

행 동 장 애

곽 영 숙*

행동장애는 아동이나 청소년이 반복적으로 그리고 지속적으로 다른 사람의 권리를 침해하고 사회적인 규범이나 규칙을 무시하고 남에게 해를 끼치는 행동을 되풀이하는 것을 말한다. 따라서 다른 정신질환과는 달리 본인 스스로 고통을 느껴 치료를 원하기 보다는 이를 걱정하는 가족이나 학교에 의해 의뢰되거나 타인에게 해를 끼쳐 사회적, 법적 문제가 생기므로 치료적 관심의 대상이 되게 된다. 흔히, 비행청소년으로 불려지는데 비행(delinquency)이란 의학적 용어가 아니고 법적 용어이며 길으로 드러난 문제행동만을 나타내며 행동장애보다 더 일반적으로 쓰여진다. 즉, 비행청소년이 전부 행동장애를 앓고 있는 것은 아니다. 비행 그 자체는 청소년기의 정상적 발달에 수반되는 내적 갈등이나 정서적 문제의 표현일 수 있고 불안증, 우울증과 같은 신경증을 포함한 정신질환의 증세로 나타날 수 있다. 그러므로 비행청소년을 무조건 문제아나 고질적 반사회적 인격장애의 후보로 낙인 찍는 것은 위험하다. 그런 의미에서 행동장애에 관한 지식과 올바른 이해, 이와 더불어 타 정신질환과의 연관성을 이해하는 것은 아동이나 청소년을 다루는 부모, 교육현장, 전문가들에게 매우 필요한 것이라 생각된다.

본 특집에서는 행동장애 전반에 걸친 임상적 특징, 역학, 나이에 따른 차이, 임상유형에 따른 분류와 원인, 가족특징 감별진단, 치료 등을 요약 정리하여 소개하겠다.

< 임상적 특징 >

행동장애에 있어 가장 두드러지는 행동은 공격적 행동과 반사회적 행동이다. 다시 말하면 아동의 공격성이 표현되는 일반적 소견은 크게 둘로 나누어져 하나는 공격성이 눈에 보이는 불복종, 분노발작(Temper tantrum)싸움, 파괴적 행동 등의 부정적 내지 반항적 행동이고 다른 하나는 공격성이 잘 드러나지 않는 규칙위반, 무단결석, 도벽, 거짓말, 가출 등의 행동이다.¹⁾²⁾

모든 행동장애아나 청소년의 공통특징은 다음 세 가지로 나누어 생각할 수 있겠다.³⁾

첫째, 행동장애아나 청소년은 눈앞의 이익(short-term gains)만 생각한다. 즉 욕구충족을 지연시키는 능력이 부족하고 충동적이다.

둘째, 사회적으로 나이에 맞는 역할을 수행할 능력이 떨어진다. 즉 친구 사귀기, 학업성취수준, 취미활동 등이 떨어진다. 또 다른 사람을 부정적으로 보는 경향이 있으며 원하는 것을 얻기위해 남이 싫어하는 행동을 하는 경향이 있는 한편, 미숙하며 의존적이다. 이런 행동으로 말미암아 사람들에게 자주 거부당하고 소외되어 사회적 기술(social skill)은 더 감소하게 되고 자기자신도 부정적으로 보고 자신감은 저하된다.

셋째, 상이나 벌 같은 사회적 인정이나 비난에 대해 반응이 없는 것이 특징이다. 칭찬이나 비난 같은 사회적 되먹임(feed back)보다는 음식, 돈과

* 국립서울정신병원

같은 구체적, 물질적 보상이 효과가 있고 자기 행동에 대한 결과로 일시적으로 격리되거나 정해진 일이 주어지는 것과 같은 약속된 벌에 대해 더 잘 반응한다. 이와 같이 행동장애는 치료적 개입이 없으면 기본적 인격형성에 결합이 남는 문제로 볼 수 있다.

< 역학 >

아동에게서 공격성은 흔한 문제이다. 10세에서 12세 사이의 소년의 6%가 공격적 또는 반사회적 행동을 보인다 한다. 또 10세에서 11세 사이 아동의 4%가 행동장애이고 이 중 1.1%는 공격성 행동장애였다는 보고도 있다.⁴⁾

성(sex)에 따른 차이는 남자가 많고 신체적 공격성이 많은 반면 여자에게는 언어적 공격성 또는 공격적 정서불안, 즉 울기, 시비, 토라짐, 말안듣고 고집부리는 반항적 태도, 조르기 등이 많다.⁵⁾

가족내 서열은 가운데 자녀에게 많으나 막내나 외동인 경우는 문제가 있어도 의뢰되는율이 적다고 한다. 대가족인 경우에 많고 가족의 크기와 신체적 공격성은 서로 비례한다.

< 연령에 따른 차이 >

18개월에서 36개월의 아동에 있어서 말 안듣고 고집부리는 부정적 내지 반대적 행동은 정상이며 발달현상의 일부이므로 지나치게 잦고 극단적인 때를 제외하고는 치료가 필요치 않다.

나이에 따라 반항적 행동 및 공격적 행동은 변한다. 학령기에 최고봉을 이루다가 점차 감소한다.⁶⁾ 8세 이하에서는 여러가지 공격행동이 더 흔하고 8세 이후에서는 거짓말, 도벽, 떠돌이 등 특정 반사회적 행동이 더 흔하다. 10세에서 11세경에는 공격행동과 반사회적 행동이 같이 일어나게 된다. 청소년기로 가면서 신체적 공격성은 줄고 반사회적 행동이 증가한다.⁷⁾ 이런 연령에 따른 변화는 행동 변화가 발달학적 기초에 따른다는 것을 반영한다. 한편 10세경부터는 아이들이 밖으로 돌아 부모가 아이가 어디 있는지를 모르고, 감독할 수 없게 되며 아이들은 이를 이용하

여 사회에서의 규칙위반 행동이 증가하게 된다.

학령전기에는 특정 반사회적 행동은 아주 드물고 대개 발육지연이나 과다운동, 정서장애 등을 동반한다. 한편 청소년기에도 계속 공격적인 아동은 나중에 비행을 보일 위험성이 크다.

< 임상유형에 따른 분류와 원인 >

행동장애는 넓은 범위의 임상증후군으로 생각되어 이를 분류해보려는 노력이 계속 있어 왔다. 대개는 증상을 기초로 분류해왔으며 이 중 원인적 요소와 연결시킨 다음의 네 가지, 유형의 분류⁸⁾가 실질적 이해와 적용에 도움이 되리라 생각한다.

1) 비사회화성 공격형(unsocialized aggressive type)

이는 애착형성을 포함한 사회화 과정에 이상이 있어서 다른 사람과의 애정어린 유대관계를 이루지 못하여 자기 이익만을 추구하고 타인의 감정, 권리 등을 무시하는 형이다. 기본적으로 공감능력이 결여돼 있어 잘못해도 뉘우침이 없고 다른 사람을 자기 이익을 위해 이용하기를 서슴치 않는다. 이 유형의 행동장애는 영아기, 유아기에 부모와의 애정에 찬 신뢰관계의 결여가 큰 원인이 될 수 있는데 특정한 애착의 대상이 없고 여러 사람에 의해 자랐으며, 행동적으로 적절한 통제와 제한이 주어지지 않았고 애정을 받지 못한 아동들에게서 흔히 보인다. 발달력상 부모의 불안정한 결혼, 계모슬하, 일관성 없는 어머니 등 가정내 좌절을 겪은 경험이 있으며 도벽, 성적인 공격성, 야노증 등이 수반된다. 부모의 특징은 거리감이 있고 다정하지 않으며 대화도 적고 몸은 있어도 없는 것 같이 느껴진다. 물질적 증거가 없는 한 문제로 인정하거나 대면하려 들지 않는다. 그 이유는 부모 자신이 가르치는 역할, 사회의 가치관, 자식에 대한 애착을 이루지 못했기 때문이다. 주로 혼자서 비행을 저지르므로 최근 진단분류에서는 단독형(solitary type)으로 분류되고 있다. 나중에 성인이 되면 반사회적 인격장애로 발전할 가능성이 높은 집단이다.

2) 사회화 결핍형(undersocialized type)

행동상 남을 해치지 않지만 자기통제력이 없고 사회성의 결여로 일상생활에 잘 어울리지 않고 막무가내로 행동하는 즉 버릇없는 아이의 극단형이다. 대부분 가정환경에 큰 결함이 있는 경우로 부모의 과잉보호, 일관성 없는 훈련 그리고 통제의 결함에서 비롯된다고 생각할 수 있다.

3) 사회화성 행동장애(socialized conduct disorder)

사람들과 애착을 이루는 능력이 있으나 그것이 한정되어 자기가 충성하는 집단이외의 다른 사람의 권리나 이익은 생각지 않고 자기의 이익을 위해서는 다른 사람을 무시하는 경우이다. 사회·문화적으로 가난하고 결핍된 계층, 주의환경에 비행이 잦아 노출될 기회가 많은 계층 혹은 가정에서 많다. 비행집단을 잘 형성하므로 최근 진단 분류에서는 집단형(group type)으로 분류되었다. 비사회화성 공격형보다는 예후가 좋아 사회적응이나 직업적응이 가능하다.

4) 증상으로서의 행동장애(symptomatic conduct disorder)

행동장애가 다른 장애의 증상이나 일부로 나타나는 경우도 엄밀한 의미에서 진정한 행동장애라고 볼 수는 없다. 오히려 감별진단이 필요한 집단으로 비행이나 행동문제가 적응장애 또는 불안, 우울 등의 내적 갈등의 표현으로 나타나는 경우이다. 이 유형의 감별이 임상적으로 매우 중요한데 그 이유는 밑에 깔려 있는 근본적 문제를 해결, 치료해줌으로써 많은 도움을 줄 수 있기 때문이다. 예를 들어 부모에게서 사랑받지 못하고 있다고 느끼는 우울한 아동이 부모의 지갑에서만 돈을 훔치는 경우, 위의 세 유형과는 다른 점을 이해하고 이에 맞는 치료적 도움을 줄 수 있어야 한다. 신경증적 비행이라고 불리기도 하는데 자신의 남성적인 주체성에 자신이 없는 소년이 이를 보상하기 위한 남성적 항거(masculine protest)로 비행이나 행동문제를 일으킬 수 있으며 애정의 굶주림을 느끼는 우울한 소녀가 성적으로 문란한 행동을 통해 실제로는 친밀감을, 관계(relation)를 찾아 해매는 것 등이 여기에 속한다. 소아, 청소년기의 우울증은 약물남용, 알콜남용, 성적 문란, 공격적 행동이나 비행 등으로 나

타난다. 실제에 있어서는 위의 세 유형과 감별이 쉽지 않다. 다소 겹쳐 나타나기 때문이나 감별의 노력을 통해 행동문제 청소년 각자에게서 어떤 요소가 더 많은 부분을 차지하는지 앎으로써 그에 맞는 치료적 방향을 세울 수 있다. 행동장애에 관한 전반적 원인론에 있어서는 행동장애의 기본적 요소가 공격성이므로 인간의 공격성에 관한 이론들을 통해 행동장애를 설명해왔다. 현재까지 알려진 이론들을 간단히 소개하면 다음과 같다.

첫째, 계통발생적으로 적응을 위해 인간은 공격성을 갖고 태어난다.⁹⁾

둘째, 아동기의 박탈경험을 비롯한 조절에 의해서 생긴다.¹⁰⁾

셋째, 공격 모델을 통해 배우고 성공적인 경우 강화된다.¹¹⁾

넷째, 사회학적으로 사회경제적 결핍 환경하에서 생긴다.

다섯째, 유전적 요소로서 부모의 반사회적 행동과 아동의 반사회적인 행동이 연관성이 있다.¹²⁾

현재로서 행동장애는 생리적 요소와 경험적 요소의 상호 단련 속에 결정되는 것으로 이해할 수 있다.

< 가족특징 >

원인요소중 가장 중요한 요소중의 하나인 가족특징에 관한 연구들은 다음과 같다.

많은 연구¹³⁾에서 부모의 정신장애가 중요 원인요소라 했는데 두 가지 진단이 가장 흔하다. 즉 부모 자신의 반사회적인 인격장애와 알콜중독이다.

정신역동적으로는 한 세대의 가치관과 성격적 기질이 다음 세대에 전달되는 사실을 강조하였고 아동이 무의식적으로 부모의 반사회적 소망을 행동화하는 경우를 말하였다.

심한 비행, 청소년 폭력범의 부모특징중 하나가 신체학대이다. 부모폭력은 그 자체가 모델이 되고 중추신경계의 손상을 초래하여 충동조절의 어려움을 가져올 수도 있고 아동의 분노감을 불러 일으켜 선생님이나 친구에게 그 분노가 옮겨감으로써 아동폭력의 씨앗이 된다.

아동의 공격적 행동은 그가 성급하고 화 잘내는 사람들의 세계에 살고 있다는 사실을 말한다.¹⁾ 부모, 형제들이 상호 공격적 행동을 많이 보이고 특히 부모는 공격이 자신들에게 오지 않는 한 형제끼리 서로 난폭하도록 허락한다. 가족간에 서로 싫어하는, 쉽게 화 잘내는 반응이 행동장애의 주요 결정인자이므로 이를 줄이는 것이 치료시 중요하다.¹⁵⁾

부모가 아동양육을 효과적으로 하기 위해 필요한 네 가지 요령은 다음과 같다.¹⁶⁾

첫째, 가족이 전부 동의한 일련의 규칙이 있어야 한다.

둘째, 부모가 가정 안팎에서 일어나는 반사회적 행동을 알고 감독할 수 있어야 한다.

셋째, 부모는 문제행동을 줄일 수 있는 효과적이면서도 비폭력적인 벌을 사용할 수 있어야 한다. 왜냐하면 공격적 아동의 부모는 두 가지 유형으로, 하나는 지나치게 엄격하며 심한 체벌을 가하는 현이거나 효과적 통제없이 혼잣말 나투감으로 끝나는 지나친 허용형이기 때문이다.¹⁷⁾

넷째, 가정내외의 갈등, 위기를 효과적으로 다룰 수 있는 능력이 있어야 한다. 그렇지 않으면 이혼, 실직, 질병 등의 심한 스트레스가 있을 때 위의 양육태도가 무너지게 되고 성급한 반응을 하게 되므로 자녀의 문제행동이 증가하게 된다.

< 수반되는 질환 및 감별진단 >

1) 정서장애와 행동장애

한 연구⁵⁾에서 행동장애아 70명 중 20명이 정서장애를 가지고 있었다고 보고 했다. 학령전기의 행동장애 아동은 그들 자신의 행동에 대해 뚜렷이 불안을 느끼고 자주 정서장애의 증상, 즉 특정 공포감이나 수면장애를 동반한다.

대조적으로 학령기 아동이 도벽 등의 특정 반사회적 행동을 저지르기도 전혀 불안해하지 않는 경우가 있는데 이런 아동들의 반사회적 행동은 신경증적인 것으로 억압된 분노의 간접표현이라고 생각된다.¹⁸⁾ 이런 경우는 대개 단일 증상이고 사회문화적으로 결핍된 상태에 있는 비행소년의 되풀이 되는 행동과는 다르다. 종종 부모와의 사별 후에 애도반응이 공격적, 반사회적 행동으로

나타난다. 정서장애가 있는 없는 행동장애아나 청소년은 가정과 주위환경으로부터 생기는 불안에 휩싸이게 되고 이는 증상을 더욱 강화시킨다. 행동장애아나 청소년은 우울증이 잘 온다. 이와 같이 정서장애는 원인적으로 또 이차적으로 수반되므로 행동장애를 이해하는데 중요한 부분을 차지한다.

2) 행동장애와 과잉운동, 뇌손상

과잉운동 아동의 추적조사에서 과잉운동은 나이에 따라 줄어드는 반면 공격행동은 줄어들지 않고 25%에서 청소년기에 반사회적 행동을 보였는데 특히 가정문제가 있는 경우에 그러했다.¹⁹⁾ 가정, 사회로부터의 스트레스, 교육적 불리함 등 행동장애의 선행조건이 있을 때는 가벼운 뇌손상 아동도 행동장애로 발전할 가능성이 높다고 하겠다.

3) 초기 정신병 상태와 행동장애

조울증, 정신분열증 등의 초기에는 비교적 정상으로 보이면서 행동문제가 표면에서 나타날 수 있다. 조울병에서 감정의 변화 때문에 흥분되고 또는 감상에 휩싸여 쉽게 행동화한다. 우울기에도 우울감 때문에 행동문제가 있을 수 있으나 조증시기에 더 많고 기분이 들뜨면서 비행을 저지르게 된다.

정신분열병에서는 자폐적 증상의 하나인 냉담한 무관심으로 인해 남에게 상처를 주는 행동이나 말을 한다. 외로운 정신분열증 학생이 혼잡한 교실에서 능력에 부치는 학업, 사회적 요구에 부담을 견디다 못해 공격적 폭발을 일으키는 경우를 본다. 증상이 심각하고 폭력적일수록 정신병 가능성이 크다.

감별이 중요한 이유는 정신병 상태를 행동장애로 보고 부정확한 조치나 가혹한 처벌을 할 경우, 뚜렷한 정신병상태로 빠지는 계기가 될 수 있기 때문이다.

< 예 후 >

행동장애의 경과는 다양하다. 경한 경우는 호전을 보이거나 심한 경우 만성화된다.

행동장애가 비행으로 발전하는 가능성은 학업

부진 등 학교생활 적응이 실패한 때, 행동문제가 한 곳에 국한되지 않을 때, 반사회적 증상을 보일 때 높아진다. 이 외에 아동이나 청소년의 인격변수가 영향을 주며, 문제 행동으로 유발되는 부모, 선생님, 사회의 반응이 중요역할을 한다.

입원 후에 집으로 돌아갈 수 있는 반사회적 아동이나 청소년은 다른 곳으로 가야하는 아동보다 훨씬 예후가 좋다.²⁰⁾

< 치료 >

얼마전까지도 행동장애의 정신과적 치료에 대해서는 회의적이었으나 행동치료의 발전과 가족치료로 변화를 가져왔다.²¹⁾ 또 학교환경에서 직접 실시하는 집단정신치료와 행동치료 및 지지요법을 겸한 새로운 치료가 호전을 가져왔다는 보고도 있다.²²⁾

효율적 치료는 문제행동에 대한 환경의 반응을 변화시키는데 초점을 준다.⁴⁾ 성공적 행동치료의 두 가지 요소는

첫째, 문제행동의 감소를 위해 먼저 긍정적 행동, 즉 바람직한 사회적 행동에 대해 상을 주고 칭찬, 용기를 북돋아주는 등 적합한 반응을 통해 이 행동을 강화시키고 더불어 가정이나 학교에서의 특정행동에 대한 적합한 댓가(예 : 분노발작, 싸움 등의 공격적 행동-5분에서 10분의 일시적 격리, 흠치는 것과 같은 반사회적 행동-정도에 따라 30분, 한 시간, 그 이상에 걸친 청소, 설거지 등 나이에 맞는 작업)를 치루도록 아동이나 청소년에게 설명하고 약속한 뒤 일관성 있게 적용하는 것

둘째, 부모의 전형적인 긴급한 반응과 자녀에 대한 부정적 견해를 변화시키기 위한 결정적 요소로 부모가 자녀의 행동 전부를 매도하는 태도, 즉 '너는 나빠, 나쁜 태도를 가졌어'로부터 특정문제행동에만 관심의 초점을 국한시키는 것.

이러한 적극적 행동조절 및 가족치료를 위해서는 입원치료가 필요하다.

일반적으로 부모뿐 아니라 전문가들조차 행동장애는 입원대상이 아닌 것으로 생각한다. 입원은 정신병과 같은 보기에 심한 정신질환에만 필요한 것으로 생각하기 때문이다. 그러나 행동장애는 질환의 성격으로 보아 장차 인격장애로 발전할 수 있는 매우 심각한 질환이고 치료도 특히 잘 짜여진 환경에서 자기 조절을 돕는 제한상황(limit setting)과 잘 계획된 행동수정이 철저히 시행되어야하므로 어느 질환보다도 입원대상이 된다.

수반되는 질환별로 보면 과잉운동장애 2차적으로 오는 경우는 약물치료가 도움이 되고 정신병 상태로 오는 경우에도 약물치료가 중요하다. 행동수정이나 정신역동 위주의 치료 프로그램은 신경증적 갈등을 가진 경우에 도움이 될 것이므로 정신치료, 가족치료, 행동치료가 융통성 있게 적용되어야 한다. 가족이 기본적 보살핌과 보호적 조절 능력에 심하게 문제를 갖고 있지 않는 한 짧은 기간의 계획된 치료적 개입으로 도움이 된다. 가정에서는 가족계약(Family Contract)을 통해 가족이 문제행동을 일관성있게 조절하도록 돕는다.

심한 경우, 부모가 언저나 있어도 기본적 역할을 못하는 경우 장기 기숙학교에서 보조부로부터 사회화과정과 인격발달을 다시 밟을 필요가 있는데 우리 나라에서는 아직 이러한 치료적 학교가 없는 상태다.

끝으로 행동장애는 가볍게 버릇없는 아이로 간주되어 치료받을 기회를 잃을 가능성이 있고, 심한 경우는 사회적 또는 법적 문제로 생각되어 의학 치료의 대상이 아닌 것으로 여겨질 위험성이 있다. 그러나 앞에서 언급한 바와 같이 심각한 정신과적 문제를 수반하는 경우의 감별도 중요하고 행동문제 자체의 치료가 중요한 만큼 정신과적 평가 및 의뢰가 꼭 필요하다고 보겠다.

참 고 문 헌

- 1) Jenkins, R. L., Glickman, S. : *Common Syndromes in Child Psychiatry*. Am. J. Orthopsych 16 : 244-253, 1946.
- 2) Quay, H. C. : *Personality and Delinquency. In Juvenile Delinquency Research and Theory*, ed. H. C. Quay. New York, Van Nostrand Reinhold Co., 1965.
- 3) 홍강의, 홍경자 : 국민학교 아동의 행동문제

연구 II. 서울의대 정신의학, 11(1) :

- 39-47, 1986.
- 4) Rutter, H., et al. : *Education, Wealth and Behavior*, Longman, London, 1970.
 - 5) Chamberlain, P., Patterson, G. R. : *Aggressive Behavior in Middle Childhood*. In *The Clinical Guide to Child Psychiatry*, ed. D. Schaffer, et al. The Free Press, New York, 1985, pp. 229-250.
 - 6) Goodenough, F. L. : *Anger in Young Children* Minneapolis : University of Minnesota Press, 1931.
 - 7) Achenbach, T. M. : *The Child Behavior Profile. I. Boys Aged 6 through 11*. *J. Consult. Clin Psychol.*, 46(3) : 478-488, 1978.
 - 8) 홍강의 : 학령기 아동의 발달과 정신건강, 아동건강지도, 한국방송통신대학, 1985, pp. 303-312.
 - 9) Eibl-Eibesfeldt, J. : *Phylogenetic Adaptation as Determinants of Aggressive Behaviour in Man*. In Hartup, W. W. & de Wif, J.(eds.) *Origins of Aggression*, Mouton, The Hague, Paris, New York. 1978, pp. 27-55.
 - 10) Dollard, J., Miller, N. E., Doob. L. W., Mowrer, O. H., Sears, R. R. : *Frustration and Aggression*. New Haven, Conn., Yale University Press, 1939.
 - 11) Bandura, A., Ross, D., Ross, S. A. : *Imitation of Film-Mediated Aggressive Models*. *J. Abnorm. Soc. Psychol.*, 66 : 3-11, 1963.
 - 12) Robins, L. N. : *Deviant Children Grown up : A Sociological and Psychiatric Study of Sociopathic Personality*. Baltimore : Williams and Wilkins.
 - 13) Farrington, D. P. : *The Family Background of Aggressive Youths*. In *Aggression and Antisocial Behavior in Childhood and Adolescence*, ed. L. A. Hersov, M. Berger, and D. Shaffer. Oxford : Pergamon Press, 1978.
 - 14) Loeber, R. : *Childhood Precursors of Assaultive Behavior in Males*. Research Proposal Submitted to the National Institute of Mental Health, Crime and Delinquency Section, October, 1980.
 - 15) Patterson, G. R., Chamberlain, R., Reid. J. B. : *A Comparative Evaluation of Parent Training Procedures for Families of Antisocial Children*. *Ther.*, 13 : 638-650, 1982.
 - 16) Patterson, G. R. : *A Social Learning Approach to Family Intervention : Coercive Family Processes*. Vol. 3. Eugene, Oreg : Castalia Publishing Co., 1982.
 - 17) Patterson, G. R. : *The Aggressive Child : Victim and Architect of a Coercive System*. In *Behavior Modification and Families : Theory and Research*, Vol. 1, ed. L. A. Hamerlynck, L. C. Handy, and E. J. Mash. New York : Brunner/Mazel, 1976.
 - 18) Rutter, M. : *Children of Sick Parents*. Maudsley Monograph. No. 16, Oxford Univ. Press, 1966.
 - 19) Sandbergh. S. T., et al. : *Hyperkinetic and Conduct-Problem Children in a Primary School Population : Some Epidemiological Considerations*. *J. Child Psychol. Psychiat.*, 21 : 293 - 311, 1980.
 - 20) Morris, H. H. M., et al : *Aggressive Behavior Disorders of Childhood : A Follow-up Study*. *Amer. J. Psychiat.*, 112 : 991-997. 1956.
 - 21) Wolff, S. : *Non-Delinquent Disturbances of Conduct* In Rutter. M., Hersov. L.(eds.) *Child and Adolescent Psychiatry*, Blackivell Scientific Publications, 1985, pp. 400-413.
 - 22) Kolvin. I., et al : *Help Starts Here : The Mal-adjusted Child in the Ordinary School*. Tavistock, London and New York, 1981.