

발달장애, 발달정신병리, 그리고 발달적 개입: 임상사례를 위한 치료 프로그램에 적용되는 발달적 관점의 특성에 관해

황상민

연세대학교 심리학과

본 연구에서는 임상적 문제에 발달적 관점이 어떻게 적용될 수 있는지에 관해 다루고자 한다. 발달장애라는 아동과 청소년기에 출현하는 심리적 적용 장애는 성인기의 정신병리적 현상과는 현상적인 측면 뿐 아니라, 그 발전 양상도 다르다. 이것을 다루기 위해 발달정신병리 그리고 임상발달심리라는 영역이 새롭게 나타나고 있다. 이 영역들에서는 발달적 관점을 적용하여 임상적 사례를 다루고자 할 뿐 아니라, 전통적인 정신병리적 관점이 지니는 의학적적 모델의 한계를 발달적 관점과 맥락과의 상호작용에 의한 적용기계에 초점을 두어 개인의 적응상의 문제를 평가하고 또 적절한 임상적 개입 모델을 제시하고자 한다. 이런 측면에서, 발달정신 병리는 발달과정에서 나타나는 개인의 비적용적 문제들의 기제나 변화 과정을 연구하고 설명하는 발달심리학의 응용 영역이다. 그러나, 현재 발달의 관점이 구체적으로 임상 사례나 장면에 어떻게 적용될 것인가에 관한 탐색이 이루어지고 있는 수준이다. 본 연구에서는 아동과 청소년기의 발달장애의 문제를 발달적 맥락의 관점에서 설명하고 이해하는 틀이 성인의 임상 사례에 적용되었던 의학적 모델과 어떻게 구분되는지를 설명하고자 한다. 특히, 임상발달 심리라는 영역이 단순히 아동이나 청소년의 적용문제나 심리적 장애를 평가하는 수준이 아니라, 발달적 관점을 적용한 치료적 개입이 어떻게 이루어질 수 있는지에 대해서도 논의하고자 한다. 구체적인 심리치료 프로그램의 개발에 적용되는 발달적 관점은 발달경로(developmental pathways), 위험요인들(risk factors), 발달위기, 유기체의 탄력성(resilience), 그리고 변화가능성(plasticity) 등의 개념으로 나타난다. 특히, 개별 임상 사례와 관련된 발달적 관점이 적용되는 방식은 각 임상 사례가 처해 있는 발달수준에 따라 다르게 작용하는 다양한 발달적 요인과 맥락의 영향을 고려하는 것이다.

I. 발달장애와 심리치료에서의 발달의 정의

발달장애는 유기체의 적용과정이 정상 발달경로에서 틀어진 경우를 말한다. 발달장애의 사례는 유기체가 임상적 문제를 가지고 있는 것으로 볼 수 있으나, 발달장애라고 이 문제를 진단하거나 평가하는 것은 이 임상사례에 대해 발달적 관점을 적용하여 적절한 개입(intervention)을 시도 하려는 경우로 볼 수 있다. 이런 임상적 사례에 발달적 관점이 적

용되는 경우, 유기체가 겪는 적용상의 어려움을 어떻게 개념화 하고 이 개념에 의한 적절한 개입전략은 무엇인지를 탐색하는 것이 필요하다.

발달심리학은 특정 발달의 시기마다 사람들이 보이는 행동 및 심리특성의 변화가 개인의 성장과 적용에 어떤 역할을 하며, 또 이들이 이미 가지고 있는 다른 행동이나 심리특성과 어떤 관계가 있는가를 설명하려고 한다(Wenar, 1994). 물론, 이 경우 현재의 한 유기체가 보이는 심리적 특성과 행동이

특정 맥락에서는 어떤 적응적 기능을 보이고 있으며, 또 이것이 다른 맥락에서 계속적으로 적응하는데 어떻게 작용하는가에 대해서도 의문을 가진다. 임상적 문제에 대해 발달적 관점이 적용되는 것은 바로 이 측면과 관련이 있다. 유아에서부터 청소년 그리고 심지어 성인에서 나타나는 여러 가지 심리적, 정신적 기능상의 장애는 각각의 발달맥락에서 유기체가 보이는 정상적인 발달경로로부터의 이탈이나 왜곡을 의미한다. 따라서, 발달장애가 무엇이며, 또 발달과정에서 임상적 개입을 어떻게 할 것이냐의 문제는 결국 정상적인 발달경로가 무엇이며, 이 정상적인 발달경로에서의 이탈이라는 것이 무엇인지를 명확히 할 수 있을 때 '적응을 위한 개입'의 목표가 더 잘 달성될 것이다(Cicchetti & Toth, 1997).

정상 발달의 연구는 발달 경로에서 나타나는 발달원리나 그 변화 현상을 설명, 예측하고자 한다. 발달장애 또는 발달정신병리는 발달 적 경로에 작용하는 다양한 위험요인들과 이들에 의해 야기되는 정상적인 발달의 왜곡이나 이상 현상을 이해하고 설명하며, 가능한 수준에서 개입하고자 한다. 이런 개입은 각 유기체마다 상이하게 나타나는 발달과정에서의 변화의 정도 또는 탄력성(resilience), 그리고 환경적 맥락의 영향에 대한 수용 정도를 고려함으로써 가능해진다. 발달장애를 의미하는 "정상발달로부터의 이탈이나 왜곡"이란 단지 집단의 규준이나 평균적인 특성에서 벗어나는 정도를 의미하는 것은 아니다. 왜냐하면 심리적 장애, 행동상의 문제를 발달적 관점에서 본다는 것은 개인의 적응행동의 병리적인 과정과 결과에서의 다양성을 가정하기 때문이다(Wenar, 1994). 즉, 특정 발달의 결과를 유발하는 데에는 다양한 발달적 경로가 있다. 어떤 병리적인 상태가 하나의 인과적인 경로에 의해 결정되는 것이 아니며, 같은 병리적인 결과를 유발하는데에도 다양한 경로들이 존재한다는 것이다(Cicchetti, 1989; Cicchetti, 1992). 이뿐 아니라, 같은 요인이라도 그것이 작용하는 체계의 조직화 정도에 따라 유

기체의 적응 기능이 달라질 수 있다. 따라서, 현재 표현되고 있는 유기체의 적응적 혹은 병리적인 상태는 무수히 많은 발달적인 경로 중에서 확률적으로 선점된 우세한 경로를 통해 생성된 것이라고 보는 것이다. 결론적으로 정의하자면, 생애의 특정 시기마다에 적용되는 발달 원리와 각 시기에 나타나는 적응 행동이나 문제들은 각 유기체와 이 유기체가 속한 맥락에 따라 다양한 방식으로 나타난다.

II. 발달적 개입(developmental intervention): 인간발달 원리의 응용

1. 발달정신병리의 정의

인간발달의 원리를 행동과 심리의 부적응적 기능과 관련된 임상적 문제들에 적용하려는 시도들은 지난 20년 동안에 점진적으로 그리고 비교적 뚜렷하게 나타났다. 이 영역은 더 구체적으로 아동과 청소년의 부적응적인 임상사례를 중심으로 발달과정을 연구하였던 발달 정신병리학(Developmental Psychopathology)이라는 이름으로 나타났다. 그 연구 대상은 주로 부적응적인 아동이나 청소년들의 임상사례를 중심으로 다양한 발달기체와 변화과정을 살펴보고자 하였다(Cicchetti, 1989; Masten, 1989; Tissue, & Korz, 1992). 이것을 심리 치료 영역으로 확장시킨 것이 임상 발달심리(clinical developmental psychology)이다(Noam, 1995; Noam, & Cicchetti, 1996). 일반적으로 발달 정신병리학은 발달과정에서 여러가지 변화경로와 형태를 보이는 아동이나 청소년의 적응과 비적응적 행동과 심리과정에 관한 연구라고 정의한다(Masten, 1989). 더 구체적으로는 발달정신병리를 논의한다면, 먼저 경험적이며 개념적인 두가지 측면을 고려할 필요가 있다. 경험적인 측면에서는 개입의 노력과는 관계없이, 일반적으로 정신병리라고 하는 특정 증상이 아동이나 청소년들에서 출현하는 것과 이와 관련된 선행사건들, 특징적인 징후들, 그리고 변화경로를

의미한다(Wenar, 1994). 이와 유사하게, 발달 정신병리라는 영역을 개척한 Cicchetti의 경우도, 발달 정신병리는 정상발달이나 비정상 발달의 구분이라기 보다는 개인의 적응과 관련된 발달과정에서 나타나는 여러 형태의 발달결과나 비적응적 문제들의 기제나 변화 과정을 연구하고 설명하는 발달심리학의 한 영역으로 보았다(Cicchetti, D., 1989; 1992; Cicchetti & Toth, 1997).

발달 정신병리학은 대표적으로 아동이나 청소년들이 보이는 부적응적이거나 비정상 행동의, 그리고 이것들을 유지하거나 수정하는데 미치는 맥락과 경험의 효과, 기원이나 변화경로, 그리고 이런 행동의 연속성과 비연속성을 모두 고려한다. 이런 측면에서 본다면, 일차적으로 발달 정신병리학은 성인에서 어떤 정신병리적 장애가 나타내기 전에 특정 개인이 보이는 유의미한 발달적 이상을 예견하거나 파악하고 방지하려는 노력으로도 해석될 수 있다. 그러나, 비연속성의 입장을 고려한다면, 정상발달의 과정은 발달의 맥락에 따라 언제든지 발달장애의 상태로 전이될 수 있기에 정신병리적 장애의 징후를 유의미한 발달 징후에서 찾으려는 노력은 그리 타당하지 않을지도 모른다(Lerner, & Miller, 1993).

2. 의학모델과 발달정신병리

임상적 장면에서 유기체의 비적응적인 기능 장애, 즉 문제행동이나 심리이상을 다루는 기본적인 틀은 의학모델(*medical model*)이다(Sameroff, & Emde, 1989). 이 모델에서 발달장애를 보는 정신병리학의 관점은 비교적 단순하다. 특정 문제행동의 잠재적인 발병 요인을 찾기 위해 어떤 선행요인의 존재와 문제행동이나 증세의 변화과정을 보려고 하였다. 인간의 문제행동의 출현에는 이전의 발달과정에서 이 문제 행동을 유발시키는 원인이 되는 잠재적이거나 직접적인 요인이 있다고 본다. 따라서, 성인기에서 나타나는 정신병리의 원인을 초기 유아

기나 아동기에서 찾으려는 Freud의 기본가정을 충실히 따른 것이다(Lewis, 1992; Futtaweit & Ruff, 1993).

의학모델은 유기체의 생물적 특성을 고려하면서 정신병리에 대한 과학적인 연구이자 인과적 사고를 적용하는 대표적 예이기도 하였다. 정신병리를 다루는 의학모델은 두가지 주요 요소로 특징지을 수 있다. 첫째는 특정 정신병리는 유기체적 기능장애에서 나타난다는 일반적 병리관계적 가정이다(Wenar, 1994). 이 병리관계에 대한 가정은 “유전적 요인”, “생물, 화학적 모델에 의한 원인” 그리고 “신경생리적인 모델에 의한 요인”들로 구분될 수 있다. 둘째는 정신병리적 행동은 신체적 질병과 마찬가지로 분류되고 해석될 수 있다는 것이다. 즉, 신체질병들이 특징적인 진단증세에 의해 구분되고 명명되듯이 정신병리적 행동들도 진단증세로 분류되고 명명됨으로써 각각의 원인들에 대한 파악이 가능하다는 것이다. 비적응적 문제행동에 대한 분류를 통해 정신병리 행동을 이해하려는 것의 대표적인 활동이 DSM(Diagnostic Statistical Manual)이다.

의학적 모델은 지금까지 임상적 장면에서 아동의 문제행동이나 심리적 적응과정을 다루는 가장 주도적인 입장이었다. 이 모델에서는 아동이나 청소년기에 나타나는 적응상의 문제나 심리적 장애란 ‘정신병리적 입장에서 어떤 외적 요인에 의해 발생한 병리적 행동의 표현’이라고 개념화한다. 이 모델에서는, 아동의 문제행동이란 어떤 분명한 이유나 원인이 있으므로, 이 이유나 원인을 제거함으로써 문제행동이 사라질 수 있다고 본다. 따라서, 증상의 발생, 원인, 그리고 변화과정에 대해 다음과 같이 주장이 가능하다. 첫째, 아동이거나 성인이거나 간에 심리문제나 이상행동은 동일한 원인의 영향을 받으며, 또 동일한 병을 유발할 것이다. 둘째, 서로 다른 연령 수준에서 보이는 동일한 증상은 같은 원인에 의해 유발된 것이다. 셋째, 아동의 특정 심리이상이나 문제행동은 나중에 성인기에 유사한 행동장애나 문제로 나타날 것이다(Tissue, & Korz, 1992).

의학적 모델에서는 아동이나 청소년의 행동 문제나 심리적 기능장애의 경우 분명한 원인이 있다고 본다. 따라서 문제의 평가란 병의 진단과 같이 어떤 증상이 나타나는가에 초점을 둔다. 이와 일관되게 치료적 개입이란 특정 병의 증상이나 문제행동을 일으키는 원인이라고 생각되는 요인을 제거하거나 상황을 변화시킴으로써 증상이 사라지고 병이 치료될 수 있다고 본다. 그러나 발달정신병리의 입장에서 문제행동의 출현이나 기능적 장애를 규정하고 보는 관점은 이와 다르다.

발달 정신병리를 이해할 때 발달적 관점이 의학적 모델과 구분되며 또 임상적 관점에서도 새로운 시사점을 제공해 줄 수 있는 측면은 위험 요인에 대한 해석에 있다. 발달정신병리에서는 병리적인 과정이나 결과라고 생각할 수 있는 비적응적 문제행동의 출현에는 다양한 요인과 다양한 경로가 개입한다고 가정한다(Wenar 1994). 물론, 특정 개인이 보이는 문제행동은 다양한 과정에 의해 유발되며, 이 특정 문제행동이 비적응적 결과를 유발하게 되는 것도 다양한 발달적 경로가 있기 때문이다. 따라서, 어떤 병리적인 상태에 있다고 보여지는 어떤 증상이나 문제는 하나의 인과적인 경로에 의해 결정되는 것이 아니다. 비록 같은 병리적인 결과를 보더라도 다양한 경로들이 각기 다르게 작용할 수 있다. 심지어, 같은 병리적인 요인이나 위험요인(risk factor)이 있다 하더라도 그것이 작용하는 (유기체와 환경)체계(system)의 조직화 정도에 따라 이들 요인이 미치는 영향이나 심리적 기능이 다르게 나타난다. 이런 측면에서 볼 때, 현재 특정 유기체에서 발현되는 적응적 혹은 병리적 상태는 무수히 많은 발달적인 경로 중에서 확률적인 측면에서 비교적 우세한 특정 경로의 출현이다.

발달정신병리의 발달적 관점에서는, 다양한 위험 요인들을 부적응이나 병리적인 결과 자체의 원인이 되는 변인이라기 보다는 오히려 개인의 적응에 영향을 미치는 보다 복잡한 과정과 변화기제를 보여주는 하나의 지표로 고려한다. 즉, 위험요인은 바로

특정 문제행동을 야기시키는 것이 아니다. 차라리 이것은 유기체의 특성과 발달적 맥락 그리고 기타 다른 요인들과의 상호작용을 통하여 특정 유기체의 적응기제를 구성한다. 위험요인이 작용하는 방식은 유기체의 적응기제(adaptation mechanism)를 구성하는 내적, 외적인 과정에 영향을 미침으로써 부적응이나 병리적인 결과가 발현될 가능성을 증가시킨다. 이런 측면에서 발달정신병리학에서는 발달과정에서 나타나는 임상적 문제란 정상발달과 비정상 발달을 포괄하는 하나의 통합적인 인간발달의 틀에서 보고자 한다. 따라서, 아동과 청소년의 정신병리의 특성과 발병원인 그리고 치료적 개입을 위해서는 정상과 비정상적인 발달에 대한 연구가 함께 수행되어야 한다고 본다(Cicchetti & Toth, 1997).

3. 발달적 맥락주의

발달적 관점과 기본 개념들이 유기체의 적응문제를 이해하는데 어떻게 기여하며, 구체적 문제 해결을 위한 개입방안을 어떻게 제시해 줄 수 있는가에 대한 탐색이 있었다. 임상사례의 이해와 치료에 활용되는 발달의 관점이나 개념들은 다양하게 있지만 그 중 대표적인 것이 발달적 맥락주의이다. 이 관점은 발달과정에서 나타나는 임상적 증상이나 문제행동에 관여하는 다양한 요인들의 상호작용과 다양한 맥락의 작용에 대한 인식을 제고시켜주었다. 동시에, 인간의 적응 문제를 해결하기 위한 새로운 개입 방안들에 대한 주요 시사점을 제공하였다(Lerner, & Miller, 1993).

발달적 맥락주의의 관점에서는 특정증상이나 문제 행동이 그 아동의 적응이나 생존을 위해 어떤 기능을 하는가를 중시한다. 이 관점에서는 증상 중심으로 문제행동을 평가하였던 의학모델과는 달리 변화하는 사회적 맥락 속에서 변화하는 인간의 적응적 행동의 의미를 강조하는 입장이다. 따라서, 치료적 개입 또는 도움이란 변화하는 맥락에서 각 개인이 특정 시기까지 형성하여 왔던 적응기제나 행

동양식을 새로운 맥락적 요구나 발달단계와 적합하도록 변화시킬 수 있도록 하는 것이다. 특히, 발달적 개입은 초점이 되는 아동의 문제 행동이 특정 맥락 속에서 보이는 기능에 따라 달라진다. 아동의 발달수준과 이 기능과의 관계에 따라 적용과정을 도와주거나 촉진하는 개입활동이 정해진다.

발달적 맥락주의 관점에서 보는 문제행동의 의미는 다음과 같다. 아동이 보이는 문제 행동이나 심리적 장애는 그 아동이 살고있는 환경이나 사회적 맥락의 요구에 적응하기 위한 하나의 기제에 의해 발생하는 것으로 본다. 특정 아동이 보이는 부적응적 행동이나 문제는 개인적으로 그 사회 맥락의 요구와 관계 속에서 적응하기 위한 하나의 행동양식이다. 이 행동양식이 주위 환경이나 관계 속에서 상호적합하지 않은 경우, 부적응의 문제를 야기하게 된다. 따라서, 이 관점에서는 아동이나 청소년이 보이는 문제행동이나 심리적 장애란 어떤 특정한 이유로 인해 발생한 병이 아니라, 발달과정에서 출현하는 행동특성의 하나이다. 이런 측면에서 아동의 문제는 발달의 각 시기나 조건에 따라 서로 다르게 나타난다. 특히, 이들의 심리적 특성이나 행동양식을 인식하는 방식에 따라 문제행동이나 적응정도를 판단하는 것이 달라진다. 아동이나 청소년의 경우 적응행동이나 심리적 문제의 양상이나 특성은 발달의 시기나 단계에 따라 서로 다르게 나타난다. 따라서, 유기체가 특정 발달수준에서 가지고 있는 적응력이나 기능의 정도에 따라 부적응의 문제나 심리장애에 대한 판단이 각기 다르게 이루어져야 할 것이다. 문제 행동에 대한 개입도 각 개인의 발달수준뿐 아니라 이 유기체가 보이는 문제행동을 받아들이는 사회적 관계나 맥락을 고려하여야 한다고 본다.

III. 임상 발달심리(clinical developmental psychology)와 발달 관점의 적용

임상적 사례의 이해와 치료에 적용되는 발달 관

점은 무엇보다도 각 아동이 직면하고 있는 문제는 아동이 형성하고 있는 사회적 맥락이나 관계에 따라 달라진다는 주장이다. 예를들면 특정 아동의 문제행동의 원인이나 내용은 그 아동이 어떠한 사회적 맥락이나 관계속에 있느냐에 따라 달라진다. 이것은, 비록 일련의 연령이나 유사한 상태에 있는 아동에게서 동일한 증상이나 행동특성으로 나타나는 문제일지라도 그 아동이 경험하는 심리, 사회적 생활맥락에 따라 그 문제의 속성은 다르게 해석되어야 한다는 뜻이다. 또한, 특정 아동이 특정 발달단계에서 보이는 문제행동은 비록 그 단계나 맥락에서는 문제라고 지각될 수 있더라도 이전의 발달시기나 단계에서는 나름대로의 적응기제로 작용하였다는 해석이다. 이것은 아동, 청소년들이 경험하는 심리적, 적응적 문제행동들은 사회적 맥락의 요구로부터 발달적 변화 또는 기능적 변화를 거친다는 것을 의미한다. 이런 해석을 기초로 발달개념들을 임상적 장면에 적용하고자 할 때, 다음과 같은 원칙들에 대한 이해가 우선되어야 한다.

첫째, 인간발달의 원리들이 심리치료나 교육프로그램을 만드는 경우, 아동의 적응문제나 심리이상을 유기체의 적응 맥락 속에서 개념화해야 한다. 둘째, 발달의 원리가 임상문제의 해결을 위해서는, 특히 아동기나 청소년기에서 나타나는 적응이나 심리기능이 어떤 구체적인 절차를 통해 변화될 수 있는지를 표현할 수 있어야 한다. 셋째, 각기 다른 발달수준에 있는 개인들의 각기 다른 적응 문제를 개입하는 것은 각 개인들의 문제 행동들이 가진 적응적 기능들이 유사한 발달적 맥락 속에 있는 다른 개인들에게서는 얼마나 서로 유사한 기능으로 나타나고 있는지를 고려해야 한다. 이것은 특정 기능이나 적응과제를 평균적으로 각 개인들이 보이는 것을 가정하기 보다는, 각 개인이 경험하는 각각의 특수한 발달의 맥락과 문제행동의 적응적 기능을 파악하는 것이다. 예를들면, 아동기의 행동장애(conduct disorder)와 성인기에서의 반사회적 행동은 비교적 연속적인 관계를 보인다고 한다(Belsky, Steinberg,

& Draper, 1991). 그러나 이 경우, 아동기의 행동장애가 성인기의 반사회적 성격의 기본 이유나 원인이 된다고 할 수는 없다. 단지 이 부적응적 행동이 다른 환경적 조건이나 발달 단계에서 유사한 부적응적인 행동으로 표현되기에 연속적으로 나타나게 된 것이다.

아동이나 청소년의 이상행동의 출현과 변화는 이전의 원인에 의해 직접적으로 인과적으로 보다는 각기 다른 발달맥락 속에서 유기체가 보이는 특정 적응방식을 반영하거나 특정 환경요인의 영향이 지속적으로 작용한다고 해석할 수 있다. 또 다른 예로, 아동기에 학대받았거나 애착을 형성하지 못했다고 생각되는 아이가 나중에 심리문제나 부적응적인 사회행동을 보이는 경우를 생각해 보자. 이 경우, 애착형성에서의 문제가 나중 발달 과정에서의 부적응적 행동을 야기한 것은 아니다. 발달적 관점에서 볼 때, 이 문제는 초기 발달단계에서 형성된 양육자와의 관계를 유사한 방식으로 다른 사회관계에 적용하였거나, 초기의 어떤 장애적인 환경이 연속적인 발달수준이나 단계의 변화가 있더라도 계속 유지되었기 때문이다.

IV. 발달적 개입과 심리치료

발달적 관점과 인간발달의 원리를 임상적 문제에 적용한 심리치료가 무엇인가에 대한 의문은 아동이나 청소년기에서 나타나는 심리적 장애나 행동상의 문제를 해소하기 위한 구체적인 개입절차나 기법에 대한 것이다. 대부분의 경우 발달장애와 관련된 심리치료방법으로 놀이치료나 그림치료 등과 같은 특정 심리 치료기법을 언급한다. 그러나, 이런 치료기법이 발달적 관점을 반영하거나 적용하여 이루어지고 있다고 하기는 힘들다. 단지 아동이나 청소년들이 선호하는 또는 익숙한 활동이 될 수 있기에 신선한 자극이나 새로운 경험을 제공해주는 활동이다.

발달적 개입을 위한 구체적인 절차나 방법을 고

려할 때, 발달적 관점이 치료 프로그램의 구성을 위해 제공해주는 발달적인 원칙들은 다음과 같다 (Futterweit, & Ruff, 1993). 첫째, 발달적 변화를 일으키는 원인들은 다양하며, 상호작용적이고 또 분명히 드러나지 않는다. 둘째, 발달이란 어느 정도의 불안정적인 상태와 적응적인 재구조화의 기간을 요구한다. 셋째, 각 개인들은 동일한 종착점(endpoint)을 향하여 비록 정상적이라고 생각되는 범위 속에서 변화하더라도, 각각은 서로 다른 방식으로 도달한다. 이런 이유에서도 다양한 요인들이 적응에 그리고 적응적 기제의 변화과정에 기여하는 역할에 대한 명확한 이유가 필요하다. 넷째, 발달에서의 환경의 역할은 우리가 객관적으로 보는 것이 아닌 주관적으로 지각되는 환경이 더 효과를 가지고 있다. 다섯째, 발달은 사회적 맥락속에서 일어난다.

이렇게 언급되는 발달의 원칙들은 아동의 심리장애나 행동의 문제를 평가하고 이해하는 하나의 기준이 될 수 있다. 그리고, 발달장애를 이해하는 원리로 이들을 제시하는 이유는 다음과 같다. 인간발달의 경로에서 각 아동이 보이는 행동의 의미는 발달맥락이나 시기 또는 수준에 따라 달라진다. 어떤 특수한 경우에는 아동이 보이는 특정 문제행동이 과연 임상장면에서 변화시킬 문제인가 아니면 각 개인이 보이는 발달경로의 특수한 표현이기에 가능한 개입하지 말아야 할 것인가를 판단할 필요도 있다. 따라서, 임상가들이 발달적 관점을 가진다는 것은 다음과 같은 입장을 취하는 것이다. “특정 개인의 부적응의 문제는 사회적 관계 속에서 나타나며, 치료의 대상은 문제행동이 아니라 그 행동이 그 개인의 발달과정에서 조직화되거나 변화되는 과정에 초점을 두어야 한다”(Noam, 1998a, 1988b, 1988c, 1988d). 이런 측면에서, 발달적 개입이란 아동이 가지고 있는 문제를 해결하는 것이라는 개인적인 차원 뿐 아니라 발달하는 개개인의 아동이 수행해야 할 사회 맥락의 요구와 역할을 충족시킬 수 있는 적응능력을 향상시킨다는 두가지 과제를 모두 달성하는 것으로 본다. 발달적 관점을 도입하려는 임상

가는 자신들이 개인의 부적응적 행동의 기원과 심리장애의 병리적 출현에 대한 더 개별적이고 다양한 요인들에 관한 많은 이해가 필요하게 된다는 것을 인식해야 한다. 그러나, 대부분의 경우 임상가는 현재 부적응적이라고 생각되는 행동이나 심리문제를 구체적으로 진단하고 치료해야 하는 과제도 부담스러운 수준이다.

1. 다양하고 분명하지 않은 요인들의 존재

아동의 문제행동이나 심리이상을 진단하고 평가하는 절차의 어려움은 쉽게 상상할 수 있다. 성인과 달리, 아동은 자신의 생각이나 느낌을 잘 표현하지 못할 뿐 아니라, 실제 하더라도 이들이 제시하는 정보가 타당한지 명확하지 않다. 따라서, 아동의 문제행동에 대한 믿음만한 정보를 어디에서 찾을 것인가는 그리 간단하지 않다. 이 문제는 일차적으로 아동기의 발달장애 또는 부적응의 문제를 어떤 관점에서 볼 것인가에 따라 달라진다. 분명한 유기체적 원인이나 장애의 이유를 찾으려고 하는 의학모델과는 달리 발달적 맥락주의의 관점에서는 아동이 경험하는 특정행동 양식이나 문제가 어떤 맥락에서 어떤 기능을 가지는가에 초점을 두어 다양하게 평가할 것이다. 문제 행동의 평가와 진단이 행동이 가지는 기능적 의미와 그 행동에 관여하는 다양한 요인들의 관계나 행동발생의 맥락과의 연계성(contingency)에 초점을 두고자 한다. 이런 측면에서, 이 평가가 누구에 의해서 어떤 관점에서 이루어질 것인가는 치료 및 교육 프로그램을 구성하는데 중요 요소가 된다.

부모와의 면담이 과거에는 아동을 평가하는 가장 중요한 정보원으로 고려되어 왔다. 그러나, 아동의 문제행동에 대한 정보를 부모에게만 의존하는 것은 중요한 오류나 편견을 가질 위험성이 있다. 부모와 아동은 그들의 경우에 대해 완전히 서로 다른 관점을 가지고 있으며, 아동의 특성과 행동에 대한 부모와 아이의 상용성은 아주 낮은 것으로 나타났다. 부

모가 자신의 아이를 지각하는 것은 그들 자신의 어려움이나 정신병리적 문제, 결혼 생활에서의 불화, 그리고 자신의 아이의 문제를 극복하는데에서의 어려움, 부모의 성별(예, 어머니는 아이를 평가하는데에서 아버지보다는 믿을만하다)에 따라 달라진다. 그리고 아동의 연령(예, 아동이 나이가 들어감)에 따라 부모의 평가는 점점 더 믿을 수 없게 된다. 이런 경우, 임상가의 직관이 점점 더 주요 판단 기준이 되기도 한다.

2. 발달적 변화: 불안정과 적응을 위한 조직화

아동의 행동을 평가하고 치료하는 것에서 발달적 관점이 더욱 명확하게 나타나는 경우는 문제행동에 대한 해석이다. 이것은 일반적으로 보고되는 아동의 문제행동이 어떤 적응적 의미와 발달적 변화과정을 나타내는가를 해석하는가에 따라 그 문제행동이나 장애에 대해 개입하는 방식이 달라질 수 있기 때문이다. 즉, 아동의 특정 문제행동이나 심리적 갈등은 일차적으로 아동의 연령시기와 발달수준에 따라 다르게 나타난다. 예를들면, 4-5세까지는 아동이 주의를 집중못하거나 소란스런 행동을 보이게 되더라도 쉽게 수용될 수 있는데 비해, 이런 행동이 7-8세 이후의 시기까지 계속 지속된다면 "주의력 결핍"이라는 발달장애의 하나로 받아들일 수 있을 것이다.

두려움이나 불안반응을 보이기 때문에 클리닉에 소개되어 오는 아동이, 보고된 사례의 약 43%를 차지하고 있다(Romen,1993). 연령기준에 따라 본다면 이런 두려움은 아동의 발달에서 정상적으로 필요한 부분이기도 하다. 그러나, 동일한 반응도 그것이 나타나는 발달시기에 따라 부적응적인 반응으로 간주될 수 있다. 예를 들면, 2살짜리 아이가 개를 무서워한다면, 우리는 자연스럽게 생각하지만, 10살짜리가 이런 행동을 보인다면 아마 불안장애(anxiety disorder)로 보여질 것이다. 이와 유사하게 유아나 어린아이가 손을 빨거나 물어뜯는 행동은 유아나 어린아이가 보이면 어느 정도는 정상적인 행동이라

고 볼 수 있다. 그러나 청소년이 이 행동을 보일 때는 심리적 문제가 있다고 추측하게 된다.

발달적 관점에서 아동의 문제행동을 언급할 때, 고려해야 하는 것은 아동들에게서 나타나는 자연스럽고도 지속적인 그러면서도 급격한 행동 변화들이다. 예를들면, 아이가 새로운 형제가 생긴 스트레스나 주위의 관심을 끌려는 시도에서 틱을 보였다고 할 때, 이 경우 아동에 대해 관심을 증가시킴으로써 증상이 사라지게 할 수 있다(이혜련, 1994). 그러나, 이런 다행스런 경우는 아동의 적응행동이나 문제에 항상 나타나는 것은 아니다. 특정 발달수준이나 단계에서 나타나는 특정 문제행동(예, 대인관계 불안, 과잉행동)은 다른 발달수준에서는 다른 증상으로 대치되거나 다른 유형으로 나타난다. 아동에게서 자주 보고되는 문제 증상 중의 하나인 틱의 경우에서도, 처음에 틱을 보일 때, 만일 이 아이가 주위의 사람으로부터 충분한 관심을 얻을 수 없을 때도, 틱 증상은 시간이 감에 따라 어느정도 해소될 수도 있다. 그러나, 이 아이는 자신이 의도하지 않았던 틱 행동 대신에 다른 문제행동을 나타냄으로써 틱행동을 보완하려하게 된다. 이 경우, 아동의 문제행동의 표현과 변화과정은 다양한 양식으로 나타나게 된다. 이런 측면에서 아동의 부적응적인 행동이나 상태를 변화시키거나 재조직화되는 경로에서 특정 문제행동이 출현하고 그 행동이 아동의 적응이나 맥락에서 가지는 기능에 대한 체계적인 평가가 더욱 요구된다. 적절한 개입이나 치료방법이란 발달적 기능을 변화시키거나 보조하는 것이다.

적용문제의 측면에서 볼 때, 대개 어떤 연령시기에 문제가 되었던 행동이라도 다른 시기에는 자연스럽게 사라진다. (Romen, 1993)이 보고한 바에 따르면, 아동의 정신병리적 치료는 아무런 치료를 받지 않은 아동의 경우에도 약 73% 정도의 향상률을 나타내었다고 한다. 발달적 개입의 입장에서는 이런 자연스런 회복이나 변화가 있기에 아동에 대한 치료의 문제를 더욱 어렵게 한다. 많은 경우, 부모들이 자신의 아이를 위한 치료를 시작할 때, 갑자기

처음에 평가 당시에 문제가 되었던 행동은 이제 해결이 되고 새로운 문제가 생겼다고 보고한다. 이런 측면에서 발달적인 관점에서의 치료는 현재 고려되는 문제행동을 위한 치료절차나 계획에서 특정한 문제가 현재의 시점까지 발달하여 온 과정 뿐만 아니라 이 문제들의 자연스런 회복에 관한 일반적인 지식을 근거로 치료계획이나 절차를 고려해야 한다.

아동의 문제행동을 치료하고 교육하는데 적용될 수 있는 또 다른 원리는 여러가지 방법에 의한 절차나 시도가 동일한 발달결과를 초래하게된다는 사실을 인식하는 것이다. 이 관점은 실제 적용의 문제나 문제행동을 변화시키기 위한 치료 목표와 절차를 구성하는데 중요한 의미를 제시한다. 즉, 비록, 부모와 교사가 아동의 행동문제를 치료하는 것에 대한 아주 빠른 효과를 기대함에도 불구하고, 현재 나타나는 행동문제를 제거하는 것이 치료의 목표가 될 필요는 없다. 만일 확인된 문제가 변했을 때도 새로운 기술을 획득하기 위해서나, 회피적 행동을 하지않게 되기 위해서나 발달을 촉진하고 믿음체계를 변화시키기 위해서 계속적인 관찰이나 치료 프로그램이 필요하다.

3. 주관적인 발달맥락의 영향

아동의 적용문제를 위한 발달치료 프로그램을 구성할 때 고려되어야 하는 또 하나의 발달원리는 아동의 문제행동이나 행동특성은 부모의 지각에 달려 있다는 것이다. 대개의 임상장면에서 일차적인 문제 행동이나 적용의 정도를 임상가가 알 수 있는 방법은 환자들이 호소하는 문제나 환자 스스로가 원하는 증상을 이야기하는 경우이다. 그러나, 아이의 경우 치료 장면에서 스스로 오는 경우란 거의 없을 뿐만 아니라 자신의 문제를 호소하는 경우도 거의 없다. 아이들의 경우, 보호자나 부모가 문제를 먼저 알게 된다. 이 경우 부모의 입장에서 아이가 치료를 받도록 해야겠다는 결정과 함께 나타나는 문제를 해결하겠다는 동기가 필요하다. 즉, 부모의

지각에 따라 아동의 특정 행동이 문제라고 나타나며 아동의 문제란 부모가 기대하는 아동의 행동과 맞지 않다는 이유이다. 이 상황은 문제 행동 그 자체보다는 부모의 기대와 현재 아동이 처한 발달단계에서의 연령적, 인지적, 정서적 그리고 행동수준에서의 격차를 반영한다.

나이에 비해 너무 어리게 행동한다고 임상상을 방문한 8세 아동의 경우를 예를들어보자. 이 아이의 행동문제를 다양한 영역에서 나타나는 기능들의 수준차이를 고려하지 않는다면, 임상가는 쉽게 이 아이는 사회적 기술이나 대인관계 기술이 부족하다고 생각할 것이다. 이런 진단은 이에 필요한 부족한 기술의 훈련이 필요하다는 제언으로 이어질 것이다. 그러나, 아동의 전반적인 측면에서의 기능들을 면밀히 평가해 볼 때, 이 소년의 인지수준이 약 10살 정도의 특성을 보였다고 가정하자. 이런 경우라면, 부모가 평가하는 어린 행동이라는 것은 이 아이가 가진 비교적 높은 지능과 유사한 행동방식을 요구하는 것이거나 이와 관련한 기대이다. 따라서, 아이의 가족환경 속에서 이 아이가 경험하는 인지적 맥락이나 기능은 실제 이 아이의 전반적 발달수준 보다 더 높은 단계에서 나타난다. 즉, 부모가 경험하고 기대하는 아이의 발달맥락은 8살이 아닌 10살이다. 이런 기대를 그 아이가 맞출 수 없을 때, 비록 이 아이가 자신의 연령에 맞는 행동을 하더라도 부모들은 이 아이가 너무 어리게 행동한다고 생각하게 된다(Benasich, & Brooks-Gunn, & Clewell, 1992). 유사한 연구결과에서 부모나 주된 양육자는 아동의 특정 영역에 차별적인 관심을 기울이는 것으로 보인다. 예를 들면 부모나 교사같은 성인들은 아동의 혼란스런 행동을 더 강조하는 경향이 있으며, 이에 비해 불안이나 두려움 그리고 우울증과 같은 내적인 문제들을 무시하는 경향을 보였다(Ronen, 1993).

임상적 장면에서 이렇게 평가된 아이의 문제를 해결할 때는, 아이 자신보다는 부모의 기대와 지각이 더 개입 대상이 된다. 발달원리를 고려한 심리치

료나 교육프로그램이란 먼저 이 부모들이 자신의 아이들을 어떻게 다룰 것인지, 그리고 그에게서 무엇을 기대할 수 있는지에 관해 알려줄 필요가 있다. 예를들면, 우울증을 가진 어머니의 경우 자녀와의 관계에서 문제를 야기할 경우가 다른 부모·자녀 관계보다 훨씬 높다. 특히, 이들이 자신의 아이의 문제를 지각하는 정도에서는 아무런 심리적 문제가 없는 부모에 비해 훨씬 더 높기도 하다. 우울증이 심각한 어머니의 경우에 자신의 아이가 행동이나 심리적 문제를 가지고 있다고 더 쉽게 지각한다. 또 이 경우, 어머니의 우울증의 문제가 심각할수록 아이의 행동이 더 부적응적으로 나타난다고 지각한다(Zimet, & Farley, 1992).

4. 사회, 문화적 맥락과 의미의 변화

맥락적 요인 특히 사회적인 요인들이 유기체적 요인들과의 상호작용 속에서 아동이 보이는 행동의 의미나 기능을 결정한다는 주장들이 새롭게 강조되었다(Lockman & Hazen, 1989; Valsiner, 1987). 정상적인 아동의 경우, 아동의 사회적 맥락은 일차적으로 가족이며, 특히 부모는 가장 중요한 역할을 한다. 부모와 아동의 관계는 복잡한 발달경로에서 상호 변화하며 맥락이나 관계의 요구 속에서 계속적으로 수정되고 맞추어진다. 이것은 시간에 걸쳐, 매 초마다 또는 매일같이 일어나는 과정이다. 이런 변화와 조정 과정은 여러가지 발달수준과 영역에서 성공적으로 일어난다. 만일 특정 수준에서 문제가 있더라도, 정상적으로 일어난다. 이런 원칙이 가지고 있는 함축성의 하나는 잘 자라나는 아이들이 불필요한 개입에 의해 방해받을 수도 있다는 것이다. 특히 특정 행동이나 관계에만 초점을 두어 아동의 행동을 판단하고 변화시키려고 할 때, 더욱 그 가능성이 높다. 잘 기능하는 가족도 마찬가지로의 경우이다. 따라서, 개입이 요구될 때, 그 도움이란 현재 있는 부모와 아이와의 관계를 지지하는 방식으로 진행되고 수행되어야지 그것을 대처하는 양식으로

로 이루어져서는 안된다(Futterweit & Ruff, 1993).

사회적 맥락 요인이 가지는 효과를 강조하는 발달원리에서 구체적인 평가 및 치료/교육 프로그램을 구성할 때 적용될 수 있는 또 다른 특성은 아이의 문제행동은 여러가지 상황에서 서로 다른 반응형태로 나타난다는 것이다. 이것의 한 예로 아이가 단지 집이나 학교와 같은 특정 장소에서만 문제행동을 보이는 경우이다. 집에서는 조용한 아이가 밖에서는 산만하거나 혼란스럽게 문제행동을 나타내는 경우, 보통 때는 안전하다가 어머니나 주위 사람들과의 특정 행동이나 상황 속에서만 문제시 되는 행동을 보이는 경우 등이다. 기본적으로 이 행동들은 아이가 그 문제를 일으키는 상황이나 그 속에서 이루어지는 관계를 불편하게 느끼거나 좋아하지 않는 것을 나타낸다. 이런 현상은 아동이 보이는 문제행동은 그 아동이 가지고 있는 기본적인 병리적 원인에서 발생했다고 생각하여 그 이유를 찾기보다는, 각 상황에서 적절한 행동을 보이는가 아닌가의 문제로 해석되어야 한다. 이것은 아동이 여러가지 다른 상황 속에서 각기 다른 적용의 수준을 가진 행동들을 발달시킨다는 의미로 해석할 수 있다. 연구자나 임상가의 입장에서는 이런 차이가 나타나는 것이 그 아이가 어떤 문제나 능력의 결핍을 가지고 있기 때문인지 아니면, 그 상황 속에서 원하지 않은 행동에 대한 정적강화로 인해 조건화된 방식으로 일어나는 행동인지를 구별할 필요가 있다.

V. 발달적 개입과 심리치료 프로그램의 특성

발달적 관점에서 이루어지는 발달적 개입을 위한 치료나 교육프로그램의 가장 중요한 특성은 문제에 대한 평가와 진단이 각 사례의 개별적인 특성에 기초한다는 점이다. 아동의 치료 프로그램에서 고려되어지는 평가의 일차적인 내용은 아동의 기본적인 상태, 강점, 약점, 그리고 심리적 발달의 수준, 과거 병력, 이전의 적응행동의 형태, 그리고 현재의 스트레스에 대한 반응양식에 초점을 둔다. 특히, 아동의

경우에는 직접적으로 생활하는 가족구성원의 역할과 지지가 어떻게 이루어져야 하는지를 고려해야 한다. 가족의 지지와 이해는 프로그램의 성패를 좌우할 만큼 중요하게 작용한다. 이 정보는 물론 구체적인 프로그램 활동과 연결되어야 하며, 활동으로 구체적으로 표현되어야 할 것이다. 이것은 임상적 문제의 경우 증상이라고 개별적인 문제행동들이 각 개인에게 다양한 기능과 다양한 의미를 지니고 있다는 것을 가정하는 것이다. 이것은 제기되는 임상문제를 해결하기 위해, 각 개인의 개별적인 특성이나 문제에 초점을 두고 프로그램이 구성되고 실시되어야 한다는 뜻 뿐 아니라 이들 문제를 인간발달의 일반성과 특수성의 문제로 고려해야 한다는 뜻이다. 이 때 발달의 일반성과 특수성이란 일반적인 법칙이나 규범이라는 의미보다는 발달과정에서 보이는 경험이나 행동들의 규준적 유사성과 개인들 간의 차이를 언급한다. 일반성에서 문제행동의 연속성을 가정한다면 특수성은 비연속성 또는 유사하거나 동일한 경험에 대한 개인간의 차이를 말한다.

예를 들면 특이아동이 보이는 대인공포나 자신감의 결여가 아동이 어릴때 부모와 밀접한 애착을 형성하지 못했기 때문에 나타난다고 평가한다면, 이것은 발달의 일반성의 원리를 적용한 것이다. 그러나 동일한 애착결핍의 경험을 가졌더라도 대인공포를 형성하지 않고 다른 행동문제가 나타났다면 이 경우는 발달의 특수성이 적용된 상황이다. 특수성을 혼하지 않은 경우로 돌리는 것이 아니라 바로 발달의 일반원리가 적용되어 나타나는 하나의 경우로 보려고 한다. 따라서, 각 아동이 가진 개별적인 발달맥락과 기능의 차이를 고려한 맞춤형화된 프로그램을 구성하는 것이 필요하다는 주장과 각 사례마다 각기 다른 수습, 수백가지의 각기 다른 프로그램을 만들어야 한다는 어려움을 안게 된다. 발달적 관점을 적용한 프로그램은 발달원리에 기초하여 임상적 사례를 평가하고 이것을 각 개인의 발달적 맥락에서 나타나는 적응능력의 향상에 초점을 두는 것이다.

치료자나 프로그램의 진행자는 각 개별사례의 특수성이 무엇인지를 고려하여 이 목표를 달성하는 방법이 무엇인지를 고안하여 실행하면 프로그램은 일반성을 가지면서 특수성을 포함하게 된다. 구체적인 프로그램 속에서 이것이 가능하기 위해서는 각 사례를 평가하고 일반적인 프로그램의 절차를 사례에 맞게 변형시킬 수 있는 치료자의 창의적이고 전문적인 능력이 요구된다. 특히 이런 맞춤형화된 프로그램이 단지 한사람을 대상으로 적용되지 않고 일종의 집단 프로그램으로 운영될 때는 일반적 틀 속에서 개인차이를 고려해야 하는 능력이 더욱 중요하게 나타난다. 왜냐하면 프로그램이란 결국 집단이 유사하게 경험하는 문제나 이들의 발달수준이나 단계에 공통적으로 작용하는 발달의 원리나 규범을 기초로 하여 확인, 각각의 사례가 맥락에 따라 변화하는 차이를 고려하는 것이기 때문이다.

구체적인 심리치료 및 교육 프로그램을 구성하는 과정은 다음과 같은 세부적인 정보들을 파악하는 과정에서 그 내용이 정해질 수 있다. 첫째, 현재 아동이 경험하는 환경적 스트레스(stressor)의 특성이 무엇인지를 파악한다. 둘째, 아동의 신체적 연령과 행동적 연령 사이의 격차를 평가한다. 셋째, 현재 호소하는 문제나 증상의 빈도와 지속정도를 파악한다. 넷째, 이런 증상들의 수와 이런 문제로 인해 아동이 겪게되는 사회적인 불리함이나 제한이 무엇인지를 확인한다. 다섯째, 문제 행동들이 직접적으로 상호작용하는 사람들과 어떤 관계를 형성하게 하며, 어떤 결과를 야기하는지를 분명히 명시한다. 여섯째, 문제행동을 보이는 아동의 일반적 성격특성과 생활 속에서 문제가 발생할 때의 적용방식은 어떻게 나타나는지를 살핀다. 마지막으로 고려되어야 하는 것이 이런 문제행동이나 적용상의 어려움을 경험하는 아동이 속으로 얼마나 어려움을 느끼고 있는지, 그 어려움의 수준이나 정도를 파악하는 것이 필요하다 (Kessler, 1966).

구체적으로 발달적 개입이 어떻게 이루어질 것인가의 문제는 일단 임상적 장면에서 발달장애와 관

련되어 호소되는 문제들을 고려할 필요가 있다. 이것은 특정 사회적 맥락에서 많이 언급되는 발달과업이 무엇인가를 파악하려는 것이다. 아동문제를 다루는 사설 기관의 보고에 따르면, 대부분의 아동의 적용문제나 심리문제에 대한 일차적인 의뢰는 부모에 의한다. 의뢰되는 문제들은 아동의 입장에서의 문제가 될 수 있는 것이라기 보다는 주로 부모가 우려하는 아동의 문제, 또는 부모-자녀 관계의 어려움에서 파생되는 아동의 문제행동들이다. 예를들면, 최빈 진단명으로는 부모-자녀 관계의 문제 (22.5%), 정인지체(17.8%), 발달성언어장애(16.5%), 반응성 애착장애(13.4%), 적대적 반항장애(12.1%), 정서장애(11.1%), 전반적 발달장애(9.9) 등으로 나타났다 (이혜련, 1994). 즉, 이런 경우, 임상가가 아동의 즉각적인 문제행동의 감소나 해소에 초점을 두는 경우, 이것은 발달적 개입이라기 보다는 일차적으로 의학모델에 의한 접근이라고 할 수 있다.

발달적 관점을 적용하여 아동의 적용행동의 변화와 발달수준이나 발달단계의 변화를 시도하는 것은 위에서 언급된 발달적 원리들이 체계적으로 적용되어야 하는 비교적 힘든 과정이다. 구체적으로는 아동의 특성과 기질에 대한 이해 및 부모가 아동 사이에 형성된 관계의 양식에 대한 파악과 이 관계를 변화시키려는 노력으로 이어져야 한다. 청소년 문제의 경우에도 사회-문화적 상황에 따라 프로그램의 내용이 달라지기도 한다. 미국에서는 주된 내용이 약물, 알코올, 안전하지 못한 성활동, 빈곤이나 폭력으로 나타난다. 이에 비해 한국의 청소년들의 경우에도 약물이나 폭력으로 대표되는 위험행동들이 전혀 없는 것은 아니나, 대다수의 청소년들의 문제에서 더 심각하게 제시되고 또 나타나는 것은 이들이 가지고 있는 학업부담, 자아개념 등이다. 그러나 사회에 따라 적용의 문제나 문제행동의 유형이 차이가 나더라도, 이런 문제 행동이 개인의 적용의 문제를 야기하며 결국 인생의 기회를 박탈하게 만드는 동일한 발달경로로 나타난다(Oyserman, 1993). 예를들면, 학업실패, 성취부족, 퇴학, 범죄, 십대 임신,

직업에 대한 준비의 부족, 절망감이나 무기력 등은 자신의 발달수준이나 단계에 적절한 적응기제를 발달시킬 수 없는 청소년이나 성인들이 보이는 다양한 문제행동 중의 하나에 불과하다. 왜냐하면, 각 발달시기나 수준에서 나타나는 다양한 문제행동의 형태들은 각 발달경로에서의 사회적 맥락과 부적절한 적응기제가 작용한다는 하나의 증거에 불과하기 때문이다.

VI. 임상 발달심리의 발전 가능성에 대해

발달적 관점을 임상적 문제에 적용하여 발달적 개입을 시도하려는 임상 발달심리학이라는 영역은 비교적 새롭게 등장하는 심리학 내의 응용영역이다. 이런 활동의 출발은 발달정신병리에 대한 연구와 이 연구결과에서 얻어진 발달적 개념들을, 구체적인 임상적 개입활동에 적용하려는 노력으로 발전된 것이다. 문제를 해결하려는 이런 상황이기에 이 영역의 정체성에 대해 심리학의 다른 영역, 예를들면 임상심리학이라는 분야나 상담 또는 기타 다른 정신의학의 영역과 어떻게 차이가 나는가에 대한 논란이 있을 수 있다. 그럼에도, '임상심리'가 단순히 아동이나 청소년 것으로 볼 수 없는 것은, 정신적인 문제나 적응상의 장애를 인간발달의 관점에서 재해석하고 의학적 모델이 아닌 심리적인 모델에서 인간의 적응과정을 보려고 하는 측면 때문이다. 임상 의 경우에서 연령이 주요 변인으로 도입이 되면 이것은 "발달정신병리"의 대표적인 연구로 명명되거나 취급되는 것이 보통이다. 그러나, 연령은 생물적 성숙, 인지역량, 친구와 가족관계 그리고 자기 이해 등의 기본적인 과정을 나타내는데 매우 조잡한 지표이다. 물론, 연령이 발달을 이해하는데 중요한 지표로 역할 함에도 불구하고, 동일한 연령 집단에서의 이런 영역에서의 성숙 정도에서 대개 대단한 차이들이 있다. 연령은 많은 기본적인 병리 과정에 대한 이해를 종합할 수 있는 매우 단순한 방법으로 작용하기도 하나, 이 접근의 단순성이 발달현상이나

적용적 문제에 대해 잘못된 이해를 낳게될 위험을 무시할 수는 없다. 특히 이 영역의 발전은 현재 우리가 알고 있는 인간발달에 대한 기본가정에 의문을 제기할 뿐 아니라, 정상발달이라는 것과 비정상 발달이라는 것의 이분법에 대한 사고, 그리고 구체적으로 발달적 개입이 어떻게 이루어질 것인가에 대해서도 의문을 제기한다.

임상발달심리라는 것은 정상발달의 연구를 심리적 비기능의 영역에 단지 적용하는 것은 아니다. 이것은 또한 전통적으로 가지고 있었던 정상적 발달 이론에 대한 수많은 가정들을 개편하는 것이다(e.g., Cicchetti, 1996; Noam, 1996; Noam & Cicchetti, 1996). 이렇게 개편되어야 하는 가정들 중에서 핵심은 증세(symptoms)는 개인의 발달 수준에 좌우되어 다르게 표현된다는 관점이다(e.g., Noam, 1988a, 1988b, 1988c). 예를 들면 전형적으로 발달의 초기 단계에서 충동적이고 행동과 관련된 증세들이 더욱 많이 나타나는데 비해, 나중 단계의 발달에서는 내재화적 증상 예를들면 우울증 같은 것이 더욱 높은 빈도로 나타난다(이것은 남자아이들이 외현화된 이상증세를 더 보이고 여자아이들은 내재화된 이상이나 증세를 보인다는 성별에 따른 차이를 훨씬 넘어서 나타난다.) 따라서, 대부분의 발달이론에서 제시하는 것처럼 높은 발달 수준이라는 것이 더 적응적이 되는 것에 필요하리라는 생각은 심각하게 고려되어야 한다.

임상사례의 평가와 치료의 기본틀은 Freud가 한 세기 전에 제시하였던 정신병의 발달적 기원에 기초한 의학적 모델이다. 그러나, 발달적 관점은 이 기본틀에 많은 의문을 제기한다. 다음과 같은 주장들이 그동안 아무런 의문없이 임상장면에서 상식적으로 받아들여지고 있다. 그러나, 이들 주장들은 발달적 관점이 적용되지 않았을 뿐 아니라, 그 타당성이 의문시되는 것들이다. 첫째, 발달장애는 정상발달 수준에 미달하는 아동이나 청소년의 문제이다. 정상발달 수준이라는 것이 있고, 이 수준에 도달하지 않는 발달은 정상발달이 아니다. 둘째, 발달장애

는 정상발달이 이루어지지 않는 것이다. 따라서, 발달장애에 관한 이해나 치료를 위해 이상행동에 관한 연구가 필요하다. 정상발달에 대한 연구는 이상발달에 대한 연구와 다른 것이다. 셋째, 발달장애는 발달초기에 발생하는 정신적 장애이며 치료를 통해 치유될 수 있다. 그리고, 초기에 생겨난 발달 장애는 나중 발달과정에서의 문제와 관련성이 있을 것이다. 넷째, 아동이나 청소년이 경험하는 심리적 갈등이나 비적용적인 행동의 표현은 성인의 정신문제와 유사하다. 따라서, 이것은 정신문제를 치료해결하는 입장에서 접근하는 것이 필요하다.

위의 명제들은 임상발달의 관점에서 본다면 기본적으로 부정되어야 하는 내용들이다. 발달이란 연령의 증가를 의미하지 않으며, 또 단순히 자기중심적이고 비사회적이며 충동적인 단계에서 다른 사람들의 관점으로부터 세상을 보는 능력을 가지는 단계로의 변화로 그치는 것이 아니다. 그러나, 유감스럽게도 임상사례를 위한 발달 이론들은 이런 관점을 너무 오랫동안 간직해 왔다. 그러나, 이제 우리들은 어떤 사람에게서 증가된 자기 지식을 야기하는 동일한 발달 과정이 어떤 사람들에서는 소외나 자기-기만(self-deception) 그리고 자기 파괴적 행동을 야기하게 된다는 것도 알게되었다(e.g., Noam et al., 1995). 예를들면, 형식적 조작기에 도달하는 것이 청소년들에게 어떤 선택 가능성은 없는 수 많은 가능한 자아를 제공함으로써 위험한 정체성 위기 상황을 유발하기도 한다(e.g., Perry, 1970), Chandler(1973)의 경우 이런 청소년의 인지적 위기를 “형식적 조작의 인식론적 외로움”으로 언급하였다. 이것은 발달과정에서 나타나는 자연스러운 갈등의 일부일 뿐이다.

현재까지, 아동이나 청소년의 문제행동을 수정하고 변화시키려는 목적에서 실시되는 심리치료 및 교육프로그램은 개인이 경험하는 부적용적 발달과정을 변화시키기 위한 세부기술을 증진시키는데 그 목적을 두었다(Zimet, & Farley, 1992). 이것은 한편으로는 연령에 기초한 아동의 발달수준을 암묵적으로

로 가정한 것이기도 하였다. 그러나, 임상 발달심리학자는 신체적 연령에 대한 언급이 없이 중상이나 중세 또는 비적용적 형태들과 관련된 인지, 사회 그리고 정서적 발달을 연구할 필요가 있다(Noam, 1996). 임상발달심리의 정체성은 개인의 적응문제에 연령 기준과 비교적 독립적인 발달기준이나 지표들을 활용할 수 있을 때 더욱 뚜렷해 질 것이다.

참고문헌

이혜련(1994). 소아정신장애에 대한 여러 전문분야로부터의 접근. 이혜련 신경정신과, 한국아동문제연구소 편.

황 상민 (1994). 인간발달의 원리가 적용된 심리치료 및 교육프로그램: 아동 및 청소년의 적응을 위한 발달적 맥락주의의 적용. 인간발달학회: 발달연구, Vol.1, No. 1, 41-56.

Atlas, A.J.(1990). Play in Assessment and Intervention in the Childhood psychoses. *Child Psychiatry and Human Development*, 21, 2, 119-133.

Battistich, V., Solomon, D., Watson, M., Solomon, J., & Schaps, E.(1989). Effect of an Elementary School Program to Enhance prosocial Behavior on children's Cognitive-Social Problem-Solving Skills and Strategies. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 10, 147-169.

Belsky, J., Steinberg,L., & Draper, P.(1991). Childhood Experience, Interpersonal Development, and Reproductive Strategy: an Evolutionary Theory of Socialization. *Child Development*, 62, 647-670.

Benasich, A.A., Brooks-Gunn, J., & Clewell, C. B. (1992). How do mothers benefit from early intervention programs?. *Journal of applied developmental psychology*, 13, 311-362.

Chandler, M. J. (1973). Egocentrism and

anti-social behavior: The assessment and training of social perspective taking skills. *Developmental Psychology*, 9, 326-332.

Cicchetti, D. (Ed.). (1989). *The emergence of a discipline: Rochester Symposium on Developmental Psychopathology*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Cicchetti, D.(1992). Developmental Psychopathology: Still Emerging. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 13, 479-482.

Cicchetti, D. (1996). Child maltreatment: Implications for developmental theory and research. *Human Development*, 39, 18-39.

Cicchetti & Toth. (1997). Perspectives on research and practice in developmental psychopathology. *Handbook of Child Psychology*, Vol 4-1. 479-583.

Faigel,C.H., Doak,E., Howard,D.S., & Sigel, L.M. (1992). Emotional Disorders in Learning Disabled Adolescents. *Child Psychiatry and Human Development*, 23,1, 31-40.

Futterweit,R.L., & Ruff, A.H. (1993). Principles of Development: Implications for Early Intervention. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 14, 153-173.

Kazdin, E.A.(1989). Developmental Psychopathology: Current Research, Issues, and Directions. *American Psychologist*, 44, 2, 180-187.

Lerner, M. R. & Miller, R.J.(1993). Integrating Human Development Research and Intervention for America's Children: The Michigan State University Model. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 14, 347-364.

Lewis, D. O. (1992). From abuse to violence: Psychological consequences of maltreatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 282-391.

Lockman, J.J., & Hazen, N.L.(Eds). (1989). *Action in Social context : Perspectives on early development*, New York: Plenum.

Magnussen, G. M.(1991). Characteristics of Depressed and Non-depressed Children and Parents. *Child Psychiatry and Human Development*, 21, 3, 185-191.

Masten, A. (19889). Resilience in development: Implications of the study of successful adaptation for developmental psychopathology. In D. Cicchetti(Ed.), *Rochester Symposium on Developmental Psychopathology: Vol. 1. The emergence of a discipline(pp.261-294)*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Noam, G. G. (1988a). A constructivist approach to developmental psychology. In E. Nannis & P.Cowan (Eds.), *Developmental psychopathology and its treatment* (pp. 91-122). San Francisco: Jossey-Bass.

Noam, G. G. (1988b). The self, adult development and the theory of biography transformation. In D. R. Lapsky & P. F. Clark (Eds.), *Self, ego and identity-integrative approaches*. New York: Springer-Verlag.

Noam, G. G. (1988c). Self-complexity and self-integration: Theory and therapy in clinical-developmental psychology. *Journal of Moral Education*. 17, 230-245.

Noam, G. G. (1998d). Clinical-developmental psychology: Toward developmentally differentiated interventions. *Handbook of Child Psychology*, Vol. 4-1. 585-634.

Noam, G. G.(1996). High-risk youth: Transforming our understanding of human development. *Human Development*, 39, 1-17.

Noam, G. G., Chandler, M., & LaLonde, C. (1995). Clinical-developmental psychology:

Constructivism and social cognition in the study of psychological dysfunctions. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: Vol.1. Theory and methods*. New York: Wiley.

Noam, G. G., Maraganore, A., Stevens, D., & Sheinberg, N. (1997, June), Trajectories of the development of resiliency: Cognitive and relational processes. Paper presented at the annual meeting of the Jean Piaget Society, Los Angeles.)

Oyserman, D. (1993). Adolescent Identity and Delinquency in Interpersonal Context. *Child Psychiatry and Human Development*, 23, 3, 203-214.

Perry, W. S. (1970). *Forms of intellectual and ethical development in the college years*. New York: Holt, Rinehart.

Roberts, N.R., & Barnes, L.M. (1992). Let Momma Show You How: Maternal-Child Interactions and Their Effects on Children's Cognitive Performance. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 13, 363-376.

Ronen, T. (1992). Cognitive Therapy with Young Children. *Child Psychiatry and Human Development*, 23, 1, 19-30.

Ronen, T. (1993). Decision Making About Children's Therapy. *Child Psychiatry and Human Development*, 23, 4, 259-272.

Sameroff, A. J., & Emde, R. (Eds.). (1989). *Relationship disturbances in early childhood: A developmental approach*. New York: Basic Books.

Tissue, R & Korz, C.A. (1992). When Emotionally Troubled Children Grow Up: Adjustment in Young Attended a Psycho-Educational Treatment Center. *Child Psychiatry and Human Development*, 23, 3, 175-182.

Valsiner, J. (Ed.) (1987). *Culture and the development of children's action*. New

York: Wiley.

Wenar, C. (1994). *Developmental Psychopathology: From Infancy through Adolescence*, McGraw-Hill, Inc.

Zimet, G. S. & Farley, K.G. (1992). Academic Achievement of Children with Emotional Disorders Treated in a Day Hospital Program: An Outcome Study. *Child Psychiatry and Human Development*, 23, 3, 183-202.

Developmental disorder, developmental psychopathology & developmental intervention: The nature of clinical intervention program based on developmental view

Sang-Min Whang

Yonsei University, Department of Psychology

Abstract

At this study, the nature of clinical intervention program for child & adolescent clinical cases has been discussed, especially in a view of developmental psychology. Child & adolescent's psychological and adaptational problems, so-called developmental disorder have been dealt with a name of developmental psychopathology or clinical developmental psychology. It has been scrutinized that how developmental view can be applied to deal with the clinical cases for developmental disorder, and contribute to organize intervention activities for evaluating and intervening adaptational problems in developmental path. Developmental psychopathology is a part of developmental psychology that has studied and explained developmental results, mechanism of mal-adaptational problems and their changes from a developmental process.

Clinical developmental psychology is an extension of those activities in developmental psychopathology to do developmental intervention for clinical problems. It has noticeable differences from a medical model of child & adolescent psychopathology model that was generally accepted in clinical psychology. Clinical developmental psychology leads our attention to apply developmental view to evaluate adaptational and psychological problems and to construct a developmentally oriented intervention programs. The developmental view has been expressed itself in following concepts, such as developmental pathways, risk factors, developmental crisis, organismic resilience, plasticity and employed the impact of diverse developmental context in each developmental level.