

한국심리학회지: 건강
The Korean Journal of Health Psychology
2005. Vol. 10, No. 1, 83 - 93

KPI-C 프로파일로 본 ADHD 아동의 행동특성

김 용 희[†]

경희의료원 신경정신과

본 연구는 주의력결핍과잉행동장애(ADHD)로 진단 받은 아동의 임상적 특성을 알아보기 위해 실시되었다. 연구 대상은 소아정신과에 내원한 아동 중 주의력결핍과잉행동(ADHD) 증상을 가지고 있는 61명이었으며, 이들의 행동 특성을 평가하기 위해 KPI-C(한국아동인성검사)를 사용하였다. 연구 결과, 발달지연유형(n=19), 가정불화유형(n=7), 정서적 불안정유형(n=15), 적응적 유형(n=20)으로 나누어졌으며, 비행 차원을 제외하고 군집별 하위 차원들과 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 이처럼 ADHD 아동에게 다양한 행동특징들이 나타나고 있어서 이들의 주된 외현적 문제행동 뿐만 아니라 정서적, 인지적, 및 가정환경과 같은 여러 가지 측면들을 평가할 필요성이 시사된다. 본 연구의 제한점과 의의점이 논의되었다.

주요어 : 주의력결핍과잉행동, 충동성, KPI-C

주의력결핍 과잉행동증의 주 증상은 주의력결핍, 과잉행동, 충동성과 같은 행동 장애로 알려져 있다. 이러한 증상들은 발달 중에 있는 정상 아동들도 어느 정도 경험할 수 있는 문제이며 연령의 증가에 따라 변화할 수 있다. 주로 부모들은 이러한 문제를 가진 아동들을 ‘귀기울여 듣지 않는다’,

‘끝맺음을 잘 못한다’, ‘쉽게 산만해 진다’, ‘자꾸 지시하고 잔소리를 해야 한다’ 라고 표현한다. 또한 우리나라에서도 “산만하고 주의집중이 안된다”는 아동이 전체의 50%이며 그 중 “자주” 또는 “아주 자주” 산만하다는 경우가 남자는 15%, 여자는 7%에 이른다(홍강의와 홍경자, 1985).

[†] 교신저자(corresponding author) : 김용희, 서울시 동대문구 회기동 경희의료원 신경정신과
전화: 02-958-8549, E-mail : yngkim9@hanmail.net

이러한 증상이 심한 아동인 경우에, 문제는 산만하고 부산한 행동에만 국한되는 것이 아니고 물건을 잘 잃어버리거나, 과제를 끝까지 완성하지 못하는 비교적 가벼운 행동문제에서 비롯하여 학업수행의 저하로 성취를 경험하게 되는 일이 적어지고 또래에게 따돌림을 당하게 되는 비교적 심각한 경우도 관찰할 수 있다. 상기의 주의력결핍의 문제로 인해 아동의 자율성이 감소하고 부정적인 자아상을 형성할 수 있으며 대인관계에서도 무관심, 기피 및 소외감이 커질 수 있어서 우울, 불안이나 고립감과 같은 정서적 문제가 뒤따를 수 있다(Milich & Laundau, 1982).

일반적으로 주의력결핍을 경험하는 아동은 그렇지 않은 정상 아동에 비해 다른 정신과적 질환에 걸릴 수 있는 취약성이 증가할 수 있다. 실제로 ADHD 아동은 주의력결핍 이외에도 우울, 불안과 같은 공존 질환을 가지는 경우가 흔하다. 예를 들어 일반 아동인구에서 불안의 유병률은 5%이나 주의력결핍 아동에서는 약 25%로 증가한다. 이와 유사하게 우울, 반항성장애, 품행장애, 학습장애, 양극성장애, 뚜렛장애 및 기타 정신과적 진단도 동반 상승하는 경향이 있다(Biederman, Mewcom & Sprich, 1991; Biederman, Faraone & Spencer, 1993). Biederman, Faraone과 Lapey (1992)은 ADHD 아동의 51%가 적어도 하나 이상의 다른 정신과적 공존 질환을 가진다고 보고하였다. 우리나라의 연구에서도 정신과에 내원한 ADHD 아동 중에서 ADHD 이외에 공존질환을 가진 경우가 55%여서 과반수를 넘으며, 공존질환은 특수발달장애, 품행장애, 반항장애, 불안장애 등의 순이었다(홍강의, 김종훈, 신민섭과 안동현, 1996). Jensen, Martin과 Cantewell(1997)은 지난

10년간 이루어진 ADHD 공존질환의 연구를 개관하였는데, ADHD 증상과 품행장애/반항성장애의 공존율은 약 42~93%, 우울, 불안 같은 내재화 장애는 13~50%에 이르러서, ADHD의 새로운 하위 유형으로 ADHD 공격형과 ADHD 불안형을 제안하였다. 품행장애의 경우 과도한 다툼과 괴롭힘, 도둑질, 거짓말, 가출, 심한 분노발작이나 불복종과 같은 행동이 지속적으로 나타날 때 진단되며 ADHD와 가장 높은 공존율을 보인다. Fergusson, Horwood, Lynskey(1993)는 704명의 아동을 대상으로 각각 6, 8, 10, 13세 때 학업성취도, 부모 및 아동의 보고를 조사하였는데, 이를 통해 어릴 때의 품행장애 증상은 나중에 규율을 어기는 행동이 증가하는 것을 예측할 수 있으나 학업과는 상관 없었다. 반면 ADHD 증상은 학업성취가 낮아지는 경향이 있지만 규율을 어기는 것과는 상관 없어서 두 증상은 서로 독립적이라고 보았다. 그러나 두 증상이 공존할 경우 저조한 학업수행과 반사회적 행동이 함께 나타날 수 있다고 제안했다.

Alessi와 Magen(1988)은 공존질환을 가지고 있는 주의력결핍 아동 중에서 약 25%는 주요우울 증으로, 22%는 기분부전장애(dysthymia)로 진단되었다고 하여 무력감, 흥미상실, 우울감을 많이 경험하는 것으로 해석된다. 과도한 염려, 미래에 일어날 일에 대한 비현실적인 걱정은 ADHD 아동이 흔히 보이는 불안 증상이다. ADHD와 불안장애의 공존 패턴에 중에서 중첩되는 특징으로 안절부절, 집중의 어려움, 성급함, 수면장애 등이 있다. 반대로 불안한 아동의 15-30%에서도 ADHD 증상을 보인다고 한다(Tannock & Schachar, 1992).

이외에도 중복하여 발병될 확률이 높은 것으로 발달성 협응장애가 있다. Denckla는 일련의 연구를 통해 ADHD와 발달성 협응장애 또는 운동-지각(motor-perceptual) 역기능 간에 높은 관련성이 있음을 보고하였다(Denckla & Rudel, 1978; Denckla, Rudel & Chapman, 1985; Landgren, Pettersson & Kjellman, 1996). 그의 연구에 따르면 스웨덴의 7세 아동 중에서 ADHD 준거에 부합하는 아동들 가운데 47%가 발달성 협응장애에 해당하였다. 그리고 발달성 협응장애 아동의 15%가 5개나 그 이상의 ADHD 증상을 보였다고 한다(Kadesjo & Gillberg, 1998). 국내 연구에서 문경주(1999)는 주의산만과 과잉활동 문제를 보이는 일반 초등학생을 대상으로 K-CBCL을 실시하여 군집분석한 결과, “혼합형 문제”, “외화문제”, “주의집중문제”, “정상” 집단으로 각각 분류하였다. 이와 같이 아동 및 청소년의 정신병리 유형을 경험적으로 분류하여 중요한 임상특징을 잘 반영할 수 있어야 한다.

한국아동인성검사(Korean Personality Inventory for Children [KPI-C]; 김승태, 김지혜, 송동호, 이효경, 주영희, 홍창희, 황순택, 1997)은 아동의 인지, 정서, 행동의 측면을 다룬다는 점에서 널리 사용되고 있는 아동인성검사 도구이다. 한국아동인성검사(KPI-C; 김승태 등, 1997)는 우리나라 아동들의 임상적 특징을 잘 반영하는 문항들을 선정하여 구성되었다. 본 연구에서는 상기의 연구 결과들을 토대로 소아정신과에 내원하여 ADHD로 진단받은 아동들의 주증상 이외에 나타나는 행동 특성을 알아보고자, ADHD 아동의 KPI-C 프로파일을 군집분석하여 각각의 유형으로 나누어 보았다. 각 유형의 평균 프로파일을 통해

ADHD 아동의 주호소 문제인 주의력과 과잉행동 이외에 나타나는 행동특성을 통해 공존질환의 가능성을 간접적으로 알아보고자 하였다.

방 법

연구대상

본 연구는 2001년 10월부터 2004년 9월까지 주의력결핍 과잉행동을 주소로 서울소재 K의료원 정신과에 내원한 아동 중에서 심리검사를 거치고 정신과 전문의에 의해서 ADHD로 진단을 받은 61명의 아동(남자 57명, 여자 4명)을 대상으로 하였다. 연령의 범위는 만 4세에서 14세로 평균 7.66세(표준편차 1.84)이다. 아동용 지능검사 결과 정신지체로 판정된 경우는 연구에서 제외하였으며 본 연구에서는 지능지수 70이상인 아동만을 대상으로 하였다. 그리고 공존질환이 있는 ADHD 집단인 경우는 ADHD 집단의 진단준거를 만족시키고 다른 장애의 진단준거를 동시에 만족시키는 경우를 대상으로 하였다. 공존 질환으로는 불안, 우울, 지능(경계선 수준 이상), 틱, 품행장애, 반항장애, 배설장애, 아스퍼거 장애, 부모-자녀 관계문제가 포함되었다. KPI-C는 아동의 어머니가 작성하였다.

측정 도구

한국아동인성검사(Korean Personality Inventory for Children; KPI-C): 김승태, 김지혜, 송동호, 이효경, 주영희, 홍창희, 황순택 (1997)이 우리나라 아동을 대상으로 하여 표준화한 것으로

만 4세에서 15세의 아동과 청소년에게 실시할 수 있다. 본 검사는 아동·청소년의 부모가 직접 작성하는 것이다. 척도로는 무응답, 검사-재검사, L, F의 4개 타당도척도와 자아탄력성 척도가 있으며, 임상척도로 언어발달, 운동발달, 불안, 우울, 신체화, 비행, 과잉행동, 가족관계, 사회관계, 정신증, 자폐증으로 구성되어 있다. 반분신뢰도는 기준집단의 경우 .62에서 .79였으며, 임상집단의 경우 .58에서 .85로 평균 상관계수는 .70이었다. 내적 일치도는 기준집단의 경우 .62에서 .81이었으며 임상집단의 경우 .67에서 .85로 α 계수는 대략 .75였다.

분석방법

KPI-C 자료에서 무응답이나 극단치가 발견되

지 않아 타당한 자료로 가정하고 이를 제외한 12개 척도(자아탄력성척도와 11개의 임상척도)의 T 점수를 K-평균 군집분석법을 적용하여 군집분석을 하였다. 4개의 하위 군집으로 집단을 추출하였으며 추출된 각 군집들이 전체적인 KPI-C 프로파일 상에서 차이가 있는지 알아보기 위해 차이검증을 실시하고 사후검증을 하였다. ADHD만 진단받은 경우와 공존질환을 함께 진단받은 사례들이 하위유형들 간에 빈도분포에서 차이가 있는지를 χ^2 검증으로 알아보았다.

결 과

군집화 방법으로 61명의 KPI-C 자료를 K-평균 군집분석 하여, 4개의 하위 군집으로 추출하였

표 1. 네 군집의 KPI-C 12 척도의 평균과 표준편차

척 도	군 집								F값	사후검증
	1(N=21)		2(N=7)		3(N=17)		4(N=20)			
자아탄력	38.21	(9.09)	36.00	(5.38)	32.40	(7.97)	50.45	(8.61)	15.38***	3,2,1<4
언어발달	68.26	(7.76)	51.29	(7.67)	52.73	(8.47)	46.76	(7.92)	25.42***	1>4,2,3
동작발달	63.16	(9.09)	48.57	(6.61)	54.53	(7.62)	45.15	(8.51)	16.30***	1>4,2,3
불 안	51.89	(11.72)	51.43	(7.45)	61.47	(8.54)	45.20	(9.79)	7.63***	3>4
우 울	58.95	(9.12)	57.29	(8.36)	65.87	(8.62)	43.80	(9.35)	18.89***	3,1,2>4
신 체 화	50.37	(9.35)	60.57	(9.14)	61.00	(8.42)	45.80	(10.33)	9.39***	1<3, 2,3>4
비 행	60.84	(10.50)	63.00	(11.76)	60.80	(5.80)	56.60	(9.56)	1.17	
과잉활동	66.47	(9.45)	63.00	(8.12)	67.20	(7.58)	54.35	(6.08)	10.59***	1,3>4
가족관계	56.11	(9.27)	74.29	(12.86)	55.00	(12.10)	42.85	(10.63)	15.36***	2>4,3,1
사회관계	54.89	(7.97)	50.43	(7.99)	61.73	(7.16)	45.55	(8.15)	12.81***	1,3>4, 2<3
정 신 증	62.16	(9.54)	55.57	(9.79)	54.80	(10.53)	42.55	(11.51)	11.69***	3,1>4
자 폐 증	65.11	(9.68)	58.86	(3.38)	65.47	(10.82)	49.85	(9.09)	11.77***	1,3>4

***p<.001

()안은 표준편차

군집: 1=발달지연유형, 2=가정불화유형, 3=정서적 불안정유형, 4=적응적 유형

으며 정상집단, 정서적 불안정집단, 발달지연집단, 가정불화집단으로 지칭하였다. 군집을 3개로 지정한 경우 정상집단, 정서적 불안정/발달지연 집단, 가정불화집단으로 집단간 분리가 적절히 이루어지지 않았으며, 군집을 5개 이상으로 지정한 경우에는 많은 변인들에서 집단 차가 없어 집단 분리가 이루어지지 않았다. 네 군집의 KPI-C 12척도들의 평균과 표준편차는 표 1에 제시되어 있다.

추출된 네 군집의 KPI-C 프로파일의 형태를 살펴보면, 모든 집단에서 과잉활동성과 품행문제가 공통적으로 상승되어 있어 전반적으로 ADHD 아동이 산만하거나 과잉활동적이며, 충동조절에 어려움이 있었다. 그 외에도 부모에 대한 반항이나 비행, 품행 상의 문제가 나타났다.

군집 1은 지적 발달과 관련된 두 척도인 언어

발달과 동작발달이 유의하게 지체된 것으로 나타나 어릴 때 지적 발달이나 정신운동 기능면에서 지연이 있었거나 현재 또래에 비해 발달이 느린 경우이다. 이외에도 과잉활동, 비행, 정신증, 자폐증이 상승되어서 사회관계에서 매우 철회되어 있고 언어적 비언어적 의사소통에서의 어려움이나 행동상의 문제가 심각함을 보이고 있다.

군집 2는 가족관계 척도가 T점수 70이상으로 상승하고 있어 가정 내의 긴장수준이 심각하고 부모가 서로 공격적이고 아동에게 처벌적일 가능성이 커서 “가정불화 유형”으로 지칭하였다. 이 유형에서는 가정 불화가 가장 특징적이며, 신체화, 과잉행동, 비행 척도가 상승되어 있고 정서적으로 불안할 뿐만 아니라 부산하고 산만한 행동이 나타났다.

표 2. 군집분석을 통한 집단분류와 진단명의 빈도분포

진 단 명	1	2	3	4	계
pure ADHD	5	1	2	5	13(21.3%)
ADHD + Low Intelligence	3	1	1	1	6(9.8%)
ADHD + 불안 또는 우울	0	0	3	0	3(4.9%)
ADHD + 부모-자녀관계문제	0	1	1	1	3(4.9%)
ADHD + Tic	1	0	1	1	3(4.9%)
ADHD + CD 또는 ODD	1	0	0	0	1(1.6%)
ADHD + 배설장애	0	0	0	2	2(3.3%)
ADHD + 아스퍼거	0	0	0	1	1(1.6%)
ADHD + Low Intelligence + 불안 또는 우울	2	0	0	1	3(4.9%)
ADHD + Low Intelligence + 부모-자녀관계문제	0	2	1	1	4(6.6%)
ADHD + Low Intelligence + 배설장애	0	0	1	0	1(1.6%)
ADHD + 불안 또는 우울 + 부모-자녀관계문제	5	1	4	2	12(19.7%)
ADHD + 불안 또는 우울 + Tic	0	0	0	2	2(3.3%)
ADHD + Tic + 부모-자녀관계문제	1	0	1	1	3(4.9%)
ADHD + CD 또는 ODD + 부모-자녀관계문제	2	1	0	0	3(4.9%)
ADHD + 배설장애 + 부모-자녀관계문제	0	0	0	1	1(1.6%)
계	19(31.1%)	7(11.5%)	15(24.6%)	20(32.8%)	61

군집: 1=발달지연유형, 2=가정불화유형, 3=정서적 불안정유형, 4=적응적 유형

군집 3은 우울, 불안, 신체화와 같은 신경증 척도가 유의하게 상승하여, “정서적 불안정유형”이라 하였다. 한편 과잉활동, 비행, 사회관계, 자폐 증 척도와 함께 높게 나타남에 따라 과잉활동적이고 산만함과 동시에 걱정이 많고 초조해 하며, 우울한 기분, 낮은 자존감, 흥미의 감소, 사회적 고립 및 또래 관계의 어려움을 동반할 것으로 보인다.

군집 4는 모든 임상척도가 T점수 60이하로 낮은 편으로 두드러진 문제 행동이 적은 편이다. 과잉활동증과 비행 척도점수가 다소 높은 편이지만, 자아탄력성 지표가 다른 집단에 비해 유의하게 높은 편으로 자신감있고 내적 외적 스트레스에 대해 융통성있고 적절하게 대처할 수 있어서 “적응적 유형”이라고 명명하였다.

전체 ADHD 아동 집단에서 ADHD로만 진단 받은 경우는 21.3%로 가장 많았으며, 두 가지 이상의 진단이 내려진 경우가 78.7%이었으며, 지능(경계선 수준이상), 불안 및 우울, 부모-자녀관계 문제 등의 순으로 나타났다. ADHD로만 진단받은 경우에도 발달지연과 정서적 문제를 가진 집단으

로 군집화되는 비율이 비교적 높았다.

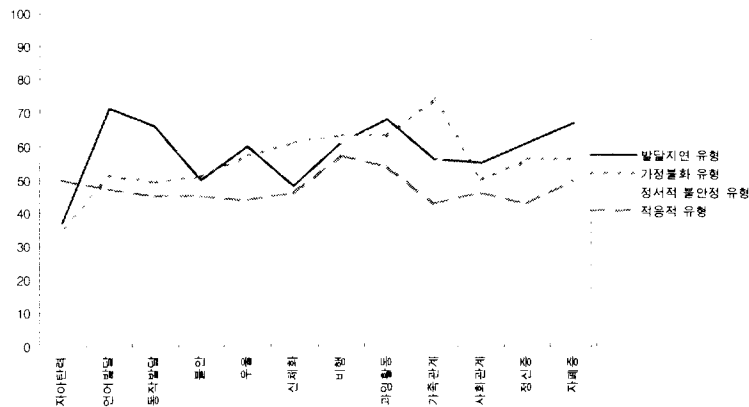
군집분석 결과, 적응적 유형(32.8%), 발달지연(31.1%), 정서적 불안정 유형(24.6%), 가정불화유형(11.5%)의 순서로 나타났다.

논 의

본 연구는 ADHD 아동의 행동 특성을 탐색하기 위해 이루어졌으며, 아동의 양육자인 어머니가 작성한 KPI-C를 군집분석하였다. 연구 결과, 적응적 유형, 정서적 불안정 유형, 발달지연 유형, 가정불화 유형의 4가지 유형군으로 나타나 다양한 공존병리의 가능성을 시사하였다.

적응적 유형이라 할지라도 과잉활동성과 비행 척도에서 높게 상승되어 있어서 ADHD 아동에서 나타나는 산만하고 과활동적인 면과 품행과 관련하여 문제가 어느 정도 나타나고 있다. 그러나 모든 임상척도가 T점수 60이하로 경미한 편이며, 스트레스 대처능력인 자아탄력성 척도가 다른 집단보다 의미있게 높은 편으로 자신감과 여유가 있으며 친밀하고 원만한 대인관계를 맺을 수 있

표 3. ADHD 아동의 하위유형별 K-PIC 프로파일



는 것으로 평가되었다. 따라서 이 집단의 경우 ADHD 증상을 가지고 있지만 또래관계나 가정생활에서 탄력성을 가지고 잘 대처할 것으로 예상된다. 그러나 어머니가 아동의 문제가 없다고 하는 방어적 태도를 취했을 때, 이러한 프로파일이 나타날 수 있어서 제한적으로 해석될 수 있겠다.

정서적 불안정 유형은 24%로 불안과 우울 척도가 유의하게 상승되어 있어서 걱정이 많고 우유부단하며 자신감 저하되어 있고 에너지 수준이 낮으며 쉽게 피곤해지는 특징이 있다. 또한 이 유형에서는 사회관계와 자폐증 척도가 동반 상승하고 있어서 또래 관계를 맺는 데 어려움이 있고 주로 고립되는 행동문제가 나타났다. ADHD 아동은 신경증 증상이 동반되는 경우가 흔하며, ADHD의 하위유형별로 비교했을 때, 혼합형과 주의력결핍우세형 모두 비슷한 정도의 우울과 불안을 보고하였다(Power, Costigan, Eiraldi & Leff, 2004). 남 민, 조수철, 정인과, 윤혜진(1996)의 연구에서도 우리나라 소아정신과에 내원한 ADHD 아동군에서 우울 및 불안 척도가 유의하게 높게 나타났다. Tannock(2000)는 ADHD와 기분장애 및 불안장애의 높은 중복율을 강조하면서, ADHD 아동의 행동문제 뿐만 아니라 정서적인 문제를 반드시 평가해야 할 필요가 있다고 주장하였다.

발달 지연 유형은 전체 사례의 31%로 두 번째로 많았으며, 언어발달과 동작발달이 어릴 때부터 느리거나 현재에도 말을 잘 못하거나 잘 넘어지는 등 발달상의 문제가 있는 집단이다. 이 유형의 경우, 정신증, 자폐증의 척도가 유의하게 높은 편으로, ADHD 증상과 발달 상의 문제 뿐만 아니라 대인관계에 대한 관심결여, 실질적 대인관계형성의 어려움, 상동행동이나 중얼거림과 같은 정신

병적인 행동들도 높게 상승되어 심각한 문제행동을 보이고 있다. ADHD 아동의 60%이 빈약한 운동협응력이나 발달협응장애를 가질 것으로 추정하였는데, 정상아동들의 35%가 동일한 문제를 가질 것으로 추정되는 것에 비해서 유의하게 높은 비율이다(Barkley, DuPaul & McMurray, 1990; Kadesjo & Gillberg, 2001). Denkla와 Rudel(1978)은 과잉행동증 아동에서 어릴 때부터 발달 협응력이 지연되는 경우가 많다고 보고 운동 제지 또는 운동 통제의 결핍의 시초로 해석하였으며, 이러한 신경학적인 징후는 학습장애와도 관련된다고 보고 있다(Carte, Nigg & Hinshaw, 1996).

마지막으로 가정불화 유형은 11%로 가족 내에서 부모의 의견불일치가 심하고, 가정 분위기가 경직되고 아동에게 엄하며 이해를 하지 못하는 등 가정 환경적으로 아동에게 스트레스가 많은 경우이다. 이들은 신체화의 경향도 높은 편으로 여러 가지 신체적 호소가 많은 것으로 나타났다. 심리사회적 관점으로 ADHD를 설명하는 경우에도 빈약한 부모역할이나 혼란한 가정 환경 또는 가난이 ADHD의 원인이 된다는 주장에 대해서 경험적 증거가 적은 편이다(Block, 1977; Jacobvitz & Sroufe, 1987). Levy, Hey, McStephen, Wood와 Waldman(1997)의 쌍생아 연구에서도 ADHD의 증상이 환경적인 요인으로 설명되는 변량이 5% 미만으로 적었다. 따라서 이러한 내용들을 종합해 볼 때, 열악한 가정환경이 ADHD 증상을 야기시킨다고 보다는 기존에 아동이 가지고 있는 증상을 더 악화시킨다고 해석해 볼 수 있겠다(Anastopoulos, Temple, & Shaffer, 2003). 또한 아동의 과잉행동이나 충동성은 부모

에게도 양육 스트레스를 더욱 가중시킬 수 있어 악순환이 반복될 수 있겠다. 따라서 부모와 아동 간의 관계를 개선시킬 수 있도록 부모 교육이나 치료프로그램의 적용이 필수적일 것이다.

본 연구 결과에서는 ADHD 아동의 행동특징이 다양하게 나타나고 있어서 아동의 행동문제 뿐만 아니라 정서, 인지, 가정환경과 같은 다양한 측면들이 평가되고 고려되어야 함을 시사하고 있다. 또한 이와 관련하여 ADHD의 공존질환의 다양성을 간접적으로 제안하고 있다. 공존질환과 관련하여 기존에 많은 연구들이 시도되었다. 예를 들어 ADHD와 반항성장애나 품행장애를 함께 가진 아동은 부주의한 증상만을 가진 ADHD 아동에 비해 더욱 충동적이다. 반면 ADHD와 불안장애를 가진 아동들은 충동적이기 보다는 부주의가 두드러지는 특징이 있다(Newcom, 2001).

이와 더불어 ADHD 진단에서 현재의 기준보다 확장된 기준을 적용하려는 노력이 시도되고 있으며 과잉행동보다는 주의력장애의 다양성에 관심이 높아지고 있다. 예를 들어, 정신분열증적 스펙트럼 장애(Bellak, 1994), 자폐스펙트럼 장애(Towbin, 1994)처럼, “주의력(ADD) 스펙트럼 장애”가 제안되었다(Brown, 2002). 이는 “범주적”(categorical) 접근 보다는 “차원적”(dimensional) 접근을 시도하는 것으로, 주의력장애는 누구나 정도의 차이는 있지만 경험할 수 있다는 것이다 (Brown, 2001).

한편 Barkley(1997)는 DSM-IV에서 규정하는 ADHD 진단준거에서 연령과 관련하여 7세 이전에 발병해야 한다는 기준이 타당하지 못하다고 주장하였다. 그는 이러한 규정이 처음 도입된 DSM-III에서 경험적 연구가 부족한 상태에서 이

를 도입했으며, ADHD 혼합형과 과잉행동우세형의 경우에는 7세 이전에 대개 발병하지만 주의력결핍 우세형의 경우에는 대개 그 이후에도 발병을 많이 하는 점(Applegate et al., 1997)을 예로 들었다. 따라서 이 기준은 다른 발달 장애와 마찬가지로 18세이전으로 확장되어야 한다고 제안하였다. 따라서 주의력 장애의 진단은 현재보다는 더 확장되고 포괄적인 관점으로 변화될 것으로 보인다.

본 연구에서는 ADHD 아동의 다양한 공존질환의 가능성을 탐색해 볼 수 있다는 데 의의들을 수 있겠다. 하지만 많은 제한점이 따르고 있는데, 어머니의 보고에만 의존한 질문지만을 대상으로 하여 어머니의 방어적 태도나 또는 아동에 대한 부정적인 시각에 따라 다른 양상을 보일 수 있어서 제한적으로 해석될 수 있다. 특히 본 연구에서도 제시된 대로 진단명과 부모의 보고에 따른 유형군에서 불일치하는 경우가 많이 나타나, 부모의 보고만으로 본 유형을 구분한 것에 상당한 제한점이 있어서 이를 감안하여 해석할 필요가 있다.

참 고 문 헌

- 김승태, 김지혜, 송동호, 이효경, 주영희, 홍창희, 황순택 (1997). 한국아동인성검사(KPI-C). 서울, 한국기이던스.
- 남 민, 조수철, 정인과, 윤혜진(1996). 주의력결핍·과잉운동장애와 우울, 불안 증상과의 상호관계. 소아·청소년 정신의학, 7, 2, 213-223
- 문경주, 오경자, 하은혜, 박중규 (1999). 주의산만·과잉활동 문제를 보이는 아동의 아동·청소년 행동

- 평가척도(K-CBCL) 군집분석. 한국심리학회지: 임상, 18, 2, 199-207.
- 홍강의, 김종훈, 신민섭, 안동현 (1996). 주의산만·과잉운동을 주소로 소아정신과를 방문한 아동의 진단적 분류와 평가. 소아·청소년 정신의학, 7, 2, 190-202.
- 홍강의·홍경자(1985) 국민학교 아동의 행동문제 연구 (I), 부모 설문에 의한 역학조사. 정신의학보 9, 2, 48-63.
- Alessi, N.E. & Magen, J. (1988). Comorbidity of other psychiatric disturbances in depressed, psychiatrically hospitalized children. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1582-1584.
- Applegate B, Lahey B, Hart E.L, Waldman, I, Biederman, J., Hynd, G.W., Barkley, R.A., Ollendick, T., Frick, P., Greenhill, L., McBurnett, K., Newcorn, J., Kerdyk, L., Garfinkel, B., & Shaffer, D.(1997). Validity of the age-onset criterion for ADHD: A report from the DSM-IV field trials. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1211-1221.
- Barkley, R.A.(1990). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: Handbook for Diagnosis and Treatment*. New York, Guilford.
- Barkley, R.A., & Biederman, J. (1997). Toward a broader definition of the age-of-onset criterion for Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36, 1204-1210.
- Barkley, R.A., DuPaul, G.J., & McMurray, M.B.(1990). A comprehensive evaluation of attention deficit disorder with and without hyperactivity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 775-789.
- Bellak, L. (1994). The schizophrenic syndrome and attention deficit disorder: thesis, antithesis, and synthesis? *American Psychologist*, 49, 25-29.
- Biederman, J., Newcorn, J., & Sprich, S. (1991b). Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety and other disorders. *American Journal of Psychiatry*, 148, 564-577.
- Biederman, J., Faraone, S.V., & Lapey, K. (1992). *Comorbidity of diagnosis in attention-deficit disorder*, in *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder*. Ed. W. G. Philadelphia, PA, WB Saunders, pp.335-360.
- Biederman, J., Faraone, S.V., & Spencer, T. (1993). Patterns of psychiatric comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with attention deficit disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1792-1798.
- Brown, T.E. (2000). *Attention-Deficit Disorders and Comorbidities in Children, Adolescents, and Adults*. Washington, American Psychiatric Press.
- Denckla, M. & Rudel, R. (1978). Anomalies of motor development in hyperactive boys. *Annual Neurology*, 3, 231-233.
- Denckla, M., Rudel, R., & Chapman, C. (1985). Motor proficiency in dyslexic children with and without attentional disorders. *Archive of Neurology*, 42, 228-231.
- Fergusson, D.M., Horwood, L.J., & Lynskey, M.T. (1993). The effects of conduct disorder and attention deficit in middle childhood on offending and scholastic ability at age 13. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 899-916.

- Hoza, B., Gerdes, A.C., Hinshaw, S., Arnold, L., Pelham, W., Molina, B., Abikoff, H., Epstein, J., Greenhill, L., Hechtman, L., Odbert, C., Swanson, J., & Wigal, T.(2004). Self-perception of competence in children with ADHD and comparison children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, 382-391.
- Jensen, P.S., Martin, D., & Cantwell, D.P. (1997). Comorbidity in ADHD: Implications for research, practice, and DSM-V. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 36*, 1065-1079.
- Kadesjo, B. & Gillberg, C. (1998). Attention deficits and clumsiness in Swedish 7-year-olds. *Developmental Medicine of Child Neurology, 40*, 796-804.
- Kadesjo, B. & Gillberg, C. (2001). The comorbidity of ADHD in the general population of Swedish school-age children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 42*, 487-492.
- Landgren, M., Pettersson, R., & Kjellman, B. (1996). ADHD, DAMP and other neurodevelopmental/neuropsychiatric disorders in six-year-old children. Epidemiology and comorbidity. *Developmental Medicine of Child Neurology, 38*, 891-906.
- Levy, F., Hay, D., McStephen, M., Wood, C., & Waldman, I.(1997). Attention-deficit hyperactivity disorder: A category or a continuum? Genetic analysis of a large scale twin study. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 36*, 737-744.
- Milich, R. & Laundau, S. (1982). *Socialization and peer relationship in hyperactive children. In: Advance in learning and behavioral disabilities.* Ed. Gadow KD and Bialer I. Greenwich, JAI, pp.283-339.
- Power, T., Costigan, T., Eiraldi, R., & Leff, S. (2004). Variation in anxiety and depression as a function of ADHD subtypes defined by DSM-IV: Do subtype differences exist or not? *Journal of Abnormal Child Psychology, 32*, 27-37.
- Tannock, R. (2000). *Attention-Deficit /Hyperactivity Disorder with Anxiety Disorders. In: Attention-Deficit Disorders and Comorbidities in Children, Adolescents, and Adults.* Ed. Brown,T.E. pp.125-170.
- Towbin, K.E. (1994). Pervasive developmental disorder not otherwise specified: A review and guidelines for clinical care. *Child & Adolescent Psychiatric Clinical Neurology American, 3*, 149-160.

원고 접수: 2005년 2월 5일

수정원고 접수: 2005년 3월 2일

게재 결정: 2005년 3월 11일

한국심리학회지: 건강
The Korean Journal of Health Psychology
2005. Vol. 10, No. 1, 83 - 93

Behavior features of Children with ADHD through KPI-C profile

Yong-Hee Kim

Department of Neuropsychiatry, Kyonghee medical center, Seoul, Korea

The purpose of this study was to explore clinical characteristics of children with ADHD. The subject were 61 patients with ADHD, who visited the department psychiatry of K Medical Center. To examine their features of behavior, KPI-C was administered. The results showed that they were classified delayed developmental type(n=19), family discord type(n=7), emotionally type(n=15) and adjustment type(n=20) and showed statistically significant difference of KPI-C subtype except for DLQ. In this way, because of showing various behavior features, it is necessary to evaluate not only externalized behavior problem of children with ADHD, but various features such as emotion, cognition and family environment.

Keywords: ADHD, impulsivity, KPI-C