

청소년기 우울 및 불안증상 공존집단의 심리사회적 위험요인*

하은혜
 국민건강보험공단
 일산병원 신경정신과

오경자[†]
 연세대학교
 심리학과

송동호
 국민건강보험공단
 일산병원 신경정신과

본 연구에서는 지역사회에서 우울증상과 불안증상이 공존하는 정서장애 청소년을 선별하여 심리사회적 위험 요인을 조사하였다. 남학생 5004명, 여학생 4939명 등 총 9943명의 중, 고등학생에 대해 CES-D, RCMAS, K-YSR 세 척도의 중복기준을 적용하여 전체 600명(6%)을 우울 및 불안집단으로 선정하여 일반집단과 비교하였다. 그 결과 우울 및 불안집단에서 여자청소년이 남자청소년에 비해 많았으며 평균점수에서도 여자 청소년이 남자 청소년에 비해 우울증상, 불안증상, 우울/불안 점수 모두가 유의하게 높았으며 중학생에 비해 고등학생이 우울증상 및 불안증상, 우울/불안 점수가 높았다. 우울 및 불안 집단은 일반집단에 비하여 사회경제수준이 낮은 집단의 비율이 높았고 부 혹은 모의 사망 비율, 부모이혼 비율이 높았다. 우울 및 불안 집단은 일반집단에 비해 음주비율, 흡연, 신체질병의 비율이 높았다. 이에 따라 청소년기 우울 및 불안 공존집단에서 여자 청소년, 연령의 증가, 낮은 사회경제적 수준, 부 혹은 모의 사망, 부모의 이혼, 자신의 음주 및 흡연, 신체질병 등을 중요한 위험요인으로 확인하였으며 이와 같은 결과에 대해 각 요인별로 논의하였고 임상적 시사점, 후속연구에 대해 제언하였다.

주요어: 우울증, 불안, 공존장애, 위험요인, 청소년

위험-보호요인 패러다임(risk-protector paradigm)은 정신건강 예방분야의 최근 발전에 있어 가장 중요한 역할을 해온 이론적 틀이다. 위험-보호요인 패러다임은 청소년기에 나타나는

어려가지 부적응적 발달과정에 대한 포괄적인 이해에 도움을 줄 뿐 아니라 나아가 청소년들이 심리적인 어려움이나 문제행동을 발전시키지 않고 보다 적응적인 발달경로를 따

* 이 논문은 보건복지부의 건강증진기금 연구사업의 지원을 받아 수행되었음

[†] 교신저자(Corresponding Author) : 오경자, 연세대학교 심리학과, 서울특별시 서대문구 신촌동 134, kjoh@yonsei.ac.kr

라 성장할 수 있도록 도와 줄 효과적인 방법을 모색함에 있어 유용한 지침을 제공해 주고 있다(Durlak, 1995). 결국 위험요인을 알아내는 것은 위험요인의 영향력을 최소화 할 수 있는 가능한 보호요인을 적극적으로 규명하여 예방 및 치료활동의 지표로 삼고자 함이다.

아동 청소년기 정신장애를 구분하는 두 개의 축인 내재화 장애(internalizing disorder)와 외현화 장애(externalizing disorder)의 차원을 기준으로 할 때(Weisz, Suwanlert, Chaiyasit, Weiss, Walter & Anderson, 1988) 내재화 장애의 대표적인 예가 우울 장애와 불안 장애이다. 청소년기 우울장애의 경우 DSM-III-R의 진단기준을 적용한 연구에서 19세 이전까지 28%가 주요우울증을 경험하며 남녀별로 보면 남학생의 19%, 여학생의 35%가 해당하는 것으로 나타났다(Lewisohn, Rhode, & Seeley, 1998). 국내 도시지역 청소년의 유병율을 조사한 결과에서는 명백한 우울증상의 기준을 적용했을 때 남학생 17.4%, 여학생 20.6%, 전체 21.2%의 유병율을 나타냈다(조성진, 전홍진, 김무진, 김창규, 김선옥, 류인균과 조맹제, 2001). 불안장애의 경우 단순공포증이나 범불안장애, 강박장애 등 다양한 하위장애를 포괄하고 있는데 대략 10%정도의 유병율을 보이고 있으며(Verhulst, van der Ende, Ferdinand, Kasius, 1997) 국내에서는 청소년기 불안장애 유병율에 대해 조사한 자료는 찾기 어려운 실정이다.

지금까지 청소년기 우울장애와 불안장애에 각각에 대해서는 매우 다양한 위험 요인들이 규명되었는데 그 내용은 다음과 같다. 먼저 우울장애에 대해서는 선행 가족요인, 심리사

회적 요인, 기존의 정신병리나 선행 질환, 스트레스 사건, 우울증 삽화의 초발 시기, 불안장애와의 공존, 사회적 지지의 부족, 부모의 정신병리, 가족간 불화, 낮은 사회경제적 상태 등과의 관련성에 대한 여러 자료가 축적되었다. 자세히 보면 유전적 요인이 일차적으로 중요하여 쌍생아 연구에서 50%의 변량을 설명하였으며 특히 여자 청소년이 우울증에 취약한 것으로 나타났는데 주요우울장애의 경우 여자가 남자에 비해 유병율이 2배나 높은 것으로 나타났다. 가족 혹은 부모의 우울증이 있는 경우 청소년기 자녀의 정동장애 위험율이 세배나 높았고, 부모의 알콜중독 역시 중요한 위험요인으로 지적되었다. 출생순서가 늦고 출생시 어머니의 연령이 30세 이후이거나 아버지의 연령이 35세 이상인 경우, 그리고 아동기의 불안감(Reinherz, Stewart-Berghauer, Pakiz, Frost, Meoykens & Holmes, 1989), 역치이하의 우울증상(Garrison, Jackson, Masteller, McKeown, & Addy, 1990), 이전의 우울증 과거력이 있는 경우(Hammen, Adrian, & Hiroto, 1988) 위험 요인으로 나타났다. 또한 어머니의 우울증상도 청소년의 정서장애 위험성을 높이는 요인으로 나타났는데 특히 단극성 장애로 진단 받은 어머니의 자녀들이 주요우울장애로 진단 받는 비율이 1.75배나 높았다(Downey & Coyne, 1990).

심리사회적 요인으로는 부모의 불화 및 이혼이 우울장애의 매우 중요한 위험 요인으로 나타났는데 부모자녀간 갈등, 어머니와의 관계 악화, 부모간의 갈등 등 가족간의 불화, 품행장애, 부모의 세심한 보살핌이 부족한 경우, 간섭이 심한 경우 등 역기능적 가족관계가 우울증을 예측하는 중요 요인으로 조사되

었다(Kandel & Davis, 1986). 부모의 낮은 교육수준(Velez, Johnson & Cohen, 1989), 낮은 사회경제적 수준 사회적 지지의 부족도 중요한 예측 요인으로 나타났다(Monroe, Bromrt, Connell & Steiner, 1986). 부정적 생활사건이 증가하면 사회, 심리적 취약성이 늘어나므로 우울증에 취약해 지는데 구체적으로 우울증에 영향을 주는 것이 부정적 생활사건의 빈도인지 생활스트레스의 종류인지는 아직 규명되지 않았다(Hammen 등, 1988). 아동기에 주요 인물의 상실을 경험하는 것도 매우 중요한 위험 요인이 되며(Reinherz, Stewart-Berghauer, Pakiz, Frost, Meoykens & Holmes, 1989), 낮은 자존감과 신체상 불만족(Allgood-Merten, Lewinsohn, & Hops, 1990), 높은 자의식과 우울관련 인지(Hops, Lewinsohn, Andrew, & Roberts, 1990), 학교적응 문제와 낮은 지적 능력 및 대처기술 부족(Block, Gjerde, & Block, 1991), 신체적 장애 및 건강문제(Reinherz, Stewart-Berghauer, Pakiz, frost, Meokens & Holms, 1989), 약물남용과 흡연(Kandel & Davis, 1986), 자살행동(Johnsohn, Weissman, & Klerman, 1990) 등도 중요한 위험요인으로 조사되었다. 또한 대인관계상 문제들(Gotlib, 1982)과 지나친 대인관계 의존성(Hirschfeld, Klerman, Lavori, Keller, Griffith & Coryell, 1989), 2차 성징의 성숙이 너무 늦거나 빠른 경우(Petersen & Crockett, 1985)도 위험요인으로 나타났으며 어머니의 직업여부와 청소년 적응간 관계에 대해서는 일관된 결과를 보이지 않았다(Baker & Taylor, 1997).

불안장애에 대해서도 생리적, 환경적, 심리사회적 측면에서 위험요인들이 규명되었다. 가장 일관되게 지적되는 요인은 불안-거부적 애착관계, 부모의 불안, 행동적 억제 유형의

기질, 충격적이거나 부정적 스트레스 사건, 양육방식 등이었다(Donovan & Spence, 2000). 애착이론의 측면에서 아동의 불안감 발달에 영아와 주양육자간의 애착의 질이 매우 중요하다. 애착과 불안장애간의 직접적 관계에 대한 연구가 부족한 가운데 Warren, Huston, Egeland와 Sroufe(1997)는 장기종단연구 자료를 제시하였다. 즉 12개월 영아와 17.5세에 각각 평가한 결과 어머니의 불안과 아동의 기질효과를 제거한 후에도 12개월 당시의 불안/거부적 애착관계가 17.5세의 불안장애를 예측하였다. 부모의 불안도 아동기 불안장애의 중요한 위험요인인데 불안장애 아동에서 그렇지 않은 경우에 비해 부모가 불안한 사례가 유의하게 많았으며(Last, Hersen, Kazdin, Francis & Grubb, 1987), 유전정도가 40-50%에 달한다는 보고도 있다(Thapar & McGuffin, 1995). 아동의 행동적 억제(behavioral inhibition)도 매우 중요한 위험요인으로 지적되었다. 행동적 억제는 위축, 수줍음, 정서적 억압 등의 모습으로 나타나며 유전적 소인이 강하다(DiLalla, Kagan & Reznick, 1994). 행동적 억제성향을 보이는 아동들은 아동기에 이미 불안장애를 나타낼 가능성이 많으며 특히 이와 같은 행동적 억제의 지속성에는 양육행동과 같은 요인들이 영향을 준다. 양육행동은 여러 가지 다양한 심리사회적 요인들과 직, 간접적으로 상호작용하여 아동의 불안장애에 영향을 준다. 학습이론의 관점에서는 불안한 부모는 자녀의 불안에 대해 모델역할을 함과 동시에 불안행동을 강화한다고 본다. 불안한 아동의 부모는 자녀에서 모호한 단서에 대해 불안을 조장하는 해석을 하고 반응함으로서 불안감을 발달시킨다. 또한 부모의 과잉통제,

과잉보호, 비판 등이 불안장애 발달에 매우 중요한 위험요인으로 지적되었다(Krohn & Hock, 1991). 충격적이거나 부정적, 스트레스 사건 후 아동들은 회피행동, 신체증상, 우울증, 수면장애, 충격적 사건에 대한 반복적 재경험 등을 보일 수 있는데 충격적 사건들에는 부모와 헤어짐, 이혼, 가족의 사망, 가족간 불화, 잦은 전학 등이 포함된다.

우리나라와 같은 동양문화권인 일본 청소년들에 대한 조사에서 여자 청소년이 우울장애에 취약하였고, 생활사건 스트레스가 매우 중요한 위험 요인이었는데 특히 친구, 가족, 교사와의 관계 영역에서의 스트레스가 우울증상과 유의한 정적 상관이 있었다. 반대로 양호한 건강상태, 높은 사회적 지지, 높은 자존감, 내적 통제소재(locus of control) 등은 우울증상과 유의한 부적 상관을 보여 보호요인으로 지적되었다(Takakura & Sakihara, 2001). 홍콩의 청소년들에 대한 조사에서는 성역할에 대한 중국의 전통적 태도와 관련 우울증의 여성 취약성에 대해서는 연구에 따라 일관된 결과를 보이지 않았으며(Shek, 1990; Chan, 1995), 심리사회적 변인들로는 편부모 가정의 어린 자녀와 같은 가족체계, 생활사건 스트레스, 부모의 이해 부족, 그리고 또래들로부터의 거부 등이 매우 중요한 위험 요인으로 조사되었다(Stewart, Betson, Lam, Chung, Ho, & Chung, 1999).

우리나라에서 실시된 청소년의 정서장애에 관한 연구를 보면 성인과 청소년에게 적용되는 대규모 역학 조사도구인 CES-D로 도시지역 청소년에 대한 조사한 결과 여자 청소년이 우울장애에 취약하였고, 연령의 효과는 성차와 상호작용하여 고등학생에서 여학생과

비교해서 남학생의 우울증상이 증가하는 결과를 보였으며, 학업성적에 대한 불만족이 클수록 우울장애에 취약한 것으로 나타났다(조성진 등, 2001). 대구와 안동, 부산의 대학생들을 대상으로 BDI를 실시한 연구에서는 가족에 대한 만족도와 어머니의 과보호, 아버지의 직업, 월 수입 등이 우울증의 영향요인으로 조사되었다(최선남, 1995). 초, 중, 고교생을 조사한 자료에서는 여학생, 흡연, 음주, 자살 사고, 폭력 등이 위험요인으로 나타났고 규칙적으로 하는 운동이 있는 경우, 스트레스를 해소할 수 있는 여가활동이 있는 경우, 그리고 고민을 상담할 수 있는 상대가 있는 경우 등은 우울장애의 보호요인으로 조사되었다(김미영과 강운주, 2000). 또한 청소년기 사회불안의 발생과 유지의 심리적 기제를 규명한 오경자와 양윤란(2003)의 연구에서 행동억제 기질과 외상경험이 대인불안과 수행불안 모두에 유의한 영향을 주는 요인으로 지적되었다.

한편 지역사회 집단이건 임상집단에서건 청소년기에 공존장애 혹은 공존병리는 흔히 발생하며(Biederman, Newcorn & Sprich, 1991) 청소년기에 한 개 이상의 장애를 갖는 경우가 두 장애 각각의 기저율에 비해서 우연수준에서 기대되는 것보다 많을 뿐 아니라 성인기에 비해서도 공존장애가 더 빈번하다(Rohde, Lewinsohn & Seely, 1991). 공존병리에 대한 이해는 여러 가지 면에서 임상적 중요성이 있다. 첫째, 공존 정도 자체가 정신병리 분류에 의미가 있는데 두 장애가 높은 공존율을 보인다면 단 한 개의 통합적 진단이 필요할 것이며 제 3의 진단은 분열정동장애의 예와 같이 공존장애 자체를 의미할 것이

다. 둘째, 특정한 두 장애 내에서의 공존율이 병인론에서 시사하는 함축적 의미가 있다. 한 가지 장애가 다른 한 장애에 선행한다면 첫 번째 장애는 두 번째 장애의 선행취약 요인이 될 수 있다. 셋째, 공존병리는 자살, 학업 수행문제, 역할 및 기능적 손상 등과 같은 심각한 임상적 요소들에 대해 시사점을 제공해 줄 수 있다. 이와 같은 관점에서 볼 때 공존병리에 대한 연구가 매우 중요하고 유병율 면에서도 지역사회에 공존장애를 가진 청소년들이 많음에도(Caron & Rutter, 1991) 지금까지 실시된 정신병리 연구, 특히 청소년기의 연구들은 단일 장애에 대한 연구에 한정되어 왔다. 이런 맥락에서 볼 때 앞에 제시한 바와 같이 우울장애, 불안장애 각각에 대한 위험요인에 대한 조사는 비교적 다양하게 이루어졌음에도 불구하고 공존 집단의 위험성에 대한 조사는 미흡하며 여전히 청소년기 장애의 공존비율조사에 한정되어 있는 실정이다. 우울장애와 불안장애 공존집단에 대해 조사한 예를 보면 Lewinsohn, Rohde & Seeley(1995)는 DSM-III-R의 기준에 따라 진단적 면접과 설문조사를 통해 청소년기 공존장애 양상을 조사하였는데 그 결과 우울장애와 불안장애가 공존되어 있는 경우 학업수행 능력이 현저히 저하되며, 정신건강 서비스를 받을 가능성이 높아지며, 과거 자살 시도, 역할 수행 상의 문제, 부모와의 심한 갈등이 있다고 보고하였다. 국내에서 중, 고등학생 1916명을 대상으로 CES-D 절단점인 24점, RCMAS 상위 15%tile인 16점, K-YSR의 65T점 등을 중복기준으로 적용한 결과 전체의 6.58%가 우울 및 불안장애 집단으로 선정되었으며 여학생이 남학생에 비해 많았고 이들은 충동조절의 어

려움도 매우 많았다(송동호, 진용탁, 하은혜, 송정은, 박은영, 2002).

우울장애와 불안장애의 경우 공존율이 40-95%까지 높게 조사된 경우도 있고(Biederman, Faraone, Mick & Lelon, 1995) 평균공존율은 16-62%로서 매우 높게 나타나고 있다(Brady & Kendall, 1992). 또한 우울 장애와 불안장애가 복합적인 경우 한 가지 장애만 있는 경우보다 더 심각한 증상을 보이는 것으로 나타났다(Ambrose & Rholes, 1993). Kovacs, Gastonis, Paulauska와 Richard(1989)가 주요우울 장애와 불안장애를 모두 가지고 있는 아동 중 2/3는 불안장애가 주요우울증에 선행한다고 한 것처럼 발달단계상 불안장애가 우울장애에 선행하여 나타나는 것으로 알려져 있다. 우울장애와 불안장애간 발현 양상에 대한 분명한 설명은 아직 부족하지만 두 장애가 공존하는 경우가 아동기보다는 청소년기에 더 흔할 것으로 예상된다. 또한 불안장애이면서 우울장애로 발전된 청소년은 약물남용에 더 쉽게 빠지며(Clark & Sayette, 1993) 심리사회적 문제가 더 많고 자살사고를 더 많이 가지는 것으로 나타나는 등(Clarke, Lewinsohn, Hops, Seely, 1992) 공존집단의 경우 더욱 심각한 정신병리로 이어지는 특성이 있다. 국내에서는 청소년기 정서장애에 관한 연구 자체가 매우 제한된 가운데 우울장애와 불안장애는 내재화 장애 내에서 공통되는 병리적 특성을 가지고 있고 두 장애가 함께 나타나는 경우보다 심각한 적응문제를 일으킨다는 점, 공존장애 자체에 대한 이해가 정신병리에 대한 이해 뿐 아니라 임상적 측면에서 매우 중요하므로 공존장애에 대한 관심이 필요하다. 또한 청소년기에 우울장애와 불안장애의 공존율이

높은 점, 이로 인해 특히 지역사회에서 청소년을 선별 할 때 한가지 장애만을 가진 순수한 장애 집단을 선별하기가 어렵다는 점, 청소년기 발달적 특성에 따라 우울증상과 불안증상 자체가 명확히 구분되지 못한다는 점 (Fawcett & Kravitz, 1983)에 근거하여 우울증상과 불안증상이 공존하는 집단에 대해 이와 관련된 위험 요인을 규명하는 것이 중요하다.

이와 같은 관점에 따라 본 연구에서는 지역사회에서 우울증상과 불안증상을 함께 경험하는 청소년을 선별하여 이들에게 영향을 주는 심리사회적 위험 요인을 조사하였다. 선행 연구결과를 토대로 인구학적 배경, 부모의 교육수준, 어머니 취업여부, 사회경제적 수준, 부모의 사망 및 이혼, 가족, 친지의 사망, 신체질병, 음주 및 흡연 여부 등의 심리사회적 요인과 우울증상, 불안증상이 공존하는 청소년 집단과의 관련성을 조사하였다.

방 법

피험자

경기도의 한 신도시 지역에서 학교정신보건사업의 일환으로 실시되었으며 우울장애와 불안장애 고위험 집단의 선정을 위한 설문조사는 교육청의 공문을 통해 연구취지와 내용에 동의하여 신청한 중학교 6개교, 고등학교 4개교에서 실시되어 중학생 6985명(남자 3605명, 여자 3380명), 고등학생 2829명(남자 1397명, 여자 1432명) 등 남녀학생 총 9943명이 참여하였다. 우울 및 불안 집단의 선정에는 우울증상 척도와 불안증상 척도의 중복기준을 적용하였다. 우울증상 평가를 위한 CES-D

의 경우 우리나라 우울집단과 비우울 집단의 구분기준으로 제시된(신승철 등, 1991) 상위 15%tile 점수인 24점 이상으로 하였고 이와 일치되게 불안증상 평가를 위한 RCMAS도 상위 15%tile 점수인 16점으로 하였다. 이와 함께 설문지에 의한 집단선별에서 발생할 수 있는 긍정오류(false positive)를 줄이기 위해 K-YSR의 우울/불안척도를 함께 적용하여 역시 상위 15%tile인 남자 12점, 여자 13점 이상인 집단을 선정하였다. 이와 같이 세 척도의 중복기준을 적용했을 때 전체의 6%인 600명이 우울 및 불안 집단으로 선정되었으며 일반집단이 9343명 이었다.

평가도구

CES-D(Center for Epidemiological Studies-Depression Scale).

청소년과 성인을 대상으로 우울 증후군의 역학적 연구를 위해 미국 정신보건 연구원에서 개발한 도구로서 본 연구에서는 신승철 등(1991)이 번안한 것을 사용하였다. 이 척도는 모두 20개의 문항의 자기보고형 질문지이며, 지난 일주일 동안 경험한 빈도에 따라 각 문항에 대해 0(전혀 없었다)-3(매일 있었다)까지로 평정하게 되어 있어 가능한 점수 범위는 0-60점이며 이 연구에서 반분신뢰도는 $r=.84$ 로 나타났다.

RCMAS(Revised Children's Manifest Anxiety Scale).

Reynold와 Richmond(1978)가 1-12학년 아동과 청소년의 성격적인 특성으로서의 불안을 측정하고자 개발한 자기평가도구이다. 최진

숙과 조수철(1990)이 표준화한 것으로 사용하며 총 37개 문항에 대해 “예” 또는 “아니오”로 답하게 되어 있으며 28항목은 불안에 관한 내용으로 이루어져 있고, 9항목은 소위 허구 척도(Lie Scale)에 속하는 내용인데 검사의 타당성을 고려하기 위해 설정된 항목들이다. 이 표준화 연구에서 내적합치도는 $\alpha=.81$ 이었고 2주간격의 검사-재검사 신뢰도는 $r=.74$ 로 나타났다.

K-YSR(Korean- Youth Self Report) 청소년 자기행동 평가 척도.

12-17세 청소년이 자신의 적응과 정서, 행동에 대해 평가하는 것으로 Achenbach(1991b)가 개발한 것을 오경자, 하은혜, 홍강의와 이해련(2001)이 표준화하였다. 크게 사회능력 척도와 문제행동 증후군 척도로 구성되어 있는데 문제행동 증후군 척도에는 위축, 우울/불안, 신체적 증상, 공격성 등 8개의 임상적 증후군으로 구성되어 있어 청소년 정신건강 문제의 역학조사 뿐 아니라 우울장애 및 불안장애 청소년을 사전 판별하는데 유용하다. 본 연구에서는 우울 및 불안장애 집단의 선별과 치료효과 검증을 위해 우울/불안 척도를 사용하였으며 표준화 자료에서 우울/불안 척도의 내적합치도는 남자 $\alpha=.84$, 여자 $\alpha=.85$ 로 나타났고 1달 간격의 검사-재검사 신뢰도는 남자 $r=.71$, 여자의 경우 $r=.42$ 로 나타났다.

심리사회적 위험요인의 조사.

인구학적 정보, 부모의 교육수준, 어머니 취업여부, 사회경제적 수준, 부모의 사망 및 이혼, 자신의 음주 및 흡연 여부, 신체질병 등 위험요인에 대한 조사를 위한 설문지를

제작하여 실시하였다. 사회경제적 수준의 경우 상, 중, 하의 세 항목으로 나누었고, 음주와 흡연의 경우 술을 마시지 않는다, 한두번 마셔봤다를 ‘비음주’로 채점하고, 가끔 마신다, 자주마신다를 ‘음주’로 채점하는 방식으로 분석하였다.

결 과

1. 우울 및 불안 집단의 증상수준

표 1에 제시되어 있는 우울 및 불안 집단의 K-YSR, CES-D 그리고 RCMAS 점수분포를 보면 CES-D의 경우 본 조사에서 선별된 우울 및 불안 집단의 우울증상 점수는 34.24(7.53)로서 신승철 등(1991)의 연구에서 우울장애로 진단 받은 환자 집단의 평균점수인 35.68(SD=6.67)과 동등한 수준이다. K-YSR의 경우 표준화 자료(오경자 등, 2001)를 기준으로 볼 때 17.88(SD=3.75)점은 남학생의 경우 상위 3%tile, 여학생의 경우 상위 4%tile에 해당하는 점수이다. 또한 RCMAS의 평균인 19.78(SD=2.83)점은 전체 조사대상 집단 평균치에서 2표준편차 높은 점수로서 매우 심각한 불안상태를 의미한다. 이에 따라 본 연구에서 선정된 우울 및 불안 집단은 우울증상

표 1. 우울 및 불안 집단의 CES-D, RCMAS, K-YSR의 평균 및 범위: ()는 SD

척도	일반집단 (n=9343)	우울 및 불안 집단 (n=600)	최소 점수	최대 점수
CES-D	13.94(9.44)	34.24(7.53)	24.00	58.00
RCMAS	9.84(5.69)	19.78(2.82)	16.00	31.00
K-YSR	7.39(5.39)	17.88(3.75)	12.00	31.00

표 2. 우울 및 불안 집단의 학년 및 성별 분포: ()는 %

구분	우울 및 불안집단(n=600)		일반집단(n=9343)		총계
	남	여	남	여	
중학교 1	41(35.04)	76(64.95)	1165(53.02)	1032(46.98)	2314(23.58)
2	48(34.53)	91(65.47)	1187(52.13)	1090(47.87)	2416(24.62)
3	46(33.33)	92(66.67)	1118(52.81)	999(47.19)	2255(22.97)
고등학교 1	31(41.89)	43(58.11)	546(48.92)	570(51.08)	1190(12.13)
2	47(41.59)	66(58.41)	667(47.85)	727(52.15)	1507(15.36)
3	6(31.58)	13(68.42)	100(88.50)	13(11.50)	132(1.34)
	219(36.50)	381(63.50)	4785(51.07)	4558(48.93)	9943(100.00)

이나 불안증상에서 모두 심각한 증상을 경험하고 있는 것으로 해석된다.

2. 연령 및 성별 분포

표 2에 제시되어 있는 바와 같이 남자 집단에서는 우울 및 불안 집단 219명(4.4%), 일반집단이 4785명(95.6%)이었고 여자 집단에서는 우울 및 불안 집단 381명(7.7%), 일반집단 4558명(92.3%)으로 여자집단에서의 우울 및 불안 집단의 비율이 남자집단보다 더 높았다, $\chi^2(1, n=9943)=48.32, p<.01$.

중학생 집단에서는 우울 및 불안 집단이 394명(5.6%), 일반집단이 6608명(94.4%)이었고, 고등학생 집단에서는 우울 및 불안 집단이 206명(7.05), 일반집단이 2758명(93.0%)으로 고등학생 집단에서의 우울 및 불안 집단 비율이 중학생 집단에 비해 더 높았다, $\chi^2(1, n=9943)=6.44, p<.05$.

이와 같은 연령과 성별 효과를 확인하기 위해 CES-D로 측정된 우울 증상, RCMAS로 측정된 불안증상, 그리고 K-YSR의 우울/불안 척도의 학년별 남녀 평균과 표준편차를 표 3에 제시하였다.

표 3. 학년별 CES-D, RCMAS, K-YSR의 남녀 평균: ()는 SD

항목	중학교						고등학교						남	여	전체
	남			여			남			여					
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3			
CES-D	11.68 (7.85)	11.61 (8.12)	12.26 (8.58)	14.41 (9.98)	14.19 (9.77)	15.40 (10.32)	14.13 (10.12)	13.37 (9.46)	13.29 (9.24)	15.45 (10.08)	16.04 (10.36)	17.32 (11.48)	12.36 (8.69)	15.06 (10.15)	13.95 (9.44)
RCMAS	8.64 (5.64)	8.42 (5.98)	8.50 (5.93)	10.25 (5.78)	9.88 (5.82)	10.35 (6.11)	9.11 (5.80)	9.15 (5.81)	9.19 (5.67)	9.90 (5.74)	10.78 (5.60)	11.28 (5.67)	8.69 (5.84)	10.26 (5.84)	9.84 (5.69)
K-YSR	5.89 (5.05)	6.05 (5.09)	6.22 (5.10)	7.39 (5.66)	7.88 (5.62)	8.13 (5.78)	6.78 (5.38)	6.73 (5.44)	7.82 (5.10)	7.91 (5.49)	8.56 (5.43)	9.55 (5.37)	6.27 (5.18)	7.99 (5.63)	7.39 (5.39)

표 3에 제시된 바와 같이 CES-D와 RCMAS 그리고 K-YSR 세 척도에서 모두 남학생보다는 여학생들이 높은 평균점수를 보였으며, 연령이 증가함에 따라 평균점수가 증가하는 추세를 보였다.

학년(6) × 성(2)을 두 요인으로 하여 ANOVA를 실시한 결과 모든 평가점수에서 성에 따른 차이가 유의하였고(CES-D: $F(5,9921)=80.35, p<.001$; RCMAS: $F(5,9788)=75.31, p<.001$; K-YSR: $F(5,9922)=115.42, p<.001$), 학년에 따른 차이는 CES-D $F(5,991)=7.95, p<.05$ 와, K-YSR, $F(5,9922)=8.20, p<.05$ 에서 유의하였으나 RCMAS에서는 유의하지 않았다, $F(5,9788)=3.08, ns$. 성별과 학년별 상호작용은 모든 평가점수에서 유의하지 않았다. 따라서 중학생보다는 고등학생이, 그리고 남학생보다는 여학생의 우울증상, 불안증상이 더 심한 것으로 나타났다.

3. 사회경제적 수준

표 4에 제시되어 있는 바와 같이 우울 및 불안 집단은 일반집단에 비하여 사회경제수준이 낮은 집단의 비율이 높았다, $\chi^2(2, n=9560)=49.788, p<.001$. 그러나 부모의 교육수준에 있어서는 두 집단의 분포에서 통계적으로 유의한 차이가 없었다.

표 4. 우울 및 불안 집단과 일반집단의 지각된 가정 경제수준 분포: ()는 %

항목	우울 및 불안집단 (n=584)	일반집단 (n=8976)	χ^2
상	114(19.5)	1903(21.2)	50.42***
중	355(60.8)	6156(68.5)	
하	115(19.7)	927(10.3)	

*** $p<.001$

4. 어머니의 취업

어머니의 취업비율은 우울 및 불안 집단에서 56.3%로 일반집단의 53.60%에 비하여 통계적으로 유의한 차이가 없었다, $\chi^2(1, n=9836)=1.67, ns$.

5. 부모의 사망 및 이혼

표 5에 제시되어 있는바와 같이 우울 및 불안집단의 아버지 혹은 어머니의 사망 비율은 3.3%로 일반집단의 2.0%에 비하여 유의하게 높았다, $\chi^2(1, n=8535)=3.90, p<.05$. 또한 우울 및 불안 집단의 부모이혼비율은 10.2%로 일반집단의 4.7%에 비하여 유의하게 높았다, $\chi^2(1, n=9385)=33.37, p<.001$.

표 5. 우울 및 불안집단과 일반집단의 부 혹은 모 사망 비율: ()는 %

영역	항목	우울 및 불안집단 (n=517)	일반집단 (n=8018)	χ^2
부모의 사망	부 혹은 모사망	17(3.3)	161(2.0)	3.90*
	부모모두 생존	500(96.7)	7857(98.0)	
부모의 이혼	이혼	57(10.2)	416(4.7)	33.37***
	비이혼	500(89.8)	8412(95.3)	

* $p<.05$, *** $p<.001$ / 각 척도별로 무응답자 수가 달라 표집수가 차이가 있음

표 6. 우울 및 불안집단과 일반집단의 음주, 흡연, 신체질병 비율: ()는 %

영역		우울 및 불안집단 (n=600)	일반집단 (n=9343)	χ^2
음주	음주	100(16.7)	962(10.4)	23.10***
	비음주	499(83.3)	8281(89.6)	
흡연	흡연	32(5.5)	322(3.5)	6.00*
	비흡연	555(94.5)	8869(96.5)	
신체질병	신체질병 있음	113(22.0)	801(10.4)	65.88***
	신체질병 없음	401(78.0)	6922(89.6)	

* $p<.05$, *** $p<.001$ / 각 척도별로 무응답자 수가 달라 표집수가 차이가 있음

6. 음주, 흡연, 신체질병

표 6에 제시되어 있는 바와 같이 우울 및 불안집단의 음주비율은 16.7%로 일반집단의 10.4%에 비해 유의하게 높았다, $\chi^2(1, n= 9842) = 23.10, p<.001$.

흡연의 경우도 우울 및 불안집단의 흡연비율은 5.5%로서 일반집단의 3.5%에 비해 유의하게 높았다, $\chi^2(1, n=9778)=6.00, p<.05$.

진단 받은 신체질병이 있는지 여부를 조사한 결과 우울 및 불안집단은 22.0%로서 일반집단의 10.4%에 비해 유의하게 높았다, $\chi^2(1, n=8237)=65.88, p<.001$.

논 의

본 연구에서는 위험-보호요인의 패러다임과 청소년기 발달적 특성에 따른 공존병리 이해의 필요성에 근거하여 지역사회에서 우울증상과 불안증상을 동시에 경험하는 청소년을 선별하여 이들에게 영향을 주는 심리사회적 위험 요인을 조사하였다.

이를 위해 인구학적 배경, 부모의 교육수준, 어머니 취업여부, 사회경제적 수준, 부모

의 사망 및 이혼, 음주 및 흡연 여부, 신체질병 등의 심리사회적 요인과 청소년기 우울증상, 불안증상과의 관련성을 조사하였는데 그 결과를 요약하고 논의하면 다음과 같다.

첫째, 지역사회에서 우울증상과 불안증상이 공존하는 청소년 집단이 전체의 6%로 나타났다. 특히 우울 및 불안 집단으로 선별된 집단의 우울증상 점수는 신승철 등(1991)의 연구에서 우울장애로 진단 받은 환자 집단의 평균점수와 동등한 수준이었으며 K-YSR의 경우 표준화 자료로 볼 때 남학생의 경우 상위 3%tile, 여학생의 경우 상위 4%tile에 해당하는 점수로서 매우 높은 점수를 나타내고 있다. 또한 RCMAS의 경우도 전체 조사대상 집단 평균치에서 2표준편차 높은 점수로서 매우 심각한 불안상태를 의미한다. 이에 따라 지역사회에서 설문평가에 의한 사전선별에서도 우울증상과 불안증상 공존 집단이 매우 많은 비율을 나타내고 있으며 특히 이들의 우울증상이나 불안증상 수준이 정신과에서 진단 받은 환자와 비슷한 수준을 나타낼 정도로 매우 심각한 상태임을 보여주었다.

둘째, 우울 및 불안 집단에서 여자청소년이 남자청소년에 비해 많았으며 평균점수에서도

여자 청소년이 남자 청소년에 비해 우울증상, 불안증상, 우울/불안 점수 모두가 유의하게 높았다. 또한 중학생에 비해 고등학생이 우울증상, 불안증상, 우울/불안 점수가 유의하게 높았다. 이에 따라 남학생에 비해 여학생이, 중학생에 비해 고등학생이 유의하게 우울증상 및 불안증상이 많은 것으로 해석되므로 여자 고등학생이 우울장애 및 불안장애에 가장 취약한 집단으로 조사되었다. 우울장애에 대한 여성 취약성은 서구의 청소년에 대한 조사 결과와 일치하고 있으며(Lewisohn, Rhode, & Seeley, 1998), 일본 청소년에 대한 조사결과와도 일치하고 있다(Takakura & Sakihara, 2001). 또한, 국내 도시지역 청소년의 우울증 유병율을 조사한 결과(조성진, 전홍진, 김무진, 김창규, 김선옥, 류인관과 조맹제, 2001)에서 여학생이 20.6%의 유병율로 남학생의 17.4%보다 높은 것과 일치하고 있다.

한편 연령의 영향을 볼 때 조성진 등(2001)의 연구에서는 연령의 효과는 성차와 상호작용하여 고등학생에서 여학생과 비교해서 남학생의 우울증상이 증가하는 결과를 보였다. 그런데 본 연구에서는 남, 녀 학생 모두에서 중학생에 비해 고등학생이 우울증상, 우울/불안 점수가 높았다. 불안증상의 경우 중2에 다소 줄어든 것을 제외하면 연령에 따라 꾸준히 증가하는 추세임에도 고3에 이르러 점수가 급격히 증가된 데 따라 연령의 주효과가 유의하지 않은 결과로서 연령에 따라 점차 증가되는 것으로 볼 수 있다. 이와 같이 연령 증가에 따라 우울증상과 불안증상이 모두 증가하는 결과는 조성진 등(2001)의 연구와 다르게 나타났다. 조성진 등(2001)의 연구에서 우울증상의 경우 중3, 고3때 남학생과 여학생

의 비율의 차이가 가장 줄어들고 명백한 우울증 증상의 남녀 유병율이 중 3때와 고3때 역전되는 결과를 보였는데 연구자들은 조사 지역이 입시 비평준화 지역으로서 학업과 입시에 대한 부담과 우울증상이 관련이 있는 것으로 해석하였다. 그런데 본 연구에서 조사한 지역은 조사 당시에는 평준화가 된 상태로 1학년은 평준화 상태였으나 고등학교 2학년, 3학년의 경우 비평준화 상태에서 입학한 학생들이 뒤섞여 있었으므로 입시와의 관련성을 단언하기 어렵다. 또한 김미영과 강운주(2000)의 연구에서 DSRS (Depression Self-Rating Scale)로 조사한 결과 중학교 1, 2, 3학년과 고등학교 1학년에서는 남녀차가 유의하여 여학생의 우울점수가 높았으나 고2, 고3에서는 이 차이가 유의하지 않았다. 미국자료에서 주요우울장애의 발병시기를 평균 14.9세로 보고하였고 남녀를 통합할 때 평균 15-18세 범위로 추정된 자료가 있다(Lewisohn, Rhode, & Seeley, 1998). 결론적으로 우리나라에서 남녀차에 대해서는 여자 청소년이 일관되게 높은 우울증상과 불안증상을 경험하고 있는 것으로 나타났으나 성과 학년간의 관계에 대해서는 일관된 결과를 보이지 않고 있으므로 지역적 편중을 줄인 전국단위의 표집을 통해 연령의 효과를 검증할 필요가 있다. 이를 통해 우리나라 청소년에서의 우울장애나 불안장애의 평균 초발연령 및 가장 취약한 시기를 확인 할 필요가 있다.

셋째, 우울 및 불안 집단은 일반집단에 비하여 사회경제수준이 낮은 집단의 비율이 높았으나 부모의 교육수준에 있어서는 두 집단의 분포에서 통계적으로 유의한 차이가 없었다. 이와 같은 결과는 사회경제적 수준이 낮

은 경우 우울증에 취약하다는 선행연구 결과(Monroe, Bromert, Connell & Steiner, 1986)와 일치하였다. 그러나 부모의 교육수준에 있어서는 아버지, 어머니 모두에서 유의한 차이를 나타내지 않았다. 아버지 교육수준을 보면 아버지가 대졸인 경우 일반집단이 52.3%, 우울 및 불안집단이 50.5%으로 두 집단 모두 아버지가 대졸인 경우가 50%이상을 차지하고 있어 본 조사지역이 신도시 지역으로서 부모의 학력 분포가 상당히 편중되어 있는데 따른 결과로도 볼 수 있다. 어머니의 취업비율은 일반집단과 우울 및 불안 집단의 차이를 보이지 않았다. 선행연구에서도 어머니 취업과 관련해서는 비일관된 결과를 보였으며 특히 어머니의 취업은 직업활동의 목적, 사회경제적 수준, 편부모 여부 등이 복합적으로 영향을 주므로 이와 같은 특성을 고려한 분석이 요구된다.

넷째, 우울 및 불안 집단의 부 혹은 모사망 비율과 부모 이혼 비율이 일반집단에 비하여 유의하게 높았다. 이와 같은 결과는 아동기에 주요 인물의 상실을 경험하는 것은 매우 중요한 위험 요인이 된다는 결과를 뒷받침하며(Reinherz, Stewart-Berghauer, Pakiz, Frost, Meoykens & Holmes, 1989), 가정의 불화 및 부모간의 불화, 이혼 등이 우울장애의 위험요인이라는 선행연구와 일치되고 있다(Kandel & Davis, 1986). 우리나라에서 이혼율이 매우 증가되고 있는 추세임을 감안할 때 어린 아동이나 청소년이 가정의 불화와 부모의 이혼을 통해 정서적 어려움을 경험할 가능성도 높고 있다. 그런데 친밀한 사회적 관계가 부모의 이혼과 낮은 자존감을 보호하는 요인으로 작용한다는 결과(Sandler, Kim-Eae, & MacKinnon,

2000)와 같이 이혼의 영향을 줄일 수 있는 관련요인을 분석하고 이혼의 부정적 영향을 최소화하는 방안을 마련하는 것이 중요하다.

다섯째, 우울 및 불안집단의 음주비율이 일반집단에 비해 유의하게 높았고 흡연 비율도 유의하게 높았다. 이와 같은 결과는 남녀 공히 흡연, 음주를 하는 경우 우울증상이 많다는 국내 연구(김미영, 강윤주, 2000)와 일치하는 결과이다. 성인 흡연자의 경우에도 니코틴 의존도를 예상할 수 있는 요인 중에서 우울 성향이 가장 큰 연관성을 가지고 있으며(오순영, 1993) 여러 가지 정신병리척도 가운데 우울증점수가 흡연집단을 가장 잘 예측하였다는 결과(송선희, 하은혜, 송동호, 2002)가 있다. 국내 청소년의 음주에 관한 조사자료는 불충분하며 음주 및 흡연과 우울증상간의 인과적 관계에 대한 분석은 이루어지지 않았으나 청소년기에도 음주와 흡연이 우울증상에 따른 역기능적 대처행동의 하나로 선택될 수 있음을 보여주는 결과이다.

여섯째, 진단 받은 신체질환의 경우도 우울 및 불안집단이 일반집단에 비해 유의하게 높았다. 구체적인 질환에 대한 응답을 적도록한 결과 전체 가운데 응답빈도수 자체가 적기는 하지만 아토피 및 알레르기성 질환이 가장 많았고, 위염, 장염 등 소화기계 질환이 그 다음으로 많았다. 청소년기에는 신체질환의 유병율 자체는 낮으나 여러 가지 정신신체증상들을 흔히 호소한다(김미영, 강윤주, 2000). 이는 청소년기 발달과정 중 정상적으로 있을 수 있는 신체의 변화에 의한 것일 수도 있으나 우울증과 같은 정서장애와 관련성이 높다는 결과(Wotman, Dononvan & Woodburn, 1986)와 일치하고 있다. 특히 본 연구에서 청

소년들이 진단 받은 구체적 질병으로 보고한 것은 아토피, 알레르기, 소화기계 질환 등 일반적으로 심인성 영향력이 큰 질환들인 경우가 많아서 이와 같은 결과를 뒷받침하고 있다. 그러나 본 연구에서는 신체증상의 지속기간, 강도 등 신체증상에 대해 세분화된 조사를 실시하지 못하였으므로 이와 같은 결과가 신체화 경향을 반영하는 것인지를 포함한 후속연구가 필요하다.

본 연구의 주요 의의를 살펴보면 다음과 같다. 첫째, 국내 청소년을 위한 심리학적 예방 연구나 치료연구는 청소년기 정신건강문제의 실상에 대한 보다 정확한 이해에서 출발해야 할 것이다. 위험-보호요인 패러다임의 측면에서도 이와 같은 조사가 매우 중요하다. 국내에는 현재 청소년기의 심리적 장애나 문제행동에 대한 체계적인 역학조사 자료가 매우 부족한 실정이다. 심리적 장애나 문제행동의 발생률, 지속기간, 위험 요인 등 우리나라 청소년들의 정신건강 문제에 대한 기초자료 수집이 무엇보다도 우선적으로 이루어져야 할 것이다. 이와 같은 기초자료는 국내 청소년들의 정신건강 문제를 정확히 파악하는데 도움을 줄 뿐 아니라 나아가 이들의 욕구에 민감한 효과적인 예방 프로그램을 개발하는데 있어 귀중한 정보가 될 수 있다. 이런 맥락에서 본 연구에서는 청소년기 우울장애와 불안장애와 같은 정서장애 영역에서 치료와 예방을 위한 기초적 자료를 제공하였다는데 의의가 있다. 둘째, 우울증상과 불안증상이 공존하는 집단에 대해 통합적으로 이와 관련된 위험 요인을 규명한 것으로서 지역사회에 우울 및 불안 공존집단이 매우 많다는 것을 확인하였으며 본 연구에서 청소년기 우울증

상 및 불안증상 공존집단의 위험요인으로 규명된 여자 청소년, 연령의 증가, 낮은 사회경제적 수준, 부 혹은 모의 사망, 부모의 이혼, 자신의 음주 및 흡연, 신체질병 등의 요인에 대한 치료적, 예방적 주의를 촉구하는 계기가 되었다. 셋째, 조사도시에서 전 지역을 대상으로 10,000명에 가까운 청소년이 참가한 대규모 조사연구로서 남녀 중학생, 고등학생을 고르게 표집하여 연구결과의 일반화 가능성을 높였다는 점이다.

본 연구의 제한점과 후속 연구를 위한 제언은 다음과 같다. 첫째, 본 연구에서 우울증상 및 불안증상 공존집단의 선정이 자기평가식 설문으로만 실시되어 한계가 있다. 물론 긍정오류(false positive)를 줄이기 위해 CES-D, RCMAS와 함께 우울과 불안 문항을 포괄하는 K-YSR을 중복기준으로 적용하였고 우울 및 불안장애 집단의 점수를 분석한 결과 진단된 환자 집단과 유사한 수준의 증상을 보이고 있어 우울 및 불안장애 집단이 매우 심각한 수준의 증상을 경험하는 상태임을 확인할 수 있었다. 그러나 정신증상에 대한 자기보고식 평가는 조작적 진단준거를 사용한 면접자의 진단과의 일치도가 중등도 정도로 보고되며(Lewinsohn & Teri, 1982), 자기평가 척도에 의한 우울증상의 평가는 변별타당도가 낮다는 점, 자기보고는 우울증상의 장기적인 경과에 대한 정보를 제공하지 못하며 다른 공존 정신장애에 관한 정보를 제공하지 못한다는 점에서 한계가 있다. 물론 본 연구는 대규모 연구로서 600명이나 되는 선별 집단에 대해 진단적 면접을 하는 것은 현실적으로 불가능하겠으나 후속연구에서는 진단준거 목록을 자기평가 하는 등의 방법을 통해 가능

한 임상적 진단과의 일치도를 높이는 방안이 강구되어야 할 것이다. 둘째, 본 연구에서 선정된 우울 및 불안 집단의 우울증상 점수와 불안증상 점수가 매우 높은 수준으로 본 연구결과 규명된 위험요인들이 우울증상과 불안증상의 공존에 따른 것인지 심한 우울 혹은 심한 불안에서 오는 것인지에 대해서는 밝혀내기 어려운 제한점이 있다. 만일 비교 집단을 순수 우울집단, 순수 불안집단, 그리고 일반집단 등으로 하였다면 이와 같은 특성을 명확히 분리해 낼 수 있었으나 본 연구에서 사용된 도구들이 주로 명목척도로써 많은 비교집단에 대해 비교할 때 해석에 어려움이 따른다. 후속 연구에서는 순수 우울집단, 순수 불안집단 각각에 대한 조사를 병행하여 공존장애 집단의 특성과 개별장애의 특성을 분리한 연구가 필요하다. 셋째, 평가방법과 관련하여 사회경제적 수준이나 음주, 흡연 등의 영역에 대한 조사에서 단일문항으로 조사가 이루어졌고 전반적으로 문항수가 제한되어 심층적 조사가 이루어지지 못하였으며 실제 경제적 지표나 생활수준, 행동평가 등의 자료를 활용하지 못하였다는 점이다. 이에 따라 후속연구에서는 설문조사의 한계를 극복하기 위해 세분화된 사회 경제적 지표나, 생활수준에 대한 객관적 자료를 활용할 필요가 있으며 음주와 흡연에 대해서도 실제 행동여부를 확인하고 심각도, 기간 등을 고려한 분석이 이루어져야 할 것이다. 넷째, 외국의 선행연구나 국내연구에서 지적된 다양한 위험요인에 대한 조사가 충분히 이루어지지 못했다는 점이다. 지금까지 연구결과 여러 가지 다양한 위험요인에 대한 지적이 있었음에도 이와 같은 많은 요인들을 포괄하지 못한 것

이 매우 아쉬운 점으로서 이후 연구에서는 다양한 위험요인에 대해 좀더 체계적으로 조사하는 것이 필요하다. 특히 일본이나 홍콩의 연구에서 볼 때 대인관계문제가 생애전반에 걸쳐 매우 중요한 요인으로 지적된 만큼(Takakura & Sakihara, 2001; Shek, 1990; Chan, 1995) 같은 동양문화권인 우리나라 청소년의 사회적 관계, 사회적 유능성, 중요인물과의 관계에 대한 조사가 필요하며 우리나라의 입시제도와 관련 학업요인의 영향도 규명할 필요가 있다. 또한 최근에 사회 문제로 대두되고 있는 왕따 및 학원 폭력의 영향에 대해서도 조사할 필요가 있다. 다섯째, 위험요인의 규명을 통해 보호요인에 대한 적극적인 탐색과 증진을 위한 예방적 활동으로 이어질 수 있으므로 후속 연구에서는 위험요인 뿐 만 아니라 정서장애에 대한 심리사회적 보호요인에 대한 적극적인 조사도 이루어져야 할 것이다.

결론적으로 본 연구를 통해 청소년기 우울증상과 불안증상 공존집단에서 여자 청소년, 연령의 증가, 낮은 사회경제적 수준, 부모의 사망, 부모의 이혼, 자신의 음주 및 흡연, 신체질병 등이 중요한 위험요인으로 확인되었으며 후속연구에서는 진단평가 과정의 도입과 대인관계 및 사회적 관계, 학업수행 등을 포함하여 다양한 위험요인과 보호요인을 보다 포괄적으로 조사할 필요가 있다.

참 고 문 헌

- 김미영, 강윤주. (2000). 청소년기 우울성향과 관련된 요인. 한국학교보건사회지. 13(2), 261-270.
- 송선희, 하은혜, 송동호. (2002). 성인 남성 흡연과 관련된 심리사회적 변인: 종합병원 건강증진센터 내원자들을 대상으로. 한국심리학회지:

- 건강 7(3), 447-462.
- 신승철, 김만권, 윤관수, 김진학, 이명선, 문수재, 이민준, 이호영, 유계준. (1991). 한국에서의 the Center for Epidemiological Studies-Depression Scale(CES-D)의 사용-표준화 및 요인구조에 대한 횡문화적 검토-. *신경정신의학*, 30(4), 752-767.
- 오경자 양윤란. (2003). 청소년기 사회불안의 발생과 유지의 심리적 기제 I: 행동억제 기질, 부모 양육태도 및 외상경험의 영향. *한국심리학회지: 임상* 22(3), 557-576.
- 오경자 하은혜 홍강의 이혜련 (2001). K-YSR 청소년 자기행동평가척도. 서울:중앙적성출판사.
- 오순영 김세인 윤방부. (1993). 흡연자의 우울성향과 니코틴 의존도. *가정학회지*, 14(2), 79-87.
- 조성진, 전홍진, 김무진, 김창규, 김선옥, 류인균, 조맹제 (2001). 한국 일도시지역 청소년의 우울증상 유병율과 관련요인에 대한 연구. *정신신체의학*, 40(4), 627-639.
- 최선남 (1995). 가족환경변인 및 아동기 부모-자녀 결합형태가 청소년의 우울성향에 미치는 영향. *대한가정학회지*, 6, 31-42
- 최진숙 조수철(1990). 소아 불안의 측정-RCMAS의 신뢰도와 타당도 검사. *신경정신의학*, 29(3), 691-701.
- Achenbach T.M. (1991b). *Manual for the Youth Self-Report. and 1991 Profiles*. Burlington: University of Vermont.
- Allgood-Merten, B., Lewinsohn, P. M., & Hops, H. (1990). Sex differences and adolescent depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 55-63.
- Ambrose, B. & Rholes, W.S.(1993). Automatic cognitions and the symptoms of depression and anxiety in children and adolescents: an examination of content-specificity hypothesis. *Cognitive Therapy and Research*, 17, 153-171.
- Baker, D. & Taylor, H.(1997). Inequality in health and health service use for mothers of young children in south west England. Survey Team of the Avon Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood Team. *Epidemiology Community Health*, 51(1), 74-79.
- Biederman, J., Faraone, S., Mick, E., & Lelon, E. (1995). Psychiatric comorbidity among referred juveniles with major depression: fact or artifact? *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 579-590.
- Biederman, J., Newcorn, J., & Sprich, S. (1991). Comorbidity of attention-deficit hyperactivity disorder(ADHD) with conduct, depressive, anxiety and other disorders. *American Journal of Psychiatry*, 148, 564-577.
- Block, J., Gjerde, P. F., & Block, J. H. (1991). Personality antecedents of depressive tendencies in 18-year olds: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 726-738.
- Brady, E.U. & Kendall, P.C.(1992). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents. *Psychological Bulletin*, 111, 244-255.
- Chan, D. W.(1995). Depressive symptoms and coping strategies among Chinese adolescents in Hong Kong. *Journal of Youth and Adolescent*, 24, 267-279.
- Clark, D.B., & Sayette, M. (1993). Anxiety and the development of alcoholism: clinical and scientific issues. *American Journal of Addiction*. 2, 59-76
- Clarke, G. N., Lewinsohn, P.M., Hops, H., Seely, J. R. (1992). A self-and parent-report measure of adolescent depression: the Child Behavior Checklist Depression scale(CBCL-D). *Behavior Assessment*, 14, 443-463.
- DiLalla, L. F., Kagan, J., & Reznick, J. S.(1994). Genetic etiology of behavioral inhibition among 2-year-old children. *Infant Behavior and Development*, 17, 412-415.

- Donovan, C.L., & Spence, S.H.(2000). Prevention of childhood anxiety disorders. *Clinical Psychology Review, 20*(4), 501-531.
- Downey, G., & Coyne, J.C. (1990). Children of depressed parents: An integrative review. *Psychological Bulletin, 108*, 50-76.
- Durlak, J. A. (1995). *School-based prevention programs for children and adolescents*. Newbury Park, CA: Sage.
- Fawcett, J., & Kravitz, H. M. (1983). Anxiety syndromes and their relationship to depressive illness. *Journal of Clinical Psychiatry, 44*, 8-11.
- Garrison, C. Z., Jackson, K. L., Masteller, F., McKeown, R., & Addy, C. (1990). A longitudinal study of depressive symptomatology in young adolescence. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 4*, 581-585.
- Gotlib, I. H. (1982). Self-reinforcement and depression in interpersonal interaction: The role of performance level. *Journal of Abnormal Psychology, 91*, 3-13.
- Hammen, C., Adrian, C., & Hiroto, D. (1988). A longitudinal test of the attributional vulnerability model in children at risk for depression. *British Journal of Clinical Psychology, 27*, 37-46.
- Hirschfeld, R. M. A., Klerman, G. L., Lavori, P., Keller, M. B., Griffith, P., & Coryell, W. (1989). Premorbid personality assessments of first onset of major depression. *Archives of General Psychiatry, 46*, 345-350.
- Hops, H., Lewinsohn, P. M., Andrew, J. A., & Roberts, R. E. (1990). Psychological correlates of depressive symptomatology among high school students. *Journal of Clinical and Child Psychology, 19*, 211-220.
- Johns, J., Weissman, M. M., & Klerman, G. L. (1990). Panic disorder, comorbidity and suicide attempts. *Archives of General Psychiatry, 47*, 805-808.
- Kandel, D. B., & Davis, M. (1986). Adult sequelae of adolescent depressive symptoms. *Archives of General Psychiatry, 39*, 1205-1212.
- Kovacs, M., Gastonis, C., Paulauska, S., & Richard, C. (1989). Depressive disorders in childhood: IV. A longitudinal study id comorbidity with risk for anxiety disorders. *Archives of General Psychiatry, 46*, 776-782.
- Krohn, H., & Hock, M. (1991). Relationships between restrictive mother-child interactions and anxiety of the child. *Anxiety Research, 4*, 109-124.
- Last, C. G., Hersen, M., Kazdin, A. E., Francis, G., & Grubb, H. J.(1987). Psychiatric illness in the mothers of anxious children. *American Journal of Psychiatry, 144*, 1580-1583.
- Lewinsohn, P.M., Rohde, P., & Seeley, J. R. (1998). Major depressive disorder in older adolescents: Prevalence, risk factors and clinical implications. *Clinical Psychology Review, 18*(7), 765-794.
- Lewinsohn, P.M., Rohde, P., & Seeley, J. R. (1995). Adolescent psychopathology. III. The clinical consequences of comorbidity. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34*, 510-519.
- Lewinsohn, P. M. & Teri, L. (1982). Selection of depressed and nondepressed subjects of the basis of self-report data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50*, 590-591.
- Monroe, S. M., Bromrt, E. J., Connell, M.M., & Steiner, S. C. (1986). Social support, life events, and depressive symptoms: a 1-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*, 424-431.
- Petersen, A. C., & Crockett, L. (1985). Pubertal timing and grade effects on adjustment. *Journal*

- of Youth and Adolescence*, 14, 191-206.
- Reinherz, H., Stewart-Berghauer, G., Pakiz, B., Frost, A. K., Meoykens, B.A., & Holmes, W. M. (1989). The relationship of early risk and current mediators to depressive symptomatology in adolescence. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 942-947.
- Reynolds, C. R., and Richmond, B.O. (1978). What I think and feel-A revised measure of Children's Manifest Anxiety. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 2, 271-280.
- Rohde, P., Lewinsohn, P. M., & Seely, J.R. (1991). Comorbidity of unipolar depression: II. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 214-222
- Sandler, I.N., Kim-Bae, L.S., & MacKinnon, D.(2000).Coping and negative appraisal as mediators between control beliefs and psychological symptoms in children of divorce. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29(3), 336-347.
- Shek, D. (1990). Reliability and factorial structure of the Chinese version of the Beck Depression Inventory. *Journal of Clinical Psychology*, 46, 35-43.
- Stewart, S. M., Betson, C. L., Lam, T. H., Chung, S. F., Ho, H. H., & Chung, T. C. F. (1999). The correlates of depressed mood in adolescents in Hong Kong. *Journal of Adolescent Health*, 25, 27-34.
- Takakura, M. & Sakihara, S. (2001). Psychological correlates of depressive symptoms among Japanese high school students. *Journal of Adolescent Health*, 28, 82-89.
- Thapar, A., & McGuffin, P. (1995). Are anxious symptoms in childhood heritable? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 439-447.
- Velez, C. N., Johnson, J., & Cohen, P. (1989). A longitudinal analysis of selected risk factors for childhood psychopathology: The children in the community study. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 861-864.
- Verhulst, F.C., van der Ende, J., Ferdinand, R. F., & Kasius, M. C. (1997). The prevalence of DSM-III-R diagnosis in a national sample of Dutch adolescent. *Archives of General Psychiatry*, 54, 329-336.
- Warren, Sl., Huston, L., Egeland, B., & Sroufe, L. A. (1997). Child and adolescent anxiety disorders and early attachment. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 637-644.
- Weisz, J. R., Suwanlert, S., Chaiyasit, W., Weiss, B., Walter. B.R., & Anderson, W. W.(1988). Thai and American perspectives on over and undercontrolled child behavior problems: Exploring the threshold model among parents, teachers, and psychologist. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 601-609.

1 차원고접수일 : 2003. 10. 6
수정원고접수일 : 2003. 11. 27
최종게재결정일 : 2003. 12. 2

Psychosocial risk factors for comorbid adolescents with depression and anxiety

Eun Hye Ha
Depts. of Psychiatry
NHIC Ilsan Hospital

Kyung Ja Oh
Depts. of Psychology
Yonsei University

Dong Ho Song
Depts. of Psychiatry
NHIC Ilsan Hospital

The purpose of this study was to investigate psychosocial risk factors for comorbid adolescents of depression and anxiety in community. The study sample was 9943 adolescents(5004 boys and 4939 girls) from junior and high school and they completed self administered questionnaire. When cutoff scores on CES-D, RCMAS and K-YSR were used to define the group at high risk for depression and anxiety disorders, 600(6%) adolescents met the criteria. The result showed that depression and anxiety were more prevalent among older compared to younger adolescents and among girls compared to boys. Those from low-income families, either father or mother's death and with divorced parents were particularly at risk for high depression and anxiety. Also alcohol use, smoking and physical illness of adolescent were at risk for depression and anxiety. Finally limitations of the present study and directions for the future research were suggested.

key words: depression, anxiety, comorbidity, risk factor, adolescent