

주의력결핍-과잉행동 아동의 범주화와 가족환경 특성

Classification and Family Characteristics of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Children

충북대학교 아동복지학과

대학원생 윤정자

부교수 김영희

Dept. of Child Welfare, Chungbuk National University

Graduate Student : Wun, Jung Ja

Associate Professor : Kim, Yeong Hee

● 목 차 ●

I. 서론

II. 이론적 배경

III. 연구방법

IV. 결과 및 해석

V. 결론 및 제언

참고문헌

< Abstract >

The purpose of this study was to verify preschool children can be classified of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) children across situation. It also was to examine differences among groups according to sex and age, and to investigate the family characteristics of ADHD groups.

The subjects of this study consisted of 228 preschool children (147 boys and 136 girls aged from 3- to 7-year-old) drawn from five Child Care Centers in Chung-Ju. Data were analyzed by the frequency, percentages, Cronbach's α coefficient, χ^2 -test, F-test, Tukey post-hoc test, and Pearson correlation using SAS program.

The results were as follows:

1. Preschool children could be classified by four diagnostic groups across situation; (1) 168 children (59%) of the control group (no disorder of ADHD), (2) 49 children (17%) of ADHD-Home group (ADHD only at home), (3) 43 children (15%) of ADHD-School group (ADHD only at school), and (4) 23 children (8%) of ADHD-PH group (ADHD both at home and at school). Ratings by parents and by teachers correlated very low with each other, as in previous studies. These results confirm the findings that ADHD be classified across situation.
2. There were significant differences among four groups according to sex and age. In the ADHD-PH groups, the boys is 3 times higher than the girls and the children aged 6- to 7-year-old was shown highly distributed in the pervasive ADHD.

3. There were no significant differences in family cohesion and adjustment but were differences in maternal depression and marital discord of their parents among four diagnostic groups. Children of ADHD-Home group were more likely to have marital discord of their parents and maternal depression than those of other groups.

I. 서론

1. 연구의 필요성 및 문제제기

초등학교 부모를 대상으로 자녀의 문제행동을 조사한 이해련(1992)의 연구결과를 보면, 80%정도의 부모가 118개의 문제행동검사 문항 중 '집중력이 없고 어떤 일에 오래 주의를 기울이지 못한다', '가만히 앉아 있지 못하고 지나치게 많이 움직인다'는 문항에 '그렇다'라고 반응했다. 즉, 우리 나라 부모 5명 중 4명이 자신의 자녀가 집중력이 없고 부산하다고 느끼고 있다는 것이다. 이러한 아동을 DSM-IV(Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorder-Fourth Edition: International Version, 1994)에서는 '주의력결핍-과잉행동문제(Attention-Deficit Hyperactivity Disorder) 즉 ADHD로 규정하고 있으며 이 행동문제의 주된 행동특성은 주의력결핍, 충동성, 과잉행동이다.

이러한 주의력결핍-과잉행동 문제는 이미 학령기 이전인 유아기 때부터 나타나기 시작하지만 이 시기의 아동들은 주로 신체적·사회적 활동이 강조되고 학습에 관련된 활동은 약화되어 있기 때문에 ADHD가 표면화되어 나타나지 않을 뿐 문제행동은 내재된 채 인생 전반에 걸쳐 발전하게 된다. 또한 유아기에 나타나는 문제행동은 단순히 부모나 교사가 다루기 어려운 문제행동으로만 그치는 것이 아니라 아동의 지적, 사회적, 정서적 영역의 발달적 측면에서 심각한 발달상의 지체를 초래할 경향이 높다.

Sandberg(1996)는 이러한 유아기의 문제행동은 일생동안 지속되는 경향이 높아 학령전 후기에 학습장애와 정서장애로 이어지고, 청소년기에 이르러서는 청소년의 비행이나 이탈문제로까지 발전되며, 성인기에는 비사회적 행동문제나 안정된 직업수행의 결여, 또는 결혼생활의 파탄으로까지 연장될 수 있다고 했다. 최근에는 유병율이 증가하는 추세에

있어 부모나 어린이집 유치원 교사들이 제일 다루기 어려운 문제행동으로 ADHD를 제시하고 있고(김희조, 1993), 비교적 유병율이 낮은 것으로 알려져 있던 유아초기 아동이나 여아들에게서도 주의력결핍-과잉행동이 자주 나타나는 것으로 보고되고 있다(Barkley, Fisher, Edelbrock, & Smallish, 1991).

이러한 현실에도 불구하고 지금까지 이루어진 ADHD 아동에 대한 연구는 주로 문제행동이 표출화되는 학령기 아동을 대상으로 하고 있어 유아기 아동의 ADHD에 대한 이해가 매우 부족한 실정이다(McGee, Partridge, Williams, Silva, 1991; Barkely, 1996). 더욱이 우리 나라의 경우 자녀의 주의집중 문제나 부산한 행동에 대하여 걱정하는 부모들은 많지만 조기에 전문가에 의해 진단, 치료를 받고 있는 아동의 수는 극소수에 불과하다. 부모 또한 이러한 아동을 어떻게 지도해야 하는지 그리고 유아의 경우 발달과 관련하여 어떻게 교육적으로 또는 치료적으로 접근해야 하는가에 대한 이해 또한 무지한 상태이다. 따라서 주의력결핍-과잉행동문제가 심각한 발달, 정서, 학습, 파탄적 행동장애로 발전하기 전에 이 장애를 유아기 때 조기에 진단하여 부모와 가족이 개입할 수 있는 기초적 연구가 절실한 상태이다.

또한 최근 연구에서는 주의력 결핍-과잉행동문제의 문제점은 문제행동의 이면에 정서적인 면과 사회적인 면이 내포되어 있어(Campbell, 1991; Sandberg & Garralda, 1996; Luk, Leung, & Yuen, 1991; Schachar, 1981) 이 문제행동을 지닌 아동을 단순히 행동수정이나 인지적 또는 생물학적 접근방법으로 개입하기 보다는 환경과의 상호작용적 측면으로 이해되어야 할 필요가 있다는 점을 시사해 주고 있다. ADHD에 관련된 환경적 요인을 설명하기 위하여 최근 국외의 연구는 두가지 측면에 역점을 두고 있다.

첫째, 주의력결핍-과잉행동문제를 상황에 따라 범

주화하여 연구하고 있다. 이러한 연구는 한 아동이 가정에서는 과잉행동을 하지만 학교에서는 그러한 현상을 보이지 않는 경우도 있고, 학교와 가정에서는 과잉행동을 나타내지만 여름캠프나 검사실에서는 그러한 문제행동을 보이지 않는 아동이 있다는 것을 보여주고 있다(Altepeter & Breen, 1992; Barkley et al., 1991; Sandberg, 1996; Taylor et al., 1991). DSM-IV에서는 어느 한 상황에서든 ADHD를 나타내는 이런 아동을 모두 '주의력결핍-과잉행동 문제아동'으로 규정하고 있으나, 최근 연구는 상황적 ADHD에 초점을 맞추므로써 문제행동이 일어나는 상황을 설명하고 그에 따라 치료적 접근방법에 차이를 두어야 함을 보여주고 있다(Barkley, 1996; Gernz & Sanson, 1974; Schachar, Tannock, & Cunningham, 1996).

그러나 아직까지 ADHD를 범주화하여 각 집단 별로 치료적 개입을 어떻게 해야 할 것인가에 대한 연구가 거의 없어 ADHD아동을 다루는 부모나 교사, 임상이 모두에게 혼란을 주고 있다(Sandberg, 1996). 김희조(1993)나 이혜련(1992)이 지적한 바와 같이 우리나라에서도 ADHD아동이 부모나 교사에게 심각한 문제를 불러 일으킴에도 불구하고 이에 대한 연구가 거의 없는데다 일반 유아기 아동을 대상으로 ADHD를 상황에 따라 범주화시켜 조기 개입을 어떻게 할 것인가에 대한 연구가 전무하다.

둘째, 최근 학자들은 부적응행동이 개인의 내면적인 문제에서 발생하기 보다 역기능적인 가족체계나 관계에서 발생한다는 가족체계론적 입장을 취해 주의력결핍-과잉행동문제아동을 환경과의 상호작용으로 이해하는데 이론적 바탕을 제시해 주고 있다. 특히 아동의 문제행동 개입접근을 사후문제해결 중심에서 벗어나 예방적 차원에서 접근하기 시작함에 따라 연구자들은 '문제아동 뒤에는 문제부모와 문제가정이 있다'라는 일반론을 실증적으로 입증하고 있다.

이러한 맥락에서 연구자들은 아동의 문제행동과 관련된 가족환경 요인으로 사회경제적 요인, 부부관계나 부부불화, 가족의 응집성과 적응성, 부모의 정신병리적 특성, 부모의 양육행동, 모의 우울증, 부모

의 정신건강, 부모-아동의 상호작용, 형제자매관계 등으로 밝혀내고 있다. 그러나 이제까지 ADHD아동에 대한 연구는 주로 진단과 평가에 초점을 맞추어 왔을 뿐 아니라 대부분의 연구가 주의력 결핍-과잉행동 집단과 통제집단을 평가하여 두 집단간의 사회인구학적 변인이나 학습장애, 품행장애 등의 차이를 비교한 연구에 그치고 있다. 임상적 연구에서도 학령기 아동이나 청소년을 대상으로 한 약물치료와 행동치료의 효과성을 비교 검증한 연구들이 대부분으로 유아기 아동에게 어느 정도 유병률이 발생하는지, 다른 문제행동과 같이 성과 연령에 따라 유병률에 차이가 있는지, ADHD에 관련된 가족의 사회심리적 요인이 무엇인지, 어떻게 가족환경 특성이 ADHD를 일으키는 메카니즘이 되는지를 알기가 매우 어렵다.

따라서 본 연구는 주의력 결핍-과잉행동문제에 관련된 환경적 요인을 설명하기 위한 기초자료로서 일반 유아기아동을 대상으로 주의력결핍-과잉행동 아동을 상황요인에 따라 범주화할 수 있는지, 다른 문제행동과 같이 ADHD도 성과 연령에 따라 범주화할 수 있는지, 또한 아동의 정서사회적 측면에 가장 큰 영향을 미치는 가족환경이 아동의 주의력결핍-과잉행동문제에 어떠한 영향을 미치는지를 살펴 보는데 그 목적이 있는 실험적 연구이다.

2. 연구문제

본 연구의 연구문제는 다음과 같다.

- 연구문제 1. 일반 유아기아동을 대상으로 주의력 결핍-과잉행동을 상황요인에 따라 범주화 할 수 있는가?
- 연구문제 2. 다른 문제행동과 같이 ADHD도 성과 연령에 따라 범주화 할 수 있는가?
- 연구문제 3. 범주화된 주의력결핍-과잉행동 아동 집단간에 가족의 환경 특성(가족의 사회인구학적 배경, 가족의 적응성 및 응집성, 모의우울증, 부부불화)이 차이가 있는가?

II. 이론적 배경

1. 주의력 결핍-과잉행동 문제(Attention-Deficit-Hyperactivity Disorder: ADHD)

1) 주의력 결핍-과잉행동문제의 일반적 특성

주의력 결핍-과잉행동문제는 주의산만(inattention), 충동성(impulsivity), 과잉행동(hyperactivity)과 같은 주요증상을 수반하는 아동기 발달문제의 진단명을 말한다(DSM-IV, 1995). ADHD의 유병률은 연구자에 따라 차이가 있으나 진단과 치료가 필요한 경우 만도 학령기 아동의 약 3-15%정도에 이른다는 연구 보고가 있다(Sandberg, Day, & Trott, 1996).

ADHD는 학령전 후기에 흔히 발생하며 성에 따라 유병률에 차이를 보인다. 일반아동을 대상으로 연구한 결과에서는 여아와 남아의 유병률 비율이 1:2에서 1:10 정도의 차이를 보이고 있으며, 임상적으로 의뢰된 아동에게서는 여아와 남아의 비율이 1:6정도이다. 이러한 차이를 연구자들은 일반적으로 남아들이 더 공격적이고 반사회적이라서 ADHD 증세가 더 뚜렷이 나타나 그러한 결과를 보이는 것이라고 해석하고 있다(APA, 1994; Ross & Ross, 1982).

하은혜(1991)는 주의력결핍-과잉행동문제아동의 증상을 크게 세 영역, 즉 인지적, 행동적, 사회적 상호작용 영역으로 구분해서 살펴보았다. 인지적 측면에서 아동에게 나타나는 주요 특성은 주의집중 시간이 매우 짧아 이런 아동은 교사나 부모의 말을 잘 듣지 않고, 혼자놀이를 하는데 어려움을 나타내며, 지시를 따라서 하는 과제를 끝내는 것이 어렵다. 행동적 측면에서는 충동성 조절의 결여와 과잉행동이다. 충동성 조절의 결여로 인해 발생하는 문제로는 친구들과 게임에서 자신의 의견을 강요하고, 자신의 차례를 기다리지 못하며, 상황에 적합하게 행동하지 못한다. 또 이런 아동은 다른 사람을 방해하고, 질문이 끝나기도 전에 대답을 하며, 장난감을 즐기 위해 도로에 뛰어드는 등 위험한 상황을 유발하기도 한다. 주의력결핍-과잉행동문제아동들은 종종 부모와 교사들에 의해 항상 움직이고, 침착하지 못

하며 사고를 잘 내는 아이로 묘사되기도 하는데(Sandberg, 1996) 이것은 행동적 측면에 있어서의 또 다른 특성인 과잉행동 때문이다. 주의력결핍-과잉행동문제아동들은 이런 특성들로 인해 사회적 상호작용에서 특히, 어머니, 교사, 또래들과 적절한 관계를 형성하지 못한다(이리라, 1993).

이 장애의 특성 중 과잉행동은 연령이 증가함에 따라 점차 줄어들기는 하지만, 주의력결핍-과잉행동문제아동은 여전히 주의산만과 충동성을 조절하지 못해 청소년기와 성인기에도 품행장애, 정서장애, 학습장애 등과 같은 심리적 행동적 문제들을 수반하게 된다(Barkely, Fisher, Edelbrock, & Smallish, 1991; Hectman, Weiss, Perlman, & Arnsel, 1984).

주의력 결핍-과잉행동문제아동의 치료적 접근으로 가장 널리 이용되고 있는 방안은 중추신경각성제를 사용하는 약물치료이다(Pelham, 1989; Whalen, 1989). 실제 미국의 경우 주의력결핍-과잉행동문제아동의 경우 60-90%정도의 아동들이 학령기 동안에 약물치료를 받는 것으로 나타난다(Safer & Krager, 1988). 그러나 약물치료가 아동의 과잉행동과 공격성 등을 조절하는데 유용한 것으로 알려진 반면, 아동의 긍정적 행동을 향상시키지 못하며 아동이 청소년기에 접어들어 따라 그 효과가 감소하는 것으로 알려져 약물치료를 보완해 줄 수 있는 치료법으로 부모훈련이나 행동치료가 병행되어야 한다는 의견이 제시되었다(Anastopoulos, Shelton, DuPaul, & Guevremont, 1993).

이에 따라 1960년대부터 ADHD아동의 행동을 지도하는 방안으로 행동수정기법이 연구, 적용되었다. 그러나 외적강화를 이용하여 아동의 문제행동 발생빈도를 낮추고자 한 이 방법은 강화가 있는 상태에서만 효과가 나타날 뿐 강화가 없으면 또 다시 원래 상태로 돌아간다는 문제점을 갖고 있어 부모를 통한 강화교육의 필요성을 요구하게 되었다. 이에 대한 보완으로 아동학자들은 아동발달이론에 기초하여 행동하기 전에 생각하는 능력을 향상시키는 인지행동 수정기법을 연구했다. 이들은 아동의 행동과 언어 사이에는 밀접한 관계가 있으므로 아동이 내면화된 자기언어를 가지게 되면 자기 행동을 자

발적으로 통제하리라는 가정에서 출발하고 있다. 그러나 이 방법도 혼란상황이 아닌 다른 일반상황에서는 큰 효과가 없었다.

이상과 같은 훈련프로그램들은 주로 ADHD아동의 문제행동을 교정하고자 시도했지만 각 프로그램마다 문제점을 안고 있다. 또한 이러한 프로그램은 모두 학령전 후기의 아동 등을 대상으로 하고 있어 발달상 중요한 발달과업을 안고 있는 유아들의 경우 심각한 발달문제와 그와 관련된 정서 사회적 문제를 어떻게 극복해야 하는지, 이러한 요인들이 환경적 요인과 어떻게 관련성을 가지는지에 대한 논의가 이루어지지 않고 있다.

2) 주의력 결핍-과잉행동 문제의 상황적 특성

Sandberg, Wieselberg, & Schaffer(1980)가 한 아동이 가정에서는 과잉행동을 하지만 학교에서는 안 그렇고, 심지어는 학교와 가정에서 과잉행동을 하지만 여름캠프나 검사실 같은 데에서는 그렇지 않다는 것을 밝혀 내면서 학자들은 환경적 요인과 ADHD간의 가능한 연관성을 검증하는데 관심을 기울여왔다(Altepeter & Breen, 1992; Barkley et al., 1991; Sandberg, 1996; Taylor et al., 1991). 이러한 연구는 어느 상황(장소)에서는 ADHD를 보이고 다른 상황(장소)에서는 보이지 않는 상황적 ADHD를 가진 아동과 상황에 따라 변화를 보이지 않고 어떤 상황이든 모두 ADHD를 보이는 전반적 ADHD아동을 비교검증하고 있다.

특히 Goodman과 Stevenson(1989)은 ADHD는 증상의 심각성보다는 상황에 따른 차이가 더 크기 때문에 ADHD를 상황에 따라 범주화할 필요가 있다고 주장하였다. 또한 Sandberg(1991)는 ADHD를 범주화하지 않고 연구하는 것에 의문을 제기하면서 Lambert(1978)의 상황적 체계모델을 통해 다른 상황에서 다르게 나타나는 행동결과를 상황적 개인차로 설명하였다. 더욱이 대다수의 연구결과에서 교사와 부모가 평가한 ADHD간의 상관관계가 낮게 나타나 집에서와 학교에서 나타나는 ADHD의 증상에 차이가 있다는 것을 보여 주고 있어 상황에 따른 ADHD의 범주화가 필요하다는 것을 더 강조해 주

고 있다(Rapport et al., 1986).

Taylor 등의(1991) 연구에서 나타난 바와 같이 학교에서나 집에서나, 임상치료 현장에서 모두 ADHD를 보이는 전반적 ADHD아동은 상황적 ADHD아동이나 통제집단의 아동보다 IQ가 낮고, 문제행동이 유아초기에 발생했으며, 신경조직 검사에서 비정상적임이 발견되었다. 또한 전반적 ADHD아동은 다른 집단의 아동보다 발달지체를 보였고, 해체가족의 형태를 가졌으며, 친구관계의 형성이 어려웠고, 사고로 인한 부상빈도가 높았으며 약물치료에 효과가 있었다.

Boudreault(1988)와 Schachar(1981)의 연구에서도 전반적 ADHD는 상황적 ADHD보다 인지발달에 더 문제를 보이고, 치료적 효과도 적으며, 주의력이 더 부족하고, 읽기장애나 행동장애에 더 밀접한 관련성을 보인다고 하였다. Luk, Leung, Yuen등은(1991) 문제행동을 유아초기에 발생하면서 행동장애와 구분이 쉽게 이루어지지 않는 전반적 ADHD 아동은 인지신경세포에 손상이 있는 경우로 보여지며, 치료에 대한 예후가 좋지 않아 어떤 치료방법도 장기적인 관점에서 효과를 기대하기가 어렵고, 더욱더 ADHD가 가족의 병인학적 원인에 기인한다는 것을 밝혀내고 있다.

또한 상황적 ADHD와 전반적 ADHD의 차이점은 가족배경(Lahey et al., 1988), 부모-자녀관계의 상호작용패턴(Gomez, 1991; Marshall et al., 1990), 그리고 예후에 있어서 차이를 보이고 있다(Werry et al., 1987; Szatmari et al., 1989). 이러한 연구결과는 환경적 요인과 ADHD간의 가능한 연관성에 대한 검증이 이루어질 때 주의력 결핍-과잉행동 문제의 원인론적 메카니즘을 설명할 수 있다는 점을 시사해 주고 있다.

더욱이 ADHD 증상들은 유아 초기부터 아동의 나이나 발달수준에 부적절할 정도로 주어지는 활동이나 상황, 또한 자신의 욕구나 행동을 억제해야 하는 상황에서 더 빈번히 나타나고 있는 것으로 보아 어떤 상황에서 나타나는 ADHD는 그 상황에 대한 적응, 혹은 그 상황에서의 갈등, 특정한 상황에 대한 반항행동으로 간주될 수 있다. 따라서 상황에 따른

ADHD 연구는 문제행동을 아동의 내적문제로 이해하기 보다는 ADHD가 일어나는 상황을 설명할 수 있는 외적환경에 더 초점을 두는 것이다. 즉 유아들이 주로 보내는 가정이나 어린이집 상황에 따라 ADHD에 대한 진단과 평가를 할 수 있다면 ADHD에 대한 접근방식도 환경적 요인을 고려하여 시도할 수 있는 것이다.

2. 주의력결핍-과잉행동문제와 관련된 가족환경 특성

1) 가족의 사회인구학적 특성

ADHD아동이 다른 또래 집단과 비교해서 사회경제적 지위, 가족의 크기, 가족의 형태, 가족의 안정성 등과 같은 사회인구학적 배경에 차이가 있는지에 대한 연구결과는 매우 다르게 나타난다. Schachar 등(1981)의 연구에 의하면, 낮은 사회적 지위와 전반적 ADHD는 관련이 있다고 한다. 물론 상황적 ADHD 아동도 일반아동에 비해 낮은 사회경제적 지위를 가지고 있었지만 전반적 ADHD아동보다 그 연관성이 절반 정도 약하게 나타났다. 또한 정상아동보다 ADHD아동이 좀 더 가족의 불안정성을 겪는데 전반적 ADHD아동이 상황적 ADHD아동보다 더 가족해체를 겪고, 전반적 ADHD 아동이 다른 집단보다 더 자주 가족이 이사하고 학교를 변동하는 등 가족의 불안정을 갖는 것으로 나타났다(Gillberg & Rasmussen, 1982).

그러나 Taylor 등(1991)이 영국에서 연구한 6살과 7살 남아들에게는 전반적 ADHD와 사회경제적 지위, 가족크기, 가족의 안정성등은 관련성을 보이지 않았다. McGee, Williams, & Silva(1985)의 연구에서도 전반적 ADHD와 사회인구학적 특성과는 상관이 없는 것으로 나타났고, Shekim 등(1985)의 연구에서도 결과는 마찬가지로 나타났다.

한편 APR(1980)에 의한 역학조사에서는 열악한 사회적 환경과 관련성이 높은 사회경제적 지위는 ADHD 진단 개념과 관련이 있는 것으로 밝혀졌다. 특히 주의력 결핍에 있어서는 낮은 사회적 계층에 속해있는 아동들은 주의력 테스트에서 계속 낮은

점수를 보여주고 있다(Taylor et al, 1991). 유윤정(1996)의 연구에서도 품행장애나 반항장애와 혼합된 ADHD집단, 순수 ADHD집단, 그리고 ADHD를 보이지 않는 정상집단 순으로 사회경제적 지위와 부모의 학력수준이 더 낮았고, 생활스트레스 사건은 더 많았으며, 친인척의 정신병력과 관련성도 더 많이 보여 더 열악한 수준의 가족배경을 갖고 있다고 보고하고 있다.

생태학자들은 낮은 사회 경제적 지위와 아동기 행동문제의 조기 발생과의 관계를 연구하여 일관된 결과를 얻었다(Patterson, Kupersmidt, & Vaden, 1990; Bate, Pettit, & Dodge, 1994). 즉 경제적 빈곤과 사회적 어려움은 성공 지향사회에서 필요한 지적 경험과 사회적 관계 경험에 여러 가지 불리한 점을 주고 있으며(McLoyd, 1989; Bate, Pettit, & Dodge, 1994), 이는 행동문제에 영향을 주는 요인도 포함된다(Patterson, Reid, & Dishion, 1992). Steinberg 등(1981)은 사회 경제적 스트레스는 부모로 하여금 아동의 요구에 관심을 덜 가지게 하고, 덜 온정적이게 하며, 부모와 아동 사이의 강압적인 상호작용을 증가시킨다고 하였다. 그러나 사회인구학적 배경이 어떻게 가족간의 상호작용 패턴과 상호작용하여 특정 문제행동을 일으키는지를 설명해 줄 수 있는 실제 메카니즘에 대해서는 알려진 바가 거의 없어 사회인구학적 요인은 문제행동에 대한 위험지수로 고려해야 한다.

2) 가족의 응집성과 적응성

가족의 응집성과 적응성은 국내외의 여러 연구를 통해서 정상가족과 문제가족을 구별하는데 유용한 개념으로 받아들여지고 있다(Olson et al, 1983; 1989; 이규래 et al, 1991; 이재윤, 1990; 임종환, 1990; 유순덕, 1987). 가족의 응집성 및 적응성은 가족의 기능 뿐 아니라 자녀의 심리적인 특성과의 관계가 있는데 이국향(1992)은 가족의 응집성과 적응성이 자녀의 정신건강과의 관계를 연구하였으며 응집성이 낮은 집단에서 청소년들의 정신장애의 전체 심도와 신체화, 우울, 불안, 적대감, 정신증의 경향이 높게 나타났으며 적응성이 낮은 집단에서는 강박증,

대인예민성, 우울이 높게 나타났다고 보고하였다. 또한 김주연(1997)도 가족의 적응력과 응집력이 아동의 정신건강과 관계가 있음을 입증하고 있다. 연구결과에 따르면 가족적응력이 매우 낮은 경직상태일 때 아동은 정신건강상의 문제를 높게 나타냈으나 가족적응력이 매우 높은 혼란상태일 때는 가장 양호한 정신건강상태를 나타냈다.

가족의 적응성 및 응집성과 주의력 결핍-과잉행동 문제아동의 관련성을 살펴본 지금까지의 연구는 주로 ADHD아동이 가족환경에 미치는 영향에 대한 것이 주류를 이루고 있어 ADHD아동이 가족체계를 역기능적으로 변화시키는 원인이 된다는 것을 보여주고 있다(추영란, 1993; 하은혜, 1991; Dadds, 1995; Schachar, 1991). ADHD아동이 있으면 가족은 분리되기 쉬우며 응집력이 낮아진다. 그 결과 결혼관계를 지속시키지 못한다는 결과를 보고한 연구도 있다(추영란, 1993). 그리고 과잉행동은 가족 성원들의 독립성과 의존성 사이의 균형에도 나쁜 영향을 미쳐 가족의 적응력과 응집력에 영향을 미칠 수 있고, ADHD 아동들의 지나친 요구 때문에 전반적으로 가족은 가족원의 심리적 환경에 나쁜 영향을 미칠 수 있다는 것이 추정되고 있다(Webster-Stratton, 1988).

3) 모의 우울증

부모 중 어느 누구 한 쪽의 정신장애는 아동의 정신적 혼란에 영향을 주는 위험요인이 된다는 것이 여러 연구에서 밝혀져왔다. Hops 등(1987)은 아동의 정신병리와 적응능력 손상을 예측할 수 있는 변인으로 부모의 우울증의 정도와 만성성을 알아보았는데, 부모의 우울증의 정도와 만성성이 자녀의 장애와 현재의 적응력의 손상과 유의한 관련이 있었으며, 어머니가 우울증에 걸린 자녀들이 아버지가 우울증에 걸린 자녀들보다 더 높은 정신병리를 나타냄을 보고하고 있다.

순한 아동에 비해 기질적으로 어렵거나 요구가 많거나 의사소통하는데 어려움이 있는 아동은 부모의 화와 짜증의 대상이 되기 쉽다. 특히 아이가 어릴 때는 언어능력이 덜 발달되어 기질적인 특성의

어려움을 보여주기 때문에 쉽게 나쁜 행동을 하는 아이로 인식되기 쉽다. 선행연구는 아동행동에 대한 부모의 우울증이나 스트레스의 영향은 부모와 자녀 간의 상호작용으로 여기는 경향이 있다. 우울증에 걸린 어머니는 아이와의 상호작용에서 더 비난적이고, 아이가 하는 것을 인정하지 않으려 하며, 적대적이고, 덜 긍정적이다. 또한 우울한 어머니는 아이에게 일관적이지 못한 방식으로 반응하기 쉽고 아이의 긍정적인 행동은 무시하는 반면 부정적인 행동에는 고조된 반응을 보이는 경향이 있다(Hops et al., 1987; Webster-Stratton, 1988; Weissman et al. 1984).

모의 우울증과 아동행동의 관련성을 해석하는데 주의해야 할 점은 우울한 어머니는 아동의 행동을 보다 이상한 행동으로 평가할 가능성이 크다는 것이다. 이것은 어머니의 우울한 정서에 기인한 인지적 왜곡과 지각의 혼란 때문이며 또한 우울한 부모는 아동의 잘못된 행동에 대한 관용도와 인내력이 떨어지기 때문이다. 결국 어머니쪽의 요인들이 주의력 결핍 과잉행동아의 문제를 발생시키는 직접적 원인은 아니라 해도, 상호행동의 문제를 가중시키고, 이 증상을 장기적으로 지속시키는데 영향을 준다고 볼 수 있다(Barkley et al. 1991).

4) 부부불화

많은 가족체계 이론가들은 아동의 문제행동을 가족갈등의 확대된 증후로 본다. 반복되는 부부불화는 아이들의 기능 그 자체에 영향을 줄 수도 있으며 임상가들과 연구자들은 부부불화가 아이들에게 스트레스를 준다는 것을 지속적으로 보고하고 있다. 또한 부부사이의 화의 표출은 아이들에게 감정적인 고통을 유발할 수도 있고, 그들을 부모의 문제 안으로 말려들게 할 수도 있으며, 화 또는 공격적인 행동을 이끌어 내거나 아이들의 역기능적인 행동을 발달시킬 수도 있다(Cummings & Cummings, 1988).

부부간의 불화는 부모의 지각과 아동행동을 다루는 스타일에도 영향을 준다. 부부불화는 아이의 감정적 필요와 신호에 대한 부모의 반응을 감소시킬 수도 있으며, 이에 따라 부모와 자녀의 감정적 관계

나 접촉의 질을 떨어뜨리며, 다양한 아동문제를 증가시킨다(Egeland & Farber, 1984). 행동치료자들은 부부갈등을 부모로부터 행해지는 치료를 손상시키는 유해한 스트레스 인자로 보고 있다(Emery, 1984).

선행연구에서는 부부불화가 아동의 주의력결핍의 심각성과 관련되는 것을 보여주고 있으며 부모의 불화는 부모-자녀관계를 질적으로 변화시키는 메커니즘이 된다는 것을 입증하고 있다(McGee, Williams, & Silva, 1982; Rutter & Quinton, 1984). 더 나아가 부부불화는 모의 우울증과 마찬가지로 아동의 행동에 대한 부모의 인지와 아동행동을 다루는 방법을 왜곡시키는 경향이 있다(Jouriles, Barling, & O'Leary, 1987). 또한 부모간의 불화와 어머니의 우울히 겹치게 되면, 별개로 있을 때보다 아동의 공격성, 부모자녀간의 갈등, 아동의 이탈을 더 높게 평가한다. 이는 어머니의 우울과 부부간의 불화는 높은 상관관계가 있음을 보여주고 있다.

III. 연구 방법

1. 연구대상 및 절차

본 연구는 청주시 5개 어린이집을 선정하여 어린이집에 다니는 만 3세에서 7세까지의 아동 400명을 연구대상으로 하였다. 조사도구의 타당성을 알아보기 위해 예비조사를 실시하였으며 본 조사는 1차, 2차로 나누어 실시되었다. 1차 조사는 어린이집 교사들로 하여금 '주의력결핍-과잉행동문제-학교용 검사지'를 이용하여 자기반 아동들 각각을 평가하도록 하였다. 부모들에게는 교사들이 아이들을 통하여 '주의력결핍-과잉행동문제-가정용 검사지'를 보내 다시 회수하도록 하였다. 이 때 한 아동에 대한 학교용과 가정용 검사지가 짝을 이루게 하기 위하여 교사들로 하여금 검사지에 번호를 표시하도록 하였다.

본 조사 중 2차 조사는 다시 1차 조사 때와 동일한 5개의 어린이집을 방문하여 교사들의 ADHD 평가에 대한 재검사를 실시하였다. 부모에게는 교사가

아이들을 통하여 "ADHD 가정용 검사지"와 "가족환경"질문지를 보내 작성하도록 하였다. 이 때 교사로 하여금 1차 조사시 각 아동에게 주어진 번호를 설문지에 표시하도록 하였고, 부모가 작성한 설문은 밀봉하여 다시 아이를 통해 회수되었다. ADHD 문제행동 평가에 대한 검사-재검사의 상관계수는 교사가 .68($P<.001$), 부모는 .56($P<.001$)으로 모두 유의하게 높은 상관을 나타냈다. 본 연구에서 조사과정의 1차, 2차를 통하여 4쌍을(가정용검사지와 어린이집 검사지) 모두 만족하는 283부의 질문지가 최종적으로 이용되었으며 70%의 회수율을 보였다.

2. 조사도구

1) 주의력결핍-과잉행동문제 검사지

주의력결핍-과잉행동문제는 Lambert, Hartsough, Sandoval(1990)이 개발한 CAAS 행동 표준척도를 한미경(1994)에 의해 한국형 CAAS(Korea Version of Children's Attention and Adjustment Survey : K-CAAS)로 개발된 것을 사용하여 측정하였다. 이 도구는 교사가 아동을 평가하는 학교용과 부모가 아동을 평가하는 가정용으로 구성되어 있다. 학교용과 가정용 모두 31개의 항목으로 되어 있으며 그 중 15문항을 통해 ADHD를 측정하였다. 평가방법은 4점 Likert척도로 "전혀 없음"이면 1점부터 "아주 많음"이면 4점까지 주도록 구성되어 있다. 평가점수가 33점 이상이면 임상기준에 따라 ADHD로 진단하였다(한미경, 1994). 15문항에 대한 측정도구의 신뢰도는 Cronbach α 값이 가정용이 0.86, 학교용이 0.89로 높게 나타났다.

2) 가족환경 질문지

가족환경 질문지는 가족의 사회적 배경과, 가족의 적응성과 응집성을 측정하는 척도, 부부불화를 측정하는 척도, 그리고 모의 우울증을 측정하는 척도로 구성하였다. 가족의 적응성과 응집성은 임종환등(1990)이 Olson, Portner와 Lavee(1985)가 개발한 FACES III(Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale)를 번안 수정한 것 20문항을 이용

하였다. 응답방법은 4점 Likert척도로 '전혀 그렇지 않다'에 1점부터 '항상 그렇다'에 4점까지 주도록 구성하였으며 점수가 높을수록 가족의 적응성과 응집성이 높다는 것을 나타낸다.

어머니 우울증의 인지적, 정서적, 신체적, 그리고 행동적 증상여부와 그 정도를 평가하기 위하여 본 연구는 이민규 등(1995)이 BDI를 한국형으로 표준화한 K-BDI(Korea-Beck Depression Inventory)를 수정하여 사용하였다. 우울증은 총 17문항으로 평가하였는데 응답방법은 4점 Likert척도로 점수가 높을수록 우울 정도가 심함을 나타낸다. 부부불화는 Hudson(1982)이 가족의 임상적인 건강을 측정하기 위하여 개발한 9개 검사도구 중 하나로 결혼관계에서 배우자가 가지는 문제의 정도와 심각성 또는 중대성을 측정하기 위하여 제작하고 김상빈(1995)이 변안한 것을 수정하여 사용하였다. 4점 Likert척도로 점수가 높을수록 부부불화가 심하다고 할 수 있다.

Cronbach α 값은 응집력이 0.77, 적응력이 0.70, 모의 우울증이 0.91, 부부불화 0.89로 대체적으로 높은 신뢰도를 나타냈다.

3. 자료분석

본 연구에서 수집된 자료는 SAS program을 이용하여 통계 처리되었다. 자료분석은 빈도, 백분율, Cronbach α 계수, χ^2 -test, F-test, Tukey 사후검증, Pearson 적률상관 계수를 통해 이루어졌다.

IV. 결과 및 해석

1. 연구대상자의 일반적 특성

연구대상 아동을 살펴보면 <표 1>에서와 같이 총 283명의 아동 중 남아가 147명(52%), 여아가 136명(48%)으로 남아와 여아의 비율이 비슷하였으며, 연령별로는 3세아동 17명(7%), 4세아동 65명(23%), 5세아동 66명(23%), 6세아동이 83명(29%), 7세아동이 52명(18%)으로 나타났다.

<표 1> 연구대상자의 일반적 특성 (N=283)

| 변수 | 범주 | 명(%) |
|--------|-------------|-------------|
| 아동성 | 남 | 147(51.94) |
| | 여 | 136(48.06) |
| | 계 | 283(100.00) |
| 아동 연령 | 3세 | 17(6.71) |
| | 4세 | 65(22.97) |
| | 5세 | 66(23.32) |
| | 6세 | 83(29.33) |
| | 7세 | 52(18.37) |
| | 계 | 283(100.00) |
| 아버지 연령 | 29세이하 | 8(2.83) |
| | 30세-39세 | 224(79.15) |
| | 40세이상 | 51(18.02) |
| | 계 | 283(100.00) |
| 어머니 연령 | 29세이하 | 33(11.66) |
| | 30세-39세 | 228(80.57) |
| | 40세이상 | 21(7.42) |
| | 계 | 283(100.00) |
| 아버지 학력 | 고졸이하 | 11(3.89) |
| | 전문대졸-대졸 | 152(53.71) |
| | 대학원졸 | 120(42.40) |
| | 계 | 283(100.00) |
| 어머니 학력 | 고졸이하 | 152(53.71) |
| | 전문대졸-대졸 | 120(42.40) |
| | 대학원졸 | 11(3.89) |
| | 계 | 283(100.00) |
| 아버지 종교 | 무교 | 131(47.64) |
| | 기독교 | 46(16.73) |
| | 불교 | 64(23.27) |
| | 카톨릭 | 34(12.36) |
| | 계 | 275(100.00) |
| 어머니 종교 | 무교 | 103(37.05) |
| | 기독교 | 72(25.90) |
| | 불교 | 61(21.94) |
| | 카톨릭 | 42(15.11) |
| | 계 | 278(100.00) |
| 아버지 직업 | 전문직 | 48(17.39) |
| | 관리직 | 57(20.65) |
| | 사무/기술직 | 91(32.97) |
| | 판매/서비스직 | 53(19.20) |
| | 기타 | 27(9.78) |
| | 계 | 276(100.00) |
| 어머니 직업 | 전문직 | 56(21.13) |
| | 관리직 | 16(6.04) |
| | 사무/기술직 | 53(20.00) |
| | 판매/서비스직 | 67(25.28) |
| | 기타 | 73(27.55) |
| | 계 | 265(100.00) |
| 수입 | 150미만 | 67(23.67) |
| | 150이상-200미만 | 55(19.43) |
| | 200이상-250미만 | 48(16.96) |
| | 250이상-300미만 | 43(15.19) |
| | 300이상 | 70(24.74) |
| | 계 | 283(100.00) |
| 가족수 | 3인이하 | 37(13.07) |
| | 4인 | 163(57.60) |
| | 5인 | 41(14.49) |
| | 6인이상 | 42(14.84) |
| | 계 | 283(100.00) |

2. 연구문제 1: 상황적 요인에 따른 ADHD아동의 범주화

본 연구는 상황적 요인에 따라 조사대상 아동을 범주화하였다. 범주화한 결과 가정상황에서만 ADHD행동을 보이는 아동집단을 'ADHD-가정(Situational ADHD-Home) 집단', 어린이집 상황에서만 ADHD 행동을 보이는 아동집단을 'ADHD-어린이집(Situational ADHD-School) 집단', 어린이집과 가정 두 상황 모두에서 ADHD 행동을 보이는 아동집단을 '전반적인 ADHD(Pervasive ADHD)' 집단으로 분류되었고, 어린이집이나 가정에서 모두 ADHD 행동을 전혀 보이지 않는 집단을 통제집단으로 분류되었다.

상황적 요인에 따른 ADHD아동의 범주 빈도를 살펴보면 <표 2>에서 처럼, 283명 중 통제집단이 168명(59%), ADHD-가정 집단이 49명(17%), ADHD-어린이집 집단이 43명(15%), 그리고 전 반적인 ADHD 집단에 23명(8%)로 ADHD집단을 보이는 집단이 115명(41%)으로 많은 분포를 나타내고 있다. 더욱이 교사와 부모가 평가한 ADHD간에 상관관계가 낮게 나타나($r=.16, p<.01$) 집에서와 어린이집에서 나타나는 ADHD의 증상에 차이가 있다는 것을 보여주고 있어 상황에 따른 ADHD의 범주화가 필요하다는 것을 입증하고 있다.

대부분 유병율은 연구자에 따라 차이가 있으나 본 연구에서 통제집단을 제외한 나머지 집단을 ADHD집단으로 보았을 때, ADHD를 보이는 집단이 115명(41%)으로 많은 분포를 나타내고 있어 유아기의 ADHD문제가 드러나고 있으며 이에 대한 조기 개입이 필요하다는 것을 시사하고 있다. 다른 선행 연구에서는(DSM-IV, 1994; Sandberg, Day, Trott, 1996; Whalen, 1989) 진단과 치료가 필요한 경우만

도 학령기 아동의 약 3-15%에 이른다는 보고가 있는데 이는 대부분의 ADHD분류는 전반적인 경우를 주로 ADHD로 여겨왔기 때문에 본 연구결과와 발병률에 대한 뚜렷한 비교는 할 수 없지만 본 연구에서도 전반적 ADHD가 8%나 나타나 선행연구와 어느 정도 일치한 결과를 보이고 있다.

3. 연구문제 2: 성과 연령에 따른 ADHD아동의 범주화

성애 연령에 따른 ADHD 아동 집단간 차이를 알아본 결과는 <표 3>에 제시되어 있다. 먼저 남아의 경우 ADHD 집단간 유의한 차이($\chi^2=69.027, p<.001$)를 보였으며, 통제집단 80명(54%), ADHD-가정 집단 25명(17%), ADHD-어린이집 집단 25명(17%), 전반적인 ADHD 17명(12%)로 나타나 가정과 어린이집에서의 ADHD아동비율이 비슷하게 나타났고, 전반적인 ADHD는 상황적 ADHD보다 다소 낮게 나타났다.

여아의 경우도 ADHD 집단간 유의한 차이($\chi^2=69.027, p<.001$)를 보였으며, 총 여아 136명 중 통제집단이 88명(65%)으로 가장 많은 분포를 보였으며, ADHD-가정 집단 24명(18%), ADHD-어린이집 집단 18명(13%), 전반적인 ADHD 6명(4%)순으로 나타났다.

남·녀 아동 모두 전반적인 ADHD의 분포가 가장 낮았다. 더욱이 전반적인 ADHD의 경우는 남아의 비율이 여아에 비해 세배나 높게 나타났는데 이것은 ADHD아동이 여아보다는 남아에게서 3-9배정도 높게 발생한다는 선행연구와 일치하고 있다(Barkely, 1996; Ross & Ross, 1982). 이와 같은 남아와 여아의 비율차이는 ADHD남아가 ADHD여아보다 더 부정적인 행동을 많이 해서 일찍 발견되고

<표 2> ADHD아동의 범주화

| 상 황 범 주 | 통제집단 | ADHD-가정 | ADHD-어린이집 | 전반적인 ADHD | 계 |
|------------------|------------|-----------|-----------|-----------|-------------|
| | 명(%) | 명(%) | 명(%) | 명(%) | 명(%) |
| | 168(59.36) | 49(17.31) | 43(15.20) | 23(8.13) | 283(100.00) |

눈에 쉽게 띄이기 때문이며, 내용적으로 남자아동은 나이에 비해 어리고 과잉활동적인 성향, 특히 공격적 성향이 두드러지는 외향적 증상들이 현저히 많은 반면에 여자아동들은 불안과 관련된 정서문제 등 내향적 성향이 두드러지기 때문인 것으로 해석된다. 문제행동에 있어서의 성차는 연령이 어릴수록 더 명백히 나타나고 있고 학자들은(Szatmari et al, 1989) 이러한 성차는 생물학적 요인이나 사회화 과정 등 여러 요인으로 설명하고 있으나 이에 대한 연구가 더 이루어져야 성차에 따른 접근방법을 시도할 수 있으리라 사료된다.

ADHD 집단간의 연령에 따른 차이는 <표 3>에서 보이는 것처럼 3세를 제외한 모든 집단에서 유의한 차를 보였으며, 모든 연령층에서 ADHD가 나타났다. 이 결과는 ADHD아동이 학령 전기 또는 학령기에 흔히 발생한다(Ross & Ross, 1982; Barkely, 1996)는 선행연구와 일치하는 것으로, ADHD 아동에 대한 조기개입이 필요함을 시사해 주고 있다.

4. 연구문제 3: 가족환경 특성에 따른 ADHD 아동 집단간의 차이

<표 4>에 나타난바와 같이 가족의 사회인구학적 요인에 따른 ADHD아동 집단간의 차이를 살펴본 결과 오직 가계소득에만 통계적으로 유의한 차이를 보이고 있다($\chi^2 = 24.06, p < .05$). 본 연구결과는 낮은

사회경제적 지위가 아동의 문제행동특성에 영향을 준다는 선행연구의 이론과 일치하는 것으로, Cogner 등(1992)은 경제적 어려움이 부모에게는 스트레스가 되어 결혼갈등을 일으키고 양육의 질을 낮추며(엄한 훈육과 온정의 부족), 궁극적으로 아동의 부적응으로 이끈다는 것이다. 그러나 다른 선행연구(Gillberg & Rasmussen, 1982)에서는 가족수가 ADHD에 많은 영향을 미치는 것으로 나타나 있는 반면 본 연구에서는 일치된 결과를 주지 못하고 있어 이 부분에 대해 더 연구할 필요성이 있다고 사료된다.

<표 5>에서 보여지듯이 가족의 응집성과 적응성은 ADHD집단간에 통계적으로 유의한 차이가 나타나지 않았는데 이는 김주연(1997)이 가족의 적응력과 응집력에 따른 아동의 정신건강상태에 유의한 차이를 보이지 않았다는 결과와 일치한다. 그러나 대부분의 국외연구는 아동의 문제행동은 가족의 적응력과 응집력에 따라 차이가 있게 나타나는데(Dadds, 1995) 이러한 결과는 우리나라 가족체계가 전반적으로 적응력이나 응집력이 높은데서 기인하는 것인지, 가족기능을 측정하는 척도에 문제가 있는지 이에 대한 해석의 모호함이 있다.

모의 우울증에 있어서는 ADHD 집단간 유의한 차이를 보였고($F = 4.24$), 사후검증을 한 결과 통제집단과 전반적 ADHD집단간에는 차이를 보이지 않았으나, 통제집단과 ADHD-어린이집 집단은 ADHD-

<표 3> 성과 연령에 따른 ADHD아동 집단간의 차이

| 상 관 변 수 | 통제집단 (N=168) | ADHD-가정 (N=49) | ADHD-어린이집 (N=43) | 전반적인 ADHD (N=23) | 계 (N=283) | χ^2 |
|------------------|-----------------|-------------------|---------------------|---------------------|--------------|------------|
| | 명(%) | 명(%) | 명(%) | 명(%) | 명(%) | |
| 남 | 80(54.42) | 25(17.00) | 25(17.00) | 17(11.56) | 147(100.00) | 69.027*** |
| 여 | 88(64.71) | 24(17.65) | 18(13.24) | 6(4.41) | 136(100.00) | 119.294*** |
| 3세 | 12(63.16) | 3(15.79) | 2(10.53) | 2(10.53) | 19(100.00) | 1.316 |
| 4세 | 40(61.54) | 10(15.38) | 10(15.38) | 5(7.69) | 65(100.00) | 47.308*** |
| 5세 | 37(56.06) | 16(24.24) | 9(13.64) | 4(6.06) | 66(100.00) | 38.364*** |
| 6세 | 52(62.65) | 10(12.05) | 15(18.07) | 6(7.23) | 83(100.00) | 64.711*** |
| 7세 | 28(53.85) | 10(19.23) | 8(15.38) | 6(11.54) | 52(100.00) | 23.692*** |

***p<.001

〈표 4〉 가족의 사회인구학적 요인에 따른 ADHD이동 집단간의 차이

| 별 수 | 별 주 | 통제집단 | ADHD | ADHD | 전반적인 | 계 | χ^2 |
|-----------|-------------|------------|---------------|-----------------|----------------|------------|----------|
| | | (N=168) | -가정 (N=49) | -어린어집 (N=43) | ADHD (N=23) | | |
| | | n(%) | n(%) | n(%) | n(%) | n(%) | |
| 아버지 연령 | 29세이하 | 4(1.41) | 2(0.71) | 2(0.71) | 0(0.00) | 8(2.83) | 4.93 |
| | 30세-39세 | 134(47.35) | 41(14.49) | 33(11.66) | 16(5.05) | 224(79.15) | |
| | 40세이상 | 31(10.95) | 6(2.21) | 7(2.47) | 7(2.47) | 51(18.02) | |
| 어머니 연령 | 29세이하 | 18(6.27) | 9(3.14) | 6(2.09) | 0(0.00) | 33(11.50) | 7.95 |
| | 30세-39세 | 138(49.48) | 35(12.20) | 36(12.54) | 20(6.97) | 228(80.57) | |
| | 40세이상 | 11(3.83) | 5(1.74) | 2(0.70) | 3(1.05) | 21(7.42) | |
| 아버지 학력 | 고졸이하 | 7(2.43) | 2(0.69) | 2(0.69) | 0(0.00) | 11(3.82) | 2.74 |
| | 전문대졸-대졸 | 91(33.33) | 27(9.38) | 20(6.94) | 14(4.86) | 152(52.41) | |
| | 대학원졸 | 69(23.96) | 20(6.94) | 22(7.64) | 9(3.12) | 120(31.66) | |
| 어머니 학력 | 고졸이하 | 81(28.82) | 31(10.76) | 22(7.64) | 18(6.25) | 152(53.47) | 11.08 |
| | 전문대졸-대졸 | 80(28.47) | 15(5.21) | 20(6.94) | 5(1.74) | 120(42.36) | |
| | 대학원졸 | 7(2.43) | 3(1.04) | 2(0.69) | 0(0.00) | 12(4.17) | |
| 아버지 종교 | 무교 | 90(32.73) | 21(7.64) | 14(5.09) | 6(2.18) | 131(47.64) | 15.56 |
| | 기독교 | 25(9.09) | 11(4.00) | 8(2.91) | 2(0.73) | 46(16.73) | |
| | 불교 | 31(11.27) | 11(4.00) | 15(5.45) | 7(2.55) | 64(23.27) | |
| | 카톨릭 | 20(7.27) | 4(1.45) | 5(1.82) | 5(1.82) | 34(12.36) | |
| 어머니 종교 | 무교 | 61(21.94) | 20(7.19) | 16(5.76) | 6(2.16) | 103(37.05) | 6.82 |
| | 기독교 | 4(15.83) | 14(5.04) | 9(3.24) | 5(1.80) | 72(25.90) | |
| | 불교 | 34(12.23) | 8(2.88) | 14(5.04) | 5(1.80) | 61(21.94) | |
| | 카톨릭 | 29(10.43) | 5(1.80) | 4(1.44) | 4(1.44) | 42(15.11) | |
| 아버지 직업 | 전문직 | 31(11.23) | 6(2.17) | 9(3.26) | 2(0.72) | 48(17.39) | 8.19 |
| | 관리직 | 33(11.96) | 9(3.26) | 7(2.54) | 8(2.90) | 57(20.65) | |
| | 사무/기술직 | 54(19.57) | 17(6.16) | 14(5.07) | 6(2.17) | 91(32.97) | |
| | 판매/서비스직 | 29(10.51) | 13(4.71) | 7(2.54) | 4(1.45) | 53(19.20) | |
| | 기타 | 17(6.16) | 3(1.09) | 4(1.45) | 3(11.11) | 27(9.78) | |
| 어머니 직업 | 전문직 | 39(14.72) | 7(2.64) | 8(3.02) | 2(0.75) | 56(21.13) | 11.54 |
| | 관리직 | 11(4.15) | 1(0.38) | 1(0.38) | 3(1.13) | 16(6.04) | |
| | 사무/기술직 | 31(11.70) | 9(3.40) | 9(3.40) | 4(1.51) | 53(20.00) | |
| | 판매/서비스직 | 37(13.96) | 10(3.77) | 12(4.53) | 8(3.02) | 67(25.28) | |
| | 기타 | 40(15.09) | 17(6.42) | 11(4.15) | 5(1.89) | 73(27.55) | |
| 수입 | 150미만 | 38(13.54) | 15(5.21) | 12(4.17) | 22(8.70) | 67(23.61) | 24.06* |
| | 150이상-200미만 | 27(9.72) | 17(5.90) | 6(2.08) | 5(1.74) | 55(19.44) | |
| | 200이상-250미만 | 30(10.76) | 7(2.43) | 9(3.12) | 2(0.69) | 48(17.01) | |
| | 250이상-300미만 | 25(9.03) | 2(0.69) | 9(3.12) | 7(2.43) | 43(15.28) | |
| | 300이상 | 47(16.67) | 8(2.78) | 8(2.78) | 7(2.43) | 70(24.55) | |
| 식구수 | 3인이하 | 22(8.01) | 5(1.74) | 7(2.44) | 3(1.05) | 37(13.24) | 4.66 |
| | 4인 | 93(32.75) | 29(10.10) | 24(8.36) | 17(5.92) | 163(57.14) | |
| | 5인 | 25(9.06) | 7(2.44) | 7(2.44) | 2(0.70) | 41(14.63) | |
| | 6인이상 | 27(9.76) | 8(2.79) | 8(2.09) | 1(0.35) | 42(14.98) | |

* p<.05

가정 집단과 차이를 보였다. ADHD아동 집단 중 ADHD 가정이 가장 어머니의 우울증이 높은 것으로 나타났는데 이는 우울한 어머니가 높은 아동문제를 일으킨다는 선행연구와 일치한 결과이다(Hopes et al., 1987; Webster-Stratton, 1988; Weissman et al., 1984). 그러나 우울한 어머니의 부정적 상호작용이 아동의 ADHD의 원인인지 결과인지는 분명치 않다. 또한 이 결과는 어머니가 우울할수록 아동의 행동을 부정적으로 보는 경향이 있고, 또한 긍정적인 모-자 관계가 이루어지지 않아 아동을 평가하는데 영향을 미친 것으로 해석할 수도 있다.

부부불화에 따른 ADHD아동 집단간은 통계적으로 유의한 차이를 보이고 있다. 사후검증결과 통제 집단과 ADHD-가정, ADHD-가정과 ADHD-어린이 집간에 유의한 차이를 보였으며 구체적으로 부부불화가 ADHD-가정에서 제일 높은 점수를 보였다. 이러한 결과는 부모의 결혼만족도가 아동의 문제행동에 영향을 준다는 유윤정(1996)의 연구결과와 부부불화가 아동의 정신건강에 영향을 끼친다는 김상빈

(1995)의 연구결과와 일치한다. 이 결과는 모의 우울증과 마찬가지로 해석될 수 있다.

이와같이 본 연구에서는 가정 상황에서 ADHD를 보이는 아동과 가족환경적 특성과는 밀접한 관계가 있음을 보여주고 있다. 특히 이러한 결과는 상호양방향 영향으로 해석될 수 있어 변수들간의 상관관계를 통해 두 변수간의 설명력을 알아 본 결과는 <표 6>에 나타난 바와 같다. <표 6>에 보이는 바와 같이 교사가 평가한 ADHD는 가족환경과 유의한 상관을 보이고 있지 않은 반면에 부모가 평가한 ADHD는 모의 우울증($r=.23, p<.001$), 부부불화($r=.21, p<.001$)와 정적 상관을 보이고 있다. 이는 앞에서 언급되었던 것처럼 어머니들의 아동행동에 대한 평가에 그들 자신의 개인적 특질, 스트레스, 우울, 불안, 그리고 부부불화 등이 개입되기 때문이라고 본다.

모의 우울증은 가족의 응집성($r=-.31, p<.001$), 적응성($r=-.32, p<.001$)과 부적 상관을, 부부불화($r=.58, p<.001$)와는 정적상관을 나타내고 있다. 이는 어머니

<표 5> 가족의 응집성과 적응성, 모의 우울증, 부부불화에 대한 ADHD 아동 집단간의 차이

| 상 황 범 주 | 통제집단 (N=169) | ADHD-가정 (N=49) | ADHD-어린이집 (N=23) | 전반적 ADHD (N=43) | F값 |
|------------------|-----------------|-------------------|---------------------|--------------------|--------|
| | M(SD) | M(SD) | M(SD) | M(SD) | |
| 가족의 응집성 | 22.62(2.38) | 26.88(1.61) | 26.95(1.99) | 26.48(2.27) | 0.80 |
| 가족의 적응성 | 22.33(2.13) | 22.30(1.98) | 22.77(1.80) | 22.00(2.25) | 0.42 |
| 모의 우울증 | 24.64(7.29) a | 28.76(6.57) b | 24.67(6.65) a | 25.50(7.38) ab | 4.24** |
| 부부불화 | 23.33(7.91) a | 25.45(7.55) b | 22.20(7.70) a | 25.05(8.31) ab | 2.93** |

**p<.01

<표 6> 가족의 심리적 환경특성과 ADHD 집단간의 상관관계

| | A | B | C | D | E | F | G | H | I | J | K | L | M | N | O |
|-------------|---|---|---|---|---------|-------|----------|----------|---------|------|---|---|---|---|---|
| ① ADHD-부모측정 | | | | | 1.00 | | | | | | | | | | |
| ② ADHD-교사측정 | | | | | 0.16** | | | | | | | | | | |
| ③ 응집성 | | | | | -0.11 | -0.02 | | | | | | | | | |
| ④ 적응성 | | | | | -0.55 | -0.01 | 0.72*** | | | | | | | | |
| ⑤ 모의 우울증 | | | | | 0.23*** | 0.07 | -0.31*** | -0.32*** | | | | | | | |
| ⑥ 부부불화 | | | | | 0.21*** | 0.05 | -0.50*** | -0.55*** | 0.58*** | 1.00 | | | | | |

p<.01 *p<.001

의 우울과 부부불화가 어느 것이 원인이고 결과인지는 상황에 따라 달리 해석 할 수 있겠지만 두 변인사이와 깊은 관련이 있음을 보여주고 있다.

부부불화도 모의 우울증과 마찬가지로 응집성($r=.50, p<.001$)과 적응성($r=-.57, p<.001$)과는 부적상관을 보이고 있다. 이와 같은 상관관계는 부부의 정신적 건강과 결혼에 대한 만족도가 클수록 가족의 유대가 강하고 잘 적응하며, 반면 부부가 정신적으로 건강하지 못하고 결혼에 대한 불만이나 부부불화가 많을수록 가족의 유대와 적응력이 약해짐을 설명해 줄 수 있다.

결론적으로 이러한 연구결과는 가족환경 특성과 아동의 문제행동간에 상호연관성을 가지고 있다는 것을 보여주고 있는데 가족의 기능, 모의 우울증, 부부불화 중 어느 변인이 ADHD에 더 영향을 미친다고 이해하기보다는 서로 합쳐진 상태에서 아동에게 영향을 미치는 것으로 이해될 수 있는데 이에 대해서는 미래 연구가 필요하다.

V. 결론 및 제언

본 연구에서는 일반 유아기 아동을 대상으로 ADHD를 어린이집이나 가정 상황에 따라, 성과 연령에 따라 범주화 하였으며 부모가 평가한 ADHD와 교사가 평가한 ADHD와의 상관관계가 낮게 나타나 상황적 요인에 따른 범주화 연구에 타당성을 부여해 주었다. 이러한 결과는 ADHD의 개입접근방법이 집이나 학교 등 상황에 따라 차이가 있어야 함을 시사해 주고 있으며 임상적으로 의뢰된 아동들도 상황에 따라 진단과 평가를 해야 할 필요성을 반영해 준다. 대부분 임상적으로 의뢰된 ADHD아동들은 전반적 ADHD아동들이 많지만 임상적으로 약물치료와 다른 심리적 치료방법을 결합할 때는 환경적 요소를 고려할 수 있도록 상황에 따라 진단과 평가를 내린 다음 이에 대한 개입을 시도해야 함을 본 연구결과는 보여 주고 있다.

최근들어 ADHD 아동을 임상적으로 접근하는 한 방법으로 가족치료 접근방법을 사용하고 있는데 본 연구에서는 가족기능에 따라 ADHD 집단간에 유의

한 차이를 보이지 않았을 뿐아니라 모든 집단에서 가족의 응집성과 적응성이 높게 나타나 해석상 어려움을 가져왔다. 이는 다른 선행연구에서 보여준 바와 같이 가족의 형태를 적응성과 응집성으로 나누어 16가지 형태의 가족으로 나눈 Olson의 분류방법을 실증적으로 입증해야 함을 시사해 주고 있으며 가족기능을 명확하게 측정할 수 있는 측정도구의 개발이 시급함을 보여주고 있다.

ADHD와 모의 우울증, 부부불화와의 관계는 선행연구와 마찬가지로 집단간 차이를 보였다. 본 연구 결과에서 나타난 우울증과 ADHD간의 관계는 세계 수준으로 이해되어야 한다. 첫째, 우울한 어머니는 아동의 문제행동에 대한 인내력이 적기 때문에 아동의 행동을 더 부정적으로 평가하는 경향이 높다. 둘째, 우울증이 있는 어머니의 실제적인 행동들이 아동문제의 원인이 될 수 있다. 셋째, 모의 우울증은 자녀의 문제행동에 영향을 받은 결과로 이해할 수 있다. 또한 선행연구는 부부불화도 모의 우울증과 같은 방식으로 아동의 문제행동에 영향을 미칠 수 있음을 보여주고 있다.

더욱이 선행연구는 모의 우울증과 부부불화가 합쳐진 경우 문제가 더욱 심각해질 수 있기 때문에 아동문제를 접근할 때는 이러한 요소가 고려되어야 함을 입증하고 있다. 왜냐하면 우울한 어머니가 다른 가족구성원과 적대적인 관계를 맺으면 아동의 문제행동이 더 증가하기 때문이다. 점점 이혼률이 증가해가고 있는 현 추세에서는 이러한 경향에 대해 주의를 기울여야 한다. 특히 임상 분석에서 나타난 바와 같이 가족폭력이 많은 가정의 아이들이 임상현장에 ADHD 문제로 의뢰되어 오는 경우가 많아 이에 대한 예방적 접근이 필요하다.

이러한 결론을 바탕으로 본 연구가 제언하고 싶은 것은 다음과 같다.

첫째, ADHD를 환경과의 상호작용적 차원으로 이해하여 개입접근하기 위해서는 상황에 따른 범주화가 선행되어야 하므로 후속 연구에서는 상황에 따라 또한 성과 연령에 따라 학령기나 청소년기 아동도 범주화하여 연구할 필요가 있다.

둘째, 앞으로 가족의 심리적 환경에 대한 연구는

가족내의 구체적인 심리적 변인들에 의한 상호작용 관계를 충분히 통찰할 수 있도록 관찰이나 면접의 질적인 방법을 이용하여 규명할 필요가 있다. 본 연구에서는 어머니만을 통하여 가족환경적 특성을 조사하였는데 부부간의 상호작용이나 부모와 자녀간의 상호작용을 더욱 면밀히 관찰 면접하여 ADHD에 직접적으로 영향을 미치는 요소를 규명하여 실제 접근에 응용할 수 있어야 한다.

셋째, 가족의 응집성과 적응력을 정확하게 측정할 수 있는 측정도구의 개발을 통하여 가족의 기능을 이론적으로서가 아니라 실증적으로 분류할 수 있어야 한다.

넷째, 기존의 부모교육 프로그램에서는 부모-자녀와의 상호작용을 주로 다루고 있는데 비해 본 연구 결과는 부모자신의 정신건강이나 부부관계가 매우 중요한 것으로 나타나고 있다. 따라서 부모교육 프로그램 내용에 부모자신을 위한 교육내용에 더 중점을 두어야 할 필요가 있다.

다섯째, 본 연구결과는 임상장면에서 단순한 ADHD아동과 다른 정서사회적 문제행동을 지닌 ADHD아동의 가족에 대한 이해를 높이는데 도움을 줄 것이다. 따라서 생물학적, 인지적, 행동적 접근방법을 시도하는 개입자들은 ADHD아동의 가족환경 특성을 고려하여 영유아기 초기에 ADHD를 접근할 수 있는 방안을 마련해야 한다.

여섯째, 비록 어린이집과 가정에서의 ADHD가 공통점을 많이 가지고 있다하더라도 교사를 위한 프로그램과 부모를 위한 프로그램을 실행하는 데는 환경적 상호작용요소를 고려해서 실행할 수 있도록 해야 한다.

마지막으로 학령기 아동을 통한 ADHD아동 연구에서는 주의력 결핍 과잉행동문제와 아동의 인지발달과의 관련성을 매우 중요하게 다루고 있는데 비해 본 연구에서는 영유아기 인지발달 정도의 기준 척도인 지능검사를 실시하지 않았다. 특히 인지발달이나 학업성취는 상황적 요소에 따라 많은 차이를 보여주고 있기 때문에 영유아기 아동도 학령기 아동과 같은 결과를 보일 것인지를 연구를 통해 규명해야 할 필요가 있다.

■ 참고문헌

- 1) 김상민(1995). 가족 및 부부관계와 자녀의심리적 인 특성, 연세대학교 석사학위논문.
- 2) 김주연(1997). 가족기능에 따른 아동의 정신건강에 관한 연구, 이화여자대학교 석사학위 논문.
- 3) 유순덕(1987). Circumplex model에 입각한 한국의 임상 가족과 일반 가족의 비교 연구, 연세대학교 석사학위 논문.
- 4) 유윤정(1996). 주의력 결핍과잉행동아와 외면성 증후군병발 주의력 결핍과잉행동아 간의 심리사회적 변이 비교연구, 이화여자대학교 석사학위 논문.
- 5) 이국향(1992). 부모-자녀간 의사소통, 가족의 응집력 및 적응이 자녀의 정신건강에 미치는 영향, 고려대학교 교육대학원 석사학위 논문.
- 6) 이규래, 임중환, 오미경, 이혜지, 윤방부(1991). 정신질환가족과 정상가족 기능 비교 연구, 가정의 12(1), 30-35.
- 7) 이근후, 강병조, 광동일, 민성길, 박민철, 박영순, 신석철, 우종인, 이길홍, 이무석, 이정호, 정성덕, 정인과, 한오수, 황인근(1995). 정신장애의 진단 및 통계 편람(DSM-IV). 하나출판사.
- 8) 이리라(1993). 주의력 결핍과 과잉행동아의 또래 관계 연구, 숙명여자대학교 석사학위논문.
- 9) 이민규, 이영호, 정한용외(1995). 한국판 Beck 우울증 척도 표준화 연구II, 정신병리학 4(1), 96-104.
- 10) 이재윤, 이혜리, 조동현(1990). 가족 적응력 결속력 평가척도(FACE III)를 이용한 만성 알코올 중독 환자의 가족 기능 평가에 대한 연구, 가정의 11(10), 29-33.
- 11) 이혜련(1992). 주의력결핍-과잉행동장애, 소아정신건강, 제 8호, 한국아동문제연구소.
- 12) 임중환, 이규래, 오미경, 광기우, 이혜리, 윤방부(1990). 가족적응력, 결속력 평가척도(FACE III) 신뢰도 및 타당도에 관한 연구, 가정의 11(11), 8-17.
- 13) 추영란(1993). 과활동성 아동이 부모의 역할긴

- 장, 역할수행능력, 가족체계유형지각에 미치는 영향, 경북대학교 박사학위논문.
- 14) 하은혜(1991). 주의력결핍 과잉행동아의 약물치료에 따른 모-자 상호행동과 인지적 행동적 증상의 변화, 연세대학교 석사학위논문.
 - 15) 한미경(1994). 한국판 아동용 주의 및 적응검사(K-CAAS)의 표준화를 위한 일 연구, 충북대학교 석사학위논문.
 - 16) Achenbach, T. M., Hensley, V. R., Phares, V., & Grayson, D.(1990). Problems and competencies reported by parents of Australian and American children. *J. Child Psychol. Psychiat.* 31(2), 265-286.
 - 17) Altepeter, T. S., & Breen, M. J.(1992). Situational variation in problem behaviour at home and school in attention deficit disorder with hyperactivity: A factor analytic study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* 33, 741-748.
 - 18) Anastopoulos, A. D., Shelton, T.L., Dupaul, G. J., & Guevremont, D. C.(1993). Parent training for attention-deficit hyperactivity disorder: Its impacts on parent functioning. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21, 5.
 - 19) Barkely, R. A., Fisher, M., Edelbrock, C. S., & Smallish, S.(1991). The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by reserach criteria: Mother-children interby criteria. *J. Child Psychol Psychiat.* 32(2), 233-255.
 - 20) Barkely, R. A., Karlsson, J., & Pollard, S.(1985). Effects of Age on the Mother-child interactions of ADHD and normal boys, *Journal of Abnormal Child Psychology*, 13, 1985, 631-637.
 - 21) Barkely, R. A., Karlsson, J., Pollard, S., & Murphy, J. V.(1985). Developmental changes in the mother-child interactions of hyperactive boys: The effects of two dose levels of ritalin, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 26, 705-715.
 - 22) Barkley, R. A.(1996). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment.* Guilford Press.
 - 23) Boudreault, M., Thivierge, J., Cote, R., Boutin, P., Julien, Y., & Bergeron, S.(1988). Cognitive development and reading achievement in pervasive-ADD situational-ADD and control children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 29, 611-619.
 - 24) Campbell, S. B.(1991). Active and Aggressive Preschoolers. In D. Cicchetti & S. I. T.(eds.) *Internalizing and Externalizing of Dysfunction*(pp. 57-89). Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
 - 25) Campbell, S. B., Ewing, L. J., Breaux, A. M., & Szumowski, E. K.(1986). Parent-referred problem three-year-olds: Follow-up at school entry. *J. Child Psychol. Psychiat.* 27(4), 473-488.
 - 26) Cumrnings, E. M., & Cummings, J. L.(1988). A process-oriented approach to children's coping with adults' angry behavior. *Developmental Preschool Year: Theory, Research, and Intervention.* 296-321.
 - 27) Dadds, M. R.(1995). *Families, children, and the development of dysfunction.* SAGE Publications.
 - 28) Dadds, M. R., Schwartz, S., & Sanders, M. R.(1987). Marital discord and treatment outcome in behavioral treatment of child conduct disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 55(3), 396-403.
 - 29) Egeland, B., & Farber, E.(1984). Infant-mother attachment: Factors related to its development and changes over time. *Child Development*, 55, 753-771.
 - 30) Emery, R. E.(1984). Marital discord and child behavior problem in a nonclinic sample. *Journal of Abnormal Psychology.* 12(3), 411-420.
 - 31) Gillberg, C., & Rasmussen, P.(1982). Perceptual, motor and attention deficits in seven-year-old children: Background factors. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 24, 752-770.
 - 32) Goodman, R., & Stevenson, J.(1989). A twin study of hyperactivity: The aetiological role of

- genes, family relationships and perinatal adversity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 23, 58-67.
- 33) Hope, H., Biglan, A., Sherman, L., Arthur, J., Friedman, L., & Osteen, V.(1987). Home observations of family interactions of depressed women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 55(3), 341-346.
- 34) Jouriles, E.N., Barling, J., & O'Leary, K.D.(1987). Predicting child behavior problems in marital violent families. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 15, 165-173.
- 35) Lahey, B.B., & Carlson, C.L.(1991). Validity of the diagnostic category of attention deficit disorder without hyperactivity: A review of the literature. *Journal of Learning Disabilities*, 24, 110-120.
- 36) Lambert, N. M., Sandoval, J., & Sassone, D.(1978). Prevalence of hyperactivity in elementary school children as a function of social system definers. *American Journal of Orthopsychiatry*, 48, 446-462.
- 37) Luk, S. L., Leung, P. Yeun, J.(1991). Clinic observations in the assessment of pervasiveness of childhood hyperactivity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32, 833-850.
- 38) Marshall, V.G., Longwell, L., Goldstein, M. J., & Swanson, J. M.(1990). Family factors associated with aggressive symptomatology in boys with attention deficit hyperactivity disorder: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31, 629-636.
- 39) McGee, R. Silva, P. A., & Williams, S.(1984). Behavior problems in a population of seven-year-old children children: prevalence, stability and types of disorder a research report. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 25, 251-259.
- 40) Olson, D. H., McCubbin, H. I., Barnes, H., Howard, L., Larsen, A. S., Andrea, S.(1983). Muxen, M. J., & Wilson, M. A., *Families: What makes them work*. Beverly Hills: Sage Publications.
- 41) Olson, D. H., Portner, C. S., & Lavee, Y.(1985). *FACE III. Family social science*, University of Minnesota, St. Paul, Minnesota.
- 42) Olson, D. H., Russell, C. S., & Sprenkle, D. H.(1989), *Circumplex model*, Newyork: The Haworth Press.
- 43) Pelham, W.E.(1989). Behavior therapy, bahavioral assessment and psychostimulant medication in the treatment of Attention Deficit Disorders: An interactive approach. In L. M. Bloomingdale, & J. Swanson(eds.), *Attention Deficit Disorder: Current Concepts and Emerging Trends in Attentional and Behavioral Disorders of Childhood*, 5, 169-195.
- 44) Prinz, R. J., Myers D., Holden, W., Tamowski, K. J., & Roberts, W. A.(1983). Marital disturbance and child problems : A cautionary note regarding hyperactive children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 11(3), 390-398.
- 45) Rapport, J. L., & Benoit, M.(1986). The relation of direct home observations to the clinic evaluation of hyperactive school age boys. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 16, 141-7.
- 46) Ross, D. M. Ross, S. M.(1982). *Hyperactivity: Current issues, research and theory*(2nd ed.). New York: Plenum Press.
- 47) Rutter, M., & Quinton, D.(1984). Parental psykiatric disorders: Effects on children. *Psychological Medicine*, 14, 853-880.
- 48) Safer, D. J., & Krager, J. M.(1988). A survey of medication treatment for hyperactive-inattentive students. *Journal of the American Medical Association*, 260, 2256-2258.
- 49) Sandberg, S.(1996). *Hyperactivity disorders of childhood*, Cambridge University Press.
- 50) Sandberg, S., & Garralda, M. E., Psychosocial contributions. In Sandberg, S(eds.)(1996). *Hyperactivity Disorders of Childhood*, 280-328, Cambridge University Press.

- 51) Sandberg, S., Day, R., & Trott, G. E.(1996) Clinical aspects. In Sandberg, S(eds.), *Hyperactivity disorders of childhood*, 3, 69-110, Cambridge University Press.
- 52) Sandberg, S. T., Wieselberg, M., & Shaffer, D.(1980). Hyperkinetic and conduct problem children in a primary school population: Some epidemiological considerations. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 21, 293-311.
- 53) Schachar, R.(1991). Childhood hyperactivity. *J. Child Psychol. Psychiat*, 32(1), 155-191.
- 54) Schachar, R. J., Rutter, M., & Smith. A.(1981), The hyperactive children: Implications for syndrome definition. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 22, 375-392.
- 55) Sekim, W.O., Kashani, J., Beck, N., Cantwell, D., Martin, J., Rosenberg, J., & Costello, A.(1985). The prevalence of attention deficit disorders in a rural mid-western community sample of nine-year-old children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 24, 765-770.
- 56) Szatmari, P. Offord, D. R., & Boyle, M. H.(1989). Ontario child health study: prevalence of attention deficit disorder with hyperactivity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 205-217.
- 57) Taylor, E., Sandberg, S., Thorley, G. & Giles, S. (1991), The epidemiology of childhood hyperactivity. *Maudsley Monographs*, 33, Oxford: Oxford University Press.
- 58) Webster-Stratton, C.(1988), Mothers and father perceptions of child deviance: Roles of parent and child behaviors and parent adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 909-915.
- 59) Weissman, M., Prusoff, B., Gammon, G. D., Merikangas, K., Leckman, J., & Kidd, K.(1984). Psychopathology in the children(ages 6-18)of depressed and normal parents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 23, 78-84.
- 60) Werry, J. S., Elkind, G.S., & Reeves, J. C.(1987). Attention deficit, conduct, oppositional and anxiety disorders in children: A review of research on differentiating characteristics. *Journal of the American Academy of child and adolescent Psychiatry*, 26, 144-155.
- 61) Whalen, C. K.(1989), Attention deficit in hyperactivity disorder. In T. H. Ollendick, & M. Hersen(Eds.), *Handbook of Psychopathology*(2nd ed. pp. 131-169). New York: Plenum Press.
- 62) Whalen, C. K.(1989). Attention deficit in hyperactivity disorder. In T.H. Ollendick, & M. Hersen(eds.), *Handbook of psychopathology*(2nd ed.), 131-169. New York: Plenum Press.