

## 아동의 우울 정도에 따른 가족환경 지각에 관한 연구\*

The Perception of Family Environment in  
Depressed and Normal Children

최 선 남\*\*  
Choi, Seon Nam  
최 외 선\*\*\*  
Choi, Wae Sun

### ABSTRACT

Children's depression and perception of family environment were measured in 218 elementary school children with the use of the CDI(Children's Depression Inventory), CBCL(Child Behavior Check List) and FES(Family Environment Scale).

Two-way ANOVA revealed that the scores of the depressed children were higher on the CBCL than the scores of the normal children. The degree of cohesion, independence, intellectual orientation, and organization was higher in normal than in depressed children, but the conflict of depressed children was higher than that of normal children.

### I. 서론

최근 들어 정신과 병원을 찾는 사람들 중에서 아동의 수가 증가하고 있으며, 이들의 문제 중 내면성 문제가 외면성 문제 행동보다 높게 나타나며 그 중 가장 심각한 정서장애가 우울로 나타났다는 보고가 있다(이혜련, 오경자, 홍강의, 하은혜, 1991). 과거 대부분의 진단체계들에서는 아동 우울의 실체를 인정하지 않았으나(Lefkowitz & Burton, 1978), 근래 아동 우울의 정의와 분류(Carson & Cantwell, 1982), 평가(Kazdin &

Petti, 1980; Kovacs, 1980; Asarnow & Carlson, 1985)의 연구에 의해 아동들에게도 우울의 증후군이 실재한다는 입장에 서게 되었다. 최근 DSM-III(1980)에서 "주요 우울증(major depression)은 유아기를 포함한 어떠한 연령에서도 나타날 수 있다"라고 기술한 것은 아동 우울의 실체를 인정하고 있음을 시사해 준다.

최근 청소년 대화의 광장에서 빈번하게 야기되는 청소년 자살 실태와 대처방안을 모색하기

\* 본 논문은 영남대학교 박사학위 청구논문의 일부임

\*\* 영남대학교 가정관리학과 강사

\*\*\* 영남대학교 가정관리학과 교수

위해 초·중등학생을 대상으로 자살행동 실태 조사결과, 처음 자살을 생각해 본 시기가 중학교(36.9%), 초등학교(20.8%), 고등학교(18%) 순으로 나타났다(한국일보, 1992, 9, 21). 이와 같이 우울증의 한 형태인 자살이 초등학교 아동에게서부터 싹트고 있다는 사실은 심각하다 할 수 있다.

임상적 아동들을 대상으로 연구한 결과 표집된 아동의 27-52%가 우울을 나타내었고(Asarnow & Carlson, 1985), 정상 아동을 대상으로 한 연구에서는 표집된 아동의 10-23%가 가볍거나 심한 우울을 나타내었다. 또한 많은 연구들이 우울증으로 인한 인지적 손상이 아동에게도 나타남을 보였다. 우울한 성인과 유사하게 4, 5학년의 우울한 아동은 주어진 과제에 대해 낮은 문제해결력을 보였고(Kaslow, Tarienbaum, Abramson, Peterson & Seligman, 1983; Seligman et al, 1984) 그들 자신과 미래에 대해 부정적인 기대를 하는 경향이 있었다(Kazdin et al, 1983). 자살한 100명의 자살자를 대상으로 한 연구에서(Shaffer & Fisher, 1981) 거의 모두가 죽기 전에 정신적 장애의 징후를 나타내었으며, 이중 가장 일반적 진단이 우울이었다. Pfeffer(1986)는 비록 모든 우울아동이 자살하는 것은 아니지만 우울한 감정은 아동의 자살 행동과 관련되어 있다고 언급하였으며, 우울한 감정, 무기력, 무가치감과 죽고 싶다는 소망에 의해 자살아동과 비자살 아동을 구분하였다.

발달단계에 따른 우울 증상을 살펴보면 유아기에는 우울증상이 울음, 반항, 철회 등으로 나타날 수 있으며 아동기 전반기에는 슬픔, 무기력과 같은 정서적 우울감을 경험하고, 이를 언어적으로 표현하기도 하며, 아동기 후반기에서는 점차 청소년기와 성인기에서 나타나는 죄책감, 자기비하, 자아존중감의 저하 등으로 일시적인 증상이 나타난다(김은정, 오경자, 1992). 우울증으로 어려움을

겪고 있는 아동은 대체로 즐거운 기분을 느낄 수 없고, 사회적으로 위축되고 자기 존중감이 낮아지는 것과 함께 집중력이 떨어져 학업성적이 저조하게 된다. 또한 심한 경우에는 불면증, 식욕부진, 배설기능의 통제가 잘 안되고 신체적 고통을 호소하는 경우가 흔하며, 문제상황에 직면했을 때 그것을 해결하기보다는 불안, 화, 우울감 같은 부정적인 감정을 더 많이 경험하게 된다. 따라서 부정적인 감정이 누적되고 절망해 있을 때 극단적인 해결방법으로 자살을 시도하는 경우도 알려져 있다(김보경, 조현춘, 정대영, 박영균, 1992). Kovacs, Goldston & Gatsonis(1993)의 연구를 살펴보면 우울환자 중 66%가 자살을 생각해보고 9%가 자살을 기도했다

아동의 우울 원인에 대하여는 공통적인 해석이 어려울 때의 부모와의 격리와 상실이었다. 부모의 상실이나 양적 빈도에 대하여서도 연구되었는데, 우울증 환자는 다른 질환의 환자들이나 정상인들보다 이러한 부모와의 사별, 이별의 경험이 더 많은 것으로 나타났다(민성길, 1993). 심리적 문제로 치료를 요청한 아동들 100명 중 약 37명이 어려울 때 부모를 상실했거나 분리되었던 경험이 있는 것으로 나타났다(Seligman, Gleser, Rauh & Harris, 1974). 그러나 Jacobson, Fasman과 Dimascio(1975)는 우울의 원인을 연구하기 위하여 우울증 환자 집단, 외래환자 집단 그리고 정상 집단 등 세 집단을 대상으로 실제적인 부모의 상실뿐만 아니라, 부모와의 정서적 유지 관계가 부재 혹은 결여 되었을 때 우울증과의 관련성을 조사하였다. 그 결과 성인의 우울증과 외형적인 박탈과의 관계는 발견되지 않았으나 양육과정에서의 정서적 유지관계의 손실 혹은 박탈과 우울증 간에 높은 상관성이 있음이 나타났다. 그러므로 우울증 환자의 초기 경험에서 중요한 것은 대상의 손실 경험 그 자체이기보다는 양육과정에서의 정서적 유지관계가 박탈되는 경험이

더 많은 영향을 미치는 것으로 나타났다. 또 다른 연구들에서도 우울증환자는 그들의 부모와의 관계가 원활하지 못했음을 지적하고 있다(Beck, 1967; Blatt, 1974; Raskin, Boothe, Reating, Scolterbrandt & Odle, 1971; Lamont & Gottlieb, 1975). 부모가 그들에 대해 무관심하거나 냉담하며, 대화가 잘 통하지 않고, 자신의 자율성과 독립심을 허용하지 않는 등 많은 간섭을 했었다고 보고하고 있다. 우울증 환자집단에서 그들의 부모에 대한 부정적인 평가를 하는 것으로 나타났다(Messer & Gross, 1995). 이러한 연구들은 우울아동이 부모의 행동이나 가족환경에 대한 지각이 정상아동과는 다르다는 것을 시사한다.

아동 우울을 감소하는 방법으로 Winddle (1992)는 아동의 스트레스 완충에 관한 연구에서 스트레스를 주는 생활사건과 가족의 지지가 낮을 경우 우울이나 비행과 같은 문제 행동을 보인다고 밝혔다. 즉 가족의 지지는 더 적은 우울과 관련이 있다고 한다.

이러한 연구의 결과 아동의 우울은 부모의 부재나 상실, 박탈보다는 가족에서의 가족간의 지

지나 관계, 부모 자녀간의 적극적 의사소통의 기회와 같은 가족환경이 우울에 영향을 주는 변인임을 모색할 수 있다.

특히 가족의 제반 특징이 우울한 환자의 기능 지수와 관련될 수 있고(Moos, 1986), 더 적은 지원과 가족의 조직화는 심각한 우울(Mitchell, Cronkite, & Moose, 1984)과 심리적인 증상(Bromer, Ed. & May, 1984)과 관련이 있다. 그러므로 이처럼 가족기능과 우울의 연구에서 우울이 가족기능도 지수에 영향을 미치며 가족기능이 장애가 있는 경우 우울의 가능성을 고려해야함을 시사하고 있다. 아동 우울이 가족환경에 의해 영향을 받을 수 있지만, 이에 대한 경험적 연구가 부족하다.

따라서 이 연구에서는 일반 아동에게서 나타나는 아동의 우울 정도를 살펴보고, Moos(1974, 1986)가 개발한 가족환경척도를 통하여 남녀 정상아동과 우울아동의 가족 환경 특성을 살펴보고자 한다. 이를 통하여 아동 우울에 영향을 미치는 가족환경 특성을 조사하고, 우울아동 가족의 가족환경 변화에 도움을 주고자 한다.

## II. 연구방법

### 1. 조사대상

조사대상은 대구시 각 구에 위치한 8개 초등학교 4, 5, 6학년 아동과 부모들이 선정되었다. 아동에게는 아동용 우울 척도와 가족환경 척도를 실시하였으며, 그들의 부모에게는 아동행동평정표를 실시하였다. 모든 조사를 완성한 843명 중 두 가지 척도(아동용 우울 척도와 부모용 아동행동평정표)에 근거하여 우울이 높은 아동과 우울하지 않은 아동으로 구분하였다. 즉 부모용 행동평

정표를 전체 Z-score를 계산하여 상하 25%의 범주로 나누어서 선정하고, 선정된 아동을 다시 아동용 우울 척도의 Cut off point인 12, 14점을 기준으로 하여 12점이하는 우울이 없는 것으로, 14점 이상은 우울성향이 있는 것으로 평가하였다(오경자 외, 1995). 이러한 2차 screening 방법을 사용한 이유는 우울아동과 우울하지 않은 아동의 구분을 명료하게 하기 위한 것이다. 이러한 방법에 의해 우울하지 않은 아동과 우울이 높은 아동을 각각 98명(남 53명, 여 45명)과 120명(남 61

〈표 1〉 정상집단과 우울집단의 우울 척도에 의한 평균 결과표

우울집단 척도	우울하지 않은 집단(N=98) 평균(표준편차)	우울집단(N=120) 평균(표준편차)
CDI (아동 우울 척도)	8.35(2.69)	19.57(5.94)
CBCL(아동 행동 평정)	.46( .19)	9.58(3.56)

명, 여 59명)으로 선정하여 총 218명의 아동을 연구대상으로 하였다.

2회의 Screening으로 우울 정도가 낮은 정상 아동과 우울이 높은 우울집단의 아동을 구분한 후 아동 우울 성향과 부모가 지각한 아동의 우울 행동에 대한 결과를 <표 1>에 제시하였다.

<표 1>에 제시된 바와 같이 우울집단의 CDI의 평균은 각각 8.35와 19.57로 우울집단이 우울하지 않은 집단보다 더 높았으며, CBCL의 평균은 각각 .46과 9.58로서 우울집단이 우울하지 않은 집단에 비해 더 높게 나타났다.

## 2. 조사도구

본 연구를 위해 아동의 자기보고식의 질문지(아동 우울 척도, 가족환경척도)와 부모의 아동행동평정표를 조사 도구로 사용하였다. 각 척도의 내용은 다음과 같다.

### 1) 아동 우울 척도(CDI: Children's Depression Inventory)

초등학교 아동들의 우울정도를 측정하기 위하여 Kovacs의 소아우울 척도(Children's Depression Inventory, CDI, 1983)의 한국형으로 신뢰도 및 타당도 검증이 이루어진 바 있는 한국형 소아우울 척도를 사용하였다(조수철, 이영식, 1990). 이 척도는 27문항의 자기보고식의 항목으로 우울의 주요 증상을 나타내는 우울정서, 행동장애, 흥미상실, 자기비하, 생리적 증상의 5가지

하위범주로 나눌 수 있다. 반응은 우울의 심각성 정도에 따라 0-2점으로 평가되어 총 점수는 0-54점 사이에 분포가 가능하고, 점수가 높을수록 우울의 정도가 심한 것으로 평가된다. 이 척도는 지난 2주 동안의 자기자신의 기분 상태를 스스로 평가하도록 고안되어 있는 것이다. 신뢰도 측정결과 Cronbach  $\alpha = .889$ 로 나타났다.

### 2) 한국판 CBCL의 문제행동 증후군 척도

아동기의 정서 및 행동 문제를 효과적으로 평가하기 위하여 Achenbach와 Edelbrock(1983)이 제작한 행동조사표(Child Behavior Checklist: CBCL)를 하은혜 등(1995)이 한국판으로 표준화한 척도를 사용하였다. 이 척도는 아동, 청소년기의 사회적 적응 및 정서, 행동 문제를 부모가 평가하는 것으로 여러 가지 정서, 행동 문제의 빈도를 조사하는 기초 역학조사 도구의 차원을 넘어 아동, 청소년의 심리장애의 진단을 위해서도 유용한 임상도구이다. 기존의 문제행동 증후군으로 위축, 신체증상, 우울, 사회적문제, 사고의 문제, 주의집중, 비행, 공격성등의 8개 척도로 120문항이 제시되어 있다. 본 연구에서는 CBCL전체 문항중, 우울행동을 나타내는 14개 문항만을 사용하였으며, 0-2점으로 평가되어 총 점수는 0-28점 사이의 분포가 가능하다. 신뢰도는 Cronbach  $\alpha = .872$ 로 나타났다.

### 3) 가족환경척도(Family Environment Scale)

가족환경척도는 Moos(1974)가 개인과 가족기

능에 미치는 가족환경의 영향을 평가하기 위하여 구성된 척도로써 연구자가 번역하여 사전검사를 실시한 후 전공자들에게 안면타당도 검사를 실시하였다. 가족환경척도는 가정의 가족 분위기와 행동에 미칠 영향을 나타내 주는 것으로 가족성원들이 대답해야할 90개의 진위척 문항으로 구성되어 있으며, 본 연구에서는 아동이 자신의 가족 환경에 대해 평가하도록 하였다.

가족환경척도는 10개의 하위척도로 각각 9개의 문항으로 구성되어 있다. 이 중 3개의 하위영역(결합성, 표현성, 갈등)은 관계의 차원을 측정하는 것으로 가정 내에서 가족성원들이 지각하고 있는 상호간의 의사소통의 특징을 기술한다. 그 다음 5개의 하위척도(독립성, 성취, 지적-문화적 지향성, 능동적인 레크레이션 지향성, 도덕

적-종교적 강조)는 개인적인 발달과 성장의 차원을 나타낸다. 이러한 척도들은 가족분위기가 어떠한 발달과정을 강조하는가를 측정한다. 나머지 2개의 하위척도(조직, 통제)는 체계유지의 차원을 가리키는 것으로서, 가족구조와 역할에 대한 정보를 제공한다. 그리고 각 하위척도의 점수를 얻은 뒤 가족평균을 내어 프로파일을 만든다. 10개의 하위척도의 내용은 다음의 <표 2>에 제시하였다.

본 연구에서 측정된 가족환경척도의 신뢰도는 Cronbach  $\alpha = .688$ 로 나타났다.

### 3. 자료분석

본 연구의 자료분석은 SPSS PC+프로그램을

<표 2> Moos의 가족환경척도의 하위척도

#### 관계차원

1. 결합성 : 가족성원들이 자기 가족에 관심을 나타내고 관여하는 정도, 그리고 가족 각자가 서로 도와주고 지원하려는 정도
2. 표현성 : 가족성원들이 개방적으로 행동하고, 자기 감정을 직접적으로 표현하도록 허용하고 부추기는 정도
3. 갈 등 : 분노, 공격성, 일반적인 갈등적 상호작용이 어느 정도 그 가족의 특징을 이루는가 하는 정도

#### 개인적 성장 차원

4. 독립성 : 가족성원들이 자기주장적이고 자족적이고 스스로 결정을 내리고 독자적으로 사고하도록 부추기는 정도
5. 성취지향성 : 여러 가지의 활동 유형(학교나 직장에서)에 성취지향적 경향, 또는 경쟁심을 띠게 하는 정도
6. 지적 문화적 지향성 : 가족이 정치적 사회적 지적 문화적 활동에 관심을 가진 정도
7. 능동적 레크레이션 지향성 : 가족이 여러 종류의 사회적 및 레크레이션활동에 참여하는 정도
8. 도덕적 종교적 강조 : 가족이 윤리적 종교적 문제와 가치를 강조하는 정도

#### 체계유지적 차원

9. 조 직 : 가족활동, 책임감에 대한 계획을 수립하는데 질서와 조직이 얼마나 중요하며, 가족의 규칙과 책임이 얼마나 분명하고 명확한가 측정한다.
10. 통 제 : 가족이 삶을 살아가는 데 있어서 가족의 규칙이나 절차가 어느 정도 작용하는가를 평가한다.

이용하여 전산처리 되었다. 각 도구의 신뢰도를 파악하기 위해서 Cronbach의  $\alpha$  계수를 산출하였으며, 본 연구의 연구문제를 검증하기 위해서는

2 Way ANOVA를 실시하여 우울하지 않은 아동과 우울이 높은 아동 집단의 차이를 살펴보았다.

### III. 결과 및 해석

우울하지 않은 아동과 우울아동에 대한 집단 및 성별에 따른 가족환경 지각의 차이를 알아보기 위해 변량분석한 결과는 다음의 <표 3>과 같다.

정상아동과 우울아동의 집단 및 성별에 따른 가족환경 지각의 차이를 살펴본 결과 가족환경 척도 10개의 변인 중 결합성, 갈등, 독립성, 지적·문화적 지향성, 조직의 하위변인에서 집단간의 주효과가 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 그러나 성별의 주효과 및 집단과 성별의 상호작용효과는 통계적으로 유의하지 않았다. 통계적으로 유의한 차이를 보인 변인들에 대해 구체적으로 살펴보면 다음과 같다.

관계차원인 결합성은 우울아동이 정상아동보다 낮게 나타났으며, 갈등은 우울아동이 더 높게 나타났다. 개인적 성장차원인 독립성, 지적문화적

지향성은 우울아동이 정상아동에 비해 더 낮게 나타났으며, 체계유지적 차원 중에서는 조직변인에 있어 우울아동이 정상아동보다 더 낮게 나타났다. 이러한 결과는 우울아동의 가족환경이 정상아동의 가족에 비해 자신의 가족에 대한 관심을 덜 나타내고 관여하는 정도와 가족성원 각각 서로 돕고 지원하려는 정도가 더 낮은 것을 알 수 있으며, 뿐만 아니라 가족성원들이 자기 주장적이고 자족적이고 스스로 결정을 내리는 독자적 사고도 더 낮은 것을 알 수 있다. 우울아동의 가족은 정치적, 사회적, 지적 문화적 활동에 정상아동의 가족보다 덜 관심을 가지고 있는 것으로 나타났다. 그리고 일반적인 갈등적 상호작용이 우울하지 않은 아동보다 더 높게 나타났다.

### IV. 논의 및 결론

본 연구는 아동의 문제 행동 중 정서적 문제로 야기된 아동 문제가 증가되므로, 특히 아동기 우울이 자신이 생활하는 가장 가까운 체계인 가족환경과의 관계를 살펴보고자 하였다. 또한 남·여 성별의 차이가 우울아동의 가족지각에 차이가 있는지를 조사하고자 하였다.

본 연구의 결과 우울이 높은 집단과 낮은 집

단간에 가족환경 지각에 있어, 결합성, 갈등, 독립성, 지적·문화적 지향성, 조직의 하위변인에서 유의한 차이가 나타났다. 우울한 아동은 우울하지 않은 아동에 비해 가족원간에 결합성이 낮았으며, 독립성, 지적·문화적 지향성, 조직에서 모두 낮게 지각했으며 가족내의 갈등을 높게 지각하는 것으로 나타났다.

<표 3> 아동의 집단과 성별에 따른 가족환경 지각 하위변인에 대한 변량분석 결과

종속 변인	독립 변인	남 평균(SD)	여 평균(SD)		F (df=1, 213)
결합성	정상	7.81(1.19)	8.26(1.19)	성별(A)주효과	2.829
	우울	6.42(2.13)	6.79(2.19)	집단(B)주효과	34.583 ***
				상호작용효과	.33
표현성	정상	4.33(1.73)	4.86(1.65)	성별(A)주효과	3.396
	우울	4.18(1.61)	4.50(1.60)	집단(B)주효과	1.307
				상호작용효과	.212
갈 등	정상	2.92(1.40)	2.57(1.25)	성별(A)주효과	2.330
	우울	3.63(1.40)	3.34(1.82)	집단(B)주효과	12.513 ***
				상호작용효과	.016
독립성	정상	5.90(1.21)	6.28(1.51)	성별(A)주효과	1.208
	우울	5.42(1.69)	5.53(1.68)	집단(B)주효과	8.272 **
				상호작용효과	.420
성 취 지향성	정상	5.77(1.58)	5.71(1.35)	성별(A)주효과	.028
	우울	5.44(1.45)	5.43(1.61)	집단(B)주효과	2.209
				상호작용효과	.015
지 적 문화적 지향성	정상	4.92(1.75)	5.28(2.04)	성별(A)주효과	3.326
	우울	4.18(1.77)	4.74(2.05)	집단(B)주효과	6.278 *
				상호작용효과	.143
능동적 레크레 이선지향성	정상	5.13(1.80)	4.88(1.61)	성별(A)주효과	.006
	우울	4.52(1.90)	4.68(1.88)	집단(B)주효과	2.795
				상호작용효과	.675
도덕적 종교적 강 조	정상	4.71(1.89)	5.06(1.87)	성별(A)주효과	3.327
	우울	4.22(1.92)	4.79(1.83)	집단(B)주효과	2.261
				상호작용효과	1.173
조 직	정상	5.81(1.54)	5.66(1.85)	성별(A)주효과	1.331
	우울	4.75(1.50)	5.36(1.94)	집단(B)주효과	8.994 **
				상호작용효과	2.576
통 제	정상	3.92(1.46)	3.66(1.21)	성별(A)주효과	2.026
	우울	4.18(1.52)	3.86(1.71)	집단(B)주효과	1.227
				상호작용효과	.022

\* p<.05    \*\* p<.01    \*\*\* p<.001

이는 우울한 아동들은 가족성원들이 자신에 대한 관심과 지지가 낮거나, 낮다고 받아들이는 아동이 더 우울이 높은 것으로 나타났다. 이는 정서적 지지가 결여된 아동에게서 우울이 높다는 연구를 지지하는 것으로 보인다(Windle, 1992; Messer & Gross, 1995). 뿐만 아니라 부정적인 가족기능이나 부부갈등과 아동의 부적응과는 직접적인 관계가 있다는 연구와 일치한 결과를 보인다(Davis & Cummings, 1994; Cummings, Davies & Simpson, 1994). 즉 아동이 인식하는 갈등이 문제행동에 더 많은 영향을 미친다. 이혼 한 부모를 둔 흑인 청소년 120명을 대상으로 가족환경을 측정한 결과 갈등수준이 높은 집단이 가족에 대해 더 불만이 많았고, 심리적인 부적응과 응집력이 표현성이 낮았다(Dancy & Handal, 1984). 가족의 조직에 있어서는 집안 활동에 많은 시간을 보내는 것이 아동의 안녕감에 긍정적인 관계가 있음을 발견한 McMillan과 Hitonsmith(1982)의 연구와 일치한다. 따라서 우울이 높은 아동의 가족활동에 대한 관여가 낮으며, 가족규칙이나 책임이 불명확하다고 볼 수 있다.

이상의 결과를 일반인을 대상으로 연구한 Moos & Moos(1986)의 연구와 비교하면, 가족환경 지각의 하위변인에서 우울아동이 정상아동의 점수보다 모두 낮은 점수를 보이나, 갈등의 하위변인에서는 우울아동이 더 높게 나타났다. 이는 우울아동이 정상 집단의 아동보다 가족내에서 더 많은 갈등을 겪고 있음을 의미한다. 정상아동에서는 대부분의 하위변인에서 높은 평균을 보이나 결합성과 도덕적 종교적 강조, 조직에서는 더 높은 점수를 보이고 있다. 9세-17세 사립국민학교 아동을 대상으로 가족환경을 연구한 Lieberman(1992)의 연구와 비교해보면 본 연구의 결과 우울아동은 가족환경 지각의 각 영역에서 모두 낮은 평균을 보이고 있으며, 정상아동에서는 결합성, 표현성,

조직의 하위변인이 높게 나왔다. 이는 우울이 높은 아동이 가족환경에 대해 지각하고 있는 에너지가 모두 떨어져 있음을 의미하고, 우울이 낮은 정상집단에서는 가족간의 결합, 표현정도, 가족간의 질서나 조직성이 밀접함을 알 수 있다. 그러나 가족환경 지각의 하위변인에서 우울집단이 갈등 중심의 프로파일을 형성한다는 Moos(1991)의 연구결과와 일치하고 있다. 즉 이는 우울 성향이 높은 아동들은 가족내 환경에 대해 많은 갈등을 소지하고 있음을 알 수 있다.

본 연구에서 성별변인은 아동의 우울성향에 따라 가족환경 지각에 별 차이가 없었다. 이는 생의 초기에는 남아가 여아보다 우울이 우세하게 나타나며 13살 이후에는 소녀들 사이에 우울이 보편적이며, 성인이 되면 여자의 비율이 훨씬 높다는 결과를 보고해 우울의 성차를 주장한 Nolen-Hoeksema, Seligman, Girus(1989)의 연구와는 불일치한다. 그러나 우울의 자각에 있어 성별의 차이는 청소년 중기가 되어야 나타난다는 Fleming외(1989)의 연구와는 일치한다. 이러한 결과로 이시기 아동은 가족환경에 대한 지각에 있어 성별이 큰 영향을 미치는 변인이 아님을 알 수 있다.

이와 같은 연구결과 정상아동과 우울아동의 우울성향을 다시 한번 인식할 수 있으며, 개인과 가족의 기능에 영향을 미치는 가족환경을 구체적으로 살펴보는 기회가 되었다. 또한 가족환경 척도가 아동의 우울을 진단할 수 있는 척도로써의 특성을 나타낼 만하다.

본 연구의 결과를 토대로 아동의 우울에 대한 연구에 있어 다음의 제언을 하고자 한다.

먼저, 아동 우울에 영향을 미치는 개인, 가족, 학교사회의 환경에 대한 변인의 모색이 이루어져야 할 것이다.

둘째, 본 연구에서는 정상아동을 대상으로 screening 방법을 통하여 우울성향을 띠고 있는



아동을 모색했으나 입상에 있는 아동을 대상으로  
구체적 연구가 이루어져야 할 필요가 있다.  
셋째, 우울아동의 가족환경 변화를 위한 부모

교육이나 가족상담 프로그램의 개발을 통하여 건  
강한 가족관계 형성을 하도록 할 필요가 있다.

## 참고문헌

- 김보경, 조현춘, 정대영, 박영균 역(1992), *아동기 행동장애*, 서울:성원사.
- 김영미, 김중술(1992). 우울증 환자의 사회적 문제해결 능력. *정신의학*, 17, 2, 130-138.
- 김은정, 오경자(1992). 발달적 관점에서 본 아동 및 청소년기 우울증. *소아·청소년 정신의학*, 3, 1, 117-118.
- 이혜련, 오경자, 홍강의, 하은혜(1991). 문항분석을 통한 한국판 CBCL의 임상 유용도 검증, *소아·청소년 정신의학* 2(1):138-499.
- 조수철, 이영식(1995). 한국형 소아 우울 척도의 개발. *신경정신의학*, 29, 4, 943-956.
- 하은혜, 오경자, 이혜련, 홍강의(1995). 한국판 CBCL의 문제행동 증후군 척도 재구성을 위한 연구.
- Asarnow, J. R., Carlson, G. A.(1985). The depression self-rating scale: Utility with child psychiatric inpatients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 491-499.
- Beck, A. T.(1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York:Harper & Row.
- Beck, A. T.(1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Bertalanffy, L. V(1986). "General system theory and Psychiatry", in Arietie (ed.), *The American Handbook of Psychiatry*, vol. 3, New York: Basic Books, 702-720.
- Blatt, S. J.(1974). Level of object representation anaclitic and introjective depression. *Psychoanalytic Study of the Child*, 29, 107-157.
- Blatt, S. J., Wein, S. J., Chevron, E., & Quinlan, D.M.(1979). Parental Representations and Depression in normal young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 88(4), 388-397.
- Cohen, M., Baker, G., Cohen, R. A., Fromm-Reichman, F., & Weight, E. V.(1954). An intensive study of twelve cases of manic-depressive psychosis. *Psychiatry*, 17, 103-137.
- Cummings, E. M., Davies, P. T. & Simpsonm K. S(1994). Marital conflict, gender, and children's appraisals and coping efficacy as mediators of child adjustment. *Journal of Family Psychology*, 8, 141-149.
- Davies, P. T & Cummings, E. M(1994). Marital conflict and adjustment: An emotional security hypothesis. *Psychological Bulletin*, 116, 387-411.
- Fenichel, O.(1945). *The Psychoanalytic theory of Neurosis*, New York: Norton.
- Fleming, J. E., Offord, D. R., & Boyle, M. H.(1989). Prevalence of childhood and adolescent depression in the community. *British Journal of Psychiatry*, 155, 647-654.
- Haley, J.,(1972). *Strategies of Psychotherapy*, New York:Grune & Stratton, Inc. 5-30.
- Himes-Chapman, B., & Hansen, J. C.(1983). Family environments and self-concepts of delinquent and mentally ill adolescents.

- Family therapy*, 10, 289-298.
- Jacobson, S., Fasman, J., & Dimascio, A.(1975). Deprivation in the childhood of depressed women. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 160, 5-14.
- Kovacs, M.(1983) Rating scales to assess depression in school-aged children. *Acta Paedopsychiatry*, 46, 305-315.
- Kovacs, M., Goldston, D., & Gatsonis, C.(1993). Suicidal behaviors and childhood-onset depressive disorders: A Longitudinal Investigatin. *Journal of American Academic Child Adolescence Psychiatry*, 32, 1, 8-20.
- Lamont, J., & Gottlieb, H.(1975). Convergent recall of Parental behaviors in depressed students of different racial groups. *Journal of Clinical Psychology*, 31, 9-11.
- Lieberman, F. R.(1992). Validity of the kinetic family drawings as a measurement of the perception of family relationships and family dynamics. Unpublished Ph.D. Dissertation. Pace University.
- Mahler, M. G.(1961). Sadness and grief childhood. *Psychoanalysis Study Child*, 16, 332-351.
- McMillan, D. W., & Hiltonsmith, R. W.(1982). Adolescents at home: an exploratory study of the relationship between perception of family social climate, general well-being, and actual behavior in the home setting. *Journal of Youth and Adolescence*, 11, 301-315.
- Messer, S. C., & Gross, A. M. (in press). Childhood depression and aggression: A covariance structure analysis. *Behavior Research and Therapy*.
- Miller, J. G.(1978). Living systems. New York : Mc Graw-Hill.
- Moos, R, H.(1974). Combined Preliminary Manual: Family, Work, Group Environmental Scales. Consulting Psychologists Press.
- Moos, R. H, & Moos, B. S(1986). Family environment scale manual second. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, Inc.
- Nolen-Hoeksema, S.(1994). An interactive model for the emergence of gender differences in depression in adolescence. *Journal of Research on Adolescence*, 4(4), 519-534.
- Peterson, L., & Mullins, L. L., & Ridley-Johnson, R.(1985). Childhood depression: Peer reactions to depression and life stress. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 13, 597-609.
- Rado, S.(1928) The problems of melancholia. *International Journal of Psycho Analysis*, 9, 420-438.
- Raskin, A., Boothe, H. H., Reating, N. H., Schoterbrandt, J. G., & Odle, D.(1971). Factor analysis of normal and depressed patients memories of parental behavior. *Psychological Reports*, 29, 871-879.
- Satir, V.,(1967). *Conjoint Family Therapy*, Palo Alto: Science and Behavior Books, Inc., 12-38.
- Shaffer, D. & Fisher, B. A(1981). The Epidemiology of Suicide in Chidren and Young Adolescents. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 21, 545-565.
- Windle, M.(1992). Temperament and social support in adolescence:Interrelations with depressive symptoms and deliquent behaviors. *Journal of Youth and Adolescence*, 21(1), 1-21.
- Wood, J., Chapin, K., & Hannah, M. E(1988). Family environment and Kinetic Family Drawing. *Journal of Personality Assessment*, 49, 427-433.