

청소년기 품행장애와 우울을 동반한 품행장애의 다면적 인성검사 반응양상

전 덕 입 양 익 홍

계요병원

본 연구는 1995년 3월부터 1997년 12월까지 계요병원에 내원한 청소년 환자들중 품행장애와 관련된 문제를 주소로 하지만 품행장애만을 보이는 집단과 우울을 동반한 품행장애를 보이는 집단의 MMPI 반응양상을 살펴보았다. 이 두 집단간의 연령, 학력, IQ는 차이를 보이지 않았다. MMPI 프로파일을 분석한 결과, 타당도 척도에서는 두 집단 모두 F척도가 상승된 샷갓형을 나타내었으며 Pd척도가 가장 상승되어있는 가운데 Ma, D, Si 척도에서 집단간의 유의미한 차이를 보였다. 두 집단을 구분하는데 있어 가장 큰 영향을 주는 척도를 알아 보기 위한 판별분석 결과, Ma, Si, Hy가 판별변인으로 선택되었다. 이를 통한 전체 정확 판별율은 82.6%였다. 또한 유사한 특성을 소유하는 집단간의 응집성과 집단간의 분리를 최대화하는 방향으로 4개의 하위집단을 추출하였다. 이를 토대로 살펴본 결과 동일한 품행장애를 보이는 집단이라도 그 내적 특성은 다를 수 있음이 시사된다.

청소년들은 신체적, 정신적, 사회적으로 과도기 상태에 놓여있다고 볼 수 있다. 이 시기에는 자신의 내부에서 일어나는 다양한 신체적 변화를 경험할 뿐만 아니라 주체성 확립이라는 발달상의 과제를 완수해야 하고, 자신을 둘러싸고 있는 환경에 적응함과 동시에 사회적 요구에도 부응하여야 하기 때문에 이 과정에서 갈등이 야기되고 내재되어 있던 문제들이 밖으로 표출되기도 한다. 이러한 문제들은 다양한 형태로 표현되는데, 그 중에서 품행장애는 일반 소아, 청소년의

5-15%를 차지할 정도로 흔히 진단되며(APA 1987), 특히 산업화, 도시화, 핵가족화등으로 정의되어지는 오늘날의 사회 현실에서 더욱 증가일로에 추세에 있기 때문에 사회문제로까지 심각하게 대두되고 있는 실정이라 하겠다(조수철 등, 1994). 특히, 오늘날 청소년 비행은 92년 이후 최근 5년간 계속 증가추세에 있을 뿐 아니라 비행연령이 낮아지고 그 질적인 면이 난폭화, 집단화 및 지능화되어 가고 있음이 지적되고 있다(청소년 백서, 1997).

통상적으로 공격성, 파괴적인 행동, 거짓말, 도벽등으로 표시되는 품행장애는 1946년 Hewitt와 Jenkins가 처음으로 정의한 이후로, 현재까지 많은 연구들이 이루어져 왔다.

19세기 후반부터 시작된 비행에 관한 초기의 연구들은 비행을 체질적·유전적이론, 모방이론, 정신박약 및 학습이론들로서 이해하려 시도하였으며 최근에는 다중요인접근방식(multiple-factor approach) 그리고 두 가지 분리된 신경학적인 체계로 설명하고자 하는 “두요인 가설”(Gray, 1981)이 대두되고 있다. 그러나 그 어느 하나의 이론만으로는 비행을 명확히 설명할 수 없는 것이 사실이다. 또한 여러 학자들에 의해서 품행장애의 진단적 타당성이 증명되었지만, 이 질환이 상당히 넓고 큰 진단범주에 속하며, 다양한 방향으로 접근이 이루어지고 있음에도 불구하고 모든 의문들을 명확히 설명해 주지 못하고 있어 최근의 연구들에서는 정서장애 등의 공존을 근거로 진단분류에 대한 문제가 논란이 되고 있다. 청소년의 우울증과 품행장애의 공존에는 공통적인 병인론적 과정을 거치지만 증상의 표현 양식의 차이에 따라 특수한 진단으로 나누어진다는 설명과(Costello 1989) 우울증이 직접 품행장애의 원인이 될 수도 있고 품행장애의 영향을 받아 우울증의 양상이 바뀌기도 하며(Angold와 Costello 1992) 만성적이고 반복되는 두 질환의 우연한 중복일 수도 있다는(Harrington 등 1982)등의 여러 가능성이 타진되고 있다. Marriage 등(1986)은 우울청소년에서 비행을 하는 경우가 많다고 하였고, Chiles 등(1980)은 비행청소년에서 우울증이 많아 연관된 우울을 조사해야 한다고 하였으며 박두병 등(1980)과 이인섭 등(1993)의 연구결과도 비행청소년이나 범죄군에서 우울척도가 높게 보고 되었다. 양은주 등(1997)에서 품행장애의 문제행동으로 내원하였으나, 우울증을 동반하고 있는 것으로 진단된 경우가 전체 품행장애의 과반수(9명 중 5명), 특히 외래로 내원한 품행장애 환자의 경우는 모두 우울증을 동반하고 있었다고 한다. 또한 우울증으로 진단된 청소년을 대상으로 했을 때 30%가 품행장애 진단이 내려지며 소아 정신과 입원환자를 대상으로 한 국내 연구에서

도 품행장애 환자의 30%가 기분장애라는 연구 보고가 있었다(신윤오와 조수철, 홍강의 및 김자성 1993). 이 밖에도 청소년에서 우울증과 품행장애는 공존한다는 결과가 여러 연구들을 통해 얻어졌다(Harrington 등 1994, Angold Costello 1992).

그러나 이들 두 질환들 사이의 관련성은 아직까진 논쟁의 여지가 많은 문제로 남아 있고, DSM-IV (APA, 1994)와 ICD-10(WHO, 1993)에서조차도 진단기준과 진단법은 거의 동일하지만 구성은 차이가 있다. DSM-IV에서는 품행장애와 우울증은 개별적인 장애로 간주되며 다른 상태의 진단범주가 동일한 개인에서 같은 시기에 공존하고 있는 상황으로 간주한다. 반면 ICD-10에서는 품행장애가 있는 환자에게 우울증상이 같이 혼합되어 공존하는 경우로서 우울품행장애(depressive conduct disorder)라는 독립된 질환으로 다루고 있다. 이와같이 우울품행장애가 독립진단으로 인정받음에 따라 우울증과 품행장애와는 다른 독립 진단군으로서의 ‘우울 품행장애’의 특징을 파악해야 할 필요성이 더욱 대두되었다. 즉, 원인과 증상, 치료반응, 예후에서 우울증과 품행장애중 어떤 것이 먼저 선행하는지, 이에 따른 차이는 없는지, 우울 증상과 행동증상의 정도 차이는 없는지, 부모의 양육태도와 환경에 따른 차이는 없는지 등에 대한 연구가 있어야 할 것이다(전성일 등, 1996). 어쨌든 이런 많은 연구와 주장들은 청소년에게서 나타나는 품행장애와 우울증의 상관성 및 이를 정확히 진단하는 것이 치료와 예후에 중요함을 반영하는 것이라고 볼 수 있다.

정신과적 병리의 유무 및 심리적 어려움으로 인한 개인의 부적응 정도를 단 시간내에 효과적으로 탐색하는 평가도구로서 임상장면에서 효율성을 인정받아 왔으며 자기 보고형(self-report)검사이므로 환자가 현재 자신의 심리적 어려움을 어떻게 지각하고 있는지를 이해할 수 있으면서, 동시에 타인에게 알리고 싶어하는 신체적, 심리적 상태를 파악해하는 귀중한 정보 제공원인(김중술, 1996) MMPI 프로파일의 특성을 통해 청소년기의 문제행동에 대한 연구를 시도한 보고들이 있다. 1945년 Benton의 연구에서 보면, MMPI를 통

해 반사회성을 지닌 자들 (Psychopathic deviates)과 동성연애자들에게 대해서는 적어도 75%이상의 정확성을 가지고 진단적 분류를 성취할 수 있었다고 하며 유재만 등(1969)도 성격장애에서는 MMPI가 매우 효과적으로 반영하고 있다고 보고하고 있는 바, MMPI의 진단적 유용성은 신뢰로울 것으로 생각된다. 미국의 선행 연구를 보면, 청소년들이 작성한 MMPI를 성인규준을 적용하여 채점하였을 때, 청소년 규준을 적용할 때에 비해 전반적으로 T점수가 상승하며 (Archer, 1987), 특히 F척도와 Pd, Pa, Sc척도의 상승 및 전반적인 프로파일의 상승경향이 나타났다(Archer, 1987)고 보고하듯 MMPI상 성인과 청소년기의 반응양상에 차이가 있음이 보고 되었다. 뿐만 아니라 Hathaway와 Monachesi(1951)는 타당도척도에서 F척도가 높고 임상척도에서 Pd, Sc, Ma척도가 높으면 비행률이 높다는 결과를 얻었다. 이후에도 비행식별에 관한 연구들이 꾸준히 계속되었으며 비록 연구에 따라 다소 차이가 있지만 대개 이와 비슷한 결과를 보이고 있다고 한다. 특히 비행식별에 있어서 Pd척도가 차지하는 중요성은 여러 연구에서 되풀이 되었으며 우리나라에서도 비행청소년과 정상 청소년간의 비교 연구(노명래, 남광현, 1981a, 1981b, 민병근, 이길홍, 김현수, 나철, 1978)에서, 문제 청소년일수록 Pd, Sc척도가 상승했고, L, K척도와 Hs, D, Hy, Pd척도에서 유의한 차이를 보였다. 특히 모범생과 문제 고교생의 MMPI를 비교한 민병근 등(1978)에 의하면, 남학생의 경우 모범과 문제학생간의 차이는 Pd척도에서 가장 뚜렷하게 드러났다. 또한 최근 양은주 등(1997)이 품행장애 단독진단을 받은 집단(4명)과 우울증을 중복 진단으로 받은 집단(5명) 모두 타당도 척도는 'V'형을 그렸지만, 상승하는 척도는 확연히 구분되었으며 품행장애진단만을 받은 경우, Pd 척도의 단독 상승(68T점수)을 보인 반면, 기분장애와 중복 진단된 경우 D, Pd, Pt척도가 60T 정도로 함께 상승하는 경향을 보였으며 비록 집단간의 차이는 Hs척도에서만 나타났으나 ($t=-1.65$, $p=.033$), 두집단의 MMPI 프로파일이 구별되었다고 보고하듯 청소년이 지닌 문제와 관련되어 MMPI프로파일이 달라짐이 반영되고

있다. 품행장애는 가족과 학교선생님에게 곤란한 문제를 야기시키는 소아 및 청소년기의 가장 흔한 정신장애의 하나로서, 비록 현재 여러 가지의 약물치료, 정신치료, 행동요법, 가족치료 등이 시행되어 상당히 호전을 가져오고 있지만 품행장애는 아주 지속적인 경향이 있고 사회에 큰 문제를 야기하는 수가 많다. 그러므로 품행장애아에 대한 다른 임상문제들과의 관련성에 관한 정보를 정확히 아는 것은 소아 및 청소년 정신건강상 매우 중요하다고 할 수 있다(곽영숙, 1988). 청소년에서 두 질환이 공존하는 경우의 연구에서 우울증상이 먼저 생기고 난 후에 행동증상이 나타났다으며 항우울제로 성공적으로 우울증 치료가 끝난 후에는 행동증상 역시 감소되었고 이후에 우울증상이 재발하면서 다시 행동문제도 재발되었다(Puig-Antich, 1982)는 보고나 두 질환이 공존하는 환자에 비해 단지 품행장애만 있는 환자의 반사회적 행동이 병력도 더 만성적이고 정도 역시 심했다(Carlson 등, 1980)는 연구결과와 같이 문제행동을 보이지만 치료적 예후가 다름을 시사해 준다. 따라서 본 연구에서는 더 많은 사례수를 통해 품행장애 단독진단을 받은 집단과 우울을 동반한 품행장애로 진단받은 집단간 MMPI프로파일의 차이를 살펴보았다. 이에 대한 정보는 치료진이 외현상으로 나타나는 문제 행동측면에서만 접근한다면 호전이 더딜 수 있는 반면 정서장애가 동반된 청소년의 치료를 할 때는 외연적인 문제 행동 이면에 가려진 우울 현상에 더 많은 관심과 이해를 갖게 됨으로써 치료적 접근이 용이하도록 도울 수 있을 것이라고 추측된다.

연구 방법

1. 연구 대상자

본 연구는 1995년 3월부터 1997년 12월까지 계요 병원에 내원한 청소년 환자중 품행장애와 관련된 문제를 주소로 입원한 환자를 대상으로 하였다. 연구대상에서 MMPI문항에 대해 무작위로 반응했다고 판단

되는 경우는 제외시켰다.

결 과

2. 평가 도구 및 자료 수집 절차

모든 연구대상 환자에게 축소제작한 간편 다면적 인성검사(이하 MMPI)를 실시하였다. 환자가 MMPI, Sentence Completion Test(SCT), Hout-Tee- Person (HTP), Kinetic Family Drawing Test(KFD)를 평가자와 만나기 이전에 실시하였고 개별 면담시 Bender Gestalt Test(BGT), Draw A Person (DAP), Rorschach, Korean Wechsler Intelligence Scale(KWIS)를 함께 실시하였으며 주의치가 Psychological Test Full Battery를 의뢰한 경우가 대부분이었다. 청소년 환자에 대한 진단은 DSM-IV진단 기준에 근거하였고, 임상심리전문가와 정신과 전문의의 협의 과정을 거쳤다.

3. 자료분석

1) 각 집단의 평균연령, 성별, 교육수준 및 지능의 빈도분석, 백분위 및 집단별 차이검증을 하였다.

2) 각 집단의 평균 MMPI프로파일을 작성해 보고 문제행동을 동반한 우울증으로 진단받은 집단과 품행장애로 진단받은 집단간의 MMPI 척도별 차이검증을 하였다.

3) 집단간의 척도별 비교로서 두 집단을 구별하는데 유의하게 기여하는 MMPI척도들은 어떤 것이 있는지를 확인하고 또 어느 척도가 집단을 분류하는데 상대적으로 중요한지를 알아보기 위해 판별분석(discriminant analysis)를 하였다. 판별함수 도출방법으로 Wilks' Lambda의 기준에 따라 각 변인이 판별함수를 구성하고 판별력이 통계적으로 유의하지 않는 척도는 판별함수 구성요소에서 제외되는 단계별(stepwise) 절차를 사용하였다.

4) MMPI 프로파일상 유사한 특징을 가진 군집으로 분석해 보기 위해 군집분석(cluster analysis)을 하였다. 군집분석에서는 거리측정 방법으로 자승화된 유클리디언 거리(Squared Euclidian Distance)를 사용하였고 군집화 방법은 평균결합(average linkage)이었다.

1. 인구학적 특성

두 집단간 나이, IQ 및 학력의 평균은 표 1에 제시되어 있다. 품행장애의 발병은 16세이후에는 드물다고 보고되듯 본 연구에서도 전체 평균연령이 15세 4개월이었으며 우울을 동반한 품행장애에서도 같은 양상을 보였다.

〈표 1〉 집단간 나이, IQ, 및 학력의 평균

	우울+품행장애(N=31)	품행장애(N=40)
나이	15.4(1.1)	15.4(1.3)
IQ	103.4(11.6)	99.9(11.7)
학력+	6.4(1.7)	5.9(1.7)

+ 학력 : 1- 초등학교 재학, 2- 초등학교 중퇴, 3- 초등학교 졸업, 4- 중학교 재학, 5- 중학교 중퇴, 6- 중학교 졸업, 7- 고등학교 재학, 8- 고등학교 퇴학, 9- 고등학교 졸업.

또한 IQ는 우울을 동반한 품행장애중에서 평균 103.4, 품행장애는 99.9로 유의미한 차이를 보이지 않았다. 학력도 두 집단 모두 중학교 졸업정도로 차이가 없었다. 표 2에 각 집단의 학력, 성별 분포양상을 자세히 제시하였다.

〈표 2〉 각 집단의 성별, 학력 분포

	우울+품행장애 (N=31) No	품행장애(N=40) No
남	21(67.7)	21(52.5)
여	10(32.3)	19(47.5)
학력		
중학교 재학	9(29.0)	16(40.0)
중학교 중퇴	1(3.0)	2(5.0)
고등학교 재학	13(41.9)	14(35.0)
고등학교 중퇴	6(19.4)	8(20.0)
고등학교 졸업	2(6.5)	

() : %

우울을 동반한 품행장애에서는 MMPI 척도, 학력

및 IQ 모두 성별에 따른 차이는 보이지 않았다. 그러나 품행장애를 보이는 집단의 경우, MMPI 척도와 학력은 성별 차이가 없었으나 표 3과 같이 IQ점수에서 차이를 보이고 있다($t=2.08, p=.045$).

〈표 3〉 성별에 따른 집단별 평균 IQ

	남(N=21)	여(N=19)
우울+품행장애	104.1(12.2)	102.2(10.7)
품행장애	103.3(13.3)	96.1(8.3)*

* : $p<.05$

()=표준 편차

2. MMPI 프로파일 분석

두 집단 환자들의 MMPI를 분석한 결과는 표 4와 같이 두 집단 모두 타당도 척도에서 삿갓형을 나타내고 있으나 45점에서 70점사이의 정상범위안에 속하였다. 이 결과는 비행성격을 특징짓는 MMPI프로파일에서 타당도 척도중 F척도가 높다는 Hathaway & Monachesi(1951)의 연구결과와 일치하였다.

임상척도중, 두 집단의 MMPI 평균 프로파일에서 D, Ma 및 Si 척도가 유의미한 차이를 나타내었다. 양은주등의 연구결과에서는 Hs척도가 차이($t=-2.65, p=.033$)를 보였지만 본 연구에서는 차이가 없었다.

한편, 비행과 가장 관련있다고 보고되는 Pd척도는 실제로 두 집단 모두에서 가장 상승되는 척도지만 집단간 차이는 보이지 않았다. 그러나 주목할 만한 점은 유의미한 차이를 보이지는 않지만 우울을 동반한 품행장애의 집단에서 오히려 평균점수가 더 높았다는 점이다. 이는 품행 장애 진단 만을 받은 경우, Pd척도의 단독상승(68 T점수)을 보이는 반면 기분장애가 중복 진단된 경우 D, Pd, Pt척도가 60T점수정도로 함께 상승하는 경향이 있다는 양은주등의 연구결과와는 다른 결과이다.

우울을 동반한 품행장애에서는 Pd의 상승(67.7 T점수)과 더불어 행동화를 억제하는 작용을 한다고 볼 수 있는 D, Si 척도의 유의미한 상승 및 유의미하게 낮은 Ma 척도를 보이고 있다. 즉, 우울을 동반한 품행장애집단에서는 정신적 에너지와 활기를 반영하는 Ma척도가 50 T점수로 품행장애인 집단에 비해 유의

〈표 4〉 집단별 MMPI 척도의 최소치와 최대치 평균 점수

척도	집단 1 (N=31)			집단 2 (N=40)		
	최소치	최대치	평균	최소치	최대치	평균
L	29	72	48.0 (8.6)	26	70	46.9 (11.1)
F	36	95	58.2 (14.8)	28	89	58.9 (13.5)
K	37	73	52.9 (10.3)	32	75	50.8 (9.5)
Hs	30	81	55.2 (11.6)	38	76	54.1 (9.1)
D	30	76	52.6 (10.7)	32	69	46.8 (9.1)*
Hy	35	76	54.3 (10.4)	37	70	53.5 (7.9)
Pd	49	99	67.7 (11.2)	42	80	65.4 (8.7)
Mf	30	65	48.0 (9.5)	37	66	51.9 (7.5)
Pa	31	91	51.5 (13.9)	23	90	53.1 (12.8)
Pt	36	78	51.7 (10.4)	27	73	48.7 (10.0)
Sc	35	90	55.4 (13.9)	34	97	54.5 (12.8)
Ma	33	67	50.6 (8.9)	44	79	61.0 (9.5)****
SI	28	69	50.4 (10.0)	29	59	44.3 (8.1)*

* : $p<.05$ **** : $p<.0001$

()=표준 편차

〈표 5〉 집단간의 MMPI 상승척도분석

척도	우울+품행장애 빈도(%)	품행장애 빈도(%)	척도	우울+품행장애 빈도(%)	품행장애 빈도(%)
L	1 (3.2)	1 (2.5)	Mf	0 (0.0)	0 (0.0)
F	6 (19.2)	9 (22.5)	Pa	4 (12.8)	3 (7.5)
K	1 (3.2)	1 (2.5)	Pt	2 (6.4)	2 (5.0)
Hs	4 (12.8)	3 (7.5)	Sc	4 (12.8)	4 (10.0)
D	1 (3.2)	0 (0.0)	Ma	0 (0.0)	6 (15.0)
Hy	1 (3.2)	1 (2.5)	Si	0 (0.0)	0 (0.0)
Pd	13 (41.6)	13 (32.5)			

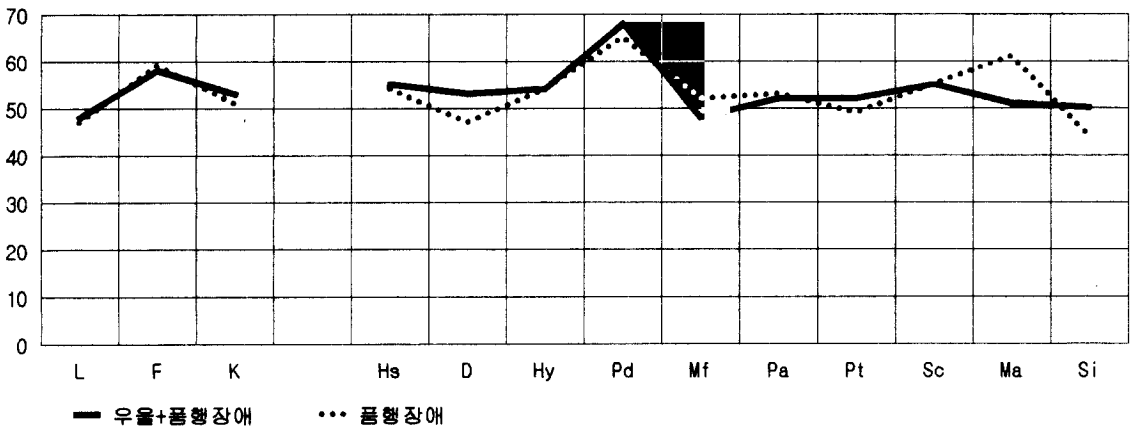


그림 1. 우울을 동반한 품행장애집단(N=31)과 품행장애집단(N=40)의 MMPI프로파일

미하게 낮았을 뿐 아니라 Si척도도 차이를 보이고 있다.

품행장애는 Pd의 상승과 함께 Ma가 상승되어 있으며 D와 Si 척도가 50미만의 낮은 T점수를 나타내었다.

한편, 본 연구에서는 일반적으로 품행장애에서 Sc, Pa척도의 상승이 동반된다는 보고들과는 달리 두드러진 상승이나 차이없이 50 T점정도로 정상수준을 보였다.

두 집단에서 70점이상인 MMPI 상승척도를 분석해 본 결과, 각 척도를 개별적으로 볼 때에 다른 척도에 비해 Pd 척도가 70점 이상 상승하는 경우가 많았으

며 품행장애집단에서는 Ma척도가 70점이상 상승하는 경우가 15%인데 반해 우울을 동반한 집단에서는 0%이다.

3. 판별분석 결과

두 집단으로 분류하는데 있어 MMPI 척도중 어느 척도가 가장 큰 영향을 주었는지 알기 위해 단계적 판별분석을 실시하였고 척도가 차례로 판별변수로 선택되어 한 개의 판별함수가 도출되었다.

Ma, Si 및 Hy가 두 집단을 구별해 주는 판별변인으로 선택되었다. 두 변인은 모두 .0000수준에서 유

의미하였다. 종속변인의 집단이 두개(우울을 동반한 품행장애와 품행장애 집단)이므로 1개의 판별함수가 도출되었다. 결과는 <표 7>과 같이 판별함수의 고유치는 .6182, 정준상관계수는 .6881, Wilks' 랏다는 .6180, 카이제곱값은 32.847로 유의미한 결과를 나타내었다.

도출된 판별함수가 두집단을 판별하는 능력을 정확히 분류하는 비율을 표시한 것이 <표 8>이다. <표 8>과 같이, 전체 정확 판별율은 82.6%를 나타내는 바, 이 함수가 두 집단을 잘 판별하는 것으로 나타났다. 두 집단을 잘못 판별한 경우는 17.4%였다.

4. 군집분석결과

69명의 MMPI T 점수를 군집분석(Cluster analysis)으로 통계처리한 결과 유사한 특징을 소유하는 집단 내의 응집성과 집단간의 분리를 최대화하는 방향으로 4개의 하위집단을 추출하였다. 군집분석에 근거하여 4개의 하위집단의 평균, 표준편차 및 집단간의 차이를 검증한 결과가 <표 9>에 제시되어 있고 각 유형의 평균 프로파일을 <그림2>에 제시하였다.

<표9>의 변량분석결과를 보면, L, Pd, Mf, Ma를 제

<표 6> 판별분석 결과의 요약

단계	척도	Wilks' 랏다	유의도
1	Ma	.7601	p=.0000
2	Si	.6773	p=.0000
3	Hy	.6179	p=.0000

<표 7> 도출된 정준판별함수

함수	고유치	정준상관계수	Wilks' 랏다	X ²	df	p
1	.6182	.6181	.6180	32.847	3	p=.0000

<표 8> 분류결과표

	우울+품행장애	행동장애
우울+품행장애(N=29)	20(68.9%)	9(31.03%)
행동장애(N=40)	3(7.50%)	37(92.5%)

전체 예측율 = 82.6%

<표 9> 군집분석에 의한 하위집단별 T점수의 평균과 표준편차

척도	유형 1(①)	유형 2(②)	유형 3 (③)	유형 4 (④)	F값
L	59.20 (11.45)	42.33 (8.23)	48.10 (6.67)	43.66 (11.03)	2.56
F	65.80 (11.74)	56.05 (6.72)	49.93 (8.65)	79.50 (10.41)	17.33***
K	55.00 (7.78)	43.61 (7.42)	57.20 (9.22)	47.33 (6.25)	9.63***
Hs	64.70 (6.66)	46.11 (7.29)	52.06 (7.43)	63.25 (10.72)	11.18***
D	50.30 (9.00)	53.72 (8.35)	42.31 (6.73)	59.66 (9.69)	16.26***
Hy	62.10 (7.75)	48.55 (6.68)	53.65 (6.71)	57.41 (11.16)	7.79***
Pd	67.60 (8.27)	65.88 (9.99)	66.41 (10.43)	67.25 (10.64)	2.12
Mf	48.20 (8.23)	50.11 (10.58)	50.96 (8.71)	50.83 (5.58)	.89
Pa	58.20 (6.79)	51.27 (6.00)	43.89 (8.77)	72.58 (10.11)	13.87***
Pt	56.00 (6.59)	52.22 (4.70)	41.93 (6.70)	62.25 (9.53)	16.84***
Sc	61.90 (5.21)	52.44 (5.54)	46.20 (7.31)	75.83 (11.44)	37.03***
Ma	66.70 (9.28)	56.11 (9.60)	53.00 (7.92)	59.41 (11.89)	.84
Si	46.10 (4.99)	53.55 (6.03)	39.62 (6.67)	53.91 (9.29)	14.75***

*** p<.001 ()=표준 편차

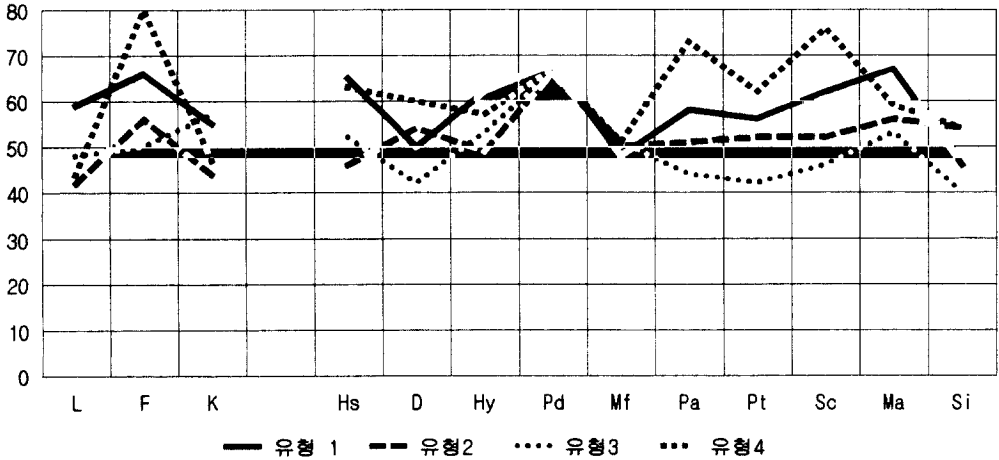


그림2. 각 유형별 MMPI프로파일

외한 모든 척도들에서 유의미한 차이가 있음이 확인되었다. 유형1은 타당도 척도가 삿갓형으로 F척도가 65점을 상회하고 Pd와 Ma가 67점 정도로 상승되어 있는 가운데 Hs, Hy, Sc척도가 60-64점으로 상승되어 있다.

유형 1의 80%가 품행장애만을 보이는 집단이었으며 다. 집단별로 나누어 볼 때, 품행장애를 보이는 집단에서는 20%(8명)가 그리고 우울동반한 집단에서는 6.9%(2명)가 유형 1에 속하였다.

유형 2도 타당도 척도에서 삿갓형이지만 F 척도가 56점이며 L, F 척도는 40-45점이고 Pd척도는 65점을 상회하지만 나머지 척도는 45-50점 수준을 유지하고 있다.

유형 2의 44.4%는 품행장애만을 보이는 집단, 55.6%는 우울을 동반한 집단으로 비교적 두 집단 모두에서 비슷하게 나타나고 있다. 각 집단별로 나누어 볼 때, 품행장애를 보이는 집단에서는 20%(8명)가 그리고 우울을 동반한 집단의 34.5%(10명)가 유형 2에 속하고 있다.

유형 3은 L, F는 45-50점이고 K는 55-60점정도로 정적 기술품을 그리고 있으며 Pd척도는 65점이상 상승되어 있고 Si척도는 40점 미만인 프로파일이다. 유

〈표 10〉 유형내에서의 진단 분표

	유형1	유형2	유형3	유형4
우울+품행장애				
빈도	2	10	11	6
%	2.90	14.49	15.94	8.70
집단내 %	6.90	34.48	37.93	20.69
유형내 %	20.0	55.56	37.93	50.00
품행장애				
빈도	8	8	18	6
%	11.59	11.59	26.09	8.70
집단내 %	20.00	20.00	45.00	15.00
유형내 %	80.00	44.00	62.07	50.00

형 3의 62%가 품행장애만을 보이는 집단이며 38%는 우울을 동반한 집단이었다. 집단별로 볼 때, 우울동반한 집단내에서는 37.9%(11명), 품행장애집단내에서는 45%(18명)가 유형 3에 속하였다.

유형4는 F가 80점 가까이 치솟아 있으며 L과 K는 45-49점 미만인 삿갓형이고 Sc, Pa가 70-76점정도로 상승되어 있는 가운데 Pd가 66-69점정도 상승되었으며 Hs, Pt는 60-64에 있다. 유형 4에는 두 집단 모두 각

각 50%가 속하는데 집단별로 볼 때, 우울동반한 집단내에서는 20.7%(6명), 품행장애 집단내에서는 15%(6명)가 유형 4에 속하였다.

논 의

급변하는 산업사회의 지나친 경쟁과 사회적 압력속에서 꾸준히 견디며 신체적, 심리적, 사회적 성숙을 이루어야 하는 청소년들의 심리적 부적응과 정신건강의 저해문제가 우리 주변에 크게 부각되고 있다. 그중 가장 흔히 진단되는 질환중의 하나이고 지속적으로 중증의 반사회적 행동을 보여 사회문제를 유발시킬 수 있을 뿐 아니라 치료반응의 다양성 때문에 특히 소아 청소년기의 임상분야에서 지속적으로 관심을 받고 있는 품행장애와 관련된 연구들이 활성화 되고 있다.

또한 일반적인 다른 질환이나 성인 정신장애와 같이 청소년 정신과 입원환자 치료에서도 입원기간을 보다 더 짧게 하려는 추세이나 아직까지 입원치료기간에 대해서는 논쟁이 되고 있다. 이미 선진 외국의 경우 과거 가족 또는 사회적 요구 등에 의해 정신질환자들을 장기간 입원시켰으나 장기입원으로 인한 사회복귀의 곤란, 경제적 손실 등 장기입원의 패턴을 인식하여 최근에는 비교적 조기에 환자를 퇴원시켜 빠른 시일내에 실생활에 적응하도록 하려는 경향이다. 이와같은 경향을 고려해 볼 때 품행장애의 경우에도 다른 정신과적 문제를 감별하고 수반된 다른 질환을 파악하는 것이 치료 및 예방대책에 중요할 것이다. 따라서 본 연구에서는 정신장애 환자의 진단분류를 위해 일차적으로 많이 사용되는 MMPI를 통해 동일한 품행장애로 내원 혹은 입원되었으나 다른 특성을 지닌 품행장애 단독 진단을 받은 집단과 우울을 동반한 품행장애 두 집단의 MMPI 반응 양상에 대해 살펴보고자 하였다.

두 집단간의 학력, 성별차이는 없었으나 <표3>과 같이 특이하게 품행장애의 남녀간 IQ점수에 차이($t=2.08, p=.045$)가 있었다. 이는 사회, 문화적 요인으로

서 남성의 경우, 집단속에서 자신의 위치와 인정을 받는 요인으로 물리적 힘과 더불어 일반 사회환경과 관련된 상식수준과 같은 지적 과시가 크게 작용하는 반면, 여성의 경우 품행장애를 보이는 집단일수록 외현적인 면에 대한 관심이 더 많은 경향에 따른 영향으로 잠정적으로 추론된다. 앞으로 이에 대한 좀 더 체계적인 연구가 필요할 것으로 보인다.

모범과 문제학생간의 차이는 Pd척도에서 가장 뚜렷하게 드러난다는 이전 연구들(민병근 등(1978), Hathaway와 Monachesi(1951), 노명래, 남광현(1981a, 1981b))들의 연구결과와 일치되게 본 연구에서도 품행장애를 동반하고 있다는 두 집단의 공통점에 따라 두 집단 모두에서 Pd 척도가 상승되어 있었다.

한편, 두 집단의 MMPI 평균을 비교한 결과 <표4>와 같이 비행과 가장 관련있다고 보고되는 Pd척도는 실제로 두 집단 모두에서 가장 상승되는 척도지만 집단간 차이는 보이지 않았다. 그러나 품행장애 진단만을 받은 경우, Pd척도의 단독상승(68 T점수)을 보이는 반면 기분장애가 중복 진단된 경우 D, Pd, Pt척도가 60T점수정도로 함께 상승하는 경향이 있다는 양준주의 연구결과와는 달리 우울을 동반한 품행장애 집단에서 오히려 평균점수가 더 높았다. 이는 우울을 동반한 품행장애에서 Pd가 더 상승(67.7 T점수)되어 있는 것이 더 많은 투쟁성을 가지며 실제로 외적 행동을 나타낼 소지가 많음을 반영한다기 보다는 MMPI가 자기보고식이라는 점을 고려할 때, 품행장애를 동반한 우울집단에서 주관적으로 사회적, 내적 안정감의 부족과 소외감을 더 강하게 경험하고 있으며 특히 가족간의 갈등이나 불화와 관련된 상승으로 추정된다. 이는 행동화를 억제하는 작용을 한다고 볼 수 있는 D, Si 척도의 유의미한 상승과 유의미하게 낮은 Ma 척도 점수를 통해 뒷받침된다. 즉, 우울을 동반한 품행장애집단에서는 정신적 에너지와 활기를 반영하는 Ma척도가 50 T점수로 품행장애인 집단에 비해 가장 유의미한 차이를 보이며 낮았을 뿐 아니라 Si척도도 차이를 보이고 있다. 이는 우울을 동반한 품행장애집단의 자율성 부족을 반영하는 한편, D척도와 관련하여 활동에 대한 흥미가 낮음을 반영하

는 것으로 보인다. 이와같이 우울을 동반한 품행장애 집단의 경우 행동화를 억제시키는 D, Si의 상승 및 Ma점수의 저하를 보이는 바, 두 집단에서 야기되는 문제행동의 양상과 정도에 차이가 있을 것으로 보인다. 따라서 차후 연구에서는 이에 대한 세부적인 연구가 필요할 것으로 보인다.

보다 구체적으로 두 집단을 구별하는데 유의하게 기여하는 MMPI척도들을 확인하기 위해 판별분석을 한 결과 <표6>와 같이 Ma, Si, Hy순으로 3개의 척도가 유의미하게 판별할 수 있었다. <표8>에서 보여주듯 두 집단을 정확히 분류하는 비율은 82.6%였다.

MMPI 프로파일상 유사한 특징의 군집을 분석하여 본 결과 <표9>에서와 같이 4개의 유형이 추출되었다. 유형 1은 자신의 문제를 어느정도 인정하면서도 동시에 이들 문제에 대해서 자신을 방어하고자 애쓰는 사람으로서 내적으로 상당히 비판적이고 신랄하며 불만으로 가득 차 있으며 받아 들여지지 않는 충동성을 신체화 방어(somatization defenses)를 통해 통제하고자 하는 면을 가진 것으로 보인다.

유형 2는 자신의 문제해결능력에 대한 확신이 없으며 자아강도가 낮은 집단으로 패턴 분석을 통해 볼 때, 유형 1, 3에 비해서 D, Si척도가 미약하나마 상대적으로 상승되어 있다. 따라서 비록 품행장애집단의 20%(8명)가 이 유형에 속하지만 이런 패턴은 우울을 동반한 품행장애 집단과 더 근접하다고 사료된다.

다른 유형과는 달리 Pd만이 상대적으로 상승되어 있고 타당도 척도에서 정적 기술품을 보이는 유형 3에 속하는 경우, 자신을 되도록 좋게 보이고자 나름대로 애쓰고 있는 경우로 타의에 의해 내원하게 되기는 했으나 문제의식을 지니고 있지 않은 상태로 자신의 비순응성과 충동성을 성격특성으로 받아들이고 소위 '개성'으로 지각하고 있을 가능성이 많아 보인다.

특히, 유형 4는 정신분열증, 심한 성격장애에서 보여지는 전형적인 프로파일인 8-6-4가 현저히 상승되어 있는 경우로 현재 임상적으로 명확하게 표현되지는 않지만 잠재적인 정신병적 형태를 지니고 있는 '경

계선적' 정신분열병의 소인을 지닌 집단으로 추정된다. 즉, 일상생활에서 적응에 필요한 지남력, 판단력 및 자기방어 능력을 어느정도 지니고 있지만 실제 정신병으로 발전할 가능성이 많은 취약성을 지닌 정신병 경향성 집단일 수 있다. 이 집단은 주관적으로 느끼는 심적 고통의 정도가 가장 높으며 부적응감을 강하게 호소하고 있다. 이는 이동근 등(1985)이 비행청소년들은 정상인에 비해 심리적으로 곤경상태에 빠져 있으며 정신병리의 위험성을 내포하고 있어 보인다는 주장과 일치하는 결과이기도 하다. 따라서 차후 청소년기 품행장애를 보이는 집단의 특성과 정신병 경향성에 대한 좀 더 체계적인 연구가 있어야 될 것으로 보인다.

이와같이 동일한 품행장애를 보이지만 그 내적 특성은 다를 수 있으며 이를 고려한 치료계획이 좀 더 나은 치료와 예후를 가져 올 수 있을 것으로 생각된다. 이와 같이 품행장애 단독집단의 경우에도 특성에 따른 아집단 분류가 가능함을 알 수 있다. 또한 각 아집단별 문제행동의 양상에도 차이가 있을 것으로 보이므로 충분한 사례를 통해 이에 대해 연구해 보는 것이 도움이 될 것으로 보인다.

참고문헌

- 김중술(1989). 다면적 인성검사-MMPI의 임상적 해석. 서울대학교 출판부.
- 곽영숙, 이영우(1988). 입원한 행동장애아 및 청소년에 관한 정신의학적 연구. 신경정신의학, 27, 3, 464-472.
- 노명래, 남광현(1981a). 절도소년의 MMPI에 관한 연구. 순천향대학 논문집, 4, 9-19.
- 노명래, 남광현(1981b). 강력범죄소년의 MMPI에 관한 연구. 순천향대학 논문집, 4, 21-32.
- 민병근, 이길홍, 김현수, 나철(1978). 한국 청소년에 관한 사회 정신 의학적 연구. 한국의 과학, 10, 13-23.
- 신용규, 박두병, 이길홍(1994). 입원한 학업중단 청소년

- 년 정신질환자에 관한 정신의학적 연구. 신경정신의학, 33, 6, 1295-1304.
- 신윤오, 조수철, 홍강의, 김자성(1993). 소아정신과 입원환자의 공존질병. 소아청소년 정신의학, 4, 91-97.
- 양은주, 박종규(1997). 내원 청소년 환자의 MMPI 반응. 한국심리학회지: 임상, 16, 1, 151-162.
- 유재만, 김영환, 김종술(1969). 청년기 정신과 환자의 임상진단과 MMPI반응. 신경정신의학, 8, 2, 37-43.
- 이동근, 이상연(1985). 비행청소년의 환경요인 및 다면적 인성검사에 의한 성격특성에 관한 연구. 신경정신의학, 24, 3, 413-419.
- 이인섭, 박영숙, 김정기(1993). 불량행위 청소년에 관한 사회정신의학적 고찰. 신경정신의학, 32, 360-372.
- 조수철, 남민(1994). 소아와 청소년의 행동장애와 우울, 불안증상과의 상호관계. 신경정신의학, 33, 6, 1273-1281.
- 청소년백서(1997). 문화체육부.
- American Psychiatric Association(1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition.
- Angold, A. Costllo E. J.(1992). Depressive comorbidity in children and adolescents : Empirical, Theoretical and Methodological issues. Am J Psychiatry, 150: 1779-1791.
- Archer, R. P., Gordon, R. A., Giannetti, R., & Singles, J. M. (1988). MMPI scale clinical correlates for adolescent inpatients. Journal of Personality Assessment, 52 (4), 707-721.
- Archer, R. P., Gordon, R. A., & Kirchner, F. H. (1987). MMPI response-set characteristics among adolescent. Journal of Personality Assessment, 51 (4), 506-516.
- Archer, R. P., Gordon, R. A., & Kirchner, F. H. (1991). MMPI factor analytic findings for adolescent : item and Scale-level factor structures. Journal of Personality Assessment , 57 (2), 356-367.
- Carlson G, Cantwell D(1980). Unmasking masking depression in children and adolescents. Am J Psychiatry, 37:179-183.
- Chiles J, Miller M, Cox G(1980). depression in an adolescent delinquent population. Arch Gen Psychiatry 40: 124-131.
- Costllo E. J.(1989). Developments in child psychiatric epidemiology. J Am Acad child adolescent. 28 : 836-841.
- Gray J. A.(1981). A critique of Eysenck's theory of personality. in H. J. Eysenck(Ed), A model for personality. pp 246-276. Berlin: Springer-verlag.
- Harrington R, Fudge H, Rutter M(1982). Adult outcomes of childhood and adolescent depression. Arch Gen Psychiatry 47: 465-473.
- Harrington, R., Bredenkamp, D., Groothues, C., Rutter M, Fudge H., Pickles, A.(1994). Adult outcomes of childhood and adolescent depression. J Child Psychol Psyciat, 35, 7 : 1309-1319.
- Hathaway, S.R. & Monachesi, E.D.(1951). The prediction of juvenile delinquency using MMPI. American Journal of Psychiatry, 108 : 469.
- Marriage K, Fine S, Moretti M, Haley G(1986). Relationship between depression and conduct disorder in children and adolescent. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 25, 5: 687-691.
- Puig-Antich J(1982). Major depression and conduct disorder in preuberty. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 21: 118-128.
- World Health Organization(WHO, 1992). International Classification of Diseases, 10th ed. Geneva.

MMPI Characteristics of Conduct Disorder and Conduct Disorder combined with Depression

Deug-Im Jeun and Ik-Hong Yang

Keyo Hospital

The present study investigated MMPI responses who have conduct disorder and conduct disorder combined with depression. subjects of this research were psychiatric patients visited Keyo hospital because of conduct behavior from March, 1995 to February, 1997. The result showed that there was not significant difference between two groups in demographic variables such as age, education and IQ.

With the result that analyze of MMPI profiles, F, Ma, Si and Hy scales were significant difference between two groups.

As the result of discriminant analysis, It was Ma, Si and Hy that well discriminated these two groups. Discriminant analysis indicated that overall percentage of correct classification was 82.6%.

By cluster analysis 4 subgroups were extracted, and specific MMPI profiles were revealed. These results suggested that even though have the same conduct problem, the characteristics of the inside were to be unlike.