

과잉운동 품행장애의 내용 타당도에 관한 연구*

A STUDY OF THE CONTENT VALIDITY IN HYPERKINETIC CONDUCT DISORDER*

전성일** · 조수철** · 진태원*** · 남 민****

Seong-Il Jeon, M.D.,** Soo-Churl Cho, M.D.,**
Tae-Won Jin, M.D.,*** Min Nam, M.D.,****

요 약 : ICD-10의 진단 기준에 새로이 포함된 과잉운동 품행장애(hyperkinetic conduct disorder)의 내용 타당도를 검증하기 위한 연구를 시행하였다. 이를 위한 구체적 방법으로, 주의력결핍 과잉운동장애 환자군에서 품행장애가 공존한다는 기존의 연구 결과가 있으므로, 반대로 품행장애 환자군에서 주의력결핍 과잉운동장애가 공존하는 정도를 측정하였다. 대상군은 품행장애로 진단된 29명을 환자군으로 삼았고, 정상 대조군으로 41명을 비교하였으며, 각각에게는 Conners의 부모평가 척도와 DSM-III-R에 의한 부모 평가 척도를 시행하였고 결과는 다음과 같다.

1) 품행장애 환자군에서 대조군에 비하여 Conners의 부모 평가 척도와 DSM-III-R에 의한 부모 평가 척도에서 주의력결핍 과잉운동장애의 정도가 의미 있게 높은 것으로 나타났다.

2) 품행장애 환자군에서 대조군에 비하여 주의력결핍 과잉운동장애의 공존율이 의미 있게 높았다.

이상의 결과로 미루어 품행장애 환자군에서 주의력결핍 과잉운동장애의 공존이 의미있게 높다는 것을 알 수 있었고, 따라서 과잉운동 품행장애의 내용 타당도가 인정 되었다.

중심 단어 : 과잉운동 품행장애 · 내용 타당도.

서 론

DSM-III-R(APA, 1987)의 진단 기준에 의한 “파탄적 행동장애”(disruptive behavior disorder)는 소아 정신과에서 가장 흔하게 접하는 질환 중의 하나로(Jessie등 1987; Kashani등 1987; Elizabeth등 1988; Hector등 1988; McGee등 1990; Jose등 1994) 품행장애(conduct disorder), 주의력결핍 과잉운동장애

(attention deficit hyperactivity disorder), 반항장애(oppositional defiant disorder)의 3가지 진단이 이 범주에 포함된다. 이 중 품행장애는 학령기에서 4~10% (Abikoff와 Klein 1992)에 이르는 흔한 질환이고, 산업화, 도시화, 핵 가족화 등으로 특징 지어지는 현대 사회에서 점차 증가되는 추세이다(조수철과 남 민 1994). 한편 최근의 ICD-10(WHO, 1992)의 진단 기준은 ‘소아-청소년기 발병의 행동 및 정서 장애

*본 연구의 요지는 1994년 10월 21일 개최된 제 37차 신경정신의학 추계 학술대회에서 구연 되었음.

**본 연구는 1994년도 서울대학교병원 지정 연구비(#155)의 보조로 이루어졌음.

**서울의과대학 정신과학교실(소아·청소년 정신과) Department of Psychiatry, Seoul National University, Seoul(Division of Child and Adolescent Psychiatry)

***계요병원 정신과 Department of Neuropsychiatry Ge-yo Hospital

****인제의과대학 상계백병원 정신과학교실 Department of Neuropsychiatry Inje University Medical College, Sanggye Paik Hospital, Seoul

(behavioral and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence)중 특정 불능 정신 장애(unspecified mental disorder)에서 과거의 품행장애를 과잉운동장애군(hyperkinetic disorders)에 포함되는 과잉운동 품행장애(hyperkinetic conduct disorder), 품행과 정서의 혼재성 장애군(mixed disorders of conduct and emotions)에 포함되는 우울성 품행장애(depressive conduct disorder)로 구분하고, 반항장애를 포함하는 큰 범위의 품행장애군(conduct disorders)과는 다른 것으로 분류하였다. 이와 같이 품행장애는 과거의 진단 기준과는 많은 차이를 보이고 있고 더욱 자세하고 세밀하게 분류되었다.

이 중에서 ICD-10의 과잉운동 품행장애는 과잉운동장애의 진단 기준과 품행장애의 진단 기준을 모두 만족시켜야 하는 기준을 가지고 있으며, 이는 공존 질환이라는 의미에서 본다면 주의력결핍 과잉운동장애 환자군에서 품행장애 환자가 의미있게 공존하고 있으며, 반대로 품행장애 환자군에서 주의력결핍 과잉운동장애 환자가 의미있게 공존하고 있음을 검증한다면 과잉운동 품행장애라는 진단 기준에 맞는 환자군이 존재한다는 것을 확인할 수 있을 것이다.

과거의 연구(Biederman 등 1987, 1992b; Kerim 등 1987)들은 과잉운동장애 환자의 30~50%에서 품행장애가 동반되며, 35~60%에서는 반항장애와 동반된다는 것을 보여 주고 있다. 따라서 본 연구에서는 이와 반대 경우로 품행장애 환자에서 과잉운동장애를 보이는 환자가 유의하게 존재하는지를 검증하기 위하여 시행하였다. 즉, 과잉운동 품행장애에 해당하는 환자들이 실제로 존재하는지를 알아보기 위한 내용 타당도(content validity)를 조사하고자 하는 것이 본 연구의 기본적인 목적이다.

연구 대상 및 방법

1. 연구 대상

연구 대상은 1993년 9월 부터 1994년 5월까지 서울대학교병원 어린이 병원과 1993년 11월에서 1994년 7월 까지 계요병원 정신과 외래를 방문한 품행장애 청소년 29명을 대상으로 하였다. 성별로는 모두 남아였으나 특별한 목적을 가지고 남아만 선별한 것은 아니었다. 연령은 평균 14.48±1.92세였다.

대조군은 한 서울 소재 중학교 2학년 학생들 중에서

담임 선생님과 양호 선생님의 판단에 의하여 특별한 행동상의 문제가 발견되지 않았다고 생각된 학생 41명을 대상으로 하였으며 모두 남학생이었고, 임상군과 연령이 비슷하다고 판단되는 학생들을 대상으로 선정하였다. 이들에게 모두 Conners의 부모 평가 척도와, DSM-III-R에 의한 부모 평가 척도를 시행하였다. 대조군의 연령은 14.46±1.19세로 환자군과 대조군의 연령은 의미 있는 차이가 없었다(F=0.03, P>0.01)

2. 연구 방법

1) 진 단

환자군의 진단은 한 명의 정신과 전문의가 환자 및 보호자를 면담한후 품행장애로 진단한 환자중에서 DSM-III-R에 의한 부모 평가 척도라도 품행장애를 만족시키는 환자를 선택하였다. 이들은 DSM-III-R의 진단 기준에 의거하여 13개중 3가지 행동 문제가 6개월 이상 지속되는 청소년들이었다.

2) 연구 도구

(1) Conner의 부모 평가 척도

이 척도는 부모 평가 척도로서 주의력결핍 과잉운동장애아의 평가에 이용 할 수 있도록 고안된 것이며, 저자에 의하여 한국판이 만들어진 것이다. 전체가 48개의 문항으로 이루어져 있으며, 주의력결핍 과잉운동장애아들에게서 관찰되는 주의력 장애, 과잉 운동, 충동적인 행동 등을 중심으로 고안되었으며, 일부 언어 장애, 신체적인 증상, 학습 문제, 또래들과의 관계에 관한 문항들이 포함되어 있다. 이 척도도 각 문항에 대하여 “전혀 그렇지 않다(0)”, “약간 그렇다(1)”, “상당히 그렇다(2)”, “매우 그렇다(3)”로 답하도록 되어 있어서 전체 점수가 0~144점 사이에 점수가 분포되도록 고안되었다.

(2) DSM-III-R에 의한 부모 평가 척도

이 척도는 저자에 의하여 고안된 것으로, 파탄적 행동 장애(disruptive behavior disorder)의 범주 내에 속하는 3개의 질환들, 즉 주의력결핍 과잉운동장애, 품행장애 및 반항장애의 진단 기준을 부모들이 평가할 수 있는 형태로 만들었다. 총 36개의 문항으로 만들어져 있는데, “주의력결핍 과잉운동장애” 14문항, “품행장애” 13문항, “반항장애” 9문항으로 되어 있고, 각 문항에 대하여 “전혀 그렇지 않다(0)”, “약간 그렇다(1)”, “상당히 그렇다(2)”, “아주 그렇다(3)”로

답하게 되어 있어 전체 점수가 0~108사이에 분포 되도록 만들어 졌다.

3) 각 척도에 대한 신뢰도 및 타당도 검증

Conners의 부모 평가 척도에 대하여는, 본 저자에 의하여 신뢰도 및 타당도 검증이 시행 되었다(조수철 미발표된 자료, 1990, 검사-재검사 신뢰도 0.89, $P < 0.05$, 내적 일관성 상관 계수 0.82, $P < 0.05$, 예일 소아 행동 평가 척도와와 공존 타당도, 환아군, 0.59, 대조군, 0.68, 모두 $P < 0.05$). DSM-III-R에 의한 부모 척도에 대한 신뢰도 및 타당도 평가도 본 저자에 의하여 평가되었다(조수철, 미 발표된 자료, 1990, 검사-재검사 신뢰도, 주의력결핍 과잉운동장애, 0.81, 품행장애, 0.79, 반항장애, 0.81, 모두, $P < 0.05$, 예일 소아 행동 평가 척도와와 공존 타당도, 각각 0.90, 0.90, 0.89. 모두 $P < 0.05$).

4) 품행장애군과 대조군에서의 유병률

이에 대하여는 DSM-III-R에 의한 부모 평가 척도에 의하여 계산 하였다. 이 척도는 각 문항에 대하여 부모들이 “전혀 그렇지 않다(0)” “약간 그렇다(1)” “상당히 그렇다(2)” “매우 그렇다(3)”로 답하도록 고안 되었는데, DSM-III-R의 진단 기준이 증상의 정도에 따른 정도 기준(dimensional criteria)이 아니고 증상의 유무에 따른 범주 기준(categorical criteria)인 점을 고려하여 “약간 그렇다(1)” “상당히 그렇다(2)” “매우 그렇다(3)”라고 답한 문항의 갯수에 의하여 “행동 장애”는 13개의 문항중 3개 이상인 경우로 환자군의 진단을 시행하였으며, “주의력결핍 과잉운동장애”는 14개 문항중 8개 이상인 경우, “반항장애”는 9개의 문항중 5개 이상인 경우를 진단 기준으로 삼아서 공존 정도를 측정하였다.

5) 통계 분석

(1) 두 군간의 평균치의 차이에 대하여는 one-way ANOVA를 시행하였다.

(2) 두 군간의 백분율의 차이에 대해서는 Chi-square test를 시행하였다.

$P < 0.05$ 를 기준으로 통계적인 의미를 부여하였다.

본 연구에 이용된 computer package는 SPSS/PC+였다.

결 과

1. 품행장애 임상군과 정상 대조군 간의 각 척도 비교

Table 1에서 보는 바와 같이 주의력결핍 과잉운동장애의 정도를 측정 할 수 있는 Conners의 부모 평가 척도에서 환자군과 대조군간의 뚜렷한 차이를 나타내고 있다(환자군, 36.03 ± 22.76 , 대조군, 19.10 ± 12.12 , $F = 16.25$, $P < 0.01$). DSM-III-R에 의한 부모 평가 척도에 의하여 평가한 결과에서도 주의력결핍 과잉운동장애와 반항장애의 정도에 있어서도 의미있는 차이가 발견되었다(주의력결핍 과잉운동장애, 환자군, 15.48 ± 7.76 , 대조군, 7.10 ± 5.57 , $F = 27.75$, $P < 0.001$, 반항장애, 환자군 8.90 ± 6.13 , 대조군, 3.07 ± 2.70 , $F = 29.16$, $P < 0.01$).

2. 품행장애와 대조군에서의 주의력결핍 과잉운동장애의 질병 공존률 비교

주의력결핍 과잉운동장애인 경우 14개의 문항중 “약간 그렇다(1)”, “상당히 그렇다(2)”, “매우 그렇다(3)”로 응답한 갯수가 DSM-III-R의 진단 기준에 의거하여 8개 이상인 경우를 기준으로 한 결과, 품행장애

Table 1. Means and differences of each subdomain conduct disorder and normal subjects

Subdomain	Mean of subdomain(Mean±S.D)		F-score
	Conduct disorder(N=29)	Control(N=41)	
Age	14.48± 1.92	14.48± 1.19	0.003
Conners parent rating scale(CPRS)	36.03± 22.76	19.10± 12.12	16.25*
ADHD(DSM-III-R)	15.48± 7.76	7.10± 5.57	27.75*
Conduct(DSM-III-R)	9.52± 0.90	5.91± 0.89	84.80*
Oppositional(DSM III-R)	8.90± 6.13	3.07± 2.70	29.16*

* $P < 0.001$

ADHD(DSM-III-R) : Parent rating form for attention deficit hyperactivity disorder based on DSM-III-R

Conduct(DSM-III-R) : Parent rating form for conduct disorder based on DSM-III-R

Oppositional(DSM III-R) : Parent rating form for oppositional defiant disorder based on DSM III-R

Table 2. Prevalence rate of attention deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder in conduct disorder and control group

	% of combined ADHD	% of combined ODD
Conduct disorder(N=29)	72.4% (21/29)	51.7% (15/29)
Control(N=41)	41.5% (17/41)	26.8% (11/41)
X ²	11.48*	10.82**

ADHD : Attention deficit hyperactivity disorder ODD : Oppositional defiant disorder

* : df=1, P<0.001 ** : df=1, P<0.01

환자군에서는 29명중 21명(72.4%)이 주의력결핍 과잉운동장애의 진단이 가능 했으며, 대조군에서는 41명중 17명(41.5%)에서 진단이 가능했고 이는 통계적으로 유의하였다($X^2=11.48$, $df=1$, $P<0.001$).

반항장애인 경우는 9개의 문항중 “약간 그렇다(1)”, “상당히 그렇다(2)”, “매우 그렇다(3)”중 하나로 응답한 경우가 DSM-III-R의 진단 기준에 의거하여 5개 이상인 경우를 기준으로 삼은 결과, 품행장애 환자군에서는 29명중 15명(51.4%), 대조군에서는 41명중 11명(26.8%)이 반항장애의 진단 기준에 합당하여서 양군간의 의미있는 차이가 있었다($X^2=10.82$, $df=1$, $P<0.01$)(Table 2).

고 찰

본 연구의 기본적 목적은 ICD-10(WHO, 1992)의 진단 기준에 새로이 추가된 과잉운동 품행장애의 기준에 합당한 환자군이 실제로 존재하는가 하는 것을 알아보는 내용 타당도(content validity)를 조사하는 것이고, 궁극적으로는 이 질환에 해당하는 환자군의 제반 특성과 치료, 예후를 규정하기 위한 기초 자료를 얻기 위한 것이다. 이를 위하여 주의력결핍 과잉운동장애에서 유의하게 품행장애가 동반되며 반대로 품행장애에서 유의하게 주의력결핍 과잉운동장애가 동반되는가를 검증하는 방법이 사용되었다.

DSM-III-R의 분류 체계는 파탄적 행동 장애라는 큰 범주내에 주의력결핍 과잉운동장애, 또는 반항장애를 함께 포함시킴으로서, 이 세 질환이 서로 밀접한 관계가 있음을 보여주고 있다. 이에 입각하여 주의력결핍 과잉운동장애에서 품행장애가 동반된다는 연구들은(조수철과 최진숙 1990; Peter등 1989; Barkley등 1991; Abikoff와 Klein 1992; August와 Garfinkel 1993)많이 있으나, 그 반대의 경우로 품행장애에서 주의력결핍 과잉운동장애가 동반된다는 보고

(Abikoff와 Klein 1992)는 그리 많지 않다. 따라서 본 연구에서는 품행장애에서 주의력결핍 과잉운동장애가 동반되는지를 확인하고자, 품행장애로 진단받은 청소년에서 Conners의 부모 평가 척도와 DSM-III-R에 의한 부모 평가 척도를 사용하여 주의력결핍 과잉운동장애의 공존율을 측정하였다.

결과에서 볼 수 있는 바와 같이 품행장애 환자군에서 Conners의 부모평가 척도(환자군, 36.03 ± 22.76 , 대조군, 19.10 ± 12.12 , $F=16.25$, $P<0.01$)나 DSM-III-R에 의한 부모 평가 척도의 주의력결핍 과잉운동장애 척도(환자군, 15.48 ± 7.76 , 대조군, 7.10 ± 5.57 , $F=27.75$, $P<0.001$)에서 모두 대조군과 의미 있는 차이를 보였으며 반항장애의 척도에서도 같은 결과였다(환자군 8.90 ± 6.13 , 대조군, 3.07 ± 2.70 , $F=29.16$, $P<0.01$).

품행장애 환자군에서 DSM-III-R에 의한 부모척도의 주의력결핍 과잉운동장애 척도를 통해 시행한 진단으로 품행장애 환자군에서 주의력결핍 과잉운동장애와 공존하는 비율은 72.4%였고 대조군은 41.5%로, 환자군에서 유의하게 높았으며($X^2=11.48$, $df=1$, $P<0.001$) 반항장애와의 공존 비율 또한 환자군에서 유의하게 높았다($X^2=10.82$, $df=1$, $P<0.01$). 이는 과거의 연구 결과(Hector등 1988; Abikoff와 Klein 1992)와 유사한 것이다. 여기에서 대조군에서 주의력결핍 과잉운동장애가 41.5%로 비교적 높은 유병율을 보인 이유는 진단 도구가 직접 환자를 면담한 것이 아니고 부모를 통한 설문이었다는 것이 하나의 이유가 될 수 있으며 또 다른 하나는 “약간 그렇다(1)”의 항목도 진단 기준에 포함되었기 때문인 것으로 추정된다.

본 연구에서 반항장애의 공존 정도를 같이 살펴본 것은 파탄적 행동 장애군에서는 각 질환사이에 서로 밀접한 연관성을 사사하는 연구(조수철과 최진숙 1990; Martin등 1992)가 있고 또 각각의 질환이

공존하는 비율이 높기 때문에(Jeffery 1994) 다른 파 단적 행동 장애와의 관계를 알기 위하여 시행하였다.

한 아동에서 한가지 이상의 소아 정신과적 진단이 공존하는 것은 우연히 일어날 수 있는 확률 보다는 높다. 청소년 전기의 아동에서 정신과적 질환이 두개 이상 공존하는 경우는 55%이고 단지 하나의 진단만이 내려지는 경우는 45% 정도로 공존 질환은 소아 청소년 정신과 영역에서는 흔하고도 중요한 현상이라는 보고가 있다(Jessie 등 1987). 이런 공존 질환의 중요성에 대해서는 DSM-III-R이나 ICD-10에서도 적절하게 다루어지지 못하였으며, 따라서 공존 질환을 연구하는데 있어서의 문제점은 진단 분류법에서 그 원인을 찾을 수도 있겠다(Eric 1994). 이 원인들은 분류의 차원이 적절한가, 진단 기준이 중복되지는 않았는가, 어떤 후후군을 인위적으로 너무 세밀하게 분류한 것은 아니었나, 한 질환이 단순히 다른 질환의 초기 증상군을 의미하는 것은 아닌가, 한 질환이 다른 질환의 한 부분을 이루는 것은 아닌가 등이 그것이다. 진정한 의미의 공존 질환이라는 것은 위험인자가 동일하거나 겹쳐지는 경우, 공존 질환이 명백하게 각각의 의미있는 증상군으로 구성되고 한 질환이 다른 질환의 위험성을 증가시키는 경우에 생각 할 수 있는 것이다(Chantal과 Michael 1991; Lovell과 Reiss 1993).

이러한 공존 질병에 대한 중요성이 인식되어 과거에 주의력결핍 과잉운동장애군에서 품행장애의 공존에 대한 연구가 활발히 진행되었다. 주의력결핍 운동장애 환자의 반수 이상에서 품행장애, 반항장애의 진단이 가능한 반면 품행장애, 반항장애 환자의 약 반수에서도 주의력결핍 과잉운동장애의 진단이 가능하다는 보고가 있었다(Hector 등 1988). 주의력결핍 과잉운동장애에서 가장 흔하게 병존하는 질환은 품행장애이고 다음이 반항장애, 불안장애의 순서라는 보고가 있다(Biederman 등 1991a; Martin 등 1992; August와 Garfinkel 1993). 한편 10대의 주의력결핍 과잉운동장애에서 반항장애가 대조군에 비하여 68% 많았고 품행장애는 39%가 많았다는 보고도 있다(Barkley 1991). 이는 ICD-10에서는 이 두 질환을 크게 한 질병군으로 포함하고 있는 바, 두 연구는 비슷한 결과를 보인 것으로 보아도 좋을 듯 하다. 주의력결핍 과잉운동장애는 품행장애와 우연히 병존하는 확률 이상으로 병존한다고 하였으며 이는 여자 환자에서

더욱 두드러진다고 보고 하였고(Peter 등 1989), Abkoff와 Klein(1992)등은 임상군에서 주의력결핍 과잉운동장애 환자에서 반항장애나 품행장애를 같이 가지고 있는 비율은 20%(Barkley 등 1991)에서 60%(Biederman 등 1987)까지 나타나고 있다고 보고하였다. 주의력결핍 과잉운동장애에서 품행장애, 반항장애, 정동장애, 불안장애, 학습장애가 흔히 동반되고 정신지체, 뚜렛 장애와도 공존한다고 보고 하면서 주의력결핍 과잉운동장애는 병존 질환에 따라서 서분화 할 수 있고, 이는 위험인자나 임상 경과, 약물반응에 차이가 있다고 하였다(Biederman 등 1991b). 또 Reeves 등(1987)은 주의력결핍 과잉운동장애만 있는 군에 비해 품행장애가 동반된 군은 더욱 사회적으로 무력했고 가정 환경이 더욱 열악했음을 보고하였다. 주의력결핍 장애의 대조군 실험에서 대조군에 비하여 환자군이 반항장애, 주요 우울증, 뚜렛 장애기 아닌 틱 장애, 유분증, 학습장애의 공존율이 높았고 이 질환을 공존 질환이 있는 군과 없는 군으로 나누는 것은 이 질환이 이종성(異種性)을 정의하는데 유용할 것이라는 주장을 하였다(Kerim 등 1987). 과잉운동장애만 있는 아동은 과잉운동 품행장애 아동에 비하여 좀더 초기에 병이 시작되고 지능이나 독서 능력 같은 인지 기능의 장애를 동반하고 동작의 투박성, 언어 발달의 지연, 주산기의 높은 위험률과 관계가 있고 부모의 결혼 불화, 일차 친족에서의 품행장애 등과는 상대적으로 관계가 적다고 하였다(Jeffery 1994). 또한 주의력결핍 과잉운동장애와 품행장애가 같이 있는 경우에 역시 두 질환이 같이 있는 가계에서 많이 발견되고 주의력결핍 과잉운동장애의 가계에서 품행장애가 발생하는 경우에는 두 질환이 같이 있는 가계에서 주로 나타난다고 하여 두 질환이 공존하는 경우에는 두 질환이 단순히 겹치는 것일 수도 있고 주의력결핍 과잉운동장애의 심한 형태일 수도 있다고 하였다(Biederman 등 1992a; Faraone 등 1991). 전반적으로 두 가지 질환이 공존하는 군에서 신경 자극 약물(neurostimulant drugs)에 대한 반응은 과잉운동장애 환자군과 비슷하고 대개 과잉운동 증상으로 먼저 시작하며 과잉운동이 품행장애의 위험 인자가 되어 결국 다른 품행장애와는 다른 질병 발달 경로를 가지고 있을 것이라고 제안하였다(Rapport 등 1985). 이러한 연구 결과들은 과잉운동 품행장애가 주의력결핍 과잉운동장애 또는 품행장애와는 독립된, 한

질환으로서의 타당성을 인정해야 한다는 사실을 보여 주고 있다고 할 수 있다. 따라서, 과잉운동 품행장애 라는 것은 여러가지 질환이 독립적으로 한 환자에 있어서 존재한다는 DSM의 진단 체계에 비하여 단일 진단을 장려하는 ICD의 진단 체계가 질병의 원인, 치료, 또는 예후에 관한 연구에 보다 더 정확한 분류라고 할 수 있다(Prendergast등 1988 ; Eric 1994).

본 연구의 제한점을 몇가지 들어보면 첫째, 비교적 품행장애의 환자수가 적었다는 것과 둘째, 남자만을 그 대상으로 하였다는 문제가 있을 수 있겠다. 마지막으로 ICD-10의 질환을 DSM진단 기준에 의해 그 진단 타당도를 검증하였다는 문제가 제기될 수 있겠다.

본 연구 결과에서 과잉운동 품행장애의 내용 타당도가 입증되었지만 이 진단이 한 독립된 질환으로서의 타당성을 더욱 확실히 하기 위해서는 향후 이 진단에 해당하는 환자군의 가족력에 관한 연구, 증상, 경과, 치료의 반응, 예후등에 관한 연구가 더 필요할 것으로 생각된다.

References

- 조수철·최진숙(1990) : “주의력결핍 과잉운동장애”와 “행동 장애” 및 “반항 장애”와의 상호관계에 관한 연구. *정신의학* 15 : 147-159
- 조수철·남 민(1994) : 소아와 청소년의 행동 장애와 우울, 불안 증상과의 상호 관계. *신경정신의학* 33 : 1237-1283
- American Psychiatric Association(1987) : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, revised 3th* Washington DC
- Abikoff H, Klein RG(1992) : Attention-deficit hyperactivity and conduct disorder-Comorbidity and implications for treatment. *J Consult Clin Psychol* 60 : 881-892
- August GJ, Garfinkel BD(1993) : The nosology of attention-deficit hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 32 : 155-165
- Barkley RA, Anastopoulos, Gueveremont, Fletcher(1991) : Adolescents with ADHD : Patterns of behavior adjustment, academic functioning, and treatment utilization. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 30 : 752-761
- Biederman J, Munir K, Kneen D(1987) : Conduct and oppositional disorder in clinically referred children with attention deficit disorder : A controlled family study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 26 : 724-727
- Biederman J, Newcorn J, Sprich S(1991a) : Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety and other disorders. *Am J Psychiatry* 148 : 564-577
- Biederman J, Faraone SV, Kneenan K(1991b) : Familial association between attention deficit disorder and anxiety disorder. *Am J Psychiatry* 148 : 251-256
- Biederman J, Faraone SV, Keenan K(1992a) : Further evidence for family-genetic risk factors in attention deficit hyperactivity disorder : Patterns of comorbidity in probands and relatives in psychiatrically and pediatrically referred samples. *Arch Gen Psychiatry* 49 : 728-738
- Biederman J, Faraone SV, Lapey K(1992b) : Comorbidity of diagnosis in attention-deficit hyperactivity disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am* 1 : 335-351
- Chantal C, Michael R(1991) : Comorbidity in Child Psychopathology : Concepts, issues and research strategies. *J Child Psychol Psychiat* 32 : 1063-1080
- Elizabeth JC, Anthony JC, Craig E, Barbara JB, Mina KD, David B, Susan J(1988) : Psychiatric disorders in pediatric primary care. *Arch Gen Psychiatry* 45 : 1107-1116
- Eric T(1994) : Similarities and differences in DSM-IV and ICD-10 diagnostic criteria. *Child and Adolesc Psychiatr Clin of North Am* 3 : 209-226
- Faraone SV, Biederman J, Keenan K(1991) : Separation to DSM-III attention deficit disorder and conduct disorder : Evidence from a family-genetic study of American child psychiatric patients. *Psychol Med* 21 : 109-118
- Hector RB, Gloria C, Maritza RS, Madelyn SG, Julio R, Myrna S, Michel W, Sara HG, Annette P, Arturo SL, Margarita M(1988) : Estimates of the prevalence of childhood maladjustment in a community survey in Puerto Rico. *Arch Gen Psychiatry* 45 : 1120-1126
- Jeffery HN(1994) : Comorbidity among disruptive behavior disorders. *Child and Adolesc Psychiatr Clin of North Am* 3 : 227-252
- Jessie CA, Sheila W, Rob M, Phil AS(1987) : DSM-III disorders in preadolescent children. *Arch Gen Psychiatry* 44 : 69-76
- Jose JB, Glorisa C, Hector B(1994) : Epidemiology of disruptive disorders. *Child and Adolesc Psychiatr Clin of North Am* 3 : 177-194
- Kashani JH, Niels CB, Edwin WH, Carolyn F, Colleen MC, Jeanne AM, Tomas KR, John CR(1987) : Psychiatric disorders in a community sample of adoles-

- cents. *Am J Psychiatry* 144 : 584-589
- Kerim M, Joseph B, Debra K**(1987) : Psychiatric comorbidity in patients with attention deficit disorder : A controlled study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 26 : 844-848
- Lovell RW, Reiss AL**(1993) : Dual diagnosis, Psychiatric disorders in developmental disabilities. *Pediatr Clin North Am* 40 : 579-592
- Martin B, Keller, Philip WL, William RB, Joanne W, Carl ES, Joan R, Joseph B**(1992) : The disruptive behavior disorder in child and adolescents : Comorbidity and clinical course. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 31 : 204-209
- McGee R, Michael F, Sheila W, Fiona P, Phil AS, Jane K**(1990) : DSM-III disorders in a large sample of adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 29 : 611-619
- Peter S, Michael B, David RO**(1989) : ADDH and conduct disorder : Degree of diagnostic overlap and differences among correlates. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 28 : 865-872
- Prendergast M, Taylor E, Papoport JR**(1988) : The diagnosis of hyperactivity : A U.S-U.K. cross-national study of DSM-III and ICD-9. *J Child Psychol psychiatry* 29 : 289-300
- Rapport MD, Storner G, Dupaul GL**(1985) : Methylphenidate in hyperactivity children : Differential effect of dose on academic, learning and social behavior. *J Abnorm Child Psychol* 13 : 227-234
- Reeves JC, John SW, Gail SE, Alan Z**(1987) : Attention deficit, conduct, oppositional, and anxiety disorder in children : II. Clinical characteristics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 26 : 144-155
- World Health Organization**(1992) : *International Classification of Disease*(10th ed.), Geneva

A STUDY OF CONTENT VALIDITY IN HYPERKINETIC CONDUCT DISORDER

Seong-Il Jeon, M.D.,* Soo-Churl Cho, M.D.,*

Tae-Won Jin, M.D.,** Min Nam, M.D.***

*Department of Psychiatry, College of Medicine, Seoul National University, Seoul**

*Department of Neuropsychiatry Ge-ye Hospital***

Department of Neuropsychiatry Inje University Medical College, Sanggye Paik Hospital

Conduct disorder is a heterogenous disorder of various etiology affecting 4-10% of school-age children. There is suggestive evidence that the comorbid group of conduct disorder and attention deficit hyperactivity disorder is different from these two separated diseases groups. These findings suggest that this comorbid group may present a meaningful subgroup.

This study is conducted to examine the content validity of hyperkinetic conduct disorder that accepted first in International Classification of Disease 10th edition.

The results are summarized as follows :

1) Using Conners Parenting Rating Scale, Parent Rating Scale Form for DSM-III-R, the mean scores of attention deficit hyperactivity disorder in conduct disorder were significantly higher compared with those of normal controls.

2) 72.4% of conduct disorder and 41.5% of normal control groups showed simultaneous attention deficit hyperactivity disorder. The difference between conduct disorder and normal control groups was significant.

There were many previous informations that children with attention deficit hyperactivity disorder had conduct disorder as comorbid disorder and these result show that children with conduct disorder also significantly had attention deficit hyperactivity disorder reversibly.

Then these show that hyperkinetic conduct disorder-diagnosis used when both the overall criteria for hyperkinetic disorders and the overall criteria for conduct disorders are met-have satisfactory content validity. Biological, familial or long term studies are needed to further validate this diagnostic category.

KEY WORDS : Hyperkinetic conduct disorder · Content validity.