

## 소아정신과에 의뢰된 아동의 주문제에 대한 분석 : 발달적 접근

양혜영      이해련

이화여자대학교

이해련신경정신과

본 연구는 서울의 한 소아정신병원에 내원한 0-18세 환자 2,727명을 대상으로 초진시 부모가 호소한 아동 문제의 연령별 차이를 보았다. 연령 분포는 0-3세가 34.5%, 4-6세가 29.1%, 7-12세가 11.5%, 13-19세가 5.6%였으며, 성별 분포는 남아가 73.6%, 여아가 26.4%였다. 부모들이 가장 많이 호소하는 문제들은 언어결함, 주의집중저하, 대인관계고립, 자폐적 행동, 지적발달지연, 운동틱, 정서관련 언어문제, 학습곤란, 불안정서 등이었다. 문제의 연령차에 대한 Chi-square 검증 결과 0-3세에 언어결함과 자폐적 행동, 4-6세에는 언어결함, 변관련문제, 지적발달지연, 대인관계고립, 7-12세에는 학습 장면과 관련된 학습곤란, 학습동기부족, 주의집중저하, 지적발달지연 많이 보고되었다. 각 연령집단에서 의미있게 보고된 증상 유형을 보면 각 연령집단에서 기대되는 주요한 발달적 성취의 지체, 왜곡, 혹은 실패와 관련되어 있었다. 아동의 연령에 따른 주요한 성취를 보면 0-5세는 애착, 언어, 배변훈련, 자기통제, 또래관계, 6-11세에는 기본적인 학문적 기술의 습득이다. 초진집단 아동들 중 45.4%인 1,238명이 평가과정을 거쳐 최종집단이 내려졌다. 아동의 주문제들이 발달적 일탈과 관련된 것과 같이 0-6세에는 정인지체, 반응성에착장애, 전반적 발달장애, 발달언어장애같은 발달장애의 유병율이 높았고 7-12세에는 학습기술장애, 틱장애, 적대반항장애, 학습문제, 부모자녀관계의 진단이 많이 내려졌다. 환아들중 가장 낮은 빈도를 보인 13-18세 연령집단에는 비행행동, 신체화증상이 많이 나타났으나 적응장애외에 의미있게 나타난 장애는 별로 없었다.

인간의 행동이 정상인지 일탈인지를 판단하는데 사용되는 많은 임상적 기준들이 아동이나 성인의 경우 거의 같다. 예를 들면, 연령, 통계적 일탈, 강도와 지속성 그리고 사회적 수용성 같은 기준들은 성인이나 아동에게 똑같이 적용되는 것이다(Gelfand와 Peterson, 1985). 특히 연령 기준을 적용할 때 한 연령집단에서는 정상으로 판

단되는 행동이 다른 연령집단에서는 일탈된 것으로 판단될 수 있다. 연령에 따른 행동적 차이가 가장 두드러지게 나타나는 집단이 성인과 아동이다. 성인에게는 정상적이고 자연스런 많은 행동들이 아동에게는 바람직하지 않은 일탈된 행동들로 금지되어 있다. 아동과 성인의 적절한 행동에 대한 임상적 판단은 사회나 문화의 기대에 따

라 달라질 수 있다. 흔히 사회적으로 수용되는 행동은 적응적인 행동으로, 수용되지 않은 행동은 부적응적인 행동으로 본다(Gelfand 등, 1985; Garber, 1984).

성인과 아동의 경우 적절한 행동에 대한 사회적 기대가 다를 뿐만 아니라 임상세팅에 의뢰되는 과정이 다르다. 성인들은 자신들의 문제를 스스로 인식하는 경우가 많으나 아동들은 특히 어린 아동들은 자신들의 문제를 인식하지도 못하고 인정하려고도 하지 않는다(Campbell, 1983). 아동들의 경우는 증상을 호소하는 사람이 아동 자신이기보다 주변의 성인들, 특히 부모들인 경우가 많다(Achenbach, 1992). 이런 현상은 성인과 달리 아동이 생물학적으로 인지적으로 사회적으로 정서적으로 아직 미성숙한 상태에 있는 데서 기인한다고 할 수 있다. 그러므로 아동의 경우 행동의 정상성에 대한 판단은 부모의 기대에 따라 달라질 수 있다(Campbell, 1983). 예를 들면, 발달이라는 현상 자체가 변화를 포함하는 것인데 일부 성인들은 아동의 급속한 변화를 잘못된 신호로 받아들이기도 한다(Cowan, 1988). 반대로 아동의 일탈된 행동을 발달과정에서 생기는 일시적인 현상으로 간주하고 아동이 성장하면서 저절로 사라지는 것으로 믿는 성인들도 많다(Gelfand 등, 1985). 그러므로 같은 행동이라도 주변의 성인이 어떤 기대를 갖느냐에 따라 아동의 행동이 정상 혹은 일탈로 판단될 수 있다.

아동 행동의 정상성에 대한 성인들의 판단이 갖는 주관성에도 불구하고 주변 성인들의 문제에 대한 일차적인 인식이나 호소가 없다면 아동은 임상세팅에 의뢰되지 않을 것이다. 아동의 발달적 수준과 아동의 성인에 대한 의존성 때문에 아직까지 문제에 대한 아동 자신의 보고 보다 부모의 보고에 더 의존하고 있다(Martin, 1988; Routh, 1990). 특히 어린 아동의 경우 가장 오랜 시간 아동과 상호작용하는 사람이 부모들로

임상세팅에서는 부모들이 지각하는 아동의 행동 문제를 확인하는 것이 중요하다.

아동기의 문제를 판단하는데 주의해야 할 또 다른 요인은 임상세팅에 의뢰된 집단의 아동들만이 아니라 의뢰되지 않은 아동들도 많은 다양한 행동 문제를 보이고 있다는 사실이다(Campbell, 1983; Gelfand 등, 1985). 아동의 행동 문제는 어느 정도 발달과정에서 일어나는 자연스러운 현상이라고 할 수 있다. 아동들은 각기 다른 발달 단계에 놓임으로써 다른 발달과제 그리고 다른 어려움에 직면한다(Richman, 1985; Achenbach, 1982, 1990). 이런 발달적 문제에 대하여 아동이 얼마나 잘 적응해 나가느냐로 아동 장애를 보는 견해는 발달이라는 현상을 개인-환경의 상호작용의 결과로 보는 정상 발달의 모델과도 잘 일치한다(Sroufe와 Rutter, 1984; Sroufe, 1990). 성인 장애는 획득된 기능이 감소하거나 병리적 행동의 출현으로 인해 온다고 가정하는 반면 아동 장애는 정상적 행동이 과장 혹은 왜곡되거나 중요한 행동을 발달시키는데 실패함으로써 온다고 본다(Achenbach, 1985, 1992).

그러나 부모가 지각한 아동의 행동이 임상적으로 의미가 있는 것인지 그리고 아동의 일탈된 행동이 정상 발달과 어떤 관계를 갖는지 알아보기 앞서 아동이 발달과정에서 어떤 문제들을 빈번하게 보이는지 살펴보는 것이 중요하다. 불행히도 우리나라의 병원에 의뢰된 아동의 주문제의 발달적 특성을 분석한 연구는 별로 없다. 임상적 세팅에서 발달 변인은 빈번히 무시되어 아동의 진단이나 치료에 고려되지 않았다(Gelfand 등, 1985). 본 연구는 소아청소년을 대상으로 하는 서울 소재의 한 병원에 내원한 아동들을 대상으로 초진시 부모가 호소한 문제들이 아동의 연령에 따라 어떻게 변화하는지 알아 보았다. 아동들이 발달과정에서 갖는 어려움이 무엇이고 아동들의 문제가 갖는 의미를 살펴 보았다.

표 1. 환아의 성별, 연령별 분포

연령	여		남		전체	
	초진집단	평가/치료집단	초진집단	평가/치료집단	초진집단	평가/치료집단
0 - 3	232(24.7)	91(21.6)	709(75.3)	330(78.4)	941(34.5)	421(34.0)
4 - 6	206(26.0)	82(24.3)	587(74.0)	255(75.7)	793(29.1)	337(27.2)
7 - 9	148(28.0)	65(25.6)	380(72.0)	189(74.4)	528(19.4)	254(20.5)
10-12	85(27.2)	37(23.9)	228(72.8)	118(76.1)	313(11.5)	155(12.5)
13-18	49(32.2)	24(33.8)	103(67.8)	47(66.2)	152(5.6)	71(5.7)
전체	720(26.4)	299(24.1)	2007(73.6)	939(75.9)	2727(100)	1238(100)

## 방 법

### 연구대상

본 연구는 1989년 10월부터 1993년 12월까지 서울 소재 한 소아정신과병원에 내원한 아동들의 병력지를 근거로 하였다. 초진을 받은 0-18세의 아동들은 모두 2,727명(평균연령 5.81, 표준편차 3.67)인데 이들 중 55.60%인 1,489명은 초진만 받고 종료되었다. 나머지 45.40%에 해당하는 1,238명(평균연령 5.97, 표준편차 3.71)은 진단 평가나 진단평가/치료를 받았다. 여기서 초진집단은 초진을 받은 모든 아동들을 포함하고 평가/치료집단은 초진집단 중 진단평가를 받고 종료한 아동들과 평가 후 치료까지 받은 아동들을 지칭한다.

### 절차

본 연구는 병원에 소장된 아동의 기록을 후에 코딩하고 전산화하여 축출한 임상적 자료에 대한 기초 연구들의 하나이다(이혜련과 황순택, 1996: 미발표). 본 연구의 대상이 된 아동들에 대한 년도별 총 환자수, 진료유형, 부모의 학력, 직업, 출생순위, 형제수, 발달력 등과 같은 정보는 본원에서 나온 학술논문집(1994)에 자세히 나와 있다. 본원에서는 전문가가 초진시 내원 사유인

아동의 주문제를 파악하고 가능한 진단명을 붙인다. 그에 따라 관련된 평가팀(부모면담, 놀이, 언어, 작업, 학습, 통합, 심리검사)이 확인작업을 한 후 그 결과를 가지고 진단회의에서 DSM-III-R(APA, 1986)에 따라 최종적인 진단(혹은 장애명)을 내린다. 평가팀이 최종 진단을 내릴 때 평가 결과가 여러 진단을 충족시키면 아동에게 복수 진단을 내리고 있다. 아동의 최종 진단명은 부모가 보고한 아동의 증상보다는 평가팀이 본 아동의 행동에 근거하여 내려지기 때문에 장애의 진단기준인 증상들과 아동의 보고된 주증상이 일치하는 것은 아니다. 본원에서는 부모들이 호소한 아동 문제들을 분석하여 행동, 정서, 언어, 지적발달, 학습문제, 주의, 감각운동발달, 식습관, 신체, 틱증상, 수면장애, 대인관계/사회적 적응, 사고, 감각, 기타등 15개의 영역으로 나누고 각 영역을 다시 세분하여 모두 41개의 내용으로 구분하였다(이혜련과 황순택, 1996). 보호자가 보고한 아동의 주문제가 연령, 성별에 따라 어떻게 다른지 보기 위하여 초진집단의 아동들을 연구 대상으로 하여 Chi-square 검증하였다. 또한 평가/치료집단의 아동들을 대상으로 진단 혹은 장애가 연령과 성에 따라 차이가 있는지도 검증하였다.

표 2. 부모가 보고한 환자의 주문제 분포

주문제	초진집단 N=2727	%	평가/치료집단 N=1238	%
언어결함	1001	36.7	476	38.4
초진집단중 저하	541	19.8	237	19.1
대인관계 고립	278	10.2	150	12.1
행동적 발달 지연	193	7.1	110	8.9
지연	191	7.0	98	7.9
언어문제	188	6.9	96	7.8
언어문제	160	5.9	76	6.1
언어문제(진부)	133	5.6	69	5.6
언어문제	130	4.8	67	5.4
행동	119	4.4	45	3.6-
행동	117	4.3	57	4.6
행동	102	3.7	45	3.6
행동	100	3.7	41	3.3-
행동	96	3.5	65	5.3+
행동	90	3.3	37	3.0
행동	85	3.1	44	3.5
행동	81	3.0	55	4.4+
행동	75	2.8	34	3.8+
행동	70	2.6	17	1.4-
행동	70	2.6	24	1.9-
행동	69	2.5	34	2.7
행동	65	2.4	29	2.3
행동	64	2.3	30	2.4
행동	62	2.3	18	1.5-
행동	60	2.2	28	2.3
행동	51	1.9	25	2.0
행동	41	1.5	17	1.4
행동	38	1.4	20	1.6+
행동	33	1.2	13	1.1
행동	32	1.2	11	0.9

주: % 는 각 집단의 전체 인원 에 대한 백분율  
+/- 는 초진집단과 평가/치료집단에서 백분율의 변화를 표시

## 결 과

### 아동의 연령과 성별 분포

표 1의 아동들의 성별에 따른 분포를 보면 남아가 2,007명(73.6%), 여아가 720명(26.4%)으로 약 2.8:1의 비율로 남아가 많았다. 0-18세까지의 아동들을 임의로 5개의 연령군으로 나누어 성비를 살펴보았을 때 13-18세 연령집단을 제외한 다른 연령집단에서 성비는 2.8:1과 크게 다르지 않았다. 13-18세 연령집단의 경우 문제를 나타내는 여아의 숫자가 올라감에 따라 성비가 2.1:1

이 되었다. 평가/치료집단을 살펴보면 성비는 3.1:1로 나타나 초진집단보다 남아가 차지하는 비율이 더 높아졌다. 초진집단과 평가/치료집단의 성분포를 비교해 보면 초진집단에서 여아는 58.5%(421명), 남아는 53.3%(1070명), 평가/치료집단에서 여아는 41.5%(299명), 남아가 46.7%(939명)로 초진집단에서는 여아가, 평가/치료집단에서는 남아가 더 높은 비율로 나타났다 ( $\chi^2=5.80$ ,  $df=1$ ,  $p<.05$ ).

아동을 연령별로 보면 0-3세가 941명(34.5%),

표 3. 연령에 따른 초진집단의 주문제 분포(N=2727)

주문제 \ 연령 n	0-3 (941)	4-6 (793)	7-9 (528)	10-12 (313)	13-18 (152)	$\chi^2$	P
비행행동	4(0.4)*	4(0.5)	21(4.0)	23(7.3)	12(7.9)	87.61	.000
대안행동	37(3.9)	36(4.5)	9(1.7)	12(3.8)	8(5.3)	8.56	.073
반년관련행동	20(2.1)	28(3.5)	24(4.5)	10(3.2)	8(5.3)	8.61	.072
지폐관련행동	32(3.4)	45(5.7)	28(5.3)	11(3.5)	3(2.0)	9.09	.059
성인관련행동	156(16.6)	22(2.8)	11(2.1)	2(0.6)	2(1.3)	198.91	.000
성인관련행동	6(0.6)	22(2.8)	8(1.5)	2(0.6)	-	18.42	.001
성인관련행동	5(0.5)	16(2.0)	24(4.5)	11(3.5)	9(5.9)	34.83	.000
성인관련행동	5(0.5)	11(1.4)	11(2.1)	3(1.0)	3(2.0)	8.11	.088
성인관련행동	620(65.9)	305(38.5)	59(11.2)	14(4.5)	3(2.0)	712.99	.000
성인관련행동	55(5.8)	68(8.6)	44(8.3)	19(6.1)	5(3.3)	10.02	.040
성인관련행동	-	11(1.4)	70(13.3)	39(12.5)	13(8.6)	192.22	.000
성인관련행동	1(0.1)	10(1.3)	13(2.5)	5(1.6)	3(2.0)	18.18	.001
성인관련행동	-	24(3.0)	53(10.0)	20(6.4)	20(13.2)	120.21	.000
성인관련행동	82(8.7)	188(23.7)	182(34.5)	69(22.0)	20(13.2)	156.99	.000
성인관련행동	11(1.2)	10(1.3)	1(0.2)	1(0.3)	-	7.87	.097
성인관련행동	4(0.4)	5(0.6)	8(1.5)	3(1.0)	4(2.6)	10.61	.031
성인관련행동	2(0.2)	9(1.1)	14(2.7)	14(4.5)	12(7.9)	59.80	.000
성인관련행동	7(0.7)	32(4.0)	68(12.9)	63(20.1)	18(20.1)	186.21	.000
성인관련행동	5(0.5)	10(1.3)	22(4.2)	37(11.5)	11(7.2)	118.87	.000
성인관련행동	22(2.3)	26(3.3)	4(0.8)	5(1.6)	5(3.3)	10.43	.034
성인관련행동	9(1.0)	28(3.5)	24(4.5)	7(2.2)	2(1.3)	22.06	.000
성인관련행동	91(9.7)	111(14.0)	46(8.7)	19(6.1)	11(7.2)	21.34	.000
성인관련행동	5(0.5)	17(2.1)	12(2.3)	3(1.0)	4(2.6)	12.24	.012

주. \* 각 연령집단에서 해당 문제를 보인 아동들에 대한 백분율, df=4

4-6세가 793명(29.1%)으로 병원을 찾은 아동들의 63.6%이 학령전기 아동들이었다. 7-9세가 528명(19.4%), 10-12세가 313명(11.5%)으로 학령기 아동이 전체의 30.9%이고 13-18세 청소년은 5.6%(152명)로 아동의 연령이 증가함에 따라 내원하는 아동의 수가 감소하고 있었다. 연령이 증가함에 따라 아동의 빈도가 감소하는 양상은 초진집단에서만 아니라 평가/치료집단에서도 그대로 나타나고 있었다. 그러나 연령 증가와 함께 아동가 감소한다고 해서 연령에 따라 성분포가 변화한 것은 아니다. 초진집단과 평가/치료집단에서 연령에 따라 성별 차이가 나는지 보았는데 두 집단에서 모두 차이가 없는 것으로 나타났다( $\chi^2=5.12$ ,  $df=4$ ,  $ns$ ;  $\chi^2=5.16$ ,  $df=4$ ,  $ns$ ).

### 부모가 지각한 아동의 주문제

초진시 부모가 아동의 한 증상만을 보고하는 것이 아니고 중다 증상을 보고함으로써 실제 전체 증상수는 초진집단 사례수보다 많았다. 표2에는 부모들이 지각한 아동들의 주문제들 중 전체 사례의 1% 이상의 빈도를 보인 문제들을 순서대로 제시하였다.

초진집단의 36.7%인 1,002명이 "언어결함"을 보여 아동의 주증상 중 가장 높은 빈도를 보였다. 여기서 '언어결함'으로 분류된 증상들은 '말을 못한다, 말이 늦다, 말을 잘 못 알아 듣는다, 발음이 부정확하다' 등이다. '언어' 영역에 속하는 다른 문제인 '정서관련 언어문제(5.9%)', '언어 혼란(3.0%)'까지 포함하면 언어 손상 혹은 지연 행동에 대한 부모들의 높은 보고가 있었다. 그 다음으로 부모가 많이 호소하는 증상은 아동의 '주의집중저하' 행동으로 19.8%(541명)의 아동들이 부모로부터 '집중을 못한다, 주의력이 떨어진다'는 지적을 주로 받고

표 4. 성에 따른 초진집단(N=2727)의 주문제 분포와 평가/치료집단(N=1238)의 진단 분포

	여	남	$\chi^2$	p
<b>주문제</b>				
성관행동	21(2.9)*	17(0.8)	15.03	.000
불안정서	8(6.7)	82(4.1)	7.20	.007
신경화학적 증상	14(1.9)	10(0.5)	11.09	.001
신체화학적 증상	27(3.8)	24(1.2)	17.45	.000
현상면적	24(3.3)	38(1.9)	4.31	.038
현상면적	9(1.3)	5(0.2)	8.51	.004
언어결함	217(30.1)	784(39.1)	17.86	.000
주요인	104(14.4)	437(21.8)	17.49	.000
운동성	25(3.5)	163(8.1)	17.45	.000
음성성	14(1.3)	71(3.5)	3.95	.000
<b>진단</b>				
전반/특수발달장애	95(31.8)	364(38.8)	4.46	.035
행동장애	35(11.7)	163(17.4)	4.98	.026
틱장애	5(1.7)	91(9.7)	19.28	.000
기타장애	35(11.7)	180(19.2)	8.29	.004
신체형장애	9(3.0)	6(0.6)	8.76	.003
적대반항장애	25(8.4)	125(13.3)	4.76	.029
투렛장애	3(1.0)	53(5.6)	10.26	.001
반응성애착장애	20(6.7)	146(15.5)	14.58	.000

주. \* 각 연령집단에서 해당 문제(진단)를 보인 아동들에 대한 백분율, df=1

있었다. ‘대인관계나 또래관계를 회피한다, 관심이 없다, 혼자만 논다, 친구를 사귀지 못한다’ 등과 같이 ‘대인관계 고립’ 행동을 보이는 아동은 278명으로 전체의 10.2%에 이르고 있었다. ‘눈맞춤이 안된다, 불러도 반응이 없다, 특정대상에만 집착한다, 이상한 행동-자폐적 증상’ 같은 ‘자폐적 행동’을 보이는 아동이 전체의 7.1%(193명)였다. ‘지적 지체, 생각이 어리다, 이해력이 떨어진다, 모든 면에서 너무 어리다’ 등과 같은 ‘지적발달 지연’을 보이는 아동이 전체의 7.0%(191명)였다. ‘눈을 깜박인다, 눈을 위로 치른다, 코를 찡긋거린다, 얼굴을 찡긋거린다, 어깨를 움찔거린다, 고개를 옆으로 젓는다’ 등과 같은 ‘운동틱’을 보이는 아동이 6.9%(188명)였다. ‘말을 더듬는다, 묻는 말에 대답을 안한다, 말을 잘 안한다, 선택적 함구증’ 같은 ‘정

서관언어문제’는 5.9%(160명), ‘공부를 너무 못한다, 성적이 나쁘다’ 같은 ‘학습곤란(전부)’는 5.6%(133명), ‘두려움, 불안, 공포증, 겁이 많다, 걱정이 많다’ 같은 ‘불안정서’는 4.8%(130명)였다.

평가나 치료로 연계된 아동들이라고 해서 부모가 보고한 주증상들의 분포형태가 초진집단 아동들의 분포 형태와 다르지 않았다. 각 문제에서 평가/치료집단의 사례수가 초진집단의 사례수의 절반 정도이나 각 문제의 백분율은 두 집단에서 유사하게 나타나고 있었다.

#### 연령과 성에 따른 주문제의 분포

표 3에서 보면 ‘자폐적 행동’(  $\chi^2=189.91$ ,  $p<.001$ )과 ‘언어결함’(  $\chi^2=712.99$ ,  $p<.001$ ) 문제

표 5. 연령에 따른 평가/치료집단의 진단 분포(N=1238)

진단 \ 연령	0-3 (421)	4-6 (337)	7-9 (254)	10-12 (115)	13-18 (71)	$\chi^2$	P
정신지체	87(20.8)*	65(19.3)	43(17.0)	18(11.6)	7(9.9)	10.27	.036
전반/특수발달	237(56.5)	123(36.6)	69(27.3)	20(12.9)	9(12.7)	135.54	.000
행동장애	44(10.5)	61(18.2)	64(25.3)	25(16.1)	4(5.6)	32.46	.000
틱장애	2(0.5)	10(3.0)	38(15.0)	36(23.2)	9(12.7)	115.44	.000
기타장애	125(29.8)	52(15.5)	14(5.5)	6(3.9)	17(23.9)	92.81	.000
V 코드	96(22.9)	116(34.5)	118(46.6)	63(40.6)	14(19.7)	50.71	.000
정동장애	-	4(1.2)	12(4.7)	12(7.7)	8(11.3)	49.32	.000
전응장애	7(1.7)	8(2.4)	17(6.7)	9(5.8)	8(11.3)	24.34	.000
정서장애	19(4.5)	53(15.8)	43(17.0)	18(11.6)	3(4.2)	38.33	.000
전반적 발달장애	89(21.1)	25(7.4)	6(2.4)	-	2(2.8)	99.56	.000
특수발달장애	41(9.7)	36(10.7)	9(3.5)	-	-	33.78	.000
특수발달장애*	155(36.8)	101(30.0)	63(24.8)	20(12.9)	6(8.5)	49.29	.000
학습기술통합장애*	1(0.2)	9(2.7)	22(8.7)	16(10.3)	1(1.4)	49.31	.000
표현언어장애	29(6.9)	5(1.5)	2(0.8)	-	1(1.4)	34.35	.000
발달성언어장애	81(19.2)	47(13.9)	15(5.9)	3(1.9)	2(2.8)	51.74	.000
언어장애*	113(26.8)	58(17.2)	25(9.8)	5(3.2)	3(4.2)	68.63	.000
적대적반항장애	35(8.3)	53(15.7)	44(17.3)	16(10.3)	2(2.8)	22.54	.000
부러움장애	-	2(0.6)	20(7.9)	27(17.4)	7(9.9)	102.97	.000
반응성착상장애	121(28.7)	42(12.5)	2(0.8)	-	1(1.4)	153.15	.000
정계선지능	40(9.5)	37(0.9)	19(7.5)	8(5.2)	2(2.8)	8.65	.070
한입문제	-	3(0.9)	27(10.6)	15(9.7)	5(7.0)	69.18	.000
부모자녀문제	57(13.5)	85(25.2)	80(31.5)	46(29.7)	10(14.1)	40.12	.000

주. \* 각 연령집단에서 해당 진단을 받은 아동들에 대한 백분율, df=4  
 특수발달장애: 학습기술통합장애 + 언어장애 + 운동기술통합장애 + 발달장애 NOS  
 학습기술통합장애: 산수셈장애 + 쓰기장애 + 읽기장애  
 언어장애: 발달성언어장애 + 조음장애 + 표현언어장애 + 수용언어장애

가 0-3세의 어린 연령집단에서 가장 빈번하게 보고되었다. '언어결함'은 4-6세 연령집단에서도 많이 보고 되었다. '변관련문제', '지적발달 지연', '주의집중저하', '대인관계고립'은 4-6세 연령집단에서 부모들의 관심을 받은 문제들이었다. '대인관계고립'은 4-6세 집단에서 가장 빈번하게 보고되었고( $\chi^2=21.34$ ,  $p<.001$ ), '지적발달 지연'( $\chi^2=10.02$ ,  $p<.05$ )' 문제는 4-6세, 7-9세 집단에서 모두 높이 보고되었다. '주의집중저하'는 4-6세 연령집단부터 부모의 관심사가 되면서 아동이 학교에 다니는 7-9세 연령집단에서 가장 많이 보고되고 있었다( $\chi^2=156.99$ ,  $p<.001$ ). 7-9세 연령집단에서는 '주의집중저하' 문제말고도 '학습곤란(전부)'( $\chi^2=192.22$ ,  $p<.001$ ), '학

습곤란(일부)'( $\chi^2=18.18$ ,  $p<.01$ ), '학습동기부족'( $\chi^2=120.21$ ,  $p<.001$ )' 같이 학습과 관련된 문제들이 높게 보고되었다.

'의욕이 없다, 무기력감, 슬픔, 위축, 신경질적' 등과 같은 '우울정서' 문제는 7세 이전 연령 집단보다 7세 이후 연령집단에서 더 보고되고 있었다( $\chi^2=34.83$ ,  $p<.001$ ). '비행행동'( $\chi^2=87.61$ ,  $p<.001$ ), '신체화증상'( $\chi^2=59.80$ ,  $p<.001$ ), '운동틱'( $\chi^2=186.21$ ,  $p<.001$ ), '음성틱'( $\chi^2=118.87$ ,  $p<.001$ )' 문제를 10-12세 연령집단과 13-18세 연령집단이 다른 집단보다 많이 보였다.

표 4에서 부모가 지각한 아동의 문제가 아동의

성에 따라 차이가 있는지 보았다. 초진집단에서 남아보다 여아가 더 많이 보인 문제들은 ‘성관련 행동( $\chi^2=15.03$ ,  $p<.001$ )’, ‘불안정서( $\chi^2=7.20$ ,  $p<.01$ )’, ‘신경학적 증상( $\chi^2=11.09$ ,  $p<.001$ )’, ‘신체화증상( $\chi^2=17.45$ ,  $p<.001$ )’, ‘불면( $\chi^2=4.31$ ,  $p<.05$ )’, ‘형제경쟁( $\chi^2=8.51$ ,  $p<.01$ )’이었다. 한편 여아보다 남아가 더 많이 보인 문제들은 ‘언어결함( $\chi^2=17.86$ ,  $p<.001$ )’, ‘주의집중 저하( $\chi^2=17.49$ ,  $p<.001$ )’, ‘운동틱( $\chi^2=17.15$ ,  $p<.001$ )’, ‘음성틱( $\chi^2=3.95$ ,  $p<.001$ )’이었다.

#### 연령과 성에 따른 진단의 분포

진단평가를 거쳐 최종진단이 떨어진 평가/치료 집단 1,238명을 대상으로 연령에 따라 진단 분포의 차이를 보았다. 표 5에 0-3세 연령집단에서 의미있게 나온 진단은 ‘정신지체’, ‘전반적/특수 발달장애’, ‘기타장애’였다. ‘정신지체’와 ‘전반적/특수 발달장애’는 4-6세 연령집단에서도 많이 나타나다 아동의 연령 증가와 함께 점차 감소하였다( $\chi^2=10.27$ ,  $p<.05$ ;  $\chi^2=135.54$ ,  $p<.001$ ). ‘V 코드’ 장애는 7-9세, 10-12세 연령 집단에서( $\chi^2=50.71$ ,  $p<.000$ ), ‘행동장애’는 7-9세 연령집단에서( $\chi^2=32.46$ ,  $p<.001$ ), ‘정서장애’는 4-6세, 7-9세 연령집단에서( $\chi^2=38.33$ ,  $p<.001$ ), ‘틱장애’는 10-12세 연령집단에서( $\chi^2=115.44$ ,  $p<.001$ ), ‘적응장애’는 13-18세 연령집단에서 많이 출현하고 있었다( $\chi^2=24.34$ ,  $p<.001$ ). ‘정동장애’는 10세 이후에( $\chi^2=49.32$ ,  $p<.001$ ) ‘기타장애’는 0-3세 이외에 다시 13세 이후에 많이 나타나고 있었다( $\chi^2=92.81$ ,

$p<.001$ ).

위의 장애들은 보다 포괄적인 진단 분류를 따른 것으로 이 장애들에 속한 하위 진단들의(DSM-III-R: APA, 1986) 연령차를 살펴보았다. 표5를 보면 먼저 발달장애에서 주로 자폐증이 많은 ‘전반적 발달장애’는 0-3세에 가장 많았다( $\chi^2=99.56$ ,  $p<.001$ ). 특수발달장애에서 산수, 셈하기 장애, 쓰기장애, 읽기장애를 포함하는 ‘학습기술장애’는 7-12세에 가장 많았다( $\chi^2=49.31$ ,  $p<.001$ ). 세분화되지 않은 ‘발달성언어장애’는 0-3세에서 가장 많고 그다음이 4-6세였는데( $\chi^2=51.74$ ,  $p<.001$ ), 여기에 조음장애, 표현언어장애, 수용언어장애로 진단명이 떨어진 아동을 합쳐도 연령 분포 형태는 같았다( $\chi^2=68.63$ ,  $p<.001$ ). ‘학습기술장애’, ‘발달성언어장애’, ‘발달성운동기술장애’ ‘발달지체’를 합하여 본 ‘특수발달장애’는 0-3세, 4-6세 연령집단에서 가장 두드러지게 나타났다( $\chi^2=49.29$ ,  $p<.001$ ).

선택적 함구증, 정체감장애, 반응성 애착장애, 습관장애 등이 포함되는 ‘기타장애’의 세부 장애들의 연령차를 살펴본 결과 오직 ‘반응성 애착장애’만이 의미있는 결과를 나타냈다( $\chi^2=153.15$ ,  $p<.001$ ). ‘반응성 애착장애’는 0-3세에 가장 많이 나타나고 그다음 4-6세에 그리고 그 이후에는 별로 없는 것으로 드러났다.

여러 장애들을 포함하고 있는 ‘V 코드’ 장애에서 ‘학습문제’와 ‘부모자녀문제’의 경우 7-9세와 10-12세에( $\chi^2=69.18$ ,  $p<.001$  ;  $\chi^2=40.12$ ,  $p<.001$ ), ‘경계선지능’은 0-3세와 4-6세에 많이 나타났으나 통계적으로 크게 의미있는 결과는 아니었다( $\chi^2=8.65$ ,  $p<.10$ ). 행동장애 중 ‘적대적 반항장애’는 4-6세, 7-9세 연령집단에서 많이 나



타나는데 ( $\chi^2=22.54$ ,  $p<.001$ ), 여기에 '주의력결함-과활동장애', '품행장애'까지 합쳐서 '행동장애'를 보면 7-9세에 가장 많이 출현하고 13-18세에 가장 적게 나타났다. '틱장애' 중 오직 '뚜레장애'만이 의미있는 결과를 보였는데 10-12세에 가장 많이 출현하고 있었다( $\chi^2=102.97$ ,  $p<.001$ ). 그리고 정서장애와 정동장애의 경우 의미있는 연령차가 나온 하위 진단들이 없었다.

평가/치료집단의 진단분포가 성별에 따라 어떤 차이가 있는지 보았다. 표 4를 보면 여아가 남아보다 의미있게 나온 장애는 유일하게 '신체형장애'( $\chi^2=8.76$ ,  $p<.01$ )였다. 남아가 여아보다 의미있게 나온 장애는 '전반/특수발달장애'( $\chi^2=4.46$ ,  $p<.05$ ), '행동장애'( $\chi^2=4.98$ ,  $p<.05$ ), '틱장애'( $\chi^2=19.28$ ,  $p<.001$ ), '기타장애'( $\chi^2=8.29$ ,  $p<.01$ )였다. 이 장애들을 보다 세분하여 성차이를 본 결과 '적대반항장애'( $\chi^2=4.76$ ,  $p<.05$ ), '반응성에착장애'( $\chi^2=14.58$ ,  $p<.001$ ), '뚜레장애'( $\chi^2=10.26$ ,  $p<.01$ )에서 남아가 더 많았다.

## 논 의

본 연구는 1989년부터 1993년 사이에 내원한 2,727명의 아동의 부모들이 지각하는 주문제가 연령과 성별에 따라 어떻게 다른지 알아보았다. 내원한 아동의 63.6%가 0-6세의 학령전기 아동, 30.9%가 7-12세의 학령기 아동, 5.6%가 13-18세의 청소년이었다. 발달적으로 보아 출생부터 청소년기까지는 변화가 가장 많이 일어나는 시기로 이 시기에 아동이 보이는 문제는 발달을 성취하였다고 가정하는 성인의 문제와는 다르다. 아동이 발달적 과업을 수행하는 과정에서 여러 문제

행동을 보이는데 많은 문제들은 발달적 변화와 관련된 것이다(Garber, 1984). 본 연구에서 주문제는 내원한 사유로 초진시 부모가 호소하는 아동의 주증상이다. 부모들이 지각하는 주증상들이 모두 임상적으로 의미있는 것은 아니나 전통적으로 아동을 진단평가하는데 있어 가장 많이 의존해온 것이 부모 보고였다(Routh, 1990). 그리고 아동 행동 문제를 판단하는 것은 성인(주로 부모)으로 성인의 결정에 따라 아동이 병원이나 임상기관에 의뢰된다.

아동의 성비를 보면 남아는 73.6%(2007), 여아는 26.4%(720)로 2.8:1로 남아가 더 많았다. 임상집단에서 흔히 보고되는 남아의 높은 유병율에 대해 확실한 설명은 없다. 가능한 설명은 여아보다 남아가 유전적으로 혹은 생물학적으로 취약하거나 출생후 환경적 스트레스에 더 노출될 가능성이 높다는 것이다(Rutter, 1987). 그러나 이혜련 등(1996)은 임상집단에서 나타나는 성분포상의 불균형이 단순히 여아에 비해 남아의 높은 장애 유병율로만은 설명할 수 없다고 하였다. 남아가 여아보다 비용과 노력이 더 드는 평가와 치료과정으로 연계될 가능성이 더 높다고 하였다. 초진집단과 평가/치료집단에서 모두 남아의 빈도가 여아보다 높았다. 그러나 Chi-square검증 결과 초진집단에서는 여아의 비율이, 평가/치료집단에서는 남아의 비율이 의미있게 높게 나왔다. 연령에 따라 성분포를 보면 5개 연령집단에서 모두 남아가 숫적으로 우세를 보여 불균형적 성비의 원인이 무엇이든 남아가 높은 유병율을 보이고 있었다.

0-12세 아동 124명을 대상으로 한 이영식과 이길홍(1991)의 연구에서 빈번한 주호소 증상이 '행동문제', '신체', '발달지연', '언어문제', '배뇨장애', '정서문제', '수면장애'의 순이었다. 본 연구에서 부모가 지각한 아동의 주문제들을 15개의 커다란 영역으로 묶어서 보면 '언어', '행동', '주의', '대인관계', '학습문제',

‘정서’, ‘틱증상’, ‘지적발달’ 등의 순으로 나타났다. 이혜련 등(1996)은 연구마다 주문제의 분포가 다른 것이 주문제의 분류방식의 차이, 내원 환자의 연령비율의 차이에서 온다고 하였다. 이영식 등(1991)의 연구에서 0-3세 연령의 아동들이 10.9%인 반면 본 연구에서는 34.5%나 차지하고 있었다. 가장 많이 내원한 0-3세 연령집단과 4-6세 연령집단에서 가장 많이 보고된 주문제들 중 하나가 언어문제였다. 그러므로 아동의 연령에 따라 발생하는 주문제가 다르다면 연구대상의 연령 차이는 보고되는 아동의 주문제의 차이를 가져올 수밖에 없다. 0-16세 아동 922명을 대상으로 한 이채일, 김정기, 김종길의 연구(1985)에서 아동의 89.78%가 7세 이상이었다. 이 연구에서 주증상은 ‘두통’, ‘신체증상’, ‘경련성 발작’, ‘수면장애’, ‘이상한 행동’ 등의 순으로 나타나 본 연구의 주문제와는 상당히 달랐다.

본 연구는 부모가 지각한 아동의 주문제와 평가팀이 내린 임상적 진단간의 관계를 직접 다루지 못했다. 그 이유는 부모가 보고한 아동의 주문제와 아동의 최종 진단간에 유의미한 상관관계를 보이는 것이 많지 않고 그 상관 정도도 아주 낮기 때문이다. 이렇게 낮은 상관이 나온 원인이 부모는 아동의 여러 다양한 증상들을 동시에 보고하고, 평가팀은 평가결과에 따라 아동에게 복수 진단을 내리기때문에 아동의 주문제와 진단간의 관계가 두드러지게 나타나지 않은데서 올 수 있다. 또다른 이유는 부모가 지각한 증상과 평가팀이 발견한 증상간에 차이가 나기때문일 수 있다.

이혜련과 황순택(미발표)은 1989년부터 1995년까지 본원에서 진단평가와 치료를 받은 18세 이하의 아동 1,350명을 대상으로 부모가 보고한 증상(주문제)과 평가 후 내려진 진단간의 관계를 Chi-square검증을 통하여 보았다. 즉, 각 진단 집단과 그 진단이 내려지지 않은 집단을 의미있게 변별하는 증상들이 무엇인지 검증하였다.

그러나 이혜련 등은 연령변인은 무시하고 두 집단간에서 보고된 증상들의 차이만을 보았다. 본 연구에서 다른 아동의 주문제와 진단에 대한 연령 차이의 결과를 이혜련 등(미발표)의 연구결과와 비교하여 연령에 따른 주문제와 진단간의 관계를 추론해 보았다. 0-3세 연령집단에서 가장 많이 보고된 주문제는 ‘자폐적 행동’과 ‘언어결함’이었다. 평가/치료집단에서 이 시기에 많이 나오는 진단이 ‘반응성에착장애’와 ‘자폐증’인데, ‘반응성에착장애’를 다른 장애와 구별하는 주요한 빈발증상은 ‘자폐적 행동’, ‘언어결함’, ‘대인관계고립’이었다(이혜련등, 미발표). ‘반응성에착장애’는 부모-아동의 초기 애착관계의 문제에서 오는 장애로 0-3세 연령집단에서 많이 출현하였다. ‘자폐증’의 빈발증상은 ‘언어혼란’과 ‘자폐적 행동’인데, ‘언어혼란’의 경우 ‘자폐증’이 많이 출현하는 0-3세 집단에 더 빈번하게 보인다는 결과를 얻지 못했다. 0-2세 아동의 주요 발달적 성취가 애착형성, 주변환경에 대한 탐사, 언어, 자율성이라고 한다면(Achenbach, 1982; Sroufe와 Rutter, 1984), 본 연구의 0-3세 연령집단에서 의미있게 발견된 주문제와 장애는 이 시기의 주요 발달과제의 성취가 지연되거나 실패함으로써 온 것이라고 하겠다.

아동의 발달이 부모가 제공하는 양육의 질과 밀접한 관계가 있기때문에 많은 경우 아동 장애와 부모-아동 상호작용의 질이 관계가 있다(Graham, 1986; Sameroff, 1989). ‘부모자녀문제’ 역시 부모-아동의 상호작용의 문제에서 오는 것으로 4-12세와 같이 보다 큰 아동과의 관계에서 발견되고 있었다. 0-3세 연령집단에서도 ‘부모자녀문제’ 진단이 없는 것은 아니나 부모와 아동간의 상호작용의 문제를 보이는 0-3세 아동들은 많은 경우 부적응적 상호작용이 발전된 ‘반응성에착장애’로 진단되었다. 4세 이후부터는 부적응적 부모-자녀관계의 원인이나 결과가 될 수 있는 다른 장애와 함께 ‘부모자녀관계’ 문제가 이

차적으로 나타난다고 할 수 있다. 두 장애의 연령차는 빈발하는 증상의 차이와도 관련이 있는데 '부모자녀문제'의 빈발 증상은 '주의집중저하', '운동틱', '불안정서', '의존적 대인관계'이었다(이혜련등, 미발표). 이 가운데 '의존적 대인관계'와 '불안정서'는 의미있는 연령차가 없었고 '주의집중저하'는 4-12세 연령에서, '운동틱'은 10-18세 연령에서 많이 보고되었다. '반응성애착장애'의 경우 장애가 많이 나타난 시기와 빈발 증상들의 연령차가 일치하고 있는 반면 '부모자녀문제'의 경우 빈발증상들의 연령차가 보다 다양하다고 하겠다. 아마도 '부모자녀문제'의 다양한 증상들은 다른 다양한 장애들과 함께 '부모자녀문제'가 함께 진단된데서 오는 것 같다.

4-6세 연령집단에서 많이 보고되는 주문제는 '대인관계고립', '언어결함'이었다. 이 두 증상은 '주의집중저하'와 함께 발생율이 가장 높은 주문제였는데 각 진단별 빈발증상에 대한 연구에서 보면 여러 진단에서 빈번히 나타나는 증상이었다. 부모들에게 있어 말이 늦다거나 주의 산만하다거나 사람들과 어울리지 못하는 아동의 행동이 커다란 문제가 됨을 알 수 있다. 특히 '언어결함'과 '대인관계고립'은 '발달언어장애', '기타특수발달장애', '반응성애착장애'같이 0-6세에 유병율이 높은 장애와 관련되어 있었다(이혜련등, 미발표). 0-3세와 4-6세 연령집단에서 '언어결함'과 '대인관계고립'이 많이 나오는 이유를 이 시기의 발달적 특징과 관련해서 볼 수 있다. 2-5세 아동들은 언어, 배변통제, 자기-돌봄 기술, 자기 통제 그리고 또래관계 분야에서 성취를 이루기 시작한다(Achenbach, 1982). 특히 이 시기의 주요한 발달적 이정표가 언어발달 때문인지 부모들은 아동의 언어발달 지연이나 결함같은 문제에 가장 민감하게 반응하였다. 또한 4-6세 시기는 아동의 활동이 가정 밖으로 확대되면서 다른 성인이나 또래와 접촉이 시작되는 때이다. 이전에 아동은 주로 집에서 어머니 혹은 다른 가

족들과의 제한된 상호작용만 해왔을 것이다. 그리고 가족관계에서 크게 문제되지 않던 아니면 무시되던 아동의 사회적 상호작용 능력이 가정 밖의 성인이나 또래와 접촉이 늘면서 부모의 주의를 끌게 되었을 것이다. 마지막으로 본 연구에서 0-6세 아동들이 전체 대상의 63.7%를 차지하고 있기 때문에 이 시기의 발달적 성취와 관련된 문제가 많이 발견될 수 밖에 없다.

4-6세, 7-9세 그리고 10-12세 집단에서 '적대반항장애'가 주로 나타나는데 빈발증상은 '주의집중저하, 과잉충동행동, 학습동기부족, 반항행동, 적대공격행동, 대인관계갈등, 분노적대감정'이었다(이혜련등, 미발표). 이 장애의 빈발 증상을 보면 타인과의 관계에서 자기 통제가 잘 안되는데서 오는 문제라고 할 수 있다. '반항행동, 대인관계갈등, 분노적대감정, 과잉충동행동'은 연령차가 의미있게 나지 않은 증상들이며 나머지 증상들 중 '주의집중저하'의 연령차만이 오직 '적대반항장애'의 연령차와 일치하고 있었다. '적대적 반항장애'로 진단된 아동들(165명) 중 '주의집중저하'를 호소한 아동들(62명)이 가장 많았다고 한다(이혜련등, 미발표). 2세무렵부터 아동은 이동성이 생기며 의존적 상태에서 독립적이고 언어적인 존재로 발달한다. 주변 환경에 대한 탐사가 증가하고 자신의 행동의 한계를 시험하기 시작한다. 2 1/2- 3 1/2세 아동의 부모들이 가장 많이 호소하는 문제가 훈육문제로 언제, 어떻게 아동의 행동에 제한을 가하느냐의 문제라고 한다(Campbell, 1983). 이 시기 어느정도 아동의 불복종과 반항적 행동은 연령에 적절한 행동임에도 불구하고 일부 부모들은 아동 행동을 잘못 통제함으로써 부모-자녀관계를 악화시키고(Patterson과 Bank, 1989) 그에 따라 4세 무렵 '적대반항장애'로 발전되는 것이고 해석할 수 있겠다.

'지적발달지연'은 4-6세, 7-9세 집단에서 많이 보고되고 있었는데, '지적발달지연'과 '언어결

함'은 '정신지체'와 '경계선지능'의 빈발증상이 다(이혜련등, 미발표). '정신지체'는 그외에 0-3세에 빈번한 '자폐적 행동'과 7-9세에 빈번한 '학습곤란(전반)'같은 증상이 더 나타나고 있었다. 정신지체의 이런 빈발 증상들은 연령에 따라 부모들이 지각하는 인지적 행동의 양상이 조금씩 다름을 보여주고 있다.

아동이 학령기 시기로 들어가는 7-9세 연령집단에서 빈번히 보고되는 문제는 아동의 인지적인 면과 관련된 것이다. 학습 장면과 직접적으로 관련된 '학습곤란(전부)', '학습곤란(일부)', '학습동기부족'의 문제들, 학습을 수행하는데 있어 중요한 '주의집중저하' 문제 그리고 '지적발달 지연' 문제가 많이 보고되고 있었다. 이 시기는 아동이 국민학교에 입학하면서 학업 장면에서 성인의 기대에 맞는 수행을 하지 못함에 따라 부모들이 아동의 인지적 능력 문제를 인식하게 되는 것 같다. 그와 함께 7-9세, 10-12세에 산수, 셈하기장애, 쓰기장애, 읽기장애를 포함하는 '학습기술장애'와 '기타장애'의 '학습문제' 진단이 많이 나타나고 있었다. '학습기술장애'과 '학습문제'의 공통적인 빈발증상은 '주의집중저하', '학습곤란(전반)'이고, '학습기술장애'에는 '학습곤란(일부)', '학습문제'에는 '학습동기부족'이 더 첨부되었다(이혜련등, 미발표). Gelfand 등(1985)은 10-13세 아동들이 빈번히 보이는 문제의 하나로 학업성취와 행동문제를 지적하였고, Achenbach(1982)는 6-11세 아동의 주요한 성취 중의 하나가 학문적 기술이라고 하였다. 아동이 기대되는 기본 학업 기술을 습득하는데 실패할 때 성인들은 문제로 인식하는 것이다.

국민학교 고학년인 10-12세와 청소년층인 13-18세 연령집단부터 '비행행동', '신경학적 증상', '신체화증상', '운동틱', '음성틱'이 많이 나타나고 있다. 특히 '운동틱'과 '음성틱' 문제가 이 연령집단에서 두드러진데 이 증상들과 높은 관계가 있는 '틱장애'도 평가/치료집단에서

10-12세에 높은 출현율을 보이고 있었다. '비행행동', '신체화증상', '신경학적 증상'은 낮은 빈도를 보이고 있는데 문제 행동 자체가 저연령층의 아동이 보일 확률이 낮은 행동들이었다. '우울정서'는 그 보다 일찍부터 나타나 7세 이후부터 계속 보고되고 있었다. 이런 내재화된 증상은 표현능력이 제한된 어린 연령층의 아동보다 큰 아동들에게서 보다 보고가 된다고 한다(Bierman, 1988). 이 문제들은 빈도가 낮아서인지 진단별 빈발증상 연구에서도 어느 특정장애와 의미있게 나오지 않았다. 13-18세 연령집단에서 주문제나 진단의 의미있는 결과가 많이 발견되지 않은 것은 이 연령층의 환자가 5.6%의 소수라는데 기인할 수 있다.

초진집단의 주문제에서, 평가/치료집단의 진단에서 성차이가 있는지 보았는데 그 결과는 연령차만큼 두드러지게 나지 않았다. 여아가 더 의미있게 나온 주문제는 '성관련행동', '불안정서', '신경학적 증상', '불면', '형제경쟁'과 같이 보다 내재화된 문제였다. 반면 남아의 경우는 '언어결함', '주의집중저하', '운동틱', '음성틱'같은 문제였다. 이와 관련하여 진단에서 성별차이를 보면 여아가 남아보다 높은 진단은 오직 '신체형장애'였다. 남아가 여아보다 높은 빈도를 보인 진단은 '전반/특수발달장애', '행동장애', '틱장애', '적대반항장애', '반응성에착장애'였다. 흔히 임상집단에서 의뢰되는 남아의 숫자가 여아의 숫자를 훨씬 능가하는데, 행동문제의 수적 차이보다 문제 형태에서 성차이가 더 두드러진다고 한다. 남아는 주로 충동성과 공격성 통제와 관련된 외현화 문제를, 여아는 불안, 우울, 공포같은 내재화 혹은 정서적 문제를 보인다는 것이다. 남아의 외현화 행동은 특히 성인들과 관계에서 행동 통제 문제를 가져오면서 내재화된 문제를 가진 여아 보다 임상세팅에 보다 빈번히 의뢰된다고 한다(Gelfand 등, 1985). 또한 본 연구의 아동들의 5.6%만이 청소년으로

흔히 이 시기부터 증가하는 여아의 부적응 문제가 나타나지 않음으로써 성분포에 변화가 오지 않았기 때문일 수도 있다(Gelfand등, 1985).

전통적으로 정상적 발달과 일탈된 발달이 질적으로 다른 영역으로 간주됨으로써 오랫동안 아동의 문제를 발달적 맥락안에서 보아야 한다는 명백한 사실이 무시되어 왔다. 최근들어 아동의 정신병리적 문제를 발달의 원리에 근거하여 보고자 하는 학자들의 움직임이 증가하면서 아동 문제에 대한 임상적 이해가 변화되고 있다(Achenbach, 1985, 1990, 1992; Cowan, 1988; Cicchetti, 1990; Gelfand등, 1985; Lewis, 1990). 특히 Achenbach(1990)은 정신병리를 인간의 생에서 일어나는 주요한 발달적 변화, 즉 신체적, 인지적, 사회적, 정서적 같은 영역에서의 발달적 지표와 관련하여 연구하여야 한다고 주장하였다. 그리하여 아동의 정신병리를 정상적 발달과정의 지체, 왜곡, 과장 혹은 주요한 발달적 지표를 성취하는데 실패한 것으로 볼 수 있다. 본 연구에서 살펴본 아동의 주증상과 진단에서의 연령 분포는 아동의 정신병리에 대한 발달병리적 틀이 유용할 수 있다는 결과를 시사하고 있다. 아동의 주증상을 아동의 전체적 기능과의 관계에서 파악하려는 시도는 하나의 분리된 증상의 의미를 찾기 보다 통합된 전체적인 아동을 이해하고자 하는 것이다(Richman, 1985). 이러한 작업 속에서 아동의 정신병리에 대한 이해는 아동의 정상 발달에 대한 이해를 증진시킬 것이고 반대로 정상 발달에 대한 지식은 일탈된 발달에 대한 이해를 증가시킬 수 있다. 이런 관점에서 보면 아동의 정신병리를 치료하는 사람들은 아동의 주증상을 단순히 약화시키거나 다른 행동으로 대체시키거나 혹은 제거하는 것만이 치료의 목적이 아니라 아동의 발달과정을 촉진시키는 것도 주요한 목적이 되어야 한다(Achenbach, 1990, 1992).

### 참고문헌

- 이영식, 이길홍(1991). 소아청소년 클리닉을 내원한 소아외래 환자에 관한 임상적 고찰. *한국의과학*, 23, 452-458.
- 이채일, 김정기, 김종길(1985). 소아정신과 환자의 임상적 고찰. *신경정신의학*, 24, 501-507.
- 이혜련, 황순택(1996). 소아청소년 정신과 외래 환자의 임상적 고찰. *소아 청소년 정신의학*, 7, 14-22.
- 이혜련, 황순택(미발표). 아동 청소년 정신병리: 진단별 주요 증상.
- 한국아동문제연구소(1994). 소아정신장애에 대한 여러 전문분야로부터의 접근. 개원 5주년 기념 학술발표회 논문집.
- Achenbach, T.M. (1982). *Developmental psychopathology*. 2nd Ed., N.Y.: John Wiley.
- Achenbach, T. M. (1985). *Assessment and taxonomy of child and adolescent psychopathology*. Beverly Hills: Sage Publications, Inc.
- Achenbach, T. M. (1990). What is "developmental" about developmental psychopathology? In J.Rofl, A.S.Masten, D.Cicchetti, K.H.Nuechterlein, & S.Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology*. N.Y.: Cambridge University Press, 22-48.
- Achenbach, T. M. (1992). *Developmental psychopathology*. In M.H.Bornstein & M.E.Lamb(Eds.), *Developmental psychology: An advanced textbook*. 3rd Ed., Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Ass., 629-675.
- American Psychiatric Association (1986). *Diagnostic and statistical manual of*

- mental disorders, 3rd Edition-Revised*. Washington, DC: APA.
- Bierman, K.L. (1989). Using the clinical interview to assess children's interpersonal reasoning and emotional understanding. In C.R.Reynolds & R.W.Kamphaus(Eds.), *Handbook of psychological and educational assessment of children*. N.Y.: The Guilford Press, 204-219.
- Campbell, S. B. (1983). Developmental perspectives in child psychopathology. In T.H.Ollendick & M.Hersen(Eds), *Handbook of child psychopathology*. N.Y.: Plenum Press, 13-40.
- Cicchetti, D. (1990). A historical perspective on the discipline of developmental psychopathology. In J.Rofl, A.S.Masten, D.Cicchetti, K.H.Nuechterlein, & S.Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology*. N.Y.: Cambridge University Press, 2-28.
- Cowan, P. A. (1988). Developmental psychopathology: A nine-cell map of the territory. In E.D.Nannis & P.A.Cowan (Eds.), *Developmental psychopathology and its treatment*. San Francisco: Jossey-Bass, 5-29.
- Garber, J. (1984). Classification of childhood psychopathology: A developmental perspective. *Child Development*, 55, 30-48.
- Gelfand, D. M. & Peterson, L. (1985). *Child development and psychopathology*. Beverly Hills: Sage Publications, Inc.
- Graham, P. (1986). *Child psychiatry: A developmental approach*. London: Oxford University Press.
- Lewis, M. (1990). Models of developmental psychopathology. In M.Lewis & S.M.Miller (Eds.), *Handbook of developmental psychopathology*. N.Y.: Plenum Press, 15-28.
- Martin, R. P. (1988). *Assessment of personality and behavior problems: Infancy through adolescence*. N.Y.: The Guilford Press.
- Patterson, G. & Bank, L. (1989). Some amplifying mechanisms for pathologic processes in families. In M.R.Gunnar & E.Thelen (Eds.), *Systems and development. The Minnesotal Symposia on Child Psychology*. Vol., 22, 167-209.
- Richman, N. (1985). Disorders in pre-school children. In M.Rutter & L.Hersov(Eds.), *Child and adolescent psychiatry: Modern approaches*. 2nd Ed., London: Blackwell Scientific Publications, 336-350.
- Routh, D. K. (1990). Taxonomy in developmental psychopathology: Consider the source. In M.Lewis & S.M.Miller (Eds.), *Handbook of developmental psychopathology*. N.Y.: Plenum Press, 53-62.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316-331.
- Sameroff, A. J. (1989). Principles of development and psychopathology. In A.J.Sameroff & R.N.Emde (Eds.), *Relationship disturbances in early childhood: A developmental approach*. N.Y.: Basic Books, Inc., 17-32.

Sroufe, L. A. (1990). Considering normal and abnormal together: The essence of developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 2,

335-347.

Sroufe, L. A. & Rutter, M. (1984). The domain of developmental psychopathology. *Child Development*, 55, 17-29.

## A study on problems of children referred to a mental health clinic: A developmental approach

Hae-Young Yang

Helen Lee

Ewha Womans University

Korean Mental Health Clinic for Children

This study was to find age differences among children's symptoms reported by parents visited a mental health clinic in Seoul. Of 2,727 children(2,007 boys, 720 girls) there were 941(34.5%) aged 0 to 3 years, 793(29.1%) 4 to 6 years, 313(11.5%) 7 to 12 years, and 152(5.6%) 13 to 18 years. The symptoms the most frequently reported by parents were in order language deficiency, attention difficulty, social isolation, autistic behavior, retarded intellectual development, motor tic, emotional language problems, learning difficulty, etc.. Chi-square test was used to find age differences among children's problems: in the age group 0 to 3 years language deficiency and autistic behavior were significantly reported, in the age group 4 to 6 years language deficiency, retarded intellectual development, and social isolation, in the age group 7 to 12 years learning difficulty, low academic motivation, attention difficulty, and tic, and in the age group 13 to 18 years delinquent behavior and somatic symptom. The significant symptoms of each age group indicated that children's problems were likely associated with delay, distortion, or failure of critical developmental tasks of a given period. Of 2,727 1,238(45.4%) receiving assessment for diagnosis showed a similar trend in the distribution of disorders: in the age group 0 to 6 years there was high rate of developmental disorders and in the age group 6 to 12 years there was high rate of diagnoses related to school performance.