 44(5), 583-590.
- 정동선, 하규섭, 정희연, 구훈정, 황준원, 김봉년 외 (2006). 주의력결핍/과잉행동장애와 양극성장애 공존 환아군과 주의력결핍/과잉행동장애 환아군의 비교연구. 신경정신의학, 45(6), 588-597.
- 정명숙, 손영숙, 정현희 공역 (2004). 아동기 행동장애(제5판). 서울: 시그마프레스.
- 정영순 (2001). 한국고등학생들의 부모형태별 자살생각 영향요인 분석. 한국사회복지학, 44(3), 364-374.
- 정유숙 (2007). 조기 발병 양극성장애: 생물학적 특성. 대한우울조울벽학회지, 5(2), 86-91.
- 정인과 (1979). 조울 정신병의 병전인격과 임상증상과의 상호관계성에 대한 연구. 신경정신의학, 18(2), 184-194.
- 정혜경, 안옥희, 김경희 (2003). 청소년의 자살 충동에 영향을 미치는 예측요인. 청소년학연구, 10(1), 109-123.

- 조성진, 전홍진, 김장규, 서동우, 김선욱, 함봉진 외 (2002). 중·고등학교 청소년의 자살사고 및 자살시도의 유병률과 자살시도의 위험요인에 관한 연구. *신경정신의학*, 41(6), 1142–1155.
- 조성현, 지연경, 최승원 (2009). 양극성 장애의 발병시기별 임상특성에 대한 최신지견. *한국심리학회 연차학술발표대회 논문집*, 228–229.
- 조성희 (2002). 여성의 수면양상과 수면장애 요인에 관한 연구. 이화여자대학교 대학원 석사학위논문.
- 조수현 (2005). 관해기 양극성장애와 정신분열병 환자의 주관적 증상 비교. 울산대학교 대학원 석사학위논문.
- 조은숙, 오옥경 (1983). 일부 결핵병원 입원환자와 종합병원 입원환자의 스트레스 및 적응 방법에 대한 비교연구. *충남의대잡지*, 10(1), 190–200.
- 조정아 (2010). 현대사회에 있어서의 청소년비행에 관한 연구. 공주대학교 교육대학원 석사학위논문.
- 진혜경 (2003). 소아·청소년의 우울증과 기분장애. *대한우울조울병학회지*, 1(1), 50–59.
- 차보석, 김정현, 하규섭 (2003). 일 대학병원에 입원한 양극성장애 환자의 인구학적, 임상적 특성: 1990–2001. *대한조울우울병학회지*, 1(1), 72–81.
- 천근아 (2006). 양극성장애의 소아 청소년기 및 조기 진단은 환자에게 어떤 도움을 주는가? *대한우울조울병학회지*, 4(2), 49–55.
- 천근아, 송동호 (2009). 소아-청소년 양극성장애. 박원명, 전덕인 외 공저, *양극성장애* (pp. 433–451). 서울: 시그마프레스.
- 천근아, 신동원, 김보라, 소윤섭, 전진용, 송동호 (2008). 한국판 소아 양극성장애 설문 2.0(child bipolar questionnaire 2.0)의 신뢰도 및 타당도 연구. *대한신경의학*, 47(3), 269–278.
- 최상수 (1999). 청소년 비행원인과 예방대책에 관한 연구. 조선대학교 교육대학원 석사학위논문.

- 최윤미 (1998). *현대 청년 심리학*. 서울: 학문사.
- 통계청 (2009). *2009 청소년 통계자료*. 대전: 통계청.
- 하태현 (2009). 진단. 박원명, 전덕인 외 공저, *양극성장애* (pp. 95–112). 서울: 시그마프레스.
- 한상영 (2005). *중학생의 스트레스, 정신건강 및 신체증상에 관한 조사 연구*. 관동대학교 일반대학원 석사학위논문.
- 한상우, 권명준, 한선호 (1990). 양극성장애 환자의 정신사회적 스트레스에 관한 연구. *순천향대학논문집*, 13(1), 185–193.
- 한성희 (1983). 양극성장애의 조기발병군과 후기발병군에 대한 비교연구. *신경정신의학*, 22(3), 391–401.
- 홍성국 (1982). 조울정신병환자의 아동기 특징. *신경정신의학*, 21(1), 65–76.
- 홍영수, 전선영 (2005). 청소년의 생활스트레스가 자살생각에 미치는 영향과 우울의 매개효과. *정신보건과 사회사업*, 19, 125–149.
- 황미정 (2004). *중학생의 스트레스, 스트레스 대처유형에 따른 학교적응에 관한 연구*. 강원대학교 대학원 석사학위논문.
- Akiskal, H. S. (1995). Developmental pathways to bipolarity: Are juvenile onset depressions pre-bipolar? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(6), 754–763.
- Alloy, L. B., Kelly, K. A., Mineka, S., & Clements, C. M. (1990). Comorbidity of anxiety and depressive disorder: A helplessness-hopelessness perspective. In J. D. Maser, C. Cloninger & R. Robert. *Comorbidity of mood anxiety disorders* (pp. 499–543). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnosis and statistic manual of mental disorders*(4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- Baldassano, C. F., Marangell, L. B., Gyulai, L., Ghaemi, S. N., Joffe, H., & Kim, D. R. (2005). Gender differences in bipolar disorder: Retrospective

- data from the first 500 STEP-BD participants. *Bipolar Disorders*, 7(5), 465–470.
- Basco, M. R., & Rush, A. J. (1996). *Cognitive-Behavioral therapy for bipolar disorder*. NY: Guilford.
- Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intentionl: The scale for suicide ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(2), 343–352.
- Beidel, D. C. (1991). Social phobia and overanxious disorder in school-age children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30(4), 545–552.
- Beidel, D. C., Tuner, S. M., & Morris, T. L. (1999). Psychoathiology of childhood social phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolscent Pstchiarty*, 38(6), 643–650.
- Berndt, T. J. (1982). The features and effect of friendship in early adolescence. *Child Development*, 53(6), 1447–1460.
- Biederman, J. (1998). Mania is mistaken for ADHD in prepubertal children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(10), 1091–1093.
- Birmacher, B., Axelson, D., Strober, M., Gill, M. K., Valeri, S., Chiappetta, L., et al. (2006). Clinical course of children and adolescents with bipolar spectrum disorders. *Archives of General Psychiatry*, 63(2), 175–183.
- Birmaher, B., Dietz, L. J., Williamson, D. E., Silk, J. S., Dahl, R. E., Axelson, D. A., et al. (2008). Mother-child interactions in depressed children and children at high risk and low risk for future depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*

Psychiatry, 47(5), 574–582.

- Brodie, H., & Leff, M. (1971). Bipolar depression—a comparison study of patient characteristics. *American Journal of Psychiatry*, 127(8), 1086 – 1090.
- Carlson, G. A. (1999). Juvenile mania versus ADHD. *Journal of the American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 38(4), 353–354.
- Carlson, G. A., & Glovinsky, I. (2009). The concept of bipolar disorder in children: A history of the bipolar controversy. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18(2), 257–271.
- Carlson, G. A., & Strober, M. (1978). Affective disorder in adolescence: Issues in misdiagnosis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 39(1), 59–66.
- Carter, T. D., Mundo, E., Parikh, S. V., & Kennedy, J. L. (2003). Early age at onset as a risk factor for poor outcome of bipolar disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 37(4), 297–303.
- Compas, B. E., Forsythe, C. J., & Wanger, B. M. (1988). Consistency and variability in causal attributions and coping with stress. *Cognitive Therapy and Research*, 12(3), 305–320.
- Cassidy, F., Ahearn, E., & Carroll, B. J. (1999). Elevated frequency of diabetes mellitus in hospitalized manic-depressive patients. *American Journal of Psychiatry*, 156(9), 1417–1420.
- Cole, D. P., Thase, M. E., Mallinger, A. G., Soares, J. C., Luther, J. E., Kupfer, D. J., et al. (2002). Slower treatment response in bipolar depression predicted by lower pretreatment thyroid function. *American Journal of Psychiatry*, 159(1), 116–121.
- Coryell, W., Endicott, J., Maser, J. D., Keller, M. B., Leon, A. C., & Akiskal, H. S. (1995). Long-term stability of polarity distinctions in the

- affective disorders. *American Journal of Psychiatry*, 152(3), 385–390.
- Danielyan, A., Pathak, S., Kowatch, R. A., Arszman, S. P., & Johns, E. S. (2007). Clinical characteristics of bipolar disorder in very young children. *Journal of Affective Disorders*, 97(1), 51–59.
- Davis, R. E. (1979). Manic-depressive variant syndrome of childhood: A preliminary report. *American Journal of Psychiatry*, 136(5), 702–706.
- Diaz, F. J., James, D., Botts, S., Maw, L., Susce, M. T., & Leon, J. (2009). Tobacco smoking behaviors in bipolar disorder: A comparison of the general population, schizophrenia, and major depression. *Bipolar Disorders*, 11(2), 154–165.
- Dusek, J. B. (1991). *Adolescent development and behavior* (2nd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice.
- Edell-Gustafsson, U. M., Kritz, E. I. K., & Bogren, I. K. (2002). Self-reported sleep quality, strain and health in relation to perceived working conditions in females. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 16(2), 179–187.
- Engstrom, C., Brandstrom, S., Sigvardsson, S., Cloninger, R., & Nylander, P. O. (2003). Bipolar disorder II: Personality and age of onset. *Bipolar Disorders*, 5(5), 340–348.
- Faraone, S. V., Biederman, J., Wozniak, J., Mundy, E., Mennin, D., & O'Donnell, D. (1997). Is comorbidity with ADHD a marker for juvenile-onset mania? *Journal of the American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 36(8), 1046–1055.
- Faraone, S. V., Glatt, S. G., & Tsuang, M. T. (2003). The genetics of pediatric-onset bipolar disorder. *Biological Psychiatry*, 53(11), 970–977.

- Faraone, S. V., Perlis, R. H., Doyle, A. E., Smoller, J. W., Goralnick, J. J., Holmgren, M. A., et al. (2005). Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, 57(11), 1313–1323.
- Faraone, S., Tsuang, M. T., & Tsuang, D. W. (1999). *Genetics of mental disorder*. NY: Guilford.
- Ferrier, I. N., & Thompson, J. M. (2002). Cognitive impairment in bipolar affective disorder: Implications for the bipolar diathesis. *British Journal of Psychiatry*, 180(4), 293–295.
- Foreman, M. D., & Wykle, M. (1995). Nursing standard of protocol: Sleep disturbance in elderly patient. *Geriatric Nursing*, 16(2), 243–283.
- Frans, E. M. (2008). Advancing paternal age and bipolar disorder. *Archives of General Psychiatry*, 65(9), 1034–1040.
- Geller, B., Tillman, R., Bolhofner, K., & Zimerman, B. (2008). Child bipolar I disorder: Prospective continuity with adult bipolar I disorder; Characteristics of second and third episodes; Predictors of 8-year outcome. *Archives of General Psychiatry*, 65(10), 1125–1133.
- Geller, B., Warner, K., Williams, M., & Zimerman, B. (1998). Prepuertal and young adolescent bipolarity versus ADHD: Assessment and validity using the WASH-U-KSADS, CBCL AND TRF. *Journal of Affective Disorders*, 51(2), 93–100.
- Geller, B., Zimerman, B., Williams, M., Bolhofner, K., & Craney, J. L. (2001). Bipolar disorder at prospective follow-up of adults who had prepubertal major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 157(1), 125–127.
- Geller, B., Zimerman, B., Williams, M., Bolhofner, K., Craney, J. L., Delbello, M. P., et al. (2000). Diagnostic characteristics of 93 cases of a

- prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype by gender, puberty and comorbid attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 10(3), 157–164.
- Gibbons, D. C., & Krohn, M. D. (1986). *Delinquent behavior*. NJ: Prentice-Hall.
- Gonzalez-Pinto, A., Gutierrez, M., Ezcurra, J., Aizpuru, F., Mosquera, F., Lopez, P., et al. (1998). Tobacco smoking and bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(5), 225–228.
- Goodwin, F. K., & Jamison, K. R. (1990). *Manic-depressive illness*. NY: Oxford University.
- Goodwin, F. K., & Jamison, K. R. (2007). *Manic-depressive illness*. NY: Oxford University.
- Hartup, W. W. (1992). Peers relation in early and middle childhood. *Handbook of social development*. London: Methuen.
- Hendrick, V., Atshuler, L. L., Gitlin, M. J., Delrahim, S., & Hammen, C. (2000). Gender and bipolar illness. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61(5), 393–396.
- Hirschfeld, R. M., Williams, J. B., Spitzer, R. L., Calabrese, J. R., Flynn, L., & Keck, P. E. (2000). Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: The mood disorder questionnaire. *American Journal of Psychiatry*, 157(11), 1873–1875.
- Hirschfeld, R. M., Holzer, C., Calabrese, J. R., Weissman, M., Reed, M., Dvies, M., et al. (2003). Validity of the mood disorder questionnaire: A general population study. *American Journal of Psychiatry*, 160(1), 178–180.
- Iliescu, E. A., Coo, H., McMurry, M. H., Meers, C. L., Quinn, M. M., Singer, M. A., et al. (2003). Quality of sleep and health-related quality of life

- in haemodialysis patients. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 18(1), 126–132.
- Jackson, A., Cavanagh, J., & Scott, J. (2003). A systematic review of manic and depressive prodromes. *Journal of Affective Disorders*, 74(3), 209–217.
- Johnson, S. L., & Kizer, A. (2002). Bipolar and unipolar depression: A comparison of clinical phenomenology and psychosocial predictors. In I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (pp. 141 – 156). NY: Guilford.
- Kasper, S., & Wehr, T. A. (1992). The role of sleep and wakefulness in the genesis of depression and mania. *Encephale*, 18(1), 45–50.
- Khantzian, E. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorder: A reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry*, 4(5), 231–244.
- Kotin, J., & Goodwin, F. K. (1972). Depression during mania: Clinical observations and theoretical implications. *American Journal of Psychiatry*, 129(6), 679–686.
- Krishnan, K. R. (2005). Psychiatric and medical comorbidities of bipolar disorder. *Psychosomatic Medicine*, 67(1), 1–8.
- Kupfer, D. J., Frank, E., Grochocinski, V. J., Cluss, P. A., Houck, P. R., & Stapf, D. A. (2002). Demographic and clinical characteristics of individuals in a bipolar disorder case registry. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63(2), 120–125.
- Lam, D., & Wong, G. (1997). Prodromes, coping strategies, insight and social functioning in bipolar affective disorder. *Psychological Medicine*, 27(5), 1091–1100.

- Last, C., Perrin, S., Hersen, M., & Kazdin, A. (1992). DSM III-R anxiety disorders in children: Socio-demographic and clinical characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31(6), 1070–1076.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. NY: Springer.
- Leibenluft, E. (1996). Women with bipolar illness: Clinical and research issues. *American Journal of Psychiatry*, 153(2), 163–173.
- Leibenluft, E. (1999). Lack of relationship between menstrual cycle phase and mood in a sample of women with rapid cycling bipolar disorder – one process or two? *Biological Psychiatry*, 46(4), 577–580.
- Leibenluft, E., Albert, P. S., Rosenthal, N. E., & Wehr, T. A. (1996). Relationship between sleep and mood in patients with rapid cycling bipolar disorder. *Psychiatry Research*, 63(2), 161–168.
- Leibenluft, E., Charney, D. S., Towbin, K. E., Bhangoo, R. K., & Pine, D. S. (2003). Defining clinical phenotypes of juvenile mania. *American Journal of Psychiatry*, 160(3), 430–437.
- Lewinsohn, P. M., Klein, D. N., & Seeley, J. R. (1995). Bipolar disorders in a community sample of older adolescents: Prevalence, phenomenology, comorbidity, and course. *Journal of the American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 34(4), 454–463.
- Loranger, A. M., & Levine, P. M. (1978). Age at onset of bipolar affective illness. *Archives of General Psychiatry*, 35(11), 1345–1348.
- Masi, G., Toni, C., Perugi, G., Mucci, M., Millepiedi, S., & Akiskal, H. S. (2001). Anxiety disorders in children and adolescents with bipolar disorder: A neglected comorbidity. *Canadian Journal of Psychiatry*,

46(9), 797–802.

- McElroy, S. L., Altshuler, L. L., Suppes, T., Keck, P. E., Frye, M. A., Denicoff, K. D., et al. (2001). Axis I psychiatric comorbidity and its relationship to historical illness variables in 288 patients with bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158(3), 420–426.
- McGlashan, T. H. (1988). Adolescent versus adult onset of mania. *Journal of Psychiatry*, 145(2), 221–223.
- McIntyre, R. S., Soczynska, J. K., Beyer, J. L., Woldeyohannes, H. O., Law, C. W., Miranda, A., et al. (2007). Medical comorbidity in bipolar disorder: Re-prioritizing unmet needs. *Curr Opin Psychiatry*, 20(4), 406–416.
- Moreno, C., Laje, G., Blanco, C., Jiang, H., Schmidt, A. B., Olfson, M., et al. (2007). National trends in the outpatient diagnosis and treatment of bipolar disorder in youth. *Archives of General Psychiatry*, 64(9), 1032–1039.
- Moul, J. W. (2002). Prostate biopsy quantitative histology as staging and prognostic factor. *The Journal of Urology*, 167(2), 526–527.
- Murphy, D. L., Goodwin, F. K., & Bunney, W. E. (1975). *The psychobiology of mania*. NY: Basic.
- Nurnberger, J. L., & Gershon, E. S. (1992). Genetics. In E. S. Paykel (Ed.), *Handbook of affective disorders* (2nd ed., pp. 131–148). NY: Guilford.
- O'Connell, R. A. (1986). Psychosocial factors in a model of manic-depressive disease. *Integr Psychiatry*, 4(3), 150–161.
- Pauls, D. L., Morton, L. A., & Egeland, J. A. (1992). Risks of affective illness among first-degree relatives of bipolar I old-order amish probands. *Archives of General Psychiatry*, 49(3), 703–708.

- Perlis, R. H., Miyahara, S., Marangell, L. B., Wisniewski, S. R., Ostacher, M., DelBello, M. P., et al. (2004). Long-Term implications of early onset in bipolar disorder: Data from the first 1000 participants in the STED-BD. *Biol Psychiatry*, 55(9), 875–881.
- Perris, C. (1966). A study of bipolar (manic-depressive) and unipolar recurrent depressive psychoses. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 42(194), 1 – 189.
- Randolf, M., & Conkle, L. (1993). Behavioral and emotional characteristics of children who witness parental violence. *Family Violence and Sexual Assault Bulletin*, 9(2), 23–27.
- Reynolds, W. M. (1991). A school-based procedure for the identification of adolescents at risk for suicidal behaviors. *Family Community Health*, 14(3), 64–75.
- Rice, J., Reich, T., Andreasen, N. C., Endicott, J., Van Eerdewegh, M., Fishman R., et al. (1987). The familial transmission of bipolar illness. *Archives of General Psychiatry*, 44(5), 441–447.
- Rihmer, Z., & Kiss, K. (2002). Bipolar disorders and suicidal behaviour. *Bipolar Disorders*, 4(1), 21 – 25.
- Ruggero, C. J., Chelminski, I., Young, D., & Zimmerman, M. (2007). Psychosocial impairment associated with bipolar II disorder. *Journal of Affective Disorders*, 104(1), 53–60.
- Schlenker, B. R., & Leary, M. R. (1982). Social anxiety and self-presentation: A conceptualization and model. *Psychological Bulletin*, 92(5), 621–669.
- Schulze, T. G., Muller, D. J., Krauss, H., Gross, M., Fangerau-Lefevre, H., Illes, F., et al. (2002). Further evidence for age of onset being an

- indicator for severity in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 68(3), 343–345.
- Simon, N. M., Otto, M. W., Wisniewski, S. R., Fossey, M., Sagduyu, K., Frank, E., et al. (2004). Anxiety disorder comorbidity in bipolar disorder patients: data from the first 200 participants in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder(STEP-BD). *American Journal Psychiatry*, 161(12), 2222–2229.
- Simoneau, T. L., Miklowitz, D. J., & Saleem, R. (1998). Expressed emotion and interactional patterns in the families of bipolar patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(3), 497–507.
- State, R. C., Altshuler, L. L., & Frye, M. A. (2002). Mania and attention deficit hyperactivity disorder in a prepubertal child: diagnostic and treatment challenges. *American Journal Psychiatry*, 159(6), 918–925.
- Tondo, L., & Baldessarini, R. J. (2000). Reduced suicide risk during lithium maintenance treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61(9), 97–104.
- Wang, P. W., Sachs, G. S., Zarate, C. A., Marangell, L. B., Calabrese, J. R., Goldberg, J. F., et al. (2006). Overweight and obesity in bipolar disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 40(8), 762–764.
- Weller, E. B., Weller, R. A., & Fristad, M. A. (1995). Bipolar disorder in children: Misdiagnosis, underdiagnosis, and future directions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(6), 709–714.
- West, S. A., McEllory, S. L., Strakowski, S. M., Keck, P. E., & McConville, B. J. (1995). Attention deficit hyperactivity disorder in adolescent mania. *American Journal of Psychiatry*, 152(2), 271–273.

- Wilens, T., Biederman, J., Millstein, R., Wozniak, J., Hahsey, A., & Spencer, T. (1999). Risk for substance use disorders in youths with child- and adolescent-onset bipolar disorder. *Journal of the American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 38(6), 680-685.
- Wozniak, J., Biederman, J., Kiely, K., Ablon, J. S., Faraone, S. V., Mundy, E., et al. (1995). Manic-like symptoms suggestive of childhood-onset bipolar disorder in clinically referred children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(7), 867-876.
- Young, L., Cooke, R., Robb, J., Levitt, A., & Joffe, R. (1993). Anxious and non-anxious bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 29(1), 49-52.

부 록

설문지

안녕하십니까?

저는 조선대학교 일반대학원에서 특수교육을 전공하고 있으며 현재 하람 어린이집과 하람 심리 상담 센터를 운영하고 있는 황선영입니다.

본 설문지는 청소년 여러분의 기분과 관련된 부분을 알아보고자 하는 목적에서 실시하는 것입니다. 각 질문에는 옳고 그른 답이 없으므로 문항을 읽고 바로 떠오르는 것에 표시하시면 됩니다. 옹답하신 결과는 연구의 목적으로만 사용할 것을 약속드리며 이름을 쓰지 않으므로 비밀이 보장됩니다. 한 문항이라도 응답이 빠지면 에씨 대답한 설문지를 사용할 수 없게 되므로 빠짐없이 끝까지 성실히 응답해 주시길 부탁드립니다.

2009년 11월

조선대학교 일반대학원 특수교육학과
박사과정 황선영 드림
지도교수 이승희

E-mail: dls81dus@hanmail.net

직장전화 062-265-8575

휴대전화 010-2623-5475

<기초사항 질문지>

기입요령

※ 해당되는 항목의 밑줄 위에 'v' 표시를 해 주십시오.

1. 성별 <input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여	2. 학년 <input type="checkbox"/> 1학년 <input type="checkbox"/> 2학년	3. 아버지의 연령 또는 출생년도 <input type="checkbox"/> 세 <input type="checkbox"/> 년	4. 어머니의 연령 또는 출생년도 <input type="checkbox"/> 세 <input type="checkbox"/> 년	5. 하루 평균 수면시간 _____ 시간
6. 같이 살고 있는 가족 <input type="checkbox"/> 1) 할아버지 <input type="checkbox"/> 2) 할머니 <input type="checkbox"/> 3) 아버지 <input type="checkbox"/> 4) 어머니 <input type="checkbox"/> 5) 오빠(명) <input type="checkbox"/> 6) 언니(명) <input type="checkbox"/> 7) 누나(명) <input type="checkbox"/> 8) 형 (명) <input type="checkbox"/> 9) 여동생(명) <input type="checkbox"/> 10) 남동생(명) <input type="checkbox"/> 11) 기타()				

기분장애 질문지(K-MDQ)

기 입 요 령

※ 과거에(6개월이 전) 있었던 기분의 변화를 조사하는 질문입니다. 현재 상태를 평가하는 것이 아닙니다.)

문항	다음의 문항처럼 당신은 평소의 자신과는 달랐던 적이 과거(예전)에 있었습니까?	예	아니오
1	기분이 너무 좋거나 들떠서 다른 사람들이 평소의 당신의 모습이 아니라고 한 적이 있었다. 또 는 너무 들떠서 문제를 생긴 적이 있었다.		
2	지나치게 흥분하여 사람들에게 소리를 지르거나, 싸우거나 말다툼을 한 적이 있었다.		
3	평소보다 더욱 자신감에 찬 적이 있었다.		
4	평소보다 더욱 잠을 덜 잤거나 또는 잠잘 필요를 느끼지 않은 적이 있었다.		
5	평소보다 말이 더 많았거나 말이 매우 빨라졌던 적이 있었다.		
6	생각이 머릿속에서 빠르게 돌아가는 것처럼 느꼈거나 마음을 차분하게 하지 못한 적이 있다.		
7	주위에서 벌어지는 일로 쉽게 방해 받았기 때문에, 하던 일에 집중하기 어려웠거나 할 일을 계 속하지 못한 적이 있었다.		
8	평소보다 더욱 에너지가 넘쳤던 적이 있었다.		
9	평소보다 더욱 활동적이었거나 더 많은 일을 하였던 적이 있었다.		
10	평소보다 더욱 사교적이거나 적극적(외향적)이었던 적이 있었다.(하나의 예를 들면, 한밤중에 친 구들에게 전화를 했다)		
11	평소보다 더욱 성행위에 관심이 간 적이 있었다.		
12	평소의 당신과는 맞지 않는 행동을 했거나, 남들이 생각하기에 지나치거나 바보 같거나 또는 위 혐한 행동을 한 적이 있었다.		
13	돈 쓰는 문제로 자신이나 가족을 곤경에 빠뜨린 적이 있었다.		

비행척도(MDBS)

기 입 요 령

※ 다음 문항은 여러분이 일상생활 가운데 경험했을 만한 일들에 대해 묻는 질문입니다.

문항	내 용	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	약간 그렇지 않다	약간 그렇다	그렇다	매우 그렇다
1	심한 비행행동을 한 적 있다.	1	2	3	4	5	6
2	상습적으로 과음을 해서 술 끊기가 어려웠다.	1	2	3	4	5	6
3	미루지 못하고 즉각적으로 행동해야 속이 편하다.	1	2	3	4	5	6
4	칼로 자신을 약간 베거나 타박상 또는 경미한 화상을 스스로에게 입힌 적이 있다.	1	2	3	4	5	6
5	자체를 못하고 충동적으로 행동할 때가 흔하다.	1	2	3	4	5	6
6	싸움을 하여 문제를 일으켰던 적이 있다.	1	2	3	4	5	6
7	타인에게 경미한 또는 중등도의 신체적 손상(타박상·염좌·매자국)을 입힌 적이 있다	1	2	3	4	5	6
8	너무 거짓말을 잘한다고 야단맞은 적이 있다.	1	2	3	4	5	6
9	설사 나쁜 일이라도 필요하면 죄의식 없이 해버린다.	1	2	3	4	5	6
10	타인의 물건을 허락없이 부수거나 손해를 입혀 야단맞은 적이 있다.	1	2	3	4	5	6
11	남이 나를 비판하면 참지 못하는 편이다.	1	2	3	4	5	6
12	학교 가기를 거부한 적이 있다.	1	2	3	4	5	6
13	상점에서 물건을 훔친 적이 있다.	1	2	3	4	5	6
14	심한 싸움을 하여 문제를 일으킨 적이 있다.	1	2	3	4	5	6
15	집 물건을 훔쳐 야단맞은 적이 있다.	1	2	3	4	5	6
16	필요하다면 거리낌없이 거짓말을 할 때도 있다.	1	2	3	4	5	6
17	타인에게 심한 신체적 손상(풀질, 깊은 일상, 내부장기손상 등)을 입힌 적이 있다.	1	2	3	4	5	6
18	자해하거나 자신을 칼로 깊게 베거나 피가 나도록 물어 뜯은 적이 있다.	1	2	3	4	5	6
19	법을 어겨 처벌을 받은 적이 있다.	1	2	3	4	5	6
20	초등학교때 나쁜 짓을 하여 물의를 일으킨 적이 있다.	1	2	3	4	5	6
21	1년에 2번이상 학교에 안가고 무단결석을 한 적이 있다.	1	2	3	4	5	6
22	정학이나 퇴학을 당한 경험이 있다.	1	2	3	4	5	6
23	나쁜 짓을 하여 물의를 일으킨 적이 있다.	1	2	3	4	5	6
24	부모 허락없이 2일 이상 가출한 적이 있다.	1	2	3	4	5	6
25	방화하고 물건을 집어 던져 위험한 일을 일으킨 적이 있다.	1	2	3	4	5	6

자살생각척도(SSI-R)

기입요령

※ 각 문항을 읽어보고, '전혀 그렇지 않다'면 1에, '조금 그렇다'면 2에, '가끔 그렇다'면 3에, '자주 그렇다'면 4에, '항상 그렇다'면 5에 ○표시를 해 주십시오.

문항	내 용	전혀 그렇지 않다	조금 그렇다	가끔 그렇다	자주 그렇다	항상 그렇다
1	나는 사는 것이 즐겁고 보람되게 느껴지지 않는다.	1	2	3	4	5
2	나는 의욕을 상실해 가고 있다.	1	2	3	4	5
3	나는 미래를 생각하면 슬퍼진다.	1	2	3	4	5
4	나는 내 생활이 현재보다 나아지리라고 생각하지 않는다.	1	2	3	4	5
5	나는 어려운 일에 직면하면 쉽게 포기하거나 회피한다.	1	2	3	4	5
6	나는 최근에 죽고 싶다는 생각한 적이 있다.	1	2	3	4	5
7	나는 죽고 싶다는 마음에 자살을 계속 생각하는 편이다.	1	2	3	4	5
8	나는 자살에 대한 생각을 다른 사람들에게 이야기 한 적이 있다.	1	2	3	4	5
9	나는 자살지도 방법까지 구체적으로 계획해 본 적이 있다.	1	2	3	4	5
10	나는 자살하려는 이유(유서)를 작성해 본 적이 있다.	1	2	3	4	5
11	내가 자살하더라도 다른 사람은 별 영향을 받지 않을 것이다.	1	2	3	4	5

사회불안척도(SAS-A & SPAI-C)

기입요령

※ 다음 "평소 내가 사회적 상황에서 어떻게 느끼는지"에 대한 것입니다. 아래 문항을 잘 읽어보고 평소 나는 얼마나 이런 느낌을 갖는지 표시해 주십시오.

문항	내 용	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	약간 그렇지 않다	약간 그렇다	그렇다
1	다른 사람들이 나를 싫어하고 있다고 걱정한다.	1	2	3	4	5
2	나는 주위에 사람들이 몇 명 있으면 긴장한다.	1	2	3	4	5
3	나는 잘 아는 사람들과 있어도 수줍음을 탄다.	1	2	3	4	5
4	다른 사람 앞에서 내가 해보지 않았던 새로운 일을 해야 할 때 걱정이 든다.	1	2	3	4	5
5	다른 사람들의 놀림감이 될까봐 걱정한다.	1	2	3	4	5
6	잘 모르는 사람과 있으면 수줍음을 탄다.	1	2	3	4	5
7	친구들이 몰래 내 얘기를 할 거라고 생각한다.	1	2	3	4	5
8	나는 아주 잘 아는 사람과만 이야기 한다.	1	2	3	4	5
9	다른 사람들이 나를 어떻게 생각할지 걱정한다.	1	2	3	4	5
10	다른 사람들이 나를 싫어할까봐 겁난다.	1	2	3	4	5
11	별로 친하지 않은 아이들에게 말을 걸때 겁을 먹는다.	1	2	3	4	5
12	다른 사람들이 나에 대해 뭐라고 말 할까 걱정한다.	1	2	3	4	5
13	사람들을 처음 만날 때 긴장한다.	1	2	3	4	5
14	여러 사람이 모인 곳에 가면 이야기를 잘하지 않는다.	1	2	3	4	5
15	다른 사람들이 나를 웃음거리로 만들다고 생각한다.	1	2	3	4	5
16	다른 사람과 논쟁을 하게 된다면 그 사람이 나를 싫어하게 될까봐 걱정한다.	1	2	3	4	5
17	다른 사람이 쉽다고 할까봐 뭔가를 같이 하자고 하기가 겁난다.	1	2	3	4	5
18	다른 사람에게 뭐 같이 하자고 부탁하지 못한다.	1	2	3	4	5
19	수업시간에 선생님이 질문하면 너무 긴장해서 대답을 잘 하지 못한다.	1	2	3	4	5
20	나는 학교 연극이나 학창 노래나 무용발표회에 참여할때면 긴장한다.	1	2	3	4	5
21	수업시간에 발표를 하거나 큰소리로 책을 읽어야 할때면 긴장한다.	1	2	3	4	5
22	여러명이 모인 곳에서 관심이 나에게 집중될까봐 두렵다.	1	2	3	4	5
23	어떤 집단이나 여러명이 모인곳에서 발표를 할 때 긴장한다.	1	2	3	4	5
24	내가 뭔가를 할때 다른 사람이 지켜보고 있으므로 겁이난다.	1	2	3	4	5
25	교단에 나가 반 전체 아이들 앞에서 발표를 하는 것이 두렵다	1	2	3	4	5
26	나는 너무 겁이 나서 수업시간에 질문을 잘 못한다.	1	2	3	4	5
27	여러 사람이 모인 곳에 가면 이야기를 잘 하지 못한다.	1	2	3	4	5

또래관계척도(PRS)

기입요령

※ 다음 문항들은 여러분의 친구관계에 관한 질문입니다. 잘 읽고 여러분과 친한 친구사이에 관해 가장 가깝다고 생각되는 부분에 ○표시를 해 주십시오.

문항	내 용	전혀 그렇지 않다	거의 그렇지 않다	보통 이다	대체로 그렇다	매우 그렇다
1	친구는 내가 속상할 때 나를 위로해 준다.	1	2	3	4	5
2	친구는 내가 화가 났을 때 화를 풀어주려고 애쓴다.	1	2	3	4	5
3	나는 친구와 함께 있는 것이 좋다.	1	2	3	4	5
4	나는 친구에게 무엇이든 숨기지 않고 이야기 한다.	1	2	3	4	5
5	우리는 서로가 없다면 슬플 것이다.	1	2	3	4	5
6	우리는 우리사이에 일어난 문제에 대해 늘 서로 이야기 한다.	1	2	3	4	5
7	내가 필요로 할 때 친구는 내 부탁을 잘 들어준다.	1	2	3	4	5
8	친구는 내가 힘든 일을 할 때 나를 도와준다.	1	2	3	4	5
9	친구는 내가 어떤 일을 잘 했을 때 칭찬해준다.	1	2	3	4	5
10	친구는 내가 자랑스럽다고 말해준다.	1	2	3	4	5
11	친구는 나와 오래도록 친구로 남을 것이다.	1	2	3	4	5
12	친구는 나에게 도움이 될 이야기를 해 준다.	1	2	3	4	5
13	나는 친구와 싸웠을 때 내가 무엇을 잘못했는지 먼저 생각해본다.	1	2	3	4	5
14	우리는 싸우더라도 쉽게 화해한다.	1	2	3	4	5
15	나는 싸웠을 때 잘잘못을 따지기보다는 화해하는 것이 더 중요하다고 생각한다	1	2	3	4	5

스트레스척도(ASS)

기입요령

※ 다음 문항은 평소 여러분들이 겪는 스트레스에 관한 질문입니다.

문항	내 용	전혀 받은적 없다	거의 받은적 없다	보통 이다	자주 받는다	항상 받는다
1	성적 때문에 부모님으로부터 스트레스를 받는다.	1	2	3	4	5
2	부모님과 의견충돌이 있어서 스트레스를 받는다.	1	2	3	4	5
3	부모님의 지나친 간섭으로 스트레스를 받는다.	1	2	3	4	5
4	부모님으로부터 대화가 안통해서 스트레스를 받는다.	1	2	3	4	5
5	학교성적이 좋지 않아서 스트레스를 받는다.	1	2	3	4	5
6	숙제나 시험 때문에 스트레스를 받는다.	1	2	3	4	5
7	대학입시나 취업에 대한 부담으로 스트레스를 받는다.	1	2	3	4	5
8	공부가 지겨워서 스트레스 받는다.	1	2	3	4	5
9	친구들에게 놀림이나 무시를 당해서 스트레스를 받는다.	1	2	3	4	5
10	친구들로부터 인정을 받지 못해서 스트레스를 받는다.	1	2	3	4	5
11	친구에 대한 열등감 때문에 스트레스를 받는다.	1	2	3	4	5
12	몸무게가 많거나 적어서 스트레스를 받는다.	1	2	3	4	5
13	키가 너무 크거나 작아서 스트레스를 받는다.	1	2	3	4	5
14	얼굴 생김새 때문에 스트레스를 받는다.	1	2	3	4	5
15	벗었는 옷을 입지 못해서 스트레스를 받는다.	1	2	3	4	5
16	용돈이 부족해서 스트레스를 받는다.	1	2	3	4	5
17	갖고 싶은 물건을 갖지 못해서 스트레스를 받는다.	1	2	3	4	5

저작물 이용 허락서

학 과	특수교육학과	학 번	20057561	과 정	박사
성 명	한글 : 황선영	한문 : 黃先永	영문 : Hwang Sun Young		
주 소	광주광역시 북구 동림동 우미린 아파트 505-901				
연락처	E-mail : dls81dus @ hanmail.net				
논문제목	한글: 청소년기 양극성장애 성향과 관련변인들과의 관계				
	영문: Relationships of Bipolar Disorder Tendency with Related Variables in Adolescence				

본인이 저작한 위의 저작물에 대하여 다음과 같은 조건 아래 조선대학교가 저작물을 이용할 수 있도록 허락하고 동의합니다.

- 다 음 -

- 저작물의 DB구축 및 인터넷을 포함한 정보통신망에의 공개를 위한 저작물의 복제, 기억장치에의 저장, 전송 등을 허락함.
- 위의 목적을 위하여 필요한 범위 내에서의 편집과 형식상의 변경을 허락함. 다만, 저작물의 내용변경은 금지함.
- 배포·전송된 저작물의 영리적 목적을 위한 복제, 저장, 전송 등은 금지함.
- 저작물에 대한 이용기간은 5년으로 하고, 기간종료 3개월 이내에 별도의 의사 표시가 없을 경우에는 저작물의 이용기간을 계속 연장함.
- 해당 저작물의 저작권을 타인에게 양도하거나 출판을 허락을 하였을 경우에는 1개월 이내에 대학에 이를 통보함.
- 조선대학교는 저작물 이용의 허락 이후 해당 저작물로 인하여 발생하는 타인에 의한 권리 침해에 대하여 일체의 법적 책임을 지지 않음.
- 소속 대학의 협정기관에 저작물의 제공 및 인터넷 등 정보통신망을 이용한 저작물의 전송·출력을 허락함.

동의여부 : 동의() 반대()

2011년 2월

저작자: 황 선 영 (인)

조선대학교 총장 귀하