

소아 청소년 정신과 외래환자의 임상적 고찰

CLINICAL STUDY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRIC OUTPATIENTS

이 혜 련* · 황 순 태*

Helen Lee, M.D.,* Soon-Taeg Hwang, Ph.D.*

요 약 : 본 연구에서는 소아 청소년 진료를 전문으로 하는 서울소재 한 개인 신경정신과에 내원한 환자들의 내원시의 주문제, 진단 및 기타 관련 변인들의 분포와 관계를 알아보았다. 약 4년여 기간동안 내원한 18세이하의 환자 2785명의 병록지를 조사해본 결과 남아가 여아보다 2.7배 많았으며, 연령은 만 6세까지가 전체의 약 64%를 차지하였고 특히 만 3세까지가 가장 많았고 취학연령이후의 환자 수는 일정하게 감소하였다. 형제 수는 평균 1.95명이었으며, 출생순위는 맏이의 비율이 가장 높았다. 특히 형제 수가 한명일 때의 남아, 형제수가 세명 혹은 그 이상일 때의 여아의 내원율이 높았다. 내원시의 주문제는 언어결함, 행동과잉, 자폐적 행동, 틱증상, 적대행동, 학습문제 등이 높은 빈도를 기록하였다. 진단분포는 부모-자녀 문제, 정신지체, 발달성 언어장애, 반응성 애착장애, 기타 정서장애, 전반적 발달장애 등의 순서로 높은 빈도를 보였다. 실시된 치료의 종류로는 정신치료, 놀이치료, 부모면담, 작업치료, 언어치료의 순으로 빈도가 높았다. 이상의 결과를 최근의 선행 연구에서 보고된 연구결과들과 비교하고 논의하였다.

중심 단어 : 소아청소년 · 정신과외래 · 주문제 · 진단 · 인구학적 변인 · 치료.

서 론

성인기의 여러 가지 정서적인 문제가 발달초기 경험과 밀접하게 관련되어 있다는 정신분석학적인 개념은 정신의학에서 유소아기 아동들의 정서적 행동적 문제에 관심을 가지게 되는 중요한 계기가 되었다. 소아정신의학의 임상활동은 1909년 William Healy가 시카고에서 청소년 정신병리 연구소를 개설한 것이 최초로 기록되고 있다(Berlin 1991). 구미에서는 20세기 초부터 소아정신의학이 독립된 학문과 임상영역으로 꾸준히 발전되어 왔던데 비해 우리 나라의 경우 60년대 후반~70년대 들어 와서 외국에서 소아정신과 수련을 받고 귀국한 전문인들

에 의해 비로소 소아정신과가 도입되기 시작하였으며(홍강의 1979; 진성태 1985). 현재까지도 대학병원에서 독립된 소아병동을 운영하거나 소아정신과가 설치되어 있는 경우는 극히 드물고 대부분은 일반 신경정신과에서 성인환자와 함께 진료를 보고 있는 실정이다.

그러나 최근에 와서 소아정신과 훈련을 받은 전문의의 수가 증가하고 또, 지속적인 홍보의 결과로 아동들의 정서적 행동적인 문제에 대한 일반인들의 관심과 인식이 증가하면서 내원하는 소아환자의 수도 날로 증가하는 추세이며, 소아 청소년 진료를 전문으로 하는 개인정신과 의원의 수도 늘어나고 있다.

소아정신과 환자에 대한 연구는 70년대 말의 조사통계(홍강의 1979)에 따르면 전체 신경정신과 연구의 약

*이혜련 신경정신과 Korean Mental Health Clinic for Children, Seoul

10%정도로 미미하였으나 최근에 '소아청소년 정신의학'지의 발간과 더불어 활발하게 진행되고 있다. 본 연구에서는 소아청소년 진료를 전문으로 하는 서울 소재의 한 개인 신경정신과의원에 내원한 환자들을 대상으로 내원시의 주문제, 진단 및 기타 관련 변인들의 분포와 관계를 알아봄으로써 소아정신과적 문제의 특징을 살펴보았다.

연구대상 및 방법

본 연구는 1989년 10월 1일부터 1993년 12월 31일까지 4년 3개월 동안 입원실이 없는 서울 소재 한 신경정신과의원에 내원한 환자들중 18세 이하 환자들의 병력지 기록을 토대로 하였다. 이 기간동안 내원한 18세 이하의 환자 수는 총 2785명이었는데, 이 수치에는 초진만 받고 종료되거나 타 기관으로 연계된 1492명(53.6%), 진단평가만 받고 종료되거나 타기관으로 연계된 553명(19.9%)이 포함되어 있다. 이들의 병력지를 조사하여 성 및 연령분포, 가족상황, 내원시의 주문제, 진단, 치료에 관한 기록들을 집계하였다. 이 중 기록이 정확하게 정리되어 있는 환자들의 자료를 중심으로 분석하였다. 통계처리는 일차적으로 단순 빈도비교를 하였으며, 필요한 경우 X^2 통계를 사용하였다.

결 과

1. 성별 분포

조사대상 환자의 성비는 남아 2016(72.8%)명, 여아 755(27.2%)명으로, 약 2.7 : 1의 비율로 남아가 많았다(Table 1) 그러나 초진 이후 보다 많은 비용과 노력이 필요한 평가 혹은 치료과정으로 연결된 비율(Table 1)은 전체 1259명(남아 942명, 여아 317명) 중 여아의 경우 42.0%(317명)인데 비해 남아의 경우 46.7%(942명)로, 남아가 유의하게 높았던 점($X^2 = 4.517, df = 1, p < .05$)으로 볼 때 현재 나타난 성분포상의 불균형이 전적으로 유병율의 차이 때문이라고 하기는 어렵다.

2. 연령별 분포

내원한 환자들의 연령분포를 보면 6세 이하의 아동이 1734명으로, 전체 내원 환자의 60%이상을 차지하였다(Table 2). 이 중에서도 만 3세까지의 아동이 전체의

34.7%인 941명을 차지하여 내원율이 가장 높은 연령대를 구성하였으며, 4~6세도 29.3%를 차지하였다. 이에 비해 취학연령 이후의 내원 환자 수는 일정하게 감소하였다.

3. 출생 순위

출생 순위가 정확히 기재되어 있는 648명의 자료를 분류한 결과, 외동을 따로 분류하면 만이가 문제를 가지고 있는 경우가 42.8%로서 가장 많은 분포를 차지하였다. 여기에 외동을 포함한 경우 전체 환자의 64.9%를 차지하고 있다(Table 3).

4. 형제수

내원한 아동의 평균 형제 수는 1.95명이었다. 이에 비해 그들의 아버지의 평균 형제 수는 5.2명, 어머니의 평균 형제 수는 5.0명으로 나타나 현재의 사회 전반적인 추세를 잘 반영하고 있다.

Table 4는 전체 형제의 수(환자본인 포함)를 남녀별로 비교해 본 것인데 형제수가 2명인 경우엔 남아가 차지하는 비율이 77.8%로서 전체 성비에서 남아가 차지하는 비율 72.7%와 비슷한 반면, 형제수가 1명인 경우엔

Table 1. 성별 진료유형 분포

진료유형	남(%)	여(%)
초진	1074(53.3)	438(58.0)
평가, 치료	942(46.7)	317(42.0)
계	2016(100)	755(100)*

* $X^2 = 4.517, df = 1, p < .05$

Table 2. 연령분포

연 령	명(%)
0~ 3	941(34.7)
4~ 6	793(29.3)
7~ 9	528(19.5)
10~12	303(11.2)
13~15	100(3.7)
16~18	46(1.7)
계	2711(100)

Table 3. 출생 순위

구분	명(%)
외동	143(22.1)
첫째	277(42.8)
둘째	186(28.7)
셋째이상	41(6.3)
계	647(100)

남아가 차지하는 비율이 84.6%로서 전체 성비에서 남아가 차지하는 비율에 비해 더 높다. 반면에, 형제수가 3명 이상인 경우엔 여아가 차지하는 비율이 35.0%로서 전체에서 여아가 차지하는 비율 22.3%에 비해 유의하게 높은 비율을 나타내고 있다($X^2 = 11.41291$, $df = 2$, $p < .01$). 즉, 형제수가 한명일 때의 남아, 형제수가 세명 혹은 그 이상일 때의 여아의 경우에 내원율이 높은 것으로 나타났다.

5. 가족구조

환자들의 결혼 가정여부의 분포를 확인해본 결과 Table 5에서 보는 바와 같이 어머니만 있는 경우가 17명, 아버지만 있는 경우가 8명, 그리고 부모 모두 없는 경우가 7명으로, 조사된 전체 649명중 극히 일부인 32명(4.9%)만이 결혼 가정의 아동이었고 본원을 찾은 아동의 95% 이상이 결혼이 없는 가정의 아동이었다.

6. 주문제

초진시 보호자가 호소하는 문제들을 분류해 본 결과 부모들이 가장 많이 호소하는 내용은 “말이 늦다”는 등의 언어결함이 1001명(19.5%), “부산하고 집중력이 없다”는 등의 행동과잉이 768명(15.0%), “눈맞춤을 안하고 불러도 반응이 없다. 이상한 버릇을 한다”와 같은 자폐적인 행동이 669명(13.1%) 등으로 높은 빈도를 나타내고 있다. 그 밖에, 틱증상, 적대적인 행동, 학습관련문제, 불안과 두려움, 발달지연 등도 높은 빈도를 기록하고

Table 4. 형제의 수

	1명	2명	3명이상	계
남	121	330	52	503
	84.6%	77.8%	65.0%	77.7%
여	22	94	28	144
	15.4%	22.2%	35.0%	22.3%
계	143	424	80	647*
	22.1%	65.5%	12.4%	100%

*환아 본인을 포함한 수임.
 $X^2 = 11.41291$, $df = 2$, $p < .01$

Table 5. 결혼가정의 분포

구분	명(%)
부모 모두 있음	617(95.1)
어머니만 있음	17(2.6)
아버지만 있음	8(1.2)
부모 모두 없음	7(1.1)
계	649(100)

있다(Table 6).

7. 진단분포

지난 4년여 동안 본 자료를 수집한 병원에서 진단 받은 아동들의 진단 분포는 Table 7과 같다. 진단 명이 2개 이상인 아동도 있어 진단 받은 아동 1238명에 비해 전체 진단 수는 2033개로 훨씬 더 많았다. 큰 범주 별 장애를 비교해 보면 발달 장애가 55.5%로 가장 많았으며 그 다음은 ‘아직 장애는 아니지만 치료나 주의를 기울일 필요가 있는’ V code의 문제들로 33.0%를 차지하고 있었다. 반응성 애착 장애를 포함하고 있는 기타 장애의 범주가 그 다음으로 많았다(17.4%). 행동장애는 16.0%로, 이 중에서 주의력결핍-과잉운동 장애로 진단 받은 아동(3.3%)에 비해 적대적 반항장애(12.1%)가 훨씬 많았다. 다음은 기타 정서 장애(11.1%)로, 불안과 우울이 함께 있으면서 발달 및 행동 문제가 수반되어 있어 매우 복합적인 양상을 띠고 있는 아동들로서 DSM-III-R로 진단할 경우 어느 한두 개의 진단으로는 분류하기 힘들

Table 6. 내원시의 주문제

구분	명(%)
언어결함	1001(19.5)
행동과잉	768(15.0)
자폐적 행동	669(13.1)
틱	400(7.8)
적대적 행동	304(5.9)
학습문제	298(5.8)
불안, 두려움	252(4.9)
발달지연	203(4.0)
의욕이 없음	177(3.5)
수면문제	156(3.1)
배설문제	147(2.9)
신체적증상	146(2.9)
의존적, 소극적 대인관계	128(2.5)
대인관계 마찰	91(1.8)
운동발달 지연	87(1.7)
비행문제	84(1.6)
말더듬	47(0.9)
선택적 함구	41(0.8)
성관련 문제	39(0.8)
섭식문제	29(0.6)
사과의 혼란	27(0.5)
기타	29(0.6)
계	5123(100)*

*호소하는 문제가 2개이상인 경우가 많아 주문제의 합은 총 내원자수에 비해 많음.

Table 7. DSM-III-R에 따른 진단분포

진단	명(%)*
발달장애	687(55.5)
정신지체	220(17.8)
전반적발달장애	122(9.9)
특수발달장애	345(27.9)
학습기술장애	49(4.0)
산수장애	3(0.2)
쓰기장애	5(0.4)
읽기장애	7(0.6)
NOS**	34(2.8)
언어장애	204(16.5)
발음장애	13(1.1)
언어표현장애	37(3.0)
언어수용장애	8(0.6)
NOS	146(11.8)
운동기술장애	67(5.4)
NOS	26(2.1)
행동장애	198(16.0)
주의결핍과잉운동장애	41(3.3)
행위장애	24(1.9)
적대적반항장애	150(12.1)
불안장애	44(3.6)
섭식장애	2(0.2)
성정체장애	3(0.2)
틱장애	96(7.8)
뚜렛장애	56(4.5)
만성운동/음성틱	18(1.5)
일시적틱장애	15(1.2)
NOS	7(0.6)
배설장애	28(2.3)
기타언어장애(말더듬)	9(0.7)
기타장애	215(17.4)
선택적합구증	7(0.6)
정체장애	18(1.5)
반응성애착장애	166(13.4)
습관장애, 미분화주의결함장애	24(1.9)
V 코드	409(33.0)
경계선 지능	106(8.6)
학업문제	50(4.0)
부모-자녀문제	278(22.5)
대뇌기질적 장애	13(1.1)
정동장애	36(2.9)
정신분열장애	6(0.5)
망상장애	1(0.1)
기타정신증	7(0.6)
신체형장애	15(1.2)
적응장애	49(4.0)
충동조절장애	7(0.6)
수면장애	11(0.9)
기타 정서장애	137(11.1)
성격장애	24(1.9)
기타	18(1.5)

*진단이 정확하게 기록되어 있는 1238명에 대한 백분율. 중복진단 때문에 하위 진단의 합이 상위진단보다 많을 수 있음.

**NOS = Not Otherwise Specified

있던 사례들이다.

Table 8은 개별 진단별로 빈도가 가장 높은 진단부터 10개를 나열한 것이다. 표에서도 볼 수 있듯이 부모-자녀 관계의 문제가 278명(22.5%)으로 가장 높은 빈도로 진단되었다. 정신지체(220명, 17.8%)와 발달성 언어장애(204명, 16.5%)가 그 다음을 차지하는데 이 경우 정서장애나 행동장애로 인해 2차적으로 발달이 지연되어 복합 진단을 받은 경우도 다수 포함되어 있다.

8. 치료와 종료

환자가 가지고 있는 문제의 종류와 발달상태, 거리사정, 경제사정, 치료 가능한 시간, 가족들의 인식과 협조 등등의 제반 치료여건을 고려하여 정신치료 혹은 놀이치료, 약물치료, 부모면담, 작업치료, 언어치료, 통합치료, 심리학습치료 중에서 한가지 혹은 그 이상의 치료가 선별적으로 실시되었다(Table 9). 각 치료마다 본원에서 실시를 개시한 시기가 조금씩 달라 직접 비교하기는 어려우나 이 중 정신치료와 놀이치료를 실시한 환자의 수가 가장 많았고, 그 밖에 부모면담, 작업치료, 언어치료 순으로 높은 빈도를 보였으며, 약물치료의 빈도가 가장 낮았다.

치료종결 사유를 보면, 기록이 구비되어 있는 596명의 환자중 완치 혹은 호전으로 종료된 경우 163명(26.4%), 단기간 치료후 타기관 연계 65명(10.9%)등 37.3%가 일정한 치료를 마친 후에 종료되었으며, 다음으로 '이유 불명' 혹은 보호자의 이해부족으로 인한 자의적 중단이 181명(30.3%)으로 높은 빈도를 기록하고 있다. 그 밖에, 거리가 멀거나 경제적으로 어렵거나 환자의 신체건강상 통원이 어려워졌던 경우등 치료외적인 사정으로 중

Table 8. 최빈 진단 명

진단	명(%)*
1. 부모-자녀 문제	278(22.5)
2. 정신지체	220(17.8)
3. 발달성 언어장애	204(16.5)
4. 반응성 애착장애	166(13.4)
5. 적대적 반항장애	150(12.1)
6. 기타 정서장애	137(11.1)
7. 전반적 발달장애	122(9.9)
8. 경계선적 지적 기능	106(8.6)
9. 틱장애	96(7.8)
10. 학습기술장애	67(5.4)

*진단이 정확하게 기록되어 있는 1238명에 대한 백분율.

Table 9. 각 치료종류별 치료기간과 횟수

치료종류	환자수(%)	평균기간*	평균횟수*	최장기간(횟수)
정신치료, 놀이치료	385(54.6)**	3.7개월	12회	27개월(60회)
부모면담	379(53.7)	3.3개월	7회	37개월(37회)
작업치료	173(24.5)	4.9개월	40회	16개월(138회)
언어치료	159(12.9)	4.3개월	33회	22개월(170회)
통합치료	102(14.4)	5.9개월	87회	18개월(312회)
심리학습치료	96(13.6)	4.4개월	34회	17개월(139회)
약물치료	62(8.8)	5.8개월	---	50개월 ---

*진단평가에 소요된 내원기간과 횟수는 포함시키지 않은 수치임.

**치료를 받은 706명에 대한 백분율.

단된 경우가 97명(16.3%)이었으며, 환아에게는 특별한 문제가 없고 보호자에게 보다 심각한 문제가 있어 보호자만 치료를 받은 경우 11명(1.8%), 기타 분류하기 어려운 이유로 해서 종료된 경우 77명(12.9%) 등이었다.

고 찰

본 연구는 4년여 기간동안의 서울시내 한 소아-청소년 전문 신경정신과 의원에 내원한 환자들의 내원시 주 문제, 진단 및 기타 관련 변인들의 분포와 관계를 알아봄으로써 소아정신과적 문제의 특징을 살펴보려 하였다.

조사대상 환자의 성비는 약 2.7 : 1의 비율로 남아가 많았는데, 이는 1.2 : 1~2.3 : 1 정도로 보고된 국내의 최근 연구들(백영석과 박민철 1992 ; 이영식과 이길홍 1991 ; 이채일 등 1985 ; 진성태 1985 ; 황익근 1981)에 비해 남아의 비율이 더 높은 편이지만 소아 청소년기 정신장애 유병율의 성비 자체가 남아가 훨씬 더 높고(Rutter 등 1970), 특히 발달성 장애의 경우 4 : 1 정도로 남아의 유병율이 더 높다(Rutter와 Hersov 1985)는 보고를 감안해 볼때 본 연구에서의 성비 불균형이 기존의 연구들에 비해 특히 더 크다고는 보기 어렵다.

이러한 성비의 불균형에 대해 남아가 소아정신과적으로 더 취약하다고 흔히 해석되어 왔다(백영석과 박민철 1992). 그러나 내원한 환자의 성비 불균형이 소아 신경정신과 영역에서 남아의 유병율이 여아에 비해 더 높다는 것을 의미하는 것인지 아니면 병에 대한 인식 혹은 보호자의 치료동기를 반영하는 것인지 본 자료만으로는 판단하기 어렵다. 다만, 초진 이후 보다 많은 비용과 노력이 필요한 평가 혹은 치료과정으로 연결된 비율이 남아가 유의하게 높았던 점으로 볼 때 현재 나타난 성분포의 불균형이 전적으로 유병율의 차이 때문이라고 하기는

어렵겠다. 보고에 따라 낮게는 1.2 : 1(이채일 등 1985)에서부터 높게는 2.3 : 1(백영석과 박민철 1992), 본 연구의 경우 2.7 : 1로 나타나는 등 연구들 간에, 관찰된 기관이나 지역에 따라 성비율의 차이를 적지 않게 보이는 것도 이 수치가 전적으로 정신과적 취약성 혹은 유병율에서의 성차이를 반영하는 것으로 보기는 어렵다는 점을 말해준다.

내원한 환자들의 연령분포를 보면 만 3세까지의 아동이 전체의 34.7%를 차지하여 내원율이 가장 높은 연령대를 구성하였으며, 4~6세도 29.3%를 차지하였다. 이영식과 이길홍(1991)의 연구에서는 6세이하의 비율이 약 46%로 취학전 연령이 가장 많았고, 백영석과 박민철(1992)의 연구에서는 0~3세에서부터 12~18세까지 점진적으로 증가하고, 이중 6세이하가 차지하는 비중은 약 21% 정도인 것으로 보고되었는데, 이들 연구에 비해 본 연구에서 내원한 환자들 중 학령기에 비해 학령기 이전 아동의 비율이 높은 점은 진단분포에서도 볼 수 있듯이 정신지체나 언어장애와 같은 초기아동기부터 발병하는 장애를 가진 아동들의 내원이 많았던 점과 관련이 있다. 이에 비해 취학연령 이후 내원 환자수가 일정하게 감소하였는데, 이는 연령증가에 따라 병의 자연치유가 일어났기 때문일 가능성, 병에 대한 본인 및 보호자의 인식과 치료동기의 문제, 학교수업으로 인한 시간적인 제한 등과 관련지어서 볼 수도 있겠다. 그러나 이러한 이유보다는 근년에 와서 정서적 행동적 문제에 대한 일반적인 인식의 증가와 함께 아동초기의 각종 발달성 장애와 부적응 문제에 대한 조기치료의 필요성을 인식함에 따라 문제를 발견한 초기단계에 병원으로 데려오는 경우가 많아졌기 때문일 수도 있겠다.

출생 순위를 분류한 결과, 만이가 문제를 가지고 있는 경우가 42.8%로서 가장 많았고 외동을 포함할 경우 전

체 환자의 64.9%를 차지하였다. 이러한 수치는 일반아동 전집의 형제수 분포에 관한 자료와 비교해보아야 정확한 해석이 가능하겠으나 내원환자중 만이와 독자의 비율이 약 72%였다고 보고한 이영식과 이길홍(1991)의 연구나 만이의 유병율이 높다는 외국의 보고(Rutter와 Madge 1976; Rutter 등 1970)와 일치하는 결과이다. 둘째 아이에 비해 만이와 독자의 유병율이 높은 현상은 우선 부모-자녀 상호작용에서의 형제간 차이가 관련이 있을 수 있겠다(Rutter 1981). 즉, 둘째 아이에 대해서는 부모가 보다 느슨하고 자신감 있고 일관성 있게 아이를 다룰 수 있고, 관여의 정도도 줄어들게 되지만 첫째 아이의 경우 보다 강력한 관계를 형성하는 경향이 있고 상호접촉이 보다 빈번하고, 보다 많은 애정과 보호행동을 나타내며, 동시에 보다 불안하고, 통제와 압력을 많이 가하게 되는 데서 한 원인을 찾아볼 수 있을 것이다. 다음으로 생각해 볼 수 있는 것은 동생이 새로 생겼을 때 큰 아이가 여기에 적응하는 과정에서 정서적인 어려움을 경험하게 된다는 점이다(Dunn과 Kendrick 1982). 이러한 정서적인 어려움은 특히 동생에 대한 부정적인 반응에 부모가 처벌을 가할 때 경험하기 쉽다. 그 밖에, 첫 아이 때 부모의 연령, 부모역할의 미숙, 결혼 초의 불안정한 가정 분위기, 양육기술의 부족 등의 요인을 고려해 볼 수 있겠다.

내원한 아동의 평균 형제 수는 1.95명이었다. 형제의 수를 남녀별로 비교해 보았을 때 형제수가 한 명일 때의 남아, 형제수가 세 명 혹은 그 이상일 때의 여아의 내원율이 높은 것으로 나타났는데, 이 결과는 형제서열 및 형제 수와 소아정신질환 유병율의 관계에 관한 연구에서 독자나 만이, 막내에 비해 중간아이의 유병율이 낮고 특히 중간아이중 여아의 유병율이 높음을 보고한 이영식과 이길홍(1991)의 연구결과와도 일치하고 있다. 이 결과는 현재로는 그 의미를 정확하게 해석하기 어려우나 한국사회에서 외동 아들의 과잉보호로 인한 문제 또는 아들을 낳기 위해 자녀를 많이 둔 가정의 딸에게서 생겨나는 문제와 관련지어 볼 수도 있겠다.

초진시 보호자가 호소하는 문제들을 분류해본 결과 언어결함, 행동과잉, 자폐적인 행동 등이 높은 빈도를 나타내었으며, 그 밖에 틱증상, 적대적인 행동, 학습관련문제, 불안과 두려움, 발달지연 등도 높은 빈도를 기록하였다. 그간 발표된 소아 신경정신과 환자의 임상연구들에서 주문제를 중요한 비중으로 다루어 왔으나 연구들마다

주문제를 분류하는 방식의 일관성이 부족하여 본 연구결과를 다른 연구결과와 직접 비교하기에는 어려움이 있다. 진성태(1985)의 연구에서는 행동증상, 신체증상, 경련증상, 언어장애, 학습장애, 수면장애의 7가지 범주로 주소를 구분하고 이들 각각을 다시 몇 개의 하위 범주로 구분하여 분류하였다. 여컨대, 행동증상은 이상행동, 불안 공포, 과다행동, 공격행동, 빈약한 사회화, 집바깥으로 나돌아다님, 음음거리는 소리, 거식증, 학교거부, 발모, 자애행동 등의 하위 범주로 구분하였다. 이에 비해 이영식과 이길홍(1991)의 연구에서는 신체화증상, 행동문제, 발달지연, 수면문제, 이상운동문제, 언어문제, 배설문제, 정서문제, 자살문제와 같은 보다 상위적인 개념인 9개 범주로만 구분하였다. 그 밖에, 이채일, 김정기, 김종길(1985)의 연구에서는 두통, 현기증과 같은 구체적인 증상에서부터 언어문제, 발달지연과 같이 나타나는 양상이 보다 다양하고 폭넓은 문제에 이르기까지를 위계적인 구분없이 임의적인 범주구분으로 분류하였다. 다양한 증상용어들이 보다 상위적인 포괄적 개념에서부터 보다 하위적인 구체적 행동에 대한 지칭에 이르기까지 위계적인 관계를 이루는데, 이러한 위계적인 관계를 잘 정리해야 증상빈도의 타당한 분류가 가능할 것이며, 여러 연구결과들 간의 비교나 증상들 간의 관계, 증상공존유형, 진단-증상 관계 등을 연구하기 위해서는 이 문제가 반드시 정리되어야 할 것이다.

선행연구들의 결과를 살펴보면, 진성태(1985)의 연구에서는 행동문제가 가장 높은 빈도를 기록하였으며(31.9%), 그 다음으로 신체(26.8%), 간질성경기(20.7%), 언어(8.6%), 발달지연(6.0%), 학습(3.4%), 수면(2.6%) 등의 순서로 보고되었다. 이영식과 이길홍(1991)의 연구에서는 행동문제(28.6%), 신체증상(14.3%), 발달지연(13.4%), 언어문제(12.6%), 배뇨장애(9.2%), 정서문제(8.4%), 수면장애(6.7%), 이상근육움직임(5.0%) 순으로 보고되었다.

본 연구에서는 언어결함이 전체 주문제의 19.5%로 가장 높은 비중을 차지했는데, 연구마다 주문제의 분포가 다른 데에는 앞서 언급한 분류방식의 차이뿐 아니라 내원환자의 연령비율이 다른 점도 관계가 있다. 예컨대, 본 원자료에서 언어결함을 주문제로 호소한 1001명의 아동 중 0~3세가 620(61.9%)명으로 가장 많았고 그 다음으로 4~6세가 305(30.5%)명으로 많았으며, 7~9세가 59(5.9%)명, 10~12세가 14(1.4%)명, 13~16세가

3(0.3%)순으로, 6세 혹은 그 이전 특히 3세 이전에 집중되어 있고($X^2 = 713.0, df = 4, p < .0001$) 나이가 증가함에 따라 점차 감소하는 것으로 나타났다. 본 자료에서 주문제 중 언어결함이 차지하는 비중이 높았던 것은 0~3세 환자의 비율이 이영식과 이길홍(1991)의 연구에서는 전체 환자의 10.9%에 불과한데 비해 본원에서는 34.7%로 매우 높은 점이 관련되어 있을 것으로 보인다. 이영식과 이길홍(1991) 연구의 연령별 증상비교에서 신체적 호소는 취학전 연령에서부터 나타나기 시작하고 나이가 들수록 행동문제의 빈도가 증가하는데 비해 언어문제는 취학전 연령 및 걸음마기에 국한되어 나타나는 것으로 보고되었다.

그 밖에, 본 연구에서 반응성 애착 장애나 무렵 장애와 관련이 있는 증상의 빈도가 타 연구에 비해 현저하게 높은 빈도를 기록하고 있다. 틱증상의 경우에도 연구마다 분류방식이 조금씩 달라 직접 비교하기는 어려우나 이영식과 이길홍(1991)의 연구에서 틱 장애 1.7%, 백영석과 박민철(1992)의 연구에서 틱장애 1.4%, 진성태(1985)의 연구에서는 '음음거리는 소리'(음성틱)의 경우 2.6%정도를 보고하고 있는데 비해 본 연구에서는 틱증상이 전체주문제의 7.5%를 차지하였다. 이러한 차이는 아마도 각 진료기관마다 특별히 관심을 가지고 있는 분야에 환자가 집중되기 때문에 나타난 현상이 아닌가 짐작된다.

진단 분포를 큰 범주별로 살펴보면 발달 장애가 가장 많았으며 그 다음은 '아직 장애는 아니지만 치료나 주의를 기울일 필요가 있는' V code의 문제, 반응성 애착 장애를 포함하고 있는 기타 장애 등의 순서로 높은 빈도를 기록하였는데, 이는 본 기관의 특수성 때문에 이러한 문제를 가진 아동들이 많이 의뢰되었기 때문으로 짐작된다. 행동장애 중에서는 주의력결핍-과잉운동 장애로 진단 받은 아동에 비해 적대적 반항장애가 훨씬 많았다. 실제로 주의력 결핍의 문제나 과잉운동의 문제를 주소로 내원한 아동들중 상당 수는 평가과정에서 주의력 자체에는 특별한 문제를 보이지 않았던 경우가 많았으며, 또, 과잉운동의 경우에도 상황에 따라 선별적으로만 나타나거나 평가 장면에서는 전혀 나타나지 않아 주의력결핍-과잉운동장애로 진단하기 어려웠던 경우가 많았다.

개별 진단별로는 부모-자녀 관계의 문제가 가장 높은 빈도로 진단되었다. 내원시에는 부모가 아동의 문제만을 호소하지만 막상 진단평가를 해보면 부모와 자녀사이의

관계의 문제로 진단되는 경우가 가장 많았으며, 또한 의심이 되는 경우에 별도로 부모에게 실시한 심리검사에서 아동의 어머니 또는 아버지가 신경증이나 성격장애로 진단되었던 사례가 많았는데, 이러한 결과는 아동의 문제 중 많은 부분이 부모로부터 생겨나고 있다는 사실을 뒷받침 해준다. 정신지체와 발달성 언어장애가 그 다음으로 높은 빈도를 기록하였는데, 발달성 장애의 비율이 높은 점은 6세이하가 전체 환자의 60%이상을 차지했던 본 연구의 환자 연령분포와 관계가 있다.

내원당시의 연령분포와 진단분포 간의 관계는 다른 연구자들의 보고에서도 일관되게 확인된다. 내원환자의 연령이 3세이하에서부터 12세까지 비교적 고른 분포를 보였던 이영식과 이길홍(1991)의 연구에서 정신지체 18.5%, 불안장애 13.4%, 자폐증 10.9%, 주의력결핍 과잉운동 장애 10.9%, 전환장애 10.9%등 발달장애, 신경증, 행동장애 등이 모두 높은 빈도를 기록하였는데 비해 내원 환자중 6세이하 연령층의 비율이 낮았던 진성태(1985)나 이채일 등(1985)의 연구에서는 불안증, 전환증, 강박증, 우울증 등의 신경증이 빈번하고 발달성 장애의 비율은 비교적 낮게 나타났다. 진단을 연령대별로 세분하여 보고한 백영석과 박민철(1992)의 연구에서는 18세까지의 전체 연령에서는 간질장애와 신체화장애가 각각 15.4%, 11.6%로 높은 비율을 보이고 있는데 비해 6세이하 연령층에서는 발달성 장애(전반적 발달장애와 정신지체를 포함하는)가 가장 높은 비율을 보이고 6세이상에서는 간질, 신체화장애, 적응장애 등이 높은 비율을 보이고 있어 본 연구와 유사한 결과로 볼 수 있겠다.

진단분포의 차이는 내원한 환자의 연령분포의 차이뿐 아니라 연구된 지역이나 시기의 차이, 특수클리닉 운영과 같은 기관의 특징 등을 감안하여 검토해야 할 것이다. 또한, 연구마다 진단적 개념을 일부 다르게 사용하고 있기 때문에 진단분포가 연구마다 다르게 나타날 가능성도 고려해볼 수 있다. DSM-III 이래로 구체적인 진단준거가 마련됨에 따라 진단의 신뢰도 혹은 진단자간 진단 일치도가 향상되었으며(Widiger 등 1991) 진단 연구의 결과들을 비교하기가 보다 용이하게 되었으나 아직도 개념적으로 잘 정립되지 않은 진단이 많고 따라서 연구자 혹은 치료자의 관심이나 관점에 따라 다른 진단을 선호할 가능성도 고려해야 할 것이다. 가령, DSM-III-R의 기타장애(특히 반응성 애착장애)나 V code(특히 '부모-자녀 문제'의 경우 임상가의 관점에 따라 진단을 붙이

지 않는 경우도 흔히 있음)에 들어있는 범주들 등이 그 예이다.

이상으로 본 연구의 결과를 중심으로 소아정신과적 문제의 특징을 살펴보았다. 문화와 사회적 맥락에 따라 구체적인 문제행동과 부적응의 내용이나 나타나는 양상은 다양하게 다를 수 있으므로 우리 나라 아동들의 문제행동과 정신병리의 특징을 잘 이해하기 위해서는 국내에서의 경험적인 임상자료가 보다 많이 누적되어야 할 것이다. 또한, 아직도 개념적으로 잘 정리가 되지 못한 장애가 많고, 또, 주요 증상을 비롯한 임상변인들을 분류하는 방식이 연구자들마다 달라 여러 연구결과들을 수렴하는데 어려움이 있으므로 이러한 문제에 대해서도 보다 체계적인 연구노력이 있어야 하겠다.

References

- 백영석 · 박민철(1992) : 원광의대 부속 제 2병원 신경정신과 소아 및 청소년 외래 환자에 대한 임상적 고찰. 원광정신의학 8(2) : 3-13
- 서울대학병원(1990) : 진단별 외래환자수. 소아청소년 정신의학 10년사 pp45-46
- 이영식 · 이길홍(1991) : 소아청소년 클리닉을 내원한 소아외래 환자에 관한 임상적 고찰. 한국의과학 23(4) : 452-458
- 이채일 · 김정기 · 김종길(1985) : 소아정신과 환자의 임상적 고찰. 신경정신의학 24(3) : 501-507
- 진성태(1985) : 소아정신과 외래환자에 관한 임상적 고찰. 고신대학의학부는 문집 1(1) : 25-33
- 홍강의(1979) : 한국 소아정신의학의 현황과 전망. 서울의대학술지 20(4) : 323-332
- 황익근(1981) : 소아 정신과 환자의 임상적 연구. 전북의대논문집 5(5) : 115-119
- Berlin IN(1991) : Development of Subspecialty of Child and Adolescent sychiatry. In Textbook of Child and Adolescent Psychiatry, ed. by Wiener JM. American Psychiatric Press, Washington, DC. pp8-15
- Dunn J, Kendrick C(1982) : Siblings : Love, envy, and understanding. Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts
- Rutter M(1981) : Maternal Deprivation Reassessed, 2nd ed. Penguin Books, Harmondsworth, Middlesex
- Rutter M, Hersov L(1985) : Classification. In Child and Adolescent Psychiatry, 2nd ed. Blackwell Scientific Publications, London pp308-309
- Rutter M, Madge N(1976) : Cycles of Disadvantage : A review of research. Heinemann, London
- Rutter M, Tizard J, Whitmore K(1970) : Education, Health, and Behavior. Longman, London(Reprinted 1981, Krieger, Huntington, New York)
- Widiger TA, Frances AJ, Pincus HA, Davis WW, & First MB(1991) : Toward an empirical classification for the DSM-IV. J Abnormal Psycho 100 : 280-288

**CLINICAL STUDY OF CHILD AND ADOLESCENT
PSYCHIATRIC OUTPATIENTS**

Helen Lee, M.D., Soon-Taeg Hwang, Ph.D.

Korean Mental Health Clinic for Children

This study aims to look at main problems of visiting the clinic, diagnoses and other related factors of outpatients in a private psychiatric clinic for children and adolescents located in Seoul. The analyses were based on the reports of 2,785 patients who were 18 years old and less, and visited the clinic during last 4 years. The results showed that the ratio of boys to girls was 2.7 to 1, and about 64% of the whole sample were 6 years old and less. Especially the percentage of patients aged 3 and less was the highest and that of schoolage and more was gradually reduced. The average number of siblings was 1.95 and the percentage of the first child in a family was the highest. Particularly, there were more boys in case of one child families and more girls in case of families with 3 children and more. The chief problems were mainly language-deficit, hyperactivity, autistic behaviour, tic, aggressive behavior and academic problem. The higher frequency of diagnoses was in the order of parent-child problem, mental retardation, developmental language disorder, reactive attachment disorder, other emotional disorder, and pervasive developmental disorder. The more frequently used method for treatments was in the sequence of psychotherapy, play therapy, parental counseling, occupational therapy and speech therapy. The results from this study were compared with those from other studies and discussed.

KEY WORDS : Child and adolescent · Psychiatric outpatient · Chief problem · Diagnosis · Demographic variables · Treatment.