

2011년 2월
박사학위논문

청소년의品行장애와 반항
장애에서 보이는 우울증상과
연관된 특성

조선대학교 대학원

의학과

이 문 인

청소년의品行장애와 반항장애에서 보이는 우울증상과 연관된 특성

Characteristics related to depression in adolescent
conduct disorder and oppositional defiant disorder

2011년 2 월 25 일

조선대학교 대학원

의학과

이 문 인

청소년의品行장애와 반항
장애에서 보이는 우울증상과
연관된 특성

지도교수 박 상 학

이 논문을 의학 박사학위신청 논문으로 제출함.

2010년 10월

조선대학교 대학원

의학과

이 문 인

이문인의 박사학위논문을 인준함

위원장 조선대학교 교수 김학렬 인

위 원 조선대학교 교수 김상훈 인

위 원 조선대학교 교수 양은석 인

위 원 조선대학교 부교수 김은영 인

위 원 조선대학교 교수 박상학 인

2010년 12월

조선대학교 대학원

목 차

표목차	i
Abstract	ii
I. 서론	1
II. 방법	2
A. 연구 대상 및 절차	
B. 평가도구	
C. 통계학적 분석	
III. 결과	3
A. 우울증상에 따른 행동 양상의 차이	
B. 우울증상에 따른 다른 특성의 차이	
C. 우울증상에 따른 불안 및 지능차이	
D. 우울증상에 따른 MMPI 차이	
IV. 고찰	6
V. 결론	11

참고문헌

표 목 차

Table 1. Behavioral symptom differences between depressed and non-depressed groups of adolescents diagnosed with CD(Conduct Disorder) and ODD(Oppositional Defiant Disorder).

Table 2. The other variable differences between depressed and non-depressed groups of adolescents diagnosed with CD and ODD.

Table 3. Familial problems and the other environmental variables associated with depressed and non-depressed groups of adolescents diagnosed with CD and ODD.

Table 4. Anxiety and intelligence differences between depressed and non-depressed groups of adolescents diagnosed with CD and ODD.

Table 5. Differences in MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) scores of depressed and non-depressed groups of adolescents diagnosed with CD and ODD.

ABSTRACT

Characteristics related to depression in adolescent conduct disorder and oppositional defiant disorder

Lee, Moon In

Advisor : Prof. Park Sang Hag M.D., Ph. D.

Department of Medicine,

Graduate School of Chosun University

Objectives: Externalized behavioral problems are prevalent in adolescents due to the difficulties associated with this developmental stage. Conduct Disorder (CD) and Oppositional Defiant Disorder (ODD), as well as other psychiatric disorders such as major depressive disorder, result in the manifestation of many behavioral problems during adolescence.

Methods: In this report, a sample of 31 adolescents, who each presented with CD or ODD in Chosun University Hospital between 2002 and 2010, has been analyzed. Many of the subjects were depressed, and therefore were separated into two different groups according to Beck Depression Inventory score: BDI < 10: not depressed, BDI ≥ 10: depressed). The sample was analyzed for differences between the depressed and non-depressed groups.

Results: In the sample analyzed in this report, adolescents in the depressed group showed less stealing, and presented with more anxiety symptoms, lower self-esteem, and more sensitivity in interpersonal relationships, when compared to the non-depressed group.

Conclusion: When adolescents exhibit disruptive behavior, their clinicians should consider the underlying causes of the behaviour when deciding upon treatment.

KEY WORDS: Conduct Disorder, Oppositional Defiant Disorder, Depression, Adolescent

1. 서론

발달된 사회일수록 소아가 성인이 되기 위해 준비하는 청소년기가 길어지고, 학업에 투자하는 기간이 늘어나며 직업을 가지거나 결혼하는 시기도 늦어진다. 요즘 청소년들은 부모의 보호를 더 오래 받게 되고, 예전에 비해 사회적인 성숙이 지연되는 경향이 있다.¹

사춘기(Puberty)는 신체적인 변화를 주로 의미하지만, 심리적 요소들의 변화를 포함하면 청소년기(Adolescent)라는 용어를 사용한다. 신체적 그리고 심리적 변화는 동시에 진행되지만, 진행속도가 일치하지는 않는다.

청소년기에는 성호르몬 분비가 활성화되면서 2차 성징들이 나타난다. 따라서 성적 호기심이나 욕구도 증가하고, 이성에 대한 관심이 많아진다.²

신체 및 성적 성숙과 함께, 학생이나 자녀로서의 역할과 같은 페르소나를 형성해야 하는 시기이다.³ 과거의 역할이나 사고방식이 아닌 자아정체성을 확립해야 하는데 그렇지 못할 경우에는 역할에 혼란을 느낄 수 있다.² 또 다른 측면에서는 구체적 조작기에서 형식적 조작기로 넘어가면서, 추상적 사고능력을 갖게 되고, 과거와 미래에 대한 이해를 할 수 있게 된다.⁴

청소년은 신체적, 성적, 인지적, 사회적, 심리적인 변화와 함께 특히 학업과 입시 때문에 고민하게 된다.

충동조절 및 건전한 윤리의식의 수립, 이성 관계를 포함한 성숙한 대인관계의 형성 등이 이때 이루어야 할 발달과제들이다.² 이러한 발달 과제들도 사회가 복잡해지면서 점차 더 어려워지고 있다.^{5,6} 이에 따른 스트레스 및 욕구불만, 좌절감, 공격성의 증가들로 인해 이 시기에 여러 가지 정신질환에 노출될 가능성이 많아졌다.⁷ 게다가 한국의 청소년은 정서적, 심리적 고통을 해소하는 출구가 제한되어 있어, 정신내적 세계에 많은 내적 갈등이 내재되어 있을 가능성이 많다.⁸

한때는 반항적인 태도, 공격적인 언어와 행동, 사기나 도둑질, 가출, 결석 등 청소년기의 문제들을 걱정의 청소년기(Adolescent turmoil) 반응이라고 생각하고 정상적으로 생각하였다.⁹ 그러나 최근에는 실제 사망률까지 높이는

질환의 표출로 보고 있다.⁵ 이러한 질환들에는品行장애, 반항장애 외에도 다른 정신과적인 질환 즉 주요우울장애나 양극성 정동장애, 주의력결핍 과잉 행동장애(attention deficit hyperactivity disorder; 이하 ADHD)등도 포함된다. 그러나 발달단계에서 일상적으로 볼 수 있는 정서적 불안정성, 반항심, 그리고 충동적인 경향 등의 태도들 때문에 진단이 어려운 경우가 많다.

특히 이전 연구에서品行장애와 반항장애와 주요 우울 장애의 공존률이 21-83%로 다양하며 높다.¹⁰ 국제질병분류(The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders, Clinical descriptions and Diagnostic Guidelines: ICD-10)에서는品行장애와品行과 정서의 혼재성 장애를 F91, F92로 나눌 만큼品行장애와 정서장애가 혼재되는 경우가 많음을 알 수 있다.¹¹

이에 저자는 행동문제를 보이는 청소년기의 질환인品行장애와 반항장애에서 우울증상의 유무에 따라 그 임상증상들의 표현이 어떤 차이를 보이는지 그 특성을 살펴보고자 본 연구를 계획하였다.

II. 방 법

A. 연구 대상 및 절차

조선대학교 병원에서 2002년 10월부터 2010년 10월까지 반항장애와品行장애의 진단을 받고 입원 및 외래 치료한 12세에서 18세까지의 중고등학생 55명을 대상으로 하였다.

그중에서 지능이 IQ 70이하, 간질 등 신체 질환, 정신분열병, 전반적 발달장애, 우울증상을 야기할 만한 약물을 복용중인 경우 및 심리 검사가 시행되지 않은 24명을 제외하였다.

최종 연구대상인 31명의 의무기록 및 심리 검사결과를 살펴보았다.

B. 평가도구

DSM-IV 진단기준으로品行장애의 주된 4가지 행동군에 따라 첫째 다른 사람이나 동물에게 신체적인 해를 가하거나 위협을 가하는 공격적인 행동, 둘

째 재산상의 손실이나 손상을 가하는 비공격적인 행동, 셋째 사기나 도둑질, 넷째 가출, 결석, 불법행동과 같은 심각한 규칙 위반에 따라 증상을 나누었다.

성별, 나이, 자살기도 경험, 뇌파검사에서 간질이외에 다른 이상이 있는지와 ADHD의 진단 검사인 ADS (ADHD Diagnostic System; 이하 ADS)에 나타난 과잉행동장애 유무, 반사회적 인격장애나 다른 정신과 질환의 가족력, 부모의 결혼생활의 갈등유무, 과거의 학대경험 유무를 조사하였다.

또한 진단 당시에 시행한 벡 불안척도(Beck Anxiety Inventory; 이하 BAI), 벡 우울척도(Beck Depression Inventory; 이하 BDI), 다면적 인성검사(Minnesota Multiphasic Personality Inventory; 이하 MMPI), 한국판 웨슬러 지능검사(Korean-Weschler Adult Intelligence Scale; 이하 K-WAIS)결과를 비교하였다.

C. 통계학적 분석

연구 결과의 통계적 처리는 SPSS 프로그램(Windows 표준버전 17.0, SPSS Inc., Chicago, IL, USA)을 이용하였다.

品行장애와 반항장애를 보인 청소년에서 $BDI \geq 10$ 을 기준으로 우울증상 유무를 판단하였고, 두 군의 여러 변인들의 차이비교는 Fisher's exact test를 시행하였다.

두 군의 BAI, BDI, MMPI 및 K-WAIS차이를 알아보기 위해서 t -test로 분석하였고, p 값이 0.05미만인 것을 통계학적으로 유의한 차이가 있는 것으로 판정하였다.

III. 결 과

연구대상 전체 31명중 중학생이 13명(42%), 고등학생이 18명(58%)이었으며, 남자가 18명(58%), 여자가 13명(42%)이었으며, 우울증상을 보이는 군은 18명(58%), 우울증상을 보이지 않는 군은 13명(42%)이었다.

A. 우울증상에 따른 행동 양상의 차이

공격적인 행동은 전체 31명중 21명(68%)에서 보였다.

그 중에 우울증상이 있는 18명중에서 11명(61%)에서 공격적 행동이 보였다. 비공격적인 행동은 31명중 22명(71%)에서 보이고, 우울증상이 있는 18명중 12명(67%)에서 비공격적인 행동증상을 보였다.

도둑질이 문제가 된 경우는 31명중 19명(61%)이었는데, 그 중에 우울증상이 있는 경우는 18명중 7명(39%)으로, 우울증상이 없는 군 13명중 12명(92%)에 비해 수도 적고, 통계적으로도 유의한 차이를 보였다. ($p=0.00$, Fisher's exact test)

불법적인 행동은 31명중 10명(32%), 우울증상이 있는 18명중 5명(28%)으로, 우울증상이 없는 군 13명중 5명(38%)에 비해 그 비율은 작은 경향을 보였으나 통계적으로 유의한 차이는 없었다. (Table 1)

B. 우울증상에 따른 다른 변수들의 차이

전체 대상 31명중에 반항장애를 진단받은 청소년이 10명(32%), 품행장애를 진단받은 청소년이 21명(68%)이었다. 우울증상에 따르는 성별 및 진단의 차이는 보이지 않았다.

전체 31명중 11명(35%)에서 자살기도의 경력이 있었는데, 우울증상을 보인 18명중에서는 7명(39%)이었다.

주의력결핍-과잉행동장애(attention deficit-hyperactivity disorder; 이하 ADHD)는 31명중 10명(32%)에서 보였는데, 우울증상이 있는 18명중 5명(28%)에서 나타났다.

뇌파의 이상소견 및 ADHD는 우울증상에 따른 차이가 없었다. (Table 2)

반사회적 인격장애를 가진 가족이 있는 경우는 전체 31명중 4명(13%)이었고, 우울증상을 보인 18명중 1명(6%)이 반사회적 인격장애의 가족력이 있었다.

반사회적 인격장애 이외의 정신과 질환 진단을 받은 가족이 있는 경우가 31명중 7명(23%)이었고, 우울증상을 보인 18명중 3명(17%)이었다.

부모의 결혼 생활에 갈등이나 문제가 있는 경우가 31명중 12명(39%)이었는데

데, 우울증상이 있는 18명중 6명(33%)이었다.

신체적, 성적인 학대를 경험 유무에 대한 보고가 빠진 3례가 있어, 전체 28명중 8명(29%)에서 학대경험이 있다고 하였고, 우울증상이 있는 17명중 5명(29%)에서 학대를 받았다고하여 두 군의 차이는 없었다. (Table 3)

C. 우울증상에 따른 불안 및 지능차이

우울증상이 있을 때 불안증상은 BAI가 평균 16.94, 우울증상이 없을 때는 3.15로 우울증상이 있는 경우 불안증상도 높게 나타났으며, 통계학적으로 유의했다. ($p=0.00$, t -test)

K-WAIS로 측정된 전체 지능의 평균은 우울증상이 있는 군에서 92.78, 없는 군이 90.62로 나타났다. 언어성 지능은 우울증상이 있는 군에서는 96.89, 없는 군에서 88.46으로 우울증상이 있는 군에서 더 높은 언어성 지능을 보였으나 두 군의 통계적 차이는 없었다.

동작성 지능은 우울증상이 있는 군에서 89.23, 없는 군에서 95.70으로 우울증상이 있는 군의 동작성 지능이 더 떨어지는 것처럼 보이나 통계적인 차이는 없었다.

(Table 4)

D. 우울증상에 따른 MMPI 차이

L(Lie; 이하 L), F(Frequency; 이하 F), K(Defensiveness; 이하 K) 척도는 우울증상을 보이는 군에서는 T 점수가 43, 64, 43의 순으로 샷갓형(△형)이었다. 우울증상을 보이지 않는 군은 54, 52, 55으로 L, K척도가 우울증상군에서 더 낮은 통계적 차이를 보였다.

건강염려증(Hypochondriasis; 이하 Hs), 우울증(Depression; 이하 D), 히스테리(Hysteria 이하 Hy), 남성성-여성성(Masculinity-Femininity; 이하 Mf) 척도는 우울증상이 있을 때 T 점수가 각각 57, 66, 56, 62, 53이었고, 우울증상이 없을 때는 44, 48, 44, 53, 51이었다.

두 군의 통계적인 차이는 Hs, D, Hy, Pd 척도에서 나타났고, 임상적으로 유의미한 t -score(≥ 65)는 우울증상이 있는 경우 D 척도가 66으로 나타났다.

편집증(Paranoia; 이하 Pa), 강박증(Psychasthenia; 이하 Pt), 정신분열병(Schizophrenia; 이하 Sc), 경조증(Mania; 이하 Ma), 사회적 내향성(Social introversion; 이하 Si) 척도는 우울증상이 있을 때 T 점수가 각각 65, 63, 64, 51, 65였고, 우울증상이 없을 때는 49, 46, 48, 47, 47로 나타났다.

두 군의 통계적 차이는 Pa, Pt, Sc, Si 척도에서 나타났고, 임상적으로 유의미한 t -score(≥ 65)는 Pa, Si 척도가 우울증이 있는 경우에 T 점수가 각각 65로 나타났다. (Table 5)

IV. 고 찰

DSM-IV에서는 파괴성 행동장애를 품행장애, 반항장애, 기타 파괴적 행동장애로 나누고 있다.¹² 품행장애는 ADHD와 함께 소아기 및 청소년기에 흔히 처음 진단되며 타인의 기본적인 권리를 침해하고, 나이에 적합한 사회적 규범이나 규칙을 위반하는 반복적인 행동을 보이고 공격적인 행동 혹은 비공격적인 행동, 사기나 도둑질, 심각한 규칙위반 등을 보이는 질환이다.¹³ 반항장애는 권위적인 인물에 대한 반복되는 거부적이고 적대적인 행동을 특징으로 한다.¹⁴ 이 두 질환은 서로 겹치는 부분이 많고 공존질환도 유사한 면이 많다. 특히 남자 아이들에서는 반항장애가 품행장애의 전구단계에 나타나 두 질환의 명확한 구분이 어렵다.¹⁵

과거 1960년대까지는 품행장애를 “가면성 우울 (masked depression)” 이라고 불렀고, 소아에서는 주요우울장애는 존재하지 않는다고 생각했다.^{16,17} 그러나 1970년대가 되면서 청소년기 이전의 아이들에서도 우울증이 나타난다고 알려졌고, 우울증과 품행장애가 공존질환의 개념으로 알려졌다.¹⁸

1990년대가 되면서는 소아와 청소년의 주요 우울장애 연구에서, 품행장애와 반항장애가 반사회성 질환이 아닌 다른 많은 공존질환을 가진 것으로 알려졌다.¹⁹ 특히 주요 우울 장애의 공존률이 21-83%에 이르며, 우울증상을 보이는 군의 1/3에서 품행장애와 반항장애 등의 행동장애를 보였다.¹⁰

2000년대에는 주요우울장애와 양극성 정동장애가 과민성과 공격성을 나타낼 수 있는데 이는 서로 위험인자인 가족내 갈등, 생활의 어려움, 부모와 갈등,

친구들과 갈등, 행동문제의 조기 발생과 같은 위험인자들이 같아서 기분장애와 행동장애가 발병하는데 영향을 주기 때문이라고 한다.²⁰

청소년기의 우울증상은 재미가 없고, 미래에 대한 희망이 없으며, 여러 현실문제를 나타낸다. 술, 본드나 니스의 흡입 혹은 다른 약물의 남용, 자살 시도, 공격적 행동, 학교 문제 등이 나타난다.²¹ 품행장애 및 반항장애와 우울증상의 공존율이 21-83%로 매우 다양하게 나타났고,²²⁻²⁴ 본 연구에서도 우울증상을 보이는 경우는 31명중 18명으로 58%로 높았다.

조사 대상에서 우울증상이 있는 경우에 도둑질을 상대적으로 더 적게 하는 것으로 나타났다. 이는 우울한 증상이 행동장애로 이어질 수는 있으나, 도둑질과 같은 극단적인 방법으로 덜 나타나고 있거나, 우울증상으로 인해 에너지가 떨어져서 적극적인 행동이 덜하기 때문이 아닌가 짐작된다. 본 연구에서는 우울증상이 있는 경우에 도둑질은 덜 하는 것으로 나타났으나 불법적인 행동에서는 우울증상이 있는 군과 없는 군의 차이가 보이지 않았다. 그러나 김현수와 김현실은 비행 청소년에 대한 연구에서 다시 범죄를 저지르는 청소년들에서 공격성뿐만 아니라 우울성향이 매우 높으며, 우울증상이 비행이 지속시킨다고 하였다.²⁵

반사회적 인격장애 진단을 받은 가족이 있는 경우는 전체 31명중 4명이었고, 다른 정신과 질환을 진단받은 경우도 7명이었다. 부모의 결혼생활에 갈등이나 문제가 있는 경우도 12명이었다. 그러나 우울증상이 있는 경우와 그렇지 않는 경우의 차이는 없었다.

품행장애 진단을 받은 환자의 부모는 반사회적 인격장애 등 반사회적 행동양상, 물질남용 및 중독, 우울증이 발생할 가능성이 높다. 부모의 정신병리나 가정내 갈등 그리고 충동적이고 폭력적이거나 무질서한 가정환경이 아이들의 품행장애와 같은 심각한 행동문제 뿐 아니라 그보다 심각하지는 않더라도 반항적이고, 적대적이며 부정적인 행동문제를 가지는 것과도 관련될 수 있다.²⁶

학대받은 경험 유무에 대한 보고가 빠진 3례를 제외한, 전체 28명중 8명에서 학대가 있었다. 일반적으로 부모의 훈육형태가 일관성이 없거나, 가혹하거나 신체적, 성적으로 학대적인 경우도 행동문제와 관련되는 것과 같은 맥락에서 해석해 볼 수 있다.²⁰

ADHD는 31명중 10명에서 나타났는데 ADHD는 충동성, 공격성 때문에 행동문제를 보이는 경우가 많고, 품행장애가 나타나기 전부터 나타나거나, 청소년기에는 공존하는 경우가 많다.²⁰

BAI는 우울증상이 있을 때 평균 16.94, 없을 때 3.15로 우울증상이 있는 경우 불안증상이 높았다. 이는 성인에서도 불안과 우울이 공존되지만, 임명호 등이 시행한 소아청소년 연구에서 우울증의 불안장애 동반율이 42%에 이르는 것과 유사한 결과이다.²¹

불안할 때는 안절부절 못하고, 혈압이 상승되 기도하며, 몸이 떨리는 등의 자율신경계가 항진된다. 도망치거나, 혹은 싸우는 둘 중에서 싸우는 것을 선택하여 공격적인 증상을 보였거나, 불안에 대한 방어적인 역할이 과도하게 공격적으로 반응하여 문제행동을 보일 수 있다는 주장도 있다.²⁷

K-WAIS로 측정된 지능은 우울증상이 있는 경우에 언어성 지능이 96이고, 동작성 지능은 89로 상대적으로 동작성 지능이 더 떨어졌는데, 이는 우울증에서 병전과 언어성 지능에는 변화가 없으나 동작성 지능이 떨어지는 결과를 보이는 것²⁸ 과 연관시켜 볼 수도 있겠으나 우울증상이 있는 군과 없는 군의 차이는 보이지 않았다는 점에서 좀 더 추적 조사가 필요하다.

청소년의 행동문제를 MMPI로 판단하는 것은 비교적 객관적이며, 대중적이고, 법적, 전문적 타당도, 민감도가 공인된 척도이기 때문에 의미가 있다.⁸ 그런 점에 기초하여 본 연구에서 조사한 MMPI에서, L, F, K 척도는 우울증상을 보이는 군이 43, 64, 43의 순으로 샷갓형(∧형)이었고, 우울증상을 보이지 않는 군이 54, 52, 55이었다. 특히, L($p=0.01$, t -test), K($p=0.00$, t -test) 척도가 우울증상이 있는 경우 더 낮게 나타나는 통계적 차이가 있었다.

샷갓형의 L, F, K 척도 특히 L척도와 K척도가 T점수 50이하, F척도는 T점수 60점 이상의 경우에 자신의 신체적, 정서적 곤란을 인정하고, 이와 같은 문제들을 스스로 해결할 자신이 없어 도움을 요청하고 있는 것이다.²⁹ 즉, 청소년이 행동의 문제들을 보이면서 반항적 행동을 하지만, 다른 면에서는 도움을 필요로 하고 있는 것이다. 알드리히는 이러한 양면적인 특성들 때문에 부모는 혼란을 느낄 수 있다고 하였다.³⁰

Weaver 등은 문제 행동을 보이는 청소년에서 Pd, Sc, Ma 척도가 상승되어 있다고 보고 하였다.³¹ 본 연구에서는 문제 행동을 보이는 청소년을 대상으로 우울증상에 따른 차이를 보았는데 Pd, Sc, Ma 척도가 아닌 우울증상을 보이는 경우에 D, Pa, Si 척도의 상승이 통계적, 임상적으로도 의미있게 나타났다.

MMPI 소 척도들이 우울증을 가지고 있는 집단에서 상대적으로 모두 높았고, 통계적인 차이는 Hs, D, Hy, Pd, Pa, Pt, Sc, Si 척도에서 나타나, 우울증을 가진 경우에는 다른 정서적인 어려움도 많이 가지고 있다는 추정할 수 있다. 임상적으로 유의한 t -score(≥ 65)는 우울증, 편집증, 사회적 내향성 척도에서 나타났다.

각각의 의미를 살펴보면 D 척도의 상승은 우울감, 일상생활에 대한 흥미나 즐거움의 상실, 불안감과 위축, 그리고 비관적인 태도 등을 나타낸다.

Pa 척도가 60-70사이인 경우는 대인관계의 민감성을 나타낸다. Si 척도가 높은 경우는 대인관계 상황에서의 예민성, 수줍음, 사회적 불편감이나 회피, 자기 비하 등을 나타낸다. 또 우울증과 편집증 척도가 높은 경우는 자기 자신 및 타인에 대한 분노감, 타인에 대한 부정적인 개념을 갖는다. 다른 사람들이 그들에게 공격적이고, 적대적이라고 지각하며, 사소한 비판이나 거절에도 극도로 민감하여 적개심을 갖게 되며 분노감을 쉽게 표출하는 경향을 보일 수 있다²⁹고 하는데 본 연구결과도 같은 해석을 가능케 한다.

우울증상에 따라 두 군을 나누었기 때문에 나머지 척도인 편집증 척도의 상승이나, 사회적 내향성 척도의 상승에서 나타나는 경향으로 우울한 군은 대인관계상황에서 민감하여, 사회적인 불편감을 느끼고 있다고 유추할 수 있다.

홍강의는 반항장애 및 품행장애라는 진단은 단지 다른 사람이 이미 아는 것, 즉 그 아이가 나쁘게 행동했다는 것을 이야기 해주는 것에 불과하다고 했다. 예를 들어 품행장애 진단은, 내과에서 고열이라고 진단을 내리는 것과 유사하며, 이 진단은 다양한 원인에 의해 생기고, 그 원인들을 파악하고 원인에 따라 치료하는 것처럼, 품행장애로 진단을 내리는 것이 중요한 것이 아니고, 품행장애라는 진단이 청소년의 정신병리를 더 잘 이해하고, 치료 계획

을 세우는 과정의 임시적 진단이 되는 것이라고 하였다.¹³ 따라서 그 진단으로 문제아로 낙인하는 데 목적이 있는 것이 아니고, 행동문제와 함께, 심리적인 어려움, 그 청소년의 성격과 기질, 가족이나 친구들과의 관계, 사회적 어려움 등을 모두 포괄적으로 알아보아야 할 것이다.

品行장애는 ADHD, 학습장애를 동반하고, 시간이 지나면서 기분장애, 물질관련장애를 동반한다. 또한 그 절반 정도에서 반사회적 인격장애로 발전할 수 있다.³² 예후는 불안이나 우울을 가지고 있는 경우에는 반사회적 인격장애로 발전할 가능성이 적고, 자신이 치료를 원하기 때문에 치료에 대한 반응이 더 낫다고 한다.²

행동장애의 약물치료는 기분 조절제, 항우울제, 항정신병 약물을 처방한다.³³ 이와 동시에 부모면담과 가족치료, 그리고 개인정신치료 등의 다각적인 접근이 필요하다. 치료 후 완치되었다고 그 환경에 그대로 청소년을 두게 된다면 다시 증상이 나타나기 때문에, 18세 이후까지 의학적, 정서적, 그리고 적절한 교육 및 사회적 지지가 필요하다.^{13,34}

대부분의品行장애에서 과거에 반항장애를 보인다고 한다. 그러나 반항장애에서는 육체적인 폭력, 심한 파괴적인 행동은 나타나지 않고, 반항장애를 진단받은 경우品行장애로 진행이 되어도, 그대로 반항장애의 특성들을 가지기도 하며, 이 두 질환이 서로 독립적이라는 반대되는 견해도 있다.²⁰

본 연구에서는 반항장애와品行장애를 행동문제로 보고 우울증상에 따른 차이점을 보았기 때문에 향후에는 각각의 진단에 따른 우울증상과 연구도 필요할 것이다.

우울증상이品行장애와 반항장애를 동반하는지, 어떤 증상이 먼저 나타나는지를 알아보기 위해서 전향적인 연구 또한 필요할 것이다.

부모와 청소년의 관계, 거기에 부모가 너무 강하게 양육하거나 적절하게 보살피지 않을 때와 같은 미숙한 양육방법이 공격성이나 반항성을 야기한다²⁰고 하는데 이러한 양육에 대한 평가 또한 필요할 것이다.

V. 결 론

청소년의品行장애는 임상양상이 다양하다. 학업문제 및 학교에서 선생님과 갈등을 일으키거나, 학교에 나가지 않아서 학업을 중간에 그만두게 되고, 집안에서도 반항적인 언어나 행동뿐만 아니라 가출을 하는 경우도 있다.

청소년 자신이 느끼는 어려움도 있겠지만 많은 경우에 사회나, 부모, 선생님이 용납하지 못하는 어떤 행동을 했을 때에 문제가 된다. 특히 사회가 요구하는 성취목표에 이르지 못했을 때 혹은 법적인 문제를 일으켰을 때 주위의 관심을 받아 병원에 오게 된다.

그러나 반항적인 태도와 말투 때문에 의사와 치료적 관계형성이 쉽지 않고, 때로는 치료를 위한 접근조차 어렵다. 관계형성을 하여 치료를 하게 된다고 해도 지속적인 치료가 어렵고, 그 때문에 호전을 보이지 않는 경우가 많다.

특히 문제행동을 보일 수 있는 질환 중品行장애와 적대적 반항장애는 증상과 경과가 만성화 되는 경우가 많고, 성인기에 반사회적 인격장애 등의 다른 정신질환을 일으키는 경우가 많은 질환이다. 그러나 청소년기는 무한한 변화의 가능성이 있기 때문에, 청소년과 우리 사회의 미래를 위하여 이들을 조기에 치료를 하거나, 이 질환의 발생을 예방을 하는 것이 매우 중요하다.

행동문제로 치료받는 대상들 중에 우울증상을 동반하는 집단에서 도둑질을 하는 빈도는 덜 하지만 더 불안하고, 대인관계에 예민하고, 사회적인 내향성이 심한 것을 보았다.

청소년 문제행동을 이해하는데 우울증상의 유무는 임상적 특성을 알고, 이들과 치료적인 관계를 형성하고, 치료하는데 도움이 될 것으로 생각된다.

참고문헌

1. 김경희. 소아정신병리학. 서울: 학지사; 1983. p.203-216.
2. 이정균, 김용식. 정신의학. 4판. 서울: 일조각; 2000. p.530-535.
3. 이부영. 자기와 자기실현. 1판. 경기도: 한길사; 2002. p.40-55.
4. 루이스 브레거. 인간발달의 통합적 이해. 서울: 이화여자대학교 출판부; 1998.p.379-423.
5. 민성길. 최신정신의학. 4판. 서울: 일조각; 2001. p.117-120.
6. 반겐넵. 통과의례. 1판. 서울: 을유문화사; 1985. p.264-270.
7. 대한신경정신의학회. 신경정신의학. 2판. 서울: 중앙문화사; 2007. p.67-68.
8. 김현수, 김현실. 청소년 비행행동 측정도구 개발. 소아청소년 정신의학 2000;11(1):79-90.
9. 민성길. 최신정신의학. 5판. 서울: 일조각; 2006. p.124-127.
10. Kovacs M, Paulauskas S, Constantine CI, Richards C. Depressive disorders in childhood III: a longitudinal study of comorbidity with and risk for conduct disorders. J Affect Disord 1988;15:205-217.
11. 국제질병분류 제 10 판, 정신 및 행태장애 분류, 임상기술과 진단지침. World Health Organization; 1992. p.52-54.
12. American Psychiatric Association. DSM-IV: Diagnostic and statistical

manual of mental disorder. 4th ed. American Psychiatric Association, Washington DC; 1994. p.122-133.

13. 홍강의. 소아정신의학. 1판. 서울: 중앙문화사; 2005. p.268-282.

14. 이근후. 정신장애의 진단 및 통계편람. 4판. 서울: 하나의학사; 1995. p.122-133.

15. Rowe R, Maughan B, Pickles A, Costello E, Angold A. The relationship between DSM-IV oppositional defiant disorder and conduct disorder: Findings from the Great Smoky Mountains Study. J Child Psychol and Psychiat 2002;43:365-373.

16. Toolan JM. Depression in children and adolescents. Am J Orthopsychiatry 1962;32:404-414.

17. Puig-Antich J. Comprehensive Textbook of Psychiatry, 7th ed. Baltimore: Williams and Wilkins;2000. p.2693-2703.

18. Barbara M, Richard R, Julie M, Robert G, Howard M. Conduct Disorder and Oppositional Defiant Disorder in a national sample: developmental epidemiology. J Child Psychol and Psychiat 2004;45:609-621.

19. Puig-Antich J. Major depression and conduct disorder in prepuberty. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1982;21:118-128.

20. Benjamin James Sadock, Virginia Alcott Sadock. Synopsis of Psychiatry, 10 th ed., Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins; 2007. p.1218-1227.

21. 임명호, 조수철, 백기청, 이경규, 김현우, 홍강의. 입원한 기분장애 소아청소년의 임상특성. 소아청소년 정신의학 2000;11(2):209-220.
22. Asamow JR, Thompson M, Hamilton EB, Goldstein MJ, Guthrie D. Family-expressed emotion, childhood-onset depression and childhood-onset schizophrenia spectrum disorders; is expressed emotion a nonspecific correlate of child psychopathology or a specific risk factor of depression? J Abnorm Child Psychol 1994;22:129-146.
23. Angold A, Costello E, Erkanli A. Comorbidity. J Child Psychol and Psychiat 1999;40:57-97.
24. Simonoff E, Pickles A, Meyer J, Silberg J, MaesH, Loeber R, Rutter, M, Hewitt, J, Eaves L. The Virginia Twin Study of Adolescent Behavioural Development - influences of age, sex, and impairment on rates of disorder. Arch Gen Psychiatry 1997;54:801-808.
25. 김현수, 김현실. 재범 비행 청소년의 예측인자 분석. 신경정신의학 2001;40:279-291.
26. 진혜경, 김경빈, 이종일. 청소년品行장애와 부모양육행동과의 관계에 대한 연구. 소아청소년 정신의학 1998; 9(1):67-81.
27. 이정균, 김용식. 정신의학. 4판. 서울: 일조각; 2000. p.335-338.
28. Sackeim Ha, Freeman J. McElhiney M, Coleman E, Prudic J. Devanand DP. Effects of major depression on estimates of intelligence. Clin Exp Neuropsychol. 1992;14(2):268-288.
29. 최정윤. 심리검사의 이해. 1판. 서울: 시그마프레스; 2009. p.53-101.

30. 알드리히. 역동정신의학. 1판. 서울: 하나의학사;1980. p.248-261.
31. Weaver GM, Wootton RR. The use of the MMPI special scales in the assessment of delinquent personality. *Adolescence* 1992;27(107):545-554.
32. Robins LN. *Deviant Children Grown Up: A Sociological and Psychiatric Study of Sociopathic Personality.* 1st ed. Baltimore: Williams & Wilkins;1996. p.1-3.
33. Gérardin P, Cohen D, Mazet P, Flament MF. Drug treatment of conduct disorder in young people. *Eur Neuropsychopharmacol* 2002;12(5):361-370.
34. Searight HR, Rottnek F, Abby SL. Conduct disorder: diagnosis and treatment in primary care. *Am Fam Physician* 2001;63(8):1579-1588.

Table 1. Behavioral symptom differences between depressed and non-depressed groups of adolescents diagnosed with Conduct Disorder and Oppositional Defiant Disorder.

			BDI<10	BDI≥10	Total	Fisher's exact test (two-tailed)
aggressive symptoms	absent	frequency	3	7	10	0.45
		%	0.23	0.39	0.32	
	present	frequency	10	11	21	0.68
		%	0.77	0.61	0.68	
non aggressive symptoms	absent	frequency	3	6	9	0.70
		%	0.23	0.33	0.29	
	present	frequency	10	12	22	0.71
		%	0.77	0.67	0.71	
stealing	absent	frequency	1	11	12	0.00*
		%	0.08	0.61	0.39	
	present	frequency	12	7	19	0.61
		%	0.92	0.39	0.61	
illegal behavior	none	frequency	8	13	21	0.70
		%	0.62	0.72	0.68	
	present	frequency	5	5	10	0.32
		%	0.38	0.28	0.32	

BDI: Beck depression inventory, M: male, F: female, CD: conduct disorder, ODD: oppositional defiant disorder.

Table 2. The other variable differences between depressed and non-depressed groups of adolescents diagnosed with Conduct Disorder and Oppositional Defiant Disorder.

			BDI<10	BDI≥10	Total	Fisher's exact test (two-tailed)
sex	M	frequency	7	11	18	0.73
		%	0.54	0.61	0.58	
	F	frequency	6	7	13	
		%	0.46	0.39	0.42	
Diagnosis	ODD	frequency	3	7	10	0.45
		%	0.23	0.39	0.32	
	CD	frequency	10	11	21	
		%	0.77	0.61	0.68	
suicidal behavior	absent	frequency	9	11	20	0.72
		%	0.69	0.61	0.65	
	present	frequency	4	7	11	
		%	0.31	0.39	0.35	
EEG abnormality	absent	frequency	12	18	30	0.70
		%	0.92	1	0.97	
	present	frequency	1	0	1	
		%	0.08	0	0.03	
ADHD	absent	frequency	8	13	21	0.70
		%	0.62	0.72	0.68	
	present	frequency	5	5	10	
		%	0.38	0.28	0.32	

BDI: Beck depression inventory, CD: conduct disorder, ODD: oppositional defiant disorder, EEG: electro-encephalography, ADHD: attention deficit hyperactivity disorder.

Table 3. Familial problems and the other environmental variables associated with depressed and non-depressed groups of adolescents diagnosed with Conduct Disorder and Oppositional Defiant Disorder.

			BDI<10	BDI≥10	Total	Fisher's exact test (two-tailed)
antisocial family	absent	frequency	10	17	27	0.28
		%	0.77	0.94	0.87	
	present	frequency	3	1	4	
		%	0.23	0.06	0.13	
psychiatric family	absent	frequency	9	15	24	0.41
		%	0.69	0.83	0.77	
	present	frequency	4	3	7	
		%	0.31	0.17	0.23	
marital problem	absent	frequency	7	12	19	0.71
		%	0.54	0.67	0.61	
	present	frequency	6	6	12	
		%	0.46	0.33	0.39	
abuse history	absent	frequency	8	12	20	1
		%	0.73	0.71	0.71	
	present	frequency	3	5	8	
		%	0.27	0.29	0.29	

BDI: Beck depression inventory

Table 4. Anxiety and intelligence differences between depressed and non-depressed groups of adolescents diagnosed with Conduct Disorder and Oppositional Defiant Disorder.

	BDI<10(n=13)	BD≥10(n=18)	Levene's	Levene's	t-test
	Mean(SD)	Mean(SD)	F	p	p
BAI	3.15 (2.64)	16.94 (16.16)	17.46	0.00*	0.01 0.00*
VIQ	88.46 (16.25)	96.89 (13.83)	0.07	0.80	0.13 0.14
PIQ	95.70 (13.84)	89.23 (12.43)	0.49	0.49	0.18 0.19
TIQ	90.62 (14.29)	92.78 (13.07)	0.69	0.41	0.67 0.67

BDI: Beck depression inventory, BAI: Beck anxiety inventory, VIQ: verbal intelligence quotient by K-WAIS, PIQ: performance intelligence quotient by K-WAIS, TIQ:total intelligence quotient by K-WAIS.

Table 5. Differences in MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) scores of depressed and non-depressed groups of adolescents diagnosed with Conduct Disorder and Oppositional Defiant Disorder.

	BDI<10(n=13)	BDI≥10(n=18)	Levene's	Levene's	<i>t</i> -test
	Mean(SD)	Mean(SD)	F	<i>p</i>	
L	54.92 (14.32)	43.33 (6.84)	3.47	0.07	0.01* 0.02
F	52.54 (13.81)	64.22 (17.35)	0.97	0.33	0.05 0.05
K	55.62 (15.47)	43.17 (6.40)	4.16	0.05	0.00* 0.02
Hs	44.23 (6.76)	57.67 (18.79)	14.03	0.00*	0.02 0.01*
D	48.31 (10.62)	66.94 (11.64)	0.01*	0.94	0.01* 0.01
Hy	44.31 (7.03)	56.28 (16.89)	9.04	0.01*	0.02 0.01*
Pd	53.24 (12.50)	62.89 (11.94)	0.02*	0.89	0.04* 0.04
Mf	51.08 (8.54)	53.39 (11.53)	0.31	0.58	0.55 0.53
Pa	49.08 (11.73)	65.39 (17.55)	7.29	0.01*	0.02 0.01*
Pt	46.31 (6.69)	63.39 (13.68)	11.86	0.00*	0.01 0.01*
Sc	48.38 (5.94)	64.00 (15.23)	6.09	0.02*	0.00 0.00*
Ma	47.23 (10.24)	51.39 (11.87)	0.61	0.44	0.32 0.31
Si	47.77 (9.84)	65.61 (9.98)	0.07	0.80	0.01* 0.01

BDI: Beck depression inventory, L: Lie, F: Frequency, K: Defensiveness, Hs: Hypochondriasis, D: Depression, Hy: Hysteria, Pd: Psychopathic deviate, Mf: Masculinity-femininity, Pa: Paranoia, Pt: Psychasthenia, Sc: Schizophrenia, Ma: Hypomania, Si: Social introversion

저작물 이용 허락서

학 과	의학과	학 번	20097221	과 정	박사
성 명	한글: 이문인 한문:李文仁 영문: Lee Moon In				
주 소	광주광역시 동구 학동 대주 피오레 APT 101동 1401호.				
연락처	e-mail : moonin151@chosun.ac.kr				
논문제목	한글 : 청소년의品行장애와 반항장애에서 보이는 우울증상과 연관된 특성				
	영문 : Characteristics related to depression in adolescent conduct disorder and oppositional defiant disorder				

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

- 다 음 -

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

동의여부 : 동의(0) 반대()

2010년 10 월 일

저작자: 이 문 인 (서명 또는 인)

조선대학교 총장 귀하