

아동의 우울보고에 따른 부모 아동행동평가의 차이

양재웅¹⁾ · 김유진¹⁾ · 김현수²⁾ · 신경민¹⁾ · 신윤미¹⁾

아주대학교 의과대학 정신건강의학교실,¹⁾ 관동대학교 의과대학 정신건강의학교실²⁾

Difference between Children's Self-Reports on Depression and Parents' Assessment of Children's Behaviors

Jae Woong Yang, M.D.¹⁾, Yu Jin Kim, M.D.¹⁾, Hyun Soo Kim, M.D.²⁾,
Kyung Min Shin, Ph.D.¹⁾ and Yun Mi Shin, M.D.¹⁾

¹⁾Department of Psychiatry, Ajou University School of Medicine, Suwon, Korea

²⁾Department of Psychiatry, College of Medicine, Kwandong University, Goyang, Korea

Objectives : Childhood is a critical period involving various developmental tasks that need to be accomplished. Childhood depression has overall negative implications for certain areas of development, including cognition, emotion, social skills, academic achievement, and ability to cope with stress. Yet, because depression can be “masked” by accompanying behavioral problems, early detection and diagnosis of childhood depression is somewhat challenging. In this study, using the Korean version of the Child Behavior Checklist (K-CBCL), we evaluated the association between children's self reports on depression and parents' assessment of children's behaviors.

Methods : Subjects were recruited from the S city, a cohort comprising a non-random convenience sample of 226, 10-year-old ethnic Koreans in their fourth year of elementary school and their parents. All participants underwent several tests, including Children's Depression Inventory (CDI) and K-CBCL.

Results : A total of 226 children, including 166 boys (73.5%) and 60 girls (26.5%), participated in the study. The average CDI for the participants was 14.57 (SD=7.54). Two items on the K-CBCL, total scale of adjustment scale and social withdrawal problems, showed a close association with the CDI.

Conclusion : Although much remains to be elucidated, after controlling for covariates, the results of this study suggested that behavioral problems observed in children may be closely associated with depression.

KEY WORDS : Depression · Children's Depression Inventory · Child Behavior Checklist.

서론

우울증은 슬프고 우울한 기분, 비관적이고 부정적인 생각, 불면, 식욕 감퇴, 피곤함, 의욕저하 등을 특징으로 하는 정신 장애로 적절한 시기에 발견하여 치료받지 못하면 심각한 사회문제로 발전하기도 한다. 우울증의 1년 유병률은 2.7-10.3%에 달하고, 평생 유병률은 7.8-17.1%로 알려져 있다.^{1,2)}

우울증을 앓고 있는 사람들 중에서 10-15%가 자살에 이르고 있듯이 우울증은 심각한 질환이며 향후 계속 증가할 것으로 예상된다.³⁾ 소아 우울증이 얼마나 흔한 질환인가 하는 것은 현재까지의 역학 연구의 여러 제한점으로 인해 정확한 평가는 어렵지만 소아, 청소년의 10-15%는 우울증 증상을 경험하는 것으로 알려져 있고,⁴⁾ 소아의 2%, 청소년의 4-8%가 주요 우울장애가 있다고 알려져 있다.⁵⁾ 유병률 연구에서 다양한 결과가 보고되는 이유는 서로 다른 진단 기준과 평가 방법의 사용, 연구 대상군의 특성 고려 여부, 우울증 자체의 복합적인 원인론 등이 이유로 생각 된다.⁶⁾

아동기 우울 증상은 성인기의 기분장애의 위험을 높이는 것으로 알려져 있다.⁷⁾ Harrington 등⁷⁾은 아동 및 청소년기에 우울증으로 치료를 받은 적이 있는 환자들을 18년 동안 추적

접수완료 : 2012년 3월 7일 / 심사완료 : 2012년 5월 4일

Address for correspondence: Yun Mi Shin, M.D., Department of Psychiatry, Ajou University School of Medicine, San 5 Woncheon-dong, Yeongtong-gu, Suwon 443-721, Korea

Tel : +82.31-219-5180, Fax : +82.31-219-5179

E-mail : ymshin@ajou.ac.kr

조사한 결과 이 중 60%가 성인기에 적어도 한 번 이상의 주요 우울장애가 발생한다고 보고하였다. Newman 등⁸⁾은 아동기 우울에 대해 아동기나 청소년기의 형성과정에서 잠시 나타났다가 사라지는 것이 아니라 성인기의 우울장애를 예측할 수 있는 중요한 인자라고 하였다. 아동기 우울증은 조기에 발견되어 치료받지 못하면 만성화되는 특징이 있고 재발률이 높으며 아동의 인지적, 정서적 측면, 성격 및 사회성에 커다란 장애를 가져 올 수 있기 때문에 그 심각성이 더욱 커 조기에 발견하여 치료해야 함이 절실히 요구된다.⁸⁾

아동기는 우울감정을 직접 호소하는 일이 흔하지 않고 대신 우울한 감정을 해소하기 위해 문제행동 등을 보이며 우울증상이 나타난다. 아동기의 우울증은 인지, 정서, 사회성, 학업능력, 대인관계 형성능력, 그리고 스트레스 대처양식의 습득 등 다양한 발달상의 과업 성취에 부정적인 영향을 미쳐 무단결석, 가출, 비행 행동 등이 나타나기도 한다.⁹⁾ 이와 같은 아동기 우울 특징은 성인기의 우울과 공통되는 부분도 많지만 성인과는 다른 행동상의 문제(짜증, 신체증상, 무단결석, 등교거부, 학습부진, 과잉행동, 공격적 행동 등)를 나타내는 가면 우울(masked depression)로 아동기 우울을 진단하기 어렵고 경우에 따라서 전혀 다른 문제로 인식되는 경우도 많다.¹⁰⁾

따라서 아동기 우울증을 간과하지 않고 조기에 치료적 개입을 하기 위해서는 자신의 기분이나 행동을 일목요연하게 보고하기 어려운 아동의 자가 보고뿐만 아니라 부모의 평가가 매우 중요하고 특히 아동의 우울과 관련된 부모의 평가 항목이 무엇인지를 규명하는 일이 중요하다. 지금까지 아동의 자가 보고와 부모의 평가 결과의 일치 정도 및 여기에 영향을 미치는 요인에 대한 다양한 연구가 수행되었다. 행동문제 유형에 따른 아동과 부모 간의 평가 일치도를 살펴보면, 대체로 내재화 문제보다 외재화 문제에서 자녀와 부모 간의 평가 일치도는 더 높게 나타났다.^{11,12)}

본 연구의 목적은 초등학교 아동의 우울성향과 부모가 보고하는 문제행동과의 연관성을 밝히고 아동의 우울성이 어떤 유형의 문제행동에 영향을 미치는지 살펴보는 데에 그 목적을 두고 있다.

방 법

1. 대 상

본 연구는 ○○시에 거주하는 초등학교 4학년을 대상으로 하였다. 표본 집단은 1차 학교 선별검진에서 관심군으로 발견되어 정신보건센터에 의뢰된 학생을 대상으로 하였다. 초등학교 4학년 7623명을 대상으로 아동정서·행동선별척도(Child Problem Behavior Screening Questionnaire, CPSQ)와 주의

력결핍 과잉행동장애 평정척도(Korean Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Rating Scale, K-ARS)를 시행하였다. 선별검진을 통해 K-ARS 19점, CPSQ 13점 이상 860명이 고위험군으로 선별되었다. 이 중 300명이 정신보건센터에 방문하였고 설문에 성실히 응한 236명이 최종적으로 연구에 참여하게 되었다. 자료 수집은 2011년 5월부터 6월까지 ○○시 아동, 청소년 정신건강센터를 방문한 부모를 대상으로 개별 면접 방법의 설문조사로 실시되었다. 아동용 우울척도(Children's Depression Inventory, CDI), 한국판 아동 행동평가 척도(Korean version of Child Behavior Checklist, K-CBCL)의 설문조사는 정신보건전문요원이 부모와 아동에게 설문의 취지를 설명한 후 작성하도록 하고 회수하였다. 본 연구는 임상시험심사위원회의 승인을 받았고 연구대상의 부모로부터 연구 참여에 대한 서면 동의를 획득한 후에 이루어졌다.

2. 평가 도구

1) 아동정서·행동선별척도(Child Problem Behavior Screening Questionnaire, CPSQ)

CPSQ는 Huh 등¹³⁾이 개발하였으며, 6-12세 아동의 전반적인 정신건강 선별을 위한 도구로써 부모와 교사 모두가 아동의 문제행동을 판별해 낼 수 있다. 총 26항목으로 구성되어 있어 실시와 채점이 용이하며, 문항의 응답방식은 '전혀 없음'은 0점, '약간 있음'은 1점, '상당히 있음'은 2점, '아주 심함'은 3점까지로 4점 척도이다. 아동의 문제행동에 대한 선별기준은 총점 13점 이상이면 아동의 문제행동에 대해 보다 엄정한 진단이 필요한 것으로 평가한다.

2) 한국어판 주의력결핍 과잉행동장애 평가척도(Korean version of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Rating Scale, K-ARS)

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV를 기본으로 하여 총 18문항으로 구성되어 있으며, 국내에서는 So 등¹⁴⁾이 신뢰도 및 타당도 연구를 수행하였다. 본 척도의 홀수 문항의 총점은 주의력결핍 증상을 측정하며, 짝수 문항의 총점은 과잉행동-충동성 증상을 측정하도록 배열되어 있다.

3) 소아우울척도(Children's Depression Inventory, CDI)

Beck의 성인용 우울척도를 7-17세 아동의 연령에 맞게 변형시킨 것으로 본 연구에서는 Cho와 Lee¹⁵⁾의 한국어판을 사용하였다. 자기 보고식이며 총 27문항으로 구성되어 있고 약 10분 정도 소요된다. 각 문항별로 자신의 상태를 3개 문장 중 하나에 표시하도록 하였고 약간 우울 상태(22-25점), 상당한

우울 상태(26-28점), 매우 심한 우울 상태(29점 이상)로 점수가 높을수록 우울 증상이 심각하다고 볼 수 있다. 본 검진에 서는 22점 이상을 우울로 보았다.

4) 한국판 아동 행동평가 척도(Korean version of Child Behavior Checklist, K-CBCL)

한국판 아동 행동평가 척도는 Achenbach와 Edelbrock¹⁶⁾에 의해 개발된 아동행동평가도구로서 사회능력 척도, 행동문제 척도로 나누어져 있다. 많은 임상연구에서 사용되고 있으며 행동문제 척도는 모두 118개의 문항으로 구성되어 있다. 118개의 문항은 다시 12개의 소척도로 구성되어 있다. 이 척도에서는 문제가 많을수록 점수가 높게 나타나며 T 점수가 65점 이상일 때 임상범위로 간주한다.

3. 통계분석

본 조사는 총 300부의 질문지를 배부하여 이 가운데 부적절하다고 판단된 질문지를 제외하고 226부가 최종 분석 자료로 이용되었다. 수집된 자료는 SPSS WIN 17.0을 이용하여, 대상자의 특성은 실수와 백분율, 아동문제행동 및 아동의 우울 정도는 평균과 표준편차를 구하였다. 아동의 우울 수준에 따른 성별 및 환경적 요인(부모의 최종학력, 소득 수준)은 χ^2 -test로 분석하고, 아동의 우울수준에 따른 아동의 정서, 행동문제 평가는 Mann-Whitney test 분석을 이용하였다.

Table 1. Subject characteristics

	No. (%)	Age (Mean±SD)	CDI (Mean±SD)
Boys	166 (73.5)	9.97±0.67	14.19±7.37
Girls	60 (26.5)	9.98±0.75	15.62±7.97
Total	226 (100)	9.97±0.69	14.57±7.54

CDI : Children's Depression Inventory, SD : standard deviation

Table 2. Differences between subjects with high CDI and low CDI group

	Low CDI No. (%)	High CDI No. (%)	χ^2
Income			0.57
Low	7 (3.4)	0 (0.0)	
Middle	93 (45.6)	7 (38.9)	
High	104 (51.0)	11 (61.1)	
Father's education level			0.26
≥ 13 years	92 (45.8)	5 (29.4)	
9 < years ≤ 12	102 (50.7)	12 (70.6)	
≤ 9	7 (3.5)	0 (0.0)	
Mother's education level			0.54
≥ 13 years	71 (35.1)	4 (22.2)	
9 < years ≤ 12	122 (60.4)	13 (72.2)	
≤ 9	9 (4.5)	1 (5.6)	

CDI : Children's Depression Inventory

결 과

1. 연구 대상자의 일반적 특성

본 연구의 대상자의 일반적인 특성으로는 성별, 부모의 교육 정도, 경제적 생활 수준 등에 대해 살펴보았다. 연구 대상자의 성별 분포는 총 226명 중 남자가 166명(73.5%), 여자가 60명(26.5%)으로 남자가 높은 비율을 보였다. 부모 교육 정도는 부의 경우, 대졸 이상이 97명(44%), 고졸이 114명(52%), 중졸 이하가 7명(3%)의 순으로 나타났다. 모의 경우, 대졸 이상이 75명(34%), 고졸이 135명(61%), 중졸 이하가 10명(10%)으로 나타났다. 아동의 평균 나이는 9.97세(SD=0.69)였고 평균 CDI는 14.57점(SD=7.54)이었다(Table 1). 한편 CDI 22점 이상을 우울 주의군(High CDI)으로 구분한 결과 우울 주의군은 19명(8.4%)이었다. 교차분석 결과, 우울 집단에 따라 부모의 교육 정도 및 경제적 수준은 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다(Table 2).

2. 아동의 우울과 문제행동

본 연구에서 보호자가 보고한 아동의 행동평가 척도 중 아동이 자가 보고한 우울감에 따라 유의미한 차이를 보이고 있는 보호자 보고 항목은 적응척도 총점, 학업수행, 위축문제로 나타났다(Table 3).

고 찰

아동기 우울과 같은 정서적 문제는 그동안 대부분 부모의 보고를 토대로 판단되었으나 일부 연구자들은 부모가 아동의 내적 상태에 대해 민감하지 못하고, 정서문제를 행동문제

Table 3. Comparison of K-CBCL scales between low CDI group and high CDI group

	Low CDI	High CDI	z
Total competence	43.29±8.55	38.47±7.43	-2.47*
Social competence	42.71±8.46	39.21±7.60	-1.89
School competence	47.38±9.69	42.00±8.17	-2.41*
Emotional lability	62.79±7.94	64.95±7.27	-0.91
Withdrawn	61.74±8.64	66.42±7.97	-2.19*
Somatic complaints	59.08±8.42	60.47±7.73	-0.86
Anxious/depressed	62.99±8.66	64.21±10.42	-0.30
Social problems	63.72±8.66	68.26±9.85	-1.64
Thought problems	62.20±7.50	64.68±6.72	-1.41
Attention problems	67.41±10.46	71.74±12.89	-1.63
Delinquent behavior	63.31±10.47	64.79±7.77	-1.37
Total Behavior problems	67.39±10.40	72.00±12.21	-1.40

* : $p < .05$. CDI : Children's Depression Inventory, K-CBCL : Korean version of Child Behavior Checklist

로 보고하는 경향이 있다는 주장을 하면서 아동의 자기 보고에 관심을 갖게 되었다. 최근에는 8세 이상의 아동들이 자신의 내적 상태에 대해 비교적 신뢰성이 높은 보고를 할 수 있다는 것을 받아들이고 있다.¹⁷⁾ 본 연구에서는 4학년 아동들에 의해 직접 보고된 우울에 따른 부모에 의해 보고된 정서 및 행동문제에 차이가 있는 지를 알아보고자 하였다.

본 연구의 결과를 종합해 보면 다음과 같다.

첫째, 본 연구에서 1차 학교 선별검진에서 관심군으로 발견되어 정신보건센터에 의뢰된 초등학교 4학년 학생 226명을 대상으로 CDI를 조사한 결과 CDI는 평균 14.57점이었고, CDI 22점 이상을 우울 주의군(High CDI)으로 구분한 결과 우울 주의군은 8.4%이었다. 평균 CDI 14.57점은 Kovacs¹⁸⁾의 연구에서 보인 지역사회 표본에 대한 9.98±7.29보다 높은 점수이며, 임상 표본에 대한 11.51±6.91보다도 높다. 반면 국내에서 시행된 Cho와 Lee¹⁵⁾가 서울의 초등학교 4-6학년 288명을 대상으로 한 연구와는 비슷한 점수였다. 이는 한국의 아동이 다른 나라에 비하여 우울의 정도가 더 심하기 때문에 나타난 결과라기보다는 자기 보고식 평가에 반응하는 양상의 차이에 기인한다고 저자들은 설명하였다. 실제로 CDI뿐만 아니라 대부분의 자기 보고형 척도들에 대한 한국 피험자들의 평균치가 외국에 비해 더 높은 경향이 있다.^{19,20)} 문화에 따른 감정표현 방식, 교육, 양육 방식 등의 영향을 쉽게 받는 자기 보고라는 점을 감안해서 해석해야 할 것이다. 일련의 비교 문화 연구에 따르면, 한국이나 일본의 소아, 청소년들은 미국의 소아, 청소년들에 비해 우울증 수준이 높았으며, 이는 지나친 학업 스트레스와 밀접한 관계가 있다고 하였으며²¹⁾ 실제로 한국의 학업적 스트레스가 점차적으로 심해지고 있는 상황이므로 이를 고려하면 아동들의 우울 정도가 심하다고 할 수 있다. 또한 본 연구의 표본 집단이 CPSQ와 K-ARS를 이용하여 선별된 관심군이었던 것이 우울 주의군이 8.4%로 다소

높은 결과로 나오게 된 원인으로 작용했을 것으로 추정된다.

둘째, 아동이 직접 보고한 우울감에 따른 성별, 부모학력, 가족구조 및 경제상태와 같은 인구학적 변인은 차이가 없었다. 아동기 우울증의 남녀 비가 1:1인 것은 기존의 결과들과 일치하는 결과이고 소아기 우울증의 성비 차이는 청소년기 후반부터 보이기 시작한다.^{22,23)} 부모의 교육 정도와 경제적 수준에 따른 우울 주의군 분포를 분석 한 결과 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다. 선행 연구들에서는 가정의 경제적 여건과 아동의 문제행동과의 연관성에 대해 일관적이지 않은 결과들을 보였다.^{18,24)} Tracy 등²⁵⁾은 사회 경제적 여건과 소아의 우울 증상의 관계는 가정의 소득이 가장 큰 영향을 주고, 잦은 이사, 가족 구성원의 변화, 이혼, 별거 등 정서적 지지가 낮은 가정환경이 연관되어 있다고 밝혔다. 그러나 최근 국내의 연구에서 부모의 수입이나 직업은 우울증이나 ADHD와 연관이 없다고 보고되었고,²⁶⁾ 부모의 교육 수준 역시 우울 증상의 관련성이 없는 것으로 밝혀졌다.²⁷⁾ 따라서 아동의 우울과 관련된 사회 경제적 여건에 대한 일관된 결과를 얻기 위해서는 추후 대규모의 역학 연구가 필요할 것으로 보인다.

셋째, 우울의 정도와 연관성이 큰 부모-보고 행동평가 척도는 위축문제, 적응척도 총점, 학업수행의 세 가지 항목으로 나타났다. K-CBCL의 위축에 해당하는 항목들을 살펴보면 '혼자 있는 것을 좋아한다.' '말을 하지 않으려 한다.' '숨기는 것이 많고 남에게 속을 털어놓지 않는다.' '수줍거나 소심하다.' '위축되서 남들과 어울리지 않는다.' 등이다. 그동안 시행되어 온 연구 결과들을 살펴보면 우울한 아동들의 자기 보고와 부모들의 보고 사이에는 일치되지 않은 결과들이 많았다. 대부분의 부모가 아동의 내적 상태에 민감하지 못하기 때문에 아동의 정서문제를 반항, 집중력 저하, 흥분 등의 행동문제로 보고하는 경향이 있고 이로 인해 보호자들의 보고가 민감하지 못하다는 것이었다.^{16,29,30)} 하지만 아동의 나이가 증가

할수록 자신의 내적 경험에 대해 믿을만한 보고를 하며 자가 보고 우울과 어머니가 보고한 내재화 문제의 일치도가 높다고 한 결과²⁸⁾가 있다. 본 연구에서도 부모가 보고한 위축 척도와 아동의 우울보고와의 관련이 있는 것은 아동의 보호자 역시 신뢰로운 보고자가 될 수 있음을 시사한다. 또한 과거 동양에서는 ‘조용하고 예의바르고 참는 모습’을 바람직하게 여기는 사회에서는 아동이 내면적 문제를 보일 때 부모가 이를 그리 심각하게 받아들이지 않는 반면, 공격적인 행동은 용납하지 않을 가능성이 높았다. 하지만 시대가 변하면서 부모가 아동에게 바라는 바람직한 아동상이 ‘자율적이고 활발한 아이’로 변함에 따라 내재적 문제에 더욱 민감하게 반응함으로써 다음과 같은 결과에 영향을 미쳤을 가능성 또한 배제할 수 없을 것이다. 실제로 우리나라의 경우 과거에는 주로 아동의 정서 문제와 외현화 행동문제의 밀접한 연관성³¹⁾이 결과로 제시되었으나 최근에는 내재화 문제와의 연관성³²⁾이 결과로 제시되기도 하였다.

학업수행, 총 적응점수에서 유의미한 차이를 보이고 있는 것은 아동의 우울감이 적응상의 문제로 나타날 수 있으며 아동 우울증 평가시 적응 정도를 파악하는 것이 중요하다는 것을 보여주고 있다. 사회능력 척도는 친구나 또래와 어울리는 정도, 부모와의 관계 등을 살펴보는 사회성을 평가하는 사회성 척도와 교과목 수행정도 및 학업수행상의 문제 등을 평가하는 학업수행 척도와 총 사회능력 척도로 이루어져 있다. 학동기는 정서, 인지, 사회성의 급격한 성장이 이루어짐과 동시에 여러 가지 발달과업을 수행하고 습득해야 하는 시기이다. 우울감, 의욕 저하, 짜증 등의 다양한 임상적 표현에 제한이 있는 아동들의 경우 우울증에 합당한 특이적 임상양상을 보이기보다 다양한 적응상의 어려움으로 나타날 수 있다는 것이다. 따라서 우울한 아동을 평가할 경우 증상을 잘 파악하는 것뿐 아니라 개인의 전반적인 기능에 영향을 미치는 정도를 평가하는 것이 중요하다고 할 수 있다. 이는 아동기 우울을 이해하는 대표적인 모형인 유능성-기반 모형으로 설명할 수 있다. 아동이 과제를 수행하는 과정이나 결과에 대해 중요한 타인에게 부정적 피드백을 받으면 자신의 유능성이 부족하다고 지각하게 되고 이렇게 형성된 부정적 자기 개념이 우울을 초래하는 한편, 초래된 우울이 수행과제와 적응능력에 부정적인 결과를 초래한다는 것이다.³³⁾ 한편 우울 정도가 심할수록 시험불안의 정도가 높고³⁴⁾ 시험불안이 높을수록 학업 성취도가 낮아진다³⁵⁾는 결과도 이를 이해하는데 도움이 될 수 있다. 아동의 자기 보고에 의한 우울감에 따라 위축, 적응 정도, 학습 등에서 유의미한 차이를 보이고 있는 것은 아동기 정서문제에 대해 적극적으로 아동의 보고뿐 아니라 보호자 역시 신뢰로운 보고자역할을 할 수 있어 임상진단을 하

기 위해 모두 필요한 정보임을 시사한다. 추후에는 아동의 자가 보고 우울과 부모의 아동 행동 평가가 시대상에 따라 어떻게 변화하는지 그 추이를 밝혀 낼 수 있는 연구가 필요 할 것으로 보인다.

본 연구는 임상에서가 아닌 지역사회 일반 아동을 대상으로 연구를 진행한 점과 아동의 자가 보고를 연구에 포함시켰다는 점에서 그 의의가 있으나 다음과 같은 제한점을 지니고 있다. 첫째, 정신과적 진단에 기초한 정보의 부재이다. 본 연구에서는 구조화된 진단적 면담 도구를 이용한 일대일의 면담이 없다. 둘째, 본 연구는 경기도 ○○이라는 한국의 한 지리적 구역에서 초등학교 4학년이라는 제한된 나이 영역을 대상으로 실시하였고, 아동의 행동에 대해 관심을 가진 부모가 자발적으로 방문한 경우만을 대상으로 얻은 연구 결과라는 점에서 일반화하기에 무리가 있을 수 있다. 셋째, 부모의 보고와 다를 수 있는 교사 보고의 부재가 또 하나의 제한점이 될 수 있다. 넷째, 본 연구에서 아동의 우울에 영향을 미치는 변인은 다소 제한적이다. 다섯째, 본 연구에서는 아동의 행동 문제 중 우울과 관련 있는 변인들이 우울 수준에 따라 차이가 있는지 살펴보았으나 이러한 변인들과 우울이 서로 어떻게 영향을 미치는지를 구체적으로 살펴보지 못했다. 따라서 향후 연구에서는 진단적 체계를 이용하여 결과에 대한 재검증 및 재평가가 필요할 것으로 보이고 다양한 연령과 계층을 대상으로 교사의 보고 또한 포함될 필요가 있다. 또한 본 연구에서 다른 변인 외에 아동의 우울에 영향을 미치는 개인, 가족, 환경에 대한 변인의 모색과 함께 우울에 따라 차이가 있게 나타난 변인들이 어떠한 인과관계 혹은 경로를 통해 우울에 영향을 미치는지 살펴보는 연구가 진행되어야 할 것이다.

결론

본 연구는 1차 학교 선별검진에서 관심군으로 발견되어 정신보건센터에 의뢰된 학생 226명을 대상으로 아동과 보호자에게 각각 CDI와 K-CBCL를 실시하여 그 결과를 보고하였다. 본 연구 결과 평균 CDI는 14.57점이었고, CDI 22점 이상을 우울 주의군(High CDI)으로 구분한 결과 우울 주의군은 8.4%이었다. 우울의 정도와 연관성이 있는 요인에 대한 연구 결과 성별, 부모의 교육정도, 경제적 수준은 모두 유의미한 연관성이 없는 것으로 밝혀졌다. 한편 우울의 정도와 연관성이 있는 부모-보고 행동문제는 적응 척도 총점, 학업수행, 위축 문제였다.

우울증의 조기 발견 및 개입은 예후에 긍정적인 영향을 미친다. 또한 학령기 아동의 정서적, 행동적 문제를 조기에 발견하여 개입하면 사회적, 정서적 기능을 향상시킬 수 있다. 본

연구에서는 부모-보고 행동 문제 중 아동의 우울과 관련된 평가 척도가 그동안 외현화 문제로 보고되었던 것과 달리 적응척도 총점, 학업수행, 위축문제의 결과로 나타났다. 이는 우울증의 조기 발견을 위해 부모-보고 행동문제 중 적응문제, 학업수행문제, 위축문제에도 관심을 기울여야 함을 의미한다.

한편 이 연구는 일도시에서 특정시기에 특정 연령 중 선별된 학생을 대상으로 시행한 연구로 우울 아동에 대한 보다 다양한 지역의 학생들을 포함한 전향적인 연구가 필요할 것으로 보인다. 또한 추후 아동의 자가 보고 우울과 관련이 있는 부모의 아동 행동 평가 항목이 시대상태 따라 어떻게 변화하는지 그 추이를 밝혀 낼 수 있는 연구가 필요 할 것으로 보인다.

중심 단어: 우울증 · 소아우울 척도 · 아동 행동평가 척도.

References

- 1) Weissman MM, Bruce LM, Leaf PJ, Florio LP, Holzer III C. Affective disorders. In: Robins LN, Regier DA, editors. *Psychiatric disorders in America: the epidemiologic catchment area study*. New York: Free Press;1991. p.53-80.
- 2) Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:8-19.
- 3) Park C, Lee J. Analysis of factors affecting the change of depression of Korean adult male and female. *J Health Med Sociol* 2011;29:99-128.
- 4) Smucker MR, Craighead WE, Craighead LW, Green BJ. Normative and reliability data for the Children's Depression Inventory. *J Abnorm Child Psychol* 1986;14:25-39.
- 5) Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE, Brent DA, Kaufman J, Dahl RE, et al. Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35:1427-1439.
- 6) Wicks-Nelson R, Israel AC. *Behavior Disorders of Childhood*. 2nd ed. New Jersey: Prentice Hall;1991. p.50
- 7) Harrington R, Fudge H, Rutter M, Pickles A, Hill J. Adult outcomes of childhood and adolescent depression. I. Psychiatric status. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47:465-473.
- 8) Newman DL, Moffitt TE, Caspi A, Magdol L, Silva PA, Stanton WR. Psychiatric disorder in a birth cohort of young adults: prevalence, comorbidity, clinical significance, and new case incidence from ages 11 to 21. *J Consult Clin Psychol* 1996;64:552-562.
- 9) Oh KJ, Kim EJ. Developmental perspective on depression in childhood and adolescence. *J Korean Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992;3:117-128.
- 10) Lim EC. The relationships between anxiety/depression and friendship characteristics in elementary school children. Seoul: Yonsei Univ.;2005.
- 11) Seiffge-Krenke I, Kollmar F. Discrepancies between mothers' and fathers' perceptions of sons' and daughters' problem behaviour: a longitudinal analysis of parent-adolescent agreement on internalising and externalising problem behaviour. *J Child Psychol Psychiatry* 1998;39:687-697.
- 12) Achenbach TM, McConaughy SH, Howell CT. Child/adolescent behavioral and emotional problems: implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychol Bull* 1987;101:213-232.
- 13) Huh Y, Ahn DH, Choi JH, Kang JY, Kim YY, Oh KJ. Development of a child problem-behavior screening test. *Korean J Neuropsychiatr Assoc* 2003;42:724-735.
- 14) So YK, Noh JS, Kim YS, Ko SG, Koh YJ. The reliability and validity of Korean Parent and Teacher ADHD Rating Scale. *Korean J Neuropsychiatr Assoc* 2002;41:283-289.
- 15) Cho SC, Lee YS. Development of the Korean form of the Kovacs' Children's Depression Inventory. *Korean J Neuropsychiatr Assoc* 1990; 29:943-956.
- 16) Achenbach TM, Edelbrock C. *Manual for the child behavior checklist/4-18 and 1991 profile*. Burlington: University of Vermont;1991.
- 17) Frigerio A, Pesenti S, Molteni M, Snider J, Battaglia M. Depressive symptoms as measured by the CDI in a population of northern Italian children. *Eur Psychiatry* 2001;16:33-37.
- 18) Kovacs M. *Children's depression inventory: technical manual update*. Toronto: Multi-Health System;2003.
- 19) Park KB, Shin MS, Kim ZS. The cut-off score for the Korean version of Beck depression inventory. *Korean J Clin Psychol* 1993;12:71-81.
- 20) Hahn HM, Yum TH, Shin YM, Kim KH, Yoon DJ, Chung KJ. A standardization study of Beck depression inventory in Korea. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 1986;25:487-500.
- 21) Sung H, Lubin B, Yi J. Reliability and validity of the Korean Youth Depression Adjective Check List (Y-DACL). *Adolescence* 1992;27: 527-533.
- 22) Twenge JM, Nolen-Hoeksema S. Age, gender, race, socioeconomic status, and birth cohort differences on the children's depression inventory: a meta-analysis. *J Abnorm Psychol* 2002;111:578-588.
- 23) Fleming JE, Offord DR. Epidemiology of childhood depressive disorders: a critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990;29:571-580.
- 24) Craighead WE, Smucker MR, Craighead LW, Iardi SS. Factor analysis of the children's depression inventory in a community sample. *Psychol Assess* 1998;10:156-165.
- 25) Tracy M, Zimmerman FJ, Galea S, McCauley E, Stoep AV. What explains the relation between family poverty and childhood depressive symptoms? *J Psychiatr Res* 2008;42:1163-1175.
- 26) Kim SY, Hwang JW, Kim BN, Cho SC, Shin MS. Parent's rearing attitude of children with attention-deficit hyperactivity disorder and Depressive disorder. *J Korean Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008;19:175-181.
- 27) Kim SY, Ha JH, Hwang WS, Yu JH. Association of Psychosocial factors in developing childhood depression and ADHD in a community low income family children. *J Korean Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009;20:76-81.
- 28) Stranger C, Lewis M. Agreement among parents, teachers, and children on internalizing and externalizing behavior problems. *J Clin Child Psychol* 1993;22:107-115.
- 29) Kashani JH, Orvaschel H, Burk JP, Reid JC. Informant variance: the issue of parent-child disagreement. *J Am Acad Child Psychiatry* 1985;24:437-441.
- 30) Edelbrock C, Costello AJ, Dulcan MK, Kalas R, Conover NC. Age differences in the reliability of the psychiatric interview of the child. *Child Dev* 1985;56:265-275.
- 31) Kim YA, Ha EH, Oh KJ, Kim SR. Attitudes about child psychological problems among Korean elementary school teachers and parents. *Korean J Clin Psychol* 1996;15:45-54.
- 32) Shin YM, Cho H, Lim KY, Cho SM. Predictors of self-reported depression in Korean children 9 to 12 years of age. *Yonsei Med J* 2008; 49:37-45.
- 33) Cole DA, Martin JM, Powers B. A competency-based model of child depression: a longitudinal study of peer, parent, teacher, and self-evaluations. *J Child Psychol Psychiatry* 1997;38:505-514.
- 34) Cho SC, Jung YH, Hong KE, Shin MS, Seong YH. Relationship between test anxiety, depression, trait anxiety and state anxiety. *J Korean Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;12:225-236.
- 35) Liebert RM, Morris LW. Cognitive and emotional components of test anxiety: a distinction and some initial data. *Psychol Rep* 1967; 20:975-978.